

令和6年度 厚生労働省委託事業  
在宅医療関連調査・講師人材養成事業 事前学習プログラム

# 在宅医療における医療ソーシャルワーカー ／コーディネーターの役割とは

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会  
(社会医療法人恵和会 西岡病院／北海道)

岡村 紀宏

# 在宅医療分野における 日本医療ソーシャルワーカー協会としての役割やこれまでの活動

## 人材育成 と 配置促進

- 研修会の開催 、 手引きの作成

## 調査研究 と 学会発表

- 配置と役割の調査研究 、 多職種連携・ACP

## 政策提言 と 地域活動

- 各政策提言 、 地域包括ケアシステム

平成28年度開始  
(年1回継続)



## 在宅医療ソーシャルワーク研修会 ～ 神経難病と ACP 編 ～

講師：医療法人財団 老蘇会 静明館診療所（北海道）  
院長 矢崎 一雄 医師  
実践報告：医療法人財団 老蘇会 静明館診療所  
岡上 幸輔 MSW

【開催方法】 オンデマンド+ライブ研修

【日時】 オンデマンド配信 2024年9月30日(月)～10月25日(金)  
ライブ研修(WEBあり) 2024年10月26日(土)  
13:00～17:00

【場所】 KFC Hall & Rooms(東京都墨田区横綱 1-6-1)  
およびオンライン会議室(zoom ミーティング)

【会費】 会員：5,000円 非会員：10,000円 (交流会あり：4000円程度)

【対象】 在宅医療に関連するソーシャルワーカー

【申込】 日本ソーシャルワーカー協会 HP より <https://www.jaswhs.or.jp>  
2024年6月24日(月)～7月26日(金)  
先着順(現地参加最大60名、オンラインと合計80名)

## 在宅医療に関わる ソーシャルワークの 手引き

令和2年度発行  
(ホームページ公開中)

### 1章 在宅医療に関わるソーシャルワーカーとは

在宅医療に関わるソーシャルワーカーとは・・・・・・・・・・・・ 06

### 2章 在宅医療に関わるソーシャルワーク実践の要点

在宅医療に関わるソーシャルワーク実践の要点・・・・・・・・・・・・ 08

■在宅医療ソーシャルワーク実践におけるミクロ・メゾ・マクロの相互作用

①個別支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12

②院内連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18

③院外連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24

④地域活動・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29

### 3章 実態調査報告

『在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の実態に関する調査』報告・・・・・・・・ 36

### 4章 医療ソーシャルワーカーを配置するにあたって

在宅医療機関の管理者に向けて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 52

### 5章 巻末資料

■医療ソーシャルワーカーの倫理綱領・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 56

■医療ソーシャルワーカー業務指針・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 64

# 在宅療養支援診療所における相談支援・連携業務の多面性とその実践状況：社会福祉専門職の特徴分析

# 在宅医療における多職種連携・ACP・症例検討等、多団体とシンポジウムを企画、開催

日本在宅医療連合学会誌 第3巻・第4号 2022年11月  
業務における重要度の認識と取り組み状況について

## 地域活動

- － 地域活動への参加、協力
- － 支援者の育成（研修会）
- － 住民、当事者が集う場づくり
- － 地域住民への普及

## 患者支援

- － カンファレンスの調整、参加
- － 在宅医療導入のインテーク
- － 介護支援専門員との調整

在宅における  
医療ソーシャルワーカーの業務

地域活動

患者支援

日本在宅医療連合学会

## － インテグレーター養成

日本プライマリ・ケア連合学会

## － ジョイントシンポジウムの開催

日本在宅ケアアライアンス

－ 「大都市圏の在宅医療システムのモデル構築事業」への参画

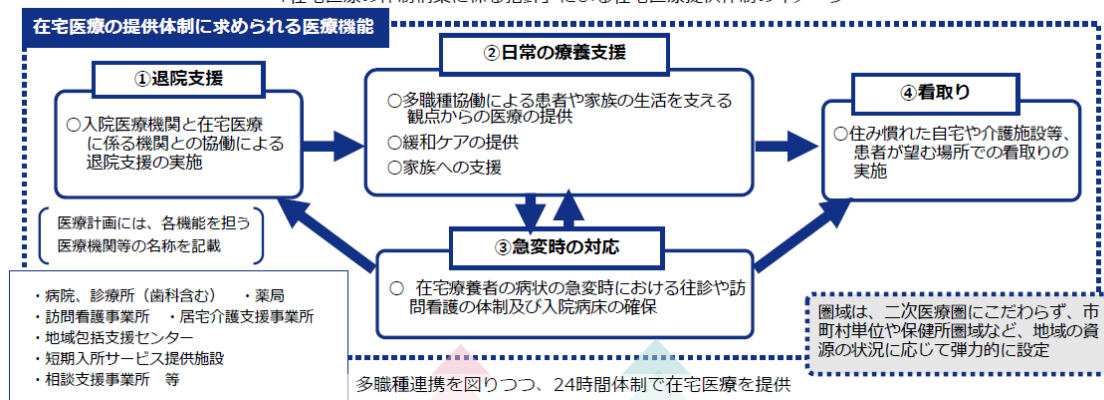
## ジョイントシンポジウム プライマリケア医とMSW



# 第8次医療計画における日本医療ソーシャルワーカー協会の取組の方向性

令和5年度第2回医療政策研修会  
第1回地域医療構想アドバイザー会議 資料 4  
令和5年9月15日

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



- ①退院支援
  - ＞退院がゴールではなく、その後の豊かな生活に向けた支援
- ②日常の療養支援
  - ＞地域の多職種が取り組める地域づくり、取り組み
- ③急変時の対応
  - ＞救急・後方支援の体制とその後の退院支援・療養支援
- ④看取り
  - ＞ACPの普及、多機関での看取り体制作り

# 外来診療におけるソーシャルワーク支援

## 外来診療における医療相談

- 外来診療の医療相談の多様化  
(制度利用、虐待、ネグレクト等)

### 2023年度当協会調査 (複数回答)

- － 制度の利用 (93.3%)
- － 経済的問題 (86.6%)
- － 在宅療養 (73.1%)
- 外来ソーシャルワークチームにて「救急医療」「認知症」「がん」「多職種連携」等をテーマに議論中

## 外来診療における ソーシャルワーク支援

- 住み慣れた自宅・施設で生活が続けられる療養支援
  - － 通院困難者への支援  
(例：行政等との協議)
  - － 自宅・施設内での生活に  
即した制度活用
  - － 町内会等との地域の  
つながりを活かした支援
- 再入院を防ぐ予防的な介入
  - － 退院後の生活とモニタリング
  - － ACPの繰り返し、共有



# 在宅医療のコーディネーターとは



コーディネーター

(coordinator) とは、ものごとを調整する役の人

在宅医療の場面

①生活の希望（ACP）、②体制の整備（往診/看取り、後方支援）

在宅医療のコーディネート

①ミクロ：個別ケア、②メゾ：地域連携、③マクロ：地域づくり

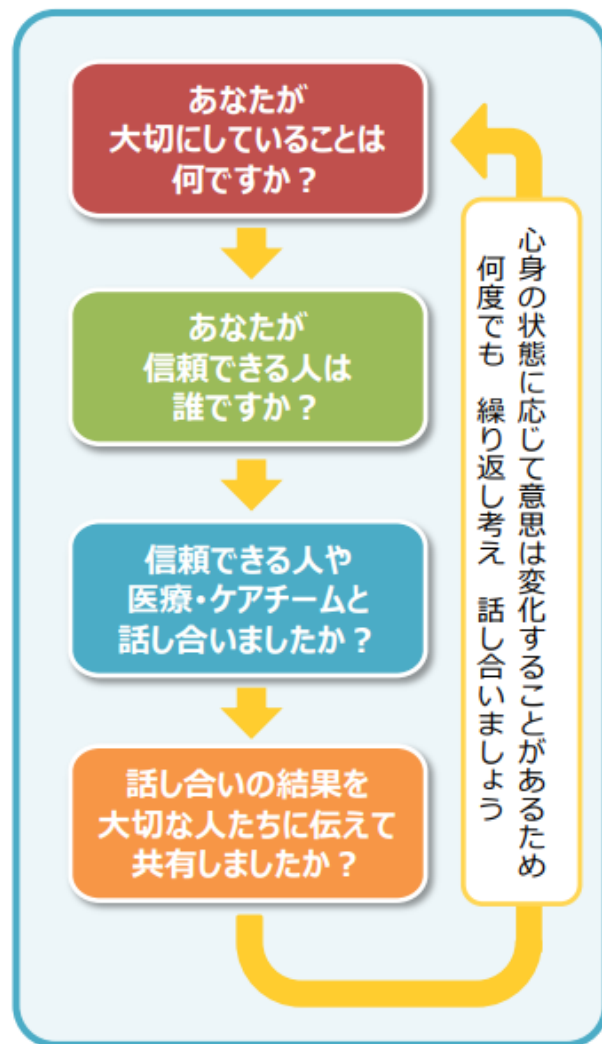
# アドバンス・ケア・プランニング（ACP）



もしものときのために  
「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～  
11月30日（いい看取り・看取られ）は人生会議の日

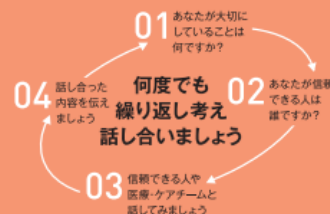
## 話し合いの進めかた（例）



あなたが望む生き方を。

## 人生会議 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

あなたが大事にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療・ケアを受けたいかを、自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと共有しておくことを、アドバンス・ケア・プランニング(ACP、愛称：人生会議)といいます。



変わっていくこともあるけれど、何度でも繰り返し、見直すことができるから。いま、あなたができることから始めてみませんか。

厚生労働省 人生会議



- ・ACP = 治療の希望ではなく、生活をしていく上での希望であり、幅広い希望について「繰り返し」話を聞いていく必要がある。
- ・（ご本人、ご家族等の同意のうえ）可能な範囲で医療・ケアチームと共有し、支援に役立てる必要がある。
- ・ご本人の判断能力の有無にかかわらず、ご本人中心にご本人の希望（推定意思も含む）であり、ご家族等の希望ではない。
- ・支援体制について、ご本人、ご家族等に説明をする必要がある。  
（往診/看取り、後方支援 etc） = 支援体制のコーディネート



# 啓発資料の活用① 「今から考えよう」

## 今から考えよう

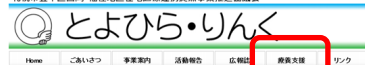
もしもの時の医療や生活について  
考え、話し合い、共有する「人生会議」



医師や看護師、医療ソーシャルワーカーなどと  
相談しながら書きましょう

とよひら・リンク

札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会



とよひら・リンク

札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会(通称とよひら・リンク)は、平成25年4月、札幌市豊平区西岡・福住地区において、地域の医師、歯科医師、看護師、薬剤師、社会福祉士などの多職種が連携し、在宅医療の一環として在宅医療の提供を目指すこととし、今後は在宅医療に関する医療従事者や市民などに対する啓発活動に力を入れています。

1. 多職種連携の推進に対する取組の抽出
2. 在宅医療推進事業の取組の抽出
3. 地域の医療従事者のための多職種連携
4. 在宅医療に関する医療従事者の教育・研修
5. 在宅医療に関する人材育成

とよひら・リンクホームページ  
<http://www.toyohiralink.jp/>

療養支援ページに掲載

## 人生会議をご存じですか？

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、  
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取り組みを  
「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」と呼びます。



興味のある方は医師、看護師、医療ソーシャルワーカーに気軽に声をかけください。

参考資料：厚生労働省「人生会議」してみませんか 暮らしの人生の最終段階における医療ケア  
<https://www.mhlw.go.jp/>

話し合いの  
進め方(例)



ACPサイクル

もしもの時を考えて、  
自分のイメージを言葉にしてみましょう。  
できるだけ具体的に書きましょう。

大切にしたいことは何ですか？

例

- 生活の希望(～したい、～は希望しない)
- 治療方法に関して自分で判断したい。
- あらゆる手段をとって最期まで病気を闘う。
- 積極的な治療は望まない。
- どんな状況になっても一日でも長く生きたい。
- 特定の日/行事/予定までは生きたい。 ※予後が読めるまで
- 生活の質(口から食べる、声を出す、家で過ごす、仕事を続けるなど)を  
落とさないことを第一に考えて治療したい。
- ある年齢まで生きたら、あとはできるだけ自然に任せ、  
医療処置は痛みやなど最小限のものにしたい。
- 余命の長さによって希望が変わるか?(日/週/月/年単位)  
※たとえば、年単位で余命が読めれば、つらくても治療するが、  
治療しても週単位でしか余命がのびないなら、その治療はしない。

これだけは嫌なこと

例

- 治療に関して自分で判断させてもらえない。
- 痛みのコントロールが不十分で、激しい痛みが続く。
- 具合が悪くなったときでも、入院はしたくない。
- がんの末期になったら自分の家で最期を迎えたいので、  
どんなことがあっても救急車は呼ばないでほしい。

# 啓発資料の活用② 「自分らしく生きるために」

## 自分らしく 生きるために

もしもの時に備えるノート

### リビング・ウィル

人生の最終段階における医療治療に関する要望書



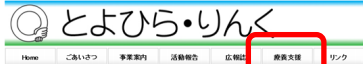
自分が望む(望まない)医療について  
希望を書いておくノートです

医師や看護士、家族・介護者・弁護士などと相談しながら書きましょう

札幌市中央区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会

とよひら・リンク

札幌市中央区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会



とよひら・リンク

札幌市中央区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会(通称とよひら・リンク)は、平成24年4月、札幌市中央区西岡・福住地区において、地域の医師、歯科医師、看護師、薬剤師、社会福祉士などの多職種が連携し、在宅医療の一環として在宅医療の推進を図ることを目的として設立されました。

1. 在宅医療の推進に関する調査・研究
2. 在宅医療の推進に関する調査・研究
3. 在宅医療の推進に関する調査・研究
4. 在宅医療の推進に関する調査・研究
5. 在宅医療の推進に関する調査・研究

とよひら・リンクホームページ  
<http://www.toyohiralink.jp/>

療養支援ページに掲載

もしもの時を考えて

がんなどの重い病気になった場合

重い病気でも治療が可能な場合の告知

☐ はい ☐ いいえ

家族に病名や治療などを伝えてほしい

☐ はい ☐ いいえ

その人は誰ですか?

治療が望めない(余命が限られている)場合の告知

☐ はい ☐ いいえ

※「はい」と回答した人

☐ はい ☐ いいえ

※それとなく病状が悪いことを伝えてほしい

☐ はい ☐ いいえ

家族に病名や治療などを伝えてほしい

☐ はい ☐ いいえ

その人は誰ですか?

場所について

☐ 医療や介護のサービスを利用しながら、最後まで自宅(現在の住みか)で過ごしたい  
☐ 自宅で医療や介護サービスを利用するよりも、病院に入院したい  
☐ 家族の( )の希望に任せる  
☐ その他

もしもの時を考えて

認知症になった場合

「告知」について

☐ はい ☐ いいえ

家族に、病名や今後起こりうる変化を伝えてほしい

☐ はい ☐ いいえ

家族に、病名や今後起こりうる変化を伝えてほしい

☐ はい ☐ いいえ

その人は誰ですか?

場所について

☐ 医療や介護のサービスを利用しながら、最後まで自宅(現在の住みか)で過ごしたい  
☐ 家族の介護だけで生活することが難しくなったら、介護施設に入りたい  
☐ 早い段階から介護施設に入りたい  
☐ 家族の( )の希望に任せる  
☐ その他

### ① 輸液とは

腕や足の静脈に針を刺して、点滴による水分補給をおこないます。脱水は防げますが、生命維持に必要で十分な栄養ではないので、低栄養が進行します。針を刺すときの痛みや、固定のために動きが制限されることがあります。重症な病態あるいは長期間となると血管確保が難しく継続が難しくなる場合があります。

※病状によりですが、日単位から週単位の延命になります。

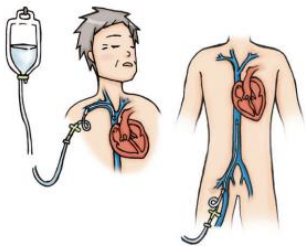


### ② 中心静脈栄養とは

高カロリーの高濃度の栄養液を留置カテーテル(中心静脈)を血管の奥まで入れて、濃度の高い点滴をします。胃を入れるために経口や経鼻を避けたり、感染を起こすなどの危険があります。

※病状によりですが、週単位から月単位の延命になります。

※介護施設での実施は困難です。



### ③ 経管栄養とは

経管経管栄養・胃ろうなどがあります。

#### 経管経管栄養

鼻から胃までチューブを入れて、流動食を流し込んで栄養補給をすることです。経管経管栄養は、鼻や口の辺りに経管経管栄養を流し込んで、胃に栄養液を送ります。また、栄養液に引けず、胃に栄養液を送ることもできます。胃に栄養液を送ることもできます。胃に栄養液を送ることもできます。胃に栄養液を送ることもできます。

経管経管栄養では、常に栄養補給ができます。しかし、経管経管栄養では、十分な栄養を注入しても、それを腸管に消化してエネルギーにしていける体力が消耗しているため消化不良となり、徐々に低栄養になります。また、栄養液が胃・食道から口の中に逆流して、誤嚥をし、肺炎を合併することがあります。腸下障害がある場合には、腸管も弱まってしまふため、腸管の根本的な解決にはなりません。

※介護施設では、実施が可能な施設もあれば、困難な施設もあります。



### ④ 昇圧剤の投与

死が近づくと心臓の動きが弱くなり血圧が低下します。昇圧剤は心臓に作用して血圧が上がることで期待できます。しかし重症な状態では多くの場合、効果は一時的なことが多いです。

※分単位から時間単位の延命になります。



# アドバンス・ケア・プランニング ≠ リビング・ウィル

## 生活支援



## アドバンス・ケア・プランニング (ACP)



## 人生の最終段階における希望事項 (リビングウィル)

私は、下記の医療行為について、受けるか否かについて以下のように希望します。

なお、この希望はいつでも撤回・中止し、または変更することができます。

撤回・変更は、同様の書面、あるいは時間的な猶予がない場合には口頭で行います。

- |   |              |                               |                                |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ① | 輸液           | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| ② | 中心静脈栄養       | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| ③ | 経管栄養 (胃瘻を含む) | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| ④ | 昇圧剤の投与       | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| ⑤ | 人工呼吸器        | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| ⑥ | 蘇生術          | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |

Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff. National End of Life Care Programme, Web site. Available at: [http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/pubs\\_Advance\\_Care\\_Planning\\_guide.pdf](http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/pubs_Advance_Care_Planning_guide.pdf). Accessed August 9, 2010

Education For Implementing End-of-Life Discussion

平成26年度厚生労働省人生の最終段階における医療体制整備事業  
人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会

E-FIELD 資料から

生活の希望

繰り返し確認

同意の上、共有

|                 |                                           |
|-----------------|-------------------------------------------|
| 本人の趣味・興味・関心領域等  |                                           |
| 本人の生活歴          |                                           |
| 入院前の本人の生活に対する意向 | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照 |
| 入院前の家族の生活に対する意向 | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照 |



|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                    | 記入日: 年 月 日<br>入館日: 年 月 日<br>情報提供日: 年 月 日                                                                                                                                                                                                           |
| <h2 style="margin: 0;">入院時情報提供書</h2>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 医療機関                                                                               | ← 居宅介護支援事業所                                                                                                                                                                                                                                        |
| 医療機関名:                                                                             | 事業所名:                                                                                                                                                                                                                                              |
| ご担当者名:                                                                             | ケアマネジャー氏名:                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                    | TEL: FAX:                                                                                                                                                                                                                                          |
| 利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。                              |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>1. 利用者(患者)基本情報について</b>                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 患者氏名 (フリガナ)<br>住所                                                                  | 年齢<br>才<br>性別<br>男 女<br>生年月日 明・大・昭 年 月 日 生<br>電話番号                                                                                                                                                                                                 |
| 住環境<br><small>※可能な限り、「写真」を添付</small>                                               | 住居の種類 ( 戸建て・集合住宅 )、 階建て、 居室 階、 エレベーター ( 有・無 )<br>特記事項 ( )                                                                                                                                                                                          |
| 入院時の要介護度<br>障害高齢者の<br>日常生活自立度<br>認知症高齢者の<br>日常生活自立度<br>介護保険の<br>自己負担割合<br>年金などの種類  | □要支援 ( ) □要介護 ( ) 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日<br>□申請中(申請日 / ) □区分変更(申請日 / ) □未申請<br>□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 □医師の判断<br>□自立 □I □IIa □IIb □IIa □IIb □IV □M □ケアマネジャーの判断<br>□ 割 □不明 □障害なし認定 □なし □あり ( 身体・精神・知的 )<br>□国民年金 □厚生年金 □障害年金 □生活保護 □その他( ) |
| <b>2. 家族構成／連絡先について</b>                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 世帯構成<br>主介護者氏名<br>キーパーソン                                                           | □独居 □高齢者世帯 □子と同居 □その他 ( )<br>* □日中独居<br>( 続柄 ・ 才 ) ( 同居・別居 ) TEL<br>( 続柄 ・ 才 ) 連絡先 TEL: TEL                                                                                                                                                        |
| <b>3. 本人／家族の意向について</b>                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 本人の趣味・興味・関心領域等<br>本人の生活歴<br>入院前の本人の生活に対する意向<br>入院前の家族の生活に対する意向                     | □ 前封の居宅サービス計画(1)参照<br>□ 前封の居宅サービス計画(1)参照                                                                                                                                                                                                           |
| <b>4. 入院前の介護サービスの利用状況について</b>                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 入院前の介護サービスの利用状況                                                                    | 同封の書類をご確認ください。<br>□居宅サービス計画書1.2.3表 □その他 ( )                                                                                                                                                                                                        |
| <b>5. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 在宅生活に必要な要件<br>退院後の世帯状況<br>世帯に対する配慮<br>退院後の主介護者<br>介護力*<br>家族や同居者等による虐待の疑い*<br>特記事項 | □独居 □高齢世帯 □子と同居 (家族構成員数 名) * □日中独居<br>□その他 ( )<br>□不要 □必要 ( )<br>□本シート2に同じ □左記以外 (氏名 続柄 ・ 年齢 )<br>□介護力が見込める ( □十分 ・ □一部 ) □介護力は見込めない □家族や支援者はいない<br>□なし □あり ( )<br>( )                                                                             |
| <b>6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加<br>「退院前カンファレンス」への参加<br>「退院前訪問指導」を実施する場合の同行                     | □希望あり<br>□希望あり ・ 具体的な要望 ( )<br>□希望あり                                                                                                                                                                                                               |

\* 診療報酬 退院支援加算1、2 退院困難な患者の要因に関連

## 在宅医療のコーディネートを進める際のポイント

コーディネーター

(coordinator) とは、ものごとを調整する役の人

課題の明確化

地域の連携課題を明確化して、同じ目線で行き組む→地域の一体感  
その後、次の課題へ進む→地域包括ケアシステムへの寄与

事業の継続性と公開

取り組みは継続的し、公開する



# 活動例（北海道札幌市豊平区）

- ・平成23年度に設立
- ・年4回の合同会議を継続
- ・NewsLetterを発行し、取り組みを公開
- ・看取り介護の取り組みからスタート
- ・施設介護職の約6割が看取り未経験
- ・看取り介護の充実→研修会
- ・施設体系が違えど課題は同じ



## News Letter を公開

とよひら・りんく

札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会（通称「とよひら・りんく」）は、平成23年6月、札幌市豊平区西岡・福住地区において、地域の医師、歯科医師、看護師、薬剤師、社会福祉士などの多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すとともに、今後の在宅医療に関する政策立案や均てん化などに資することを目的に設立されました。

1. 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
2. 在宅医療従事者の負担軽減の支援
3. 効率的な医療提供のための多職種連携
4. 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
5. 在宅医療に従事する人材育成

## 〔平成24年度〕

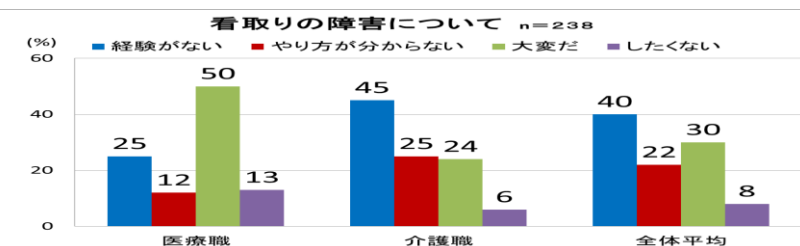
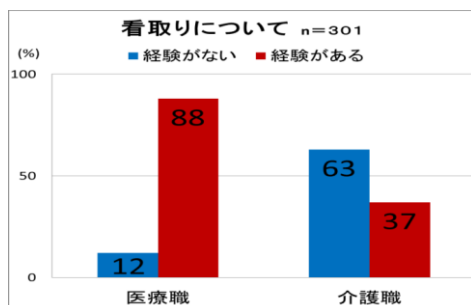


- |          |           |                       |
|----------|-----------|-----------------------|
| 24.7.23  | 第1回終末期研修会 | 研修会の意義とGW（課題抽出）       |
| 24.9.24  | 第2回終末期研修会 | 外部講師を招き先駆的事例の研修       |
| 24.12.17 | 第3回終末期研修会 | 医療機器（C Vポート、喀痰吸引等）の体験 |
| 25.1.28  | 第4回終末期研修会 | 症例発表会（実践の共有化）         |



## 〔平成25年度〕

- |          |           |                   |
|----------|-----------|-------------------|
| 25.6.24  | 第1回終末期研修会 | 症例発表会（実践の共有化）     |
| 25.9.30  | 第2回終末期研修会 | 認知症（実践報告、GW：課題抽出） |
| 25.12.16 | 第3回終末期研修会 | 消防局の講義（法令根拠等）     |
| 26.2.24  | 第4回終末期研修会 | GW（今年度の取り組み総括と今後） |





# 取り組みの評価と継続性

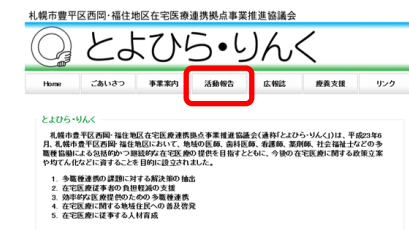
連携の基盤である **検討の場** の構築 年度4回開催している。

## 《参加施設等》

- ・ JCHO北海道病院、KKR札幌医療センター等の急性期医療機関、小坂病院等の慢性期施設等
- ・ 在宅療養支援診療所（医師、看護師）：機能強化型在宅療養支援病院（診療所）
- ・ 介護施設（施設長、看護師、相談員等）
- ・ 在宅事業所（居宅介護支援事業所、訪問看護事業所等）



News Letter を公開



とよひら・りんくホームページ  
<http://www.toyohiralink.jp/>

## コーディネーター（coordinator）とは、ものごとを調整する役の人 → 方向性を示す人

### ミクロ実践からの地域課題へ

- 看取り介護の課題

- 課題を共通認識
- 看取り介護の体制構築
- ACPの普及、推進
- ICTの導入
- 身元保証の課題



- 継続して取り組み、評価、取り組みを公開をする（PDCAサイクル）

- 地域課題を共通認識し、医療介護従事者（行政、法律家などの多職種も含め）地域住民の生活のために取り組む場の設定

### 目標と目的（手段）を分ける （地域住民の生活が軸）

- 目標・ゴール

住み慣れた自宅・施設で生活を続けられる療養支援

- そのための必要な手段を考える

- 研修会の開催
- ACPの普及 など

- 地域包括ケアシステム構築への寄与

## 多職種連携の実例①

- 80歳、男性、土木業を定年後、自宅アパートで1人暮らし
- スーパーで買い物後、レジを通らず帰ろうとしたところを店員に呼び止められ、「泥棒扱いするな。財布を忘れたんだ。」と激高→会話内容に疑問を感じたスーパー側が警察に通報し、地域包括支援センターの介入となった
- その数日後、地域包括支援センター職員訪問時、自宅にて体動困難→救急搬送（脳梗塞）にて入院
- 親・きょうだいも生存されておらず、入退院時、同市内在住の甥に連絡をするも、関りを拒否されていた
- ADLの低下も見られ、入院先主治医・医療ソーシャルワーカーを中心に退院支援を行った

- 地域での取り組みを進めた対応表を参考にカンファレンスでの情報共有やA～Dの状況を多職種で確認しながら対応を行った

|      |      | 家族などの身元保証人 |     |
|------|------|------------|-----|
|      |      | いる         | いない |
| 意思表示 | できる  | A          | B   |
|      | できない | C          | D   |

- 甥には申立人を依頼し、成年後見制度の活用を進めた

- 身寄りがいない人も在宅で多職種支援・ICT活用で生活を継続

- 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を参考に進めた（カンファレンス、記録）

「身元保証・身元引受等」の確認事項

| 状況（A～Dを選択）                       | A・B・C・D<br>( 年 月 日 ) | A・B・C・D<br>( 年 月 日 ) |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|
| 項 目                              | 対応者とその連絡先            | 対応者とその連絡先            |
| ①緊急の連絡先に関する事                     |                      |                      |
| ②入院計画書、介護保険制度の利用契約に関する事          |                      |                      |
| ③医療機関に入院・介護施設等に入所中に必要な物品の準備に関する事 |                      |                      |
| ④医療機関での入院費・介護施設等での入所費等に関する事      |                      |                      |
| ⑤退院・退所支援に関する事                    |                      |                      |
| ⑥治療や人生の最終段階における意思決定に関する事         |                      |                      |
| ⑦（死亡時の）遺体・遺品の引き取り・葬儀等に関する事       |                      |                      |
| ⑧その他（自宅、財産など）                    |                      |                      |

## 多職種連携の実際②

- 40歳・女性、夫と子ども2人の4人暮らし
- 子宮がんに対し抗がん剤治療を受けられていたが、効果も期待できなくなり、夫と相談の結果、ホスピスではなく在宅療養を希望され、在宅医療を開始
- 子ども2人は母の病状について詳しく知らされていない。
- 今後起こりうる疼痛の悪化、食欲不振、ADL低下、そして食事・排泄・入浴等の生活全般について、話し合いを行った
- 訪問診療の場面ではホスピスの情報提供も行い、状況変化にも対応をすることもお伝えした
- 母親（本人）としての過ごし方、子供たちへの告知、残された時間の使い方などを共有した（疾患のほか、心のケア、生活環境、グリーフケア等）



- 在宅療養開始から数週間、ADLの低下と食欲不振が進んでいることなどが共有され、本人と家族の時間を大切にしつつ、少しでもできること（外出や小旅行などの楽しみも）を増やしていくことを確認した
- 在宅療養を半年過ごされ、ご自宅で最期を迎えられた。小旅行にいかれたり、家族間での今後のことなども話し合えた様子であった
- お子さんの中学校の担任の先生より、同じような境遇の子どもたちもいるとの相談を受け、医師・看護師・医療ソーシャルワーカーと中学校教員や生徒向けに人生会議やグリーフケアの講話を開始することになり、現在も続いている

# 在宅医療のコーディネート



## 地域づくり

今よりさらに暮らしやすい、最期まで安心して暮らしていける地域を創り上げる  
ために、地域住民の様々な活動を支援していく。



## 地域連携

ご本人を中心にすえたケアの構築を行うために、地域の社会資源の活用や新規・代替資源の開拓を行う。  
また連携を進めるうえで必要な知識習得のための研修会の開催や連携課題に対する解決策の検討を行う。



### 【活動例】

- ・地域住民向けの講話（在宅医療、ACP など）
- ・相談会の開催（各団体と協働で開催）

※地域住民の主体的な取り組みの支援

## 個別ケア

ご本人を中心にすえたケアの構築を行う。  
ご本人が何を大切に、今後どのように生活をしていくのかを意思決定をしていく。人生の最終段階ではご本人・ご家族等の揺れ動く気持ちに寄り添い、共に悩み考える立場。



### 【活動例】

- ・定期的な会議の開催  
→地域連携の課題の抽出
- ・課題の解決に資する研修会

※目的はご本人を中心にすえたケアの構築、地域づくり

※連携は手段であり、目的ではない