

# 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(北部)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
北部	10/30(木)19:00~20:30	長崎県総合福祉センター 5階 大ホール

・対象エリア:江平・山里/西浦上・三川/緑が丘/小江原・式見/岩屋/滑石・横尾/三重・外海/琴海

## 内容

1. 開会挨拶 長崎市医師会 理事 阿保 貴章
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
3. 入退院支援の症例(長崎大学病院の症例)

「70代 脳癌・食道癌術後化学療法中の患者、長大と在宅医で併診。

訪問看護・ケアマネなど在宅スタッフと病院が連携し、自宅療養のサポートを図っている。」

ファシリテーター:長崎大学病院 医療ソーシャルワーカー 本村 美奈

- (1) 医療ソーシャルワーカーの立場から

長崎大学病院 医療ソーシャルワーカー 本村 美奈

- (2) かかりつけ医の立場から

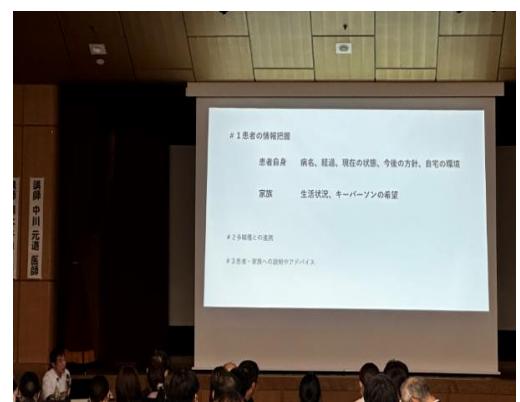
中川外科医院 医師 中川 元道

- (3) ケアマネジャーの立場から

ケアプランセンターあすなろ ケアマネジャー 淵上 千早

- (4) 講師と訪問看護師の4人での討議

(※訪問看護ステーションあすなろ 看護師 綾部 真由美 参加)



#### 4. 意見交換会

テーマ「入退院支援の中で困ったことや悩んだこと、工夫していること」



参加者数

(人)

職種		10/30(木)当日	
医師	病院	1	8
	診療所・クリニック	7	
歯科医師（診療所）			2
薬剤師（薬局）			5
看護師	病院	13	25
	診療所・クリニック	1	
	訪問看護ステーション	7	
	包括	1	
	まちんなかラウンジ	3	
理学療法士	病院	4	12
	介護事業所	4	
	長崎市在宅支援リハビリセンター	4	
作業療法士	病院	1	4
	長崎市在宅支援リハビリセンター	3	
言語聴覚士（病院）			1
管理栄養士	病院	1	2
	診療所	1	
精神保健福祉士			2
医療ソーシャルワーカー			22
社会福祉士	病院	4	9
	地域包括支援センター	5	
主任介護支援専門員	事業所	9	15
	まちんなかラウンジ	1	
	地域包括支援センター	5	
介護支援専門員	事業所	14	15
	地域包括支援センター	1	
保健師	中央総合事務所	6	8
	北総合事務所	1	
	地域包括支援センター	1	
その他（事務職）			1
時津・長与（行政・地域包括支援センター）			5
医師会事務局			2
行政			8
	計	146	

## ◆ 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・ 身寄りの問題 (約95件)

- ・キーパーソン不在、キーパーソンが近所の方でどこまで頼って良いのか(保証人や緊急連絡先の確保が難しい)
- ・キーパーソンが高齢(老老介護)、キーパーソンが遠方などで患者がどんな生活をしてきたか分からない
- ・身寄りなし、家族が疎遠・関係性が悪い・親族がいない、独居(家族が県外在住・連絡とりづらい)、高齢で認知症の患者
- ・退院:身元引受人がおらず施設入所が難しい、転院先をどこにするのか等確認が取れない
- ・身寄りがないが、任意後見人もお金がかかるから「まだ…」と申請しない。
- ・独居やキーパーソン不明の在宅患者が最近多くなった

### 2. 社会資源・ 受け入れ体制不足 (約85件)

- ・ヘルパー不足(人材・マンパワー不足、ヘルパーさんの高齢化・業務負担増)、複数の事業所を利用することも
- ・地域による資源の差:往診出来る医師が少ない・見つからない(琴海・中山間地)、地域で活動するリハ職が少ない
- ・訪問診療を基本に診療時間外に言っているため、対応できない時がある
- ・精神疾患があるとハードルがあがり受け入れをしえもらえる在宅医やケアマネが減ってしまう
- ・施設の空きがない(入所希望があっても見学や申し込みが進まない)、療養型施設の受け入れや待ち時間が長い、身元引受人がおらず施設入所が難しい、介護保険未申請の患者は受け入れてもらいにくい、施設側との乖離(車いすでないと等)
- ・透析患者(ADL低下)、透析患者+脳血管疾患の併発、血液内科患者、  
不穏・重度認知症・せん妄患者(自宅退院困難)の受け入れ先や療養先が見つからない
- ・治療は終わっているが暴言などにとり転院先が決まらない
- ・精神疾患や認知症の方、未治療の精神疾患があるだろうと思われる方への入退院調整が難しい
- ・高齢者施設からの入院で戻り先がなくなり、急性期病院の病床もひっ迫
- ・急変した時(夜間など)受け入れてくれる病院を探すのが大変

### 3. 意思決定・意向の 相違に関する問題 (約80件)

- ・本人と家族間の意見の相違(本人は自宅退院、家族は介護できない・無理・不安・施設に入ってほしい・病院にいてほしい)
- ・本人の意向よりも家族の意向が強い
- ・本人の望む在宅サービスと家族の受け入れ体勢に差がある
- ・本人の希望と家族の不安との間で調整に悩む、方向性の一本化に苦慮、本人・家族・病院内での板挟み
- ・退院後の生活やイメージがスタッフと本人・家族との相違、病院内でのADLでは自宅での生活が難しい場合がある
- ・本人の強い希望と実際の生活するうえで、安全性の確保等が困難な場合の葛藤
- ・入院をきっかけに認知症が進行・認知症があり意思決定が難しい
- ・本人がどのような在宅サービスを望んでいるか分からない、本人や家族の意向が明確でない
- ・本人や家族がACPを実施できているかというとまだ十分でない

## 4. 情報共有・連携の問題 (約70件)

- ・経過報告不足:入院した後の経過は退院まで分からぬことが多い、退院後に充分な情報を得られないままの服薬指導支援
- ・退院カンファレンス:カンファレンス開催がない(自宅でカンファレンスを行った、希望があってもしない)
- ・連絡の遅延や不足:今日・明日と急な退院の連絡、入退院の連絡がない(知らないうちに退院)、訪問看護には情報が入らない
- ・情報共有内容:サマリーの内容と実際の状況が異なる(ADL等)、禁忌事項について病院ごとで違うことを言われ混乱した、予後や病状の説明がどこまでされているか分かりにくい、送付先はどの内容を重視するのか(リハサマリー等)、リハ介入時紹介状からリハ介入に適切な病名が見つからない
- ・多職種連携不足:多職種連携が上手くいっていない、実際訪問すると事前の決定事項と全く違う内容になっていた、情報共有を密にしたいがお互い多忙でなかなかゆっくり話す時間が確保できない、意見が強い職種がいる、お互い想定している業務内容が違う(「そういうことは自分の仕事じゃない」と言われる:役割分担が難しい)、在宅医への報告はしやすいが病院には報告しにくい、ICに関しての主治医と外来主治医との連携、
- ・情報連携シートが活用しづらい、担当が日々変わり窓口が分かりにくい、食形態が病院により異なる

## 5. サービス調整・退院調整の時間不足 (約60件)

- ・急性期なので依頼から退院までのスピードが早い、診療所からの入院相談は今日・明日など急な入院を求められる
- ・コロナの影響で家族との面会時間に制限あり
- ・短い入院期間の中で、病気のことを受け止め今後のことを考えていかざるをえない
- ・病院から退院することが精一杯でACPを進められない、課題が複雑
- ・想定していた退院日より早く退院日が決まってしまい、サービス調整の日にちがない、在宅環境が整っていない
- ・本人の希望で急に退院が決まる、急な支援の方針変更
- ・急な退院:在宅環境が整っていない、調整が追いつかない、明日や今週中の退院など対応してくれる訪問看護やケアマネ、福祉タクシーや介護タクシーが見つからない
- ・退院と同時にサービスを組みたいが、退院日が決まらずに急に今日・明日ということがある
- ・急な退院決定で明日退院。食事の形態に注意が必要です。今日中に病院に来て栄養士からの指導を受けて下さい。

## 6. 病識や理解度・説明についての問題 (約55件)

- ・本人や家族の病気・加齢に対する理解不足、理解不十分、病識の低下、退院に向けての病状の共有が出来ているか不安(ターミナル期ではあるがまた元気になると思われている、自宅で看取りたいが病状やケアの理解が不十分)
- ・認知症の診断はついていないが、認知機能低下は明らか
- ・家族が実際にできる介護力、患者の身体状況や運動レベルのイメージや患者のADL低下の理解が出来ていない・難しい
- ・癌末期の場合:治療の説明や情報共有のタイミングが難しい、病院医師より予後のことが家族にあまり伝えられてない、本人に余命を伝えておらずいつ伝えるのかあやしいまま、本人未告知のままの退院調査
- ・進行の早い病気の本人や家族への説明が追いつかない
- ・医療者側と家族側の病状の認識が異なる、主治医の症状説明と患者・家族の理解度の違い
- ・本人や家族の権利意識が強くなっている

## 7. 支援拒否・ 協力困難 (約50件)

- ・本人や家族がサービス利用・家屋調査・福祉用具(介護ベッド・Pトイレ等)を拒否、受け入れない、自宅での生活に固執する、頑固、多職種の介入を好まない、患者が医師で患者になりきれず自分で医師になり指示をされることが多く対応の仕方が難しい
- ・支援が必要なのは明確だが、病識の低下や認知機能低下から、サービスをとにかく拒否され受け入れが出来ない
- ・現在サービスを使わず何とかなっており、サービスや継続受診につながらない
- ・本人や家族に治療の必要性を理解してもらえず入院拒否、入院の必要性を理解してもらえない方への入院支援
- ・エアコンを嫌がり熱中症 → サービス拒否で救急搬送、入院を予防できない
- ・老老介護、家族の協力が得られない(連絡が取れない・関係不良・家族が引きこもり)

## 8. 医療職・ケア に関する課題 (約40件)

- ・福祉職なので医療連携に苦手意識あり(医療用語が難しい)、病院の医師や看護師等在宅の視点がない(介護申請が遅い)
- ・未期癌の患者の家族支援(ヤングケアラー・介護の視点)、予後不良の方で若い方の仕事復帰、離島に住む難病患者への退院支援、情緒不安定な方の家族との向き合い方、本人の病状共有後の寄り添い方(スムーズに入っていけない)、信頼をどう得ていくか
- ・バックベッド(ホスピス)や方針がなかなか決まらない、今後の方針が不明瞭(目標設定に困る)
- ・訪問時口腔清掃状態が不良な方が多い
- ・本人や家族、多職種がACPの実施ができていない(90台前後の高齢者の体動困難の救急搬送)
- ・認知症:もともと自立していたケア(血糖コントロール等)が進行によりできなくなった方のサポート体制、夜間のサポート体制
- ・内服:内服管理が出来ない、食事が2回/日の方に3回/日処方があり1回スキップされている、処方がヒートで処方されている
- ・ケアが多く限られた時間ではサービスが足りない

## 9. 経済的問題 (約35件)

- ・入院を機に経済的問題が判明
- ・生活保護、借金がある、経済的困窮(収入が少ない、年金はあるので生保にならず)、高齢夫婦二人暮らしで金銭面の負担が難しい
- ・金銭的問題で治療が終わっても退院できない
- ・金銭的に余裕がなく(生活困窮で)必要なサービスが組めない、行政費・家賃などの未納が多くサービス利用が難しい、入れる施設や使えるサービスが見つかりにくい
- ・ショートが遠くタクシー代が払えない、施設入所での引っ越し代
- ・相談先を悩む

## その他

- ・住環境:清潔でない家庭で福祉用具が入れられない(物が多い)、ベッドや手すり、Pトイレ環境が全く整っていない、階段や坂などで在宅への退院が困難、自宅の環境設定が本人中心で同居家族が使いにくい
- ・自宅生活可能だが一人になると心配あり
- ・不自由な方が口腔の問題ですぐに受診できない
- ・コロナの影響で試験外泊が不可能
- ・更新研修で、緊急時であっても電話などで話せず迷惑をかけてしまう

# ◆ 困り事・悩み事に対するアイディアや工夫点

## 1. 事前準備・早期介入

- ・その状況になる前に早めから情報収集、イメージしておく
- ・入院時より情報共有を行う
- ・多職種間の密な連携
- ・入院中の退院前カンファが大切、MSWのファシリリにより患者の気持ちと説明
- ・介護保険の申請、タイミングが早めに
- ・入院当初から関わり早めに対応をする

## 2. 多職種連携・カンファレンス

- ・会議を開催し、対象者に関わる職種を多くする
- ・退院前カンファをしっかり行う 段取りを確実に
- ・カンファをする基準を明確に
- ・多職種連携(カンファ、担当者会議を行う)  
※誰がリーダーとなるか
- ・ENT前カンファで共有できたらよい

## 3. 情報共有の工夫

- ・情報の一元化、統一されると良い
- ・病院と在宅側の立場での情報共有
- ・ZOOMの活用
- ・あじさいネットやITCの活用
- ・退院後の様子をMSWさんに伝える様にしている

## 4. 退院支援の工夫

- ・転帰先の検討(自宅・病院・施設)
- ・何に気をつけて入院中対応するか、MSWとして気付いている→事前に教えてくれれば
- ・退院に向けた雰囲気作り
- ・早期よりの退院・支援が必要
- ・地域の介護サービスの状況に合わせた調整

## 5. 役割分担と相互理解

- ・役割分担
- ・連携したことのない職種の仕事内容を理解することで、思わぬ解決の糸口が見つかるかも
- ・コミュニケーションに工夫をする
- ・顔の見える関係づくり、対面で話す
- ・福祉職なので医療連携苦手に思うことがある。包括に医療職がいるので相談する

## 6. 状況把握と見守り

- ・地域で過ごす本人さんの状態を共有する。それを心掛ける
- ・本人や家族へ寄り添う気持ちを理解する
- ・家族の状況を把握する

## 7. 本人・家族への丁寧な説明

- ・繰り返しの説明、試験外泊等、在宅継続の抵抗感を無くす
- ・リハビリでは1日1時間ほぼ毎日関わる。本人が家族へ言えない本当の気持ちや希望を伝えるようにしている
- ・誰に話すか:キーパーソン、繰り返し
- ・試験外泊→スタッフもみて
- ・病院と在宅で連携して説明する

## 8. 制度・社会資源の活用

- ・権利擁護・成年後見支援センター利用
- ・包括へ相談
- ・地域で支える
- ・包括としてアンテナを立てる
- ・行政や警察など、いろいろな機関と連携する。コミュニケーションを取る
- ・地域資源の活用  
(緊急の食料、衣服の提供をしている所等)

## 9. その他

- ・入院後早い段階で活動度の向上に繋げられるように、リハ職も急性期、病院に患者面談し事前に少しでも評価できていたらいいのかも
- ・予後を考えた方針を決定する
- ・在宅の力?!(福祉用具や改修したが、家に帰ると思いの他元気になる場合)

# ◆ 職種別の困り事・悩み事（多い順）

## 医師

- 1. 情報共有・意思決定支援の問題
- 2. 受け入れ体制(退院先)不足、病状説明の問題
- その他・・・
- ・訪問診療を基本的に診療時間外に行っている為、血液検査のご希望がある時対応できない

## 歯科医師

- ・不自由な方が口腔の問題ですぐ受診できない。地域での紹介システムはないのか。
- ・訪問すると口腔清掃状態が不良な方が多くみられる。定期的な口腔ケアが必要
- ・歯科治療、ケアに対する患者や家族様の要望を把握しづらい事がある
- ・歯科が関わる際、その患者さんの中長期的な予後が解りにくいことがある

## リハビリ職

- 1. 家族の理解・認識の相違
- 2. 情報共有の問題
- 3. 院内・多職種連携の課題
- 4. 退院後のサービス・フォロー
- 5. 環境調整の問題(コロナの影響)
- 6. キーパーソン・身寄り問題
- その他・・・
- ・短い入院期間の中で、病気のことを受け止め、今後のことを考えていかざるを得ない時
- ・急変時の受け入れ体制（医療依存度↑の方）
- ・病院から退院する時期が入院患者の病状や病態と自宅での療養可能かどうか、折り合わない場合の自宅生活支援の内容について

## 薬剤師

- 1. 情報共有・連携の問題
- 2. 業務範囲・対応の課題  
(薬局としてどこまで介入すればいいか等)
- その他・・・
- ・在宅訪問をさせてもらっている患者さんで、受診をお願いしてもなかなかしてくれない
- ・多職種の方の介入をあまり好まない患者に対して、何か出来ることはないか

## MSW

- 1. キーパーソン・身寄り問題
- 2. 意向や認識の相違の問題
- 3. 受け入れ体制(退院先)不足
- 4. 急な退院・調整時間不足
- 5. 院内・多職種連携の課題
- 6. 経済問題
- 7. 説明と意思決定支援の問題

## ソーシャルワーカー

- 1. キーパーソン・身寄り問題
- 2. 意思決定・意向の相違の問題
- 3. 支援拒否・理解度の問題
- その他・・・
- ・福祉職なので医療連携苦手に思うことがある
- ・連携する先が限られてしまうため、本当に必要だと思う支援が難しい
- ・全く準備のない状態で退院が決まり、サービスの調整が追いつかない

## 看護師

- 1. 退院調整・キーパーソン不在
- 2. 受け入れ体制(退院先)不足
- 3. 本人や家族の理解度の問題
- 4. 病状説明と情報共有の問題
- 5. 連携窓口の問題
- その他・・・ 経済的問題、介護保険未申請

## ケアマネジャー

- 1. 急な退院・調整時間不足
- 2. 情報共有の問題
- 3. 本人・家族の意向の相違
- 4. ケア内容や連携の問題

## 保健師

- 1. キーパーソン・身寄り問題
- 2. 支援拒否・協力困難
- 3. 経済的問題
- 4. 病識や理解度の問題、精神疾患・認知症関連の問題
- その他・・・
- ・入院中情緒不安定な方の家族との向き合い方
- ・内服薬の管理が出来ない

## 管理栄養士

- ・病院ごとの食形態がわかりにくく、連携しづらい。家族での調理が困難なため自宅でのケアが難しい
- ・退院後、独居の場合食事(買い物や調理)の支援が必要となるが、治療食が必要(嚥下食含む)な時、どう支援すれば良いか
- ・身寄りのない方・明日退院することになりました。今日中に病院へ来て栄養士から指導を受けて下さい

## 無記名

- 1. サービス・退院調整の時間不足
- 2. キーパーソン・身寄り問題
- 3. 情報共有・連携の課題
- 4. 意思決定・意向の相違の問題
- 5. 病識や理解度・説明での問題
- 6. 社会資源・受け入れ体制不足
- 7. 環境調整の問題
- 8. 医療やケアに関する問題
- 9. 支援拒否・協力困難
- 10. 経済的問題
- その他・・・