

福島県各地域における 地域包括ケアの方向性

福島県医師会 副会長
木村守和

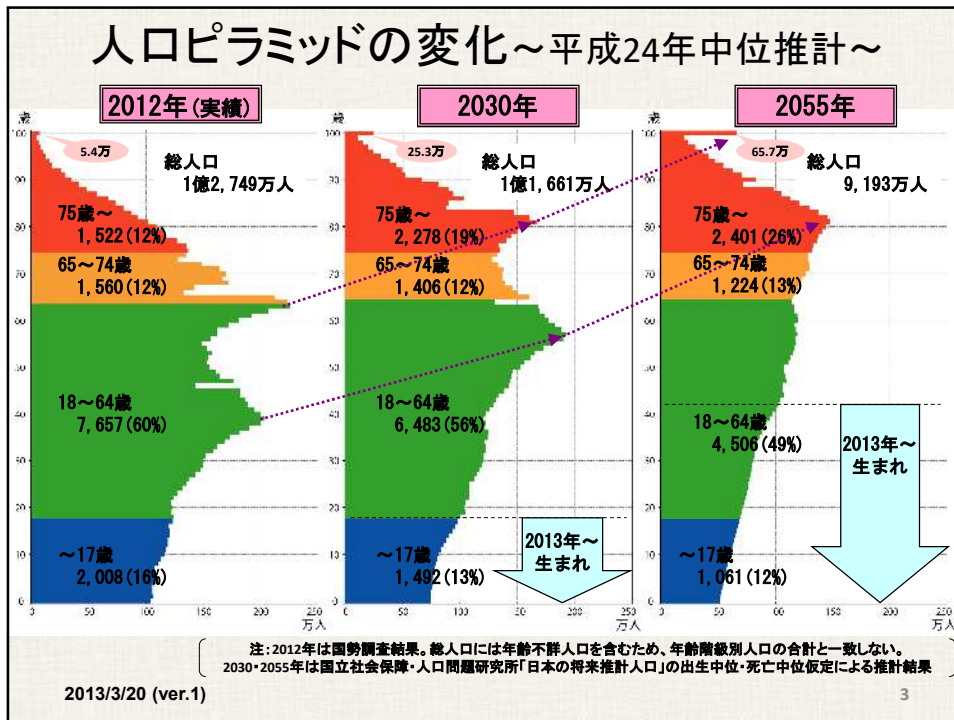
2023年12月14日
福島県在宅医療・介護連携支援センター 研修会

1

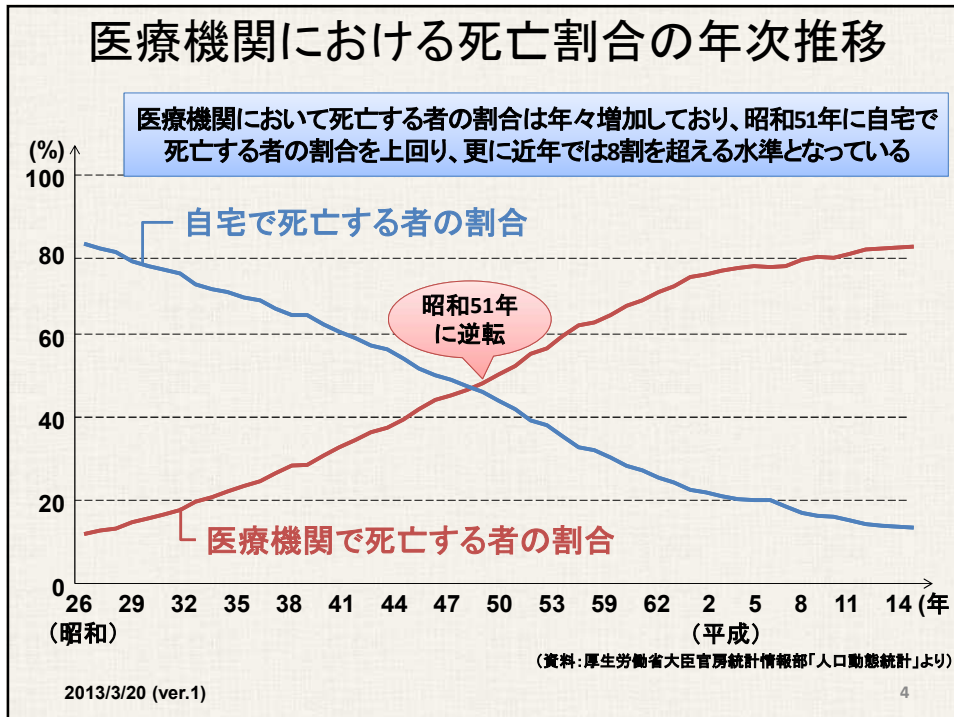
1 超高齢社会に必要とされる 地域包括ケアと在宅医療

- 国が提唱、やり方は**市町村**にまかせる
- 団塊の世代が75歳以上となる**2025年**を目途に、
 - 重度な要介護状態となっても**住み慣れた地域**で生活を継続することができるよう
 - **住まい・医療・介護・予防・生活支援**が一体的に提供されるケアネットワーク
- **在宅医療の重要性**が強調されている

2



3



4

日本の高齢化と在宅医療の必要性

- 日本人が**最期**を迎える場所、病院が圧倒的
– **在宅**を望んだら得られる体制が必要
- 医療機能の**機能分化と連携**(臓器別医療)
– これまでの最大の欠落点 ⇒ **在宅医療**
- 超高齢社会に求められる**発想の転換**
– 急性期医療⇒**終末期医療**
– 専門医⇒**総合医**
– 長寿⇒**天寿**
- 病院中心のヘルスケアシステムの限界
- 「治す医療」から「**治し、支える医療**」へ

5

地域包括ケアはご当地もの

- 国が提唱、やり方は**市町村・地域**にまかせる
- 地域によって**医療機関、介護施設・事業者の数や質は異なっている**
- ある地域で行われた**地域包括ケアの取り組み**がそのまま別の**地域に当てはまるわけではない**
- しかし、**自分の地域で取り組める活動は何か、地域で**さがして取り組む必要がある

6

地域包括ケアの本質

- 厳しい社会保障財政とマンパワー不足の未来を見据えて
- 有識者によって出された処方箋が「地域医療構想」と「地域包括ケア」
- 「システム」と言いながら体系化・普遍化はできず、本質は「人的ネットワーク」
- マンパワーが必要、関係者・関係機関は多岐にわたり、構築には困難さを伴う

7

地域包括ケアの意義

- それでも地域包括ケアに取り組む必要がある理由とは
- 「地域ごとにまかされた課題に地域の人々が取り組む、結果には地域の人々が責任を持つ」面があること
- 地域包括ケアの推進は地域ごとの「社会資源の総力戦」であり、うまくいけば地域力強化となり、多分野の課題解決につながる可能性がある

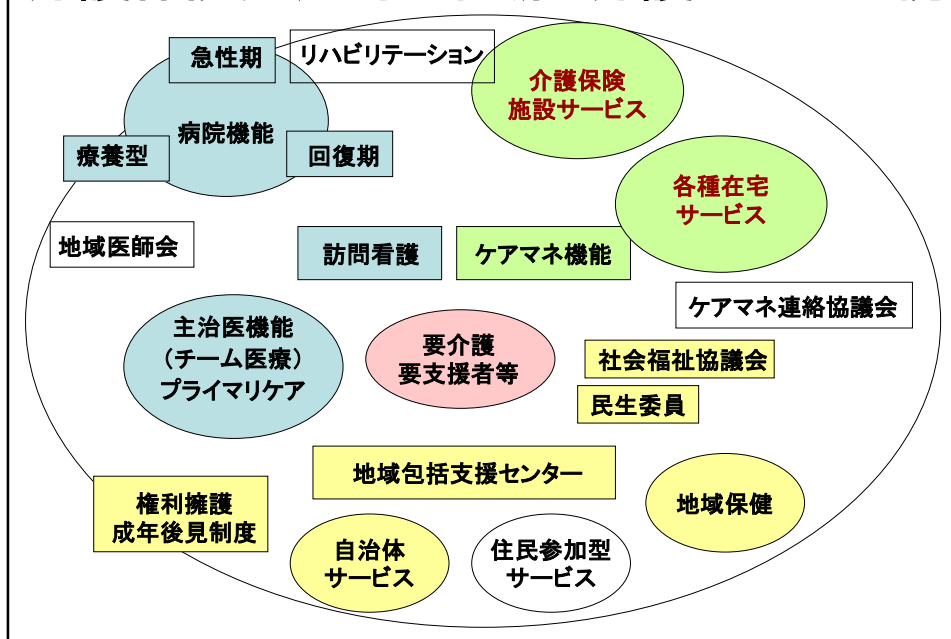
8

地域包括ケアネットワークの構築 関係者の連携と地域づくり

- 重度な要介護状態となっても**住み慣れた地域**で生活を継続することができるよう
- **住まい・医療・介護・予防・生活支援**が一体的に提供されるケアネットワーク
 - **在宅(施設)医療**の提供体制
 - **医療・介護・福祉・行政**など関係者の連携
 - **介護予防・生活支援の地域づくり**への**市民の参加**

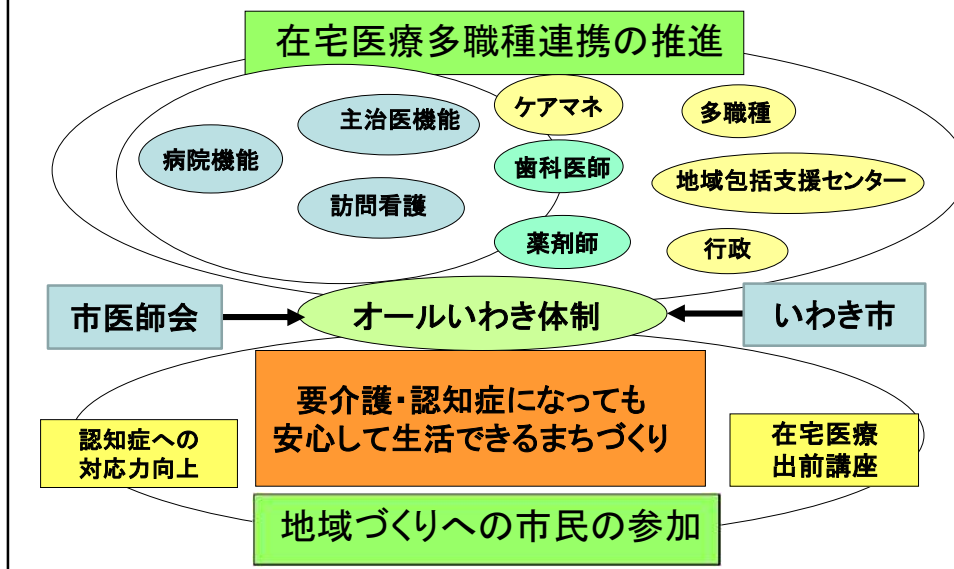
9

介護保険発足時の医療・介護などの連携



10

これからの地域包括ケアシステム構築 多職種連携推進と市民の参加でつくる



11

介護予防・生活支援の「地域づくり」が 「地域包括ケア」構築の中心

- 市町村は「つどいの場」づくりを
- 介護予防の取り組みを
 - 栄養、身体機能、認知機能などの学習と実践
- 生活支援の必要性
 - 要支援者への訪問・通所介護
 - ゴミ出し・買い物・外出支援など
- 地域包括ケア・在宅医療の知識を広めよう
- 行政・市民が主体、医療介護関係者が援助

12

地域包括ケアネットワーク構築とは 医療・介護と市民がつながる「地域づくり」

- 救急医療、地域医療構想、地域包括ケアの問題はつながっている
- すべての医療・介護等関係者が、「地域の医療・介護」という大きな船を支えていく必要
- 現在の医療・介護の問題は、関係者の連携だけでは好転させることはできない
- 医療・介護と市民がつながる「地域づくり」で市民の理解を得て、状況を好転させる

13

地域包括ケアシステム・植木鉢の図



14

2 在宅療養の実現に必要な要素

- 本人が在宅療養を希望
- 家族が本人の在宅療養をサポート
- 在宅医療を行う医療チーム
 - 訪問診療・往診を行う主治医
 - 訪問看護ステーション(24時間対応)
 - 必要なときに入院できる病診連携
- 在宅ケアをささえる医療と介護の連携
 - 主治医、介護支援専門員ほか多職種

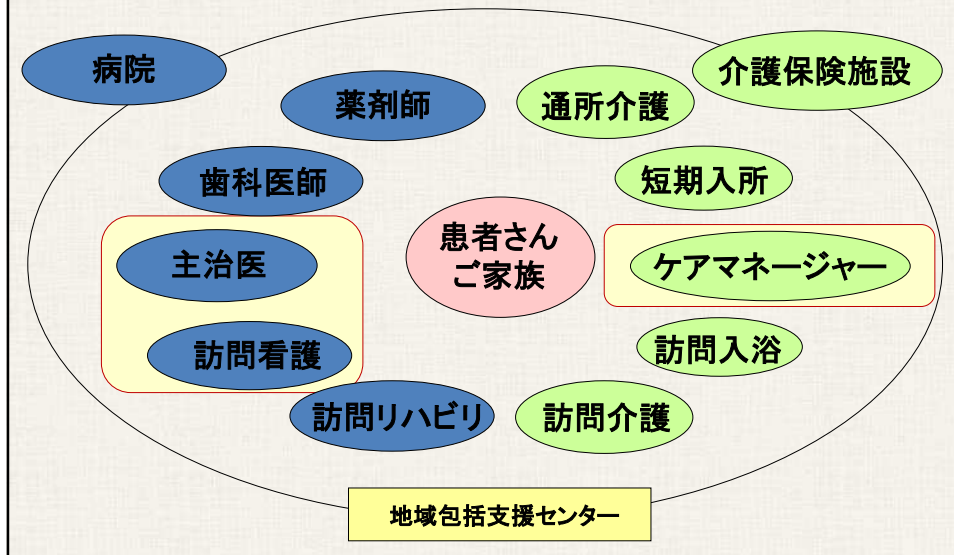
15

在宅医療を受けるために必要な情報と準備

- 1) 本人の希望を確認する(医療の受け方)
- 2) 家族が在宅医療を理解する
 - 特に子供さんたち(遠くにいる人も)
 - キーパーソンは誰か、他に援助する人は?
 - どこまで看たいか?
- 3) 訪問診療する医師は
- 4) 訪問看護・訪問リハビリを利用するか
- 5) 介護保険(申請⇒認定まで約30日)
 - ケアマネージャーを選ぶ
 - 申請すれば前倒し可能!
 - 訪問介護、訪問看護、訪問入浴、ベッドなど
- 6) 医療保険: 訪問看護、在宅酸素など

16

在宅医療は多職種連携が支える 「生活の場に医療を持ち込む」



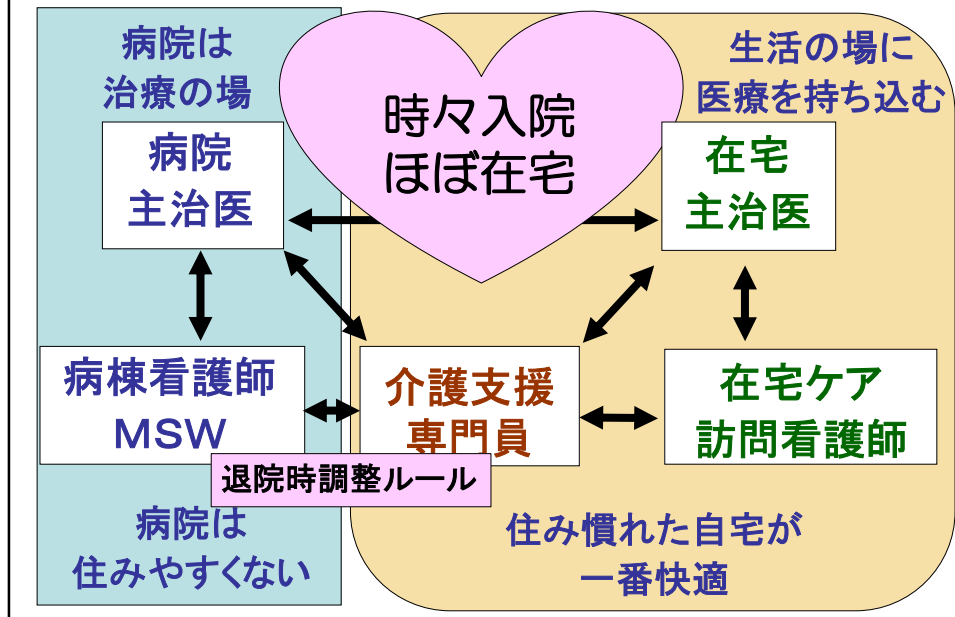
17

訪問看護師・訪問看護ステーションは 在宅医療の中心

- 医師の指示のもと、患者さんに寄り添った対応が求められる
- 医師と訪問看護師の連携が大切
 - 病状の変化を医師に伝える
 - 時には医療者側を代表する
- 家族、介護者、介護支援専門員等と連携
- 訪問する側にとって在宅はアウェイであり、訪問開始時に特に注意が必要

18

在宅医療は入院時および在宅で発生



19

在宅限界を高める 「ときどき入院ほぼ在宅」

今後の死に場所は？

在宅限界を高める
努力を！！

ときどき入院
ほぼ在宅

20



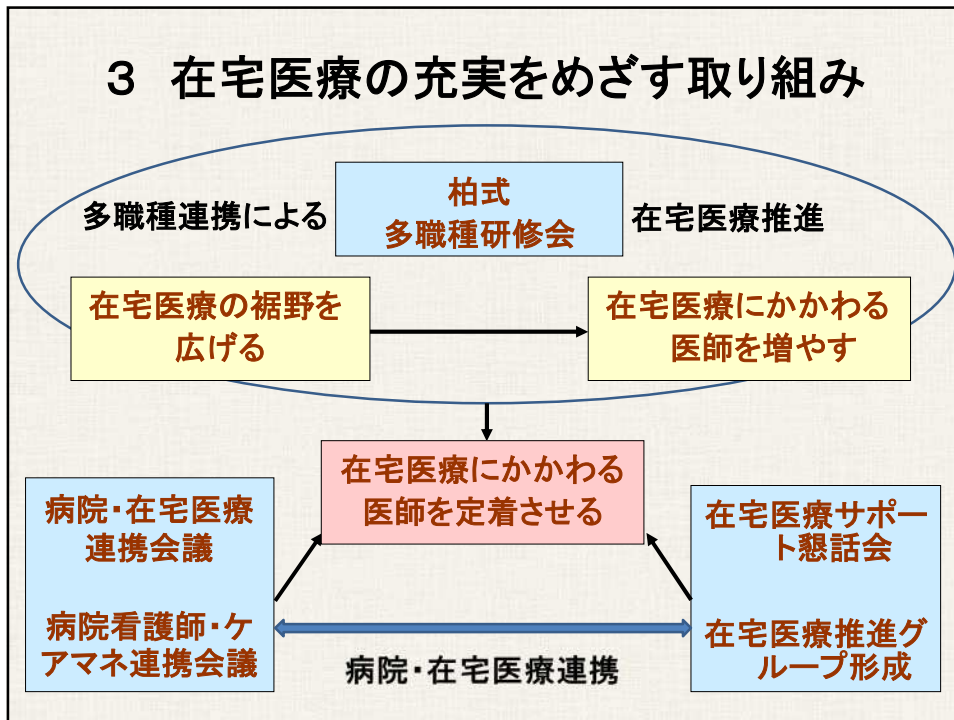
21

3 地域包括ケア推進の参考事例 いわき市医師会のこれまでの取り組み

- 在宅医療は医師と多職種連携で
 - 介護保険発足を機に、ケアマネ協と連携
 - 病院と診療所、医療と介護の連携推進
- いわき市へ協働の働きかけ
 - 在宅医療多職種研修会をいわき市と共催
- 在宅医療・認知症に関する研修会および市民公開講座から在宅医療出前講座へ
 - 市全域対象および各地域対象に開催

22

3 在宅医療の充実をめざす取り組み



23

3-1在宅医療推進のための多職種研修会 柏市医師会・辻哲夫先生が展開

- 1かかりつけ医が在宅医療に取り組む動機づけ
- 講義、多職種グループワーク、同行訪問研修
- 2地域における多職種のチームビルディング
- 多職種と医師との連携の学び
- 歯科医師・薬剤師・看護師・リハ専門職・ケアマネ
- 管理栄養士・MSW・介護福祉士・地域包括・他
- 第1回(28/7/17) 56名(医師7名)
- 第2回(29/7/9) 58名(医師6名)
- 第3回(29/11/12) 52名(医師6名)
- その後も続く 各地域の課題に激論

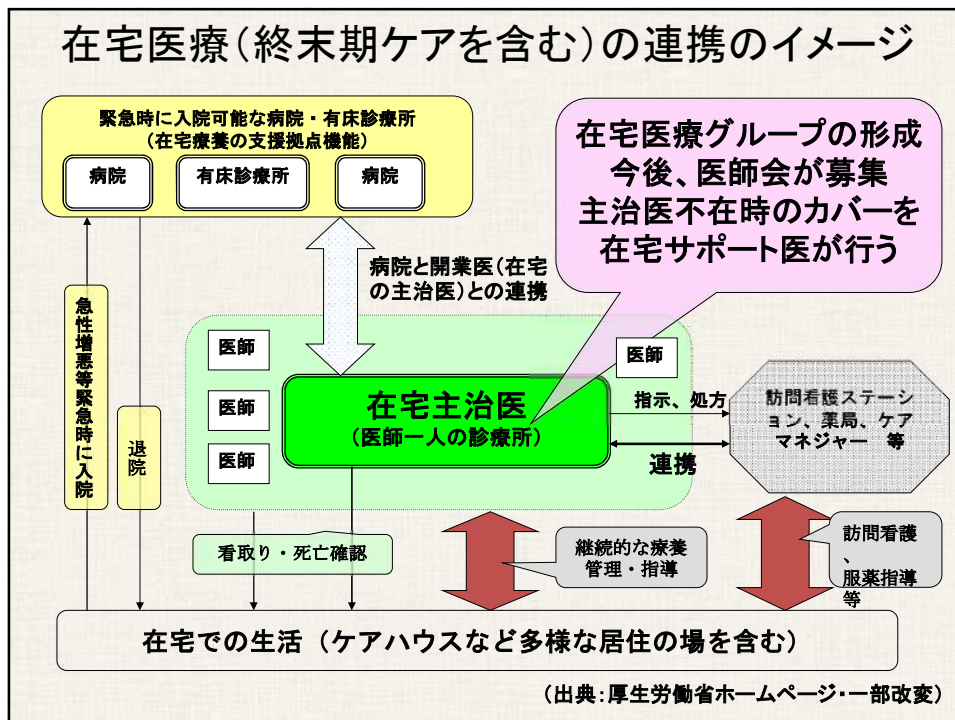
24

第1回在宅医療推進のための多職種研修会



25

在宅医療(終末期ケアを含む)の連携のイメージ



26

3-2 「いわき在宅医療ネットワーク」展開

- 「在宅医療サポート会議」を招集し、在宅医療に取り組む医師を支援する活動を相談
- 在宅医療に取り組む医師・連携医を募集
- 「在宅医療サポート医」9名
 - 「在宅医」不在の際の対応、地域別に連携
- 「在宅医療に取り組む医師」19名
- 「連携医」10名（各科、要請により往診）
- 「病院施設協力医」18名（10病院1施設）
- 平成29年6月13日発足、現在進行中

27



28



29



30

3-3 勤務医と開業医の連携 推進の取り組み

- 勤務医・開業医連携の集い
 - 双方が関心を持つ話題について研修会・大懇親会を開催し、顔の見える連携づくり
 - 2023年はWEBなしで開催、約100名が参加
- 在宅医療研修会・懇親会
- いわきの医療将来構想会議
- 常磐医学会
 - いわきと周辺の医療・介護従事者の医学会

31

3-4 いわき市地域包括ケア推進会議

- 地域包括ケア推進会議に多職種集結
- 医療介護連携促進部会
 - 在宅医療推進を含む
 - 病院NS・ケアマネ会議で退院調整ルール検討
- 高齢者生活安全部会
 - 認知症ガイド、認知症カフェ、初期集中支援T
- 健康と生きがいつくり部会
 - シルバーリハビリ体操(大田仁史先生指導)

32

3-5 支部ごとの在宅医療合同研修

- 支部ごとの研修、**医師会支部**(平・内郷・常磐・小名浜・勿来・四倉)と**各地域包括支援センター**、**ケアマネ**、**訪問看護ステーション**、**歯科医師**、**薬剤師**などと合同で開催
- **緩和医療・在宅医療**などについて研修し、懇親会を開催
- いわき市全体の研修・連携のつとめよりも、**地域性・緊密度**が高い。地域の実情に合わせて活動継続

33

3-6 医療・介護と市民をつなぐ取り組み 市民の近くで開く在宅医療出前講座

- **市民の皆さん**がいわき市の**医療の状況**を知り、正しい**医療知識**をもつために
- **市民の皆さん**が**集まりやすい公民館**等で
- **7か所**の地域(支所単位)ごとに開催
- **在宅医療**、**病院での医療**について
- **診療所の医師**、**病院勤務医**が語る
- 平成26年開催以後、**いろんな場所**で開催
- **地域包括支援センター**・**行政**と連携

34



35

「地域づくり」でいわきを救う 「医療介護いわき学校・〜〜塾」を提案

- 「在宅医療出前講座」→多職種が語る
- 市民が自身の健康管理の重要性を学ぶ
- 医療・介護資源が少ない中、市民自身が医療・介護資源になる
 - H28から「小川寺子屋」、H29から「常磐遠野いきいき健康塾」、「よつくら塾」、「学び舎おなはま」「内郷好間三和地区介護塾」など

36

3-7 “わたしの想いをつなぐノート” (略称:わたしノート)

書き方の手引き

あなた自身の旅立ちのとき、あなたは大切な人に寄り添って欲しいですか？

あなたは、大切な人の旅立ちのとき、そばで看取りたいですか？

「はい」という想いをお持ちの方は、ぜひこの「ノート」を活用してみてください。きっとお役にたつと思います。



いわき市 IWAKI CITY

37

“わたしの想いを つなぐノート” (略称:わたしノート)



名前

生年月日

※このノートの使い方は「書き方の手引き」を参考にしてください。

いわき市 IWAKI CITY

38

回復の見込みがなく死期が迫った 場合の処置(延命治療)について

記入日:平成 年 月 日

人工呼吸器、心臓マッサージなど、生命維持のための最大限の治療を希望する。

人工呼吸器は希望しないが、胃ろうなどによる継続的な栄養補給を希望する。

継続的な栄養補給は希望しないが、点滴などの水分補給は希望する。

水分補給も行わず、最期を迎えたい。

延命治療は希望しないが、痛みは取ってほしい。

最期を迎える場所として私は以下を希望する。

自宅 病院 老人ホーム

介護保険施設 その他()

私の想いを次のページで述べているので見てほしい。

39

○心臓が止まった場合

■心臓マッサージ

心臓の拍動が停止している場合に、胸のあたり(胸骨)を圧迫して心臓から血液をからだ中に送り出し、また心臓の拍動を再開させるために行う方法です。また、医療機関では心臓蘇生薬といわれる心臓の拍動の再開を促す薬が同時に使われます。



■カウターショック(除細動)

電力を通して、不整脈を整脈に回復させる方法をいいます。心臓をはさむようにして電極を皮膚に貼り付けて、短時間に大きい電流を通電します。



緊急の場合、一般の市民でも使用できるように自動化された“AED”という機器もあります。

なお、心臓マッサージとカウターショックは、組み合わせて行われます。

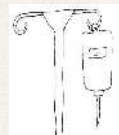
-4-

40

○口から食べることができない

■点滴

血管(静脈)を通して、水分や栄養分を補給します。カロリーを補給することができますが、一般に長期には使用されません。刺し口の細菌感染などに注意が必要とされています。



■経鼻胃管栄養

鼻から胃(または腸)まで管を入れて流動食や水分を補給します。管がのどを通っている不快感があり、意識が低下している場合などに患者がそれを引き抜いてしまうことがあります。次の胃ろうに比べて簡便な方法です。



-6-

41

■胃ろう(瘻)

胃に直接栄養を補給します。お腹に小さな切り口を作って、胃までトンネルの管を取り付けます。これを通じて胃に直接流動食を注入します。



いったんつけると長期にわたって使用可能で、本人の意思に関わらず(意識がなくても)人工的に栄養を注入し続け得ることから、安易につけることの是非が大きく問われ始めています。

■自然にゆだねる

上記のような補給を受けて回復に向かったり、よい時間が持てたり、活動できたりするのであれば、大きな恩恵を受けることになります。しかし回復の見込みがなく、もはやそのような力が残されていない時にはただ生かされることにもなりかねません。食べられない＝飢えの苦しみがあろうに思いますが、すべての身体の機能が弱ると、栄養分をあまり必要としなくなり、つらさは感じられないと言われています。

-7-

42

3-8 ACPとは

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組

=厚生労働省=

今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

=木澤義之=

将来の意思決定能力の低下に備えて、患者さまやそのご家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合うプロセス(過程)

=亀田グループポータルHP=

将来のケアに関する価値観、大切にしていること、気がかり、目標、選好を理解し共有すること

=Sudore=

～現在のところ日本型ACPの定義は現在ありません～

ジョンセン「臨床倫理 4分割法」

ここを抑えて！ 簡素バージョン

医学・ケアの適応: 診断と予後 効果とリスク 治療ケア目標とアウトカム 治療モデルの医療職と生活モデルの介護職⇔多職種連携IPW	患者の意向: 過去/現在/未来 患者の判断力と対応力 事前意思・代理決定
QOL: QOLの定義と評価 ベストよりペターかも…。 「本人が何をもって幸せとするか、何を大切にしているか」が軸	家族の意向、周囲の状況: 家族の思い 家族の歴史 家族の利益不利益 コスト 守秘義務

望む医療をかなえるために 「常日頃の備え」

- 自分の健康に関心を持ち、病状を把握する
- 家族に最終盤の医療について希望を伝える
- 困った時に援助してくれる人の確保
- かかりつけ医を持つ(総合的な対応)
 - 医師に、遠方の家族の連絡先を伝えておく
- 保険証・お薬手帳・「わたしノート」一緒に
 - 家族・かかりつけ医・ケアマネの連絡先

45

3-9 地域での認知症への取り組み 認知症絵本教室を開催

- 四倉・久之浜大久で平成25年度から
- 小学校4年生、午後の2時限
- 1、認知症のわかりやすい講義
- 2、絵本読み合わせ(紙芝居)
- 3、グループディスカッション・発表
- こどもは感受性豊か、親への情報提供も
- 中学校、高校でも認知症教室

46



47

3-10 「地域づくり」でいわきを救う(1) 行政・医療・介護関係者が出来ること

- 行政は「地域包括ケアシステム構築、救急・在宅医療充実」の旗をかかげ実践する
- 医師会は関係者・市民の連携を推進
- 病院は在宅医療の必要性を理解して連携
- かかりつけ医は「まず往診」から在宅医療へ
- 地域包括・ケアマネは地域づくりの中心に
- 医療・介護関係者は、市民の近くに出かけてわかりやすい情報の提供を

48

3-10 「地域づくり」でいわきを救う(2) 市民の皆様とともに出来ること

- 健康管理と健診・がん検診等の受診を
- かかりつけ医を持ちましょう
- 救急車は適正に利用しましょう
- 延命医療の受け方について考えましょう
- 自らの健康づくり、要介護・認知症の方を見守る地域づくりに参加しましょう
- いわきの医療・介護を守ることにつながります

49

3-10 「地域づくり」でいわきを救う(3) シルバーリハビリ体操指導士 が出来ること

- 体操だけでなく、地域づくりをめざす
 - 地域を面で支える体制(若い人、男性)
- 住民自身が医療・介護資源になる取り組みを
 - 健康・(在宅)医療・認知症について学ぶ
- 「わたしノート」を普及し、住民どうしの連携へ
 - 困ったときはお互い様といえる地域へ

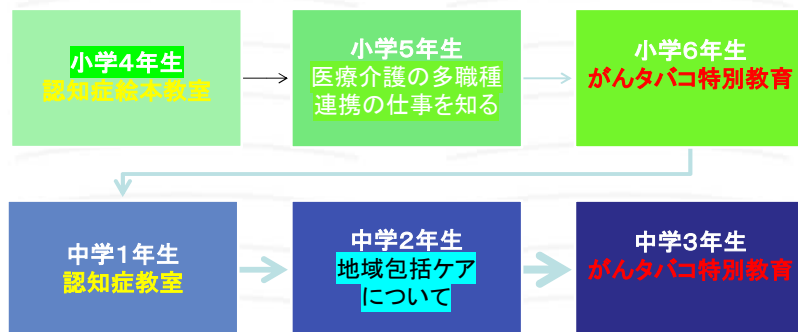
50

3-11 医師会の新たな取り組み 小中学校等での医療・介護に関する授業

- 少子高齢化で医療・介護従事者が減少
- ビデオを作成し、外部講師が学校で授業
- 小4、中1に認知症（絵本）教室
- 小5、中2に多職種連携・地域包括ケア
- 小6、中3にがん特別授業
- 地域に対する優しい気持ちを持ち、大人になって地域の医療・介護などを担ってくれることにつながる可能性

51

いわき市ではいわき市医師会と教育委員会、他多職種の皆様で教育プロジェクト『いのちの授業』がスタートしています



52

まとめ 地域包括ケア・在宅医療 推進のキーポイント

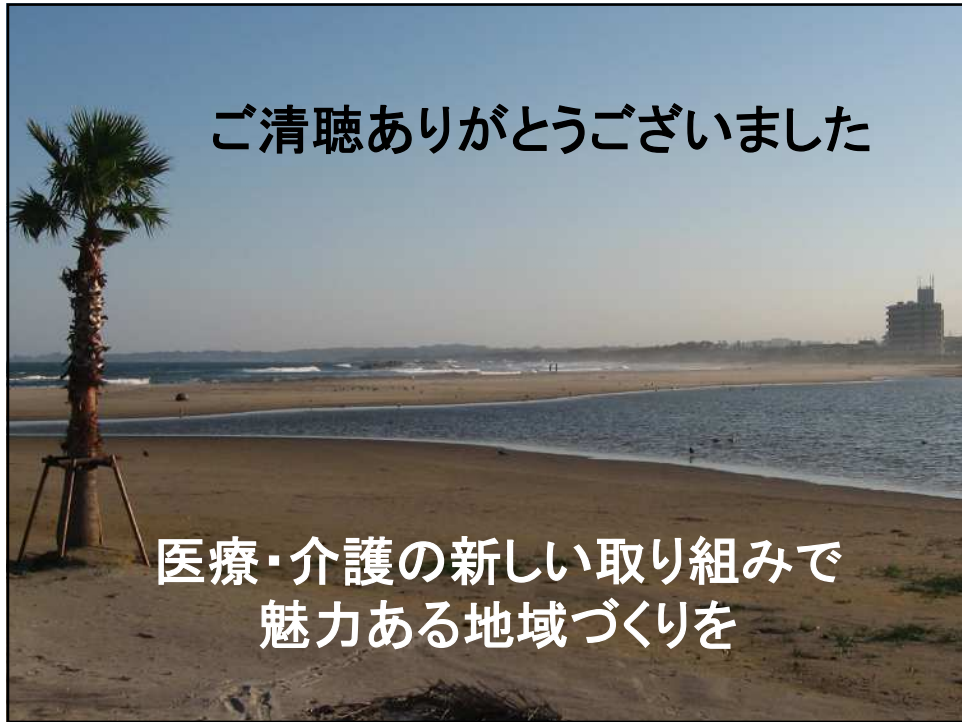
- 1 地域によっては**広域連携**を
- 2 **医師会**が**多職種連携**を重視する
- 3 **市町村の担当課**と密接に連携
- 4 在宅医療に関わる**医師・多職種連携**を充実させる**在宅医療多職種研修会**の開催(ノウハウの地域間交流を)
- 5 **住民啓発**はどの地域でも重要、**市民公開講座**から**在宅医療出前講座**へ

53

福島県内からご参加の皆様へ

- **医師会・多職種・市町村**が連携して、**地域包括ケア・在宅医療**を推進しましょう
- **住民啓発、地域づくり**が大切です
- **福島県医師会**は各地域の取り組みを支援します
- この**講演データ**を必要な方に提供します
- データ使用の際は**出典を明示**してください、**個人**が写っているスライドは使用不可です

54



ご清聴ありがとうございました

医療・介護の新しい取り組みで
魅力ある地域づくりを