

在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業一式 報告書

令和 3 年 3 月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

目次

第1部：本編	1
1. 事業実施概要	1
1-1. 事業の目的	2
1-2. 事業概要	3
1-2-1. セミナーの開催	3
1-2-2. フォローアップ調査	3
1-2-3. 手引き検討会	3
1-2-4. 事業実施報告	3
2. 在宅医療・救急医療連携の先進事例	4
2-1. 石川県	5
2-2. 長崎県	17
2-3. 大阪府	22
2-4. 福井県	31
2-5. 静岡県	41
2-6. 和歌山県田辺医療圏	48
2-7. 大分県臼杵市	55
2-8. 神奈川県相模原市	62
2-9. 山梨県峡東医療圏	73
2-10. 静岡県静岡市	80
3. 在宅医療・救急医療連携セミナー	91
3-1. 都道府県の選定	92
3-2. 市区町村の選定	92
3-3. セミナーの実施概要	93
3-3-1. セミナー第1部	94
3-3-2. セミナー第2部	99
3-4. セミナー参加アンケート	106
3-4-1. セミナー第1部アンケート集計	106
3-4-2. セミナー第2部アンケート集計	107

4. フォローアップ調査.....	109
4-1. 今年度の取り組み.....	110
4-2. 在宅医療・救急医療の連携を進めていく上の改善案.....	116
5. 手引き検討会	117
5-1. 手引き検討会の目的	118
5-2. 手引き検討会の構成員	119
5-3. 手引き検討会の開催概要	120
5-3-1. 第1回検討会実施詳細	120
5-3-2. 第2回検討会実施詳細.....	123
6. 事業の効果検証	124
第2部：附属資料.....	126
【巻末付録】「都道府県向け連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き」（概要版）	187
【巻末付録】「都道府県向け連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き」	196

第 1 部：本編

1. 事業実施概要

1. 事業実施概要

1-1. 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、本人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、高齢者の救急搬送件数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本人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、本人の病状や希望する療養場所、延命措置に対する希望等、本人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、平成 29 年度より先進事例の調査や、市区町村・保健所（以下、「市区町村等」と言う。）向けのセミナーを実施することで、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てきた。そうした中、地域によっては、関係者間の管轄する範囲の相違や、連携を進める上での部署がない等、連携体制の構築が困難なケースがあるという新たな課題も分かってきた。

これらの課題に対して、都道府県が管下の市区町村等の支援や調整役を担えるような体制の構築を図り、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備することを目的とする。

1-2. 事業概要

1-2-1. セミナーの開催

セミナーの内容は、市区町村等がモデル都道府県と連携しながら、人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意思が尊重されるよう、在宅医療と救急医療の関係者間で、本人の病状や、希望する療養場所、延命措置に対する希望等の本人の意思を共有するための連携ルール（以下、「連携ルール」という。）を運用できるように、市区町村等職員や在宅医療・救急医療関係者を対象に、連携ルールの内容の検討や運用に向けた工程表の策定等を技術的に支援するもの。

1-2-2. フォローアップ調査

本業務では、セミナー後の工程表作成のフォローをするために、モデル都道府県等へフォローアップ調査を実施した。

1-2-3. 手引き検討会

手引きを作成するに当たっては、検討会を設置し、地域の連携ルールの策定に都道府県がどのように関与していくことが望まれるか等の議論をした。委員の選定等は、厚生労働省医政局地域医療計画課と協議して行った。

1-2-4. 事業実施報告

事業実施報告書はセミナーの実施概要・結果等をまとめたうえで、事業の効果を検証する。なお、巻末付録として、都道府県が管下市区町村等の連携ルールを策定支援する際に活用出来る手引きを作成した。

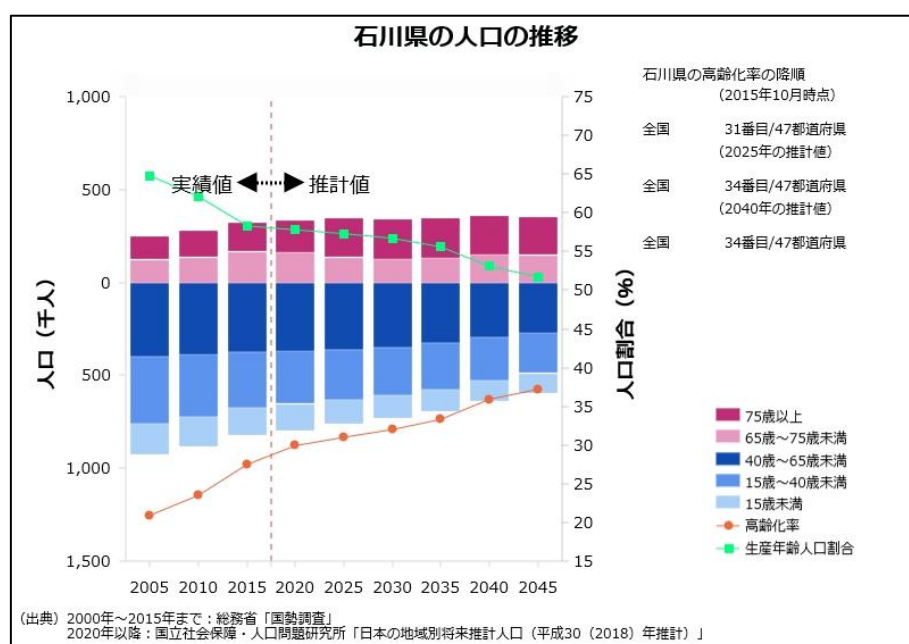
2. 在宅医療・救急医療連携の先進事例

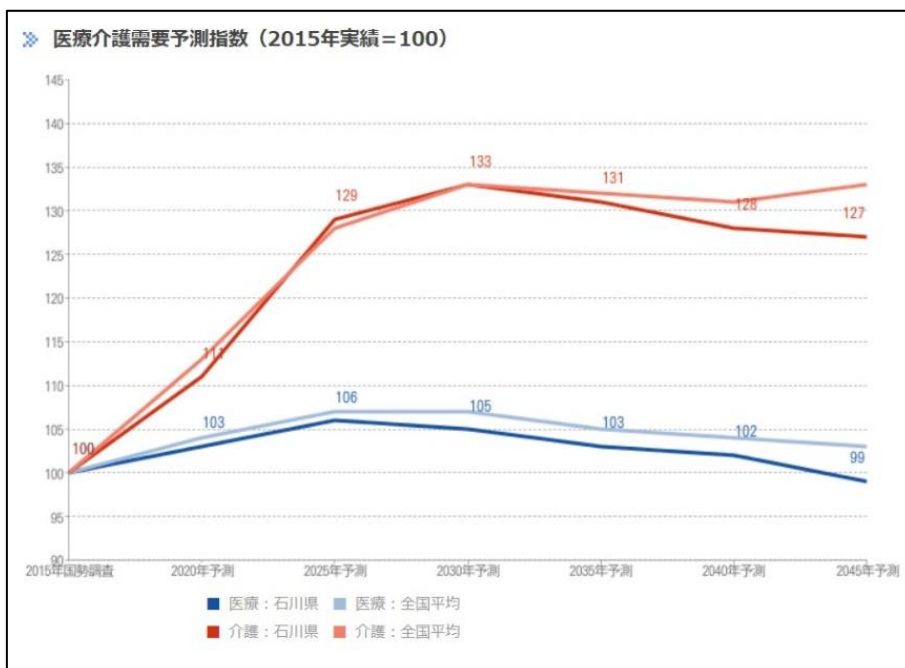
2. 在宅医療・救急医療連携の先進事例

2-1. 石川県

2-1-1. 石川県 地域の概要

面積	4,186.09k m ²
国勢調査人口（2010 年）	1,169,788 人
国勢調査人口（2015 年）	1,154,008 人
人口増減率（2010～2015 年）	-1.35%
高齢化率（65 歳以上・2015 年）	27.80%
人口密度（2015 年）	275.70 人／k m ²





施設種類別の施設数	石川県	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所合計	706	61.18	68.94	-7.8
病院	91	7.89	6.47	1.4
歯科	479	41.51	53.53	-12.0
薬局	538	46.62	46.68	-0.1
在宅療養支援診療所	151	13.08	11.54	1.5
在宅療養支援病院	24	2.08	1.24	0.8
訪問歯科合計	39	3.38	6.63	-3.3
訪問薬局合計	180	15.6	14.83	0.8

出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」より

【医療の現状】

- 入院医療の充実度： 石川県の一人当たり急性期医療密度指数は 1.37、一人当たり慢性期医療密度指数は 1.46 で、急性期の医療も慢性期の医療も充実している。
- 医師・看護師の現状： 総医師数の偏差値が 54(病院医師数 56、診療所医師数 47)と、総医師数は ほぼ全国平均レベルであるが、病院医師数は多い。総看護師数の偏差値は 58 と多い。

- 一般病床等の現状： 人口当たりの一般病床の偏差値は 57 で、一般病床は多い。全身麻酔数の偏差値は 52 と全国平均レベルである。
- 療養病床の現状： 人口当たりの療養病床の偏差値は 55 と療養病床数はやや多い。
- リハビリの現状： 総療法士数は偏差値 51 と全国平均レベルであり、回復期病床数は偏差値 49 と全国平均レベルである。
- 精神病床の現状： 人口当たりの精神病床の偏差値は 53 で精神病床数はやや多い。
- 診療所の現状： 人口当たりの診療所数の偏差値は 48 で診療所数は全国平均レベルである。

【介護施設や在宅ケアの現状】

- 介護施設の現状： 石川県の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、18,105 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 58)と全国平均レベルを上回る。そのうち、介護保険施設の定員が 11,564 床(偏差値 61)、高齢者住宅等が 6,541 床(偏差値 49)である。介護保険施設は全国平均レベルを上回り、高齢者住宅等は全国平均レベルである。また、介護職員(介護施設等)の合計は、13,881 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 61)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを上回る。施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 56、特別養護老人ホーム 60、介護療養型医療施設 53、有料老人ホーム 42、軽費ホーム 71、グループホーム 61、サ高住 45 である。
- 在宅ケアの現状： 在宅療養支援診療所は偏差値 54 とやや多く、在宅療養支援病院は偏差値 59 と多い。また、訪問看護ステーションは偏差値 56 と多い。介護職員(在宅)の合計は、1,656 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 45)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルをやや下回る。
- 介護の 2025 年の需要予測： 2025 年の介護充足度指数は-3%であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、現在の高齢者施設・住宅数でほぼ対応可能である。

(出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 443 地域の医療提供体制の現状／石川県)

2-1-2. 石川県 事例概要

(1) 取組の背景

石川県では各市町において、在宅医療と介護の連携を強化するために、在宅医療介護連携推進協議会の開催や在宅医療介護連携コーディネーターの設置など様々な取組が進められている。こうした中、県や県医師会等関係団体には、それぞれが連携しながら、各市町の抱える課題解決を後押しする取組や広域的な取組を行っていくことが期待されている。

そこで「石川県在宅医療推進協議会」では、県医師会等を中心に、県内市町において行われている取組を踏まえつつ、(C)の「急変時の情報提供」を円滑化するために『いしかわ在宅医療・介護連携ルール ～急変時の連携編～』を作成しました。

(参考1) 在宅医療連携システム推進事業(県医師会←県地域医療推進室)

石川県では、市町の在宅医療介護連携コーディネーターを対象とした研修会などを通じて、(A)日常の療養支援、(B)入退院支援、(C)急変時の対応、(D)看取りという場面ごとに現状・課題などを整理しており、今後も、必要に応じて、『いしかわ在宅医療・介護連携ルール』の追加・改訂や課題解決のための取組を行っていくことを考えています。

課 題		
現在、一部市町において、(B)入退院支援を円滑化するための係る取組や(C)急変時に備えた取組が行われていますが、実際には、救急隊・救急病院が期待する情報が、必ずしも円滑に情報提供されない状況にあります。		
1. 救急隊・病院が求めている情報 - 氏名、生年月日、住所、電話番号 - 緊急連絡先 - かかりつけ診療所・病院 - かかっている病気 - 服薬内容 - アレルギー - ケアマネの連絡先	(C) 急変時の対応 救急医療情報キットや 緊急時あんしんシート の様式に項目あり	(B) 退院支援 ※金沢市・羽咋市の 入退院支援ルール の様式には、様々 な項目が含まれて いるが、急変時に 備え予め記入して おくことを想定した ものではありません。
- 既往症 - ADLの状態等のアセスメント※ - 意思決定できる者が誰か - 蘇生措置拒否等の意思表示 ※軽症患者の場合、病院に搬送後、救急処置が終わればすぐに病棟に入院して病棟での療養がはじまるため、もともと、どの程度日常生活をおくっていたのかを把握する必要があり、搬送された時点でアセスメントが必要	項目なし	
2. 救急隊の情報収集の方法について - 救急隊は、搬送の際に、医療情報キット、保険証、診察券、薬、お薬手帳、財布など、手がかりになりそうなものをもっていくようにしています。ただし、引き出しを空けるなどの行為はできず、また、必要以上に患者宅に入るのはトラブルのもと（「救急隊にものをとられた」と言われることもある）になるため避けざるを得ない状況にあります。 - このため、医療情報キットなどは、救急隊がすぐに見つけられる場所で保管しておくことが大切であり、かほく市のように医療情報キットをどこで保管するのかルールを決め、それが救急隊に分かるように表示しておくことが望まれます。		

【かほく市の救急時の医療情報キット】

＜使い方＞

- ① 既往歴、かかりつけ医、緊急連絡先等を医療情報シートに記載
- ② プラスチック製の筒に医療情報シートを入れ、冷蔵庫で保管
- ③ 玄関扉の裏に、キットを冷蔵庫に保管していることを示すシールを貼る

＜対象＞

- 高齢者独居、高齢者のみ世帯（約 1200 世帯）に対して配布（H25～）

＜周知・更新方法＞

- 消防が防火点検（年 1 回）の際に声かけをし、玄関にシールが貼られているか、記載情報に変更はないか等を確認しているため、普及率は高く、年 1 回は記載情報の更新の機会がある。

＜現況＞

- 搬送時に意識状態の悪い患者の場合、本人からききとりをしなくても医療情報が分かり、搬送先の病院の選定に役立った。

【 金沢市の緊急時あんしんシート 】

＜使い方＞

- ① かかりつけ病院、緊急連絡先等を医療情報シートに記載
- ② 冷蔵庫に貼っておく

＜対象＞

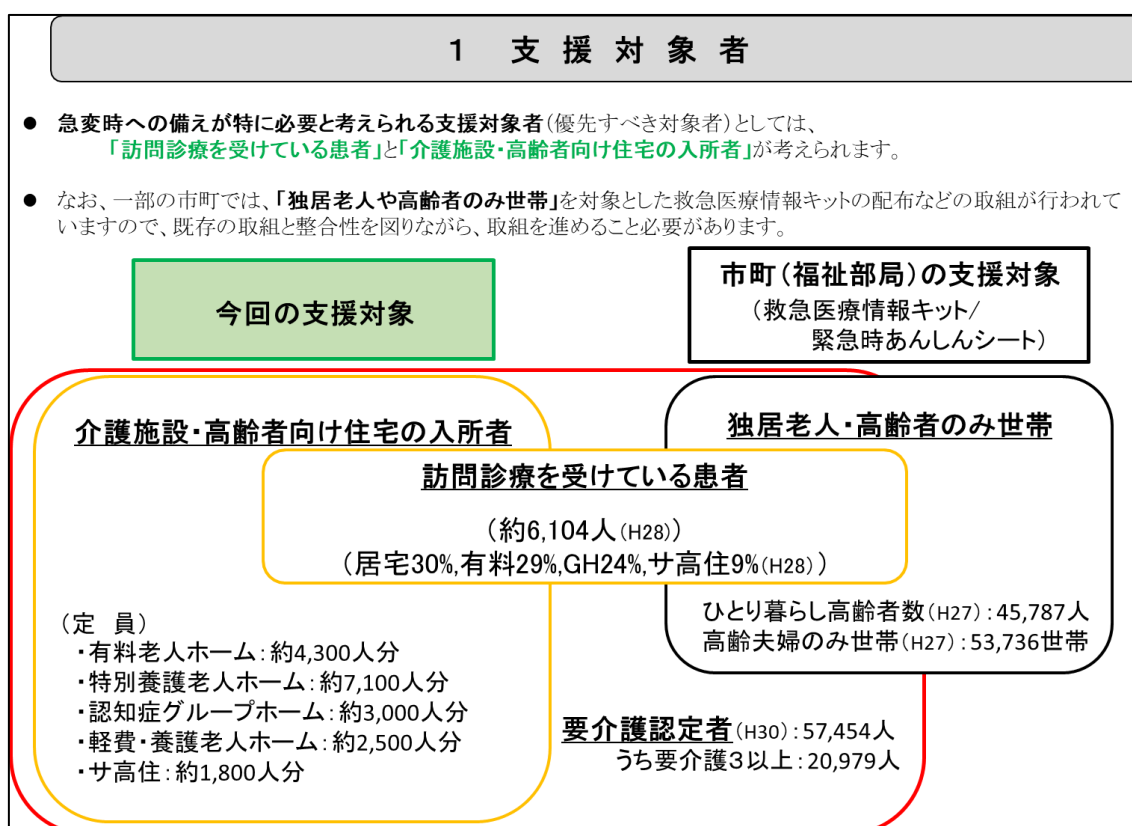
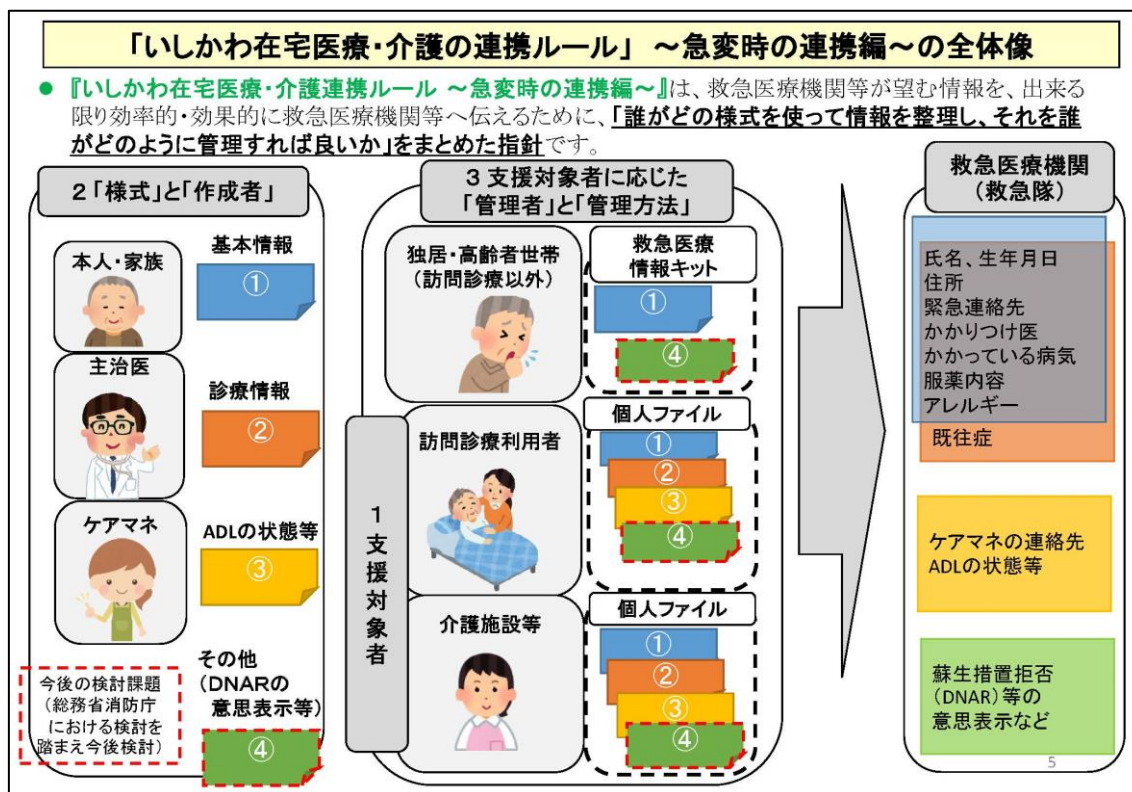
- 高齢者独居、高齢者のみ世帯のうち、希望者に対し配布（H27～）

＜周知方法＞

- 地域包括支援センター、民生委員を通じて配布し、2 万 2000 枚ほど配布済み

＜現況＞

- 希望者のみへの配布であり、更なる普及に努めている状況にある。金沢市では、75 歳以上の高齢者や要介護 3 以上の方に対して、名簿への掲載を同意するかどうかを確認し、災害時要支援者名簿を作成し消防局に提供。消防局は、災害時要支援者名簿を通信指令本部のデータベースに取りこみ、119 番通報を受けた場合、同名簿に掲載された方であれば、通報者が要介護者であることなどが容易に確認できるシステムとなっており、救助活動に活用している。



(1)『訪問診療を受けている患者』(居宅)には、患者宅に個人ファイルを設け、「様式1」～「様式3」(「様式1」がない市町では「様式2」、「様式3」)などをまとめて保管することが望まれる。個人ファイルのある患者であると救急隊にすぐに伝わる必要があることから、実際の運用に向けて、市町、救急隊、郡市医師会等の関係者が協議し、地域ごとに個人ファイルをどのように保管するのかなどのルール(例、中が見えないように色のついたクリアファイルに必要書類を入れ、冷蔵庫に貼るようにする)を決める必要がある。

また、外出先で救急搬送された場合などを想定し、保険証、診察券、ケアマネの名刺、その他かかりつけ医や訪問看護師等関与している医療介護従事者の名刺、を一緒にして、普段から持ち歩く取組をあわせて進めていくことが望まれる。かかりつけ医やケアマネ等の関係者は、様式の作成・配布や、保険証、診察券、ケアマネの名刺を一緒にして持ち歩くように伝えるなどの協力をお願いしている。

(2)『施設入所者』(施設系で訪問診療を受けている患者を含む)には、施設の入所者ファイルに、「様式1」～「様式3」などを保管することが望まれることから、施設管理者には、かかりつけ医や介護支援専門員等の関係者の協力を得て、様式を入所者ファイルに保管し、急変時にはすぐに持ち出せるように、協力をお願いしている。

(参考)『独居老人・高齢者世帯』(訪問診療なし)には、市町の取組として、市町が取り組んでいる、救急医療情報キット(緊急時あんしんシート)などを活用し、最低限「様式1」を保管する取組を進めていくことが望まれる。

①基本情報

- ・患者・家族に必要事項を記入していただく
- ・様式は、一部市町で利用されている既存様式(救急医療情報、緊急時あんしんシート等)を参考

②診療情報

- ・かかりつけ医が作成して、患者・家族等に渡していただく
- ・様式としては、新たに作成した「緊急入院時連携シート(かかりつけ医用)」には、既往歴や診断名、アレルギーや感染症の有無など、救急医療機関が求める情報が盛り込まれていますので、ご活用ください。

・同連携シートを利用しにくい場合(診断名などを患者・家族に伝えにくい場合)には、「既存の様式」(居宅療養管理指導料に基づく情報提供様式、訪問看護指示書、主治医意見書等)で代用していただくことも考えられます。

③ A D L の状態等の情報

- ・介護支援専門員（ケアマネ）が作成して、患者・家族等に渡していただくことを想定。
- ・様式としては、新たに作成した「緊急入院時連携シート（ケアマネ用）」を活用いただく。
- ・同連携シートを利用しにくい場合には、介護支援専門員（ケアマネ）が、普段利用している「ケアマネ・アセスメントシート」で代用していただくことも考えられる。

④ D N A R の意思表示

・国の検討会では、DNAR の意思表示に対する救急隊の対応について、将来的には、国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアの取組状況等を見ながら、救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めることが望まれるとされており、現在のところ、標準的なルールが示されていない。こうしたことから、本連携ルールでは、DNAR の意思表示に関するルールや様式は盛り込まないこととする。

緊急時連携シート(基本情報)

「救急医療情報」(かほく市)

「緊急時あんしんシート」(金沢市)

昭和三十九年四月二十二日現在

平成 年 月 日
 平成 年 月 日

救急情報

ふりがな	氏名			
本人氏名	性別 ()、性別 ()、性別 ()			
生年月日	(男) (大) (中) (小)	年	月	日
住所	電話番号			

医療情報

かかりつけ病院	①
科目・担当医	②
住所	
電話番号	
かかっている病気	
病歴内容	
特記事項 (アレルギーなど)	

緊急連絡先

氏名	①
続柄	②
住所	
電話番号	(日中) (夜間) (休前)

支援事業者	
担当 者	
住所	電話番号

緊急感への応答・その他

--	--

※ 緊急時の情報は、緊急時と判断された医療機関へ、緊急医療に活用することに同意します。

本人氏名

印刷又はサイン

※ 記入方法は必ずしもこの通りでない。

ここに記入はす

緊急時あんしんシート

私の緊急情報が書いてあります。
緊急時に警察や消防署等に連絡してもいいから記入してください。

住所	電話番号 () ()	
名前	緊急時に連絡がとれるように、家族や近所の人に預けてください。	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
性別	男 女 血液型 O, A, B	男 女 血液型 O, A, B
かかりつけ病院	電話 ()	電話 ()
主な病気	糖尿病、心臓病、高血圧 その他 ()	糖尿病、心臓病、高血圧 その他 ()
緊急内容	家族にばれておけない用紙を付けてください。 右手・左手・右足・左足・その他 ()	家族にばれておけない用紙を付けてください。 右手・左手・右足・左足・その他 ()

第一消防署	住所	電話 番号	連絡 () ()
第二消防署	住所	電話 番号	連絡 () ()

特記事項 家族や近所にばれておけない用紙を付けてください。
※ 連絡先となる人にはあらかじめ家族や近所の人に預けてください。

このシートを利用した場合は、本人または家族に返還して下さい。

平成 年 月 日

《ポイント》新たに様式を作成される市町におかれましては、

- 診療情報としては、「現在かかっている病氣」や「服薬内容」、「アレルギ一の有無」を盛り込むことを推奨します。
- また、金沢市の様式のように、「麻痺の有無」を入れば、脳卒中が疑われる傷病者の発生時に、救急隊が搬送先を選定するのに役立つと考えられます。
- ・連絡先としては、「かかりつけ医」、「後方支援病院」(患者・かかりつけ医と病院の間で予め搬送先病院が決まっている場合)、「ケアマネジャー」、「ご家族の緊急連絡先」(複数)を盛り込むことを推奨します。
- 8

緊急入院時連携シート(かかりつけ医用)

野島入国法事務所 カカツキ医局				年 月 日 受審	所屬 氏名	TEL
受審者情報				住所		
ID カカツキ医局				生年月日	氏名	
氏名				生年月日	氏名	
①	フルネーム	性別	年齢	受審年月日	受審場所	備考
②	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
③	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
④	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
⑤	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
⑥	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
⑦	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
⑧	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
⑨	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
⑩	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
⑪	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
⑫	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
⑬	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
⑭	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
⑮	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
⑯	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
⑰	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
⑱	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
⑲	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
⑳	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㉑	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㉒	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㉓	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㉔	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㉕	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㉖	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㉗	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㉘	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㉙	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㉚	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㉛	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㉜	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㉝	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㉞	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㉟	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㊱	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㊲	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㊳	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㊴	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㊵	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㊶	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㊷	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㊸	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㊹	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㊺	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㊻	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㊼	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㊽	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考
㊾	名	女	年	受審年月日	受審場所	備考
㊿	姓	男	年	受審年月日	受審場所	備考

居室療養管理指導料に基づく情報提供様式

[illegible]

《ポイント》

- 今回作成した「緊急入院時連携シート(かかりつけ医用)」には、既往歴や診断名、アレルギーや感染症の有無など、救急医療機関が求める情報を記載できる様式になっていますので、ご活用ください。
- 同連携シートを定期的に記載し直すことが難しい場合「既存の様式(居宅療養管理指導料に基づく情報提供様式、訪問看護指示書、主治医意見書等)」をご活用いただくことも考えられます。居宅で訪問診療中の患者に対して、診断名などを記入した様式を渡しにくい場合、かかりつけ医と後方支援病院の間で、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」を活用して情報共有いただくことも考えられます。

ケアマネアセスメントシート

[illegible]

ケアマナーのアセスメントシートは、統一的な様式はなく、介護保険施設ごとに様々な様式が利用されています。今回作成した「緊急入院時連携シート(ケアマネ用)」には、救急医療機関から求められている項目が盛り込まれていますので、ご活用ください。¹⁰

・必要な項目が盛り込まれていれば、既存のアセスメントシートをご活用頂いても構いません。

ルールの普及・周知方法について(案)

STEP1 在宅医療推進協議会等で、郡市医師会等関係団体に周知

→3/29：在宅医療推進協議会

別途、市町(福祉部局、消防本部)等に周知

→5/14：在宅医療推進事業打合せ会

→6/20：在宅医療・介護連携推進担当者研修

STEP2 郡市医師会、市町、消防本部、介護施設など関係者間で、救急隊が患者宅(介護施設内に)ファイルを保有している患者であることを把握するためのルールを決める

STEP3 郡市医師会から「かかりつけ医」に、介護支援専門員協会支部から「介護支援専門員」に周知

STEP4 「かかりつけ医」や「介護支援専門員」等が連携のうえ、様式を作成・配布し、患者・家族に説明(※行政からシートの配布がある市町は、あわせて患者・家族に記入してもらう)

STEP5 「かかりつけ医」(訪問診療時)や「介護支援専門員」(訪問時)は、連携シートの保管状況を確認するとともに、投薬内容等に変更があれば、連携シートを更新

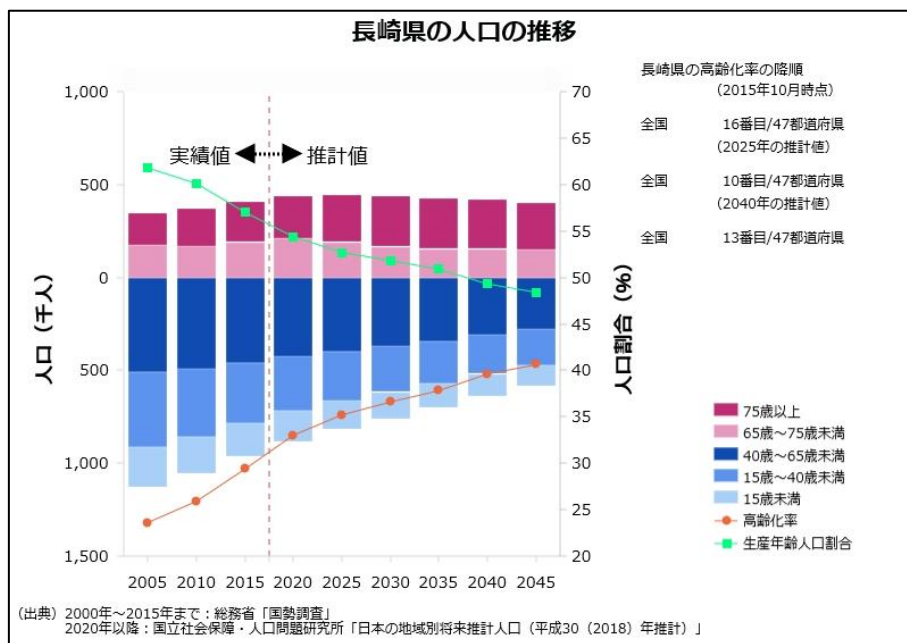
13

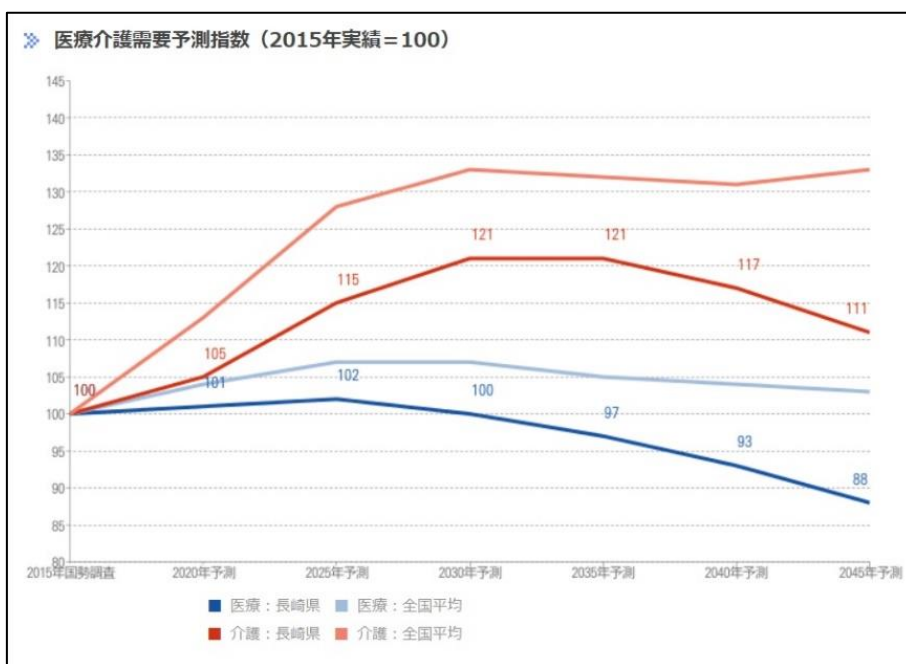
2-2. 長崎県

2-2-1. 長崎県 地域概要

面積		4,132.09k m ²
国勢調査	(2010 年)	1,426,779 人
人口	(2015 年)	1,377,187 人
人口増減率		-3.48%
(2010～2015 年)	(※)	-0.75%
高齢化率		29.60%
(65 歳以上・2015 年)	(※)	26.60%
人口密度		333.30 人/k m ²
(2015 年)	(※)	340.80 人/k m ²

(※) 比較地域：全国平均





施設種類別の施設数	長崎県	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所 合計	1,113	80.82	68.94	11.9
病院	147	10.67	6.47	4.2
歯科	720	52.28	53.53	-1.3
薬局	721	52.35	46.68	5.7
在宅療養支援診療所	286	20.77	11.54	9.2
在宅療養支援病院	34	2.47	1.24	1.2
訪問歯科合計	182	13.22	6.63	6.6
訪問薬局合計	165	11.98	14.83	-2.9

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」地域別統計より）

【地域の概要】

- 人口、面積など： 長崎県は、総人口約 1,377 千人(2015 年)、面積 4,132 km²、人口密度は 333 人/km² である。
- 人口の将来予測： 長崎県の総人口は 2025 年に 1,258 千人へと減少し(2015 年比－9%)、2040 年に 1,054 千人へと減少する(2025 年比－16%)ことが予想される。一方、75 歳以上人口は、2015 年の 214 千人が、2025 年にかけて 251 千人へと増加し(2015

年比+17%)、2040年には262千人へと増加する(2025年比+4%)ことが予想される。

- 医療費と介護給付費： 長崎県の一人当たり医療費(国保)は 421 千円(偏差値 65)、介護給付費は 281 千円(偏差値 58)であり、医療費、介護給付費ともに高い。

【医療の現状】

- 入院医療の充実度： 長崎県の一人当たり急性期医療密度指数は 1.12、一人当たり慢性期医療密度指数は 1.88 で、急性期の医療は全国平均レベルであるが、慢性期の医療はかなり余裕がある。
- 医師・看護師の現状： 総医師数の偏差値が 56(病院医師数 55、診療所医師数 58)と、総医師数、診療所医師数は多い。総看護師数の偏差値は 67 と非常に多い。
- 一般病床等の現状： 人口当たりの一般病床の偏差値は 57 で、一般病床は多い。全身麻酔数の偏差値は 52 と全国平均レベルである。
- 療養病床の現状： 人口当たりの療養病床の偏差値は 60 と療養病床数は多い。
- リハビリの現状： 総療法士数は偏差値 63 と多く、回復期病床数は偏差値 55 とやや多い。
- 精神病床の現状： 人口当たりの精神病床の偏差値は 65 で精神病床数は多い。
- 診療所の現状： 人口当たりの診療所数の偏差値は 61 で診療所数は多い。

【介護施設や在宅ケアの現状】

- 介護施設の現状： 長崎県の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、21,971 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 48)と全国平均レベルである。そのうち、介護保険施設の定員が 12,181 床(偏差値 46)、高齢者住宅等が 9,790 床(偏差値 51)である。介護保険施設は全国平均レベルを ややや下回るが、高齢者住宅等は全国平均レベルである。また、介護職員(介護施設等)の合計は、17,686 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 53)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルをやや上回る。施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 50、特別養護老人ホーム 47、介護療養型医療施設 47、有料老人ホーム 41、軽費ホーム 60、グループホーム 67、サ高住 49 である。
- 在宅ケアの現状： 在宅療養支援診療所は偏差値 61 と多く、在宅療養支援病院は偏差値 56 と多い。また、訪問看護ステーションは偏差値 45 とやや少ない。介護職員(在宅)の合計は、2,316 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 45)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルをややや下回る。

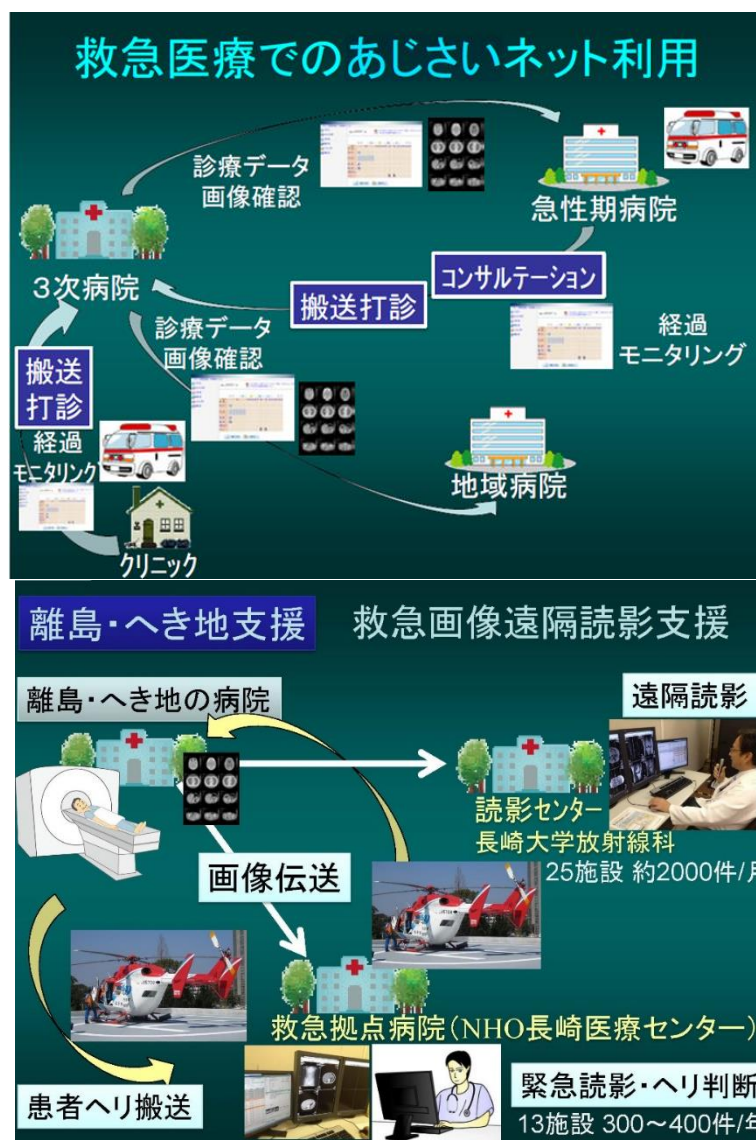
- 介護の 2025 年の需要予測： 2025 年の介護充足度指数は－7%であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、現在の高齢者施設・住宅数でほぼ対応可能である。

(出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 443 地域の医療提供体制の現状／長崎県)

2-2-2. 長崎県 事例概要

あじさいネットは、地域に発生する診療情報を患者さまの同意のもと複数の医療機関で共有することによって各施設における検査、診断、治療内容、説明内容を正確に理解し、診療に反映させることで安全で高品質な医療を提供し地域医療の質の向上を目指している。

救急搬送の場合には、医療機関に搬送する段階で、搬送先医療機関にあじさいネットの患者情報を送信し、搬送前の段階で、電話だけでなくあじさいネットを併用しながら搬送先を決めることが可能となっている。1次・2次救急を担う医療機関から3次救急を担う医療機関へ患者紹介する際、下記のような搬送前トリアージを実施している。



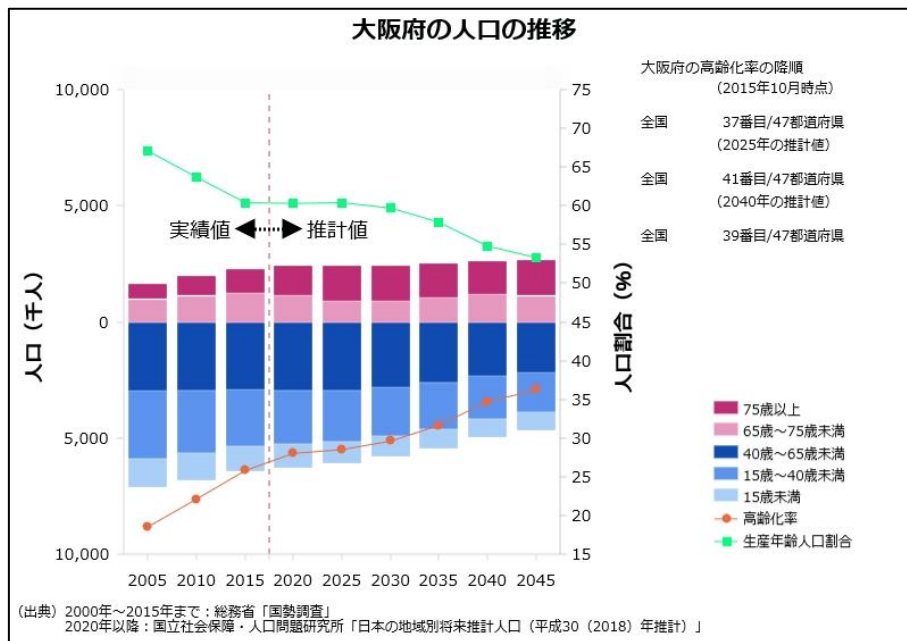
(出典：令和2年度 在宅医療・救急医療連携セミナー 長崎大学 松本武浩先生 講演資料)

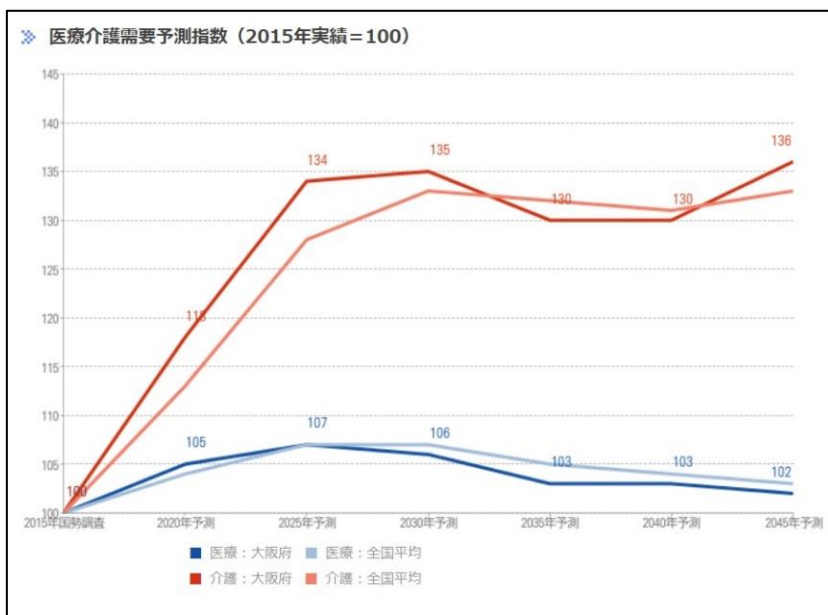
2-3. 大阪府

2-3-1. 大阪府 地域概要

面積		1,905.18k m ²
国勢調査	(2010 年)	8,865,245 人
人口	(2015 年)	8,839,469 人
人口増減率		-0.29%
(2010～2015 年)		(※) -0.75%
高齢化率		26.20%
(65 歳以上・2015 年)		(※) 26.60%
人口密度		4,639.70 人/k m ²
(2015 年)		(※) 340.80 人/k m ²

(※) 比較地域：全国平均





施設種類別の施設数	大阪府	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所 合計	7,894	89	69	20.4
病院	509	5.76	6.47	-0.7
歯科	5,446	62	54	8.1
薬局	4,261	48	47	1.5
在宅療養支援診療所	1,796	20	12	8.8
在宅療養支援病院	129	1.46	1.24	0.2
訪問歯科合計	862	10	7	3.1
訪問薬局合計	1,940	22	15	7.1

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」地域別統計より）

【医療の現状】

- 入院医療の充実度： 大阪府の一人当たり急性期医療密度指数は 1.07、一人当たり慢性期医療密度指数は 1.01 で、急性期の医療も慢性期の医療も全国平均レベルである。
- 医師・看護師の現状： 総医師数の偏差値が 53(病院医師数 53、診療所医師数 55)と、総医師数、病院医師数、診療所医師数ともにほぼ全国平均レベルである。総看護師数の偏差値は 49 と全国平均レベルである。
- 一般病床等の現状： 人口当たりの一般病床の偏差値は 52 で、一般病床は全国平均レ

ベルである。全身麻酔数の偏差値は 52 と全国平均レベルである。

- 療養病床の現状： 人口当たりの療養病床の偏差値は 50 と療養病床数は全国平均レベルである。
- リハビリの現状： 総療法士数は偏差値 49 と全国平均レベルであり、回復期病床数は偏差値 51 と全国平均レベルである。
- 精神病床の現状： 人口当たりの精神病床の偏差値は 48 で精神病床数は全国平均レベルである。
- 診療所の現状： 人口当たりの診療所数の偏差値は 58 で診療所数は多い。

【介護施設や在宅ケアの現状】

- 介護施設の現状： 大阪府の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、111,709 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 51)と全国平均レベルである。そのうち、介護保険施設の定員が 55,050 床(偏差値 43)、高齢者住宅等が 56,659 床(偏差値 56)である。介護保険施設は全国平均レベルを下回るが、高齢者住宅等は全国平均レベルを上回る。また、介護職員(介護施設等)の合計は、73,865 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 42)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを下回る。施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 45、特別養護老人ホーム 46、介護療養型医療施設 45、有料老人ホーム 52、軽費ホーム 49、グループホーム 46、サ高住 64 である。
- 在宅ケアの現状： 在宅療養支援診療所は偏差値 68 と非常に多く、在宅療養支援病院は偏差値 54 とやや多い。また、訪問看護ステーションは偏差値 63 と多い。介護職員(在宅)の合計は、29,827 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 78)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを大きく上回る。
- 介護の 2025 年の需要予測： 2025 年の介護充足度指数は -41%であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、多くの高齢者施設・住宅の増設、あるいは相当する在宅のインフラ整備が必要である。

(出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 443 地域の医療提供体制の現状／大阪府)

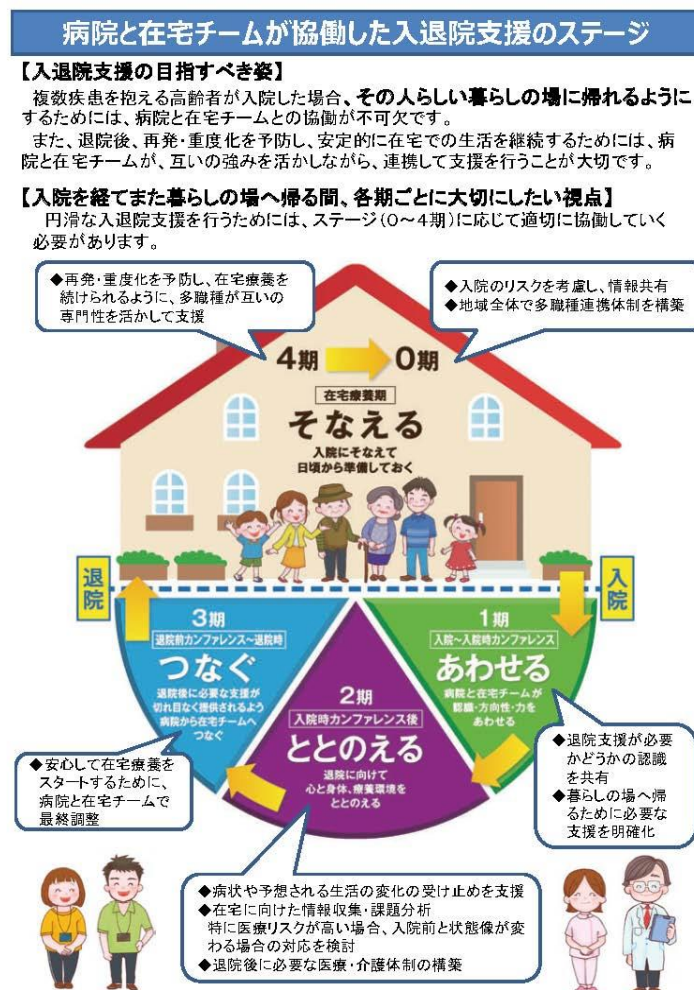
2-3-2. 大阪府 事例概要

(1) 大阪府入退院支援の手引き

入退院支援ルールは、要介護・要支援の状態の患者が自宅等へ退院するための準備をする際に、病院からケアマネジャーに着実に引き継ぐための情報共有ルールであり、病院関係者と在宅関係者が連携してルールを実践し、在宅での生活や療養に困る患者や家族をなくすことを目的としている。

ルールの内容は、①ルール本体である「A入院前にケアマネがいる場合」と「Bいない場合」での連携の仕方を定め、②入退院時情報共有シートにより情報内容を統一している。

ルールの運用としては、毎年、医療圏域ごとに入退院に係る地域研修会を開催し、病院、ケアマネ、包括支援センターとの連携を深め、ルールに関する問題点等が出た際には、圏域代表者会議により、適宜修正などを行っていく。



(2) 変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シート

変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シートの構成

(表面) p.3

(裏面) p.4

変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シート

裏面は、連絡先／相談先を記載できます。

確認シートの構成

急変時の
確認項目を
掲載

日常における
確認項目
を掲載

9つに分類

●この確認シートを活用することで、普段から変化を見つけましょう。

●初めに、ご本人やご家族とケアマネジャー、やせれば、もしも時で、変化に気づき連絡を取り合ってください。

大項目	番号	日頃の変化を見る項目 (普段と違う場合は連絡)	つなぎ先 (目安)
0 : すぐに連絡! (急変時、初回、初診時、初回時、初回時)	0-1	声をかけると反応がない、意識がない	医師・看護師
	0-2	苦しさや表情や激しい痛みが訴えられる	医師・看護師
	0-3	呼吸をしていない、いつもと違う呼吸の仕方である	医師・看護師
1 : 呼吸や体調、循環 (バイタル)	1-1	痰の量が増えていて、呼吸が苦しそうである	医師・看護師
	1-2	普段よりも高熱で、ぐったりしている	医師・看護師
	1-3	普段よりむくんでいる、いつもより尿が濃い	医師・看護師
	1-4	動くことで息切れが強くなった	医師・看護師
2 : 痛みの訴え	2-1	痛みの訴えが続いている (頭・胸・腰・足など)	医師・看護師
	2-2	インスリンなどの自己注射が指示通りにできていない	医師・看護師
3 : お薬に関すること	3-1	薬がたぐさん余っている、処方された通りに服薬できていない	医師・看護師
	3-2	処方された薬を自己判断で中止している	医師・看護師
	3-3	処方された状態で会話がうまくいっていない	医師・看護師
4 : 気持ちや意欲の変化 (精神症状や認知症など)	4-1	ぼろっとした状態で会話がうまくいっていない	医師・看護師
	4-2	意欲の低下が強く、閉じこもりがちになった	医師・看護師
	4-3	怒りっぽくなった、道に迷いやすくなった	医師・看護師
	4-4	物忘れがひどくなった、つじつまが合わないことを言う	医師・看護師
	4-5	掃除・片づけができなくなった	医師・看護師

○日頃の変化を確認する項目を掲載 (p.7-12 に解説あり)
○いつもと違う! という「変化」に気づいたら、
☑欄にチェックを入れる。
○その気づきを医療関係者と共有し、判断や対応を
依頼しましょう。

つなぎ先の
医療関係者
(目安) を掲載
○医師・看護師
○歯科医師
○薬剤師

確認シートの様式は、p.3-4に掲載しているほか、大阪府ホームページからもダウンロードできますので、ご活用ください。

(<http://www.pref.osaka.lg.jp/kaigoshien/iryokaigorenkei/index.html>)

変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シート

●この確認シートを活用することで、普段から変化を見つけましょう。

_____ 年 ____ 月 ____ 日

●初めに、ご本人やご家族とケアマネジャーやヘルパーとの間で、医療につながる連絡経路を話し合っておきましょう。

大項目	回欄 番号	日頃の変化を見る項目（普段と違う場合は連絡）	つなぐ相手（目安）
0：すぐに連絡！ (かかりつけ医、訪問看護など) (場合によっては救急車を要請)	0-1	声をかけると反応がない、意識がない	大至急かかりつけ医、 訪問看護など医療 関係者に連絡
	0-2	苦しそうなお表情や激しい痛みの訴えがある	
	0-3	呼吸をしていない、いつもと違う呼吸の仕方で苦しんでいる	

日常における確認項目	1：呼吸や体温、 循環（バイタル）	☐ 1-1	痰の量が増えていて、呼吸が苦しそうである	医・看	
		☐ 1-2	普段よりも高熱で、ぐったりしている	医・看	
		☐ 1-3	普段よりむくんでいる、いつもより脈が速い	医・看	薬
		☐ 1-4	動くことで息切れが強くなった	医・看	
	2：痛みの訴え	☐ 2-1	痛みの訴えが続いている（頭・歯・胸・腹・腰など）	医・看	歯
	3：お薬に関すること	☐ 3-1	インスリンなどの自己注射が指示通りできていない	医・看	薬
		☐ 3-2	薬がたくさん余っている、処方された通りに服薬できていない	医・看	
		☐ 3-3	処方された薬を自己判断で中止している	医・看	薬
	4：気持ちや 意欲の変化 （精神症状や 認知症など）	☐ 4-1	ぼうっとした状態で会話が噛み合わないときがある	医・看	薬
		☐ 4-2	意欲の低下が強く、閉じこもりがちになった	医・看	薬
		☐ 4-3	怒りっぽくなった、道に迷いやすくなった	医・看	
		☐ 4-4	物忘れがひどくなった、つじつまが合わないことを言う	医・看	
		☐ 4-5	掃除・片づけができなくなった	医・看	薬
	5：食事・栄養	☐ 5-1	普段より水分摂取量が減った・増えた	医・看	歯
		☐ 5-2	食事の量や回数、内容（味、食べ物の硬さなど）に変化がある	医・看	歯 薬
		☐ 5-3	飲み込むことに時間がかかるようになった、むせる回数が増えた	医・看	歯
		☐ 5-4	短期間（例えば2～3か月程度の間）で体重に変化がある	医・看	歯 薬
		☐ 5-5	おう吐（少量もどきを含める）することがある	医・看	歯
		☐ 5-6	噛めない、義歯が合わなくなった	医・看	歯
		☐ 5-7	口臭がある、口の中から出血がある	医・看	歯
		☐ 5-8	飲み込んだ後も口の中に食べ物が残ることが多くなった	医・看	歯
	6：排泄	☐ 6-1	尿・便の量が減った	医・看	薬
		☐ 6-2	便の色（下血・黒色便・白色便）がいつもと違う	医・看	
		☐ 6-3	下痢や便秘が続いている	医・看	薬
		☐ 6-4	尿の色が濃くなった	医・看	
		☐ 6-5	急に、尿失禁や尿の排泄回数が増えた	医・看	薬
	7：清潔・皮膚	☐ 7-1	皮膚、口が乾燥している（皮膚に白い粉がふいているなど）	医・看	薬
		☐ 7-2	湿疹がある（陰部、脇の下、乳房の下など）	医・看	
		☐ 7-3	体がかゆく、かきむしっている	医・看	薬
		☐ 7-4	発赤（皮膚の赤み）が続いている（お尻・腰・大腿部など）	医・看	
		☐ 7-5	皮膚に傷・あざがある（見えにくい足先・背中まで要注意）	医・看	
		☐ 7-6	爪の色や形に変化がある（巻き爪、分厚い爪など）	医・看	
		☐ 7-7	入浴しないなど清潔保持ができていない	医・看	
	8：活動性の低下	☐ 8-1	先週までできていたことが、できなくなった	医・看	
		☐ 8-2	つまずくこと、転倒することが増えた	医・看	
		☐ 8-3	起き上がりや、動作に時間がかかるようになった	医・看	
		☐ 8-4	歩く距離・時間が短くなった	医・看	
		☐ 8-5	自宅にいる時間が増え、外出しなくなった	医・看	
	9：睡眠・生活リズム	☐ 9-1	睡眠が不規則になった（昼夜逆転、夜間不眠、日中寝ている、朝起きられない）	医・看	薬
		☐ 9-2	受診回数が減っている	医・看	薬

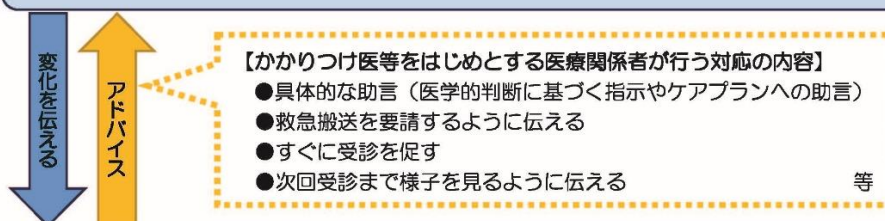


*使い方については「変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シートの手引き」をご覧ください。

変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シートの使い方

高齢者の日常生活の変化に気づいたときに、確認シートの該当する項目にチェックを入れましょう。そして、チェックが入った項目について、気になった変化の内容などを医療関係者に相談（つなげる）しましょう。確認シートの活用イメージは以下の通りです。

本人・家族・支援者 介護関係者	本人・家族・支援者	介護関係者
	いつ使う？	日常生活の中 面談・サービス提供時
	いつ相談する？	この確認シートの項目に該当することがあった時
	何を伝える？	確認シートの項目に該当することを伝える
	誰に伝える？	○本人・家族・支援者 ↓ ○ケアマネジャー・サービス提供責任者・ホームヘルパー・デイサービス職員等（緊急時は、直接かかりつけ医等へ） ○ホームヘルパー・デイサービス職員等 ↓ ○ケアマネジャー（緊急時は、直接かかりつけ医等へ）
	活用例 （あくまで、一例であり、現場で自由にお使いください） ○シート裏面（p.4）に相談先や連絡先を一覧にし、見えるところに置いておく。 ○シート表面（p.3）を複数枚用意しておき、変化に気づくたびに使用する。そしてケアマネジャー等に変化を伝える。	○普段から確認シートを複数枚携行し、変化に気づくたびに医療関係者につなぐ。 ○在宅の現場で本人・家族に配布する。 ○医療・介護関係者が参加する各種会議等で変化の内容を共有する。
	前提条件	確認シートを使用することを本人・家族をはじめ在宅ケアチーム全体で共有しておく



医療関係者	かかりつけ医等	その他の医療関係者
	医師・歯科医師 薬剤師・看護師等	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・栄養士・歯科衛生士 等

指示

- 本人・家族やその支援者は「変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シート」の項目に該当するようなことが生じていないか、注意して過ごすことが大切です。
- 緊急時はケアマネジャー経由ではなく、かかりつけ医・訪問看護師へ連絡・相談するか、状況によっては救急車を要請（119番通報）してください。
- 介護と医療の連携促進のため、情報提供の方法を地域で定めている場合もあります。その場合、地域のルールや手順に従ってください。
- 大きな病気をした後などは、再発予防や悪化防止のための注意点を、本人・家族やその支援者と在宅ケアチーム全員で共有してください。

ルールの運用により、ルール策定前後で退院時の情報連携率が 8 割から 9 割に上昇した。情報提供の方法がルール策定前では、「電話」が多かったが、策定後には「情報提供シート」や「カンファレンス」といった正確な情報提供方法が普及した。今後の課題として、ルールに記載してある原則（入院時の情報提供シート提出、退院後のケアプラン提出 など）が守られていない現状が多々ある。病院やケアマネによる差も見られているため、再度ルールの確認を病院とケアマネジャー双方で行うことをめざしている。

- ・ 転院時の情報共有がされないことがある。
- ・ 新型コロナにより、ケアマネが病院に来る機会が減った。
- ・ リモートカンファレンスなど遠隔でもしっかりとした情報提供ができるように整備する必要がある。

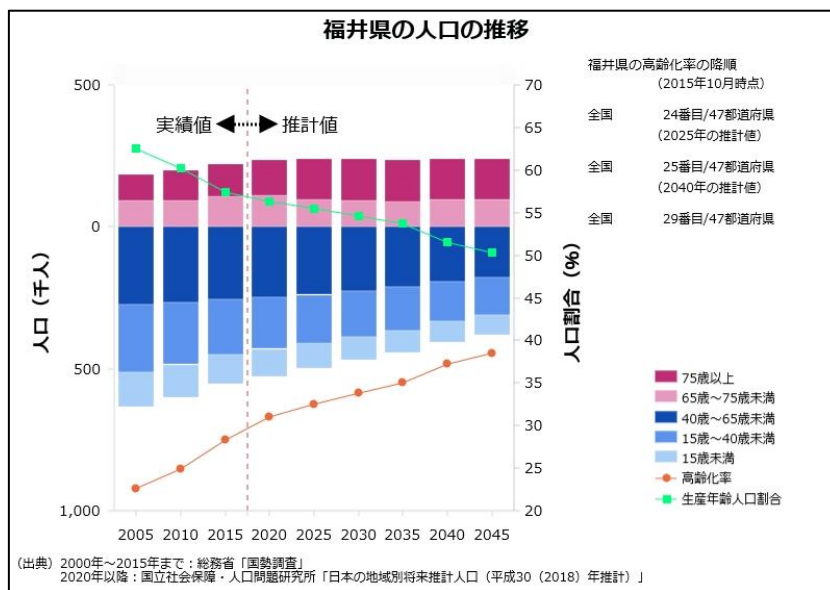
在宅医療に関する連携について、現在の取り組みについては、令和 3 年度に向けて入退院ルールの見直しを図る予定である。また、遠隔カンファレンスについては、ふくいメディカルネットという医療情報連携システムを導入し、すでに遠隔カンファレンス機能についても実装されているが、普及率が低い現状にあるため、当該システムのあり方についても検討していく。

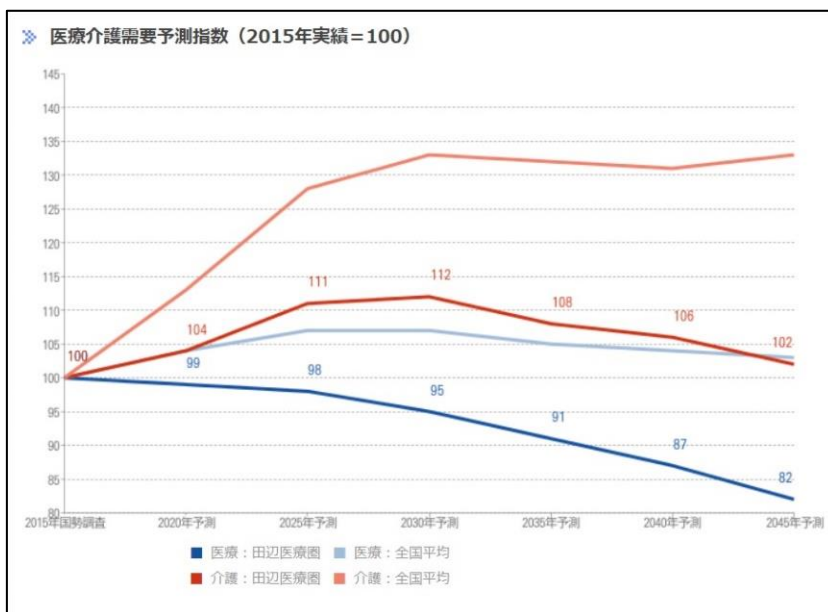
2-4. 福井県

2-4-1. 福井県 地域概要

面積		4,190.49k m ²
国勢調査	(2010 年)	806,314 人
人口	(2015 年)	786,740 人
人口増減率		-2.43%
(2010～2015 年)	(※)	-0.75%
高齢化率		28.60%
(65 歳以上・2015 年)	(※)	26.60%
人口密度		187.70 人/k m ²
(2015 年)	(※)	340.80 人/k m ²

(※) 比較地域：全国平均





施設種類別の施設数	福井県	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所 合計	458	58.21	68.94	-10.7
病院	67	8.52	6.47	2.1
歯科	316	40.17	53.53	-13.4
薬局	287	36.48	46.68	-10.2
在宅療養支援診療所	57	7.25	11.54	-4.3
在宅療養支援病院	12	1.53	1.24	0.3
訪問歯科合計	32	4.07	6.63	-2.6
訪問薬局合計	78	9.91	14.83	-4.9

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」地域別統計より）

【医療の現状】

- 入院医療の充実度： 福井県の一人当たり急性期医療密度指数は、1.16、一人当たり慢性期医療密度指数は、1.12 で、急性期の医療も慢性期の医療も全国平均レベルである。
- 医師・看護師の現状： 総医師数の偏差値が 50(病院医師数 52、診療所医師数 44)と、総医師数はほぼ全国平均レベルであるが、診療所医師数は少ない。総看護師数の偏差値は 54 とやや多い。

- 一般病床等の現状： 人口当たりの一般病床の偏差値は 55 で、一般病床はやや多い。全身麻酔数の偏差値は 51 と全国平均レベルである。
- 療養病床の現状： 人口当たりの療養病床の偏差値は 50 と療養病床数は全国平均レベルである。
- リハビリの現状： 総療法士数は偏差値 53 とやや多く、回復期病床数は偏差値 48 と全国平均レベルである。
- 精神病床の現状： 人口当たりの精神病床の偏差値は 51 で精神病床数は全国平均レベルである。
- 診療所の現状： 人口当たりの診療所数の偏差値は 46 で診療所数はやや少ない。

【介護施設や在宅ケアの現状】

- 介護施設の現状： 福井県の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、11,988 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 49)と全国平均レベルである。そのうち、介護保険施設の定員が 8,434 床(偏差値 59)、高齢者住宅等が 3,554 床(偏差値 42)である。介護保険施設は全国平均レベルを上回るが、高齢者住宅等は全国平均レベルを下回る。また、介護職員(介護施設等)の合計は、10,224 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 59)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを上回る。施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 57、特別養護老人ホーム 57、介護療養型医療施設 52、有料老人ホーム 40、軽費ホーム 57、グループホーム 46、サ高住 48 である。
- 在宅ケアの現状： 在宅療養支援診療所は偏差値 41 と少なく、在宅療養支援病院は偏差値 51 と全国平均レベルである。また、訪問看護ステーションは偏差値 57 と多い。介護職員(在宅)の合計は、865 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 39)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを下回る。
- 介護の 2025 年の需要予測： 2025 年の介護充足度指数は－6%であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、現在の高齢者施設・住宅数でほぼ対応可能である。

(出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 443 地域の医療提供体制の現状／福井県)

2-4-2. 福井県 事例概要

現在、高齢化の進展等に伴い、自宅等で療養生活を送る患者の増加が見込まれている。こうした中、そのような患者が「ときどき入院ほぼ在宅」といった療養生活を送るにあたり、スムーズな入院移行・スムーズな在宅移行ができるよう、「入退院支援」を行うことが一層重要になる。

そこで、福井県では、医療と介護の連携を推進する施策の一環として、要介護・要支援者および退院支援が必要な方が入院または退院をするにあたって、病院・有床診療所とケアマネジャー間で着実に引き継ぎ、自宅等での生活や療養に困る患者や家族をなくすことを目的に、関係者の協議により、入退院支援における情報共有のルールを作成・運用している。

<支援の対象者>

- 自宅等から入院し自宅等へ退院する患者で、介護保険サービスを利用または利用を希望する方等

<支援の担当者>

- 病院担当者（病院・有床診療所の病院看護師、地域連携室等）
- ケアマネジャー（居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・看護小規模多機能型居宅介護事業所・地域包括支援センターのケアマネジャー）

<ルールの適用地域および運用開始時期>

- （１）適用地域：福井県全域
- （２）運用開始時期：平成２８年４月（最終改定 令和２年４月）

<留意事項>

- 患者のスムーズな在宅移行にあたって、情報共有の方法やカンファレンスの要否・時期・回数等については、入院の内容や患者の生活環境等に応じて、病院担当者とケアマネジャーで調整の上、決定してください。
- この「福井県入退院支援ルール」は、各事業者に実践を強制するものではありません。また、ルール中の「入院時情報提供シート」および「退院支援情報共有シート」は参考様式であり、各市町や病院・事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式がない場合や、様式の見直しをする際の参考として活用してください。

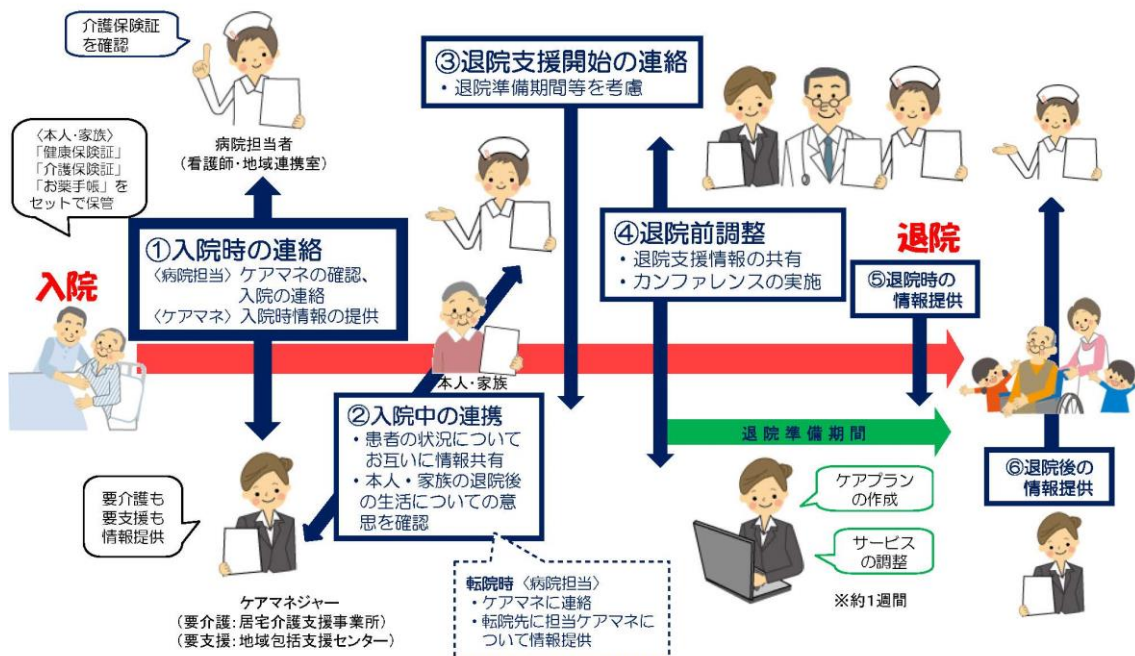
< 情報共有の基本的な流れ >

A : 入院前にケアマネジャーがいる場合

1. 入院時の連絡（病院担当者とケアマネジャーは、お互いにすみやかな入院時の連絡に努める。）
2. 入院中の連携（入院期間の見込みや患者の状態等について、お互いに情報共有に努める。）
3. 退院支援開始の連絡（退院準備期間等を考慮する）
4. 退院前調整（退院支援情報の共有、カンファレンス等の実施）
5. 退院時の情報提供（病院担当者⇒ケアマネジャー）
6. 退院後の情報提供（ケアマネジャー⇒病院担当者）

福井県入退院支援ルール

A 入院前にケアマネがいる患者の場合



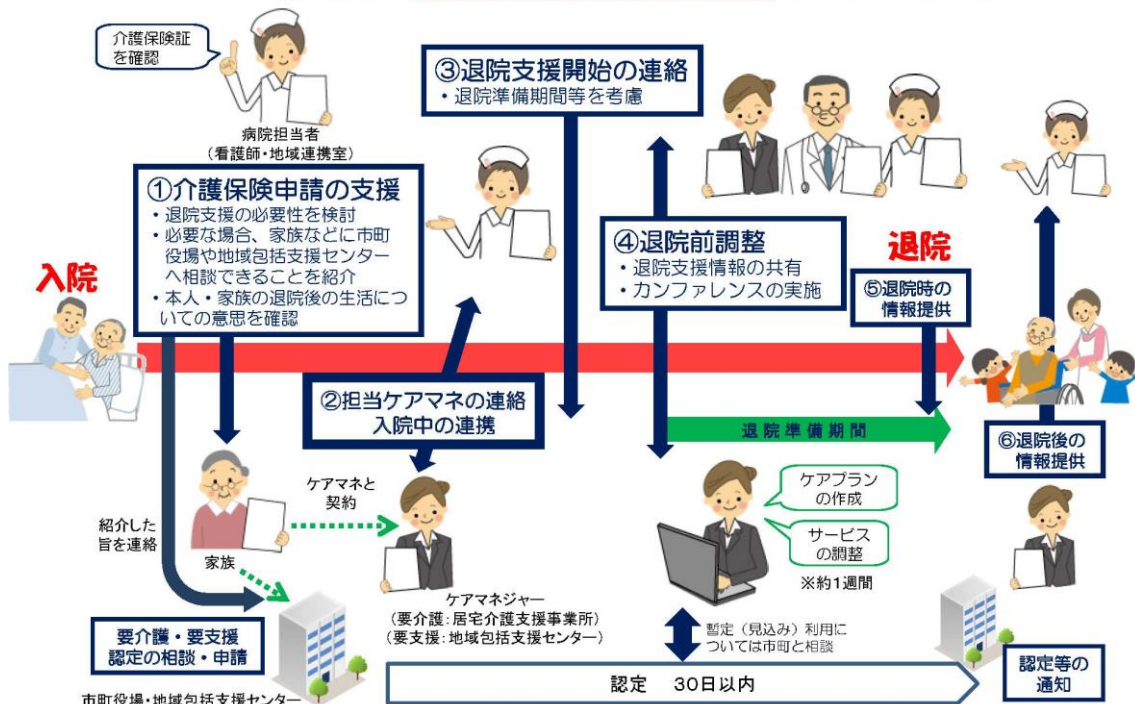
< 情報共有の基本的な流れ >

B : 入院前にケアマネジャーがいない場合

1. 介護保険申請の支援（病院担当者は、退院支援が必要と判断した場合、家族などに居住地の市町役場または地域包括支援センターへ相談できることを紹介する。また、紹介した際には、包括に対しその旨を連絡する）
2. 担当ケアマネジャーの連絡、入院中の連携（ケアマネジャーは、入院患者の担当になることが決まれば、すみやかに病院担当者に連絡を入れる）
3. ～ 6.（A：入院前にケアマネジャーがいる場合と同じ）

福井県入退院支援ルール

B 入院前にケアマネがいない患者の場合



2-4-3. 福井県 参考資料

参考様式1(福井県入退院支援ルール[H31.4改定])										(介護支援専門員⇒病院)	
入院時情報提供シート											
記入日				年		月		日		情報提供日	
事業所名				年		月		日		病院・診療所名	
担当者名				年		月		日		担当部署・担当者名	
電話番号				年		月		日		電話番号	
FAX番号				年		月		日		FAX番号	
ふりがな 氏名				生年月日		明 大 昭		年		月	
住所		〒		年齢		歳		性別			
緊急時連絡先		氏 名		住 所		続 柄		電話番号			
		〒									
		〒									
家族構成図		住環境		☐ 一戸建 ☐ 集合住宅 (階建て 階) エレベーター ☐ 有 ☐ 無							
主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性		心身の状況		疾患名、病歴など							
		かかりつけ医		医療機関名() ☐ 通院 ☐ 訪問診療 Tel							
		要介護度		☐ 申請中 ☐ 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間 (平成 年 月 日～ 平成 年 月 日)							
				サービス利用状況・サービス事業所名							
生活歴		☐ 訪問介護(回/週) () ☐ 訪問リハ(回/週) () ☐ 訪問看護(回/週、うち医療保険 回/週) () ☐ 通所介護(回/週) () ☐ 通所リハ(回/週) () ☐ 短期入所(回/週) () ☐ その他 () ☐ 福祉用具貸与 (内容:)()									
ADL		自立		見守り		一部介助		全介助		要支援は必要事項のみ記入	
移動方法		☐		☐		☐		☐		☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用	
口腔清潔		☐		☐		☐		☐		義歯: ☐ 有 ☐ 無	
食 事		☐		☐		☐		☐		☐ 普通食 ☐ 治療食(☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) 主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー 水分: ☐ とうもろこし使用 ☐ あり ☐ なし 副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー (☐ とうもろこし)	
更 衣		☐		☐		☐		☐			
入 浴		☐		☐		☐		☐		☐ 自宅(浴室) ☐ 訪問入浴 ☐ 通所系サービス	
排 泄		☐		☐		☐		☐		場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ(☐ 常時 ☐ 夜間のみ)	
服薬管理		☐		☐		☐		☐		薬物アレルギーの有無 ☐ 有 ☐ 無	
認知症		☐		☐		☐		☐		☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M 特 記 事 項()	
療養上の問題		☐		☐		☐		☐		☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他()	
医療処置		☐		☐		☐		☐		☐ 在宅酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経管栄養 ☐ 自己注射() ☐ 尿道カテ ☐ ストマ ☐ じょくそう ☐ その他 ()	
連絡事項・その他											
この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。											
この情報は、 年 月 日現在のものです。 【裏面あり】											

特記事項

○障害者手帳の有無

☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神 (程度:)

○障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)について

☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2

○特定疾患の有無

☐ 有(疾患名:) ☐ 無

○身体機能(四肢麻痺、筋力低下、視力障害、聴力障害、言語障害、皮膚疾患の有無など)

○入院に至る経緯

○退院後の希望

(本人・家族の意向、かかりつけ医・在宅サービス側の方針等)

○本人はアドバンス・ケア・プランニング(ACP・人生会議)を実践しているか

☐ はい ☐ 知っている・説明を受けた ☐ いいえ・不明

↓

話し合いの参加者…

☐ 家族等 (続柄:)

☐ 主治医 (氏名:)

☐ ケアマネジャー (氏名:)

☐ サービス提供者他 (職種・氏名:)

※アドバンス・ディレクティブ(AD・事前指示書)とは異なります。

ACP…今後の医療について、本人が家族や医療者等と事前に繰り返し話し合うプロセス

AD… 今後の医療について、本人が医療者に事前に指示しておく書類・内容

詳しくは「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(平成30年3月改定)」等を参照してください。

※ACPの実践状況に関する、提供可能な既存資料(サービス担当者会議の資料等)がありましたら、必要に応じて共有してください。

○その他

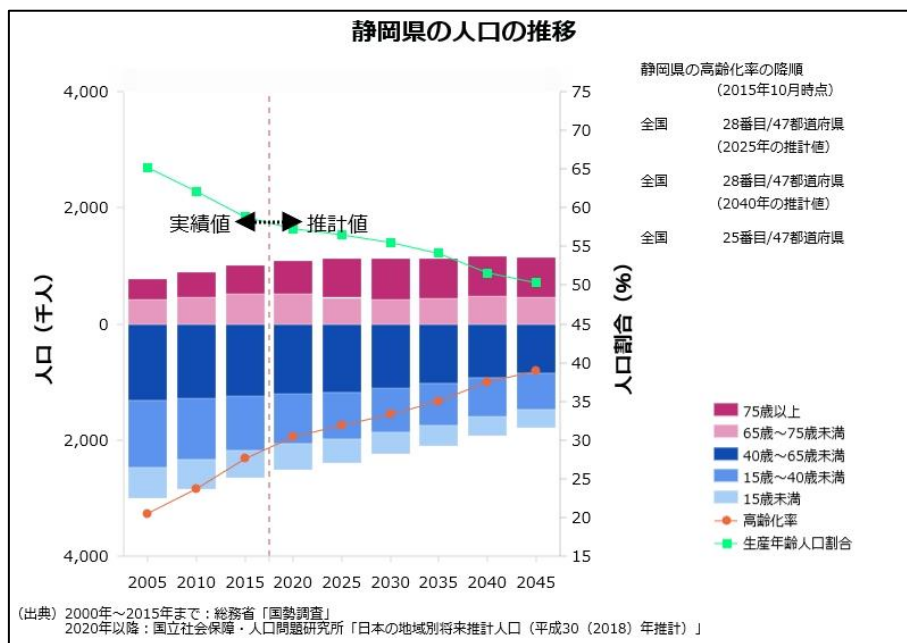
参考様式2(福井県入退院支援ルール[H31.4改定])										退院支援情報共有シート										
面談日時		年 月 日 () 午 前 ・ 午 後 時 分 ~ 時 分								場 所										
面 談 者										病院連絡窓口 (所属)		()								
(上記太枠は介護支援専門員が記載します)																				
ふり がな 氏 名										生年月日		明治 大正 昭和 年 月 日		年齢		歳		性別		
住 所		〒								電話番号										
入院の原因と なった病名										合 併 症										
既往歴										入院日		年 月 日								
										退院予定日		年 月 日頃								
病院主治医										在宅主治医										
要介護度		☐ 未申請 ☐ 区分変更中 ☐ 新規申請中 ☐ 非該当																		
		要 支 援 1 2 要 介 護 1 2 3 4 5																		
		認 定 日 (年 月 日) 有 効 期 間 (年 月 日) ~ (年 月 日)																		
病院主治医からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方																				
患者・家族の今後の希望																				
ADL		自立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	病棟での様子														
移動方法		☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用														
移乗方法		☐	☐	☐	☐															
口腔清潔		☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無														
食 事		☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食 (kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他 ()														
						主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー (摂取量 割)														
						副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー (☐ とろみ付) (摂取量 割)														
						水 分 摂 取 量: 1日 ml とろみ剤使用 ☐ あり ☐ なし														
更 衣		☐	☐	☐	☐															
入 浴		☐	☐	☐	☐	入浴の制限: ☐ 無 ☐ 有 (☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他 ()														
排 泄		☐	☐	☐	☐	便意: ☐ 有 ☐ 無 尿意: ☐ 有 ☐ 無														
						場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ (☐ 常時 ☐ 夜間のみ)														
服薬管理		☐	☐	☐	☐	(処方薬)										薬物アレルギーの有無 ☐ 有 ☐ 無				
認 知 症		☐ 無 ☐ 有	☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M 特 記 事 項 ()																	
医療処置		☐ 在宅酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経管栄養 ☐ 自己注射 ()																		
		☐ 尿道カテ ☐ ストマ ☐ じょくそう ☐ その他 ()																		
家族への 介護指導		☐ 無 ☐ 有	有の場合、指導した内容 () 有の場合、理解の状況は: ☐ 十分 ☐ 不十分 (問題点:)																	
療養上の 問題		☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他 ()																	
感 染 症		☐ HBV ☐ HCV MRSA: ☐ 保菌 ☐ 発症 (部位: ☐ 痰 ☐ 血痰 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ その他 ()																		
リハビリ目標(リハビリから確認)																				
備考欄																				
この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。 【裏面あり】																				

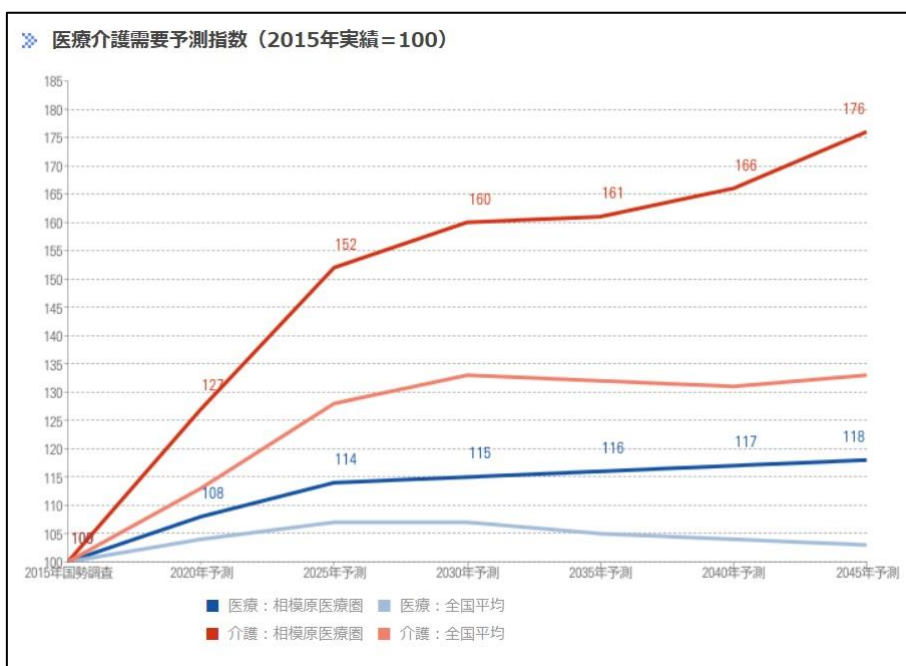
2-5. 静岡県

2-5-1. 静岡県 地域概要

面積		7,777.41k m ²
国勢調査	(2010 年)	3,765,007 人
人口	(2015 年)	3,700,305 人
人口増減率		-1.72%
(2010～2015 年)	(※)	-0.75%
高齢化率		27.80%
(65 歳以上・2015 年)	(※)	26.60%
人口密度		475.80 人/k m ²
(2015 年)	(※)	340.80 人/k m ²

(※) 比較地域：全国平均





（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」地域別統計より）

施設種類別の施設数	静岡県	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所 合計	2,261	61.1	68.94	-7.8
病院	171	4.62	6.47	-1.9
歯科	1738	46.97	53.53	-6.6
薬局	1822	49.24	46.68	2.6
在宅療養支援診療所	357	9.65	11.54	-1.9
在宅療養支援病院	22	0.59	1.24	-0.7
訪問歯科合計	193	5.22	6.63	-1.4
訪問薬局合計	489	13.22	14.83	-1.6

【医療の現状】

- 入院医療の充実度： 静岡県の一人当たり急性期医療密度指数は、0.91、一人当たり慢性期医療密度指数は、1.23 で、急性期の医療は全国平均レベルであるが、慢性期の医療は充実している。
- 医師・看護師の現状： 総医師数の偏差値が 46(病院医師数 46、診療所医師数 47)と、総医師数、病院医師数、診療所医師数ともにほぼ全国平均レベルである。総看護師数の

偏差値は 45 とやや少ない。

- 一般病床等の現状：人口当たりの一般病床の偏差値は 44 で、一般病床は少ない。全身麻酔数の偏差値は 48 と全国平均レベルである。
- 療養病床の現状：人口当たりの療養病床の偏差値は 52 と療養病床数は全国平均レベルである。
- リハビリの現状：総療法士数は偏差値 48 と全国平均レベルであり、回復期病床数は偏差値 52 と全国平均レベルである。
- 精神病床の現状：人口当たりの精神病床の偏差値は 46 で精神病床数はやや少ない。
- 診療所の現状：人口当たりの診療所数の偏差値は 46 で診療所数はやや少ない。

【介護施設や在宅ケアの現状】

- 介護施設の現状： 静岡県の高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、52,346 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 50)と全国平均レベルである。そのうち、介護保険施設の定員が 32,959 床(偏差値 54)、高齢者住宅等が 19,387 床(偏差値 47)である。介護保険施設は全国平均レベルをやや上回るが、高齢者住宅等は全国平均レベルをやや下回る。また、介護職員(介護施設等)の合計は、38,675 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 49)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルである。施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 55、特別養護老人ホーム 52、介護療養型医療施設 50、有料老人ホーム 50、軽費ホーム 52、グループホーム 49、サ高住 44 である。
- 在宅ケアの現状： 在宅療養支援診療所は偏差値 46 とやや少なく、在宅療養支援病院は偏差値 43 と少ない。また、訪問看護ステーションは偏差値 40 と少ない。介護職員(在宅)の合計は、3,842 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 39)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを下回る。
- 介護の 2025 年の需要予測： 2025 年の介護充足度指数は－11%であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、高齢者施設・住宅の増設、あるいは相当する在宅のインフラ整備が必要である。

(出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 443 地域の医療提供体制の現状／静岡県)

2-5-2. 静岡県 事例概要

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年には、高齢化の著しい進行により在宅での医療を必要とする方の増加が見込まれることから、入院患者や家族が安心して病院から在宅療養へと以降し、住み慣れた地域で暮らせることを目的に、医療・介護従事者向けに多職種が効率的かつ効果的に連携するための基本的なルールを定めたガイドラインを作成した。

(1) 構成

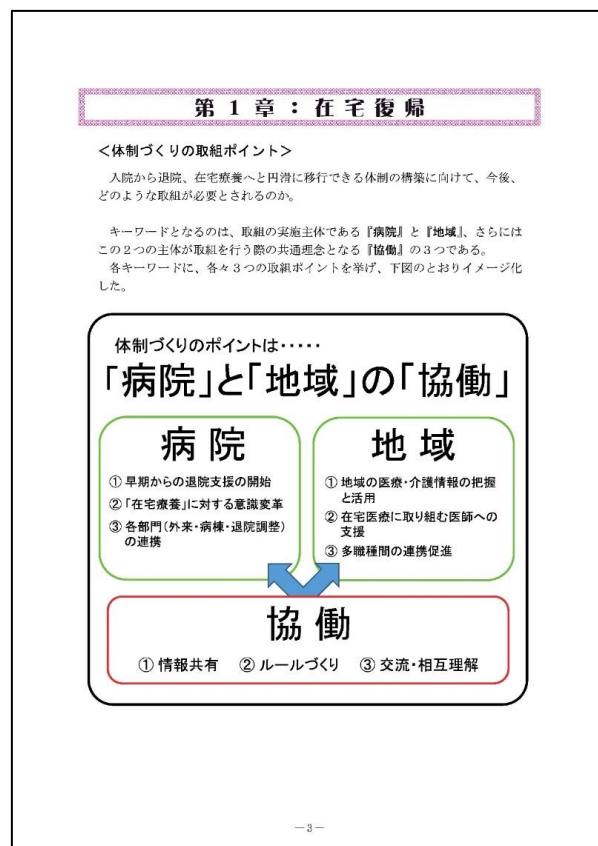
第1章：在宅復帰～在宅復帰の体制づくりのポイントについて

第2章：在宅療養～在宅療養における多職種連携について

第3章：看取り～看取りの基本的な考え方について

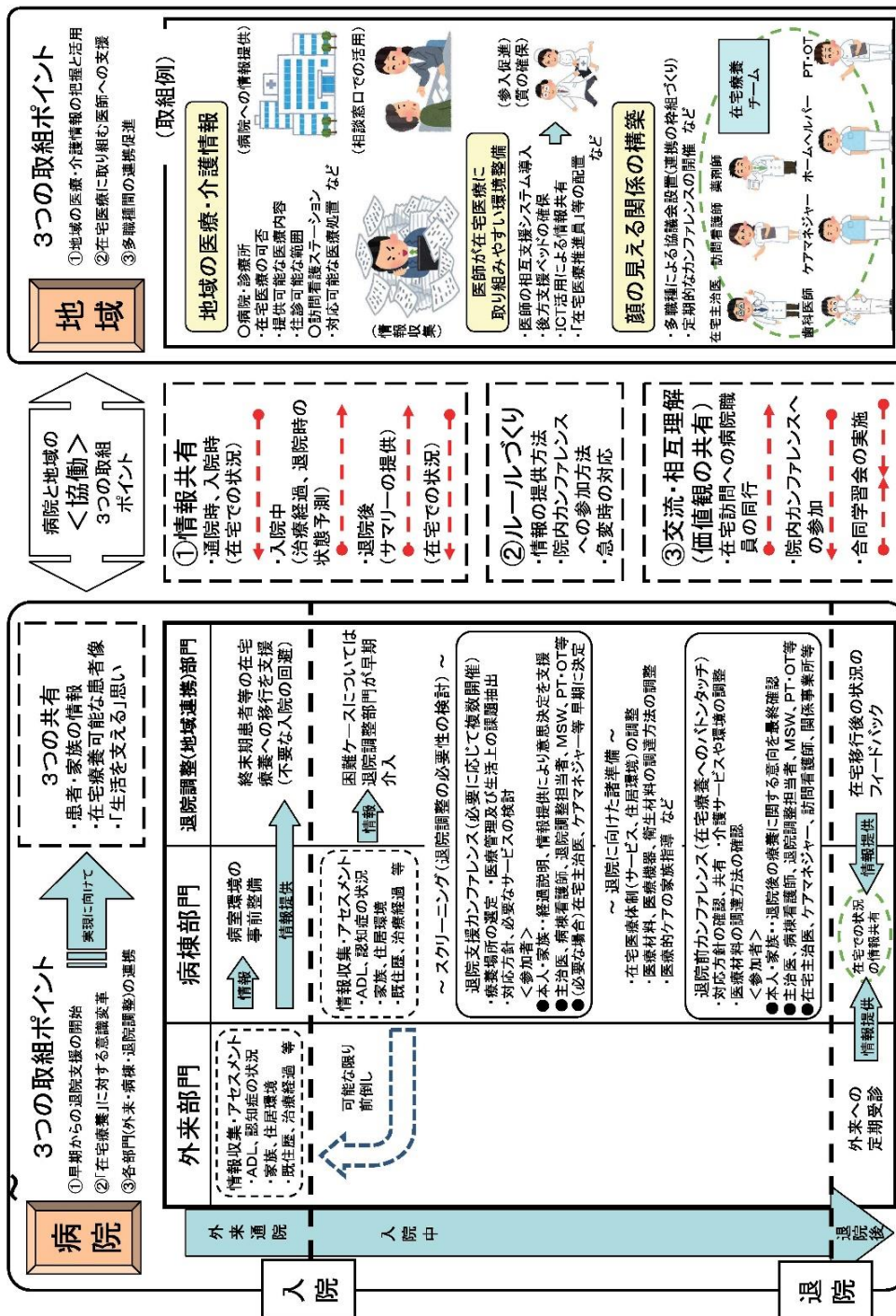
(2) 特長

これまで、地域において異なるルールで退院調整が行われていたが、今後増加していく在宅需要に対応するため、入院から在宅療養へ円滑に移行できる体制を構築していく必要があることから、関係団体による検討会議を設置し、静岡県における基本的なルールを定めた。



(出典：静岡県ホームページ「静岡県在宅療養支援ガイドライン」)

入院から在宅療養へ円滑に移行できる体制づくり ～「病院」と「地域」の「協働」



(出典：静岡県ホームページ「静岡県在宅療養支援ガイドライン」)

区分	病院	在宅主治医	歯科医師	薬剤師
日常的な連携	○療養者の生活状況の把握 療養者の在宅での生活状況について、退院調整部門が在宅関係職種からのフィードバックを求めていくほか、外来部門においても、定期受診等の機会を捉え、把握に努める。	○関係職種間の情報共有 - 療養上の注意事項等について、随時、関係職種に情報提供する。 - ケアマネジャー等からの問い合わせに応答する。	○関係職種間の情報共有 〔歯科医師〕 - 療養者の口腔内の状況やケア方法等について 〔薬剤師〕 - 処方薬の内容、効果、副作用等について ⇒ケアマネジャーを通じて関係職種に情報提供する。	
緊急時の対応	○緊急時の対応方針の整備 - 緊急時受入れのための患者情報を収集する。 - 患者の急変時対応のための後方支援ベッドを確保する。	○緊急時の対応方針の整備 - 在宅主治医の不在等により、緊急時に対応できない場合の対応方針を予め訪問看護師やケアマネジャーに指示しておく。 ○副主治医の選定 - 主治医が対応できない場合にバックアップする副主治医や代診医の確保等について予め定めておくことが望ましい。		

(出典：静岡県ホームページ「静岡県在宅療養支援ガイドライン」)

訪問看護師	ケアマネジャー	介護サービス事業所担当者
○関係職種間の情報共有 ・発熱や咳き込み、疼痛の増幅等の病状変化があった場合には、在宅主治医に報告する。 ・併せて、ケアマネジャーを通じて随時、関係職種に情報提供する。 ・連絡帳等を活用し、ホームヘルパー等との情報共有に務める。 ・在宅移行後の様子を病院の退院調整担当者にフィードバックする。	○関係職種間の情報共有 ・各職種から提供された情報を関係職種に提供し、共有を図る。 ・定期的なモニタリングのほか、必要に応じ、訪問看護師やホームヘルパー等と同行訪問し、状況把握するとともに、連携を図る。 ・要介護(要支援)認定、更新認定、区分変更等の状況を多職種に情報提供する。	○関係職種間の情報共有 ・〔緊急時以外の情報提供〕原則としてケアマネジャーを通じて行う。 ・ケアマネジャーを介さずに在宅主治医や他のサービス事業者と連絡をとった場合は、その内容をケアマネジャーに情報提供する。 ・連絡帳等を活用し、訪問看護師との情報共有に努める。 ・病状等の把握に努め、サービスの提供中に想定されるリスクを十分に考慮したうえで、サービスを提供する。
○緊急連絡網の把握 ・緊急時・夜間帯の対応方針を定め、周知しておく。	○緊急連絡網の整備 ・サービス担当者会議等で、療養上の注意事項や緊急時対応などについて、関係職種間で情報共有を行う。 ・療養者の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網を予め整備し、関係職種に周知しておく、多職種に情報提供する。	○緊急連絡網の把握 ・療養者の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網を予め把握しておく。

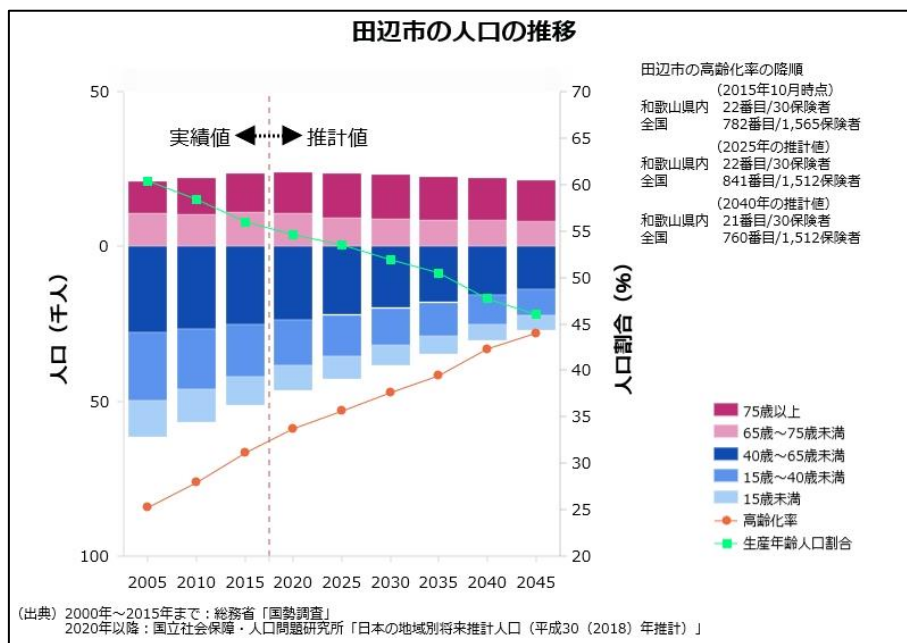
(出典：静岡県ホームページ「静岡県在宅療養支援ガイドライン」)

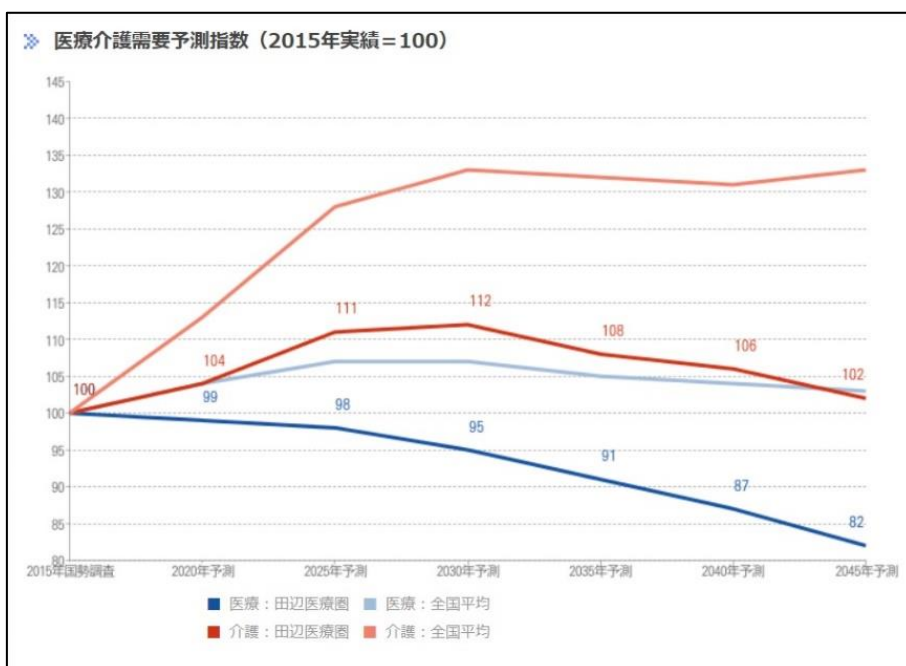
2-6. 和歌山県田辺医療圏

2-6-1. 和歌山県田辺医療圏 地域概要

面積		1,579.98k m ²
国勢調査	(2010 年)	134,822 人
人口	(2015 年)	128,161 人
人口増減率		-4.94%
(2010～2015 年)	(※)	-0.75%
高齢化率		31.90%
(65 歳以上・2015 年)	(※)	26.60%
人口密度		81.10 人/k m ²
(2015 年)	(※)	340.80 人/k m ²

(※) 比較地域：全国平均





施設種類別の施設数	田辺医療圏	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所 合計	111	86.61	68.94	17.7
病院	9	7.02	6.47	0.6
歯科	60	46.82	53.53	-6.7
薬局	64	49.94	46.68	3.3
在宅療養支援診療所	14	10.92	11.54	-0.6
在宅療養支援病院	1	0.78	1.24	-0.5
訪問歯科合計	7	5.46	6.63	-1.2
訪問薬局合計	2	1.56	14.83	-13.3

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」地域別統計より）

【医療の現状】

- 入院医療の充実度：田辺の一人当たり急性期医療密度指数は、1.34、一人当たり慢性期医療密度指数は、1.91 で、急性期の医療も慢性期の医療も充実している。
- 医師・看護師の現状：総医師数の偏差値が 49(病院医師数 48、診療所医師数 53)と、総医師数、病院医師数、診療所医師数ともにほぼ全国平均レベルである。総看護師数の偏差値は 56 と多い。

- 一般病床等の現状： 人口当たりの一般病床の偏差値は 54 で、一般病床はやや多い。全身麻酔数の偏差値は 46 とやや少ない。田辺には、年間全身麻酔件数が 1000 例以上の紀南病院（Ⅲ群）、500 例以上の NHO 南和歌山医療センター（Ⅲ群・救命）がある。
- 療養病床の現状： 人口当たりの療養病床の偏差値は 59 と療養病床数は多い。
- リハビリの現状： 総療法士数は偏差値 51 と全国平均レベルであり、回復期病床数は偏差値 52 と全国平均レベルである。
- 精神病床の現状： 人口当たりの精神病床の偏差値は 45 で精神病床数はやや少ない。
- 診療所の現状： 人口当たりの診療所数の偏差値は 60 で診療所数は多い。

【介護施設や在宅ケアの現状】

- 介護施設の現状： 田辺の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、2,373 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 53)と全国平均レベルをやや上回る。そのうち、介護保険施設の定員が 1,650 床(偏差値 62)、高齢者住宅等が 723 床(偏差値 43)である。介護保険施設は全国平均レベルを上回るが、高齢者住宅等は全国平均レベルを下回る。また、介護職員(介護施設等)の合計は、1,934 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 60)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを上回る。施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 57、特別養護老人ホーム 54、介護療養型医療施設 68、有料老人ホーム 41、軽費ホームなし(偏差値 43)、グループホーム 44、サ高住 56 である。
- 在宅ケアの現状： 在宅療養支援診療所は偏差値 45 とやや少なく、在宅療養支援病院は偏差値 44 と少ない。また、訪問看護ステーションは偏差値 58 と多い。介護職員(在宅)の合計は、523 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 70)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを大きく上回る。
- 介護の 2025 年の需要予測： 2025 年の介護充足度指数は-2%であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、現在の高齢者施設・住宅数でほぼ対応可能である。

（出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 443 地域の医療提供体制の現状／和歌山県）

2-1-2. 和歌山県田辺医療圏 事例概要

『一般社団法人田辺圏域医療と介護の連携を進める会』の設立。田辺保健・医療圏域における医師会や関係団体及び圏域内の5市町等で一般社団法人を設立し、在宅医療・介護連携推進事業実施の受け皿として地域包括ケアシステムの推進をしている事例。

平成22年に田辺圏域の医療と介護の連携を構築することを目的とする「田辺圏域保健医療介護の連携体制の構築を進める会」が発足し、「顔と顔がつながる関係づくり」として圏域内の医療・介護関係者が月に1回集まる場として「定例会」を開催し勉強会や意見交換・情報交換を行ってきた。

また、「システムづくり」として入退院時のスムーズな連携のために医療と介護の連携マニュアルを作成し、介護支援専門員等と医療機関との円滑な連携方法の周知・啓発・運用をおこなった。

さらに、和歌山県西牟婁振興局とともに退院調整ルールを作成し運用を開始するとともに実施状況や課題の把握・改善のため退院調整に関するアンケートを毎年実施しメンテナンスを行っている。このような活動を続ける中、介護保険法に基づく在宅・医療介護連携推進事業の実施について圏域内の5市町と協議を進め、圏域内に4つの医師会が存在することや医療圏と市町村域が一致しないことなどから、これまでの取り組みの実績を考慮し

「田辺圏域保健医療介護の連携体制の構築を進める会」を「田辺圏域医療と介護の連携を進める会」として一般社団法人化し5市町から在宅・医療介護連携推進事業を受託の上、「田辺圏域在宅医療・介護連携支援センター」を設置し事業を進めることとなった。

これまでの取り組みの展開は以下の1～6の流れである。

1. 課題の抽出

医療と介護の連携については、縦割り行政の弊害もあり現場においても連携がとりにくい現状があった。また、これまで医療関係者と介護関係者が地域における課題について話し合う機会が少なく、個別には対応されていたものの圏域全体のシステムとして存在していない状況にあった。

2. システムづくりのきっかけ

当時の保健所長と介護支援専門員協会会長の声かけで、医療と介護の連携を進めるため「顔と顔の見える関係」をつくることを目的とした月1回の定例会を開催し、意見交換や情報交換を重ねる中でシステムづくりが始まった。

3. 実施体制

当初、事業の実施等については主に介護支援専門員協会が担い、毎月休みなく定例会の企画や運営等行ってきた。「田辺圏域在宅医療・介護連携支援センター」が設立されてからは当該センターが中心となって「一般社団法人田辺圏域医療と介護の連携を進める会」の理事会を中心に課題ごとに3つの委員会（在宅医療・介護連携促進委員会、医療・介護情報共有化促進委員会、研修委員会）を設置しそれぞれ取り組みを進めている。

4. 取組方針、対策の内容

取り組み方針については、国が示した「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を基本として当圏域の状況に応じた事業の実施を企画している。

5. 実施状況の確認の状況

実施状況については「一般社団法人田辺圏域医療と介護の連携を進める会」の理事会及び課題ごとの3つの委員会また、圏域内5市町の担当課長・地域包括支援センター長会議において実施状況の確認等を行っている。

6. 評価・改善への取組状況

評価・改善等についても上記の理事会、委員会及び5市町担当課長介護等で行っている。また、圏域内の地理的な状況や社会資源の整備状況等の特異性のため市町、関係団体機関等で改善が難しい行政課題については関係行政窓口等への要請を検討している。

一般社団法人田辺圏域医療と介護の連携を進める会の概要

一般社団法人田辺圏域医療と介護の連携を進める会の概要

□ 沿革

平成22年	3月16日	田辺圏域保健医療介護の連携体制の構築を進める会発足
平成28年	9月27日	一般社団法人田辺圏域医療と介護の連携を進める会設立
平成29年	3月31日	田辺圏域在宅医療・介護連携支援センターを田辺市医師会館3階に開所
平成29年	4月1日	在宅医療・介護連携推進事業開始

□ 設立目的（定款より）

本会は、田辺圏域における医療と介護の連携を推進することを目的とし、その目的に資するため、次の事業を行う。

- 地域の医療・介護資源の把握し、情報を提供する事業
- 在宅医療・介護連携の課題を抽出するとともに、その対応策の検討のための事業
- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築を推進するための事業
- 医療・介護関係者の情報共有の支援を行うための事業
- 在宅医療・介護連携に関する相談支援を行うための事業
- 在宅医療・介護の連携を促進するための医療・介護関係者の研修を行う事業
- 在宅医療・介護に関する地域住民への普及啓発のための事業
- 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携を促進するための事業
- 前各号に掲げる事業に附帯又は関連する事業

□ 組織

社員（社員総会）

正会員

- 一般社団法人田辺市医師会
- 一般社団法人西牟婁郡医師会
- 一般社団法人田辺西牟婁歯科医師会
- 一般社団法人田辺薬剤師会
- 一般社団法人和歌山県訪問看護ステーション連絡協議会
- 一般社団法人和歌山県介護支援専門員協会

特別会員

- 田辺市
- みなべ町
- 白浜町
- 上富田町
- すさみ町

□ 委員会及びその役割

当会では、設立目的の事業を推進するために、次の3つの委員会を設置し、関係団体・機関から委員を選出いただき協議・検討を行っています。

在宅医療・介護連携促進委員会

- 在宅医療・介護連携の課題を抽出するとともに、その対応策の検討
- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

医療・介護情報共有化促進委員会

- 地域の医療・介護資源の把握及び情報の提供
- 医療・介護関係者の共有すべき情報の検討及び共有方法の検討

研修委員会

- 在宅医療・介護の連携を促進するための医療・介護関係者への研修の企画・運営
- 在宅医療・介護に関する地域住民への普及啓発

□ 事務所

〒646-0033 和歌山県田辺市新屋敷町1番地の8 田辺市医師会館 3階

TEL 0739-34-3316 FAX 0739-34-3326

E-mail : tanaberenkeishien@m.speedia.jp

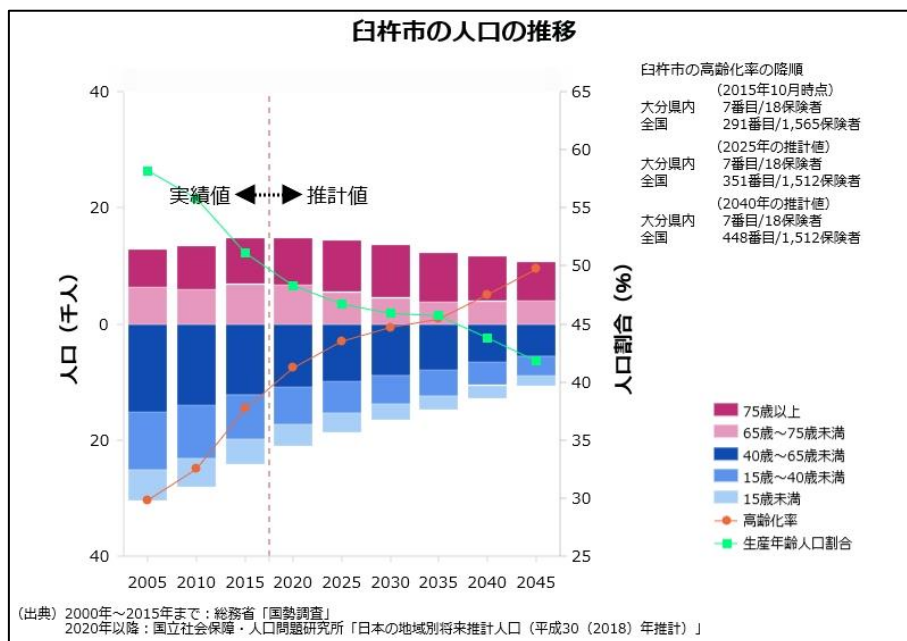
(出典：田辺圏域在宅医療・介護連携支援センターホームページ)

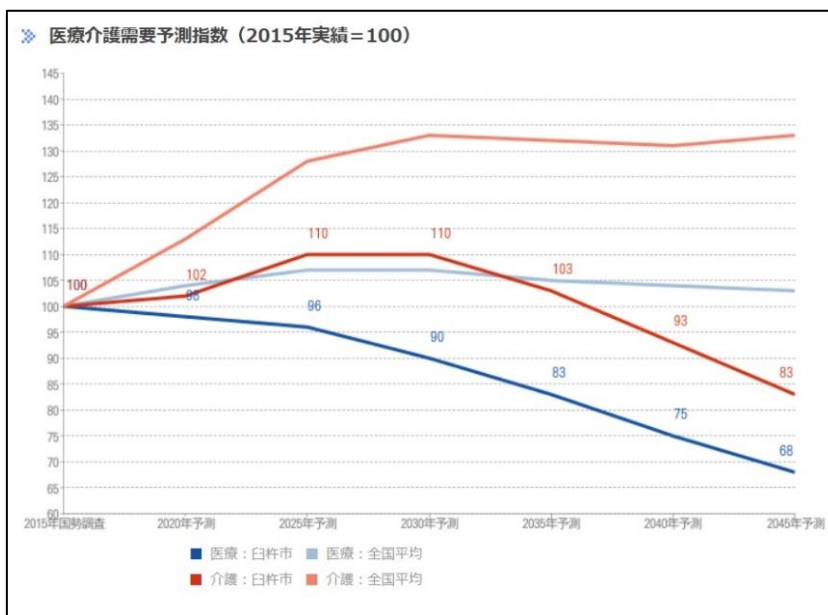
2-7. 大分県臼杵市

2-7-1. 大分県臼杵市 地域概要

面積		291.20k m ²
国勢調査	(2010 年)	41,469 人
人口	(2015 年)	38,748 人
人口増減率		-6.56%
(2010～2015 年)		(※) -0.75%
高齢化率		37.80%
(65 歳以上・2015 年)		(※) 26.60%
人口密度		133.10 人/k m ²
(2015 年)		(※) 340.80 人/k m ²

(※) 比較地域：全国平均





施設種類別の施設数	白杵市	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所 合計	28	72.26	68.94	3.3
病院	4	10.32	6.47	3.9
歯科	16	41.29	53.53	-12.2
薬局	17	43.87	46.68	-2.8
在宅療養支援診療所	6	15.48	11.54	3.9
在宅療養支援病院	1	2.58	1.24	1.3
訪問歯科合計	2	5.16	6.63	-1.5
訪問薬局合計	3	7.74	14.83	-7.1

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」地域別統計より）

【医療の現状】

- 入院医療の充実度： 中部の一人当たり急性期医療密度指数は、1.28、一人当たり慢性期医療密度指数は 1.12 で、急性期の医療は充実しているが、慢性期の医療は全国平均レベルである。
- 医師・看護師の現状： 総医師数の偏差値が 57(病院医師数 57、診療所医師数 56)と、総医師数、病院医師数、診療所医師数ともに多い。総看護師数の偏差値は 62 と多い。
- 一般病床等の現状： 人口当たりの一般病床の偏差値は 62 で、一般病床は多い。全身

麻酔数の偏差値は 53 とやや多い。中部には、年間全身麻酔件数が 2000 例以上の大分県立病院（Ⅲ群・救命）、大分大学医学部附属病院（Ⅰ群・救命）、1000 例以上のアルメイダ病院（Ⅲ群・救命）、500 例以上の大分赤十字病院（Ⅲ群）、大分岡病院（Ⅲ群）がある。

- 療養病床の現状： 人口当たりの療養病床の偏差値は 43 と療養病床数は少ない。
- リハビリの現状： 総療法士数は偏差値 64 と多く、回復期病床数は偏差値 57 と多い。
- 精神病床の現状： 人口当たりの精神病床の偏差値は 62 で精神病床数は多い。
- 診療所の現状： 人口当たりの診療所数の偏差値は 50 で診療所数は全国平均レベルである。

【介護施設や在宅ケアの現状】

- 介護施設の現状： 中部の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、6,315 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 39)と全国平均レベルを下回る。そのうち、介護保険施設の定員が 3,975 床(偏差値 45)、高齢者住宅等が 2,340 床(偏差値 43)である。介護保険施設は全国平均レベルをやや下回り、高齢者住宅等は全国平均レベルを下回る。また、介護職員(介護施設等)の合計は、6,070 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 54)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルをやや上回る。施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 56、特別養護老人ホーム 42、介護療養型医療施設 43、有料老人ホーム 43、軽費ホーム 45、グループホーム 48、サ高住 48 である。
- 在宅ケアの現状： 在宅療養支援診療所は偏差値 66 と非常に多く、在宅療養支援病院は偏差値 66 と非常に多い。また、訪問看護ステーションは偏差値 56 と多い。介護職員(在宅)の合計は、1,237 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 57)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを上回る。
- 介護の 2025 年の需要予測： 2025 年の介護充足度指数は－52%であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、多くの高齢者施設・住宅の増設、あるいは相当する在宅のインフラ整備が必要である。

(出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 443 地域の医療提供体制の現状／大分県)

2-7-2. 大分県臼杵市 事例概要

「うすき石仏ねっと」は、平成 20 年 4 月より IT を利用し、住民・患者様が安心して日常生活を過ごすために必要な医療・福祉サービスの基盤づくりを目指して発足している。

平成 24 年 4 月より、訪問看護ステーションが加わり「うすき石仏ねっと」として本格的に稼働を始めた。「うすき石仏ねっと」のカードには 1995 年（平成 7 年）に「臼杵磨崖仏」として国宝に認定された「ホキ石仏群」の中の「大日如来像」が描かれていて「臼杵市」を象徴するカードとなっている。

臼杵市の人口は、約 36,000 人（R2.9.1 現在）であるが、現在「うすき石仏ねっと」のカードは、約 22,300 人（R2.9.1 現在）の市民の方に利用されている。このカードを利用することにより、過去の「血液生化学のデータ」や医師会立コスモス病院で実施された CT、MRI、胃カメラ、大腸内視鏡の画像も見ることができ、日常の診療に大いに役立っている。

平成 26 年 10 月より調剤薬局との連携、同年 12 月より老健や特養での連携、平成 27 年 7 月より歯科診療所との連携が開始された。

そして、平成 27 年 10 月より、臼杵市消防本部との連携が開始され救急搬送時に、消防署の通信司令室で情報の閲覧が可能となった。

同年 12 月より居宅介護支援事業所との連携が開始された。又、現在実施されている「糖尿病連携パス」「心疾患連携パス」「癌緩和連携パス」「認知症連携パス」が電子化されて運用されている。

消防署通信指令室 閲覧画面

10 (10009777) 平成 22年1月1日 (6歳) 0972-62-5615
 臼杵 太郎 (りす 知り) 大分県臼杵市戸室

救急用アラート項目

低血糖 ☐ 出血傾向 ☒ 認知症 ☒ アレルギー ☒

既往歴・病名

- 1 糖尿病
- 2 右大腿骨頭部骨折
- 3 慢性硬膜下血腫

コスモス病院 外来来院歴

1	2015-09-17	-	木村 成志	本
2	2014-12-19	-	舩友 一洋	内
3	2014-10-10	-	舩友 一洋	内
4	2011-06-28	-	瀧木 真一	内
5	2011-06-24	-	竹中 隆一	内
6	2011-06-17	-	竹中 隆一	内
7	2011-06-09	-	舩友 一洋	内
8	2011-05-24	-	瀧木 真一	内

コスモス病院 入院履歴

1	2008-09-10	2008-09-10	舩友 一洋	内科
---	------------	------------	-------	----

かかりつけ医

1	丸岡脳外科	丸岡 伸比古
2	三好泌尿器	三好 信行
3	丸岡脳外科	丸岡 伸比古
4	元村整形外科	元村 順次
5	コスモス病院	小川 聡
6	藤野循環器	藤野 孝雄

メモ

自立度

介護度 (2016-06-30) 要介護 5

自立度 (2016-06-30)

障害高齢者日常生活自立度	認知症高齢者日常生活自立度
C 1	I

A D L (2016-06-30)

食事	一部介助	排泄	オムツ
移動		意思伝達	可
	車椅子		

ログオフ
 トップ画面へ
 患者選択
 連絡先
 介護事業所
 薬剤
 アレルギー
 認知症

消防署通信指令室 閲覧画面

10 (10009777) 平成 22年1月1日 (6歳) 0972-62-5615
 臼杵 太郎 (りす 知り) 大分県臼杵市戸室

救急用アラート項目

低血糖 ☐ 出血傾向 ☒ 認知症 ☒ アレルギー ☒

メモ

既往歴・病名

- 1 糖尿病
- 2 右大腿骨頭部骨折
- 3 慢性硬膜下血腫

コスモス病院 外来来院歴

1	2015-09-17	-	木村 成志	本
2	2014-12-19	-	舩友 一洋	内
3	2014-10-10	-	舩友 一洋	内
4	2011-06-28	-	瀧木 真一	内
5	2011-06-24	-	竹中 隆一	内
6	2011-06-17	-	竹中 隆一	内
7	2011-06-09	-	舩友 一洋	内
8	2011-05-24	-	瀧木 真一	内

コスモス病院 入院履歴

1	2008-09-10	2008-09-10	舩友 一洋	内科
---	------------	------------	-------	----

かかりつけ医

1	丸岡脳外科	丸岡 伸比古
2	三好泌尿器	三好 信行
3	丸岡脳外科	丸岡 伸比古
4	元村整形外科	元村 順次
5	コスモス病院	小川 聡
6	藤野循環器	藤野 孝雄

メモ

DNAR
 ACP
 看取り希望

自立度

介護度 (2016-06-30) 要介護 5

自立度 (2016-06-30)

障害高齢者日常生活自立度	認知症高齢者日常生活自立度
C 1	I

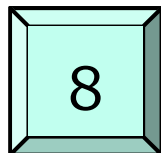
A D L (2016-06-30)

食事	一部介助	排泄	オムツ
移動		意思伝達	可
	車椅子		

ログオフ
 トップ画面へ
 患者選択
 連絡先
 介護事業所
 薬剤
 アレルギー
 認知症

経過 医療管理 身体精神 ADL IADL 生活情報 本人家族			
介護連携シート 新規作成 編集する コピー作成			
入院日		医療機関	コスモス病院
登録日	2014年8月1日	登録者	安東 直美
区分			
本人・家族の言葉			
本人・家族の言葉	急変時の蘇生	希望しない	本人
	人工的栄養摂取	希望しない	本人
	詳細	入院中に自然に生きたいと本人妻の発言あり	
病气や予後について	自然に任せる		
人生の支えになること	妻「自慢の妻」		
意思決定のキーパーソン	長女		
大きな問題に直面した時の行動	妻に話す		
大まかな性格	おおらか 優しい		
病状説明と受け止め方			
説明内容	脳梗塞後遺症・廃用の為誤嚥性肺炎を繰り返す可能性高い 今後、人工的な栄養選択を迫られることも考えられる。		
本人	自然に過ごしたい。管とか入れたくない。		
家族	本人の希望するようにして欲しい。家で過ごせる間は家で介護したい		

【 大分県（標準）救急活動プロトコール 】



家族等の反応

1. 蘇生術の適応である（「明らかに死亡している」の判断基準を満たさない）にもかかわらず、家族が蘇生術の施行を望まない場合は、プロトコールどおりの CPR（AED を含む。）を実施する。

2. 蘇生術の施行がふさわしくない背景があつて（悪性腫瘍の末期など）、家族が蘇生術の施行を望まない場合も、プロトコールどおりの CPR を開始する。

並行して主治医（かかりつけ医）との連絡をとるよう努め、主治医（かかりつけ医）から「 CPR を行わない 」旨の指示が取得されたならば、CPR を中止してもよい。

ただし、CPR の中止にあつては本人の意思表示等が確認できることが望ましい。

注：「明らかに死亡している」と現場で判断できる条件

1) 頭部、頸部や体幹の切（軀）断や身体の腐敗を認める等の状況から、社会通念上死亡と判断できるもの。

2) 死後硬直や全身死斑等の状況から、社会通念上死亡と判断できるもの。3) 医師が死亡していると判断した場合

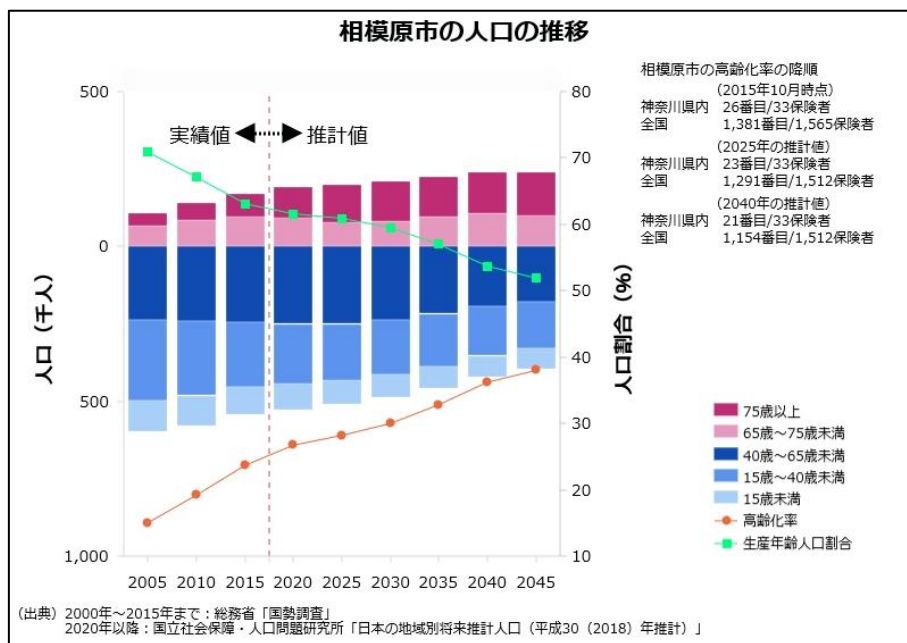
（出典：大分県救急搬送協議会 大分県メディカルコントロール協議会 第 11 版（令和 2 年 4 月 1 日適応））

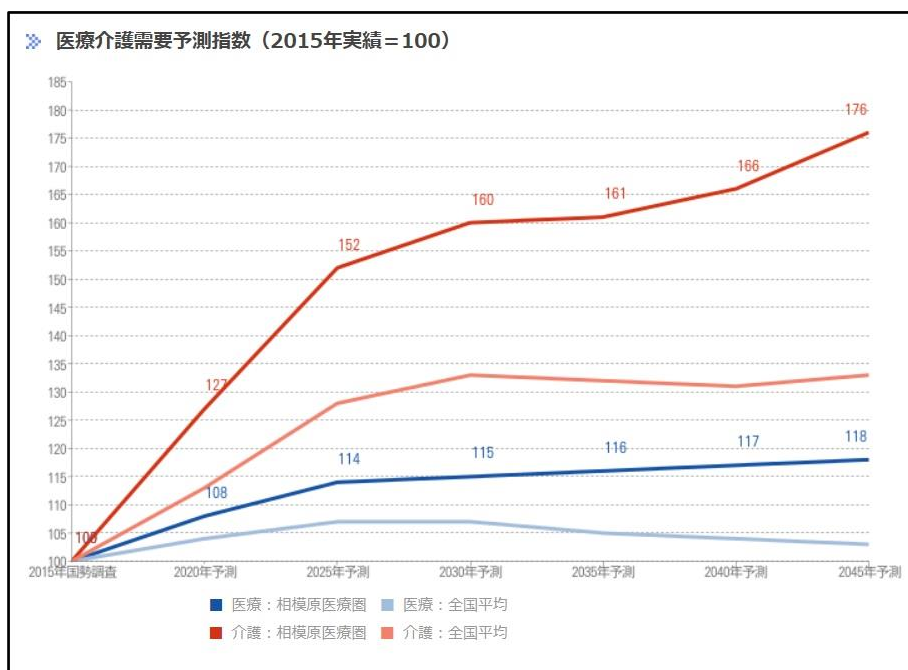
2-8. 神奈川県相模原市

2-8-1 神奈川県相模原市 地域概要

面積		328.66k m ²
国勢調査	(2010 年)	717,515 人
人口	(2015 年)	720,780 人
人口増減率		0.46%
(2010～2015 年)		(※) -0.75%
高齢化率		24.00%
(65 歳以上・2015 年)		(※) 26.60%
人口密度		2,193.10 人/k m ²
(2015 年)		(※) 340.80 人/k m ²

(※) 比較地域：全国平均





施設種類別の施設数	相模原医療圏	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所 合計	374	51.89	68.94	-17.1
病院	35	4.86	6.47	-1.6
歯科	365	50.64	53.53	-2.9
薬局	289	40.1	46.68	-6.6
在宅療養支援診療所	48	6.66	11.54	-4.9
在宅療養支援病院	6	0.83	1.24	-0.4
訪問歯科合計	40	5.55	6.63	-1.1
訪問薬局合計	87	12.07	14.83	-2.8

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」地域別統計より）

【医療の現状】

- 入院医療の充実度： 相模原の一人当たり急性期医療密度指数は、0.64、一人当たり慢性期医療密度指数は、0.82 で、急性期の医療は少ないが、慢性期の医療は全国平均レベルである。
- 医師・看護師の現状： 総医師数の偏差値が 47(病院医師数 50、診療所医師数 38)と、総医師数はほぼ全国平均レベルであるが、診療所医師数は少ない。総看護師数の偏差値

は 44 と少ない。

- 一般病床等の現状： 人口当たりの一般病床の偏差値は 43 で、一般病床は少ない。全身麻酔数の偏差値は 52 と全国平均レベルである。相模原には、年間全身麻酔件数が 2000 例以上の NHO 相模原病院（Ⅲ群）、相模原協同病院（Ⅲ群）、北里大学病院（Ⅰ群・救命）、500 例以上の JCHO 相模野病院（Ⅲ群）、瀏野辺総合病院（Ⅲ群）がある。
- 療養病床の現状： 人口当たりの療養病床の偏差値は 56 と療養病床数は多い。
- リハビリの現状： 総療法士数は偏差値 43 と少なく、回復期病床数は偏差値 44 と少ない。
- 精神病床の現状： 人口当たりの精神病床の偏差値は 44 で精神病床数は少ない。
- 診療所の現状： 人口当たりの診療所数の偏差値は 38 で診療所数は少ない。

【介護施設や在宅ケアの現状】

- 介護施設の現状： 相模原の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、9,674 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 66)と全国平均レベルを大きく上回る。そのうち、介護保険施設の定員が 5,130 床(偏差値 57)、高齢者住宅等が 4,544 床(偏差値 61)である。介護保険施設、高齢者住宅等ともに全国平均レベルを上回る。また、介護職員(介護施設等)の合計は、6,468 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 58)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを上回る。施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 41、特別養護老人ホーム 59、介護療養型医療施設 63、有料老人ホーム 61、軽費ホーム 46、グループホーム 57、サ高住 53 である。
- 在宅ケアの現状： 在宅療養支援診療所は偏差値 43 と少なく、在宅療養支援病院は偏差値 47 とやや少ない。また、訪問看護ステーションは偏差値 50 と全国平均レベルである。介護職員(在宅)の合計は、1,009 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 51)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルである。
- 介護の 2025 年の需要予測： 2025 年の介護充足度指数は－13%であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、高齢者施設・住宅の増設、あるいは相当する在宅のインフラ整備が必要である。

(出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 443 地域の医療提供体制の現状／神奈川県)

2-8-2. 神奈川県相模原市 事例概要

神奈川県相模原市では、在宅医療・介護連携を促進するため、「あんしんリンク」を構築。また、「地域ケアサポート医」を配置している。

あんしんリンク（ケアマネタイム）とは、医療機関と介護事業所等との円滑な連携を促進することを目的として、医師の比較的連絡しやすい時間や連絡手段などの情報と、介護支援専門員の連絡先等についてまとめたもの。平成 30 年 7 月から（一社）相模原市医師会ホームページにて「電子版あんしんリンク」として、これまでの情報に加え、在宅管理可能な医療行為や訪問診療の対応可能エリア、受入状況等も閲覧できるようにした。（※閲覧には、運用の主旨に同意し、あんしんリンク届出票にて登録が必要）

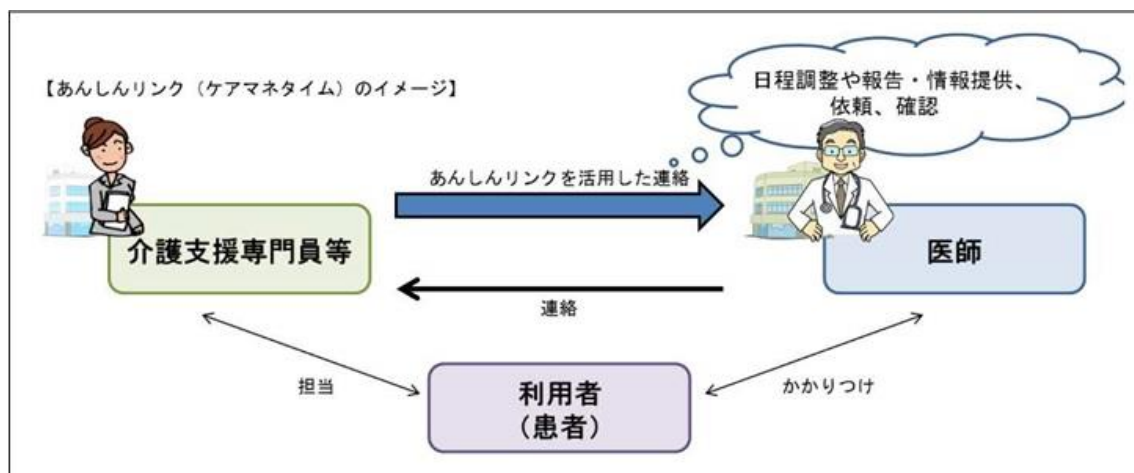
（１）安心リンク

医師にとって、本来業務以外に充てられる時間が限られていること、また、医師によって電話・FAX・メールといった希望する連絡方法が異なるため、介護支援専門員等にとっては、いつ・どのように連絡を行ってよいか分からない場合がある。

このため、医療と介護の円滑な連携を促進するために、医師の比較的対応しやすい時間や連絡方法、医療機関の在宅管理可能な医療行為や訪問診療の対応可能エリア及び受け入れ状況等の情報と、介護支援専門員の連絡先等をまとめウェブ上に会員限定で閲覧できるようにしたものが「あんしんリンク」である。

この「あんしんリンク」の愛称は、医療関係者と介護従事者の連携（リンク）が図られることにより、地域包括ケアシステムの構築に寄与し、高齢者一人ひとりが安心して暮らせる社会が実現するように願いを込めてつけられた。

【 あんしんリンクのイメージ図 】



介護支援専門員等があんしんリンクを活用して医師に連絡を行うため、原則として連絡の内容は、介護支援専門員等が担当する利用者で、かつ、医師のかかりつけの患者に係るものに限る。

【 あんしんリンクの活用の例 】

#	あんしんリンクで活用が期待されること	
1	利用者（患者）やその家族等との同行受診に当たっての日程調整	○
2	利用者（患者）の病状等を把握することを目的とした日程調整	○
3	利用者（患者）の病状等を把握することを目的とした相談	△
4	利用者（患者）が介護サービスの利用を開始したことの報告又は変更などの情報提供	○
5	サービス担当者会議などへの出席依頼、意見聴取や結果報告	○
6	主治医意見書の記載依頼又は内容の確認	○
7	訪問看護、通所リハビリテーションなど、医療サービスの利用の意見聴取又は指示書記載依頼	○
8	はり、きゅう、柔道整復、あん摩マッサージの事前の意見聴取	○
9	他科受診の意見聴取又は紹介状記載依頼	○
10	利用者（患者）の退院後、かかりつけ医になってもらうための日程調整	○

※「△」は状況に応じて対応している場合がある。

【参加機関・事業所】（あんしんリンクに賛同する次の事業所等）

- ①診療所や病院
- ②居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所
- ③高齢者支援センター（地域包括支援センター）
- ④訪問看護事業所

※上記の事業所等のほか、市医師会会員、市関係各課、市在宅医療・介護連携推進会議委員も閲覧可能

あんしんリンク連絡票

連絡日 平成29年2月1日

【記載例】

ver.1.00

出来る限り手短かに、かつ、要領を得た内容にしてください。

直接、医療に関わる内容については、利用者（患者）が医療機関に受診したうえで相談することが基本です。

※裏面「介護支援専門員等があんしんリンクを活用する際のルール」を確認の上、このルールに従って連絡してください。

（名刺を貼ることが出来ます）

送信者	事業所名 医療機関名	相模原居宅介護支援事業所	氏名	中央 太郎
	電話番号	042-0000-0000	FAX番号	042-0000-0000
	メールアドレス	△△△sagamihara-kyotaku.jp		
	連絡に当たっての宣誓 ※次の3つを満たす場合に限り、連絡が出来ます。	☒ 相談については、介護支援専門員等の担当する利用者で、かつ、医師のかかりつけの患者のものです。 ☒ 私は、個人情報のやり取りを行う前に利用者（患者）の同意を得ています。 ☒ 私は、正当な理由がなく、個人情報を漏らしません。		

日 程 調 整 、 報 告 、 相 談 の 内 容 提 供	利用者（患者）	裏面（5）参照 ○山 ○子	性別	☐ 男性	☒ 女性
	年齢等	年生まれ又は 80 歳		要介護度	要介護4
	日程調整、報告・ 情報提供、依頼、 確認、相談の種類	☒ 日程調整	☐ 報告・情報提供	☒ 依頼	☐ 確認
		☐ 相談	☐ その他（ ）		
	具体的な内容 ※時間（時期）や場所などについても記載ください。	件名（通所リハビリテーションの利用に先立っての同行受診の ための日程調整と指示書の記載依頼 について） 1月上旬から2週間程度、心筋梗塞の手術のため入院していましたが、入院によりADLが低下したため、運動機能などの向上を目的に通所リハビリテーションを利用したいと考えています。 ご本人はリハビリの必要性については理解しているものの、リハビリや知人がいないことについて少し不安に思っています。主介護者である娘さんについてはリハビリに前向きな考えを持っており、私もADLやQOLの向上のため利用した方が良いのではないかと考えています。 このため、先生の御意見を伺いたく、ご本人と娘さん、私で貴クリニックに受診したいので、日程調整をお願いします。希望する日時は、2月8日（水）、10日（金）、11日（土）の午前中です。 また、通所リハビリテーションの利用に同意をいただけるようでしたら、医師の指示書を記載いただきたいと思います。 なお、時折、娘さんが日々の介護に疲れている様子が見られますので、ご本人には伝えていませんが、レスパイトの観点からも通所リハビリテーションを利用した方が良いのではないかと考えています。このことについては、心配性をご本人には内密をお願いします。			
	希望する回答方法、 期限（複数選択可）	☒ 電話	☐ FAX	☐ メール	☐ 面接

送 付 先	医療機関名 事業所名	神奈川県北部クリニック	氏名	緑 次郎 医師
	連絡先（FAX又はメールアドレス）	042-▲▲▲-▲▲▲▲		
回 答				

【介護支援専門員等があんしんリンクを活用する際のルール】

- (1) あんしんリンクを活用して医師に連絡を行う内容は、日程調整や報告・情報提供、依頼、確認です。

利用者（患者）の病状等の相談ができるかどうかは、医師と介護支援専門員等との連携が構築された場合や、医師が把握している病状と現在の病状に変わりがない場合など、医師の判断によります。よって、医師に初めて連絡を行う際には、医師から個人情報に係る回答が得られない場合があります。さらに、個人情報のやり取りを行う前に利用者（患者）の同意も必要になります。

このため、初めての連絡では、原則として、利用者（患者）やその家族等との同行受診などに当たっての日程調整を行うこととします。また、医療と介護の連携を円滑に行うためには日頃からの「顔の見える関係」づくりが重要です。

- (2) 医師と介護支援専門員等の双方が、いわゆる「なりすまし」でないことを確認してください。このため、医師や介護支援専門員等の氏名等が記載されたあんしんリンクを活用し、確認することが重要です。
- (3) 医師の診療を中断することがないように気をつけてください。また、手短に、かつ、要領を得た連絡を行うことを心がけてください。
- (4) 直接、医療に関わる内容については、利用者（患者）が医療機関に受診したうえで相談することが基本です。
- (5) 相談を行う際に、医師がFAXやメールを希望する場合、誤送信などによる個人情報が漏えいすることがないようにしてください。
- 連絡方法の例1：あらかじめ電話で利用者（患者）の氏名を医師等に告げて、個人情報を記載しない内容でFAX等を送信する。
 - 連絡方法の例2：利用者（患者）に関連する情報（個人情報に該当しない情報）である住所の一部や年齢、性別などを複数記載した内容で送信する。
 - 連絡方法の例3：「○村○男」のように利用者（患者）の氏名を伏せ字するなど、工夫した内容で送信する。
- (6) 病状の急変など、早急な対応が必要、かつ、深刻な内容についてはあんしんリンクを活用して医師に対応方針の助言を得ようとしなくて、まずは緊急時の対応を取ってください。また、例えば「利用者（患者）の血圧が高いが、入浴して構わないか」と

いった急ぎの内容を診療時間中に連絡する場合、あらかじめ医療機関の受付事務員に対してカルテを出すようお願いをして、その数分後に医師に連絡を行うなど、場面に応じた対応を取ってください。

- (7) 内容によっては結論が出ないことがあることを念頭に置いてください。
- (8) 医師が利用者（患者）の介護サービスに関する情報を把握するためには介護サービス事業者からの情報提供が必要であるため、あんしんリンクによる連携に限らず、適宜、医師に情報提供をするように心がけてください。
- (9) あんしんリンクに掲載している情報やあんしんリンク閲覧のために必要なユーザーIDとパスワードが漏えいすることがないようにしてください。

(2) 好事例の紹介

相模原市では、市のホームページ「在宅医療・介護連携の推進について」において、医療・介護サービス関係者が連携し、市民の方々を支援する好取組を紹介している。市民に向けて医療や介護が必要になった場合に、医療機関への入院や介護施設への入所だけでなく、退院・退所後での在宅療養という選択肢も広がってきていることを啓発している。

医療と介護の連携の好取組事例（1/3）

～レスパイト（休息）のための医療・介護関係者による支援～

取組前の状況等

- 利用者（患者）は、80歳代かつ要介護3であり、認知症が進行していた。認知症の進行により食べ物などを食べることが非常に難しくなっており、認知症の進行を抑えるための薬や栄養補助食品などを使用するが、あまり改善されなかった。
- また、認知症による過呼吸や頻呼吸もあった。このことが原因で救急搬送されることがあったが、認知症以外の異常はなかった。
- さらに、認知症による昼夜逆転もあった。
- 要介護1の夫と長男夫婦と同居していた。義娘が主に介護をしていたが、利用者（患者）とその夫の介護に疲れ果てて体調を崩してしまっていた。また、義娘は、利用者（患者）がこのまま寝たきりにならないか、大きな不安があった。

医療と介護の連携の取組

- 介護支援専門員を中心に、義娘や訪問診療医、訪問看護師、短期入所療養介護のスタッフで話し合いを行い、利用者（患者）の体調や1日の過ごし方、対応の注意点などを確認するとともに、義娘に対し、短期入所療養介護の利用が可能であることを説明した。また、利用者（患者）が短期入所療養介護の利用を納得できるよう、訪問診療医や訪問看護師が助言をすることも約束された。
- ※ 短期入所療養介護とは、介護保険サービスのひとつで、在宅復帰施設である介護老人保健施設などに短期間入所させて行われる看護や医学的管理の下における介護、医療などのこと
- 過呼吸や昼夜逆転、食事の拒否に対応するため、無理のない範囲で利用者（患者）の離床時間を確保し、生活のリズムをつけながら穏やかに過ごすこと、介護負担を軽減し主介護者である義娘のレスパイト（休息）を行うことを目標として、2週間の短期入所療養介護を利用した。
- 2週間の短期入所療養介護の利用中、利用者（患者）の過呼吸や食事の拒否がなく、安定した生活を送ることができた。

まとめ

- 利用者（患者）が短期入所療養介護の利用を無事終えたことは、介護に疲れ果てて体調を崩していた義娘にとって、短期入所療養介護が介護の選択肢のひとつとなり、安心感を与えるとともに、今後、介護を続けていくうえで気持ちが楽になった。

医療と介護の連携の好取組事例（2/3）

～利用者（患者）と家族の希望を実現するための多様な医療・介護関係者の密な連携によるチームケア～

取組前の状況等

- 利用者（患者）は、70歳代かつ要介護2であり、通所介護（デイサービス）などを利用していただいていた。妻と娘と同居していたが、実質娘ひとりによる介護であった。
- その後、脳出血による重度の後遺症でほぼ寝たきり状態になるが、利用者（患者）は自宅での生活を強く希望したため、娘を中心に献身的に介護を続けた。しかし、その後、誤嚥性肺炎で入院し、嚥下が困難になったことから胃ろうを造設した。
※ 誤嚥性肺炎とは、食べ物や飲み物、胃液などと同時に細菌が気管や気管支の中に入ることにより生じる肺炎のこと、胃ろうとは、胃の中に管を通し、食物や水分などを流入させるための処置のこと
- 家族の介護負担の増加により、利用者（患者）の在宅生活が困難になる恐れが高いと考えられたため、介護支援専門員は介護施設への入所を検討したが、娘は利用者（患者）の希望である自宅での生活を実現してあげたいという強い思いから、在宅復帰をすることとなった。
※ 介護支援専門員（ケアマネジャー）とは、要介護（支援）者や家族などから相談を受け、適切な介護サービスなどを組み合わせた計画の作成などを行うとともに、介護サービス事業者などと連絡調整を行う者のこと

医療と介護の連携の取組

- 在宅復帰後、訪問入浴介護と福祉用具貸与の利用を再開するとともに、利用者（患者）の医療ニーズに対応するため訪問看護の利用を開始した。
※ 訪問入浴介護とは、介護保険サービスのひとつで、スタッフが訪問し、浴槽を提供して行われる入浴の介護のこと
- その後、家族の介護負担の軽減と、利用者（患者）の身体機能を少しでも回復させるため、訪問リハビリテーションなどの利用を開始した。
- 加えて、利用者（患者）の在宅療養をバックアップしてもらうため、医師による訪問診療の利用を開始した。
- さらに、利用者（患者）の飲み込みの機能を回復させるため、訪問歯科診療の利用も開始した。
- 利用者が在宅での生活を希望していることや、家族がその希望を実現してあげたいと思っていることについて全関係者が共有しつつ、ケアの方向性について密に連携し、在宅療養や在宅介護を支え続けた。

まとめ

- 実質娘ひとりによる介護であったことに加え、胃ろうの管理などにより、当初は在宅生活の継続が困難と思われたが、娘の日々の献身的な介護はもちろんのこと、利用者（患者）の希望や娘の思いを実現してあげたいという共通認識をベースに、医療関係者と介護関係者が分け隔てなく密に連携することで、身体機能と嚥下機能が一定程度回復した。
- 利用者（患者）が最期を迎えるまでのほぼ全ての期間を自宅で暮らすことができ、利用者（患者）の希望、そして、それを受け止めた娘の思いを叶えることができた。

2

医療と介護の連携の好取組事例（3/3）

～地域をひとつの「病院」と見立てた終末期における包括的なチームケア～

取組前の状況等

- 利用者（患者）は、80歳代かつがん末期であり入院していたが、在宅療養のために退院した。
- 入院中、病院の退院調整部門が、介護保険制度や医師による訪問診療などのほか、「利用者（患者）の食事や排泄などの生活に必要な基本的行動は安定しており、また、家族の介護も期待できるため、退院後は点滴器具の交換日までに病院に連絡をとってくれば構わない。」と説明していた。利用者（患者）や家族はこの説明を理解できず、ただうなずくしかなかった。
- また、退院前には、利用者（患者）へのサービスを提供するスタッフによる会議も開催されなかった。
- このため、いざ退院してみると、初めての在宅療養に対応できない日々が数日続き、点滴器具の交換のため初めて訪れた訪問看護のスタッフに対し、利用者（患者）や家族は不安による不眠や動悸を訴えた。

医療と介護の連携の取組

- 退院前の調整により、退院直後から訪問看護の利用を開始したが、医師による訪問診療は保留になっていた。
- 点滴器具の交換のため初めて訪れた訪問看護のスタッフに対し不眠などを訴えたため、このスタッフはすぐに訪問診療医を紹介し、その日の夕方には訪問診療が行われた。
- また、数日後には、介護支援専門員を紹介し、訪問介護や訪問入浴介護の利用を開始した。
- その後も利用者（患者）や家族の在宅療養や在宅介護を支えるため、医療・介護関係者が緊密に情報共有を行うことで、日ごとに異なる利用者（患者）の状態にも関わらず、その日のうちに必要なケアを提供した。

まとめ

- 医療・介護関係者がその担当のケアを提供するだけでなく、日ごとに異なる利用者（患者）の状態に応じて、必要なケアを提供するスタッフと調整をして、そのスタッフがケアを提供するなど、臨機応変に在宅療養や在宅介護を支えることができた。また、医師による訪問診療の効果として、体調が悪化した際にも、すぐに大きな病院に駆け込まずに済んだ。これらのことにより、利用者（患者）や家族に安心感が生まれた。
- 地域をひとつの「病院」と見立てることができた。自室は病室、道路は病院の廊下、訪問診療は医局からの治療、訪問看護はナースステーションからの看護、居宅介護支援や訪問介護、訪問入浴介護は医療ソーシャルワーカーによる支援、近隣の病院は検査室といったように、地域の医療・介護関係者によるチームが利用者（患者）や家族にとって「病院」となった。
※ 居宅介護支援とは、介護支援専門員（ケアマネジャー）によって提供される、要介護（支援）者や家族などへの相談の援助、適切な介護サービスなどを組み合わせた計画の作成、介護サービス事業者などと連絡調整のこと、医療ソーシャルワーカーとは、病院などにおいて、患者や家族の心理的・社会的問題の調整や解決、退院や社会復帰、受診などの援助を行う者のこと

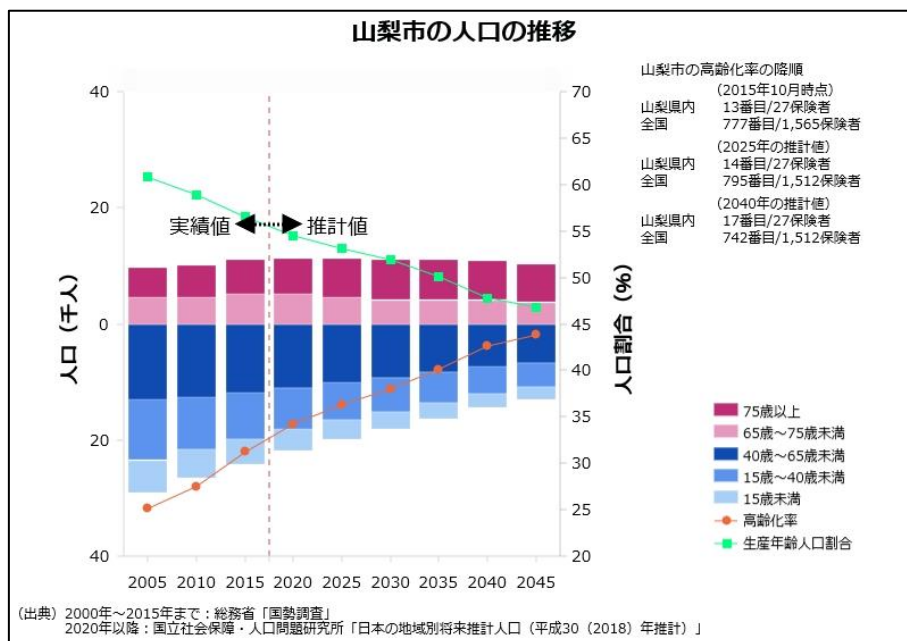
3

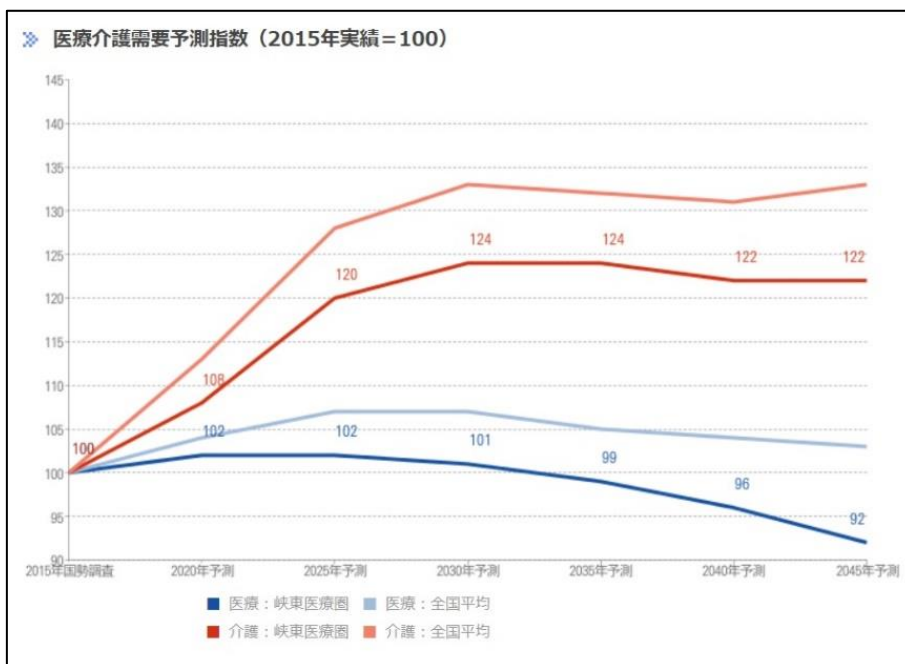
2-9. 山梨県峡東医療圏

2-9-1 山梨県峡東医療圏 地域概要

面積		755.83k m ²
国勢調査	(2010 年)	141,288 人
人口	(2015 年)	136,371 人
人口増減率		-3.48%
(2010～2015 年)		(※) -0.75%
高齢化率		30.50%
(65 歳以上・2015 年)		(※) 26.60%
人口密度		180.40 人/k m ²
(2015 年)		(※) 340.80 人/k m ²

(※) 比較地域：全国平均





施設種類別の施設数	峡東医療圏	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所 合計	70	51.33	68.94	-17.6
病院	14	10.27	6.47	3.8
歯科	64	46.93	53.53	-6.6
薬局	65	47.66	46.68	1.0
在宅療養支援診療所	13	9.53	11.54	-2.0
在宅療養支援病院	4	2.93	1.24	1.7
訪問歯科合計	11	8.07	6.63	1.4
訪問薬局合計	12	8.8	14.83	-6.0

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」地域別統計より）

【医療の現状】

- 入院医療の充実度： 峡東の一人当たり急性期医療密度指数は、1.18、一人当たり慢性期医療密度指数は、1.25 で、急性期の医療は全国平均レベルであるが、慢性期の医療は充実している。
- 医師・看護師の現状： 総医師数の偏差値が 44(病院医師数 46、診療所医師数 40)と、総医師数と診療所医師数は少ない。総看護師数の偏差値は 55 とやや多い。

- 一般病床等の現状： 人口当たりの一般病床の偏差値は 65 で、一般病床は多い。全身麻酔数の偏差値は 41 と少ない。峡東には、年間全身麻酔件数が 500 例以上の山梨厚生病院（Ⅲ群）がある。
- 療養病床の現状： 人口当たりの療養病床の偏差値は 58 と療養病床数は多い。
- リハビリの現状： 総療法士数は偏差値 106 と非常に多く、回復期病床数は偏差値 134 と非常に多い。
- 精神病床の現状： 人口当たりの精神病床の偏差値は 54 で精神病床数はやや多い。
- 診療所の現状： 人口当たりの診療所数の偏差値は 41 で診療所数は少ない。

【介護施設や在宅ケアの現状】

- 介護施設の現状： 峡東の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、2,276 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 50)と全国平均レベルである。そのうち、介護保険施設の定員が 1,390 床(偏差値 52)、高齢者住宅等が 886 床(偏差値 48)である。介護保険施設、高齢者住宅等ともに全国平均レベルである。また、介護職員(介護施設等)の合計は、1,902 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 58)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを上回る。施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 52、特別養護老人ホーム 54、介護療養型医療施設 44、有料老人ホーム 55、軽費ホームなし(偏差値 43)、グループホーム 39、サ高住 49 である。
- 在宅ケアの現状： 在宅療養支援診療所は偏差値 44 と少なく、在宅療養支援病院は偏差値 57 と多い。また、訪問看護ステーションは偏差値 37 と少ない。介護職員(在宅)の合計は、163 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 39)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを下回る。
- 介護の 2025 年の需要予測： 2025 年の介護充足度指数は－4%であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、現在の高齢者施設・住宅数でほぼ対応可能である。

（出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 443 地域の医療提供体制の現状／山梨県）

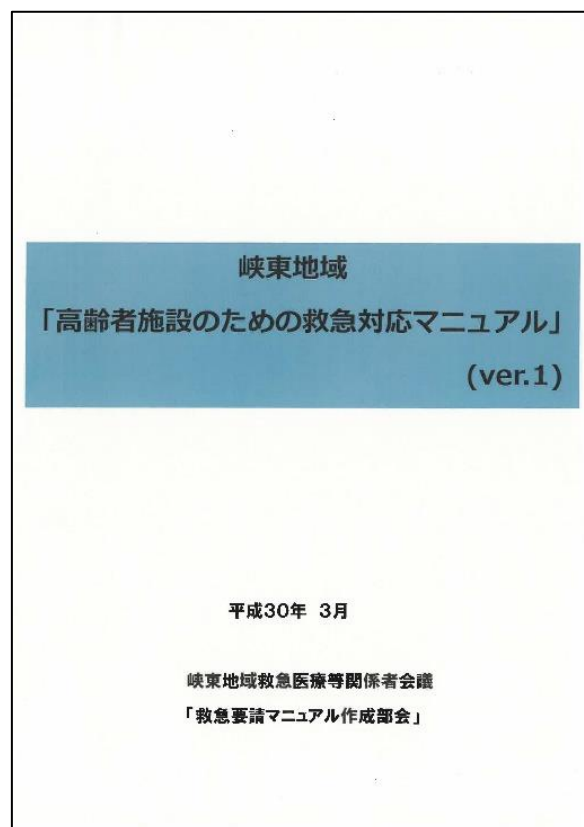
2-9-2. 山梨県峡東医療圏 事例概要

山梨県峡東地域（山梨市・笛吹市・甲州市）において、介護施設等の高齢者が入所される施設からの、救急搬送が急増している。

そこで、入居（入所）中の高齢者の救急搬送が必要となった際に、速やかにかつ適切な医療が行えるよう、高齢者施設・消防本部・市等による「高齢者施設福祉施設の救急要請に関するマニュアル作業部会」を設置し、検討を行うとともに、救急告示病院等の委員からなる「峡東地域救急医療等関係者会議」と連携し、本マニュアルを作成した。

「どの職種でも活用できる共通の情報提供ツール」「ご本人・ご家族にいつ・どのように説明し、どのように確認するか」を重点に構成した内容となっている。入居（入所）者の緊急事態はいつ起こらないとも限らない。特に、休日・夜間は施設職員が少なくなります。施設の入居（入所）者が、安心して暮らせ、いざという時に施設職員と救急隊員が理解を深め円滑な救急活動ができるよう、この手引きを活用いただきたい。

【 高齢者施設のための救急対応マニュアル 】



【 本マニュアルの活用方法 】

- 救急搬送時に救急隊へ本人情報を伝えるための共通様式「情報提供書」を作成した。

救急隊への情報提供書						【介護施設→救急隊】		
【事前記載事項】：事前に記載しておいてください。（ 年 月 日現在の情報）								
施設名			施設種別			記入者		
フリガナ 氏 名			年 齢	歳	性 別	男 ・ 女		
電話番号			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 (感染症 有・無 病名)			既往歴				
常用服用薬				血液型	型 RH (+ -)			
				アレルギー	有 () ・ 無			
かかりつけ病院名	有 () ・ 無			担当医師名				
蘇生処置に関する意思 (DNAR) を確認していますか (確認済み 確認なし) ※搬送先医師に情報提供し、救急処置の参考とさせていただきます。 蘇生希望なし ・ 蘇生希望あり								
(家族等)	第1連絡先	氏名：	続柄	住所			電話	
	第2連絡先	氏名：	続柄	住所			電話	
【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？		はい (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？				日 時 分頃				
日常生活	会話	可能・一部可能・不可		歩行	可能・一部介助・不可			
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など								
☐：顔面蒼白 ☐：頭痛 ☐：発熱 ☐：けいれん ☐：呼吸苦 ☐：上手くしゃべれない ☐：その他 () ☐：嘔気・嘔吐 ☐：胸痛 ☐：冷や汗 ☐：失禁 ☐：イビキ呼吸								
最後の食事：		時	分頃	バイタルサイン	体温 ()℃	脈拍 (回/分)		
食事内容		血圧 (/) 呼吸数 (回/分)						
病院手配	済 (病院名：) ・ 未			家族への連絡		済 ・ 未		
【お願い事項】								
1. 呼吸・脈が無い場合は、 応急手当 (心肺蘇生) を行ってください。 2. すみやかな処置の実施のため、 玄関の開錠 ・患者様の居場所への 誘導 をお願いします。 3. 救急搬送の際の 付き添い (事情がよく分る方)をお願いします。								
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。								

【 ご入居（入所）者ご家族向けの情報提供書作成・同意依頼 】

ご本人及びご家族への案内例文

平成 年 月 日

様

〇〇施設長

救急搬送時における情報提供書の作成について（お願い）

日頃、当施設の運営につきましては、格別な御配慮をいただき深く感謝申し上げます。

さて、近年の高齢化に伴い、介護施設や居住系施設等の高齢者福祉施設でも、要援護状態の高齢者の方の救急搬送が増加してきています。

そこで、峡東地域の消防本部、高齢者施設、自治体等の関係者が連携し、入所（入居）中の高齢者の方が、速やかにかつ適切に医療機関に搬送できるよう、「救急隊への情報提供書」を作成し、この度、当施設におきましても、本情報提供書を活用することといたしました。

入所者の緊急時の対応はいつ起こるか分かりません。特に、休日・夜間は施設職員も少なくなります。あらかじめ、「情報提供書」に必要事項（「常用服用している薬」「現在治療中の病気やケガ」「かかりつけ医療機関」「緊急連絡先」「救急搬送を要請するに至った理由」等）を記入しておくことにより、救急隊は、的確に情報を知ることができスムーズな搬送に繋がります。

何卒、本趣旨の御理解をいただき御協力いただきますようお願いいたします。

【活用方法】

施設利用者様の情報を、別紙「救急隊への情報提供書」に記入し、入所（入居）中に救急搬送の必要な状況になった場合に、救急救命活動が迅速に対応されるよう活用します。

なお、最新の情報が提供できるよう情報の更新は定期的に行っていきます。

【使用範囲】

入所施設から救急隊と搬送先の医療機関に提出し、記載していただいた内容は救急業務以外には使用しません。

※情報提供は任意です。情報提供できないと判断した場合は申し出てください。「救急搬送を要請するに至った理由」など、提供可能な情報の提供を行います。

施設名：

連絡先：

施設長：

同意書

救急搬送時に、救急隊への情報提供書をすることに同意します。

平成 年 月 日

利用者氏名：

または、家族氏名：

- 緊急事態発生時に居合わせた職員が、ご本人への応急処置や救急要請をどのように行うのか具体的な手順を掲載した。各施設の特徴や勤務体制の状況に応じ使用していただきたい。

4. 救急要請時の対応ガイド

緊急事態の発生！！！！

- ☐ 緊急事態が発生したことを施設内職員に、知らせましょう。
- ☐ 看取り方針や蘇生処置の意思確認（DNAR：P7 参照）が示されているか、またその内容を確認する。
- ☐ 緊急事態が起こった場所に職員を集めてください。
- ☐ 集まった職員の役割を分担します。
 - ① 119 番に通報する人
 - ② 傷病者への応急手当をする人
 - ③ 関係者（家族、施設関係者など）へ連絡を入れる人

夜間・休日の場合は、少人数での対応となるため、臨機応変に対応します。

119 番通報・応急処置

- ☐ 住所・施設名・電話番号
- ☐ いつ、だれが、どこで、どうした
- ☐ 傷病者の今の状況
- ☐ 今、実施している応急手当（心肺蘇生、AED の使用）

☆協力病院への連絡と搬送病院の確保について

- 状況に応じて、協力病院やかかりつけ医師に連絡
- あらかじめ、搬送先医療機関を交渉・確保されている場合は、当該医療機関へ搬送
（緊急度・重症度により、搬送先医療機関が異なる場合あり）

救急車到着/救急隊による救命処置

- ☐ 玄関等の鍵を開けてください。
- ☐ 傷病者の今の状況を伝えてください。
※「救急隊への情報提供書」等の必要な情報を、救急隊へ伝達してください。
- ☐ 現場（傷病者のそば）まで誘導してください。



救急搬送時に傷病者の付添いをお願いします！

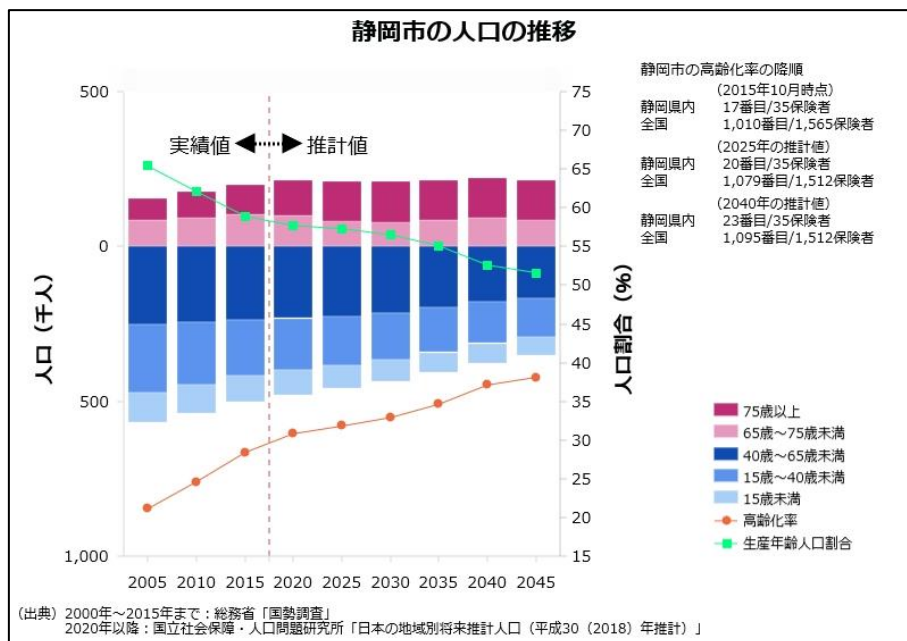
- ☐ 病院への申し送りが必要です
- ☐ 傷病者の状況が分かる方が救急車に同乗してください。
※付き添いができない場合等は、傷病者の必要な情報を伝えてください。

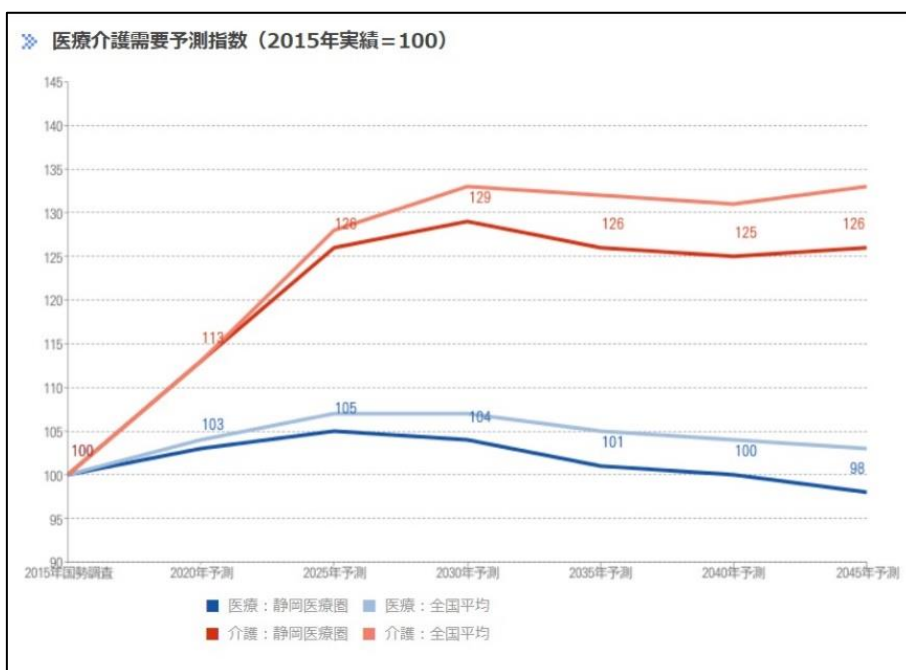
2-10. 静岡県静岡市

2-10-1. 静岡県静岡市 地域概要

面積		1,411.90k m ²
国勢調査	(2010 年)	716,197 人
人口	(2015 年)	704,989 人
人口増減率		-1.56%
(2010～2015 年)		(※) -0.75%
高齢化率		28.60%
(65 歳以上・2015 年)		(※) 26.60%
人口密度		499.30 人/k m ²
(2015 年)		(※) 340.80 人/k m ²

(※) 比較地域：全国平均





施設種類別の施設数	静岡医療圏	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所 合計	469	66.53	68.94	-2.4
病院	27	3.83	6.47	-2.6
歯科	336	47.66	53.53	-5.9
薬局	387	54.89	46.68	8.2
在宅療養支援診療所	106	15.04	11.54	3.5
在宅療養支援病院	2	0.28	1.24	-1.0
訪問歯科合計	35	4.96	6.63	-1.7
訪問薬局合計	92	13.05	14.83	-1.8

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」地域別統計より）

【医療の現状】

- 入院医療の充実度： 静岡の一人当たり急性期医療密度指数は、1.06、一人当たり慢性期医療密度指数は、0.92 で、急性期の医療も慢性期の医療も全国平均レベルである。
- 医師・看護師の現状： 総医師数の偏差値が 49(病院医師数 48、診療所医師数 52)と、総医師数、病院医師数、診療所医師数ともにほぼ全国平均レベルである。総看護師数の偏差値は 47 とやや少ない。

- 一般病床等の現状： 人口当たりの一般病床の偏差値は 47 で、一般病床はやや少ない。全身麻酔数の偏差値は 53 とやや多い。静岡には、年間全身麻酔件数が 2000 例以上の静岡赤十字病院（Ⅲ群・救命）、静岡市立静岡病院（Ⅱ群）、静岡県立総合病院（Ⅱ群・救命）、1000 例以上の静岡県立こども病院（Ⅲ群）、静岡市立清水病院（Ⅲ群）、静岡済生会総合病院（Ⅲ群・救命）、500 例以上の静岡厚生病院（Ⅲ群）がある。
- 療養病床の現状： 人口当たりの療養病床の偏差値は 52 と療養病床数は全国平均レベルである。
- リハビリの現状： 総療法士数は偏差値 46 とやや少なく、回復期病床数は偏差値 53 とやや多い。
- 精神病床の現状： 人口当たりの精神病床の偏差値は 44 で精神病床数は少ない。
- 診療所の現状： 人口当たりの診療所数の偏差値は 49 で診療所数は全国平均レベルである。

【介護施設や在宅ケアの現状】

- 介護施設の現状： 静岡の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、10,181 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 49)と全国平均レベルである。そのうち、介護保険施設の定員が 6,060 床(偏差値 50)、高齢者住宅等が 4,121 床(偏差値 49)である。介護保険施設、高齢者住宅等ともに全国平均レベルである。また、介護職員(介護施設等)の合計は、8,094 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 53)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルをやや上回る。施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 51、特別養護老人ホーム 49、介護療養型医療施設 52、有料老人ホーム 48、軽費ホーム 49、グループホーム 60、サ高住 43 である。
- 在宅ケアの現状： 在宅療養支援診療所は偏差値 55 とやや多く、在宅療養支援病院は偏差値 40 と少ない。また、訪問看護ステーションは偏差値 39 と少ない。介護職員(在宅)の合計は、997 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 44)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを下回る。
- 介護の 2025 年の需要予測： 2025 年の介護充足度指数は－8%であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、現在の高齢者施設・住宅数でほぼ対応可能である。

（出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 443 地域の医療提供体制の現状／静岡県）

2-10-2. 静岡県静岡市 事例概要

静岡市静岡医師会では、平成10年に市民に対してかかりつけ医の在り方に関するアンケートを行いました。その中で、市民の約3分の2は在宅医療において、家族の負担、夜間休日の救急対応、病状悪化時の対応に関して不安を持っていることがわかりました。一方、同時に市民は診療所の長所として、往診対応や何でも診てくれるといった点を挙げ、短所として、急変時の入院対応ができないといった点を挙げていました。他方、病院の長所として、専門治療や救急対応を挙げ、短所としては往診ができないことと同じ医師による継続医療が難しいことを指摘していました。

そこで医師会は、診療所と病院が連携して医療を行うことによって、患者さんやご家族と、そして医師もが在宅医療を受け入れられ、市民が安心して暮らせる社会が実現できるのではないかと考え、在宅医療における連携体制の構築に取り組みました。

【 システムの概要・特徴について 】

(1) グリーンカードシステムの構築（在宅看取りのための診療所連携システム）

在宅看取りを支援する目的で、静岡市消防署の協力を得て平成10年に構築しました。

これは、在宅看取りを希望する患者さんが看取りの状態になったとき、何らかの事情により主治医と連絡が取れない場合に、在宅往診当番医が看取りをするシステムです。

(2) イエローカードシステムの構築（急変時に病院を受診する場合の病診連携システム）

在宅患者さんの病状急変時に、速やかに病院に搬送し受け入れてもらうためのイエローカードシステムを、静岡市消防署と市内5つの公的病院の協力を得て平成11年に構築しました。

(3) シルバーカードシステムの構築（往診を含めた幅広い地域連携システム）

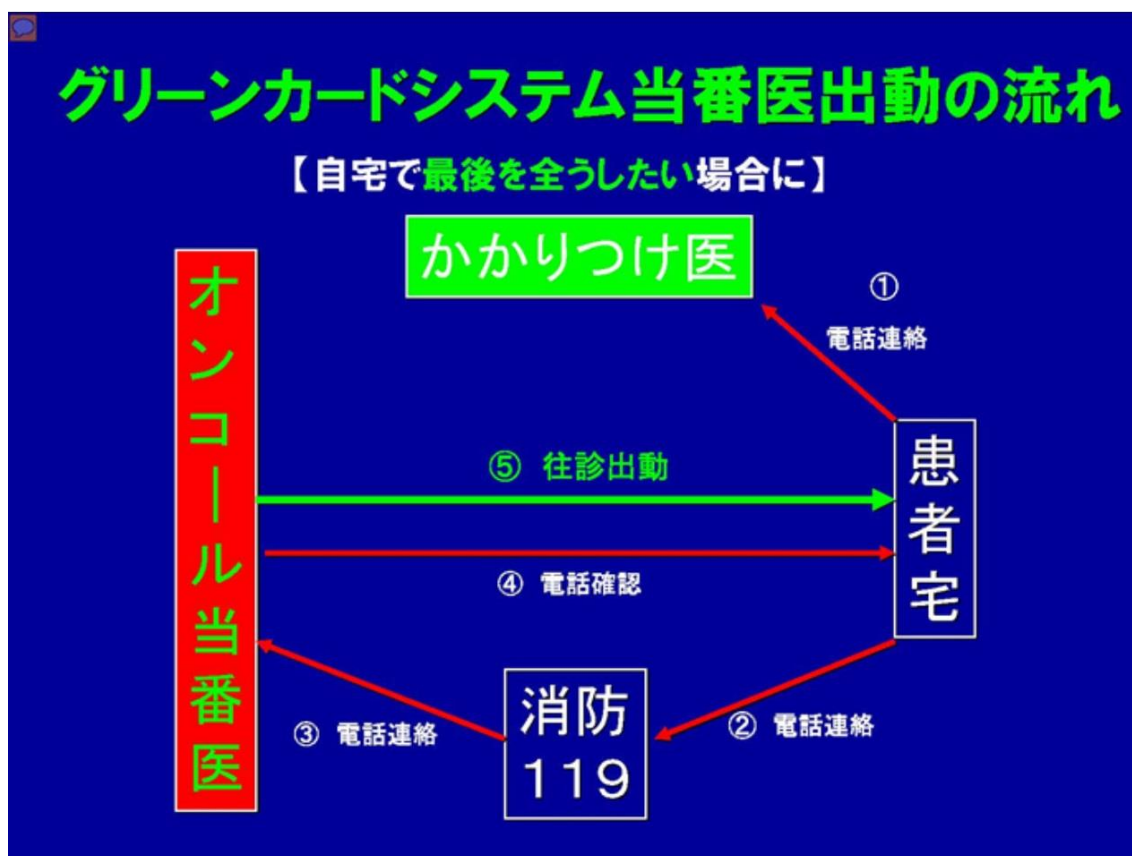
在宅患者さんからの緊急往診や緊急訪問の依頼があった時、在宅主治医やかかりつけ訪問看護師等と連絡が取れない場合に、在宅往診当番医や当番訪問看護師に連絡がいき、往診や訪問看護をするシルバーカードシステムを、静岡市消防署と葵・駿河区14訪問看護ステーションの協力を得て平成18年に構築しました。現在は23の訪問看護ステーションの協力があります。

(1) グリーンカードシステム

システム運用の実際は以下のとおりである。(図1) 在宅主治医は患者さんご家族にこのシステムを説明し、同意を得る。在宅主治医はあらかじめ「在宅患者サマリーカルテ」に患者情報を記載して、グリーンカード(図2)と一緒に患者さんのベッドサイドに置き、患者さんが看取りの状態となるも主治医と連絡がつかないとき、患者さんご家族はグリーンカードに記載してある手順で静岡市消防署に連絡を入れる。

静岡市消防署は、あらかじめ静岡医師会から連絡されていた在宅往診当番医表をもとに、往診依頼の連絡を入れる。連絡を受けた在宅往診当番医はその患者さん宅へ往診し、看取りの診察をする。

【 図 1 】



(出典：静岡市静岡医師会ホームページより)

【 図 2 】

グリーンカード

（在宅看取用）

このカードは、在宅看取りに際し、往診を希望する時に使用します。

患者さんが看取りに近い状態になったにもかかわらず、主治医と連絡が取れない場合、以下の手順に従ってお使い下さい。

280-0120

（１）静岡市消防本部通信司令室（☎ ~~280-0120~~）に電話してください。

「在宅安心連携システムに連絡してください」と伝え

患者さんの

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

主治医の

氏 名 _____

診療所名 _____

診療所番号 _____

を知らせ、この「グリーンカード」があることを伝えてください。

この連絡により当番医が往診します。

（２）当番医は原則としてタクシー（実費）でうかがいます。

（３）診療費は、後日当番医診療所まで保険証とともに持参して下さい。

（４）死亡診断書が書けず、検案書となることがあることをご了承下さい。

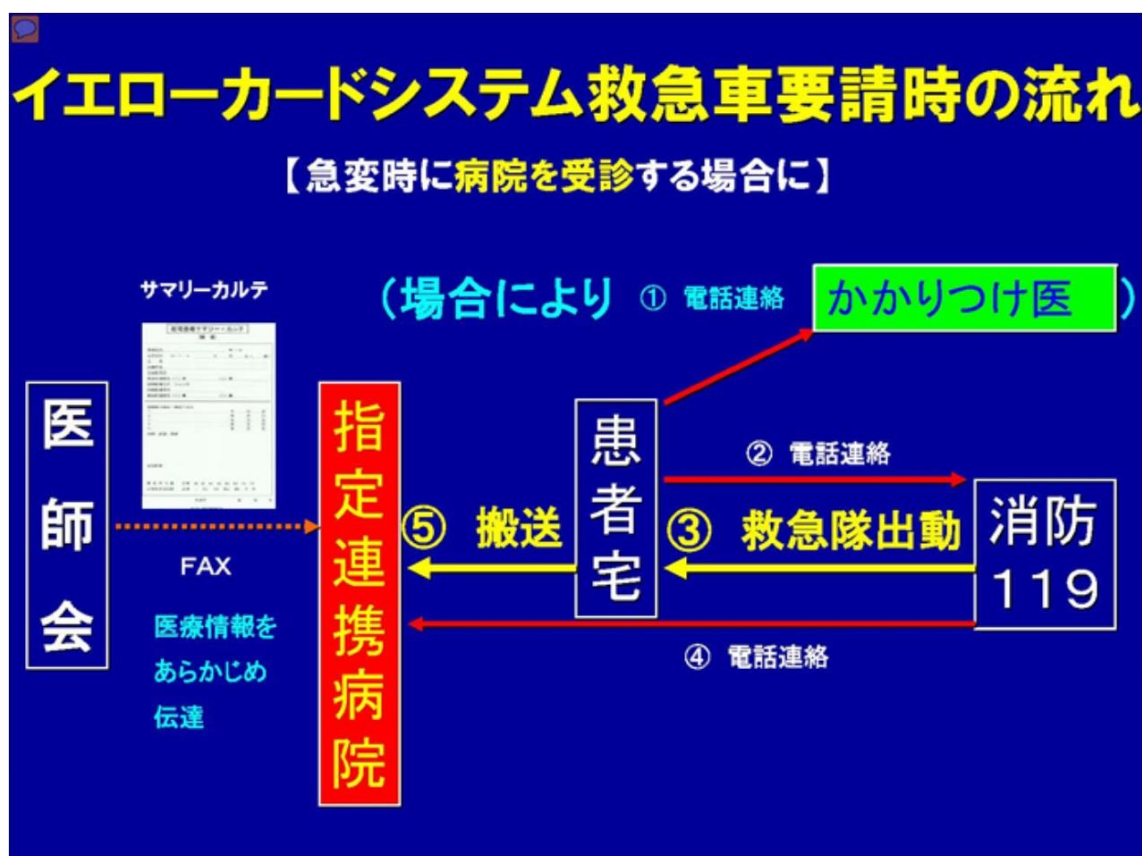
社団法人静岡市静岡医師会

（出典：静岡市静岡医師会ホームページより）

(2) イエローカードシステム

システム運用の概要は以下のとおりです。(図3) 在宅主治医は患者さんご家族にこのシステムを説明し、同意を得る。在宅主治医はあらかじめ「在宅患者サマリーカルテ」に患者さんの情報を記載して、イエローカード(図4)と一緒に患者さんのベッドサイドに置く。患者さんが急変し、速やかに病院の受診が必要であるとご家族が希望した場合、あるいは主治医が判断した場合などの時、患者さんご家族はイエローカードに記載してある手順で静岡市消防署に連絡を入れる。静岡市消防署は出動し、連携先の病院に患者さんを搬送。その際、ご家族はイエローカードを持参する。

【 図 3 】



(出典：静岡市静岡医師会ホームページより)

イエローカード			
（連携病院受診用）			
このカードは、病状急変に際し、連携病院に受診する時に使用します。			
病状急変時、主治医、訪問看護ステーションと連絡が取れない場合、以下の手順に従ってお使い下さい。			
①連携病院（病院 ☎） に電話し、 イエロー患者である事と 患者さんの氏名 年齢 歳と これから受診する事を告げてください。 ②消防 119 番に電話し、 イエロー患者である事を告げ（病院）への搬送を依頼 してください。 ③この「イエローカード」と「在宅患者サマリーカルテ」を持参して、病院受付に 提示してください。			
紹 介 状			
病院 担当医様			
患者 様の病状が急変し、貴院を受診いたしますのでご高配の 程よろしくお願いいたします。			
診療所名 担当医			
社団法人静岡市静岡医師会			

87

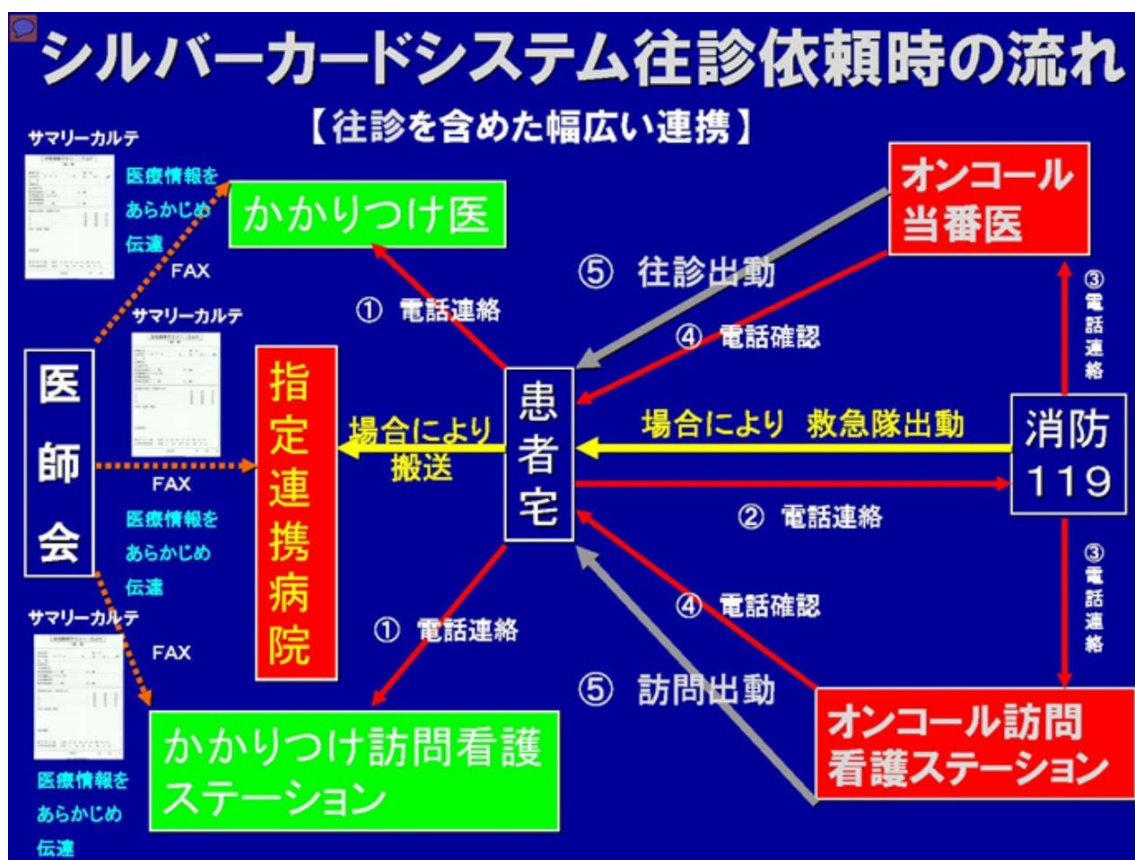
(3) シルバーカードシステム

システム運用の概要は以下のとおり。(図5) 在宅主治医は患者さんご家族にこのシステムを説明し、同意を得る。在宅主治医はあらかじめ「在宅患者サマリーカルテ」に患者情報を記載して、シルバーカード(図6)と一緒に患者さんのベッドサイドに置きます。尚、このシステムではイエローカードシステムも包含しますので、イエローカードも一緒に置きます。

患者さんが急変し、ご家族が緊急往診や緊急訪問を希望し、在宅主治医やかかりつけ訪問看護師に連絡がつかない場合、患者さんご家族はシルバーカードに記載してある手順で静岡市消防署に連絡を入れます。

静岡市消防署は、あらかじめ静岡医師会と葵・駿河区23訪問看護ステーション連絡会から連絡されていた在宅往診当番医表と訪問看護当番表をもとに、その日の在宅当番医と当番訪問看護ステーションに、往診依頼の連絡を入れます。連絡を受けた在宅往診当番医あるいは訪問看護師は、その患者さん宅へ往診します。

【 図5 】



(出典：静岡市静岡医師会ホームページより)

【 図 6 】 シルバーカード

シルバーカード

（緊急往診用）

このカードは、病状急変に際し、往診あるいは訪問看護を希望する時に使用します。

病状急変時、主治医の往診あるいはかかりつけ訪問看護師の訪問看護を希望する時、主治医・かかりつけ訪問看護師と連絡が取れない場合、以下の手順に従ってお使い下さい。

280-0120

（１）静岡市消防本部通信司令室（☎〇〇〇-〇〇〇〇）に電話してください。
「在宅安心連携システムに連絡してください」と伝え

患者さんの
氏 名 _____
住 所 _____
電話番号 _____

主治医の
氏 名 _____
診療所名 _____
診療所番号 _____
かかりつけ訪問看護師の名前 _____

を知らせ、この「シルバーカード」があることを伝えてください。

後はど当番医師あるいは看護師より連絡がありますのでお待ち下さい。

（２）当番医師、看護師は原則としてタクシー（実費）でうかがいます。

（３）後日、医師の診療費は当番医診療所に医療保険証とともに、また看護師の訪問看護費用は介護保険証とともに当番看護ステーションに持参して下さい。

（４）病状によっては、往診、訪問看護をしないで電話指示だけになる事があることをご了承下さい。

社団法人静岡市静岡医師会

（出典：静岡市静岡医師会ホームページより）

【 在宅医療協力医制度 】

在宅主治医はその多くが内科や外科の医師であり、在宅患者さんの医療全般を診ることができますが、褥瘡等の皮膚科疾患や婦人科系の疾患等に関してはそれぞれの専門医に診察をお願いしなければならない場合があります。そのような時、あらかじめ往診が可能な診療所がわかっていると助かります。そこで、患者さん宅に往診可能な皮膚科、整形外科、婦人科等の診療所を登録し、訪問診療を行っている診療所に公開しています。システム運用の概要は以下のとおりです。（図7）在宅主治医は、患者さんやご家族に他科の医師の往診が必要なことを説明し、同意を得ます。在宅主治医が往診のできる他科診療所宛に紹介状を作成し、ご家族がその紹介状を持ってその診療所を受診します。その医師とご家族で、往診日、時間を決めてもらい、往診していただきます。

【 図 7 】



（出典：静岡市静岡医師会ホームページより）

3. 在宅医療・救急医療連携セミナー

3. 在宅医療・救急医療連携セミナー

モデル都道府県向けに、管下の市区町村 等の支援や調整役を担えるような体制の構築を図り、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にセミナーを実施した。

3-1. 都道府県の選定

本事業実施に際して、過去の実績等を参照の上、事前調査を行い、選定要件等については厚生労働省医政局地域医療計画課との協議により、モデル都道府県を以下の2か所とした。

【モデル都道府県】

#	都道府県	本事業担当部署
1	岩手県	岩手県 保健福祉部 医療政策室
2	沖縄県	沖縄県 保健医療部 医療政策課

3-2. 市区町村の選定

本事業実施に際して、過去の実績等を参照の上、事前調査を行い、選定要件等については厚生労働省医政局地域医療計画課及びモデル都道府県との協議により、セミナー参加市区町村を以下の6か所とした。

【市区町村】

#	都道府県	市区町村	本事業連絡窓口（担当部署）
1	岩手県	奥州市	奥州市 福祉部 地域医療介護推進室
2		釜石市	釜石市 地域包括ケア推進本部事務局
3		宮古市	宮古市 保健福祉部 介護保険課
4	沖縄県	宜野湾市	宜野湾市 健康推進部 介護長寿課
5		南城市	南城市 生きがい推進課
6		八重瀬町	八重瀬町 社会福祉課

3-3. セミナーの実施概要

セミナーは、連携ルールの運用を希望する市区町村等間及び、消防などの関係各所との連携に対して問題意識を持っている市区町村等が、複数の先進事例を参考にしながら、運用に至るまでの具体的な工程表について、検討して策定した。

セミナー開催方法は、新型コロナウイルス感染症対策として、集合形式とオンライン形式の両方を組み合わせて、実施した。

参加者は、1つの市区町村等から、市区町村等職員、在宅医療関係者及び救急医療関係者が参加した。

セミナーのプログラム内容については、2部構成（1部あたりの所要時間6時程度）とし、第1部では、政策動向の説明、先進事例紹介、工程表策定のためグループワークを盛り込んだ。第2部では、第1部の開催から一定期間（2～3ヶ月程度）後に開催した。第1部で策定した工程表について、進捗状況や問題点の改善等、フォローアップを行うグループワークとした。その他の目的の達成に必要と思われる演目について、厚生労働省医政局地域医療計画課やモデル都道府県と調整の上で追加した。

3-3-1. セミナー第1部

「在宅医療・救急医療連携セミナー 第1部」の概要と結果を、下記のとおり示す。なお、本節に示す内容の詳細については、本報告書第2部付属資料に収録した。

【別添資料】

3-3-1. 在宅医療・救急医療連携セミナー第1部 関係資料一式

在宅医療・救急医療連携セミナー第1部プログラム

開始	時間	プログラム	趣旨・構成内容
10:30	30	開場	
11:00	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	30	政策動向の説明	在宅医療・救急医療連携の現状と課題(厚生労働省 医政局 地域医療計画課)
11:35	65	事例発表	先進事例から在宅医療・救急医療連携の取組みと成果及び平時の在宅医療・救急医療連携の取組みが、災害時にどのような効果を発揮したかについて学ぶ。また、連携ルール内容及び連携ルール時に必要になる情報等も提供
12:40	60	昼食	
セッションⅡ			
13:40	20	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

14:00	100	グループワーク	自地域の在宅医療・救急医療の課題についてグループ内共有し、工程表作成（工程表自体の説明、活用上の注意点の説明も含む）
15:40	35	発表・討議	各グループで検討した工程表を発表し、在宅医療・救急医療の改題解決手法を総括
16:15	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
16:20	10	事務連絡・アンケート記入・解散	

3-3-1- (ア). 岩手県セミナー第 1 部

【 岩手県セミナー第 1 部 開催概要 】

#	項目	内容
1	実施日時	令和 2 年 11 月 29 日 (日) 11 時 00 分～16 時 40 分
2	実施会場	①盛岡会場：盛岡中央公民館 ②奥州会場：奥州市役所 ③釜石会場：釜石市保健福祉センター ④宮古会場：県立宮古病院
3	実施方法	集合形式 + オンライン形式 【岩手県】在宅医療・救急医療連携セミナー 第1部 セミナー開催方法 各所属機関において集合する形式

【 岩手県セミナー参加者 】

#	グループ	所属
1	岩手県	岩手県（医療政策課、長寿社会課、総合防災室）、県医師会
2	奥州市	奥州市福祉部、医師会、消防本部
3	釜石市	釜石市地域包括ケア推進本部事務局、在宅医療機関、救急医療機関、消防本部
4	宮古市	宮古市介護保険課、在宅医療機関、救急医療機関、消防本部、

#	グループ	所属
		医療情報ネットワーク
5	講師	厚生労働省医政局地域医療計画課
6	オブザーバー	総務省消防庁
7	ファシリテーター	エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

3-3-1- (イ). 沖縄県セミナー第 1 部

【 沖縄県セミナー第 1 部 開催概要 】

#	項目	内容
1	日 時	令和 2 年 11 月 25 日 (水) 11 時 00 分～16 時 40 分
2	会 場	沖縄県産業支援センター (沖縄県那覇市字小禄 1831 番地 1)
3	開催方法	集合形式 + オンライン形式 【沖縄県】在宅医療・救急医療連携セミナー 第1部 セミナー開催方法 那覇市内において集合・オブザーバーのみ東京から参加する形式 © 2021 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. NTTData

【セミナー参加者】

#	グループ	所属
1	沖縄県	沖縄県保健医療部医療政策課
2	中部地区 (宜野湾市)	宜野湾市健康推進部、中部地区医師会、在宅医療機関、救急医療機関、介護施設、宜野湾市消防本部
3	南部地区 (南城市・八重瀬町)	南城市生きがい推進課、八重瀬町社会福祉課、南部地区医師会、在宅医療機関、救急医療機関、島尻消防本部
4	講師	厚生労働省医政局地域医療計画課
5	オブザーバー	総務省消防庁
6	ファシリテーター	エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

3-3-2. セミナー第2部

「在宅医療・救急医療連携セミナー 第2部」の概要と結果を、下記のとおり示す。なお、本節に示す内容の詳細については、本報告書第2部付属資料に収録した。

在宅医療・救急医療連携セミナー第2部プログラム			
開始	時間	プログラム	趣旨・構成内容
11:00	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	25	講義	在宅医療・救急医療連携における知見（在宅医療・救急医療連携の課題及び対応策）
11:30	60	事例発表	先進事例から在宅医療・救急医療連携の取り組みと成果を学ぶ【石川県・大分県臼杵市・長崎県】
12:30	60	昼 食	
セッションⅡ			
13:30	5	グループワークの進め方	グループワークの進め方についての説明
13:35	15	課題共有	事前課題から自地域における在宅医療・救急医療連携における課題を共有
13:50	140	グループワーク	工程表について、進捗状況や問題点改善等グループワーク討論
16:10	25	発表・討議	在宅医療・救急医療の課題解決総括
16:35	5	事務局説明	フォローアップ調査について連絡
16:40	10	事務連絡・アンケート記入・解散	

在宅医療・救急医療連携セミナー第2部 講義・事例

#	時間	内容	講師・ご講演事例
1	11:05 ～ 11:30	在宅医療分野講義	【講師】中部徳洲会病院 地域医療連携室アドバイザー 在宅・緩和ケア部長 新屋洋平先生 【講義】在宅医療の現場からみた、在宅医療・救急医療連携における課題と求められる対応について、在宅医としての問題意識や取り組んでいる連携事例等からの示唆・対応策についてご講義いただく。在宅医療の現場の視点で課題解決につなげることをめざす。
2	11:30 ～ 11:50	石川県事例	【講師】石川県 健康福祉部地域医療推進室 医療・介護連携推進グループ 主事 永本菜月様 【事例】石川県在宅医療推進協議会（事務局：県医師会）において、在宅医療と介護の連携を強化するため、「いしかわ在宅医療・介護連携ルール【急変時の連携編】」を策定。急変時に必要な情報が効率的・効果的に救急病院に伝わるよう、患者の診療情報や日常生活動作の状態等の情報の管理や伝達のあり方を示した。
3	11:50 ～ 12:10	大分県臼杵市事例	【講師】臼杵市医師会立コスモス病院 副院長・臼杵市医師会医療福祉統合センター長 舩友一洋先生 【事例】大分県臼杵市の「うすき石仏ねっと」において、在宅医療・救急医療連携として、救急要請通報と同時に、消防署通信指令室から「うすき石仏ねっと」に接続し、DNAR 情報・ACP・看取り希望などの情報を取得して、情報共有する取り組みを進めている。
4	12:10 ～	長崎県事例	【講師】長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会 理事・長崎大学病院医療情報部 副部長 准教授 松本武浩先生

	12:30		【事例】長崎県「あじさいネット」(NPO 法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会)では、長崎県全域で拠点病院の電子カルテを共有。在宅医療支援機能や、診療支援・生涯教育支援機能等も有する。在宅医療・救急医療連携として、救急搬送時に患者情報を搬送先病院へ伝達する段階で「あじさいネット」を併用して搬送先を決める搬送前トリアージによって、適応外を減らす取り組みを進めている。
--	-------	--	---

【別添資料】

3-3-2. 在宅医療・救急医療連携セミナー第2部 関係資料一式

3-3-2- (ア). 岩手県セミナー第 2 部

【 岩手県セミナー第 2 部 開催概要 】

#	項目	内容
1	実施日時	令和 3 年 2 月 14 日 (日) 11 時 00 分~16 時 40 分
2	実施会場	①盛岡会場：岩手県庁 ②奥州会場：奥州市役所 ③釜石会場：釜石市保健福祉センター ④宮古会場：県立宮古病院 (その他各所属先等にてオンライン参加)
3	実施方法	オンライン形式 2月14日(日) 岩手県セミナー開催方法 各市区町村、県庁・県医師会職員において集合する形式 凡例： 厚生労働省 (赤い人形) パソコン (黒いパソコン) 消防庁 (青い人形) 講師 (緑い人形) 岩手県・県医師会参加者 (緑い人形) 市町村参加者 (黄色い人形) NTTデータ経営研究所 (青い人形) 参加市区町村 奥州市 パソコン+スクリーン等 釜石市 パソコン+スクリーン等 宮古市 パソコン+スクリーン等 岩手県庁 岩手県参加者 岩手県医師会参加者 パソコン+スクリーン等 インターネット 厚生労働省 ご講演講師(自治体等) 消防庁(オブザーバー) ファシリテーター(NTTデータ経営研究所) © 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 1 NTT DATA

【 岩手県セミナー第 2 部 参加者 】

#	グループ	所属
1	岩手県	岩手県(医療政策課、長寿社会課、総合防災室)、県医師会
2	奥州市	奥州市福祉部、医師会、消防本部
3	釜石市	釜石市地域包括ケア推進本部事務局、在宅医療機関、救急医療機関、消防本部
4	宮古市	宮古市介護保険課、在宅医療機関、救急医療機関、消防本部、

#	グループ	所属
		医療情報ネットワーク
5	講師	厚生労働省医政局地域医療計画課
6	オブザーバー	総務省消防庁
7	ファシリテーター	エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

3-3-2 (イ). 沖縄県セミナー第 2 部

【 沖縄県セミナー第 2 部 開催概要 】

#	項目	内容
1	実施日時	令和 3 年 2 月 18 日 (木) 11 時 00 分～16 時 40 分
2	実施会場	①中部地区会場 沖縄県総合福祉センター ②南部地区会場 南部地区医師会 (その他各所属先等にてオンライン参加)
3	実施方法	集合形式 + オンライン形式 【沖縄県】在宅医療・救急医療連携セミナー 第 2 部 セミナー開催方法 各市町村において集合する形式 凡例: 厚生労働省 (赤い人形), 自治体等 (青い人形), 医師会 (青い人形), 講師 (青い人形), セミナー参加者 (黄色い人形), NTTデータ経営研究所 (青い人形) 参加市区町村 宜野湾市(中部地区) パソコン+スクリーン等 南城市・八重瀬町(南部地区) パソコン+スクリーン等 © 2021 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 7 NTT DATA

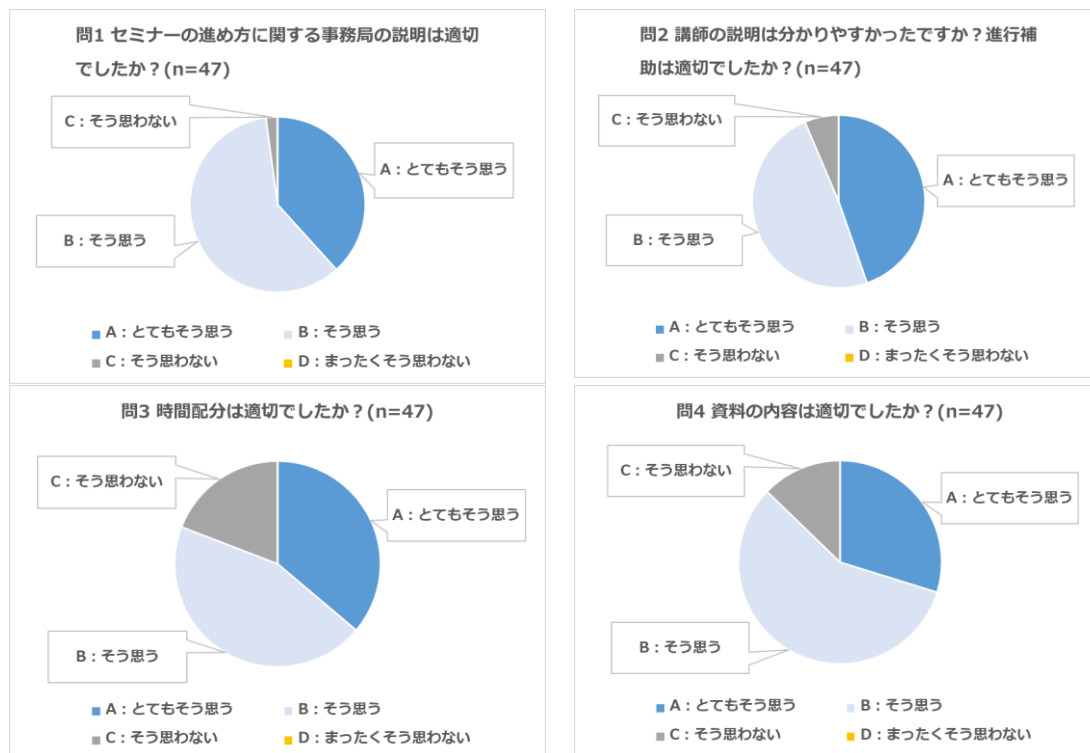
【 沖縄県セミナー第 2 部 参加者 】

#	グループ	所属
1	沖縄県	沖縄県 (保健医療部医療政策課、子ども生活福祉部高齢者福祉介護課)
2	中部地区 (宜野湾市)	宜野湾市健康推進部、中部地区医師会、在宅医療機関、救急医療機関、介護施設、宜野湾市消防本部
3	南部地区 (南城市・八重瀬町)	南城市生きがい推進課、八重瀬町社会福祉課、南部地区医師会、在宅医療機関、救急医療機関、島尻消防本部

#	グループ	所属
4	オブザーバー	厚生労働省医政局地域医療計画課、総務省消防庁
5	ファシリテーター	エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

3-4. セミナー参加アンケート

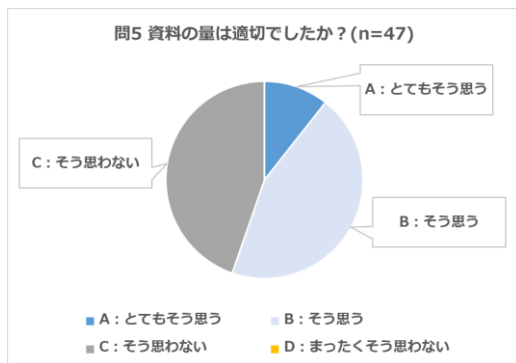
3-4-1. セミナー第1部アンケート集計



■ 問4の回答を選択された理由、ご意見・ご感想等

- これまでの情報もあり、まとめられていて使いやすかった。
- これまでの事例紹介も多く、グループワークのやり方の資料もあり、分かりやすかった
- 消防、医療の課題について学ぶよい機会となった。関係機関が課題を共有して解決方法を検討するよい機会になった
- 他の市町村の事例がたくさん載っていて、参考になりました
- 資料を確認するのに少し時間がかかりました。内容は理解しやすかった
- 明確で分かりやすい内容となっていた
- 事例紹介だけでなくグループディスカッションの方法もあったので、議論がうまく進んだと思う
- 見やすく最近のデータが組み込まれて分かりやすかった。きれいな資料で良かったです。

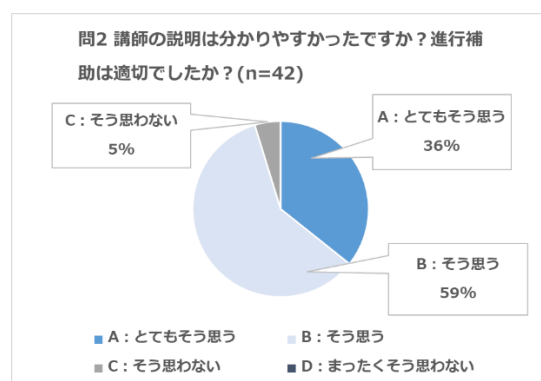
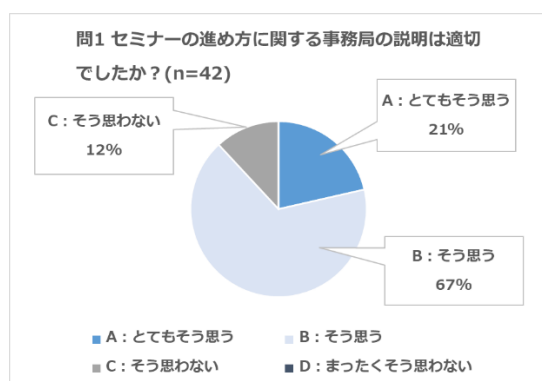
- 事例収集当も多く、満足のいくものであった
- 内容が多すぎてセミナー中は、個別の事例への理解が深まらなかったが、あとで見返す資料としては貴重なものだと思われた。

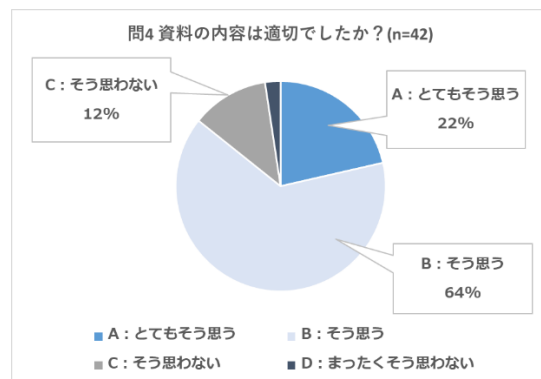
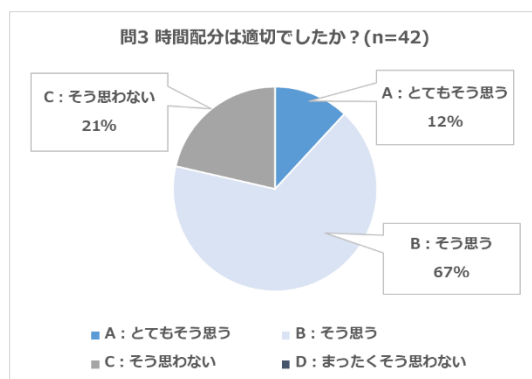


■ 問 5 の回答を選択された理由、ご意見・ご感想

- 量は多かったが 内容が細かくあったのでよかった
- 事例集が参考になった
- 多くの資料を頂き、情報をもち帰ることができました。ありがとうございます
- 量が多くて読むのが大変ですが、情報をたくさん載せているので仕方ないのかと思いました
- 見やすく最近のデータが組み込まれて分かりやすかった。きれいな資料で良かったです。

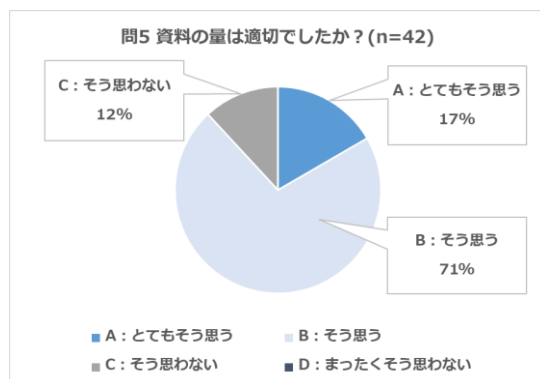
3-4-2. セミナー第 2 部アンケート集計





■ 問 4 の回答を選択された理由、ご意見・ご感想等を教えてください

- 他県の実践が見られ、参考になります
 - ICT ツールの活用事例の紹介がありました
 - 行政、消防、医師会、それぞれが地域でかかえる問題、立場での視点が共有できた
 - 過去セミナーの工夫点が参考になった。
 - 県外の事例がよく分かり参考になりました。
- 先進事例の講演がよかった。



■ 問 5 の回答を選択された理由、ご意見・ご感想等を教えてください

- ほぼ目を通せる分量でした。
- 研修スケジュールの詳細まで記載があり、分かりやすかった。
- 資料の量、読みやすさ、共によかった。

4. フォローアップ調査

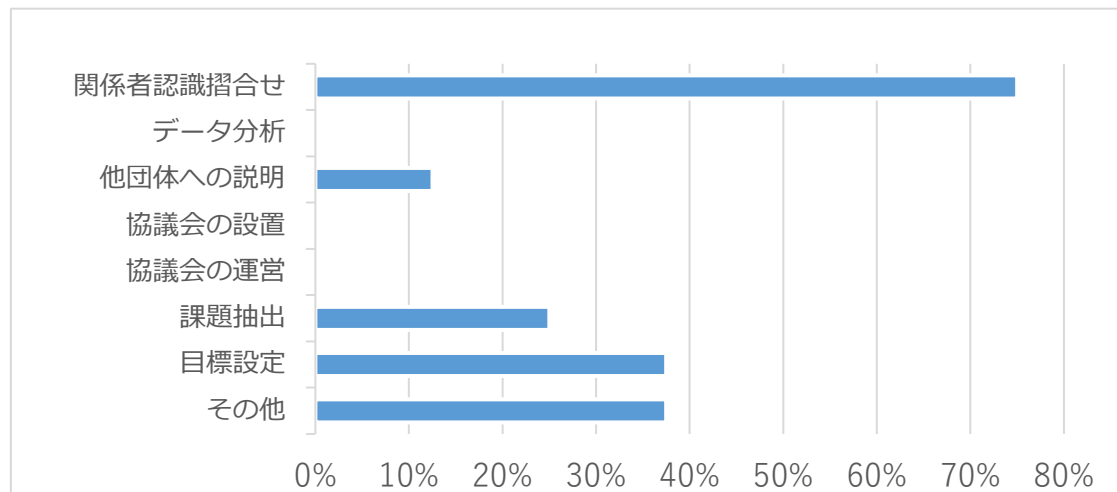
4. フォローアップ調査

セミナー第1部・2部の実施後に、参加自治体へのフォローアップ調査を実施した結果は以下である。

4-1. 今年度の取り組み

(1) セミナーでの取り組みを含む、今年度の取り組みについて

①「工程表の“作成”」(の支援)を行うにあたって困難だった事柄【複数選択可】



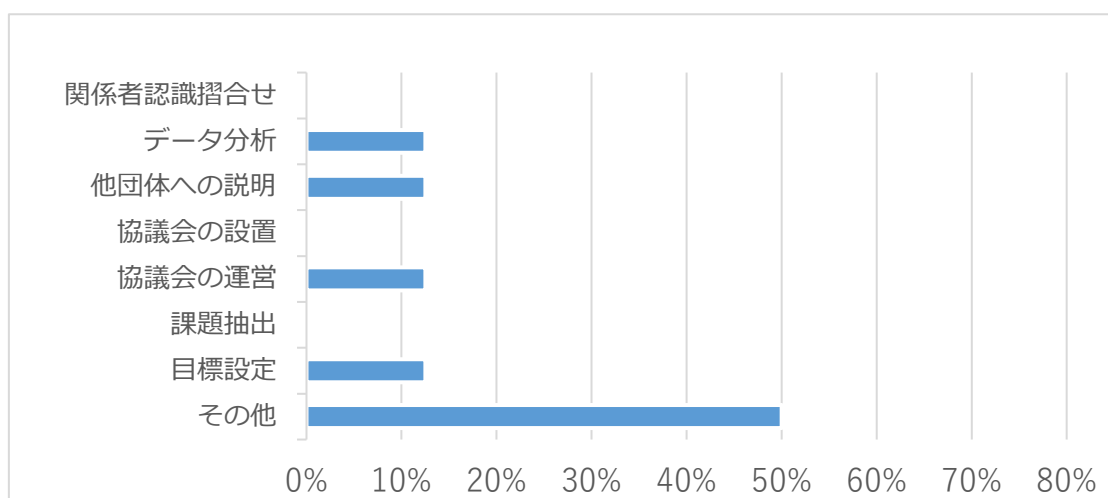
① の選択理由や具体的な内容

- 参加市町村の調整に難航したため。(※新型コロナ対応と重なり、市町村から断られる等)
- 通常業務でつながりのない関係者との連絡調整等に苦慮した。
- 今回のセミナーへ参加することを契機として、9月頃から当地域のメディカルコントロール協議会においてDNARプロトコルの検討及び素案作成が進められたこともあり、セミナー時に作成する工程表については、DNARプロトコル運用開始に向けた準備部分が主であったことから、特に困難だった事柄はなかった。当市の在宅医療介護連携推進協議会においても以前から課題として出されている事項でもあり、DNARプロトコルの必要性については、関係機関の共通認識が図られていると考えている。
- 今回のセミナーでの取り組みで、在宅医療と救急医療の顔の見える関係づくりがで

きたため、地域の課題を工程表に落とし込む際も困難と感ずることはなかったと思われる。

- 行政、介護事業所、消防、医療機関等それぞれの立場・見解があるので認識のすり合わせに時間を要した。

②「工程表の“履行”」（の支援）を行うにあたって困難だった事柄【複数選択可】



② の選択理由や具体的な内容

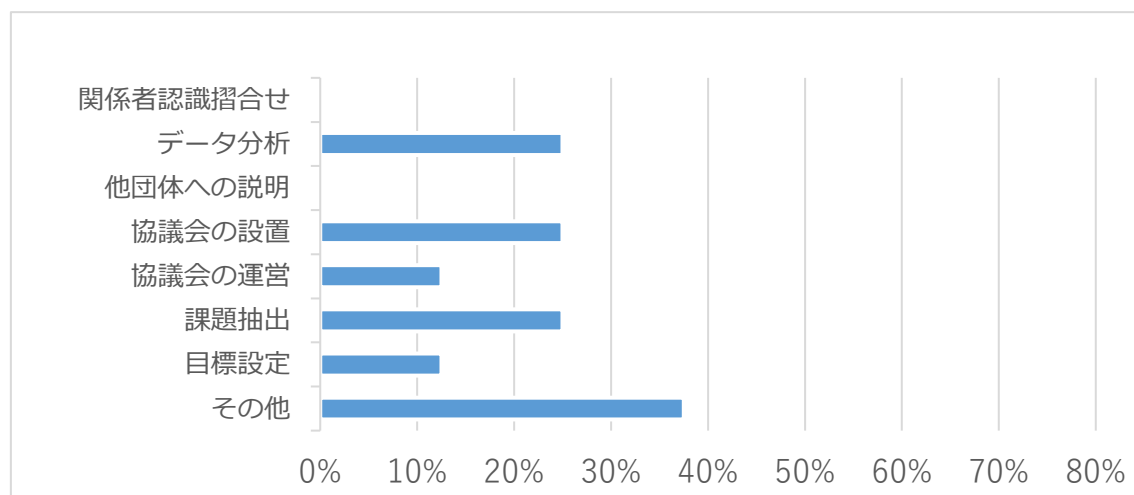
- 今年度は、工程表作成が主であり、履行支援は行っていない。
- D N A Rプロトコル運用開始に向けた準備段階にあることから、工程表においては、次年度のD N A Rプロトコル策定後に運用開始に向けた関係機関等への説明・周知を進める計画としていることから、現段階において工程表の履行にあたっての困難だった事柄はない。
- 専門職へのアンケート調査を行ったが、アンケートの総対象人数が分からない職能団体もあったため、調査回答からの方向性を確認することはできたが、正確な割合を出すことは困難だった。
- 医療介護連携事業担当者会議において協議会を設置した。

③ 「工程表の“履行”」（の支援を）するにあたって工夫した点【自由記載】

- 県からも市町村の打ち合わせに参加し、一緒に議論を行った。

- D N A Rプロトコル運用開始に向けて、特に関係する高齢者施設や居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションなどへ周知するにあたっては、行政が説明の場をセッティングする予定としている。
- 他市町村の先進事例を参考に今後の取り組み内容について救急シートの見直し・普及を行っていくという目標設定につなげることができた。

④「工程表の“履行”」（の支援を）するにあたって最も上手くいった点【1つ選択】

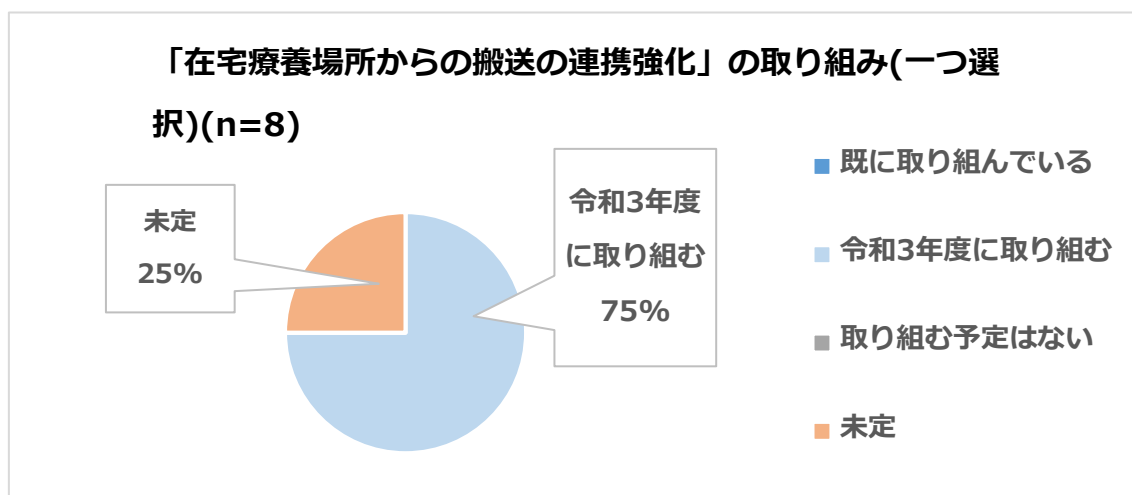


④ の選択理由や具体的な内容

- 県からも市町村に対して適宜情報提供や相談を行ったため。
- 工程表の履行は次年度となるが、当地域のメディカルコントロール協議会において救急搬送に係るD N A Rのケースを抽出し、課題分析していたことが、短期間でスムーズに進められた要因であると思われる。
- 在宅医療・救急医療関係者及び行政が一同に会したことで、地域の現状や課題を共有することができた。
- 医師会の協力の下、医療介護連携推進事業の担当者会議を活用し、協議会の設置・運営することができ、全体の取組につなげることができた。

(2) これからの在宅医療・救急医療連携を進めていく上での方向性について

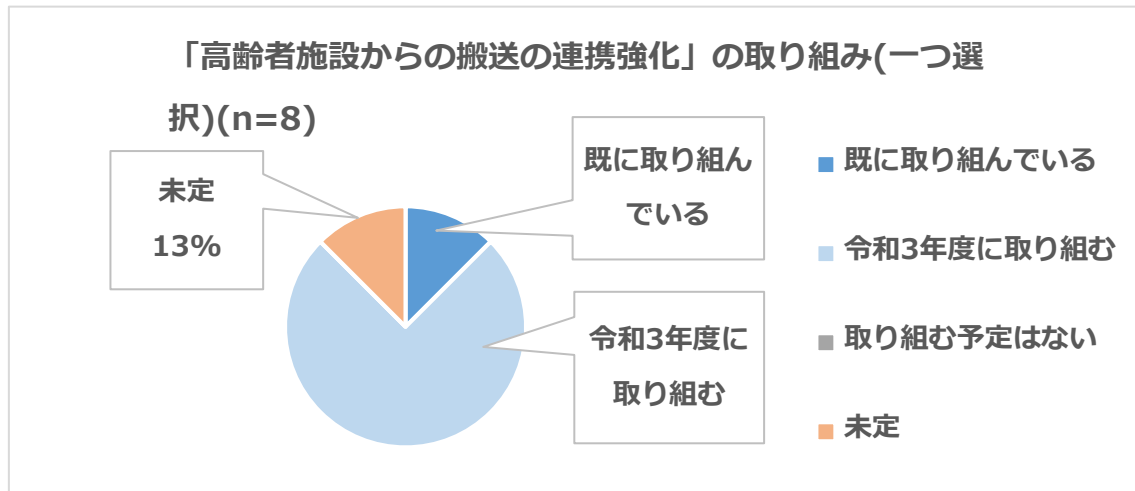
①「在宅からの搬送の連携強化」(支援)について、これからの取り組み【1つ選択】



① の選択理由や具体的な内容

- 全県のMC協議会は設置済み。具体的な支援方策については、今後、県の救急防災担当、介護担当部局等と検討の上対応していく。
- 中部地区、南部地区共にMC協議会との情報交換が重要で、救急車を呼ばない仕組みと呼ばれても搬送を行わないルールが必要との意見であった。
- DNARプロトコルの策定、運用開始、関係機関への説明・周知など、令和3年度に取り組む予定としている。
- 当地域においては、往診対応の医師が複数おり、また、DNAR患者の搬送例が少ないことから、以下の取り組みを考えている。
 - ・ ①終末期患者の病院、在宅のリレーの円滑化に関する取り組み
 - ・ ②一般市民及び専門職を対象とした人生会議の普及啓発
 - ・ ③継続的に情報交換、検討する場が必要（在宅医療・救急医療部会打合せ会など）
- 一般向けの救急医療情報シートを作成し、全戸配布やdボタン、デジタルサイネージを活用し、周知について取り組んでいく予定

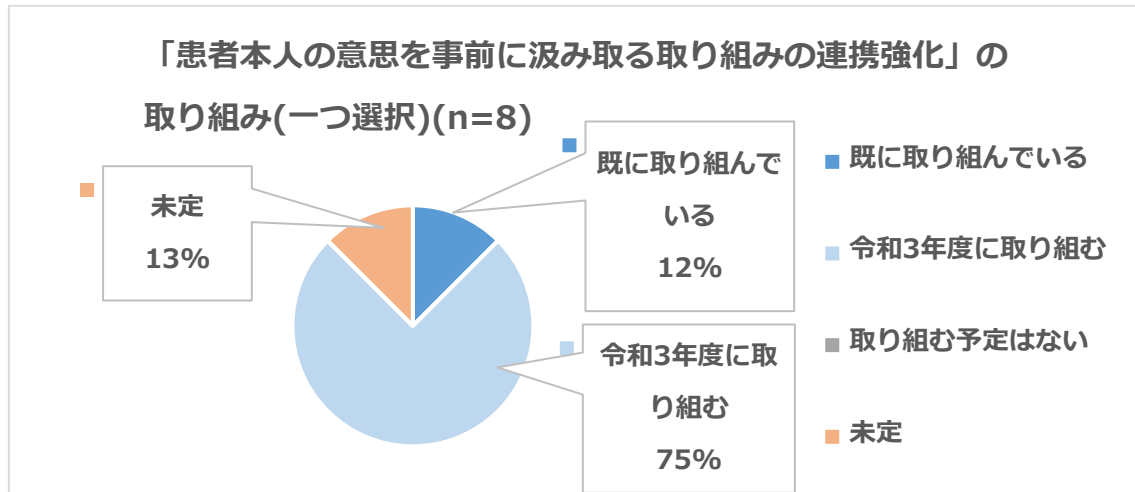
②「高齢者施設からの搬送の連携強化」(支援)についてこれからの取り組み【1つ選択】



② の選択理由や具体的な内容

- 具体的な支援方策の実施については、今後、県の救急防災担当、介護担当部局等と検討していく。
- 今後、各地区で在宅・介護連携事業等で情報交換を行っていききたいとの意見が聞かれた。
- 運用開始後に運用上の課題等をヒアリングによって確認・整理しながら、救急・高齢者施設の連携ルール策定に向けた話し合いの場を設けていきたいと考えている。
- 当地域においては、往診対応の医師が複数おり、また、DNAR 患者の搬送例が少ないことから、以下の取り組みを考えている。
 - ① 終末期患者の病院、在宅のリレーの円滑化に関する取り組み
 - ② 一般市民及び専門職を対象とした人生会議の普及啓発
 - ③ 継続的に情報交換、検討する場が必要（在宅医療・救急医療部会打合せ会など）

③「患者本人の意思を事前に汲み取る取り組みの連携強化」(支援)についての
取り組み【1つ選択】



③ の選択理由や具体的な内容

- 市民向けの啓蒙活動として、現在実施している出前講座の継続、奥州市版エンディングノート「わたしの生き方ノート」や市広報・ホームページを活用した普及啓発を充実させながら、ACPへの理解を深めていきたいと考えている。
- 元気なうちから一般市民及び専門職を対象とした「人生会議」の普及啓発
 - ・ 命のきずなカプセルの再周知、運用方法の再検討
 - ・ 県医師会 ACP によるケアマネ等研修会（県と市の連携）
 - ・ ACP 関係出前講座等

4-2. 在宅医療・救急医療の連携を進めていく上の改善案

都道府県の取り組みの改善案

- 都道府県としてのグランドデザインを示し、関係団体が圏域・市町村といった階層で柔軟に調整が可能となるようにする。目標設定および進捗管理の手法を、計画策定の時点で提示する
- 都道府県内の先進事例の横展開。先進モデルのノウハウを保健所の現場支援を活用しながら他地域に展開。現状に合わせて医師会・市町村・保健所の誰が主導するかパターン分け。
- 在宅医療関連の人材育成。在宅医療地域リーダーの養成。在宅医療を支える訪問看護師等の養成。
- 財源の確保と事業計画の進捗管理。国庫など、地域が活用できる財源を活用範囲まで含めて提示するとともに、地域ごとの事業計画の進捗状況をモニタリングする
- 事業推進スキームの明確化。どの単位で取組を進めるか、また主体を明確化する
- 全体調整。県医師会等との調整
- 地域の医療・介護サービス資源の把握。適正配分。
- 連携ツールの作成や普及啓発など一部施策を主体として実施する

市区町村の取り組みの改善案

- 実施主体として医師会と連携しつつ、在宅医療推進事業で市町村主導型モデルを牽引する
- 地域に根差した保健師による地元開業医等との長期にわたる関係性構築
- 地域ニーズの把握－地域市民の実態とニーズを正確に把握し、提供サービスのあり方を検討する
- 市区町村等から、都道府県に対する要求出し。自組織でできること／できないことを明確化し、必要とされる支援を都道府県等に伝える
- 事業主体としての取組市民への啓発活動
- 市民への啓発活動－市民の意識啓発を行う

5. 手引き検討会

5. 手引き検討会

5-1. 手引き検討会の目的

本事業では、報告書の巻末付録として、都道府県が管下市区町村等の連携ルールを策定支援する際に活用出来る「都道府県向け連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き」（以下「手引き」という）を作成することとする。

手引きの作成に当たっては、検討会を設置し、地域の連携ルールの策定に都道府県がどのように関与していくことが望まれるか等の検討することを目的としている。

5-2. 手引き検討会の構成員

手引き検討会の構成員は、本事業の目的である都道府県が管下市区町村等の支援や調整役を担えるような体制の構築を図り、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の達成に向けて、連携ルールの策定に都道府県がどのように関与することが望まれるか等、専門的見地から意見して手引きの取りまとめを行う。

【 検討会委員 】（五十音順・敬称略）

氏 名	所 属・役 職
及川 修	岩手県 奥州金ヶ崎行政事務組合消防本部 消防救急課救急係係長
大城 則子	一般社団法人南部地区医師会 在宅医療介護支援センター 医療・介護連携コーディネーター
小田島 史恵	釜石市 地域包括ケア推進本部事務局 事務局長
川村 秀司	岩手県立江刺病院 院長
新屋 洋平	医療法人 沖縄徳洲会 中部徳洲会病院 地域医療連携室アドバイザー 在宅・緩和ケア部長
富山 裕一郎	沖縄県 子ども生活福祉部 高齢者福祉介護課 主査
豊島 秀浩	医療法人豊島医院 院長
仲宗根 雄馬	沖縄県 保健医療部 医療政策課 主事
細川 雄一	岩手県 保健福祉部 医療政策室 医療政策担当 主査
松堂 輝彦	沖縄県 保健医療部 医療政策課 主査
宮田 剛	一般社団法人岩手県医師会 常任理事

【 オブザーバー 】（五十音順・敬称略）

氏 名	所 属・役 職
小塩 真史	総務省消防庁 救急企画室 救急専門官
坪井 博文	厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室 室長補佐

5-3. 手引き検討会の開催概要

手引き検討会は、以下の日時、開催方法にて実施した。

検討会	開催日時	開催方法
第1回	令和3年1月26日（火）18時00分～19時30分	オンライン開催
第2回	令和3年3月10日（水）18時00分～19時30分	オンライン開催

※ 新型コロナウイルス感染症対策として、手引き検討会は、オンライン開催（Zoom ミーティング）とした。

5-3-1. 第1回検討会実施詳細

第1回手引き検討会の内容と結果を、下記のとおり示す。

【 第1回手引き検討会概要 】

#	項目	内容
1	日時	令和3年1月26（火）18時00分から19時30分
2	開催方法	オンライン（Zoom ミーティング）形式
3	アジェンダ	（1）開会 （2）手引き作成の進め方について （3）手引き案について （4）閉会

【 検討会資料（抜粋） 】

手引き作成の視点（本事業において今年度特に重視すべき項目）

都道府県や救急との連携や、定量的な評価によるPDCAサイクルの構築の視点を盛り込んだ手引きを作成する予定です

#	項目	内容	対応方法
1	救急との連携	傷病者の意思に沿った心肺蘇生の実施等を検討する	DNAR情報等を在宅医療・救急医療と、消防救急の間でどのように情報共有するか、標準的な手順等について検討を進める
2	都道府県も関与した連携ルールの作成	- 都道府県の役割を明確にする - 都道府県が市区町村等の支援や調整役を担えるような体制を構築する	連携ルール例や自己チェックシートでの回答等を参考に、都道府県で対応すべき役割等を検討する
3	人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）との連携	- 住民向け普及啓発（在宅医療・救急医療連携） - 医療機関での相談対応の充実	入院患者・在宅療養者用の説明資料を作成し、研修や医療機関における相談対応の充実
4	PDCAサイクルの構築	データ等を評価軸とする事で、連携ルール作成前後で定量的な評価を行えるようなPDCAサイクルを構築する	工程表定量評価項目例の内、連携ルールで特に重視すべき項目を抽出する

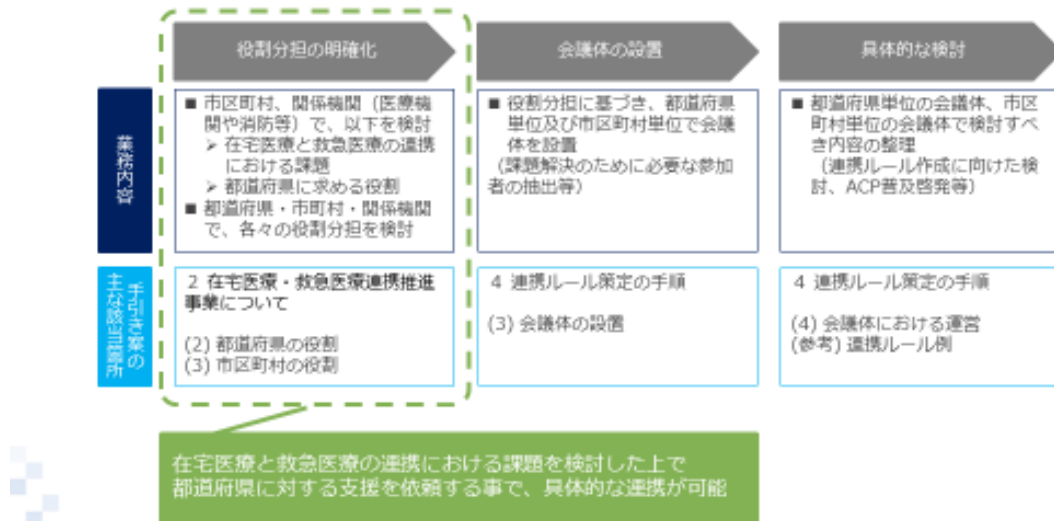
【参考】全国在宅医療会議における提言と手引き作成の視点の関係性

全国在宅医療会議における提言【重点分野】を考慮し、手引きの検討を進めております



都道府県と連携した連携ルール作成の流れ

都道府県と市町村等の役割分担を明確にした上で、会議体の設置・具体的な検討を進めていく事を想定しております



© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, INC.

14

NTT DATA

【 第 1 回手引き検討会で出された主なご意見 】

- 消防・メディカルコントロール協議会に言及が必要ではないか。
- 論点が曖昧にならないように、連携の対象を絞った方がよい。
- 複数市区町村へ、都道府県が支援する際の方法について言及した方がよい。
- 市区町村の役割について、曖昧な表現になっているので、具体的に記載した方がよい。
- 研修・住民向け普及啓発等について、都道府県の役割と市区町村の役割が重複する。
- DNAR を議論する連携ルール策定の構成員には、法律家がいるのが望ましい。
- 市区町村の会議体構成員にするのは難しいので、都道府県の構成員が現実的である。
- 都道府県における医療・介護・救急担当が別の部署になっているので、連携が必要。
- 行政の中の、どの部署が主体になるか明確になっていると連携しやすい。
- 救急医療機関だけでなく、回復期等の広報支援病院も構成員に含める方が望ましい。
- 介護施設入所者向けの課題は多い。
- 介護施設（入所者）向けの連携ルールは、介護従事者との連携によって有効に機能させられる可能性がある。
- 意思共有する ICT ツールの活用も重要である。

5-3-2. 第2回検討会実施詳細

第2回検討会の内容と結果を、下記のとおり示す。

【別添資料】

5-3-2. 第2回検討会資料

【 第2回手引き検討会概要 】

#	項目	内容
1	日時	令和3年3月10日（水）18時00分から19時30分
2	開催方法	オンライン（Zoom ミーティング）形式
3	アジェンダ	（1）開会 （2）都道府県向け連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引きについて （3）閉会

【 第2回手引き検討会で出された主なご意見 】

- 都道府県の連携図の中に消防機関を位置づけた方がよい。
- 都道府県の部署には、医療部門、介護部門の他に、消防管轄部門を追記した方がよい。
- 都道府県の他の関係団体とのメディカルコントロール協議会に言及が必要ではないか。

6. 事業の効果検証

6. 事業の効果検証

今年度のセミナー終了後のフォローアップ調査の内容「(1) セミナーでの取り組みを含む、今年度の取り組みについて」より、セミナーに参加した多くの自治体において、今年度時点では、工程表の策定段階に留まり、工程表の履行にまで進めた自治体においても、限られた活動になっている状況がある。各セミナー参加自治体へのフォローアップ調査、ヒアリングにおいては、今年度、医療・介護を管轄する行政組織において、新型コロナウイルス感染症対策への対応を優先させた背景があるとともに、在宅医療・救急医療連携に関する関係者の会議等を予定どおり開催できない状況があり、やむを得ない事情があったこともあったことが、その理由としてあげられる。

また、フォローアップ調査の内容「(2) これからの在宅医療・救急医療連携を進めていく上での方向性について」より、「在宅からの搬送の連携強化」について、これからの取り組みについては、調査に回答いただいた8つの自治体のうちで既に取り組みをしている自治体はなく、すべての自治体において来年度以降の取り組みとなる。また、「高齢者施設からの搬送の連携強化」、「患者本人の意思を事前に汲み取る取り組みの連携強化」についても、調査に回答いただいた8つの自治体のうちで1つの自治体のみが既に取り組みを開始しているという状況であり、大半の自治体においては来年度以降の取り組みになる。

先に述べたとおり、今年度は新型コロナウイルス感染症の影響で、年度当初に予定していた在宅医療・救急医療連携の会議等が実施できなかった背景があるが、来年度については、新型コロナウイルス感染症対策の対応を進めるとともに、在宅医療・救急医療連携に関する取り組みを計画的に進めることが求められる。今年度の本事業の各セミナー及び、手引き検討会において実施した様に、オンラインセミナー、オンライン会議等は有意義である。各セミナー参加自治体においても、来年度以降も、集合会議の開催が難しいことが予想される場合には、オンラインの会議の開催等、可能な連携推進会議開催の手段を検討していく必要があると思われる。

今年度の本事業における事業効果として、在宅医療・救急医療連携にかかわる関係者が集合して、綿密な打ち合わせ等を実施しづらい状況の中で、関係者のご尽力により、セミナーに参加したすべての自治体において工程表の策定まで完了したことにおいては一定の成果があった。一方、工程表の履行においては、各セミナー参加自治体において、来年度以降継続して取り組むことになるため、今年度の各セミナー参加自治体への工程表履行についてフォローアップが必要である。