

# 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(中央部)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
中央部	10/15(水)19:00~20:30	長崎市役所 2階 多目的スペース

・対象エリア:東長崎/日見・橘/桜馬場/片淵・長崎/西部/淵

## 内容

1. 開会挨拶
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(長崎原爆病院の症例)

「50代乳がん患者

退院決定後状態変化あり、訪問診療(在宅医)導入・在宅調整。自宅で看取りとなった。」

ファシリテーター:長崎原爆病院 医療ソーシャルワーカー 深堀 章子

- (1) 医療ソーシャルワーカーの立場から

長崎原爆病院 医療ソーシャルワーカー 梶原 かえで

- (2) 訪問看護師の立場から

長崎原爆病院訪問看護ステーション 看護師 峰 しのぶ

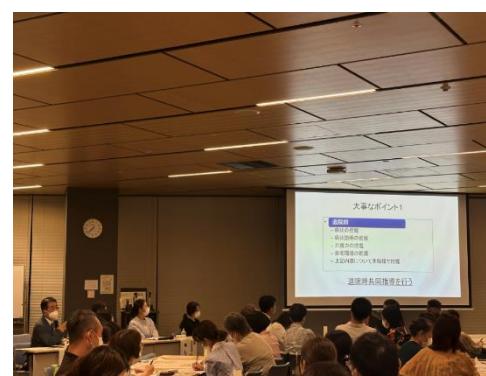
- (3) ケアマネジャーの立場から

ケアプランセンターみなつき ケアマネジャー 福留 登貴子

- (4) かかりつけ医の立場から 奥平外科医院 医師 奥平 定之

(※ ライン薬局 薬剤師 水崎 直文 から 会場からのコメントあり )

- (5) 講師4人での討議



#### 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		10/15(水)当日	
医師	病院 診療所・クリニック	2 12	14
歯科医師（診療所）			1
薬剤師		0 6	
看護師	病院	7	
	診療所・クリニック	4	
	訪問看護ステーション	2	
	まちんなかラウンジ	3	
理学療法士	病院	5	
	介護事業所	1	
	長崎市在宅支援リハビリセンター	3	
作業療法士	病院	5	
	長崎市在宅支援リハビリセンター	1	
言語聴覚士（長崎市在宅支援リハビリセンター）			1
管理栄養士（栄養士会）			4
医療ソーシャルワーカー			12
社会福祉士	病院	4	
	地域包括支援センター	3	
主任介護支援専門員	事業所	2	
	まちんなかラウンジ	1	
	地域包括支援センター	3	
介護支援専門員	事業所	9	
	地域包括支援センター	0	
保健師	中央総合事務所	5	
	東総合事務所	2	
	地域包括支援センター	1	
その他(相談員・事務職)			2
医師会事務局			2
行政			9
計			112

## ◆ 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された、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

# ◆ 困り事・悩み事に対するアイディアや工夫点

## 1. 情報共有・連携体制の構築

- ・日頃から顔の見える関係づくりは、何かの時やりとりしやすくなる
- ・入院時によく連携、入院時情報提供書の活用
- ・病院と在宅の情報共有ツールの活用、チェックリストを作る
- ・あじさいネット、その他の方法や無料のつながるツールの活用
- ・メディカルケアステーション、Webのカンファレンス
- ・退院前に主治医に許可をもらってDr.ネットに相談
- ・リハビリ職や多職種を集めてカンファレンス(各立場で情報共有)
- ・動画で撮っておいて共有する(家族にも見せる)、交換日記LINE
- ・面会 → リモートでつないで状況を家族に伝える、情報共有する
- ・カルテへの記入の工夫(意思決定支援とわかるように)
- ・主治医の意見書のコピーを家族の同意を得てもらう
- ・新規の担当をする際は、目標・意向(家族・本人の意向の違い)・お薬情報等、担当・PT・OTからの情報がもっと欲しい
- ・急な相談があった際に、電話のみのとき、詳細な情報が出来ればいただけるとケアマネジャーに依頼をしやすいかも
- ・担当SWが決まり次第、連絡を頂きたい
- ・ケアマネの名刺を渡している(原爆手帳、お薬手帳とか)  
→入院時連絡くる
- ・入院の情報が入ると、病院に連絡を入れ、入院情報シートを送付し、在宅の状況が伝わるようにしている
- ・MSWと頻回に連絡をとり、在宅の方は担当・病院内のスタッフとのつなぎをしてもらっている
- ・紹介入院後した後、在宅で受けるようにしている。  
新患でもなるべく在宅診療を受けている

## 2. 多職種連携の強化

- ・退院前カンファレンスの充実
- ・多職種で意志の共有
- ・病院の中(入院中)で在宅医療の事例を検討
- ・地域の支援者を巻き込んだデスカンファ
- ・入院の中での在宅医療の事例を検討

## 3. 早期介入・計画的な退院支援

- ・入院時から退院を見据えた支援、早期からの多職種カンファ
- ・退院日をある程度決め準備する、計画的な退院支援
- ・ステージIV、骨・肝・脳はわかった時点で、  
介護申請を出した方がよい
- ・予後を考えて早めの介護保険申請を行う
- ・早めの認定調査 → 申請時に早急な対応を依頼
- ・急性期病院からの転院時には介護保険申請をする
- ・福祉用具の早期導入
- ・退院時期など早い段階で丁寧に気持ち・意向を汲み取っていく
- ・入院時によく意向を聞き取る

## 4. 意思決定支援・ACP

- ・ACPの啓発をすすめる、ACPの充実
- ・本人の気持ち、様子を家族へ代弁する
- ・代弁者としての役割を担うことが重要
- ・本人と家族の気持ちベクトルを合わせる
- ・キーパーソンの意見が優先されるように調整する
- ・主体は患者さん、家族間で意見をまとめてもらう
- ・家族の理解度に合わせて説明の回数を増やす
- ・家族の受け入れ状況の把握が大切
- ・病状説明を丁寧に行う、説明の仕方の工夫
- ・主治医に入ってもらうなどの工夫
- ・病院も在宅が難しいと感じた場合よく説明する
- ・ズレが生じている場合、ズレをなおしていく
- ・本人と家族の意見の相違
  - ゆずれない優先順位をつけ話し合いと調整
  - リスク管理と不安をいかに軽減できるかが大事
- ・入院患者の病状の理解を確認、ささやきに耳を傾けて欲しい
- ・病状に関してどうしたいかを聞いていない
  - 意向確認を行う
  - 在宅医療の必要性を本人との対話から情報を収集する

## 5. 制度・社会資源の活用

- ・制度を知ておくことが大事
- ・入院中の介護保険の申請の必要性を周知  
**〈身寄りのない方や困難事例〉**
- ・市役所関係課の方と相談
- ・成年後見人制度の活用
- ・社会福祉協議会との連携
- ・包括と相談する、行政のタイムリーな介入
- ・サポート体制を行政も含めたしくみ作りが必要かも

## 6. 一覧作成の要望

- ・訪看ステーションの特徴が事前に判りづらい  
(24h対応、ひとり対応、家族等への精神的サポート等)
- ・医療ケアが必要な方を受けてくれる施設
- ・麻薬の取り扱いOKな薬局が不明(1件1件確認して)
- ・地域資源マップの作成

## 7. その他

- ・往診の体制をととのえて自宅にかえす(自己責任で)
- ・退院先の施設ができると増やす/教育する
- ・24時間対応体制の整備や在宅医の確保
- ・不安感・心配等から、在宅サービスを必要以上に提案してしまうことがあるのでは? → 適切なアセスメントを
- ・介護保険の必要性について見極めること  
(必要な人にサービスを届けられることが求められる?)
- ・薬剤の一包化、服薬カレンダー活用、用法回数の検討
- ・家族への介護指導の充実
- ・レスパイトケアの活用
- ・患者の病態により急ぐ支援に対しては、普段からの顔の見える連携を大切に、ケアマネとのつながりを意識している

# ◆ 職種別の困り事・悩み事（多い順）

## 医師

1. 意思決定・家族対応の課題
2. 地域資源・受け入れ体制不足
3. キーパーソン・身寄り・  
介護力の問題
4. 連携・カンファレンス  
(退院カンファの情報と自宅で診て感じるこ  
とのギャップ・カンファの日程調整等)
5. 病院側の在宅医療理解不足

## 歯科医師

- ・患者さんが退院を希望しても、同居人が希望されない場合はどうなるのか
- ・一人暮らしの患者の退院はどうなるのか

## 薬剤師

1. 薬剤管理・服薬に関する課題
2. 情報共有の問題
3. 麻薬管理
- その他  
・急な在宅の時に薬局のなかが忙しい時があり、在宅にいけない時がある

## 医療ソーシャルワーカー

1. キーパーソン・身寄り問題
2. 意思決定支援の問題
3. 地域資源・受け入れ体制不足
4. 経済的問題
5. 時間的制約・介護保険

## 社会福祉士

1. 情報共有・連携の問題
2. 病院側の理解不足
3. 環境調整の問題
4. 意思決定支援の問題、  
サービス調整の問題

## リハビリ職

1. 情報共有・連携の問題
2. 環境調整・生活調整の課題
3. 本人・家族の意向の相違
4. 地域資源・受け入れ体制不足
5. 認知症・高次脳機能障害  
(夫婦ともに認知症で二人暮らし、  
高次脳機能障害の理解が難しい)

その他…

- ・“自立支援”的理念が社会で通用しない
- ・自宅でのリハビリテーションをマッサージだと認識されることがある(利用者・家族に)
- ・介護保険の必要性について見極めること

## 訪問看護

1. 情報共有・連携の課題
2. 地域資源・受け入れ体制不足
3. 本人と家族の意向の相違

## 看護師

1. 本人と家族の意向の相違
2. 情報共有・連携の問題
3. 介護保険・退院調整の課題
4. 意思決定支援の問題

## 管理栄養士

1. 介入・連携の課題
2. 食事・栄養に関する課題  
(本人が何を食べたいのか具体的にでない・  
(専門職含めて)必要性をあまり感じていた  
だけない事がある)

その他…

- ・家族の立場として、病院で受けていた治療が在宅になってどこまで受けられるのかとか情報はどこまで教えてもらえるのか
- ・家族として癌で余命がどれくらいと言われても、退院時自立していて、家に帰っての悪化に対する相談をどこまで誰に言ってよいか等

## ケアマネジャー

1. 情報共有・連携の課題
2. 退院調整の時間不足
3. 介護保険申請・認定の問題
4. 地域資源・受け入れ体制不足
5. キーパーソン・身寄り問題
6. 意思決定・病状理解

## 保健師

1. 困難ケースへの対応  
(入院拒否・虐待・受診歴不明  
問題行動や障害のある方等)
2. 地域資源・受け入れ体制不足
3. 経済的問題
4. 在宅療養の問題  
(在宅で支えきれなくなった場合、病院戻る?  
ホスピス病棟があるとこ?等)

その他…

- ・家族と連絡がとりづらい 意思確認が難しい
- ・入退院をくりかえしており、サービスの調整が難しい(なかなかすまない)
- ・退院カンファレンス 急に決まると参加が業務調整難しいことがある

## 無記名

1. キーパーソン・身寄りの問題
  2. 意思決定・意向の相違に関する問題
  3. 情報共有・連携の問題
  4. サービス調整の問題
  5. 経済的問題
- その他…