

# 地域包括ケアシステム事例集

VOL.5



## 松本市の地域包括ケアシステム

「地域包括ケアシステム」は、今までに取り組んできた地域づくりや、地域福祉活動を継続していくもので、決して新たな取り組みをするものではありません。

以前は、病気になってもかかりつけ医に来てもらい、自宅で親を看取り、冠婚葬祭や困りごとは隣近所で助け合うという仕組みがありました。これを今の時代にそのまま当てはめることは難しいですが、

- ☆ 医療と介護の専門職が連携し、切れ目のない在宅サービスを提供すること
  - ☆ 向こう三軒両隣のような地域の支え合い（生活支援）の仕組みをつくること
- が地域包括ケアシステムです。

松本市では、以前から進めてきた地域づくりを基盤に、35地区で推進します。

## 在宅医療・介護連携の推進

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の方が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。

このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進します。

### 《主な事業》

- 松本市介護と医療の連携支援室の設置（医療コーディネーターの配置）
- 医療・介護関係者の地域ケア会議への出席
- 多職種連携連絡会・研修会の開催
- 介護と医療分野の情報一覧表の更新（松本市公式ホームページ等に公開）
- 人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の推進 など

# もくじ



人生会議を開きましょう・・・・・・・・・・・・・1

看取り事例①・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

看取り事例②・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

看取り事例③・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4

最期まで自分らしく生（逝）きるために・・・5  
「人生会議」をしませんか？

わたしのリビングウィル（見本）・・・・・・・・・・6

医療コーディネーターをご活用ください・・・7

参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9

医療・ケアについて話し合う  
**人生会議を開きましょう**



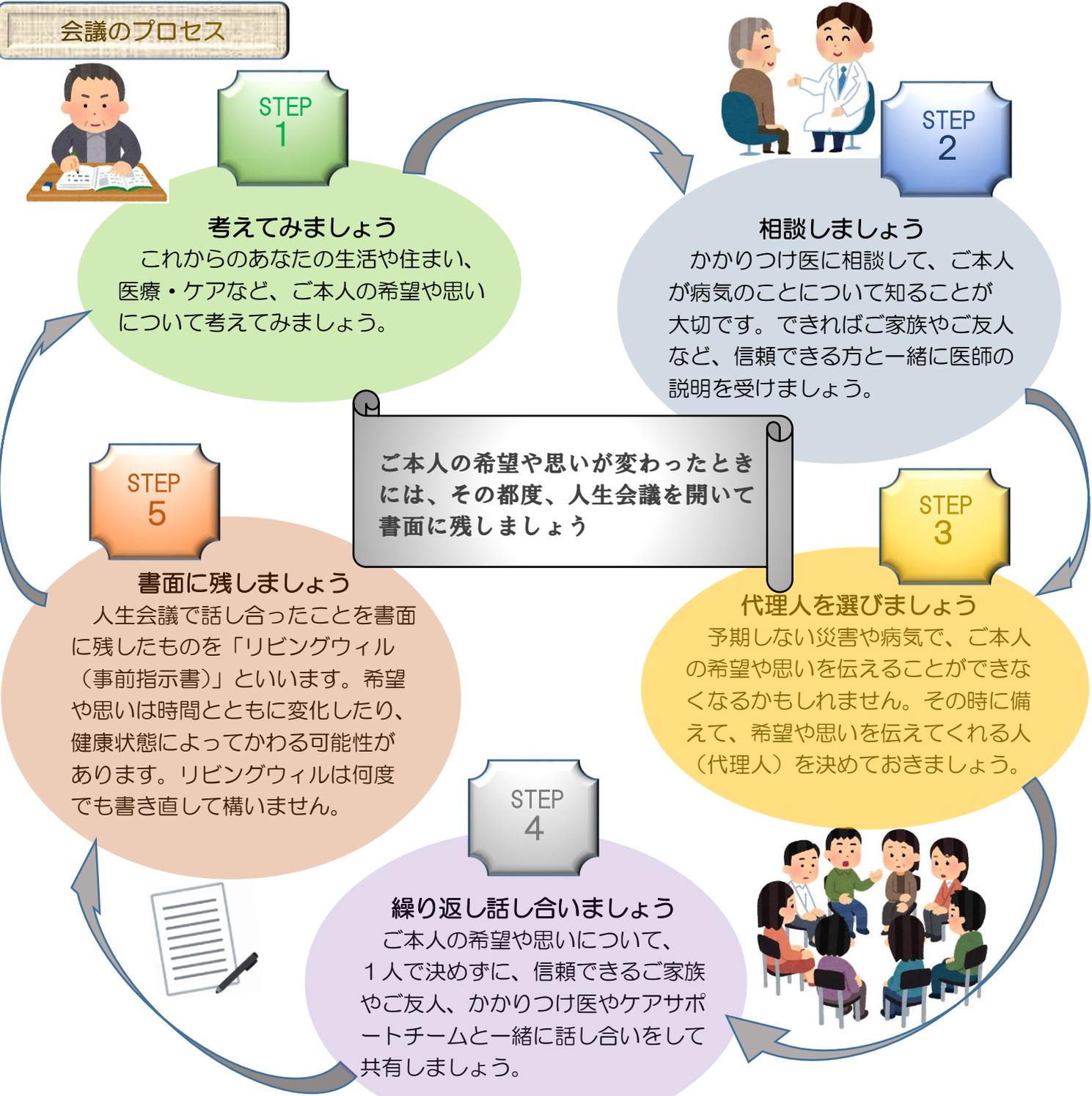
11月30日は  
「人生会議の日」

**人生会議とは？**

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の愛称です。ACPとは、ご本人の望みや大切にしていること、どのような医療ケアを望んでいるかについて、自ら考え、また、あなたの信頼する人たちと繰り返し話し合うことを言います。

ご本人の考えや思いを伝えられなくなった場合に備えて、前もって受ける医療・ケアに対する希望を家族や医師・ケアチームに伝えておくことが重要です。

**会議のプロセス**



看取り事例①: 病院ではなく自宅で最期まで自分らしく

概要

80代女性、夫と二人暮らし（子どもはいない）。元来健康でかかりつけ医はいませんでした。春先から体調を崩し、食事量が減って体力が落ち始めました（末期がんと推定）が、受診はしたくないと拒否。その後、病状はますます悪化しましたが、病院へは行かないと強く希望。夫と地域包括支援センター、訪問診療の医師と何度も本人の気持ちを確認し、話し合いながら、希望どおり自宅で過ごせるよう必要なサービス（訪問看護、訪問介護、ベッドレンタルなど）を利用できるよう調整。夫も本人の強い思いを受け入れて自宅で最期まで過ごそうと決意。痛みをとるだけの点滴をしながら、会いたい人に会い、昔話をしたり、夫婦で好きな音楽を聴いて穏やかな時間を過ごし、永眠。体調を崩してから約2か月の出来事でした。

これが人生会議

それぞれの方のご様子、感想等

Q：ご本人（妻）の様子は？

A（夫から）：先生（医師）が家に来ることに、初めは強く拒否していましたが、徐々に受け入れてくれ、自分の思いをきちんと伝えることができていました。体調が悪い中でも、私を気遣ってくれていました。

先生は、何度も気持ちを確認してくれ、辛い痛みをとる点滴をしてくれたので、妻の希望どおり、自宅で穏やかな時間を過ごすことができました。



Q：ご家族（夫）の感想

A：あっという間の2か月でしたが、妻の気持ちを尊重できて良かったですし、夫婦で思い出話をしたり、充実した時間を持つことができました。体調を崩してから出会った方々の優しさが妻も嬉しかったと思います。私自身も多くの人に支えてもらい、しっかり看取れたことに感謝しています。

Q：医師の感想

A：ご本人を心配したご主人からの連絡で、ご自宅を訪問しましたが、初めは強く拒否されました。それから地域包括支援センターやサービス事業所の方々が上手く関わってくれ、最期の10日間ほどの短い時間でしたが、ご本人とご主人のお気持ちを尊重しながら看取りの支援をさせていただきました。

ご本人はしっかりと自分がどうしたいのか決めておられ、ご主人は悩みながらもそのお気持ちを尊重され、最期までしっかり支えておられました。

Q：地域包括支援センター職員の感想

A：医師からの連絡で、支援させていただきました。本当に少しずつ、押しつけないように注意しながら、いろいろな情報をご夫婦にお伝えし、関係性をつくりました。訪問看護師やヘルパー、レンタル業者等とも連携しました。

医師は最期までご本人とご主人に丁寧に状況を説明。ご本人の意思を尊重し、自宅での看取りができるようにしていただきました。多職種でサポートすることができてよかったと思います。

今後はご主人へのグリーフケア（※1）を行っていきます。

※1：家族、親しい友人などと死別した人が陥る複雑な情緒の状態を分かち合い、深い悲しみから精神的に立ち直り、社会に適応できるように支援すること。

関係者：訪問医師、訪問看護師、訪問介護士、福祉用具事業者、地域包括支援センター

看取り事例②：施設にて

概要

これが人生会議

80代男性 特別養護老人ホーム入所中 パーキンソン病 要介護4  
入所6年目。入所時は「ここで自分らしく好きなことをしたい。最期は入院したくないからお願いしますね。」と希望。その後病状が徐々に悪化し、食事が思うように食べられなくなってきたので、ご本人、ご家族、囑託医、施設職員と面談し、病状の説明、今後について意向を確認。ご本人が希望しているとおり「病院へは行かない」「胃ろうをしない」「積極的な延命治療をしない」「施設で最期まで」を確認しました。

その後しばらくは安定した生活を送っていましたが、次第に傾眠傾向(※2)が強くなりました。ある朝、呼吸が浅くなっていたので、最期が近づいていることを家族に連絡。すると家族は病院への救急搬送を希望されました。ご本人は話しができない状態でしたので、家族の希望で救急搬送を行いました。

病院では「この状態で今までよく介護されていたと思う。このまま肺炎の治療目的で入院してもよいし、住み慣れた施設で看取りということでもよい。どちらにしても心の準備を。」と説明を受け、家族は「一日でも長く生きてもらいたいけれど、現状を受け入れて施設へ戻って最期を迎えたい。それが本人の希望だったので。」と決め、施設へ連絡。

施設に戻って2日後、家族と施設のスタッフに見守られながら、亡くなられました。

それぞれの方のご様子、感想等

Q：ご本人の様子は？

A：(家族から) 最期は意思確認ができない状態になっていましたが、入所時から一貫して入院はしたくない、最期まで施設で過ごしたいと希望していました。希望どおり施設で最期を迎えられ、本望だったと思います。



Q：ご家族の感想

A：本人が入院や積極的な延命、胃ろうの造設もしないということを決めていましたが、いざとなったら救急車で病院へ行くことをお願いしてしまいました。自分たちは一日でも長く生きてもらいたいと思いましたが、病院の先生からの説明を聞き、それは本人が望んでいることではないことを思い出し、施設に戻ることを決めることができました。

施設には臨機応変に対応してもらい、本人の希望どおり施設で看取ってもらえたので感謝しています。

ここに至ることが大事ですね

Q：施設では入所されている方、ご家族にどのような対応をとっていますか？

A：入所前の契約時点で看取りについての説明とご本人、ご家族等の意向の確認を行っています。入所中の体調変化については可能な限り家族等と共有し、看取り期が近づいたら、ご本人、ご家族、施設職員等と話し合いをして、ご希望に沿う対応(揺れる本人、家族等の気持ちに寄り添う)をしています。また、看取り後のグリーフケア(※1)も行っています。



※1：事例①を参照

※2：声かけや肩などを軽く叩くといった弱い刺激で意識を取り戻す程度の軽度の意識障害の一種

関係者：病院医師、施設相談員、施設ケアマネジャー

看取り事例③:在宅にて～一緒にクリスマスを迎えたい～

概要

80代男性 要介護5 妻との二人暮らし 肝臓がん・アルツハイマー型認知症あり。子ども二人は県外在住。認知症が進行し、服薬、着替え、日課の理解などが困難となり、妻の介助で在宅での療養生活を継続していました。

ある日、発熱により救急搬送。誤嚥性肺炎のため入院となりました。以前からご本人の希望により、がんの治療は行わない方針でしたが、入院中にがんの進行が判明。医師のからは終末期のため治療方法はないと説明がありました。

その後、肺炎は回復し、在宅療養の調整を進めていましたが、誤嚥性肺炎を再発。痰の吸引、点滴での水分補給など、寝たきり状態となり、以前にも増して意思疎通は困難な状況となりました。



介護保険サービスを利用して、介護者である妻も高齢であるため、家族、親族等は在宅療養には反対でしたが、以前から老後を二人で過ごしたい、死ぬときは自宅で一緒にいられたら、という話をしていたということから、在宅看取りの方向で療養を開始。妻へ痰の吸引の手技指導や排せつ介助などの指導も行われました。県外に住む子どもや親族などの協力もあり、「一緒にクリスマスを迎えたい」というひとつの目標に向けて支援が進みました。

退院後、痛みや大きな体調変化もなく過ごしていましたが、意識レベルは徐々に低下し、傾眠傾向(※2)が強くなりました。

支援者が12月24日に訪問した際、友人たちが集まり、玄関外まで会話や歌声が聞こえ、にぎやかにクリスマスイブを迎えていました。

その2日後、妻が痰の吸引をした後、妻に看取られながら、静かに息を引き取りました。

ご本人の希望どおりの時間を過ごすことができました

それぞれの方のご様子、感想等

Q:ご本人(夫)の様子は?

A(訪問看護師):終末期は心身機能のレベル低下が顕著で意思疎通は困難な状況でしたが、最期まで献身的な奥様の支援を受けながら、自宅で痛みや苦しみの増強などはなく、奥様と穏やかに過ごすことができました。

Q:ご家族(妻)の感想

A:後悔はないとは言えない。ただ、一緒に過ごすことができ、楽しかったです。自分がこんなに幸せだったのだから、夫もきっと幸せだったと思います。痰の吸引など、できる範囲で命に係わることができました。

Q:サービス事業所(訪問看護師)の感想

A:ご本人の介護と家族のケアに配慮しました。在宅での看取りの方向でサービス事業者間で連携し、同じ方向でサポートすることができました。

Q:ケアマネジャーの感想

A:看取りを迎える段階で、葬儀のことやエンゼルケア(※3)等についても奥様は懸命に考えており、相談にも応じ、ご家族の心残りが少しでもないように配慮しました。葬儀後も、奥様の想いを傾聴する機会を作りました。家族、友人、多職種が支え寄り添う中で、夫婦の意向の実現が可能となるプロセスを感じたケースでした。



※2:事例②を参照

※3:死後に行う処置、保清、エンゼルメイク、家族への対応なども含めた臨終後のすべてのケア

# 最期まで自分らしく生(逝)きるために「人生会議」をしませんか？

## 松本市版リビングウィル（事前指示書）

松本市医師会と松本市地域包括ケア協議会（全市的な課題を検討する地域ケア会議）は、人生の最終段階における医療や介護について、最期に過ごしたい場所などの希望を記す松本市版リビングウィル（事前指示書）を作成し、令和元年5月1日から公開、運用を始めました。

### 「人生会議」と「リビングウィル」

誰でも命に係わるような大きなケガや病気をして、命の危険が迫った状態になる可能性があります。

万が一に備えて、治療やケアに関する考えや希望を大切な人と話し合っておくとよいでしょう。この「話し合う」ことを「人生会議」といいます。

話し合った内容を書き記したものをリビングウィル「事前指示書」といい、万が一のときの治療やケアの重要な判断資料となります。



### 松本市版リビングウィル（事前指示書）の特徴

- ① かかりつけ医の署名欄を設定し、かかりつけ医が写しをカルテに保存するしくみ
- ② 救急医療情報キットなどにも保存ができる A4 版と、お薬手帳サイズに折りたためる携帯版の 2 種類を作成
- ③ 気持ちの移り変わりにより、何度でも書き直せることを明記

関係する多職種をはじめ、地域住民の方に福祉ひろばや公民館の勉強会、市民公開講座や地域ケア会議などを通じて周知を行っています。



### 松本市版リビングウィル（事前指示書）の入手方法

市内医療機関・薬局・地域包括支援センター・市役所（高齢福祉課、西部福祉課、健康づくり課、各保健センター、保険課）窓口での入手のほか、松本市医師会ホームページからダウンロードすることができます。（次ページに一部内容を掲載）

〈松本市医師会 <http://www.matsu-med.or.jp/>〉

人生会議、リビングウィルについては、お住まいの地区を担当する地域包括支援センター・市役所高齢福祉課(電話34-3237)・介護と医療連携支援室(電話32-1631)へお問い合わせください。





## わたしのリビングウィル（事前指示書）

あらかじめ意思を示しておくことで、自分の望む延命治療を、家族や周囲の人に知ってもらうことができます。記入するときは、ご家族や親しい人とよく話し合っ、かかりつけ医と相談のうえ、書面の存在を共有しておきましょう。この書面の内容は、最大限尊重され、もしものときの参考になります。

作成日 年 月 日

本人署名

(何度でも書き直しができます)

## 1 治療をしても回復が見込めない状態になったときの「延命治療」について

- |                      |                               |                                |
|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| (1) 心臓マッサージなどの心肺蘇生法  | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| (2) 延命のための人工呼吸器      | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| (3) 鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給 | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |

↳「(鼻チューブ・胃ろう) どちらかに○」

- |   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| (4) 点滴による水分の補給  | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない                            |
| (5) <input type="checkbox"/> 副作用があっても、痛みなどはできるだけ抑えてほしい<br><input type="checkbox"/> ある程度痛みがあってもいい、できるだけ自然な状態で過ごしたい |                               |   |
| (6) 最期を過ごしたい場所  | <input type="checkbox"/> 自宅   | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 入居施設 |
| (7) その他の希望（自由にご記入ください）  |                               |   |

## 2 代理判断者の署名欄 よく話し合ったうえで、署名してもらいましょう。

(ご自身で医療上の判断ができなくなったとき、医師が相談すべき人です)

① 氏名 続柄 /緊急時 TEL

② 氏名 続柄 /緊急時 TEL

## 3 1と2に記入ができましたら、かかりつけ医に確認してもらいましょう。

## ※先生方へお願い

患者さんが相談に来られたら、話し合いの内容を確認の上、右欄にご記入をお願いします。原本は本人に返却、コピーを取ってカルテの保管をお願いします。

## かかりつけ医記入欄

医療機関名

医師名

連絡先(TEL)

# 医療コーディネーターをご活用ください

松本市では、誰もが安心して住み慣れた家で、地域で自分らしく暮らし続けられるよう介護と医療・福祉の円滑な連携を支援するため、医療コーディネーターを配置しています。

切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築や情報の共有支援を推進するため、多職種連携に力を入れてきました。

医療分野と介護分野の職員がお互いの仕事を知る・役割を知ることが重要だと考えます。

地域住民の皆さまへの在宅医療、在宅での看取りなどに関する普及啓発を強化していきます。



## 医療コーディネーター業務とは

### 地域包括ケアシステム 推進に関する事項

- 地域ケア会議等への出席
- 地域包括ケア協議会への出席
- 地域課題の整理と報告

### 在宅医療連携拠点の体制 整備及び運営に関する事項

- 連携先の開拓、趣旨説明
- 連携体制の整備

### 介護医療連携の 周知・啓発に関する事項

- 多職種参加による研修会の実施
- 市民向けの講演会の実施

### 医療分野に関する 各種相談対応の事項

- 個別の相談への対応
- わたしのリビングウィル  
事前指示書、人生会議の  
周知啓発

松本市地域包括ケア「医療・介護資源マップ」を作成し管理をしています。  
松本市・医師会・歯科医師会・薬剤師会のホームページをご覧ください。



各地区の地域ケア(個別)会議に出席をしています。

地域ケア(個別)会議への三師会(松本市医師会、松本市歯科医師会、松本薬剤師会)の出席を調整しています。

ケアマネジャーさん等から医療連携の困りごと相談をお受けしています。

- ・主治医がいなくてどこへ行けばいいか困っている
- ・本人が受診を拒否している。何か良い方法はないか
- ・往診してくれる先生をさがしてほしい
- ・主治医との関係で悩んでいる
- ・施設での看取り・グリーンケアについて教えてほしい

多職種連携研修会への協力をしています。

- ・企画・調整
- ・グループワーク支援
- ・アンケート集計他

お薬手帳に緊急時連絡先、担当ケアマネジャー等連絡先のページを作る「お薬手帳の活用」の調整をしました。



松本市ホームページをご覧ください

<https://www.city.matsumoto.nagano.jp/index.html>

医療や介護のことでだれに相談したらよいか分からない・・・そんな時はお気軽にお電話ください。

いのちの終わりについて話し合うことの大切さを周知、啓発しています。

「人生会議」知っていますか？

リビングウィル勉強会を開催しています。どんなことでも話し合える在宅医療介護連携を目指します。

介護と医療の連携についてご意見をお気軽にお寄せください



医療コーディネーター

岡村 律子

(看護師、主任介護支援専門員)

在宅介護支援センターがあった頃からずっと在宅支援の現場で働いてまいりました。

少しでも皆さまのお役にたてればと思います。

お気軽にお問い合わせください。

## 松本市介護と医療連携支援室

〒390-0875

長野県松本市城西2丁目5番5号(松本市医師会館内)

TEL : 0263-32-1631(代表)

070-6986-2717(直通)

FAX : 0263-35-8233

E-mail : kaigo-iryo-co@matsu-med.or.jp

## ＜ 参 考 資 料 ＞

### 1 松本市介護と医療連携支援室活動実績

#### (1) 地域包括ケアシステムの推進に関すること

内 容	実 績				
	H28	H29	H30	R1	R2
地域ケア会議等への出席	19回	33回	41回	24回	33回
地域包括ケア協議会への出席	5回	4回	5回	4回	4回
地域課題の整理と報告	高齢福祉課介護予防担当と連携し調整				

地域ケア会議でリビングウィルが取り上げられるようになり、リビングウィルが地域包括ケアの一環として捉えられるようになってきています。

#### (2) 在宅医療連携拠点の体制整備及び運営に関すること

内 容	実 績				
	H28	H29	H30	R1	R2
連携先の開拓、趣旨説明 (地域ケア会議等の調整等)	55回	58回	59回	54回	34回
連携体制の整備 (歯科医師会、薬剤師会等との連携、調整)	3回	16回	19回	23回	60回

在宅医療の連携体制について、関係機関の体制整備が進んでいます。

#### (3) 周知・啓発に関すること

内 容	実 績				
	H28	H29	H30	R1	R2
多職種参加による研修	9回	24回	35回	50回	37回
市民向けの講演会	2回	2回	10回	26回	25回

令和元年に松本市版リビングウィル(事前指示書)が運用開始され、医療Co.や地域包括支援センターによる市民対象の講座等や専門職向けのリビングウィルを考える会の継続実施により、人生の最終段階における医療と介護について考えるきっかけになっています。

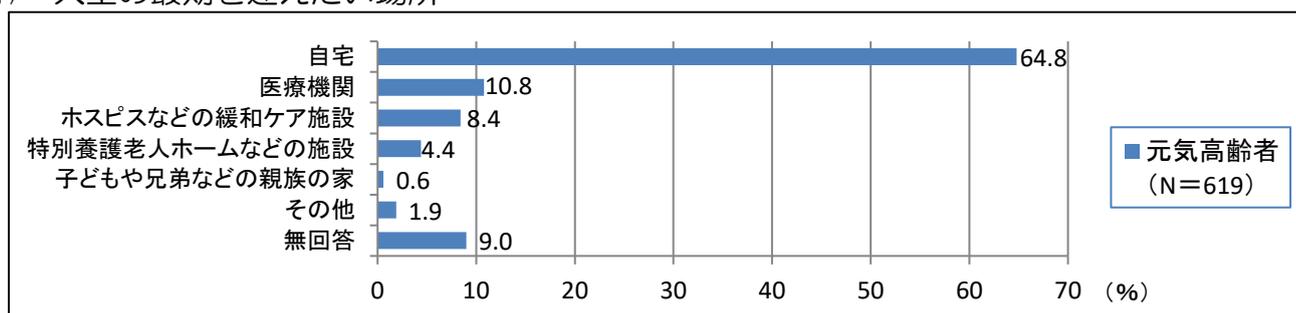
#### (4) 医療分野に関する各種相談対応に関すること

内 容	実 績				
	H28	H29	H30	R1	R2
個別の相談への対応	26回	20回	76回	104回	190回

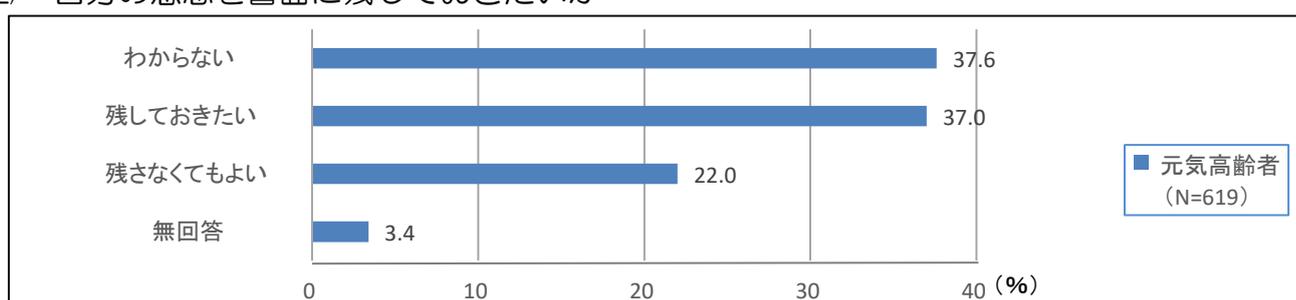
医療機関や介護関係者、市民の皆さんからの相談が増加し、在宅療養者の支援につながっています。

### 2 松本市高齢者実態調査集計結果(元気高齢者) 《抜粋》 \*調査期間: 令和元年12月~令和2年1月

#### (1) 人生の最期を迎えたい場所



#### (2) 自分の意思を書面に残しておきたいか



お問い合わせは **各地域包括支援センター**または**介護と医療連携支援室**へ

センター名	担当地区	住所・電話番号・FAX
北 部 地域包括支援センター	岡田、本郷、四賀	岡田下岡田39-2 電話87-0231 FAX87-0232
東 部 地域包括支援センター	第三、入山辺 里山辺	里山辺910-1 (うつくしの里内) 電話36-3703 FAX36-3704
中 央 地域包括支援センター	第一、第二、 東部、中央、白板	本庄2-10-21 (慈泉会第3ビル内) 電話31-0022 FAX88-8840
中央北 地域包括支援センター	城北、安原、城東	元町3-7-1 (ふくふくらいず内) 電話34-8511 FAX34-8512
中央南 地域包括支援センター	庄内、中山	筑摩2-31-1-1 電話55-3320 FAX25-2211
中央西 地域包括支援センター	田川、鎌田	巾上9-26 電話38-3310 FAX32-3060
南東部 地域包括支援センター	寿、寿台 内田、松原	寿中2-20-1 (真寿園内) 電話85-7351 FAX85-7353
南 部 地域包括支援センター	松南、芳川	双葉4-16 (総合社会福祉センター内) 電話27-5138 FAX27-5139
南西部 地域包括支援センター	神林、笹賀、今井	今井4820-1 (やまびこの里内) 電話50-7858 FAX50-7859
河西部 地域包括支援センター	島内、島立	島内4970-1 (島内公民館内) 電話48-6361 FAX48-6362
河西部西 地域包括支援センター	新村、和田、梓川	和田4693-1 電話47-0294 FAX47-1294
西 部 地域包括支援センター	安曇、奈川、波田	波田6908-1 (波田保健福祉センター内) 電話87-1572 FAX87-1573
松本市介護と医療の連携支援室	市内全域	城西2-5-5(松本市医師会館内) 電話32-1631・070-6986-2717 FAX35-8233

※訪問等により地域包括支援センターに職員が不在の場合があります。恐れ入りますが、来所される際はあらかじめお電話にてご確認ください。(土・日・祝日及び12月29日～1月3日を除く。)

〈発行〉松本市 高齢福祉課 介護予防担当 電話 34-3237 FAX 34-3026  
松本市介護と医療の連携支援室