

第 2 部：附属資料

在宅医療・救急医療連携についての定量評価項目例

#	自治体名	定量評価項目	内容	出典
1	千葉県白井市	救急医療情報キットを活用した場合の、救急搬送の際の現場滞在時間	救急医療情報キットの配布数は令和2年2月末時点で累計2,368件となり、実際の活用実績は以下のとおりである。また、救急搬送の際の現場滞在時間（現場到着～出発までの時間）として、救急医療情報キットがない場合は21.8分、ある場合は20.6分、介護施設用シートがない場合は22.4分、ある場合は19.9分と短縮された。	令和元(2019)年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
2	東京都葛飾区	病院救急車の利用数ならびに登録医療機関数・患者数	かつしか在宅医療サポート搬送システムの活用増加 病院救急車の利用は、平成26年52件、平成27年109件、平成28年99件（いずれも6月～翌年5月の件数）と、利用が拡大してきた。平成30年度の利用数ならびに登録医療機関数・患者数は次の通りである。 平成30年度（前年からの増加数） 登録医療機関数：86（1） 登録患者数：790（20） 病院救急車活用数：323（14）	令和元(2019)年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
3	山口県下関市	（ガイドラインの運用効果を検証するための）救急搬送人員数および高齢者福祉施設からの搬送数	救急搬送の適正利用化 平成29年6月1日から開始した(高齢者福祉施設からの救急搬送)ガイドラインの運用効果だという因果性は検証されていないが、平成28年から平成29年にかけて、救急搬送人員数が約1割減少した（平成28年：14,092件→平成29年13,447件）。ただし、高齢者福祉施設からの搬送は、平成28年：1,093人（7.2%）、平成29年：1,113人（7.5%）と、変化は起こっていない。	令和元(2019)年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
4	東京都八王子市	65歳以上の救急活動時間および市内収容率	在宅と病院の連携の成果として、八王子市内の65歳以上の救急活動時間、八王子市内における救急収容事業の八王子市内収容率等をKPIとしてあげ、定量的に評価を行っています。	令和元(2019)年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
5	東京都八王子市	<ul style="list-style-type: none"> 救急隊による病院連絡件数、連絡時間の比較 平均活動時間の比較（出場～現着、現場活動時間、現発～病着、病着～医師引継） 市内の救急事案における市内収容率 	アウトカムについては、消防で取れる救急搬送時間と市内収容率（八王子市内の患者が八王子市内で収容された割合）の2点で評価しており、以下の通り効果が出ている。搬送時間については、現着から現発までの時間と病院に入ってから医師に引き継ぐまでの時間を評価している。引き継ぎ時間については区切り、引き渡し後に医師が救急隊員と話をする等の時間は含まれないようにしている。市内収容率も消防本部のデータが毎年入手できるため、まとめて集計している。	平成30年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書

在宅医療・救急医療連携についての定量評価項目例

#	自治体名	定量評価項目	内容	出典
6	新潟県長岡市	現場所要時間の比較 (現場到着～現場出発：現場所要平均時間)	ICTで行う患者情報連携の効果として、搬送時現場所要平均時間区分のうち、「現場到着～現場出発」に着目し、定量的に評価を行っています。 平成29年救急出動件数（現場所要平均時間）：10529件（12分36秒） フェニックスネット有効症例：43件（14分31秒） フェニックスネット活用できなかった症例：40件（17分46秒）	令和元(2019)年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
7	新潟県長岡市	・搬送先の問い合わせ回数 ・地域完結率	受入体制の確立 受入までの問い合わせ回数は2回までで99%受け入れられており、たらい回しは殆ど無い状況になっている。その後4回以上問い合わせになった場合の原因を検証し、お互いに事情を理解しつつ改善に繋がっている。長岡市はたらい回しにされないという事で市外からの搬入もあるという状況になっている。	平成30年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
8	新潟県長岡市	現場所要時間	長岡市消防本部が平成28年11月15日にタブレットを使用開始してから平成30年3月末までの使用件数と現場滞在時間は以下の通りであり、フェニックスネット登録者と未登録者では、4.2分の搬送時間短縮となっている。	平成30年度_在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書
9	長崎県長崎市	搬送前トリアージ症例数	病病連携・救急医療運用の実績 2018年11月15日時点での病病連携・救急医療運用の状況は以下の通りである。搬送前トリアージははじめたばかりであるが既に39例の実績がある。	平成30年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
10	静岡県静岡市	(イエローカード使用による) (急性期) 病院ごとの搬送数	3種の在宅安心カードを使用した在宅安心連携システムに対する効果 <各カードの登録医療機関および患者数 (H29年)> 各カードの登録医療機関数と登録患者数は以下の通り。シルバーカードについては登録はほとんどないが、使用しなくともいつもかかりつけ医が診ていることから、通常では特段必要とされておらず、主に使用されているものはグリーンカードとイエローカードである。 <イエローカード*の効果> どこの病院も搬送数僅かであり、病院の負担にはなっていないことが確認済み。 *病状急変に際し、連携病院に受診する時に使用する	平成30年度_在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

在宅医療・救急医療連携についての定量評価項目例

#	自治体名	定量評価項目	内容	出典
11	大阪市浪速区医師会	ブルーカード活用による出動から病院搬送までの時間 ブルーカード活用による救急車利用無件数	<p>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）。</p> <p>ブルーカードの活用により、出動から病院搬送までの時間が、約7～8分の短縮となった。</p> <p>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。</p>	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
12	大阪市浪速区医師会	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>ブルーカード</p> <p>対象：在宅患者、適用条件を満たす外来患者</p> <p>目的：病院搬送時（病ウイン緊急受診時）</p>	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
13	長崎県佐世保市	救急搬送時の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	<p>医療政策推進事業としての評価</p> <p>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</p> <p>→H29：99.4%</p>	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
14	山口県下関市	高齢者福祉施設からの「患者情報提供シート」提出率	<p>高齢者福祉施設にガイドラインの認知拡大と、介護医療救急医療連携への理解促進に伴い、ガイドラインに含まれている「患者情報提供シート」の提出が進んだ。特別養護老人ホーム、老人保健施設では、5割以上提出されている。有料老人ホームも4割の提出がある。</p>	令和元(2019)年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
15	岡山県高梁市	救急医療情報キットの使用数	<p>平成28年に救急搬送1,800件の内、独居高齢者で救急キットを探した件数は100件程度で、実際に使ったのは30件程度となっている。(3割程度)</p> <p>平成29年8月末時点で、独居高齢者の救急搬送時に救急キットを使ったのは16件となっている。(第2回連携支援システム検討部会の記録(H29/9/8))</p>	平成30年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書

在宅医療・救急医療連携についての定量評価項目例

#	自治体名	定量評価項目	内容	出典
16	鹿児島県鹿屋市	救急医療情報キットの普及率	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。	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
17	愛知県一宮市	・「在宅医療・介護連携様式」の使用施設数 ・「救急患者基本情報シート」の使用施設の比率	「在宅医療・介護連携様式」使用状況調査の実施 ・4様式の使用状況（使用施設数）：①一宮市地域連携アセスメントシート102、②救急患者基本情報シート33、③一宮市介護サービス共通診断書（入所）120、一宮市介護サービス共通診断書（通所）121、④主治医・ケアマネジャーFAX連絡票81 ・「救急患者基本情報シート」の使用状況（使用施設比率の高い順）：サービス付き高齢者住宅18%、小規模多機能型住宅17%、有料老人ホーム16%、地域包括支援センター14%	平成30年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
18	千葉県松戸市	ふくろうシートを使う場合における下記について評価 ・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か ・救急搬送患者の転帰 ・救急隊が感じる高齢者搬送についての困難度	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。	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
19	千葉県松戸市	・救急要請者のふくろうシート活用の有無 ・市全体の年齢別救急搬送件数、活動時間（到着～病院搬送まで）の平均値	「対象者：松戸市介護支援専門員協議会に登録している介護支援専門員200名が受け持つ要介護者および、松戸市内の全特別養護老人ホーム（21施設）の入居者、グループホーム（37施設）の入居者、小規模多機能施設（10施設）の利用者のうち、平成29年8月までに登録された者とする。 地域を2群に分けて、結果を比較する」 副次評価項目 救急搬送の実態調査 ・救急要請者のふくろうシート活用の有無 ・要請者の年齢、性別、要請理由、到着時の要請者の心身状態、CPR、重症度分類、活動時間、搬送の有無、搬送機関名、かかりつけ医・訪問看護師等、在宅サービス従事者とのコミュニケーションの有無 ・松戸市全体の年齢別救急搬送件数、活動時間（到着～病院搬送まで）の平均値	平成30年度_在宅医療・救急医療連携セミナー【講義】 「Advance Care Planningに関する国内外の知見および松戸市ふくろうプロジェクトの進捗」

在宅医療・救急医療連携についての定量評価項目例

#	自治体名	定量評価項目	内容	出典
20	岡山県高梁市	連携システムの施設別加入率	<p>連携システム</p> <p>施設別の「やまぼうし」加入数・加入率は下記の通りである。全体では49.2%で約半数だが、4病院・訪問看護は100%、25診療所では64%、居宅介護支援センターは81%、薬局が57%となっている。</p>	平成30年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
21	大分県臼杵市	消防の通信指令室での（「うすき石仏ねっと」経由の）情報活用推移（「情報あり」の割合）および地域中核病院へ搬送された非ACS患者数	<p>消防の通信指令室での情報活用推移を見ると、搬送件数の増減はあるが、「情報あり」の割合が非常に増加していることがわかる。当初は患者の名前が聞き取れないなどもあり検索不可が多かったが、司令室側の対応も慣れ、「うすき石仏ねっと」の登録者が増えるに従って、検索不可は半数以下に減少し、「情報あり」の割合も高くなっている。</p> <p>その結果、地域中核病院へ搬送された全162例の内、非ACS患者が56例と、不必要な搬送を回避する事ができた。</p>	平成30年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
22	大分県臼杵市	多職種や病院、診療所を問わず情報を共有できる「うすき石仏ねっと」の規約に同意し、「石仏カード」を発行した患者数	<p>多職種や病院、診療所を問わず情報を共有できる「うすき石仏ねっと」の規約に同意し、「石仏カード」を発行した患者数は上昇を続けており、2017年10月では16,645人となり、臼杵市人口の4万人弱の半数に近づいている。これは、多職種連携が上手く回っており、病院だけでなく様々な職種から「石仏カード」のことが住民に周知されていることが要因である。多職種連携については、医師会立病院が在宅医療の輪の中心にあり、かつ競合するその他の同規模の病院が市内に存在しないことで取組が進めやすいことと、開業医の医師会加入率が100%であり、その医師会が中心となって様々な職種と取り組みを進めていることが上手く作用していることの現れである。</p>	平成30年度_在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書
23	長崎県長崎市	長崎在宅Dr.ネットの活動やOPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）の取り組みによる、自宅死率の経年変化	<p>自宅死率の推移</p> <p>長崎在宅Dr.ネットの発足当初、長崎市の自宅死率は7～8%に低迷しており、長崎県内でも最低水準で、全国平均の12～13%と比べても大きく低迷していた。その後の長崎在宅Dr.ネットの活動やOPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）の取り組みによって、平成21（2009）年には10%を超えた。その後は横ばいで、平成27年で11.8%となっている。開業医のネットワーク化によって、自宅死率が現行水準まで押し上げられたと推察される。</p>	平成30年度_在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書
24	埼玉県利根保健医療圏	地域医療ネットワークシステムの救急搬送時の利用状況	<p>救急搬送での利用状況</p> <p>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、「埼玉県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。</p>	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書

在宅医療・救急医療連携についての定量評価項目例

#	自治体名	定量評価項目	内容	出典
25	埼玉県利根保健医療圏	地域医療ネットワークシステムの参加・利用状況	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。	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
26	大阪市浪速区医師会	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登録者数	Aケアカード 対象：浪速区介護保険利用者 目的：病院搬送時（病院緊急受診時）	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
27	大阪市波速区医師会	(Aケアカード) ICTを利用した地域医療介護連携ツールの利用状況（1か月、3か月時のログイン数および割合）	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（医院・病院、歯科医院、薬局、訪問看護、介護）ごとの参加機関数、1か月以内にログインした機関数および3か月以内にログインした機関数等	平成29年度在宅医療・救急医療連携セミナー（厚生労働省委託事業）（第2回）事例発表
28	栃木県下都賀郡壬生町	2つのICTネットワークシステムの活用による在宅看取り率	2つのICTネットワークシステム、「とちまるネット」、「どこでも連絡帳」の活用と、壬生町における「みぶの会」の活動により、壬生町の在宅看取り率は、平成24年度の17.18%から、平成26年度には19.35%まで上昇している。	平成30年度_在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書
29	福井県坂井地区	在宅ケアネット利用患者における在宅看取り率	在宅ケアネット利用患者による在宅看取り率を比較してみると、在宅ケアネットが開始してから1年後の平成21年では29%であった看取り率が、平成24年には66%と37%増加している。また、平成24年から平成28年にかけては、10%前後の増加と減少を繰り返しながらも、50%以上を維持し続けている。	平成30年度_在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

在宅医療・救急医療連携についての定量評価項目例

#	自治体名	定量評価項目	内容	出典
30	福井県坂井地区	在宅ケアネット導入における高齢者の自宅生活率および医療費の伸び率	坂井地区では、県内の他地区と比較して高齢者の自宅生活率が高く、後期高齢者の医療費の伸び率が低くなっている。具体的には、高齢者の自宅生活が県内の他地区では15,411人の52.4%なのに対し、坂井地区では3,022人の61.2%と8.8%の差が出ている。同様に、後期高齢者の医療費の伸び率については、県内の他地区では平成21年が739.1億円、平成25年が842.6億円と伸び率が14.0%であるのに対し、坂井地区では平成21年が128.1億円、平成25年が140.4億円と伸び率が9.6%となっており、坂井地区と県内の他地区を比較すると4.4%の差となっている。	平成30年度_在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書
31	愛知県一宮市	・訪問診療の実績（延べ訪問回数） ・訪問看護ステーション数	在宅医療の実績 訪問診療の実績（延べ訪問回数）は、平成26年に年間3万2,000回であったものが、平成29年には年間4万3,000回と、1.34倍に増加した。 ・訪問看護ステーション数は、事業開始前には20箇所であったが、現在は36箇所と、施設数で1.8倍に、給付ベースでは約2倍超に増加している。	平成30年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
32	山形県鶴岡市	脳卒中パスの導入した場合の再発率	脳卒中中の患者データについては、脳卒中パスを運用してから継続的に取り続けている。その結果を地域の大学機関等と連携し、データ分析を行ったところ、パスの導入・非導入にて、再発率に有意差が生じている。	（平成30年度_在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書）
33	大分県臼杵市	取組による透析患者の増加数	糖尿病について目覚ましい効果 平成23年の取組開始から現在まで、透析患者の増加を抑えることができています	平成30年度_在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書
34	長崎県佐世保市	自宅等死亡割合の増加 自宅+老人+介護老健での死亡割合	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%	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書

在宅医療・救急医療連携についての定量評価項目例

#	自治体名	定量評価項目	内容	出典
35	千葉県松戸市	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表明された終末期医療に関する希望 ・ 死亡直前の救急搬送死亡 	<p>「対象者：松戸市介護支援専門員協議会に登録している介護支援専門員200名が受け持つ要介護者および、松戸市内の全特別養護老人ホーム（21施設）の入居者、グループホーム（37施設）の入居者、小規模多機能施設（10施設）の利用者のうち、平成29年8月までに登録された者とする。</p> <p>地域を2群に分けて、結果を比較する」</p> <p>主要評価項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 表明された終末期医療に関する希望 ・ 死亡直前の救急搬送死亡 	<p>平成30年度 在宅医療・救急医療連携セミナー【講義】</p> <p>「Advance Care Planningに関する国内外の知見 および松戸市ふくろうプロジェクトの進捗」</p>
36	千葉県松戸市	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域で医療・介護を受けることに関する安心感（安心感尺度） ・ 在宅療養に関するイメージ尺度 ・ Good Death Inventory、Care Evaluation Scale、Caregiving Consequence Inventory、Patient Health Questionnaire -9 	<p>「対象者：松戸市介護支援専門員協議会に登録している介護支援専門員200名が受け持つ要介護者および、松戸市内の全特別養護老人ホーム（21施設）の入居者、グループホーム（37施設）の入居者、小規模多機能施設（10施設）の利用者のうち、平成29年8月までに登録された者とする。</p> <p>地域を2群に分けて、結果を比較する」</p> <p>住民・遺族を対象とした質問紙調査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域で医療・介護を受けることに関する安心感（安心感尺度：feelings of support and security scale）、在宅療養に関するイメージ尺度、ACPの実態（心肺蘇生などの終末期に受ける治療について医師と話をしたことがあるか） ・ 住民のうち、3年以内に市内において近い人を亡くした遺族については、Good Death Inventory、Care Evaluation Scale、Caregiving Consequence Inventory、Patient Health Questionnaire -9 	<p>平成30年度 在宅医療・救急医療連携セミナー【講義】</p> <p>「Advance Care Planningに関する国内外の知見 および松戸市ふくろうプロジェクトの進捗」</p>
37	—	死亡における自宅死の割合の推移	在宅医療情報 アウトカムに関するデータ	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
38	—	死亡における老人ホーム死の割合の推移	在宅医療情報 アウトカムに関するデータ	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
39	—	退院後入院率	在宅医療情報 アウトカムに関するデータ	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
40	—	各病院の退院後再入院率	救急医療情報 アウトカムに関するデータ	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書

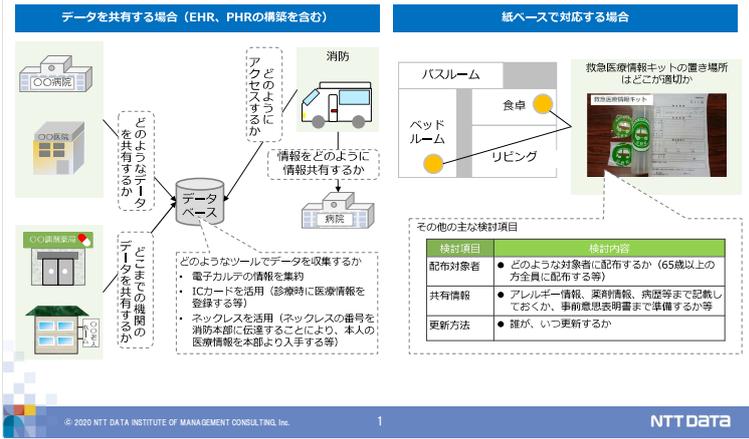
在宅医療・救急医療連携についての定量評価項目例

#	自治体名	定量評価項目	内容	出典
41	—	高齢者の救急搬送を疾病程度別に見た際の死亡の割合の推移	救急搬送情報 アウトカムに関するデータ	平成29年度_在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書
42	—	死亡の場所別にみた死亡数の割合や施設数等が記載	在宅医療情報 アウトカムに関するデータ	第1回全国在宅医療会議（平成28年7月6日）参考資料3在宅医療にかかる地域別データ集

在宅医療・救急医療連携セミナー 第1部
連携ルール例の概要

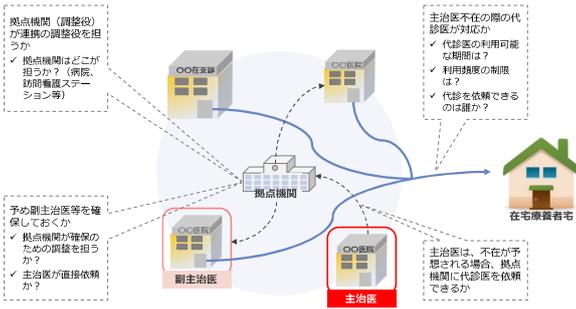
2020年11月
株式会社NTTデータ経営研究所
情報未来イノベーション本部 産業戦略センター

連携ルールモデルケース案（医療機関間の連携ルール（病院と在宅医等））
I. 平時における連携体制(往診、レスパイト入院等も含む)_1. 連携の仕組み



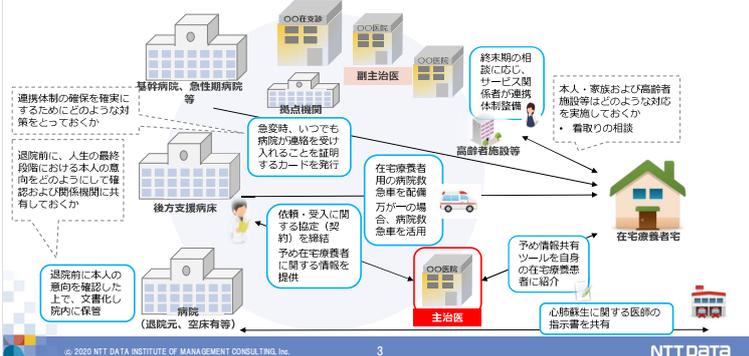
連携ルールモデルケース案（医療機関間の連携ルール（病院と在宅医等））
I. 平時における連携体制(往診、レスパイト入院等も含む)_1. 連携の仕組み

在宅医/かかりつけ医に対する後方支援



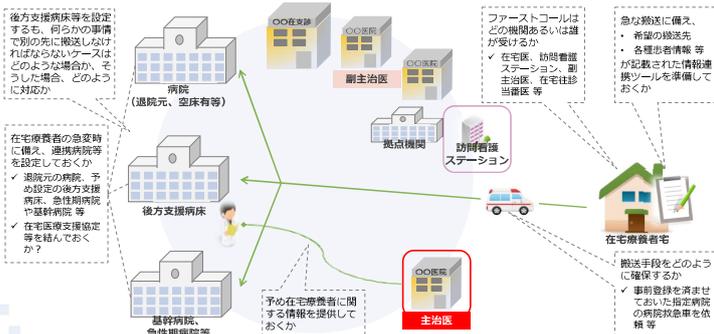
連携ルールモデルケース案（医療機関間の連携ルール（病院と在宅医等））
I. 平時における連携体制(往診、レスパイト入院等も含む)_3. 平時における各施設の対応

平時における各施設の対応



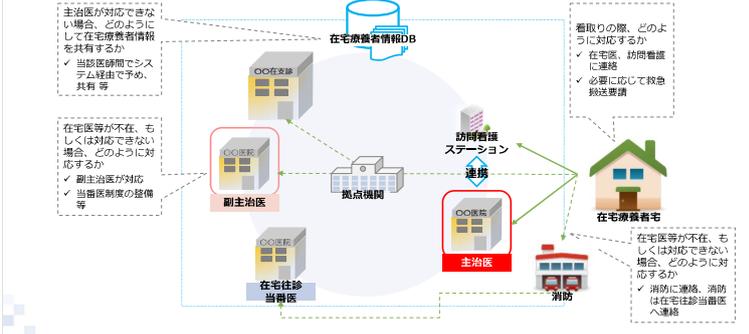
連携ルールモデルケース案（医療機関間の連携ルール（病院と在宅医等））
II. 急性増悪時における連携体制_1. 連携の仕組み

在宅療養者の急性増悪時の連携ルール

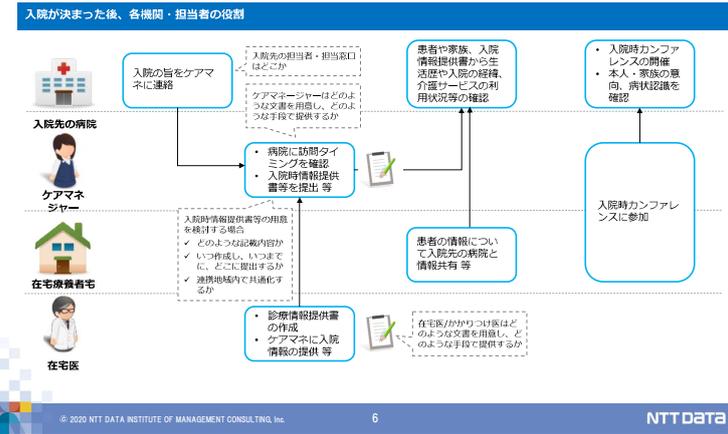


連携ルールモデルケース案（医療機関間の連携ルール（病院と在宅医等））
III. 在宅看取りにおける連携体制_1. 連携の仕組み

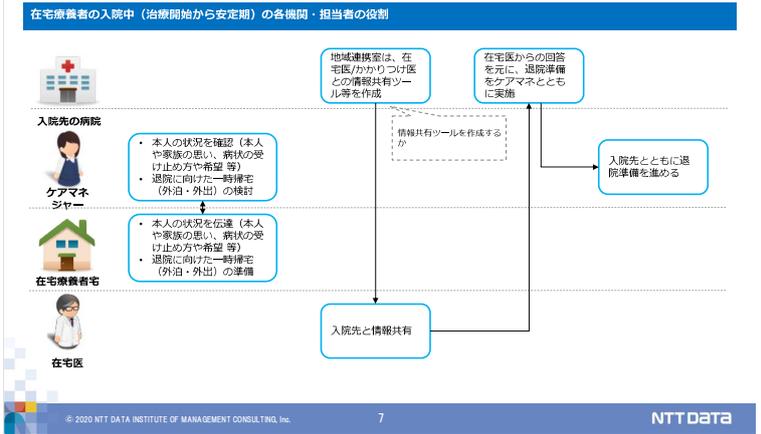
看取り時の医療機関間の連携ルール



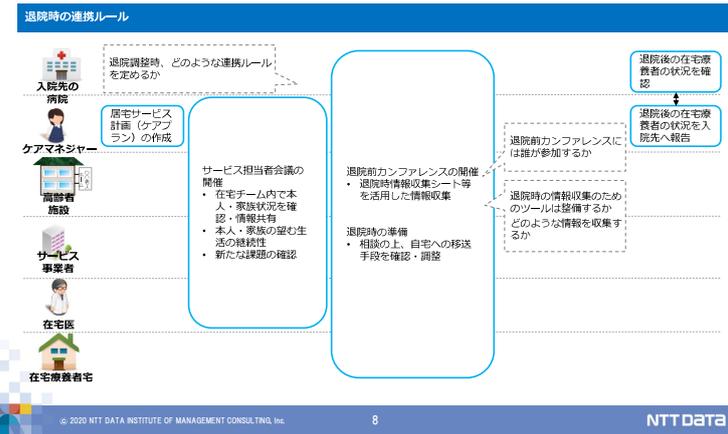
連携ルールモデルケース案（医療機関・介護施設における連携ルール）
I.入院時の連携_各機関・担当者の役割



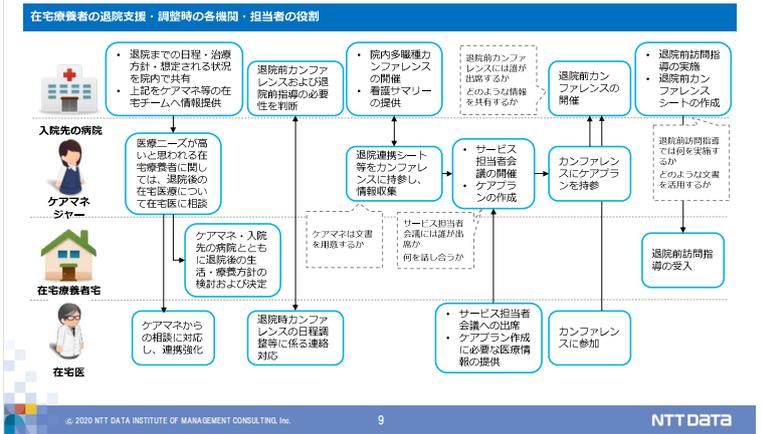
連携ルールモデルケース案（医療機関・介護施設における連携ルール）
II.治療開始から安定期の連携_各機関・担当者の役割



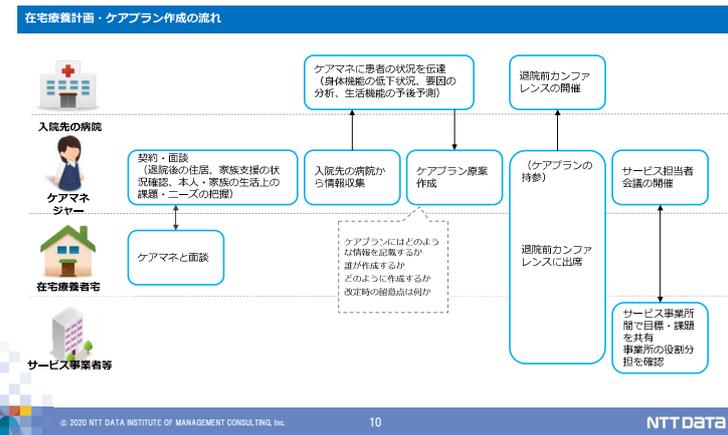
連携ルールモデルケース案（医療機関・介護施設における連携ルール）
III.退院時の連携_1.退院時の連携ルール



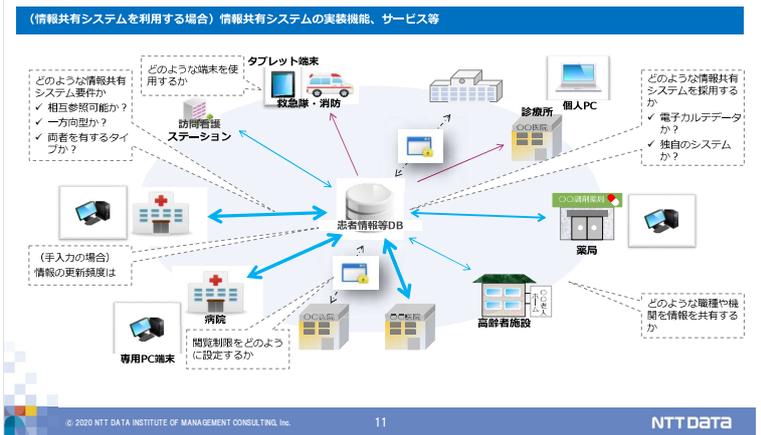
連携ルールモデルケース案（医療機関・介護施設における連携ルール）
III.退院時の連携_2.各機関・担当者の役割



連携ルールモデルケース案（医療機関・介護施設における連携ルール）
III.退院時の連携_3.在宅療養計画・ケアプラン作成の流れ



連携ルールモデルケース案（医療機関・介護施設における連携ルール）
V.その他_3.情報共有システム



在宅医療・救急医療連携セミナー 第1部 資料

2020年11月
株式会社NTTデータ経営研究所
情報未来イノベーション本部 産業戦略センター

目次

1. セミナーの背景及び目的	2～3ページ
2. セミナーのプログラム	4～5ページ
3. 事例発表	6ページ
①. 事例発表	7～81ページ
②. 都道府県との連携	82～86ページ
③. 【参考】全国在宅医療会議における提言をもとにした対応策	87～88ページ
④. 【参考】消防庁との連携	89～91ページ
⑤. 【参考】ガバナンス体制の構築	92～96ページ
⑥. 【参考】地域医療と災害医療の融合	97～98ページ
4. グループワークの進め方	99～108ページ
5. 今後のスケジュール	109～110ページ

1. セミナーの背景及び目的

1. セミナーの背景及び目的

背景

- 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います。
- その為、本人の病状や希望する療養の場所、延命措置の希望等、本人の最期の迎え方の意思を共有するために、在宅医療従事者・医療機関・行政・救急隊等の関係機関間の連携体制の構築等を進める必要があります。

目的

- 各市町村が県と連携しながら、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を運用できるように連携ルールの内容の検討、連携ルールの内容の検討や運用に向けた工程表の策定について、グループワークを通じ、ご検討をいただきます。

2. セミナーのプログラム

在宅医療・救急医療連携セミナー 第1部
プログラム

- グループワークを通じ、連携ルール作成に向けた工程表の作成を検討いただきます。

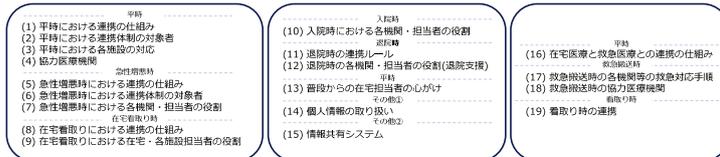
開始	時間	プログラム	趣旨・構成内容
10:30	30	開場	
11:00	5	開演挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課
セッションⅠ			
11:05	20	政策動向の説明	在宅医療・救急医療連携の現状と課題 (厚生労働省 医政局 地域医療計画課)
11:25	40	事例発表	先進事例から在宅医療・救急医療連携の取組みと成果及び平時の在宅医療・救急医療連携の取組みが、災害時にどのような効果を発揮したかについて学ぶ。また、連携ルールの内容及び連携ルール時に必要になる情報等も提供
12:05	60		昼食
13:05	40	県内の現状の共有	沖縄県内の在宅医療・救急医療の現状について (南部地区医師会・中部地区医師会)
セッションⅡ			
13:45	15	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【必須】	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・救急医療の課題解決手法を総括
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. 事例発表

①. 事例発表

事例紹介の流れ

3つの連携パターン【医療機関間連携】【在宅医療・介護連携】【在宅医療・救急連携】に分けた上で、連携パターンごとに、各場面における連携事例をご紹介します



事例一覧（医療機関間連携）

医療機関間連携_平時における連携の仕組み①

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者(連携者・機関)	共有情報
医療機関等(多職種含む)の情報共有および連携手段 ICTツールの活用	大分県臼杵市	臼杵市は人口4万弱、一次救急を担う療養型病院は市内に3施設、診療所は28施設、二次救急を担う病院は臼杵市医師会立エクスモス病院のみ 高齢化率は37.7%、近年40%を越える見込み 超高齢化を懸念した在宅医療体制づくりを臼杵市と医師会を中心に取組を進めてきたものの、医師や看護師の不足と開業医の高齢化、往診を担う医師の減少に直面	「うすき石仏ねっと」在宅医療と専門医が「うすき石仏ねっと」の疾患連携機能を通じて連携。多職種間の情報共有により地域で早期治療・重症化予防へ	病院 診療所、歯科 調剤薬局 訪問看護 ステーション、介護施設、在宅事業者 消防署 行政	「電子カルテより」既対応、患者基本情報、薬剤、保険情報 医師、歯科医師、看護師、理学療法士等によるサマリー等
	新潟県長岡市	長岡市は、長岡福祉協会「こぶし」による「長期在宅」を推進し、高齢者を住み慣れた地域で支えるため、関係者が連携する仕組みづくりに取り組んでいた 一方で、医師会も在宅医療体制に関する委員会の設置等、医療ニーズ調査や地域医療マップの作成等、地域医療を支えてきたが、しかし、住み慣れた地域で在宅療養するためには365日4時間体制の支援が必要であり医師会のみでは対応し切れない	「長期フェニックスネットワーク」在宅医療と専門医が「長期フェニックスネットワーク」の疾患連携機能を通じて連携。医師や看護師の緊急時に閲覧可能	(通常サービス時) 医師会 (医師・歯科) 訪問看護 居宅在宅 調剤薬局等 (救急搬送時) 救急隊 搬送先病院(後方支援病院)	基本情報、身体状況、治療情報、サービス提供情報、生活情報、介護状況、バイタルサイン 診療・ケア記録等

事例一覧（医療機関間連携）

医療機関間連携_平時における連携の仕組み②

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者(連携者・機関)	共有情報
医療機関等(多職種含む)の情報共有および連携手段 ICTツールの活用	秋田県	秋田県は、医師不足と少子高齢化の加速に加え、県内情が全国より広く、診療科の地域偏在(地域間の医療格差)が深刻 住民が安心して暮らすことのできる医療体制の構築が喫緊の課題	「あきたハートフルネット」病院と診療所間で「あきたハートフルネット」を活用した双方向の情報共有により、共同診療体制を構築	病院 診療所	患者基本情報 病名、カルテ情報(医師記録等) オーダー情報(処方・注射等) 検査結果(検体検査、放射線画像、検査レポート、エコー・内視鏡・生体検査レポート、内視鏡画像等)
	香川県	救急に関連した課題は、3次救急等に患者が集中することによる救急搬送時間、緊急回診の増加、小児医療圏から高齢者への救急搬送の増加 災害に関連した課題は、全国平均を下回る病院の閉鎖化率 口腔ケアに関連した課題(がん患者等に対する口腔ケア体制が不十分)等	「K-MIX(かがみ医療情報ネットワーク)」従来の画像診断機能連携に加え、中核病院の診療情報の閲覧機能の追加により医療精度の向上が可能	病院 診療所	患者基本情報 病名、カルテ情報(医師記録等) オーダー情報(処方・注射等) 検査結果(検体検査、放射線画像、検査レポート、エコー・内視鏡・生体検査レポート、内視鏡画像等)

事例一覧（医療機関間連携）

医療機関間連携_平時における連携の仕組み③

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者(連携者・機関)	共有情報
在宅医療/かかりつけ医に対する後方支援 在宅医療/かかりつけ医に対する後方支援	長崎県長崎市	平成18年、長崎市の在宅死は12.6%で全国ワースト5、長崎市は9.5%でさらに少ない 在宅で暮らせない理由として、地理的な要因(市内は狭い範囲で施設が多く、在診時の自動車利用に制約あり)が考えられるものの、1診療所1医師型の開業医によって重症患者を単独でみるのは負担が大きい 日帰り診療の一部として無難なく在宅医療を行うには何かしらのシステムが必要	「長崎在宅Dr.ネット」主治医・副主治医制により複数の医師が連携し、24時間対応を実現。万が一の際の緊急対応が可能	主治医、在宅医、副主治医 ケアマネジャー 訪問看護師 薬局薬剤師等	-
	福岡県福岡市南区	2025年には在宅医療を必要とする患者数が現在の約2.5倍になると見込まれるため、在宅医療を行う診療所医師の支援として在宅療養患者の急変時の受入体制の構築を福岡市は各々に要請 福岡市南区医師会は、後方支援体制の構築の要請に対応すべく、南区多職種連携研修「在宅高齢者の救急搬送について」の中で以下、3つの課題を共通認識とした。第1は、基幹急性期病院における軽傷者の長期入院 第2は、看取り目的の救急搬送 第3は、救急現場での患者情報不足(ケアマネジャーも同様)	「ブロック支援病院体制」看取り時や看取りの際のネットワークを明確化し、入院希望病院でのスムーズな受入を実施	病院 かかりつけ医等	-

事例一覧 (医療機関間連携)

医療機関間連携_平時における連携の仕組み④

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者 (連携者・機関)	共有情報
在宅医/かかりつけ医に対する後方支援	千葉県柏市	・ 柏市では、長寿化の進展により慢性疾患患者が増加。病院完結型から在宅生活を支える地域型型の医療・介護サービス提供に迫られている。 ・ 終末期の療養場所は現在、病院が約8割であるものの市民の多くの希望は自宅。一方、診療所は外来対応で難しく、専門領域外の患者や24時間対応への不安により在宅医療に取り組み医師は少なかった	「病院のバックアップ体制」在宅医療患者の急性遷移時は、原則、在宅側スタッフが訪問し、退院元病院が受け入れることについて合意を形成	・ 病院 (退院元病院) ・ 在宅医療チーム	—

医療機関間連携_平時における連携の対象者

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者 (連携者・機関)	共有情報
平時における連携体制の対象者	福井県 坂井市、あわら市 (坂井地区広域連合)	・ 近年の高齢者の増加に伴い、在宅医療の普及・推進が求められる。在宅医療の推進における重要課題の一つは地区内医療機関における病診連携体制の構築 ・ 在宅医療を担う医師において、緊急時に備え、受診・入院等の対応可能な病院との連携は必須 ・ 坂井地区広域連合では地区内における比較的近い病院への緊急時受入を課題としていた	「カネミックネットワークKINETRUS」在宅医療連携共有システムを介した連携において在宅医療者および情報連携者を限定	・ (紹介元の) 病院医師 ・ かかりつけ医、副主治医 ・ 担当内科医師 ・ 訪問看護・介護 ・ 患者家族 ・ 薬局 等	—

事例一覧 (医療機関間連携)

医療機関間連携_平時における各施設の対応④

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者 (連携者・機関)	共有情報
在宅・施設	福井県 坂井市、あわら市 (坂井地区広域連合)	・ 近年の高齢者の増加に伴い、在宅医療の普及・推進が求められる。在宅医療の推進における重要課題の一つは地区内医療機関における病診連携体制の構築 ・ 在宅医療を担う医師において、緊急時に備え、受診・入院等の対応可能な病院との連携は必須	「在宅医療・介護に関する研修の実施」日頃から、医療・介護従事者が多職種団体による会議において一層に話し合いを強化	・ 病院 ・ 医師、歯科医師、看護師、ケアマネ、薬剤師、管理栄養士、PT・OT・ST、介護福祉士 ・ 地域包括支援センター職員 ・ 行政 等	—
在宅医/かかりつけ医	神奈川県横浜 市青葉区	・ 青葉区では、2025年以降、入院患者が横浜市市内18区のうち最大に、2025年の死亡数は現在の約2倍 (年間3千人超) になると予測 ・ 在宅看取り増加率は3.5倍 (年間9万人規模) になるとの予測から、今後の医療・介護需要の増加に向けた準備が求められる	「クラウド利用による病診連携(連携情報の共有)」日頃から、在宅医は在宅医療者の急変時を想定し、地域が提供する当該システムへの利用・参加を検討	・ 病院 ・ 在宅医 等	—

事例一覧 (医療機関間連携)

医療機関間連携_平時における各施設の対応②

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者 (連携者・機関)	共有情報
病院	静岡県静岡市	・ 平成13年当初、糖尿病や気管支喘息、脳梗塞等の疾患について、診療所と病院の登録制で病診連携をスタート。 ・ しかしながら、病院側においては病院や診療科ごとに病診連携の取り組みに相違があったり、紹介患者を在宅に戻さなかつたといった課題が発生。 ・ 一方、診療所側においては病診連携患者である事を忘れ、逆紹介患者の受入れ拒否等の問題が発生	「連携安心カード」病院は連携安心カードを発行した上で診療所に送附し、カード所持者の緊急対応後治療の迅速性を確保	・ 病院 ・ 診療所 等	—

医療機関間連携_協力医療機関

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者 (連携者・機関)	共有情報
協力医療機関	福井県 坂井市、あわら市 (坂井地区広域連合)	・ 近年の高齢者の増加に伴い、在宅医療の普及・推進が求められる。在宅医療の推進における重要課題の一つは地区内医療機関における病診連携体制の構築 ・ 在宅医療を担う医師において、緊急時に備え、受診・入院等の対応可能な病院との連携は必須 ・ 坂井地区広域連合では地区内における比較的近い病院への緊急時受入を課題としていた	「7病院のサポート体制」坂井地区内の7病院と在宅医療対応診療所間で協定を締結。バックアップ体制を担う医療機関を明確化	・ 病院 ・ 医師 ・ 医師会 等	—

(1).平時における連携の仕組み

医療機関等 (多職種含む) の情報共有および連携手段 ICTツールの活用

在宅医と専門医はICTツールの疾患連携機能を介して日頃から連携。多職種による情報共有が早期治療・重症化予防に貢献

大分県臼杵市の「うすき石仏ねっと」の概要

多職種連携機能概要図

概要

- 臼杵市コスモス病院を中心に独自に開発した患者情報共有システム
- 臼杵市の医師、介護、福祉、行政等の機関を結び、医療・介護・包括型ICTネットワーク
- 同意書による閲覧許可制 (共有期間は60日)
- 糖尿病患者情報連携機能では、在宅医と糖尿病専門医が連携し、介入対象の絞り込み、治療重要要因の除去、腎臓保護薬上市後の導入を実施
- 糖尿病連携(入、入院療養指導記録、糖尿病管理MAP等)を用いた、多職種による情報共有により早期治療・重症化予防。地域で遠隔予防を実施

共有情報

- (電子カルテより) 既往歴、患者基本情報、薬歴、保険情報、医師や歯科医師、看護師、理学療法士等が書くケアノート等

利用者

- 病院、診療所、歯科、調剤薬局、訪問看護ステーション、介護施設、在宅事業所、消防署、行政

管理者

- 運営主体: うすき石仏ねっと運営協議会
- ・ 臼杵市、臼杵市医師会、臼杵市薬剤師会、臼杵市歯科医師会、臼杵市歯科技術士会、臼杵市歯科技術士会、臼杵市歯科技術士会

在宅医と糖尿病専門医は糖尿病連携機能を介して連携を図り、多職種による情報共有により患者の早期治療・重症化予防が可能に

平時における連携体制【(1)医療機関等 (多職種含む) の情報共有および連携手段 ②ICTツールの活用】

(1).平時における連携の仕組み

医療機関等 (多職種含む) の情報共有および連携手段 ICTツールの活用

ICTツールを活用により後方支援病院や消防は、医療機関や訪問看護等が登録した患者情報を在宅療養者の急変時に閲覧可能

新潟県長岡市の「長岡フェニックスネットワーク」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 医療機関・訪問看護ステーション・薬局・訪問介護・ケアマネ・特設など介護事業所・救急隊。そして救急時の後方支援病院をつなぐネットワーク (総務省クラウド型eAR)
- タブレットで端末で情報を検索

共有情報

- 基本情報、身体状況、治療情報、サービス提供者情報、生体情報、介護状況、バイタルサイン、診療-ケア記録等

利用者

- フェニックスネットワークの参加機関のうち、本人に関わり
- 医療機関 (内科・歯科)、訪問看護、調剤薬局、居宅在宅等
- 救急搬送時は、救急隊、搬送先病院 (広域支援16病院)

管理者

- 運営主体: フェニックスネットワーク協議会
- 長岡市、長岡市医師会、長岡市薬剤師会、長岡市歯科技術士会、長岡市歯科技術士会、長岡市歯科技術士会、長岡市歯科技術士会、長岡市歯科技術士会、長岡市歯科技術士会
- 事務局: 長岡市医師会

医師、訪問看護、ケアマネ等の関係者により登録された情報を救急搬送時に活用

平時における連携体制【(1)医療機関等 (多職種含む) の情報共有および連携手段 ②ICTツールの活用】

(1).平時における連携の仕組み

医療機関等 (多職種含む) の情報共有および連携手段 ICTツールの活用

病院と診療所間の双方向の情報共有により、共同診療体制を構築

秋田県の「あきたハートフルネット」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 県内の病院、診療所間で患者の診療情報を共有可能なネットワーク
- 同意書を出した患者の情報のみ共有
- 診療情報共有に同意した患者には登録カード (あきたハートフルネット登録カード) が渡され、緊急時にも、登録された情報を元に治療に役立てる
- 中核病院が参加するA(ターゲ)と主に診療所、中小病院が参加するB(ターゲ)がある
- 前者の場合、同意患者のデータが電子的診療情報から抽出し、自動的にデータセンターへ送信
- 後者の場合、電子カルテや画像システム、(左記がない場合は) PCから画像情報。抽出し、同意患者のデータをアップロード(情報伝送のための専用機能)を介して送信可能

共有情報

- 患者基本情報 (氏名、生年月日、住所等)
- (医師が医療連携に有用と判断した) 受診歴、処方・検査結果、画像 (放射線、超音波、CT、MRI)、サマリー (入院記録) 等

利用者

- 病院、診療所

管理者

- 運営主体: 秋田県医師会

患者ごとに双方向で施設間情報を閲覧可能なため、スムーズな連携に結びついている

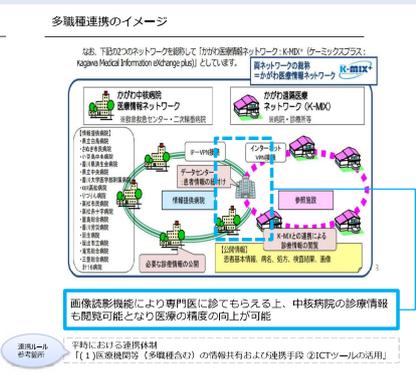
平時における連携体制【(1)医療機関等 (多職種含む) の情報共有および連携手段 ②ICTツールの活用】

(1).平時における連携の仕組み
医療機関等（多職種含む）の情報共有および連携手段 ICTツールの活用

従来の画像読影機能連携に加え、中核病院の診療情報の閲覧機能の追加により医療精度の向上が可能

香川県の「K-MIX+（かがり医療情報ネットワーク）」の概要

- 概要**
- 画像読影機能（自撮り撮影した放射線画像等や患者症例について専門医に相談）を中心とした医療連携ネットワーク（K-MIX+：かがり医療情報ネットワーク）に、中核病院等のマルチ等の診療情報を病院間で取り取りする機能を追加したもの
 - 県内の中核病院16施設から診療情報公開
 - 情報連携は中核病院から診療所、中核病院同士で実施
 - 参加施設はK-MIX+利用施設に限定
 - 同意が得られた患者の情報のみ公開
- 共有情報**
- 患者基本情報、病名、カルテ情報（医師記録等）、オーダー情報（処方・注射等）、検査結果（検体検査、放射線画像、放射線レポート、エコー・内視鏡・生理検査レポート、内視鏡画像、副検査結果等）
- 利用者**
- 病院、診療所
- 管理者**
- 運営主体：香川県医師会、香川県

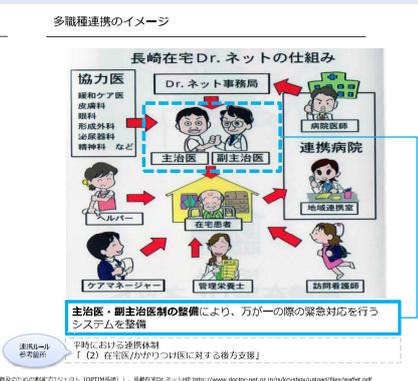


(1).平時における連携の仕組み
在宅医/かかりつけ医に対する後方支援

主治医・副主治医により複数の医師が連携し、24時間対応を実現。万が一の際の緊急対応が可能

長崎県長崎市の「長崎在宅Dr.ネット」の概要

- 概要**
- 在宅療養を希望する方に、在宅主治医を紹介し在宅療養をサポートする医師ネットワーク
 - 5名程度にコーディネーターが所属
 - コーディネーターは、主治医、副主治医を確保するため、長崎在宅Dr.ネットの全常勤メンバーに対し、メーリングリストで受入案内、説明、手分け方式
 - 患者居住地、疾病・病状と在宅の専門性・経験を考慮し適宜
 - 複数医師の連携により、在宅訪問診療や往診の24時間対応
 - 主治医、副主治医、小規模メーリングリストにより、多職種でのコミュニケーションや情報交換
- 参加者**
- 主治医、在宅医、副主治医、ケアマネジャー、訪問看護、薬剤師、看護師等
- 管理者**
- 運営主体：特定非営利法人長崎在宅Dr.ネット

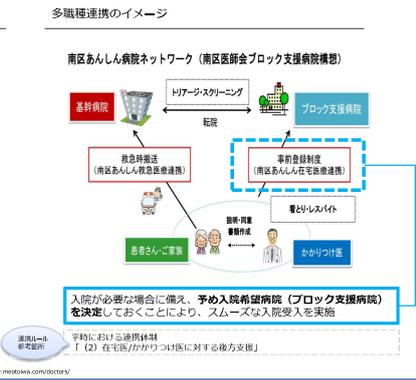


(1).平時における連携の仕組み
在宅医/かかりつけ医に対する後方支援

増悪時や看取りの際の支援体制を明確化。入院希望病院でのスムーズな受け入れを実現

福岡県福岡市南区の「ブロック支援病院体制」の概要

- 概要**
- 救急現場と在宅医療現場の負担軽減を目指す仕組み
 - 南区あんしん救急医療連携
 - 基幹病院のトリプルアセスメント、積極的な治療を必要としない、あるいは希望しない患者をかりつけ医と相談の上、直ちにブロック支援病院へ搬送
 - 南区あんしん在宅医療連携
 - ブロック支援病院の診療内容に同意した在宅療養者を、看取りや必要ある場合はレスパイト入院等を目的に24時間365日体制で受け入れ
- 参加者**
- 「ブロック支援病院」
福岡市南区9病院
南区あんしん救急医療連携9病院で南区全域を担う
南区あんしん在宅医療連携5病院で南区全域を担う
- 管理者**
- 運営主体：福岡市南区医師会

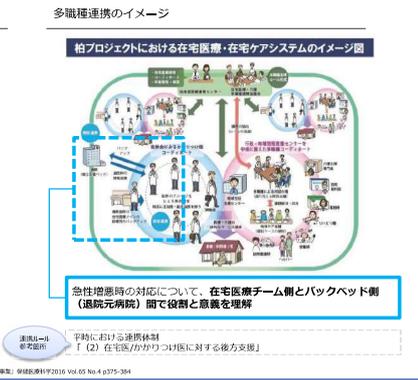


(1).平時における連携の仕組み
在宅医/かかりつけ医に対する後方支援

在宅療養患者の急性増悪時は、原則、在宅側スタッフが訪問し、退院元病院が受け入れることを合意形成

千葉県柏市の「病院のバックアップ体制」の概要

- 概要**
- 患者の急変時等への対応について、在宅側と病院側の役割と意義を明確化
 - 急性増悪時、原則として在宅の主治医又は訪問看護師が訪問する
 - 訪問した結果、入院が必要な場合は、在宅の主治医（副主治医）から病院の救急担当に対して必要な診療情報や患者・家族の意向について情報提供
 - 原則、退院元の病院が受け入れる
 - 在宅医療移行時、在宅側の要望を踏まえた様式「在宅移行時に必要な情報」を使用
- 参加者**
- 退院元病院（＝バックアップベッド）、在宅医療チーム等
- 管理者**
- 事務局：柏市

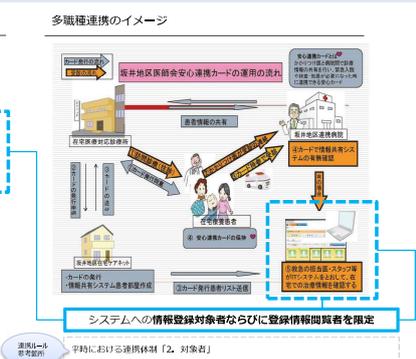


(2).平時における連携体制の対象者

在宅患者情報共有システムを利用する連携対象者（在宅療養者）および情報閲覧者を明確に限定

坂井地区広域連合の「カナミックネットワークTRITRUS」の概要

- 概要**
- インターネットを活用し診療情報や日々の生活情報等を共有する在宅患者情報共有システム
 - 双方向で発信可能な対話型システム
 - セキュリティの確保上、閲覧制限がかけられる
 - 限定された関係者はIDとパスワードにより情報の閲覧
 - 発信可能な対象者は下記のような多職種で連絡を取り合う必要がある者
在宅療養者の中で症状が安定しない患者
在宅医療コーディネーター事業により病院から紹介された患者等
- 参加者**
- 登録患者の支援チームである紹介元の病院医師、かかりつけ医、副主治医、訪問看護、介護、担当歯科医師、薬剤師等
 - 患者家族等
- 管理者**
- 運用主体：行政（システムの）コーディネーター：坂井地区在宅ケアネット、坂井地区広域連合介護保健課、坂井地区包括支援センター、坂井市基幹型地域包括支援センター

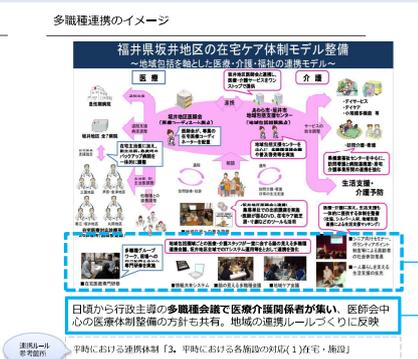


(3).平時における各施設の対応
在宅・施設

日頃から、医療・介護従事者が多職種団体による会議において一堂に会し連携強化

福井県坂井地区の「在宅医療・介護に関する研修の実施」の概要

- 概要**
- 在宅医療現場への同行訪問研修
 - 在宅医療に関する座学と実地研修（同行訪問）を組み合わせた人材育成プログラム
 - 在宅医療におけるノウハウを高め、多職種連携の強化を目指す
 - 顔の見える多職種連携カンファレンス
 - 坂井地区の連携体制の前提となる「顔の見える関係」の構築を目的とした取組の推進・促進・自覚・発覚・事業の文脈の醸成の役割
 - カンファレンスを通じて日頃の業務をより円滑に進められることを目指す
 - 地域包括支援センター単位で実施
- 参加者**
- 在宅医療現場への同行訪問研修
在宅医療に関する座学と実地研修（同行訪問）を組み合わせた人材育成プログラム
 - 在宅医療現場への同行訪問研修
在宅医療を担う多職種等顔の見える多職種連携カンファレンス
病院・診療所医師、歯科医師、看護師、ケアマネジャー、薬剤師、管理栄養士、PT・OT・ST、介護福祉士、地域包括支援センター職員、行政等
- 管理者**
- 在宅医療現場への同行訪問研修
事務局：坂井地区在宅ケアネット事業運営委員会（事務局：坂井地区医師会）
顔の見える多職種連携カンファレンス
運営主体：地域包括支援センター、坂井地区広域連合

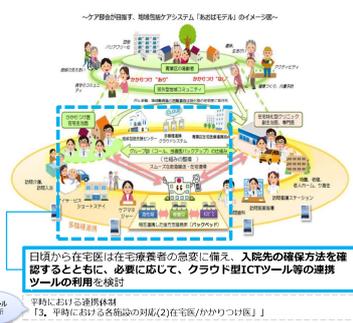


(3).平時における各施設の対応
在宅医/かかりつけ医

日頃から、在宅医は在宅療養者の急変時を想定し、地域が提供する当該システムへの利用・参加を検討

神奈川県横浜市青葉区の「クラウド利用による病診連携(空床情報の共有)」の概要

概要	<ul style="list-style-type: none"> 区内10病院の空床情報をクラウド型ICTツールを通じて、在宅医に対し提供 在宅療養者の急変時、在宅医はクラウドを通じて最新の空床情報を確認した後、病院に入院受入可否の照会 なお、本クラウドの利用を希望する場合、参加登録が必要
参加者	区内10病院、在宅医等
運営者	連携窓口：青葉区在宅医療連携拠点(青葉区医師会)



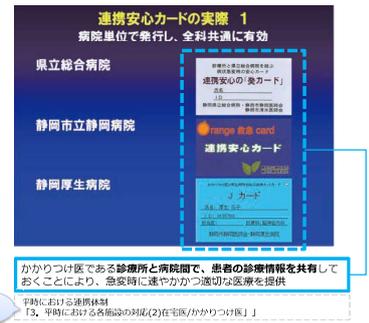
(3).平時における各施設の対応
病院

病院は連携安心カードを発行した上で診療所に逆紹介。カード所持者の救急搬送後治療の迅速性を担保

静岡県静岡市の「連携安心カード」の概要

概要	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時に患者が希望する病院に搬送できる病院単位で発行するカード 救急の受け入れについては、輪番制であるものの当該カードを所有する患者に関しては、原則、連携カードを発行した病院が受け入れる 予め病院間で患者をシステム「イーネット医療連携システム」に登録した上で、診療所に紹介 連携カードの発行により救急搬送時と搬送後の治療の迅速性が保持される上、患者家族の安心にも寄与
参加者	静岡県静岡医師会の診療所等、静岡県立総合病院、静岡市静岡病院、静岡厚生病院、静岡赤十字病院、静岡済生会総合病院
運営者	運営主体：静岡医師会

連携安心カードのイメージ

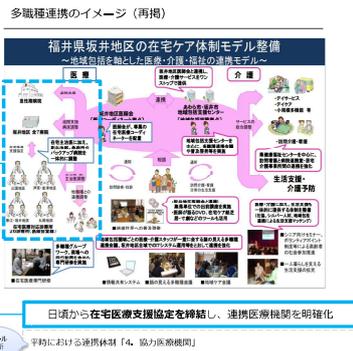


(4).協力医療機関

坂井地区内の7病院と在宅医療対応診療所間で協定を締結。バックアップ体制を担う医療機関を明確化

福井県 坂井市、あわら市の「7病院のサポート体制」の概要

概要	<ul style="list-style-type: none"> 坂井地区医師会と坂井地区内の7病院は「坂井地区医師会在宅医療連携体制に関する協定」を締結 「ファミネットワークTRITRUS」(「納樹」)等在宅医療連携の推進に資する内容が定められている 本協定をベースに、情報共有、入院時の連絡体制の整備等、坂井地区の在宅医療に対するバックアップ体制を構築
参加者	坂井地区の7病院、在宅医療実施の坂井地区医師会員
運営者	坂井地区在宅ケアネットワーク事業運営委員会(坂井地区医師会)



事例一覧(医療機関間連携)

医療機関間連携_急性増悪時における連携の仕組み①

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者・機関	共有情報
連携ルール	静岡県静岡市	静岡市静岡医師会は、平成10年にかかりつけ医の在り方に関するアンケートを市民を対象に実施 市民約3分の1が在宅医療における家族の負担、夜間休日の救急対応、病状悪化時の対応に不安を持っており、診療所に対しては急変時の入院対応ができない点を、同じ医師による後継医療が難しい点を指摘として指摘	「イエローカード」在宅療養者の急変時、病院への受入を円滑に実施するためのカードシステムを構築	病院、救急隊等	-
	福岡県福岡市南区	2025年には在宅医療を必要とする患者数が現在の約2倍になると見込まれるため、在宅医療に携わる医師を増やす必要があった 在宅医療を行う診療所医師の支援として在宅療養者の急変時の受入体制の構築を福岡市は各区に要請 福岡市南区医師会は、後方支援体制の構築の要請に対応すべく、南区多職種連携研修(在宅高齢者の救急搬送について)の中で以下、3つの課題が共通認識として第1は、基幹急性期病院における救急搬送の長期入院、第2には、輸送目的の救急搬送、第3は、救急現場での患者情報不足(クマナージャーモ田感)である	「ブロック支援病院体制」在宅療養における搬送時や輸送目的の連携ルールを明確化し、入院希望病院でのスムーズな受入を実施	病院、かかりつけ医等	-

事例一覧(医療機関間連携)

医療機関間連携_急性増悪時における連携体制の対象者、各機関・担当者の役割

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者・機関	共有情報
急性増悪時における連携体制の対象者	大分県白河市	白河市は人口4万弱、一次救急を担う療養型病院は市内に3施設、診療所は28施設、二次救急を担う病院は白河市医師会立コスモス病院のみ 高齢化率37.7%、近年40%を超える見込み 超高齢化を懸念した在宅医療体制づくりを白河市と医師会を中心に取組を進めてきたものの、医師や看護婦の不足と無業医の高齢化、往診を担う医師の減少に課題	「うすき石ほっと」運営、同協会でサインした在宅療養者が連携システムの利用対象者。なお緊急時はその限りがない	病院、診療所、歯科調剤薬局、訪問看護ステーション、介護施設、在宅事業所、消防署、行政	-
在宅医/かかりつけ医	神奈川県横浜市青葉区	青葉区では、2025年以降、入院患者数が横浜市市内18区のうち最大に、2025年の死亡数は現在の約2倍(年間3千人)になると予測 在宅取り増量率は3.5倍(年間9万人規模)になるとの予測から、今後の医療・介護需要の増加に向けた準備が求められる	「クラウド利用による病診連携(空床情報の共有)」在宅医はクラウド型ICTツールにアップされた空床情報を確認した後、病院に入院受け入れの可否を参照	病院、在宅医等	-
病院	千葉県柏市	柏市では、長寿化の進展により慢性疾患患者が増加、病院完結から在宅生活を支える地域完結型の医療・介護サービス提供に迫られている 終末期の療養場所は現在、病院が約8割であるものの市民の多くの希望は自宅。一方、診療所は外来対応で忙しく、専門領域外の医療や24時間対応への不安により在宅医療に取組む医師は少なかった	「病院のバックアップ体制」急性増悪時、原則、退院元病院で受入れ。ただし地域外病院から搬送した患者等は受入可能病院で対応	病院(退院元病院)、在宅医療チーム	-

(5).急性増悪時における連携の仕組み
連携ルール

在宅療養者の急変時、病院への受入を円滑に実施するためのカードシステム(連携情報ツール)を構築

静岡県静岡市の「イエローカード」の概要

概要	<ul style="list-style-type: none"> 病状悪化時に当該指定病院に搬送できるカード いざというときにかかりつけ医と連絡が取れなくても、イエローカードを救急隊に提示することにより当該指定病院で治療を受けられる 在宅療養者にイエローカードと診療情報を記載されたサマリーカードを手渡しし、予め患者の希望病院に医療情報をFAXで伝達 なお、連携、静岡市の救急搬送は輪番制 医師会は当該システムを継続するにあたり、下記のような点を整備 <ul style="list-style-type: none"> ■ かかりつけ医が患者を最期まで看取る責任体制の組織(グループ・システム) ■ 参加診療所による救急取り当番の義務化
利用者	静岡県立総合病院、静岡市立静岡病院、静岡赤十字病院、静岡済生会病院、静岡厚生病院、救急隊等
管理者	運営主体：静岡医師会

多職種連携のイメージ



(5).急性増悪時における連携の仕組み
連携ルール

在宅療養における増悪時や看取りの際の連携ルールを明確化。入院希望病院でのスムーズな受入を実施

福岡福岡市南区の「ブロック支援病院体制」の概要

多職種連携のイメージ

南区あんしん病院ネットワーク（南区医師会ブロック支援病院構想）

再掲

概要

- 救急現場と在宅医療現場の負担軽減を目指す仕組み
- 南区あんしん救急医療連携
- 基幹病院でのドクターコールにより、積極的な治療を必要としないあるいは希望しない患者をかりつけ医と相談の上、直ちにブロック支援病院に搬送
- 南区あんしん在宅医療連携
- ブロック支援病院への情報登録に同意した在宅療養者を、看取りが必要あるいはレスパイト入院等を目的に24時間365日体制で受け入れ

参加者

- 「ブロック支援病院」
- 福岡市南区9病院
- 南区あんしん救急医療連携9病院で南区全域を担う
- 南区あんしん在宅医療連携5病院で南区全域を担う

運営者

- 運営主体：福岡市南区医師会

連携ルール

急性増悪時における連携体制「1. 連携の仕組み(1)連携ルール」

入院が必要な場合に備え、**予め入院希望病院（ブロック支援病院）を決定しておくことにより、スムーズな入院受入を実施**

① 連携ルールを参照

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 30 NTT DATA

(6).急性増悪時における連携体制の対象者

通常、同意書にサインした在宅療養者が連携システムの連携対象者。ただし、緊急時はその限りでない

大分県臼杵市のICTツール「うすき石仏ねと」の概要

多職種連携機能概要図

再掲

概要

- 臼杵市の医療・介護・福祉・行政等の機関を結び、医療・介護・福祉・行政による連携体制を構築
- 同意書による同意許可制（共有期間160日）
- ただし、搬送等緊急時には、医療機関や消防署指令室等でカードなしで情報を閲覧可能

共有情報

- 採血検査結果
- CT、MRI、内視鏡、エコー検査等の画像所見
- 紹介状や処方、入院時報告書
- 調剤情報や投薬に関する情報
- 各種検査・サマリー等

利用者

- 病院、診療所、産科、調剤薬局、訪問看護ステーション、介護施設、在宅事業所、消防署、行政

管理者

- 運営主体：うすき石仏ねと運営協議会
- 臼杵市、臼杵市議会、臼杵市議員会、臼杵市議会副議長、連携協議会の代表

連携ルール

急性増悪時における連携体制「2. 対象者」

在宅療養者の情報を取りあつための同意書にサインした**在宅療養者が通常、連携対象者であるものの、緊急時はその限りでない**

① 連携ルールを参照

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 31 NTT DATA

(7).急性増悪時における各機関・担当者の役割
在宅医/かかりつけ医

在宅医はクラウド型ICTツールにアップされた空床情報を確認した後、病院に入院受け入れの可否を参照

神奈川県横浜市青葉区の「クラウド利用による病診連携(空床情報の共有)」の概要

多職種連携のイメージ

再掲

概要

- 区内10病院の空床情報をクラウド型ICTツールを通じて、在宅医にリアルタイム提供
- 在宅療養者の急変時、在宅医はクラウドを通じて最新の空床情報を確認した後、病院に入院受け入れの可否を照会
- 在宅療養者の急変時においては、空床情報に基づき、在宅医と各病院の個人的なつながりや交渉を進められる
- なお、本クラウドを利用を希望する場合、参加登録が必要

参加者

- 区内10病院、在宅医等

連携窓口：青葉区在宅医療連携拠点（青葉区医師会）

連携ルール

急性増悪時における連携体制「3. 各機関・担当者の役割(2)在宅医/かかりつけ医」

クラウド型ICTツールにアップされた空床情報を確認した後、病院に入院受け入れの可否を参照。急変時入院は、この情報に基づき、在宅医と各病院の個人的なつながりや交渉で決定

① 連携ルールを参照

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 32 NTT DATA

(7).急性増悪時における各機関・担当者の役割
病院

急性増悪時、原則、退院元病院で受入れ。ただし地域外病院から退院した患者等は受入可能病院で対応

千葉県柏市の「病院のバックアップ体制」の概要

多職種連携のイメージ

再掲

概要

- 患者の急変時等への対応について、在宅制と病院側の役割と意義を明確化
- 急性増悪時、原則として在宅の主治医又は訪問看護師が対応する
- 訪問した結果、入院が必要な場合は、在宅の主治医（副主治医）から病院の救急担当に対して必要な診療情報や家族の意向について連絡する
- 原則、退院元の病院が受入
- ただし、自地域外の病院から退院後、地域内で在宅医療に移行した場合等、バックアップ病院が決まっていない患者については、受入可能な病院が一時的に受入
- 在宅医療連携時、在宅時の緊急事態を踏まえた特別「在宅移行時に必要な情報」を使用

参加者

- 退院元病院（＝バックアップベッド）、在宅医療チーム等

事務局：柏市

連携ルール

急性増悪時における連携体制「3. 各機関・担当者の役割(3)病院」

急性増悪時の受入について、明確に規定

① 連携ルールを参照

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 33 NTT DATA

事例一覧（医療機関間連携）

医療機関間連携_在宅看取りにおける連携の仕組み

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者(連携者・機関)	共有情報
在宅看取りにおける連携の仕組み	静岡県静岡市	静岡県静岡医師会は、平成10年にかかりつけ医の在り方に関するアンケートを市民を対象に実施 市民約3分の2が在宅医療における家族の負担、夜間休日の救急対応、病状悪化時の対応に不安を持っており、診療所に対しては急変時の入院対応ができない点と、同じ医師による継続医療が難しい点を指摘として指摘	「グリーンカード」在宅看取り希望者が主治医と連携できない場合に備えた、在宅往診当番医による看取りシステム	在宅当番医、かかりつけ医、消防署	-

医療機関間連携_在宅看取りにおける在宅・各施設担当者の役割

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者(連携者・機関)	共有情報
急性増悪時における連携体制の対象者	静岡県静岡市	静岡県静岡医師会は、平成10年にかかりつけ医の在り方に関するアンケートを市民を対象に実施 市民約3分の2が在宅医療における家族の負担、夜間休日の救急対応、病状悪化時の対応に不安を持っており、診療所に対しては急変時の入院対応ができない点と、同じ医師による継続医療が難しい点を指摘として指摘	「グリーンカード」在宅看取り希望者が主治医と連携できない場合等、万が一の状況であっても対応の流れが既定	在宅当番医、かかりつけ医、消防署	-

(8).在宅看取りにおける連携の仕組み

在宅看取り希望者が主治医と連携できない場合に備えた、在宅往診当番医による看取りシステム

静岡県静岡市の「グリーンカード」の概要

多職種連携のイメージ

再掲

概要

- 静岡市で在宅看取りを希望する患者が看取り状態になった時に、万が一、在宅医が看取りできないケースにおける市内診療所との連携ルール
- かかりつけ医が不在でコールセンター機能を持つ静岡市消防署に患者家族等が電話
- 消防は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、往診依頼の連絡を実施。代わりに在宅当番医が往診に行き、看取りを行う
- 求め在宅主治医が応じた在宅患者はマリーカレドに患者情報を登録し、グリーンカードとともに在宅患者のベッドサイドに設置

参加者

- 在宅当番医：静岡市医師会員60名
- 静岡市消防署
- かかりつけ医

静岡医師会

連携ルール

急性増悪時における連携体制「1. 連携の仕組み」

在宅看取りを希望する患者が看取り状態の際、主治医と連絡が取れない場合に備えた看取りシステムの構築

在宅看取りにおける連携体制「1. 連携の仕組み」

① 連携ルールを参照

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 34 NTT DATA

(9).在宅看取りにおける在宅・各施設担当者の役割

在宅看取り希望者が主治医と連携できない場合等、万が一の状況に備えた対応の流れが既定

静岡県静岡市の「グリーンカード」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 静岡市民で在宅看取りを希望する患者が看取り状態になった時に、万が一、在宅医が看取りできないケースにおける事前対応の連携ルール
- かかりつけ医が不在でもコールセンター機能を持つ静岡市消防署に患者家族等が電話
- 消防は静岡医師会が連携されていた在宅在宅当番医表をもとに、往診依頼の連絡を実施し、代わりに在宅当番医が往診し対応し、看取りを完了
- 予め在宅主治医が記載した在宅患者サマリカルデに患者情報を記載し、グリーンカードとともに在宅患者のベッドサイドに設置

参加者

- 在宅当番医、静岡市医師会員60名
- 静岡市消防署
- かかりつけ医

運営者

- 静岡医師会

連携ルールが定まる

在宅看取り希望者の看取り状態となるも主治医と連絡がつかない場合に備え、グリーンカードと患者サマリカルデを設置。静岡市消防署に連絡を入れる

在宅看取りにおける連携体制③。在宅・各施設担当者の役割

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 36 NTT DATA

事例一覧（在宅医療・介護連携）

在宅医療・介護連携 入院時における各機関・担当者の役割

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者（連携者・機関）	共有情報
ケアマネジャーの役割 入院時に用いるべき文書	岩手県釜石市	2007年に釜石市民病院が岩手県立釜石病院に合併。釜石市の急性期医療を担う医療機関は1つだけとなった。住民と医療関係者は急性期医療の確保体制に危機感から釜石病院である県立釜石病院を守ることが地域医療全体のコンセンサスとなった	「入院時・退院時情報提供書（様式）」 在宅療養者の入院前の生活状況や本人等の希望や意向が記載された文書により、円滑な多職種連携へ	ケアマネジャー （入院先の）病院等	利用者（患者）基本情報 本人/家族の意向、入院前の生活状況、今般の希望（介護・生活機能の状況/療養生活上の課題） お薬、かかりつけ医
在宅/かかりつけ医の役割	福岡県福岡市	福岡市は、全国第5位の人口を抱える政令指定都市で全国一の人口増加率。団塊世代が75歳以上となる2025年には65歳以上の高齢化率は24.8%、2040年には31%に達すると予測 福岡県地域医療構想の推計では、2025年の福岡市の在宅医療受診患者数は2013年の約2.48倍となり、在宅医療ニーズの不足を指摘	「診療情報提供書（様式）」 ケアプラン作成に必要な「診療情報提供書」を医師会が統一。主治医は共通様式でケアマネジャーに情報提供	主治医 ケアマネジャー等	利用者（患者）基本情報、情報提供の目的、血縁名、患病の経過および治療状況、診療形態、必要と考えられる介護・福祉サービス又は必要とされる介護・福祉サービス又は必要とされる介護・福祉サービス利用に際しての留意点等 高齢高齢者認知症高齢者の（日常）生活自立度

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 37 NTT DATA

(10).入院時における各機関・担当者の役割
ケアマネジャーの役割 入院時に用意する文書

在宅療養者の入院前の生活状況や本人等の希望や意向が記載された文書により、円滑な多職種連携へ

岩手県釜石市の「入院時・退院時情報提供書（様式）」の概要

入院時・退院時情報提供書（様式）のイメージ

概要

- 県立釜石病院を中心とした多職種連携の会「OKスクラムねっと」では、入院時・退院時に利用できる情報提供書を作成
- ケアマネジャー（事業所）から病院や診療所等の医療機関に向けて在宅療養者の入院前の生活状況や本人、家族の生活への希望や意向を伝えるために作成される文書
- 医療・介護・福祉のスムーズな連携を目的に活用を想定

主な記載項目

- 利用者（患者）基本情報
- 本人/家族の意向
- 入院前の介護サービス利用状況
- 今後の生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）
- 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題
- お薬
- かかりつけ医

活用者

- ケアマネジャー、入院先の病院等

作成者

- 釜石・大畑地域医療連携推進多職種連携の会（OKスクラムねっと）

在宅療養者の入院時、入院時情報提供書（様式）を活用した上で連携に必要な情報を伝達することによりスムーズな多職種連携を図る

入院時の連携「各機関・担当者の役割」① ケアマネジャーの役割 ② 入院時に用意する文書

連携ルールが定まる

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 38 NTT DATA

(10).入院時における各機関・担当者の役割
在宅/かかりつけ医の役割

ケアプラン作成に必要な「診療情報提供書」を医師会が統一。主治医は共通様式でケアマネに情報提供

福岡県福岡市の「診療情報提供書（様式）」の概要

診療情報提供書のイメージ

概要

- ケアマネジャーがケアプランを作成するにあたり、医師が文書で情報提供を行う際使用する「診療情報提供書」の様式を福岡市医師会が統一
- 主治医は診療情報提供書を作成し、ケアマネジャー（情報提供先事業所）に提供
- この医師会共通様式で運用
- なお、本様式を作成するにあたり患者（要介護者・要支援者）の同意が必要

主な記載項目

- 利用者（患者）基本情報
- 情報提供の目的
- 既往名、傷病の経過および治療状況
- 診療形態
- 必要と考えられる介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等
- 高齢高齢者認知症高齢者の（日常）生活自立度

活用者

- 主治医、ケアマネジャー等

作成者

- 福岡市医師会

在宅療養者の入院時、主治医等は診療情報提供書を活用した上で連携に必要な情報を伝達することによりスムーズな多職種連携を図る

入院時の連携「各機関・担当者の役割」③ 在宅/かかりつけ医の役割④ 入院時の連携に用意する文書

連携ルールが定まる

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 39 NTT DATA

事例一覧（在宅医療・介護連携）

在宅医療・介護連携 退院時の連携ルール

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者（連携者・機関）	共有情報
退院時の連携ルール	長崎県長崎市	長崎市は、若くは地域で診療所数、医師数が多い（平成28年度集計で人口10万人当たり一般診療所数1111.9件、全国平均67.8件に比べ、突出して多い） 一方、市内は若い医師や医師が少ないため、往診時の自動車利用に制約があるため「往診の際は複数の関係医で協力しよう」という考えが自然に生まれてきた	「退院前カンファレンス」 病院内で退院前カンファレンスを開催。多職種の関係者全員が参加	主治医、副主治医 訪問看護師、ケアマネジャー、作業療法士、理学療法士、医療ソーシャルワーカー等	—

在宅医療・介護連携 退院時の各機関・担当者の役割①

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者（連携者・機関）	共有情報
（退院支援）入院先（受入医療機関）の役割	福岡県	現在、高齢化の進展に伴い、自宅等で療養を続ける患者の増加が見込まれる中、在宅療養者が、ときどき入院しほば在宅といった療養生活を送るには、スムーズな入院・在宅看取りができるよう入院支援が不可欠	「福岡県退院支援ルール」 病院担当者は、入院時/中、退院前調整/時/後に既定されたルールに従い、ケアマネジャーと共に連携	病院担当者（病院・有床診療所の病院看護師、地域連携推進等） 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、介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）等	—

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 40 NTT DATA

事例一覧（在宅医療・介護連携）

在宅医療・介護連携 退院時の各機関・担当者の役割②

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者（連携者・機関）	共有情報
（退院支援）入院先（受入医療機関）の役割	大分県白河市	白河市は人口4万弱、一次救急を担う療養型病院は市内に3施設、診療所は28施設、二次救急を担う病院は白河市医師会臨床センター病院のみ 高齢化率は37.7%、近年40%を超える見込み 超高齢化を見越した在宅医療体制づくりを白河市と医師会を中心に取組を進めてきたものの、医師や看護師の不足と高齢者の高齢化、往診を担う医師の減少に直面	「退院支援」 要退院支援者に対し、在宅療養移行看護師が中心に立ち支援。ケアマネとは、ツールを活用し情報共有	（入院先の）在宅療養移行看護師 医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等	—
（退院後訪問）			「退院後訪問」 退院後、特定の患者に対し、生活に困るまでの間に1回、病院スタッフの訪問。在宅医療の充実を図る	ステーション看護師、訪問看護師、薬剤師、リハビリスタッフ等	—

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 41 NTT DATA

(11).退院時の連携ルール

病院内で退院前カンファレンスを開催。多職種の関係者が全員が参加

長崎県長崎市の「退院前カンファレンス」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 病院内で開催される患者や家族向けの退院前カンファレンスには、多職種の関係者全員が参加
- 在宅療養での受入体制や注意事項を確認

参加者

- 主治医・副主治医、訪問看護師、ケアマネージャー、作業療法士、理学療法士、医療ソーシャルワーカー等

運営者

- 長崎在宅Dr.ネット

連携ルール
※参照

退院時の連携「退院時の連携ルール」

在宅療養者の退院時、退院前カンファレンスに多職種の関係者が集うことにより在宅療養時の注意事項等を確認。受入体制を整備

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 42 NTT DATA

(12).退院時の各機関・担当者の役割(退院支援) 入院先(受入医療機関)の役割

病院担当者は、入院時/中・退院前調整/時/後に既定されたルールに従い、ケアマネジャーと共に連携

福井県の「福井県退院支援ルール」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 要介護・要支援状態の患者が自宅等へ退院する際、病院からケアマネジャーに書类に引き継ぐための情報共有ルール
- 病院関係者と在宅関係者が連携してルールを実践することで、引継ぎが不十分であることによる在宅での生活や療養に困る患者や家族をなくすルールは、県・市町・病院・ケアマネジャーによる協議に加え、他事例の検証やケアマネジャーからのアンケート結果をもとに策定
- なお、入院前にケアマネジャーが付いていない患者の場合、病院担当は入院中に介護保険申請の支援を実施。担当ケアマネジャー決定後、連携開始
- 入院情報提供シートや退院支援情報共有シート等の様式を使用の上、情報共有

参加者

- 受援の担当者
 - 病院当番(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(原宅介護支援事業所、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)等
- 支援の担当者
 - 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患者等

策定者

- 福井県「福井県退院支援ルール」検討会

連携ルール
※参照

退院時の連携「退院支援」の役割 ①退院支援の成り立ち

入院前にケアマネがいる患者の場合

在宅療養者の入院退院時に病院担当の実施すべき事項がルール化

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 43 NTT DATA

(12).退院時の各機関・担当者の役割(退院支援) 入院先(受入医療機関)の役割

要退院支援者に対し、在宅療養移行看護師が中心に立ち支援。ケアマネとは、ツールを活用し情報共有

大分県臼杵市の「退院支援」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 臼杵市医師会立病院で多職種にて退院支援
- 病棟カンファレンス等で退院支援が必要な患者を判別。支援が必要な患者に対しては在宅療養移行看護師が関与し、ケアマネジャーと連携し情報共有
- ケアマネジャーとの情報共有ツールとして「医療福祉連携シート」を使用
- 各病棟に配属の2名の在宅療養移行看護師が積極的に協働し、課題を抱える患者の早期発見、医療・看護の情報連携を促進

関係者

- (入院先の)在宅療養移行看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等

実施者

- 臼杵市医師会立コスモス病院

連携ルール
※参照

退院時の連携「2.各機関・担当者の役割 a.退院支援(4)入院先(受入医療機関)の役割 ①退院支援の成り立ち」

病棟カンファレンスにて退院支援が必要な患者を特定し、医療福祉連携シートを活用しながらケアマネジャーと情報共有

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 44 NTT DATA

(12).退院時の各機関・担当者の役割(退院支援) 入院先(受入医療機関)の役割

退院後、特定の患者に対し、生活に慣れるまでの間に1回、病院スタッフが訪問。在宅医療の充実を図る

大分県臼杵市の「退院支援」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 臼杵市医師会立病院では、退院後した特定の患者(高齢者で病状が不安定な方)を対象に、退院後生活に慣れるまでの1か月間の中で、1回、スタッフが訪問

関係者

- ステーション看護師、訪問看護師、薬剤師、リハビリスタッフ等

策定者

- 臼杵市医師会立コスモス病院

連携ルール
※参照

退院時の連携「2.各機関・担当者の役割 a.退院支援(4)入院先(受入医療機関)の役割 ①退院支援の成り立ち」

退院後も特定の患者に対して、生活に慣れるまでの1か月間の間に病院スタッフが訪問

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 45 NTT DATA

事例一覧(在宅医療・介護連携)

在宅医療・介護連携_普段からの在宅担当者の心がけ

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者(連携者・機関)	共有情報
ケアマネジャー/地域包括支援センター	福岡県福岡市	福岡市は、全国第5位の人口を抱える政令指定都市で全世帯の人口増加率、団塊世代が75歳以上となる2025年には65歳以上の高齢化率は24.8%、2040年には31%に達すると予測 福岡県地域医療構想の推計では、2025年の福岡市の在宅医療等患者数は2013年の約2.48倍となり、在宅医療資源の不足を指摘	「在宅カルテ」在宅カルテにより在宅療養者情報を共有し多職種で円滑な連携を目指す。ケアマネはカルテを管理	かかりつけ医、福祉診療、薬剤師、地域包括支援センター、訪問看護、入浴、介護、通所リハ、福祉用具業者、ケアマネジャー等	-

(13).普段からの在宅担当者の心がけ ケアマネジャー/地域包括支援センター

在宅カルテにより在宅療養者情報を共有し多職種で円滑な連携を目指す。ケアマネはカルテを管理

福岡県福岡市の「在宅カルテ」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 訪問診療を実施している、かかりつけ医を中心に在宅医療に関わる多職種が、患者の医療・介護情報等を共有し、スムーズな連携を図るための連携ツール
- 「在宅カルテ」は、患者宅に保管される紙媒体(在宅カルテ)と電子カルテ(データベース)
- 「様式1」(基本情報):ケアマネジャーが記入
- 「様式2」(連携必要情報):かかりつけ医・サービス提供事業者が記入
- 多職種で共有する情報に絞って記入
- ケアマネジャーがカルテの整理や管理を実施

参加者

- 連携先は下記の通り
 - 介護度が高い、医療依存度が高い、複数のサービス事業所等が関わっている、独居や高齢者世帯での難い情報が入りにくい、キーパーソンが別世帯または日中就業のため、情報交換が困難、その他、かかりつけ医が必要と判断した場合
- 連携先
 - かかりつけ医、薬剤師、地域包括支援センター(訪問看護、入浴、介護、通所リハ、福祉用具業者、ケアマネジャー等)
 - 福岡市医師会

策定者

- 福岡市医師会

連携ルール
※参照

普段からの心がけ「在宅担当者の心がけケアマネジャー/地域包括支援センター」

「在宅カルテ」に共有すべき連絡事項を記載し、多職種で情報共有。カルテはケアマネが整理・管理

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 46 NTT DATA

事例一覧 (在宅医療・介護連携)

在宅医療・介護連携「情報共有システム」

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者(連携先・機関)	共有情報
情報共有システム	滋賀県	<ul style="list-style-type: none"> 滋賀県全体では高齢化率は全国平均と比較して低い傾向にあるものの医療圏別にみると近所および西部は高い傾向。地域格差がある 医師、看護師、一般病床数などは、全国平均と比較していずれも不足。医師提供体制の強化が求められてきた 	「ひわろあさがおネット」医療機関や在宅医療、介護に関わる機関、施設、事業所間で、診療、介護情報、療養情報等を共有	<ul style="list-style-type: none"> 病院 診療所、歯科診療所 薬局、訪問看護、ケアマネ事業所、入所施設 地域包括支援センター等 	<ul style="list-style-type: none"> 患者基本属性情報(カドレ(病名、医師、看護記録、薬剤、看護メモ等)) 文章、オーダー情報(予約、処方、注射、検体検査等) 検査結果レポート、経過記録、看護メモ、リハビリ計画書、食事状況、薬歴・生活記録、治療への意思等
	山形県(庄内二次医療圏)	<ul style="list-style-type: none"> 山形県庄内二次医療圏は、高齢化率32.7%(全国平均26.6%)、地域の医療状況は、悪性新生物、脳血管疾患の入院患者数が多い状況に加え、後期高齢者の増加に伴い、呼吸器系疾患や糖尿病、その他疾患の増加による急増等、入院患者が増加傾向 医療連携の診療情報電子化等、各施設内での情報共有システムは整備されるも、施設間連携は根拠となる情報の共有は進まず、転院時の再検査や処方の重複が発生 地域連携(又は遠隔システム)によるデータ連携、メディア管理や回収に努力を要した 	「ちようかいネット(湯田地区医療情報ネットワーク)」情報提供病院が公開の診療情報を介護施設とも共有。治療内容からより安全安心な介護サービスを提供	<ul style="list-style-type: none"> 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会・介護福祉士、介護支援専門員等 	<ul style="list-style-type: none"> 患者基本属性(氏名・年齢・住所等) 診療情報提供書、経緯・経過・看護記録、処方・検査結果、処方・注射・検体検査、内服薬、生体検査結果、画像、調剤、病歴検査、細菌検査結果、入院情報

(15) 情報共有システム

病院や複数の医療機関による診療情報に加え、患者や家族等の思いも含めた生活情報の共有により取りにも活用

山形県鶴岡市のICTツール「Net4U」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 「Net4U」医療・介護従事者のための患者情報共有ツール
- 「Net4U」介護者参加型在宅高齢者見守りWEB連絡ノート
- 両者にはデータ連携機能が備わっており、連絡通知機能および連絡ノートを通じて情報共有

共有情報

利用者

- 運営主体：鶴岡地区医師会
- 事務局：鶴岡地区医師会 地域医療連携室

管理者

「Net4U」医療・介護従事者のための患者情報共有ツール

「Net4U」介護者参加型在宅高齢者見守りWEB連絡ノート

在宅高齢者の状態に注意すべき変化があると、医療者や介護者に連絡が通知され、様態の急変や重症化を予防可能

その他「情報共有システム」

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 55 NTT DATA

(15) 情報共有システム

後方支援病院や消防は、医療機関や訪問看護等が登録した患者情報を在宅療養者の急変時に閲覧可能

岩手県釜石市のICTツール「OKはまゆりネット(かまいし・おうち医療情報ネットワーク)」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- ICTを活用、釜石保健医療圏内の医療・介護・福祉・行政が患者の情報を共有し、より良質、効率的かつ包括的なサービス提供の実現を目指す
- オンラインで常時成立右側の外来診療予約と準時CT・MRI検査予約および情報提供が可能
- 予約時、診療情報提供書や各種情報提供書、同意書などの添付も可能
- 各種診療データ等の公開、閲覧が可能

共有情報

利用者

- 運営主体：NPO法人釜石・大畑地域医療連携推進協議会

管理者

医師、訪問看護、ケアマネ等の関係者により登録された情報を救急搬送時に活用

その他「情報共有システム」

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 56 NTT DATA

(15) 情報共有システム

身体/精神状態・ADL・IADL・患者家族の思い等、生活に関する情報をシステム上で統一様式にて交換

大分県臼杵市のICTツール「うすき石仏ねと」の概要

多職種連携機能概要

概要

- 臼杵市の医療・介護・福祉・行政等の機関を結び、医療・介護・包括型ICTネットワーク
- 同意者による閲覧許可制(共有期間は60日)
- 情報連携に加え、種別連携機能や在宅医療・介護連携機能等もあり

共有情報

利用者

- 運営主体：うすき石仏ねと運営協議会
- 事務局：臼杵市医師会、臼杵市薬剤師会、臼杵市歯科医師会、臼杵市介護福祉士会

「うすき石仏ねと」機能概要

介護施設連携機能では介護施設病院との間で同じフォーマットを用いて情報交換

その他「情報共有システム」

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 57 NTT DATA

(15) 情報共有システム

医療情報ネットワークシステムに多職種連携システムを付加し、切れ目のない医療サービス提供

山形県(山形県鶴岡二次医療圏)「OKI-net(圏域地域医療情報ネットワークシステム)」の概要

多職種連携機能概要

概要

- 複数医療機関の医療情報を1患者1画面で共有
- 地域診療からはインターネット等で簡単に参照可能
- 病院の電子カルテから医療情報を取得
- 多職種連携システムとして、おきなネットポータル、オキネット、オキネット、オキネット、オキネット
- オキネットは、OKI-netの付加機能で、圏域地域のWEB会議システム、遠隔調整カンファレンス等がWEB上で実施可能

共有情報

利用者

- OKI-net利用者
- 病院、一般診療所、歯科、薬局、介護施設
- 多職種連携システム連携先
- 保健師、管理栄養士、ケアマネジャー、行政職員、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、社会・介護福祉士

管理者

- 運営主体：圏域地域医療情報ネットワーク協議会
- 事務局：公立置賜総合病院 医療連携・相談室内

遠隔地でも遠隔調整カンファレンス 参加可能な環境を整備することで、施設間の医療連携を緊密に行い、一貫性のある切れ目のない医療サービス提供を目指す

その他「情報共有システム」

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 58 NTT DATA

(15) 情報共有システム

タブレット端末を利用し訪問先でバイタル等入力や情報確認の他、連絡ノート等で多職種間で情報共有

島根県の「まめネット(しまね医療情報ネットワーク)」の概要

多職種連携機能概要

概要

- 島根県全域の病院、診療所、薬局、介護事業所などの県民のヘルスケア業務に携わる機関に相互接続したネットワーク
- 参加(患者)には、診療情報の共有に同意済みであることを証明する同意カード(まめネットカード)を発行
- 電子カルテ(病歴、医科診療所)、画像システム(病院)、調剤レセコンから情報を取得

共有情報

利用者

- 患者基本属性(氏名・年齢・住所等)、病名、診療情報提供書、医師・経過記録、遠隔診療、手術・看護、入院記録、処方・注射・検体検査、放射線検査、内視鏡検査、生体検査、食事オーダー、検体検査、生体検査結果、画像、調剤結果
- 病院、一般・歯科診療所、薬局、介護施設等
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、理学療法士、管理栄養士、ケアマネジャー、ホームヘルパー、その他介護職、行政職員

運営主体：NPO法人しまね医療情報ネットワーク協会、島根県

在宅療養者の多職種間で共有可能。タブレット端末を利用して訪問先でバイタル等の入力や情報の確認が可能

その他「情報共有システム」

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 59 NTT DATA

(15) 情報共有システム

診療・調剤・介護に必要な情報（治療・処方歴、リハビリ動画、ADL等）を共有。サービスに活かす

熊本県の「くまもとメディカルネット」の概要

多職種連携機能概要図

概要	<ul style="list-style-type: none"> 熊本県内の医療機関や介護関連施設等と結び、参加者（患者）の診療・調剤・介護に必要な情報を共有して医療・介護サービスに活かすシステム 参加の同意書が提出された方に加え、同意書で指定した利用者のみ情報共有 参加者カードを利用施設で提示することにより、利用施設間で情報共有 医療機関や介護施設等の入院、入退院時の連絡やオンラインカンファレンスも可能
共有情報	<ul style="list-style-type: none"> 受診時の状況、治療歴、リハビリ動画、ADL、検査データ、画像データ等 診療情報提供書、訪問看護指示書、特別指示書、報告書等
利用者	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関（病院・診療所・歯科診療所）、薬局・訪問看護ステーション、介護関連施設等
管理者	<ul style="list-style-type: none"> 運営主体：熊本県医師会（熊本県地域医療情報ネットワーク協議会）



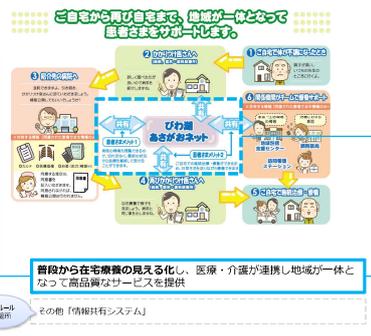
(15) 情報共有システム

医療機関や在宅医療・介護に関わる機関・施設・事業所間で、診療・介護情報・療養情報を共有

滋賀県の「びわ湖あさがおネット」の概要

多職種連携のイメージ

概要	<ul style="list-style-type: none"> ICTを用いて診療情報や在宅療養支援情報を関係機関で「安全に共有できる環境」を構築 在宅療養の見える化（在宅生活時の行動履歴、処方、処方箋、検査結果等）の共有も可能 システム利用者（多職種）間で、SNSやメール等での情報交換が可能 多職種連携や、緊急のしきり、電子カルテ、情報検査会社のサービスからデータを取上げた医療情報はクラウドで管理
共有情報	<ul style="list-style-type: none"> 患者基本属性情報、カルテ（病名、医師・看護記録、処方、注射、検体検査等）、検査結果レポート、経過記録、看護サマリ、リハビリ計画書、食事の状況、家族・生活環境、治療に対する意思等
利用者	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関（病院、診療所、歯科診療所、薬局等）、在宅療養支援機関（訪問看護、ケアマネ事務所、入所施設、地域包括支援センター）等
管理者	<ul style="list-style-type: none"> 運営主体：特定非常活動法人びわ湖医療情報連携ネットワーク協議会 事務局：滋賀県立総合病院



(15) 情報共有システム

情報開示病院が公開した診療情報を介護施設とも共有。治療内容からより安全安心な介護サービスを提供

山形県「ちようかいネット（酒田地区医療情報ネットワーク）」の概要

多職種連携のイメージ

概要	<ul style="list-style-type: none"> 急性期から回復期を経て在宅医療、介護に至るまで一貫した治療方針の下、切れ目のない医療提供を目指す。医療情報連携システムを利用し、山形県内二次医療圏において、複数の医療機関の間で医療情報共有 個人情報保護法に基づき、ID-Linkという仕組みにより、インターネット回線を用いて複数の病院の電子カルテを統合して閲覧可能 患者が指定した医療・介護施設のみで共有 電子カルテ（病院、医科診療所）、画像システム（病院）から共有情報を取得
共有情報	<ul style="list-style-type: none"> 患者基本情報（氏名・年齢・住所等）、診療情報提供書、看護記録、入院時サマリ、医師・経過記録、地域連携（処方、処方箋・検体検査・内服薬検査、生理検査オーダー、検体検査、生理検査結果、画像、調剤結果、診療予約等）
利用者	<ul style="list-style-type: none"> 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学・作業療法士、社会・介護福祉士、介護支援専門員等
管理者	<ul style="list-style-type: none"> 運営主体：酒田地区医療情報ネットワーク協議会、酒田地区医療情報ネットワーク協議会



事例一覧（在宅医療・救急連携）

在宅医療・救急連携「在宅医療と救急医療との連携の仕組み①」

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者（連携者・機関）	共有情報
医療機関等（多職種連携）との情報共有および連携手段、自宅および介護施設等との情報共有および連携手段	新潟県長岡市	長岡市は、長岡福祉協会「こぶし園」による「長岡モデル」を通じ、高齢者を住み慣れた地域で支えるため、関係者が連携する仕組みづくりに取り組んでいた。	「長岡フェニックスネットワーク」救急隊員や病院は、ICTツールを活用し、急変時に在宅療養者の連携情報を閲覧	救急隊 救急センター 救急病院 救急センター 救急センター 救急センター	救急隊の場合： ・かかりつけ医療機関、緊急時連絡先、処方箋、救急センター（救急センター） 救急隊員、身体状況、治療情報、サービス連携情報、生活情報、介護状況、バイタルサイン、診療データ記録等
	大分県臼杵市	臼杵市は人口4万弱、一次救急を担う救急型病院は市内に3施設、診療所は28施設、二次救急を担う病院は臼杵市立総合医療センターのみ	「うすき石ふねっと」緊急時、消防通信指令室のICTツールの閲覧画面でDNAR・ACP・看取り希望などの情報を表示	病院 診療所、歯科 救急センター 介護施設 在宅医療 消防署 行政	救急連携機能の場合： ・該当患者の情報が（該当患者）既往歴、自己史、入院記録、調剤情報、アラート項目等 （電子カルテから）既往歴、家族、保険情報、医師、歯科医師、看護師、理学療法士記録のサマリー等

事例一覧（在宅医療・救急連携）

在宅医療・救急連携「在宅医療と救急医療との連携の仕組み②」

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者（連携者・機関）	共有情報
救急隊への情報連携ツール（転送先）の情報連携、共有ツールの活用	福岡県北井市、あわら市	近年の高齢者の増加に伴い、在宅医療の普及・推進が求められる。在宅医療の推進における重要課題の一つは地区内医療機関における連携体制の構築	「安心連携カード」今後の取組として救急隊とも連携共有ツール（安心連携カード）を活用し円滑な救急連携を目指す	連携病院担当者 看護師 薬剤師 理学療法士 作業療法士 社会・介護福祉士 ケアマネ ヘルパー 救急隊等	カナックスネットワーク上の患者情報
	広島県	過疎地域での医師減少は著しく、無医地区が44地区（厚生労働省平成26年度無医地区調査）存在。北海道において全国で2番目に無医地区が多い地域	「ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）」 重要課題のデータを共通IDにより集約、救急隊は集約された基本情報にアクセスし、搬送先を検討	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会・介護福祉士、ケアマネ、ヘルパー、救急隊等	救急支援・災害対策システムの場合： ・ニミメデータ（病名、処方箋、検査結果、薬剤、アレルギー情報） ・患者基本情報（氏名、年齢、住所、性別、連絡先） ・既往歴、アレルギー、服薬情報、内服薬 ・生活情報（有無） ・家族情報（有無） ・生活環境（有無） ・介護情報（有無）

事例一覧（在宅医療・救急連携）

在宅医療・救急連携「在宅医療と救急医療との連携の仕組み③」

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者（連携者・機関）	共有情報
救急隊への情報連携ツール（転送先）の情報連携、共有ツールの活用	福岡県	福岡県の人口は今後、減少傾向に転じ、平成27年の老年人口の割合は30%を超えることが予測	「とびろめネット（福岡県医師会診療情報ネットワーク）」 緊急時、消防通信指令室のICTツールの閲覧画面でDNAR・ACP・看取り希望などの情報を表示	連携者、救急隊 消防署、救急隊 救急センター 救急センター	医療情報（症状、検査結果、病歴、服薬の薬剤、アレルギー等）
	長崎県	日本はフリーアクセスでどの病院でも受診できるメリットはあるものの、診療情報が様々な病院に分散され、初診時に病院に受診履歴があるにもかかわらず、専門医に診察所をわかりづらくしている。専門医の診療が必要な場合、他病院への紹介や連絡が滞りやすいと医療者の間で懸念されている	「あじさいネット」搬送打診時に、あじさいネットを利用して、診療データや画像等が共有。適切な搬送先に患者を搬送	診療所、クリニック 拠点病院 訪問看護ステーション、介護事業所等 在宅医療、訪問看護、救急隊等	画像情報（MRI、CT、内視鏡） 検査情報（検査データ、生活情報） 診療内訳（処方、注射、手術、処置）、診療記録（医師、看護記録、指導情報、リハビリ情報）

(16)在宅医療と救急医療との連携の仕組み
救急隊への情報連携ツール(ICTツールの活用)

搬送打診時に、あじさいネットを利用し、診療データや画像等で共有。適切な搬送先に患者を搬送

長崎県の「あじさいネット」の概要

多職種連携機能概要図

概要

- 地域に発生する診療情報を患者の同意の元、複数医療機関で共有
- 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(遠隔画像診断やTV会議等)等も有する
- 救急の場合、病院に送る段階で、相手病院に患者情報を送信し、搬送前の段階で、搬送先で共有できるあじさいネットを用いながら搬送先を決める1次・2次病院から3次病院へ紹介する際、上記のような搬送前トリアージで連携が半減

共有情報

- 画像情報 (MRI、CT、内視鏡ほか)
- 検査情報 (検体検査、生理検査)
- 治療内容 (処方・注射、手術・処置)
- 診療記録 (医師・看護記録、指導内容、サマリー、熱型表、リハビリ情報)

利用者

- 診療科・クリニック、拠点病院、訪問看護ステーション、介護事業所等
- 在宅医、訪問看護師、訪問薬剤師、救急隊等

管理者

- 運営主体：特定非営利活動法人 長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会
- 事務局：長崎医師会内

連携ツールが活用

搬送打診の前に、あじさいネットを利用し、診療データや画像を送信。適切な搬送先を決定

連携の仕組み(2)搬送時のツール②救急隊への情報連携ツール(ICTツールの活用)

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 72 NTT DATA

(16)在宅医療と救急医療との連携の仕組み
搬送時のツール 対象者

在宅療養者に限らず、健康な人でも子供等、誰でもフェニックスネットに登録可能で、連携対象となる

新潟県長岡市の「長岡フェニックスネットワーク」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 医療機関・訪問看護ステーション・薬局・訪問介護・ケアマネ・特養など介護事業所・救急隊、そして緊急時の後方支援病院をつなぐネットワーク(総務省クラウド型ID)。
- 健康な人も、子供も誰でも無料で登録手続きの実施により、情報登録可能
- 長岡市内各医療機関にフェニックスネットに接続可能な情報閲覧用タブレットを配備
- 基本情報、身体状況、治療情報、サービス提供者情報、生活情報、介護状況、バイタルサイン、診療・ケア記録等
- 救急隊のタブレットでは上記のような情報を表示
- かかりつけ医療機関、緊急時連絡先、処方箋、普段のバイタルサイン

共有情報

- フェニックスネットの参加機関のうち、本人に関わりのある機関
- 医師情報 (医師・歯科)、訪問看護、訪問薬剤師、在宅介護士等
- 救急隊送付時、救急隊および搬送先病院 (広域支援10病院)

利用者

- 運営主体：フェニックスネットワーク協議会
- 事務局：長岡市医師会、長岡市介護福祉センター協議会、長岡市消防局、長岡市消防団協議会、長岡市消防団協議会、長岡市消防団協議会、長岡市消防団協議会
- 事務局：長岡市医師会

連携ツールが活用

事故や急な病気等、地域住民の方が一に備えた連携ツール、誰でも対象となる

連携の仕組み(2)搬送時のツール②救急隊への情報連携ツール(ICTツールの活用)

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 73 NTT DATA

事例一覧 (在宅医療・救急連携)

在宅医療・救急連携 救急搬送時の各機関等の救急対応手順

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者(連携者・機関)	共有情報
救急入院時における持参品	福岡県福岡市南区	2025年、在宅医療患者数は現在の約2.5倍になると予測。在宅医療に携わる医師の確保や必要があった。在宅医療医師の支援として急変時の参入体制の構築を各団に要請。南區医師会は後方支援体制の構築に際して、1基幹急性期病院における救急隊の長期入院、2看取り目的の救急搬送、3救急現場での患者情報不足を課題と認識	「安心情報キット」 独居高齢者等の救急搬送時に備えた医療情報シートを配布	救急隊員 医療機関等の関係機関 近所の人	基本情報(名前、性別、生年月日、血液型、住所、電話番号)、緊急時の連絡先、家族構成、かかりつけの病院や介護事業所等、身体状況
消防機関の対応	静岡県静岡市	静岡市静岡医師会、平成10年にかかりつけ医の在り方に関するアンケートを市民を対象に実施。市医師会が在宅医療における家族の負担、長期休日の救急対応、病状悪化時の対応に不安を抱持しており、診療所に対しては急変時の入院対応ができない点を、病院に対しては、往診ができない点を、同じ医師による継続医療が難しい点を指摘として指	「各種カードシステム(イエローカード、グリーンカード等)」 多職種カードの運用により救急搬送要請時の消防隊員の対応手順が整備、明確化	在宅当番医、かかりつけ医、救急隊、消防署、病院	-

事例一覧 (在宅医療・救急連携)

在宅医療・救急連携 救急搬送時の協力医療機関

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者(連携者・機関)	共有情報
救急搬送時の協力医療機関	福岡県福岡市南区	2025年、在宅医療患者数は現在の約2.5倍になると予測。在宅医療に携わる医師の確保や必要があった。在宅医療医師の支援として急変時の参入体制の構築を各団に要請。南區医師会は後方支援体制の構築に際して、1基幹急性期病院における救急隊の長期入院、2看取り目的の救急搬送、3救急現場での患者情報不足を課題と認識	「ブロック支援病院体制」 積極的な治療を希望としない患者は、ブロック支援病院に指定された市内9病院のいずれかに転院	病院 かかりつけ医等	-
救急搬送時の協力医療機関	新潟県長岡市	長岡市は、長岡福祉協会「こぶし園」による「長岡モデル」を通じ、高齢者を住み慣れた地域で支えるため、関係者が連携する仕組みづくりに取り組んでいた。一方で、医師会も在宅医療連携に関する委員会の設置等、医療ニーズ調査や地域医療マップの作成等、地域医療を支えてきた。しかし、住み慣れた地域で在宅療養するためには365日24時間体制の支援が必要であり医師会のみでは対応し切れない	「長岡フェニックスネットワーク」ICTツールを介した情報連携に係る協力医療機関(後方支援病院)と共に搬送先病院(基幹病院)も既定	在宅当番医、かかりつけ医、救急隊、消防署、病院	救急隊の場合： ・かかりつけ医療機関、緊急時連絡先、処方箋、普段のバイタルサイン (通病時)： ・基本情報、身体状況、治療情報、サービス提供者情報、生活情報、介護状況、バイタルサイン、診療・ケア記録等

(17)救急搬送時の各機関等の救急対応手順
救急入院時における持参品

独居高齢者等の救急搬送時に備えた医療情報シートを配布

福岡県福岡市南区の「安心情報キット」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 緊急時や災害時など、もしもの時に備え、緊急時の連絡先やかかりつけ病院等の情報を記載したカードを同封の専用容器(キット)に入れて冷蔵庫に保管
- 福岡市南区全戸配布

共有情報

- 基本情報(名前、性別、生年月日、血液型、住所、電話番号)
- 緊急時の連絡先
- 家族構成
- かかりつけの病院や介護事業所等
- 身体状況

対象者

- 独居の高齢者、障害のある方等、地域で見守りが必要な方
- 適用者
- 救急隊員、医療機関等の関係機関、近所の人

作成者

- 福岡市南区医師会、福岡市社会福祉協議会

連携ツールが活用

緊急時・災害時に救急隊員等が安心カード(保管容器の中に入っている情報)を活用

救急搬送時の連携「2.各機関等の救急対応手順(1)患者・家族・介護施設等の対応」
救急入院時における持参品

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 74 NTT DATA

(17)救急搬送時の各機関等の救急対応手順
消防機関の対応

各種カードの運用により救急搬送要請時の消防隊員の対応手順を整備、明確化

静岡県静岡市の消防機関の救急対応手順「各種カードシステム(イエローカード、グリーンカード等)」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 主治医やかかりつけ訪問看護師が不在の際、患者等から消防に連絡される
- 消防は、当番医に連絡、輪番病院もしくは、患者の希望により後方支援病院(イエローカード保持者の場合)へ搬送
- 消防は、同時に当番訪問看護師に電話連絡
- なお、消防はコールセンター機能も有し、かかりつけ医が不在の場合等、待りの在宅当番医へ連絡、看取りを依頼することがある(グリーンカードシステム)

連携者

- 在宅当番医：静岡市医師会員60名
- 静岡市消防局
- 訪問看護師等

運営者

- 静岡市静岡医師会

連携ツールが活用

在宅療養者の救急搬送要請時の消防隊員の対応手順が各種カードシステムの整備とともに明確化

救急搬送時の連携「2.各機関等の救急対応手順(2)消防機関の対応 ①対応手順」

© 2020 NTT DATA INSTITUTE OF MANAGEMENT CONSULTING, Inc. 75 NTT DATA

(18).救急搬送時の協力医療機関

積極的な治療を希望/必要としない患者は、ブロック支援病院に指定された市内9病院のいずれかに転院

福岡県福岡市南区の「ブロック支援病院体制」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 救急現場と在宅医療現場の負担軽減を目指した仕組み
- 南区内あしん救急医療連携
- 基幹病院でのトリアージにより、積極的な治療を必要としない、あるいは希望しない患者をわかりつけ長と相談の上、直ちにブロック支援病院へ搬送
- 南区あしん在宅医療連携
- ブロック支援病院への情報登録に同意した在宅患者を、看取りや必要あるいはレスパイト入院等を目的に24時間365日体制で受け入れ

参加者

- 「ブロック支援病院」
- 福岡市南区9病院
- 南区あしん救急医療連携9病院で南区全域を担う
- 南区あしん在宅医療連携5病院で南区全域を担う

運営者

- 運営主体：福岡市南区医師会

連携ツール

あしん救急医療連携では、積極的な治療を希望/必要としない患者をブロック支援病院に指定された市内9病院のいずれかに転院

救急搬送時の連携「3. 協力医療機関」

(18).救急搬送時の協力医療機関

ICTツールを介した情報連携に係る協力医療機関（後方支援病院）と共に搬送先病院（基幹病院）も既定

新潟県長岡市の「長岡フェニクスネットワーク」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 医療機関・訪問看護ステーション・薬局・訪問介護・ケアマネ・特養など介護事業所・救急隊、そして緊急時の後方支援病院をつなぐネットワーク（総務省クラウド型EHR）
- 長岡市内全救急車にフェニクスネットワークに接続可能な情報記録用タブレットを配備

共有情報

- 基本情報、身体状況、治療情報、サービス提供者情報、生活情報、介護状況、バイタルサイン、診療・ケア記録等

救急隊のタブレットでは上記のような情報を表示

- かかりつけ医療機関、緊急連絡先、処方薬、首長のバイタルサイン

利用者

- フェニクスネットワークの参加機関のうち、本人に関わりのある機関

管理者

- 運営主体：フェニクスネットワーク協議会
- 長岡市、長岡市医師会、長岡市訪問看護ステーション協議会、長岡市救急医療協議会、長岡市消防協会、長岡市地域介護支援専門員協議会、長岡市理学療法士会、長岡市作業療法士会、長岡市言語聴覚士会
- 事務局：長岡市医師会

救急搬送時の連携病院は、後方支援10病院。加えて、搬送先は基幹病院の指定制と既定

救急搬送時の連携「3. 協力医療機関」

事例一覧（在宅医療・救急連携）

在宅医療・救急連携_看取り時の連携

項目	自治体等の名称	地域の課題	事例の要点	関係者(連携者・機関)	共有情報
意思表示ツール	静岡県静岡市	静岡市静岡医師会は、かかりつけ医の在り方に関するアンケートを市民を対象に実施。市民の約3分の2が在宅医療中の家族の負担軽減・看取りの意思を明確にするツールを求め、診察所には急変時の入院対応ができない点、病院には、往診ができない点および同じ医師による継続医療が難しい点を所望として指摘	「グリーンカード」看取りを希望するも主治医に連絡がつかない場合に備え、看取りの意思表示を明確にするツール	在宅当番医、かかりつけ医、消防署	-

(19).看取り時の連携 意思表示ツール

看取りを希望するも主治医に連絡がつかない場合に備え、看取りの意思表示を明確にするツールを整備

静岡県静岡市の「グリーンカード」の概要

多職種連携のイメージ

概要

- 静岡市民で在宅看取りを希望患者が看取り状態になった時に、万が一、在宅医が看取りできないケースにおける市内診療所との連携ルール
- かかりつけ医が不在でコールセンター機能を持つ静岡市消防署に患者家族等が電話
- 消防は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、往診依頼の連絡を実施。代わりに在宅当番医が往診・看取りを実施
- 予め在宅主治医が記載した在宅患者がマリカールドに患者情報を記載し、グリーンカードとともに在宅患者のベッドサイドに設置

参加者

- 在宅当番医、静岡市医師会員60名
- 静岡市消防署

運営者

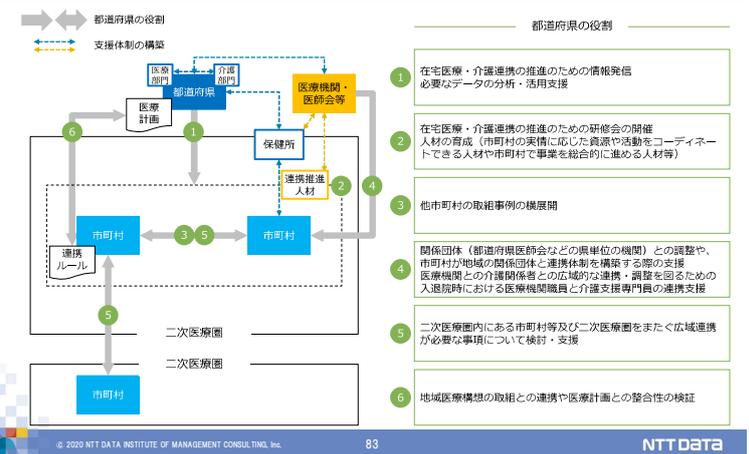
- 静岡医師会

看取り時の連携「意思表示ツール」

在宅看取りを希望する患者が看取り状態の際、主治医と連絡が取れない場合に備えた看取りシステムの構築

都道府県との連携（全体像）

②. 都道府県との連携



都道府県との連携（具体的な内容）

都道府県の役割	具体的な内容
1 在宅医療・救急医療連携の推進のための情報発信 必要なデータの分析・活用支援	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の在宅医療、救急医療連携における現状把握および課題分析支援のため、市町村で収集が困難な情報の提供と分析支援（病・医療機関のデータや在宅医療・介護に関する診療報酬、介護報酬の算定状況、死亡者数、死亡場所等の人口動態に関する情報、等） <補助的な支援> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療や福祉人材の育成機関である大学等の教育・研究機関からの協力の獲得 市町村の取組に関し地域差がみられる場合、要因分析を実施の上、支援が必要なデータは、可能ならば市町村別に整理した上で提供 <研修等を介した支援> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・救急医療連携に関する取組について研修会等で情報発信 在宅医療・救急医療連携推進に効果的な事業立案とその評価方法をテーマとした研修の実施（対象：市町村及び地域包括支援センター職員等） 保健所や大学等と連携した上で、提供データの活用及び分析方法に関する説明会や研修の実施（対象：市町村担当職員等）
2 在宅医療・救急医療連携推進のための研修会の開催 人材の育成（市町村の実情に応じた実践や活動をコーディネートできる人材や市町村で事業を総合的に進める人材等）	<ul style="list-style-type: none"> 都府県医師会等に在宅医療・救急医療連携のためのコーディネーターを都道府県と都道府県医師会と連携の上、配置。コーディネーターによる市町村内で事業を推進する人材の一定水準の実務能力の確保を目的とした研修の実施（知識の獲得支援）や資材（手引きや様式等）提供及び意見交換場の確保 研修会の企画ならびに開催もしくは、開催支援（都道府県医師会所属医師や各種専門職団体に講師派遣依頼、研修会場の提供等）の実施 <補助的な支援> <ul style="list-style-type: none"> コーディネーターの活動計画の策定、各計画（都府県医師会および市町村の計画、圏域内の地域医療計画等）との連動及び圏域内の体制を構成する各主体の役割等を考慮することを通じ、都道府県における連携推進人材育成

都道府県との連携（具体的な内容）

都道府県の役割	具体的な内容
3 他市町村の取組事例の展開	<ul style="list-style-type: none"> <研修等を介した支援> <ul style="list-style-type: none"> 都道府県内外の大学等の教育・研究機関の講師を派遣し、派遣された講師による他自治体の先進的な取組等の紹介 市町村や都府県医師会等の関係団体の担当者を対象とした、他市町村の先進事例を学ぶ研修やグループワークを都道府県医師会等に委託の上、実施
4 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援 医療機関との介護関係者との広域的な連携・調整を図るための入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携支援	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療と在宅診療及び在宅療養支援病院の体制構築や在宅医療を担う医師のグループ制ならびに後方支援病床の確保等の取組が必要な場合、都道府県は都道府県医師会と密接に連携し、都市圏等医師会や市町村に対し取組に係る支援を実施 <補助的な支援> <ul style="list-style-type: none"> 都道府県医師会と連携の上、保健所等を活用し、入退院に係る地域ルールや連携に必要な共通様式の作成及び運用 <研修等を介した支援> <ul style="list-style-type: none"> 全県又は二次医療圏を単位とした入退院連携に係る看護師、MSW等の医療専門職および介護支援専門員向けの研修の実施 医療専門職向け研修内容：退院支援及び介護連携等 介護支援専門員向け研修内容：在宅医療の基礎知識及び医療連携等
5 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援	<ul style="list-style-type: none"> 保健所等を活用し、複数市町村による共同実施に向けた関係者の調整支援 保健所等を各圏域内の市町村の取組に対する主体的な支援機関に位置づける等、広域的な推進支援体制の構築 <補助的な支援> <ul style="list-style-type: none"> 広域的な相談窓口等が都道府県医師会等に設置した場合、市町村や在宅医療・救急医療関係者に相談窓口等を周知するための取組の実施 <研修等を介した支援> <ul style="list-style-type: none"> 都道府県内外における先行事例や好事例について整理の上、市町村や在宅医療事業担当者を対象とした研修および情報交換の場の設置

都道府県との連携（具体的な内容）

都道府県の役割	具体的な内容
6 地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合性の検証	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県が進める地域医療構想の実現には、医療計画と介護保険事業（支援）計画等の他の計画との整合性の確保が求められる。都道府県は実施すべき医療政策全体を見据えた市町村支援等の各種施策を展開

③. 【参考】全国在宅医療会議における提言をもとにした対応策

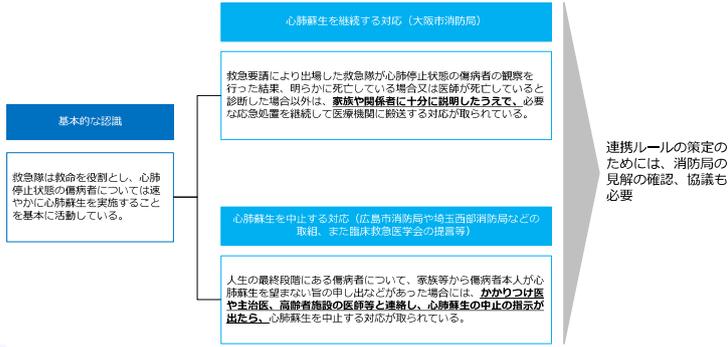
【参考】全国在宅医療会議における提言をもとにした対応策

全国在宅医療会議における提言

1. 病院と在宅医療との協働体制の構築（地区医師会主導による病院への連携医登録制度構築等）
 2. 行政と関係団体との連携（在宅救急医療協議会（仮称）の協定等）
 3. 関係団体間連携（在宅救急医療協議会（仮称）の協定等）
 4. ICT等最新技術の活用（クラウド型EHRの活用等）

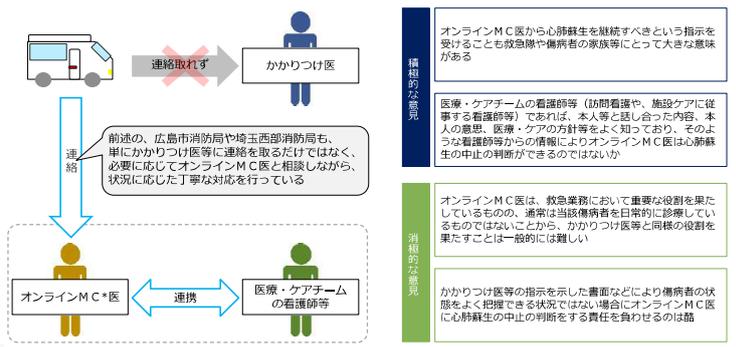
④. 【参考】消防庁との連携

【参考】消防庁との連携
(心肺蘇生を継続するか中止するか)



出所：令和元年11月8日「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について（通知）

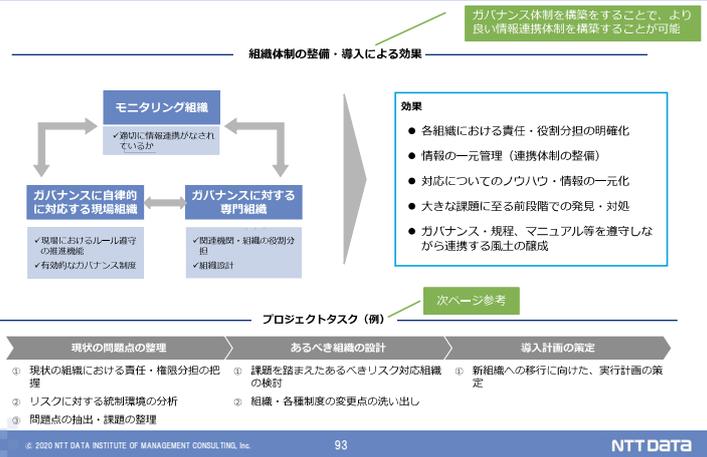
【参考】消防庁との連携
(かかりつけ医等に連絡が取れない場合、オンラインMＣ医) への連絡



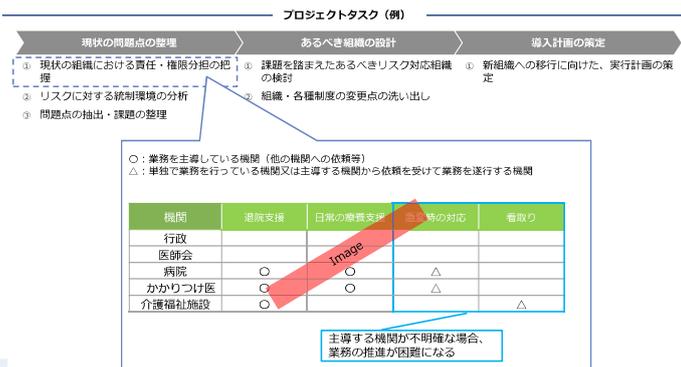
出所：令和元年11月8日「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について（通知）
オンラインMＣ（メディアカル・コントロール）：救急現場または搬送途上の状態隊員が医師と電話や無線等で医療情報を交換し、医師が口頭で直接処置等に関する具体的な指示等を行うこと

⑤. 【参考】ガバナンス体制の構築

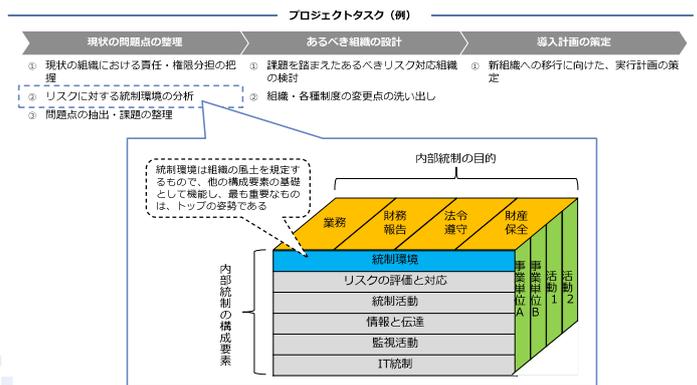
【参考】ガバナンス体制の構築



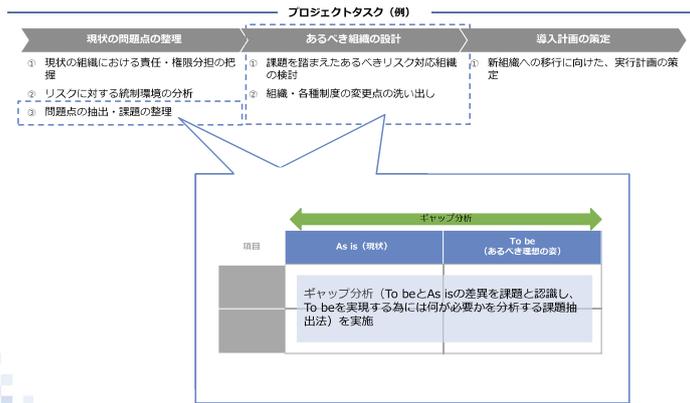
【参考】現状の問題点の整理_①現状の組織における責任・権限分担の把握



【参考】現状の問題点の整理_②リスクに対する統制環境の分析

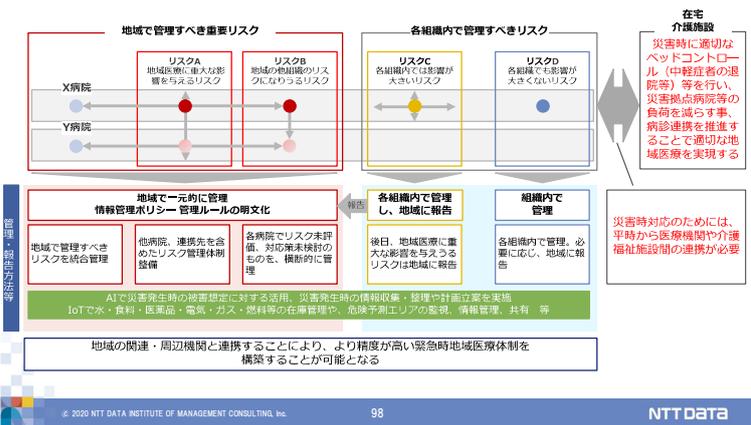


【参考】現状の問題点の整理_③問題点の抽出・課題の整理
あるべき組織の設計



⑥. 【参考】地域医療と災害医療の融合

【参考】地域医療と災害医療の融合

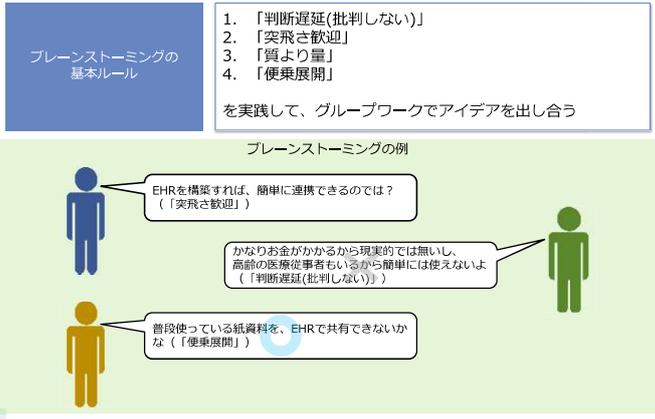


4. グループワークの進め方

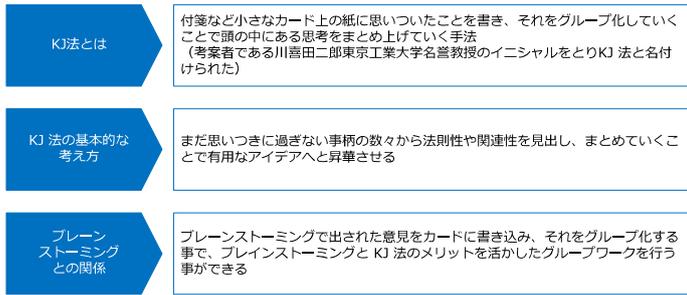
グループワークの進め方

項目	所要時間 (想定)
1. ブレインストーミング	15分
2. グループワーク (KJ法)	15分
3. 課題の整理・構造化	20分
4. 他の自治体・機関への質問	10分
5. 工程表 (今年度取り組む事柄) への入力	30分
6. まとめ (発表準備)	10分

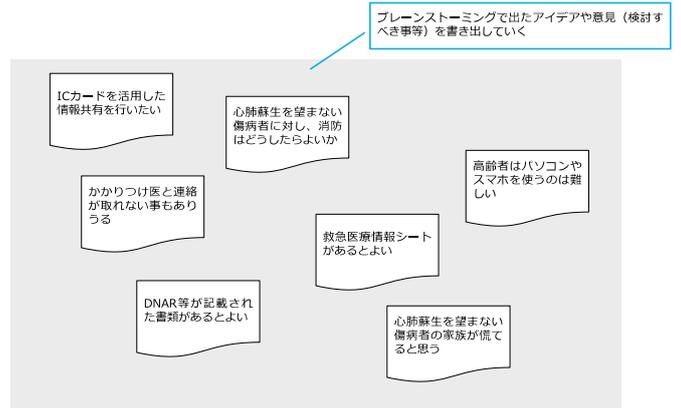
1. ブレインストーミング



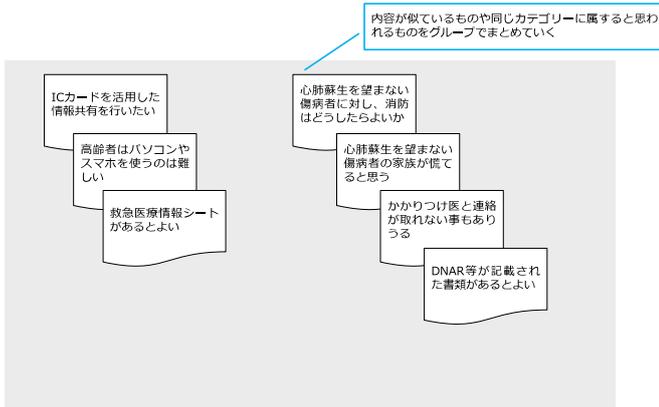
2. グループワーク (KJ法) _全体像



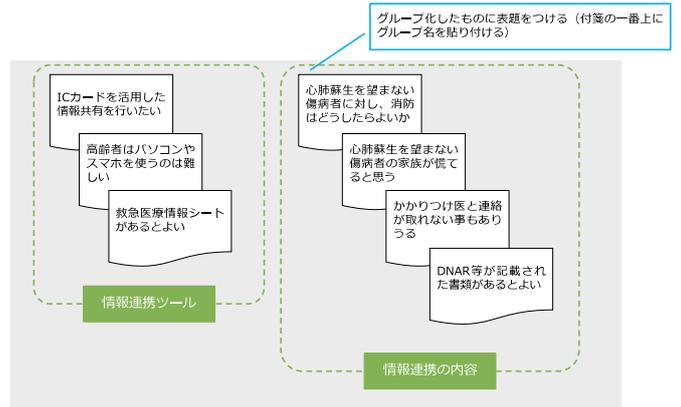
2. グループワーク (KJ法) _KJ法の進め方 (アイデア・意見の書き出し)



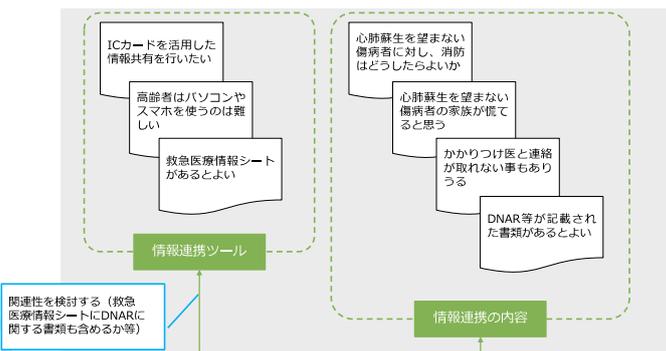
2. グループワーク (KJ法) _KJ法の進め方 (アイデア・意見の分類)



2. グループワーク (KJ法) _KJ法の進め方 (アイデア・意見の視覚化)



3. 課題の整理・構造化



4. 工程表 (今年度取り組む事柄) への入力

連携ルール作成に向け、検討すべき事項及びスケジュールを記載。実施内容に関しては、連携ルール策定および実効性のあるルールの適用を目指し、今年度に限らず再来年度までを目的に取り組むべき事項を詳細に記載

工程表 (今年度から再来年度までに取り組む事柄)

STEP	項目	内容	実施の期
STEP1 連携ルールの策定	2020/11/24	1-1 連携ルールの策定	11/24~11/24
	2020/11/24	1-2 連携ルールの策定	11/24~11/24
	2020/11/24	1-3 連携ルールの策定	11/24~11/24
STEP2 連携ルールの適用	2020/11/24	2-1 連携ルールの適用	11/24~11/24
	2020/11/24	2-2 連携ルールの適用	11/24~11/24
STEP3 連携ルールの評価	2020/11/24	3-1 連携ルールの評価	11/24~11/24
	2020/11/24	3-2 連携ルールの評価	11/24~11/24
STEP4 連携ルールの見直し	2020/11/24	4-1 連携ルールの見直し	11/24~11/24
	2020/11/24	4-2 連携ルールの見直し	11/24~11/24
STEP5 連携ルールの継続	2020/11/24	5-1 連携ルールの継続	11/24~11/24
	2020/11/24	5-2 連携ルールの継続	11/24~11/24

5. まとめ（発表準備）

自治体の方針	<ul style="list-style-type: none"> ■ グループワークの議論で決まった内容を報告 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 「情報連携ツールとしては救急医療情報シートを活用する予定」等
他の機関への質問	<ul style="list-style-type: none"> ■ 都道府県や、他の自治体への質問 <ul style="list-style-type: none"> ➢ （他の参加自治体に対し）「ICTでの情報連携は想定しているか」等 ➢ （県に対し）「救急医療情報シートの配布について予算が付く余地はあるか」等

5. 今後のスケジュール

今後のスケジュール

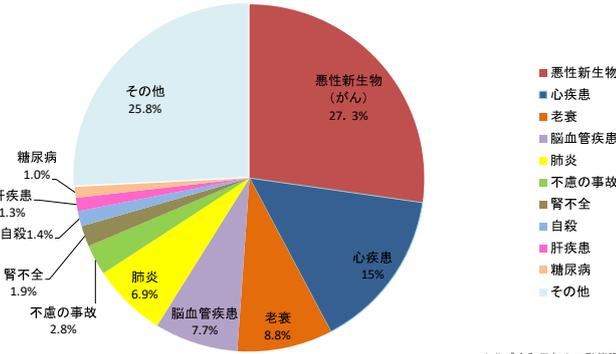
各市町村におかれまして、**工程表にもとづいて連携ルール策定等を進めていただけますようお願い致します**。第2部セミナーでは進捗状況・問題点の確認等をさせていただきます

業務内容	時間	2020年				2021年						
		11月		12月		1月		2月		3月		
		下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	
第1部セミナー（本日）		第1部										
連携ルール策定		関係者にて適宜打ち合わせ等実施										
第2部セミナー							第2部					
フォローアップ調査の実施							NTTデータ経営研究所にて実施					
連携ルール策定手引きの作成		NTTデータ経営研究所・手引き検討会（第1回：12月開催予定）にて実施										

NTT DATA
Trusted Global Innovator

主な疾患別の死亡数の割合

令和元年度における、主な疾患別の死亡数の割合を多い順にみると、悪性新生物(がん)、心疾患、老衰であり、上位3疾患で全体の約半数を占めている。

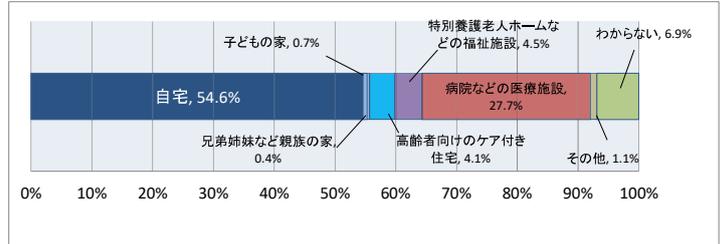


出典:「令和元年度人口動態調査」 6

最期を迎えたい場所について

○ 最期を迎えたい場所について、「自宅」が54.6%で最も高く、「病院などの医療施設」が27.7%、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」は4.5%となっている。

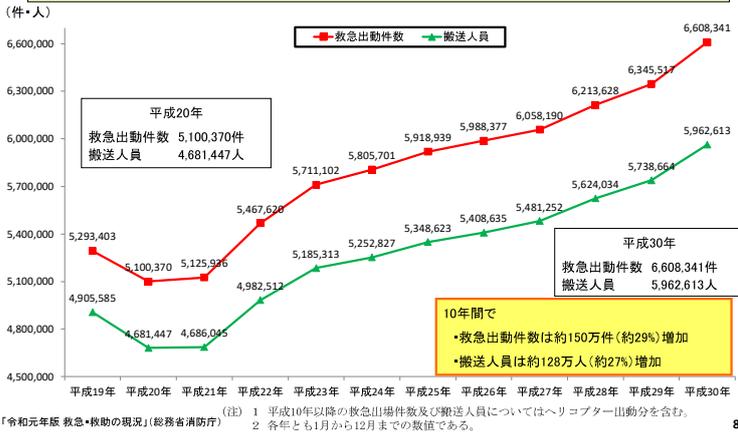
■ 治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか (n=1,919人)



出典:平成24年度 高齢者の健康に関する意識調査 (内閣府) 7

救急出動件数及び搬送人員の推移

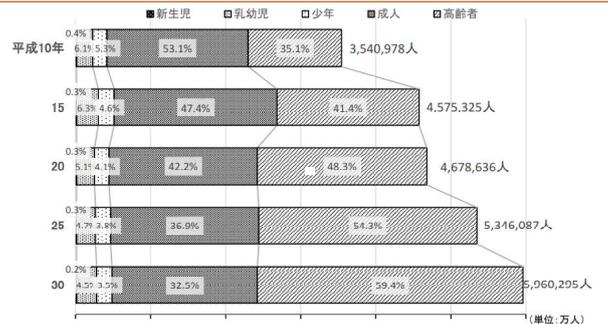
○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、10年連続の増加となり、過去最多となった。



「令和元年度 救急・救助の現況」(総務省消防庁) 8

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

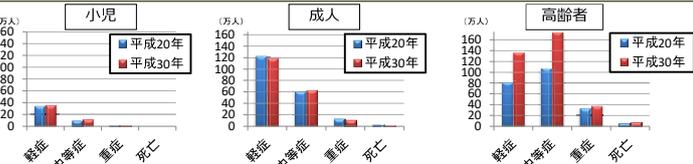
○ 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にある。



「令和元年度 救急・救助の現況」 9

10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

○ 救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成20年中					平成30年中				
全体	小児	成人	高齢者		全体	小児	成人	高齢者	
死亡	0.9万人	1.6万人	5.3万人		0.6万人	1.2万人	6.5万人		
重症	1.1万人	12.9万人	32.6万人		0.3万人減	0.4万人減	1.2万人増		
中等症	9.4万人	59.8万人	106.4万人		0.9万人	2.3万人減	4.5万人増		
軽症	33.7万人	122.9万人	81.1万人		0.2万人減	10.6万人	37.1万人		
					11.6万人	62.7万人	173.7万人		
					2.2万人増	2.9万人減	67.3万人増		
					23%	-4%	63%		
					35.7万人	118.8万人	136.3万人		
					2.0万人減	4.1万人減	55.2万人増		
					-5%	-3%	68%		

備考: 備考程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における傷病の診断に基づき、分類する。
死亡: 初診時において死亡が確認されたもの
重症(長期入院): 傷病程度が3週間以上の入院加療を必要とするもの
中等症(入院診療): 傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽症(外来診療): 傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したものと 10

救急医療体制の整備状況の推移

		26年	27年	28年	29年	30年	元年
三次救急(救命救急)	救命救急センター(施設数)	266	271	279	284	289	294
	入院を要する救急医療施設(施設数)	2,836	2,769	2,733	2,896	2,865	2,769
		(地区数)	(404)	(410)	(429)	(418)	(435)
初期救急	休日夜間急患センター(施設数)	560	560	559	563	575	568
	在宅当番医制(実施地区数)	621	613	599	600	625	637

※ 二次救急の(施設数)は、「病院群輪番制参加病院+共同利用型病院数」の数値である。(平成30年4月1日時点)
※ 二次救急の(地区数)は、「病院群輪番制地区数+共同利用型病院数」の数値である。

		総数	4,121	4,187	4,197	4,148	4,120	4,101
救急病院等を定める省令に基づく医療機関数	うち、病院	3,826	3,903	3,926	3,903	3,882	3,874	
	うち、診療所	295	285	271	245	238	229	

(平成30年4月1日時点)
(厚生労働省医政局調べ) 11

救急搬送における医療機関の受入状況(重症以上傷病者)

○ 医療機関の照会回数4回以上の事案が9,834件(全体の2.2%)あり、現場滞在時間30分以上の事案が22,620件(5.0%)ある。

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

	1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回~	計	4回以上	6回以上	11回以上
重症以上傷病者	384,988	58,796	7,612	2,080	142	453,618	9,834	2,222	142
割合	84.9%	13.0%	1.7%	0.5%	0.0%	100.0%	2.2%	0.5%	0.0%

現場滞在時間区分ごとの件数

	15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 120分未満	120分 以上	計	30分 以上	45分 以上	60分 以上
重症以上傷病者	235,523	195,475	17,390	3,402	1,670	158	453,618	22,620	5,230	1,828
割合	51.9%	43.1%	3.8%	0.7%	0.4%	0.0%	100.0%	5.0%	1.2%	0.4%

○ 首都圏、近畿圏等の大都市において、照会回数が多い、又は現場滞在時間が長い事案の比率が高い。

	4回以上	30分以上
宮城	3.2%	8.0%
福島	5.3%	7.7%
茨城	3.7%	6.1%
栃木	3.0%	5.1%
埼玉	3.9%	13.4%
千葉	3.5%	10.6%
新潟	3.8%	9.2%
大阪	3.4%	5.0%
兵庫	2.8%	5.5%
奈良	3.5%	11.0%
広島	2.3%	7.0%
平均	2.2%	5.0%



総務省消防庁及び厚生労働省医政局 調べ(平成30年実績)

2. 人生の最終段階の医療・ケアに関するこれまでの経緯

人生の最終段階の医療に関する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 ~平成元年度	末期医療に関するケアの在り方の検討会	森岡森彦(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	文献調査
平成4年度 ~平成5年度	末期医療に関する国民の意識調査等検討会	塚澤忠生(がんセンター中央病院院長(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緩和治療 ・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	末舛恵一(済生会中央病院院長(当時))	・末期医療における国民の意識の変化 ・国民と医療従事者との意識を通じた見えた末期医療 ・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	町野綱(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 ・末期状態における療養の場所 ・疼痛治療とその説明 ・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	樋口範雄(東京大学大学院法学政治学研究科教授)	・「尊厳死」のルーテル化の議論が高まったことを受けて、コンセンサスの得られる範囲に照ったルール作り →【 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 】	-
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	町野綱(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	町野綱(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
平成29年度 ~平成30年度	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検討会	樋口範雄(武蔵野大学法学部教授)	・国民に対する情報提供・普及啓発の在り方について ・人生の最終段階における医療に関する意思決定支援に必要なその他の事項について →【 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 】	アンケート調査

「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」への用語変更について

「終末期医療に関する意識調査等検討会」(平成24年12月~平成26年3月)

最後まで尊厳を尊重した人間の生き方を重視した患者中心の医療を意味する用語として「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」という用語に変更することが提案された。

「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」に変わります

■ ガイドラインの名称変更

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年厚生労働省)

「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27年3月改訂)

【参考】

- **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)**
 エ-2-(6)(終)「病院完結型」の医療から「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、そのためにも、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)**
 第四条
 5 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**を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする。

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検討会

- **開催目的**
 ○ 人生の最終段階における医療については、医療従事者から患者・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者本人による意思決定を基本として行われることが重要。
 ○ 本検討会は、人生の最終段階における医療に関する意思決定支援を図るために、国民に対する情報提供・普及啓発の在り方等について検討することを目的に開催。
 ○ **スケジュール 計8回(平成30年3月23日とりまとめ)**
 第1回 平成29年8月3日開催 第2回 平成29年9月29日開催 第3回 平成29年12月22日開催
 第4回 平成30年1月17日開催 第5回 平成30年2月23日開催 第6回 平成30年3月23日開催
- **主なとりまとめ内容**
 ○ 人生の最終段階における医療・ケアについて、事前に繰り返し話し合う取組(ACP)が医療・介護現場だけではなく国民一人一人の生活の中に浸透するよう、一層の普及・啓発が必要であること(リーフレットの作成や国民に馴染みやすい名称の検討等)

【構成員】(○は座長)

岩田 太	上智大学法学部 教授	佐伯 仁志	東京大学法学部 教授
内田 泰	共同通信生活報道部 編集委員	清水 哲郎	岩手保健医療大学 学長
金子 権子	ライフ・タイムナル・ネットワーク代表	鈴木 美穂	NPO法人マギーズ東京 共同代表理事 日本テレビ放送網株式会社報道局社会部
川平 敬子	宮崎県健康管理部医療介護連携課課長補佐	瀬戸 雅嗣	全国老人福祉施設協議会 統括幹事
木澤 義之	神戸大学医学部附属病院緩和と支持治療科特命教授	高砂 裕子	南区医師会訪問看護ステーション 管理者
木村 厚	日本病院協会 常任理事	早坂由美子	北里大学病院 トータルサポートセンターソーシャルワーカー
熊谷 雅美	日本看護協会 常任理事	○樋口 範雄	武蔵野大学法学部 教授
権文 晋一	慶應義塾大学商学部 教授	紅谷 浩之	オレンジホームケアクリニック 代表
青森 克子	医療法人真正会副理事長	松原 謙二	日本医師会 副会長
斉藤 幸枝	日本難病・疾病団体協議会常務理事	横田 裕行	日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野教授

アドバンス・ケア・プランニング(ACP):定義

advance care planning : ACP(自らの意向が表明できなくなることに備えて)

advance : 前もって

care : 医療やケアについて

planning : 計画すること

人生の最終段階の治療・療養について、(話し合いの時期は人生の最終段階に限ることなく、)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

➢ 患者の同意のもと、話し合いの結果が**記述**され、**定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有**されることが望ましい

➢ ACPの話し合いは以下の内容を含む

- ・ 患者本人の気持や意向
- ・ 患者の価値観や目標
- ・ 病状や予後の理解
- ・ 治療や療養に関する意向や選択、その提供体制

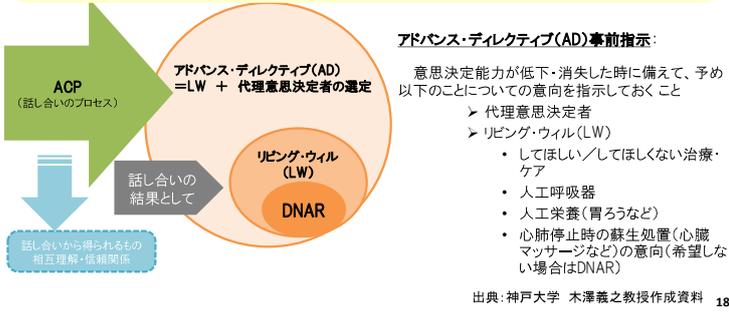
<http://www.nccp.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

出典:平成28年度厚生労働省委託事業
人生の最終段階における医療体制整備事業 研修資料一部改変

ACP、AD、LW、DNARの関係

アドバンス・ディレクティブ(AD)、リビング・ウィル(LW)、DNARは基本的に文書として表されることが目的。それに比べ、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は、話し合いのプロセス自体を指す。

(AD、ACPのいずれも、意思表示が難しい状態となった場合に、患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている。ACPで話し合われる内容はADと変わらない。大きな違いは、事前指示書(AD)に焦点が当たっているのか、話し合いのプロセス(ACP)に焦点が当たっているのかということ。)



いつ、誰に、誰が行うのか?

がんの疾患軌跡

- 全身の機能は比較的良好に保たれた期間が長く
- 死亡前1~2ヶ月で、急速に状態が悪化する
- 今後の予測が比較的容易

Lyrrn, Rand Health 2009, p.6

COPDや心不全の疾患軌跡

- 肺炎をはじめとした感染症の発症などによる急激な悪化と改善を繰り返しながら徐々に状態が悪化する
- 急激な悪化が起こったときに、それが改善可能な変化であるのかどうかの判断が難しい
- 死亡直前は比較的急速に変化する

Lyrrn, Rand Health 2009, p.8

認知症や加齢による衰弱の疾患軌跡

- 全身の機能が低下した時間が長く
- 全体的にゆるやかな低下が続き、死亡まで機能が低下していく
- そもそもいつからか終末期なのか不明確

Lyrrn, Rand Health 2009, p.6

- ◆ **早すぎるACPは望んでいない**
 - 病状の悪化や大きな身体機能の低下があった時
 - 治療の変更時
 - 早すぎると利益より害が多い
 - 複数に分けて、適切な時期に適切な話題を
Johnson S. Psycho-Oncology 2015
- ◆ **患者は医師とのACPを望む**
 - 自分を最もよく知っている医師
 - オンコロジスト
 - 担当医
 - 家庭医 Dow LA. J Clin Oncol. 2010.

出典: 神戸大学 木澤義之教授作成資料 19

「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」の改訂について (平成30年3月14日公表)

1. 見直しの必要性

- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「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」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
 - ・高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとすることが必要
 - ・英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていること
 を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

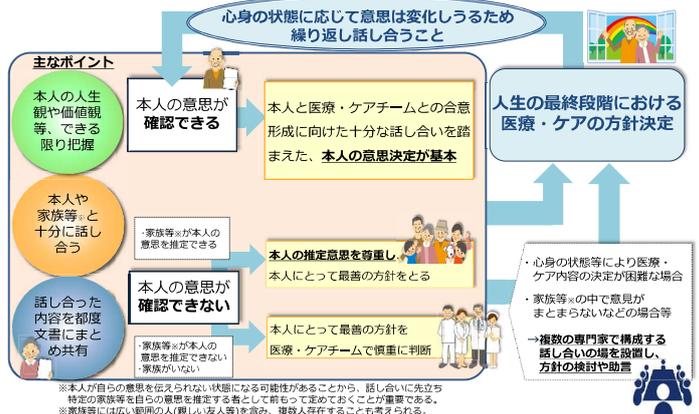
2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけでなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化するものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておく、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

20

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



21

3. 現在の取組

人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書 (平成30年3月29日公表)

普及・啓発の目的と必要性

○ 人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・ケアが行われるようにするためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組が、医療・介護現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に浸透し、「生を全うする医療・ケアの質」を高めていくことが必要。

○ このため、国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)等の概念を盛り込んだ意思決定及びその支援の取組の重要性について、一層の普及・啓発が必要。

※ 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

普及・啓発の内容・方法

普及・啓発は、対象の属性に応じ、提供する情報の内容や支援方法を次のとおり分けて検討することが必要。

- ① **人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方**
 - ・心身の状態に応じた医療・ケアの内容に関する事項
 - ・本人の意思の共有に留意すべき事項 等
 - 【医療機関・介護施設】医療・ケアチームによる、医療・介護サービスの提供の機会を通じた情報提供 等
- ② **①の方を身近で支える立場にある家族等**
 - ・①に掲げる事項
 - ・身近な方の人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に関わるに留意すべき事項
 - 【医療機関・介護施設】医療・ケアチームによる、医療・介護サービスの提供の機会を通じた情報提供 等

22

23

普及・啓発の内容・方法(続き)

③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム

- ・意思決定支援に必要な知識・技術に関する事項(新ガイドラインの内容等)
 - ・①・②の方に掲げる事項を本人や家族等に伝達するにあたり、留意すべき事項等
- 【国、地方自治体、医療・介護関係団体】新ガイドラインの普及、研修会の開催等

④ 国民全体

- ・本人や身近な人のしもときに備えて、日頃から考え、家族等の信頼できる者と繰り返し話し合いを行い、その内容を共有しておくことが重要であること
- 【国】記念日の制定やこの日に合わせたイベントの開催、関連情報のポータルサイトやeラーニング等の学習サイトの開設、ACPについて国民に馴染みや正しい名称の検討
- 【地方自治体】リーフレットの配布、市民向けのセミナーの開催
- 【民間団体】結婚、出産、介護保険加入、介護休業、退職等のライフイベントに関連する手続きの機会を通じたリーフレットの配布、セミナーの開催
- 【教育機関】学校における生命や医療・ケアに関する授業や講義の機会を通じ、人生の最終段階における医療・ケアに関する教育等

普及・啓発における留意事項

- 誰もが日常的に話し合える環境づくりを進めることが重要であること
- 国民一人一人が、希望する人生の最終段階を迎えることができるようにするために行うものであり、決して医療費削減、営利目的等に行うべきものではないこと
- あくまで個人の主体的な取組によって考え、決定されるものであり、知りたくない、考えたくない、文書にまとめたくないという方への十分な配慮が必要であること
- ACPは、これまで以上に、人生の最終段階に至る前の段階から、価値観、人生観も含めた十分なコミュニケーションを踏まえて医療・ケアの内容が決定されてきた実感の延長線上にあること等

第3章「経済・財政一体改革」の推進

4. 主要分野ごとの基本計画と重要課題

(1) 社会保障

(生涯現役、在宅での看取り等)【抜粋】

人生の節目で、人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について本人・家族・医療者等が十分話し合うプロセス※1を全国展開するため、関係団体を巻き込んだ取組や周知※2を行うとともに、本人の意思を関係者が随時確認できる仕組みの構築を推進する。また、住み慣れた場所での在宅看取りの先進・優良事例を分析し、その横展開を図る。

※1 ACP(Advance Care Planning)と呼ぶ。

※2 ACPに関して、国民になじみやすい名称の一般公募・選定や、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日の設定等を想定。

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(医療・介護制度改革)

(ii) 医療提供体制の効率化【抜粋】

人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について、人生会議¹⁷⁸などの取組を推進するとともに、在宅看取りの好事例の横展開を行う。

178 人生の最終段階で希望する医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組。ACP(Advance Care Planning)の愛称。

ACPの普及・啓発のためのリーフレットについて

○ ACPの普及啓発を図ることを目的としてリーフレットを右図のとおり作成し、厚生労働省HPにおいて、公表。

○ 都道府県や医療・介護関係団体に対して、リーフレットを広報に当たって御活用いただくよう周知。

※ リーフレット掲載HP

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000536088.pdf>

※ 「人生の最終段階における医療・ケアに関するリーフレットについて」(平成30年7月19日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡)等を通じて周知を実施。

人生の節目で、あなたはどう過ごしたいですか? もしものときのために「人生会議」

～自らが決めた、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか?～

話し合いの場をたどる(例)

1. 話し合いの場をたどる(例)

2. 話し合いの場をたどる(例)

3. 話し合いの場をたどる(例)

4. 話し合いの場をたどる(例)

5. 話し合いの場をたどる(例)

6. 話し合いの場をたどる(例)

7. 話し合いの場をたどる(例)

8. 話し合いの場をたどる(例)

9. 話し合いの場をたどる(例)

10. 話し合いの場をたどる(例)

11. 話し合いの場をたどる(例)

12. 話し合いの場をたどる(例)

13. 話し合いの場をたどる(例)

14. 話し合いの場をたどる(例)

15. 話し合いの場をたどる(例)

16. 話し合いの場をたどる(例)

17. 話し合いの場をたどる(例)

18. 話し合いの場をたどる(例)

19. 話し合いの場をたどる(例)

20. 話し合いの場をたどる(例)

21. 話し合いの場をたどる(例)

22. 話し合いの場をたどる(例)

23. 話し合いの場をたどる(例)

24. 話し合いの場をたどる(例)

25. 話し合いの場をたどる(例)

26. 話し合いの場をたどる(例)

27. 話し合いの場をたどる(例)

28. 話し合いの場をたどる(例)

29. 話し合いの場をたどる(例)

30. 話し合いの場をたどる(例)

31. 話し合いの場をたどる(例)

32. 話し合いの場をたどる(例)

33. 話し合いの場をたどる(例)

34. 話し合いの場をたどる(例)

35. 話し合いの場をたどる(例)

36. 話し合いの場をたどる(例)

37. 話し合いの場をたどる(例)

38. 話し合いの場をたどる(例)

39. 話し合いの場をたどる(例)

40. 話し合いの場をたどる(例)

41. 話し合いの場をたどる(例)

42. 話し合いの場をたどる(例)

43. 話し合いの場をたどる(例)

44. 話し合いの場をたどる(例)

45. 話し合いの場をたどる(例)

46. 話し合いの場をたどる(例)

47. 話し合いの場をたどる(例)

48. 話し合いの場をたどる(例)

49. 話し合いの場をたどる(例)

50. 話し合いの場をたどる(例)

51. 話し合いの場をたどる(例)

52. 話し合いの場をたどる(例)

53. 話し合いの場をたどる(例)

54. 話し合いの場をたどる(例)

55. 話し合いの場をたどる(例)

56. 話し合いの場をたどる(例)

57. 話し合いの場をたどる(例)

58. 話し合いの場をたどる(例)

59. 話し合いの場をたどる(例)

60. 話し合いの場をたどる(例)

61. 話し合いの場をたどる(例)

62. 話し合いの場をたどる(例)

63. 話し合いの場をたどる(例)

64. 話し合いの場をたどる(例)

65. 話し合いの場をたどる(例)

66. 話し合いの場をたどる(例)

67. 話し合いの場をたどる(例)

68. 話し合いの場をたどる(例)

69. 話し合いの場をたどる(例)

70. 話し合いの場をたどる(例)

71. 話し合いの場をたどる(例)

72. 話し合いの場をたどる(例)

73. 話し合いの場をたどる(例)

74. 話し合いの場をたどる(例)

75. 話し合いの場をたどる(例)

76. 話し合いの場をたどる(例)

77. 話し合いの場をたどる(例)

78. 話し合いの場をたどる(例)

79. 話し合いの場をたどる(例)

80. 話し合いの場をたどる(例)

81. 話し合いの場をたどる(例)

82. 話し合いの場をたどる(例)

83. 話し合いの場をたどる(例)

84. 話し合いの場をたどる(例)

85. 話し合いの場をたどる(例)

86. 話し合いの場をたどる(例)

87. 話し合いの場をたどる(例)

88. 話し合いの場をたどる(例)

89. 話し合いの場をたどる(例)

90. 話し合いの場をたどる(例)

91. 話し合いの場をたどる(例)

92. 話し合いの場をたどる(例)

93. 話し合いの場をたどる(例)

94. 話し合いの場をたどる(例)

95. 話し合いの場をたどる(例)

96. 話し合いの場をたどる(例)

97. 話し合いの場をたどる(例)

98. 話し合いの場をたどる(例)

99. 話し合いの場をたどる(例)

100. 話し合いの場をたどる(例)

人生の最終段階における医療・ケアに関する取組

現状

- 最期を迎えたい場所
 - 自宅: 54.8% (平成24年度内閣府調査)
 - 病院: 27.7% (平成24年度内閣府調査)
- 死亡の場所
 - 自宅: 13.2% (平成29年度人口動態統計)
 - 病院: 73.0% (平成29年度人口動態統計)
- 65歳以上の搬送人員の構成比
 - 平成7年: 31.8% (消防庁調べ)
 - 平成29年: 59.8% (消防庁調べ)
- 人生の最終段階における医療について
 - 「家族と全く話し合ったことがない割合」: 55.1% (平成29年厚生労働省調べ)
 - 「意思決定の書面を作成していない者の割合」: 81.9% (平成29年厚生労働省調べ)

課題

患者本人の意思の推定が困難な場合に、本人の意思に反した医療処置や搬送が行われる可能性

今後の対応

- ◆ 入院や在宅療養の前置条件など、死が差し迫った状況となる前からの幅広い場面をターゲットとした取組を拡充
- ◆ 独居世帯を優先し、先進的な事例の横展開を進める

医療機関の取組を拡充

- ① 自治体向け普及啓発
 - 自治体の取組事例を収集
 - 病院患者用の説明資料や住民用の啓発資料を作成
- ② 在宅医療・救急医療連携
 - 救急医療、消防、在宅医療機関が、患者の意思を共有するための連携ツール等の策定を支援
- ③ 在宅医療・救急医療連携
 - 延命治療の内容等に関する標準的な説明資料がない
 - 入院・在宅療養患者用の説明資料を作成
 - 医師・看護師等の研修(継続)
- ④ 医療機関での相談対応の充実
 - 医療機関における患者・家族への相談対応の取組の充実

本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの実現に向けた取組
人生の最終段階における医療・ケア体制整備等事業

【事業内容】人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の相談に適切に対応できる体制を強化するため、平成28年度から医療・ケアチーム(診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設等が連携し、多職種チームで参加することも可能)

【研修事業】

対象者	研修内容
医療従事者	医療従事者において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に関与している医師を軸とする多職種チーム(診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設等が連携し、多職種チームで参加することも可能)

【普及啓発事業】

対象者	取組
一般の方	「人生会議」普及啓発のための国民向けイベントの開催(全国7か所、計10回以上)
専門家	「人生会議」普及啓発のための国民向けイベントの開催(全国7か所、計10回以上)

【事業内容】

人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の相談に適切に対応できる体制を強化するため、平成28年度から医療・ケアチーム(診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設等が連携し、多職種チームで参加することも可能)

【研修事業】

研修内容	実施概要
① 研修	「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」の解説
② 研修	意思決定する力について(グループワークと発表)
③ 研修	本人の意思の確認ができる場合の進め方(グループワークと発表)
④ 研修	アドバンス・ケア・プランニング
⑤ 研修	意思決定を支援する者を選定する
⑥ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑦ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑧ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑨ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑩ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑪ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑫ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑬ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑭ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑮ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑯ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑰ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑱ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑲ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑳ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉑ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉒ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉓ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉔ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉕ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉖ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉗ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉘ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉙ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉚ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉛ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉜ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉝ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉞ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉟ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊱ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊲ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊳ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊴ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊵ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊶ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊷ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊸ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊹ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊺ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊻ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊼ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊽ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊾ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊿ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する

【研修事業】

研修内容	実施概要
① 研修	「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」の解説
② 研修	意思決定する力について(グループワークと発表)
③ 研修	本人の意思の確認ができる場合の進め方(グループワークと発表)
④ 研修	アドバンス・ケア・プランニング
⑤ 研修	意思決定を支援する者を選定する
⑥ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑦ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑧ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑨ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑩ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑪ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑫ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑬ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑭ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑮ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑯ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑰ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑱ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑲ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑳ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉑ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉒ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉓ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉔ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉕ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉖ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉗ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉘ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉙ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉚ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉛ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉜ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉝ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉞ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉟ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊱ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊲ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊳ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊴ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊵ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊶ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊷ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊸ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊹ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊺ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊻ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊼ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊽ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊾ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊿ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する

【普及啓発事業】

取組	実施概要
① 研修	「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」の解説
② 研修	意思決定する力について(グループワークと発表)
③ 研修	本人の意思の確認ができる場合の進め方(グループワークと発表)
④ 研修	アドバンス・ケア・プランニング
⑤ 研修	意思決定を支援する者を選定する
⑥ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑦ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑧ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑨ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑩ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑪ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑫ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑬ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑭ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑮ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑯ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑰ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑱ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑲ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑳ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉑ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉒ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉓ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉔ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉕ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉖ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉗ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉘ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉙ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉚ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉛ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉜ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉝ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉞ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉟ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊱ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊲ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊳ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊴ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊵ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊶ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊷ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊸ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊹ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊺ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊻ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊼ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊽ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊾ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊿ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する

【普及啓発事業】

取組	実施概要
① 研修	「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」の解説
② 研修	意思決定する力について(グループワークと発表)
③ 研修	本人の意思の確認ができる場合の進め方(グループワークと発表)
④ 研修	アドバンス・ケア・プランニング
⑤ 研修	意思決定を支援する者を選定する
⑥ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑦ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑧ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑨ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑩ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑪ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑫ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑬ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑭ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑮ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑯ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑰ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑱ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑲ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
⑳ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉑ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉒ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉓ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉔ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉕ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉖ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉗ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉘ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉙ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉚ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉛ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉜ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉝ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉞ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㉟ 研修	本人の意思を尊重する者を選定する
㊱ 研修	本人の意思を尊重する者

傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関する検討部会 報告書(概要)

1 背景
○近年、救急隊が心肺停止の傷病者の心肺蘇生を望んでいないと言われる事案の対応について、多くの消防本部で課題として認識されている。

2 実態調査
○全国728の消防本部を対象に、
○傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望まないと言われる事案の有無。
○事案があった本部のうち対応の取決め有無。
○対応方針の内容(心肺蘇生の実施または医師の指示等による中止)等について、調査を実施。

3 検討する上での基本的な認識
○救急隊は救命を役割とし、事前に傷病者の意思が共有されていないなど、時間的・情動的制約がある中では、**速やかな心肺蘇生の実施が基本**。
○一方で、ACP(アドバンスケアプランニング)の考え方が広まりつつあり、**今後、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・進み方は尊重されるべき方向**。

4 検討・考察内容
(1)心肺蘇生の対応について
○大阪府消防局では、傷病者の生命保護を最優先とし、**心肺蘇生を継続して搬送**。
○広島市消防局や埼玉県消防局では、かかりつけ医等と連絡し、**心肺蘇生中止の指示が出たら、心肺蘇生を中止**。
※かかりつけ医等については、傷病者の人生の最終段階における医療ケアに携わっている場合は、傷病者の状態や病状を詳細に、医学的な観点と併せて、心肺蘇生中止の判断が可能と考える。
(2)救急隊の対応について
○傷病者が心肺停止となった経緯や、心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲・内容、かかりつけ医との連絡の有無など、**救急現場の状況は千差万別であり、救急隊の対応については十分な検討が必要**。
○心肺蘇生を中止している消防本部では、単にかかりつけ医等と連絡するだけでなく、必要に応じてオンラインMCと相談しながら、**状況に応じた対応を行っている本部も少なくない**。
(3)救急搬送について
○心肺蘇生中止の際、救急隊の長時間待機が課題(医師の到着までに時間がかかる)。
○心肺蘇生を実施しない、死亡確認のためだけの搬送は、本来的には、在宅医療や高齢者施設において速やかに死亡診断を行う体制を整えることで、解消すべき課題。
(4)活動の事後検証等について
○救急現場の状況や、救急隊の対応は多様であり、MC協議会において事後検証の対象とすることを検討すべき。

5 今後の対応
○傷病者本人が心肺蘇生を望まない意思を示していたにもかかわらず、**救急要請される事案について、検討している消防本部が一部に過ぎない**。
○**各地域での検証を通じた、事案の集積による知見の蓄積が必要**。
○**国民の意向の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を把握する必要があります**。
→将来的には、救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべき。

傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関する検討部会を踏まえた消防本部への通知

●令和元年11月8日(金)
「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について(通知)を发出(消防救第207号)

★報告書の要点

①基本的な認識

- 救急隊は救命を役割とし、心肺停止状態の傷病者については速やかに心肺蘇生を実施することを基本に活動している。
- 一方で厚生労働省は、平成30年3月、ACP(アドバンスケアプランニング、別称「人生会議」)の考え方を「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に盛り込むなど、本人の意思を尊重しながら、医療・介護従事者、家族等も参加して、生き方・進み方を探る努力がなされている。
- 救急現場等においても、時間的情動的な制約がある中では、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・進み方は、尊重されるべきと考える。

②現場での対応等

- 救急現場等では、救急要請に至る経緯や、傷病者が心肺停止に至った経過、傷病者と心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲、傷病者の意思等を記した書面の有無、書面がある場合は署名の有無など、千差万別な状況である。
- 加えて、救急現場等は緊急の場であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的情動的な制約がある。

③今後の方向性

- 実態調査の結果、救急現場等では、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案の実態が必ずしも十分に明らかになつたとは言えないところであり、今後の事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考える。
- 患者本人や家族等がどのような最後を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要する医療従事者、介護従事者とも話し合い、連携を進め、ACPに取り組んでいることが重要である。

★今後、消防機関に求められること

地域包括ケアシステムやACPIに関する議論の場への参画

救急隊の対応の検討等

- 在宅医療や介護に関わる関係者の参画も確保など、デジタルコントロール協議会等における十分な議論
- 具体的な対応要件の集計及びデジタルコントロール協議会における事後検証の検討

★厚生労働省との連携

- 老健局 老人保健課から介護保険主管部局へ連携
- 医政局 地域医療計画課から救急/在宅医療担当部局へ連携

(2)「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査」による結果報告

「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査」

○調査対象 全国の消防本部728本部
○報告対象調査期間 平成31年1月1日～令和元年12月31日
○調査項目 心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数
・事案の発生場所
・かかりつけ医への連絡の有無
・心肺蘇生の継続または中止
・救急搬送の有無

◎心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数 5,359件

①発生場所

発生場所	件数	構成比
住宅	2,773件	51.7%
老人ホーム	2,471件	46.1%
その他	115件	2.1%
合計	5,359件	100.0%

②かかりつけ医への連絡

連絡状況	件数	構成比
連絡がなかった	2,814件	52.5%
連絡した方がなかった	624件	11.6%
連絡をとらなかった	1,909件	35.6%
その他	12件	0.2%
合計	5,359件	100.0%

③心肺蘇生の継続/中止

継続/中止の状況	件数	構成比
継続	4,475件	83.5%
中止	884件	16.5%
合計	5,359件	100.0%

④救急搬送の有無

搬送/不搬送の状況	件数	構成比
搬送	4,757件	88.8%
不搬送	602件	11.2%
合計	5,359件	100.0%

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(遺言を望まない患者の)救急搬送が救急
○国民の多くが、人生の最終段階を自宅等の住み慣れた場所で迎えたいと希望しているが、しかし、実際には、人生の最終段階を迎えたい者において、あらかじめ家族等と話し合っていないこと等から望まない救急搬送が行われることや、また、生命の危険が迫った状態では多くの人が自らの意思を表明できない状態に救急搬送されることから、救急現場と医療現場での対応に課題が生じていると指摘がある。
○高齢化に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれていることや、許す高齢者の救急搬送件数が年々増加していることから、本人の意思を尊重するための在宅医療・救急医療の連携体制の構築が必要とされている。

＜対策＞ 本人の意思を尊重し、望まない救急搬送を防止するための連携体制の構築支援
○先導自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協働の場を設け、在宅医療等に関する救急搬送についての情報共有の策定や、人生の最終段階の医療・ケアをどのように考えていくか等についての住民向け普及・啓発に取り組みしている。
○このような取組を参考に、複数の自治体を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等の策定するための工程が進むよう、重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重されるための環境整備を進める。
○令和2年度は、将来的に都道府県が主体となる研修事業に組み込むことを見据え、都道府県(2か所程度)が管下市町村の連携ルールを策定する際に支援等を行うとともに、管下市町村を指導するためのマニュアルを作成する。

研修課題

- 看取り期における本人の意思に反した搬送例が散見
- 対策の方向性
 - 自治体、救急隊(消防)、在宅医療関係者(医師)が、地域の実情に応じ、本人の意思を共有するために必要な情報や連携するためのルール等を策定して、工程の支援を実施
 - 医療・介護従事者向けの意思決定支援に関する研修や、人生会議に関する住民向けの普及・啓発等を実施

平成29年度～令和元年度

- 先進事例の調査
 - 連携ルール等を活用している先進自治体(市町村)の取組(連携ルールの運用に至る工程、課題等)を調査
 - ※(例)
 - 救急現場や医療現場における本人の意向や意思に関する希望等の把握・共有する方法
 - 救急要請時の搬送に関するルールルールの策定、運用
 - 入居に必要なシステムに受け入れるための連携体制や両施設が必要とする患者情報
 - 在宅医療に民間に在宅医療関係者が必要とする患者情報
 - 人生の最終段階に関する普及・啓発等
- 市町村課セミナーの実施
 - 有識者や先進自治体(市町村)の支援のもと、連携ルールの検討等に必要な工程の策定について、講習やグループワークを実施。
 - (対象)自治体職員、在宅医療関係者、救急隊関係者等
 - 策定した工程の実施状況の把握等もフォローアップを実施。
 - 実施後の報告書には、今後、他の市町村で取り組めるようマニュアルを取り組む。

令和2年度～

- 都道府県レベル事業の実施
 - 都道府県(2か所程度)に管下市町村の連携ルールを策定していただく。
 - この際、過去の当該セミナーの内容を参考にしつつ、シナリオ作成者が事業実施支援。
 - 実施後、研修センター等では事業の進捗等を把握し、必要に応じて都道府県が管下市町村を指導するためのマニュアルを作成する。
- 将来的な目標
 - 各都道府県が管下市町村と連携し、MC協議会と在宅医療関係者の連携し、地域での本人の意思の共有手法の構築等を実施する。

3「救急業務体制の整備・充実に関する調査」

○調査対象 全国の消防本部
○調査基準日 毎年8月1日
○本調査のうちDNARIに関する事項

◎傷病者は心肺停止状態であるが、家族等の関係者から傷病者本人が心肺蘇生を望んでいないなどの意思を示された場合について、

- 何らかの対応方針を定めているか
- 対応方針を定めている場合、その内容について(心肺蘇生の継続または中止、救急搬送の有無)
- 対応方針を定めている場合、策定のための検討を行った場及び検討に参加した職種について
- 対応方針を定めていない場合、策定の予定はあるか
- DNAR事案を事後検証の対象としているか、対象としている場合その検証を行うための場は

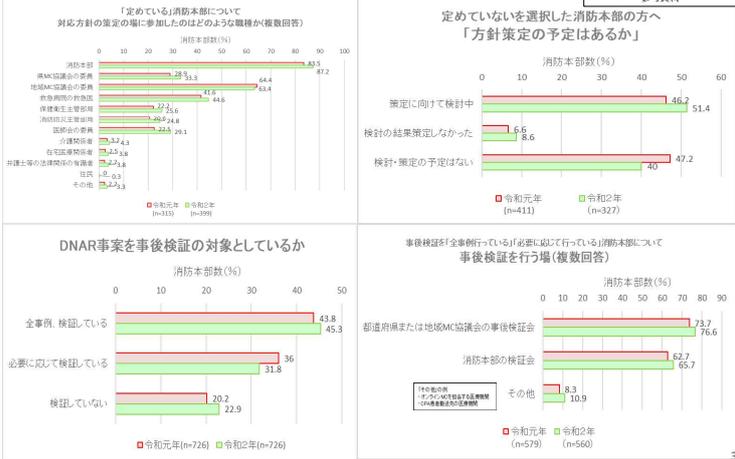
・2年間で対応方針を定めている消防本部が67件増加(平成30年332件一令和2年399件)
・対応方針における「心肺蘇生の継続の有無」について、「中止又は中断」が増加(平成30年100件一令和2年170件)、「継続」は減少(平成30年201件一令和2年197件)
・策定の検討が行われた場について、「MC協議会」が増加(平成30年177件一令和2年273件)、「消防本部内で有識者をお互い」には減少(平成30年110件一令和2年80件)

(参考資料)



◎「救急業務体制の整備・充実に関する調査結果」

令和2年11月9日
令和2年度救急業務のあり方に関する検討会（第2回）
参考資料



(4) 対応の手順

令和2年11月9日
令和2年度救急業務のあり方に関する検討会（第2回）
参考資料

① プロトコル例

消防本部における心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針は、以下のパターンに分類できる。

【中止】
家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられた場合、かかりつけ医等の医師から指示を受けるなど、一定の条件のもとに、心肺蘇生を実施しない、又は中断する

【継続】
家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられても、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する

中止の例【A消防本部】

継続の例【B消防本部】

＜ポイント＞

- 心肺蘇生の実施を望まない意思表示が示された場合、救急隊から「かかりつけ医等」に連絡して下記の4項目を確認した上で、心肺蘇生を中断し、「かかりつけ医等」又は「家族等」に連絡を引き継ぐことが可能
- ACP実践下の成人で心肺停止状態にあること
- 傷病者が人生の最終段階にあること
- 傷病者本人の心肺蘇生の実施を望まない意思があること
- 傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現症が合致していること

＜ポイント＞

- 混乱している現場活動において、短時間で蘇生拒否の意思について確認することは極めて困難なため、救命のために最善をつくす。
- 速やかに「かかりつけ医等の医師」に連絡をとれるようであれば、傷病者の状況、家族の拒否等の状況を説明し、特定行為などの処置についての指示、指導・助言を仰ぐ。

(4) 対応の手順

令和2年11月9日
令和2年度救急業務のあり方に関する検討会（第2回）
参考資料

② ヒアリングについて

地域における進んだ取組の可視化のため、一定のプロセスを経て方針を策定している消防本部を抽出し、ヒアリングを行った。

平成30年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討会報告書について(通知)(消防救急205号)より今後、救急隊に求められること

○地域包括ケアやACPに関する議論の場への参画

○救急隊の対応の検討等について

①在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、メディカルコントロール協議会等における十分な議論

②具体的な対応件数の集計及びメディカルコントロール協議会における事後検証の検討

進んだ取組の可視化(ヒアリング)

- ① 「救急業務体制の整備・充実に関する調査」の調査結果をもとに、② 左記条件により抽出した本部へのヒアリングを実施
- 一定の条件を満たす本部を抽出
 - 対応方針を定めている
 - 方針策定にMC協議会が関与している
 - 方針策定に在宅医療/介護関係者が関与している
 - DNAR事業を事後検証の対象としている
 - 左記条件により抽出した本部へのヒアリングを実施
 - 策定の経緯の詳細（誰が、どこで、どうやって作成したか）
 - 策定後の周知方法
 - 出典 等

ヒアリング結果におけるポイント

- 対応方針策定の関係者
- MC協議会(都道府県、地域)、医師(救急医、医師会の医師等)、在宅医療機関、介護施設職員、行政職員(福祉、防災)等
- 策定の経緯
- MC協議会の場でDNAR事業が議題となったことをきっかけに、多職種で構成される検討部会が検討を重ね、MC協議会で承認
 - 医師会の医師の問題提起により、多職種により構成される協議会で策定し、MC協議会でも共有
- 事後検証について
- 救急医、二次救急医療機関の医師、在宅医療機関の医師が検証に参加
- 出典
- 日本臨床救急医学会「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等のあり方に関する提言」
 - 他地域のプロトコル

ヒアリングを実施したいずれの消防本部においても、地域において多職種が関与し、十分な議論を経て対応方針が策定されている

(4) 対応の手順(プロトコル)

令和2年11月9日
令和2年度救急業務のあり方に関する検討会（第2回）
参考資料

② ヒアリングについて

対応方針	C消防本部	D消防本部	E消防本部	F消防本部
対応方針 (心臓蘇生の中止/継続)	中止	中止	継続	継続
策定の経緯の可視化 (誰が、どこで、どうやって(ひな形を作ったか))	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県MAC協議会 地域MAC協議会 医師 在宅医療関係者 介護職員 介護職員の代表者 行政職員 	<ul style="list-style-type: none"> 医療福祉連携協議会(以下の多職種で構成) 医師 在宅医療関係者 介護職員 一般市民 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県MAC協議会 医師 行政職員 	<ul style="list-style-type: none"> 地域MAC協議会 医師 介護職員 弁護士
策定後の周知方法	プロトコルを共有	書式なし 主治医が行う勉強会で共有	書式なし 地域MAC協議会の会議議事録を共有	プロトコルを共有
事後検証について	救急医・二次救急医療機関の医師、在宅医療機関の医師が参加し、事後検証を行っている。	実施	実施	実施
出典等	日本臨床救急医学会「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等のあり方に関する提言」	他地域のプロトコル	日本臨床救急医学会「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等のあり方に関する提言」	日本臨床救急医学会「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等のあり方に関する提言」

救急現場における 医療と介護の連携について

(2020)

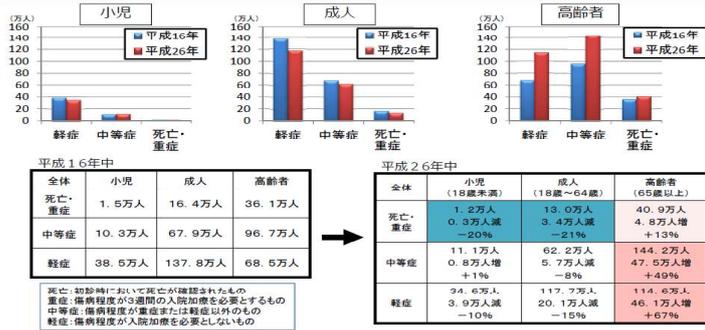
南部徳洲会病院
救急診療部
原田 宏

高齢者の心肺蘇生は、 心拍再開の可能性が低い

- ① 基礎疾患
- ② 長期間・重症度
- ③ 合併症が多い
- ④ 低栄養 免疫力低下
- ⑤ 認知症
- ⑥ フレイル
- ⑦ 老衰

10年間の救急搬送人員の変化（年齢・重症度別）

○ 救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。

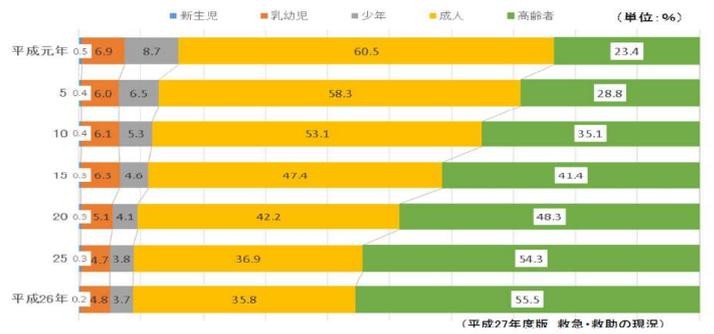


「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

54

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

○ 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にあり平成26年には5割以上を占めている。



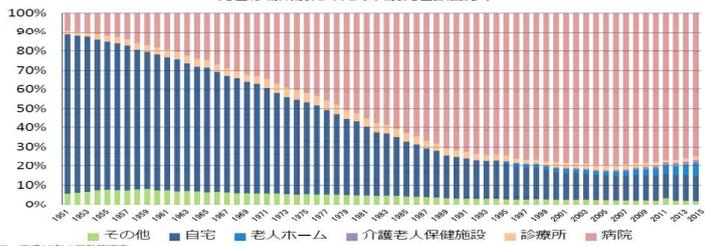
（平成27年度版 救急・救助の現況）

53

死亡の場所（年次推移）

○ これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
○ 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

死亡の場所別に見た年次別死亡数百分率

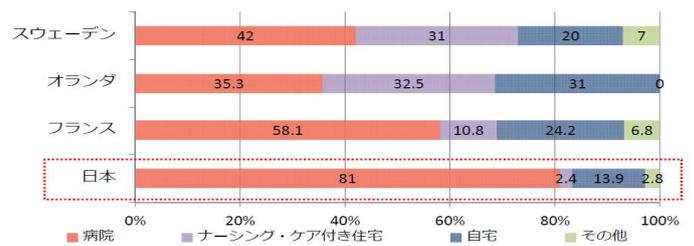


内閣府調査「自宅で最後を迎えたい」と、希望している人 **55%**

6

死亡の場所（各国比較）

○ 国際的にみて、日本は病院での死亡率が高い。 **日本81% スウェーデン42% オランダ35.3%**



※「ナースing・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が主である。オランダのデータには施設別別々のデータは存在しない。
（資料）スウェーデン: Socialstatistik, Open endst, oss alla, 1998年調査（本報 p.48）
オランダ: Central Bureau voor de Statistiek, 1998年調査（本報 p.11）
フランス: Institut National des Etudes Démographiques, 1998年調査（本報 p.17）
日本: 厚生労働省 高齢者保健統計調査報告書（人口動態統計）による2000年時点

※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用
出典：医療経済研究機構「超高齢化の終末期における医療に関する研究報告書」

5

国際的に見て、日本は病院での死亡率が高い

日本 81% スウェーデン42% オランダ35.3%

日本人の平均寿命 1990年 79 歳 ⇒ 2015年 83.2歳

健康寿命 1990年 70.4歳 ⇒ 2015年 73.2歳

2 救急病院から 介護施設 在宅医療 看護 担当者へ お願い

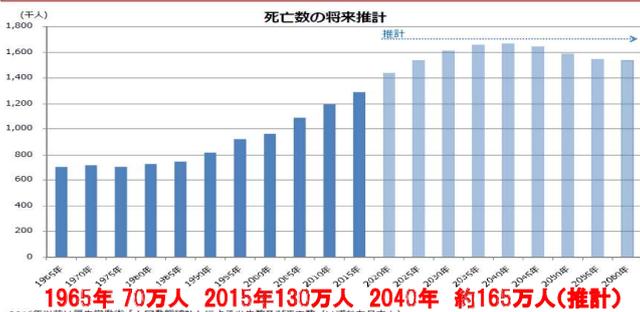
2-1 急変時の 対応マニュアル 整備

経過のわかる まとめをきちんと書類化・最新化
 (既往歴・内服薬・かかりつけ医・病院)
 (普段のADL・会話可能・意思疎通・移動・食事)
 緊急時の連絡先には 電話を入れて欲しい。
 何分後に ご家族が到着できるのか、知りたい。

※ 『 救急連絡シート 』 南部地区医師会

2-2) 看取りの制度 確立させましょう

○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）。2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位推定による推計結果

4

質 問

昨年度(2018年度)年間出産数

団塊の世代 1949年出世

91.8万人

269万人

参 考

日本人	平均寿命	男 性	女 性
	2018年度	81.09歳	87.26歳
	2017年度	80.98歳	87.14歳
	95歳までに生きる確率	9.1 %	25.2 %
	健康寿命(2016年度)	72.14歳	74.79歳
	平均寿命と健康寿命の差	8.84年	12.35年

3 看取り制度の確立

高齢になると、体力低下、免疫力低下、筋力低下、意欲の低下が生じる。
 癌の末期、骨粗鬆症、脳萎縮そして、認知症、寝たきりの状態につながる。

⇒ その結果、歩けなくなる。骨折しやすくなる。肺炎などの感染症にかかりやすくなる、肺炎も重症化する。筋肉量低下、認知症の進行。食欲低下。

⇒ どこかに、『 個体の生 』を維持することの限界がくる。 ⇒ 『 世代の交代 』

⇒ これは自然経過である。

『 看取り 』とは、人の一生に、手を加えすぎないことである。

※ 自分の死は、ある程度、自己決定ができる。
永久に生きていけると考えている人はいない。
死を考えながら、生きる。

3-1 施設側の利点

- ① 緊急時(心肺停止時) 慌てる必要がない
- ② 主治医・嘱託医への連絡のみ 医師は時間を見て、死亡確認
- ③ 家族への連絡 ゆっくり準備
- ④ 施設職員・入所者 見送る機会(送別の会)できる。
介護職員の満足感

3-2) 救急隊の利点

- ① 原則 要請はない
- ② 仮に、搬送が必要な場合に他の事例を優先できる。
- ③ 本当に必要な人の救急対応が出来る。
アナフラキシシーや交通事故など

3-3 救急病院の利点

- ① 本当の救急患者さんに、時間を割ける。
緊急疾患への対応、外傷患者、心疾患など。必要機材、ICU使用
- ② 医療資源の節約 医療費の削減
- ③ 医師が疲弊している現状 改善？

3-4 『看取りとは』とは、余計な医療の介入を避けること。

必要な医療は、取り組む必要がある。(肺炎、誤嚥などは、治療すべし。)
胃瘻造設術 最近では避ける方向性

3-5 心肺停止の際の病院での実際の行動

心肺停止の連絡が入ると

- ① 対応できる救急室の確保 機材準備 対応医師 看護師・放射線技師
臨床検査技師・臨床工学士の確保。医事課職員の対応。他の患者さんへの対応・中断。
- ② 搬入前、患者情報 過去のカルテチェック。
- ③ 心肺蘇生 (30~90分間) 患者情報・家族情報

心肺蘇生成功時 ICUの確保 ・ 治療指示 ・ 直接の処置

人工呼吸器管理・輸液・薬剤指示・中心静脈カテーテル・動脈圧測定など
家族説明・治療方針・治療計画など

心肺蘇生 心拍再開しなかった時

直前までの情報、過去の病歴チェック。

- ④ 検査データの分析。死因の推定。必要時、他院医師に連絡、情報収集。
- ⑤ 殆どが、原因不明なことが多い。死亡診断書が書けない。
死亡後 CT検査などで、死亡原因が分かる場合がある。家族承諾。
- ⑥ 検案 警察への連絡 事件性がないか捜査が始まる事がある。
到着まで 2~3 時間かかることがある。その後、説明。
病院滞在 4~6 時間
- ⑦ 警察の検死が必要なら、ご遺体引き渡しは翌日になる事が大部分である。
ここでは、警察医が関与しないわけにはいかない。
これらは時間がかかる。1人の人間の最後を締めくくる作業ではある。
警察も、他の優先事例を犠牲にしている可能性がある。

人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 (平成25年3月)



出典：人生の最終段階における医療に関する調査 (平成25年) 12

終末期医療に関する意識調査等検討会報告書の概要 (平成26年3月)

S 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果の概要

【調査時期】平成25年3月 【調査方法】郵送調査
【調査対象】(回収数/配布数)
一般国民(2,170/5,000)、医師(921/3,300)、看護職員(1,434/4,300)、施設介護職員(880/2,000)、施設長(1,488/4,200)

- a 自身の死に近い場合に受ける医療や受けない医療についての家族と話し合いについて、「全く話し合ったことがない」が一般国民の5.6%
- b 自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて78%が賛成していたが、実際に作成しているのは2%。(医師)
- c 自分で判断できなくなった場合に備えて、家族等の中から、自分に代わって判断してもらう人をあらかじめ決めておくことについて、63%が賛成。
- d 希望する療養場所について、居住を希望する割合は、状態によって10~72%。(国民)
- e 希望する治療方針は、状態によって差があるが、概ね「肺にももかかった場合の抗生剤服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」は希望する割合が高く、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生装置」は7~73%が希望しない。(国民)
- f 終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインを参考しているかどうかについて、医療福祉従事者の職種によって34~50%が「ガイドラインを知らない」と回答。
- g 施設の職員に対する人生の最終段階における医療に関する教育・研修は、施設の種別によって28~56%を実施。

S まとめ

- 国民が人生の最終段階における医療に関して考えることができる機会の確保
人生の最終段階における医療に対する国民の関心や希望はさまざまであり、こうした思いを支えることができる相談体制やそれぞれのライフステージに適した情報提供等により、国民が主体的に考えることができる機会を提供することが重要である。
- 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療の提供体制の整備
厚労省ガイドラインの普及活用促進、医療機関等における複数の専門家からなる倫理委員会の設置、医療福祉従事者の資質向上のための研修の実施等により、本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療の提供体制を整えることが必要である。
- 終末期医療から「人生の最終段階における医療」への名称変更
最終まで本人の生き方(一人人生)を尊重した医療およびケアの提供について検討することが重要であることから変更した。

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

平成26年度予算 61百万円
平成28年度予算案 66百万円

【背景・課題】

- 高齢化が進展し、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、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進めることが重要であり、厚生労働省では、こうした意思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年改称)を策定し、周知を図ってきた。
- しかしながら、平成25年の調査によれば、当該ガイドラインは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、看護師等)の育成研修を全国8ブロックで実施し、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

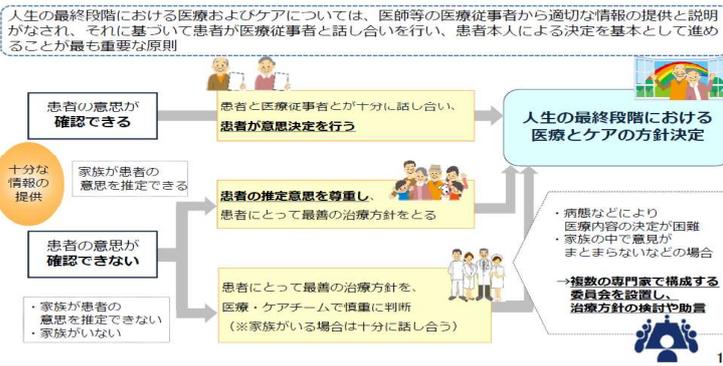
・人生の最終段階における医療に関する意思決定に関わっている医師を含む多職種チーム(診療所、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設が連携し、多職種チームとして参加することも可能)

プログラム	主旨、構成内容	プログラム	主旨、構成内容
研修1	倫理的な問題を含む意思決定をどう進めるか?	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
研修2	「本人の意思決定」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	体面決定者を選定する
研修3	アドバンス・ケア・プランニングとは	ロールプレイ3	治療の選択を導く、患者の選択を支援する代理決定者の数量種を導く
研修4	臨床における倫理の基礎	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
研修5	意思決定に際する法的な知識	グループディスカッション2	明日への課題
研修6	患者・家族の意向を引き継ぐには		

開催実績の予定

- ・平成26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6か所 25名が研修を終了。
- ・平成28年度は、220チーム、776名が研修を受講予定。

「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」 方針決定の流れ（イメージ図）



問題点

高齢者介護施設の一時的負担増加

医師や施設職員と患者さん、家族との話し合い・連絡を密にすることが要求される。

一番重要な人生最後の終末期医療に関する判断・方針が決定すると、本人・家族との意思疎通がスムーズになる。

在宅看護 在宅介護者への対応（最後は自宅を希望する人は多い）

必要なら我々、救急専門医が救急の現場での現状を家族会で説明する。

4 「死」を考える

4-1 生物個体は、必ず 死にます。

種によって、個体によって差はある。『 ぞうの時間、ネズミの時間 』

ヒール細胞

自分がいつ死ぬか、分かっている人はいません。

4-2 『 自分の葬式は必要ですか 』

朝日新聞 2017/9/2 必要 44 % 不要 56 %

『 もしもの時、臓器提供を考えますか？ 』

『 医療の進歩のために献体しますか？ 』

4-3 一般的に『 死 』については、なるべく考えないようにしている。

しかし、自分の死を考えると、残された時間を有効に使いたくなる。

他人の死 例えば 母親、父親 祖父母

体験談聞いておきたい。人生のアドバイスをもらいたい

血の繋がった親族。大切にしたい、仲良くしたい

例えば 子供達 孫達

自己の体験から、人生の中で無駄な時間を過ごさせないように伝える。

4-4 児童生徒に、死 を教える。

- ・ 自分の生活の反省。
- ・ いかにしたら楽しい生涯を過ごせるか。
- ・ 真剣に生きる目標を持つ

5 看取りを考える、考えよう

5-1 アドバンスケアプラン(ACP)

将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・ケア・療養に関する意向、代理意思決定者などについて、患者・家族そして医療者があらかじめ話し合うプロセス。

5-2 ACPの実際と手順

① 治療とケアのゴールの明確化

本人のこれまでの生き方、価値観などを共有するための話し合い。

「これから、どのように生きてゆきたいか」を話し合う。

② 最善を期待し、最悪に備えるコミュニケーションに心がける。

考えたくない話題ばかりしないこと。

本人が最も大切にしていること。希望が最大限達成できるような支援に務めるとともに、「もしものときどうするか」について、本人の考え方、価値観、具体的な選択肢を話し合う。

③ 代理意思決定者

本人だったらどう判断するかを代弁できる人を選定する。

話し合いの場に常に参加してもらう。

④ 話し合いの仕方（代理意思決定者、医療者も積極的に参加する。）

「万が一のことを考えて、お聞きするのですが、病気の進行、老化の進行時、どうしようかと考えることはありますか。」

「もし良かったら、どんなことを考えたか教えていただけますか。」

「どうしてそのように、お考えなのですか」

本人の感情に注意し、つらそうな表情や行動をするなら、話題を変更する。

⑤ 「大切にしていること」「してほしいこと」「してほしくないこと」

今後の治療やケアを受けていくうえで、これだけはしたくない、してほしくない事がありますか。

もしよければ、具体的に教えて下さい。

できればその理由も、教えていただきたい。

まとめ

人生の最終段階における医療体制整備

- ① 高齢者の無理な生命維持は倫理的・人権的問題につながる。
- ② 病院などの医療資源は、限られたものである。医療資源の有効利用
- ③ 日本の健康保険制度は、限界に近づいている。
- ④ 本来、救命できる救急患者さんを、受け入れ出来なくなる可能性。
- ⑤ 老人ホーム等の協力なしでは、今後の救急医療は成り立たない。

以下は私見

- ⑥ 高齢者は家族を含め、人生の最終段階を真剣にとらえる必要あり。
⇒ 家族はやがて自分自身のことになります。
- ⑦ 最後の方針が決まっていると、気が軽くなります。
生きやすくなります。
- ⑧ 一般の人は、死を考えることを避けている。
- ⑨ 学校教育の中で、「死の教育」を取り入れるべきである。
- ⑩ 死を考えながら生きることは、生きている時間を大切にすることになる。

引用文献【テーマ1】 著者 参考資料 意見交換 資料-2 参考 2019・08・19



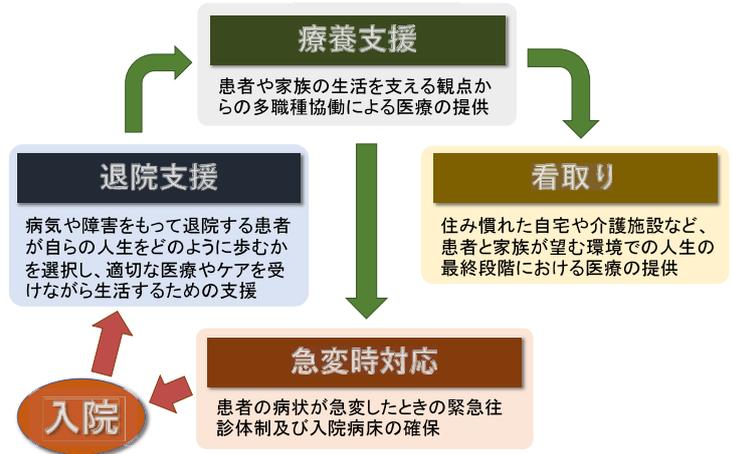
在宅医療の体制について

在宅医療・救急医療連携における課題

～沖縄県在宅医療・介護連携に係る市町村支援事業の経験から～

在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業在宅医療・救急医療連携セミナー第2部

医療法人沖縄徳洲会 中部徳洲会病院 在宅緩和ケア科
 沖縄県中部地区医師会
 新屋 洋平



看取りまでを目的とした在宅療養における専門職の役割分担

- 医師
 - ✓ 病状（予後予測含む）患者家族へ説明、チーム共有
 - ✓ 症状緩和の知識、処置や処方等の対応
 - ✓ 往診対応できる体制
- 訪問看護師
 - ✓ 医師への情報提供、家族への看護指導
 - ✓ 病状変化時時の対応、不安の軽減
- ケアマネージャー
 - ✓ 介護サービスの調整
 - ✓ 療養長期化を見据えた手配：希望の提供
- リハビリスタッフ
 - ✓ ADL低下時の屋内移動の適応支援
 - ✓ マッサージ等身体接触による支援の提供
 - ✓ 回復への希望の提供
- 介護士
 - ✓ 身体へのケア（不快の軽減、身体接触による支援）
 - ✓ 家族の代行としての関わり：療養の価値（物語）の創出

沖縄県在宅医療・介護連携に係る市町村支援事業において抽出された全県的な課題

(1) 療養生活の支援

1. 訪問診療に対応できる医師が量的に不足している。とくに、高齢者施設へと訪問診療してくれる医師が見つからない。
2. 在宅医療の必要性のアセスメントが不十分であり、導入が遅れた結果、これまでの暮らしが困難となる高齢者が多い。
3. レスパイトなど在宅医療を支える病院が不足しているため、介護者が疲れてしまって在宅療養を断念することが多い。
4. 診療所へ通院できる患者であっても、通院支援サービスが見つからないために、長期入院になってしまうことがある。

退院・在宅カンファレンス時の患者・家族への説明の例

中部徳洲会病院在宅・緩和ケア科

- 余命が限られていること（多くの方は臓器障害あり）
- 在宅療養中は、医師・看護師が24時間365日対応する
- 在宅医療で可能な処置等
- 病院への再入院はいつでも可能である
- ただ、積極的治療は適応とならないので、入院と在宅療養で予後は変わらない
- 何らかの強い症状があり、急いで対応が必要な場合は救急車を呼んでも構わない（医師・看護師には連絡を行う）
- ただし、加齢による衰弱の経過のときは、強い症状が出ることはほぼないと見込まれる
- つらい症状がない様子の変化、例えば呼吸停止を見つけた場合は、医師・看護師へ連絡し到着を待って欲しい

沖縄県在宅医療・介護連携に係る市町村支援事業において抽出された全県的な課題

(2) 急変時の対応

1. 救急隊、病院、施設間において、現在の医療や介護の内容、本人の意思などについての情報共有が不十分である。
2. 高齢者施設からの病院受診や救急要請の判断が、患者の状態や意思に照らして適正とはいえないケースがある。
3. 本人や家族のなかに終末期における医療のイメージがないため、本人や家族が望まない医療が提供されることがある。

※救急搬送後に一定程度延命効果を見込める治療・医療的ケアが存在する場合は、状態等により画一的に搬送を行わないことは倫理的に問題がある可能性があることに留意が必要

(3) 入退院の連携

1. 喀痰吸引などの手技が必要になったり、看取りが考えられる状態になると、受け入れてくれる施設が見つからない。
2. 病院とケアマネジャー、施設との連携が不十分なため、療養体制の調整が不十分なままに退院となってしまうことがある。
3. 治療が終了しているにも関わらず、明確なゴールもないままに急性期病院への入院が長期化しているケースがある。

(4) 看取りの支援

1. 人生の最終段階における医療について、具体的なイメージが住民になく、考える機会もないままに老いを迎えている。
2. 家族のあいだで看取りについての考え方が異なっており、医療や介護の提供者が対応に苦慮することがある。
3. 看取りに対応しない高齢者施設があり、人生の最終段階になってから救急搬送される等により施設からの退所を求められることがある。

人生の最終段階を迎えた方の看取り【類型】

- ① かかりつけ医(かかりつけ医療機関の医師)により、自宅(介護施設等)において死亡診断がなされる(オンライン診療含む)
→望ましいあり方
※緊急通報がなされた場合でも、かかりつけ医に連絡が取れ家族等の不搬送希望が確認された場合には、自宅(施設等)看取りが可能と考えられる
- ② かかりつけ医の診療情報提供を受けた往診担当医師(かかりつけ医療機関とは別の医療機関)により、自宅(介護施設等)において死亡診断がなされる
→診診連携、病診連携や医師会等により体制構築されている地域あり
- ③ 家族(施設職員含む)等の依頼により救急隊がへ病院へ搬送を行う。その際、かかりつけ医の指示により搬送中もしくは病院到着後の無益な心肺蘇生はすみやかに中止され、かかりつけ医もしくは診療情報の提供を受けた病院救急医により死亡診断がなされる
→消防よりかかりつけ医への連絡、かかりつけ医から病院への診療情報の提供がカギとなる
- ④ 救急病院に搬送され、心肺蘇生処置等の検査/治療行為を受けた後に、回復困難として病院救急医による死亡診断を受ける
→当セミナーにおいて課題と考えられる部分

人生の最終段階を迎えた方の看取り【類型：表】

		死亡診断する医師		
		かかりつけ医 (同医療機関の医師)	往診担当医 (別医療機関)	救急医
死亡診断する場所	(施設) 自宅	①望ましいあり方 ※緊急通報がなされた場合でも、かかりつけ医に連絡が取れ家族等の不搬送希望が確認された場合には、自宅(施設等)看取りが可能	②診療情報の共有がなされていれば可能	※筆者は当該項目にあてはまる取組事例について承知していない
	病院	③かかりつけ医と救急病院の連携が必須 ※無益な心肺蘇生等の治療行為の提供をできるだけ短時間とすることができるかが課題	※筆者は当該項目にあてはまる取組事例について承知していない	③診療情報の共有が必要 ④初診かつ診療情報の共有がなされていなければ、異常死としての対応となる場合あり

まとめ：
在宅医療・救急医療連携における課題の整理

- ① 人生の最終段階を迎えた住民が、家族(施設職員含む)等により緊急通報がなされた場合においても、かかりつけ医により自宅や介護施設等において死亡診断を受けるためにはどうしたらよいか?
- ② 人生の最終段階を迎えた住民が、救急搬送なされた場合においても、無益な心肺蘇生等の処置を受けることなくおだやかな最期の時間を持つことはできるか?

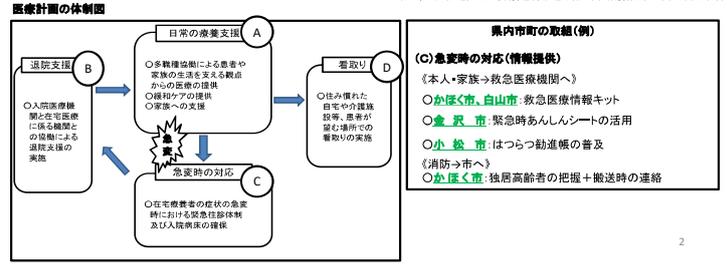
関係者ごとの課題

- 住民 : 人生の最終段階についての理解
- かかりつけ医 : 看取りの経過について本人・家族の意向確認、往診が行えない場合の対応
- 救急隊(消防) : どのような条件(情報含む)があれば不搬送とすることができるか
- 救急医 : どのような条件(情報含む)があれば、心肺蘇生を中止し死亡診断を行うことができるか

「いしかわ在宅医療・介護連携ルール」 ～急変時の連携編～

石川県在宅医療推進協議会
石川県医師会
石川県健康福祉部

- ### はじめに
- 現在、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ます。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ます。
 - このため、平成30年度においては、
 - 「石川県在宅医療推進協議会」では、県医師会等を中心に、県内各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）
 - 県では、各市町の在宅医療・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。
(参考2) 在宅医療・介護連携推進事業（県看護協会～県長寿社会課）



課題

- 現在、一部各市町において、(B)入院支援を円滑化するための係取組や(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。
- 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ません。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。

救急隊に気付いてもらえるように(県内の好事例)

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など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薬名、本人からききとりをなくと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～)

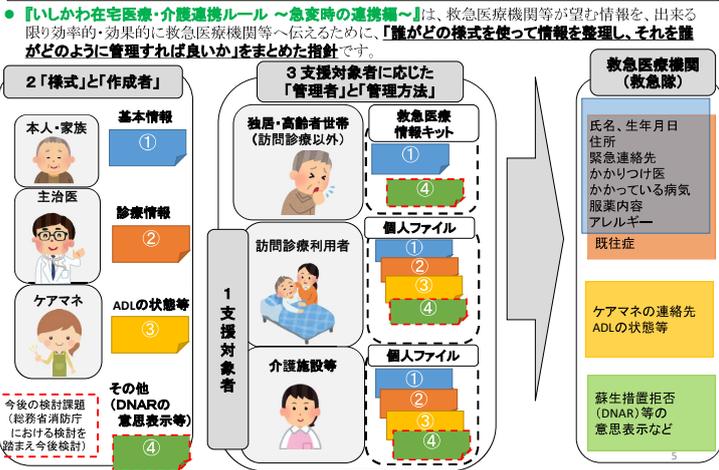
＜周知方法＞
 地域包括支援センター、民生委員を通じて配布し、2万2000枚ほど配布済み

＜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

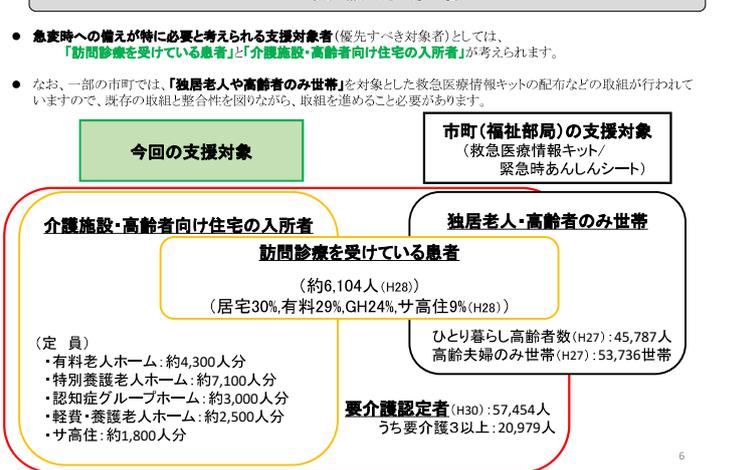
金沢市における要支援者名簿の活用

金沢市福祉局では、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。

「いしかわ在宅医療・介護の連携ルール」～急変時の連携編～の全体像



1 支援対象者



うすき石仏ねっと

救急医療・災害医療・終末医療
への活用

馬毛介護支援事業所 調剤薬局

臼杵市医師会立コスモス病院 仲友 一洋

臼杵市

臼杵市はここに位置します

大分県 臼杵市

人口 約3.8万人、面積 291.08平方Km、高齢化率 38.5%

臼杵市医師会立コスモス病院

うすき石仏ねっと

石仏があなたを守って下さる

「うすき石仏ねっと」とは、臼杵市内の医療・介護機関を結び情報ネットワークです。

皆様に「石仏カード」を提示していただくことで、様々な機関にあるデータを共有できるようになります。

大日如来 N. Tamada

臼杵市医師会立コスモス病院

うすき石仏ねっと

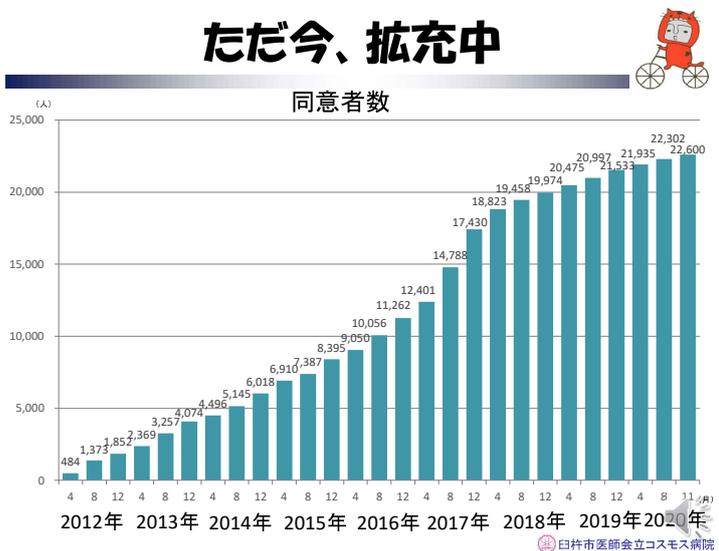
自施設のID 地域共通ID データ集約統合型データベース

更新 閲覧 石仏カード(地域共通ID)を用いた情報管理

同意者Uさんの情報 病名 入院歴 薬剤 介護

歯科医院 訪問看護ステーション 診療所 病院 介護施設 薬局 馬毛介護事業所

臼杵市医師会立コスモス病院



情報共有施設数

稼働数(同意数)/総数

- 医療機関 26 (29)/ 32
- 調剤薬局 16 (17)/ 17
- 歯科医院 18 (18)/ 19
- 福祉施設 6 (6)/ 6
- 訪問看護 2 (3)/ 3
- 介護事業所 20 (21)/ 21
- 公的機関

臼杵消防署
地域包括支援センター
臼杵市役所
大分県中部保健所

- 市民健康管理センター

臼杵市医師会立コスモス病院

検査結果参照 画面

検査日: 20140829 患者番号: 2011 受付番号: 20140829-397 結果 | 時系列 | グラフ | レポート | 画像 | 心電図

白 黄色 (ウスキロ)

生年月日 昭和37年 7月 7日 年齢 52 性別 男 検査セクト 内科 検査項目

(1) [1] [3] 全ての項目を表示する 全て選択 | 全て解除

項目/依頼料	20140815	20140408	20140408	20140415	20140602	20140606	20140718	20140829
藤野健徳器	コスモ病院	コスモ病院	藤野健徳器	海辺内科	前尾眼科	吉田医院	コスモ病院	コスモ病院
γ-GTP	14			13	11	10	12	12
CPK				113	123	124	101	89
AST				21	21	21	20	20
ALT				10	9	9	14	8
胆红素				123	91	95	80	106
尿酸				66.2	68.1	61.7	55.8	60.8
血糖				74.1	79.2	85.3	L 63.0	L 68.5
血圧				12.7	16.9	13.9	17.3	14.4
心電図				H 0.78	H 0.84	H 0.73	H 0.73	0.77
心電図時間				3.4	3.5	3.3	4.3	4.0
心電図時間				142	140	141	139	143
心電図時間				4.2	4.4	4.2	4.0	4.3
心電図時間				107	104	104	106	107
心電図時間				H 258	150	130	143	183
心電図時間				85分	150分	60分	100分	110分
心電図時間				H 7.3	H 7.2	H 6.9	H 6.9	H 7.0
心電図時間				L 92	L 77	L 70	L 82	L 82
心電図時間				11.4	8.4	6.7	7.6	7.3
心電図時間								7.0

異なる医療機関の検査結果も時系列で表示健診データも!

電子化お薬手帳

21720 (10004776) 低血糖 出血傾向 腎機能 G2 ログオフ

薬歴情報

処方日 入内 特別 医療機関 診療科

処方日	入内	特別	医療機関	診療科	処方内容	回数
2016-05-23	院外	処方	荒玉橋診療所	診療科無し	(1) カルベジロール錠 1.25mg「ザフィ」	4錠
2016-04-27	院外	処方	荒玉橋診療所	診療科無し	分2 頓 夕食直前	30日分
2016-03-30	院外	処方	荒玉橋診療所	診療科無し	分1 朝食直前	1【1包】
2016-02-02	院外	処方	荒玉橋診療所	診療科無し	分1 夕食直前	3錠
2016-02-01	院外	処方	荒玉橋診療所	診療科無し	分1 朝食直前	30日分
2015-12-30	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 夕食直前	1錠
2015-12-04	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 朝食直前	1錠
2015-11-09	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 夕食直前	1錠
2015-09-11	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 夕食直前	1錠
2015-08-17	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 朝食直前	1錠
2015-08-16	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 夕食直前	1錠
2015-08-07	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 朝食直前	1錠
2015-07-10	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 夕食直前	1錠
2015-06-26	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 朝食直前	1錠
2015-06-18	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 夕食直前	1錠
2015-06-04	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 朝食直前	1錠
2015-05-07	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 夕食直前	1錠
2015-04-02	院外	処方	コスモ病院	内科	分1 朝食直前	1錠

ケアマネ連携 入院時連携シート

禁忌・アレルギー

禁忌・アレルギー薬剤

更新日	医療機関	更新者	禁忌薬剤	発症	時期
2018-07-05	コスモ病院	井保	1 フロモックス	嘔吐	2015年3月11日 9時2分
2018-03-11	新豊美地	正盛	2 リゼトール	呼吸不全	
2018-03-27	コスモ病院	坂井	1 フロモックス錠1.00mg		2018年3月27日 14時19分
2018-03-27	コスモ病院	坂井			
2018-03-27	コスモ病院	坂井			

入院時連携シート

2011 (10003861) 平成 29年9月1日 (25歳)

白 黄色 (ウスキロ)

登録日	施設	登録者	登録日	2015年8月10日	医療機関	コスモ病院
2015-08-10	コスモ病院	管理員	入院日	2015年8月10日	登録者	管理員 4
			情報提供日	2015年8月10日		
			在宅介護支援事業所	コスモ病院		
			ケアマネジャー	石井 義典		

在宅・入院時の状況

介護度	要支援1
入院前の症状	入院前の症状も入力
かかりつけ医	藤田博樹科 藤田 明徳
特定疾患	特定疾患があれば入力
障害者手帳	身体障害者手帳 2種 1級
薬管理	自立
食事	自立
食事制限	あり (塩分6g)
水分制限	なし
口腔ケア	自立
搬送	一部介助
座位保持	自立
立位	見守り
移動	歩行器
排泄	自立
入浴	一部介助

歯科情報 歯科情報(歯式)画面

歯科情報

診療日 2015年12月9日 医療機関 こながわ歯科

主治医 小名川 良輔 登録者 小名川 良輔

診療日	医療機関	登録者
2015-12-09	こながわ歯科	小名川
2015-09-18	こながわ歯科	高土野
2015-08-27	コスモ病院	小野
2015-06-19	矢田歯科	矢田

歯式

右上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左上				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
健全歯															健全歯
C1~C3 (治療中を含む)															C1~C3 (治療中を含む)
半埋伏歯・埋伏 (分かる範囲で)															半埋伏歯・埋伏 (分かる範囲で)
CR充填、セメント充填ほか															CR充填、セメント充填ほか
部分インレー、アンレ															部分インレー、アンレ
金冠色															金冠色
3/4、4/5冠															3/4、4/5冠
歯冠色															歯冠色
アルカラム充填															アルカラム充填
高洞の形態 (金属修繕物のみ記入)															高洞の形態 (金属修繕物のみ記入)
全部歯冠修繕 (FMCは)															全部歯冠修繕 (FMCは)
部分修繕 (H.R、M.Bは)															部分修繕 (H.R、M.Bは)
修正 (H.J.C、セラミックは)															修正 (H.J.C、セラミックは)
支台歯 (インプラントも)															支台歯 (インプラントも)
可															可
ボンディック															ボンディック
残根・根面被は															残根・根面被は
欠損															欠損
義歯 (人工歯あり)															義歯 (人工歯あり)
インプラント															インプラント
歯周 (TF.K、プロビ)															歯周 (TF.K、プロビ)

災害対策

災害時には

地震などの大災害時には皆様の健康や命を守るために、医療や援助が必要な方の情報を行政などと共有させていただく予定です。また、同時に石仏カードなしでもお薬などの情報は閲覧できるようになる予定です。

お薬の情報
遺体検案のための情報
災害時要援護者の情報

ケアマネ連携 災害時要援護者 把握シート

2011 (10003861) 平成 25年9月1日 (25歳) 低血糖 出血傾向 腎機能

白 黄色 (9才 90)

災害時要援護者 (医療) 把握シート

登録日	施設	登録者	登録日	2015年8月10日	医療機関	コスモス病院	登録者	管理者 4
2015-09-10	コスモス病院	純友	登録区分	2015年8月10日	事業所名	コスモス病院	記入者	管理者 4
在宅医療		H O T、経営栄養、介護		具体的な医療処置 (必要な医療物品や服薬内容など)		具体的な医療処置 (必要な医療物品や服薬内容など) あれば入力		
その他の留意点等 (日常生活上の必要な配慮など)		その他の留意点等 (日常生活上の必要な配慮など) あれば入力						

ケアマネ連携 災害時要援護者把握シートを“ねっと”で共有

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

臼井 太郎 (9才 90)

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

- 糖尿病
- 右大腿骨幹部骨折
- 慢性硬膜下血腫

コスモス病院 外来来院歴

登録日	施設	登録者
2015-09-17	木村 成志	内科
2014-12-19	純友 一洋	内科
2014-10-10	純友 一洋	内科
2011-06-28	高木 真一	内科
2011-06-24	竹中 隆一	内科
2011-06-17	竹中 隆一	内科
2011-06-09	純友 一洋	内科
2011-05-24	高木 真一	内科

コスモス病院 入院履歴

登録日	施設	内科
2008-09-10	2008-09-10	純友 一洋

かかりつけ医

科	氏名	備考
1 丸岡整形外科	丸岡 伸比志	
2 三好泌尿科	三好 優行	
3 丸岡整形外科	丸岡 伸比志	
4 元村整形外科	元村 隆次	
5 コスモス病院	小川 聡	
6 藤野歯科	藤野 孝雄	

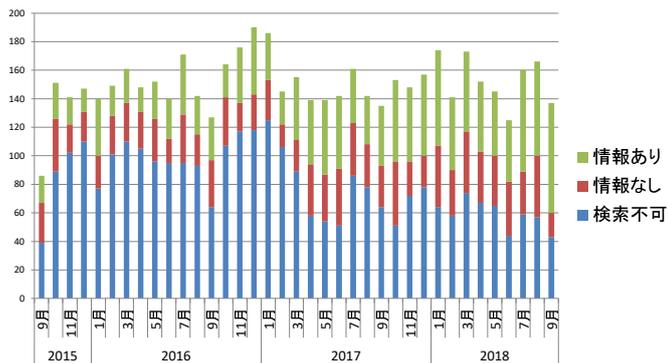
自立度

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	C 1
認知症高齢者日常生活自立度	I

ADL (2016-06-30)

食事	一部介助	排泄	オムツ
移動	意思伝達	可	

情報利活用の推移 ー通信指令室ー



効果検証

検証結果 (血糖測定事案)

現場滞在時間 (全体)

	加入者	非加入者
平均 (単位: 秒)	567.4	646.4
分散	16593.04	31791.12
観測数	46	44
仮説平均との差異	0	
自由度	78	
t	-2.39945	
P(T<t) 片側	0.009403	
t 境界値 片側	1.664625	
P(T<t) 両側	0.018806	
t 境界値 両側	1.990847	

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

臼井 太郎 (9才 90)

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

- 糖尿病
- 右大腿骨幹部骨折
- 慢性硬膜下血腫

コスモス病院 外来来院歴

登録日	施設	登録者
2015-09-17	木村 成志	内科
2014-12-19	純友 一洋	内科
2014-10-10	純友 一洋	内科
2011-06-28	高木 真一	内科
2011-06-24	竹中 隆一	内科
2011-06-17	竹中 隆一	内科
2011-06-09	純友 一洋	内科
2011-05-24	高木 真一	内科

コスモス病院 入院履歴

登録日	施設	内科
2008-09-10	2008-09-10	純友 一洋

かかりつけ医

科	氏名	備考
1 丸岡整形外科	丸岡 伸比志	
2 三好泌尿科	三好 優行	
3 丸岡整形外科	丸岡 伸比志	
4 元村整形外科	元村 隆次	
5 コスモス病院	小川 聡	
6 藤野歯科	藤野 孝雄	

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	C 1
認知症高齢者日常生活自立度	I

ADL (2016-06-30)

食事	一部介助	排泄	オムツ
移動	意思伝達	可	

DNAR ACP 看取り希望

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

入院日 2014年8月1日 医療機関 コスモス病院 登録者 安東 直美

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
本人・家族の言葉	人工的 蘇生措置	希望しない	本人
病状説明と受け止め方	詳細	入院中に自然に生きたいと本人妻の発言あり	

病状説明と受け止め方

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

最期まで生き切る 想いの共有

救急業務の現状

大分県の状況

大分県(標準)プロトコール(心肺蘇生プロトコール)

8 家族等の反応

- 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。
- 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。

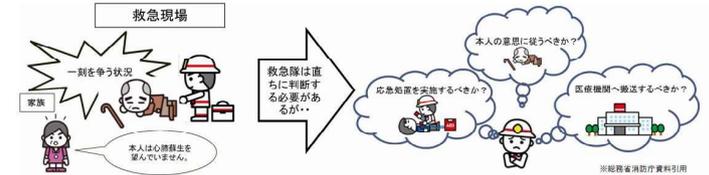
注:「明らかに死亡している」と現場で判断できる条件

- 1) 頭部、頸部や体幹の切(横)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

救急業務の現状

救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応

- 人生の最終段階における傷病者の中には、心肺停止となった時に「心肺蘇生を望まない意思」を持つ方がいる。
 - 心肺停止時には、家族や施設職員等がかかりつけ医等に連絡して、自宅等で看取りをすることが話し合われていれば、救急隊が介入することはない。
 - 実際には、慌ててしまった家族や施設職員等が救急要請する場合がある。
 - 救急隊は救命を役割とし、心肺停止状態の傷病者については速やかに心肺蘇生を実施することを基本的に活動している。
- ※ 救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は救急隊には事前に共有されていないなど時間的・情報的な制約がある。



心肺蘇生を望まなかった事案集計表(大分県)

平成31年1月1日～平成32年12月31日

県全体集計

連絡が取れた	中止	不搬送	7
連絡しがつかなかった	継続	搬送	2
連絡を取らなかった	継続	搬送	2
連絡が取れた	継続	搬送	16
連絡が取れた	中止	搬送	5

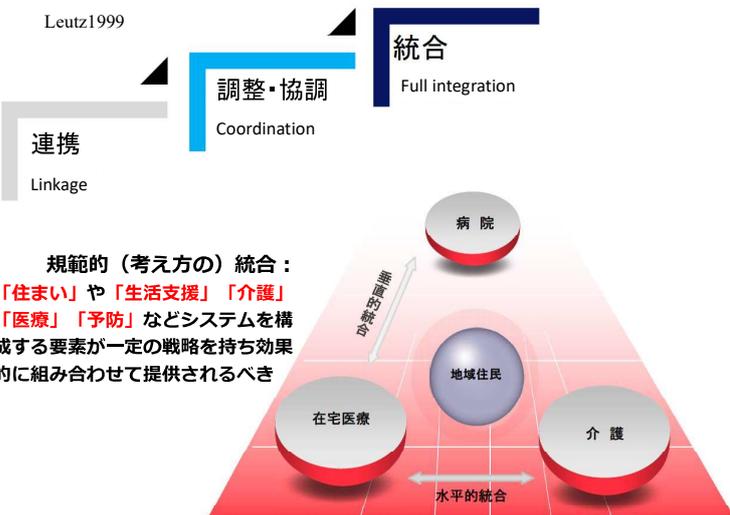
所属	発生日	年齢	発生場所	かかりつけ医等への連絡	心肺蘇生の継続/中止	搬送/不搬送
15 S市	4月25日	71	老人ホーム以外の公衆出入り場所	連絡しがつかなかった	継続	搬送
16 S市	4月27日	96	老人ホーム(特別養護老人ホームを除く。)	連絡が取れた	継続	搬送
17 S市	10月6日	71	老人ホーム(特別養護老人ホーム)	連絡が取れた	継続	搬送
18 S市	12月28日	53	住宅	連絡が取れた	継続	搬送
19 S市	12月30日	78	住宅	連絡が取れた	継続	搬送
20 U市	12月4日	95	老人ホーム(特別養護老人ホームを除く。)	連絡が取れた	中止	不搬送
21 U市	12月21日	102	住宅	連絡が取れた	継続	搬送
22 T市	3月6日	91	老人ホーム(特別養護老人ホームを除く。)	連絡が取れた	中止	搬送
23 T市	5月3日	103	老人ホーム(特別養護老人ホーム)	連絡を取らなかった	継続	搬送

6 救急要請の理由(理由が示かる事案のみ)

理由	集計者No.	全体に占める割合
施設職員がDNARごあとの認識がない、失念しといった	1,5,10,11,12,14,23,29,30,31,32,33	28%

施設職員
かかりつけ医
家族

想いが共有されていない...



地域医療情報ネットワーク「あじさいネット」 の在宅医療・救急医療での利用

<http://www.ajisai-net.org/ajisai/index.htm>



By ZOOM
2021.02.14

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 医療情報学 准教授
長崎大学病院 医療情報部 副部長/病院長補佐
あじさいネット理事
あじさいネット拡充プロジェクト室長

松本 武浩
tmatsumo@nagasaki-u.ac.jp

あじさいネットを使った病診連携

日本型医療の特徴と診療情報共有

2004年～

日本型医療の特徴

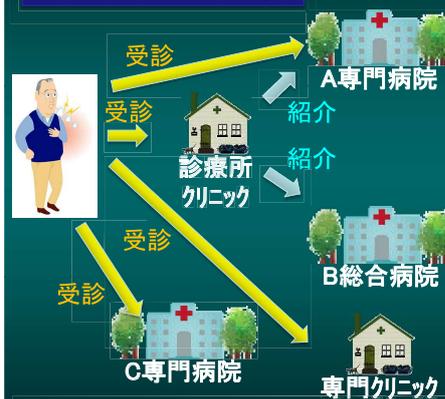
フリーアクセス どこでも自由に受診可能！

国民皆保険 安い医療費で受診可能！

世界一敷居の低い医療機関受診！

我が国の医療の特徴

フリーアクセス(日本)



どこの医療機関も自由に受診できることが特徴！

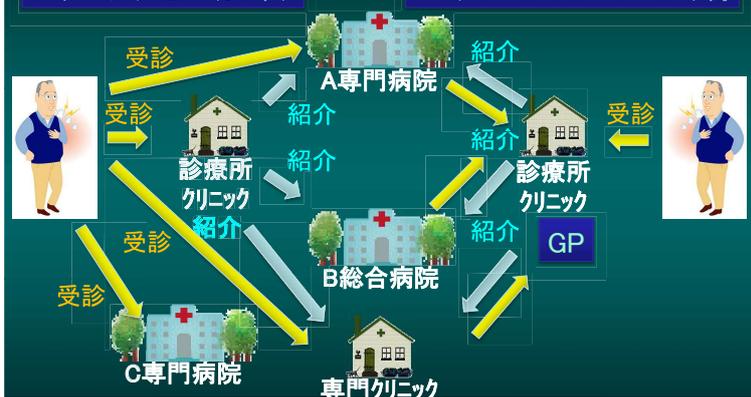
医療機関に分散保存されている診療情報



欧州諸国のGPの特徴

フリーアクセス(日本)

GP(General Practitioner)制



先進国主流のGPでは、生涯カルテにて診療している。

日本型医療の特徴

フリーアクセス どこでも自由に受診可能！

国民皆保険 安い医療費で受診可能！

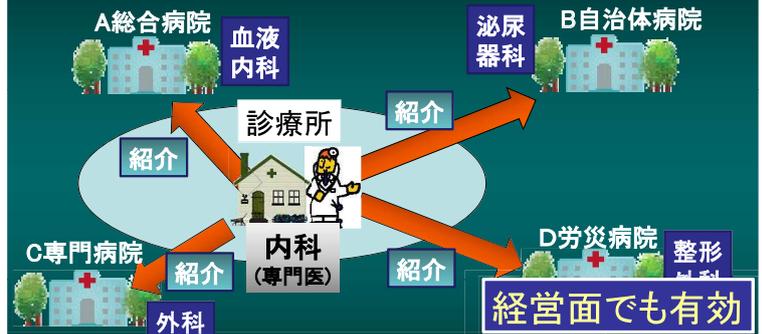
世界一敷居の低い医療機関受診！

近医(=プライマリケア)は専門医

→ 先進国主流のGPに比し診療対応範囲に制限！

→ さらに分散化を助長！！

地域連携(紹介・逆紹介)の必要性



地域医療の質・向上のためには紹介・逆紹介の活発化が必要

暗号化したインターネットを使ってすべて共有



診療情報はかかりつけ医に集約化しGP化！

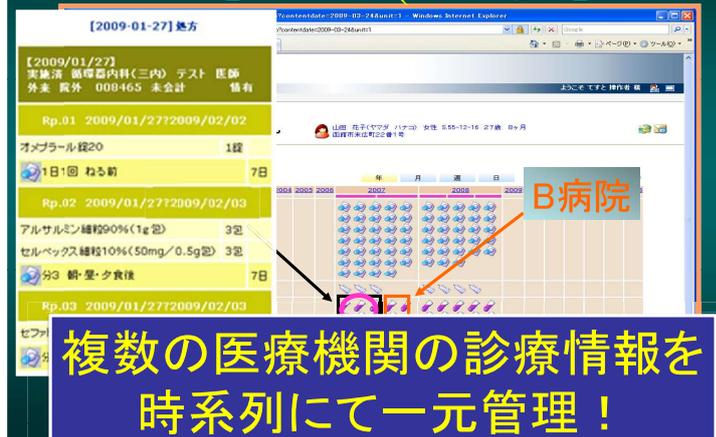
あじさいネットポータルサイト(2009年～)

ログイン名	漢字名	カナ名	英語名	性別	生年月日	住所	電話番号
20f4a0c566936f7	てすと さま	テスト サマリ	対象データなし	男性	5.53-01-01	長崎県長崎市本本1-7-7	0000-00-0000
940bfed26ba3a66	テスト あじさい	テスト アジサイ	対象データなし	男性	5.54-01-01	長崎県長崎市1111	095-819-2783
9990103@nagasaki	てすと 長崎大	テスト ナカサキダイ	対象データなし	男性	5.53-01-02	長崎県長崎市本本1丁目7-1	000-000-0000
40f641ef7de5900d	てすと 栄義梅	テスト エイヨウシドウ	対象データなし	男性	5.53-01-01	長崎県長崎市本本1-7-7	0000-00-0000
4e23be822dfc0723	てすと 患者3	テスト カンジヤ3	対象データなし	男性	5.53-01-01	長崎県長崎市本本1-7-1	0000-00-0000
4e0229e911e8870	てすと 病棟管理	テスト 病院管理	対象データなし	男性	5.53-01-01	長崎県長崎市本本1-7-7	0000-00-0000

あじさいネット利用画面イメージ



複数病院の診療情報を一画面表示【ID-Link(NEC版)】



複数の医療機関の診療情報を時系列にて一元管理！

検体検査結果

検査項目名称	結果値	検査項目名称	結果値	検査項目名称	結果値
WBC	4.4	WBC	9.2	WBC	5.3
RBC	4.34	RBC	4.62	RBC	4.33
Hb	14.6	Hb	15.1	Hb	14.9
Ht	45.1	Ht	45.5	Ht	44.3
MCV	99.3	MCV	99.5	MCV	97.8
MCH	36.8	MCH	39.7	MCH	39.9
MCHC	36.4	MCHC	39.2	MCHC	39.9
RDW	13.5	RDW	13.3	RDW	13.0
PLT	20.7	PLT	22.2	PLT	25.9
PLT 凝集	+++	PLT 凝集	+++	PLT 凝集	+++
Spk	9.8	Spk	9.6	Spk	10.9
PDW	10.9	PDW	10.3	PDW	10.6
Dilat	+++	Dilat	+++	Dilat	+++
Pro-Myoelo	+++	Pro-Myoelo	+++	Pro-Myoelo	+++
Myelo	+++	Myelo	+++	Myelo	+++
Mega	+++	Mega	+++	Mega	+++
Syk	65	Syk	60	Syk	60
Lymph	24	Lymph	12	Lymph	23
Mono	9	Mono	7	Mono	12
Eosino	3	Eosino	1	Eosino	4
Baso	0	Baso	0	Baso	1
Atklyp	+++	Atklyp	+++	Atklyp	+++

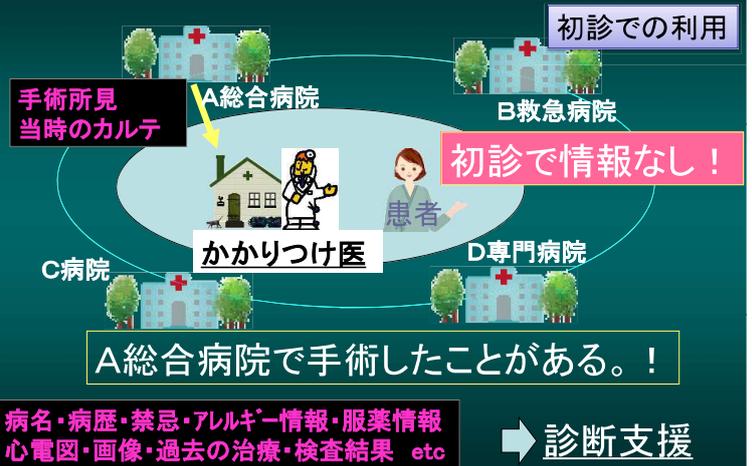
放射線画像・生理検査・内視鏡



熱型表や経過記録(2号用紙)



埋もれた医療リソースの有効活用



あじさいネットの生涯教育効果



あじさいネットアンケート「医師」(2018年)

- Q:初診時に役立ったことがある?
 「よく」+「たまに」 71/156(45.6%)
- Q:入院経過を確認したことがあるか?
 「よく」+「たまに」 92/156 (59.0%)
- Q:あじさいネットがなければ知り得ない重要な診療情報を得たことがあるか?
 「よく」+「たまに」 103/156 (66.0%)

2018年12月 あじさいネットアンケート(回答者 156名/496名 回答率 31.5%)

あじさいネットの目的

診療支援機能

- ・病歴・アレルギー情報等の正確な把握
- ・検査・画像結果等の比較による迅速診断
- ・継続診療の適切性向上・在宅医療支援

医療従事者の生涯教育支援機能

- ・モニタリングによる生涯教育効果

医療機関間の連携強化(共同診療)

地域全体の医療の質向上

あじさいネットアンケート「医師」(2018年)

Q:患者にメリットがあるシステムだと思うか？

【医師】
「よく」+「たまに」 145/156 (92.9%)

【薬剤師】
「よく」+「たまに」 76/85 (89.4%)

Q:診療の質を向上させると思うか？

【医師】
そう思う 109/156 (69.9%)

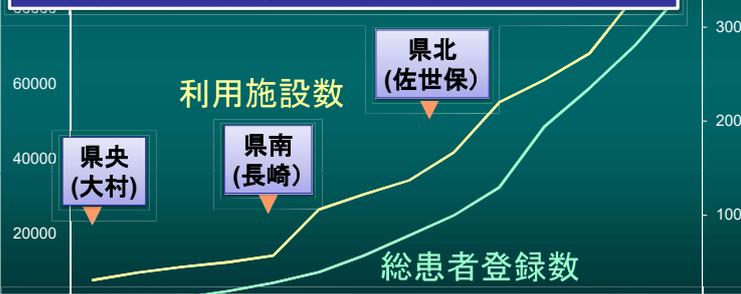
やや思う 35/156 (22.4%)

合計 144/156 (92.3%)

2018年12月 あじさいネットアンケート(回答者 156名/496名 回答率 31.5%)

総患者登録数と利用施設数

総登録数 129,821名(周産期17,926、在宅975を含む)
 会員数 1,602名 施設数 401施設(2020/11/15現在)
 「情報提供病院37、診療所・病院217、薬局115、
 歯科1、訪問看護20、介護7、行政2、その他2」



参加施設数、患者登録数も毎年着実に増加

「あじさいネット」の情報提供病院

宮岐・対馬エリア H27 宮崎市民病院 H27 光武病院 H29 対馬病院	長崎エリア H21 長崎大学病院 光晴会病院 十善会病院 長崎市民病院 日赤原爆病院 H22 済生會長崎病院 聖フランシスコ病院 井上病院 長崎記念病院 H23 長崎北病院 H25 虹が丘病院 H26 上戸町病院 H27 国立長崎病院 H29 重工記念病院 H30 北徳州会病院 H30 百合野病院	県北エリア H24 佐世保総合病院 H24 佐世保中央病院 H24 佐世保共済病院 H25 長崎労災病院 R2 青州会病院 平戸市民病院	佐賀県エリア H25 嬉野医療センター	県央・島原エリア H16 長崎医療センター H17 大村市民病院 H23 川棚医療センター H25 諫早総合病院 H26 貞松病院 H26 諫早原爆病院 H26 諫早記念病院 H27 南野病院 H29 宮崎病院 H31 長崎県島原病院
---	--	---	-------------------------------	--

情報提供病院
 運用中 37病院
 準備中 2病院

県内主要病院のカルテをすべて共有！

あじさいネットを使った在宅医療

2014年～

在宅医療での利用(多職種連携)

テスト あじさい(長次)(テスト アジサイ) 男性 9.54-01-01 30歳8ヶ月
 〒00000000 長崎県 長崎市 11.11

コンテンツ情報の登録を行います。
 各項目を正確に入力して下さい。
 *印は必須入力項目です。

タイプ * 指示
 種別 * 処方箋
 日付 * 2009-09-03
 タイトル 訪問記録 (最大20文字以内)

登録内容
 血圧 130/80mmHg BT 37.5°C
 SpO2 89%
 食欲良好。疼痛は自製内。

処方内容・検査結果・診療記録
 等書記 共有可能

入院・外来・在宅の情報の共有

2021年2月1日時点

登録患者数(チーム数) 720名
 参加施設合計 104施設
 参加のべ人数 6,315名



入院・外来・在宅情報の切れ目ない共有

あじさいネットアンケート「医師」(2018年)

Q:在宅医療の質向上に貢献すると思うか?

そう思う 77/156 (49.4%)
 やや思う 41/156 (26.3%)
 合計 118/156 (75.6%)

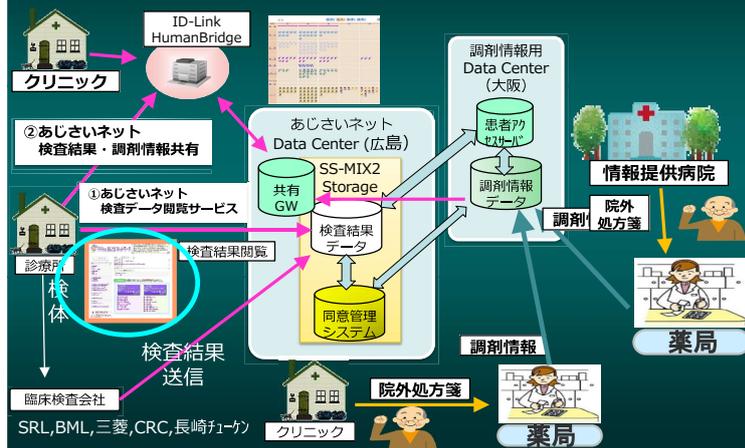
2018年12月 あじさいネットアンケート(回答者 156名/496名 回答率 31.5%)

在宅医療の機能強化

在宅医の検査データと調剤情報の共有

2015年～

あじさいネットにおける検査結果と処方(調剤)情報の共有



検査データ閲覧

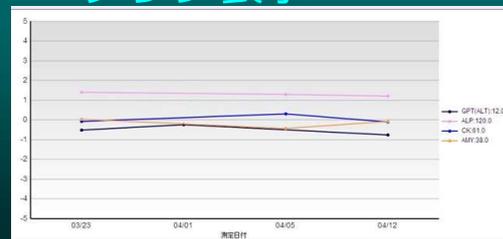
受付日	カルテNo	患者カナ氏名	性別	生年月日	検査結果
2018/03/18	41300009	トリコウロウ カジヤク	男	1977/12/04	トリコウロウ カジヤク 2018/03/18
2018/03/18	41300009	トリコウロウ カジヤク	男	1977/12/04	
2018/03/18	41300009	トリコウロウ カジヤク	男	1977/12/04	
2018/03/18	41300002	トリコウロウ カジヤク	女	1982/04/08	
2018/03/18	41300002	トリコウロウ カジヤク	女	1982/04/08	
2018/03/18	41300001	トリコウロウ カジヤク	男	1988/03/28	

項目名	検査結果	コメント
血糖-総	62	
白血球数	L 407	
赤血球数	L 11.6	
血小板	L 38.6	
ヘマトクリット	L 38.6	
血小版数	229	
MCV	69.9	
MCH	28.5	
MCHC	51.7	
経蛋白	7.8	
アルブミン	3.7	
AST(GOT)	17	
ALT(GPT)	14	
γ-GTP	22	
クレアチニン	L 0.53	
尿酸	0.7	
血糖	94	
LDL-C	120	
Na	139	
K	4.4	
Cl	103	
NT-ProBNP		

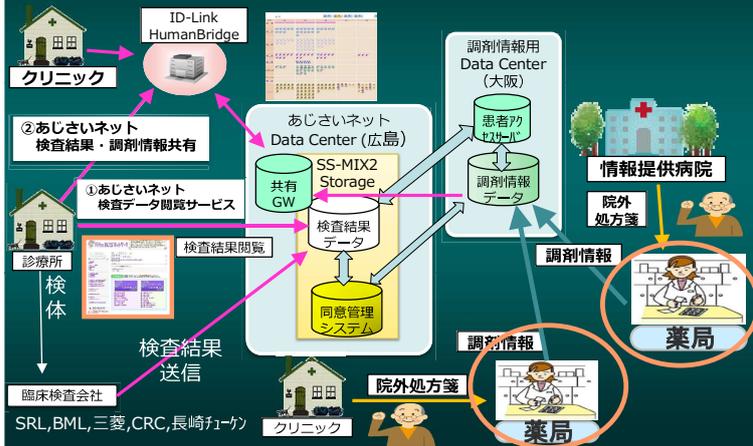
時系列画面

項目名	コメント	2017/04/18	コメント	2017/04/26	コメント	2017/04/21	コメント	単位	参考値
TP		6.7		7.4		7.2		g/dl	6.4-8.4
ALB		3.7				4.1		g/dl	3.8-5.2
AGL						1.85			134-228
ZTT						0.8		mg/dl	
T-胆汁						0.5		mg/dl	0.2-1.2

グラフ表示



あじさいネットにおける 検査結果と処方(調剤)情報の共有



診療所における検査結果の 施設間共有



診療所の検査結果と薬局の調剤情報を共有
(診療所・診療所間、診療所・病院間)

あじさいネットアンケート「医師」(2018年)

Q:医療費削減効果があると思うか？

【医師】
「よく」+「たまに」 137/156 (87.8%)

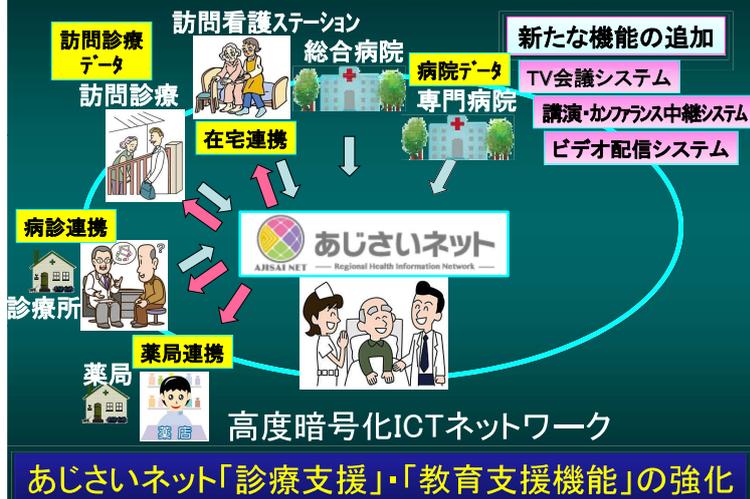
【薬剤師】
「よく」+「たまに」 72/85 (84.7%)

Q:検査を控えたことがあるか？

【医師】
「よく」+「たまに」 80/156 (51.3%)

2018年12月 あじさいネットアンケート(回答者 156名/496名 回答率 31.5%)

高セキュリティネットワーク基盤に新機能を追加



あじさいネット「診療支援」・「教育支援機能」の強化

あじさいネットTV会議を利用した 退院時共同指導



TV会議システム(LIVE ON)



あじさいネットの救急医療機能

救急画像読影支援(2009年～)

- ・離島・へき地の救急画像支援
- ➡ 県北・県南地域での展開準備中

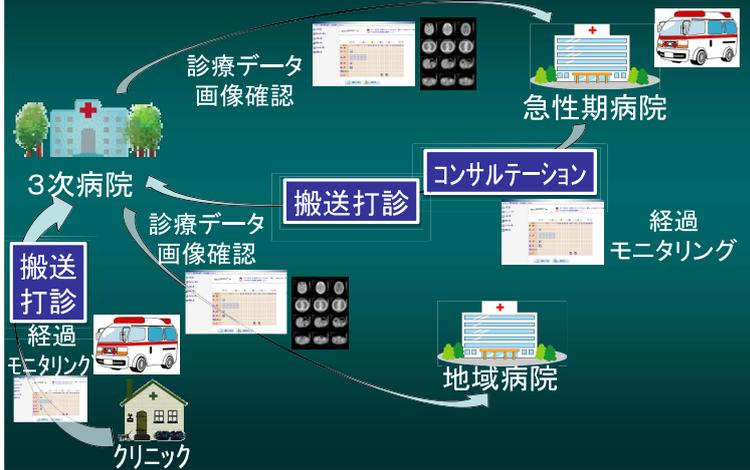
診療情報共有24時間365日対応(2018年～)

- ・時間外・土日祝祭日アクセス権登録の外部委託

搬送前トリアージ運用(2017年～)

- ・画像・検査共有下の高度専門病院紹介

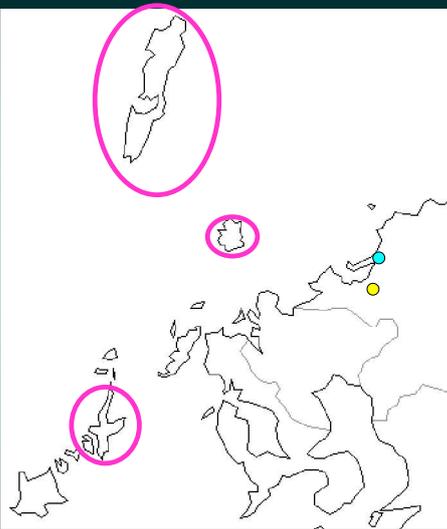
救急医療でのあじさいネット利用



吉岐・対馬 上五島

和白病院

福岡徳洲会病院



代行同意・病病連携運用実績

2021/1/30 時点

種類	運用病院	対象医療機関	実績数
搬送前トリアージ	長崎大学	長崎みなと、対馬	20
	福岡和白	吉岐病院、対馬病院、上五島病院、光武病院(吉岐)	194
コンサルテーション	吉岐、長崎みなと等7病院		35
緊急入院時の情報開示	井上病院、済生会病院		9
退院調整	長崎大学、聖フラ、日赤原爆		7
かかりつけ医へ情報提供	長崎大学		40
在宅医療関係者へ情報	長崎大学、井上病院、済生会		34
退院共同指導前情報開示	長崎大学		13
入院中の診療閲覧	井上病院		4
転院先への情報提供	長崎大学		3
合計			362
病病連携	長崎市 離島地域	長崎市 離島地域	2935

あじさいネットを使った在宅医療・救急医療

在宅医療

1. 患者宅におけるCT・MRI等高度専門医療の活用
2. 多職種連携システムによる多職種訪問情報共有
3. あじさいネットTV会議を使った退院時共同指導
4. あじさいネットビデオ配信を利用したスキル教育
5. iPad利用による写真情報共有とモバイル利用

救急医療

1. 救急画像読影とヘリ搬送のペア運用
2. あじさいネット利用24時間365日対応
3. 救急搬送前トリアージ
4. あじさいネットTV会議を使ったコンサルテーション
5. 多施設遠隔病理診断システム

まとめ

地域医療情報ネットワークは

在宅医療・救急医療にも有効であり

質の高い地域完結型医療のためには必須である。