

第3回茨城地域包括ケア学会での質問及び回答

●基調講演「福井県における地域包括ケアシステムの構築」

Q ログイン権限について

ふくいメディカルネットの中に患者・家族ははいれますか。ログイン権限は？また遠方の家族でなかなか連絡が取れない時、患者の状況を理解して頂く上で、使用することはできるのでしょうか

回答) 講演者

ふくいメディカルネットの現在運用をしております医療連携(開示病院のカルテや画像等の参照)の部分につきましては、患者・家族の方には参照等が可能となる権限は付与しておりません。

現在、担当理事を中心に部会にて進めております”ふくいみまもり SNS(仮称)”につきましては、患者・家族の方もSNSに参加できるような形にて検証を実施しております。現在、検証を3つのグループに分かれて実施しております。その中には患者のご家族の方も検証に参加をし、主治医、訪問看護師やケアマネ、薬剤師等が記事の投稿等を行っております。まだ検証中であり、今後、検証結果をもとに運用方法を検討していくことになっております。

また、ログイン権限は検証期間中は、ふくいメディカルネット事務局にて権限の付与ならびに患者様の紐づけ作業を実施しております。使用するデバイスは自由となり、家族の方のスマホに電子証明書を入れることでブラウザ上で使用が可能となります。

なお、現在の検証期間において、遠方の家族の方(東京在中の家族)が実際に検証に参加をしていただいております、その評価も含めて検証を実施中となります。(記事の投稿や記事の参照等ができる形になっております)

●シンポジウム1「入退院支援を考える」

Q ソーシャルワーカーと退院調整看護師の役割の違いについて

ケアマネをしております。最近退院の際のやり取りで、退院調整看護師さんに関わらせていただく事が増えてきたのですが、ソーシャルワーカーさんが出てくる時と、退院調整看護師が出てくる時との違いについて、教えて欲しいです。

回答)

シンポジスト(看護師)

自施設では、在宅に退院する方は、看護師が退院支援をして、調整もしますが、社会保障が絡むところは、協働して対応します。施設(療養病院。老健。グループホーム。特養。サ高住など)に退院する方は、ソーシャルワーカー中心にマネジメントしています。連携を取る際にスムーズにいきやすいと思います。同じように役割分担している病院は多いと思います。

シンポジスト(MSW)

ソーシャルワーカー/①新規でサービスを導入する②社会的課題がある③入院後に変化した生活課題がある。

病棟看護師/①既に在宅サービスを利用している②入院後に生活を変化させる生活課題が出現してい

ない。

Q 本人と家族との気持ちの困難事例で調整の成功事例について

退院後、家族の、「隣近所や、親戚に責められてしまうから。」と急変を心配する気持ちから、環境整備(往診、訪問看護導入)を図っても帰宅が実現できないケースもあり、関わっていく際に本人と家族との気持ちのすり合わせが難しいですが、どのように調整したのか成功した例を教えてください。

回答)

シンポジスト(看護師)

とても難しい調整だと思います。周りの目が気になる方は、茨城県では都会より多いと感じています。これが地域文化なのです。ここを変えていくには、丁寧に 1 例ずつ関わり成功事例を増やしていくしかないのだと考えています。発表した事例は、本人は、家族(婿さん)への遠慮から病院か施設でと考えていたと思います。家族と面談した時には、長女は自宅へと望みつつも妹夫婦に遠慮があり消極的でした。義理の息子は、糖尿病があり CPPAP をしているから夜間目が覚めない。気遣いがないときに何かあったらどうするのかと強い口調でした。同居の次女は、連れて帰りたいが、夫が病気なのでと言いつつも、連れて帰らなければ、母に怒られる、化けて出ると、夫の様子を伺うような言動でした。その様子からフォローに入りました。このケースは、透析を離脱して逝く場所を自宅としたので、急変(死)はあって当たり前でしたから、言い方は変えていますが。死んで良いこと、慌てなくて良いこと、昭和の日本を振り返り、死ぬときに見張ってなくて良いこと、静かにそっと息を引き取ることで良いことを伝え、大切なことは、残された時間を家族と共に、物語の時間を作ること、友人や孫たちと過ごすことに重きをおいてはどうかと促しました。(コロナ対策で心停止間近にならないと面会できないことを付け加えた)

また別の事例ですが、茨城県がんフォーラムで発表したものを添付致します。こちらも成功事例です。家族全員の思いを果たしたものです。

看護師は、良き代弁者でなくてはならないと考えています。カウンセリング技術・コーチング技術を学ぶことも大切だと思います。参考にしてください。

シンポジスト(ケアマネジャー)

私が関わった例では退院後在宅療養にしてすり合わせで苦慮したケースはありませんでした。入院中に調整で苦慮されるのであればおそらく介護者側の問題だと考えます。その時は「不安」という言葉にとどまらず、具体的に何が不安か確認し、在宅において不安を解消できる手立てを知ってもらう事だと思います。また、不安を持って退院したケースでも実際に退院してみたらうまくいった例をお知らせしていただくこともよいのかと思います。「不安」が原因なら何らかの形で対処可能かと思いますが、「不安」を理由にしても他の理由が背景にあることもあるのでその場合は調整しても難しいこと共あるかもしれません。本人の意向を尊重することを第一選択にしたいと考えていますが、退院後十分なケアなどを受けられないこともご本人の権利侵害になると考えますので、その時は関係者でよく相談することが重要なのではないのでしょうか。

Q 介護支援専門員との早期連絡について

病院側としては転入院時ケアマネジャーとの連絡、早期訪問依頼等スムーズな対応を行いたいと心掛けていますが、積極的に訪問されるケアマネジャーが少ないと感じています。退院調整役としては早めの調整や対策を心掛けたいと思っていますので早期に連絡をお願いしたいと思います。

回答)

シンポジスト(看護師)

病院側かケアマネジャー側かどちらが先かは問題ではないと考えます。以前、神奈川県内の病院で看護部長をしていた経験がありますが、入院、転院すると 3 日くらいまでには、ケアマネジャー、から電話が入っていました。現在は、電話が入ることは稀になっています。退院調整が進まないと思っていたので待たずに、入院したら当日には、ケアマネジャーに電話を入れるようにしています。その方が、在宅での様子や家族の関わり方など情報収集できるからです。

更に患者の様子を見たり家屋調査時に介入したりとケアマネジャーの介入を促しています。つまり、動きの遅いケアマネジャーだと思ったら、病院看護師サイドから積極的に働きかけています。様々なケアマネジャーがいますが、関わる患者を中心にみてケアマネジャーと上手くかかわることは重要だと考えています。ケアマネジャーが、看護師が、ではなく協働して患者の気持ちに寄り添えることが地域連携の要と考えています。

シンポジスト(ケアマネジャー)

とても耳の痛いお話ですが、ケアマネ側もできるだけ早く連携を取りたいと考えておりますし、そのためにどうすればよいか等専門職の方々と議論も重ねています。まずは、ケアマネとの契約時の重要事項説明の中で、入院の際は病院側にケアマネについて伝えていただくようにご説明しております。しかし、利用者側もあわてている時には忘れてしまう、いつも来ている人がケアマネだと認識していないなどの問題はあるかと思えます。お薬手帳や保険証入れなどにケアマネの名刺などを貼っているケースもあります。それらのものをご確認いただき、ご一報いただければ大方のケアマネは何らかの形で連携を図っていきます。ご連絡を頂かなくてもご家族から一報があれば情報提供などの連携を図ることと思えます。しかし、ご家族からも連絡がないままで入院に気づけなかったというケアマネもおります。基本 65 歳以上の方でしたら要介護認定を受けているか、担当ケアマネがいるかを確認していただければ幸いです。また、転院についてはご家族又は病院側からご連絡を頂かないとケアマネはわかりません。転院や施設入所であってもご一報いただければと転院先や施設と連携をとることを意識できますのでありがたいです。

Q 顔合わせや合同研修などの取り組み状況について

地域における相互理解の促進という視点でお伺いしたいのですが、お三方の所属する地域で、介護支援専門員と医療機関のセッションというか顔合わせや合同研修などの取り組み状況はいかがでしょう。地域包括支援センター職員として、皆さんが仲良くなる手助けをしたいと考えていますのでお聞きしたい。

回答)

シンポジスト(看護師)

水戸地区の南部高齢者福祉センターでは、年に 6 回位の地域ケア会議(研修会・症例検討会)を行っています。その会には、在宅診療医や看護師、ソーシャルワーカーが参加しています。医師や看護師が講演も行っています。

顔の見える化は、今後のマネジメントに役立つものですから医師も看護師もケースワーカーも積極的に参加しています。

シンポジスト(MSW)

市圏域別ケア会議に参加しております。市主催で多職種連携研修会があった際には参加させていただ

いています。相互理解を深められる機会はとてもありがたく感じております。

シンポジスト(ケアマネジャー)

私が活動する地域でも包括主催で総合病院のワーカーさんたちからお話を伺う機会が持たれています。ただ一方的に話を聴くのでは「顔の見える関係」までには発展しづらいと考えています。基本的には交流会の方が話がしやすく、相手の人柄などもわかり良いのではないかと考えております。また、医療機関は市町村をまたぐ地域もたくさんあります。できれば近隣市町村の包括と合同で範囲を広めにしているだけでうれしいです。

Q コロナ禍での「顔の見える関係性」について

病院で働いている者ですが、コロナ禍とさらに今後時間と人員が限られる中「顔の見える関係性」をどのように考えるか。退院カンファ(多職種)をウェブで行うことも可能と考えるか、それとも実際をみないと支援が難しいと考えるか、お聞きしたいです。

回答)

シンポジスト(看護師)

最近、Web 会議に慣れてきたので Web 会議でもよいと思います。診療報酬に影響がなければ、病院としては問題ないと思います。

シンポジスト(MSW)

Web連携もできれば連携の選択肢が広がると思います。ただ対面連携も重要と捉えておりますので状況に併せて柔軟に対応できる体制を模索中です。

シンポジスト(ケアマネジャー)

その時の状況にあった連携の仕方はやむを得ないものと思っています。カンファレンス等で顔を合わせたら「顔の見える関係」になるわけでもないと思います。基本的には双方がどのような情報が必要か考え、その場でこたえられなかったとしてもそのことにどのように答えてくれるかが、信頼関係につながる第一歩だと思います。私の経験で一番困るのが、専門職同士(医師、看護師など)のつながりの中で「丸投げ」にされることであり、在宅支援をしていくうえで専門職が 1 から対応しなくてはいけないことです。入院中にすべてのことが解決できるとは思っていませんが、在宅に戻って「このことだけはできないと困る」ことはきちんと解決していただきたいですし、在宅で「継続」していくことはどこまでできているのか、可能であれば「なぜできないのか」という評価をいただくと退院後に専門職が対応しやすくなります。それぞれの立場で相手がスムーズに仕事できるようにしていくことができれば十分「顔の見える関係」になっていくと考えます。

●シンポジウム2 「地域共生社会をめざして」

Q 利用に係る申請について

たくさん現実的で即効性の高い高齢者福祉サービスがあって良いと思います。要介護者等に限定していない(関わる介護事業所等が無いので)事から利用に係る申請はご本人が行っているのでしょうか。また、制度については広報等で周知しているのでしょうか。

回答)

シンポジスト(常陸太田市)

サービス利用する申請人は実施要項上本人名義で申請するものが多いですが、実際の申請の際は申請者名がきちんと記載されていれば、本人来庁の有無については特に制限していません。実際、親族の方による代理申請も多く、ケアマネジャー、在宅介護支援センター職員、生活支援コーディネーター、包括支援センター職員、社会福祉協議会職員が記載されたものを預ってくることもあります。また、民生委員や近隣の支援者の方が預ってきても申請受理しています。理由としては、ほとんどのサービスについては申請後に利用者調書を作成することとしており、市や委託先(社会福祉法人等)で自宅での生活状況や医療機関通院状況、親族連絡先の聞き取りを行っているため、それを踏まえての利用決定を行っているからです。