

入退院時情報共有・連携ルール 作業部会について

令和4年4月21日

安城市福祉部高齢福祉課 地域支援係
在宅医療サポートセンター 森 紀子

内容

1. 安城市の目指す姿
2. 令和2年度アンケート結果(抜粋)
3. 作業部会目的・目標・内容について
4. 今後のスケジュール

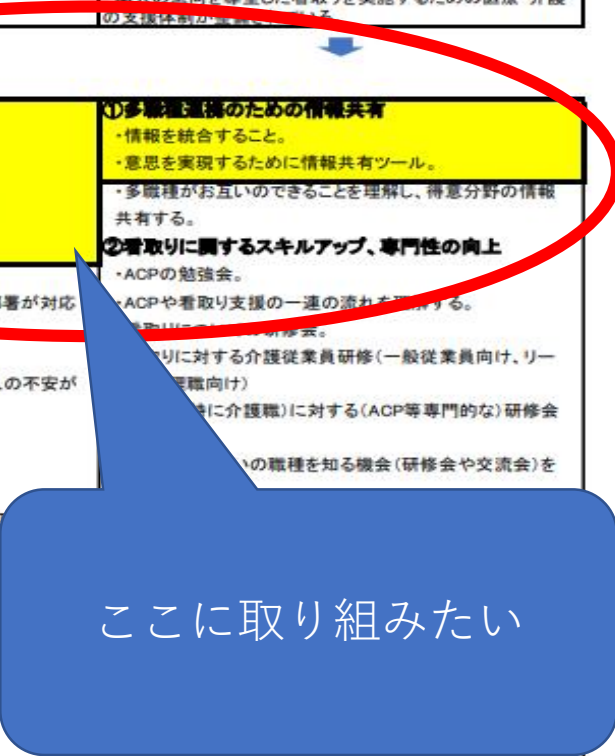
安城市看取り体制支援プラン

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 ^{※2} 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 ・ICTを活用したもの。 ・「パ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 ・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 ・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 ・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。 ・多職種がお互いのできることを理解し、得意分野の情報共有する。
	③臨床を跨いだ情報共有 ・定期的に意向を確認する。 ④本人の意思を発信 ・リビングウィルなど書面で意思を明示する。 ・意思表示をもらう機会をつくる。 ・定期的に本人の思いをさぐく。 ⑤価値観に基づくケアを学ぶ ・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 ・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 ・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 ・看取りとは何かという家族への講演会。	②多職種連携 ・本人と家族で出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。	②看取りに関するスキルアップ、専門性の向上 ・ACPの勉強会。 ・ACPや看取り支援の一連の流れを理解する。 ・看取りに対する介護従事員研修(一般従業員向け、リハビリ職向け、介護職)に対する(ACP等専門的な)研修会 ・看取りの職種を知る機会(研修会や交流会)を



<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. 令和2年度アンケート結果

令和2年度安城市における看取り・多職種連携に関するアンケート結果(資料4 参照)

1 目的

安城市において切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するために、医療・介護の専門職等における看取りおよび多職種連携の現状を評価し、現在の課題を明らかにすることを目的とする

2 対象者

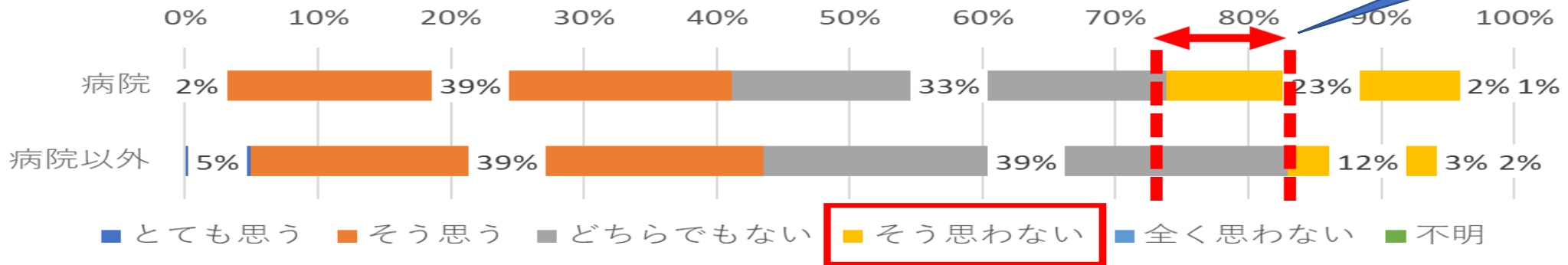
安城市内の医療機関・介護保険関係事業所等に勤務する医療・介護従事者

3 結果（抜粋）

入退院時の支援に関する内容

(4) 入退院時の支援について

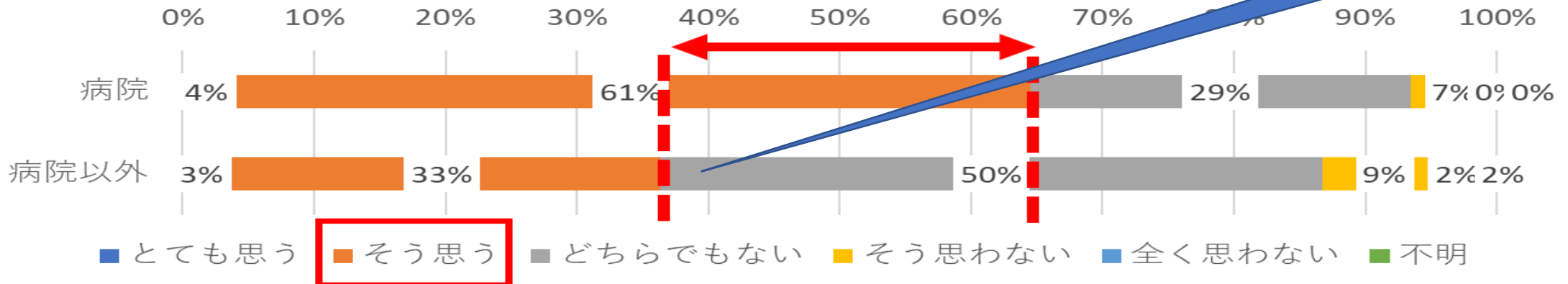
入院時に、病院に対して情報提供するなど適切な連携がとれている



病院側が
11%多い

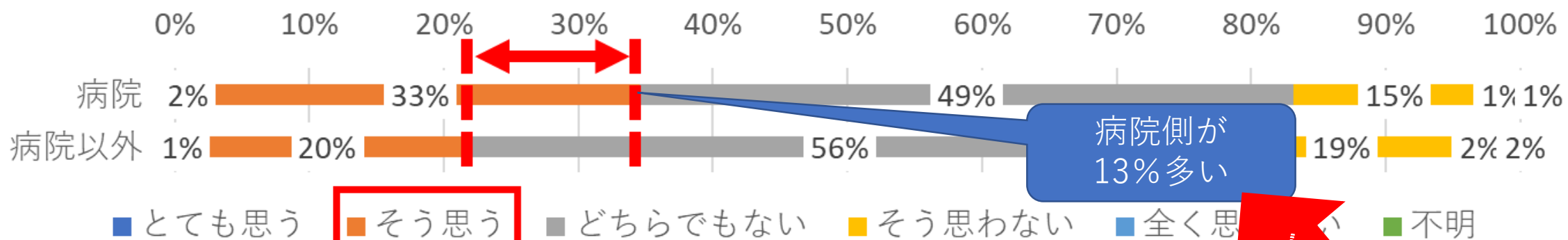
ズレがある

退院時に、病院から在宅側の事業所職員へ適切な情報提供が行われている

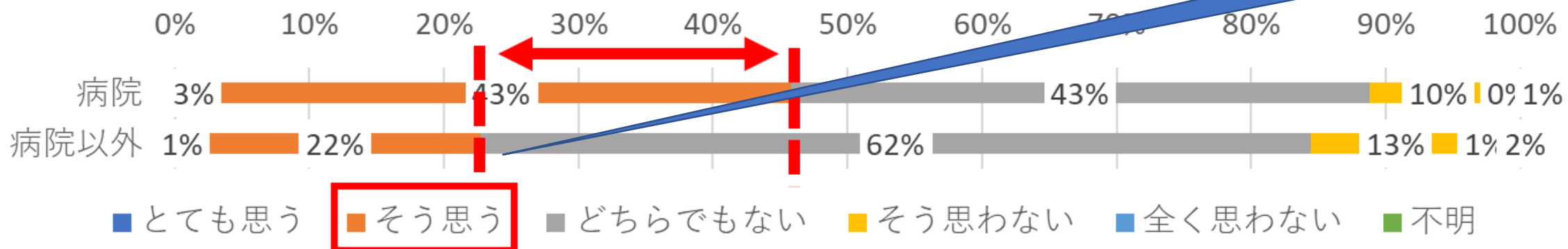


病院以外が
28%少ない

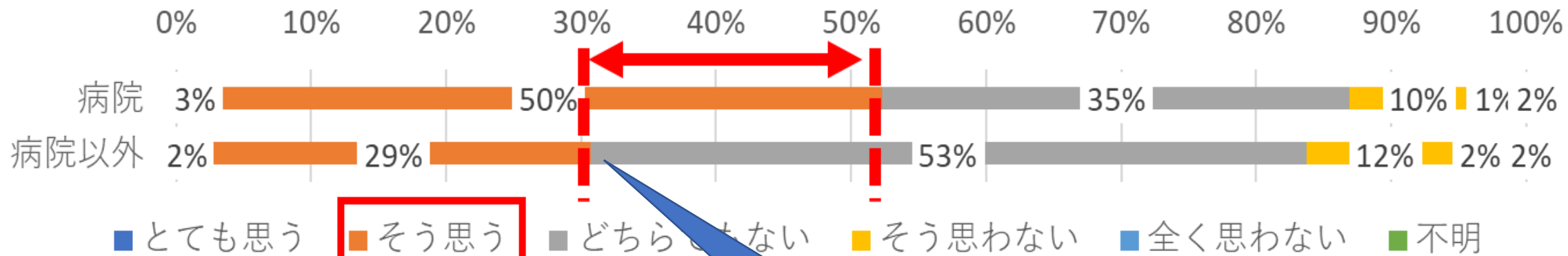
退院時に患者（利用者）は、病状についての説明を十分理解している



退院時に患者（利用者）の家族は、病状についての説明を十分理解している



退院時に、病院側と在宅側で問題点の共有が行われている



病院以外が
21%少ない

3. 課題・目的・目標

問題点と課題

問題点

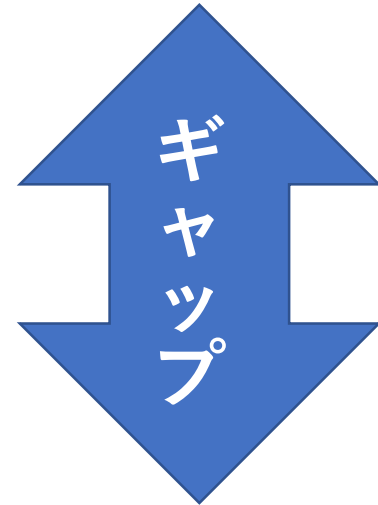
- 病院と在宅では、入退院時の連携について認識の相違がある

課題

- 情報提供の有無や内容の格差
- 適時適切な情報共有及び活用不足
- 退院後の状況について病院側へのフィードバック不足
- 退院前カンファレンスの方法・内容等の検討

目指す姿

本人が望む場所で、最後まで今を生きる



現状

入退院時に本人の思い・希望が繋がっていない

入退院時情報共有・連携ルール作業部会で取り組む事(案)

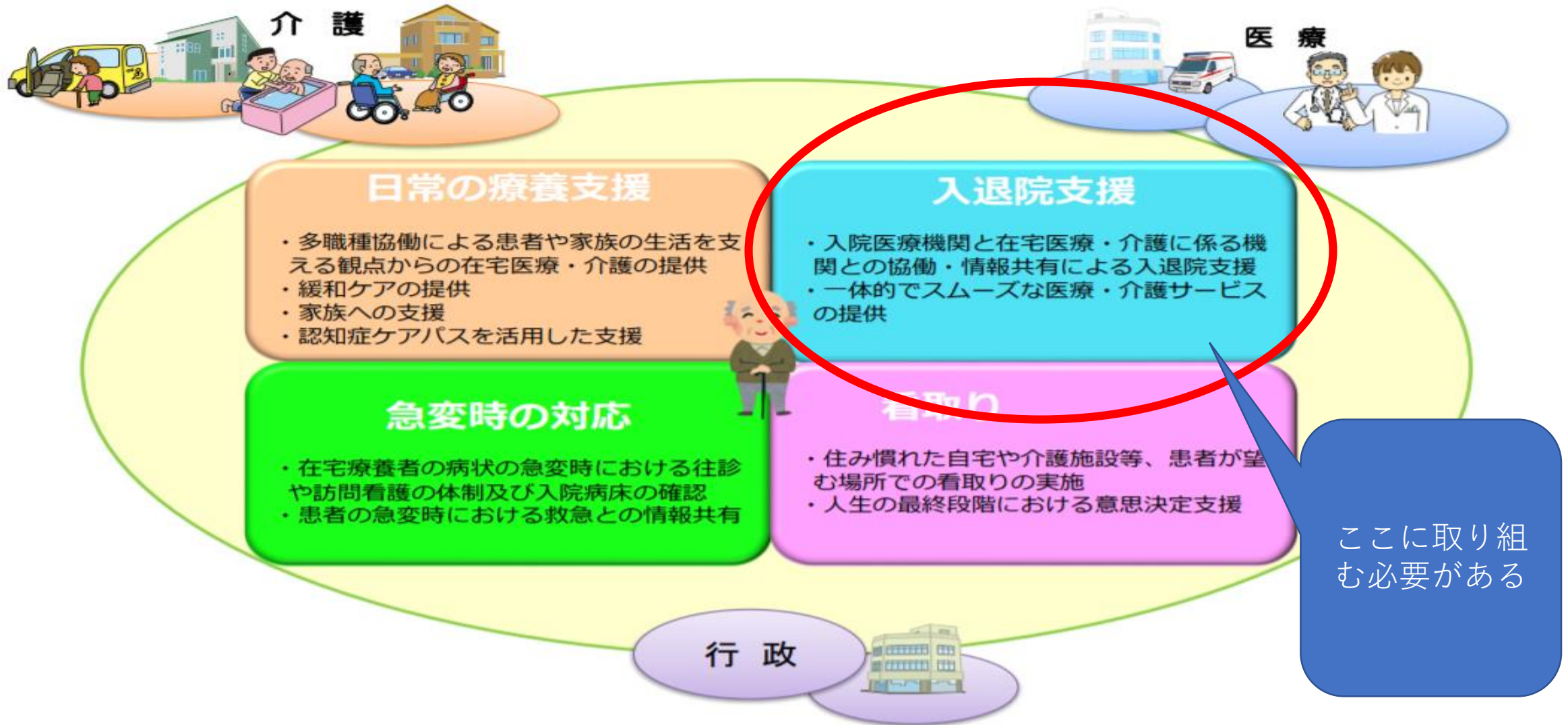
- 情報提供の方法・内容についての検討（現在の情報提供含む）
- 情報提供時のエチケットについて検討
- 退院前カンファレンス実施方法・内容について検討



安城市における
入退院時情報共有・連携ルールの手引き(仮) 作成

図 9 在宅医療と介護連携イメージ

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）



他地域の取り組み(例)

- 高山市版 入退院支援マニュアル
- 京都府 (中丹東圏域版) 入退院連携マニュアル
- 西宮市 西宮市・芦屋市の「退院調整ルール」の手引き
- 福島県 福島県県北医療圏「退院調整ルール」の手引き
- 長野市 入退院時における連携・情報収集の手引き
- 出雲市 出雲市入退院連携ガイドライン
- 南埼玉郡 退院前カンファレンスエチケット集
- 横須賀市 在宅療養多職種連携のためのよこすかエチケット集
- 刈谷市 医療・介護多職種連携マニュアル
- 豊田市 入退院支援ガイドブック

等

4. 今後のスケジュール

- 令和5年度より運用開始(予定)
- 毎月1回会議開催(別紙参照)
- 会場 社会福祉会館 3階 会議室にて
- サルビー見守りネットプロジェクトを作成し情報共有

4. 意見交換

- 入院時・退院前・退院時・退院後に問題だと感じていることを意見交換。
- メモ用紙に内容を記載してください。