

令和2年度 安城市在宅医療・介護 連携推進事業実施報告

一般社団法人 安城市医師会
安城市在宅医療サポートセンター
森 紀子

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）【資料1】

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料

令和2年7月31日

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

③(ア)(イ)に基づいた取組の実施

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

事業全体の目的を明確化しつつ、PDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

地域のめざす理想像

- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

①現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

②対応策の実施

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

+

<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

- 地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

③対応策の評価・改善

都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

※あくまでも8つの事業項目の再編イメージであることに留意。実際の運用や語りイメージは、次のスライドを参照。なお、「(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」には、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があったため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



1.めざすべき姿

◆安城市看取り体制のめざす姿

- 「本人が望む場所で、自分らしく最期まで今を生きる」

2.現状分析・課題抽出・施策立案

(1) 事例検討

(2) アンケート調査

2.現状分析・課題抽出・ 施策立案

(1) 事例検討

(2) アンケート調査

2. (1) 事例検討

- 実際の看取り事例（在宅2事例、施設2事例）について、各部会より事例からみえる課題等の意見を抽出
- 各部会からの意見を分析するため「看取り検討部会」を発足
- 2回のグループワークを中心とした会議において、4つの課題と具体的目標、目指す姿の達成に必要な要素を抽出し、目的達成のための手段や方法についてまとめた

安城市看取り体制支援プラン（案）

安城市の看取り体制 めざす姿
「本人が望む場所で、自分らしく最期まで今を生きる」

本事例から
見える課題

1	プロセスとして本人への意思表示支援 ^{※1} ができていない	2	本人と家族及び親族間で意向が一致していない	3	専門職が連携して行う家族への説明や意思決定支援が不足している	4	多職種での意思実現支援 ^{※2} と支援体制の整備が不足している
---	---	---	-----------------------	---	--------------------------------	---	---



めざす姿に向けた
具体的目標

1	早期から定期的（病状、体調、環境などの変化時）に本人の価値観を把握する	2	本人の思いを定期的に家族・親族と情報共有し、家族も意思決定の当事者として支援する	3	専門職同士での情報共有（本人の価値観や目標等）と連携ができ、本人の意向に沿える支援チームを構築する	4	多職種で協働して支援し、看取りに関する専門職のスキルアップを含めた医療・介護体制を整備する
---	-------------------------------------	---	--	---	---	---	---



めざす姿の達成に
必要な要素

1	関わる全ての人によって、本人の意思表示可能な早期から思いや価値観が確認されている。	2	早期から本人を含めて家族間（親族を含む）の思いや意向・死生観の情報共有と意思疎通を密にした意見の調整がされている。	3	支援チームとして病院・在宅を含めた情報共有と多職種連携がスムーズに図れた上で、家族への説明や支援がされている。	4	本人・家族の意向を多職種が共有し、望む生活が実現されている。本人の意向を尊重した看取りを実施するための医療・介護の支援体制が整備されている。
---	---	---	---	---	---	---	--



＜安城市全体で取り組む内容＞ ＊太枠で囲った部分はACP作業部会が取り組む予定の内容。

目標達成のための 手段・方法	①ACP等のマニュアル作成 ②価値観を情報共有するシートやノート作成 <ul style="list-style-type: none"> ICTを活用したもの。 「バーソンセンタードケア」のような用紙。 一般的にいうエンディングノート。 「わたしノート」の配布・啓発。 	①価値観を情報共有するシートやノート作成 <ul style="list-style-type: none"> 本人の思いや意向を記入するシートの作成。 情報を統合するためのツール 書面に本人の思いを残して貰い、それを配る。 サルビー見守りネットに家族が入れるシステムづくり。 臨終期に会いたい人をリストアップし、意見統一する人を把握する。 	①専門職による情報共有 <ul style="list-style-type: none"> 情報共有ツール（ICT）。 情報提供様式。 担当者会議でサルビー見守りネットを活用。 サルビー見守りネットで情報共有。 サルビー見守りネットの活用促進。 	①多職種連携のための情報共有 <ul style="list-style-type: none"> 情報を統合すること。 意思を実現するために情報共有ツール。
	③領域を跨いだ情報共有 <ul style="list-style-type: none"> 定期的に意向を確認する。 ④本人の意思を発信 <ul style="list-style-type: none"> リビングウィルなど書面で意思を明示する。 意思表示をしてもらう機会をつくる。 定期的に本人の思いをさく。 ⑤価値観に基づくケアを学ぶ <ul style="list-style-type: none"> 本人にとっての価値に気づく。感受性の育成。 ⑥市民への啓発 <ul style="list-style-type: none"> 市民フォーラム等で情報発信。 支援者への勉強会。 作成したツールの配布・啓発。 地域住民が人生会議を実践する。 	②家族・親族間での共有 <ul style="list-style-type: none"> 本人の意思、死生観の共有。 定期的に本人の思いを家族や親族に伝える。 親族が集まる機会にリビングウィルの見直し。 家族や親族が集まる時に情報共有と統一。 臨終期に会わせたい人をリストアップする。 ③市民への啓発 <ul style="list-style-type: none"> 看取りとは何かという家族への講演会。 	②多職種連携 <ul style="list-style-type: none"> 本人と家族で調整された意見に対して、関係部署が対応できるように調整。 医師との連携がしやすくなる。 サルビー見守りネット等での連携で家族や本人の不安が変化していく過程を見逃さない。 かかりつけ医をもち、医療関係を整備。 医療者と家族が十分に話し合う機会を持つ。 ③研修会の開催 <ul style="list-style-type: none"> 病院、在宅それぞれの環境・役割を理解し、お互いの弱み強みを理解できるような研修会。 ④地域住民との連携 <ul style="list-style-type: none"> 町内会、民生委員など社会的な繋がりをづくり、価値観を伝えておく。 	②看取りに関するスキルアップ、専門性の向上 <ul style="list-style-type: none"> ACPの勉強会。 ACPや看取り支援の一連の流れを理解する。 看取りについての研修会。 看取りに対する介護従事員研修（一般従事員向け、リーダー管理職向け） 専門職（特に介護職）に対する（ACP等専門的な）研修会の実施。 多職種でお互いの職種を知る機会（研修会や交流会）を作る。 コミュニケーション力の向上。 ③専門職を含む地域への啓発



＜各部会で取り組む内容＞

実施する 具体的な方法				
----------------	--	--	--	--



評価指標				
------	--	--	--	--

※1 意思表示支援：本人が意思を表明することの支援をいう。意思決定支援者の本人への態度や周囲の環境が、本人の意思決定の障害になっていないか、意思決定にあたって十分な時間があるかどうかを確認するなどの支援を行う。

※2 意思実現支援：本人が意思を実現するための支援をいう。自発的に形成され、表明された本人の意思を、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、日常生活・社会生活のあり方に反映させるなどの支援を行う。

2. (2) アンケート調査

- ◆ 2020（令和2）年6月～7月に、各専門職部会を対象にした看取りと多職種連携に関するアンケート調査を実施
- 看取りに関する調査結果では、専門職がアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の理解が不十分なまま意思決定に関する話し合いを行っている現状などが示唆された
- 多職種連携に関する調査結果では、想定よりも顔の見える関係が出来ていないこと等が明らかになった
- 結果を2020年11月の地域ケア推進会議にて報告

調査結果からの主な課題

- 専門職による**ACP**の理解不足
- 顔の見える関係が充分ではない
- 入退院時の情報提供が適宜、適切に行えていない
- 退院時の連携で問題点の共有など、在宅側のフィードバック不足もあり、病院側と在宅側で認識の相違がある

3. 対応策の実施

(1) 相談支援

(2) 普及啓発

(3) 情報共有の支援

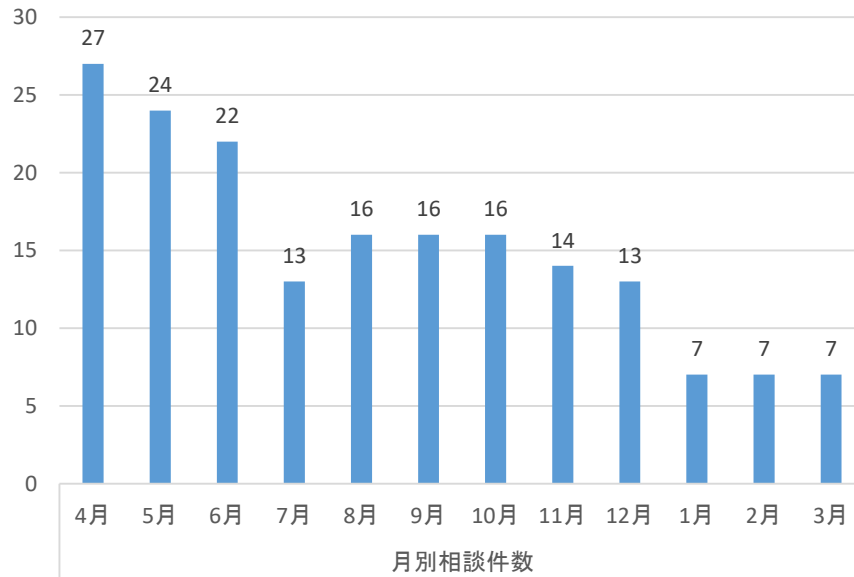
(4) 研修

3. (1) 相談支援

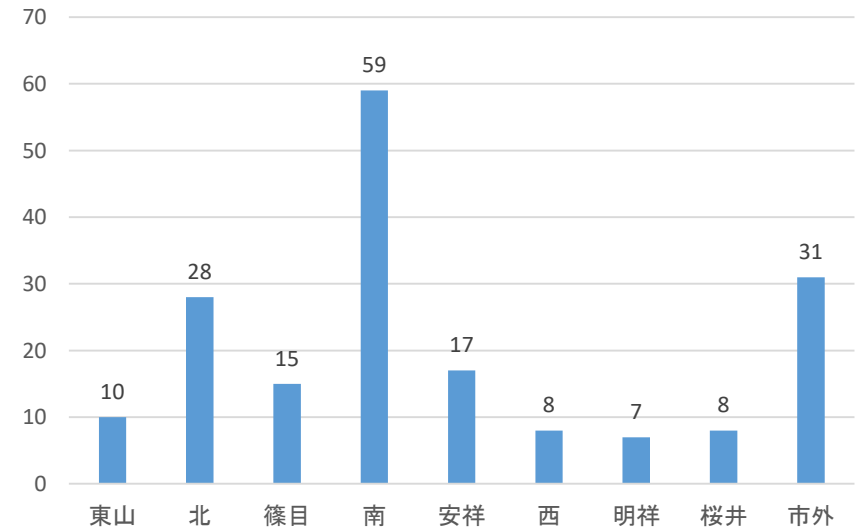
- ・ 平均相談件数 15.1件/月
- ・ 地区別では、安城南地区が一番多かった

n=183

2020年度 月別相談件数

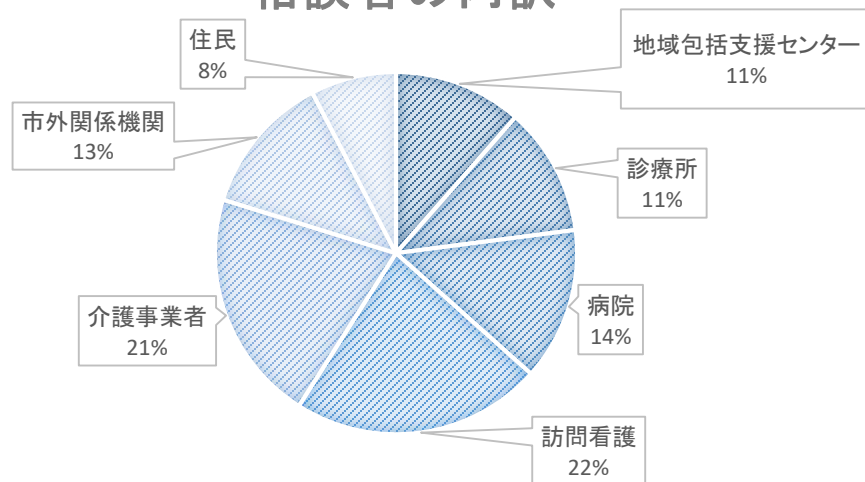


2020年度 地区別相談件数

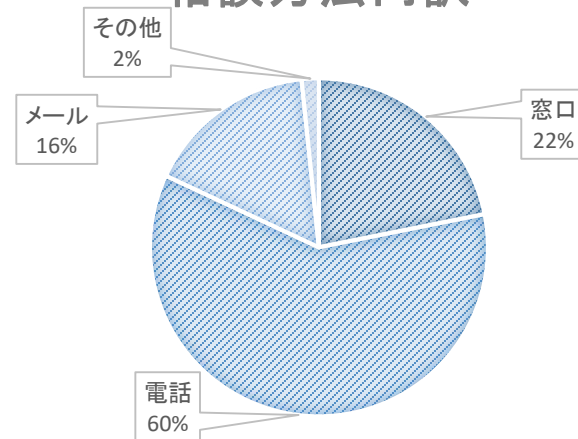


相談者の内訳

相談者の内訳

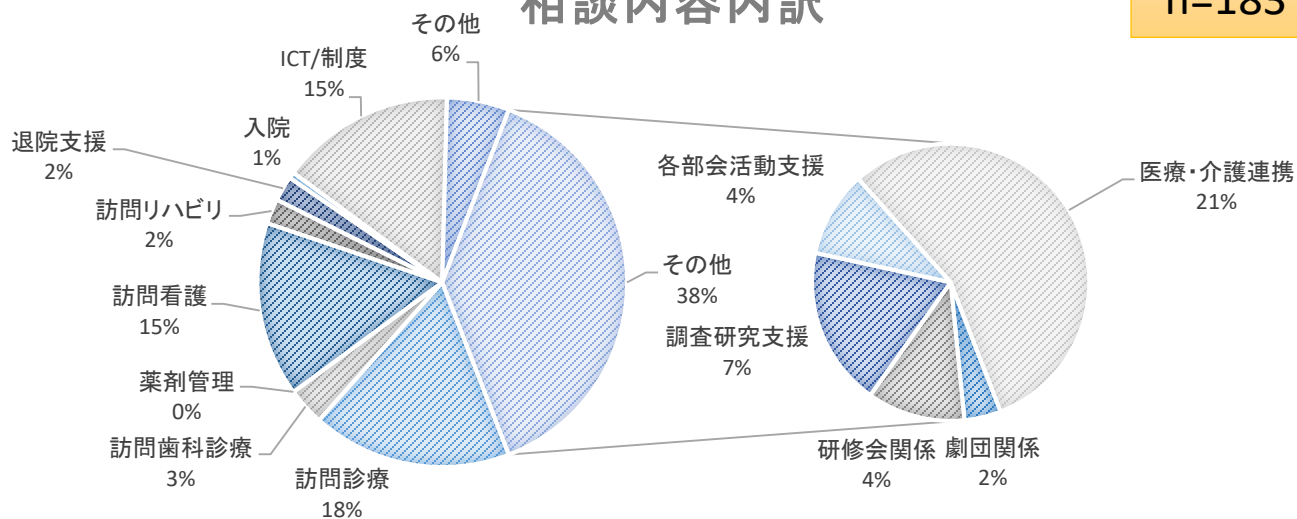


相談方法内訳



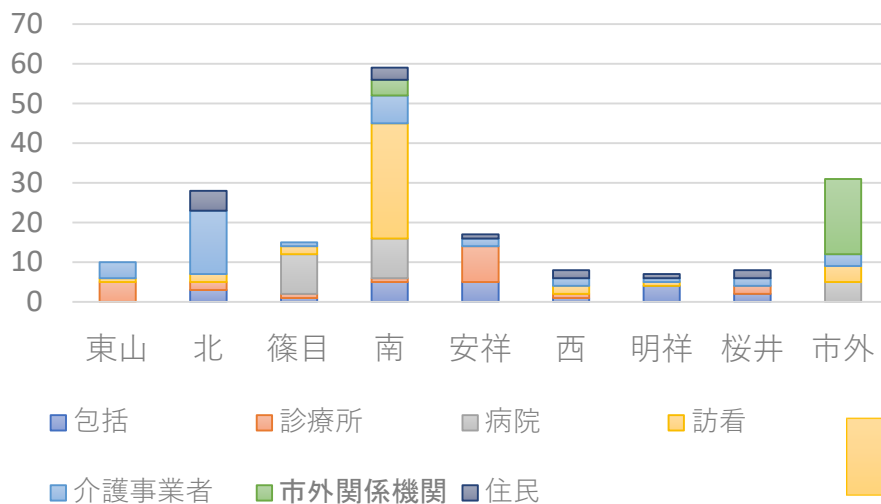
相談内容内訳

n=183

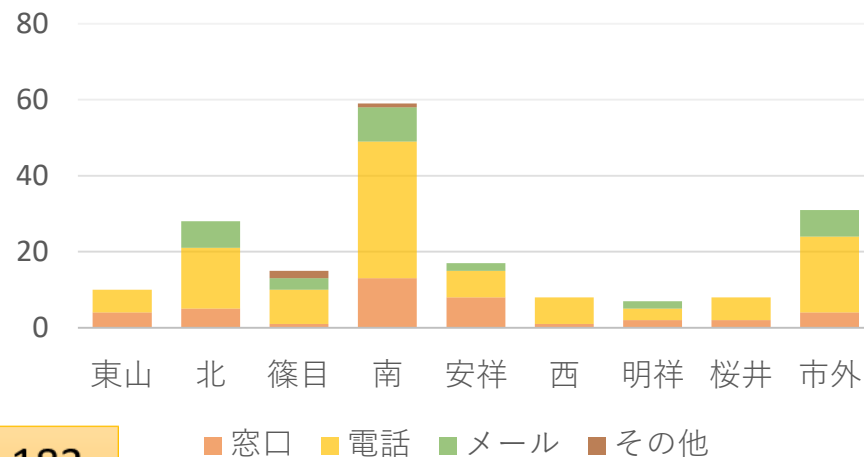


地区別の相談内訳

地区別・相談者件数

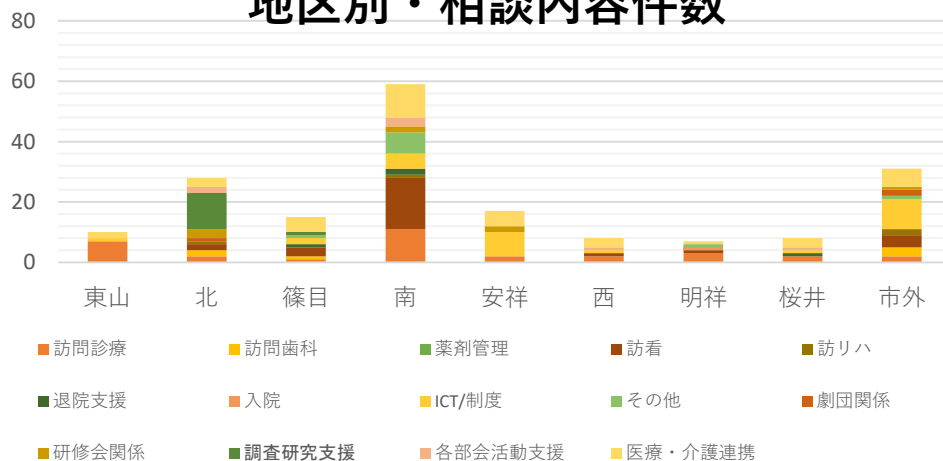


地区別・相談方法件数



n=183

地区別・相談内容件数



- ・ 相談内容の内訳は訪問診療に関連する内容が増加傾向にある（4%増加）中でも東山地区と南地区が多い傾向
- ・ 市外からの相談は昨年とほぼ同じ

3. (2) 普及啓発

- コロナ禍により、計画していた地域住民向けの講演会等は全て中止
- 小学生向け認知症サポーター養成講座のために、劇団サルビー見守り隊が良い対応・悪い対応の動画を作成

ACP作業部会

- ACPの推進と普及啓発を図っていく事を目的に
ACPに理解の深い専門職をメンバーとして発足
- 高齢福祉課と在宅医療サポートセンターが事務局を務める
- 専門職の理解を深めるため、ACPのマニュアル等の作成や、価値観を情報共有するシートやノート等のツール作成を目指す

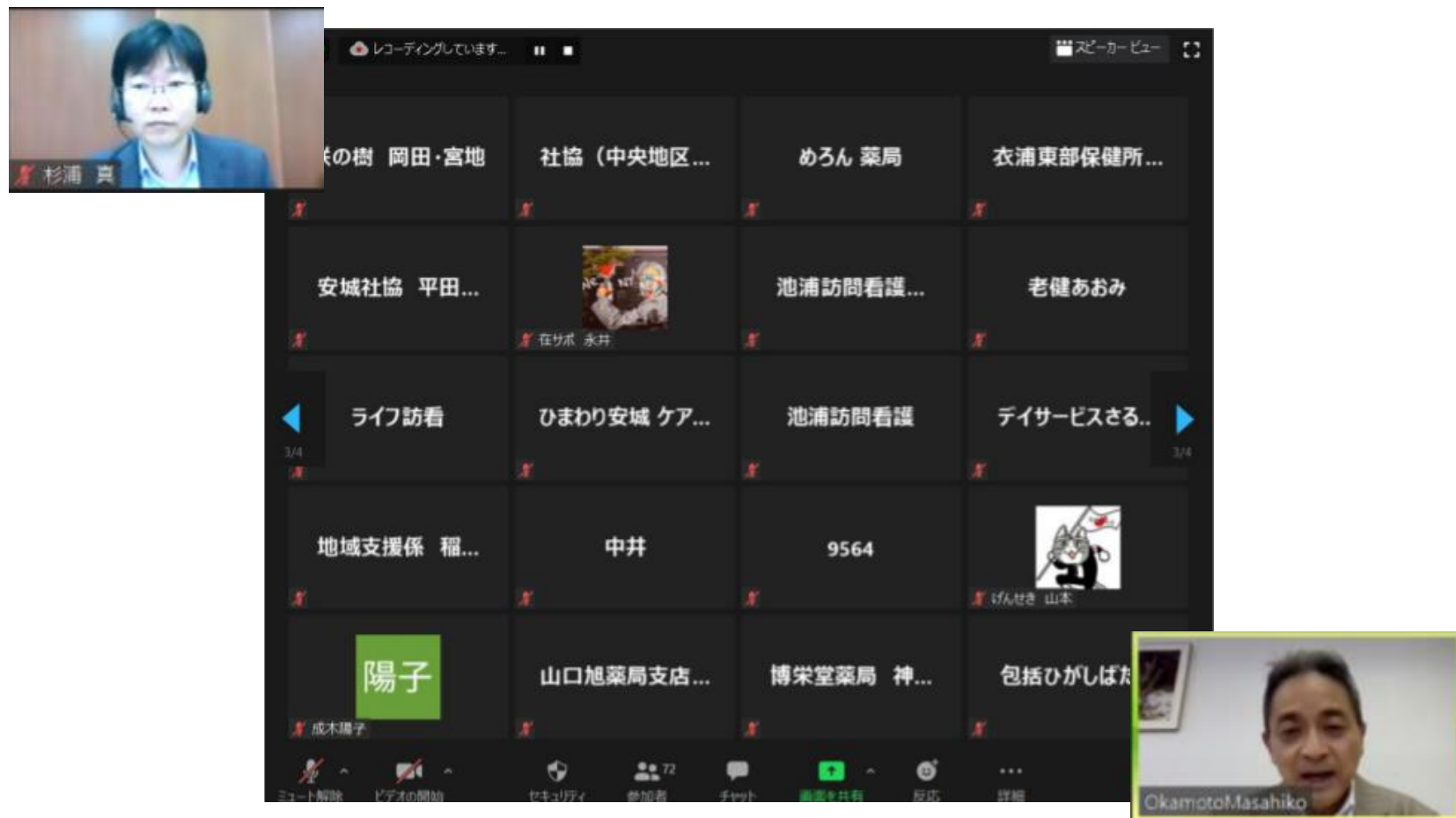
3. (3) 情報共有の支援

- コロナ禍によりICT活用の重要性が高まる
- 研修会の開催等を通じ、サルビー見守りネットだけでなく、ビデオ通話アプリZoomの活用も推進
- 訪問看護ネットワークのリモート会議の開催を支援

3. (4) 研修


日時	テーマ	方法	内容
2020年7月22日 7月31日	オンライン研修会 (Zoom使用)	集合型研修	Zoomの導入研修 を同じ内容で2回 実施。
2020年12月12日	ICT活用研修会 ～COVID19時代の 多職種連携～	オンライン (Zoom使用)	ICTを活用したACP と、ICTを活用し たオンライン調整 会議について。
2021年1月26日 2月 3日	その人を取りまく 多職種で考える (認知症高齢者の想 い・支援について)	オンライン (Zoom使用)	事前研修 (Zoom 操作) と、講義・ グループワーク。
2021年3月17日	新型コロナウイルス 感染症時代の 在宅医療・介護	オンライン (Zoom使用)	『安心塾』を多職 種の範囲に拡大し、 オンラインでの開 催。

Zoomでのオンライン研修の様子



今年度の取組み

- 安城市看取り体制支援プランの実践

 **ACP作業部会で専門職向けの手引書等を完成
関係者、市民に周知啓発**

- 入退院時の連携で問題共有など病院側と在宅側
で認識の相違がある

 **入退院時情報共有方法の検討会を立ち上げ連
携推進**