

## ◆ グループワークで出た困り事・悩み事（多い順）

### 1. キーパーソン・ 身寄り、介護力の問題 (約65件)

- ・キーパーソン不在・不明、認知機能低下のあるキーパーソン、持病や障害のあるキーパーソン、キーパーソンが友人や知人の場合
- ・頻回に面会して状態を理解している家族とキーパーソンが異なる(意思疎通が出来ていない)、家族自身が問題を抱えている
- ・身寄りなし(高齢独居)・身元保証人なし・生活保護の方、身元保証人が高齢で子供もいない、後見人の方がなかなか動いてくれない
- ・介護力不足:夫婦とも認知症・老夫婦の2人暮らし+家族の協力がえられない(遠方住・姪甥など遠縁、連絡が取りづらい)  
→ 自宅退院希望だが、施設退院となつた
- ・入院:入院前の状況把握が困難、入院までもついくまでが大変、身寄りなしの入院が増えている
- ・退院:遠方家族との意思確認が難しい、退院先の選定に時間がかかる、回復期や療養病棟は適応があつても受け入れを断れてしまう

### 2. 情報共有・ 連携の問題 (約60件)

- ・退院時カンファレンス:カンファレンスの開催がない、期限がある中での日程や開催時期の調整・設定が難しい、急な日程の設定で参加調整が困難、主治医が参加しないことがある、在宅医が呼ばれていない(忙しいと思われて?)
- ・退院連絡の遅延や不足:今日・明日退院の連絡、家族から退院を知られた、退院後に住宅改修の相談があつた  
退院の連絡をお願いしていたのに知らない間に退院していた
- ・経過報告不足:入院の連絡から経過報告なし、退院直前にサービス調整の連絡、薬の問い合わせがあつたあとに連絡なく心配だけした
- ・情報不足:患者や家族に関する情報が少ない(目標や意向など)、情報量が少なく在宅での状況が正確に把握できない、自宅環境が分からず、退院後の薬剤情報が不明、前医からの情報不足で0からの確認や聞き取りが必要、家屋チェックなく本人不在のままでの環境調整依頼
- ・多職種連携不足:病棟で情報が引き継がれていない(共有せずに日々の生活・業務が過ぎて退院が迫る)、連携室と病棟の連携が上手くいっていない、連携室がない場合スムーズにいかない、あじさいネットがみれない、食への支援が在宅の場合必要だが介入が少ないと介護されないと介護できない、栄養士が流れが分からず
- ・多職種への伝え方:相手が知りたいと思っていることを十分に伝えることができているか、サービスに反映してもらう伝え方

### 3. 意思決定・意向 の相違に関する問題 (約50件)

- ・本人は自宅退院、家族は施設入所や入院継続希望(家族ができないと否定的、非協力的、家での介護力がないと受け入れが難しい)
- ・本人や家族と医療者側の意見の違い(本人が思ってできるADL能力と医療者の判断の差)、病院が意向をくみ取らない
- ・本人の意向を聞きたいと思っても面談ができない(面会が不可)、家族との面会時間が少なく家族の意向や考えに差がある
- ・ACPが丁寧になされていない、ACP=DNARとなっている、ACPを含め調整が遅い
- ・本人が意思表示できるのに家族の希望が優先される(療養先、家族の判断で告知をしないことがある:本人の意思は?)
- ・認知症で本人の意思確認や決定が困難、高次機能障害の理解が難しい、失語など意思表示困難な場合家族のみの意向となる

## 4. 地域資源・受け入れ体制不足 (約45件)

- ・エリアによって社会資源が乏しい:在宅医療を支える医師や病院がない(特に西部、西彼杵～西海)、ドクターネットで対応可能な医師がない(東長崎など)
- ・介護や福祉資源の不足:対応可能な事業所が少ない(訪問看護、訪問リハなど通所系サービス、身体介護が必要なもの)、透析患者の送迎サービスの不足、在宅での夜間の介護力不足
- ・施設受け入れの制約:医療ケア(吸引・胃瘻・麻薬使用)やガン末期の受け入れ困難、生活保護・認知症の受け入れ制約、バックベッド(後方支援病院)がない
- ・特定の疾患への対応:がん患者の対応できる訪問看護・ST・訪問薬剤師が限られてくる、ガン末期の療養先、認知症の内科疾患の受け入れ先が見つからない、精神科への入院調整が難しい・受診の予約がとりづらい、透析患者(施設受け入れ・サービス調整)
- ・問題行動のある方、障害のある方の受け入れ先や入院先を探すのが難しい
- ・受診歴も分からぬ場合受診を断られるケースが多い

## 5. 病識や理解度・説明の問題 (約40件)

- ・説明:告知を誰がするのか(病院主治医? 外来主治医? 在宅医?)
- ・理解不足:病院主治医が病状説明をきちんとしているがなかなか家族が説明を把握してくれない、本人や家族が病識がない、症状や予後が理解できない、認知(理解力)低下がある、リハビリをマッサージと認識
- ・受け入れ:回復への期待が大きく現状を受け入れられない、病状説明のたびに家族の希望が変わる
- ・家族の意識:いざとなれば救急車入院できるので、考えずに退院へ進む家族  
自宅に帰ってきてもらって困るので出来るだけ入院させてほしいと言われる家族
- ・拒否:独居で介入やサービスを拒否(他者介入拒否、療養病院拒否、入院拒否、住環境や動作確認の拒否)、家に入れてもらえない

## 6. 医療職・ケアに関する課題 (約35件)

- ・知識や理解等:病院職員が在宅医療への理解がうすい、在宅の視点がない、在宅生活のリアルを知らないと感じることが多々ある、ケアマネや福祉職の場合医療に関しての対応が遅れる、在宅で支えきれなくなった場合病院に戻る?  
重症の患者が多いこともあり退院支援への意識が薄い(各職種間で意欲の差がある)
- ・病院の医療間での意見や方針の乖離(高齢者虐待の方の対応についての意見がわかった)
- ・薬剤関連:薬剤管理の困難(飲み込み、服用用方法を理解できない、3回/日の内服や薬の管理が難しい)、土日に麻薬が入手できない、薬剤情報の不足(入院中処方内容が変更になった理由が不明、アレルギーや副作用の記録、退院時の薬の内容が不明)
- ・急変時の対応など退院後の対応が不足していることが多い。

## 7. 経済的問題 (約25件)

- ・支払いができない(入院費、介護サービス費)、収入はあるが借金があり入院費の支払いが難しく入院に繋げられない
- ・経済的困窮(年金生活、無年金、生活保護利用等)で退院先が見つからない、必要なサービスを利用できない(入れたくても入れられない)
- ・生活保護レベルだが受給資格がなく、サービスを断られる
- ・入院費を払えず退院を迫られたが在宅での介護サービスも未払いがあり、入院も退院も困難な状況へ。
- ・経済的に困窮されている方の退院調整が困難な事例が増えている

## 8. サービス調整・ 退院調整の時間不足 (約25件)

- ・急な退院連絡や退院調整の依頼:金曜日や連休前、年末年始の退院はやめてほしい(ヘルパーなど調整困難)、サービス調整が難しい、調整日数が少なすぎて困る、自宅の環境の把握が出来ない、生活期への申し送りが不足することがある
- ・家族との時間が合わない
- ・入院期間での退院調整が難しい場合あり、治療方針決定や退院のめどがついてから退院までに調整する時間が短くなることがある
- ・急性期はベッドを回さないといけないがなかなか調整がすすまない
- ・看護業務をしながら退院支援をしており情報共有が大変
- ・連携する機関が増えるとその分情報共有に時間がかかってしまう
- ・転院調整:先方の受け入れ可能日とその返事が来た日が近く家族の調整が難しい
- ・レスパイト入院で調整を依頼し、受け入れOKの返答をいただいていたが、後に満床の連絡がきて対応に困った

## 9. 介護保険に 関する問題 (約20件)

- ・介護保険認定調査の結果が遅い
- ・介護保険申請のタイミングの難しさ:介護保険未申請の高齢者が多く退院までに間に合わない、ターミナル期の緊急対応で申請が間に合わない、  
例)ずっと介護利用がなかった方、ターミナル期で医師の判断で介護サービス導入。最後まで介護保険利用なかった。
- ・入院を機に介護保険の区分変更や新規申請の相談があるが、急性期病院での意見書が書きづらい(特に外科系のDr.)
- ・認定が確定していない状態でサービスを組むことの難しさ(費用面も、金額の説明も)、暫定利用のリスク
- ・入院中の申請の必要性が病院職員に理解されていない

## その他

- ・住環境:自宅が住める状態でない、家までの外階段が50段、道が狭く車いすが利用できない。  
退院前に住環境を改修してあるが、改修後の手すりなどを使えないこともある。
- ・病院との環境の違い:入院中と在宅での環境(起き上がる向きなど)が違う
- ・訪問看護ステーションの特徴が事前にわかりづらい(24時間対応、看取り対応、家族等への精神的サポート等)
- ・支援困難事例サービス調整できないまま退院する必要がある
- ・身体機能面の回復に合わせて通院調整を行っていたが、在宅改修が延期となり、入院期間も延期となった。
- ・入退院を繰り返しており、サービスの調整が難しい
- ・ケアマネの選び方が分からない
- ・本人の生活目標が分からない
- ・退院調整時やショートステイ・ロングショートの調整をケアマネとMSWどちらが主体で調整すべきか
- ・「自立支援」の理念が社会で通用しない