

令和5年10月19日

PDCAサイクルを意識した稲城市の 在宅医療・介護連携推進事業の実際

稲城市高齢福祉課 飯野雄治



本日、紹介する工夫や取組み

1. 現状把握と分析

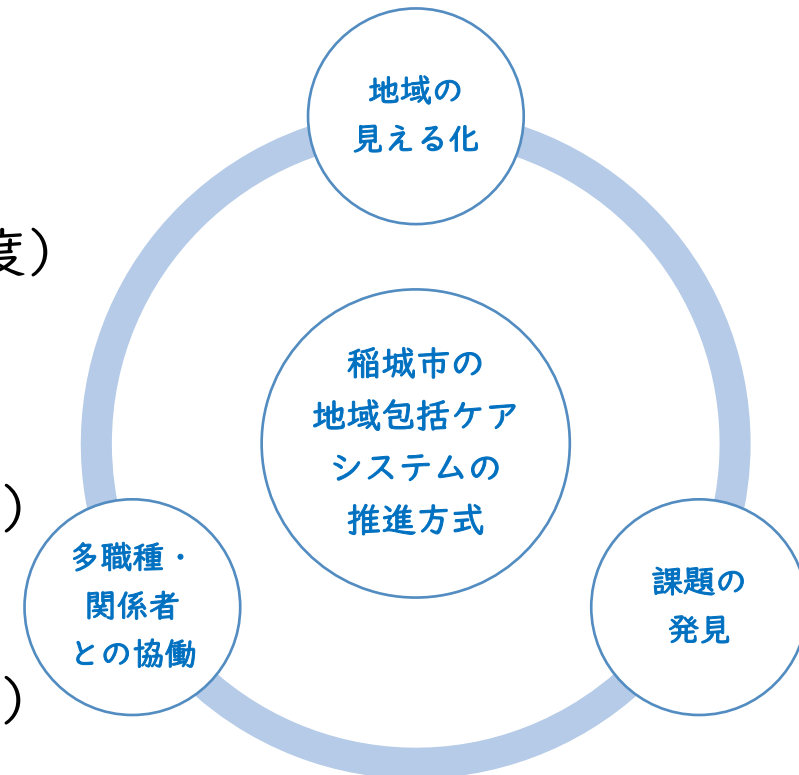
- 相談室への相談内容の考察（半年に1度）
- ケアマネ向けアンケート（3年に1度）
- 診療所向けアンケート（3年に1度）
- レセプトデータ分析/救急搬送先（5年に1度）

2. 議論、検討

- 協議会（4カ月に1度）
- 研修（グループワーク）の活用（1年に1度）

3. 対策

- 訪問診療医ガイドの作成・改訂（3年に1度）



稲城市の紹介

稲城市公式イメージキャラクター
稲城なしのすけ



ガンダム&シャアザク



特産品の梨とぶどう

人口	93,486人	認定率	16.5%
高齢者人口	20,452人	(令和5年4月1日現在)	
高齢化率	21.9%		
要介護認定者数	3,368人		

- ★東京都心の新宿から西南に約25km、南多摩地区の東端に位置しています。
- ★面積は17.97km²(東西、南北とも約5.3km)です。
- ★日常生活圏域4か所です。

1. 現状把握と分析

- 相談内容の報告時に、課題等を考察すべく議論する。
（コーディネーターと月に1回、医師会と月に1回、議論する）
- 訪問診療の利用者を持つケアマネを対象にアンケートを採取。
- 市内のクリニックを対象にアンケートを採取。
- レセプトデータ等から高齢者の救急搬送先や転院先等を把握。

相談室に寄せられた相談(令和4年8~12月分)から見える課題等

- 個々の相談内容について、①なぜ、そのような相談が生じたのか、②相談室以外に相談できる場所はどこか、③相談せずに済むようにするにはどうしたらよいか、を定期的に事務局と議論している。在宅医療や医療資源、コロナ対応に関する基本的な問合せは、省略した。

相談内容の考察、課題や対応	相談内容(抜粋)
<p>(パーキンソン病へ対応する訪問診療)パーキンソン病の専門性を有する訪問診療医に関する問合せが多い。ただし、パーキンソン病がある高齢者を診ない訪問診療医はおらず、専門性があっても訪問での診療行為に大きな違いはないとも考えられる。</p> <p>【課題はどれか】</p> <ul style="list-style-type: none"> a. パーキンソン病の専門性が高い訪問診療医が必要(専門性の高い治療が必要だが、通院が難しい患者が増えている) b. 訪問診療医は一定の専門性を有していることを関係者が知らない c. 日内変動や疾患の進行に応じた小まめな薬の調整等がさらに必要 	<p>(ケアマネ)パーキンソンに強い市外の訪問診療は遠くて訪問できない</p> <p>(ケアマネ)同居するパーキンソン病の親と一時的に距離を取りたい</p> <p>(家族)同居するパーキンソンの親の夜間訴えが強く、ショートステイも利用できなくなりづらい</p>
<p>(皮膚科へ対応する往診)皮膚科の在宅医療に関する問合せがあるが、往診できる市内の皮膚科は足りていない(ない)のではないか。</p>	<p>(ケアマネ)往診できる皮膚科は?(市外2カ所を紹介)</p>
<p>(精神疾患へ対応する訪問診療、医療機関)精神疾患がある高齢者へ対応できる訪問診療が求められている。</p> <p>高齢者に限らず、身近な市内に精神科や心療内科クリニックも必要ではないか。市外を頼るなら、市外クリニックに多職種連携研修に参加いただく等、連携を深める必要があるのではないか。</p>	<p>(ケアマネ)身体的に精神科への通院が難しくなってきた高齢者の訪問診療</p> <p>(家族)精神的に不安定な親が老健でも昼夜逆転が治らず精神科訪問診療に相談したい</p> <p>(ケアマネ)市内の精神科、心療内科を知りたい</p> <p>(本人)自律神経失調症だが、母を介護しているため通院できない</p>
<p>(認知症がある患者への対応)医療機関が受診に課題ある認知症患者を相談室に相談しやすい関係作り</p>	<p>(家族)配偶者が認知症を否認し、地域包括支援センターも拒否するが、持病の治療も途絶え、通院先以外に相談先がない</p>
<p>(外来患者への対応)医療機関が抱える高齢の患者を相談室に相談しやすい関係作り</p>	<p>(医療機関)受診でなく、何度も悩み相談に来る高齢患者への対応</p>
<p>(かかりつけ医、主治医の紹介)かかりつけ医に関する市民への普及啓発</p>	<p>(本人)転入した後に、かかりつけ医がいないので、作りたい</p> <p>(ケアマネ)かかりつけ医と考えていた医師が主治医意見書を拒否</p>
<p>(調剤薬局との連携)介護保険サービス等の基本的な利活用について薬局に情報提供</p>	<p>(薬局)(ガイド手渡し時)高齢で薬を取りに来るのが大きく負担になっている患者がいるが、介護サービス等は使えるか 4</p>

要介護高齢者の在宅医療の利用状況に関する調査結果から分かったこと

- 在宅医療の活用状況や課題を把握するため、市内のケアマネを対象に、利用者の在宅医療の利用状況を調査している。
 - 1回目は平成27年、2回目は平成30年、3回目は令和2年1月に実施。
- 3回目は、特に在宅医療を開始した際の状況を確認し、在宅医療の普及啓発等に関する対策を講ずることを目的とした。

経時的な傾向

- 在宅医療(訪問診療・往診)を利用する要介護者、提供する機関は年々、増加している。
(H27:訪157人往4人、H31:訪235人往17人)。
- 既往に大きな変化はなく、認知症、心血管疾患、整形外科疾患、糖尿病、神経内科疾患が上位を占めた。
- 受けている医療行為に大きな変化はなく、投薬処方、在宅酸素、尿道カテーテル、痰の吸引、胃ろう・腸ろうが上位を占めた。

在宅医療の開始に係る状況

- 在宅医療を開始する理由は「身体機能の低下」「介護者の負担増大」が多くを占めた。
- 在宅医療の開始の提案、開始する際の情報収集はいずれも「ケアマネジャー」が担っている場合が多く、いずれもケアマネジャーが担っている場合は1/3を占めた。
- 1/3が過去1年間に入院を経験していたが、その多くは「発熱等、治る見込みがある疾患に一時的に罹患したため」だった。

在宅での看取りの希望と実際(平成30年調査)

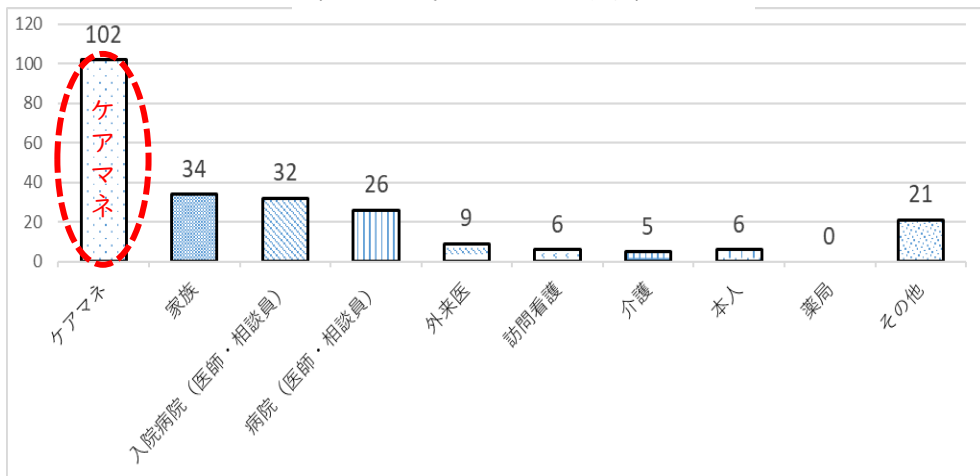
- 在宅での看取りを希望した方の7割がそれを実現するとともに、在宅での看取りを希望しない方の9割がそれを実現していた。
希望する看取り場所が分からない人の9割は在宅以外で看取られていた。

人生会議の実施に係る状況

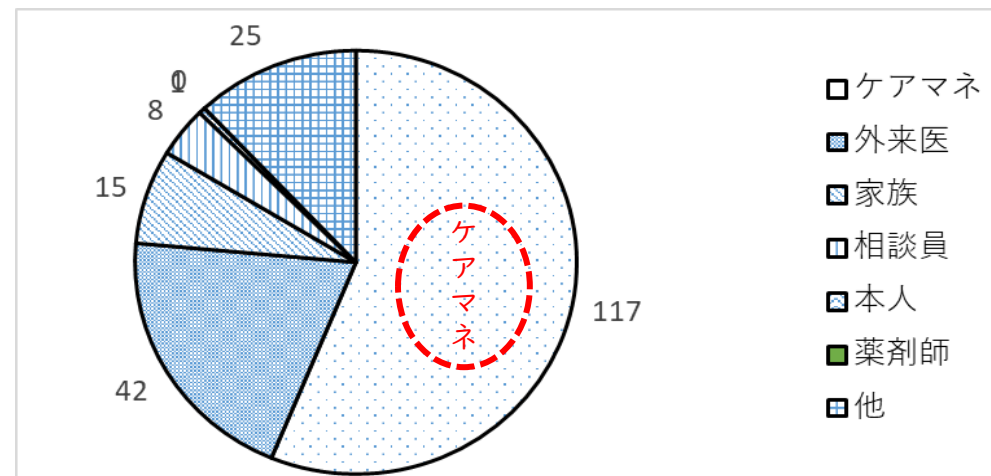
- 3/4が受けたい/受けたくない医療・療養について、本人・家族や支援者らと「一応」または「詳しく」話し合っていた。
- 看取りの場所として、本人の4割、家族の3割が自宅を希望していたが、本人・家族ともに自宅を希望しているのは1/4だった。
- 受けたい/受けたくない医療・療養を詳しく話し合っている場合は、そうでない場合より本人・家族ともに自宅での看取りを希望する割合が高いとともに、自宅に限らず希望する看取り場所について本人と家族とが一致する割合が高かった。

要介護高齢者の在宅医療の利用状況に関する調査結果から分かったこと②

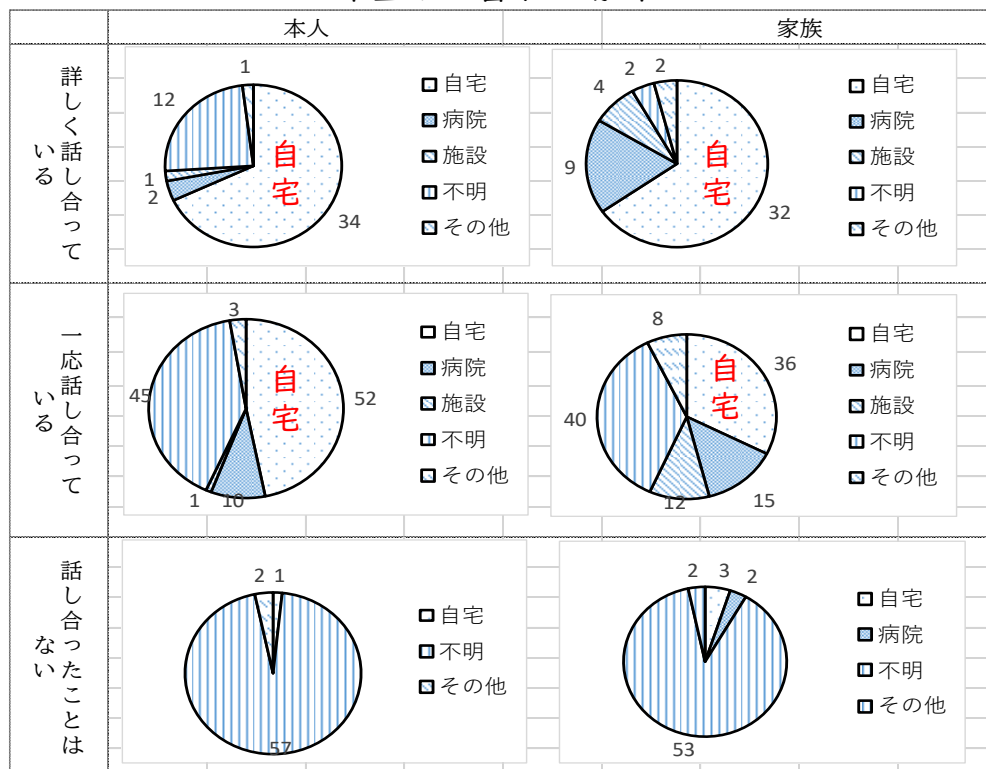
在宅医療の開始の提案



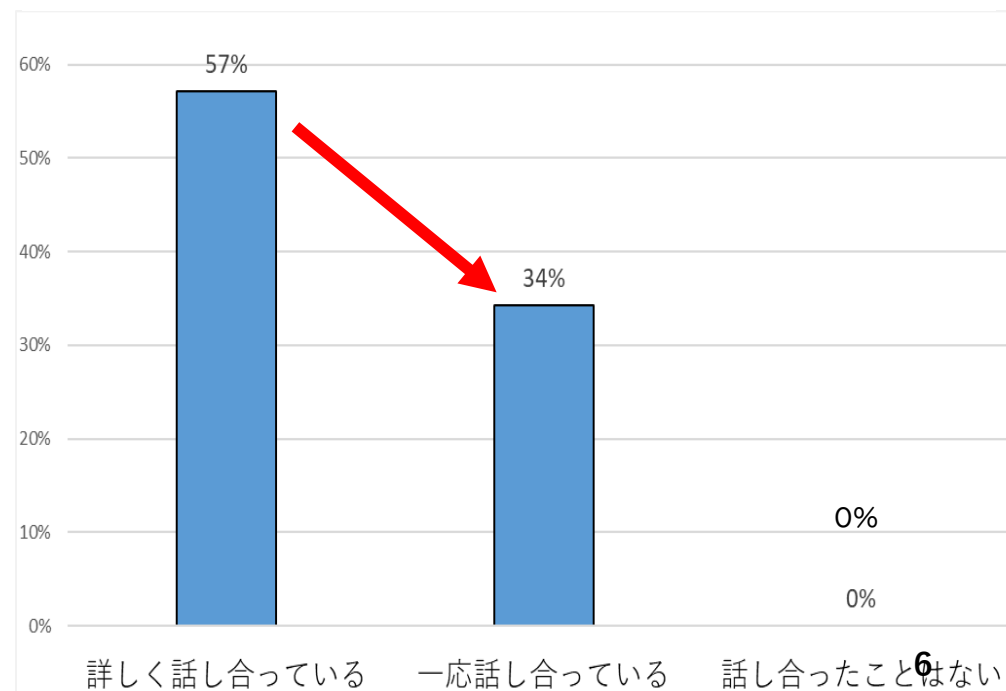
在宅医療の情報収集



希望する看取り場所



「人生会議の程度」と「本人と家族とが希望する看取り場所の一致率」との関係



ACP(人生会議)の実施状況に関する調査結果①

- 令和2年7月、市内ケアマネを対象にACPの実施状況や研修受講経験等を調査し、14/24事業所から回答があり、34人の状況が把握できた。
- 6割は「重要だと思うが取り組めていない」、4割は「できるだけ取り組んでいる」と回答。6割は人生会議に関する研修に参加したことがあるものの、参加者の方が取り組めている割合が高いわけではなかった。また、ケアマネ歴10年以上の方が35%いたが、この半数は取り組んでおり、やや割合は高かった。
- 人生会議の要素別の困難度について、①してほしい/してほしくない治療やケアについて難しいと感じるのは7割に留まった一方で、8割以上が②自分の考えを伝えられなくなったときに望む治療、③自分の考えを伝えられなくなったときに望む治療の場について、難しいと感じ、特に④信頼する家族等と本人との考えが異なる場合の対応は、ほぼ全員が難しいと感じていた。
- 医療機関との連携について7割が「どちらかという連携できている」、1割が「うまく連携できている」と認識するものの、「どちらかという連携できていない」と認識する2割の方全員が、人生会議に取り組めていないとともに、全要素について難しいと感じていた。
- 連携に関する課題を確認したところ、訪問診療を利用する方については連携がうまくできているものの、医療機関ごとに個性がある、退院調整の必要性に関する温度差を感じる、役割分担が不明瞭等と言った考え方に関する課題とともに、意思決定等をすり合わせる時間が取れない、そのための知識を得る時間が取れないといった運用上の課題が挙げられた。

ACP(人生会議)の実施状況に関する調査結果②

ACPの要素	難しさ	工夫、解決方法
自分の考えを伝えられなくなったときに望む治療	<ul style="list-style-type: none"> 話し合うタイミングの難しさ 病状の進行に伴う意向の変動 治療の選択肢を伝えることの難しさ 延命治療を選択後に予想される状態の説明の難しさ 認知症になることは予想できない難しさ 	<ul style="list-style-type: none"> ニュースや事件をきっかけに本人や家族の想いに触れる 信頼関係を築き、何度も聞く 少しでも情報を得て、少しでも多くの選択肢を示す 主治医を始め関係者同席のもとで治療について検討する 主治医と連携し、意思を伝えられなくなる時期を逃さない
してほしい/してほしくない治療やケア	<ul style="list-style-type: none"> 治療やケアの知識、情報収集の難しさ 本人の意向に沿えない難しさ(下の世話されたくない) 家族に遠慮した上での本人の意向となる難しさ 医療提供者の判断に委ねられる難しさ 	<ul style="list-style-type: none"> できるだけ具体的に説明することになっている。 モニタリング毎に確認する スタッフ間や他サービスでの聴き取った情報を共有する 本調査時に示された資料のように確認すべき項目を整理する
自分の考えを伝えられなくなったときに望む治療の場	<ul style="list-style-type: none"> 治療の場に関する知識不足による難しさ 病状の進行に伴う意向の変動 意向に実現可能性(介護力、環境、費用)が強く影響 認知症になることは予想できない難しさ 	<ul style="list-style-type: none"> 本人や家族だけでなく、支援者がとらえている認識も確認する 意思を伝えられるうちから、できるだけ確認するよう心掛ける 行動や表情からも意向をくみ取る 意思を伝達できなくなる前の言動を確認する
信頼する家族等と本人との考えが異なる場合の対応	<ul style="list-style-type: none"> 本人の意向を家族が叶えられない、受け入れない場合 今までの家族関係から、本人の意向が尊重されない場合 介護する家族が多く、意見がまとまらない場合 「家族の問題」として介入を拒まれる場合 本人亡き後に残される家族の意向が重要と思われる場合 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の介護力の中で、できそうなことを確認する 元気だった頃の本人の状態、性格、気持ちを家族に聞く 家族の個々と話し合う。意向や話し合った結果を文書に残す しっかり、ゆっくり話し合える時間を確保する 多職種、医療提供者から提供される情報を活用する

ACP全般に関するコツ

- 早い段階から意思を確認し、共有する機会を設ける
- 本人や家族の不安を予測して対応することが重要
- 医療との連携に苦手意識があると負担になるため、ガイドラインを理解し、具体的な援助技術の習得が必要

令和5年の要介護高齢者の在宅医療の利用状況に関する調査結果

- 在宅医療の活用状況や課題を把握するため、市内のケアマネを対象に、利用者の在宅医療の利用状況を調査している。
→1回目は平成27年、2回目は平成30年、3回目は令和2年1月、4回目は令和5年1月に実施。
- 4回目は、特に入退院時や急変時の対応の現状や課題を把握することを目的とした。
- 前回と比較し、回答したケアマネは25人→41名と増えたが、在宅医療（訪問診療・往診）を利用する要介護者の数は微減（252人→191人）し、提供する機関は幅広くなっている（ガイド非掲載の診療所13機関→17機関）。

在宅医療や看取り経験が多いケアマネ

- 191人を支えるケアマネ事業所
 - ① 訪問診療所併設のケアマネ3事業所:91名
 - ② 地域包括支援センター:31名
 - ③ 病院併設のケアマネ事業所:27名
 - ④ 特定施設併設のケアマネ事業所:12名
 - ⑤ その他:30名
- 看取り経験の多いケアマネが在籍する事業所
→10件以上経験しているケアマネ13名のうち6名は訪問診療所併設ケアマネ事業所に所属。
→0件の多くは地域包括支援センターの所属だったが、10件以上のケアマネも3名存在。

150事例のクロス集計

- 看取り経験数が多いケアマネがACPにより取組んでいる等の傾向は確認できなかった。
- 延命措置や急変時の本人の意向が確認できていない事例の7割は、看取り場所の本人の意向が分からず、5割はACPを話し合ったことがない。同様に5割は急変時の連絡ルールがない。ただし、連絡取りやすい親族はいる。
- 急変対応した事例は、末期がん等で在宅酸素や点滴、カテーテルを必要とする事例が多く、その半数は急変時の意向を確認していなかった。

150事例の単純集計

- 急変時の対応に関すること
 - A) 専門の診療科への通院が必要になった事例:61
整形外科:16件、皮膚科:10件
 - B) 支援者の急変時対応が必要となった事例 48件 4回以上の対応:13件
 - C) 対応した支援者 医師:32件、看護師:25件、ケアマネ:14件、救急隊:7件
 - D) 急変時の連絡先がない事例 1事例のみ
 - E) 急変時ルールがない事例 56件
 - F) 訪問診療の開始後の入院の有無 なし:105件、有かつ急変後:24件
- ACPや意向確認に関すること
 - A) 話し合ったことない 52件
 - B) 看取り場所の本人の意向 わからない:84件、自宅:45件
 - C) 看取り場所の家族の意向 わからない:68件、自宅45件
 - D) 延命措置に関する本人の意向確認の有無 なし:108件
 - E) 急変時の本人の確認の有無 なし:107件

課題や対応

- 在宅医療等の経験が少ないケアマネを支援すべきではないか。
- 医療機関が確認している「急変時の意向」がケアマネに共有されていないのではないか。
- ACPの推進の土台作りとして急変時ルール様式の導入から始めてはどうか。

医療計画の作成による地域包括ケアシステムの深化・推進

課題認識と経緯

- 都道府県が作成する医療計画は、いわば病院の病床数から「あふれた」高齢者を地域で受けるために必要な在宅医療や在宅介護サービスを推計する発想に基づいている。
- 一方で、高齢者を支える現場である市長村（保険者）としては、在宅医療や在宅介護サービスで支えられない高齢者が施設や病院を利用していると認識しており、「市町村が「川上」で、都道府県が「川下」という発想が自然かつ合理的と考えた。
- そこで必要な医療ニーズを推計するためには、川上となる稲城市が必要な在宅医療の数を推計すべきという理念のもと、2016年3月に10か年計画として稲城市医療計画を策定し、2021年7月に中間見直しを行った。

分析したこと

1. 日常生活圏域別の人口推計
2. 市国保及び後期高齢者医療の将来需要推計
 - ・ 疾病別の入院需要推計
3. 市国保及び後期高齢者医療のレセプト分析
 - ・ 年齢階級別/地区別/疾病別/受診地域別等
 - ・ 在宅医療の市内外の流入/流出関係、将来推計
4. 市の救急搬送の分析
5. 市内医療機関の診療科目等の確認
6. 市内医療機関向けアンケート分析

分かったこと（抜粋）

- 市内の訪問診療所は増え、市民の居宅に対しては市内の訪問診療所が入っている割合が高いが、市内施設に対しては市外の訪問診療所が入っている割合が高い。同時に市内の訪問診療所が市外の施設に訪問している割合も高い。
- 救急搬送先の4割は市立病院だが、他の大半は2次医療圏外の府中市や川崎市である。
- 訪問診療を始める意向がある市内診療所はなく、患者の外来通院が難しくなった場合は訪問診療を紹介したいと考える診療所が多い。

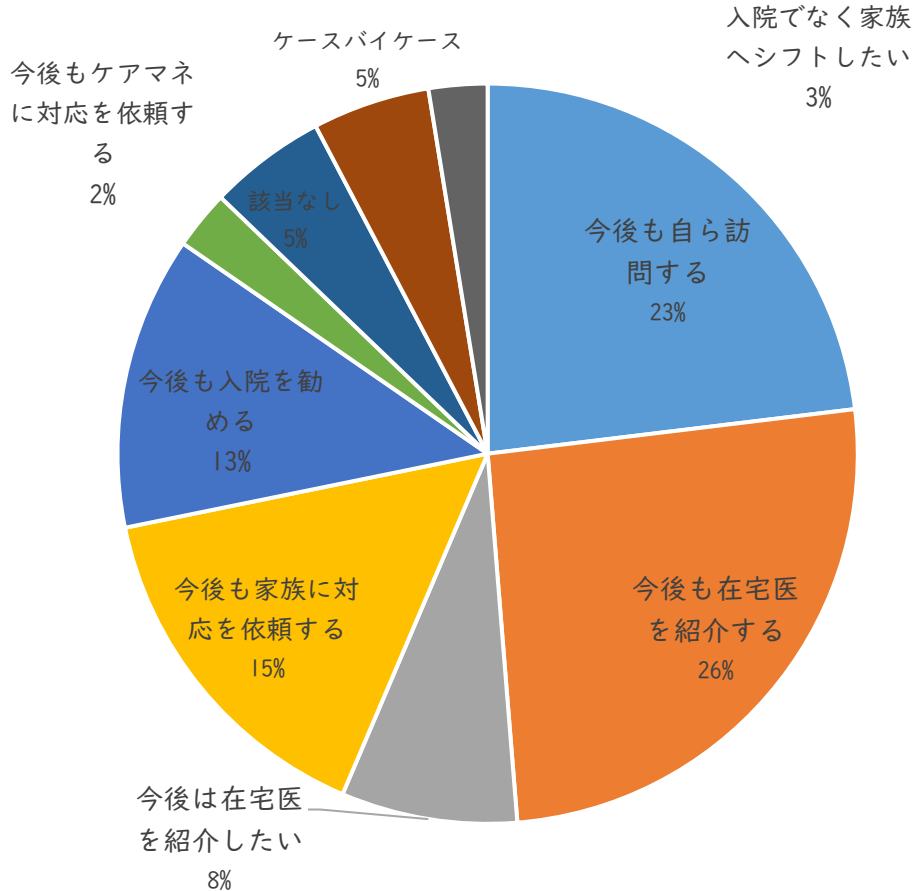
2025年の稲城市の医療提供体制のあるべき姿



医療計画の中間見直しのための医療機関向けアンケートから分かったこと (在宅医療に関すること)

- 稲城市が独自に2016年3月に作成した医療計画(2025年に向けた10年計画)の中間見直しのために、2020年8月市内の43医療機関にアンケートを実施。
- 外来患者の病状の悪化や介護負担の増加により通院できなくなった場合の主な対応について、現在の対応の実態と今後の対応方針について比較したところ「今は訪問診療・往診していないが、今後はそうしたい」と考えている医療機関はなかった。
- したがって急激な高齢化を迎えるにあたっては、今後も自ら訪問診療・往診を行いたいという医療機関の継続を支援することが重要だと考えられる。

外来患者が通院できなくなった場合



- 往診または訪問診療を実施する医療機関 12機関/43機関
- 患者本人の病状悪化や介護負担の増加により外来通院ができていた患者が通院できなくなった場合

	自ら訪問等を行う	在宅医を紹介	ケアマネに依頼	家族に依頼	入院を勧める	その他
現在どのように対応しているか	8	10	1	7	7	9
今後どのように対応したいか	8	12	1	7	5	9

- 現在、在宅医療を提供している5医療機関にヒアリングを実施したところ、下記のような状況が分かった。
 - ・ ほとんどの医療機関が、患者が増えても当面は対応できる。
 - ・ 皮膚科や耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科等の専門科医が協力してくれると助かると感じる在宅医が多い。
- さらに、外来のみ提供する診療所に電話でヒアリングしたところ、下記のような状況が分かった。
 - ・ 内科等の幅広い疾患に対応するクリニックは、訪問診療できないからこそ、しっかり在宅医療につなぎたいと考えている。
 - ・ 専門科医は、検査器具がないと見立てられないから1度は外来受診する必要があるが、その後は在宅医と連携して患者の負担を軽減したいと考えている。
- 今後は市内の医療機関が円滑に在宅医を紹介できるよう支援することが効果的かつ効率的だと考えられる。

2. 議論、検討

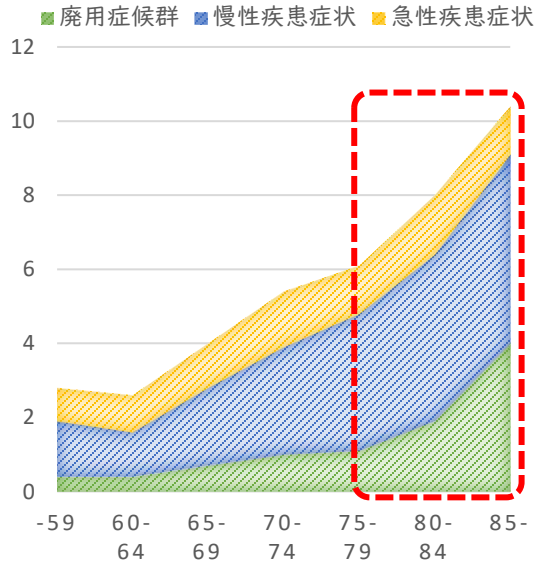
委員や専門職が意見を出しやすいよう、具体的な議題を提示する。

- 稲城市の人口推計結果を報告し、課題認識を共有。
- 現場の課題の仮説を提示し、現場感覚での賛同を問う。
- 研修時のグループワークで4つの場面の目標や課題を議論いただいた内容を回収し、市の目標設定等へ活用。
- 「現状把握と分析」で把握したことについて、現場感覚で賛同を問う。

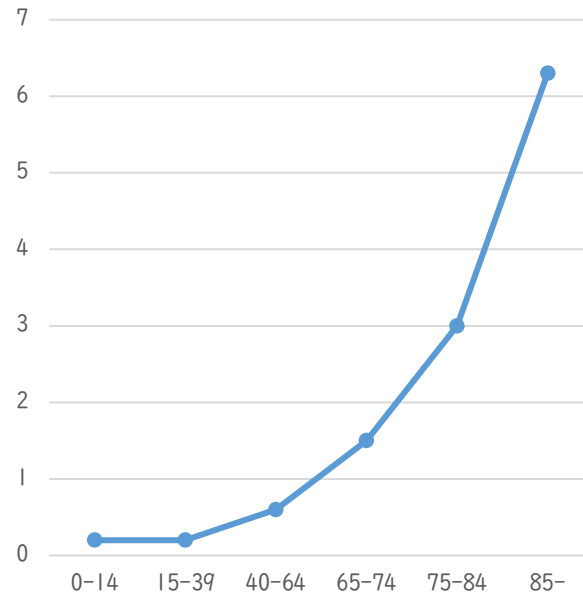
85歳以上の人口について

- 一般的に、加齢による老年症候群は年齢とともに増え、75歳以上になると慢性疾患症状や廃用症候群が占める割合が高くなる(下図)。
- 日本全体の病院病床数は1993年の168万床をピークに減少し、2017年には155万床に至っており、入院患者数も1990年の150万人から2017年の131万人に減少している。
- 一般的に入院受療率は、75-84歳の3.0%に対し、85歳以上は6.3%と、2倍以上入院しやすい状況にある(下図)。
- 高齢化の進展により、入院患者に占める85歳以上の割合は、1990年の8%から2017年の26%に急増している。
- 稲城市の65歳以上の人口は2040年には1.5倍程度になることが見込まれているが、介護と医療の両方が必要になるだろう
- 85歳以上の人口は今から15年後には2倍になることが予想される(下図)。
- これらのことから、在宅療養を提供し、自宅を含めてあらゆる場所で看取れる体制を早急に整備する必要がある。

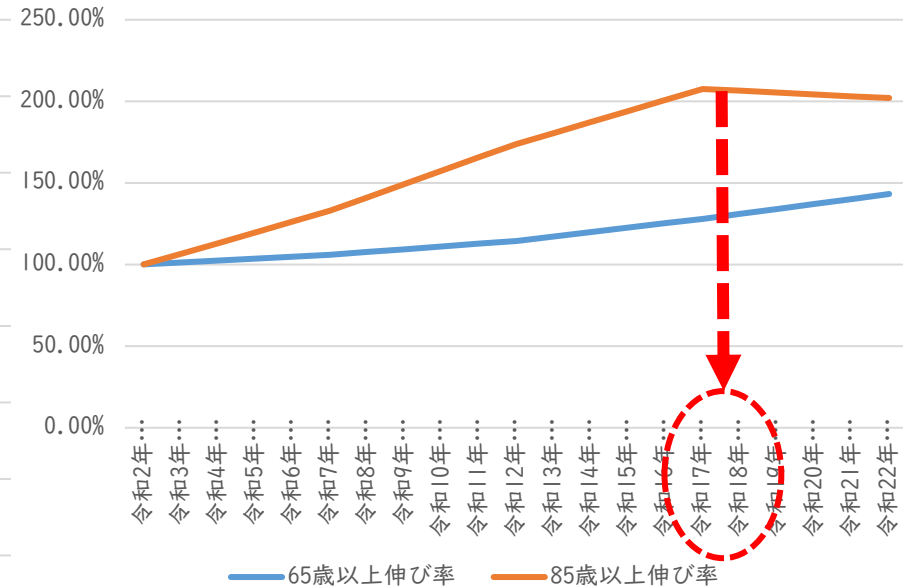
加齢による老年症候群の特徴



年齢階級別にみた入院受療率



令和2年を起点にした稲城市の高齢者人口の伸び率



【演習4】 目指す姿 ⇒ 原因と対策 ⇒ 評価までの一連のプロセスを考える

研修受講時に作成したもの。
市の認識等を示したものではない。

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ	・【日常療養】家族が代理で通院し続け、訪問診療に切り替えられていない
------------	------------------------------------

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿	・訪問診療を必要とする患者には、訪問診療が利用できる
-------------	----------------------------

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1	・代理受診でまかなえている	原因2	・本人・家族が代理受診で十分と認識
原因3	・外来医が本人受診の重要性を認識せず	原因4	・外来医が代理受診の理由を把握していない



最も大きな原因	・代理受診のリスク、弊害を理解していない
----------------	----------------------

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	・医師会	・長期の代理受診は好ましくないことを外来診療所に説明・案内
対策2	・外来診療所	・代理受診の場合、理由(通えないor単に面倒)を確認する
対策3	・家族	・代理受診が続く方向け講座を企画し、訪問診療を紹介

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	・代理受診の理由を聞く医師の増加	・外来診療所向けアンケート、ヒアリング
期待値2	・代理受診の減少	・外来診療所向けアンケート、ヒアリング
期待値3	・訪問診療へ切り替える患者の増	・訪問診療所へのアンケート、ヒアリング

【演習4】 目指す姿 ⇒ 原因と対策 ⇒ 評価までの一連のプロセスを考える

研修受講時に作成したもの。
市の認識等を示したものではない。

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ	・【入退院】家族の介護力が活かされず、退院できない、あるいは在宅サービス頼りの事例が多い
------------	--

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿	・退院時に、必要かつ十分なサービスが提供され、再発が予防でき安心した療養生活を送れる
-------------	--

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1	・家族の介護力が把握できていない	原因2	・ケアマネはサービス不足での悪化防止を重視
原因3	・老々介護や8050等、介護力低い家族増	原因4	・病院スタッフは在宅療養のイメージ乏しい



最も大きな原因	・家族に療養生活の介護を説明し、体験しながら介護力を把握する機会や視点が乏しい
----------------	---

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	・病院スタッフ	・ケアマネや訪看だけでなく、家族に療養生活を説明する機会を作る
対策2	・ケアマネ、訪看	・退院後、1カ月以内は家族に介護/看護(吸引等)を教える期間とする
対策3	・病院	・体調の悪化時は、優先して再入院できる体制を取る

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	・家族に介護方法を説明する事例の増	・ケアマネ向けアンケート
期待値2	・退院事例の増	・病院向けアンケート、ヒアリング
期待値3	・介護に参加する家族の増	・ケアマネ向けヒアリング、介護する家族へのヒアリング

【演習4】 目指す姿 ⇒ 原因と対策 ⇒ 評価までの一連のプロセスを考える

研修受講時に作成したもの。
市の認識等を示したものではない。

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ	・【急変時】急変時に救急隊がケアマネを頼り、対応が遅れる不安が多い事例が増えている
------------	---

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿	・身寄りがなくとも、急変時に必要な情報が救急隊や入院先と共有できる
-------------	-----------------------------------

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1	・必要な情報をケアマネのみが保有している	原因2	・個人情報として厳重に扱われている
原因3	・必要十分な情報が整理されていない	原因4	・予後予測できず、情報が絞れていない



最も大きな原因	・急変時に必要な情報が分からず、精査されていない
----------------	--------------------------

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	・ケアマネ	・必要な情報を例示し、急変時を具体的に想定して情報を精査
対策2	・本人	・情報の共有について同意し、玄関に貼っておく
対策3	・救急隊	・救搬時に貼られた情報を活用し、迅速に医療機関と調整

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	・必要情報が玄関に貼られた事例の増	・ケアマネ向けアンケート
期待値2	・ケアマネの呼出し件数・心理負担の減	・ケアマネ向けアンケート
期待値3	・救搬時に必要情報が活用された例増	・救急隊へのアンケート

【演習4】 目指す姿 ⇒ 原因と対策 ⇒ 評価までの一連のプロセスを考える

研修受講時に作成したもの。
市の認識等を示したものではない。

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ	・【看取り】終末期に本人の意向に沿えず、家族が入院を選ぶことがある
------------	-----------------------------------

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿	・終末期であっても、在宅サービスを使うことで本人の意向を尊重した在宅生活を継続できる
-------------	--

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1	・本人の意向を具体的に確認できていない	原因2	・衰弱すると家族が不安になる
原因3	・看取り経験少ないケアマネも不安になる	原因4	・不安になると在宅医でなく救急車に連絡



最も大きな原因	・専門職が家族に看取るプロセスを説明していないため、家族の不安が高まり入院へ
----------------	--

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	・家族	・看取るプロセスを知り、在宅看取りの心理的準備性を高める
対策2	・ケアマネ、訪看	・痩せる等、在宅看取りまでのプロセスを家族に説明するスキル獲得支援
対策3	・ケアマネ、訪看、医師	・在宅看取りプロセスを家族に説明する演習や資料の作成

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	・ケアマネ等が説明できるスキルある	・説明スキルのアンケート、試験
期待値2	・ケアマネ等が家族に実際に説明する	・説明した経験等の確認(アンケート)
期待値3	・説明により家族等が理解し、安心する	・家族の安心感等のヒアリング、アンケート

令和4年度「在宅医療・介護を連携するための多職種連携研修会」開催報告

- 本年度、市立病院の協力により、稲城市の高齢者に多い心不全に関する専門職向けおよび市民向けの講座を開催していることから、多職種連携研修でも心不全をテーマに設定。
- 4つの場面ごとの目標の設定、退院時や急変時の課題の抽出を目的に、グループワークを実施するとともに議論したことを採取。
- 新型コロナウイルス感染拡大に配慮し、オンラインで開催。

「心不全の高齢者を多職種で支える」

日時 令和4年2月19日(日)13~16時

会場 Cisco Webex Meetings (オンライン開催)

- A) 心不全高齢者の退院時に、地域につなげたい支援
 - ・ 市立病院 特定看護師 山村若菜
- B) 演習①退院後の生活に必要な情報や連携を考える
- C) 演習②急変時の対応に必要な情報や連携を考える
 - ・ 症例提供 市立病院 医師 柚須悟
- D) 4つの場面ごとの連携の目的を考える
 - ・ 事務局 (高齢福祉課)



グループワークで採取したシートに基づき構成した「場面ごとの目的」(案)

入退院	疾病の自己管理や家族の介護力の向上を支援するとともに、必要なサービスを導入することで、安定・安心した自宅での療養生活を実現し、再発や再入院を防止する。
日常療養	訪問頻度が高い介護職等が把握する本人等の要望や小さな変化を医師等とも共有して悪化を早期に発見し、必要なサービスを調整することで再発を予防し、本人や家族が望む生活を維持・拡大するとともに、急変に備える。
急変時	介護職等でも急変を察知して迅速に搬送・対応できるよう事前に想定した連絡・連携体制に沿い医療機関につなぎ、本人や家族の希望に沿った療養生活を実現することで、在宅生活の可能性を高めるとともに望まない治療を提供しない。
看取り	本人の死生観を尊重し、苦痛を軽減して本人や家族が不安なく最期の時間を過ごしていただくことで、悔いのない看取りを実現し、家族のグリーフケアにも貢献する。

【参加者】

市内医療・介護職 47名
 医師7名・医療相談員2名・
 ケアマネ7名・管理栄養士2名・
 歯科医師4名・介護職員6名・
 包括職員4名・
 看護師7名(うち病院2名訪問5名)・
 薬剤師4名・リハビリ職3名・
 柔道整復師2名

○ 令和4年2月19日(日)に開催した多職種連携研修では、4つの場面ごとの目標の設定、退院時や急変時の課題の抽出を目的に、グループワークを実施するとともに議論したことを採取した。

グループワークで採取したシートに基づき構成した「場面ごとの目的」(案)

入退院	疾病の自己管理や家族の介護力の向上を支援するとともに、必要なサービスを導入することで、安定・安心した自宅での療養生活を実現し、再発や再入院を防止する。
日常療養	訪問頻度が高い介護職等が把握する本人等の要望や小さな変化を医師等とも共有して悪化を早期に発見し、必要なサービスを調整することで再発を予防し、本人や家族が望む生活を維持・拡大するとともに、急変に備える。
急変時	介護職等でも急変を察知して迅速に搬送・対応できるよう事前に想定した連絡・連携体制に沿い医療機関につなぎ、本人や家族の希望に沿った療養生活を実現することで、在宅生活の可能性を高めるとともに望まない治療を提供しない。
看取り	本人の死生観を尊重し、苦痛を軽減して本人や家族が不安なく最期の時間を過ごしていただくことで、悔いのない看取りを実現し、家族のグリーフケアにも貢献する。

【参加者】
 市内医療・介護職 47名
 医師7名・医療相談員2名・
 ケアマネ7名・管理栄養士2名・
 歯科医師4名・介護職員6名・
 包括職員4名・
 看護師7名(うち病院2名訪問5名)・
 薬剤師4名・リハビリ職3名・
 柔道整復師2名

退院時の課題

◆ 退院前カンファレンスに関する課題

- ① 退院までの期間が短いと適切に実施できない。
- ② 命を守る医療職と日々の日常を支える介護職との視点は異なるため本人の意向を基に調整する必要があるが、本人の意向が不明確な場合はまとまらない。
- ③ 本人はもとより、家族の意向と介護力を把握することが必要だが、難しい。
- ④ 在宅「チーム」を形成する必要があるが、難しい。

◆ 退院後の変化や調整での課題

- ① 退院し、在宅生活を送ると本人や家族の意欲が増す(変化する)こともある。
- ② 退院後に起こる想定外の現実への対応が難しい。

急変時を見据えた日常療養の課題

□ 日常療養の時から必要なこと

- ① 個々の「急変」症状の確認・確定(医療関係者が中心)
- ② ①を関係者間で共有(特に医療的なことを介護関係者や家族で理解する)
- ③ ①が見られた場合の本人の意向の確認(急変時ACP、延命・心肺蘇生の希望)
- ④ ③に沿った急変時対応ルールの策定(救急車・バックベッドを活用するかいなか、連絡網等、症状共有ノート等)
- ⑤ ④の実践、運用と適宜修正

◆ 課題

- ① 情報共有の課題→介護側に分かる用語・説明、手段
- ② 本人の意向確認の課題→面接・説明スキル
- ③ 急変時ルールの策定の課題→ルールのポイントの例示→ルール作成研修

3. 対策

必要な人に在宅医療を活用いただくためには、イ)地域の医療・介護の資源の把握だけでは足りないと判断し、大学病院の総合案内等に掲示されている医師の顔写真等をヒントに、「稲城市民のための訪問診療医ガイド」を作成することとした。

診療所の所在地に関わらず、稲城市民に訪問診療している診療所と医師の個性が分かるよう取材し、紹介することを通じて関係機関とのネットワーク作りも進めている。

顔が見える訪問診療医ガイドの作成と配布

- 外来通院できていた患者が通院できなくなった場合に、かかりつけ医やケアマネジャーが円滑に訪問診療を提供する在宅医を紹介できるよう、在宅医を紹介するパンフレットを作成した。
- 診療所の概要や特徴、医師の顔写真や専門、医師になった経緯やモットーを掲載。
- 作成したパンフレットは市民、市内の医療機関、ケアマネジャー等に配布し、在宅医療が必要になってきた高齢者に円滑に提案しやすい環境作りに役立っている。

掲載機関数
→11機関
市内4、市外7

掲載医師数
→17人

配布先

- 市内の診療所・歯科医・薬局・病院
- 市外の病院
- 市内の地域包括支援センターケアマネ事業所
- その他、高齢者が集う場等

PR

有床診療所（19床）のため、入院・外来診療もできます。24時間365日対応しております。外科・皮膚科・循環器内分泌・泌尿器など、専門医や女性医師も在籍しています。法人内に訪問看護ステーションやグループホーム、居宅介護支援事業所等があるので、トータルサポートができます。不安の無いような生活が送れるように、クリニックで完結できるようにサポートします。



関根 秀明 医師（院長）

経歴：杏林大学医学部卒業
専門医：日本内科学会認定総合内科専門医、
日本呼吸器学会認定専門医、日本感染症学会認定専門医

～医師・訪問診療を目指したキッカケ～

やりがいのある仕事をしたいと思い、親戚にも医師がいたので目指しました。緩和病棟に勤務していた頃、最期は自宅ですごしたいという患者様が多く、有床で外来診療のできるクリニックを開院しました。

～診療時に心がけている事、やりがい～

患者様やご家族のご要望に応えられるオーダーメイド医療を第一に心がけています。感謝していただいた時は、訪問診療医になって良かったと思います。

～ストレス発散方法～

お酒やカラオケが好きです。お休みの日は、家でのおんぼりTVを見たり、美味しいものを食べたりしています。

～先生からの一言～

〈専門職の皆様へ〉医療は連携が無いと出来ないと考えています。気軽に連絡してください！
〈市民の皆様へ〉困ったことがあったら、いつでもご相談下さい。

作成を通じた関係作り

- 市医師会に配置する在宅医療コーディネーターと市との協働での取材
- 市内外の訪問診療所へ伺い、医師を目指した経緯等を取材することで関係作り
- 診療所の事務担当者や看護師等とも適宜、意見交換することで関係作り
- ガイドの校正を通じた、対応できる診療行為や検査等の詳細な現状の把握

配布を通じた関係作り

配布は、在宅医療コーディネーターができるだけ手渡しし、顔の見える関係作りの機会としている。

- 市内の外来診療所→通院が難しくなった患者の相談等へ
- 市内の調剤薬局→薬を取りに来るのが難しい患者の対応の相談等へ
- 市外の急性期病院等→退院後の在宅療養体制の相談等へ