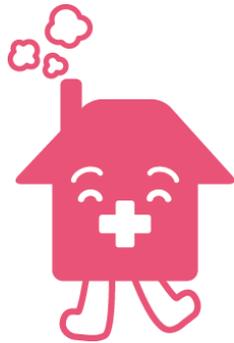


【柏市における在宅医療・介護連携推進の取組み】

在宅医療と救急医療の連携から 意思決定支援へ



柏市保健福祉部 地域医療推進課

【本日の内容】

1. 柏市の地域包括ケア構築に向けた取組み
2. 在宅医療と救急医療の連携
3. 意思決定支援の取組み
4. 取組みの評価



1. 柏市の地域包括ケア構築 に向けた取組み

～在宅医療・介護連携の推進を中心に～



柏市の地域包括ケアシステムの具現化の取組み

「高齢社会の安心で豊かな暮らし方・まちのあり方」を
柏市、東京大学、UR都市機構の三者で議論し、実践していこう！



協定式の様子(2010年5月)

H22

柏市



超高齢化に対応したまちづくりの具体化

東京大学高齢社会総合研究機構



システム・技術の研究・開発と世界への発信

都市再生機構



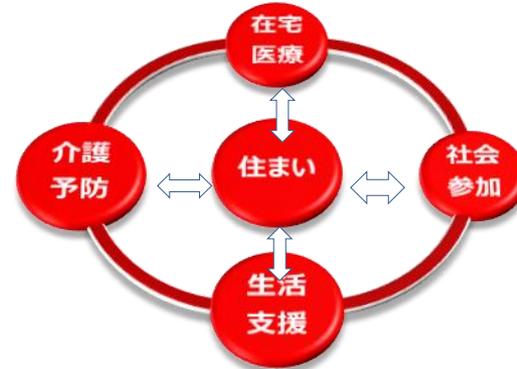
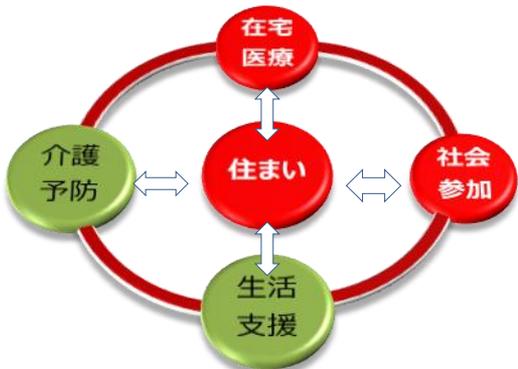
今後の団地のあり方の検証

<目指すまちの姿>

- ・いつまでも在宅で安心して生活できるまち～在宅医療の普及～
- ・いつまでも元気で活躍できるまち～高齢者の生きがい就労の創成～

第1フェーズ 2010～2015

第2フェーズ 2015～2018



	H22	23	24	25	26	27	28	29	
在宅医療	【体制・ルール構築】					柏地域医療連携センター開業	【普及と定着、質や機能の向上】		
	在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築 主治医・副主治医制度の構築，病院のバックアップ機能を確保（10病院会議にて）						更なる在宅医療推進体制の構築 主治医・副主治医制度の機能強化，訪看STの基盤強化		
	在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進 顔の見える関係会議，在宅医療研修の開催等						多職種連携の質，機能の向上 「患者，家族の意思決定を支える」ためのプログラムの開発 総合特区事業所を核としたトータルヘルスケアステーションの創設		
	情報共有システムの構築 ICTを活用し，患者の情報を医療・介護職で共有し，多職種連携を推進						在宅医療への取り組み成果の見える化 ICTシステムから抽出した患者・家族の声をHP等に掲載するなど，市民が在宅医療のイメージをしやすい情報を発信		
	市民への啓発 民生委員等地域住民への啓発，在宅医療情報誌「わがや」の発行					在宅医療・介護連携の評価指標の設定			
生活支援						【各コミュニティエリア】 地域支え合い会議設立・運営支援			
介護予防	【調査研究】 2千人の追跡健康調査 ⇒フレイル予防プログラム開発					【フレイルチェックの実践・拡大・定着】 フレイルチェック事業 フレイル予防プロジェクト2025			
社会参加	【モデル開発】 生きがい就労創成					【生きがい就労の全市展開】 シルバー人材センターによる全市展開 セカンドライフプラットフォーム事業 (厚労省モデル事業第1期)			
住まい						【豊四季台】 拠点型サ高住の誘致 【その他の地域】 在宅医療・介護サービス拠点の検討			

在宅医療・介護連携に取り組んだ背景ときっかけ

①長寿化進展による慢性疾患患者の増加

「病院完結型」から、在宅生活を支える
「地域完結型」の医療・介護サービスが必要

○ 病床利用率

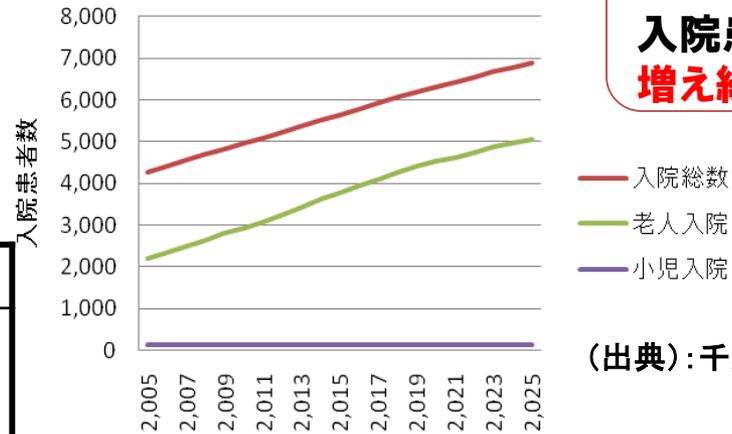
(出典)平成23年病院報告(厚生労働省)

	病床利用率 (%)		
		(再掲) 精神科病院	(再掲) 一般病院
柏市	87.0	92.6	85.1
全国	81.9	90.6	80.2
千葉県	79.7	90.0	77.6
千葉市	76.6	78.2	76.3
船橋市	81.5	92.6	76.7

②終末期の療養場所

市民の希望は「自宅」が多い、
実際は病院で亡くなる方が8割の状況

柏市入院患者予測



千葉県の都市部
入院患者は
増え続ける

(出典):千葉大学による推計

柏市の病床利用率は**85.1%(H23)**



このままでは近い将来、病床は高齢者
でいっぱいになる恐れがある。

【★プロジェクトの推進方針★】

市と医師会が理念を共有し、多職種と手をつなぎながら、在宅医師等の増加、連携づくり、市民啓発を行おう!

在宅医療・介護連携の課題抽出と目標設定

在宅医療

在宅医療を推進するために取り組んできたこと【phase1】

PJ開始当初の課題認識



目指したもの



5つの取り組み

- 24時間365日対応への負担感や、専門領域外への診療への不安感から、在宅診療を行う医師が少ない
- 医療職・介護職それぞれがサービスを提供しているため、連携に乏しい
- 患者・家族は、入院以外に「在宅医療」という選択肢があることを知らない場合が多い。

- 在宅医療が必要な患者を一部の医師により「点」で支えるのではなく、**市域全体をカバーすることによって「面」への広がり**を持たせる
- 医療職・介護職等の「多職種が連携」することにより、**安心で質の高いチームケアを提供できる体制**を構築
- 市民に「**在宅医療の必要性・重要性**」を理解してもらう

- 1.在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築
- 2.在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進
- 3.情報共有システムの構築
- 4.市民への啓発、相談・支援
- 5.上記を実現する中核拠点（地域医療拠点）の設置

1 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築

- ① かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ（主治医・副主治医制）
- ② 急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

2 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進

- ① 在宅医療多職種連携研修の実施
- ② 訪問看護の充実強化
- ③ 医療職と介護職との連携強化

3 情報共有（多職種連携ICT）システムの構築

4 市民への啓発，相談・支援

5 上記を実現する中核拠点（柏地域医療連携センター）の設置・運営



【主な成果】

- 在宅医療多職種連携研修(H23.5～ 通算9回) **462人**（医師65人）
- 顔の見える関係会議（H24.6～ 通算23回） **4,762人**（H29年度末）
- 在宅療養支援診療所 14箇所（H22年4月） → **33箇所**（H30年4月）
- 訪問看護ステーション 11箇所（H23年12月） → **27箇所**（H29年12月）
- 柏市の在宅診療所による年間自宅看取り 47件（H22年度） → **209件**（H28年度）
- 情報共有システム“カシワネット”ID保有者数（H30年3月末） **1,336人**（370事業所で登録）

2. 在宅医療と救急医療の連携



在宅医療と救急医療の連携：始まりのきっかけ

高齢化の進展に伴う救急需要の増大：「病院連絡会議での状況の共有」

●救急搬送の現状

年間出場件数・搬送人員は年々増加傾向，現着時間は延伸傾向
傷病程度別は軽症割合は減少・中等症割合微増，年齢別は高齢者が半数を占める

●高齢者の「住まい」の状況変化

医療職不在のサービス付き高齢者住宅，有料老人ホーム，グループホームが増加

救急医療現場からの問題提起により，平成27年度から取組みが開始

- 救急救命センターに次々と運び込まれる看取り期の高齢者施設の入所者
⇒ 本人の意思確認はどうなっているのだろうか？
- 施設へのヒアリングの結果，入所時に意向確認はされている現状
⇒ 医療との連携が十分でなく，介護職が判断することへの不安が大きい実態
- 市民は人生の最終段階の医療の選択について考える機会がない
⇒ 在宅であっても施設であっても，市民への啓発と意向確認が重要

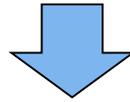


柏市では，**医師会・介護サービス事業者・消防局・行政が協働した取組みへ**
まずは現状を共有し，課題を明らかにして，医療・介護連携と体制づくりを！

在宅医療と救急医療の連携：実態把握

1. アンケート調査実施 (H27)

- ・「入所者の延命処置に関する意向確認の状況調査」
- ・市内の高齢者の入所施設（特養，老健，グループホーム，サ高住，有料）



2. 各施設へヒアリングの実施 (H28・29)

- ・意向確認の課題，医療との連携体制の現状，取組みへの意見を聴取

【救急搬送時の課題】

- ・慌ててうまく情報が伝えられず救急隊員に怒られてしまう
- ・救急要請か，外来受診かの判断がつかない

【医療との連携の課題】

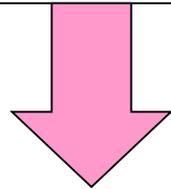
- ・病院と家族の考える「延命治療」の認識に差がある
- ・夜間帯は医師と連絡が取りにくい
- ・医療職から求められる情報が確認できていない

【今後の取組みへの意見や提案】

- ・延命治療の意向について家族に説明するガイドラインが必要
- ・柏市共通の対応マニュアルや意向確認の様式があると助かる
- ・救急要請について介護職員でも判断できる指標や確認事項がほしい

3. 高齢者の救急搬送に係る意見交換会の開催（H28・29）

- ・入所者および家族の延命治療の意向確認状況と課題について共有
- ・ヒアリングによって確認された課題への対応について協議



【趣旨】

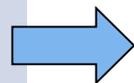
高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる「地域包括ケアシステム」の構築を目指し、病院・介護施設・救急隊が、救急搬送に関する課題を共有し、相互理解を深め、課題解決に向けた方策を検討するために開催するもの。

【出席者】

- 柏市医師会
- 介護サービス事業者
 - ・特別養護老人ホーム ・老人保健施設 ・グループホーム
 - ・サービス付き高齢者向け住宅 ・定期巡回随時対応型訪問介護看護
- 柏市
 - ・救急課 ・高齢者支援課 ・地域医療推進課

ヒアリングと意見交換会から見えてきたこと

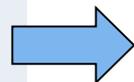
- 学会提言に対応できるように、主治医の理解とメディカルコントロール協議会との連携が重要
- 施設・主治医・救急隊員・医療機関が本人の意向を確認・共有できる方法
- 多職種間の十分なコミュニケーションが必要
- 各施設の介護度も状態も違う状況を考慮した意向確認の仕組みづくり



今後進めるべき方向性

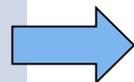
本人の意思を多職種で共有できるルールづくり

- 急変時に対応ができるように介護職員でも判断できる指標や確認事項の共有
- 急変時や看取り期の対応に必要な知識を学び、安心して対応できるようにする
- 死への経験の少ない若い介護職員への対策と支援が必要



介護職員への研修

- 救急車の正しい使い方について市民への啓発が必要
- 日本人は死に対して忌み嫌う風潮があり話題にすることも不謹慎ととらえやすいため、家族同士で話をすることもできていない



市民への啓発

在宅医療と救急医療の連携：課題の共有②

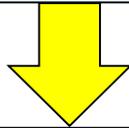
4. 医療・介護連携の場での意見交換・課題抽出と共有 「顔の見える関係会議」

【目的】多職種が一堂に会し、ワークショップ等を通じて、顔の見える関係づくりを推進し、連携体制を構築する。 ※ファシリテーター会議にて事前に会議の進め方を調整



グループワークの様子

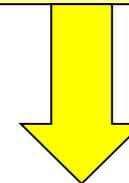
- ★日時：H28.11月 3エリアごとに開催
- ★参加者：385名
- ★内容：高齢者の救急搬送の現状と課題



【参加者アンケート：一部抜粋】

- ・専門職だけでなく、市民への啓発も大切であり、救急車を呼ぶ意味を今一度考える必要がある
- ・救急のテーマは、これからも色々な立場の方が一緒に話し合っていかなければいけないと実感した。

- ★日時：H29.2.16（木）19時～21時
- ★参加者：156名
- ★内容：人生の最終段階における意思決定支援



多職種がチームとなり人生の最終段階の意思決定支援を行う必要性を共有し
柏モデルにおける意思決定支援ガイドラインの構築に向けた提案が示された
★成果物★ガイドラインの目次出し

取組み内容の整理・方向づけ

現状認識



課題



4つの取組み

- **施設へヒアリングの実施**
介護職員だけでは救急要請か外来受診か、マニュアルがあっても判断できない
病院と家族の「延命治療」に対する認識に差がある。延命治療するかどうかを説明できるガイドラインがほしい
看取りの同意書があるが主治医から救急搬送の指示が出る
- **意見交換会の開催**
看取りと急変時の対応は分けて考える必要がある
介護職員にとっては急変や看取りの対応には恐怖感や精神的なストレスが大きい
介護職員は知識がない。若い職員も多く死の経験自体もほとんどない状況

- 施設、主治医、医療機関、救急隊員との連携が不十分
- 施設ごとに入所者の状況、医療職の配置状況、対応力・対応方法が異なる
- 介護職員の急変時や看取り期の対応に必要な知識や経験が不足しているため不安が大きい
- 入所時には一旦意向を確認していても、状態の変化に合わせた話し合いや再確認の機会がほとんどない



医療・介護連携を中心に、現状に合わせた多面的な取組みが必要との認識の共有が図れた

- ① **本人の意思を多職種で共有できるルールづくり**
⇒多職種が同じ視点で支援ができるようなガイドライン等の作成・ルール化
- ② **介護職員への研修**
(急変時・看取り期の対応力向上、不安の軽減)
⇒指針・対応マニュアルの整備、柏市共通様式の作成
- ③ **市民への啓発**
(人生の最終段階の医療の選択と意思表示)
⇒効果的な市民啓発の場や方法の検討
- ④ **医療との連携**
(主治医、施設嘱託医、MC協議会、救急隊員の共通理解ができる体制づくり)
⇒日本臨床救急医学会の提言を実現できる連携体制づくり

3. 意思決定支援の取組み



具体的な検討の場：キックオフへ

②H30.1月 意思決定支援検討ワーキング・キックオフミーティングを開催

【構成メンバー】

- ・介護家族
- ・柏市医師会，東京慈恵会医科大学附属柏病院（救急部診療部長）
- ・国立がん研究センター東病院（緩和医療科医師，がん専門看護師）
- ・柏市訪問看護ステーション連絡会
- ・柏市介護サービス事業者協議会（特養，老健，住宅型有料老人ホーム，小規模多機能）
- ・柏市グループホーム連絡会
- ・柏市介護支援専門員協議会
- ・柏市社会福祉協議会
- ・柏市消防局（救急課），柏市保健福祉部（地域医療推進課）

- 【議題】 ○報 告：救急概況，出場状況事例報告，救急隊員アンケート実施結果
高齢者施設看取り体制状況，特養における施設内看取りの実情
- 意見交換：ご家族としての思い，市民の気持ち，各現場での現状を共有



意思決定支援検討WGを設置し「延命を望まない高齢者の救急搬送について心肺蘇生をしなくてもよい環境づくり」と「本人の意思決定をどのような仕組みで支えていくか」について協議をしていく方向性が決定

キックオフ・ミーティングで出された意見

【市民の立場】

- 家族にも言えないこと、自分の本音はどこまで言えるのかという不安がある。
- どうすれば自分の希望を叶えてもらえるのか、希望どおり最期まで暮らせるのかがわからない。
- 自宅で不審死となれば警察が入ることになる不安。
- 本人の病状や気持ちにあわせて家族も揺れる現状。
- 支えられているという感じがあれば何とかなる。

【医療従事者】

- どこまでを急変としてとらえるのか。
- 病状や今後の見通しを説明するのは医師の責務。
- 本人の意向・希望に合わせた対応、個別性が重要
- 家族の納得と気持ちの整理も重要。
- 施設の位置づけが多様であり、区別が必要。
- 医療と介護の連携がもっと必要。
- 介護職員が判断できるように、医療職としてどのように関わっていけるか、解決策の検討が必要。

【介護サービス従事者】

- 救急要請の一番の要因は介護職員の不安。
- 医療の知識がなく介護職員では判断できない。
- 本人・家族の同意を得るには分かりやすい説明と様式が必要、同意も見直しの繰り返しが必要。
- 医師・看護師との連携が必要。

今後への提案

- ★ 不安の解消
- ★ 自分の意思の表明方法と伝え方の周知
- ★ 在宅医療や施設における現状の周知

- ★ 本人・家族が納得し気持ちの整理ができる説明
- ★ 介護職員の不安解消への支援
- ★ 各学会から出されている指針の共有
- ★ 支援者の心のよりどころとなる指針等

- ★ 判断材料になるものとして、延命に関する指針や看取りに関する基準等
- ★ 意向確認書の共通様式
- ★ 介護職員の学ぶ場と不安の解消

意思決定支援検討ワーキングの位置づけ

柏市在宅医療・介護多職種連携協議会

- ・在宅医療・介護多職種連携ルールの作成
- ・在宅医療推進のための行政施策への反映 など

事務局：柏市

委員：柏市医師会（診療所，病院），柏歯科医師会
 柏市薬剤師会，柏市訪問看護ステーション連絡
 会，柏市介護支援専門員協議会，地域包括支
 援センター，柏市在宅リハビリテーション連絡会，
 東葛北部在宅栄養士会，介護サービス事業者
 協議会，柏市社会福祉協議会，柏市ふるさと協
 議会連合会 ほか

意思決定支援検討WG

医療体制 構築

- ・在宅PC委員会
- ・東葛北部地域
MC協議会

10病院地域連携会議

在宅医療第2フェーズWG

多職種連携・情報共 有システム部会

柏市共通 様式検討 等

- 情報共有システム
や多職種連携ルール
について議論
- 必要に応じ個別症
例の検討

介護職員 研修

研修部会

- 在宅医療多職種連
携研修，顔の見える
関係会議等の計画と
実施
- 通年で在宅医療・
地域医療をテーマと
した研修を企画運営

啓発・広報部会

市民啓発

- ◆在宅医療を始め
とする地域医療に
関して，市民に向
けた普及・啓発活
動の方向の検討
- ◆広報・啓発ツ
ールの作成と実践

具体的に検討する場：協議開始

◆H30.5月24日 意思決定支援検討ワーキングを開催

【構成メンバー】

- ・ 介護家族, 市民, 柏市ふるさと協議会連合会
- ・ 柏市医師会, 東京慈恵会医科大学附属柏病院 (救急部診療部長)
- ・ 国立がん研究センター東病院 (緩和医療科医師, サポートケアセンター MSW)
- ・ 辻仲病院柏の葉 (緩和ケア病棟看護師長), 柏市訪問看護ステーション連絡会
- ・ 柏市介護サービス事業者協議会 (特養, 住宅型有料老人ホーム, 小規模多機能型居宅介護)
- ・ 柏市グループホーム連絡会, 柏市介護支援専門員協議会
- ・ 柏市社会福祉協議会, 地域包括支援センター

【事務局：柏市】 保健福祉部長, 保健福祉部地域医療推進課, 消防局救急課



◆今年度のワーキングの開催・・・3回を予定(5月・9月・12月)

第1回目は「意思決定のプロセス」をテーマに, ガイドラインの内容を議論

顔の見える関係会議の成果物：「意思決定支援ガイドライン」の目次出しを基に, 支援者が共有できる**ガイドラインの骨組みの構築**を行う

第1回ワーキング：「意思決定のプロセス」 検討結果

Aチーム

- **いつ**
 - ・ 時期を決めないと話し合いはできない。何回も仕掛ける
 - ・ 入院，入所，在宅療養開始 免許更新時，介護保険証交付 要介護認定申請・更新時

- **何を話すか**

- ・ 本人の意思とは何か。内容が曖昧なので共通認識が必要
- ・ 具体的なイメージが持てる必要がある
- ・ 徐々に弱ってきた時のことだけでなく急変した時にどうするかということも含める

- **どのような形で残すか**

- ・ 言うだけではなく文書で残す必要がある，本人が書き残す

★いつ開始するかのタイミングが重要。どこからどこまで位置づけるか，条件を決めないと際限なく広がってしまう

Bチーム

- ラポール（信頼関係）形成
- 説明と希望に合わせた情報提供，理解の状況確認（ここでは繰り返す必要あり）
- 選択と決定（書面に残す）
- 逝去後の家族支援

- **いつ**

- ・ 病名がついた時，要介護認定申請時，サービス担当者会議，専門職が関わり始めた時，余命が1年以内と考えられる時，元気な時から意思が分かる問い ※タイミングを見逃さない

- **何を確認するか**

- ・ どう生きたいか，どう在宅で過ごしたいか，いつまで在宅で過ごしたいか

★市民はどのような支援があるかを知らない。医療・介護職の支援者が説明して支えることが必要。ガイドラインは支援者がどんな支援ができるかイメージできるものとする。

Cチーム

- **いつ**
 - ・ 状態が大きく変化した時，入所や入院のタイミング，きっかけは医療の場面（通院等）
 - ・ 第三者の介入がないと難しい

- **誰が**

- ・ リードは医療職，何度も経過を話す。身体機能の変化を説明
- ・ 専門職が話し合いの場を作る

- **どのように**

- ・ 家族関係で話し合いや方針の決まり方が違う
- ・ 意思決定した内容を残す手段をどうするか
- ・ 本人の死生観・宗教観を知る

- **遺族支援**

- ・ 家族の満足感，後悔への配慮

★フローチャートはどこまでの体制を考えるか。本人の意思を家族が分かってくれるタイミングがあるかどうかを確認する。

4. 取組みの評価



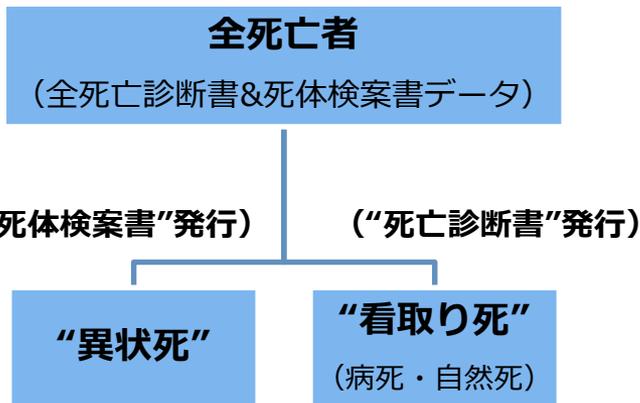
取組みの評価①「在宅医療・介護連携の評価指標」

- ◆ 介護保険事業計画に合わせて、3年ごとに分析・評価を実施する。
- ◆ 各職能団体とデータを共有し、今後の取組みの方向性を協議する。

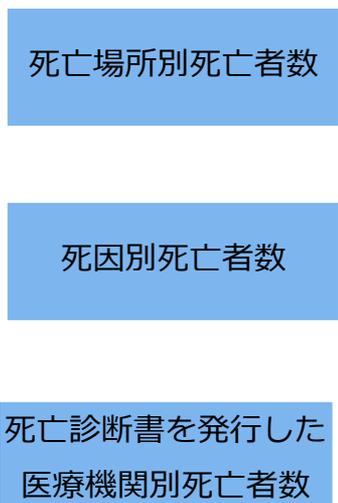
アウトカム指標		利用者・家族の生活満足度 医療・介護サービス従事者満足度 在宅療養率
活動状況・ 連携状況	プロセス 指標	在宅医療の認知度 場所別の死亡割合（死亡小票分析） 入退院時の連携（退院時共同指導料，退院調整加算， 介護支援連携指導料）
提供体制等		最期を迎えたい場所の希望割合 在宅医療・介護サービスの実績 （医科，歯科，薬剤，看護，リハビリ，定期巡回等）
提供体制等	ストラク チャー 指標	訪問診療を行う診療所数 訪問歯科診療を行う診療所数 訪問薬剤指導を行う薬局数 訪問看護ステーション数，訪問リハビリ事業所数 居宅介護支援事業所数，訪問介護事業所数 地域密着型サービス数，高齢者入所施設数 等

取組みの評価②「看取りの現状把握と評価」

＜★死亡小票分析のイメージ★＞◆柏市における自宅看取り件数の推移（死因別）



死因が病死・自然死で、診断書が監察医等ではない通常の医師によって発行されている死亡を、「看取り死」と定義し、分析対象として抽出する。



死亡場所、死因、看取った医療機関のクロス分析を行い、地域の看取りの実態を明らかにする。

