

厚生労働省 医政局 委託事業

平成 29 年度

在宅医療・救急医療連携セミナー 報告書

平成 30 年 3 月

株式会社 日本能率協会総合研究所

目次

I 実施概要	1
1. 事業の背景・目的.....	3
(1) 事業の背景—高齢化の進展が及ぼす救急の現状.....	3
(2) 事業の目的.....	4
2. 事業の実施概要.....	5
(1) セミナーの企画・準備.....	5
(2) セミナーの実施.....	7
(3) フォローアップ調査の実施.....	12
II 在宅医療・救急医療連携セミナー	13
1. セミナーの参加者について.....	15
(1) セミナーの参加者数・参加者属性.....	15
(2) アンケート回答者の属性.....	15
2. セミナーアンケート結果について.....	16
(1) 第1部セミナー アンケート結果.....	16
(2) 第2部セミナー アンケート結果.....	21
3. セミナーグループワークにおいて抽出された課題.....	25
(1) 第1部セミナーのグループワークで抽出された課題.....	25
(2) 第2部セミナーのグループワークで抽出された課題.....	27
III フォローアップ調査	31
1. フォローアップ調査概要.....	32
2. フォローアップ調査結果.....	33
(1) 工程表について.....	33
(2) 在宅医療・救急医療の連携を進めていく上の方向性について.....	35
(3) 国への要望について.....	37

IV 在宅医療・救急医療連携の先進事例	39
1. 鶴見区医師会(神奈川県横浜市)	41
2. 千葉県松戸市 ふくろうプロジェクト	55
3. 埼玉県利根保健医療圏「とねっと」	67
4. 浪速区医師会 ブルーカードシステム	78
5. 鹿児島県鹿屋市	105
V 在宅医療・救急医療連携セミナー資料集	115
1. 第1部	117
「在宅医療・救急医療に関する最近の動向」厚生労働省医政局地域医療計画課	117
事例①	121
事例②	125
事例③	127
事例④	134
事前課題：「現在の取り組み状況と課題等について」ワークシート	138
アンケート	141
2. 第2部	142
講義：「アドバンス・ケア・プランニングとはなにか？」	142
事例①	145
事例②	150
事前課題：「工程表」「実績実施シート」	158
アンケート	161

I 实施概要

1. 事業の背景・目的

(1) 事業の背景—高齢化の進展が及ぼす救急の現状

消防庁消防白書によると、救急自動車による全国の救急出動件数は、平成 21 年以降、増加を続け、平成 27 年には 605 万 4,815 件となり、それに伴い救急搬送人員も増加しており、平成 27 年には 547 万 8,370 人となった（図表 1）。

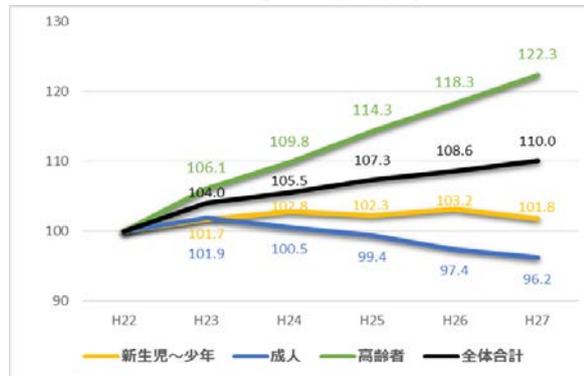
平成 22 年の搬送人員を 100 とした年齢区分救急搬送人員を見ると、「新生児～少年」は横ばい、「成人」が低下傾向にある中で、「高齢者」は増加し続けている（図表 2）。これは高齢者人口の増加による自然増だけでなく、高齢者の救急搬送自体が増加していることによる。

図表 1 年齢区分別搬送人員の推移



資料 消防庁 消防白書(平成 23 年版～28 年版)より

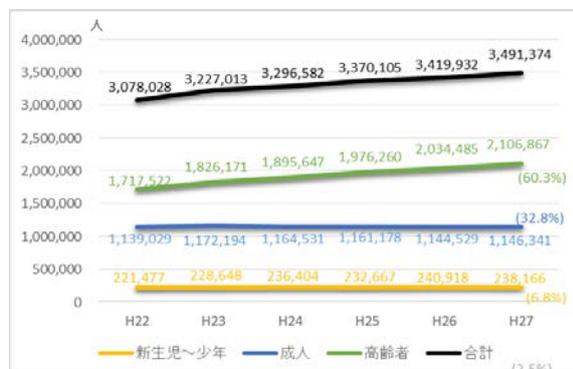
図表 2 年齢区分別搬送人員の推移
(H22 年を 100 とした指数)



資料 消防庁 消防白書(平成 23 年版～28 年版)より

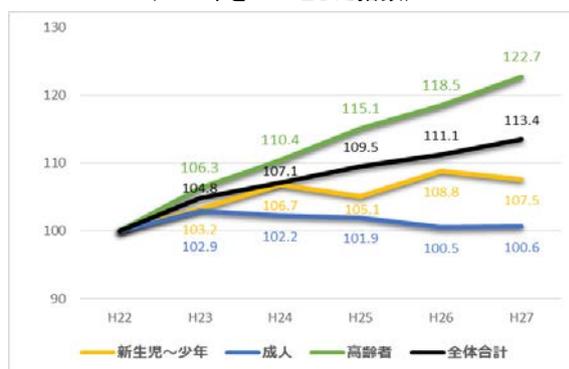
救急搬送の 6 割以上を占めている「急病」についてみると、「新生児～少年」「成人」は横ばいで推移している中、高齢者の「急病」を原因とする搬送件数が増加している（図表 3、図表 4）。

図表 3 年齢区分別急病搬送人員の推移



資料 消防庁 消防白書(平成 23 年版～28 年版)より

図表 4 年齢区分別急病搬送人員の推移
(H22 年を 100 とした指数)

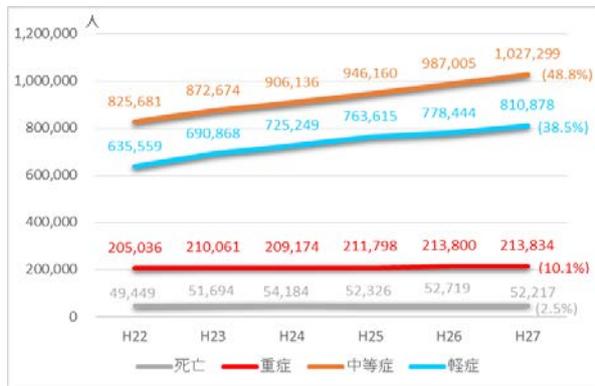


資料 消防庁 消防白書(平成 23 年版～28 年版)より

高齢者の「急病」について傷病程度別にみると、「死亡」「重症」に比べ、「中等症」「軽症」が増加しているが（図表 5、図表 6）、厚生労働省「第 4 回医療計画の見直し等に関する検討会」において、増加の原因として、在宅独居の高齢者が病院までの移動手段がなく救急車を呼ぶケースがあるほか、老人福祉施設入居の高齢者でも、職員配置が少ない夜間に急性増悪した場合に、

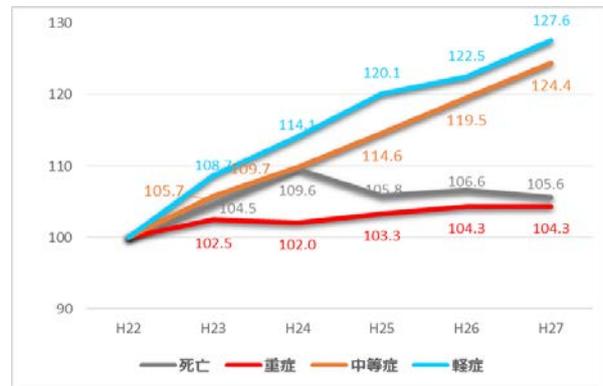
施設として病院へ搬送できず、施設が救急車を呼ぶケースがあるなどが挙げられている。

図表 5 急病における高齢者の傷病程度別搬送人数



資料 消防庁 救急救助の現況(平成 23 年版～28 年版)より「その他」は除く

図表 6 急病における高齢者の傷病程度別搬送人数



資料 消防庁 救急救助の現況(平成 23 年版～28 年版)より「その他」は除く

(2) 事業の目的

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、本事業では、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して、事業を実施した。

2. 事業の実施概要

(1) セミナーの企画・準備

① ヒアリング調査およびファシリテーターの選定

文献調査にて在宅医療・救急医療連携の先進的な取組をしている市町村の抽出を行い、ヒアリング候補について検討を行った。次に、先進的な取組をしている市町村にヒアリングを行い、それぞれの工程を明らかにし（工程の見える化）、工程表のテンプレートの作成を行った。さらに、先進的自治体の救急医療関係者または在宅医療関係者のなかからファシリテーターを8名選定した。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。

ファシリテーター名簿（敬称略）

No.	地域	姓名	ファシリテーター所属	ファシリテーター役職
1	横浜市 鶴見区	鈴木志律江	一般社団法人 鶴見区医師会	鶴見区在宅医療連携拠点 管理者／訪問看護教育研修課長
2	鹿児島県 鹿屋市	濱田千鶴	鹿屋市役所 保健福祉部 健康保険課	課長補佐兼国民健康保険係長
3	千葉県 松戸市	山岸暁美	慶應義塾大学 医学部 衛生学公衆衛生学教室	講師
			医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所	在宅看護専門看護師
4	利根保健 医療圏	渡辺正男	埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会	事務局長
5	利根保健 医療圏	栗原智之	埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会	システム WG リーダー
6	利根保健 医療圏	坪井忠美	埼玉東部消防組合消防局 加須消防署	消防司令
7	大阪市 浪速区	久保田 泰弘	浪速区医師会	副会長
8	長崎県 佐世保市	八木 綾子	佐世保市役所 保健福祉部 医療政策課	係長

② 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29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。

参加者要件については、以下①～⑤のすべてを満たすことを要件に、ご参加いただくことを想定した

① 前提要件	・ 現在、在宅医療と救急医療の連携について何らかの課題があり、連携ルール構築に向けて推進を進めたいとお考えであること
② セミナー参加者要件	・ 2017年10月に行われる予定のセミナー(1部)、2018年2月に行われる予定のセミナー(2部)に、自治体の担当者および医師会の担当者の双方で共に参加できること
③ セミナー(1部)参加前の事前課題提出に関する要件	・ 各自治体の現状の課題について記載する「事前課題」を記載し、提出ができること
④ セミナー(1部)参加後に実施する事柄に対する要件	・ 自治体、医師会、救急と連携した上での連携ルールの内容を検討するため、(2部)開催までに協議体を設置できること ・ 上記協議体において、セミナー(2部)開催までに工程表の策定に向けて着手ができること
⑤ セミナー(2部)参加後に実施する事柄に対する要件	・ 2017年1月～2月にかけて実施するフォローアップ調査(※)に協力ができること

※ フォローアップ調査とは、セミナー終了後の実施内容について、セミナー運営事務局が、貴自治体に直接訪問し、進捗状況の確認や、連携に対して困っている事柄についてヒアリング等を行うことを指す

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。

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	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

(2) セミナーの実施

① 第1部セミナー

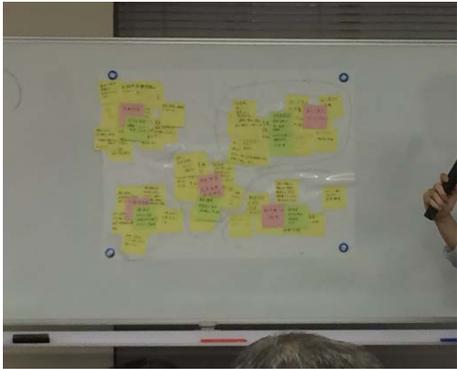
平成29年10月22日(日)に、ビジョンセンター浜松町(東京都港区)において開催した。

セミナー前半は、厚生労働省から最近の動向について発表いただいたあと、先進取組地域からの事例発表として、ファシリテーター4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、共有化を行うとともに、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				
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	11:20	15	行政説明	<p>「在宅医療・救急医療に関する最近の動向」 厚生労働省医政局 地域医療計画課</p> 
11:20	12:00	40	事例発表 (2事例)	<p>「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</p> <p>事例① 「地域医療連携と介護連携の推進と充実をめざして～鶴見区医師会を中心とした取組み～」</p> <p>発表者:鈴木 志律江(鶴見区医師会 在宅部門 鶴見区在宅医療連携拠点管理者 訪問看護教育研修課長 訪問看護認定看護師)</p> 

				<p>事例②</p> <p>「高齢者入所施設からの救急搬送時におけるルール化について」</p> <p>発表者: 濱田 千鶴(鹿屋市役所 健康保険課 課長補佐)</p> 
12:00	13:00	60	昼 休 憩	
13:00	13:40	40	事例発表 (2事例)	<p>「事例における課題分析と対応策の立案、実行に至る詳細な工程」連携ルール策定における合意形成のプロセスを学ぶ</p> <p>事例③</p> <p>「地域連携をはじめる前に～地域の繋がりを考える～」</p> <p>発表者: 栗原 智之(埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会 システムワーキングリーダー)</p>  <p>事例④</p> <p>「救急・在宅医療連携による地域介入が終末期医療に及ぼす影響の実証とメカニズムの解明～松戸市ふくろうプロジェクトのご紹介～」</p> <p>発表者: 山岸 暁美(慶應義塾大学 医学部 衛生学公衆衛生学教室 講師、医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所 在宅看護専門看護師)</p> 
13:40	14:00	20	質疑応答	セッション I に対する質疑応答
セッション II				
14:00	14:05	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
14:05	14:25	20	情報共有	各職種に分かれて意見交換を実施

14:25	15:00	35	グループワーク①	<p>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</p> 
15:00	15:10	10	休 憩	
15:10	15:50	40	グループワーク②	<p>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</p> 
15:50	16:25	35	発表・討議	<p>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</p> 
16:25	16:30	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
16:30	16:40	10	事務連絡・アンケート記入・解散	

② 第2部セミナー

平成30年2月4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、アドバンス・ケア・プランニングについて、現在の最新の動向等について有識者に講義を頂いたあと、先進取組地域からの事例発表として、ファシリテーター2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、第1部セミナーで検討した工程表について、地域の関係者で改めて検討を行い、連携ルール策定のための会議体を設置するとともに、会議のスケジュールリングを行い、計画に基づき連携ルールの策定に着手し、進捗状況を記載したワークシートを作成していただいていたため、セミナー後半のグループワークでは、工程表の進捗状況について発表を行い、共有化を行った上で、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				
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	11:10	10	開催挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課
11:10	11:25	15	講義	<p>「アドバンス・ケア・プランニングとはなにか？」</p> <p>発表者：大関 令奈 様（東京大学大学院 医療倫理学分野）</p> 
11:25	11:35	10	質疑応答	講義に対する質疑応答
セッション I				
11:35	12:15	40	事例発表 (2事例)	<p>「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—</p> <p>事例①</p> <p>「在宅医療介護救急システム Aケアカードシステム」</p>

				<p>発表者:久保田 泰弘 様 (浪速区医師会(大阪市) 副会長)</p> 
				<p>事例② 「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」</p> <p>発表者:八木 綾子 様(佐 世保市役所 保健福祉部 医療政策課 係長)</p> 
12:15	12:25	10	質疑応答	事例発表に対する質疑応答
12:25	13:25	60	昼 休 憩	
セッション II				
13:25	13:35	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
13:35	14:05	30	情報共有	<p>現在までの取り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</p> 
14:05	14:35	30	グループワーク①	<p>それぞれの地域における現在の課題についてグループで共有する</p> 
14:35	14:45	10	休 憩	

14:45	15:50	65	グループワーク②	<p>課題における対応策を実施するうえでの各団体の役割についてKJ法で整理する</p> 
15:50	16:25	35	発表・討議	<p>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</p> 
16:25	16:30	5	閉会挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課
16:30	16:40	10	事務連絡・アンケート記入・解散	

(3) 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、第2回セミナー終了から1ヵ月後の平成30年3月に、アンケート調査を実施した。

フォローアップ調査概要

実施時期	平成30年3月
調査対象	平成29年度在宅医療・救急医療連携セミナーに参加した16地域
調査回答対象	参加者のうち自治体（市役所等）に所属する参加者が、他の参加者等の意見をとりまとめて提出
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

Ⅱ 在宅医療・救急医療 連携セミナー

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

第1部セミナー 参加者数	参加者属性								
47名	<table border="1"> <tr> <td>医師・歯科医師</td> <td>11名</td> </tr> <tr> <td>消防</td> <td>11名</td> </tr> <tr> <td>市町村 or 保健所の事務方</td> <td>17名</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>8名</td> </tr> </table>	医師・歯科医師	11名	消防	11名	市町村 or 保健所の事務方	17名	その他	8名
医師・歯科医師	11名								
消防	11名								
市町村 or 保健所の事務方	17名								
その他	8名								

傍聴者数：24名

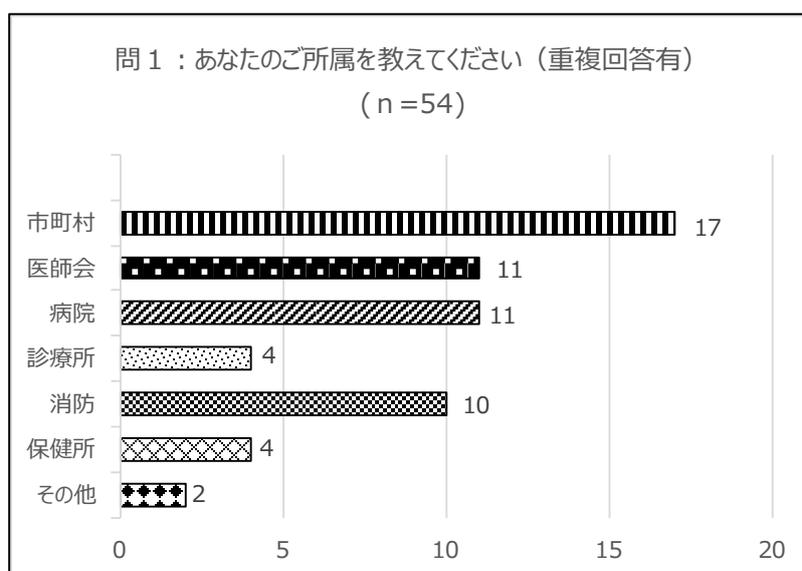
② 第2部セミナー

第2部セミナー 参加者数	参加者属性								
47名	<table border="1"> <tr> <td>医師・歯科医師</td> <td>8名</td> </tr> <tr> <td>消防</td> <td>13名</td> </tr> <tr> <td>市町村 or 保健所の事務方</td> <td>17名</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>9名</td> </tr> </table>	医師・歯科医師	8名	消防	13名	市町村 or 保健所の事務方	17名	その他	9名
医師・歯科医師	8名								
消防	13名								
市町村 or 保健所の事務方	17名								
その他	9名								

傍聴者数：11名

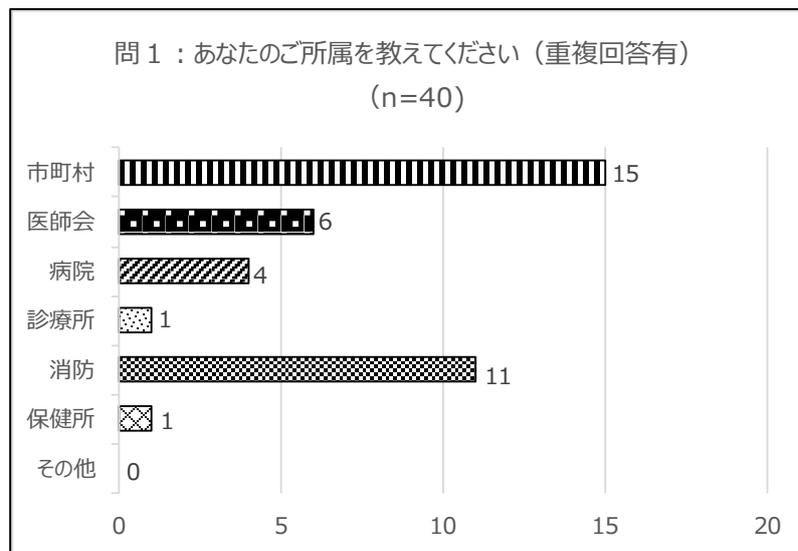
(2) アンケート回答者の属性

① 第1部セミナー



※ 第1部セミナーのアンケートの回答者には、参加者だけでなく傍聴者も含まれていることに留意のこと

②第2部セミナー

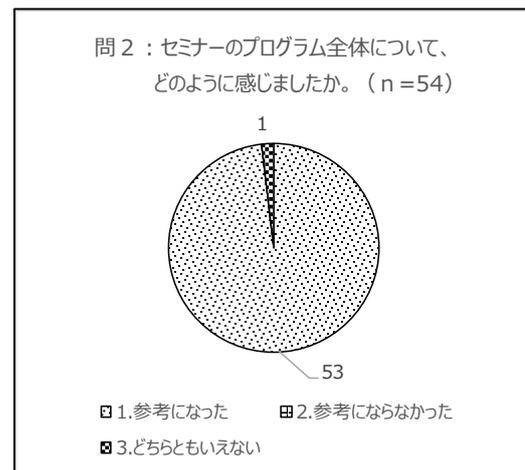


2. セミナーアンケート結果について

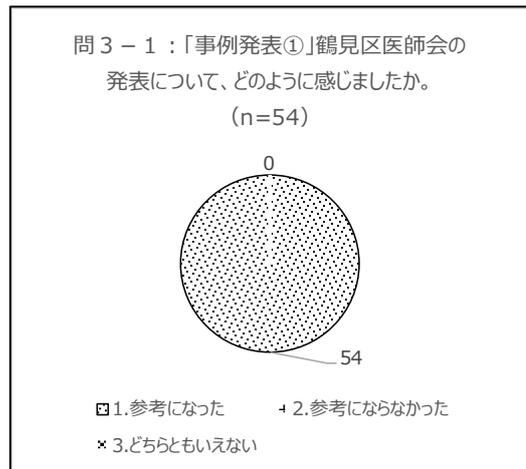
アンケート結果については、以下の通りである。なお、第1部セミナーのアンケートの回答者には、参加者だけでなく傍聴者も含まれているが、第2部セミナーのアンケートの回答者は参加者のみである。

(1) 第1部セミナー アンケート結果

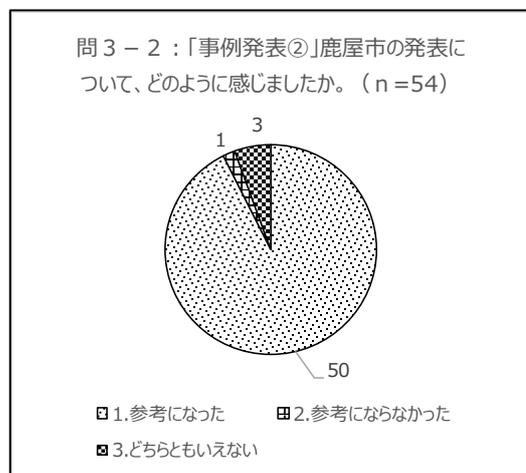
問2. セミナーのプログラム全体について、どのように感じましたか。(1つ選択)



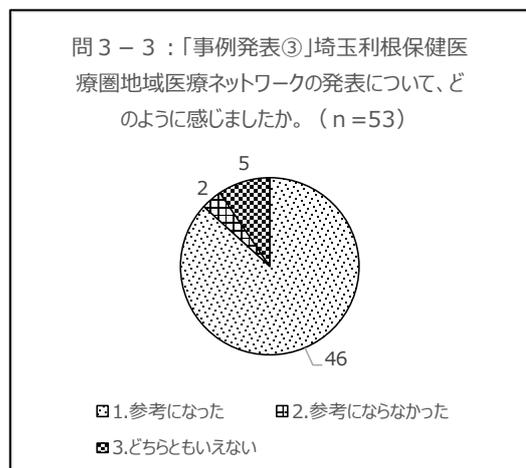
問3-1.「事例発表①」鶴見区医師会の発表について、どのように感じましたか。(1つ選択)



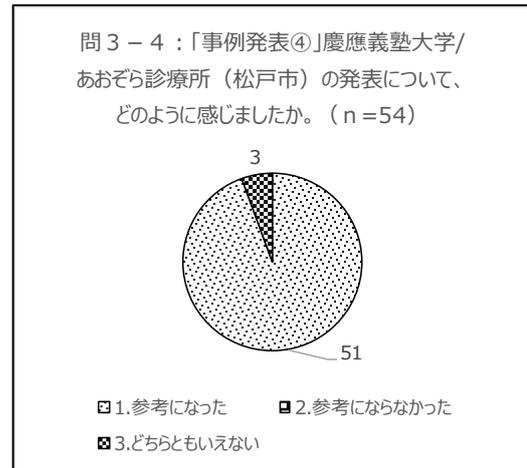
問3-2.「事例発表②」鹿屋市の発表について、どのように感じましたか。(1つ選択)



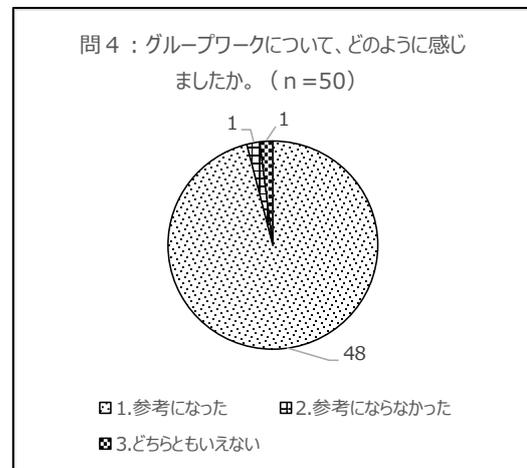
問3-3.「事例発表③」埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会の発表について、どのように感じましたか。(1つ選択)



問3-4.「事例発表④」慶應義塾大学／あおぞら診療所(松戸市)の発表について、どのように感じましたか。(1つ選択)



問4. グループワークについて、どのように感じましたか。(1つ選択)



問5. 今回のセミナーを受け、第2回セミナー(平成30年2月4日開催)が開催されるまでに実際に取組を進めていただきますが、進めるにあたって不安な点や知りたい点がございましたら、ご記入ください。

(抜粋したものを記載)

<不安な点>

所属	意見
市町村	<ul style="list-style-type: none"> 第2回セミナーまでの3ヶ月半の間に何を成果として出せるかが見通せないところに不安がある 他部署の方々(救急担当課や救急病院関係者)と情報共有、目的共有化を図る事が、果たして時間的に可能であるか不安
医師会関係者	<ul style="list-style-type: none"> 取り組みするには時間が足りない 警察との情報共有、相互理解ができるか不安 救急隊のプロトコールへの組み込みができるか ACPの住民(市民)への周知徹底ができるか
病院関係者	<ul style="list-style-type: none"> ACPについて市民啓発をいかに進めるかが難しい 実際の日々診療のかたわら、月1回の会合が開けるか不安

診療所関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療報酬は書類上整備されているかに見えるが、実際は非常に高いハードルであり、医師一人の体制では対応は限りなく困難 ・ ACP の住民(市民)への周知徹底ができるか
消防関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法的な裏づけがない部分(DNAR)の問題については意思決定を進めていくことが難しい ・ 他職種間の意見を取りまとめることが難しい
保健所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会の理解をどう得るか、得られるのか

<知りたい点>

所属	意見
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療と救急医療との連携の体制整備を国の方針として義務化する予定はないか（行政内でのやりやすさが違う） ・ 他の地域での取組みを知りたい ・ 優先順位の考え方が知りたい ・ リビングウィルの取り扱いについて、厚労省、消防庁が一定の見解を示すのか？
医師会関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の地域での取組みを知りたい ・ 会議の開催や事務連絡に対する経済的援助について知りたい ・ 中心になるのは行政と考えてよいのか ・ リビングウィルの取り扱いについて、厚労省、消防庁が一定の見解を示すのか？
病院	<ul style="list-style-type: none"> ・ リビングウィルの取り扱いについて、厚労省、消防庁が一定の見解を示すのか？ ・ 他の地域での取組みを知りたい
消防	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各地域の情報シートの活用統計が知りたい
保健所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特になし

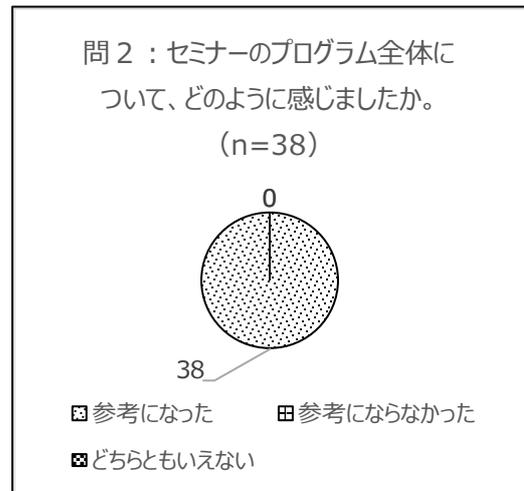
問6. 今後のセミナーの参考とさせていただきますので、セミナーの内容についてご意見・ご要望等がございましたら、ご記入ください。

(抜粋したものを記載)

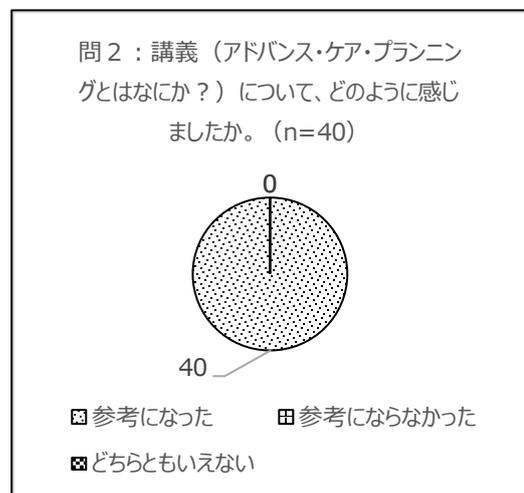
所属	意見
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ もう少し講義のような時間がほしい ・ グループワークの時間が足りない(1泊2日にしてもよいという意見あり) ・ 医師会、消防にもセミナーの周知をすべき
医師会関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先進事例発表でシステムの紹介やシステム構築法を説明するのは良いが、根性論や苦労話を前面にした部分は不要と思う ・ 会場が狭く、隣のグループの声が聞こえてきたので、グループごとの間をもう少し空けたほうが良い ・ グループワークの時間が足りない
病院関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健点数(診療報酬面)も教えて頂けると地域でのルール作りの参考になる(訪問診療の看取り、施設内での処置等)
診療所関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りやリビングウィルについて、日本の国民性に合った方法を検討していければ良いと思う
消防	<ul style="list-style-type: none"> ・ グループワークの時間が足りない ・ 各地域の情報シートの活用統計
保険所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会場が狭い

(2) 第2部セミナー アンケート結果

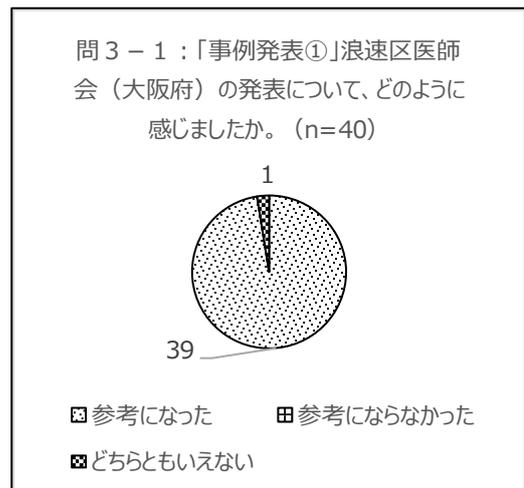
問2. セミナーのプログラム全体について、どのように感じましたか。(1つ選択)



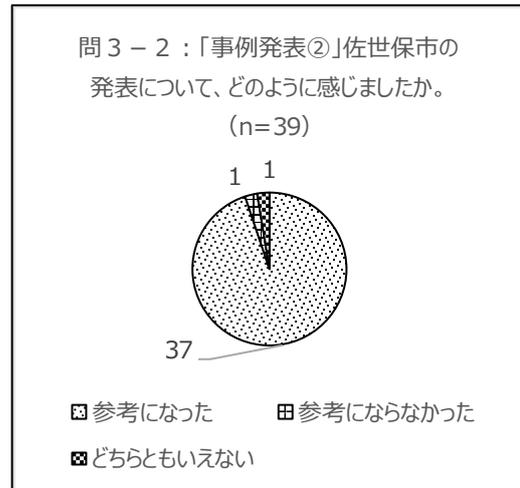
問3. 講義(アドバンス・ケア・プランニングとはなにか?)について、どのように感じましたか。(1つ選択)



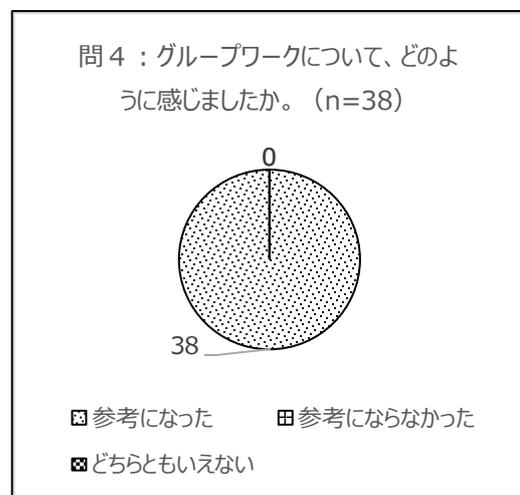
問3-1. 「事例発表①」浪速区医師会(大阪府)の発表について、どのように感じましたか。(1つ選択)



問3-2. 「事例発表②」佐世保市の発表について、
どのように感じましたか。(1つ選択)



問4. グループワークについて、どのように感じましたか。(1つ選択)



問5. 今後のセミナー開催の参考とさせていただきますので、セミナーの内容についてご意見・ご要望等がございましたら、ご記入下さい。

(抜粋したものを記載)

<講義について>

所属	意見
自治体関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先進的な取組や各市の取組がきけて良かった ・ 今までDNARについてどのように考えたらいいか悩んでいたが、考え方が整理できた ・ 基礎的知識の学習から、先進事例の報告へと系統たてた内容構成であり、理解が深まった
医師等医療関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ ACP、救急についての内容は良いが、“法律家”からの話も聞きたい ・ 看取りの文化がないので、ACPについて今後、住民にどのように啓発していくかが大きな課題だと感じた ・ 先進的な取組が聞け、参考になった。どのステージも共通認識になれば、在宅、救急の連携は必要であり、進むと思う
消防関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大変参考になった

<事例発表について>

所属	意見
自治体関係者	・ 自地域の取組をどのように進めていくかヒントになった
医師等医療関係者	・ DNAR 症例の CPR 停止を行っている先進市の話があれば良かった ・ 先進的な取組が聞けて参考になった
消防関係者	・ 大変参考になった

<グループワークについて>

所属	意見
自治体関係者	・ 話し合いは整理されて参考になった ・ 時間に迫られて、作業になりがちだった ・ 他都市の方々の考え方を伺うことができた ・ グループによってレベルの差を感じた ・ 自分たちの取組のふりかえりができ、今後の方針に大変参考になった
医師等医療関係者	・ 医師会との連携が課題で他の地域も同じだと感じた ・ 整理表の分け方が良かった ・ 他職種の話や地域性のある話ができ勉強になった
消防関係者	・ KJ 法をうまく活用でき、今後の作業に取り組んでいきたい ・ 時間が足りない

問6. 他地域の取り組みについて、参考になった点がございましたら、ご記入ください。

(抜粋したものを記載)

<地域名、参考になった点>

全体を通して以下のような点が挙げられた

参考になった地域	左記地域を挙げた理由
横浜市	・ 会議の事前ヒアリングについて弁護士にも実施している
大阪市浪速区	・ ICT の活用と実績
佐世保市	・ 介護関連施設等入所(居)者救急搬送時の情報提供書の作成を行っている点

問7. 今回のセミナーを受け、来年度以降、どのように取組をしていく予定か、自らの職制を踏まえご記入ください。(抜粋したものを記載)

所属	意見
自治体関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今まで進めてきた取組を具体化していきたい ・ 協議会を設置し、アンケート調査を行い、課題の抽出と対応について検討する ・ 今回(第2回)のセミナーを持ち帰り、連絡会を開くよう考えている。関係機関において、現段階で意思決定が尊重される町にしたいという同じ方向を向いているため、中心となり、まとめ役ができたらと思う
医師等医療関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急病院として断らない医療を目標としているが、病院として他の救急病院と医療資源等の情報活用をおこなって連携を進める ・ 全国市町に取組、課題について知ってもらいたい ・ 顔の見える関係作りの継続、利用者の救急搬送の再確認とスタッフへの周知 ・ 意思決定支援を通じて在宅医療、病院、救急隊、介護施設の合意形成と、ルール共有を図るため、医師会として協力していきたい
消防関係者	<ul style="list-style-type: none"> ・ MC協議会で在宅医療、救急医療の問題を考えていく ・ ICT活用に向け、消防が必要な情報を多職種に伝えていく。救急隊から見た現状の課題、市民にとってのデメリットを抽出し、ICT活用することでのメリットを探していく ・ DNARにおける救急対応について救急車の要請時のルール作り

3. セミナーグループワークにおいて抽出された課題

(1) 第1部セミナーのグループワークで抽出された課題

第1部セミナーでは、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、セミナー中のグループワークでは、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、共有化を行うとともに、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。

グループワークで抽出された課題と、それらを解決するために検討された対応策は以下の通りである。

課題項目	具体的課題	対応策
情報共有についての課題	<ul style="list-style-type: none"> 情報のあり方（記入様式、内容、その情報が保管されている場所）がばらばら 患者に関する情報（病歴、状況、ADL、緊急連絡先等）が共有化されておらず、救急にすぐに伝わらない 医療側、介護側、患者、家族、それぞれが課題に思ったこと、困難に思ったことが共有されていない ICTの利用率が上がらない 患者情報の個人情報セキュリティ 決めたACPの周知方法 登録利用者を広げること 顔の見える関係を構築する難しさ 情報共有する場がない 関係機関との協議の場がない 医療機関に出す情報内容の精査が難しい カードやネット形式になった時のセキュリティの確認が難しい 地域内の役割、分担の明確化 	<ul style="list-style-type: none"> 職能団体代表者参加の話し合いの場の設置 情報共有シート、ICTの活用 交流会の設定 顔の見える関係作り
連携の仕組み作りについての課題	<ul style="list-style-type: none"> 病院、在宅、介護、患者、救急隊、全てをツール化する情報共有の方法 救急搬送が必要か等、看取りのルール作り 蘇生を希望しない方への対応 情報共有のためのルール作り ルール作りを行なう場をつくる 既存の仕組みを活かす方法が確立していない（MCS、MMWIN） 救急隊が救命処置と搬送を開始せず、かかりつけ医を待つ基準作り（プロトコルに反映させる必要性） 地域でのDNARに関するルールができていない（書式、活動） DNAR→「119」後の対応が福祉施設任せ（広報不足） 救急搬送時、情報の収集に時間を要している 介護施設からの救急要請が増えている 情報収集に時間がかかっている 在宅医と病院の情報共有が難しい シートの情報はあるものの、紙媒体であり、情報更新をどのように進めていけばよいか 情報共有 高齢者の搬送の場合、家族が近くにいないことが多く情報収集に時間がかかる 高齢者施設からの情報が不十分なことがある 救急活動の短縮 	<ul style="list-style-type: none"> 地域MC、医師会指導で国の示すプロトコルにそったルールを作る 機関、団体のそれぞれの役割、できることをお互いを知る 困りごとを共有する 情報シートの作成 ICT化 紙ベース、ノート等地域性に合った情報共有を 誰がいつ情報を更新するか明確化
多職種連携についての課題	<ul style="list-style-type: none"> 消防、救急、在宅の話し合いの場がない 在宅医と消防（救急隊）との関係作り 行政の組織的な関与がない 各機関の間で協議の場がない（医師会、消防、行政） 病院医師と在宅診療側の多職種（医師会含む）相互理解の進め方 在宅医療でQODを支援しようとしても病院医が壁になることがある 職種理解（消防、介護、施設、病院） 病院と在宅との連携とルール作りが不十分 警察と連携し、検視等に対応したほうが良いが、きっかけがない 救急医療について、行政、病院（Dr.）、消防、福祉、患者、家族の認識が違う 介護職と医療者での認識のズレがある 各職種の業務内容理解度、連携不足 地域（介護）医療と救急医療の融合 入院、退院時にかかわることの多いケアマネジャーが持つ患者医療情報の多職種への共有が難しい 医療、介護の連携の中で救急に関する情報が少ない 緊急度判定の周知（Q助 #7009） 救急要請時期の判断 救急要請の際の病期判断 	<ul style="list-style-type: none"> 協議の場作り 協議会の立ち上げ、定期的な開催 既存の協議会を活用して検討する 他職種の相互理解 顔の見える関係作り（顔合わせの場作り） 講演会 行政の指導 体験（同行）研修 ガイドライン等配布 勉強会、意見交換会、協議会、WG
患者本人の意思	<ul style="list-style-type: none"> 延命治療を望んでいない方が救急搬送されることがある 家族が患者の機嫌をどの程度理解しているか分からない 患者家族の意思が確認が出来ない 患者家族の意思が関係者に引き継がれない 本人、家族間で救急医療に対する考えが異なる 本人の意思が確認できず、家族の希望で医療処置を行うケースがある リビングウィル情報の作成が困難 リビングウィルの取り扱いの整理 リビングウィルの市民啓発 DNAR、リビングウィルの法的位置づけがないため対応が難しい 医療、救急隊員との共通理解の不足 若い、生命について、医療職と患者が互いに話のできる環境にない 	<ul style="list-style-type: none"> 本人家族への理解を促す取組 かかりつけ医への連絡体制を構築（119前後） 市民への地道な啓発 医療者の協議の場を設ける ケアマネジャーやMSWが橋渡し役となる

課題項目	具体的課題	対応策
市民啓発についての課題	<ul style="list-style-type: none"> ・市民が「在宅医療」を知らない、理解がない ・市民が救急適正利用について理解しておらず、無用な救急コールが多い ・救急要請に関する自治体においての情報不足 ・予防救急（怪我をしない等）の市民への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・講演会、チラシづくり等
人材不足についての課題	<ul style="list-style-type: none"> ・リーダーシップを取る人材の不在 ・医師の高齢化（在宅医療に取組む人材が不足している） ・24時間対応の訪問医療医が少ない ・訪問診療、看取りができる在宅医が少ない ・医師の高齢化、看護師不足 ・山間、僻地での在宅医療の資源不足 ・山間、僻地での救急搬送に時間がかかる ・訪看が訪問していない地域がある ・訪看の充実（24時間対応・人数・人材） 	<ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンを見つける ・ワーキンググループ内で顔を付き合せて話す ・役割分担ができることを整理する ・消防等の専門職も含め、多職種での話し合い ・施設の情報を知る
病院関連の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅の看取りを希望しても病院へ搬送され、死体検案書になってしまう（異状死扱いになる） ・市が小さいため、連携している大学病院に市の要望を伝えても、取組していただけるか分からない ・独居の方の救急搬送時、ケアマネジャー、包括職員が同乗を求められる ・救急病院の医師が施設の実情を知らず、救急隊が怒られるケースがある ・救急病院の受け入れ体制の不備 ・救急の受け入れの判断が医師により異なる ・多職種や医師間でも、連携する事に非協力的な医師がいる ・病院内（市内）の救急患者の受け入れが少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報連携の仕組みを構築
消防関連の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・現場での活動時間がのびている ・現場で負傷者情報がとりにくい ・高齢者救急を減らすための予防救急（特に一般負傷） 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報連携を行い、市民に対しては普及啓発
高齢者施設関連の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者施設管理者の救急搬送への理解不足 ・増加する高齢者施設からの救急要請（特に夜間） ・介護者と医療従事者とのコミュニケーション不足 ・高齢者施設での状態急変時の対応ルールが確立されていない ・介護施設内での対応の体制、把握ができていない ・在宅、施設等からの救急要請時に情報の共有化が難しい ・高齢者急変時、家族がどう対処したらいいか、考えることが難しい（事前に考える機会がない） ・老人施設の介護スタッフやケアマネジャーへの教育やサポート ・高齢者福祉施設の嘱託医、協力医療機関の看取りに対する理解が不足している ・老人施設から救急隊への情報提供（DNARも含め）が不足している ・救急搬送時の施設職員のアセスメント不足 ・各高齢者施設の救急のルールが様々 ・介護現場での医療アセスメント不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・行政内での情報共有 ・医療と福祉の連携 ・事業者への教育 ・施設の状況の把握
行政についての課題	<ul style="list-style-type: none"> ・課題整理の優先順位が決められていない ・地域の情報整理が不足している ・救急医療と福祉の連携のつなげ方が分からない ・医療、消防、高齢者、それぞれ担当課が違い、市役所内での横の繋がりが上手いかわからない ・合意形成する場合に在宅医療、救急医療の両者が揃っていない ・関係者で情報、課題の共有する場の不足 ・救急医療について行政内で検討する場がない ・各地域の先進的取組みを知る機会がない 	<ul style="list-style-type: none"> ・まず中心となる部署を決めて話し合う（動く） ・情報の発信の共有

(2) 第2部セミナーのグループワークで抽出された課題

第2部セミナーでは、事前課題として、第1部セミナーで検討した工程表について、地域の関係者で改めて検討を行った上で、工程に基づき連携ルールの策定に着手し、進捗状況を記載したワークシートを作成していただいた。このため、セミナー中のグループワークでは、工程表の進捗状況（ワークシート）について発表を行い、共有化を行った上で、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。

各グループでは、事前課題の内容を選別し、取組形態が似たグループごとにグループを分けたため、グループごとに話題の中心となるトピックが異なっている。

参加16地域で全5グループとなり、解決方法の検討結果は以下の通りとなった。

◎ 整理表(グループ1)					
1. 主要課題					
情報共有、職員研修、救急隊のルール、法的整備、DNARの運用、市民啓発					
2. 上記の課題を解決するための対応策	左記の対応策における各団体等の役割				
	○市町村	○医師会	○消防	○他主体	○地域住民
①必要な情報の整理	<ul style="list-style-type: none"> 市民の意向や声の情報収集 先進的な取組の情報収集 各団体の持っている情報を整理して提示する 各団体よりアライン（意向確認） 開示出来る情報と出来ない情報を調べる 	<ul style="list-style-type: none"> 医学的見地から必要情報の整理 必要情報の項目⇒医師、救急 	<ul style="list-style-type: none"> 救急隊が呼ばれたら実施する処置内容の整理 救急搬送するにあたり必要な情報の整理 事案ごと（良・悪）データ抽出、検証していく 情報シートの作成（病院搬送時） 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種で困っていることの抽出 各職種で出来ることを教えてもらう 	
②情報共有のルール作り	<ul style="list-style-type: none"> 行政へ情報共有システム構築 ルール作りのための情報収集 既存のツールや仕組みとの整理 	<ul style="list-style-type: none"> コストの負担 情報のルール、必要最低限の情報はどこまでか整理する 情報共有方法の確立 医療機関へカルテ情報の共有（共有部分の部分化） 	<ul style="list-style-type: none"> 組織内のルールを他団体にも分かるような説明 各種プロトコルの作成（DNR事等の） 救急車への同乗についてのルール 救急隊の携帯システム端末 		
③各団体（医師会・MC・在宅等）の代表者会議、情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 検討の場を設定する 会議場所予算の確保 協議会等協議の場の設置、協議内容のまとめ、関係団体等への周知 	<ul style="list-style-type: none"> 多くの医療機関を説得して参加を促す 病院と在宅の問題点の共有と解決法の協議 活用出来る情報ツールを会員から抽出する プロトコルの周知 医師間の同調 	<ul style="list-style-type: none"> 会議等への参加、協力 		
④その他	<ul style="list-style-type: none"> 関係団体、市民へ説明していく 予算確保（システム作り等の） 法的課題の整理と検証 				

◎ 整理表(グループ2)

1. 主要課題					
・救急キットの活用方法、普及啓発 ・救急時の情報提供書の情報更新（最新情報の提供の実現） ・救急医療情報、キット情報の更新 ・救急情報キットの統一 ・救急キットの情報共有、更新について					
2. 上記の課題を解決するための対応策	左記の対応策における各団体等の役割				
	○市町村	○医師会	○消防	○他主体	○地域住民
①救急キットの普及・啓発	・市民への広報（周知、啓発） ・救急キットの目的について市民へ説明（本人、家族） ・必要性の普及、啓発 ・キットに対する住民の意識調査 ・普及・啓発は一人暮らし老人に限定せず、より多くの人へ。 例えば 母子家庭等	・行政（市、県）へ普及要請 ・医師会、医療機関が必要性を患者に働きかける ・キットの場所や内容、記入漏れがないかを確認する（訪問時）	・救急隊による積極的な活用 ・市民への必要性啓発 ・キットの活用がフルに出来るようにキットと内容への理解を深める	・関連する団体は、連携や情報共有に前向きな姿勢を持つ	
②救急キットの情報更新	・情報更新の方法も関係機関を集めて情報共有して検討する ・救急キットの情報を見直し、必要情報の聞き取り ・情報の管理主体の検討 ・行政から報酬を出す ・内容の見直し（必要な情報の追加）のための話し合い ・情報の形態の検討（紙、ICT） ・行政（市、県）へ情報（内容）の充実 ・ICT化			・病院は、電子、紙カルテに記載している情報の提供（既存の情報を小出しにする） ・施設は、入居者の急変時の必要情報を予めまとめておく ・薬剤師は薬が処方されるタイミングで情報更新 ・高齢者施設において入力を統一 ・ケアマネジャーはプラン更新時にキットも情報を反映させる（別シートを作らず省力化）	・町会、自治会は、地域防災担当として民生委員と協力して地域の把握と情報の更新

◎ 整理表(グループ3)

1. 主要課題					
・ICTの普及等					
2. 上記の課題を解決するための対応策	左記の対応策における各団体等の役割				
	○市町村	○医師会	○消防	○他主体	○地域住民
①損害と利用後の効果を見える化する	・市の予算、医師会の予算へ計上 ・予算の確保 ・損害と効果の試算 ・行政の負担（病院やクリニック負担を減らす） ・ICTをまとめる団体へ窓口、活用方法、メリット、デメリットの見える化	・患者基礎情報の入力 ・救急病院からかかりつけ医への問い合わせ件数を把握	・搬送数、実情を示す（効果として時間短縮等） ・出初式等での告知		
②欲しい情報を載せる（最小、最低限の情報に絞る）	・アンケート等の調査 ・関係者への情報提供	・救急を担当する各病院で意見（情報）をまとめる ・かかりつけ医である在宅医は、患者と掲載情報を確認する	・救急隊として何の情報が必要かを多職種に伝える	・各専門職の専門分野として欲しい情報の抽出、まとめ ・ICTの決定事項の関わりある専門職、住民への周知	
③メリットの評価、周知（加入増のため）	・ICTの入力は事務作業化する	・好活用事例の蓄積 ・ICTの情報を利用する ・病院スタッフに教育			

◎ 整理表(グループ4)

1. 主要課題					
多職種連携					
2. 上記の課題を解決するための対応策	左記の対応策における各団体等の役割				
	○市町村	○医師会	○消防	○他主体	○地域住民
①関係者会議の開催	・協議会の設置 ・庁内連絡会の設置	・会議への参加 ・医師会内への伝達、意見集約	・顔の見える関係作り ・会議への参加 ・消防局内のコンセンサス	・介護関係者の会議への参加	・取組の周知 ・専門職の役割の理解
②情報の共有	・ICT活用のための仕組み作り	・患者の医療情報作り	・傷病者情報の収集 (情報共有シート)	・介護情報の共有	・意思を表明すること ・同意
③ツールの作成	・市民向けセミナーの開催 ・関係者向けセミナーの開催 ・ICTの利用促進	・各種勉強会の開催 ・リビングワイル用紙 ・消防スタッフに意見を聞く ・ICTを広める	↑ ↓ ・消防内での教育(共有)		↑ ↓ ・セミナーへの参加
④課題の整理(抽出)	・介護関係者へアンケート調査実施 ・医療関係者へアンケート調査実施 ・関係者の意見を共有出来る資料を作成する	・多職種参加型勉強会の開催	・現場で起こる問題点の整理		

◎ 整理表(グループ5)

1. 主要課題					
介護施設における救急時の対応					
2. 上記の課題を解決するための対応策	左記の対応策における各団体等の役割				
	○市町村	○医師会	○消防	○他主体	○地域住民
①救急時の対応基準の作成	・現状把握する(アンケート調査) ・介護施設の代表者による意見交換の実施 ・介護施設における救急搬送の判断基準作成	・ルールに基づき、後方支援を行う	・救急搬送の判断基準の周知 ・基準作成時の場への参加	・介護施設は、救急時の対応マニュアルを作成し、マニュアルに基づく対応をとる	
②情報連携	・ツールの作成 ・ルール作り ・ツールやルールの周知徹底 ・ルールの場作り	・ルールに基づく情報提供 ・受け入れ医療機関はルールに基づく対応	・シートの活用 ・ルールの場作りへの参加	・介護施設は、施設内ルールを作成し、ルールに基づく運用	

Ⅲ フォローアップ調査

1. フォローアップ調査概要

第1回セミナーへの参加（事前課題1回）および第2回セミナーの参加（事前課題2回）を終え、今年度のセミナーを通して実施した工程表の作成、連携に向けた取組について、また、今後についてどのような取組をしていくのかについてアンケート調査を実施した。

2. フォローアップ調査結果

（1）工程表について

① 工程表の“作成”において困難だった事柄

（問2：工程表の“作成”について困難だった事柄について教えてください。）

工程表の“作成”において困難だった事柄については、以下のものが挙げられた。また、「特に困難なことは見当たらない」と回答した地域も複数あったが、その理由としては「最終的なゴールが確定していなくとも、できることから取り組みを進める方向で工程表を作成したため」というものが主であった。

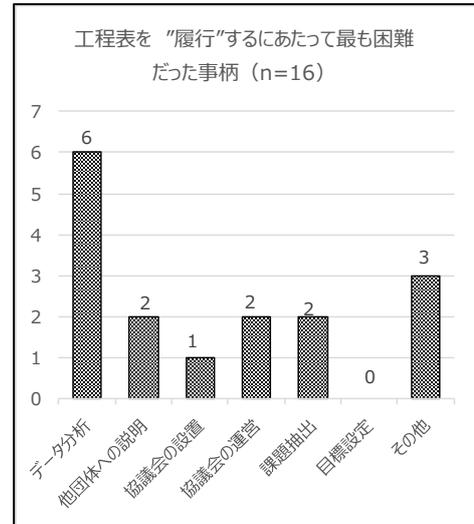
分類	具体的意見
既に行っている事業との関連性	<ul style="list-style-type: none">・ 進行している様々な事業、取り組みがあるため、それらを関連付けながら、最終的に在宅医療・救急医療連携が達成される仕組みを考えることが難しかった・ 従来の地域支援事業との整理（棲み分け）が難しかった
関係団体、庁内との連携	<ul style="list-style-type: none">・ 自治体規模が比較的大きいため、連携を図る上での課題も多く、関係団体等も多くなる。・ どの団体と協議が必要か検討していくことが難しかった・ 市と消防は工程表の作成にあたり協議を行ったが、医師会とは本セミナーの参加にも協力が得られなかった・ 庁内関係課（福祉部）及び医師会との調整
取組の成果のイメージ	<ul style="list-style-type: none">・ ある程度のゴールが決まらないと工程表の作成は難しい・ 実際に実現可能な工程をイメージしながら作成することに苦心した
日程調整	<ul style="list-style-type: none">・ 短期間での協議会やコアメンバー会議開催に伴う日程（スケジュール）調整

② 工程表を“履行”するに当たって最も困難だった事柄

(問3-1. 工程表を“履行”するに当たって最も困難だった事柄を教えてください。(1つ選択))

(問3-2. 上記3-1を選んだ理由を教えてください。)

工程表の履行について最も困難だった事柄については、「データ分析」がもっとも高い結果となった。理由としては、「今後の需要推計や評価指標の設定に必要なデータ分析の手法が分からない」ことや、「必要だと思われるデータが他団体に依頼しないと入手できないものであるが、課題認識の摺りあわせを行うところから説明する必要があり、データを入手することに時間を要した」等の意見があった。



③ 工程表を“履行”するに当たって工夫した点

(問4. 工程表を“履行”するに当たって工夫した点を教えてください。)

工程表の履行について工夫した点としては、以下のものが挙げられた。自由回答であったが、既に行っている事業を活用した点や関連団体との意見の摺りあわせを挙げた地域がほとんどであった。また、「会議の会場を医療機関とし、医療関係者が出席しやすいよう配慮した」という意見もあった。

分類	具体的意見
既に行っている事業の活用	<ul style="list-style-type: none"> 既に取り組んでいる連携体制の中で、あるものを利用しながら協議をした 在宅医療・介護連携事業を遂行することで、救急医療連携が円滑(最終目標は共通)になることがわかってきたため、現在ある場面を活かしながら進めることとした 新たな協議会を設置するのではなく、地域包括ケア協議会、医師会、市内の地域包括支援センターの繋がりを利用した。特に、地域包括ケア協議会の関係から警察署の刑事課との繋がりが出来たことは良かった
各団体との綿密な会議、打ち合わせ等	<ul style="list-style-type: none"> 関係団体への説明を丁寧に行うことにより、現状と課題、取組みの方向性についての共通認識を図ることができた 協議会委員から所属する団体に事前に声かけをもらったうえで協力依頼をかけたため、参加者が協力的であり、打ち合わせがスムーズに進んだ

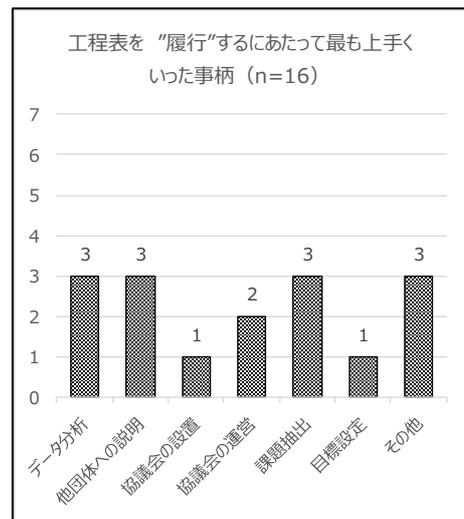
④ 工程表を“履行”するに当たって最も上手くいった点

(問5-1. 工程表を“履行”するに当たって最も上手くいった点を教えてください。(1つ選択))

(問5-2. 上記5-1. を選んだ理由を教えてください。)

工程表の履行について最も上手くいった事柄は、右記の通りである。

「本セミナーで事前課題として工程表でスケジュールを見える化できたため、他団体への説明を計画立てて実行することができた」との意見や、「出席者として必要不可欠な医療関係者の会議出席のため、出席しやすいよう会場と時間の設定を医療機関に合わせており、その結果、医療・救急に関わる担当者同士が顔を合わせることができ、話し合いが進んでいる」等という意見が挙げられた。



(2) 在宅医療・救急医療の連携を進めていく上の方向性について

① 「在宅からの搬送の連携強化」についてのこれからの取組について

(問6-1. 「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めますか。(1つ選択))

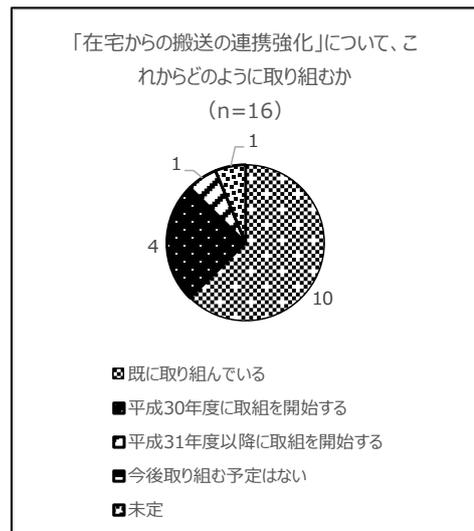
(問6-2. 上記の理由を教えてください(既に取り組んでいる場合は来年度どのようなことを行うか教えてください。))

在宅からの搬送の連携強化については、フォローアップ調査の段階(平成30年3月)で、既に取り組んでいる地域がセミナー参加全16地域のうち10地域であった。

本セミナーを受講したことをきっかけに取組を開始した地域もあり、「来年度は情報共有のための仕組みづくりや搬送のルールなどについて市民への啓発方法を検討する」等、取組をさらに進めていくという意見が挙げられた。

平成30年度、平成31年度に取組を開始するとした地域においても、「本セミナーに参加したことをきっかけに救急医療と在宅医療の現場の状況について一堂に会する場を設定することができ、理解が深められたため、具体的な連携については次年度以降具現化していく」等と肯定的な意見が挙げられた。他には、「在宅医療で看取りができる体制」の強化を目標に、主治医・副主治医制の拡大や情報共有の仕組みづくりを進めていき、どういった場合搬送につながっているかなど整理したうえで連携強化につなげる」という意見や、「平成30年度は高齢者施設と医療機関の連携について取り組み、その後在宅からの搬送についても取り組む予定である」とした地域があった。

また、未定とした地域においては、「まずは各関係機関で打ち合わせを行い、ルール作成に向けた協議を進める必要があるが、現時点ではまだ聞き取り調査と情報の整理のみとなっており、関係者間で打ち合わせをするまでには至っていない」という理由が挙げられている。



② 「高齢者施設からの搬送の連携強化」についてのこれからの取組について

(問7-1. 「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めますか。(1つ選択))

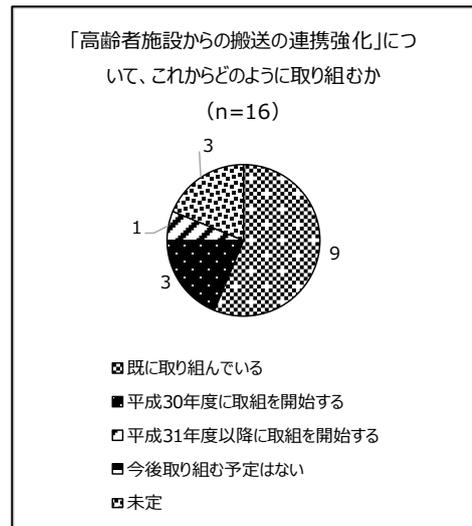
(問7-2. 上記の理由を教えてください(既に取り組んでいる場合は来年度どのようなことを行うか教えてください。))

高齢者施設からの搬送の連携強化については、フォローアップ調査の段階(平成30年3月)で、既に取り組んでいる地域がセミナー参加全16地域のうち9地域であった。

本セミナーを受講したことをきっかけに取組を開始した地域もあり、「来年度は介護施設用救急医療情報シートの普及に向けた取組を行う」等の意見が挙げられた。

平成30年度、平成31年度に取組を開始するとした地域においては、「現段階では特別養護老人ホームの現状把握を実施したが、今後は、他の高齢者施設へ現状の聞き取り等(施設系を対象にした会議開催など)をしていく必要がある」という意見が挙げられた。

未定としている地域もあるが、「現在は在宅患者に限定して協議を行っている」等の理由や、「現時点ではまだ聞き取り調査と情報の整理のみである」という理由が挙げられている。



③ 「患者本人の意思を事前にくみ取る取組の連携強化」についてのこれからの取組について

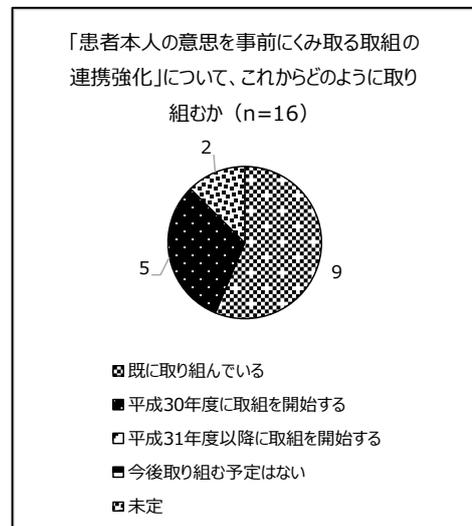
(問8-1. 「患者本人の意思を事前にくみ取る取組の連携強化」について、これからどのように取り組めますか。(1つ選択))

(問8-2. 上記の理由を教えてください(既に取り組んでいる場合は来年度どのようなことを行うか教えてください。))

患者本人の意思を事前にくみ取る取り組みの連携強化については、フォローアップ調査の段階(平成30年3月)で、既に取り組んでいる地域がセミナー参加全16地域のうち9地域であった。

既に取り組んでいる地域については、「医師及び訪問看護師を通し、患者の意思を確認した上で、その情報を家族や医療介護関係者で共有し、支援するうえで連携が図れるよう、専門職向け研修会などで啓発する」という意見や、「多職種対象に、定期的なリビングウィル事前指示書について学ぶ機会を作る」というような、普及・啓発や専門職の知識習得等についての取組をおこなっているという意見が多かった。

平成30年度、平成31年度に取組を開始するとした地域においては、「協議会のトピックとして検討材料とする予定である」という意見が挙げられ、未定としている地域においては、「まず在宅や高齢者施設からの救急搬送の仕組みづくりを先に取り組む」との意見が挙げられた。



(3) 国への要望について

(問9. 来年度以降、在宅医療・救急医療連携の取り組みについて、国に求めることがあれば、教えてください。)

国に対する意見としては、以下のものが挙げられた。以下の意見以外にも、複数の医師会が関わる地域からは、「看取りの研修会や課題と解決策等について話し合う際、広域的な連携が必要となるため、複数の地域の団体が共同して実施できるよう、研修費と講師派遣などネットワークづくりのきっかけになるよう支援してほしい」という旨の意見も挙げられている。

分類	具体的意見
行政・医療・救急の3者が 合同で受けられる研修の 継続的实施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今回の研修は、行政・医療・救急の3者が一緒に研修を受けることができ、課題や取り組みを共有できることが取り組みにつなげやすかった。単年ではなく、継続して状況を報告しあえたり、学ぶ機会があるとありがたい ・ 今後も継続的にサポートしていただくため、来年度以降も、何らかの形で今年度研修参加者を研修の輪に入れていただき、引き続き意見交換と情報共有ができる研修の枠組みを作っていただきたい
人生の最終段階における 医療の普及・啓発の在り方 に関する情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人生の最終段階における在宅医療と救急医療の連携のあり方に関する情報を継続的に提供してほしい ・ 人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生法等のあり方についてご検討いただきたい ・ 人生の最終段階における医療の普及・啓発の取組について、先進的な取組について、周知をお願いしたい
在宅医療・救急医療連携 の好事例の継続的紹介	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先進的な取組を検索しやすい体制や、周知をお願いしたい ・ 好事例の紹介を継続的に続けてほしい

IV 在宅医療・救急医療連携の 先進事例

1

鶴見区医師会(神奈川県横浜市)

鶴見区地域概要

鶴見区は、横浜市の北東部に位置し、北西部の丘陵地、鶴見川流域の低地、臨海部の埋立地から形成され、そのほとんどは市街地となっている。臨海部は工業地帯、中心部は商業・住宅地域が主体となっているが、住工混在地区も見られる。また、丘陵部は、区内では数少ない自然が残された住宅地となっている。昭和 2 年の横浜市区制施行によって誕生した鶴見区は、工業地帯としての顔ばかりでなく、商業都市、住宅都市としての顔も兼ね備えている。



事例の概要

<取組の背景・経緯>

鶴見区医師会在宅部門を中心に、病院・診療所の医師と行政、訪問看護師をメンバーとする地域医療を検討する会「つるみ在宅ケアネットワーク推進検討委員会（以下委員会とする）」が発足、次いで多職種間の連携のあり方を検討する、委員会の上部組織となる「つるみ在宅ケアネットワーク（以下ネットワークとする）」を発足した。

そして、実務に携わる医師、歯科医師、薬剤師、地域包括、行政、訪問看護師、消防をメンバーとした「企画部会（以下部会とする）」を発足させた（委員会傘下）。

そのような中、救急搬送時の病診連携のための ICT 利用の患者情報共有システムを試行導入したものの、この取組は頓挫してしまった。委員会では、患者本人が管理でき、医師から提供されるカルテ形式の仕組みが必要との指摘があり、対応策を検討した。

医師会主導のもと「連携ノート検討委員会（以下ノート検討委員会）」を立ち上げ、内容検討することとなった。

<取組の概要>

- 「協議体」の整備：取組み推進組織
- 「つるみ在宅ケアネットワーク連携ノート」の作成、対象者*へ無料配布
 - * 対象者：鶴見区にお住いの在宅療養者に鶴見区医師会の先生が往診にはいる方
 - ・ 連携ノート（ファイリング形式）の記載・封入物：在宅医が記入した診療情報、薬の処方状況、患者のリビングウイユル、患者フェイスシート、介護サービス計画表等
- 普及啓発活動：医療・介護の多職種が集まる「合同勉強会」、一般市民、事業所向け公開講座である「公開勉強会」での活用、あるいは協議体の「勉強会」のテーマとして採用

<検討開始時期及び運用開始時>

検討初期：	・平成 21 年	—————	委員会発足
	・平成 22 年	—————	部会発足
		—————	ICT での患者情報連携を試行、その後断念、 連携ノート導入の検討開始
検討中・後期：	・平成 22～24 年	—————	連携ノートについて委員会、部会で検討
運用開始：	・平成 24 年	—————	連携ノート運用開始
運用開始後：	・平成 25 年	—————	ノート委員会発足（27 年で終了、委員会と部会は 引き続き開催）

<中心となって取り組んだキーパーソン>

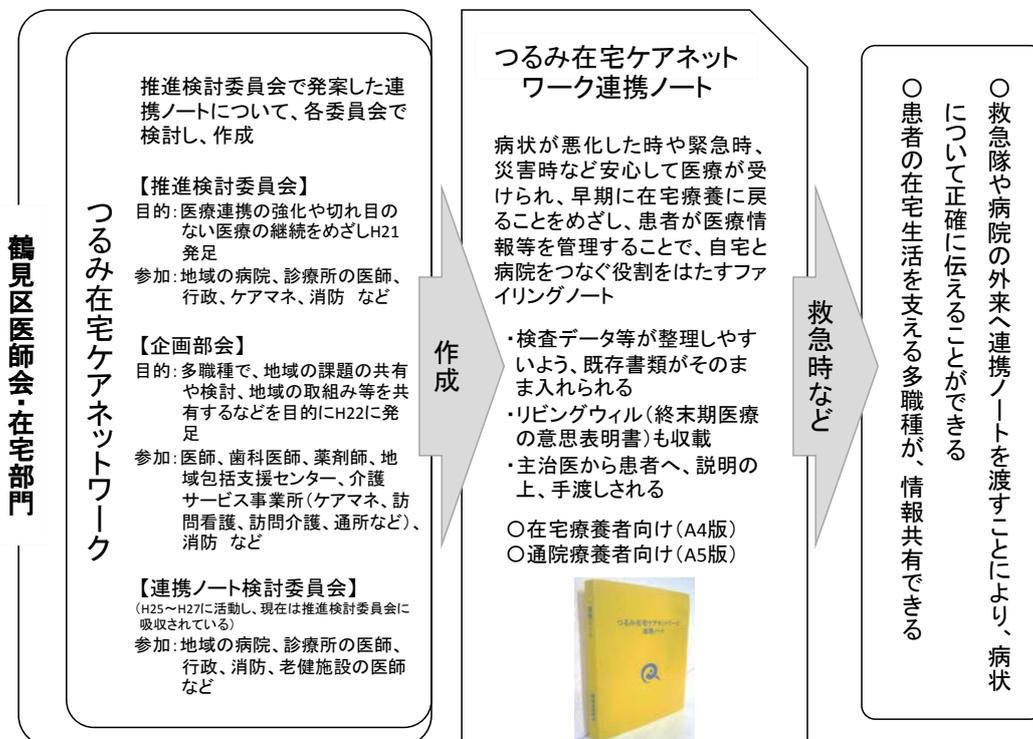
鶴見区医師会 会長：原直 医師

鶴見区医師会 鶴見区在宅医療連携拠点：鈴木志律江 管理者／訪問看護認定看護師・ケアマネジャー

<今後の課題>

アウトカムについて、現在は事業所への満足度調査等でわかる関係者の実感等の定性情報しかないが、今後は定量情報についても効果を検討し、出していきたい。

鶴見区医師会の取組の概要(図)



(1)取組の背景

<鶴見区の病診連携>

鶴見区では、近くの病院に入院できないことが多く、「満床のために地域外に転院することが当たり前」という状況であった。

また、在宅療養患者の急変時に家族が主治医に連絡してもつながらず、救急搬送を要請することになるが、患者本人・家族ともに、病歴や治療状況等について救急隊・病院にきちんと伝えられず、また、退院時にも、在宅環境（医療資源）についてきちんと説明ができないがために、退院調整がうまくいかないなど、入退院時の連携に課題があった。

患者本人・家族の認識として、救急時の搬送については、「とりあえず大きな病院に行けば良い」というものであり、三次救急である地域の中核病院に中軽症の患者が運ばれるようなこともあった。また、その搬送に時間がかかるといった救急隊からの課題もあがっていた。

(2)取組の推進に向けた協議体の整備

① 平成 21 年 10 月 つるみ在宅ケアネットワーク推進検討委員会の発足

上記のような背景があり、医療連携強化・切れ目のない医療の継続を課題とし、病院・診療所の医師と行政、訪問看護師の 13 名で地域医療を検討する会として委員会が平成 21 年に発足。病病・病診・診診・医療機関と訪問看護ステーションとの連携構築の取組を検討。

メンバー：中核病院の副院長・一般病院 2 か所の院長・老人保健施設長・医師会長・区内各エリア診療所代表 4 名・行政・鶴見区医師会在宅部門

② 平成 22 年 2 月 つるみ在宅ケアネットワークの発足

そのなかで、鶴見区内の在宅療養において、病院・診療所・訪問看護ステーションの医療連携強化及び、訪問介護サービスとの連携のあり方を検討することが求められたため、鶴見区の在宅療養の連携推進を図ることを目的に、平成 22 年 2 月に委員会の上部組織となるネットワークを発足。

メンバー：委員会と同一

③ 平成 22 年 7 月 企画部会の発足

また、特に地域医療の充実は、医療側だけでなく介護、福祉、地域とのつながりが重要との考えから、平成 22 年 7 月に企画部会を設置（委員会傘下）。医療と介護とのかけ橋となり、多職種連携においての問題提起や検討、地域（各町内）での取り組みや活動内容の情報共有を行うこととした。

メンバー：医師、歯科医師、薬剤師、地域包括（主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師）、行政、訪問看護師で構成 + 消防署

ウ. 在宅医が記載する患者の「診療情報提供書」の封入

部会にて、消防から「医師が記載した患者情報が必要」という声があったこと、救急を受け入れる病院側の声としても、「患者の病歴、現在の状況等が分かる在宅医が記載した情報が必要」というものがあり、医師会の主導で在宅医が患者情報を記載する診療情報の封入を決定。このことが、ノートの質を担保することにつながっている。

記載のフォーマットが用意されており、医師によって医療情報が提供される。フォーマットはシンプルにしてあり、忙しい医師が入力等しやすい配慮がなされているが、必要な情報が網羅されている。

鶴見区の場合、区内の90%以上の医師が医師会に加入しており、全体的な取組が進めやすかった。

診療情報提供書
連携先医療機関宛
診療機関の所在地 年 月 日
名称 電話番号 FAX
医師名
患者氏名 性別 男・女
患者住所 電話番号
生年月日 男・大・短・学 年 月 日 () 歳 職業
病名
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果
現在の状況
つらみ会ネットワーク

エ. 患者の終末期医療に対する意思表示が分かる「私のリビングウィル（事前意思表明書）」の封入

患者本人は自宅で最期を迎えたいと希望していても、急変時に家族が動揺して救急搬送されたために、本人の希望に沿うことができなかったという報告がある中で、本人の意思を明確に示してもらうことで、希望する最期を迎えることができるのではないかと現場の声があがっていた。

医師会の医師の中でも勉強会を開催したり、在宅部門でも患者がどう考えているのかという心の動きをどのように表現したらよいのかという勉強会を設けたり、在宅ケアネットワーク合同勉強会でテーマとしてさまざまな意見を聞いたりしていた。

そこで、推進検討委員会の委員長が自身のクリニックで活用しようと考えていたひな形をもとに、推進検討委員会で検討し、作成したものを、連携ノートに追加した。

私のリビングウィル（事前意思表明書）
リビングウィルとは、判断能力を有する成人が、判断能力を失うなど意思表明ができなくなった場合に自分自身を受け取る医療の決定に関する指示を事前に書面等で決しておくことをいいます。
鶴見区医師会では、患者様が判断能力の回復が見込めない状態になっても、ご自身の価値観を尊重した医療やケアを受けるための参考としていただくために事前意思表明書を作成いたしました。「私のリビングウィル」は、患者様が自分らしい最期を迎えるための意思表明に関する希望を記載してください。また、「私のリビングウィル」は、いつでも修正・撤回できますので、定期的な見直しをお願いします。なお、この「私のリビングウィル」は、法的な意味はありません。

1. 基本的な希望
痛みや苦痛について できるだけ抑えて欲しい (必要なら鎮静剤を使用してほしい)
 自然のままでもいい
終末期 (最期) を迎える 病院 自宅 施設
病院について 病院に依って
最期まで続けたいこと (日替・週替など)

2. 終末期 (最期) を迎えたときの希望
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
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
気管挿管の挿入 して欲しい して欲しくない
胃ろうによる栄養補給 (※) して欲しい して欲しくない
鼻チューブによる栄養補給 して欲しい して欲しくない
点滴による水分の補給 して欲しい して欲しくない
延命のための透析治療 して欲しい して欲しくない
※胃ろうとは、お腹から胃に管を通し、その管から栄養や水分などを取り入れるための処置をいいます。

3. 判断能力が失われ意思表明ができなくなった場合、主治医が相談すべき人ほどなたでずかお名前 () 関係 ()
主人署名 () 印
家族署名 () 印

※ 緊急で選ばれた時や病院に受診をする際に、「私のリビングウィル」を入れた連携ノートをお持ちください。 鶴見区医師会

オ. 介護サービス計画表の封入

在宅でどの担当者と連携すればよいかという点を明確にすることと、訪問看護や介護のマンパワーとしてどのような状況で動いているかを病院に伝えることも目的として封入を決定。在宅で退院後の患者を受け入れる際、病院でよい治療を施したとしても、在宅での対応をシンプルにしていただかないと引き取れないことがあるため。

② 運用方法の検討

医師からの提案で主治医から直接往診時に手渡しする方法で運用している。また、連携ノートを示すシール（はがしでも貼れるシール）を作成した。消防からの提案で、シールの貼付場所については、ベッドの枕元に貼るように位置づけた。

③「つるみ在宅ケアネットワーク連携ノート（以下連携ノートとする）」の誕生

健康カルテについては、平成 23 年から平成 24 年にかけて検討した。

健康カルテのたたき台を医師会在宅部門が作成し、推進検討委員会、企画部会で議論を重ねた。また、医師会在宅部門では、月に 1 回開催するステーション委員会（在宅部門の 4 つのセクション、医師会の在宅部門の担当理事が参加する幹部会議）でも議論したことで、さまざまな職種・さまざまな視点により議論され、自宅と病院をつなぐものとして患者が管理する「健康カルテ」が完成した。また、完成後、患者に配布する際には名称を「つるみ在宅ケアネットワーク連携ノート」とした。

（5）運用開始（平成 24 年）

以下の概要で平成 24 年から連携ノートの運用を開始した。

連携ノートの位置づけ：自宅に保管をし、利用者が管理をする「健康カルテ」として自宅と病院をつなぐノート

運用目的：鶴見区内にお住いの療養者が、病状が悪化した時や緊急時、災害時など安心して医療が受けられ、早期に在宅療養に戻ることができる。

配布対象者：鶴見区内にお住いの在宅療養者に鶴見区医師会の先生が往診にはいっている方
（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無料配布）

配布方法：主治医から直接往診時に手渡し

（6）運用開始初期における特筆事項、変更点等（平成 24 年以降）

以下の点に注意して運用を行った。

<医療情報について>

薬剤情報・検査情報・診療情報提供書等の医療情報は、関係者が誰でも見られることを、主治医から患者に説明するように運用を徹底した。

<リビングウィルについて>

リビングウィルについては、法的効力がないことと、記載する際には必ず日付をいれることを関係者に再三説明した。研修等で患者の意思は変化するのが当たり前という認識が浸透していたために、現場では徹底できている。

<シールの運用方法の変更>

当初はベッドの枕元に貼るように位置づけていたが、その後、消防から「救急搬送の際には枕元まで見ない」という意見があり、搬送時に必ず見るドアの内側に貼るよう変更した。

<連携ノート配布対象者の変更>

当初は、在宅療養者のみであった配布対象者を、困っているのは在宅療養者だけではないはずだという意見から、対象者拡大の検討が始まった。平成 25 年からノート検討委員会を発足させ、対象者拡大等について検討し、通院されている患者にも配付することになった。そのため、通院の際に持ちやすいよう A5 版を作成し、その都度病院に持っていきやすいサイズに改善した。

(7) 周知

①病院などに対する説明

連携ノートについては、在宅部門が消防や近隣病院をまわり、報告・説明した。現在は、連携ノートの周知がすすみ、入院する際に連携ノートをもっていくと、病院側が退院する際に検査データ等を連携ノートに入れてくれるなどがみられてきた。

②研修を周知ツールの一つに

関係職種が参加する研修等は、関心をもったたくさんの方が参加するため、連携ノートを周知するツールとしても活用できている。それぞれの研修が、次の研修の広報となり、各研修が連携ノートの周知の場であり、連携ノートの知見を深める場となっている。

③公開勉強会等で展示

公開勉強会などでは、手に持って見てもらえるように、連携ノートを必ず、繰り返し展示している。

④区役所主催会議等で告知や広報

区役所が主催する民生委員や自治会長が集まる会などでも、連携ノートの周知をしている。推進検討委員会や企画部会に行政担当者が参加し、顔の見える関係ができているため、周知の機会としやすい関係・環境となっている。

その他にも、NHKをはじめ、地元のケーブルテレビ局などの取材に応じるなど、周知を図っている。

(8) 取組の成果

<連携ノート配布実績>

運用当初は A4 版から始まり、現在は H28 年度に縮小版も作成（A5 版）通院されている患者へ主治医から渡し得ている。現在、A4：2051 冊 A5:229 冊 配布されている。（平成 29 年 4 月時点）

<関係者専門職からの定性評価>

訪問看護師より：利用者の入院時、入院中の検査結果や様子がわかり、病棟で行っていたケア内容が継続して行える。

歯科医師より：主治医との連携を図る上で、検査結果や薬の情報が入っているので、非常に助かった。

医師より：歯科の治療の様子がわかり、良い。

<患者からの定性評価>

- ・ 何かあった時に使えるのは嬉しい。無料で申し訳ない。
- ・ 実際、救急車を呼んだ時に、見てもらって病院に行った。病院についてからも、スムーズに対応してもらった。
- ・ 緊急で病院に受診した時に、このノートを持っていったら、病院の先生が情報提供書を見て対応してくれた。安心であった。
- ・ 医師会あてに、療養中ではない元気な方から、リビングウィルがある連携ノートを知って、主治医からの配付以外でどのようにしたら連携ノートがもらえるのかという問合せが増えてきている。

<患者の意思に沿った搬送ができた実績>

法的効力はないため、すべての場面で本人の希望にすることはできないと考えているが、実際に救急搬送された患者が連携ノートをもっており、リビングウィルがあったため、改めて本人の意思を確認し話し合った結果、治療をせずに医師一人が立ち会って看取ったという報告もあった。

(9) 取組のアドバイス

① 在宅医と救急医の顔の見える関係の構築

鶴見区は、医師会においても、開業医の医師や中小病院の院長らが集まって一緒に活動をしていることもあり、そうした医師会の活動を通して、顔の見える連携が醸成されてきた。往診なども、困った時は他の医師に頼むなどの、良い関係が築かれている。在宅を支える主治医と救急搬送を受け入れる急性期病院などが顔の見える連携が既にできているからこそ、リビングウィルシート等の活用もできるとも考えられる。実際に、救急搬送された急性期病院でかかりつけ医の医師の名前がでた際、「黄色いノートがあるはずだから、あの先生だったら絶対に持たせているはずだから、患者に聞いて」というやりとりがあった。

② 多職種での研修会等の開催による副次的効果

平成 21 年の委員会立ち上げ当時は敷居が高かった医療と介護間の情報のやり取りだが、現在は介護の多職種連携の会の総会で医師会に声がかかり挨拶をしたり、医師会の医師等が当該会の勉強会で講師をしたりするなど、顔の見える連携の一端が始まっている。連携を深める手法としてポイントとなるのが、地域の底上げを目的に開催している在宅ケアスタッフ向けスキルアップ研修である。

在宅部門が企画・主催する研修会で、地域のニーズにそった企画・カリキュラムをたてている。知識や技術をつける・増やすだけの研修会ではなく、様々な職種が介する研修会が、日々の困りごとや課題を整理・共有する場となっている。

平成 24 年から 29 年の 5 年間では年に 10 回以上開催しており、さまざまなテーマをとりあげ、基礎的な座学から事例検討など、複数回のシリーズとなっている。在宅部門が研修会のテーマがニーズに合ったところに声をかけており、1 回に 40～60 名ほどが参加する。ビデオをとり DVD を作成しており、シリーズでの研修受講が欠けないよう、忙しい現場職へ配慮している。

職種も医師、歯科医師、看護師、病院の連携室、ケアマネジャー、介護師、鍼灸マッサージ師など多様。講師もテーマにそって、医師や看護師だけではなく、多様である。

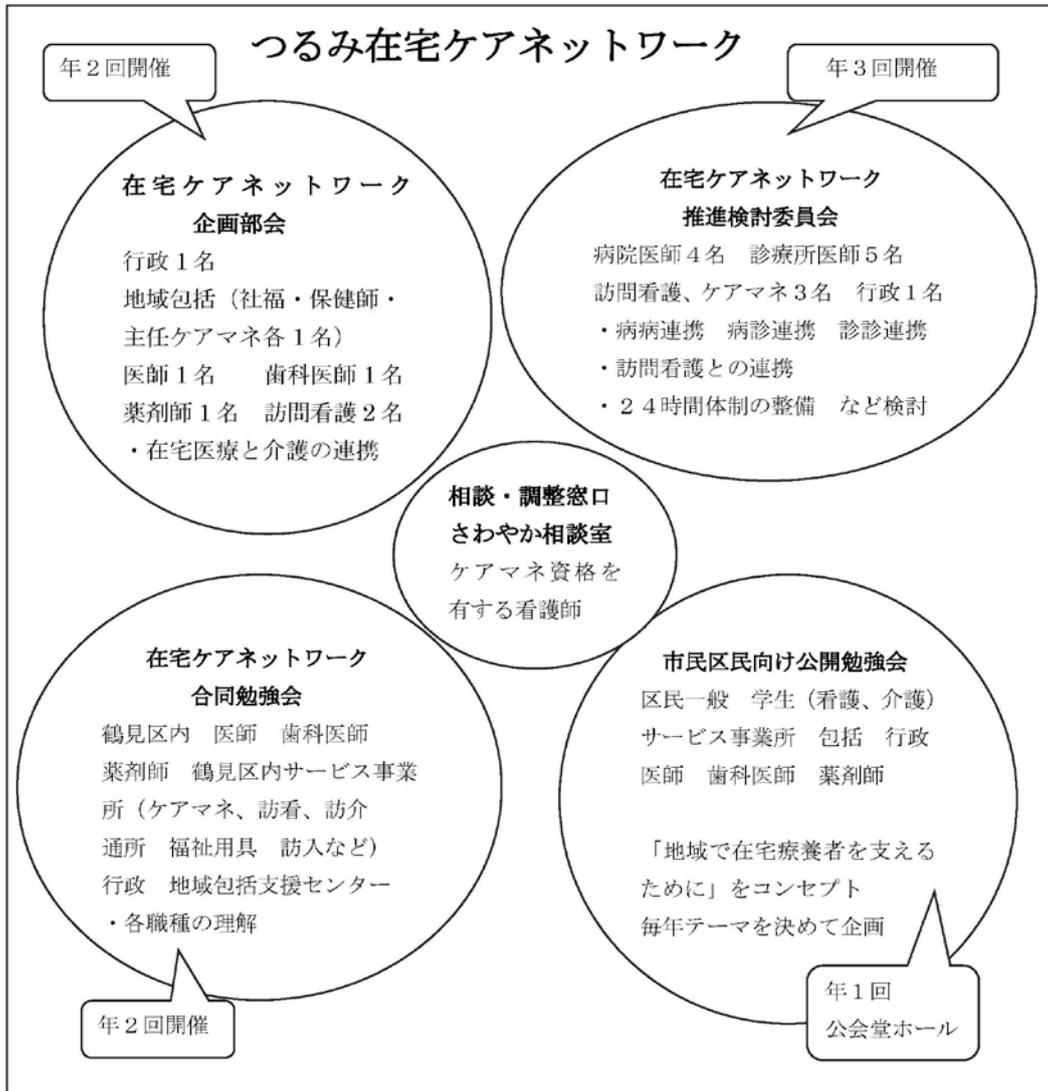
なお、研修や勉強会では、必ずアンケートを実施し、その結果を次の企画に反映するなど PDCA をまわしている。

今後について

<アウトカムの検討>

現在ではプロセスを大事にしており、委員会や会議等で出た課題に関する PDCA に主に取り組んでいるが、その評価指標は、連携ノートの配布数等しかないのが現状である。今後は、関係者の定性的な評価（実際にあがってくる声）や、事業所への満足度調査等の結果などの定量的な評価指標についても検討していく必要がある。

		平成 23～24 年		平成 25～27 年		平成 28 年	
		健康カルテ～連携ノートの検討・作成		連携ノートの改善等を検討			
在宅部門	在宅部門	健康カルテ初案作成	在宅療養者向け連携ノート (A4版)	□6 病院や消防へ説明 □6 周知		通院療養者向け連携ノート (A5版)	□9 周知
	ステーション委員会	□2 健康カルテ初案作成 □3 健康カルテ検討	□5 連携ノートの検討				
在宅部門	推進検討委員会	□1 健康カルテ発案 □3 健康カルテ検討	□4 健康カルテを連携ノートへ発展 □5 連携ノートの検討	□7 リビンググウ イル追加について検討			
	連携ノート検討委員会				□8 配付対象者 拡大検討		
	企画部会	□3 健康カルテ検討	□5 連携ノートの検討		□7 リビンググウ イル追加について検討		



フェイスシート

フリガナ		性別	男 ・ 女			
氏名						
M T S 年 月 日生(歳)						
〒						
住所						
TEL						
緊急連絡先	①	氏名	(歳)	性別		
		住所	TEL			
	②	氏名	(歳)	性別		
		住所	TEL			
使用中医薬機器		在宅酸素(L/分) ・ ペースメーカー ・ その他()				
		透析(腹膜 血液) ・ シェント 等 ・ 薬 透析日: 月 火 水 木 金 土 日				
アレルギー・薬品過敏		食べ物() 薬() その他()				
備 考						
介護保険	被保険者番号			保険者番号		
	要介護度	有効期間			認定日	交付日
		H 年 月 日	～	H 年 月 日	/	/
		H 年 月 日	～	H 年 月 日	/	/
		H 年 月 日	～	H 年 月 日	/	/
医療保険 (国保 健保 共済 生保 無保険 後期高齢者 その他)						
保険者番号				被保険者番号		
保険負担割合		割	公費負担医療			
白障手帳 無 申請中 不明 有(種 級 年 月 日交付)						
(記入日 年 月 日)						

フェイスシート(続き)

主治医	
医療機関名	
医師名	
住所	
電話番号	

緊急時対応医療機関		救急車要請: 119
①	医療機関名	
	電話番号	
②	医療機関名	
	電話番号	

ケアマネジャー	
事業所名	
担当者	
電話番号	

訪問看護ステーション	
事業所名	
電話番号	

その他連絡先	
事業所名	
電話番号	

診療情報提供書

連携先医療機関御中

平成 年 月 日

医療機関の所在地：

名称：

電話番号

FAX

診療科名

医師氏名

印

患者氏名	姓	性別	男・女	電話番号		
患者住所	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 () 歳	職業

傷病名

既往歴及び家族歴

病状経過及び検査結果

現在の処方

つるみ在宅ケアネットワーク

私のリビングウィル（事前意思表示書）

リビングウィルとは、判断能力を有する成人が、判断能力を失うなど意思表示ができなくなった場合に自分自身が受ける医療の決定に関する指示を事前に書面等で示しておくことをいいます。

鶴見区医師会では、患者様が判断能力の回復が見込めない状態になっても、ご自身の価値観を尊重した医療やケアを受けるための参考としていただくために事前意思表示書を作成いたしました。「私のリビングウィル」は、患者様が自分らしい最期を迎えるための医療に対する希望を記載してください。また、「私のリビングウィル」は、いつでも修正・撤回できますので、定期的な見直しをお勧めします。なお、この「私のリビングウィル」は、法律的な意味はありません。

1. 基本的な希望

痛みや苦痛について	<input type="checkbox"/> できるだけ抑えて欲しい(<input type="checkbox"/> 必要なら鎮静剤を使用して欲しい) <input type="checkbox"/> 自然のままにいたい
終末期（最期）を迎える場所について	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病状に応じて
最期まで続けたいこと （日課・趣味など）	

2. 終末期（最期）を迎えたときの希望

心臓マッサージなどの心肺蘇生	<input type="checkbox"/> して欲しい	<input type="checkbox"/> して欲しくない
延命のための人工呼吸器	<input type="checkbox"/> つけて欲しい	<input type="checkbox"/> つけて欲しくない
抗生物質の強力な使用	<input type="checkbox"/> 使って欲しい	<input type="checkbox"/> 使って欲しくない
輸血の使用	<input type="checkbox"/> 使って欲しい	<input type="checkbox"/> 使って欲しくない
胃ろうによる栄養補給（*）	<input type="checkbox"/> して欲しい	<input type="checkbox"/> して欲しくない
鼻チューブによる栄養補給	<input type="checkbox"/> して欲しい	<input type="checkbox"/> して欲しくない
点滴による水分の補給	<input type="checkbox"/> して欲しい	<input type="checkbox"/> して欲しくない
延命のための透析治療	<input type="checkbox"/> して欲しい	<input type="checkbox"/> して欲しくない

*：胃ろうとは、お腹から胃に管を通し、その管から栄養や水分などを流入するための処置をいいます。

3. 判断能力が失われ意思表示ができなくなった場合、主治医が相談すべき人はどなたですか
お名前（ ） ご関係（ ）

本人署名 印

家族署名 印

※ 救急で運ばれた時や病院に受診をする際に、「私のリビングウィル」を入れた
連携ノートをお持ちください。

鶴見区医師会

2

千葉県松戸市 ふくろうプロジェクト

松戸市地域概要

松戸市は都心から約 20 キロメートル、電車で約 30 分の距離にあり、首都圏の住宅都市として発展を続けている。

松戸市内を JR 常磐線(東京メトロ千代田線と相互乗り入れ)、JR 武蔵野線、新京成電鉄、東武鉄道、流鉄、北総鉄道の 6 本の鉄道が走り、松戸市民の足となっている。



事例の概要

<取組の背景・経緯>

松戸市のあおぞら診療所は、平成 23・24 年度に、厚労省の在宅医療連携拠点事業（モデル事業）を受託し、多職種合同カンファレンスなどを実施。また、平成 25 年度には、松戸市が千葉県在宅医療連携拠点事業を受託し、医師会の協力の下、継続して在宅医療連携拠点事業に取り組んでいた。

平成 25 年度に地域の医療福祉従事者およそ 200 名が一堂に介し、在宅医療と救急医療が有機的に連携するためにはどのような課題があり、何を解決しなければならないのかについてグループワークや消防に対するヒアリング等も実施し、「松戸市における救急医療と在宅医療の有機的な連携のために解決すべき課題」の整理を行った。

<取組の概要>

ふくろうプロジェクトは、**本人の意向が尊重された医療や療養の実現を可能にする地域の仕組みづくり**を目指し、松戸市高齢者支援課、松戸市消防局、松戸市医師会をはじめとする松戸市内の医療・介護の職能団体が取り組む共同事業で、以下の 4 本の柱から構成されている。

- ①ケアマネジャー・生活相談員による療養に関する意思決定支援
- ②高齢の方の病気の状態や体の状況等の情報、今後の治療や療養に係る希望などを記載した文書の地域全体での運用（ふくろうシート）
- ③高齢者の救急搬送に関するローカルルールの運用
- ④市民啓発

なお、本事業については、文部科学省科学研究事業「救急・在宅医療連携による地域介入が終末期医療に及ぼす影響とメカニズムの解明研究プロジェクト」（通称ふくろうプロジェクト）として運用されている。

<検討及び運用開始時期>

検討開始：平成 25 年度に、在宅医療・救急連携会議の立ち上げに先立ち、市消防局へヒアリングを実施

運用開始：平成 29 年 6 月に介護支援専門員への説明会を開催し、同年 7 月に本格運用

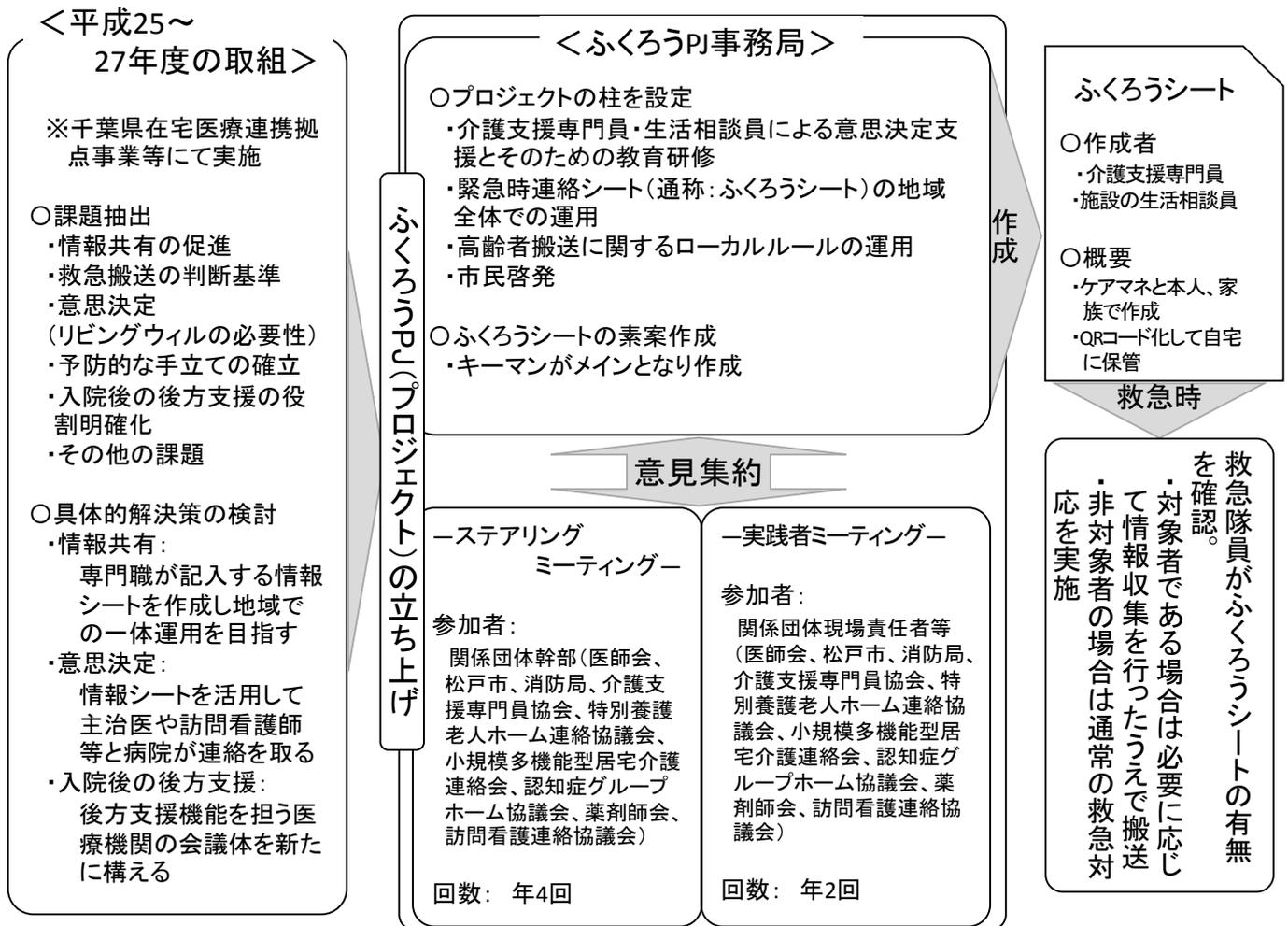
<中心となって取り組んだキーパーソン>

慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室（あおぞら診療所） 山岸暁美（保健福祉博士／在宅看護専門看護師／社会福祉士／介護支援専門員／認定心理士）

<今後の課題>

- 介護支援専門員への情報集約の推進
- 文部科学省科研費の助成金終了後のプロジェクト運営の在り方および資金の検討
- さらなる普及・啓発の促進
- 救急搬送時における松戸市独自のルールづくり

あおぞら診療所の取組の概要(図)



(1)取組の背景

①救急搬送の増加と救急活動時間の長時間化

平成 24 年の救急出場は 21,868 件、搬送人員は 19,748 人と、平成 15 年と比較すると、それぞれ 20.8%増、17.3%増となっている。さらに、救急搬送のおよそ半数は、本来は救急搬送を必要としない軽症患者が占めている。

また、覚知～病院到着までの所要時間は、平成 20 年が 34.9 分、平成 24 年が 38.5 分かかっており、その内訳をみると、現場到着～現場出発の時間が長くなっていた（平成 20 年 18.4 分⇒平成 24 年 21.3 分）。

②松戸市消防局が抱える救急搬送の課題

高齢者の救急搬送については、搬送時だけでなく、退院後の療養場所の決定など、多くの課題があり、この課題解決のためには救急医療と在宅医療が有機的に連携する必要がある。松戸市における救急搬送データから分かる問題点及び松戸市消防局の課題意識をまとめると、次の 5 つに集約される。

- ①救急搬送における受入困難事例の増加と、それに伴う救急隊の負担増
- ②救急搬送時における、高齢者居住系施設入居者及び在宅独居患者の適切な情報共有不足
- ③End of Life Care を必要とする患者にふさわしい救急搬送先が不明確
- ④在宅療養患者の到着時心配停止時事例の救急搬送
- ⑤軽症患者御の救急搬送件数の増加

※公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団「救急医療と在宅医療の有機的な連携に関する研究」完了報告書

(2)ふくろうプロジェクトの開始

平成 25～27 年度にかけて、松戸市における救急医療と在宅医療の有機的な連携のための課題抽出及び具体的な解決策の提示までが遂行されていた。これを具現化し、地域のシステムとして運用していくためには、より公的な、かつ継続的な活動が可能な組織が主体となって進めていく必要がある。

そのことから、「救急患者の送り手の視点」、「救急患者の受け手の視点」、そして「救急隊員の視点」から抽出された松戸市における救急医療と在宅医療の有機的な連携のために解決すべき 6 つの課題について、地域の多機関多職種との協働により解決を図ることを目的とした、ふくろうプロジェクトを立ち上げた。

具体的には、高齢者の病状など身体状況や緊急連絡先の情報のみならず、今後の治療や療養に係る希望など意思決定に関する情報を記載した文書を地域で運用することで、本人の意向が尊重された医療や療養や、速やかな救急搬送や病診連携が可能になるかを実証する。次に、高齢者居住系施設の介護職の医療的知識及び治療や療養の意思決定支援に関する知識と実践力の向上を図る。さらに、後方支援機能を担う医療機関の会議体を新たに構え、後方支援機能を有する病院が救急病院をバックアップするシステムの具体化を目指す。

ふくろうプロジェクトにおいて推進しようとする取組内容は、介護支援専門員が重要な役割を担うものである。そのことから、特定の機関が旗を振り、介護支援専門員を支援するのではなく、市と消防と市内のすべての医療福祉職能団体の共同事業という位置づけとしている。

このように、多くの団体の共同事業とすることで、職能団体から高齢者救急や医療介護連携に関する実際の課題を抽出し、解決していくきっかけとなることを期待している。

(実施主体)

松戸市医師会、松戸市高齢者支援課、松戸市消防局、松戸市介護支援専門員協議会、松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会、松戸市小規模多機能型居宅介護連絡会、松戸市認知症高齢者グループホーム協議会、松戸市薬剤師会、松戸市訪問看護連絡協議会

(3)ふくろうシートの開発

ふくろうシートを作成するにあたっては、あおぞら診療所の医師が中心となり、初案となる項目を設定した。そのうえで、意見を交換・集約する場であるステアリングミーティング及び情報共有ミーティングにて多職種の意見を抽出し、シートに反映をさせている。

①ふくろうシートの概要

ふくろうシートは、救急・在宅医療の連携のための緊急時連絡シートとして開発されたもので、松戸市の鳥がふくろうであること、また、ふくろうは夜（緊急時）に目が利くという意味を込めて命名された。

（対象）

対象者は松戸市介護支援専門員協会に所属する介護支援専門員 200 名が担当する要介護者 5000 名である。

（記入者）

ふくろうシートは、介護支援専門員が記入する。なお、以下の項目のうち、**病状・治療経過・治療方針、投与中の治療の主軸となる薬剤、身体状況や予想される救急病態、表明された本人意思や家族の希望に関しては、主治医意見書や訪問看護指示書を参考にした上で、必要に応じて介護支援専門員が主治医や訪問看護師から情報を聞き取る。**

シート入力 of 負担を軽減する目的と、システム全体の運用費を軽減させる狙いから、手書きで記入されたシートをスキャンした PDF ファイルでの保管を基本としているが、手書きではなくコンピューター上での入力を希望するケースも想定し、ワードファイルの配布も行っている。

（ふくろうシートの項目）

- ・独居・高齢者夫婦世帯・居住系施設・緊急入院の経験ありかどうか
- ・ふくろうシートの登録：新規か更新か
- ・記載日・登録日
- ・対象者の氏名、生年月日、住所、電話番号、主たる疾病名
- ・現在の状況：
 - 1) 病状・治療経過・治療方針、2) 投与中の治療の主軸となる薬剤、3) 日常生活自立度、障害、認知症高齢者の日常生活自立度、身体状況
- ・**想定される救急病態と意思決定支援に資する情報：**
 - 1) 予想される救急病態、**2) 表明された本人意思や家族の希望**
- ・家族の状況：
 - 1) 連絡先（氏名、続柄、住まい（市内外））、2) 緊急時の連絡先（携帯、職場など）
- ・医療・介護連携機関：
 - 1) 連絡先、2) 医療機関名、担当者、3) 緊急時 24 時間対応の加算の有無、4) 受診歴のある病院
- ・特記事項

ふくろうシート		新規 更新	
独居・高齢世帯・居住系施設		救急搬送歴あり(1年以内・1年以上前)・なし	
記載日		年 月 日	
氏名	ふりがな	男・女	生年月日
現在お住いの住所		電話番号	
主治医意見書情報	主たる傷病名		
	傷病の経過及び治療内容		
日常生活自立度	障害(寝たきり度)	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
心身の状態	認知症	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
◆ 意識の状態	身体の状態(麻痺) 無・有()		
◆ 予想される緊急病態	<input type="checkbox"/> 意識ははっきりしている <input type="checkbox"/> 見当識障害がある <input type="checkbox"/> 刺激すると目を覚ます状態 <input type="checkbox"/> 刺激をしても目を覚まさない状態		
本人または代理人の意向	◆ 表明された本人意思や家族の希望(どれか一つに☑してください)		第1希望
	□1. できるだけ長く生きることを優先して治療を受けたい ○ 救急救命医療を提供するための病院 松戸市立病院、新松戸中央総合病院、新東京病院、千葉西総合病院		病院
	□2. 長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を病院で受けたい (必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする) ○ 苦痛を減らす治療をする病院 東松戸病院、東葛クリニック病院、三和病院、五香病院、山本病院、常盤平中央病院、小坂橋病院 等		第2希望
	□3. 長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を受けながら、住み慣れた自宅や施設で過ごすことを優先して治療を受けたい (必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする)		第3希望
□4. 決められない		病院	
家族連絡先	氏名	続柄	住まい(市内外)
	1		市内 市外()
	2		市内 市外()
	3		市内 市外()
緊急時の連絡先(携帯、職場など)			① ②
医介連携連絡先	機関名	担当者	緊急時連絡先
24時間対応の加算	かかりつけ医		
	訪問看護 St		
	薬局		
	ケアマネジャー		
その他特記事項			

※薬に関しては、お薬手帳又はお薬の説明書のコピーをふくろうシートと併せて登録してください。

(登録)

医師会事務局は、ふくろうシートを QR コード化し、QR コードを付したカード（保険証と共にしまっておくもの）とステッカー（玄関または冷蔵庫に貼っておくもの）を発行する。

(情報の更新)

1 年に 1 度（対象者の誕生日）見直しを行い、医師会事務局で更新登録を行う。なお、病状が著しく変化した場合や、利用者または家族の意向が変化した際には、その都度更新を行う。

②ふくろうシートの特徴

ふくろうプロジェクトの特徴は、本人の意向を叶えるために地域の医療機能分化を推進することを目指している点があり、利用者は、

1. できるだけ長く生きることを優先して治療を受けたい
2. 長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を病院で受けたい
3. 長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を受けながら、住み慣れた自宅や施設で過ごしたい]
4. 決められない

のいずれかを、**本人の意思としてチェックし、それに応じた医療を提供すること**としている。

(意思決定への対応)

1. を選んだ方：通常通り、2次または3次救急病院へと搬送する。
 2. を選んだ方：救急病院ではなく、一般の病院が救急対応をし、また、在宅復帰に向けた平日日中のサポートを行う。
 3. を選んだ方：最初から救急要請を行わず、かかりつけ医を中心とした対応を行っていく。かかりつけ医がない方は、**「かかりつけ医ハンドブック」**を配布し、近くの病院等で最期の時の相談に応じてくれるかかりつけ医をつくることの重要性を介護支援専門員等から説明を行う。
- ※ 心身の状態の変化に応じて内容はいつでも変更できることに関する周知も行っており、毎年、利用者の誕生日月には内容の見直しをすることを徹底している。

また、ケアマネジャーにおいては、「もし食事ができなくなったら」、「歩けなくなってきたら」といった生活上の変化に伴う意思決定支援を行うことを念頭においている。この延長線上に、利用者のもしもの時に備え、早めに人生の最終段階の医療について考えることや、利用者に近い人にその旨を伝えるということが大切であること、またこれらを含め、利用者の人生の最終段階におけるアドバンス・ケア・プランニング*の門を開ける役割をケアマネジャーが担うことについて、ふくろうプロジェクトでは期待されている。

* 将来起こりうる病状の変化に備えて、医療従事者が患者と家族とともに、患者の医療上の希望、生命維持治療に対する意向、医療に関する代理意思決定者の選定などを行うプロセス

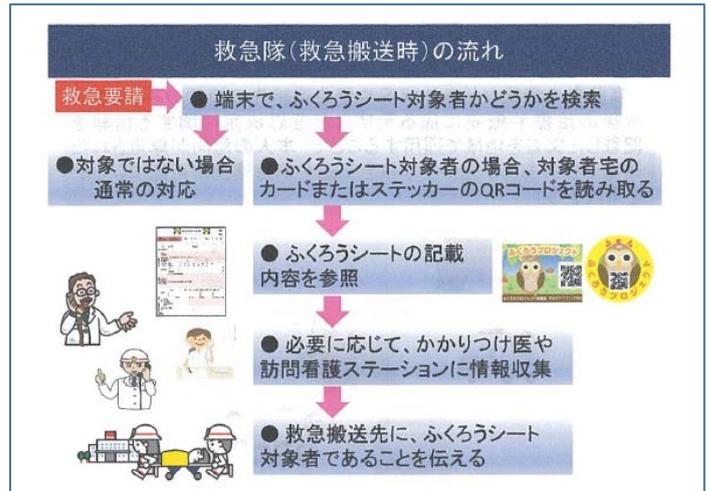
(4)運用

①ふくろうシートの活用方法

救急要請があった時点で、救急隊は端末で、当該者がふくろうシート対象者であるかどうかを検索する。

対象者であった場合は、対象者宅にあるふくろうカードまたはステッカーの QR コードを端末のカメラ機能を用いて読み取り、表示された対象者のふくろうシートの内容を確認する。必要に応じて、かかりつけ医や訪問看護ステーションへ情報収集を行う。救急搬送先の病院にはふくろうシートの対象者であることを伝え搬送を行う。

なお、この QR コードは専用の端末のみで読み取れる仕様となっており、一般のスマートフォン等では読み取ることができない。



②ふくろうプロジェクトを支える4本の柱

ふくろうプロジェクトの実施にあたっては、アドバンス・ケア・プランニング*の研究者等との協議・検討のうえ、

- 介護支援専門員・生活相談員による意思決定支援とそのための教育研修
- 緊急時連絡シート（通称：ふくろうシート）の地域全体での運用
- 高齢者搬送に関するローカルルールの運用
- 市民啓発、の4本の柱を設定した。

* 将来起こりうる病状の変化に備えて、医療従事者が患者と家族とともに、患者の医療上の希望、生命維持治療に対する意向、医療に関する代理意思決定者の選定などを行うプロセス

- 介護支援専門員・生活相談員による意思決定支援とそのための教育研修

研修を受けた介護支援専門員や生活相談員が、希望する療養に関する情報提供や意思決定支援を行う。

- 緊急時連絡シート（通称：ふくろうシート）の地域全体での運用

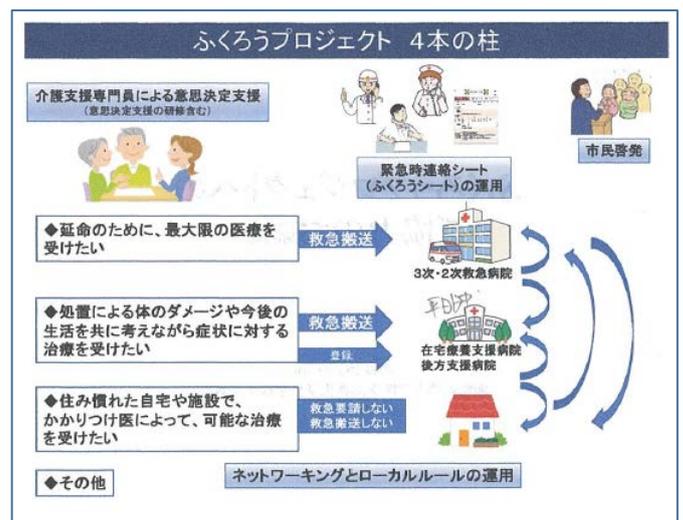
病気の状態や体の状況等の情報、今後の治療や療養に係る希望などを記載したふくろうシートをその方に関わる医療福祉従事者で共有し、スムーズ且つ本人の意向に沿った緊急時の対応を可能にする。

- 高齢者搬送に関するローカルルールの運用

本人の希望に沿った医療や療養の実現を目指し、市内の医療福祉機関や職能団体がルールづくりやその運用に取り組む。

- 市民啓発

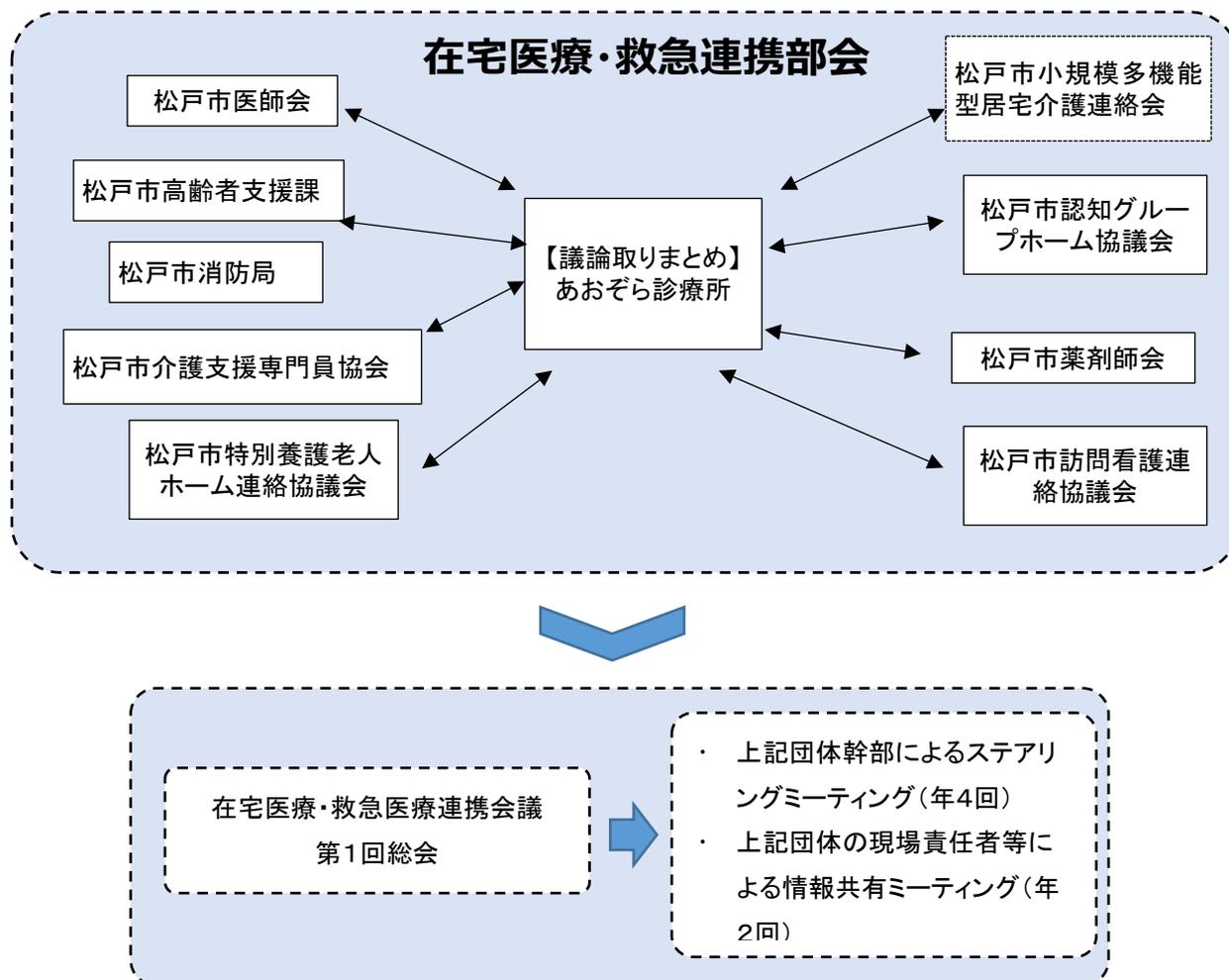
市民に、松戸市の救急医療や在宅医療について、また「もしものとき」のことを考えたり、家族で相談しておくことの大切さを知っていただく講演会や研修を実施。



(5)体制

ふくろうプロジェクトの事務局は、松戸市医師会の一角にデスクを設けて設置されている。なお、事務局機能は今後の社会実験期間（平成 29 年からの 2 年）の期間内、また期間後等において、市・医師会・消防で在り方を検討していくこととしている。

本プロジェクトの意思決定に資するための検討会としては、平成 28 年以前に既に構築されていた在宅医療・救命救急部会をはじめとしたさまざまなネットワークを活用しながら、各職能団体や病院等の長により構成されているステアリングミーティングが年に 4 回、現場の最前線で働く関係者（生活相談員、介護支援専門員、かかりつけ医、訪問看護、その他）を一同に集めてグループワーク形式で課題の抽出を行う情報共有ミーティングを年に 2 回、実施している。



(6)周知

①市民に対する周知

地域で暮らすひとりひとりが、自分の最期の時のことを考える土壌を醸成するためには、市民に対する介入の機会、また、その方法が大変重要である。市民啓発の具体的な方法として、市報や市で配布されているフリーペーパー等にふくろうシートの取組について掲載している。

救急要請時に、その場で意思決定を迫られた場合、本人はうまく話せない可能性があること、家族も動揺しており後悔のない判断をすることが難しいことも考えられる。そのため、事前に最期の時について自ら考え、家族で話し合う機会に活用いただく「もしもの時のハンドブック」を作成している。これは、介護支援専門員が行う本人・家族の意思決定をサポートする際にも活用されている。



②事業実施主体に対する声かけのポイント

ふくろうプロジェクトを実施するうえで、医師会や消防をはじめ、各職能団体を回り、プロジェクトの実施についてのプレゼンテーションを行った。その際のポイントとして、以下の点を投げかけつつ説得を行った。

・定めた4本の柱の趣旨

- a) 介護支援専門員・生活相談員による意思決定支援とそのため教育研修
- b) 緊急時連絡シート（通称：ふくろうシート）の地域全体での運用
- c) 高齢者搬送に関するローカルルールの運用
- d) 市民啓発

・認知症患者の救急搬送については、搬送された当日に2割の方が死亡し、その6割が1週間以内に死亡しているが、そもそも搬送する必要がないケースを救急搬送しているケースが散見されている

・救急隊員は、救急要請があれば心肺蘇生を行う義務があり、救急要請をしたら延命治療が始まるといっても過言ではないということを市民啓発しなければならない。また、医療者・福祉従事者についても、患者や利用者の最期とは、何を望んでいて、何をすればそれを叶えられるのかについて真剣に考える必要がある

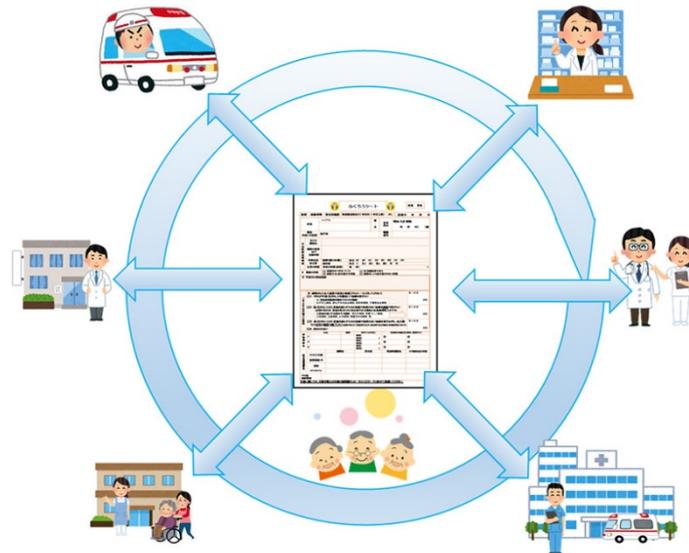
なお、納得や賛同を得られなかった場合は、他のステークホルダーの団体等の協力を得ながら声かけをしてもらうなどの工夫を交えながら、足しげく訪問し、協力を得られるよう尽力した。

(7)取組の成果

ふくろうシートの運用を開始した後、事務局に電話相談の窓口を開設した。多くの反応が寄せられるなかで、特に、「ふくろうシートの書き方」に関する質問、また、「意思決定支援の項目に記載」するうえでのアドバイス等を求める声が多く寄せられている。

ふくろうシートの作成にあたっては介護支援専門員等が、どのような関係者が個人情報を共有するのか、どのように使用するのか、メリットは何か、などについて説明し、同意を得られた場合に署名をしてもらうことにしており、同意が得られない割合は5%程度と低く、概ね理解いただいていると評価できる。

同意できない理由としては、「最期のことを考えたくない」「個人情報をいろいろな人に見られたくない」というような意見があがっており、市民の理解を得られるよう周知活動を行うことが必要である。



今後について

(1)介護支援専門員への情報集約の推進

ふくろうシートを作成した後は、利用者のモニタリングを行って、心身の状況が変化した場合、また、本人が希望した場合などに随時情報を更新することとしている。更新するにあたっては、多職種の情報を介護支援専門員に集約し、その介護支援専門員が更新を行うロジックを形成しているところである。

その理由は、ケアマネジメントの一環として介護支援専門員が内容を更新し、多職種に対して適切に情報提供・共有を行うことが望ましいと考えられるためである。

しかし、個々の介護支援専門員が有するネットワークの違いや、経験の差から、情報更新における困難が生じることも考えられる。そのため、情報更新のコーディネート機能を主任介護支援専門員が担当することで、円滑かつより正確な情報集約の体制を推進していくことを検討しているところである。

(2)プロジェクト実施の中核機関の設置

ふくろうプロジェクトの事務局機能については、平成29年からの2カ年をかけてプロジェクトの有効性を検証したうえで、市・医師会・消防のどこが主体となり継続していくことが望ましいのかを合議し、決定していくことを想定している。

(3)さらなる普及・啓発の促進

①市民に対する普及・啓発

ふくろうプロジェクトへの理解を促進し、参加する市民の増加を目的として、継続的な普及・啓発活動に力を入れていくこととしている。

市民に向け、「もしものとき」に家族が慌てないよう、どのような準備をすればよいかを参加者で相談しながら、また、市内のケアマネジャーや訪問看護師に実際の話聞きながら終活にまつわる事柄を取り入れる「終活かるた」を作成している。



②関係者に対する普及・啓発

松戸市においても、高齢者施設等からの救急搬送において、救急搬送する必要のない患者が搬送されてくることが多く、どのようなケースで救急搬送すべきであるのかについての関係者間で認識を共有することが必要である判断する力を醸成することが課題のひとつとして取り上げられ。

そのような課題意識から、救急隊が施設等の生活相談員を対象として、どのようなときに救急車を呼ぶべきか、救急車の到着までにどのような準備をしたら良いか、という視点を伝える研修会を実施することを予定している。

(4)救急搬送時における松戸市独自のルールづくり

高齢者施設の場合、夜間帯の場合はグループホームであれば職員が一人で夜勤に就いている。施設からの救急搬送について、そのような場合においても、救急車に同乗しなければならない現状があるため、施設に職員がいない時間が発生してしまうという課題がある。

本プロジェクトを推進していくなかで、ふくろうシートがあるなどの諸条件をクリアしている場合は、当該ケースにおいても同乗しなくて良いのではないかと、という議論がステアリングミーティングにて現在議論されている。

今後、このような検討を積み重ね、松戸市独自のルールを構築していくことも視野に入れて活動を推進していく。

(5)プロジェクトの評価方法の検討

ふくろうプロジェクトの事業評価を行ううえでは、ふくろうシートを使う群と使わない群を比較し、評価していくことを予定している。

具体的には、シートを作成した数及び実際にシートに記入した希望・意向がどのくらい達成されたのか、ということ介護支援専門員と連携し追跡調査をすることで、評価を進めていく予定である。

また、病院からは救急搬送された患者の転帰をデータで求めている。

そのほか、救急隊が感じる高齢者搬送についての困難感について、消防の協力のもと尺度を構築しているところである。その尺度にて、現状の困難度と、ふくろうシートを運用した後の困難度を比較することも想定している。

これらのデータをアウトカムとして、平成 29 年からの 2 カ年度でプロジェクト評価*を実施する。

* 本事業については、文部科学省科学研究事業「救急・在宅医療連携による地域介入が終末期医療に及ぼす影響とメカニズムの解明研究プロジェクト」（通称ふくろうプロジェクト）として運用されている

	課題抽出 (H25～27)	ふくろうPJの立ち上げ	意見集約	周知
内容	○在宅医療・救急連携部会の実施 ○課題抽出・整理及び解決策の提案		○ステアリングミーティング及び情報共有ミーティングの実施 ○ふくろうシートの作成	
松戸市	<input type="checkbox"/> 1 在宅医療・救急連携部会の実施（千葉県在宅医療連携拠点事業等にて実施） <input type="checkbox"/> 2 議論の取りまとめ <input type="checkbox"/> 1' 意見・課題等の発信		<input type="checkbox"/> 6' ステアリングミーティングにてふくろうプロジェクト及びシートの内容検討	<input type="checkbox"/> 8 各団体内での周知
関係団体等 幹部 （医師会、松戸市の病院、松戸市、消防局、介護支援専門員協会、特別養護老人ホーム連絡協議会、小規模多機能型居宅介護連絡会、認知症グループホーム協議会、薬剤師会、訪問看護連絡協議会）	<input type="checkbox"/> 1' 意見・課題等の発信		<input type="checkbox"/> 6' 情報共有ミーティングにてふくろうプロジェクト及びシートの内容検討	<input type="checkbox"/> 8 市民に対する周知
関係団体等 現場責任者 （医師会、松戸市の病院、松戸市、消防局、介護支援専門員協会、特別養護老人ホーム連絡協議会、小規模多機能型居宅介護連絡会、認知症グループホーム協議会、薬剤師会、訪問看護連絡協議会）		<input type="checkbox"/> 4 ふくろうシート原案の作成 <input type="checkbox"/> 3 プロジェクトの骨子（4つの柱等）の構築 <input type="checkbox"/> 4' ふくろうシート案作成 <input type="checkbox"/> 5 関係団体への声掛け	<input type="checkbox"/> 6 各ミーティングの実施 <input type="checkbox"/> 7 意見の取りまとめ及びふくろうシートの作成	
ふくろうプロジェクト事務局				

3

埼玉県利根保健医療圏 「とねっと」

利根保健医療圏概要

利根保健医療圏は、行田市、加須市、羽生市、久喜市、蓮田市、幸手市、白岡市、宮代町、杉戸町の7市2町からなる。埼玉県の北東部に位置し、群馬県、栃木県及び茨城県に接している。

平成 27 年 4 月 1 日現在の病院数は 28、そのうち 200 床以上の病院数は 7 となっている。このうち、災害拠点病院数は 3（行田総合病院、埼玉県済生会栗橋病院、厚生連久喜総合病院）、地域医療支援病院数は 2（行田総合病院、埼玉県済生会栗橋病院）、在宅療養支援病院（診療所）または在宅時医学総合管理料の届出医療機関数は 48 となっている。

2013 年の受療動向は、597 人/日の流出超過（流入 529 人/日、流出 1,126 人/日）となっている。※

※厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による数字（平成 27 年度利根保健医療圏地域保健医療協議会第 2 回会議資料）。



事例の概要

<取組の背景・経緯>

利根保健医療圏は、人口あたり医師数が少なく、中核病院に患者が集中することにより、医師や看護師をはじめとする様々な医療従事者への負担が大きくなり、中核病院での最適な医療サービスの提供ができなくなりつつあった。また、市民が医療に望む最たるものは“もしものときの救急医療”であるとの考えから、救急医療を含めた地域医療の提供体制について既存資源を活用して整備する必要があった。

そこで、かかりつけ医を中心とした日常的な医療を基盤としながら、地域の医療機関が役割を分担し、連携することによって、適切な地域医療を提供するための IT 技術を活用した仕組みとして、「とねっと」（地域医療ネットワークシステムの愛称）を構築した。

<取組の概要>

- 二次医療圏における医師会、中核病院長、構成市町首長による協議体の設置・運営及び実務組織の設置
- 二次医療圏における、医療・健康等の情報を利活用する IT ネットワーク「とねっと」の構築・運用
- 救急現場での患者情報の参照

<検討開始時期及び運用開始時>

検討開始：平成 21 年に、加須市が加須市医師会とともに検討を開始

※同年 11 月、県が地域医療再生計画を国に提出

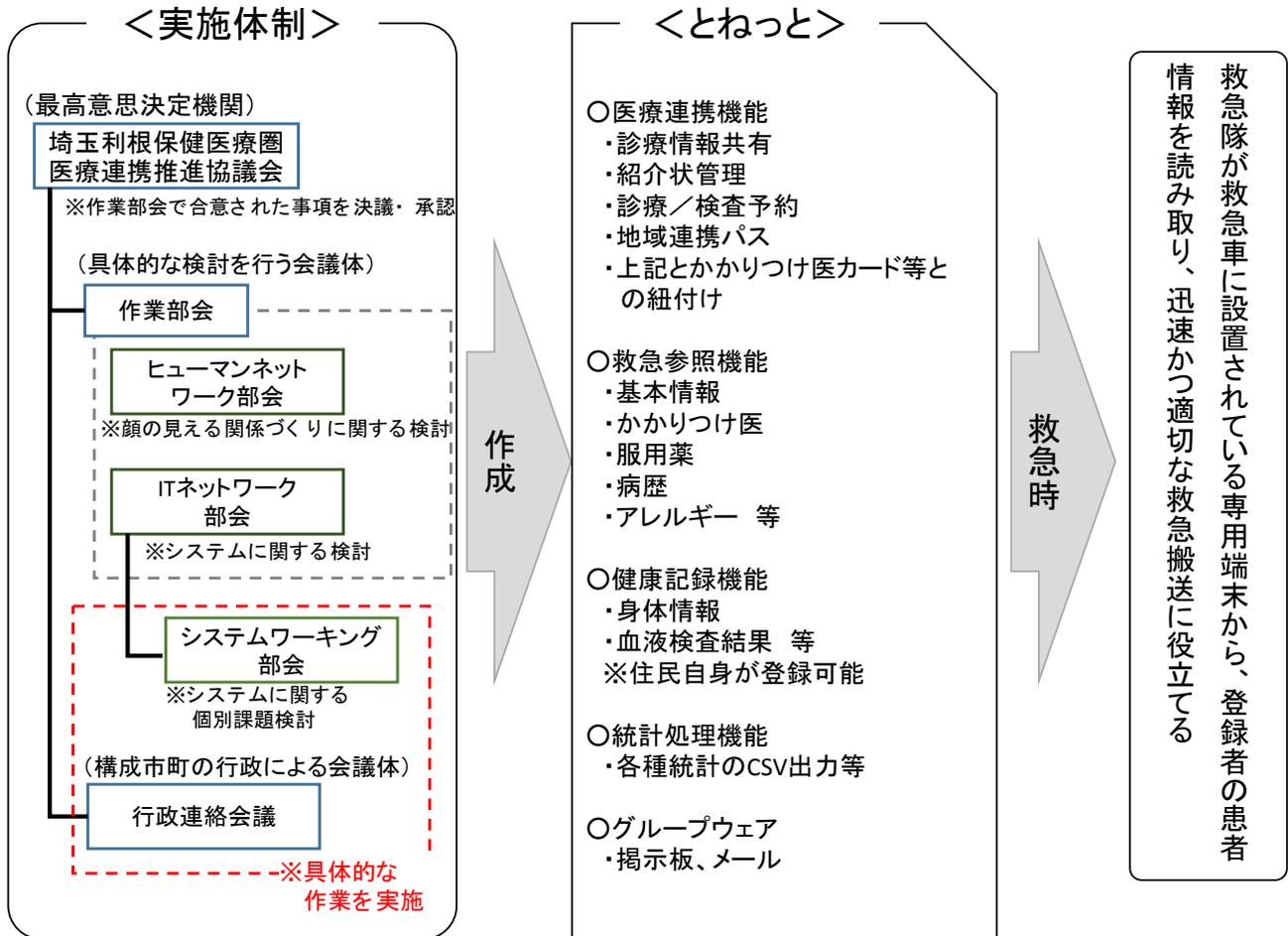
運用開始：平成 24 年 4 月に試行運用、平成 24 年 7 月に本格運用。

以後、改修を重ね、平成 30 年 4 月に「とねっと 2」へと大規模改修を予定。

<中心となって取り組んだキーパーソン>

加須市市長の強いリーダーシップの下、事務局である加須市役所担当部局が初案の作成及び調整を担う。なお、基盤整備にあたっては、加須市医師会と加須市役所との密接な関係が大きなポイントとなった。

<取組の全体像>



<今後の課題>

今後の課題としては、より使いやすいシステム内容への改修、参加住民及び参加施設の増、在宅介護に係る生活情報の取り込み、財源の確保が挙げられる。



(1)取組の背景

①医師不足による地域医療提供体制の崩壊の危機

利根保健医療圏は、医療施設に従事する人口 10 万人対医師数（平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査）が約 100 人と、全国平均 233.6 人、県平均 152.8 人と比べ低く、医療資源が不足している。一方で、基準病床数の規制によって新たな大病院の開設は難しい状況にある。このようななか、中核病院への患者の集中により、医師や看護師をはじめとする様々な医療従事者への負担が大きく、中核病院での最適な医療サービスの提供への危機感が医療・行政等の関係者にあった。そのため、平成 21 年に、加須市医師会及び加須市役所が、加須市の診療所等の既存医療資源と周辺の中核病院との病病連携・病診連携を図るための検討を始めた。

②地域医療再生計画の活用

加須市において全庁的な検討を開始した頃、平成 21 年度補正予算による地域医療再生基金が設置された。IT の活用には莫大な財源が必要になることもあり、国や県の補助金等を活用するために、加須市では二次医療圏単位でのネットワークづくりへと方針を転換した。

利根保健医療圏内の医師会長、中核病院長、構成 9 市町の首長等が中心となり、医療環境整備に向けた対応を協議し、IT を活用した医療連携を行うことで、地域の医療資源を有効活用し、地域完結型医療の実現を目指すこととした。加須市が加須市医師会に相談しながら提案事業を作成し、平成 22 年 1 月に、「埼玉利根保健医療圏における地域医療再生計画」として採択され、「とねっと」の整備が始まった。

③地域住民が最も希求する“もしものときの救急医療”

「とねっと」は、住民のための地域づくりが考案当初から念頭にある。住民の安心・安全な暮らしにおいて、“もしものときの救急医療”が非常に重要であることから、参加施設間の診療情報共有機能で収集された医療情報を活用し、救急現場で参照できる機能を付加することとした。

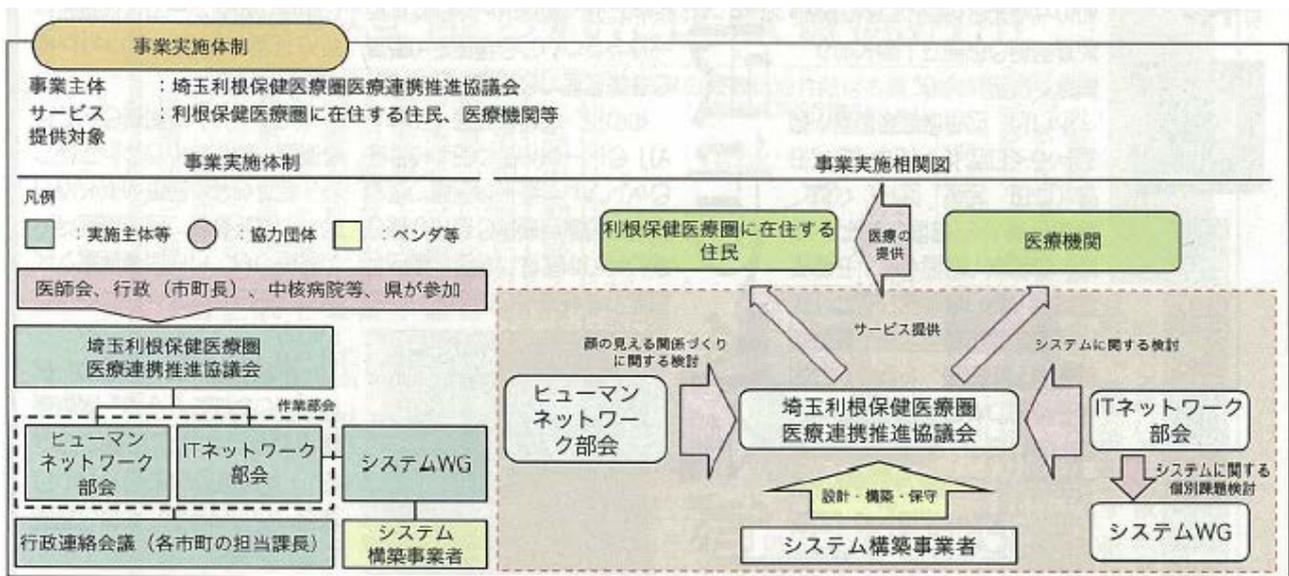
(2)検討開始(平成 21 年度)

①組織体制の構築

「とねっと」は、住民のための地域づくりをコンセプトとしている。地域には、様々なステークホルダーがいるが、加須市役所では、そのなかでも医師会と行政をおさえるべき中心と据え、情報連携の概要説明及び意見聴取を繰り返し行った。特に医師会に対しては、夜間・休日も関係なく、何度も概要説明及び意見聴取を行い、調整を図り、平成 22 年 7 月に、最高意思決定機関として埼玉県利根保健医療圏医療連携推進協議会の設置に至った。また、協議会の下部組織として、実質的な検討作業を行う作業部会（ヒューマンネットワーク部会、IT ネットワーク部会・システムワーキンググループ）、7 市 2 町の担当課長が集まる行政連絡会議を設置し、組織体制を整えた。事務局機能は、加須市役所が担っている。

検討事項の決定までのプロセスとしては、行政連絡会議及びシステムワーキンググループでとりまとめた案を作業部会で検討し、作業部会で決定された事項のみが協議会に議題としてあげられる構成となっている。全国的に医師会が主導して医療介護連携が図られることが多いなか、本地域では月平均 3.2 回の会議を開催することにより、行政主導の取組が可能となっている。

また、救急等の事項については、「とねっと」の機能に反映できるよう、該当する関係者に対しヒアリングを実施した。



i) 埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会

「地域医療再生計画」を提出後、関係者との調整を経て平成 22 年 7 月 20 日に設置。利根保健医療圏内の医師会長、中核病院長、9 市町の首長、保健所によって構成される最高意思決定機関。ただし、推薦がある場合は、副市長等への委任を可能としている。開催回数は、平成 29 年 3 月末時点で 25 回。

ii) 作業部会

協議会と同じく平成 22 年 7 月に設置。医師会が推薦する医師、中核病院の院長が推薦する医師・看護師・放射線技師、行政が推薦する職員等によって構成され、発足当初は 60 名程度が参加。ヒューマンネットワーク部会及び IT ネットワーク部会で構成される。開催回数は、平成 29 年 3 月末時点で 51 回。

a ヒューマンネットワーク部会

IT ネットワークを活用するとしても、人と人とのつながりが重要との意見が病院院長から出されたことから、関係者間の顔の見える関係づくりを目的として設置。部会長は、病院院長。顔の見える関係づくりを丁寧に行ったことが、本事業の成功要因となっている。

b IT ネットワーク部会・システムワーキンググループ

システムの技術面をカバーするために設置。

また、平成 22 年 10 月に、SE を集めたシステムワーキンググループを設置。月 1 ～ 2 回程度の頻度で開催している。開催回数は、平成 29 年 3 月末時点で 73 回。

iii) 行政連絡会議

平成 22 年 8 月に設置。加須市副部長が会長、7 市 2 町の行政担当課長等が集まり、月 1 ～ 2 回程度、必要に応じて開催。開催回数は、平成 29 年 3 月末時点で 75 回。

②協議会・作業部会等の開催

作業部会では、参加している関係者が集まるため、建設的な議論がなされている。ただ、様々な意見が出されるため、「とねっと」という愛称しか決まらない会もあった。

本格運用までに、平成 22 年度の協議会では、システムの方向性、ユースケース、ネットワークシステムの概要までが確認・決定され、平成 23 年度の協議会では、開発事業者との契約の承認、費用負担、事務局運営、システム運用、参

加募集等が決められた。なお、協議会の開催にあたっては、事務局が全ての医師会長に事前説明を行い、その際にいただく意見に対して対策を練っている。

<本格稼働までの流れ>

年度	月日	実施内容	
平成21年度	11月6日	埼玉県が「埼玉県利根保健医療圏における地域医療再生計画」を国に提出	
	1月29日	国が「埼玉県利根保健医療圏における地域医療再生計画」を採用	
平成22年度	7月20日	埼玉県利根保健医療圏医療連携推進協議会を設置、協議会（第1回）の開催 同協議会に「ヒューマンネットワーク部会」と「ITネットワーク部会」を設置	
	8月5日、20日	ヒューマンネットワーク部会とITネットワーク部会の合同部会を開催	
	9月10日	外部講師を招いての意見交換（今後の議論の方向性等） ・国のIT医療政策の第一人者 東京医科歯科大学大学院 田中教授 ・国の地域医療再生計画に係る有識者会議委員長 自治医科大学 梶井教授	
	8月5日～	利根地域医療連携連絡協議会（圏域の行政担当課長会議）を月1～2回程度必要に応じて開催	
	10月21日	システムワーキンググループ設置（以後、月1～2回開催）	
	11月30日	第2回協議会総会の開催（システムの方向性の確認・決定）	
	2月15日	第3回協議会総会の開催（ユースケースの確認・決定）	
	6月6日	第4回協議会総会の開催（ネットワークシステムの概要）	
平成23年度	7月19日～	公募によるプロポーザル方式で開発業者を選定	
	8月22日	第5回協議会総会の開催（契約の承認、協議会の権利能力なき社団への移行等）	
	11月15日	第1回協議会臨時総会の開催（システムの運用・費用負担・愛称等・県立病院の参加） ※8月22日から協議会を権利能力なき社団として運営	
	1月31日	第2回協議会臨時総会の開催（追加契約、費用負担、事務局運営、システム運用、参加募集）	
	2月10日～	参加医療機関の募集受付開始（～3月15日）、住民・患者の参加周知	
	3月1日～	住民・患者の募集受付開始	
	3月17日	地域医療ネットワークシンポジウムの開催（パストラルカぞ） 約230人参加	
	3月27日	第3回協議会臨時総会の開催（参加医療機関の状況、契約、事業計画及び予算、規程）	
	平成24年度	4月1日	システムの試験運用開始
		6月26日	第1期協議会通常総会の開催（平成23年度決算等）
7月1日～		システムの本格稼働、オープニングセレモニー開催	

(3) ツールの開発

「とねっと」の開発にあたっては、システムワーキンググループで、必要に応じてヒアリングを行うなど、具体的な作業を担い、ITネットワーク部会で検討を行った。

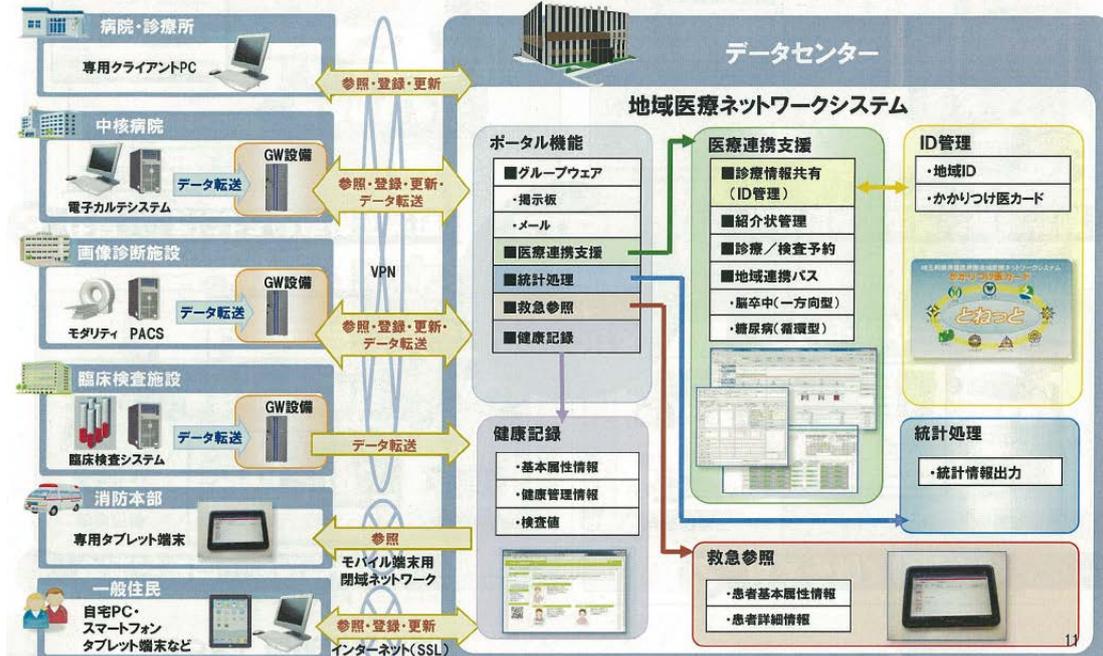
救急現場で参照する患者情報の項目は、救急隊及び救命医との相談を経て選定を行った。その際、多くの項目が参照できたとしても、救急隊・救命医ともに見る時間がないこと、必ずしもかかりつけ医に搬送されないこと、病院でも検査を必要に応じて行うことなどから、必要最低限の項目（氏名・性別・かかりつけ医・服用薬・病歴・感染症・アレルギー・住所・電話番号・緊急連絡先）とした。なかでも、医師は服用薬で様々なことが分かることから「服用薬」、受け入れ病院の選定に影響を与える「アレルギー」については、必要との意見が出た。

①「とねっと」概要

機能としては、主に以下の5つの機能がある。システムには、今後は予防医療の視点も必要になるとの考えから、将来を見据えた機能も実装させており、運用については時間をかけて行うことが想定されている。

- ①医療連携機能（診療情報共有、紹介状管理、診療／検査予約、地域連携バス等）とID管理
- ②救急参照機能
- ③健康記録機能
- ④統計処理機能（各種統計のCSV出力等が可能）
- ⑤グループウェア（掲示板、メール）

「とねっと」システム概要



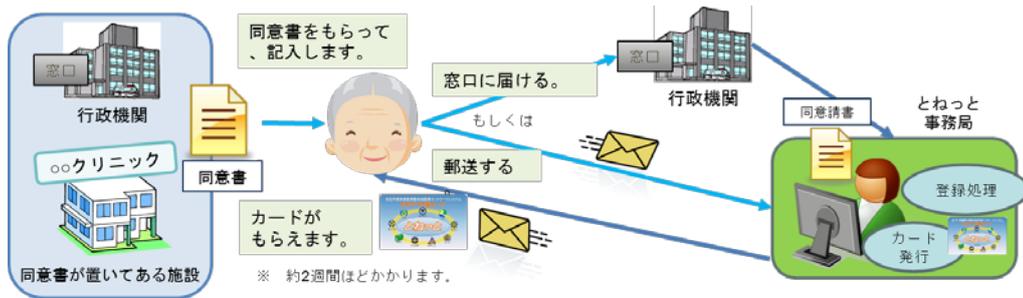
「とねっと」提供機能概要



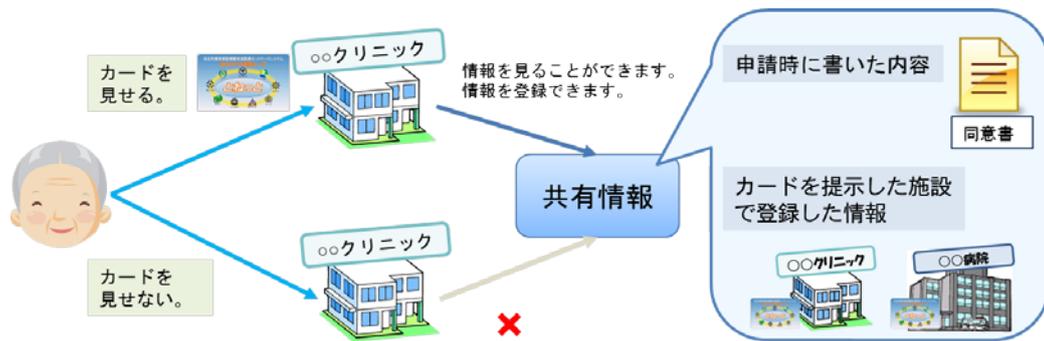
②ネットワークへの登録方法と活用

対象者は利根保健医療圏に在住の人、ネットワークに参加できる医療機関は利根保健医療圏内の医療機関および県立病院となっている。

住民（患者）は、行政機関や医療機関でもらう同意書を申請することで、かかりつけ医カードを受け取ることができ、これをもって地域医療ネットワークシステムに登録されたことになる。



医療機関にかかりつけ医カードを提示することで、その医療機関において情報が参照・登録される仕組みとなっている。提示された情報が、その医療機関や救急時に活用されることになる。

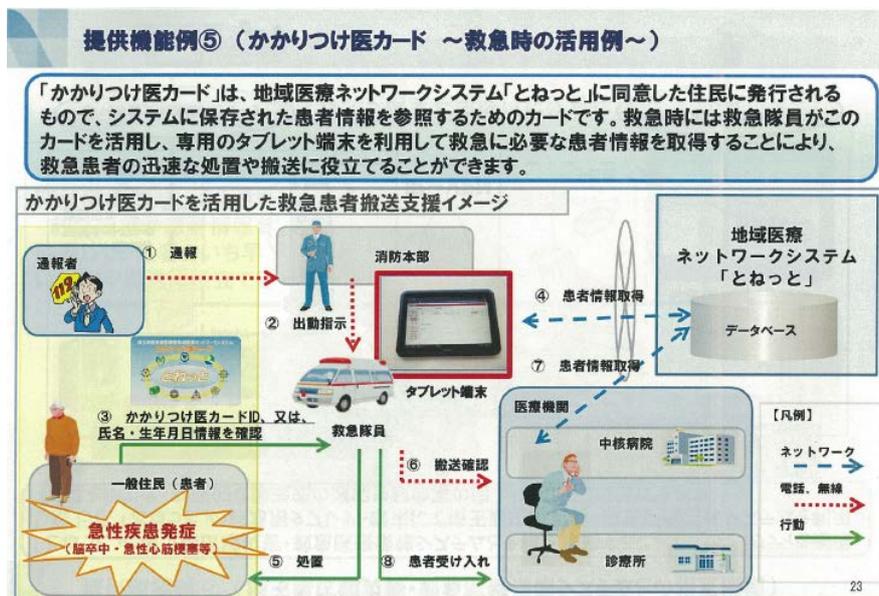


③「救急現場での患者情報参照」機能

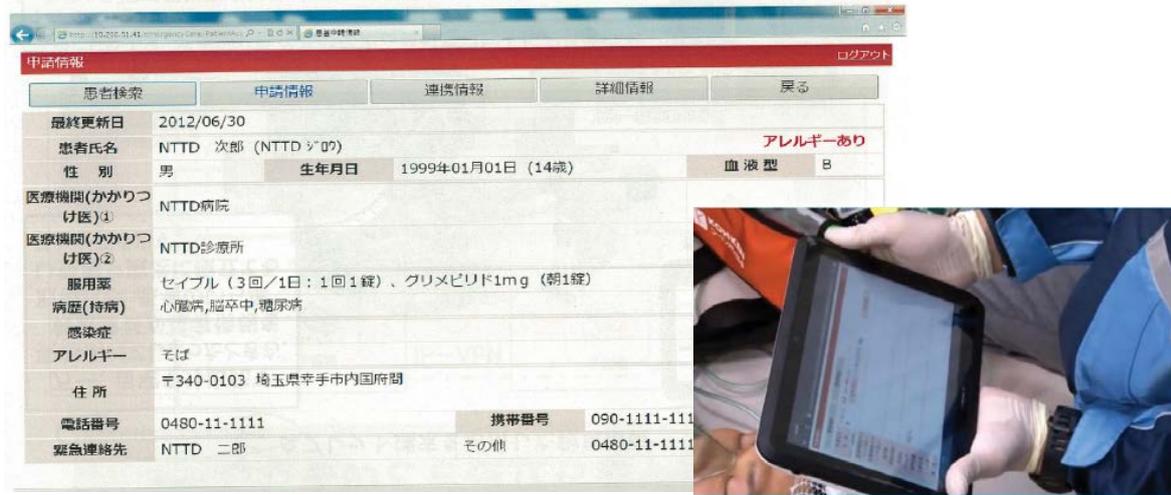
7市2町の全ての救急車（当時 36 台）に、専用のタブレット端末を設置し、救急隊が患者のかかりつけ医カード ID または氏名・生年月日で「とねっと」から患者情報を取得できる。これにより、患者の状態に即した搬送先の選定が可能となる（ただし、患者情報は、参加申込みをした時点での情報となる）。

住民から参加同意書を取得する最初の時点で、救急搬送時には、救急隊及び搬送先医療機関が必要な患者情報を取得し、患者への迅速な処置や搬送に活用することについて、包括同意を得ている。救急搬送時であれば、公開について明記していない医療機関等であっても患者の医療情報を利用できるようにしている。

また、アレルギーがある場合は、救急端末の参照画面で「アレルギーあり」と赤い字で点滅するように、システム運用後に改修が行われている。



救急端末参照画面



The screenshot shows a web interface for emergency terminal reference. The page title is "救急端末参照画面". The main content is a patient information form with the following details:

申請情報	
最終更新日	2012/06/30
患者氏名	NTTD 次郎 (NTTD ヲ0)
性別	男
生年月日	1999年01月01日 (14歳)
アレルギー	アレルギーあり
血液型	B
医療機関(かかりつけ医)①	NTTD病院
医療機関(かかりつけ医)②	NTTD診療所
服用薬	セイフル (3回/1日: 1回1錠)、グリメピリド1mg (朝1錠)
病歴(持病)	心臓病, 脳卒中, 糖尿病
感染症	
アレルギー	そば
住所	〒340-0103 埼玉県幸手市内国府間
電話番号	0480-11-1111
携帯番号	090-1111-1111
緊急連絡先	NTTD 二郎
その他	0480-11-1111

To the right of the form is a photograph showing a person in a blue uniform using a tablet computer.

(4)周知

○医師会等

事務局が説明会を開催した。開催回数は、医師会が 32 回、医療機関が 2 回となっている。

○住民に対する普及啓発

7市2町が広報紙や高齢者施設等の個別説明会、教育機関等を通じた児童・制度の保護者への加入促進等、それぞれ住民への普及啓発を行っている。また、参加医療機関（中核病院・診療所）においても、医師から患者への参加呼びかけ、窓口へのパンフレットの設置、啓発ポスターの貼付、院内掲示等を行っている。

(5)取組の成果

①参加・利用状況（平成 29 年 3 月末時点）

参加医療機関は、中核病院等が 11、病院・診療所が 93、臨床検査施設が 5 となっており、平成 29 年 9 月末時点で医療圏の 3 分の 1 の施設が参加している。目標（再生計画）では中核病院等 6、病院・診療所 100 としていたため、概ね達成している。

平成 29 年 9 月時点の参加住民数は、29,817 人となっている。目標（再生計画）では 50,000 人としていたが、全国有数の参加者数となっている。

②救急搬送での利用状況

平成 24 年 7 月の本格運用～平成 29 年 2 月までに、とねっと参加患者の搬送人数は 1,195 人、そのうち 934 人について「とねっと」の救急端末を参照し、搬送に活用されている。また、「埼玉利根保健医療圏地域医療ネットワークシステム評価結果報告書（平成 28 年 3 月）」においては、救急隊及び住民から評価する声があげられている。

(6)取組のアドバイス

地域の様々なステークホルダーのなかでも、医師会の理解・協力が得られたことが成功要因となっている。

地域の顔の見える関係づくり、組織間の調整を図った上で、様々な事項を検討し、調整し、意思決定をするプロセスを踏んでおり、また、それらをきちんと担う組織を機能させることが重要である。あわせて、情報を連携させ、活用するという文化の醸成が図られることが必要であり、その文化があれば、特定のキーマンが不在でも、課題の抽出から解決までが可能になる。

今後について

(1)「とねっと2」への改修(救急部分)

平成30年度のシステム更新に向け、IT診療報酬加算への設備対応、中核病院と病院・診療所との医療情報の双方向化、中核病院での複数診療科での情報共有、在宅医療介護連携システム（埼玉県・県医師会が選定・開発等したシステム）との連結等を主な改善点として検討が進められている。

①救急に関連するシステム改修

救急隊へのヒアリングを行い、救急参照画面への写真機能等の追加、救急搬送先での救急情報参照項目等について検討を行っている。

②リビングウィルの明示の考え方

5年ほど前の作業部会では、救急病院の院長から、救急搬送される多くが高齢者であることから、「とねっと」にリビングウィルの記載項目に入れるべきではないかとの意見があった。しかし、当時はあまりリビングウィルの考え方が普及していないこと、救急隊は要請があれば搬送しなければいけない状況にあること、本人や家族の意向は変化し得ること等の理由で、他の医師等から反対意見が出され、協議会へは議題が挙げられなかった。

今後は、在宅医療・介護の連携や健康記録において記載することも視野に入れ、検討テーマにしていく予定としている。

<本格稼働後の流れ>

年度	月日	実施内容
平成24年度	8月20日	参加登録者5,000人を超える
	10月19日	第4回協議会臨時総会の開催（普及・啓発、第2期募集、シンポジウム、個人情報保護方針）
	1月29日	第5回協議会臨時総会の開催（普及・啓発、契約、第2期募集、シンポジウム）
	3月23日	地域医療ネットワークシンポジウムの開催（久喜総合文化会館） 約280人参加
	3月25日	参加登録者10,000人を超える
	3月29日	第6回協議会臨時総会の開催（平成25年度事業計画及び収支予算について等）
平成25年度	6月21日	第2期協議会通常総会の開催（平成24年度決算等）
	8月27日	第7回協議会臨時総会の開催（[新]埼玉県救急医療情報システムと「とねっと」の接続等）
	8月30日	県立がんセンターの参加により、参加医療機関等119となる。
	11月12日	第8回協議会臨時総会の開催（平成26年度以降の費用負担について等）
	12月18日	参加登録者15,000人を超える
	1月14日	第9回協議会臨時総会の開催（普及・啓発、シンポジウムなど）
	3月8日	地域医療ネットワークシンポジウムの開催（蕨市北公民館） 約180人参加
	3月17日	第10回協議会臨時総会の開催（平成26年度事業計画及び収支予算について等）
	5月30日	参加登録者20,000人を超える
	6月17日	第3期協議会通常総会の開催（平成25年度決算等）
平成26年度	11月26日	協議会総会の書面表決（監事の選任について、平成26年度地域医療ネットワークシンポジウムについて）
	3月7日	地域医療ネットワークシンポジウムの開催（羽生市産業文化会館） 約200人参加
	3月17日	第11回協議会臨時総会の開催（平成27年度事業計画及び収支予算について等）
	6月18日	参加登録者25,000人を超える
	7月30日	第4期協議会通常総会の開催（平成26年度決算等）
平成27年度	3月5日	地域医療ネットワークシンポジウムの開催（行田市文化センターみらい） 225人参加
	3月15日	第12回協議会臨時総会の開催（平成28年度事業計画及び収支予算について等）
	7月25日	第5期協議会通常総会の開催（平成27年度決算等）
平成28年度	1月31日	第13回協議会臨時総会の開催（平成29年度費用負担等）
	2月25日	地域医療ネットワークシンポジウムの開催（蓮田市総合文化会館「ハストピア」） 167人参加
	3月28日	第14回協議会臨時総会の開催（平成29年度事業計画及び収支予算について等）

(2)在宅医療・介護連携と「とねっと2」との連動

加須市医師会と加須市役所との間で、主治医・副主治医制について話し合ったことを契機に、協議会とは別に在宅医療・介護連携の話し合いが開始されている。

在宅医療介護連携システム（埼玉県・県医師会が選定・開発等したシステム）では見られない、ADL等の生活情報、介護度、障害児・者情報などを、「とねっと2」の健康記録から参照できる仕組みを構築することで、連動を図ることを検討している。

事前準備	システム構築	運用準備	普及啓発	運用	改修準備
とねつとの試験運用・本格運用					
内容	<p>○取組の推進に向けた協議、体制づくり</p> <p>○システムの仕様の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・システムの方向性 ・ユースケース ・ネットワークシステムの概要 	<p>○運用体制の確立</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開発事業者の選定 ・協議会の社団化 ・費用負担 ・参加募集 	<p>○普及啓発の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師会への説明 ・住民・患者への周知 ・シンポジウムの開催 		<p>○主な改善点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療情報の双方向化 ・IT診療報酬加算への設備対応 ・在宅医療介護連携システムとの連結等
埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会	<p>□4 最高意思決定機関として設置</p> <p>□5 設置</p>	<p>□12 議題の検討&決定</p>			<p>□23 議題の検討&決定</p> <p>※繰り返し</p>
作業部会 ヒューマンネットワーク部会 ITネットワーク部会	<p>□8 検討&協議会の議題決定</p>	<p>□11 検討&協議会の議題決定</p>			<p>□22 検討&協議会の議題決定</p>
システムワーキング部会	<p>□5 設置</p>	<p>□10 検討&案の作成</p>			<p>□21 検討&案の作成</p>
行政連絡会議	<p>□5 設置</p>	<p>□10 検討&案の作成</p>	<p>□14 各市町村が、広報紙や高齢者施設等への個別説明会等を実施</p>		<p>□21 検討&案の作成</p>
加須市（協議会の事務局機能） ※1～2は加須市医師会と検討	<p>□1 病病連携・病診連携の検討</p> <p>□2 地域医療再生計画の採用</p> <p>□3 協議会設置に向けた調整</p>	<p>□10～12 関係先への事前説明</p> <p>※繰り返し</p>	<p>□13 医師会への説明会</p>		<p>□21～23 関係先への事前説明</p> <p>□19 主治医・副主治医の検討</p> <p>□20 救急隊へのヒアリング</p>
参加医療機関			<p>□15 医師から患者への参加呼びかけ等</p>		
救急隊				<p>□17 救急車の専用端末から、登録患者の情報を読み取り</p>	<p>□20 救急隊へのヒアリング</p>
住民・患者				<p>□16 登録</p> <p>□18 健康管理等</p>	

4

浪速区医師会 ブルーカードシステム

浪速区地域概要

浪速区は、大阪市のほぼ中央に位置し、面積 4.37k m²と大阪市内でも小さい行政区となっている。堺、和泉、和歌山、神戸、奈良方面への交通路にあたるなど立地条件に恵まれており、大阪市内でも有数の商業地域として発展してきた。大阪のシンボルといえる「通天閣」「ジャンジャン横丁」のある新世界など、庶民の町としても親しまれている。

また、十日戎で賑わう「今宮戎神社」をはじめ、枯山水の庭園で有名な「願泉寺」等の由緒ある神社仏閣や古い歴史を持つ名所旧跡なども多数あるほか、大相撲3月場所が開催される「大阪府立体育会館」、伝統的な民芸品の展示・保存・普及活動をしている「日本工芸館」など、文化教育スポーツ施設も充実している。（平成24年度浪速区区政白書）

平成29年6月末の総人口は66,497人、高齢化率は18.9%となっている。（住民基本台帳）



事例の概要

<取組の背景・経緯>

検討が始まった平成20年当時、救急搬送所要時間の長時間化や救急搬送における医療機関の受入れ拒否が全国的に問題視され、救急医療の崩壊がクローズアップされていた。

そのため、病状急変時にかかりつけ医と連絡が取れない場合にも円滑な対応ができるよう、浪速区を中心とする診療所と近隣の複数病院がネットワークを組み、患者ごとに予め受け入れ先の病院を決め、患者情報を共有する仕組みを構築した。

<取組の概要>

- 医師会を中心とした救急時対応のための病診連携、病病連携の協議の場づくり
- かかりつけ医が対応できない場合の救急の仕組み「ブルーカード」の開発・運用
- 初期投資や特別な機材を必要としない仕組みづくり
- 在宅医療・介護の多職種連携の仕組みづくり

<検討及び運用開始時期>

ブルーカードの検討開始：平成20年、水面下で検討を開始

平成21年5月、区内3病院、近隣3病院で毎月病診連携委員会を開催

ブルーカードの運用開始：平成21年11月

Aケアカードの検討開始：平成27年春、Aケアカードの前身の実証実験「iプロジェクト」を開始

平成27年6月、浪速区医師会が中心となり、在宅医療・介護連携協議会が発足

Aケアカードの運用開始：平成28年11月

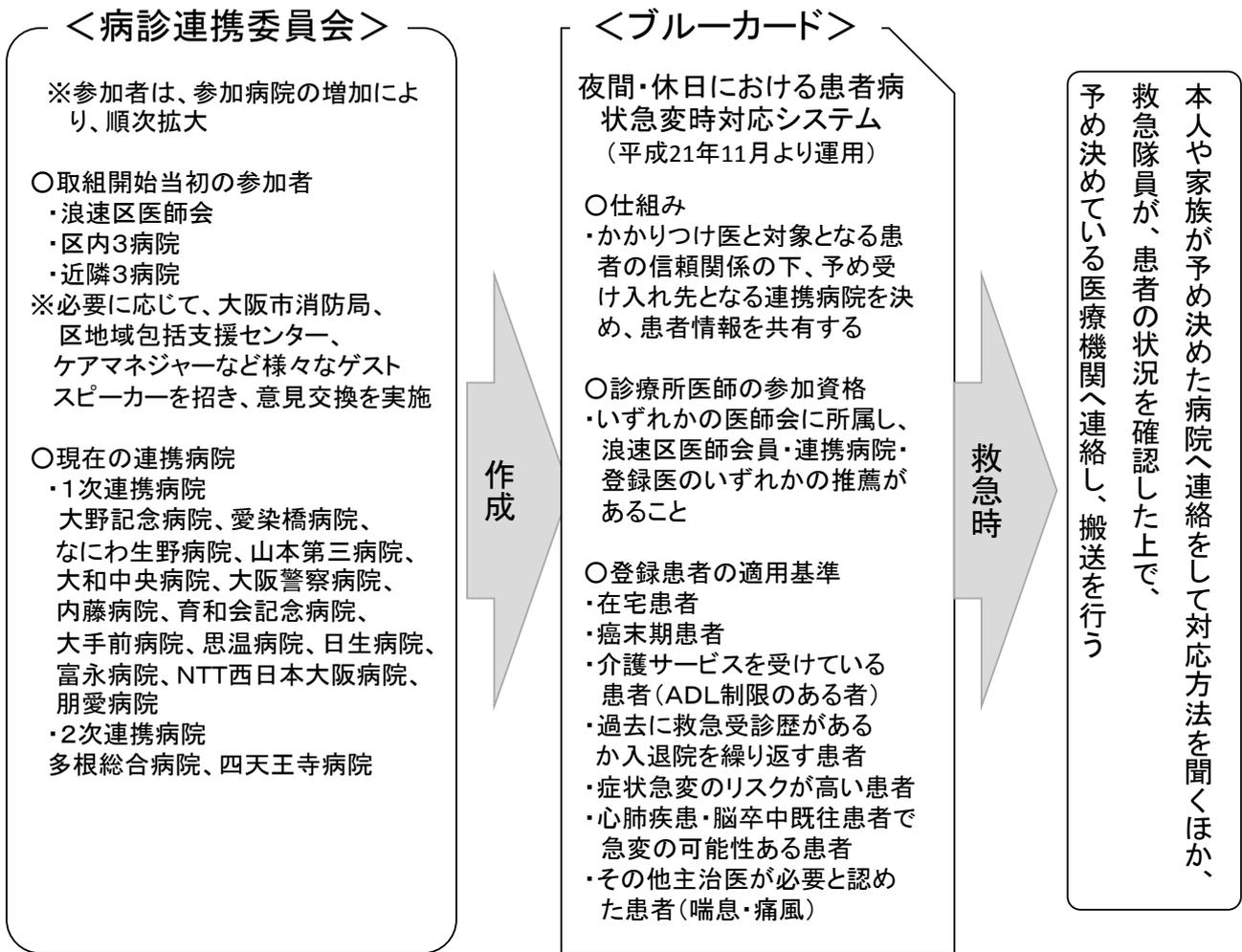
<中心となって取り組んだキーパーソン>

浪速区医師会副会長 久保田氏

<今後の課題>

救急体制の仕組み「ブルーカード」については運用から約8年が経過し、大きな課題もなく安定している。今後は、データ集約による予防医療・地域の健康度の向上を視野に、医療と介護の多職種連携を進めることが課題。

浪速区医師会の取組の概要(図)



ブルーカードとAケアカードの比較



	ブルーカード	Aケアカード
対象	在宅患者 適用条件を満たす外来患者	浪速区介護保険利用者
目的	病院搬送時(病院緊急受診時)	多職種連携
アウトカム	救急搬送時間の短縮 救急時の受診率の上昇 救急患者のデータ解析	多職種の情報閲覧 地域の介護情報 & 医療情報データベース

(1)取組の背景

<全国的に問題視された救急医療の崩壊>

取組前後の平成 21 年度当時、妊婦の救急搬送における医療機関の受入れ拒否や救急搬送所要時間の長時間化等の医療崩壊が全国的に問題視されていた。ブルーカードのような救急医療の連携体制の構築によって解決が図られるのではないかと検討が始められた。

また、大阪の救急隊のルールとして、受入れ病院を探す際は救急車を動かしてはいけないこととなっており、受入れ先が決まるまでに平均 3 回ほど電話をする必要があるなど、搬送所要時間の長時間化が問題となっていた（大阪には ORION という救急告示病院の受入れ状況を調べる仕組みがあるが、リアルタイムに正確な受け入れ状況を出している病院は 6 割程度となっている）。

(2)検討開始(平成 20 年)

平成 20 年に救急体制について、水面下での関係者間との調整を開始した。平成 21 年 5 月に、浪速区医師会が中心となり、区内 3 病院と近隣地区の 3 病院とともに、病診連携委員会を設立し、ブルーカードシステムの検討を開始した。

キーパーソンである久保田氏（浪速区医師会のメンバー）には、エリア全体に住んでいる人が安心・安全に、健康福祉に関して有益な利益を享受できる都市にしたいとの考えがある。まずは「死ぬか生きるか」という救急部分をきちんと整備する必要があるとの視点から、救急体制の構築に最初に取り組み始めた。なお、ブルーカードの仕組み構築後は、医師と開業医・開業医同士がつながる仕組み、多職種連携とした A ケアカードの仕組みづくりに取り組んでおり、これら全てがつながって構想されている。

① 病診連携委員会の設置

近隣病院との親睦会の際、愛染橋病院のイエローカード（※ 1）、未来の紹介状（※ 2）を参考に、複数病院対開業医による地域の救急医療ネットワークの構築に取り組みたいとの話が持ち上がった。当時の浪速区医師会会長の後押しがあり、医師会理事会の承認を受けて具体的な検討が始まった。理事者から 8 名がメンバーとして選ばれ、あわせて事務方も選抜された。IT にあまり関心がないような年配の医師など、全員が参加できるような仕組みになるよう、選抜された 8 名は、在宅医療への取組有無で半数、IT に興味がある電子カルテ派とあまり興味のない年配の医師で半数ずつと、バランスに配慮がなされた。

約 1 年かけて、このような水面下での調整を行い、平成 21 年 5 月に、浪速区医師会、区内全 3 病院、近隣 3 病院をメンバーとして病診連携委員会が立ち上げられた。

- ※ 1 愛染橋病院のイエローカード：愛染橋病院の内科医が始めた、1 病院対開業医の急変時の受け入れ体制の仕組み。消化器系の急変時に限定していた
- ※ 2 未来の紹介状：大村医院（西成区）が始めた、1 開業医対複数病院の急変時の受け入れ体制の仕組み。交渉した病院に予め紹介状を渡し、自分の患者がその内容で来院した際には受け入れてもらう

当初の参加メンバー	浪速区医師会 区内3病院（愛染橋病院・富永病院・なにわ生野病院） 近隣3病院（大野記念病院・四天王寺病院・多根総合病院） ※必要に応じて、大阪市消防局、区地域包括支援センター、ケアマネジャーなど様々な ゲストスピーカーを招き、意見交換を実施 ※現在は出席希望者が多く、医師会ではA班、B班の交代制で検討を行っているほ か、病院は上限2名としている。また、他地区医師会も定期的に参加している
会議開催のペース	月1回実施（取組が軌道に乗って以降は、2か月に1回）

② 病診連携委員会での検討

委員会の設置後、半年間の検討期間を経てブルーカードの運用を始めた。

内容の確定まで、委員会での議論のほか、委員へのアンケートによって丁寧に合意形成が図られた。当時は、患者情報の共有が進んでいない時期だったため、セキュリティの問題で反対する医師もいた。また、委員会に出席している医師が参画の意思を共有しても、病院に戻ると当直医が反対してだめだったということもあった。

○主な議論結果：運用開始までの5～10月の6回分の委員会要録から抜粋

【議論形式】

- ・ 6病院及び浪速区医師会が連携し、地域医療にいかに関与できるかとのコンセプトで、討論形式で実施
- ・ 9月の第5回に居宅介護支援事業所、10月の第6回に大阪市消防局が出席

【第2～3回】

- ・ イエローカードを元に、ブルーカードの考え方・適用範囲、緊急時連絡先、薬剤アレルギー・感染症などの項目の追加記載が決定された
- ・ ブルーカードは、まずは在宅患者を中心に開始する（運用後、拡大）
- ・ ブルーカードの薬剤は、患者に薬剤手帳を持参してもらって院内薬局の医師に薬剤情報を提供してもらう
- ・ カードの使用は、休日と夜間に限定する
- ・ カードは本人、依頼病院だけでなく医師会にも報告し、医師会が一括管理することで有効期限の管理ができるようにする

<項目内容について>

- ブルーカードに、緊急時連絡先（キーパーソン）を記入する
- 感染症などの情報があれば明記する
- 紹介元医療機関名に連絡先を追記する
- カードの使い方や連携可能病院なども封筒に記入する

【第4～5回】

- ・ ブルーカードの内容及び封筒の微修正を行った
- ・ 委員へのアンケートにおいて、入院中の在宅希望患者に対する診療所の受け入れ体制について、今後の協議課題として、医師会の受け入れ可能な診療所の情報を医師会理事会で承認のうえ、病院側に提供することを確認

【第6回】

- ・ 最終校正。メールの使用はやめ、Faxのみとする

<項目内容について>

- 緊急連絡先に氏名欄を追加
- 薬剤アレルギーにラテックス、食物アレルギーの項目を追加

③ 行政との連携状況

ブルーカードの検討・運用に行政は関わっていない。

最終的には医師会所属の医師がブルーカードを発行するため、医師会が取り組む必要がある。患者と医師のつながりの間に行政が入ることには、患者側に抵抗感があるため、行政は補助金や広報といった面での協力が考えられる。医師会トップのやる気は非常に重要であるため、行政がアプローチするとすれば医師会長になる。市長が協議会を一緒にやろうと呼びかけて牽引して立ち上げることは考えられる。

事務局業務は、浪速区とその他の参加エリアを足した約 10 万人規模であれば 1 人、30 万人規模であれば 2 人くらいで可能と考えられる。事務局を行政に置くことも考えられるが、患者の個人情報が行くことに問題が生じる可能性がある。医師側も顔の見える関係ができていた医師会事務局にデータがあることに対する納得感があり、人事異動が激しい行政では難しいのではないかと。

消防は協力者という位置づけである。



(3) 連携シートの開発

① 「ブルーカード」の概要

Excel と、手書き用の 2 種類を用意しており、情報共有には Fax を用いている。診療所の医師は、ブルーカードの情報を記載し、Fax で送付するのみであり、紹介状を書く感覚と似ている。患者から同意書を取得することが加わる程度のため大きな手間ではない。高齢で PC を使わない医師にとっては、紙で管理する方が楽なようで、70 代の医師も参加できている。

内容については病診連携委員会で決議をとっており、紛糾して掲載できなかった項目はない。病院と開業医側では感覚が異なるが、ブルーカードは病院がみるものであるため、病院が掲載してほしい項目については基本的に掲載することが多い。要介護度や利用している介護事業所についても、病院からの要望で盛り込まれた。同様の取組を実施している他地域でも、順番が異なる程度で同様の項目内容となっている。

② ブルーカードの発動

夜間・休日の急変時に、連携病院に電話し、医師が来院するよう言えば、病院にも行っても良いというルールとなっている。来院時にはブルーカードを基本的には持参するが、参画している全ての病院に Fax で同じものが届いているため、ブルーカードを持っているかどうか分かれば問題がないようになっている。

救急搬送時は、本人による申告か、電話機の上のところなどにブルーカード登録先病院を貼っていれば、救急隊が病院を確認することになっている。電話を 1 回かければ良いため、搬送先となる病院を探す手間を省くことができる。ブルーカードは専用の封筒に入っているため、救急隊は緊急時に封筒を開けて内容を確認できる。ただし、消化器の疾患のための病院が登録されていたとしても、救急隊が心臓を原因とする急変だと判断する場合には、現場の状況を最優先し、搬送先の病院を変更可能としている。

③ ブルーカードの管理方法

内容の更新はかかりつけ医等が行い、PDF のデータアップを医師会事務局が担っている（他区の患者のものも浪速区医師会事務局が基本的に 1 人に対応）。診療所が休みとなる連休前には、登録や登録内容の更新が増える傾向にある。

病院では、当直室に Fax の紙をファイリングして管理しているところもあれば、PC 上で確認するところもある。ファイリングの場合は、更新の度に古いものと新しいものを差し替えている。

患者の登録数は病院によって偏りがある。浪速区に最も近い愛染橋病院であれば登録数も多く、枚数も増えるが、その他の病院では数件のところもある。管理はそれほど大変ではない。

更新頻度は 1 年に 1 回で、以前は更新時期を医師会事務局から医師に伝えていたが、更新されないことから現在は

(4)周知

○ 広報への姿勢

取組の拡大には広報が必要であり、これまでに100本以上の資料を作成した。ただし、ブルーカードの対象は全市民ではなく、医師の判断の下に発行されること、病院についてもシステムを理解してもらった上で参画してもらうことから、数さえ増えれば良いといった性質のものではない。

○ 病院

浪速区医師会会長（運用から2代目）が、会長職にも関わらず、病院と直接連絡を行い、病院長・担当医師に対する説明を久保田氏とともに行った。このような広報によって、病院側も納得して委員会に入っている。

○ 診療所・浪速区医師会

運用にあたり、医師会内で説明会を開催した。元々、浪速区医師会はアットホームな雰囲気があり、賛同を得られることであれば、進めたいように進められる環境であった。理事以外は医師会の活動にあまり興味がないというところが多いなか、若手の会など若い医師同士が集まる会があり、他の地区医師会と異なり、横のつながりが圧倒的に強いと言われている。

○ 消防

当初から非協力的ではなかったが、現場の消防隊員に周知徹底するための広報が弱かった。消防局に対しては久保田氏がプレゼンを実施したが、他地区の消防が全く理解していない時期もあった。そのため、大阪市消防局に一元管理してもらえよう、トップ宛（救急部救急科担当係長）に何度か文書を出している。

現在は、半年～1年に1度、大阪市消防局から担当者を招き、全員に広報をしてもらっているほか、ブルーカードの有無による搬送時間データも医師会に提供されるなど、周知が進んでいる。

(5)取組の成果

外来診療を実施していないところも含めて、区内診療所65のうち約40が参画している。単科の場合は急変することがあまりなく、登録しづらいため、内科・外科に限定すれば7～8割の参加率となっている。救急体制はほぼ十分に整ってきている（大阪市全体で言えば、全然できていない）。

ブルーカードの活用により、出勤から病院搬送までの時間が、約7～8分の短縮となった。

ブルーカード所持者については、救急搬送の有無を確認することになっており、その結果、救急車を使わずに、患者や家族が自分でタクシーを呼んで病院へ行くことや自家用車で行くことが多いことが分かっており、これまでの救急搬送664件のうち、救急車利用105件、救急車の利用無し559件となっている。結果的に、救急車を待つ時間がなくなるため、証明するためのデータは存在しないが、病院に到着するまでの時間も短くなっていると見込まれる。また、患者数は増加傾向にあるが、疾病別の搬送件数は減少傾向にある。

患者側も、ブルーカードに記載された病院に行けば良いと分かるため、非常に安心できるシステムとの賛辞が寄せられている（マニュアルより）。開業医のなかには、ブルーカードがなくても、「A病院に搬送されたから良い」と結果だけを見る人がいるが、本人・家族からすると、複数の病院に断られてから搬送先が決まると「やっとA病院に搬送できてよかった」との疲弊感や苦労がある。ブルーカードがあることで、本人・家族はすぐに病院に行けたということがはっきりと分かることになる。

消防側にも、ブルーカードを患者が持っていることで助かるという意識があるとの話が出ている。

在宅医のなかには、封筒に検査情報等を入れてくれる人もおり、受入れ病院は以前と救急搬送時のデータを見比べることなどもでき、より早く、より正確な診断につながられる。医師も、ブルーカードさえ出しておけば、休日でも万が一のときに病院が受け入れてくれるため安心できる。まさに地域包括ケアシステムの24時間365日の体制をつくる制度になっている。ある程度の手間はかかるが、データ管理もカード整理もできているため、次に同じ仕組みを取り入れる地域があれば、レクチャーもでき、汎用性のある仕組みである。

ブルーカードは、信用のない一見の患者がいいかげんな使い方をすると困るため、あくまでも「信頼関係の構築された患

者（かかりつけ医の承認つきの患者）」が登録の対象となる。通院患者数の公表に難色を示す医師や他地区の患者流入もあるなど、様々な要因があり、対象となる全患者数を出すことは難しい。

(6)取組のアドバイス

ポイントは、病診連携委員会を毎月開催し、顔の見える関係を構築できた点にある。顔の見える関係がなければ、医師会でも他地区の病院の地域連携室や医師との接点はあまりない。病院を通じて、会議に呼んで勉強会を開くことはよくあるが、多くても2つくらいの病院であることが多い。1つの医師会で16病院との連携を図ろうとすると、初動が大変なため、なかなかできない。本来、このような救急体制の構築は、人口規模に基づいた判断のもとに、きちんと地域に広がることが望ましいが、医師会で合意を得られるかどうか、合意があったとして最初の1年間は広報に特にエネルギーが必要になるため、そのエネルギーを持ち続けられる医師がいるかどうか問題となる。

また、新しい事柄を取り入れることに対し、拒否反応を示す人はいる。そのような医師会内外からの批判があっても、推進していける「心の折れない医師」も必要となる。加えて、医師会事務局がきちんと管理し、データ入力などPCを扱えることが必要である。

浪速区医師会は理事者の平均年齢が50代で比較的若く、会長も関連会議に常に参加している。このようなトップの協力的な姿勢があれば医師会としてまとまりやすく、取組も進みやすい。立ち上げから継続的な取組につなげていくためには、医師会長のリーダーシップも大きな要素となる。医師会で取組を始めても、広報と説明会をきちんとしなければ病院の参加は難しく、「良い取組だな」で終わってしまう。

今後について

(1)ブルーカードの運用

① 運用開始直後の様子

ブルーカード運用後の2年間は、診療科目によっては当初の6病院では不十分な科目もあったが、まずはブルーカードをきちんとしたものにするために、参画病院を増やすことよりも、宣伝期間と捉えて取り組んだ。ブルーカードを有効に活用するために、項目の拡充、システム改修など、病院側からの希望もあって変更を重ねており、改変が多かった。ベンダー任せにしない大変さはあるが、アプリを入れるだけの場合は興味のない先生を中心に途中から使われなくなることが多い。改良・改変・改良・改変を続けることは大変だが、委員会で決定する過程を踏むことで納得できるものへと充実し、使ってもらえる仕組みとなった。

最初の2～3年は大阪市消防局にも伝わっていなかったが、5年目くらいから行き渡り、現在は知っていて当たり前といった安定した状況になっている。

② 病診連携委員会の検討状況

平成28年度までは、毎月1回の病診連携委員会を開催し、病院との連携体制における問題点、ブルーカードの利用ケースの検討、病院側の苦情や再度の要望の聞き取りを継続して行い、徐々に病院側も協力的になってきた。

また、ブルーカードの運用に関わらず、救急搬送の必要な（状態が急変する）患者数が変わるわけではなく、搬送時に患者情報が分かるかどうかの差しかないにも関わらず、患者数が突然増えるのではないかと、登録することによって頻繁に来院されてしまうのではないかと勘違いが多かった。実際には、救急搬送患者は多くても2～3件/月であり、データの蓄積

に伴って病院側に納得感が出てきた。数値上の証拠を示すことで、スムーズに協力が得られるようになった。

運用後 4、5 年目に大阪市藤井寺市が参画し、その後、様々な地区で参画が進んだ。大分県日田市、高知、福岡、京都府宇治市、河内長野市、大阪市生野区でも始まっている。

連携病院への協力依頼が周知されると、病院側から参加したいというように現在は変わってきている。

委員への報酬は一切ないが、出席率は良い。1 年に 1 回、各病院の裏方も含めて宴会を行うことで、交流を図り、代表者が集まる場ではなかなか発言できないような改善点についても情報収集が図られている。また、その場で顔の見える関係づくりができています。

③ 意思の確認の追加

世の中でリビングウィルの話が出てきた頃、病院の医師から、「在宅看取りを希望する人が増えたが、蘇生しても良いのかどうか」「家族の意思を聞いていない、予め決めて記載する項目がほしい」との話が出された。法的にも問題になる可能性があるため、すぐに追加することになった。それまでも個人で確認している医師もいたが、統一した方が良いということになり、平成 28 年 3 月頃の委員会で議題にあがり、反対意見は出ずに追加された。運用としては、かかりつけ医が本人と家族と話をしてチェックをつけることになる。

現在は、新しいブルーカードへの移行途中ということもあり、また、更新時にその項目だけを聞くことが難しいこともあり、実際に延命措置を拒否して自宅で看取った人数は把握していない。かかりつけ医からの批判も特に無かったが、テーマとして難しいため、了承がとれない場合や医師の判断で空欄ということも考えられる。

患者は、延命拒否に○を 1 度つけてしまうと、二度と変更できないとの誤解を持つことがある。助かる可能性がある場合は助ける、いつでも意思を変えて良いと伝える必要がある。項目を決めた際も、病院の医師から、本人はそのつもりでも家族が助けて欲しいということの方が多いいという話も挙げられた。「こんなにしんどいなら病院がいい」という場合もあれば、「病院で毎日こんな状態なら自宅に帰りたい」という場合もあり、状況によって、在宅あるいは病院のどちらで看取るのが良いかわ変わる。最期をどう迎えるのか、本人や家族が考えるきっかけとしては良い。

④ 現在

運用開始後 4～5 年で安定し、現在は問題なく運用できている。

平成 30 年 1 月 15 日時点で、ブルーカード登録件数 597 件、延件数 644 件、述べ利用者 4,952 件となっている。平成 29 年 5～6 月のカード動向は、新規 24 件、更新 36 件、入院 6 件、帰宅 5 件、中止 2 件、死亡 10 件、通院なし 1 件、かかりつけ医変更 1 件、登録医変更 2 件となっている。

(2)医療と介護の連携:『A ケアカード』



① 取組背景

ブルーカードは急変時のための仕組みであり、登録した情報は何かない限りは使われない。そのため、通常の患者情報も日常的に使えるように、「i プロジェクト」という実証実験を行った。糖尿病が悪くなった場合の教育入院、心臓の調子が悪い場合専門外来に行くといった場合、患者情報が何もなかったり、服用薬や検査情報まで分かるほうが良いとの発想で、17 医療機関を選定し、経産省の補助金 600 万円を活用して平成 27 年 3 月から平成 28 年 3 月まで実証実験を行った。そこでは、診診連携の必要性が認識されるとともに（眼科医が糖尿病の検査値など内科の情報が欲しいなど）、本格運用に向けては、在宅療養のためには薬剤師や歯科医師、訪問看護師、介護支援専門員など多職種連携の機能も連携ツールには必要だろうとの結果が得られた。A ケアカードは、i プロジェクトを包含する形で始まった。

② A ケアカードの概要

多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー）が、患者の医療情報・介護情報を共有するシステムで、多職種が患者情報を PC でもタブレット端末でも閲覧できる仕組みとなっている。浪速区医師会、浪速区歯科医師会、浪速区薬剤師会、浪速区内訪問看護ステーション、浪速区居宅介護支援事業者連絡会、浪速区地域包括支援センター（協力団体：浪速区役所、浪速区社会福祉協議会）をメンバーとする浪速区在宅連携協議会において検討している。平成 28 年 11 月の開始 1 年前から、毎月開催し、検討を重ねてきた（現在は 3 か月に 1 回の開催とし、メールでのやり取りに移行）。ID・パスワードでウェブからログインし、VPN 回線に接続して利用する。特別なアプリなどは不要で、バージョンアップも関係ない。

A ケアカードにはチャット機能があり、多職種がやりとりをすることができるほか、服用薬剤や検査情報が時系列で確認できる。新しい投稿内容は、登録しているメールアドレスにも届くため、アクセスしなくても緊急性の高い要件が分かる仕組みとなっている。

外来中にも確認することになると医師には負担となる可能性もあるが、患者目線で考えると、患者の状態にあわせて多職種が簡単なやりとりで対応が可能となるため便利である（診察中に受付が電話して対応することも可能だが、検査情報などが添付してあれば、電話や紹介状を書くよりも簡便にできる）。

ただし、PC の使用を前提としているため、できる医師とできない医師が分かれてしまうことが問題である。

平成 29 年 8 月 31 日時点で、登録数 506 件となっている（実際の利用は 3 割強程度と見込まれる）。

面倒な仕組みであれば使われなくなるため、まだ議論し、改良している段階である。

協議会の構成



③ A ケアカードによる効果

これまで分かっていなかった診診連携のより深い情報があるため、何の情報もない患者と一緒に診ているような連帯感が医師同士で感じられる。

これまで必要な情報以外はあまり聞かなかつたが、ケアマネジャーの細かい情報をみると、「こんな病院にも行っていたのか」と、知らない情報が多くあり、なかにはあれば助かる情報もある。役立つ情報の選別が進むことで、ケアマネジャーとの連携がさらに生かされると考えている。

ケアマネジャーは、医師に対する連絡の抵抗感が和らいでいると思われる。

④ 行政との連携状況

A ケアカードの構築費用は区が負担し（在宅医療と介護の連携基盤構築支援事業）、ベンダーへの改定費用は医師会が負担している。行政は会議にオブザーバーとして参加しているが、データを見ることはない。広報では協力を得ている。

⑤ ブルーカードとの連動

ブルーカードと A ケアカードは連動している。ブルーカードを持っている人の場合、「ブルーカードボタン」が青くなり、PDF データが見られるようになっている（ただし、自動更新ではない）。

(3) 今後の展開

① 「ブルーカード」の運用

ICT 化のセキュリティを考える必要がある。患者情報の提供に Fax を使用することが多いが、時代の流れとしてデジタル化する必要がある。しかし、使用している医師の層をみると、現時点で Fax の使用を止めるとブルーカードは成立しない。実際の利活用を考えると、Fax だけ送ってブルーカードの参加申込ができるメリットは非常に大きい。Fax が使えるようにしておくと、参加意欲が上がるようだ。iPad で申込みできるツールも作成したが、2～3 人ほどの利用で、ほとんど利用されていない。また、改変が続いていたため、アプリもバージョンアップの度に費用が発生するといったこともあり、現在は運用を止めた。A ケアカードは全てデジタル化しているため、ブルーカードは参加できても A ケアカードは難しいという医師がいる。いかに参加しやすい仕組みとするかが今後の課題となっている。

② 今後の長期的展望

連携の仕組みにケアマネジャーが参加する意味として、定期的に毎月 1 回のチェックを行っている点が挙げられる。例えば、3 か月に 1 回、認知症やフレイルのチェックリストを行い、患者に変化があると医師や看護師にメッセージが届く仕組みを検討している。これにより、ちょっとした変化の見落としをなくすことができ、また、医師の診断あるいはケアプランを立てる際に役立つ情報となり、どの段階でどのようなことをすれば良いかというデータが得られる。さらに、患者が利用できるページとしてパーソナルヘルスレコードも考えている。

次の構想としては、データに基づいた改善策（こういうことをした方が抑制できる、こういう運動が理想的、こういったイベントが地域にあるなど）を AI で患者（本人）にフィードバックする仕組みを考えている。そういった情報を担当ケアマネジャーやヘルパーとも共有することで、エリアとして何をしないといけないかが把握できるようになると良いと考えている。ブルーカードのデータと突合することで、この地区はどのような状態の人が救急搬送される率が高く、何に注意すれば良いのか、どこが弱いのがエリアで見え、エリアとしてどう補強していくかを考えられるような仕組みが可能となる。

事前準備	ツール構築 ブルーカード	充実	運用	ツール構築 Aケアカード	運用
内容	<p>○ 取組の推進に向けた調整、体制づくり</p> <p>○ 病診連携委員会の開催 ・情報共有 ・ブルーカード及び連携の検討</p>	<p>○ 広報 ・医療機関 ・消防 ○ 内容の見直し ・項目の検討</p>		<p>○ 関係者連絡会の開催 ・情報共有 ・連携シート及び普及啓発の検討</p>	
浪速区医師会 (主に事務局)	<p>□ 1 議論の場の調整</p> <p>□ 2 会議運営(司会・進行等) □ 3 所属機関との調整 □ 5 意見集約・ツールの見直し</p>	<p>□ 6 医師会内への説明会の開催 □ 7 周辺医療機関への周知 □ 8 消防への周知 □ 9 項目の見直し</p>	<p>□ 10 データアップ及び事務対応(かかりつけ医は登録)</p>	<p>□ 14 会議運営(司会・進行等) □ 15 所属機関との調整 □ 16 意見集約・ツールの見直し</p>	<p>□ 17 情報のアップ □ 18 項目の見直し</p>
連携病院 (区内)	<p>□ 1 議論の場の調整</p>	<p>□ 9 項目の見直し</p>	<p>□ 10 ブルーカードの受付 □ 13 患者の受入等</p>	A ケアカード	
連携病院 (区外、順次拡大)	<p>□ 1 議論の場の調整</p>	<p>□ 9 項目の見直し</p>	<p>□ 10 ブルーカードの受付 □ 13 患者の受入等</p>	A ケアカード	
消防機関	<p>□ 4 ツールに対する意見(オブザーバー)</p>	<p>□ 8 管内外への救急隊員への周知</p>	<p>□ 12 搬送先への確認</p>	A ケアカード	
医療関係機関 (歯科医、薬剤師、訪問看護師)				<p>□ 15 所属機関との調整</p>	<p>□ 17 情報のアップ □ 18 項目の見直し</p>
ケアマネジャー	<p>□ 4 ツールに対する意見(オブザーバー)</p>			<p>□ 15 所属機関との調整</p>	<p>□ 17 情報のアップ □ 18 項目の見直し</p>
浪速区				<p>□ 15 所属機関との調整</p>	<p>□ 17 情報のアップ □ 18 項目の見直し</p>
本人・家族			<p>□ 11 保管、活用</p>		

5

長崎県佐世保市

佐世保市地域概要

佐世保市は、長崎県北部の中心都市で、長崎県では長崎市について2番目、九州では9番目に多い人口を擁する。県庁所在地ではない「非県都」としては比較的大きな規模を持つ都市であり、国から中核市及び保健所政令市の指定を受けている。

かつて旧海軍四軍港の一つとして鎮守府が置かれ、現代でも自衛隊や在日米軍の基地として伝統を受け継ぐ、造船および国防の町として知られる。また、西海国立公園に指定されている九十九島や日本最大級のテーマパークであるハウステンボスに代表される観光都市でもある。



事例の概要

<取組の背景・経緯>

佐世保市では在宅医療を担う医療機関が少なく、担当医師が疲弊している現状があった。このため、2025年に向けて今後ますます高まってくる在宅医療のニーズに対応できなくなる可能性があることが課題であった。

それに加え、在宅医療を担う医師については急激な増加が見込めず、また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状況があった。

一方、高齢者の救急搬送においては、全国と同様に佐世保市も搬送件数の増加、特に中等症の割合が増え続け、搬送困難事例も多く、心肺蘇生や治療に対する意思の確認が取れない高齢者の搬送が多くなっており、医療および消防の現場の負荷が大きくなっていった。

このため、佐世保市医師会が平成24年度に厚生労働省のモデル事業である「在宅医療連携拠点事業」を受託、さらに平成25年度は当該事業を佐世保市が佐世保市医師会から継承し、長崎県の「長崎県在宅医療連携拠点事業」を受託。平成26年度も引き続き「長崎県在宅医療連携拠点事業」を継続し、平成27年度からは介護保険法の地域支援事業「在宅医療・介護連携事業」として実施し、体制の整備を行ってきた。

<取組の概要>

- 取組の推進に向けた協議体の整備
- 各種在宅医療連携の推進
 - ・在宅療養患者急変時受入に関する事前情報提供についての連携ルールの構築
 - ・介護関連施設等入所（居）者救急搬送時の情報提供についての連携ルールの構築
 - ・退院連携事前情報提供についての連携ルールの構築
- 住民への普及啓発として各種シンポジウムや講演を実施

<検討開始時期及び運用開始時>

<p>検討初期：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成 24 年 ・平成 25 年 <p>検討中期：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成 26 年 <p>検討後期：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成 27 年 <p>運用開始：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成 28 年 	<p>—————</p> <p>—————</p> <p>—————</p> <p>—————</p> <p>—————</p> <p>—————</p> <p>—————</p>	<p>医師会で「在宅医療連携拠点事業」を取組</p> <p>佐世保市在宅医療連携協議会の発足</p> <p>医師会の事業を佐世保市が引き継ぎ、「長崎県在宅医療連携拠点事業」を取組</p> <p>佐世保市で引き続き「長崎県在宅医療連携拠点事業」を取組</p> <p>在宅療養患者急変時依頼・受入検討専門部会の発足</p> <p>退院連携検討専門部会の発足</p> <p>各種情報提供書の初案作成、マニュアル作成</p> <p>運用開始</p>
---	--	--

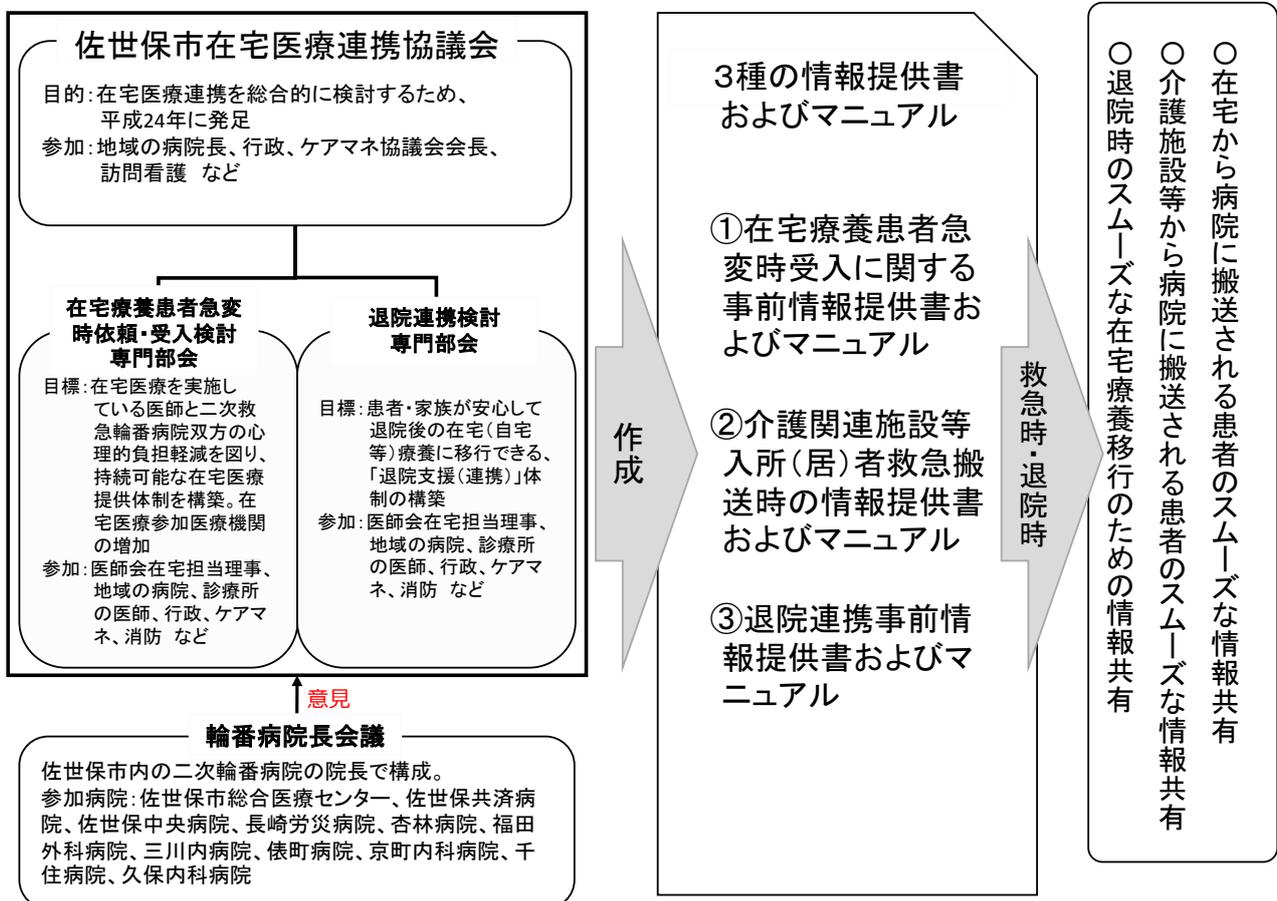
<中心となって取り組んだキーパーソン>

佐世保市医師会 佐世保市在宅医療・介護連携事業 高田 洋介 事務局次長、事務局担当者
 佐世保市 保健福祉部 医療政策課：八木 綾子 係長

<今後の課題>

- ・在宅医の負担軽減
- ・多職種の連携推進と相互理解
- ・住民への更なる普及・啓発

佐世保市の取組の概要(図)



(1)取組の背景

<在宅医療に関する課題>

佐世保市では在宅医療を担う医療機関が少なく、担当医師が疲弊している現状があった。このため、2025 年に向けて今後ますます高まってくる在宅医療のニーズに対応できなくなる可能性があることが課題であった。

それに加え、県内で医学部を持つ大学が1つ（長崎大学医学部）のみという現状があり、在宅医療を担う医師については急激な増加が見込めず、また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おらず、急変時に病院へ搬送された患者を元の施設や診療所で引き受けてもらえないといった事象が多く見られた。

<救急搬送に関する課題>

一方、高齢者の救急搬送においては、佐世保市でも全国と同様に搬送件数の増加、特に中等症の割合が増え続け、搬送困難事例も多く、心肺蘇生や治療に対する意思の確認が取れない高齢者の搬送が多くなっており、医療および消防の現場の負荷が大きくなっていった。

(2)取組の推進に向けた協議体の整備

①平成 24 年 在宅医療連携協議会の発足（年 2 回、年度当初と年度末に開催）

上記のような背景があり、佐世保市医師会が平成 24 年度に厚生労働省の「在宅医療連携拠点事業」を受託。在宅医療連携を総合的に検討するために「佐世保市在宅医療連携協議会（以下協議会とする）」を発足させた。

メンバー：医師会会長・副会長、二次輪番病院代表幹事、地域の病院長、訪問看護ステーション所長、ケアマネ連絡協議会会長、訪問介護事業所連絡協議会代表、訪問看護ステーション連絡協議会ブロック長、行政

②平成 25 年 在宅療養患者急変時依頼・受入検討専門部会の発足（年 2～3 回開催）

また、在宅医と病院間での依頼・受入ルールの検討や、介護関連施設と病院間の依頼・受入ルールの検討を課題とし、在宅医療を実施している医師と二次救急輪番病院双方の心理的負担軽減を図り、持続可能な在宅医療提供体制を構築すること、また在宅医療参加医療機関を増加させることを目標に、協議会の傘下に「在宅療養患者急変時依頼・受入検討専門部会（以下依頼・受入部会とする）」を発足させた。

メンバー：医師会在宅担当理事、地域の病院、診療所の医師、行政、ケアマネ、消防 など

(3) 検討開始初期（平成 25 年）

<急変時の受け入れについての現状把握>

ア. 救急告示病院へのアンケート調査の実施

在宅医療に関する救急告示病院の現状、および在宅療養者の急変時の受け入れの現状を把握するため、市内の 11（当時）ある救急告示病院にアンケート調査を実施。協議会で分析した結果、以下の 5 点について 11 輪番病院からの意見として、在宅医療関係者と協議を行う事となった。

- ① 事前サマリの共有を行っている在宅療養者については、当該病院が原則受け入れる
- ② 事前サマリ項目は、アンケートにおいて挙げられた項目をベースに、在宅医療関係者と協議を行い、様式を作成
- ③ 在宅医療という特性上、通常の連携関係や地域性を考慮し、在宅医と病院をグループ化することを基本とし、グループ化が難しい診療所については、一般の救急扱いと同様とする
- ④ 受入要請は、原則、医師（医師からの伝言を受けた看護師等も含む）からとする
- ⑤ 病状が安定した患者は、紹介元の在宅医が責任を持って引き受ける

イ. 在宅医療関係者との協議

上記の 5 点に対する在宅医療関係者の意見として、「佐世保市在宅医療・介護連携協議会」にて、以下のものが挙げられた。

- ・ 事前サマリを作成するのが大変。あらかじめでなくても、診療するにあたり、最低限の情報を取得することができればいいのではないかと。診療情報提供書をしっかり記載することが重要。

この意見に対し、佐世保市、佐世保市医師会で以下の事前サマリ項目（案）を作成し、再度在宅医療関係者に確認。

<事前サマリ項目（案）>

- ・ 患者基本情報（氏名、生年月日、年齢、性別、住所、保険情報、緊急連絡先）
- ・ 血液型※不要との意見有
- ・ 傷病名
- ・ 既往歴
- ・ アレルギー
- ・ 感染症
- ・ 症状経過および検査結果
- ・ 治療経過
- ・ 現在の処方
- ・ 治療に対する意思（DNR、〇〇までは実施して欲しい等）
- ・ キーパーソン
- ・ ADL
- ・ 認知症の有無
- ・ 家人がどの程度患者に関わっているか
- ・ 今後の療養方針（在宅 or 施設）

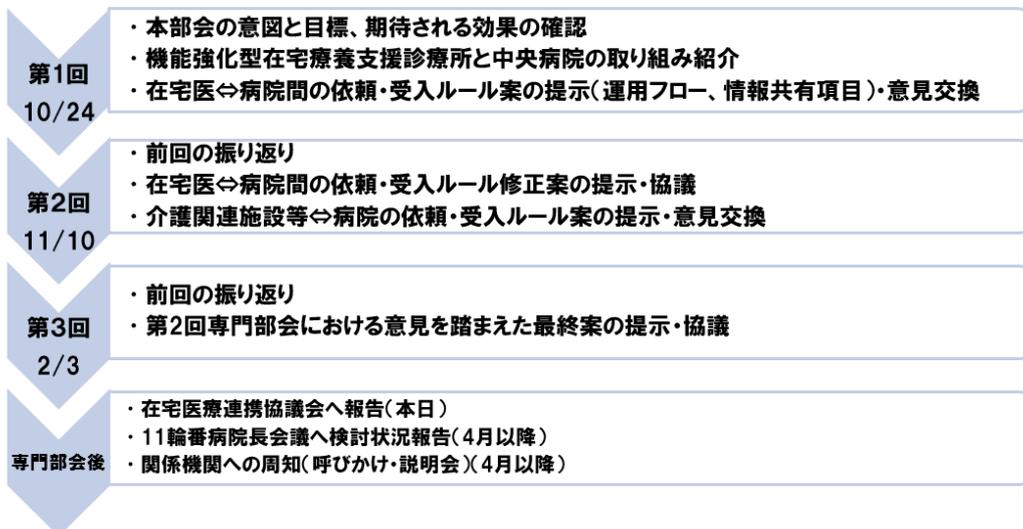
この結果、在宅医療関係者から以下の意見が挙げられ、検討材料となった。

- ・ 項目を地域で統一する事は重要。項目の中には、医師でなくても記載できる項目も含まれているので、記載は必ずしも医師である必要はないのでは。治療に対する意思は、その時々で変わる場合もあるので注意が必要。

(4) 検討開始中期（平成 26 年）

<在宅療養患者急変時依頼・受入検討専門部会での検討>

依頼・受入検討部会で以下の流れで協議を行った。



① 在宅医と病院間の依頼・受入ルールの検討

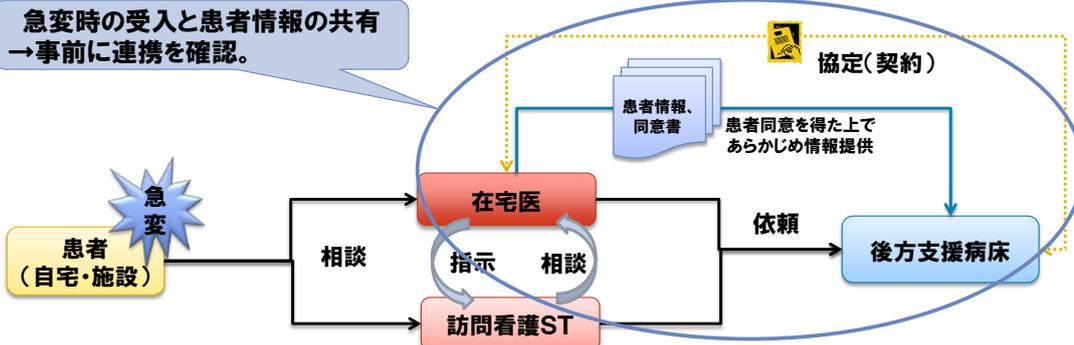
協議の結果、在宅医の負担軽減をはかるためには、後方支援病床の確保と、単独にて在宅医療を実施している医師のグループ化が必要であることがわかった。

しかしながら、後者については医師同士の関係性が重要となり、時間を要するため、まずは前者の後方支援病床の確保について解決を図った。

解決のためにはルール、フローを策定し、病院と診療所で協定（契約）を締結しないと先に進まないことが想定されたため、依頼・受入検討部会で以下のとおり急変時受入に関する基本的取り決めとしての方向性を示した。

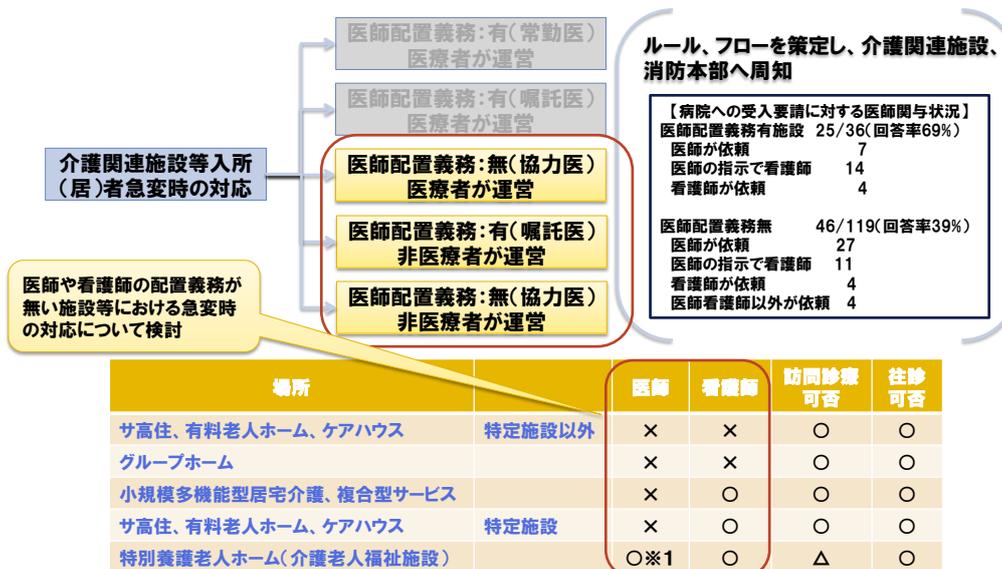
- ・ 計画的な医学管理（訪問診療）が行われている患者については、在支診であるか否かを問わず、在宅医と後方支援病床間で依頼・受入に関する協定（契約）を締結。
- ・ 当該患者に関する情報を同意書とともにあらかじめ在宅医から後方支援病床へ提供。
- ・ 当該患者が急変した場合は、在宅医より後方支援病床へ診療（受入）依頼。
- ※ 在宅医が直接連絡を出来ないやむを得ない事情がある場合に限っては、当該医師から指示を受けた看護師も可とする。
- ・ 後方支援病床は、原則受入を行う。自院で受入不可の場合は、応需システムを活用するなどし、受入先を在宅医と協力して探す。
- ・ 病状が安定した患者は、紹介元の在宅医が責任を持って引き受ける。

急変時の受入と患者情報の共有
→事前に連携を確認。



② 介護関連施設と病院間の依頼・受入ルールの検討

協議の結果、医師による計画的な医学管理が行われていない介護関連施設等入所（居）者を対象とすることとなった。



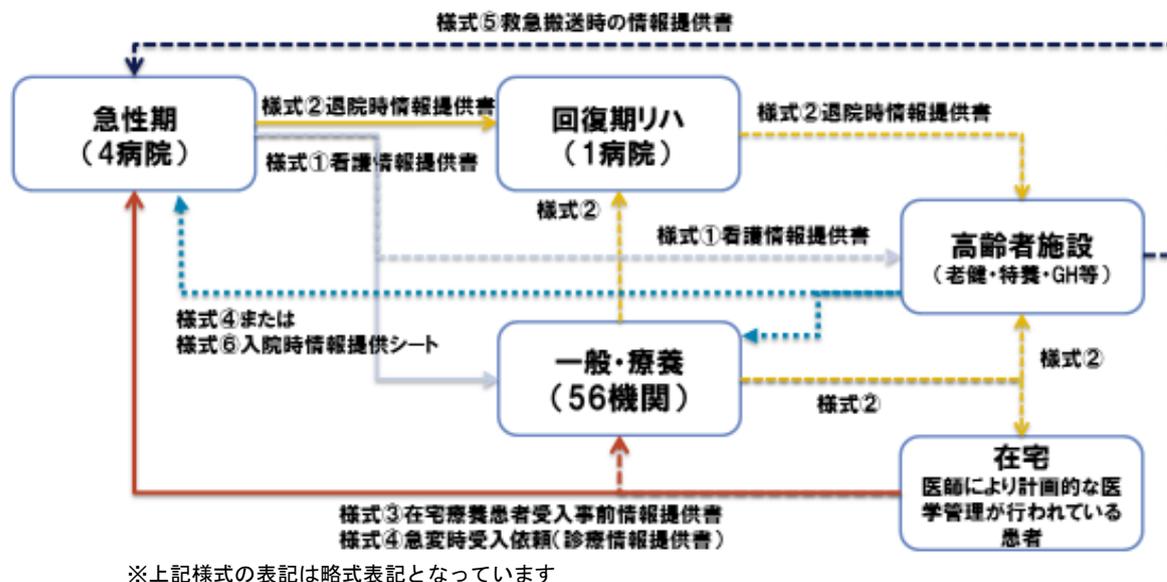
介護関連施設についても病院との連携を構築するためにルール化が必要であり、依頼・受入検討部会で以下の通り施設等からの救急搬送時の対応についての基本的な方向性を示した。

<利用者に発症・受傷が確認された場合>

- 各事業所にて作成されている行動マニュアルに基づき対応（施設内の連絡体制等）
- 応急処置や観察を行い、まずは、かかりつけ医や協力医等へ連絡しその対応について指示を得る。
- 救急搬送が必要であると判断された場合は、予め記入されている「救急搬送時の情報提供書」に、119番通報時の記載事項に沿って必要事項を記入。
- 救急隊に状況を報告し、指示に基づき、救急隊到着までの対応を実施。
- 救急車の搬送ルートの確保を実施。
- 救急隊到着までに、大きな状況変化があった場合は、追加連絡。
- 施設職員が救急車へ同乗する場合は、「情報提供書」及び利用者の状況がわかる記録等を持参。

(5) 検討開始後期、運用開始（平成 26～27 年）

依頼・受入検討部会および退院検討部会の 2 つの専門部会で、平成 26 年に示された各方向性に基づき、以下の工程のもと各種情報提供書、および手順書・マニュアルの検討を行った。



<様式③在宅療養患者急変時受入に関する事前情報提供書、様式④診療情報提供書、および在宅療養患者急変時受入手順書の作成>

佐世保市、佐世保市医師会で初案の作成をしたうえ、依頼・受入検討部会、協議会に図り、書式を決定。平成 27 年 9 月 12 日より運用を開始。

【使用方法】

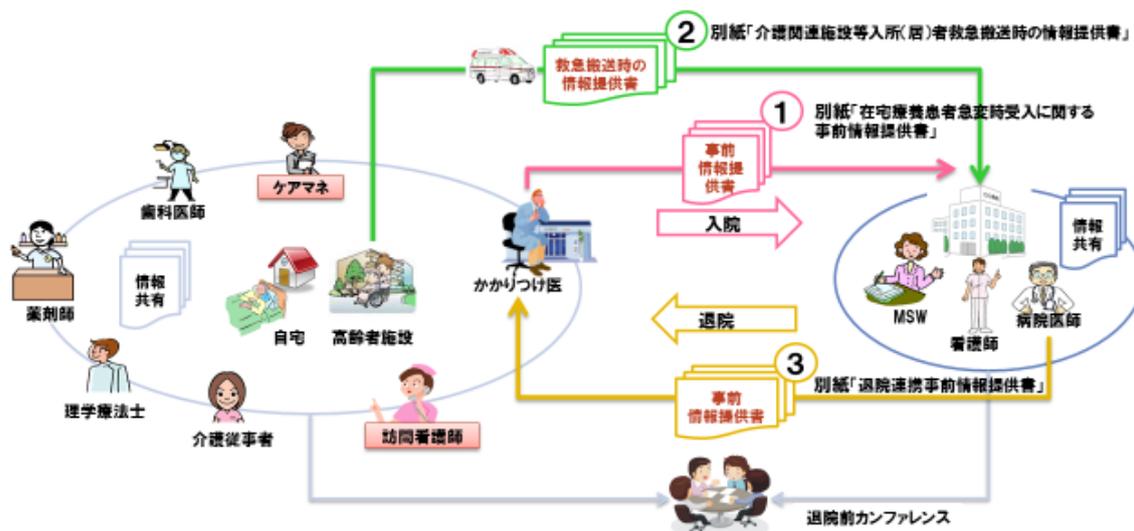
1. 診療所は、希望する病院へ急変時の受入について申し入れを行う
 2. 診療所が自ら管理する在宅療養患者へ説明を行い、病診連携に係る事前情報共有確認書を参考にして文書にて同意を取る。
 3. 在宅療養患者急変時受入に関する事前情報提供書（様式③）を参考にして診療所が当該患者の診療情報を連携病院に提出。
 4. 連携病院は、診療所から提出された情報を保管
 5. 患者情報が著しく変化した場合は診療所は速やかに新たな情報を病院に再提出
 6. 入院・受診の必要性が発生した場合、診療所は連携病院へ連絡する
 7. 診療所はその際に在宅で管理している患者であることを連携病院に伝える。必要に応じ、診療情報提供書（様式④）で急変時の状況を連携病院に伝える。
 8. 病院の対応者は、該当患者のカルテを確認し、在宅連携している患者で事前に情報がある患者である旨を、救急当番医、若しくは主治医に連絡
- ※ 当該連携については、連携病院として、受け入れ後、結果、緊急入院となった場合、「在宅患者緊急入院診療加算 2,000 点」の算定が可能となる

* 施設職員が救急車に同乗する場合：⇒「救急搬送時の情報提供書」及び利用者の状況がわかる記録やお薬手帳等（写しでも可）を持参。

* 施設職員が救急車に同乗しない場合：⇒「救急搬送時の情報提供書」及び利用者の状況がわかる記録やお薬手帳等（写しでも可）を救急隊に渡す。

(6) 運用後の対応（平成 27 年以降）

以下のフロー図の通り、運用を行っている。



また、それぞれの情報提供書について、使用状況等に関するアンケートを実施、課題を抽出している。

<11 輪番病院に対するアンケート調査を実施>

運用開始後、平成 28 年に①在宅療養患者急変時受け入れに関する事前情報提供書について、および在宅医と輪番病院との間での在宅医療連携への取組について、アンケート調査を実施。

病院から、在宅療養患者急変時における依頼・受入に関する課題等の意見はなかった。

<高齢者施設 243 か所に対するアンケート調査を実施>

運用開始後、平成 28 年に②介護関連施設等入所（居）者救急搬送の情報提供書について、認知状況、利用状況等に関するアンケート調査を実施。認知状況は 9 割を超えていたものの、利用状況は回答施設の半数程度となった。

また、施設内での職員の周知、本人・家族への同意に時間を要していることが分かっており、様式の趣旨・使い方に関する理解が進んでいないことが想定されている。

<退院連携を行っている 16 病院に対するアンケート調査を実施>

運用開始後、平成 28 年に③退院連携事前情報提供書について、利用状況に対するアンケート調査を実施。看護サマリなど別様式で情報提供を行っているため、また施設との退院カンファレンスを実施しているために様式を使用していないという意見が挙がった。

さらに、②救急搬送時の情報提供書については、依頼・受入検討部会で病院から、治療の意思についてまったく情報のない患者が搬送されてきた際に対応が困難であるという意見があり、患者の「治療に対する意思」について項目を新設した。しかしながら、シート全体について必須記入項目があるわけではないため、当該箇所については記載されている患者は未だ少ない。

(7) 周知

在宅医療への普及啓発については、在宅という選択肢もあるということ、終活にからめて、自身の終末期の治療に対して考えることを周知するところにとどまっている。協議会の意見としては、在宅を希望する住民が急激に増えても対応する受け皿（体制）がないというものがある。

周知方法は市民講座の開催、広報紙への掲載を行ったり、老人福祉大会や民生委員児童委員研修会等で医師会の先生に講演を依頼している。

(8) 取組の成果

<医療政策推進事業としての評価>

- ・ 救急搬送における受入病院決定までの問い合わせ回数が4回までに決定した率
→H29：99.4%

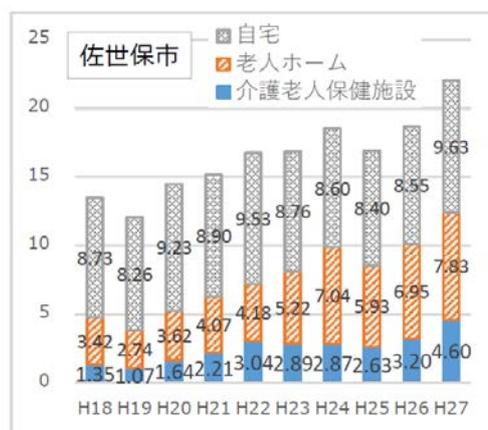
<在宅における活動指標上での評価>

- ・ 協議会開催回数
→在宅医療介護連携協議会（年2回）
→2専門部会（各2～3回）

<長崎県の医療計画上での評価>

- ・ 在宅死（自宅等死亡割合）の増加
自宅＋老人ホーム＋介護老健での死亡割合
H18：13.5%→H27：22.06%

【表】在宅死亡者数の割合の推移



(9) 取組のアドバイス

①自治体内での医師会等の調整を行う担当者を設定し、粘り強く調整

医師会との調整については、先進的に取り組んでいる医師会ほど、自治体への思いがあるように見受けられる。特定の担当者を据えて、医師会への粘り強い働きかけが連携を進めるためには重要である。また、医師会だけでなく、関連するどの団体についても同様である。

②協議体の設置と関係団体への参加養成

現場を見ている専門職が一番現状を理解されている。その事柄は、調査等のみではなく、実際に話を聞かなければわからない。このため、協議会を立ち上げ、関わる団体もすべて取り込み、度重なる協議を重ねていくことが重要と感じる。

③医師会に委託する際の仕様要件について

佐世保市、佐世保市医師会の場合は在宅医療・介護連携推進事業として医師会に委託をしているが、市と医師会の連携をスムーズに行うことを目的に、委託費の中に医師会が当該事業専属の担当者を雇用するための人件費を予算付けしている。このため、連絡については当該担当者を通してできることも多く、双方の連携が取りやすい。

④医師会内での在宅担当理事の存在

市町村の連絡担当を決めるだけでなく、医師会内で当該事業をメインに扱う担当者（担当理事）が決まっていることも重要である。担当がないと、連携を進める際に事前確認等をする対象者がいないことから、双方で協議をしていく弊害になる。

今後について

<在宅医の負担軽減>

在宅医の数は変わらず不足しており、各種シートの運用をよりスムーズに行うことで、在宅医の負担軽減を図っていく予定である。併せて、在宅医同士が気軽に相談できる体制を促進するため、小さい単位（地域・グループ）などへ、取組の説明を継続して行っていくこととしている。

<多職種の連携推進と相互理解>

各種シートについては、多職種間の信頼関係や連携があつてこそ、中身が生きてくるものである。このため、さらなる多職種連携の推進と相互理解を進めていく必要がある。

<住民への更なる普及・啓発>

アンケート調査の結果でも、患者・患者の家族へのシートの認知が進んでいないことから、シートの活用が進んでいない事象が見て取れた。認知度を向上させ、更なる普及・啓発に努めていきたい。

事前準備		連携ツール構築	連携ルール追加	運用後
		救急隊への情報提供カード		
内容	<p>○課題把握</p> <p>○取組の推進に向けた協議</p>	<p>○専門部会にて在宅から救急病院への受入ルール検討・急変時依頼・受入検討専門部会</p>	<p>○介護関連施設から病院への救急受入ルールの検討</p> <p>・急変時依頼・受入検討専門部会</p>	<p>○取り組み状況について把握</p>
	<p>□1 在宅医療連携協議会で医師会とともに課題抽出</p> <p>□2 救急告示病院へのアンケート調査を実施</p>	<p>□4 在宅からの急変時受入ルールの初案の作成</p>	<p>□5 介護施設等へのアンケート調査の実施</p> <p>□6 介護関連施設からの救急時搬送ルールの初案の作成</p>	<p>□7 救急告示病院へのアンケート調査を実施</p>
医師会	<p>1 在宅医療連携拠点事業を受託、地域医療の課題を抽出</p> <p>2 在宅医へのヒアリングを実施</p>	<p>□4 在宅からの急変時受入ルールの初案の確認・検討</p>	<p>□6 介護関連施設からの救急時搬送ルールの確認・検討</p>	
病院	<p>□3 各病院へアンケート調査の説明とルールづくりをしていくことの許可を得る</p> <p>□3 二次輪番病院長会議現状を検討、ルールづくりへの協力</p>	<p>□4 在宅からの急変時受入ルールの初案の確認・検討</p>	<p>□6 介護関連施設からの救急時搬送ルールの確認・検討</p>	
介護関連施設 (介護支援専門員連絡協議会、老人福祉施設連絡協議会、グループホーム連絡協議会等)			<p>□6 介護関連施設からの救急時搬送ルールの確認・検討</p>	
<p>様式③ 在宅療養患者急変時受入に関する事前情報提供書、 様式④ 診療情報提供書、および在宅療養患者急変時受入手順書</p>				
<p>様式⑤ 救急搬送時の情報提供書 介護関連施設等通所(居)者救急搬送時の情報提供マニュアル</p>				

様式③

在宅療養患者急変時受入に関する事前情報提供書(様式) (事前情報共有時)

病院 _____ 科 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 (新規 ・ 更新)

_____ 先生 <依頼元>

医療機関名	
住 所	
T E L	
F A X	
医師名	

患者ID		性別		生年月日	M・T S・H	年	月	日
(ふりがな)患者氏名		電話番号		年齢				
患者住所								
緊急連絡先	家族氏名		事業所名					
	続柄		担当CM 訪問看護ST		電話番号			
家族状況	独居・夫婦のみ・同居人あり()名・その他			キーパーソン				
認知症の有無	有 ・ 無		感染症	有() 無 ・ 不明				
アレルギー	有() ・ 無 ・ 不明							
傷病名								
既往歴								
経過(治療経過・検査結果など)								
現在の処方(服用薬) ※別添でも可								麻薬(有 ・ 無)
治療に対する意思 (DNR 有 ・ 無) ※可能な場合記載								
その他								

2015.09.01 <http://www.saseborzaitaku.net/>

様式④

実際の搬送受け入れ依頼時
(診療情報提供書)

紹介先医療機関等名 平成 年 月 日

担当医 科 殿

紹介元医療機関の所在地
名称
電話番号
医師氏名

印

患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

2015.09.01 <http://www.sasebo-zaitaku.net/>

様式⑤

救急搬送時の情報提供書

【高齢者施設】→【救急隊】→【医療機関】

平成 年 月 日 時 分

【事前記載事項】：事前に記載しておく事項。(変更時は随時更新)

施設名			説明	未済	説明日	説明を聞いた人
フリガナ					年 月 日	
氏名			年齢	歳	性別	男・女
			生年月日	M・T・S・H	年 月 日	
住所			□:施設に同じ			
病歴等	現在治療中の病気・ケガ			既往歴		
	感染症(無・有・不明 病名) 認知症(無・軽・中・重・不明)			ペースメーカー等の医療機器の装着(有・無) ()		
常用服用薬 (お薬手帳 写し可)	(点滴・注射等があれば内容を記載)			血液型	O・A・B・AB RH(+・-)	
				アレルギー	有・無・不明 ()	
キーパーソン	氏名		続柄	TEL	()-()-()	
緊急連絡先 (家族等)	氏名		続柄	TEL	()-()-()	
	住所			救急発生時に連絡する旨確認	確認 済・未	
かかりつけ医療機関名		かかりつけ医連絡先		治療に対する意思 ※(可能な限り記載)		
担当医師名						

※ 救急搬送時に必要な情報です。上記、治療に対する意思は、可能な限り記載をお願いします。※

【119番通報時の記載事項】：救急搬送を要請するに至った理由・経緯を記載。

発症(受傷)を目撃しましたか?	はい (年 月 日 時 分頃) ・ いいえ	
普段の状態を最後に確認したのはいつですか?	年 月 日 時 分頃	
通報時の状況	会話 可能・一部可能・不可	歩行 全介助・一部介助・見守り・自立
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など 通常と異なる症状(いつもケアしている状態と違う場合の症状)を記載 ①呼びかけに □:反応あり □:反応なし ②意識の経過 □:変わらない □:改善している □:波がある □:悪化している ③その他 () □:顔面蒼白 □:嘔気・嘔吐 □:頭痛 □:胸痛 □:発熱 □:冷や汗 □:けいれん □:失禁 □:呼吸苦 □:イビキ呼吸 □:上手くしゃべれない □:麻痺 □:黄疸 () □:その他 ()		
意識レベル	有・無	呼吸回数 回/分
血圧	mmHg	体温 度
病院手配 1件目	病院名	選定理由 結果 受入可 不可理由 ()
病院手配 2件目	病院名	選定理由 結果 受入可 不可理由 ()

施設担当者連絡先 TEL: 担当:

記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。

佐世保市在宅医療・介護連携協議会 <http://www.sasebo-zaitaku.net/>
Copyright © 2015 Sasebo Medical Association.

(2015.07)

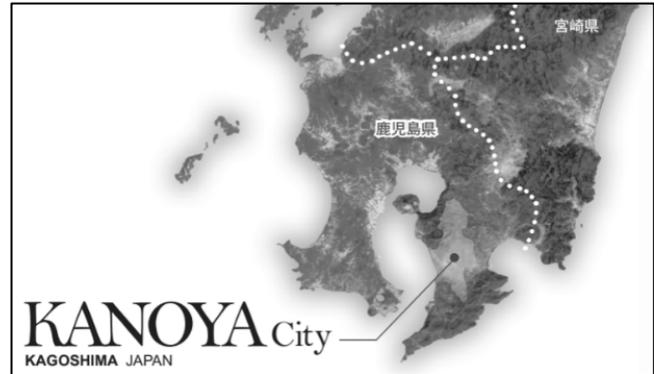
6

鹿児島県鹿屋市

鹿屋市地域概要

鹿屋市は、本土最南端へと伸びる大隅半島のほぼ中央に位置し、大隅地域の交通・産業・経済・文化の拠点となっている。

市域北部には、日本の自然百選にも選ばれている大きな高隈山系が連なり、市域北東部は山林地帯となっている。また、その南側には、国営第1号の畑地かんがい施設をもつ笠野原台地や肝属平野が広がり、市域中央部にかけて平坦地が続く。市域西部は、錦江湾に面しており、美しい海岸線が見られ、さらに、市域南部は、神代三山陵の一つである吾平山上陵を有する山林地帯である。



事例の概要

<取組の背景・経緯>

鹿屋市においては、介護保険施設や居住系施設など高齢者入所施設が多く、さらに、住宅型有料老人ホームを中心とした高齢者住宅が整備されてきたことで、高齢者入所施設等からの救急要請が年々増加していたが、**高齢者入所施設等に暮らす高齢者は虚弱であり、心肺停止など危篤な状態での救急搬送が増加**していた。

このため、医療機関と施設の連携について研修会等で啓発を行ってきたが、状況は変わらなかった。そのような状況を打開するため、施設からの救急搬送のルール化を行うとともに、施設からの救急搬送だけでなく、在宅からの救急搬送についてもルール化を行って、医療・介護・救急・地域が連携した救急搬送時の体制を整備した。

<取組の概要>

- 取組を検討する協議体の設置
- 施設入居者や在宅で暮らす高齢者の救急搬送時に救急隊医提供する連携シートの開発
 - 施設入居者：「救急隊への情報提供カード」の作成（市内全施設で使用）
 - 在宅高齢者：「救急医療情報キット（鹿屋市オリジナル救急情報シート作成）」（無料配布）
- 運用ルールの周知

<検討及び運用開始時期>

検討開始：平成24年度

連携シートの運用開始：

「救急隊への情報提供カード」平成25年3月から運用開始

「救急医療情報キット」平成25年9月から運用開始

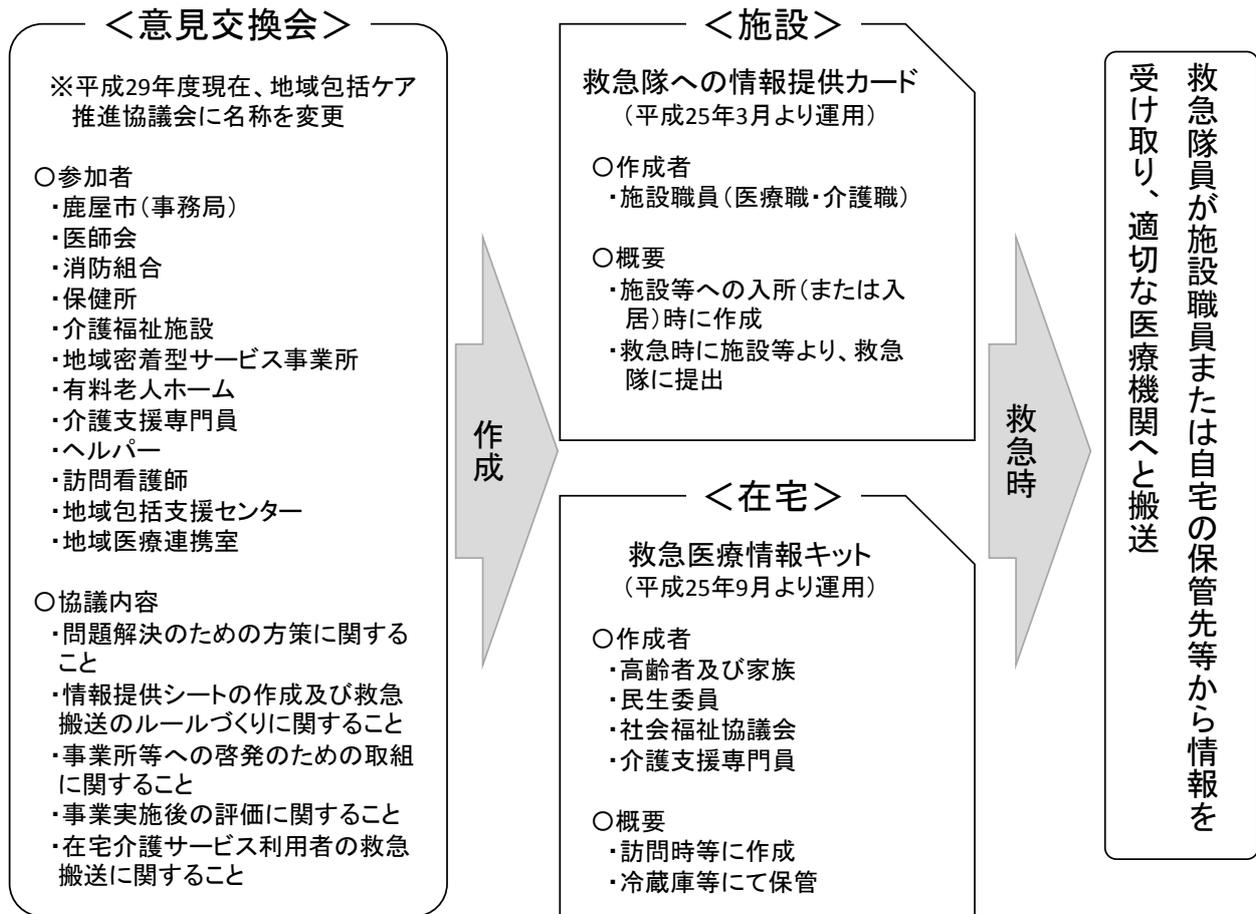
<中心となって取り組んだキーパーソン>

鹿屋市 保健福祉部 高齢福祉課 地域包括ケア推進室 濱田 千鶴 係長（検討開始当時）

<今後の課題>

住民に対する普及啓発と、これまでの実施実績の評価及びツールの見直しが今後の課題である。

鹿屋市の取組の概要(図)



(1)取組の背景

①重篤な高齢者の救急搬送の増加

平成 23 年度の救急搬送者数は、6,014 人、うち急病者数が 3,392 人で、そのうち 65 歳以上が 65.4%を占めていた。傷病程度別で見ると、65 歳以下は 55.8%が軽症者であるのに対し、65 歳以上は軽症者が 26.8%で、中等症以上が 73.2%を占め、重篤な状況での救急搬送となっていた。

②高齢者の救急搬送困難事例の増加

救急搬送要請時、施設職員の現場の情報収集や観察が十分でなく、また日頃の疾病・薬剤情報等が提供されないまま搬送されていたため、搬送先の医療機関が情報不足で受け入れ可否の判断ができず、救急搬送ルートが確保できないなどの事例が散見された。市内に新しい有料老人ホームなどが増加し、特に医療機関と結びつきが浅い事業所においては、施設内の嘱託医への連絡なしで救急搬送を要請したり、また搬送時に職員が同行した際の搬送先医療機関への患者の情報提供の必要性を理解していなかったり等、認識不足があったり、介護職員の知識やスキルが不十分であることが原因と考えられた。

③医師会からの意見・要望

医師会より、地域密着型事業所（グループホーム等）からの救急搬送のケースが多く、救急搬送時に情報提供シートのようなものが必要ではないかと、市の高齢福祉課へ意見・要望が寄せられた。

当時、医師会のみならず、消防本部もふくめ、救急搬送の在り方についての議論が始まっていたこともあり、医師会（中心は当時の会長・副会長）・消防（中央本部）・市（高齢福祉課）が中心となって、平成 24 年 9 月に担当窓口を市に開設するとともに、同担当窓口が事務局となり、居住系施設入居者の救急搬送をターゲットとした意見交換会を行うこととした。

(2)検討開始(平成 24 年度)

平成 24 年度時点には、施設だけでなく在宅からの搬送の課題も把握していたが、施設からの救急搬送においては何らかの専門職が必ず関わっており、その部分を改善できればとの理由で、まずは施設からの救急搬送の改善に取り組むこととした。なお、次のステップとして、在宅の重症者、さらにその後は在宅の軽症者を対象とすることとした。

行政内における働きかけを開始するとともに、医師会と調整を行い、平成 25 年 2 月の運用開始を目標に、年度内のスケジュールを検討して、市の進捗管理のもと具体的に活動を開始した。

①意見交換会の参加者選定・招集

意見交換会の参加者選定・招集については、この時点においては任意の会として発足することとしたこともあり、市が実施する事業所指導等を通じて顔の見える関係が構築できていた関係・関連団体等から、市と医師会の役割分担のなかで適切な人員を選定し、声かけを行い、個人として招集する方式を取った。

また、全事業所を対象に各事業所から 1 名を出席させるよう公文書の発送を行った。

本会への参加について関係者等から特段抵抗は無かった。その背景としては、課題意識の共有がそもそもできていたこと、具体的に取り組む事務局が市役所の高齢福祉課であると決まっていたことによる。いくつかの疑問や意見が市に寄せられた際は、経過を含めて趣旨を説明するとともに、参加の意思が得られない団体等については、市が個別に訪問・説明し、出席を求めた。

参加メンバー	介護福祉施設、地域密着型サービス事業所、有料老人ホーム、介護支援専門員、ヘルパー、訪問看護師、地域包括支援センター、地域医療連携室、医師会、消防組合、保健所等の実務者レベル代表者
会議開催のペース	月1回実施（11月から3月までに4～5回実施）
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・問題解決のための方策に関すること ・連携シートの作成及び救急搬送のルールづくりに関すること ・事業所等への啓発のための取組に関すること ・事業実施後の評価に関すること ・在宅介護サービス利用者の救急搬送に関すること

②意見交換会の開催

意見交換会においては医療と介護の橋渡しのために、まずは市が中心となって、司会・進行も市が担当した。参加者の役割はそれぞれの立場から議題に関連した現状や意見等を述べてもらうことであった。

スムーズに検討を開始できたが、これは医師会長より、医師会内部に対して「敷居を高めているのは自分たち自身である」との声かけがあったことが大きい。

第1回意見交換会では、それまでのヒアリングの経過と救急施設から出されている課題等について説明し、その内容を共有しながら意見を出し合い、事業全体の流れを検討した。

第2回意見交換会では、事前に「救急隊への情報提供カード」の素案を作成したうえで、その内容等について検討するとともに、普及・啓発等の視点からも議論を交わした。

第3回意見交換会では、「救急隊への情報提供カード」の内容を完成させるとともに、事業所指導等についての検討を行った。

意見交換会はその後、平成26年に関係者連絡会に名称を変更。さらに、平成27年からは地域包括ケア推進協議会として名称を変え実施している。

	10月			11月			12月			1月			2月			3月		
	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬
意見交換会				第1回			第2回			第3回			第4回			第5回		
	①現状・課題共有 ②連携体制について			①情報提供シート検討 ②事業所への啓発方法について			①情報提供シート最終まとめ ②事業所合同指導について			①在宅高齢者等の救急搬送の現状・課題共有 ②在宅高齢者の連携について①			①在宅高齢者の連携について② ②次年度の取り組みについて					
事業所合同指導	①現状把握・課題共有 ②今後の連携体制について			12日 ①情報提供シートの提示 ②具体的な連携のあり方指導			25日											
その他										地域密着サービス グループ指導								

(3)連携シートの開発

「救急隊への情報提供カード」の開発にあたっては、意見交換会を実施する前の段階で、医師、介護支援専門員、消防等から意見をもらい、たたき台を作成し、意見交換会では、たたき台に対する意見を集約し整理を行った。記載が難しい項目や、どのように記載すべきか伝わりづらい項目、そもそも取り入れるかどうか議論となった項目等、シート状で網掛けをしたり吹き出しを入れたり、また注釈を加えるよう工夫した。

たとえば、消防が一番求める情報は、観察状況及び応急処置であるが、必ずしも看護師がいない施設等もあることから、介護職としては観察できる対応には限界があるということを記載した。

本シートは基本的に施設の入所者全員分を作成することを想定したものであるが、意見交換を行うなかで、在宅の場合、ケアプランの多くが3か月サイクルでの見直しが行われていたものの、施設では6か月サイクルが多かったため、本取組のメインターゲットである施設からの救急搬送を基準に、連携シートの見直し期間は6か月と規定した。

①「救急隊への情報提供カード」

高齢者入所施設等事業所と大隅肝属地区消防組合、鹿屋市医師会、鹿屋市が連携して、「救急隊への情報提供カード」を作成した。施設等において、入所または入居時に、高齢者の病歴や薬剤情報、かかりつけ医等の情報をカードに記載し、救急時に活用する。このカードの入力については、事業所に対して特段の責任を負わせるものではなく、記載が可能な項目について記載するよう依頼している。

救急隊への情報提供カード 以上については、年月日記載の欄です。
【事前記載事項】 上記欄ごとに事前に記載してください。
 施設名 _____ 連絡の住所 有・無 _____ 確認日 / / 救急を要する人
 氏名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ 男・女 _____
 住所 _____ 生年月日 M-Y-D-H 年 月 日 _____
 住所 _____ □-施設に同じ
 病歴等 現在治療中の病気・ケガ (腫瘍 有・無 病名) _____ 既往歴 _____
 常用薬服用 _____ 注射 _____ 点滴 _____ O-A-B-A-B 型 (A・B・O) _____
 アレルギー _____ 有・無 _____
 かかりつけ医氏名 _____ 電話 _____ ADL _____ (歩行補助器・車椅子・車中泊など) _____
 目覚まし器 _____ 有・無 _____ (目覚まし器・目覚まし器) _____
 緊急連絡先 氏名 _____ 住所 _____ 性別 _____ 年齢 _____ (家族等) _____ 住居 _____ 救急発生時の連絡経路 _____ 連絡 済・未 _____
【119番通報時の記載事項】 本日救急搬送を要するに至った理由などを記載してください。
 救急(受療)を要しましたか? はい() 日時 分/秒 _____ ・もいわ
 普段の状態を最後に確認したのはいつですか? 日時 分/秒 _____
 日常生活 会話 可能・一部可能・不可 歩行 全介助・一部介助 見守り 自立
 救急または発見時の状況、主な訴えや症状など
 意識障害 嘔吐・嘔血 呼吸困難 胸痛・発熱
 けいれん 昏倒 失音 皮膚発疹
 けいれん 失音 皮膚発疹 正午〜深夜(夜間) その他() _____
 救急の発生 時 分/秒 _____
 搬送手段 搬送時間 搬送理由 搬送 搬送先 不可搬送
 搬送手段 搬送時間 搬送理由 搬送 搬送先 不可搬送
 軽症状況及び応急処置が分かる範囲で記入
 意識レベル 有 無 呼吸回数 脈/分 瞳孔 動 脈/分
 血圧 mmHg 体温 湿度 嚔孔 右()左() _____
 SpO2 _____ 酸素飽和率 _____ 経皮酸素 _____
 救急処置 心肺蘇生・胸骨圧迫のみ 人工呼吸のみ 開始時刻 時 分
 医師の指示 薬 時 分 処方薬 処方 時 分
 その他の処置 処置 時 分 処置 時 分
 記載していただいた事項は、救急隊向けには使用いたしません。

②「救急医療情報キット」

緊急連絡先やかかりつけ医など、緊急時に必要な情報を補完するための救急医療情報キットを、在宅の高齢者に無料配布している。

救急医療情報キットとは、救急医療活動に必要な、高齢者の氏名・生年月日、かかりつけ医療機関、持病の有無や内服薬、緊急連絡先などの情報を、あらかじめ救急情報シートに書き込み、いざというときの救命救急に役立つものである。

商標登録され、販売されているシートを市が購入し、医師会等々との協議のうえオリジナルのものを作成した。

本シートは、民生委員等が在宅の高齢者を訪問し、その際に紹介・作成を行うことを想定し作成しており、また常に専門職がいるわけではないことを考慮し、なるべく訪問した際に完成させるよう民生委員等に依頼している。

また、情報が古くなった際には、再度民生委員等に依頼し、更新している。

専用用紙に情報を記入後、その他の必要な情報と一緒にキットに入れ、冷蔵庫で保管をする。また、玄関ドアにマークシールを、冷蔵庫にはマグネットを張り付けて、保管場所を明確にするものである。



情報は登録され、市と社会福祉協議会、消防で情報共有するしくみを構築している。また、シートをどこに保管しているかについても共有されており、救急時に消防が在宅に駆け付けた際、すぐに保管場所がわかるよう工夫されている。

(4)周知

①「救急隊への情報提供カード」

○ 消防

検討を深めるなかで、最も大きな課題としてあげられたのが消防への普及であった。連携に向けたシートやキットを作成しても、救急隊員がそのことを知らなければ役に立たないためである。そのことから、特に消防においては、市と消防窓口との連携のもと、消防内部に取組の内容及び活用等について周知を徹底した。

○ 病院及び救急窓口

作成したシート及びキットについて、それを活用する病院は、鹿屋市の規模上ある程度決まってくる。医師会をはじめ、そのような病院及び救急の窓口に対して、市が出向き、それらのツールの活用について説明を行い、活用をお願いした。

○ 全施設に対する周知

各種様式の運用は平成 25 年の 3 月 1 日からと決定されたことから、同年の 1 月と 2 月に、事業所に対する説明会を実施した。説明会は、1 月の開催時に地域密着型の事業所、2 月の開催時に特養や老健、ケアハウスを対象に実施した。

説明会では、様式を提示し、活用を依頼した。それまでに独自に連携シート等を活用している事業所もあったが、本取組を機に市内で統一したいと伝え、了解を得た。ただし、独自に項目を追加することについては、各事業所の裁量にゆだねることとした。

○ 周辺市町村に対する周知

鹿屋市の病院には他の市町村からも搬送があることから、本取組における様式を他の市町村においても活用していただけないかと、文書に郵送した。ただし、これは強制力があるものではないことから、活用のお願いという形での案内となった。

②「救急医療情報キット」

○ 民生委員

民生委員の定例会が毎月行われており、その会に市の職員が出向き普及を図った。現在では、民生委員をはじめ、病院の職員等、社会福祉協議会、介護支援専門員などが活用している。

(5)取組の成果

①「救急隊への情報提供カード」

連携シートの作成は、基本的にすべての利用者について作成するよう、関係団体・機関等に周知しているところである。しかし、運用を開始した後、具体的な作成率についてのデータは収集していない。

なお、消防からは、救急搬送の連携がしやすくなったという意見は寄せられている。

②「救急医療情報キット」

配布数は取組の開始直後に大きく伸び、平成 25 年に配布を開始してから 4 年間で、4700 戸に対して配布。鹿屋市の独居高齢者・高齢者のみ世帯の 1 万 3000 世帯に対し、4 割弱という普及率である。

(6)取組のアドバイス

これらの取組を推進するにあたり、調整においては、関係団体・機関それぞれのニーズを把握することをポイントとした。そのうえで、それぞれのニーズから共通課題を見出すことを大切にした。

そのうえで、関係団体・機関との接触を積極的に行うことが重要である。そうすることが、連携を図るための重要なポイントの発見や、キーパーソンの発見につながる。

さらには、取組の核となる事務局が信念を持つことが重要である。加えて、関係する対象の思いとの接点を見つけ出し、お互いに信頼しながら取組を推進することが大変重要である。

今後について

(1) 連携シートの見直し・評価

今後アンケート調査等の取組により、その活用状況を把握することを計画している。

また、連携シートの達成目標等についても、当初に規定をしなかったことから、このシートの活用が何件のケースでなされ、どのような結果となったかという点が追えていないため、次の段階として、このような視点からも状況を把握できるようにすることが重要だという。

連携シートの内容の見直しについては行われていない。蘇生拒否（DNR）に関する項目について、さまざまな意見交換の場において議論が起こっているところであり、現在は連携シート上で蘇生拒否についての項目は設定されていないところであるが、今後そのような情報を得ることも視野に入れ、検討を進めていくこととしている。なお、蘇生拒否の項目については、さまざまな団体より次のような意見が寄せられており、今後の継続した検討が必要である。

- 訴訟に対応できる法的証拠になり得ない
- DNR の記載の有無により、救急隊が準備する物品及び実施する業務に違いが生まれる
- 本人や家族が施設入所する最初の時点で、蘇生に関する事項について尋ねることの是非
- いざその時が訪れた際に、気持ちが変わる可能性がある

(2) 住民に対する普及啓発

市に対しては、市民の緊急時に対する心構え等の普及啓発が不足しているという指摘が上がってきている。

昨今、遺言状やエンディングノート等のツールの認知度が上がってきていることもあることから、これらの普及啓発も含め、自分がいざそのような事態に直面した際に、どのようにするのかという点について、広めていくことが重要である。

	事前準備	連携ツール構築 救急隊への情報提供カード	普及啓発	運用	連携ツール構築 救急医療情報キット	運用
内容	○取組の推進に向けた協議、体制づくり	○意見交換会の実施 ・情報共有 ・連携シート及び普及啓発の検討	○普及啓発の推進 ・介護事業所 ・医療機関 ・消防 ・周辺市町村		○関係者連絡会の実施 ・情報共有 ・連携シート及び普及啓発の検討	
鹿屋市 (高齢福祉課)	□3 担当窓口の設置 □4 意見交換会の開催準備(資料作成、介護施設・事業所等への出席依頼等)	□5 会議運営(司会・進行等) □6 事務局作業(連携シート案づくり等)	□7 事業所説明会の実施 □7 介護事業所・医療機関・周辺市町村等への案内の发出		□11 会議運営(司会・進行等) □12 事務局作業(連携シート案づくり等)	
医師会	□1 救急搬送の在り方における議論 □2 市に要望・提案 □4 '意見交換会'の出席依頼	□5 '意見交換会'の検討方針等についての発言			救急医療情報キット	
消防組合	□1 救急搬送の在り方における議論		□7 救急隊員に対する普及啓発の徹底	□9 救急時に情報を入力 □9 '医療機関'への受け渡し	□15 救急時に情報を入力 □15 '医療機関'への受け渡し	□16 情報の入手
医療関係機関				□10 情報の入手		
介護施設等				□8 利用者入所時に情報提供カードを記載		
介護事業所等						□13 ケアマネによる利用者への周知・作成補助
その他関係機関等						□13 民生委員・社協による利用者への周知・作成補助
本人・家族						□14 キットの保管
		情報提供カード				

救急隊への情報提供カード

以上については、平成24年11月15日現在の情報です。

【事前記載事項】：ご利用者ごとに**事前に記載**しておいてください。

施設名	特別養護老人ホームかのや				
フリガナ 氏名	鹿屋 はな子	年齢	歳	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女
TEL	43-0111	生年月日	M・T・ S ・H 9年11月1日		
住所	鹿屋市共栄町〇番〇号			<input checked="" type="checkbox"/> ：施設に同じ	
病歴等	現在治療中の病気・ケガ		既往歴		
	アルツハイマー型認知症・高血圧				
常用服用薬	※別添資料	注射	有	無	血液型
					<input checked="" type="radio"/> ・A・B・AB 型 <input checked="" type="radio"/> H(+・-)
				アレルギー	有 <input checked="" type="radio"/> 無
かかりつけ病院名	串良クリニック	(電話 63-5555)	ADL	歩行(全介助・ 一部介助 ・見守り・自立) 食事(全介助・ 一部介助 ・見守り・自立) 排泄(全介助・ 一部介助 ・見守り・自立)	
担当医師名	岡崎 一郎				
DNR(蘇生拒否)に関する意思表示などはありますか?			有(本人・家族等関係者) <input checked="" type="radio"/> 無		
緊急連絡先	氏名	細山田 次郎	TEL	63-6666	
(家族等)	住所	鹿屋市串良町細山田〇番地〇		続柄	長男

【119番通報時の記載事項】：本日救急搬送を要請するに至った理由などを記載してください。

発症(受傷)を目撃しましたか?	<input checked="" type="radio"/> はい	26日	時	分頃	・	いいえ
普段の状態を最後に確認したのはいつですか?	26日		12時	00分頃		
日常生活	会話	可能	<input checked="" type="radio"/> 一部可能	不可	歩行	可能 <input checked="" type="radio"/> 一部可能
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など		<p>食事中に突然むせ込みが始まり、嘔吐はないものの、5分から10分ほどむせこみが続き、次第に顔面蒼白、発汗肩で息をされるようになった。</p>				
最後の食事： 12時 20分頃		<input checked="" type="checkbox"/> ：顔面蒼白 <input type="checkbox"/> ：嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> ：頭痛 <input type="checkbox"/> ：胸痛 <input type="checkbox"/> ：発熱 <input checked="" type="checkbox"/> ：冷や汗 <input type="checkbox"/> ：けいれん <input type="checkbox"/> ：失禁 <input checked="" type="checkbox"/> ：呼吸苦 <input type="checkbox"/> ：イビキ呼吸 <input type="checkbox"/> ：上手くしゃべれない <input type="checkbox"/> ：その他 (声かけ反応あり)				
病院手配 1件目	病院名	A内科	選定理由	かかりつけ医	結果	受入可 <input checked="" type="radio"/> 不可理由 (専門外で脳外科へ)
病院手配 2件目	病院名	B脳神経外科	選定理由	A内科医師の選定	結果	受入可 <input checked="" type="radio"/> 不可理由 ()

観察状況及び応急処置が**分かる範囲**で記入

意識レベル		呼吸回数	回/分	脈拍	回/分
血圧	/ mmHg	体温	度	瞳孔	右()・左()
Spo2	酸素投与前 %	酸素投与	ℓ →	SPO2	%
救命処置	心肺蘇生・胸骨圧迫のみ・人工呼吸のみ		開始時刻	時	分
AEDの使用	開始時刻	時	分	ショックの実施	有・無
その他の処置	固定	時	分実施	止血	時
	冷却	時	分開始	静脈路	時

記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。

大隅肝属地区消防組合

**V 在宅医療・救急医療連携セミナー
資料集**

1. 第1部

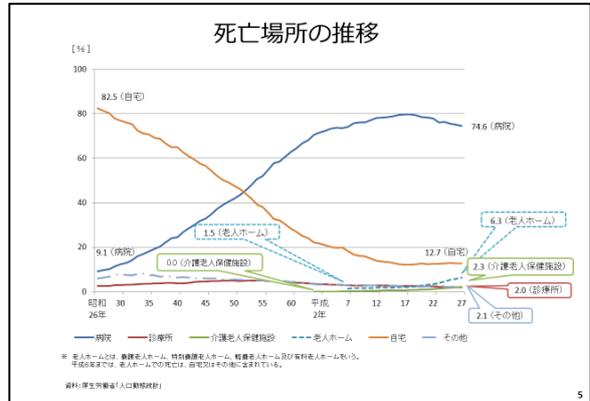
「在宅医療・救急医療に関する最近の動向」厚生労働省医政局地域医療計画課

厚生労働省委託事業
「平成29年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
平成29年10月22日(日) @ビジョンセンター浜松町

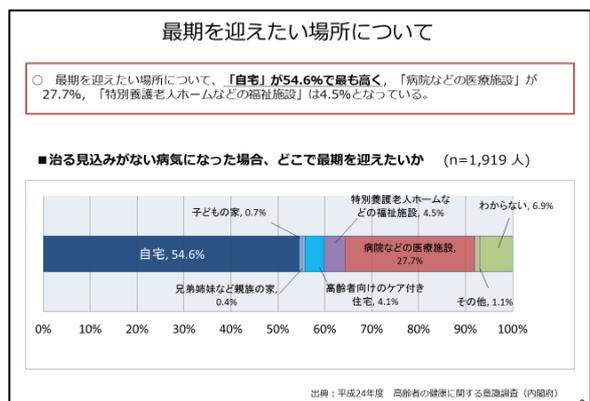
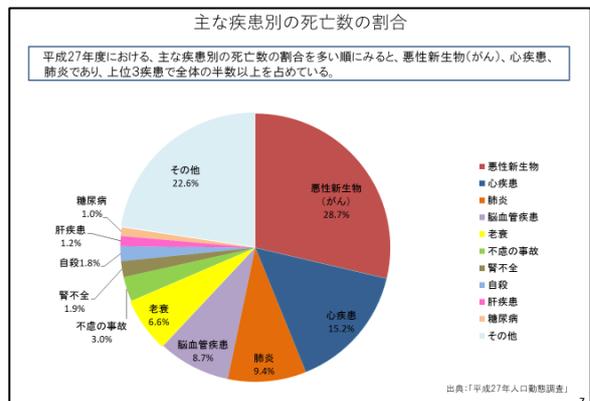
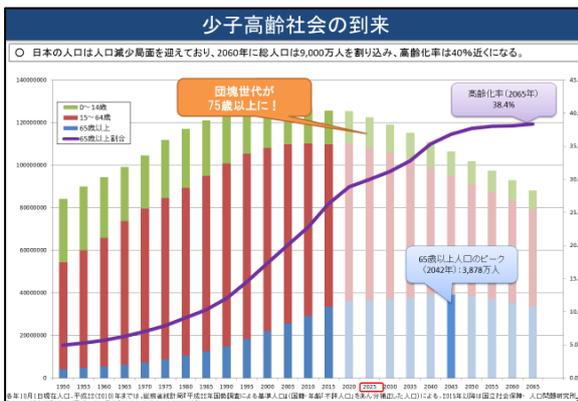
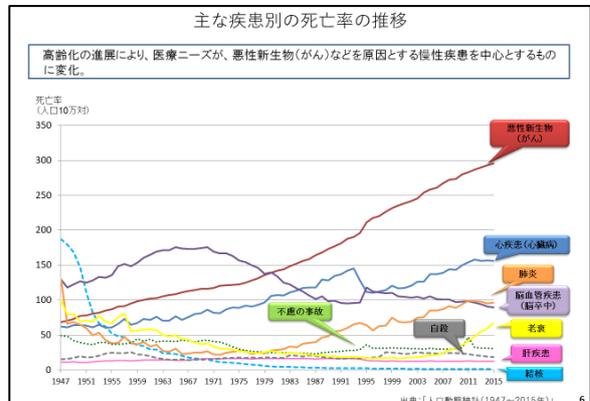
資料1

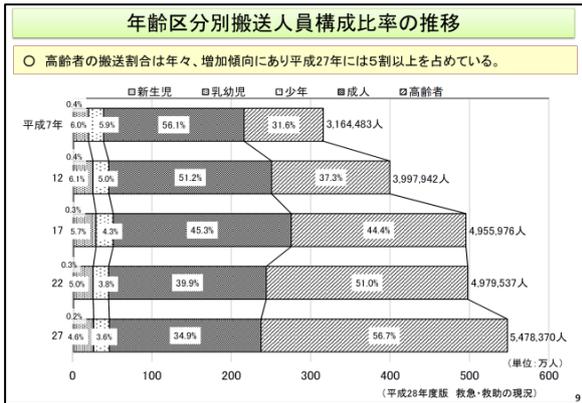
在宅医療・救急医療に関する最近の動向

厚生労働省医政局地域医療計画課

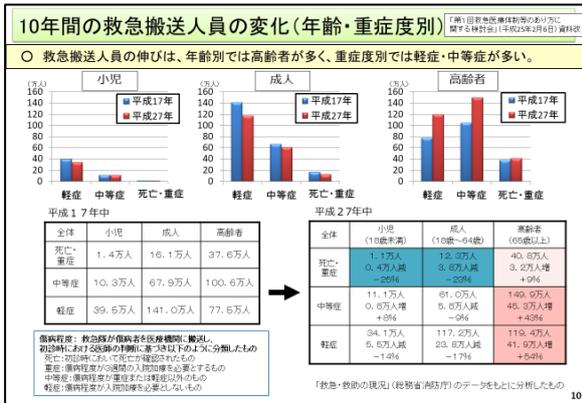


1. 在宅・救急医療を取り巻く背景





2. これまでの経緯



“人生の最終段階における医療”に関する最近の動向

- 社会保障制度改革推進法(平成24年8月22日法律第64号)
 - 第二章 社会保障制度改革の基本方針 (医療保険制度)
 - 第六条 三 医療の在り方については、個人の尊厳が重んじられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に**人生の最終段階**を極やかに過ごすことができる環境を整備すること。
- 社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議)
 - II-2-(6)(終) (最終章)「医療から地域完結型」の医療へと転換する中で、**人生の最終段階における医療**の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためには、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。
- 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年12月13日法律第112号)
 - 第二章 譲り受け社会保障制度改革の措置等 (医療保険)
 - 第四條 五 政府は、前項の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、個人の尊厳が重んじられ、患者の意思がより尊重され、**人生の最終段階**を極やかに過ごすことができる環境を整備を行うよう努めるものとする。
- 経済財政運営と改革の基本方針2017(平成29年6月9日閣議決定)
 - (人生の最終段階における医療) について、国民全体で議論を認め、普段からの考える機会や本人の意思を表明する環境の整備、本人の意思の関与者間の共有等を進めるため、住民向けの普及啓発の推進や、関係者の連携、適切に相談できる人材の育成を図るとともに、参考となる先進事例の全国展開を進める。

救急医療体制の整備状況の推移

(各年3月31日時点)

	25年	26年	27年	28年
三次救急(救命救急)	259	266	271	279
二次救急(入院を要する救急)	2,904	2,836	2,769	2,733
初期救急	553	560	560	559

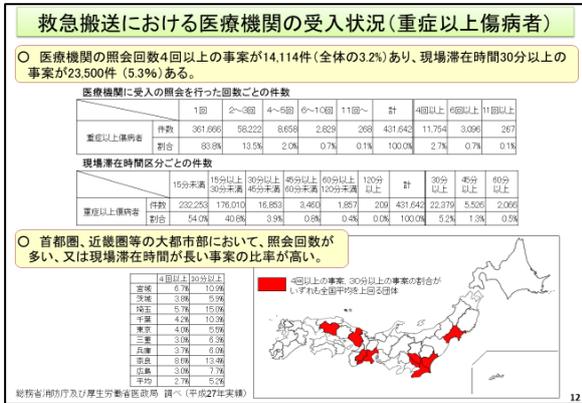
救急病院等を定める省令に基づく医療機関数

	25年	26年	27年	28年
うち、病院	3,830	3,826	3,903	3,926
うち、診療所	317	295	285	271

(厚生労働省医政局調べ) 11

これまでの検討経緯

開催時期	検討会名	座長	主なテーマ	調査手法
昭和62年度 ～平成5年度	末期医療に関するケアの在り方の検討会	吉岡善徳(東京大学医学部教授(当時))	・末期医療の現状 ・末期医療のケア ・一般国民の理解	実地調査
平成4年度 ～平成10年度	末期医療に関する国民意識調査等検討会	堀添忠生(がんセンター中央病院長(当時))	・末期医療に対する国民の関心 ・苦痛を伴う末期状態における延命治療 ・患者の意思の尊重とリビングウィル ・尊厳死と安楽死	アンケート調査
平成9年度 ～平成10年度	末期医療に関する意識調査等検討会	末林善一(厚生中央病院長(当時))	・末期医療における国民の意識の変化 ・国民医療従事者との意識を通じた見聞交換 ・適切な末期医療の確保に必要な取り組み	アンケート調査
平成14年度 ～平成16年度	終末期医療に関する調査等検討会	町野幹(上智大学法学部教授)	・患者に対する説明と終末期医療の在り方 ・末期状態における患者の苦痛 ・医療従事者に対する説明 ・終末期医療体制の充実	アンケート調査
平成18年度 ～平成19年度	終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会	樋口龍樹(東京大学大学院法学政治学専攻教授)	・「尊厳死」のルール化の議論が高まったことを受けて、プロセスの再構築に関する検討(ガイドライン)の策定	-
平成20年度 ～平成22年度	終末期医療のあり方に関する懇談会	町野幹(上智大学法学部教授)	・終末期医療の決定プロセスの充実 ・患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差 ・終末期医療体制の整備と医療福祉従事者に対する知識の普及等	アンケート調査
平成24年度 ～平成25年度	終末期医療に関する意識調査等検討会	町野幹(上智大学法学部教授)	・人生の最終段階における医療に関して国民が考える機会の確保 ・人生の最終段階における医療提供体制の整備(ガイドラインの活用、医療福祉従事者の資質向上)	アンケート調査



「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

策定の背景

- 平成18年9月に富山県射水市市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- ハパリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」とりまとめた。
- ※平成26年度に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。

ガイドラインの概要

- 1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方
 - 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として人生の最終段階における医療を進めることが重要。
 - 人生の最終段階における医療の内容は、多職種職からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。
- 2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続
 - 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を切り、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
 - 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針を決定することを目指す。
 - 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び勧告を行うことが必要。

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組
人生の最終段階における医療体制整備事業

- 【背景・課題】
- 高齢化の進展し、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療のあり方が大きな課題となる。
 - 人生の最終段階における医療について、家族等から適切な情報の提供と取組が必要とされ、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが重要であり、厚生労働省では、こうした合意形成のプロセスを示す「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年策定、平成26年改訂）を策定し、周知を図ってきた。
 - しかしながら、平成26年度の調査によれば、当該ガイドラインが医療従事者に十分認知されているとは言えず、人生の最終段階における医療に関する研修も十分に行われていない状況である。

- 【事業内容】
- 人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる体制を強化するため、平成26、27年度のモデル事業の成果を踏まえ、平成28年度から、医療・ケアチーム（医師、看護婦等）の継続研修を全国でブロックで実施。平成29年度は、平成28年度に実施した人材育成研修を継続するとともに、国民への普及啓発のための取組を行う。

研修対象者
 人生の最終段階における医療に関する意思決定に関わっている医師を含む多職種チーム（診療所、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設）連携し、多職種チームとして参加することも可能



プログラム

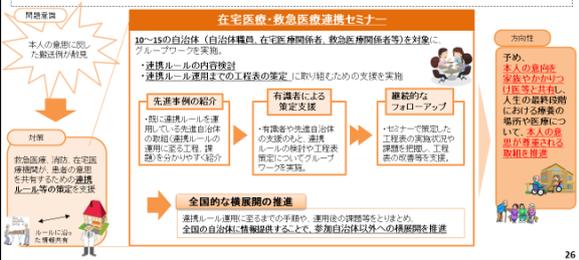
プログラム	主旨・構成内容	プログラム	主旨・構成内容
課題1	倫理的な問題を最も重要視をどう決めるか？	ロールプレイ1	もしも、のときについて話し合いを始める
課題2	「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の解説	ロールプレイ2	代理決定者を選択する
課題3	アドバンス・ケア・プランニングとは	ロールプレイ3	治療の選択を尊重、患者の選択を支援する代理決定者の役割を学ぶ
課題4	臨終における推理の基礎	グループディスカッション1	多職種カンファレンスを効果的に行うには
課題5	意思決定に際する法的対応	グループディスカッション2	明日への課題
課題6	患者・家族の意向をどう伝えるには		

関係支援
 ・平成28年、27年度は、モデル事業として実施。平成26年度10か所 24名、平成27年度から所 26名が研修を修了。
 ・平成28年度は、214チーム、26名が研修を受講。

在宅医療・救急医療連携セミナー

＜背景・課題＞ **本人の意思に反した(延命を望まない患者)救急搬送が数増**
 国民の多くが人生の最終段階を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数は年々増加。また大半は、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。このような結果を踏まえ、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

＜対策＞ **患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援**
 先達事例では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。こうした先達事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施。連携ルール策定のための重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な情報提供を行うことで、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。



事例①：「地域医療連携と介護連携の推進と充実をめざして～鶴見区医師会を中心とした取り組み～」

発表者：鈴木 志律江(鶴見区医師会 在宅部門 鶴見区在宅医療連携拠点
 管理者 訪問看護教育研修課長 訪問看護認定看護師)

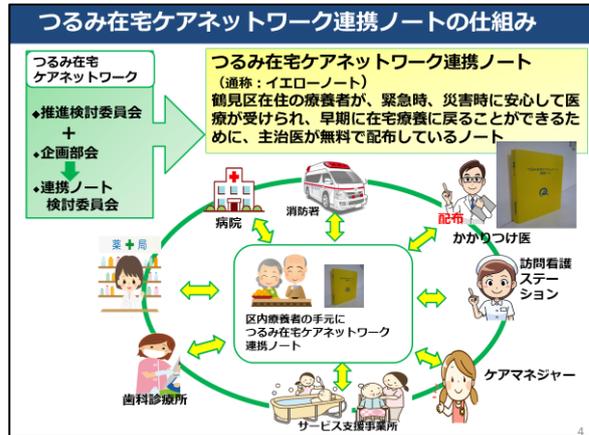
厚生労働省委託事業
 「平成29年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
 平成29年10月22日(日) @ビジョンセンター浜松町

資料2-1

【事例発表①】

**地域医療連携と介護連携の
 推進と充実をめざして
 鶴見区医師会を中心とした取り組み**

鶴見区医師会 在宅部門
 鶴見区在宅医療連携拠点管理者
 訪問看護教育研修課長
 訪問看護認定看護師 鈴木 志律江



横浜市鶴見区の紹介

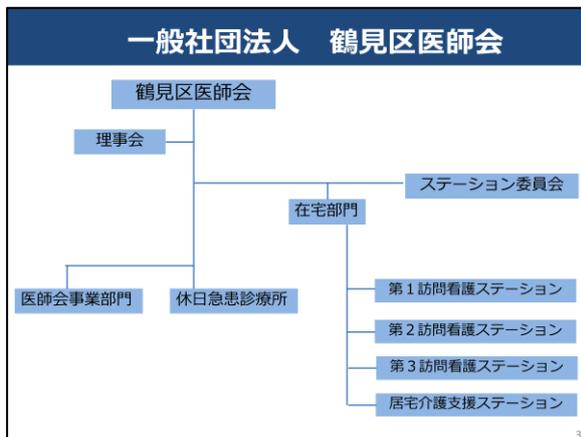
- 面積 32.38km²
- 人口 288,752人 (平成29年9月)
- 65歳以上 20.7% (平成29年9月)
- 要支援・要介護認定者数 11,108 (平成28年末)
- 鶴見区医師会に加入している医療機関数約160ヶ所

鶴見区内病院 13ヶ所
 訪問診療をしている診療所 36ヶ所
 在宅支援診療所 6ヶ所
 訪問看護ステーション 19ヶ所
 在宅介護支援事業所 56ヶ所
 訪問介護事業所 56ヶ所
 通所介護(デイサービス) 69ヶ所
 介護老人保健施設 1ヶ所
 特別養護老人ホーム 6ヶ所
 鶴見区救急出場 14,415件
 うち急患 9,523件 (平成28年度)

横浜市市民局区域連絡調整課 引用

つるみ在宅ケアネットワーク連携ノート活用までの道のり

期間	作業内容
協議体の形成	2008年 10月 ワーキンググループ発足 1回/2月 医師向けアンケート実施
	2009年 10月 つるみ在宅ケアネットワーク推進検討委員会発足
つるみ在宅ケアネットワーク適用	2010年 2月 つるみ在宅ケアネットワーク発足 3回/年
	7月 企画部会発足 2回/年
私のリビングへ	2011年 10月 連携ノート検討開始 ①推進検討委員会：現状把握と問題共有⇒解決策検討 具体化の工程確認等 ②企画部会：①の内容を多職種視点で検討 ③ステーション委員会：医師会とのすり合わせ
	2012年 7月～ 連携ノートの配布開始 連携ノート広報活動 使用意見の収集・区内救急現状の情報収集
私のリビングへ	2013年 12月 連携ノート検討委員会発足2回/年 継続してノートの課題検討、改善、広報、評価提案
	2014年 2月～ 病院の現状・緩和ケア・グリーフケア勉強会や救急時のD-NAR問題から事前意思表明を意図→リビングウィルの検討 ①推進検討委員会：問題共有・連携ノートへ入れるか意見調整 企画部会：内容検討 ②連携ノート検討委員会と調整 10月 私のリビングウィルを連携ノートにセット開始



在宅医療・救急医療連携に取り組んだ背景ときっかけ①

- 介護保険制度が施行され、多職種との関係を持つようになり、介護職から「医療と介護の連携が取りにくい」と言われる
- 特に医者や看護士との連携では、どのように連携を取ればいいのかわからない。また、敷居が高い等の意見が聴こえてきた
- 在宅医療を行っている医師に、ケアマネジャーとの連絡方法について意見聴取すると、サービス担当者会議の意味や介護保険でのケアマネジャーの役割などがどうも理解されていない状況だった
⇒ 主治医とスタッフとの情報交換会を毎年開催(勉強会と懇親会)

↓

- 在宅：「利用者の具合が悪くなっても、なかなか入院できない」「家族から連絡が来たら、とても速い病院へ入院になっていてびっくり」
- 病院：退院困難な患者がいて、入院が長期になっている

つるみ在宅ケアネットワーク発足まで

- 鶴見区医師会在宅部門では「地域連携」を大きなテーマにあげている
- 在宅では、療養者が快適な生活を送るために、様々な機関とのやり取りが必要となり、それには医療職側だけではなく、介護事業所との連携も重要になってくる
- そこで鶴見区医師会では在宅部門が中心となり、鶴見区内の医療・介護の関係者が集まり、地域連携について考える機会を持つことが、安全安心した医療の提供の基盤となり、区民の安心した生活に結びつける必要があると考え、ワーキンググループ（在宅担当理事2名と在宅部門管理者3名）で、1回/2か月 検討会を設けて話し合いを行った。

7

つるみ在宅ケアネットワーク 企画部会

- 平成22年7月に発足

医療と介護との架け橋となり多職種連携においての問題提起や検討、地域（各町内）での取り組みや活動の共有を行う。合同勉強会等の企画（丁寧な振り返り）を行っている

【メンバー】

- 医師・歯科医師・薬剤師・地域包括（主任ケアマネ、社会福祉士、保健師）・行政・訪問看護師兼ケアマネジャーの10名で構成されている

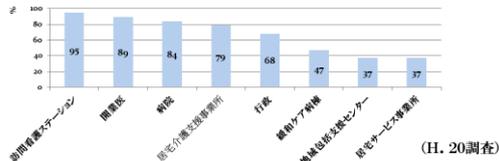
「地域在宅医療と介護の連携」を中心に考える

11

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、何処と思われませんか？（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

8

地域における連携の強化

・推進検討委員会



・企画部会



12

つるみ在宅ケアネットワーク推進検討委員会

- 平成21年10月に発足
- 地域医療を病院・診療所の医師と行政、訪問看護師兼ケアマネジャーの14名で検討し、医療連携の強化・切れ目のない医療の継続を目指す

【メンバー】

中核病院の副院長、一般病院3ヶ所の院長、医師会長、区内各地区診療所代表3名、行政3名、在宅部門より3名 ⇒ 病病（病院と病院）・病診（病院と診療所）・診診（診療所と診療所）・医療機関と訪問看護ステーションとの連携構築への取組み

9

つるみ在宅ケアネットワークの事業

1. 合同勉強会（2回/年）：医療・介護など多職種が一堂に会して、その時々テーマに沿って学びを深め、地域連携を共に考えて行く
2. 公開勉強会（1回/年）：市民一般、事業所向け公開講座
3. 在宅ケアスタッフ向け研修会
4. つるみ在宅ケアネットワーク連携ノート（平成24年～）
5. さわやか相談室：地域住民に対し「街の保健室」の役割を担い健康相談・介護相談などに対応。医療と介護の連携において医療的範囲の情報発信や相談で医療と介護をつなぐ役割
6. 支え合う遺族の会「ハナミズキの会」

13

つるみ在宅ケアネットワーク

（平成27年1月～鶴見区在宅医療連携拠点事業の委託を受ける）

- 平成22年2月発足
 - 目的：鶴見区内の在宅療養において病院・診療所・訪問看護ステーションの医療連携強化及び介護系サービスとの連携の在り方を検討し、鶴見区の在宅療養の連携推進を図る
- 医療連携の強化や地域医療と介護の多職種連携、相談事業、市民・区民に対する啓蒙活動などを行っている

- * 推進検討委員会は「地域包括ケアの医療の中核」としてネットワークにそのまま残った

10

在宅医療・救急医療連携に取り組んだ背景ときっかけ②

H23年 推進検討委員会・企画部会の情報共有から救急医療の課題が上がる

【推進検討委員会】
鶴見区病院診療所ネットワーク委員会の情報提供地域ベッド数不足が深刻・搬送までに時間を要する救急搬送困難ケースへの対策が必要

● 5 Call System救急搬送困難事例対象（横浜市救急搬送連携支援モデル事業）
H23.11.14～H24.12.31
後に「鶴見区ルール」夜間休日救急事例も追加

【企画部会】
独居で訪問看護の利用もない場合の急変時対応可能な搬送されない5 call system終了したらどうなるの？

【医師会事情】
鶴見区医師会内をVPNでつなぐ試みを開始 ⇒電話の方が早くて簡単と失敗！

救急受け入れ 7病院連携



- モデル事業とダブルでも「つるみ在宅ケアネットワークルール」があってもいいのではないかと
- 患者の状況・主治医等を登録したものをもとにして地域で情報を共有し約束ごとがわかるものを準備してはどうか

平成25年9月4日 朝日新聞朝刊 14

在宅医療・救急医療連携の対応策の展開

鶴見区医師会 在宅部門

● 検討された課題と検討内容の例

課題: ベッド数が不足が依然問題、病診が連携して、患者が安心して診てもらえる体制づくり+災害時どうするか考えて行く必要がある

検討⇒連携ノート作成にむけ「つるみ在宅ケアネットワーク」を作り、委員会を通して具体化する。この際には在宅部門が窓

課題: ノートの形態と内容はどうか

検討⇒なんでも入れられるファイルの色をイエローにしピーアール⇒患者基本連絡先・主治医意見書 主治医連絡先・血液データ・内服

課題: 病院ではこれを持ってきてこの人の経過もわからない、どこを見たらいいかわからない

検討⇒表紙裏に主治医情報提供書を入れる。見本で説明と広報する

Point: 自分たちの事業という意識を持ってくれた

連携ノートの内容③

救急搬送されてきても判断に困っている。せつかく連携ノートも作ったのにこの先どうするのが不明ではもったいない! H26年10月から連携ノート入れる

● 検討された課題と検討内容の例

課題: 在宅療養者が救急搬送されても判断に困っている。人生の最終段階こそ本人が望む医療を提供したい。家族も決断が難しい

検討: 事前に意思表示がされたら⇒イエローノートにリビングウィルを入れてはどうか?

課題: リビングウィルの意味はわかるのか? 法的に有効か? 途中で気持ちも変わるのでは?

検討: 合同勉強会・公開勉強会に盛り込もう

課題: ノートに入れるなら内容は? 輪血だっって臓器移植!

検討: 往診で使用している医師に情報提供を依頼 ⇒リビングウィル説明書・処置の意味・記入した時期・本人・家族の署名を入れよう・ひな形作成は鶴見区医師会在宅部門

つるみ在宅ケアネットワーク連携ノート

目的: 鶴見区内にお住いの療養者が、病状が悪化した時や緊急時、災害時など安心して医療が受けられ、早期に在宅療養に戻ることができる

* 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無料で配布

対象者: 鶴見区内にお住いの在宅療養者

鶴見区医師会の先生が往診に入っている方

配布方法: 主治医から直接往診時に渡す

☆ 自宅に保管をし、利用者が管理をする『健康カルテ』として自宅と病院をつなぐノートです

安心した生活のために・・・

- 在宅療養者の安心を考えたとき、健康上の問題はとて大きと思われる。何かあった時にスムーズに対応できる医療体制は、住みやすい地域として、とても大切なことである
- 医療の連携強化、病院と在宅の連携は、在宅療養者を支えるうえで、重要なキーとなる

その人らしく生活が送れるよう
連携ノートの活用を!

☆ 定期的に区役所・消防署・医師・施設医・訪問看護で見直し、検討を行っている。

連携ノートの内容①

【設置場所】

- 区内医療機関
- 鶴見区在宅医療連携拠点

【見本ノート設置場所】

- 区内病院の各病棟(さわやか相談室出張所)
- 消防署及び各消防出張所
- 区役所
- 地域包括支援センター
- 区内訪問看護ステーション

A5版は、平成28年から配布!

在宅療養者だけでなく、外来患者さんからノート希望する人が増えている。A4では持ち運びづらい。

在宅医療・救急医療連携の成果

背景ときっかけであがっていた課題	取り組み	結果及び評価
1. 地域のもろ種連携 在宅: なかなか入院できない病院: 退院困難者がいる	合同勉強会 (2回/年) 毎回アンケート実施 公開勉強会 (1回/年) 毎回アンケート実施 在宅ケアスタッフ向け研修 (10名以上/年) 毎回アンケート実施 さわやか相談室	区内の課題や最新情報の共有120~140名参加医療機関一覧表が有難い 区民・多職種が150~210名参加・区内事情が分かった等の声あり 毎回40~70名の多職種が受講・自居内持てるようになった等の声あり、他のシリーズ開催 40~60件/月の相談 中核病院に出張所を設置
2. 在宅医療・救急医療連携 在宅: 独居の急変時対応の不安 救急車で搬送までの時間が長い	つるみ在宅ケアネットワーク 連携ノート作成 (主治医から患者様へ手渡し)	救急搬送の際に連携ノートの提示は6件/月程度あり 救急隊: 本人、介護者から情報が取れないとき助かった 患者様: 救急隊にイエローノートがあつて良かったねと言われた 等の声が聞いている
病院: 地域のベッド数不足の深刻化 救急搬送されてもその後の処置判断に困っている	私のリビングウィルをセット	3次救急病院搬送: リビングウィルがあつたので、救急外未をカーテッジで切りスタッフを一入つけて看取った

連携ノートの内容②

- 診療情報提供書(主治医が記入し、封筒に入れておく)
- 基本情報シート
 - 緊急連絡先
 - 緊急時対応医療機関
 - ① 連携先診療所
 - ② 連携先一般病院
 - ケアマネジャー
 - 訪問看護ステーション
- 患者情報
- 薬剤情報
- 週間スケジュール(居宅サービス計画書 第3表)

【在宅ケアスタッフ向け スキルアップシリーズ研修】報告一例

報告者: 鈴木志津江

★ 非がんターミナル患者スキルアップ研修★

【活動の背景】

つるみ在宅ケアネットワークにおいて、地域の在宅ケアスタッフ向けに緩和ケアのスキルアップ研修【初級編】【中級編】を実施。

3年が経過して、ようやく「自信をもってがんの利用者を見られるように思う」という声が増えた。今度は非がんの患者者を支援するためのスキルアップ研修を行えば、もつと在宅での療養者支援の質が向上し、在宅看取りも増えるのではないかと考え、シリーズ研修を企画した。

【結果】

事前質問票をとり、講師との打ち合わせを繰り返した上で3回の研修会。

参加者は48~60名/回であり、参加者の動機は「テーマに興味があつた」とするものが75%であつた。

「研修内容が難しかった」という結果が毎回あり、非がん患者の病態経過自体の理解の難しさを痛感。

【今後の課題と展望】

非がんのターミナルは、がんの緩和ケアと異なり、悪くなつても入院治療と、ある程度まで状態を展せる。このことはいづからをターミナルとしたらよいのか? イメージがしにくく「難しい」というアンケート意見があるのでは? 研修後に事例検討を有志で行えるように企画を考えたい。⇒具体的なイメージを繋げる

【取組の内容】

体制 - 横浜市の在宅医療連携拠点事業の一環という位置づけで、つるみ在宅ケアネットワークと協働して企画・運営

研修会

3回シリーズ 2コース(応募多数の為2回に)

1回目: 非がんターミナル患者「対象者の理解」

2回目: 症状と経過

3回目: 看取りと実際の実際 * 修了証 *

* 毎回、研修後に質問コーナーを設け、講師からその場で、直接解答 アンケートを実施 *

つるみ在宅ケアネットワーク連携ノートの成果と課題

【連携ノートの配布状況】
 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

【取り組みが広がったポイント】

- ・情報が本人の手元にある⇒安心と災害も視野にある
- ・鶴見区医師会への加入率が良く、もともと医師同士顔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に感じているかをきちんと聞いて受け止めている⇒本書で語り、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、一緒に前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⇒実施してみての検証とPDCAサイクルが回っている
- ・議事録を残し、担当者が変更しても振り返りができたり、共有できる
- ・医療と生活の両場面を知る在宅部門が窓口

【結果】

- ・利用者、関係機関からの感想が届いている(別紹介)
- ・連携ノートについてのヒアリングや取材が増える
- ・H28年1月 NHK Eテレ「団塊スタイル」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

【今後の課題】

- ・感想が届いているがノートの活用もしての効果評価をするにはどのようなのが良いかはいまだに課題可視化するにはどうしたものか??在宅取り率?満足度調査?したくても一人の対象者の経過を追えない現状
- ・検討改善された情報を共有するには繰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

ご清聴ありがとうございました。



鶴見区医師会在宅部門

つるみ在宅ケアネットワーク連携ノートの課題と今後・・・

2017年7月26日 朝日新聞朝刊

在宅医療×病院 どう連携

手術後、患者の安全のため

術後の治療 合同検討

課題に打ち勝つ 蘇生初歩

・2017年7月26日 朝日新聞朝刊

書面を見せられても、それだけでは十分に事情が把握できないので、すぐに蘇生処置をやめられない。救急医と在宅医が顔の見える関係になっておく必要がある

↓

- ・連携ノートの現場への周知
- ・多職種間のすみずみまでのネットワークづくり
- ・できるところからやる!

事例②：「高齢者入所施設からの救急搬送時におけるルール化について」

発表者：濱田 千鶴（鹿屋市役所 健康保険課 課長補佐）

厚生労働省委託事業
「平成29年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
平成29年10月22日（日）@ビジョンセンター浜松町

資料2-2

【事例発表②】
高齢者入所施設からの救急搬送時におけるルール化について

鹿屋市役所健康保険課
課長補佐 濱田 千鶴

はじめに ～取組概要詳細～

高齢者入所施設からの救急搬送時におけるルール化について

救急隊への情報提供カードの作成、検証、普及、普及促進（実践）

【重要事項】救急隊への情報提供カードの作成、検証、普及、普及促進（実践）

【1】任意の会を設置
「高齢者入所施設等における救急搬送時の連携のあり方」

【2】情報提供カード及び運用マニュアルの作成

【3】保健医療福祉関係者連絡会の発足→地域包括ケア推進協議会への発展

鹿屋市の概況

日本最大級の面積を誇る「かのやばら園」
4000種5万株のバラが咲き誇っています。

総面積 448.33km²
総人口 102,982人
65歳以上人口 29,085人
高齢化率 27.89%

医療機関数 58
介護施設 14
グループホーム 35 (551ユニット)
老人ホーム等50(1,173)
消防(肝付地区消防組合)1市

2

～取組概要スケジュール～

年	段階	主体	主な取り組み内容	参加
～H23	準備期 ～啓発～	事業所連絡協議会 脳卒中を考える会 市事業所集団指導	介護事業所への啓発 救急搬送の実情と課題 救急搬送時の注意	医師・歯科医師・薬剤師・医療・介護職 地域密着事業所
	H24～ 準備期 ～調整～	行政(任意の会)	各関係者ヒアリング ・現状・課題整理 ・連携体制について ・情報提供カードの検討 ・事業所への啓発方法	三師会・介護事業所・ケアマネ・包括・MSW等
準備期 ～検討～	・情報提供カードの運用 ・連携の方法		介護事業所 有料老人ホーム等	
H25 ～H28	維持期	保健福祉連絡協議会	・評価 ・今後のあり方	三師会・介護事業所・ケアマネ・包括・MSW等
H29～	評価期	地域包括ケア推進協議会		

5

鹿屋の概況 おまけ 「鹿屋の誇り ～最近の話題～」

「第11回全国和牛能力共進会」で、鹿児島県が団体賞を獲得
鹿児島和牛日本一！
薬師さんは 農林水産大臣賞！

目指せ紅白!! 全国地元化計画!!
全国初のふるさと納税 コンサートチケット
H29.10.14 かのやばら園のある
霧島ヶ丘でワンマンLIVE

C&KのKEENさん
鹿屋市串良町出身です
お世話になった池田さんの長男です

C&KのCLIEVYさん
栃木県小山市出身 ハイトーンボイスで観客を魅了します
新曲「Y」は、感動します

3

1. 在宅医療・救急医療連携に取組んだ背景ときっかけ

医療からの困りごと

- 施設職員の患者情報の収集・観察が浅い
- 救急要請の経緯や疾病・薬剤情報等が不十分なまま搬送され、搬送先の医療機関の対応に支障
- ↓
- 介護施設や介護職員への信頼低下

平成18年以降
グループホーム
や有料老人ホームの急増による
環境の変化
・経験豊富な介護職員の分散化

救急隊の困りごと

- 救急搬送件数の増加
- 搬送先の医療機関の対応に支障(施設職医との緊急時連携が不十分)
- 救急隊の搬送ルートが確保されていない(担架が運べない)
- ↓
- 救急救命を果たせない介護施設との連携希望

何とかしてくれ!

グループホームの研修会
事業所集団指導

何とかできないか?

6

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!!」

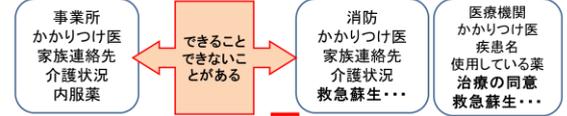
「高齢者入所施設等における救急搬送時の連携のあり方」任意の会を設置
・医師会会長、歯科医師会、薬剤師会 **公立病院**
・介護支援専門員(協議会事務局)、特別養護老人ホーム、協議会、介護事業
所連絡協議会、住宅型有料老人ホーム、訪問看護、訪問介護、病院MSW
・行政、包括、消防 (文書は出しますが、出会手当なし)、**保健所**

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? ⇒ 「救命救命」
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? 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?
・病院なら当たり前のこと。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

7

情報提供カード

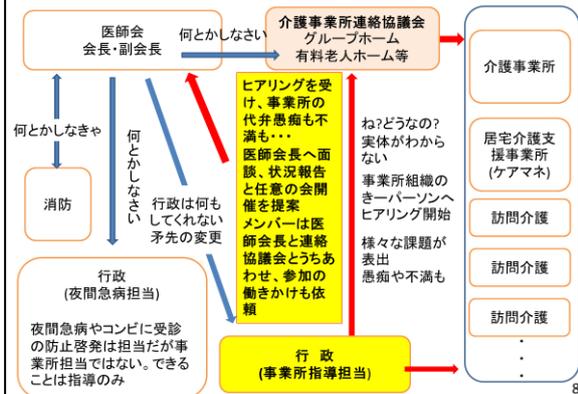
各事業所で使用している医師への情報提供書をもとに他市の情報をもとに意見交換
救急隊が求めるもの 医療機関が求めるもの
事業所が考えているもの



他市や事業所の情報提供書を参考に原案を作成
原案を事前配布し、意見徴収し修正する。消防が求める内容を補完するための必要物品は介護事業所にはないものや看護職の配置にない事業所への配慮をどうするか
最低限行える内容とした。

11

任意の会はどのようにして・・・ 行政



8

情報提供カード

事前記入事項 常用内服薬・ADL・家族の同意・かかりつけ医病歴・既往歴・感染症の有無

【119番通報時の記載事項】本日救急搬送を要請するに至った理由などを記載してください。

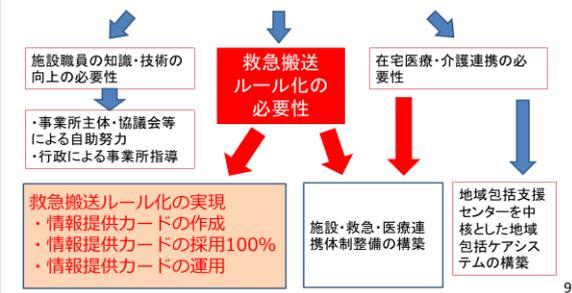
発症(受傷)を自覚しましたか?	はい() 日 時 分()	いいえ()
普段の状態を最後に確認したのはいつですか?	日 時 分()	
日常生活	会話 全介助・一部介助・見守り・自立	歩行 全介助・一部介助・見守り・自立
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など	<input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> 嘔吐・嘔血 <input type="checkbox"/> 昏倒 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 意識 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> びくびく呼吸 <input type="checkbox"/> 上半身しやべれない <input type="checkbox"/> その他()	
最後の食事:	時 分()	
病院手配 1回目	病院名	決定理由 ()
病院手配 2回目	病院名	決定理由 ()
観察状況及び応急処置が分かる範囲で記入		
意識レベル	呼吸回数 回/分	脈拍 回/分
血圧 mmHg	体温 度	瞳孔 左() 右()
Spo2 %	酸素投与	SPO2 %
救命処置	心肺蘇生・胸骨圧迫のみ	人工呼吸のみ
AEDの使用	開始時刻 時 分	開始時刻 時 分
その他の処置	固定 時 分	止血 時 分
	冷却 時 分	静脈路 時 分

12

3. 協議体での課題抽出と目標設定

救急搬送に係る状況や課題はヒアリングで情報を収集

- ・地域概況、救急搬送の実態
- ・各関係者ヒアリング
- ・事業所連絡協議会や、地域密着型サービス事業との意見交換



9

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。(施設から在宅の救急医療キックアップ展開) 活用状況は8割
- 在宅医療・介護連携協議会の継続

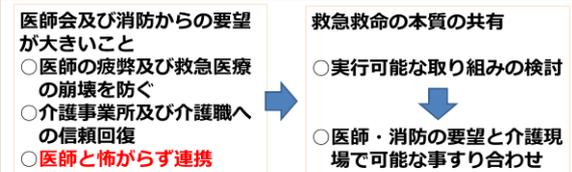
○その時点の思い つながら 検討する・はじめる
～がむしやらに動き、みんなをつなげる～

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

体験的な評価を感じているが、数量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、本人の望み対応への検討協議

13

4. 在宅医療・救急医療連携の対応策の展開



- ①情報提供カード及び運営マニュアル(案)の作成案をもとに、関係者から情報収集→要望が異なる
- ②医師や救急が求める事と現場で対応可能な事のギャップからどこまでをカードの内容とするか?
- ③事業所が主体的に活用できるか? 役割分担

- ①行政担当
- ②消防が間に立ち現状をふまえ整理
- ③事業所間調整

10

事例③：「地域連携をはじめる前に～地域の繋がりを考える～」

発表者：栗原 智之（埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会
システムワーキングリーダー）

厚生労働省委託事業
「平成29年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
平成29年10月22日（日）@ビジョンセンター浜松町

資料2-3

【事例発表③】

地域連携をはじめる前に
～地域の繋がりを考える～

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会
システムワーキングリーダー
栗原智之

003

現状

埼玉県

現状の医療連携に関するグラフと埼玉県地図

001

地域連携をはじめる前に
～ 地域の繋がりを考える ～

「とねっと」とは？

Point 1

Point 2

Point 3

Point 4

004

利根保健医療圏
7市2町

地域医療ネットワークシステム「とねっと」

地域医療再生基金によって構築された情報連携ツール
対象範囲は、利根保健医療圏（二次保健医療圏）
対象住民（患者）は、利根保健医療圏在住者（当初）
参加医療機関施設および登録患者自身による情報参照可能

医療圏の3分の1の施設
(平成29年9月末現在)

登録者数：29,817人

中核病院：11
病院・診療所：93
臨床検査施設：5

健康管理 施設間連携 救急利用 健康増進

002

「とねっと」とは？

埼玉県

005

地域医療ネットワークシステム「とねっと」

地域医療再生基金によって構築された情報連携ツール
対象範囲は、利根保健医療圏（二次保健医療圏）
対象住民（患者）は、利根保健医療圏在住者（当初）
参加医療機関施設および登録患者自身による情報参照可能

中核病院：11
病院・診療所：93
臨床検査施設：5

医療圏の3分の1の施設
(平成29年9月末現在)

かかりつけ医カード

医療圏の3分の1の施設
(平成29年9月末現在)

登録者数：29,817人

平成24年4月1日 試行運用
平成24年7月1日 本格運用

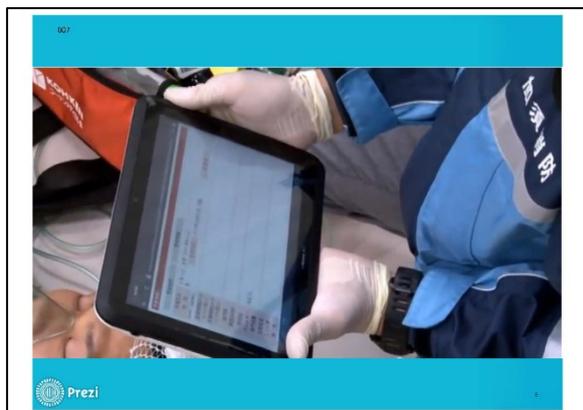
健康管理 施設間連携 救急利用 健康増進

010 埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会
「とねっと」プロジェクトを支えている組織

協議会・・・各市長や医師会長、県
主に運営や方針を決定

作業部会・・・中核病院や各医師会代表者、行政担当者
主に現場からの意見を踏まえた運用を取りまとめ、システム運用を検討する

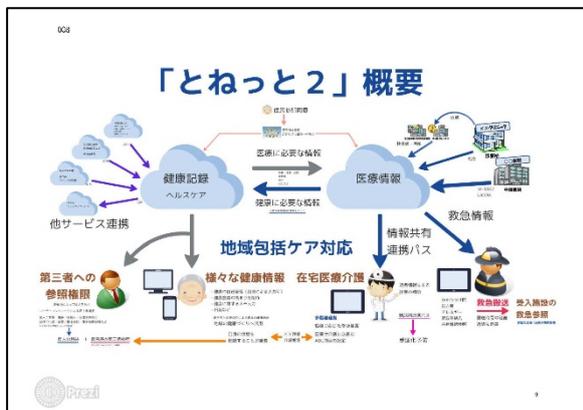
システムWG・・・医療機関から選出されたシステム担当者
上位組織の検討を踏まえ、実務的なシステム運用や企画・立案するとともに、システム構築案を提出する



011 システムWG

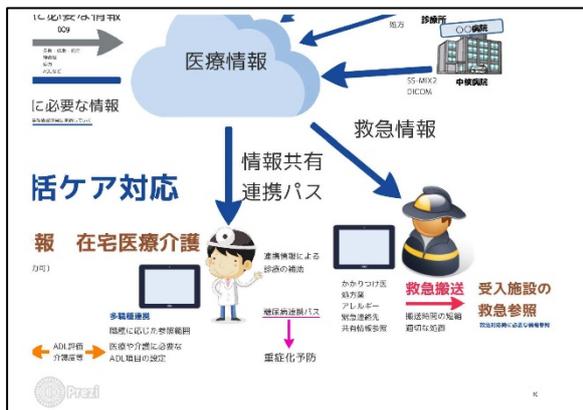
システムWGリーダーの役割

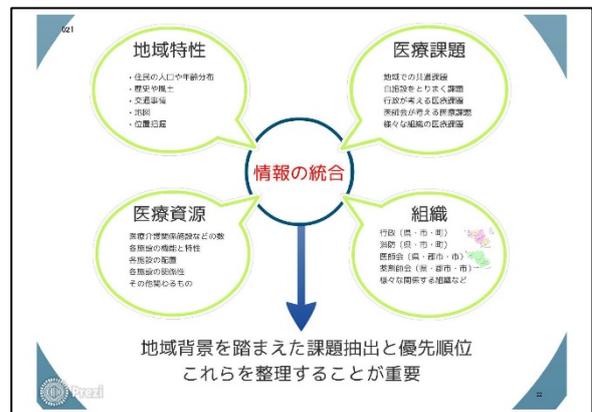
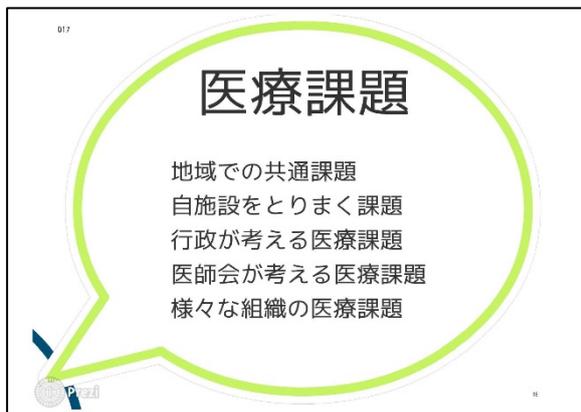
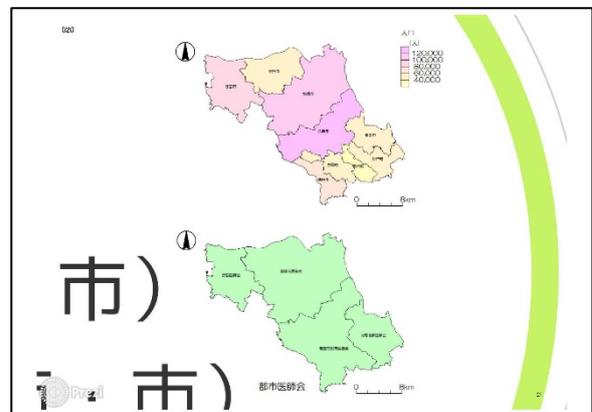
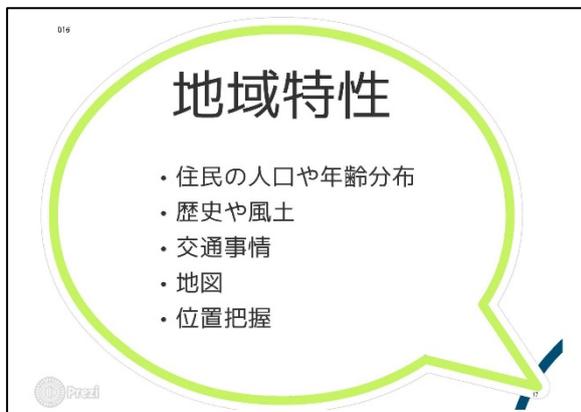
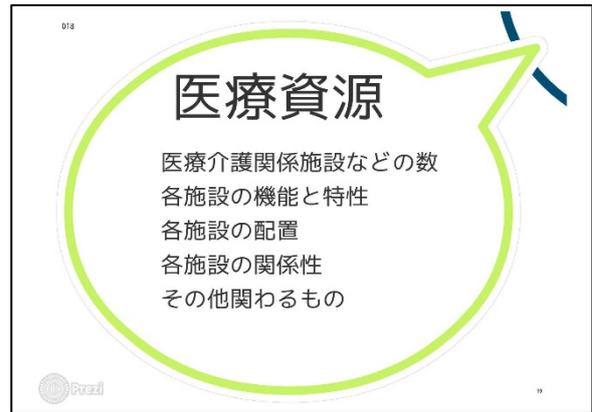
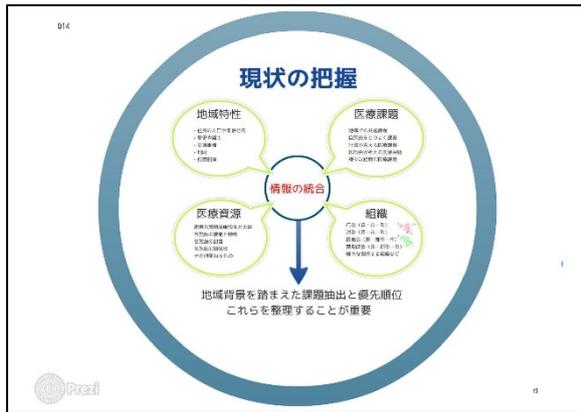
- 作業部会、協議会に出席し、提案や説明を行う
- 医師会や行政への説明会およびヒアリング
- 企画・立案をまとめ、運用や仕様の作成
- 業者とのやり取り
- など



012 では、どのように考えて地域連携を構築してきたのか？

そのエッセンスをまとめてみました。





Point 2

Point 3

ヒューマンネットワーク

行政区

各分野からの参加

地域の連携を考える場
協議会などを発足
新たな顔の見えるネットワーク

行政区

地域の医師会

市町長

医療担当

救急・消防

顔の見えるネットワーク

医師会事業や行政事業において、互に協働し地域への医療を提供している

ヒューマンネットワーク

行政区

各分野からの参加

地域の連携を考える場
協議会などを発足
新たな顔の見えるネットワーク

ヒューマンネットワーク

行政区

各分野からの参加

地域の医師会

市町長

医療担当

救急・消防

顔の見えるネットワーク

医師会事業や行政事業において、互に協働し地域への医療を提供している

地域の医療機関

施設間のネットワークと
施設内のスタッフ協力

地域の様々な医療機関の
繋がりや関係性を基にした

地域の連携を考える場
協議会などを発足
新たな顔の見えるネットワーク

顔の見えるネットワーク

医師会事業や行政事業において、互に協働し地域への医療を提供している

地域の医師会

医師会事業

地域の医療課題や対策を互いに共有し、
考えることの出来る関係性

顔の見えるネットワーク
(お互いに顔見知り)

Point 3

キーパーソン

プロジェクトを進行させる
「調整役」

プロジェクトの方向性
課題の理解を深めながら進行できる人
思い遣いと覚悟が必要

Point 4

030

キーパーソン

プロジェクトを進行させる「旗振り役」

誰にするのか？

- 声の大きい人？
- システムに詳しい人？
- 役割ある偉い人？
- 組織からの代表者？

誰でもOK

- 色々な関係性から選ばれると思います
- システムに詳しい必要はない
- 課題の抽出と論点整理
- 色々な方との話し合い
- 説明と折衝
- 会議での発言

「プロジェクトの方向性」を判断し、周囲の理解を得ながら進行できる人

強い意思と覚悟が必要

組織からの代表者？

・会議での発言

「プロジェクトの方向性」を判断し、周囲の理解を得ながら進行できる人

強い意思と覚悟が必要

031

キーパーソン

プロジェクトを進行させる「旗振り役」

誰にするのか？

- 声の大きい人？

誰でもOK

- 色々な関係性から選出されると思います
- システムに詳しい必要はない

032

Point 4

連携の範囲と効果

032

誰にするのか？

- 声の大きい人？
- システムに詳しい人？
- 役割ある偉い人？
- 組織からの代表者？

医師会や行政

033

連携の範囲と効果

協議・検討

032

誰でもOK

色々な関係性から選出されると思います

- システムに詳しい必要はない
- 課題の抽出と論点整理
- 色々な方との話し合い
- 説明と折衝
- 会議での発言

037

意見集約

意見や考え方

検討と整理

意見や考え方

ヒアリング

お互いの「現状把握」から、連携に対する意見や考え方を知る

ヒアリング対象と手法

- 各医師会・定期集会
- 各行政・・・行政ごと、行政会議
- 各施設・・・ヒアリングシート

様々な手法で集めることが重要

連携の範囲と効果

042

協議・検討

連携の範囲の検討
どのような連携が可能なのか?

連携の効果

整理と共有

異なる組織や立場からの回答を整理

共通なもの

- 施設間連携をスムーズにしたい
- 患者情報を共有したい
- 紹介逆紹介数を増やしたい
- など

個別なもの

- 患者数を増やしたい
- 施設の電子化を行いたい
- など

課題や要望を
取りまとめ共有する

連携範囲の検討

各施設単位での連携検討結果などを照らし合わせる

どのような連携が可能なのか?

例

- 画像連携・・・施設間の画像連携
- 紹介状連携・・・異なる書式を統一化
- カイゼン

共通連携内容が範囲

落としどころ?

異なる組織や立場からの回答を整理

共通なもの

- 施設間連携をスムーズにしたい
- 患者情報を共有したい
- 紹介逆紹介数を増やしたい
- など

個別なもの

- 患者数を増やしたい
- 施設の電子化を行いたい
- など

課題や要望を
取りまとめ共有する

連携の効果

連携内容の効果を検討する

メリットとデメリットを比較

メリット

運用や費用

デメリット

会議

連携が決まった内容に対する課題

例) 画像連携
患者情報管理ソフト

現状と要望

「現状把握」で洗い出した内容と、アンケートの要望を比較

現状の設備や運用で可能なもの

新たなコストや運用が発生するもの

カイゼン

新規計画

院内運用の見直し
連携運用の検討

連携内容の効果を検討する

メリットとデメリットを比較

メリット

運用や費用

デメリット

会議

046

メリット

例) 画像連携

- ・検査の重複を防げる
- ・いつでも参照可能
- ・フィルムレス
- ・患者サービス向上

©Pradi

049

協議・検討



協議会	: 27回
作業部会	: 45回
SWG	: 79回
行政会議	: 84回
医師会説明	: 34回

時間の許す限り、納得できるまでが理想です

©Pradi

047

デメリット

例) 画像連携

ネットワーク費用
接続形式と費用

©Pradi

050

最後に

地域連携には

- ✓ 日常の繋がりから
- ✓ **ヒューマンネットワーク**
- ✓ 一緒に考える
- ✓ **組織の形成**
- ✓ プロジェクトを推進する
- ✓ **キーパーソンの存在**

**地域のコミュニケーションが
必要不可欠**

©Pradi

048

メリットとデメリットを比較

メリット	運用や費用	デメリット
------	-------	-------

会議

↓

連携が決まった内容に対する課題

例) 画像連携
患者番号管理は？

©Pradi

事例④：「救急・在宅医療連携による地域介入が終末期医療に及ぼす影響の実証とメカニズムの解明～松戸市ふくろうプロジェクトのご紹介～」

発表者：山岸 暁美(慶應義塾大学 医学部 衛生学公衆衛生学教室 講師、
医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所 在宅看護専門看護師)

厚生労働省委託事業
「平成29年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
平成29年10月22日(日) @ビジョンセンター浜松町

資料2-4

【事例発表】

救急・在宅医療連携による地域介入が
終末期医療に及ぼす影響の実証とメカニズムの解明

松戸市ふくろうプロジェクトのご紹介

慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室
医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
山岸暁美

松戸市の在宅医療

◎在宅看取り (H27年) 582人
うち、自宅：317人
施設：264人
※在宅看取り総数は、2012年の422人から、3年間で約4割増加

◎訪問診療患者 (H27年) 3,767人
※2012年の2,733人から、3年間で約4割増加

★：機能強化型在宅療養支援診療所 (17)
●：従来型在宅療養支援診療所 (18)
★：機能強化型在宅療養支援病院 (1)
●：従来型在宅療養支援病院 (2)
●：その他の訪問診療可能な医療機関 (20)

(出典) 松戸市医師会在宅ケア委員会「在宅ケアのアンケート調査(2016年1月、2013年1月)」「訪問診療可能な病院・委託一覧(平成26年2月改訂)」、「関東圏学生生活「圏出受療医療機関名簿」(平成27年6月10日作成)

千葉県松戸市について

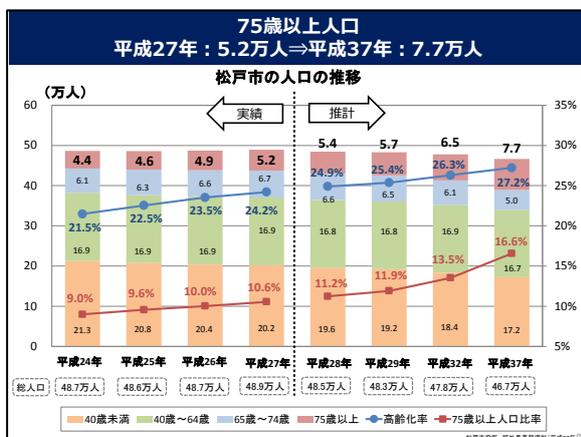
【位置】
都心から20km圏に位置。千葉県の東葛地域(北西部)の一翼に位置。

【人口(平成28年12月31日)】
総人口：492,199人
65歳以上：122,092人(25.0%)
75歳以上：56,084人(11.4%)

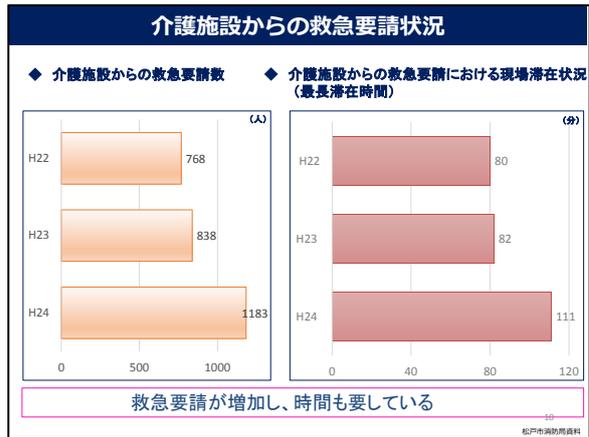
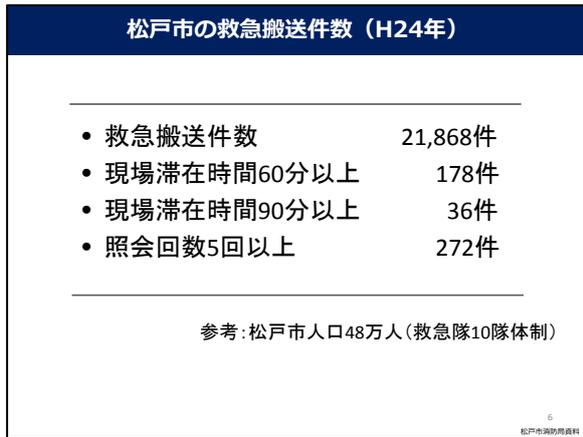
【名物】
梨(二十世紀梨の発祥地)ねぎ(全国3位、矢切ねぎ)市役所すぐやる課(全国初)

医療・介護に関する松戸市の特徴

- ▶ 75歳以上人口が急激に増加(東京圏の特徴)
➡ 医療・介護体制の整備が急務
- ▶ 地域包括ケアの基盤を支える在宅医療が盛ん
➡ 在宅をベースにしたケア体制の構築を目指す
- ▶ 医療・介護関係の専門職団体の活動が盛ん
➡ 関係団体との対話・協調に基づく取組みが効果的
- ▶ 人口50万人規模の大都市
➡ 多様な地域、多様な関係者への対応が必要



松戸市において
救急問題の議論がはじまった背景



- ### 松戸市における救急問題の議論
- 25年04月: 松戸市消防局ヒアリング
 - 25年10月: 多職種が一堂に会する会議(在宅医療連携拠点事業) (150名規模で開催)
 - 26年03月: 全国各地域の先進事例を収集
 - 26年06月: 救急医療と在宅医療を考える会(20名規模) (救急医療に従事する医師・看護師よりヒアリング)
 - 26年07月: 救急シンポジウム (近隣4市からも含め260名が参加)
 - 理事会: 松戸市医師会として今後の活動を推進

年齢区分	H20	H21	H22	H23	H24
新生児	70 0.40%	73 0.42%	98 0.51%	57 0.29%	48 0.24%
乳幼児	1121 6.39%	1131 6.48%	1162 6.01%	1115 5.63%	1002 5.07%
少年	703 4.01%	707 4.05%	705 3.65%	749 3.78%	709 3.59%
成人	7621 43.46%	7375 42.23%	8083 41.84%	8027 40.55%	7910 40.05%
高齢者	8022 45.74%	8178 46.83%	9273 47.89%	9846 49.74%	10078 51.04%
合計	17537	17464	19321	19794	19748

救急シンポジウム 「高齢者の救急医療と在宅医療を考える」

～みんなで守ろう！松戸市の救急医療～

日時 平成26年6月24日(火) 18:30～20:40 (18:00 受付開始)

場所 松戸市民劇場 (松戸駅徒歩3分)

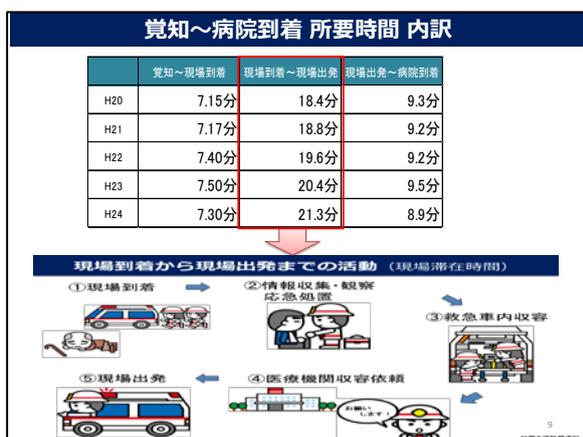
定員 300名 (参加費無料)

第一部: 病院からの論点提示
 発表者: 乾久美子氏 (新東京病院 救急外来看護部長), 塚本めぐみ氏 (千葉西総合病院 救急外来看護部長), 勝沢豊氏 (新松戸中央総合病院 医療福祉相談室 課長), 桜井裕之氏 (東葉クリニック病院 地域医療連携室 室長), 小川清久氏 (東葉クリニック病院 栄養部 管理栄養士), 山田朱里氏 (松戸市立病院 医療福祉相談室 ソーシャルワーカー)

基調講演 吉岡伴樹氏 (東松戸病院 副院長)

第二部: 多職種による討論
 シンポジスト: 押尾豊典氏 (松戸市消防局 救急隊主幹), 梶原栄治氏 (特別養護老人ホームむすびの丘 理事長), 村上美恵子氏 (松戸市介護支援専門員協議会 代表), 吉岡伴樹氏 (東松戸病院 副院長), 和原一弘氏 (松戸市医師会 会長)

座長 川越正平氏 (あおぞら診療所 院長 (五十音順))



- ### 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
病歴や背景、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現場の判断
 - 3) 意思決定 (リビングウィルの必要性)
どこまでの医療を希望するかについてのリビングウィルの必要性
 - 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できる対応
 - 5) 入院後の後方支援の役割明確化
在宅医療や後方支援機能を担う病院が果たすべき役割
 - 6) その他の課題
精神疾患患者や死亡確認のための搬送などの重要各論

事前課題：「現在の取り組み状況と課題等について」ワークシート

<自治体以外用>

在宅医療・救急医療連携セミナー 事前課題（第1部）		
【現在の取り組み状況と課題等について】		
※地域（現在、在宅医療・救急医療連携の取組を進めようとしている地域）の情報を 今回のセミナーに参加される方で“ 自治体以外に所属する参加者の方 ”が団体を代表して1つお書きください（1団体1つ）		
質問1. 貴所属の都道府県、ご所属、職種、お名前を記入してください ●都道府県 ●ご所属 ●職種 ●お名前	質問1. 回答欄 <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td style="background-color: #d9e1f2;"></td></tr> </table>	
質問2. 以下の数値についてお答えください（最新のデータをご記載ください） ※回答者が医師会関係者の場合は記載してください ●開業医の貴医師会加入率（%）	質問2. 回答欄 <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td style="background-color: #d9e1f2;"></td></tr> </table>	
※本セミナーで検討を行う地域の郡市区医師会それぞれについて、分かる範囲でご記入ください		
質問3. 現在、在宅医療・救急医療で問題と感じていることは何ですか（地域の特性も踏まつつ記載してください）	質問3. 回答欄 <table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td style="background-color: #d9e1f2;"></td></tr> </table>	
※例：高齢者搬送件数の増加とともに在宅から救急搬送されてきた患者の医学的情報が救急病院に連携されないケースが増えており救急病院が対応に苦慮している、高齢者施設からの搬送が増えているが職員からの患者情報の連携が不十分 等		
質問4. 在宅医療・救急医療において自治体への要望があれば、お書きください	質問4. 回答欄 <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td style="background-color: #d9e1f2;"></td></tr> </table>	
※これ以降の質問は、貴団体が行う在宅医療・救急医療連携関連の取組で自治体が一切関わっていない取組があれば、それについて記載してください ※行っている取組のすべてに自治体がかかっているのであれば、記載不要です		
質問5. 質問3.で回答いただいた問題等を多職種で話し合う協議の場は設置していますか	質問5. 回答欄 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="background-color: #d9e1f2;"></td></tr> </table>	
1.2.3.→質問5-1.へ、4.→質問8.へ		
質問5-1. 協議体の参加者の所属、職種を教えてください（設置していない場合はどのような方を想定しているかを教えてください） 回答後は質問5.で「1.設置されている」に回答した方は質問5-2.へ、 「2.今年度設置予定」「3.時期は未定であるが設置する予定である」に回答した方は質問8.へ		
質問5-1. 回答欄 ※協議体傘下にワーキング等がある場合は、そのワーキングの参加者についてもご記載ください ※複数の協議体がある場合は、行を挿入し、すべてご記載ください ①協議体名： 協議体参加者（所属機関）： 協議体参加者（職種）：		
質問5.で「1.設置されている」に回答した場合のみお答えください。それ以外は質問8.へ 質問5-2. 協議体について、設置目的、開催頻度、開催回数、主な議題を教えてください		
質問5-2. 回答欄 ※複数の協議体がある場合には、①をコピーして行を増やして回答して下さい ①設置目的： ①開催頻度： ①開催回数： ①会議の主な議題：		

質問6. 協議体で課題・施策を抽出しましたか
 なお、課題・施策の抽出をまだ行ってない場合には、質問3の問題から現段階で想定される課題・施策をお書きください

質問6. 回答欄
<想定される課題> ※例：情報共有の促進、救急搬送の判断基準、リビングウィルの情報共有、予防的な手立ての確立、入院後の後方支援の役割明確化 看取りの場合のルール作り、住民への普及・啓発 等

質問7. 質問6の、抽出した課題・施策に対し、ルールやツールを検討・作成していますか。どのようなルール・ツールを検討・作成したか具体的にお書きください
 課題・対策の抽出を行っていない場合には、問8へ

質問7. 回答欄

質問8. 在宅医療・救急医療連携事業を推進するにあたり、貴団体に予算化していますか

質問8. 回答欄

<自治体用>

在宅医療・救急医療連携セミナー 事前課題（第1部）																																																																																																								
【現在の取り組み状況と課題等について】																																																																																																								
※地域（現在、在宅医療・救急医療連携の取組を進めようとしている地域）の情報を 今回のセミナーに参加される方で「自治体に所属する参加者の方」がお書きください																																																																																																								
質問1. 貴所属の都道府県、ご所属、お名前を記入してください <ul style="list-style-type: none"> ●都道府県 ●ご所属 ●職種 ●お名前 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">質問1. 回答欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table>		質問1. 回答欄																																																																																																					
質問1. 回答欄																																																																																																								
質問2. 地域の現状についてお答えください（できるだけ最新のデータをご記載ください） ※地域とは、本セミナーで検討を行う地域を言います。（例：A市のみの参加であればA市のみのデータ。A市とB郡の参加であればA市とB郡を合わせた全体のデータ） ※地域のデータが出せない場合は、本取組の主となる市町村のデータを記載し、データの後ろにカッコで該当の市町村名を記載してください “56.9%（A市）”	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">質問2. 回答欄</th> </tr> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;"><データ記入欄></th> <th style="width: 25%; text-align: center;"><時点></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>【人口情報】</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●総人口（人）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●高齢者人口（人）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●高齢化率（%）</td> <td style="text-align: center;">#DIV/0!</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>●75歳以上の高齢者人口（人）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●高齢者に占める75歳以上の割合（%）</td> <td style="text-align: center;">#DIV/0!</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>【救急医療情報】-救急医療体制</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>●二次救急医療機関数</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●うち、輪番制二次救急医療機関数</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>【在宅医療情報】-在宅医療体制</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>●在宅療養支援病院数</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●在宅療養支援診療所数</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●一般診療所総数</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●訪問診療を実施する一般診療所数</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> -うち在支診数</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●看取りを実施する一般診療所数</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> -うち在支診数</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●訪問看護ステーション数</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●訪問看護ステーションの看護職員数（常勤換算）（人）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> -うち24時間対応のステーションの看護職員数（常勤換算）（人）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●介護療養型医療施設病床数</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●自宅死の割合（%）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●老人ホーム死の割合（%）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>【搬送情報】</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●救急搬送件数における高齢者の搬送件数（件）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：死亡（%）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：中等症（%）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：軽症（%）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：その他（%）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●事故発生場所における住宅の割合（%）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●事故発生場所における高齢者施設の割合（%）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>●病院収容所要時間（分）</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		質問2. 回答欄				<データ記入欄>	<時点>	【人口情報】			●総人口（人）			●高齢者人口（人）			●高齢化率（%）	#DIV/0!	-	●75歳以上の高齢者人口（人）			●高齢者に占める75歳以上の割合（%）	#DIV/0!	-	【救急医療情報】-救急医療体制	-	-	●二次救急医療機関数			●うち、輪番制二次救急医療機関数			【在宅医療情報】-在宅医療体制	-	-	●在宅療養支援病院数			●在宅療養支援診療所数			●一般診療所総数			●訪問診療を実施する一般診療所数			-うち在支診数			●看取りを実施する一般診療所数			-うち在支診数			●訪問看護ステーション数			●訪問看護ステーションの看護職員数（常勤換算）（人）			-うち24時間対応のステーションの看護職員数（常勤換算）（人）			●介護療養型医療施設病床数			●自宅死の割合（%）			●老人ホーム死の割合（%）			【搬送情報】			●救急搬送件数における高齢者の搬送件数（件）			●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：死亡（%）			●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：中等症（%）			●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：軽症（%）			●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：その他（%）			●事故発生場所における住宅の割合（%）			●事故発生場所における高齢者施設の割合（%）			●病院収容所要時間（分）		
質問2. 回答欄																																																																																																								
	<データ記入欄>	<時点>																																																																																																						
【人口情報】																																																																																																								
●総人口（人）																																																																																																								
●高齢者人口（人）																																																																																																								
●高齢化率（%）	#DIV/0!	-																																																																																																						
●75歳以上の高齢者人口（人）																																																																																																								
●高齢者に占める75歳以上の割合（%）	#DIV/0!	-																																																																																																						
【救急医療情報】-救急医療体制	-	-																																																																																																						
●二次救急医療機関数																																																																																																								
●うち、輪番制二次救急医療機関数																																																																																																								
【在宅医療情報】-在宅医療体制	-	-																																																																																																						
●在宅療養支援病院数																																																																																																								
●在宅療養支援診療所数																																																																																																								
●一般診療所総数																																																																																																								
●訪問診療を実施する一般診療所数																																																																																																								
-うち在支診数																																																																																																								
●看取りを実施する一般診療所数																																																																																																								
-うち在支診数																																																																																																								
●訪問看護ステーション数																																																																																																								
●訪問看護ステーションの看護職員数（常勤換算）（人）																																																																																																								
-うち24時間対応のステーションの看護職員数（常勤換算）（人）																																																																																																								
●介護療養型医療施設病床数																																																																																																								
●自宅死の割合（%）																																																																																																								
●老人ホーム死の割合（%）																																																																																																								
【搬送情報】																																																																																																								
●救急搬送件数における高齢者の搬送件数（件）																																																																																																								
●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：死亡（%）																																																																																																								
●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：中等症（%）																																																																																																								
●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：軽症（%）																																																																																																								
●高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の割合：その他（%）																																																																																																								
●事故発生場所における住宅の割合（%）																																																																																																								
●事故発生場所における高齢者施設の割合（%）																																																																																																								
●病院収容所要時間（分）																																																																																																								

<p>地域の“在宅医療”に関する現状を記載してください</p> <p>※例：多職種間の連携が定着していない、具体的な協議の場がなかなかない等、作業区の一部に24時間対応できる医師が少なくなど</p>
--

<p>地域の“救急医療”に関する現状を記載してください</p> <p>※例：軽症での救急利用が増加している、救急医療機関への搬送時間が長時間化している、救急を受け入れる病院に偏りがある 等</p>

<p>地域の“在宅医療と救急医療双方にかかる事例”に関する現状を記載してください</p> <p>※例：高齢者搬送件数の増加とともに在宅から救急搬送されてきた患者の医学的情報が救急病院に連携されないケースが増えており救急病院が対応に苦慮している、高齢者施設からの搬送が増えているが職員からの患者情報の連携が不十分 等</p>
--

質問3. 在宅医療・救急医療において都道府県への要望があれば、お書きください

<p>質問3. 回答欄</p>

※これ以降の質問は、貴自治体が行う在宅医療・救急医療連携関連の取組で自治体が関わっている取組について記載してください
 ※自治体以外の参加者へは、自治体が関わっている取組については記載しないようお願いしているため、多少にかかわらず漏れなく記載してください

質問4. 質問2.で回答いただいた現状における問題等を多職種で話し合うことのできる協議の場はありますか

<p>質問4. 回答欄</p> <p>1.2.3.→質問4-1.へ、4.→質問7.へ</p>
--

質問4-1.協議体の参加者の所属、職種を教えてください（設置していない場合はどのような方を想定しているかを教えてください）

回答後は質問4.で「1.設置されている」に回答した方は質問4-2.へ、

「2.今年度設置予定」「3.時期は未定であるが設置する予定である」に回答した方は質問7.へ

<p>質問4-1. 回答欄</p> <p>※協議体傘下にワーキング等がある場合は、そのワーキングの参加者についてもご記載ください ※3つ以上の協議体がある場合は、行を挿入し、すべてご記載ください</p> <p>①協議体名：</p> <p>①協議体参加者（所属機関）：</p> <p>①協議体参加者（職種）：</p> <p>②協議体名：</p> <p>②協議体参加者（所属機関）：</p> <p>②協議体参加者（職種）：</p>
--

質問4.で「1.設置されている」に回答した場合のみお答えください。それ以外は質問7.へ

質問4-2.協議体について、設置目的、開催頻度、開催回数、主な議題を教えてください

<p>質問4-2. 回答欄</p> <p>※3つ以上の協議体がある場合は、②をコピーして行を増やして回答して下さい</p> <p>①設置目的：</p> <p>①開催頻度：</p> <p>①開催回数：</p> <p>①会議の主な議題：</p> <p>②設置目的：</p> <p>②開催頻度：</p> <p>②開催回数：</p> <p>②会議の主な議題：</p>

2. 第2部

講義：「アドバンス・ケア・プランニングとはなにか？」

発表者：大関 令奈 様(東京大学大学院 医療倫理学分野)

厚生労働省委託事業
「平成29年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
平成30年2月4日(日) @ビジョンセンター浜松町

資料 1

【講義】
**アドバンス・ケア・プランニング
とはなにか？**

東京大学大学院 医療倫理学分野
大関 令奈

**事前に患者が意思を表明しておく
方法について**

4

●事例 81歳 男性 胃癌多発転移・認知症

- ・予後1か月程度との判断で入院中、本人がどうしても帰宅したいと一時退院。
- ・入院中は、家族との話し合いの上、急変時心肺蘇生はしないこと（DNARの方針）になっていた（以前本人の意向表明あったとのこと）
- ・一時退院中に容態が急変し、慌てた家族が救急車を呼び、救急隊員から病院に連絡
- ・「蘇生はせずに運んでほしい」と救急隊員に話すも「それは無理です」と言われ、心肺蘇生を続けたまま来院
- ・救急外来にて死亡確認。
- ・家族は「連れて帰らなきゃよかった…救急車呼ばなきゃよかった…」

2

**DNAR、DNR
(心肺蘇生に関する意向)**

- ・ DNAR、DNR (Do Not Attempt Resuscitate)
- ・ 急変時または末期状態で心停止・呼吸停止の場合に、蘇生処置をしないという取り決めのこと

- ・ 心臓マッサージ
- ・ 気管内挿管
- ・ 人工呼吸器
- ・ 薬物投与

5

おじいちゃん！
家族はパニック…

延命治療は
してほしくない…

DNAR…

絶対死なせない！

患者さんの思いを
尊重したいけど…

リビング・ウィル

- ・ 医療行為に関して医療者側に指示をしたもの
- ・ DNARよりも広い指示

- ・ 心肺蘇生術(DNAR)
- ・ 生命維持のための治療や処置に対する意向の表明
- ・ 希望する療養環境
- ・ 希望する周囲からのサポート
- ・ 死後の家族への要望

6

Advance Directive 事前指示/アドバンス・ディレクティブ

患者（または健常者）が、自分自身の臨死期の対応と死後の対応について事前に他者に伝えておくこと

①臨死期の医療行為に関する医療者側への指示 (リビング・ウィル)

- 心肺蘇生術(DNAR)
- 生命維持のための治療や処置に対する意向の表明
- 希望する療養環境
- 希望する周囲からのサポート
- 死後の家族への要望

②代理決定人の指名

Respecting Choices, ACP Facilitator course 2007

7

第1回 人生の最終段階における医療の
選択・意思決定の方に関する研究会
平成 29 年 8 月 3 日 資料 3

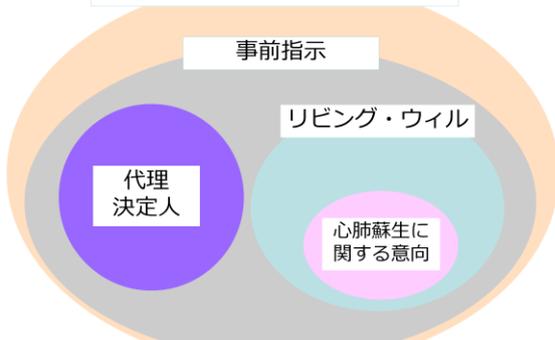
アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning(ACP) : 定義

- 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。

<http://www.nccp.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>
(神戸大学木澤先生の資料を一部改変)

11

アドバンス・ケア・プランニング



(森田ら編、エビデンスで解決！緩和医療ケースファイル 2011)

8

ACPの概要

- 一般的なルール
- 病状の認識を確かめる
- 話し合いを導入する
- 代理決定者を選定する
- 療養や生活での不安・疑問を尋ねる
- 療養や生活で大切にしたいことを尋ねる
- 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する
- 代理決定者の裁量の余地について尋ねる

Modified from Respecting Choices, Sudora R, Ann Int Med 2010.

12

1989-1994 米国

The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment :The SUPPORT study (JAMA 1995)

- ✓ 9000名以上の患者/多施設研究
- ✓ 終末期医療の観察研究+介入研究

- 1) 患者・家族と医療従事者の終末期に関するコミュニケーション不足
- 2) 積極的延命治療の過剰使用
- 3) 苦痛症状のコントロール不足
- 4) 事前指示書を書いてもらうという介入を行ってもICUの利用、疼痛、ADの順守、患者・家族満足度などに差異は見られなかった

9

第1回 人生の最終段階における医療の
選択・意思決定の方に関する研究会
平成 29 年 8 月 3 日 資料 3

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。

<http://www.nccp.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>
(神戸大学木澤先生の資料を一部改変)

13

書類があっても役立たない？ ADからACPへ

- 患者-代理決定者-医療者が、患者の意向や大切なことをあらかじめ話し合うプロセスが重要
- プロセスを共有することで、患者がどう考えているかについて深く理解することができる
→複雑な状況に対処可能になる
- 価値観を理解し共有する

10

第1回 人生の最終段階における医療の
選択・意思決定の方に関する研究会
平成 29 年 8 月 3 日 資料 3

ACPの効用

- ACPを行うと
 - 患者の自己コントロール感が高まる
Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005
 - 死亡場所との関連 (病院死の減少)
Degenholtz, Ann Intern Med. 2004
 - 代理決定者-医師のコミュニケーションが改善
Teno J. JAGS 2007
 - より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する
Detering K, BMJ 2010

14

ACPの問題点

第1回 人生の最終段階における医療の
選択・緩和ケアの方に関する検討会
平成29年8月3日 資料3

- 無危害の原則が守れない可能性
 - 患者・家族にとってもつらい体験になる可能性
 - 全ての患者に適用は難しい
 - 英国の研究では35%が介入を承諾
- 介入研究の結果心配していたような害はなかった
 - 希望の喪失や抑うつ
- 時間と手間がかかる

Jones L, Palliat Support Care 2011

15

Physician Orders for Life Sustaining Treatment

POLST (生命維持治療のための医師指示書)

1990年 米国オレゴン
施設外（ナースিংホームや在宅）から移送するときに
医療に対する選好を施設間で共有できるために開発

医師や看護師が患者の生命維持治療に関する
好みを聞きとり、記載する指示書

心肺停止時、心肺停止時以外の延命治療、
抗生剤使用、栄養・水分補給

17

まとめ

第1回 人生の最終段階における医療の
選択・緩和ケアの方に関する検討会
平成29年8月3日 資料3

- ACPは生命の危機がある疾患に直面している
患者・家族のQOLを向上する有力な手段である
- 「事前指示書を書く」ということが目標ではなく
患者の価値観をその人をケアする人々が共有し
患者が意向を表明できなくなっても
その価値観に沿って方針を決めていけるように
なることが目標
- 「良い死」は一つではなく、価値観は多様

(神戸大学木澤先生の資料を一部改変)

18

http://garnerhealth.com/wp-content/uploads/2014/02/japanese_POLST_2014_X.pdf

日本臨床倫理学会
<http://www.j-ethics.jp/workinggroup.htm>

18

事例①：「在宅医療介護救急システム Aケアカードシステム」

発表者：久保田 泰弘 様(浪速区医師会(大阪市) 副会長)

ICTを利用した地域医療介護連携

【事例発表①】

資料 2-1

在宅医療介護救急システム Aケアカードシステム

浪速区医師会
副会長 久保田 泰弘

平成30年2月4日

浪速区医師会

ICTを利用した地域医療介護連携

救急医療から在宅医療も

まず地域の病診連携基盤を作り救急医療を安定

必要最低限の患者情報
医療・介護の共有化

在宅医療の充実のために
多職種連携システム
Aケアカード

浪速区医師会

ICTを利用した地域医療介護連携

医療機関数62件
病院 3
歯科 50件
調剤薬局 49件
訪問看護 7箇所

大阪市人口
2714497人

浪速区
72563人
世帯数
50137人
転入772
転出759
やや人口増
面積4.39km²

浪速区医師会

ICTを利用した地域医療介護連携

協議会の構成

浪速区在宅連携協議会の構成

参加団体

- 浪速区医師会
- 浪速区歯科医師会
- 浪速区薬剤師会
- 浪速区内訪問看護ステーション
- 浪速区地域包括支援センター

協力団体

- 浪速区役所
- 浪速区社会福祉協議会
- 浪速区地域包括支援センター
- 浪速区在宅連携協議会

浪速区医師会

ICTを利用した地域医療介護連携

在宅支援診療所2.7件
在宅支援診療所3.9件
在宅支援病院:1件
介護老健施設:2件
特別養護老人ホーム:4件
訪問看護ステーション:件
通所リハ:4件

浪速区では在宅医療介護連携支援相談室を中心に、サイトやメーリングリストを多用している。

浪速区医師会

ICTを利用した地域医療介護連携

浪速区医師会の取組み

2009年11月開始

BlueCard:患者急変時
対応病診連携

2016年3月実証実験

iCard:日常診察での医師
の情報共有

2016年11月Aケアカード

多職種連携

浪速区医師会



救急隊の出場から病院到着までの所要時間

年\時間	20分未満	20~29分	30~59分	60~119分	120分以上
2007年	30.8	41.4	25.2	2.3	0.3
2008年	27.3	41.7	28.1	2.6	0.3
2009年	23.3	41.9	31.3	3.1	0.4
2010年	20.1	41.0	34.4	4.1	0.4
2011年	16.4	40.1	38.1	4.8	0.6

最近の5年間で20分未満の搬送時間は半減

11

16,391
8年連続で1万件突破
救急搬送において医療機関から
4回以上受け入れを拒否されたケース
(総務省)

8

提案の背景

STOP 医療崩壊

7年連続増加受入拒否

5救急告示病院の減少

Blue Card Project

12



Blue Card Project 現時点の成果 (2018年1月15日現在)

延べ利用者: 4952件

スムーズに処理
現在登録数: 597件

過去使用数: 644件

緊急時の受け入れ拒否が皆無に!
搬送所要時間: 5年連続平均7~8分短縮!

13

診療科目別搬送時間(死亡例) 浪速消防署データ

診療科目	死亡者数	搬送所要時間(分)			
		0-9	10-19	20-29	30-39
外科	18	5	9	4	
循環器	16	2	9	5	
呼吸器	1			1	
内科	16	2	10	4	
その他	2		1	1	
総計	53	0	9	29	15

20min over

10

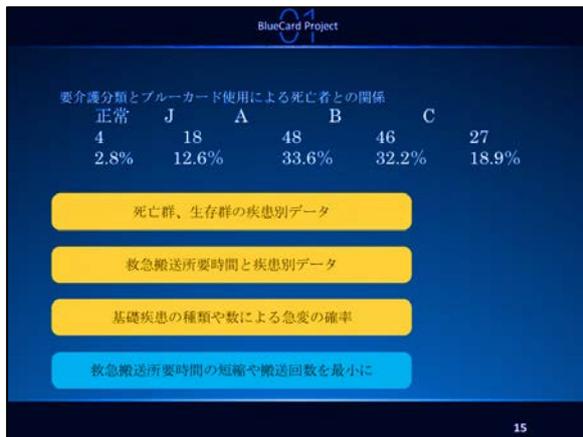
ICTを利用した地域医療介護連携

ブルーカード病院別登録数

病院	大野記念	愛染橋	なにわ生野	警察病院	富永病院	大和中央	恩恵	山本第三	日生	育和会	NTT
総数	607	522	290	45	41	38	25	16	16	15	6
男	683		981		1621		950		671		
現在登録	現在登録		在宅		一般						
救急搬送時	救急車利用		救急車利用せず								
664	105		559								

(2015年1月1日より2017年8月31日 延べ数1621)

浪速区医師会 14



ICTを利用した地域医療介護連携

BlueCard記入内容

登録病院

かかりつけ医

既往歴

薬剤

アレルギー歴

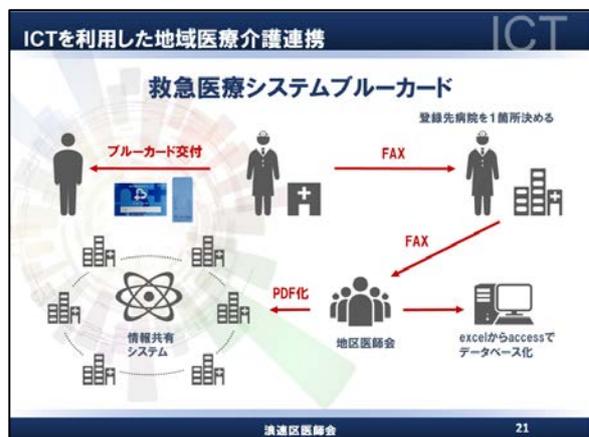
障害・認知自立度

有効期限
1年毎に更新

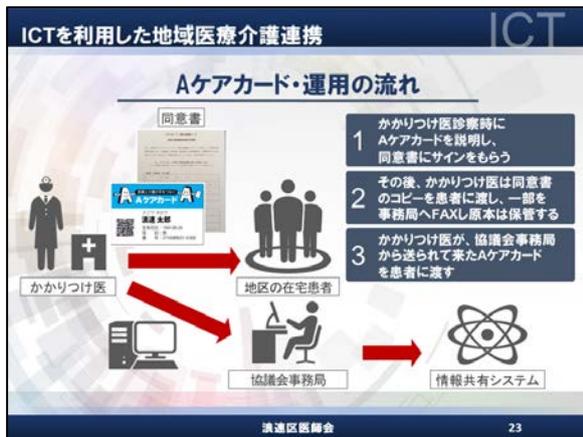
緊急連絡先

浪速区医師会

20



- ICTを利用した地域医療介護連携
- 取り組み
- 1 病診連携委員会** → 2009年以来毎月開催、2016年度より2ヶ月に1回開催で83回
 - 2 在宅連携協議会** → 2015年6月より以来毎月開催20回
 - 3 メーリングリスト利活用** → 2013年6月より活用 医師会全員用、理事用、在宅連携用、多職種用 Aケアカード用
- 浪速区医師会
- 22



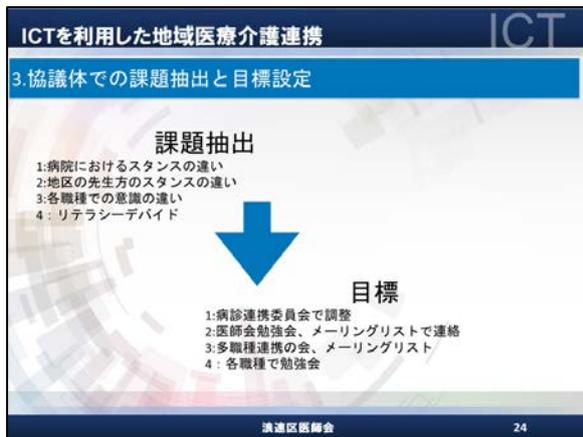
ICTを利用した地域医療介護連携

Aケアカードのメリット

お薬の重複がなくなり、無駄な検査もなくなります。
最新の状態を知ることができるため、最適な診療やアドバイス、介護サービスを受ける事ができます。

浪速 太郎
生年月日：1947.05.29
性別：男
電話番号：274389631-A.000

浪速区医師会 27



ICTを利用した地域医療介護連携

Aケアカードシステムのメリット

- 01 患者の医療情報閲覧・多職種の情報共有
- 02 ケアマネ・訪問看護師とのリアルタイム連携
日々のバイタル、病状の変化を報告しあう
ことにより、より迅速な対応が可能！
- 03 診診連携カードとしても有用
複数の医師の処方情報でポリファーマシーを防ぐ
- 04 維持費にシステム改良も含む

浪速区医師会 28



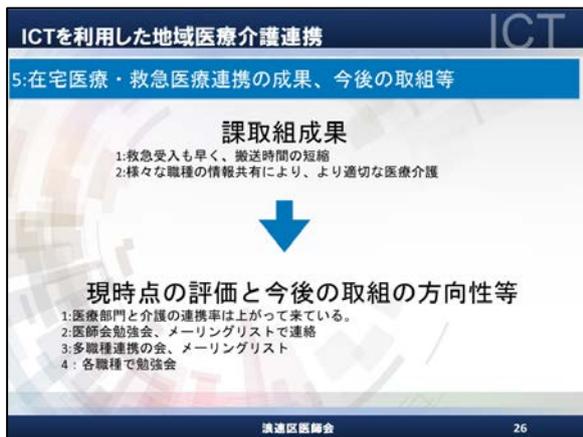
ICTを利用した地域医療介護連携

Aケアカード利用状況

種別	参加機関数	1か月以内にログインした機関数	3か月以内にログインした機関数
病院・病院	37	15 (35.1%)	18 (48.6%)
歯科医院	8	2 (25.0%)	3 (25%)
薬局	17	10 (58.8%)	11 (70.6%)
訪問看護	5	4 (80.0%)	5 (80%)
介護	25	14 (56%)	13 (76%)
合計	92	42 (45.7%)	55 (59.8%)

※2017年12月末でのデータ

浪速区医師会 29



ICTを利用した地域医療介護連携

ブルーカードとAケアカードの比較

	ブルーカード	Aケアカード
対象	在宅患者 適用条件を満たす外来患者	浪速区介護保険利用者
目的	病院搬送時(病院緊急受診時)	多職種連携
アウトカム	救急搬送時間の短縮 救急時の受診率の上昇 救急患者のデータ解析	多職種の情報閲覧 地域の介護情報 & 医療情報データベース

浪速区医師会 30

Aケアカードシステム・まとめ

Aケアカードシステムは、

医師会主導で、既存のソフト・アプリを使わずベンダーと共同開発したシステムである

Aケアカードで病診連携システムと多職種ネットワークの両立

ブルーカードにより、在宅患者の365日24時間対応が実現

成長するシステム

SNSとしての多職種連携
+日々の病診連携システム

ブルーカードシステム

病診連携機能 | 在宅急変時 | 多職種連携機能

事例②：「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」

発表者：八木 綾子 様(佐世保市役所 保健福祉部 医療政策課 係長)

厚生労働省委託事業
「平成29年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
平成30年2月4日(日) @ビジョンセンター浜松町

資料 2-2

【事例発表②】

**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**

佐世保市 保健福祉部 医療政策課
係長 八木 綾子

はじめに ～佐世保市について～

- 長崎県北部の中心都市として、県内では長崎市について2番目に人口が多い。
- 平成28年4月から中核市へ移行。
- 連携中核都市（西九州さきほ広域都市圏）宣言に向けて準備中。

- 佐世保市における在宅医療・介護連携のための取り組みについて

- ～はじめに
- ～救急医療体制の取り組み
- ～在宅医療との連携について
- ～在宅医療・救急医療連携の成果と課題について
- ～医師会・多職種との連携において心がけたこと

はじめに ～佐世保市について～

- 平成28年の総人口は約25万4千人。（平成28年10月1日現在）
- 65歳以上の割合が29%。→ 超高齢社会。

はじめに ～佐世保市について～

- 長崎県北部の中心都市として、県内では長崎市について2番目に人口が多い。
- 平成28年4月から中核市へ移行。
- 連携中核都市（西九州さきほ広域都市圏）宣言に向けて準備中。

近隣市町及び二次医療圏等について

- 長崎県は8つの医療圏で構成されており、本市は佐世保県北医療圏に属する。
- 医療圏を構成する市町は下記のとおり。2025年(平成36年)、75歳以上の推計人口は約59,000人。
- なお、救急医療については西海市の北部を含めた圏域で構成しており、そのほとんどを本市が受け入れている。

圏域名	構成市町名
長崎	長崎市、西海市、長門町、特津町
佐世保県北	佐世保市、平戸市、弘瀬町、佐々町
諫早	諫早市、大村市、東彼杵町、川棚町、源住町
犀川	島原市、雲山町、新井町
五津	五津市
上五島	村上五郎村、小瀬町
雲梯	雲梯市
対馬	対馬市

佐世保県北二次医療圏 人口推計	2020年 (H31)	2025年 (H36)	2030年 (H41)
総人口	305,238	289,589	240,767
65歳以上(推計)	102,250	101,217	91,529
75歳以上(推計)	52,935	58,977	57,000

本市の医療資源の現状～医療施設数～

■ 医療施設数

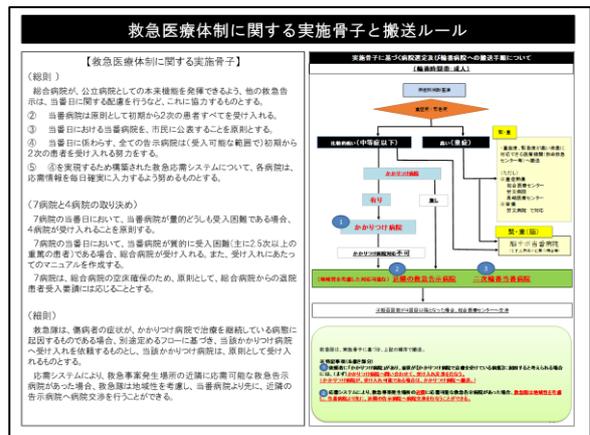
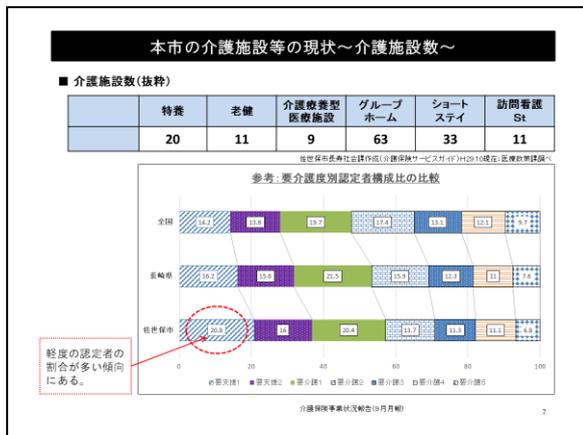
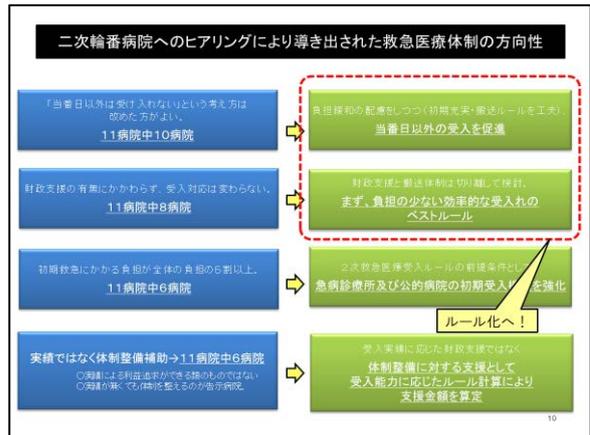
	病院数	病床数 (病院)	診療所数	病床数 (診療所)	歯科診療所	薬局数
1985 (昭60)	31	4,217	226	2,165	116	-
2017.11末 (H29.11)	25	4,769	228	699	137	131

在宅医療に関係する施設基準届出状況

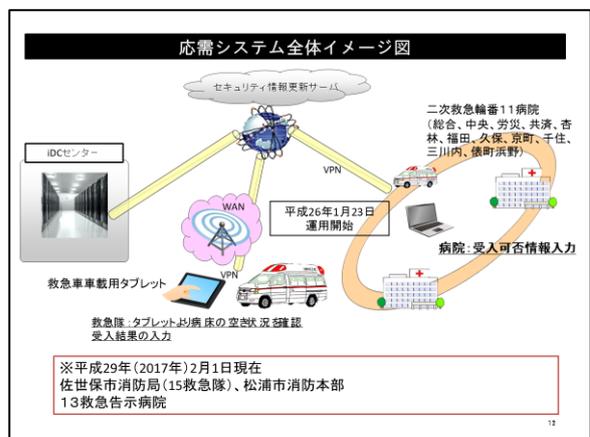
- 在宅療養後方支援病院 (3)
- 在宅療養支援病院 (3)
- 地域包括ケア病棟届出病院 (7)
- リハビリテーション病院 (1)

在宅医療に関係する施設基準届出状況

- 在宅療養支援診療所 (強化型) (9)
- 在宅療養支援診療所 (従来型) (27)



●救急医療体制の取り組みについて



市立総合病院救命救急センターの設置と“あり方検討会”

■ 佐世保県北医療圏には三次救急医療施設が無かった。
⇒ 平成21～23年 佐世保・県北地域医療のあり方検討会
⇒ 平成24年4月 救命救急センターをフル規格(20床)で設置
※ 原則として二次以上級の救急患者を対象

【検討会で出された課題】

- 基幹病院間の役割分担、初期と二次の役割分担が明確でないため、軽症患者が輪番病院に集中

【対応】

- 初期充実のための急病診療所の機能強化
- 二次救急患者の搬送困難事例に対応するための仕組みづくり

【具体的な取り組み 平成24～26年】

- 二次輪番病院から、救命救急センター設置後、「センター」に患者が集中し、本来業務ができなくなるのではないかと意見が出される。
- 市内の二次輪番病院長へ個別ヒアリング→二次輪番病院長会議を繰り返し開催し、救急搬送ルールについて議論。

【対応】

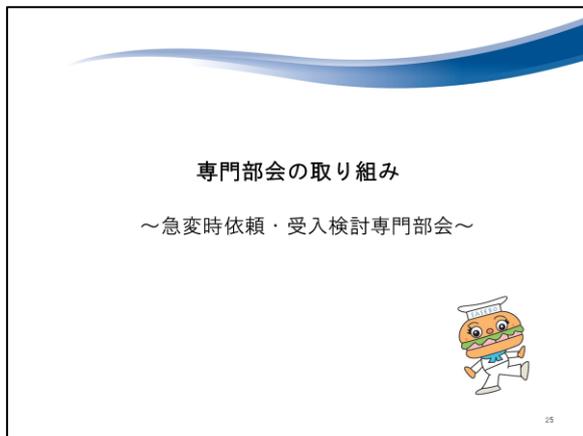
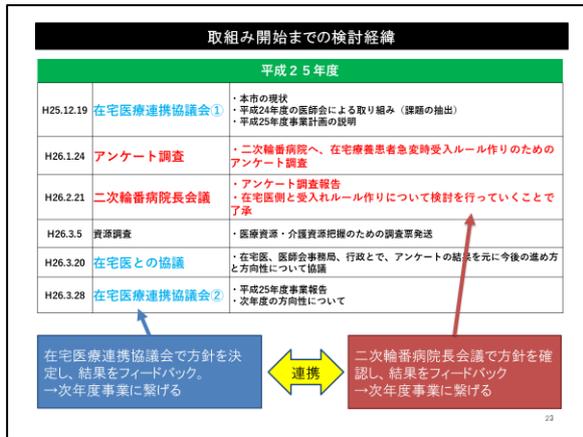
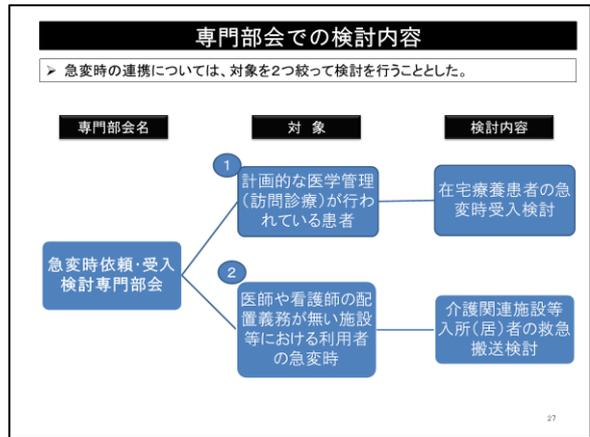
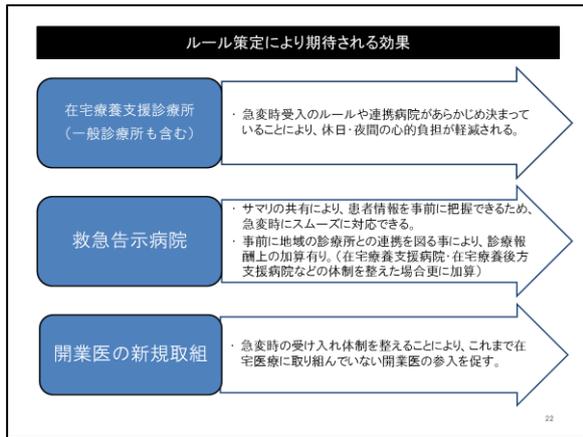
- 「救急医療体制に関する実施骨子」が策定され、搬送フローを共有。
- 椅子を補充するためのツールをして、救急搬送情報共有システムの運用を開始。

これらの取り組みから・・・

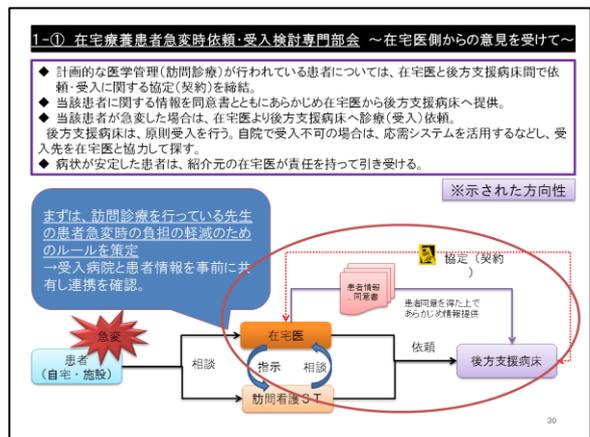
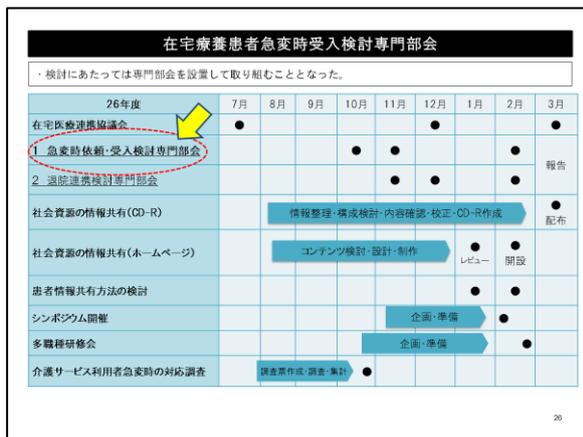
- ルールを策定することにより、市内の病院・救急隊がルールを意識した救急搬送・受け入れを行うようになった。
- 応需システムにより各病院・救急隊が、それぞれの病院の救急患者数の受け入れ状況を把握し、地域の救急医療体制の可視化を図ることができた。

併せて

★ 合意形成の過程を通じ、二次救急病院、医師会、消防、行政(医療政策課)が一同に会して議論するという素地作りを行ってきたことが、結果として在宅医療・介護連携事業への布石となった。



- ### 専門部会メンバー
- 医師会(副会長・在宅担当理事・救急担当理事)
 - 救急告示病院(院長・地域連携室)
 - 診療所(在宅診)医師
 - 老人保健施設長(医師会副会長)
 - 介護支援専門員連絡協議会
 - 老人福祉施設連絡協議会
 - グループホーム連絡協議会
 - 消防局
 - 医師会事務局、市医療政策課、市長寿社会課



事前サマリー項目

二次輪番病院へのアンケート調査から、事前に欲しい情報として下記の項目についての意見が挙げられており、これらの項目をベースに検討が行われた。

- 患者基本情報(氏名、生年月日、年齢、性別、住所、保険情報、緊急連絡先)
- 血液型
- 傷病名
- 既往歴
- アレルギー
- 感染症
- 症状経過および検査結果
- 治療経過
- 現在の処方
- 治療に対する意思(DNR、〇〇までは実施して欲しい等)
- キーパーソン
- ADL
- 認知症の有無
- 家人がどの程度患者に関わっているか
- 今後の療養方針(在宅or施設)

1-② 介護関連施設等入所(居)者救急搬送時の情報提供検討

施設との協力医療機関等はあるが、夜間・休日に対して医師が積極的に関わっていない場合の救急搬送について検討

医師配置義務の有(常勤医) 医療者が運営
 医師配置義務の有(嘱託医) 医療者が運営
 医師配置義務:無(協力医) 医療者が運営
 医師配置義務:有(嘱託医) 非医療者が運営
 医師配置義務:無(協力医) 非医療者が運営

ルール、フローを策定し、介護関連施設、消防本部へ周知

【調査への受入要請に対する医師関係状況】
 医師が依頼 25/36(回答率69%)
 医師が依頼 7
 医師の指示で看護士 14
 看護士が依頼 4
 医師が依頼 44/119(回答率39%)
 医師が依頼 27
 医師の指示で看護士 11
 看護士が依頼 4
 医師看護士以外が依頼 4

場所	医師	看護士	訪問診療	住診
サ高住、有料老人ホーム、ケアハウス	特定施設以外	×	×	○
グループホーム	×	×	○	○
小規模多機能型居宅介護、複合型サービス	×	○	○	○
サ高住、有料老人ホーム、ケアハウス	特定施設	×	○	○
特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)	○※1	×	△	○

1-① 在宅療養患者急変時依頼・受け入れ手順

救急告知病院の在宅医療連携への取り組み状況について

1. 救急告知病院の在宅医療連携への取り組み状況について
 2. 救急告知病院の在宅医療連携への取り組み状況について
 3. 救急告知病院の在宅医療連携への取り組み状況について
 4. 救急告知病院の在宅医療連携への取り組み状況について

介護系施設(事業所)からの救急搬送の状況

平成25年の佐世保市消防局が搬送した救急患者数は13,317人である。
 その内、介護系の施設・事業所から搬送された数は、1,046人である。(全体の7.8%)
 介護系の施設・事業所から搬送された1,046人の内、休日・夜間搬送数は、614人である。(全体の59%)
 今後も介護系の施設・事業所からの搬送件数は増加することが予測されるため対策が必要。

区分	搬送者数	傷病程度					内、休日・夜間に搬送された数					搬送率に占める割合			
		軽症	中等症	重症	死亡	推定	軽症	中等症	重症	死亡	推定				
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	214	23	119	66	1	4	1	127	14	73	35	0	4	1	59%
介護老人保健施設	187	13	112	57	0	5	0	103	11	61	26	0	5	0	55%
介護老人ホーム(ケアハウス含む)	31	3	19	8	0	1	0	15	0	10	4	0	1	0	48%
介護老人ホーム	14	1	10	3	0	0	0	6	0	4	2	0	0	0	43%
有料老人ホーム等	113	15	67	24	0	6	1	63	7	33	17	0	6	0	56%
サービス付高齢者住宅	52	6	29	15	0	2	0	32	4	16	10	0	2	0	62%
グループホーム	214	38	122	44	0	9	1	134	25	76	25	0	7	1	63%
小規模多機能型施設	84	13	54	15	0	2	0	54	10	31	11	0	2	0	64%
デイサービス、デイケア等	82	20	50	6	0	5	1	47	12	25	4	0	5	1	57%
その他 老人福祉施設	30	8	14	6	0	2	0	17	3	8	5	0	1	0	57%
障害者支援施設	25	5	15	3	0	2	0	16	3	10	1	0	2	0	64%
計	1,046	145	611	247	1	38	4	614	89	347	140	0	35	3	59%
割合	100%	14%	58%	24%	0%	4%	0%	100%	9%	33%	13%	0%	3%	0%	100%

(運用開始後)在宅療養患者急変時依頼・受入に関するアンケート結果

在宅医との間で在宅医療連携への取り組み状況について(n=11救急告知病院)

取り組んでいる 1
 (H26アンケート調査時)
 取り組んでいる 5
 取り組もうと思っている 2
 取り組んでいない 4

在宅療養患者が急変した際の依頼・受入に関する取り決めを行い、「在宅療養患者急変時受入に関する事前情報提供書」による運用を行っていますか。

契約あり、様式を使用(専門部会に検討した様式)	1
契約あり、様式を使用(独自様式)	2
契約なし、独自様式を使用	1
口頭による約束のみ	1
特に取り決め(契約)等はなし	6

救急告知病院の在宅医療への理解が深まり、後方支援の取り組みが進みました。

利用者の容体急変時における医療と介護の連携実態調査(H26.9実施) ~ 連絡体制等の整備状況 ~

全ての類型において約8割の事業所が、連絡体制等を整備しており職員に周知が行われている。

Q:利用者の体調が急変した際の事業所内の連絡体制はとれていますか。

グループホーム他 81
 ショートステイ 16
 訪問・通所 98

体制整備しており職員に周知
 整備はしていないが各担当者が利用者ごとに確認
 119番するように指導
 特段整備しておらず各担当者の判断

(運用開始後)在宅療養後方支援病院と強化型在宅療養支援診療所

	平成26年	平成29年現在
在宅療養後方支援病院	1	3
在宅療養支援診療所強化型(連携)	1グループ	2グループ

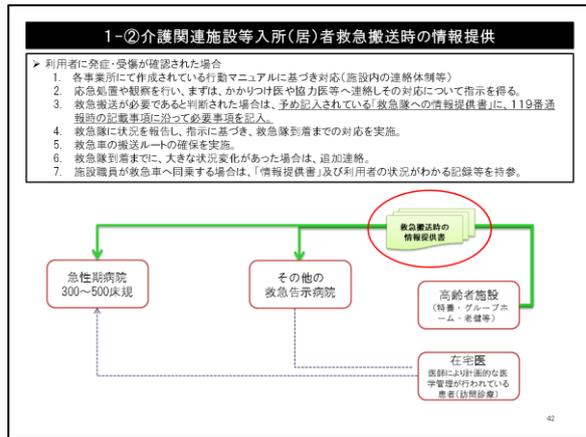
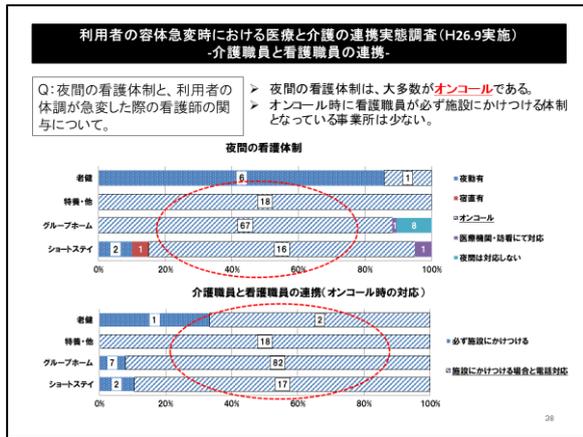
後方支援病院の先生が、専門部会で「在宅医の先生たちが患者の急変時にそんなに困っていたとは知らなかった。そこから後方支援病院を目指すことにした。」と言っていたいた時は感激したと同時に、医療側でも、お互いを「知る」ことの大事さを痛感しました。

利用者の容体急変時における医療と介護の連携実態調査(H26.9実施) ~ 利用者の状態悪化時の医師の関与状況 ~

Q:利用者の体調が急変した際、医師はどの程度関与していますか。

平日日勤帯
 夜間・休日において医師が直接対応を行っている割合は50%に満たない。(医師の指示の元、看護士が依頼を含めた場合でも、医師が関与している施設は8割に満たない。)

平日夜間
 休日



1-②介護関連施設等入所(居)者救急搬送時の情報提供

【専門部会での意見から見てきたこと(意見)】

施設	意見
施設	・高齢者の急変時の対応方法について、理解不足や経験不足により、対応が不十分となっている場合がある。 ・(特に)非医療者が運営する事業所は、救急搬送ルートや救急告示病院の現状等について理解が不十分な場合がある。
病院(特養等)	・入居者の健康管理及び療養上の指導を行う役割として契約しており、緊急時の対応を契約書の条文中に盛り込まれているケースは稀。 ・緊急時の対応を派遣医師が行っても、診療報酬上、算定不可のため、無償にて診療を行わざるを得ない状況となっている。
協力医療機関	・「医療を必要とする場合は、契約者の希望により、協力医療機関において診療や入院治療を受けることができる。」という位置づけとなっており、協力医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではない。
かかりつけ医	・外来診療も行っている「かかりつけ医」は、訪問診療対象者以外は外来患者として対応しているため、日中や夜間・休日の対応は難しい状況。
救急告示病院	・受入要請の経験、疾病・薬剤情報等が不十分な状態で搬送されるため、対応に苦慮する場合がある。 ・病状が安定した患者の退院先の確保が難しい場合がある。
救急隊	・搬送先の選定に苦慮する場合がある。

1-②介護関連施設等入所(居)者救急搬送時の情報提供書 一様式等の認知状況・利用状況

下表の市内の高齢者施設に対し、「救急搬送時の情報提供書」の認知状況、利用状況、期間内における救急搬送依頼件数についてアンケート調査を実施した。(2015年実施)

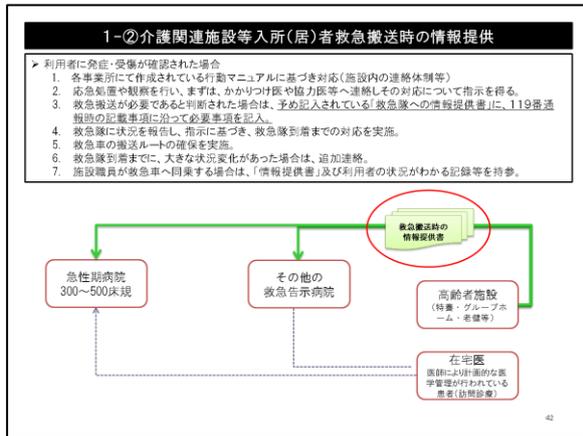
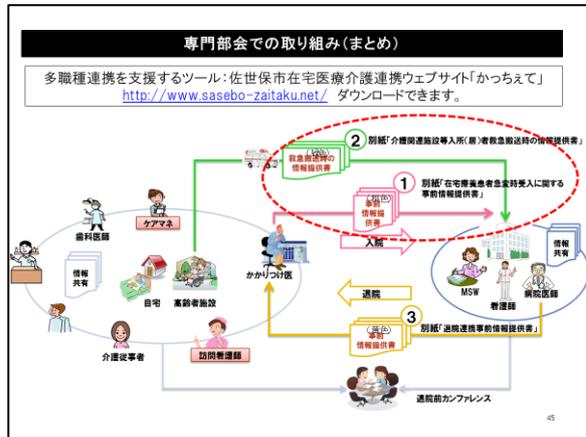
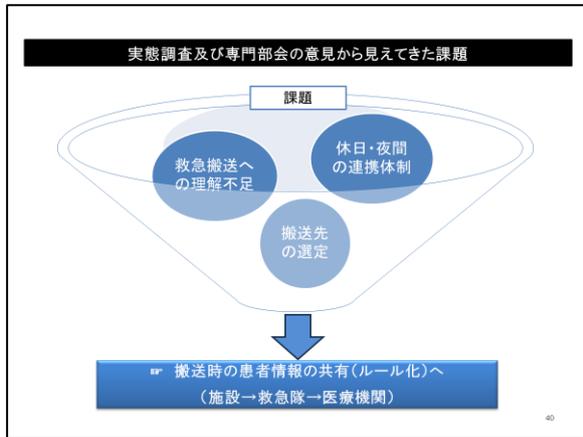
243施設中136施設より回答があり、回答率は、56%であった。

回答施設における様式等の認知状況は、9割を超えていた。

一方で、利用状況は、53.7%と回答施設の半数程度であった。

サービス区分	回答数	①知っている	②名前だけ	認知割合 (①+②/回答数)	③利用している	④利用していない	利用割合 (③+④/回答数)
短期入所生活介護	15	14	1	100.0%	2	3	33.3%
短期入所療養介護	13	10	2	92.3%	6	0	46.2%
特定施設入居者生活介護	13	13	0	100.0%	2	6	61.5%
介護老人福祉施設	16	13	1	87.5%	5	3	50.0%
介護老人保健施設	9	9	0	100%	7	0	77.8%
グループホーム	32	28	2	93.8%	16	5	65.6%
小規模多機能型居宅介護	29	22	4	89.7%	11	3	48.3%
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	4	4	0	100.0%	1	0	25.0%
養護老人ホーム	1	1	0	100.0%	0	1	100.0%
ケアハウス	4	4	0	100.0%	0	2	50.0%
合計	136	118	10	94.1%	50	23	53.7%

※平成28年介護施設からの搬送者999人中、情報提供書有り:76件 → 利用率の向上が課題です



佐世保市在宅医療介護連携ウェブサイト「かっちえて」

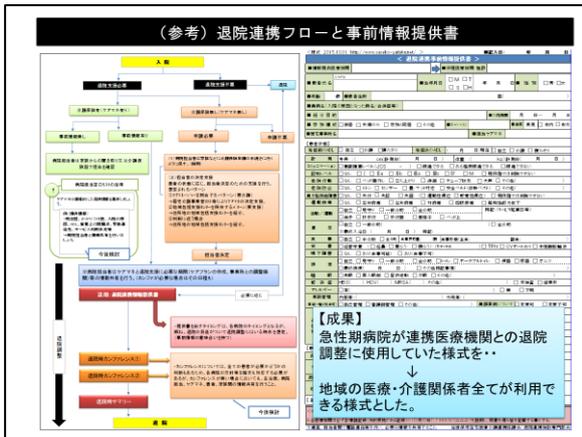
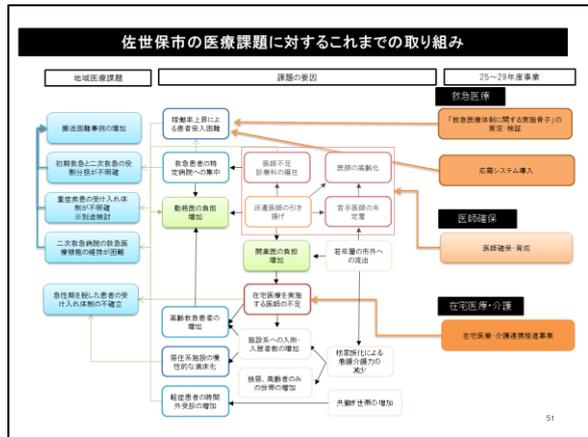
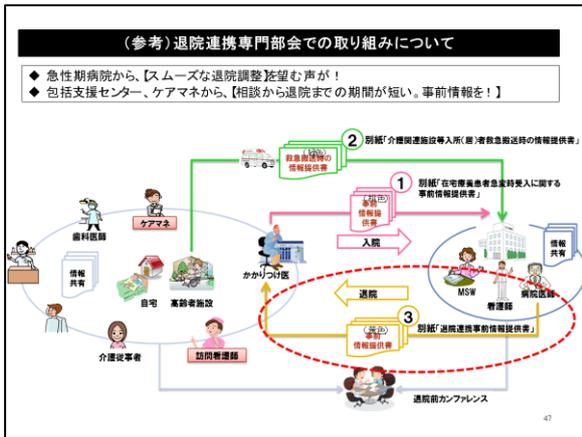
多職種連携を支援するツール: 佐世保市在宅医療介護連携ウェブサイト「かっちえて」
<http://www.sasebo-zaitaku.net/>

協議会からのお知らせ

在宅医療地域資源マップ

医療資源、介護資源の検索ができます!

「かっちえて」仲間に入る。参加する。



在宅医療・救急医療連携の成果

少ない在宅医の負担軽減策を講じるため、次の課題に取り組んだ。

課題	取り組んだこと	結果(成果)
救急医療体制の整備	救急告示病院・消防・医師会・行政により搬送ルールの策定	実施骨子、搬送ルール策定、応需システムによる搬送開始
救急告示病院へのアンケート調査		在宅療養者急変時受入のためのルール策定
患者の急変時の対応(休日・夜間の受け入れ病院への不安)	介護事業所への実態調査実施	介護事業所からの救急搬送時の情報提供書作成
急変時受入検討のための専門部会設置		在宅療養後方支援病院増(1→3へ)
		強化型在宅療養支援診療所(1G→2Gへ)
連携に必要な情報共有の仕組みができていない	退院連携専門部会を設置し、情報共有のルールについて検討	退院連携事前情報提供書を作成し、市内医療機関・介護事業所へ配布
訪問看護との連携の仕方(保険制度や指示書の書き方等)が複雑	訪問看護ステーション連各協議会を中心にサービガイドを作成	H29年完成。勉強会の開催(H29.12.8) → 市内医療機関・介護事業所へ配布予定

(参考) 訪問看護サービスガイド

安心を支える訪問看護サービスガイド

1. どのような時は訪問看護をご利用ください

以下の項目に該当する場合は訪問看護の利用についてご相談ください

- ◆ 患者の利用者の状況
 - 高齢者(75歳以上)が多い。高齢者の割合が増えている。
 - 生活が難しい。認知症、身体障害、障害がある。受けられない。
 - 認知症が進行している。認知症の症状がある。
- ◆ 医療機関
 - 入院・手術・処置が完了した。退院後のケアが必要。
 - 1人で生活が難しい。
 - 口内ケアが必要。
- ◆ 時期(曜日・月)
 - 休日・夜間のケアが必要。
 - 精神的なケア、認知症、認知症ケアなど。
 - 急な入院・手術が必要。
- ◆ その他
 - 精神的なケア、認知症、認知症ケアなど。
 - 急な入院・手術が必要。

在宅医の負担軽減のために!

◆ 医療機関を行っていますか?

- 訪問看護が必要な患者を多く抱えている。退院後、介護が必要。
- 入院・手術が完了した。退院後のケアが必要。
- 認知症が進行している。認知症の症状がある。

◆ 薬の管理は大丈夫ですか?

- 高齢者が多い。薬の管理が難しい。
- 認知症が進行している。認知症の症状がある。

◆ かかりつけ医はいますか?

- かかりつけ医が少ない。
- かかりつけ医が休診中。

◆ 介護を取り巻くご本人やご家族の状況はいかがですか?

- 介護者がいない。
- 介護者がいるが、介護が難しい。
- 介護者がいるが、介護が難しい。
- 介護者がいるが、介護が難しい。

事業の振り返りと今後の取り組みの方向性について

- ◆ これまで、在宅医療・介護連携を推進するため、各種共通ツールの作成、急変時の後方支援病院、訪問看護ステーション、ケアマネジャーとの連携など、在宅医の負担軽減のための取り組みを進めてきたところですが、在宅療養支援診療所は増えていない状況です。
- ◆ しかしながら、少しずつですが、施設基準の届出はしていないが、訪問診療や往診を行っている先生方がおられることや、在宅死亡者数の割合も年々増加しており、取り組んできた方向性は、間違っていないと考えております。
- ◆ 今後の課題としては、連携のための策定ルールや様式をもっと周知していく必要があります。市内にとどまらず、近隣市町の医療機関・介護事業所へこの取り組みを知っていただき、活用していただくことが今後の目標です。

	H24	H29
在宅療養支援病院	4	3
在宅療養支援診療所	40	36
在宅療養後方支援病院	1	3
訪問看護ステーション(二次医療圏)	12	15

在宅死亡者数の割合の推移(単位:%)

佐世保市 在宅死亡者数(単位:人)

※【節が見える関係構築】から【関係の深化へ】と言う声がかえり始めています。
 ※2025年(本医療圏の医療需要のピークは2035年)を見据え、スピード感を持ちつつ、息切れしないような、根拠可能な取り組みを進めてまいります。

在宅医療・救急医療連携の成果と課題について

医師会・多職種との連携におけるポイントと心がけ



アンケート

【厚生労働省委託事業】
平成 29 年度在宅医療・救急医療連携セミナー（第 2 回） 参加者アンケート

I. あなたのご所属についてお伺いします。該当するものに☑をお願いします（以下同じ）。

問 1. あなたのご所属を教えてください。（複数に該当する場合は複数選択）			
<input type="checkbox"/> 市町村	<input type="checkbox"/> 医師会	<input type="checkbox"/> 病院（救急医療関連）	<input type="checkbox"/> 病院（在宅医療関連）
<input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 消防	<input type="checkbox"/> 保健所	
□その他（ _____ ）			

II. 本日のセミナーについてお伺いします。

問 2. セミナーのプログラム全体について、どのように感じましたか。（1つ選択）		
<input type="checkbox"/> 参考になった	<input type="checkbox"/> 参考にならなかった	<input type="checkbox"/> どちらともいえない
問 3. 講義（アドバンス・ケア・プランニングとはなにか？）について、どのように感じましたか。（1つ選択）		
<input type="checkbox"/> 参考になった	<input type="checkbox"/> 参考にならなかった	<input type="checkbox"/> どちらともいえない
問 3-2. 「事例発表①」浪速区医師会（大阪府）の発表について、どのように感じましたか。（1つ選択）		
<input type="checkbox"/> 参考になった	<input type="checkbox"/> 参考にならなかった	<input type="checkbox"/> どちらともいえない
問 3-3. 「事例発表②」佐世保市の発表について、どのように感じましたか。（1つ選択）		
<input type="checkbox"/> 参考になった	<input type="checkbox"/> 参考にならなかった	<input type="checkbox"/> どちらともいえない
問 4. グループワークについて、どのように感じましたか。（1つ選択）		
<input type="checkbox"/> 参考になった	<input type="checkbox"/> 参考にならなかった	<input type="checkbox"/> どちらともいえない
問 5. 今後のセミナー開催の参考とさせていただきますので、セミナーの内容についてご意見・ご要望等がございましたら、ご記入下さい。		
＜講義について＞		
＜事例発表について＞		
＜グループワークについて＞		
問 6. 他地域の取り組みについて、参考になった点がございましたら、ご記入ください。		
＜地域名＞		
＜参考になった点＞		

III. 今後の取組についてお伺いします。

問 7. 今回のセミナーを受け、来年度以降、どのように取組をしていく予定か、自らの職制を踏まえご記入ください。	
.....	
.....	

アンケートは以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。
 お手数ですが、ご記入いただきましたアンケートは、会場出口の回収ボックスへご提出ください。

厚生労働省 医政局 委託事業

平成 29 年度 在宅医療・救急医療連携セミナー 報告書

平成 30 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)7619 FAX:03(3432)1837
