

**【巻末付録】「都道府県向け連携ルール策定等に関する市区
町村等支援の手引き」（概要版）**

概要版

都道府県向け連携ルール策定等に関する 市区町村等支援の手引き

本手引きについて

本手引きは、都道府県が、市区町村とともに患者情報の連携ルール策定等の在宅医療・救急医療の連携推進に取り組まれる際に活用いただくことを想定しています。

救急医療・在宅医療における情報連携は、市区町村が会議体等を活用して多職種連携により進めることが求められています。

市区町村において、どのような視点で、どのような関係者の理解を得ながら、取り組みの成果を創出するのかを考える上では、以下の図にあるとおり、市区町村の介護保険事業計画等との連動を視野に入れて進めていくことが重要です。

また、都道府県においては、市区町村支援の際に、都道府県計画（事業計画）と市区町村計画（事業計画）及び、介護保険事業計画等の整合性が確保されているか確認することが重要です。

在宅医療・救急医療連携について

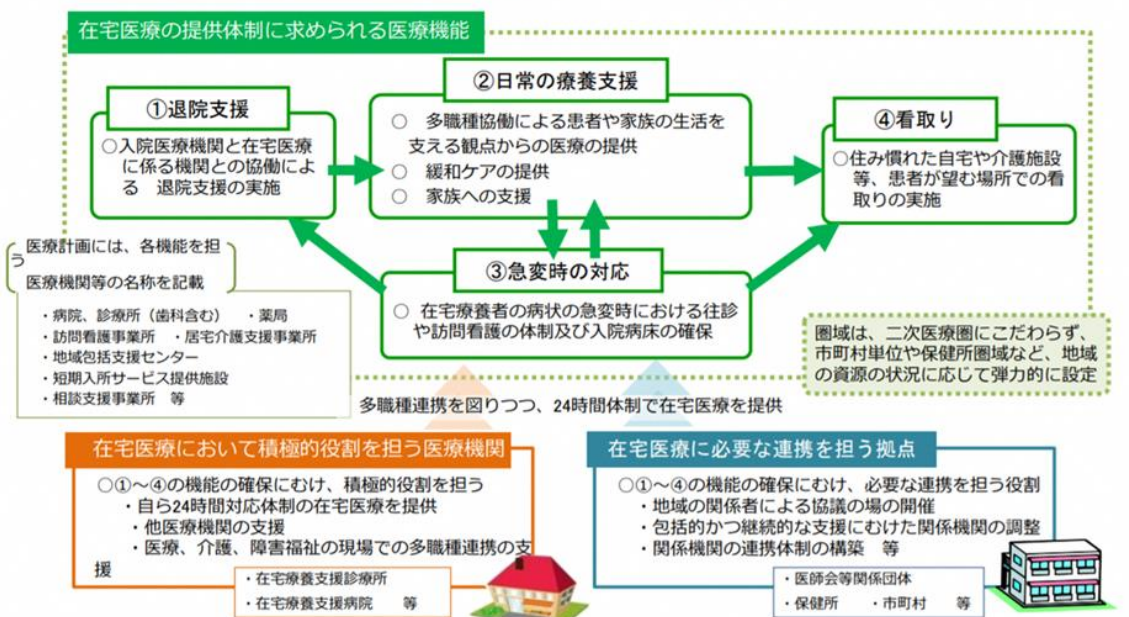
医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、本人の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備が求められています。

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

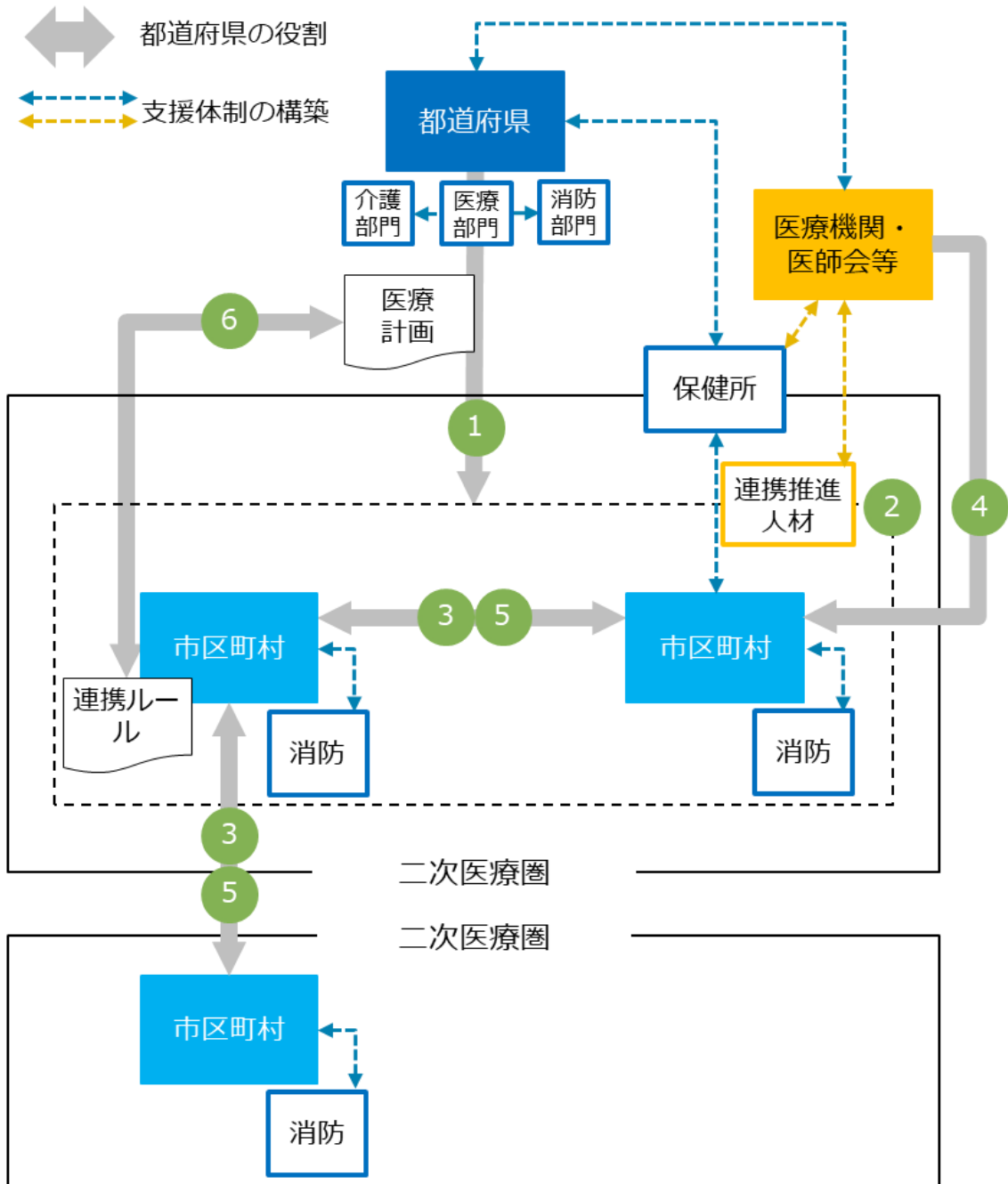
そのため、平成29年度より在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業として、先進事例の調査や、市区町村・保健所（以下、「市区町村等」と言う。）向けのセミナーを実施することで、地域における在宅医療・救急医療等の関係者間の連携体制の構築を支援してきました。そうした中、地域によっては、関係者間の管轄する範囲の相違や、連携を進める上での部署がない等、連携体制の構築が困難なケースがあるという新たな課題も分かってきました。

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

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



都道府県の役割



① 情報発信 必要なデータの分析・活用支援

- 市区町村の在宅医療・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、市区町村で収集が困難な情報の提供と分析支援（例：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>

- 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
- 市区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
- 必要なデータは、可能ならば市区町村別に整理した上で提供

<研修等を介した支援>

- 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等をテーマとした研修の実施（対象：市区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：市区町村担当職員等）

② 人材の育成

- 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（市区町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材や市区町村で事業を総合的に進める人材等）
- 郡市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区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）提供及び意見交換を場の確保
- 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等に講師派遣依頼、研修会場の提供等）の実施

<補助的な支援>

- コーディネーターの活動計画の策定。各計画（市区町村の計画、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

③ 他市区町村の取り組み事例の横展開

＜研修等を介した支援＞

- 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
- 市区町村や都市医師会等の関係団体の担当者を対象とした、他市区町村の先進事例を学ぶ研修やグループワークを実施

④ 関係団体との調整

- 在宅医療を担う関係機関（在支診、在支病を含む）間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等と密接に連携し、郡市区等医師会や市区町村に対し取組に係る支援を実施
- 必要に応じてメディカルコントロール協議会と連携を図り、市区町村等の連携ルール策定支援を実施

＜補助的な支援＞

- 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＞

- 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、MSW¹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 広域連携が必要な事項について検討・支援

- 都道府県は、医師会等関係団体との連携や、保健所等を活用し、複数市区町村による共同実施に向けた関係者間の調整支援実施
- 都道府県は、医師会等関係団体や保健所等を各圏域内の市区町村の取組に対する主体的な支援機関に位置づける等、重層的な推進支援体制の構築

¹ MSW（メディカルソーシャルワーカー：主に医療機関において患者や家族を社会福祉の立場から問題の解決調整を支援する専門職）

＜補助的な支援＞

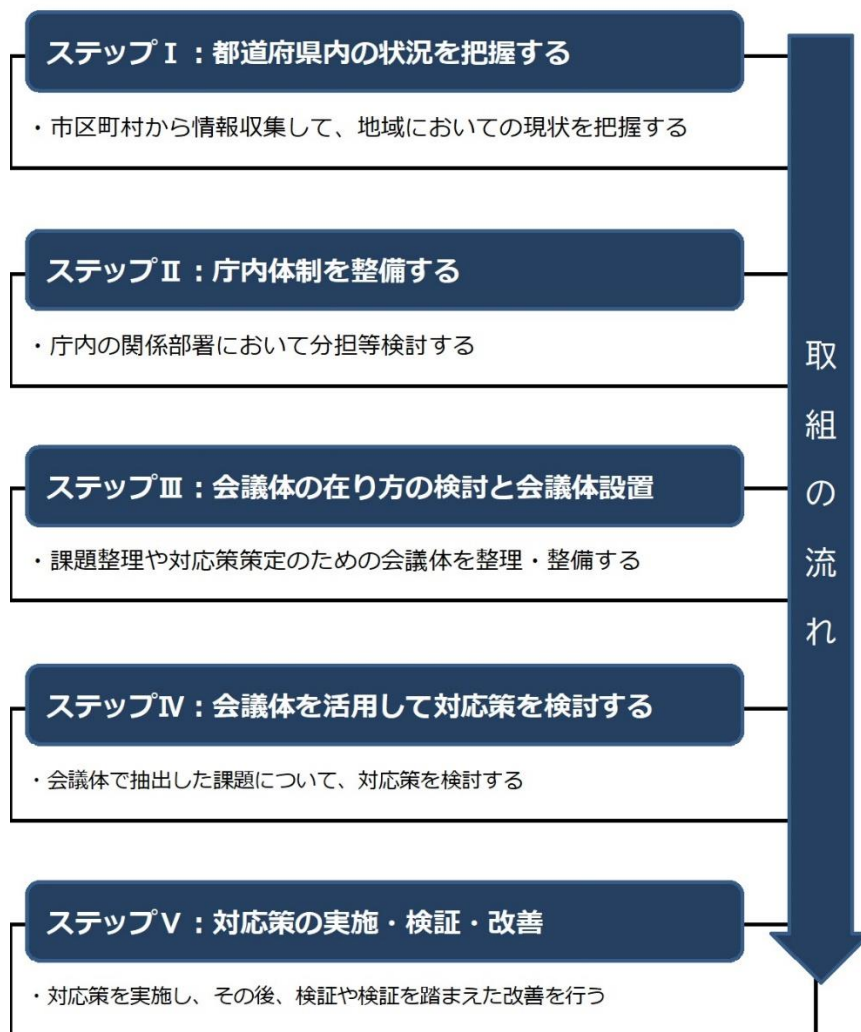
- 広域的な相談窓口等を都道府県医師会等に設置した場合、市区町村や在宅医療・救急医療関係者に相談窓口等を周知するための取組の実施

＜研修等を介した支援＞

- 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、市区町村や居宅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

⑥ 他の計画や取組との整合性の確認

- 都道府県が取組を進めるにあたっては、医療計画や介護保険事業（支援）計画等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区町村支援等の各種施策を展開



連携ルール策定に向けた地域の資源・状況・課題の把握

会議開催に先立ち、事前に課題チェックシートを都道府県・市区町村構成員に送付し、市区町村の現状や課題を検討した上で参加していただく事が望ましい

【 課題例（都道府県） 】

#	内容	
1	在宅医療・救急医療連携体制整備に係る各協議会の運営等の担当部署	
2	都道府県が 実施する支 援策の実施 要否 及び内容	分析に必要なデータの提供と活用方法に係る助言
3		研修や情報交換の機会の確保
4		後方支援病床の確保あるいは確保に向けた支援
5		相談窓口の設置
6		入退院等に係るルールの策定あるいは策定支援
7		地域住民への「ACP（人生会議）」、在宅療養や在宅での看取り等に係る普及啓発
8		在宅・救急医療と介護の広域的な提供体制整備を図るため連携している団体
9	都道府県が策定する医療計画や地域医療構想との整合性の取り方	


【 課題例（市区町村） 】

#	内容
1	市区町村、医療機関、消防、高齢者施設等が在宅医療の課題点を議論するための会議体の設置（名称、参加機関、議論の内容）
2	市区町村、医療機関、消防、高齢者施設等、各機関における在宅医療に係る連携体制
3	本人の意思を共有するための情報ツールの整備（ITの活用を含む）
4	急変あるいは救急搬送時の連携時のルール
5	在宅療養中の患者が急変した場合に備えた後方支援体制
6	「ACP（人生会議）」の取り組み

連携ルール策定を行う会議体運営におけるポイント

#	内容
困難だった点	<ul style="list-style-type: none"> ● 連携を図る上での庁内、関係団体等との協議の調整 ● 会議開催日程調整 ● ゴールイメージの共有 ● データについては、他団体に依頼しないと入手できないものがあり、入手に時間を要した ● 連携ルール策定について、携わる職種が多岐に渡るため、調整に時間を要した ● 工程表作成について困難な事柄、「データ分析」「関係者の認識のすり合わせ」「目標設定」「課題抽出」 ● 工程表履行にあたって困難な事柄、「目標設定」「課題抽出」「データ分析」「関係者の認識のすり合わせ」の順 ● 「顔の見える関係」を構築する前に、連携ルール作りをしなければならないこと ● 連携する団体をどこまで広げるかの判断 ● 行政の主体運営ではないため、運営側の理解と役割分担の事前確認が必要だった ● 既存の在宅医療・介護連携に、救急医療の連携をどのようにリンクさせていくか、具体的な取り組み指標、目標設定を行うことが課題
工夫した点	<ul style="list-style-type: none"> ● 会議体の構成員選定については、現場目線で選任した ● 新たな協議会を設置するのではなく、既存連携体制の中で協議を進めるようにした ● 都道府県から、関係団体に事前に声かけをしてもらったうえで協力依頼をかけ、説明を丁寧に行うことにより、現状と課題、取組みの方向性についての共通認識を図った ● 救急医療関係者、在宅医療・介護関係者、行政関係者の考え方には隔たりがある場合もある。「顔の見える関係の構築」を行い、地域での共通課題を認識するようにした ● 自治体、医師会、医療機関間で情報共有することで、同じ方向性をもって、取組みを進めた ● 学識経験者に様々な情報を報告し、相談をしながら進めた ● 既存のデータを活用することで効率化した ● 資料作成や説明等の事務的負担を分担した

**【巻末付録】「都道府県向け連携ルール策定等に関する市区
町村等支援の手引き」**



**都道府県向け連携ルール策定等に関する
市区町村等支援の手引き**

目次

1	はじめに.....	11
	本手引きの位置づけ	11
2	在宅医療・救急医療連携について.....	14
	(1) 在宅医療・救急医療連携とは.....	14
	(2) 都道府県の役割.....	16
3	連携ルール策定の目的.....	24
	(1) 背景	24
	(2) 目的	24
	(3) 対策	24
4	連携ルール策定支援の手順.....	25
	(1) 連携ルール策定の会議体構成員選任.....	25
	(2) 連携ルール策定に向けた地域の資源・状況・課題の把握.....	29
	(3) 連携ルール策定を行う会議体の在り方の検討と会議体の設置.....	31
	(4) 連携ルール策定を行う会議体における運営.....	32
	(参考) 連携ルール例.....	38
5	連携実績モニタリング指標例.....	49
	(参考) 「人生会議（ACP）」普及啓発支援	54
	(1) 「人生会議（ACP）」について.....	54
	(2) 「人生会議（ACP）」普及啓発に向けた取り組み事例.....	56
	(3) 「人生会議（ACP）」普及啓発ツール.....	64

1 はじめに

本手引きの位置づけ

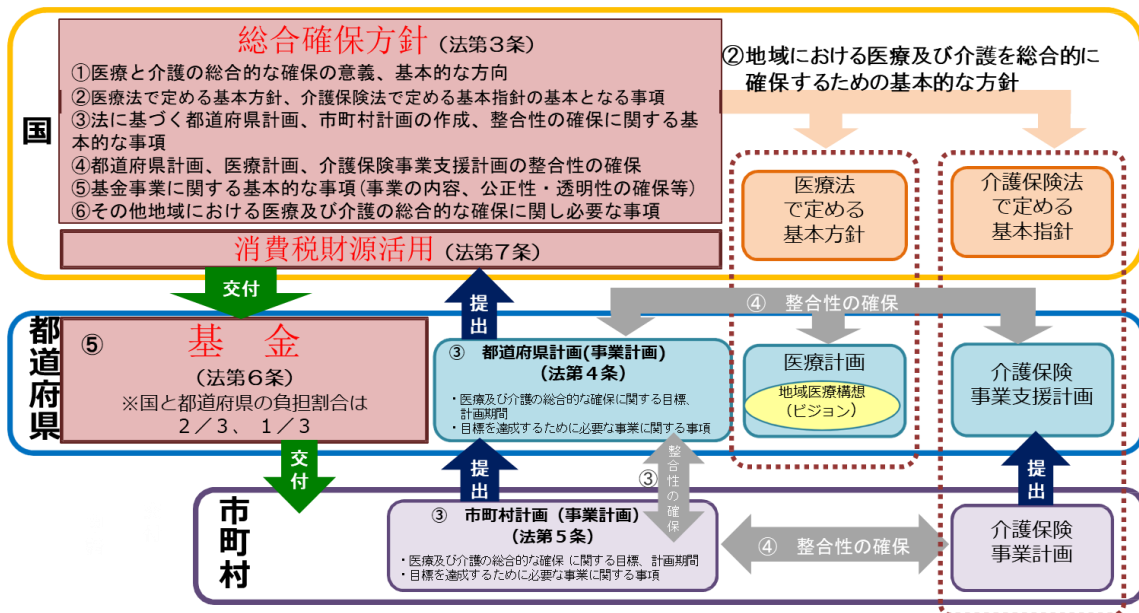
本手引きは、都道府県が、市区町村とともに患者情報の連携ルール策定等の在宅医療・救急医療の連携推進に取り組みられる際に活用いただくことを想定しています。

救急医療・在宅医療における情報連携は、市区町村が会議体等を活用して多職種連携により進めることが求められています。

市区町村において、どのような視点で、どのような関係者の理解を得ながら、取り組みの成果を創出するのかを考える上では、以下の図にあるとおり、市区町村の介護保険事業計画等との連動を視野に入れて進めていくことが重要です。

また、都道府県においては、市区町村支援の際に、都道府県計画（事業計画）と市区町村計画（事業計画）及び、介護保険事業計画等の整合性が確保されているか確認することが重要です。

【図】 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な仕組み



法：地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

(出典：「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）」)

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

(抜粋)

(都道府県計画)

第四条 都道府県は、総合確保方針に即して、かつ、地域の实情に応じて、当該都道府県の地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画（以下「都道府県計画」という。）を作成することができる。

2 都道府県計画においては、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。

一 医療介護総合確保区域（地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、医療機関の施設及び設備並びに公的介護施設等及び特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域をいう。以下同じ。）ごとの当該区域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標及び計画期間

二 前号の目標を達成するために必要な次に掲げる事業に関する事項

イ 医療法第三十条の四第二項第七号に規定する地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

ロ 地域における医療及び介護の総合的な確保のための医療介護総合確保区域における居宅等（居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。次条第二項第二号イにおいて同じ。）における医療の提供に関する事業（同条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同号イに掲げる事業を含む。）

ハ 公的介護施設等の整備に関する事業（次条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同条第二項第二号ロ及びハに掲げる事業を含む。）

ニ 医療従事者の確保に関する事業 ホ 介護従事者の確保に関する事業

ヘ その他地域における医療及び介護の総合的な確保のために実施する必要があるものとして厚生労働省令で定める事業（次条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同条第二項第二号ニに掲げる事業を含む。）

三 その他地域における医療及び介護の総合的な確保のために必要な事項

3 都道府県は、都道府県計画を作成するに当たっては、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図らなければならない。

4 都道府県は、都道府県計画を作成し、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、市町村長、医療又は介護を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体、学識経験を有する者その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

5 都道府県は、都道府県計画を作成し、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

(基金)

第六条 都道府県が、都道府県計画に掲載された第四条第二項第二号に掲げる事業（第九条において「都道府県事業」という。）に要する経費の全部又は一部を支弁するため、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百四十一条の基金を設ける場合には、国は、政令で定めるところにより、その財源に充てるために必要な資金の三分の二を負担するものとする。

(財源の確保)

第七条 前条の基金の財源に充てるために、同条の規定により国が負担する費用については、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律（平成二十四年法律第六十八号）の施行により増加する消費税の収入をもって充てるものとする。

2 在宅医療・救急医療連携について

(1) 在宅医療・救急医療連携とは

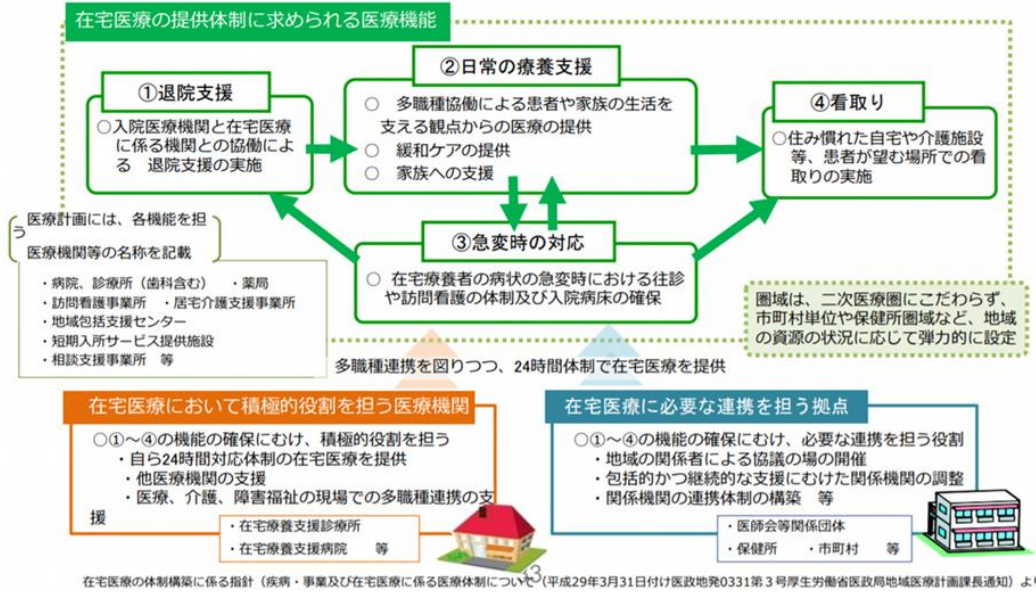
医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、本人の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備が求められています。

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

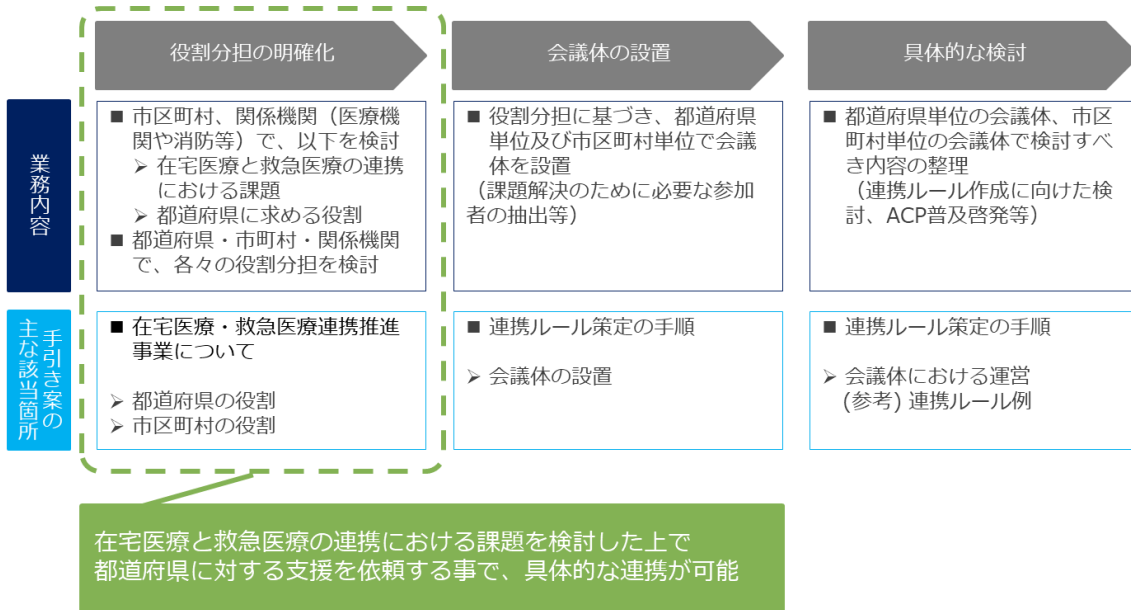
そのため、平成29年度より在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業として、先進事例の調査や、市区町村・保健所（以下、「市区町村等」と言う。）向けのセミナーを実施することで、地域における在宅医療・救急医療等の関係者間の連携体制の構築を支援してきました。そうした中、地域によっては、関係者間の管轄する範囲の相違や、連携を進める上での部署がない等、連携体制の構築が困難なケースがあるという新たな課題も分かってきました。

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

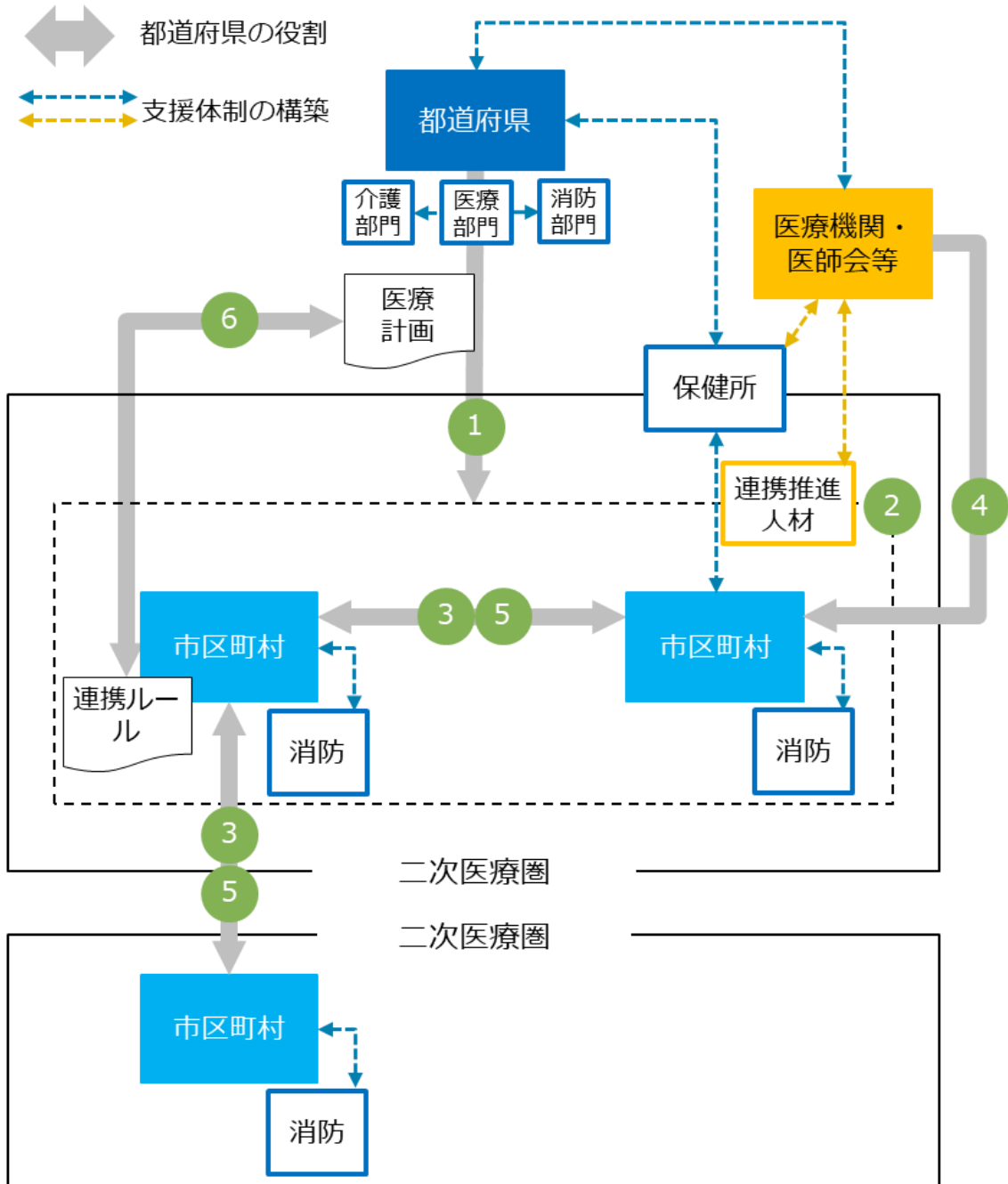
～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～



【 都道府県と連携した連携ルール策定の流れ 】



(2) 都道府県の役割



① 情報発信 必要なデータの分析・活用支援

- 市区町村の在宅医療・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、市区町村で収集が困難な情報の提供と分析支援（例：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>

- 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
- 市区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
- 必要なデータは、可能ならば市区町村別に整理した上で提供

<研修等を介した支援>

- 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等をテーマとした研修の実施（対象：市区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：市区町村担当職員等）

② 人材の育成

- 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（市区町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材や市区町村で事業を総合的に進める人材等）
- 郡市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区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) 提供及び意見交換を場の確保

- 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等に講師派遣依頼、研修会場の提供等）の実施

＜補助的な支援＞

- コーディネーターの活動計画の策定。各計画（市区町村の計画、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

③ 他市区町村の取り組み事例の横展開

＜研修等を介した支援＞

- 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
- 市区町村や郡市医師会等の関係団体の担当者を対象とした、他市区町村の先進事例を学ぶ研修やグループワークを実施

④ 関係団体との調整

- 在宅医療を担う関係機関（在支診、在支病を含む）間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等と密接に連携し、郡市区等医師会や市区町村に対し取組に係る支援を実施
- 都道府県は必要に応じてメディカルコントロール協議会との連携を図り、市区町村等の連携ルール策定支援を実施

＜補助的な支援＞

- 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＞

- 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、MSW¹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 広域連携が必要な事項について検討・支援

- 都道府県は、医師会等関係団体との連携や、保健所等を活用し、複数市区町村による共同実施に向けた関係者間の調整支援実施
- 都道府県は、医師会等関係団体や保健所等を各圏域内の市区町村の取組に対する主体的な支援機関に位置づける等、重層的な推進支援体制の構築

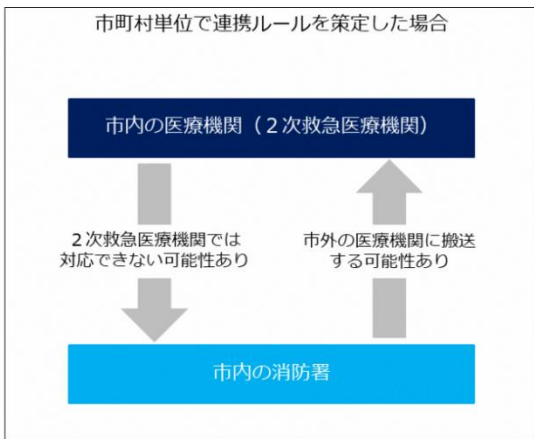
<補助的な支援>

- 広域的な相談窓口等を都道府県医師会等に設置した場合、市区町村や在宅医療・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

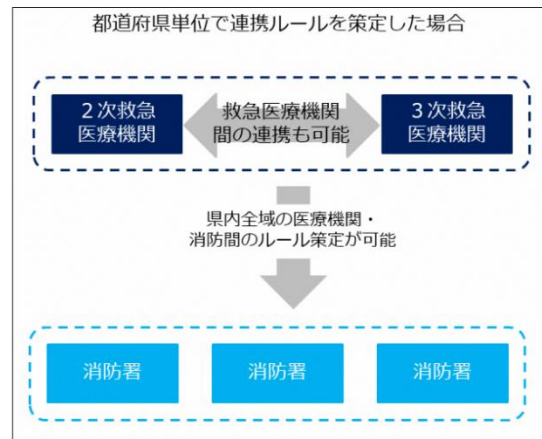
<研修等を介した支援>

- 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、市区町村や居宅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

¹ MSW（メディカルソーシャルワーカー：主に医療機関において患者や家族を社会福祉の立場から問題の解決調整を支援する専門職）



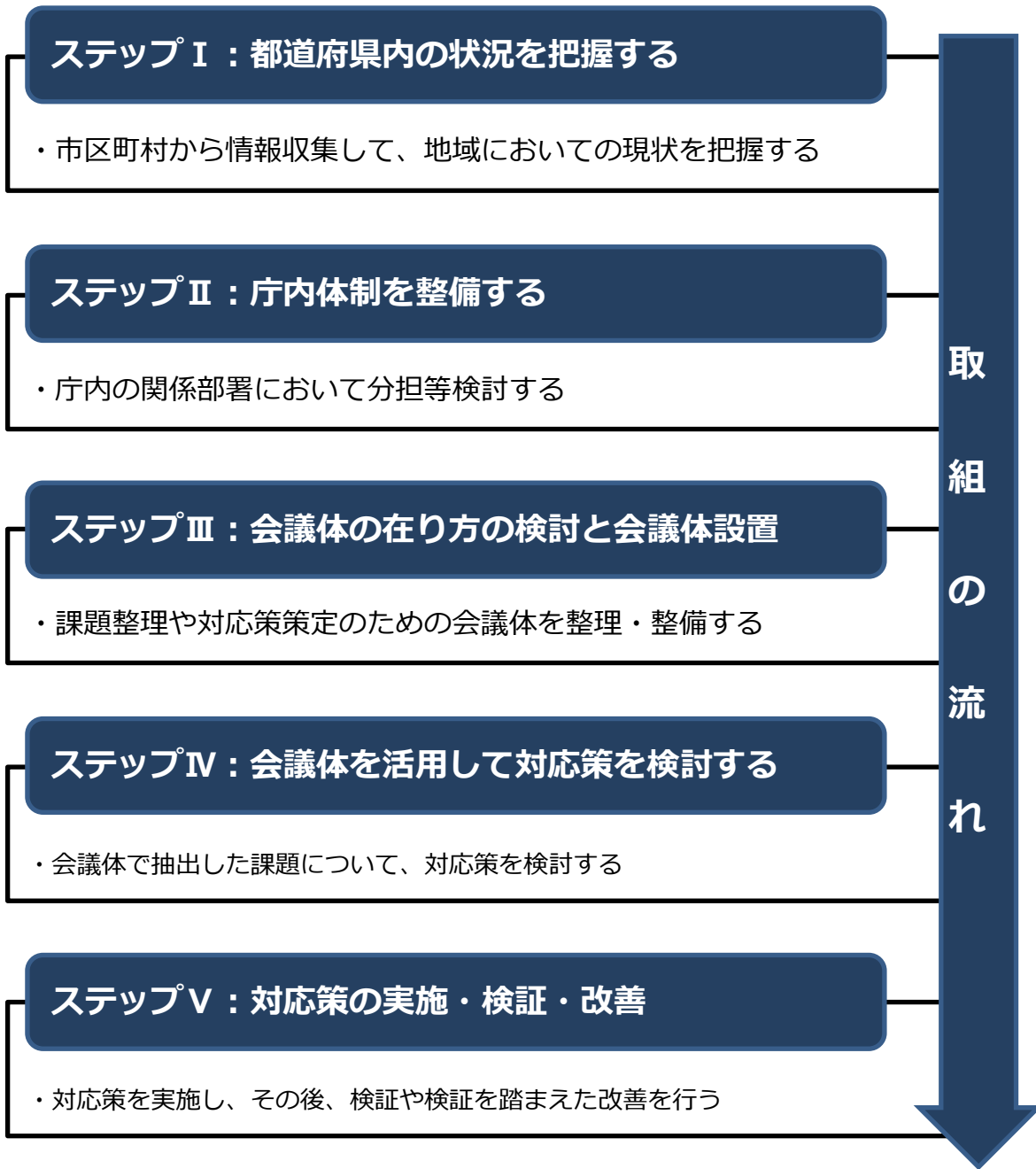
策定したルール通り運用できない可能性や、ルール適用外の機関の対応となる（作成したルールを認識していない機関）可能性がある



機関の役割が明確になると共に（救急医療機関間の連携等）、統一されたルール運用が可能になる

⑥ 他の計画や取組との整合性の確認

- 都道府県が取組を進めるにあたっては、医療計画や介護保険事業（支援）計画等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区町村支援等の各種施策を展開



(出典：令和元年度在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業「Ⅷ. 基礎自治体が取り組む在宅医療・救急医療連携推進のための手引き」)

(3) 市区町村の役割

市区町村においては、救急医療と在宅医療の関係者間の情報連携や人生会議の普及啓発等について、普段から多職種連携を進め、各種会議体等を活用して地域内の関係者の理解を得ながら進めていくことが期待されています。

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

多職種で、課題を共有し、対応策を検討していくために、市区町村が会議体を設置（新設もしくは、市区町村が運営する既存の会議体を活用）していくことが重要です。市区町村が、会議体の活用を基本として取り組む流れは以下になります。



(出典：令和元年度在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業「Ⅷ. 基礎自治体に取り組む在宅医療・救急医療連携推進のための手引き」)

3 連携ルール策定の目的

(1) 背景

国民の多くが、人生の最期を自宅等の住み慣れた場所で迎えることを希望しているが、実際には本人の意思に沿わない救急搬送が散見されています。

その背景として、あらかじめ本人が家族等と話し合いを行っていないこと、本人の意思が医療・介護・消防の関係者間で共有されていないこと、延命を望まない患者の対応方法（プロトコル等）があらかじめ決められていないこと等が挙げられます。

(2) 目的

人生の最終段階において本人の意思が尊重されるよう、多職種の連携により予め対応方法等を決めておくことが目的です。

(3) 対策

本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール等の策定支援の対策が必要です。

先進的な市区町村では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅療養者等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定や、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・啓発に取り組んでいます。

このような取組を参考に、必要に応じて、複数の市区町村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を策定するための工程が進むよう、重点的な支援を行うことが求められます。

また、本取組について全国的な横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ことを目指しています。

4 連携ルール策定支援の手順

連携ルールは、市区町村ごとの実情に応じ作成されるものである。策定の手順事例を以下に記載する。

(1) 連携ルール策定の会議体構成員選任

会議体で検討すべき事項に合わせて、構成員者選任する

« 構成員候補 »

#	所属機関
1	都道府県
2	市区町村
3	医師会
4	救急医療機関
5	在宅医療機関
6	訪問看護ステーション
7	消防機関
8	介護施設
9	居宅介護支援事業所
10	学識経験者
11	法律専門家 *1
12	その他

*1：法律専門家は、DNARの意思表示等の扱いについて意見をいただく目的。各市区町村が設置する会議体への参加は難しい。都道府県等において設置する会議体への参加が考えられる。

【連携ルール策定構成員（都道府県・市区町村） 自己チェックシート】

問1	自治体、医療機関、消防、介護福祉施設等が在宅医療の課題点を議論するための会議体は設けられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	「はい」の場合、以下の質問についてお答えください	(a) 名称をお答えください	名称
		(b) 参加機関をお答えください	<input type="checkbox"/> 自治体
		(c) どのような議論を進めていますか (ご自由にご記載ください)	
	自治体、医療機関、消防（救急）、介護福祉施設等、各機関における在宅医療に係る連携体制は整備されていますか	<input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合、以下についてお答えください <input type="checkbox"/> 病院と救急の連携体制 <input type="checkbox"/> 病院と介護福祉施設の連携体制 <input type="checkbox"/> 病院と診療所（かかりつけ医/在宅医）の連携体制 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設と救急の連携体制 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設と診療所（かかりつけ医/在宅医）の連携体制 <input type="checkbox"/> 診療所（かかりつけ医/在宅医）と救急の連携体制 <input type="checkbox"/> 自治体と病院の連携体制 <input type="checkbox"/> 病院、救急、介護福祉施設、診療所等（かかりつけ医/在宅医）との連携体制 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	「はい」の場合、どのような機関と連携体制を整備されているか、お答えください		
	「はい」の場合、連携体制の詳細に関して、以下の質問についてお答えください ※「いいえ」の場合は、問3にお進みください	(a) 連携体制の調整役を担うのはどの機関ですか。あるいは、本人の意思にに関して、どの機関が主体となって管理していますか	<input type="checkbox"/> 自治体 （部署名： ） <input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所（かかりつけ医/在宅医） <input type="checkbox"/> 消防 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
		(b) 本人の急変時あるいは救急搬送時、本人の意思を共有するための情報ツール*は整備されていますか * 救急医療情報キットや救急搬送患者情報提供書、事前の患者登録等 なお、「はい」の場合は、名称とその内容をお答えください	<input type="checkbox"/> はい （名称： ） （内容： ） <input type="checkbox"/> いいえ
	(c) 急変あるいは救急搬送時の連携について、どのようなルール等が整備されていますか	<input type="checkbox"/> 本人の基本情報*の確認方法 *かかりつけ医療機関名、かかっている病気、緊急連絡先等 <input type="checkbox"/> 本人の意思の確認方法 *本人の終末期医療の意向をあらかじめ準備されていた救急医療情報キットにて確認、地域生活連携シートを確認、あらかじめ看取りを希望する場合「グリーンカード」を確認、かかりつけ医等へ確認、救急医療情報提供シートを確認する等 <input type="checkbox"/> 本人の基本情報や意思を確認するための情報ツールおよび使用方法 *スマートフォンもしくはタブレットで確認する等 <input type="checkbox"/> 救急搬送のルール（ガイドライン）の整備 *在宅療養救急対応プロトコルにて、心肺停止あるいは状態が不安定な場合、本人の書面による意思表示および家族の要望等を確認することが規定されている等 <input type="checkbox"/> 入退院支援ルールあるいはフロー、ガイドラインの整備 <input type="checkbox"/> 転院搬送のルール（ガイドライン）の整備 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	(d) 急変あるいは救急搬送後、もしくは平時の連携について、どのようなルール等が整備されていますか	<input type="checkbox"/> 入退院支援ルールあるいはフロー、ガイドラインの整備 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	(e) (c)あるいは(d)でお答えいただいたルール内において本人の意思を連携機関間で共有できますか	<input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合、以下についてお答えください 理由（ ） <input type="checkbox"/> いいえ	

問2		(f) (c)あるいは(d)でお答えいただいたルール内において、大規模な災害が発生する等、混乱した状態であっても、本人の意思を連携機関間で共有できますか	<input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合、以下についてお答えください 理由 () <input type="checkbox"/> あらかじめ記載された個別避難支援プラン(計画)を確認する <input type="checkbox"/> 在宅療養の継続や避難所等への移送に際し、支援に支障があると予想される場合に備え、あらかじめ支援の要請体制を整備している <input type="checkbox"/> 保健所や市区町村は、在宅療養患者自ら、かかりつけ医/在宅医等に連絡できない場合、連絡を代行し確認する <input type="checkbox"/> その他 ()
		(g) 連携を推進するにあたりどのような活動を実施していますか	<input type="checkbox"/> 職種毎の説明を目的とした個別訪問 <input type="checkbox"/> 多職種向け講演会の実施 <input type="checkbox"/> 多職種間の事例検討会や意見交換会、ワークショップの実施 <input type="checkbox"/> 市民向けのポスター、動画の作成および発信 <input type="checkbox"/> その他 ()
		(h) その他の取り組みについてお答えください (ご自由にご記載ください)	
問3	在宅療養中の患者が急変した場合に備え、多機関が連携する仕組みとして、どのような後方支援体制を確保していますか	<input type="checkbox"/> 準救急時や看取りなど、一時的な入院が(14日以内)必要な場合の入院先の確保(在宅療養支援病床等) <input type="checkbox"/> 在宅主治医等が訪問後、入院が必要と判断した場合、病院の救急担当に対して診療情報や患者・家族の意向について情報提供 <input type="checkbox"/> 在宅主治医等との連絡が取れない場合に備えた、在宅主治医のグループ制の導入(主治医・副主治医あるいは在宅往診当番医など複数によるバックアップ等) <input type="checkbox"/> 在宅医療サポート搬送入院システム*サービス等の提供 *かかりつけ医は本システムの利用を決定した上で、患者の急変時に協力医療機関の病院救急車コールセンターに連絡する。協力医療機関の病院救急車は搬送のため出動し、協力医療機関へ収容する <input type="checkbox"/> 民間型緊急通報システム*サービス等の提供 *自宅内で急病等により緊急事態に陥った際、専用通報機等のボタンを押すことで、受信センターに通報される。受信センターにて、365日24時間体制でスタッフが対応し、救急車の手配や親族等への連絡等を代行 <input type="checkbox"/> 在宅時の異常を判断して自動通報する「安否確認センサ」サービスの提供 <input type="checkbox"/> 患者の退院元の病院による受入れ <input type="checkbox"/> 患者の退院元の病院による受け入れが難しい場合に備えた、バックアップ病院の確保 <input type="checkbox"/> 地域医療連携ネットワークへの取組み(多職種間コミュニケーション、病病連携、病診連携等) <input type="checkbox"/> 適正な救急医療利用に関するガイドブック等の作成による市民向けの啓発 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特に検討していない	
問4	ACP(アドバンス・ケア・プランニング)についてどの機関と取り組みを進めていますか	<input type="checkbox"/> 自治体 (部署名:) <input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所(かかりつけ医/在宅医) <input type="checkbox"/> 消防 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設 () <input type="checkbox"/> その他 ()	

問6	ACP（アドバンス・ケア・プランニング）についてどのような取り組みを進めていますか	<input type="checkbox"/> 自治体や公立病院等の広報によるACPの紹介 <input type="checkbox"/> 本人の意思を記入するためのエンディングノートの作成推進 <input type="checkbox"/> 家族の理解を深めるガイドブックの作成・配布 <input type="checkbox"/> 地域住民を対象としたフォーラムや勉強会の開催 <input type="checkbox"/> 介護・医療専門職および行政職員を対象としたトレーニングや勉強会の実施（コミュニケーション技術研修会、多職種事例検討会の開催等） <input type="checkbox"/> 消防・警察・弁護士・救急病院を対象とした勉強会の実施 <input type="checkbox"/> ACPに関する内容を含んだ「高齢者施設のための救急対応マニュアル」等を整備 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特に進めていない
	「特に進めていない」場合、以下の質問についてお答えください (a) 今後、取り組みを進める予定はありますか 「ある」場合は、予定している取り組みをご記載ください 「ない」場合は、取り組みを進める予定がない理由をご記載ください	<input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> ない（ ）
問5	多機関連携を目的とした各種情報共有を図るため、ITシステムやツールを活用していますか、活用している場合、どのようなITシステムやツールですか	<input type="checkbox"/> EHRによる情報連携（医療機関、下記ご施設の連携を含む） <input type="checkbox"/> EHRによる情報連携（医療機関間の連携のみ） <input type="checkbox"/> PHRを活用した情報連携（医療機関、下記ご施設の連携を含む） <input type="checkbox"/> PHRを活用した情報連携（医療機関間の連携のみ） <input type="checkbox"/> SNSを活用した情報連携（医療機関、下記ご施設の連携を含む） <input type="checkbox"/> SNSを活用した情報連携（医療機関間の連携のみ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特に検討していない *施設 自治体、病院、診療所（かかりつけ医/在宅医）、消防、介護福祉施設、その他
	「特に検討していない」場合、以下の質問についてお答えください (a) 今後、取り組みを進める予定はありますか 「ある」場合は、予定している取り組みをご記載ください 「ない」場合は、取り組みを進める予定がない理由をご記載ください	<input type="checkbox"/> EHRによる情報連携（医療機関、下記ご施設の連携を含む） <input type="checkbox"/> EHRによる情報連携（医療機関間の連携のみ） <input type="checkbox"/> PHRを活用した情報連携（医療機関、下記ご施設の連携を含む） <input type="checkbox"/> PHRを活用した情報連携（医療機関間の連携のみ） <input type="checkbox"/> SNSを活用した情報連携（医療機関、下記ご施設の連携を含む） <input type="checkbox"/> SNSを活用した情報連携（医療機関間の連携のみ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特に検討していない *施設 自治体、病院、診療所（かかりつけ医/在宅医）、消防、介護福祉施設、その他
問6	多機関連携に関して、都道府県には、どのような支援を期待しますか	【体制の整備】 <input type="checkbox"/> 連携の窓口や体制の整備 <input type="checkbox"/> 事業評価方法（救急搬送時間や数の削減等の定量的な評価方法を含む）に関する検討会の開催 【人材育成】 <input type="checkbox"/> 市町村職員、相談窓口コーディネーターや委託事業者の事業担当職員を対象とした研修や情報交換の機会の確保（本事業にかかわる市町村職員の人材育成支援を含む） 【知見の提供】 <input type="checkbox"/> 分析に必要なデータ（現状の救急搬送時間、在宅医療を担う医療機関（在宅療養・歯科診療所、在宅療養支援病院等）や訪問診療医に関する情報（例：訪問診療実施施設数や看取り件数等））の提供と活用方法に係る助言 <input type="checkbox"/> 保健所等を通じた個別のコンサルテーション（例：保健所、都道府県およびアドバイザー等で構成される支援チームによる課題解決型の伴走的支援） <input type="checkbox"/> 日頃からの、感染症対策に係る助言 <input type="checkbox"/> その他（ ）

(2) 連携ルール策定に向けた地域の資源・状況・課題の把握

会議開催に先立ち、事前に課題チェックシートを都道府県・市区町村構成員に送付し、市区町村の現状や課題を検討した上で参加していただく事が望ましい

【 課題例（都道府県） 】

#	内容	
1	在宅医療・救急医療連携体制整備に係る各協議会の運営等の担当部署	
2	都道府県が 実施する支 援策の実施 要否 及び内容	分析に必要なデータの提供と活用方法に係る助言
3		研修や情報交換の機会の確保
4		後方支援病床の確保あるいは確保に向けた支援
5		相談窓口の設置
6		入退院等に係るルールの策定あるいは策定支援
7		地域住民への「ACP（人生会議）」、在宅療養や在宅での看取り等 に係る普及啓発
8		在宅・救急医療と介護の広域的な提供体制整備を図るため連携している団体
9	都道府県が策定する医療計画や地域医療構想との整合性の取り方	

【 課題例（市区町村） 】

#	内容
1	市区町村、医療機関、消防、高齢者施設等が在宅医療の課題点を議論するための会議体の設置（名称、参加機関、議論の内容）
2	市区町村、医療機関、消防、高齢者施設等、各機関における在宅医療に係る連携体制
3	本人の意思を共有するための情報ツールの整備（ITの活用を含む）
4	急変あるいは救急搬送時の連携時のルール
5	在宅療養中の患者が急変した場合に備えた後方支援体制
6	「ACP（人生会議）」の取り組み
7	多機関連携に関して、都道府県に期待する支援

(3) 連携ルール策定を行う会議体の在り方の検討と

会議体の設置

会議体を設置し運営する前提として、会議体の設置要綱を作成しておくことが望ましい

【事例の紹介】三鷹市

【 三鷹市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱 】

(設置) 第1条 医療、介護その他様々な地域資源の連携により、高齢者等が住み慣れた地域で安心して在宅療養生活を送ることのできるまちづくりを推進するため、三鷹市在宅医療・介護連携推進協議会(以下「協議会」という。)を設置する。

(所掌事項) 第2条 協議会は、次に掲げる事項を所掌する。(1)在宅療養を支える関係機関相互の連携及び医療と介護との連携に関する事。(2)在宅療養の推進に係る市の施策及び事業に関する事。(3)前2号に掲げるもののほか、在宅療養の推進に関する事。

(構成等) 第3条 協議会は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する委員11人以内をもって構成する。(1)地域医療に係る関係団体等の構成員(2)介護保険に係る関係団体等の構成員(3)社会福祉に係る関係団体等の構成員(4)学識経験者(5)地域包括支援センターの職員(6)関係行政機関の職員(7)前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める者2委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、後任者の任期は、前任者の残存期間とする。

(会長及び副会長) 第4条 協議会に会長及び副会長1人を置く。2 会長及び副会長は、委員の互選によってこれを定める。3 会長は、協議会を代表し、会務を総理する。4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議) 第5条 協議会は、会長が招集する。2 協議会の会議は、委員の過半数の出席がなければ開くことができない。3 会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求めて、説明又は意見を聴くことができる。

(部会) 第6条 協議会は、在宅医療及び介護の連携の推進に係る個別の課題について検討するため、部会を置くことができる。

(庶務) 第7条 協議会の庶務は、健康福祉部高齢者支援課において行う。

(個人情報) 第8条 協議会の関係者は、協議会で取り扱う個人情報に十分留意するものとする。

(委任) 資料3 第9条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附則 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

(出典：東京都三鷹市ホームページ

https://www.city.mitaka.lg.jp/c_service/060/attached/attach_60122_2.pdf

(4) 連携ルール策定を行う会議体における運営

(ア) 会議体運営におけるポイント

(連携ルール策定に取り組んだ自治体の感想：困難だったこと・工夫したこと)

#	内容
困難だった点	<ul style="list-style-type: none"> ● 連携を図る上での庁内、関係団体等との協議の調整 ● 会議開催日程調整 ● ゴールイメージの共有 ● データについては、他団体に依頼しないと入手できないものがあり、入手に時間を要した ● 連携ルール策定について、携わる職種が多岐に渡るため、調整に時間を要した ● 工程表作成について困難な事柄、「データ分析」「関係者の認識のすり合わせ」「目標設定」「課題抽出」 ● 工程表履行にあたって困難な事柄、「目標設定」「課題抽出」「データ分析」「関係者の認識のすり合わせ」の順 ● 「顔の見える関係」を構築する前に、連携ルール作りをしなければならないこと ● 連携する団体をどこまで広げるかの判断 ● 行政の主体運営ではないため、運営側の理解と役割分担の事前確認が必要だった ● 既存の在宅医療・介護連携に、救急医療の連携をどのようにリンクさせていくか、具体的な取り組み指標、目標設定を行うことが課題
工夫した点	<ul style="list-style-type: none"> ● 会議体の構成員選定については、現場目線で選任した ● 新たな協議会を設置するのではなく、既存連携体制の中で協議を進めるようにした ● 都道府県から、関係団体に事前に声かけをしてもらったうえで協力依頼をかけ、説明を丁寧に行うことにより、現状と課題、取組みの方向性についての共通認識を図った

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">● 救急医療関係者、在宅医療・介護関係者、行政関係者の考え方には隔たりがある場合もある。「顔の見える関係の構築」を行い、地域での共通課題を認識するようにした● 自治体、医師会、医療機関間で情報共有することで、同じ方向性をもって、取組を進めた● 学識経験者に様々な情報を報告し、相談をしながら進めた● 既存のデータを活用することで効率化した● 資料作成や説明等の事務的負担を分担した |
|--|

【事例の紹介】 奈良県

【 奈良県在宅医療関連事業 】

【目的】

在宅医療・介護連携推進事業については、平成30年度を区切りとして、市町村が主体となり地区医師会等と連携し、地域の実情に合わせて取り組むこととされていることから、県としては、個別地域だけでは解決が難しい関係職能団体間のルールづくりや在宅医の新規参入促進等、全県的・広域的支援を重視して在宅医療提供体制の確立及び促進に取り組む。

【事業内容】

① 在宅医療提供体制確立促進事業(県)

● 奈良県在宅医療推進会議の開催

(H30実績：H30.8.23開催「テーマ：各職種の役割相互理解」、
H31.2.13開催「テーマ：普及啓発」)

● 在宅医療提供体制構築モデル事業（地区医師会）

(H30実績：生駒地区医師会、橿原地区医師会、奈良市医師会、大和高田市医師会の4地区医師会)

● 在宅医療に関するデータ分析

②在宅医療提供体制確立促進事業(補助金)

● 地域包括ケアシステム推進委員会の開催

● 新規参入のための在宅医療同行研修等の実施

● 県内開業医の在宅医療に関する意識調査及び分析

③在宅医療広域連携支援事業（保健所）

● 管内市区町村広域調整支援事業

● 入退院調整ルールづくり支援事業

● 在宅医療多職種間連携強化支援事業

(イ) 会議体運営におけるポイント（グループワーク）

【事例の紹介】グループワークの進め方

KJ法とは

付箋など小さなカード上の紙に思いついたことを書き、それをグループ化していくことで頭の中にある思考をまとめ上げていく手法
 （考案者である川喜田二郎東京工業大学名誉教授のイニシャルをとりKJ 法と名付けられた）

KJ 法の基本的な考え方

まだ思いつきに過ぎない事柄の数々から法則性や関連性を見出し、まとめていくことで有用なアイデアへと昇華させる

ブレインストーミングとの関係

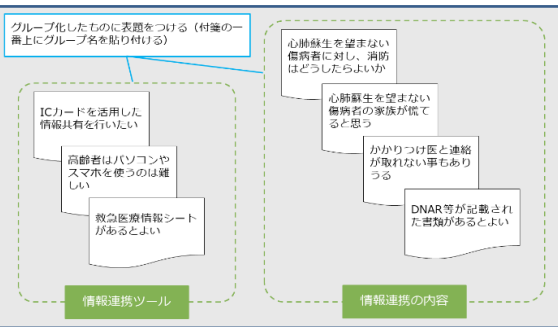
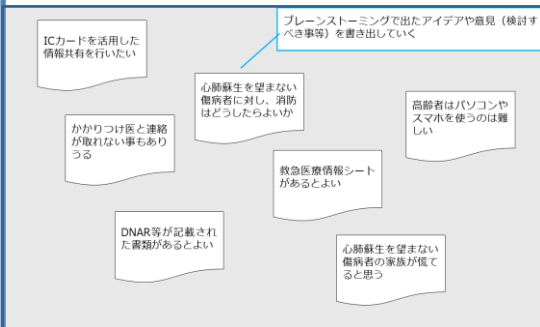
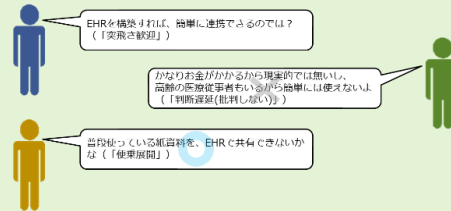
ブレインストーミングで出された意見をカードに書き込み、それをグループ化する事で、ブレインストーミングと KJ 法のメリットを活かしたグループワークを行う事ができる

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

ブレインストーミングの基本ルール

1. 「判断遅延(批判しない)」
2. 「突飛さ歓迎」
3. 「質より量」
4. 「使東展開」を実践して、グループワークでアイデアを出し合う

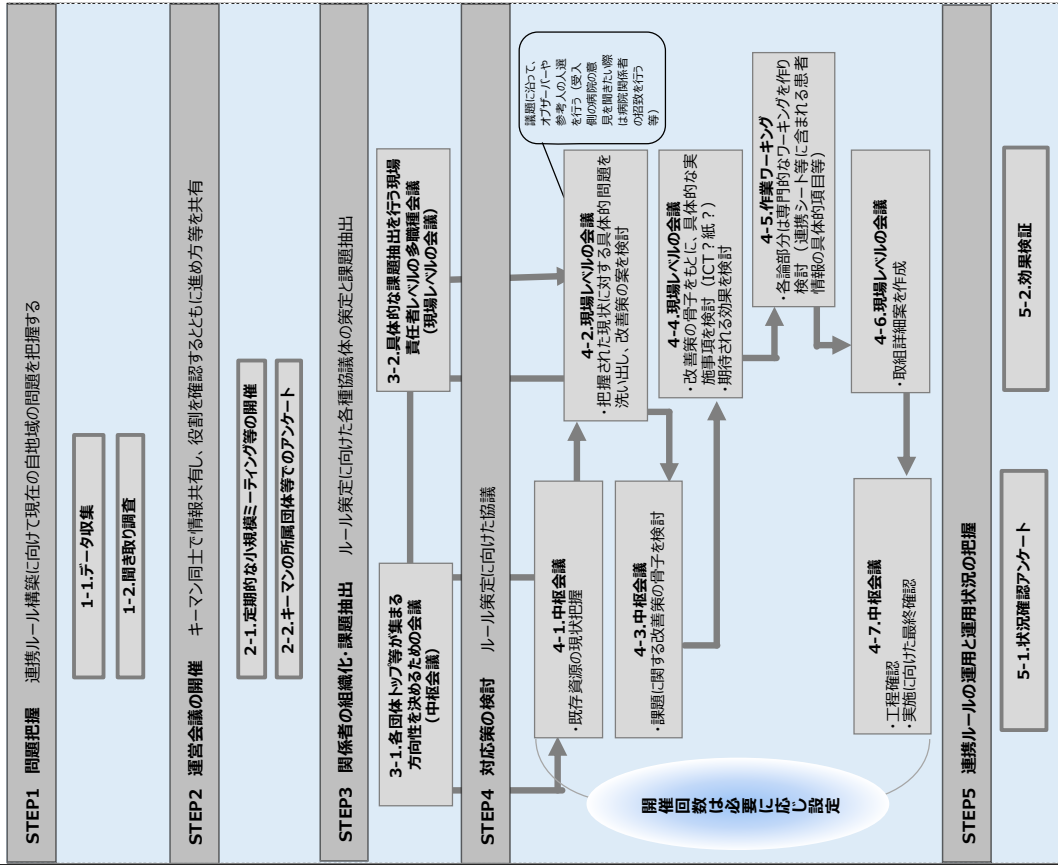
ブレインストーミングの例



工程表 (今年度取り組み事例)

ここに詳細な時期を記載

ここに、工程のフローを作成



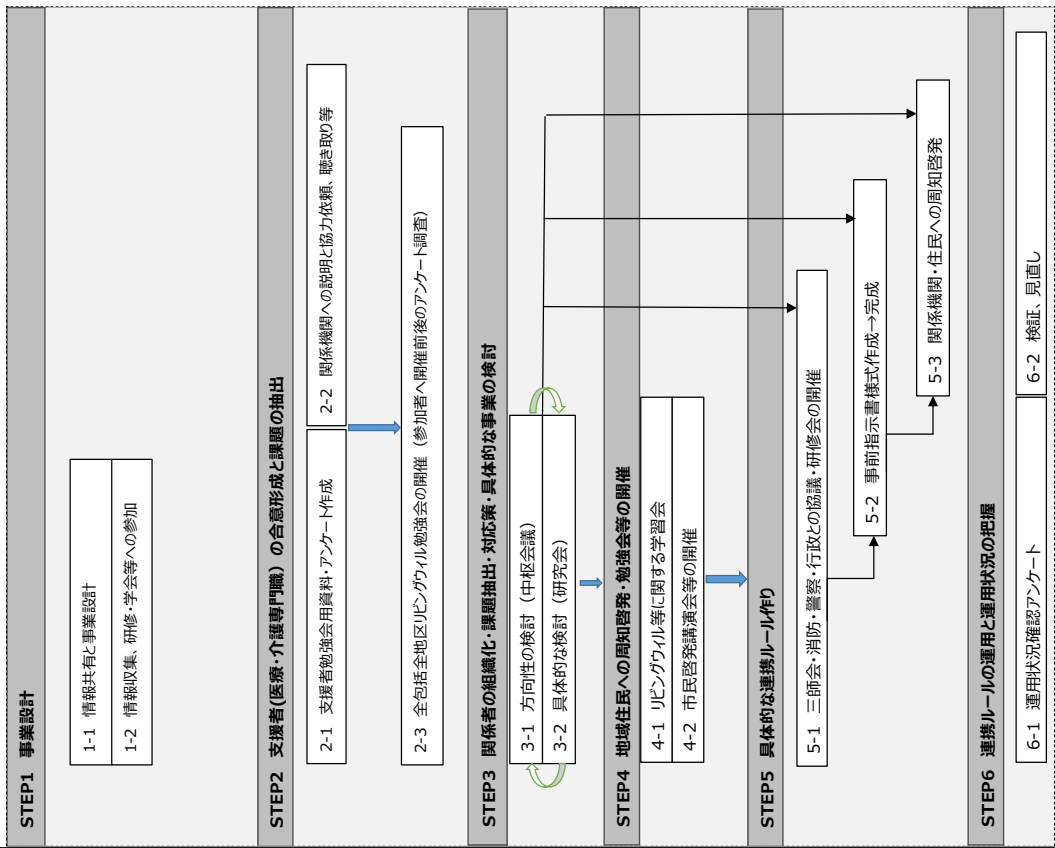
項目	実施時期
1-1	11/17まで
1-2	医師会 (11/13)、消防 (11/16)、ケアマネ協会 (11/23)
	11/23まで
2-1	11/1から2週に1回水曜日に開催
2-2	医師会所属の在宅医にアンケート (11/27から12月末日まで) 市内全介護施設へのアンケート (11/27から12月末日まで)
3-1	12/8に開催を調整中
3-2	中樞会議の内容を持って1月上旬から開催予定
4-1	中樞会議については月に1回月上旬に開催予定
4-2	現場レベルの会議については月に1回下旬に開催予定
	12/8～
	1月上旬～

工程表

（3年後に向けて）

ここに、工程のフローを作成

ここに詳細な時期を記載



項目	実施時期	内容等	備考
1-1	1年目8月 1年目8月 1年目9月	市、医師会、病院の打ち合わせ（これから進め方） 市医師会担当者間打ち合わせ（事業計画等） 市医師会と市の打ち合わせ（モデル事業について）	
	1年目9月 1年目11月 1年目11月	地域包括支援センター主任介護支援専門員に計画説明と協力要請 市医師会、市、広域消防局との打ち合わせ（具体的な目標について） 市地域包括ケア協議会（今後の方向性の確認・研究会立ち上げの了承）	
1-2	1年目11月 1年目7月 1年目9月 1年目10月	市医師会、市、病院、広域消防局との打ち合わせ（工程表について） 在宅医療救急研究会へ参加（医療Co） 在宅医療推進フォーラムへ参加（医療Co） 大宇市民公開講座へ参加（ACPこれから医療・ケアに関する話し合い、医療Co）	
	1年目10月 1年目10月	セミナーへ参加（生命倫理等、医療Co） 在宅医療・救急医療連携セミナーへ参加（医師・消防・行政・医療Co・県職）	
2-1	1年目10月	リビンガワイル勉強会（専門職）用資料作成	
2-2	1年目10月	薬剤師会、歯科医師会へ説明と協力依頼	
2-3	1年目10月	～リビンガワイル勉強会開催（6エリア、以下順次開催）	1年目年度内に全包括エリアで開催
3-1	随時	市医師会、市、病院、消防等中核となる関係者打ち合わせ	（随時開催）
3-2	定期	研究会の開催による関係者間の検討 （情報共有・課題抽出・目標設定・解決策の検討・フィードバック）	（2か月に1回程度開催）
4-1	1年目 1年目以降 1年目以降	市民を対象にリビンガワイル等についての学習会を開催 全包括エリア全地区を対象に地域住民対象の勉強会の開催 事前指示書作成支援のための研修会開催	1年目で年度2回
4-2	1年目	在宅医療・介護、看取りに関する講演会の開催	1年目で度1回
5-1	1年目	関係機関との協議・具体的な目標設定、研修会を開催	
5-2	2年目	事前指示書様式策定、関係機関等へ意見聴取、完成	
5-3	3年目	関係機関・住民への周知啓発	
6-1	3年目	運用開始、関係機関へ運用状況確認アンケート	
6-2	3年目以降	検証、見直し	

(参考) 連携ルール例

【 ①救急搬送時の情報連携ツール 】

【事例の紹介】東京都墨田区

【 民間型緊急通報システム 24時間対応 】

- 自宅内で急病等により緊急事態に陥った際、専用通報機またはペンダントのボタンを押すことにより受信センターに通報される。
- 通報を受けた受信センターには、看護師等の資格を持つスタッフが365日24時間体制で対応し、必要に応じて救急車の手配、あるいは親族等への連絡を行う。その他、健康相談等も対応する。なお、在宅時の異常を判断して自動通報する「安否確認センサ」を有料で取り付けることも可能
- 対象となる方
 - ・ 65歳以上の隅田区民
 - ・ 一人暮らし又は高齢者のみの世帯
 - ・ 固定電話のある方



(出典：東京都墨田区在宅療養ハンドブック(第5版))

【事例の紹介】三重県鈴鹿市

【 救急情報ネックレス事業 】

- 災害時要援護者台帳に登録されている一人暮らしの方のうち希望者は、申し込みにより、災害時要援護者台帳へ救急活動に必要な情報（かかりつけ病院や持病等）を登録する
- 登録後、登録情報の番号を印字したネックレスが希望者に配布される。配布された本人がネックレスを着用していれば、屋外等で倒れた場合でも救急隊がネックレスの番号を消防本部に伝達することにより、本人の医療情報を本部より入手することができる

鈴鹿市

安心・安全を身につけよう!

救急情報ネックレス

Suzuka Support System Emergency Number



救急情報ネックレスとは・・・

お申込により、災害時要援護者台帳へ救急活動に必要な情報を登録させていただきます。この情報の番号を印字したネックレスを着用することによって、屋外等で倒れた場合でも救急隊がすみやかに情報を把握できます。

お問い合わせ 

鈴鹿市消防本部 消防課 救急管理グループ
鈴鹿市座野寺家町217-1
電話 059(382)9155 FAX 059(383)1447

ネックレスを身につけると・・・

- 1  救急情報ネックレスを身につけてるぞ！番号は・・・
- 2  その人は消防太郎さんです。かかりつけ病院は鈴鹿救急病院です！
- 3  了解！

お願い 救急情報ネックレスは救急活動、災害時に必要な場合のみ活用いたします。

- 登録番号にて、本人情報を把握いたしますので、他人に渡さないようお願いします。
- ネックレスは常に身につけてください。また、紛失・破損した時にはご連絡ください。
- 搬送先の医療機関を決める場合、本人の状態によっては「かかりつけ医療機関」に搬送されない場合があります。
- 倒れている方が救急情報ネックレスを身につけていた場合119番通報時に番号を教えてください。

(出典：鈴鹿市救急情報ネックレス事業について

http://www.city.suzuka.mie.jp/mass/datas/276_001.pdf)

【 ②救急搬送時の救急隊情報連携ルール 】

【事例の紹介】東京都八王子市

【 救急医療情報（キット） 】

- 東京都八王子市の救急医療情報キットでは、『もしもの時に医師に伝えたいことがあれば、チェックしてください』との設問を設け、「できるだけ救命」「延命してほしい」「苦痛をやわらげる処置なら希望する」「その他」の回答欄を設けている

八高連から 65歳以上の方へ 「救急医療情報」のお知らせ

「もしもの」ときに「救急医療情報」でスムーズな救急搬送
八王子市高齢者救急医療連携協議会（通称「八高連」）では、高齢者（おおむね65歳以上）の資格にあらかじめ自身の病状、服薬中の薬、かかりつけ病院、緊急連絡先などを記入してもらって「救急医療情報」の冊子を作成しました。高齢者の資格が緊急搬送が必要とした「もしもの」ときに、救急隊や病院が資格の「救急医療情報」を共有することで、速やかな救急搬送や病院での適切な対応が可能となります。

「救急医療情報」の使い方

「救急医療情報」に必要な事項をあらかじめ記入し、外置型などに挿入

緊急時
救急隊が「救急医療情報」冊子から情報を収集し、必要に応じて緊急連絡先へ連絡

救急搬送
適切な病院へ迅速に搬送
救急搬送後のスムーズな病院間連携

記入の仕方

- 本誌の記入例を参考に記入し、キリリ線から切り取って使用してください。
- 一枚葉面に貼る際は、「救急医療情報」の裏面を記入する際はありません。
- 「もしもの時に医師に伝えたい事」欄は、ご家族とよく話し、きつた上でチェックしてください。
- 「救急医療情報」は、緊急連絡先が「その時」に自身の情報が必要となります。持病、かかりつけの病院、服用している薬など、病院連絡に役立つ情報が記入したものは、変更や増しを記入し、必ず更新日欄に日付を記入してください。

八高連事務局

- ①八王子市高齢者救急医療連携協議会
- ②八王子市高齢者救急医療連携協議会
- ③八王子市高齢者救急医療連携協議会
- ④八王子市高齢者救急医療連携協議会
- ⑤八王子市高齢者救急医療連携協議会
- ⑥八王子市高齢者救急医療連携協議会
- ⑦八王子市高齢者救急医療連携協議会
- ⑧八王子市高齢者救急医療連携協議会
- ⑨八王子市高齢者救急医療連携協議会
- ⑩八王子市高齢者救急医療連携協議会

～記入例～ 救急医療情報

(八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会)

住所	八王子市 元本郷 町 三丁目 24番 1号	
ふりがな	はちおうじ ひひお	年齢 70歳 (平成24年 8月 10日現在)
氏名	八王子 七男	
生年月日	明治・大正 昭和 17年 1月 1日	
性別	男・女	同居のご家族がいらっしゃる場合ご記入ください。
連絡先 電話番号	042-626-3111(自宅) 090-0000-0000(妻の携帯)	

◇医療情報

現在治療中の病状	高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 (血圧(185/110))
過去に医師から言われた病状	高脂血症
服用している薬	カルベジロール製剤 10mg フロコシル製剤 10mg
かかりつけの病院	病 院 名: 八王子消防病院 ※おおよそ1年以内に受診歴のある病院 住 所: 八王子市・区 上野町33 電 話 番 号:

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

伝えたいことがある方は、該当するものを□にチェックし、その他の欄に希望することをご記入ください。

できるだけ救命、延命をしてほしい

苦痛をやわらげる処置なら希望する

なるべく自然な状態で見守ってほしい

その他 ()

なるべく複数の連絡先をご記入いただき、電話番号がつかずやすい番号をご記入ください。

◇緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号
八王子 六男	子	八王子市000町1-1-1	080-1111-0000
日野 五子	子	日野市000町1-2-3	090-0000-0000

作成日 平成 24年 8月 10日 更新日① 平成 27年 4月 1日
更新日② 平成 年 月 日 更新日③ 平成 年 月 日
更新日④ 平成 年 月 日 更新日⑤ 平成 年 月 日

◇高齢者あんしん相談センター（地域包括支援センター）

名 称	電 話 番 号
-----	---------

(在宅療養・救急医療連携にかかる調査セミナー事業報告書

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf>

【事例の紹介】大分県臼杵市

【 うすき石仏ねっと 】 消防署通信指令室との情報共有

- 救急要請の通報があると、消防署の通信指令室はデータ集約統合型データベースに接続する
- 該当患者情報があるかを確認し、情報があれば、既往症や自立度、入退院履歴、更に調剤情報により救急用のアラート項目なども自動で判定されて一覧で表示させる

既往歴・病名管理機能/禁忌・アレルギー歴管理機能



患者ID	患者氏名	性別	年齢	既往歴	アレルギー
0001	田中 太郎	男	65	糖尿病	卵アレルギー
0002	佐藤 花子	女	58	高血圧	小麦アレルギー
0003	鈴木 一郎	男	72	心臓病	乳糖不耐
0004	山田 美穂	女	45	腎臓病	青霉素アレルギー
0005	中村 健太	男	30	喘息	花粉アレルギー

参加機関ごとに既往歴・病名/禁忌・アレルギー歴の管理を行うことができます。
今までの病気や体質が共有されることで万が一のときにも安心です。

緊急時情報共有機能

救急車を要請した場合には、医療機関と消防署通信指令室において石仏カードの提示なしに情報を共有することが可能となります。万が一の場合は、いち早く情報共有し、救急現場に駆けつけます。

(出典：うすき石仏ねっと運営協議会)

<http://usukisekibutsu.projectz12.sky.linkclub.com/explanation/index.html>

【事例の紹介】山梨県峡東地域

【救急対応マニュアル（救急隊への情報提供書）】

- 緊急度の高い入所者は、原則、在宅医/かかりつけ医師の指示を受け、応急処置の内容を決定する
- 医師と連絡がとれない場合は、救急隊の判断に任せる

救急隊への情報提供書 【介護施設→救急隊】 **記入例**

【事前記載事項】：事前に記載しておいてください。 (H29年10月1日現在の情報)

施設名	特別養護老人ホーム 峡東	施設種別	特養	記入者	山梨 良子
フリガナ	きょうとう たろう	年齢	79歳	性別	(男)・女
氏名	峡東 太郎	生年月日	M・T・S・H 13年 9月12日		
電話番号	055-000-△△△△				
住所	山梨県山梨市〇〇 △△番地		■：施設に同じ		
病歴等	現在治療中の病気・ケガ (感染症 有○無病名) 慢性心不全	既往歴	過去の手術歴等も記載します。 脳梗塞		
常用服用薬	レニベース、ラシックス、ワーファリン	血液型	O型 Rh(+) (-)		
		アレルギー	有() (無)		
かかりつけ病院名	(有) 〇〇〇〇〇〇 無	担当医師名	〇〇〇〇〇〇 甲州一男		
蘇生処置に関する意思 (DNAR) を確認していますか (確認済み 確認なし) ※搬送先医師に情報提供し、救急処置の参考とさせていただきます。 (蘇生希望なし・蘇生希望あり)					
緊急連絡先	第1連絡先 氏名：峡東 二郎 続柄：長男 住所：山梨県〇〇市〇〇 △番地 電話：〇〇-〇〇〇〇-****				
(家族等)	第2連絡先 氏名：笛吹 一美 続柄：長女 住所：東京都〇〇区〇〇 △号 電話：〇〇-〇〇〇〇-****				

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

発症(受傷)を目撃しましたか? (は) (H29年11月16日 14時 30分頃)

普段の状態を最後に確認したのはいつですか? H29年11月16日 12時20分頃

日常生活 会話 (可能) 一部可能・不可 歩行 (可能) 一部(助) 不可

発症または発見時の状況、主な訴えや症状など
 屋食後、自室で休まっていたところ、コール要請があり、職員がかけてくれたところ、「呼吸が苦しい」との訴えが聞かれた。
 顔色も青白く、吐き気も訴えたため、搬送依頼を行った。

顔面蒼白 嘔気・嘔吐
 頭痛 胸痛
 発熱 冷や汗
 けいれん 失禁
 呼吸苦 イビキ呼吸
 上手くしゃべれない
 その他 ()

最後の食事： 11時50分頃 バイタルサイン 体温(36.3)℃ 脈拍(90回/分)
 食事内容 血圧(185/120mmHg) 呼吸数(32回/分)

病院手配 (済) (病院名：峡東総合病院) ・ 未 家族への連絡 (済) ・ 未

【お願い事項】

- 呼吸・脈が無い場合は、応急手当(心肺蘇生)を行ってください。
- すみやかな処置の実施のため、玄関の開錠・患者様の居場所への誘導をお願いします。
- 救急搬送の際の付き添い(事情がよく分る方)をお願いします。

記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。

(出典：山梨県 峡東地域 「高齢者施設のための救急対応マニュアル」平成30年3月
<https://www.pref.yamanashi.jp/kt-hokenf/documents/kyukyumanyuaru.pdf>)

【事例の紹介】愛知県岡崎市

【119医療情報伝達カード】救急要請・搬送時のルール

- 氏名や緊急連絡先他、疾患やアレルギーの状況、ならびにDNARについての記載欄に記入しておく

119医療情報伝達カード



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

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

■アレルギーの有無 あり・なし (薬: 食事:)
 ■服薬中のくすりについて お薬手帳: あり・なし 資料: あり・なし
 (上記2点ともない場合、服薬中の薬名を記入)

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

①DNARの提示	②DNARの書類	③DNAR確認主治医
あり・なし	あり・なし	病院名: 医師名: 病院☎: () - カルテ記載: あり・なし

★現在、治療中の主な病気とかかりつけ医療機関について

病 名	医療機関・診察券番号	治療
①	病院・ID	治療中・経過観察中
②	病院・ID	治療中・経過観察中

■今までに治療したことがある病気について

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

■その他(上記に該当がない病気の詳細や救急隊へ知らせたいことなど)

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

本人又は家族等署名欄 _____ 印 (本人・代筆)

署名年月日 _____ 年 月 日 施設確認欄 確認済み

(出典：愛知県岡崎市ホームページ)

<https://www.city.okazaki.lg.jp/1550/1572/1653/p020461.html>

【事例の紹介】長野県松本市

【 DNAR事前指示書 】蘇生処置の希望確認

- 搬送が想定される病院にて、予め、DNARに関する情報（事前指示書）を発行する
- 治療をしても回復が見込めない状態になったときの「延命治療」について、代理判断者の署名欄、在宅医/かかりつけ医の記入欄を設け、医療者（在宅医/かかりつけ医）が係わり事前指示書のコピーをカルテと共に保管しておく

わたしのリビングウィル（事前指示書）

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

作成日 年 月 日

本人署名 _____
(何度でも書き直しができます)

1 治療をしても回復が見込めない状態になったときの「延命治療」について

(1) 心臓マッサージなどの心臓蘇生法 希望する 希望しない

(2) 延命のための人工呼吸器 希望する 希望しない

(3) 鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給 希望する 希望しない
↳「鼻チューブ・胃ろうどちらがよい?」

(4) 点滴による水分の補給 希望する 希望しない

(5) 副作用があっても、痛みなどはできるだけ抑えてほしい
 ある程度痛みがあってもいい、できるだけ自然な状態で過ごしたい

(6) 最期を過ごしたい場所 自宅 病院 入居施設

(7) その他の希望（自由に記入ください）

2 代理判断者の署名欄 よく話し合ったうえで、署名してもらいましょう。
(ご自身で医療上の判断ができなくなったとき、医師が相談すべき人です)

① 氏名 _____ 続柄 _____ /緊急時 TEL _____

② 氏名 _____ 続柄 _____ /緊急時 TEL _____

3 1と2に記入ができましたら、かかりつけ医に確認してもらいましょう。

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

かかりつけ医記入欄
医療機関名 _____
医師名 _____
連絡先(TEL) _____

松本市医師会・松本市地域包括ケア協議会

「人生会議」を開きましょう

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

人生会議（アドバンス・ケア・プランニング ACP）

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

1度で決めない、1人で決めない

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

治療をしても回復が見込めない状態になったときの「延命治療」についての説明

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

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

【鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給】鼻チューブや胃ろうを用いて、栄養を補給できます。
鼻チューブ
鼻から胃または腸まで細くチューブを入れて、栄養剤などを注入します。

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

【点滴治療】
• 手足から点滴のための針を刺して水分補給をおこないます。（栄養はほとんどありません）
• 口から飲めなくなるときに、点滴を用いて体内に入れることができます。

【苦しみや痛みに対する治療】
• 鎮痛剤（医療用麻薬）で苦しみや痛みは、やわらぎます。（副作用で呼吸が弱くなることがあります）

わからないことは、かかりつけ医に遠慮なくご相談ください



（出典：松本市医師会 <http://www.matsu-med.or.jp/livingwill/>）

【事例の紹介】東京都（東京消防庁）

【心肺蘇生を望まない傷病者への対応】

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」（以下、運用の要件）

下記の運用要件を満たした場合、救急隊から在宅医/かかりつけ医等に連絡し、心肺蘇生を中断する。「在宅医/かかりつけ医等」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐ

#	運用要件
1	ACPが行われている成人で心肺停止状態である
2	傷病者が人生の最終段階にある
3	傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない」
4	傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが合致する

3 運用の細部

①心肺停止の確認
②心肺蘇生の実施と情報聴取

救急隊 傷病者

③傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される

家族等

④面接又は訪問看護師等を経由してかかりつけ医等に連絡し、傷病者の意思に誤りがないかを確認する

かかりつけ医等

⑤かかりつけ医等が到着するまでの時間を確認する
⑥引き継げる場合に限り、かかりつけ医等から心肺蘇生の中止及び不搬送の指示を受けて心肺蘇生を中止する

医療機関等向け資料

令和元年12月 東京消防庁

心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

1 概要

○ 人生の最終段階にある傷病者の中には、事前に家族等や医療・ケアチームと話し合い（△CP△＝遺族「人生会議」）、自分が心肺停止となった時に「心肺蘇生を実施しない意思」を持つ方がいます。

○ 心肺停止時には、家族等関係者がかかりつけ医等に連絡して、自宅等でお看取りをすることが話し合われていれば、本来ならば救急隊が介入することはありません。

○ 実際には、慌てしまった家族等関係者が救急要請する場合があります。

○ 現在の制度では、救急隊は心肺蘇生を実施して医療機関に搬送することになります。

○ こうした現状を踏まえて、可能な限り傷病者の意思を尊重できるように体制を整理しました。

2 本運用の対象となる要件

1 ACP実施下の成人で心肺停止状態にあること

解説
ACPが行われていない場合は含まれません。未成生や心肺停止前の傷病者は含まれません。

2 傷病者が人生の最終段階にあること

解説
回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期にある傷病者が対象となります。

3 傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があること

解説
家族等の意思ではなく、あくまでACPIに基づく傷病者本人の意思があった場合が対象となります。

4 傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが合致していること

解説
外因性（不慮の事故や窒息等）が疑われる心肺停止は、対象とはなりません。

○ 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡して、これらの項目を確認させていただき、心肺蘇生を中断し、「かかりつけ医等」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐこととしました。

○ 救急隊は、かかりつけ医等が上記項目を判断するために必要な情報を伝達します。

（出典：東京消防庁「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」

<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/lfe/kyuu-adv/acp.html>)

【事例の紹介】静岡県静岡市

【 グリーンカードシステム 】 在宅療養者の意思表示

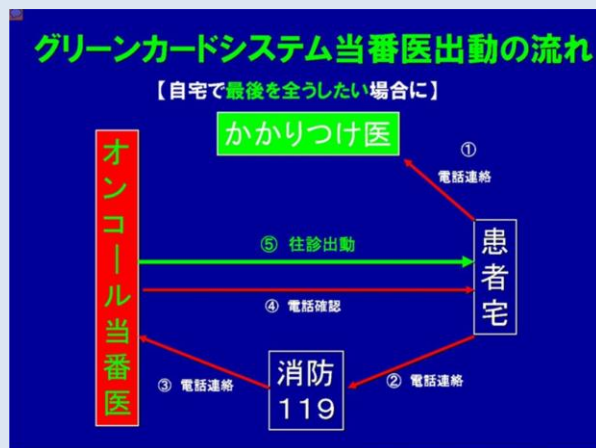
「グリーンカードシステムの構築（在宅看取りのための診療所連携システム）」

あらかじめ在宅主治医が記載した「在宅患者サマリーカルテ」に患者情報を記載し、グリーンカードと一緒に在宅療養者のベッドサイドに設置する

在宅療養者の看取りの状態となるも主治医と連絡がつかない場合、在宅療養者の家族はグリーンカードに記載してある手順に則り静岡市消防署に連絡を入れる

静岡市消防署は、あらかじめ静岡医師会から連絡されていた在宅往診当番医表をもとに、往診依頼の連絡を入れる

連絡を受けた在宅往診当番医は当該の在宅療養者へ往診し、看取りの診察をする



グリーンカード
(在宅看取り用)

このカードは、在宅看取りに際し、連絡を希望する時に活用します。

患者さんが看取りに追い詰められたらにも関わらず、主治医と連絡が取れない場合、以下の手順に従ってください。

288-0139
「在宅往診連携システムに連絡してください」と伝え
288-0139 に電話してください。

患者さんの
氏 名 _____
住 居 _____
電話番号 _____
主治医の
氏 名 _____
診療科名 _____
診療時間 _____
を知らせ、この「グリーンカード」があることを伝えてください。

この連絡により出動が依頼されます。

(1) 当番医は原則として24時間（夜間）でも対応します。
(2) 診療料は、後日当番医診療所まで保険証とともに持参して下さい。
(3) 共同診療所が複数ある場合は、診療所となることをあらかじめご了承ください。

静岡市消防局消防部

(出典：静岡市静岡医師会ホームページ<https://shizuoka-city-med.or.jp/e2net/house/>)

【 ③救急搬送市民向け普及啓発 】

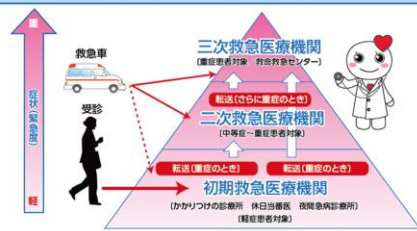
【事例の紹介】 山口県下関市

【救急医療適正利用リーフレット～救急医療利用のルール～】

- 救急出動件数は一貫して増加傾向で、救急車の現場到着時間は遅くなり、病院収容までの時間も延伸してきている。総合病院に患者が集中することによって、救急車で運ばれた緊急を要する患者さんの診察にも影響が出かねない状況だった。そこで、下関市では、市民の皆様が安心して救急医療を利用できるよう、「救急医療適正利用リーフレット～救急医療利用のルール（保存版）～」を作成し、5月1日号の市報と併せて全戸配布。

★気になる場合は、昼間のうちに受診

【ご存知ですか？】 時間外での診療料は、時間帯によって通常の約1.5倍から3倍程度かかります!!
例) 初診料 通常2,820円 → 18時～5,120円



★緊急を要するときは、迷わず119通報!

意識がない、嘔吐もうろう、けいれんがとまらない、大量の出血、血腫のやけど、などを訪ませるが
できない、高所から転落、おぼれた、などの緊急時は迷わず119番通報しましょう。

ただし、安眠な緊急要請はけません。本当に必要な方にだけ救急車がいき、そのような状況があなたの身に起こらないと願っています。



下関市の救急出動		速報値	
出動件数	平成21年 13,339件 → 平成27年 15,135件 (+1,796件)		
現場到着時間	平成21年 8.3分 → 平成27年 10.1分 (+1.8分)		

救急医療利用のルール 保存版

「正しい時間」と「正しい医療施設」の受診をこころがけ、
さらに「救急車の適正利用」を進めなければ、近い将来、
下関市の救急医療体制が崩壊しかねません。

ストップ!! コンビニ受診!

夜間・休日の軽症者のコンビニ受診が、市内の緊急を要する救急医療を担う4総合病院(※)の運用となっています。適切な時間に、適切な医療機関を受診するよう心がけましょう。

※ 専門医療センター・済生会下関総合病院・市立市民病院・下関医療センター

ストップ!! 救急車の不適切な利用!

命を守る救急車の利用実績が変化してきています。救急車の到着時間にも影響が...

この様な例で救急車を要請すると、到着時間がどんどん延長してしまいます!

- 体がゆくてどうしようもないと出動したら... 数にいったい刺されたのが原因だった!
- 子供が指先から出血しだきじゅくっていると出動したら... 紙で指先を切った、血は止まっているが...
- ベッドから落ち動かないと出動したら...

ヘルパーさんを呼んだが来てくれなかったで、代わりに救急車を呼んだ
● 持病の調子が悪くなったと行ってみたら... 入院予定の日に交通手段が無かったからだ!

平成28年4月
下関市医師会・専門医療センター・済生会下関総合病院・下関市立市民病院・下関医療センター
済生会豊浦病院・下関市立豊田中央病院・下関市消防局・下関市保健部
【発行・お問い合わせ】 下関市保健部 保健医療課 電話 231-1711

(次ページにつづく)

救急医療利用のルール

保存版

※目に付くところに貼ってお使いください。

医療相談・医療情報

夜間の受診や救急車を呼ぶ前に
各種サービス等をご利用ください。

《医療情報》

サービス	電話番号等	8	9	16	19	0	8
#8000 小児救急医療電話相談	#8000 または 083-921-2755					毎日 19:00~翌8:00	
下関保健所 医療相談窓口	083-231-1325			平日(月~金) 9:00~16:00			
子どもの救急サイト	http://kodomo-qq.jp/					毎日24時間	
中毒110番	(大阪)072-727-2499 (つくば)029-852-9999					毎日24時間 ← つくば 9:00~21:00 →	

専任の看護師や小児科医が症状に応じた適切な助言を電話で行います。通院や119番通報前にご利用ください。

医療に関する疑問や不安に対する相談に応じます。ただし医療の内容の是非や責任についての判断は行いません。

生後1か月から6歳までの気になる症状へのアドバイスをインターネットにより知ることができます。

化学物質や動植物の毒などによって起こる急性中毒について、実際に事故が発生している場合に限定し電話で情報提供しています。(ただし音声のみのタボ専用電話もあります)

《病院案内》

サービス	電話番号等	8	9	17	23	8
救急医療機関 案内サービス(消防局対応)	0120-379-907または 083-233-9119				毎日 18:00~19:00 23:00~翌8:00	
休日当番医 案内サービス	083-233-0148					毎日24時間
やまぐち医療 情報ネット	「やまぐち医療情報ネット」 で検索してください					毎日24時間

23時以降、検査や入院が必要な場合、その日の救急当番病院を電話で紹介しています。119番通報による問い合わせは控えてください。

その日の当番医を、音声でお知らせします。市報(しものせき)、当日の朝刊、市ホームページにも掲載しています。

救急、夜間・休日に受診できる病院・診療所、助産所、小児科、当番医、AED設置施設などをインターネットにより検索できます。

休日や夜間の受診

通常の診療体制と休日・夜間の医療体制は違います。
「やむを得ない場合に受診」を心がけましょう。

夜間急病診療所	083-252-3789	休日当番医	休日当番医案内サービス 083-233-0148
---------	--------------	-------	-----------------------------

夜間の急病人(内科・小児科)に対応

市報の裏表紙に毎号掲載

夜間

毎日
19:00~23:00
年末年始は時間が延長されます。

下関市救急病診療所

下関市大学町二丁目1番3号

休日等

日・祝日

盆
8/14~16

年末年始
12/30~1/3
9:00~18:00
旧4町は17:00まで

眼科・耳鼻科は9:00~12:00

★緊急を要するときは、迷わず119番通報!

意識がない。意識もうろう。けいれんがとまらない。大量の出血。広範囲のやけど。のどを詰まらせ息ができない。高所から転落。おぼれた。などの緊急時は迷わず119番通報しましょう。

(出典：下関市ホームページ「救急医療リーフレット」)

<http://www.city.shimonoseki.lg.jp/www/contents/1466055863706/files/omote.jpg>

5 連携実績モニタリング指標例

【 連携実績指標の視点 】

項目	定量評価項目
救急搬送 時間・数	ツール（ICT ツールや救急医療情報キット等）を活用した場合の、 救急搬送の際の現場滞在時間
	救急搬送人数（自宅からの救急搬送人数、高齢者福祉施設からの救 急搬送人数）
	救急搬送問い合わせ数
ツールの拡大	救急医療情報キットの普及率
	共通書式（診療情報提供書等）の導入比率
	連携システムの施設別加入率
	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）
	ツール（ICT ツールや救急医療情報キット等）を活用していた患者 における在宅看取り率
患者数・ 在宅での看取り	「ACP（人生会議）」の導入推移
	自宅死の割合の推移
	老人ホーム死の割合の推移

【 介護報酬・体制整備の視点 】

項目		考え方
介護報酬	ターミナルケアマネジメント加算	居宅介護支援費の加算であり、末期がん患者の状況における主治医や居宅介護事業所に情報提供した連携の実績を把握する。
介護報酬	ターミナルケア加算	介護老人保健施設、訪問看護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所で行われたターミナルケアを評価する加算であり、医師・看護師・介護職員等の連携の量を把握できる。
介護報酬	看取り介護加算	介護老人福祉施設（地域密着型含む）や認知症グループホーム、特定施設での看取りに関する医療機関と施設の連携の量を把握する。
介護報酬	緊急時等居宅カンファレンス加算	利用者の状態の急変に伴い、利用者宅を医師等と訪問し、カンファレンスへ参加した場合に算定できる居宅介護支援費の加算であり、介護サービスの提供実態を把握できる。
介護報酬	緊急時訪問介護加算	訪問介護事業所が介護支援専門員と連携し、利用者又はその家族等の要請で、居宅サービス計画外の訪問介護を行った実績を把握する。
介護報酬	緊急時訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、介護サービスの提供実態として把握する。
診療報酬	往診料（夜間、日祝）／全体	在宅療養者の急変時に対応した医療提供の実績として把握する。
診療報酬	機能強化型訪問看護管理療養費	24時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、医療サービスの提供実態を把握する。

診療報酬	緊急訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、医療サービスの提供実態を把握する。
診療報酬	配置医師緊急時対応加算	介護老人福祉施設の配置医師が早朝又は深夜に訪問し診療を行った実績を把握する。介護老人福祉施設における看取りに関する医療機関と施設の連携の量を測ることができる。
体制整備	往診を実施している診療所・病院数	「在宅医療サービスの実績」や「連携に係る診療報酬」の項目とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。
体制整備	看取り数（死亡診断のみの場合を含む）	※老人ホーム：養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム※自宅：自宅の他、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅（賃貸住宅をいい、有料老人ホームは除く）
体制整備	在宅ターミナルケアを受けた患者数	在宅療養者の看取りに取り組んでいる実績を把握する。この指標例において、看取り数（死亡診断のみの場合を含む）は、看取り加算及び死亡診断加算の数、在宅死亡者数は人口動態統計による「死亡したところの種別」の介護医療院・介護老人保健施設、老人ホーム及び自宅で死亡した者の数を指す。
体制整備	在宅療養支援歯科診療所数	地域における口腔健康管理や栄養管理のサービスを提供できる医療資源量を把握する。
体制整備	在宅療養支援診療所・病院数	在宅療養患者に医師による診察・診断を供給できる医療資源量を把握する。訪問診療や往診等を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際に訪問診療や往診の提供数（実績）とは異なることに注意が必要となる。在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。

体制 整備	訪問診療を実施し ている診療所・病 院数	「在宅医療サービスの実績」や「連携に係る診療報酬」の 項目とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。
----------	----------------------------	--

【指標の事例】 大分県 在宅医療・介護連携推進事業

(https://www.fujitsu.com/downloads/JP/group/fri/report/elderly-health/2020-2a-3_3.pdf)

在宅医療・介護連携推進事業の評価指標としては、下記が考えられる。
 下記のうち、◎があるものは医療・介護レポート等よりその数を抽出。○があるものは既存統計等で把握。

	(1)入退院の体制	(2)日常の療養支援体制	(3)急変時の対応体制	(4)看取りの体制
		1 住民在宅療養希望率 ○		1 在宅での死亡率 ○
アウトカム		2 医療・介護従事者の就業満足度 x		2 人生の最終段階における在宅療養希望率 ○
		3 要介護者の在宅療養率 x		
		◎ 4 医師・在宅患者訪問診療料(医療)算定件数	◎ 1 医師・往診料(医療)算定件数	◎ 3 医師・看取り加算(医療)算定件数
		◎ 5 歯科医師・歯科訪問診療料(医療)算定件数		◎ 4 医師・在宅ターミナルケア加算(医療)算定件数
		◎ 6 看護師・訪問看護算定件数(介護)(イ)を 除く)		◎ 5 医師・在宅がん医療総合診療料(医療)算定 件数
		◎ 7 看護師・訪問看護の夜間・深夜・早朝加算(介 護)算定件数		◎ 6 看護師・訪問看護のターミナルケア加算(介護) 算定件数
		◎ 8 リハビリテーション機器・訪問リハビリテーシ ョン及び訪問看護費(イ)の合算件数(介護)		◎ 7 住民のACP理解度、認知度、作成数 x
プロセス	x	◎ 9 薬剤師・在宅療養管理指導(介護)算定件数		
		10 管理栄養士・在宅療養管理指導(介護)算定件 数		
		11 歯科衛生士・在宅療養管理指導(介護)算定件 数		
		12 訪問介護員(介護)算定人数		
		13 地域密着型(看護)小規模多機能型居宅介護 (介護)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 費(介護)算定件数の合算件数		
		14 ICTによる情報共有ツールの利用状況 x		
	○	15 在宅療養支援病院・診療所開出数	○ 2 看護師・緊急時訪問看護加算(介護)算定件数	○ 8 医師・在宅がん医療総合診療料(医療)開出数 数
		16 指定訪問看護事業所数		
ストラク チャー	◎	17 指定訪問リハビリテーション事業所数	○ 上記各加算算定施設	◎ 上記各加算算定施設
		◎ 上記各加算算定施設		

(参考) 「人生会議 (ACP) 」 普及啓発支援

(1) 「人生会議 (ACP) 」 について

厚生労働省「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」による報告書（平成30年3月）では、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・介護の現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に浸透することが必要であるとされています。

現在は、医療・介護現場における意思決定支援の実践や地方自治体の情報提供の取組は、十分に広まっていない状況です。国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、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をより深く理解できるよう、一層の普及・啓発が必要です。

取組が広く行われるような環境をつくっていくことで、全ての国民が、自分らしい暮らしを送りながら、人生の最終段階における医療・ケアを自らが選択し、本人と家族等が納得したうえで、人生の最終段階を迎える状況が実現していくとしており、普及啓発の目的と必要性が示されています。

また、厚生労働省では、今まで「ACP」として普及・啓発を進めてまいりましたが、より馴染みやすい言葉となるよう ACPの愛称募集を実施し、愛称選定委員会により選定されて、平成30年11月に「人生会議」という愛称で呼ぶことに決定しました。

都道府県においては、リーフレットの配布、セミナーの開催、その他のあらゆる手段により、自主的に、または管下市区町村等と連携して、人生会議に関する普及啓発を行うことが期待されています。

例えば、市区町村では、本人や家族等が医療や介護等に関する相談に訪れた際に、人生会議に関するリーフレットを配布するなどして、適切な情報提供を行うといったことなども考えられます。医療機関や介護施設等では、本人や身近で支える家族に対

して、医療や介護サービスの相談で来られたときや、サービス提供の機会などを通じて、ご本人やご家族が置かれている状況に合わせて適切な情報提供を行うなどの支援が求められます。

都道府県においては管下市区町村や医療機関や介護施設等の関係機関が本人や家族等に対して、必要な普及啓発を行える支援をすることが求められています。

(2) 「人生会議（ACP）」普及啓発に向けた取り組み事例

【事例の紹介】高知県

高知県「人生の最終段階における医療・ケア検討会議」の設置

（設置要綱は令和元年6月10日施行）

人生の最終段階における医療・ケアについては、本人の意思を尊重し、医療・介護従事者と本人・家族が繰り返し話し合い決定していく ACP（アドバンス・ケア・プランニング）により進めるべきものです。

国・地方自治体・民間団体等が一体となった普及啓発や相談員等の育成が求められていること、平成31年3月29日付厚生労働省通知「在宅医療の充実に向けた取組の進め方」において、医療・ケア従事者への「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」の理解の深化と住民への普及啓発が県の役割として明記されたことから、本検討会議を設置し、専門家及び住民の意見を ACP による意思決定支援の体制整備や住民への普及啓発の取組に反映させるためのものです。

人生の最終段階における医療・ケアの意志決定支援事業		高知県医療政策課											
<p>1 現状</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 最期を迎える場所は、“病院”が減少、“自宅”・“老人ホーム”が増加傾向 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 在宅死亡率：11.9%(2007年)⇒14.6%(2017年)【人口動態調査】 ■ “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”の改正（H31.3.14） <ul style="list-style-type: none"> ◆ 本人の意思を尊重し、医療・介護従事者と本人・家族が繰り返し話し合い決定していくACP(アドバンス・ケア・プランニング)の推進へ！ ■ “在宅医療の充実に向けた取組の進め方について”(H31.1.29付厚生労働省通知)の発出 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 国・地方自治体・民間団体等が一体となったACPの普及啓発や相談員等の育成の必要性、医療・ケア従事者へのガイドラインの理解の深化と住民への普及啓発が県の役割として明記。 	<p>2 課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 最期まで自分らしく尊敬を持って生きるためには、終末期等の医療やケアに本人の思いをしっかりと反映させるACPによる意思決定支援が必要だが、高知県のACP研修受講者(H30年度末)は、指導員5名、相談員11医療機関に47名と医療・介護のACP実施体制が脆弱。 ■ 自らの終末期等の医療・ケアについて意思表示する県民は、少数。 												
<p>事業効果</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 満足のいく最期を迎える県民の増加 ■ 家族の感情的トラウマ、うつ病の減少 ■ 多様できめ細やかな医療・ケアの実現 ■ 医療・介護職のモチベーションの向上 	<p>3 これまでの取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 各医療機関によるACP研修(国主催)の受講【H28年度～】 <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 指導者研修に1名派遣【R元年度】 ■ “人生の最終段階における医療・ケア検討会議”の設置・開催【R元年度】 <ul style="list-style-type: none"> ⇒ ACPを実施する医療・介護職の育成と住民啓発の実施を決定 												
<p>高知県の在宅死亡率</p> <table border="1"> <caption>高知県の在宅死亡率</caption> <thead> <tr> <th>年</th> <th>在宅死亡率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2007年</td> <td>11.9%</td> </tr> <tr> <td>2009年</td> <td>12.0%</td> </tr> <tr> <td>2012年</td> <td>12.5%</td> </tr> <tr> <td>2014年</td> <td>13.5%</td> </tr> <tr> <td>2017年</td> <td>14.6%</td> </tr> </tbody> </table>	年	在宅死亡率	2007年	11.9%	2009年	12.0%	2012年	12.5%	2014年	13.5%	2017年	14.6%	<p>4 令和2年度の取組</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 住民、医療・介護関係者、学識経験者による事業の進め方に関する協議・進捗管理 <ul style="list-style-type: none"> ■ “人生の最終段階における医療・ケア検討会議”の開催 2 ACP実施体制の整備（医療・介護職の育成） <ul style="list-style-type: none"> ■ ACP指導員研修会への医療・介護職の派遣 ■ ACP相談員研修会の開催 3 ACPに関する住民啓発 <ul style="list-style-type: none"> ■ 啓発資料(リーフレット等)の製作 ■ 公開講座の開催 ■ 出前講座の実施
年	在宅死亡率												
2007年	11.9%												
2009年	12.0%												
2012年	12.5%												
2014年	13.5%												
2017年	14.6%												

【事例の紹介】大分県

大分県『豊かな人生を送るために「人生会議」の普及啓発を推進する条例』（令和2年7月8日公布・施行）

本条例は、より一層県民一人一人の人生の質を高め、全ての県民が豊かな人生を送ることのできる大分県を目指し、議員提案により本条例を制定し、令和2年7月8日に公布・施行されました。

条例案の作成にあたっては、全会派から選出された議員で構成する「政策検討協議会」が、関係者からの意見聴取など、10回に亘る協議・検討を行いました。

「人生会議」の普及啓発を推進する条例は、全国初となります。

<条例の主な内容>

- ・ 条例の目的、定義
- ・ 本県の施策（人生会議の普及啓発の推進、人材の育成）
- ・ 市区町村及び関係機関の役割等

（出典：大分県ホームページ）

<https://www.pref.oita.jp/site/gikai/jinseikaigijyourei.html>

大分県豊かな人生を送るために「人生会議」の普及啓発を推進する条例

条例の内容の解説

（前文）

可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けていくことは多くの県民の願いであり、そのためには住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めることが非常に重要となる。

地域包括ケアシステムの構築・充実を図るには、医療・介護等の専門職のみならずそこで暮らす住民の理解、協力が必須であり、「人生会議」に対する理解が広がることにより、地域での関心がさらに高まると考えられる。

国が普及啓発を進める「人生会議」は、本人が希望する医療やケアなどを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかなどについて、自分自身で前もって考え、家族や友人など周囲の信頼する人たちと何度も話し合い、しっかりと共有する取組である。

本県は、これまで「健康寿命日本一」を掲げ、県を挙げた取組を進めてきたところであるが、ここに、より一層県民一人一人の人生の質を高め、全ての県民が豊かな人生を送ることのできる大分県を目指し、この条例を制定する。

【趣旨】

「人生会議」の普及啓発を通じて地域包括ケアシステムへの関心を高め、豊かな人生を送ることができる大分県を目指し、この条例を制定するに至ったことを宣言するため、前文を設けました。

【解説】

現在、我が国では、団塊の世代が75歳以上になる2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを進めていくことができるよう「地域包括ケアシステム」の構築を推進しています。

国（厚生労働省）は、英米諸国で進められていたアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取組について、2018年（平成30年）に「人生会議」という愛称を付け、本格的に取組みを開始しました。

地域包括ケアシステムの構築・充実は、人生会議における選択を広げ、より本人らしい生

活の確保につながります。さらに、地域住民の間に人生会議に関する理解が広がることは、自らの住む地域における地域包括ケアシステムへの関心の向上へと結びつきます。厚生労働省が設置した検討会（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）による報告書では、

○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・介護の現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に浸透することが必要である。

○現在は、医療・介護現場における意思決定支援の実践や地方自治体の情報提供の取組は、十分に広まっていない。

○国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、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をより深く理解できるよう、一層の普及・啓発が必要である。

○取組が広く行われるような環境をつくっていくことで、全ての国民が、自分らしい暮らしを送りながら、人生の最終段階における医療・ケアを自らが選択し、本人と家族等が納得したうえで、人生の最終段階を迎える状況が実現していく。

としており、（この時点では「人生会議」という愛称は定められていませんでしたが、）普及啓発の目的と必要性が示されています。

高齢化が全国と比較し急速に進む本県において、長寿といういわば「人生の量的な側面」に加えて、「人生の質的な側面」を高める取組が求められ、これに「人生会議」が有効だと考えています。しかし、国の先導により、「人生会議」の全国的な取組みが始まって間もないことから、県としてまずは広く県民に対し、「人生会議」の普及啓発（適切な情報提供等）を丁寧に進めていくことが重要であると考えています。

(目的)

第1条 この条例は、県、市町村及び関係機関が連携・協力し、人生会議に関する普及啓発を広く推進することにより、人生会議に対する県民の理解を深めることを目的とする。

【趣旨】

本条例の目的を定めたものです。

【解説】

本条例は、人生会議について普及啓発を広く推進し、県民の理解を促進することを目的としています。「人生会議」の取組自体は、自身が主体となって、家族や友人、医療・ケアの専門家などと何度も話し合いを繰り返し、共有する取組となりますが、本格的な取組が始まったばかりである現時点では、県が中心となって県民に対する適切な情報提供を行うことで、理解の裾野を広げ、十分な浸透を図る必要があります。

(定義)

第2条 この条例において「関係機関」とは、医療機関（医療法(昭和23年法律第205号)第1条の5第1項に規定する病院又は同条第2項に規定する診療所をいう。）、老人福祉施設（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第5条の3に規定する老人福祉施設をいう。）その他の人生会議に関係する機関・施設等をいう。

【趣旨】

本条例の用語について定義するものです。

【解説】

関係機関として、病院や診療所などの医療機関、養護老人ホームや特別養護老人ホームなどの老人福祉施設、さらにその他の人生会議に関係する機関・施設等については、社会福祉協議会や民生委員、有料老人ホームなどを想定しています。

なお、「人生会議」について厚生労働省は、「人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組」としていますが、本条例は広く県民を対象とした普及啓発の推進を目的としていることから、前文内で「本人が希望する医療やケアなどを受けるために大切にしていることや望んでい

ること、どこでどのような医療やケアを望むかなどについて、自分自身で前もって考え、家族や友人など周囲の信頼する人たちと何度も話し合い、しっかりと共有する取組」とし、「人生の最終段階」という限定された期間を表す表現は使用していません。

時期を問わず、県民それぞれが自らにとって「人生会議」が必要と感じた、まさにその時から、取り組むことを意識し、医療やケアのことだけに限らず、自分にとって大切なことや望んでいることを、将来のもしもの時に備えて、少しずつ考え、周囲の信頼する方と話し合い共有することを始めていただきたいと思います。

(普及啓発の推進)

第3条 県は、リーフレットの配布、セミナーの開催等の手段により、広く県民に対して人生会議に関する普及啓発を行うものとする。

2 県は、前項の普及啓発を推進するに当たっては、次に掲げる点に留意するものとする。

一 人生会議は、本人の主体的な意思によりなされるものであり、取組を行う又は行わないことを強制されるものではないこと。

二 日々の暮らしの中で、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り、知りたくない、考えたくないなど、各人の意思について十分配慮する必要があること。

【趣旨】

本条は、人生会議の普及啓発の推進と、それを行うにあたり配慮すべき点について定めたものです。

【解説】

1 リーフレットの配布やセミナーの開催は例示であり、その他あらゆる手段を活用し、効果的な普及啓発を行う必要があります。

2 県民に対する「人生会議」の普及啓発を進めていきますが、これは決して人生会議に取り組むことを強制するものではなく、各人のお考えによることとなります。また、「人生会議」には人の内面などに関わるデリケートな側面もありますので、立場や心情に十分配慮し、誤解を招かないよう進める必要があります。

(人材の育成)

第4条 県は、地域における人生会議に関する普及啓発を担う人材を養成するため、市町村及び関係機関の職員等に対し、知識の習得、理解の促進のための研修等必要な取組を行うものとする。

【趣旨】

本条は、県が行う人生会議の普及啓発を担う人材育成について定めたものです。

【解説】

地域における普及啓発を効果的に進めるには、市町村や関係機関との連携が重要となります。このため県は、市町村や関係機関の職員等に対し知識習得や理解促進のための研修を行うなど、人材の育成に取り組む必要があります。なお、関係機関の職員等には、第2条に規定する関係機関の医師や看護師などの医療従事者をはじめ、介護職員、その他の職員など広く対象として含まれます。

(市町村及び関係機関の役割等)

第5条 市町村及び関係機関は、県が実施する人生会議に関する普及啓発に連携・協力するとともに、各々創意工夫した人生会議に関する普及啓発を行うよう努めるものとする。

2 関係機関は、本人や本人を身近で支える家族等に対し、人生会議に関する適切な情報を提供する等の支援を行うよう努めるものとする。

【趣旨】

本条は、市町村及び関係機関の役割について定めたものです。

【解説】

1 市町村は県と連携して、地域におけるセミナーの開催などに協力するとともに、自主的に創意工夫した普及啓発に努めるよう求めています。例えば医療や介護に係る担当部局は、本人や家族等が医療や介護等に関する相談に訪れた際に、人生会議に関するリーフレットを配布するなどして、適切な情報提供を行うといったことなども考えられます。

2 関係機関は、本人や身近で支えるご家族に対して、医療や介護サービスの相談で来られたときや、サービス提供の機会などを通じて、本人や家族が置かれている状況に合わせ

て適切な情報提供を行うなどの支援に努めるよう求めています。

3 本条例に基づく取組と今後の展望

本県では、昨年度から、在宅医療・人生会議に関する地域セミナーを県内5か所で開催するなど、県民に対して人生会議に関する普及啓発を行う取組を開始しました。条例の制定を受け、今年度はそうした取組を引き続き実施するとともに、新たに、人生会議に関する患者からの相談に適切に対応できる医療・介護従事者等を育成する研修も実施する予定としています。

今後とも、県議会と県執行部で連携・協力しながら、人生会議の普及啓発を推進するための施策に取り組むことにより、より一層県民一人一人の人生の質を高め、全ての県民が豊かな人生を送ることのできる大分県を目指していきたいと考えています。

(3) 「人生会議（ACP）」普及啓発ツール

	実施主体	啓発ツール
1	厚生労働省	〇リーフレット（A4片面）
2	日本医師会	〇リーフレット（A3 版両面二つ折り）
3	東京都	〇リーフレット「最期まで自分らしく暮らし続ける～私が私らしい最期を迎えるために～」（A4 版両面三つ折り）
4	和歌山県	〇マンガ冊子「さいごまで自分らしく」（A5・26 ページ）
5	岡山県	〇DVD「最期まで自分らしく」制作・貸し出し（3 種類） 〇DVD 添付リーフレット（2 種類・A4 両面二つ折り・記入シート付） 〇マンガリーフレット「ももっちと考えよう、これからのこと」（A4 両面二つ折）
6	広島県	〇パンフレット「ACP の手引き 豊かな人生とともに」（A5・6 ページ、記入シート付）
7	徳島県	〇事前指示書「自分らしい最期を迎えるために」（A5・10 ページ、記入ページ付）
8	神奈川県横浜市	〇パンフレット「医療・ケアについての『もしも手帳』」（A4・8 ページ、記入ページ付）
9	三重県桑名市	〇リーフレット（A3 両面二つ折り・記入シート付）
10	宮崎県宮崎市	〇宮崎市版エンディングノート「わたしの想いをつなぐノート」（A4・14 ページ、記入ページ付）
11	神戸大学	〇人生会議学習サイト https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/

以上

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

都道府県向け連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き

令和3年3月発行

株式会社NTTデータ経営研究所
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-9 JA共済ビル10F
Tel 03-5213-4171 (代表)

