

第6章 連携の取組の具体例

1 国県の動向について

(1) 在宅復帰・退院支援

ア 病院の役割

日本の人口が減少し、少子高齢化が顕著となってきました。特に加速する高齢化に対し、医療体制の再構築が喫緊の課題となっています。その対策として地域医療構想ガイドラインが策定され、医療の効率化を目指した病院の機能分化が推進されてきました。機能分化を推進するための受け皿として地域包括ケアシステムの構築が急がれており、医療・介護・福祉に関わる専門職や行政は、それぞれの立場でシームレスな連携体制を構築してきました。

ところが、病院内のスタッフの地域包括ケアシステムへの意識が低かったり、在宅医療を担う専門職が病院に対して垣根が高いと感じていたりという課題もあり、これらを改善していくシステム作りも重要です。

例えば、在宅で療養されている高齢者の緊急入院や、在宅における主治医（かかりつけ医）の紹介システムの体制を整える等、在宅医療を支える専門職との連携を進め、病院が地域の医療資源のひとつとして地域包括ケアシステムを推進構築していくことが大きな役割となっています。

<多職種連携における病院の役割>

- 在宅患者の緊急時の常時受診・入院・定期検査等の受入れ
- 介護施設、介護サービス事業所との連携窓口
- 地域医療機関への患者フォロー依頼
- 退院後の療養生活へスムーズに移行する支援
 - ・介護保険の取得有無の確認
 - ・担当ケアマネジャーへの連絡
 - ・在宅医療への引継ぎ
 - ・介護施設、介護サービスへの引継ぎ

イ 病院と地域との協働

地域包括ケアシステムの推進と深い関係にあるのが病院の機能分化ですが、高度急性期、一般急性期、回復期、長期療養と病院ごとにそれぞれの役割が細分化されるほどに、地域医療と介護の連携が必要度を増してきます。

退院後の療養生活が不安なく送れるように、入院前から地域医療や介護、行政の関係者と連絡をとりあい、丁寧な退院支援を行うことが重要視され始めた結果、病院にも専門の支援員が配置されるようになっていきます。また常にスムーズな連

携をとるためには、普段から専門職同士の顔の見える交流も必要との考えが広まっています。茅ヶ崎寒川地域は、多職種による研修会や検討会も積極的に開催され、最近では病院からの参加者も多くみられます。この傾向を今後も継続・推進しながら地域と病院が連携し協働していくことが求められます。

ウ 退院支援

退院支援は、外来通院時や入院早期から患者や家族の意思を尊重した関わりを持つことが重要となります。

外 来 通 院 時：患者の情報を取りながら、患者や家族の意向を確認する。

入 院 時：退院後の調整が必要となるかをスクリーニングする。

退院準備調整期：患者や家族の想いを中心とした多職種カンファレンスを実施する。

退 院 時：退院後の生活がイメージできるように丁寧な関わりを行う。

在 宅 復 帰 時：患者や家族とともに、地域の関係者との連携を密に行う。

☆ポイント☆

【退院支援・退院調整を理解するための3段階プロセス～急性期の場合～】

第1段階	退院支援が必要な患者の早期発見（外来看護師・病棟看護師）
第2段階	医療・ケア継続のための看護介入と院内チームのアプローチ （退院調整専門部署のサポートを受けながら、病棟看護師が主体的に取り組む）
第3段階	退院を可能にする制度・社会資源との連携・調整（退院調整部署が主体）

看護がつながる在宅療養移行支援：宇都宮宏子・山田雅子：日本看護協会出版会より引用

☆ポイント☆

【言葉の定義】

退院支援：患者が自分の病気や障がいを理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援

退院調整：患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐ等のマネジメントの過程

在宅療養（ケア）移行支援：患者の疾病管理の必要性や病態予測に基づき、安定した療養生活を続けて送れるようにするために予測しながら支援

Ⅱ 退院前カンファレンス

在宅への退院予定が立ったら、在宅に関与する専門職と病院スタッフ・本人・家族等が集まり、退院後の生活がイメージできるようなカンファレンスを行います。その際は本人の想いを尊重し、専門職がそれを支援する体制を整えるとともに、介護をする家族の不安にも十分配慮する必要があります。

☆ポイント☆

【退院前カンファレンスの目的】

患者とその家族、病院関係者や地域で支える関係者が集まり、患者や家族が、住み慣れた地域で安心して暮らせるための支援について検討する。重要なポイントは、患者や家族がどのような生活を望んでいるかということを中心として、自助・互助・公助・共助を組み立てることである。

【カンファレンスで共有する内容】

- ①患者や家族の意向や希望と包括的な支援方針（患者や家族の気持ちに寄り添う）
- ②退院後の療養生活に向けて解決すべき課題
- ③退院後必要となるサービスや支援内容
- ④患者を支える関係者の役割を互いに認識する

オ Q&A

Q：入院中の患者さんがそろそろ退院といわれているが、医療的なケアが必要となる。どこに相談できるのか。

A：病院に入院中（外来通院中）の場合、主治医からの説明を聞いた上で、どのような医療処置が必要となるかを把握します。その上で不安なことは、各病院に設置されている患者相談窓口や病棟の担当（受け持ち）看護師に相談します。医療的なケアの内容によって医師・看護師・リハビリテーション等の専門職の在宅医療を受けることができます。

Q：退院してから家族だけで介護ができるのか不安。

A：地域包括支援センターを紹介します。介護保険の対象となりそうな場合は申請手続きをします。

☆ポイント☆

介護保険は、申請してから認定が下りるまで約1か月かかる。サービスを急いで入れてほしい場合は、ケアマネジャー等に相談すると、みなしでサービスを入れる場合もある。

Q：退院したら在宅の医師に紹介すると言われたが、このまま同じ病院に通うことはできないのか。

A：現在国の施策として、大きな病院に患者が集中しないように医療機関の機能分担が進められています。初期の治療は診療所やクリニックで行い、入院や検査が必要なときには在宅かかりつけ医から病院の医師を紹介をします。病状が安定したらまた在宅の医師にかかりつけ医として診療の継続を依頼するというシステムになっています。（地域包括ケアシステムの推進）

Q：医師から説明を聞き、今後の治療内容について最後は自分で判断してくださいと言われたが、どうすればいいのかわからない。

A：医師の説明がわかりにくかった時には、担当の看護師や各病院の患者相談窓口を担当しているスタッフに相談します。病院によっては専門分野の知識がある看護師や、社会福祉士等が対応する場合があります。

【地域医療構想策定ガイドライン（厚生労働省）】－抜粋－

<在宅医療の充実>

- 地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある。
- また、病床の機能の分化及び連携を推進することにより、入院医療機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて退院後の生活を支える外科医療、在宅医療の充実は一層重要であり、退院後や入院に至らないまでも状態の悪化等により在宅医療を必要とする患者は今後増大することが見込まれる。特に慢性期医療については、在宅医療の整備と一体的に推進する必要があり、地域における推進策を検討するためには、整備状況の把握だけではなく、具体的な施策につながる調査を行う等、きめ細かい対応が必須となる。
- さらに、患者・住民の視点に立てば、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」を持つことが重要であり、「かかりつけ医」はその機能を地域で十分に発揮することが期待される。
- こうした点を踏まえ、在宅医療の提供体制については、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域で整備する必要があることから、都道府県は保健所等を活用して市町村を支援していくことが重要である。また、在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう、都道府県の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等の様々な支援が必須である。
- 在宅医療の提供体制の充実のためには、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所、地域医師会等の関係団体等との連携が不可欠であり、関連する事業の実施や体制整備に加え、人材の確保・育成を推進する観点から、都道府県が中心となって、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や参入後の相談体制の構築等を行う必要がある。
- また、在宅医療は主に「(地域側の)退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」という機能が求められており、緊急時や看取りに対応するための24時間体制の構築に向けた役割分担等の協議や、医療依存度の高い患者や小児等患者に対応するための研修等により各機能を充実させることが必須である。加えて、地域の関係者の連携のみならず、患者の急変時等に対応するため、病院が在宅医療を担う診療所等を後方支援することが重要である。さらに、在宅医療を受けている患者に対する口腔機能の管理等の機能を担う歯科診療所及び後方支援を行う病院歯科等が医科医療機関等と連携体制を構築することが重要である。
- こうした在宅医療の充実に係る具体的な取組としては、次項のような施策が考えられるので、参考にされたい。

	実施主体	体制構築	人材確保
退院支援 (地域側)	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> 必要な事例の退院時カンファレンスへの参加。 退院調整担当者との定例会議の開催。 医療機関との連携のための地域側の一元的な窓口の設置。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の療養生活の相談に乗る窓口配置する看護職員や医療ソーシャルワーカーを育成するための研修。
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> 退院(退所)元の医療機関・施設と、在宅医療・介護を提供する医療機関・事業所が情報交換できる場の設定。 	
日常の療養 生活の支援	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> 診療時間の連携や、病院医師による支援により、在宅医の不在時の代診等の支援体制の構築。 医療依存度の高い患者や小児等患者への対応力向上のための研修。 在宅医療における衛生材料・医療材料の円滑供給のため、地域で使用する衛生材料等の規格・品目統一等に関する協議を地域の関係者間で行うとともに、供給拠点を整備。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に取り組む医師確保のための同行訪問を含んだ導入研修。 訪問看護師の確保のための採用時研修に対する支援、研修期間の集約化(拠点となる訪問看護事業所が地域の教育機能を担う)、看護系大学と連携した教育体制の構築。 在宅歯科医療を実施する歯科診療所の後方支援を行う病院歯科等の歯科医師や歯科衛生士の確保。 これまで訪問薬剤管理指導に取り組んだ経験のない薬局に対する研修。
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の課題等の解決を目指した関係者(多職種)による「在宅医療推進協議会」の設置・運営。 	<ul style="list-style-type: none"> 関係者と協働した在宅医療に取り組む人材確保の支援。
急変時の対応	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> 診療所等が24時間体制を確保するための、病院と診療所(病診)、診療所同士(診診)、診療所と訪問看護事業所の連携の構築。 後方病床を確保するため、かかりつけ医を通して入院を希望する病院等必要な情報をあらかじめ登録するシステムの構築。 在宅療養患者の安全な救急搬送体制を確保するため、行政機関や消防機関、医療機関等が一堂に会する協議会の実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護従事者に必要な急変時の知識とスキルの向上を図るための、介護従事者を対象にした救命講習。
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> 関係団体等と協働で、24時間体制構築のためのコーディネーターや支援。 	
看取り	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> 患者や家族に対する、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する適切な情報提供。 地域で使用する医療用麻薬について、地域の関係者間で品目・規格統一等に関する協議会の開催や供給拠点の設置。 	<ul style="list-style-type: none"> 看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者を養成するための、多職種研修や施設との合同開催の研修。
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> 患者や家族に対する、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する広報や情報提供。 	

一【茅ヶ崎寒川 医療・介護の連携用紙】記入例一※赤字は記入例で変更はありません

【茅ヶ崎寒川 医療・介護の連携用紙】				依頼	報告
宛先	Aクリニック		依頼日	年 月 日	
	A医師		事業所	○×居宅介護センター	
			担当	○○ △△	
			住所	○○丁目 ○番 ○号	
			電話	○○-△△△△	
			FAX	○○-△△△△	
いつもお世話になっております。以下の内容につきましてご連絡いたします。					
お忙しいところ恐縮ですが、本用紙をご都合の良い方法にてご返送いただければと思います。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。					
尚、この度の連絡につきましてはご本人またはご家族の承諾をいただいております。					
氏名	イニシャルを記入 A・A		※ご本人の情報は電話で別途ご連絡いたします		
件名	機能訓練の際の注意事項の有無について				
<ご相談内容>					
いつもお世話になっております。					
ご本人及びご家族からリハビリテーションをしたいとの希望があり、					
来月より通所リハビリテーションのサービスを追加したいと考えています。					
サービスの中で機能訓練を実施するにあたり、運動制限などの注意事項があるようでしたら					
ご連絡頂けますでしょうか。					
<返信記入欄>					
<input type="checkbox"/>	了承しました	<input type="checkbox"/>	電話を下さい	<input type="checkbox"/>	直接会います
<input type="checkbox"/>	利用者のプラン計画等詳細情報を郵送ください	<input checked="" type="checkbox"/>	上記相談内容について本用紙で回答します		
<input type="checkbox"/>	カンファレンスの開催が必要です	<input type="checkbox"/>	その他		
回答内容					
運動制限などの注意事項は特にありません。					
注意：この連携用紙は、主に診療所・クリニックの医師との連携用紙として利用 する。病院との連絡に関しては、事前に連絡を入れ、後日患者氏名がフルネーム で記載された用紙を郵送または持参することを原則とする。					
				○○年△△月□□日	
			記入者	A医師	

「令和3年度 茅ヶ崎寒川 医療・介護の連携用紙」運用基準

1. 目的

利用者（患者）に関する情報について、介護関係者（主にケアマネジャーや訪問看護師）が（在宅医療担当）医師と連絡を取るための共通様式として作成したものである。

2. 運用範囲

情報の共有は、茅ヶ崎市・寒川町地域に開設している医療施設（基本的には医師会・歯科医師会の会員である医療施設管理者）とする。

3. 運用方法

- ・主に診療所・クリニックの医師との連携用紙として利用する。
- ・病院との連絡に関しては、事前に連絡を入れ、後日患者氏名がフルネームで記載された用紙を郵送または持参することを原則とする。

4. 記載のポイント

- ・連携用紙の患者氏名はイニシャルを記載し、電話で患者情報の個人情報を伝える

5. その他

- ・連携用紙は、すでに使用しているフォーマットを利用することも可能であり、この様式に統一することを推奨するものではない。

(2) Q&A

Q：介護保険の申請はどうすればいいのか。

A：地域包括支援センターか茅ヶ崎市役所高齢福祉介護課又は寒川町役場高齢介護課で申請ができます。

Q：訪問診療してくれる先生を探している。

A：ア) かかりつけ医がいる→かかりつけ医に相談します。

イ) かかりつけ医がない→医師会のHPから在宅療養支援施設一覧を参考にするか、在宅ケア相談窓口・地域包括支援センターや担当のケアマネジャーに相談します。

☆ポイント☆

在宅におけるかかりつけ医の選択

第一段階：通いやすい・話を聞いてくれる・自分の症状に合っている等を基準にして日頃の健康管理をしてくれる医師を選ぶ

第二段階：通院が厳しくなったら、かかりつけ医に相談して、在宅への訪問診療に移行する。

かかりつけ医が訪問診療できない場合は、他の在宅療養支援診療所を紹介してもらおう。日頃からかかりつけ医との連携を取っておくことが大切であり、かかりつけ医がない方で自立している方が急に動けなくなった等という場合は、病院や診療所を受診する。

Q：寝たきりの家族がいるが、遠方の親戚に冠婚葬祭がある。何日か入院させてくれる病院はないか。

A：かかりつけ医に相談します。メディカルショートや短期間の検査入院等で受け入れてくれる病院を探します。

Q：認知症の診断をしてもらうための受診をさせたいが、本人が行きたがらない。

A：「認知症初期集中支援チーム」に相談します。

【相談先】

○茅ヶ崎市役所 高齢福祉介護課 支援給付担当 0467-82-1111（代表）

○寒川町役場 高齢介護課 介護保険担当 0467-74-1111（代表）

○地域包括支援センター

かかりつけ医や近所の診療所の医師に相談して、健康診断等の理由で受診を勧めるという方法もあります。（事前に医師との打ち合わせが必要です。本人の自尊心を傷つけない配慮を忘れないようにします。）

保健所が実施している「精神保健福祉相談・もの忘れ相談」を利用できます。

場所：茅ヶ崎市保健所（茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目8番7号）

担当：保健予防課 保健対策担当

時間：14:00～17:00（要予約）

電話：0467-38-3315

Q：外出が難しい家族に歯の治療を受けさせたい。

A：茅ヶ崎歯科医師会 在宅歯科医療地域連携室を紹介します。

場所：茅ヶ崎市茅ヶ崎三丁目4番23号

TEL：0467-62-0983

Q：医療ケアが必要な状態で退院してくる予定。在宅でも診ることができるのか。

A：病院との連携が必要な場合は、病院内にある患者相談窓口や担当看護師に相談することを勧めます。「第1章：在宅復帰・退院支援」参照

Q：家族の介護が必要となり、不安がある。

A：地域包括支援センター（茅ヶ崎市13カ所・寒川町2カ所）・在宅ケア相談窓口（保健所）を紹介します。

3 急変時の対応

(1) 救急対応（病院・在宅医の対応）

介護度の高い方が自宅で療養している場合、病状の変化が日常的に起こる可能性があります。原因としては、嚥下性の肺炎や尿路感染等、特に高齢者は抵抗力が落ちることからくる発熱や食欲不振等がみられることも多くなります。また、がんの終末期等は体調の悪化が急激に進むこともあり、日頃から一人ひとりのアセスメントを丁寧しておく必要があります。介護者には、体調の変化時であわてないよう、日頃からかかりつけ医や訪問看護師・ケアマネジャー等の連絡ルートやタイミングを確認しておきます。

また、急な入院時に備えて、お薬手帳や診察券等は一定の場所で管理します。いざという時に備えて、「ちがさき安心カプセル」¹ 「救急医療情報キット」² の準備をし、定期的に内容確認を行ってください。

(2) Q&A

Q：自宅で看取りまで行うことを考えているが、夜間や休日に具合が悪くなったらどこに連絡するのか。

A：あらかじめ診察を受けていた診療所の医師か、契約をしている訪問看護師に連絡をします。

Q：今まで元気にしており、かかりつけの医師もいない。突然高熱が出て動けなくなった場合は、近くの診療所から往診に来てくれるのか。

A：基本的には、初めての患者さんの往診に行くことはありませんが、近所の診療所が緊急往診してくれる場合もありますので、問い合わせしてみましょう。突然の状態悪化やけがは病院への受診になります。日頃からかかりつけ医を持つように心がけましょう。

¹ ちがさき安心カプセルは、かかりつけの病院や緊急連絡先などの情報を記入した「安心カード」を入れて自宅の冷蔵庫に保管しておき、万一の緊急時に救急隊員や医療関係者などが必要な情報を得ることができ、迅速な救急医療活動に結びつけるために活用するものとなっています。茅ヶ崎市役所防災対策課や高齢福祉介護課等で無料配布しています。

² 救急医療情報キットは、救急隊員の救命活動などが迅速にできるように、本人の医療に関わる必要な情報を保管しておく容器のことを言います。寒川町 民生委員児童委員、自治会、福祉課で無料配布しています。

4 看取り

(1) 看取りの現状

医療制度が整備され医療機関における死亡が増加していましたが、緩和ケア・在宅医療・介護の充実、高齢多死時代の進行に伴い、医療機関以外の場所で死亡する件数がわずかながら増加傾向にあります。しかしながら、国民の7割前後が人生の最期の療養の場所として自宅を希望している現状を考えると、まだまだ在宅での看取りは少ないと言えるでしょう。

(2) 看取りへの取組

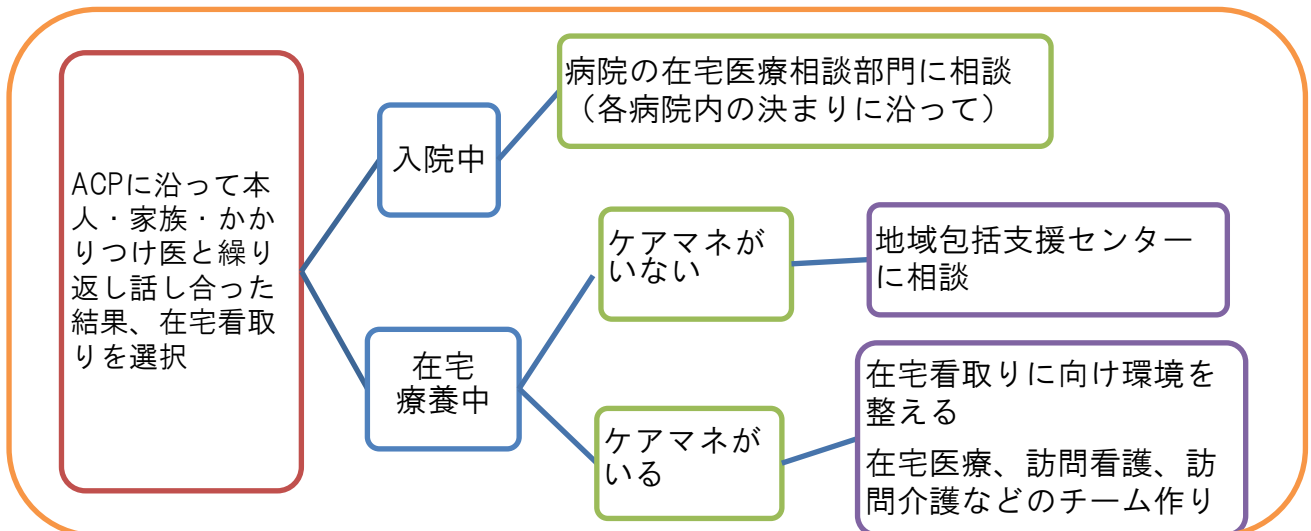
人生の最終段階における看取りは特に医療と介護の連携が重要とされます。本人の希望やご家族の希望をかなえ不安に応えるサポートがどれだけできるのかが、我々多職種の重要な役割になると考えられます。

厚生労働省は最期まで本人らしい生き方を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であるとして、平成19年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定しました。平成30年の改定ではACP(アドバンス・ケア・プランニング)という人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等の医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスの概念を盛り込んでいます。

日本では死を語ることはまだまだタブーとされる文化的な背景もあります。このことが話し合いの妨げになることが時にはあります。どう死ぬかというよりも、どう生き抜くのかという視点で話し合いましょう。

本人と家族を支えるチーム作りが大切です。

今はまだ大丈夫と以为っていても、お互いの信頼関係や良いチームワークが発揮できるようになるには時間が必要です。早めの体制づくりを心がけましょう。



(3) アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の進め方

ACPは将来、意思決定する能力を失った場合の意思決定に備えた、患者によるあらゆる計画のことを指します。

- ① 将来受たい医療やケア、受たくない医療やケア
- ② 自分の代わりに医療やケアの決定をしてもらいたい人の指名
- ③ 希望する看取りの場所
- ④ 患者本人の価値観や思想信条、宗教に基づく希望

ACPを下記の5つのステップに沿って進めてみましょう

ステップ1：考えてみましょう

ステップ2：信頼できる人が誰か考えてみましょう

ステップ3：主治医に質問してみましょう

ステップ4：話し合いましょう

ステップ5：伝えましょう

*各ステップの詳細は平成29年度厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業リーフレット参照

(4) 死後の対応

ア グリーフケア

グリーフ (grief) は、「悲嘆」という意味で、大切な人との死別という喪失体験から生じる深い心の苦しみのことです。日常生活におけるストレスの第一位は配偶者との死別です。配偶者に限らず、大切な人のいない生活に順応するには、時間がかかります。

喪失の悲嘆をやわらげ、回復の手助けをするのがグリーフケアです。グリーフケアは、生前からの関わりや日々のケアの積み重ねが大切です。具体的な方法としては、遺族を訪問して傍らに寄り添い傾聴する、遺族会を開き同じ境遇の人と接することで感情を出す機会を作る等があります。ただし、安易なアドバイスや励ましはかえって遺族への有害な援助になる可能性がありますので、注意が必要です。

本人・家族が満足していく在宅看取りとなるポイント

*本人・家族の在宅看取りをする覚悟を支える

- ・つらい症状の出現を見逃していませんか？→体の中で起きていることと症状に現れることは違っていることもあります。これから起こるであろう病状の変化をチームで共通認識し早めの対応ができるようにしましょう。
- ・食事が摂れなくなってきたときの対応について繰り返し説明、話し合う。
- ・本人・家族の心はいつでも揺れて当たり前→丁寧な説明と傾聴を。
- ・本人・家族と支援者の温度差はないですか？→支援者の押し付けにならないように。

*家族の体調（睡眠、食事、排泄、休養）の確認

- ・家族自身の通院や治療がおろそかにならないように。
- ・適切に訪問介護や福祉用具を利用し、快適な療養環境を提供。

*チームで本人・家族の状況を共有する。

共有しながらも、職種によって支援の方法が違うことが支援の幅を広げます。

*緊急連絡先を明確にしておく。

- ・主介護者だけでなく、他の家族にも分かる場所にはっきり表示。
- ・救急車要請で望まない延命処置を受けずに済むように繰り返し説明。

*状況によっては短期入院・ショートステイをうまく利用する。

- ・肺炎、尿路感染等短期に入院し集中的に治療を受けることで在宅療養を継続できる場合もある。
- ・家族を休ませるための短期入院やショートステイの利用。

*看取り後はデスカンファレンスを開催し支援を振り返り、次につなげる。

(5) Q&A

Q：患者本人が最期は自宅で迎えたいと言っているが、どのように準備すればいいのか。

A：まずは、自分が大切にしていることやこれからの過ごし方について家族とともに話し合しましょう。リビングウィル（終末期医療・ケアについての生前の意思表示）は自分の想いを明確にすることと、周囲の家族・支援者と思いを共有しておくことが必要です。その上で、かかりつけ医や看護師・ケアマネジャーと相談しながら、延命処置はどこまで希望するか等具体的なことを決めていきましょう。

Q：認知症で本人の意思が確認しづらい時はどうすればいいのか。

A：本人の意思がはっきりしていた時にはどのようなことを言っていたのか、何を大切にしていたのか等、終末期を迎えるにあたって判断の材料となるようなことを家族や支援者の中で共有し方向性を決めておきます。いろいろな立場の方の意見を集約することが大切です。

Q：在宅看取りを希望しているが、夜間気づかないうちに息を引き取っていたらどうすればいいのか。

A：定期的に診てもらっているかかりつけ医か訪問看護師に連絡します。かかりつけ医がいない場合は警察に届けます。（警察に届けた場合は、死因に不審な点がないか、事件性がないか等調査することとなり、遺族に対しては心理的な負担がかかります。）そろそろ人生の幕引きを考える段階になってきたら、早めにかかりつけ医を決め、どこまで治療をしたいか等、具体的な方針を伝えておきましょう。

Q：在宅看取りができないケースはあるか。

A：・在宅ではできない高度な医療処置や治療が必要で、本人の苦痛が緩和されていない場合
・本人や家族の不安が強い場合
・独居で法的に意思決定を支える人がいない場合など

【看取りに関する参考文献】

- ◆ 川上義明. 2018年. 家で死んでもいいんだよ：高齢者を家で看取るための「お別れプロジェクト」. 法研
- ◆ 椎名美恵子. 家崎芳江. 2018年. ナースのためのやさしくわかる訪問看護. ナツメ社
- ◆ 系統看護学講座 総合分野 在宅介護論. 2018年. 医学書院
- ◆ 朝日新聞アピタルシリーズ. 終末期医療を考える 終の選択 穏やかな死を探して《9》患者の意思決定を支える - 事前医療. ケア計画
- ◆ 大西秀樹 (埼玉医科大学国際医療センター 神経腫瘍科). 2018年11月29日. 湘南藤沢徳洲会病院医療安全室教育研修より
- ◆ 平成30年3月改定 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 (厚生労働省ホームページ)
- ◆ 平成29年度厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業 (神戸大学ホームページ)

*茅ヶ崎：「わたしの覚え書き」

～希望のわだち～

(高齢福祉介護課作成 無料配布)



*寒川町：「わたしのノート」

～大切な人への連絡帳～

(高齢介護課作成 無料配布)



5 専門分野の対応

(1) 認知症への取組

ア 茅ヶ崎市

「茅ヶ崎市 認知症あんしんガイド」

平均寿命の延伸とともに、認知症は決して他人ことではなく、高血圧や膝関節症等の病気と同じように、だれでも起こり得る身近な病気となりました。しかしながら、認知症を完全に予防することは現在では難しい状況です。

一方で、認知症についての理解は進んでいるとはいえ、まだまだ不十分であり、認知症について正しい理解と適切な対応をすることにより、認知症の方や家族は安心して生活できるようになると考えられます。

そこで、認知症の早期発見チェックリストと相談先を記載したリーフレット「茅ヶ崎市認知症チェックリスト」及び、認知症の症状や対応の基本、利用できるサービス、認知症の早期発見チェックリスト等の情報をまとめた冊子「茅ヶ崎市認知症あんしんガイド」の2種類を認知症ガイド茅ヶ崎版として作成しました。

「茅ヶ崎市認知症チェックリスト」は一般の方向けとして、「茅ヶ崎市認知症あんしんガイド」はご家族や支援者向けとして作成しています。



チェックしてみましょう!
もしかして認知症?

実施日 年 月 日

大友成話知症予測テスト～認知症予防措置 HPより～

質問項目	区とんど ない	ときどき ある	頻りに ある
同じ話を無意識に繰り返す	0点	1点	2点
知っている人の名前が思い出せない	0点	1点	2点
物のしまい場所を忘れる	0点	1点	2点
漢字を忘れる	0点	1点	2点
申しようとしていることを忘れる	0点	1点	2点
乗具の説明書を読むのを面倒がる	0点	1点	2点
理由もないのに気がふさぐ	0点	1点	2点
身だしなみに無関心である	0点	1点	2点
外出をおっくうがる	0点	1点	2点
物（財布など）がみあたらないことを他人のせいにする	0点	1点	2点

該当する項目の数字を合計してください。 点

*** 何点でしたか? ***

0～8点	正常	もの忘れも老化現象の範囲内です。疲労やストレスによる場合もあります。9点届かたら、自分の進捗時に再チェックをしてみましよう。
9～13点	要注意	家族に再チェックしてもらったり、数か月単位で間隔を置いて再チェックをしてみましよう。認知症予防策を生活に取り入れてみたらいかがでしょうか。
14～20点	要診断	認知症の初期症状が出ている可能性があります。家族にも再チェックをしてみまよう。結果が同じなら、医療機関または、担当地区の地域包括支援センター（要照会）にご相談ください。

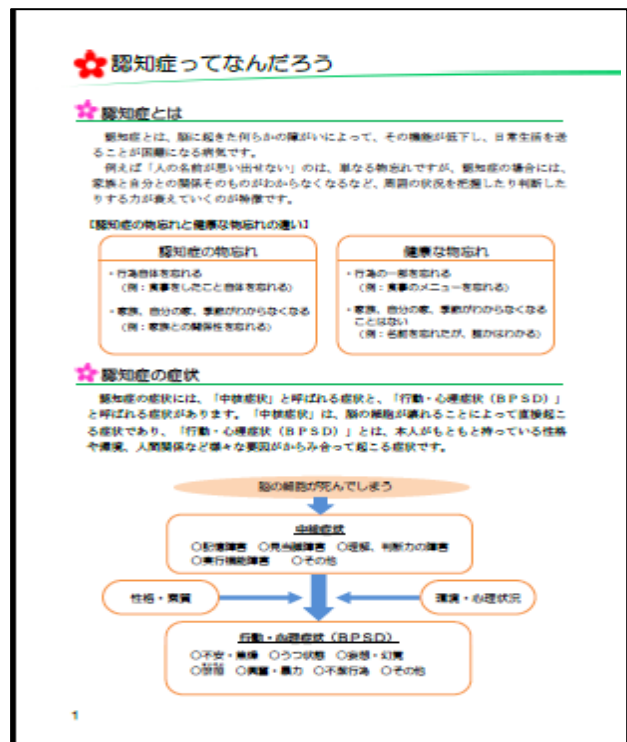
～お問い合わせ先～
 茅ヶ崎市福祉部高齢福祉介護課支援給付担当
 TEL: 0467-82-1111 FAX: 0467-82-1435 発行:平成29年9月

イ 寒川町

「寒川町 高齢者ガイド」

自分や家族、身近な人が「ひょっとしたら認知症かもしれない」と感じた場合、「どうサポートしていったらいいか判らない」という人に向けて、認知症についての概略や、症状の出方でどういったサービスがあるのか、町の施策だとどんなものがあるのかが判るように認知症ケアパスを作成、発行しています。

まだまだ「認知症」に対する抵抗感のある人も多いことから、寒川町では高齢者向けの施策や案内をまとめた高齢者ガイドの冒頭に認知症ケアパスのページを位置付けて作成しています。読みものとして見ていただき、気づき、活用していただければと考えています。



(2) メンタルヘルス関連事業（茅ヶ崎市保健所）

ア こころの健康相談

イ もの忘れ相談

ウ ケースワーカー・保健師による随時相談

エ 各種家族相談

① 統合失調症家族教室

② アルコール教室

③ その他

i こころといのちのサポートのための精神保健福祉に関する相談や各機関との連携

ii 自殺対策としてゲートキーパー養成研修・各種会議の開催

各種相談、教室等に関する問い合わせ・申し込みは
茅ヶ崎市保健所保健予防課へご連絡ください。

(3) 社会資源（相談窓口）

ア 地域包括支援センター

住み慣れた地域で高齢者等の方がいきいきと安心した生活を続けられるように支援を行う総合機関です。保健・介護・福祉の3分野の専門職が連携し、地域の医療機関、介護（介護予防）サービス事業者、ボランティア等と協力しながら高齢者等のさまざまな相談に対応します。

- ① 高齢者等の日常生活の支援や介護に関するさまざまな相談
- ② 心身の状態に合わせた適切なサービスを継続的に提供できる支援
- ③ 介護予防に関する相談や介護予防ケアプランの作成
- ④ 高齢者等の権利を守るための支援等を、保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー等の専門職が行います。

イ 茅ヶ崎市

茅ヶ崎市では、地域包括支援センターに福祉相談室（地域住民からの保健・医療・福祉に関する、分野にとらわれない初期相談に応じる身近な地域の総合相談窓口）を併設しています。地域の関係機関との連携を円滑に進めるため、まちぢから協議会（自治会連合会）の区域ごとに設置しています。

名称	担当地区	所在地	地域包括支援センター	福祉相談室
			電話番号	
ゆず	茅ヶ崎地区	茅ヶ崎市新栄町13-48（ワラシナビル1階）	84-5830	58-8166
つむぎ	茅ヶ崎南地区	茅ヶ崎市幸町5-8茅ヶ崎メディカルケアセンター2階	55-5291	55-5292
あい	海岸地区	茅ヶ崎市東海岸南2-6-14長尾ビル3階	88-1716	84-9446
れんげ	南湖地区	茅ヶ崎市南湖5-10-6	88-1380	88-1377
さくら	鶴嶺東地区	茅ヶ崎市矢畑1427-1	81-4082	81-4083
みどり	鶴嶺西地区	茅ヶ崎市萩園2360-1（鶴嶺西コミュニティセンター内）	84-0775	58-5385
すみれ	湘南地区	茅ヶ崎市浜見平11-1（ハマミナー内）	84-6321	58-7051
くるみ	松林地区	茅ヶ崎市高田4-2-18（アート茅ヶ崎）	50-0341	51-3200
あかね	湘北地区	茅ヶ崎市香川3-21-26	55-1535	51-0015
青空	小和田地区	茅ヶ崎市小和田3-2-44（市営小和田住宅外複合施設内）	55-2360	51-1171
さざなみ	松浪地区	茅ヶ崎市常盤町2-2（松浪コミュニティセンター内）	39-5901	39-5935
あさひ	浜須賀地区	茅ヶ崎市旭が丘6-11	84-6383	58-6903
わかば	小出地区	茅ヶ崎市芹沢846-3	33-5410	53-8844

※福祉相談室は令和4年4月1日より地域包括支援センターに統合されます。

ii 寒川町

寒川町では、寒川町役場の中に併設し、寒川町高齢介護課と連携しながら相談対応を担っています。

名称	所在地	電話番号
寒川町地域包括支援センター	寒川町宮山165寒川町役場1階	72-1294
寒川町地域包括支援センター 南部相談室※	寒川町一之宮8-5-20	38-8258

※令和2年10月1日に開設

イ 在宅ケア相談窓口

茅ヶ崎市と寒川町では、在宅医療と介護の連携推進事業として、平成29年6月1日より「在宅ケア相談窓口」を開設しました。超高齢社会を迎えて、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる社会の実現を目指し、在宅における医療と介護の連携がスムーズに図られるよう調整する役割を担っています。

相談時間：8時30分～17時（土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く）

場所：茅ヶ崎市保健所 1階 地域保健課内（茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目8番7号）

相談内容：

1. 医療・介護の関係者の方や住民からの在宅医療や介護に関する相談を受け、適切な情報提供などを行います。
2. 地域医療・介護に関わる多職種と連携し、在宅ケアが必要な方に在宅医療・介護の調整などを行います。

相談方法：来訪または電話による相談をお受けします。相談は無料です。

電話番号：0467-38-3319（直通）

