

第6回日本地域包括ケア学会

シンポジウム②

ここまできた地域包括ケア～市町村規模別の先進事例～

松戸市の地域包括ケア構築の 現在地から次のステージを展望する

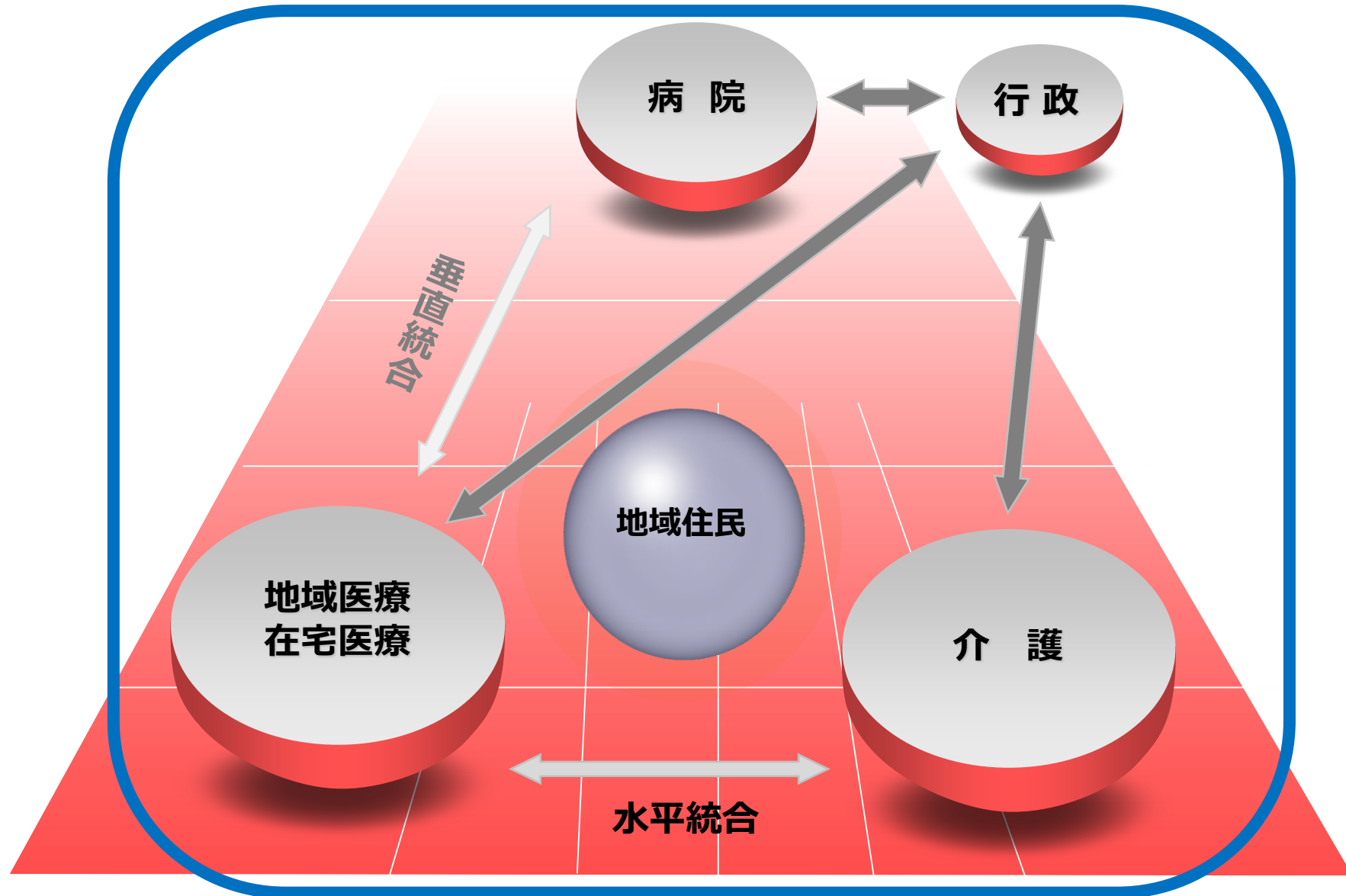
地域ICT、在宅医療・介護連携支援センター、医師会委員会が果たす役割

2025年1月12日 日本医師会館

松戸市医師会 川越 正平





“一つの単位”として機能する地域を目指す









松戸市の地域包括ケア構築の現在地から次のステージを展望する

水平統合 多職種協働・医療介護連携 → 多機関協働



“道具”としての**地域ICT活用**：関係強化と臨床力向上

- ・ 医療に資する生活情報  2019年度～
- ・ 観察・報告してほしい生活情報（医師が明示） 
- ・ 治療ケア方針の統一


写真や動画を用いた具体的な情報共有 
データとリハビリテーション栄養概念に基づく介入 
ケアマネジメントの層別化（例：口腔ケア） 
緩和ケアとしてのリハビリテーション 
病態理解の深まり（例：高次脳機能障害） 

- ・ 臨床の機微：“要注意情報” 
- ・ 現在進行形のACPを通じての協同意思決定

垂直統合 病院との方針統一や協同意思決定

- ・ 文書にとどまらない医師同士のやりとり  
- ・ 顔を合わせる機会の創出（研修会や医師会委員会）
- ・ 病院幹部と医師会幹部の懇談会

多分野協働 障害・こどもを含む全世代対応

- ・ 相談事例の複雑化・複合化 2018年度～
→ **在宅医療・介護連携支援センター**が果たす役割
例) 65歳問題、若年性認知症、AYA世代がん患者 
ハラスメント、警察や消防との協働

多団体協働 実効性のある「協議の場」が鍵

プラットフォームとしての医師会**在宅ケア委員会**

2014年度～

地域包括ケア体制構築に向けて：地域ICTの活用方針

“地域バーチャル病院”実現には基盤づくりや関係性強化が先決

- 地域ICTを導入する前に多職種・他事業所と共に汗をかく営みを経験することが成否を分ける

“共有する価値のある情報”を置いておく(電子カルテではない)

- 体重や転倒、行方不明など、観察・把握が容易でない情報を意図して共有する

医師は各職種から出された質問にだけは返事をする

- 入力の負担をさけるため、自院のカルテに記載する内容は極力書き込まない

現在進行形としてのACPを通じて協同意思決定を実践する

- 聴取した「言葉」・エピソードや人生会議出席者を日頃から把握して記録・共有しておく意義

紹介受診・救急搬送にあたり、病院へ必要な情報を伝える

- 多疾病併存患者に適切に対応するために、電子カルテとは別端末で把握する

医療と介護の統合

生活情報に基づく状態変化の把握が
診断や対応方針の立案に役立つ

医療

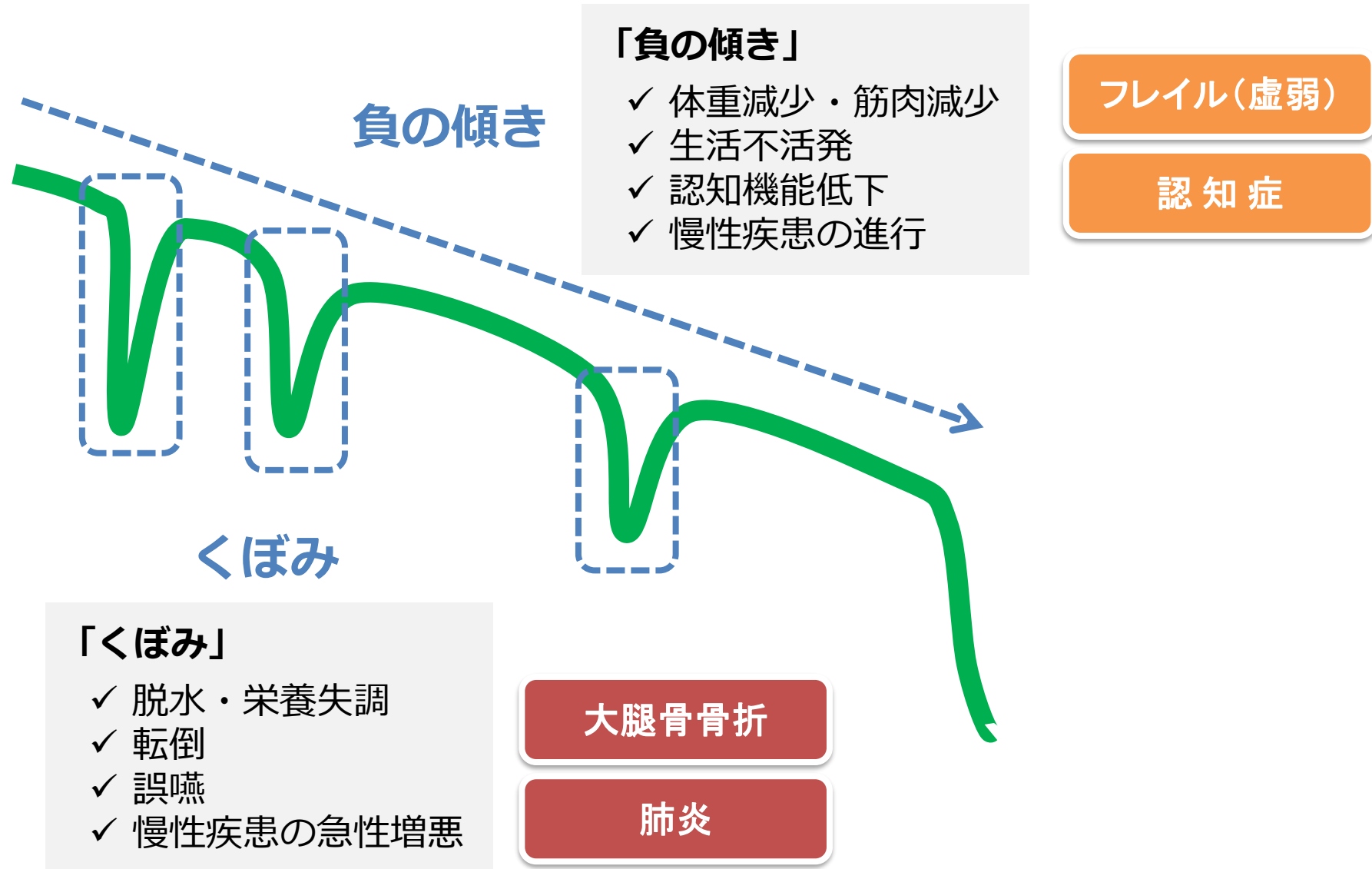
疾病の軌道学

介護

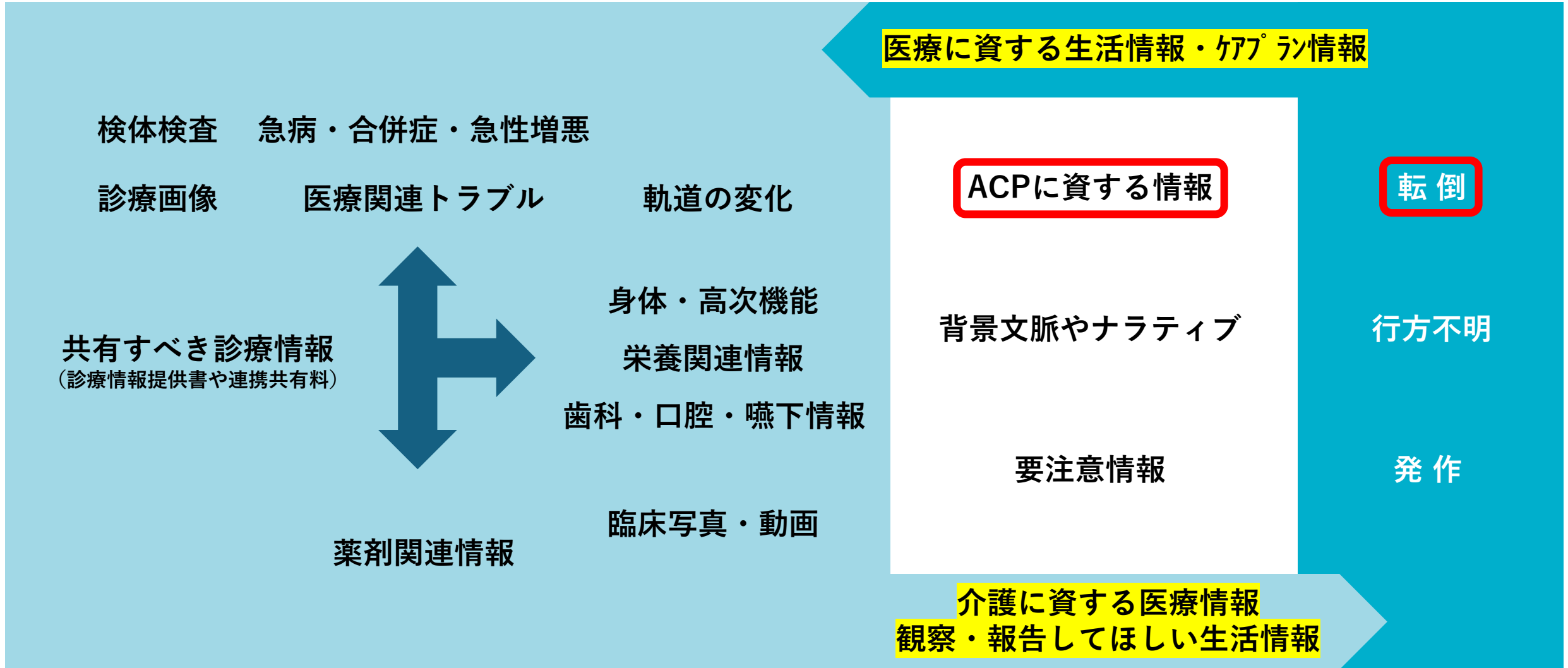
生活の視点

未来予測と意思決定の支援に基づき
生活や人生の方向性を定める

“軌道”の低下を遠ざけるために気をつけたいこと



多機関協働の道具としての 地域ICT と “タグ”



医療に資する生活情報：診療の場で現認できないが把握したいイベント

89歳男性。罹病期間7年のパーキンソン病でL-DOPA 450mg/日を内服し室内は伝い歩きで、夜間はベッドの脇に置いたポータブルトイレを使用している

訪問看護師

妻から「おとといの夜、ポータブルトイレでお通じをして、ベッドに戻ろうと立ち上がったところで、力が抜けてしりもちをつきました。なんとか私が支えて立ち上がらせて、ベッドに戻しました」と聴き取りました。

本日、痛みや麻痺はなく、起居動作や歩容は先週の訪問時と変わりありません。
 転倒

理学療法士

本人から「昨日の夜中、ベッドからポータブルトイレに移ろうとしたら、目の前が暗くなる気がして、そのままベッドに座り込んだ」とのことです。

この1か月間、振戦や筋強剛、歩行動作、方向転換の様子に変化はありません。
 転倒 身体・高次機能

医師

報告から、パーキンソン症状に増悪はなく、起立性低血圧の可能性が高いと考えました。本日、起立試験を行い（収縮期血圧：126mmHg→86mmHg）、起立性低血圧と診断し、昇圧薬を開始しました。

共有すべき診療情報 薬剤関連情報



非医療職に対して

1) 医療の方針決定に関わるイベントを

転倒、発作、行方不明

2) できるだけ具体的に

場所、状況、時間帯、考えられる誘因、深刻さ

3) 情報の確度（客観性）を峻別して

客観情報、本人の主観、家族等からの伝聞

報告して欲しいと啓発する

多機関協働の道具としての 地域ICT と “タグ”

医療に資する生活情報・ケアプラン情報

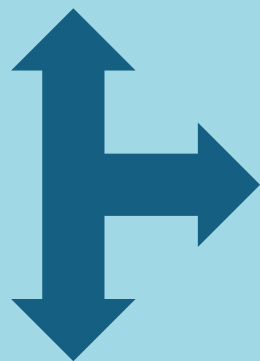
検体検査 急病・合併症・急性増悪

診療画像

医療関連トラブル

軌道の変化

共有すべき診療情報
(診療情報提供書や連携共有料)



身体・高次機能

栄養関連情報

歯科・口腔・嚥下情報

ACPに資する情報

背景文脈やナラティブ

要注意情報

転倒

行方不明

発作

薬剤関連情報

臨床写真・動画

介護に資する医療情報

観察・報告してほしい生活情報

観察・報告してほしい生活情報：心不全急性増悪の予防

80歳代女性。心臓弁膜症・慢性心不全、サルコペニア。心不全急性増悪入院。退院後から訪問診療が導入となった。

医師

件名：〇月〇日診療報告

排便時に力んだ際、呼吸苦・胸部違和感が生じたと娘様より報告がありました。心臓弁膜症のある方ですので、力むことが心負荷となって慢性心不全の急性増悪リスクとなりえます。下剤を調整し、便を緩めにコントロールしていく必要があります。

介護に資する医療情報（居宅療養管理指導等）

訪問看護師

ブリストルスケール4~5を目標として硬さをコントロールしていきます。以前便失禁をしたことがあるようで本人も娘様も最初嫌がりましたが、心不全急性増悪を防ぐためには重要であると説得しました。娘様に排泄日記をつけてもらうようお願いしましたが、通所介護での排便状況も把握したいです。通所介護で排便があった場合、量・ブリストルスケールに応じた便の硬さをバイタル表に記録していただくことは可能でしょうか？

観察・報告してほしい生活情報

通所介護事業所 介護職員

可能です。今週から対応します。

通所介護事業所 介護職員

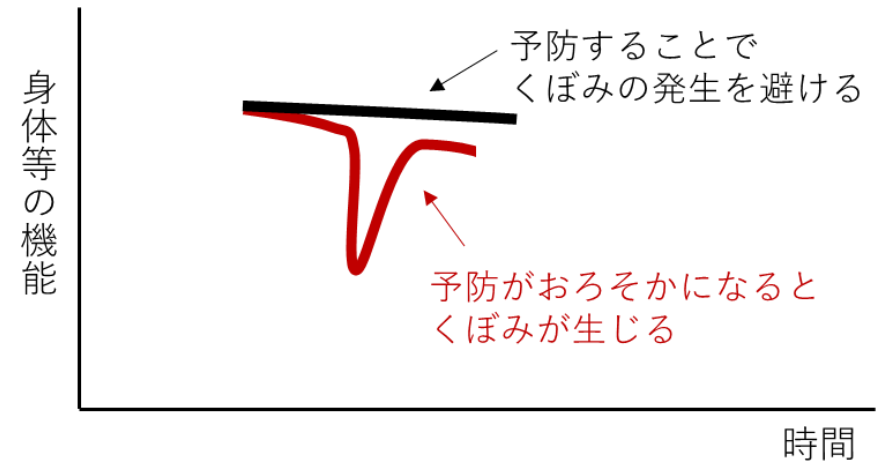
件名：〇月〇日デイ利用時

本日ブリストルスケール5の排便でしたが、便意を催して慌ててトイレに立った際にバランスを崩して転びそうになりました。ご本人は便失禁をかなり気にしています。

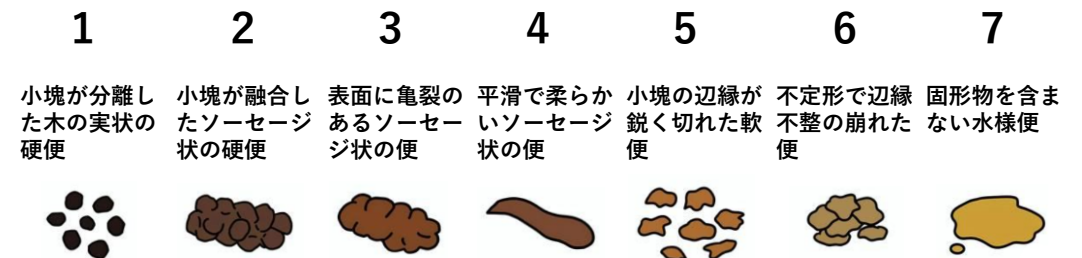
医師

便が緩いことで転倒・骨折リスクが増す恐れもあり、ブリストルスケール4くらいを目標にします。量・硬さ、力む様子がないか引き続き観察をお願いします。

観察・報告してほしい生活情報

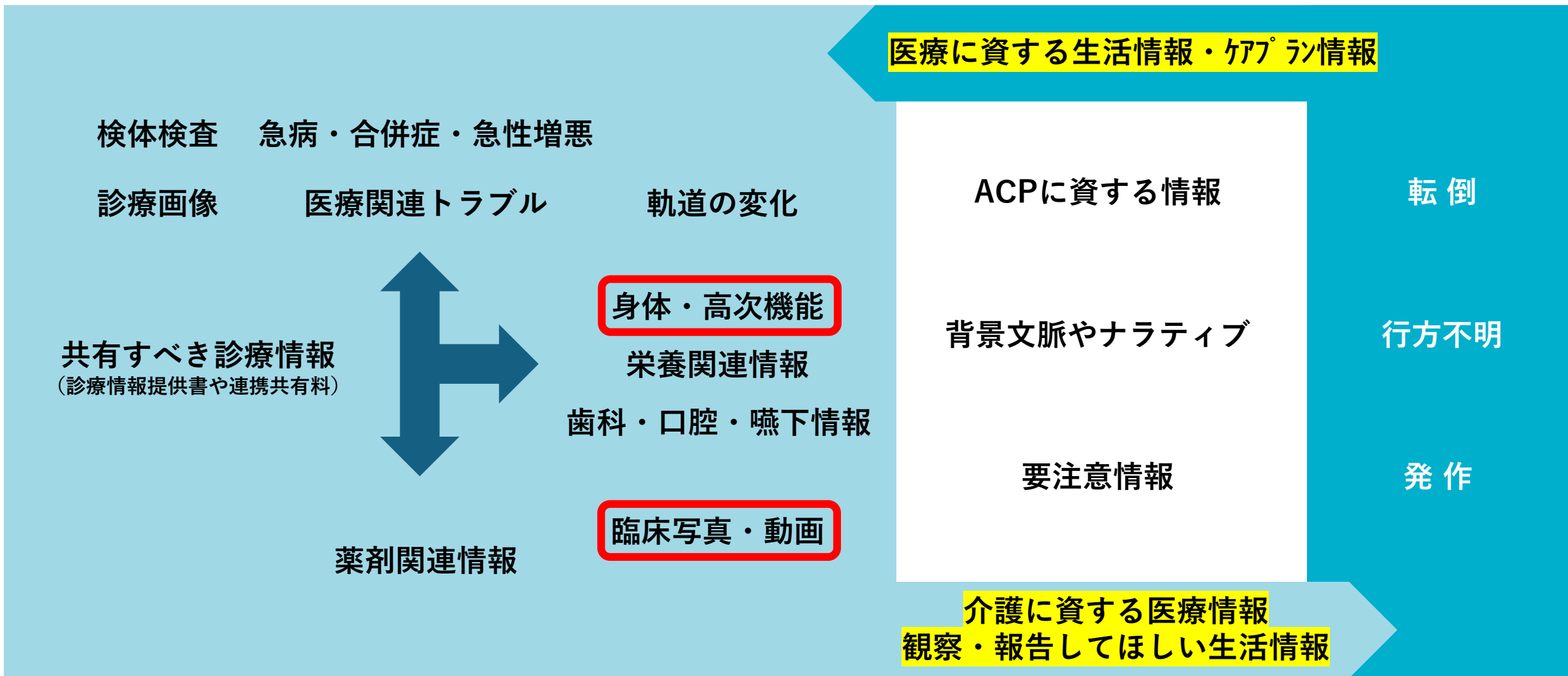


【ブリストル便形状スケール】



便通異常症診療ガイドライン2023 をもとに作成

多機関協働の道具としての 地域ICT と “タグ”



治療ケア方針の統一：写真や動画を用いた具体的な情報共有

70歳代男性。グループホーム入所中の認知症者の歩行状態が徐々に悪くなり、正常圧水頭症と診断された。在宅主治医が心配してあらかじめ脳外科医と相談しBPSDや入院関連機能障害のリスクを勘案して、治療後早期に退院し歩行の変化は生活の場で評価する方針とした。

グループホーム介護福祉士

現在の歩行の様子です。明日入院、明後日手術の予定です。


歩行（入院前）.mov

- 身体・高次機能
- 臨床写真・動画

医師

退院直後の診察では、入院前と変わらない歩行でした。
次回の診療までの間に変化があれば、動画に記録しておいてください。

- 身体・高次機能
- 観察・報告してほしい生活情報

グループホーム介護福祉士

今日（退院3日後）の歩行の様子です。退院翌日から良くなりました。


歩行（退院3日後）.mov

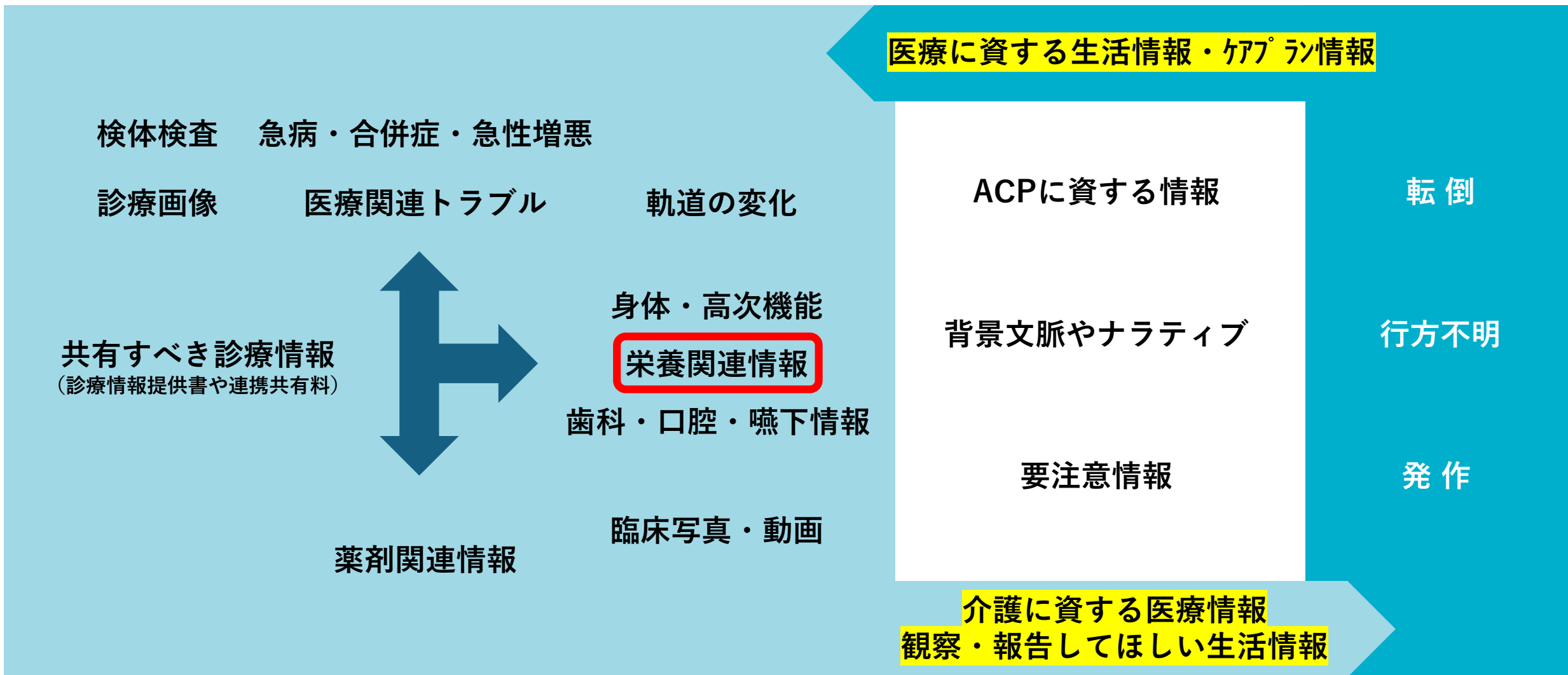
- 身体・高次機能
- 臨床写真・動画



【変化やイベントの把握・評価に視覚的な情報を用いる】

経時的に変化する姿勢、起居動作、歩容、階段昇降、摂食嚥下などの記録・共有に写真・動画が有用である。てんかん発作など必ずしも現認できないイベントを、現認した専門職が動画に記録・共有することも推奨される。

多機関協働の道具としての 地域ICT と “タグ”



治療ケア方針の統一：体組成データやリハビリテーション栄養に基づく介入

40歳代女性。重度知的障害、小児てんかん、全身性エリテマトーデス。体重は横ばいで経過。サルコペニアを憂慮している医師が、体組成の測定を訪問看護師に依頼した。

訪問看護師

件名：体組成測定結果

本日測定しました。

検査検査

体組成測定結果.pdf



診療所管理栄養士

半年前と比べて**筋肉量は増えていません**。最近の筋力・身体機能はいかがですか？

理学療法士

週2回のリハビリテーションに加え、ご両親も立ち座り訓練を行っています。
①歩幅の拡大、②両下肢とも片脚での支持時間の延長がみられており、半年前より下肢筋力は改善しています。今後、動画でもご本人の動きを記録して共有するようにします。
移動能力としては中等度介助下での歩行がゴールと思われませんが、筋力に関してはまだ向上がみられそうだと考えています。

身体・高次機能

医師

件名：〇月〇日診療報告

ここ半年間のリハビリテーション介入の効果があることがわかりました。リハビリテーション栄養の介入強化により、さらなる筋力・筋肉量の改善が期待できると考えます。

管理栄養士に改めて食事内容を聴取してもらったところ、朝食のたんぱく質摂取量が少なかったことが判明しました。本日もご両親と相談し、**朝食のたんぱく質摂取を10g増やす**よう指導しました。

食事内容.pdf

栄養関連情報



持ち運び、仰臥位での測定が可能な体組成成分分析装置での測定

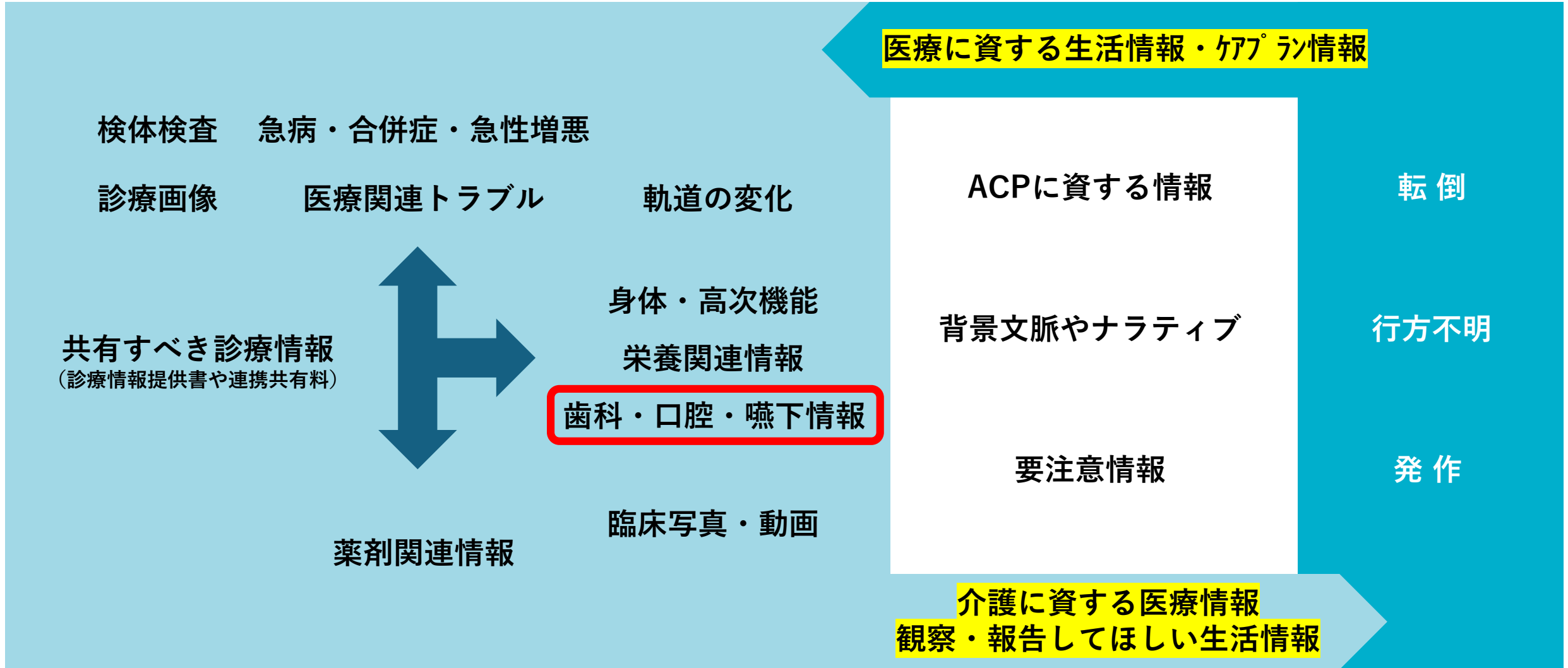
たんぱく質摂取推奨ツール「プラス10」（松戸市医師会作成）



たんぱく質が足りないと筋力が落ちて転倒や骨折をしやすくなります。
今よりも「たんぱく質」を10g多くとりましょう。
星★3個がたんぱく質10gの目安です。



多機関協働の道具としての 地域ICT と “タグ”



治療ケア方針の統一：ケアマネジメントの層別化

70歳代男性。脳梗塞後遺症。要介護3。車椅子座位が中心の生活。



歯科医師

口腔内衛生状態が悪いです。義歯も清掃不良。奥様にも毎回食後に義歯を外して洗浄するようお願いしていますが、行われていないようです。歯科月1～2の訪問の為歯肉炎の憎悪が心配です。



歯科医師

口腔内衛生状態相変わらず悪く、可能な限り義歯を外して清掃をお願いしてあります。



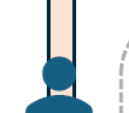
医師

ご本人の認知機能は保たれていて、歯磨きはやっているとのことですが、障害もありますし、継続遂行能力は不十分と思われます。また、奥様が代理セルフケアを継続して担当することは望めそうにない状況のようです。一方、デイサービスやショートステイ、訪問看護において、ケアを依頼、確保することは可能だと思えます。訪問看護師さんには直接お願いできました。



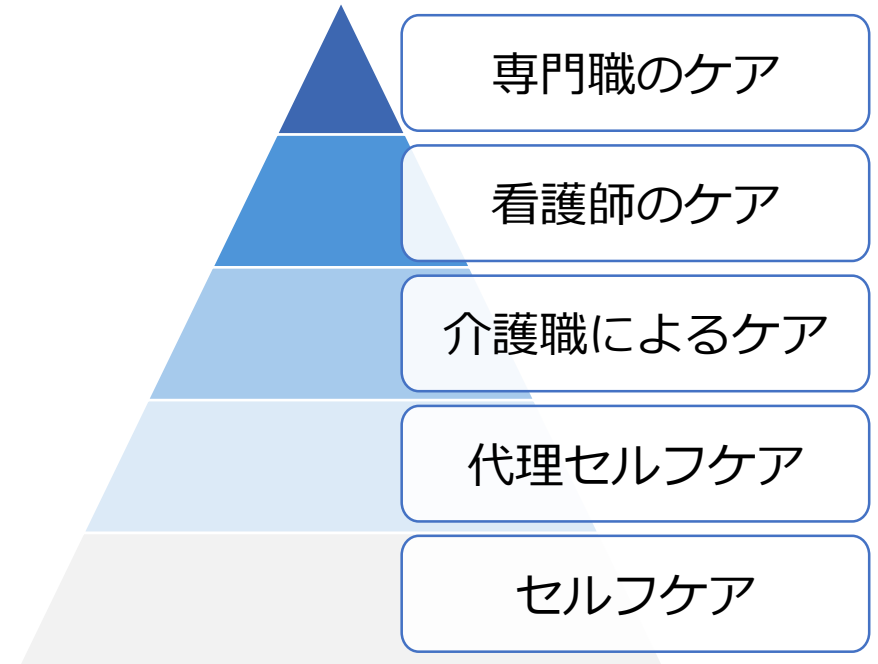
ケアマネジャー

各サービス関係者には口腔ケアの強化を依頼します。ご自宅での口腔ケアは、奥様の介護力や最近の物忘れの感じからすると期待は難しく金銭面の不安からサービスの追加もあまり望まれていません。同居している長男に協力を得られるか確認します。近日中にスポンジブラシなど口腔ケアのセット用意を依頼しておきます。



医師

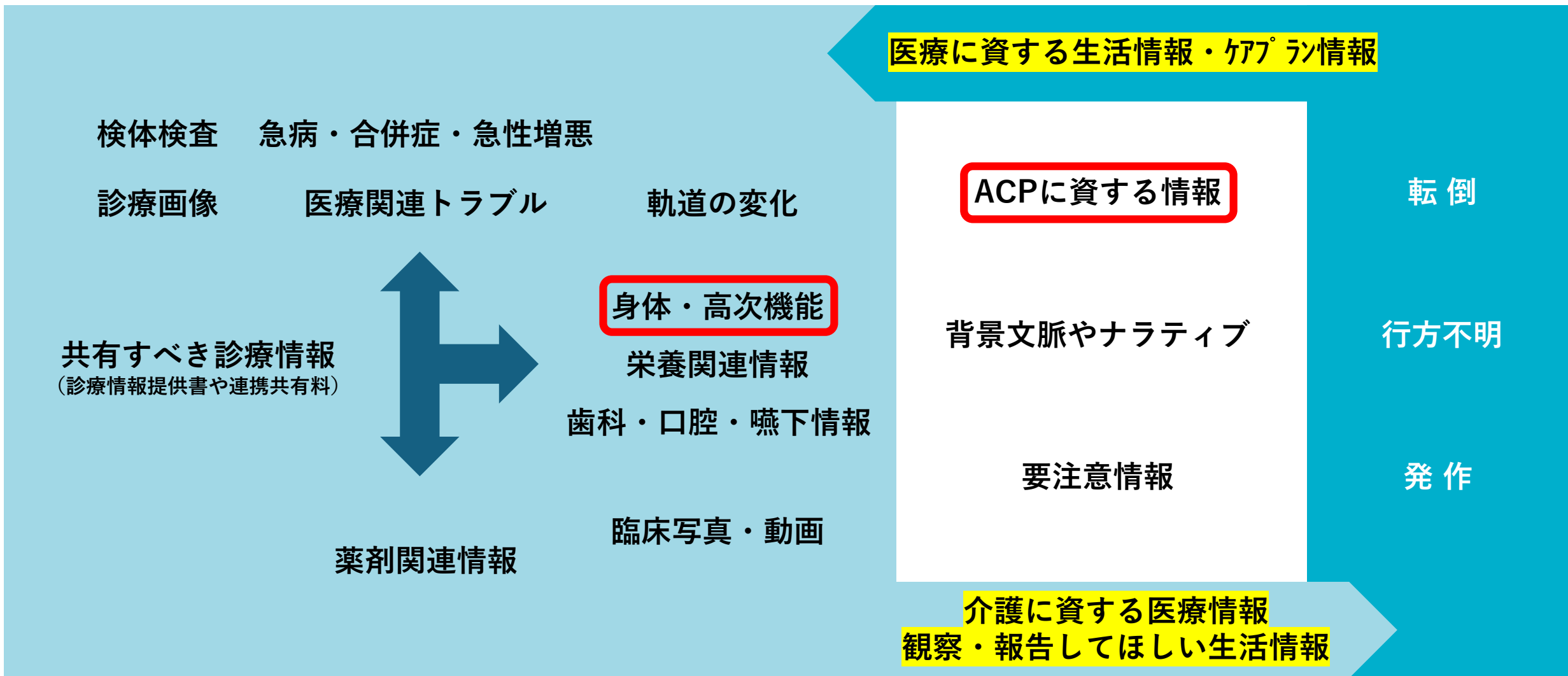
デイサービスやショートステイにおいて、口腔ケア物品の用意等の支援はしてくださっているものと思います。本人も歯磨きは「やっています」とのことでしたが、歯周炎の状態は悪いという状況を有する脳出血後遺症の方です。水ものでむせるとのことであり、誤嚥性肺炎のリスクを有しています。低頻度の専門的口腔ケア提供だけでリスクをなくすことは困難ですので、セルフケア、（家族による）代理セルフケア、介護によるケア、看護によるケア、そして、専門的口腔ケアを適切にコーディネートして、可能な範囲で誤嚥性肺炎のリスクを低減する必要があると考えます。



【ケアマネジメントの層別化】

ケアを構成する要素を層別化すると、図のよう示すことができる。セルフケアや代理セルフケアでどの程度ケアを確保できているかを評価した上で、不足する部分について、介護職によるケア、看護師によるケア、専門的ケア等を適切に組み合わせたケア体制の確保を目指す必要がある。

多機関協働の道具としての 地域ICT と “タグ”



治療ケア方針の統一：緩和ケアとしてのリハビリテーション

70歳代男性。上顎洞がんの末期、悪液質状態。造設済みの胃瘻から1日3回水分・経管栄養を投与する状況

訪問看護師

妻より「このまま衰える一方だといけないため、リハビリをしてもらえないか？」と話がありました。実際には、トイレ歩行はなんとか出来ていますが、清潔ケアで少し動いただけでも疲れる様子があります。

医師

緩和ケアセッティングにおけるリハビリテーションの考え方について、頭の整理を試みたいと思います。

①“軌道”を踏まえる

1か月前は予後6ヶ月未満と説明されたとのことですが、直近の全身状態や血液検査データ等を見ると現状では予後1~2ヶ月程度と推測します。また、今後も誤嚥性肺炎を再発するリスクは高いと予想します。

②リハビリテーション栄養の観点から考える

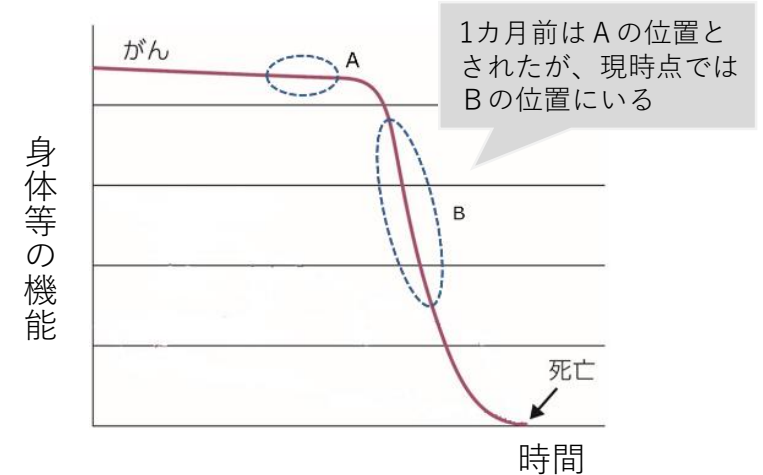
第一にこれ以上の慢性炎症に伴う蛋白異化を防ぐ栄養確保、第二にその運動負荷に見合う栄養の追加を要します。現在エネルギー摂取量はどの程度でしょうか？基礎代謝に要するエネルギーを下回っており、蛋白異化を防ぐための十分なエネルギー量は投与できていないと思われます。

訪問看護師

「お腹が空いた感じがしない」と1~2回昼を投与しない日もあります。退院後2週間くらいの状況を見ると、900kcal/日未満の投与になっています。

医師

900kcal/日未満とすると、一定以上の強度を伴うリハビリテーションは現状では行いにくいと考えます。**段階的に緩和ケアとしてのリハビリテーションの目標を考える**必要があります。また、安全を確保する(“くぼみ”を防ぐ)ために、深部静脈血栓症を防ぎたい、トイレ歩行を継続する場合は転倒リスクについて見極めが必要、などを併せて考慮したいです。



【緩和ケアセッティングにおけるリハビリテーションの目標についての考え方】

1. 最低限、安静時に苦痛なく安楽に過ごせることを目指す

例) 安静時に苦痛が少ない姿勢でリラックスできる、体位変換による苦痛が少ない

2. 尊厳の根幹である排泄・清潔等の日常生活動作の際に生じる苦痛の最小化

例) 筋短縮等による不利益が生じないように、ストレッチや軽負荷訓練を推奨する

3. 何らかの喜びを感じるための移動能力の確保を目指す

例) 身体機能を保持・向上するために、運動負荷に見合う栄養の摂取を確保する

多機関協働の道具としての 地域ICT と “タグ”

医療に資する生活情報・ケアプラン情報

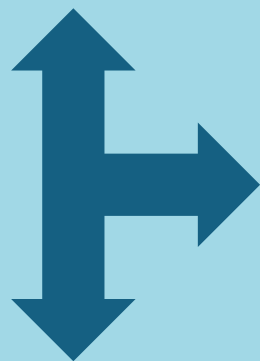
検体検査 急病・合併症・急性増悪

診療画像

医療関連トラブル

軌道の変化

共有すべき診療情報
(診療情報提供書や連携共有料)



身体・高次機能

栄養関連情報

歯科・口腔・嚥下情報

臨床写真・動画

薬剤関連情報

ACPに資する情報

背景文脈やナラティブ

要注意情報

転倒

行方不明

発作

介護に資する医療情報

観察・報告してほしい生活情報

介護に資する医療情報：病態理解の深まり

70歳代男性。小脳梗塞後遺症。

1か月前に回復期リハビリテーション病院から自宅退院し、**体幹失調が後遺した。**
デイサービス（週3回）、訪問看護（週1回）を利用。

訪問看護師

1日のほとんどをベッド上で過ごしており、**排便は奥様が介助して車椅子でトイレに移動しますが、排尿はオムツです。**ピックアップウォーカーでの歩行は促せばできるのですが、自分からは取り組もうとしません。障害受容の過程で**精神的な落ち込みがあるのでしょうか？**

身体・高次機能

医師

1年前までテニス取材の記者をしておられた方が、ピックアップウォーカーで歩くことはできるのに、オムツに排尿していることに違和感があります。
抑うつ症状の評価や対処のため、精神科訪問診療の依頼を含め検討します。

身体・高次機能

作業療法士

小脳梗塞でも高次脳機能障害が生じることが知られており、“うつ”のような気分の落ち込みというより、高次脳機能障害としての意欲低下の可能性がります。
ピックアップウォーカーによる歩行を促して繰り返し、「できる」という感覚を繰り返し与えるのが良いと考えます。

身体・高次機能

主治医医療機関に所属する作業療法士が、訪問看護師と主治医のやり取りをICT上で閲覧して、専門的見地から高次脳機能障害の可能性について助言した

【事例検討の“バーチャル空間”としての地域ICT】

在宅療養者は多疾病を並存している場合が多く、複数の分野が協調して医療ケアを提供する必要がある。多機関に所属する専門職が議論することにより病態理解が深まり、方針統一に役立つ。地域ICTが多職種で検討を重ねる“バーチャル空間”として機能しうる。



* 医療機関や訪問看護ステーションに所属する専門職が、直接担当していない患者についても地域ICTに共有された情報に目を通してコメントすることで議論が深まる

多機関協働の道具としての 地域ICT と “タグ”

医療に資する生活情報・ケアプラン情報

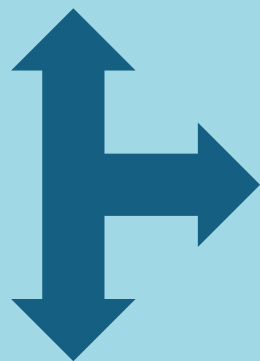
検体検査 急病・合併症・急性増悪

診療画像

医療関連トラブル

軌道の変化

共有すべき診療情報
(診療情報提供書や連携共有料)



身体・高次機能

栄養関連情報

歯科・口腔・嚥下情報

臨床写真・動画

薬剤関連情報

ACPに資する情報

背景文脈やナラティブ

要注意情報

転倒

行方不明

発作

介護に資する医療情報
観察・報告してほしい生活情報

臨床の機微：“要注意情報”

70歳代男性。脳梗塞後遺症（左片麻痺、高次脳機能障害）
車いすを自走して日中フローリングを動いている

医師

件名：本日初回往診

バイタル測定と聴診を行った段階で、車いすを後ろに引いて距離を取ろうとしたため、身体診察はそれ以上行わなかった。感覚過敏が強そうであるため発達障害が疑われるが脳梗塞後に強調された可能性もある

訪問看護師

件名：関り方の注意点を共有します

こちらからのいくつかの声掛けに対して、テレビに向いたままお返事がありませんでした（「こんにちは」「体調はいかがですか？」「お熱や血圧をはかります」「便秘していませんか？」）。「お胸の音を聴かせてください」と言うと「いいよ、しなくて」とお答えになったので、「では（同行した）理学療法士と交代します。身体の動きを見せて下さいね」と伝えました。

療法士による移乗介助を看護師が見守っていると「そこで笑って見ているなら帰れ！」とおっしゃられ、「笑ってはいないのですけれどね」と伝えると「その“ね”というの嫌いなんだ」とおっしゃいました。

「わかりました、では帰ります」と伝えて部屋を出ようとしたら、「どうもね、どうも」と謝意を示されました。

『発言を否定しない』、『語尾に“ね”をつけない』ことが留意点と認識しました。また、怒鳴ったことで見放されるかもという不安もあるようでした。

要注意情報

医師

件名：Re:関り方の注意点

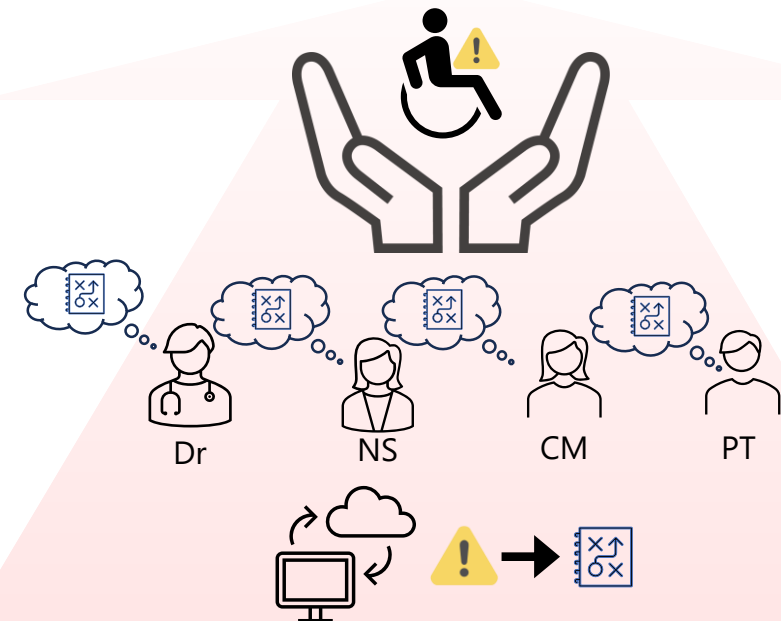
SpO2の測定は「接触感染するからしなくていい」、聴診は「前回の診察でしたから今日は必要ないよ！」と拒否されました。感覚過敏のためと思われます。

要注意情報

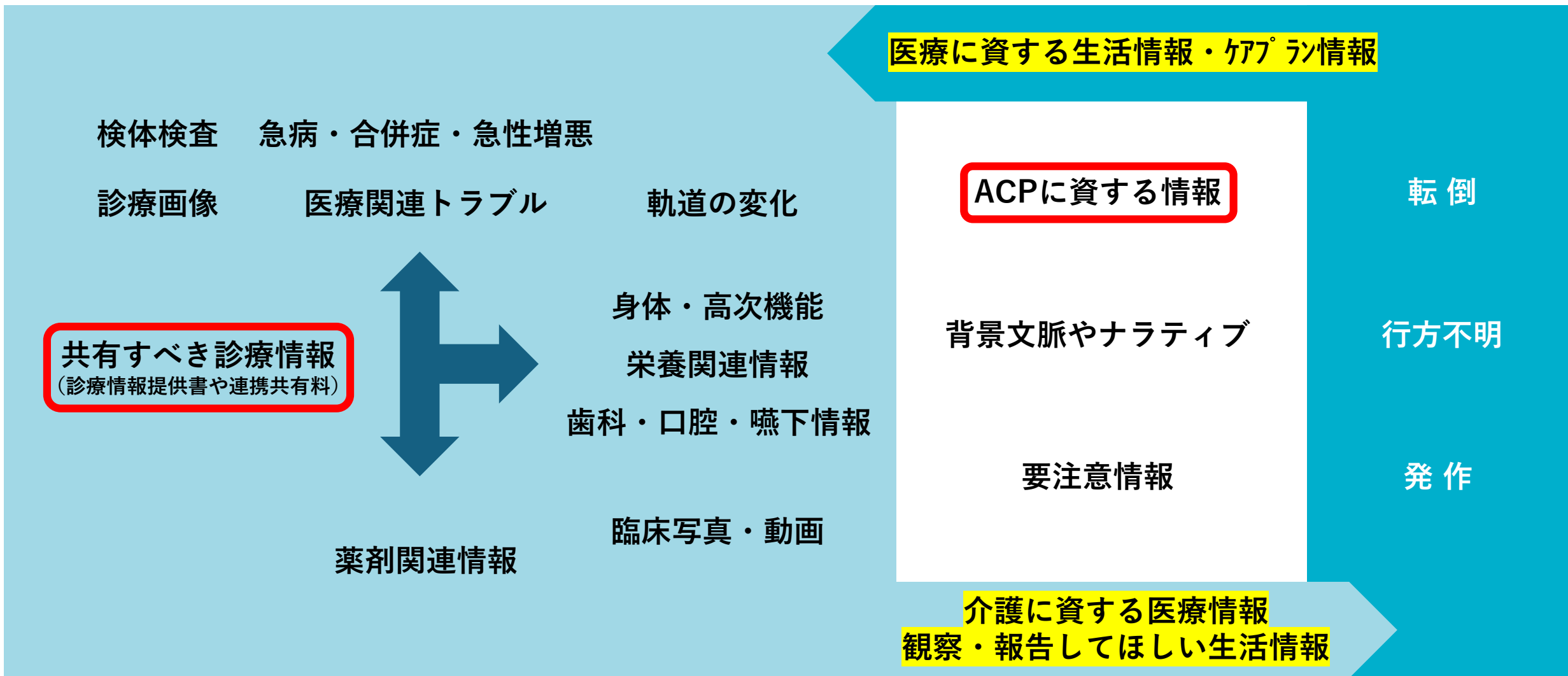
本人にニーズが生じたときに、そのニーズに合う診察や測定を行うように統一したほうがよさそうであること、視線に対しても過敏である可能性があり、見守るときはしゃがんで視線を下げたほうがよさそうであることなども、医師から共有された。

【要注意情報に基づく工夫や方針の統一】

留意・配慮すべき情報の共有により、統一感を持った関り方の工夫や方針立案に役立てうる



多機関協働の道具としての 地域ICT と “タグ”



垂直統合：専門医と在宅医の協力

進行が極めて早い多系統萎縮症の60歳代男性。胃瘻造設から5カ月の間に声帯麻痺による突然死のリスクが高まったため、気管切開を目的とした入院が計画された。病院専門医に“変化した病状を現認”してもらうため、D to P with Dを計画した。看護師も参加し、コミュニケーション手段やポジショニングの詳細も共有された。



専門医と在宅医による共同診療のありかた

診療情報提供書

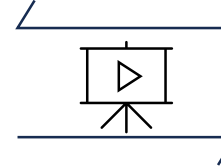
病院専門医



在宅医



動画の共有



D to P with D*1



入院“前”共同指導*2



情報量・議論の深まり・
合意形成手段としての優位性

*1 遠隔連携診療料の対象患者がすべての指定難病に拡大された（R6年度診療報酬改定）

*2 R6年度診療報酬改定で「在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料」が新設された一方、緊急ではないがリスクの高い患者の入院にあたっては、がん患者・非がん患者いずれであっても、地域ICTによる情報共有より直接やり取りを行う情報連携がより適切であり、多職種が参加する、いわば「入院“前”共同指導」を行う意義は大きい

垂直統合：病院と地域の医療介護職で行う共同意思決定

認知症の80代男性、**グループホーム（以下GH）入所中**。入院1週間前から意識変容（傾眠・発話量低下）、両上肢の強直を繰り返していた。強直と共に右共同偏視もみられ、抗てんかん薬の坐薬で一時的な症状改善と発作の再発を認め、**てんかん重積状態**との診断で急性期病院に入院精査をお願いした。

入院後の経過です。
1日2回の抗てんかん薬の点滴を行い発作なく経過。脳波上に発作波はみられないが、意識障害は持続。4日前に誤嚥性肺炎・敗血症を併発したが持ちこたえた。酸素2L投与中で、痰が多いため1～2時間毎に吸引中。
本日、抗てんかん薬を経鼻胃管からの注入に切り替えた。飲水・経口摂取は困難で、1日1000mlの点滴を行っている。**GHに胃管挿入したまま退院が可能でしょうか？**

**入院中にも、病態や予後予測だけでなく
本人家族の意向や入院前の生活状態を踏
まえた治療ケア方針の策定、意思決定の
支援に病院と地域が共同して取り組んだ**

医師から提案がありました。ジアゼパム坐薬の定時投与に切り替えたが、**小児用フェノバルビタール坐薬を使用すると抗てんかん作用を強化できる**、院内採用薬ではないので退院後に処方をお願いしたいとのことでした。

病院MSW



診療所医師



病院医師と電話で話しました。GHでは経鼻胃管からの薬剤注入はできないため坐薬を定時使用することになるが、**坐薬では発作を十分コントロールできない恐れがある**とのこと。重積状態の改善後に意識障害が一定期間遷延しうること、感染症に伴う低活動性せん妄等の**可逆的な意識障害をみている可能性を考慮し**、ドライシロップの抗てんかん薬がのめる程度にまで意識レベルが回復してこないか、**もう数日病態を見極めてみよう**と話し合いました。

GH介護福祉士



奥様から電話がありました。療養型病院や他の施設には行かせたくない。看取りになるのは覚悟しているので、**これまで過ごしていたGHに戻して欲しい**とのことでした。また、「昔から主人は延命して欲しくないと言っていた」とのことでした。

診療所医師



訪問診療導入時にも「延命より緩和」のご希望は明確でした。ただ、栄養摂取と投薬方法については、分けて意思決定支援を行う必要があると考えます。**坐薬ではてんかん発作を繰り返すリスクは残り、「安楽」な経過をたどれる保証までは難しい**ことは理解して頂きたいです。

診療所医師



意識障害は続いており、**発作の持続時間が長かったことによる脳機能障害で不可逆的な状況と判断する**とのことでした。意識は目を開ける程度で時々返答はあるが、経口摂取は全くできない状況とのことでした。脳機能障害が生じた状況で、中心静脈栄養や胃瘻造設は適応がないと考えます。栄養投与を断念するということは、**今後、看取りに向かっていく**ことを意味します。GHに退院する場合、**①なるべく発作をコントロールできる坐薬の用法容量を見出す、②輸液量を1日500ml以下に絞って痰の吸引回数が減ることを目指す**方針で病院医師と合意しました。

GH介護福祉士



坐薬を用いた発作予防に限界があることはご理解いただいた上で、ご家族は長い時間を過ごしたGHへの退院を希望されています。看取りに向かうこともよく理解されていました。

訪問薬剤師



小児用フェノバルビタール坐薬100mgは在庫している薬です。必要時処方してください。

人生の最終段階を見据えた継続的な意思決定支援

*複雑な事例や当事者間に意見の相違や対立があって第三者の介入が望ましい場合など

第三者を交えた会議の開催や文書化*

・倫理委員会やチームの関与 ・事前指示書の作成 ・代理意思決定者の選定 など

専門職が支援を通じて把握に努め、それらの記録を蓄積したい情報

①望む暮らし

・「母が肺炎のとき 医者から食事をとめられた。食べられないなら死んだも同じで、自分だったら肺炎になってもいいから食べたい」
・「どうしてもポータブルトイレは使いたくないから立ち上がるのも大変だけど、頑張ってトイレに行きたい」

②療養場所の選択

・「グループホームで母は幸せそうに最後まで暮らしていたから自分もあんな施設なら入ってもいい」
・「妻に迷惑をかけたくないから、本当は家にいたいけど、最後は入院させてください」
(肺がん末期の男性)

最初嫌がっていたが、宿泊サービスを利用を重ねたのち「ああいう所に住むのもいい」
(認知症の80代女性)

支援を通じて意向に変化を生じた

③医療についての選好

・「病院では娘にも会えず寂しいからできるだけ入院したくない」
(入院を繰り返している心不全患者)
・「父が集中治療室でたくさんの方に繋がれているのを見て、ああはなりたくないと思った」

・「もし4つ目の癌が診断されたら手術をしますか」との質問に「次は無理です」と答えた
(癌の手術を3回経験した90代男性)

意図した問いが意向を具体化する

④現状のQOLの満足度

・「母と同じ年齢までは生きていたいと思う」
現状に不満足ではないことの表出
・「改善の可能性が3割程度と見込まれる場合に、侵襲性の高い手術を受けるか？」と聞かれたらどう考えるか？と尋ねると「希望しない、もう早く死にたい」
現状に不満足・余力のなさの反映

日常生活の中で垣間見うる情報(嫌なこと/好み、大切にしていること等)

ステップ3

必要時には記録を速やかに共有できるように準備しておく

ステップ2

把握した“発言”や“エピソード”をできるだけ逐語的に記録し、把握した場面も分かるような記述を添える

ステップ1

本人の嫌なこと、好み、大切なこと、価値観、人生観、死生観を示す発言やエピソードの把握に努める

継続的なACPの実装 と 追加した様々な“タグ”の意義

タグ設定

- 検体検査
- 診療画像
- 共有すべき診療情報
- 薬剤関連情報
- 急病・合併症・急性増悪 (“くぼみ”)
- 医療関連トラブル
- 転倒
- 行方不明
- 発作
- 歯科・口腔・嚥下情報
- 身体・高次機能
- 栄養関連情報
- 医療に資する生活情報・ケアプラン情報
- 介護に資する医療情報 (居宅療養管理指導等)
- 観察・報告してほしい生活情報
- 臨床写真・動画
- ACP
- 背景文脈やナラティブ(物語)
- 軌道の変化 (“傾き”)
- 要注意情報

【地域ICT活用の基本方針】

- ✓ 自施設のカルテに通常記載する内容の転記は推奨しない
 - ✓ 他機関・他事業所にも共有すべき情報(またはその要点等)は地域ICTに記載することを推奨する
 - ✓ 「二度書き」を防ぐ記録の記載方法や運用を推奨
- 地域ICTにおける双方向の書き込みや討論を通じて、関係する医療介護職全体に教育的な意義や関係性の強化という意味を産みうる

地域を“一つの病院”としてとらえ 市内の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって機能を果たし 老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを目指します

活動の基盤としての 事務局機能

かかりつけ医の在宅医療 スタートアップ支援

新規開業や在宅医療新規参入の医療機関等を支援します

地域ICTの活用支援

地域ICTシステムの導入支援、多職種連携における情報共有を支援します
新たな活用方法の提案などにより、情報共有のスキル向上、運用の拡大を支援します

在宅医療の質向上支援

医療専門職による評価や助言

医師等からの依頼に基づき、医療専門職が、それぞれの専門領域の大きなアセスメントを行い、診療や支援に資する助言を行います

適切な医療につなぐ支援

かかりつけ医の推奨 (かかりつけ医と病院医師・歯科医師が協働する)

通院可能な早い時期から「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」をもてるように支援します

医療・介護・福祉に関する相談支援・ 地域課題の抽出

全世代に対応し、医療・介護・福祉に関する困りごとや、支援上の様々な課題について、関係機関とともに、解決に向けて支援します

地域の方々への普及啓発活動(川上PJ*)

小中学校へのお出前授業・住民への普及啓発

松戸市医師会が行う小中学校の児童・生徒を対象にした健康について啓発するための出前授業「まちっこプロジェクト」と連携を図っています

市民向けの医療・介護・福祉教材を作成し、専門職を講師として派遣し健康について普及啓発に取り組んでいます

健康寿命の延伸の支援(川中PJ*)

ハイリスクアプローチ(フレイル予防支援・重症化予防支援)

重症化の予防、フレイルや認知症の予防など健康の維持・増進を図るため、医師の助言のもと、医療専門職が連携・協働し、個別性を踏まえ、予防に向けた取り組みを支援します

助けを求められない人への支援(川下PJ*)

医師によるアウトリーチ(訪問支援)

医療機関受診や介護・福祉サービスの利用を拒否している、虐待やセルフネグレクトが疑われる、認知機能や理解力・コミュニケーション能力に課題があり、適切な医療を受けられていないなど、支援の方向性が立てられず苦慮している方々に対し、医師の診立てが必要なケースについては、地域サポート医・専門サポート医が訪問し、大まかな診立てや、医学的見地から今後の支援への助言を行います



*川上PJ・川中PJ・川下PJとは

川上プロジェクト:健康な方への普及啓発活動
川中プロジェクト:健康寿命の延伸を図り、適切な医療につなげる支援
川下プロジェクト:対応が困難な方へ医師が訪問や助言を行う支援

医療・介護・福祉職の方へ

松戸市在宅医療・介護 連携支援センターを ご活用ください

地域における保健・医療・福祉の包括的な相談支援を行っています

地域共生社会の実現を目指すため、高齢や障害、子どもなど、世代や領域を問わず、医療・介護福祉・行政に携わっている方々からの相談に応じます。医療・介護・福祉に関する悩みや、支援の対象者が抱えている様々な課題について、関係機関とともに解決に向けて支援します。



【お問い合わせ先】

松戸市竹ヶ花45-53松戸市衛生会館2階

TEL:047-701-7533

FAX:047-701-7535

相談受付:月~金 8:30~17:00

*土日祝日・年末年始・上記時間以外は転送電話対応になります

松戸市在宅医療・介護連携支援センターの取り組み

●在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討 地域の医療・介護資源の把握

- (1) 地域ケア会議を通じた地域サポート医による課題抽出、対応策検討の取りまとめ
- (2) 在宅医療・介護の資源把握
- (3) 診療やサービス内容の把握に役立つ情報の収集、共有化…など

医療・介護関係者の情報共有の支援 知識の習得等のための研修などの 地域の実情に応じた医療・介護関係者の支援

- (1) 多職種協働会議の開催、運営
- (2) 連携対応能力向上のための相談事例のまとめ、研修会の運営
- (3) 在宅ケアに携わる職員向けの医療・介護連携に関する研修会の運営…など

切れ目のない在宅医療と 介護・福祉等の提供体制構築の推進

- (1) 二人主治医制の運用(副主治医たる医師の選定支援)を通じた、かかりつけ医の推奨
- (2) 在宅医療に新規参入するかかりつけ医への支援
- (3) 在宅医と他職種の連携ルール(エチケット集)の作成と運用改善
- (4) 医療・介護関係者の情報共有を支援するツール等の利用促進
- (5) 医療・介護関係団体の事務局機能の支援

地域住民への普及啓発

- (1) 在宅ケア普及のための地域におけるミニ講演会の開催
- (2) 在宅ケア普及のための市民公開講座
- (3) 普及啓発素材の開発・普及
- (4) 松戸市医師会が実施する小中学校への出前授業「まちっこプロジェクト」との連携…など

全世代への相談に対応

● 重層的支援体制整備事業

在宅医療・介護連携に関する相談支援

- (1) 地域包括支援センター、介護支援専門員等への相談支援
- (2) 地域サポート医、専門サポート医や多職種によるアウトリーチのコーディネート
- (3) 医療連携が困難な相談事例に対する医療・介護関係者間の直接調整
- (4) 医療専門職による相談支援・質向上支援…など

アウトリーチ等を通じた継続的な支援

- (1) 世帯全体の複合的なニーズを捉え、本質的な課題の評価を行うため、各機関、専門職への相談支援
- (2) 障害児者の受診拒否・サービス拒否など、医療連携が困難な事例に対する専門職間の直接調整
- (3) 潜在的な相談者に支援を行なうため、支援会議や重層的支援体制整備事業が適切かつ円滑に実施されるための会議での助言、啓発…など

● 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

フレイル予防事業(ハイリスクアプローチ)

- (1) 低栄養、筋力低下等による心身機能低下により、要介護状態となることを予防し、ハイリスク者を特定し支援
- (2) 医療専門職による電話相談・訪問相談により保健指導等を実施
- (3) アセスメント結果に基づいて、栄養や運動を含む保健指導、適切な医療機関への接続等を実施

● 医療・介護連携地域ICTシステム事業

地域ICTシステムの活用支援・促進

- (1) 在宅医療・介護関係者の情報共有を支援
松戸市医療・介護連携地域ICTシステムの事務局機能…など



多分野協働：AYA世代のがん患者の在宅療養支援

30歳代男性。脳腫瘍再発（膠芽腫）。
訪問診療を導入し、外来化学療法も継続する方針で退院することとなった。

病院MSW

件名：在宅医療・介護連携支援センターへケアマネジメントを依頼しました
訪問診療を依頼させていただいた30代の膠芽腫の患者さんについて
連携支援センターに介入を依頼しました。

共有すべき診療情報

診療情報提供書.pdf

在宅医療・介護連携支援センター保健師

“松戸市若年がん患者在宅療養支援事業”を活用します。
退院前日に、介護用ベッド、リクライニング車いす、トイレの手すり、
外階段のスロープが搬入・設置されます。訪問看護は医療保険で入ります。

医療に資する生活情報・ケアプラン情報

医師

件名：初回往診
失語・右麻痺・右視野障害を認めます。
言語の理解や表出は曖昧ですが単純な動作の口頭指示は実行できます。
母親から「外出させて人と関わる機会を持たせたいです」と相談がありました。

身体・高次機能 介護に資する医療情報（居宅療養管理指導等）

在宅医療・介護連携支援センター保健師

共生型のデイサービスで“頭の体操ゲーム”と昼食を体験し、
週1回の利用が決まりました 医療に資する生活情報・ケアプラン情報

ケアプラン.pdf



18～39歳は、介護サービスの支援体制が乏しい

在宅医療・介護連携支援センターが ケアマネジメント支援の機能を担う

希少疾患や多分野・多機関連携が必要な事例、
いわゆる支援困難事例については、拠点に相当
する在宅医療・介護連携支援センター等の機関
に所属する専門職が後方支援を行う意義は大きい。

応用的な内容を取り扱う研修会の開催

子ども・障害・高齢者・経済困窮等の支援者&
子育て・福祉・介護・医療・保健等の専門職対象

多分野合同研修会

障害分野における支援困難事例への対応力向上を目指して

講演

相談支援における医療的視点と医療との付き合い方

松戸市医師会
会長 川越 正平 先生

事例検討 (グループワーク)

医療中断している支援困難事例への介入

あおぞら診療所
医師 住谷 智恵子 先生

令和5年11月22日(水) 13:30~16:00
衛生会館 / 参加費無料 / 先着 80名

講演

在宅医療・介護連携支援センターの機能と活用のポイント

ほしの在宅ケアクリニック
院長 星野 大和 先生

研修内容の詳細は裏面をご覧ください

問い合わせ先 松戸市在宅医療・介護連携支援センター
電話 047-701-7533 FAX 047-701-7535

申込み方法

松戸市在宅医療・介護連携支援センター (<https://matsudo-zaitaku.org/>) からお申込みください。
3日以内に受信メールが届きます。もし届かない場合は、下記までお問い合わせ下さい。



令和6年度多分野合同研修会

多問題を抱える家族を“まるごと”
多機関多職種で支援するための初めの一步

多機関多職種で、高齢者・成人・子ども
それぞれが支援を要する家族への支援について考えます

本研修会は、松戸市内の子ども・障害・高齢者・経済困窮等の支援者を対象とした研修です

日時：令和6年10月30日(水) 13:30~16:00

会場：衛生会館 3階

講師：松戸市医師会会長 川越 正平

松戸市医師会在宅ケア委員会担当理事

星野 大和

定員

先着 **100名**

申込み

松戸市在宅医療・介護連携支援センター (<https://matsudo-zaitaku.org/>) からお申込みください

問い合わせ

松戸市在宅医療・介護連携支援センター
電話 047-701-7533 FAX 047-701-7535



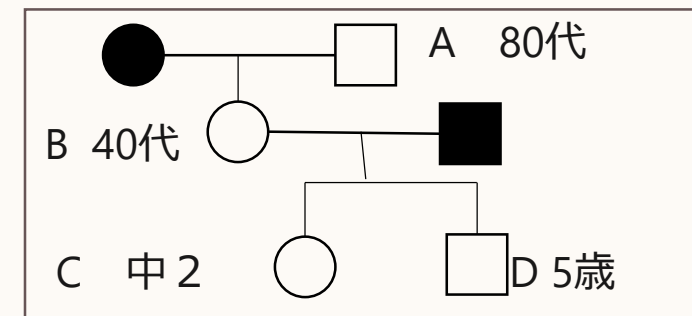
令和6年度多分野合同研修会：多問題を抱える家族を“まるごと”多機関多職種で支援するための初めの一歩

実施日時：令和6年10月30日 13:30～16:30 会場 衛生会館

個人情報の観点より複数の事例から作成した架空事例です

<家の様子>

- ・庭の樹木は道路まで伸びており、家全体を覆っている。玄関先は出し忘れたゴミ袋が複数置かれている。
- ・1階：ダイニングキッチン・風呂・トイレ・Aの部屋 2階：BとCの部屋 トイレ
- ・廊下やダイニングキッチンの床には、空のペットボトルや食べ終えたコンビニの弁当やおにぎりの包み等が散乱している。
- ・ダイニングテーブルには、常にホットプレートが置かれ、その周りには冷凍の焼き餃子やお好み焼きの空になった袋が散乱している。
- ・トイレ、風呂はかなり汚れており、掃除をしている形跡はない。



	生活状況	医療情報	支援状況
A 男性 80代 Bの父	<ul style="list-style-type: none"> ・自転車外出している ・自室で煙草を吸いながらテレビを見て過ごすことが多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・大腸がん（10ヶ月前に手術し、人工肛門） ・外来に1回/月 	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援2（大腸がんの入院時に介護保険申請） ・デイサービス2回/週利用
B 女性 40代 夫は、3年前に病死	<ul style="list-style-type: none"> ・眠気が強く、自室のベッドで寝て過ごしていることが多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・統合失調症（20代で診断） ・糖尿病（1年前に診断、インスリンの自己注射を開始） ・精神科・内科の外来に不定期通院 	<ul style="list-style-type: none"> ・障害支援区分認定4 ・居宅介護（ヘルパー）3回/週 ・訪問看護2回/週（内科より指示書）
C 女性 中学2年生	<ul style="list-style-type: none"> ・不登校 ・昼夜逆転している 	<ul style="list-style-type: none"> ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・なし
D 男性 5歳	<ul style="list-style-type: none"> ・幼稚園や保育園には通っていない ・BやCの部屋でテレビやビデオを見たりして過ごしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・市の保健師が3歳児健診未受診のため、訪問し、発達の遅れ等で経過観察中 ・医療や療育にはつながっていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・市の保健師がフォローしている

参加状況

●申込者 132名 ●参加者 115名(87.1%) ●回答数113名(98.3%)

所属	人数	割合
地域包括支援センター	30	26.5%
居宅介護支援事業者	27	23.9%
市役所・教育委員会	17	15.0%
医療機関	12	10.6%
訪問看護ステーション	7	6.2%
障害福祉サービス提供事業者	6	5.3%
相談支援事業者	4	3.5%
介護サービス提供事業者	4	3.5%
子ども家庭センター	2	1.8%
就労移行支援	1	0.9%
就労事業所A型	1	0.9%
NA	2	1.8%
総計	113	100.0%

経験年数	人数	割合
1年未満	9	8.0%
1年以上3年未満	22	19.5%
3年以上5年未満	17	15.0%
5年以上10年未満	31	27.4%
10年以上20年未満	21	18.6%
20年以上	13	11.5%
総計	113	100.0%

指定 発言	母子保健担当室
	こども家庭センター
	児童生徒課
	障害福祉課
	地域包括ケア推進課

松戸市医師会在宅ケア委員会議事録

開催日時	令和5年4月8日(月) 19時30分～21時
場所	松戸市衛生会館 2階図書室
出席者	【委員】石黒、奥隅、高林、西、沼沢、松井、星野、石島、高田、川越 【歯科医師会】小松【薬剤師会】佐藤、黒木【訪問看護】田尻、沼田 【介護支援専門員】藤井、上田【介護サービス事業連】梶原【リハ】山中【MSW】上野 【小多機看多機】藤原【地域包括ケア推進課】大友【介護保険課】橋本 敬称略 合計23名【オブザーバー】－ 【在宅医療・介護連携支援センター】松澤、中谷
議題	【1】活動報告 (1) 在宅医療・介護連携支援センターより・・・資料3-1～3 ①在宅医療・介護連携推進事業（相談支援、医師アクトリチ、質向上、スタートアップ、地域 ICT） ②フレイル予防事業 ③その他 (2) 各職種より・・・資料4-1～2 ①松戸歯科医師会 ②松戸市薬剤師会 ③松戸市訪問看護連絡協議会 ④松戸市介護支援専門員協議会・松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会 ⑤松戸市リハビリテーション連絡会⑥松戸市医療ソーシャルワーカー連絡協議会準備会 ⑦松戸市介護サービス事業連合会 ⑧松戸市小多機・看多機連絡協議会 ⑨松戸市医師会 (3) 行政より 地域包括ケア推進課 介護保険課 (4) 松戸市事業等への医師会派遣委員より ①介護認定審査会 ②松戸市認知症研究会 ③警察医 ④高齢者虐待防止ネットワーク ⑤日常生活自立支援事業検討委員会 他 (5) 千葉県・松戸市ならびに千葉県医師会関係会議からの報告 千葉県医師会地域包括ケア対策委員会 他 (6) その他事業等 【2】討議事項 トピックス、継続課題、相談案件など
当日資料	資料1：2024年5月13日在宅ケア委員会議事 資料2：2024年4月8日在宅ケア委員会議事録 資料3-1：川下PJ報告 資料3-2：フレイル予防事業報告 資料3-3：「糖尿病診療に役立つ多機関連携研修会」案内文(医師会) 資料4-1：訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組みの実施上の留意点について 資料4-2：令和6年度版_死亡診断書(死体検案書) 記入マニュアル

委員各位

松戸市医師会会長 川越正平
在宅ケア委員会担当理事 星野大和
委員長 石島秀紀
副委員長 高田 丈

在宅ケア委員会開催のお知らせ

下記により会議を開催いたしますので、ご多忙中恐縮に存じますがご出席くださいますようお願いいたします。

記

- 日時 令和6年4月8日(月) 午後7時30分～9時
- 場所 衛生会館 2階図書室
※オンラインミーティングによるご出席も推奨します。
- 議題 (討議の必要な議題のある方は、できるだけ資料を事前にご提出ください)
【1】活動報告
(1) 在宅医療・介護連携支援センターより・・・資料3-1～3
①在宅医療・介護連携推進事業（相談支援、医師アクトリチ、質向上、スタートアップ、地域 ICT）
②フレイル予防事業
③その他
(2) 各職種より
①松戸歯科医師会 ②松戸市薬剤師会 ③松戸市訪問看護連絡協議会
④松戸市介護支援専門員協議会・松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会
⑤松戸市リハビリテーション連絡会 ⑥松戸市医療ソーシャルワーカー連絡協議会準備会
⑦松戸市介護サービス事業連合会 ⑧松戸市小多機・看多機連絡協議会
⑨松戸市医師会
(3) 行政より 地域包括ケア推進課 介護保険課
(4) 松戸市事業等への医師会派遣委員より
①介護認定審査会 ②松戸市認知症研究会 ③警察医
④高齢者虐待防止ネットワーク ⑤日常生活自立支援事業検討委員会 他
(5) 千葉県・松戸市ならびに千葉県医師会関係会議からの報告・・・資料4-1～2
千葉県医師会地域包括ケア対策委員会 他
(6) その他事業等
【2】討議事項 トピックス、継続課題、相談案件など

松戸市医師会在宅ケア委員会で取り上げた内容（2023年度）

4月

- AYA世代がん患者支援: **健康推進課**
- 医療的ケア児支援

5月

- 65歳問題 事例検討1

6月

- ケアマネジャー不足
- 65歳問題 事例検討2: **障害福祉課**

7月

- 医療従事者へのハラスメント
- 緩和ケア・移行期医療

8月

- (納涼会)

9月

- 介護保険 給付分析: **介護保険課**
- 頻回救急搬送: **地域包括ケア推進課**

10月

- 若年性認知症 事例検討1
- 認知症疾患医療センターとの連携

11月

- 見守り協定: **高齢者支援課**
- 医療介護現場におけるハラスメント

12月

- 若年性認知症 事例検討2
- 地域医療計画

1月

- 専門訪問診療: 眼科・皮膚科・精神科

2月

- 介護保険運営協議会: **介護保険課**
- 小多機・看多機のさらなる活用

3月

- 市長懇話会報告: 若年性認知症
- 被災地支援報告: **危機管理課**

松戸市医師会が担う地域包括ケア関連の公的会議

会議体や事業等	役職・立場	慣例・経緯等
松戸市 介護保険運営協議会	会議体会長	医師会在宅ケア担当理事が会長職を担当
松戸市 地域ケア会議	会議体会長	2015年度に会議体新設 …推薦委員が会長職を担当
松戸市 障害者福祉計画推進協議会	会議体会長	医師会長が会長職を担当
松戸市 医療的ケア児支援連携推進会議	会議体委員	2016年度に会議体新設 …会長を含め委員2名を推薦
松戸市 虐待防止連携推進会議	会議体委員	2020年度に会議体新設 …会長を含め委員4名を推薦
松戸市 糖尿病・CKD対策推進ネットワーク会議	会議体会長	2018年度に会議体新設（委員を8名推薦）
松戸市 健康づくり推進会議	会議体委員	委員1名を推薦
松戸市 防災会議医療部会	会議体会長	医師会長が会長職を担当
松戸市 学校保健会	会議体会長	医師会長が会長職を担当
松戸市 病院事業経営改革委員会	会議体会長	医師会長が会長職を担当

本当の意味で“一つの単位”として機能する地域を目指す

