

テーマ別学習

- 1 災害時における在宅医療**
～国の取り組みと日本在宅ケアアライアンスの取り組み～
- 2 Covid-19への対応**
～自宅療養における診療プロトコール～
- 3 郡市医師会での事例**
～在宅医療・介護連携推進事業をてこに地域包括ケアを次のステージに進める～
- 4 市民が選ぶケアの選択**
～ACP（意思決定支援）、「看取り」への対応～
- 5 フレイル・オーラルフレイル
ロコモティブシンドローム**
- 6 看取りを念頭においた在宅医療
（地域緩和ケア）の実際**

1 災害時における在宅医療

～国の取り組みと日本在宅ケアアライアンスの取り組み～ 武田 俊彦

目 標

我が国における災害医療提供体制とそこにおける在宅医療の位置づけ、これまでの主な大災害発生とそれを踏まえた災害医療の整備の経緯、最近の医療計画における災害医療の中の在宅医療の記載について理解していただくとともに、在宅医療関係団体間での災害対策の議論の状況、検討されるべき主要課題、その中での近年の新型コロナウイルス感染症に対する在宅医療の取り組みを紹介し、理解していただく。最後に、この新型コロナウイルス感染症に対する医療提供を災害医療と捉え直した上で、体制整備と情報連携が必要なこと、それを各都道府県等で議論していくことが必要なこと、および関係団体の横の連携が必要であることを理解していただく。

Keyword

災害医療、BCP、EMIS、医療計画、新型コロナウイルス感染症、プロトコール、情報共有、関係団体連携

内 容

1. 災害医療と災害時の在宅医療について
 - ・災害医療の全体像
 - ・災害拠点病院、DMAT、派遣調整、BCP
 - ・医療計画の見直し
 - ・大規模災害時の保健医療活動に係る体制整備
2. 日本在宅ケアアライアンスの災害対策委員会
3. 日本在宅ケアアライアンスの災害対策
 - ・各団体の災害対策を共有、今後の検討すべき課題を共有
4. 日本在宅ケアアライアンスのコロナ対策
 - ・行動方針、対処方針、緊急行動宣言、プロトコール
 - ・プロトコールにおける診療プロトコールと体制プロトコール
5. 最後に：関係者の連携について

令和3年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第2部

【テーマ1】

災害時における在宅医療
～国の取り組みと日本在宅ケアアライアンスの取り組み～

日本在宅ケアアライアンス副理事長
(元厚生労働省医政局長)

武田 俊彦

1

災害医療と災害時の在宅医療について



JHHCA
Japan Home Health Care Alliance

4 災害医療のあゆみ ②

- 2012年 ●**「災害時における医療体制の充実強化について」(医政局長通知)**
 一 都道府県における災害医療コーディネーターの設置
 一 災害拠点病院の指定要件を改正 等
- 2014年 ●DMATロジスティックス研修 の開始
 ●都道府県災害医療コーディネーター研修の開始
- 2016年 ◇**平成 28 年熊本地震**
 ●**「医療計画の見直し等に関する検討会」**
 一 平成28年熊本地震の医療活動について
 ●**「災害拠点病院指定要件の一部改正について」(医政局長通知)**
 一 災害拠点病院の指定要件として、業務継続計画の策定等を追加
 ●小児周産期リエゾンの養成開始
- 2017年 ●**「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」(大臣官房厚生科学課長、医政局長他 5 部局連名通知)**
 一 保健医療調整本部の設置
- 2018年 ●**「救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会」**
 一 DMAT事務局の体制整備について
 一 EMISのあり方について

令和元年7月18日 第15回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会 資料

5 2011年「災害医療等の在り方に関する検討会」報告書の概要

- 平成23年に「災害医療等のあり方に関する検討会」を開催し、東日本大震災時の対応の中で明らかとなった問題に対して検討を行った。
- 論点として、「災害拠点病院」「DMAT」「中長期の医療提供体制」の3項目について検討を行った。

報告書の概要

災害拠点病院

災害拠点病院は

- ・救命救急センターもしくは二次救急病院の指定
- ・DMATを保有し、DMATや医療チームを受け入れる体制の整備
- ・診療機能を有する施設の耐震化
- ・EMISへ確実に情報を入力する体制の整備
- ・通常の6割程度の発電容量を備えた自家発電機を保有し、3日程度の燃料の備蓄
- ・食料、飲料水、医薬品等の3日分程度の備蓄等を有することが望ましい。

DMAT

- ・DMAT1チームの移動時間を除いた活動時間は、48時間を原則とし、災害の規模に応じて、2次隊・3次隊の派遣を考慮
- ・衛星携帯電話を含めた複数の通信手段を保有し、インターネットに接続してEMISに情報を入力できる環境を整備する
- ・統括DMAT登録者をサポートするようなロジスティック担当者や、DMAT事務局において後方支援を専門とするロジスティック担当者からなるDMATロジスティックチーム（仮称）を養成する
- ・大規模災害時に、DMAT事務局及びDMAT都道府県調整本部等へ、DMAT保有医療機関が、統括DMAT登録者やサポート要員を積極的に派遣する 等の体制整備が望ましい。

中長期の医療提供体制

- ・災害時の医療チーム等の派遣について、災害対策本部内の組織（派遣調整本部（仮称））において、コーディネート機能が十分に発揮されるような体制を整備
- ・都道府県及び災害拠点病院は、関係機関と連携して、災害時における計画をもとに、定期的に訓練を実施
- ・医療機関が自ら被災することを想定して防災マニュアルを作成することが有用。さらに、医療機関は、業務継続計画を作成することが望ましい。 等

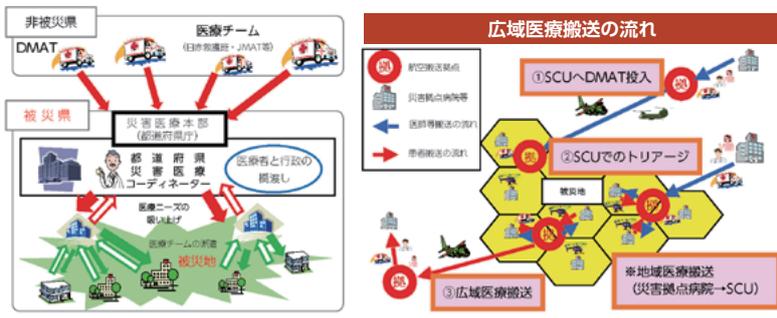
6

災害医療体制 (第7次医療計画の見直しのポイント)

- 被災地域の医療ニーズ等の情報収集や医療チーム（DMAT、DPAT、JMAT等）の派遣調整等が円滑に行われるよう災害医療コーディネータ体制の整備を進める。さらに、大規模災害時に備え、訓練等を通じて災害時における近隣都道府県との連携強化を推進する。
- 災害時の診療機能の低下軽減や早期回復を図るため、業務継続計画（BCP）の策定について、推進する。

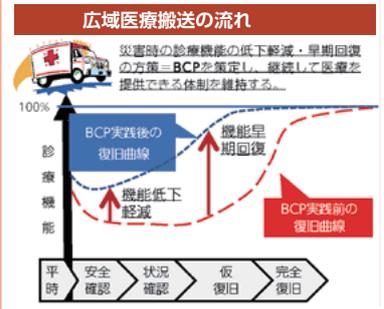
被災地域における災害医療提供体制の整備と連携強化

- 都道府県災害医療本部の機能向上を目的としたロジスティックチームの強化と、被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム（DMAT、DPAT、JMAT等）の派遣調整等を行う災害医療コーディネータ体制の整備を進める。さらに、大規模災害時に備え、広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施するなど、災害時における近隣都道府県の連携強化を推進する。



BCP策定の推進

- 災害時にも、継続して医療を提供できるように、BCPの策定を災害拠点病院において義務としたが、一般病院においても重要であり、引き続き研修等を通じて推進する。



7

第7次医療計画の中間見直しについて（災害医療の箇所を抜粋）

領域	見直しの方向性	追加・変更等する指標例
災害医療	<ul style="list-style-type: none"> ○災害時には、特に都道府県等の自治体を中心となって対応を行うこととなるという観点から、災害医療教育の実施回数を指標に盛り込む。 ○都道府県レベルでの災害訓練の実施回数に、「保健所、市町村等」を追加し、保健所等と連携を取ることを明確化する。 ○「災害医療コーディネーター」「災害時小児周産期リエゾン」について活動要領を作成したこと等を踏まえ、今後大規模災害時等に適切に保健医療活動が行われるよう両者を活用した体制の構築を進める必要があるため、災害医療コーディネーター任命者数、災害時小児周産期リエゾン任命者数を指標に盛り込む。 ○第7次医療計画策定時、災害拠点病院におけるBCPの策定率は3割程度であったが、当省の調査において全ての災害拠点病院が策定していることが確認できたため、指標から同項目を外すこととする。（数値は参考指標とする。） 	<ul style="list-style-type: none"> ●都道府県による医療従事者に対する災害医療教育の実施回数を追加 ●都道府県による地域住民に対する災害医療教育の実施回数を追加 ●「災害時の医療チーム等の受け入れを想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（警察、消防等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数」に関係機関として「保健所、市町村等」を追記 ●災害医療コーディネーター任命者数を追加 ●災害時小児周産期リエゾン任命者数を追加 ●災害拠点病院における業務継続計画（BCP）の策定率を指標から削除

8 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和2年4月13日一部改正）より一部抜粋

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

①目標

- 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること

②在宅医療に係る機関に求められる事項

- 相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
- 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること
- 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること*
- 災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
- 医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること
- 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること

※がん患者、認知症患者及び小児患者の在宅医療については、それぞれがんの医療体制構築に係る指針、精神疾患の医療体制構築に係る指針及び小児医療の体制構築に係る指針を参照。

9 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和2年4月13日一部改正）より一部抜粋

(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けることが望ましい。基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることを想定している。

①目標

- 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- 患者の家族への支援を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと

②在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
- 地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

10 大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について ①

平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和2年4月13日一部改正）より一部抜粋

科 発 0 7 0 5 第 3 号
医 政 発 0 7 0 5 第 4 号
健 発 0 7 0 5 第 6 号
薬 生 発 0 7 0 5 第 1 号
障 発 0 7 0 5 第 2 号
平 成 2 9 年 7 月 5 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省 大臣官房厚生科学課長
医 政 局 長
健 康 局 長
医 薬・生 活 衛 生 局 長
社 会・援 護 局 障 害 保 健 福 祉 部 長
(公 印 省 略)

大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について

11 大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について ②

平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和2年4月13日一部改正）より一部抜粋

大規模災害時の被災者に対する保健医療活動に係る体制については、これまで、「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日医政発0321第2号厚生労働省医政局長通知。以下「平成24年医政局長通知」という。）等により整備がなされ、救護班（医療チーム）の派遣調整等については平成24年医政局長通知に基づく派遣調整本部、被災都道府県における保健衛生活動を行う保健師チーム等の派遣調整については各都道府県の担当課が行ってきたところである。

平成28年熊本地震における対応に関して、内閣官房副長官（事務）を座長とする平成28年熊本地震に係る初動対応検証チームにより取りまとめられた「初動対応検証レポート」（平成28年7月20日）において、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘され、今後、「被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築する」べきこととされた。

こうした点を踏まえ、各都道府県における大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備に当たり、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置することとした。

14 JHHCA災害対策委員会の経緯

- 災害支援検討会として発足（2020年1月21日）
（災害時における在宅医療患者（小児から高齢者まで）の情報収集と支援ネットワーク構築に関する検討会）
- 令和2年度に災害対策委員会として改組
- 委員会に、コロナ班を設置、行動方針等集中審議検討
- コロナ班に、プロトコール WG（ワーキンググループ）を設置、在宅医療提供プロトコールを集中検討

15 JHHCA災害対策委員会の委員

委員長	武田 俊彦	日本在宅ケアアライアンス/岩手医科大学
副委員長	新田 國夫	日本在宅ケアアライアンス/一般社団法人 全国在宅療養支援医協会
1	太田 秀樹	一般社団法人 全国在宅療養支援医協会
2	織田 正道	公益社団法人 全日本病院協会
3	飯島 勝矢	一般社団法人 日本老年医学会
4	古屋 聡	一般社団法人 日本在宅医療連合学会
5	大橋 博樹	一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
6	石口 房子	特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
7	三木 次郎	一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
8	稲葉 一郎	一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
9	高橋 洋子	公益財団法人 日本訪問看護財団
10	阿部 智子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会
11	坪根 雅子	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
12	長島 公之	公益社団法人 日本医師会
13	小玉 剛	公益社団法人 日本歯科医師会
14	萩野 構一	公益社団法人 日本薬剤師会
15	田母神裕美	公益社団法人 日本看護協会
16	迫田 朋子	ジャーナリスト
17	山岸 暁美	慶應義塾大学医学部
18	鈴木 邦彦	医療法人博仁会 理事長

日本在宅ケアアライアンスの災害対策



17 災害対策委員会での議論の概要（2020年1月21日）①

今後の検討事項案として、以下の点を提示

- 災害時に在宅患者の現地の情報は誰が把握し、どのように共有されているか。
- 在宅医療関係者は、災害時にどのように対応しているのか、または対応できていないのか。
- 在宅医療に関係する団体間の連携体制をどのように作るべきか。
- 在宅患者の避難所への誘導、避難所における対応はどうなっているか。適切なサービスにつなげることができているか。
- 在宅患者が入院を余儀なくされたときに、その後どのような経過をたどっているか。
- 防災計画や避難計画において、在宅患者に関してどのような計画が立てられているか。より適切な計画にする場合に必要な項目にはどのようなことがあるか。

18 災害対策委員会での議論の概要（2020年1月21日）②

各団体が災害時にどのような対応を行っているか、情報交換。
下記の団体から発表・紹介があった。

- 全国在宅療養支援診療所連絡会（現在は在宅療養支援医協会）
- 全日本病院協会
- 日本老年医学会
- 日本プライマリ・ケア連合学会
- 日本ホスピス・在宅ケア研究会
- 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
- 日本訪問看護財団
- 全国訪問看護事業協会

19 災害対策委員会での議論の概要（2020年1月21日）③

各団体が災害時にどのような対応を行っているか、情報交換。
下記の団体から発表・紹介があった。

- 全日本介護支援専門員協会
- 日本在宅医療連合学会
- 日本医師会
- 日本歯科医師会
- 日本薬剤師会
- 日本看護協会

今後、情報の連携の在り方など、引き続き議論を行っていく予定。地域においても連携をお願いしたい。



日本在宅ケアアライアンスのCovid-19対策

日本在宅ケアアライアンスのCovid-19対策

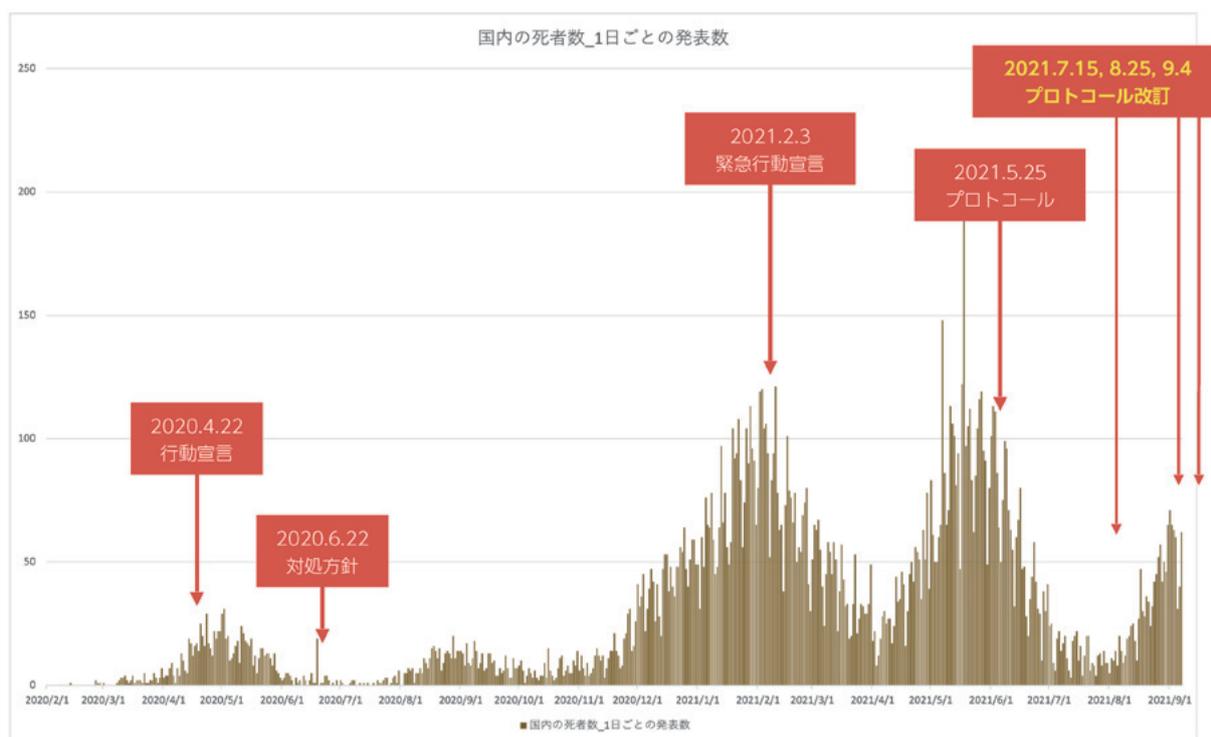


JHHCA
Japan Home Health Care Alliance

22 JHHCA Covid-19対策の経緯

- 2020年4月22日 「行動方針」を策定、公表
(在宅ケアにおける新型コロナウイルス感染対策について (行動方針))
- 2020年6月22日 「対処方針」を策定、公表
(新型コロナウイルス感染症の中で在宅ケアを守るために (対処方針))
- 2021年2月 3日 「緊急行動宣言」を公表
(新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応について (緊急行動宣言))
- 2021年5月25日 「医療提供プロトコル」を策定、公表
(新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコル)

23 国内の死亡者 1日ごとの発表数



新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール (第2版)

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

第2版 2021.5.25

第1版 2021.5.18

第1節 総説

新型コロナウイルス感染症の陽性者に対しては、原則として各都道府県等の保健所において、健康観察等のためのフォローアップ及び入院が必要な者に係る入院調整が行われることとされているが、感染が急拡大している時期においてはフォローアップや入院調整に時間を要し、結果として自宅等において必要な医療が提供できない事例が生じている。

本プロトコールにおいては、自宅で療養している新型コロナウイルス感染症の陽性者（以下「自宅療養者」という）に対し、必要な医療が適時適切に行われるための標準的なプロトコールを、治療面及び必要な医療の提供に係る手順・体制整備面の両面にわたるものとして作成した。

入院が原則とされる局面や、入院が原則とされる病態像であっても、在宅に携わる医師、看護師等の多職種の協働により在宅において質の高い医療を提供することは可能であり、むしろ患者の望みに添った医療となる場合も多い。

本プロトコールが、各地の実情も踏まえつつ現場で活用されるとともに、円滑な実施が可能となるよう、国・地方自治体における環境整備が進められることを期待する。

26 新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール ③

第3節 自宅療養者に対する体制プロトコール

1. 都道府県・市町村・保健所・関係団体等の連携体制の構築

(1) 体制構築の必要性

緊急事態宣言時等においては、健康状況のフォローアップ、入院が必要な者の入院調整に時間を要し、救急搬送も搬送先の病院が簡単に決まらないなど、結果として自宅療養者に必要な医療が提供されないケースが出てくるのが想定される。

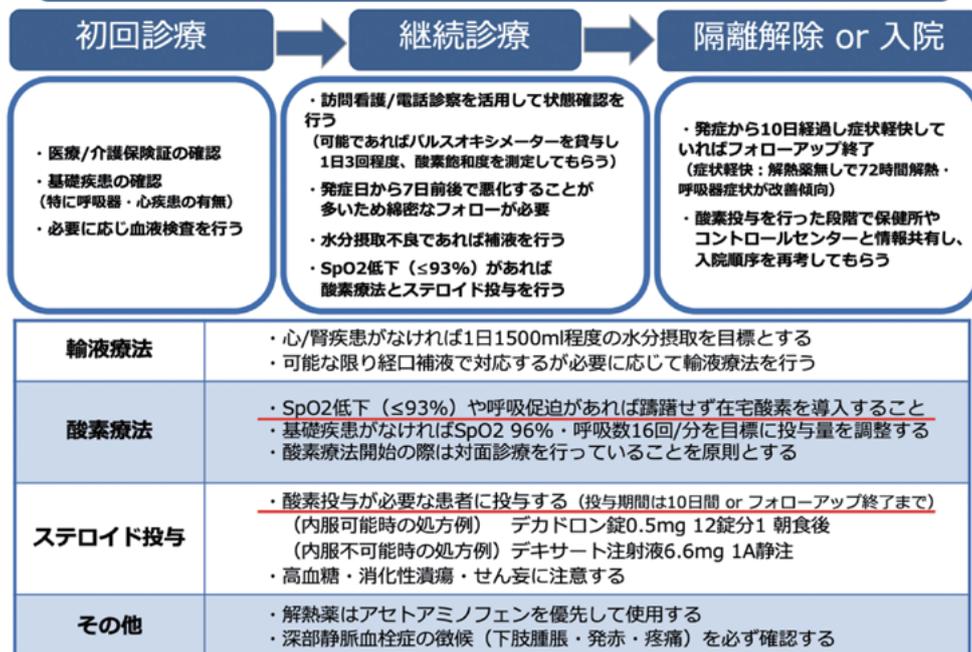
「診療プロトコール」に即した医療が行われるためには、地域の自宅療養者の状況が把握され、かかりつけ医、在宅医等に情報が伝達されることが必要である。しかし実際には、都市部ほど地域により自宅療養者のフォローアップの主体、入院が必要な自宅療養者の入院調整の主体、医療提供の主体が異なる場合があるため、情報がつながる体制を構築することが必要な治療の開始のためにも必要である。

このような、自宅療養者に関する情報がつながり、必要な医療の提供につなげるため、都道府県、市町村、保健所、地域医師会や都道府県訪問看護ステーション協議会等の訪問看護関係団体を始めとした地域の在宅ケア関係団体、等が協力して体制を組むことが重要である。

27 新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール ④

自宅療養において一定の基準に則して躊躇なく在宅酸素導入を行う等を明記

自宅療養者に対して行う診療プロトコール (ダイジェスト版) JHHCA



<p>輸液療法</p>	<ul style="list-style-type: none"> 心/腎疾患がなければ1日1500ml程度の水分摂取を目標とする 可能な限り経口補液で対応するが必要に応じて輸液療法を行う
<p>酸素療法</p>	<ul style="list-style-type: none"> SpO2低下 (≤93%) や呼吸促迫があれば躊躇せず在宅酸素を導入すること 基礎疾患がなければSpO2 96%・呼吸数16回/分を目標に酸素流量を調整する 酸素療法開始の際は対面診療を行っていることを原則とする <p>※緊急性が高い場合には、対面診療に先んじて電話・オンライン診療により酸素療法を開始することも考慮されるが、その場合は24時間以内の対面診療等によるフォローアップを行うこと。</p>
<p>ステロイド投与</p>	<ul style="list-style-type: none"> 酸素投与が必要な患者に投与する（投与期間は10日間or フォローアップ終了まで（内服可能時の処方例）デカドロン錠0.5mg 12錠分1朝食後 <p>※感染が蔓延し、医療提供体制が極めて逼迫した状況において、例外的にあらかじめステロイド薬を処方しておくことも考慮されるが、患者に対し投与基準（呼吸器症状を有し、SpO2≤93%）を遵守するよう指示するとともに、24時間以内の対面診療等によるフォローアップを行うこと。</p>
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> 酸解熱薬はアセトアミノフェンを優先して使用する 深部静脈血栓症の徴候（下肢腫脹・発赤・疼痛）を必ず確認する

災害時の在宅医療=関係者の連携が大事

これからもご協力ご支援をお願いします。

ご清聴ありがとうございました。



JHHCA
Japan Home Health Care Alliance

2 Covid-19への対応

～自宅療養における診療プロトコール～

石垣 泰則

目 標

従来、Covid-19患者のフォローアップや入院調整は保健所が担当し、その情報等についても保健所が統制している状況であった。しかし、感染力が強く重症化リスクが高いデルタ変異株が蔓延し、従来の体制に危機感を持った日本在宅ケアアライアンスは、令和3年5月「自宅療養者に対する医療提供のプロトコール」を緊急提言した。本プロトコールはCovid-19の在宅診療における治療面および必要な医療の提供に係る手順・体制整備面の両面にわたるものとして作成された。本講義の目的は、Covid-19に感染した自宅療養者が、感染拡大局面においても必要な医療が適時適切に行われることである。本講義を通じて在宅に携わる医師、看護師等の多職種の協働が促され、Covid-19患者が在宅において望みに沿った質の高い医療を受けることが可能になることに期待する。

Keyword

新型コロナウイルス感染症、在宅医療、診療プロトコール、多職種協働

内 容

1. Covid-19の自宅療養者に対する医療提供プロトコールの概要
 - ・必要な医療が適時適切に行われることを目的とした標準的プロトコール
 - ・内容は治療面及び必要な医療の提供に係る手順・体制整備面の両面にわたる
 - ・在宅に携わる医師、看護師等の多職種の協働により在宅において質の高い医療を提供することを目指す
 - ・都道府県・市町村・保健所・関係団体等の連携体制の構築
 - ・都道府県・市町村・保健所・関係団体等の連携手順
 - ・陽性者本人および家族等への説明
2. Covid-19患者の自宅療養者に対する診療プロトコール
 - ・Covid-19の流れ値訪問診療の流れ
 - ・問診、バイタルサインの測定、血液検査のポイント
 - ・治療（補液、酸素療法、ステロイド療法、血栓症対策、対症療法、緩和ケア）
3. Q&A
 - ・隔離解除基準 ・濃厚接触者の取り扱い
 - ・感染蔓延時におけるステロイド剤の取り扱い ・在宅酸素療法の開始基準
4. 訪問看護と多職種協働

令和3年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第2部
【テーマ2】
Covid-19への対応
～自宅療養における診療プロトコール～

日本在宅ケアアライアンス 副理事長
石垣 泰則

1 日本在宅ケアアライアンス 緊急提言

令和3年5月18日

自宅療養者に対する医療提供のプロトコールについて（緊急提言）

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

理事長 新田 國夫



新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、**感染力が強く重症化の危険性も大きいといわれる変異株の拡大により新たな局面**を迎えています。

新型コロナウイルスに感染した自宅療養者が、**感染拡大局面においても必要な医療を受ける機会を逃すことのないよう**、実践的医療提供プロトコールを策定しましたので、関係各方面において活用されることを期待いたします。

なお、自宅において診療プロトコールに沿った治療が円滑に行えるよう、国においては適切な環境整備に特段の配慮をお願いするものです。

2 第1節 総説

新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール (第5.1版)

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス



第1節 総説

新型コロナウイルス感染症の陽性者に対しては、**原則として各都道府県等の保健所**において、健康観察等のためのフォローアップ及び入院が必要な者に係る入院調整が行われることとされているが、**感染が急拡大している時期においては**フォローアップや入院調整に時間を要し、結果として自宅等において必要な医療が提供できない事例が生じている。

本プロトコールにおいては、自宅で療養している新型コロナウイルス感染症の陽性者(以下「自宅療養者」という)に対し、**必要な医療が適時適切に行われるための標準的なプロトコールを、治療面及び必要な医療の提供に係る手順・体制整備面の両面**にわたるものとして作成した。

入院が原則とされる局面や、入院が原則とされる病態像であっても、**在宅に携わる医師、看護師等の多職種の協働により在宅において質の高い医療を提供**することは可能であり、むしろ患者の望みに添った医療となる場合も多い。本プロトコールが、各地の実情も踏まえつつ現場で活用されるとともに、円滑な実施が可能となるよう、**国・地方自治体における環境整備**が進められることを期待する。

第5.1版	2021.9.17
第5版	2021.9.04
第4版	2021.8.25
第3版	2021.7.15
第2版	2021.5.25
第1版	2021.5.18

3 第2節 自宅療養者のための診療プロトコール

自宅療養者に対して行う診療プロトコール (ダイジェスト版) ver.5.1



初回診療

継続診療

隔離解除 or 入院

第2節 自宅療養者のための診療プロトコール。

なお、診療プロトコールについては、新たなエビデンス、新しい医薬品の承認等により随時改定される可能性があるため、直近の内容については日本在宅ケアアライアンスのホームページ*を参照すること。

*<https://www.jhhca.jp>

- ・医療/介護保険証の確認
- ・基礎疾患の確認 (特に呼吸器・心疾患の有無)
- ・必要に応じ血液検査を行う

- ・訪問看護/電話診療を活用して状態確認を行う (可能であればパルスオキシメーターを貸与し、酸素飽和度を1日3回程度測定してもらう)
 - ・発症日から7日前後で悪化することが多いため綿密なフォローアップが必要
 - ・水分摂取不良であれば補液を行う
 - ・SpO2低下 (≤93%) があれば酸素療法とステロイド投与を行う
- ※パルスオキシメーターは医療機器として認証を受けたものであることを確認すること

- ・発症から10日経過し症状軽快していればフォローアップ終了 (症状軽快：解熱薬無しで72時間解熱・呼吸器症状が改善傾向)
- ・酸素投与を行った段階で保健所やコントロールセンターと情報共有し、入院順序を再考してもらう

輸液療法	<ul style="list-style-type: none"> ・心/腎疾患がなければ1日1500ml程度の水分摂取を目標とする ・可能な限り経口補液で対応する必要があるに応じて輸液療法を行う
酸素療法	<ul style="list-style-type: none"> ・SpO2低下 (≤93%) や呼吸促進があれば躊躇せず在宅酸素を導入すること ・基礎疾患がなければSpO2 96%・呼吸数16回/分を目標に酸素流量を調整する ・酸素療法開始の際は対面診療を行っていることを原則とする ※緊急性が高い場合には、対面診療に先じて電話・オンライン診療により酸素療法を開始することも考慮されるが、その場合は24時間以内の対面診療等によるフォローアップを行うこと。
ステロイド投与	<ul style="list-style-type: none"> ・酸素投与が必要な患者に投与する (投与期間は10日間or フォローアップ終了まで) (内服可能時の処方例) デカドロン錠0.5mg 12錠分1 朝食後 ※感染が蔓延し、医療提供体制が極めて逼迫した状況において、例外的にあらかじめステロイド薬を処方しておくことも考慮されるが、患者に対し投与基準 (呼吸器症状を有し、SpO2≤93%) を遵守するよう指示するとともに、24時間以内の対面診療等によるフォローアップを行うこと。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・解熱薬はアセトアミノフェンを優先して使用する ・深部静脈血栓症の徴候 (下肢腫脹・発赤・疼痛) を必ず確認する

4 第3節 自宅療養者に対する体制プロトコール ①

1. 都道府県・市町村・保健所・関係団体等の連携体制の構築

(1) 体制構築の必要性

「診療プロトコール」に即した医療が行われるためには、**自宅療養者に関する情報が在宅医につながる**ことが必要。

必要な医療の提供につなげるため、都道府県、市町村、保健所、地域医師会や都道府県訪問看護ステーション協議会等の訪問看護関係団体を始めとした地域の在宅ケア関係団体、等が協力して体制を組むことが重要。

(2) 体制構築の時期

遅くとも病床ひっ迫と入院調整困難が起きる段階の前、即ち感染者が急拡大している時期には体制を立ち上げておく。

緊急事態措置、まん延防止等重点措置の発令が決定した段階等において体制を立ち上げることを決定する。

十分な時間的余裕を見込んで関係団体もその連携体制に参加する準備を行うことが必要。

(体制構築例1) 都道府県又は保健所に調整本部を発令と同時に立ち上げ、調整本部に関係者が参集するとともに、調整本部へのDMAT 派遣を要請する。

(体制構築例2) 都道府県又は保健所の調整本部と関係団体との連絡方法、連絡担当者等について、発令の際に確認する。

(体制構築例3) 宣言発令の日から毎日関係者すべてが出席する定例会議を保健所において開催する。

5 第3節 自宅療養者に対する体制プロトコール ②

(3) 体制構築の基本的考え方

体制構築は、陽性者の情報が必要な医療を提供できる者に適切に伝わることが最も重要な目標となる。

・フォローアップを行う主体、自宅療養者等から相談を受け付ける主体、保健所の関連部署の持つ情報を、現場の医師（実際に往診、遠隔診療、処方を行う）に迅速に伝える体制が必要。また、地域包括ケアのための連携体制が既に出来ている地域ではそのまま活用することも有効。

(4) 自宅において必要な医療が受けられるための体制整備

診療プロトコールの中心的であるステロイド投与と酸素吸入の導入が円滑に実施できるよう、地域の医師会を通じるなどして、**自宅療養者の在宅医療に対応できる医師・診療所、訪問看護ステーション、薬局、在宅酸素事業者等のリスト化と共有**が必要。

陽性者の治療等に関する意思決定支援や、既存の治療の継続（又は中断）に係る判断は、基本的にかかりつけ医が行う。

コロナの診療プロトコールに沿った対応については、専門性も必要となるため、かかりつけ医またはコロナ対応で指定された医師が行う。

実際に往診し、あるいは遠隔診療で処方した場合、保険診療となるが、必ず保健所に情報のフィードバックを行う。

なお、自宅療養者においても入院が必要な場合は速やかに入院調整が行われることが自宅療養の前提であり、この点についても、本人、家族を含め関係者間で認識を共有しておく。

6 第3節 自宅療養者に対する体制プロトコール ③

2. 連携手順

(1) 初動

新型コロナウイルス感染症発生届け出が出されてから保健所のフォローアップ業務が開始され、陽性者に対する連絡、相談窓口の伝達、食事の提供などが行われる。

重症者が多く出ている場合は後に**重症化することも想定**し、必要な対象者にパルスオキシメーターを配付（貸与）する。

(2) 情報の集約と指示

保健所が行う**健康観察等のための業務（フォローアップ業務）**と、医師が行う治療という**診療行為（保険診療）**とは本来の役割が異なることを踏まえ、二つのルートを明確化するため、**治療ルートの調整代表を調整本部内に置く**ことが望ましい

(3) 担当医による往診又は遠隔診療の実施

担当医による**往診**又は**遠隔診療**が行われる。遠隔診療の場合は、実際に患者宅を訪問する必要がある場合を想定し、往診あるいは訪問看護の体制を確認する。

自宅療養者は引き続き保健所のフォローアップの対象者であるので、担当医と保健所と情報共有ができるように、保健所と常時連絡がとれる体制を確保しておく。

(4) 情報のフィードバック

診療の状況について、調整本部や保健所等に情報集約が出来るよう、保健所担当者へ情報提供を行う。

7 第3節 自宅療養者に対する体制プロトコール ④

3. 陽性者本人及び家族等への説明

自宅療養者やその家族は大いなる不安のただ中にある。それを踏まえ、入院が原則とされる局面や、入院が原則とされる病態像であっても、在宅において質の高い医療を提供することは可能であり、むしろ患者の望みに沿った医療となる場合も多いこと（ただし、**24時間体制による高度な呼吸管理や薬物治療による管理が必要な場合には入院治療が必要**になること）について説明を行うことが必要である。

また、同居家族、介護者がいる場合には、それらの**家族等への感染対策に関する指導**も必要な説明内容に含まれる。

なお、自宅療養者が高齢者の居住施設等にいる場合には、居住施設等への感染管理の指導が必要になるが、これは担当医の役割ではなく、調整本部等において適切なチームが編成され派遣されることが必要である。

8 診療プロトコール ①

実際の訪問の流れ	
	主な対応
初回診察	<ul style="list-style-type: none"> ・医療/介護保険証の確認 ・基礎疾患（主に呼吸器・心疾患）を確認 ・必要に応じ血液検査を行う（CBC・LDH・Cre・D-dimer・フェリチン・KL-6・HbA1cを含む） ・悪化時の治療意向について確認
初回診察～Day 7	・訪問看護/電話診察を活用して状態確認（問診すべき事項に関しては別記参照）
Day 7	<ul style="list-style-type: none"> ・Day7前後で悪化する可能性が高いため綿密なフォローアップが必要 ・低酸素あれば酸素療法とステロイド投与
Day 10～	・症状軽快ならフォローアップ終了（症状軽快＝解熱薬無しで72時間解熱かつ呼吸器症状が改善傾向）
それ以降	<ul style="list-style-type: none"> ・血栓症・褥瘡・二次性肺炎に注意 ・ADL低下した場合はリハビリを導入

酸素導入時に再度治療意向（人工呼吸器等）の確認を行う
肺塞栓は急変リスク高いため、必ず問診・所見を確認する



9 診療プロトコール ②

問診すべき事項

- ・既往歴/内服薬
- ・介護度/もともとのADL/介護者の有無
- ・発症日(重症化の予測に繋がるので正確な問診を心がける)
- ・食事/水分摂取量(基礎疾患なければ1500ml/dayを目標に)
- ・歩行機能(悪化すれば褥瘡や血栓症のリスクとなる)
- ・呼吸状態(安静時呼吸苦・労作時呼吸苦・胸痛など)
- ・尿量(トイレの回数や量・おむつ内の排尿量など)
- ・下肢の発赤/疼痛/腫脹(血栓症の早期発見に努める)

バイタルサイン測定について

- ・感染対策の観点から、可能な範囲で患者の物品を使用する
 - ・特に中等症以上の症例においてはパルスオキシメーターを貸与し、他のバイタルサインを含め1日3回以上測定してもらう
 - ・呼吸数とSpO2の測定方法は予め指導しておく(パルスオキシメーターを判読できない患者もいるため指導は必須)
 - ・パルスオキシメーターは機器や測定状況により酸素飽和度に変動があることに留意し、呼吸数や臨床症状を含めた総合的な判断を行う
- ※パルスオキシメーターは医療機器として認証を受けたものであることを確認すること

血液検査

在宅では画像検査が困難であるため必要に応じ血液検査を検討する
以下の項目は重症化を反映することが多く、可能な範囲で検査項目に加えることが望ましい

- ・D-dimerの上昇
- ・CRPの上昇
- ・LDHの上昇
- ・フェリチンの上昇
- ・リンパ球の低下
- ・クレアチニンの上昇
- ・心筋トロポニンの上昇
- ・KL-6の上昇

その他、ステロイド投与を見越して血糖値・HbA1cの測定を行う

輸液療法

- ・脱水は腎機能悪化や血栓症発症のリスクになる
- ・心/腎疾患がなければ1日1500ml程度の水分摂取を目標とする
- ・可能な限り経口補液で対応するが必要に応じて輸液療法を行う

酸素療法

- ・高齢者の人工呼吸器導入の原因として呼吸筋疲労も多い
- ・SpO2低下や呼吸促進があれば躊躇せず酸素を導入すること
- ・SpO2低下は基礎疾患がなければ92-94%以下の場合とする
- ・SpO2が保たれていても呼吸数が著増している場合は注意が必要
- ・基礎疾患がなければSpO2 96%・呼吸数16回/分を目標に酸素投与量を調整する
- ・特に呼吸器疾患や神経難病などの基礎疾患がある患者に対しては頭痛/発汗/顔面紅潮などCO2ナルコースを疑う所見に注意する
- ・酸素療法開始の際は対面診療を行っていることを原則とする

ステロイド薬の投与

投与基準：SpO2低下(92-94%以下)があれば投与する
投与量：

- 内服可能：デカドロン錠0.5mg 12錠分1(朝食後)
※デカドロン錠4mg 1.5錠分1も可
※体重40kg未満では0.15mg/kg/日に減量する
- 内服不可能：デキサート注射液6.6mg 1A静注

投与期間：10日間or フォロー終了まで

※糖尿病患者は血糖コントロールが必須

ステロイド開始前の空腹時血糖 \geq 180mg/dl のとき
持効型インスリン(例：ランタスXR®)：4単位/dayから開始
(厳格な血糖コントロールは不要)

※その他、消化性潰瘍やせん妄への対応を個別に検討する

10 診療プロトコール ③

深部静脈血栓症の予防・治療

- ①腎機能を確認する（ $CCr \leq 15$ は未分画ヘパリン持続静注を推奨）
- ②出血リスクを評価する
- ③投与目的・経口摂取できるかで投与薬剤・投与量を決定

【予防量の処方例適応：外使用であることに留意する】

内服可能：リバーロキサパン（イグザレルト®）10mg 1日1回
 内服不可能：エノキサパン（クレキサン®）40mg 1日1回皮下注
 （ $15 \leq CCr \leq 30$ の場合は30mg 1日1回皮下注）

【治療量の処方例：可能な限り病院での評価・治療が望ましい】

内服可能：リバーロキサパン（イグザレルト®）15mg 1日2回
 （3週間後に減量）
 内服不可能：フォンダパリヌクス（アリクストラ®）5mg 1日1回
 皮下注
 （体重50kg以上で7.5mg）
 （ $30 \leq CCr \leq 50$ の場合は出血に十分に注意をする）

その他の対症療法

発熱：高齢者や基礎疾患を抱えた方は発熱の期間が長期になると体力を消耗し、食事・水分摂取不良やADL低下の原因となるため症状に応じた積極的な解熱を行うことが望ましい。

解熱：薬はアセトアミノフェンを優先的に使用する。
 （処方例）アセトアミノフェン錠200mg 1回2-3錠発熱時

咳嗽：持続的な咳嗽や夜間入眠を妨げる程度の咳嗽がある場合は鎮咳薬の使用を検討する。
 （処方例）デキストロメトルファン錠15mg 1回1錠

嘔気：新型コロナウイルス感染症は消化器症状を引き起こすことがある。嘔気による食事・水分摂取不良がある場合は制吐剤の使用を検討する。

- （処方例①）メトクロプラミド錠5mg 1回1錠嘔気時
 （処方例②）ドンパリドン錠10mg 1回1錠嘔気時
 （処方例③）メトクロプラミド注10mg 1A
 生理食塩水100mlに溶解し点滴静注

緩和ケア

患者が自宅での緩和ケアを希望した場合、以下の方法で積極的な症状緩和を行う

【発熱】

発熱に伴う倦怠感がある場合に使用する
 （処方例①）アセトアミノフェン錠200mg 1回2-3錠発熱時
 （処方例②）アセトアミノフェン（アセリオ®）1000mg 静注

【呼吸苦】

呼吸困難の程度・呼吸数・悪心/嘔吐・過鎮静・せん妄レスキューの使用回数などを考慮し投与量を調整する
 （処方例①）モルヒネ速放剤2.5-5mg 1日3-4回
 （処方例②）モルヒネ徐放剤10mg 1日2回
 （処方例③）モルヒネ持続皮下注射0.5mg/時
 （処方例④）オキシコドン持続皮下注射0.5mg/時
 ※皮下注射の場合は経口投与量の半量から投与開始する
 ※腎機能低下時（ $eGFR \leq 30$ ）では上記の半量から投与する
 ※嘔気・便秘対策も必要に応じて行う

【十分量のオピオイドで軽減しない苦悶感】

（処方例①）ジアゼパム（セルシン®錠）5mg 1回1錠
 （処方例②）ミダゾラム持続皮下注射0.5mg/時

【せん妄】

（処方例①）クエチアピン（セロクエル®錠）25mg 1回1錠
 （処方例②）チアプリド（グラマリール®錠）25mg 1回1錠
 （処方例③）ハロペリドール（セレネース注®）5mg 皮下注
 ※ハロペリドールは筋注も可

11 診療プロトコール ④

Q5：隔離解除の基準について教えて下さい

隔離解除には以下の2つを満たすことが必要である。

- ①発症日を0日目として10日経過していること
- ②症状軽快から72時間以上経過していること
 （症状軽快=解熱薬を使用せず解熱しており、呼吸器症状が改善傾向であること）

上記を満たしたことを担当医から保健所に伝え、その情報をもとに保健所が隔離解除の最終決定を行う。

また隔離解除に際して、その後の療養上の注意点について保健所もしくは担当医から説明を行う必要がある。

（なお、上記の条件は軽症・中等症の症例にのみ適応される。新型コロナウイルス感染症によって人工呼吸器を装着するような重症例は発症日を0日目として15日以上経過していることが隔離解除の条件に必要な。また重度免疫不全を有する感染者も10日以上感染性を有している可能性があるため、隔離解除に関しては個別で検討が必要である。）

Q6：同居者はいつまで濃厚接触者となりますか？

濃厚接触の判定は保健所が行うが、一般的に同居家族は濃厚接触者と判定されることが多い。濃厚接触者の健康観察期間は一般的に感染者の感染力があると考えられている期間から、さらに14日間を要することが多い。

例えばもともと介護を要するような方が新型コロナウイルス感染症に罹患し、自宅療養を行った場合、その方のケアを行う介護者が必要である。この介護者は濃厚接触が避けられない可能性が高い。その場合、下図のように介護者は感染者の隔離解除日からさらに14日間の健康観察を要することとなる。

もちろん適切な感染防護・家庭内隔離を講じて介護を行った場合は、対策を講じた日から14日間の健康観察期間となる。しかし介護必要度の高い感染者に対して、非医療者が濃厚接触の判定を受けずにケアを行うことは現実的には非常に難しい。

但し、濃厚接触判定の有無に関わらず家庭内での感染リスクを下げることは非常に重要である。自宅療養者およびその同居者に適切な感染対策を必ず指導することが在宅に関わる医療者に求められる。

感染者の隔離解除日

感染者の感染力のある期間 （最低10日間）	介護者の健康観察期間 （14日間）
--------------------------	----------------------

この場合、最低24日間の健康観察期間を要する

12 診療プロトコール ⑤

Q7：感染が蔓延し医療供給体制が逼迫した時は、ステロイド薬をあらかじめ患者に渡しておいて良いですか？

COVID-19におけるステロイド薬は、酸素投与が必要な患者に投与することで死亡率が低下することが報告されている。一方、酸素投与が不要な患者に投与した場合、死亡率が改善するエビデンスはなく、高血糖や消化性潰瘍、薬剤性せん妄を来す可能性があり、死亡率を上昇させる可能性もあることに注意する。

ステロイドを投与される患者は低酸素状態であり、原則として対面診療を強く推奨するが、現場の実情に応じて電話診療やオンライン診療にて投与することも許容される。

感染が蔓延し医療提供体制が極めて逼迫した状況において、医師は例外的にあらかじめステロイド薬を処方しておくことも考慮されるが、その際には投与基準（咳嗽等の呼吸器症状を有し、SpO₂ 93%以下）を患者に伝え、これを遵守するよう指示するとともに24時間以内の対面診療等によるフォローアップを行うこと。ステロイド薬の投与基準は酸素療法の開始基準とほぼ一致することに注意する。

Q8：在宅酸素療法の開始基準等について教えてください

基礎疾患がない患者の場合、欧米では安静時のSpO₂ 92-94%で酸素投与を開始している。本邦では厚生労働省の基準に従い安静時のSpO₂ 93%以下の場合に酸素投与の開始を検討する。

一方で、緊急時を除きSpO₂ 96%以上の場合に酸素投与を行うことは推奨しない。

また呼吸状態に関してはSpO₂値だけでなく、呼吸数や呼吸促進も合わせて評価する。SpO₂が保たれていても呼吸数が増多している場合（例 SpO₂ 94% 呼吸数36回/分）は酸素投与の開始を検討する。強い息切れや一文続けて会話ができない場合などは呼吸促進を疑い、SpO₂や呼吸数を測定し詳細な評価を行う。

上記はあくまで原則であり、医療資源が枯渇している地域においては、酸素濃縮器をはじめとする医療資源の効率的な配分という観点に立って、適応を熟考した上で在宅酸素導入を検討すること。ただし医療資源が枯渇している場合であっても安静時のSpO₂ 90%未満の場合は酸素投与開始を強く推奨する。

なお、在宅酸素療法開始時の目標酸素濃度は96%（94-98%）とする。

呼吸器疾患や神経難病などの基礎疾患がある患者に対しては血中酸素濃度を高く維持しているとCO₂ナルコーシスを生じることがある。一般的にCOPD急性増悪の場合、SpO₂ 88-92%を維持することが推奨されており、この値を目標に酸素投与を行うこと。

緊急性が高い場合には、対面診療に先んじて電話・オンライン診療により酸素療法を開始することも考慮されるが、その場合は24時間以内の対面診療等によるフォローアップを行うこと。

13 診療プロトコール ⑥

訪問看護について

- ・訪問看護では医師や多職種（介護保険利用の際は居宅介護支援事業所等）と連携し以下の項目を実施する

心身の状態のアセスメント

点滴の管理および輸液療法・酸素療法などの治療効果確認

医療処置・服薬管理・症状の緩和

療養上の世話（食事・清潔の援助）

家族の健康状態の確認・自宅内や生活上の感染対策指導

不安の内容の確認および治療意向の確認

- ・介護保険の対象者の場合は、特別指示書の交付が有用である
- ・訪問看護も公費扱いとなる（保医発0430第3号R2年4月30日）
- ・介護保険/医療保険の選択は訪問看護事業所と相談する

Covid19対策はone teamで行う必要がある

3 郡市医師会での事例

～在宅医療・介護連携推進事業をてこに地域包括ケアを次のステージに進める～ 川越 正平

目 標

在宅医療、地域包括ケアの推進に関して、人口50万人の千葉県松戸市を例に、郡市医師会としての約10年間の取り組みについて紹介する。保険者にとって必須の事業に位置づけられている在宅医療・介護連携推進事業がその推進のてことなり得る。「ア」～「ク」の8つのタスクについて、「体制構築」「ア資源の把握」「工情報共有の支援」が推進の第一段階（基盤）と言える。そして、中心に据えるべきは「オ相談支援」であり、寄せられる相談事例の中から地域課題を把握（「イ課題抽出」）し、それらをもとに継続的に「ウ」「ア」「エ」「カ研修」「キ普及啓発」などに継続して取り組み、PDCAサイクルを回していく必要がある。「相談支援」「事務局機能」「医師の関与」の3つをキーワードにさまざまな取り組み事例を紹介しつつ、在宅医療、地域包括ケア推進を次のステージに進めるための概念整理や展開方法等について解説する。

Keyword

在宅医療・介護連携推進事業、地域包括ケア、相談支援、事務局機能、医師の関与

内 容

1. 在宅医療・介護連携を推進する体制の構築（ウ）
機能する会議体の継続開催／同職種間の関係性強化／多職種間の関係性強化／切れ目のない体制の基盤づくり
2. 地域の医療・介護の資源の把握（ア）
連携に必要な情報の把握と更新／情報に基づき連携を促進する／資源やニーズに基づく最適化
3. 医療・介護関係者の情報共有の支援（エ）
情報共有ツールの活用／ルールやエチケットの作成とその遵守／地域ICTの事務局機能
4. 在宅医療・介護関係者に関する相談支援（オ）
新田に取り組む機関への支援／かかりつけ医の推奨／困難事例に対する医師の関与／在宅医療の質向上支援／悩ましい事例への関与・支援
5. 在宅医療・介護連携の課題の抽出（イ）
アンケートやヒアリング調査の活用／会議や研修会の活用／相談支援事例を通じた課題抽出／他事業や活動を通じた早期覚知
6. 医療介護関係者の研修（カ）
介護に関する研修（医療者向け）／医療に関する研修（介護者向け）／多領域に関わる研修／応用的な内容を取り扱う研修
7. 地域住民への普及啓発（キ）
啓発資料の作成／市民向け企画の開催／オンライン企画の開催
8. 関係市区町村の連携（ク）
広域連携のための枠組み構築／広域連携を要する領域の検討／広域で協調すべき案件の検討

令和3年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第2部
 【テーマ3】

郡市医師会での事例

～在宅医療・介護連携推進事業をてこに地域包括ケアを次のステージに進める～

松戸市医師会 副会長
 日本在宅医療連合学会 副代表理事
川越 正平

1 松戸市在宅医療・介護連携支援センターが取り組む活動

かかりつけ医の在宅医療スタートアップ支援

新規事業・在宅医療新規参入の支援を支援します

- 医師会・関係機関・かみ手型試みの整備や電話相談
- 診療報酬等への相談支援
- 地域ポータル系、専門ポータル系や多職種によるアウトリーチのコーディネート
- 医療連携が困難な相談事例に対する医師・介護関係者間の直接調整
- レジパイト入居の相談支援
- リハビリ専門医・管理栄養士・歯科衛生士等の専門職による相談支援・質向上支援

地域ICTの活用支援

ICTシステムを利用した多職種連携における情報共有を支援します

- システム利用者の整備
- 利用態様の設定および操作説明

松戸市の在宅医療・介護連携推進事業

<p>相談支援 (オ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括支援センター・介護支援専門員等への相談支援 ● 地域ポータル系、専門ポータル系や多職種によるアウトリーチのコーディネート ● 医療連携が困難な相談事例に対する医師・介護関係者間の直接調整 ● レジパイト入居の相談支援 ● リハビリ専門医・管理栄養士・歯科衛生士等の専門職による相談支援・質向上支援 	<p>連携システムの運用 (ウ)(エ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 二人主治医制の運用(副主治医たる医師の決定支援) ● 在宅医療に新規参入するかかりつけ医等への支援 ● 在宅系と多職種の連携ルール(エチケット集)の作成と運用改善 ● 医師・介護関係者の情報共有を支援する連携ツール等の利用促進 ● 医師・介護関係者の事務負担軽減の支援 ● 在宅ケア取組のリスク管理システムの運用に対応 	<p>情報の把握・共有策の検討 (ア)(イ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域ケア会議を通じた地域サポート医による課題抽出、対応策の検討の取りまとめ ● 在宅医療・介護の実態調査 ● 診療やサービス内容の把握に役立つ情報の収集、共有化
<p>普及啓発 (キ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅ケア普及のための地域におけるセミナー開催会の開催 ● 在宅ケア普及のための市民公開講座の開催 ● 普及啓発教材の開発・普及 	<p>関係市町村との連携 (ク)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 専門領域に関する市外医療機関及び関係市町村との連携強化 	<p>人材能力向上 (カ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 多職種協働会議の開催、運営 ● 連携対応能力向上のための相談事例のまとめ、研修の運営 ● 介護職員・介護支援専門員向けの医療連携等に関する研修会の運営

松戸市在宅医療・介護連携支援センターのご案内

地域を“一つの病院”としてとらえ
 市内の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって機能を果たし
 老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを目指します

在宅医療専門医

管理栄養士

歯科衛生士

NPO/市民団体

医師

看護師

社会福祉士

生活介護士

福祉協議会

福祉推進員

福祉ボランティア

お問い合わせ先

松戸市竹ヶ花45-53 松戸市衛生会館 2階

電話：047-701-7533

FAX：047-701-7535

月～金 8:30～17:00

(土日祝日・年末年始・上記時間以外は転送電話対応になります)



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 切れ目のない提供体制の構築推進
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

松戸市在宅医療・介護連携支援センター



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
 All Rights Reserved

2

松戸市在宅医療・介護連携支援センター：活動の柱
“地域バーチャル病院”のプラットフォームとして機能する

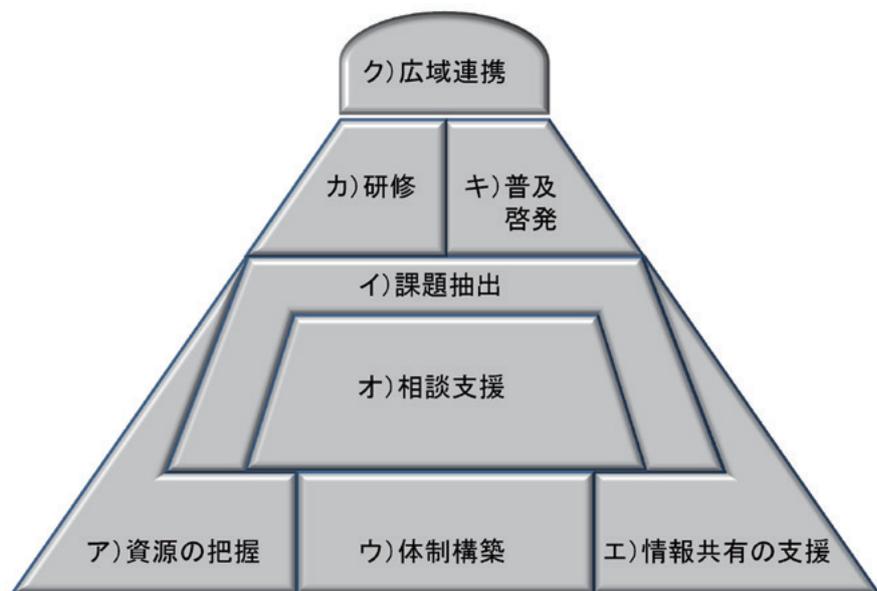


- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 切れ目のない提供体制の構築推進
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

3

在宅医療・介護連携推進事業



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 切れ目のない提供体制の構築推進
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

4 ウ) 在宅医療・介護連携を推進する体制の構築

機能する会議体の継続開催

- ✓協議会やネットワークなど関係者が参画する会議
- ✓建設的に議論できる形での継続開催を確保する

同職種間の関係性強化

- ✓職能団体や事業者団体の設立を促す
- ✓団体活動の継続・推進を支援する

多職種間の関係性強化

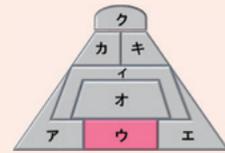
- ✓研修会や交流会など顔の見える関係づくり

切れ目のない体制の基盤づくり

- ✓診診連携や診療所・訪問看護連携の推進、強化
- ✓入退院時や施設利用時の連携体制の構築
- ✓在宅医療・介護連携支援センター事務局の強化

【松戸市における取り組み例】

- ・地域包括ケアについて継続議論する場としての医師会在宅ケア委員会
- ・職能団体・事業者団体設立の推奨
- ・機能強化型（連携型）在支診が行う月に一度のカンファレンスへの参加推奨
- ・在宅医療・介護連携支援カンファレンスセンター事務局の強化（2018年度～）

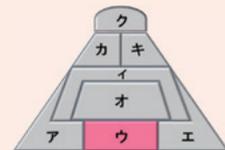


- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
 - *機能する会議体の継続開催
 - *同職種間の関係性強化
 - *多職種間の関係性強化
 - *切れ目のない体制の基盤づくり
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

5 松戸市医師会 在宅ケア委員会

- 月1回の会議に**歯科医師会、薬剤師会**が定例出席
- 後方支援機能を担う病院や急性期病院の医師が参加
- **市の所掌関連2課**が定例参加（2014年度～）
- 関係者間の調整機能、活動状況共有、議論検討等をこの委員会の場が担う
- **地域を“一つの病院”として捉え、機能することを目指す**
- 訪問看護の協議会設立を医師会がサポート（2014年）
- 訪問看護、ケアマネジャー、リハビリ、MSW、介護事業者団体の設立に伴って、順次代表者が加わって現在に至る



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
 - *機能する会議体の継続開催
 - *同職種間の関係性強化
 - *多職種間の関係性強化
 - *切れ目のない体制の基盤づくり
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

6 専門職能団体や事業者団体の設立や関係性の強化



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
 - *機能する会議体の継続開催
 - *同職種間の関係性強化
 - *多職種間の関係性強化
 - *切れ目のない体制の基盤づくり
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

7 機能強化型（連携型）在支診のカンファレンスへの参加推奨



- 市内の機能強化型（連携型）在支診が月に一度行うカンファレンスに医師会員が参加することを推奨（2016年）
- 歯科医師会にも周知を依頼して歯科医師の参加を推奨（2018年）



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
 - *機能する会議体の継続開催
 - *同職種間の関係性強化
 - *多職種間の関係性強化
 - *切れ目のない体制の基盤づくり
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

8 ウ) 在宅医療・介護連携を推進する体制の構築

機能する会議体の継続開催

- ✓協議会やネットワークなど関係者が参画する会議
- ✓建設的に議論できる形での継続開催を確保する

同職種間の関係性強化

- ✓職能団体や事業者団体の設立を促す
- ✓団体活動の継続・推進を支援する

多職種間の関係性強化

- ✓研修会や交流会など顔の見える関係づくり

切れ目のない体制の基盤づくり

- ✓診診連携や診療所-訪問看護連携の推進、強化
- ✓入退院時や施設利用時の連携体制の構築
- ✓在宅医療・介護連携支援センター事務局の強化

【松戸市における取り組み例】

- ・地域包括ケアについて継続議論する場としての医師会在宅ケア委員会
- ・職能団体・事業者団体設立の推奨
- ・機能強化型（連携型）在支診が行う月に一度のカンファレンスへの参加推奨
- ・在宅医療・介護連携支援カンファレンスセンター事務局の強化（2018年度～）

- ✓会員医療機関からの出向人事により人事を構成
- ✓在宅医療・介護連携の実務経験者を中心とする
- ✓医療機関単独での雇用は難しい専門職を配置する



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
 - *機能する会議体の継続開催
 - *同職種間の関係性強化
 - *多職種間の関係性強化
 - *切れ目のない体制の基盤づくり
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

9 ア) 地域の医療・介護の資源の把握

連携に必要な情報の把握と更新

- ✓公開情報にはない機関の特性を示す情報が重要
- ✓情報は住民・従事者・支援者向けに峻別する
- ✓ハンドブックやMAPの情報を必要に応じて更新する

情報に基づき連携を促進する

- ✓機関間の連携を促進するための情報を収集する
- ✓公開の範囲や情報の活用方法を戦略的に定める

資源やニーズに基づく最適化

- ✓地域の在宅医療・介護資源の多寡を把握する
- ✓地域の在宅医療・介護ニーズを把握する
- ✓資源とニーズの過不足を考慮しその最適化を図る

【松戸市における取り組み例】

- ・訪問看護ステーション活動状況
- ・医療機関ハンドブック
- ・居宅介護支援事業所ハンドブック
- ・医師会として作成したケアマネタイム
- ・介護保険事業計画策定に向けた給付分析
- ・頻回救急搬送者等の実態把握

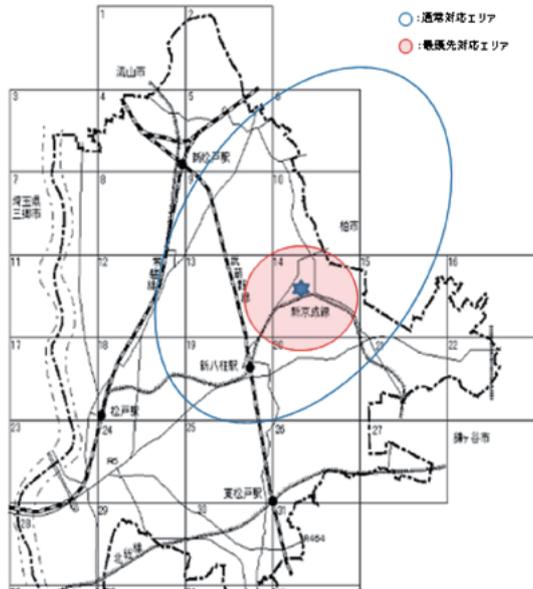


- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
 - 連携に必要な情報の把握と更新
 - *情報に基づき連携を促進する
 - *資源やニーズに基づく最適化
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

10 訪問看護ステーション活動状況アンケート (2014年度)

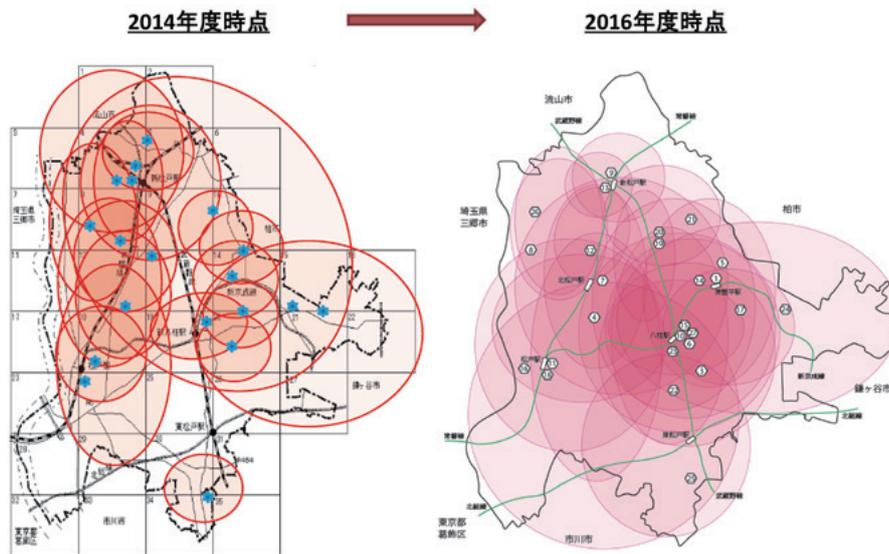
訪問看護可能な 施設分類						がん				認知症				小児				精神科												
○: 継続的なケースにも対応できる △: ケースによっては対応可能 ×: 対応できない						○				○				△				×												
訪問看護ステーション以外の 職員数 (2014年12月末)						PT	OT	ST	ケアマネ	その他	訪問対応エリア(下記の地図をOで囲んで下さい。)																			
						0名	0名	0名	1名	事務員1名																				
担当患者数 (訪問看護 2014年12月 末)																83名														
担当患者数 (訪問リハ) 2014年12月 末)																0名														
在宅療養支援施設 (2014年12月末)																15名														
ターミナルケア支援施設 (2014年12月末)																10名														
STの特徴																														
<ul style="list-style-type: none"> ●利用者様が安心して在宅で、その人らしく、療養生活を送ることができるよう支援します。 ●在宅介護支援事業所を併設しています。 																														
移動手段		徒歩・車																												



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
連携に必要な情報の把握と更新
*情報に基づき連携を促進する
*資源やニーズに基づく最適化
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

11 訪問看護ステーションの最優先対応エリアマップ



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
連携に必要な情報の把握と更新
*情報に基づき連携を促進する
*資源やニーズに基づく最適化
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

診療科は松戸市医師会
会員名簿から引用します。

関東信越厚生支局届出状
況の情報から引用し、該
当する場合は、在宅療養
支援診療所と表記します。

住所・TEL・FAX番号は松戸
市医師会会員名簿から引
用します。

医師会ホームページアドレ
スもしくは、ご回答いた
だいた貴院のホームページ
アドレスをQRコード化し掲載
します。

Q2で○した担当している患者
さんの主な状態は■で表示、特
に力を入れているものは更にア
ンダーラインも表示します。

院長からのメッセージには、診
療の特徴、専門領域機能、設備、
理念やPRポイントなどをご記載
ください。

診療以外の活動には、学会認定
資格や、医師会推薦委員の他、
○大学臨床教授など公的なお
立場などをご記載ください。

Q3の【1】臨時往診について、以下の通り表記します。
*原則として柔軟に対応している（依頼があった場合の8割以上で往診してい
る）=「○」
*対応できる場合とできない場合がある（忙しき等の事情により）=「□」
*対応できないことが多い（往診しているのは2割以下）=「△」
*往診は行わない方針としている =「-」
Q3の【2】訪問診療患者の24時間対応について、以下の通り表記します。
*訪問診療患者には、必要に応じて緊急往診などの24時間対応を行っている
=「○」
*24時間対応を行っている患者と、行っていない患者がいる =「△」
*24時間対応は行っていない =「-」

Q3の【3】訪問診療について、以下の通り表記します。
*原則として引き続き主治医として訪問診療を担当する（依頼があった場合
の8割以上）=「○」
*対応できる場合とできない場合がある（忙しき等の事情により）=「□」
*対応できないことが多い（担当しているのは2割以下）=「△」
*訪問診療は行わない方針としている =「-」
Q3の【4】かかりつけではない患者の訪問診療について、以下の通り表記
します。
*できるだけ訪問診療を担当する（依頼があった場合の8割以上）=「○」
*対応できる場合とできない場合がある（忙しき等の事情により）=「□」
*対応できないことが多い（担当しているのは2割以下）=「△」
*訪問診療は行わない方針としている =「-」

Q3の【5】で○した訪問診療
として対応可能な疾患や状態、
管理等は、■で表示します。

【担当している患者さんの主な状態】※特に力を入れているものは太字
■高血圧 ■糖尿病 ■脂質異常症 ■脳卒中後遺症 ■心疾患 ■がん
■肺炎 ■喘息 ■腎臓病 ■肝疾患 ■慢性腎臓病 ■神経痛
■腰痛・関節痛 ■うつ・不眠 ■小児 ■更年期 ■認知症
■その他（甲状腺など内分泌疾患）

【院長からのメッセージ】消化器疾患を中心に、かかりつけ医として内科系疾
患全般に対応しています。また、外来の外科的処置も行っています。
内視鏡・エコー検査や漢方治療等の専門医療も積極的に提供しています。

【診療以外の活動】消化器内視鏡専門医、学校医、養老院医、○大学臨床教授

臨時往診 24時間対応
訪問診療(自由) 訪問診療(紹介)

【訪問診療で対応可能な疾患・管理等】
■脳血管疾患 ■認知症
■整形外科疾患 ■内部臓器障害
■慢性疼痛 ■神経痛
■医療的ケア児 ■精神疾患合併
■胃ろう管理 ■中心静脈栄養管理
■呼吸器管理 ■褥瘡管理



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
連携に必要な情報の把握と更新
*情報に基づき連携を促進する
*資源やニーズに基づく最適化
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

〇〇居宅 特定Ⅱ 看・介・社
管理者 主任 〒271-0065 松戸市〇〇2-〇3
TEL 047-367-〇〇 FAX 047-367-〇〇

【併設サービス】特養、通所介護、短期入所生活介護

【主な日常生活圏域】常盤平・常盤平団地・小金原

【担当している利用者の主な診断名・病態】
■認知症 ■脳血管疾患 □高齢による衰弱 ■骨折・転倒 ■関節疾患
□心疾患 □呼吸器疾患 □悪性新生物 ■糖尿病 □パーキンソン病
□脊椎損傷 □視覚・聴覚障害 □その他
【特別な医療等を要する方の対応経験】
■慢性疼痛末期 □神経難病 ■精神疾患合併 ■胃ろう等管理
□中心静脈栄養管理 □気管切開管理 □人工呼吸器管理 □その他

【会員登録・加算情報等】
松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会 会員 松戸市介護支援専門員協議会会員 3/5名
松戸市医療・介護地域ITシステム(ハイタルリンク)登録 あり
生活保護指定 あり 障害サービス相談(居宅介護) なし

2019年度の加算算定件数
ターミナルケア加算算定 なし 緊急時カンファ加算算定 なし
入院時連携加算算定 3件 退院退所加算算定 20件

【介護支援専門員経験年数分布】5名(常勤換算4.5) 主任ケアマネ2名
0 3 5 10 15年以上

【専門職としての活動歴】
松戸市介護支援専門員協議会役員、認知症初期集中支援チーム事例提供

【事業所の理念】
自立支援・公正中立な立場・より良い社会づくりへの貢献

【PR】
ご利用者様に寄り添いながら、住み慣れた地域で安心して暮らせるように支援
いたします。お気軽にご相談ください。

【居宅在住利用者の地域分布図】
*事業所 ○対応可能エリア ○利用者居住最大エリア

要介護4 8.40%
要介護2 12.40%
要介護1 15.20%
要支援2 20.50%
要支援1 17.20%
事業対象 13.60%
事業対象 12.80%
事業対象 4%



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
連携に必要な情報の把握と更新
*情報に基づき連携を促進する
*資源やニーズに基づく最適化
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

14 ケアマネタイム作成のためのアンケート調査票 (2011年)

医療機関名	〇〇診療所	院長名	〇〇 △△	窓口担当者 医師の代理でまに 対応できる担当者 を名ご記入ください	△△ □□ 職種 看護師
在宅医療への 取り組み	主治医意見書の記載 訪問診療 外来かかりつけ患者の臨時往診 在宅療養支援診療所の届出	対応している 定期的に行っている 対応している 有	対応していない 行っていない 対応していない 無	TEL・FAX 047-xx-xx-△△△△ 047-xx-xx-〇〇△△	
メールアドレス			□□□ @ △△△. x x . jp		
医師との相談方法 希望の優先順位を ご記入ください。			直接 面談	往診 同席	外来 同席
			5	4	3
			2	1	6
主治医の都合に合わせて 医療機関で開催する場合 30分以内なら可能 15分以内なら可能 困難			15分以内なら可能 困難		
担当医会議 への医師の 参加 30分以内なら可能 15分以内なら可能 困難			15分以内なら可能 困難		
自院の待合室等を利用して開催の場合 人数 参加人数 (5) 人以内であれば可能					
ケアマネジャーへの要望(連絡時の注意事項を含む)					
※月曜日の午前中の外来は非常に混雑しているため、外来同席や電話連絡は ご遠慮ください。					

医師が当該等対応可能な時間帯や往診時間をご記入ください	月	火	水	木	金	土
8:00				△		
9:00	○	○	○	△	△	△
10:00	○	○	○	△	△	△
11:00	○	○	○	△	△	△
12:00	○	○	○	△	△	△
13:00	○	○	○	△	△	△
14:00	○	○	○	△	△	△
15:00	○	○	○	△	△	△
16:00	○	○	○	△	△	△
17:00	○	○	○	△	△	△
18:00	○	○	○	△	△	△
19:00	○	○	○	△	△	△

○:医師が対応可能な時間帯 △:比較的、医師が対応可能な時間帯
△:医師が対応できる可能性がある時間帯 ×:対応が困難な時間帯



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
連携に必要な情報の把握と更新
*情報に基づき連携を促進する
*資源やニーズに基づく最適化
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

15 松戸市医師会が作成したケアマネタイム (2011年度)

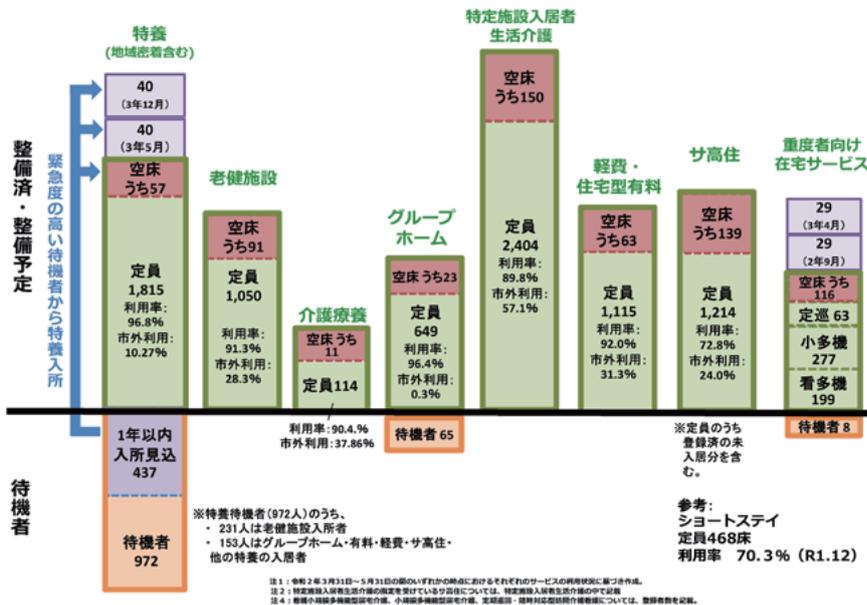
医療機関名	院長名	電話 FAX	月	火	水	木	金	土	日	祝日	休診日	診療時間	診療人数	医師人数	看護人数	
1	304-1004	047-304-1400	○	○	○	△	△	△				9:00-12:00	4	3	2	3人
2	304-1247	047-304-1247	○	○	○	△	△	△				9:00-12:00	2	4	3	10人
3	304-2000	047-304-2000	○	○	○	△	△	△				9:00-12:00	4	2	3	10人
4	300-9911	047-300-9911	○	○	○	△	△	△				9:00-12:00	1	6	3	8人
5	303-1247	047-303-1247	○	○	○	△	△	△				9:00-12:00	5	3	2	4人
6	303-7902	047-303-7902	○	○	○	△	△	△				9:00-12:00	1	1	1	15分以内
7	303-1004	047-303-1004	○	○	○	△	△	△				9:00-12:00	5	4	3	2人
8	304-1247	047-304-1247	○	○	○	△	△	△				9:00-12:00	6	4	2	3人
9	307-2000	047-307-2000	○	○	○	△	△	△				9:00-12:00	2	1	3	2人



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
連携に必要な情報の把握と更新
*情報に基づき連携を促進する
*資源やニーズに基づく最適化
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

16 施設・居住系、重度者向け在宅サービスの給付分析に基づく検討（2017年度～）



ア) 地域の医療・介護の資源の把握
 連携に必要な情報の把握と更新
 *情報に基づき連携を促進する
 *資源やニーズに基づく最適化

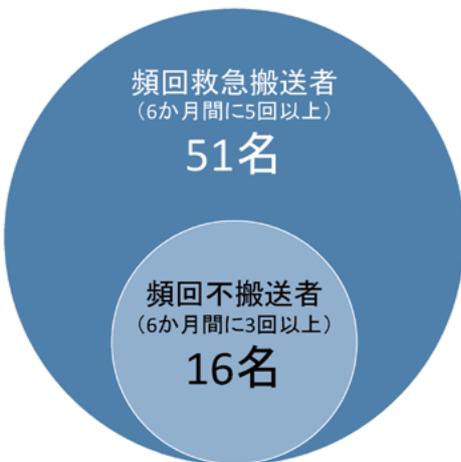
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

介護保険運営協議会(松戸市HP)
 新しい施設整備計画等に向けての
 給付分析



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
 All Rights Reserved

17 頻回救急搬送者等の実態把握（2019年度上半期）



- * 51名から421回の搬送要請があり(平均8.3回)、そのうち151回(35.9%)が不搬送となっていた
- * 年齢は23～89歳(平均59.2歳)、65歳以上の高齢者は22名(43%)
- * 全例が自宅等居住者
- * 要請理由として、腹痛、呼吸苦、動悸、気分不快、めまい、転倒、頭痛、意識消失、けいれん、自傷行為などが多かった
- * 10回以上の要請、または半分以上が不搬送の18名計231回の傷病程度は、死亡0、重症0、中等症28(12%)、軽症78(34%)、不搬送125(54%)であった
- * 最も搬送要請が多かった方は39回であった(うち29回が不搬送)
- * 最も不搬送の割合が高い方は、9回の搬送要請のうち、8回が不搬送となっていた



ア) 地域の医療・介護の資源の把握
 連携に必要な情報の把握と更新
 *情報に基づき連携を促進する
 *資源やニーズに基づく最適化

- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

医療資源活用の最適化の観点から、
 「本来つながるべき医療につなぐ」対策が肝要

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
 All Rights Reserved

18 エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有ツールの活用

- ✓情報共有シート（退院支援・医療介護連携など）
- ✓クリティカルパス、認知症ケアパスなど

ルールやエチケットの作成とその遵守

- ✓地域の機関間で話し合い、ローカルルールを作成する
- ✓職種間等で話し合い、エチケットを合意する
- ✓地域で定めたルールやエチケットを遵守する

地域ICTの事務局機能

- ✓利用促進目的の説明会や研修会、資料作成等
- ✓患者・利用者登録、紐付け等のICT事務局機能

【松戸市における取り組み例】

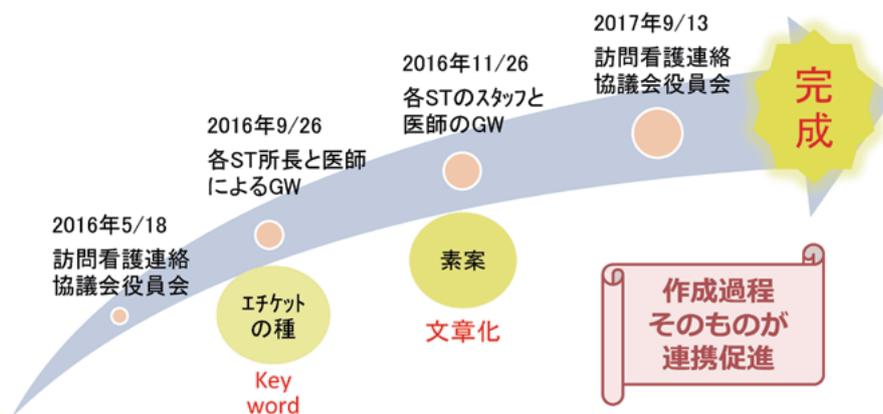
- ・エチケット集の作成
- ・病診連携にかかる交流会
- ・介護現場における新型コロナ感染症情報共有ローカルルールの作成
- ・地域ICT活用好事例の定期的発信



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 - *情報共有ツールの活用
 - *ルールやエチケットの作成とその遵守
 - *地域ICTの事務局機能
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

19 在宅医と訪問看護師の連携ルールづくり



基本討議 医師会在宅ケア委員会（訪問看護連絡協議会会長が定例参加）

医師会と訪問看護連絡協議会で検討を重ね、連携上のエチケット集を作成

※ 同様の手順を踏んで、ケアマネジャー・薬剤師とのエチケット集も作成



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 - *情報共有ツールの活用
 - *ルールやエチケットの作成とその遵守
 - *地域ICTの事務局機能
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

20 在宅医と訪問看護との連携エチケット（2017年）

看護師が医師に望むこと

- 守るべきこと。
 - ・医療機器の導入や設定変更時（酸素など）は必ず連絡をする。
 - ・看護師から求めがあれば、検査結果を提供する。
 - ・点滴指示や重要な与薬（オピオイドなど）の指示は、原則として文書（できれば所定の書式）で行う。なお緊急時は例外だが、後で文書を出す。
 - ・ご本人・ご家族の求めがないのに、現在のステーション相談なく訪問看護ステーションを変更しない。
- できればしてほしいこと。
 - ・訪問看護指示書にはできるだけ具体的な指示内容を書いてほしい。
 - ・訪問看護指示書には、予測される急変・今後の病状予測なども記載してほしい。
 - ・訪問看護指示書には、略語は少なくしてほしい。
 - ・訪問診療における診療内容を定期的に看護師に伝えてほしい。
 - ・緊急時の処置指示をあらかじめ決めておいてほしい。発熱時は○○など。
 - ・病院では連携窓口を明確にしてほしい。
 - ・病院から看護指示書のでている患者さんは、できれば二人主治医制にしてほしい。

医師が看護師に望むこと

- 守るべきこと。
 - ・状態変化時は訪問看護師が先に訪問する（特に外来診療時間など）。
 - ・状態に変化があり、必要と思われたことは遅滞なく医師に連絡する。
- できればしてほしいこと。
 - ・ファーストコールは訪問看護師に受けてほしい（一人医師体制が多い現状を考慮して）。
 - ・退院時の初回往診にはできる限り同席してほしい。
 - ・訪問看護報告書の内容は定期的に更新してほしい。
 - ・サービス担当者会議に医師が参加できなかった時には、医師の代わりに医療面での代弁者として発言してほしい。

お互いに注意すること

- 守るべきこと。
 - ・頭ごなしに怒らない。
 - ・同時訪問する機会を設けるなど、お互いの連携機会をつくるように努力する。
 - ・医師と看護師はお互いの関係性が良くなるように努める。
- できればしてほしいこと。
 - ・連携シート・連絡ノートなどを活用し、お互いの訪問内容が分かりやすくなる工夫をしてほしい。
 - ・病状のみでなく、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)に関する事柄と思われることも情報共有してほしい。



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 - *情報共有ツールの活用
 - *ルールやエチケットの作成とその遵守
 - *地域ICTの事務局機能
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

21 病診連携にかける交流会 (2018年12月11日)

病院	登壇者
松戸市立総合医療センター	田代 淳 (地域医療連携局長)
千葉西総合病院	熊井潤一郎 (脳神経外科主任部長)
新東京病院	西 将則 (副院長)
新松戸中央総合病院	中村 司 (副院長)

シンポジウムにおける全体討議

- ストレッチャー等で受診する患者の受付は、連携実務者が事前に済ませておく
- どの診療科に依頼すればよいかわからない患者のたらい回しは避ける (MSWが対応)
- 予定入院患者の千葉県地域生活連携シートは入院前に提出することを原則とする
- 在宅療養支援診療所の患者を救急搬送する際には主治医の緊急連絡先を伝える
- 診療情報提供書を受診時に提供できない場合でも、翌日までに作成して送付する
- 施設からの転倒による救急搬送が多いため、事故マニュアルについて医師会が調査する
- 円滑な連携には救急と在宅のサイクルが重要であり、互いに努力する関係を構築する

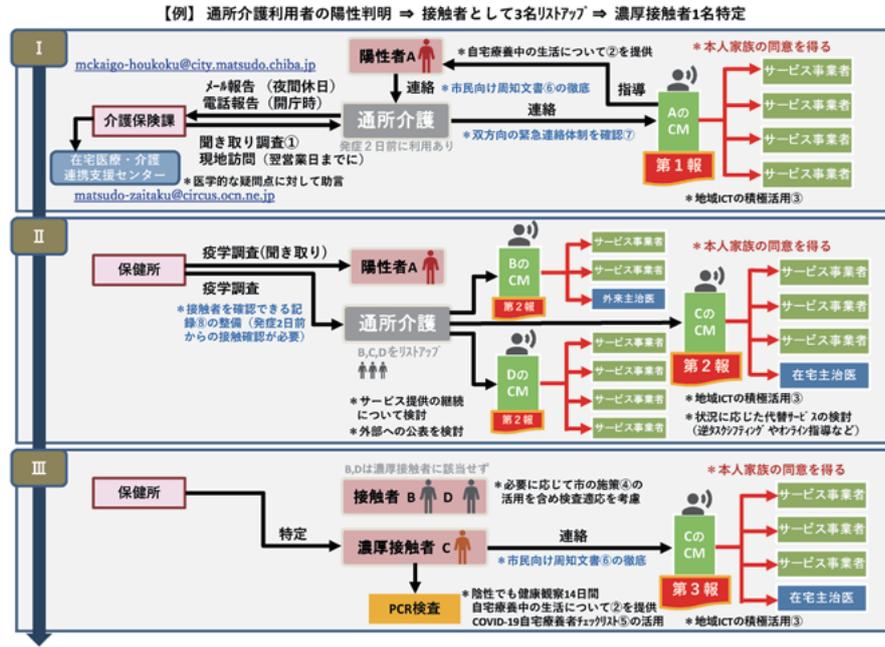
病院から責任者級の医師を招き、
事前アンケートに基づいてローカルルールの合意を図った



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 - *情報共有ツールの活用
 - *ルールやエチケットの作成とその遵守
 - *地域ICTの事務局機能
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

22 介護現場における情報共有ローカルルール（2021年）



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 - * 情報共有ツールの活用
 - * ルールやエチケットの作成とその遵守
 - * 地域ICTの事務局機能
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

新型コロナ対策 解説動画 「急病に備えた医療と介護の連携指針」



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

23 地域ICT活用好事例の定期的発信（2021年～月1回）

歯科医師 件名：歯科訪問
 口腔内衛生状態が悪いです。義歯も清掃不良。奥様にも毎回食後に義歯を外して洗浄するようにお願いしているのですが、行われていないようです。歯科月1～2の訪問の為歯肉炎の増悪が心配です。

歯科医師 件名：歯科訪問
 口腔内衛生状態相変わらず悪く可能な限り義歯作成外して清掃をお願いしてあります。

医師 件名：Re:歯科訪問
 ご本人の認知機能は保たれていて、歯みがきはやっているとおっしゃいますが、障害もありますし、継続遂行能力は不十分と思われる。また、奥様が代理セルフケアを継続して担当することは望めそうにない状況のようです。
 一方、デイサービスやショートステイ、訪問看護において、ケアを依頼、確保することは可能だと思います。訪問看護師さんには直接お願いすることができました。これまでは、排泄ケアとリハビリを担当するということに入っているとのことでした。
 この方に限りませんが、必要なセルフケアがあるが実施できていない場合、家族→介護（訪問、通所、ショート等）→看護等の協力を得て、ケアの継続の確保を目指す必要があるものと感じました。

ケアマネジャー 件名：Re:歯科訪問
 サービス関係者には口腔ケアの強化依頼を行わせて頂きます。ご自宅での口腔ケアに関してですが、奥様の介護力や最近の物忘れの感じからすると期待は難しく金銭面に関しての不安も多くサービスの追加もあまり望まれていません。同居している長男に協力を得られるか確認させていただきます。近日中にスポンジブラシなど口腔ケアのセットを用意してもらおうよう依頼しておきます。

医師 件名：CMさんへ
 デイサービスやショートステイでも、おそらく口腔ケア用品の用意はしてくださっているものと思います。本人も歯みがきは「やっています」とのことでしたが、歯周炎の状態は悪いという状況を有する脳出血後遺症の方です。水ものでむせるとのことであり、誤嚥性肺炎のリスクを有しています。低頻度の専門的口腔ケア提供だけでリスクをなくすることは困難ですので、セルフケア、（家族による）代理セルフケア、介護によるケア、看護によるケア、そして、専門的口腔ケアを適切にコーディネートして、可能な範囲で誤嚥性肺炎のリスクを低減する必要があると考えます。
 この方の場合、どの程度のセルフケアができていのかを評価した上で、不十分な点について、介護・看護サイドによる身体介護（口腔ケア）と専門的口腔ケアの役割分担を検討する必要があります。単にサービスの回数や頻度を増やすという意味ではありません。
 居宅療養管理指導の結果報告された情報を他の専門職等に適切に共有する必要がありますし、議論やすりあわせが必要であれば、サービス担当者会議の開催が適切だということになると思います。

ケアマネジャー 件名：Re:CMさんへ
 9月13日に奥様と面談するアポイントをとりましたので現状を直に伝えさせていただきます。その時点でサービス担当者会議の必要性を伝えさせていただきます。



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 - * 情報共有ツールの活用
 - * ルールやエチケットの作成とその遵守
 - * 地域ICTの事務局機能
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

地域ICTシステム運用好事例



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

24 エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有ツールの活用

- ✓情報共有シート（退院支援・医療介護連携など）
- ✓クリティカルパス、認知症ケアパスなど

ルールやエチケットの作成とその遵守

- ✓地域の機関間で話し合い、ローカルルールを作成する
- ✓職種間等で話し合い、エチケットを合意する
- ✓地域で定めたルールやエチケットを遵守する

地域ICTの事務局機能

- ✓利用促進目的の説明会や研修会、資料作成等
- ✓患者・利用者登録、紐付け等のICT事務局機能

【松戸市における取り組み例】

- ・エチケット集の作成
- ・病診連携にかかる交流会
- ・介護現場における新型コロナ感染症情報共有ローカルルールの作成
- ・地域ICT活用好事例の定期的発信

運用の細部やリテラシー向上を司る事務局が存在することにより、地域ICTの活用が促され、プラットフォームとしての機能が地域に浸透する



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
 - *情報共有ツールの活用
 - *ルールやエチケットの作成とその遵守
 - *地域ICTの事務局機能
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

25 オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

新たに取り組む機関への支援

- ✓診療所や病院の在宅医療参入を促す

かかりつけ医の推奨

- ✓主治医不在または病院だけに受診している患者

困難事例に対する医師の関与

- ✓未診断認知症や医療拒否事例への医師の関与

在宅医療の質向上支援

- ✓医師の専門外の領域についての支援

✓悩ましい事例への関与・支援

- ✓医関係者間で臨床的、倫理的葛藤が生じた場合

【松戸市における取り組み例】

- ・在宅医療スタートアップ支援
- ・二人主治医制推奨
- ・医師アウトリーチ
- ・在宅医療の質向上支援
- ・地域ACPサポートチーム



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
 - *新たに取り組む機関への支援
 - *かかりつけ医の推奨
 - *困難事例に対する医師の関与
 - *在宅医療の質向上支援
 - *悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

◎診療体制整備・報酬請求事務関係

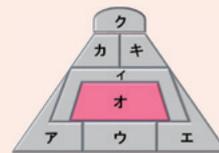
- ✓ 保険請求等の制度が複雑なのでとつきにくい
- ✓ 介護保険制度についての知識がない
- ✓ 在宅医療を始めるための準備に手間がかかりそう
- ✓ 検査機器がないところで診断することは難しい

◎多職種連携関係

- ✓ 自院に訪問診療に同行してくれる看護師がいないので心細い
- ✓ 急病の知らせがあっても、外来診療中にはすぐには往診できない
- ✓ 慣れない疾患をみることへの不安がある
- ✓ 専門外の病気の方の最期を決めてしまうことにためらいがある

◎夜間などの緊急時対応関係

- ✓ 夜間緊急時にすぐ駆けつけられるとは正直限らない
- ✓ 急な往診があると思うと、アルコールを飲めなくなるのでは・・・
- ✓ 必要なときに入院できる病院が見つからないのではないかと



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
 - *新たに取り組む機関への支援
 - *かかりつけ医の推奨
 - *困難事例に対する医師の関与
 - *在宅医療の質向上支援
 - *悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

1) 診療体制整備や報酬請求事務の支援

- ・届け出書類・院内掲示・カルテ様式等の整備や報酬請求事務の支援等

2) 訪問看護師による訪問診療同行支援（マッチング）

- ・医療ケアへの助言・介助や薬剤師・ケアマネ等との情報連携の支援

3) 診診連携グループへの参加 や 訪問看護との連携推奨

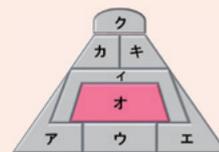
- ・訪問看護連携による24時間対応、診診連携による365日対応体制の構築

4) かかりつけ患者に必要なソーシャルワークの支援

- ・病院勤務医がMSWIに調整を依頼すると同様の役割をセンター職員が担う

5) 医療衛生材料定数カードの活用

- ・いわゆるSPD（Supply Processing and Distribution）を病院外で展開

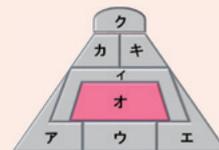
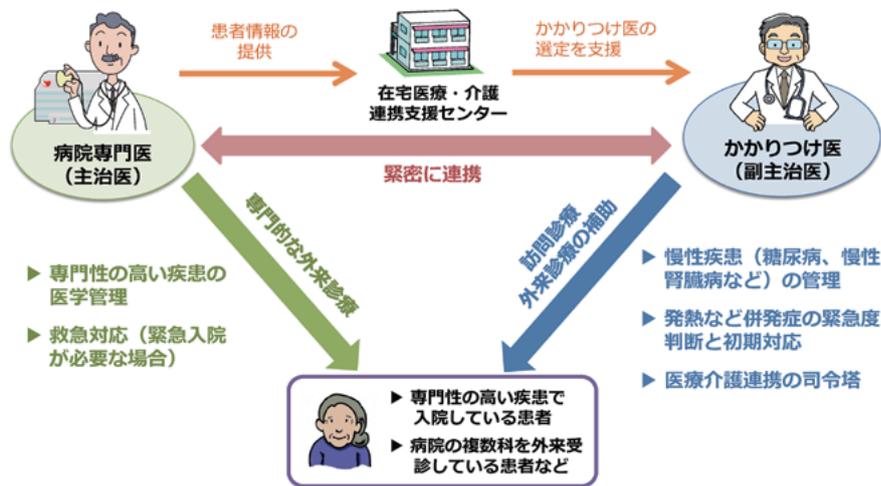


- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
 - *新たに取り組む機関への支援
 - *かかりつけ医の推奨
 - *困難事例に対する医師の関与
 - *在宅医療の質向上支援
 - *悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

かかりつけ医の推奨（2018年度～）

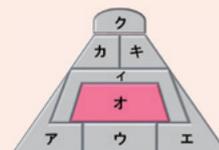
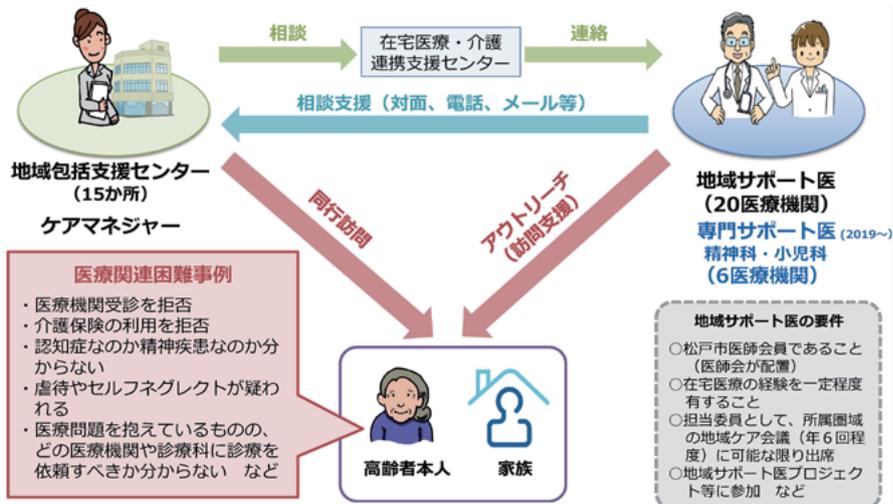
（病院のみ受診中の患者にかかりつけ医を二人目の主治医として紹介する）



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
 - *新たに取り組む機関への支援
 - *かかりつけ医の推奨
 - *困難事例に対する医師の関与
 - *在宅医療の質向上支援
 - *悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

地域サポート医による医師アウトリーチ（2016年度～）

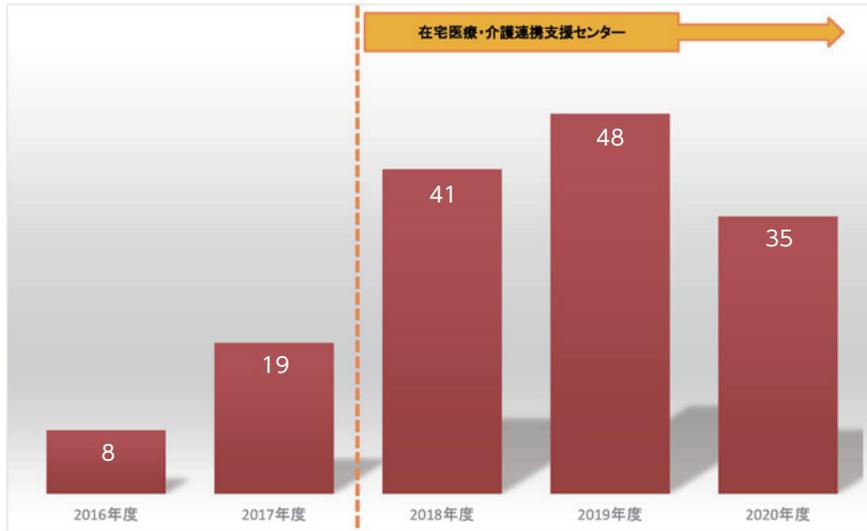


- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
 - *新たに取り組む機関への支援
 - *かかりつけ医の推奨
 - *困難事例に対する医師の関与
 - *在宅医療の質向上支援
 - *悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

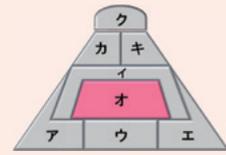
医師が大まかなみたてを示すことで
介護・福祉など関係者が介入する方向が定まる

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

30 地域サポート医による医師アウトリーチ（2016年度～）



困難事例に出会うことができるかどうか
地域包括ケアの一里塚（マイルストーン）と言える



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
 - *新たに取組む機関への支援
 - *かかりつけ医の推奨
 - *困難事例に対する医師の関与
 - *在宅医療の質向上支援
 - *悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

31 在宅医療の質向上支援（2018年度～）

身体機能の評価（リハビリテーション専門職）

- ・リハビリテーションの適応やゴール予測

栄養状態の評価（管理栄養士）

- ・低栄養、フレイル・サルコペニアの把握

口腔衛生の相談（歯科衛生士）

- ・口腔に関する問題点の把握

- ・医師からの依頼に基づき、相談支援の一環（原則として単回の訪問）として専門外の領域の大まかなアセスメントを行い、**医師の診療に資する助言を行う**
- ・歯科診療や歯科衛生指導が必要な場合、**歯科医師会医療機関を紹介をする**
- ・ケアマネジャー等の依頼を受けて、**医療専門職介入の必要性について助言する**



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
 - *新たに取組む機関への支援
 - *かかりつけ医の推奨
 - *困難事例に対する医師の関与
 - *在宅医療の質向上支援
 - *悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

32 地域ACPサポートチーム（2019年度～）

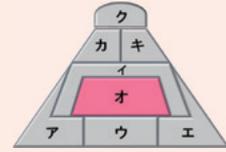
意思決定支援

- ◆ 本人は家に居たいというが、医師から入院を勧められている
- ◆ 多職種の間で支援の考え方や対応方法にずれがある
- ◆ 胃ろうを造るべきかどうか、なかなか結論が出ない
- ◆ 病院医師と在宅主治医の意見に相違がある
- ◆ 本人が希望していなかった点滴を家族が希望している …など

関係者間に生じる意見の相違や倫理的葛藤について、ACPサポートチームとして支援します



意見の相違や倫理的葛藤が存在する場合に、話し合いの場に第三者として同席するだけでも、よりよい議論や方針の合意に結びつくことが期待される



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
 - *新たに仕組み機関への支援
 - *かかりつけ医の推奨
 - *困難事例に対する医師の関与
 - *在宅医療の質向上支援
 - *悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

33 イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

アンケートやヒヤリング調査の活用

- ✓ 必要に応じて行われるヒヤリング調査
- ✓ アンケートは情報を更新する必要がある

会議や研修会の活用

- ✓ 地域ケア会議など公的会議体で議論された課題
- ✓ 多職種が参加する研修会等で議論された課題

相談支援事例を通じた課題抽出

- ✓ オ) 相談支援 を通じて見いだされた課題

他事業や活動を通じた早期覚知

- ✓ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業 (2020年度～)
- ✓ 生活保護受給者健康管理支援事業 (2021年～)
- ✓ 重層的支援体制整備事業 (2021年度～)

【松戸市における取り組み例】

- ・ 地域ケア会議の検討事例の分析
- ・ 介護保険運営協議会における検討
- ・ 相談支援事例からの地域課題抽出
- ・ 一体的実施事業（医師会への一部委託）を通じた地域課題の抽出 (2022年度～)



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
 - *アンケートやヒヤリング調査の活用
 - *会議や研修会の活用
 - *相談支援事例を通じた課題抽出
 - *他事業や活動を通じた早期覚知
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

34 地域ケア会議において検討された事例の分析（2015年度～）

事例	地域要素				家族要素		本人要素			本人要素(医療関係)			
	見守り不在	地縁の欠如	ゴミ出し問題	その他	世帯の困難	その他	助けを求めろ力の欠如	認知症	その他	かかりつけ医不在	医療連携困難	精神疾患	その他疾病
A					独居		サービス利用拒否	疑い		○			
B						家族要介護者				○		○	
C					独居			疑い		○			
D	○				独居		ゴミ屋敷						
E		○			実態独居					○	○		がん
F	○			マンションセキュリティ	独居		サービス利用拒否	○		○			
G					日中独居	家族不干渉		○	危険運転				アルコール
H		○					サービス利用拒否	○		○			
I	○				日中独居			○	買物徘徊				
J		○			個人情報	独居		○					
K	○				認認世帯	家族関与拒否							
L	○		○		独居			○		○	服薬困難		
M					独居	家族不干渉	サービス利用拒否	疑い		○			
N						家族障害者							脳疾患
O		○								不信感		○	

地域ケア会議の困難事例は、独居・認知症のほか、地縁の欠如、家族の課題（障害など）、助けを求めろ力の欠如（サービス利用拒否など）、医療連携（かかりつけ医不在など）といった複合化した課題を抱えている。このため、地域包括支援センターは、医療・介護関係の多職種や地域関係者との連携に基づき、支援を要する事例について、早期対応を図っていくことが重要。



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
 - *アンケートやヒヤリング調査の活用
 - *会議や研修会の活用
 - *相談支援事例を通じた課題抽出
 - *他事業や活動を通じた早期覚知
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

松戸市地域ケア会議（松戸市HP）



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

35 介護保険運営協議会における検討（2014年度～）

【グループホーム 退去事由別退去者数（2012年度～2014年度の3年間の合計）】

◎看取り実績が多く、看取り以外の退去が少ない事業所

事業所名	退去者総数	看取り	看取り以外の退去	看取り以外の死亡	特養入所	特養以外の施設入所	入院	その他	看取り退去比率
A	13	8	5	0	1	3	1	0	61.5%
B	8	7	1	0	0	1	0	0	87.5%
C	10	7	3	0	1	0	2	0	70%
D	13	9	4	1	2	0	1	0	69.2%
E	8	7	1	0	0	0	1	0	87.5%
F	13	9	4	1	0	1	2	0	69.2%

◎看取り実績が少なく、看取り以外の退去が多い事業所

事業所名	退去者総数	看取り	看取り以外の退去	看取り以外の死亡	特養入所	特養以外の施設入所	入院	その他	看取り退去比率
G	14	1	13	3	6	0	3	1	7.1%
H	11	2	9	3	1	2	3	0	18.2%
I	7	1	6	0	4	0	1	1	14.3%
J	15	2	13	1	4	3	5	0	13.3%

医療連携体制加算の算定や市内の在宅医療機関との
診療協力関係強化を推奨



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
 - *アンケートやヒヤリング調査の活用
 - *会議や研修会の活用
 - *相談支援事例を通じた課題抽出
 - *他事業や活動を通じた早期覚知
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

松戸市介護保険運営協議会（松戸市HP）



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

36 相談支援事例からの地域課題抽出の例（2018年度～）

ケアマネジャー

- ・BPSDが目立つ認知症男性について、入院できる精神病院を紹介してほしい
- 入院ありきではなく、改めてアセスメントを行い、医療と介護がかみ合う形で善後策を検討するべき

要介護者が濃厚接触者に特定され、訪問介護事業所からアセスメントサービス提供休止との連絡があった

事業所への医学的な助言と並行して、訪問看護への逆タスクフティングについて、提案・調整を行った

地域包括支援センター

- ・認知症の祖母の介護のため、孫が高校に行っていないようだと言った近隣住民から相談があった
- ヤングケアラーであることを学校は把握していなかった
- ・卒業の支援や祖母の施設入所、生活保護申請支援

長年引きこもりの40代、生活が破綻しライフライン停止にもかかわらず、支援を拒否していると相談

医師アウトリーチによる医療へのつなぎ、弁護士助言も得て成年後見申立、生活保護申請、障害福祉サービス利用等の支援を行った

病院MSW等

- ・30代男性脳腫瘍末期の方が在宅療養を希望しているが、課題が山積している
- ・地域生活支援事業の紹介、第2子の保育所入所、国民健康保険料の減免申請などの側方支援を行った

90代がん末期の母と60代重症心身障害の息子の二人暮らし、最期まで自宅で過ごしたいと相談

母親の意思を尊重し、在宅看取り支援体制を調整した

財産管理、遺言書作成、息子の成年後見申立の支援を行った



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
 - *アンケートやヒヤリング調査の活用
 - *会議や研修会の活用
 - *相談支援事例を通じた課題抽出
 - *他事業や活動を通じた早期覚知
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

相談支援事例を地域の実情や課題を
早期に覚知するためのアンテナと捉え、活用する

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

37 AYA世代がん患者の在宅療養支援 実績調査（2016～2020年）

基本情報			医療情報					経済的 困難	居宅介護サービス情報				在宅療養 取得の 日数						
年齢	性別	病名	家族構成 子と同居 担い手 介護の 手	在宅療養 診療所 訪問 診療 P C A ボ ン ブ	高カ ロリ ー 輸 送	医療 用 薬 品	移 動 手 段		外 来 受 診	訪 問 薬 剤	訪 問 看 護	医 療 保 険		身 体 介 護	清潔 ケ ア	福祉用具 貸与 購入	排 泄 ケ ア	身 障 手 帳	
30	M	血腫症	両親			○					○		訪問NS で代行	訪問NS で清拭		トイレ 介助	内部 障害	7	自宅
39	F	乳癌	母親			○		介護ケ ア (自費)			○		訪問NS で代行	訪問NS で清拭		トイレ 介助		13	病院
36	F	子宮癌	両親・兄	○	○	○	○	○	○	○			訪問NS で代行	入浴車 (自費)	ベッ ト車 椅子 (自費)	トイレ 介助		73	自宅
36	M	悪性 神経節腫	○	配偶者		○	○	○	○	○			訪問NS で代行	訪問NS で清拭	ベッ ト車 椅子 (自費)	トイレ 介助	身体 不自由	91	自宅
33	F	卵巣癌	母親・姉	○	○	○	○	○	○	○	○		訪問NS で代行	訪問NS で清拭	ベッ ト車 椅子 (自費)	トイレ 介助		194	自宅
37	F	卵巣癌	両親・妹・ 配偶者	○				○					訪問NS で代行	訪問NS で清拭	ベッ ト車 椅子 (自費)	トイレ 介助		206	自宅
28	F	乳癌	○	配偶者		○							訪問NS で代行	訪問NS で清拭	ベッ ト車 椅子 (自費)	トイレ 介助		134	自宅
36	M	卵巣癌	○	義母・ 配偶者	○						○	○	訪問NS で代行	訪問NS で清拭	ベッ ト車 椅子 (自費)	トイレ 介助	申請中 に死亡	53	自宅
38	F	子宮頸癌	○	配偶者		○	○	○					訪問NS で代行	訪問NS で清拭	ベッ ト車 椅子 (自費)	トイレ 介助		52	病院
26	F	胃癌	両親・妹		○	○							訪問NS で代行	訪問NS で入浴	車椅子 ベッ ト車 椅子 (自費)	トイレ 介助		28	自宅



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
 - *アンケートやヒヤリング調査の活用
 - *会議や研修会の活用
 - *相談支援事例を通じた課題抽出
 - *他事業や活動を通じた早期覚知
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

他自治体の独自事業を精査して市に提案し、
事業化の運びとなった（2022年度～）

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

38 カ) 医療介護関係者の研修

介護に関する研修（医療者向け）

✓生活情報を医療に活かす方法や介護の役割理解

医療に関する研修（介護者向け）

✓未来予測に基づいて介護を提供する意義

多領域に関わる研修

✓顔の見える関係づくり目的の研修会・交流会開催
✓他の専門職や経験豊富な同職種の同行研修
✓病院と地域間の相互研修、出向研修

応用的な内容を取り扱う研修

✓医療・介護・福祉にまたがる課題を検討する
✓高齢者にとどまらない課題について検討する

【松戸市における取り組み例】

- ・ 介護現場からの新型コロナウイルス感染症Q&A
- ・ 地域共生社会をテーマとする研修会
- ・ 困難事例を取り上げる事例検討会の継続開催



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
 - * 介護に関する研修（医療者向け）
 - * 医療に関する研修（介護者向け）
 - * 多領域に関わる研修
 - * 応用的な内容を取り扱う研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

39 応用的な内容を取り扱う研修会の開催（2019年度～）



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
 - * 介護に関する研修（医療者向け）
 - * 医療に関する研修（介護者向け）
 - * 多領域に関わる研修
 - * 応用的な内容を取り扱う研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

多領域研修会ダイジェスト動画
(松戸市HP)



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

40 キ) 地域住民への普及啓発

啓発資料の作成

✓パンフレットやポスターなどの作成

市民向け企画の開催

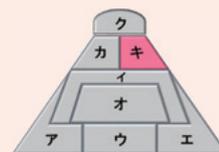
✓市民公開講座など大規模企画の開催
✓出前講座やサロンなど小規模企画の複数回開催

オンライン企画の開催

✓オンライン市民講座・オンラインサロン等の開催
✓医療介護関係者や地域住民のICT活用の推進

【松戸市における取り組み例】

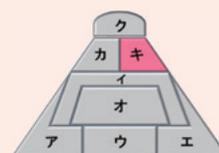
- ・小中学校への出前講座の開催
- ・オンライン市民講座の開催
- ・オンラインサロンの開催



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
 - *啓発冊子の作成
 - *市民向け企画の開催
 - *オンライン企画の開催
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

41 小中学校への出前講座の開催（2015年度～）



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
 - *啓発冊子の作成
 - *市民向け企画の開催
 - *オンライン企画の開催
- ク) 関係市区町村の連携

第10回杉浦地域医療振興賞授与式



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

- ・2019年度は医師講師7名で分担し22校の児童生徒計3,567名に授業を行った（認知症の授業は認知症サポーター養成講座に位置づけて実施）
- ・2020年度は新たに「感染症」の講義を構築し、DVDを作成配布する形で実施

42 オンライン市民講座やオンラインサロンの開催（2021年度～）

松戸市在宅医療・介護連携推進事業
新型コロナ公開講座

市民ができる感染症対策とワクチンへの疑問について松戸市医師会の医師が分かりやすく解説します!!

参加費無料

～新型コロナウイルス感染症が、猛威を奮った時、松戸市ではどのような取り組みが行われてきたのか～「誰でも活用できる感染症対策は？」「ワクチンは必ず打つのか？」「医療従事者もワクチン接種は？」「チャイルドがある人はワクチンは打てないのか？」「新しい世代もワクチンを打つべきか？」など市民が知りたい疑問についてわかりやすく解説します～

日時 2021年 8月 1日 (日)
14時～15時30分 (WEB入室開始13時30分)

開催方法 Zoomビデオウェビナーによるオンライン開催
～先着500名様～

申込 ■松戸市在宅医療・介護連携支援センター
ホームページよりお申し込み下さい
<https://matsudo-zaitaku.org/>
お申し込みの際に事前質問を受け付けています。

講師 ■松戸市医師会 副会長
川越 正平 医師 (あおぞら診療所)

●まつど健康マイレーツ
5マイル対象の講演者です。

主催 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
お問合せ ☎ info@matsudo-zaitaku.org

健康・介護予防のつどい

参加費無料

お医者さんに聞いてみよう!

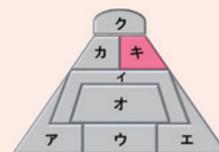
診察室では聞きにくい生活上の困り事、健康維持方法、
コロナワクチンについて等、どんな質問でも大歓迎!

日時 2021年 8月 25日 (水)
13時30分～15時30分 (受付開始 13時15分)
※事前申込みが必要です

会場 あおぞら診療所 符合スペース (先着10名様)
または
オンライン (Zoom) でのご参加

■第一部 (45分)
講義：感染症対策(新型コロナウイルス) について

■第二部 (60分)
なんでも相談室
2名の医師が皆さんの質問にお答えする時間を設けます!



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
 - *啓発冊子の作成
 - *市民向け企画の開催
 - *オンライン企画の開催
- ク) 関係市区町村の連携

新型コロナ公開講座(2021年8月1日)



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

43 キ) 地域住民への普及啓発

啓発資料の作成

✓パンフレットやポスターなどの作成

市民向け企画の開催

✓市民公開講座など大規模企画の開催
✓出前講座やサロンなど小規模企画の複数回開催

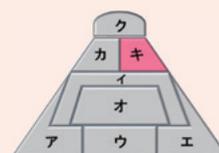
オンライン企画の開催

✓オンライン市民講座・オンラインサロン等の開催
✓医療介護関係者や地域住民のICT活用の推進

【松戸市における取り組み例】

- ・小中学校へへの出前講座の開催
- ・オンライン市民講座の開催
- ・オンラインサロンの開催

企画のマネジメントや、関係者・住民のITリテラシー向上を司る事務局が存在することにより効果的な普及啓発活動を展開することができる



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
 - *啓発冊子の作成
 - *市民向け企画の開催
 - *オンライン企画の開催
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

44 フ) 関係市区町村の連携

広域連携のための枠組み構築

- ✓市区町村等の拠点間の関係性強化・ノウハウ共有
- ✓内実ある会議を開催する関係性・枠組みの構築
- ✓支援する都道府県との関係性や役割の明確化

広域連携を要する領域の検討

- ✓精神疾患やがん、難病など域内で完結できない

✓広域で協調すべき案件の検討

- ✓激甚災害や新興感染症等発生時の協調対応

【松戸市における取り組み例】

- ・他市区町村からの視察の積極的な受け入れや交流
- ・他地域の企画に対する講師派遣や企画への協力
- ・精神疾患を有する方の広域連携に関する検討の提案
- ・居宅サービス介護従事者のワクチン優先接種に関する情報共有の提案



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 医介連携を推進する体制の構築
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

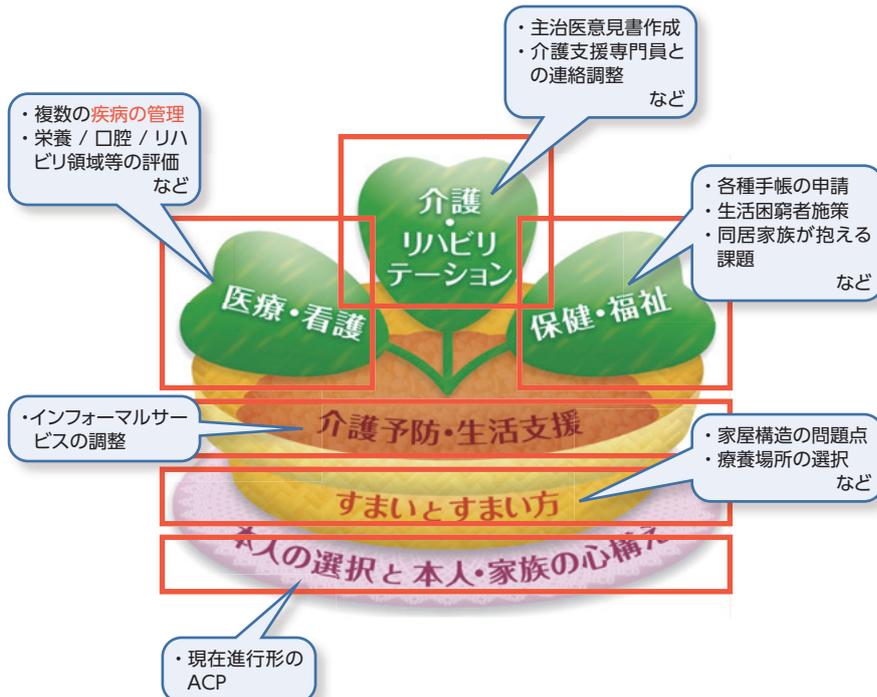
*広域連携のための枠組み構築

*広域連携を要する領域の検討

*広域で協調すべき案件の検討

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

45 医療機関にとって介護・福祉・保健分野や生活基盤に関する課題の把握・介入は容易でなく、センター機能が必要



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 切れ目のない提供体制の構築推進
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

46 まとめ：次のステージに進むための3つの「鍵」

相談支援事例に基づき把握した課題から出発する

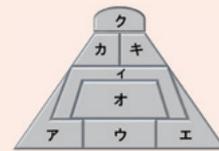
- ・地域で遭遇する**困難事例**や**難しい課題**を受け止め、咀嚼し、関係機関や部署をつなぎ、解決へのアクションや新たな活動に取り組んでいく

活動の基盤としての**事務局機能**を確保・強化する

- ・地域や医療機関にとって、病院の連携室、福祉相談室、専門医療部門等に相当しうる部署（**共同利用施設**）の存在は心強い
- ・**事務職員等の配置**により、研修会等企画のマネジメントや地域ICTの事務局機能を確保・強化することが活動発展の礎となる

困難性の高い相談事例への対応に**医師が関与**する

- ・事例に対応するにあたり、**医師が早いタイミングで**大まかなみためや支援の方向性を示すことによって、関係者それぞれが解決に向けて動き出すことができる



- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ) 切れ目のない提供体制の構築推進
- エ) 関係者間の情報共有の支援
- オ) 関係者に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 関係市区町村の連携

松戸市在宅医療・介護連携支援センター
見学・オンライン視察・人事交流・人事採用
講演依頼・アドバイザー依頼等のお申し込み



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
All Rights Reserved

4 市民が選ぶケアの選択

～ACP(意思決定支援)、「看取り」への対応～ 稲葉 一人

目 標

私は法律家(元判事)で、現在は大学の教員をしながら、多くの病院や地域において、医療やケアの関わる倫理的問題について、現場の医療者介護者と対話をしている(これを倫理コンサルテーションという)。どうすれば、患者家族の「意思を尊重」しながら、患者家族にとって「いいこと」ができるのかを考えている。そのために注目されているのが、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)だが、私の関心は、それを市民にどのように広めていくのかにある。私はこれまでに、厚生労働省『認知症の人の日常生活・社会生活の意思決定支援のガイドライン』のとりまとめや、その読み方と活かし方のパンフレットを作成し、東京都の都民へのACP啓発冊子である『わたしの思い手帳』の作成に関わってきた。そこで、市民の立場から見た、ACPのコツを説明したい。

Keyword

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)、事前の意思表示、意思決定支援、医学的適応、自律尊重

内 容

1. どんな必要性があるのだろう。救急搬送、在宅医療、抗がん剤の投与など
2. 現在、医療は、医学的に見てあなたに良いこと(医学的適応)だけで決めるのではなく、患者の意向も尊重して決めることになりつつある
3. 決められなくなる前に、自分が決められるときに考えておきたい。しかし、一人ではできない
4. 早く決めると「イメージが共有できず」、直前に決めようとしても「決められない」
5. 医療のこと、終末期のことから考える必要はなく、まずは自分の大切としていること、大事にしていることを話し合おう
6. ご家族と一緒に考えることが望ましい
7. 実際にやってみよう
 - (1) ACPサイクルを回したい
 - (2) まずはここから
 - (3) どんなふうに過ごしたいか
 - (4) 最後まであなたが自分らしく生きるための医療・介護について

令和3年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第2部

【テーマ4】

市民が選ぶケアの選択
～ ACP（意思決定支援）、「看取り」への対応～

中京大学法務総合教育研究機構 教授

稲葉 一人

1 自宅から病院へ

東京消防庁 Tokyo Fire Department（令和元年11月20日） 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について新たな運用を開始します

● 背景

人生の最終段階にある傷病者の中には、**ACPを行い**自分が心肺停止になったときに「心肺蘇生の実施を望まない」方がいます。

しかし、傷病者が「**自宅でのお看取り**」という意思を固めていたとしても、慌てた家族等から救急要請があった場合、救急隊は救命を主眼とした活動を行うため、心肺蘇生を実施して医療機関に搬送し、傷病者の意思に沿うことができません。

● 検討経緯

こうした現状を踏まえて、「医療倫理の四原則」の一つである「自律尊重の原則」に基づき、可能な限り傷病者の意思を尊重できるように、東京消防庁救急業務懇話会や東京都メディカルコントロール協議会等での検討を踏まえ、救急活動の体制を整理しました。

● 職員への教養

新たな運用の開始に伴い、ACPや在宅医療等に関する職員の理解を深めるために教養と訓練を実施します。

本人の意思を尊重するための「ACP」とは何なのか。

2 在宅では

在宅かホスピスカ

A氏・70代男性、妻、子供はいない、〇〇県に定年後移住

- 201×年 鼻腔の悪性黒色腫、手術・化学療法。
201×+4年 左腎に転移、C病院で手術・化学療法。
201×+9年 冬、通院困難、C病院の紹介で、Dクリニックで訪問診療、看護開始。
予後数か月、ホスピスの予約をしている。
左背部痛、居間に布団を敷いて生活、排便と入浴以外は臥床して過ごす。
飲み薬、座薬も拒否、食事困難、接触拒否。
- ×日 ホスピスから入院可能との電話。医師から「動けているのでいかなくとも」
+2日 安静時でも呼吸苦、全く動けなくなる。易怒性顕著。
妻「先生は家にいればいいと言っている。仕方がない」
+9日 **妻「ホスピスに行きたい。主人もそう言っている」**
医師「本人が家に居たいという気持ちを大事に」
+10日 妻「このままでは私も倒れてしまう。主人も病院に行きたいとうなずいている。
昨日先生に言ったが、家で見る方が後悔しないと」
+14日 ホスピス入院 面会に笑顔。
+21日 死亡。

- 妻から、「もっと早くホスピスに連れて行ってあげなかったか」と後悔の言葉が聞かれる。
- 最期は、どのような場所で過ごすのがよかったのか、ご本人はどう思っていたのか。

3 病院では

維持透析の見合わせ

70代後半女性

糖尿病性腎症による慢性腎不全とネフローゼ位候群で、腎臓内科でフォロー

〇月28日、左被殻出血のためT病院に入院し、保存的に加療された。
入院後、少しハンプ投与するも浮腫悪化、右胸水出現したため、〇月31日、〇+1月2日、〇+1月4日に血液透析を実施。

当初、本人は透析を拒否していたが、長男が強く希望した。

ハンプ投与は継続するが、心拡大と胸水、浮腫悪化あり、〇+1月11日に再度透析を行った。長男に維持透析の必要性を説明したところ、入院時よりも本人の意識が低下しているため望まれず、当院で相談したいと希望され、〇+1月12日に転院し、維持透析をするが、特に支障はない。

【医学的適応】 II型糖尿病他、多くの既往症、慢性腎不全、ネフローゼ症候群(糖尿病性腎症)血液適応であるが、出血等を促進する可能性がある、視床出血。

【患者の意向】 視床出血で失語の状態(呼名、肩たたきに明確な反応なく視線合わず、離握手や開眼の従命不可)

【患者のQOL】 現在は寝たきりで、ADLの回復の可能性は低い

【周囲の状況】 **長男「本人の入院前の日記を読んだが「早く死にたい、生きている価値が無い」といった記載はあったが、延命治療や透析に関する記載はなかった。**

- 本人の意思が不明なままで維持透析しないと判断していいのか。

症例検討シート

Jonsenの4分割表

1. 医学的適応 (善行・無危害)	2. 患者の意向 (自律の尊重)
3. QOL	4. 周囲の状況

生きていくことは「選択」の連続

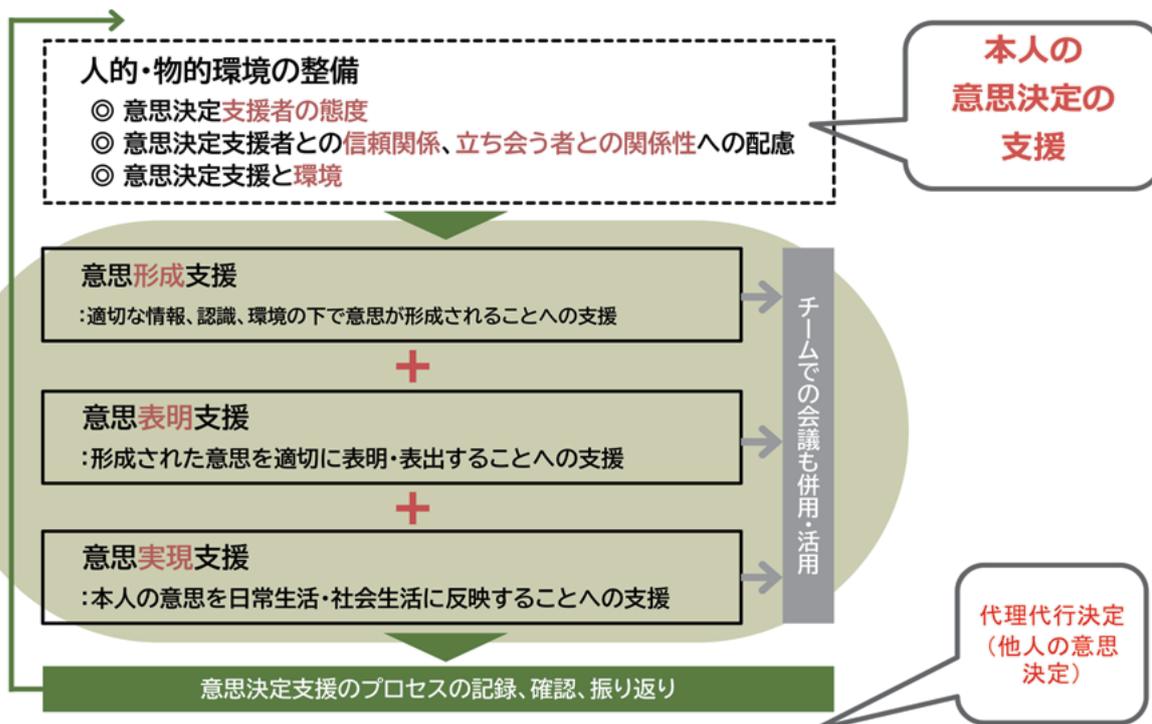
生きていくことは「選択」の連続

みなさんはこれまで人生の中で
どんな「選択」をしてきましたか？

その「選択」はどれもあなたが日ごろから大切にしている思いや価値観、
人生観など…

様々なことをもとにときに家族や大切な人と一緒に悩みながら
「したいこと」「したくないこと」
をあなた自身が「選択」してきたはずです。





厚生労働省『認知症の人の日常生活・社会生活の意思決定支援のガイドライン』

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

ガイドラインの補助説明・実践事例などを収載
下記のURLやQRコードから閲覧・ダウンロードできます

目次

- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの読み方
 - 意思決定支援ガイドラインとは
 - ガイドラインの目的とするところ、構成
 - 他のガイドラインとの関係
 - 意思決定支援のプロセス
 - 基本的な支援の流れ
 - 支援環境の整備について
 - 意思決定支援の3要素について
 - チームによる支援
 - 支援記録の役割とは
- 支援経路を通じた意思決定支援ガイドラインの活用
 - 事例① 日常生活の中で本人の意思決定を尊重する
 - 事例② 社会生活に関わる意思決定をチームで支援

読み方と活かし方

読活

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

本人が意思を形成することの支援 (意思形成支援) です

本人が意思を形成するために必要な情報が提供されています。

本人が理解できるような、分かりやすい言葉や文字にして、しっかりと説明されています。

本人が理解している事実に沿って説明されています。

説明した内容を覚えてもらうことのあるので、本人が内容を覚えてもらうようにしています。

本人が内容を覚えるまで、オープンな形で関わっています。

選択を示すとき、可能な限り複数の選択肢を示しています。

比較のポイントや重要なポイントが分かりやすく示されています。

言葉だけでなく、文字にして確認できるようにしたり、図や表を使って説明しています。

本人が理解しているという反応でも、実際は理解できていない場合がありますので、本人の様子を見ながら確認しています。

本人が意思を表明することの支援 (意思表明支援) です

本人と時間をかけてコミュニケーションを取っています。決断を促すあまり、本人を焦らせていません。

本人が表明した意思は、詳細の経過や本人が置かれた状況によって変わることもあります。最初に出された意思にこだわらず、その意思を確認しています。

重要な意思決定の際には、表明された意思を、詳細を聞いて確認しています。

また、複数の意思決定支援者で確認しています。

本人が表明した意思が、本人の生活状況や価値観等から見て整合性がとれない場合や、表明した意思に違いがあると考えられる場合は、本人の意思を確認するプロセスを振り返り、改めて、本人の意思を確認しています。

本人が自ら意思を実現するための支援 (意思実現支援) です

適切に配慮され、表明された本人の意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映させています。

意思決定支援チームが、多職種で協働して、利用可能な社会資源等を用いて、実践させています。

本人の意思が自治的でないときでもその意思の実現を支援すべきことを理解しています。

同時に、本人の意思を実現することが、他者を害する場合や本人にとって見過ごすことができない重大な影響がある場合は、その限りでないことを理解しています。

本人が実際の経験をする (例えば、ショートステイ体験利用) と、本人の意思が変わることもあります。本人にとって経験のない経験を提案することも有効な場合があります。

本人が意思を表明することの支援 (意思形成支援) です

本人が意思を形成するために必要な情報が提供されています。

本人が理解できるような、分かりやすい言葉や文字にして、しっかりと説明されています。

本人が理解している事実に沿って説明されています。

説明した内容を覚えてもらうことのあるので、本人が内容を覚えてもらうようにしています。

本人が内容を覚えるまで、オープンな形で関わっています。

選択を示すとき、可能な限り複数の選択肢を示しています。

比較のポイントや重要なポイントが分かりやすく示されています。

言葉だけでなく、文字にして確認できるようにしたり、図や表を使って説明しています。

本人が理解しているという反応でも、実際は理解できていない場合がありますので、本人の様子を見ながら確認しています。

本人が意思を表明することの支援 (意思表明支援) です

本人と時間をかけてコミュニケーションを取っています。決断を促すあまり、本人を焦らせていません。

本人が表明した意思は、詳細の経過や本人が置かれた状況によって変わることもあります。最初に出された意思にこだわらず、その意思を確認しています。

重要な意思決定の際には、表明された意思を、詳細を聞いて確認しています。

また、複数の意思決定支援者で確認しています。

本人が表明した意思が、本人の生活状況や価値観等から見て整合性がとれない場合や、表明した意思に違いがあると考えられる場合は、本人の意思を確認するプロセスを振り返り、改めて、本人の意思を確認しています。

本人が自ら意思を実現するための支援 (意思実現支援) です

適切に配慮され、表明された本人の意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映させています。

意思決定支援チームが、多職種で協働して、利用可能な社会資源等を用いて、実践させています。

本人の意思が自治的でないときでもその意思の実現を支援すべきことを理解しています。

同時に、本人の意思を実現することが、他者を害する場合や本人にとって見過ごすことができない重大な影響がある場合は、その限りでないことを理解しています。

本人が実際の経験をする (例えば、ショートステイ体験利用) と、本人の意思が変わることもあります。本人にとって経験のない経験を提案することも有効な場合があります。

本人が意思を表明することの支援 (意思形成支援) です

本人が意思を形成するために必要な情報が提供されています。

本人が理解できるような、分かりやすい言葉や文字にして、しっかりと説明されています。

本人が理解している事実に沿って説明されています。

説明した内容を覚えてもらうことのあるので、本人が内容を覚えてもらうようにしています。

本人が内容を覚えるまで、オープンな形で関わっています。

選択を示すとき、可能な限り複数の選択肢を示しています。

比較のポイントや重要なポイントが分かりやすく示されています。

言葉だけでなく、文字にして確認できるようにしたり、図や表を使って説明しています。

本人が理解しているという反応でも、実際は理解できていない場合がありますので、本人の様子を見ながら確認しています。

本人が意思を表明することの支援 (意思表明支援) です

本人と時間をかけてコミュニケーションを取っています。決断を促すあまり、本人を焦らせていません。

本人が表明した意思は、詳細の経過や本人が置かれた状況によって変わることもあります。最初に出された意思にこだわらず、その意思を確認しています。

重要な意思決定の際には、表明された意思を、詳細を聞いて確認しています。

また、複数の意思決定支援者で確認しています。

本人が表明した意思が、本人の生活状況や価値観等から見て整合性がとれない場合や、表明した意思に違いがあると考えられる場合は、本人の意思を確認するプロセスを振り返り、改めて、本人の意思を確認しています。

本人が自ら意思を実現するための支援 (意思実現支援) です

適切に配慮され、表明された本人の意思を、本人の能力を最大限活用した上で、日常生活・社会生活に反映させています。

意思決定支援チームが、多職種で協働して、利用可能な社会資源等を用いて、実践させています。

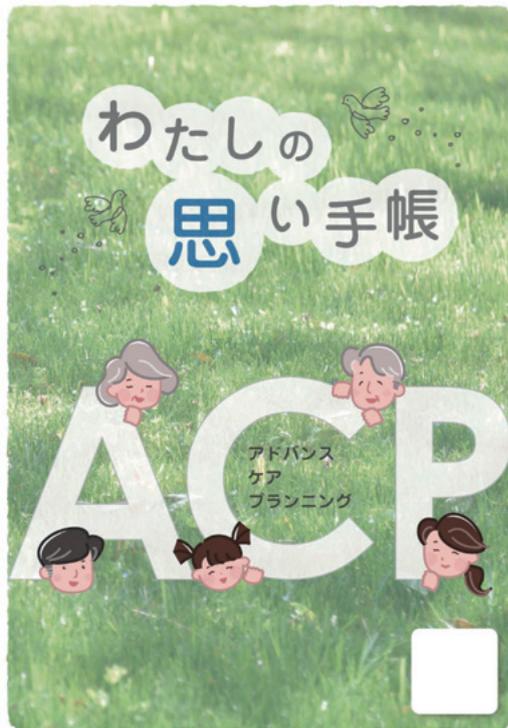
本人の意思が自治的でないときでもその意思の実現を支援すべきことを理解しています。

同時に、本人の意思を実現することが、他者を害する場合や本人にとって見過ごすことができない重大な影響がある場合は、その限りでないことを理解しています。

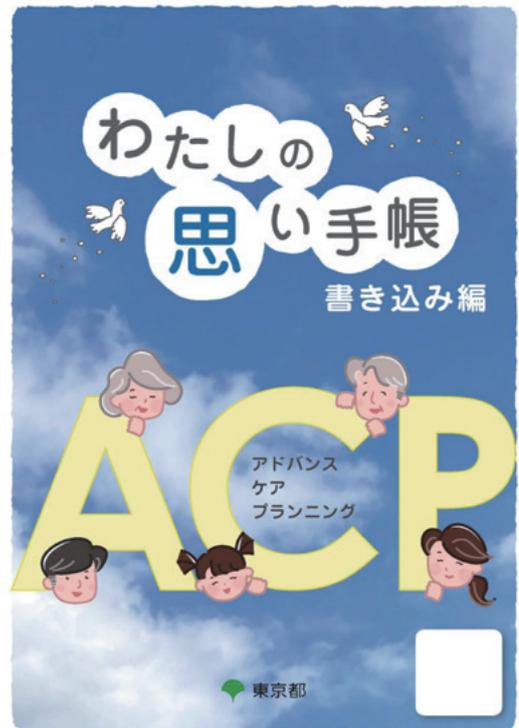
本人が実際の経験をする (例えば、ショートステイ体験利用) と、本人の意思が変わることもあります。本人にとって経験のない経験を提案することも有効な場合があります。

読み方と活かし方 http://ham-ken.com/wp/?page_id=1340

8 東京都『わたしの思い手帳』



東京都
ACP
2021年3月



東京都『わたしの思い手帳』
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/zaitakuryouyou/acp_booklet.html

9 適切な時期に、適切な内容を

早すぎると、
現実味がない
決定になる

遅すぎると、
決められない

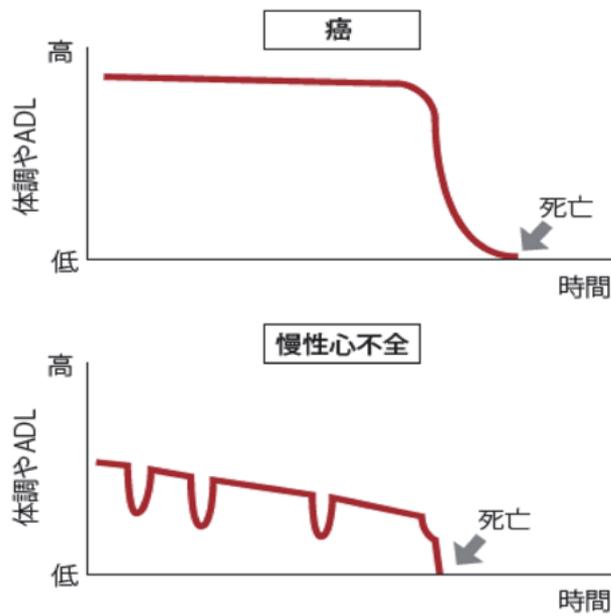


適切な時期に

適切な内容を

10 経過は疾患によって異なる

慢性心不全とがんの終末期



出典：急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版） P.112

11 ACPとは

A

Advance
あらかじめ

あらかじめの
時期は人により
多様である
適切な時期にと
読み替えよう

C

Care

広い意味では、
生活上の、世話や配慮、
気配りなどを、狭い意味では、
医療、看護、介護を指す

医療・看護・介護
だけではなく、
その基礎には、
日常生活・社会生活がある
Lifeに近い

P

Planning
計画を立てる

決めることよりも、
対話をして、
計画を立てていくことに
重点がある。

これからも自分らしく暮らしていくために

これからも自分らしく暮らしていく

これからも自分らしく暮らしていくためには…
どんなことを大切にしていきたいですか？

- 住み慣れた家でずっと暮らしたい
- 愛犬と一緒に散歩を楽しみたい
- 毎朝飲むコーヒーをこれからも続けたい
- 趣味の将棋を指し続けたい

続けたいこと、やりたいこと、たくさんありますよね。



でも、今考えた中に「医療・介護」のことはありましたか？

医療や介護についても、
「してほしいこと」
「してほしくないこと」
などありますか？

自分らしく暮らすための医療・介護を考えるときは
今なんです！



迷ってもいい 考えてみよう医療と介護

医療・看護・
介護者に
伝えたいこと

迷うのはあたりまえ

後悔しないための準備

「医療・介護」について考えることは大事！
でも迷ってもいいんです。

医療や介護のことは身体が元気なうちから考えておくことが大事です。“そのとき”がいつ来たとしても今のうちから準備をしておけば、慌てず後悔しない行動ができるはずですよ。

自分の好きなこと、大切なこと、人生観や価値観、生きがいを思い起こしつつ今から準備をはじめましょう。

医療や介護を考えたときに迷うことってありますよね？

- 気になっていることがある
- 自分では判断できない
- 誰かに相談したい

その迷いをあなたの家族や大切な人に相談してみましょう。

迷ってもいい、話し合いながら考えて行く、その過程が大事なんです！



迷ってもいい！
決められないことがあってもいい！
あとで変わってもいい！

ACP って…どうやるの？

ACP サイクルを回そう

あなたらしく生きるための準備をしてみましょう！
ACPを進めるにあたって、まず右の3ステップを行います。
この3ステップを何度も繰り返し行い、あなたの思いを家族や大切な人、医師などにしっかりと伝えていきましょう。



POINT

考えても考えても結論が出ない・わからない…
それでいいんです。考えることが大事であり、結論をすぐに出す必要はありません。1回考えて終わりではなく、次に考えたときちゃんと結論が出るかもしれません。繰り返し“ACP サイクル”を回すことが大事です。

かんたん！ ACP サイクル



これまで大切・大事にしてきたもの

これから大切・大事にしたいこと

まずはここから…

まずはあなたの大切にしていることについて考え話し合ってみましょう。

- これまで大切にしてきたこと
- これからも大事にしたいこと
- いのちに対する考え方
- 財産についてどうしてほしいか



どんなことを考える必要があるの？

具体的に考えてみましょう。
例えば……

- できるだけ仕事を続けたい
- 家族との時間を大切にしたい
- 病気になっても趣味の囲碁は続けたい
- どんな状態になってもいいから治療をあきらめず、少しでも長生きしたい



誰とどんなふうに暮らしたいか

どんなふうに過ごしたいか… どんなことを考える必要があるの？

どのような生活・暮らしをしていきたいか、どんな介護を受けたいか、考え話し合ってみましょう。

身体の状態の変化に伴い、日常の暮らしにも支障がでてきたときに、どのような生活・暮らしをしていきたいか、どんな介護を受けたいか、考え話し合ってみましょう。

家族や大切な人、医療・介護関係者と前もって考え話し合っておくことで、あなたが希望する生活や暮らしを続けることへの備えができます。

- これから誰とどこでどのように過ごしたいか
- どこでどのような介護を受けたいか
- 口から食べられなくなったときの希望
(点滴、胃ろう、経鼻胃管、何もしないなど)
- 誰に看取られたいか

具体的に考えてみましょう。

例えば……

- これからも住み慣れた自宅で過ごし続けたい
- 最期は住み慣れた自宅で迎えたい
- 今いる施設で最期を迎えたい
- できる限り自分の口から食事をしたい
- たとえ私が認知症でわからなくなっても、一つひとつ声をかけてほしい
- 家族に看取ってほしい



最後まであなたらしく生きるために
医療介護も考える

最期まであなたらしく生きるための 医療・介護について…

どんなことを考える必要があるの？

最期まであなたらしく生きるための医療・介護について、考え話し合ってみましょう。

これまで考えたことをふまえて、最期まであなたらしく生きるための医療・介護について、考え話し合ってみましょう。

もしも、あなたが病気などにより意思表示が難しい状態になったときに、どんな医療や介護を受けたいか、家族や大切な人、医療・介護関係者と前もって考え話し合っておくことで、あなたの考えに沿った医療や介護を受けられる可能性が高くなります。

- 自分で呼吸ができなくなったとき人工呼吸器をつけたいか
- 心肺停止に至ったとき心肺蘇生を受けたいか
- 人工透析を行いたいか/いつまで継続したいか
- 受けたくない医療処置、受けたい医療処置
- 自分が意思表示できなくなったとき、自分の代わりに医療や介護について判断してほしい人は誰か

具体的に考えてみましょう。

例えば……

- 苦痛を伴っても構わないから、心肺蘇生や人工呼吸器の処置を受けたい…
- 最期は心肺蘇生や人工呼吸器の処置をせずに看取ってほしいけど、痛みの緩和のための治療は継続したい…
- 最期までできる限り苦痛を緩和してほしいけど、意識がなくなる処置は嫌だ…
- いよいよ自分が意思表示できなくなったら、〇〇に代わりに決めてほしい



POINT

医療や介護のことは、自分の病気の原因や病状などを踏まえて考える必要があり、自分や家族だけで考えることが難しい場合があります。

実際に医療や介護のことを決める際には、医療介護関係者から医療や介護に関する十分な説明を受けながら、一緒に考えていくことが重要です。



信頼できる人って誰？

信頼できる人に話す

自分をよく知っていてくれ
信頼できる人を考える

「信頼できる人」は誰かを考えてみましょう。

自分のことをよく理解してくれ信頼できる家族や友人で、病状などにより自分の考えや気持ちを伝えられなくなったときに、自分の代わりに

- どのような治療や介護を受けるか
- どこで治療や介護を受けるかなど相談し話し合う人のことです。

たとえば、配偶者、パートナー、きょうだい、子ども、親、友人、医療・介護関係者などが考えられます。



なぜ「信頼できる人」を決める必要があるのでしょうか

自分の意思や希望を伝えられない状況になったときに備えて、

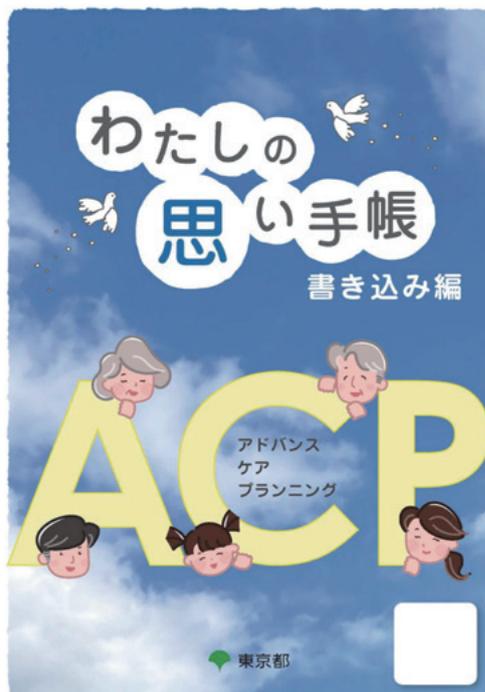
- 価値観や人生観を共有しておく
- 治療や介護に対する考えを伝えておく

そうすると治療や介護の決定の際に、

- 自分の考えや好みが尊重される
- 自分の考えを想像し不確かなまま決めざるを得ない家族などの気持ちの負担が軽くなる

ということがあります。

別冊
書き込み編



5 フレイル・オーラルフレイル・ ロコモティブシンドローム

飯島 勝矢

目 標

超高齢社会に向かう中で、健康増進～虚弱予防の視点、そして最期まで生き抜き住み慣れた場所でいつまでも過ごすケアの視点、この2つは重要であると同時に一連でもある。そこにはフレイルおよびその根底をなす筋肉減弱（サルコペニア）という大きな課題がある。従来、メタボ予防・生活習慣病対策を中心とした健康施策を施行してきたが、超高齢社会の波を受けて、フレイル傾向にある数多くの高齢者に対して、栄養管理を軸とする包括的な支援が求められる。そのためには、従来の医歯薬～栄養連携の視点を今まで以上に強化するだけでなく、地域資源も活用した社会的処方等による大局的な視点から「まちづくり」としての多職種協働アプローチが求められる。

Keyword

フレイル、オーラルフレイル、サルコペニア、コロナフレイル、社会的処方

内 容

1. フレイルとは
 - ・3つの特徴：健康と要介護との中間の時期、多面的、可逆性
 - ・多岐にわたる悪影響
 - ・フレイルの評価方法：日本版フレイル基準（J-CHS基準）
 - ・フレイルサイクル、および、それにかかわる多職種連携
2. サルコペニア（筋肉減弱）
 - ・サルコペニアのアジア版診断アルゴリズム（AWGS2019）
 - ・下腿周囲長の重要性
3. メタボ予防からフレイル予防へ
 - ・年齢別カロリー摂取に関する考え方の「ギアチェンジ」
 - ・BMIパラドックス：高齢者の痩せ（低BMI）は総死亡率が高い
 - ・高齢者の健康余命にはメタボよりもフレイルが大きく関与
4. 【食】フレイルから要介護への一連のアプローチ：多職種協働による食へのこだわり
5. 新概念オーラルフレイル：口腔機能の負の連鎖、及び簡易チェック
6. 健康長寿に向けてフレイル予防のための「3つの柱（栄養・運動・社会参加）」
7. 社会的処方
8. コロナフレイル
 - ・コロナ禍での高齢者の自粛生活長期化による生活不活発を基盤とする健康二次被害

令和3年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第2部

【テーマ5】

**フレイル・オーラルフレイル・
 ロコモティブシンドローム**

東京大学 高齢社会総合研究機構 機構長
 未来ビジョン研究センター 教授

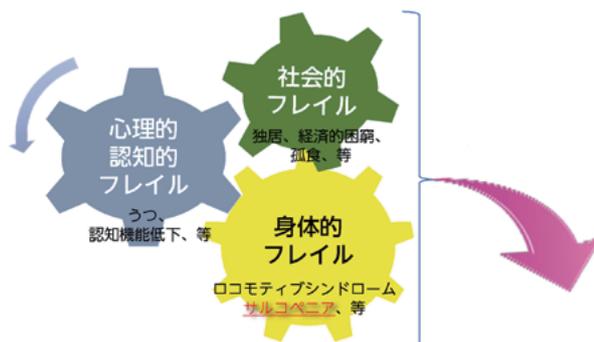
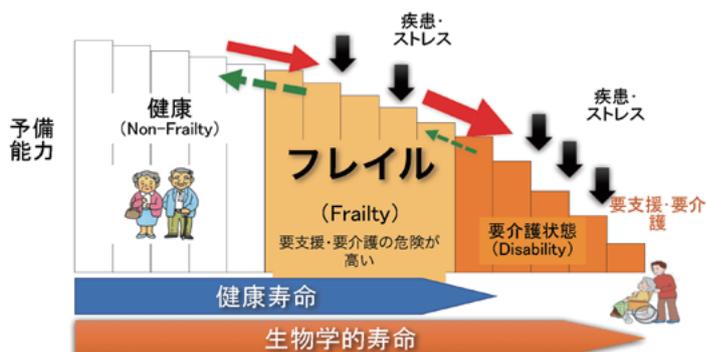
飯島 勝矢

1 フレイルとは ～メタボ予防からフレイル予防へ～

フレイルとは

高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態

- ① 中間の時期 (⇒ 健康と要介護の間)
- ② 多面的 (⇒ 色々な側面)
- ③ 可逆性 (⇒ 様々な機能を戻せる)

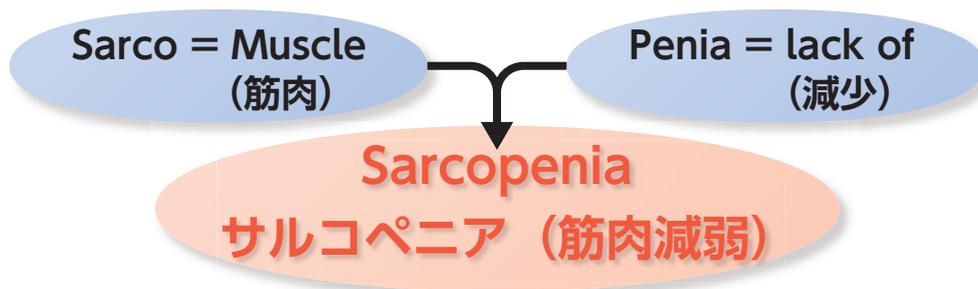


フレイル概念から見た「負の連鎖」



(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢 作成 葛谷雅文. 日老医誌 46:279-285, 2009より引用改変)
 (杉本研、柴木宏実ほか. 2014)

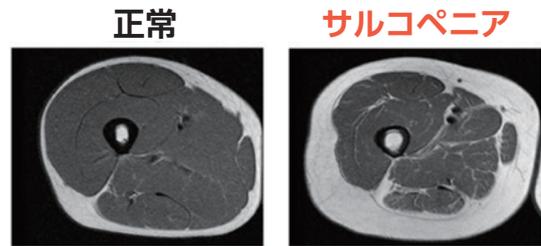
2 サルコペニア（筋肉減弱）とは



- 加齢に伴う筋力の低下、および筋肉量の減少
- 一般にヒトの筋肉量は40歳代より低下が始まり、40歳から年に0.5%ずつ減少し、65歳以降には減少率が增大され、最終的に80歳までに30%から40%低下する
- 一般に筋肉の減少分は脂肪に置き換えられる

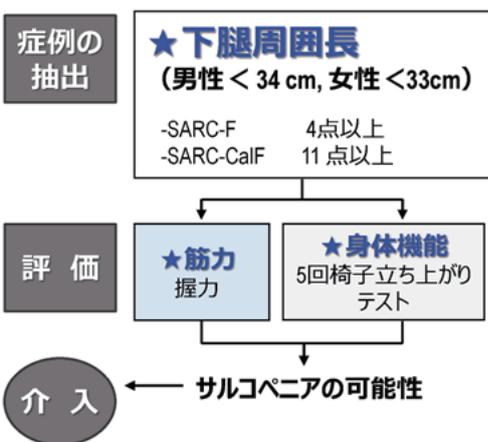
<診断基準>

1. 低筋肉量・・・四肢の筋肉量
2. 低筋力・・・握力
3. 低身体能力・・・通常の歩行速度

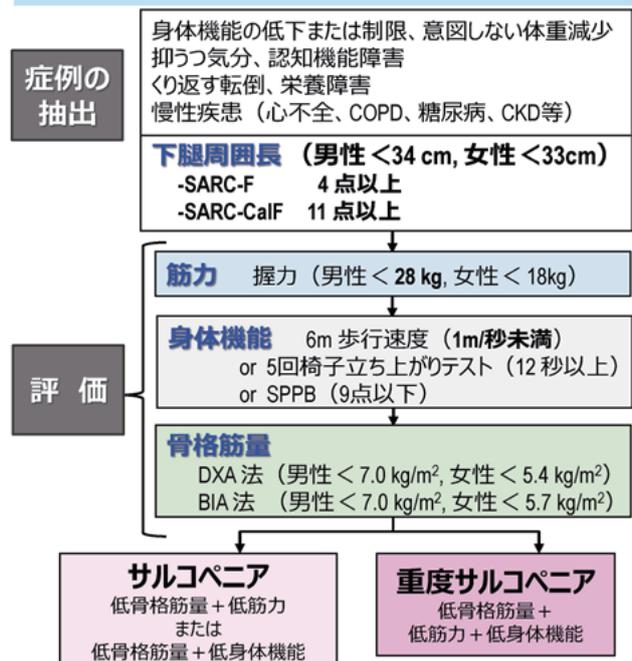


3 改訂版 サルコペニアの診断アルゴリズム (AWGS2019)

①「一般の診療所」や「地域」での評価

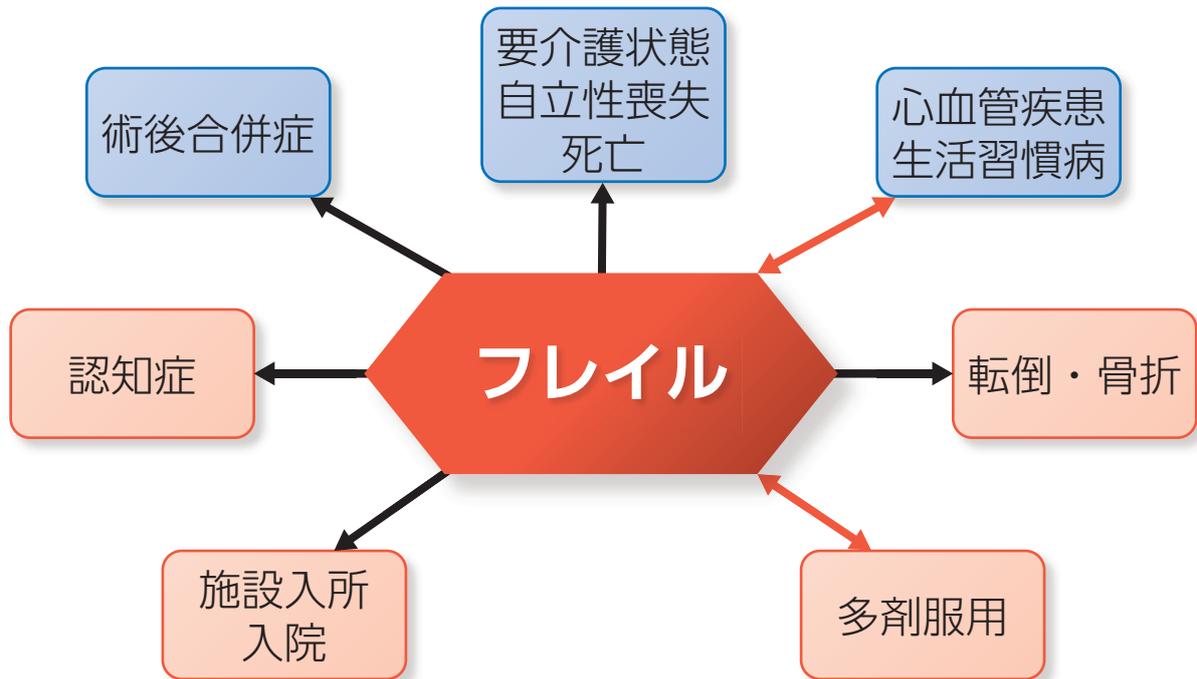


②「設備の整った種々の医療施設」や「研究」を目的とした評価



(Chen LK, et al: J Am Med Dir Assoc, 2019を一部改変)

4 フレイルは多岐にわたり悪影響を及ぼす



荒井秀典, 体力科学 第65巻 第3号 337-341 (2016)

5 フレイルの評価方法

日本版フレイル基準 (J-CHS基準*)

* J-Cardiovascular Health Study基準

項目	評価基準
体重減少	6か月で、2kg以上の (意図しない) 体重減少 (基本チェックリスト #11)
筋力低下	握力：男性<28kg、女性<18kg
疲労感	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする (基本チェックリスト #25)
歩行速度	通常歩行速度<1.0m/秒
身体活動	① 軽い運動・体操をしていますか? ② 定期的な運動・スポーツをしていますか? 上記の2つのいずれも「していない」と回答

<該当項目数>

0項目

：健常 (ロバスト)

1～2項目

：プレフレイル

3項目以上

：フレイル

Satake S, Arai H. Geriatr Gerontol Int 2020;20(10):992-993.

6 「フレイル・サイクル」 およびそれにかかわる多職種連携

消耗性疾患/慢性疾患

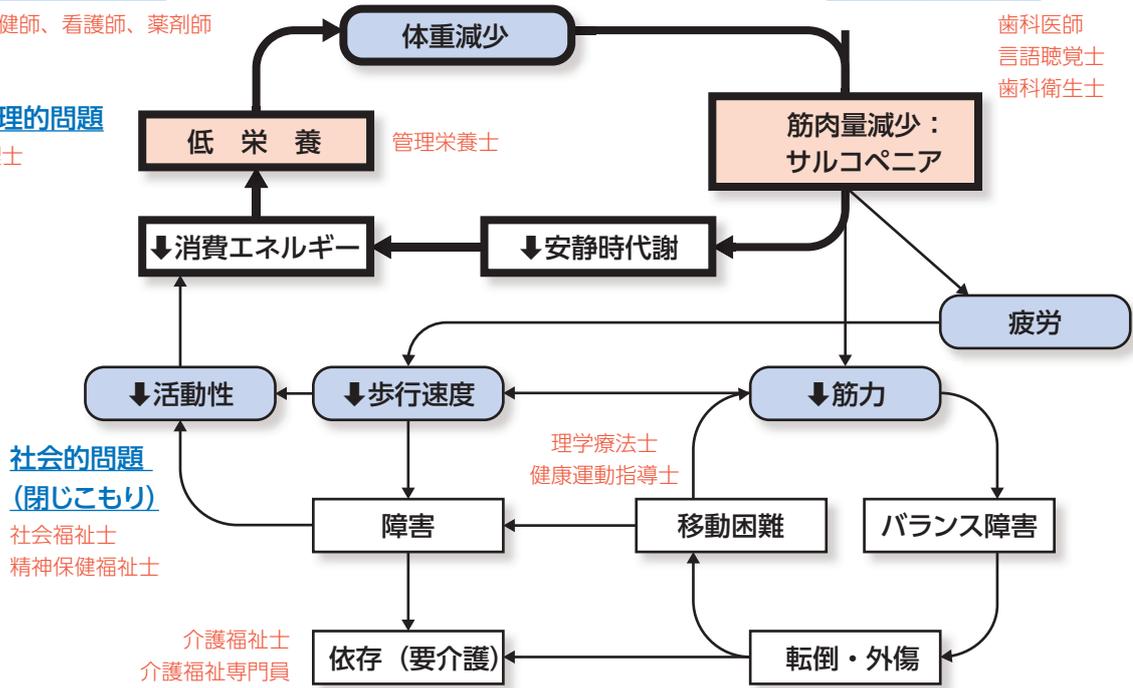
医師、保健師、看護師、薬剤師

精神心理的問題

臨床心理士

歯科・口腔の問題

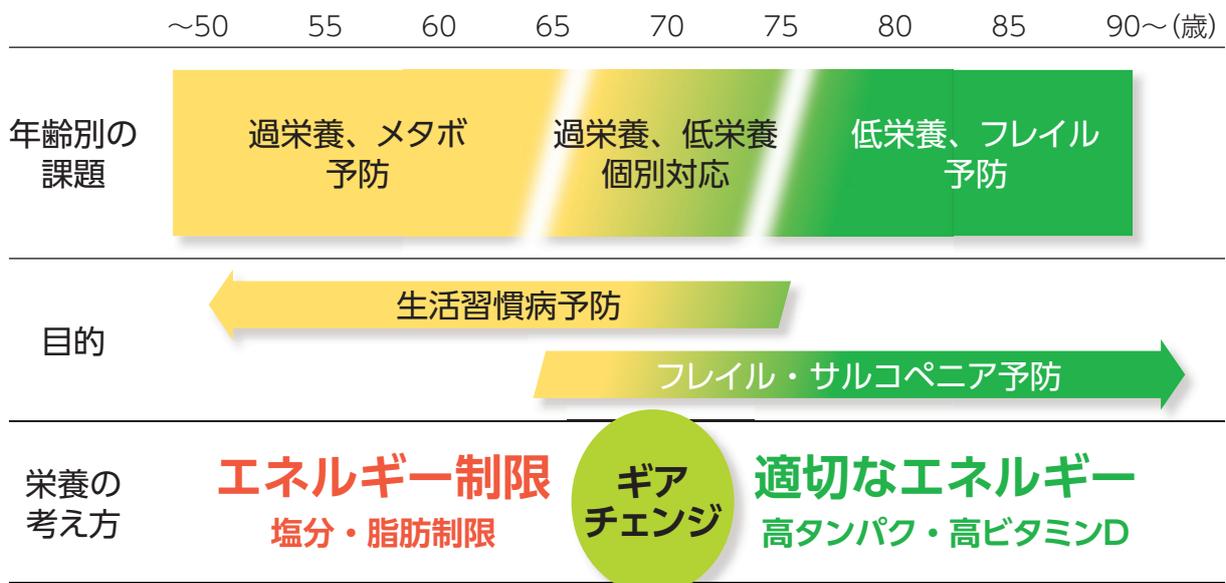
歯科医師
言語聴覚士
歯科衛生士



(出典：サルコペニア・フレイル指導士研修会資料から引用)

7 メタボ予防からフレイル予防へ

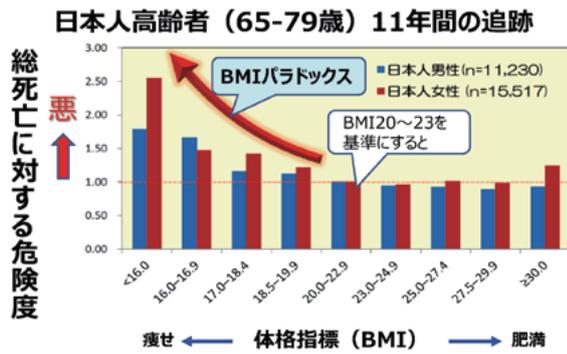
年齢別カロリー摂取に関する考え方の「ギアチェンジ」



葛谷雅文「高齢者における栄養管理—ギアチェンジの考え方」日本医事新報. 2016;4797:41-7から引用改変
 飯島勝矢監修「食べるにこだわるフレイル対策」<https://nutritionmatters.jp/tools/medical.html> Abbott発行2017年
 飯島勝矢「医療羅針盤・私の提言：今、フレイル予防・対策に必要なことは何か」月刊新医療. 2018;45:18-21

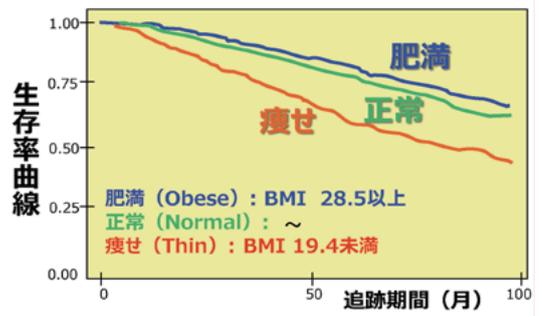
8

BMIパラドックス ～高齢者の痩せ（低BMI）は総死亡率が高い～

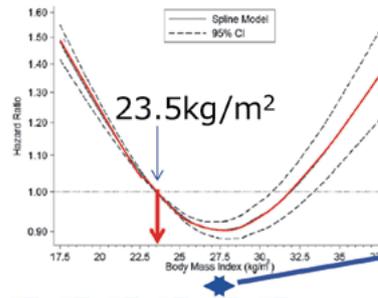


Tamakoshi A ら. Obesity (Silver Spring). 2010;18:362-9引用改変

70歳以上7527名を対象：96ヶ月追跡調査



J Am Geriatr Soc 49:968-979,2001から引用改変



65歳以上の高齢者BMIと死亡率 平均12年間のメタ解析 (n=197,940)

【最も低い死亡率】
27.0-27.9kg/m²
0.90 (0.88, 0.92)

Am J Clin Nutr. 2014 Apr;99(4):875-90.

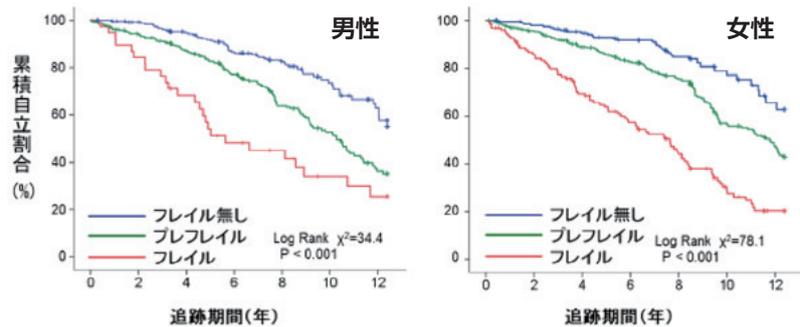
9

高齢者の健康余命にフレイルが大きく関与 ～メタボリックシンドロームの影響は認められず～

群馬県の一地域の高齢者約 1,500人の平均7年（最大12年）の追跡

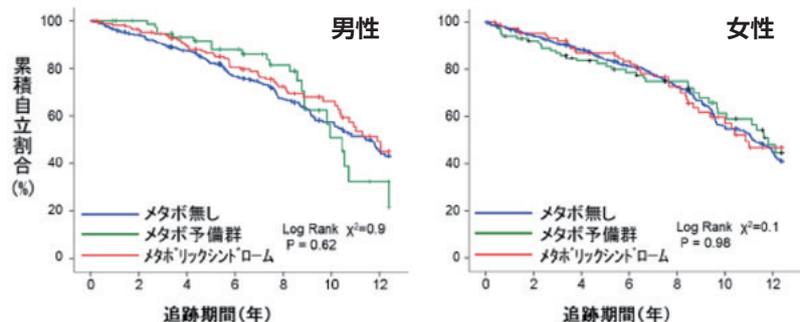
フレイル

区分別の自立高齢者



メタボ

区分別の自立高齢者



日本公衆衛生雑誌10月号 第64巻・第10号

12 オーラルフレイル簡易スクリーニング質問票 (Oral Frailty Index-8)

質問事項	はい	いいえ
<input type="checkbox"/> 半年前と比べて、堅い物が食べにくくなった	2	
<input type="checkbox"/> お茶や汁物でむせることがある	2	
<input type="checkbox"/> 義歯を入れている [※]	2	
<input type="checkbox"/> 口の乾きが気になる	1	
<input type="checkbox"/> 半年前と比べて、外出が少なくなった	1	
<input type="checkbox"/> さきイカ・たくあんくらいの堅さの食べ物を噛むことができる		1
<input type="checkbox"/> 1日に2回以上、歯を磨く		1
<input type="checkbox"/> 1年に1回以上、歯医者に行く		1

※歯を失ってしまった場合は義歯等を通じて堅いものをしっかり食べることができるよう治療することが大切です。

合計の点数が

0～2点	オーラルフレイルの危険性は低い
3点	オーラルフレイルの危険性あり
4点以上	オーラルフレイルの危険性が高い

出典：東京大学高齢社会総合研究機構 田中友規、飯島勝矢



【備考】

1点上がるごとに

- 4年後のオーラルフレイル発症リスク+32%
- 新規要介護リスク+7%

東京大学高齢社会総合研究機構 田中友規、飯島勝矢

Tanaka T, Iijima K. Oral Frailty Index-8 in the risk assessment of new-onset oral frailty and functional disability among community-dwelling older adults. Arch Gerontol Geriatr. 2021 (in press)

13 健康長寿およびフレイル予防までを実現するための「3つの柱」



出典：飯島勝矢. 日医ニュース 令和元年6月5日号 附録 健康ぶらざNo.519

14 かかりつけ医からのアクション（ポイント）

1. 【栄養】 各地域における**栄養ケアステーション**、市区町村の**管理栄養士**につなぎ、栄養相談・食事指導へ（例：健康づくり推進課の地域栄養ケア推進担当など）
2. 【口腔機能】 各地域の歯科医師会および歯科口腔予防センター、医科歯科連携の拡充
3. 【運動】 各地域における**介護予防教室**、地域包括支援センターとの連携、慢性疾患管理としての**運動療法**へ
4. 【他の地域資源】 **地域包括支援センター**や市区町村の**保健事業担当・福祉課**、各地域における認知症サポート医

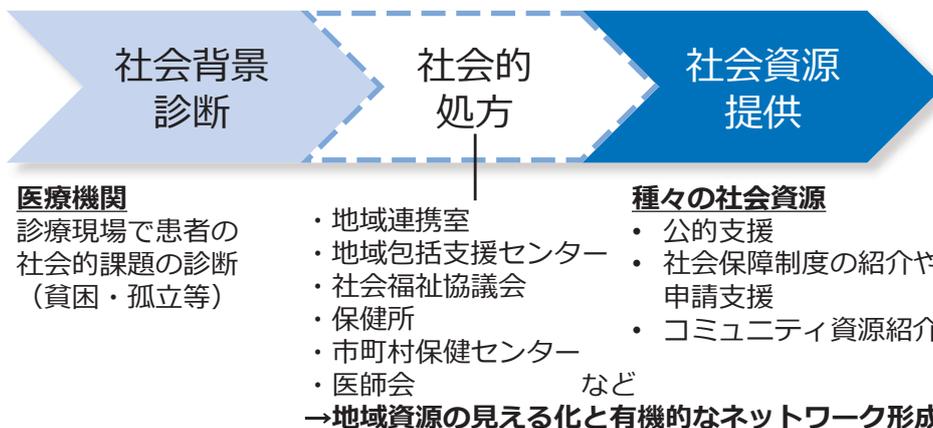
15 社会的処方 ～ social prescribing, social prescription ～

医療機関が、患者の健康問題の原因や治療の妨げとなる可能性のある社会的課題を診断



第三者機関で社会資源の提供を受けるように、患者やその支援者に指示すること

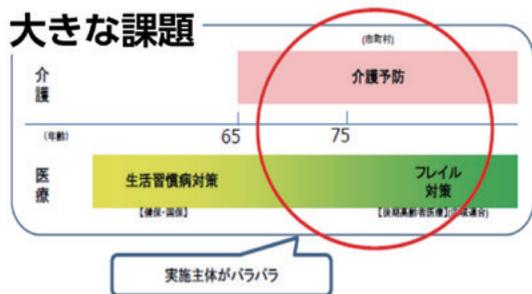
日本での社会的処方の可能性



日本版「社会的処方」の在り方検討事業委員会 報告書2019年8月

https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_2018_02.pdf

大きな課題



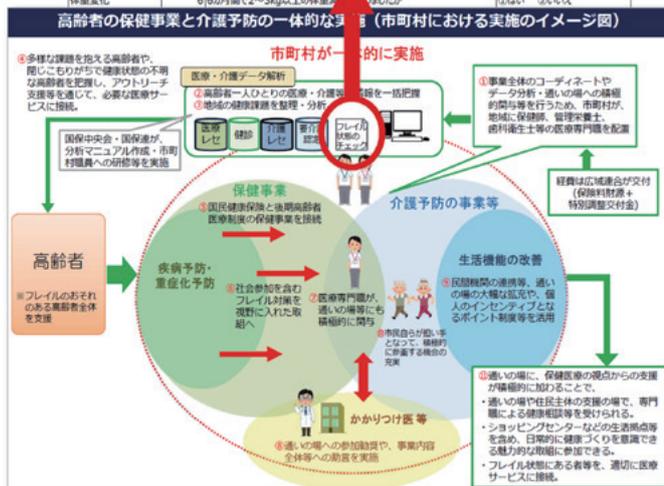
2020年4月～新制度施行

フレイル健診
来年度から



後期高齢者の新質問票

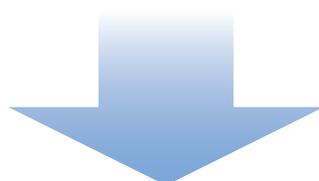
類型名	No	質問文	回答
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあいい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
口腔機能	4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいり、たこあんなど	①はい ②いいえ
	5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ
体重変化	6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ



コロナ禍での高齢者のフレイル化

自粛生活長期化 生活不活発 うつ傾向

地域社会や人とのつながりの低下 食生活の乱れ・偏り



サルコペニア(筋肉減弱)進行
フレイル状態の悪化

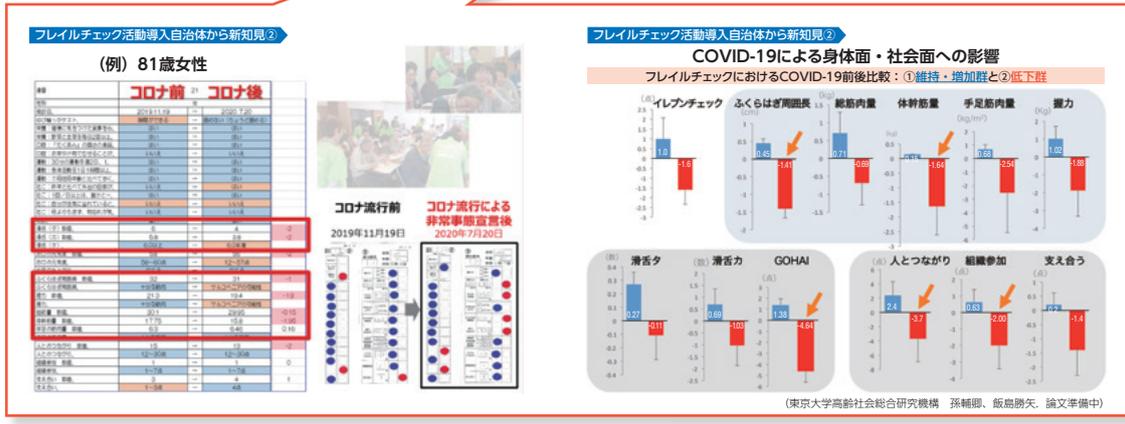
コロナ自粛による

- ◆社会性の低下
- ◆心身機能の低下

(筋肉減弱サルコペニアの進行)

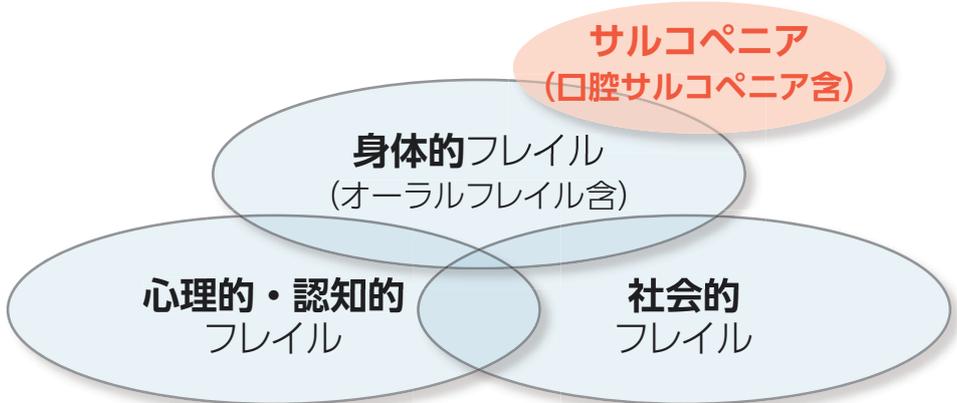
- ・筋肉量減少 (特に体幹部)
- ・筋力低下 (握力)
- ・ふくらはぎ周囲長の低下
- ・滑舌の低下

フレイル予防を通した市民主体の健康長寿まちづくり



19 多面的なフレイルに対する包括的評価と早期マネジメントの重要性

多面的なフレイルに対して、2つの視点から包括的に評価し、早期マネジメントを実施/指導することが重要



医学的視点
病態・症状の的確な
アセスメントと早期介入



ケア的視点
生活的視点の評価も盛り込み、
多職種連携サポート

6 看取りを念頭においた 在宅医療（地域緩和ケア）の実際

蘆野 吉和

目 標

現状における在宅医療の具体像と在宅医療が目指す目標、特に在宅医療におけるQOLの概念について認識する。また、特に生活や人生の質の最善化として具体的に何を実践するかを再確認する。最終的に直面する看取りについて、その意義、実際の対応時の留意事項について再確認して頂きたい。

Keyword

在宅医療、QOLの最善化、看取り、家族のケア

内 容

1. 在宅医療の概念
 - ・在宅医療の概念の変化
 - ・人の一生における在宅医療の意義
 - ・在宅医療の具体像
2. 在宅医療の最終目的とは
 - ・在宅医療におけるQOLの概念とは
 - ・人生の最終段階におけるQOL（生命の質）の最善化
在宅医療における症状緩和治療の要点／薬物療法について
 - ・人生の最終段階におけるQOL（生活の質）の最善化
在宅医療利用者の暮らしづらさへの対応/支援を行う際の留意事項
 - ・人生の最終段階におけるOQOL（人生の質）の最善化
生きがいとは／生きがい支援とは
3. 臨終期・看取り期のケア
 - (1) 看取りの重要性の理解
 - (2) 介護者のケア
 - ・在宅医療における家族のケアの要点
 - ・家族の面接における包括的評価
 - (3) 看取り時の支援体制
 - (4) 看取りの指導
 - (5) 看取りに関わるスタッフのケア

【参考資料】

- 日本在宅医療研究会ホームページ

<https://www.jahcm.org/>

- がん患者の在宅医療人材育成講座資料（e-learning テキスト）

<https://www.jahcm.org/project.html>

- ともに歩むがん在宅医療

https://www.jahcm.org/assets/images/project/pdf00/Home_medical_care.pdf

令和3年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第2部

【テーマ6】

**看取りを念頭においた
在宅医療（地域緩和ケア）の実際**

NPO日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長
日本在宅医療連合学会（前）代表理事会長
日本在ケアアライアンス 業務執行理事

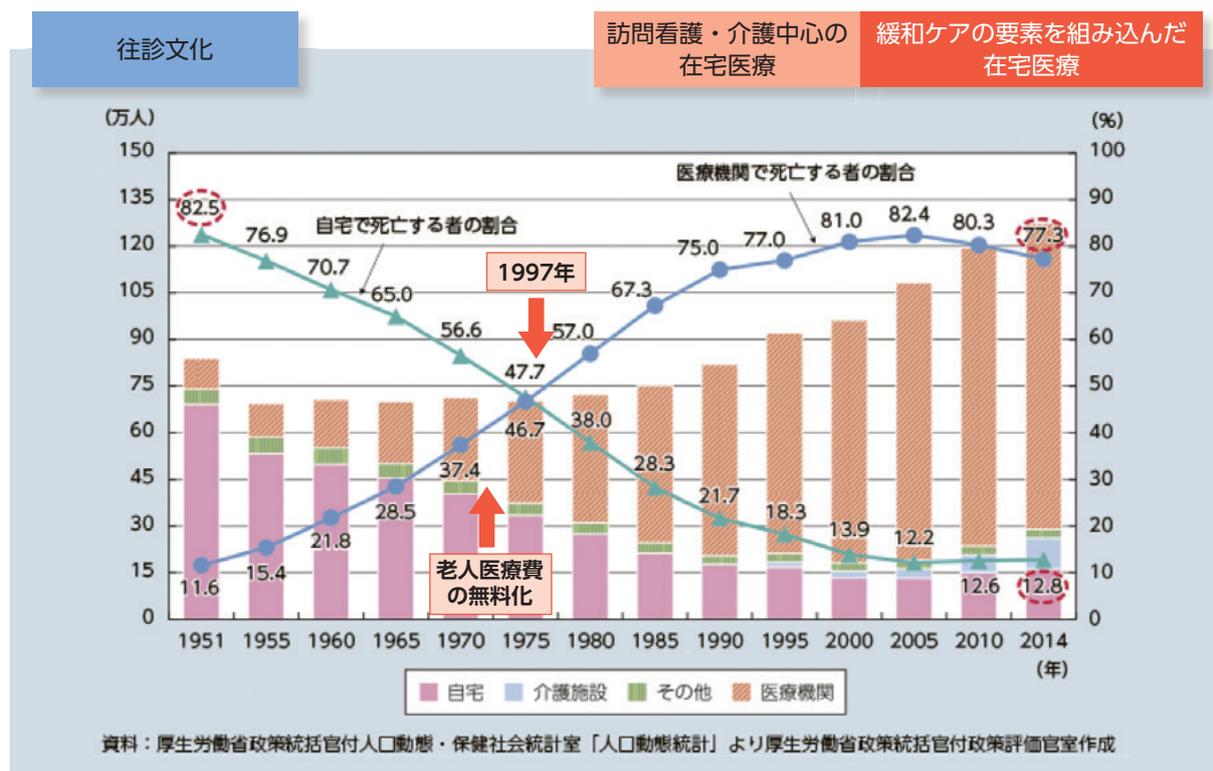
蘆野 吉和

1 在宅医療の系譜

自主的な実践の系譜としての三つの流れ

- ①往診の文化を持った日本の外来診療の延長線上、または総合医の医療の一環として位置付けられる在宅医療実践
- ②「在宅寝たきり」等が社会問題になるに従い、在宅看取りを含めた医師・看護師の在宅医療実践を診療報酬に位置付け
- ③ホスピスケア・緩和ケアといった海外の実践が日本に取り入れられ、その理念が病院から在宅医療へ拡散

2 在宅医療の系譜（日本人の死亡場所との関連性）



3 在宅医療概念の変化の概要

20世紀型

- 医療依存度の低い病状
(主に高齢者)
- 介護支援中心
- 自宅
- 家族介護が基本
- 医師と看護師が主体
- 病状“急変”時病院へ搬送
- 医療の一部として提供



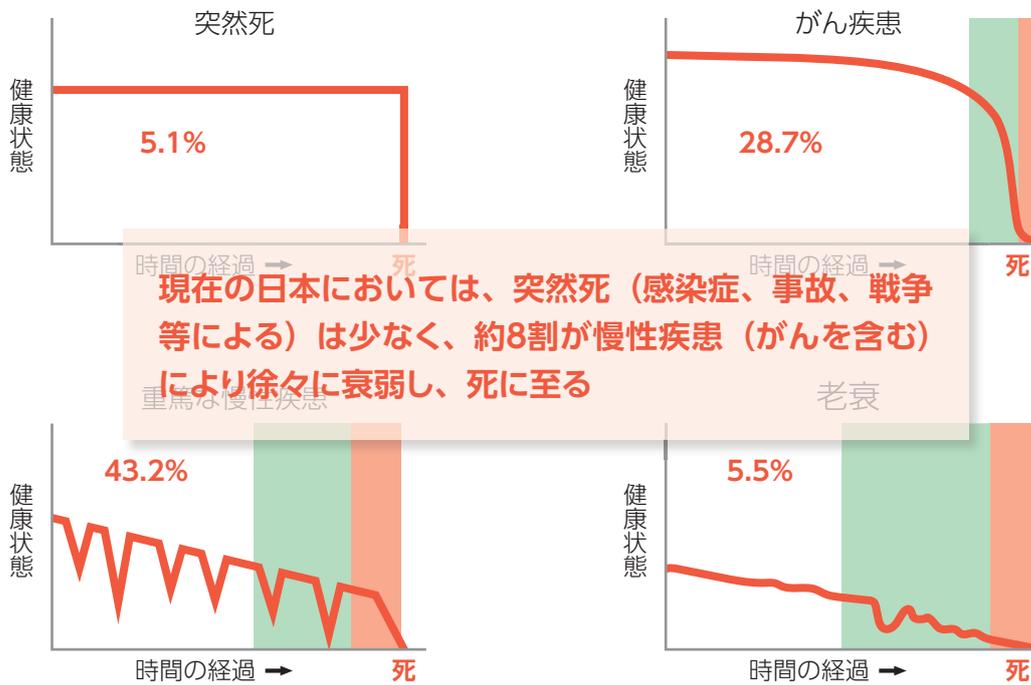
21世紀型

- 医療依存度の高い病状を含む
(小児から高齢者まで)
- 医療及び介護支援
- 多様な療養の場
- 家族介護はあてにせず
- 医療介護の多職種連携・協働
- 在宅看取りを念頭に置く
- 地域社会のシステムとして提供
(生活・人生を支える)

4 死にゆく過程の軌跡 (dying trajectory)

PS3 (日中の半分はベッドで横になっている)
PS4 (日中の大半をベッドで過ごす)

平成25年の死因統計



5 病と寿命

● 人が病で死ぬ時代

寿命の長さは病の治療に影響を受けていた

医療を受け続けることで生活が担保されていた

→ 医療モデル (治す医療)

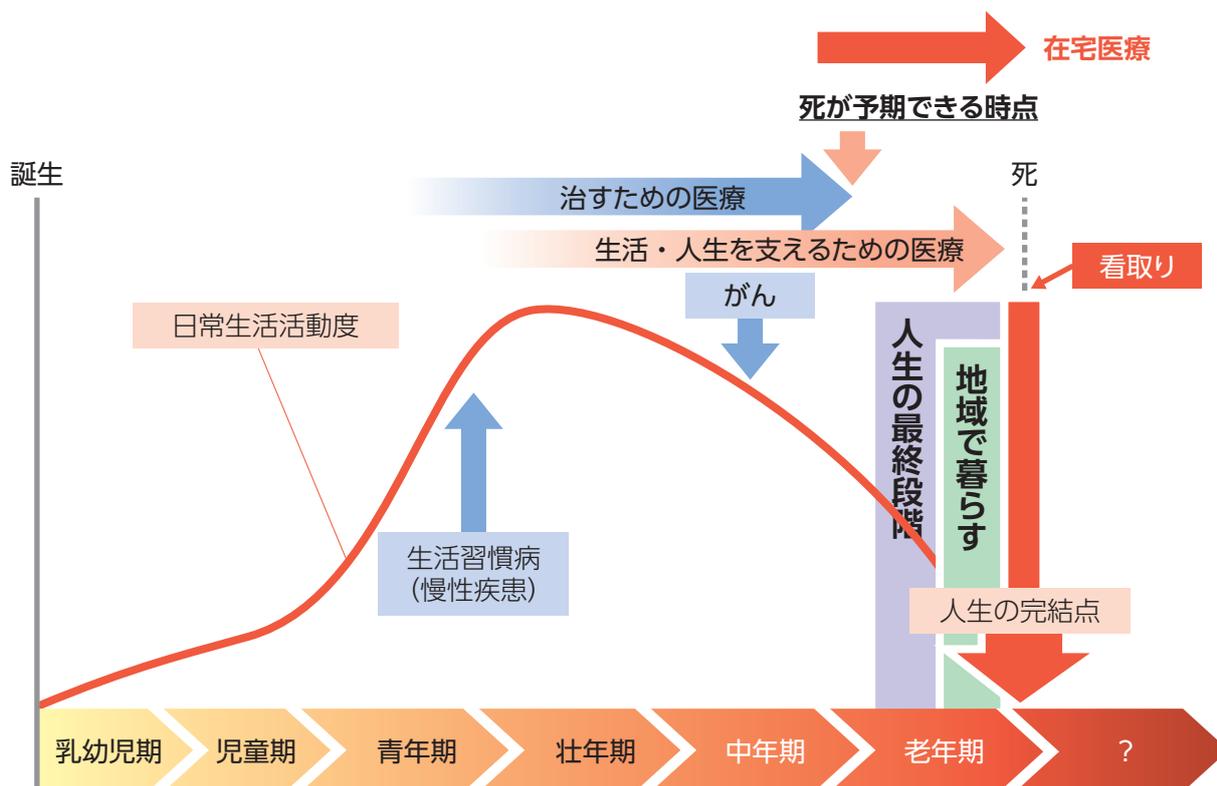
● 人が寿命で死ぬ時代

病の治療は寿命にはあまり大きな影響を及ぼさない

生活・人生を全うすることを医療が担保

→ 生活モデル(治し支える医療)

6 人の一生のありたい姿



7 在宅医療・・・どんな医療!?

●これまでの医療概念とは違うものです・・・

医療としては「治す医療」→「治し支える医療」

人は必ず死を迎えることを前提とし、以下を支える社会的仕組み

- ➔ 病（やまい）・老い持ちながらも地域で暮らしつづける
- ➔ 自分らしい生き方を最期まで探し続ける

人生の最終段階においても「……………したい」を支える 叶える
黒子としての医療を含む社会的支援のしくみ

8 在宅医療の具体像 ①

- 対象者：小児～高齢者 外来通院困難な人
- 対象疾患：進行したがん疾患／病状が進行した慢性疾患
神経難病／認知症／精神障害
加齢等で死期が近い人
小児重症疾患／医療的ケア児
- 提供の時期：通院困難と判断された時期から人生の最終段階～看取り

9 在宅医療の具体像 ②

- 提供されるケア：本人や家族のニーズに沿ったケア
(医療・介護)
- 提供の場：自宅、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなどの高齢者の住まいの場、グループホーム等の入所施設等
- 提供者：医療従事者／介護従事者／行政担当者／地域住民 その他（臨床宗教師、NPO、地域のボランティアグループ等）

まちづくり

10 在宅医療の最終目標

- その人らしい人生や生活を可能な限り最期（人生の最終段階を含めて）まで継続できるよう支援すること
QOL（クオリティ・オブ・ライフ）の最善化
- 人間としての尊厳を最期まで大切にすること
自立を支える
自律を尊重する

その人の価値観を認める

11 クオリティ・オブ・ライフ（QOL）の概念

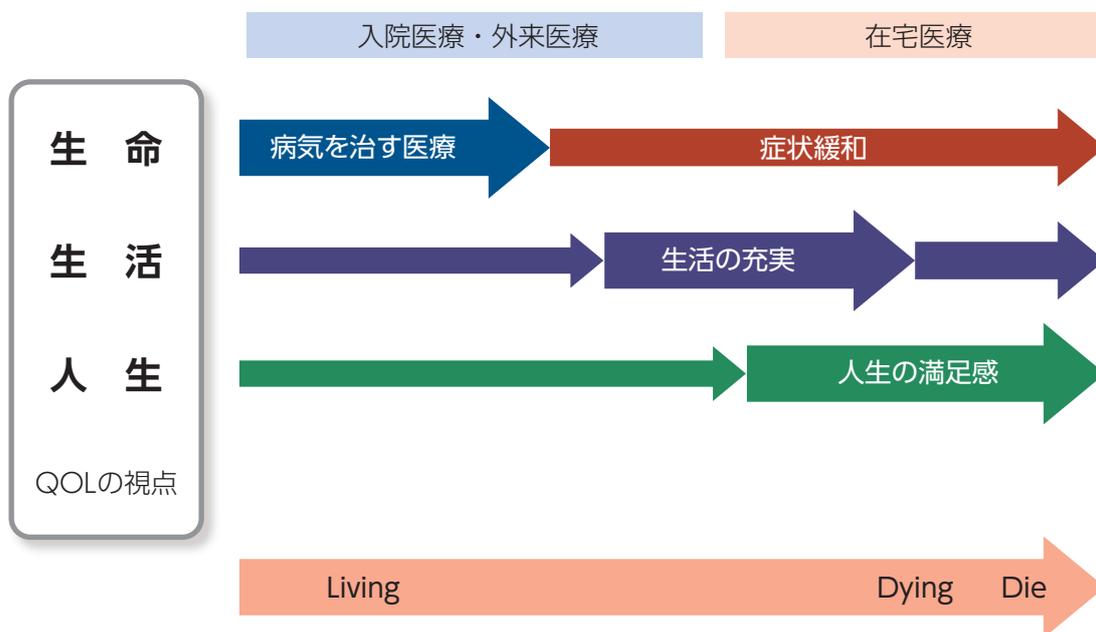
生命：限りある「いのち」

からだ（身体面）＋ ころろ（心理面）

生活：日々の暮らし（社会面）＋ 生命＋生きがい

人生：生命＋生活＋生きがい

12 クオリティ・オブ・ライフ (QOL) の最善化



13 人生の最終段階におけるクオリティ・オブ・ライフの最善化

生命：限りある「いのち」

治癒→延命→からだのつらさが和らぐこと→こころの
つらさが和らぐこと

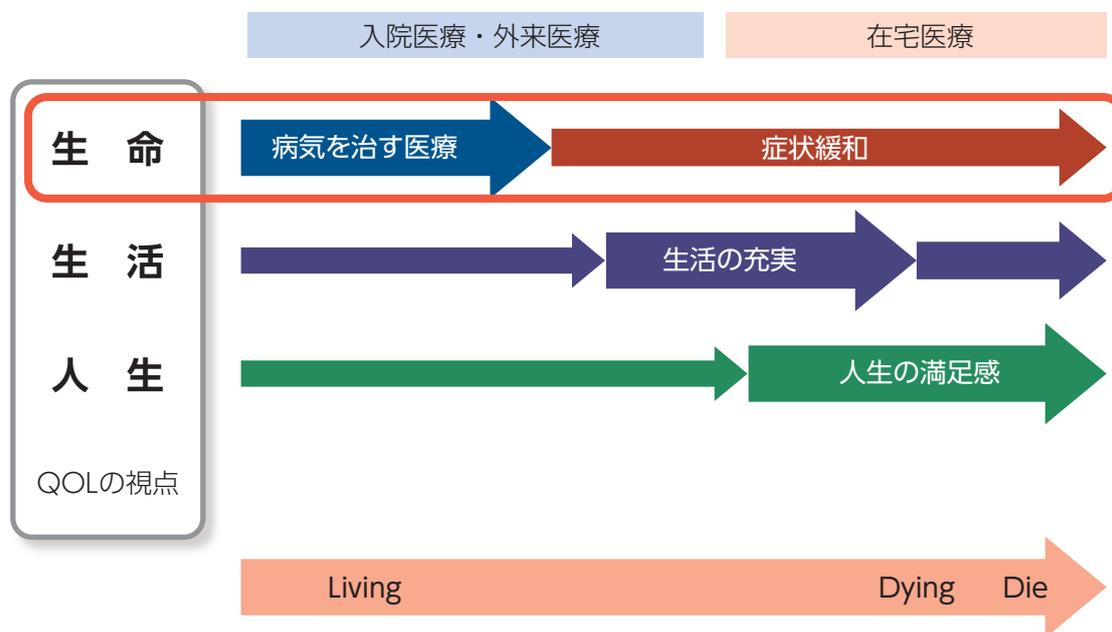
生活：日々の暮らし（社会面）＋生命＋生きがい

日々の暮らしの充実

人生：生命＋生活＋生きがい

人生の満足感

14 クオリティ・オブ・ライフ (QOL) の最善化 — 生命



15 人生の最終段階におけるクオリティ・オブ・ライフの最善化

生命：限りある「いのち」

**治癒→延命→からだのつらさが和らぐこと→こころの
つらさが和らぐこと**

生活：日々の暮らし（社会面）＋生命＋生きがい

日々の暮らしの充実

人生：生命＋生活＋生きがい

人生の満足感

16 進行した病態における症状の出現頻度 (%)

参考資料

症状	がん	AIDS	心疾患	慢性閉塞性肺疾患	腎疾患
痛み	35-96 (N=10379)	63-80 (N=942)	41-77 (N=882)	34-77 (N=372)	47-50 (N=370)
うつ	3-77 (N=4378)	10-82 (N=616)	9-36 (N=80)	37-71 (N=150)	5-60 (N=956)
不安	13-79 (N=3274)	8-34 (N=346)	49 (N=80)	51-75 (N=1008)	39-70 (N=72)
せん妄	6-93 (N=9154)	30-65 (N?)	18-32 (N=345)	18-33 (N=309)	—
全身倦怠感	32-90 (N=2888)	54-85 (N=1435)	69-82 (N=409)	68-80 (N=285)	73-87 (N=116)
息切れ	10-70 (N=10029)	11-62 (N=504)	60-88 (N=948)	90-95 (N=372)	11-62 (N=334)
不眠	9-69 (N=5606)	74 (N=504)	36-48 (N=146)	55-65 (N=150)	31-71 (N=351)
嘔気	6-68 (N=9140)	43-49 (N=689)	17-48 (N=80)	—	30-43 (N=362)
便秘	23-65 (N=7602)	34-35 (N=689)	38-42 (N=80)	27-44 (N=150)	29-70 (N=483)
下痢	3-29 (N=3392)	30-90 (N=504)	12 (N=80)	—	21 (N=19)
食欲不振	30-92 (N=9113)	51 (N=504)	21-41 (N=146)	35-67 (N=150)	26-64 (N=395)

A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease
 Joao Paulo Solano, MD, Barbara Gomes, BSc, and Irene J. Higginson, BMedSci, BM BS, FFPHM, FRCP, PhD J Pain Symptom Manage 2006; 58-69.

17 在宅医療における症状緩和治療の要点

- 在宅という環境は多くの場合「癒し」効果があり、症状は軽減する
 しかし、適切な症状緩和が行われないと、不安により症状が強くなることもある
 したがって、常に、多職種で、細やかな症状評価を行い情報を共有すること、軽微な症状に対しても、早期に適切な対応（治療を含め）が必要
- 病院で行っていた治療/ケア（手順や手技を含めて）は盲目的に継続せず、暮らしやすい方法、介護者が対応しやすい方法に変更することも考慮する
- 治療/ケアの手技はできるだけ簡略化する
- 病状の進行に伴い服薬できない時期が必ず来る

18 症状マネジメントの原則と要点 ①

①評価（診断） evaluation

- 疾病による出現頻度の高い症状について、その有無を常に確認する
例えば がんであれば、痛みがあるかどうか
- 症状の日常生活に及ぼす影響について評価する
- 症状の原因が多数（原疾患自体、治療特に薬物、全身衰弱、併発症等）あることにも留意

②説明 explanation

- わかりやすい言葉で症状が起こるメカニズムを説明する
- 患者と治療の選択肢を話し合う
- 家族に治療やケアについて説明し、話し合う

19 症状マネジメントの原則と要点 ②

③マネジメント（治療/ケア） management

- 対応可能な原因があればそれを改善する
- 薬物療法と同じように非薬物療法も考慮する
- 持続する症状には予防的な薬剤の定期的処方やケアの指導をする
- 困難な状況では同僚、チームに意見を求める、専門家にコンサルトする

④観察 monitoring

- 治療効果の評価
- 服薬の状況
- 副作用の有無

20 薬物療法の基本原則

簡便な投与経路で by mouth

可能なかぎり経口投与とする

定期的に規則正しく by the clock

一定の間隔で規則正しく薬を使用する

患者ごとに個別的な量で for the individual

最大の効果と最小の副作用

漸増法を原則とする

簡潔さを保つ keep it simple

適切な投与量と投与間隔

処方箋は簡潔に

21 在宅での薬物療法の心得

①緊急薬は初回訪問時に処方する

参考資料

②医療用麻薬、注射薬、HPN製剤、坐薬…などの用意がない調剤薬局で対応できない場合は、変更する

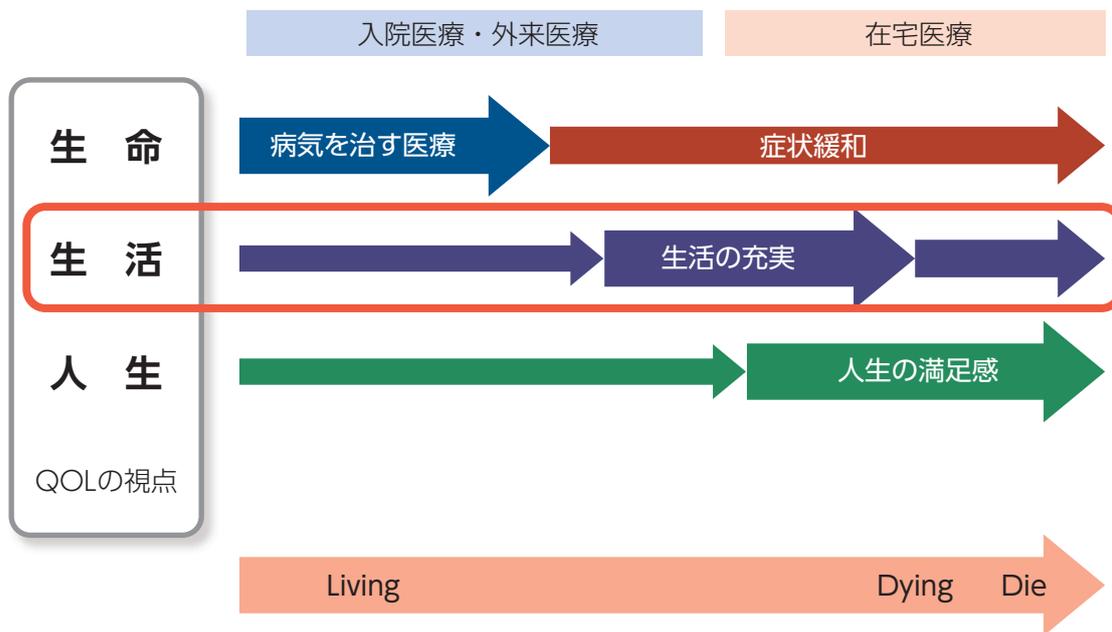
③病院の処方ではできるだけ継続するが、使い慣れた薬剤に変更していく

④医療用麻薬の使用状況は家族に記載してもらう

⑤医療用麻薬の使用済包装は訪問する医師or薬剤師に返してもらう

⑥看取り後にはすべての緊急薬、医療用麻薬は回収する
(破棄、届けが必要)

22 クオリティ・オブ・ライフ (QOL) の最善化 — 生活



23 人生の最終段階におけるクオリティ・オブ・ライフの最善化

生命：限りある「いのち」

治癒→延命→からだのつらさが和らぐこと→こころのつらさが和らぐこと

生活：日々の暮らし（社会面）＋生命＋生きがい

日々の暮らしの充実

人生：生命＋生活＋生きがい

人生の満足感

24 在宅医療利用者の暮らしづらさの要因

- 経済的問題
- 介護の問題
- ADL(特に移動)：居住環境の問題
- 食の問題
- 家族問題 (家族関係など)

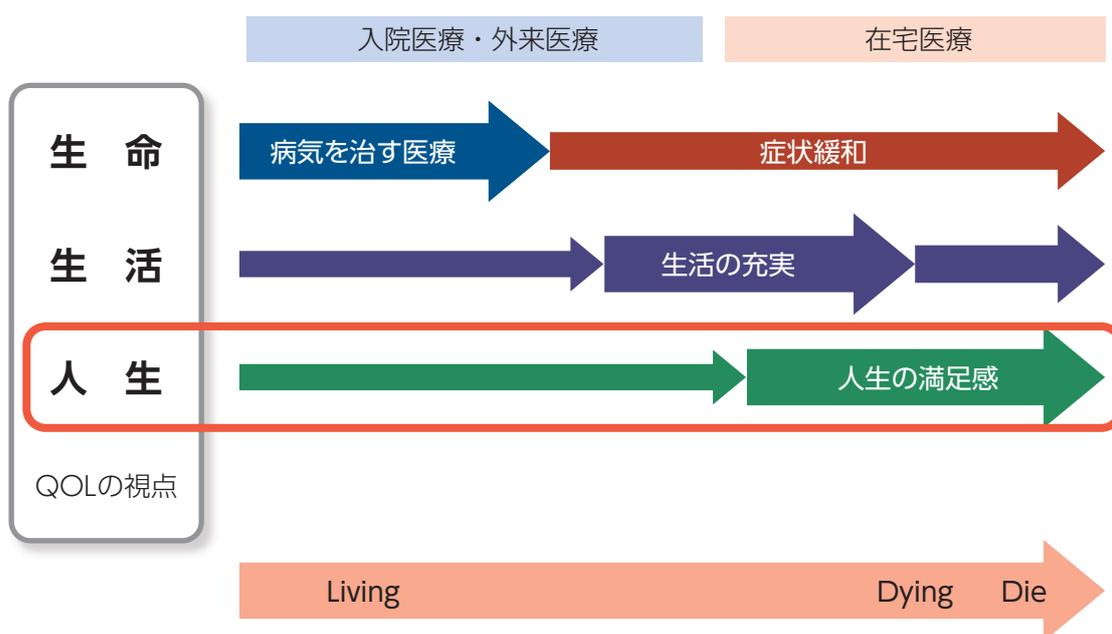
25 在宅医療利用者の暮らしづらさへの対応

- | | | |
|-------------------------|---|--------------------------------------|
| ● 経済的問題 | ← | 経済的支援制度の紹介 |
| ● 介護の問題 | ← | ケアマネジメント (介護支援専門員)
個別介護計画 (介護福祉士) |
| ● ADL(特に移動)：
居住環境の問題 | ← | リハビリテーション |
| ● 食の問題 | ← | 食支援 (口腔ケアを含む) |
| ● 家族問題
(家族関係など) | ← | 家族のケア |

26 支援を行う際の留意事項

- あくまで患者あるいは家族のニーズに応じた支援を行う
- 希望しないことは行わない
- あくまでも自立を尊重する
- あくまでも自律を尊重する
- 患者および家族の価値観を尊重する
- 家族の風習、文化、宗教等に敬意払う
- 地域の様々な支援組織（リソース）に支援を呼びかける

27 クオリティ・オブ・ライフ（QOL）の最善化 — 人生



生命：限りある「いのち」

治癒→延命→からだのつらさが和らぐこと→こころのつらさが和らぐこと

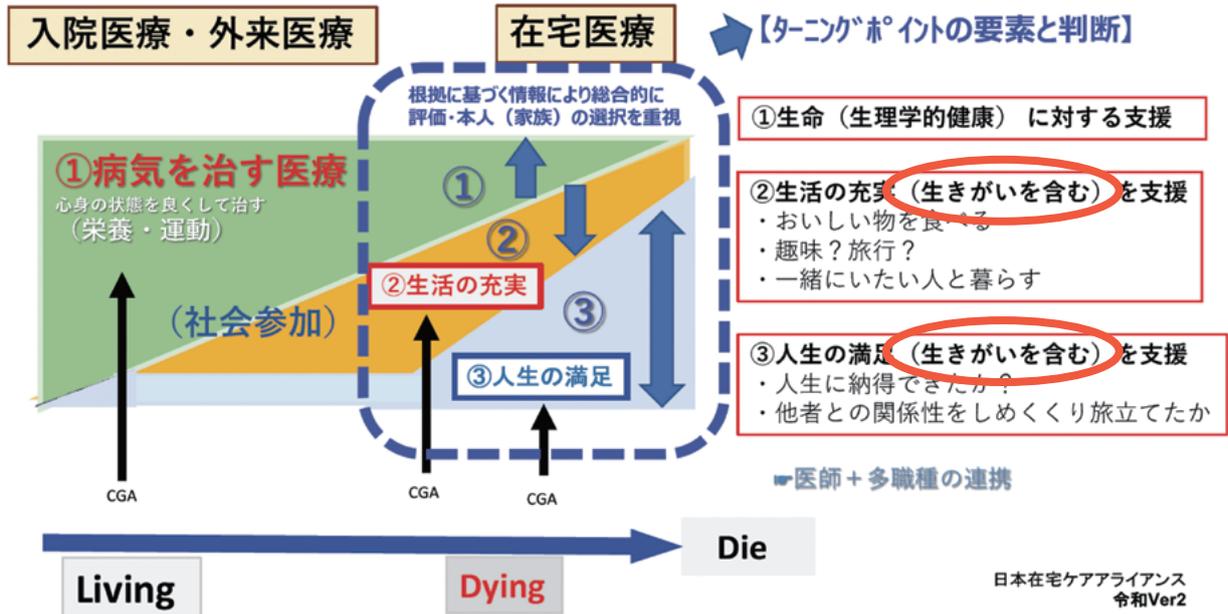
生活：日々の暮らし（社会面）+ 生命+生きがい

日々の暮らしの充実

人生：生命 + 生活 + 生きがい

人生の満足感

図4: 治し支える医療を実現するための総合的視点



30 生きがいという言葉について

生きがいという言葉は、日本語だけにあるらしい。こういうことばがあるということは日本人の心の生活のなかで、生きる目的や意味や価値が問題にされてたことを示すものであろう、それがあまり深い反省や思索をこめて用いられてきたのではないにせよ、日本人がただ漫然と生の流れに流されてきたのではないことがうかがえる。

生きがいについて：神谷美恵子著 みずす書房 2004年より引用

31 生きがいのさまざま

- | | |
|---|--|
| 1. 生存充実感への欲求をみたすもの
審美的観照（自然、芸術その他）、
あそび、スポーツ、趣味的活動、日
常生活のささやかなよろこび | 5. 自由への欲求をみたすもの |
| 2. 変化と成長への欲求を満たすもの
学問、旅行、登山、冒険など | 6. 自己実現への欲求をみたすもの |
| 3. 未来性への欲求をみたすもの
種々な生活目標、夢、野心 | 7. 意味への欲求をみたすもの
自分の存在意義の感じられるような
あらゆる仕事や使命
報恩、忠節、孝行
哲学的信念
教祖的役割を持った人への帰依
宗教的信仰 |
| 4. 反響への欲求をみたすもの
1) 共感や友情や愛の交流
2) 優越または支配によって他人から
尊敬や名誉や服従をうけること
3) 服従と奉仕によって他から必要と
されること | |

参考資料

生きがいについて：神谷美恵子著 みずす書房 2004年より引用

- 「つながり」を保つケア
- 「こだわり」を尊重するケア
- 「生きる意味の再確認・探求」を促すケア

積極的傾聴
コミュニケーション

臨終期・看取りのケア

1. 「看取り」の重要性の理解

2. 介護者（家族を含め）ケア
3. 看取り時の支援体制
4. 看取りの指導
5. 看取りに関わるスタッフのケア

35 在宅での看取り

- 愛する人、大切な人を失うことを体験
- 子や孫、若い世代に“死”というものを伝え、“死にゆく過程”を肌で感じてもらうことが重要
- そして次の世代につないでいく



療養中に患者の思いや性格を最大限に引き出し、各家庭の環境や家族にあった患者への関わり方へ、細やかにさりげなく導いていく

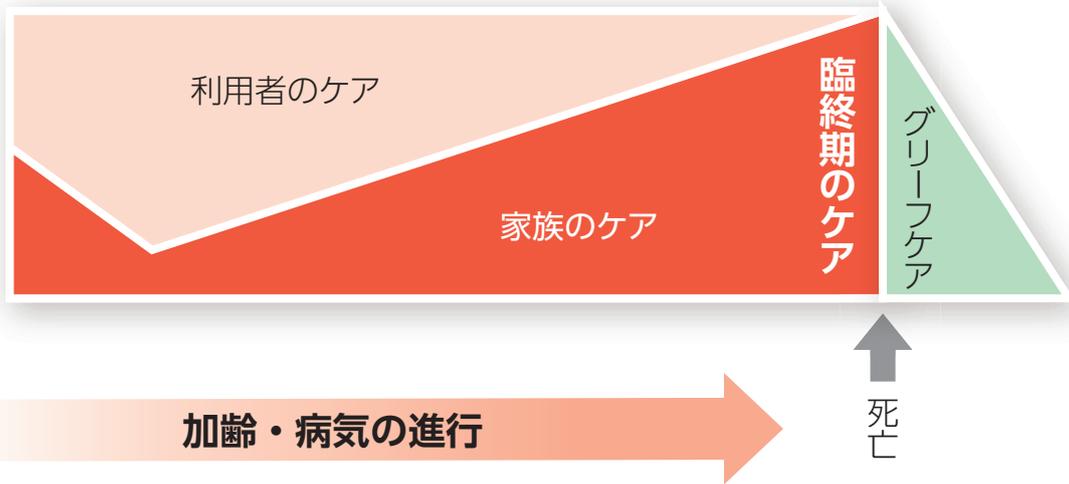
在宅療養中から注視し、複雑性悲嘆に移行しないよう、そっと見守りサポートしていく

1. 「看取り」の重要性の理解
2. 介護者（家族を含め）ケア
3. 看取り時の支援体制
4. 看取りの指導
5. 看取りに関わるスタッフのケア

1. 家族は（患者）本人と同様に様々な苦悩を持つ
家族はケアチームの一員であると同時にケアを受ける対象である
2. 家族のもつ苦悩と多様なニーズに対応するため多職種による包括的評価とニーズに沿った対応が必要である
3. 家族のケアとして重要な項目：情報共有、生活・介護支援、ニーズに沿った暮らしや生き方をささえる、意思決定支援、臨終期・看取りの支援等
4. 臨終期・臨死期および死別におけるケアはグリーフケアの一環として重要なケアである
5. 在宅医療は死別後のグリーフケアを含めた連続したケアである

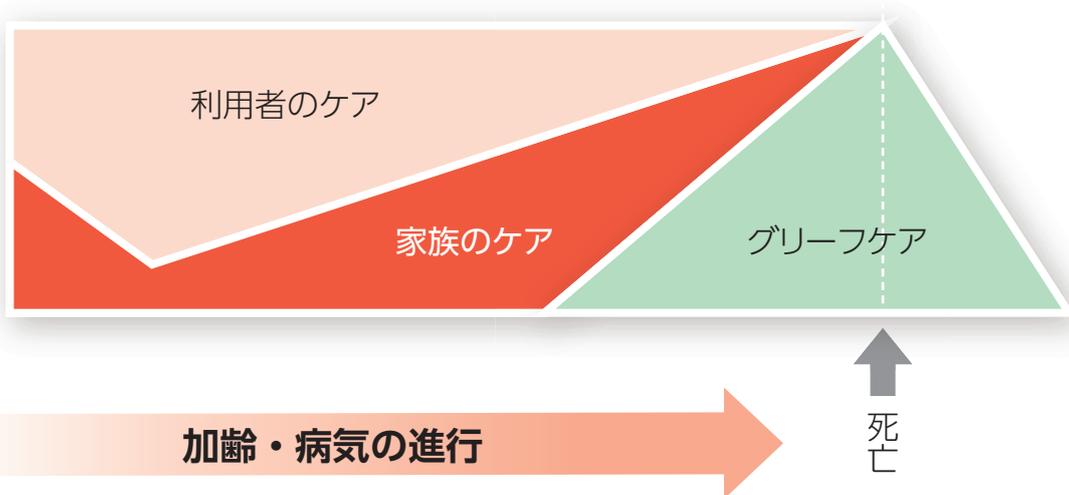
38 進行した病状における家族へのケアの配分

病状が悪くなればなるほど、家族ケアの必要度が高くなる



39 グリーフケアの開始時期

臨終期、臨死期のケア＝グリーフケア



40 家族の面接による包括的評価

- 本人の病状/治療の状況についての理解度の確認
- 家族関係を知る
それぞれの家族の結びつきの強さを知っておく
遠方の家族/親族についても調査する
キーパーソンが誰であるかも確認しておく
- 家族それぞれの健康状態/これまでの近親者の死別体験の状況を把握する
家族に身体的・精神的疾患が無いかを確認する
- 家族のそれぞれの思い、ニーズなどの確認

**それぞれの家族の満足度を上げるような
援助の仕方を模索することが望ましい**

41 家族のニーズの多様性

- 家族といっても、その構成員によってニーズはまちまち、それぞれの家族に歴史がある
- 家族関係も複雑な家族もいる
- 大変な家族とは・・・

**多様なニーズをもつ家族に対しては、
多様な視点での評価が必要不可欠**

42 家族に声掛けをすることが大事

参考資料

- 心配事はいろいろあると思いますが、何か知りたいこと、聞きたいことはありませんか
- 疲れてはいませんか
- 不安に思っていることはありませんか
- よく眠れていますか
-

**コミュニケーションを保つ
積極的傾聴**

43 在宅（施設を含む）での看取りに際し必要な知識／態度

1. 「看取り」の重要性の理解
2. 介護者（家族を含め）ケア
- 3. 看取り時の支援体制**
4. 看取りの指導
5. 看取りに関わるスタッフのケア

44 看取りの支援体制（24時間の応需体制）

1. 24時間応需の電話連絡網

- 不安な時や病状が変化した時はいつでも連絡してもよいことを説明する
- 24時間対応の訪問看護ステーションとの連携
- どのような状況の際にどこに連絡をすれば良いか、緊急時の連絡先（電話番号）が記されている紙を電話などの近くに説明し貼っておく

2. 緊急時の訪問体制

- 死亡確認のための医師・看護師の緊急訪問について打ち合わせておく

3. 後方ベッドの確保（可能であれば）

- 希望に応じていつでも入院できることを保証する

45 在宅（施設を含む）での看取りに際し必要な知識／態度

1. 「看取り」の重要性の理解

2. 介護者（家族を含め）ケア

3. 看取り時の支援体制

4. 看取りの指導

5. 看取りに関わるスタッフのケア

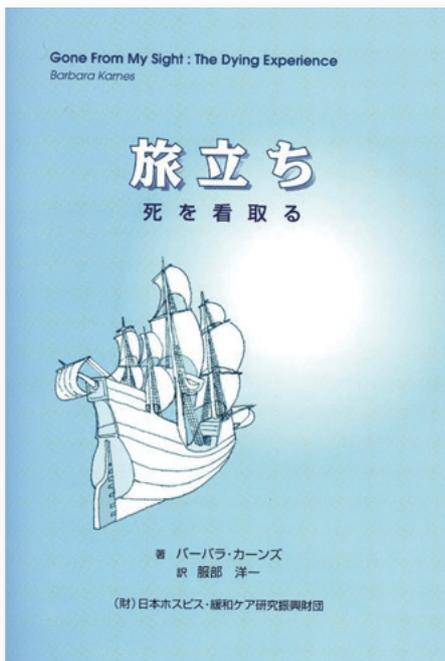
46 看取りの指導

- 現在の病状（死が近いこと）に対する説明
- 今後予測される病状と対応方法についての説明
- 臨終期・臨死期の過ごし方についての説明
- 救急車を呼ぶとどうなるかの説明
- 死亡確認の方法についての説明
- 死後の対応方法についての説明

***苦痛緩和の保証を家族に与える。**

***最善を尽くす（最期まで見放さない）
ことを家族に伝える。**

47 看取りのパンフレット／小冊子



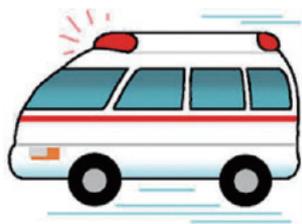
Gone From My Sight : The Dying Experience”
(1986年)
Barbara Karnes

すべての人は死を迎えようとするとき、自分自身の独自性を保ちながら、最後の経験をしていきます。このパンフレットは、ガイドラインや地図を示しているにすぎません。どのような地図でも、同じ目的地に至るには多くの道があり、同じ町にたどりつくには多くの方法があります。

非常に個人差があり、断定できることは何もないということを中心にとめながら、このパンフレットを使用してください。このパンフレットにある兆候のすべてがみられたり、一部がみられたり、全然みられなかったりするかもしれません。また、兆候によっては死の数カ月前にみられるものから、数分前にみられるものまであります。

死はしかるべきときに、しかるべき方法で訪れてきます。死を迎えようとしている人にとって、死にかたは一人ひとり異なるのです。

48 救急車を呼ぶということ



- 死亡していない場合：「助けてくれ」という意思表示
 - ➔ 急性期病院で救命治療が行われる可能性
 - ➔ 病院で死を迎える可能性が高くなる
- **すでに死亡の場合**：警察が関与する可能性
 - ➔ 本人は裸にされて死体検案が行われることも
 - ➔ 家族は容疑者のような扱いを受けることも

49 在宅（施設を含む）での看取りに際し必要な知識／態度

1. 「看取り」の重要性の理解
2. 介護者（家族を含め）ケア
3. 看取り時の支援体制
4. 看取りの指導
5. **看取りに関わるスタッフのケア**

50 看取りに関わるスタッフのケア

- 看取りに関わるスタッフは、死に直面する人およびその家族との関わりの中で、情緒面も含めて様々な影響を受ける。
- スタッフそれぞれがセルフケア能力を伸ばすことは必要不可欠であるが、互いに注意を払い、必要に応じて振り返りを行うことも必要である。
- 振り返りとしてのデスカンファレンス等もケアとして有効である。

51 自己研修ツール

参考資料

領域	タイトル	YouTube リンク	テキストPDF リンク	副読本PDF リンク
	はじめに	-		
領域1	在宅医療の原則			
領域2 コミュニケーション	総論			
	ロールプレイ			-
領域3	領域3-1 包括的評価			
	領域3-2 多職種協働・連携			
領域4	領域4-1 がん治療の基本的知識			
	領域4-2 抗がん剤治療の実際			
	領域4-3 抗がん剤治療の有害事象への対応			

がん疾患の在宅医療をまだ行ったことのない医療従事者（医師、看護師等）に対する、入門セミナーのテキスト作成事業

https://www.jahcm.org/assets/images/project/pdf00/Home_medical_care.pdf

