

令和元年度  
在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業  
報告書

令和2年3月



# 目次

I. 実施概要 .....	1
1. 事業の背景・目的 .....	3
2. 事業の実施概要 .....	3
(1) H29.H30 セミナー参加地域への調査 .....	3
(2) 先進取組地域への事例収集 .....	4
(3) セミナーの実施 .....	5
(4) フォローアップ調査の実施 .....	9
(5) 在宅医療・救急医療連携における都道府県の市町村支援等実施状況調査の実施 .....	9
(6) 「基礎自治体が取り組む在宅医療・救急医療連携推進のための手引き」の作成 .....	10
II. H29.H30 セミナー参加地域への調査 .....	13
<調査結果> .....	15
(1) 前年度の工程表からの変更点について .....	15
(2) 今年度の取組について .....	16
III. 在宅医療・救急医療連携の先進事例 .....	23
1. 岩手県久慈市 .....	24
2. 千葉県白井市 .....	35
3. 東京都葛飾区 .....	47
4. 長野県松本市 .....	58
5. 長野県駒ケ根市 .....	70
6. 静岡県磐田市 .....	80
7. 愛知県岡崎市 .....	91
8. 山口県下関市 .....	105
9. 福岡県福岡市南区 .....	118
10. 熊本県荒尾市 .....	129
IV. 在宅医療・救急医療連携セミナーの実施 .....	145
1. セミナーの参加者について .....	146
(1) セミナーの参加者数・参加者属性 .....	146
(2) アンケート回答者の属性 .....	146
2. セミナーアンケート結果について .....	147
(1) 第1部セミナー アンケート結果 .....	147
(2) 第2部セミナー アンケート結果 .....	150

V. フォローアップ調査結果 .....	153
(1) セミナーでの取組を含む、今年度の取組について .....	154
(2) これから在宅医療・救急医療の連携を進めていく上の方向性 .....	157
(3) 国への要望について .....	158
VI. 在宅医療・救急医療連携における都道府県の市町村支援等実施状況調査.....	159
1. アンケート調査結果  まとめ.....	161
(1) 都道府県における在宅医療・救急医療連携にかかる担当部署の種類 .....	161
(2) 都道府県が行う在宅医療・救急医療連携にかかる市町村支援の具体的内容 .....	161
2. アンケート調査結果 .....	163
(1) 在宅医療・救急医療連携にかかる担当部署の種類 .....	163
(2) 都道府県が行う在宅医療・救急医療連携にかかる市町村支援の具体的内容 .....	164
VII. 基礎自治体が行き組む 在宅医療・救急医療連携推進のための手引き 【概要版】 .....	181
VIII. 基礎自治体が行き組む 在宅医療・救急医療連携推進のための手引き .....	191
IX. 附属資料.....	245

# I . 实施概要



## 1. 事業の背景・目的

医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備が求められている。

高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送は増加の一途を辿っている中で、在宅で最期まで療養することを希望する患者の病状が急変した際に、本人の意思に沿わない救急搬送が増加することが懸念されており、地域において、患者の病状や希望する療養場所、延命治療に対する希望等、患者の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築が喫緊の課題となっている。

そのため、本事業により、地域における在宅医療・救急医療等の関係者間の連携体制の構築を支援し、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備することを目的とする。

## 2. 事業の実施概要

### (1) H29.H30 セミナー参加地域への調査

#### ① 調査の背景・目的

「平成 29 年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」「平成 30 年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」の参加地域に対し、今年度セミナー等の運用を検討するため、事前情報として、セミナー参加後の状況等の調査を行った。

#### ② 調査対象

以下全 31 地域（H29 年度参加 16 地域、H30 年度参加 15 地域）

図表：過年度 在宅医療・救急医療連携セミナー参加地域（H29 年度分）

区分	No	都道府県	市町村（保健所）名
H29 参加地域	1	宮城県	大崎市
	2	千葉県	柏市
	3	千葉県	市川市
	4	千葉県	白井市
	5	神奈川県	横浜市
	6	横須賀市	横須賀市
	7	東京都	小金井市
	8	富山県	富山市
	9	長野県	松本市
	10	愛知県	豊田市
	11	愛知県	豊明市
	12	和歌山県	田辺保健所
	13	和歌山県	御坊保健所
	14	鳥取県	日野郡日野町
	15	山口県	下関市
	16	福岡県	古賀市

図表：過年度 在宅医療・救急医療連携セミナー参加地域（H30 年度分）

区分	No	都道府県	市町村（保健所）名
H30 参加地域	1	岩手県	久慈市
	2	茨城県	つくば市
	3	群馬県	前橋市
	4	埼玉県	本庄市
	5	東京都	豊島区
	6	神奈川県	相模原市
	7	新潟県	新潟市
	8	長野県	駒ヶ根市
	9	岐阜県	美濃加茂市
	10	静岡県	磐田市
	11	愛知県	岡崎市
	12	大阪府	堺市
	13	和歌山県	湯浅保健所
	14	福岡県	久留米市
	15	熊本県	荒尾市

### ③ 調査方法

共通するヒアリング項目にて電話ヒアリング調査

### ④ 調査期間

令和元年 10 月 2 日～令和元年 11 月 6 日

### ⑤ 回収状況

全地域が回答。

## (2) 先進取組地域への事例収集

「（1）H29.H30 セミナー参加地域への調査」、および、昨年度本事業で実施した「急病を中心とする救急搬送に関するアンケート」の結果をもとに行った消防本部への電話ヒアリング、インターネット等の文献調査等から、在宅医療・救急医療の連携が進んでいる先進地域を 10 件選出し、事例収集を行った。先進取り組み地域と取組中心団体については以下の通り。

図表：本年度事例収集先地域一覧

No	都道府県	市町村名	取組中心団体
1	岩手県	久慈市	久慈市
2	千葉県	白井市	白井市
3	東京都	葛飾区	一般社団法人 葛飾区医師会
4	長野県	松本市	一般社団法人 松本市医師会
5	長野県	駒ヶ根市	駒ヶ根市
6	静岡県	磐田市	磐田市
7	愛知県	岡崎市	岡崎市
8	山口県	下関市	下関市
9	福岡県	福岡市（南区）	一般社団法人 福岡市南区医師会
10	熊本県	荒尾市	一般社団法人 荒尾市医師会



### (3) セミナーの実施

#### ① セミナーの企画・準備

##### A) ファシリテーターの選定

上記(3)に記載した先進地域、および過去本事業にて事例集にて取りまとめた地域の取組中心人物より、ファシリテーターを6名選出した。ファシリテーターには、セミナーにて自地域の取組事例を紹介いただくとともに、在宅医療・救急医療連携について専門的見地から指導・支援をいただいた。

図表：令和元年度ファシリテーター名簿（敬称略）

No	地域	ご所属	役職	姓名
1	岩手県 久慈市	久慈市 生活福祉部 地域包括支援センター課	主任保健師	藤原 真由子 (保健師)
2	新潟県 佐渡市	佐渡地域医療介護福祉提供体制協議会 佐渡地域医療連携推進協議会 新潟県厚生連佐渡総合病院	理事 理事 病院長	佐藤 賢治 (医師)
3	静岡県 磐田市	磐田市 健康福祉部 高齢者支援課	保健師	佐伯 聖子 (保健師)
4	長野県 松本市	一般社団法人 松本市医師会	医療・介護 コーディネーター	岡村 律子 (看護師・ケアマネジャー)
5	愛知県 岡崎市	岡崎市 福祉部 長寿課 地域包括ケア推進係	主事	浅見 真也 (自治体事務職員)
6	熊本県 荒尾市	一般社団法人 荒尾市医師会	理事	中村 光成 (医師)

##### B) セミナー参加自治体の条件の検討について

セミナー開催にあたり、1部・2部とも参加する等の参加条件を設置した。平成30年度セミナーでは、在宅医療・救急医療連携について取り組む自治体を増やすことを目標に、取組を遂行する意思があるかについて主に自治体募集の際に確認した。

図表：セミナー参加要件

<p><b>&lt;参加要件(1)&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療と救急医療の連携について課題認識を持ち、連携ルール構築に向けて推進意向があり、セミナー終了後、連携ルールの構築に向けた具体的な検討に着手すること。</li> <li>次年度以降も継続して在宅医療・救急医療連携に取り組み、フォローアップ調査（メールや電話等での調査を想定）等に協力すること 【優先】市区町村や関係機関において事業化されている、または検討組織（協議体等）が設置されている（設置予定である）。</li> </ul> <p><b>&lt;参加要件(2)&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>令和元年12月1日（日）に行われるセミナー（第1部）、令和2年2月23日（日）に行われる予定のセミナー（第2部）に、市区町村の担当者および在宅医療関係者・救急医療関係者の3名で参加できる。なお、参加メンバーが変わることは差し支えありません。 ※業務等の都合上3名での参加が難しい場合、自治体の担当者及び在宅医療または救急医療関係者の2名でも可能とする。ただし、その場合であっても、セミナー（第1部）かセミナー（第2部）のいずれかには、必ず3名で参加すること。 ※在宅医療関係者として参加する者の選定に当たっては、郡市区医師会と相談することが望ましい。 ※救急医療関係者として参加する者はメディカルコントロール協議会等の委員で地域の救急医療体制の構築に関わりのある医師等であることが望ましい。</li> </ul> <p><b>&lt;参加要件(3)&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>各市区町村の現状の課題等を事前に検討する「事前課題」を提出すること。</li> </ul>
--

上記の参加条件を記載のうえ、弊社ホームページ等で参加を募集した。あわせて、セミナー開催案内については厚生労働省が通知を発出した。その結果、以下の地域が参加者となった。

図表：セミナー参加地域（第1回セミナーと第2回セミナーで同一の地域が参加）

No	都道府県	市町村（保健所）名
1	北海道	遠別町
2	岩手県	北上市
3	東京都	練馬区
4	東京都	八王子市
5	石川県	能美市
6	静岡県	熱海市
7	三重県	四日市市
8	島根県	出雲市
9	長崎県	長崎市
10	沖縄県	那覇市

## ② セミナーの実施概要

### A) 第1部セミナー

令和元年12月1日(日)に、ビジョンセンター浜松町(東京都港区)において開催した。

セミナー前半は、厚生労働省から最近の動向についての発表、先進取組地域からの事例発表として、ファシリテーター3名に事例発表をいただいた。

また、参加者については、セミナーの事前課題として在宅医療・救急医療における自地域の現状及び課題について、ワークシートを使い整理を行っていただいた。このため、セミナーの後半では、グループワークにて事前課題の自地域における課題について、各グループ内で発表を行い共有化を図るとともに、工程表(テンプレート)に沿って連携ルールを作成する場合に、自地域で想定される課題について検討を行い、解決するための進め方について討議を行った。

第1部セミナー プログラム (12月1日(日))												
開始	終了	時間	プログラム	趣旨・構成内容								
10:30	11:00	30	開 場									
11:00	11:05	5	開催挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課								
セッション I												
11:05	11:25	20	行政説明	「在宅医療・救急医療連携の現状と課題」(厚生労働省 医政局 地域医療計画課)								
11:25	12:25	60	事例発表 (2事例)	<p><b>「在宅医療・救急医療連携に先行して取り組んでいる地域から学ぶ取組状況とこれからの課題」</b></p> <p><b>事例①</b> 発表題名:「One Team Arao で取り組む地域包括ケアシステム構築における在宅医療・救急医療連携」</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>中村 光成様</td> <td>熊本県 荒尾市医師会 理事</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>事例②</b> 発表題名:「磐田市における在宅医療・救急医療連携の取組～みんなでつながるしゅべいプロジェクト～」</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>佐伯 聖子様</td> <td>静岡県 磐田市 健康福祉部 高齢者支援課 保健師</td> </tr> </tbody> </table>	発表者	ご所属・役職	中村 光成様	熊本県 荒尾市医師会 理事	発表者	ご所属・役職	佐伯 聖子様	静岡県 磐田市 健康福祉部 高齢者支援課 保健師
発表者	ご所属・役職											
中村 光成様	熊本県 荒尾市医師会 理事											
発表者	ご所属・役職											
佐伯 聖子様	静岡県 磐田市 健康福祉部 高齢者支援課 保健師											
12:25	13:25	60		昼 食								
13:25	13:55	30	事例発表 (1事例)	<p><b>「在宅医療・救急医療連携に先行して取り組んでいる地域から学ぶ取組状況とこれからの課題」 続き</b></p> <p><b>事例③</b> 発表題名:「岩手県久慈市における在宅医療・救急医療連携の取り組み」</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>藤原 真由子様</td> <td>岩手県 久慈市 生活福祉部 地域包括支援センター 主任保健師</td> </tr> </tbody> </table>	発表者	ご所属・役職	藤原 真由子様	岩手県 久慈市 生活福祉部 地域包括支援センター 主任保健師				
発表者	ご所属・役職											
藤原 真由子様	岩手県 久慈市 生活福祉部 地域包括支援センター 主任保健師											
13:55	14:10	15	質疑応答	セッション I に対する質疑応答								
セッション II												
14:10	14:15	5	グループワークの進め方	セッション II におけるグループワークの進め方についての説明								
14:15	14:35	20	情報共有	医師、その他医療職、自治体等の職制に分けたグループで、各地域の情報を共有する								
14:35	15:10	35	グループワーク①	事前課題から、自地域の在宅医療・救急医療における課題についてグループ内で発表し、各地域の課題を共有する								
15:10	15:20	10		休 憩								
15:20	16:00	40	グループワーク②	グループにおける在宅医療・救急医療の課題を整理し、課題解決(連携推進)をするためにやるべきことを整理する								
16:00	16:35	35	発表・討議	各グループで検討した結果を発表し、在宅医療・救急医療の改題解決のためにやるべきことについて総括する								
16:35	16:40	5	事務局説明	セミナー II 部に向けた、地域での取り組みの進め方について解説								
16:40	16:50	10		事務連絡・アンケート記入・解散								

## B) 第2部セミナー

令和2年2月23日(日)に、ビジョンセンター浜松町(東京都港区)において開催した。

セミナー前半は、ACPに関する講義、および先進取組地域からの事例発表として、ファシリテーター3名に事例発表をいただいた。

また、参加者については、第1部セミナー終了後、第2部セミナーの事前課題として地域の関係者で検討・作成した在宅医療・救急医療連携のための工程表について、セミナー後半のグループワークにて、工程表の進捗状況の発表を行い、共有化を図った上で、連携ルール策定のための組織化と協議の内容及び連携ルール策定における課題を発表し、それぞれの課題に対し、解決方法の検討を行った。

第2部セミナー プログラム<2月23日(日)> @ビジョンセンター浜松町 4J室																
開始	終了	時間	プログラム	趣旨・構成内容												
10:30	10:45	15	開 場													
10:45	10:50	5	開催挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課												
セッション I																
10:50	11:20	30	講義	講義題名：「地域で支えるACPの実際の取組み」 <table border="1"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>山岸 暁美様</td> <td>・慶應義塾大学 医学部衛生学公衆衛生学講座 講師・在宅専門看護師 ・コミュニティヘルス研究機構 理事長・機構長</td> </tr> </tbody> </table>	発表者	ご所属・役職	山岸 暁美様	・慶應義塾大学 医学部衛生学公衆衛生学講座 講師・在宅専門看護師 ・コミュニティヘルス研究機構 理事長・機構長								
発表者	ご所属・役職															
山岸 暁美様	・慶應義塾大学 医学部衛生学公衆衛生学講座 講師・在宅専門看護師 ・コミュニティヘルス研究機構 理事長・機構長															
11:20	12:30	70	事例発表 (3事例)	「先進事例に学ぶ在宅医療・救急医療連携の取組みと成果」 先進的に取り組んでいる2事例から取組成果を学ぶ  <b>事例①</b> (30分) 発表題名：「ICTによる情報共有基盤を用いた超高齢地域での社会保障連携」 <table border="1"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>佐藤 賢治様</td> <td>・ 佐渡地域医療介護福祉提供体制協議会 理事 ・ 佐渡地域医療連携推進協議会 理事 ・ 新潟県厚生連佐渡総合病院 病院長</td> </tr> </tbody> </table> 「過去セミナー参加地域から学ぶ現状の取組状況とこれからの課題」 取組を行う中での課題の抽出方法や施策の進め方、生まれてくる課題について学ぶ  <b>事例②</b> (20分) 発表題名：「岡崎市における在宅医療・救急医療連携の取組みについて」 <table border="1"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>浅見 真也様</td> <td>・ 岡崎市 福祉部 長寿課 地域包括ケア推進係 主事</td> </tr> </tbody> </table> <b>事例③</b> (20分) 発表題名：「地域の合意形成を核とした事前指示書の導入に伴う救急医療関係者との連携の試み」 <table border="1"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>岡村 律子様</td> <td>・ 一般社団法人 松本市医師会 医療・介護コーディネーター</td> </tr> </tbody> </table>	発表者	ご所属・役職	佐藤 賢治様	・ 佐渡地域医療介護福祉提供体制協議会 理事 ・ 佐渡地域医療連携推進協議会 理事 ・ 新潟県厚生連佐渡総合病院 病院長	発表者	ご所属・役職	浅見 真也様	・ 岡崎市 福祉部 長寿課 地域包括ケア推進係 主事	発表者	ご所属・役職	岡村 律子様	・ 一般社団法人 松本市医師会 医療・介護コーディネーター
発表者	ご所属・役職															
佐藤 賢治様	・ 佐渡地域医療介護福祉提供体制協議会 理事 ・ 佐渡地域医療連携推進協議会 理事 ・ 新潟県厚生連佐渡総合病院 病院長															
発表者	ご所属・役職															
浅見 真也様	・ 岡崎市 福祉部 長寿課 地域包括ケア推進係 主事															
発表者	ご所属・役職															
岡村 律子様	・ 一般社団法人 松本市医師会 医療・介護コーディネーター															
12:30	12:40	10	質疑応答	セッション I に対する質疑応答												
12:40	13:40	60		昼 食												
セッション II																
13:40	13:50	10	グループワークの進め方	セッション II におけるグループワークの進め方についての説明												
13:50	14:05	15	課題共有	事前課題から、自地域における在宅医療・救急医療連携における課題を共有する												
14:05	14:10	5		席移動												
14:10	14:30	20	職制ごとの情報共有	病院医、在宅医、自治体等の職制に分けたグループで、現在までの取組みについて自らの職制で担ってきた役割について各職制で共有する												
14:30	14:35	5		席移動												
14:35	15:00	25	グループワーク①	課題についてKJ法で整理を行い、最重要課題を抽出する												
15:00	15:10	10		休 憩												
15:10	15:35	25	グループワーク②	最重要課題についての取りうるべき対応策をKJ法で整理する												
15:35	16:15	40	グループワーク③	それぞれの取りうるべき対応策について、職制ごとの役割を検討し、整理する												
16:15	16:45	30	発表・討議	各グループで検討した結果を発表し、在宅医療・救急医療の課題解決のためにやるべきことについて総括する												
16:45	16:50	5	事務局説明	フォローアップ調査について連絡												
16:50	16:55	10		事務連絡・アンケート記入・解散												

#### (4)フォローアップ調査の実施

セミナーに参加した地域に対し、セミナーの事前課題で行った工程表の作成、連携に向けた取組、今後の取組等について、特に自治体からの参加者がどのように考えているかを把握するため、第2回セミナー終了から1ヵ月後の令和2年3月に、アンケート調査を実施した。

図表：フォローアップ調査概要

実施時期	令和2年3月
調査対象	令和元年度在宅医療・救急医療連携セミナーに参加した10地域
調査回答対象	参加者のうち自治体に所属する参加者が提出
回収数	参加者全地域から回収
質問内容	工程表の作成、連携に向けた取組、今後の取組等について

#### (5)在宅医療・救急医療連携における都道府県の市町村支援等実施状況調査の実施

##### ① 調査の背景・目的

救急医療の整備は二次医療圏単位で取り組むものとされているが、在宅医療との患者情報連携や人生会議の普及啓発等に関する在宅医療・救急医療連携の取組については、普段からの多職種連携の中で、自治体が会議体等を活用して地域内の関係者の理解を得ながら進めていくことが期待されている。このようななか、自治体が在宅医療・救急医療連携の取組を進めるにあたり、医療圏等を管轄する都道府県において、在宅医療・救急医療連携に関連する市町村支援の現状と課題等を認識し、今後の施策を検討するための基礎的な情報収集を行うことを目的として、本調査を実施した。

##### ② 調査対象

全都道府県

##### ③ 調査方法

WEB調査

##### ④ 調査期間

令和元年10月4日～令和元年10月22日

##### ⑤ 回収状況

全都道府県から回答。回収率100%。

## (6)「基礎自治体が取り組む在宅医療・救急医療連携推進のための手引き」の作成

### ① 手引き作成の背景・目的

救急医療の整備は二次医療圏単位で取り組むものとされているが、在宅医療との患者情報連携や人生会議の普及啓発等に関する在宅医療・救急医療連携の取組については、普段からの多職種連携の中で、自治体が会議体等を活用して地域内の関係者の理解を得ながら進めていくことが期待されている。このようななか、過年度事業で得た知見や収集した事例の好事例ポイントを紹介し、自治体が在宅医療・救急医療連携の取組を進めるうえで参考なる資料として、本手引きを作成した。

### ① 手引き作成にかかるファシリテーター会議の開催

手引き作成にあたり、学術的な知見や、在宅医療・救急医療連携に先進的に取り組む地域からの知見を得て、手引きに反映させるため、以下の通り、過年度本事業のセミナーにおいてファシリテーターを経験した人物を中心に、ファシリテーター会議を開催した。委員の構成と会議の開催状況は以下のとおりである。

#### A) ファシリテーター会議 委員

図表：手引き作成にかかるファシリテーター会議 委員名簿（敬称略）

区分	ご所属	役職	姓名
委員	柏市 保健福祉部 地域医療推進課	専門監	浅野 美穂子 (保健師)
委員	柏市 消防局 救急課	主幹	鞍橋 隆 (救急救命士)
委員	八王子高齢者救急医療体制広域連絡会	会長	田中 裕之 (医師)
	医療法人 永寿会 陵北病院	院長	
委員	一般社団法人 長岡市医師会	会長	長尾 政之助 (医師)
委員長	コミュニティヘルス研究機構	機構長・理事長	山岸 暁美 (看護師)
	慶應義塾大学 医学部 衛生学公衆衛生学教室	講師・在宅看護専門看護師	

(オブザーバー)

ご所属	役職	姓名
厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室	室長補佐	坪井 博文
総務省 消防庁 消防・救急課 救急企画室課長補佐併任 国民保護・防災部防災課課長補佐併任	救急専門官	小谷 聡司

(事務局) 株式会社日本能率協会総合研究所

福祉・医療・労働政策研究部

川村 静香、政岡 朋、岡田 泰治

## B) ファシリテーター会議の開催

開催した2回の会議の主な議題と開催日時、開催場所は以下のとおりである

	主な議題	開催日時・場所
第1回	1. 手引き作成についての前提の共有、検討 2. 手引きの項目の検討	令和元年12月24日(火) 15:00~18:00 フクラシア八重洲(東京) B会議室
第2回	1. 手引き(案)の検討 2. 今後の流れについて	令和元年3月1日(日) 9:00~12:00 ビジョンセンター浜松町 6F





## Ⅱ . H29. H30 セミナー参加地域への調査



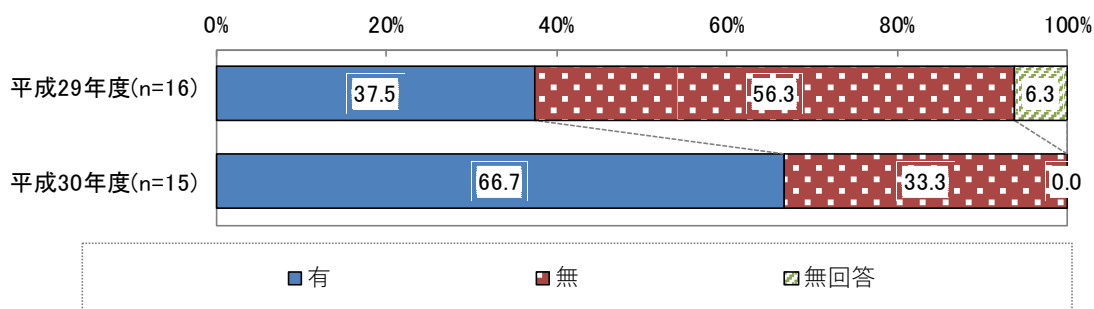
## <調査結果>

### (1) 前年度の工程表からの変更点について

平成 29 年度セミナー参加者においては、当時セミナーに参加した際作成した工程表の内容を、変更した、もしくは追加した事柄があるかについて、「ある」(37.5%)、「ない」(56.3%)となった。平成 30 年度セミナー参加者においては、当時セミナーに参加した際作成した表の内容を、変更した、もしくは追加した事柄があるかについて、「ある」(66.7%)、「ない」(33.3%)となった。

変更・追加した内容については、関係者の調整に手間取り取組スケジュールが遅れたとの意見や、当初想定していた協議体のたてつけを変更し、既存の協議会で対応できるようになったため対応が早まった、等の回答があった。

図表 昨年度(H29)年度セミナーで作成した工程表と比べ、  
取組の方向性や内容を追加・変更した事柄はあるか



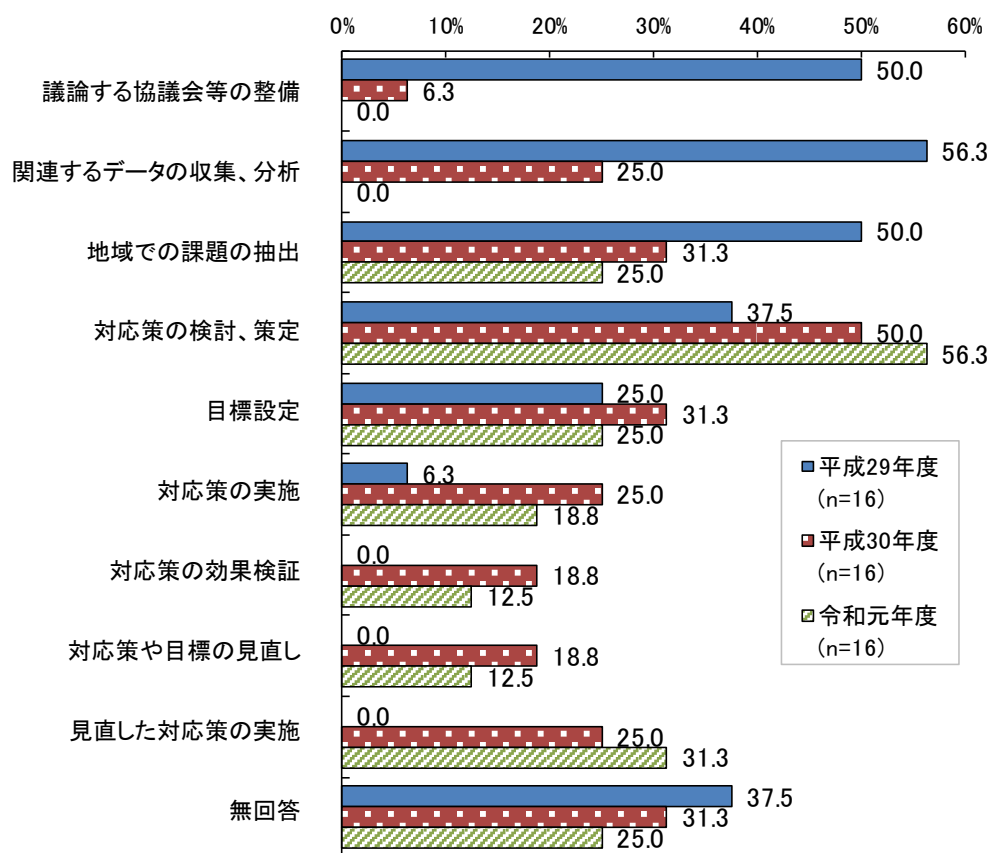
## (2) 今年度の取組について

### ① 在宅からの搬送の連携強化について

#### A) 平成 29 年度セミナー参加者の取組状況

平成 29 年度参加者は、セミナー参加から 3 年目が経過するところであり、参加当初である平成 29 年度においては「議論する協議会等の整備」や「関連するデータの収集・分析」等の取り組み初期の対応を行っていたが、令和元年度においては、「対応策の検討・策定」や「見直した対応策の実施」等を行っており、取組が進捗している。

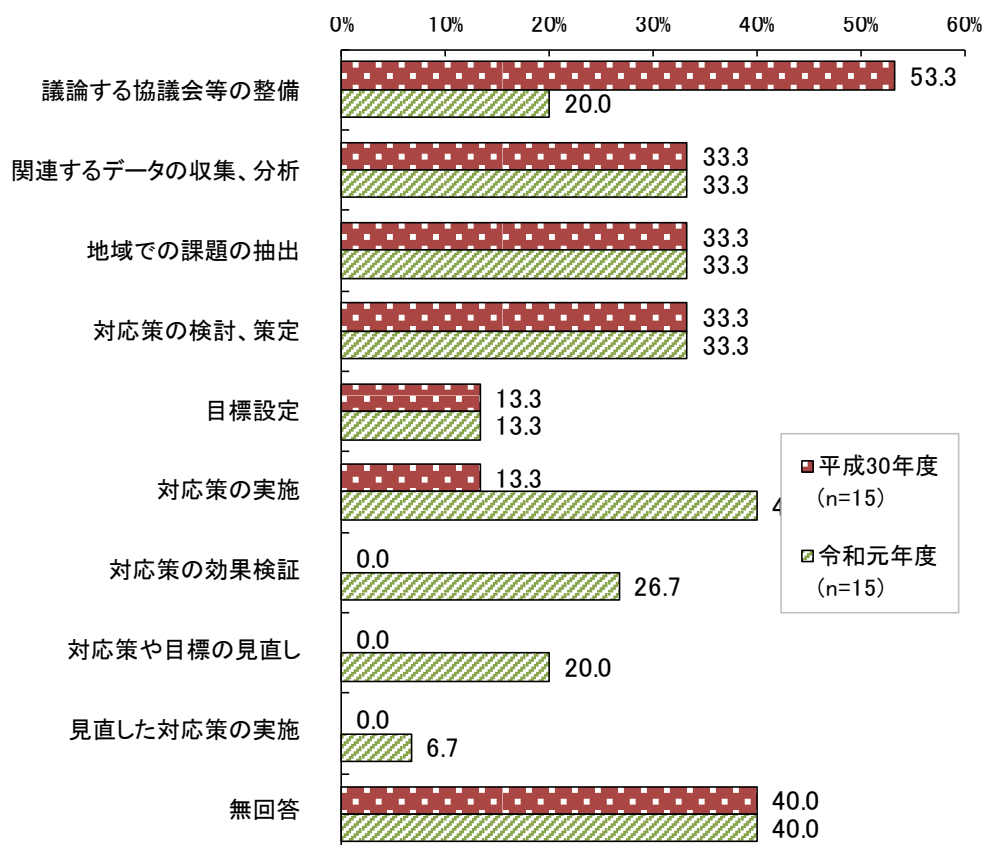
図表 「在宅からの搬送の連携強化」についての取組内容 (n=16)



## B) 平成 30 年度セミナー参加者の取組状況

平成 30 年度参加者は、セミナー参加から 2 年目が経過するところであり、参加当初である平成 30 年度においては「議論する協議会等の整備」や「関連するデータの収集・分析」等の取り組み初期の対応を行っていたが、令和元年度においては、「対応策の実施」や「対応策の効果検証」等を行っており、取組が進捗している。

図表 「在宅からの搬送の連携強化」についての取組内容 (n=16)



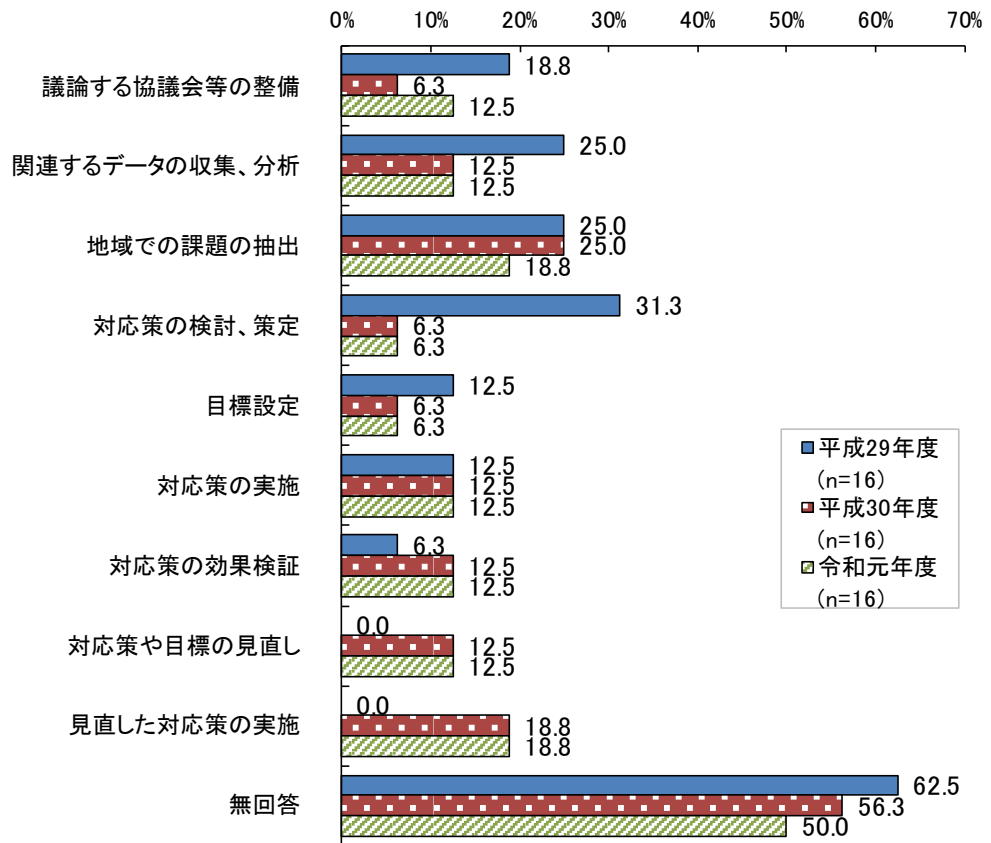
## ② 高齢者施設からの搬送の連携強化について

### A) 平成 29 年度セミナー参加者の取組状況

平成 29 年度参加者は、セミナー参加から 3 年目が経過するところであり、参加当初である平成 29 年度においては「関連するデータの収集・分析」や「地域での課題の抽出」、「対応策の検討、策定」等の取り組み初期の対応を行っていたが、令和元年度においては、「対応策の実施」や「対応策の効果検証」、「対応策や目標の見直し」、「見直した対応策の実施」等を行っており、取組が進捗している。

ただし、「① 在宅からの搬送の連携強化」と比べると取り組んでいる地域数は少なく、理由としては、「まずは在宅からの搬送の連携強化に取り組みたい」という意見や、「高齢者施設等の連絡協議会がなく、課題抽出に手間取っている」等の意見が挙げられた。

図表 「高齢者施設からの搬送の連携強化」についての取組内容 (n=16)

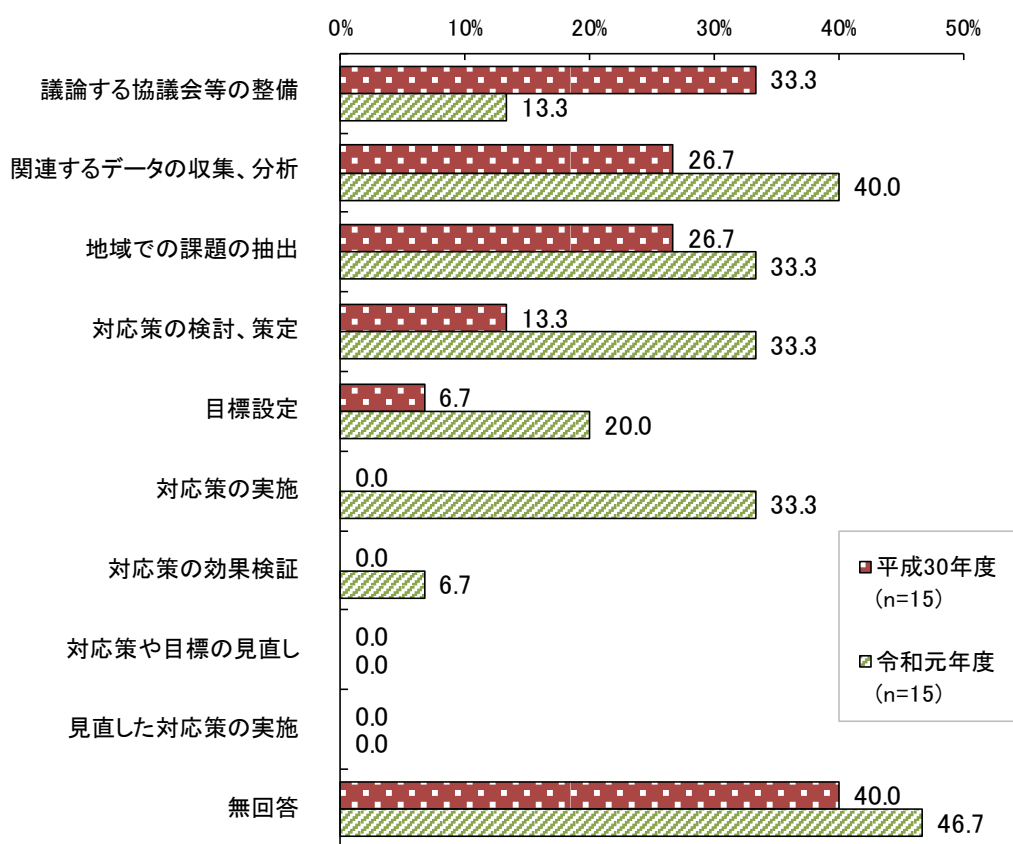


## B) 平成 30 年度セミナー参加者の取組状況

平成 30 年度参加者は、セミナー参加から 2 年目が経過するところであり、参加当初である平成 30 年度においては「議論する協議会等の整備」や「関連するデータの収集・分析」、等の取り組み初期の対応を行っていたが、令和元年度においては、「地域での課題の抽出」や「対応策の検討、策定」等を行っており、取組が進捗している。

ただし、ここでも H29 年度参加者と同じく、「① 在宅からの搬送の連携強化」と比べると取り組んでいる地域数は少なく、理由としては、「まずは在宅からの搬送の連携強化に取り組みたい」という意見や、「住民への人生の最終段階に関する普及啓発を第一に取り組みたい」等の意見が挙げられた。

図表 「高齢者施設からの搬送の連携強化」についての取組内容 (n=15)



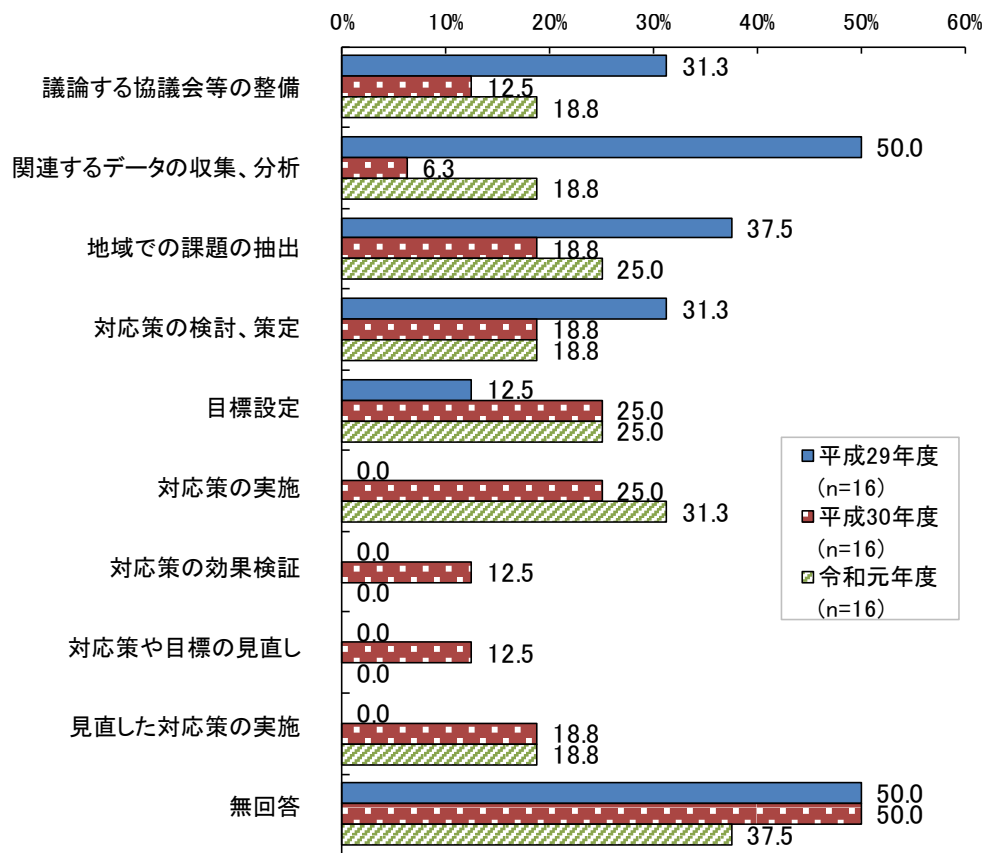
③ 患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化について

A) 平成 29 年度セミナー参加者の取組状況

平成 29 年度参加者は、セミナー参加から 3 年目が経過するところであり、参加当初である平成 29 年度においては「議論する場の整理」や「関連するデータの収集、分析」、「地域での課題の抽出」等の取り組み初期の対応を行っていたが、令和元年度においては、「対応策の実施」等を行っており、取組が進捗している。

「① 在宅からの搬送の連携強化」と比べると取り組んでいる地域数は少ないが、平成 29 年度、平成 30 年度と比べ、令和元年においては取り組む地域が増えている

図表 「患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化」についての取組内容 (n=16)



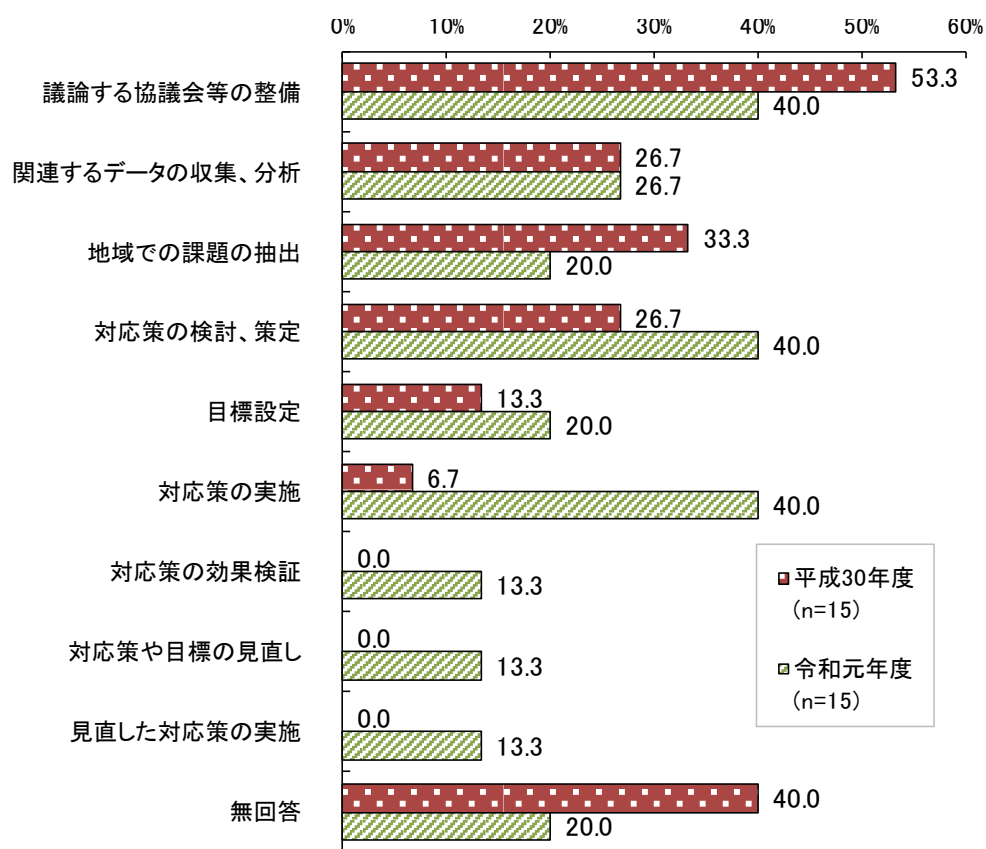


## B) 平成 30 年度セミナー参加者の取組状況

平成 30 年度参加者は、セミナー参加から 2 年目が経過するところであり、参加当初である平成 30 年度においては「議論する協議会等の整備」や「関連するデータの収集・分析」、「地域での課題の抽出」等の取り組み初期の対応を行っていたが、令和元年度においては、「対応策の検討、策定」や「対応策の実施」等を行っており、取組が進捗している。

ここでも H29 年度参加者と同じく、「① 在宅からの搬送の連携強化」と比べると取り組んでいる地域数は少ないが、平成 30 年度と比べ、令和元年においては取り組む地域が増えている。

図表 「患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化」についての取組内容 (n=15)





### Ⅲ. 在宅医療・救急医療連携の先進事例

# 1. 岩手県久慈市

## ■ 地域概要

久慈市は岩手県北東部の沿岸に位置し、東側は太平洋に面し、西側は遠島山など標高 1,000m 以上の山嶺を有する北上高地がそびえている。東流する久慈川・長内川等の河川が北上高地を流れ、急峻な渓谷を形成しながら太平洋に注いでいる。

夏は「ヤマセ」により冷涼な気候にあり、冬は温暖で積雪量の少ない気候下にある。春先にはフェーン現象も見られる。日照時間は比較的長く、年間を通して 1,000mm 前後の降水量と県内でも比較的少ない。西側の山間部には多雪地域もあり、春先の大雪や晩霜により農作物が被害を受けることもあり得る。

近年、大型ショッピングセンターの立地や、高規格幹線道路八戸・久慈自動車道延伸が決定するなど、多様なライフスタイルに応える充実した住環境となっている。

畑作、畜産等の生産基盤の整備を進めながら、夏季冷涼な気候などの地域特性を生かしたほうれんそう、菌床、しいたけなどの園芸作物、豚、酪農、肉用牛、ブロイラー等の畜産物、特産の山ぶどうなど特徴ある農畜産物の産地が形成されており、地域の特産物を活用した加工品開発・産直活動などの6次産業、農商工連携などアグリビジネスの取組も進む。

久慈地区拠点工業団地には、縫製工場のほか、大規模造船工場、電子デバイス産業など 14 社が立地している。

## 人口・面積

・人口：34,620 人（住民記録 年齢別人口集計表、2020 年 2 月 29 日）

・面積：623.50 km<sup>2</sup>

## 地域医療・救急救命関連の基礎情報

### ○高齢化率の動向

65 歳以上の高齢化率 32.9%で、同時期の岩手県平均 33.1%とほぼ同程度である（令和元年 10 月）。

単位：人

	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	令和 2 年
65 歳以上人口	10,762	10,880	11,233	11,174	11,274
全人口	36,710	36,125	35,658	35,164	34,654

出典：住民記録 年齢別人口集計表：すべて各年 1 月末の数字

## ○地域医療資源（施設数）

- ・ 医師数 65（人口 10 万人あたり 182.37、全国平均 246.00）
- ・ 一般診療所 16（人口 10 万人あたり 44.89、全国平均 71.57）、うち在宅療養支援診療所 1（人口 10 万人あたり 2.81、全国平均 11.67）、一般診療所病床数 36（人口 10 万人あたり 101.00、全国平均 73.45）
- ・ 病院 3（人口 10 万人あたり 8.42、全国平均 6.65）、うち在宅療養支援病院 0（人口 10 万人あたり 0.00、全国平均 1.17）、病院病床数 625（人口 10 万人あたり 1,753.55、全国平均 1,216.46）
- ・ 歯科 13（人口 10 万人あたり 36.47、全国平均 55.83）、うち訪問歯科 3（人口 10 万人あたり 8.42、全国平均 9.07）
- ・ 薬局 13（人口 10 万人あたり 36.47、全国平均 48.72）、うち訪問薬局 0（人口 10 万人あたり 0.00、全国平均 14.25）

出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋

## ○救急救命資源と現状 一部は「久慈広域連合消防本部」全体の数字である

※久慈広域連合消防本部全体の数字

- ・ 消防本部 1・消防署 2・分署 4、職員定数 143 人、救急車 8 台

※以下久慈市のみの集計

- ・ 平成 30 年救急出動件数 1,281 件、搬送人員 1,023 人・上記のうちの急病件数 859 件
- ・ 平成 30 年搬送人員 1,023 人の傷病程度別の内訳：死亡 53 人（5.2%）、重症 148 人（14.5%）、中等症 280 人（27.4%）、軽症 542 人（53.0%）

出典：「久慈広域連合消防本部 令和元年消防年報」より抜粋

## ■ 事例の概要

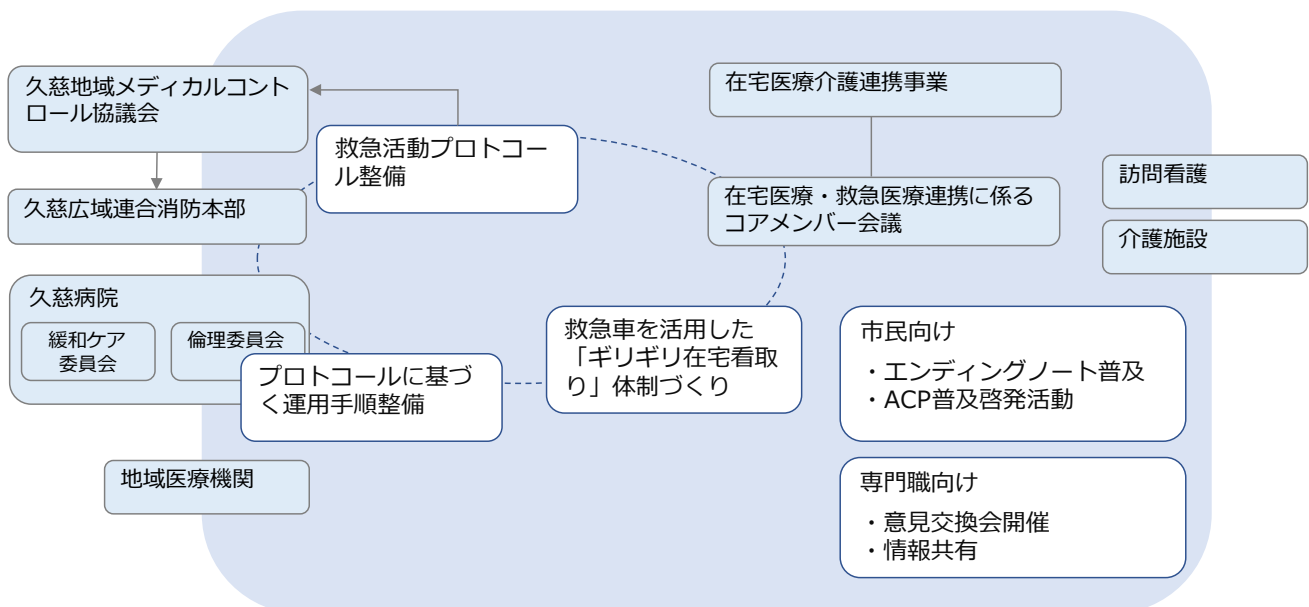
久慈市は二次救急でもある久慈病院を中心とし、他の医療機関も点在しているが、在宅医療体制は特に不足しており、基本的には訪問診療による在宅医療は実施が難しい状況にあった。しかし、在宅療養を望む患者も多く、何とかそれを実施できないかという課題意識が病院や行政側にあった。

一方、高齢化率は年々上昇し、介護施設からの救急搬送は頻出していた。そうしたときに、本人の情報が確認できない、あるいは延命処置を望まないという意思があっても医師判断は伴っていないという事象が救急現場で起こっており、消防側として感じている課題意識もあった。

在宅医療体制には市と久慈病院が中心となり、平成 29 年には、高齢者介護施設での実態調査と、在宅療養を可能とする仕組みについて検討が始められた。また、平成 30 年に、消防が県の在宅医療介護連携推進研修会で発表した課題意識に呼応して、在宅医療体制を検討していたメンバーが消防を訪れて意見交換をおこない、協働体制が進みはじめた。

在宅医療・介護連携推進事業の一環としてコアメンバー会議を設け、そこで具体的な方策が進められていった。1 点目は「救急車を活用した『ギリギリ在宅看取り』」の実現で、これは病院が救急と連携して在宅療養をバックアップするという仕組みづくりと、救急搬送現場で混乱しない指針づくりとが進められた。指針づくりについては消防と久慈病院の地域医療科、市担当が中心となりプロトコルの整備からはじめ、それを病院・消防の関係者とこまめに打ち合わせ、地域メディカルコントロール協議会で承認するところで連携が具体的に進んだ。さらにその運用に際しては、コアメンバー内あるいは関連機関内で手順や留意点が整理され、関係者への周知をしたうえで、実際に運用が進められた。

2 点目の市民向け ACP の普及啓発活動、3 点目の専門職向け認知拡大活動は、講演会や出前講座、講習会や意見交換会などが継続的に進められている。ACP は元気なうちに取り組んでほしいと、エンディングノートをつくり、その普及も進められている。あわせて、介護施設に在宅医療・救急医療連携の認識を高めてもらい、ACP の実施と医師による診断書の理解、救急時の手順等について共有・連携が進んでいる。



## ■取組の紹介

### (1) 取組の背景

#### ① 「医療と介護の連携支援会議」と現状聞き取り調査実施

久慈市では医療資源が少ないという問題意識を持っており、平成 29 年度に、在宅医療・介護連携推進事業の一環で、医療と介護の連携支援会議を行った。これは市が主催し、市内の病院、訪問看護師、ケアマネジャー等が参加して課題の整理が進められた。そのなかで、どうしても資源が足りないところが見えてきたため、まずは現状の聞き取り調査を進めた。主に、特別養護老人ホームの看取りの実態とその際の連携体制についてである。

並行して、介護施設で使うための連携シートを作成していたが、場合によっては介護施設入所より前に ACP の取り組みをしている必要があるのではないかと、コアメンバーの 1 人である特別養護老人ホーム愛山荘の実態を聞きながら、検討を深めた。

(平成 29 年の主な実施事項)

- ・医療、介護の資源の少ない久慈市でいかに市民の在宅看取り（施設含む）のニーズを叶えるか、現状把握から取り組みを開始
- ・市内特別養護老人ホームの看取りの現状把握
- ・特別養護老人ホーム愛山荘での看取りに関して情報交換（嘱託医含む）
- ・地域ケア推進会議 取り組みの方向性について

#### ② 病院のバックアップをもとにした在宅療養の仕組みづくり

久慈市は在宅医が 2 人しかおらず、限られた慢性疾患の訪問診療で手一杯という状況である。また、24 時間対応をしている訪問看護ステーションは 1 つだけで、大幅に不足している状態にあった。そのため、入院中に在宅療養を希望する患者がいてもなかなか実現できない状況にあった。しかし、在宅医がいなくとも在宅療養ができる体制を整えたいと、まずはがん患者が最終段階でも家で過ごせるようにし、急変があったときや看取り時には救急車で病院に搬送する仕組みをつくった。在宅療養を病院で支援する仕組みである。救急車を活用した「ギリギリ在宅看取り」という名称で、段階的に整備が進められている。なお、この地域の救急搬送は、8 割以上が久慈病院に来るとい実情もあり、久慈病院がこうした検討の中核の 1 つとなった。

#### ③ 病院と消防との連携の流れ

数年前から消防と久慈病院の情報連携も進められていた。緩和ケアチームが、がん末期の患者を家に帰れるように支援し、数日家に戻るときに、消防や家族と段取りを共有したことで、心肺停止時にも慌てず搬送できるようにした取り組みである。救急搬送現場での情報不足に消防側は困っていたが、ここであらかじめ連絡を受けた人については、急変時であっても心肺蘇生をせず、指定病院まで搬送するという流れが実施された。病院到着後に医師が死亡確認をおこなうことになる。

ただし、明確なルールとして定められたものではなかったため、「このままでいいのか」という課題意識が消防側に高まっていた。それを平成 30 年の岩手県の在宅医療介護連携推進研修会で、消防側が発表し、聴講していた市の職員が改めて認識したことで、さらなる連携が検討された。

#### ④ 救急現場で生じていた課題

消防側は以前から、DNARの意思表示があるが医師の担保が得られていないDNARの扱い方に困惑していた。特に、かかりつけ医に連絡がとれない夜間や休日に起こった事案では、医師の担保がないDNARを消防としては受け入れられず、職務上の義務に従って延命措置をするのが基本であった。また、搬送時点では本人の意思を確認できる手段がなかったが、搬送後に医師からDNARだったと聞く事案も複数あり、情報共有されていないことへの課題も感じていた。

## (2) 個別取組の概要

### ① 市民向けのACPの救急普及啓発、エンディングノート

元気なうちから意思を表していくことを推進したいと、市担当と久慈病院が中心となって「医療と介護のデザインプロジェクト」が始まり、その中で「こうしたいノート（久慈市版エンディングノート）」が作成された。また、「医療と介護を市民と共に考えるシンポジウム」や「ACP普及啓発出前講座」をはじめとする場で、住民へのACPの普及啓発（こうしたいノートの配布含む）が進められた。

（「こうしたいノート」一部サンプル）



出典：久慈市ホームページ

### ② 専門職間の情報交換機会

在宅医療・介護連携推進事業「医療と介護の顔の見える連携会」で企画を進めており、「退院支援」や「日常療養支援」など、医療と介護の連携に関するテーマ別のワークショップやミーティングや「人生の最終段階にある方への支援と看取りの情報交換会」が行われた。



## ■連携強化の流れ

### (1) 市の事業担当、久慈病院、久慈消防本部で連携についての話し合いの開始

平成 30 年に、県の在宅医療介護連携推進研修会で課題が認識された後、久慈病院の地域医療科長の協力も得て、市の在宅医療介護連携推進事業担当者が消防と打ち合わせの機会をもった。消防側は現場で感じていた課題について話し、市と医師側は在宅療養が進められていない課題について話しながら、連携方法を協議した。

主に、「人生の最終段階には、かかりつけ医がいないと看取りができないという課題があったが、消防と連携して搬送病院の体制をつくれば可能になるのではないか」という点が重点認識となり、在宅医療・救急医療連携に係るコアメンバー会議において工程表の作成、地域ケア推進会議 在宅医療・救急医療連携としての取り組みの認知等が進められた。

### (2) 在宅医療・救急医療連携に係るコアメンバー会議と、プロトコルの作成・承認

こうした連携は、在宅医療・介護連携推進事業の下部組織「在宅医療・救急医療連携に係るコアメンバー会議」として進められた。メンバーは、久慈地区メディカルコントロール協議会、消防、訪問看護ステーション、久慈病院の医師・看護師、久慈医師会、介護施設、地域包括支援センター、市担当である。

消防担当としては、抱えていた DNAR への対応課題は、プロトコルがあればそれを指針に活動できると考えていたため、まずプロトコルづくりが検討された。草案は、消防の救急救命士が中心となつてつくった。メディカルコントロール協議会に承認をとっていくために、久慈病院の地域連携科医師も積極的に協力し、関係者へこまめに報告・連絡しながら最終的に正式文書として確立させた。

### (3) プロトコル承認後の活用と運用整備

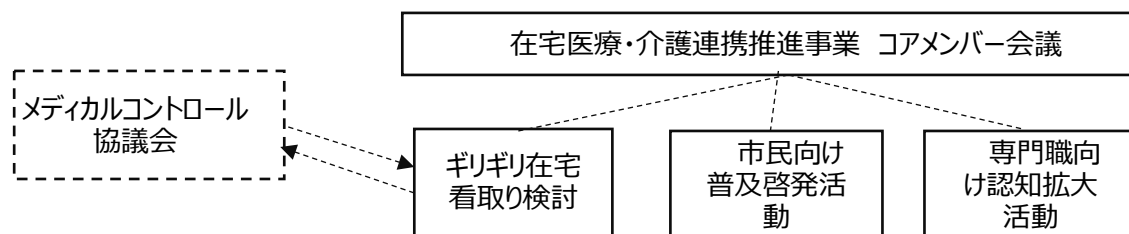
プロトコルは協議会で承認された、各現場に通達として発せられた。一方、プロトコルがあっても実際にどう動いてよいかわからないという話も出たため、久慈病院の緩和ケア委員会を中心に、連携ルールや手順のチャート、具体的なマニュアルなども整備した。

たとえば情報管理を電話にするか FAX かというのも、話し合いで決められていった。こうした細かい手順についてはコアメンバー会議やさらに少人数のグループ、あるいは運用主体となる久慈病院内の協議で固められていった。病院内で協議した場合には、倫理委員会での検討や関係する各職種への説明等も行われている。

その後、「地域メディカルコントロールプロトコル改訂案」が提案・承認されてプロトコルが改訂され、「久慈病院と消防本部の連携保護の明文化の話し合い」へと進んだ。

## (4) 組織の体制

一連の取り組みは、コアメンバーが中心となって行われ、主に3つのテーマに取り組みました。ただし、分科会のようにフォーマルな組織ではなく、市職員が調整をしながら、テーマと役割によって適切なメンバーが関わりながら進められた。また、プロトコール作成においては、地域メディカルコントロール協議会との連携も密にとりながら進められた。



## ■ 取組の成果

### (1) 救急活動プロトコールの整備と運用

プロトコールの整備とその運用については、各種文書がまとめられ、関係者に周知された。またそれに応じて、関連機関内でも必要な整備が進められた。

主な書面・手順書等	概要
心肺蘇生に関する医師の指示書	「心肺蘇生等を受けない」決定について、医師の指示と患者の署名が書かれるもの。1ページ分。
蘇生を望まない意思が示された傷病者に対する救急活動プロトコール	延命措置を望まない意思を事前に示した患者に対し、本人と家族の意思を尊重し、適切な救急活動を行うことについて記したもの。消防向け・4ページ分。
「心肺蘇生に関する医師の指示書」発行に伴う報告書	「心肺蘇生等の処置を受けない」意思を示した患者であることを記す書類。久慈病院内の文書・1ページ分・
人生の最終段階における患者の在宅療養における救急搬送に関する取り決め	心肺停止時には心肺蘇生を望まない意向をもつ患者・家族の在宅療養手順についての入院、外来、死亡時の対応手順を示した説明とフロー。久慈病院内の文書。
多職種で構成された医療・ケアチームによる、治療方針決定の手順	複数の医師を含む多職種で構成された医療・ケアチームでの方針決定と、院内倫理委員会への報告を示したフロー。久慈病院内の文書。

(人生の最終段階における患者の在宅療養における救急搬送に関する取り決め (一部サンプル))

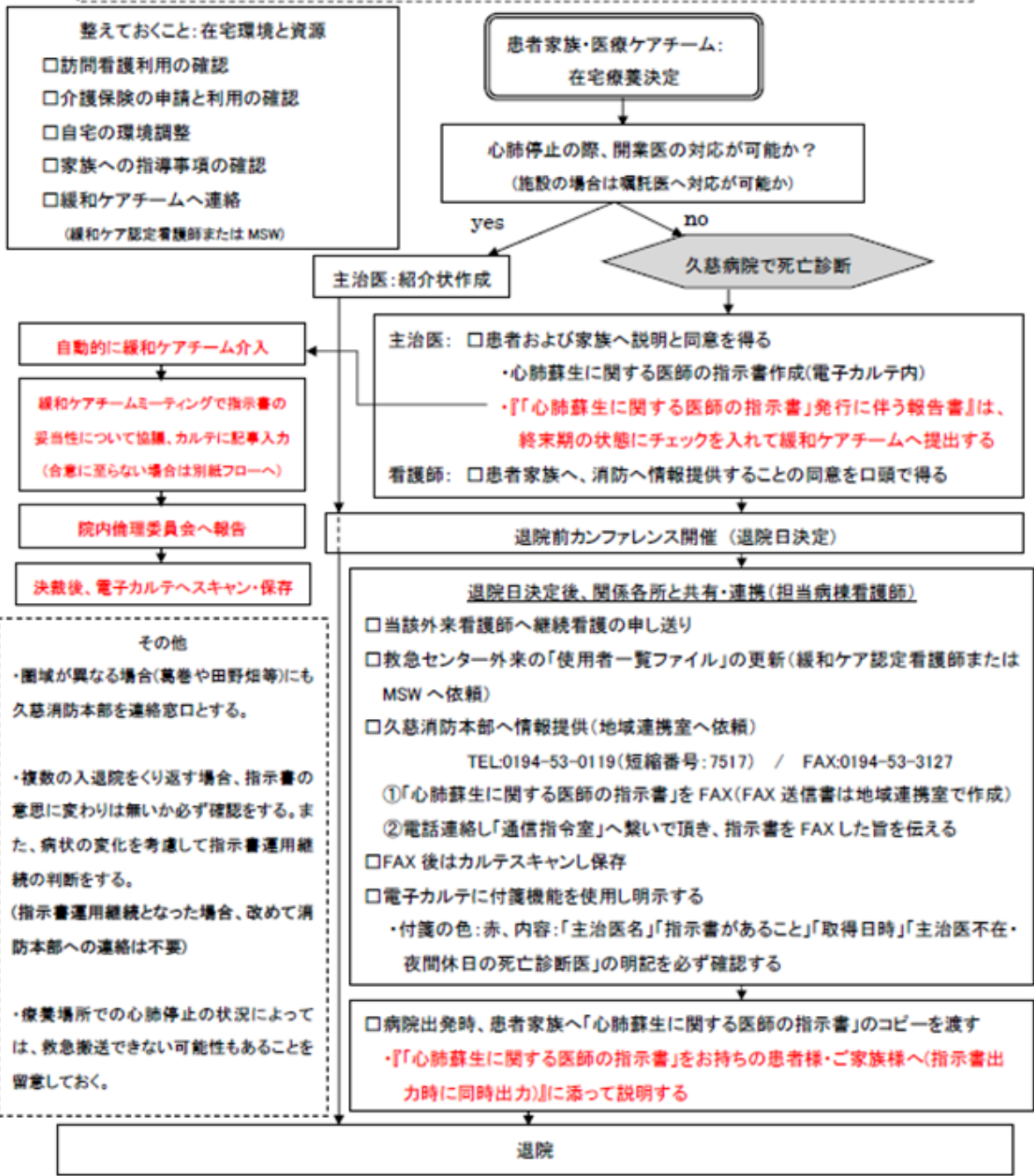
### 第 11 章 4) ② 人生の最終段階における患者の在宅療養の手順(入院)

《対象者》

- 主治医が人生の最終段階(主に予後週から日単位を目安とするが、その限りではない)と判断した患者・家族 かつ
- 在宅療養と、心肺停止時には心肺蘇生を望まない意向を持つ患者・家族

フローに則る前に、必ず確認しておくこと

- 主治医の在宅療養許可があること
- 療養場所(自宅や施設等)で、息を引き取る可能性を患者・家族(施設職員)とも理解・承知していること



その他

- ・圏域が異なる場合(葛巻や田野畑等)にも久慈消防本部を連絡窓口とする。
- ・複数の入退院をくり返す場合、指示書の内容に変わりは無いか必ず確認をする。また、病状の変化を考慮して指示書運用継続の判断をする。  
(指示書運用継続となった場合、改めて消防本部への連絡は不要)
- ・療養場所での心肺停止の状況によっては、救急搬送できない可能性もあることを留意しておく。

出典：久慈市提供資料

(心肺蘇生に関する医師の指示書)

### 心肺蘇生に関する医師の指示書

当該患者が心肺停止となった場合、患者(あるいは代諾者)の自発的な意思に基づいて、行われた「心肺蘇生等を受けない」決定を尊重し、心肺蘇生等を実施しないでください。指示にあたっては標準的な医療水準等を考慮し、患者(代諾者)と多専門職の医療従事者間において十分な話し合いを行ったうえで、意思決定についての合意が形成されています。

患者氏名： _____	生年月日： 年 月 日
連絡先電話番号： _____	_____
住所： _____	
病状の概要：(終末期の状況など)	

診療科： \_\_\_\_\_

医師署名欄： \_\_\_\_\_ 西暦 年 月 日

医療機関の名称： \_\_\_\_\_

所在地： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

もしくは \_\_\_\_\_ (時間外等)

※ただし、不慮の事故等で想定外的心肺停止が起きた場合は、現場の救急隊と医師の判断で対応することとする。

#### (患者(代諾者)記入欄)

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生等を受けない」決定をしました。心肺蘇生等を受けなければ命が失われることを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医等と十分に話し合い、ここに同意いたします。

患者署名欄： \_\_\_\_\_ 西暦 年 月 日

(代筆した場合、代筆者の氏名： \_\_\_\_\_ 患者との関係： \_\_\_\_\_ )

代諾者署名欄： \_\_\_\_\_ 患者との関係： \_\_\_\_\_

岩手県立久慈病院

出典：久慈市提供資料

## ■ 今後について

### (1) 今後の課題

---

#### ① ICT 活用の検討

この地域では地域包括ケアシステムを支えるためのネットワーク「北三陸ネット」が運用されている。コアメンバーで検討されてきたプロトコル等は、いずれこうした ICT ネットワークに統合していくことも考えられるため、検討初期の平成 30 年時点から、情報共有はおこなっている。現在すでに多職種間でのコミュニケーションとしては気軽に活用されているが、今後一層、実用的な活用が検討されている。

#### ② さらなる周知拡大（市民／専門職）

市民へは元気なうちからの ACP への取り組みについて、さらなる啓発活動が求められている。また、在宅医療、施設に係わる医師や、施設（運営、管理に係わる者）へ、在宅医療・救急医療連携に関する仕組みを共有していく必要もある。

### (2) 現在の取組

---

#### ① 在宅医療との連携方法の模索

当初はがん患者を中心として想定したため、久慈病院に主治医がいて在宅療養との行き来をするケースを中心に考えていた。しかし最近は様々な需要や事情が出て、主治医が久慈病院ではない場合の対応も求められてきている。

救急車を活用した「ギリギリ在宅看取り」については、「心肺蘇生に関する医師の指示書」が判断として使われるが、搬送先の久慈病院医師ではない医師がその指示書を書いていた場合、搬送先で診る医師が異なる事態となる。それについては、今後の課題として継続的に検討されている。

そのためには、地域の医師や老健医師が久慈病院と連携が取れている状態にしていく必要もある。その点については、地域医師会での在宅担当理事を中心に、久慈病院側と協議が進められていく予定である。

工程表

	（平成29年以前）	対策協議会活動 平成29年	救急医療連携強化 平成30年	認知普及強化 平成31年
在宅医療介護連携推進事業		医療と介護の連携支援会議	医療と介護のデザインのプロジェクト エンディングノート	医療と介護の顔の見える連携会における「施設者取りに関する情報交換会」 人生会議普及啓発出前講座
在宅医療救急医療連携	緩和ケア看護師と消防との連携によるがん末期患者の在宅療養実現	介護施設の現状調査 介護施設連携シート	・市事業担当、久慈病院、久慈消防本部で連携についての話し合い ・在宅医療・救急医療連携に係るコアメンバー会議 ・久慈地域メディカルコントロールにおける取り組みについての情報提供 工程表作成	・在宅医療・救急医療連携に係るコアメンバー会議ならびに各種ワーキング活動 救急活動プロトコールならびに運営に関する各種手順・文書
その他			平成30年 岩手県の在宅医療介護連携推進研修会	

## 2. 千葉県白井市

### ■ 地域概要

白井市は千葉県の北西部に位置し、東は印西市と八千代市、南は船橋市、西は鎌ヶ谷市、北は柏市の5市に接している。

白井市は都心から30キロメートルの距離にあり、当時白井町だった昭和54年に北総鉄道が開通したことで沿線のニュータウン地区に住民が多数入居し、人口が飛躍的に増加した。平成13年4月には市制を施行し、千葉県内で32番目の市になっている。

街の成長とともに地域のコミュニティセンターや保育園など様々な施設が増え、子育てがしやすい環境である。ニュータウンとして整備された街だからこそ、駅から広がる歩道や緑道は散策用の整備も行われ、大きな公園もたくさんある。

北総線「白井駅」徒歩約10分の白井市役所周辺には、図書館や文化センター、防災機能を備えた公園などの市の施設のほか、消防署や病院が隣接している。また、平成30年度に完成した市役所庁舎には、印西警察署白井分庁舎が入り、日常的な安全安心や有事の際の連携が進みやすい。

白井市の特産品は梨で、全国でも有数の産地として知られており、栽培面積は千葉県内で1位である。「しろい梨」のブランド化を推進するために、サッカーの試合会場や市場においてPRしており、また農産物全般の地産地消を推進するために、農産物直売所や朝市の支援を行っている。

白井市の北側には県内最大の内陸工業団地「白井工業団地」がある。地盤が堅く災害に強いことからデータセンターが建設された例もある。技術・実績を持つ様々な企業が、拠点を持っている。

### 人口・面積

・人口：63,320人（住民基本台帳、2020年1月31日）

・面積：35.48km<sup>2</sup>

### 地域医療・救急救命関連の基礎情報

#### ○高齢化率の動向

65歳以上の高齢化率25.8%で、同時期の千葉県平均26.8%をやや下回る（平成31年4月）。

単位：人

	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年
65歳以上人口	14,756	15,333	15,857	16,296	15,728
全人口	63,167	63,347	63,755	63,659	63,320

出典：住民基本台帳

### ○地域医療資源（施設数）

- ・ 医師数 62（人口 10 万人あたり 100.53、全国平均 246.00）
- ・ 一般診療所 23（人口 10 万人あたり 37.29、全国平均 71.57）、うち在宅療養支援診療所 2（人口 10 万人あたり 3.24、全国平均 11.67）、一般診療所病床数 28（人口 10 万人あたり 45.40、全国平均 73.45）
- ・ 病院 3（人口 10 万人あたり 4.86、全国平均 6.65）、うち在宅療養支援病院 0（人口 10 万人あたり 0.00、全国平均 1.17）、病院病床数 451（人口 10 万人あたり 731.26、全国平均 1,216.46）
- ・ 歯科 29（人口 10 万人あたり 47.02、全国平均 55.83）、うち訪問歯科 5（人口 10 万人あたり 8.11、全国平均 9.07）
- ・ 薬局 20（人口 10 万人あたり 32.43、全国平均 48.72）、うち訪問薬局 10（人口 10 万人あたり 16.21、全国平均 14.25）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

### ○救急救命資源と現状 （注）以下は、「印西地区（印西市・白井市）」全体の数字である

- ・ 消防署 1 本部 7 署、職員定数 266 人、救急車 8 台（予備車 1 台含む）
- ・ 平成 29 年救急出動件数（6,467 件、搬送人員 6,071 人（平成 28 年の出動 6,280 件・搬送 5,820 人）
- ・ 上記のうちの急病件数 4,069 件、急病搬送人員 3,838 人
- ・ 平成 29 年搬送人員 6,071 人の傷病程度別の内訳：死亡 62 人（1.9%）、重症 637 人（10.5%）、中等症 2,501 人（41.2%）、軽症 2,868 人（47.3%）、その他 3 人（0.05%）

（出典：「平成 29 年版 年報 119 印西地区消防組合消防本部」より抜粋）



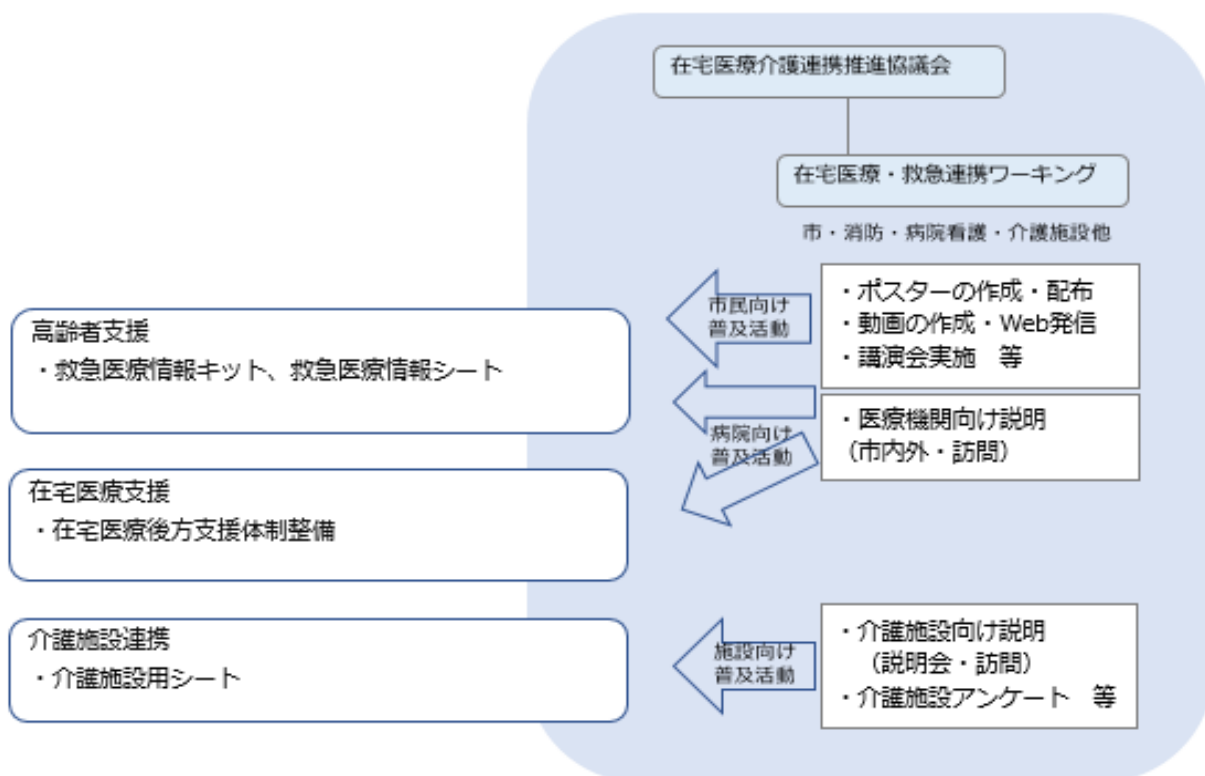
## ■事例の概要

白井市は、利便性の高い病院が近隣自治体に複数あり、市民は市外の病院を受診することがかなり多い状況にあった。救急時も市内市外両方へ搬送される可能性があるが、高齢者医療においては搬送先の選定時に役立つ情報がなかったり、受け入れ病院とかかりつけ医との連携がとれずに本人の意思を尊重した対応ができないといった課題を抱えていた。

特に救急現場を担当する消防側が早期の課題解決を求め、他市の事例研究、行政との協議を積極的に進めた。そして平成 29 年に、「救急時情報連携ワーキング」を設置することとなり、市内の病院や介護施設にも参加を呼びかけ、関係者間での協議が始まった。

まず着手したのは、救急医療情報を共有できるようにしたキットと記入シートの整備である。筒状のキットに情報記入したシートを入れ、救急時には救急隊員が確認できることを目的に、配布を始めた。実際初年度から、シートを活用して情報連携をとられた事案が出てきている。この救急医療情報シートについては、市が中心となって介護施設や病院など多職種に向けて説明にまわり、周知をした。こうした取り組みの結果、シートの活用やそれに伴う救急現場での滞在時間短縮が進んでいる。

さらに、平成 30 年からは「在宅医療・救急連携ワーキング」へと名称を変更し、より充実した連携と施策検討が進められた。たとえば市民への周知をはかるためのポスターや動画の作成、発信、専門職の理解を深めるための講習会開催などが行われている。また、力を入れて取り組んだのは、介護施設に認知して、活用してもらうことである。「介護施設用シート」を新たに作成して配布すると共に、説明会を開催したり、市の職員が介護施設を訪れて説明することも行った。市内の二次救急病院の協力を得て在宅医療後方支援体制も整えたことで、在宅医療・救急医療連携が定着しつつある。



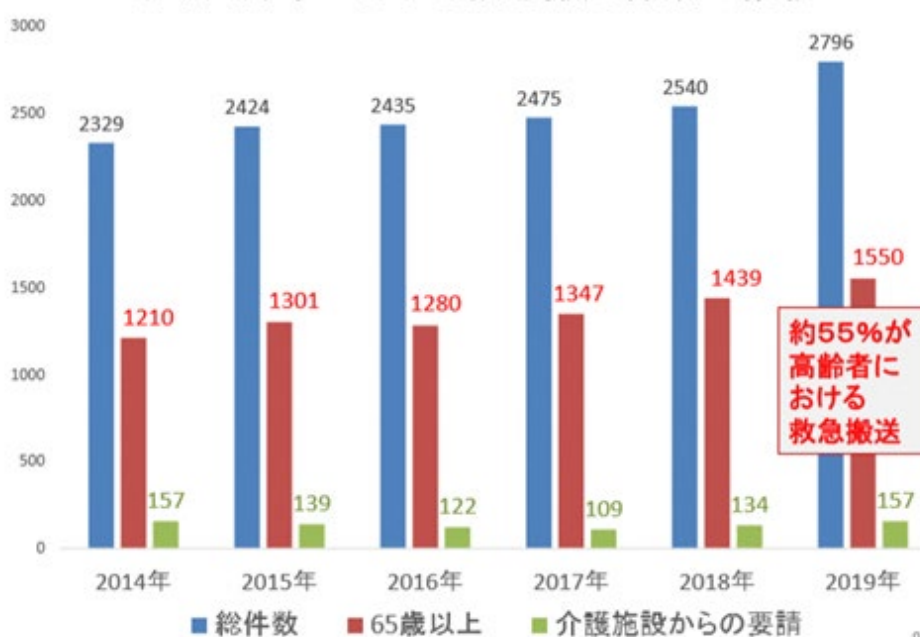
## ■取組の紹介

### (1) 取組の背景

#### ① 高齢者の救急搬送数ならびに搬送時の現場滞在時間の増加

市内には二次救急に対応する病院が3か所あるが、市外搬送となることも多かった。救急搬送件数は年々増え、中でも高齢者の占める割合が大きい傾向にある。救急時の現場滞在時間を比較したところ、高齢者救急が最も、現場滞在時間が長い状況にあった。これは、高齢者施設からの搬送増加に伴い、情報収集と受け入れ病院の選定に苦慮し、時間がかかってしまっていることが背景にある。人生の最終段階における医療等について家族と話し合いを行っていない場合が多いのも、その傾向に拍車をかけた。

(6) 白井市における救急搬送件数の推移



出典：白井市提供資料

#### ② 在宅医療体制ならびに患者情報の共有方法に関する課題

往診を行う開業医の高齢化が進み、また在宅療養支援診療所の数は2か所しかないことから、在宅医療として24時間十分な対応をとれる体制にはなっていなかった。そこで、在宅療養患者の救急搬送は、市内外の二次救急病院になりがちであるが、在宅医情報や患者情報が把握できず、本人の意思を尊重した対応ができないという課題があった。

### ③ 在宅医療・介護連携推進事業の流れ

平成 26 年度から医療・介護関係者に向けた多職種連携研修会を継続開催しており、認知症への理解や地域包括ケアの取り組みなど時々に応じたテーマで実施されてきた。

平成 27 年度から介護保険の地域支援事業として取り組みを開始した。たとえば、地域の医療・介護の資源把握としてアンケート調査を実施したり、医療・介護関係者の連携を支援する窓口を地域包括支援センターに配置したり、同一の二次医療圏内にある市区町村と連携して広域連携の協議などを進めてきた。

## (2) 個別取組の概要

### ① 救急医療情報キットと救急医療情報シート

後述する救急時情報連携ワーキングにて作成されたものである。救急医療情報キットは筒状の入れ物で、救急医療情報シートを記入して筒内に保管し、それを冷蔵庫に入れ、救急医療情報キットの保有を示すシールを冷蔵庫に貼ることになっている。それにより、救急隊員が来た時にその存在を確認することができる。キットには他に、薬の情報を入れることを推奨している。

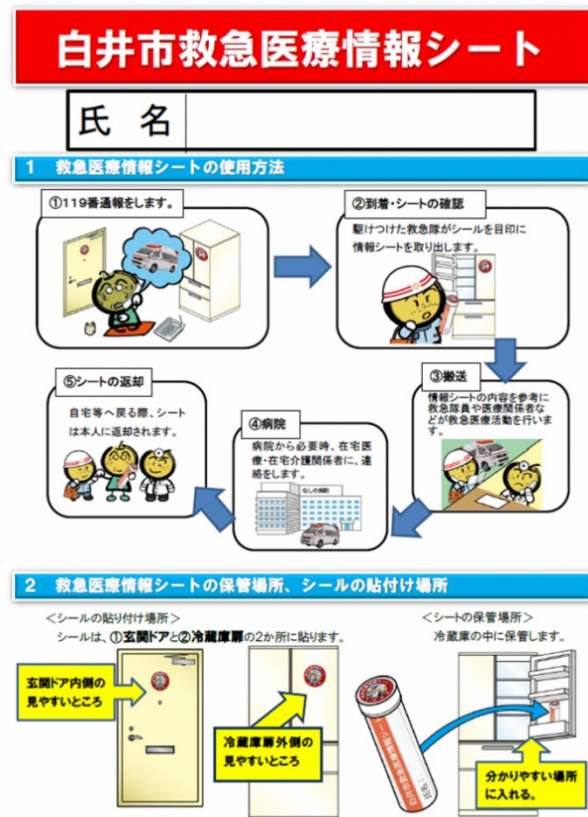
そして、救急医療情報シートの内容を参考に搬送や救急医療活動を行い、病院から在宅医や在宅介護関係者に連絡がいく。

(救急情報キット)



出典：白井市提供資料

(救急医療情報シートの説明書き)



出典：白井市提供資料

## ② 介護施設を対象にしたアンケート調査

人生の最終段階の治療・療養についての本人の意思を関係機関が共有するための連携体制を構築するための一環で、まずは、「介護施設において、本人の最終段階の治療・療養についての意思をどのように把握し、対処しているのか、看取り・救急時対応の課題」についてアンケート調査を行った。たとえば「看取りや延命治療に関する指針を策定しているか」、「入所時に延命治療について書面に記載しているか」等の結果が集計され、ワーキングで行う課題整理や対策検討の材料として活用された。

### ■ 連携強化の流れ

#### (1) 「救急時情報連携ワーキング」の設置と救急医療情報キ

#### ットの運用開始

救急搬送時の課題解決に向けて、平成 29 年度に「救急時情報連携ワーキング」を設置し、市、消防、病院、介護関係者で検討をはじめた。消防の発意によって検討がスタートしたものの、元々救急現場では高齢者の救急搬送が増え、現場レベルで病院選定するのに情報が乏しい現状に課題を抱えていた。平成 27 年度に市が主催する高齢者見守りネットワーク会議で消防から現状報告・問題提起がなされ、それを受けた市が消防と協力して取り組む方針を決めた。消防側は、先駆的な取り組みをしている八王子市高齢者救急医療体制広域連合（八高連）が参考になると考えていた。そこで平成 28 年度に、草案を考えていた消防と市の担当者が八高連を視察し、モデルケースとして参考にした。

ワーキング立ち上げには市が中心となって動いた。まず二次救急病院 2 か所（後日 1 院オープンして 3 か所）の看護部長に相談し、市から最初に救急隊と接触する看護師の参加を依頼した。また、市内の各介護施設、ケアマネジャーの事業所それぞれに文書案内を出し、興味を持つ機関に参加を呼びかけた。もともと各々の立場で高齢者の救急搬送に関する課題を抱えていたため、この取り組みに賛同した機関も多く、ワーキングが立ち上がった。

ここで「自宅用の救急医療情報シート」、「介護施設用情報連携シート」を作成し、平成 29 年 12 月 1 日より救急医療情報キットの運用が開始された。

#### (2) 「在宅医療・救急連携ワーキング」への名称変更と活動の

#### 認知拡大

「救急時情報連携ワーキング」は平成 30 年度に「在宅医療・救急連携ワーキング」と名称を変更し、在宅医療と救急医療の関係者間で、救急時における連携体制の充実に向けた検討が深められた。また、人生の最終段階の過ごし方（療養場所や延命治療に対する希望等）について、本人の意思把握の方法や意思を尊重するための対応ルールの検討が行われた。

ワーキングに参加したのは、介護施設の管理者、相談員、介護職員、介護支援専門員ならびに、同市の二次救急病院である、北総白井病院、白井聖仁会病院、千葉白井病院の看護師、地域連携室と、白井消防署の救急救命士である。事務局は、市内 3 地域の地域包括支援センターが担った。

〈ワーキングでの検討内容〉

年度	検討内容	主な活動実績
平成 30年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療情報キットの普及状況及び課題について</li> <li>救急医療情報シート運用ルールの検証</li> <li>介護施設における救急時連絡体制の現状及び課題、対応策検討</li> <li>人生の最終段階における医療のあり方、本人の意思把握について 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療情報キット周知ポスター（市内98箇所掲示）</li> <li>救急医療情報キット使用方法の動画撮影（YouTube市公式チャンネル掲載、救命講習会等で上映）</li> <li>介護施設における救急時および看取り対応アンケート調査実施</li> <li>介護施設対象の救急時・看取り対応についての意見交換会 等</li> </ul>
令和 元年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護施設における救急時対応と看取りの現状把握・課題抽出</li> <li>自宅や介護施設において人生の最終段階の過ごし方についての意思把握方法、意思尊重の取り組みについて</li> <li>救急医療情報キット、介護施設用シートの普及</li> <li>救急医療情報シートの情報更新、ICT利用の検討 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>アンケート結果をもとにした課題と再作案の整理</li> <li>救急医療情報シートの情報更新</li> <li>救急医療情報キットの普及としてフォーラム開催</li> <li>介護職員向け講習会開催 等</li> </ul>

(キット添付用シール)



出典：白井市提供資料

(白井市終活支援ノートの一部)

終末期医療・臓器提供などについてのわたしの希望

1. 終末期に近づいた時、どこで過ごしたいですか。 ※チェック☑を入れてください。

自宅     施設     病院

2. 終末期になった時の具体的な治療に対する希望 ※チェック☑を入れてください。

①自分の口から食事ができなくなったとき、延命のために「胃ろう・鼻チューブ・IVH(高カロリー輸液)」による栄養補給を希望しますか。

希望する     希望しない     決められない

②「痛みや苦痛の軽減」をすることを希望しますか。

希望する     希望しない     決められない

③回復が見込めない状態で、心臓が動かなくなったとき、延命のために「心臓マッサージ」や「人工呼吸器」などによる心臓蘇生をすることを希望しますか。

希望する     希望しない     決められない

3. 臓器提供、臓体の希望 ※チェック☑を入れてください。

臓器提供意思表示をしている(健康保険証や運転免許証の裏面など)

臓体の登録をしている [登録機関]: \_\_\_\_\_

※自分で希望する医療が判断できなくなったとき、自分の気持ちや意向を代わりに伝えてもらいたい人は、どなたですか。

\* 氏名 \_\_\_\_\_ 関係 \_\_\_\_\_

\* 連絡先 \_\_\_\_\_

\* その人に事前に自分の希望を伝えてありますか。  はい  いいえ

\* 氏名 \_\_\_\_\_ 関係 \_\_\_\_\_

\* 連絡先 \_\_\_\_\_

\* その人に事前に自分の希望を伝えてありますか。  はい  いいえ

上記の内容は、現在の意思表示であり、その内容は常に変更・撤回できます。

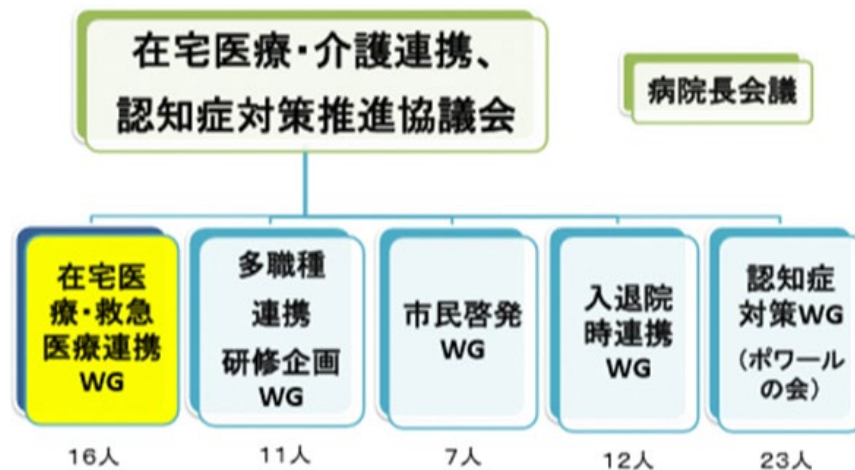
記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日    本人署名 \_\_\_\_\_

出典：白井市提供資料

### (3) 組織の体制

前述した救急時情報連携ワーキングは、平成 29 年度に、在宅医療・介護連携、認知症対策推進協議会の設置と同時に、その下部組織として立ち上がったものである。ワーキング開始後は、定期的にその取り組みを、協議会側に報告している。

令和元年度 在宅医療・介護連携推進事業の体制



出典：白井市提供資料

### (4) 在宅医療後方支援体制の整備

在宅医療不足に関しては在宅医の疲弊も懸念され、三鷹市の後方支援病床利用事業を参考に、整備が検討された。そして、在宅療養中の高齢者に一時的な入院が必要となる場合は、入院先の確保が円滑に行われるようにすることを目的に、市内 3 か所の二次救急病院を後方支援協力病院として制度整備が進められ平成 31 年度から運用が開始された。運用開始時は、市の担当者が丁寧に各病院・クリニックに説明に回り、周知を図った。また、運用開始後は実際の搬送がどのように行われたか、うまくいかなかったところは何かという検証と再周知も行われ、実用的な運用が進められている。

なお、白井市は在宅医療を受けている市民の約 6 割が、市外の在宅医に頼っている実情があった。そこで市外の在宅医でも患者が白井市民の場合はこの制度を使えるようにしている。制度開始時には、該当する市外の在宅医であっても市の担当者が説明に回った。

(後方支援体制の利用方法)

- ① 在宅医は、後方支援病院利用にあたり、事前患者登録を行うことの説明を患者に行う。  
その後、救急医療情報キット内に、患者情報が記載された書類を保管しておく。
- ② 入院・受診の必要性が発生した場合、在宅医から後方支援協力病院へ受入要請を行う。  
受診・入院の際は、救急医療情報キットを持参する。  
(患者・家族が直接病院へ連絡することは避けるよう、説明する)
- ③ 在宅医は、入院中の患者病態について病院医師と情報を共有し、容態が安定したら退院して在宅療養生活に戻る。

## (5) 介護施設向けの認知拡大

介護施設では救急医療連携の認識がないまま、慌てて 119 番をしてしまうケースもよく見られたため、介護施設向けの説明会を開催し、介護施設用シートについての理解促進を図った。説明会に欠席した介護施設には、市と消防の担当者が直接訪問し、周知を徹底している。

(介護施設用シート)

介護施設用						
氏名				記入日	令和	年 月 日
施設名称				担当者		
所在地						
電話番号						
救急要請内容 (要請に至った理由)						
行った処置						
バイタルサイン						
測定時間	血圧	呼吸	脈拍	体温	SPO2	意識状態
時 分						意識と変わりない・低下している・全く反応なし
時 分						意識と変わりない・低下している・全く反応なし
連絡医療機関						
①医療機関名				担当者	(医師・看護師・事務員)	
連絡時間	時	分	不可理由			
②医療機関名				担当者	(医師・看護師・事務員)	
連絡時間	時	分	不可理由			
③医療機関名				担当者	(医師・看護師・事務員)	
連絡時間	時	分	不可理由			
家族連絡						
①	名前(続柄)				電話番号	
連絡	未・済	連絡時間	時	分	病院への出向き	可・不可
②	名前(続柄)				電話番号	
連絡	未・済	連絡時間	時	分	病院への出向き	可・不可
③	名前(続柄)				電話番号	
連絡	未・済	連絡時間	時	分	病院への出向き	可・不可

出典：白井市提供資料

## ■取組の成果

### (1) 救急医療情報キットの普及と活用成果

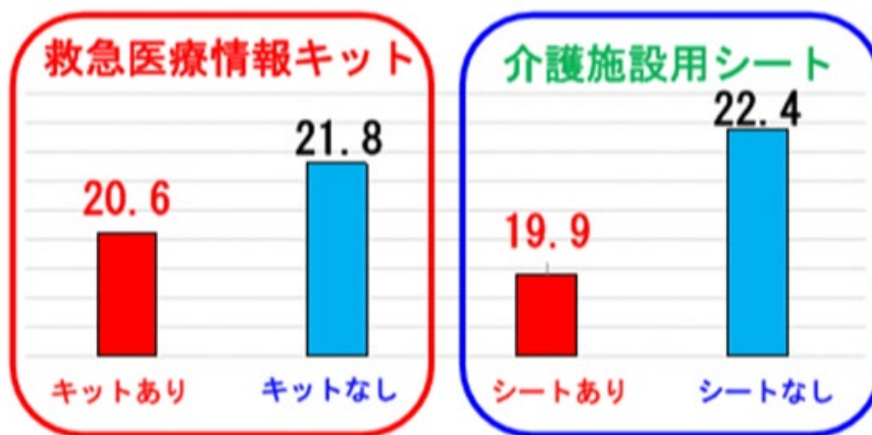
救急医療情報キットの配布数は令和2年2月末時点で累計2,368件となり、実際の活用実績は以下のとおりである。また、救急搬送の際の現場滞在時間（現場到着～出発までの時間）として、救急医療情報キットがない場合は21.8分、ある場合は20.6分、介護施設用シートがない場合は22.4分、ある場合は19.9分と短縮された。

(救急医療情報キット活用実績)

	平成29年度	平成30年度	令和元年度 (2月末時点)
配布数	225	1253	890
救急医療情報シート活用数	1	86	150
介護施設用シート活用数	7	79	93

(救急搬送現場での滞在時間比較)

#### 現場滞在時間比較（分）



出典：在宅医療・救急医療連携 ヒアリング資料／全国救急隊員シンポジウム 平成31年1月24日開催 救急需要対策（高齢者）一般講演発表資料）



## ■ 今後について

### (1) 今後の課題

---

#### ① ICT 活用の検討

医療と介護の情報共有に関して ICT 活用の検討が進められている。情報の適時更新も含めて自市に合う仕組みを今後決めていく段階にある。

#### ② ACP のさらなる推進

本人の意思に反した救急搬送を減らし、本人の意思に沿った人生の最終段階が過ごせるよう、自宅や介護施設における ACP を推進するための取り組みについてさらに検討していく。また、救急医療情報キット（介護施設用シート含む）の普及啓発対策について継続して検討を行う。

### (2) 現在の取組

---

#### ① 情報シートの更新と活用促進

運用をはじめてみると、同じ人が複数回搬送されることが多いことが見えてきた。そこで、履歴情報を書き込めるように救急医療情報シートの更新が進められた。

また、救急の出動現場でキットの有無を確認するため、ない場合は本人または関係者に周知用リーフレットを渡すことにより啓発機会となる。結果的に、後日地域包括支援センターの窓口等に問い合わせが来ることもあり、フォローし、活用促進につなげている。

#### ② 終末期医療の意向についての記載

令和元年の10月から、終活支援ノートの配布を行っている。終末期医療の意向について記載するページ部分は、ノートから切り離して救急医療情報キットに収めることを推奨している。

あわせて、ACP の普及啓発にも取り組んでいる。市民啓発ワーキングが企画する「在宅医療フォーラム」にて、ACP をテーマにした寸劇を演じることを通じて、市民に分かりやすく伝える工夫を行っている。

#### ③ 入退院時連携ワーキンググループの活動

「要介護状態の方が病気の悪化等を理由に病院へ入院することになっても安心して入院・退院ができ、支援が着実に引き継がれる」ための取り組みは、別の入退院時連携ワーキンググループで検討が進められてきた。そのワーキングにて、入退院時連携ルール BOOK の制作と普及が進んでいる。

■資料編

工程表

	救急医療連携検討準備 平成27～28年度	対策協議会活動 平成29年度	救急医療連携強化 平成30年度	認知普及強化 平成31年
在宅医療・介護連携、認知 症対策	平成27年 高齢者見守り ネットワーク会議	平成29年 在宅医療・介護連携、 認知症対策推進協議会		↑
救急医療連携	平成28年 他市視察・ベン チマーク	平成29年 救急時情報連携ワー キング  救急医療情報キット  介護施設用シート	平成30年 在宅医療・救急医療 連携ワーキング  介護施設意見交換会  介護施設における救急時 および看取り対応アン ケート調査	平成31年 在宅医療・救急医療 連携ワーキング  介護施設向け急変時対応 講習会

## 3. 東京都葛飾区

### ■ 地域概要

葛飾区は東京 23 区の北東端に位置し、総面積は 34.80 km<sup>2</sup>であり、23 区の中では 7 番目の広さを有している。日本橋の全国里程元標から区の中心地点（京成青砥駅）まで、およそ 10.1 キロメートル、東は江戸川を境に千葉県松戸市に、西は足立区・墨田区、南は江戸川区、北は大場川を境として埼玉県八潮市・三郷市にそれぞれ接している。

東側には、江戸川、西には荒川・綾瀬川、中央には中川・新中川が流れており、都内屈指の水郷景観を誇る都立水元公園や花菖蒲の名所「堀切菖蒲園」など、水と緑が調和した美しい環境が多く見られる。

また、映画『男はつらいよ』の舞台として知られ、平成 30（2018）年 2 月には、東京都初の国の重要文化的景観として選定された「柴又」や、漫画「こちら葛飾区亀有公園前派出所」の舞台となった「亀有」、漫画「キャプテン翼」の作者にゆかりのある「四つ木」、昭和レトロな雰囲気が残る「立石」など、人情味あふれる下町らしい暮らしや街並みも残っている。

### 人口・面積

- ・人口：464,487 人（住民基本台帳、令和 2 年 3 月 1 日現在）
- ・面積：34.80 km<sup>2</sup>

### 地域医療・救急救命関連の基礎情報

#### ○高齢化率の動向

65 歳以上の高齢化率 24.51%で、同時期の東京都平均 23.3%をやや上回る（平成 31 年）。

単位：人

	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	令和 2 年
65 歳以上人口	110,927	112,080	113,004	113,496	113,903
全人口	453,734	457,927	461,060	463,099	464,487

出典：葛飾区世帯と人口 4 月 1 日（令和 2 年のみ 3 月 1 日）

## ○地域医療資源（施設数）

- ・ 医師数 884（人口 10 万人あたり 100.53、全国平均 246.00）
- ・ 一般診療所 335（人口 10 万人あたり 75.64、全国平均 71.57）、うち在宅療養支援診療所 40（人口 10 万人あたり 9.03、全国平均 11.67）、一般診療所病床数 184（人口 10 万人あたり 41.54、全国平均 73.45）
- ・ 病院 21（人口 10 万人あたり 4.74、全国平均 6.65）、うち在宅療養支援病院 6（人口 10 万人あたり 1.35、全国平均 1.17）、病院病床数 2,536（人口 10 万人あたり 572.57、全国平均 1,216.46）
- ・ 歯科 276（人口 10 万人あたり 62.31、全国平均 55.83）、うち訪問歯科 27（人口 10 万人あたり 6.10、全国平均 9.07）
- ・ 薬局 241（人口 10 万人あたり 54.41、全国平均 48.72）、うち訪問薬局 59（人口 10 万人あたり 13.32、全国平均 14.25）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

## ○救急救命資源と現状（注）以下は、「東京都」全体の数字である

- ・ 消防本部、消防方面本部、消防署 81、分署 3、出張所 208（葛飾区内：消防署 2・出張所 7）、職員 18,408 人、消防車両 1,974 台、救急車 251 台（葛飾区内：消防署配置救急車 9 台、非常用救急車 2 台）
- ・ 東京都：平成 28 年救急出動件数 777 千件、搬送人員 691 千人（葛飾区：25,234 人）（東京都：平成 27 年の出動 759 千件・搬送 673 千人）
- ・ 東京都：平成 28 年搬送総数 691,423 人の傷病程度別の内訳：死亡 5,339 人（0.8%）、重篤 13,648 人（2.0%）、重症 29,190 人（4.2%）、中等症 263,854 人（38.2%）、軽症 379,332 人（54.9%）
- ・ 葛飾区：平成 29 年搬送総数 25,234 人の傷病程度別の内訳：死亡 249 人（1.0%）、重篤 504 人（2.0%）、重症 1,102 人（4.4%）、中等症 10,958 人（43.4%）、軽症 12,421 人（49.3%）

（出典：「平成 30 年地域医療推進委員会（一般社団法人 葛飾区医師会）資料」より抜粋）

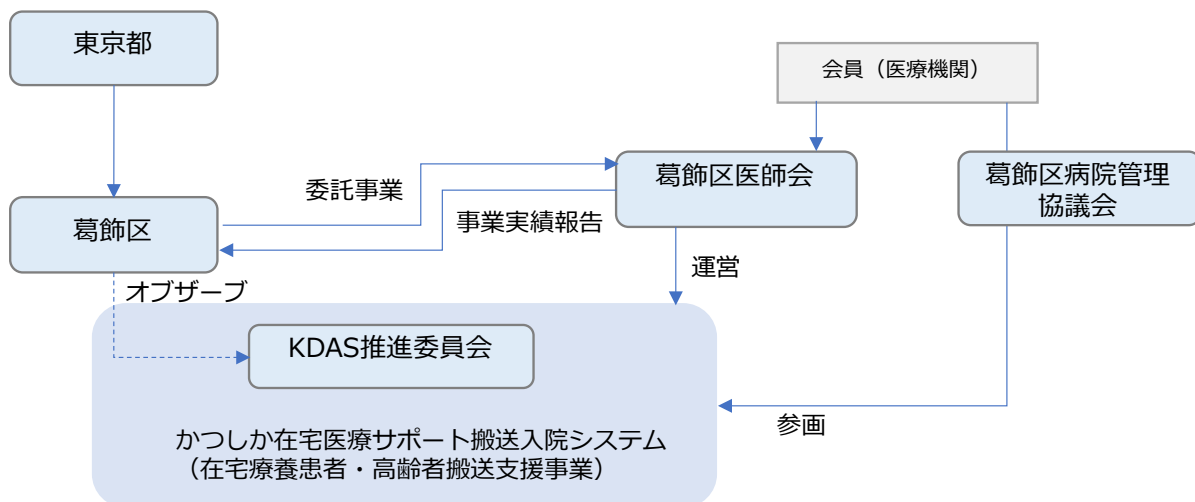
## ■事例の概要

葛飾区は、東京都の区東北部 2 次保健医療圏に位置し、二次救急医療機関としては区内 8 病院他、隣接する足立区・荒川区と共通したエリアで救急医療体制がつけられている。同区では 40 年以上続く医療機関の連携（葛飾区病院管理協議会）があったり、医師会の新規事業として「葛病協地域医療連携部会」という名で地域医療連携が進められたりと、地域全体の医療連携は円滑であった。

一方、近年の高齢化社会の中で高齢者の救急搬送が増加していることは課題として挙がっていた。また、高齢者搬送の場合、かかりつけ医と搬送先病院との情報連携不足という課題もあった。そうした背景の中で課題解決に向け、平成 26 年に東京都の「区市町村在宅療養推進事業」を活用して、「在宅療養患者・高齢者搬送支援事業」を立ち上げた。

特徴の 1 つは、区内 2 病院が保有する病院救急車を活用し、一刻を争う緊急性事例ではない高齢者搬送について、病院救急車を活用した搬送と情報連携をはかる仕組みにしたことである。かかりつけ医があらかじめ患者の承諾を得て、患者情報を保持。搬送時にはかかりつけ医から病院救急車に連絡し、情報を提供することで、スムーズに搬送できるようにした。これにより、患者と家族の希望に沿った適切な医療や在宅療養を円滑に行うとともに、多少なりとも消防庁救急車の利用を抑え、地域全体での救急搬送の円滑さに寄与することを目指した。

かかりつけ医の認知はまだ十分ではないとの課題意識はあるものの、登録数、利用者数は年々増加している。在宅医療にとっても、緊急時の搬送先が安心して確保できる体制ともいえる。なお、一人暮らしの高齢者を中心に救急医療情報キットの配布や、在宅療養に関する区民向け情報提供なども継続的に行われており、葛飾区の在宅看取りの率は全国に比べて高い。



## ■ 取組の紹介

### (1) 取組の背景

#### ① 在宅医療の普及と円滑な病院・診療所・区の連携関係

葛飾区では在宅看取り率が平成 29 年度に全国トップになるなど、在宅医療の普及が進んでいる。従来から病院と診療所の連携も密で、医師会の組織である葛飾区医師会病院委員会と、診療所全般が関わる葛飾区病院管理協議会との会合も 3 ヶ月に 1 回実施され、円滑な情報連携が進む。

なお、在宅医療推進については「葛飾区在宅療養ガイドブック」や「葛飾区在宅療養かわら版」（令和元年より区の広報紙に統合）を発行し、区民への普及促進を進めている。

#### ② 高齢者救急で起こっていた問題点

高齢者の場合、単身・独居で救急となると、背景となる病状把握が困難になりがちである。本人も漠然とした訴えしかできず、病院選定や重症度の判定が難しい事情があった。また、多数の疾患が併発している場合や、認知症などの情報が得られないのも、問題になりがちであった。

また救急車を呼ぶと区内の病院に搬送されず、かかりつけ医との情報共有がなされない課題もあった。救急搬送後は高齢者施設に入る場合もあり、かかりつけ医側から見ると、本人の状況が得られないままになってしまうことも起こっていた。

#### ③ 東京都の救急ルールと葛飾区の医療体制

高齢化社会も進む中、東京都の救急搬送人員数は年々増加していた。東京都は 2009 年に、救急患者を迅速に医療管理下におけるよう、地域の医療機関が相互連携する「救急医療の東京ルール」の運用を開始している。葛飾区は、区東北部 2 次保健医療圏に属し、重症患者は都内 26 病院と区東北部の 1 病院、近隣の 1 医療センターへと搬送、中等症患者は東京都指定二次救急医療機関への搬送となり、そこには葛飾区 8 病院と近隣区である足立区 15 病院、荒川区 5 病院が含まれる体制のもと、救急搬送が運用されている。

しかし在宅療養患者数が増加する中、在宅患者・高齢者搬送の出動件数増加により事故・救急疾患の対応が遅れる事例が増加し、従来の救急搬送システム運用に支障が出る場合もあった。また、高齢者・在宅療養患者が病状悪化した際、自身で医療機関への搬送手段が確保できず困っているケースもあった。

## (2) 個別取組の概要

---

### ① かつしか在宅医療サポート搬送入院システム

葛飾区では平成 26 年度より、東京都の「区市町村在宅療養推進事業」の補助金制度を活用し、在宅医療・高齢者搬送支援事業を始めた。医師会の事業名称としては「かつしか在宅医療サポート搬送入院システム」として運用されている。

これは、葛飾区内の 2 つの一般病院に病院救急車を置き、在宅療養患者・高齢者に特化した搬送をする仕組みである。利用に際してはまず、かかりつけ医から患者本人にこの仕組みについて説明し、同意書に記入する。搬送の必要があるとかかりつけ医が判断した場合に、病院救急車のコールセンターに連絡する。すると、病院救急車が患者本人の自宅へと向かい、かかりつけ医からの情報に基づき適切な病院へと搬送する。

なお、開始当初は事前にかかりつけ医から登録した患者のみに限定されていたが、平成 30 年度より、事前登録をしていなくても受け入れる仕組みに変更した。また、患者宅に訪問しているケアマネジャーや訪問看護師等が本事業の利用の必要性を感じた場合、かかりつけ医が事業登録されていれば活用することができる。患者の事前登録まで済んでいる場合は、かかりつけ医に連絡して了承を得た上で直接介護・看護サービス事業者から搬送依頼をすることができる。利用登録が済んでいない場合はかかりつけ医に連絡し、医師から搬送先医療機関の了承を得てから搬送依頼を行う。

この事業は、主に 2 つの目的で実行されている。

- ・在宅療養患者にとっての搬送先・搬送手段を確保するための安心体制をつくり、区民の治療を区内で完結させる。
- ・東京消防庁救急車との機能分担を行うことで、従来の緊急搬送システムの継続・安定運用に寄与する。

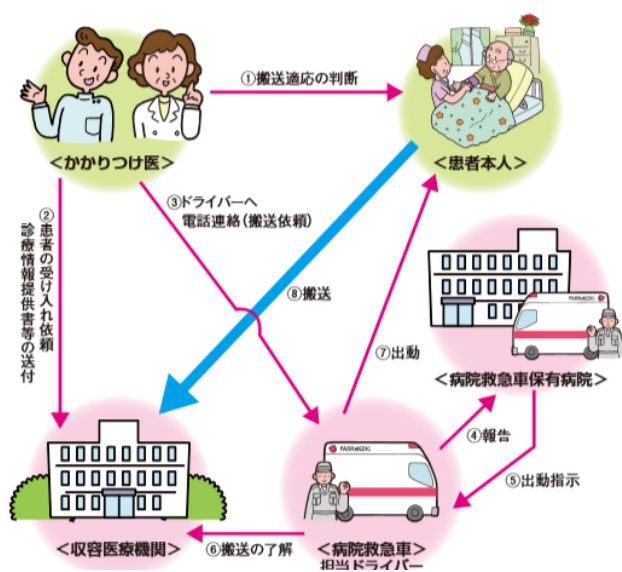
そのため、次のような場合を搬送対象としている。

- ・救命救急ではなく半日程度待てるが、病院での精査加療が必要な状態。
- ・病状が安定していても、民間車では搬送困難な状態。

想定される利用状況としては、高齢者の発熱や脱水症、軽度の肺炎、骨折、歩行困難、低栄養状態等である。

なお、病院救急車の稼働は平日の 9 時から 17 時の間で、2 つの医院に所属する 2 台の病院救急車が、曜日により交代して対応する。消防庁救急車とほぼ同じ装備で、救急救命士や看護師が同乗するため、介護タクシー等での移送に比べて安心感がある。

## (搬送の流れ)



### (かかりつけ医)

- ① 適応搬送の判断
- ② 収容予定医療機関に受入を依頼、診療情報提供依頼書を送付
- ③ ドライバーへ搬送を依頼し、情報を伝える

### (病院救急車保有病院)

- ④ ドライバーが担当医師に依頼を報告
- ⑤ 担当医師がドライバーに出動指示
- ⑥ ドライバーが収容予定医療機関に搬送の了解を確認
- ⑦ 病院救急車出動
- ⑧ 患者を収容医療機関へ搬送

### (収容医療機関)

- ⑨ 患者を収容し加療

出典：かつしか在宅医療サポート搬送入院システムリーフレット

## ② 救急医療情報キット

65歳以上のひとり暮らし高齢者等に対し、かかりつけ医療機関やかかっている病気等、救急搬送時に提供すべき必要な情報を保管するためのキットを無料配布している。かかりつけ医療機関名や病気、アレルギー、緊急連絡先を必ず「救急連絡情報用紙」に記入してこのキット内に入れる。他に保険証や診察券の写し等も同封する。一緒に配布しているシールを冷蔵庫の扉や玄関に貼ることで、救急隊が来た時に、救急医療情報キット保持者だと判断できる。

平成28年9月から、キットの中に入れる「救急連絡情報用紙」の様式を変更し、「かつしか在宅医療サポート搬送入院システム」への登録の有無を記載する欄を新たに追加した。



## ■ 連携強化の流れ

### (1) 在宅療養患者・高齢者搬送支援事業を開始

平成 26 年度に葛飾区医師会が、東京都の「区市町村在宅療養推進事業」の補助金制度を活用し、葛飾区から補助金交付を受ける形で開始したのが「在宅療養患者・高齢者支援事業」である。高齢者患者の救急搬送数増加が課題となっている中、地域での在宅医療・救急医療連携整備の優先度が高いと判断され、病院救急車の整備をはじめとした計画がつけられた。

この事業に関しては、平成 25 年度から葛飾区医師会で検討・準備が進められていた。開始前から開始後の流れは次の通りである。なお、医師会内での検討・整備と並行して、葛飾区とは医師会との定例会によって情報共有、報告がなされている。

年度	葛飾区医師会側での主な検討・実施事項
平成 25 年度	<ul style="list-style-type: none"><li>・地域医療部運営委員会で検討</li><li>・病院管理協議会・病委員会合同会で検討</li><li>・保健所と打ち合わせ、都に事業計画を提出</li><li>・葛飾区在宅療養患者・高齢者搬送支援事業連絡会開始（以後継続開催） （医師会、病院、区保健所が参加）</li><li>・会委員向け事業運用説明会、事業登録開始</li></ul>
平成 26 年度	<ul style="list-style-type: none"><li>・介護事業者への説明</li><li>・コールセンター開設</li><li>・事業開始（6 月）</li><li>・事業検証（10 月）</li><li>・連絡会の定期開催</li><li>・ポスター作成</li></ul>
平成 27 年度	<ul style="list-style-type: none"><li>・アンケート実施（8 月）</li><li>・クリアファイル・ポケットガイド作成</li><li>・連絡会の定期開催</li></ul>

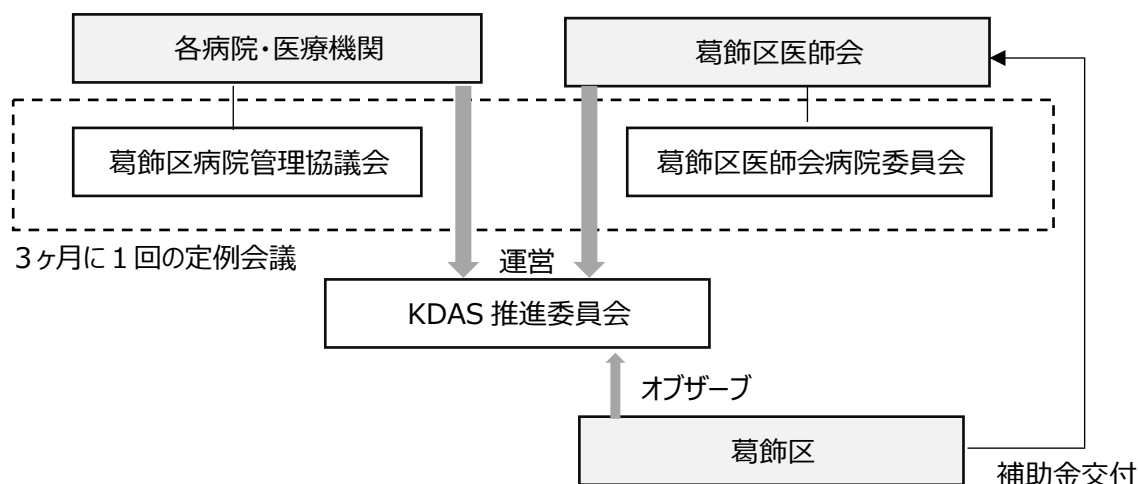
### (2) 連絡会を推進委員会へ変更し、継続運用

平成 25 年にはじまった葛飾区在宅療養患者・高齢者搬送支援事業連絡会は、継続的に 9 回開催した後、平成 29 年に「KDAS（かつしか在宅医療サポート搬送入院システム）推進委員会」として新たに設置された。ここの参加者は、医師会と医療機関で、区へは定例会を通じた報告をしている。また、補助金を活用した事業であるので、事業実績報告として毎年報告がなされている。

また活用が拡大する中で、平成 28 年 1 月には、かかりつけ医、受入病院、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師等の多職種連携で運用する「かつしか在宅医療サポート搬送入院システム連絡会」及び「100 例突破記念懇親会」を開催。平成 29 年 1 月 24 日には「200 例特化記念懇親会」が開催されている。

### (3) 組織の体制

「かつしか在宅医療サポート搬送入院システム」は葛飾区医師会の事業として運用されているが、定例会等を通じ、関係機関と連携が図られている。また、各病院との連携は、医師会だけでなく、病院機関が主体である協議会と密な連携をする形で進められてきた。



## ■ 取組の成果

### (1) かつしか在宅医療サポート搬送システムの活用増加

病院救急車の利用は、平成 26 年 52 件、平成 27 年 109 件、平成 28 年 99 件（いずれも 6 月～翌年 5 月の件数）と、利用が拡大してきた。平成 30 年度の利用数ならびに登録医療機関数・患者数は次の通りである。

	登録医療機関数	登録患者数	病院救急車活用数
平成 30 年度 登録・活用数	86	790	323
前年からの増加件数	1	20	14

また、平成 30 年の病院救急車活用数のうち、上位の搬送内容は次の通りであった。

- ・ ADL 低下、衰弱、貧血、意識低下、状態観察、食欲不振、歩行困難、倦怠感・・・58 件
- ・ 肺炎、誤嚥性肺炎、誤嚥性肺炎疑い・・・25 件
- ・ 脱水症・・・22 件
- ・ 精査加療、要画像診断・・・21 件 等

出典：平成 30 年 3 月 15 日 地域医療推進委員会資料「かつしか在宅医療サポート搬送入院システム（葛飾区医師会）」

## ■ 今後について

### (1) 今後の課題

---

#### ① かかりつけ医への認知と利用拡大

参画しているかかりつけ医が、区内医療機関の1/4程度であるため、さらなるPR活動を進める必要性が感じられている。また既に参画しているかかりつけ医も、登録患者数、利用機会に偏重の傾向があるため、より気軽に活用してもらうための認知活動、患者登録のわかりやすさ、利用推進ツールの拡充、関係各所との連携が今後進められる予定である。

#### ② 地域の医療・介護・福祉がすべて関わる多職種連携プラットフォームの構築

今後は、地域の医療・介護・福祉の協議会が連携し、搬送の仕組みがより機能し、地域のサービス提供事業所との包括的な提携が進んでいくことを目指している。

### (2) 現在の取組

---

#### ① かつシカ連携医相談室を設置し、在宅医療の支援体制を強化

「かつしか在宅医療サポート搬送入院システム」と同様に区から補助金交付を受け、平成29年2月から葛飾区医師会内に「かつシカ連携医相談室」を設けることで、かかりつけ医との連携だけでは対応しきれない事例、入退院困難事例を中心とした事例を受け付けている。主に脳卒中、摂食嚥下障害、リハビリ困難等の症例等を対象とする。区内の病院・診療所は直接この相談室・相談員に連絡することができ、ケアマネジャーは葛飾区内の高齢者総合相談センターを介して受け付けている。

■資料編

工程表

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
在宅医療・高齢者搬送支援事業 推進体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数の委員会・協議会で検討</li> <li>・計画書提出</li> </ul>					
	葛飾区在宅療養患者・高齢者搬送支援事業連絡会					
在宅医療・高齢者搬送支援事業 実施事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会会員向け事業通用説明会 (3月)</li> <li>・事業登録受け付け開始 (3月)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護事業者説明 (4月)</li> <li>・コールセンター開設 (5月)</li> <li>・事業開始 (6月)</li> <li>・事業懸賞 (10月)</li> <li>・介護事業者説明 (12月)</li> <li>・ポスター作成 (3月)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アンケート実施 (8月)</li> <li>・クリアファイル作成 (11月)</li> <li>・多職種連携で運用する連絡迂回開催 (1月)</li> <li>・ポケットガイド作成 (3月)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急医療情報キット内の様式変更 (9月)</li> </ul>		
						KDAS推進委員会

# 資料① 在宅療養患者・高齢者搬送支援事業利用登録同意書

かかりつけ医用

## 在宅療養患者・高齢者搬送支援事業利用登録同意書

私は本事業について説明を受け同意の上、入院等が必要なときは病院救急車の利用を希望します。

私の個人情報及び診療情報等が、収容予定病院・病院救急車保有病院・葛飾区医師会に送付されることを承諾いたします。

平成 年 月 日

本人署名 (未成年の場合はその保護者) \_\_\_\_\_

(代理者記載の場合：代理者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_)

**【必須記入項目】 ※必ず記入してください。**

フリガナ： \_\_\_\_\_ ○性 別：男・女

○氏 名： \_\_\_\_\_ ○電話 番号： \_\_\_\_\_

明治・大正・昭和・平成

○生 年 月 日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

○住 所： 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 葛飾区

○緊急連絡先： 近親者またはキーパーソンの氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

電 話 番 号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

※必ず連絡が付く連絡先を記入してください。(お持ちの場合) 携 帯 電 話 番 号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

○かかりつけ医療機関名： \_\_\_\_\_

○主 治 医 名： \_\_\_\_\_

○病院での医療に対する希望(希望の項目にチェック☑してください) 今後変更可

①心臓マッサージなどの心肺蘇生  して欲しい  して欲しくない  わからない

②延命のための人工呼吸器  つけて欲しい  つけて欲しくない  わからない

**【かかりつけ医が記入してください】**

○収容予定病院： \_\_\_\_\_

○主病名 \_\_\_\_\_

保険情報		高齢者医療・公費情報		公費情報	
保険者番号	_____	負担者番号	_____	負担者番号	_____
記号	番号	受給者番号	_____	受給者番号	_____
被保険者との続柄	本人・家族	負担割合	_____ 割		

**搬送留意事項**

○居住環境面 (階段が細いなど) \_\_\_\_\_

○病状面 (人工呼吸器装着中など) \_\_\_\_\_

○その他留意点 \_\_\_\_\_

## 4. 長野県松本市

### ■ 地域概要

松本市は、本州及び長野県のほぼ中央に位置している。標高 3,000 メートル級の峰々が連なる北アルプスの山岳を西に望む土地で、周辺にはリンゴ、ブドウ、スイカといった様々な農産物を有する高原地域があり、良好な自然環境に恵まれている。

平成 17 年 4 月 1 日には、近隣の四賀村・安曇村・奈川村・梓川村と合併し、また平成 22 年 3 月 31 日の波田町との合併により、新松本市としての一步を踏み出した。平成 19 年には市制施行 100 周年を迎えている。

明治期からは製糸業を中心とした近代産業が勃興し、大正初年には日本銀行松本支店が開業されるなど長野県内の経済金融の中心となった地である。近代工業化は第二次世界大戦中の工場疎開に端を発し、さらに昭和 39 年の内陸唯一の新産業都市の指定が契機となって、電気・機械・食料品等の業種を中心に発展し、最近ではソフトウェア産業の振興が図られている。中南信の商圏の中心として大きな商業集積を形成してきており、平成 14 年 1 月に竣工した土地区画整理事業、蔵のまち中町街なみ環境整備事業、縄手通り整備など個性ある商店街が出現してきた。

高速交通網は、平成 5 年に長野自動車道が全線開通、北陸地方を結ぶ安房トンネルが平成 9 年 12 月開通、平成 6 年の松本空港ジェット化整備により、交流拠点都市としての機能も充実している。

### 人口・面積

・人口： 238,398 人（令和 2 年 3 月 1 日現在）

・面積： 978.47 km<sup>2</sup>

### 地域医療・救急救命関連の基礎情報

#### ○高齢化率の動向

65 歳以上の高齢化率 27.9%で、同時期の長野県平均 31.8%を下回る（平成 31 年 4 月 1 日）。

単位：人

	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	令和 2 年
65 歳以上人口	64,505	65,312	65,822	66,160	66,549
全人口	241,796	241,272	240,342	239,635	238,737

出典：年齢別男女人口：すべて各年 1 月末の数字

### ○地域医療資源（施設数）

- ・ 医師数 889（人口 10 万人あたり 365.40、全国平均 246.00）
- ・ 一般診療所 203（人口 10 万人あたり 83.44、全国平均 71.57）、うち在宅療養支援診療所 30（人口 10 万人あたり 12.3、全国平均 11.67）、一般診療所病床数 100（人口 10 万人あたり 41.10、全国平均 73.45）
- ・ 病院 16（人口 10 万人あたり 6.58、全国平均 6.65）、うち在宅療養支援病院 4（人口 10 万人あたり 1.63、全国平均 1.17）、病院病床数 3,523（人口 10 万人あたり 1,448.05、全国平均 1,216.46）
- ・ 歯科 141（人口 10 万人あたり 57.95、全国平均 55.83）、うち訪問歯科 35（人口 10 万人あたり 14.39、全国平均 9.07）
- ・ 薬局 114（人口 10 万人あたり 46.86、全国平均 48.72）、うち訪問薬局 23（人口 10 万人あたり 9.45、全国平均 14.25）

出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋

### ○救急救命資源と現状

- ・ 消防署 10、職員定数 264 人、救急車 7 台
- ・ 平成 29 年救急出動件数（6,467 件、搬送人員 6,071 人（平成 28 年の出動 6,280 件・搬送 5,820 人）
- ・ 上記のうちの急病件数 4,069 件、急病搬送人員 3,838 人
- ・ 平成 29 年搬送人員 7,020 人の傷病程度別の内訳：死亡 62 人（1.9%）、重症 637 人（10.5%）、中等症 2,501 人（41.2%）、軽症 2,868 人（47.3%）、その他 3 人（0.05%）

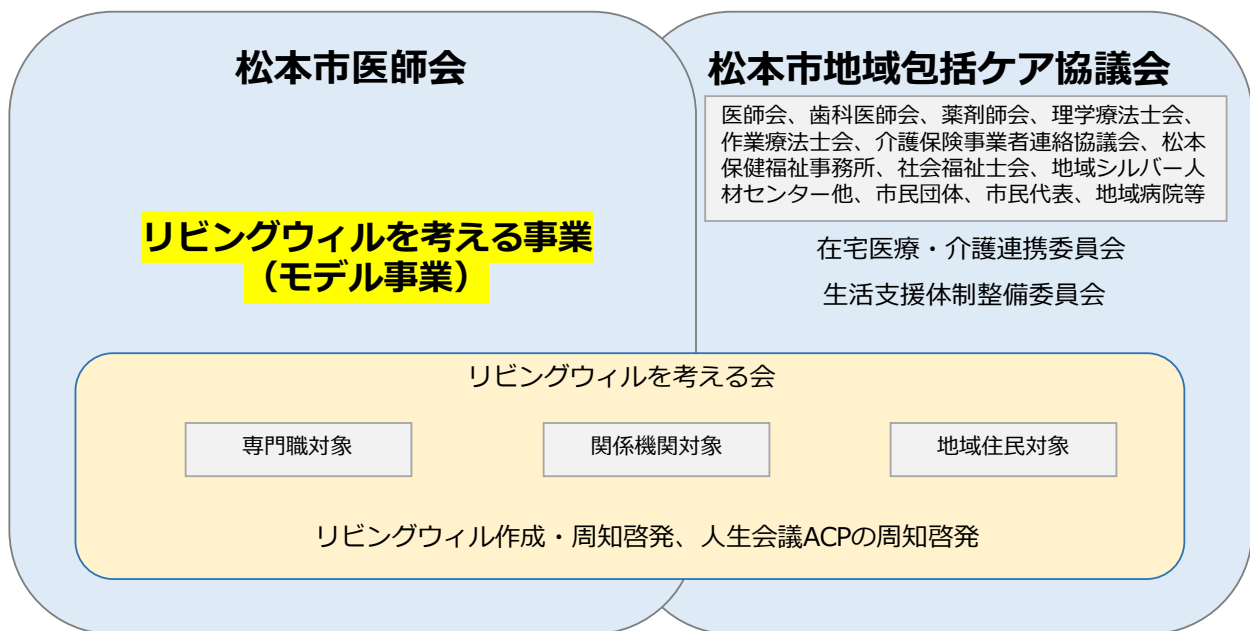
出典：「松本市消防年報 平成 30 年版」より抜粋

## ■ 事例の概要

延命治療を望まない意思を持っていたとしても、救急搬送の現場でその把握ができなかったり、検視にまで至ってしまったりする事案が起こっている中、松本市では平成 29 年度より、県医師会のモデル事業を活用してリビングウィルを整備する検討が始められた。平成 26 年度より始まっている地域包括ケア協議会の活動や問題意識ともあいまって、「リビングウィルを考える」事業が3か年計画で立ち上がった。

事業ではまず、「専門職（医療・介護等の専門職・行政職員等）」「関係機関（消防・警察・弁護士・救急病院等）」「地域住民」とカテゴリーを3つに分け、勉強会形式で意見や課題について議論が深められた。そうした過程の中で、松本市版リビングウィルのあり方についての方向性が定まっていき、医師会がリビングウィル初案をつくり、医師会員へのパブリックコメント実施、協議会への上程・協議を重ね、最終的に「わたしのリビングウィル（事前指示書）」としてまとめられた。

平成 31 年 4 月に完成した後は、プレスリリース、運用のための研修会、ポスター等で周知・活用促進がはかられた。令和元年 5 月 1 日公開・運用開始にあたり集中的な初期発信をしたことで、地元新聞をはじめ多くのメディアに掲載され、市民の認知も高まり、配布が順調に進んでいる。今後はそれを活用した市民一人ひとりの行動が進んでいく段階へときている。





## ■取組の紹介

### (1) 取組の背景

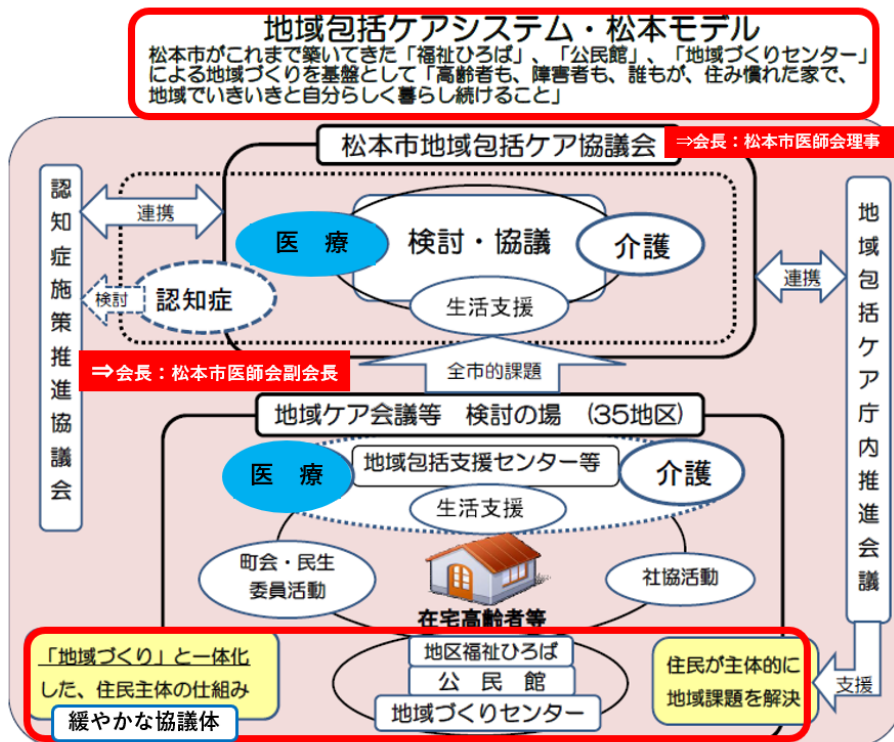
#### ① 地域包括ケア会議での多職種間連携と、医師会における医療・介護コーディネーターの動き

地域での医療・介護連携を進める体制として、平成26年度より地域包括ケア協議会が設置されている。松本市では、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアの仕組みに関して、新たに仕組みをつくるのではなく、既にある地区福祉ひろばや公民館、地域づくりセンターでの地域福祉活動や地域づくりに「医療と介護の専門職が連携した在宅サービスの提供」、「向こう三軒両隣のような地域の支え合い」の仕組みを加えることにより、地域包括ケアシステム・松本モデルの構築を目指してきた。

松本市包括ケア協議会の会長は松本市医師会の理事で、地域ケア会議の推進役に医療・介護コーディネーターが係わっている。医療・介護コーディネーターは、松本市の委託事業として医師会が推進しているもので、主任ケアマネジャー・看護師の資格を持つコーディネーターが医師会事務局内にデスクをおいている。具体的な業務は以下の通りである。

(主な業務)

- 1) 地域ケア会議のコーディネート、医師・歯科医師・薬剤師の出席手配
- 2) 「医療と介護の資源マップ」作成管理
- 3) 在宅医療同行研修調整
- 4) 地域包括ケア多職種連携研修会調整
- 5) 在宅医療勉強会・在宅医療ネットワーク
- 6) 松本市版リビングウィルの作成・普及・啓発



↑松本モデルの特徴

出典：松本市医師会提供資料

## ② 看取り・救急搬送現場での課題意識

市内の在宅医療関係者が現場で感じている課題があり、それが医師会に挙がってくるがあった。たとえば看取り間際、家族が慌てて119番通報。少し遅れて主治医も到着したが、死亡していた為に、警察も関与し検視することになってしまった事例があった。

## (2) 個別取組の概要

### ① 長野県のモデル事業を活用し、「リビングウィルを考える」事業を実施

長野県では、リビングウィル（事前指示書）の運用に関する多職種連携による仕組みづくりを推進するために、平成29年度より在宅医療連携推進モデル事業を開始した。松本市医師会は長野県医師会を通してそれを受託し、リビングウィル作成について検討を始め3ヵ年計画で「リビングウィルを考える」事業を平成29～31年度で進めた。本事業は松本市版リビングウィル（事前指示書）の作成・公開を目指していたが、むしろそれをきっかけとする「対話」を専門職（多職種）や関係機関、一般市民と積み重ねることにより、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）＝「人生会議」の重要性に対する理解を深め、広めることを目的としたものである。リビングウィルを整備し、普及していくための活動の中で、主要な活動の1つに「リビングウィルを考える会」がある。これは、

- ・ 専門職対象（医療・介護等の専門職・行政職員等）
- ・ 関係機関対象（消防・警察・弁護士・救急病院等）
- ・ 地域住民対象

の3種類にわけて開催することが企画され、まず平成29年度は専門職を重点対象とし、正しくリビングウィルについて理解し、合わせてACPの重要性を学ぶ勉強会の開催。翌30年度からは関係機関、地域住民向けも並行して、相当数の勉強会の場、研修等が開かれた。

（主な実施事項）

	位置づけ	実施事項
平成29年度	種まき：基礎固め 周知啓発	専門職（多職種）/行政・地域包括支援センター他関係機関に協力依頼、啓発活動（「リビングウィルを考える会」の開催） ・ 地域包括ケア多職種連携研修会
平成30年度	育てる：周知啓発～専門職/関係機関との合意形成へ	・ 「リビングウィルを考える会 専門職対象」の開催（定例と随時） ・ 「リビングウィルを考える会 地域住民対象」を地区ごとに開催 ・ 「リビングウィルを考える会 関係機関対象」を随時開催 ・ 松本市版リビングウィル（事前指示書）（案）を作成/関係者間で検討 ・ 地域包括ケア多職種連携研修会 ・ 在宅医療シンポジウム in 信州

平成 31 年度 (令和元年度)	みのり：様式完成～公開へ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「リビングウィルを考える会（専門職・関係機関・地域住民対象）」継続</li> <li>・松本市版リビングウィル（事前指示書）運用のための研修会開催～公開へ</li> <li>・在宅医療・介護連携推進セミナー</li> <li>・甲信越在宅医療推進フォーラム</li> <li>・地域包括ケア多職種連携研修会</li> </ul>
---------------------	--------------	--

(例：平成 30 年度のリビングウィルを考える会 開催件数)

	専門職対象	関係機関対象	地域住民対象
平成 30 年度	30 回	2 回	39 回
1 回あたり参加者 (平均)	29 人	22 人	30 人

## ② リビングウィルの作成（資料①）

勉強会等の場で専門職、行政、住民との議論を進めながら医師会で初案をつくり、医師会会員からパブリックコメントを集めた。そして地域包括ケア協議会で提示し、関係者の承認を得た。

なお初案をつくる際、当初は国立長寿医療研究センターの「終末期医療の事前指示書」等を参考に進めたが、地域性を加味した「松本市版」をつくるため、「リビングウィルを考える会」（専門職対象、関係機関対象、地域住民対象）から出た意見をもとに、約 40 回もの修正を経ている。「松本市版」作成に当たっては、書面にこだわりすぎず考える過程を大切にすること（「人生会議」の重要性を強調）、何度でも書き直せるものにする、かかりつけ医の記入欄を設け、医療者（かかりつけ医）が係わり事前指示書のコピーをカルテと共に保管すること、といった点が特徴。最終的には、令和元年 5 月 1 日に、松本市医師会・松本市地域包括ケア協議会共同の制作物として、以下の 4 枚を 1 セットとして配布する形で公開された。

- ・説明書：「リビングウィル『事前指示書』をご存じですか？」
- ・説明書：「わたしのリビングウィル（事前指示書）作成の手引き」
- ・記入書：「わたしのリビングウィル（事前指示書）」
- ・記入書：「わたしのリビングウィル（事前指示書）」（携帯用）

## ■連携強化の流れ

### (1) 「リビングウィルを考える会」への消防局の参加

前述の「リビングウィルを考える会」の中で「関係機関対象」としておこなった会合は、消防・警察・弁護士・救急病院等を参加者としたものであり、3年間で計5回開催された。

第1回 平成29年12月21日 20名参加	開催までの経過報告 県リビングウィルを考える会事業の工程説明 協力依頼 課題の確認 情報共有
第2回 平成30年3月15日 21名参加	入院患者さんの意思表示の対応 警察としての考え方 法的視点でリビングウィルを考える
第3回 平成30年10月11日 18名参加	進捗状況報告 事前指示書(案)検討 ホームロイヤル制度紹介 MC協議会との関係報告など
第4回 平成31年3月14日 19名参加	進捗状況報告 事前指示書(案)ポスター(案) ACP愛称 人生会議について 事前指示書運用開始について
第5回 令和2年2月20日 20名参加	公開・運用開始後の経過説明 医療機関アンケート結果報告 老健施設、病院の取り組み報告 救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者の現状報告など

※参加職種は救急病院医師・松本警察署・弁護士・救急救命士・医師会役員・訪問看護師・居宅ケアマネ・介護福祉士、特養相談員、保健福祉事務所、病院看護師等、各回のテーマに沿って招聘。

### (2) 消防局との連携による統計データ検討

松本広域消防局から「蘇生を望まない救急事案」に関する統計データが医師会に提供される中で、「心肺蘇生を望まない場合は119番をしない選択」の周知を、もっと市民に周知していくことが課題となっている。

なお平成31年4月10日～令和元年12月31日までの期間、蘇生を望まない救急事案は19件あり、うち、「主治医に引継不搬送とした事案」2件、「主治医に連絡し、特定行為をせずに心肺蘇生を実施し搬送した事案」9件、「主治医に連絡せず指示医の指示の下、特定行為をせずに心肺蘇生を実施し搬送した事案」8件となっている。今後の数値変化についての把握は、これから数年かけておこなうことになる。

### (3) 組織の体制

松本市地域包括ケア協議会は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、介護保険事業者連絡協議会、松本保健福祉事務所、社会福祉士会、地域シルバー人材センターに加え、市民団体、市民代表、地域病院等で組織され、在宅医療・介護連携委員会と生活支援体制整備委員会に分かれ年1～2回ずつ開催し、全体会を1～2回開催している。

「リビングウィルを考える」事業は、松本市医師会が地域包括ケア協議会等と連携して進められたもので、地域包括支援センターが企画する地域ケア会議、地域ごとの多職種連携研修会のテーマとして数多く取り上げられた。

## ■ 取組の成果

### (1) 市民、専門職、消防警察等の協議を経たリビングウィルの

#### 完成・配布

令和元年5月1日の「松本市版リビングウィル」公開・運用開始前後には、集中的に市民向けに発信を行った。結果的に、新聞や機関誌などで多く取り上げられ、市役所や保健センターの窓口で「新聞で見たリビングウィルの書類がほしい」という問い合わせも多く来たという。窓口で置かれた書類を持ち帰る人も多く、合計14,000枚以上が配布されている。

(主な実施事項)

	位置づけ	実施事項
平成31年4月	松本市版リビングウィル（事前指示書）公開前の最終段階	・市役所内の最終手続き（4月16日） ⇒ プレス・リリース ・運用のための研修会（4月22日）
令和元年5月	松本市版リビングウィル（事前指示書）公開・運用開始	・松本市医師会ホームページに掲載 ・市内医療機関/地域包括ケア協議会関係機関等へポスター貼付 ・ケアマネジャー勉強会等様々な機会を用いた周知啓発活動継続

## ■ 今後について

### (1) 今後の課題

---

#### ● リビングウィルのさらなる普及・活用と、不要な救急搬送の低減

松本市版リビングウィル活用の効果については、今後の数値変化を含めた効果確認が待たれる。そのために、消防局からも「主治医（在宅医）の臨場があれば不搬送とすることができること」「リビングウィル（事前指示書）に主治医の連絡を取りやすい電話番号を記載してほしい」などの希望が出ており、連携強化、運用の周知も求められる。

また、「心肺蘇生を望まない意思表示を知っていた家族から、心肺蘇生をしてくださいとの申し入れがあった」という話もあり、「人生会議」実施への働きかけも一層必要となると考えられる。

# ■資料編

## 工程表


	平成26年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度 (令和元年度)
地域包括ケア	地域包括ケア協議会の発足	・・・	地域包括ケア協議会での検討 地域ケア会議の開催 多職種連携研修会の開催 市民啓発講演会の開催	地域包括ケア協議会での検討 地域ケア会議の開催 多職種連携研修会の開催 市民公開講座の開催
リビングウィルを考える会		・県モデル事業の活用 ・専門職対象に「リビングウィルを考える会」を開催	・専門職/関係機関/市民それぞれを対象に「リビングウィルを考える会」を開催	・運用のための研修会
リビングウィル作成		・・・	・医師会にて初案作成～協議を経て最終確定	・公開/運用開始 (プレスリリース) ・市民へ告知・配布

# 資料① リビングウィル

リビングウィル「事前指示書」をご存じですか？

人は誰でも、命に関わるような大きな病気やケガ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、あなたの大切な人と話し合っておくことをお勧めします。  
(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い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判断の重要な助けとなります。事前指示書の用紙をご希望の方はお気軽に窓口までお問い合わせください。



松本市医師会・松本市地域包括ケア協議会

### わたしのリビングウィル（事前指示書）作成の手引き

(松本市医師会・松本市地域包括ケア協議会)

- ① まず、表面から裏面にかけて、一通り読んでみてください。わからないことがあったら、周りの人やかかりつけ医に遠慮なく質問してください。(一人だけで決めないようにしましょう)
- ② 「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」の(1)～(7)の項目について、現在のご自分の気持ちに添って、チェック(☑)を入れてください。決めたくない場合は、「決めない」という選択でも構いません。その際はチェックを入れず、余白に「今は決めない」等の記載をお願いします。
- ③ (1)～(7)の記載が終わったら、書いた内容をもとにして、あなたの大切な人・信頼できる人と「人生会議」を開きましょう。「人生会議」については、リビングウィル裏面に説明があります)
- ④ 「人生会議」を開いて、大切な人・信頼できる人にもあなたの考えを理解していただけたら、「2 代理判断者の署名欄」に署名してもらいましょう。代理判断者とは、ご自身で医療上の判断やケア等についての意思表示ができなくなったとき、医師が相談すべき人です。
- ⑤ 1・2の欄が全て埋まったことを確認して、表面右上の欄に作成日を入れて、本人署名欄に署名してください。
- ⑥ 全ての記載が終わったら、用紙をかかりつけ医に持参して、内容について一緒に確認をします。何度でも、遠慮なくかかりつけ医と相談してください。(一度で決めなくても大丈夫です)その上で、「かかりつけ医記入欄」への記載をもらいましょう。
- ⑦ かかりつけ医はコピーを取りカルテに保管します。原本は自分で保管してください。その際、大切な人・信頼できる人に保管場所をお伝えください。コピーを渡しておくのもよいでしょう。
- ⑧ 「わたしのリビングウィル（事前指示書）」には携帯用もあります。お薬手帳に差し込んで使うことをお勧めしていますので、この①～⑦にそって記載して、ご活用ください。
- ⑨ 「わたしのリビングウィル（事前指示書）」は、誕生日や記念日、あるいは考えが変わる出来事があったときなど、折に触れて見直すことをお勧めします。何度でも書き直しができますので、ご自分の考えが変わった場合は、遠慮なく書き直してください。



### わたしのリビングウィル（事前指示書）

(作成日) 年 月 日

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、家族や周囲の人を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 **慎重にご覧ください**

(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		
<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"/> 入院
(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。  
(ご自分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。

※先生方にお願  
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に保管をお願いします。

かかりつけ医記入欄

医師機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

連絡先(TEL) \_\_\_\_\_

松本市医師会・松本市地域包括ケア協議会

### 「人生会議」を開きましょう

自分が最期まで自分らしく生きる(暮らし続ける)ための準備、いのちの終わりについて話し合いをすること、回復の見込みがない状態になったときにどうしたいのか、自分の考えや希望を大切な人・信頼できる人と話し合うこと

#### 人生会議(アドバンス・ケア・プランニング ACP)

といいます。人生の最終段階では、水分や食物を摂れなくなったり、呼吸が苦しくなったりします。以下には、そのような状態になったときにおこなう医療行為について簡単に説明してあります。わからないことは、遠慮なくかかりつけ医にご相談ください。大切なことは **1度で決めない、1人で決めない**

ことです。「人生会議」を開いて、大切な人・信頼できる人と折に触れ話し合います。「今は、考えたくない、決めたくない」という選択でもかまいませんが、自分の意思の表れである「わたしのリビングウィル(事前指示書)」は、とても大切です。

#### 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」についての説明

**【心臓マッサージなどの心肺蘇生法】**  
心肺蘇生とは、呼吸や心臓が止まったときに救命のためにおこなわれる救命行為(心臓マッサージ) 気管挿管(口や鼻から気管に管を入れる)、気管切開(喉仏の下あたりに穴をあけて直接気管に管を入れる)、などをいいます。

**【延命のための人工呼吸器】**  
気管に挿した管に取り付けた機械から空気を送り込み、呼吸を助けます。

**【鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給】** 鼻チューブや胃ろうを用いて、栄養を補給できます。  
鼻チューブ 鼻から胃までは鼻で鼻くちや胃の壁にチューブを入れて、栄養などを注入します。

胃ろう 内視鏡を使っておなかと胃の壁に小さな穴を開け、つけたチューブから流動食などを注入します。

**【点滴治療】**  
・手前から点滴のための針を刺して水分補給をおこないます。(栄養はほとんどありません)  
・口から薬が飲めないときに、点滴を用いて体内に入れることができます。

**【苦しみや痛みに対する治療】**  
・鎮痛剤(服用薬)で苦しみや痛みは、やわらぎます。(副作用で呼吸が弱くなる場合があります)

わからないことは、かかりつけ医に遠慮なくご相談ください



**標準用**

わたしのリビングウィル（事前指示書）  
（1～3に記入してください）

あらかじめ意思を示しておくことで、自分の望む延命医療を、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てください。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 \_\_\_\_\_  
(何處でも書き直しができます)

松本市医師会・松本市地域包括ケア協議会

**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。**

※先生方にお願ひ  
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、下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に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) \_\_\_\_\_

**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**  
わからないことは、かかりつけ医に遠慮なくご相談ください

(1) 心臓マッサージなどの心肺蘇生法  
 希望する  希望しない

(2) 延命のための人工呼吸器  
 希望する  希望しない

(3) 鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給  
 希望する  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  
 希望する  希望しない

(5) 副作用があっても、痛みなどはできるだけ抑えてほしい  
 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  
 自宅  病院  入居施設

**緊急時・災害時 連絡先**

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

**困りごと相談・連絡先**

担当ケアマネジャー/地域包括支援センター

妻/妻前名 氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

妻/妻前名 氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

かかりつけ医・病院  
\_\_\_\_\_

かかりつけ薬局  
\_\_\_\_\_

**「人生会議」を開きましょう**

自分が既婚まで自分らしく生きる（暮らし続ける）ための準備、いのちの終わりについて話し合いをすること、回復の見込みがない状態となったときどうしたいのか、自分の考えや希望を大切な人・信頼できる人と話し合うことを

**人生会議（アドバンス・ケア・プランニング ACP）**

といいます。人生の最終段階では、水分や食料を摂れなくなったり、呼吸が苦しくなったりします。以下には、そのような状態になったときに行なう医療行為について簡単に説明します。わからないことは、遠慮なくかかりつけ医にご相談ください。大切なことは


**1度で決めない、1人で決めない**

ことです。「人生会議」を開いて、大切な人・信頼できる人と折に触れ話し合ひましょう。  
「今は、考えたくない、決めたくない」という選択でもかまいませんが、自分の意思の表明である「わたしのリビングウィル（事前指示書）」は、とても大切です。

松本市医師会・松本市地域包括ケア協議会


**心臓マッサージなどの心肺蘇生法**

心肺蘇生法とは、呼吸や心臓が止まったときに救命のためにおこなわれる救命処置(心臓マッサージ、気管挿管(口や鼻から気管に管を入れる)、気管切開(喉仏の下あたりに穴をあけて直接気管に管を入れる)、などをいいます。



**延命のための人工呼吸器**

気管に通した管に取り付けた機械から空気を送りこみ呼吸を助けます。




わからないことは、かかりつけ医に遠慮なくご相談ください


**鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給**

鼻チューブや胃ろうを用いて、栄養を補給できます。

鼻チューブ  
鼻から胃までは腸まで届くチューブを入れて栄養剤などを注入します。




胃ろう  
内視鏡を使っておなかと背の壁に小さな穴を開け、つけたチューブから流動食などを注入します。



わからないことは、かかりつけ医に遠慮なくご相談ください

**点滴治療**

水分をとれなくなると脱水が起こりますが、手足から点滴のための針を刺して水分補給を行なうことができます。栄養はほとんどありません。  
口から量が飲めないときに、点滴を用いて体内に入れることができます。



**苦しみや痛みに対する治療**

鎮痛剤(医療用麻薬)で苦しみや痛みは、やわらぎます。(副作用で呼吸が弱くなる場合があります)

わからないことは、かかりつけ医に遠慮なくご相談ください

出典：松本市医師会提供資料

## 5. 長野県駒ヶ根市

### ■ 地域概要

長野県南部、伊那谷のほぼ中央に位置する駒ヶ根市は、東に南アルプス（赤石山脈）、西に中央アルプス（木曾山脈）の3千メートル級の山々を望むことができる場所にある。「駒ヶ根」という名前は、駒ヶ岳の麓のまちという意味で、昭和29年の市政施行時に命名されたものである。

伊那谷エリアの一番の観光スポットとして名高いのは「千畳敷カール」で、駒ヶ根高原から登山バスとロープウェイを乗り継ぐことで向かうことができる。

標高が高い土地で、内陸性の特性を帯びています。気温の日変化や年変化の格差が著しい反面、降雪は少なく比較的温和で晴天の日が多い。農業が盛んな土地で、米をはじめ、麦、そば、果樹、野菜、きのこ、畜産と様々な農業経営が行われている。

産業面では、戦時中に疎開した企業が戦後もこの地域にとどまり、あるいは、それらが引き揚げても疎開時に残した技術が集積したことが、部品を中心とした加工・供給拠点として発展してきた背景にある。昭和50年代の中央自動車道の延伸が、物流を中心にこの地の利便性を向上させ、地域のものづくりの発展を支えてきた。今後はアクセス三遠南信自動車道やリニア中央新幹線の開通などに伴う環境変化も見込まれている。

### 人口・面積

- ・人口： 32,145人（駒ヶ根市毎月人口異動調査、2020年1月1日）
- ・面積： 165.86 km<sup>2</sup>

### 地域医療・救急救命関連の基礎情報

#### ○高齢化率の動向

65歳以上の高齢化率31.0%で、同時期の長野県平均31.9%とほぼ同等である（2019年10月）。

単位：人

	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
65歳以上人口	9,194	9,405	9,570	9,731	9,849
全人口	32,832	32,638	32,434	32,615	32,500

出典：駒ヶ根市の統計（平成29年版）

### ○地域医療資源（施設数）

- ・ 医師数 80（人口 10 万人あたり 244.21、全国平均 246.00）
- ・ 一般診療所 26（人口 10 万人あたり 79.37、全国平均 71.57）、うち在宅療養支援診療所 9（人口 10 万人あたり 27.47、全国平均 11.67）、一般診療所病床数 19（人口 10 万人あたり 58.00、全国平均 73.45）
- ・ 病院 3（人口 10 万人あたり 9.16、全国平均 6.65）、うち在宅療養支援病院 1（人口 10 万人あたり 3.05、全国平均 1.17）、病院病床数 475（人口 10 万人あたり 1,449.98、全国平均 1,216.46）
- ・ 歯科 13（人口 10 万人あたり 39.68、全国平均 55.83）、うち訪問歯科 8（人口 10 万人あたり 24.42、全国平均 9.07）
- ・ 薬局 25（人口 10 万人あたり 45.79、全国平均 48.72）、うち訪問薬局 4（人口 10 万人あたり 12.21、全国平均 14.25）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

### ○救急救命資源と現状 （注）以下は、「上伊那広域消防本部」全体の数字である

- ・ 消防署数 7、職員定数 205 人、救急車 12 台
- ・ 平成 29 年救急出動件数 6,945 件、搬送人員 6,534 人（平成 28 年の出動 6,600 件・搬送 6,236 人）
- ・ 上記のうちの急病件数 4,282 件、急病搬送人員 3,988 人
- ・ 平成 29 年搬送人員 6,534 人の傷病程度別の内訳：死亡 133 人（2.0%）、重症 664 人（10.2%）、中等症 3,627 人（55.5%）、軽症 2,110 人（32.3%）
- ・ 平成 29 年搬送人員 6,6534 人の年齢別の内訳：新生児 5 人（0.1%）、乳幼児 204 人（3.1%）、少年 208（3.2%）、成人 1,763 人（27.0%）、高齢者 4,354 人（66.6%）

（出典：「上伊那広域消防本部 消防年報平成 29 年版」より抜粋）

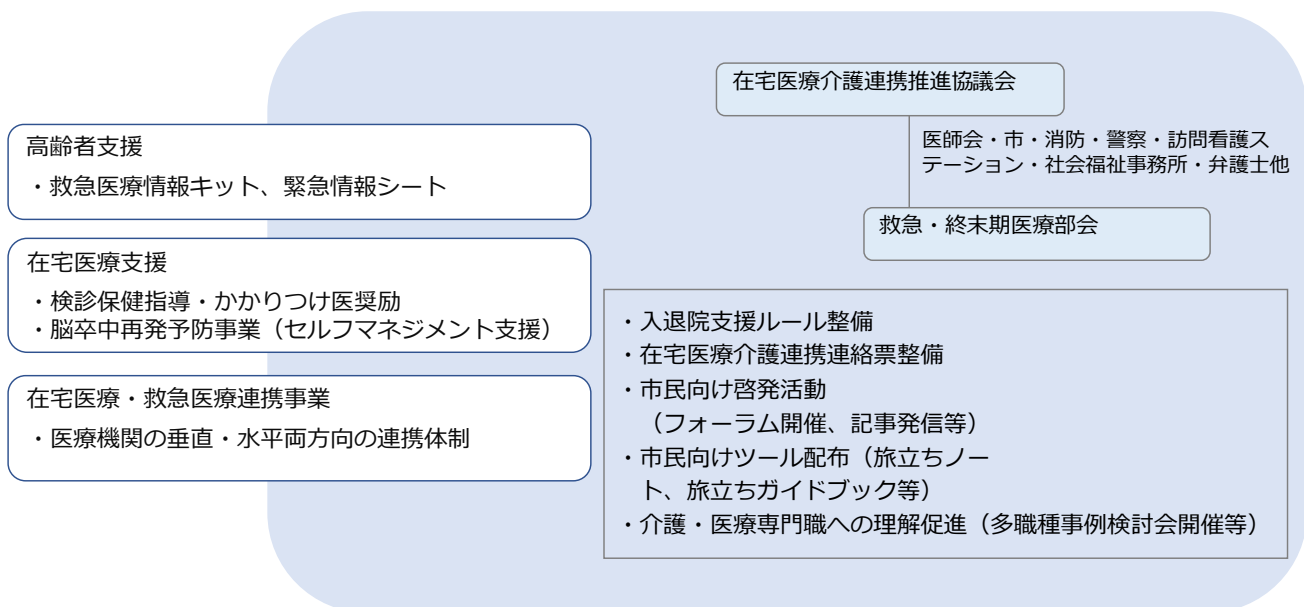
## ■事例の概要

駒ヶ根市は上伊那医師会の二次医療圏に属している。これは近隣8市町村で構成されており、地域4ブロックにわかれている。その中で駒ヶ根市は南部4市町村で構成される伊南ブロックに属し、昭和伊南総合病院が中核となっている。

在宅医と病院医、ならびに在宅医同士での協力体制、脳卒中後の退院者に向けたセルフマネジメント支援策や、一人暮らし高齢者の情報を把握するための救急医療情報キットなど、同市では積極的に在宅医療を支援する取り組みを進めてきた。しかし、在宅から救急搬送時の情報共有の課題は抱えたままであった。

そのような折に、上伊那在宅医療介護連携推進事業研究会では、入退院時の連携ルールを定め、在宅療養へのスムーズな移行を支援する手引き書を作成した。駒ヶ根市でもそれを展開することとなったが、同市で進展している在宅医・かかりつけ医と病院医との連携面に課題が残ると考えられ、駒ヶ根市在宅医療介護連携推進協議会にて、より実践的な方法が検討された。そこで具体化したのが、独自の試行事業を経てつくられた入退院支援ルールと、在宅医療介護連携連絡票の活用である。在宅療養にはかかりつけ医を推奨していたため、緊急時の情報提供が、かかりつけ医・在宅医と病院医の間でおこなえるような仕組みがつけられた。

また、平成31年には在宅医療・救急医療連携事業を立ち上げ、仕組みの整備と市民向け発信を強化することにもなった。特に、救急搬送時の意思表示は、ACPの取り組みと切り離せない面がある。そこで、市民へのACP認知拡大に向けたフォーラム開催や、考えるためのツール作成が進められた。また、専門職への研修会も行われ、今後は情報共有の仕組み等も検討されている。



課題	個別取組フェーズ	全体連携フェーズ
一人暮らし高齢者の支援	救急医療情報キットと緊急情報シートを一人暮らし高齢者に展開	医療連携用には別ツールが検討される（旅立ちノート他）
在宅医療の支援	健診保険指導とかかりつけ医の奨励	健診保健指導は平成 29 年頃まで
	脳卒中再発予防事業としてセルフマネジメント支援システムを構築	継続
在宅医療・病院医療・救急医療連携	行政・病院協働の垂直・水平連携の整備	入退院ルール整備、在宅医療介護連携連絡票作成他
	—	市民の ACP 理解促進、意思表示ツール展開
	—	専門職の理解促進：多職種事例検討会他

## ■ 取組の紹介

### (1) 取組の背景

#### ① 在宅医と救急搬送病院との情報共有課題

在宅医療を推進していく上では、必ず入院医療機関との連携が必要になる。そこで、在宅医療介護連携推進事業の一環で、広域連合と保健所が核となって入退院支援ルールの整備が進められた。しかしそのルールは、主に入院医療機関とケアマネジャー間でのやり取りを定めたもので、かかりつけ医、在宅医との連携を組み込んだものではなかった。そこで、伊南地域独自でより良い医療介護連携を検討していくことを目的に、駒ヶ根市在宅医療介護連携推進協議会が設けられた。

#### ② 介護施設等からの救急搬送時の、情報共有の不十分さ

在宅医療の現場において、穏やかな最期を迎えることを希望する在宅医療患者等の容態が急変した際に、当該患者の情報共有が不十分であったり、伝達方法が未整備であることで、救急現場での柔軟な対応ができないという課題があった。こうした問題意識と、平成 30 年度に厚生労働省医政局主催の「在宅医療・救急医療連携セミナー」参加をきっかけに、採択医療・救急連携事業を令和元年から 3 力年で取り組むことが決まった。

### ③ 一人暮らし高齢者に向けた救急医療情報キットの展開

駒ヶ根市ではかねてから、自宅で救急車を呼ぶなど緊急時に、医療情報などを正確に伝えるための情報記入ができるキットを設けていた。一人暮らしの高齢者に対しては、民生委員を通じて台帳登録をお願いしているが、その時の複写用紙の3枚目が緊急情報シートとなる。その用紙を筒の中に入れて保管しておく。ただしこれは、一人暮らしの高齢者を把握する目的が強く、医療に活用していくスタンスではなかった。救急医療とも連携できるよう、作り替えていく必要があるのではないかと協議会で問題提起がなされ、伊南地域で統一的につくっていく方向が検討された。

### ④ セルフマネジメント支援システム構築を通じた予防事業

駒ヶ根市で救急搬送となると、多くは昭和伊南総合病院に運ばれる。同病院で疾病による救急搬送を集計したところ、脳疾患が第1位であった。脳卒中入院患者の場合、2割が1年以内に再発入院し、要介護度が重くなってしまいう傾向が見られたため、同市では平成27年度からモデル事業に参加し、再発防止のためのセルフマネジメント支援に力を入れている。

## (2) 個別取組の概要

---

### ① 入退院支援ルール

入退院支援ルールとしてはまず、上伊那地域全体の「入退院時連携ルール」が整備された。これは協議会でも共有された。そのうえで駒ヶ根市では、「紹介入院ではない場合のかかりつけ医の連絡について」、あるいは「退院先が在宅の場合に病院とかかりつけ医はどのタイミングで情報共有を図ると良いか」等について、検証をおこなった。

そのうえで、入退院支援における病診連携の強化を目的に、次の手順を整備し、試行事業を経て運用を進めている。従来は、患者家族から情報提供を求める姿勢であったが、病院の地域連携室が機能し、情報収集を進めていくという体制に転換したのである。

- ・対象病院：昭和伊南総合病院
- ・対象者：かかりつけ医から病院に情報提供のあった駒ヶ根市民
- ・内容：
  - ・入院時、（紹介入院ではない場合）かかりつけ医に情報依頼をする
  - ・入院中、かかりつけ医との情報共有ツール「在宅医療介護連携連絡票」を作成し、情報提供をする。
  - ・かかりつけ医からの回答（文書・口頭）をもとに、居宅ケアマネジャー等と退院準備を進めていく。

## ② 在宅医療介護連携連絡票

かかりつけ医と入院病院との間で情報共有をするためのツール。試行事業をおこなった際の結果は次のようになり、一部の共有手段として使われた。なお、これはまず、地域連携室を有する昭和伊南総合病院でおこなわれたが、近隣の他病院に展開していくかは協議中である。

なおこの連絡票には、「かかりつけ医を変えてほしい」という情報も書き込めるようになっており、患者、かかりつけ医双方にとって、情報透明性のある運用がしやすくなっている。

試行事業時の活用結果：

	紹介状なし入院数	入院時情報依頼数	退院時連絡票送付数
11月	162	8	9
12月	277	23	12

## ③ ACP 普及啓発とエンディングノート普及

ACP 自体を市民に一層普及していくことと、救急医療との連携時に、患者本人が ACP をやっているかどうか把握できるようにすることが求められたため、普及啓発活動と教材作成が第一段階として進められた。

教材作成に際しては、訪問看護ステーションや社会福祉士、地域包括センターなども協力して原稿を作成していった。

またフォーラムについては、もともと信濃毎日新聞が年4回開催している中の1つを、市役所からの企画持ち込みの形で実現にこぎつけた。企画案を新聞社側と調整し、それを医師会に相談する形で依頼を進め、関係機関での調整と協議会内での共有を経て、当日を迎えている。

市民に対する理解促進：

- ・健康なうちに最期の迎え方を考える ACP の認知拡大
- ・家族の理解を深める「旅立ちガイドブック」の作成・配布
- ・本人の意思を記入する「旅立ちノート」の作成・配布
- ・意識向上に向けたフォーラム（信毎健康フォーラム in 駒ヶ根「どうする最期の時」開催

介護・医療専門職への理解促進：

- ・多職種事例検討会開催

## ■連携強化の流れ

### (1) 従来から続く在宅医療介護連携体制

駒ヶ根市は数代前から開業している医療機関同士が、地域の医療をお互いに考え、支えてきた背景を持つ。特に在宅療養支援については、一つの医療機関内のチームではなく、複数の医療機関と多職種が連携したチームがつくられてきた。また、水平連携体制の構築に向けた、積極的な顔の見える関係づくりとして、研修会や勉強会への積極的な参加も推進されてきた。

地域の中核病院としては、4市町村の組合立で運営している昭和伊南総合病院があり、市内の急性期医療を担っている。医師会は8市町村の広域をカバーしているが、駒ヶ根市に支部があるわけではないため、在宅医療・介護連携支援センターのような業務を担うのは難しい。そのため、昭和伊南総合病院と連携して、病院内に医療介護連携室を開設し、市のコーディネーター（看護師の資格を持った介護支援専門員）を派遣して、病院の地域連携室とともに在宅医療介護連携の相談支援にあたってきた。

在宅医療介護の「垂直方向」連携：

＜医療介護連携室、在宅医療・介護連携支援センター＞

- ・市の介護支援専門員が病院に出向き、介護・福祉サービスの相談・手続きに対応
- ・病院の地域連携室と連携して、市の介護支援専門員が退院支援に関わる
- ・市は事務的な連携を支援

水平方向の連携：

＜6医療機関によるチーム医療体制＞

- ・市内6か所の医療機関が連携した在宅療養支援における多職種連携チーム
- ・在宅担当医が不在の際にフォローしあう、看取りに関する診診連携を構築

＜顔の見える関係づくり＞

- ・研修会や勉強会における積極的な関係構築
- ・他業種・多職種との連携に向けたコミュニケーションの機会としての懇親会等の開催

### (2) 在宅医療と救急医療連携の強化

「在宅医療・救急医療連携事業」については、既存組織である駒ヶ根市在宅医療介護連携推進協議会にて協議され、令和元年から3年間の事業として取り組むことが決まった。同協議会の下に「救急・終末期医療部会」を設置し、そこで検討・実行が進められている。

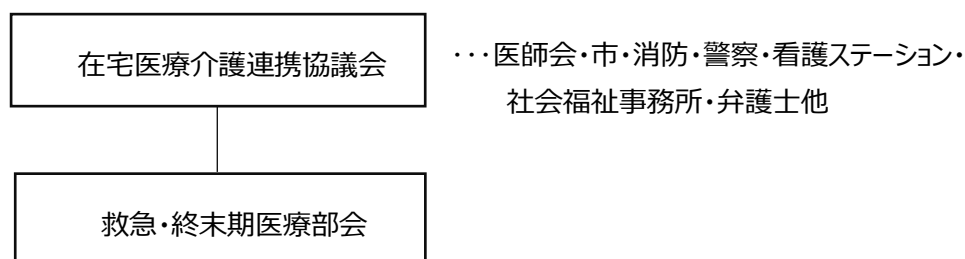
在宅医療患者の容態が急変し、救急医療を必要としたときに、患者の病状及び希望する療養場所、延命治療に対する希望等、「患者の意思」を共有するための連携ルール等について整備する必要性等が協議された。また、今後の連携を進めるに当たり、消防機関の継続参加を希望する旨も合意された。



### (3) 組織の体制

駒ヶ根市在宅医療介護連携協議会は、平成 30 年 6 月に発足し、主に駒ヶ根市の医師会員と駒ヶ根市、また、消防、警察、弁護士も参加して形成されている。協議会の事務局は駒ヶ根市が担う。伊南地域に含まれる飯島町、宮田村、中川村はオブザーバーとして参加しているが、必要な検討点があれば持ち帰って協議し、伊南 4 市町村の共有の場にもなっている。なお、駒ヶ根市の中では、地域保健課（地域ケア係、介護予防係）と福祉課（高齢福祉係）が参画している。

在宅医療・救急医療連携に関して設けられた作業部会は、この協議会の下に位置づけられ、平成 31 年 1 月に初回を開催した（救急・終末期医療部会）。ただしメンバーは結果的に協議会と同じであり、基本的には協議会の中で議論する流れとなっている。



## ■ 取組の成果

### (1) ACP への理解浸透

「旅立ちノート」（エンディングノート）は、最初に 1,000 部作成したところ、フォーラムでの配布や市民からの問い合わせで数が不足し、追加作成して合計約 1,400 部が市民の手元にわたっている。また、家族向けのガイドは訪問看護ステーションを通じた普及もはかり、訪問看護師が家族に説明するときに活用してもらったり、ステーションに在庫を置いてもらったりした。そこからケアマネジャーにも認知が広まっている。

また、信毎健康フォーラム in 駒ヶ根には、約 700 人が参加した。通常同種のフォーラムでは 400～500 人規模の規模の開催が多いため、かなり多くの注目を集めたといえる。

### (2) 専門職への理解浸透

令和元年開催の多職種事例検討会には、専門職が約 120 人参加した。救急医療や ACP についての理解が専門職でも及んでいない面があるため、今後も研修等が検討されている。

## ■ 今後について

### (1) 今後の課題

---

#### ① 医療従事者を通じた ACP の促進

今後は、かかりつけ医を通じた ACP の促進も具体的な進展が検討されている。特に延命処置に関しては、医療従事者から適切な情報提供がなされたうえで検討されるべきものである。専門職の研修や、記録の取り方・残し方等を整備していくことが、協議会でも継続的に話し合われている。

#### ② ICT の充実と情報整備

現在は、介護保険情報を中心に地域包括支援センターによる相談記録が個人別に登録されるシステムが活用されている。今後は、居宅ケアマネジャーによる居宅サービス計画書も取り込み、ACP に関する情報も蓄積・共有されていく仕組みが検討されている。

### (2) 現在の取組

---

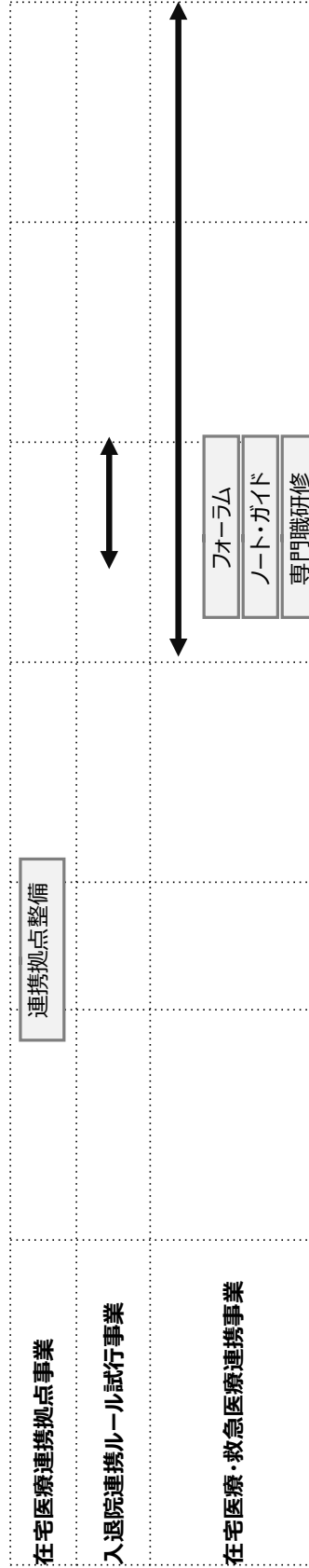
#### ① 在宅医療・救急医療連携事業の継続活動

「旅立ちノート」は第2版の作成が企画されており、より多くの人に普及していくことが予定されている。また、昭和伊南総合病院にて仕組み化された入退院時のルールや連絡票の共有について、伊南地域他3町村や近隣他病院でも展開していくことについて、協議が進められている。

# 資料編

## 工程表

	平成22年	平成30年	令和元年	令和2年	令和2年
	2010	2018	2019	2020	2021
認知症介護ビジョン推進委員会	設置 委員会開催				
在宅医療介護連携推進協議会		設置	協議会開催		
救急・終末期医療部会				設置 工程表作成	



## 6. 静岡県磐田市

### ■ 地域概要

静岡県西部に位置する市で南北に長く、海や山、温暖な気候など豊かな自然に恵まれている。農・水産物として温室メロンや茶、白ねぎ、海老芋、中国野菜、シラスなどが有名である。平成 17 年に磐田市、福田町、竜洋町、豊田町、豊岡村が合併し、今の磐田市となった。

江戸時代には、東海道 53 次見付宿として繁栄するなど、東西交通の要所として発展してきた。現在でも日本経済の大動脈である東名高速道路、東海道新幹線、東海道本線、国道 1 号線及び国道 150 号線が市の東西を横断し、富士山静岡空港の開港、さらには新東名高速道路への（仮称）新磐田スマートインターチェンジの建設により交通利便性はますます向上している。こうした流通条件を活かして、産業は特に、輸送用機械器具、楽器、光技術関連産業などの製造業が盛んである。蓄積された技術資源を活用し、新たな産業拠点の形成もしやすい静岡産業大学をはじめ県内外の大学などとのネットワークを強化した産学連携も進められる環境にある。

また、サッカーチーム「ジュビロ磐田」のホームタウンであり、ラグビーの企業チームも市内に置かれているなど、各種スポーツが盛んである。

### 人口・面積

・人口：169,818 人（磐田市の人口、2019 年 12 月）

・面積：163.45 km<sup>2</sup>

### 地域医療・救急救命関連の基礎情報

#### ○高齢化率の動向

65 歳以上の高齢化率 27.8%で、同時期の静岡県平均 29.1%よりやや低い（平成 31 年 4 月）。

単位：人

	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	令和 2 年
65 歳以上人口	44,236	45,344	46,352	47,057	46,628
全人口	170,515	170,437	170,276	170,015	169,827

出典：磐田市の人口：すべて各年 1 月末の数字

### ○地域医療資源（施設数）

- ・ 医師数 301（人口 10 万人あたり 180.01、全国平均 246.00）
- ・ 一般診療所 99（人口 10 万人あたり 59.21、全国平均 71.57）、うち在宅療養支援診療所 13（人口 10 万人あたり 7.77、全国平均 11.67）、一般診療所病床数 93（人口 10 万人あたり 55.62、全国平均 73.45）
- ・ 病院 9（人口 10 万人あたり 1.79、全国平均 6.65）、うち在宅療養支援病院 1（人口 10 万人あたり 0.60、全国平均 1.17）、病院病床数 1,522（人口 10 万人あたり 910.23、全国平均 1,216.46）
- ・ 歯科 69（人口 10 万人あたり 41.27、全国平均 55.83）、うち訪問歯科 7（人口 10 万人あたり 4.19、全国平均 9.07）
- ・ 薬局 70（人口 10 万人あたり 41.86、全国平均 48.72）、うち訪問薬局 7（人口 10 万人あたり 4.19、全国平均 14.25）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

### ○救急救命資源と現状

- ・ 消防本部 1・消防署 1・分遣所 5、職員定数 201 人、救急車 8 台
- ・ 平成 30 年救急出動件数 6,426 件、搬送人員 5,901 人（平成 29 年の出動 6,162 件・搬送 5,653 人）
- ・ 上記のうちの急病件数 4,119 件、急病搬送人員 3,758 人

（出典：「磐田市年消防年報 平成 30 年版」より抜粋）

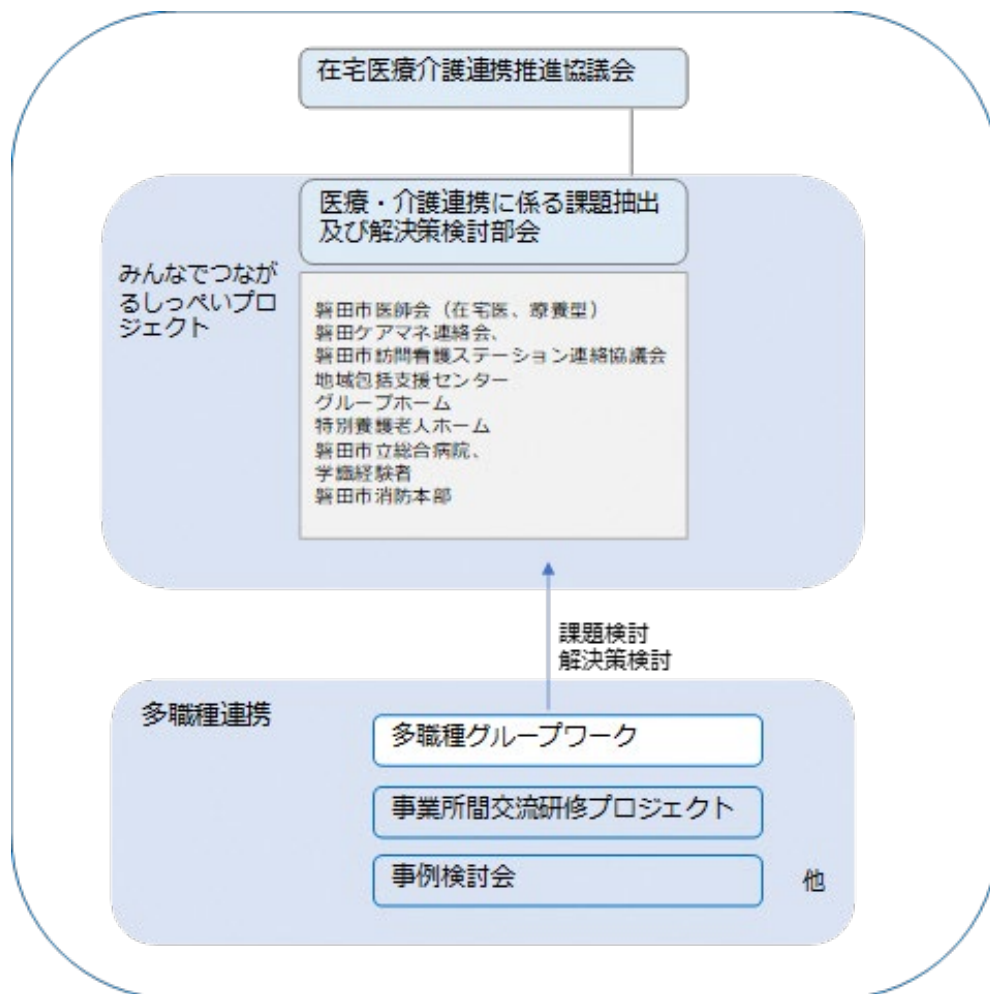
## ■ 事例の概要

磐田市では、介護・医療連携に取り組んだ際、地域の医療・介護資源がどの程度あるかについてまず調べ、それを市民に周知するところから取り組みを始めた。また、多職種間での情報連携が重要だと、早くから交流や連携推進の場づくりをはじめ、現場レベルでの情報交換が進んでいた。

一方、救急現場での消防と看護師・介護施設が必ずしもスムーズに進んでいなかったことの問題が表出してきたため、平成 29 年度には各介護施設での看取り現状を把握するために「看取りに関する調査」が行われた。そうした背景から在宅医療介護連携推進協議会の下に、医療・介護連携に係る課題抽出及び解決策検討部会を立ち上げた。

そこで検討されたのは、現場で感じている問題の整理である。従来から行われている多職種グループワークの場を使い、現場で起こっている課題を自由に出してもらった後、検討部会でその課題をグルーピングした。そして優先順位を絞り込み、まずは「救急搬送時の情報ツール」と「意思決定支援」から着手することとなった。実は「救急情報医療キット」や「救急搬送患者連絡票」など、従来からあった仕組みはあるが、機能しきれていなかった点もある。そこで、使いやすく改定したり普及方策を検討したりする取り組みが始まっている。

具体的な成果物として表出していくのはこれからだが、多職種間の情報共有と連携体制が整ってきたことは実感されており、これから具体策を展開していく予定となっている。



## ■取組の紹介

### (1) 取組の背景

#### ① 在宅医療連携ワーキンググループと、各機関の対応状況一覧表作成

磐田市は介護施設が一定数あり、希望すれば施設で暮らせる状況であった。他方、人口あたりの医師や看護師の数は少ない状況にあり、訪問看護ステーションも小規模な事業所が多く、疲弊してきている状況もあった。そうしたことから、医療・介護連携体制の強化は早くから必要性が検討されていた。

平成 23 年より在宅医療連携ワーキンググループが立ち上がり、連携した取り組みがはじまった。その時は医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、包括、ケアマネ、障害者相談支援事業所、市立総合病院、健康福祉部（健康増進課・高齢者福祉課）が集まり、年数回の会議を行っていた。その協議を進めるなかで、お互いの業務役割が見えにくいことが挙げられ、市内の医療・介護関係機関に調査をかけ、対応時間や連絡方法・時間帯、対応可能な医療処置等の情報を一覧にし、関係者で共有した。

このワーキング活動は、平成 27 年より磐田市在宅医療介護連携推進協議会となり、現在まで継続している。平成 27 年度～29 年度：年 3 回、平成 30 年度～：年 2 回開催。

#### ② 救急搬送現場での意思疎通不足への課題認識と、医療・介護資源の把握

平成 27 年頃より、訪問看護師から救急隊と連携したいという要望があがっていた。訪問看護師が救急医療の要請をした際、来訪した救急隊が訪問看護師の役割認識がなく、持っている情報を伝えられなかったり使われなかったことが相次いだことによる。その時には、消防本部との連携がなかなか進まず、患者の搬送をスムーズにするための協議までには至らなかった。

他方、その頃と並行して、看取りの状態になって救急車を呼び、死亡確認のためだけに搬送する状況への問題提起が医療介護連携推進協議会で出されてきた。本人の意思表示があってもそれが反映されないことや、搬送時間帯の都合でかかりつけ医の確認が取れず、本人が望んでいない搬送が多く起こっていた背景がある。そこで平成 29 年に市内の施設の対応現状を調査することにし、介護保険施設、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、ケアハウス等すべてに調査票を配り、市職員が個別訪問して情報収集をおこなった。

なお、救急現場においては、救急出場件数が年々増える状況にあり、高齢者が半数近くを占めていた。また軽症患者が多く、救急搬送の必要性が低い人にも時間が割かれてしまう現実もあった。

#### ③ 多職種連携の推進

平成 26 年度から、顔の見える関係づくりを進めるため、事業所間交流研修プロジェクトを開始。他にも、多職種グループワークの実施、職能団体同士の連携推進のための調整、地域での専門職の集まりの立ち上げ支援、よい取り組みを広げるための活動報告会の開催等を進めた。

(近年の主要なもの)

- ・多職種連携のための事業所間交流研修（平成 26 年度～）
  - …市内に勤務する医療・介護の専門職が、他の事業所を 1 日以内の時間で見学実習するもの。関係者の「顔の見える関係づくり」を進める目的で実施している。
- ・多職種グループワーク研修（平成 28 年度～）
  - …医療や介護の様々な専門職が、一堂に会し事例検討をすることで、他職種の専門性や役割の理解、自職種の役割の再認識を目的としている。年 2 回開催。
  - 平成 29 年度の実績…第 1 回「心不全憎悪を繰り返す高齢者」の事例／第 2 回「磐田市で幸せな最期を迎えるために日頃感じている磐田市の課題」（医療・介護の専門職計 207 人参加）
- ・磐田市の医療・介護関係者の事例検討会（平成 29 年度～）
  - …市内の医療・介護関係者のさらなる連携をすすめるため、関係機関の情報共有の内容やタイミングについて事例を振り返りながら検証するもの。年 3 回開催。

#### ④ 情報共有システムの利用促進

静岡県医師会が運用している ICT システム「シズケア\*かけはし」があり、地域包括ケア推進に向けて、活用が進められてきた。平成 28 年度より県医師会の協力を得て説明会を複数回開催、また「磐田市在宅医療介護連携情報システム登録事業費補助金」を創設し、システム登録料のうち、1/2 を補助することにしたことで、平成 30 年度は 35 件の登録があった。令和元年度も継続している。

## (2) 個別取組の概要

### ① 救急医療情報キット

平成 23 年より「かかりつけ医」「お薬手帳（写）」「持病」などの医療情報を専用の容器に入れ、自宅の冷蔵庫などに保管しておくことで万一の救急時に備える救急医療情報キットを配布し、活用の普及拡大も進めていた。

### ② いわた医療・介護ガイドブック

医療・介護資源の把握によって平成 28 年につくられたのが、「いわた医療・介護ガイドブック」である。全戸に配布された。

またその後、市ホームページで情報検索できるように整備された。また、「ドクターガイドマップいわた」サイトも磐田市医師会により運営されている。



出典：磐田市提供資料



## ■連携強化の流れ

### (1) 調査での抽出課題を元に、在宅医療・救急医療連携の

#### 検討部会を設置

平成 29 年度に行った「看取りに関する調査」で抽出された課題をもとに、在宅医療介護連携推進協議会に対し、看取り期の高齢者搬送に関する問題提起がなされた。そして、医療・介護関係者に加えて消防関係者とも一緒に取り組みを進めていくことが確認され、協議会の下に「医療・介護連携に係る課題抽出及び解決策検討部会」設置が決定した。それが、平成 30 年に設置された「みんなでつながるしっぺいプロジェクト」である。

その時に、千葉県松戸市で行われていた「ふくろうプロジェクト」の手法を学び、課題抽出に向けた取り組みの参考にした。

### (2) 多職種グループワークを活用し、課題抽出から解決策整理

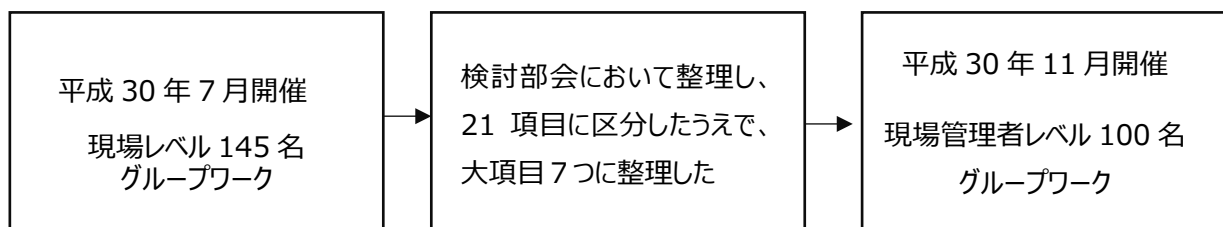
#### まで進める

課題の抽出は、従来から行っていた多職種グループワークの場を活用して進められた。地域全体で取り組んでいくため、最初から現場の人々が参加したプロジェクト進行にしたいという意思で、この形態がとられた。

1 回目は「在宅医療と救急医療の有機的な連携の課題」をテーマに、現場レベル 145 名が集まる場で平成 30 年に実施された。医療職、介護職、消防隊員等が参加し、現場で日頃、救急医療との連携で課題に思っていることを出してもらっている。それを、検討部会で 21 項目にまず区分し、さらに大項目 7 つに集約させた。

そのうち 5 項目の解決策についての協議を、現場管理者レベルに集まってもらうグループワークの場で進めた。この時は「在宅医療と救急医療の有機的な連携の課題についての解決策の検討」をテーマに 100 名の参加者で進められた。

またこれらのグループワークの場に参加した人以外にも周知したいと、介護サービス事業者連絡会や地域での専門職の集まりなど、機会があるごとに検討部会の存在と、今後の取り組みへの協力を発信した。



## **(3) 優先順位を検討し、「救急搬送時の情報ツール」と「意思決定支援」を計画**

まず着手するものは2つの大項目に絞り、それに対して実現可能性と重要度を検討し、具体的な取り組みを定めた。それが以下の2つである。

### 1. 意思決定支援

認知症・がん・看取り等の事例を通して、市民がイメージができるような媒体を作成し、多職種チームで啓発していく。また、ケアマネジャーが話を引き出しづらいという状況に対し、考える、話をするためのきっかけづくりとして思いを聞くアンケートを作成することにした。

### 2. 救急搬送時の情報ツールが整っていない点に対する取り組み

従来から「救急医療情報キット」は活用されていたが、情報更新がされていなくて使える情報ではない場合、キットはあるけれども用紙が入っていない場合など、不十分な状況にあった。その見直しを行うこと、また、同じく医師会と協議してつくられていた「救急搬送患者情報提供書」についても、見直しをかけて関係者がつかえる状態にしていくことが決められた。

なお、救急搬送患者情報提供書は検討部会に先行して病院で検討が進められていた。緊急連絡先や既往歴などと、DNARについては「あり・なし・不明」の3択となっている。救急現場では、救急車がなかなか発車できない問題があった。救急科の医師が知りたいのは、連絡票の下のキーパーソンと本人の意思の2点である。そこで、1枚の紙で、医療関係者、介護施設、訪問看護師が確認できるものとし、とにかく救急車が早く出発できるようにしていくための整備を目指した。

(救急搬送患者連絡票)

### 救急搬送患者連絡票

この連絡票は救急隊員に必要な医学的情報を伝え、病院への搬送を円滑に行うためのものです。ただしこれは必要最小限の情報なので、改めて詳しい紹介状(診療情報提供書)も病院にFAXでお送りください。

※下記情報を記載し、救急隊員へ渡してください。なお1部コピーを取り控えとして保存しておいてください。

フリガナ		性別	生年月日	年齢	
患者氏名		男 女	M・T・S・H 年 月 日	歳	
搬送先病院	紹介科および医師名(紹介済みの場合)		搬送先病院ID番号		
1.磐田市立総合病院 2.その他( )	1.診療科名 2.医師名	科	1.なし 2.不明 ( )		
医師・看護師・介護職同乗 有・無	家族同乗 有・無	磐田病院救急事務への連絡 済・未			
バイタルサインおよび測定時間:		年 月 日	午前・午後	時 分頃	
意識レベル(JCS)	呼吸数(回/分)	脈拍数(回/分)	血圧(mmHg)	体温(℃)	SpO2(%)

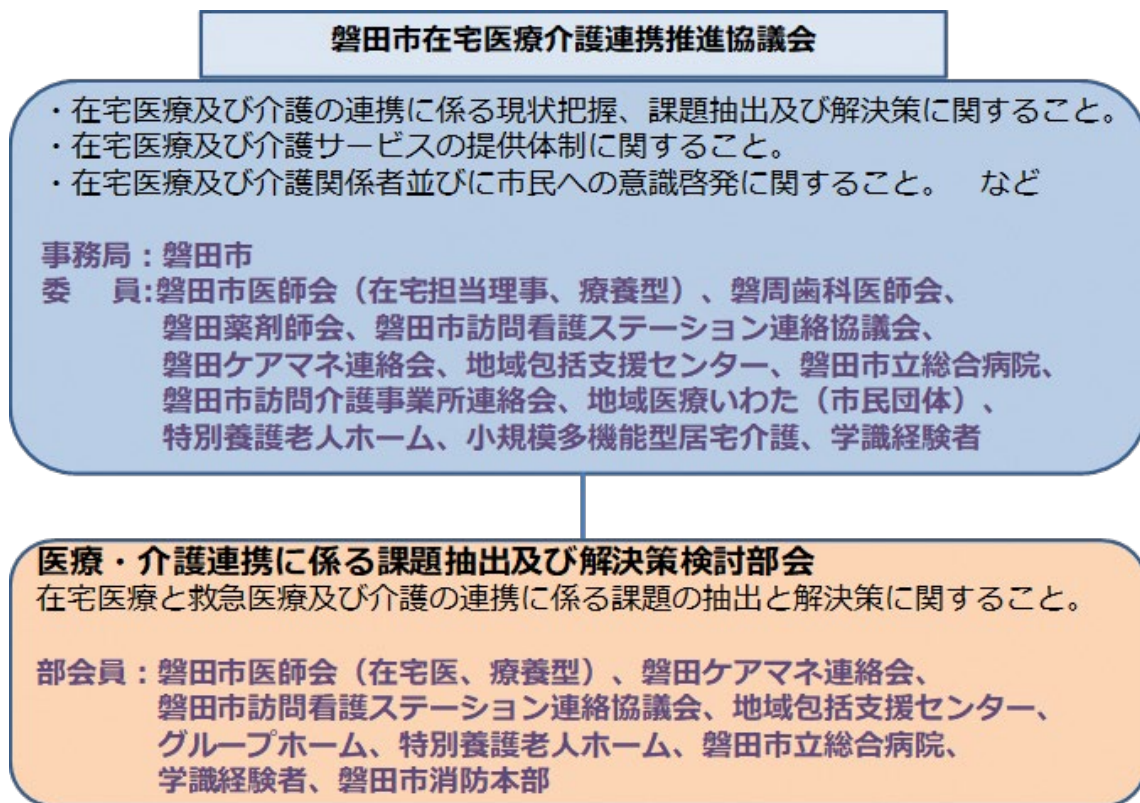
必須項目(●のついた項目は依頼元に応じて必須項目ですが、それ以外も可能な範囲で記入ください)			
医療機関	その他		
●	●	診断名または症状など	
●	●	現病歴 (救急依頼理由)	
●		既往歴 なし・あり	
●	●	内服中の薬 なし・あり	(お薬手帳参照・お薬手帳なし)
●		搬送時における処置 なし・あり	1.酸素吸入(経鼻 〇/分、マスク 〇/分) 2.点滴(留置針 G、点滴内容 ) 3.その他( )
●	●	キーパーソン	① _____ (続柄: ) 連絡先: _____ ② _____ (続柄: ) 連絡先: _____
●	●	本人の意思	DNAR あり・なし・不明 意思確認日:平成 年 月 日 (本人の意思の代弁者: )
	●	居宅・ケアマネジャー氏名	
	●	主治医名	

紹介元医療機関名または施設名・事業所名
住所
電話番号
FAX番号
紹介医・者氏名

## (4) 組織の体制

組織としては、在宅医療介護連携推進協議会の下に、検討部会が1つ設置されている形態である。協議会には各団体から委員参加してもらっているが、専門職だけでなく市民団体も参加しており、市民の立場からの意見も含めた協議が行われている。

一方検討部会は、直接関係する機関に絞っているが、メンバー選定にあたっては医師会会長をはじめ様々な人と相談し、在宅医や療養型医療を専門にしている医師に入ってもらっている。



出典：令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー 磐田市発表資料

## ■ 取組の成果

### (1) 現場レベルで在宅医療・救急医療連携に関する取り組みを進める共通認識が拡大

これから進んでいく取り組みも多いが、第一段階として、関係者の認識が共通化されてきたことが挙げられる。1つ目には救急隊員と医療・介護関係者の相互理解、2つ目には、地域の在宅医療・救急連携課題を現場参画型で共有し、地域一体となって課題解決に向かう意識が少しずつ高まっていること、また3つ目に、かかりつけ医が普段の外来診療で患者の緊急連絡先の聞き取りを進めるなど、実際に行動が起こっていることが挙げられる。

また、在宅医療・救急医療連携セミナーにより、医師会・病院・行政で方向性の確認がとれ、スケジュール感や方法についての共通認識をもって工程表がつくられたことも成果の1つと言える。

## ■ 今後について

### (1) 今後の課題

---

#### ① ACP の普及啓発

ACP の普及啓発を、まだ元気なうちから認識してもらうことも含めて力を入れていくことが検討されている。また、救急搬送に係る情報共有の仕組みづくりを通じて、平常時から連携体制構築を進める必要性も検討されている。

#### ② 他の課題の検討推進

多職種グループワークで挙げられた課題は全部で 21 項目あったため、今回絞った課題はごく一部である。たとえば「平時からの情報共有」「救急要請の判断の難しさ」等、挙がっていた課題は優先順位の高いものから整備が進むことも期待される。

### (2) 現在の取組

---

#### ① 意思決定支援

令和元年度中にパンフレット作成を終え、市民向けの啓発活動を行うこと、また思いを聞くアンケートをつくって活用していく予定である。

#### ② 救急搬送時の情報ツール整備

救急医療情報キットの検証を始め、令和 2 年度から運用できるようにしていく予定である。また、救急搬送患者情報提供書の運用状況についても、検証を進めている。

# 資料編

## 工程表

	在宅医療連携 平成23～28年	協議会活動 平成29年	救急医療連携強化 平成30年	活動強化 平成31年
在宅医療・介護連携	平成23年 在宅医療連携WG 平成26年 事業所間交流研修プロジェクトを開始 平成28年 多職種グループワーク研修	平成29年 在宅医療介護連携推進協議会 平成29年 医療・介護関係者の事例検討会		
多職種間連携の場			平成30年度 在宅医療・救急医療連携セミナー参加 グループワークで課題・解決策検討	
救急医療連携	救急医療情報キット いわた医療・介護ガイドブック	看取りに関する調査	平成30年 「医療・介護連携に係る課題抽出及び解決策検討部会」(みんなであつながるしっぺいプロジェクト)	プロジェクト活動継続 意思決定時のツール整備(パンフレット等) 救急搬送時の情報ツール整備

# 7. 愛知県岡崎市

## ■ 地域概要

愛知県の西三河に位置する岡崎市は、江戸時代、東海道の主要な宿場として栄えた岡崎宿や藤川宿の風情を残す。徳川家康公の生誕地であり、矢作川と市内を流れる乙川（菅生川）が交わったところに位置する岡崎城の城下町として発展してきた。

近年は、鉄道・道路面でのアクセスのよさと、緑豊かな自然やレクリエーションエリアが多い中規模都市として発展してきた。桜まつり、藤まつり、花火大会と四季折々のイベントも多く開催されている。

全国的に有名な「八丁味噌」、墓石・灯籠などの石工業、花火産業など伝統的な産業が息づく一方、自動車産業や、ハイテク産業も進み、多くの企業が操業している。また世界中からエキスパートが集まって研究をしている「自然科学研究機構」など、学術・文化施設も数多く有する自治体である。

## 人口・面積

・人口：387,835 人（住民基本台帳、2019 年 12 月）

・面積：387.20 km<sup>2</sup>

## 地域医療・救急救命関連の基礎情報

医療圏としては岡崎市とその隣に位置する幸田町とで西三河南部東医療圏を形成している。地域包括支援センターは市内に 20 箇所あり、3 次救急の病院は市内に 1 カ所、岡崎市の運営する岡崎市民病院である。

### ○高齢化率の動向

65 歳以上の高齢化率は 23.0%で、同時期の愛知県平均 25.0%をやや下回っている（2019 年 10 月）。

単位：人

	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	令和 2 年
65 歳以上人口	82,897	85,061	87,024	88,558	89,933
全人口	383,493	384,950	386,943	387,887	387,601

出典：岡崎市の人口 4 月 1 日、令和 2 年のみ 3 月 1 日（令和元年版）

## ○地域医療資源（施設数）

- ・ 医師数 521（人口 10 万人あたり 136.73、全国平均 246.00）
- ・ 一般診療所 198（人口 10 万人あたり 51.96、全国平均 71.57）、うち在宅療養支援診療所 26（人口 10 万人あたり 6.82、全国平均 11.67）、一般診療所病床数 116（人口 10 万人あたり 30.44、全国平均 73.45）
- ・ 病院 14（人口 10 万人あたり 3.67、全国平均 6.65）、うち在宅療養支援病院 1（人口 10 万人あたり 0.26、全国平均 1.17）、病院病床数 2,502（人口 10 万人あたり 656.61、全国平均 1,216.46）
- ・ 歯科 162（人口 10 万人あたり 42.51、全国平均 55.83）、うち訪問歯科 23（人口 10 万人あたり 6.04、全国平均 9.07）
- ・ 薬局 143（人口 10 万人あたり 37.53、全国平均 48.72）、うち訪問薬局 42（人口 10 万人あたり 11.02、全国平均 14.25）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

## ○救急救命資源と現状

- ・ 消防署数 3（他に分署 2、出張所 5）、職員定数 386 人、救急車 14 台
- ・ 平成 30 年救急出動件数 17,054 件、搬送人員 15,558 人（平成 29 年の出動 16,002 件・搬送 14,893 人）
- ・ 上記のうちの急病件数 11,540 件、急病搬送人員 10,621 人
- ・ 平成 30 年搬送人員の傷病程度別の内訳：死亡 240 人（1.5%）、重症 862 人（5.5%）、中等症 4,839 人（31.1%）、軽症 9,617 人（61.8%）
- ・ 平成 30 年搬送人員の年齢別の内訳：新生児 38 人（0.2%）、乳幼児 792 人（5.1%）、少年 601 人（3.9%）、成人 5,293 人（34.0%）、高齢者 8,834 人（56.8%）

（出典「岡崎市消防年報平成 30 年版」より抜粋）



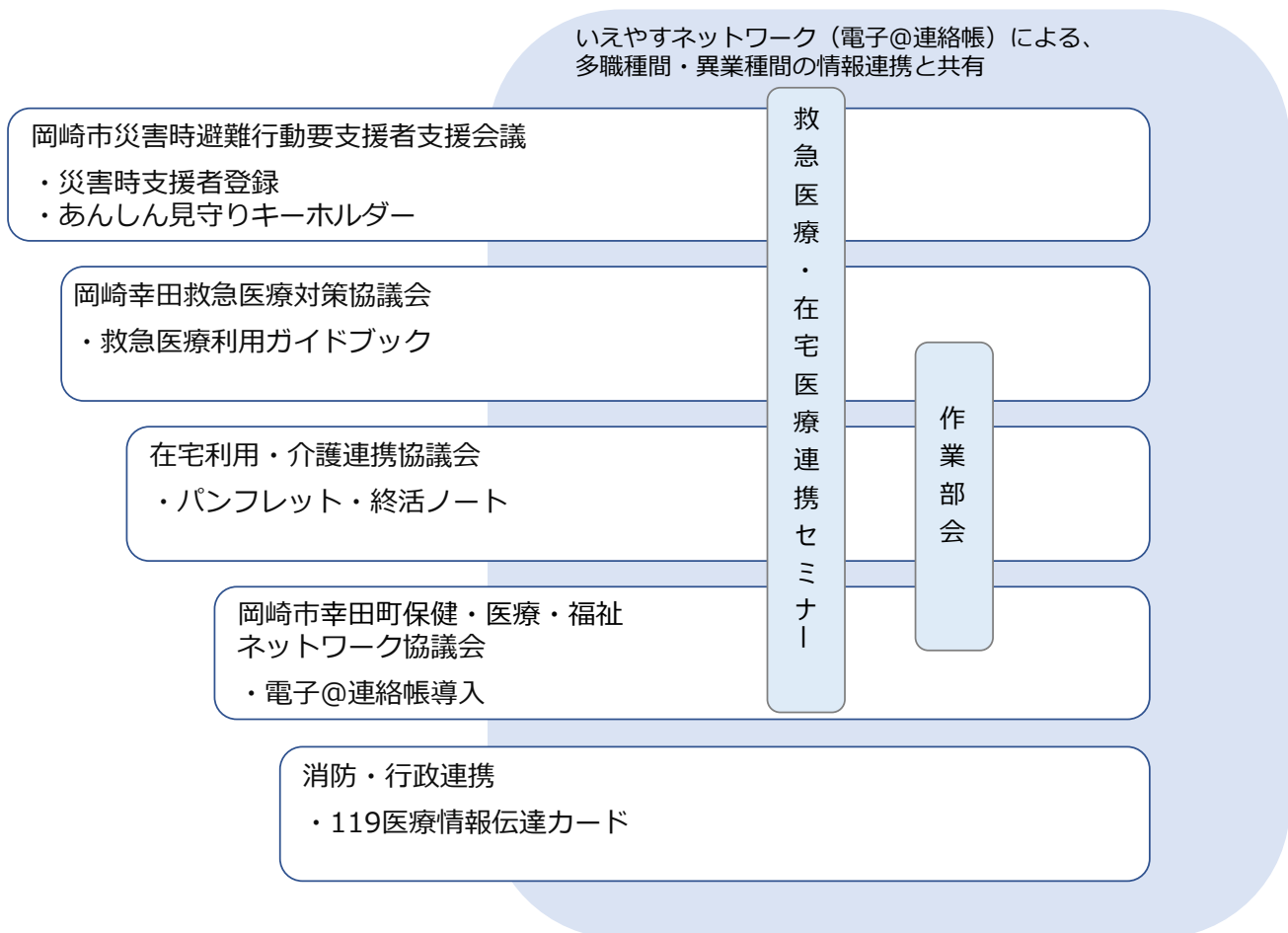
## ■事例の概要

西三河南部東医療圏である岡崎市と幸田町では、高齢者をはじめとする救急外来の安易な活用増加に課題を抱えていた。限られた医療機関しかない中で軽症患者が救急車を使い、三次救急医療機関へ搬送されることは、重症者の治療にも影響が出る事態として懸念されていた。

特に、高齢者の救急外来利用率も増えていた点については、介護施設や在宅医療現場で救急医療に適切な理解を持つこと、救急隊員が到着した際の、意思の齟齬を低減することなどが求められていた。

こうした課題に対応するため、「岡崎幸田救急医療対策協議会」や「在宅医療・介護連携協議会」が設置され、対策が検討された。また、既存の仕組みであった「岡崎市災害時要配慮者支援会議」との連携、岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネットワーク協議会にて進められた「電子@連絡帳」との連携、さらに必要性が先行して進んだ消防と市の「119 医療情報伝達カード」作成の取り組みなどが並行して進むことで、課題への包括的な対策が進められた。

さらに、平成 30 年に行われた多職種間の「救急医療・在宅医療連携セミナー」を機に、実態として進んでいない連携課題が話し合われた。翌年にはそれが作業部会となり、全体の連携促進の核となった。まずは市民への ACP 理解促進を目的に、講演会を実施したり、医療・介護専門職に対する救急医療の理解促進セミナーを実施したりするところから始まり、今後さらなる発展が検討されている。



課題	個別取組フェーズ	全体連携フェーズ
救急医療の適切な利用促進	岡崎幸田救急医療対策協議会による「救急医療利用ガイドブック」作成	継続
	岡崎市消防、岡崎市福祉部介護保険課・保健部保健企画課による「119 医療情報伝達カード」作成	継続
医療・介護の連携促進	在宅医療・介護連携協議会による課題協議	継続
	在宅医療・介護連携協議会によるパンフレット作成、終活ノート作成	継続
	岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネットワーク協議会による「電子@連絡帳」の導入	継続
介護・消防連携による高齢者見守り促進	岡崎市災害時要配慮者支援会議による、災害時支援者登録と消防への情報提示	継続
市民の ACP 理解促進	—	作業部会による講演会企画他
介護・医療スタッフの救急医療理解促進	—	作業部会によるセミナー企画他

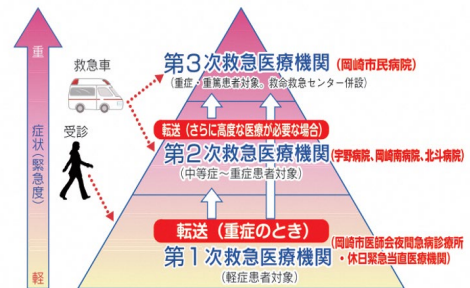
## ■ 取組の紹介

### (1) 取組の背景

#### ① 救急医療不足の解消に向けて、救急医療の適正利用促進の必要性

平成 26 年頃の岡崎市では、岡崎市民病院に軽症患者も多く詰めかけ、救急外来がパンクするような状態が続いていた。右図のピラミッドを成り立たせていくための改善が求められていた。

そこで、岡崎市医師会、岡崎歯科医師会、岡崎薬剤師会、2 次救急医療機関、3 次救急医療機関、岡崎市（消防含む）、幸田町（消防含む）の代表者が参加する「岡崎幸田救急医療対策協議会」において、救急車による搬送状況や、患者の情報を集計し、実態を把握した。そして、救急医療の適切な利用促進が必要だと方向性がまとまり、「岡崎幸田救急医療対策協議会」で検討が進められ、「救急医療利用ガイドブック」（資料①）を作成し、配布した。



出典：救急医療利用ガイドブック（岡崎市・幸田町）

#### ② 介護施設等からの救急搬送時の、スムーズな情報伝達の必要性

特に介護施設からの救急搬送の場合、同乗者がいない場合も多く救急隊が情報不足で困る場面も生じていた。医療、介護、消防、それぞれの持つ課題が共有され、つくられたのが、「119 医療情報伝達カード」（資料②）である。これは消防と岡崎市の介護保険課等が連携してつくったもので、名前や住所、既往歴等が書きこめるものとなっている。

#### ③ 医療と介護の連携強化に向けて導入された、電子連絡帳

名古屋大学医学部附属病院先端医療・臨床研究支援センターによって開発され、株式会社 IIJ の提供する電子@連絡帳（資料③）は、愛知県各地域で広く使われている。岡崎市では「岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネットワーク協議会（岡崎幸田いえやすネットワーク）」を通じて平成 27 年に導入した。このネットワークは、豊田市を始めとした西三河 9 市町のネットワークとも協定を結び、情報の共有を図っている。

#### ④ 制度を活用して進められていた在宅高齢者の見守りサポート

平成 18 年より設置されている「岡崎市災害時要配慮者支援会議」では、災害時の避難行動要支援者を登録・支援する取り組みを行っていた。そこに登録した人に、「あんしん見守りキーホルダー」も配布し、在宅高齢者をサポートできるような環境整備も進んでいた。

## (2) 個別取組の概要

### ① 救急医療利用ガイドブック（資料①）

救急医療機関の現状の紹介や救急医療の適正な利用を呼び掛けるためのガイドブック。岡崎市保健所及び各支所等で配布している。平成30年の救急車の出動件数は17,000件を超えていたが、利用者の60%が軽症患者であった。また、65歳以上の高齢者利用が増える傾向も見られた。本ガイドブックは、平成25年に発行して以後も改定を重ねており、市民のさらなる認知拡大を目指している。

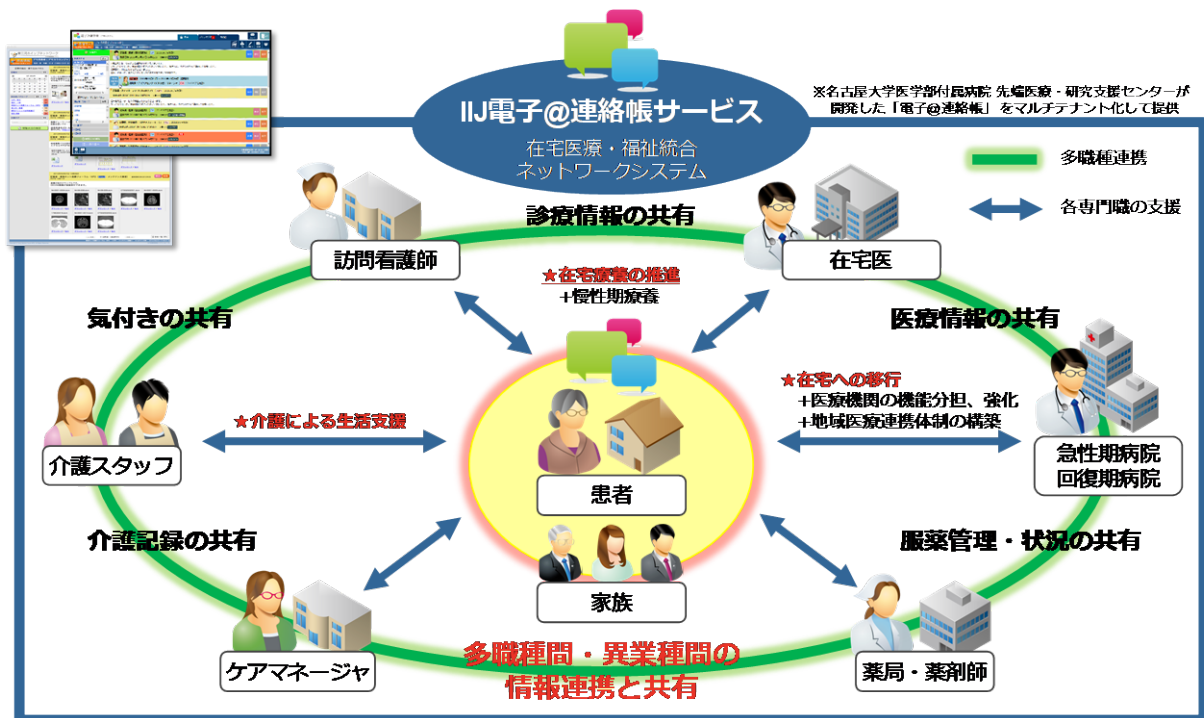
### ② 119 医療情報伝達カード（資料②）

119 医療情報伝達カードには、氏名や緊急連絡先他、疾患やアレルギーの状況、ならびにDNARについての記載欄も設けられている。

介護施設への普及がはかられ、岡崎市内の全ての指定介護保険事業者を対象とした「介護保険指定事業者講習会」において、カードの記入方法及び保管方法を岡崎市消防より説明している。救急車で到着した時に、消防から施設側へ「カードの有無」を尋ねるようになったため、施設側の活用度合いも上がっている。施設のうち35%程度は、事前に救急隊へカードを提出している。

### ③ 電子@連絡帳

電子連絡帳では患者の登録を行い、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー等の専門職からなるグループで活用している。現在、登録患者数は約1,200名、利用事業所は約450件、活用している多職種（医師、ケアマネジャー、訪問看護ステーション等）は、約1,000名である。

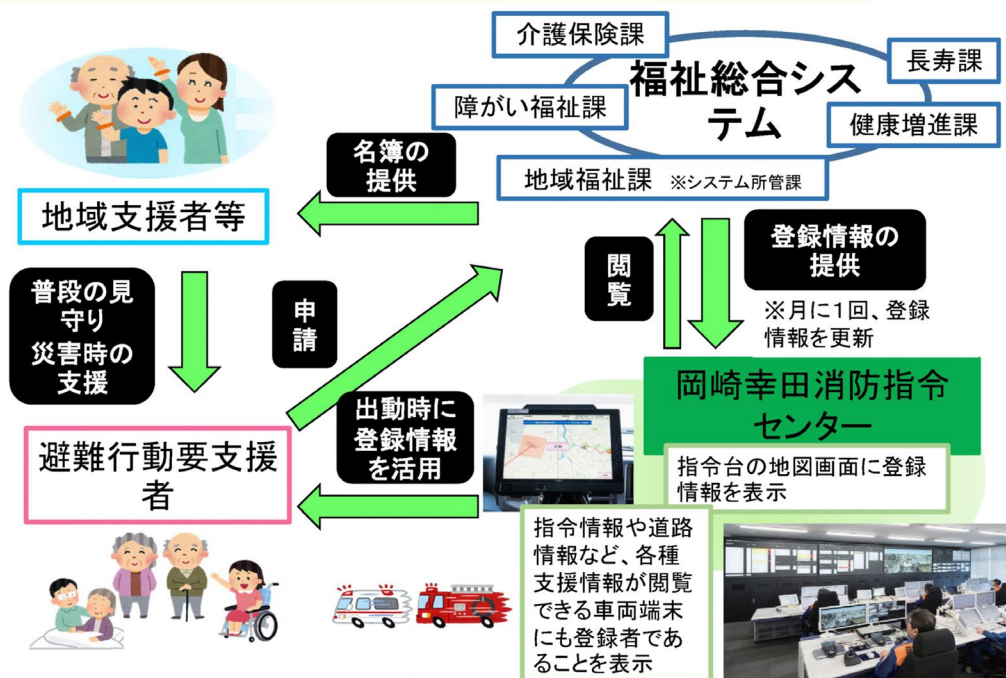


#### ④ 岡崎市災害時避難行動要支援者支援制度・あんしん見守りキーホルダー

高齢者、障がいを持っているなど自力の避難が難しい人が登録を行い、その名簿を地域の支援者に提供することで災害時の支援を行うという制度が、平成19年度より運用されている。この登録情報は月に1回の頻度で消防隊に提供され、通報があった場合は司令台の地図画面に登録情報が表示されるようになっている。また救急車等の車両の中に設置してある端末にも、登録者であることが表示される。

なお、この登録者に対しては、「あんしん見守りキーホルダー」を配布している。キーホルダーには個別番号（見守りナンバー）と、消防本部・警察署の連絡先が記載してあり、身に付けて外出していれば、外出先で意識を失った場合、認知症の人が徘徊などで保護されたときに、見守りナンバーをもとに24時間365日体制で身元の確認・緊急連絡を行う仕組みとなっている。

#### 岡崎市災害時避難行動要支援者支援制度(概要)



出典：令和元年度「在宅医療・救急医療連携セミナー」岡崎市発表資料



出典：岡崎市ホームページ

## ■ 連携強化の流れ

### (1) 各協議会の連携経緯

在宅医療・救急医療連携の取組は、各々の目的や設立経緯により、5つの協議体が連携する形で進んでいたが、2019年の「救急医療・在宅医療連携セミナー」受講をきっかけとして、その連携に関する話し合いが設置された。そのセミナーに参加していた岡崎市福祉部長寿課、保健部保健企画課、岡崎市医師会在宅医療サポートセンターに、岡崎市消防本部と社会福祉協議会地域包括支援センターが加わった会合であった。

その場では、各協議会から出された次のような課題が共有された。

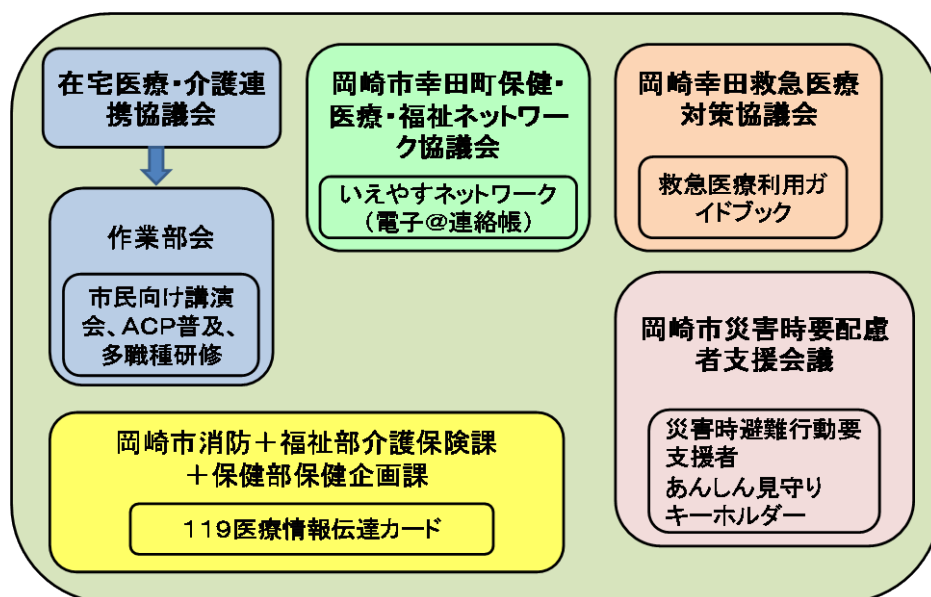
- ・ 救急車の不適切な利用が社会問題化
- ・ 介護施設からの救急搬送の際に適切な情報が示されない
- ・ 介護と医療の連携の強化の必要性
- ・ 災害時避難行動要援護者情報の活用
- ・ ACPの理解、普及啓発
- ・ 救急搬送時の実情の普及啓発

たとえば、全国で統一的な心肺蘇生の中断手順は定められておらず、愛知県においても同様なため、救急車を呼んだ時点で心肺蘇生の中断は難しいという現状が把握された。こうした課題に対しては継続的な検討の場が必要であると認識され、岡崎市在宅医療介護連携協議会の下部に位置する作業部会が設けられた。

作業部会では、まず市民へのACP浸透をはかるため、ACPをテーマとする講演会を令和元年度に実施した。また、多職種研修も実施された。

### (2) 組織の体制

各協議会と、新たに設置された作業部会は、次のように併存する形で活動している。参加機関は下記のとおりである。



出典：令和元年度「在宅医療・救急医療連携セミナー」岡崎市発表資料

名称	設置年度	主な参加機関
在宅医療・介護連携協議会	平成 26 年	岡崎市医師会、岡崎歯科医師会、岡崎薬剤師会、岡崎市介護サービス事業者連絡協議会、民生委員・児童委員、岡崎市民病院、岡崎市、幸田町
岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネットワーク協議会	平成 27 年	岡崎市医師会、岡崎歯科医師会、岡崎薬剤師会、岡崎市介護サービス事業者連絡協議会、幸田町介護サービス事業者連絡協議会、地域包括支援センター、岡崎市、幸田町
岡崎幸田救急医療対策協議会	平成 26 年	西三河南部東医療圏（岡崎市・幸田町）における救急医療対策の協議及び地域関係者の連携推進を図る。参加機関は岡崎市医師会、岡崎歯科医師会、岡崎薬剤師会、2次救急医療機関、3次救急医療機関、岡崎市（消防含む）、幸田町（消防含む）
岡崎市災害時要配慮者支援会議	平成 18 年	岡崎市（地域福祉課・介護保険課・障がい福祉課・長寿課・健康増進課等）
（119 医療情報伝達カード運用）	平成 28 年	岡崎市（消防・介護保険課・保健企画課）

### (3) 作業部会の活動

令和元年度は ACP に関する市民向け周知が優先と考えられ、一般市民向け講演会を実施した。そこでは、基調講演、看取り事例紹介、救急搬送の現状紹介を順に行い、心肺蘇生を望まない場合は救急車を呼ばないことが一番望ましいというメッセージを伝える場にもなった。



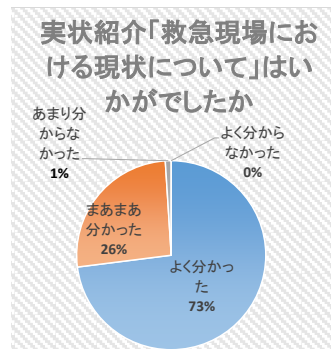
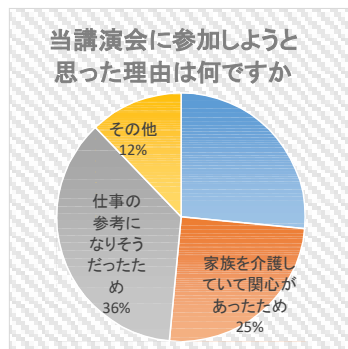
出典：令和元年度「在宅医療・救急医療連携セミナー」岡崎市発表資料

## ■ 取組の成果

### (1) ACP ならびに救急搬送に関する現状の理解浸透

作業部会にて企画した令和元年の講演会は、参加者が 118 名で、うち一般 78 名、介護職関係 28 名、医療職関係 12 名であった。

講演会の参加理由ならびに、救急現場における現状認識についてのアンケート結果は以下であり、特に救急搬送への認知を高める機会になったことがうかがえる。



出典：岡崎市提供資料

他にも、岡崎市内において ACP をテーマとした介護・医療の専門職向けの研修会を開催し、岡崎市消防の救急担当から岡崎市の救急搬送の状況について周知を図る機会も設けられている。

### (2) 連携・情報共有の強化

いえやすネットワーク（電子@連絡帳）のユーザー数は、平成 30 年 5 月末から令和元年 12 月末までで、100 名以上の増加となり、着実に活用が広がっている。また、近隣市町村との電子@連絡帳を使用した情報共有ができるようになってきた。

救急医療との連携については、「119 医療情報伝達カード」の介護施設現場での認知が高まり、実際に 35% 程度の施設が事前提示するなど、協力体制は進む。

要支援レベルの高齢者については、岡崎市災害時避難行動要支援者支援制度の活用により、火災現場の近隣にいた場合などの把握がしやすくなった。



## ■ 今後について

### (1) 今後の課題

---

#### ① ACP への理解拡大

今後は、市民向け講演会だけでなく、様々なアプローチでACPに関する周知を図っていきたくと考えられているが、具体的な手段についてはまだ検討段階である。

また、高齢者向け介護施設の職員に向けてもACPや救急搬送の現状についての周知を図っていくこと、データ収集及び分析についても、今後取組みを進めていくことが検討されている。

#### ② 医療体制のさらなる整備

岡崎市は人口当たりの診療所数が多くないため、患者が病院診療に集中する傾向がある。そのため、各医師が在宅医療に赴ける時間があまりないのが現状である。現在、在宅医療専門の医師もいるが、自身の担当エリアで手一杯で、追加を受けることが難しい。近隣市町村の医師も含め、地域連携室が探している状況である。

### (2) 現在の取組

---

#### ① 二次医療体制の拡充

岡崎・幸田地域では、二次救急医療体制も少なく、中等症の患者を毎日診られる体制が整っていなかった状況もあった。それについては医師会の協力を得て二次救急の病院誘致が進められ、令和2年に開業が決まっている。この体制整備により、第3次医療機関である岡崎市民病院に患者が集中しすぎず、適切な病院選択が進むことが期待される。

# 資料編

## 工程表

	平成18年 2006	平成19年 2007	平成20年 2008	平成21年 2009	平成22年 2010	平成23年 2011	平成24年 2012	平成25年 2013	平成26年 2014	平成27年 2015	平成28年 2016	平成29年 2017	平成30年 2018	令和元年 2019	令和2年 2020
在宅医療・介護連携協議会									設置					作業部会 設置	市民向け講 演会実施
岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネット ワーク協議会											電子@連絡帳 導入				
岡崎幸田救急医療対策協議会									救急医療利用ガイドブック作成・配布						
岡崎市災害時要配慮者支援会議	設置								岡崎市災害時避難行動要支援者支援制度 開始						
その他（消防・市連携）															

救急医療・在宅医療連携  
セミナー

119医療情報伝達カード作成・配布

# 資料① 救急医療利用ガイドブック

岡崎市・幸田町

## 救急医療 利用ガイドブック

みんなでする、誰かの「ために」。  
救急医療は、限りある資源です。

発行：岡崎市・幸田町・一般社団法人岡崎市医師会  
6版 / 2019年3月

## 救急医療機関の適正な利用

### 救急医療機関には種類と役割があります

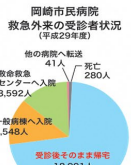


2

### 岡崎市民病院(第3次救急医療機関)の役割について

岡崎市民病院(第3次救急医療機関)は、重症・重症な患者さんに医療を提供する病院です。救急外来においても、重症・重篤な患者さんが優先となります。一人でも多くの命を救うため、特に夜間・休日における安易な岡崎市民病院(第3次救急医療機関)への受診はやめましょう。

症状や時間帯に応じて、第2次救急医療機関や第1次医療機関を受診するように心がけましょう。(P.6 参照)



### まずは、かかりつけ医を受診しましょう。

身体の不調を感じたら、まずは「かかりつけ医」を受診しましょう。かかりつけ医は、病気になった時に普段から受診し、ご自身の健康状態を把握しているお医者さんのことをいいます。「調子がおかしいかな?」と感じたら、診療時間内にかかりつけ医を受診するように努めましょう。

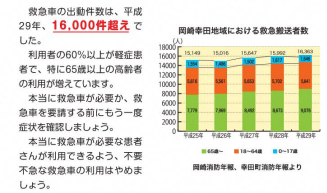
かかりつけ医では対応が難しい、より詳しい検査や高度な医療が必要な患者さんは第2次救急医療機関、第3次救急医療機関(岡崎市民病院)に紹介、転送となります。(P.2 参照)

症状に応じた医療機関を受診し、救急医療機関の適正利用に努めましょう。

3

## 救急車の適正な利用

### 救急車の利用状況

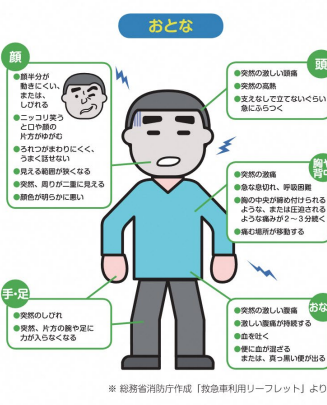


### こんな利用は困ります!

- × 緊急性のない症状  
風邪・切り傷・打撲など
- × 身勝手な理由  
・ タクシーやバス代わりに利用  
・ 待ち時間が短いことを期待して利用  
・ 予約検査や予定入院に利用  
・ 良い病院での治療を期待して利用  
・ 優先的に診てもらいたいことを期待して利用など

4

### こんな時はためらわずに救急車(119番)を



5

### 知っておきたい 岡崎・幸田の救急医療

夜間・休日の病気・けがには 岡崎・幸田の救急医療機関

**第2次救急医療機関**

宇野病院 岡崎南病院 北斗病院  
 住所：岡崎市宇野町1-10 住所：岡崎市民病院東町1丁目番地3 住所：岡崎市北本町17番地33  
 電話：(0564)24-2211 電話：(0564)51-5434 電話：(0564)66-2811

**岡崎市医師会夜間急病診療所**  
 夜間の急な病気・けがに365日対応  
 診療科：内科・外科・小児科  
 毎日各科1名(計3名)の医師が診察にあたっています。  
 受付：毎日19:30～22:30  
 住所：岡崎市民病院1丁目9-1 (医師会公衆衛生センター1階)  
 電話：(0564)52-1906 (19時から通話可)

**休日緊急当番医療機関**  
 日曜・祝日・年末年始(12/31～1/3)の急な病気・けがに対応  
 当番科数：原則10科体制  
 診療科：内科または小児科、外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、産婦人科  
 受付：9:00～12:00/14:00～18:00  
 市政広場よりおさき、広報こうたに当番表を掲載しています。

**岡崎歯科総合センター**  
 夜間、休日の急な口腔内トラブルに対応  
 受付：月曜～金曜 19:30～22:30  
 日曜、祝日、年末年始(12/30～1/3)、お盆等 9:00～11:30/13:00～15:30  
 住所：岡崎市民病院1丁目8-2 (岡崎がけろ歯科隣)  
 電話：(0564)21-8000

6

出典：岡崎市提供資料

## 資料② 119 医療情報伝達カード

**記入方法** 119医療情報伝達カード 

施設名 ( **①** ) 作成年月日 年 月 日  
※情報は、いつも最新のものにておいてください。更新①  
 ※★の項目に更新があった場合は、再度署名をお願いします。更新② 年 月 日

フリガナ	性別	生年	明治 昭和	年 月 日	歳
氏名	男・女	年 月 日	大正 平成		
住所	<b>②</b>	緊急連絡先	- - (関係: )		
ADL	意思疎通(可能・一部可能・不可能) 生活介助(移動・トイレ・食事・着替え・ <b>③</b> )	移動	自立・杖・車椅子・寝たきり		

■アレルギーの有無 あり・なし (薬: **④** 食事: )

■服薬中のくすりについて お薬手帳: あり・なし 資料: あり・なし  
 (上記2点ともない場合、服薬中の薬名を記入)  
**⑤**

★DNARの提示について ※①が「あり」の場合のみ、②・③以降を記入してください。

①DNARの提示	②DNARの書類	③DNAR確認主治医
あり・なし	あり・なし	病院名: 医師名: 病院☐: ( ) - <b>⑥</b> カルテ記載: あり・なし

★現在、治療中の主な病気とかかりつけ医療機関について

病名	医療機関・診察券番号	治療
① <b>⑦</b>	病院・ID	治療中・経過観察中
②	病院・ID	治療中・経過観察中

■今までに治療したことがある病気について

呼吸器系疾患	慢性閉塞性肺病	脳心症	心筋梗塞
心不全	不整脈	脳梗塞	脳出血
腎疾患	肝疾患	糖尿病	その他(詳細下記へ記載)

■その他(上記に該当がない病気の詳細や救急隊へ知らせたいことなど)  
**⑧**

以上、わたしの医療情報に間違いありません。救急隊が、知覧や搬送へ活用することに同意します。

本人又は家族等署名欄 **⑩** 年 月 日 施設確認欄  確認済み

**①施設名、作成年月日、更新年月日**  
 施設名を記入してください。  
 内容に変更があった場合は、その都度更新してください。変更がない場合は、少なくとも年1回は見直ししてください。更新の際は、2重線で消してください。★の項目に更新があった場合は再度⑩署名をお願いします。

**②緊急連絡先**  
 救急隊や病院から連絡する場合の連絡先電話番号と施設利用者本人との関係を記入してください。

**③ADL**  
 ADLとは、日常の生活動作のことです。該当する項目に○をつけてください。

**④アレルギー**  
 薬や食事によるアレルギーの有無とその内容を記入してください。

**⑤薬について**  
 お薬手帳や資料があれば、119医療情報伝達カードと共に提出してください。どちらもない場合は、薬名の記入をお願いします。

**⑥DNARについて**  
 DNARとは、癌の末期や老衰などで救命の可能性がない患者さんが、かかりつけの主治医等と話し合い、あらかじめ心肺停止に陥った際の対応について、意思表示することを指します。①はその意思表示の有無を記入してください。基本的には、入居者(利用者)やその家族などからDNARについての申し出がなければ、「なし」としてください。組織として終末期に対応されている施設や関係者からの申し出によって、①が「あり」となった場合のみ②・③以降を記入してください。②の書類とは、この意思表示の過程で作成される書類のことです。③はカルテ記載の有無、意思表示に携わった医師名、病院名、病院連絡先の記入をお願いします。  
 ★項目のため、変更があった場合は再度⑩署名をお願いします。

**⑦治療中の病名**  
 現在治療中の病名、かかりつけ医療機関、IDなど詳細な記入をお願いします。  
 ★項目のため、変更があった場合は再度⑩署名をお願いします。

**⑧今までに治療したことがある病気について**  
 該当する項目にレ点をお願いします。

**⑨備考**  
 ⑧の既往歴でその他にレ点をチェックした場合は、その病名の記入をお願いします。  
 例) 右大腿骨頸部骨折  
 その他、救急隊に伝えたい項目を記入してください。  
 例) シヤントがあり、右腕での血圧測定ができない。

**⑩署名欄**  
 この用紙を救急隊が活用する事についての同意署名になります。ここに記入された内容の信憑性を担保するうえでも、必要な項目になります。署名を頂く方に、「本人・家族・関係者の方へ」という用紙を渡してください。

出典：岡崎市提供資料

## 8. 山口県下関市

### ■ 地域概要

本州の最西端に位置する下関市は、山口県の最西端に位置し、三方を海に囲まれて豊かな自然環境に恵まれている。また、多くの歴史遺産を有し、源平壇ノ浦の合戦、宮本武蔵と佐々木小次郎の巖流島の決闘、高杉晋作による奇兵隊の結成など、歴史の舞台ともなってきた。

年間を通して気温差の少ない温暖な気候、そして山口県は地震発生頻度が相対的に少ないなど、安定した自然環境が整っている。広島県・岡山県をはじめとする中国地方と関門海峡を挟んで接する九州の中心に位置しているため、車、JR を利用した抜群のアクセス環境もある。また、国際フェリー基地下関港を利用しての韓国・中国への物流ルートも整備されている。古くより本州と九州の結節点として北九州市をはじめとする九州地域との交流が深く、経済面や文化面において非常に深いつながりを持っている。

河豚の取扱量全国一の下関では、幸福にあやかって河豚のことを「フク」と呼んでいる。フクを始め、ウニ、クジラ、アンコウ、イカなどの水産業が盛んである。

中国地方では広島市・岡山市・倉敷市・福山市に次ぐ 5 番目の規模を誇っており、産業面では日本銀行が下関支店を置くほか、三菱重工業、神戸製鋼所、ブリヂストン、シマノなどの製造拠点多おかれている。

### 人口・面積

・人口：260,221 人（住民基本台帳、2020 年 2 月末）

・面積：716.10 km<sup>2</sup>

### 地域医療・救急救命関連の基礎情報

#### ○高齢化率の動向

65 歳以上の高齢化率 35.5%で、同時期の山口県平均 34.3%をやや上回る（令和元年 10 月）。

単位：人

	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	令和 2 年
65 歳以上人口	89,463	90,422	91,212	91,643	91,593
全人口	272,067	269,198	266,148	263,324	260,614

出典：住民基本台帳に基づく市総務課集計数：1 月末の数字

## ○地域医療資源（施設数）

- ・ 医師数 636（人口 10 万人あたり 236.86、全国平均 246.00）
- ・ 一般診療所 231（人口 10 万人あたり 86.03、全国平均 71.57）、うち在宅療養支援診療所 34（人口 10 万人あたり 12.66、全国平均 11.67）、一般診療所病床数 524（人口 10 万人あたり 195.15、全国平均 73.45）
- ・ 病院 26（人口 10 万人あたり 9.68、全国平均 6.65）、うち在宅療養支援病院 1（人口 10 万人あたり 0.37、全国平均 1.17）、病院病床数 5,383（人口 10 万人あたり 2,004.71、全国平均 1,216.46）
- ・ 歯科 137（人口 10 万人あたり 51.02、全国平均 55.83）、うち訪問歯科 23（人口 10 万人あたり 8.57、全国平均 9.07）
- ・ 薬局 157（人口 10 万人あたり 58.47、全国平均 48.72）、うち訪問薬局 43（人口 10 万人あたり 16.01、全国平均 14.25）

出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋

## ○救急救命資源と現状

- ・ 消防局 1・消防署 6・出張所 5、職員定数 327 人、救急車 13 台
- ・ 平成 30 年救急出動件数 15,107 件、搬送人員 13,819 人（平成 29 年度出動件数：15,107 件、搬送人員 13,819 人）
- ・ 上記のうちの急病件数 9,362 件
- ・ 平成 30 年搬送人員 13,819 人の傷病程度別の内訳：死亡 17 人（0.1%）、重症 452 人（3.3%）、中等症 7,295 人（52.8%）、軽症 6,055 人（43.8%）

出典：「下関市消防年報 平成 30 年版」より抜粋

## ■ 事例の概要

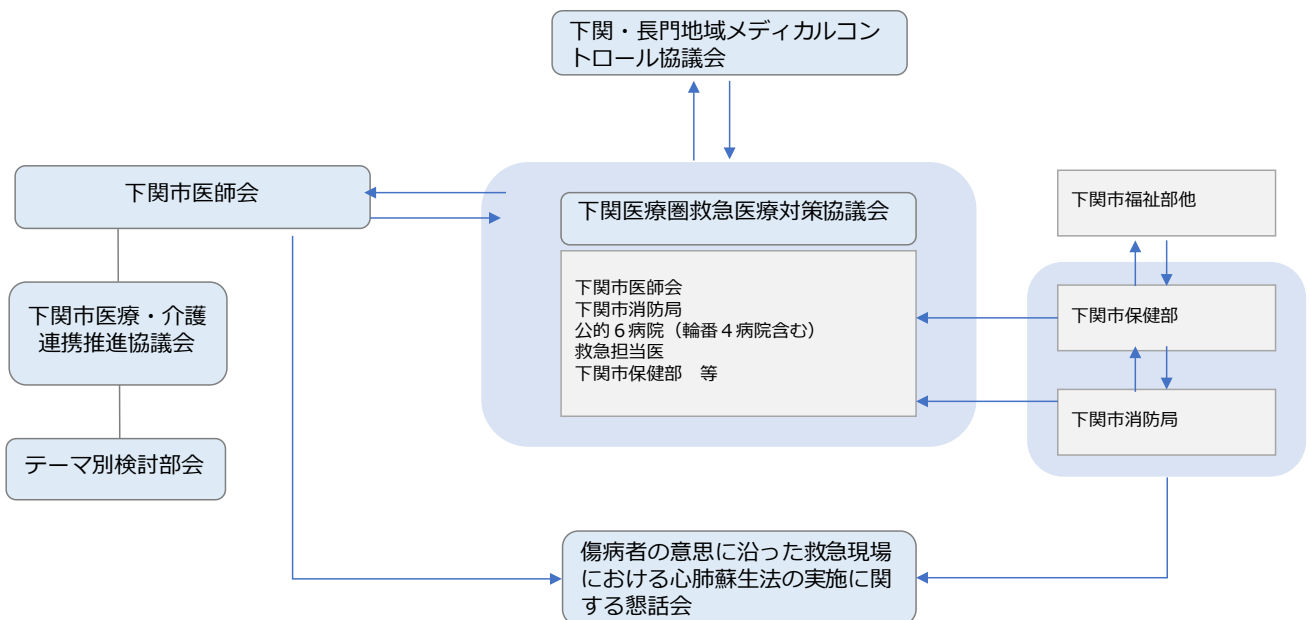
下関市は、全国平均よりも高い高齢化率となっている地域で、高齢者の救急搬送も年々増えている状況にあった。そうした中、類似テーマの会合が統合される形で「下関医療圏救急医療対策協議会」が立ち上がり、適正な救急医療の活用と現場での円滑な実施が進むような取り組みがはじめられた。

連携が進んだ背景にはいくつかの要因があるが、まず、同市では市消防局から救急救命士が、市保健部に出向して業務を担う形が何年も前から続けられていた。救急搬送の「たらい回し」のようなことが相次いだことを問題視し、仕組みの改善に取り組んだ一環である。そのため、消防と保健部の連携はもともと円滑に行われていた。また、医師会と保健部の連携も良好であった。

他方、保健部と福祉部の救急医療分野での連携はあまり行われていなかったが、平成 29 年の「在宅医療・救急医療連携セミナー」（厚生労働省）参加後に、より広範囲な連携・協力体制をつくる必要があるという認識に至った。また、在宅医療救急医療連携の実情をまず把握する必要があるという協議もあった。

そこで同年に保健部が中心となり、消防、医師会、市福祉部他関連部門の協力を得て、「在宅医療救急医療連携に関するアンケート調査」がおこなわれた。また同時期に、保健部、消防、医師会、メディカルコントロール協議会が協力して「高齢者福祉施設救急搬送ガイドライン」「転院搬送ガイドライン」が整備された。

これらは翌平成 30 年にアンケート集計やガイドライン実績検証が進められ、アンケートで得られた結果をもとにガイドラインの更新を検討したり、高齢者の救急搬送のルール化についても継続して検討が進められている。



## ■ 取組の紹介

### (1) 取組の背景

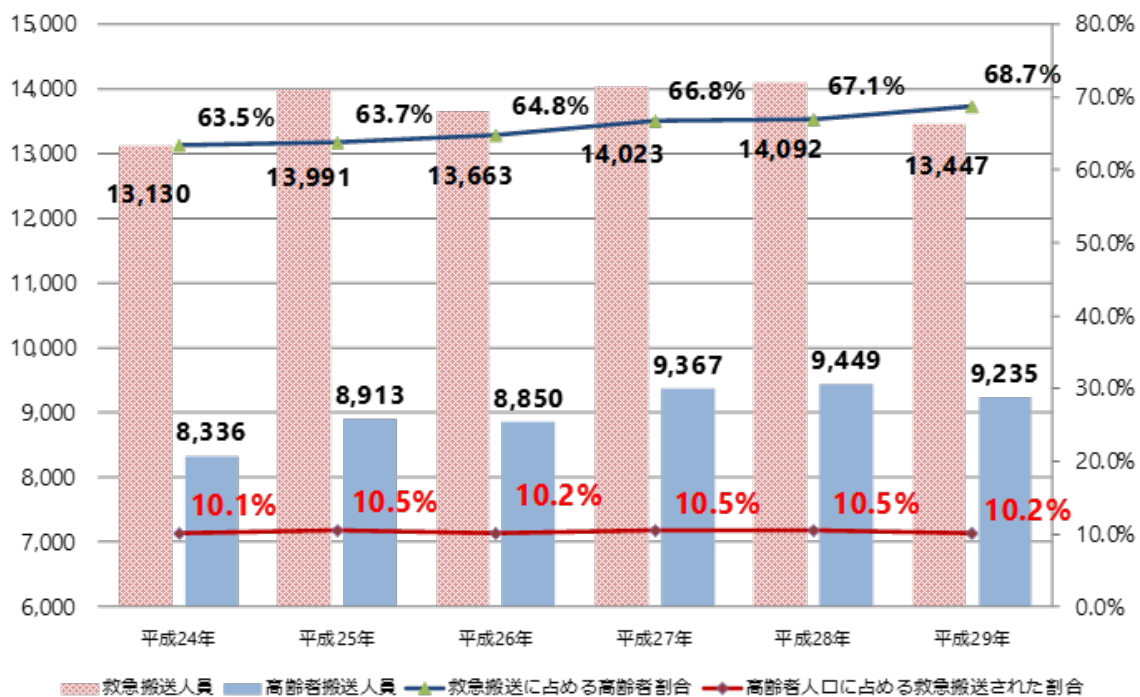
#### ① 高齢者福祉施設向けに救急搬送に関するフローチャートを作成

下関市は年々高齢化率が高まり、高齢者の救急搬送数もそれに比例して増加傾向にあった。そこでまず、高齢者福祉施設向けに、緊急時に適切に事態を察知でき、しかるべきタイミングで応急措置を始め、119番通報をおこなえるためのフローチャートがつくられた。

もともと救急と医療の現場の連携が密だったわけではないが、市消防局から市保健部に出向した担当者がいたことも相まって、情報連携が進んだ。中でも、救急搬送関連のデータ分析は平成23年頃から続いており、市消防局と市保健部の間で共有されていた。

なお下関市では、市保健部との連携をはかることを目的に、市消防局から市保健部への出向を何人が継続しておこなっている。以前、「たらい回し」になってしまうような問題があり、その際に課題抽出・対応策検討として両者の連携が進められた。

#### 救急搬送人員と高齢者割合



出典：下関市提供資料

#### ② 高齢者救急搬送の適正化とDNARについての研究に参加

平成28年の消防庁消防防災科学技術推進制度の研究で、「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」があったが、そこに下関市も参加した。この時に参加したのは、市消防局、市保健部、市医師会、輪番病院救急担当医である。研究の一環では医療介護関係者を対象に、DNARに関するセミナーも開催した。



## (2) 個別取組の概要

### ① 在宅医療救急医療連携に関するアンケート調査

在宅医療救急医療連携を進めるにあたり、平成 29 年度にアンケート調査が行われ、平成 30 年にとりまとめられた。主なアンケート項目と対象者は以下の通りである。アンケート作成は各関係者、関連機関で連携して進められたが、主導は市保健部で、最終的に保健所長名で発信された。

(主なアンケート項目)

- ・ 転院搬送ガイドラインの理解度及び充実度について
- ・ 高齢者福祉施設からの救急要請ガイドラインの理解度及び充実度について
- ・ 高齢者救急搬送の現状及び課題について
- ・ 在宅医療と救急医療連携の課題について
- ・ 入退院時の医療と介護の連携について

(アンケート対象者と実施集計者)

アンケート対象者		実施集計担当
輪番病院	救急担当医、看護部長、事務部長、 在宅医療連携窓口担当者	保健医療課 (平成 30 年 4 月 1 日から 保健医療政策課)
病院 (輪番病院除く)	救急担当医、看護部長、事務部長、 在宅医療連携窓口担当者	
在宅療養支援診療所及び在宅診療実施診療所の在宅医		
高齢者福祉施設	施設長、施設職員 (1 施設 3 名程度 に回答依頼)	
居宅介護支援事業所 (全ケアマネジャー)		長寿支援課
地域包括支援センター (全ケアマネジャー)		
消防局救急救命士		消防局警防課

## ② 高齢者福祉施設からの救急搬送ガイドライン

高齢者福祉施設からの救急搬送における課題のなかで、入所者の情報を何度も聞かれたり、救急車同乗ができずに救急現場で困るようなことが起こっていた。そこで、あらかじめ適切な救急医療利用を周知するとともに、早期搬送のために「患者情報提供シート」を提出して共有活用できるよう、ガイドラインが整備された。これは、下関・長門地域メディカルコントロール協議会の承認のもと、下関市医師会、下関市保健部、下関市消防局が共同で平成 29 年 3 月に発信している。

救急車要請の要件等	
1 救急搬送の要件 (消防法による)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害により負傷し、迅速に病院に行く必要がある時</li> <li>・屋外の事故等で負傷し、迅速に病院に行く必要がある時</li> <li>・屋内の事故等で負傷し、迅速に病院に行く必要がある時</li> <li>・悪化する病気で、迅速に病院に行く必要がある時</li> </ul> <p>※緊急性が認められるとは 例示するならば、意識障害、呼吸困難、胸痛、ろれつが回らない、麻痺がある、呼吸停止・心停止等による場合</p>
2 協力病院への連絡と搬送先病院の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・協力病院やかかりつけ医へ連絡をお願いします</li> <li>・あらかじめ搬送先医療機関を決めていただくと搬送が早く、患者さんの為にもなります</li> <li>※救急隊が出動すれば必要な応急処置を行います。本人・家族・主治医等と相談のうえ、治療方針をあらかじめ決めておいてください。</li> </ul>
3 施設内での対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急事案が発生したら施設内職員を集めてください</li> <li>・応急処置と 119 番通報を実施してください</li> <li>・玄関の解錠と救急隊を誘導してください</li> <li>・患者情報提供シートを渡してください</li> </ul>
4 施設職員の同乗	医療機関への申し送りが必要ですので、患者さんの状況について分かる方の同乗をお願いします。看護記録、介護記録、カルテ、お薬手帳等を持参してください。

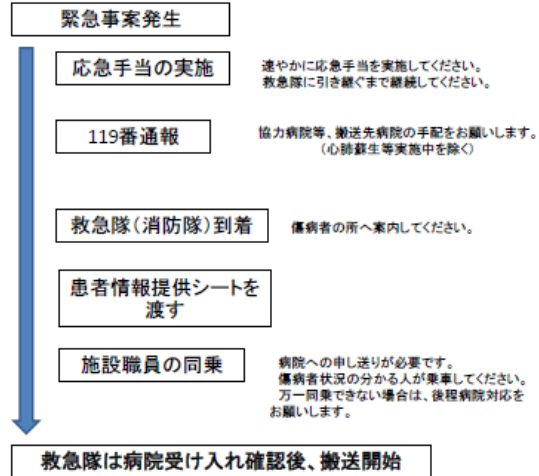
【 介護タクシー等の利用 】

- ・緊急性がない場合（予約の診療等）には、施設車両や介護タクシー等の利用をお願いします。

※ 救急出動増加の中、市民への救急車の適正利用をお願いしています。  
高齢者福祉施設からの救急車の適正利用につきましてはこちらでご理解をよろしくお願いします。

### 高齢者福祉施設等緊急時フロー

患者情報提供シートは入所時や病歴に変更があった場合に記載をしておいてください



※ 緊急性がない場合や予約診療は、施設の所有車両や介護タクシー等の搬送手段で医療機関の受診をお願いします。

#### 患者情報提供シート

平成 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

住所			
フリガナ			
氏名			
生年月日等	年 月 日・年齢	歳・性別	男 女
既往歴			
普段の状態	要介護度 ( )	麻痺の有無	有 ( ) 無
かかりつけ医療機関	電話番号 _____	医師名 _____	
救急要請理由 (簡単に)			
搬送先医療機関名	(緊急性のある場合を除く)	搬送先連絡者名 (受入側)	医師 NS 他
同乗者	<input type="checkbox"/> 1 看護師 (氏名 _____) <input type="checkbox"/> 2 その他 (職 氏名 _____) <input type="checkbox"/> 3 関係者 (続柄 氏名 _____)		
施設関係者の同乗が無い場合の理由	<input type="checkbox"/> 1 別の車で向かっている <input type="checkbox"/> 2 その他 ( )		
その他連絡事項			
チェックリスト	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 履物 <input type="checkbox"/> 家族への連絡 (連絡先: _____)		

- 1 本枠部分は (入所時等) あらかじめ記入して保管しておいてください。
- 2 記載内容の定期的な更新をお願いします。
- 3 搬送先病院へ情報提供することがあります。
- 4 記載された情報は消防救急業務に係る目的以外では使用しません。

## ■ 連携強化の流れ

### (1) 救急医療対策協議会発足とガイドラインの作成

平成 28 年度に、下関医療圏における適正な救急医療を確保するために下関医療圏救急医療対策協議会が発足した。3 つあった類似会議を統合し、年 2 回の全体会議と必要に応じた専門部会を設置する形で進められている。ここには市医師会、市保健部、市消防局、公的 6 病院（輪番 4 病院含む）の救急担当医等が参画している。

その活動の中で、平成 28 年度の日本救急医療財団の研究費を使い、高齢者福祉施設からの救急搬送、転院搬送（病院間搬送）について研究した。その成果を活用しながら、市消防局と市保健部で連携し、救急医の協力を得て、「高齢者福祉施設等における救急要請」および「転院搬送における救急要請」が平成 29 年にまとめられた。作成の債には、下関医療圏救急医療対策相互協議会より、下関・長門地域メディカルコントロール協議会に対して提言・報告・協議をする形で、最終的にメディカルコントロール協議会の承認によって確定された。

（下関医療圏救急医療対策協議会）

#### ○ 協議内容

- ・ 救急医療体制の整備について
- ・ 病院前救護体制の構築について
- ・ メディカルコントロール協議会に提案すべき事項について
- ・ その他、救急医療体制の円滑な推進を図るための方策について

#### ○ 構成メンバー

- ・ 下関市医師会（担当理事、小児科医会、精神科医会）
- ・ 輪番病院（旧市内 4 病院）、公的急性期病院（旧郡部 2 病院）  
救急担当医、看護部長、事務部長
- ・ 下関市消防局
- ・ 事務局：下関市立下関保健所（下関市保健部）

### (2) 在宅医療・救急医療連携とアンケート調査の実施

一方、平成 28 年度に行った活動の中で、市民向けの意思決定支援の必要性について問題提起が出されていた。そこで、平成 29 年度は、在宅医療・救急医療連携セミナーに市医師会、市消防局、市保健部の三者で、全国 16 モデルの 1 地域として参加した。市医師会と市保健部では、意思決定支援の広げ方についての検討も始められ、「患者の意向を尊重した意志決定のための研修会」（厚生労働省事業）を下関に誘致して研修会も行った。

同市では、市消防局と市保健部の連携はそれまでも取れてきていたが、セミナーに参加して、介護関連や福祉関連の担当部局との情報連携に乏しいことや、医師会と市側で連携の齟齬が生じる場面があるといった実情が認識されてきた。救急医療関連の会議や専門部会等、関係者が集まる会議でも話題に出るようになり、特に、患者情報の連携方法についての意見相違もあったため、現状把握のため、平成 29 年に、在宅医療救急医療連携の実態について、アンケート調査を実施した。

アンケートの作成は市医師会と市消防局に意見を聞きながら、市保健部がおこなった。実施に際しては、市医師会や輪番病院等へ事前共有し、また市役所内で保健部と福祉部が庁内連絡会議を通じて共有と方策協議を行った。最終的には保健所長名で発出し、輪番病院の救急担当医・看護部長、高齢者福祉施設の施設長・職員など、関係する多職種に対して網羅的に調査が実施された。

実施方法は主に電子メールを使い、他に医師会の送付便、訪問持参と郵送返送、持参して回収も行う等で進めた。たとえば高齢者福祉施設に対しては市消防局が消防車で持参したり、居宅介護支援事業所や地域包括センターに対しては市の担当課が持参したりと、関係者が手分けして協力している。集計も市消防局、市福祉部、市保健部等が、対象ごとに手分けしてまとめられた。

### (3) 調査結果とガイドライン運用実績を検証

---

アンケート結果は関係部門や医師会関係者、メディカルコントロール協議会等に共有されるとともに、下関医療圏救急医療対策協議会で報告された。アンケートから見えてきた課題として、

- ・在宅医療と救急医療の連携がイメージしにくい
- ・多職種で協議をする場がない
- ・かかりつけ医と救急医療機関の医師の見解相違
- ・多職種で患者情報を共有することができていない
- ・在宅医療について市民に浸透していない

といったテーマが挙げられた。そこで、課題については介護と救急で横断的に検討するとともに、市民へのACPの普及についても重点を置いていくこととなった。

患者情報提供シートの内容及び運用方法については今後の下関医療圏救急医療対策協議会で見直しの検討が予定されている。また、施設の対応能力向上に向けた取り組みが重要で、市医師会と連携して、施設関係者向けのACP研修も開催している。

### (4) 高齢者の救急搬送ルール化について検討開始

---

消防庁では「救急業務のあり方に関する検討会」の中で「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」なども進められていた。そして、下関市消防局では、消防庁の動向に沿って、平成31年1月よりDNAR事案を集約し始めた。実際に

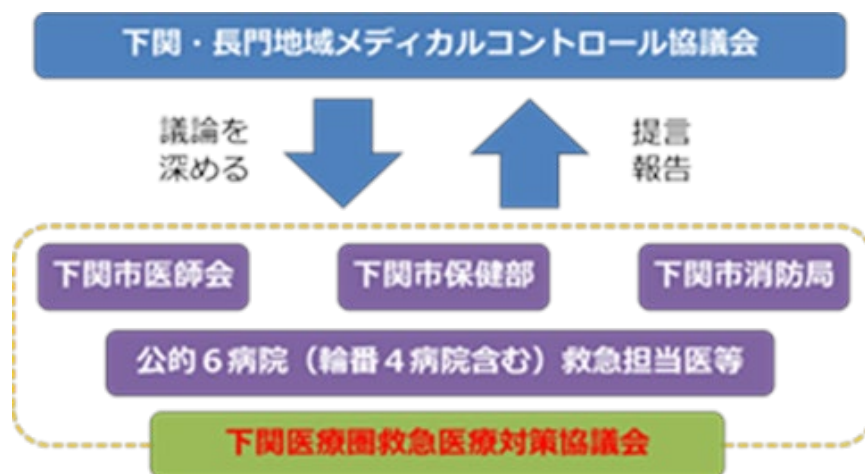
- ・傷病者の家族等から本人の心肺蘇生の中止の意思を示される事案
- ・救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状
- ・救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応に関する最近の動向

等から中、消防と救急医療のさらなる連携に向けて、令和元年7月に「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生法の実施に関する懇話会」を開き、検討をおこなった。この会議には市医師会、輪番病院の救急担当医、市消防局、市保健部（保健所）が参加しており、収集した事案に対して事故検証表と救急活動記録を分析して一覧表にし、救急医等が1件ずつ検証する形で協議した。

地域包括ケアシステムと一体となった、高齢者救急搬送のルール（共通認識）については、輪番病院、市医師会及び市消防局と緊密に連携して、引き続き協議検討が進められている。

## (4) 組織の体制

平成 28 年 11 月から開始した下関医療圏救急医療対策協議会が、下関・長門地域メディカルコントロール協議会と連携して施策等の検討を行っている。



出典：下関市提供資料

他に、取り組みテーマに応じて、各種会議が催されている。たとえばアンケート実施時には、庁内関係者（消防局、福祉部、保健部）による 4 回の協議を経て、実施の方策が固まった。また、別途催されていた「外傷系当番検証会議」等であらかじめ実施について説明をしている。さらに、「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する懇話会」の開催もなされている。なお、下関市の医療・介護連携推進については、下関市医師会に「下関市医療・介護連携推進協議会」が設けられている。

## ■取組の成果

### (1) 救急搬送の適正利用化

平成 29 年 6 月 1 日から開始したガイドラインの運用効果だという因果性は検証されていないが、平成 28 年から平成 29 年にかけて、救急搬送人員数が約 1 割減少した（平成 28 年：14,092 件→平成 29 年 13,447 件）。ただし、高齢者福祉施設からの搬送は、平成 28 年：1,093 人（7.2%）、平成 29 年：1,113 人（7.5%）と、変化は起こっていない。

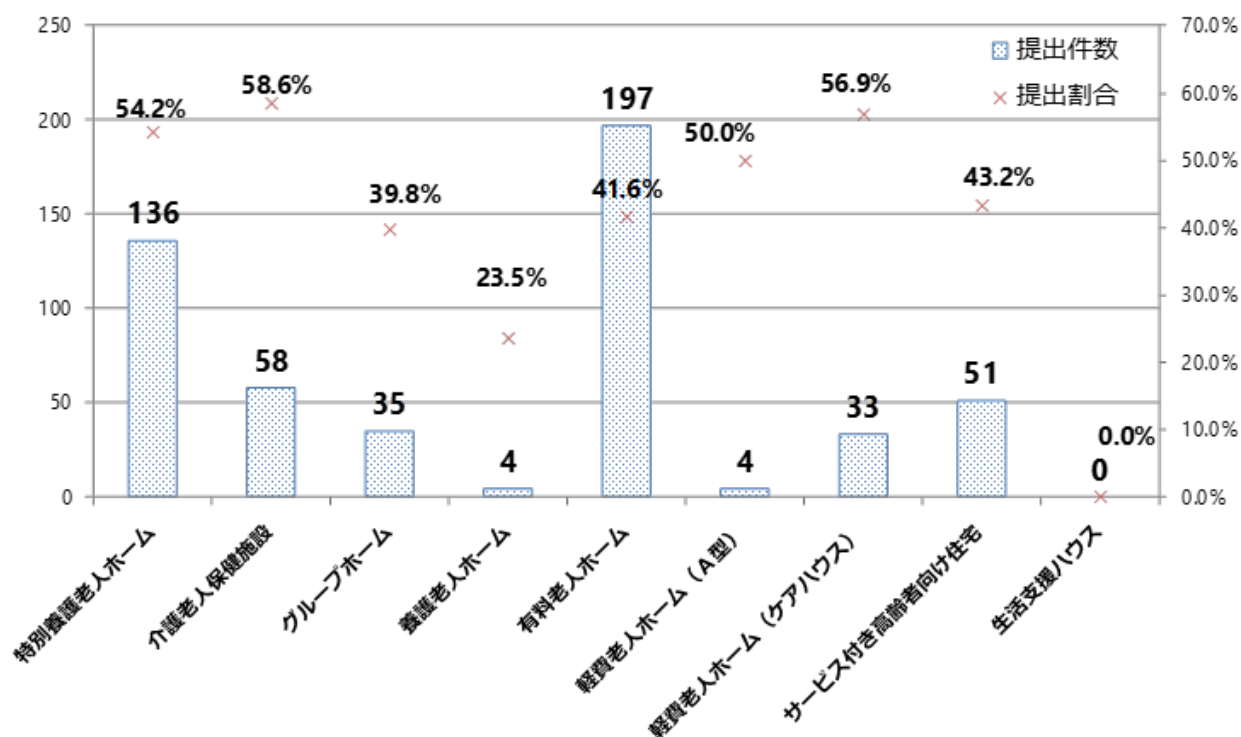
元々ガイドラインは、救急出動件数の抑制が目的ではなく、救急車の適正利用及び出動時の円滑化を目的としたものであるため、効果については数値のみならず、定性的な視点も含めて今後も検証されていく予定である。

### (2) 高齢者福祉施設からの「患者情報提供シート」提出率

高齢者福祉施設にガイドラインの認知拡大と、介護医療救急医療連携への理解促進に伴い、ガイドラインに含まれている「患者情報提供シート」の提出が進んだ。特別養護老人ホーム、老人保健施設では、5 割以上提出されている。有料老人ホームも 4 割の提出がある。

(患者情報提供シート提出件数及び提出割合)

(単位：件) n=518



出典：下関市提供資料

## ■ 今後について

### (1) 今後の課題

---

#### ① ICT 活用の検討

患者の終末期における意思決定を含む、患者情報の共有については、多くの関係者が課題と認識しており、多職種で共有できるツールとシステムの構築により、在宅から救急医療までスムーズな連携ができるものと考えられている。下関市では「あんしん情報セット」、下関市医師会は「奇兵隊ネット」を構築しているが、相互の連携が今のところないため、既存のシステムを活用しつつ、新たな体制の構築についても検討されている。

#### ② 在宅医療ならびに ACP についての市民の理解拡大

市民に向けて、救急医療ならびに在宅医療や介護に関して丁寧に説明し、最期について家族で話し合ってもらうことを促進していく必要性が考えられている。

### (2) 現在の取組

---

#### ① 地域包括ケアシステムと一体化した高齢者救急搬送ルールの整備検討

一連の取り組みで、高齢者福祉施設からの救急搬送ガイドラインの運用を通じて、関係者間で共通認識を持つことができ、救急出動時の情報共有等の円滑化が図られてきた。

行政（保健所）が中心となって、高齢者救急搬送について検討を実施することで、庁内関係課、医師会、消防局、メディカルコントロール協議会と連携して地域医療における高齢者救急搬送のルール（共通認識）を作成することが可能となった。医師会と連携して ACP の普及を行うとともに、地域包括ケアシステムと一体化した高齢者救急搬送のルールについてさらに議論を深め検討を続けている。

# 資料編

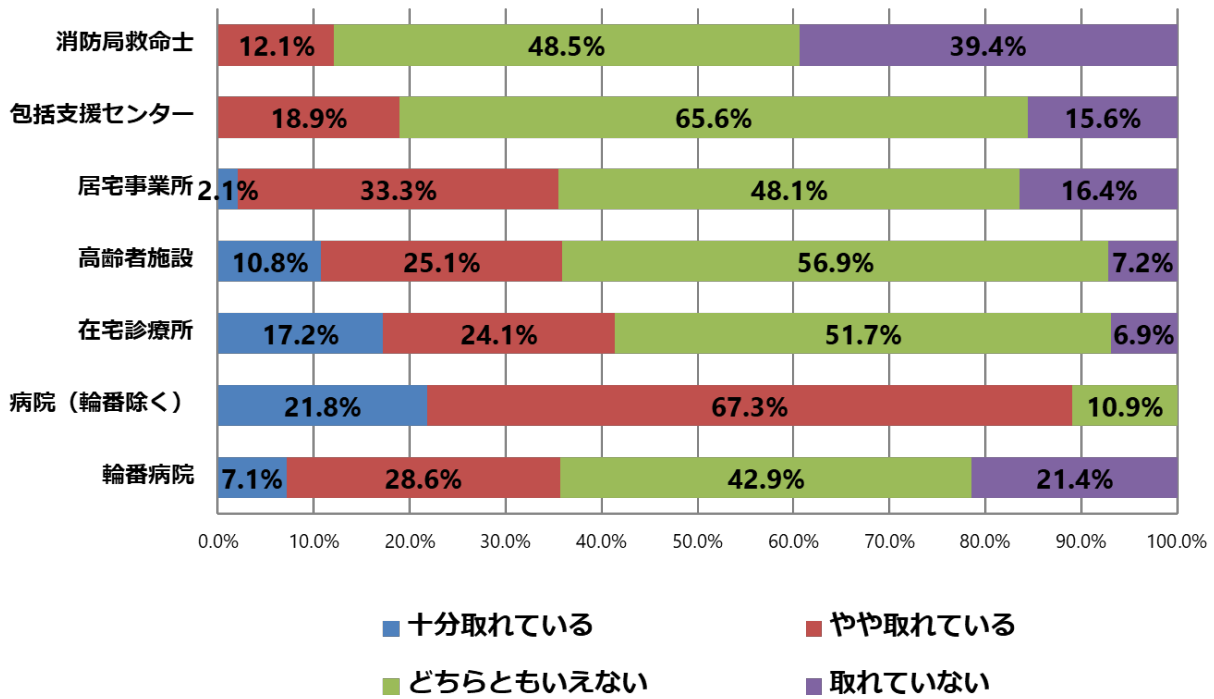
## 工程表

	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年
<b>外部活用</b>	「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」(消防庁事業) 参画	「在宅医療・救急医療連携セミナー」(厚生労働省) 参加 「患者の意向を尊重した意志決定のための研修会」(厚生労働省事業) 誘致		
<b>関係者間連携</b>		下関医療圏救急医療対策協議会	下関医療圏救急医療対策協議会	
			庁内関係者協議	
			消防局・保健部との連携・協議	
			医師会との連携・協議	
			メデイカルコントロール協議会との連携	
				傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生法の実施に関する懇話会
<b>実施事項</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>「転院搬送ガイドライン」「高齢者福祉施設救急搬送力アップ」運用開始</li> <li>在宅医療救急医療連携に関するアンケート実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「高齢者福祉施設ガイドライン」運用実証研修</li> <li>在宅医療救急医療連携に関するアンケート調査取りまとめ</li> <li>高齢者の救急搬送のルール化(共通認識)の検討開始</li> </ul>	傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生法の実施に関する懇話会



## 資料① アンケート結果（一部）

（在宅医療と救急医療の連携がとれていると思うか）



出典：下関市提供資料

（在宅医療と救急医療の連携に必要なと思うこと）

施設種類	患者情報の共有	かかりつけ医等との連携	その他
輪番病院	61.5%	84.6%	7.7%
病院（輪番病院以外）	82.1%	73.2%	10.7%
在宅診療所	54.8%	69.4%	17.7%
高齢者福祉施設	63.8%	82.5%	4.2%
居宅支援事業所	76.2%	84.5%	6.2%
地域包括支援センター	73.6%	89.0%	9.9%
消防救急救命士	83.3%	78.8%	7.6%

出典：下関市提供資料

## 9. 福岡県福岡市南区

### ■ 地域概要

福岡市は、北は玄界灘に臨み、海の中道と糸島半島によって仕切られた博多湾を擁し、南は脊振山地、東は三郡山地に囲まれた半月型の福岡平野に位置している。国内外から多くの人々が訪れ、西日本の政治・経済・文化の中心として、またアジアの交流拠点都市として発展を続けている。

福岡市は、明治 22 年 4 月の市制施行以来 30 の隣接市町村が合併し、昭和 47 年 4 月には政令指定都市（5 区制）となった。その後さらなる市民サービスの充実のため、行政区の再編成を行い、昭和 57 年 5 月から 7 区制（東区・博多区・中央区・南区・城南区・早良区・西区）となっている。現在では市制施行当時の約 66 倍の市域である。南区はその 7 区政の 1 つで、住宅地が多くを占める。

### 人口・面積

- ・人口：263,650 人（市民局総務部政課、2020 年 2 月末）
- ・面積：30.98 km<sup>2</sup>

### 地域医療・救急救命関連の基礎情報

#### ○高齢化率の動向

65 歳以上の高齢化率 22.6%で、同時期の福岡市平均 21.6%とほぼ同じである（平成 31 年 3 月末）。

単位：人

	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	平成 31 年	令和 2 年
65 歳以上人口	54,770	56,364	57,613	58,892	59,734
全人口	256,119	257,545	259,493	261,689	263,650

出典：住民基本台帳登録人口（福岡市民局総務部政課）：各年 1 月末の数字

### ○地域医療資源（施設数）

- ・ 医師数 767（人口 10 万人あたり 299.85、全国平均 246.00）
- ・ 一般診療所 209（人口 10 万人あたり 81.71、全国平均 71.57）、うち在宅療養支援診療所 39（人口 10 万人あたり 15.25、全国平均 11.67）、一般診療所病床数 214（人口 10 万人あたり 83.66、全国平均 73.45）
- ・ 病院 18（人口 10 万人あたり 7.04、全国平均 6.65）、うち在宅療養支援病院 5（人口 10 万人あたり 1.95、全国平均 1.17）、病院病床数 3,965（人口 10 万人あたり 1,550.06、全国平均 1,216.46）
- ・ 歯科 156（人口 10 万人あたり 60.99、全国平均 55.83）、うち訪問歯科 25（人口 10 万人あたり 9.77、全国平均 9.07）
- ・ 薬局 148（人口 10 万人あたり 57.86、全国平均 48.72）、うち訪問薬局 43（人口 10 万人あたり 20.72、全国平均 14.25）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

### ○救急救命資源と現状 ※以下は福岡市全体の数字である。

- ・ 消防本部 1、消防署 7、職員定数 1,086 人、救急車 36 台
- ・ 平成 30 年救急出動件数 80,828 件、搬送人員 70,775（平成 29 年度出動件数：67,747 件）
- ・ 上記のうちの急病件数 47,644 件
- ・ 平成 30 年搬送人員 70,775 人の傷病程度別の内訳：死亡 27 人（0.04%）、重症 3,001 人（4.2%）、中等症 37,354 人（52.8%）、軽症 30,393 人（42.9%）

（出典：「福岡市消防年報 平成 30 年版」より抜粋）

## ■ 事例の概要

福岡市南区では南区医師会を軸に、近年の高齢化が進む中、現在のみならず将来にわたり、持続的に高齢者医療を支える仕組みを検討してきた。特に、救急医療を担う基幹病院の疲弊緩和、在宅医療をバックアップしていくという2つの観点から、私設病院による「ブロック支援病院」という構想が進められ、「あんしん救急医療連携」「あんしん在宅医療連携」というシステムを構築している。

こうした流れと並行するように、地域包括ケアシステムを支える多職種間の連携体制も早期から整備されている。医師会、歯科医師会、薬剤師会の三師会をはじめ、訪問看護、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなども、区内における事業所間の連絡会を発足させて、行政と多職種による協議体を形成し（南区地域包括ケアシステム推進会議 在宅医療・介護部会）、地域課題の解決にあたっている。

その取組みの一つが「救急搬送医療情報シート」である。南区においても高齢者の独居や老老世帯は増加の一途をたどるなかで、救急搬送時における本人の「医療情報の不足」を補うため、従来から設置が進められている同市の社会福祉協議会の「安心情報キット」に基本的な医療情報を記したシートの付加を多職種が連携して進めている。

## ■ 取組の紹介

### (1) 取組の背景

#### ① 高齢化進展の課題から「ブロック支援病院」構想を具体化

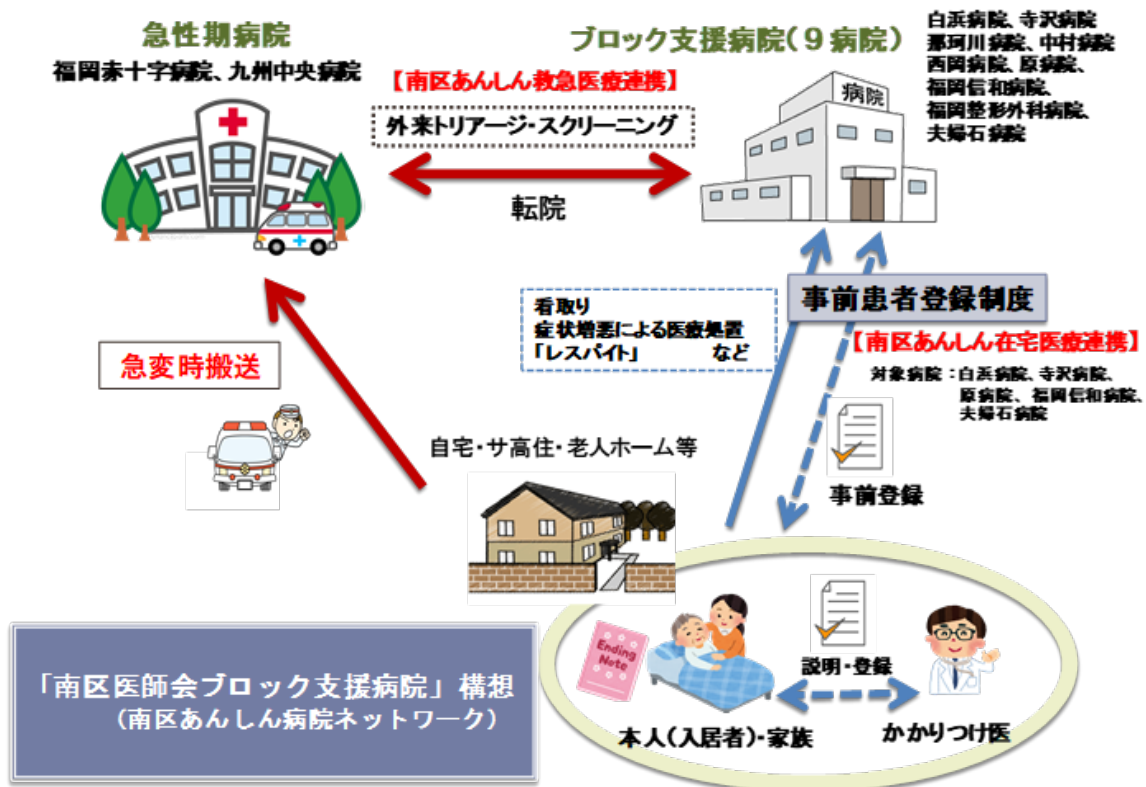
南区医師会は、地域包括ケアシステムを今後考えていく上で、病院としてどのように対応していくかを話し合うために、平成28年2月に病院部会を設置した。まず着手したのが「ブロック支援病院」構想の整備だった。

もともと南区医師会は、平成11年から「在宅医療ネットワーク」をつくり、「在宅医療」を軸とした民間病院・診療所同士の連携体制があり、「何かあったときには受け入れ合う」という仕組みが整っていた背景もある。

挙げられたのは「救急医療」と「在宅医療」の2つのテーマである。1つめの「救急医療」については南区では従来、2つの公的基幹病院が中心的に担っており、高齢者の増加に伴う現場の疲弊が懸念されていた。救急搬送後に、軽症者や高度な治療を要さない患者の早期の受け入れを「ブロック支援病院」ができないかという問題提起がなされた。

2つめの「在宅医療」に関しては、国の方針として在宅医療が進められる中、在宅医療に取り組む医師を増やすためには、医師が担うにあたっての「安心感」を醸成する必要がある。その一つが、在宅医療の継続が困難になった場合、速やかに患者を受け入れる「バックベットの存在であり、ブロック支援病院の機能として位置づけられた。

(ブロック支援病院構想)



出典：南区医師会 ブロック支援病院構想資料

## ② 長年培われてきた医師会と区民・行政との関係性

南区の地域包括ケアシステムの特徴として挙げられるのが「医師会と行政との敷居の低さ」である。この土台は、昭和51年の南区医師会の発足以来続けている「区民と医師との会」という活動によって培われている。

これは、医師会の会員がボランティアで、医療・健康に関する話を公民館などに出向いて行う。テーマは地域住民の要望に沿って設定され、地域の自治組織、南区役所と三者で連携しながら、25校区のすべてで毎年開催されており、延べ開催数はゆうに1000回を越える。

南区医師会では行政との意見交換も重視しており、区の担当とはもちろん、近年は福岡市の行政幹部職員とも現状や課題・要望を共有する会を継続的におこなうなど、医師会と行政とのパートナーシップが確立されている。

### ③ 各職種の連絡協議会設立と連携

南区では、多職種による活動も活発である。例えば、医療ソーシャルワーカー（MSW）の場合は、平成 27 年度に「福岡県医療ソーシャルワーカー協会」より会議委員の推薦打診を受けたことを機に、地域包括ケア推進会議内でソーシャルワーカーの活躍・連携が検討された。

そして平成 27 年度に設立準備委員会を設け、平成 28 年度に「福岡市南区ソーシャルワーカー連絡協議会」を設立した。ここには南区の全 17 医療機関が入会している。活動としては地域包括ケアのための情報連携や、医療資源の整理等を進めている。医師会のバックアップを受けて区として立ち上げた団体であるため、「ブロック支援病院」の機能の実施においても、橋渡し役として機能する存在となっている。

南区での多職種連携を現在、公的に機能させているのが「在宅医療・介護部会」である。南区保健福祉センターを事務局として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、ケアマネジャー、MSW、地域包括支援センター、管理栄養士、作業療法士の代表が会して、地域課題の共有や解決を図っている。南区では介護保険の地域支援事業に位置づけられる以前から、部会を多職種で構成しており、研修会などを開催してきた経緯がある。

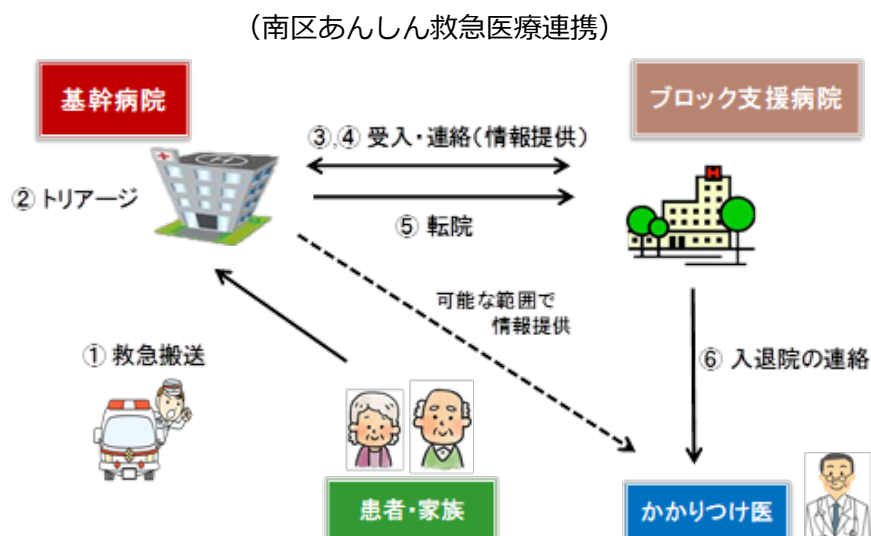
## (2) 個別取組の概要

### ① 「ブロック支援病院」の実働

ブロック支援病院は、①救急医療連携「南区あんしん救急医療連携」と②在宅医療のバックアップを担う「南区あんしん在宅医療連携」の 2 つの機能を担う。救急医療連携は 9 つの病院で南区全域を担い、在宅医療連携は 5 つの病院で担うという形が現在までに整理がされている。

まず平成 28 年 9 月に救急医療連携が開始となり、次いで在宅医療連携が平成 29 年 4 月に開始された。こうした整備は、南区医師会の病院部会が中心となって進められ、関連する医師会内の在宅医療部会や、区内の公的病院幹部との摺合せも同時進行的に進められた。

「南区あんしん救急医療連携」により、高度医療まで至らない患者は救急搬送時、基幹救急病院でトリアージされ、ブロック支援病院でも受けられるようになった。



出典：福岡市南区医師会提供資料

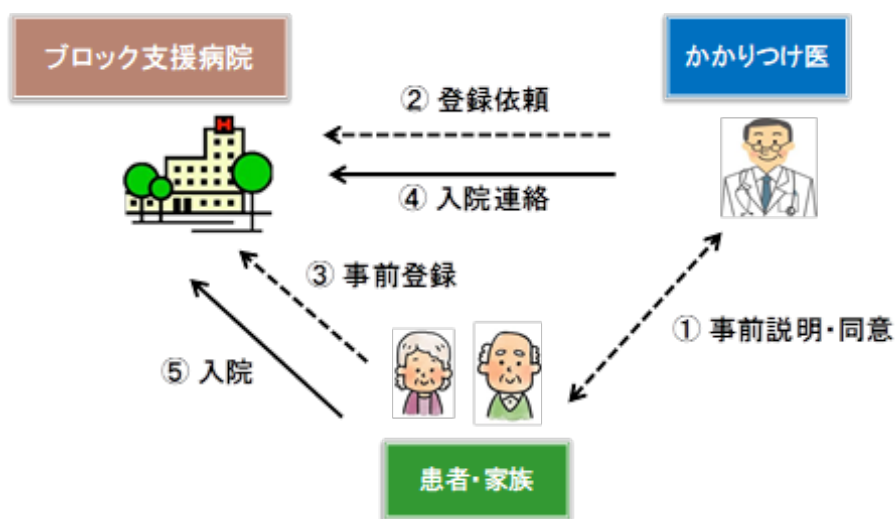
「南区あんしん在宅医療連携」は、在宅患者の症状増悪、レスパイト入院や看取りなど、バックベッドを保障する仕組みである。しかし受け入れ側のブロック支援病院としても、見ず知らずの患者・家族の受け入れには現場に負担がかかるため、連携にあたっては「かかりつけ医による事前患者登録制度」が設けられている。主に次のような方針で運用されている。

- ・急変時に本人や家族が積極的な検査、治療を希望されない場合（基幹病院での積極的な医療行為を望まない人）が、あらかじめかかりつけ医と相談して「ブロック支援病院」に事前登録しておく制度である。
- ・当該患者が急変し、在宅・施設でのケアが困難になったときに、かかりつけ医の指示に従い 24 時間 365 日、登録病院での入院を受け入れる。（ただし満床時には受け入れできない場合もある）
- ・本人・家族が治療方針の変更を希望すれば随時変更可能。

登録する際には病院側から、ブロック支援病院の説明、患者・家族の意向確認、在宅療養状況の確認、治療方針の確認等を行う。それが将来に備えた話し合いのきっかけ（ACP）となり、患者・家族が望む在宅医療、在宅生活の実現につながっていく。

なおこうした連携機能は福岡市でも採用され、平成 30 年より福岡市全区で取り組みが始まっている。

（南区あんしん在宅医療連携）



出典：福岡市南区医師会提供資料

## ② 救急搬送医療情報シートの整備

従来から福岡市社会福祉協議会により、「安心情報キット」がひとり暮らし高齢者や障害者など、地域で見守りが必要な人に配布されていた。もしもの時に備えるために「緊急時の連絡先」や「かかりつけの病院」などの情報を記載したカードを筒状の専用容器（キット）に入れて冷蔵庫に保管しておくものである。

南区ではそのキットの中に平成 28 年から、医師会が整備した「救急搬送医療情報シート」を付加して、ケアマネジャー、訪問看護師、地域包括センターを通じて高齢者世帯に配布をしている。

取り組みのきっかけは、「高齢者の救急医療」をテーマにして平成 28 年に南区で行った多職種連携研修会の際に、ケアマネジャーから「独居や老老介護世帯では、救急隊から本人の医療情報を聴取されることが少なく困惑している」という課題が出された。ICT などによる医療情報の共有は当地でも進められてはいるが、当面の間、すぐに取り組める解決策としてあがったのが「キット」の存在だった。

従来のもものは、福祉的な立場で発想されているため、救急搬送時の医療的情報が不足していた。そこで、救急外来で何が必要かという救急医の見解をもとに、新たなシート作成が検討された。シートの作成は、医師会の在宅医療部会でおこない、理事会の承認を経て基本が確定した。その後、多職種が集まる区の在宅医療・介護部会で提案し、参加者の意見を踏まえて調整し、最終確定している。

配布方法としては、社会福祉協議会が既におこなっているキットに、シートを付加していく形で、ケアマネジャー、訪問看護師、地域包括支援センターの協力を得て行われている。

### 救急搬送 医療情報シート

(緊急時、あなたに合った治療法をいち早く知らせるシートです)

作成日 年 月 日  
 (更新日 年 月 日)

ふりがな			
氏名	男女	治療や延命に関する事前指定書	有 無
かかりつけ医療機関	電話		
担当医師名	携帯		
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> がん( ) <input type="checkbox"/> 骨折後(部位: ) その他( )		
既往歴・手術歴			
アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※「あり」の場合、薬名や食物名などを具体的に		
常用薬	※必ず最近の薬剤情報提供書を添付すること 薬剤情報提供書がない場合、「お薬手帳」を用意すること		
緊急時に連絡をする家族・親族 <input type="checkbox"/> いない	1	氏名	本人との関係
		住所	電話
	2	氏名	本人との関係
		住所	電話
担当 ケアマネジャー	事業所名	電話	
	担当者名	電話	

緊急に医療機関への搬送が必要になった場合、上記の情報を救急隊員および救急病院へ提供することに同意します。

年 月 日

本人署名 \_\_\_\_\_

代筆者  
(所属・職種)

福岡市南区医師会版

出典：福岡市南区医師会提供資料



## ■ 取組の成果

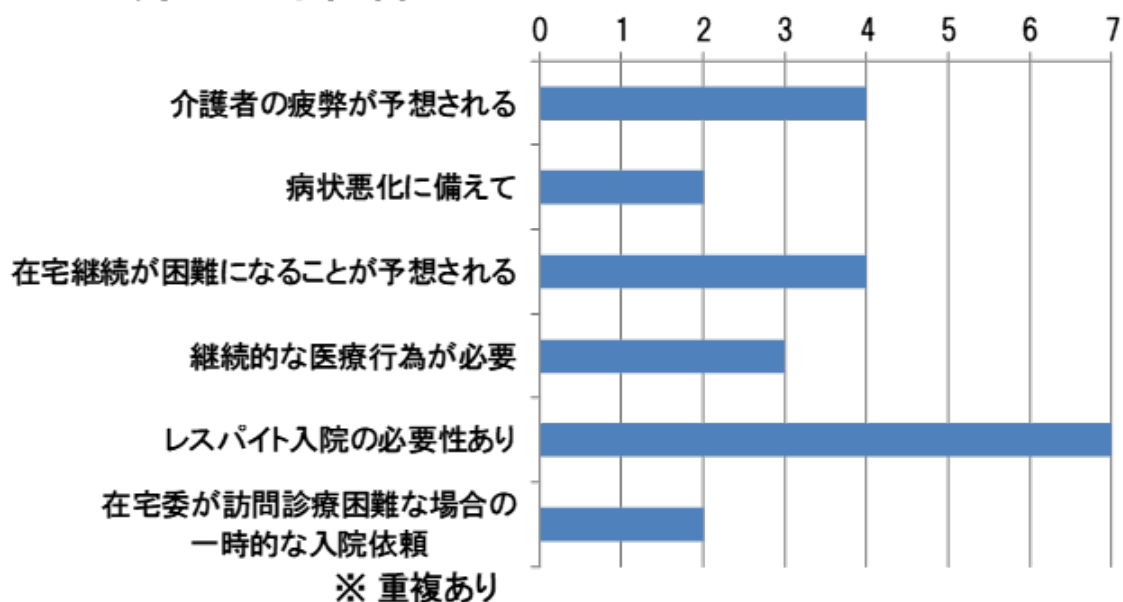
### (1) 事前患者登録制度の活用

準備ができたブロック支援病院から順次登録受け付けを開始したが、令和1年12月1日現在、以下のように登録が進み、実際に活用している患者がでている。

	全登録患者数	稼働中患者数	登録医療機関 (かかりつけ医) 数
合計 (稼働病院数3)	76	46	23 (重複あり)

出典：福岡市南区医師会提供資料

#### □ 登録に至る経緯



出典：南第2圏域連携会議 2020.1.21 資料

### (2) 救急搬送医療情報シートの活用

平成29年11月1日から配布をはじめ、令和元年5月までの間にシートは累積256件配布、救急搬送時にシートが活用された数は、13件となっている。

## ■ 今後について

### (1) 今後の課題

---

#### ① あんしん在宅医療連携の定着

あんしん在宅医療連携を一層浸透・定着していくことが、当面の課題となっている。今後さらに高齢者医療が増えることを想定したうえで、地域の患者を地域で診ていけるような基盤を整備することが必要である。そこで救急患者すべてを救急病院だけで対応するのではなく、ブロック支援病院での受け入れが検討されている。

#### ② 情報シートの活用と有効性検証

情報シートの活用による効果を現在も集計しているが、より数が集まってくるなかで、有効性の検証は継続的に進める予定である。多職種、私設病院、救急病院が三位一体で動いていく形を効果的に進めるための1つの取り組みである。

# 資料編

## 工程表

	それ以前	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年
南区医師会	在宅医療委員会	病院部会を設置			
実施事項			南区あんしん医療連携		
			南区あんしん在宅連携		
			救急搬送医療情報シート		
			事前患者登録制度		
			安心情報キット（福岡市施策）		
区・多職種	在宅医療・介護部会	福岡市南区ソーシャルワーカー連絡協議会を設置			

# 資料① 「事前患者登録制度」にかかる資料

様式1.

在宅療養をされている皆さまへ

### 在宅療養後方支援体制についてのお知らせ ～「かかりつけ医」による「事前患者登録制度」について～

在宅医療を受けておられる患者さんが、安心して療養生活を続けるための制度です。病状が急変したときに入院する病院を予め決めておき、その病院(ブロック支援病院)に「かかりつけ医」を通して事前に登録しておきます(南区あんしん在宅医療連携)。

この制度により、「かかりつけ医」と「病院」とが患者さんの医療情報を共有し、突然の入院にも対応することができます。

尚、登録されていても積極的な検査・治療をご希望される場合には「かかりつけ医」とご相談の上、福岡赤十字病院、九州中央病院等を受診してください。

\* 入院を受け入れる病院(ブロック支援病院)は、必ずしも「救急指定病院」ではありませんので、時間外の緊急検査等(特にレントゲン、CT等の画像検査)には対応できません。

#### 登録方法

**対象：在宅で訪問診療を受けておられる方で、急な入院が必要になった際にブロック支援病院への入院を希望される方**

- ① まずは、「かかりつけ医」にご相談ください。ブロック支援病院・必要書類等についてご説明いたします。
- ② 「かかりつけ医」は支援病院へ情報提供を行い入院受入れの可否について支援病院と協議いたします。
- ③ 支援病院での受入れが可能であれば、「今後希望する医療処置への同意書」に必要事項をご記入ください。
- ④ 日程を調整し、ご本人あるいはご家族は「同意書」と「紹介状」を支援病院に持参され、「事前患者登録」の手続きを行います。

\* 登録された患者さんについては、「かかりつけ医」が入院の必要があると判断された場合に入院を受入れます。  
\* ただし、登録されていても、ご依頼時に本院が満床等で入院受入れができない場合もございますので予め御了承ください。

#### 入院希望時

- ① 入院希望時は、まず「かかりつけ医」の先生にご連絡ください。
- ② 入院の必要性を検討し、「かかりつけ医」の先生から支援病院へ連絡いたします。
- ③ その後、入院時間等の詳細が決まります。

かかりつけ医療機関 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

ブロック支援病院 医療法人 寺沢病院 電話 092-521-1381

様式2.

### 今後希望する医療処置への同意書

私 \_\_\_\_\_ (代理人 \_\_\_\_\_) は、在宅療養中に病状が悪化した折には、救急病院での積極的な医療処置を希望いたしません。できれば最期までの在宅での療養生活を希望いたしますが、それが諸般の事情により困難な場合には、ブロック支援病院である 医療法人 寺沢病院 での入院治療を希望いたします。

入院後は同病院で対応できる医療行為の範囲内での治療を希望いたします。

ご本人署名 \_\_\_\_\_ 印

ご家族署名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

かかりつけ医署名 \_\_\_\_\_ 印

作成日 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\* このシステムは安心して在宅生活を送るための後方支援体制です。  
\* この同意書には法的拘束力はありません。  
\* 治療方針の変更はどの時点でも可能です。  
\* ご家族、かかりつけ医とよく話し合わせてからご署名ください。  
\* ご署名後は、ご希望のブロック支援病院に情報提供いたします。  
\* 尚、入院ご依頼時に登録病院が満床等で入院受入れができない場合もございますので予めご了承ください。

様式3.

### 事前患者登録書(ブロック支援病院)

登録者	(男・女)
生年月日	M.T.S.H 年 月 日
住所	
連絡先	電話 ( )
かかりつけ医	

ご本人署名 \_\_\_\_\_ 印

ご家族署名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_)

当院医師署名 \_\_\_\_\_ 印

作成日 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\* 入院ご希望時は、「かかりつけ医」から本院へ直接お電話をお願いします。  
\* 尚、入院ご依頼時に本院が満床等で入院受入れができない場合もございますので予めご了承ください。  
\* この登録書には法的拘束力はありません。  
\* 治療方針の変更はどの時点でも可能です。  
\* 登録の解除は、ご本人、ご家族、かかりつけ医、当院の何れかの希望により常時可能です。

医療法人 寺沢病院  
院長 寺澤 正壽  
福岡市南区市崎1丁目14-11  
電話(代表) 092-521-1381

「かかりつけ医」の先生方へ

### 在宅療養後方支援体制についてのお知らせ ～「かかりつけ医」による「事前患者登録制度」について～

#### 制度目的

南区医師会では、「ブロック支援病院構想」(南区あんしん病院ネットワーク)の取組みの一環として「事前患者登録制度」(南区あんしん在宅医療連携)の運用を開始いたしました。

在宅療養中の患者さん・ご家族が、安心して療養生活を送ることができるように、緊急入院が必要な場合に備えて予め入院希望病院(ブロック支援病院)を決め、その病院に患者登録しておく在宅療養後方支援体制です。この体制により「かかりつけ医」と「病院」とが登録患者さんの医療情報の共有を行うことができ、急な入院にも対応することができます。

\* 登録された患者さんで、「かかりつけ医」が入院の必要があると判断された場合には、24時間365日当院で入院を受け入れます。  
\* ただし、登録されていても、ご依頼時に本院が満床等で入院受入れができない場合もございますので予めご了承ください。  
\* また、積極的な検査・治療をご希望される場合は、福岡赤十字病院、九州中央病院等へのご紹介をお願いいたします。

#### 登録方法

登録希望時	① かかりつけ医より登録希望患者の診療情報をあらかじめ当院へFAX
↓	② 当院での入院受け入れが可能か否かを検討
同意書作成	③ 入院受け入れが可能と判断された場合、かかりつけ医へ連絡
↓	④ かかりつけ医にて「今後希望する医療処置の同意書」を作成(様式2.)
登録手続	⑤ 患者・家族が「紹介状」と「同意書」を当院へ持参
↓	⑥ 当院医師が要望等を確認し、当院の診療内容等を説明
登録完了	⑦ 登録同意の後に、当院にて「事前患者登録書」を作成(様式4.)

\* 登録の解除は、患者・かかりつけ医、当院の何れかの希望により常時可能です。  
\* 登録後に大きな病状変化があった場合は、新たな紹介状をお願いします。

#### 入院希望時

- ① 入院希望時は「かかりつけ医」の先生から当院へ直接ご連絡ください。
- ② 対応窓口：(平日日勤) 医療連携室 (時間外) 2病棟看護師
- ③ かかりつけ医が入院の必要があると判断された場合には常時入院をお受けいたします。
- ④ ただし、登録されていても満床等で入院受入れができない場合もございますので、あらかじめご了承ください。
- ⑤ 入院希望のご連絡の際には、必ず「事前登録患者」であることをお伝えください。

医療法人 寺沢病院  
院長 寺澤 正壽  
〒815-0084 福岡市南区市崎1丁目14-11  
電話(代表) 092-521-1381  
FAX 092-526-3635

# 10. 熊本県荒尾市

## ■ 地域概要

荒尾市は、熊本県の西北端に位置し、北は福岡県大牟田市、東は小岱山頂を境として玉名郡南関町、玉名市、南は玉名市・長洲町に接し、西は有明海を隔てて長崎県・佐賀県に面している。東部には小岱山を擁し、西の有明海へとなだらかな丘陵が起伏。河川は、関川、浦川、菜切川、行末川が主要なもので、小岱山から西流あるいは南流し、いずれも有明海に注いでいる。

風向きは北風が最も多く、降雨少なく、季節風もあまり強くない、温暖で四季の変化に富んだ自然災害の少ない住み良い地域である。

これらの自然条件を生かして、河川流域の平坦地では水稻栽培、丘陵地では特産の「荒尾梨」やみかん、スイカ栽培、海岸部では遠浅を生かした海苔養殖やアサリ採貝が行われている。

また、産業面では、明治時代以降、北に隣接する福岡県大牟田市とともに三池炭鉱と関連産業による日本有数の石炭のまちとして発展してきた。しかし、1997年の三池炭鉱の閉山で関連産業は衰退し、人口の流出や地場企業の停滞などで地域経済は厳しい状況を迎えた。その後、産業団地の造成、ショッピングモールの建設などを進め、さらに地域活性化と雇用拡大を図る地域再生プロジェクトなどで活性化を目指してきた。

## 人口・面積

・人口：52,191人（住民基本台帳、2020年1月31日）

・面積：57.37 km<sup>2</sup>

## 地域医療・救急救命関連の基礎情報

### ○高齢化率の動向

65歳以上の高齢化率 34.4%で、同時期の熊本県平均 30.0%を上回る（2019年10月）。

単位：人

	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年
65歳以上人口	17,502	17,768	18,033	18,223	18,261
全人口	54,401	53,904	53,367	52,792	52,191

各年度末人口

出典：荒尾市ホームページ <https://www.city.arao.lg.jp/q/aview/290/2676.html>

### ○地域医療資源（施設数）

- ・ 医師数 148（人口 10 万人あたり 277.12、全国平均 246.00）
- ・ 一般診療所 41（人口 10 万人あたり 76.77、全国平均 71.57）、うち在宅療養支援診療所 12（人口 10 万人あたり 22.47、全国平均 11.67）、一般診療所病床数 281（人口 10 万人あたり 526.15、全国平均 73.45）
- ・ 病院 5（人口 10 万人あたり 9.36、全国平均 6.65）、うち在宅療養支援病院 0（人口 10 万人あたり 0.00、全国平均 1.17）、病院病床数 1,218（人口 10 万人あたり 2,280.60、全国平均 1,216.46）
- ・ 歯科 23（人口 10 万人あたり 43.07、全国平均 55.83）、うち訪問歯科 7（人口 10 万人あたり 13.11、全国平均 9.07）
- ・ 薬局 22（人口 10 万人あたり 41.19、全国平均 48.72）、うち訪問薬局 6（人口 10 万人あたり 11.23、全国平均 14.25）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

### ○救急救命資源と現状（注）以下は、「有明広域消防本部」全体の数字である

- ・ 消防本部・庁舎・消防署・分署計 10、職員定数 207 人、救急車 12 台
- ・ 平成 30 年救急出動件数 7,911 件、搬送人員 6,984 人（平成 29 年の出動 7,622 件・搬送 6,726 人）
- ・ 上記のうちの急病件数 5,035 件、急病搬送人員 4,427 人
- ・ 平成 30 年搬送人員 7,020 人の傷病程度別の内訳：死亡 145 人（2.1%）、重症 1,022 人（14.6%）、中等症 2,980 人（42.5%）、軽症 2,873 人（40.9%）

（出典：「有明広域行政事務組合消防本部 令和元年消防年報」より抜粋）

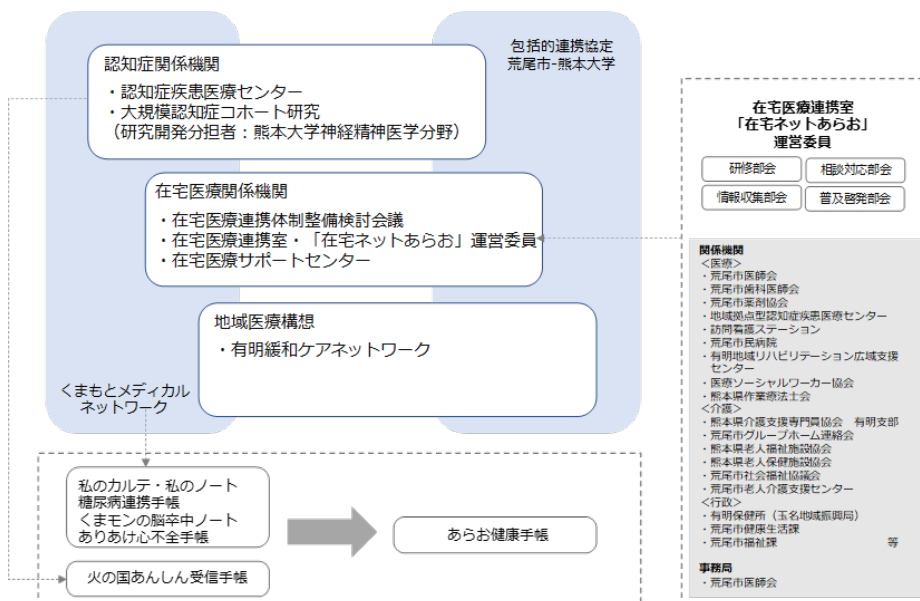
## ■ 事例の概要

荒尾市は、コンパクトな面積の中に地域医療に必要な、拠点病院、医師会、行政機関などが、一つずつ揃っており、77年間の市政で合併もなかった。そうした中、2009年の有明緩和ネットワークにはじまる緩和医療における地域連携、2011年のモデル事業にはじまる認知症の地域連携、2013年の検討会議にはじまる在宅医療の流れ、そして総合防災訓練等での接点と救急医療連携のハブとなる医師着任という4つの流れが重なっていく形で、One Team Arao が形成されていった。

2018年の在宅医療・救急医療連携セミナーが1つのきっかけとなり、現在は「地域在宅医療サポートセンター」において在宅医療連携のサポート体制が形成されている。ここには市内45の医療機関のうち39が参加しており、特に救急との連携においては、従来、救急隊からの患者情報を確認し、一次救急はかかりつけ医に、二次救急は市民病院に搬送するという運用体制があり、二次医療を担っている市民病院に過度な救急搬送が集中する状況には至っていない。この背景には、在宅医療介護連携推進事業で進められた、荒尾市在宅医療連携室「在宅ネットあらお」という地域連携のスキームがあった。2013年より医師会を中核とする多職種の職能団体が参加する検討会議で整備が進められ、2015年に開所しているが、2018年には、熊本県の事業である「地域在宅サポートセンター」の指定も受けることになった。

また、患者の疾患情報や介護情報、あるいはACPや救急医療時に対する意思について、すべて記録しておくことができる「あらお健康手帳」の運用が始まっている。これが、在宅医療と救急医療の情報共有にも役立っている。この背景には、同市で活用が浸透していた各種手帳の存在がある。認知症の地域連携事業で開発され、コホート研究で活用されていた「火の国あんしん受診手帳」をはじめ、疾患別に計5つの手帳が使われていた。2016年の熊本地震の際に、デジタルツールが使えなくなり、市民個人が有するおくすり手帳が役に立ったという経験をしたことと、当時市内で運用されていた複数の連携手帳を統合しようという動きから、「あらお健康手帳」が開発された。現在は、基本情報・医療情報・介護情報・お薬手帳を中心とした共通情報の冊子と、疾患別情報を載せる追加冊子とで構成されており、基本情報の中に、「救急医療シート」や「人生会議シート」が含まれており、本人の意思を書き込んで運用できるようになっている。

荒尾スマートシティ構想も進む今後は、地域医療構想、在宅医療連携、そして認知症コホート研究と荒尾市民病院の役割強化といった流れを連動させながら、One Team Arao として複数事業に取り組み地域包括ケアシステムを確立することが目指されている。



## ■ 取組の紹介

### (1) 取組の背景

#### ① 認知症に対する地域包括ケアの取り組み進展

認知症については2011年頃より、モデル事業として取り組みが始まった。その一環でつくられたのが、認知症に関する受診状況や病状を多職種で共有し、本人や家族への支援を円滑に行う目的で熊本大学を中心に「火の国あんしん受診手帳」が開発された。

(経緯)

2011 認知症疾患医療センター (2012～火の国あんしん受診手帳)

2016 健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究

2018 循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業

#### ② 在宅医療連携室「在宅ネットあらお」の設置

2013年に在宅療養推進事業として「在宅医療連携体制整備検討会議」が立ち上がり、で2013、2014年と検討が進められた。そして2015年に在宅医療連携室「在宅ネットあらお」が設置された。以降は「在宅ネットあらお運営委員会」のもと継続的に在宅医療の推進・検討が進められるとともに、「在宅医療多職種事例検討会」や「多職種のつながりを深める研修会」等が実施された。さらに、2018年には熊本県の地域在宅医療サポートセンターの指定を受けている。

(経緯)

2013 在宅医療推進事業：在宅医療連携体制整備検討会議

2015 在宅医療介護連携推進事業：在宅ネットあらお

2016 生活支援ボランティア養成講座

2018 在宅医療関連講師人材養成セミナー

2018 在宅医療サポートセンター

#### ③ 荒尾市医師会の円滑な連携と急変時対応のスムーズな仕組み

荒尾市は、荒尾市民病院が基幹病院である。もともとは必要に応じて担当医がかかりつけ医と個々に情報共有を行ってはいたが、2009年頃から、総合防災訓練を契機に救急の連携体制がつくられていった。特に2013年以降は、在宅医療推進事業と連動して、荒尾市医師会による意見交換会や地域会議も積極的に実施されるようになった。

現在は、原則的に一次救急は医師会が対応し、二次救急は市民病院が対応する体制が確立している。特に高齢者については、医療法人が運営している介護施設が多いこともあり、まず所属看護師もしくは訪問看護師が対応し、その後主治医に連絡する流れが原則となっている。そのため、二次救急病院に救急患者が集中する事態は起こっていない。従来、主治医不在時の対応についても、いくつかのグループごとに在宅医同士が相互にカバーする背景もあり、機能強化型在宅療養支援診療所の制度が導入され、在宅医療サポートセンター事業が始まったおかげで連携体制の整備が進み、夜間を含めた不在時対応に関しては基本的にはカバーされている。



#### ④ 救急・災害医療に関する連携・協議の流れ

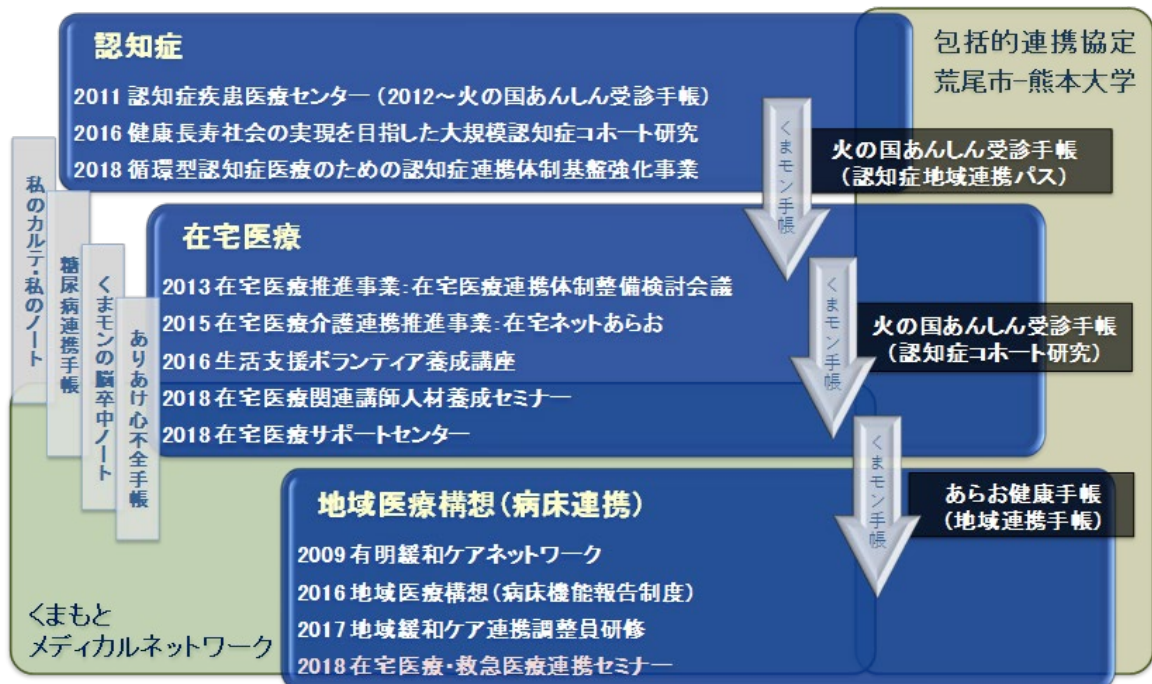
2007年に行われた総合防災訓練は、市や医師会、市民病院も参加して実施された。そうした接点が、連携協議を進める土台の1つとなっている。また、2016年になって、救急搬送に関する協議が実施された。その背景には、在宅療養でDNRの意思表示をされていた人が主治医と連絡がとれずに救急搬送されたようなケースが起り、ルール整備が必要となったことがある。ここには消防隊、救急隊、医師会が参加して協議された。この時にはまだ、後に整備する在宅医療サポートセンターのような問い合わせ窓口が設けられていなかったため、「5分間は主治医、かかりつけ医に連絡をとる努力をし、連絡がつかなければ救急搬送する。連絡がついた時点で、本人や家族の意思確認がとれた場合は、その意思に従う」といった取り決めが設けられた。

(取り組みの経緯について)

	緩和医療	認知症	在宅医療	救急・災害医療
2007	西原クリニック開業(中村)			荒尾消防署防災訓練
2008				
2009	有明緩和ケアネットワーク			荒尾市総合防災訓練 松園医師、市民病院へ赴任
2010				
2011		認知症疾患医療センター		
2012		「火の国あんしん受診手帳」		
2013			在宅療養推進事業: 在宅医療連携体制整備検討会議	
2014				
2015			在宅医療介護連携推進事業: 在宅医療連携室 「在宅ネットあらお」	
2016		健康長寿を目指した 大規模認知症コホート研究	生活支援ボランティア養成講座	救急搬送に関する協議 (医師会、救急隊) 熊本地震 DMAT、JMAT
2017	地域緩和ケア連携調整員 研修		「あらお健康手帳」の開発	
2018		循環型認知症医療のための連 携体制基盤強化事業	地域在宅医療サポートセンター	在宅医療・救急医療連携セミナー
2019	看取り体制の整備		急変時対応体制の整備	意見交換会 (医師会、消防署、警察署)

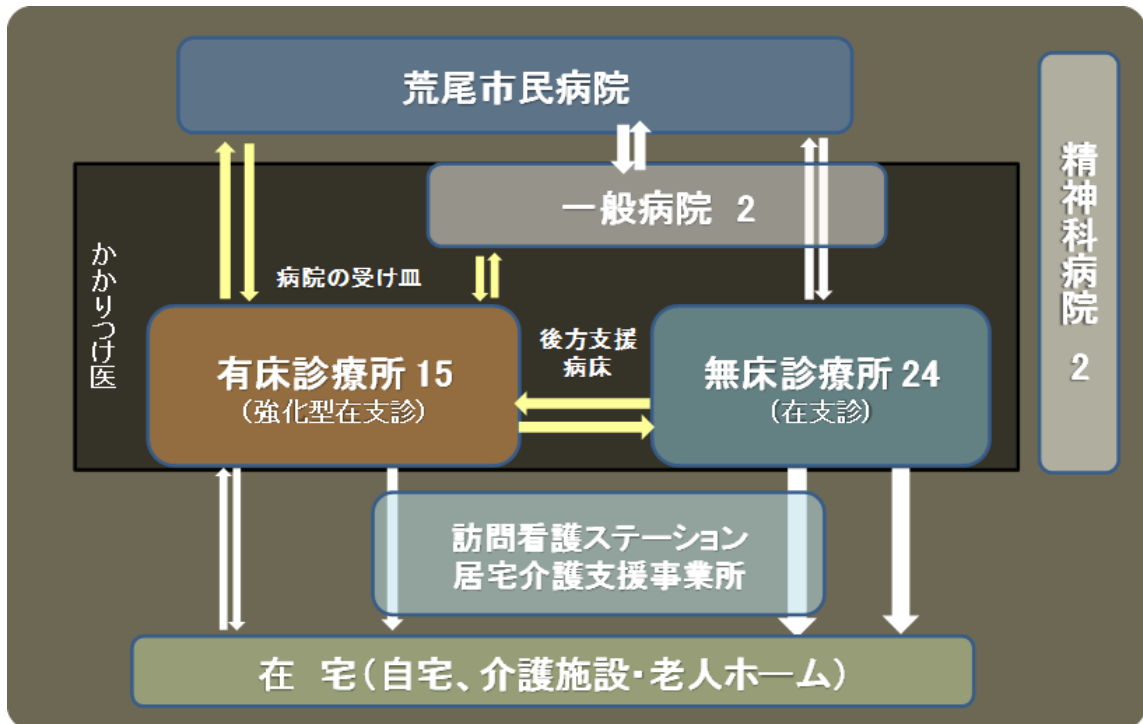
出典：令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー「One Team Arao で取り組む  
地域包括ケアシステム構築における在宅医療・救急医療連携」資料

<取り組みの概要について>



出典：令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー「One Team Arao で取り組む地域包括ケアシステム構築における在宅医療・救急医療連携」資料

<荒尾市における医療連携体制>



出典：令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー「One Team Arao で取り組む地域包括ケアシステム構築における在宅医療・救急医療連携」資料

## (2) 個別取組の概要

---

### ① 疾患別手帳の統合と荒尾市包括的地域連携手帳の開発

2016年に、「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」が開始されたが、その時に荒尾市は対象自治体の1つとなった。この研究において、その後5~10年間にわたり、1500人のコホートをフォローアップしていくツールとして「火の国あんしん受診手帳」が活用されることとなった。

2016年当時、荒尾市では以下5つの手帳が運用されていたが、複数の手帳を所持する患者も記入する医療者も少なからず負担を感じていた。

- ・認知症：「火の国あんしん受信手帳」
- ・がん：私ノート・私のカルテ
- ・糖尿病：糖尿病連携手帳
- ・脳卒中：くまもん脳卒中ノート
- ・心不全：ありあけ心不全手帳

これらを統合していくために、「新たな地域連携手帳」の開発協議会が同年に立ち上がった。その協議会には、医師会、市民病院の各診療科医師、認知症疾患医療センター、熊本大学、行政が加わった。そして、A5判・バインダー形式の冊子型手帳が2017年に開発された。

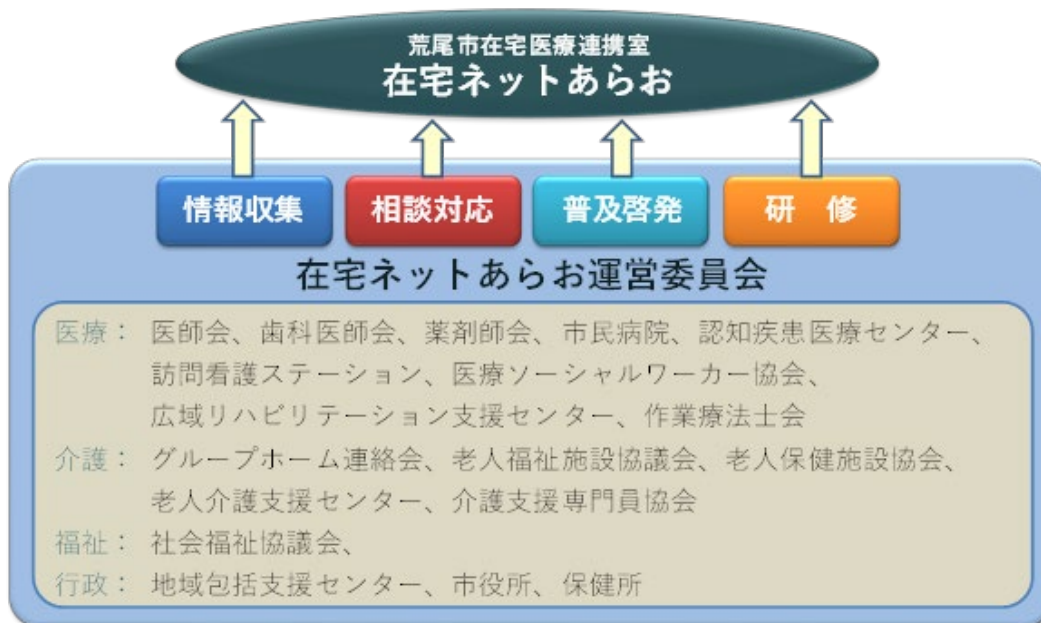
### ② 在宅ネットあらお

「在宅ネットあらお」は、医療機関、かかりつけ医、訪問看護、ケアマネジャー、介護事業所、行政など、約220の施設が参画するネットワークである。運営委員会の下で、研修部会、相談対応部会、情報収集部会、普及啓発部会と4つの部会が活動しており、荒尾市医師会が事務局を担っている。各部会長で構成される執行部会で課題抽出を行い、専門部会に対応し、再度執行部会で評価・修正を行う仕組みであり、顔の見える多職種協働体制が実現されている。

（「在宅ネットあらお」の主な業務）

1. 相談窓口…退院支援、在宅療養支援、急変時対応、その他各種相談
2. 在宅医療の推進と支援…研究会、学習会開催、関連サービスの把握と活用等
3. 医療・介護・福祉の連携…病診連携の推進、多職種協働を実現させるシステムづくり等
4. 普及啓発活動…市民向け広報、普及啓発、在宅医療資源マップ配布等

## 荒尾市在宅医療連携室 在宅ネットあらお



出典：令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー「One Team Arao で取り組む  
地域包括ケアシステム構築における在宅医療・救急医療連携」資料

## ■連携強化の流れ

### (1) 在宅医療サポートセンターにおける連携システムの整備

2018年度に、熊本県医師会より「在宅医療・救急医療連携セミナー」への参加要請があった。そこで、在宅医療については、国や県の事業として多職種協働体制は構築できていたが、住民や関連機関への普及啓発が不十分であることが見えてきた。他方救急医療については、従来の緩和ケアネットワークをはじめ、市民病院や医師会で連携体制が構築できていたものの、本人意思の共有や在宅復帰体制の整備等、課題が残っていた。

そこで、2018年熊本県の事業として始まった「地域在宅医療サポートセンター」の取組みとして、急変時の連携対応等、在宅と救急の協力体制が具体的に進むようになった。ここには、荒尾市医師会に所属する45医療機関のうち、精神科を含む39の医療機関が参加している。

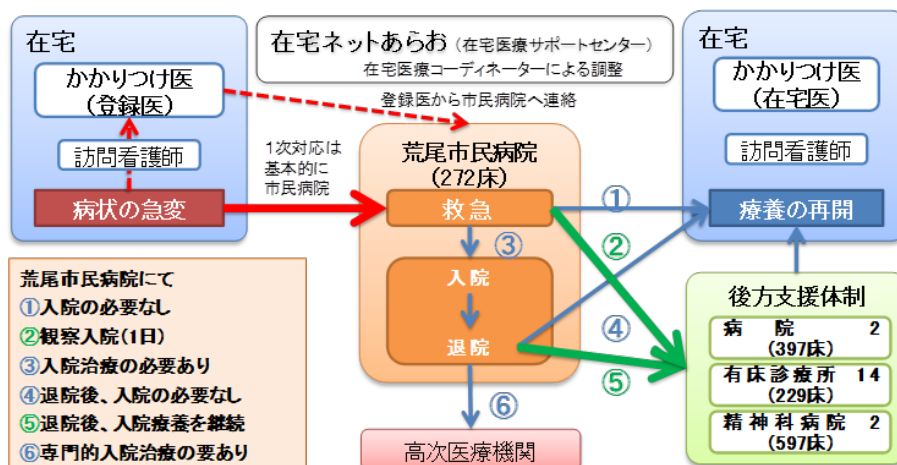
この在宅医療サポートセンターは、急変時対応、入退院支援、増加する在宅医療への対応、在宅医療センター事業連絡会の開催を必須事業、日常の療養支援、看取り、普及啓発等を選択事業とするものである。在宅医療介護連携推進事業として先行していた「在宅ネットあらお」がサポートセンターとして指定を受けることができたため、その機能を活用する形で在宅を中心とした医療連携の仕組みが強化された。

(経緯)

- ・2018 地域在宅医療サポートセンター 運営会議の設置  
在宅医療・救急医療連携セミナー
- ・2019 地域在宅医療サポートセンター 急変時対応体制、看取り体制  
あらお健康手帳配布（含救急医療シート、人生会議シート）

(在宅療養患者の急変時対応の場合)

### 急変時対応（在宅療養患者）



出典：令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー「One Team Arao で取り組む地域包括ケアシステム構築における在宅医療・救急医療連携」資料

(主治医不在時の代診医体制の場合)

# 主治医不在時の代診医体制

	主治医	在宅ネットあらお	代診医
準備	患者登録 不在期間の登録  患者・家族への説明・同意 訪問看護STへの連絡	症例カンファレンス 患者情報の管理 代診医の募集 代診医体制の調整 代診医への情報提供 訪問看護STへの情報提供	代診医募集に対する手挙げ 患者・訪問看護STの情報確認
不在時	不在	必要時、在宅医療コーディネーターが対応	当日待機 患者急変時 家族からの往診要請 訪問看護STによる対応 代診医による緊急往診
報告	報告の確認	往診内容の確認 主治医への報告	往診時の報告

出典：令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー「One Team Arao で取り組む地域包括ケアシステム構築における在宅医療・救急医療連携」資料

## (2) 「あらお健康手帳」の作成

2016年の熊本地震の際に、医療機関の電子カルテなどのデジタルツールがシステムダウンし、患者や家族の持つお薬手帳が貴重な情報源になったという経験から、アナログツールの重要性が確認され、手帳の有効的な活用が検討されるようになった。

2017年から開発が始まった「あらお健康手帳」は、基本情報・医療情報・介護情報・お薬手帳を中心とした共通情報の冊子と、疾患別情報を載せる追加冊子とで構成されている。緩和ケアの医師が中心となり、人生会議（ACP）シートも整備された。また、同意書ももらい、在宅ネットあらおで管理して急変時対応や代診医対応などで、情報提供ができるようにした。



さらに、2019年4月からかかりつけ医を中心に一般配布が開始され、8月には「あらお健康手帳意見交換会」が、医師会、行政、認知症疾患医療センター、在宅ネットあらおに加え、消防署と警察署も参加して開催された。そこでの意見交換を元に、救急隊員が自宅に到着した時に、「あらお健康手帳」を持っていることがわかるようにする等の目的で、ステッカーを所持者の家の冷蔵庫に貼ってもらう体制が進んでいる。手帳を持っていることがわかると、救急時に在宅ネットあらおで情報照会ができるようにした。

(基本冊子の構成)

冊子項目	記入者
① 表紙・同意書	医療機関
② 手帳の利用に際して ・救急医療シート ・人生会議シート	医療機関 本人（家族）・関連機関 本人（家族）・関連機関
③ 基本情報	本人（家族）・関連機関
④ 医療連携ノート	医療機関
⑤ 医療情報	本人（家族）・医療機関
⑥ 歯科口腔シート	歯科医院
⑦ 介護情報	本人（家族）・関連機関
⑧ おくすり手帳	薬局・薬剤師
⑨ 関連機関情報	関連機関・本人（家族）
⑩ フリーノート	本人（家族）

### (3) 組織の体制

手帳の統合を検討した開発協議会や、在宅ネットあらお等で関係者の連携が進む中、在宅医療、救急医療、緩和医療、認知症関連の意思・関係機関全体が「One Team Arao」として連携する体制がつけられた。

#### One Team Arao の構成要員

区分	年度	事業名	所属
在宅医療	2013	在宅医療連携体制整備検討会議	荒尾市医師会 会長 荒尾市医師会
	2015	在宅医療連携室 在宅ネットあらお	荒尾市医師会 会長 荒尾市医師会 理事
	2018	地域在宅医療サポートセンター	在宅ネットあらお コーディネーター
救急医療	2009	荒尾市防災訓練	荒尾市医師会 → 熊本県医師会 理事 荒尾市民病院 救急科
	2018	在宅医療・救急医療連携セミナー	荒尾市民病院 救急科 荒尾市役所 保険介護課 荒尾市医師会 理事
緩和医療	2009	有明緩和ケアネットワーク	荒尾市民病院 緩和ケア科 荒尾市民病院 がん相談支援センター 荒尾市医師会 理事
認知症	2011	認知症疾患医療センター	熊本大学 神経精神科 助教 熊本大学 神経精神科 (在宅ネットあらお)
	2016	大規模認知症コホート研究	荒尾こころの郷病院 精神社会福祉士 荒尾市役所 保険介護課
共通	2017	あらお健康手帳	荒尾市民病院 院長 荒尾市民病院 循環器科(副院長) 荒尾市民病院 神経内科 荒尾市民病院 代謝内分泌科

出典：令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー「One Team Arao」で取り組む地域包括ケアシステム構築における在宅医療・救急医療連携」資料

## ■取組の成果

### (1) 「あらかお健康手帳」の普及

---

「あらかお健康手帳」は、かかりつけ医、荒尾市民病院、歯科医院・薬局、一般市民と、段階的に配布を拡大し、年間 500 部の配布を予定している。2019 年時点で 340 冊を配布しているが、そのうち 104 人から同意を得て運用を始めている。

また、「あらかお健康手帳」に掲載した「人生会議（ACP）シート」と「救急医療シート」については、専門職向けの研修やセミナーでも活用している。

### (2) 地域在宅医療サポートセンターの運用

---

当初から、在宅医療については一次救急、二次救急のすみわけがある程度できていたが、地域在宅医療サポートセンターができたことで暗黙的だった体制が、明確に分掌しやすくなった。サポートセンターは 24 時間体制で運用されており、急変時の情報提供については、現時点では年間数件であるものの、救急時の支援対応が行われている。

## ■今後について

### (1) 今後の課題

---

#### ① 市民への普及活動の拡充

「あらかお健康手帳」の継続的な普及と、同意書の提出数拡充が意識されている。中でも、「救急医療シート」についてはステッカーの浸透と合わせて運用面も期待される。また「人生会議シート」に関しては、市民向けの ACP 理解のための講演会なども開かれているが、継続的な理解浸透が期待される。

#### ② デジタルツールとアナログツールの補完体制づくり

society5.0 社会を迎えるにあたり、地震や台風などの災害による停電が課題となってくることも想定し、デジタルとアナログの両方のシステムで補完体制をつくることで、より災害に強いまちづくりに寄与していくことが意識されている。

電子カルテなどの電子媒体についてはくまもとメディカルネットワークが、スマートフォンなどの個人端末から自らの情報を管理する PLR（Personal Life Repository）については荒尾スマートシティ構想が今後の進展と連携する。そこに、あらかお健康手帳という紙媒体を連携させていく取り組みが検討されている。

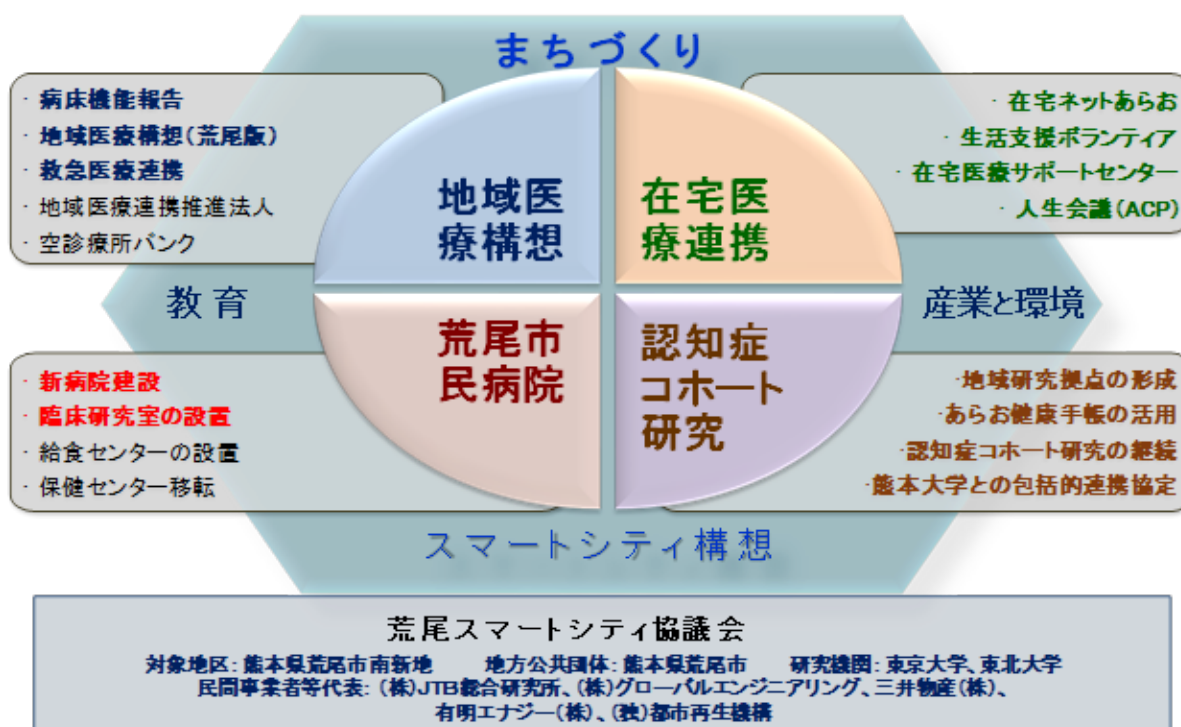


## (2) 現在の取組

### ① 地域包括ケアシステムの確立にむけた取り組み

令和元年度に国土交通省によって荒尾スマートシティ構想の推進自治体として指定されており、あらたな町づくりが進められている。ここまでの経緯を経て One Team が形成されてきているが、荒尾スマートシティ構想のなかでも、地域医療構想、在宅医療連携、認知症コホート研究ならびに荒尾市民病院の建替えなど、それぞれの取組みが進展し、One Team として複数事業に取り組みつつ一層連携を深め地域包括ケアシステムを確立していくことが期待されている。

## 地域包括ケアシステムの確立へ



出典：令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー「One Team Arao で取り組む地域包括ケアシステム構築における在宅医療・救急医療連携」資料

## ■資料編

### 工程表

	事業別活動 2008～2012	在宅医療介護連携 2013～2015	One Team連携 2016～2017	在宅医療救急医療連携 2018～
緩和医療	2009 有明緩和ネットワーク			
認知症	2011 認知症の事業にて初期集中支援チーム整備 2012 「火の国あんしん受診手帳」整備		2016 大規模認知症コホート研究 2016 「新たな地域連携手帳」の開発協議会	2018 地域在宅医療サポートセンター 2018 在宅医療・救急医療連携セミナー
在宅医療		2013 在宅医療連携体制整備検討会議 2015 在宅医療連携室立ち上げ等	2017 あらお健康手帳の開発	2019 意見交換会（医師会・消防署・警察署） 2019 急変時対応体制の整備
救急・災害医療	2009 荒尾市総合防災訓練にて多職種間の接点		2016 救急搬送に関する協議	
特記事項			2016 熊本地震	

## 資料① あらお健康手帳（一部ページ）

<b>基本情報Ⅱ（既往歴・処置・管理）</b>	
記入年月日（ 年 月 日 ）	記入者（本人・他：氏名）
これまでにかかった病気	
糖尿病	無・有（ ）歳で診断、現在（治療中・治療していない）
高血圧	無・有（ ）歳で診断、現在（治療中・治療していない）
高脂血症	無・有（ ）歳で診断、現在（治療中・治療していない）
心臓疾患	無・有（ ）歳で診断、現在（治療中・治療していない）
脳卒中	無・有（ ）歳で診断、現在（治療中・治療していない）
がん	無・有（ ）歳で診断、現在（治療中・治療していない） 部位（肺・胃・大腸・前立腺・乳・その他： ）
認知症	無・有（ ）歳で診断、現在（治療中・治療していない）
肝炎	無・有（ ）歳で診断、現在（治療中・治療していない） B型肝炎（＋・－）、 C型肝炎（＋・－）
	（ ）歳で診断、現在（治療中・治療していない）
処置・管理など	
<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH（ポートあり 無し） <input type="checkbox"/> AVシャント <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PTEG） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
備考	

<b>介護状態の区分</b>	
要介護度： <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）	障害日常生活自立度： <input type="checkbox"/> J（1・2） <input type="checkbox"/> A（1・2） <input type="checkbox"/> B（1・2） <input type="checkbox"/> C（1・2）
認知症日常生活自立度： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	認定有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日
<b>介護サービス利用状況</b>	
ケアマネジャー氏名：（ ） 事業所名：（ ）	
訪問診療： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医療機関名（ ） 利用日 月・火・水・木・金・土・日	訪問看護： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 事業所名（ ） 利用日 月・火・水・木・金・土・日
ヘルパー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 事業所名（ ） 利用日 月・火・水・木・金・土・日	デイケア： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 事業所名（ ） 利用日 月・火・水・木・金・土・日
デイサービス： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 事業所名（ ） 利用日 月・火・水・木・金・土・日	訪問リハビリ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり事業所名（ ） 利用日 月・火・水・木・金・土・日
ショートステイ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり事業所名（ ） 利用日 月・火・水・木・金・土・日	
<b>福祉に関する情報</b>	
身体障害者手帳： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）級	
精神障害者保健福祉手帳： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）級	
指定難病医療： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 疾患名（ ）	
自立支援医療： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

<b>救急医療シート</b>		
救急時の対応についてお書きください。		
記入年月日（ 年 月 日 ）	記入者（本人・他：氏名）	
緊急時に連絡してほしい方はどなたですか？		
氏名	連絡先	続柄
	—	—
	—	—
	—	—
緊急時の対応について		
緊急搬送	する ・ しない	
心肺蘇生	する ・ しない	
延命治療	する ・ しない	
搬送希望医療機関		
<input type="checkbox"/> かかりつけ医（ ） <input type="checkbox"/> 荒尾市民病院 <input type="checkbox"/> 公立玉名中央病院 <input type="checkbox"/> 大牟田市立病院 <input type="checkbox"/> 大牟田天領病院 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
その他、緊急時に注意することがあればお書きください。		

<b>人生会議シート</b>	
これからの治療方針や療養場所の選択についてお書きください。	
① あなたは、ご自分の病気の状況について、たとえ厳しい状況になっていたとしても説明を聞きたいですか？ <input type="checkbox"/> 聞きたい <input type="checkbox"/> 聞きたくない <input type="checkbox"/> よくわからない	② 通院が難しくなった時は、どこで療養したいですか？ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人ホームなどの施設 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 治療を受けた病院 <input type="checkbox"/> 近くの病院 <input type="checkbox"/> その他（ ）
③ あなたは現在の病状をどのように考えていますか？	
④ これからどのように生活をしたいですか？	
⑤ 大切にしたいことは何ですか？	
⑥ このシートを記入するにあたって相談された方は？（複数選択可） <input type="checkbox"/> 独りで <input type="checkbox"/> 配偶者（夫・妻） <input type="checkbox"/> 親（父・母） <input type="checkbox"/> 子供（ ） <input type="checkbox"/> その他の縁者（ ） <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他（ ）	

出典：荒尾市医師会提供資料



#### IV. 在宅医療・救急医療連携セミナーの実施

# 1. セミナーの参加者について

## (1) セミナーの参加者数・参加者属性

### ① 第1部セミナーの参加者について

第1部セミナー 参加者数	参加者属性		
30名	市町村・保健所の事務方		10名
	在宅医療関係者（医師会等）		10名
	救急医療関係者		10名
	その他		0名

※傍聴者数:17名

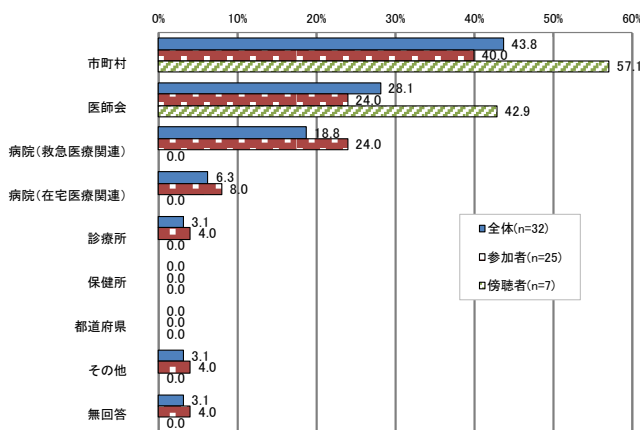
### ② 第2部セミナーの参加者について

第2部セミナー 参加者数	参加者属性		
26名	市町村・保健所の事務方		10名
	在宅医療関係者（医師会等）		8名
	救急医療関係者		8名
	その他		0名

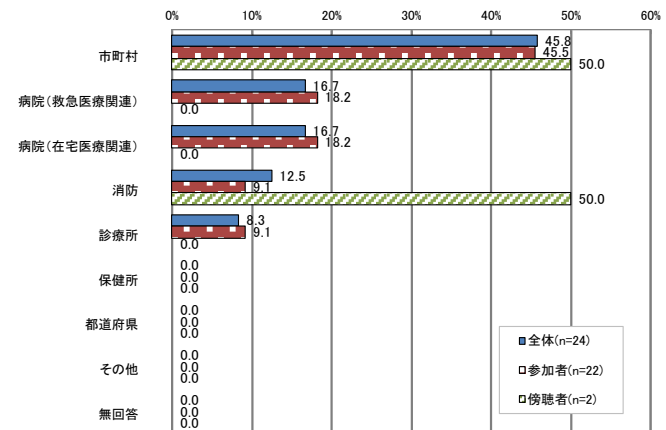
※傍聴者数：8名

## (2) アンケート回答者の属性

図表 第1部セミナー参加者・傍聴者属性 (n=71)



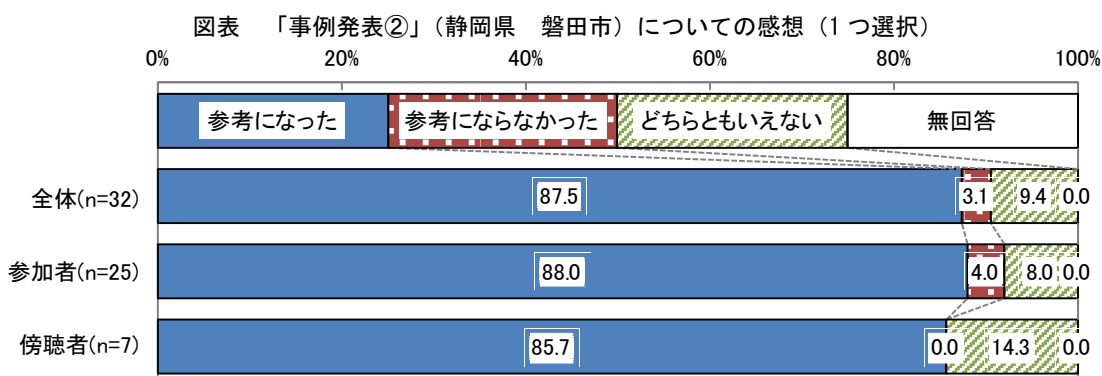
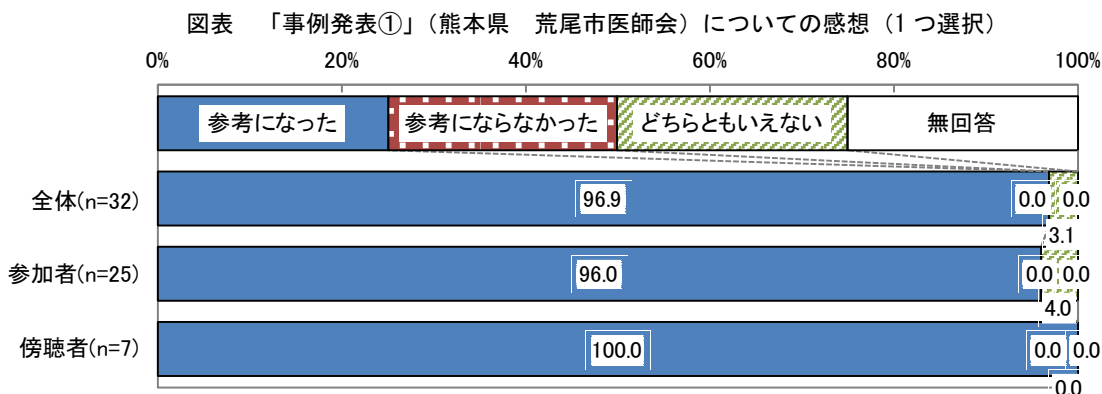
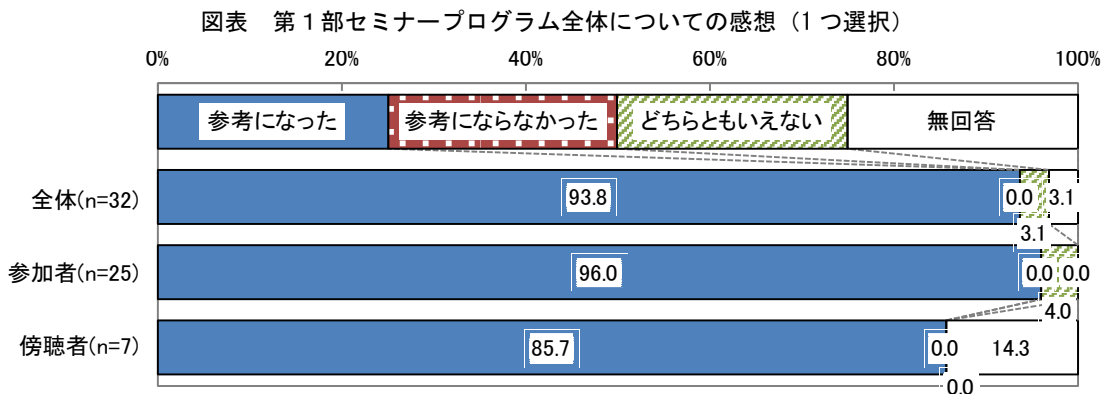
図表 第2部セミナー参加者・傍聴者属性 (n=59)



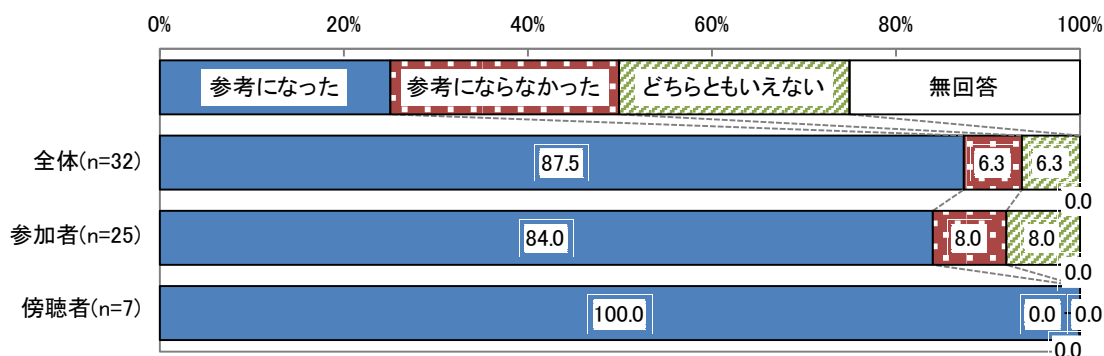
## 2. セミナーアンケート結果について

### (1) 第1部セミナー アンケート結果

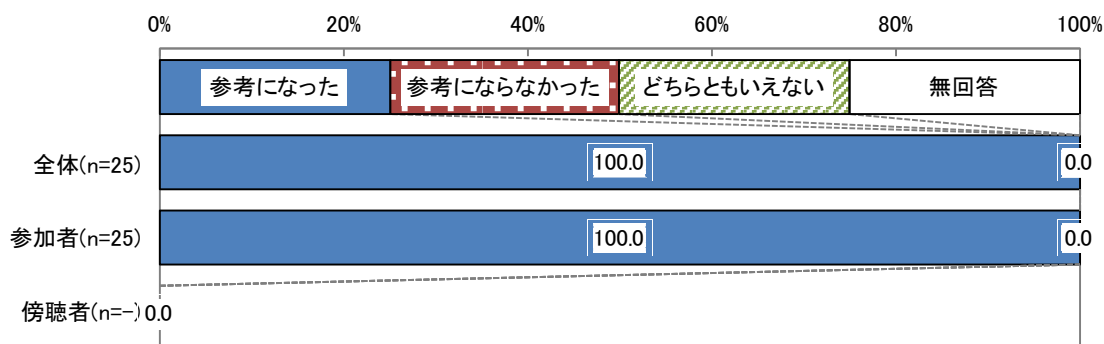
第1部セミナーのアンケート結果については、以下の通りである。



図表 「事例発表③」(岩手県 久慈市) についての感想 (1つ選択)



図表 グループワークについての感想 (1つ選択) (n=38)



※グループワークについて、傍聴者は不参加であるため、参加者の結果のみを参考にする必要あり

【第2回セミナー(令和元年 2 月 23 日開催)が開催されるまでに実際に取組を進めるうえでの不安な点や知りたい点】

<不安な点(意見を一部抜粋)>

所属	意見
自治体	<ul style="list-style-type: none"> <li>市の関係部署(救急医療所管課、地域包括ケア所管課、消防、市立病院)、医師会、保健医療福祉関係者で構成する既存組織と多数ある中で、どこがイニシアチブをとって進めていくべきか不安である</li> <li>地区医師会、救急医療機関、消防署等、連携機関が複数存在するコアメンバーをどのように決定したら良いか不安である</li> <li>地域によって医療資源の差が大きく、そのような地域は救急隊の負担が大きくなってしまう。この落差をどのように解決するべきか、不安である</li> </ul>
在宅医療関係者(医師会等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>自由回答に回答無し</li> </ul>
救急医療関係者(病院等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>自由回答に回答無し</li> </ul>



<知りたい点（意見を一部抜粋）>

所属	意見
自治体	・ 看取り時の救急搬送に係る問題点、課題（現場でのケース事例と対処方法） ・
在宅医療関係者 （医師会等）	・ 実際の取り組みの詳細な工程、手法 ・ 全国の ACP の取り組み—先行事例の取組内容 ・ 救急現場における DNAR の取扱いの具体例
救急医療関係者 （病院等）	・ 自由回答に回答無し

【セミナーの内容についてご意見・ご要望等】

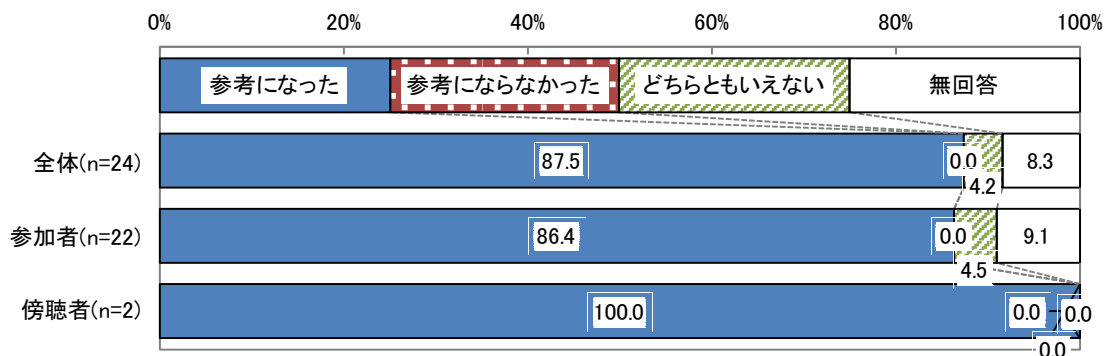
<意見・要望（意見を一部抜粋）>

所属	意見
自治体	・ 消防を含めた 4 者で参加したい ・ 東京以外でも開催してほしい ・ 職種ごとの情報共有の時間をもう少し取ってほしい ・ 発表者の時間が足りない ・ GW の時間が足りなかった ・ 会資源や人口規模が異なる他市町の状況を伺えて、ヒントになった ・ 救急について考える良い機会となった ・ 講義、グループワークなど地域に戻っても参考となる内容であった
在宅医療関係者 （医師会等）	・ 同じような問題で悩んでいる事を理解できた ・ 他地域の実状を知ることができ、今後自地域での取組を考える参考になった
救急医療関係者 （病院等）	・ 全国で成功している例や国が決めたフォーマットなどあれば、資料につけてほしい（DNR、ACP など） ・ テーマが広く、議論を絞り切れない可能性もあったので、テーマを絞り込んでも良いかと思った

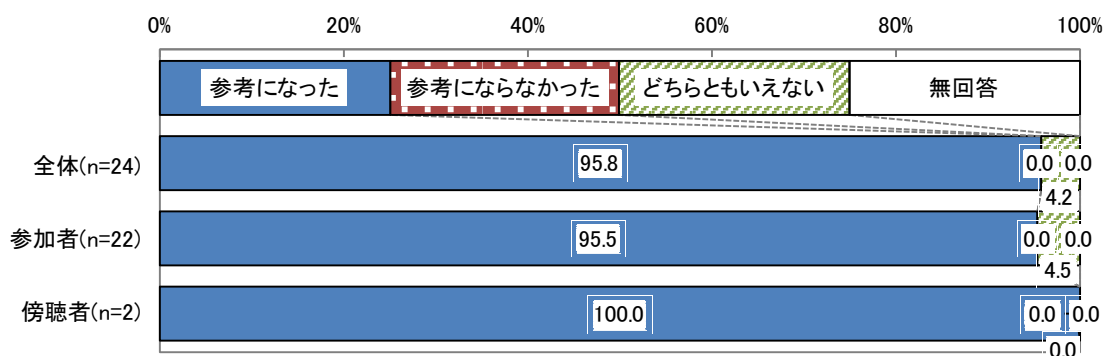
## (2)第2部セミナー アンケート結果

第2部セミナーのアンケート結果については、以下の通りである。

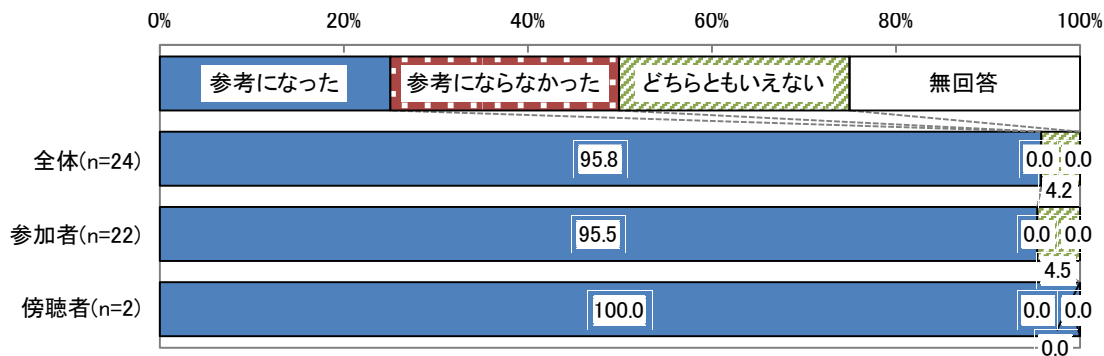
図表 第2部セミナープログラム全体についての感想（1つ選択）



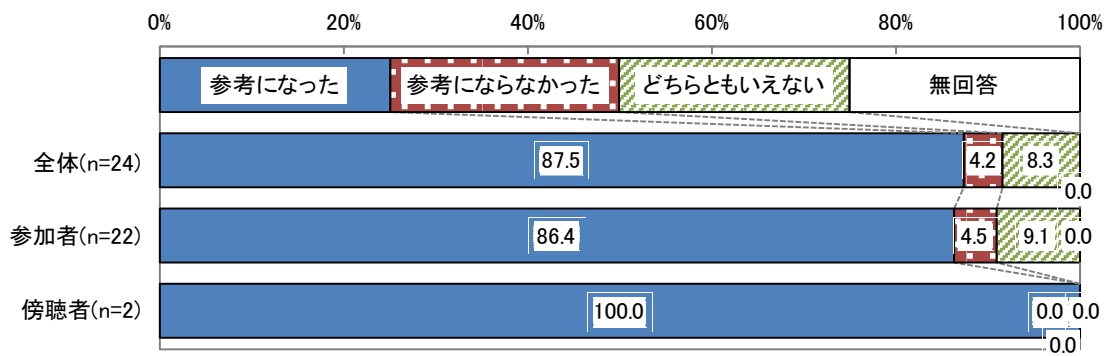
図表 「講義」（慶応義塾大学）についての感想（1つ選択）



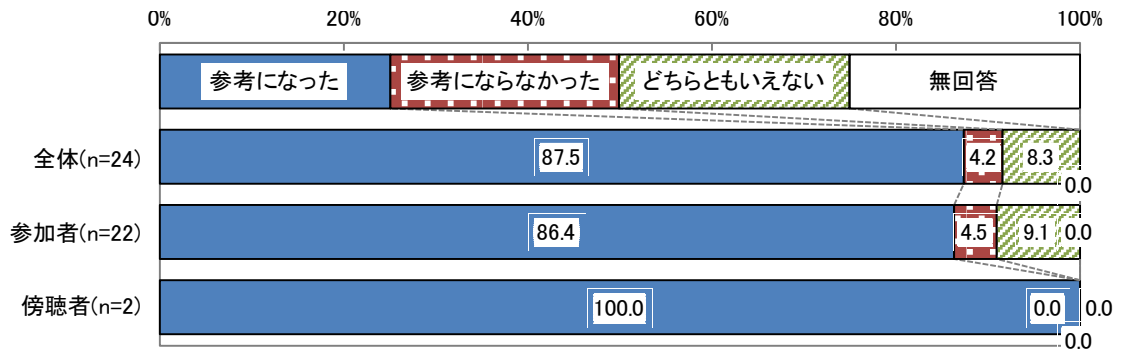
図表 「事例発表①」（佐渡総合病院）についての感想（1つ選択）



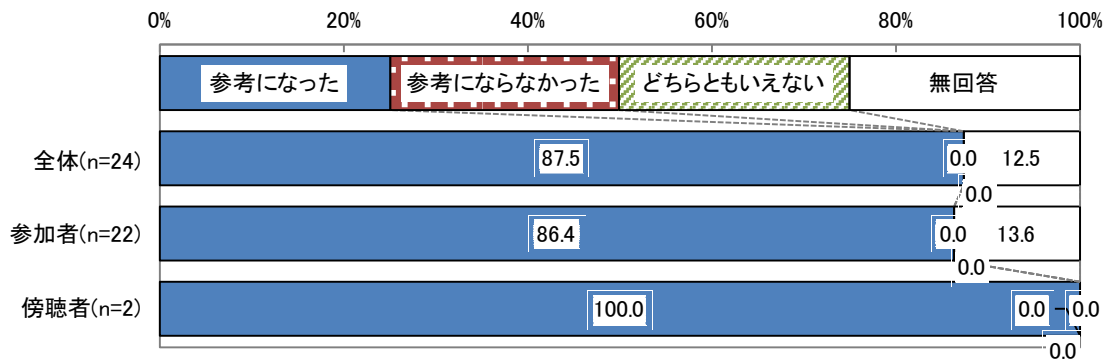
図表 「事例発表②」（岡崎市）についての感想（1つ選択）



図表 「事例発表③」(松本市医師会) についての感想 (1つ選択)



図表 グループワークについての感想 (1つ選択)



※グループワークについて、傍聴者は不参加であるため、参加者の結果のみを参考にする必要あり

【セミナーの内容についてご意見・ご要望等】

<事例発表について (意見を一部抜粋)>

所属	意見
自治体	<ul style="list-style-type: none"> <li>先進地の事例を聞いて、勉強になった</li> <li>事例発表の時間が短く、より長く聞きたかった</li> </ul>
在宅医療関係者 (医師会等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>学ぶところが多かった</li> <li>ACPについて、法律家への相談が大事なことであったと学ぶことができた</li> </ul>
救急医療関係者 (病院等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>とても勉強になった</li> </ul>

<グループワークについて (意見を一部抜粋)>

所属	意見
自治体	<ul style="list-style-type: none"> <li>課題の共有や解決策について多くの意見を聞いてよかった</li> <li>都市、田舎と住む場所に異なっても悩みは同じであることが分かった</li> </ul>
在宅医療関係者 (医師会等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>課題の抽出や議論の進め方について参考になった</li> <li>職種毎のグループで、同様の立場から話ができるため、課題共有が進んだ</li> </ul>
救急医療関係者 (病院等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>各地区で課題が異なるので、地区毎での開催でもよいと思う</li> <li>グループはもう少し少ないメンバーでもよいと思った</li> </ul>



## V. フォローアップ調査結果

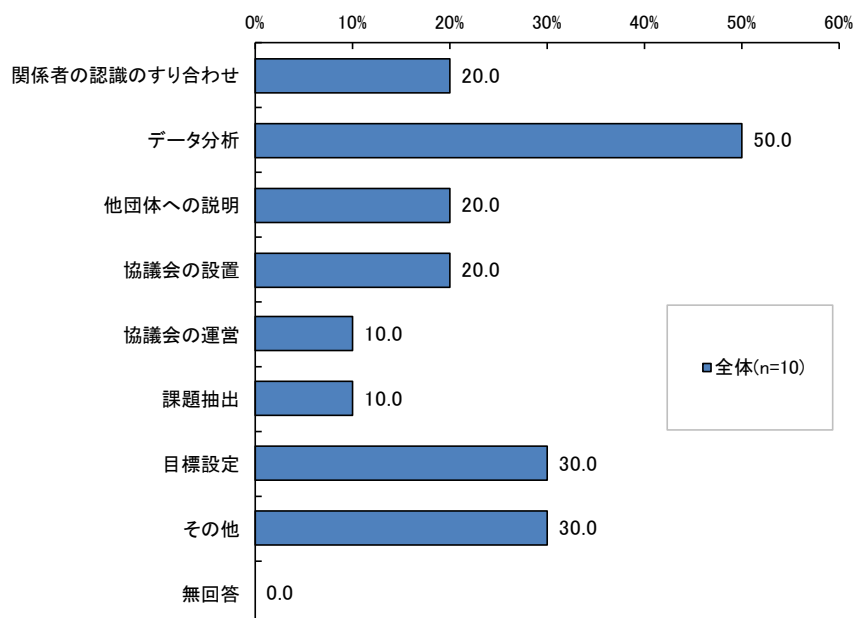
## <アンケート調査結果>

### (1) セミナーでの取組を含む、今年度の取組について

#### ① 「工程表の“作成”」を行うにあたって困難だった事柄

工程表の作成について困難だった事柄は、「データ分析」(50.0%)が最も多かった。

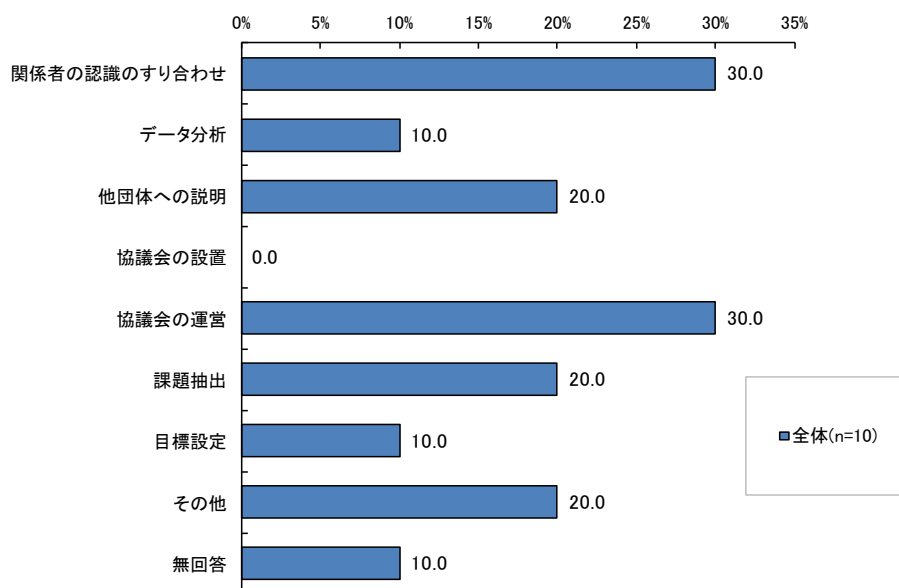
図表 事前課題「工程表の“作成”」を行うにあたって困難だった事柄(複数選択)(n=10)



#### ② 「工程表を“履行”」するにあたって困難だった事柄

工程表を履行するにあたって困難だった事柄は、「目標設定」(26.7%)、「課題抽出」(26.7%)、「データ分析」(26.7%)、「関係者の認識のすり合わせ」(26.7%)、の4つが最も高い結果となった。

図表 事前課題で作成した工程表を“履行”するにあたって困難だった事柄(複数選択)(n=10)



<「工程表の“作成”および“履行”」において困難だった事柄（意見を一部抜粋）>

所属	詳細意見
データ分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 関係機関ごと様々なデータが集積されており、分析まで十分にできなかった</li> <li>・ データが他部局にあり、収集に手間を要したり、把握できていないデータもあった</li> <li>・ 救急医療に関するデータはが消防のデータであるため、収集・分析ともに困難だった</li> <li>・ どこにどのような情報があるか知る必要があり、上手くデータ集めができなかった</li> </ul>
他団体への説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市役所などの主導する者がセミナーを受講しておらず、連携が困難だった</li> </ul>
協議会の設置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 消防の立ち位置が不明確であった</li> <li>・ 今ある協議会を活用するか、新しく作るのかを検討し調整する必要性があった</li> </ul>
協議会の運営	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 資料作成や説明等の事務的負担がある</li> </ul>
課題抽出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 課題を明確にすることが難しかった</li> </ul>
目標設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在共有されている目標以上に設定することが困難だった</li> <li>・ 「顔の見える関係」を構築することが先決であり、連携ルール作りを目標に据えたいが、現時点で実現が難しそうである</li> </ul>

③ 「工程表を“履行”」するにあたって工夫した点

工程表を履行するにあたって工夫した点としては、既存の協議体を活用する、並行事業と共同で進める等、今ある仕組みを効果的に使用し、取組を進めたという意見が見られた。また、関係者で密にコミュニケーションを取ることで、自治体・医師会・病院等の立場が異なる場合であっても共通の課題を見つけ、取組を進捗できたとの点があがった。

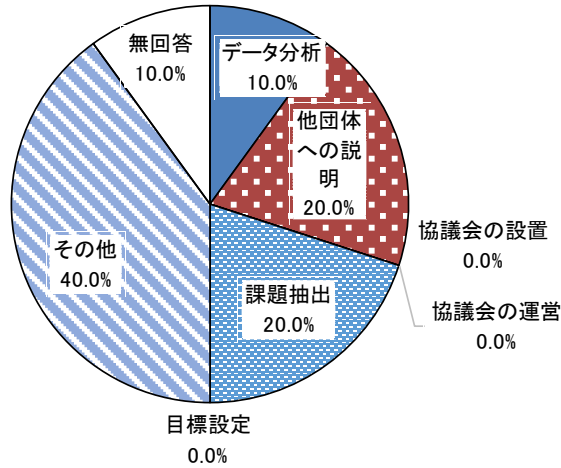
<「工程表を“履行”」するにあたって工夫した点（意見を一部抜粋）>

工夫した点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 関係者の実務者レベルでの打合せを密に行い、協議会内での認識を少しずつ広めていった</li> <li>・ 会議（意見交換会）前に事前アンケートを実施することで、会議目的の明確化と合理化を図った</li> <li>・ 具体的に困ったケース（事例）について説明し、誰がどのようなことで対応に苦慮したのかということ伝えた。（特に医師に対して）</li> <li>・ 既にある在宅医療介護連携拠点の専門性を活かすことで、センター長である医師のネットワークにより医師会の救急担当理事の医師や消防本部とのつながりを構築したり、救急救命士を交えた専門職向けのセミナーを企画したりした。</li> </ul>
-------	--

④ 「工程表を“履行”」するにあたって最も上手かった点

工程表を履行するにあたって最も上手かった点は、「その他」(40.0%)と最も高く、次いで、「課題抽出」(20.0%)、「他団体への説明」(20.0%)が同率で続く。「その他」については、担当者間での課題の共有等の意見があった。

図表 工程表を“履行”するにあたって最も上手かった点(1つ選択) (n=10)



<「工程表を“履行”」するにあたって最も上手かった点(意見を一部抜粋)>

所属	詳細意見
データ分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の消防本部のデータが2005年から経年で収集でき、時系列で変化を確認するのに役立った</li> <li>消防本部から過去の延命処置拒否の事例を容易に入手できた</li> </ul>
他団体への説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>はじめに関係機関と課題の共有を行うことが出来たため、その後の連携が容易だった</li> <li>救急医療関係者と在宅医療・介護関係者間の考え方の隔たりはあるが、「顔の見える関係の構築」という共通課題を互いに見出すことができたことは大きな成果であった</li> </ul>
課題抽出	<ul style="list-style-type: none"> <li>もともと、地域での課題としての共通認識があったため、それをメンバーで再確認できた</li> <li>会議の構成員を現場目線の構成員で集めるなど工夫したことにより、当初の予想以上に様々な課題の抽出ができた</li> </ul>

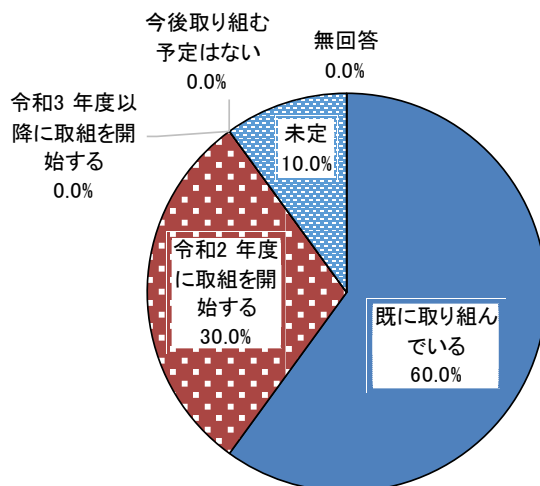


## (2)これから在宅医療・救急医療の連携を進めていく上の方向性

### ①「在宅からの搬送の連携強化」についてこれからどのように取り組むか

在宅からの搬送の連携強化については、「既に取り組んでいる」(60.0%)が最も高く、次いで「令和2年度に取組を開始する」(30.0%)となった。

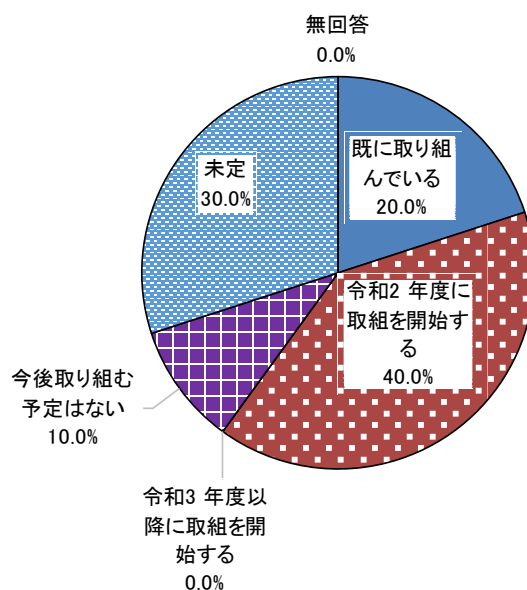
図表 「在宅からの搬送の連携強化」について今後の取組(1つ選択) (n=10)



### ②「高齢者施設からの搬送の連携強化」についてこれからどのように取り組むか

高齢者施設からの搬送の連携強化については、「令和2年度に取組を開始する」(40.0%)が最も多く、次いで「未定」(30.0%)となった。「未定」とした理由としては、施設からの搬送について、現状の支援から広げていくか、別途支援を行うのか決定できていないため、等の意見が挙げられた。

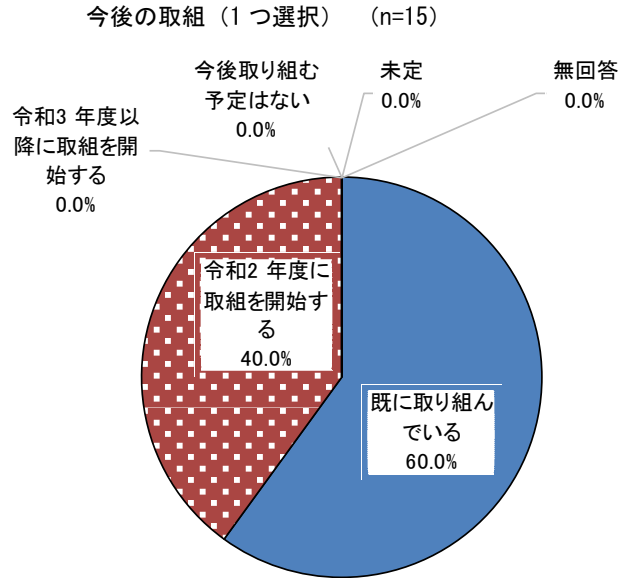
図表 「高齢者施設からの搬送の連携強化」について今後の取組(1つ選択) (n=15)



③「患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化」についてこれからどのように取り組むか

患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化については、「既に取り組んでいる」(60.0%)、「令和2年度に取組を開始する」(40.0%)となり、未定とした地域は見られなかった。各地域において積極的に検討がされている。

図表 「患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化」について



(3) 国への要望について

国への要望については、より多くの本セミナー等への参加機会の提供、先進事例の更なる提供、国民への普及啓発、自治体が行う在宅医療・救急医療連携に対する法整備化等の意見への要望、等の意見が挙げられた。

< 国への要望 (意見を一部抜粋) >

国への要望	意見
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 先進的な取組について、引き続き情報発信してほしい</li> <li>・ 本セミナー開催の継続を期待したい</li> <li>・ 自治体に向けた評価指標分析の指導・講習会等を開催してほしい</li> <li>・ 救急医療分野においては、心肺蘇生を希望しない場合の対応事例について、情報を集約し、情報発信をしてほしい (法的な部分で、どこまでの運用が可能なのか等を示してほしい)</li> <li>・ 蘇生を望まない場合は、救急車を呼ばないということを国民に理解できるように伝えてもらいたい</li> <li>・ 夜中等に救急搬送された入院適応外事例、特に一人暮らし高齢者等の帰宅困難者への対応等に救急担当病院は苦慮している。今後、一人暮らし高齢者の増加が見込まれる中、何か対応策を例示いただきたい</li> <li>・ 高齢者の救急搬送について、地域ルールではなく、一定の取り扱い等を基本方針として示してほしい</li> <li>・ 組織の問題として、消防が受け身の対応になりがちなのが残念である。消防庁からの何らかの通知をいただけないか</li> <li>・ 救急医療関係者は、本人の意思に沿った救急搬送に関して、法令上の裏付けを求めていると思われるので、一律のルールではなく、地域の実情に沿ったルール整備を求めて実施させるような法整備ができればよい</li> </ul>

## VI. 在宅医療・救急医療連携における都道府県の 市町村支援等実施状況調査



## 1. アンケート調査結果 まとめ

### (1) 都道府県における在宅医療・救急医療連携にかかる担当部署の種類

#### ① 市町村における在宅医療・救急医療連携状況

各都道府県における在宅医療・救急医療の連携を担当するのは「衛生主管部（局）」が最も多く、全体の72.3%を占める。その他に介護保険主管部（局）等が担当する都道府県もある。こうした部署が在宅医療・救急医療連携体制整備のための各協議会を執り行い、地域に適した体制づくりに取り組んでいる。

### (2) 都道府県が行う在宅医療・救急医療連携にかかる市町村支援の具体的内容

#### ① 市町村等への情報提供

都道府県が把握する在宅医療・救急医療連携に関するデータの管下市町村等への提供について、市町村およびそれ以外の単位で提供、もしくは提供を検討しているところは全体の49.0%で、半数以上の51.0%が提供しておらず、今後も未定と回答している。提供されている情報は、在宅医療に関するものが最も多く、内容は在宅・介護資源情報冊子の作成等である。

また、患者本人の診療情報・社会的情報・DNAR等の情報を関係職種で共有するツール等の管下市町村等への提供について、半数以上の55.3%が提供しておらず、今後も未定と回答しており、ツールの普及や標準化が進まず、十分活用されていない現状を示している。

#### ② 在宅医療・救急医療連携体制の整備

後方支援病床の確保の体制構築については、46.8%が実施しており、在宅医療推進協議会等で検討され、支援が推進されている。

在宅医療・救急医療連携にかかる広域的な相談窓口の整備については、23.4%が実施しており、二次医療圏単位や医師会単位で窓口整備が行われている。

市町村の区域をまたぐ在宅医療・救急医療連携の促進については、48.9%が実施しており、都道府県医師会の取組への補助等が行われている。

在宅医療・救急医療連携にかかる専門職の育成については、40.4%が実施しており、ACPの普及・啓発、意思決定支援等に関する研修会が行われている。

市町村職員への研修については、27.7%が実施しており、在宅医療・介護連携に関する研修会やセミナー等が行われている。

地域住民への普及啓発（普及啓発を行う市町村の支援も含む）については、46.8%が実施しており、ACP、在宅医療等についての住民フォーラムやセミナーの実施や、市町村の実施の補助を行っている。

### ③ 在宅医療・救急医療連携おける都道府県の市町村支援(まとめ)

最も行われている市町村支援は、「市町村の区域をまたぐ在宅医療・救急医療連携を促進している」(48.9%)となったが、47都道府県のうち、対応できている都道府県は半数にも満たない。どの項目も全体的に対応できている都道府県は少なく、特に「在宅医療・救急医療連携にかかる広域的な相談窓口の整備」については、23.4%の都道府県しか実施していない状況である。

### ④ 市町村支援の実施の課題

在宅医療・救急医療連携に関する市町村支援を実施するにあたって、「市町村を支援するためのノウハウの不足」(89.4%)が最も課題であるとされ、次いで「連携に関する地域診断のノウハウの不足」(85.1%)、「指標設定との事業評価のしにくさ」(83.0%)と続き、都道府県による各市町村の現状の分析が十分でなく、支援のための課題の把握そのものが課題である様子が見えがえる。これら課題解決のための取組として、都道府県による郡市医師会や市町村の担当者との合同意見交換会の実施、ヒアリング・調査による課題の共有を進める等の対応が行われている。

### ⑤ 在宅医療・救急医療連携協議について

各都道府県は、在宅医療・救急医療連携について話し合うことのできる様々な協議の場の運営、および運営の補助等に携わっている。各協議体は施策検討・策定・協議・評価、在宅医療や救急医療体制の整備を設置目的とし、参加者は、県市町村会・行政機関をはじめ、医師・看護師・歯科医師・薬剤師・その他医療職等にかかわる団体・施設に所属するものが半数以上を占める。このような協議の場は、上記の設置目的の他、各職種間の情報・課題の共有、ACP・人生の最終段階における医療・ケア等を主な議題とし、年1～2回ほど開催されている。

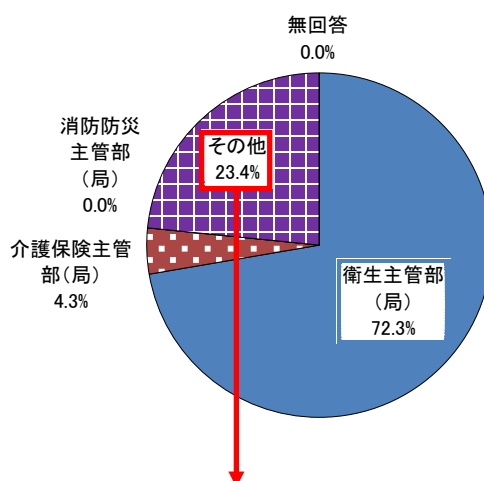
## 2. アンケート調査結果

### (1) 在宅医療・救急医療連携にかかる担当部署の種類

#### ① 担当部署の種類

○ 在宅医療・救急医療連携の担当部署は、「衛生主管部（局）」72.3%が最も多い。

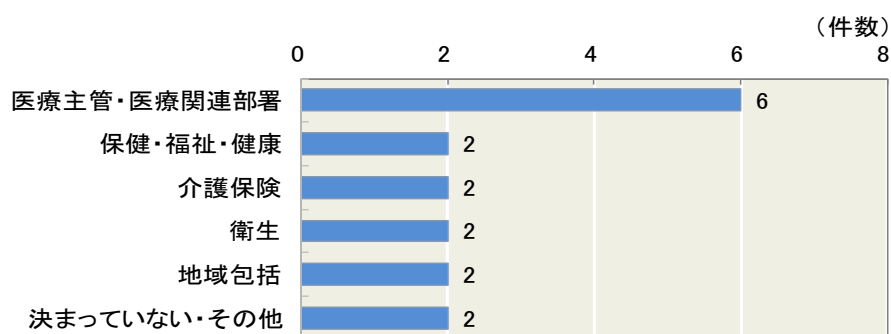
問 2: 在宅医療・救急医療連携を主として担当している部署の種類について、最も近いものをお知らせください。



<その他の回答>

※自由回答を分類してグラフ化

○ その他の回答では、医療主管・医療関連部署が最も多く、健康医療福祉部、地域包括ケア主管課等が該当する。



質問	NO	項目	主な内容	件数
問2 選択肢「4.その他」	1	医療主管・医療関連部署	健康医療福祉部、地域包括ケア主管課、医療連携体制整備、家等主管部、衛生主管部、医療政策課、在宅医療・認知症対策・地域ケア推進課	6
	2	保健・福祉・健康	保健福祉部健康・地域ケア推進課、健康福祉医務課	2
	3	介護保険	在宅医療は介護保険主管部	2
	4	衛生	救急医療は衛生主管部	2
	5	地域包括	地域包括ケア主管、地域ケア推進課	2
	6	決まっていない・その他	決まっていない、衛生・消防・介護保険の部署で連携して対応	2

(2) 都道府県が行う在宅医療・救急医療連携にかかる市町村支援の具体的内容

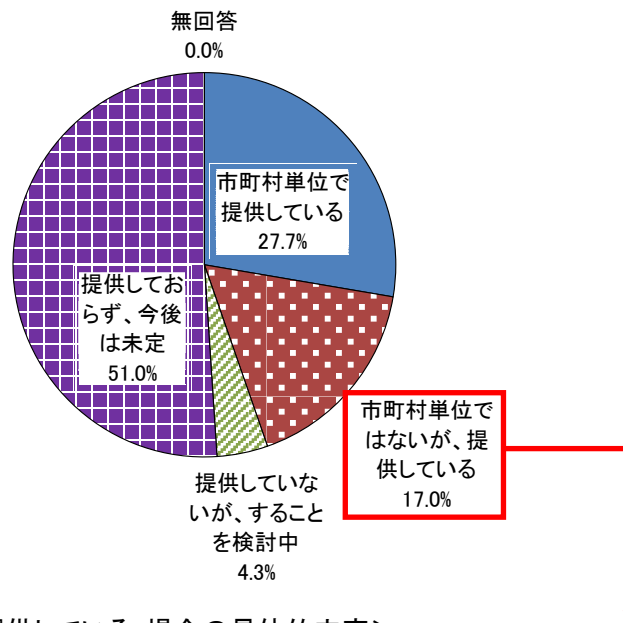
① 市町村等への情報提供

A) 情報提供状況

◇ 情報提供の単位

○ 「提供しておらず、今後は未定」 (51.0%) が最も多い。

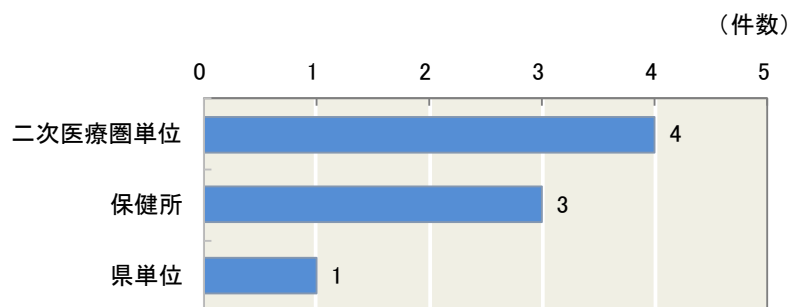
問3: 都道府県が在宅医療・救急医療連携について把握しているデータを、管下市町村等へ情報提供していますか。



<「市町村単位ではないが、提供している」場合の具体的内容>

※自由回答を分類してグラフ化

○ 市町村単位でない場合は、二次医療圏単位、保健所単位、県単位等の単位で提供されている。



問3 選択肢「2. 市町村単位ではないが、提供している」	自由回答	分類	件数
1	二次医療圏単位	二次医療圏単位で提供	4
2	保健所	保健所単位、一部の保健所に提供	3
3	県単位	県単位で提供	1

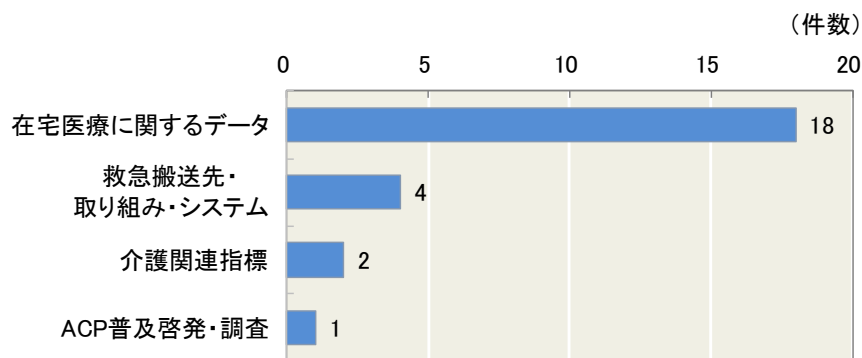


◇ 情報提供の内容

※自由回答を分類してグラフ化

○ 管下市町村等へ提供している情報は、在宅医療に関するデータが最も多く、在宅医療機  
関の情報等が提供されている。

問 3-1: 下記に提供している内容を記載してください。(検討中の場合は検討している内容を記載し  
てください)※自由回答から分類してグラフ化



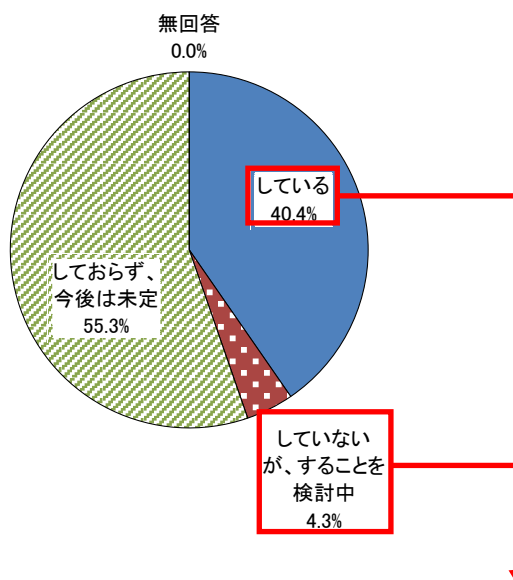
問3-1 問3 都道府県が在宅医療・救急医療連携について把握しているデータの管下市町村等へ情報提供している内容	1 在宅医療に関するデータ	・二次医療圏ごとに整理し保健所に情報提供 ・在宅医療機関の情報公開 ・在宅、介護資源情報冊子の作成 ・県支援のショートステイの空き情報 ・在宅医療のアンケート結果の情報提供 ・訪問診療医の紹介 ・在宅療養診療所 ・在宅療養支援病院 ・在宅療養校本支援病院 ・在宅療養歯科診療所 ・在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・在宅医療に関する実態調査の分析結果 ・医療計画で用いる関連指標を公表 ・訪問診療実施施設数や看取り件数のデータ提供 ・在宅医療・介護関連指標の一覧化で公表	18
	2 救急搬送先・取り組み・システム	・消防本部の医療圏別、病院別搬送データ ・高齢者の救急搬送についての取組の共有 ・医療機関別の救急搬送件数データ等 ・救急患者の疾病、傷病など搬送データを救急医療情報システムで情報を共有	4
	3 介護関連指標	・ショートステイの空き情報 ・介護関連指標の一覧化	2
	4 ACP普及啓発・調査	・ACP普及啓発の取組調査、まとめの提供	1

B) 患者情報共有ツール等の市町村への提供／提示

◇ 提供／提示の状況

○ 「しておらず、今後は未定」 (55.3%) が最も多い。

問 4: 患者本人の診療情報・社会的情報・DNAR 等の情報を関係職種で共有するツール等について、管下市町村等へ提供／提示していますか。

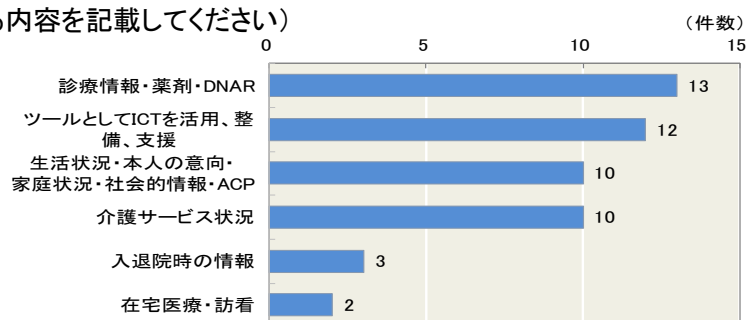


◇ 提供／提示している(提供／提示を検討しているも含む)ツールの内容

※自由回答を分類してグラフ化

○ 提供／提示しているもの、または提供／提示を検討しているものは、診療情報・薬剤・DNARに関するものが最も多いが、そもそものツールとしてICTを活用して情報提供整備を試みる都道府県も多い。

問 4-1: 下記に提供している内容及びツールによる共有内容を記載してください。(検討中であれば検討している内容を記載してください)



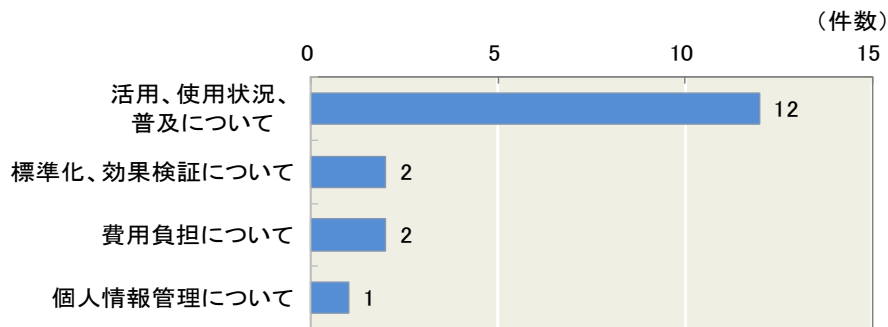
問4-1 提供している、または検討している内容及びツールによる共有内容	提供している内容及びツールによる共有内容	件数
1	診療情報・薬剤・DNAR	13
2	ツールとしてICTを活用、整備、支援	12
3	生活状況・本人の意向・家庭状況・社会的情報・ACP	10
4	介護サービス状況	10
5	入退院時の情報	3
6	在宅医療・訪看	2

◇ 提供／提示している(提供／提示を検討しているも含む)ツールについての課題

※自由回答を分類してグラフ化

○ ツールについての課題は、活用、使用状況、普及に関するものが最も多く、普及や標準化が進まず、十分活用されていない現状を示している。

問 4-2: ツールについて、何か課題があれば記載してください。



問4-2 ツールについて、何か課題があれば入力してください。	1 活用、使用状況、普及について	2 標準化、効果検証について	3 費用負担について	4 個人情報管理について
	・使用状況にばらつきがある ・普及が進まない ・標準化が進んでいない ・活用が不十分 ・加入が伸び悩んでいる	・使用状況にばらつきがあり効果検証が難しい ・地域の実情にあったツールを使用しおり広域的統一が難しい	・ランニングコストに係る費用負担軽減が必要 ・ランニングコスト負担により小規模市町村は財源確保が困難で普及していない	・個人情報管理が厳格すぎて使い勝手が良くない
	12	2	2	1

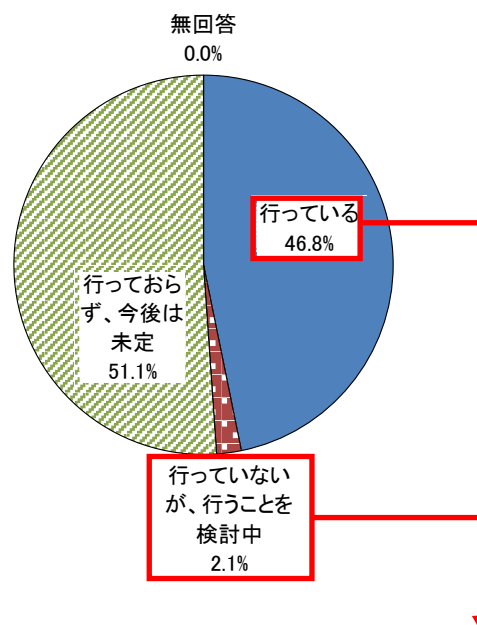
17

② 在宅医療・救急医療連携体制の整備

A) 後方支援病床の確保の体制整備

○ 「行っておらず、今後は未定」 (51.1%) が最も多い。

問 5: 後方支援病床の確保の体制構築を行っていますか。

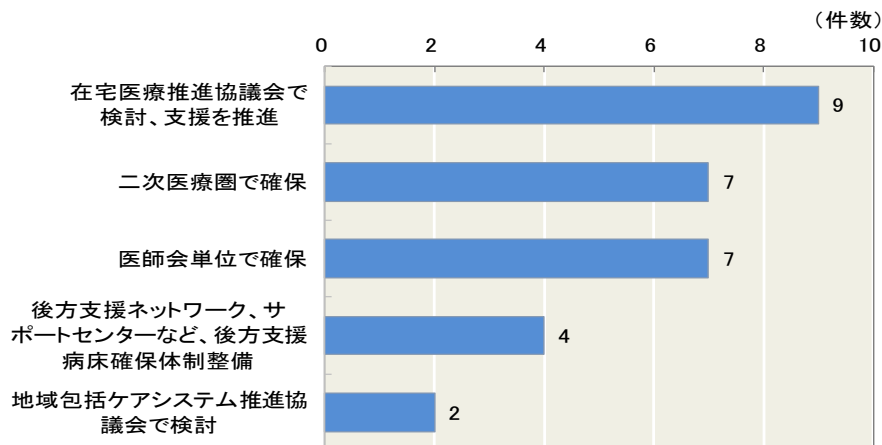


<具体的実施内容>

※自由回答を分類してグラフ化

○ 「在宅医療推進協議会で検討、支援を推進」が最も多く、複数医療機関グループ化や、在宅医療の協力体制のための協議会等への助成等の支援を行っている。

問 5-1: 下記に実施している内容を記載してください。(検討中であれば検討している内容を記載してください)

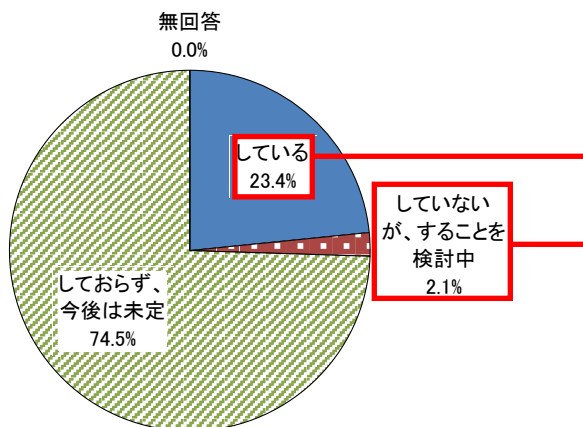


問5-1 問5 後方支援病床の確保の体制構築の内容	実施内容	実施内容	件数
	1 在宅医療推進協議会で検討、支援を推進	・在宅医療のグループ診療の補助メニューとして支援 ・複数医療機関グループ化し後方支援の推進を図る ・在宅医療の協力体制のための連絡会等への助成 ・診療時間外の在宅療養患者受け入れへの支援 ・訪問診療機関への機器整備補助 ・在宅医療移行体制確保事業で看護師配置への支援 ・強化型在宅療養支援医療機関への移行費用の支援 (在宅医療体制強化事業) ・在宅療養患者の急変受け入れ地域型密着協力病院を独自に指定 など。	9
	2 二次医療圏で確保	・二次医療圏単位で後方支援病床を確保 ・二次医療圏単位での在宅、後方支援病院との連携確保に取り組んでいる	7
	3 医師会単位で確保	・医師会単位で後方支援病床を確保 ・市町村と医師会が協力し確保できるよう支援 ・医師会と協力し在宅と後方支援との連携に取り組んでいる ・医師会における後方支援確保の体制構築に取り組む ・医師会への補助事業として実施	7
	4 後方支援ネットワーク、サポートセンターなど、後方支援病床確保体制整備	・県内2か所で後方支援ネットワークの構築 ・医師会で在宅医療の基盤整備のための先進事例・モデル事業選定を補助 ・医療的ケア児の家族支援として短期入所促進事業 ・地域在宅医療サポートセンターを指定急変時対応への取組を推進	4
	5 地域包括ケアシステム推進協議会で検討	・地域包括ケアシステム推進協議会において確保について検討進めている ・地域包括ケアシステム推進センターの設置し後方支援病院の位置付け、在宅医療推進を図っている	2

B) 在宅医療・救急医療連携にかかる広域的な相談窓口の整備

○ 「しておらず、今後は未定」 (74.5%) が最も多い。

問 6: 在宅医療・救急医療連携にかかる広域的な相談窓口の整備をしていますか(市町村が行う相談窓口の整備の支援も含む)。

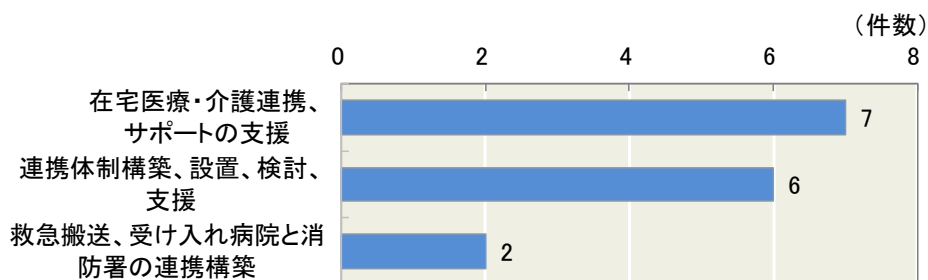


<具体的実施内容>

※自由回答を分類してグラフ化

○ 広域的な相談窓口を整備している場合は、在宅医療・介護連携、サポートの支援に関するものが最も多く、二次医療圏域の多職種連携協議会で協議し、必要に応じて市町村に窓口を整備する等が行われている。

問 6-1: 下記に実施している内容を記載してください。(検討中であれば検討している内容を記載してください)

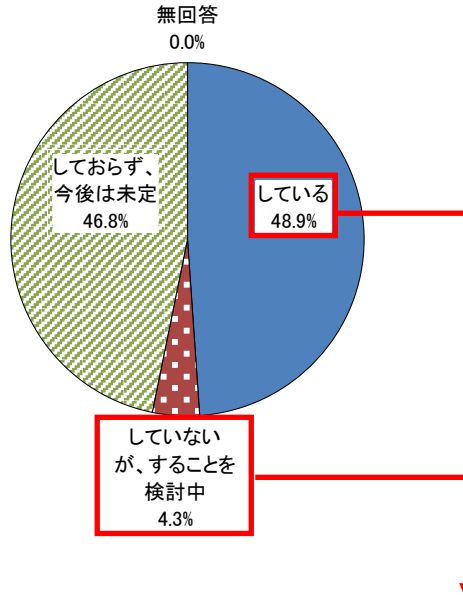


問6-1 問6 在宅医療・救急医療連携にかかる広域的な相談窓口	1	2	3	件数
	在宅医療・介護連携、サポートの支援	二次医療圏域の多職種連携協議会で協議し必要に応じて市町村に窓口を整備する支援 ・各市町村の相談窓口設置を支援 ・従事者育成による在宅医療環境を整備 ・二次医療圏に在宅医療総合窓口を設置 ・各福祉保健所在宅医療に必要な連携を担う など		7
	連携体制構築、設置、検討、支援	・医師会単位で在宅医療連携体制構築を検討中 ・医師会と歯科医師会に委託し相談窓口を整備 ・医師会と協力し相談窓口を設置し、環境整備、人材育成を図っている ・県医師会に支援センターを設置、医師会在宅医療センターの情報共有を行っている		6
	救急搬送、受け入れ病院と消防署の連携構築	・在宅医療支援センターで救急搬送時の組成措置等の関する指示書作成、救急搬送との連携体制を構築 ・在宅医療と救急医療との連携体制構築を検討中		2

C) 市町村の区域をまたぐ在宅医療・救急医療連携の促進

○ 市町村の区域をまたぐ在宅医療・救急医療連携の促進については、「している」(48.9%)が最も多い。

問 7: 市町村の区域をまたぐ在宅医療・救急医療連携を促進していますか。

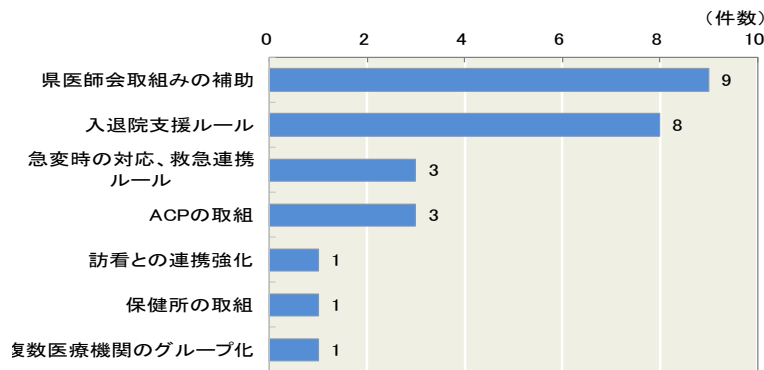


<具体的実施内容>

※自由回答を分類してグラフ化

○ 市町村の区域をまたぐ在宅医療・救急医療連携の促進については、都道府県医師会の取組の補助、入退院支援ルールに関することが多かった。都道府県医師会の取組の補助については、研修会等への支援や、医師会コーディネーターへの総括アドバイザー配置等を行っている。

問 7-1: 下記に実施している内容を記載してください。(検討中であれば検討している内容を記載してください)

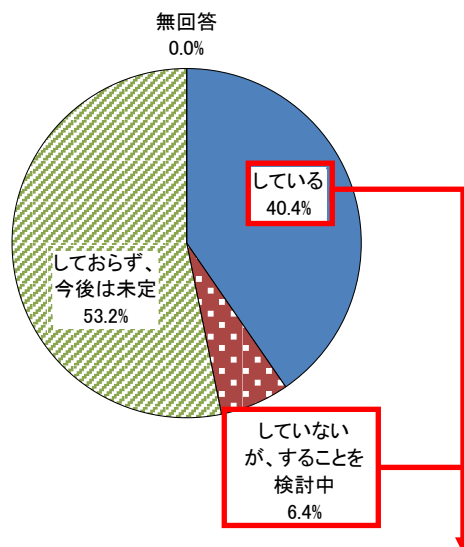


問7-1 問7 市町村の区域をまたぐ在宅医療・救急医療連携促進内容	実施内容	実施内容	件数
1	県医師会取組みの補助	・医師会の取組を補助 ・医師会の研修会等への支援 ・市町村間連携事業実施の支援 ・連携協議会の経費補助 ・二次医療圏単位の在宅医療拡大、連携の強化 ・医師会コーディネーターへの総括アドバイザー配置、各種の相談に応じている	9
2	入退院支援ルール	・病院と介護支援専門員を結ぶ入退院時の情報提供のルール化・入退院時の情報提供、カンファレンスの協議 ・入退院調整に係る検討、意見交換 ・県統一の入退院時情報提供ルール、連携シート作成 ・保健所単位での入退院調整ルールを広域化を協議	8
3	急変時の対応、救急連携ルール	・在宅言語連携ルールへ急変時連携編を参考に急変時の対応を整理 ・二次圏医療単位で在宅医療と救急連携ルールを策定	3
4	ACPの取組	・ACPの対応について協議 ・ACPに関する市町村の取組状況の共有 ・総括アドバイザーが看取りの相談に応じる	3
5	訪看との連携強化	・病院と訪看ステーション間の連携強化への支援	1
6	保健所の取組	・県内各保健所ごとに連携会議を開催	1
7	複数医療機関のグループ化	・包括ケアシステム推進センターを設置し、複数医療機関をグループ化	1

D) 在宅医療・救急医療連携にかかる専門職の育成

○ 「しておらず、今後は未定」 (53.2%) が最も多い。

問 8:在宅医療・救急医療連携にかかる専門職の育成(研修等)を行っていますか(育成を行う市町村の支援も含む)。

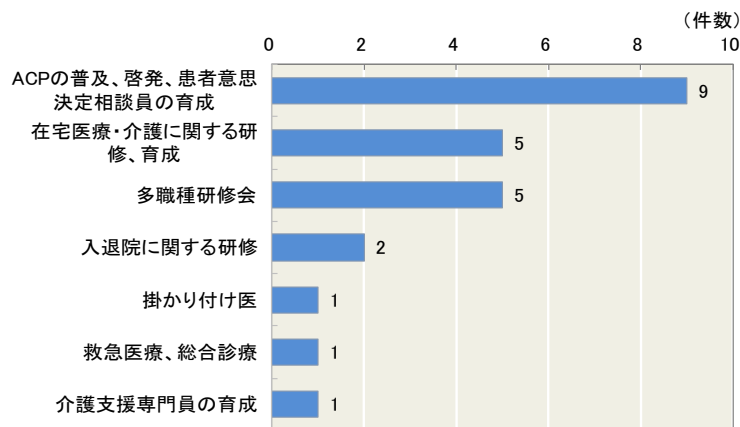


<具体的実施内容>

※自由回答を分類してグラフ化

○ ACP の普及、啓発、患者意思決定相談員の育成が最も行われており、人生の最終段階における医療機関職員向け研修や、訪看対象の看取りの研修等を行っている。

問 8-1:下記に実施している内容を記載してください。(検討中であれば検討している内容を記載してください)

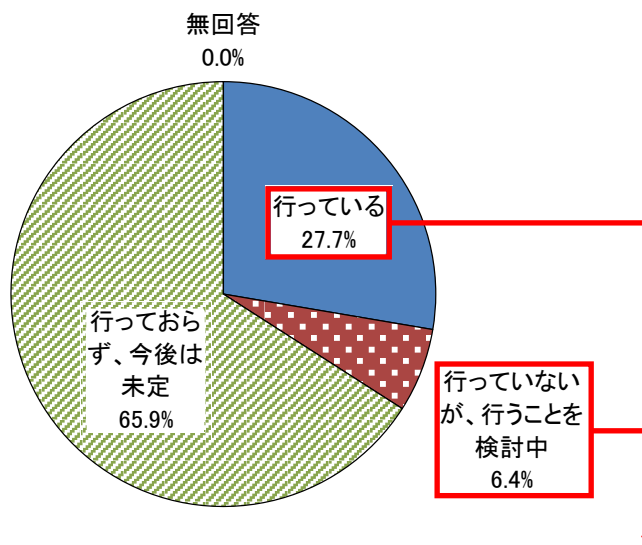


問8-1 問8 在宅医療・救急医療連携にかかる専門職の育成 (研修等)	実施内容	実施内容	件数
1	ACPの普及、啓発、患者意思決定相談員の育成	・ACPの普及等に関する研修会 ・ACP看取り検案監修 ・人生の最終段階における医療機関職員向け研修 ・ACPの取組普及計h津する推進委員を養成 ・国の「患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会」の県版を実施 ・訪看対象の看取りの研修 など	9
2	在宅医療・介護に関する研修、育成	・在宅医療・介護連携推進のための研修企画、運営	5
3	多職種研修会	・在宅医療のための多職種研修会の補助 ・「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成」企画への補助 など	5
4	入退院に関する研修	・大学委託事業により入退院時の情報提供、カンファレンス研修会開催 ・多職種向け研修、セミナー開催	2
5	掛かり付け医	・掛かり付け医を養成する研修	1
6	救急医療、総合診療	・救急医療推進における総合診療の人材育成のための研修	1
7	介護支援専門員の育成	・介護支援専門員からの相談に対応する人材育成	1

E) 在宅医療・救急医療連携にかかる市町村職員への研修

○ 「行っておらず、今後は未定」 (66.0%) が最も多い。

問 9: 在宅医療・救急医療連携にかかる市町村職員への研修を行っていますか。

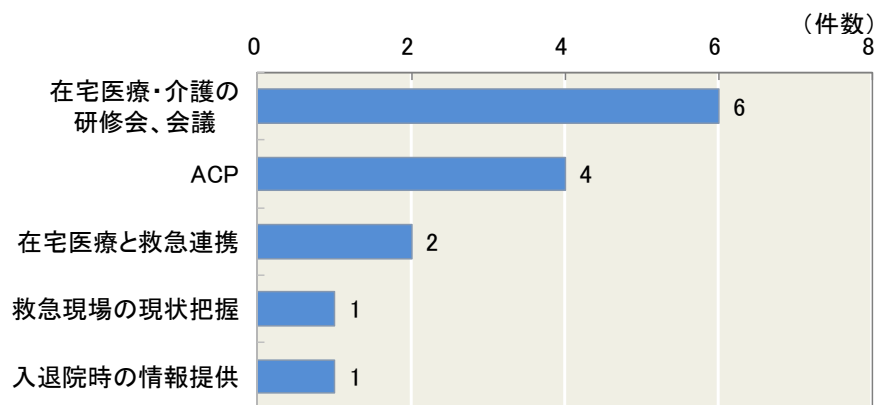


<具体的実施内容>

※自由回答を分類してグラフ化

○ 在宅医療・介護の研修会、会議が最も多く行われており、在宅医療・介護者、市町村職員対象にセミナー開催、在宅医療推進に向けたロードマップ作成研修等を行っている。

問 9-1: 下記に実施している内容を記載してください。(検討中であれば検討している内容を記載してください)



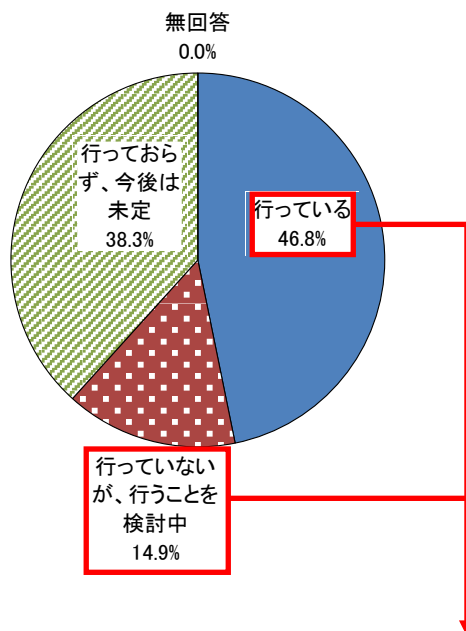
問9-1 問9 在宅医療・救急医療連携にかかる市町村職員への研修	番号	実施内容	実施内容	件数
	1	在宅医療・介護の研修会、会議	・在宅医療・介護者、市町村職員対象にセミナー開催 ・在宅医療推進に向けたロードマップ作成研修 ・在宅医療・介護連携推進事業に係る事例発表等の研修会 など	6
	2	ACP	・ACPの研修 ・事前意思表示書の作成 ・ACP取組みを普及啓発する普及推進員の養成 ・「患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会」への参加 など	4
	3	在宅医療と救急連携	・在宅医療と救急連携の取組を検討中 ・急変時の対応	2
	4	救急現場の現状把握	・消防本部等を講師とした市町村職員研修	1
	5	入退院時の情報提供	・大学委託事業による全県下の医療・介護関係者対象に入退院時の情報提供、カンファレンス研修を開催	1



F) 在宅医療・救急医療連携にかかる地域住民への普及啓発

○ 「行っている」 (46.8%) が最も多い。

問 10: 在宅医療・救急医療連携にかかる、地域住民への普及啓発を行っていますか(普及啓発を行う市町村への支援も含む)。

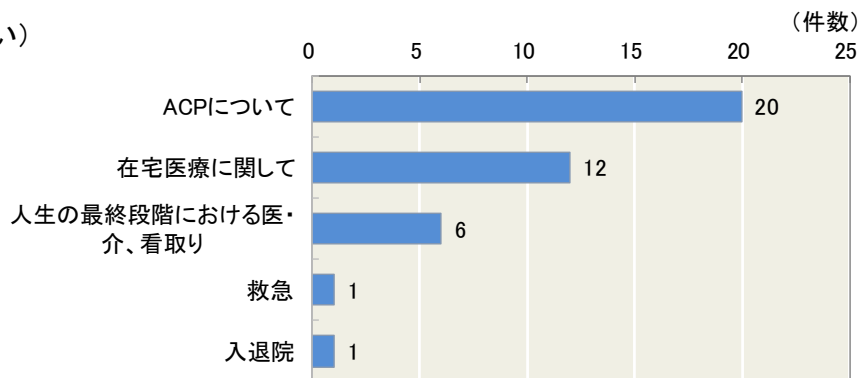


<具体的実施内容>

※自由回答を分類してグラフ化

○ ACP に関する普及啓発が最も多く行われており、患者療養手帳などのツールの作成、かかりつけ医とともに普及のための県民公開講座の開催等に取り組んでいる。

問 10-1: 下記に実施している内容を記載してください。(検討中であれば検討している内容を記載してください)

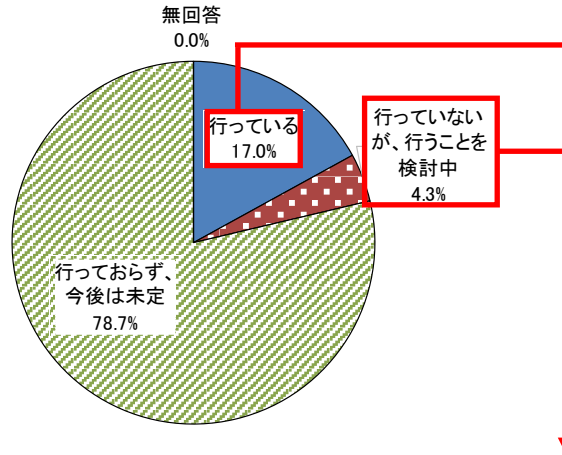


問10-1 問10 在宅医療・救急医療連携にかかる、地域住民への普及啓発	実施内容	実施内容	件数
1	ACPIについて	・住民向けフォーラム実施を検討 ・周知啓発のための十見えんの講演会、リーフレットの配布 ・患者療養手帳などのツールを作成 ・在宅医療、掛かり付け医とともに普及のための県民公開講座を開催 など	20
2	在宅医療に関して	・在宅医療に関するリーフレットの作成を検討 ・医師会等の普及啓発活動を支援 ・在宅医療に関するセミナーの開催 ・推進事業に係る会議を医師会、市町村等の委員会で開催 など	12
3	人生の最終段階における医・介、看取り	・人生最終段階をテーマに県民向け公開講座を開催 ・エンディングノートの取組を市民に展開 ・看取りに関する普及啓発番組の制作・放映を開催 など	6
4	救急	・救急に関するリーフレットの作成を検討	1
5	入退院	・入退院支援の手引きの普及啓発	1

G) 在宅医療・救急医療連携にかかる上記①～⑥以外の支援

○ 「行っておらず、今後は未定」 (78.7%) が最も多い。

問 11: 上記(上記問 3～問 10)にかかる事柄以外で、在宅医療・救急医療連携についての市町村支援を行っていますか。

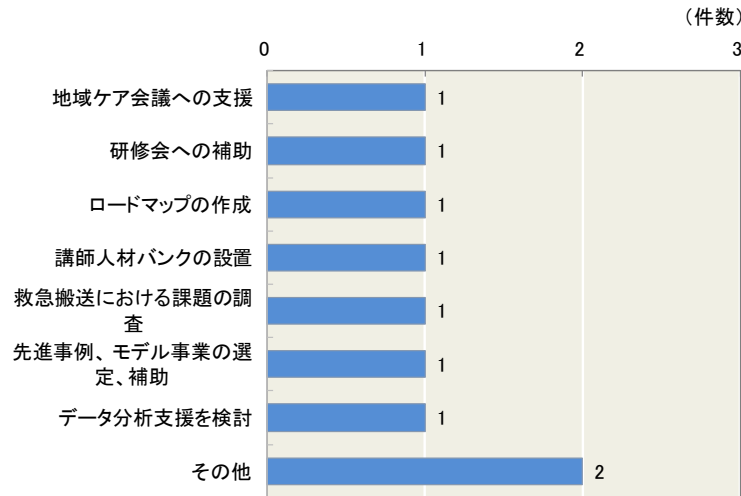


<具体的実施内容>

※自由回答を分類してグラフ化

○ 会議や研修会、調査等への支援や補助等が行われている。

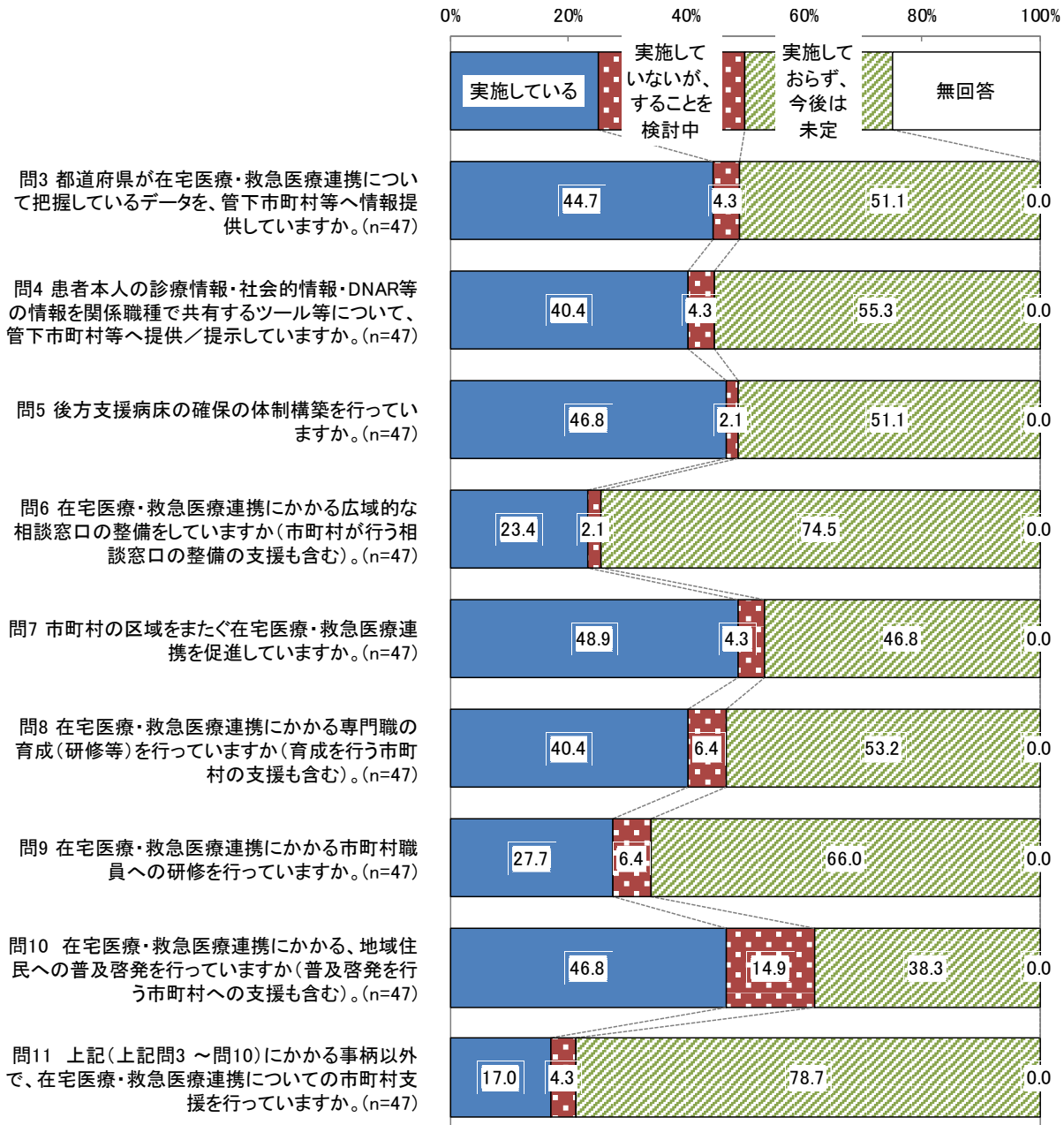
問 11-1: 下記に実施している内容を記載してください。(検討中であれば検討している内容を記載してください)



問 11-1 問 11 上記 (上記問 3～問 10) にかかる事柄以外で、在宅医療・救急医療連携についての市町村支援	1	2	3
1 地域ケア会議への支援	・地域包括ケアシステム構築に向けた地域ケア会議		
2 研修会への補助	・市町村が行う在宅医療に関する研修会への補助的な支援		
3 ロードマップの作成	・モデル 3 地区 (1 2 市町) において、在宅医療の推進に向けたロードマップの作成を支援		
4 講師人材バンクの設置	・市町村の研修実施を県が支援するため、在宅医療やACPIに関する講師人材バンクの設置を検討 (あくまで検討中)		
5 救急搬送における課題の調査	・高齢者の救急搬送における課題について、診療報酬を実施する医療機関・救急告示病院・高齢者向け住宅等へ調査実施し、調査結果を市町へ提供		
6 先進事例、モデル事業の選定、補助	・診療報酬を実施する医療機関・救急告示病院・高齢者向け住宅等へ調査実施し、調査結果を市町へ提供		
7 データ分析支援を検討	・KDB等のデータ分析を活用した市町村支援を検討しているが、データ分析をどのようにすればいいかわからず、着手できていない。		
8 その他	・各市町村の個別ヒアリングを行い、必要な支援を行っている	・在宅医療、介護連携の推進に関する市町支援	

### ③ 在宅医療・救急医療連携における都道府県の市町村支援(まとめ)

○ 以下は、前述「① 市町村等への情報提供」および「② 在宅医療・救急医療連携体制の整備」に記載した、都道府県が行う在宅医療・救急医療連携についての市町村支援の対応状況をまとめたものである。最も行われている市町村支援は、「市町村の区域をまたぐ在宅医療・救急医療連携を促進している」(48.9%)となったが、47都道府県のうち、対応できている都道府県は半数にも満たない。どの項目も全体的に対応できている都道府県は少なく、特に「在宅医療・救急医療連携にかかる広域的な相談窓口の整備」については、23.4%の都道府県しか実施していない状況である。

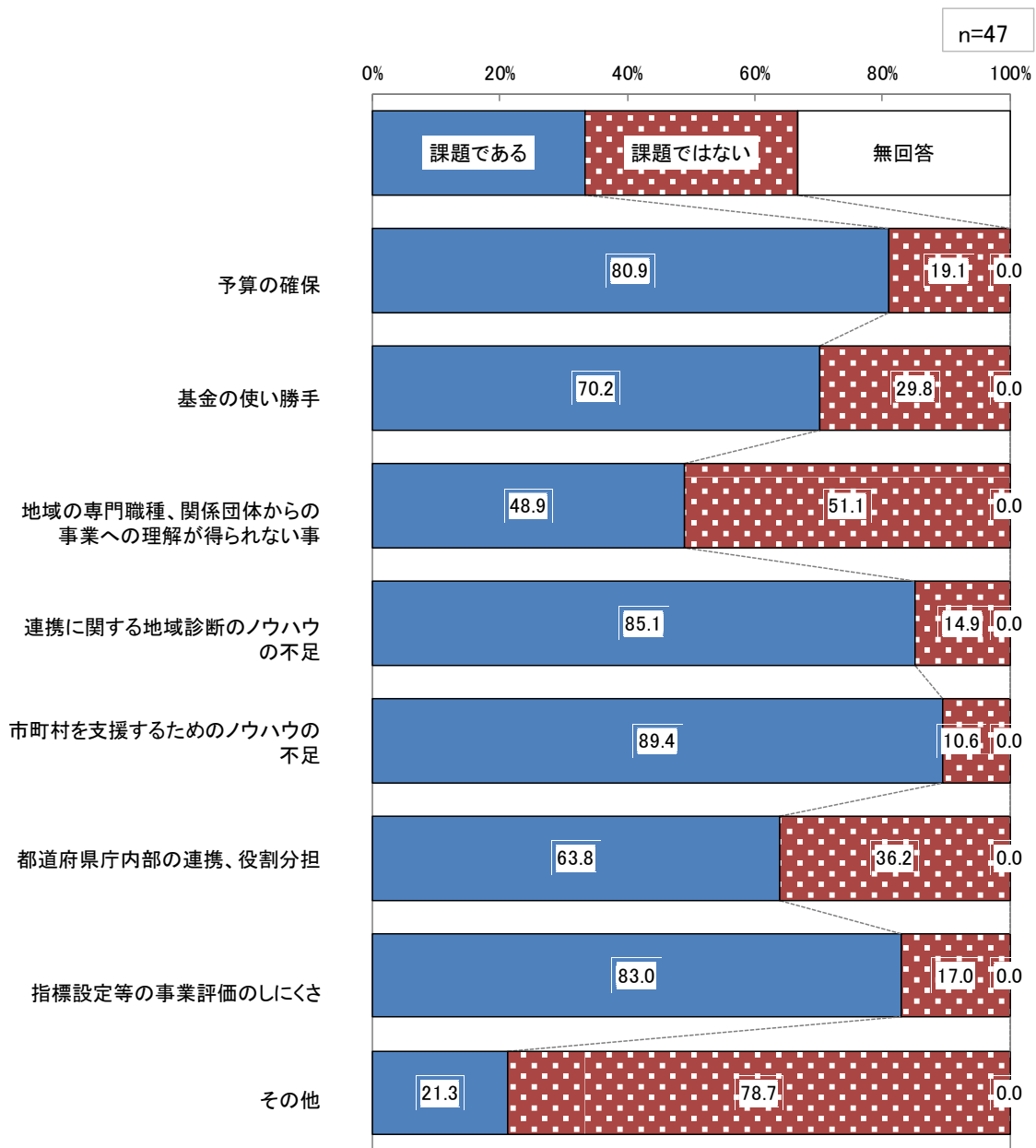


④ 在宅医療・救急医療連携支援における都道府県の課題

A) 市町村支援実施における課題

○ 「市町村を支援するためのノウハウの不足」が「課題である」（89.4%）と最も課題であるとされ、次いで「連携に関する地域診断のノウハウの不足」（85.1%）、「指標設定との事業評価のしにくさ」（83.0%）と続く。

問 12: 次の選択肢のうち、在宅医療・救急医療連携に関する市町村支援を実施するにあたって課題と思っているものについて、それぞれすべてお答えください。（課題である:1 課題ではない:2）  
課題であるとした内容については問 12-2 にもお答えください。

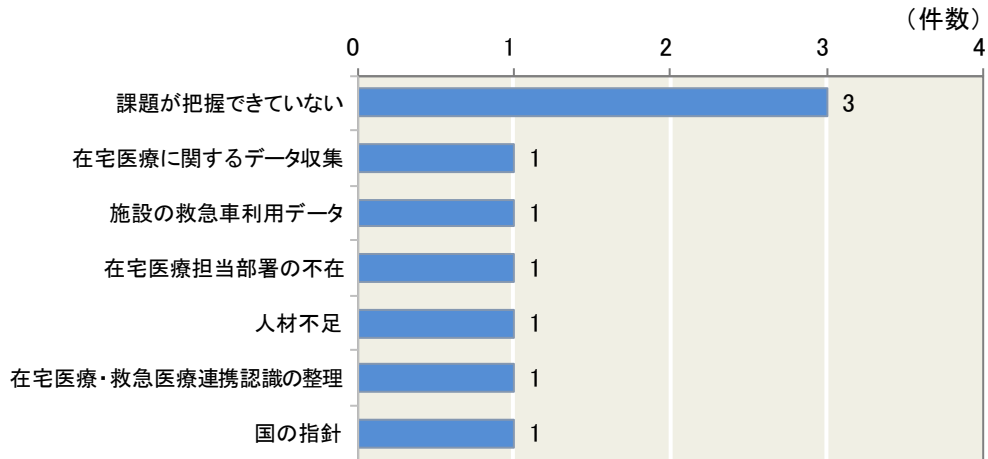


<その他の回答>

※自由回答を分類してグラフ化

○ 各市町村の現状の分析が十分でなく、支援のための課題の把握そのものが課題であるとの意見が最も多い。

問 12-1: 問 12 の選択肢「8.その他」を課題であるとした場合のみ、下記に具体的な課題の内容を記載してください。



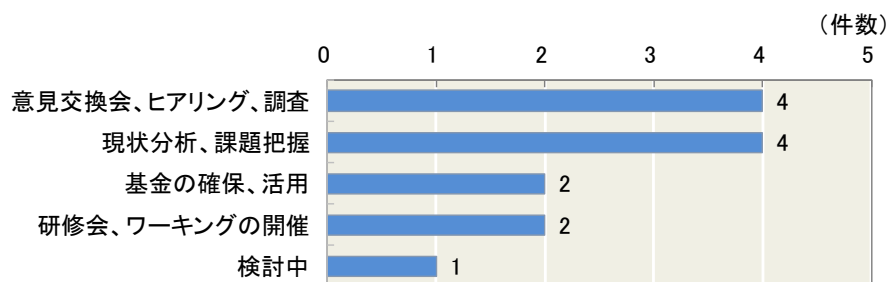
問12-1 問12.8 その他で「課題である」を選択された都道府県にお聞きします。具体的な課題の内容	1	2	3
1 課題が把握できていない	・各市町村でどのような課題を抱えているのか、都道府県の支援を必要としているのかを県で十分には把握していない ・救急搬送における課題について、把握できていない ・在宅医療・救急医療連携における支援等は未実施のため、どのような課題があるかについても今後支援を検討		3
2 在宅医療に関するデータ収集	・在宅医療に関するデータ（毎年度で市町村別に経年的に追えるもの）の収集と活用		1
3 施設の救急車利用データ	・サ高住といった施設入所者の救急車の利用について適正化を求める意見を耳にすることもあるが、客観的に把握するデータが不足		1
4 在宅医療担当部署の不在	・市町村によって、在宅医療の担当部署が決まっていないため、都道府県と市町村との連携が円滑に進まないケースがある。		1
5 人材不足	・小規模市町村が多いため、人材・ノウハウが不足している市町村が多い		1
6 在宅医療・救急医療連携認識の整理	・「在宅医療・救急医療連携」という表現は馴染みがなく、在宅医療の段階における「急変時の対応」とどう違うのか整理がつかない		1
7 国の指針	・DNARの実手順や消防法との関係に関する国の考え方が示されていないこと		1

B)市町村支援実施における課題を解決する為の取組

※自由回答を分類してグラフ化

○ 意見交換・ヒアリング・調査が最も多く、県が郡市医師会や市町村の担当者との合同意見交換会を実施し、看取りや救急搬送にかかる課題を共有する等の取組が進められている。

問 12-2:問 12、問 12-1 で課題とした項目について、解決の為の取組があればすべて記載してください。

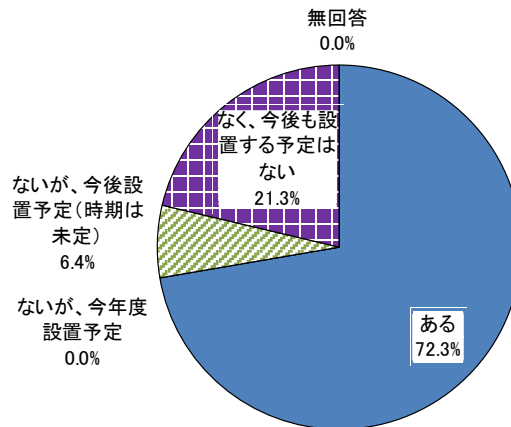


問12-1で課題とした項目について、解決の為の取組があればすべて記載してください	1	2	3	4	5
意見交換会、ヒアリング、調査				4	
現状分析、課題把握				4	
基金の確保、活用		2			
研修会、ワーキングの開催		2			
検討中	1				

⑤ 都道府県が運営にかかわる在宅医療・救急医療連携協議の場の有無

○ 「ある」 (72.3%) が最も多いが、「なく、今後も設置する予定はない」 (21.3%) となり、5つに1つの都道府県では、在宅医療・救急医療連携にかかる都道府県が運営にかかわる協議会がないとされている。

問 13: 在宅医療・救急医療連携について話し合うことのできる協議の場(在宅医療推進協議会、地域ケア会議、MC協議会等)で、都道府県が運営に携わっているものはありますか。



⑤ 厚生労働省への要望

問 14: 厚生労働省への要望がございましたら、記入してください。

<具体的意見(意見を一部抜粋)>

国民への普及啓発への要望	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送時の情報共有の重要性の啓発について、国が主導してほしい</li> <li>看取り期における救急搬送について、国民に理解できるよう普及・促進を主導してほしい</li> </ul>
基金制度の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療介護総合確保基金について、事業区分の撤廃や都道府県の裁量による残高の区分間流用など、在宅医療の推進に取り組みやすい基金制度に見直してもらいたい</li> </ul>
医療機関の届出要件の緩和	<ul style="list-style-type: none"> <li>複数の圏域から、機能強化型の在宅療養支援病院・診療所等の要件が厳しく、増加しないとの声が上がっている</li> </ul>
都道府県への指導希望	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療・救急医療連携の定義を明示し、都道府県のやるべきことを示してほしい</li> <li>在宅医療に関するデータ提供や医療需要の算出方法など、指導いただきたい</li> </ul>





**Ⅶ. 基礎自治体が取り組む  
在宅医療・救急医療連携推進のための手引き  
【概要版】**

## 概要版

# 基礎自治体が取り組む 在宅医療・救急医療連携推進のための手引き

～地域が多職種で課題を共有し、対応策を検討する～

### 本手引きについて

本手引きは、基礎自治体の皆さんが、在宅医療・救急医療の連携推進に取り組まれる際に活用いただくことを想定しています。つまり、基礎自治体が在宅医療・救急医療連携全般における患者情報連携やアドバンス・ケア・プランニング＝ACP（愛称：人生会議。以下、「人生会議」とする）の普及啓発等を行うにあたっての手引きです。

在宅医療・救急医療連携に取り組む各地域においては、課題発見、対応策の策定、検証等の対応について、基本的には各地域内で運営する多職種の会議体等を通して推進していくことが基本方針となるでしょう。このため、手引きの内容は、そのような会議体を活用しながら取組を進めていくことを前提とした内容になっています。特に、会議体等での課題抽出、取組の検討においては、立場の異なる組織（基礎自治体、医師会・医療機関、消防等）が、組織の壁を越えてお互いの強みを出し合い、社会的課題の解決を目指すアプローチが重要であり、本手引きでは、この考え方を踏まえつつ、先存取組地域の事例も参考にしつつ、地域で在宅医療・救急医療連携に取り組むための手法を記載していきます。なお、本手引きは概要版であり、先進事例等を含む手引きの詳細は、手引き本編を参照ください。

ステップⅠ：自地域の状況／課題を把握する……………P3

ステップⅡ：自地域の課題を整理する……………P4

ステップⅢ：会議体の在り方の検討と会議体設置……………P5

ステップⅣ：会議体を活用して対応策を検討する……………P6

ステップⅤ：対応策の実施・検証・改善……………P7

取  
組  
の  
流  
れ

令和2年3月

**JMAR** 株式会社 日本能率協会総合研究所  
JMA Research Institute Inc.

## 前提：基礎自治体が行う在宅医療・救急医療連携とは

### (1) 基礎自治体の計画をからめた取組の重要性

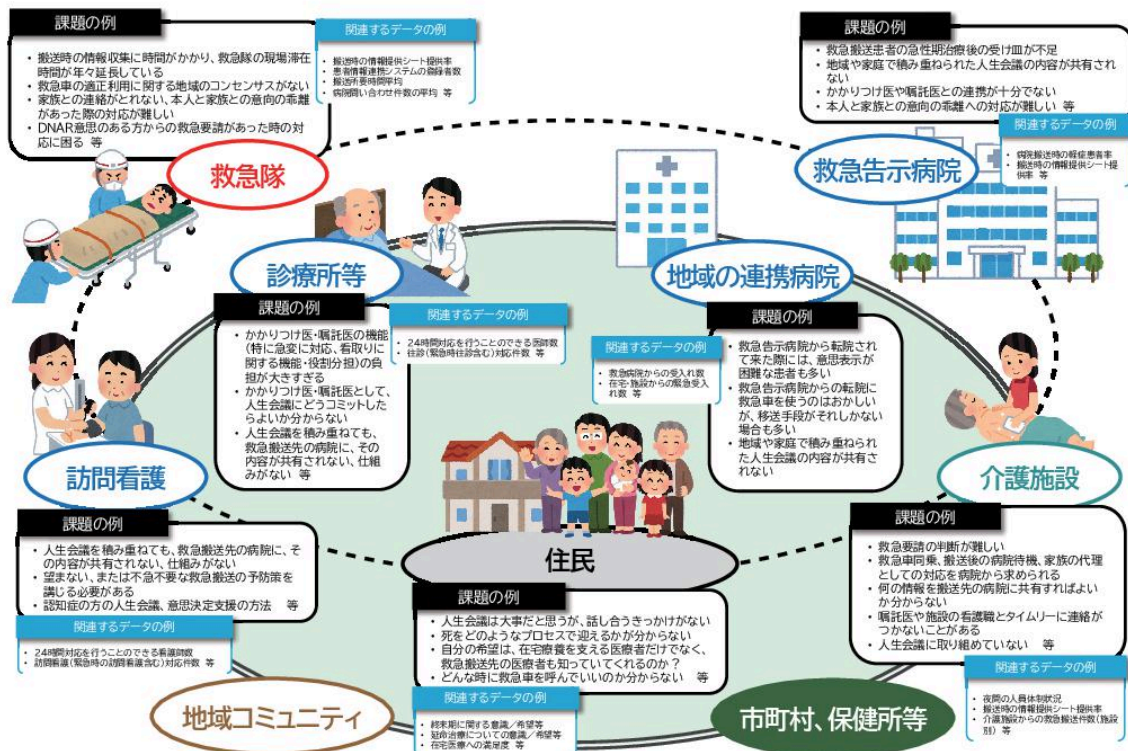
救急医療の整備は二次医療圏単位で取り組むものとされますが、在宅医療との患者情報連携や人生会議の普及啓発等については、普段からの多職種連携の中で、基礎自治体が会議体等を活用して地域内の関係者の理解を得ながら進めていくことが期待されています。

どのような情報をもとに、どのように関係者の理解を得ながら、いかにして効果や成果を創出するのか、それをどのように検証するのか等について、基礎自治体の介護保険事業計画等との連動を視野に入れたうえで、本取組を進めていくことが重要です。その際は、基礎自治体上位計画、都道府県計画等関連する各計画、場合によっては市町村消防計画とも、整合性を確認しながら、調整していくことが重要です。

### (2) 在宅医療・救急医療連携の関係者

地域の既存の資源やその機能によっても課題は異なるものの、先進的に取り組まれている基礎自治体が担っている重要な機能は、立場の異なる組織（基礎自治体、医師会・医療機関、消防、介護サービス事業者等）と連携しながら、中心となって、もしくは医師会等の伴走をする形で取組をマネジメントすることでした。以下図表は、在宅医療・救急医療連携を推進している地域が直面した各組織の課題および、その課題の評価や対策の検討に資するデータの例を示したものです。

図表 在宅医療・救急医療連携の関係者の図と連携におけるそれぞれの課題



## ステップⅠ 自地域の状況／課題を把握する

ファーストステップとして重要なことは、関係者・関連団体がそれぞれ、どのような状況にあり、どのような課題認識を持っているかを見える形にし、共有することです。

関係者・関連団体各々の現状と、課題の認識について整理・統合したうえで、会議体等において議論し、適切な課題抽出と対応策の優先順位付けにつなげていく必要があります。

在宅医療・救急医療連携においては、例えば、厚生労働省が在宅医療の体制について整理している以下の4事象（①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）に沿って課題を把握し対応策を検討することで、うまく進められるでしょう **Point-1**。

以下、具体的な課題の把握方法について、(1) ヒアリング、(2) データでの把握、(3) ワークショップ等の3つに分けて、記載していきます。

### (1) 関連団体等へのヒアリングによる状況把握

関係者・関連団体は多岐に及びますが、それぞれにヒアリングをすることは、現状の課題を把握する一歩となります。また、インフォーマル・サービスを展開している団体からヒアリングを行うのも選択肢のひとつです。今後、会議体によって何らかの対応策が実施される際には、積極的に協力していただける団体になる可能性も高く、初期のプロセスから関わっていただくという意味でも重要です **Point-2**。

ヒアリングを行う際には、まずは「現状において何に困っているのか」という観点から話を聞いていくことが重要ですが、それぞれに対する認識、さらに他の職種との連携に対する課題や改善への提案といったように、テーマを分けてヒアリングすると整理しやすくなるでしょう **Point-3**。

なお、関連する団体のある一部分の意見のみを参考に、一部の団体の意見のみ把握する等では、地域全体の課題を正確に、公平性をもって把握することができないため、職能団体等、その業界、その領域を俯瞰して課題を把握している団体や機関を通じて意見を集約することが効果的です。

### (2) データの収集による状況把握

#### ① データ収集の意義

在宅医療・救急医療連携に際しては、非常に広範囲で多職種に及ぶ連携が必要になります。そのため、基礎自治体はそれぞれの関係者・関連団体にアプローチして共通の課題認識を持ち、対応策について合意形成をしていくプロセスが必要になってきます。その前提として、在宅医療、救急医療、救急搬送等のデータを入手することが現状把握をする一助となります。

また、ヒアリングで定性的に情報を得られた課題については、その課題について根拠となるデータを示す必要があるケースがあるほか、ゆくゆくは、地域で何らかの対応策を講じる際のプロセス評価の指標として、またはその効果を確認するためのアウトカム指標として活用できるものもあり、事前にデータを確認しておくことが必要です。なお、データについては、単に収集するだけでなく、データを複合的に参照し、自地域の現状についての何らかの仮説を立てることも大切です。このような仮説をたて、関係各者でのヒアリングの話題とするのもよいでしょう **Point-4**。

データを収集する際に、想定される必要なデータは、基礎自治体が行う在宅医療・介護連携推進事業で入手したデータのほか、国のオープンデータから入手可能なものもありますが、中には、基礎自治体（他部署等）や医師会、各病院、消防局等でのみ把握しているデータもあります。必要な場合は、適宜問い合わせ等を行いながら、入手しましょう。

#### Point-1

4事象ごとに、独立した課題もあれば、複数の事象に共通する課題もあります。どのような課題があるのか、それぞれで整理し、課題の関連性を明らかにしましょう。

#### Point-2

取組初期の段階で課題を共有することにより、当該課題を共に解決していく、といった連帯意識が生まれる可能性があります。

#### Point-3

一緒に課題を解決していききたいという姿勢も重要になってきます。まずは、「何に困っているのか」という点を聞き出すことが重要となります。

#### Point-4

データを集めた上で分析し、その結果をどのように使用するか重要です。データを集めることが目的とならないよう、データから見える内容を課題抽出につなげていきましょう。このほか、ヒアリングで話題になったデータを調べてみるなどのことも想定されます。

特に、庁内でも他部署が既に入手しているデータについては、把握できていないこともままあることも想定され、庁内で確認していくことが必要です。

### ① 追加調査を行う場合

情報・データの収集に際しては、関係者・関連団体が、定性的な情報は持っているものの定量的なデータとして保持していないケースもあります。以下のような追加調査等を行わなければ把握できないデータがあることも想定されます。

調査対象先	想定される調査内容
地域住民	・基礎自治体の行う介護保険事業計画で行うアンケートなどにおいて、地域住民に向けては、人生の最終段階における医療・療養について考えたことがあるか、身内が救急搬送されたときに自分の気持ちを代弁してくれる人がいるか、その人と人生会議しているか、等についての意見を聞く調査
医療機関	・地域の医療機関における訪問診療・往診の実施状況、緊急時対応について基礎的な情報を把握するとともに、在宅医療における連携状況や課題認識など
消防本部	・総務省消防庁が作成する「救急・救助の現況」の「I 救急編」等で、消防本部が保持する搬送のデータの概要が確認できる。このなかから必要な集計等は、消防本部と調整できれば、データをいただくことが可能 <b>Point-5</b>

#### Point-5

「救急・救助の現況」で抽出しているデータは、全国どこの消防本部も保持しているデータです。それ以外でも、消防本部独自にデータ区分を定めて抽出しているケースもありますので、消防本部に確認してみまじょう。

### (3) ワークショップ等での状況把握

地域の立場の異なる組織や機関、職種を招集し、対話を通じて現状を理解し、ゼロから解決策を見出していくプロセスも重要です。ワークショップの強みとしては、参加者全員で、その場で課題を共有し、共通認識を持つことが可能である点です。

在宅医療・救急医療連携に先進的に取り組んでいる地域では、現場の職員等が集まる会議体等でワークショップを行い、抽出した結果を各団体の代表等が集まる会議体等に諮って全体で課題を共有していくというように、ワークショップを上手く活用しながら進めているケースが多く見られます。

## ステップⅡ：自地域の課題を整理する

ヒアリングやワークショップで抽出され把握した課題は、関係者で共有するために、分かりやすく整理することが重要です。課題の整理の手法については、同じような内容を層化して整理し、タイトルを付けていく（トピック立てをする）方法がお勧めです **Point-6**。例えば、下の図のような方法があります。

#### Point-6

近隣の大学の教員（看護系・福祉系・人文系）に協力を仰ぎ、内容分析という手法を用いて課題の整理を依頼してもらおうのも一つの手です。

#### 松戸市の救急医療・在宅医療の連携上の課題・高齢者搬送に関する課題

##### 課題1: 救急搬送に係るケアマネジャー/施設生活相談員の役割・義務のコンセンサスが必要である

- 1) ケアマネジャー/施設生活相談員の救急車同乗がデフォルトになっている
- 2) ケアマネジャー/施設生活相談員の搬送後の病院来訪、待機が義務のようにになっている
- 3) ケアマネジャー/施設生活相談員が、家族の代理としての対応を病院で求められる

##### 課題2: かかりつけ医(囃託医)の役割と機能、連携のありかたが明確ではない

- 1) かかりつけ医の機能(特に急変に対応、看取りに関する機能・役割分担)が不明瞭である
- 2) 人生の最終段階における治療や療養場所に関する意思決定支援について、かかりつけ医のコミットメントが重要である

##### 課題3: 増加する高齢者救急搬送に関する各機関の役割分担等の地域全体のコンセンサスがいない

- 1) 病院の機能分化と役割分担が不明瞭である
- 2) 後方支援病院が高齢者の人生の最終段階における救急搬送を受けるためのルールと啓発が必要
- 3) 高齢者介護施設からの救急搬送に関するルールが不明瞭である
- 4) 救急搬送患者の後方支援、移動支援が不足している

## ステップⅢ：会議体の在り方の検討と会議体設置

立場が異なる機関や団体を代表する人材が一堂に会する会議体を設置すると、課題を共有し、対応策を検討しながら、取組の地域内での浸透を図ることができます。つまり、機関や団体の代表が会議体のメンバーに入っていれば、大きなタイムラグを要せず、その機関や団体の管下にも取組の内容や進捗を共有することができ、会議体を設置することは、効率性の面でもメリットがあります。この会議体は、基礎自治体主導または、医師会に伴走支援する形で基礎自治体が運営し、うまく機能しているという多くの報告があります。

### (1) 会議体の設置

#### ① 会議体のたてつけ

既存の会議体を活用するか、新設で会議体を立ち上げるか、という2パターンが考えられます。既存の会議体を活用できれば、今までの取組との連動ができるメリットや、新たに会議体（もしくはワーキング等）を立ち上げることの手間やメンバーが重複する負担感が減る効果もあります。しかし、会議体の主体がどこであるかによっては、円滑な議論の進め方がしづらいなどのデメリットもあり、「把握した課題を、適切かつスムーズに議論していけるかどうか」という視点で確認していくと良いでしょう。

上記確認の際は、会議体のたてつけの整理だけでなく、会議体を絡め、今までにどのような議論が時系列で行われてきたかを整理することで、把握した課題をどの会議体で諮っていくことが良いかの判断の助けとなります Point-7。

なお、基礎自治体以外が主体となる会議体では、医師会等が開催する会議体等が存在することが想定されますが、在宅医療・救急医療連携を先進的に取り組む地域では、基礎自治体職員も当該会議の場にオブザーバーで参加するなど、医師会等と連携し、協議の内容を共有しているケースが多く見られます。基礎自治体の強みとして、介護系団体、社会福祉協議会、町会基礎自治体、民生委員等に多様なチャネルを持つだけでなく、住民全体への普及啓発を行うことができる点が挙げられます Point-8。

#### ② 会議体の構成員について

会議体の構成員は、議論の目的を鑑み、人選（構成員の修正・追加含む）を行うと良いでしょう。

在宅医療・救急医療連携に先進的に取り組む地域では、会議体を複数保持し、各会議体の役割が明確になっている地域が多くありました。つまり、会議体に機能を持たせることが重要です。例として、決定権を持つ各団体の代表等を構成員として集めて全体の決定事項等、大きな議題を扱う会議体や、現場の職員等実務者等フロントランナーを構成員として集め、具体的な課題抽出や、対応策の検討等、現場目線で検討しなければいけない事柄を協議する会議体等です。前者を親委員会、後者を小委員会とし、小委員会で検討された結果は親委員会に上程され、審議、および承認を得ることで、地域全体としての施策を推進していくスタイルをとっているという報告も多くありました。

### (2) 会議体設置のための関連団体への折衝について

関係団体の会議体への参加を促すためには、背景や意義・目的を説明しつつも、まずは「関係者それぞれの課題を相互に共有する場」を創っていくという認識合わせが重要になってきます。基礎自治体は、各団体の調整役となり、マネジメントしていくことが求められています。

#### Point-7

以下図表にあるように、運営主体、参加メンバー、主な議題等の観点を総合的に見て、地域における課題を効率的に話し合うことのできる協議会のたてつけを考えてみましょう。

#### Point-8

各種団体の関係性、地域資源の状況等、地域の事情により、会議体のたてつけが異なります。自地域にあった会議体のたてつけはどのようなものか、自地域の課題等を参考に、検討してみましょう。

## ステップⅣ：会議体を活用して対応策を検討する

目的と方向性が共有でき、課題が抽出されたあとで、対応策の検討・実施へと移ります。

### (1) 対応策の検討・策定の際のポイント

対応策の検討・策定においては、事前に評価方法について確認しておくことが重要です。策定した対応策を評価する仕組みがないと、後述する対応策についての「効果の検証」(P8)ができず、取組の改善点も見つからないこととなってしまいます。また、対応策においては、それぞれの団体、多職種が、それぞれの役割を理解し、その役割を遂行していくことが必要になるため、取組全体と、取組主体個々の双方を評価する仕組みが必要となります。また、役割の中でも、各人が独自に動くのではなく、相互に共有、補強しつつ、全体的な取組を進めていくことが重要です。

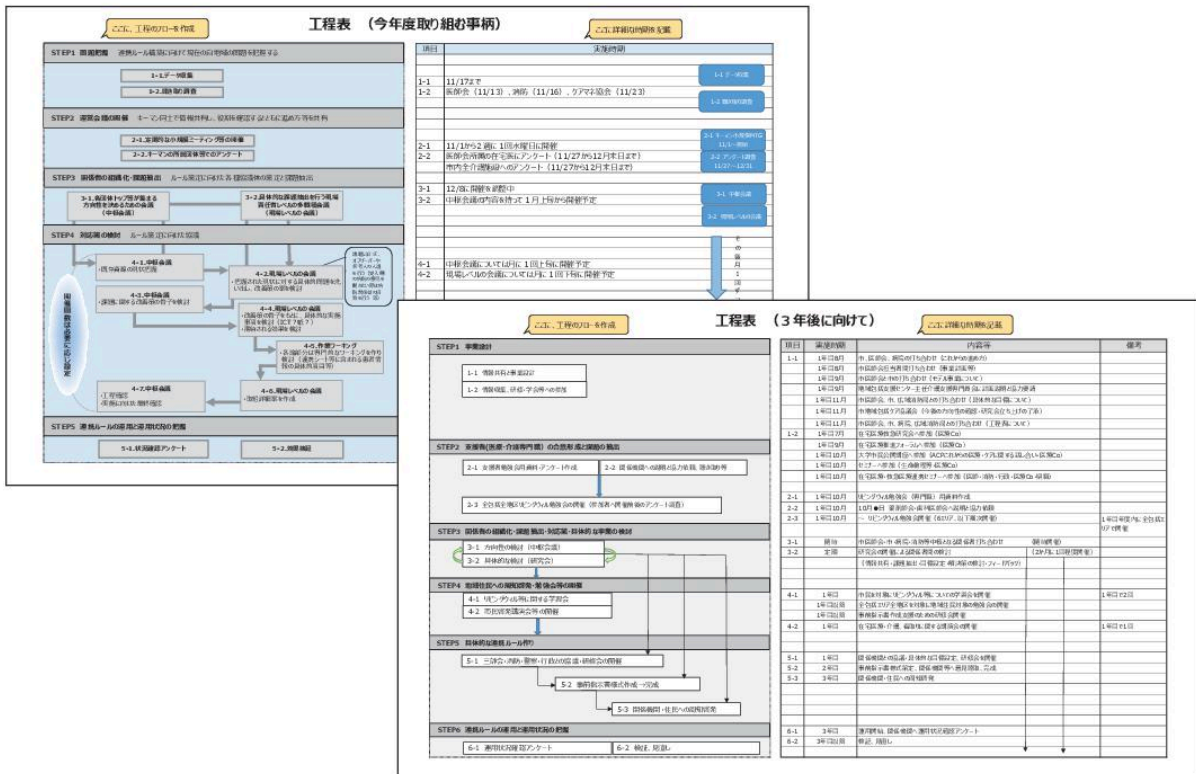
### (2) 具体的な対応策の検討の手法

対応策を検討していく際には様々な手法がありますが、多職種でのワークショップを活用しつつ対応策の整理を行う手法を以下に説明します。

特定の団体のみでワークショップをしても、地域全体で一丸となって取り組むべき対応策の策定はできません。このため、ワークショップのメンバーは、幅広く、地域の立場の異なる組織や機関、職種から選定する必要があります。具体的には、前述の「ステップⅢ：会議体の在り方の検討と会議体設置」(P5)に記載する会議体の構成員等をメンバーとして行うことが望ましいでしょう。

ワークショップについては、既に抽出してある課題について、A) 対応策の抽出、B) 対応策を実施する際の役割分担の整理、C) 対応策を実施する際の工程表の作成、の流れで行います。

工程表については、単年度のものだけでなく、中長期（3年後等）などのものもあわせて作り、関係者でこれからの工程の認識を合わせておくことが重要です。



## ステップV：対応策の実施・検証・改善

在宅医療・救急医療連携において、具体的にどのような対応策が実施され、効果はどのように検証され、改善されているのか等について記載します。

### (1) 在宅医療・救急医療連携に関する課題への対応策の例

在宅医療・救急医療連携の対応策において、先進的に取り組む地域の対応策を分類したところ、以下の2領域に分けられます。

#### ①在宅医療・救急医療連携の情報システムの構築 ②住民／医療職向け人生会議等の普及啓発

以下、過年度の報告書等で掲載された事例の一覧を記載します。

図表 過年度報告書等掲載事例の整理（都道府県順）

取組地域	人口規模 (約)	都市区分	URL	該当 ページ数	対応策種別	
					① 在宅医療・救急医療連 携の情報システムの構築	② 住民／医療職向け人生 会議等の普及啓発
埼玉県利根保健医療圏	64万人	—	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	71	●	
千葉県 松戸市	48万人	—	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	55	●	●
千葉県 柏市	41万人	中核市	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	53	●	●
東京都 八王子市	58万人	中核市	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	22	●	
神奈川県 横浜市長鶴見区	27万人	政令指定都市	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	41	●	●
神奈川県 横須賀市	41万人	中核市	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	41	●	●
新潟県 長岡市	28万人	特別市	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	65	●	
新潟県 佐渡市	6万人	中核市	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	82	●	
愛知県 一宮市	38万人	—	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	105	●	●
大阪府 大阪市 浪速区	8万人	特別市	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	78	●	
鳥取県 日野郡 日野町	3千人	—	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	156	●	●
岡山県 高梁市	3万人	—	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	133	●	
長崎県 長崎市	43万人	中核市	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	90	●	
長崎県 佐世保市	26万人	中核市	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	189	●	
大分県 臼杵市	4万人	—	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	171	●	
鹿児島県 鹿屋市	10万人	—	<a href="https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.nhiw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	105	●	

※ 人口については、HP等で得られる最新版の数値を入れていきます。

※ 全事例は、厚生労働省「在宅医療の推進について」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>)に掲載されている「在宅医療・救急医療連携セミナー」報告書（平成30年度および平成29年度）から確認が可能です。令和元年度の報告書に記載されている事例は上記リストに含まれていないため、ご留意ください。



## (2) 効果検証

対応策を展開した後、どのような効果や成果が出ているかを検証し、その後の対応策の検討を行っていくことも重要です。

効果検証においては、事前に定めた数値的な評価指標について、定量的に把握する方法のほか、多職種等関係者にヒアリング等を行い、定性的に把握する方法もあります。

## (3) 対応策の共通項と、成功事例の共通項

先進事例から見ると、具体的な対応策は多岐に及ぶものの、前述した通り、①在宅医療・救急医療連携の情報システムの構築、②住民／医療職向け人生会議等の普及啓発、大きく2領域があるといえます。これらは、いずれも、完全に独立したテーマものではなく、相互に影響し合う重要なテーマといえそうです。

また、先行事例に鑑みると、効果や成果に結びついている活動の共通点は、多方面のデータをきちんと収集・分析し、関係者・関連団体の理解を得ながら、PDCAをしっかりと回しているということにあります。

この一連のプロセスの中に多職種（たとえば医療関係者と介護施設関係者、あるいは医療関係者と救急隊員といった）の相互理解が進み、連携を前提にした際にお互いの課題が共有され、取り組む意欲とともに、自律的な活動へと向かっていることも共通項だと思われます。このような仕組みが自走し始めると、それは仕組みが定着したといえるでしょう。

厚生労働省厚生労働省 医政局 委託事業  
在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業

**【概要版】**

**基礎自治体が取り組む  
在宅医療・救急医療連携推進のための手引き**

令和2年3月発行

株式会社 日本能率協会総合研究所  
〒105-0011 東京都港区芝公園 3-1-22 日本能率協会ビル 5F  
tel 03-3578-7135 fax 03-3432-1837



ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/>

**Ⅷ. 基礎自治体が取り組む  
在宅医療・救急医療連携推進のための手引き**

# 基礎自治体が取り組む 在宅医療・救急医療連携推進のための手引き

～地域の多職種で課題を共有し、対応策を検討する～

令和2年3月

 **JMAR** 株式会社 日本能率協会総合研究所  
JMA Research Institute Inc.



## 目次

はじめに	4
(1) 本手引きの位置づけ	4
(2) 基礎自治体が取り組む在宅医療・救急医療連携推進とは	4
ステップⅠ 自地域の状況／課題を把握する	7
(1) 関連団体等へのヒアリングによる状況把握	8
(2) データの収集による状況把握	10
(3) ワークショップ等での状況把握	16
ステップⅡ：自地域の課題を整理する	18
ステップⅢ：会議体の在り方の検討と会議体設置	19
(1) 会議体の設置	19
(2) 会議体設置のための関連団体への折衝について	24
ステップⅣ：会議体を活用して対応策を検討する	25
(1) 対応策の検討・策定の際のポイント	25
(2) 具体的な対応策の検討の手法	25
ステップⅤ：対応策の実施・検証・改善	29
(1) 在宅医療・救急医療連携に関する課題への対応策の例	29
(2) 効果検証	35
(3) 対応策の共通項と、成功事例の共通項	36
参考資料：アドバンス・ケア・プランニング (ACP) に関する基礎知識	37
付属資料	40

## はじめに

### (1) 本手引きの位置づけ

本手引きは、基礎自治体の皆さんが、在宅医療・救急医療の連携推進に取り組まれる際に活用いただくことを想定しています。つまり、基礎自治体が在宅医療・救急医療連携全般における患者情報連携やアドバンス・ケア・プランニング＝ACP（愛称：人生会議。以下、「人生会議」とする）の普及啓発等を行うにあたっての手引きです。

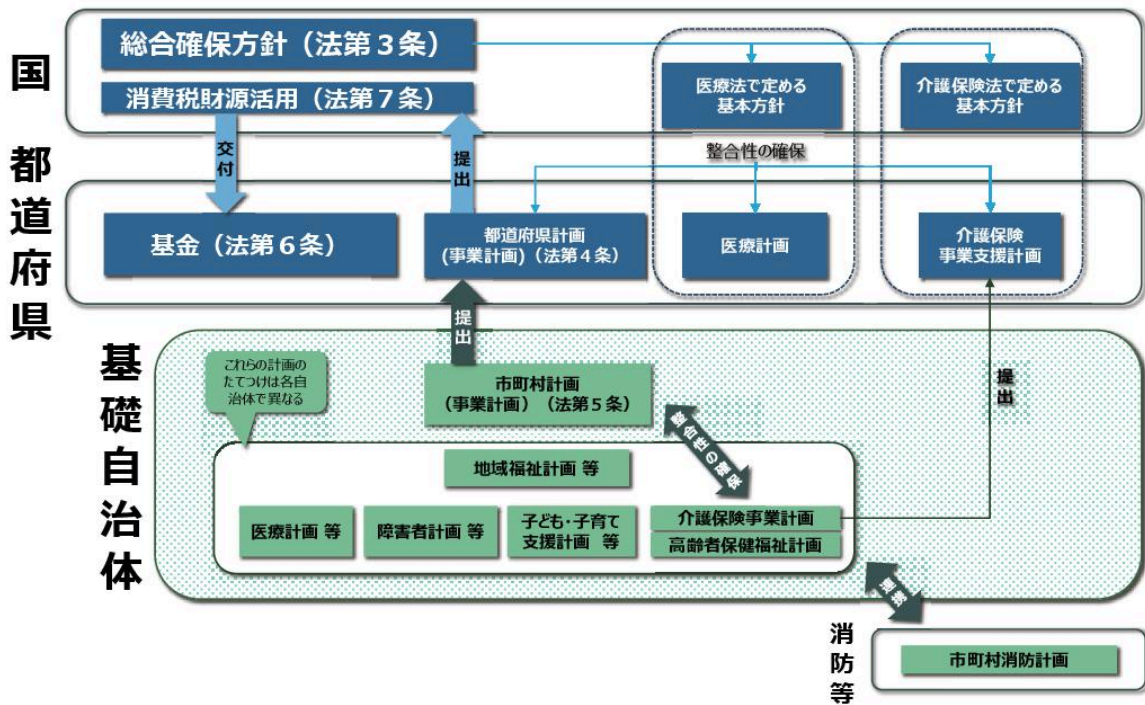
在宅医療・救急医療連携に取り組む各地域においては、課題発見、対応策の策定、検証等の対応について、基本的には各地域内で運営する多職種の会議体等を通して推進していくことが基本方針となるでしょう。このため、手引きの内容は、そのような会議体を活用しながら取組を進めていくことを前提とした内容になっています。特に、会議体等での課題抽出、取組の検討においては、立場の異なる組織（基礎自治体、医師会・医療機関、消防等）が、組織の壁を越えてお互いの強みを出し合い、社会的課題の解決を目指すアプローチが重要です。本手引きでは、この考え方を前提に、地域で在宅医療・救急医療連携に取り組むための手法を、先進的に取組を進めている全国の地域の事例を踏まえつつ、記載していきます。

### (2) 基礎自治体に取り組む在宅医療・救急医療連携推進とは

救急医療の整備は二次医療圏単位で取り組むものとされますが、在宅医療との患者情報連携や人生会議の普及啓発等については、普段からの多職種連携の中で、基礎自治体が会議体等を活用して地域内の関係者の理解を得ながら進めていくことが期待されています。

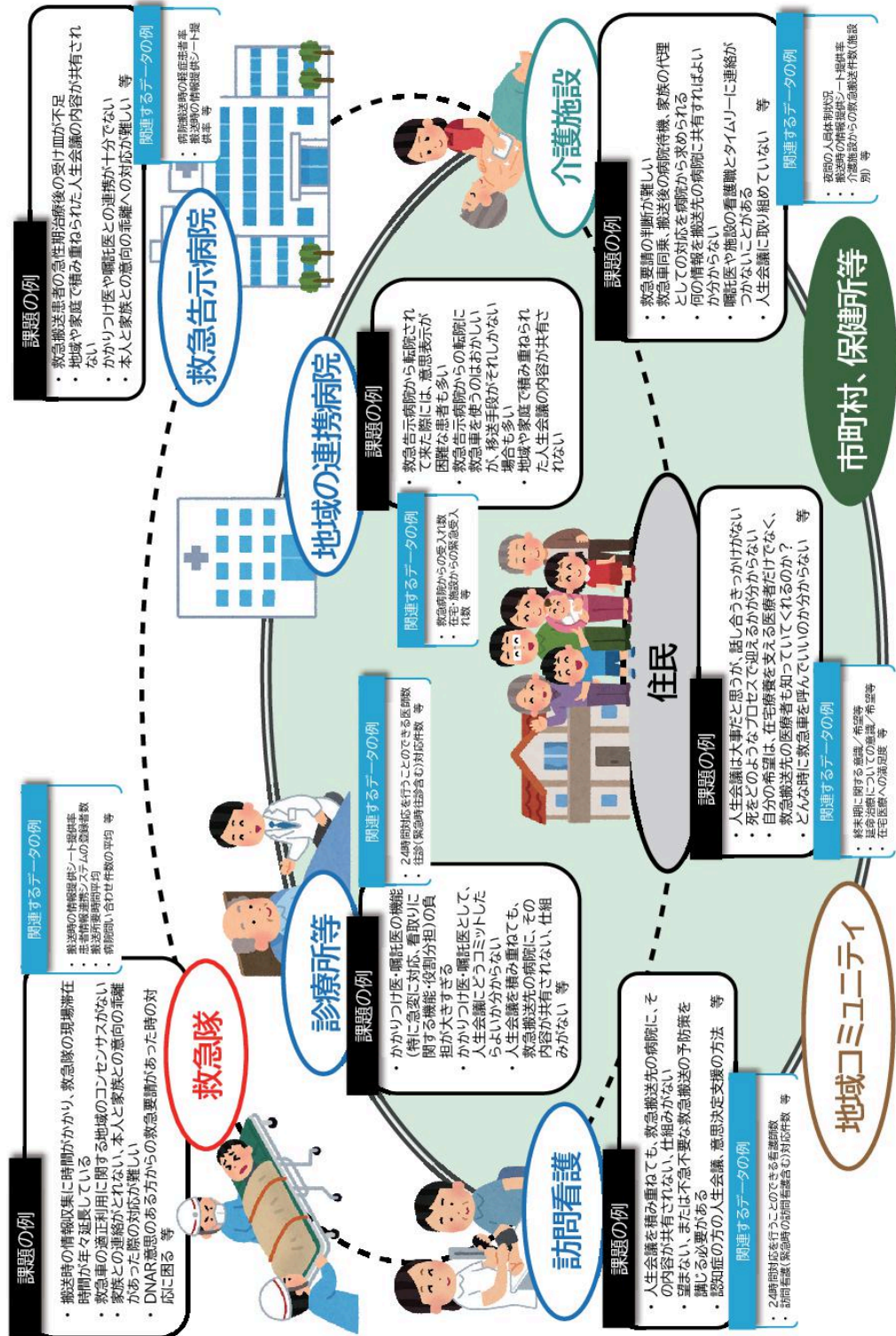
どのような情報をもとに、どのように関係者の理解を得ながら、いかにして効果や成果を創出するのか、それをどのように検証するのか等について、基礎自治体の介護保険事業計画等との連動を視野に入れたうえで、本取組を進めていくことが重要です。その際は、基礎自治体上位計画、都道府県計画等関連する各計画、場合によっては市町村消防計画とも、整合性を確認しながら、調整していくことが重要です。

図表 計画のたてつけの図



以下図表は、在宅医療・救急医療連携を推進している地域が直面した各組織の課題および、その課題の評価や対策の検討に資するデータの例を示したものです。地域の既存の資源やその機能によっても課題は異なるものの、先進的に取り組まれている基礎自治体が担っている重要な機能は、立場の異なる組織（基礎自治体・医師会・医療機関、消防、介護サービス事業者等）と連携しながら、中心となって、もしくは医師会等の伴走をすることで実現することです。

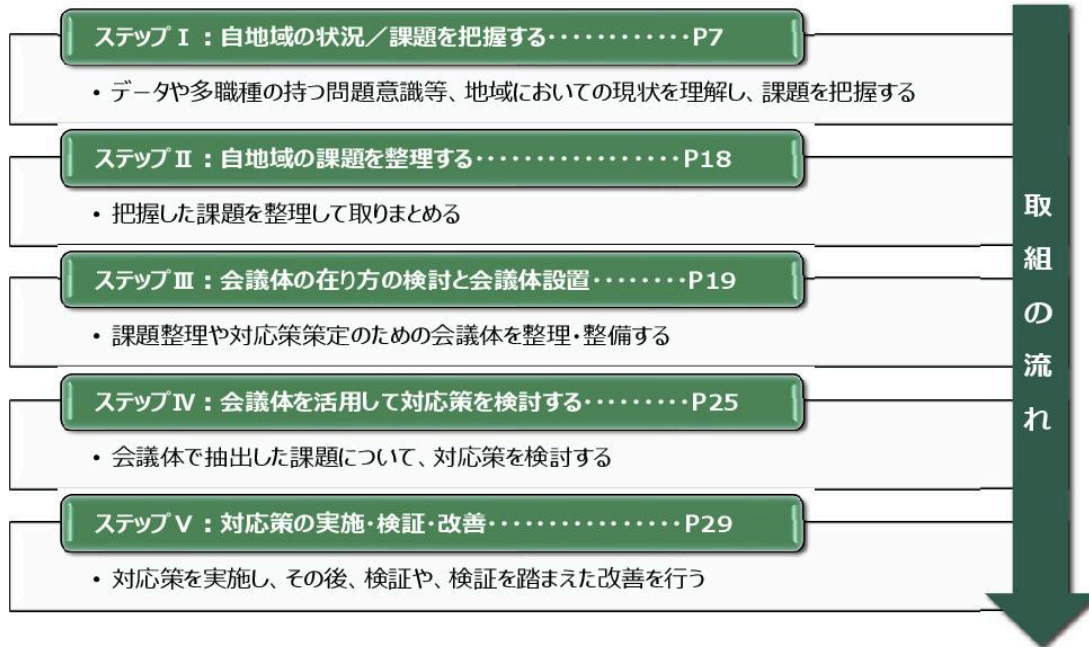
図表 在宅医療・救急医療連携の関係者の図と連携におけるそれぞれの課題





多職種で、課題を共有し、対応策を検討するためには、基礎自治体が会議体を新設、もしくは基礎自治体が運営する既存の会議体等を活用していくことが重要となります。本手引きでは、そのような会議体会議体の活用を基本として、以下の流れで内容を記載しています。

図表 本手引きの記載の流れ（全体像）



## ステップⅠ 自地域の状況／課題を把握する

ファーストステップとして重要なことは、関係者・関連団体がそれぞれ、どのような状況にあり、どのような課題認識を持っているかを見える形にし、共有することです。

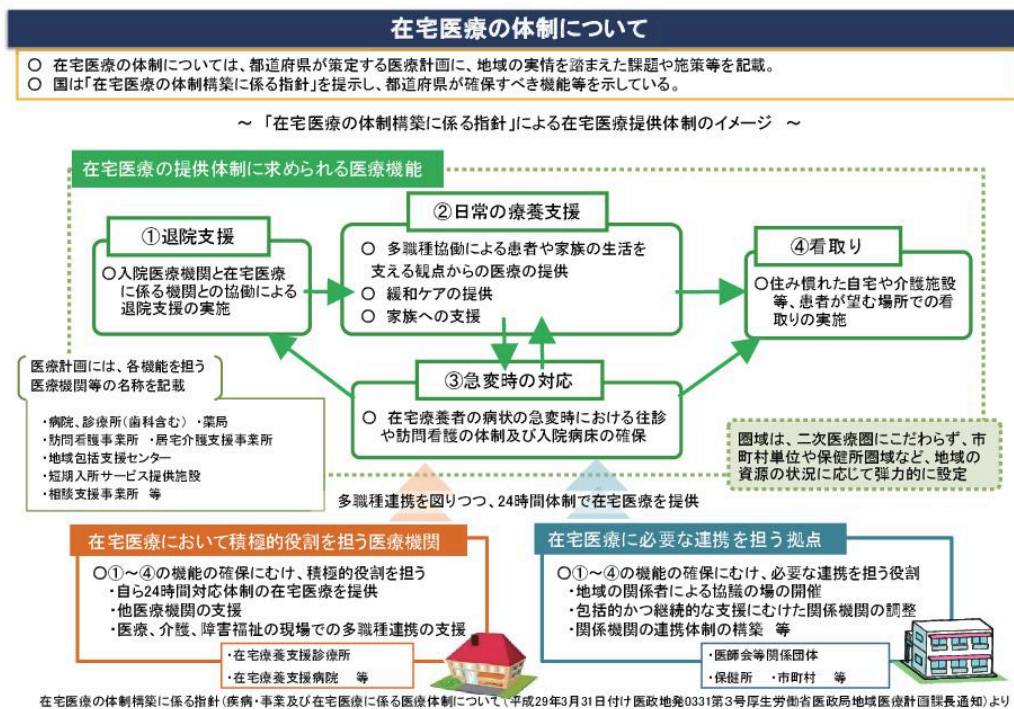
関係者・関連団体各々の現状と、課題の認識について整理・統合したうえで、会議体等において議論し、適切な課題抽出と対応策の優先順位付けにつなげていく必要があります。

在宅医療・救急医療連携においては、例えば、厚生労働省が在宅医療の体制について整理している以下の4事象（①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）に沿って課題を把握し対応策を検討することで、うまく進められるでしょう **Point-1**。

### Point-1

4事象ごとに、独立した課題もあれば、複数の事象に共通する課題もあります。どのような課題があるのか、それぞれで整理し、課題の関連性を明らかにしましょう。

図表：在宅医療の体制について



以下、具体的な課題の把握方法について、(1) ヒアリング、(2) データでの把握、(3) ワークショップ等の3つに分けて、記載していきます。

(1) 関連団体等へのヒアリングによる状況把握

① ヒアリング目的と対象

関係者・関連団体は、消防局、医師会・医療機関、薬剤師会、訪問看護協会、ケアマネジャー協会、高齢者施設、地域包括支援センター等、多岐に及びますが、それぞれにヒアリングをすることは、現状の課題を把握する一歩となります。また、市民ボランティアや、各種サポーターなど、インフォーマル・サービスを展開している団体からヒアリングを行うのも選択肢のひとつです。

関係者に初期のプロセスから関わっていただくことは、重要です **Point-2**。小規模の基礎自治体などにとっては基礎自治体単位での専門職能団体がありません。そのような場合には、管轄の保健所や県担当者に相談し、支援を得ながら対応していくことも有効です。

**Point-2**

取組初期の段階で課題を共有することにより、当該課題を共に解決していく、といった連帯意識が生まれる可能性があります。

図表：基礎自治体から行う在宅医療・救急医療連携でのヒアリング対象者（例）

ヒアリング対象先	想定されるヒアリング対象者
医師会	・ 在宅担当理事、救急医療担当理事、地域の在宅医療の中心的役割を担う医師、事務局長 等
病院	・ 救急医療に従事する医師・看護師、事務長、入退院支援に関わる医療ソーシャルワーカー 等
地域の看護団体	・ 訪問看護連絡会議体、県看護協会地区部会等 ・ 上記が存在しない場合は、各ステーションの所長、主要病院看護部に確認
地域の介護団体	・ ケアマネジャー連絡会議体、介護サービス事業者会議体、老人福祉施設会議体 等 ・ 上記が存在しない場合は、各施設／事業所の施設長／所長に確認
消防本部	・ 救急業務を担う科の職員

※ 上記にあげた各役職が地域に存在しない場合は、以下「(2) データの収集による状況把握」で確認した課題について共有できうる方、という観点で探してみましょう。

## ② ヒアリング項目

ヒアリングの対象が特定されると次に、それぞれの団体が何に困っていて、何を課題にしているかを的確に把握するために、適切なヒアリング項目を設定する必要があります。

また、人員や体制についてなどを把握することで、地域における資源がどのように課題に影響しているかも把握することができます。

なお、ヒアリングを行う際には、まずは「現状において何に困っているのか」という観点から話を聞いていくことが重要ですが、それぞれに対する認識、さらに他の職種との連携に対する課題や改善への提案といったように、テーマを分けてヒアリングすると整理しやすくなるでしょう **Point-3**。

具体的には、以下のようなテーマ分けができることが想定されます。

### Point-3

一緒に課題を解決していきたいという姿勢も重要になってきます。まずは、「何に困っているのか」という点を聞き出すことが重要となります。

図表：基礎自治体から行う在宅医療・救急医療連携でのヒアリング項目

ヒアリング対象先	想定されるヒアリング項目のトピック	詳細
医師会	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療 4 事象（①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）で課題と感じていること 等</li> </ul>	本手引き巻末付属資料 1：医師会へのヒアリング項目（案）を参照のこと
病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>搬送受入れ状況（入口問題）</li> <li>退院後対応（出口問題）</li> </ul>	本手引き巻末付属資料 2：病院へのヒアリング項目（案）を参照のこと
地域の看護団体	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療 4 事象（①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）で課題と感じていること 等</li> </ul>	本手引き巻末付属資料 3：看護の団体へのヒアリング項目（案）を参照のこと
地域の介護団体		本手引き巻末付属資料 4：介護の団体へのヒアリング項目（案）を参照のこと
消防本部	<ul style="list-style-type: none"> <li>搬送時の事象（搬送時間、搬送者の状況・形態、患者情報連携、関係者の意思疎通等）</li> </ul>	本手引き巻末付属資料 5：消防本部へのヒアリング項目（案）を参照のこと

※ 搬送の問題については、医療職・介護職だけでなく、消防に課題を確認していくことも重要です。また、検死などの問題においては、警察署に問題を確認していくのも有効でしょう。

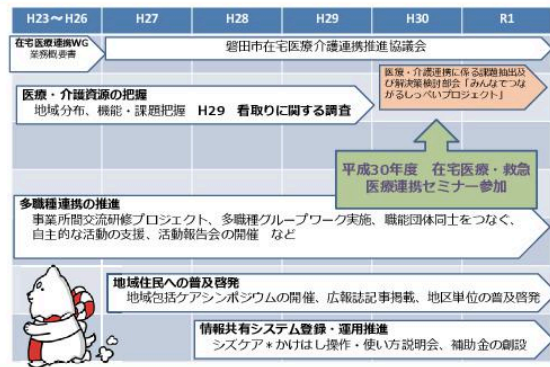
## ③ ヒアリングを行う際の注意点

在宅医療・救急医療連携における課題を把握するためには、上記のように関係職種のヒアリングが有効な手段のひとつではあるものの、声の大きい人の意見のみを参考にすると、また一部の団体の意見のみ把握する等では、地域全体の課題を正確に、公平性をもって把握することができません。職能団体等、その業界、その領域を俯瞰して課題を把握している団体や機関を通じて意見を集約することが効果的です。

【事例の紹介】静岡県磐田市

静岡県磐田市「在宅医療・救急医療連携の取組～みんなでつながるしっぺいプロジェクト～」における取組では、地域分布状況、機能と課題を整理・収集するため、基礎自治体主導で「看取りに関する調査」を実施しました。アンケート（調査票）に加えて、看取り数・体制に関する調査として、介護保険施設、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、ケアハウス等にヒアリングを行いました。

はじめに ～これまでの在宅医療・介護連携の取組～



2. 在宅医療・救急医療連携の取組開始まで

H29看取り数・体制に関する調査（介護保険施設、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、ケアハウス）

◆目的◆

様々な理由で人生の最終段階を介護施設等で過ごしたいと考えている市民がいる現状と、医療提供体制の状況等から、看取り場所の確保について、何らかの対応策を検討していく必要があると考えるため、まずは現状を把握することを目的として調査を行った

◆調査方法◆

調査票を送付したうえで、各施設へ訪問し聞き取り看取りに関する方針、医療との連携状況、対応可能な医療処置、困っていること、等

磐田市中在宅医療介護連携推進協議会の傘下に  
医療・介護連携に係る課題抽出及び解決策検討部会  
設置を決定

H30 設置  
「みんなでつながるしっぺいプロジェクト」と命名

出典：令和元年度在宅医療・救急医療連携セミナー資料

(2) データの収集による状況把握

① データ収集の目的

在宅医療・救急医療連携に際しては、基礎自治体、消防局、医師会・医療機関、薬剤師会、訪問看護協会、ケアマネジャー協会、高齢者施設、地域包括支援センターなど非常に広範囲で多職種に及ぶ連携が必要になります。そのため、基礎自治体はそれぞれの関係者・関連団体にアプローチして共通の課題認識を持ち、対応策について合意形成をしていくプロセスが必要になってきます。その前提として、在宅医療、救急医療、救急搬送等に関するデータを入手することが現状把握をする一助となります。また、ヒアリングで定性的に把握した課題についても、その根拠となるデータを示すことが可能になります。さらに、ゆくゆくは、地域で何らかの対応策を講じる際のプロセス評価の指標として、またはその効果を確認するためのアウトカム指標として活用できるものもあり、事前にデータを確認しておくことは重要です。

なお、データについては、単に収集するだけでなく、データを複合的に参照し、自地域の現状についての何らかの仮説を立てることも大切です。このような仮説をたて、関係各者でのヒアリングの話題とするのもよいでしょう **Point-4**。なお、搬送に関するデータでは、例えば以下のような見方ができます。

**Point-4**

データを集めた上で分析し、その結果をどのように使用するか重要です。データを集めることが目的にならないよう、データから見える内容を課題抽出につなげていきましょう。このほか、ヒアリングで話題になったデータを調べてみるなどのことも想定されます。

●データによる事実：

高齢者施設からの救急搬送が人口規模等で近似的な都市と比べ多く、かつ疾病程度別の分類が軽症・中等症の方の搬送が多い。

【仮説】 高齢者施設内の対応に何か課題があるのではないか。

●データによる事実：

1人暮らしで自宅から救急搬送される高齢者が人口規模等で近似的な都市と比べ多く、かつ疾病程度別の分類が軽症の方の搬送が多い。

【仮説】 救急車を呼ぶ目安の症状について、住民の理解が低いのではないか。

## ② データの整理

データを収集する際に、想定される必要なデータは、基礎自治体が行う在宅医療・介護連携推進事業で入手したデータのほか、「医療施設調査（厚生労働省）」、「介護サービス施設・事業所（厚生労働省）」、「介護情報公表システム（厚生労働省）」、「在宅医療にかかる地域別データ集（厚生労働省）」等のオープンデータから入手可能なものもありますが、中には、基礎自治体（他部署等）や医師会、各病院、消防局等でのみが把握しているデータもあります。必要な場合は、適宜問い合わせ等を行いながら、入手しましょう。

特に、庁内でも他部署が既に入手しているデータについては、把握できていないこともままあることも想定され、庁内で確認していくことが必要です。

入手したデータは、例えば次の図のように、データの種類によって分けなどして整理してみましょう。

図表：データの整理区分の例（ドナベディアンモデルに基づき在宅医療の体制の4事象にかかるデータを整理する）

	入退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
アウトカム関連				
プロセス関連				
ストラクチャー関連				

## ③ オープンデータの入手先

上記「②データの整理」で述べたオープンデータについては、以下のようなものがあります。

### <公的統計調査等>

図表：在宅医療・救急医療連携に関連するオープンデータ一覧（公的統計調査等 一部抜粋）

データ名	データ内容	詳細
①人口動態調査	人口動態事象を把握し、人口及び厚生労働行政施策の基礎資料を得ることを目的とし、毎年実施されている。基礎自治体長は、出生・死亡・婚姻・離婚・死産の届出票に基づいて人口動態調査票を作成し、保健所や都道府県を経て厚生労働省にて集計される。	本手引き巻末付属資料6：オープンデータの概要を参照のこと
②医療施設調査	全国の医療施設（医療法（昭和23年法律第205号）に定める病院・診療所）の分布及び整備の実態を明らかにするとともに、医療施設の診療機能を把握し、医療行政の基礎資料を得ることを目的とし、医療施設より提出される開設・廃止等の申請・届出に基づき毎月実施する「医療施設動態調査」と、全医療施設の詳細な実態を把握するため3年ごとに実施する「医療施設静態調査」がある。	
③施設基準の届出受理状況（各地方厚生局）	各地方厚生局では、保険医療機関・保険薬局及び指定訪問看護ステーションの指定ならびに訪問看護ステーションの基準の届出について情報を開示している。	
④介護サービス施設・事業所調査	全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的とし、介護予防サービス事業所、居宅サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所等を対象に毎年度実施されている。	

データ名	データ内容	詳細
⑤医療機能情報 (医療機能情報提供制度)	住民・患者による医療機関の適切な選択を支援することを目的とし、病院等の医療機能に関する情報について都道府県知事への報告を義務づけるとともに、報告を受けた都道府県知事はその情報を住民・患者に対して提供する制度として運用されている。医療機関は、基本情報（診療科目、診療日、診療時間等）のほか、対応可能な疾患・治療内容など、一定の情報を都道府県へ報告するとともに、医療機関において閲覧できるようにしなければならない。一方、都道府県は、医療機関から報告された医療機能に関する情報を集約・整理した上で、都道府県のホームページに掲載するなど、住民・患者が利用しやすい形で公表している。	本手引き巻末 付属資料6： オープンデータ の概要を参照 のこと
⑥介護サービス情報 (介護サービス情報公表システム)	利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県がホームページに掲載するなど利用しやすい形で公表している。	

<公的データベース等>

図表：在宅医療・救急医療連携に関連するオープンデータ一覧（公的データベース 一部抜粋）

データ名	データ内容	詳細
①レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）	全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に視することを目的に日本全国のレセプトデータ（医科、歯科、調剤、DPC）、特定健診等データを収集しデータベース化したもの。	本手引き巻末 付属資料7： オープンデータ の概要を参照 のこと
②介護保険総合データベース（介護DB）	介護保険給付費明細書（介護レセプト）、要介護認定データ等の電子化情報を収集しデータベース化したもの。都道府県・基礎自治体の地域間比較等による現状分析や課題整理を行うための「地域包括ケア「見える化」システム」の基礎データ。	
③国保データベース（KDB）	国民健康保険団体連合会が「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等のデータデータベース化したもの。次の特徴がある ①健診・医療・介護の突合 健診・医療・介護の情報を個人単位で紐付けすることで、横断的な分析を行うことが可能 ②地区割りによる分析 保険者単位よりも細分化した地区単位での分析が可能 ③県・同規模・全国との比較 都道府県単位での集計、同規模、保険者単位での集計、全国集計との比較が可能 ※国保中央会の一括集計による ④経年比較、性、年齢別分析 保険者・県・同規模などの集計結果を、さらに経年比較、性・年齢別などから分析が可能	

<その他データ集等>

図表：在宅医療・救急医療連携に関連するオープンデータ一覧（その他データ集 一部抜粋）

データ名	データ内容	詳細
①救急・救助の現況（※）	消防機関の行う救急業務、救助業務及び都道府県が行う消防防災ヘリコプターによる消防活動に関する実施状況について、数値データ等を基に体系的に整理した統計資料集であり、これらの活動に関する現状を的確に把握する上での重要な基礎資料として毎年度発行。	本手引き巻末 付属資料8： オープンデータ の概要を参照 のこと
②在宅医療にかかる地域別データ集	「医療施設調査」、「介護サービス施設・事業所調査」、「人口動態調査」等、既存調査データから、在宅医療にかかるデータを基礎自治体別に集計したもの。	

※「救急救助の現況」については、全国版、都道府県版等のデータが主ですが、各消防本部にデータが取りまとめられており、消防本部ごとに分析が可能です。消防本部の協力を得られれば、問い合わせでデータ入手／分析が可能となります。

#### ④ 追加調査が必要な場合

情報・データの収集に際しては、関係者・関連団体が、定性的な情報は持っているものの定量的なデータとして保持していないケースもあります。あるいは調査等を行わなければ把握できないデータがあることも想定されます。

データ取得のために、基礎自治体主導で調査をする場合は、アンケートによるデータ収集が有効な手段のひとつです。

以下に典型的な例として、介護保険事業計画策定のためのアンケート、医療機関からのデータ収集、消防本部からのデータ収集について例示します。

##### <地域住民に対して>

基礎自治体の行う介護保険事業計画で行うアンケートなどにおいて、地域住民に向けては、人生の最終段階における医療・療養について考えたことがあるか、身内が救急搬送されたときに自分の気持ちを代弁してくれる人がいるか、その人と人生会議しているか、等についての意見を聞く調査項目を盛り込み、把握していくことがよいでしょう。

なお、調査項目については、厚生労働省が平成 29 年度に行った「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の「一般国民票」を参考にすると良いでしょう。

##### <医療機関に対して>

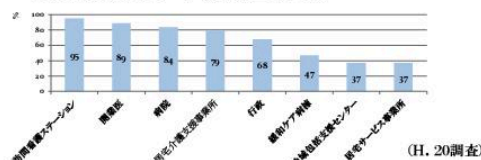
医師会や医療機関が保持する情報や認識の実態を把握することは、在宅医療・救急医療連携の強化のために必ず必要です。地域の医療機関における訪問診療・往診の実施状況、緊急時対応について基礎的な情報を把握するとともに、在宅医療における連携状況や課題認識なども把握しておく必要があります。また、「(1) 関連団体等へのヒアリングによる状況把握」と合わせて「アンケート調査+ヒアリング」をして状況把握することも有効でしょう。なお、こうした調査については、医師会が既に行っているケースもあるため、共有を図っていくことも重要です。

### 【事例の紹介】神奈川県横浜市鶴見区

神奈川県横浜市鶴見区医師会の「地域医療連携と介護連携の推進と充実をめざして」における取組では、介護保険制度施行後、介護職からは医療との連携が取りにくいという声があがるものの、一方でどのように連携を取ればいいのか、わからないという声がありました。そこで医師へのアンケートを実施し、同様に連携の必要性を強く持っていることを確認しました。

#### ネットワークの構築に向けて状況把握から着手

医師(33名)へのアンケート調査(回収率 100%)  
Q. 連携において重要と思われる関係機関は、何処と思われますか？(複数回答可)



\* アンケート結果より、医師は医療関係機関との連携に必要性を感じている

出典：平成 29 年度在宅医療・救急医療連携セミナー資料



【事例の紹介】長崎県佐世保市

長崎県佐世保市の「救急搬送における在宅医療との連携について」における取組では、在宅医療に関して認識していた課題はあったものの、それを裏付けるデータとして現在の状況と課題認識を把握・蓄積するためのアンケートを実施しました。

佐世保市における在宅医療の現状と課題の把握と共有(平成24年度)

- 佐世保市医師会が、在宅医療連携拠点事業(国のモデル事業)の指定を受け、在宅医療推進の事業を実施。…組織としての取組みがスタート。

【認識していた課題】

- 在宅医療を担う医療機関が少ない
- 在宅医療を担う医師が疲弊
  - 今後益々高まってくるニーズに対応できなくなる可能性がある
- 在宅医療を担う医師の急激な増加が見込めない
- 在宅医療を支えるための情報連携の仕組みがほとんど整備されていない

佐世保市医師会が、在宅医療連携拠点事業(モデル事業)を受託し、現状把握のためのアンケート調査や、医療・介護関係者が参加する協議会を設置し、現状把握と課題の共有が行われた。(この時、行政は協議会委員として参加)

認識はあったが…

救急告示病院と在宅医療の連携への取組み(平成25年度)

- 平成24年度に抽出された課題に対し、「どのように取り組んでいくか」「どこから手をつけるか」について、整理を行い取組みを開始。
- 救急告示院へ在宅医療患者受け入れルールづくりのためのアンケート調査を実施。(救急病院内の考え)

項目	事業内容	取組み目標(平成25年度)
協議場の設定	→在宅医療連携協議会の設置・会議開催	①協議会の開催
情報共有	→医療介護資源の把握 →地域別(例:包括地域別等)での多職種による検討会議場の設定(小会議)	②在宅医療に関心がある医師の勉強会 ③医療資源・介護資源の把握のための調査実施
	在宅医療からのヒアリングより、急変時の病院探しについて困っているとの意見が!	④在宅医療者の急変時の対応について、在宅医療関係者と二次救急病院の協議の開催
支援体制	→患者急変時の受け入れなどのルールづくり →24時間365日の負担感を軽減するための方策について検討	⑤24時間対応可能なコールセンター実施設備等についての検討会議
普及啓発及び人材育成事業	→先進地視察(医療介護職・行政職)	⑥先進地視察 ⑦介護・医療関係者向け研修会実施

出典：平成29年度在宅医療・救急医療連携セミナー資料

<消防本部に対して>

救急出動や搬送に関するデータは、消防本部が保持しているため、課題認識に基づく必要な情報を消防本部から入手することも想定されます。救急隊の出動件数や搬送件数、搬送人員数が近年どの程度増加しているかを把握するだけでなく、急病で高齢者の搬送件数の増加やその疾病分類別、傷病程度別などを把握することで、地域における搬送の実態が見えてきます。

消防本部がどのようなデータを保持しているかについては、総務省消防庁が作成する「救急・救助の現況」の「I救急編」等で確認が可能ですが、管轄の消防本部と調整の上、データ提供をいただけるかどうかの調整が必要となります **Point-5**。

Point-5

「救急・救助の現況」で抽出しているデータは、全国どこの消防本部も保持しているデータです。それ以外でも、消防本部独自にデータ区分を定めて抽出しているケースもありますので、消防本部に確認してみましょう。

【事例の紹介】新潟県長岡市

新潟県長岡市医師会では、消防本部と連携し、高齢者の搬送データ、病院別の搬送データや問合せ件数を調べ、課題抽出につなげていきました。

高齢者(65才以上)の救急要請元

	高齢者施設	高齢者施設以外	合計
不搬送	4	150	154
	死亡 3	137	140
搬送	600	4,368	4,968
	死亡 58	250	308
合計	665	4,905	5,570

平成26年1年間で、高齢者施設からの救急要請が665件(12%)あり、死亡例が61件ありました。  
?回避できる不適切な救急搬送事例が含まれているのでしょうか?  
搬送例の病状経過の情報共有ができていれば、その後の対応・処置がスムーズに行われるのではないのでしょうか。

平成29年 長岡市 救急搬送

平成29年の全出動件数は10,529件、この内6,952件(66.0%)は急病によるもの。また、搬送に占める65歳以上の高齢者が60%を超えている。

医療機関	搬送人員	計
長岡赤十字病院	3,544	病院群輪番体制3病院合計 9,307 (94.7%)
長岡中央総合病院	2,849	
立川総合病院	2,914	
長岡西病院	226	5病院合計 9,551 (97.2%)
県立精神医療センター	18	
その他医療機関	129	長岡市内医療機関合計9,680 (98.5%)

搬送先 問い合わせの回数

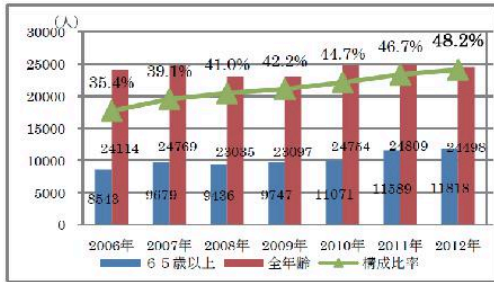
	1回	2回	3回	4回以上	合計
平成29年	9,379 (95.5%)	363 (3.7%)	52 (0.5%)	29 (0.3%)	9,372 (100%)
平成28年	8,937 (95.4%)	352 (3.8%)	50 (0.5%)	33 (0.3%)	9,372 (100%)

出典：平成30年度在宅医療・救急医療連携セミナー資料

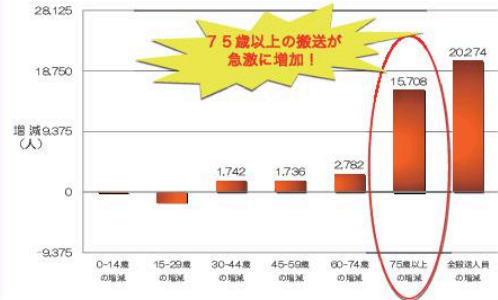
## 【事例の紹介】東京都八王子市

八王子高齢者救急医療体制広域連絡会では、消防本部と連携し、地域における搬送のデータを以下の通り分析し、課題抽出につなげていきました。

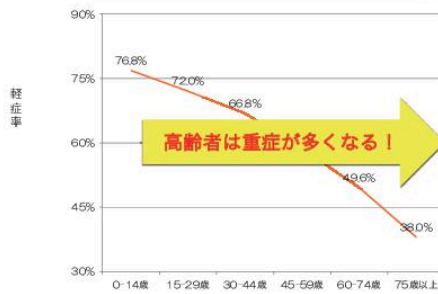
### 八王子市における高齢者搬送人員



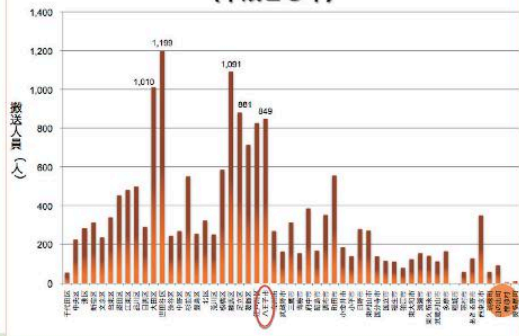
### 年代別搬送人員の対前年比較 (平成23年)



### 年代別軽症率 (平成23年)



### 老人施設からの搬送人員 (平成23年)



### 平成22年 八王子市における救急搬送状況

期間：平成21年8月31日～平成22年12月31日 調査対象：八王子消防署救急隊(9隊) n=22,936

#### ・医療機関選定困難事案理由 (n=287)



- ・高齢者における救急活動時間(出場～医師引継)
  - 平成20年 49分27秒
  - 平成21年 50分50秒
  - 平成22年 54分27秒(都内平均50分30秒)

出典：八王子高齢者救急医療体制広域連絡会提供資料

## ⑤ データを収集する際の注意点

データ収集する際、目的がなく漫然とデータ収集しても結果は見えてこないことに注意が必要です。ヒアリング等で把握した何らかの課題点を把握するため、何らかの効果を見るため等、目的を明確にしつつデータ収集していくことが重要です。

また、都道府県がデータの整理を既に行っているケースもありますので、適宜、都道府県の支援状況も鑑みつつ、基礎自治体に必要なデータ収集を考えていくことが必要です。

### (3) ワークショップ等での状況把握

地域の立場の異なる組織や機関、職種を招集し、対話を通じて現状を理解し、ゼロから解決策を見出していくプロセスも重要です。ワークショップの強みとしては、参加者全員で、その場で課題を共有し、共通認識を持つことが可能である点です。

在宅医療・救急医療連携に先進的に取り組んでいる地域では、現場の職員等が集まる会議体等でワークショップを行い、抽出した結果を各団体の代表等が集まる会議体等に諮って全体で課題を共有していくというように、ワークショップを上手く活用しながら進めているケースが多く見られます。

なお、この課題抽出については、以下のような方法で実施すると、効率よく行うことができます。

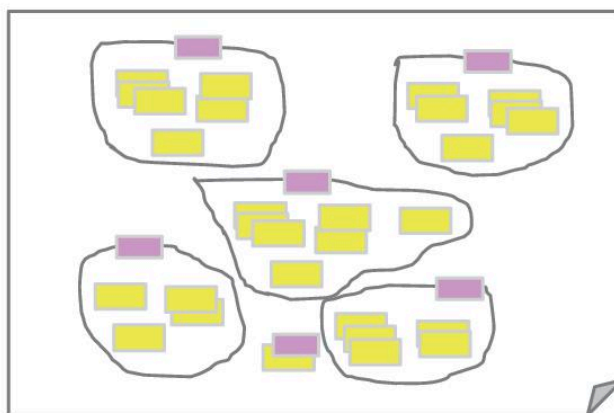
#### ① ワークショップメンバーについて

特定の団体のみでワークショップをしても、地域全体の状況把握はできないため、ワークショップのメンバーは、幅広く、地域の立場の異なる組織や機関、職種から選定する必要があります。具体的には、後述する「ステップⅢ：会議体の在り方の検討と会議体設置」に記載する会議体の構成員等をメンバーとして行うことが望ましいでしょう。

#### ② ワークショップの進め方について

ワークショップ参加のメンバーで課題を書き出し、それをグルーピングしていくことで、メンバー全員に共通する課題を見つけていくことができます。

目安60分	参加メンバーで課題を出し合う（KJ法） 在宅医療・救急医療連携の課題について話し合います。
	①課題をカードに書き出します。 ※個人ワーク10分（黄色のカードを使用 ■■■）
	②個人ワークで作成したカードを簡単に説明しながら模造紙に貼っていきます。 ※25分（黄色のカードを使用 ■■■）
	③似たような課題をグループ化し、グループ毎に見出しをつけます。 ※25分（見出しは、ピンクのカードを使用 ■■■）



ワークショップのテーマのトピック決めが肝要です。前述したヒアリングやデータ分析等で大枠の課題を把握していないと、ワークショップに集まる多職種が考える課題と相反する議題を設定してしまうこととなります。

## 【事例の紹介】岩手県久慈市

岩手県久慈市の「岩手県久慈市における在宅医療・救急医療連携の取組」では、「久慈市地域ケア推進会議」および「久慈地域メディカルコントロール協議会」の系列の小委員会であるコアメンバーの会議体にて、現状と課題の把握、目標の設定と工程表を作成するというアウトプットを決めました。そして、目標に沿ったテーマを病院、消防、在宅医、訪問看護、特養、行政の各分野での参加者が一堂に会するワークショップにて課題を抽出、設定していきました。

### 【コアメンバー会議】（各組織の代表者、実務者）

協議内容…

- 平成30年度は、現状と課題の把握、工程表の策定、目標の設定（随時、ICT会議により、役割分担、計画の実行）



### 4. コアメンバー会議での課題抽出と目標設定

	現状	課題
久慈病院	久慈病院で診療、救急車で運び死亡診断をする、という末期がん患者の事例がある	今後の事例への対応
消防	心肺蘇生をしないで病院に連れて行ってほしいという事例がある	ルールがなく対応に苦慮
在宅医	マンパワー不足により訪問診療を増やすことができない	死亡診断時の医師の不在
訪問看護	在宅看取りの方も救急車を要請している	病院との連携
特養	職員が看取りに対する不安あり、間違えて救急車を呼ぶ	専門職の知識の不足
行政	ACPの普及啓発	市民、専門職のACPの理解

「人生の最期まで住民が望む地域で暮らし続けるための手段」を在宅医療と介護のみで考えては久慈市での実現は困難

出典：令和元年度在宅医療・救急医療セミナー資料

## 【事例の紹介】静岡県磐田市

静岡県磐田市の例では、敢えて多職種の連携を進めるために、多職種でワークショップを実施しました。ワークショップを活用して課題抽出を行い、テーマに即して現場メンバーも集まる形です。集まることによって、全体の課題認識と危機意識の共有とその気運がつくられていきます。また、こういったプロセスにおいて、介護サービス事業者連絡会や地域での専門職の集まり等、様々なところで、検討部会が生まれていますが、「地域全体で進めていくのでご協力ください」ということを、基礎自治体から頻りに主張するようにしています。

### 3-1. 課題抽出・共有

#### 多職種グループワークを活用

★テーマ  
「在宅医療と救急医療の有機的な連携の課題」

現場レベル  
H30.7.26  
145名



★テーマ  
「在宅医療と救急医療の有機的な連携の課題についての解決策の検討」

現場管理者レベル  
H30.11.29  
100名



みんなでつながるしっぺいプロジェクトにおいて、解決策を話し合う項目を決定  
21項目に分類→大項目7つに整理  
そのうち5項目の解決策について次のグループワークで検討する

### 3-2. 課題整理

みんなでつながるしっぺいプロジェクトにおいて、課題整理  
2つの大項目にしぼり、その中の項目について、「実現可能性」と「重要度」について検討し、取り組みを始める順番を決定



#### 1. 救急搬送時の情報ツールが整っていない

- ①課題：救急キットの活用
- ②課題：搬送までに時間がかかる

#### 2. 意思決定支援

- ③課題：意思決定支援



出典：令和元年度在宅医療・救急医療セミナー資料

## ステップⅡ：自地域の課題を整理する

ヒアリングやワークショップで抽出され把握した課題は、関係者で共有するために、分かりやすく整理することが重要です。

課題の整理の手法については、同じような内容を層化して整理し、タイトルを付けていく（トピック立てをする）方法がお勧めです **Point-6**。

以下、実際に地域で取りまとめられた課題を例示しますので、まとめ方の参考として、ご活用ください

### Point-6

近隣の大学の教員（看護系・福祉系・人文系）に協力を仰ぎ、内容分析という手法を用いて課題の整理を依頼してもらうのも一つの手段です。

### 【事例の紹介】千葉県松戸市

千葉県松戸市（ふくろうプロジェクト）では、ワークショップで抽出した課題を以下の通り、項目建てして整理しています。

#### 松戸市の救急医療・在宅医療の連携上の課題・高齢者搬送に関する課題

##### 課題1: 救急搬送に係るケアマネジャー/施設生活相談員の役割・義務のコンセンサスが必要である

- 1) ケアマネジャー/施設生活相談員の救急車同乗がデフォルトになっている
- 2) ケアマネジャー/施設生活相談員の搬送後の病院来訪、待機が義務のようにになっている
- 3) ケアマネジャー/施設生活相談員が、家族の代理としての対応を病院で求められる

##### 課題2: かかりつけ医（囑託医）の役割と機能、連携のありかたが明確ではない

- 1) かかりつけ医の機能（特に急変に対応、看取りに関する機能・役割分担）が不明瞭である
- 2) 人生の最終段階における治療や療養場所に関する意思決定支援について、かかりつけ医のコミットメントが重要である

##### 課題3: 増加する高齢者救急搬送に関する各機関の役割分担等の地域全体のコンセンサスがいない

- 1) 病院の機能分化と役割分担が不明瞭である
- 2) 後方支援病院が高齢者の人生の最終段階における救急搬送を受けるためのルールと啓発が必要
- 3) 高齢者介護施設からの救急搬送に関するルールが不明瞭である
- 4) 救急搬送患者の後方支援、移動支援が不足している

出典：令和元年度元在宅医療・救急医療セミナー 慶應義塾大 山岸暁美講師 資料

### 【事例の紹介】兵庫県神戸市

兵庫県神戸市医師会の未来医療検討委員会では、31 機関へのヒアリングを通して明らかになった課題を以下のように、項目だてして整理して（内容分析という手法を用いて）います。

#### 抽出された課題一覧

1. 高齢者救急搬送増加に伴う救急医療とプライマリケアの役割分担と協働の重要性
  - 1) 高齢者の救急搬送の増加と現場滞在時間の延伸
  - 2) あんしんシートの有効活用が困難
  - 3) 高齢者にとっての救急医療の意味と意義（救急医の葛藤）
  - 4) 望まない、または不急不要な救急搬送の予防策の必要性
2. 人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意向の不在
  - 1) 本人の意向の不在
  - 2) ACPを積み重ねておく重要性
  - 3) 患者の権利を守る（≒医師を守る）法律や制度が日本には何もない
3. かかりつけ医機能・囑託医機能が不明瞭かつ不十分で、個人差・機関差が大きい実態
  - 1) かかりつけ医・囑託医機能は、個人差、機関差が大きい状況
  - 2) かかりつけ医としてのACPへの関与に関する実装の困難
  - 3) 訪問診療やかかりつけ医機能に関する地域のルールが必要
4. 地域全体での入退院支援への取り組みが不十分
  - 1) 深刻な高齢救急搬送患者の出口問題
  - 2) 後方支援機能など、地域の医療機関の機能分化・役割分担が不明瞭
  - 3) 更なる病院一地域の連携強化の必要性
5. 認知症者へのサポートシステム構築および認知症フレンドリーなまちづくりの必要性
  - 1) 認知症およびMCIと診断された者への地域のサポート体制の必要性
  - 2) 認知症になってもコミュニティの一員として能動的な生活が継続可能な土壌形成の重要性

Yamagishi A et al. in press

出典：令和元年度元在宅医療・救急医療セミナー 慶應義塾大 山岸暁美講師 資料

## ステップⅢ：会議体の在り方の検討と会議体設置

立場が異なる機関や団体を代表する人材が一堂に会する会議体を設置すると、そこで課題を共有し、対応策を検討しながら、取組の地域内での浸透を図ることができます。つまり、機関や団体の代表が会議体のメンバーに入っていれば、大きなタイムラグを要せず、その機関や団体の管下にも取組の内容や進捗を共有することができ、会議体を設置することは、効率性の面でもメリットがあります。

先進事例からも、在宅医療・救急医療の連携を推進していくためには、会議体等を効果的に活用していくことが重要であることは明確です。また、この会議体は、基礎自治体主導または、医師会に伴走支援する形で基礎自治体が運営し、うまく機能しているという多くの報告があります。

### (1) 会議体の設置

#### ① 会議体のたてつけ

既存の会議体を活用するか、新設で会議体を立ち上げるか、という2パターンが考えられます。既存の会議体を活用できれば、今までの取組との連動ができるメリットや、新たに会議体（もしくはワーキング等）を立ち上げることの手間やメンバーが重複する負担感が減る効果もあります。しかし、会議体の主体がどこであるかによっては、円滑な議論の進め方がしづらいなどのデメリットもあり、以下図表で示した会議体の整理のポイントを参考に、把握した課題を、適切かつスムーズに議論していけるかどうか、という視点で確認していくと良いでしょう。

なお、上記確認の際は、会議体のたてつけの整理だけでなく、会議体を絡め、今までにどのような議論が時系列で行われてきたかを整理することで、把握した課題をどの会議体で話していくことが良いかの判断の助けとなります<sup>Point-7</sup>。

#### Point-7

以下図表にあるように、運営主体、参加メンバー、主な議題等の観点から総合的に見て、地域における課題を効率的に話し合うことのできる協議会のたてつけを考えてみましょう。

図表：会議体の整理のポイント

調査項目一覧	調査項目詳細
運営主体	都道府県、保健所、基礎自治体のどの部署が運営しているか。庁内連携のからみなど、把握した課題を主として多職種で共有できるたてつけになっているか
参加メンバー	どのようなメンバーが参加している会議体であるか (課題を共有する際に必要となるメンバーは含まれているか)
主な議題	どのような議題が議論される会議体であるか (議論したい課題を共有する場として適切か)

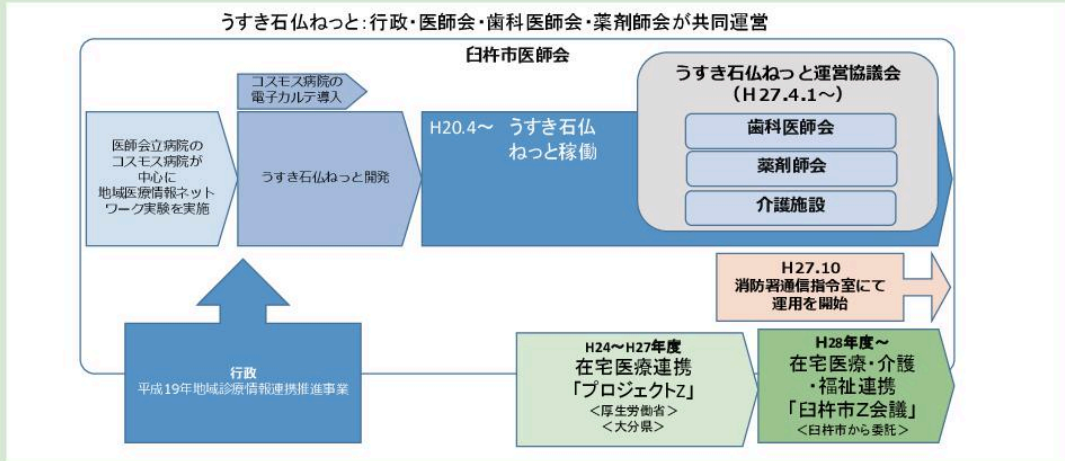
なお、基礎自治体以外が主体となる会議体では、医師会等が開催する会議体等が存在することが想定されますが、在宅医療・救急医療連携を先進的に取り組む地域では、基礎自治体職員も当該会議の場にオブザーバーで参加するなど、医師会等と連携し、協議の内容を共有しているケースが多く見られます。基礎自治体の強みとして、介護系団体、社会福祉協議会、町会基礎自治体、民生委員等に多様なチャネルを持つだけでなく、住民全体への普及啓発を行うことができる点が挙げられます<sup>Point-8</sup>。

#### Point-8

各種団体の関係性、地域資源の状況等、地域の事情により、会議体のたてつけが異なります。自地域にあった会議体のたてつけはどのようなものか、自地域の課題等を参考に、検討してみましょう。

【事例の紹介】大分県臼杵市

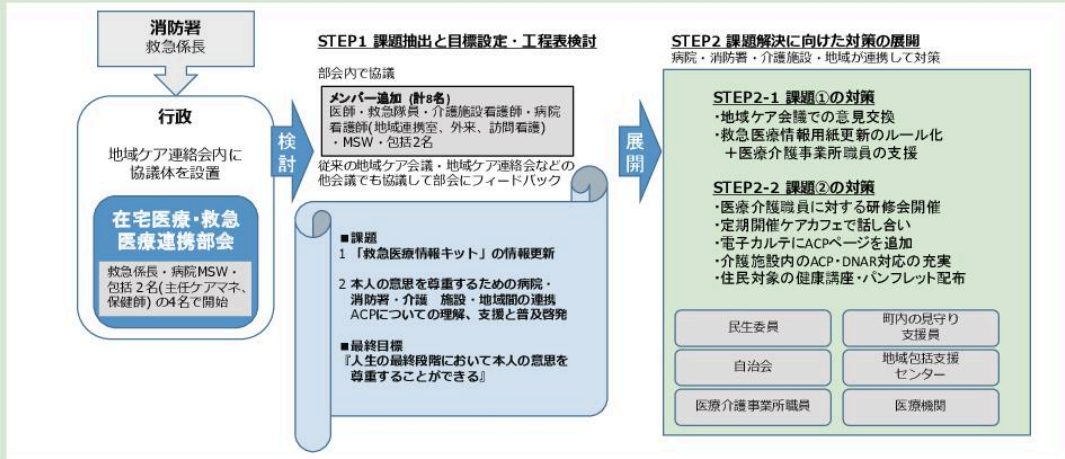
大分県臼杵市では、基礎自治体の運営していた会議体を医師会に委託する形で継続運営しています。



出典：平成 30 年度在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業 報告書

【事例の紹介】鳥取県日野町

鳥取県日野町では、基礎自治体を中心となり、消防本部と連携し、「地域ケア連絡会」内に、新たな部会を立ち上げました。



出典：平成 30 年度在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業 報告書

## 【事例の紹介】新潟県長岡市

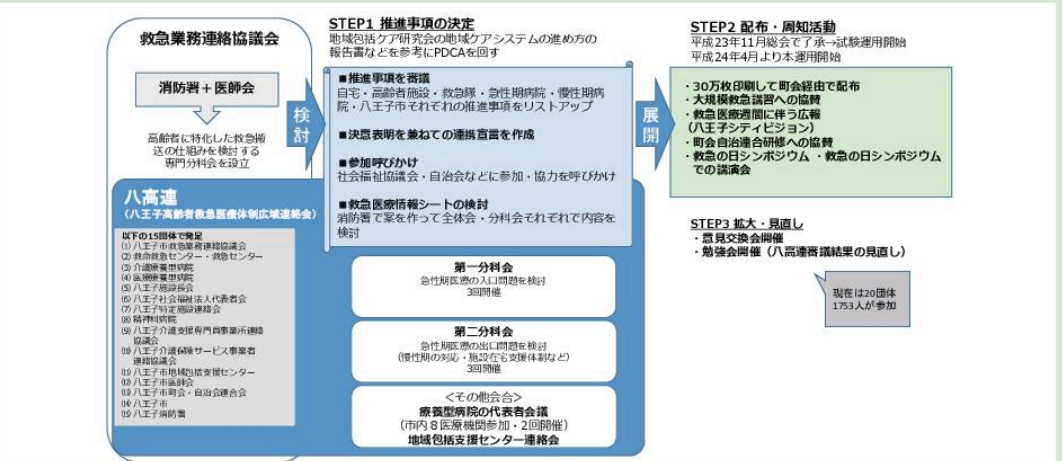
新潟県長岡市では、基礎自治体、医師会が運営していた会議体とは別に、両方で協業して既存の枠組みを活かした別の会議体を新設しました。



出典：平成30年度在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業 報告書

## 【事例の紹介】東京都八王子市

東京都八王子市では、消防法35条の8に定められた「都道府県は、実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る連絡調整を行うための会議体を組織するものとする。」を準用し、医師会および消防本部を中心とし、八王子市も含めた「八王子高齢者救急医療体制広域連絡会」を設置しており、基礎自治体、医師会、消防、病院等、様々な団体で搬送について協議しています。

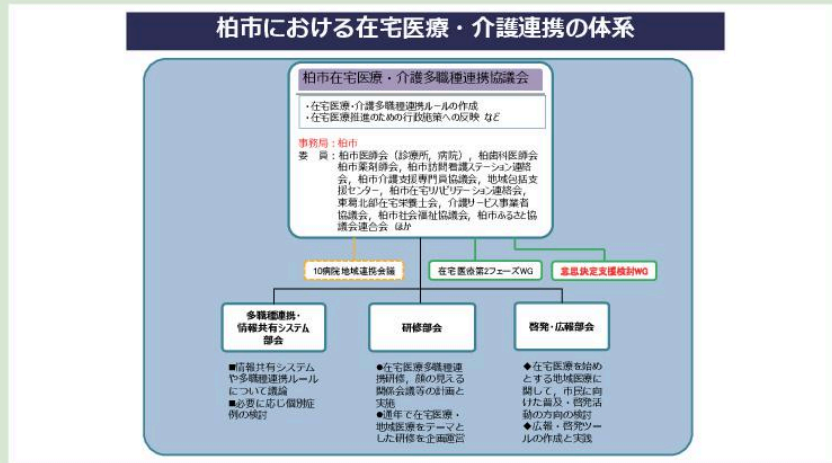


出典：平成30年度在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業 報告書



【事例の紹介】千葉県柏市

千葉県柏市では、「在宅医療・救急医療連携」の取組を、「在宅医療・介護連携」の枠組みの中で検討しており、会議体については、以下のような整理を行っています。



出典：平成30年度在宅医療・救急医療連携セミナー資料

なお、在宅医療・救急医療連携に先進的に取り組んでいる地域においては、新設会議体を立ち上げるのではなく、在宅医療・介護連携推進事業の会議体を活用するほか、当該会議体傘下に在宅医療・救急医療連携のワーキンググループを立ち上げる等、既存の会議体を活用する地域が多く見られました。

② 会議体の構成員について

会議体の構成員は、議論の目的を鑑み、人選（構成員の修正・追加含む）を行うと良いでしょう。

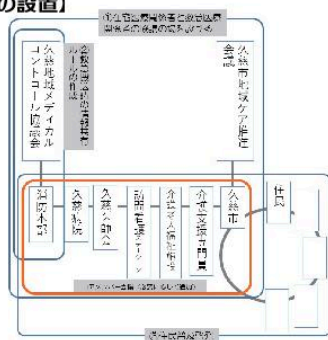
なお、在宅医療・救急医療連携に先進的に取り組む地域では、会議体を複数保持し、各会議体の役割が明確になっている地域が多くありました。つまり、会議体に機能を持たせることが重要です。例として、決定権を持つ各団体の代表等を構成員として集めて全体の決定事項等、大きな議題を扱う会議体や、現場の職員等実務者等フロントランナーを構成員として集め、具体的な課題抽出や、対応策の検討等、現場目線で検討しなければいけない事柄を協議する会議体等です。前者を親委員会、後者を小委員会とし、小委員会で検討された結果は親委員会に上程され、審議、および承認を得ることで、地域全体としての施策を推進していくスタイルをとっているという報告も多くありました。

## 【事例の紹介】岩手県久慈市

岩手県久慈市「在宅医療・救急医療連携の取組」においては、搬送のルールを検討することを目的としていたため、消防本部からの参加者も会議体の構成員に含め、各組織の代表者と実務者を構成員としたコアメンバー会議を位置づけ、在宅医療と救急医療連携の絵を描いていきました。

### 3. 在宅医療・救急医療連携の取組初期の対応

#### 【協議体の設置】



### 3. 在宅医療・救急医療連携の取組初期の対応

#### 【コアメンバー会議】（各組織の代表者、実務者）

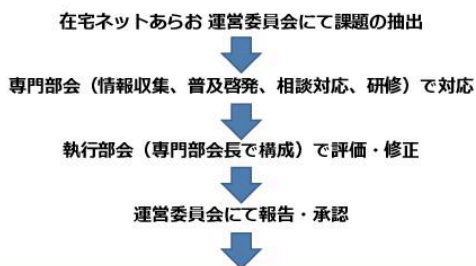
- 岩手県立久慈病院（緩和委員会委員長（医師）、緩和ケア認定看護師、退院支援看護師）
- 久慈医師会
- 久慈地区メディカルコントロール協議会
- 二次医療圏の訪問看護ステーション
- 特別養護老人ホーム
- 久慈地区介護支援専門員協議会
- NPO法人北三陸塾（ICT）
- 久慈地域広域連合消防本部
- 久慈市事業担当課

出典：令和元年度在宅医療・救急医療セミナー資料

## 【事例の紹介】熊本県荒尾市

熊本県荒尾市では、運営委員会による課題の抽出を経て、専門部会にて対応する形をとっています。実際の施策は執行部会で評価・修正され、運営委員会にフィードバックされます。これらの前提には連携基盤の充実が必要です。そのため、多職種の事例検討会を意図的に多く組み込み、顔の見える多職種協働体制を構築していこうとしています。また、会議体の一部においては、搬送時の患者情報連携の検討の際、消防の搬送時の視点と、検死や徘徊等の面での警察の視点も加えるため、意見交換会に、警察と消防を加え、議論を行っています。

### 課題抽出から対応と評価 ～在宅医療連携～



### 課題：連携基盤の充実

#### 在宅ネットあらか 多職種事例検討会

開催日	テーマ	参加者
2018.04.25	地域ケア連携の推進	荒尾市地域包括ケアセンター
2018.06.05	熊本県における在宅医療の取組について	荒尾市医師会
2018.08.01	アパレルストア・ファッション	荒尾市長官邸
2018.10.01	高齢者施設における在宅医療について	荒尾市医師会
2018.12.05	生活支援のノウハウの共有	荒尾市社会福祉協議会
2019.02.05	認知症から始まる徘徊について	地域包括ケア推進センター

2014年4月～2019年10月（31回開催）平均参加人数：64.2名



#### 顔の見える多職種協働体制

### 救急医療シートとステッカー

#### あらか健康手帳 意見交換会

2019年8月9日

- ・ 医師会 2名
- ・ 警察署 1名
- ・ 消防署 1名
- ・ 市役所 2名
- ・ 認知症疾患医療センター 1名
- ・ 在宅ネットあらか 2名



#### 確認事項（消防署）

- ・ ステッカーは、手帳を持っていることを伝える手段であり、冷蔵庫に貼付する
- ・ 救急時は、手帳を記布した医療機関や本人名、家族名は在宅ネットあらかにて照会可能。

#### 検討事項（警察署）

死亡確認や徘徊捜索での活用

出典：令和元年度在宅医療・救急医療セミナー資料

(2) 会議体設置のための関連団体への折衝について

関係団体の会議体への参加を促すためには、背景や意義・目的を説明しつつも、まずは「関係者それぞれの課題を相互に共有する場」を創っていくという認識合わせが重要になってきます。基礎自治体は、各団体の調整役となり、マネジメントしていくことが求められています。

【事例の紹介】 鹿児島県鹿屋市

鹿児島県鹿屋市における「高齢者入所施設から救急搬送時におけるルール化について」では、医療と救急隊、それぞれからの課題認識があがっていたものの、旗振り役が不在でなかなか進みませんでした。そこで基礎自治体を中心となり「任意の会」という形で非公式の良さを取り込んだ会合を進め、認識を合わせる中で関係する団体の巻き込みや折衝を進めていきました。

2. 在宅医療・救急医療連携の取組初期の対応

旗は誰が振るか??? 行政部内で消極的な動き・・・

当時の事業所指導担当が医師会長・施設等のヒアリング  
 行政：「お金はありません。手弁当ですが・・・」  
 みなさん：「枠にとられない自由な意見交換をしよう!!」

↓  
 「高齢者入所施設等における救急搬送時の連携のあり方」任意の会を設置  
 ・医師会会長、歯科医師会、薬剤師会、**公立病院**  
 ・介護支援専門員(協議会事務局)、特別養護老人ホーム、協議会、介護事業  
 所連絡協議会、住宅型有料老人ホーム、訪問看護、訪問介護、病院MSW  
 ・行政、包括、消防(文書は出しますが、出会う手なし)、**保健所**

不平・不満のなかに共通課題あり  
 そもそも救急搬送の役割は? ⇒ 「救急救命」  
 救急救命に必要なプロセスを確認する。(施設入所者を想定して)  
 ・施設入所者の日頃を知る人がいる(何を知る? 平熱、病名、薬、かかりつけ医・・・)  
 ・急変時の対応 そもそも「急変」の定義は? 急変時のマニュアルは?  
 ・救急搬送の意味は? ・何が必要?  
 ・病院なら当たり前ことは、介護施設では当たり前ではない。なぜ  
 ・介護施設に看護職は必ずしもいない(人員基準なし) 分かり合えようよ

出典：平成29年度在宅医療・救急医療セミナー資料

## ステップⅣ：会議体を活用して対応策を検討する

目的と方向性が共有でき、課題が抽出されたあとで、対応策の検討・実施へと移ります。

### (1) 対応策の検討・策定の際のポイント

対応策の検討・策定においては、事前に評価方法について確認しておくことが重要です。策定した対応策を評価する仕組みがないと、後述する対応策についての「効果検証」(P35)ができず、取組の改善点も見つからないこととなってしまいます。また、対応策においては、それぞれの団体、多職種が、それぞれの役割を理解し、その役割を遂行していくことが必要になるため、取組全体と、取組主体個々の双方を評価する仕組みが必要となります。また、役割のなかでも、各人が独自に動くのではなく、相互に共有、補強しつつ、全体的な取組を進めていくことが重要です。

### (2) 具体的な対応策の検討の手法

対応策を検討していく際には様々な手法がありますが、多職種でのワークショップを活用しつつ対応策の整理を行う手法を以下に説明します。

#### ① ワークショップメンバーについて





課題抽出のワークショップで述べた内容と同一となりますが、特定の団体のみでワークショップをしても、地域全体で一丸となって取り組むべき対応策の策定はできません。このため、ワークショップのメンバーは、幅広く、地域の立場の異なる組織や機関、職種から選定する必要があります。具体的には、前述の「ステップⅢ：会議体の在り方の検討と会議体設置」(P19)に記載する会議体の構成員等をメンバーとして行うことが望ましいでしょう。

#### ② ワークショップの進め方について

##### A) 対応策の抽出

P16で抽出した課題（ピンクのカード）について、それぞれの課題の枠組みで、対応策を検討していきます。

ワークショップ参加のメンバーで対応策を書き出し、それをグルーピングしていくことで、メンバー全員が納得できる対応策を見つけていくことができます。

目安65分	参加メンバーで課題についての対応策を検討する（KJ法） 在宅医療・救急医療連携の課題に対する対応策を検討します。
	① 出てきた課題（ピンクのカード  ）についての対応策をカードに書き出します。 ※個人ワーク15分（緑色のカードを使用  ）
	② 個人ワークで作成したカードを簡単に説明しながら模造紙に貼っていきます。 ※25分（緑色のカードを使用  ）
	③ 似たような対応策をグループ化し、グループごとに見出しを付けます。 ※25分（見出しは、青色のカードを使用  ）

**B) 対応策を実施する際の役割分担の整理**

抽出した対応策について、各団体等でどのような役回りを行うか、整理することも重要です。以下のような整理表を活用し、対応策を実施する際の役割を整理していきます。

課題（ピンクのカード）ごとに抽出するのが望ましいが、複数ある課題をまとめられるのであれば、まとめうえで検討してもよいでしょう

<b>1. 主要課題</b> ※1つ選んだピンクのカード  の内容を転記				
<b>2. 上記の課題を解決するための対応策</b> ※水色のカード  から 2～4つ程度選んで転記	<b>左記の対応策における職制ごとの役割</b> ※緑のカード  の内容も踏まえつつ、職制ごとの役割を細かく記載してください。			
	自治体（市町村等）	在宅医療関係者 （医師会等）	救急医療関係者 （病院等）	その他
①				
②				
③				
④				

**C) 対応策を実施する際の工程表の作成**

対応策を実施するうえでの各団体の役割を整理したら、実際にどのような工程で対応策を実施していくか、工程表を作成し、流れの見える化をしていくとよいでしょう。以下、工程表の見本を添付します。工程表については、短期スパン（開始後1年程度）、中長期スパン（開始後2～3年程度）の双方の工程を作成することが推奨されます。

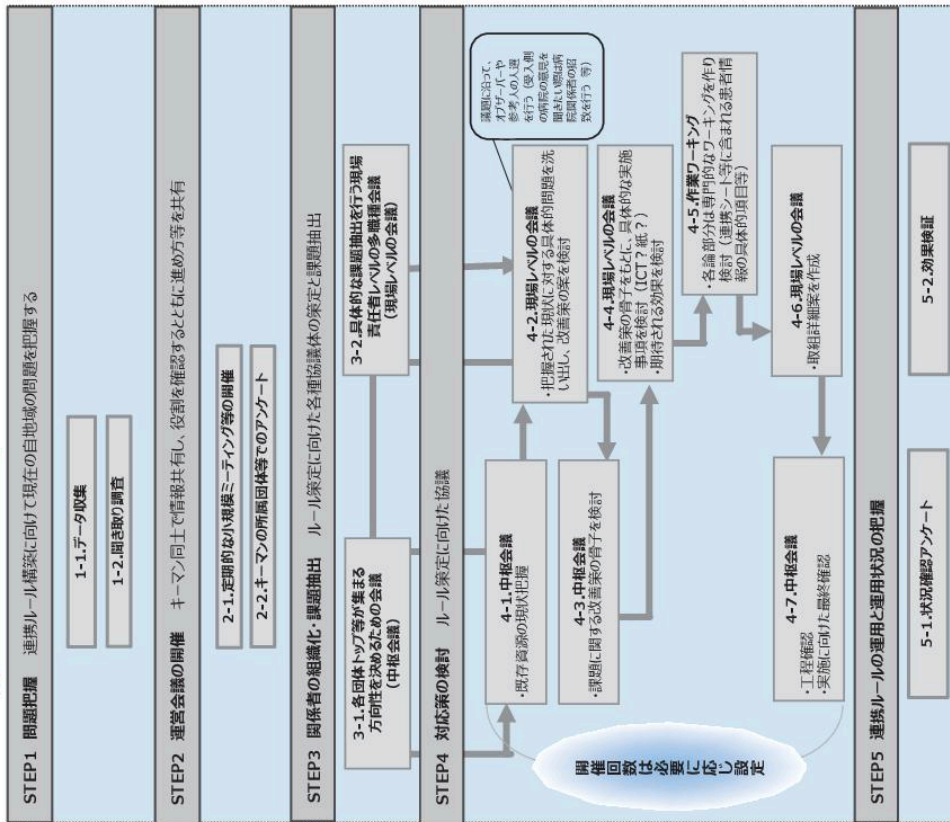
図表 1年間の工程表 (例)

工程表 (今年度取り組み事例)

ここに詳細な時期を記載

項目	実施時期
1-1	11/17まで
1-2	医師会 (11/13)、消防 (11/16)、ケアマネ協会 (11/23)
2-1	11/1から2週に1回水曜日に開催
2-2	医師会所属の在宅医にアンケート (11/27から12月末日まで) 市内全介護施設へのアンケート (11/27から12月末日まで)
3-1	12/8に開催を調整中
3-2	中枢会議の内容を持って1月上旬から開催予定
4-1	中枢会議については月に1回月上旬に開催予定
4-2	現場レベルの会議については月に1回下旬に開催予定
	その他 の 後 月 1 回 づ づ 開 催

ここに、工程のフローを作成

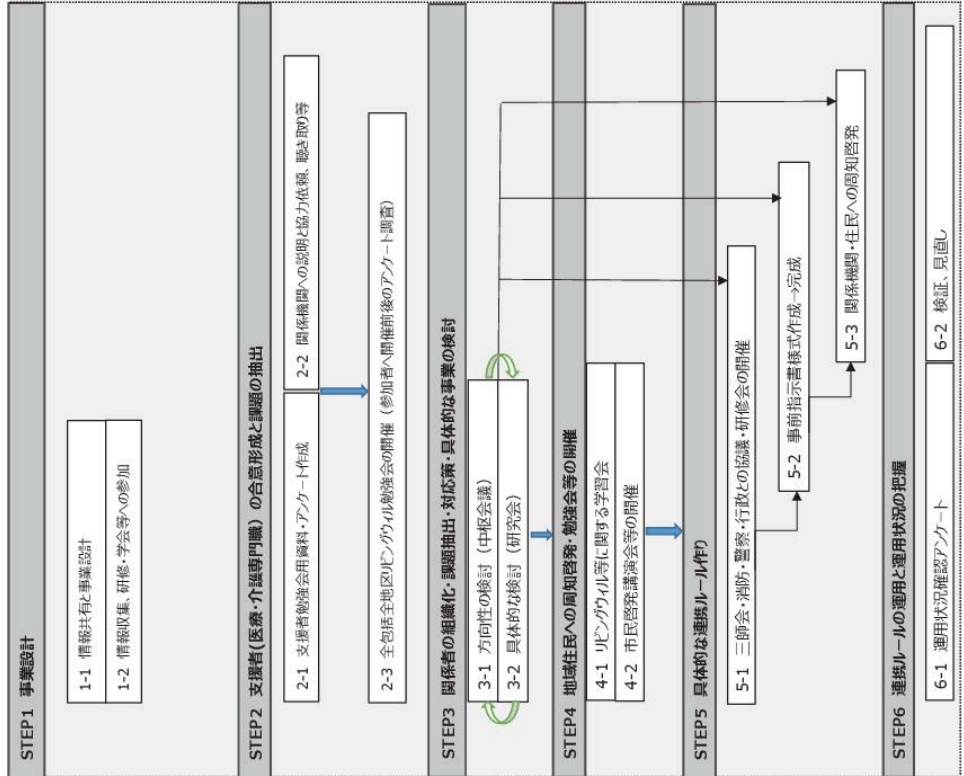


図表 3年後までの工程表（例）  
**工程表（3年後に向けて）**

ここに詳細な時期を記載

ここに、工程のフローを作成

項目	実施時期	内容等	備考
1-1	1年目8月	市、医師会、病院の打ち合わせ（これからの進め方）	
	1年目8月	市医師会担当者間打ち合わせ（事業計画等）	
	1年目9月	市医師会との打ち合わせ（モデル事業について）	
	1年目9月	地域包括支援センター主任介護支援専門員会に計画説明と協力要請	
	1年目11月	市医師会、市、広域消防局との打ち合わせ（具体的な目標について）	
	1年目11月	地域包括ケア協議会（今後の方向性の確認、研究会立ち上げの了承）	
	1年目11月	市医師会、市、病院、広域消防局との打ち合わせ（工程表について）	
1-2	1年目7月	在宅医療研究会へ参加（医療Co）	
	1年目9月	在宅医療推進フォーラムへ参加（医療Co）	
	1年目10月	大学市民公開講座へ参加（ACP:これからの医療・ケアに関する話し合い、医療Co）	
	1年目10月	セミナーへ参加（生命倫理等、医療Co）	
	1年目10月	在宅医療・救急医療連携セミナーへ参加（医師・消防・行政・医療Co・県職）	
2-1	1年目10月	リビングウエル勉強会（専門職）用資料作成	
2-2	1年目10月	10月●日 業科研究会、歯科医師会へ説明と協力依頼	
2-3	1年目10月	～リビングウエル勉強会開催（6エリア、以下順次開催）	1年目年度内に全エリアで開催
3-1	随時	市医師会、市、病院、消防等中核となる関係者打ち合わせ（随時開催）	
3-2	定期	研究会の開催による関係者間の検討（情報共有・課題抽出・目標設定・解決策の検討、フィードバック）	(2か月)に1回程度開催
4-1	1年目	市民を対象にリビングウエル等についての学習会を開催	1年目で2回
	1年目以降	全包括エリア全地区を対象に地域住民対象の勉強会の開催	
	1年目以降	事前指示書作成支援のための研修会開催	
4-2	1年目	在宅医療・介護、看護に関する講演会の開催	1年目で1回
5-1	1年目	関係機関との協議・具体的な目標設定、研修会を開催	
5-2	2年目	事前指示書様式策定、関係機関等へ意見聴取、完成	
5-3	3年目	関係機関・住民への周知啓発	
6-1	3年目	運用開始、関係機関へ運用状況確認アンケート	
6-2	3年目以降	検証、見直し	



## ステップV：対応策の実施・検証・改善

在宅医療・救急医療連携において、具体的にどのような対応策が実施され、効果をどのように検証し、改善していくのかについて記載します。

### (1) 在宅医療・救急医療連携に関する課題への対応策の例

在宅医療・救急医療連携に先進的に取り組む地域における課題への対応策を分類したところ、以下の2領域に分けられました。

#### ①在宅医療・救急医療連携の情報システムの構築

#### ②住民／医療職向け人生会議等の普及啓発

以下、それぞれ代表的なものを例示として記載します。

### ① 在宅医療・救急医療連携の情報システムの構築

### 【事例の紹介】東京都八王子市

東京都八王子市の「八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会」における取組では、意思決定できる各組織のトップが会議体を構成したうえで、入口問題と出口問題に分かれて課題を抽出しました。課題に対する目標設定後に、搬送時に使用できる紙媒体での「救急情報シート」を作成し、介護施設等に配布し、搬送時に活用できる仕組みを構築しました。

#### 3. 協議体での課題抽出と目標設定

##### 第一分科会(入口問題)

かかりつけ医がいるのにも関わらずなぜ救急車を呼ぶのか？

連携問題：

- ・施設から直接連絡しても受け入れてもらえない場合があり、仕方なく救急要請に至る
- ・もともと施設の協力病院が緊急時に対応できない
- ・かかりつけ医が一人で24時間電話を取るとは難しい
- ・慢性期病院は夜間、休日の受け入れが困難

救急病院が迅速に受け入れられないのは？

家族連絡：

- ・家族の有無や連絡先が分かりにくい
- ・付き添いの有無が問題になることがある

情報不足：

- ・普段の医療情報が分からない
- ・高齢者が病状を伝えられない
- ・施設でのショートステイでは情報把握が困難
- ・緊急時の医療処置内容の検討がなされていない（リビングウィル）

#### 3. 協議体での課題抽出と目標設定

##### 第二分科会(出口問題)

なぜ素早く慢性期、施設、在宅に移れないのか？

在宅（施設）への退院が困難となる理由

- ・高齢傷病者は以前のADLに回復しないことが多い
- ・吸引、経管栄養、カテーテルなどがあると受け入れ困難

連携問題

- ・慢性期病院と患者とのマッチングがうまくいかない（医療面、福祉面、制度面、金銭面など）
- ・慢性期病院はベッドをあけておくことが難しい
- ・慢性期、施設に送るにあたり、申請用紙の書式が違う

介護申請

- ・介護認定に時間がかかる（暫定プランは現実的ではない）
- ・急性期病院にはケアマネージャーが少ない

#### 4. 在宅と病院の連携の対応策の展開

#### 4. 在宅と病院の連携の対応策の展開

##### 救急情報シート配布状況

- 平成23年 八高連参画施設へ配布
- 平成24年 28万枚配布
- 平成27年 カラー版1万枚（市内配布物コーナー）その後増刷しつつ配布

→ ただ配布するのは効果が少ない。説明と共に配布することが大切

##### 事前指示

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「1」の中にチェックして下さい

- できるだけ救命、救命までしてほしい
- 正確な生命維持の処置を望む
- なるべく自然な状態で死んでほしい
- その他（ ）

もしもの時について家庭、施設で考えるきっかけとして現在のところトリアージには影響しない

出典：平成30年度在宅医療・救急医療セミナー資料



【事例の紹介】新潟県長岡市

新潟県長岡市では、ICTツールである医療・介護連携システム「フェニックスネット」を活用し、医療・介護の多職種で共有した患者情報を、搬送時に救急隊が閲覧でき、搬送先医療機関への適切な情報提供ができる仕組みを構築しました。

救急現場では

- ◇ 傷病者本人から、話を聞けない。  
(一人暮らしの高齢者が自宅で倒れていた！)
- ◇ 傷病者本人、もしくは家族から聴取した  
内容が、あいまい。  
(かかりつけは〇〇病院だったと思う??)

必要な情報が聴取できない

現場滞在時間の延伸  
病院選定に苦慮

長岡市消防・救急隊より

フェニックスネットに参加した結果

長岡市内全救急車(15隊)に配備

タブレットで検索

- かかりつけ医療機関
- 緊急時連絡先
- 処方薬
- 普段のバイタルサイン

適切な医療機関の選定  
適切な医療機関への情報提供  
現場所要時間の短縮

長岡市消防  
救急隊より

閲覧  
イメージ  
(一部)

ナガノカ サロウ		
表明 太郎 (男性)		
救急患者		
基本情報	別居者名/生年月日/性別	住所/電話番号
	「サロウ」 長岡市 男性	〒951-8501 新潟県長岡市○○街▲▲-1-1 自宅：0256-12-3456
	(1935年)月1日 (31歳)	緊急連絡先
主治医		
医療機関	名称 ●●●●●●●●	住所/電話番号
	〒951-8501 長岡市○○街▲▲-1-1	
	電話番号 0256-12-7890	
	診療時間	
医療		
主治の診療科	所属院	定期的に受診する薬
高山症、骨髄炎	人間科学大学工学部附属	ロキソニン、ロキソニン、ロキソニン
取得資格	検定事項	
※詳細は救急現場で確認ください。救急現場にお申し渡す場合があります。		

使用して良かった事例

- ① 一人暮らしの高齢者(認知症)事例  
テレビ鑑賞中、急に後頭部痛で知人に助けを求めたもの。状況聴取が困難であり、タブレットで検索した結果、病歴や緊急時連絡先が判明した。
- ② 画像登録事例  
胃瘻造設されている者が、数日前からの腹痛で救急要請。胃瘻チューブの画像が登録されており、比較したところ、深く入り込んでいることが判明した。
- ③ 身元不明者事例  
不安を主訴に近所のコンビニエンスストアに駆け込んだもの。状況聴取が困難であり、タブレットで検索した結果、病歴や緊急時連絡先が登録されていた。

長岡市消防・救急隊より

出典：平成 30 年度在宅医療・救急医療セミナー資料

## 【事例の紹介】岡山県倉敷市

岡山県倉敷市では、現状、倉敷中央病院 ER と救急隊で緊急判定ツールが活用され、有用性が検証されています。更に、これは、高齢者施設の救急搬送の判断のツール及び高齢者施設—救急隊—ER の共通情報ツールとしての汎用性も期待されているところであり、今後、Feasibility や実装に向けての取組をしていこうとされています。

### 緊急度判定支援機能の利用の流れ

関係者外注

今回、新たに導入する機能は、1、「現場の救急隊が緊急度判定を行う」 2、「受入医療機関が転搬情報を入力する」 3、「消防/医療機関が転搬情報を確認する」の3つの機能です。

#### 緊急度判定支援機能の利用の流れ



### (救急隊) 緊急度判定支援機能の画面遷移

関係者外注



### (救急隊) 緊急度判定結果の詳細画面

関係者外注

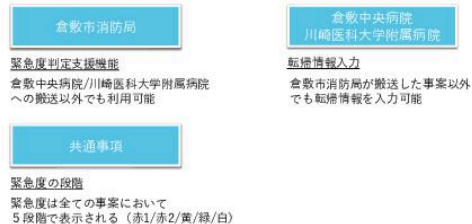
緊急度判定支援機能の「緊急度判定画面」と「医療機関の一覧画面」です。



### (共通) 機能権限について

関係者外注

現時点で緊急度判定支援機能を利用できる機関は「倉敷市消防局」「倉敷中央病院」「川崎医科大学附属病院」3機関です。



出典：倉敷中央病院・国際航業提供資料

② 住民／医療職向け人生会議等の普及啓発

【事例の紹介】長野県松本市

長野県松本市では、医師会が中心となり、医療職、住民双方の ACP(呼称:人生会議)の重要性に対する理解を深めたうえで、住民の「リビングウィル」の運用を開始しました。

はじめに ～取組概要詳細(1)～

「リビングウィルを考える」事業(3ヵ年計画)

松本市版リビングウィル(事前指示書)の作成・公開・普及を行う事業ですが、むしろそれをきっかけとする「対話」を専門職(多職種)や救急医療関係者、地域住民などと積み重ねることにより、**アドバンス・ケア・プランニング(ACP) = 「人生会議」の重要性に対する理解を深め、広めることを目的に**してきました。

はじめに ～取組概要詳細(2)～

松本市医師会「リビングウィルを考える」事業

- 平成29年度 **種まき**:基礎固め 周知啓発
  - ・専門職(多職種)行政・包括他関係機関に協力依頼、啓発活動(研修資料作成の上、「リビングウィルを考える」を開催)
- 平成30年度 **育てる**:周知啓発～専門職/関係機関との合意形成へ
  - ・「リビングウィルを考える会 専門職対象」を毎月開催
  - ・「リビングウィルを考える会 地域住民対象」を各地区ごとに開催
  - ・松本市版リビングウィル(事前指示書)(案)を作成/関係者間で検討
- 平成31年度 **みのり**:様式完成～公開へ(令和元年度)
  - ・「リビングウィルを考える会(専門職・関係機関・地域住民対象)」継続
  - ・松本市版リビングウィル(事前指示書)運用のための研修会開催～公開へ

5. 在宅医療・救急医療連携の成果(1)

松本市版リビングウィル A4版の完成(表面)

多くの人の目に触れて、**こういう状態になる可能性が誰にでもあるということ**を考えるきっかけにして欲しい！！

かかりつけ医記入欄を設け、**主治医を含めた関係者でリビングウィルを共有**することを目指しています。**自分らしく生きて、自分らしく最期を迎えるための話し合い「人生会議」**をかかりつけ医も交えて進めていきたいという思いを込めました。

医師会と松本市地域包括ケア協議会の連名

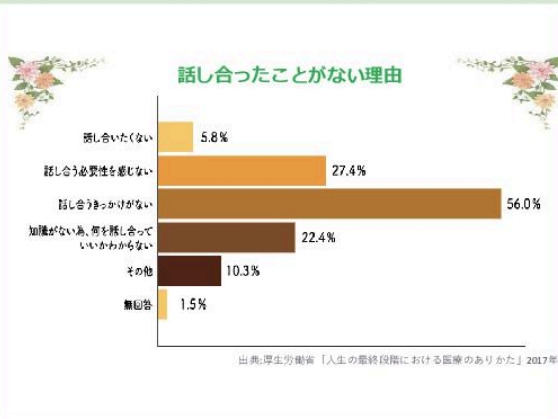
松本市版リビングウィル A4版の完成(裏面)

人生会議について大きくスペースをとり、誰にでも防れる「**人生の最終段階**」を踏まえ何を大切にどう生きていきたいかを**当たり前**に何度も繰り返し話し合っていくことの重要性をアピールしました。

出典:令和元年度在宅医療・救急医療セミナー資料

## 【事例の紹介】千葉県松戸市

千葉県松戸市では、人生会議について話し合ったことがない理由として、「話し合うきっかけがない」という回答が多いという厚生労働省のデータをもとに、気軽に人生会議について話すことのきっかけとなるツールとして「私の夢かるた♡松戸版～終活編～」を作成しました。かるたの普及啓発は、作成に関わった住民が中心になって行い、住民による住民への人生会議の普及啓発のスタイルが確立しました。



### 私の夢かるた♡松戸版～終活編～

「もしもの時・・・」を考えたり話し合うきっかけになればと始まった「私の夢かるた♡松戸版～終活編～」の作成

ACP	終活 (葬儀について)	地域資源
生き方・逝き方について	終活 (財産について)	医療・健康について
日々の心がけについて	終活 (身辺整理について)	
	終活 (お墓について)	

**人生の最終段階の意思決定は、医療のことだけではない**

### 私の夢かるた♡松戸版～終活編～

え

延命医療も変えても  
一度決めたものは  
持ち直さず変わら  
ない

表面

ささげまはもの  
で、し、の状受  
また、た、一、で況  
す、更、こ、す、け  
。後、と、れ、こ、た  
の、伝、こ、気、い  
の、え、え、わ、ち、治  
向、る、に、わ、が、療  
が、か、た、が、は、そ  
尊、と、か、た、は、そ  
重、り、わ、る、時



出典：令和元年度在宅医療・救急医療セミナー資料

図表 過年度報告書等掲載事例の整理（都道府県順）

取組地域	人口規模 (約)	都市区分	URL	該当 ページ数	対応策種別	
					① 在宅医療・救急医療連 携の情報システムの構築	② 住民／医療職向け人生 会議等の普及啓発
埼玉県利根保健医療圏	64万人	—	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	71	●	
千葉県 松戸市	48万人	—	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	55	●	●
千葉県 柏市	41万人	中核市	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	53	●	●
東京都 八王子市	58万人	中核市	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	22	●	
神奈川県 横浜市 鶴見区	27万人	政令指定都市	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	41	●	●
神奈川県 横須賀市	41万人	中核市	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	41		●
新潟県 長岡市	28万人	特別市	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	65	●	
新潟県 佐渡市	6万人	中核市	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	82	●	
愛知県 一宮市	38万人	—	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	105	●	●
大阪府 大阪市 浪速区	8万人	特別市	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	78	●	
鳥取県 日野郡 日野町	3千人	—	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	156	●	●
岡山県 高梁市	3万人	—	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	133	●	
長崎県 長崎市	43万人	中核市	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	90	●	
長崎県 佐世保市	26万人	中核市	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	189	●	
大分県 臼杵市	4万人	—	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf</a>	171	●	
鹿児島県 鹿屋市	10万人	—	<a href="https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000594611.pdf</a>	105	●	

※ 人口については、HP等で得られる最新版の数値を入れていきます。

※ 全事例は、厚生労働省「在宅医療の推進について」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>)に掲載されている「在宅医療・救急医療連携セミナー」報告書（平成30年度および平成29年度）から確認が可能です。令和元年度の報告書に記載されている事例は上記リストに含まれていないため、ご留意ください。

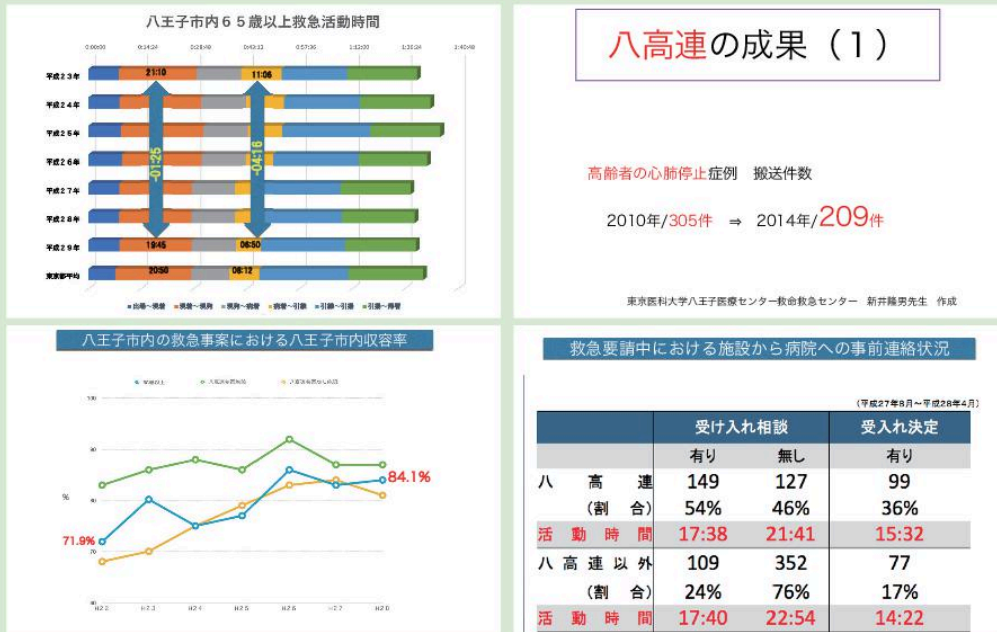
## (2) 効果検証

対応策を展開した後、どのような効果や成果が出ているかを検証し、その後の対応策の検討を行っていくことも重要です。

効果検証においては、事前に定めた数値的な評価指標について、定量的に把握する方法のほか、多職種等関係者にヒアリング等を行い、定性的に把握する方法もあります。

### 【事例の紹介】東京都八王子市

東京都八王子市の取組では、在宅と病院の連携の成果として、八王子市内の65歳以上救急活動時間、八王子市内における救急収容事業の八王子市内収容率等をKPIとしてあげ、定量的に評価を行っています。



出典：平成30年度元在宅医療・救急医療セミナー資料

### 【事例の紹介】新潟県長岡市

新潟県長岡市では、ICTで行う患者情報連携の効果として、搬送時の現場所要平均時間の区分のうち、「現場到着～現場出発」に着目し、定量的に評価を行っています。

#### 現場所要時間の比較

	件数	現場到着～現場出発 (現場所要平均時間)
平成29年救急出動件数	10,529	12分36秒
フェニックスネット有効症例	43	14分31秒
フェニックスネット活用できなかった症例	40	17分46秒

平成30年10月20日現在  
約3分の短縮

出典：平成30年度元在宅医療・救急医療セミナー資料

【事例の紹介】神奈川県横浜市鶴見区・静岡県磐田市・鹿児島県鹿屋市

各地域のそれぞれの活動成果と課題感などをまとめたものです。定性的な情報を主に評価しています。

<神奈川県横浜市鶴見区>

つるみ在宅ケアネットワーク連携ノートの成果と課題

<p><b>【連携ノートの配布状況】</b> 鶴見区医師会の在宅医療推進事業の一環として対象者へ配布し、自宅に保管して本人が管理している。平成24年7月から配布。 59医療機関 A4版 2,232冊 A5版 333冊（2017年8月末）を配布</p> <p><b>【取り組が広がったポイント】</b> ・情報が本人の手元にある⇒安心と質も課題にある ・鶴見区医師会への加入者が多く、もともと医師同士間の見える関係があった ⇒情報提供書が入られた⇒活用を学会報告 つるみ在宅ケアネットワークの各委員会が関係団体が課題を感じているか定まらんと置いて受け止めている⇒本音で語り、自分の事業として取り組んでいた ・委員会の目的が明確になっており、一輪に頼らずに進む雰囲気がある 現場課題の抽出⇒解決策の検討と具体化⇒検討された具体策の実施⇒実施してみている検証とPDCAサイクルが回っている ・理事職を担い、担い手が変更しても継り返りができたり、共有できる ・医療と生活の両面を知る在宅部門が窓口</p>	<p><b>【結果】</b> ・利用者、関係機関からの感想が聞いている（別紙紹介） ・連携ノートについてのヒアリングや取材が増える H26年1月 NHK「手し」自撮スタイルで放映 ・ヒアリング後に連携ノート作成したと成果物が送られてきた。（4か所） ・問い合わせは市外・県外もあり、中には見学実習する団体もある ・横浜市の救急医療体制に関する第7次提言（2）救急搬送されるまたは救急医療を受診するフェーズ「高齢者の情報共有ツールの有効活用」の中で鶴見区医師会の「連携ノート」をもとに意見交換されている</p> <p><b>【今後の課題】</b> ・感想は聞いているがノートの活用を促す効果評価をするにはどのようにするのが良いかはいままだに課題 ・定量化するにはどうしたものか？々々定量化し難い現状 ・最新取得された情報を共有するには継り返しの広報が必要である。 ・リビングウィルは法的効力はない</p>
--	---

<静岡県磐田市>

5-1. 在宅医療・救急医療連携の成果

1. 救急隊員と医療・介護関係者の相互理解が進んだ
2. 地域の在宅医療・救急医療連携の課題を共有でき、地域一体となって課題解決に向かう意識が少しずつ高まっている
3. かかりつけ医が、普段の外來診療で患者の緊急連絡先の聞き取りを進めている

在宅医療・救急医療連携セミナーの成果

- ・工程表の作成により、方法やスケジュール等の共通認識を三者（医師会・病院・行政）で持てたこと
- ・足並みをそろえて進めていくことの確認ができたこと

<鹿児島県鹿屋市>

5. 在宅医療・救急医療連携の成果、今後の取組等

- 情報提供カード作成及び運用を事業所全体で開始
- 普及啓発と役割分担  
事業所説明会を行い、入所・入居者への説明は事業所で行い、市民啓発は、HP・広報、民生委員等への説明会を行った。（施設版から在宅の救急医療キットへ展開）活用状況は8割
- 在宅医療・介護連携協議会の継続

<p>○その時点の思い つながる・検討する・はじめる ～がむしやらに動き、みんなをつなげる～</p>	<p>がむしやらすぎてできなかったこと 数値目標を定めていなかった</p>	<p>体験的な評価を感じているが、数値評価で評価できていない、現状の確認と今後のあり方を協議 ⇒地域包括ケア推進協議会（在宅部会）において、施設の急変時の対応と在宅高齢者の救急搬送と受け入れ先、本人の望む対応への検討協議</p>
--	---	--

出典：令和元年度在宅医療・救急医療セミナー資料

(3) 対応策の共通項と、成功事例の共通項

先進事例から見ると、具体的な対応策は多岐に及ぶものの、前述した通り、①在宅医療・救急医療連携の情報システムの構築、②住民／医療職向け人生会議等の普及啓発、大きく2領域があるといえます。これらは、いずれも、完全に独立したテーマものではなく、相互に影響し合う重要なテーマといえそうです。

また、先行事例から、効果や成果に結びついている活動の共通点は、多方面のデータをきちんと収集・分析し、関係者・関連団体の理解を得ながら、PDCAをしっかりと回しているということにあります。

この一連のプロセスの中に多職種（たとえば医療関係者と介護施設関係者、あるいは医療関係者と救急隊員といった）の相互理解が進み、また課題共有、対応策の検討という共同作業が進み、仲間としてともに取り組む土壌形成と同時に自律的な活動を遂行する人材が次々に育成されるサイクルを構築している点も共通項だと思われます。このような仕組みが自走し始めると、それは仕組みが定着したといえるでしょう。

## 参考資料：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する基礎知識

慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室  
コミュニティヘルス研究機構  
山岸 暁美

アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning）の普及啓発については、在宅医療・救急医療連携においても重要な対応策の1つとなっていることが先進地域の取組からも明らかになりました。

ACPについての基礎知識を巻末に掲載いたしますので、ご参考になさってください。

### （1）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）（愛称：人生会議）とは

人生会議とは、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning、以下 ACP という）の愛称で、その定義としては、「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」とされています（厚生労働省 2018）。以下のようなことも具体的に提示されています。

- 人生会議は本人が望めば、家族や友人とともに行われるものです。
- 本人が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましいとされています。
- また、人生会議の話し合いは、「本人の気がかりや意向」「本人の価値観や目標」「病状や予後の理解」「医療・ケアに関する意向や選好、その提供体制」といった内容も含まれています。

### （2）日本において ACP が注目されたきっかけ

日本においては、厚生労働省が 2018 年に改定した「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」に ACP の重要性が記載されたことがきっかけで、大きく注目されるようになりました。

2011 年に発出された、もともとのこのガイドラインは、延命治療を中心とした病院での活用を想定しているものでした。しかし、近年の社会情勢や死亡場所や価値観の多様化などを背景に、2018 年 3 月に改訂され、3つの大きな柱はそのままに、以下の3点が大きな変更となりました。

- 1) 病院以外での活用も想定
- 2) ケア・介護の重視
- 3) アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning）の推奨

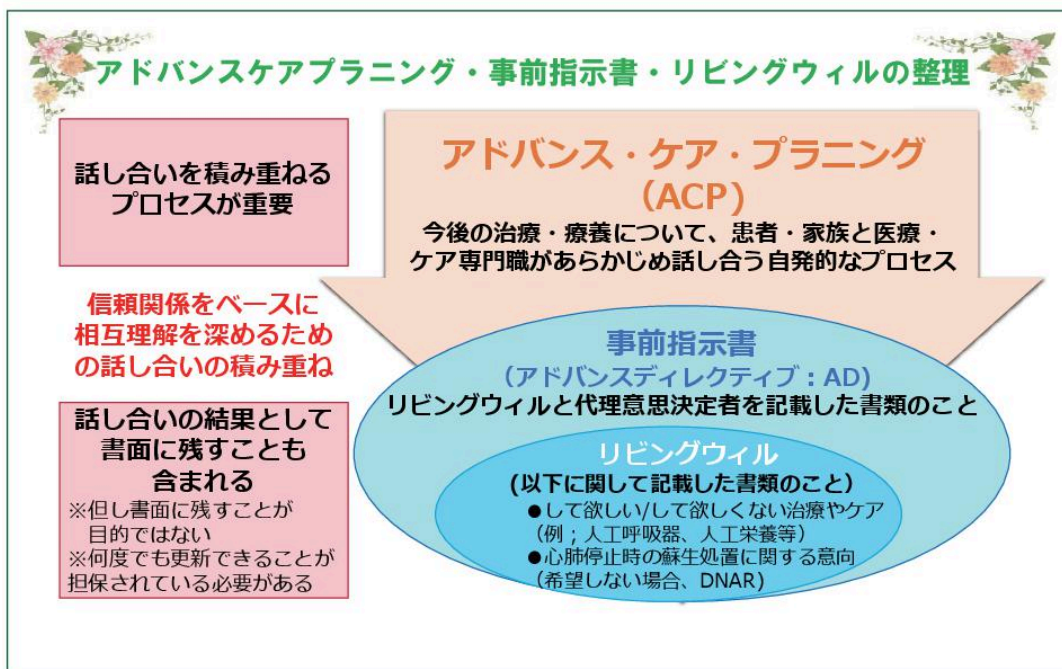
V





### (3) ACPの基本的な考え方

ACPは、信頼関係をベースとした相互理解を深めるための話し合いを繰り返すプロセスが重要であるとしています。事前指示書やリビングウィルは、その話し合いの結果として文書にまとめるという点ではACPに含まれますが、基本的なスタンスとして、ACPが最もフォーカスしているのは、話し合いのプロセスを充実させることです。つまり、ACPは「人工呼吸器をつける、つけない」「胃ろうをつくる、つくらない」ということだけを書面に残すことが目的ではなく、ご本人と家族を含む近い方、そして医療・ケア専門職が、ご本人の持つ価値観やご意向を尊重しながら、医療やケア、日々の過ごし方に関して話し合う、そのプロセスを大事にします。



#### (4) 比較的元気な住民への ACP の普及啓発

健康な方と疾患を抱えた方の ACP は、分けて考えたほうが良いと言われています。基礎自治体の皆さんが取り組まれるのは、主に比較的元気な住民の方を対象に ACP の普及啓発を担われることになるでしょう。

住民の方が、平时に人工呼吸器や胃ろうの造設によって、どんなことが生じるか、どんなメリットやデメリットがあるのかは、なかなか知りえることができません。また知識としてあっても、実際の状況は想像し得ないでしょう。また元気な方の場合、医療介護専門職との接点もない方もいらっしゃるでしょう。

では、住民への ACP の普及啓発とは、どのように進めていけばいいのでしょうか？

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。命の危険が迫った状態になると約 70%の方が、意向を表明したり意思決定することが難しい状態になるという報告があります。

そのような状況で、家族など近い関係者が「本人なら、たぶん、こう考えるだろう」と意思を推定しながら、医療・ケアチームと今後の方針について話し合いをすることになります。

だからといって、先述のように住民の方が医療処置の詳細までを決めておくことは非常に困難です。ACP はそこを重視していません。

まず、住民の方々には、こうした状況がありうるのだということ、そして、「もしもの時」よりもっと前に、「自分が何を大切にしているのか」や「どこでどんなふうに過ごしたいか」などを元気なうちに考えたり、近い人と話し合っておくことが大事だということを知っていただくことからスタートします。つまり、ACP のレディネス（準備性）を上げることが、住民に対する ACP の普及啓発の目的になります。

以心伝心、おまかせ、察する文化の我々日本人にとって、自らの価値観や意向を言語化して伝える、話し合うということに不慣れではあります。病気になってから、また命の危機が迫ってから急に ACP を医療介護の専門職とともに積み重ねることは難しいものです。元気なうちから、価値観を整理したり思いを言語化することに慣れておくことも含め、ACP が根付く文化醸成が基礎自治体が行う ACP の普及啓発に求められているのではないのでしょうか？

尚、全ての人が、人生会議をしなくてはならないというわけでは、決してありません。あくまで、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

#### (5) さいごに

ACP は、DNAR か否か、病院か在宅か、救急医療か在宅医療かといった二元論で選択を迫ることで決してありません。“ときどき病院、ほぼ在宅”という地域包括ケアシステムの基本的な文脈の中で、ご本人が望む生活を最期の瞬間まで営むという、人として当たり前のことを、必要なときに適切に支援することができるよう、医療・ケア専門職が、各々の立場で何ができるのかに真摯に向き合うことが重要です。

そもそも人の幸せや価値観は、多様です。“こうすべきといった絶対解”はありません。ご本人はもちろんのこと、関わる人たちの“納得解”をいかに模索することができるか？この模索のプロセスそのものが、その方の尊厳を重視した、倫理的側面からの“機関を超えたチーム医療・介護”を強化していくことになります。そして、得られた“納得解”を地域全体で支えていくプロセスそのものが地域包括ケアになるのです。

付属資料

付属資料1：医師会へのヒアリング項目（案）

ヒアリング項目（医師会向け）

テーマ	ヒアリング内容
<b>1. 在宅医療・介護の専門職の実態</b>	
① 人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携する病院に関して供給量等の問題はないか</li> <li>・市内の在宅医において、人員は足りているか</li> <li>・市内の訪問看護STにおいて、人員は足りているか</li> <li>・市内の介護事業所において、人員は足りているか（特に特養等老人ホーム）</li> </ul>
② 診療、ケアについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院の処置、対応について何か課題に思うことはないか</li> <li>・市内の在宅医の対応可能処置について何か課題に思うことはないか（例：看取り対応等が実施できる医師の数等）</li> <li>・市内の訪問看護STの対応可能処置について何か課題に思うことはないか</li> <li>・市内のケアマネジャーの対応について何か課題に思うことはないか</li> <li>・市内の介護事業所のケア、対応について何か課題に思うことはないか</li> </ul>
<b>2. 4医療機能別の確認事項</b>	
① 入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時、病院、在宅医等、訪問看護等、多職種との連携はスムーズにできているか</li> <li>・入院後、退院までに患者の情報は確認できているか</li> <li>・退院時、病院や在宅医、訪問看護等多職種との連携はスムーズにできているか</li> <li>・患者入院時の病院の選定は無理なく行えているか</li> <li>・退院時、患者は元のかかりつけ医のもとに戻ることができているか                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 退院時、病院や在宅医との連携はスムーズにできているか（特に患者にかかりつけの在宅医がなかった場合）</li> <li>➢ 退院時の介護資源の調整はスムーズにできているか</li> </ul> </li> </ul>
② 日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院、診療所、薬局、訪問看護等との連携はスムーズにできているか</li> <li>・病院と在宅医、訪問看護の連携はスムーズにできているか（緩和ケアの場合等）。その際の介護との連携は</li> <li>・家族への支援はできているか</li> <li>・地域包括支援センター等を中心に、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保できているか</li> </ul>
③ 急変時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24H対応の診療所、訪問看護STは患者の需要と供給に見合った数存在するか</li> <li>・24H対応が難しい場合、市内の診療所は他機関と連携して体制確保できているか。その時の介護の立ち位置は</li> <li>・後方支援体制は整備されていると感じるか</li> <li>・急変時に患者の情報（医療情報・DNARなど社会的情報等）を多職種で共有できているか（しくみはあるか）</li> </ul>
④ 看取り	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看取り時の病院、診療所、薬局、訪看、ケアマネ等多職種の連携はスムーズにできているか</li> <li>・ACP等の患者の意思を多職種で共有できる体制はできているか</li> <li>・がんの場合、市における退院後の予後期間は平均しておおむねどのくらいか（病院からどの時期に戻ってきているか）</li> <li>・がんの場合、予後1カ月程度のケアマネ、介護職の立ち回りはどのようになっているか</li> </ul>
<b>3. 今後の課題認識について</b>	
① 課題認識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2025年/2040年に向けて、どのような課題認識があるか</li> </ul>
② 今後取るべき対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院が取るべき対応</li> <li>・市医師会（診療所等）が取るべき対応</li> <li>・市内訪看STが取るべき対応</li> <li>・市内ケアマネが取るべき対応</li> <li>・市内介護施設が取るべき対応</li> <li>・行政が取るべき対応</li> </ul>

付属資料2：病院へのヒアリング項目（案）

ヒアリング項目（病院向け）

テーマ	ヒアリング内容
<b>1. 4 医療機能ごとの実態</b>	
<b>① 入退院支援</b> 【ヒアリングのポイント】 ・入退院支援で病院として困っていることは何かを確認する ・3市の入退院の傾向が分かれば確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の疾病の入院が多いなどの現象はあるか。在宅で特定の疾病の対応ができておらず入院になりやすいなどの現象はあるか</li> <li>近年の1人あたり入院期間の平均はどうか（下がっているか、上がっているか）。特定の患者だけ長いなどあるか</li> <li>再入院率はどうか（在宅に帰った方が在宅で療養できず何回も入院していないか？その率はどの程度か？）</li> <li>退院後、地域の患者は地域内に戻れているか。戻れない場合、どのような理由があるか               <ul style="list-style-type: none"> <li>入院時、病院や在宅医との連携に何らかの課題はあるか</li> <li>退院時、病院や在宅医との連携に何らかの課題はあるか（特に患者にかかりつけの在宅医がなかった場合）（在宅医が退院時に欲しい情報として何を求められ、どのような情報を提供しているか）</li> <li>退院時の介護資源の調整に何らかの課題はあるか</li> </ul> </li> </ul>
<b>② 日常の療養支援</b> 【ヒアリングのポイント】 ・在宅医で対応できると思われる方が病院に来院するケースが多いかを確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来患者における在宅医から紹介率はどの程度か</li> <li>地域から、紹介がないのに来院するケースが多い状況はあるか（どの地域？どのような疾病で？）</li> <li>日常の療養支援での在宅医等との連携で、どのようなことを実施しているか（実施したいか）</li> </ul>
<b>③ 急変時の対応</b> 【ヒアリングのポイント】 ・搬送に関して困っていることは何かを確認する ・搬送時の多職種連携、患者情報連携で困っていることを確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>軽症患者搬送が多いが、これは病院として問題となっているか</li> <li>それらの患者はなぜ救急車を呼ぶと考えられるか</li> <li>救急応受率と、お断りした際の理由で多いものは何か</li> <li>患者情報システム導入についてどのようにお考えか               <ul style="list-style-type: none"> <li>搬送時の提供情報で不足しているところはあるか</li> <li>診療情報提供料（I）はきちんと算定できているか</li> </ul> </li> </ul>
<b>④ 看取り</b> 【ヒアリングのポイント】 ・地域で看取るための病診連携の状況を確認する ・在宅で看取れる患者は在宅で看取れているか確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>看取り時の病院、診療所、薬局、訪問、ケアマネ等多職種の連携はスムーズにできているか</li> <li>ACP等の患者の意思を地域の多職種で共有できる体制はできているか</li> <li>がんの場合、退院後の予後期間は平均しておおむねどのくらいか</li> </ul>
<b>2. 地域に望むこと</b>	
<b>① それぞれへ望むこと</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市内の在宅医において、どのようなことを望むか</li> <li>市内の訪問看護STにおいて、どのようなことを望むか</li> <li>市内の訪問看護STにおいて、どのようなことを望むか</li> <li>市町村にどのようなことを望むか</li> <li>保健所にどのようなことを望むか</li> <li>都道府県にどのようなことを望むか</li> </ul>
<b>3. 今後について</b>	
<b>① 課題認識</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2025年/2040年に向けて、どのような課題認識があるか</li> </ul>
<b>② 今後取るべき対応</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今後、人員が少なくなっていく中、病院としてどのような機能を維持していく予定があるか（わかる範囲で）</li> <li>近隣の他病院との関係性、棲み分けはどのようにになっているか</li> <li>今後、地域における医療はどのようになっていくと想定されているか</li> </ul>

付属資料3：看護の団体へのヒアリング項目（案）

ヒアリング項目（看護の団体向け）

テーマ	ヒアリング内容
<b>1. 在宅医療・介護の専門職の実態</b>	
① 人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携する病院に関して供給量等の問題はないか</li> <li>・市内の在宅医において、人員は足りているか</li> <li>・市内の訪問看護STにおいて、人員は足りているか</li> <li>・市内の介護事業所において、人員は足りているか</li> </ul>
② 診療、ケアについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院の処置、対応について何か課題に思うことはないか</li> <li>・市内の在宅医の対応可能処置について何か課題に思うことはないか（例：看取り対応等が実施できる医師の数等）</li> <li>・市内の訪問看護STの対応可能処置について何か課題に思うことはないか</li> <li>・市内のケアマネの対応について何か課題に思うことはないか</li> <li>・市内の介護事業所のケア、対応について何か課題に思うことはないか</li> </ul>
<b>2. 4医療機能別の確認事項</b>	
① 入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時、病院、在宅医等、多職種との連携はスムーズにできているか</li> <li>・入院後、退院までに患者の情報は確認できているか</li> <li>・退院時、病院や在宅医との連携はスムーズにできているか</li> <li>・患者入院時の病院の選定は無理なく行えているか</li> <li>・退院時、患者は元のかかりつけ医のもとに戻ることができるか                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 退院時、病院や在宅医との連携はスムーズにできているか（特に患者にかかりつけの在宅医がなかった場合）</li> <li>➢ 退院時の介護資源の調整はスムーズにできているか</li> </ul> </li> </ul>
② 日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院、診療所、薬局、ケアマネ等との連携はスムーズにできているか</li> <li>・病院と在宅医の連携はスムーズにできているか（緩和ケアの場合等）</li> <li>・家族への支援はできているか</li> <li>・地域包括支援センター等を中心に、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保できているか</li> </ul>
③ 急変時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24H対応の診療所、訪問看護STは患者の需要と供給に見合った数存在するか</li> <li>・24H対応が難しい場合、市内の診療所は他機関と連携して体制確保できているか</li> <li>・後方支援体制は整備されているか</li> <li>・急変時に患者の情報（医療情報・DNARなど社会的情報等）を多職種で共有できているか（しくみはあるか）</li> </ul>
④ 看取り	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看取り時の病院、診療所、薬局、訪看、ケアマネ等多職種の連携はスムーズにできているか</li> <li>・ACP等の患者の意思を多職種で共有できる体制はできているか</li> <li>・がんの場合、市における退院後の予後期間は平均しておおむねどのくらいか（病院からどの時期に戻ってきているか）</li> <li>・がんの場合、予後1カ月程度のケアマネ、介護職の立ち回りはどのようになっているか</li> </ul>
<b>3. 今後の課題認識について</b>	
① 課題認識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2025年/2040年に向けて、どのような課題認識があるか</li> </ul>
② 今後取るべき対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院が取るべき対応</li> <li>・市医師会（診療所等）が取るべき対応</li> <li>・市内訪看STが取るべき対応</li> <li>・市内ケアマネが取るべき対応</li> <li>・市内介護施設が取るべき対応</li> <li>・行政が取るべき対応</li> </ul>

## 付属資料4：介護の団体へのヒアリング項目（案）

### ヒアリング項目（介護の団体向け）

テーマ	ヒアリング内容
<b>1. 在宅医療・介護の専門職の実態</b>	
① 人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携する病院に関して供給量等の問題はないか</li> <li>・市内の在宅医において、人員は足りているか</li> <li>・市内の訪問看護STにおいて、人員は足りているか</li> <li>・市内の介護事業所において、人員は足りているか（特に特養等老人ホーム）</li> </ul>
② 診療、ケアについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院の処置、対応について何か課題に思うことはないか</li> <li>・市内の在宅医の対応可能処置について何か課題に思うことはないか（例：看取り対応等が実施できる医師の数等）</li> <li>・市内の訪問看護STの対応可能処置について何か課題に思うことはないか</li> <li>・市内のケアマネの対応について何か課題に思うことはないか</li> <li>・市内の介護事業所のケア、対応について何か課題に思うことはないか</li> </ul>
<b>2. 4医療機能別の確認事項</b>	
① 入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時、病院、在宅医等、訪問看護等、多職種との連携はスムーズにできているか</li> <li>・入院後、退院までに患者の情報は確認できているか</li> <li>・退院時、病院や在宅医、訪問看護等多職種との連携はスムーズにできているか</li> <li>・患者入院時の病院の選定は無理なく行えているか</li> <li>・退院時、患者は元のかかりつけ医のもとに戻ることができるか <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 退院時、病院や在宅医との連携はスムーズにできているか（特に患者にかかりつけの在宅医がなかった場合）</li> <li>➢ 退院時の介護資源の調整はスムーズにできているか</li> </ul> </li> </ul>
② 日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院、診療所、薬局、訪問看護等との連携はスムーズにできているか</li> <li>・病院と在宅医、訪問看護の連携はスムーズにできているか（緩和ケアの場合等）。その際の介護との連携は</li> <li>・家族への支援はできているか</li> <li>・地域包括支援センター等を中心に、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保できているか</li> </ul>
③ 急変時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24H対応の診療所、訪問看護STは患者の需要と供給に見合った数存在するか</li> <li>・24H対応が難しい場合、市内の診療所は他機関と連携して体制確保できているか。その時の介護の立ち位置は</li> <li>・後方支援体制は整備されているか</li> <li>・急変時に患者の情報（医療情報・DNARなど社会的情報等）を多職種で共有できているか（しくみはあるか）</li> </ul>
④ 看取り	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看取り時の病院、診療所、薬局、訪看、ケアマネ等多職種の連携はスムーズにできているか</li> <li>・ACP等の患者の意思を多職種で共有できる体制はできているか</li> <li>・がんの場合、市における退院後の予後期間は平均しておおむねどのくらいか（病院からの時期に戻ってきているか）</li> <li>・がんの場合、予後1カ月程度のケアマネ、介護職の立ち回りはどのようになっているか</li> </ul>
<b>3. 今後の課題認識について</b>	
① 課題認識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2025年/2040年に向けて、どのような課題認識があるか</li> </ul>
② 今後取るべき対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院が取るべき対応</li> <li>・市医師会（診療所等）が取るべき対応</li> <li>・市内訪看STが取るべき対応</li> <li>・市内ケアマネが取るべき対応</li> <li>・市内介護施設が取るべき対応</li> <li>・行政が取るべき対応</li> </ul>

付属資料5：消防本部へのヒアリング項目（案）

ヒアリング項目（消防本部向け）

テーマ	ヒアリング内容
<b>1. 搬送全体の実態</b>	
① 体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>搬送件数・搬送人員数に比べ、救急隊員数・救急救命士数は充足しているか</li> <li>救急車の数等は足りているか</li> </ul>
② 搬送内容について	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の搬送において、近年どのような搬送の傾向があるか                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 傷病程度別に何らかの傾向はあるか（軽症搬送がとみに増えている等）</li> <li>▶ 疾病分類別に何らかの傾向はあるか（特定の疾病、例えばがん患者の搬送が多い等）</li> </ul> </li> <li>DNAR（心肺蘇生を行わないこと）意思がある患者の搬送は増えているか</li> </ul>
<b>2. 具体的な搬送の内容について（急病高齢者の搬送等を中心に）</b>	
①-1 搬送元について（患者自宅からの搬送）	<ul style="list-style-type: none"> <li>傷病程度別、疾病分類別にどのような搬送が多いか</li> <li>かかりつけの医師や看護師に連絡がつかないケースは多いか？つかない場合、その時間帯は？</li> <li>治療等に関する患者本人の意思とその他（家族、医師等）の意見が異なるケースはあるか</li> <li>患者の既往症・アレルギー等の医療情報の確認ができないケースは多いか</li> <li>患者のキーパーソン、DNAR（心肺蘇生を行わないこと）意思等の社会的情報の確認ができないケースはあるか</li> <li>治療等に関する患者本人の意思とその他（家族、医師等）の意見が異なるケースはあるか</li> <li>（患者情報連携の仕組みがある場合）救急キットや連携シートの場所ははっきりと分かるか</li> <li>（患者情報連携の仕組みがある場合）救急キットや連携シートの掲載情報に不足等を感じるか</li> </ul>
①-2 搬送元について（高齢者施設からの搬送）	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の施設から搬送が多い等の現状はあるか</li> <li>傷病程度別、疾病分類別にどのような搬送が多いか</li> <li>かかりつけの医師や看護師に連絡がつかないケースは多いか？つかない場合、その時間帯は？</li> <li>患者家族と連絡がつかないケースは多いか</li> <li>患者の既往症・アレルギー等の医療情報の確認ができないケースは多いか</li> <li>患者のキーパーソン、DNAR（心肺蘇生を行わないこと）意思等の社会的情報の確認ができないケースはあるか</li> <li>治療等に関する患者本人の意思とその他（施設職員、家族、医師等）の意見が異なるケースはあるか？</li> <li>施設職員は、事故発生状況等について病院に説明できているか</li> <li>施設職員はの救急車への同乗について、どのような状況か</li> <li>施設職員が病院照会をできているか</li> <li>（患者情報連携の仕組みがある場合）救急キットや連携シートの場所ははっきりと分かるか</li> <li>（患者情報連携の仕組みがある場合）救急キットや連携シートの掲載情報に不足等を感じるか</li> </ul>
② 搬送先について	<ul style="list-style-type: none"> <li>搬送先の病院に偏りはあるか（特定の病院で搬送拒否が多いなどの傾向はあるか）</li> <li>搬送先の病院では、どのような情報が求められているか</li> <li>搬送先の病院と救急隊員の意思疎通に何らかの困難な点はあるか</li> </ul>
<b>3. 今後の課題認識について</b>	
① 課題認識	<ul style="list-style-type: none"> <li>2025年/2040年に向けて、どのような課題認識があるか</li> </ul>
② 今後取るべき対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院が取るべき対応</li> <li>市医師会（診療所等）が取るべき対応</li> <li>市内訪問STが取るべき対応</li> <li>市内ケアマネが取るべき対応</li> <li>市内介護施設が取るべき対応</li> <li>行政が取るべき対応（消防本部として行政とどのような連携をしたいと思っているか）</li> </ul>

## 付属資料6：在宅医療・救急医療連携に関連するオープンデータ一覧

### < 公的統計調査等 >

#### ①人口動態調査

調査概要	人口動態事象を把握し、人口及び厚生労働行政施策の基礎資料を得ることを目的とし、毎年実施されている。 基礎自治体長は、出生・死亡・婚姻・離婚・死産の届出票に基づいて人口動態調査票を作成し、保健所や都道府県を経て厚生労働省にて集計される。
対象期間	暦年
調査時期	調査の期間は調査該当年の1月1日から同年12月31日まで
公表のタイミング	調査年の翌年の9月上旬
調査対象	「戸籍法」及び「死産の届出に関する規程」により届け出られた出生、死亡、婚姻、離婚及び死産の全数
抽出方法	全数調査
集計単位	都道府県別
経年変化の確認可否	<ul style="list-style-type: none"> <li>前年比較は概要に掲載されている</li> <li>e-stat の掲載は5年ごと。公表年ごとに確認し、経年変化は集計する必要がある</li> </ul>
指標として活用するうえでの留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>自宅死亡を用いる場合、異状死（検死）が含まれており、在宅での看取りを表していない点に注意。</li> <li>老人ホーム死には、記入時点で、本来は別分類である介護老人保健施設なども含まれていること、グループホームやサービス付き高齢者住宅が含まれていないなど、分類上の課題がある（正確性に欠ける可能性がある）点に注意。</li> </ul>
担当部局	厚生労働省 政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室
データ入手先	<ul style="list-style-type: none"> <li>性・死亡の場所・年齢（5歳階級別）（中巻8）から場所（自宅）を在宅死亡者数とする</li> <li>厚生労働省 HP： <a href="https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html">https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html</a></li> <li>e-stat 政府統計の総合窓口： <a href="https://www.e-stat.go.jp/">https://www.e-stat.go.jp/</a></li> </ul>

#### ②医療施設調査

調査概要	全国の医療施設（医療法（昭和23年法律第205号）に定める病院・診療所）の分布及び整備の実態を明らかにするとともに、医療施設の診療機能を把握し、医療行政の基礎資料を得ることを目的とし、医療施設より提出される開設・廃止等の申請・届出に基づき毎月実施する「医療施設動態調査」と、全医療施設の詳細な実態を把握するため3年ごとに実施する「医療施設静態調査」がある。
対象期間	暦年
調査時期	毎年10月1日現在
公表のタイミング	調査年の翌年の9月～12月
調査対象	<p>(1) 静態調査 調査時点で開設している全ての医療施設名称、所在地、開設者、診療科目及び患者数、設備、従事者の数及びその勤務の状況、許可病床数、社会保険診療の状況、救急病院・診療所の告示の有無、診療及び検査の実施の状況、その他関連する事項</p> <p>(2) 動態調査 医療法に基づく開設・廃止・変更等の届出を受理又は処分をした医療施設名称、所在地、開設者、診療科目、許可病床数 等</p>
抽出方法	全数
集計単位	都道府県別、基礎自治体別、二次医療圏別（集計結果により異なる）
経年変化の確認可否	公表年ごとに確認し、経年変化は集計する必要がある
指標として活用するうえでの留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>3年に1度、10月1日現在の1ヶ月分のサービス提供状況</li> <li>プロセス指標としての利用には限界がある</li> </ul>
担当部局	厚生労働省 政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室
データ入手先	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省 HP： <a href="https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html">https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html</a></li> <li>e-stat 政府統計の総合窓口： <a href="https://www.e-stat.go.jp/">https://www.e-stat.go.jp/</a></li> </ul>



③施設基準の届出受理状況（各地方厚生局）

調査概要	各地方厚生局では、保険医療機関・保険薬局及び指定訪問看護ステーションの指定ならびに訪問看護ステーションの基準の届出について情報を開示している。
対象期間	申請があった都度
調査時期	—
公表のタイミング	新規指定・廃止・辞退・取消は月ごと
調査対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医科、歯科、薬局の施設基準の届出受理状況・指定訪問看護ステーションの指定一覧</li> <li>・ 訪問看護ステーションの基準の届出受理状況</li> </ul>
抽出方法	全数
集計単位	都道府県別
経年変化の確認可否	随時更新されるため経年変化の確認は困難
指標として活用するうえでの留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 厚生局への届出数であるため、必ずしも稼働実態ではない可能性がある</li> <li>・ 更新のタイミングが異なる可能性があり、一律に比較はできない</li> </ul>
担当部局	厚生労働省 各地方厚生局 調査課
データ入手先	・ 厚生労働省 HP：「施設基準の届出受理状況」で検索

④介護サービス施設・事業所調査

調査概要	全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的とし、介護予防サービス事業所、居宅サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所等を対象に毎年度実施されている。
対象期間	調査年10月1日現在
調査時期	—
公表のタイミング	調査年の翌年の9月
調査対象	<p>(1) 基本票</p> <p>[1] 施設基本票：法人名、施設名、所在地、活動状況、定員</p> <p>[2] 事業所基本票：法人名、事業所名、所在地、活動状況</p> <p>2) 詳細票</p> <p>[1] 介護保険施設：開設・経営主体、在所者数、居室等の状況、従事者数等</p> <p>[2] 居宅サービス事業所等：開設・経営主体、利用者数、従事者数 等</p> <p>(3) 利用者票要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）等</p>
抽出方法	全数
集計単位	都道府県別・指定都市・中核市（集計結果により異なる）
経年変化の確認可否	公表年ごとに確認し、経年変化は集計する必要がある
指標として活用するうえでの留意点	基本票（都道府県への調査）と詳細票（施設への調査）があり、詳細票の回収率は85.6%（平成29年度調査）と高いものの全数を表しているものではない
担当部局	厚生労働省 政策統括官付参事官付 社会統計室
データ入手先	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 厚生労働省 HP：<a href="https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html">https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html</a></li> <li>・ e-stat 政府統計の総合窓口：<a href="https://www.e-stat.go.jp/">https://www.e-stat.go.jp/</a></li> </ul>

⑤医療機能情報（医療機能情報提供制度）

調査概要	住民・患者による医療機関の適切な選択を支援することを目的とし、病院等の医療機能に関する情報について都道府県知事への報告を義務づけるとともに、報告を受けた都道府県知事はその情報を住民・患者に対して提供する制度として運用されている。 医療機関は、基本情報（診療科目、診療日、診療時間等）のほか、対応可能な疾患・治療内容など、一定の情報を都道府県へ報告するとともに、医療機関において閲覧できるようにしなければならない。 一方、都道府県は、医療機関から報告された医療機能に関する情報を集約・整理した上で、都道府県のホームページに掲載するなど、住民・患者が利用しやすい形で公表している。
対象期間	調査時点の最新情報
調査時期	都道府県が定める時期
公表のタイミング	随時
調査対象	「基本情報」は全国一律。①病院等の名称、②病院等の開設者、③病院等の管理者、④病院等の所在地、⑤病院等の住民案内用電話番号及びファクシミリ番号、⑥診療科目、⑦診療日（診療科目別）、⑧診療時間（診療科目別）、⑨病床の種別及び届出又は許可病床数
抽出方法	全数
集計単位	集計データなし（検索サイト）
経年変化の確認可否	随時更新されるため経年変化の確認は困難
指標として活用するうえでの留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県によって更新年や更新頻度が異なるほか、公開している情報の種類が異なるなど、都道府県別の比較には課題がある</li> <li>リスト形式でのデータ、集計結果データの入手はできないため、数を把握するためには検索結果からカウントする必要がある</li> </ul>
担当部局	厚生労働省 医政局総務課
データ入手先	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省 HP： <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html</a></li> </ul>

⑥介護サービス情報（介護サービス情報公表システム）

調査概要	利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県がホームページに掲載するなど利用しやすい形で公表している。
対象期間	調査時点の最新情報
調査時期	都道府県が定める時期
公表のタイミング	随時
調査対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>「基本情報」（所在地、従業員数、営業時間、サービス内容等）</li> <li>「運営情報」（外部機関との連携、苦情対応の状況、職員研修の状況等）</li> <li>「都道府県独自項目」で構成される</li> </ul>
抽出方法	全数
集計単位	集計データなし（検索サイト）
経年変化の確認可否	随時更新されるため経年変化の確認は困難
指標として活用するうえでの留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>時点が統一されていない、更新されていない場合があるなど、統計・指標としての利用は注意が必要</li> <li>リスト形式でのデータ、集計結果データの入手はできないため、数を把握するためには検索結果からカウントする必要がある</li> </ul>
担当部局	厚生労働省 老健局振興課
データ入手先	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省 HP： <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/kouhyou/index.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/kouhyou/index.html</a></li> </ul>

付属資料7：在宅医療・救急医療連携に関連するオープンデータ一覧

<公的データベース等>

①レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）

データ概要	全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に視することを目的に日本全国のレセプトデータ（医科、歯科、調剤、DPC）、特定健診等データを収集しデータベース化したもの。
地方公共団体での入手可能性	データの提供依頼申し出者は次のとおり。 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 国の行政機関</li> <li>• 都道府県</li> <li>• 基礎自治体</li> <li>• 研究開発独立行政法人等</li> <li>• 大学（大学院含む）</li> <li>• 医療保険者の中央団体</li> <li>• 医療サービスの質の向上等をその設立目的の趣旨に含む国所管の公益法人</li> <li>• 提供されるデータを用いた研究の実施に要する費用の全部又は一部を国の行政機関から補助されている者</li> </ul>
収集情報等	<ul style="list-style-type: none"> <li>• レセプトデータ（医科、歯科、調査、DPC）</li> <li>• 特定健診等データ</li> </ul>
集計単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 都道府県別</li> <li>• 基礎自治体別 等</li> </ul>
時系列の確認	可能
指標として活用するうえでの留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 基礎自治体単独では入手が難しい</li> <li>• NDBの公表ルールのため、件数が少ない場合は、算定されていても公表されない</li> <li>• データベースは、個人特定につながる情報を削除しているため、レセプトデータと検診データの突き合わせにおいて、不整合が発生することもある</li> <li>• 基本的に電子化されたデータのみを収集しているため、紙レセプト分は含まれていない</li> </ul>
担当部局	厚生労働省保険局医療介護連携政策課保険データ企画室
データ入手先	厚生労働省 HP: <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/reseputo/index.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/reseputo/index.html</a>

②介護保険総合データベース（介護DB）

データ概要	介護保険給付費明細書（介護レセプト）、要介護認定データ等の電子化情報を収集しデータベース化したもの。都道府県・基礎自治体の地域間比較等による現状分析や課題整理を行うための「地域包括ケア「見える化」システム」の基礎データ。
地方公共団体での入手可能性	データの提供依頼申し出者は次のとおり。 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 国の行政機関</li> <li>• 都道府県</li> <li>• 基礎自治体</li> <li>• 研究開発独立行政法人等</li> <li>• 大学（大学院含む）</li> <li>• 医療保険者の中央団体</li> <li>• 医療サービスの質の向上等をその設立目的の趣旨に含む国所管の公益法人</li> <li>• 提供されるデータを用いた研究の実施に要する費用の全部又は一部を国の行政機関から補助されている者</li> </ul>
収集情報等	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護保険給付費明細書（介護レセプト）</li> <li>• 要介護認定データ等</li> </ul>
集計単位	都道府県別、基礎自治体別等
時系列の確認	可能
指標として活用するうえでの留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>• データベースは、個人特定につながる情報を削除しているため、レセプトデータと検診データの突き合わせにおいて、不整合が発生することもある</li> </ul>
担当部局	厚生労働省 老健局
データ入手先	厚生労働省 HP（要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関する有識者会議）： <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken_520284.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken_520284.html</a>

### ③国保データベース (KDB)

データ概要	国民健康保険団体連合会が「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等のデータデータベース化したもの。次の特徴がある ①健診・医療・介護の突合健診・医療・介護の情報を個人単位で紐付けすることで、横断的な分析を行うことが可能 ②地区割りによる分析保険者単位よりも細分化した地区単位での分析が可能 ③県・同規模・全国との比較都道府県単位での集計、同規模、保険者単位での集計、全国集計との比較が可能 ※国保中央会の一括集計による ④経年比較、性、年齢別分析保険者・県・同規模などの集計結果を、さらに経年比較、性・年齢別などから分析が可能
地方公共団体での入手可能性	・ 保険者
収集情報等	・ 健診、医療、介護情報等
集計単位	・ 保険者
時系列の確認	・ 可能
指標として活用するうえでの留意点	・ 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険のみで、他の社会保険のデータは含まれない
担当部局	公益社団法人 国民健康保険中央会
データ入手先	国民健康保険中央会 HP : <a href="https://www.kokuho.or.jp/hoken/kdb.html">https://www.kokuho.or.jp/hoken/kdb.html</a>

付属資料8：在宅医療・救急医療連携に関連するオープンデータ一覧

<その他データ集等>

①救急・救助の現況

調査概要	消防機関の行う救急業務、救助業務及び都道府県の行う消防防災ヘリコプターによる消防活動に関する実施状況について、数値データ等を基に体系的に整理した統計資料集であり、これらの活動に関する現状を的確に把握する上での重要な基礎資料として毎年度発行。
対象期間	1年
調査時期	暦年
公表のタイミング	－
調査対象	救急搬送
抽出方法	全数
集計単位	都道府県別
経年変化の確認可否	可（一部独自集計が必要）
指標として活用するうえでの留意点	・基礎自治体単位でのデータは把握できないが、消防本部等の単位で確認できるため、当該消防本部に問い合わせが必要
担当部局	総務省消防庁
データ入手先	・総務庁消防庁 HP: <a href="http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9_3.html">http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9_3.html</a>

②在宅医療にかかる地域別データ集

調査概要	「医療施設調査」、「介護サービス施設・事業所調査」、「人口動態調査」等、既存調査データから、在宅医療にかかるデータを基礎自治体別に集計したもの。
対象期間	－
調査時期	－
公表のタイミング	調査年の翌年11月に公表
調査対象	人口、在宅療養支援病院数、在宅療養支援診療所数、自宅死の割合、老人ホーム死の割合
抽出方法	
集計単位	基礎自治体
経年変化の確認可否	可能
指標として活用するうえでの留意点	・各調査データを元データとしてとりまとめた数値であるため、項目によって年度が異なる ・在宅医療・介護に関係する指標が基礎自治体別に最もコンパクトにまとめたもの ・平成28年を最後に公表されていない
担当部局	厚生省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室
データ入手先	・厚生省 HP： <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html</a>

**厚生労働省 医政局 委託事業**  
**「在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業」**  
**手引き作成にかかるファシリテーター会議 委員名簿**

お名前	ご所属・役職等
浅野 美穂子	柏市 保健福祉部 地域医療推進課 専門監（保健師）
鞍橋 隆	柏市消防局 救急課 主幹（救急救命士）
田中 裕之	八王子高齢者救急医療体制広域連絡会 会長 医療法人 永寿会 陵北病院 院長
長尾 政之助	一般社団法人 長岡市医師会 会長
◎ 山岸 暁美	コミュニティヘルス研究機構 機構長・理事長 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室 講師・在宅看護専門看護師

（五十音順・敬称略） ◎：委員長

**オブザーバー**

坪井 博文	厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室 室長補佐
小谷 聡司	総務省消防庁 消防・救急課救急専門官 救急企画室課長補佐併任 国民保護・防災部防災課課長補佐併任

**事務局**

**株式会社日本能率協会総合研究所**

福祉・医療・労働政策研究部 川村 静香、政岡 朋、岡田 泰治

厚生労働省厚生労働省 医政局 委託事業  
在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業

基礎自治体が取り組む  
在宅医療・救急医療連携推進のための手引き

令和2年3月発行

株式会社 日本能率協会総合研究所  
〒105-0011 東京都港区芝公園 3-1-22 日本能率協会ビル 5F  
tel 03-3578-7135 fax 03-3432-1837



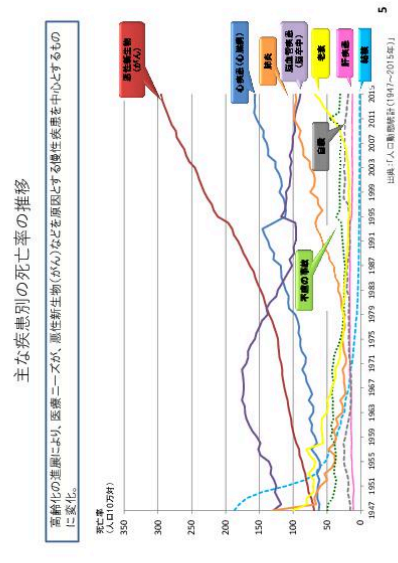
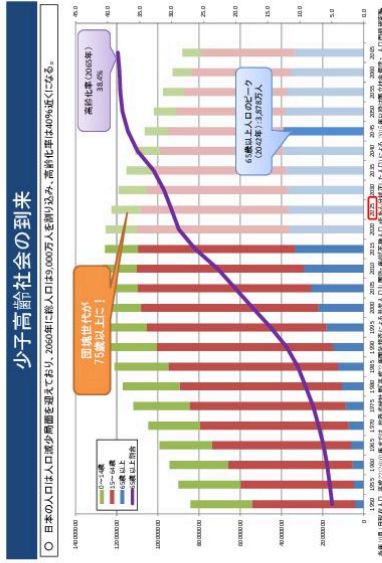
ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/>



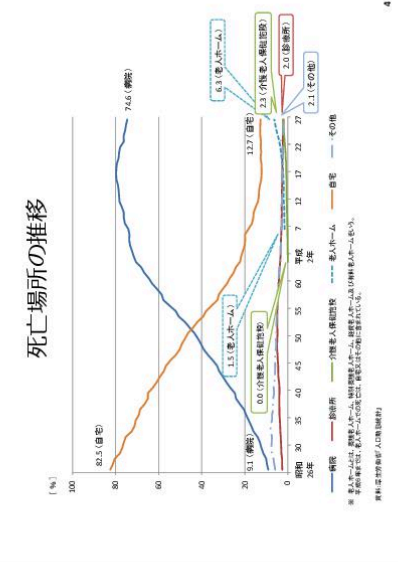


## IX. 附属資料





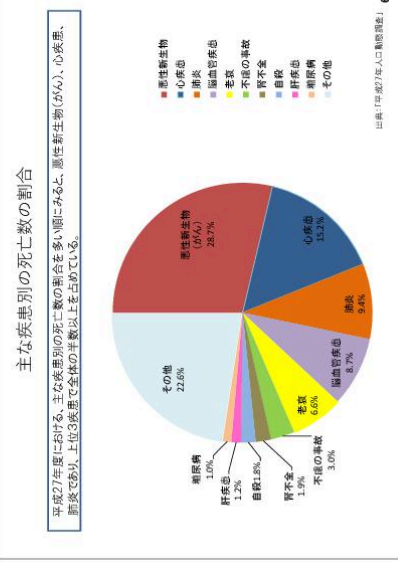
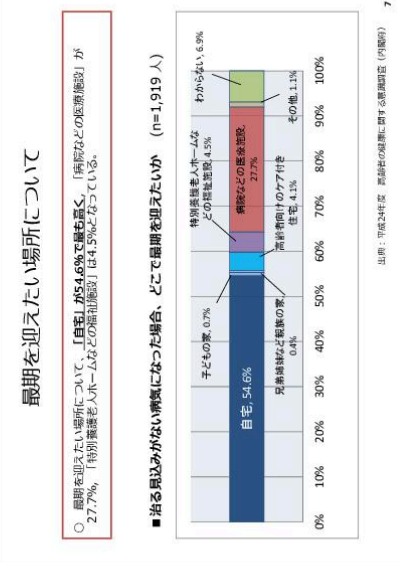
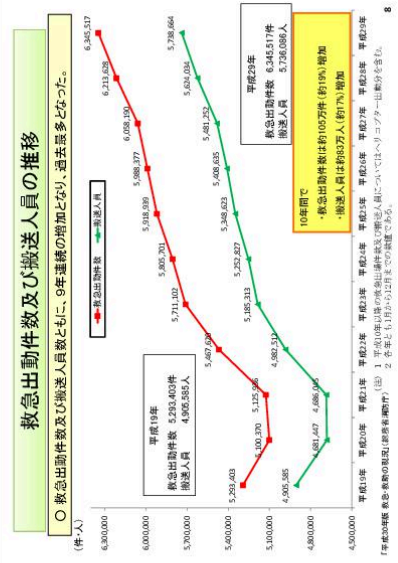
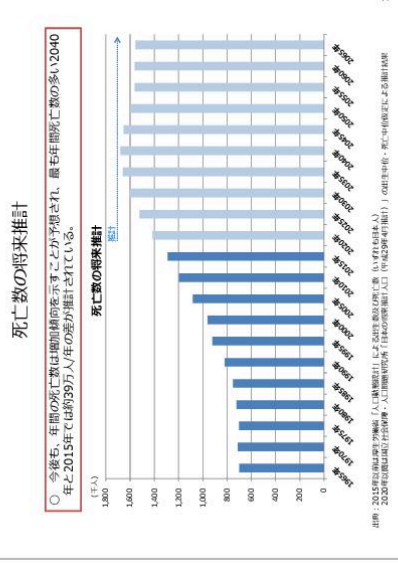
## 1. 在宅医療・救急医療を取り巻く背景



### 厚生労働省医政局地域医療計画課

## 在宅医療・救急医療に関する最近の動向

令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー







### 人生の最終段階における医療・ケアに関する取組

この年度で医療・ケアに関する取組の概要

- 〇 人生の最終段階における医療・ケアに関する取組の概要
  - 〇 医療・ケアに関する取組の概要
    - 〇 医療・ケアに関する取組の概要
    - 〇 医療・ケアに関する取組の概要
    - 〇 医療・ケアに関する取組の概要
  - 〇 医療・ケアに関する取組の概要
  - 〇 医療・ケアに関する取組の概要

各個人の意思に基づき、医療・ケアに関する取組を進めていくこと。本人の意思に基づき、医療・ケアに関する取組を進めていくこと。

### 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの実現に向けた取組

人生の最終段階における医療・ケアの実現に向けた取組

本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの実現に向けた取組

本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの実現に向けた取組

### 傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関する検討委員会 報告書(概要)

1 経緯

2 委員会設置

3 検討する上での基本的認識

4 検討の経緯について

5 今後の対応

### 傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関する検討委員会を招き集めた消防本部への通知

令和5年11月25日(金)

平成30年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討委員会(報告書)について(通知)を发出(消防救急20(7年))

★報告書の要点

① 運搬時の対応

② 現場での対応等

③ 今後の方向性

★今後、消防機関に求められること

★厚生労働省との連携

### 在宅医療・救急医療連携セミナー

在宅医療・救急医療連携セミナー

在宅医療・救急医療連携セミナー

在宅医療・救急医療連携セミナー

### 在宅医療・救急医療連携セミナー

在宅医療・救急医療連携セミナー

在宅医療・救急医療連携セミナー

在宅医療・救急医療連携セミナー

厚生労働省委託事業  
 「令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」  
 令和元年12月1日(日) @ピジョンセンター 浜松町

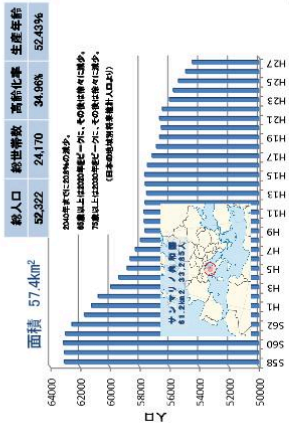
【事例発表①】

One Team Arao で取り組む  
 地域包括ケアシステム構築における  
 在宅医療・救急医療連携

荒尾市医師会  
 理事 中村 光成



荒尾市の人口推移



One Team で提供される地域医療



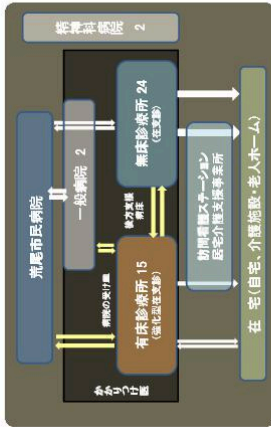
荒尾市民病院の役割

基幹型 事後研修病院

在宅医療  
 がん  
 脳卒中  
 5 急性心筋梗塞  
 5 呼吸器病  
 精神疾患  
 緊急医療  
 5 災害医療  
 周産期医療  
 小児医療

救急医療  
 がん  
 脳卒中  
 急性心筋梗塞  
 呼吸器病  
 精神疾患  
 緊急医療  
 災害医療  
 周産期医療  
 小児医療

荒尾市における医療連携体制



学会発表

第7回日本救急医学会 総会

2019. 10. 03

当地域における  
 在宅医療サポーター事業

松園 幸雄, 田島 清海, 藤守 浩士, 大嶋 清海, 西野 啓  
 荒尾市長瀬救急科, 荒尾市民病院 外科, 西野整形外科

学会発表

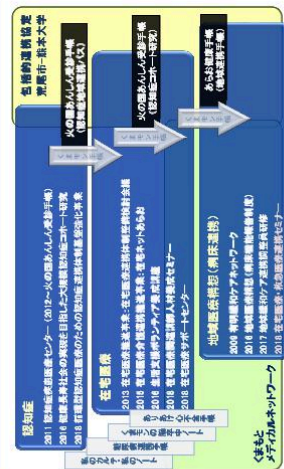
第7回日本自治医学学会

会長会西シブシウム18: チーム医療の発展と地域医療精進

地域包括ケアシステム確立に向けた  
 新たな地域連携手帳の開発  
 Development of a new regional cooperation notebook  
 to construct the community based integrated care system

有木 公子, 中村 光成, 藤守 浩士, 久 久 義, 田中 昭彦, 清 澤 子, 石川 和久, 原 廣 隆 司  
 荒尾市民病院 救急科, 荒尾市民病院 外科, 荒尾市民病院 内科, 荒尾市民病院 小児科, 荒尾市民病院 産婦人科, 荒尾市民病院 皮膚科, 荒尾市民病院 泌尿器科, 荒尾市民病院 消化器科, 荒尾市民病院 呼吸器科, 荒尾市民病院 循環器科, 荒尾市民病院 神経科, 荒尾市民病院 精神科, 荒尾市民病院 眼科, 荒尾市民病院 耳鼻科, 荒尾市民病院 歯科, 荒尾市民病院 放射線科, 荒尾市民病院 検査科, 荒尾市民病院 薬剤科, 荒尾市民病院 看護科, 荒尾市民病院 理学療法科, 荒尾市民病院 作業療法科, 荒尾市民病院 言語聴覚科, 荒尾市民病院 栄養科, 荒尾市民病院 社会福祉科, 荒尾市民病院 健康増進科, 荒尾市民病院 生涯学習科, 荒尾市民病院 情報システム科, 荒尾市民病院 総務科, 荒尾市民病院 庶務科, 荒尾市民病院 施設管理科, 荒尾市民病院 環境衛生科, 荒尾市民病院 安全管理科, 荒尾市民病院 事務科, 荒尾市民病院 庶務科, 荒尾市民病院 施設管理科, 荒尾市民病院 環境衛生科, 荒尾市民病院 安全管理科, 荒尾市民病院 事務科

~地域医療連携の取組概要~



学会発表

第57回日本医療・介護管理学会 学術発表 2019. 11. 03

「あらお健康手帳」を活用した  
包括的な地域連携の構築

中村 光希<sup>1)</sup>、藤野 英<sup>1)</sup>、藤本 孝<sup>2)</sup>、山崎 真由美<sup>3)</sup>、藤本 真由美<sup>4)</sup>  
<sup>1)</sup> 徳島大学 地域医療推進センター 地域連携推進課 地域連携推進課長、<sup>2)</sup> 徳島大学 地域医療推進センター 地域連携推進課 地域連携推進課長、<sup>3)</sup> 徳島大学 地域医療推進センター 地域連携推進課 地域連携推進課長、<sup>4)</sup> 徳島大学 地域医療推進センター 地域連携推進課 地域連携推進課長

10年間の背景 2009～2018

各分野における取り組みの経緯

年次	取組内容	成果・取組経緯
2007	消防防災訓練(中)	消防防災訓練(中)
2008	有明緩和ケアネットワーク	有明緩和ケアネットワーク 中山明子、市原真由美、担任
2010	地域連携推進センター	地域連携推進センター
2011	2.5次元ヘルスケア(3.5)	2.5次元ヘルスケア(3.5)
2012	在宅医療連携推進事業	在宅医療連携推進事業
2013	在宅医療連携推進事業	在宅医療連携推進事業
2014	在宅医療連携推進事業	在宅医療連携推進事業
2015	在宅医療連携推進事業	在宅医療連携推進事業
2016	在宅医療連携推進事業	在宅医療連携推進事業
2017	在宅医療連携推進事業	在宅医療連携推進事業
2018	在宅医療連携推進事業	在宅医療連携推進事業
2019	在宅医療連携推進事業	在宅医療連携推進事業

背景となった地域医療連携

有明緩和ケアネットワーク



1. 在宅医療・救急医療連携に取組んだ  
背景ときっかけ



きっかけ

県本医科協会 (事務局) から  
平成30年度 在宅医療・救急医療連携セミナーへの参加要請

在宅医療	救急医療
① 多機関での情報共有促進 ② 住民への普及・啓発 ③ 在宅医療の後方支援体制の確保 ④ 人生会館(ACP)の情報共有 ⑤ 緊急入院時体制の確保 ⑥ 在宅医療体制の整備 ⑦ 看取り体制の整備	① 救急搬送の高度・規格作成 ② 人生会館(ACP)の情報共有 ③ 緊急入院時体制の確保 ④ 在宅医療体制の整備 ⑤ 看取り体制の整備

国や県の事業として、多機関協働体制を構築して、市民の緊急・災害医療における連携体制を整備、普及と啓蒙が不十分。

「あらお健康手帳」の活用と巡回医師の参加  
「地域在宅医療サポートセンター」事業への導入

荒尾市総合防災訓練の経緯

年次	実施者	参加人数	備考
2007	消防防災訓練	2	荒尾消防署主催
2008	大規模地震	0	荒尾消防署主催
2009	大規模地震	0	荒尾市主催、本町医師会共催
2010	大規模地震	0	荒尾市主催、本町医師会共催
2011	大規模地震	0	荒尾市主催、本町医師会共催
2012	大規模地震	0	荒尾市主催、本町医師会共催
2013	大規模地震	0	荒尾市主催、本町医師会共催
2014	大規模地震	0	荒尾市主催、本町医師会共催
2015	大規模地震	0	荒尾市主催、本町医師会共催
2016	大規模地震	0	荒尾市主催、本町医師会共催
2017	大規模地震	0	荒尾市主催、本町医師会共催
2018	大規模地震	0	荒尾市主催、本町医師会共催
2019	大規模地震	0	荒尾市主催、本町医師会共催

2. 在宅医療・救急医療連携の  
取組初期の対応



背景となった地域医療連携



火の国あしん受診手帳(認知症地域連携バス)



背景となった地域医療連携





### 取組初期 ～在宅医療連携～

2011年 熊本モデルの地域拠点認知症疾患医療センターが荒尾市に設置された頃は、在宅医療と救急医療の連携はほとんど考慮されていなかった。

2013年 認知症支援事業の連携体制を参考に、在宅医療推進事業の一環として、在宅医療連携体制整備検討会議が設立され、在宅医療推進推進事業へと移行し、検討を重ねる。

2015年 荒尾市在宅医療連携室「在宅ネットあらお」が開設。

2016年 熊本地域 認知症コホート研究、地域医療連携。

2017年 熊本大学 認知症コホート研究、地域医療連携。

2018年 熊本大学 認知症コホート研究、地域医療連携。

荒尾市在宅医療連携室「在宅ネットあらお」の組織図

### 3. 協議体（在宅ネットあらお）での課題抽出と目標設定

在宅医療連携推進事業（2013～15）

在宅医療連携推進室「在宅ネットあらお」

在宅医療連携推進室「在宅ネットあらお」の組織図

### 3. 協議体（在宅ネットあらお）での課題抽出と目標設定

在宅医療連携推進室「在宅ネットあらお」

在宅医療連携推進室「在宅ネットあらお」の組織図

### 4. 在宅医療・救急医療連携の展開

認知症コホート研究（火の国あしん受診手帳）から「あらお健康手帳」へ

One Team Arao の形成

認知症コホート研究（火の国あしん受診手帳）

あらお健康手帳

### 在宅医療・救急医療連携への経緯

2016年 地域医療情報 DMAT・JMATへの参加  
認知症コホート研究（火の国あしん受診手帳）  
→ アナロツールの有効性の確認

2017年 熊本大学 認知症コホート研究、地域医療連携。  
認知症コホート研究（火の国あしん受診手帳）  
→ One Team Arao の形成

熊本大学 認知症コホート研究  
熊本大学 認知症コホート研究  
熊本大学 認知症コホート研究  
熊本大学 認知症コホート研究

### 取組初期 ～在宅医療連携～

2011年 熊本モデルの地域拠点認知症疾患医療センターが荒尾市に設置された頃は、在宅医療と救急医療の連携はほとんど考慮されていなかった。

2013年 認知症支援事業の連携体制を参考に、在宅医療推進事業の一環として、在宅医療連携体制整備検討会議が設立され、在宅医療推進推進事業へと移行し、検討を重ねる。

2015年 荒尾市在宅医療連携室「在宅ネットあらお」が開設。

2016年 熊本地域 認知症コホート研究、地域医療連携。

2017年 熊本大学 認知症コホート研究、地域医療連携。

2018年 熊本大学 認知症コホート研究、地域医療連携。

荒尾市在宅医療連携室「在宅ネットあらお」の組織図

### 4. 在宅医療・救急医療連携の展開

認知症コホート研究（火の国あしん受診手帳）から「あらお健康手帳」へ

One Team Arao の形成

認知症コホート研究（火の国あしん受診手帳）

あらお健康手帳

### 3. 協議体（在宅ネットあらお）での課題抽出と目標設定

在宅医療連携推進室「在宅ネットあらお」

在宅医療連携推進室「在宅ネットあらお」の組織図

### 4. 在宅医療・救急医療連携への経緯

2016年 地域医療情報 DMAT・JMATへの参加  
認知症コホート研究（火の国あしん受診手帳）  
→ アナロツールの有効性の確認

2017年 熊本大学 認知症コホート研究、地域医療連携。  
認知症コホート研究（火の国あしん受診手帳）  
→ One Team Arao の形成

熊本大学 認知症コホート研究  
熊本大学 認知症コホート研究  
熊本大学 認知症コホート研究  
熊本大学 認知症コホート研究

### 在宅医療・救急医療連携への経緯

2016年 地域医療情報 DMAT・JMATへの参加  
認知症コホート研究（火の国あしん受診手帳）  
→ アナロツールの有効性の確認

2017年 熊本大学 認知症コホート研究、地域医療連携。  
認知症コホート研究（火の国あしん受診手帳）  
→ One Team Arao の形成

熊本大学 認知症コホート研究  
熊本大学 認知症コホート研究  
熊本大学 認知症コホート研究  
熊本大学 認知症コホート研究

### 課題：連携基盤の充実

### 在宅ネットあらお 多職種事例検討会

開催日時	開催場所	参加者
2016年10月12日	荒尾市在宅医療連携推進室	荒尾市在宅医療連携推進室
2016年11月22日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2016年12月22日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年1月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年2月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年3月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年4月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年5月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年6月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年7月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年8月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年9月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年10月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年11月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究
2017年12月12日	熊本大学 認知症コホート研究	熊本大学 認知症コホート研究

2018年1月～2018年12月（31回開催）平均参加人数：61.2名

顔の見える多職種協働体制

### 課題抽出から対応と評価 ～在宅医療連携～

在宅ネットあらお 運営委員会にて課題の抽出

専門部会（情報収集、普及啓発、相談対応、研修）で対応

執行部会（専門部長で構成）で評価・修正

運営委員会にて報告・承認

### 課題：普及啓発と人材確保

### インフォーマル・サービスの活用

① 認知症サポーターの活用

② 市長ボランティアの登録

③ コーディネーター

④ 専門と連携型実践委員会

生活支援ボランティア実践協議

「在宅医療を支える民間の人材育成を目的とした多職種研修会」

2019～2021年度 公益財団法人 在宅医療形成 男爵記念財団 助成対象事業

⇒ 2018年度出版 荒尾市社会福祉協議会が支援 医療支援ボランティア活動【ペーズ】

### 課題：普及啓発と人材確保

### インフォーマル・サービスの活用

① 認知症サポーターの活用

② 市長ボランティアの登録

③ コーディネーター

④ 専門と連携型実践委員会

生活支援ボランティア実践協議

「在宅医療を支える民間の人材育成を目的とした多職種研修会」

2019～2021年度 公益財団法人 在宅医療形成 男爵記念財団 助成対象事業

⇒ 2018年度出版 荒尾市社会福祉協議会が支援 医療支援ボランティア活動【ペーズ】

### 課題：普及啓発と人材確保

### インフォーマル・サービスの活用

① 認知症サポーターの活用

② 市長ボランティアの登録

③ コーディネーター

④ 専門と連携型実践委員会

生活支援ボランティア実践協議

「在宅医療を支える民間の人材育成を目的とした多職種研修会」

2019～2021年度 公益財団法人 在宅医療形成 男爵記念財団 助成対象事業

⇒ 2018年度出版 荒尾市社会福祉協議会が支援 医療支援ボランティア活動【ペーズ】

### 課題抽出から対応と評価 ～在宅医療連携～

在宅ネットあらお 運営委員会にて課題の抽出

専門部会（情報収集、普及啓発、相談対応、研修）で対応

執行部会（専門部長で構成）で評価・修正

運営委員会にて報告・承認

### 課題：普及啓発と人材確保

### インフォーマル・サービスの活用

① 認知症サポーターの活用

② 市長ボランティアの登録

③ コーディネーター

④ 専門と連携型実践委員会

生活支援ボランティア実践協議

「在宅医療を支える民間の人材育成を目的とした多職種研修会」

2019～2021年度 公益財団法人 在宅医療形成 男爵記念財団 助成対象事業

⇒ 2018年度出版 荒尾市社会福祉協議会が支援 医療支援ボランティア活動【ペーズ】

### 課題：普及啓発と人材確保

### インフォーマル・サービスの活用

① 認知症サポーターの活用

② 市長ボランティアの登録

③ コーディネーター

④ 専門と連携型実践委員会

生活支援ボランティア実践協議

「在宅医療を支える民間の人材育成を目的とした多職種研修会」

2019～2021年度 公益財団法人 在宅医療形成 男爵記念財団 助成対象事業

⇒ 2018年度出版 荒尾市社会福祉協議会が支援 医療支援ボランティア活動【ペーズ】

### 課題：普及啓発と人材確保

### インフォーマル・サービスの活用

① 認知症サポーターの活用

② 市長ボランティアの登録

③ コーディネーター

④ 専門と連携型実践委員会

生活支援ボランティア実践協議

「在宅医療を支える民間の人材育成を目的とした多職種研修会」

2019～2021年度 公益財団法人 在宅医療形成 男爵記念財団 助成対象事業

⇒ 2018年度出版 荒尾市社会福祉協議会が支援 医療支援ボランティア活動【ペーズ】

### 課題：普及啓発と人材確保

### インフォーマル・サービスの活用

① 認知症サポーターの活用

② 市長ボランティアの登録

③ コーディネーター

④ 専門と連携型実践委員会

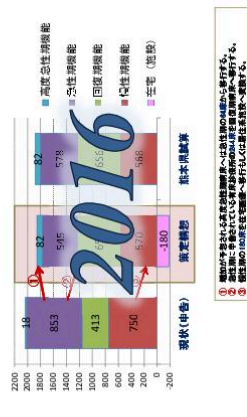
生活支援ボランティア実践協議

「在宅医療を支える民間の人材育成を目的とした多職種研修会」

2019～2021年度 公益財団法人 在宅医療形成 男爵記念財団 助成対象事業

⇒ 2018年度出版 荒尾市社会福祉協議会が支援 医療支援ボランティア活動【ペーズ】

### 有明地域医療構想（荒尾市医師会素案）



### 健康長寿社会の実現を目指した 大規模認知症コホート研究



### 大規模認知症コホート研究における フォローアップ・ツールとしての「火の国あんしん受診手帳」

エンドポイントの概要  
 ① アンケート  
 ② 処方箋  
 ③ 処方箋  
 ④ 処方箋  
 ⑤ 処方箋

① 処方箋  
 ② 処方箋  
 ③ 処方箋  
 ④ 処方箋  
 ⑤ 処方箋

① 処方箋  
 ② 処方箋  
 ③ 処方箋  
 ④ 処方箋  
 ⑤ 処方箋

### 熊本地震 2016年4月14日、16日



### 慢性複合疾患におけるくまモン手帳の共同利用

がん  
 心臓病  
 慢性腎臓病  
 くまモン手帳

### 荒尾市包括的地域連携手帳の開発

開発協議会の開催  
 (a) 規格: A5・バインダー (20穴)  
 (b) 冊子 (4~8ページ)  
 (c) 冊子: くまモン手帳  
 (d) 冊子: くまモン手帳

① 冊子: くまモン手帳  
 ② 冊子: くまモン手帳  
 ③ 冊子: くまモン手帳  
 ④ 冊子: くまモン手帳  
 ⑤ 冊子: くまモン手帳

### 熊本大学と荒尾市との包括的連携協定



### One Team Arai の構成要員

区分	年次	専業名	組織名	所属
在宅医療	2013	坂口 保一	荒尾市医師会	会長
	2015	中村 光成	荒尾市医師会	副会長
	2018	青木 公子	荒尾市医師会	事務局長
	2018	西 和徳	荒尾市医師会	地域連携推進室 在宅ケアコーディネーター
救急医療	2009	松岡 幸司	荒尾市医師会	救急科
	2018	中村 光成	荒尾市医師会	救急科
	2018	坂口 保一	荒尾市医師会	救急科
	2018	中村 光成	荒尾市医師会	救急科
緩和医療	2009	坂口 保一	荒尾市医師会	緩和医療科
	2011	中村 光成	荒尾市医師会	緩和医療科
	2016	坂口 保一	荒尾市医師会	緩和医療科
認知症	2011	坂口 保一	荒尾市医師会	認知症センター
	2016	坂口 保一	荒尾市医師会	認知症センター
共通	2017	坂口 保一	荒尾市医師会	認知症センター
	2017	坂口 保一	荒尾市医師会	認知症センター

### あらお健康手帳の構成

2017 情報 I・II  
 2017 情報 I・II

### 基本情報、救急・人生会議(ACP)、介護情報

<b>基本情報</b> (個人情報)	<b>基本情報</b> (身体情報・看護)
<b>基本情報</b> (介護情報)	<b>基本情報</b> (介護情報)
<b>基本情報</b> (ACPシート)	<b>基本情報</b> (ACPシート)
<b>緊急医療シート</b>	<b>緊急医療シート</b>

### 地域における医療と介護のつながりを深める研修会

研修会内容

2018.05.15 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2018.07.15 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2018.11.01 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.01.19 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.02.05 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.02.22 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.03.07 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.03.14 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.03.21 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.03.28 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.04.04 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.04.11 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.04.18 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.04.25 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.05.02 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.05.09 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.05.16 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.05.23 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.05.30 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.06.06 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.06.13 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.06.20 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.06.27 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.07.04 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.07.11 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.07.18 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.07.25 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.08.01 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.08.08 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.08.15 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.08.22 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.08.29 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.09.05 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.09.12 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.09.19 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.09.26 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.10.03 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.10.10 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.10.17 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.10.24 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.10.31 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.11.07 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.11.14 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.11.21 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.11.28 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.12.05 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.12.12 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.12.19 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

2019.12.26 がんにおける地域連携「私のノート」の活用

### 5. 在宅医療・救急医療連携の成果



### 在宅医療サポートセンター

高齢化や医療機能の分化・連携への対応するために、在宅医療の質を向上させるために、在宅医療サポートセンター（以下、在宅医療センター）を創設し、地域在宅医療サポートセンター（以下、地域在宅医療センター）を設置している。

**2018**

地域在宅医療サポートセンター（以下、地域在宅医療センター）

事業内容

- ① 緊急対応
- ② 入院転院支援
- ③ 増加する在宅医療への対応
- ④ 在宅医療センターへの対応
- ⑤ 在宅医療センターの開設
- ⑥ 医師の確保
- ⑦ 医師の確保
- ⑧ 医師の確保
- ⑨ 医師の確保
- ⑩ 医師の確保

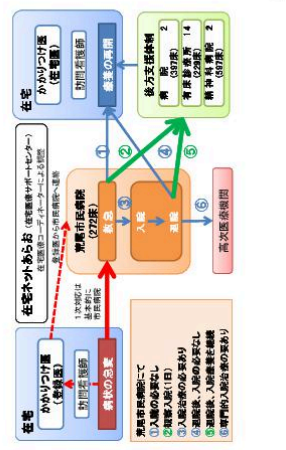
### 「在宅医療・救急医療連携セミナー」への参加

- 2018年 地域在宅医療サポートセンター  
運営会議の設置
- 在宅医療・救急医療連携セミナー
- 2019年 地域在宅医療サポートセンター  
緊急対応体制（空床情報システム）  
看取り体制（主治医不在時対応体制）  
あらかね健康手帳配布  
救急医療シート  
人生会議シート

### 在宅医療サポートセンター 参加医療機関

No.	医療機関名	所在地	参加状況
1	熊本市立病院	熊本市	参加
2	熊本市立病院 総合診療科	熊本市	参加
3	熊本市立病院 内科	熊本市	参加
4	熊本市立病院 外科	熊本市	参加
5	熊本市立病院 小児科	熊本市	参加
6	熊本市立病院 産科	熊本市	参加
7	熊本市立病院 精神科	熊本市	参加
8	熊本市立病院 皮膚科	熊本市	参加
9	熊本市立病院 泌尿器科	熊本市	参加
10	熊本市立病院 耳鼻科	熊本市	参加
11	熊本市立病院 眼科	熊本市	参加
12	熊本市立病院 歯科	熊本市	参加
13	熊本市立病院 放射線科	熊本市	参加
14	熊本市立病院 検査科	熊本市	参加
15	熊本市立病院 薬剤科	熊本市	参加
16	熊本市立病院 理学療法科	熊本市	参加
17	熊本市立病院 作業療法科	熊本市	参加
18	熊本市立病院 看護科	熊本市	参加
19	熊本市立病院 介護科	熊本市	参加
20	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
21	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
22	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
23	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
24	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
25	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
26	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
27	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
28	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
29	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
30	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
31	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
32	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
33	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
34	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
35	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
36	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
37	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
38	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
39	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
40	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
41	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
42	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
43	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
44	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
45	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
46	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
47	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
48	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
49	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
50	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
51	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
52	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
53	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
54	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
55	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
56	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
57	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
58	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
59	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
60	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
61	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
62	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
63	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
64	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
65	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
66	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
67	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
68	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
69	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
70	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
71	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
72	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
73	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
74	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
75	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
76	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
77	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
78	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
79	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
80	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
81	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
82	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
83	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
84	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
85	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
86	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
87	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
88	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
89	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
90	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
91	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
92	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
93	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
94	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
95	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
96	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
97	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
98	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
99	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加
100	熊本市立病院 診療科	熊本市	参加

### 急変時対応（在宅療養患者）



### 熊本県における医療拠点



### 主治医不在時の代診医体制

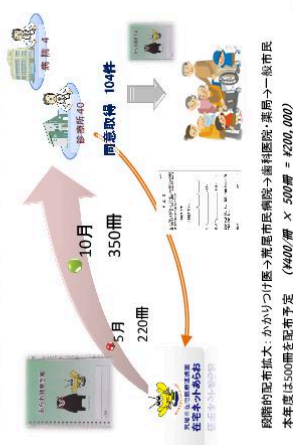
	主治医	在宅ネットからのお	代診医
<b>準備</b>	患者登録 不在期間の登録 患者・家族への説明 訪問看護への連携	診療の受付 患者・家族への説明 訪問看護への連携	代診医基本に対する手配 患者・家族への説明 訪問看護への連携
<b>不在時</b>	不在	必要時、在宅医師コールセンターが対応	平日時間 患者高更時 訪問看護による緊急対応 代診医による緊急対応
<b>緊急</b>	緊急の対応	緊急時の対応 主治医への報告	緊急時の対応

検討課題： 需取りのための地域連携体制、入院患者に対する対応

### あらかお健康手帳の配布



### あらかお健康手帳の配布状況



### 6. 今後の取組など



### 「あらかお健康手帳」の活用

1. 認知症の地域連携(医科・歯科・薬科・資料および外観)
2. 認知症コホート研究のフォローアップ
3. 複合慢性疾患の情報共有：認知症、がん、心不全、糖尿病、脳卒中
4. 各連携事業での活用
  - ① 地域連携ケア連携推進員研修： 人生会議(ACP)シート
  - ② 在宅医療・緊急医療連携セミナー： 救急医療シート
5. データヘルス事業(保健労務力支援制度)の推進
6. 災害時の患者情報のバックアップ
7. スマートシティ構想(国土交通省)における活用
8. 一生涯にわたる活用：母子手帳～教育・健康～あらかお健康手帳

### 救急医療シートとステッカー

あらかお健康手帳  
2019年8月9日  
急患交換会  
・ 医師会 2名  
・ 救急隊 2名  
・ 消防署 2名  
・ 市役所 2名  
・ 認知症疾患医療センター 1名  
・ 在宅ネットから 2名

認知症(痴呆)シート  
「ステッカー」は、手帳を持っていることを伝える  
手段であり、病院に届ける  
必要事項を記入して医師へ届ける  
など、家族は在宅で対応が可能  
検針結果(薬事等)  
院内情報や連絡先等の活用

### 人生会議シート(ACP: アドバンス・ケア・プランニング)

人生会議シート(ACP)の活用  
1. 人生会議の重要性を説明する  
2. 人生会議の目的を説明する  
3. 人生会議の意義を説明する  
4. 人生会議のメリットを説明する  
5. 人生会議のデメリットを説明する  
6. 人生会議の準備を説明する  
7. 人生会議の実施を説明する  
8. 人生会議のフォローアップを説明する  
9. 人生会議の記録を説明する  
10. 人生会議の共有を説明する  
11. 人生会議の活用を説明する  
12. 人生会議の普及を説明する  
13. 人生会議の評価を説明する  
14. 人生会議の改善を説明する  
15. 人生会議の発展を説明する

### 複数の連携媒体による補完体制

電子媒体  
・ 母子カルテなどの人型リバー  
・ 医師連携  
・ くまもとデジタルネットワーク

PLR  
・ スマートフォンの個人端末  
・ 他人  
・ 児童スマートフォン  
・ 精密

紙媒体  
・ おくすり手帳  
・ 産付パス  
・ 母子手帳  
・ あらかお健康手帳

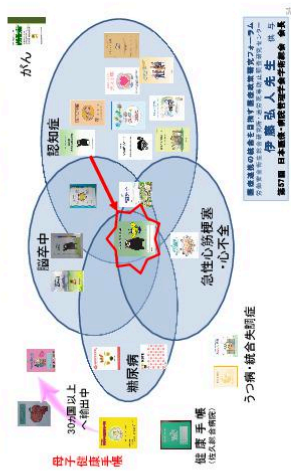
その他の媒体  
・ 地区  
・ 台風  
・ 停電

### 地域包括ケアシステムの確立へ

まちづくり  
地域包括ケアシステム  
在宅医療連携  
認知症コホート研究  
教育  
産業と環境  
スマートシティ構想

地域包括ケアシステム  
・ 地域医療連携推進法人  
・ 連携センター  
・ 認知症疾患医療センター  
・ 在宅ネットから  
・ 産業と環境  
・ スマートシティ構想  
・ 地域連携推進員研修  
・ 認知症コホート研究  
・ 在宅医療連携推進員研修  
・ 在宅医療連携推進員研修  
・ 在宅医療連携推進員研修  
・ 在宅医療連携推進員研修

## 全国における手帳の統合状況



## まとめ

### One Team Area による Compact City の連携体制構築

- 実績**
- One Team Area による遠域事業への取組み
  - 地域医療連携(荒尾版)の実現
    - 自立型地域医療提供体制の構築 → 国、システム輸出
    - コホート研究の継続・地域研究拠点の形成
    - 医療・保健情報の提供 → 大学、行政、企業
  - アナログとデジタルの融合
    - あらかね電子手帳×くまもとメディカルネットワーク×スマートシティ
- 目標**
- 医療連携からまちづくりへ
  - 医師会から市町村(市民)主導による取組みへの移行

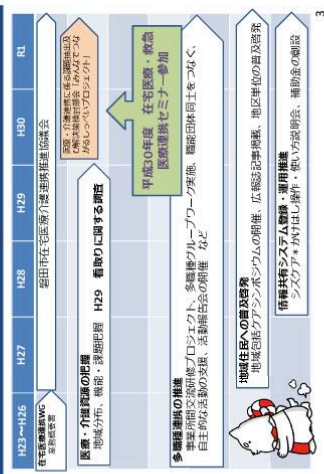
厚生労働省委託事業  
 「令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」  
 令和元年12月1日(日) @ピジョンセンター 浜松町

【事例発表②】

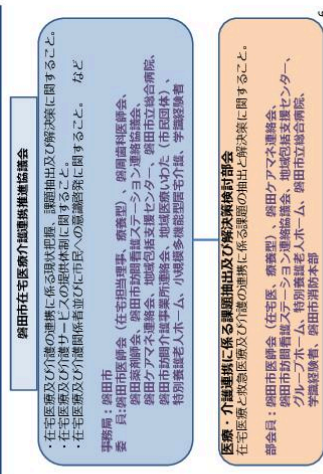
磐田市における  
 在宅医療・救急医療連携の取組  
 ～みんなでつながるしっぺいプロジェクト～

静岡県磐田市  
 健康福祉部 高齢者支援課  
 保健師 佐伯 聖子

はじめに ～これまでの在宅医療・介護連携の取組～



磐田市の在宅医療・介護連携の組織図



はじめに ～静岡県磐田市ってこんなところ～

人口：169,898人 (R1.10.1現在)  
 高齢者人口：47,395人 高齢化率：27.9%  
 第1号被保険者の要介護認定率：14.9%

1. 在宅医療・救急医療連携に取組んだ背景ときっかけ

◆磐田市在宅医療介護連携推進協議会  
 看取り期の高齢者搬送に関する問題提起

H29 看取りに関する調査(介護保険施設、グループホーム、  
 有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、ケアハウス)  
 ・看取りを行う方針の施設が多い  
 ・入所時に意向確認はされている  
 ・医療との連携状況により、対応に差がある  
 ・説明を尽くしても、家族が医療を望む

救急の現場は  
 救急出陣件数が増え、高齢者が半数以上を占める 軽傷患者が多い

医療・介護関係者に加え、消防関係者とも  
 一緒に取り組みを進めていく  
 在宅医療・救急医療の連携を進めることで、  
 様々な課題解決につなげていくことを期待...

3-1. 課題抽出・共有

多職種グループワークを活用

★テーマ  
 「在宅医療と救急医療の有機的な連携  
 連携の課題」  
 145名  
 現席レベル  
 H30.7.26

★テーマ  
 「在宅医療と救急医療の有機的な連携  
 連携の課題」  
 取組管理員レベル、100名  
 H30.11.29

みんなでつながるしっぺいプロジェクト  
 において、解決策を話し合う項目を決定  
 21項目に分けて→次項目7月に整理  
 そのうち5項目の解決策について  
 次のグループワークで検討する

はじめに ～磐田市の在宅医療・介護連携推進～

本人の意思が尊重され、介護・医療・生活支援サービス  
 の連携により、安心して暮らせる

○医療・介護関係者の多職種連携が推進し、質の高い  
 チームケアを提供できる  
 ○市民が「在宅療養」という選択肢を知り、あらかじめ  
 家族等とどうしたいか話し合っておくことができる

目標達成のための取組(対応策)

1. 在宅医療・看取り・地域包括ケアシステムについての  
 市民啓発を行う
2. 医療・介護関係者の連携体制を強化する
  - ・同職種連携が強い職種の連携強化の働きかけ
  - ・看職連携(病院、診療所、介護施設等)の連携
  - ・多職種による研修の継続(事例検討等)
  - ・システマ\*かけはし(システム)の利用促進

2. 在宅医療・救急医療連携の取組開始まで

H29看取り数・体制に関する調査(介護保険施設、グループホーム、  
 有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、ケアハウス)

◆目的  
 様々な理由で人生の最終段階を介護施設等で過ごしたいと考えて  
 いる市民が多い現状と、医療提供体制の状況等から、看取り場所の  
 確保について、何らかの対応策を検討していく必要があると考える  
 ため、まずは現状を把握することを目的として調査を行った

◆調査方法  
 調査票を送付したうえで、各施設へ訪問し聞き取り  
 看取りに関する方針、医療との連携状況、対応可能な医療処置、  
 困っていること、等

磐田市在宅医療介護連携推進協議会の傘下に  
 医療・介護連携に係る課題抽出及び解決協議会  
 設置を決定  
 H30 設置  
 「みんなでつながるしっぺいプロジェクト」と命名

3-2. 課題整理

みんなでつながるしっぺいプロジェクトにおいて、課題整理  
 2つの大項目に並び、その中の項目について、  
 「実現可能性」と「重要度」に  
 ついて検討し、取り組み始める順番を決定

1 救急搬送時の情報ツールの活用  
 2 課題：搬送までに時間がかかると  
 3 意思決定支援  
 ③ 課題：意思決定支援

#### 4. 在宅医療・救急医療連携の対応策の展開

##### 2 意思決定支援

- ③課題：意思決定支援  
 ・地域住民への啓発をしていく  
 ・考える、話を聞くアンサーシートを作成する  
 →思いを聞くアンサーシートを作成

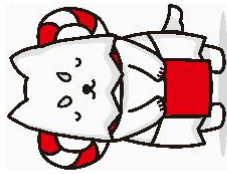
##### 1 救急搬送時の情報ツールが整っていない

- ①課題：救急医療情報キットの活用  
 ②課題：搬送までに時間がかかる  
 ・救急搬送患者情報提供を進める（施設、医療機関、訪問看護）  
 ・救急医療情報キットの見直し（在宅高齢者）

**まずは重要で実現可能性が高いことから！**

9

ご清聴ありがとうございました



#### 5-1. 在宅医療・救急医療連携の成果

1. 救急隊員と医療・介護関係者の相互理解が進んだ
2. 地域の在宅医療・救急医療連携の課題を共有でき、地域一体となつて課題解決に向かう意識が少しずつ高まっている

3. かかりつけ医が、普段の外来診療で患者の緊急連絡先の聞き取りを進めている

##### 在宅医療・救急医療連携セミナーの成果

- ・工程表の作成により、方法やスケジュール等の共通認識を3者（医師会・病院・行政）で持たせたこと
- ・足並みをそろえて進めていくことの確認ができたこと

10

#### 6. 今後の取組等

##### 意思決定支援

- ・今年度中にパンフレット作成を終え、多職種チームで地域住民への啓発をしていく
- ・考える、話を聞くアンサーシートを作成する（今年度）  
 →思いを聞くアンサーシートを作成する

##### 救急搬送時の情報ツール

- ・救急医療情報キットの検討を始めた  
 →来年度から運用できるように進める
- ・救急搬送患者情報提供運用状況の検証

##### 今後の方向性

- ・人生会議（ACP）の普及啓発をさらに進め、若い年代へも普及啓発していく
- ・救急搬送に係る情報共有の仕組みづくりを通じて、平常時からの連携体制構築を進める

みんなつながる  
 らんぷいぷろ  
 ジェットで検討し  
 ながら進める

厚生労働省委託事業  
 「令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」  
 令和元年12月1日(日) @ピジョンセンター 浜松町

【事例発表③】

若手県久慈市における  
 在宅医療・救急医療連携の取り組み

久慈市生活福祉部地域包括支援センター  
 主任保健師 藤原 真由子

はじめに ～久慈市のご紹介～

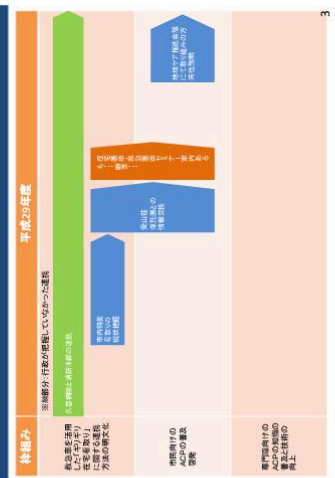
面積 623.50km<sup>2</sup>  
 人口 34,467人  
 高齢者数 11,162人  
 高齢化率 32.4%  
 世帯数 15,568世帯  
(平成31年7月現在)



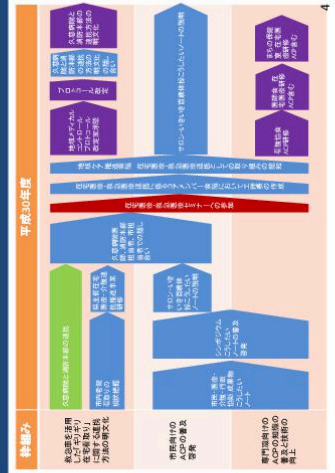
1. 久慈市の取組概要

- 1 目標  
 人生の最期について本人の意志を選択できる地域づくり
- 2 位置づけ  
 在宅医療・介護連携推進事業
- 3 枠組み  
 ① 救急車を活用した「ギリギリ在宅看取り」に関する連携方法の明文化  
 ② 市民向けのACPの普及啓発  
 ③ 専門職向けのACPの知識の普及と技術の向上

1. 久慈市の取組概要



1. 久慈市の取組概要



1. 久慈市の取組概要



2. 在宅医療・救急医療連携に取組んだ背景ときっかけ

市内の医療機関及び介護事業所	
総合病院	1か所
病院	2か所
診療所	16か所
訪問看護ステーション	1か所
特別養護老人ホーム	4か所
介護老人保健施設	2か所
認知症対応型共同生活介護	5か所
通所介護	18か所
居宅介護支援事業所	8か所
地域包括支援センター	1か所

2. 在宅医療・救急医療連携に取組んだ背景ときっかけ

【在宅医療・介護連携推進事業で把握した現状と課題】

- 特養では…本人から人生の最終段階をどのように過ごしたいか聞くには時間的に遅すぎる。元気なうちからの本人と家族の話し合いが必要。
- 自宅では…ニーズはあるが医療と介護の資源やマンパワーの不足により在宅看取りはあまり行われていない。

➡

【若手県立久慈病院が在宅医療・介護連携推進事業の一部を共催】

- 久慈病院長の協力
- 地域医療科長が事業の伴走支援

2. 在宅医療・救急医療連携に取組んだ背景ときっかけ

【元気なうちからのACP普及啓発】



### 2. 在宅医療・救急医療連携に取組んだ背景ときっかけ

【資源やマンパワーの不足をどうするか？】  
 ● 救急隊と連携した「ギリギリ在宅看取り」の案  
 ● 救急隊へどのようにこの案を伝えるか？ 断られた場合に全く先に進めなくなるのではないかな？ という不安

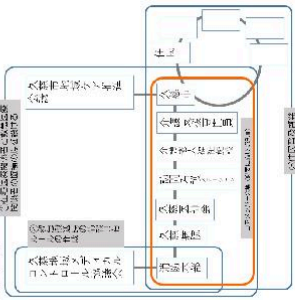
転機

- 県主催の在宅医療・介護連携推進事業研修会において、救急隊にも「医師との話し合いが行われており人生の最終段階であり心肺蘇生を望まない事例がある」ことを知る
- 久慈消防本部との話し合いを開始
- さらに連よく在宅医療・救急医療連携セミナーへの参加が決定

9

### 3. 在宅医療・救急医療連携の取組初期の対応

【協議体の設置】



10

### 3. 在宅医療・救急医療連携の取組初期の対応

【コアメンバー会議】（各組織の代表者、実務者）

- 若手県立久慈病院（緩和委員会委員長（医師）、緩和ケア認定看護師、退院支援看護師）
- 久慈医師会
- 久慈地区メディカルコントロール協議会
- 二次医療圏の訪問看護ステーション
- 特別養護老人ホーム
- 久慈地区介護支援専門員協議会
- NPO法人北三陸塾（ICT）
- 久慈地域広域連合消防本部
- 久慈市事業担当課

11

### 3. 在宅医療・救急医療連携の取組初期の対応

【コアメンバー会議】（各組織の代表者、実務者）

協議内容…  
 ● 平成30年度は、現状と課題の把握、工程表の策定、目標の設定（随時、ICT会議により、役割分担、計画の実行）



12

### 4. コアメンバー会議での課題抽出と目標設定

現状	課題
久慈病院で診療、救急車で搬送し、診察をする、という未開が、患者の事例がある	今後の事例への対応
心肺蘇生をしないという事例が、行っていないという事例がある	ルールがなく対応に苦慮
マンパワー不足により訪問診療を、行うことができない	死亡診断時の医師の不在
在宅看取りの方も救急車を要請している	病院との連携
難病や難病に対する不安があり、相談して救急車を要請	専門職の知識の不足
ACPの普及啓発	市民、専門職のACPの理解

「人生の最期まで住民が望む地域で暮らし続けるための手段」を在宅医療と介護のみで考えているのは久慈市での実例は困難

13

### 4. コアメンバー会議での課題抽出と目標設定

- 1 目標  
人生の最期について本人の意志を選択できる地域づくり
- 2 位置づけ  
在宅医療・介護連携推進事業
- 3 枠組み  
① 救急車を活用した「ギリギリ在宅看取り」に関する連携方法の明文化  
② 市民向けのACPの普及啓発  
③ 専門職向けのACPの知識の普及と技術の向上

14

### 5. 地域ケア推進会議における協議内容

協議内容…目標、計画説明、協力要請

- 計画について認知していただくに留まり、出席団体に協力を得るまでには至らなかった
- 特にACP普及啓発については、会議出席者個人の死生観に大きく左右されることにより、団体組織内の情報共有にも至らないということが分かった

15

### 6. 在宅医療・救急医療連携の対応策の展開

【各組織が実行したこと】

実行内容	実施組織
プロトコルの改定	久慈地域メディカルコントロール協議会、久慈消防本部
久慈病院と救急車との連携フローの作成	若手県立久慈病院、久慈消防本部
終末期患者の在宅看取りのためのマニュアル作成	若手県立久慈病院
在宅看取りの終末期患者の死後対応について、心肺蘇生に関する医師の指示書の改定	久慈市医師会
コアメンバー会議参加特別委員の意見研修	特別養護老人ホーム・山荘
人生会議普及啓発印刷物	久慈市
日常生活の病態、急変時の対応についての会議開催と出部	久慈市、久慈病院、訪問看護センター
各種研修や協議会の自主開催（在宅医療、ACP、久慈地区介護支援専門員協議会、久慈地区と救急隊との連携に関すること）	若手県立久慈病院、久慈医師会、久慈地区介護支援専門員協議会、若手県立久慈病院、久慈消防本部、久慈市医師会、こはくのまちの保健センター

16

### 6. 在宅医療・救急医療連携の対応策の展開

【工夫した点】

- 市民へのACP普及啓発を早期に取り組み、市民と多職種が相互連携するための準備をおこなった
  - 組織間の連携について話し合う場を設定した
- 【取組み困難な点】
- 現在はまた久慈病院と消防本部のみで運用。専門職へのACPの知識の普及と同時進行で取り組む必要がある

17

<p><b>7. 在宅医療・救急医療連携の成果</b></p> <p>【救急車を活用した「ギリギリ在宅看取り」に関する連携方法の明文化について】</p> <p>久慈地域では在宅療養をしている人生の最終段階にある方が旅立ちの時に心肺蘇生を望まない旨の医師の指示書を提示した場合、かつ医師から心肺蘇生の中止及び医療機関への搬送指示があった場合に在宅から医療機関まで心肺蘇生をせずに救急車で搬送することができるようになった</p>	<p><b>7. 在宅医療・救急医療連携の成果</b></p> <p>【市民向けのACPの普及啓蒙について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地元薬局や生前整理講師などがこうしたノートを活用した市民向け普及啓蒙を自主的に開催</li> </ul> <p>【専門職向けのACPの知識の普及と技術の向上について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● コアメンバー会議に参加している団体が多職種向け研修会を開催</li> <li>● コアメンバー会議参加している特別養護老人ホームが職員研修を実施、二次医療圏内の施設向け情報交換会を実施予定</li> </ul>	<p><b>8. 現時点での評価</b></p> <p>【改善できたこと、取り組んでよかったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 本場に新しい社会資源が誕生した</li> <li>● 訪問診療を行っている医師と対話できる場ができた</li> <li>● 医師会に久慈市の取り組みについて知ってもらったことができた</li> <li>● 在宅医療・介護連携推進事業の課題への取り組みもつなげた（本人を中心に考えた4つのフェーズの話し合いができるようになった）</li> <li>● 在宅医療・介護連携推進事業の久慈市が目指すべきことが見えてきた</li> </ul>
<p><b>8. 現時点での評価</b></p> <p>【新たな課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域の専門職は在宅看取りの経験があまりない</li> <li>● 専門職の中には「ACPをとらなければならぬ」と思い込みもある⇒専門職にACPの知識は必要不可欠。地域で担うには限界あり。教育に入れていきたい</li> </ul>	<p>ご清聴ありがとうございました</p>  <p>久慈市秋祭り</p>	<p>20</p>
<p>18</p>	<p>19</p>	<p>21</p>

2020年2月23日  
厚生労働省  
在宅医療・救急医療連携セミナー

**地域で支えるACPの実践の取組み**

慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室 講師・在宅看護専門看護師  
コミニエニヘルス研究機構 理事長・機構長  
神戸市医師会社会福祉委員会 長付顧問委員  
倉敷市連合医師会顧問  
**山岸 晴美**  
akemi-yamagishi@keio.jp

**アドバンス・ケア・プランニング**  
Advance Care Planning (ACP) : 定義

● 今後の治療・療養について患者、家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

- 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
- 患者が同意の意思を示し、話し合いの結果が記録され、定期的に見直しされ、ケアにかかわる人々の間で共有されること

- ACPの話し合いは以下の内容を含む

- 患者本人の気持ちや意向
- 患者の価値観や自覚
- 病状や療養に関する意向や嗜好、その提供体制

<http://www.ncc.or.jp/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

「人生の最終段階の医療の決定プロセスに関するガイドライン」  
これまでの  
人工呼吸器や心臓マッシーナージなどの開始や中止に関するルールを定めたもの

● 患者さんご本人の意思決定を基本とし尊重すること  
● 医師のみならず、看護士なども含むチームで方針の判断をすること  
● 痛みや不快な症状をやわらげるケアを充実させること

**新しい「人生の最終段階の医療の決定プロセスに関するガイドライン」2018年3月**

● 3つの大きな柱は、そのままに

1. 患者さんご本人の意思決定を基本とし尊重すること
2. 医師のみだけでなく看護士なども含むチームで方針の判断をすること
3. 痛みや不快な症状をやわらげるケアを充実させること

● ケア・介護の重視

● アドバンス・ケア・プランニング  
Advance Care Planning (ACP)

**歴史的背景 (米国)**

- 1960年代
  - 終末期の患者、人工呼吸生命維持装置の日常化→LWOP(無命)の懸念
  - 1976年
    - ナンシー・クルーズサンク(21歳、薬性毒物死)：薬が人工呼吸器取り外し、自然死の申し立て→州の自然死法(Natural Death Act)制定
    - カリフォルニア州自然死法(Natural Death Act)制定
    - 日本でも1997年に自然死法が制定された
- 1980年代
  - 自分だけでなく家族も尊重することと求められ、不安
  - 自分だけでなく家族も尊重することと求められ、不安
  - 自分だけでなく家族も尊重することと求められ、不安
- 1990年代
  - ナンシー・クルーズサンク事件の処理(25歳、薬性毒物死)：ADなし、家族が終末期看護の中止を申し出、裁判、裁判長が「明確に同意した」と判断し、希望が認められた
  - 患者の自己決定権法(Patient self-determination act: PSDA)制定 (アメリカ合衆国)
  - 医療機関などに対し、すべての患者に入院時ADの存在を伝え、希望があればAD作成の支援を行うことを求めた

**患者の自己決定権法(1990年)**

1. 医療処置を受ける権利と拒否する権利
2. リビングウィル・代理人を指示しておく権利
3. 上記の権利を承認するための手続きの義務化

● 各機関でのアドバンス・ケア・プランニングに関する手続き

- 各機関は、機関の職員並びに地域住民に対するアドバンス・ケア・プランニングについての教育プログラムを提供
- レクティブについて、医師の職員に地域住民に対するアドバンス・ケア・プランニングについての手続きを保持しているから、あるいは持っていることを禁じている理由で、職員たちが、ケアの提供方法の条件を定めることを禁じている
- 病院やナースステーションチーム、在宅医療提供者、ホスピスでは、すべての新患者たちにこれらの基本方針と実施方法に関する書面による情報提供

**The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)**

● SUPPORT：観察-介入研究

● 個人レベルの意思決定支援により、終末期の意思決定改善、延命処置を用いた苦痛を伴う延命治療の頻度を減少

● 5つの教育段階

● Phase I：観察 (4301人) → Phase II：介入 (4804人)

● 9つの重篤な疾患のうち1つ以上有する入院患者

● 6か月後の死亡率：47%

● 医師に患者の6か月生存率、QOL、PRC成功率、2か月後の機能障害レベルの見込みについて情報提供

● 専門看護師が、患者と家族、医師、病棟スタッフとコンタクトを取り、患者にケアの意向を聞き、治療の効果についての理解を助け、疼痛管理、AD記載支援と医師のコミュニケーションを支援

JAMA 1995;274:1591-8.

**SUPPORT 結果**

● Phase I：観察研究

- 53%の医師：患者のQOLに関する希望を知らない
- 46%のDNRオーダー：死亡2日前に完成
- 38%の患者：死亡前10日間にICU入院～重度の痛み

● Phase II：RCT

- 介入群で改善なし
- Pt-Diのコミュニケーション
- DNRオーダーの記載時期
- 患者のDNRに関する意向についての医師の認知
- ICU日数と人工呼吸器の使用
- 死前の苦痛状態
- コスト

● 重篤な入院患者のケアは不十分

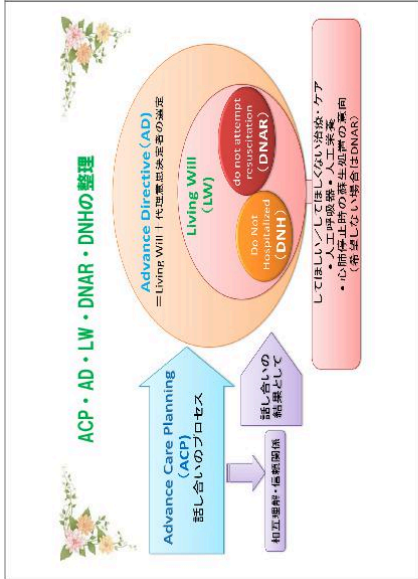
● アドバンス・ケア・プランニングは至らなかつた

JAMA 1996;274:1591-8.

**米国におけるAD (事前指示書の失敗 (Failure))**

- ADは入院時に病院に伝わらないことが多い(書式や登録方法が曖昧)
- AD保有は患者の意向尊重を促進しない
- ADの作成率は低い (SUPPORT研究で14%)
- 患者に全般的な将来の予測は困難
- 意向はわかっても個々の状況に適合困難
- 代理人権限用に対する防衛策が脆弱であり、代理人による過剰な(誤った)患者自己決定が行われる可能性が否定できない(例：非近親輸入である家族が患者意思決定において利益相反関係にあるなど)
- 事前指示書がなく同意能力を喪失した患者、家族など身寄りがない患者の意思決定支援をどうするか

Davis et al. NEJM 1991;324:882-8, Teno JM et al. JAGS 1997;45:508-12, Ford TR et al. JAMA 2010;303:599-90, Rhee J et al. JAMA 2014;311:1481-90



### ADとACPのちがい

	AD	ACP
目的・目標	事前指示書の完成	話し合いによる相互理解
患者一人で実施可能	○	×
話し合いのプロセスの重視	×	○
決断の理由や価値を重視	×	○

### ACPの様々な定義

#### 国際テルファイ (US/CA/AU/NL)

- ACPの定義
  - 年齢や時期を問わず、患者が自身の価値観、目標、今後の治療に対する意向を理解し、共有することを支援するプロセス
- ACPの目標
  - 重要な疾患や慢性疾患を抱える患者が、自身の価値観、目標、意向に沿った治療を拒否に受けられるよう支援する
  - 多くの場合、患者が自分で最終決定ができなくなったりした時に備えて、治療の最終決定を行うような信頼できる人(々)を選定準備しておくことが含まれる

Subire, R., et al. J Pain Symptom Manage. 2017;53:821-32

### 2019 Taipei Declaration

Journal of Palliative Medicine

Letters to the Editor

Taiwan Medical Association主催で、どのようにACPを推進すればアジアの患者・家族のQOL向上につながるかという観点から、患者本人、家族、医療者、教育者、科学者、そして政策立案者に求められる役割について議論が行われ、「台北宣言」としてまとめられた。

Palliat Med. 2019 Oct;23(10):1175-1177

### ACPIに関する系統的レビュー (効果)

- Advance directiveの完成率↑
- 将来の医療についての話し合い↑
- 患者の意向に沿ったケアの提供↑
- 患者・医師のコミュニケーションの質↑
- 望まない入院↓
- ホスピス・緩和ケアの利用↑
- 複合的なACP介入が意向に沿ったケア↑

Bindman-Stepelieburg A, et al. Palliat Med. 2014;28:1000-25.  
Houston, C, et al. J Am Med Assoc. 2014;315:777-89.

### 我が国におけるACPの障壁

- ACPの定義、概念・内容が、臨床セッティング(というが、個人)により、かなり異なる
- 患者・家族にACPを紹介するガイドランスの欠如
- 法の違い(「おまかせ」「以心伝心」「察する」)
- 法の裏付けがない
- 臨床的に重要なアウトカム尺度が未確立

### 松戸市ふくろうプロジェクト (千葉県松戸市)

### 母の呼吸がとまっている。早く、早く来てください!

湘防高に救急要請があったのは冬の夜—

「母の呼吸がとまっている。早く、早く来てください」。同居する娘の松戸松子さん(65)が、母親の変化に気づき、あわてて119番に電着をした。救急隊が到着した時、母親は心肺停止の状態(心拍がなく息をしていない)。救急隊員に「あらゆる救命処置をお願いしますか?」ときかれたが松子さんは「なるべくお願いします」とよく事態が分からないままうなずくのがやっとだった。

母親は最近、心臓の持病が悪化し、かかりつけ医から「何があってもおかしくない状態。お母さんの気持ちに聞いていただき、もしも時に備えてよく話し合っておいた方がいい」と言われていた。しかし、松子さんとしては、本人を目的としたと聞かされ、ちゃんと話し合ったこととはなかった。救急隊員は蘇生処置(心臓マッサージなど)を行ったが、救急病院に搬送した。病院では、強心剤を打ち、電気ショックを行ったが、意識が回復することなく死に確認された。

© 2018 Akemi Yamagishi

救急隊の方に「お願いします」と言ったものの、気が動転して事態がよく飲み込めないままでした。救急隊も病院の方も精一杯やってくれたと思うのですが、これが母にとって一番良かったことなのかわかりません。母がどんな最期を望んでいたのか、元気が戻らなかつたことばかり話しておけば良かった。私の判断で、最後に母に苦しい思いをさせてしまったと今でも自分を責めています。

私たちが救急隊員は、市民の命を守り、救命することが使命です。しかし、ご本人の意思が確認できない状態で、もしご本人が救命を望んでいないとしたら...。その意思に反する私たちが救急隊員にとっても複雑な思いが強ります。

80歳を超えると、心肺停止後に救命処置をしても、元の状態にまで回復する例は非常に少ないです。ご本人が延命治療を望んでいた場合は、やはり延命治療を望んでいない場合や気持ちや分が分からない場合、残された家族が「本当にこれでよかったのか」「こんなはずじゃなかった」と、あちこち後悔したり、悩またりすることも多いのです。

© 2018 Akemi Yamagishi

## 高齢者救急搬送の課題

34

### 背景

- わが国の救急搬送に占める65歳以上の割合は50%を超えている
- 特に、高齢者施設の救急搬送の増加、中でも都市部における三次救急医療施設への搬送の増加が問題になっている
- 高齢者施設から搬送された認知症高齢者については、20%がその日のうちに死亡し、また60%が短期間の入院の後にその搬送先の病院で死んでいること、
- 施設からの搬送者のほとんどが自らの意思を表明できない状態で救急搬送されていることが報告されている

1) 経済産業省「高齢者の在宅医療の推進に関する調査報告書」(平成26年度版) 2) 経済産業省「高齢者の在宅医療の推進に関する調査報告書」(平成27年度版) 3) 経済産業省「高齢者の在宅医療の推進に関する調査報告書」(平成28年度版)

### 松戸市において 救急問題の議論がはじまった背景

35

### 松戸市における救急出場と搬送人員の推移

### 松戸市における救急搬送状況(年齢区分別)

年齢区分	H20	H21	H22	H23	H24					
新生児	70	0.40%	73	0.42%	89	0.51%	57	0.29%	48	0.24%
乳幼児	1121	6.38%	1131	6.48%	1162	6.01%	1115	5.63%	1002	5.07%
少年	703	4.01%	707	4.05%	705	3.61%	749	3.78%	709	3.59%
成人	7621	43.44%	7375	42.23%	8063	41.84%	8027	40.54%	7910	40.04%
高齢者	8022	44.74%	8178	44.83%	9273	47.88%	9946	49.74%	10073	50.44%
合計	17537		17464		19321		19794		19748	

### 覚知～病院到着 所要時間 内訳

	覚知～現場到着	現場到着～現場出発	現場出発～病院到着
H20	7:15分	18.4分	9:3分
H21	7:17分	18.8分	9:2分
H22	7:40分	19.6分	9:2分
H23	7:50分	20.4分	9:5分
H24	7:30分	21.3分	8:9分

### 介護施設からの救急要請状況

◆ 介護施設からの救急要請数 (請求発生時)

◆ 介護施設からの救急要請における搬送状況 (請求発生時)

救急要請が増加し、時間も遅まっている

### 松戸市の救急医療と在宅医療の連携のために解決すべき課題

- 1) 情報共有の促進  
病歴や病状、これまでの身体状況などについての情報共有
- 2) 救急搬送の判断基準  
救急搬送すべき状態かどうかについての判断の明確化
- 3) 医師決定支援(地域で変えるACP)  
人生の最終段階の希望に関する相談・支援の必要性
- 4) 予防的な手立ての確立  
急病が生じる前の予防策や在宅医療としての対応
- 5) 入院後の後方支援の役割明確化  
在宅医療と後方支援機能を持つ病院が果たすべき役割
- 6) その他の課題  
精神医療連携や死亡確認のための搬送などの連携強化

36

### ふくろうプロジェクトHP 高齢者救急×地域包括ケア×ACPOの挑戦

～一人一人の心の中を歩いて、医療者よりの医療ではなく、患者さんよりの医療を実現するために地域個人が様々な困難を乗り越えること～  
文部科学省委員 池田信行 議員 議員による個人が様々な困難を乗り越えること～  
(東京都議会 山根良典 議員 東京都議会)

### Cluster Randomized Controlled Trial: cRCT

介入群	介入人口		7月時点人口	
	人数	%	人数	%
明野1	5,453	22.0	5,360	9.9
明野2	3,755	14.8	3,340	8.9
本庁	2,418	8.8	2,188	8.9
五條駅前	3,587	13.6	3,221	12.0
六交ヶ丘	2,450	9.1	2,246	9.6
常盤平	5,287	19.6	4,853	12.2
常盤平駅前	7,695	28.4	7,004	22.1
東部	4,593	16.9	4,073	8.9

対照群	対照人口		7月時点人口	
	人数	%	人数	%
明野東	2,601	9.3	2,474	9.3
明野西	3,062	10.6	3,389	11.3
矢切	1,908	6.5	2,437	12.7
小笠	4,344	14.0	4,636	10.7
小笠南	2,763	9.4	4,460	15.9
麻橋	3,838	12.3	4,074	10.6
麻橋西	2,258	7.9	2,245	10.5

### ふくろうシートの運用→QRコード化の流れ

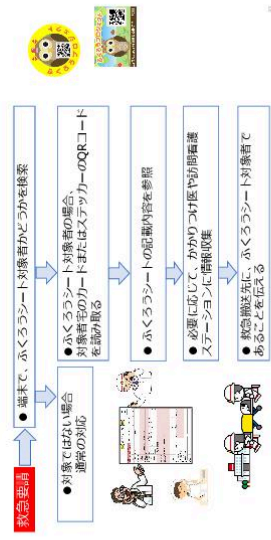


### 市民啓蒙

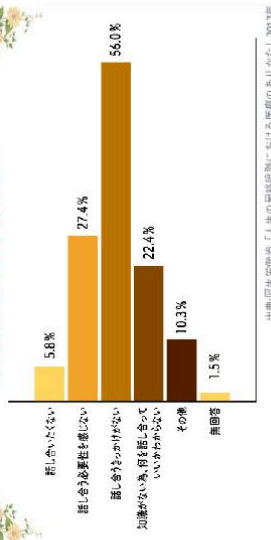
### 評価: Mixed Method

- ◆ 主要評価項目
  - ▶ 人生の最終段階の意思の表明の有無
  - ▶ 受けとれた介護 満足度(ケア) と実際の合致率
  - ▶ 死亡直前の救急搬送状況
- ◆ 副次評価項目
  - ▶ 救急搬送の実態
    - ・ 救急搬送の発生率、発生場所、到着時間、到着後の処置内容、活動時間、搬送の経路、搬送の手段、かかりつけ医、訪問看護、在宅介護事業者との連携、コミュニケーションの取組
    - ・ 地域で医師・介護士が呼ぶことに関する実情(医師の不足、救急搬送の発生率、搬送の経路、搬送の手段、搬送の経路、搬送の手段、かかりつけ医、訪問看護、在宅介護事業者との連携、コミュニケーションの取組)
  - ▶ 救急搬送を対応とした対策
    - ・ 医師の不足、かかりつけ医、訪問看護、在宅介護事業者との連携、コミュニケーションの取組
    - ・ 医師の不足、かかりつけ医、訪問看護、在宅介護事業者との連携、コミュニケーションの取組
  - ▶ アセス評価
    - ・ 事業の記憶及び、ふくろうシートの対象者、運用に携わった医師、介護従事者、消防関係者等にインタビュー調査を行い、事業が地域にもたらした変化を明らかにする。

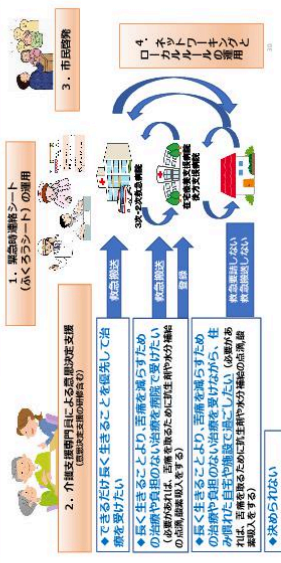
### ふくろうシートの運用→救急隊(救急搬送時)の流れ



### 話し合ったことがない理由



### ふくろうプロジェクト 4本の柱

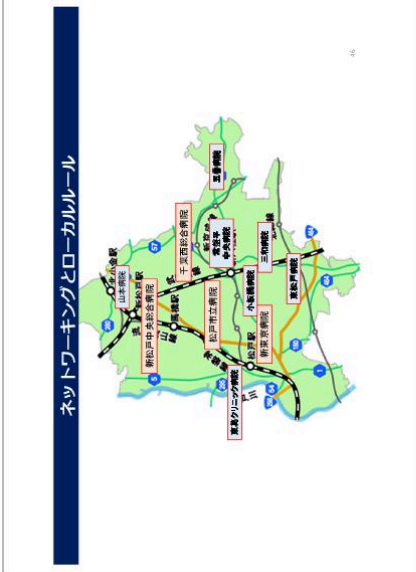


### 「代理意思決定」研修会

### 「代理意思決定」研修会







ネットワークとローカルループ

松戸市の救急医療・在宅医療の連携上の課題・高齢者搬送に関する課題

- 課題4: 救急の現場と在宅医療・介護との情報共有がうまくいかない
- 課題5: 救急要請の判断が難しい
- 課題6: 救急車の適正利用に関する地域のコンセンサスがでない
- 課題7: 救急車の滞在時間が延長している
- 課題8: 家族との連絡がとれない、本人と家族との意向の乖離への対応が難しい
- 課題9: 治療や検査に関する希望は届くものであることを事前に地域全体で伝える仕組みが必要である
- 課題10: 人生の最終段階の意思決定支援の遅さ

松戸市の救急医療・在宅医療の連携上の課題・高齢者搬送に関する課題

- 課題1: 救急搬送に係るケアマネジャー/施設生活相談員の役割・業務のコンセンサスが定まらず必要である
- 1) ケアマネジャー/施設生活相談員の救急車乗降がマニュアルになっていない
- 2) ケアマネジャー/施設生活相談員の搬送後の搬送後継 待機を家族のようになっている
- 3) ケアマネジャー/施設生活相談員が、家族の代理としての対応を構築できあがらない
- 課題2: かかりつけ医(原任医)の役割と連携、連携のありかたが明確ではない
- 1) かかりつけ医の機能(特に急患)に対応、看取りに関する機能(役割分担)が不明瞭である
- 2) 人生の最終段階における治療や療養方針に関する意思決定支援について、かかりつけ医のコミットメントが重要である
- 課題3: 増加する高齢者救急搬送に関する各機関の役割分担等の地域全体のコンセンサスが定まらない
- 1) 救急搬送の現場に必要となる役割分担が不明瞭である
- 2) 救急搬送の現場に必要となる役割分担が不明瞭である
- 3) 救急搬送の現場に必要となる役割分担が不明瞭である
- 4) 救急搬送患者のケア支援、移動支援が不足している

松戸市の救急医療・在宅医療の連携上の課題・高齢者搬送に関する課題

- 課題11: ふくろうシート<sup>1)</sup>の運用に關し、改善点がある
- 1) シートの項目に関する修正事項がある
- 2) シート運用のロジックに關し、改善点がある
- 3) 今後の運用可能性に關する提案
- 課題12: 他の情報共有システムとふくろうシート運用の整合が取れていない、統一すべき
- 課題13: 住民啓蒙の必要がある
- 1) 人生の最終段階に向けての考え(こと)のメリットに関する啓蒙が必要である
- 2) かかりつけ医を持つことのメリットに関する啓蒙が必要である
- 3) もしもの時のために地域ネットワークを持つことも重要である



神戸市医師会  
未来医療検討委員会

- 抽出された課題一覧
- 1) 高齢者急病増加に伴う救急医療とプライマリケアの役割分担と協働の重要性
- 1) 高齢者の急病増加に伴う救急医療とプライマリケアの役割分担と協働の重要性
- 2) あかばなシートの活用が医療・介護・福祉(特命医の連携)
- 3) あかばなシートの活用が医療・介護・福祉(特命医の連携)
- 4) 望まない、または必要不慮な急病増加の予防策の必要性
- 2. 人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意向の不在
- 1) 本人の意向の不在
- 2) ACPを精進し重んじておく重要性
- 3) 患者の権利を守る(=医師を守る) 法律や制度が日本には向かない
- 3. かかりつけ医確保、電話診療が不十分で、個人差・偏り差が大きい課題
- 1) かかりつけ医確保、電話診療は、個人差・偏り差が大きい課題
- 2) 望まない、または必要不慮な急病増加の予防策の必要性
- 3) 各診療所にかかりつけ医確保に関する地域のルールが必要
- 4. 地域全体の入退院支援への取り組みが不十分
- 1) 適切な高齢者急病増加患者の出口問題
- 2) 後方支援体制など、地域の医療機関の機能分化、役割分担が不明瞭
- 3) 異なる併一地域の連携強化の必要性
- 5. 認知症へのサポートシステム構築および認知症フレンドリーなまちづくりの必要性
- 1) 認知症およびDMMCI<sup>2)</sup>診断された者への地域のサポート体制の必要性
- 2) 認知症になってからもコミュニケーションの一員として能動的生活が可能な土壌形成の必要性

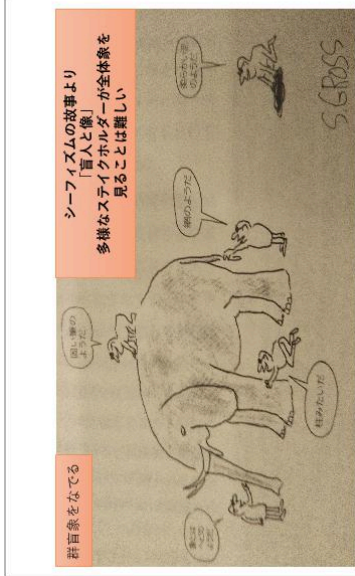
Collective Impactの手法を用いた  
実際の基礎自治体単位の活動  
～地域の課題を解決する～

神戸市医師会から市への  
課題解決への協働の提案

- システム、仕組みの構築の仕掛けづくり
- 抽出された課題に対応する解決策として、また事業の骨子として以下3介入を行政に提案
- a) 認知症へのサポートシステム構築
- b) 医師会へのケアシステム構築
- c) 市民啓蒙 (Advance Care Planning (人生会議)、認知症啓蒙)
- 様々な医療・ケアの意向向上
- 人生を、生活を支える医療・介護の処方
- 患者主体、利用者主体、住居主体
- どう生きたいか、どういのちを支えたいか

KOBE Fundamental reform in Regional based Integrated Empathetic  
Networking for Decision Making Support Project  
(KOBE Friend-mas Project:神戸フレンドマスのプロジェクト)  
地域ベースの包括的で共感的な  
意思決定支援ネットワーク構築における基礎改革プロジェクト





Sam Gross. The cartoon Bank

**これまでの協働**

- ▶ 同一方向性や関心を持っている少数の組織同士の連携が主流
- ▶ 課題解決に向けた戦略は特定組織または人がリードして描き、他の組織には協力を依頼する形が取られる

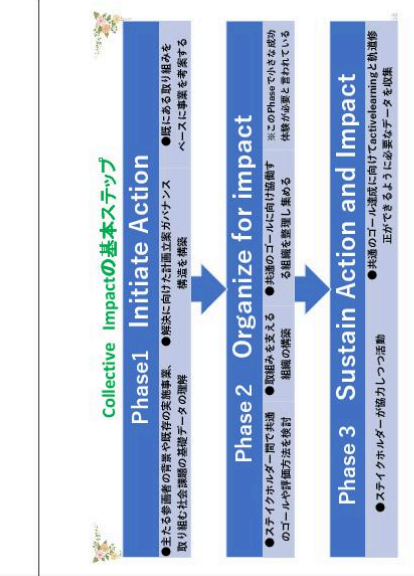
しかし

- ▶ いつまでもたっても問題解決に至らない
- ▶ 利害関係者が足並みをそろえて取り組むのが難しい
- ▶ 継続的に試行錯誤を続けるよりも「Beat Practice」などという「何も感ずの書き」の解決策に飛びつく

**Collective Impact**

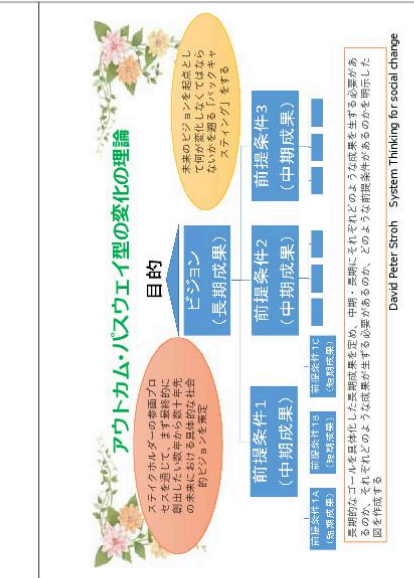
立場の異なる組織（行政、企業、NPO、財団、有志団体など）が、組織の壁を越えてお互いの強みを出し合い、社会的課題の解決を目指すアプローチ

システム全体から多様な利害関係者を招き入れ、対話を通じて現状を理解し、ゼロから解決策を見出していくプロセスが特徴



**Collective Impactで成果を出すための5つ要素**

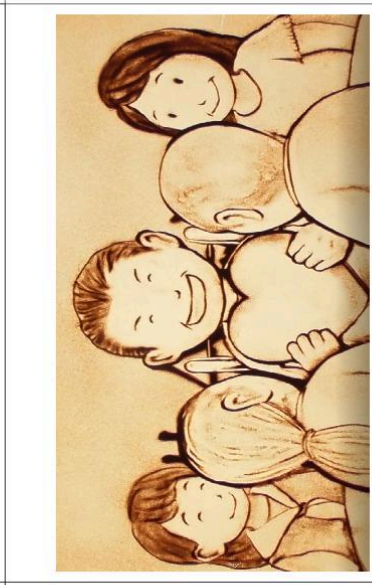
1. 共通のミッションや目的を共有していること
2. 評価システムの共有；取り組み全体と主体個々の取り組みを評価すること
3. 活動をお互いに補強しあう；各自強みを生かすことで、活動を補完し合い、運動出来ること
4. 継続的なコミュニケーション；常に継続的にコミュニケーションを行われていること
5. 活動を支える組織（backbone organization）；活動全体をサポートする専任のチームがあること



**まとめ**

- ▶ 病院が在宅が、救急医療が在宅医療が、医師職がやることが介護職がやることが？
- ▶ こうした二元論は全く意味がない。
- ▶ “とどき”と“在宅”という根本的な地域生活ケアシステムの文脈の中で、個々の医療・介護専門職、職能団体や機関（組織）、そして行政、各々の立場で何が出来るのかについて、真摯に向き合うことが重要。
- ▶ **そもそも人の幸せや価値観は多様**
- ▶ 「こうすべき」といった“絶対解”はない
- ▶ 本人はもちろんのこと、関わる人たちの“納得解”をいかに模索することが出来るか。これを構築するプロセスそのものが、ご本人の尊厳を重視した倫理的側面から、“機能的壁を超えたチーム医療・介護”を強化していくことになる

**得られた“納得解”を地域全体で支えていくプロセスそのものが、地域包括ケアシステムになる**



厚生労働省医務部医務課  
 「令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」  
 令和2年2月23日(日) @ピジョンセンター 浜松町

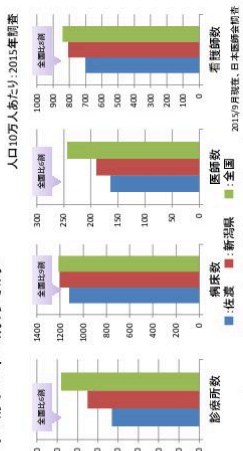
**【事例発表①】**

**ICTによる情報共有基盤を用いた  
超高齢地域での社会保障連携**

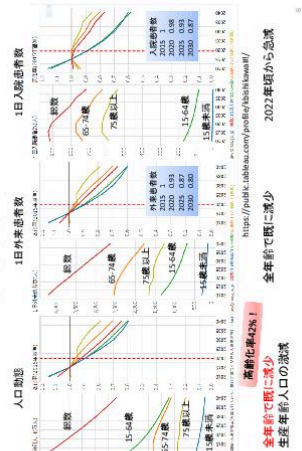
佐渡地域医療介護福祉提供体制協議会 理事  
 佐渡地域医療連携推進協議会 理事  
 新潟県厚生連佐渡総合病院 病院長  
**佐藤賢治**

資料を2次利用される場合は出典の明記をお願いします

**佐渡の医療資源**



**佐渡の人口・医療需要予測**



**新潟県佐渡市**

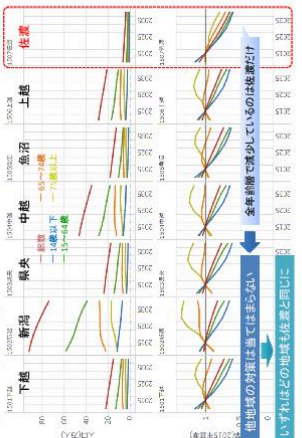


**今日のお話**

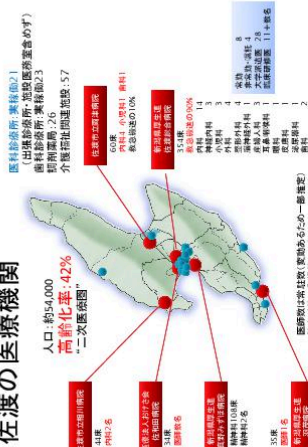
- ・ 佐渡の社会保障需要の現状と予測  
在宅・救急医療含む社会保障連携の意義
- ・ 課題対策としての医療介護情報共有基盤  
「さどひまわりネット」

参考資料:「佐渡モデル」の構築  
 :地域全体での統合社会保障提供体制  
 - 連携を前提とした機能分担  
 - 情報共有基盤の位置づけ  
 - 人材育成体制

**新潟県医療圏別人口予測**



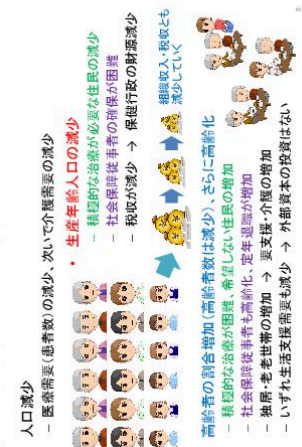
**佐渡の医療機関**



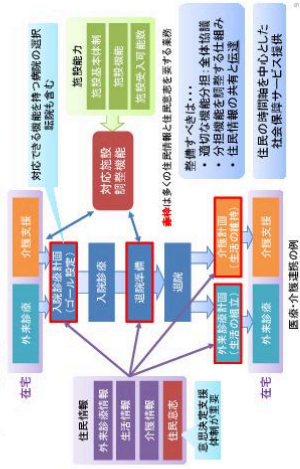
**佐渡の社会保障需要**

世界最先端の超少子高齢社会  
 超少子高齢社会では何が起るのか?  
 社会保障連携の意義

**少子高齢化が意味するもの**



### 社会保険サービスの流れ 入院を例に

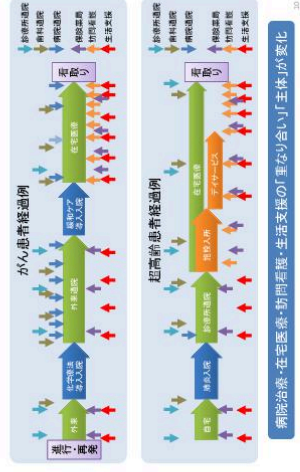


### 医療は社会保障の中心ではない

- ・ 超高齢化は、医療の役割・範囲を大きく変えている
    - 従来型医療は自力で「生活医療」が前提：医療中心でよかった
    - 超高齢社会では「生活支援」が前提、看取るまでの生活も重要
    - 急性期医療需要は減少
  - ・ 医療は主役から社会保障パーツのひとつへ
    - 行政・医療・介護・福祉から必要なパーツを組み合わせる
    - ⇒ 多職種協働
  - ・ 「誰が担当するか」ではなく「持ち寄り」
    - 単機能では社会保障は成立しない
    - 得意分野・専門性を活かすための「協働」
- 在宅・単独医療連携もこの一環  
社会保険は住民の生活を複数の機能が協働で変える仕組み

### 医療統合画面：医療情報ポータル

### 患者の時間軸から見た多施設・多職種との関与



### 「多職種連携が重要」と知っているけど...

- ・ 超高齢社会、医療だけでなく社会保障は成立しない
- ・ ネット社会なのに、となりの診療所の処方や検査結果がなぜわからない？
- ・ すぐ病院を受診するくせに、飲んでる薬も知らず、病名も知らない、「医者は何でもわかるともわかってはくせに、紹介状もいらないから」と病院に紹介するくせに、紹介状1枚？ 紹介状もない？
- ・ いきなり救急車で運ばれても...「あなたには誰？」
- ・ 退院後に要介護と言われても、病院は介護を知らない
- ・ 在宅だ、と言われても誰か診る・見る・診られる、看られる？ 医者も年寄り、看護師も介護従事者も少ない、誰かに話した患者の希望なんて知るはずもない

### 処方一覧

### 超高齢社会での社会保障需要

・ 人生の最終段階を送る支援

- 看取る場所より、看取りまでの生活
- 自然な看取り、無理がなく負担が少い生活
- ・ 生活を送る実感を持ったための支援
  - 自立生活を維持・回復
  - 自身で思考・行動する範囲の維持・縮小抑制
  - ・ 生活に支障を来す状態の改善
    - 生活力の維持・回復・低下抑制
    - 生活に支障を来す疾患の治療：従来型医療の役割

医師が生成するのはここだけ

介護・福祉・行政が連携

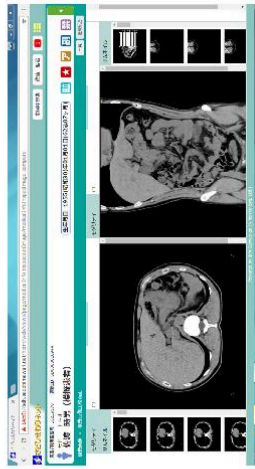
- ・ 社会としての需要：産科・小児科
- 産科・小児科にアクセスできない地域は「限集集落”

### 佐渡地域医療連携ネットワークシステム 「さどひまわりネット」

電子カルテに類らない医療情報収集  
多職種利用：行政・病院・診療所・歯科診療所  
・ 保険薬局・介護・福祉  
運営：多職種で構成される協議会  
利用料による自立運用

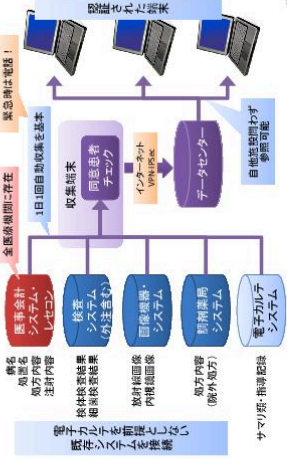
### 検査結果：時系列

### 検査画像：CT



38

### 医療情報収集と参照の仕組み



39

### 介護情報：フェイスシート

・ 評価項目をスコア設定すると、変化をリーダーチャートとして視覚化できる  
 ・ 介護記録の構造化が不十分なため、情報は入力中心（一部ファイル経由可）

37

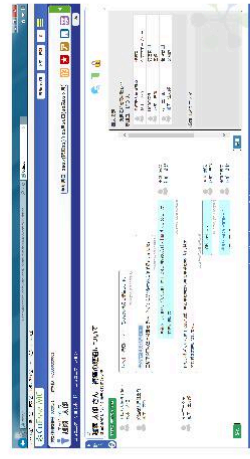
### コミュニケーション支援ツール

ツール名	機能
コミュニケーションボード	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者様のチャット機能</li> <li>注釈、留意点、気づき、連絡事項などを記載</li> <li>各時間画面を参照しながらの利用が可能</li> </ul>
セキュアメール	<ul style="list-style-type: none"> <li>セキュアチャットが利用でき、メール機能</li> <li>CC、BCC、ファイル添付など通常のメールと同様の機能</li> <li>病名、病態など個人情報を記載できる</li> </ul>
生活指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設・地域を主とした指示・連絡機能</li> <li>医師・看護師、介護・介護などでの利用</li> </ul>
地域連携入	<ul style="list-style-type: none"> <li>項目を自由に設定可能</li> <li>クリニック・ヘルスに準じた運用</li> <li>医療・介護、介護・介護などにも応用</li> <li>病院・介護間の「入退院調整表」組み入れ（検討中）</li> </ul>

コミュニケーション支援ツールは連携システムの必須機能

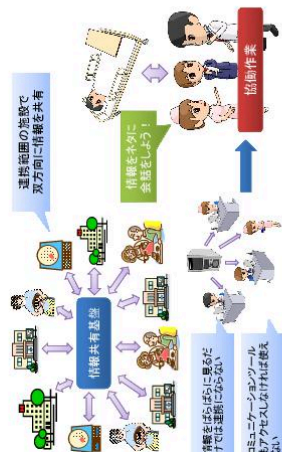
38

### コミュニケーションボード



39

### 連携とは情報共有と会話による協働



38

### 「さどひまわりネット」ユーザー会

・ 介護系中心にスタート  
 ・ さどひまわりネットユーザーに限らない自由参加  
 ・ 医師・看護師・薬剤師・訪問看護、市議会・議員、保健所も参加  
 ・ 関係業者も参加：設備の改良・収集、利用への回答  
 ・ 自治体の支援  
 ・ 自治体の支援

・ 1日に5部から取り組み、1部見守りによる励み  
 ツールの構築以上に重要

38

### 「さどひまわりネット」への参加数

住民：約16,051名 人口比3割

施設： 81/135 約6割

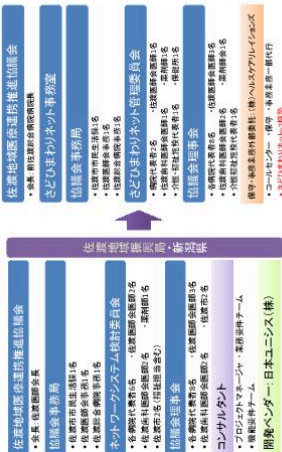
施設	約6割	約6割
●病院	6/6	
●医科診療所	14/21	2020.11現在
●歯科診療所	6/23	
●調剤薬局	17/26	
●介護施設	37/57	
●行政(佐渡市)	1	

参加施設が減少傾向にある  
 ・ 情報の利用促進と併し、参加施設を増やす  
 ・ 参加施設を増やす  
 ・ 参加施設を増やす

町民も参加施設が少ない  
 最新情報は<http://www.sadohimaori.net>

39

### 「さどひまわりネット」の導入・運用体制



38

2020/12/8

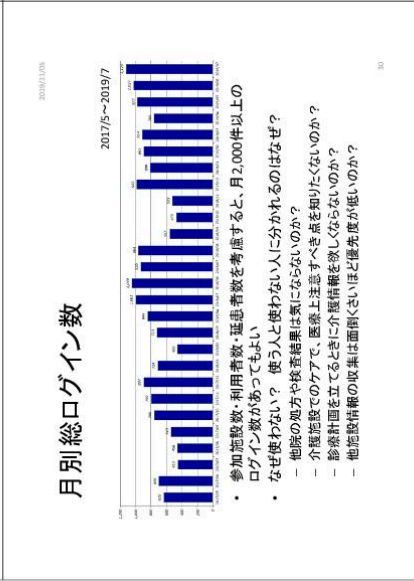
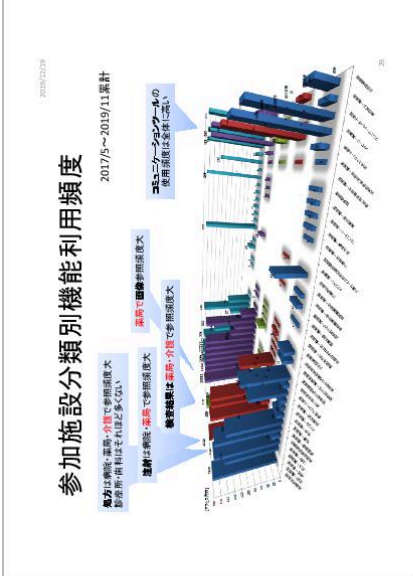
### 「さどひまわりネット」の取り組み経緯

年次	経過
2002年～	局内医師へ医療ネットワークについてとどきき紹介
2009年7月	佐藤節彦氏が医療連携ネットワークシステム構築事業を地域医療推進委員会に提案することを確認 → 応募
2009年12月	地域医療推進委員会に提案 → 採択(内示)
2010年2月～	初演習局員立ち上げ(保良所主導)、導入作業開始
2010年4月	佐藤節彦氏と地域医療推進委員会協働で設立 病院、診療所、保健所、保健センター、介護福祉事業者が参加
2011年6月	コンサルタント導入、要件定義確定、業務設計支援
2012年4月	開発ベンダー選定、構築開始(開始には協議金が積極参加)
2012年5月	NPO法人佐藤地域医療連携推進協議会設立
2013年4月	さどひまわりネット第1期稼働(医療連携)
2014年4月	さどひまわりネット第2期稼働(介護、健診連携)
2017年1月	さどひまわりネットver2へ更新(バージョン化・全国展開)

2020/11/26

### 「さどひまわりネット」は使われているのか？

「先進事例」として評価されているが...



2020/11/26

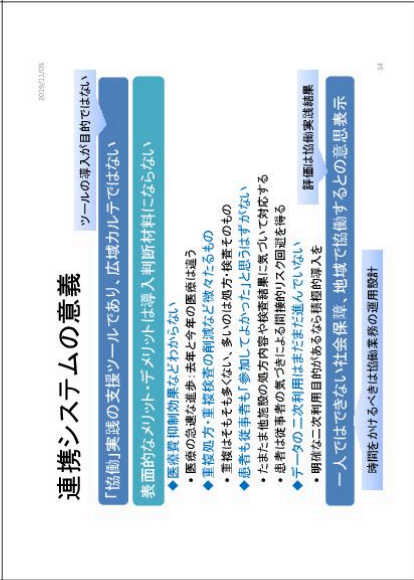
### 稼働後の効果・意見

効果	意見
<ul style="list-style-type: none"> <li>治療上問題となる患者や病状がわかる</li> <li>紹介状に書かれていない情報を把握できる</li> <li>病状に紹介した患者の面談や治療内容がわかる</li> <li>情報を取れないとかがっかりする、不安になる</li> <li>ケアマネからの連絡で診療を中止しなくてはならぬ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>いくら改善しようとしても使われていない</li> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>初診患者、緊急患者の情報を入手し、担当医に伝えられる</li> <li>患者のケアマネジメントに活用できる</li> <li>患者のケアマネジメントに活用できる</li> <li>患者のケアマネジメントに活用できる</li> <li>患者のケアマネジメントに活用できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>医師間の連携が強化された</li> <li>患者のケアマネジメントが強化された</li> <li>患者のケアマネジメントが強化された</li> <li>患者のケアマネジメントが強化された</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> <li>いかに改善しようとしても使われていない</li> </ul>

2020/11/26

### 連携システムを使わない理由?

要素	理由	対応
目的	連携システムは医療機関間の連携を促進するためのツールである	医療機関間の連携を促進するためのツールである
利用方法	連携システムは医療機関間の連携を促進するためのツールである	医療機関間の連携を促進するためのツールである
システムへのイメージ	連携システムは医療機関間の連携を促進するためのツールである	医療機関間の連携を促進するためのツールである



2020/11/26

### 連携システムとSNSの比較

情報源	連携システム	SNS
データの取得	医療機関等から提供されたデータ	ユーザーが入力したデータ
データの活用方法	診断材料として参照	自分のアカウントに対する反応をみる「レインフォースメント」
システムへのイメージ	参考情報の格納庫	コミュニケーションプラットフォーム(ゆるい関係性)

「格納されているデータの内容、データが保存されていることの意味がある」と認識  
 「能動的行動」とこれに対する「相手の反応」が見えること  
 「相手に伝える」意図が明確にあることが必要

### 参考資料

#### 持続可能な社会保障体制へ

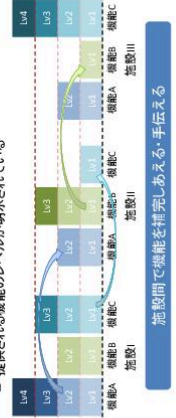
投資可能な機能分担  
つながらる機能分担  
つながらるための人材育成

#### 少ない医療介護資源の有効利用

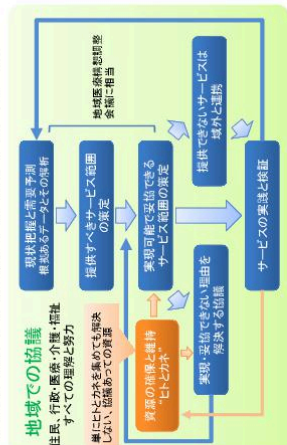


#### 施設機能管理と研修プログラムの期待効果

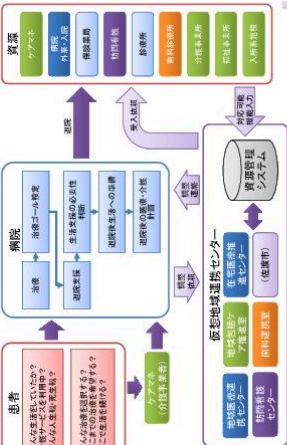
- 提供可能な機能・提供できない機能を把握できる
- 情報提供・機能補完を受けられる情報が提供される
- 提供される機能の水準が標準化される
  - 機能提供する施設の能力がレベル毎に均てん化されている
  - 提供される機能のレベルが明示されている



#### 持続可能な社会保障体制に向かうには



#### 複数の施設の機能を把握・調整



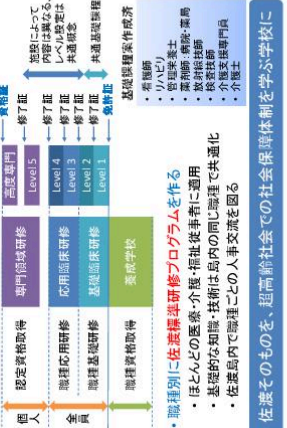
#### 佐渡モデル構築体制



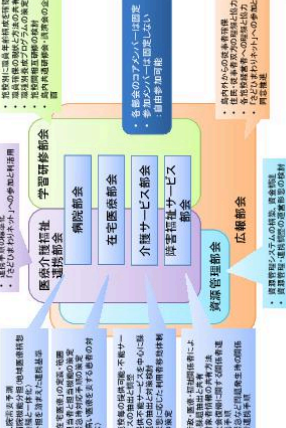
#### 対策：佐渡モデルの構築

- 社会保障機能の適切な分担
  - 各組織が持続できる・効率的な投資と利益確保
  - 個別組織の持続 ⇄ 地域の社会保障の維持
- 分担した機能が強くつながる
  - 患者情報の共有と多職種コミュニケーション
  - 地域医療連携ネットワークシステム(稼働中)
  - 「さどみわりネットワーク」
- 患者の状態に対応する機能を持つ組織との連携調整
  - 地域連携センターと資源管理システム(策定中)
- つながらる機能分担と多職種協働を支える人材育成
  - 職種別佐渡標準研修プログラムと人事交流(策定中)

#### 人材育成のための研修プログラム



#### 作業部会の役割と関係



## 「佐渡モデル」の構築：進捗と今後

委員会	これまでの進捗と今後	今後の進捗と今後
県民委員会	2019年に掲げた「佐渡島の心」を踏襲し、県民の参加を促す。県民委員会の設置。県民委員会の設置。県民委員会の設置。	佐渡島に於ける県民の参加を促す。県民委員会の設置。県民委員会の設置。
佐渡県民委員会	佐渡県民委員会の設置。佐渡県民委員会の設置。佐渡県民委員会の設置。	佐渡県民委員会の設置。佐渡県民委員会の設置。佐渡県民委員会の設置。
行政サービス委員会	行政サービスの向上。行政サービスの向上。行政サービスの向上。	行政サービスの向上。行政サービスの向上。行政サービスの向上。
観光・観光サービス委員会	観光サービスの向上。観光サービスの向上。観光サービスの向上。	観光サービスの向上。観光サービスの向上。観光サービスの向上。
建設委員会	建設サービスの向上。建設サービスの向上。建設サービスの向上。	建設サービスの向上。建設サービスの向上。建設サービスの向上。
産業振興委員会	産業振興サービスの向上。産業振興サービスの向上。産業振興サービスの向上。	産業振興サービスの向上。産業振興サービスの向上。産業振興サービスの向上。
子育て委員会	子育てサービスの向上。子育てサービスの向上。子育てサービスの向上。	子育てサービスの向上。子育てサービスの向上。子育てサービスの向上。
高齢者委員会	高齢者サービスの向上。高齢者サービスの向上。高齢者サービスの向上。	高齢者サービスの向上。高齢者サービスの向上。高齢者サービスの向上。

## 佐渡の取り組みの特徴

- 行政を含む「オール佐渡」体制
- 取り組みを可能とする背景
  - 2次医療圏＝佐渡市
  - 世界一の少子高齢化地域（2次医療圏レベル）
  - 佐渡総合病院を中核とする医療体制がすでに確立済み
  - 社会保険資源が少ないがゆえ、ヒト、組織の距離が近い
  - 声をかけると集まりやすい、協議しやすい
  - 元来、行政・病院・医師会・歯科医師会などが対立関係になく、行政の積極的参加がある
  - 真面目に仕事をまっすぐとする人が集まる、熱い人が少なくない！

今後の日本、世界に参考となる高齢社会対策！

厚生労働省委託事業  
「令和元年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」  
令和2年2月23日(日) @ピジョンセンター-浜松町

【事例発表②】

岡崎市における  
在宅医療・救急医療連携の取組みについて



岡崎市保健部保健企画課 主任主査 寺田 有子  
岡崎市福祉部長寿課 主事 浅見 真也

はじめに ～愛知県岡崎市の紹介～

人口 387,833人  
高齢者人口 89,524人  
高齢化率 23.08%  
地域包括ケアセンター 20箇所  
岡崎市は愛知県西部に位置する四河内南  
部要医療圏  
(令和元年12月1日時点)

はじめに ～取組概要～

在宅医療・介護連  
携協議会  
作業部会  
市民向け講座  
会、ACP普及、  
多職種研修  
岡崎市消防+福祉部介護保険課  
+保健部保健推進課  
119医療情報伝達カード

岡崎市幸田救急医療  
対策協議会  
救急医療利用ガ  
イドブック  
岡崎市幸田救急医療  
連携協議会  
救急時連行動要  
求隊者  
あんしん見守り  
チームリーダー

はじめに～取組概要スケジュール～

在宅医療・介 護連携協議会 発足	H26設置	H27設置	H18設置	その他
(H25)救急 医療利用ガ イドブック作 成、配布	(H25)岡崎 市災害時連 携行動要 求隊の導入	(H19)岡崎 市災害時連 携行動要 求隊情報伝 達カード作成	(H28)119医 療情報伝 達カード作成	
H30 救急医療・在宅医療連携セミナー-説明 セミナー-実施に伴う話し合いを関係者間で実施				
R1 作業部会設置、 市民向け講座 会実施				

協議体での課題抽出と目標設定  
(各協議体等において)

●救急車の不適切な利用が社会問題化  
●介護施設からの救急搬送の際に適切な情報が示  
されない  
●介護と医療の連携の強化の必要性  
●災害時避難行動要援護者情報の活用  
●ACPの理解、普及啓発  
●救急搬送時の実情の普及啓発

岡崎市の在宅医療と介護の連携

岡崎市在宅医療介護連携協議会

地域全体の在宅医療の推進を図ることを目的として設置。  
参加機関は医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護サービス  
事業者連絡協議会、民生委員、岡崎市民病院、行政等。

岡崎幸田いえやすネットワーク  
株式会社I J Jの提供する電子@連絡帳を医療と介護が連  
携するためのツールとして利用している。  
豊田市を始めとした西三河9市町のネットワークと協定を  
結び、情報の共有化を図っている。

「電子@連絡帳」の開発背景

名古屋大学医学部附属病院先進医療・臨床研究支援センターによる電子@連絡帳の開発経緯

医療・福祉(介護)の連携から社会へ

- 1. 119医療情報伝達カードの活用(2017年)の経験
- 2. 119医療情報伝達カードの活用(2018年)の経験
- 3. 119医療情報伝達カードの活用(2019年)の経験
- 4. 119医療情報伝達カードの活用(2020年)の経験
- 5. 119医療情報伝達カードの活用(2021年)の経験
- 6. 119医療情報伝達カードの活用(2022年)の経験
- 7. 119医療情報伝達カードの活用(2023年)の経験
- 8. 119医療情報伝達カードの活用(2024年)の経験
- 9. 119医療情報伝達カードの活用(2025年)の経験
- 10. 119医療情報伝達カードの活用(2026年)の経験
- 11. 119医療情報伝達カードの活用(2027年)の経験
- 12. 119医療情報伝達カードの活用(2028年)の経験
- 13. 119医療情報伝達カードの活用(2029年)の経験
- 14. 119医療情報伝達カードの活用(2030年)の経験

名古屋大学医学部  
附属病院  
先進医療・臨床研究支援センター  
部長 寺田 有子 教授

電子@連絡帳 利用シーン (ICTシステム活用)

在宅を希望される住民(療養と共に生きる)を支えるため、  
法人の垣根を越えて日々の生活状況を共有する情報連携システムです。

岡崎市の救急医療の取組み

岡崎幸田救急医療対策協議会

西三河南部東医療圏(岡崎市・幸田町)における救急医  
療対策の協議及び地域関係者の連携推進を図る。参加機  
関は医師会、歯科医師会、薬剤師会、2次救急医療機関、  
3次救急医療機関、岡崎市消防、幸田町消防、行政等。

救急医療利用ガイドブック  
救急医療機関の現状の紹介や救急医療の適正な利用を呼  
びかけるガイドブックを作成、岡崎市保健所及び各支所  
等で配布している。



救急医療 利用ガイドブック

救急医療機関には 緊急と仮定の多い状況

救急医療機関には 緊急と仮定の多い状況

救急医療機関には 緊急と仮定の多い状況

119医療情報伝達カード

●平成28年度に救急隊や搬送先医療機関が必要とする医療情報をまとめた「119医療情報伝達カード」を作成。岡崎市内の全ての指定介護保険事業者を対象とした「介護保険指定事業者講習会」においてカードの記入方法及び保管方法を岡崎市消防施設から救急隊への届出率は35%程度。

岡崎市災害時避難行動要支援者支援制度(概要)

介護保険課 福祉総合システム 長寿課 健康推進課

介護保険課 福祉総合システム 長寿課 健康推進課

介護保険課 福祉総合システム 長寿課 健康推進課

在宅医療と救急医療の連携について①

●岡崎市では平成30年度の在宅医療救急医療連携セミナーを、岡崎市保健課、保健部保健企画課、岡崎市医師会在宅医療介護連携協議会と救急医療対策協議会及び地域関係者の連携推進を図る「岡崎幸田救急医療対策協議会」がそれぞれ存在。

●セミナー受講をきっかけとして、セミナーに参加していた岡崎市福祉部長寿課、保健部保健企画課、岡崎市医師会在宅医療介護連携協議会、岡崎市消防本部と社会福祉協議会地域包括支援センターを加えた話し合いを開始する。

●全国で統一的心肺蘇生の中断手順は定められておらず、愛知県においても同様なため、救急車を呼んだ時点で心肺蘇生の中断は難しいという現状が把握できた。

在宅医療と救急医療の連携について②

●セミナーをきっかけとして生まれた話し合いの場は、岡崎市在宅医療介護連携協議会の下部に位置する作業部会として承認を受ける。

●作業部会にて、令和元年度では市民へのACPの浸透を図るため、ACPをテーマとする市民向け講演会を実施することが決定する。

ACPIに関する一般市民向け講演会の実施

●ACPに関する一般市民向け講演会を令和元年11月27日に実施。

●基調講演は愛知県がんセンター緩和ケア部 部長 下山 理史先生。講演テーマは「もしものときに、あなたの思いがかなえるために」。

●基調講演以外にも岡崎市内での看取り事例紹介、岡崎市消防本部の救急担当者からは岡崎市の救急搬送の現状についての紹介を行った。

●講演会参加者118名、うち一般78名、介護職員関係28名、医療職関係12名。男性38名、女性80名。

救急現場における現状について

中消防署本署 救急係 鈴木 保孝

延命拒否の書面を提示された場合

生前記載した本人直筆の延命を拒否する書面が家族から救急隊に提示された。本人の死の尊厳を尊重するために、救急隊は心肺蘇生法を途中で中断することができるのか？

「救命を要請」＝「救命の意思あり」と判断する。書面が提示されても、救急業務において心肺蘇生法を中断することに対する法令の解釈が難しいのが現状。

延命拒否の書面を提示された場合

生前記載した本人直筆の延命を拒否する書面が家族から救急隊に提示された。本人の死の尊厳を尊重するために、救急隊は心肺蘇生法を途中で中断することができるのか？

しかし、本人の終活における尊厳の重要性が終務省消防庁、指導医師を中心に議論された。一部の他県では「本人記載の書面」「かかりつけ医との連携」を条件に、かかりつけ医の判断で心肺蘇生法を中断している地域がある。更には心肺蘇生法の中断手順をプロトコールで定めている地域も存在する。

### 講演会のアンケート結果について

当講演会に参加しようと思った理由は何ですか



その他の回答  
自分と家族にとって大切な話だと思えます。医士委員として勉強のため、町内老人会の会員に役立てばと悪い影響、学業生活の参考、興味があったため等

### その他救急搬送の状況の周知について

● 岡崎市内において ACP をテーマとした介護・医療の専門職向けの研修会を開催したときに、その場でも岡崎市消防本部の救急担当から岡崎市の救急搬送の状況について周知を図ることができた。  
● 医療・介護の専門職であってもそのような救急搬送の状況について把握している人は多くない。

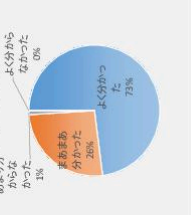


岡崎地域連絡ケアカンファレンス「岡・カフエ」の様子

### 今後の取組等

- 市民向け講演会だけでなく、様々なアプローチで ACP に関する周知を図っていきたいと考えているが、具体的な手段についてはまだ検討段階。
- 今後、高齢者向け介護施設の職員に向けても、ACP や救急搬送の現状についての周知を図っていきたいと考えている。
- データ収集及び分析についても、今後取組みを進めていきたい。

寒状紹介「救急現場における現状について」はいかかでしたか

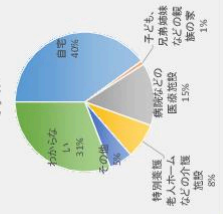


### 在宅医療・救急医療連携の成果

在宅医療・介護連携の成果…

- いえやすネットワーク（電子@連絡帳）のユーザー数の着実な増加（平成30年5月末から令和元年12月末まで、100名以上の増加）。
- 近隣市町村との電子@連絡帳を使用した情報共有ができたようになる。
- 救急医療連携の成果…
- 35%程度の施設が119医療情報伝達カードの提示をしてくれるようになった。
- 火災現場の近隣に災害時避難行動要支援者がいた場合は、把握が可能になる。

将来、あなたが人生の最期を迎えるとき、どこで迎えたいですか



### 在宅医療・救急医療連携の成果

作業部会の成果…

- これまで福祉部長寿課としては、接点のなかった消防の救急担当者との意見交換ができた。
- 市民向け講演会には118名という予想以上の参加者に恵まれた。
- 市民向け講演会を実施することで、心臓蘇生を望まない場合は救急車を呼ばないことが一番望ましいというメッセージを市民に対して伝えることができた。

厚生労働省医業科医業  
 「令和元年度在宅医療・救急医療連携セミナー」  
 令和2年2月23日(日) @ビジョンセンター浜松

【事例発表③】

地域の合意形成を核とした事前指示書の導入に伴う救急医療関係者との連携の試み

松本市医師会 医療・介護コーディネーター  
 (松本市介護と医療連携相談室) 岡村 律子

はじめに ～松本市・松本市医師会の紹介～

【松本市】(令和元年10月1日現在)

人口:23万8,835人、高齢化率:27.8%  
 (65才以上の人口比率)

参考  
 長野県人口:204万9,653人(高齢化率:31.9%)  
 松本医療圏(8市5村)人口:42万1,237人

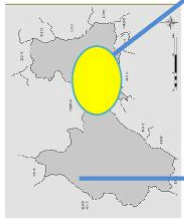


【松本市医師会】

会員数:500人

病院数:16

診療所数:189(内科診療所数:96)



- ・松本市の面積:978.47㎢  
 = 東京23区の約1.5倍の面積
- ・ただし、山間部を除いた面積は  
 290.73㎢(地域の東部の部分)  
 = 東京23区の約半分の面積
- ・そのエリア内に約23万人  
 (総人口の約66%)が生きています。



市内には多くの  
 温泉があります

はじめに ～取組概要詳細(1)～

「リビングウィルを考える」事業 (3カ年計画)

松本市版リビングウィル(事前指示書)の作成・公開・普及を行う事業ですが、

むしろそれをきっかけとする「対話」を専門職(多職種)や救急医療関係者、

地域住民などと積み重ねることにより、

アドバンス・ケア・プランニング(ACP) = 「人生会議」の重要性に対する理解を深め、広めることを目的にしてみました。

市内の12地域包括支援センターに協力依頼して包括エリアごとで専門職対象の「リビングウィルを考える会」を開催

包摂職員は専門職なので理解が早い  
 そもそも現場でリビングウィルの必要性を感じている場面を認識している

松本市ではエリアごとに「地域ケア会議」「多職種連携研修会」を開催していたので、そのテーマにも取り上げてもらえた!

リビングウィルは「死」を考えることではなく、「最期の時までどう生きていくか」

そこに向かって、どう自分らしく生きるかを考えていくこと  
 → それって、地域包括ケアシステム

はじめに ～取組概要詳細(2)～

松本市医師会「リビングウィルを考える」事業

平成29年度 種まき:基礎固め 周知啓発  
 ・専門職(多職種)/行政、包括他関係機関に協力依頼、啓発活動  
 (研修資料作成の上、「リビングウィルを考える会」を開催)

平成30年度 育てる:周知啓発→専門職/関係機関との合意形成へ  
 ・「リビングウィルを考える会 専門職対象」を毎月開催  
 ・「リビングウィルを考える会 地域住民対象」を各地区ごとに開催  
 ・松本市版リビングウィル(事前指示書)を作成/関係者間で検討

平成31年度 みのり:様式完成→公開へ  
 (令和元年度)  
 ・「リビングウィルを考える会(専門職・関係機関・地域住民対象)」継続  
 ・松本市版リビングウィル(事前指示書)活用のための研修会開催→公開へ

「リビングウィルを考える」事業 (3カ年計画)

平成30年度 育てる:周知啓発→専門職/関係機関との合意形成へ  
 ・「リビングウィルを考える会(専門職・関係機関・地域住民対象)」継続  
 ・松本市版リビングウィル(事前指示書)作成/関係者間で検討

市町村	開催日時	参加者数	開催場所
松本市	11/27	15	松本市庁
松本市	11/28	15	松本市庁
松本市	11/29	15	松本市庁
松本市	11/30	15	松本市庁
松本市	12/1	15	松本市庁
松本市	12/2	15	松本市庁
松本市	12/3	15	松本市庁
松本市	12/4	15	松本市庁
松本市	12/5	15	松本市庁
松本市	12/6	15	松本市庁
松本市	12/7	15	松本市庁
松本市	12/8	15	松本市庁
松本市	12/9	15	松本市庁
松本市	12/10	15	松本市庁
松本市	12/11	15	松本市庁
松本市	12/12	15	松本市庁
松本市	12/13	15	松本市庁
松本市	12/14	15	松本市庁
松本市	12/15	15	松本市庁
松本市	12/16	15	松本市庁
松本市	12/17	15	松本市庁
松本市	12/18	15	松本市庁
松本市	12/19	15	松本市庁
松本市	12/20	15	松本市庁
松本市	12/21	15	松本市庁
松本市	12/22	15	松本市庁
松本市	12/23	15	松本市庁
松本市	12/24	15	松本市庁
松本市	12/25	15	松本市庁
松本市	12/26	15	松本市庁
松本市	12/27	15	松本市庁
松本市	12/28	15	松本市庁
松本市	12/29	15	松本市庁
松本市	12/30	15	松本市庁

ケアマネジャー-地域包括支援センター連携として  
 関係者が参加している会場では  
 事前の準備期間の作成の  
 苦労がうかがいられました。  
 地域包括支援センターの各職種の関係者  
 参加がスムーズになりました。  
 病院の啓発  
 松本市内各職種の関係者参加関係者の啓発  
 地域の関係者も参加  
 リビングウィルについて考える時間をもちました

～取組概要スケジュール～

「リビングウィルを考える」事業 (3カ年計画)

平成29年度 種まき:基礎固め 周知啓発  
 ・専門職(多職種)/行政、包括他関係機関に協力依頼、啓発活動  
 (研修資料作成の上、「リビングウィルを考える会」を開催)

平成30年度 育てる:周知啓発→専門職/関係機関との合意形成へ  
 ・「リビングウィルを考える会 専門職対象」を毎月開催  
 ・「リビングウィルを考える会 地域住民対象」を各地区ごとに開催  
 ・松本市版リビングウィル(事前指示書)を作成/関係者間で検討

平成31年度 みのり:様式完成→公開へ  
 (令和元年度)  
 ・「リビングウィルを考える会(専門職・関係機関・地域住民対象)」継続  
 ・松本市版リビングウィル(事前指示書)作成/関係者間で検討

在宅医療関連の会議に救急医療関係者が参加  
 松本市医師会と松本市地域包括ケア協議会(地域包括ケアシステム)に関する全市の課題を検討・協議する場が協力しておこなう「リビングウィルを考える」事業の関連会議に救急医療関係者が参加

「リビングウィルを考える」事業 (3カ年計画)

平成31年度 みのり:様式完成→公開へ  
 ・「リビングウィルを考える会(専門職・関係機関・地域住民対象)」継続  
 ・松本市版リビングウィル(事前指示書)作成/関係者間で検討

救急医療関連の会議に在宅医療関係者が参加  
 メディカルコントロール(MC)協議会の事後検証会に、救急職員・運指指令員・事後検証医・救急病院関係者に加入、医師交代者(在宅医療に関わる医師を含む)が参加  
 ・市内医療機関へのアンケート実施 (令和元年10月末)

### 1. 在宅医療・救急医療連携に取り組んだ背景ときっかけ

#### 在宅医療・救急医療連携に取り組む前の地域の状況

- 在宅で看取ることで家族が苦慮していた、いわゆる「老害」と呼ばれていた患者が急増した際、家族が備えて119番に電話した際、我々に返って担当医に連絡。担当医から救急隊に事情説明したものの、結局救急搬送された事例があった。
- 在宅医療の連携でも、自宅で看取る際の家族との話し合いなど、不十分な面もあった。



#### 在宅医療・救急医療連携の推進に取り組むきっかけ

在宅医療・救急医療連携に関する取り組みの必要性を感じていたところに、長野県在宅医療推進モデル事業の協力が持ち込まれ、取り組みをスタート

9

### 2. 在宅医療・救急医療連携の取組初期の対応 (1)

医師会が取り組みを開始。まずはリビングウィルに關し正しく理解することが必要と考へ、研修会や学会へ情報収集のために出発。

包括支援センター職員など多職種・関係機関も巻き込んで合意を得ながら進めていく計画を立て、勉強会の資料作成を始め、ほぼ完成。

また、関係機関との合意形成を図るには、元々あった地域包括ケア協議会への協力依頼、そして救急医療関係者を会議に招聘するなどして合意形成を試みはじめた。

このタイミングでセミナー参加し、全国の状況を知る

10

### 2. 在宅医療・救急医療連携の取組初期の対応 (2)

氏名	所属	担当
山田 隆一	松本市医師会	代表
山田 隆二	松本市医師会	代表
山田 隆三	松本市医師会	代表
山田 隆四	松本市医師会	代表
山田 隆五	松本市医師会	代表
山田 隆六	松本市医師会	代表
山田 隆七	松本市医師会	代表
山田 隆八	松本市医師会	代表
山田 隆九	松本市医師会	代表
山田 隆十	松本市医師会	代表

11

### 5. 在宅医療・救急医療連携の成果 (1)



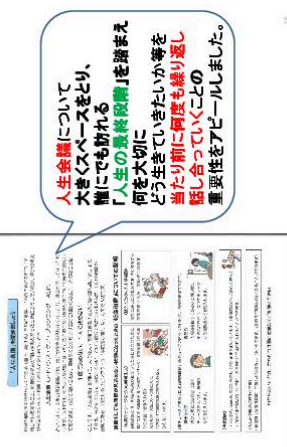
### 5. 在宅医療・救急医療連携の成果 (2)



9

10

### 松本市版リビングウィル A4版の完成 (表面)



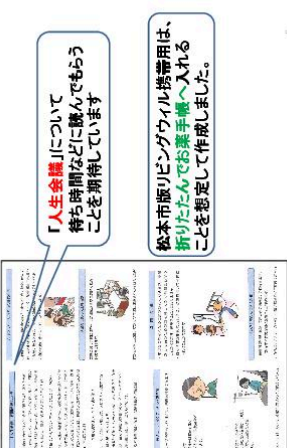
人生会議について大きく扱われる。「人生の最終段階」を踏まえ、何を大切にどう生きていきたいか等を、当たり前に何度も繰り返し話し合っていくことの重要性をアピールしました。

### 松本市版リビングウィル 携帯用の完成 (裏面)



平成29年6月から裁判所傘下の連携でお家手帳に「緊急時・災害時、困りごと相談」連絡先を貼付シート（赤枠部分）を作成し、薬局窓口で配付してまいりました。そのシート部分を取り入れる形の携帯用リビングウィルを作成しました。

### 松本市版リビングウィル 携帯用の完成 (裏面)



「人生会議」について待ち時間などに読んでもらうことを期待しています

松本市版リビングウィル携帯用は、折りたたんでお家手帳へ入れることを想定して作成しました。

### 5. 在宅医療・救命医療連携の成果 (2)

#### 松本市版リビングウィル アンケート結果 (令和元年10月 市内医療機関対象)

回答数64名 (診療所189うち内件96、病院16)

1. 連携先について

内科	30名
小児科	4名
整形外科	5名
皮膚科	6名
眼科	3名
皮膚科	3名
精神科	0名
家庭科	2名
老人科	1名
身体障害科	1名
内科	7名
その他	2名

2. 貴院に「松本市版」のポスターを貼りましたか?

- 貼った... 4.4機関
- 貼らない... 1.3機関

3. 貴院で積極的に「松本市版」に関して声掛けをしていますか?

- している... 9機関
- 声掛けはしないが、院内に置いてある... 3.5機関
- 何もしていない... 1.3機関

1. 連携先について

内科	30
小児科	4
整形外科	5
皮膚科	6
眼科	3
皮膚科	3
精神科	0
家庭科	2
老人科	1
身体障害科	1
内科	7
その他	2

2. 貴院に「松本市版」のポスターを貼りましたか?

- 貼った... 4.4機関
- 貼らない... 1.3機関

3. 貴院で積極的に「松本市版」に関して声掛けをしていますか?

- している... 9機関
- 声掛けはしないが、院内に置いてある... 3.5機関
- 何もしていない... 1.3機関

### 5. 在宅医療・救命医療連携の成果 (3)

#### 救命隊の活動に一つの方向性が示されました

#### 「松本市版リビングウィル(事前指示書)の運用開始に伴う救命隊の活動について(通知)(平成31年4月10日)

3. 救命隊の活動について

※本人の意思を問わずに(または本人が119番通報した際、本人の同意なく)救命隊が到着した場合は「事前指示書」を必ずご確認ください。

※救命隊が到着した際は、必ず「事前指示書」を救命隊員に渡してください。

※救命隊員は、必ず「事前指示書」を本人または家族に渡してください。

※救命隊員は、必ず「事前指示書」を本人または家族に渡してください。

※救命隊員は、必ず「事前指示書」を本人または家族に渡してください。

※救命隊員は、必ず「事前指示書」を本人または家族に渡してください。

### 5. 在宅医療・救命医療連携の成果 (2)

#### 松本市版リビングウィル アンケート結果 (令和元年10月 市内医療機関対象)

回答数64名 (診療所189うち内件96、病院16)

1. 連携先について

内科	30
小児科	4
整形外科	5
皮膚科	6
眼科	3
皮膚科	3
精神科	0
家庭科	2
老人科	1
身体障害科	1
内科	7
その他	2

2. 貴院に「松本市版」のポスターを貼りましたか?

- 貼った... 4.4機関
- 貼らない... 1.3機関

3. 貴院で積極的に「松本市版」に関して声掛けをしていますか?

- している... 9機関
- 声掛けはしないが、院内に置いてある... 3.5機関
- 何もしていない... 1.3機関

### 5. 在宅医療・救命医療連携の成果 (3)

#### 救命隊の活動に一つの方向性が示されました

#### 「松本市版リビングウィル(事前指示書)の運用開始に伴う救命隊の活動について(通知)(平成31年4月10日)

3. 救命隊の活動について

※本人の意思を問わずに(または本人が119番通報した際、本人の同意なく)救命隊が到着した場合は「事前指示書」を必ずご確認ください。

※救命隊が到着した際は、必ず「事前指示書」を救命隊員に渡してください。

※救命隊員は、必ず「事前指示書」を本人または家族に渡してください。

※救命隊員は、必ず「事前指示書」を本人または家族に渡してください。

※救命隊員は、必ず「事前指示書」を本人または家族に渡してください。

※救命隊員は、必ず「事前指示書」を本人または家族に渡してください。

### 6. 今後の取組等

- 1) 医師会の取組を、松本市版リビングウィルの完成で終わらせないようにする
- 2) 消防局・救急病院との、より深い連携の構築を目指す
- 3) 行政・松本市版リビングウィルの印刷費等予算を確保、救命医療情報キット(救命情報カードを入れる筒)への保管を市民に促すことを後付

誰にでも訪れる「人生の最終段階」を臨んで、どう生きていきたいか等を「**当たり前**に**何度も話し合う(人生会議)**ことや、「**医療・ケアの意思表明**をした人」の願いを叶えるために、「**多職種が最大限の協力を**していく地域(文化)を少しずつも創っていくために、引き続き取り組んでいきたいと思えます。」

### 6. 今後の取組等

- 1) 医師会の取組を、松本市版リビングウィルの完成で終わらせないようにする
- 2) 消防局・救急病院との、より深い連携の構築を目指す
- 3) 行政・松本市版リビングウィルの印刷費等予算を確保、救命医療情報キット(救命情報カードを入れる筒)への保管を市民に促すことを後付

誰にでも訪れる「人生の最終段階」を臨んで、どう生きていきたいか等を「**当たり前**に**何度も話し合う(人生会議)**ことや、「**医療・ケアの意思表明**をした人」の願いを叶えるために、「**多職種が最大限の協力を**していく地域(文化)を少しずつも創っていくために、引き続き取り組んでいきたいと思えます。」

ご清聴、ありがとうございました。

誰にでも訪れる「人生の最終段階」を臨んで、どう生きていきたいか等を「**当たり前**に**何度も話し合う(人生会議)**ことや、「**医療・ケアの意思表明**をした人」の願いを叶えるために、「**多職種が最大限の協力を**していく地域(文化)を少しずつも創っていくために、引き続き取り組んでいきたいと思えます。」





厚生労働省 医政局 委託事業

**令和元年度 在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業 報告書**

---

平成 31 年 3 月発行

株式会社日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園三丁目 1 番地 2 2 号 TEL:03 (3578) 7135 FAX:03 (3432) 1837

---