

# 令和3年度 安城市在宅医療・介護 連携推進事業実施報告

安城市在宅医療サポートセンター  
森 紀子

# 「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

## 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、多職種連携の実践を習得
- 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退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

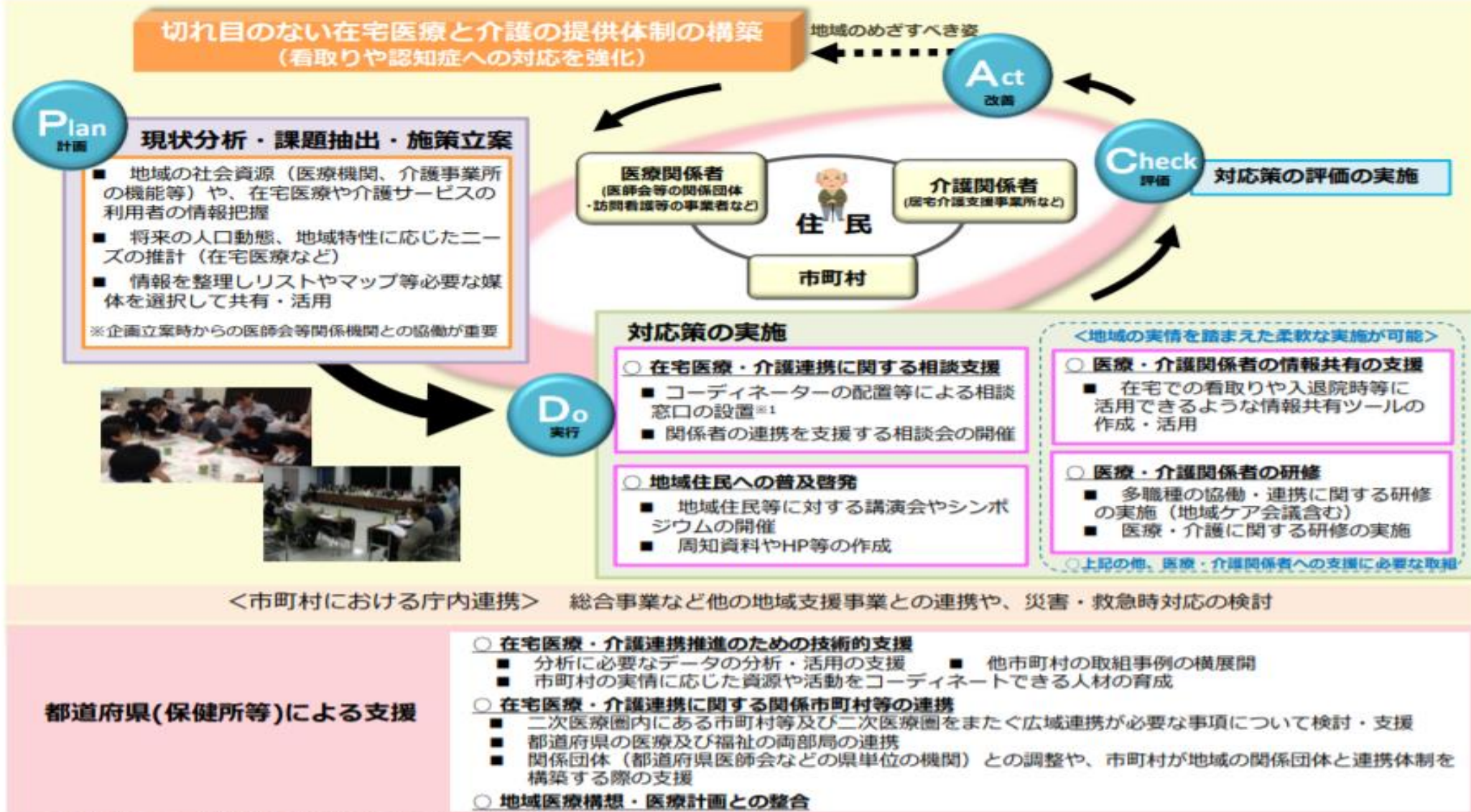
### 都道府県主体の役割へ変更

（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



# 地域包括ケアシステムの実現に向けた第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方



※1：市町村圏域での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応を検討

# 令和 3 年度の取り組み

1. 看取り体制支援プランの実践
2. 専門職のためのACPマニュアル・市民向け「わたしノート」の作成
3. 新型コロナ感染症自宅療養者に対する医療提供体制検討会
4. 相談件数・内容報告

# 看取り体制支援プラン

安城市の目指す姿(本人が望む場所で、自分らしく最後まで今を生きる)

## これまでの実施内容

- 事例報告等による現状調査
- 安城市目指す姿の決定
- 看取り検討部会開催
- 令和3年度部会検討テーマに「看取り」を取り入れ、研修会開催
- ACP作業部会開催
- 専門職向けのACPマニュアル・市民向け「わたしノート」作成
- 専門職向け研修会開催

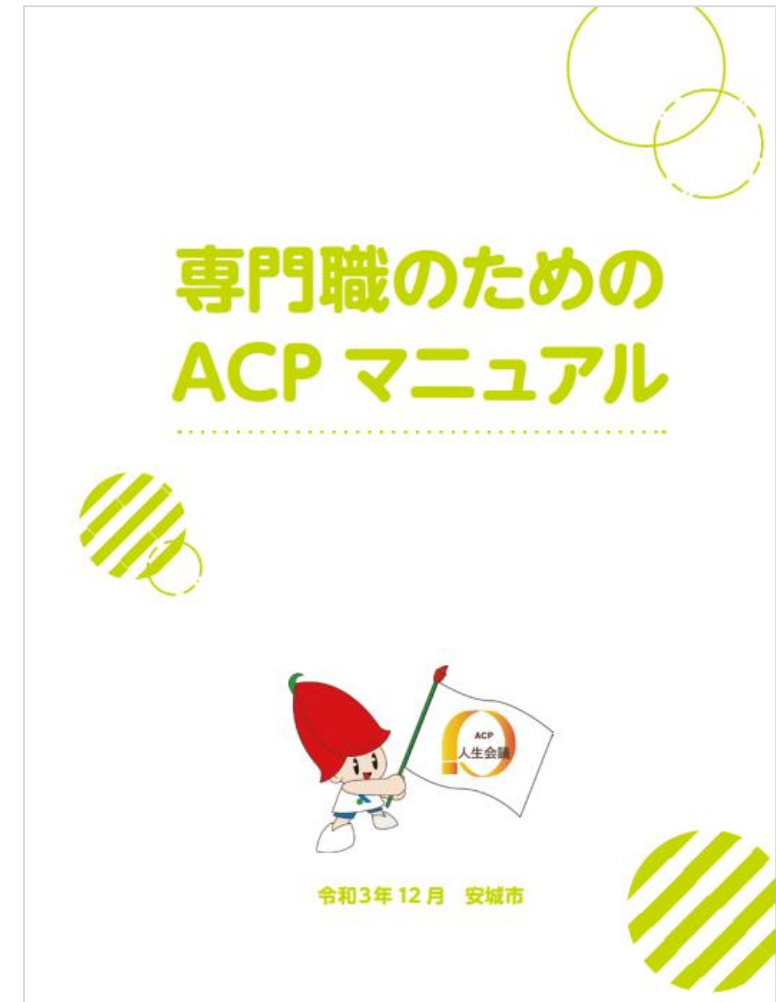


# 1. 各部会研修会について（看取り関連抜粋）

- エンドオブライフ・ケア研修会 7/17（医師会部会）
- 最期まで添い遂げたい、認知症の食支援 8/9（GH部会）
- 人生の最終段階における意思決定支援について 12/3  
（地域包括ケア研修会：訪問看護ネットワーク部会・安城市）
- 住民にACPを啓発していくためには「ACPってなに」 2/4  
（保健福祉部会）
- ACPマニュアル研修会 2/16（ACP作業部会）
- 最期までその人らしい暮らしを支える  
終末期リハビリテーションの重要性 2/24（リハネット部会）

## 2. 専門職のためのACPマニュアル作成

- 令和2年11月よりACP作業部会開始  
(全16回開催)
- 専門職のためのACPマニュアル完成  
(令和4年1月17日)
- ACPマニュアル研修会開催  
(令和4年2月16日Zoom開催)





### 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」

本人が自分の思いを伝えられなくなっても、生活する場所や関わる人が変わっても、その人の意思が尊重され、実現できるよう支えましょう。

### 安城市ACPの理念

- 私たちは市民がその人らしく生きることを活動の原点とします。
- 私たちはその人の価値観を大切にします。
- 私たちは専門職としての矜持<sup>きやうじ</sup>を持ち、共に考え、共に悩み、共に実践します。
- 私たちはその人の気持ちの揺れに寄り添い、何度でも話し合います。

## 目次

1章 : ACPって何? . . . . . 1～2

2章 : 実践に向けて

- ① 意思形成支援 . . . . . 3～4
- ② 意思表示支援 . . . . . 5～6
- ③ 意思決定支援 . . . . . 7～10
- ④ 意思実現支援 . . . . . 11～12
- ⑤ 多職種連携のポイント . . . . . 13～14
- ⑥ 疾患別の対応 . . . . . 15～17
- ⑦ 状況に応じた対応 . . . . . 18
- ⑧ 支援者の資質向上 . . . . . 19
- ⑨ サルビー見守りネットの活用 . . . . . 20
- ⑩ 『わたしノート』の活用 . . . . . 21



## 1章 ACPって何？

### ● ACPの概念：まずACPの意味をしっかり理解しましょう。

#### なぜ今、ACPなのか

半世紀前までは感染症などの急性期疾患が医療の中心であり、医師の医学的判断が疾患の改善に結びついていました。医師は医学的な情報に基づいて判断すればよく、患者も医師にお任せすればよかったのです。しかし超高齢社会の今、医療が対象としている疾患のほとんどは治療が難しい疾患です。病状や障害を抱えて生活しなければなりません。自分らしく生きるのが、できるだけ長く生きるのがを天秤にかけ、どちらを優先すべきが悩みます。また脳卒中や認知症は医療やケアにおける重大な決断が必要な状況で適切な意思表明ができません。そのため最善の医療が受けられないことがあります。このように超高齢社会に医療や介護に携わる私たちは本人の価値に基づいた医療・ケアの実践が求められています。

#### 事前指示（リビングウィル）ではだめなの？

ACPの中心的概念は「あらかじめ将来の治療やケアについて話し合う」と言われます。では、なぜ「話し合う」必要があるのでしょうか。将来望む治療やケアを文書に残すリビングウィルではいけないのでしょうか。わざわざ話し合わなくても、リビングウィルがあれば本人の意思を尊重できると思いませんか？しかし実際にはリビングウィルだけの運用ではうまくいきません。そもそも患者は具体的な医療処置や疾患の経過について詳しくわかりません。そのため将来どんな状況になり、その時どんな処置が必要になるかを判断することは非常に難しいことです。そのためリビングウィルを手にした私たち医療者は「本当に今、これを当てはめてよいのか」と悩むことになります。だからあらかじめ専門知識を持つ医療介護の専門職と相談しながら考える必要があります。本人の価値観や人生の目標、気持ちなどを家族や専門職と共有し、将来自分では意思決定できない事態となっても最善の医療・ケアが受けられるような「手がかり」を残していくプロセスが必要です。

#### ACPの定義

現在、ACPという言葉がひとり歩きしています。ACPという言葉を使う人たちが様々な解釈をしています。ACPのより良い実践のためには、関わる多くの専門職がACPの概念を同一理解することが必要です。ここでは日本医師会が公表したACPのパフレットに記載されている定義を紹介します。「ACP (advance care planning) とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています」

ACPとはプロセスであり、最終目標は患者さんの希望に沿った医療・ケアが実践されることです。

### ● ACPの実践：どのように行えばいいの？

#### ACPの4つのステップ

ACPには4つのステップがあります。

- 第1ステップ：意思形成支援
- 第2ステップ：意思表明支援
- 第3ステップ：意思決定支援
- 第4ステップ：意思実現支援



支援者が今どの段階（ステップ）を支援しているのかをACPのステップは一方方向ではなく、病いの経過を通して循環的に進むものと考えてください。

#### 医療における意思決定は価値判断

医学的情報が十分に与えられ、理解できたとしたら場合も「合理的な」意思決定とはどのようなものなのでしょう。価値判断でしょうか。

医療は慢性的であり、生活や人生に大きな影響を与えないかもしれませんが、家族と一緒に住むことができなくなる恐れなければならないことがあります。どちらを優先する価値判断をすることになります。

意思決定支援とは価値判断を支援することです。いくつ価値を叶えるためにはどんな方法があるかを専門家として支援として重要なことです。

#### みんなで話し合う

ACPは価値観を取り扱います。しかし価値観は多様で同じ体験をしても価値観の違いによって見え方、感じ方やよいことに注意しましょう。価値観は個人や職種、立場が間違っている、どれが優位である、といった判断は避けることが求められます。

価値観が多様だからこそみんなで話し合うことが尊重する姿勢を心がけてください。「このメンバーと安全性の高いチーム作りを目指しましょう」。

## 2章 実践に向けて

### 1 意思形成支援

#### ● 意思形成支援

本人も気づかないような価値観の断片を拾い上げ、形づくるように支援することです。

では、本人の価値観を拾い上げるためにはどうしたら良いのでしょうか？

#### ・・・具体例・・・

- 本人の何気ない会話の中にある思いや希望などから価値観を見つけましょう。  
例えば「私は主婦で夫や家族が元気で幸せに暮らせるように家事をすることが大切な」であったり「家族のために一生懸命仕事をしてきたから。仕事が生きていなんだ」など、本人の人生が語られる時にその人が大切にしている価値が語られます。
- 治療の選択や治療目標の決定においても本人の思い、価値観が大きく影響されます。本人の思いを聞き、専門職として理解する必要があります。  
「病気になるたら痛みや苦しいことが無いようにしてほしい」  
「家族と過ごす時間を出来るだけ長くとりたい」  
…皆さんの人生で大切にしている事には理由がありますよね？  
本人も同様であることを想定し、会話の中から価値観を拾い上げましょう。

#### これまでに本人が発した言葉の中に「価値観」を見つける



#### ポイント

- 本人も自分の価値観に気づいていないことがあります。
- そして価値観は一見、それぞれが断絶なく存在しています。まるでパズルのピース（断片）のようです。
- 関連ある価値観をつなぎ合わせ、意思（思い）を形作ることが意思形成です。

#### どのように話し合えばよいのでしょうか。

本人との何気ない世間話の中に人生の物語、価値観、大切にしていること、譲れないこと、気持ち、目標などが表出されます。そのような時を見逃さず、ちょっと踏み込んで聞いてみましょう。「なぜ、そう思うのですか？」



#### ポイント

- 今後について具体的なイメージが持てるような情報提供や話し合いをしましょう。
- 話しやすい雰囲気づくりを意識しましょう。
- 「話したくない」「今は話す気分ではない」という気持ちも尊重しましょう。
- 本人や家族の気持ちは、その時々で迷いながら変わるものです。状態に合わせて程度でも話す機会を作り、本人や家族の思いや希望を確認しましょう。



#### ～情報共有シートを作成する場合の注意点～

情報共有シートを使用する場合、項目の内容を開き見るのが目的になる恐れがあります。大切なのは、その言葉の裏に隠された価値観です。またシートを書いても情報収集が完了するわけではありません。本人の状況で気持ちは変わります。まずはACPの概念を理解して各専門職が必要と判断した情報を持ち寄り、手がかりとして情報を共有していきましょう。

# • わたしノート作成

市民からの反響  
大きく増刷

## わたしノート

名前

一緒に話し合った人

### 安城市の看取り体制 目指す姿

#### 本人が望む場所で、自分らしく最期まで今を生きる

人生会議はいつしたらいいだろう？  
正解は、いつでもすべきだと私たちは考えます。  
病気になると治療や体調の変化、生活の変化により、  
落ち着いて考える余裕はなくなるかもしれません。  
健康なうちから、少しずつ考えておくのが理想的です。  
病気になったり、家族が増えたり、人生のイベントによって  
考えや価値観はどんどん変わっていきます。  
その度に、生活や医療、介護の希望も変わっていくでしょう。  
だから、何度書き直しても大丈夫。  
今の価値観だからこそ考えられる希望を書きましょう。  
もし、今は現実味が無くても決めておくことも  
選択肢を知っておくことも大切です。

自分らしく人生を生きるために、  
大切にしていることを、大切な人と話してみませんか。

厚生労働省のHPにもいろいろ掲載されています

●「人生会議」してみませんか  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)

●実際にやってみよう！「ゼロからはじめる人生会議」  
<https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/>

### 人生会議について考えてみましょう

#### 人生会議とは

自分らしく人生を生きるための取り組みです。  
もしもの時のため、ご自身が望む医療やケアについて  
みんなで繰り返し話し合い共有することです。

#### なぜ今、人生会議なの？

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。  
そのような人生の最終段階の時に、多くの人は自分の思いを伝えられず、  
望む医療やケアが受けられないことがあります。  
そうならないように、あらかじめ周りの人に自分の思いを伝えておくことが重要です。  
医療や介護の領域ではこれをACP（アドバンスケアプランニング）と呼んでいます。

ステップ1  
大切にしていることは  
何か考えてみましょう

ステップ2  
もしもの時、あなたの思  
いを代弁してくれる人は  
誰ですか？

ステップ3  
主治医に質問  
してみましょう

ステップ4  
希望する医療や  
ケアについて話  
し合いましょう

ステップ5  
文書に残して  
伝えましょう

【気持ちが変わること】  
はよくあることです。  
何度も繰り返し  
考えていきましょう。

家族に負担をかけたくない。  
孫と一緒にいたいなあ。

これからの治療や  
ケアはどうなるの？

入院するのはいやだ  
自宅でケアを受けたい  
呼吸器はつけない

話し合った内容を大切な人に  
伝えて共有しましたか？

### 3. 新型コロナ感染症自宅療養者に対する 医療提供体制検討会

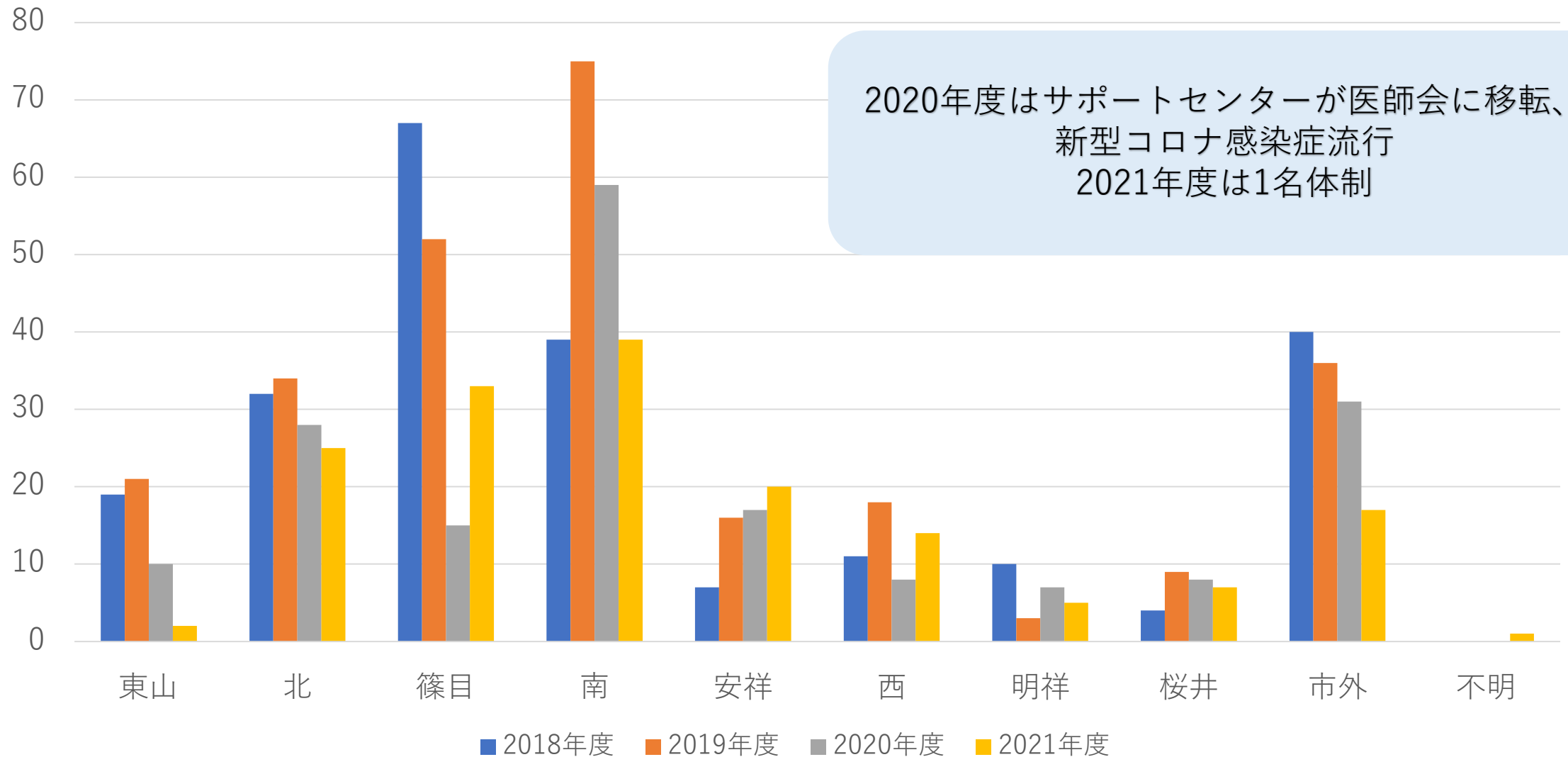
- 全4回開催（9月7日、9月30日、11月19日、3月16日）
- 安城市内で発生した新型コロナ自宅療養者に対する訪問診療・訪問看護・訪問介護実施事例について症例報告・課題抽出
- 地域ケア推進会議にて事例報告（岡本副会長より）
- 今後の症例発生に備え、実施医療機関の打ち合わせ
- 安心塾として医師会・訪問看護・薬剤師会より事例報告

## 4. 相談件数

- 相談件数：163件
- 経年推移
- 相談者
- 相談方法
- 相談内容

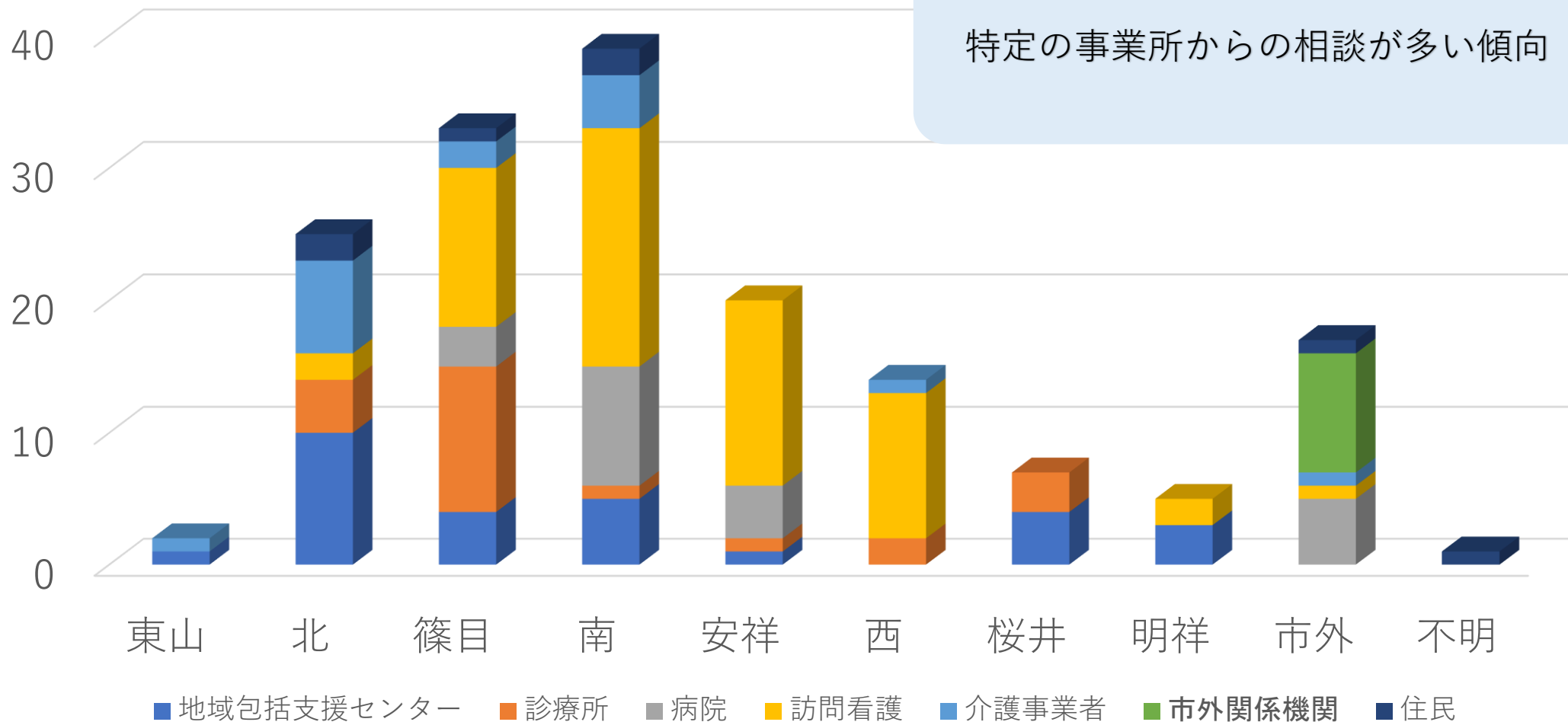


## 地区別相談件数経年推移



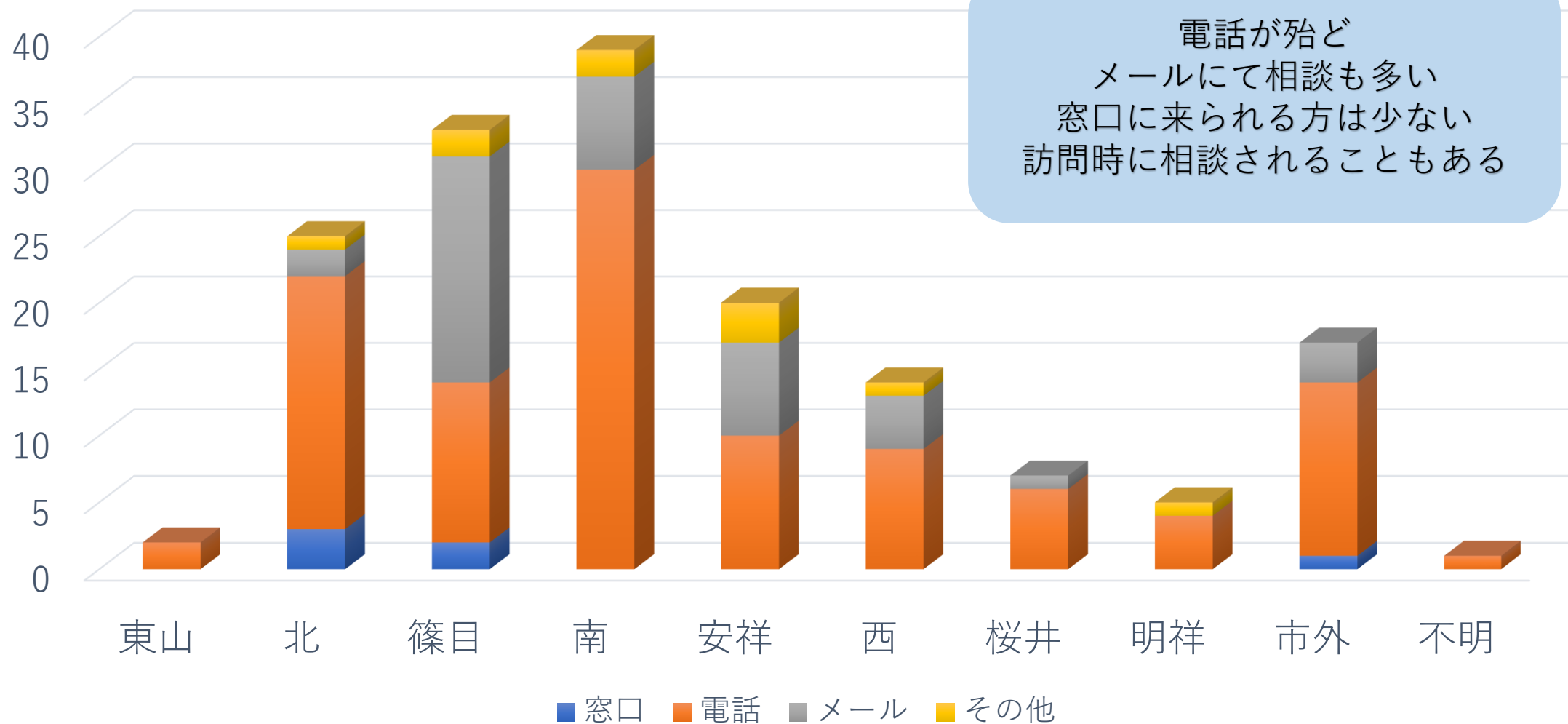
# 相談者

特定の事業所からの相談が多い傾向



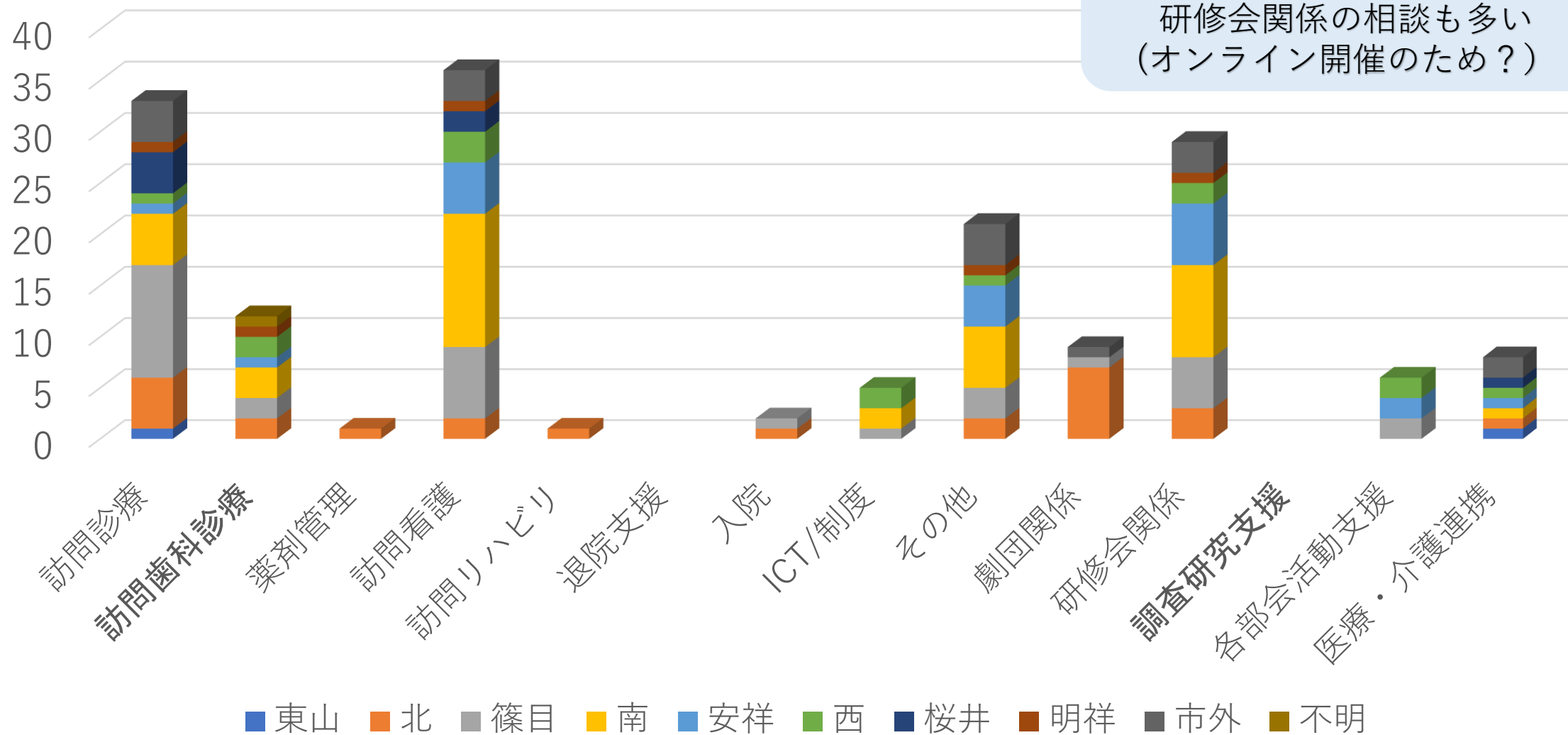
# 相談方法

電話が殆ど  
メールにて相談も多い  
窓口に来られる方は少ない  
訪問時に相談されることもある



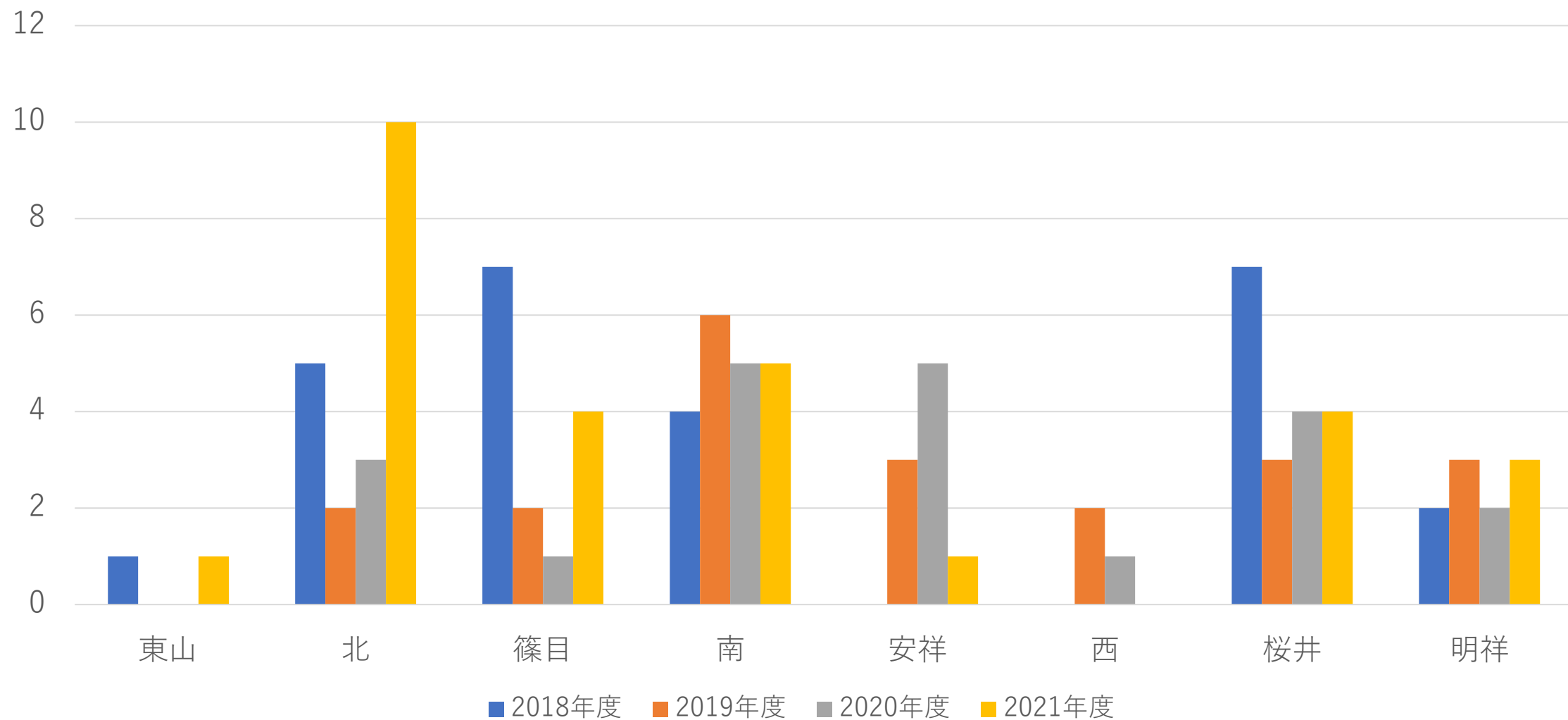
# 相談内容

訪問診療  
訪問看護に関する相談が多い  
研修会関係の相談も多い  
(オンライン開催のため?)





## 地域包括支援センターからの相談経年推移



## 看取り体制支援プラン

安城市の目指す姿(本人が望む場所で、自分らしく最後まで今を生きる)

### \* 周知・啓発と課題検討

- 専門職向けの研修会及び事例報告（関連部会と協力）
- 市民向けの研修会企画（関連部会と協力）
- 市民フォーラム開催（ACP作業部会と協力）
- 広報あんじょう掲載（マニュアル使用事例）
- まちかど講座等の活用
- 情報共有・連携について作業部会開催(新企画)

