

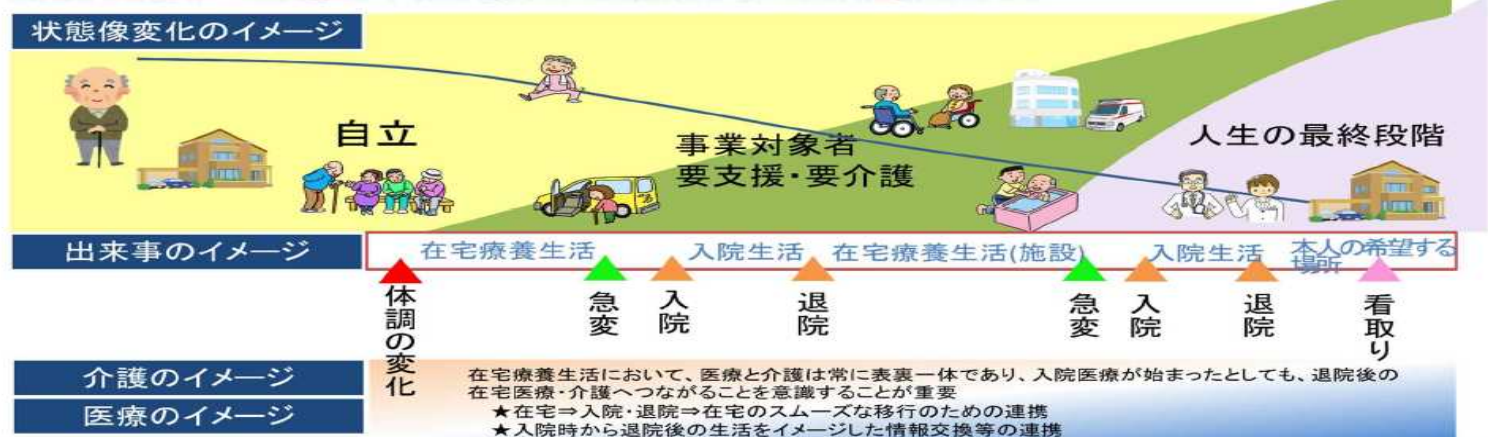
# 4つの場面に着目する理由

## 在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨（抜粋）

### 4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

● 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例 P23

- ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるような支援が必要である。
- 在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。
- 4つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定等を行う前提として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要である。

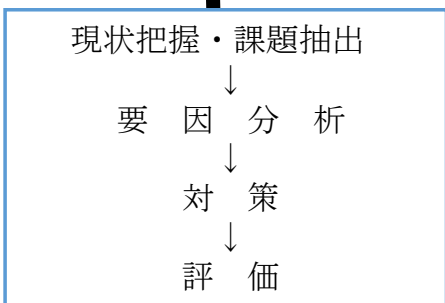
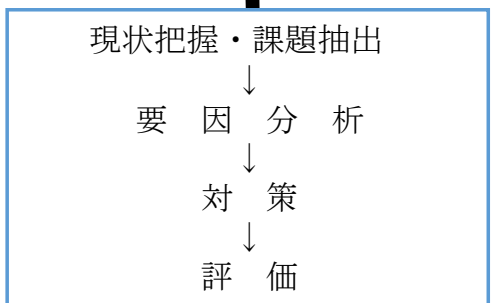
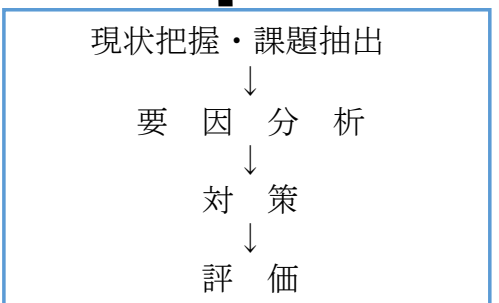
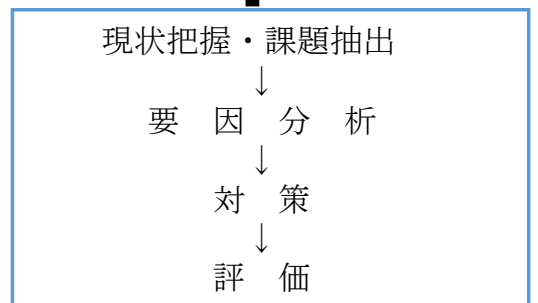


在宅医療・介護連携推進事業における基本理念（第9次高齢者保健福祉計画）

「ひとりひとりが健康でいきいきと安心して自分らしく暮らせるまち いわき」

在宅医療・介護連携の目指す姿

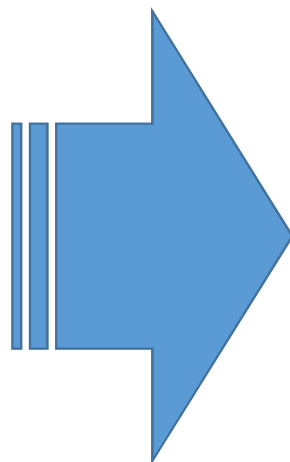
日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
<p>医療・介護に関わる多職種がお互いの職種の役割を理解し、ICT等効率的効果的な手段等も活用しながら連携を図り、本人の意向と状態に応じた医療・介護支援を提供することが出来る。</p> <p>※災害時等の対応（特に医療機器使用者等）については、本人・家族・多職種間で共有し、本人の安全確保を図る。</p>	<p>いわき医療圏退院調整ルールを運用し、病院とケアマネジャーが在宅復帰に向け入院当初から情報を共有し、安心してご本人が在宅（施設等）へ移行できるよう支援する。</p>	<p>在宅療養中に体調が急変することも想定し、かかりつけ医師・本人・家族・支援にあたる多職種等で連絡体制を共有し、慌てずに適切な方法で医療を受けることができる。</p>	<p>人生の最終段階における医療、療養場所（病院・自宅・施設）について、医療・介護関係者が本人・家族の意向を尊重し、それが実現できるように支援する。</p>



# 優先的に取り組む場面は？ 『看取り』

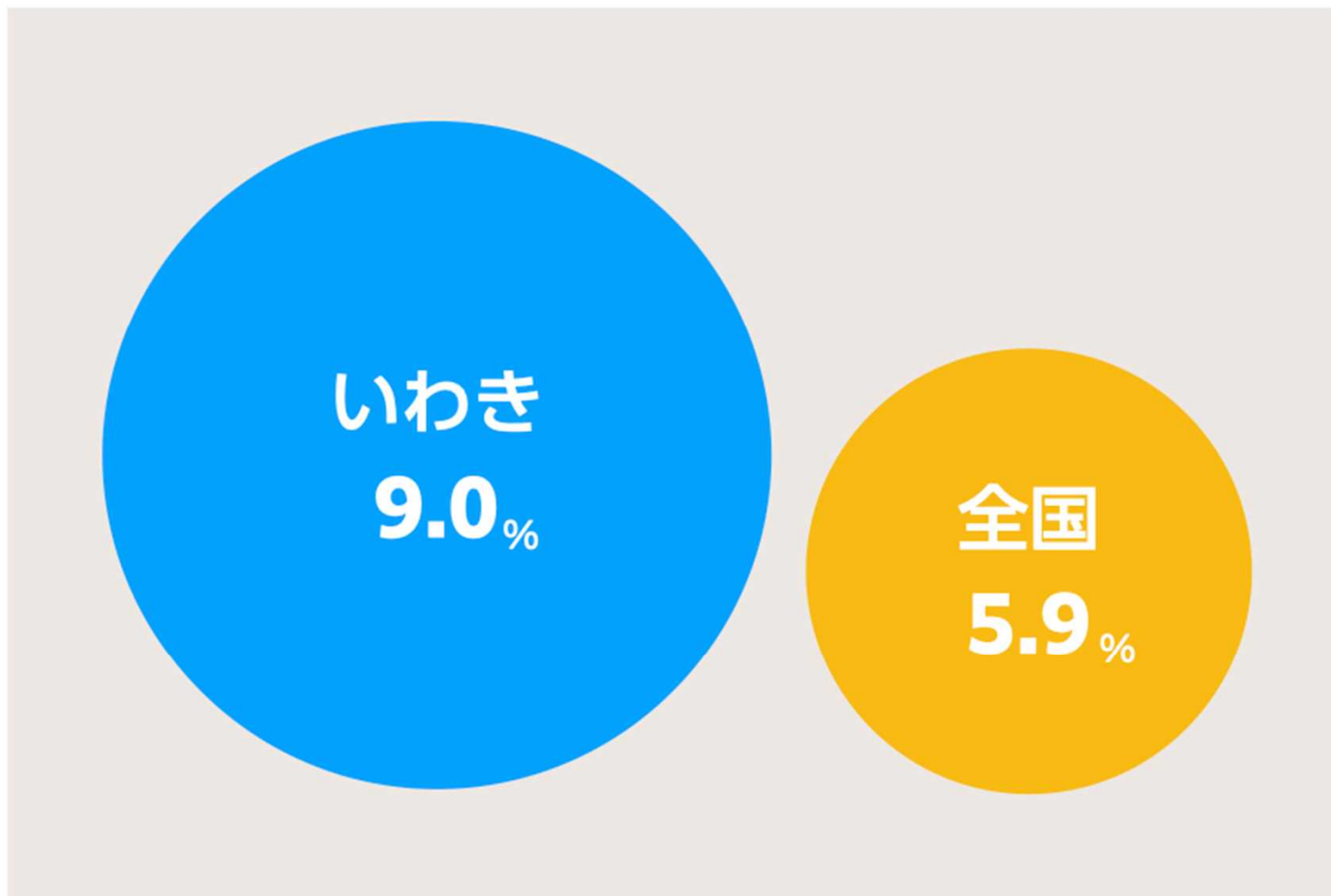


- 高齢化の進展に伴い死亡数は増加傾向にあり、**終末期を迎える人が増えている**。
- **命の危険が迫った状態**になると、**約7割の人**が医療やケアなどを自分で決めたり、希望を**人に伝えたりすることができなくなる**。
- **単身世帯数・夫婦のみ世帯数**が増加するなど、**身近に頼れる親族が少ない人**も増えている。また、**認知症等により判断能力が不十分な人も増加**している。



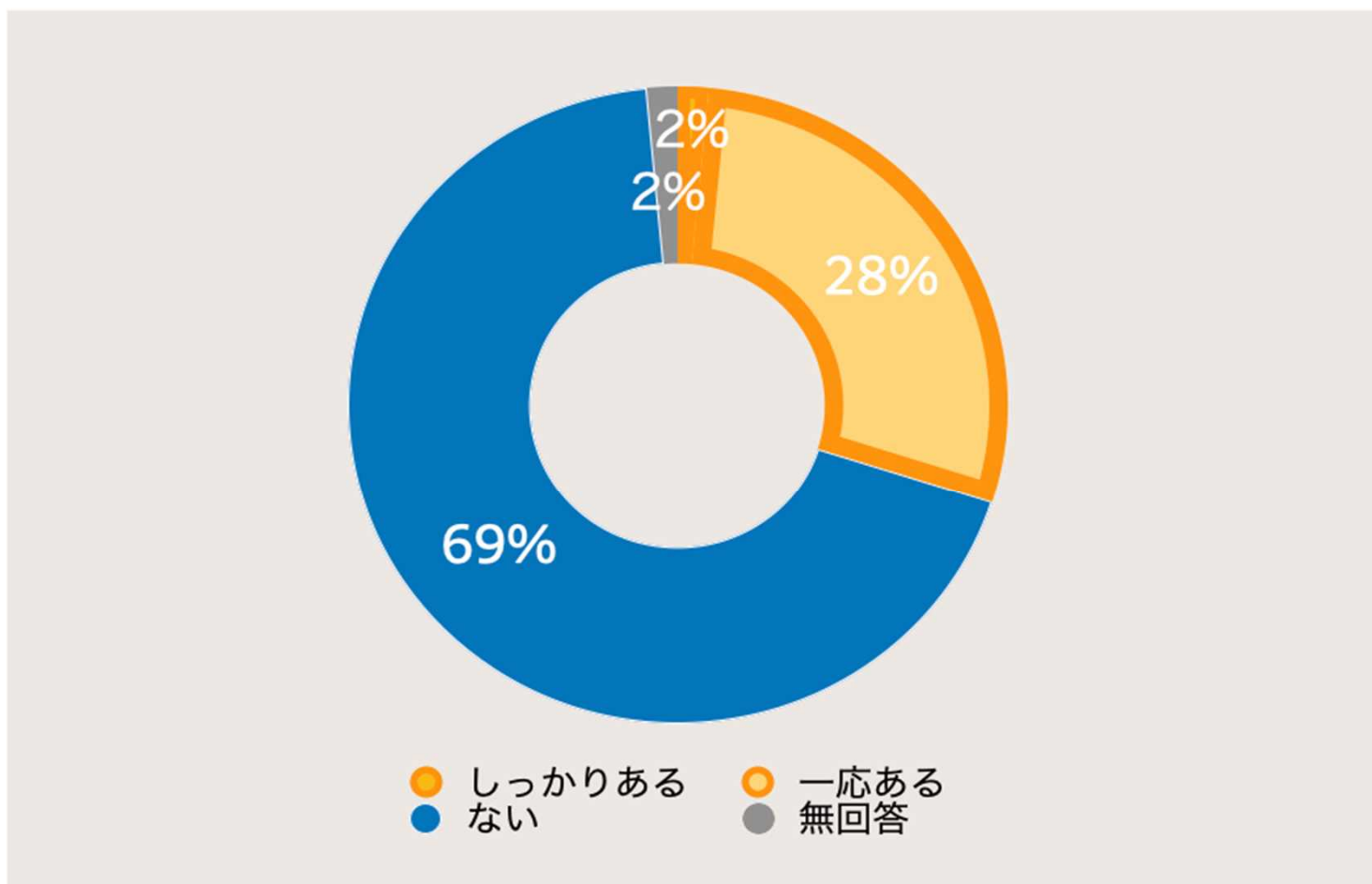
- 本人の**意思が不明であれば**、医療提供者側では**治療決定が難航**したり、本人の意思が反映されない医療、たとえば**希望しない医療処置や延命措置を患者が拒否できない**という問題が生じる。

# 『ACP(人生会議) について知っている割合』



厚生労働省 令和4年度 「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」 より

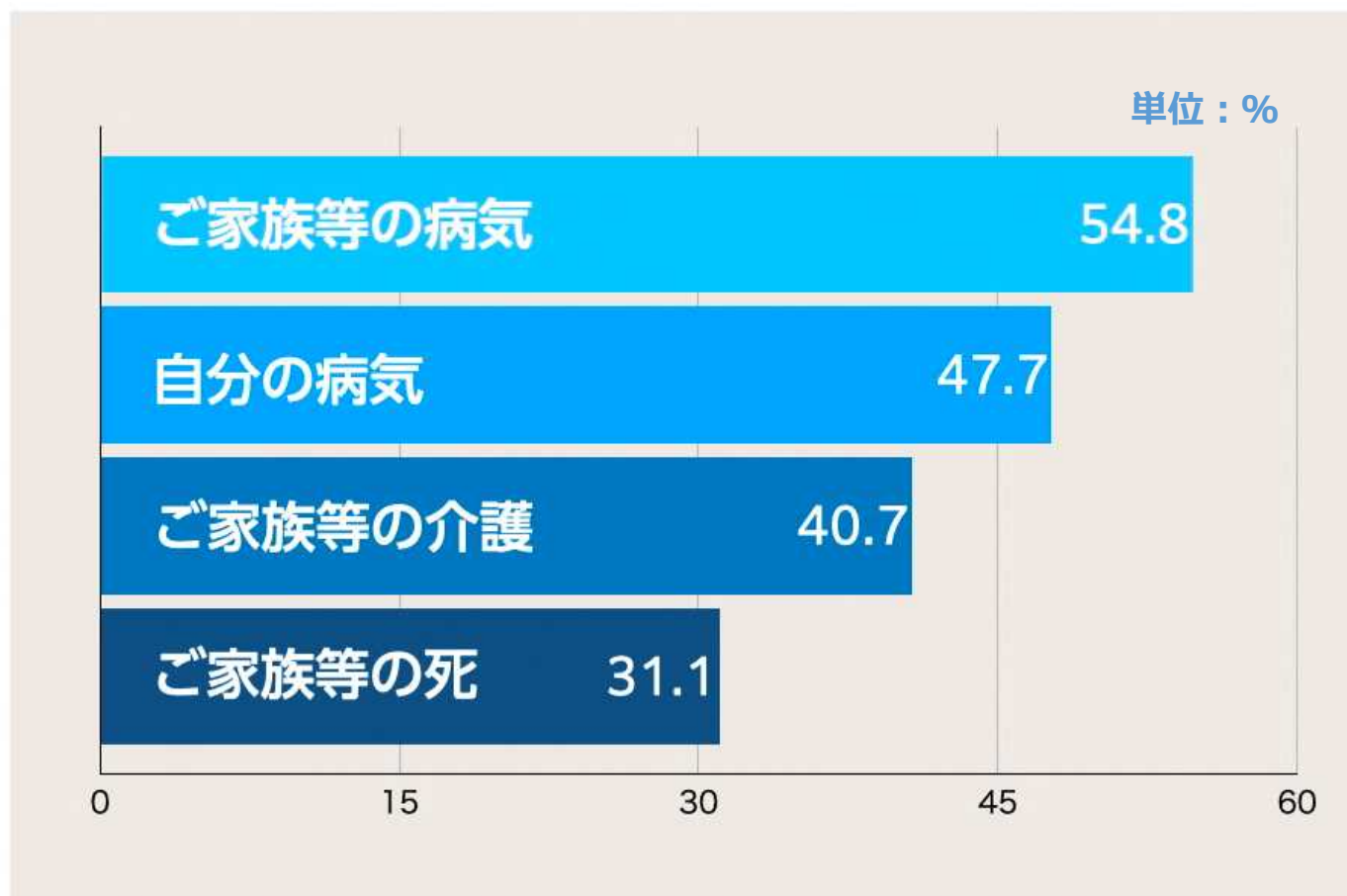
## 『最終段階について話し合ったことは？』



厚生労働省 令和4年度「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」より



# 『話し合うきっかけとなる出来事は？』 (複数回答可)

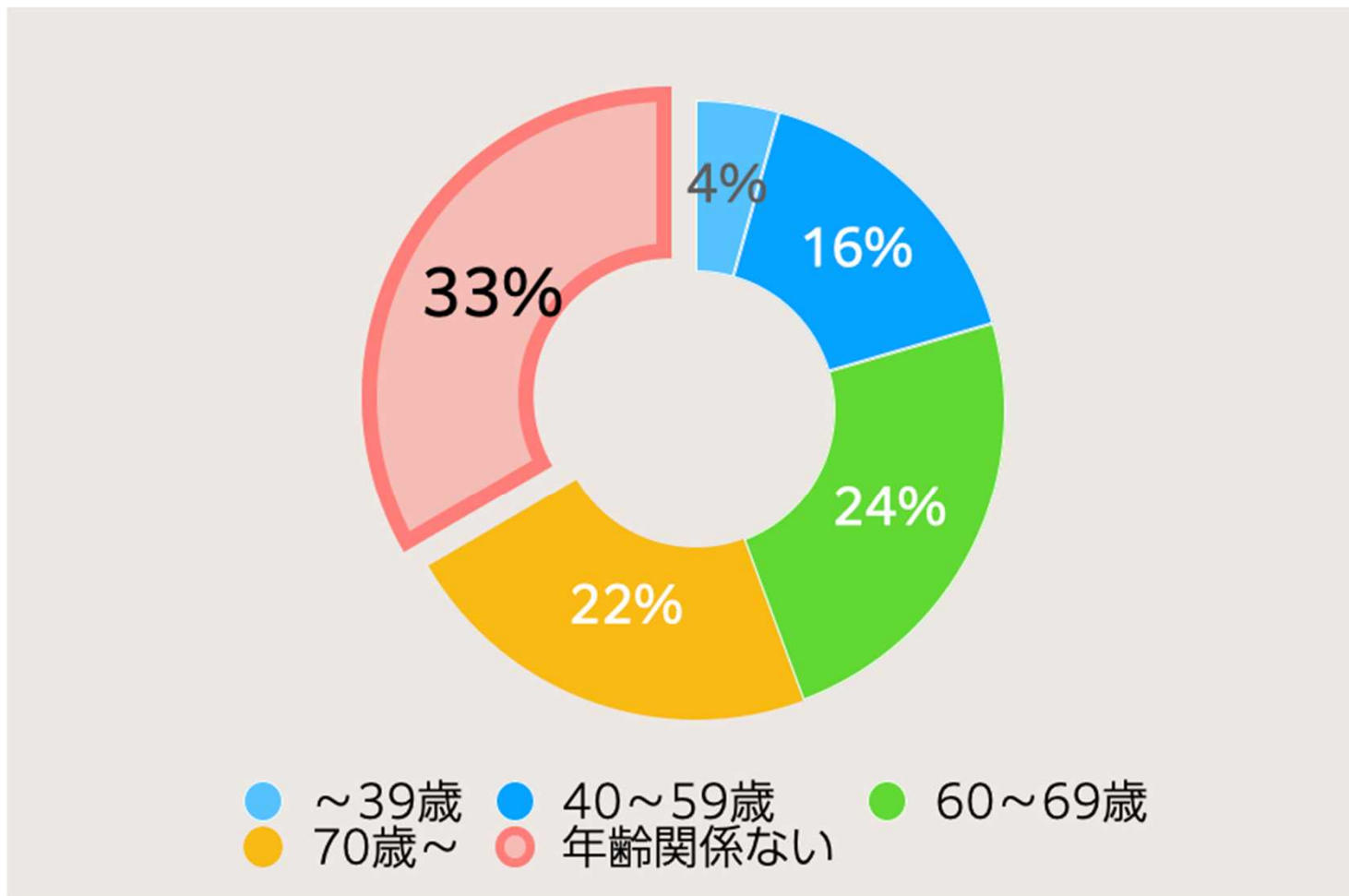


厚生労働省 令和4年度 「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」 より





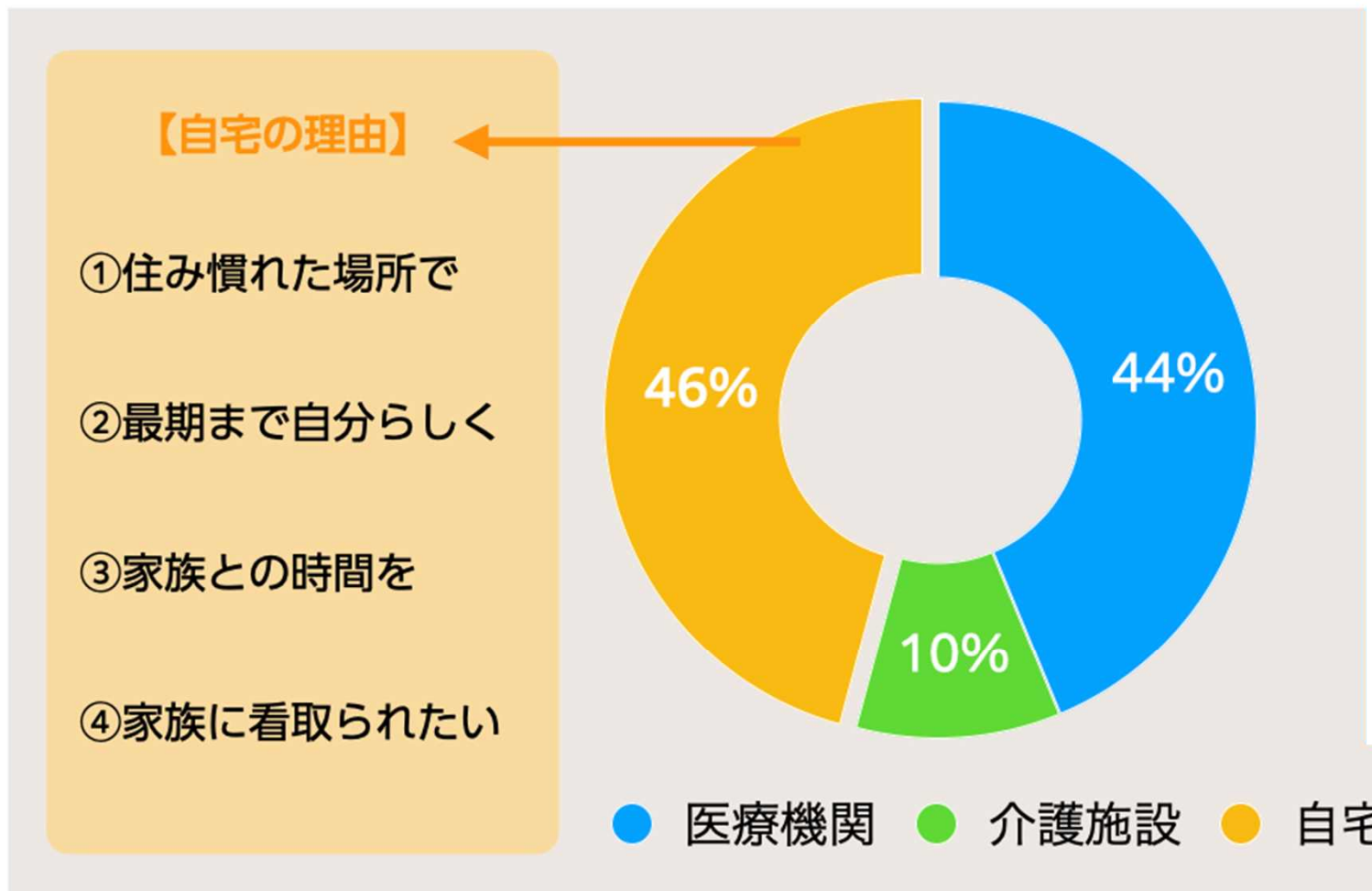
# 『話し合うのはいつがいいと思いますか？』



厚生労働省 令和4年度「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」より

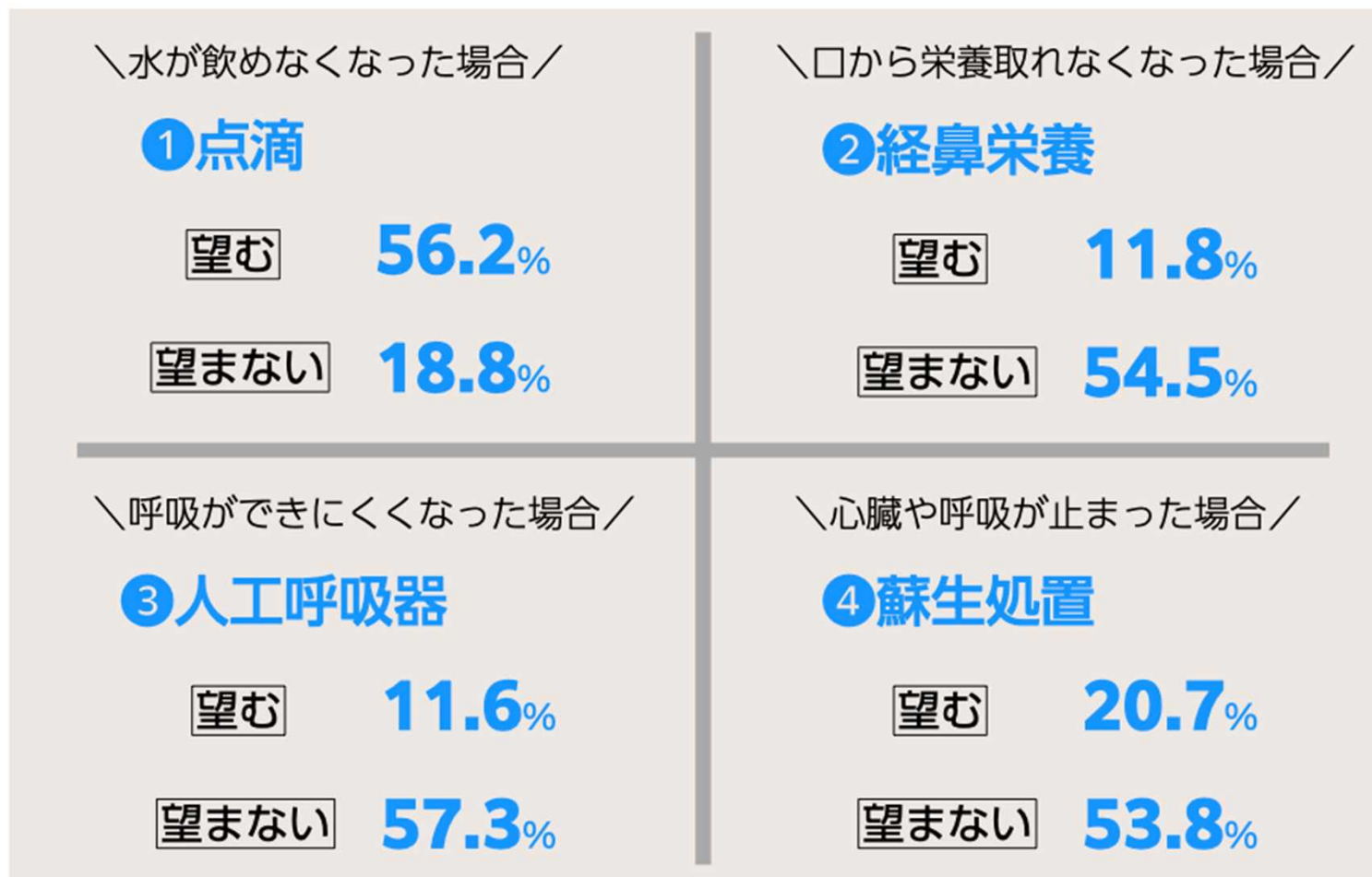


# 『最期をどこで迎えたいですか？』





# 『治療をどこまで望みますか？』



厚生労働省 令和4年度「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」より

# 看取りの場面における課題・要因

ACPの普及啓発が重要

課 題	要 因
<p>1 ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の認知度は、9%と低い。                  そのうち、ACPを開催したことがあるのは、20%。                  （県地域医療・福祉に関する調査（R5.1）：患者調査）</p>	<p>①誰が（どこの機関）、どのような機会に誰を対象にACPの話を実施しているのか全体像が掴めていない。                  ②専門職、市民も研修会や地域の勉強会に集まるのは、いつも同じ参加者であることが多い。                  ③専門職も家族も死は縁起でも無いことと、話題にするきっかけが掴みにくい。</p>
<p>2 加齢や重大な病気などで死に近い状況になった時、自宅で最後まで生活したいと思うかの割合は約54%（はい+生活したいが出来ない）であるが、そのうち約20%が実現は難しいと感じている。（市日常生活圏域ニーズ調査（R5.2））</p>	<p>①実現が難しい理由としては、1位 家族に負担をかける（72%）                  2位 急に病状が変わった時の対応が不安（54%）                  3位 介護してくれる家族がいない（26%）                  ②家族の看取りに対する心構えの問題</p>
<p>3 救急現場において、傷病者の家族等から本人の心肺蘇生中止の意志を示される事案が生じている。                  ▶ 救急出動した救急隊は、救急業務規定により、傷病者に対して救急救命処置を実施しない、あるいは救急救命処置を途中で中止することは困難となっている。</p>	<p>①現代は人の死を身近で経験することが殆んどなく、家族は病状が急変すると慌てて救急車を要請してしまう。                  ②DNAR（心肺停止状態になった時に、家族（本人）の希望で、心肺蘇生を行わないこと）の取り決めをしているケースが殆んどなく、取り決めの必要性について市民や介護関係者の理解が進んでいない。</p>
<p>4 施設では、看取り対応に介護職員がストレスを感じている（夜勤時、施設に看護師の配置が無い施設等）。</p>	<p>①死に至る身体の変化の知識がない。                  ②看取りの対応経験がない。</p>



# ACP (愛称：人生会議)

**Advance** あらかじめ  
**Care** 広義：生活上の世話や配慮 狭義：医療・看護・介護  
**Planning** 計画する

## 本人

誰の人生にも始まりと終わりがあります。  
わたしの想いを伝えることが出来る「今」・・・  
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、周囲の信頼する人達（家族・  
知人等、医療・介護関係者）と共有しておくこ  
と。

## 支援者の目指す姿

1人ひとり異なる患者の価値感、  
人生の目標、将来の医療に関する  
望みを理解し、医療・介護職  
が連携し支援すること。

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？



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～

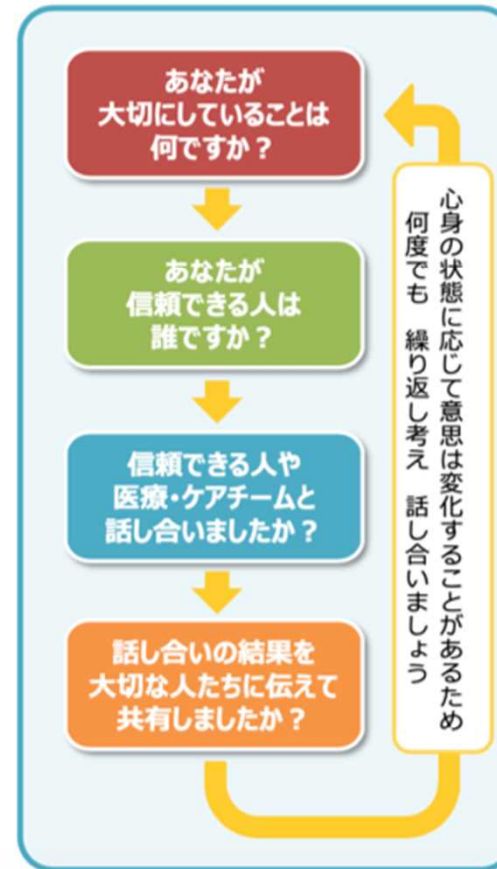
11月30日 (いい看取り・看取られ) は人生会議の日

## 話し合いの進めかた (例)

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。

命の危険が迫った状態になると、  
約70%の方が、  
医療やケアなどを自分で決めたり  
望みを人に伝えたりすることが、  
できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために  
大切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やケアを望むかを  
自分自身で前もって考え、  
周囲の信頼する人たちと話し合い、  
共有することが重要です。



# 市民へのACP普及啓発 (現状)

	医療関係	介護関係等	行政
①市民向け (対象の限定は、していない)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 医師会 「在宅医療出前講座」 市内7地区で実施</li> <li>➤ 病院 「看護の日」「ピンクリボン月間」等病院でのイベント時に「わたしの想いをつなぐノート」等を配布。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 地域福祉ネットワークいわき(地域包括支援センター) エンディングノート作成支援事業：つどいの場等活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 介護保険課 いわき安心ノート作成</li> <li>➤ 包括ケア推進課 いごくミーティング開催(年1回)</li> <li>➤ いわき市権利擁護・成年後見センター 市民後見人養成講座 市役所出前講座「高齢者・障がい者の虐待防止と成年後見制度」</li> <li>➤ 地域医療課 わたしの想いをつなぐノート作成&amp;WEBサイトで発信 市役所出前講座「在宅医療と介護について」(R5.4~)</li> </ul>
	<p>主なターゲット層は、高齢者が多い 全ての地区・病院で実施されているとは、限らない。</p>		
②人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 訪問診療実施医療機関 訪問診療医師が、患者に対し「わたしの想いをつなぐノート」等を活用し、意思決定支援を実施。</li> <li>➤ 訪問看護ステーション 担当している方に、「わたしの想いをつなぐノート」等を活用し意思決定支援を実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 居宅介護支援事業所 担当者する方の医療・介護に関する意思決定支援を実施。</li> </ul>	
	<p>担任する方の状況により、話ができる方と出来ない方はいる。</p>		
③高齢者を支える立場にある家族等	同上	同上	
	<p>医療・介護を受けている方の家族に限られている。 親を介護する世代(50~60代)へのアプローチは特にしていない。</p>		



# 【参考】Webサイトでの発信



いわき市在宅医療・  
介護連携支援センター

在宅医療について 取り組み 私たちについて リンク お問い合わせ

## “想いを叶える”をサポートします

病気があっても、、、介護を必要としても、、、  
住み慣れた地域を自分らしい暮らしを続けたい  
いわき市在宅医療・介護連携支援センターが  
サポートします

Google Chrome

## わたしの想いをつなぐノート



### 【わたしの想いをつなぐノートとは】

いつかは訪れる人生の最期を、あなたらしく、あなたの希望どおりに送れるよう、元気なうちからあなたの意思を残しておきましょう。家族や医療介護の関係者は、ノートに書かれたあなたの意思を尊重し、対応します。





# 市民へのACP普及啓発 (今後)

## ACP普及の現状

- ① 団体・事業所・個人・市がそれぞれに頑張っている。
- ② ターゲット層は、当事者・関心が高い方。
- ③ 「死」をタブー視する意識が高いため、アプローチに苦慮。

裾野を広げる取り組み

## ACP普及の今後

- ① 少ない労力で、最大の効果を上げる事業展開
  - 団体、事業所等、市で連携した取り組みを意識する等
- ② ターゲット層の選定
  - 市民全体、当事者・家族等、親を支える年代の家族（50代~60代）
- ③ ターゲット層に合わせた啓発ツール、講座等の在り方の再考

# 皆様からのご意見をいただきたいこと

## 現状

- ・ 各団体、事業所等で実施しているACP普及について👉（対象、活用ツール、どのような機会に実施しているか）

## 今後

- ・ 各団体、事業所等で今後できる事について👉（統計資料、先進自治体事例等も参考に）