

本人と家族の意向に沿った 多職種連携の推進について

～ポイントを踏まえた今後の取り組み～

令和6年3月15日
柏市地域医療推進課

1

検討の流れの再確認

2025年に向けた柏市全体
の取組みの方向性を共有

R3年度第3回

多職種連携のテーマ設定

「本人と家族の意向に
沿った多職種連携の
推進」

R4年度第1回

ポイント設定に向けた検討
(1)

- ・ 質的側面
(エピソード)

R4年度第2回

ポイント設定に向けた検討
(2)

- ・ 量的側面
(評価指標)

R4年度第3回

ポイント設定に向けた検討
(3)

- ・ アウトカム
(満足度調査)

R5年度第1回

4場面ごとのポイント設定

- ・ テーマに対する共通認識

R5年度第2回

ヒアリング

- ・ ポイントを踏まえた
中長期目標
- ・ 今後の取り組み

R6年1月

ヒアリング結果の共有

R5年度第3回

今回はココです

2

『今後の取り組み』について

3

『今後の取り組み』策定の流れ

各職能団体における整理（R5年11月～R6年2月）

- 令和3年度に整理した取り組みの方向性を再確認
- 第2回協議会で設定した4場面ごとのポイント（スライド25から28まで）を踏まえ、テーマの実現に向けた『今後の取り組み』等※を職能団体ごとに整理
- 事務局ヒアリングにて内容確認

※2040年に向けた方向性、5年後の目標、4場面ごとの具体的な取り組み

4

各職能団体における『今後の取り組み』

「本人と家族の意向に沿った多職種連携の推進」 の実現に向けて

5

柏市医師会

2040年にに向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		・ 柏市民が疾病・障害を抱えていても安心して、希望する場所で療養することができる。 ・ 支援者自身も安心できる環境で、疾病や障害を抱えた市民の人生の最終段階を支援することができる。 ・ 支援された市民が亡くなった後も、家族および支援者の心のケアができる環境がある。
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		・ 在宅医療を導入した市民はすべて、自身の意向を表明する希望が確認され、希望する場合は医師を含めた多職種の支援のもとACPを作成することができる。 ・ 退院前カンファレンスの実施回数の増加 ・ サービス担当者会議で本人の人生の最終段階についての意向確認の機会を必ずもつことと、その実施回数の増加
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	・ 「わがや」を通じて市民に在宅医療という選択肢を知ってもらうこと ・ 病院側に在宅医療の情報提供を進める。「出張版顔の見える関係会議（地域包括ケアシステム研修会）」の開催 ・ ICT「カシワニネット」を用いた病院・診療所間の連携（病院へのカシワニネットの普及） ・ 退院前カンファレンスの実施を在宅側から積極的に提案する。 ・ 顔の見える関係会議への病院スタッフの参加を促進する。
	日常の療養支援	・ 本人の意向を多職種で確認する機会を持つ（サービス担当者会議を人生会議にする。）。またこれをくり返し行う。 ・ それぞれが確認した本人・家族の意向をカシワニネットで共有する。 ・ 医師会（在宅プライマリケア委員会）と他職種との連携体制を積極的に行う（柏市訪問看護ステーション連絡会との研修会・柏市在宅リハビリテーション連絡会・認定栄養ケアステーション柏市連絡協議会との連携など） ・ 在宅医療に参入する医師を増やすために「在宅医療推進のための多職種連携研修会」の継続開催 ・ 在宅医療について相談する窓口（地域医療推進課）の周知 ・ 災害時の対応について検討しておく。
	急変時の対応	・ あらかじめ、症状が変化したときの本人の意向を確認し、関係する多職種と「カシワニネット」を用いて共有しておく。 ・ 救急医療情報キットの準備と普及 ・ 在宅医が直接病院と連絡をとり病室を確保した上での救急搬送 ・ 診療情報を早急に送ることができる体制づくり ・ 24時間365日を必ず対応できる体制づくり（診療所間の連携、強化型および主治医副主治医制の確立）
	看取り	・ 死ぬことをタブー化せず、本人・家族と率直に死を迎える場所と死を迎えるときそばにいてほしい人について話し合う。必要時は話し合うが「死」を話題にすることは侵襲性が高いので、必要最小限の回数にする。 ・ 死ぬまでにどのように生きていきたいかに焦点を当てた話し合いを行う。 ・ 「カシワニネット」での状況共有を行う。 ・ 「家で死ぬということ」を市民に向けて、情報提供・啓発の場を作る。 ・ 「ACPや看取り」について多職種向けの研修を行う。 ・ 支援終了後に関係職種が振り返り、学びの機会（デスカンファレンス）を行う。 ・ 遺族の悲しみへの支援の機会を作る。現在ある遺族ケアのNPOなどと連携する。

6

柏歯科医師会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		- かかりつけ歯科医が依頼に応じて訪問診療を行い、必要に応じ専門医を紹介できるシステムの構築（ピラミッド型システムの構築） - 摂食嚥下指導等専門医の育成
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		- 口腔の健康維持の必要性や在宅医療について、外来時から市民への周知を図る - 高齢者に対し、患者の将来を見据えた治療と地域包括支援センター等の多職種と連携したオーラルフレイルの更なる啓発
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	- 周術期口腔ケアの徹底 - 入院治療がスムーズに受けられるよう、日頃から口腔の健康維持を目指す取り組み - かかりつけ医を持ち、継続的な専門的口腔ケア施術の必要性を周知 - 病診連携の更なる浸透 - 退院時共同指導への歯科の更なる参加
	日常の療養支援	- かかりつけ医機能の強化 - かかりつけ医が依頼に応じて訪問診療を行い、必要に応じ専門医を紹介できるシステムの構築 - かかりつけ患者の情報を必要に応じ多職種と共有し、連携を図る
	急変時の対応	- 必要に応じ多職種と連携し、対応できる体制の構築（迅速な情報提供等） - 対応可能な歯科医の育成 - 対応可能な歯科医を紹介できる体制の構築
	看取り	- 必要に応じ多職種と連携し、最後まで食事を楽しみたい等、本人・家族の意向に沿うことができる体制の構築（胃ろう設置時等） - 対応可能な歯科医の育成 - 対応可能な歯科医を紹介できる体制の構築

7

柏市薬剤師会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		多職種間・同職種間・薬局間の連携強化を図り、本人と家族が安心して在宅医療が受けられるよう、適正な薬物治療を通じて支援する。
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		- 在宅医療に取り組む薬剤師数の増加とスキルの向上及び患者家族に寄り添う心の教育 - 必要時、患者に迅速に提供できるよう、麻薬処方せんに対応できる薬局（麻薬小売業者間譲渡契約薬局）の増加 - 退院後の在宅療養へのスムーズな移行
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	- 在宅療養へのスムーズな移行のため、入退院時カンファレンスへ参画し、病院薬剤師と薬局薬剤師とが連携し、情報共有を図る。 - 薬物治療計画の共有や自宅で実現可能な薬剤選択及び服用法の提案
	日常の療養支援	- 適正な薬物治療になるよう、専門知識を活用したモニタリング（副作用・効果の確認）の結果を、多職種間の情報を基に検討及び提案できる薬剤師の育成 - 麻薬治療に関する正しい知識の提供と患者をサポートする体制を拡充する。 - 麻薬治療についての知識や有用性の啓発 - 麻薬の使い方を正しく理解した薬剤師の育成
	急変時の対応	急変に迅速に対応するため、サポート薬局制度を積極的に活用する。（相互支援による夜間・休日の対応、担い手不足の解消等）
	看取り	- 適切な疼痛ケアのため、麻薬持続点滴など様々な場面に対応できる薬剤師の育成 - 多職種とともに家族へのグリーフケアに臨むための薬剤師への教育

8

柏市訪問看護ステーション連絡会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		- 在宅医療のあらゆる場面において、訪問看護師の専門性を発揮し本人・家族の意向に沿うよう、医師、多職種、病院と、切れ目のない多職種連携を構築する。 - 訪問看護ステーション間の連携を強め、必要な場面で協力して在宅療養を支える。
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		- 訪問看護ステーション間の連携を強め、必要な場面で協力して在宅医療を支える。 - 在宅医療を持続する為の訪問看護師の役割を明確にして、それぞれの職種の強みを活かした連携を図る。 - 東葛北部地域におけるネットワーク強化
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	- 病院看護師、病院相談員とも関係構築する。 - 本人・家族・支援者で日頃話し合われている意向を共有していく事で入退院支援をシームレスに行う。
	日常の療養支援	- 多疾患を抱える高齢者が増加し、複数の医療機関、診療科を受診している事から外来看護師・病院相談員とも関係構築する。 - 日頃からどんな生活を送りたいかなど、本人の意向が確認できるような支援を行う。 - 本人、家族、支援者と日頃からコミュニケーションを図り、率先して支援チーム内に発信する。
	急変時の対応	日頃から確認が得られている内容に沿って速やかに対応をする。
	看取り	- 本人への理解と尊厳を持った上で、本人・家族にくり返しの意向確認を行う。 - 本人・家族の意向について、多職種との情報共有及び連携を図る。 - グリーフケアの充実

柏市介護支援専門員協議会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		- 同職種間の連携、情報交換、研修により、専門的な知識・技術の向上に努め、利用者の立場に立った公平・公正な介護保険の運用に寄与する。 - ケアマネジメントを通して地域の課題をとらえ、本人・家族の望む生活の実現に向けて必要なサービス・資源の構築等に関する提案を行う。
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		- ICTを活用し、同職種・多職種との連携体制強化、及び行政や各関係機関との連携・協働を推進する。 - 災害や感染症等の状況下でも、安心して療養生活が送れるよう、切れ目のないネットワークを構築する。 - 行政や各関係機関に対し、介護支援専門員としての意見・提案等をできる機会の構築を図る。
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	- 同職種間・多職種間及び関係機関との連携体制を構築し、退院後の生活に向けて、早期からの情報共有・連携・調整を図る。 - 本人の意向は、本人・家族・支援者で話し合い、入院前の状況や想いも含めて都度共有しながら、本人の意向に沿った意思決定ができるよう支援する。 - 本人の意向に差異が生じた時は、支援者間で確実かつスムーズに共有するとともに、本人・家族の納得や理解が得られるように心掛ける。
	日常の療養支援	- すべての支援者が本人・家族との信頼関係が築けるように、コミュニケーションが取れる環境作りを図るとともに、本人が日頃から意向を表出できるようなアプローチを心掛け、望む生活の実現を目指す。 - 本人・家族が主体的に考え選択できるよう、インフォーマルも含めたサービスの情報提供をする。 - 本人・家族・支援者間で認識の差異が生じないよう、本人の意向や支援の目的等を共有するとともに、関係機関との連携体制の構築・強化を図る。
	急変時の対応	- 事前に家族等の緊急連絡先や支援者間の連絡体制等を整理し、お互いに確認しておく。 - 本人の状態変化に合わせた速やかな対応ができるよう、支援者側のスキルアップや支援体制の構築を図る。
	看取り	- 意思決定支援において、その必要性を本人・家族が理解できるように心掛けながら、本人への尊厳の心を持って、くり返し行う。 - カシワニネット等のICTを活用し、支援者間での情報共有を図り、連携体制を強化する。 - 看取り後を含め、本人だけでなく、家族にも配慮した支援を行う。 - 意向に沿った看取り体制の構築・強化に向けて、看取り後の支援者側の振り返りの充実を図る。

医療ソーシャルワーカー

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		各所属機関の地域性や機能等により業務範囲に差はありつつも、地域資源の実態等に合わせた所属機関の役割を発揮できるよう、地域資源との交流機会の増進を行い、そこで得られた情報の院内外への周知・発信に努める。
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		- 地域資源、病院間の連携機会を促進し、得た情報を意思決定支援へ還元できる。 - 対面での情報共有機会の重要性も踏まえた上でのICTツールの適切な活用 - MSW会議等、既存会議での課題抽出と解決方法の構築
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	- 本人、家族等意思決定者が十分に意思決定できるよう、院内チームでの働きかけを促進する。 - 状況に応じた情報共有機会の提案 - 本人、家族の意向を中心に在宅チームと院内チームの双方向でのやり取りができる体制の促進
	日常の療養支援	- コロナ禍で下降傾向にあった、面会やカンファレンス等によるコミュニケーション機会を増進する。 - 対面機会が限定される事を前提とした、本人、家族、多職種へのタイムリーな情報共有機会の整備と実践を図る。 - 可能な範囲でのICTツールの活用 - 他機関での取り組みの確認と反映
	急変時の対応	- 本人、家族の意向、あるいは早期に確認が見込めない場合の推定同意について、速やかかつ確実に情報共有ができるよう、多職種との連携体制を維持・強化する。 - 入院前の状況や思いを意思決定に反映できるような、早期からの連携ができる体制の整備
	看取り	- 希望する適切な看取りの環境に、可能な限り近づける事ができる体制を構築する。 - 迅速な情報共有に向けたICTツールの活用、看取り方針に至るまでの継続した支援者間の情報共有

11

柏市在宅リハビリテーション連絡会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		- 同職種間での各領域（病院、在宅、疾患、発症時期など）を越えた情報共有・連携の強化 - 多職種との相互理解促進、連携の強化 - 介護予防事業の担い手として、市民のフレイル予防への貢献
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		- 入退院・入退所時の情報共有ツール（リハサマリー）の様式を作成し、柏市内の同職種がシームレスに情報共有を行う。 - その人らしく生活する選択肢を増やせるよう、リハ専門職として研修等でスキルアップを行う。
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	- 連絡会で意見を出し合い、柏市で共通化したリハサマリーの作成を進め、同職種連携を強化するとともに、多職種連携の推進を図る。 - 疾患別・急性期・回復期・維持期・生活期など、それぞれの経過を共有
	日常の療養支援	- 生活期の環境調整（家屋・福祉用具・装具など）について、多職種に対し専門的な視点で積極的に発信する。 - 同職種・多職種向けの研修の企画・開催
	急変時の対応	- 急変時の対応や緊急性の判断が出来るよう、研修によるスキルアップを図る。 - 本人・家族・多職種と普段からコミュニケーションを積極的にとり、必要時に柔軟な対応を可能とする。
	看取り	- ACPや意思決定支援への理解を深める。 - ICTを活用し、本人・家族の意向を支援チームで共有する。 - ターミナル期におけるリハビリの必要性への理解促進のため、多職種へ働きかける。 - 看取り後のカンファレンスへ積極的に参加し、多職種の考え方や捉え方の違いへの理解を深める。

連絡会での研修やカジュアルな情報共有の場の設定

12

認定栄養ケア・ステーション柏市連絡協議会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		- 地域住民の栄養ケアにシームレスにかかわれるように努める。 - 管理栄養士の支援スキルの向上と標準化。 - 在宅療養者の食支援だけでなく、地域住民の健康増進、疾病の重症化予防に寄与する。
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		- 居宅療養管理指導を推進するために、柏地域の病院・介護施設の栄養士・管理栄養士との同職種連携を図り、協力体制を構築する。 - 同職種による情報共有及び研修会を実施し、スキルアップを図る。 - 在宅療養中であっても、栄養士に繋がれる体制の構築。 - 認定栄養ケア・ステーションの存在や役割に関する情報を、他職種や地域住民へ周知。
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	- 居宅と病院、介護施設との連携を図るため、栄養情報提供書を活用する。 - 本人、または家族から入院中の情報や退院後の療養生活における食に関する困り事・要望等を聴取し、多職種と共有・連携して食支援を行う。
	日常の療養支援	- 主治医の指示のもと、CM、ヘルパー等と連携して、病態に沿った食支援に対応する。 - 多職種と連携できる関係を、常日頃から作っておく。
	急変時の対応	急変時の対応を家族・本人、多職種と共有しておく。
	看取り	多職種と相談しながら、家族ができそうなことや、本人の負担にならないような食の提案を行う。

柏市介護サービス事業者協議会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		- 多職種・同職種間の連携を強化し、総合的かつ効果的な支援の提供 - 介護人材の定着と確保 - 介護職員の専門職としてのスキルアップと、サービス・ケアの質の向上 - 支援者間のネットワーク構築・強化
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		- 多職種と連携し、個々のニーズに合わせたケアやサービスを提供する。 - スキルアップのための、研修機会を提供する。 - 協議会の会員を増やし、ネットワークを構築・強化する。
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	- 本人・家族・支援者間で情報共有を図り、退院後、適切なケアやサービスにつなげる。 - ICTを含めた情報共有ツールの活用 - MSWとの連携強化
	日常の療養支援	- 本人の希望を聞き取り、支援チームで共有する。 - 家族の負担軽減のために、外部サポートや住環境改善策を必要に応じて提案する。 - ICTを活用した情報共有を推進する。
	急変時の対応	- 支援チーム内で本人の意向・連絡先を確認しておく。 - 急変時に対応できるスキルを習得する。
	看取り	- 支援チーム内で情報共有し、本人・家族が望む看取りを実現させる。 - 本人・家族に対し、心理的なサポートを行う。 - ACPや意思決定支援の必要性を支援者が理解する。 - 意思決定をサポートするためのスキルアップ

地域包括支援センター

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		「全市民※が地域包括ケアの主役になるまち柏」の実現を目指す。 ※ 在宅医療を受けている本人とその家族だけでなく、今後、在宅医療を受ける可能性がある者全て
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		- 上記の達成のため、各包括圏域（中圏域）単位で、かかりつけ医等との協働・協力の上、全世代に向けた包括ケアシステム普及活動の実施 - 医療・介護のより円滑な情報共有や連携に向けたICTのさらなる実装活用
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	- 日頃から、ケース対応における協働の充実を図る。 - 多職種による事例検討の実施を通じた医介連携、病院・施設・在宅の連携の強化 - 多職種連携や支援者の支援につながるよう、全職種・各職能団体が共通理解できる情報共有ツール（カシワニネットを含むICT等）の活用を促進する。
	日常の療養支援	- ご本人様の「らしさ」を支えるための、地域特性に応じた社会資源の情報集約や開発を促進し、またその発信力を強化する。 - 総合相談支援や家族会への協力ならびに参加を通じた介護者支援の充実。
	急変時の対応	- ケース対応における協働の充実を図る。 - 多職種による事例検討の実施を通じたケアマネジャー支援の強化 - 総合相談支援や家族会への協力ならびに参加を通じた介護者支援の充実を図る
	看取り	- ACPの実践に向けた支援体制の強化、介護者及び支援者によるケアチームの熟達を促進する。 - グリーフケア、デスカンファの充実

今後の予定（案）

| R6年度第1回協議会（7月）

- 5年後の目標に向けた取り組みについて共有してください
 - 既に開始した具体的な取り組み（事業）の実践例
 - R6年度の事業実施計画 など

具体的な取り組み（事業）

- テーマの実現に向けた目標に近づくための
- 職能団体ごとの取り組み
 - 多職種間・関係機関との取り組み

事業名	作成・提出などの詳細は別途お知らせします											
R6年度のスケジュール	4(月)	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	実施(開催)時期, 準備に係る主な作業等について記載											
内容	取り組む(取り組んでいる)事業の内容, 実施方法, 工夫点等について, できるだけ具体的に記載											
対応する具体的な取り組み	本事業に対応する, ヒアリングシートに記載した各場面ごとの具体的な取り組みの番号(該当するもの全て)											

参考 | ヒアリングシートの例 (柏歯科医師会)

2040年に向けた職能団体としての方向性(4場面共通)		- かかりつけ歯科医が依頼に応じて訪問診療を行い、必要に応じ専門医を紹介できるシステムの構築(ピラミッド型システムの構築) - 摂食嚥下指導等専門医の育成										
5年後の職能団体としての具体的な目標(4場面共通)		- 口腔の健康維持の必要性や在宅医療について、外来時から市民への周知を図る - 高齢者に対し、患者の将来を見据えた治療と地域包括支援センター等の多職種と連携したオーラルフレイルの更なる啓発										
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	① 周術期口腔ケアの徹底 ①a 入院から退院までの口腔ケアの徹底 ①b かかりつけ歯科医による口腔ケアの必要性を周知 ② 病診連携の更なる浸透 ②a 退院時共同指導への歯科の更なる参加										
	日常の療養支援	③ かかりつけ医機能の強化 ③a かかりつけ医が依頼に応じて訪問診療を行い、必要に応じ専門医を紹介できるシステムの構築 ③b かかりつけ患者の情報を必要に応じ多職種と共有し、連携を図る										
	急変時の対応	④ 必要に応じ多職種と連携し、対応できる体制の構築(迅速な情報提供等) ④a 対応可能な歯科医の育成 ④b 対応可能な歯科医を紹介できる体制の構築										
	看取り	⑤ 必要に応じ多職種と連携し、最後まで食事を楽しみたい等、本人・家族の意向に沿うことができる体制の構築(胃ろう設置時等) ⑤a 対応可能な歯科医の育成 ⑤b 対応可能な歯科医を紹介できる体制の構築										

【参考】検討結果のまとめ

19

ポイント設定のための検討 ―これまでの協議内容の振り返り―

テーマ「本人と家族の意向に沿った多職種連携の推進」の実現に向けて

1. 質的側面からの検討（令和4年度第2回協議会）

- (1) 本人の意向に沿った支援をする上で**大切にしていること**
- (2) 本人の意向に沿った支援を**多職種で実現していく上での難しさ**
- (3) 自分や自分の家族が医療・介護を受けるとしたら、**支援者に大切にしてほしいこと**

2. 量的側面からの検討（令和4年度第3回協議会）

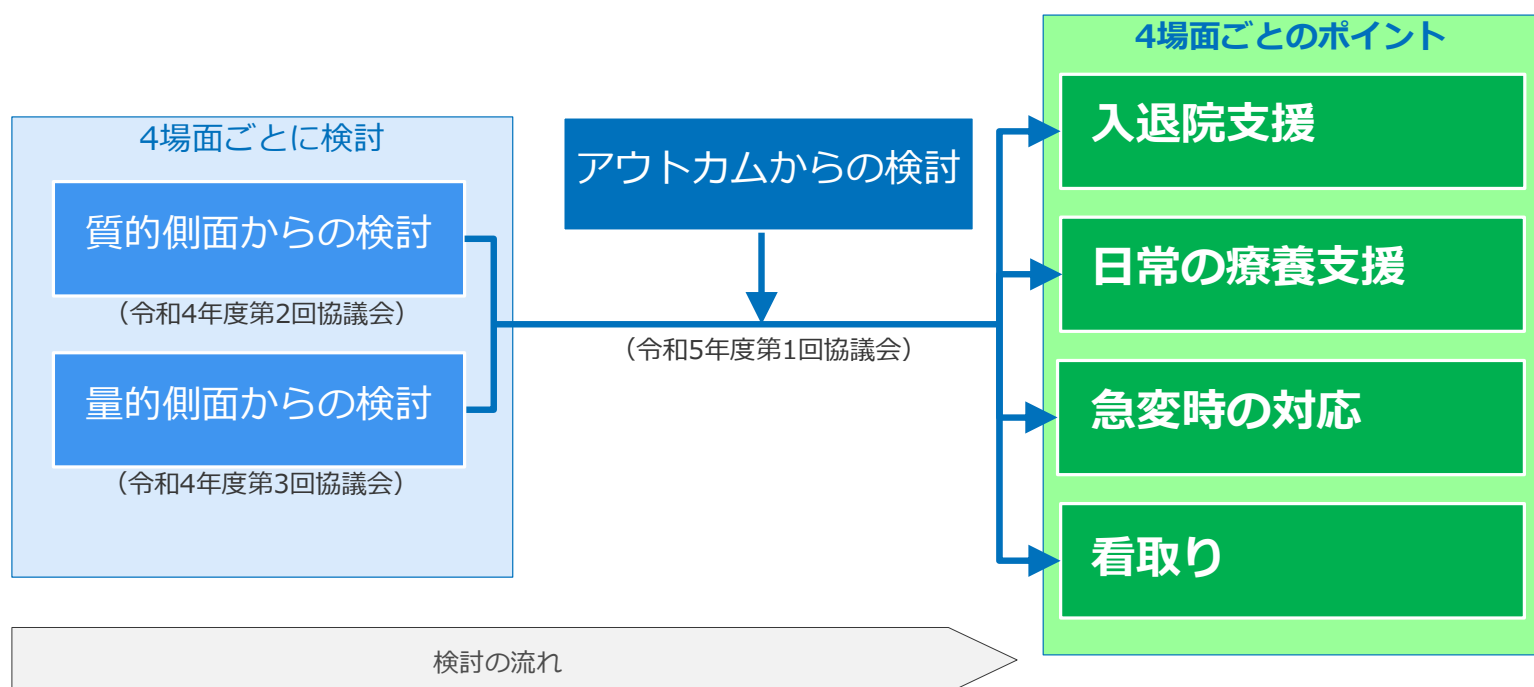
- (1) 2040年頃に自分や自分の家族が在宅医療・介護サービスを利用するとしたら、**心配・不安なこと**
- (2) 今後、より多くのサービス提供が求められる中で、本人と家族の意向に沿った支援を行うために
同職種間・多職種間の連携でできること

3. アウトカム（本人・家族・従事者満足度調査）からの検討（令和5年度第1回協議会）

- (1) 本人や家族の**サービス満足度**
- (2) 家族による**本人の意向の確認**の有無と、**本人と家族の意向の一致状況**
- (3) 本人の**意向の伝達状況**、従事者による**意向の確認状況**

20

ポイント設定のための検討 ―3方向からの検討―



21

質的側面・量的側面からの検討結果まとめ(1)

入退院支援

【目指す姿】入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。

※在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer3より

※意見の区分

質的側面

量的側面

質・量の両方

	支援を受ける側として		支援者としてできること
	大切なこと・必要なこと	心配・不安・課題	
本人・家族の意向	本人の意向の確認 事前の情報把握	本人と家族のズレ	意思決定支援の実施 市民が主体的に考えられるような情報提供
	寄り添い 本人・家族・支援者での話し合い		本人の意向に関する関係者・施設間での共有 家族との情報共有
関係機関との情報共有	スムーズな情報提供・共有	本人・家族と支援者のズレ	情報共有の効率化 かかりつけ医からの情報提供
体制の整備	病院と在宅の連携体制 早期診断・リスク管理	支援者間での視点・認識のズレ	病院と在宅との確実な情報共有 連携した支援に向けた目的の共有
	支援者側のスキル 家族・支援者の負担軽減	資源不足(人材、病床、施設) 金銭的負担	関係機関との連携体制の構築 同職種連携 他職種連携
	納得できる説明と対応		退院に向けた早期(入院当初)からの連携 退院後の生活に向けた調整・準備
			かかりつけ医の役割強化 症状に応じた効率的なサービス提供体制
			説明や情報提供のタイミングの見極め

22

質的側面・量的側面からの検討結果まとめ(2)

日常の療養支援

【目指す姿】医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた場所で生活ができるようにする。

※在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer3より

※意見の区分

質的側面

量的側面

質・量の両方

	支援を受ける側として		支援者としてできること	
	大切なこと・必要なこと	心配・不安・課題		
本人の意向	意向の確認と共有 本人への理解、尊厳 寄り添い できるだけ自立した生活 知識情報提供		本人が意向を表出できるようなアプローチ 何度でも話題にする（特に看取り） 本人の望む生活に向けた支援 日頃からの意向確認（機会の設定） 本人のできることを最大限生かした支援、アドバイス 市民に対する啓発活動	
関係機関との情報共有	関係機関の連携体制 スムースな支援	本人・家族と支援者のズレ	本人・家族とのコミュニケーションや支援 本人・家族との意向の共有 情報共有(カシワニネット)	連携した支援に向けた目的の共有
体制の整備	相談窓口 安心感 介護者への理解・配慮	支援者間での視点・認識のズレ 資源不足(人材、病床) 家族の負担 金銭的負担	関係機関との連携体制の構築 多職種への支援 資源の拡充 インフォーマルサービスの活用、連携 十分なコミュニケーション、信頼関係	病院と在宅の連携

23

質的側面・量的側面からの検討結果まとめ(3)

急変時の対応

【目指す姿】医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。

※在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer3より

※意見の区分

質的側面

量的側面

質・量の両方

	支援を受ける側として		支援者としてできること	
	大切なこと・必要なこと	心配・不安・課題		
本人の意向	意向の事前確認と事前共有 知識事前情報 安心感		事前の本人の意向確認とその共有 本人と家族間での状態変化とその対応に関する事前共有	
本人・家族との情報共有				
関係機関との情報共有	関係機関との連携 素早い対応(支援)	支援者間の考え方のズレ	支援者間での本人の状態変化とその対応に関する事前共有 効率的な情報共有 在宅療養における支援者からの情報提供 病院と在宅の速やかな情報共有	
体制の整備	相談先の体制構築 対応システム(体制)、リスク管理	発見の遅れ(独居、核家族) 資源不足(救急体制、搬送先) 家族の負担	素早い対応 緊急時の連絡体制 資源の拡充 在宅での看取りに向けた関係機関の対応力の強化	質の高いケア(対応)のためのフィードバック 支援者のスキルアップ

24

質的側面・量的側面からの検討結果まとめ(4)

看取り

【目指す姿】地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人（意思が示せない場合は、家族）と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

※意見の区分

質的側面

量的側面

質・量の両方

※在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer3より

支援を受ける側として
大切なこと・必要なこと
心配・不安・課題

支援者としてできること

本人の意向

意向の確認
意思の尊重

本人への
理解、尊厳
事前の
話し合い

市民がACPについて理解できるような声かけ、関わり

本人・家族へのくり返しでの意向確認

本人の望む最期の実現のための支援

支援方法の共有

関係機関との
情報共有

チーム内での
こまめな
情報共有

情報共有(カシワニネット)

関係者間での本人の意向の共有

体制の整備

看取り体制
の構築

スムーズな
支援

資源不足
(在宅医、サービス)

在宅での看取りに向けた体制・連携強化

他職種（葬儀、宗教関係含む）との連携

支援者による振り返り(デスカンファレンス等)

家族への
対応・支援

知識

納得感

家族の想い

本人と家族の
想い・対応の
ズレ

家族の負担

金銭的負担
(貯蓄必要)

家族への支援（グリーフケア含む）

十分な説明

介護者への配慮

25

アウトカム（満足度調査）からの検討結果まとめ

※意見の区分

できていること

課題・必要なこと

サービスを受ける側
現状 課題・負担

関係性等

支援者側

取り組んでいること

課題・必要な取り組み

本人の意向

意向確認に
関する意識
の高まり

近しい人と日頃
から話し合う

意向が支援者に
伝わっていない

支援の場や会話を通した
様々な形での意向確認

日頃からの確認

サービスへの
満足感

確認しても伝えら
れない本人・家族

本人・家族と
支援者の関係
⇒聞いてもらえない
と言えない

常に意向確認に意識した関
わり方

本人本位での
関わり、支援

介護職も
積極的に関与

家族の意向

意向確認の必要性
に関する認識不足

家族の孤立感

本人・家族の伝えたい
意向と支援者の確認
したい意向のズレ

チーム全員が本人・家族の
変化をキャッチできる姿勢

困難な意向も
一旦受け止める

コミュニケー
ションスキル

本人・家族との
情報共有

支援の必要性に
関する理解不足

精神的負担
経済的負担

本人・家族への十分な説明

不安・負担軽減のための情報提供

支援者への
信頼感

関係機関との
情報共有

チームでの情報共有

カシワニネットの活用

チームでの
情報共有

体制の整備

職域を超えた
チーム力の形成

26

【参考】 4つの場面ごとのポイント

「入退院支援」におけるポイント

- 本人・家族・支援者で話し合い，本人の意向に沿った意思決定ができるように支援する。
- 本人の意向は，入退院時点のみならず，状況に応じて入院中や退院後にも共有する。
- 本人の意向は，本人・家族・支援者間でズレが生じないように，特に病院と在宅チームとの間で確実に，かつスムーズに共有する。
- 支援者間で，入院前の状況や本人・家族の思い等についても共有する。
- 同職種・多職種間及び関係機関との連携体制を構築し，退院後の生活に向けて，早期からの連携・調整を図る。
- 本人・家族への説明や情報提供及び状態に応じたサービス提供については，本人・家族の納得や理解が十分に得られるように心がける。

「日常の療養支援」におけるポイント

- 関わる全ての支援者が、本人にとって意向を表出できるようなアプローチを心がけ、日頃から意向の確認を行うことで、本人のできることを生かした、望む生活の実現に向けて支援する。
- 日頃からインフォーマルも含めたサービス等の情報提供をすることで、本人・家族が主体的に考え、選択できるよう支援する。
- 本人・家族・支援者間で認識のズレが生じないように、本人の意向や連携した支援に向けた目的等を共有する。
- 十分なコミュニケーションにより本人・家族との信頼関係を築く。
- 本人・家族が安心して療養生活を送れるように、関係機関との連携体制を構築するとともに、それを本人・家族とも共有する。

29

「急変時の対応」におけるポイント

- （本人の）状態変化における対応について、日頃から本人の意向を確認するとともに、それを家族や支援者間で事前に共有する。
- 本人の意向や在宅療養における支援者からの情報等について、速やか、かつ効率的に関係者間で共有する。
- 急変時における支援・対応について、支援者側のスキルアップを図り、緊急時の支援体制を構築することで、本人の状態変化に合わせた速やかな対応を行う。

30

「看取り」におけるポイント

- 意向の確認は、本人への理解や尊厳の心を持ち、本人・家族にくり返し行う。
- 本人・家族の意向は、カシワニネット等のツールを活用しながら支援者間でこまめに共有し、本人の望む最期の実現に向けて支援する。
- 本人の意向に沿った看取りに向けて、多職種連携の体制を強化する。
- 看取り後を含め、本人だけでなく、家族の想いや納得感にも配慮した支援を心がける。
- 看取り後の支援者側による振り返り等の充実を図り、意思決定支援や本人・家族の意向に沿った看取り体制の構築・強化につなげる。