

稲城市医療計画に基づく 在宅医療・介護連携の取組状況について

稲城市副市長 石田光広



発表内容のポイント

- 高齢者の在宅医療ニーズの高まりと在宅医療基盤の脆弱さを認識したこと。
- 市民の医療の将来需要と医療提供の状況、在宅医療等の現状と課題等を把握したこと。
- 稲城市内の「あるべき医療提供体制」の実現に向けた市の取組みを決めたこと。
- 市として実態把握した結果に基づき、必要な施策を認識し、事業・施策を立案したこと。
- 稲城市医療計画に基づき実施してきた各種の事業・施策を紹介すること。
- 介護保険事業計画第9期に向けた「在宅医療に関する具体的な施策」を紹介すること。

目次

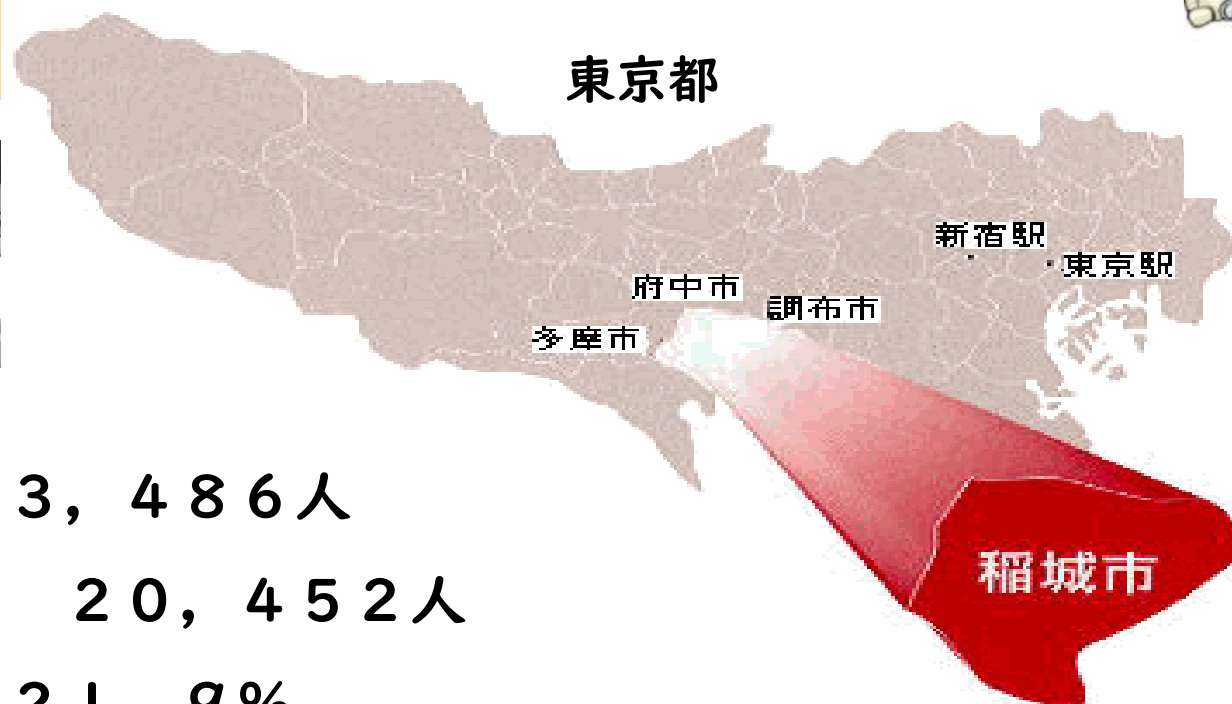
1. 稲城市の紹介・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p 4
2. 稲城市が目指す地域包括ケアシステムのイメージ・・・・・・・・ p 5
3. 医療計画の作成による地域包括ケアシステムの深化・推進・・・・ p 6
4. 稲城市医療計画の概要・・・・・・・・・・・・・・・・ p10
5. 稲城市医療計画の今後に向けた検討や具体的な施策の実施・・・・ p17
6. 第8期の課題を踏まえた第9期の取組案：
標準的な急変時ルールを作成と活用について・・・・・・・・ p35

稲城市公式イメージキャラクター
稲城なしのすけ



ガンダム&シャアザク

I 稲城市の紹介



特産品の梨とぶどう

人口 93,486人

高齢者人口 20,452人

高齢化率 21.9%

要介護認定者数 3,368人、 認定率 16.5%

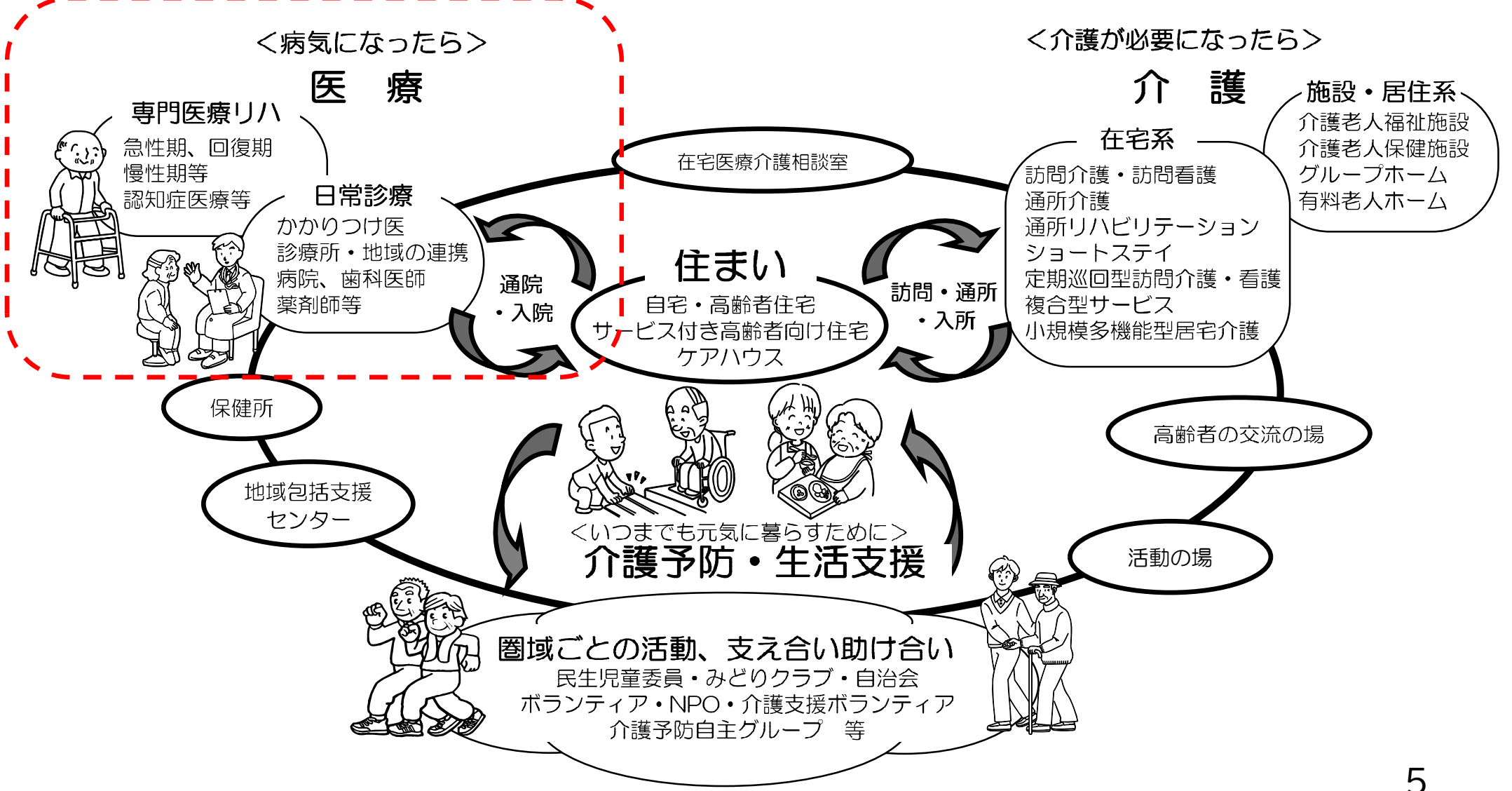
(令和5年4月1日現在)

- ★東京都心の新宿から西南に約25km、南多摩地区の東端に位置しています。
- ★面積は 17.97km²(東西、南北とも約5.3km)です。
- ★日常生活圏域4か所です。

2 稲城市が目指す地域包括ケアシステムのイメージ

地域包括ケアシステム

医療や介護が必要な状態になっても住みなれた地域で暮らし続けられるまち



3 医療計画の作成による 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 85歳以上の人口について
- 医療機関向けアンケートから分かったこと（在宅医療に関すること）

🏠ポイント

高齢者の在宅医療ニーズの高まりと在宅医療基盤の脆弱さを認識したこと。

3 医療計画の作成による地域包括ケアシステムの深化・推進（稲城市）

課題認識と経緯

- 都道府県が作成する医療計画は、いわば病院の病床数から「あふれた」高齢者を地域で受けるために必要な在宅医療や在宅介護サービスを推計する発想に基づいている。
- 一方で、高齢者を支える現場である市町村（保険者）としては、在宅医療や在宅介護サービスで支えられない高齢者が施設や病院を利用していると認識しており、「市町村が「川上」で、都道府県が「川下」という発想が自然かつ合理的と考えた。
- そこで必要な医療ニーズを推計するためには、川上となる稲城市が必要な在宅医療の数を推計すべきという理念のもと、2016年3月に10か年計画として稲城市医療計画を策定し、2021年7月に中間見直しを行った。

分析したこと

1. 日常生活圏域別の人口推計
2. 市国保及び後期高齢者医療の将来需要推計
 - ・ 疾病別の入院需要推計
3. 市国保及び後期高齢者医療のレセプト分析
 - ・ 年齢階級別/地区別/疾病別/受診地域別等
 - ・ **在宅医療の市内外の流入/流出関係、将来推計**
4. 市の救急搬送の分析
5. 市内医療機関の診療科目等の確認
6. **市内医療機関向けアンケート分析**

分かったこと（抜粋）

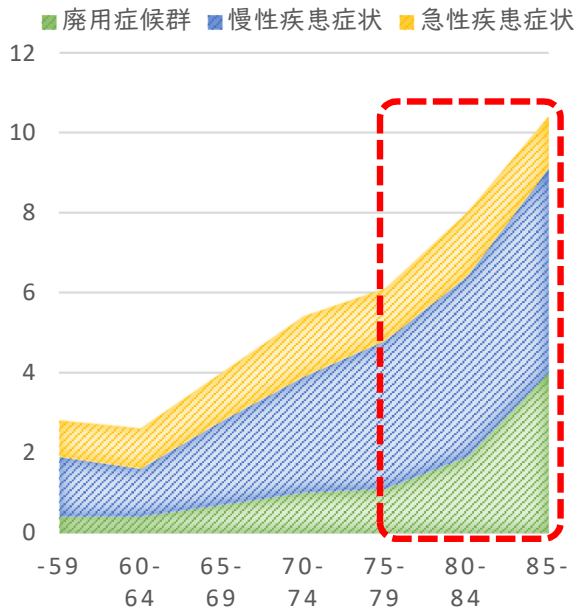
- 市内の訪問診療所は増え、市民の居宅に対しては市内の訪問診療所が入っている割合が高いが、**市内施設に対しては市外の訪問診療所**が入っている割合が高い。同時に**市内の訪問診療所が市外の施設に訪問**している割合も高い。
- 救急搬送先の4割は市立病院だが、**他の大半は2次医療圏外**の府中市や川崎市である。
- **訪問診療を始める意向がある市内診療所はなく**、患者の外来通院が難しくなった場合は訪問診療を紹介したいと考える診療所が多い。



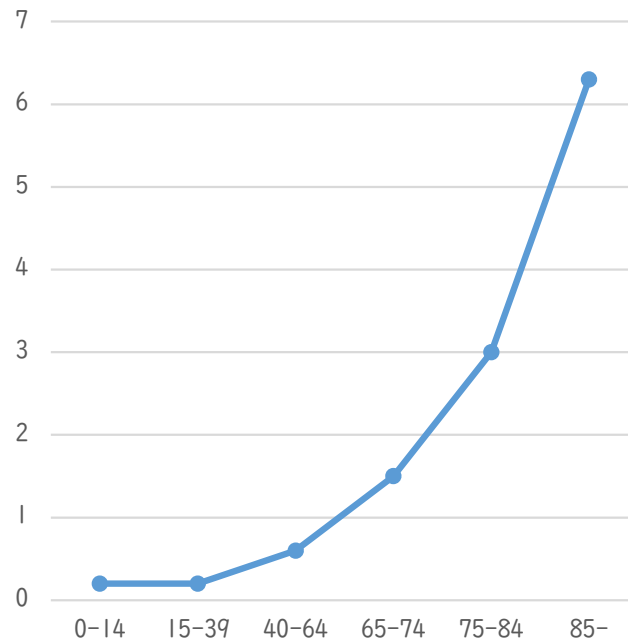
3 85歳以上の人口について(稲城市)

- 一般的に、加齢による老年症候群は年齢とともに増え、75歳以上になると慢性疾患症状や廃用症候群が占める割合が高くなる(下図)。
- 日本全体の病院病床数は1993年の168万床をピークに減少し、2017年には155万床に至っており、入院患者数も1990年の150万人から2017年の131万人に減少している。
- 一般的に入院受療率は、75-84歳の3.0%に対し、85歳以上は6.3%と、2倍以上入院しやすい状況にある(下図)。
- 高齢化の進展により、入院患者に占める85歳以上の割合は、1990年の8%から2017年の26%に急増している。
- 稲城市の65歳以上の人口は2040年には1.5倍程度になることが見込まれているが、介護と医療の両方が必要になるだろう85歳以上の人口は今から15年後には2倍になることが予想される(下図)。
- これらのことから、在宅療養を提供し、自宅を含めてあらゆる場所で看取れる体制を早急に整備する必要がある。

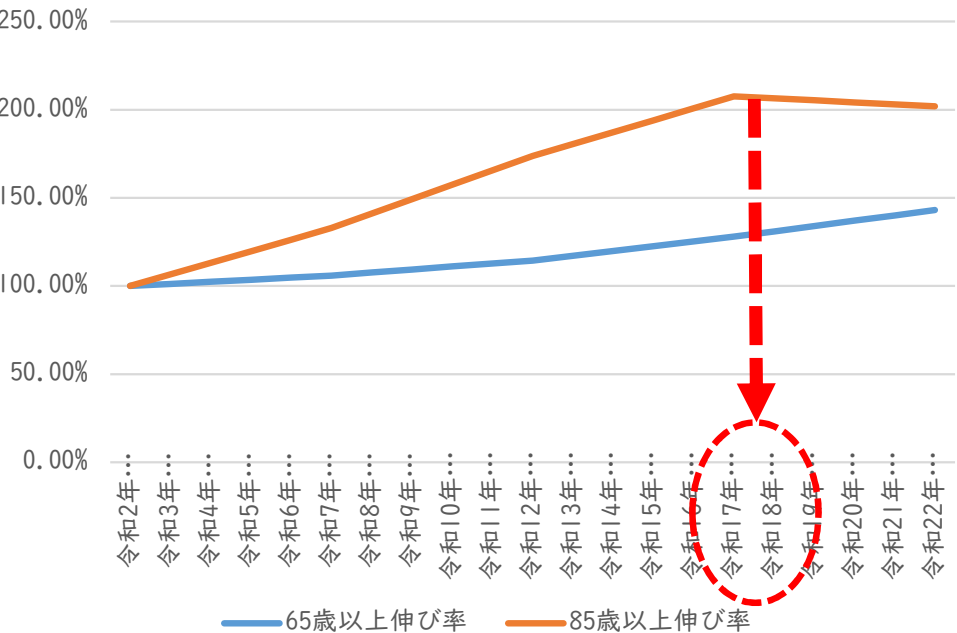
加齢による老年症候群の特徴



年齢階級別にみた入院受療率



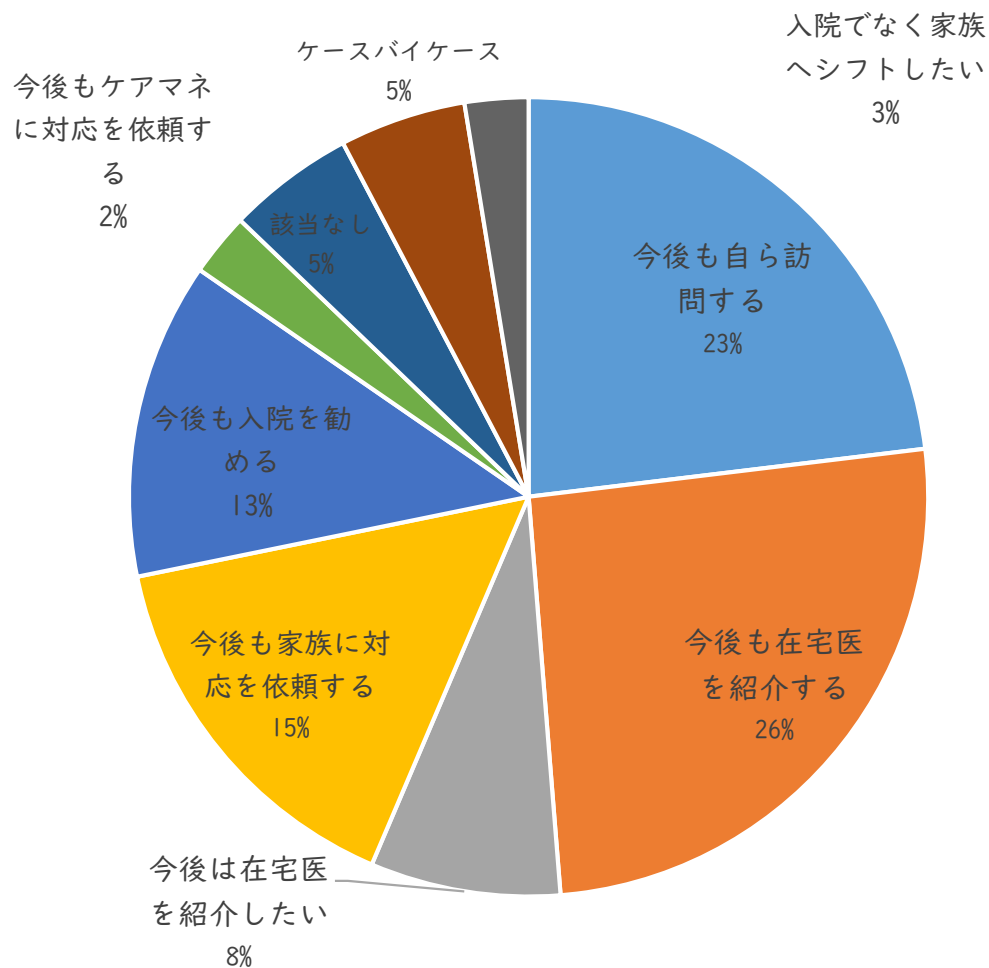
令和2年を起点にした稲城市の高齢者人口の伸び率



3 医療計画の中間見直しのための医療機関向けアンケートから分かったこと(在宅医療に関すること)

- 稲城市が独自に2016年3月に作成した医療計画(2025年に向けた10年計画)の中間見直しのために、2020年8月市内の43医療機関にアンケートを実施。
- 外来患者の病状の悪化や介護負担の増加により通院できなくなった場合の主な対応について、現在の対応の実態と今後の対応方針について比較したところ「今は訪問診療・往診していないが、今後はそうしたい」と考えている医療機関はなかった。
- したがって急激な高齢化を迎えるにあたっては、今後も **自ら訪問診療・往診を行いたいという医療機関の継続を支援することが重要**だと考えられる。

外来患者が通院できなくなった場合



- 往診または訪問診療を実施する医療機関 12機関/43機関
- 患者本人の病状悪化や介護負担の増加により外来通院ができていた患者が通院できなくなった場合

	自ら訪問等を行う	在宅医を紹介	ケアマネに依頼	家族に依頼	入院を勧める	その他
現在どのように対応しているか	8	10	1	7	7	9
今後どのように対応したいか	8	12	1	7	5	9

- 現在、在宅医療を提供している5医療機関にヒアリングを実施したところ、下記のような状況が分かった。
 - ほとんどの医療機関が、**患者が増えても当面は対応できる。**
 - 皮膚科や耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科等の専門科医が協力してくれると助かると感じる在宅医が多い。
- さらに、外来のみ提供する診療所に電話でヒアリングしたところ、下記のような状況が分かった。
 - 内科等の幅広い疾患に対応するクリニックは、訪問診療できないからこそ、しっかり在宅医療につなぎたいと考えている。
 - 専門科医は、検査器具がないと見立てられないから1度は外来受診する必要があるが、その後は在宅医と連携して患者の負担を軽減したいと考えている。
- 今後は市内の医療機関が**円滑に在宅医を紹介できるよう支援することが効果的かつ効率的**だと考えられる。

4 稲城市医療計画の概要

- 市の国民健康保険及び後期高齢者医療の将来需要推計
- 市の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプト分析①②
- 市の救急医療
- 地域における在宅医療等の現状と課題①②

📌ポイント

市民の医療の将来需要と医療提供の状況、在宅医療等の現状と課題等を把握したこと。

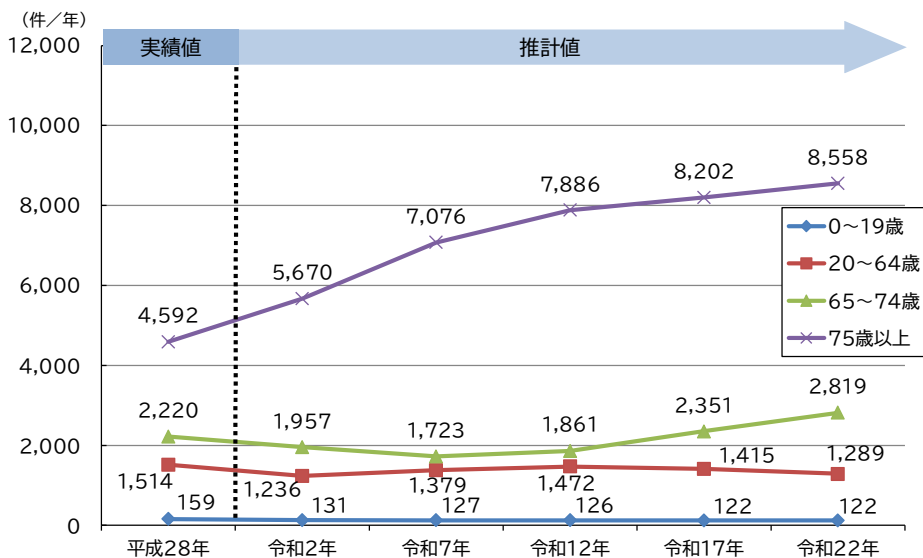
4 稲城市医療計画の概要

【第四章】市の国民健康保険及び後期高齢者医療の将来需要推計

- 令和22年度(2040年度)にかけて、75歳以上の入院医療需要、65歳以上の入院外医療需要の伸びが見込まれている。

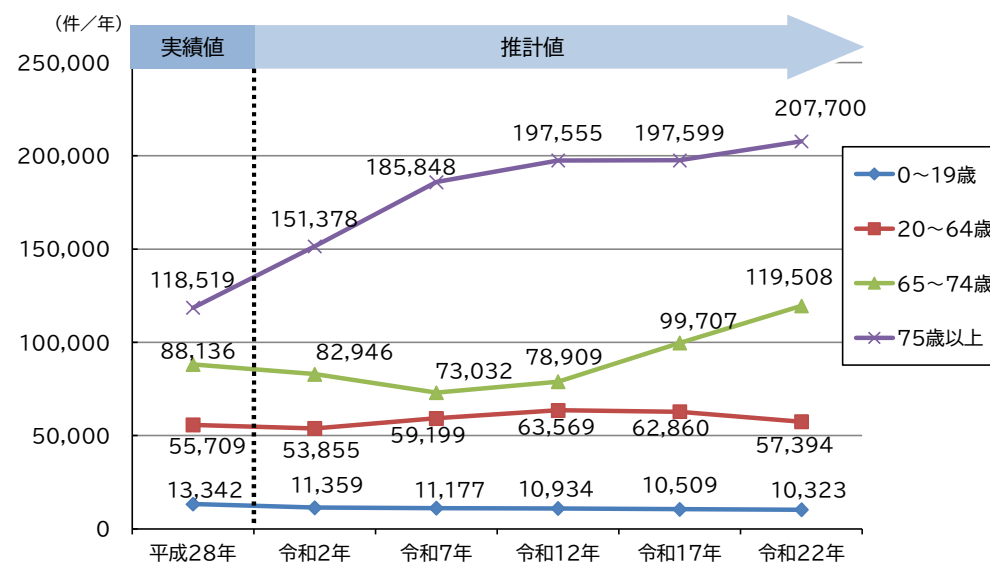
市国保及び後期高齢者の将来入院需要推計(年齢階級別)

	実績値				推計値					単位:件/年	
	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和7年	令和12年	令和17年	令和22年	令和7年/令和2年	令和22年/令和2年
総数	8,485	8,320	8,352	8,639	8,994	10,305	11,344	12,090	12,788	114.6%	142.2%
0~19歳	159	151	132	130	131	127	126	122	122	96.9%	93.1%
20~64歳	1,514	1,330	1,262	1,188	1,236	1,379	1,472	1,415	1,289	111.6%	104.3%
65~74歳	2,220	2,066	2,007	1,930	1,957	1,723	1,861	2,351	2,819	88.0%	144.0%
75歳以上	4,592	4,773	4,951	5,391	5,670	7,076	7,886	8,202	8,558	124.8%	150.9%



市国保及び後期高齢者の将来入院外需要推計(年齢階級別)

	実績値				推計値					単位:件/年	
	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和7年	令和12年	令和17年	令和22年	令和7年/令和2年	令和22年/令和2年
総数	275,706	276,200	285,624	289,867	299,538	329,257	350,967	370,675	394,925	109.9%	131.8%
0~19歳	13,342	12,100	11,689	11,278	11,359	11,177	10,934	10,509	10,323	98.4%	90.9%
20~64歳	55,709	51,902	51,882	52,008	53,855	59,199	63,569	62,860	57,394	109.9%	106.6%
65~74歳	88,136	85,832	84,736	81,807	82,946	73,032	78,909	99,707	119,508	88.0%	144.1%
75歳以上	118,519	126,366	137,317	144,774	151,378	185,848	197,555	197,599	207,700	122.8%	137.2%



4 稲城市医療計画の概要

【第五章】市の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプト分析①

- 稲城市内での**入院医療**は、入院レセプト件数全体の36.3%となっており、東京都市町村(稲城市以外)が33.6%、神奈川県が21.0%と、**隣接地域への流出**が見られる。
- 稲城市内での入院外医療は、入院外レセプト件数全体の66.7%となっており、入院医療と比較すると、市内での完結割合が高い。

市の年齢階級別の主な受療状況<入院>(受診地域別・平成31年)

地域	計	単位:件数/年																				
		0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95-99歳	100歳以上
稲城市	3,132	44	5	6	2	13	21	23	15	27	43	71	101	213	400	630	621	515	265	87	3	
東京都市町村(稲城市以外)	2,899	17	10	8	10	17	17	25	26	64	77	73	114	74	282	392	588	485	378	172	66	4
東京都(23区)	604	0	13	0	4	11	6	2	2	10	27	12	28	24	62	122	150	81	35	14	1	0
神奈川県	1,816	5	2	0	2	1	7	8	18	11	12	29	52	48	156	252	418	410	221	117	47	0
他県	188	2	0	0	0	1	3	4	1	6	2	16	14	5	22	29	29	5	15	24	10	0
計	8,639	68	30	14	18	43	54	62	62	118	145	173	279	252	735	1,195	1,815	1,602	1,164	592	211	7

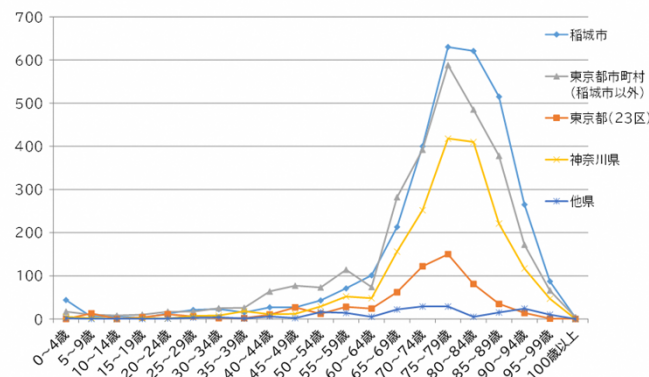
地域	構成割合	単位:件数/年																				
		0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95-99歳	100歳以上
稲城市	36.3%	65%	17%	43%	11%	30%	39%	37%	24%	23%	19%	25%	25%	40%	29%	33%	35%	39%	44%	45%	41%	43%
東京都市町村(稲城市以外)	33.6%	25%	33%	57%	56%	40%	31%	40%	42%	54%	53%	42%	41%	29%	38%	33%	32%	30%	32%	29%	31%	57%
東京都(23区)	7.0%	0%	43%	0%	22%	26%	11%	3%	3%	8%	19%	7%	10%	10%	8%	10%	8%	5%	3%	2%	0%	0%
神奈川県	21.0%	7%	0%	11%	2%	13%	13%	29%	9%	8%	17%	19%	19%	21%	21%	23%	26%	19%	20%	22%	0%	0%
他県	2.2%	3%	0%	0%	0%	2%	6%	6%	2%	5%	1%	9%	5%	2%	3%	2%	2%	0%	1%	4%	5%	0%
計	100.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

市の年齢階級別の主な受療状況<入院外>(受診地域別・平成31年)

地域	計	単位:件数/年																				
		0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95-99歳	100歳以上
稲城市	193,413	3,177	2,666	1,976	1,221	998	1,105	1,633	1,723	2,587	3,212	3,661	4,378	8,372	20,663	34,589	43,795	31,682	18,098	6,079	1,515	283
東京都市町村(稲城市以外)	38,791	255	396	275	335	487	556	870	926	1,298	1,401	1,639	1,401	2,181	4,062	6,138	7,270	4,814	2,840	1,138	451	58
東京都(23区)	16,447	27	40	63	128	259	422	430	496	595	557	741	592	1,035	2,283	2,914	3,052	1,792	725	256	32	8
神奈川県	38,784	152	164	107	195	403	372	575	589	762	1,030	1,254	1,140	1,564	3,980	6,428	9,192	6,302	3,129	1,046	354	46
他県	2,432	49	17	19	16	58	84	35	91	90	101	57	90	158	296	454	322	220	173	35	67	0
計	289,867	3,660	3,283	2,440	1,895	2,205	2,539	3,543	3,825	5,332	6,301	7,352	7,601	13,310	31,284	50,523	63,631	44,810	24,965	8,554	2,419	395

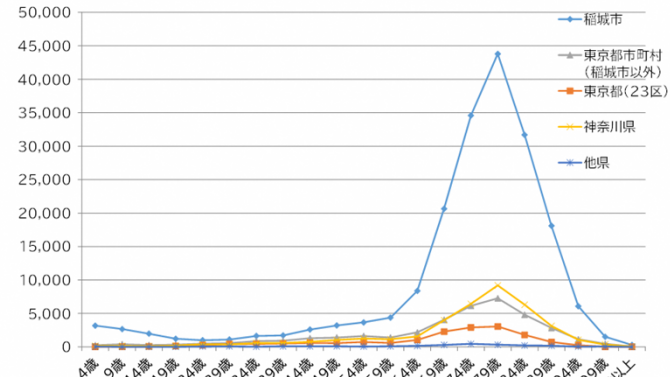
地域	構成割合	単位:件数/年																				
		0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95-99歳	100歳以上
稲城市	66.7%	87%	81%	81%	64%	45%	44%	46%	45%	49%	51%	50%	58%	63%	66%	68%	69%	71%	72%	71%	63%	72%
東京都市町村(稲城市以外)	13.4%	7%	12%	11%	18%	22%	22%	25%	24%	24%	22%	22%	18%	16%	13%	12%	11%	11%	11%	13%	19%	15%
東京都(23区)	5.7%	1%	1%	3%	7%	12%	17%	12%	13%	11%	9%	10%	8%	7%	6%	5%	4%	3%	3%	1%	2%	2%
神奈川県	13.4%	4%	5%	4%	10%	18%	15%	16%	15%	14%	16%	17%	15%	12%	13%	13%	14%	14%	13%	12%	15%	12%
他県	0.8%	1%	1%	1%	3%	3%	1%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	0%	3%	0%	0%
計	100.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

稲城市受診地域 入院件数 平成31年



出典)稲城市医療計画報告書案 p.31 図5-5

稲城市受診地域 入院外件数 平成31年



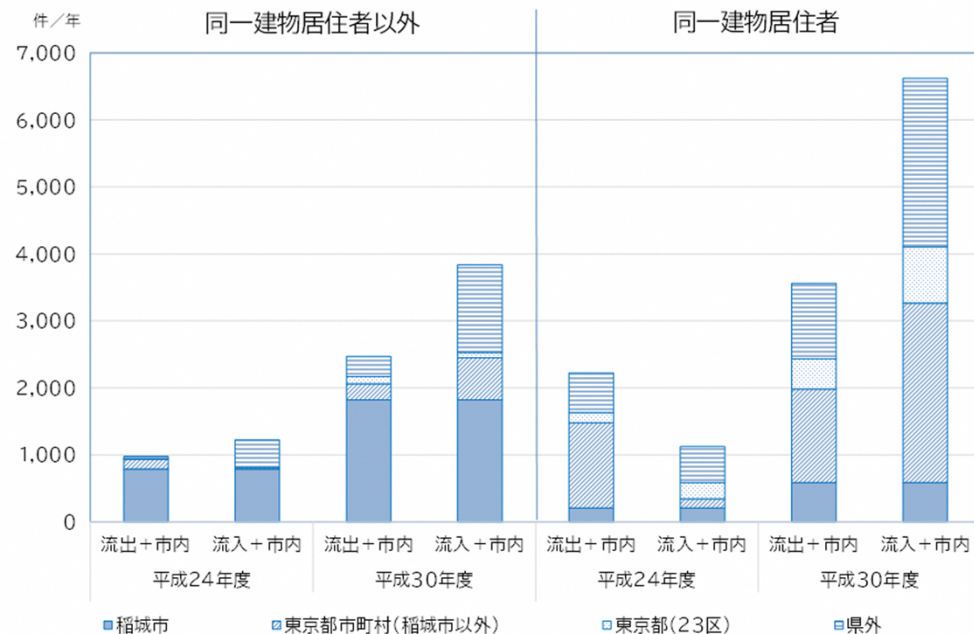
出典)稲城市医療計画報告書案 p.32 図5-6

4 稲城市医療計画の概要

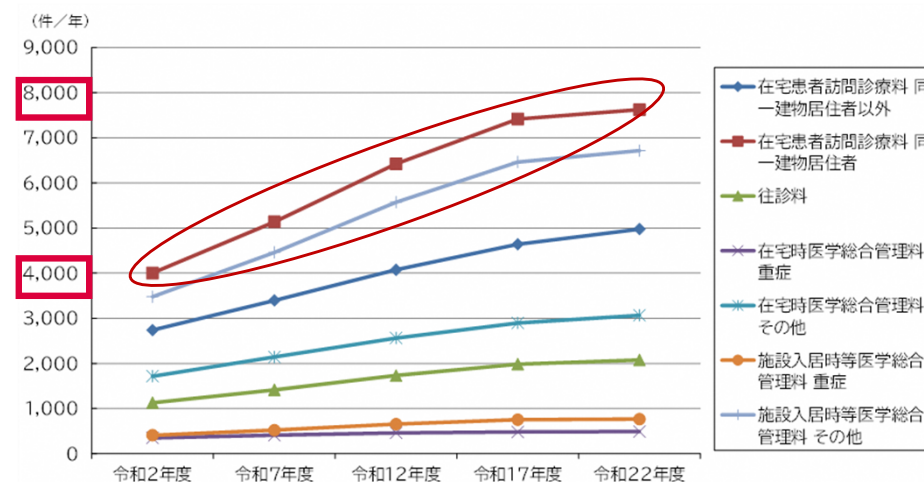
【第五章】市の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプト分析②

- 居宅への訪問診療については、市内の医療機関が、稲城市民を診療する割合が大きい。
- 施設等への訪問診療については、市内の医療機関が市外の住民を診療している(流入)割合が約90%、市外の医療機関が稲城市民を診療している(流出)割合が約85%といずれも大きく、市を跨いだ患者の移動が起きている。
- **市の在宅医療の医療需要は、令和22年度にかけて倍増することが見込まれる。**

在宅医療の流出入状況(平成24年および平成30年)



市の在宅医療の将来推計



4 稲城市医療計画の概要

【第六章】市の救急医療

- 救急搬送の受け入れ先は、稲城市立病院が第1位である一方、**隣接地域への搬送が半数以上**を占めている。
- 特に、**中等症以上の患者は、都内隣接地域や他県への搬送の割合が高い**。

市の救急搬送の受け入れ医療機関上位10機関の搬送件数(平成31年度)

(単位:件/年)

医療機関名	所在地	搬送件数	
		平成31年度	平成26年度
稲城市立病院	稲城市大丸	1,657 (44.4%)	1,412
新百合ヶ丘総合病院	川崎市麻生区(隣接)	885 (23.7%)	288
府中恵仁会病院	府中市(隣接)	246 (6.6%)	312
日本医科大学多摩永山病院	多摩市(隣接)	211 (5.7%)	186
聖マリアンナ医科大学病院	川崎市宮前区	138 (3.7%)	109
多摩総合医療センター	府中市(隣接)	81 (2.2%)	115
府中病院(旧 奥島病院)	府中市(隣接)	74 (2.0%)	118
麻生総合病院	川崎市麻生区(隣接)	73 (2.0%)	125
杏林大学医学部付属病院	三鷹市	64 (1.7%)	79
小児総合医療センター	府中市(隣接)	60 (1.6%)	116
総搬送件数		3,732 (100.0%)	3,192

傷病程度別の搬送状況(平成31年度)

(単位:件/年)

出発先	傷病程度名	搬送先			合計
		稲城市内	稲城市外		
			都内	他県	
合計	出勤	-	-	-	4,074 [100.0%]
	搬送	1,673 [44.8%] (41.1%)	924 [24.8%] (22.7%)	1,135 [30.4%] (27.9%)	3,732 [100.0%] (91.6%)
		重症	52 [1.3%] (1.3%)	124 [42.6%] (3.0%)	115 [39.5%] (2.8%)
	中等症	540 [39.9%] (13.3%)	378 [28.0%] (9.3%)	434 [32.1%] (10.7%)	1,352 [100.0%] (33.2%)
	軽症	1,069 [51.7%] (26.2%)	414 [20.0%] (10.2%)	584 [28.3%] (14.3%)	2,067 [100.0%] (50.7%)
	死亡	12 [0.3%] (0.3%)	8 [36.4%] (0.2%)	2 [9.1%] (0.0%)	22 [100.0%] (0.5%)
	不搬送	-	-	-	342 [8.4%]

※[]内は、傷病程度別計に対する構成比(%)、()内は出勤合計に対する構成比(%)

4 稲城市医療計画の概要

【第八章】地域における在宅医療等の現状と課題①

- 往診・訪問診療の実施状況について、前回調査(平成27年度(2015年度))と比べ、「往診のみ実施」「訪問診療のみ実施」は減ったが、「両方とも実施している」医療機関は増えた。

	件数	往診のみ実施	訪問診療のみ実施	両方とも実施	どちらにも実施無し	無回答
平成27年度	37	5	3	3	25	1
令和2年度	42	3	2	7	30	0

「図表 8-17 往診・訪問診療を実施の有無」を改変

- 今後の往診・訪問診療の実施意向について、前回調査(平成27年度(2015年度))と比べ、依然として、「今後も実施予定はない」が多い。

	件数	引き続き実施する	今後は実施を検討する 実施していないが、	今後も実施予定はない	無回答
平成27年度	37	11	2	23	1
令和2年度	42	11	2	28	1

【第八章】地域における在宅医療等の現状と課題②

- 「他の医療機関の医師による訪問診療に同行できる機会があったら、活用しようと考えますか。」については、「活用する予定はない」が多く、外来医療を担う医療機関が多い結果となっている。

	件数	ぜひ活用したい	活用を検討したい	活用する予定はない	無回答
全医療機関	42	0	7	35	0
「往診」「訪問診療」 「両方とも実施」 以外の医療機関	30	0	4	26	0

図表 8-38 、 8-39

5 稲城市医療計画の今後に向けた検討や具体的な施策の実施

- あるべき医療提供体制の実現に向けた取組（抜粋）
- 稲城市在宅医療・介護連携推進協議会での議論（3枚）
- いなぎ在宅医療・介護相談室に寄せられた相談から見える課題等
- 顔が見える訪問診療医ガイドの作成と配布
- 令和5年度「在宅医療・介護の連携を推進するための多職種研修会」開催報告（5枚）
- 多職種連携研修から抽出した課題等
- 令和5年度専門職向け研修「在宅医療の実際」
- 要介護高齢者の在宅医療の利用に関する調査から分かったこと（2枚）
- ACP（人生会議）の実施状況に関する調査結果
- 令和4年度市民向けシンポジウム「医師に自宅に来てもらうという選択肢」
- 令和5年度各圏域に出向いた市民向け「在宅医療ミニ講座」の実施

📌ポイント

稲城市医療計画に基づき実施してきた各種の事業・施策を紹介すること。17

稲城市医療計画の今後に向けた検討

【第十章】あるべき医療提供体制の実現に向けた取組(抜粋)

● 「IV. 在宅医療の充実」の分野について、分析と課題の整理、今後の施策を検討

主な分析結果

- ・在宅医療需要が令和7年(2025年)には現在の約1.2倍、令和22年(2040年)には約2倍に増加する。
- ・往診又は訪問診療を実施している医療機関は42医療機関の内12医療機関である。
- ・往診、訪問診療について、42医療機関の内28の医療機関が今後も実施する予定はないと回答している。
- ・在宅にて「がん」を対応できる医療機関については、今回調査していない。
- ・居宅向け訪問診療の流出割合は26.3%である一方、老人ホーム等向け訪問診療の流出割合は83.5%であり、市外在宅医も一定の役割を担っている。
- ・在宅医療とともにサービスを提供する事が想定される訪問看護事業所は令和2年度で2か所増加したものの、平成27年度行ったヒアリングでは、市内病院や医師、歯科医との連携や事業所間のつながりが不十分だと感じていた。

今後の課題、 方向性

在宅療養後方支援の機能強化
在宅医療に関する市民への普及啓発
市内・市外の在宅医による在宅医療の実現
在宅医療における機能分化・連携体制の実現
訪問看護師の支援

令和3～7年

- ・稲城市在宅医療・介護連携推進協議会の開催
- ・稲城市在宅医療介護連携マップの更新
- ・いなぎ在宅医療・介護相談室による相談対応
- ・在宅医療を紹介するパンフレットの作成を通じた連携の推進
- ・多職種連携研修、専門職研修の実施
- ・市民向け講演会やシンポジウムの実施
- ・市在宅医療支援病床確保事業の継続

稲城市在宅医療・介護連携推進協議会での議論

概要

- 稲城市では2014年(平成26年)度に稲城市在宅医療・介護連携推進協議会を設置し、2013~2015年度に実施した摂食・嚥下機能支援推進事業も引き継ぎ、議論している。
- 医療と介護の両方を必要とする高齢者等が、住み慣れた地域で自分らしい人生を最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、居宅に関する医療機関及び介護サービス事業者等の関係者の連携を推進することを目的とし、概ね年3回程度、開催している。
- 平成26年度には協議会にて、稲城市在宅医療・介護連携支援センターの設置について協議。稲城市医師会へ委託し、いなぎ在宅医療・介護相談室とすることとした。
- 稲城市認知症初期集中支援検討委員会を兼ねており、**認知症施策に関しても議論**している。

主な議題の例

構成メンバー(選出母体と人数)

- ① ケアマネ向け**アンケートの実施方法、結果の考察**
- ② いなぎ在宅医療・介護相談室の実績、**相談内容の考察**
- ③ 多職種連携研修(年1回実施)の実施方法、結果の報告・考察
- ④ 専門職向け研修(年2回実施)の内容や結果の報告・考察
- ⑤ 在宅医療の市民向け説明会(年1回実施)の内容や結果の報告・考察
- ⑥ 認知症初期集中支援事業の実績、傾向等の報告・考察
- ⑦ 日常生活圏域ニーズ調査等に基づく認知症施策の課題や対策の検討
- ⑧ 稲城市医療計画の作成や見直しに伴う**調査/データ分析結果の報告、考察**
- ⑨ 稲城市医療計画の進捗状況の報告

- ◆ 稲城市医師会(3人)
- ◆ 東京都八南歯科医師会稲城支部(1人)
- ◆ 稲城市薬剤師会(1人)
- ◆ 稲城市立病院(医師1人、看護師1人)
- ◆ 東京都南多摩保健所(1人)
- ◆ 認知症初期集中支援チーム(医師1人)
- ◆ 地域包括支援センター(1人)
- ◆ 稲城市居宅介護支援事業者連絡会
 - ・ ケアマネジャー 1人、訪問看護事業所 1人
 - ・ デイサービス 1人、地域密着型サービス 1人
- 消防救急担当、市立病院等も事務局で参加

活発な議論を呼ぶための工夫

- 議題や資料は、最前線の専門職である委員が興味を持ち、発言しやすいよう**現場の視点に基づいた内容**になるよう意識している。
- 会長(訪問診療医のことが多い)が議題に沿い、事務局の説明を咀嚼しながら**適切な委員へ意見を問うよう進行**いただいている。
- 研修のグループワークを活用し、多職種での**議論したことをアンケートとともに採取**。協議会では、質的に分類して報告している。
- 相談室の実績は、相談件数でなく**相談内容から見える課題等を報告**し、委員とともに考察しやすくしている。
- 事務局(高齢福祉課や相談室)が参加した**全国研修等で考察した「稲城市の課題」も仮説として提示**した。

議論を活発にするため、事務局が研修時に作った「仮説」を活用した例（稲城市）

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ

・【看取り】終末期に本人の意向に沿えず、**家族が入院を選ぶ**ことがある

研修受講時に作成したもの。市の認識等を示したものではない。

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿

・終末期であっても、在宅サービスを使うことで本人の意向を尊重した在宅生活を継続できる

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1

・本人の意向を具体的に確認できていない

原因2

・衰弱すると家族が不安になる

原因3

・看取り経験少ないケアマネも不安になる

原因4

・不安になると在宅医でなく救急車に連絡



最も大きな原因

・**専門職が家族に看取るプロセスを説明していないため、家族の不安が高まり入院へ**

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	・家族	・看取るプロセスを知り、在宅看取りの心理的準備性を高める
対策2	・ケアマネ、訪看	・痩せる等、在宅看取りまでのプロセスを家族に説明するスキル獲得支援
対策3	・ ケアマネ、訪看、医師	・ 在宅看取りプロセスを家族に説明する演習や資料の作成

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	・ケアマネ等が説明できるスキルある	・説明スキルのアンケート、試験
期待値2	・ケアマネ等が家族に実際に説明する	・説明した経験等の確認(アンケート)
期待値3	・説明により家族等が理解し、安心する	・家族の安心感等のヒアリング、アンケート

いなぎ在宅医療・介護相談室に寄せられた相談(令和4年8~12月分)から見える課題等

概要

- 個々の相談内容について、①なぜ、そのような相談が生じたのか、②相談室以外に相談できる場所はどこか、③相談せずに済むようにするにはどうしたらよいか、を定期的に事務局と議論している。在宅医療や医療資源、コロナ対応に関する基本的な問合せは、省略した。

相談内容の考察、課題や対応	相談内容(抜粋)
<p>(パーキンソン病へ対応する訪問診療) <u>パーキンソン病の専門性を有する訪問診療医に関する問合せが多い。</u> ただし、パーキンソン病がある高齢者を診ない訪問診療医はおらず、専門性があっても訪問での診療行為に大きな違いはないとも考えられる。 <u>【課題はどれか】</u> a. パーキンソン病の専門性が高い訪問診療医が必要(専門性の高い治療が必要だが、通院が難しい患者が増えている) b. 訪問診療医は一定の専門性を有していることを関係者が知らない c. 日内変動や疾患の進行に応じた小まめな薬の調整等がさらに必要</p>	<p>(ケアマネ)<u>パーキンソンに強い市外の訪問診療は遠くて訪問できない。</u> (ケアマネ)同居するパーキンソン病の親と一時的に距離を取りたい。 (家族)同居するパーキンソンの親の夜間訴えが強く、ショートステイも利用できなくなりづらい。</p>
<p>(皮膚科へ対応する往診) 皮膚科の在宅医療に関する問合せがあるが、往診できる市内の皮膚科は足りていない(ない)のではないか。</p>	<p>(ケアマネ)往診できる皮膚科は?(市外2カ所を紹介)</p>
<p><u>(精神疾患へ対応する訪問診療、医療機関)</u> 精神疾患がある高齢者へ対応できる訪問診療が求められている。 高齢者に限らず、身近な市内に精神科や心療内科クリニックも必要ではないか。市外を頼るなら、市外クリニックに多職種連携研修に参加いただく等、連携を深める必要があるのではないか。</p>	<p>(ケアマネ)身体的に精神科への通院が難しくなってきた高齢者の訪問診療 (家族)精神的に不安定な親が老健でも昼夜逆転が治らず精神科訪問診療に相談したい (ケアマネ)市内の精神科、心療内科を知りたい。 (本人)自律神経失調症だが、母を介護しているため通院できない。</p>
<p>(認知症がある患者への対応) 医療機関が受診に課題ある認知症患者を相談室に相談しやすい関係作り</p>	<p>(家族)配偶者が認知症を否認し、地域包括支援センターも拒否するが、持病の治療も途絶え、通院先以外に相談先がない。</p>
<p>(外来患者への対応) 医療機関が抱える高齢の患者を相談室に相談しやすい関係作り</p>	<p>(医療機関)受診でなく、何度も悩み相談に来る高齢患者への対応</p>
<p>(かかりつけ医、主治医の紹介) かかりつけ医に関する市民への普及啓発</p>	<p>(本人)転入した後に、かかりつけ医がいないので、作りたい。 (ケアマネ)かかりつけ医と考えていた医師が主治医意見書を拒否</p>
<p>(調剤薬局との連携) 介護保険サービス等の基本的な利活用について薬局に情報提供</p>	<p>(薬局)(ガイド手渡し時)高齢で薬を取りに来るのが大きく負担になっている患者がいるが、介護サービス等は使えるか。</p>

顔が見える訪問診療医ガイドの作成と配布(稲城市)

概要

- 外来通院できていた患者が通院できなくなった場合に、かかりつけ医やケアマネジャーが円滑に訪問診療を提供する在宅医を紹介できるよう、在宅医を紹介するパンフレットを作成した。
- 診療所の概要や特徴、医師の顔写真や専門、医師になった経緯やモットーを掲載。
- 作成したパンフレットは市民、市内の医療機関、ケアマネジャー等に配布し、在宅医療が必要になってきた高齢者に円滑に提案しやすい環境作りに役立っている。

配布先

掲載機関数
➤ 11機関
市内4、市外7
掲載医師数
➤ 17人

- 市内の診療所・歯科医・薬局・病院
- 市外の病院
- 市内の地域包括支援センターケアマネ事業所
- その他、高齢者が集う場等

PR

有床診療所（19床）のため、入院・外来診療もできます。24時間365日対応しております。外科・皮膚科・循環器内分泌・泌尿器など、専門医や女性医師も在籍しています。法人内に訪問看護ステーションやグループホーム、居宅介護支援事業所等があるので、トータルサポートができます。不安の無いような生活が送れるように、クリニックで完結できるようにサポートします。



関根 秀明 医師(院長)

経歴：杏林大学医学部卒業
専門医：日本内科学会認定総合内科専門医、
日本呼吸器学会認定専門医、日本感染症学会認定専門医

～医師・訪問診療を目指したキッカケ～

やりがいのある仕事をしたいと思い、親戚にも医師がいたので目指しました。緩和病棟に勤務していた頃、最期は自宅ですごしたいという患者様が多く、有床で外来診療のできるクリニックを開院しました。

～診療時に心がけている事、やりがい～

患者様やご家族のご要望に応えられるオーダーメイド医療を第一に心がけています。感謝していただいた時は、訪問診療医になって良かったと思います。

～ストレス発散方法～

お酒やカラオケが好きです。お休みの日は、家でのんびりTVを見たり、美味しいものを食べたりしています。

～先生からのひと言～

〈専門職の皆様へ〉医療は連携が無いと出来ないと思っています。気軽に連絡してください！
〈市民の皆様へ〉困ったことがあったら、いつでもご相談下さい。

作成を通じた関係作り

- 市医師会に配置する在宅医療コーディネーターと市との協働での取材
- 市内外の訪問診療所へ伺い、医師を目指した経緯等を取材することでの関係作り
- 診療所の事務担当者や看護師等とも適宜、意見交換することでの関係作り
- ガイドの校正を通じた、対応できる診療行為や検査等の詳細な現状の把握

配布を通じた関係作り

配布は、在宅医療コーディネーターができるだけ手渡しし、顔が見える関係作りの機会としている。

- 市内の外来診療所→通院が難しくなった患者の相談等へ
- 市内の調剤薬局→薬を取りに来るのが難しい患者の対応の相談等へ
- 市外の急性期病院等→退院後の在宅療養体制の相談等へ

令和5年度「在宅医療・介護を連携するための多職種連携研修会」開催報告

- **都外だが、市民がお世話になることが多い病院**が主催する勉強会に参加したところ、「これからの過ごし方について」という冊子を使う、**在宅で看取るための家族への心理教育**の有効性が紹介されていた。これは当市の課題の解決にも役だ立つと考え相談したところ、医師や看護師が講師として参加いただけることとなった。
- 事例検討に加え、退院前後の連携の課題等についてグループワークを実施し、回収。3年ぶりに集合形式で実施した。

「在宅での看取りを多職種で支える」

- 日時 令和5年9月3日(日) 13~16時
- 会場 稲城市立病院健診棟

A) 在宅での看取り期の支援

～冊子「これからの過ごし方について」を使って～

- ・ 新百合ヶ丘総合病院
緩和ケア内科部長 中西 英世 氏
看護部主任 榎本 史子 氏

B) 演習①看取り期の説明「説明する家族とタイミングを考える」

C) 演習②看取り時の対応「家族からの問合せへの答え方を考える」

D) 演習③(よりよい看取りのための)退院時の連携について

- ・ **在宅側が病院側に望む「退院前にやっておくとよいこと」**
- ・ **病院側が在宅側に望む「退院後にやってほしいこと」**



【参加者】市内医療・介護職 49名

医師7名・歯科医師4名・医療相談員2名・看護師8名(うち病院2名、訪問6名)・ケアマネ7名・管理栄養士2名・介護職員6名・包括職員4名・薬剤師4名・リハビリ職4名・柔道整復師1名

在宅側が病院に望む「退院前にやっておくとよいこと」

1. 本人や家族への説明
 - ① 急変症状、予後、余命に関すること
 - ② 利用できる/必要な介護・医療サービスと費用
 - ③ 病院と訪問診療医との関係/連携や役割分担
2. 本人や家族の思いや実態の確認
 - ① 最期の過ごし方、困りごとや希望
 - ② 痛みへの要望、薬の活用程度
 - ③ 家族の役割分担、想いの一致/不一致
 - ④ 在宅療養方法を検討するための家屋調査
3. これらや連絡方法を共有するための退院前カンファ

病院が在宅側に望む「退院後にやってほしいこと」

- ① 退院前にしたはずの説明や確認を再度してほしい
- ② 本人や家族の思い/人生観を聞いてあげてほしい
- ③ 病院もバックアップできることを伝えてほしい
- ④ 家族や子供(特に未成年)のフォロー、グリーフケア
- ⑤ チーム内での情報共有、連携
- ⑥ 土日の退院への対応

仕組み作りに関する提案・要望

- 看取り事例の検討や情報交換の場、交流
- 病院側に対するフィードバック(良かった点/改善すべき点)



令和5年度「在宅医療・介護を連携するための多職種連携研修会」の様子

- 多くの稲城市民が利用するが、都外のため連携する機会が少なかった病院の医師らを講師に招いた研修会を企画した。
- がん末期の緩和ケア、特に「これからの過ごし方」という冊子を使った家族への心理教育への取り組みの必要性や効果、具体的な方法を講義いただいた。
- これは市の課題「専門職が家族に看取るプロセスを説明していないため、家族の不安が高まり、本人の意向に沿えず入院することがあるのではないか」への対策として企画したもの。



令和5年度「在宅医療・介護を連携するための多職種連携研修会」の様子

- 本年度はオンラインでなく、久しぶりに集合形式で開催した。
- 都外の講師の医師らは、稲城市内の関係機関と顔の見える関係が作れる機会になると前向きにとらえていただき、講義部分だけでなくグループワークの時間への参加も申し出てくれた。
- 事例検討の事例や討議すべきポイント等は、医師らが考案くださった。
 - ① どの時点でどのように(誰に)「これからの過ごし方」について説明しておけば、こんな結末にならなかったか
 - ② 誰にどのように「これからの過ごし方」を説明するか。未成年の子供に対してどう行うか。ケアマネさんに問い合わせがあったとき、どのように答えるか?



令和5年度「在宅医療・介護を連携するための多職種連携研修会」の様子

- 班ごとにバランスよく多職種を配置することで「模擬多職種チーム」を作り、事例検討していただくことで、知識だけでなく、各専門職の専門性を理解し、顔が見える関係をできることをねらうもの。
- 講師の医師らは、グループワークの様子を参加者名簿と照らしながら、市内関係者の「顔と名前」を覚えるべく助言くださった。
- 講師の医師らも院内の在り方を見直すことに役立つよう、下記もグループワークした。
 - ① 事例検討を通じて、地域で支える専門職が感じた「(よりよい看取りのために)退院前にやっておくとよいこと」
 - ② 事例検討を通じて、入院中に支える専門職が感じた「(よりよい看取りのために)退院後にしてほしいこと」



令和5年度「在宅医療・介護を連携するための多職種連携研修会」の様子

- グループワークで出された意見等は回収し、現状として把握するとともに、新たな課題の発見のヒントとすることとしている。
- 毎年、参加者には修了証を配布するとともに、集合写真を撮ることで関係性を「見える化」してモチベーションにつなげている。



多職種連携研修会から抽出した課題等(稲城市)

○ 令和4年2月19日(日)に開催した多職種連携研修では、**4つの場面ごとの目標の設定**、退院時や急変時の課題の抽出を目的に、グループワークを実施するとともに議論したことを採取した。

グループワークで採取したシートに基づき構成した「場面ごとの目的」(案)

入退院	疾病の自己管理や家族の介護力の向上を支援するとともに、必要なサービスを導入することで、安定・安心した自宅での療養生活を実現し、再発や再入院を防止する。
日常療養	訪問頻度が高い介護職等が把握する本人等の要望や小さな変化を医師等とも共有して悪化を早期に発見し、必要なサービスを調整することで再発を予防し、本人や家族が望む生活を維持・拡大するとともに、急変に備える。
急変時	介護職等でも急変を察知して迅速に搬送・対応できるよう事前に想定した連絡・連携体制に沿い医療機関につなぎ、本人や家族の希望に沿った療養生活を実現することで、在宅生活の可能性を高めるとともに望まない治療を提供しない。
看取り	本人の死生観を尊重し、苦痛を軽減して本人や家族が不安なく最期の時間を過ごしていただくことで、悔いのない看取りを実現し、家族のグリーフケアにも貢献する。

【参加者】
 市内医療・介護職 47名
 医師7名・医療相談員2名・
 ケアマネ7名・管理栄養士2
 名・歯科医師4名・介護職員
 6名・包括職員4名・看護師7
 名(うち病院2名訪問5名)・
 薬剤師4名・リハビリ職3名・
 柔道整復師2名

退院時の課題

- ◆ 退院前カンファレンスに関する課題
 - ① 退院までの期間が短いと適切に実施できない。
 - ② 命を守る医療職と日々の日常を支える介護職との**視点は異なるため本人の意向を基に調整**する必要があるが、**本人の意向が不明確な場合はまとまらない**。
 - ③ 本人はもとより、家族の意向と介護力を把握することが必要だが、難しい。
 - ④ 在宅「チーム」を形成する必要があるが、難しい。
- ◆ 退院後の変化や調整での課題
 - ① 退院し、在宅生活を送ると本人や家族の意欲が増す(変化する)こともある。
 - ② 退院後に起こる想定外の現実への対応が難しい。

急変時を見据えた日常療養の課題

- 日常療養の時から必要なこと
 - ① 個々の「急変」症状の確認・確定(医療関係者が中心)
 - ② ①を関係者間で共有(特に医療的なことを介護関係者や家族で理解する)
 - ③ ①が見られた場合の本人の意向の確認(急変時ACP、延命・心肺蘇生の希望)
 - ④ ③に沿った急変時対応ルールの策定(救急車・バックベッドを活用するかいなか、連絡網等、症状共有ノート等)
 - ⑤ ④の実践、運用と適宜修正
- ◆ 課題
 - ① **情報共有の課題**→介護側に分かる用語・説明、手段
 - ② **本人の意向確認の課題**→面接・説明スキル
 - ③ **急変時ルールの策定の課題**→ルールのポイントの例示→ルール作成研修

概要

- 市民向けに在宅医療を紹介して、効果的な活用を提案する一方で、専門職から在宅医療に関する基本的な問合せが続いたことから、企画したもの。
- 「在宅医療の実際」と題し、医師会長でもある訪問診療医に在宅での認知症や看取り、癌の疼痛や症状管理を事例も踏まえて紹介した。
- 顔の見える関係作りも意識し、集合形式としつつ、修了書の発行の対象外となるがオンラインでも配信した。
- 稲城市医師会による在宅医療強化推進事業も紹介され、特に薬剤師からは稲城市の体制が分かり参考になった等の声が多かった。

講師や日時

- 令和5年12月8日19時30分～21時 市立病院健診棟
- 稲城わかばクリニック 関根 秀明 先生(医師)
- 参加者 45人(うちオンライン12人)(アンケート回答28人)

【職種別】ケアマネジャー16名、薬剤師12名、看護師7名、訪問看護師2名、医師4名、歯科医師2名、管理栄養士1名、事務1名

◆ 内容(目次)

- 老化・フレイル、在宅訪問診療の動向、訪問診療の実際
- 認知症、看取り、癌の疼痛、症状管理、患者の転帰、症例
- 稲城市医師会在宅医療強化推進事業

アンケート結果

- 内容を知っていた:4名、概ね知っていた:19名、概ね知らなかった:5名
- **在宅医療を提案できる:14名、自信がないができる:14名**
- 在宅医療を紹介するにあたり、さらに知りたいこと
 - より具体的な費用、Q&A、できる/できない検査、訪問できる眼科や皮膚科、顔が見える関係
- その他(抜粋)
 - ✓ 訪問診療と往診との違いが、より明確になった。
 - ✓ 療養の必要はなく外出できない高齢者を緊急時に医療につなぐ手段が課題だったため、推進事業が参考になった。(薬局薬剤師、ケアマネ)
 - ✓ 患者側の立場に立って、負担になることを考えることができた。

終末期の援助

1. 食欲低下の場合、本人の意向にあわせる。
2. 経口摂取(飲水、食事)ができなくなったら、無理な介助はせず、可能な限り時間をかけ、本人の希望に沿う援助を行う。
3. スキンシップ、コミュニケーションによる継続的な見守りをする。
4. 室温、採光、換気を調整、ベッドサイドの清潔整理に配慮する。
5. 医師と相談して過剰な処置は行わない。
6. 苦痛の表情に対してはマッサージ、体位変換など適切に対応する。また、医師と相談し、痛みや不快な症状、不安の軽減等、つらさが少ないように症状を和らげるサポート(緩和ケア)を行う。
7. 手足の保温に努め、可能な限り入浴を行う
8. 本人の負担を軽減する為に、可能な限り複数で清拭、更衣、排泄介助を行う。



令和5年の要介護高齢者の在宅医療の利用状況に関するケアマネ向け調査結果（稲城市）

概要

- 在宅医療の活用状況や課題を把握するため、**市内のケアマネを対象**に、利用者の在宅医療の利用状況を調査している。
 - 1回目は平成27年、2回目は平成30年、3回目は令和2年1月、4回目は令和5年1月に実施。
- 4回目は、特に入退院時や急変時の対応の現状や課題を把握することを目的とした。
- 前回と比較し、回答したケアマネは25人→41名と増えたが、在宅医療（訪問診療・往診）を利用する要介護者の数は微減（252人→191人）し、提供する機関は幅広くなっている（ガイド非掲載の診療所13機関→17機関）。

在宅医療や看取り経験が多いケアマネ

- 191人を支えるケアマネ事業所
 - ① **訪問診療所併設のケアマネ3事業所:91名**
 - ② 地域包括支援センター:31名
 - ③ **病院併設のケアマネ事業所:27名**
 - ④ 特定施設併設のケアマネ事業所:12名
 - ⑤ その他:30名
- 看取り経験の多いケアマネが在籍する事業所
 - 10件以上経験しているケアマネ13名のうち6名は訪問診療所併設ケアマネ事業所に所属。
 - 0件の多くは地域包括支援センターの所属だったが、10件以上のケアマネも3名存在。

150事例のクロス集計

- 看取り経験数が多いケアマネがACPにより取組んでいる等の傾向は確認できなかった。
- 延命措置や急変時の本人の意向が確認できていない事例の7割は、看取り場所の本人の意向が分からず、5割はACPを話し合ったことがない。同様に**5割は急変時の連携ルールがない**。ただし、連絡取りやすい親族はいる。
- 急変対応した事例は、末期がん等で在宅酸素や点滴、カテーテルを必要とする事例が多く、その半数は急変時の意向を確認していなかった。

150事例の単純集計

- 急変時の対応に関すること
 - A) 専門の診療科への通院が必要になった事例:61 整形外科:16件、皮膚科:10件
 - B) 支援者の急変時対応が必要となった事例 48件 4回以上の対応:13件
 - C) 対応した支援者 医師:32件、看護師:25件、ケアマネ:14件、救急隊:7件
 - D) 急変時の連絡先がない事例 1事例のみ
 - E) 急変時ルールがない事例 56件
 - F) 訪問診療の開始後の入院の有無 なし:105件、有かつ急変後:24件
- ACPや意向確認に関すること
 - A) 話し合ったことない 52件
 - B) 看取り場所の本人の意向 わからない:84件、自宅:45件
 - C) 看取り場所の家族の意向 わからない:68件、自宅45件
 - D) 延命措置に関する本人の意向確認の有無 なし:108件
 - E) **急変時の本人の確認の有無 なし:107件**

課題や対応

- 在宅医療等の経験が少ないケアマネを支援すべきではないか。
- **医療機関が確認している「急変時の意向」がケアマネに共有されていないのではないか。**
- **ACPの推進の土台作りとして急変時ルール様式の導入から始めてはどうか。**

要介護高齢者の在宅医療の利用状況に関するケアマネ向け調査結果から分かったこと（稲城市）

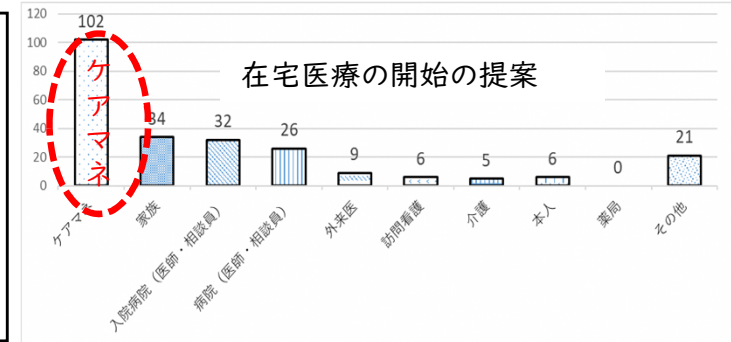
- 在宅医療の活用状況や課題を把握するため、市内のケアマネを対象に、利用者の在宅医療の利用状況を調査している。
 - 1回目は平成27年、2回目は平成30年、3回目は令和2年1月に実施。
- 3回目は、特に在宅医療を開始した際の状況を確認し、在宅医療の普及啓発等に関する対策を講ずることを目的とした。

経時的な傾向

- 在宅医療（訪問診療・往診）を利用する要介護者、提供する機関は年々、増加している（H27：訪157人往4人、H31：訪235人往17人）。
- 既往に大きな変化はなく、認知症、心血管疾患、整形外科疾患、糖尿病、神経内科疾患が上位を占めた。
- 受けている医療行為に大きな変化はなく、投薬処方、在宅酸素、尿道カテーテル、痰の吸引、胃ろう・腸ろうが上位を占めた。

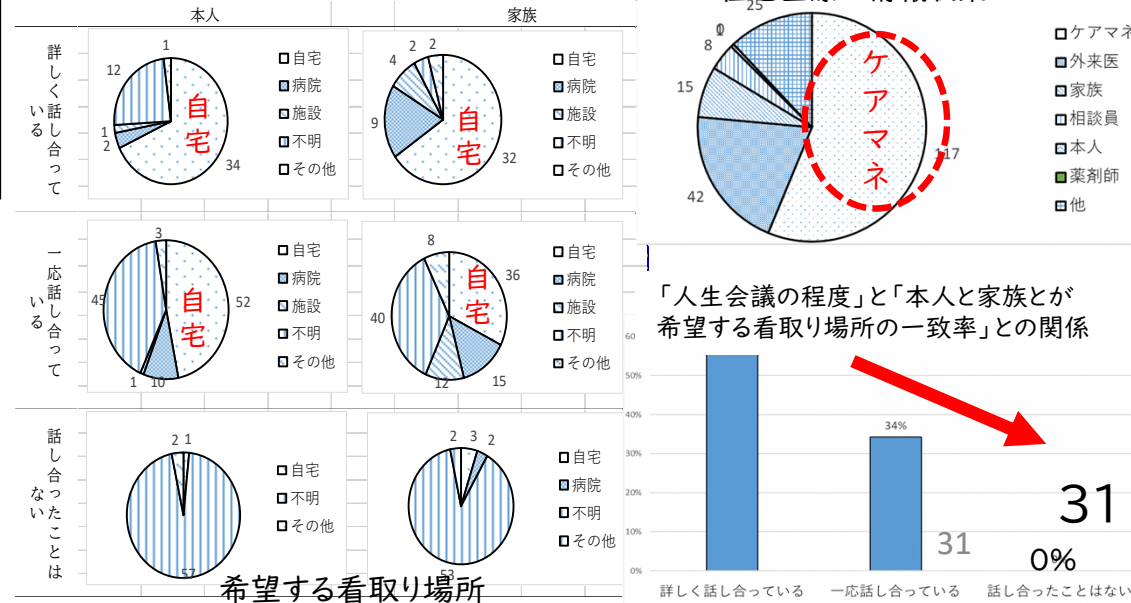
在宅医療の開始に係る状況

- 在宅医療を開始する理由は「身体機能の低下」「介護者の負担増大」が多くを占めた。
- **在宅医療の開始の提案、開始する際の情報収集はいずれも「ケアマネジャー」が担っている**場合が多く、いずれもケアマネジャーが担っている場合は1/3を占めた。
- 1/3が過去1年間に入院を経験していたが、その多くは「発熱等、治る見込みがある疾患に一時的に罹患したため」だった。



在宅での看取りの希望と実際（平成30年調査）

- 在宅での看取りを希望した方の7割がそれを実現するとともに、在宅での看取りを希望しない方の9割がそれを実現していた。希望する看取り場所が分からない人の9割は在宅以外で看取られていた。



人生会議の実施に係る状況

- 3/4が受けない/受けたくない医療・療養について、本人・家族や支援者らと「一応」または「詳しく」話し合っていた。
- 看取りの場所として、本人の4割、家族の3割が自宅を希望していたが、本人・家族ともに自宅を希望しているのは1/4だった。
- **受けない/受けたくない医療・療養を詳しく話し合っている場合は、そうでない場合より本人・家族ともに自宅での看取りを希望する割合が高いとともに、自宅に限らず希望する看取り場所について本人と家族とが一致する割合が高かった。**

ACP(人生会議)の実施状況に関する調査結果 (稲城市)

概要

- 令和2年7月、市内ケアマネを対象にACPの実施状況や研修受講経験等を調査し、14/24事業所から回答があり、34人の状況が把握できた。
- 6割は「重要だと思いが取り組めていない」、4割は「できるだけ取り組んでいる」と回答。6割は人生会議に関する研修に参加したことがあるものの、参加者の方が取り組めている割合が高いわけではなかった。また、ケアマネ歴10年以上の方が35%いたが、この半数は取り組んでおり、やや割合は高かった。
- 人生会議の要素別の困難度について、①してほしい/してほしくない治療やケアについて難しいと感じるのは7割に留まった一方で、8割以上が②自分の考えを伝えられなくなったときに望む治療、③自分の考えを伝えられなくなったときに望む治療の場について、難しいと感じ、特に④**信頼する家族等と本人との考えが異なる場合の対応は、ほぼ全員が難しいと感じていた。**
- 医療機関との連携について7割が「どちらかという連携できている」、1割が「うまく連携できている」と認識するものの、「どちらかという連携できていない」と認識する2割の方全員が、人生会議に取り組めていないとともに、全要素について難しいと感じていた。
- 連携に関する課題を確認したところ、**訪問診療を利用する方については連携がうまくできているものの、医療機関ごとに個性がある、退院調整の必要性に関する温度差を感じる、役割分担が不明瞭等**といった考え方に関する課題とともに、意思決定等をすり合わせる時間が取れない、そのための知識を得る時間が取れないといった運用上の課題が挙げられた。

ACPの要素	難しさ	工夫、解決方法
自分の考えを伝えられなくなったときに望む治療	話し合うタイミングの難しさ 病状の進行に伴う意向の変動 治療の選択肢を伝えることの難しさ 延命治療を選択後に予想される状態の説明の難しさ 認知症になることは予想できない難しさ	ニュースや事件をきっかけに本人や家族の想いに触れる。 信頼関係を築き、何度も聞く。 少しでも情報を得て、少しでも多くの選択肢を示す。 主治医を始め関係者同席のもとで治療について検討する。 主治医と連携し、意思を伝えられなくなる時期を逃さない。
してほしい/してほしくない治療やケア	治療やケアの知識、情報収集の難しさ 本人の意向に沿えない難しさ(下の世話されたくない) 家族に遠慮した上での本人の意向となる難しさ 医療提供者の判断に委ねられる難しさ	できるだけ具体的に説明することになっている。 モニタリング毎に確認する。 スタッフ間や他サービスでの聴き取った情報を共有する。 本調査時に示された資料のように確認すべき項目を整理する。
自分の考えを伝えられなくなったときに望む治療の場	治療の場に関する知識不足による難しさ 病状の進行に伴う意向の変動 意向に実現可能性(介護力、環境、費用)が強く影響 認知症になることは予想できない難しさ	本人や家族だけでなく、支援者がとらえている認識も確認する。 意思を伝えられるうちから、できるだけ確認するよう心掛ける。 行動や表情からも意向をくみ取る。 意思を伝達できなくなる前の言動を確認する。
信頼する家族等と本人との考えが異なる場合の対応	本人の意向を家族が叶えられない、受け入れない場合 今までの家族関係から、本人の意向が尊重されない場合 介護する家族が多く、意見がまとまらない場合 「家族の問題」として介入を拒まれる場合 本人亡き後に残される家族の意向が重要と思われる場合	家族の介護力の中で、できそうなことを確認する。 元気だった頃の本人の状態、性格、気持ちを家族に聞く。 家族の個々と話し合う。意向や話し合った結果を文書に残す。 しっかり、ゆっくり話し合える時間を確保する。 多職種、医療提供者から提供される情報を活用する。

ACP全般に関するコツ

- 早い段階から意思を確認し、共有する機会を設ける。
- 本人や家族の不安を予測して対応することが重要。
- 医療との連携に苦手意識があると負担になるため。ガイドラインを理解し、具体的な援助技術の習得が必要。

令和4年度 市民向けシンポジウム「医師に自宅に来てもらうという選択肢」

「地域住民への在宅医療・介護連携の理解を促進する」事業として、毎年開催している市民向け講演会について、今年度は在宅医療を実際に利用した **本人・家族にも登壇いただき** シンポジウム形式で実施。

アンケート結果

「医師に自宅に来てもらうという選択肢」

- 講師
高橋 藍海 氏 アースサポート稲城
日野 祐子 氏 訪問看護ステーションいなぎ正吉苑
平田 沙和 氏 稲城在宅療養クリニック
- 日時 令和4年12月4日(日)午後2時～4時
- 会場 地域振興プラザ 大会議室・Webex Meetings(オンライン開催)のハイブリット開催

- 参加者 58名(アンケート回答47名)
- 会場参加 30名 オンライン参加 28名
 - ①～54歳 6名 ②55～64歳 4名
 - ③65～74歳 5名 ④75～84歳 25名
 - ⑤85歳～ 7名
 - 参加の目的(複数回答あり)
 - ・在宅医療に関する知識を得たかった 32件
 - ・自分の今後を考えるため 26件

- いざという時、在宅医療を利用したいという気持ち
- ・**とても高まった:15件**
 - ・**どちらかというが高まった:21件**
 - ・変わらない:11件
- 在宅医療
- ・**ぜひ利用してみたい:17件**
 - ・**検討したい:27件**
 - ・わからない:3件

【シンポジウムの概要】

◆在宅医療について

- ・ケアマネジャーから在宅医療の特徴や内容、訪問診療開始までの流れを説明。
- ・訪問看護師より在宅医療における訪問看護師の役割やチーム支援を説明。
- ・訪問診療医から訪問診療の実際やACPを説明。

◆在宅医療を利用した本人・家族の体験談

◆在宅医療利用家族と専門職を交えたシンポジウム

「在宅医療の案内、提案」「訪問するということ」「本人の意思の尊重」をテーマに意見交換。

- ・本人も家族も、ずっと通院し、必要なら入院するのが当然と思っていたが、在宅診療という選択肢もあることがわかった。
- ・立場が違う方から話を伺えて参考になった。
- ・**実際に利用された方のお話・本音を聴けてよかった。**
- ・**在宅医療を身近に感じられた。自宅にきてもらうことのハードルが下がった。**
- ・要介護認定を受けていなくても利用できることを知れた。
- ・オートロックが増える中、独居の方でも利用できるか。
- ・音声聞き取りづらかった。
- ・参加者との意見交換もしてほしかった。



令和5年度 各圏域に出向いた市民向け「在宅医療ミニ講座」の実施

概要

- 1年に1回、市民向け講演会を実施していたが、**参加者の多くは、自分または配偶者が訪問診療の利用を検討する高齢者**で、その多くは杖を利用する等、移動に支援を必要とする人が多かった。
- このことから、**訪問するサービスの魅力や可能性を説明するならば、できるだけ地域に出向く必要がある**と考え、第8期の取組みに位置付けた。ただし、コロナ禍で開催が見送られていたが、令和5年度に実施したものの。
- いなぎ在宅医療・介護相談室が日程等は医師、会場は地域包括支援センターと調整。
- 訪問診療医が「在宅医療の基本」を説明し、質疑応答は相談員や地域包括支援センター職員も同席した。



	第1回	第2回	第3回	第4回
講師	門松拓哉（医師） （新百合ヶ丘あゆみクリニック）	関根秀明（医師） （稲城わかばクリニック）	平田沙和（医師） （稲城在宅療養クリニック）	奥村光絵（医師） （あいクリニック平尾）
圏域	こうようだい 向陽台・長峰・若葉台	もむら 大丸・東長沼・百村	やのくち 押立・矢野口	ひらお 坂浜・平尾
場所	稲城中央公園総合体育館 （ミーティングルーム1）	大丸自治会館 （1階集会所）	やのくち正吉苑 （4F地域交流室）	平尾自治会館 （1階講堂）
日時	7/3（月）14時～15時	7/19（水）13時～14時	10/31（火）14時～15時	11/29（水）10時～11時
参加	34人	31名	27名	26名

振り返り

- 圏域ごとに実施することで、各地域包括支援センターが参加者に目星をつけ、案内することにつながった。
- 年4回開催されるため、訪問診療について問い合わせがあった場合、数か月以内に開催される講座を案内することができた。
- 訪問診療医について問い合わせを受けることが多くなってきた専門職が随時、学ぶ機会を提供することにつながった。
- 延べ118名と、**年1回の講演会の参加人数を大きく上回った。**
- このミニ講座をきっかけに訪問診療を利用し始めた方もいた。



6 第8期の課題を踏まえた第9期の取組案

- 標準的な急変時ルールを作成と活用について

📌ポイント

介護保険事業計画第9期に向けた「在宅医療に関する具体的な施策」を紹介すること。

第8期の課題を踏まえた第9期の取組み案：標準的な急変時ルールを作成と活用について

現状と課題

- 令和5年1月に実施したケアマネ向けアンケートでは、訪問診療を利用している **150事例のうち107件は、急変時の本人の意向を確認できていなかった**。また、56件は急変時ルールが作成されておらず、52件はACPIについて話し合ったことがなかった。
- これら意向確認できていない事例のケアマネは、業務歴や看取り経験が少ないわけではなかったことから、一部のケアマネにのみ起きている課題ではないと推測できる。
- 一方で、**訪問診療医は、ほとんどの事例に対して延命措置の希望等を確認していることも推測される**ことから、これら急変時に備えて採取すべき情報を標準化するとともに関係者と共有する仕組みができれば、多くの事例で急変時ルールは作成できると考えられる。
- **ACPIは急変時の本人の意向も含んだ、より大きな意向を確認してケアに反映させる作業だと考えられることから、まずは急変時ルールの作成を徹底してはどうか。**

作成のプロセス

個々の「急変」**症状の確認・確定** (医療関係者が中心)

先の関係者での共有 (医療的なことを **介護関係者や家族で理解**する)

症状が見られた場合の本人の意向の確認 (延命や心肺蘇生の希望等)

これに沿った急変時ルールの作成 (救急車やバックベッドの活用、連絡網、症状共有ノート)

ルールの運用、ルールの見直し

改善案

- 段階的に作業を進めるべく、令和5・6年度は標準的な急変時ルール(案)の検討や作成、令和6・7年度はそのルールを活用するための研修を企画・実施してはどうか。
- これら作業は「(仮称) **急変時ルール検討部会**」で調査、議論、企画してはどうか。

急変時ルール検討部会メンバーのイメージ

- ・ 訪問診療医
- ・ 訪問看護師
- ・ ケアマネジャー
- ・ その他

市内外の急変時ルールの確認

急変**症状**の例、急変時の**本人意向の例**の検討

急変時の**本人の意向の確認方法**の例の検討

急変時の**本人の意向の共有方法**の例の検討

急変時の**関係者との連絡方法**の例の検討

これらをまとめた急変時ルール(案)の作成

急変時ルール(案)の活用研修

まとめ

市町村が地域の医療提供体制の実態を把握し、市町村が必要だと判断する事業や施策を、市町村として実施することが、地域の在宅医療の基盤作りには有効であり、必要である。

