

令和 4 年度 浜田地域保健医療対策会議 医療・介護連携部会

浜田市の取組（浜田市在宅医療・介護連携事業）

令和4年度の事業計画(令和元年度の継続テーマ:人生の最終段階における連携)
事例の積み上げ、課題解決に向けて下記の目標に向かって取り組む

- ① 本人・家族の意向を共有しつないでいく取組
- ② 介護が必要になっても「転々とししない」療養先の支援

『多職種連携による勉強会』～医師や薬剤師等の医療関係者と介護関係者の勉強会
コロナ禍で約1年半ぶりに令和3年10月からGWではなく全体討議の形で再開しました。昨年・今年のこれまでの事例の概要は下記の通りです。この勉強会で出された課題は、浜田市地域包括ケア推進連絡会を通して課題解決につなげています。

★令和3年度第1回「在宅独居の看取り事例からチームアプローチを考える」

ミニ講座：都医院 院長 都 仁哉先生 「訪問診療について」

症例提供：担当ケアマネより提供

参加者：72名

- ある日突然主治医になる難しさ。意思決定できなくなった本人と、混乱する家族との中で、今後の治療方針を決定していくことはプレッシャーである。そうなる前にACP等により本人の意思決定を確認することのできる仕組みが欲しい
- ケアマネとしても、「家に居たい」という気持ちと「家にいる不安」と言う気持ちの葛藤の中で、より良い方向を提案するには『チーム』での方針が欲しい
- これまでの長い人生の終わりを、本人さんらしく終わるまさに『健やかな最期』を迎えてもらうためにできる支援体制の構築を目指していきたい

★令和3年度第2回「揺れ動く本人・家族の意向に添うためには・・・」

ミニ講座：浜田保健所 所長 村下 伯先生 「ACPの影」

症例提供：担当ケアマネより提供

参加者：80名

本人・家族を含め関係者が共有できる確認シート等が必要？？

住民目線で分かりやすいチラシ等が必要？？

- 「人の最期を看取る」覚悟ができないままに死を迎えるケースや何度も話し合っても最後に“0”に戻る、都会で暮らす子の無責任さ等浜田の地域課題の中で、安心した療養の場を整えている間に亡くなってしまうこともある
- 次回からの勉強会への課題の提起が次の3つにまとめられた。
 - ①情報共有できる仕組みが必要。
 - ②“繰り返し”確認をすること、準備することのプロセスが重要。(はじめは“答えもなく白紙”という事実が重要である。)
 - ③聞き取った内容・意向をチーム内に繋いでいく方法の取組

★令和 4 年度第 1 回「一日でも長く夫婦で在宅生活を送りたい・・・の意向に添うには

ミニ講座：広域介護保険課 平藪課長 「介護給付費から見える我が町の課題」

症例提供：後見申立を担当した立場から 参加者：71 名

- チームで関わっているはずが、本人や家族の意向というより「気づいたら施設に行っていた」等誰かの判断だけでケースが動くことがよくある。このような状況をどこかで断ち切れないと、「転々する」は解消できないのでは？！
- 本人・家族がどこで、どう最期を迎えたいのかによって、支援の体制は変わるのではないか？！
- かかりつけ医や嘱託医のバックアップはあっても、他市のように、『困った時は必ず引き受けるから・・・』と言った総合病院の担保があると、皆がもう一歩頑張れるのでは？と言った提案もあった。

★令和 4 年度第 2 回「本人の意向を大切にしながら、悩める家族の葛藤に支援者がどう向き合えるか・・・」

ミニ講座：浜田保健所 所長 村下先生「浜田市における在宅医療・介護の現状」

症例提供：訪問看護ステーションより提供 参加者：70 名

- 提供症例については、本人、家族の揺らぐ気持ちに寄り添いながら、主治医ともきちんと指示を受けながら、最後の気持ち（在宅が厳しい状況）も受けとめて対応できた。グリーフケアの対応も出来ており、好事例として参加者の反応も良かった。
- 医師からは、脱水症状のチェックポイントや鎮静対応のポイントの助言もあり、今後に生かしていただきたい。
- 「最期の時」を皆が何とかしてあげたいと思っているが、中山間地域へのサービス提供の難しさや、移動入浴事業所が浜田に 1 ヶ所しかないこと等、地域課題も明らかになった。
- 「医療・介護連携シート」は、総合病院内でも普及は進んでいるようで、情報共有には役立っているとの評価を頂く中で、介護側から医師への指示願いは簡潔に要点を伝えないと結果につながらないことがあることも情報共有できた。
- 住民啓発の必要性

【今後の取組】

コロナ禍前のように、4 回/年の開催を目標に、状況を見ながら、しばらくは「人生の最終段階における切れ目のない医療・介護の連携」の構築を目指したいと思います。これまでに、浜田市の在宅医療・介護連携事業は、平成 27 年から多職種連携による勉強会をベースに、平成 29 年に「浜田市地域包括ケア推進連絡会」を立上げ、課題の抽出と対応策の検討を行いながら、「浜田市医療・介護連携シート」「浜田市入退院支援マニュアル」「私の伝えたいこと」等のツールを作成し切れ目のない在宅医療と介護の連携を目指して事業構築に努めています。