

地域包括ケアシステム 構築に向けた在宅医療 のあるべき姿

- 圏域、府域の医療機関の連携、持続可能な地域医療体制の構築
- 入退院時の関係機関連携強化、在宅の後方支援システムの構築
- 関係機関、関係職種との連携により切れ目ないサービス提供
- 在宅医療の質の向上

- 関係機関がACPを理解し、必要な連携体制を構築できる
- 住民が在宅医療を理解し、自身で受ける医療を選択できる

【ACPの推進】に向けた取組が重要

【これまでの在宅医療懇話会等での主な取組み】

- **H30年度**：「在宅医療を支える後方支援体制について」をテーマに、りんくう総合医療センターより「在宅医療を支える後方支援マニュアル」に基づき、南泉州地区 病病連携協議会で構築された後方支援体制を紹介
- **R1年度**：「グループ診療について」、岸和田市医師会（出水医師）より、訪看の役割・医師との連携・看取りの実態・24時間365日対応の紹介
- **R2年度**：「市町のACP啓発に関する調査」を実施。（啓発の対象とする地域や集団の特性に応じてテーマを絞り込んで調査）ACPに関して何を伝えるか、施設等へ明確に示すことが重要

R3取組み ACPに関する調査

2次医療圏12市町の介護老人福祉施設・有料・
軽費老人ホーム対象

結果：(回収：55/88(62.5%) 介護老人福祉施設35/53
軽費・有料老人ホーム20/35)

- ◆介護老人福祉施設及び有料老人ホームでは「看取りを実施」がそれぞれ85.7%、100%と高率
- ◆看取り未実施において自施設での死亡が46.4%ある
- ◆看取り実施施設の8割が「マニュアルや指針の作成」「書面での了承」「チームでの話し合い」を実施
- ◆「本人の意思を推定できる人」「人生の最終段階をどこで迎えるか」「延命治療の意向」を確認するタイミングは「入所時」「終末期が近づいた時」が多く、定期的に確認している施設は、55施設中それぞれ4・5・3施設だった
- ◆救急搬送や緊急入院になった場合、本人の終末医療の意向を「診療情報提供書や介護情報提供書に最新情報を記載する」「本人・家族に任せる」が各3割を占め、「事前に意向確認した文書を資料として提示する」は少ない

施設の特
性によっ
て課題が
異なる!

【今後の方向性(案)】

I 施設の種別毎に優先度の高い取組みを推進

- ①看取り実施率の高い介護老人福祉施設・有料老人ホーム等における看取りの推進
- ②ACPの取り組み事例を踏まえた施設への理解促進

II ACP推進のための関係機関の連携強化

- ①医療機関や消防と連携し、入所施設からの緊急搬送(救命要請)時にACPを情報共有できる仕組みづくり
- ②入院時等に施設でのACPが引き継がれ本人の意向が反映される連携体制
- ③各市町や地域包括支援センター等による各施設での取組みの周知及び在宅におけるACP支援の展開

R4取組み ACPのモデル実施

泉大津市内の高齢者施設を対象

結果：

- ◆医師も含めた多職種で合意していることで、本人の意向に沿わない救急搬送を避けられる
- ◆本人を含め多職種やチームで行うことが大切
- ◆施設と医療機関・関係機関の連携が必要(入院時・救急搬送時の連携や理解促進)
- ◆実施するタイミング等の一定のルールやツール等の検討が必要

