

R7 年度長崎版地域包括ケアシステム推進における地域意見交換会(南部)実施報告書

共催：長崎市医師会・長崎市歯科医師会・長崎市薬剤師会・長崎県看護協会 県南支部・長崎県理学療法士協会・
長崎県作業療法士会・長崎県栄養士会・長崎市介護支援専門員連絡協議会・長崎市訪問看護ステーション
連絡協議会・ながさき地域医療連携部門連絡協議会・長崎市

目的

- ①医療・介護の専門職における長崎版地域包括ケアシステムの理解促進
- ②顔の見える関係づくり・多職種の連携強化
- ③連携における各職種の役割の明確化
- ④専門職の意見を踏まえた施策の検討

対象者 圏域内の医療介護専門職

- ① 連携協定締結団体のうち医療・介護に関する専門職(入退院支援に関わりのある専門職)
(市医師会/市歯科医師会/市薬剤師会/県看護協会県南支部/県理学療法士協会/県作業療法士会/
県栄養士会/市介護支援専門員連絡協議会/市訪問看護ステーション連絡協議会)
- ② 検討テーマに関する専門職：ながさき地域医療連携部門連絡協議会
- ③ 地域包括支援センター職員等

開催日時等

エリア	日時	会場
南部	9/18(木)19:00～20:30	南部市民センター 多目的ホール

・対象エリア：大浦/戸町・小ヶ倉/土井首/深堀・香焼/南部/小島・茂木

内容

1. 開会挨拶 長崎市医師会 理事 土屋 知洋
2. 長崎版地域包括ケアシステム/多職種のチーム化について
長崎市地域包括ケアシステム推進室長 渋谷 浩司
3. 入退院支援の症例(長崎みなとメディカルセンターの症例)
「60代多発性脳腫瘍の患者 病状進行による認知機能低下の中での意思決定・家族支援と在宅調整」
ファシリテーター：長崎みなとメディカルセンター 医療ソーシャルワーカー 宮川 江利
 - (1) 医療ソーシャルワーカーの立場から
長崎みなとメディカルセンター 医療ソーシャルワーカー 鈴木 ゆりあ
 - (2) かかりつけ医の立場から
安中外科・脳神経外科医院 医師 安中 正和
 - (3) ケアマネジャーの立場から
長崎記念病院指定居宅介護支援事業所 ケアマネジャー 永野 千佳
 - (4) 講師3人での討議



4. 意見交換会

テーマ「本人・家族へ想いの確認や想いの実現に向けた入退院支援の中で悩んだこと・工夫したこと」



参加者数

(人)

職種		9/18(木)当日	
医師	病院	5	11
	診療所・クリニック	6	
薬剤師	病院	1	5
	薬局	4	
看護師	病院	12	25
	診療所・クリニック	1	
	訪問看護ステーション	9	
	まちななかラウンジ	3	
理学療法士	病院	0	2
	長崎市在宅支援リハビリセンター	2	
作業療法士	病院	2	2
	長崎市在宅支援リハビリセンター	0	
医療ソーシャルワーカー		13	
社会福祉士	病院	7	10
	地域包括支援センター	3	
精神保健福祉士		3	
主任介護支援専門員	事業所	3	8
	まちななかラウンジ	1	
	地域包括支援センター	4	
介護支援専門員	事業所	13	14
	地域包括支援センター	1	
保健師	中央総合事務所	5	6
	南総合事務所	0	
	地域包括支援センター	1	
その他(事務職・相談員)		2	
医師会事務局		2	
行政		5	
計		108	

※MSW4名 症例発表のみ参加

◆ グループワークで出た困り事・悩み事（多い順）

1. 意思決定・意向の相違に関する問題

（約75件）

- ・ 本人：退院希望、家族：施設や入院継続希望、家族の思いが優先され本人の意向が反映されていない療養の場が多い
- ・ 在宅看取り中家族の意向の変化で本人の意思が置き去りになる事あり
- ・ ACPがされていない、本人の思いの把握が難しい、本人や家族の意思と主治医の方針に隔たり
- ・ 家族間（長女・長男など）で意見が分かれる、本人が悩みや意向を言えない、意見の強い家族がいる
- ・ 家族が退院の受け入れが難しい（仕事をしているなど）、希望する社会資源も一致しない
- ・ 家族VS本人のまま退院し、今後どうなるのか…

2. サービス調整・退院調整の時間不足

（約55件）

- ・ 急な連絡：明日や今日、退院カンファレンス翌日の退院、退院が決まってからの連絡、退院間近での家屋調査の連絡、医療度が高い方の明日退院は困った、患者・家族と充分に顔合わせできない
- ・ 退院までの期間が短かくサービス調整や退院調整が大変・難しい、準備出来次第の退院でタイトなスケジュール
- ・ お盆や年末年始の退院要請 → 事業所が少ない、福祉用具の準備に時間がかかる
- ・ 面会制限あり本人や家族と話す時間が少ない、患者や家族との関係がうまくまだ構築できず調整がうまくいかない

3. 情報共有・連携の問題

（約50件）

- ・ 退院時カンファレンスの問題：カンファレンスなしの退院、連絡が急で日程調整が困難、情報共有が遅い
- ・ 情報伝達の遅延：サマリーの郵送や退院の連絡が遅い、ケアマネへの基本情報の提供が遅い（家屋調査時情報がない）
- ・ 情報伝達の内容：吸引についての情報提供がなかった、理解度・今後の生活での注意などもっと情報交換できれば、本人や家族の意思決定の経過や経緯が知りたい
- ・ 多職種連携の不足：病院主治医との連絡方法・タイミングに迷いがある（つなががない、連絡がなかなか取れない）各職種とのリアルタイムの連絡手段が少ない

4. キーパーソン・身寄りの問題

（約45件）

- ・ 身寄りがない・家族と疎遠（親族がいない、音信不通）・保証人がいない（調整に時間を要す）
- ・ キーパーソン（意思決定者・環境調整者）不在・不明確、キーパーソン入院中、独居（高齢、終末期、ADL低下、後遺症）
- ・ 家族の協力が得られない（遠方の家族と連絡が連絡困難・面会に来られない、家族間の関係性が悪い）
- ・ 家族が県外で支援者がいない、県外の家族の意思決定確認が難しい

5. 病識や理解度・説明の問題

（約40件）

- ・ 本人や家族の病識が不十分、どの程度病識があるか不明瞭（説明の際主治医と家族のみでMSWやNsの同席できない）
- ・ 医師からの説明が不十分、または理解されていない、理解が間違っている（介護保険サービスについても）
- ・ 医療者と患者・家族間の認識のギャップ（予後・自立度・退院後の生活等）があり、思ったような支援ができず
- ・ 患者や家族は、医師や病棟看護師に不安が言えない
- ・ 医師が勝手に転院と決める、緩和ケア病棟は最期の場所と説明されていることが多い
- ・ 緩和面談のために来院された時点で自宅療養の選択肢が消されている
- ・ 予後の説明を本人が聞いていない（告知しないでと言われる）、在宅に戻った場合の資源を知らない

6. 社会資源・ 受け入れ体制不足 (約35件)

- ・ 南部地域の社会資源がとて少ない：ヘルパーや訪問入浴サービスを提供できる事業所が少ない、移送支援がなかなか見つからない
- ・ かかりつけ医がない「受け持ちたい気持ちはあるが、高齢で受け持ち人数が今位でいっぱい。」
- ・ 認知症や精神疾患のある方の急な入院先がない、施設や療養病院が少ない(透析患者の療養先があまりない)
- ・ 「精神科」の病名を出すと入院の受け入れが難しい
- ・ 介護認定(支援 又は 介護)で使えるサービスが違う

7. 経済的問題 (約25件)

- ・ 介護サービス費用の支払い困難、医療費や介護費の滞納、滞納によるサービス提供の中止
- ・ 経済的な理由で十分なサービスの利用や施設入所ができない、退院先の確保ができない
- ・ 通院交通費(タクシー代など)の負担大
- ・ 自宅環境整備費用がない
- ・ 生活保護や無料低額の提案も受け入れが難しい
- ・ 経済的援助が不足

8. 支援拒否・ 協力困難 (約20件)

- ・ 本人や家族がサービス利用や受け入れを拒否(治療拒否、病院受診拒否、福祉用具の使用拒否、支援介入拒否)
- ・ カンファレンスで決めたサービスを退院後拒否する
- ・ セルフネグレクト傾向にある人への支援、悪化することが分かっているにもかかわらず拒否を続ける方への支援
- ・ 家族が服薬管理に消極的、感染症を恐れ拒否する家族、看取りに関する恐さを感じている
- ・ 病院に対し注文が多く批判するが退院は拒否し入院をのばす、病院側は退院させたいが家族が退院を望まない
- ・ 家族間のパワーバランスに問題がある、昼夜問わず電話をかけてくる
- ・ 利用者以外の家族が問題を抱えている

9. 医療職・ケア に関する課題 (約20件)

- ・ 病院医師が在宅医療を十分理解していない、病院主治医と在宅医の治療方針の違い
- ・ 病棟医師や看護師が在宅のイメージが少なく退院に消極的になる事が多い、在宅医不在で急性期病院の主治医のまま
- ・ ケアしている側が、在宅で生活できると判断していても医師と話し合う前に家族に在宅はムリと説明することがある
- ・ 若い患者さんの時の家族支援(気持ち、介護、グリーフケア)、優先順位に悩む(リハビリか精神科フォローか)
- ・ 薬剤関連：退院後に保険薬局で薬を確保できない、薬の管理が出来ない、一包化なしでは飲めない、入手困難な薬が多々ある、代替薬等検討しているが準備や手配に手間がかかる、
- ・ 医療処置、看護：経管栄養の手技獲得が進まない、おむつ交換や食事介助など家族へのケア説明が不十分

その他

- ・ 住環境：ライフラインの停止、家が住めない状況・生活環境が全く整っていない、階段が多く自宅に自力で帰れない
- ・ 虐待疑いで緊急搬送したが、在宅や施設調整中退院になりかけ困った
- ・ 超高齢者に対する医療介護が十分に検討されていない気がする(社会全体的に)

◆ 困り事・悩み事に対するアイデアや工夫点

1. 早期介入・情報共有

- ・入院時スクリーニング、早くから関わる
院内の多職種カンファでの早期情報収集
- ・早めの相談、早めにケアマネを呼ぶ
(サービス調整や説明の段階でケアマネを呼んでほしい)
- ・入院した時からACPの話をする
- ・今後の方針を迷っている段階でかかりつけ医にご相談
- ・退院前カンファを行い情報共有、早めの相談
- ・多職種連携、関係機関との情報共有をこまめに行う
- ・入院中や中間段階でのカンファ的な情報共有
- ・家に帰る可能性がある段階で情報共有

2. 意思決定支援

- ・家族がどこまで対応できるか確認する
- ・家に帰ったら何がしたいですか？と聞く
- ・本人の意思をどの専門職も確認し、ベースに置く
- ・可能な限り本人の意思を尊重する関わり
- ・第3者の立場(例: ケアマネ)から受け止めを確認
- ・どちらの選択をしてもメリット・
デメリットがあることを繰り返し話し合う
- ・多職種からの意見を求め、本人や家族に伝える
- ・本人、家族それぞれ話してみる
- ・本人の望みと家族が出来ることのすり合わせ
- ・家族を早めに呼んで全体的に話し合いを持つ
- ・関係者を集めてカンファレンス、折り合いをつける
- ・本人、家族の希望について、
カンファの中で医療職を含め改善策をねる
- ・元気なうちから手帳を活用、手帳を持っているか聞く
- ・早くから意思を表示しておく、本人の望みの確認
- ・入院時からACPの話をする(慢性期病院でも)

4. 説明・情報提供の工夫

- ・主治医が予後などをしっかり伝えて本人の希望を聞く
- ・医者以外(看護師)からかみくだいた病状説明を行う
- ・丁寧な医者からの説明、再度希望の確認
- ・図表や分かりやすい言葉で、
理解しているか確認しながら説明
- ・認知機能が低下した状態でも、環境設定や地域住民の協力で自宅生活が可能なことを説明

5. 制度・社会資源の活用

- ・成年後見人制度の活用や情報提供、インセンティブの検討
- ・社会資源の内容の情報提供、最低限のサービスを入れる
- ・試しに使う、横出しサービス(在宅生活支援事業等)を併用
- ・行政(生活保護等)福祉との連携
- ・権利擁護・成年後見支援センターの早期活用
- ・対応できる事業所のリスト化、ネットで見れるようにする

6. かかりつけ医・医療連携

- ・日頃からかかりつけ医をもつことが重要(安心した支援の為)
- ・かかりつけ医をもつようにすすめる(がん治療と手術後など)
- ・Dr同士であればDrネットを活用
- ・先生への相談、予後の説明後方針を相談
- ・緊急性について主治医と連携
- ・在宅医不在の場合も想定した連携
- ・多職種が関わる中で方向性の一致と統一を

7. 地域・家族の巻き込み

- ・近所の方など誰でも引き込む、一人で抱え込まない
- ・地域の方、関係機関と一緒に動き、アイデアをしばる
- ・見守り体制、地域力の向上
- ・その人が生活していく中で関わっている人を探す
(近所・食事の世話をしている等)
- ・環境設定や地域住民の協力で自宅生活が可能なことを説明
- ・家族がどこまで対応できるかの確認

8. サービス拒否への対応

- ・原因を本人へたずねる
- ・本当に困るまで待つ
- ・本人の想いを傾聴し、実現に向け小さな目標から達成し成功体験を積み、否定に対してアプローチする
- ・関係機関との情報共有をこまめに行い、
定期的にカンファを行っている
- ・本当に困ったときの相談先となる

9. 住環境・退院準備

- ・家屋調査、専門職が事前に環境チェック
(住宅改修、自宅退院可能か確認、リスクを確認し伝達)
- ・退院後過ごししながら環境を整える
- ・階段を登る、自走する車いすを使う
- ・福祉用具の準備は時間がかかる為、早めに検討
- ・せめて、明日退院だったら急ぎで環境を整えられる

10. その他の工夫

- ・在宅でのデスクカンファ、オープンカンファをする
- ・飲みニケーション
- ・まちなかラウンジに相談、研修に参加
- ・慢性期病院と急性期病院の役割分担
- ・1回回復期やリハ病院をはさむ
- ・難しいが、緊急入院先を事前にきめる
- ・意見交換会などで様々な職種の顔なじみをつくる
- ・急性期病院が人材不足で手が回らない状況なら、
ケアマネが説明だけでも訪問できると思う(ケアマネ)
- ・何があっても受け入れるから何でも相談してほしい
(在宅医)
- ・帰りたい気持ちが少しでもあれば、お話しする機会
をもらえれば説明しに行きます(在宅医)

◆ 職種別の困り事・悩み事（多い順）

医師

1. システム・体制の問題
（超高齢者に対する医療介護が十分に検討されてない、急性期の主治医は在宅に詳しくないため早期に相談するシステムが欲しい等）
 2. 社会資源不足
 3. 病状理解や説明の問題
その他・・・
- ・病院主治医と在宅医の治療方針の違い
 - ・認知機能が低下し、本人の希望が不明
 - ・身寄りがない方、経済的問題もある方、介護保険未申請の方の退院支援

薬剤師

1. 薬剤確保・管理の問題
2. 情報提供・連携の問題

医療ソーシャルワーカー

1. 身寄り・キーパーソの問題
 2. 本人と家族の意向の相違
 3. 退院調整の時間不足
 4. 理解度・説明の問題
その他・・・
- ・経済的問題
 - ・面会制限あり。本人・家族が話す時間が少ないため、方向性がなかなか決まらないことがある
 - ・リハビリが優先か精神科フォローが優先か悩む・・・
 - ・自宅退院に向けて本人、家族の受け止め、医療行為への対応

看護師

1. 本人と家族の意向の相違
 2. 家族対応の困難
 3. 医師との連携・説明の問題
 4. 病状等の理解度の問題
その他・・・
- ・退院ができるのか不安材料が多い時、退院前カンファレンスでどこまで退院までに詰めるのか
 - ・緩和面談時には、在宅療養の選択肢がない
 - ・意思表示が難しい患者の想いの把握が難しい
 - ・認知症患者の今後の方針について
 - ・経管栄養の手技を取得する必要があるが、本人・家族ともに意欲がなく進まない
 - ・会議に参加せず、看護サマリーの内容で受け入れ予定先の施設より断られることがあります

社会福祉士

- ・身寄り・キーパーソの問題
- ・経済的問題
- ・病院に対しての注文が多く批判をするが、退院は拒否して入院期間をのばす
- ・利用者以外の家族が問題を抱えている
- ・医療資源の乏しさ（南部地区）
- ・看取りに対する恐さを感じておられる
- ・若い患者さんの時は家族支援（気持ち、介護、グリーフ）
- ・家族が在宅療養へ非協力的、理解得られず
- ・在宅へ戻った場合の社会資源を知らない

訪問看護

1. 情報共有・連携の問題
 2. 本人と家族の意向の相違
その他・・・
- ・薬の管理ができない、薬の管理が大変
 - ・ACPがされていない
 - ・在宅医不在、急性期病院主治医のまま
 - ・家族の生活に対する支援が全く理解できていない
 - ・入院受け入れをお願いする際に「精神科」の病名を出すと受け入れが難しい

リハビリ職

- ・本人と家族の意向の相違
- ・家族の病気への知識が少ない（認知症）
- ・認知機能が低下していると、家族が在宅は難しいと判断することが多い
- ・家族の想いは聴取する機会が少ない
- ・経済的援助が不足
- ・退院時の方針の相違
- ・在宅生活に向けての調整
- ・階段が多く、自宅に自力で帰れない

精神保健福祉士

1. 本人と家族の意向の相違
 2. 身寄り・キーパーソの問題
その他・・・
- ・経済的援助が不足、
 - ・階段が多く自宅に自力で帰れない

ケアマネジャー

1. 急な退院・サービス調整の時間不足
 2. 情報共有・連携の問題
 3. 本人と家族の意向の相違
 4. サービスの拒否・受け入れ困難
 5. 社会資源不足・経済的問題
 6. 身寄り・キーパーソの問題
その他・・・
- ・退院時の病院との役割分担。
 - ・家族が服薬管理に消極的
 - ・病状の理解が不十分、医療職と本人・家族との間に認識のギャップあり、考える支援が出来ない
 - ・病院から訪看や訪問リハのご希望があっても実施に繋がられないことが多い（定期受診は行かれる）

保健師

1. 身寄り・キーパーソの問題
 2. 本人と家族の意向の相違
 3. 支援拒否・困難事例
 4. 認知機能低下・意思確認困難
 5. 住環境・経済問題
その他・・・
- ・透析患者で在宅の方、急な入院先がなかなか見つからなかった
 - ・退院前カンファの連絡が急で日時調整ができない
 - ・多職種が関わる中で方向性の一致・統一

無記名

1. 社会資源・受け入れ体制の不足
2. 退院調整時間不足
3. 身寄り・キーパーソの問題
その他・・・