

在宅医療・救急医療連携にかかる 調査・セミナー事業報告書

令和4年3月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

目次

第 1 部：本編	4
1. 事業実施概要	5
1-1. 事業の目的	5
1-2. 事業概要	6
2. 在宅医療・救急医療連携における都道府県の市区町村支援等の実施状況調査	8
2-1. アンケート調査結果まとめ	9
3. 在宅医療・救急医療連携の取組事例	25
3-1. 岩手県 奥州市	26
3-2. 岩手県 釜石市	31
3-3. 岩手県 宮古市	36
3-4. 沖縄県 宜野湾市	41
3-5. 沖縄県 南城市・八重瀬町	48
4. 在宅医療・救急医療連携セミナー	54
4-1. セミナー開催目的	55
4-2. 都道府県の選定	55
4-3. 市区町村の選定	55
4-4. セミナーの開催概要	56
4-5. セミナーアンケート	65
5. フォローアップ調査	71
5-1. フォローアップ調査結果	72
5-2. 連携を進めていく上での改善策	78
6. 手引き検討会	79
6-1. 手引き検討会の目的	80
6-2. 手引き検討会の開催概要	80
6-3. 手引き検討会の構成員	81
6-4. 第1回手引き検討会内容	82
6-5. 第2回手引き検討会内容	87

7. 事業のまとめ 89

7-1. 事業成果と今後の課題 90

第 2 部：附属資料.....

在宅医療・救急医療連携セミナー 第1部 配付資料.....

在宅医療・救急医療連携セミナー 第2部 配付資料.....

第 3 部：巻末資料.....

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

第 1 部：本編

1. 事業実施概要

1-1. 事業の目的

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

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

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

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

1-2. 事業概要

1-2-1. セミナーの開催

前述のように、平成29年より各種調査、セミナーの実施等を進めており、過去にセミナーに参加した自治体等では、地域における在宅医療・救急医療等の関係者間の連携体制の構築が進んできた。

令和3年度のセミナーは、過去にセミナーに参加した自治体の事例等も踏まえ、市区町村等がモデル都道府県と連携しながら、人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意思が尊重されるよう、在宅医療と救急医療の関係者間で、本人の病状や、希望する療養場所、延命措置に対する希望等の本人の意思を共有するための連携ルール（以下、「連携ルール」という。）を運用できるように、市区町村等職員や在宅医療・救急医療関係者を対象に、連携ルールの内容の検討や運用に向けた工程表の策定等を技術的に支援する内容とした。

1-2-2. フォローアップ調査

連携ルールを作成し運用を進めるためには、継続的な取組が必要となる。

セミナー参加自治体に工程表を作成いただいたことから、本業務では、セミナー後の工程表作成のフォローをするために、モデル都道府県・市区町村へフォローアップ調査を実施した。

なお、令和2年度から取り組んでいただいている自治体の取組内容は、他の自治体にも参考になるため、フォローアップ調査を行った内容は、適宜セミナーの内容等に取り込んだ。

1-2-3. 手引き検討会

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、「都道府県向け連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き」（以下、手引き）を作成した。

一方、連携ルールの作成を推進するためには手引きも適宜更新する必要があるところ、フォローアップ調査やセミナーでの議論内容等をふまえると、実際に連携ルールを作成するにあたり手引きを参考にする際、改善した方がよい点や、追加したほうがよい点等が抽出された。

そこで、手引きの更新を進めるため、検討会を設置し、地域の連携ルールの策定に都道府県がどのように関与していくことが望まれるか等の議論をした。

実際に連携ルールを作成する上で手引きの不足分や更新箇所を議論するという検討会の趣旨からすると、委員は、令和2年度、令和3年度のセミナー参加者が望ましいと考えられる

ことから、令和2年度、令和3年度のセミナー参加者を中心に委員を検討し、最終的に、厚生労働省医政局地域医療計画課と協議し決定した。

1-2-4. 事業実施報告

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

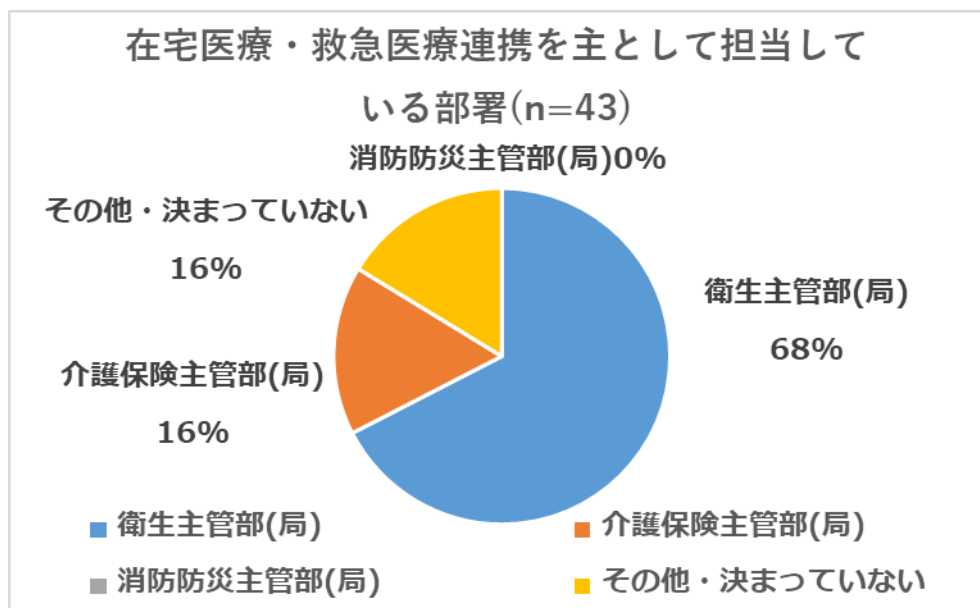
2. 在宅医療・救急医療連携における都道府県の市区町村支援等の実施状況調査

2-1. アンケート調査結果 まとめ

2-1-1. 都道府県における在宅医療・救急医療連携にかかる担当部署の種類

① 市区町村における在宅医療・救急医療連携状況

各都道府県における在宅医療・救急医療の連携を担当するのは「衛生主管部(局)」が最も多く、全体の68%を占める。その他では、「介護保険主管部(局)」が担当する都道府県が16%ある。「消防防災主管部(局)」が担当する都道府県はなかった。



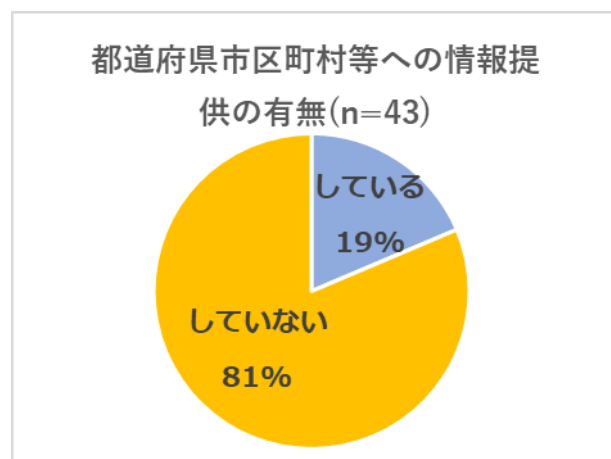
2-1-2. 都道府県が行う在宅医療・救急医療連携にかかる市区町村支援の具体的内容

① 市区町村等への情報提供

都道府県が把握する在宅医療・救急医療連携に関するデータの管下市区町村等への提供について、市区町村およびそれ以外の単位で提供、もしくは提供を検討している都道府県は、全体の19%にとどまり、全体の81%が提供していないと回答している。

提供されている主な情報は以下の通りである。

- 医療機関情報（在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、地域包括ケア病棟）
- 歯科医療機関情報（在宅療養支援歯科診療所）
- 薬局情報（在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局）
- 訪問看護ステーション情報（サテライトと本所別、看護小規模多機能型居宅介護事業所、療養通所介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護施設）
- 各地域 MC 協議会における高齢者の救急搬送に係る取り組み状況
- 高齢者施設等における救急搬送など実態調査（アンケート）の集計結果
- 県内保健所ごとの状況を調査し、調査結果を県内各保健所に共有
- 県内におけるプロトコルや DNAR の策定状況
- 国より提供のあった KDB システムデータ
- 在宅医療に関するデータを用いて、在宅医療関連指標を一覧化し、全国・県平均と比べた各市町の状況（医療計画等）
- 在宅医療に取り組む医療機関・病院数
- 24 時間対応している訪問看護ステーション等
- 救急搬送の状況（搬送件数、搬送先等）のデータ
- 各地域の MC 協議会で、特定病態での分類や年齢別等の搬送状況、応需率等
- 医療計画作成支援データブックに基づく在宅医療関係指標（個人の特定に配慮した上で提供）
- 県国民健康保険団体連合会から提供いただいた医療及び介護レセプトをもとに、在宅医療を実施している医療機関・事業所の数や、患者数についてのデータ



令和元年度に実施したアンケート結果から、市区町村等への情報提供を行っている都道府県の割合は減少しているが、既に必要十分な情報提供を行っているため、情報提供割合が減少しているのか注視する必要がある。

また、提供されている主な情報はいずれも重要な情報であるが、特にプロトコルやDNARの策定については、在宅医療・救急医療連携において大きな議題となるため、他の都道府県でも可能な限り情報提供を行う必要があると思料される。

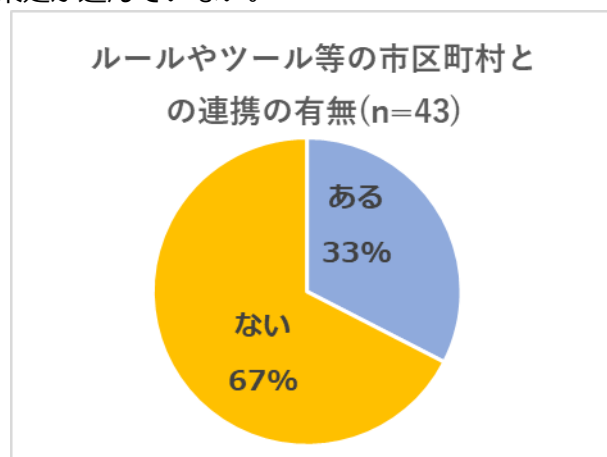
② 管下市区町村と連携したルールやツールの作成

患者本人の診療情報・社会的情報・DNAR等の情報を関係職種で共有できるようなルールやツール等の作成について、管下市区町村と連携し作成していると回答した都道府県は、**全体の33%にとどまる**。

また、ツールに関する課題点として主に以下の回答があった。

- 医療情報連携ネットワークの活用について、コスト面で課題があり、あまり普及が進まない。
- 市区町村単位で作成したツールやICTシステムは、それぞれの地域の実情を踏まえた内容となっているので、異なる地域における情報連携が課題だと考えられ、医療圏単位あるいは全県的なものへと拡大することは容易ではない。
- 使用料、端末・セキュリティ費用のコスト面で課題があり、あまり普及が進まない。
- 脳卒中地域連携パスについて、2次医療圏域により運用が異なる場合がある。維持期での活用が進みにくい。

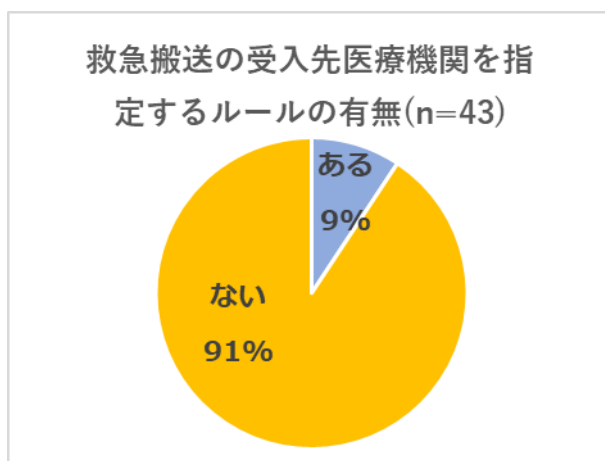
- 全ての圏域で入退院支援ルールの策定が終了し、運用開始したことから、今後はルールの定着を図るための取組を継続していく必要がある。
- 各市区町村や地区医師会単位で多職種連携システムの導入は進んできているが、登録患者数や利用者について、地域によって多寡があるように見受けられる。都で運営しているポータルサイトについても、地域における多職種連携システムの活用状況が伸びた上での活用を見込んでいることから、利用実績という点で課題を感じている。
- 利用者の広がりが鈍化しており、今後利用者をどのように広げていくかに課題がある。
- 地域ごとに独自の様式を活用しており、異なる地域における情報連携が課題だと考える。
- 加入施設・利用者数が少ない。
- 全医療圏域での策定が進んでいない。



本事業の目的の一つとして、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ることが挙げられるが、都道府県としてのルール等が定められていないことから在宅医療・救急医療連携が停滞している等の事情が生じていないか注視する必要があると思料される。

③ 在宅医療をうけている患者の救急搬送ルール

在宅医療をうけている患者の救急搬送について、患者の状態に応じて、受入先医療機関を指定するなどルールの定めがあると回答した都道府県は、全体の9%にとどまる。



ルールの主な内容は以下の通りである。

- 脳卒中患者は県内を4ブロックにわけてその中で急性期病院に搬送するルールが消防と共有できている。
- 2次医療圏域ごとに、病院の機能分化を進めており、それぞれ関係団体で共有されている。
- 傷病者の状態に応じて受入れ実施基準等に基づいて搬送先医療機関を選定している。
- MC協議会でCPAや脳卒中疑いなど傷病別に受入れ可能な救急告示医療機関リストを作成し、消防・医療機関と共有している。

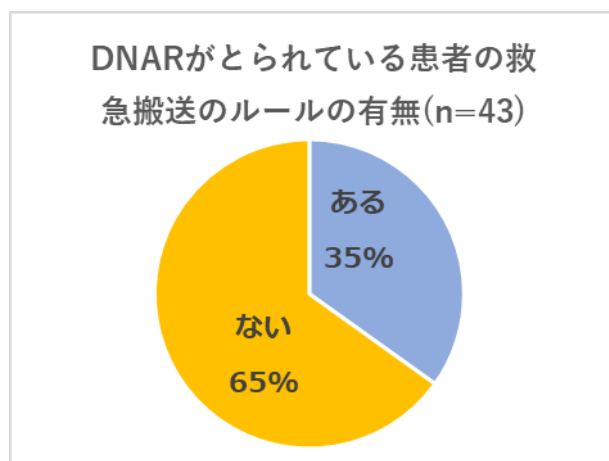
在宅医療においては、消防等の連携も非常に重要となるため、MC協議会等と連携し、救急搬送ルールの策定に向けた検討を進めていくことが必要であると思料される。

④ DNARがとられている患者の救急搬送ルール

DNARがとられている患者の救急搬送について、取り決めがあると回答した都道府県は全体の35%であり、「③ 在宅医療をうけている患者の救急搬送ルール」における取り決めよりも、割合が高くなっている。

取り決めの主な内容は救急搬送フローや DNAR への対応ルール等が挙げられる。

一方、「県としての取組みは特段ない。ルールの取り決めをしている消防もあるものと思われるが、県では把握していない。」との回答もあった。



消防ごとに取り決めが異なると、混乱が生じる可能性があることから、可能な限り都道府県で統一的な取り決めを作成することが望ましいと思料される。

⑤ 在宅医療をうける患者が急変あるいは看取りの状況における救急搬送時の課題

在宅医療をうける患者が急変あるいは看取りの状況における救急搬送時の課題として、主に以下の回答があった。

- 患者情報をまとめたキット等の利用率が低い。
- 救急隊員がキットを見つけられない。
- 搬送時の統一的なルールや方針がない（各消防本部が独自でルールを定めている状況）。
- 本人の意向の確認方法が不明確である。
- ACP の普及が進んでいない。
- DNAR への救急隊の対応手順が定まっていない。
- DNAR が取られている患者であっても、急変時に家族が救急車を要請してしまう。
- DNAR の書類が確認できても、主治医と連絡が取れない場合は救命措置対応を取らざるを得ない。

搬送時の統一的なルール不足や、運用面（ツールの普及、ACP の普及等）でも課題があると思料される。

⑥ 新型コロナウイルス感染症の発生で、在宅医療の体制構築等に生じた影響

新型コロナウイルス感染症の影響で、在宅医療の体制構築等に生じた影響として、複数の都道府県から以下の回答（自由記載）があった。

（患者の動向についての主な回答）

- 患者動向としては、約 3 割の医療機関で平常時より入院患者が減少した。
- KDB データ上における死亡診断加算・在宅ターミナルケア加算の算定回数増加、人口動態調査における自宅・老人ホームでの死亡者数の増加等の現状は把握しているが、新型コロナウイルス感染症の影響によるものかは不明。
- 訪問診療・訪問看護の利用者数は例年より増加している。（新型コロナウイルス感染症が原因かは不明）
- 入院面会制限がある医療機関が増えたため、在宅療養を希望する患者が増加している。
- 最期は自宅で過ごしたいという希望のもと、在宅での看取りに繋がるケースが増えた。
- 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等へアンケート調査を行ったところ、コロナ禍で在宅医療の件数に影響があったかどうかという問いに対し、回答があった事業所の約 75%が「変わらない」と回答している。回答があった事業所のうち約 8%が増えたと回答している。在宅医療を行う医療機関の 81%において在宅医療の件数が増加した。自宅での看取りのニーズについて、21%の医療機関が「高まっている」と回答、73%の医療機関が「変わらない」と回答した。（令和二年度実施「コロナ禍における診療及び在宅医療に関する調査」より回答数：232 機関）

（在宅医療提供体制面についての主な回答）

- 訪問医療を行っている医療機関（在医総管、在支診、在支病の届出施設数）については、微増した。
- オンライン診療科の届出をしている医療機関が急増した。詳細な動向は不明。
- 外来患者減少による在宅医療新規参入の動きがある。

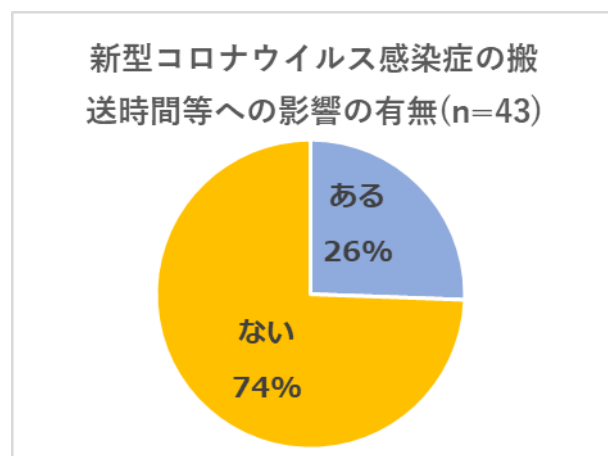
- ケアマネジャーが病院に入れない、退院前カンファレンスの縮小等により、介護支援等連携指導を受けた患者数は大きく減少している。
- 対面での面談等が制限されることで、地域包括支援センターのケアマネやMSW等が一人暮らしや認知症等の在宅復帰に配慮すべき地域の情報を収集できず円滑な在宅復帰が進まない事例がある。
- 一部はオンライン化が進むものの、入院患者の退院支援カンファ等が開催されず、在宅復帰の準備が整っていない状況で退院してくる事例がある。
- （治療のための入院を経ずに）外来から直接在宅療養となる患者が増えた。
- 終末期や医療依存度の高い方の退院ケースが増えているが、退院時カンファレンスが不十分で、本人や家族、医療、介護間で情報が十分に共有できていない。
- 訪問看護師が感染（又は濃厚接触者に）し、訪問看護ステーションが休止となったことで訪問看護を必要とする患者に訪問看護ができない恐れが発生した（実際には同じ地域の他の訪看が支援に入ったことで回避できた）
- 在宅医療の提供体制の整備・構築のための協議会や研修会等が中止になっている。

在宅医療のニーズが増え、本人が望まない救急搬送が増加する可能性があり、ACPの普及や救急搬送に関するルールの作成等を進める必要があると思料される。

⑦ 新型コロナウイルス感染症の発生で、在宅医療をうける患者の救急搬送の件数や搬送時間に与えた影響

新型コロナウイルス感染症の発生で、在宅医療をうける患者の救急搬送の件数や搬送時間に影響があったとの回答は全体の26%で、74%は影響ないとの回答であった。

また、新型コロナウイルス感染症が与えた影響について、「救急搬送が増えている」との回答がある一方、「新型コロナウイルス感染症の影響により救急搬送人員数は減少しており、要因としては、衛生意識の向上や不要不急の外出自粛等により、急病、交通事故及び一般負傷等が減少したことなどが考えられる」との回答もあった。さらに、「現場到着及び病院収容までの所要時間は延伸しており、要因としては、感染症対策への対応などが考えられる」との回答もあった。



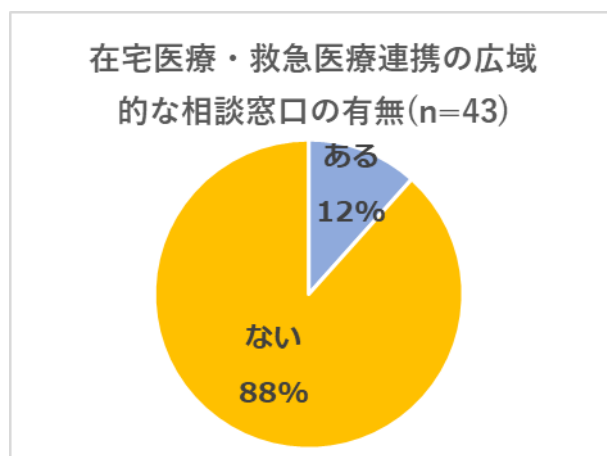
新型コロナウイルス感染症の影響はないと回答した都道府県が多かったものの、新型コロナウイルス感染症が更に拡大した場合や、新たな感染症が発生した場合に備え、感染症対策の時間も加味した病院収容までの所要時間を想定しておく必要があると思料される。

⑧ 在宅医療・救急医療連携にかかる広域的な相談窓口の整備

在宅医療・救急医療連携にかかる広域的な相談窓口を整備しているとの回答は全体の12%にとどまり、全体の88%が整備していないとの回答であった。

また、相談窓口の整備内容として主に以下の回答があった。

- 各市区町村において、在宅療養患者を支える多職種が連携するためのコーディネーター機能を備え、地域の医療機関・介護事業者等に関する情報の収集・提供や、住民が退院して在宅療養を開始するに当たっての相談対応などの機能を担う在宅医療・介護連携に関する相談支援を行う窓口を設置している。
- 在宅医療に関しては、県介護支援専門員協会へ相談支援に関する業務を委託している。
- 各市区町村にて「在宅医療・介護連携推進コーディネーター」が配置され、相談窓口を設けている。県事業としては、県医師会に対する補助事業にて、県医師会に在宅医療サポート窓口を設置し、コーディネーターや市区町村職員に対する相談支援を実施している。



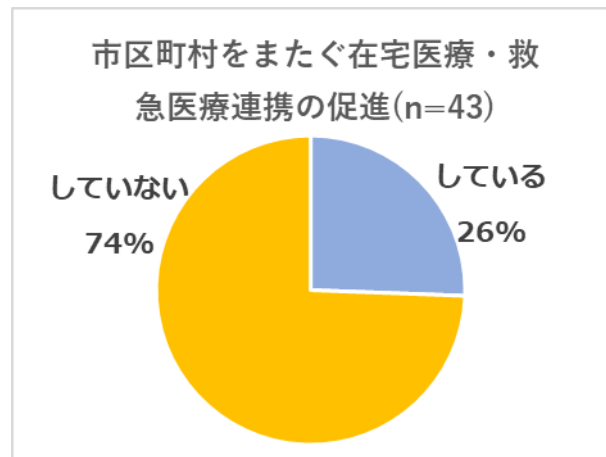
前述のように、ACPの推進が課題となっていること、新型コロナウイルス感染症の影響で退院希望が増える可能性があることから、相談窓口の整備を進める必要があると料される。

⑨ 市区町村の区域をまたぐ在宅医療・救急医療連携の促進

市区町村をまたぐ在宅医療・救急医療連携を促進しているとの回答は全体の26%にとどまり、全体の74%が整備していないとの回答であった。

また、連携の内容として、主に以下の回答があった。

- 2次医療圏域単位で、医療機関の機能分化と連携、在宅医療と救急医療の連携等地域包括ケアシステムの構築に向けた検討が行われている。
- 郡市医師会と協力し、2次医療圏単位で在宅医療機関の拡大や連携体制の強化等による在宅医療提供体制の充実に向けた取組を実施している。
- 各地域のMC協議会において、会議に地域包括ケアシステム関係者が参画するよう取組依頼している。
- ACPの推進のために医療圏毎に実施する普及啓発や多職種連携に向けた取組みに対する支援を行っている。
- 在宅医療の確保及び連携体制の構築に関する事項を広域で検討する協議会において、DNAR患者の救急搬送に係る意見交換を実施している。



各市区町村の検討で十分か、十分でない場合は都道府県が主導し、より広域な会議体の設定等を検討する必要があると思料される。

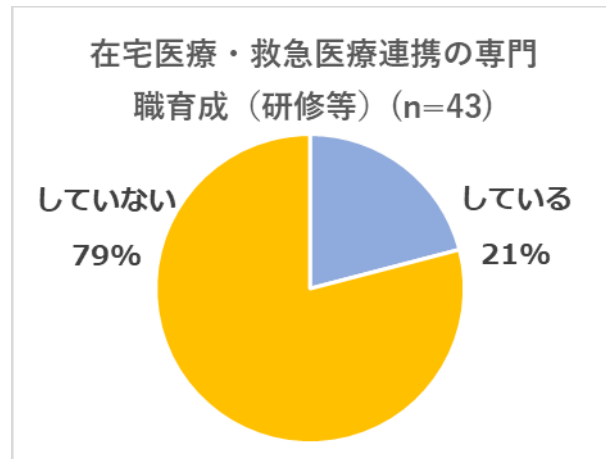
⑩ 在宅医療・救急医療連携にかかる専門職の育成（研修等）

在宅医療・救急医療連携にかかる専門職の育成を行っているとの回答は全体の21%にとどまり、全体の79%が整備していないとの回答であった。

また、育成の内容として、主に以下の回答があった。

- 大学の医学部で、在宅死亡におけるトラブルの実態調査と解決に向けた研修事業が行われている。
- 在宅医療の提供体制の整備・構築のため、全県・郡市区医師会における、在宅医療に関わる多職種を含めた協議会や研修会等の運営を支援している。
- 本人や家族が望まない救命措置の減少と、救急医療体制の負担軽減を図るため、高齢者福祉施設等の職員に対し、終末期ケアに関するVRを用いた体験型研修を行っている。
- 県医師会の開催する在宅医療支援のための、かかりつけ医研修の補助を行っている。
- 県が補助金を出し、郡市開会が実施しているACPに関する医療介護従事者向けの研修等に、消防担当者への参加を促すよう郡市医師会へ呼びかけを行っている。
- 退院支援担当者養成研修（医療機関の看護師等を対象に退院支援に必要な知識取得等の研修）を実施している。
- 在宅医療人材育成事業（医師等を対象に在宅医療を実践するための知識を学ぶための研修）を実施している。

- 在宅医療連携強化事業（在宅医療における服薬指導、医療用麻薬の取扱い等について、県医師会と県薬剤師会にて協議会の開催、研修等を実施）を実施している。



在宅医療・救急医療連携のためには、多職種、他機関との連携が必要となるため、必要に応じ研修会等を実施する必要があると思料される。

⑪ 在宅医療患者や人生の最終段階の患者の救急搬送等、在宅医療・救急医療連携に係る取組

在宅医療患者や人生の最終段階の患者の救急搬送等、在宅医療・救急医療連携に係る取組について、主に以下の回答があった。

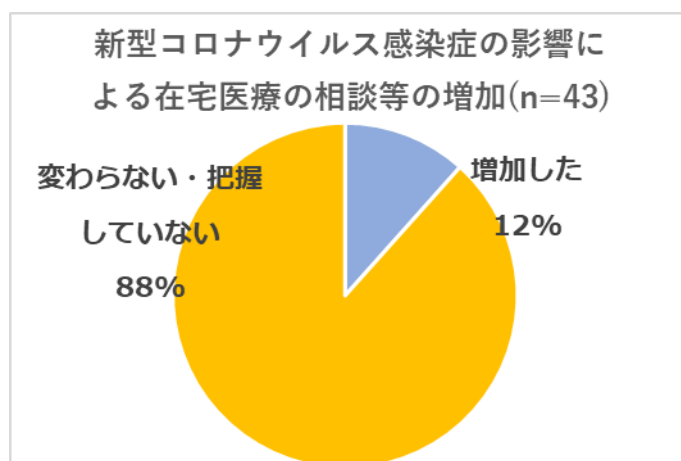
- ACP の推進のための普及啓発している。
- 高齢者施設等における救急搬送の実態について把握するため、アンケート調査を実施
- 高齢者福祉施設等の救急搬送時のガイドブックを作成した。
- 主治医不在時の看取り代診医派遣制度の構築支援している。
- DNAR の患者に関する救急搬送時のプロトコールの作成をした。
- 在宅で療養している高齢者の情報を、容体が変化した際に入院を希望する医療機関に事前に登録する。（救急時の対応は対象外）

前述の通り、在宅医療・救急医療連携のためには、多職種、他機関との連携が必要となるが、高齢者施設等における救急搬送の実態について把握するためのアンケート調査の実施等は他機関連携の一助になるものと思料される。

また、主治医と連絡がつかない場合、本人の意思に反する救急搬送が行われる可能性がたかいことから、主治医不在時の看取り代診医派遣制度の構築は他の自治体でも推進が必要な取組であると思料される。

⑫ 新型コロナウイルス感染症の影響による在宅医療に関する相談等

新型コロナウイルス感染症の影響による在宅医療に関する相談が増加したとの回答は全体の12%にとどまり、全体の88%が増加していないとの回答であった。



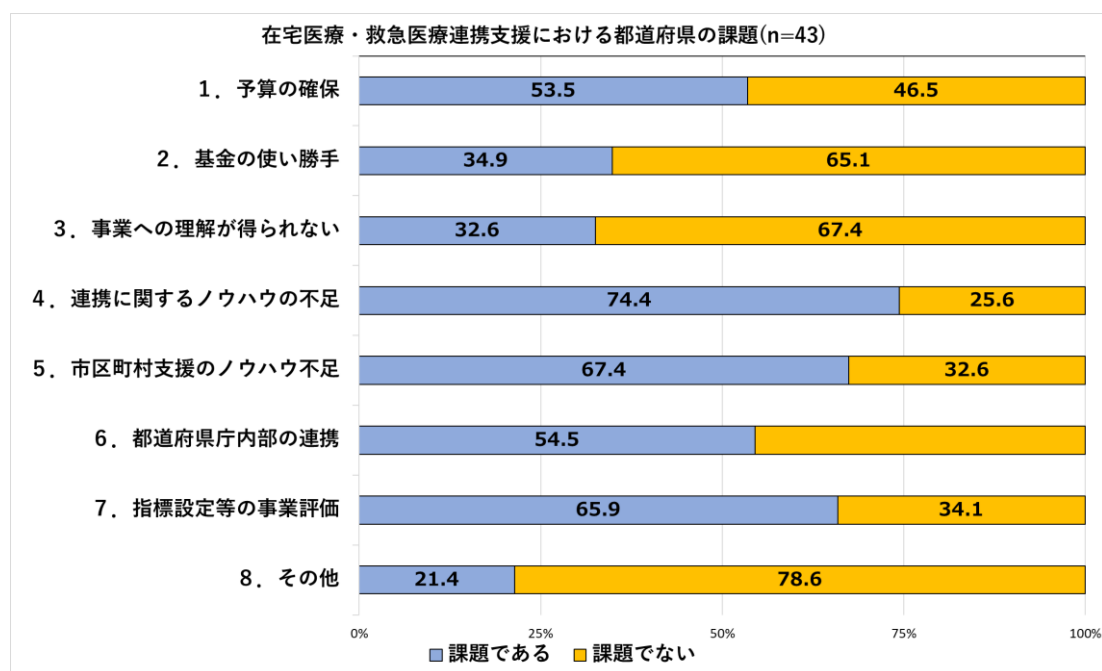
相談の内容として主に以下の回答があった。

- 患者及びその家族からは、入院するとコロナの影響により面会ができなくなるため、在宅医療を希望する旨の相談がある。
- 訪問看護師からは、感染対策の徹底についての相談がある。
- 医療機関・訪問看護ステーションからは感染対策（従事者のワクチン等含む）や補助金、従事者・利用者が濃厚接触者等となった場合の対応等について相談がある。

退院が増えることによって在宅医療のニーズが増える可能性があることから、上記のような相談があった場合の対応等は検討を進めておく必要があると思料される。

2-1-3. 市区町村等支援を実施するにあたっての課題

① 在宅医療・救急医療連携に関する市区町村支援を実施するにあたっての課題



在宅医療・救急医療連携に関する市区町村支援を実施するにあたっての課題について、基金の使い勝手、地域の専門職種、関係団体から事業への理解が得られない事以外の課題は、過半数の都道府県が課題と考えている旨の回答があった。

また、具体的な課題として、主に以下の回答があった。

- 在宅医療・救急医療連携について、取組を行わないことによるリスクが地域において共通認識とされておらず、危機感が薄い。
- 心肺蘇生法を実施しない「DNAR」や、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・ケアチーム等と話し合い共有する「ACP」の考え方について、社会的な周知が必要。

- 在宅医療・救急医療連携の在り方や、DNARの取り扱いについて、国の方針が示されていない。また、事業の実施主体についても明確にされておらず、都道府県として市区町村等への支援を実施するにあたって、課題の検討が困難である。
- 在宅医療・救急医療連携に関する市区町村支援の取組を検討・実施していない。

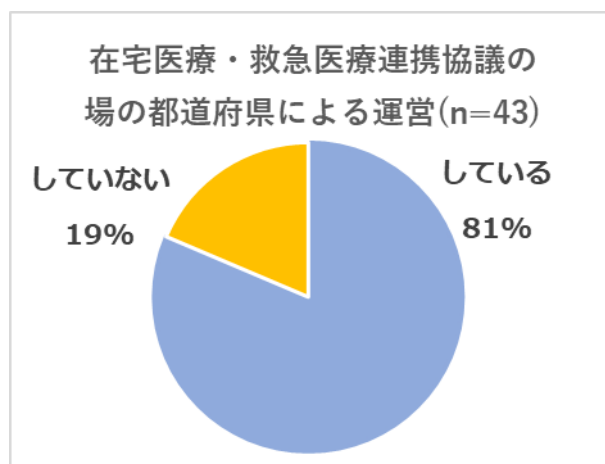
次に、解決のための取組として、主に以下の回答があった。

- 県庁関係部署や県内市区町村と現状把握や課題整理を行うなど、在宅医療・救急医療連携に関する共通認識を図る場の設定している。

多くの都道府県では多様な課題があることを認識されているが、本事業の報告書や手引き等を参考することによりノウハウ不足を補っていただき、本アンケート結果等をもとに都道府県の役割を明確にし、市区町村と連携した在宅医療・救急医療連携の検討を進めていく必要があると思われる。

② 在宅医療・救急医療連携について話し合うことのできる協議の場の運営

在宅医療・救急医療連携について話し合うことのできる協議の場（在宅医療推進協議会、地域ケア会議、MC協議会等）で、都道府県が運営に携わっているものについて、81%の都道府県が運営に携わっているとの回答があった。



都道府県が運営に携わっていないことによる課題（市区町村で DNAR の取り扱いがことなることによる混乱等）が生じていないか、確認する必要があると思料される。

③ 国へのご要望

国へのご要望について、主に以下の回答があった。

- 国において、本取組を今後も推進していくのであれば、DNAR の法的位置づけの整理を進めて頂きたい。
- サ高住での救急搬送を減らす方策について、県が取り組める有効な事例があったら教えていただきたい。
- NDB のビックデータを自治体で自由に活用できるようにしてほしい。

上記のご要望も踏まえ、来年度以降の在宅医療・救急医療連携を進めていくことが必要と思料される。

また、各自治体においても、国の動向も注視しつつ、在宅医療・救急医療連携に関する取組を進めていく必要があると思料される。

3. 在宅医療・救急医療連携の取組事例

3-1. 岩手県 奥州市

3-1-1. 奥州市地域の概要

面積	993.30k m ²
国勢調査人口 (2015年)	119,422人
国勢調査人口 (2020年)	112,937人
人口増減率 (2015~2020年)	-5.43%
高齢化率 (65歳以上・2020年)	35.40%
人口密度 (2020年)	113.70人/km ²



【地域の概要】

奥州市は、総人口約135千人(2015年)、面積1,173km²、人口密度は115人/km²の過疎地域型二次医療圏である。総人口は2025年に121千人へと減少し、2040年に98千人へと減少することが予想される。一方、75歳以上人口は、2015年の24千人が、2025

年にかけて 26 千人へと増加し、2040 年には 26 千人とほぼ変わらないことが予想される。一人当たり医療費(国保)は 333 千円、介護給付費は 249 千円であり、医療費はやや低い、介護給付費は全国平均レベルである。

施設種類別の施設数	奥州市	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所合計	71.0	62.9	69.8	-6.9
病院	9.0	8.0	6.5	1.5
歯科	51.0	45.2	53.8	-8.6
薬局	59.0	52.2	47.8	4.5
在宅療養支援診療所	2.0	1.8	11.9	-10.1
在宅療養支援病院	0.0	0.0	1.3	-1.3
訪問歯科合計	10.0	8.9	6.7	2.1
訪問薬局合計	17.0	15.1	16.5	-1.5

2021 年 11 月現在の地域内医療機関情報の集計値（人口 10 万人あたりは 2020 年国勢調査総人口で計算）

出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」より

【医療の現状】

一人当たり急性期医療密度指数は 1.08、一人当たり慢性期医療密度指数は 1.07 で、急性期の医療も慢性期の医療も全国平均レベルである。総医師数の偏差値が 41(病院医師数 40、診療所医師数 44)と、総医師数、病院医師数、診療所医師数はともに少ない。総看護師数の偏差値は 50 と全国平均レベルである。人口当たりの一般病床の偏差値は 51 で、一般病床は全国平均レベルである。全身麻酔数の偏差値は 42 と少ない。胆江には、年間全身麻酔件数が 1000 例以上の岩手県立胆沢病院（Ⅲ群）がある。人口当たりの療養病床の偏差値は 49 と療養病床数は全国平均レベルである。総療法士数は偏差値 41 と少なく、回復期病床数は 0 である。人口当たりの診療所数の偏差値は 48 で診療所数は全国平均レベルである。

【介護施設や在宅ケアの現状】

総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、2,009人(75歳以上1,000人当たりの偏差値38)と全国平均レベルを下回る。そのうち、介護保険施設の定員が1,510床(偏差値51)、高齢者住宅等が499床(偏差値36)である。介護保険施設は全国平均レベルであるが、高齢者住宅等は全国平均レベルを下回る。また、介護職員(介護施設等)の合計は、1,793人(75歳以上1,000人当たりの偏差値46)で、75歳以上人口当たりでは全国平均レベルをやや下回る。

施設別の75歳以上1,000人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設48、特別養護老人ホーム56、介護療養型医療施設なし(偏差値41)、有料老人ホームなし(偏差値37)、軽費ホームなし(偏差値43)、グループホーム46、サ高住45である。

在宅療養支援診療所は偏差値33と非常に少なく、在宅療養支援病院は存在しない。また、訪問看護ステーションは偏差値42と少ない。介護職員(在宅)の合計は、234人(75歳以上1,000人当たりの偏差値43)で、75歳以上人口当たりでは全国平均レベルを下回る。2025年の介護充足度指数は-16%であり、2025年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、高齢者施設・住宅の増設、あるいは相当する在宅のインフラ整備が必要である。

3-1-2. 奥州市在宅医療・救急医療連携の取組

令和2～3年度における工程表のSTEP

STEP1 問題把握 連携ルール構築に向けて現在の自地域の問題を把握する
①高齢者福祉協議会ヒアリング ②福祉課ヒアリング ③社会福祉協議会ヒアリング
STEP2 課題の整理・共有
①関係者（医師会、消防本部、市/在宅医療介護連携拠点）との連携会議 ②胆江地区MC協議会内での検討(医師・消防)
STEP3 解決策の検討・具体化
①胆江地区MC協議会での検討 →指示書の内容、関係機関への普及啓発について ②胆江地区MC協議会によるDNARプロトコルの具体化
STEP4 普及啓発
①奥州医師会理事会周知 ②胆江地区MC協議会と市/在宅医療介護連携拠点による市民、高齢者福祉施設関係者、介護支援専門員、訪問看護関係者への普及啓発 ③胆江地区MC協議会長（医師）による市民向けACPの普及啓発
STEP5 DNARプロトコル実践の検証と連携ルールの見直し
①胆江地区MC協議会専門委員会との現状の課題等について情報共有 ②DNARプロトコル普及啓発後の高齢者福祉施設関係者への検証について検討 ③検証結果による連携ルールの見直しの必要性について検証の検討

(1) 今年度の取組について

「工程表の“作成”」を行うにあたっては、関係者の認識のすり合わせ、課題があった。特に、MC協議会においての運用開始の時期も決まっていたため、自治体（奥州市）とし

での工程表作成に関わるタイミングが難しかった。工程表の“履行”を進めるにあたって、関係者の認識のすり合わせや、目標設定に課題があった。

体制として、令和2年度までの担当課が、3年度より地域包括支援センターへ移管となり、市が履行する目標が不明確であったため、関係者間のすり合わせに時間を要した。工夫した点としては、打ち合わせを数回行った。他にもMC協議会と情報共有を図れるようにメールや電話等ですり合わせを行い、研修会を行った。また、研修会後も包括支援センターで相談対応した事例等についてMC協議会連絡会（複数の医師と消防署員）において情報共有を図った。

工程表の履行するにあたって最も上手くいった点としては、他団体への説明やMC協議会では福祉団体等との関わりが薄く、市で情報提供する必要があった。また、市の医療介護資源情報による、医療機関による訪問医療の現状を情報提供することで、心肺蘇生を希望しない救急要請があった場合、医師への確認先を事前に知ることができたのではないかと考える。

（２）これからの連携を進めていく上での方向性について

「在宅医療機関、自治体、救急医療（消防）の連携強化」について、既に取り組んでいる。令和4年度も、窓口相談対応時の課題等について情報共有を図っていきたい。また、施設によるDNARプロトコル運用状況の実態調査について検討を行う予定としていた。

ACPを含む患者本人の意思を事前に汲み取る取組についても既に取り組んでいる。令和3年度は、地域住民、介護支援専門員、訪問看護関係者等に向け、ACPについて講話及び研修を実施した。次年度も地域住民に向けて引き続き実施する。また、奥州市版エンディングノート「わたしの生き方ノート」を活用し、書き方講座も継続して実施する。

「本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール作成」についてこれからどのように取り組むかは、未定である。DNARプロトコルについて関係機関で共有するためのルール等については情報共有が行われていない。

3-2. 岩手県 釜石市

3-2-1. 釜石市地域の概要

面積	440.34k m ²
国勢調査人口 (2015 年)	36,802 人
国勢調査人口 (2020 年)	32,078 人
人口増減率 (2015~2020 年)	-12.84%
高齢化率 (65 歳以上・2020 年)	39.80%
人口密度 (2020 年)	72.80 人/k m ²



【地域の概要】

釜石市は、総人口約 49 千人(2015 年)、面積 641 km²、人口密度は 76 人/km²の過疎地域型二次医療圏である。総人口は 2025 年に 41 千人へと減少し、2040 年に 30 千人へと減

少することが予想される。一方、75歳以上人口は、2015年の9千人が、2025年にかけて10千人へと増加し、2040年には8千人へと減少することが予想される。一人当たり医療費(国保)は442千円、介護給付費は266千円であり、医療費は非常に高く、介護給付費はやや高い。

施設種類別の施設数	釜石市	人口10万人あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所合計	14.0	43.6	69.8	-26.1
病院	5.0	15.6	6.5	9.1
歯科	15.0	46.8	53.8	-7.0
薬局	15.0	46.8	47.8	-1.0
在宅療養支援診療所	3.0	9.4	11.9	-2.5
在宅療養支援病院	0.0	0.0	1.3	-1.3
訪問歯科合計	7.0	21.8	6.7	15.1
訪問薬局合計	3.0	9.4	16.5	-7.2

2021年11月現在の地域内医療機関情報の集計値（人口10万人あたりは2020年国勢調査総人口で計算）

出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」より

【医療の現状】

一人当たり急性期医療密度指数は1.73、一人当たり慢性期医療密度指数は0.75で、急性期の医療はかなり余裕があるが、慢性期の医療は少ない。総医師数の偏差値が39(病院医師数41、診療所医師数38)と、総医師数、病院医師数、診療所医師数はともに少ない。総看護師数の偏差値は56と多い。人口当たりの一般病床の偏差値は81で、一般病床は非常に多い。全身麻酔数の偏差値は42と少ない。釜石には、年間全身麻酔件数が500例以上の病院はない。人口当たりの療養病床の偏差値は48と療養病床数は全国平均レベルである。総療法士数は偏差値43と少なく、回復期病床数は0である。人口当たりの診療所数の偏差値は36で診療所数は少ない。

【介護施設や在宅ケアの現状】

総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、785人(75歳以上1,000人当たりの偏差値39)と全国平均レベルを下回る。そのうち、介護保険施設の定員が668床(偏差値59)、高齢者住宅等が117床(偏差値31)である。介護保険施設は全国平均レベルを上回るが、高齢者住宅等は全国平均レベルを大きく下回る。また、介護職員(介護施設等)の合計は、692人(75歳以上1,000人当たりの偏差値47)で、75歳以上人口当たりでは全国平均レベルをやや下回る。施設別の75歳以上1,000人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設65、特別養護老人ホーム56、介護療養型医療施設なし(偏差値41)、有料老人ホームなし(偏差値37)、軽費ホームなし(偏差値43)、グループホーム51、サ高住なし(偏差値30)である。

在宅療養支援診療所は偏差値38と少なく、在宅療養支援病院は偏差値53とやや多い。また、訪問看護ステーションは偏差値39と少ない。介護職員(在宅)の合計は、84人(75歳以上1,000人当たりの偏差値42)で、75歳以上人口当たりでは全国平均レベルを下回る。2025年の介護充足度指数は-4%であり、2025年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、現在の高齢者施設・住宅数でほぼ対応可能である。

3-2-2. 釜石市 在宅医療・救急医療連携の取組

令和2～3年度における工程表のSTEP

STEP 1 資源把握・情報収集
1-1意見交換 1-2アンケート実施 課題：①人生会議 普及啓発 ②DNARの対応 ③ケアマネの重要性 ④病診連携（救急&在宅） 資源：①岩手県医師会のACPの取組み（いわて方式）②命のきずなカプセル（緊急医療情報キット） ③OKはまゆりネット ④メディカルコントロール協議会
STEP 2 課題の整理等
2-1意見交換 2-2各自作業
STEP 3 課題の共有
3-1関係者打ち合わせ会 3-2各団体トップ等が集まる会議での共有
STEP 4 解決策の検討・共有
4-1関係者打ち合わせ会での検討 4-2各団体トップ等が集まる会議での検討・共有
STEP 5 検討した解決策の具現化
5-1解決策の実施 5-2コンセンサス形成 5-3実施効果検証 ①終末期患者の病院、在宅のリレー 円滑化に関する取組。（県釜ほか病院、往診対応可能な診療所） ②人生会議 普及啓発 元気なうちから 一般対象、専門職対象。（行政、病院） ③指示書等の様式、ルール 運用等検討 （消防）※急がなくてよい。 ④③の共有媒体として、OKはまゆり、命のきずなカプセル の活用も検討する。 当地域においては、往診対応の医師が複数おり、また、DNAR患者の搬送例が少ない（※）ので、まずは、 ①②に取組むことで、患者・家族の意識啓発を狙う。（※）に関しては消防から提供してもらう。 当打ち合わせ会メンバー等のあつまりを在宅医療連携拠点事業推進協議会等（要検討）の部会として位置付け、上記進捗などの情報共有や意見交換の場とし、親会議で方向性等について承認してもらい地域のコンセンサスとする。

(1) 今年度の取組について

工程表の作成にあたっては、コロナ禍により、予定していた事業（病院関係者への ACP 関係出前講座等）の実施が難しくなったことがあった。

事業遂行について工夫した点は、体制面で、令和3年度から在宅医療連携拠点推進協議会の協議員に消防を加えたこと、地域包括支援センター及び成年後見センターと共催で権利擁護研修会をオンラインで開催したことが上げられる。

工程表の履行にあたって上手くいった点としては、データ分析面で、権利擁護研修会を完全オンライン（ZOOMのブレイクアウトルーム活用）で開催したことにより、コロナ禍でも専門職の方々が安心して研修に参加することができた。

また、権利擁護研修会を介護支援専門員法定外研修の位置づけたことにより、多数の参加者からのアンケート（ACP関係）をデータ分析することができた。

(2) これから連携を進めていく上での方向性について

在宅医療機関、自治体、救急医療（消防）の連携強化を推進していく。令和2年度セミナー事業の最後に役割分担した内容について引き続き継続していく。

終末期患者の病院、在宅リレー円滑化に関する取組み → 県立釜石病院他、往診可能な診療所

人生会議の普及啓発（元気なうちから） → 一般対象、専門職対象（行政・病院）

指示書等の様式ルール 運用等検討 → 消防

共有媒体として OK はまゆりネット緊急医療情報キット（命のきずなカプセル）の活用検討。ACP を含む患者本人の意思を事前に汲み取る取組も既に取り組んでいる。事例を活用した研修会の開催、権利擁護研修会、多職種連携の会（OK スクラムねっと）研修会の開催を予定している。

本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール作成については、これからの検討となる。県の状況を見ながら県立釜石病院及び多職種連携の会（OK スクラムねっと）が中心となって意思決定支援のガイドラインの策定に向けて進める可能性があり、当部署としては必要に応じて連携していく。

3-3. 岩手県 宮古市

3-3-1. 宮古市 地域の概要

面積	1,259.15k m ²
国勢調査人口 (2015 年)	56,676 人
国勢調査人口 (2020 年)	50,369 人
人口増減率 (2015~2020 年)	-11.13%
高齢化率 (65 歳以上・2020 年)	37.80%
人口密度 (2020 年)	40.00 人/k m ²



Shoreline data is derived from: United States. National Imagery and Mapping Agency. "Vector Map Level 0 (VMAPO)."
Bethesda, MD: Denver, CO: The Agency; USGS Information Services, 1997.

【地域の概要】

宮古市は、総人口約 86 千人(2015 年)、面積 2,671 km²、人口密度は 32 人/km²の過疎地域型二次医療圏である。総人口は 2025 年に 73 千人へと減少し、2040 年に 54 千人へと減少することが予想される。一方、75 歳以上人口は、2015 年の 16 千人が、2025 年にかけて 17 千人へと増加し、2040 年には 15 千人へと減少する(2025 年比-12%)ことが

予想される。医療費と介護給付費について、一人当たり医療費は 382 千円(偏差値 58)、介護給付費は 286 千円(偏差値 60)であり、医療費、介護給付費ともに高い。

施設種類別の施設数	宮古市	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所合計	26.0	51.6	69.8	-18.1
病院	4.0	7.9	6.5	1.5
歯科	19.0	37.7	53.8	-16.1
薬局	27.0	53.6	47.8	5.8
在宅療養支援診療所	3.0	6.0	11.9	-5.9
在宅療養支援病院	0.0	0.0	1.3	-1.3
訪問歯科合計	2.0	4.0	6.7	-2.8
訪問薬局合計	1.0	2.0	16.5	-14.5

2021 年 11 月現在の地域内医療機関情報の集計値（人口 10 万人あたりは 2020 年国勢調査総人口で計算）

出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」より

【医療の現状】

一人当たり急性期医療密度指数は 0.86、一人当たり慢性期医療密度指数は 1.04 で、急性期の医療も慢性期の医療も全国平均レベルである。総医師数の偏差値が 35 と、総医師数、病院医師数、診療所医師数はともに少ない。総看護師数の偏差値は 45 とやや少ない。

人口当たりの一般病床の偏差値は 44 で一般病床は少ない。全身麻酔数の偏差値は 38 と少ない。宮古には、年間全身麻酔件数が 500 例以上の病院はない。人口当たりの療養病床の偏差値は 46 と療養病床数はやや少ない。総療法士数は偏差値 46 とやや少なく、回復期病床数は偏差値 56 と多い。人口当たりの診療所数の偏差値は 36 で診療所数は少ない。

【介護施設や在宅ケアの現状】

総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、1,215 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 33)と全国平均レベルを大きく下回る。そのうち、介護保険施設の定員が

978床(偏差値49)、高齢者住宅等が237床(偏差値32)である。介護保険施設は全国平均レベルであるが、高齢者住宅等は全国平均レベルを大きく下回る。また、介護職員(介護施設等)の合計は、1,384人(75歳以上1,000人当たりの偏差値56)で、75歳以上人口当たりでは全国平均レベルを上回る。施設別の75歳以上1,000人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設50、特別養護老人ホーム53、介護療養型医療施設なし(偏差値41)、有料老人ホーム38、軽費ホームなし(偏差値43)、グループホーム50、サ高住31である。在宅療養支援診療所は非常に少なく、在宅療養支援病院は存在しない。また、訪問看護ステーションは少ない。介護職員(在宅)の合計は、149人(75歳以上1,000人当たりの偏差値42)で、75歳以上人口当たりでは全国平均レベルを下回る。2025年の介護充足度指数は-21%であり、2025年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、高齢者施設・住宅の増設、あるいは相当する在宅のインフラ整備が必要である。

3-2-2. 宮古市在宅医療・救急医療連携の取組

令和2～3年度における工程表のSTEP

STEP 1 「DNARマニュアル」作成 マニュアル作成に向けてのメールでの情報交換
1-1 マニュアル「案」の修正
STEP 2 医師会での承認
2-1 「DNARマニュアル」の医師会での承認
STEP 3 MC協議会での承認
3-1 宮古地域MC協議会での承認
STEP 4 救急医療機関・消防・行政での取り組み
4-1 救急医療機関 4-2 消防 4-3 行政
STEP 5 周知
5-1 宮古医師会の周知 5-2 消防本部の周知 5-3 「宮古市の医療と介護のミニ広報」での報告 5-4 「医療と介護のサポート会議」で報告 5-5 令和3年度宮古地区地域包括支援センター連絡会議での報告 5-6 介護保険事業所への周知 5-7 宮古病院での周知 5-8 宮古市医療と介護の連携委員会での多職種連携研修会で報告 5-9 住民への普及啓発
STEP 6 「DNARマニュアル」の運用と運用状況の把握 病院と消防・地域の情報共有
6-1 救急医療機関・消防・地域での運用状況の共有 6-2 個々の事例の検討

(1) セミナーでの取組を含む、今年度の取組について

工程表の作成にあたっては、関係者の認識、目標設定のすり合わせや課題抽出について、立場の違いや考え方の違いもあり決定するのに困難であった。

工程表の履行段階では、協議会の運営について、取組について共有して、内容を納得してもらうことに時間がかかった。工程表の履行を進めるうえでは、メンバー間でのメール等で頻回の意見交換を行った。それによって、関係者の認識のすり合わせが進められた。

連携についての、マニュアル案を市が作成し、その案に意見をもらいながら、何度も修正を繰り返した。圏域への説明を県にも協力してもらった事がよかった。

(2) これからの連携を進めていく上での方向性について

在宅医療機関、自治体、救急医療（消防）の連携強化についても既に取り組んでいる。宮古市医療と介護の連携委員会でセミナー参加者が個々の立場で取組について発表した。

ACP を含む患者本人の意思を事前に汲み取る取組についても、既に取り組んでおり、宮古市で作成したエンディングノートの中にはその記載がある。ノートの説明も含めた「人生の最終段階における理解」の住民講座を実施予定しているが、コロナ感染症のため日程は延期となっている。

本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール作成についても、既にマニュアル作成が終了していて、令和3年8月から運用開始となっている。

3-4. 沖縄県 宜野湾市

3-4-1. 宜野湾市 地域の概要

面積	19.80k m ²
国勢調査人口 (2015 年)	96,243 人
国勢調査人口 (2020 年)	100,125 人
人口増減率 (2015~2020 年)	4.03%
高齢化率 (65 歳以上・2020 年)	18.90%
人口密度 (2020 年)	5,056.80 人/k m ²



Shoreline data is derived from: United States. National Imagery and Mapping Agency. "Vector Map Level 0 (VMAPO)."
Bethesda, MD: Denver, CO: The Agency; USGS Information Services, 1997.

【地域の概要】

宜野湾市は、総人口約 499 千人(2015 年)、面積 368 km²、人口密度は 1,356 人/km²の地方都市型二次医療圏である。総人口は 2025 年に 522 千人へと増加し、2040 年に 528 千人へと増加することが予想される。一方、75 歳以上人口は、2015 年の 48 千人が、2025 年にかけて 63 千人へと増加し、2040 年には 85 千人へと増加することが予想される。一

人当たり医療費(国保)は 288 千円、介護給付費は 293 千円であり、医療費は低いが、介護給付費は高い。

施設種類別の施設数	宜野湾市	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所合計	47.0	46.9	69.8	-22.8
病院	3.0	3.0	6.5	-3.5
歯科	46.0	45.9	53.8	-7.9
薬局	23.0	23.0	47.8	-24.8
在宅療養支援診療所	4.0	4.0	11.9	-7.9
在宅療養支援病院	2.0	2.0	1.3	0.7
訪問歯科合計	1.0	1.0	6.7	-5.7
訪問薬局合計	7.0	7.0	16.5	-9.5

2021 年 11 月現在の地域内医療機関情報の集計値（人口 10 万人あたりは 2020 年国勢調査総人口で計算）

出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」より

【医療の現状】

一人当たり急性期医療密度指数は 0.97、一人当たり慢性期医療密度指数は 1.81 で、急性期の医療は全国平均レベルであるが、慢性期の医療はかなり余裕がある。総医師数の偏差値が 45(病院医師数 47、診療所医師数 39)と、総医師数はほぼ全国平均レベルであるが、診療所医師数は少ない。総看護師数の偏差値は 52 と全国平均レベルである。人口当たりの一般病床の偏差値は 43 で、一般病床は少ない。全身麻酔数の偏差値は 47 とやや少ない。中部には、年間全身麻酔件数が 2000 例以上の中頭病院（Ⅲ群）、1000 例以上の沖縄県立中部病院（Ⅲ群・救命）、中部徳洲会病院（Ⅲ群）、ハートライフ病院（Ⅲ群）がある。人口当たりの療養病床の偏差値は 51 と療養病床数は全国平均レベルである。総療法士数は偏差値 59 と多く、回復期病床数は偏差値 62 と多い。人口当たりの診療所数の偏差値は 33 で診療所数は非常に少ない。

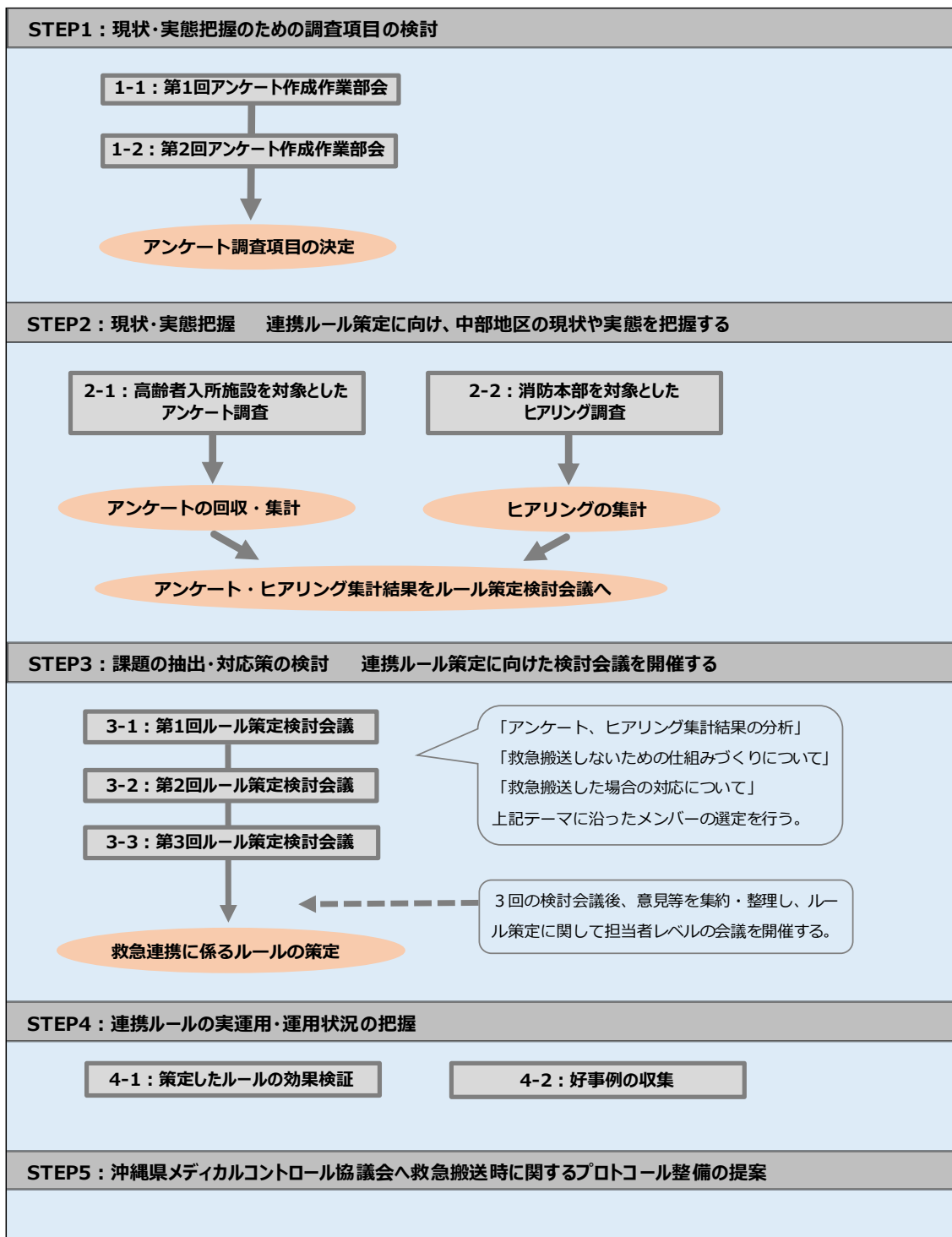
【介護施設や在宅ケアの現状】

総高齢者施設・住宅定員数合計は、4,373 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 41)と全国平均レベルを下回る。そのうち、介護保険施設の定員が 2,879 床、高齢者住宅等が

1,494 床である。介護保険施設は全国平均レベルであるが、高齢者住宅等は全国平均レベルを下回る。また、介護職員(介護施設等)の合計は、4,543 人で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを上回る。

施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 50、特別養護老人ホーム 49、介護療養型医療施設 47、有料老人ホーム 41、軽費ホーム 51、グループホーム 39、サ高住 55 である。

在宅療養支援診療所は少なく、在宅療養支援病院は全国平均レベルである。また、訪問看護ステーションは全国平均レベルである。介護職員(在宅)の合計は、514 人で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルをやや下回る。2025 年の介護充足度指数は -39% であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、多くの高齢者施設・住宅の増設、あるいは相当する在宅のインフラ整備が必要である。



(1) セミナーでの取組を含む、今年度の取組について

工程表の作成を行うにあたっては、関係者の認識のすり合わせ、課題抽出、目標設定について苦労があった。宜野湾市では、事業を市単独ではなく、医師会への委託という形式で進めているため、目標設定時に軸足をどこに置くか議論があった。

また、工程表の履行を行うにあたっては、セミナー事業、および在宅医療・介護連携推進事業における多職種会議の際に以下に配慮して進めた。ゴールを先に決めるルール策定、各所属団体内の意思決定、周知のどこまでを目指すか各工程の目標や日程など、あくまで仮定として意見を出し合い、正式決定は後日調整とし、おおよその方針決定を優先した。参加者個人の意見ではなく、所属団体の方針として意見を出し合う地域の急性期病院全体、医師会、看護協会等、各団体それぞれが、目標を満たすためにある程度妥協することが必要であることを確認し、すり合わせた。特定の団体、職種に負担が加重とならないように配慮した。

事業に参加して、工程表の作成をしたことで、以前より拳がっていた課題に取り組む足掛かりとなった。入退院時や看取り期における多職種連携に関する課題や、医療介護関係者や地域住民に向けたアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取組は行ってきたが、急変時における多職種連携の課題には取り組めていなかった。

工程表の作成、履行（事業）を通して、顔の見える関係、共通話題ができたことで在宅医療・救急医療連携の取組が進んだ。

また、全国の先進取組事例から、沖縄県中部地区に合った目的・手段を検討し、システムやツールの作成、体制作りなど様々な手段を活用した全国の取組を参考にしながら、自分たちに合った目的や手段を設定することができた。

【会議体におけるテーマ】

- 積極的な延命治療を望まない高齢者施設の入所者を救急搬送しないための仕組みづくりについて⇒各関係機関が日頃から意識しておいたほうがいいのか？（療養生活支援、看取り支援）
- 高齢者施設から救急搬送する際の各関係機関の対応について⇒緊急時にスムーズに連携できるよう各関係機関ができることは？（急変時対応）

【構成委員】

訪問診療医、訪問看護師、介護支援専門員、高齢者施設職員（管理者・看護師）、急性期病院医師、救急隊、宜野湾市介護長寿課、担当理事、コーディネーター計 15 名

【中部地区の高齢者入所施設（253 か所）を対象とした急変時対応・看取り等に関するアンケート調査】

指針を策定するための多職種による意見交換の材料として、対象施設へアンケート調査を実施し現状の把握を行った。

反省点として、回答率が 30%と低かった（特に有料・サ高住）⇒各市区町村長の名前で発信する方が、回答率が高くなる可能性がある。

【中部地区の消防本部（7 か所）を対象とした高齢者の救急搬送等に関するヒアリング調査】上記目的と同様。

（2）これからの連携を進めていく上での方向性について

人生の最終段階における医療やケアに関する本人の意思が尊重され、今後望まない救急搬送を少しでも減らせられるよう、高齢者施設の入所者に関わる医療・介護関係者に対する意識付けと各関係機関の体制作りを目的に「高齢者施設における在宅医療・救急医療連携体制構築のための基本的な指針」を策定し、共通理解を図る。

【最終目標】

- ①積極的な延命治療を望まない高齢者施設の入所者の救急搬送を減らす。
- ②高齢者施設から救急搬送する際の連携体制の構築を図る。

【関連する施設、組織、職能団体等への指針案】

- 関係する組織、職能団体等へ策定した指針の周知を行う。
- 令和 3 年 12 月に状況把握のためのアンケート調査を実施した。「指針を参考に好事例が生まれた」等の実例を拾い上げ、沖縄県 MC 協議会へ救急搬送時のプロトコール整備について提案。
- 高齢者施設において、入所者が積極的な延命治療を望んでいないことを確認した場合、施設で看取りを行える体制を構築できるか、かかりつけ医を含めて検討する。積

極的な延命治療を望んでいない入所者が通院困難となった場合、かかりつけ医に往診を行う事ができるか事前に情報共有シートの記入、更新、職員間での共有を行い、緊急時に活用できるようにする。

【かかりつけ医への指針案】

介護施設等に入所している患者が積極的な延命治療を望んでいない事を確認した場合、往診を行うことができるか事前に伝えるようにする。往診を行えない場合は、訪問診療や往診を行っている医療機関に紹介する等の対応を行う。かかりつけ医が往診対応できない場合の医師の探し方の具体的な例示を出す。

3-5. 沖縄県 南城市・八重瀬町

3-5-1. 南城市・八重瀬町 地域の概要

南城市 地域の概要

面積	49.94k m ²
国勢調査人口（2015年）	42,016人
国勢調査人口（2020年）	44,043人
人口増減率（2015～2020年）	4.82%
高齢化率（65歳以上・2020年）	25.90%
人口密度（2020年）	881.90人/km ²



Shoreline data is derived from: United States. National Imagery and Mapping Agency. "Vector Map Level 0 (VMAPO)."
Bethesda, MD; Denver, CO: The Agency; USGS Information Services, 1997.

八重瀬町 地域の概要

面積	26.96k m ²
国勢調査人口（2015年）	29,066人
国勢調査人口（2020年）	30,941人
人口増減率（2015～2020年）	6.45%



【地域の概要】

総人口約 727 千人(2015 年)、面積 389 km²、人口密度は 1,871 人 /km²の地方都市型二次医療圏である。総人口は 2025 年に 744 千人へと増加し、2040 年に 733 千人へと減少することが予想される。一方、75 歳以上人口は、2015 年の 71 千人が、2025 年にかけて 92 千人へと増加し、2040 年には 122 千人へと増加することが予想される。一人当たり医療費(国保)は 337 千円、介護給付費は 294 千円であり、医療費はやや低い、介護給付費は高い。

南城市 医療の概要				
施設種類別の施設数	南城市	人口 10 万人あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所合計	10.0	22.7	69.8	-47.0
病院	1.0	2.3	6.5	-4.2
歯科	12.0	27.3	53.8	-26.5
薬局	8.0	18.2	47.8	-29.6
在宅療養支援診療所	2.0	4.5	11.9	-7.4

在宅療養支援病院	0.0	0.0	1.3	-1.3
訪問歯科合計	0.0	0.0	6.7	-6.7
訪問薬局合計	1.0	2.3	16.5	-14.3
八重瀬町 医療の概要				
施設種類別の施設数	八重瀬町	人口 10 万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所合計	12.0	38.8	69.8	-31.0
病院	1.0	3.2	6.5	-3.3
歯科	8.0	25.9	53.8	-27.9
薬局	9.0	29.1	47.8	-18.7
在宅療養支援診療所	1.0	3.2	11.9	-8.7
在宅療養支援病院	0.0	0.0	1.3	-1.3
訪問歯科合計	1.0	3.2	6.7	-3.5
訪問薬局合計	2.0	6.5	16.5	-10.1

2021 年 11 月現在の地域内医療機関情報の集計値（人口 10 万人あたりは 2020 年国勢調査総人口で計算）

出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」より

【医療の現状】

一人当たり急性期医療密度指数は 1.16、一人当たり慢性期医療密度指数は 0.74 で、急性期の医療は全国平均レベルであるが、慢性期の医療は少ない。総医師数の偏差値が 55(病院医師数 57、診療所医師数 49)と、総医師数はほぼ全国平均レベルであるが、病院医師数は多い。総看護師数の偏差値は 59 と多い。人口当たりの一般病床の偏差値は 50 で、一般病床は全国平均レベルである。全身麻酔数の偏差値は 52 と全国平均レベルである。南部には、年間全身麻酔件数が 2000 例以上の豊見城中央病院（Ⅲ群）、浦添総合病院（Ⅱ群・救命）、琉球大学医学部附属病院（Ⅰ群）、1000 例以上の沖縄県立南部医療センター（Ⅲ群・救命）、沖縄協同病院（Ⅲ群）、那覇市立病院（Ⅲ群）、500 例以上の沖縄赤十字病院（Ⅲ群）、南部徳洲会病院（Ⅲ群）、大浜第一病院（Ⅲ群）がある。人口当たりの療養病床の偏差値は 48 と療養病床数は全国

平均レベルである。総療法士数は偏差値 60 と多く、回復期病床数は偏差値 53 とやや多い。人口当たりの診療所数の偏差値は 45 で診療所数はやや少ない。

【介護施設や在宅ケアの現状】

総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、6,485 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 42)と全国平均レベルを下回る。そのうち、介護保険施設の定員が 3,882 床(偏差値 44)、高齢者住宅等が 2,603 床(偏差値 45)である。介護保険施設は全国平均レベルを下回り、高齢者住宅等は全国平均レベルをやや下回る。また、介護職員(介護施設等)の合計は、6,405 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 60)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを上回る。施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 59、特別養護老人ホーム 40、介護療養型医療施設 44、有料老人ホーム 46、軽費ホーム 50、グループホーム 38、サ高住 56 である。

在宅療養支援診療所は偏差値 47 とやや少なく、在宅療養支援病院は偏差値 59 と多い。また、訪問看護ステーションは偏差値 48 と全国平均レベルである。介護職員(在宅)の合計は、551 人(75 歳以上 1,000 人当たりの偏差値 39)で、75 歳以上人口当たりでは全国平均レベルを下回る。2025 年の介護充足度指数は -44% であり、2025 年に現在の全国平均レベルの高齢者施設・住宅の定員を確保するには、多くの高齢者施設・住宅の増設、あるいは相当する在宅のインフラ整備が必要である。

3-5-2. 南城市・八重瀬町 在宅医療・救急医療連携の取組

令和2～3年度における工程表のSTEP

STEP 1 問題把握 連携ルール構築に向けて現在の自地域の問題を把握する
情報収集（急変時の対応について、H29年から情報収集をしてきている。）
STEP 2 運営会議の開催 キーマン同士で情報共有し、役割を確認するとともに進め方等を共有
体制：在宅医療介護連携推進事業（南部地区6市町が連携する）として、進める。
STEP 3 関係者の組織化・課題抽出 ルール策定に向けた各種協議体の策定と課題抽出
内容：【 救急ガイドブックの中の救急連絡シート（一般用も合わせて中に入れる）】の内容検討を行う。
STEP 4 対応策の検討 ルール策定に向けた協議
決定した【 救急ガイドブックの中の救急連絡シート（一般用も合わせて中に入れる）】について、対象者への周知を図る 方法 ①全戸配布 ②行政窓口のデジタルサイネージ
STEP 5 連携ルールの運用と運用状況の把握 ルール策定に向けた協議
対象者の運用を促す

(1) 今年度の取組について

工程表の作成にあたって、関係者の認識のすり合わせや他団体への説明、目標設定等について課題があった。

また、感染症の県内拡大の状況により、他事業も急な変更などがある中、連携しあって開催している状況であった。認識や互いの目的を共有するのは時間が必要だが、開催できる時期は限られているため実際は短期間で濃厚な調整が必要となった。

工程表の履行を行うにあたっては、関係者の認識や目標設定のすり合わせのほか、協議会の運営についても課題があった。それぞれの関係機関での立場やバックグラウンドが異なるため、同じ福祉関係機関や医療機関同士でも意見や視点が大きく異なる状況が生じた。工程表の履行にあたっては、医師会に委託している在宅医療・介護連携推進事業のネットワーク協議会で、医師が積極的に協力いただき、各研修とのタイアップや資料、様式の配布などの具体化がしやすくなっていった。

(2) これからの連携を進めていく上での方向性について

在宅医療機関、自治体、救急医療（消防）の連携強化については、既に取り組んでいる状況であり、多職種研修会などには消防職にも参加いただき、些細なことに注意するだけでも連携がとりやすく、互いにメリットが大きい。今後も続けていく予定である。

また、市と消防での防災訓練などを通して緊急時連携などの情報共有などの話し合いを通して連携の重要性を確認しあっている状況。施設との連携についてのご提案なども積極的にいただいております、今後も連携を行っていく。

ACP を含む患者本人の意思を事前に汲み取る取組についても、既に取り組んでいる状況である。まずは、ACP の認識からきちんと理解し、基盤として知識がないと救急連絡シートの共有や広報だけをして意味がないため、ACP 重要性が高いと感じ、多職種研修会のテーマを ACP でシリーズ化し開催おこないました。それぞれの関係機関からの ADP の視点から研修を開催したので伝わる内容も反応も大きかったと感じます。

本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール作成についても、令和4年度に取り組むことを予定している。

4. 在宅医療・救急医療連携セミナー

4-1. セミナー開催目的

モデル都道府県向けに、管下の市区町村等の支援や調整役を担えるような体制の構築を図り、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備することを目的にセミナーを実施した。

4-2. 都道府県の選定

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

【モデル都道府県】

#	都道府県	本事業担当部局
1	徳島県	徳島県 保健福祉部
2	広島県	広島県 健康福祉局

4-3. 市区町村の選定

本事業実施に際して、過去の実績等を参照の上、事前調査を行い、選定要件等については厚生労働省医政局地域医療計画課及びモデル都道府県との協議により、セミナー参加市区町村を小松島市、広島市の2自治体とした。

なお、工程表作成は、以下3地域（小松島市、広島市佐伯区・安佐南区）において実施した。

【市区町村（工程表を作成する自治体）】

#	都道府県	市区町村
1	徳島県	小松島市
2	広島県	広島市 佐伯区
3		広島市 安佐南区

4-4. セミナーの開催概要

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

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

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

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






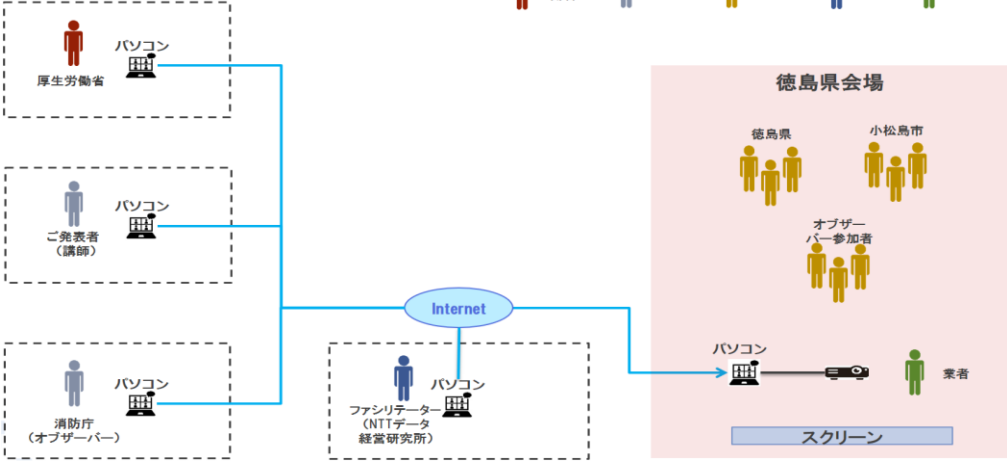
「在宅医療・救急医療連携セミナー」の概要と結果を、以下のとおり示す。なお、セミナーの詳細資料については、本報告書の第2部付属資料に収録した。

4-4-1. 第1部セミナー

(1) 第1部セミナー 徳島県開催プログラム

開始	時間	プログラム	登壇者
13:00	5	開催挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課
セッションⅠ			
13:05	20	政策動向の説明	厚生労働省 医政局 地域医療計画課
13:25	35	講義（在宅医療・救急医療）	医療法人社団親樹会 恵泉クリニック 院長 太田祥一 様
14:00	20	事例（福井県の取組）	福井県 健康福祉部 長寿福祉課 主事 藤井隆輝 様
14:20	20	事例（大分県臼杵市の取組）	臼杵市医師会医療福祉統合センター センター長 舩友一洋 様
14:40	10	休憩	
セッションⅡ			
14:50	5	グループワークの進め方	グループワークの進め方の説明
14:55	90	グループワーク	自地域の在宅医療・救急医療の課題 についてグループ内で共有・連携ル ールの検討と工程表の作成
16:25	25	発表・討議	検討した工程表を発表・参加者間で の討議
16:50	10	事務連絡・アンケート記入・解散	

(2) 第1部セミナー 徳島県開催概要

#	項目	内容
1	実施日時	令和3年9月2日(木) 13時00分~17時00分
2	実施方法	集合形式+オンライン形式
3		<p>凡例:  厚生労働省  消防庁  参加者  NTTKK  業者</p> 

#	グループ	所属	参加者数
1	徳島県	徳島県 (医療政策課)	3名
2	小松島市	小松島市、医師会、消防本部	4名
3	講師	厚生労働省医政局地域医療計画課ほか	4名
4	オブザーバー	総務省消防庁、徳島市、牟岐町	4名

(3) 第1部セミナー 広島県開催プログラム

開始	時間	プログラム	登壇者
10:00	5	開催挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課
セッションⅠ			
10:05	20	政策動向の説明	厚生労働省 医政局 地域医療計画課
10:25	15	広島県の現状	広島県 健康福祉局
10:40	30	講義（高齢者救急と在宅医療）	医療法人社団親樹会 恵泉クリニック 院長 太田祥一 様
11:10	15	事例（福井県の取組）	福井県 健康福祉部 長寿福祉課 主事 藤井隆輝 様
11:25	15	事例（大分県臼杵市の取組）	臼杵市医師会医療福祉統合センター センター長 舩友一洋 様
11:40	30	地域救急診療の現状とその課題	広島市立安佐市民病院 内科・総合 診療科 主任部長 原田和歌子 様
12:10	60	休憩	
セッションⅡ			
13:10	10	グループワークの進め方	グループワークの進め方の説明
13:20	100	グループワーク	自地域の在宅医療・救急医療の課題 についてグループ内で共有・連携ル ールの検討と工程表の作成
15:00	15	事務連絡・アンケート記入・解散	

(4) 第1部セミナー 広島県開催概要

#	項目	内容
1	実施日時	令和3年11月19日(日) 10時00分~15時15分
2	開催方法	集合形式+オンライン形式
3		<p>凡例: 厚生労働省 (赤い人形)、消防庁 (青い人形)、講師 (灰色人形)、参加者 (黄色い人形)、NTTデータ経営研究所 (青い人形)</p> <p>参加市区町村</p> <ul style="list-style-type: none"> 広島県 広島市(佐伯区) 広島市(安佐南区) <p>参加者構成:</p> <ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省 (赤い人形) ご講演講師 (自治体等) (灰色人形) 消防庁 (オブザーバー) (青い人形) ファシリテーター (NTTデータ経営研究所) (青い人形)

#	グループ	所属	参加者数
1	広島県	広島県 健康福祉局	12名
2	広島市(佐伯区・安佐南区)	広島市(佐伯区・安佐南区)、医師会、消防本部ほか	51名
3	講師	厚生労働省医政局地域医療計画課ほか	4名






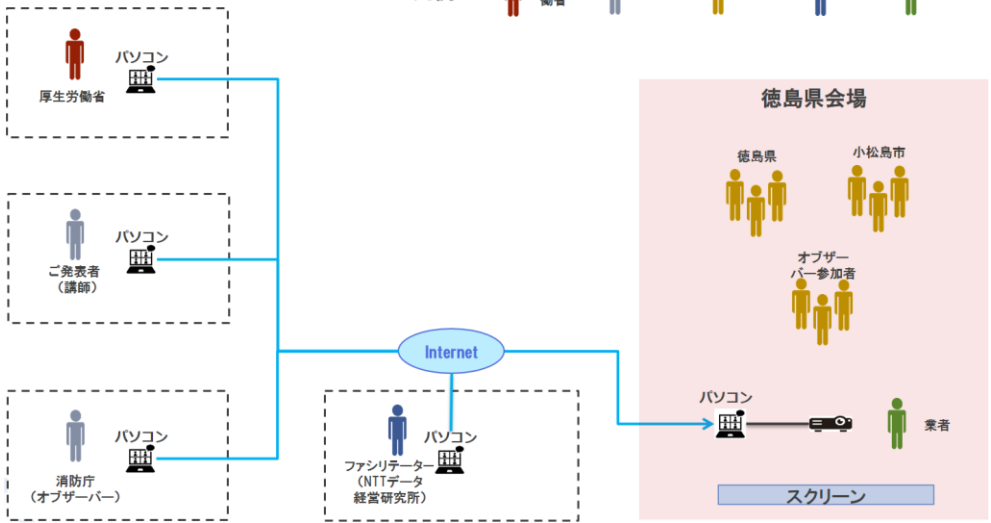
4-4-2. 第2部セミナー

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

(1) 第2部セミナー 徳島県開催プログラム

開始	時間	プログラム	登壇者
14:00	5	開催挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課
セッションⅠ			
14:05	35	事例（岩手県釜石市の取組）	釜石市 地域包括ケア推進本部 事務局長 小田島史恵 様
14:40	35	事例（沖縄県南城市の取組）	沖縄県 南城市 生きがい推進課 主任介護支援専門員 眞榮田義子 様
15:15	10	休憩	
セッションⅡ			
15:25	70	グループワーク	自地域の在宅医療・救急医療の課題 についてグループ内で共有連携ルールの検討と工程表の作成
16:35	15	発表・討議	検討した工程表を発表・参加者間での討議
16:50	10	事務連絡・アンケート記入・解散	

(2) 第2部セミナー 徳島県開催概要

#	項目	内容
1	実施日時	令和3年12月2日(木) 14時00分~17時00分
2	実施方法	集合形式+オンライン形式
3		<p>凡例:  厚生労働省  消防庁  参加者  NTTKK  来者</p> 

#	グループ	所属	参加者数
1	徳島県	徳島県 (医療政策課)	2名
2	小松島市	小松島市、医師会、消防本部	4名
3	講師	岩手県釜石市、沖縄県南城市	2名
4	オブザーバー	厚生労働省医政局地域医療計画課、総務省消防庁	4名

(3) 第2部セミナー 広島県開催プログラム

開始	時間	プログラム	登壇者
10:00	5	開催挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課
セッションⅠ			
10:05	20	事例（八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会の取組）	医療法人永寿会 陵北病院 院長 田中裕之 様
10:25	15	事例（岩手県釜石市の取組）	釜石市 地域包括ケア推進本部 事務局長 小田島史恵 様
10:40	15	事例（沖縄県中部地区医師会の取組）	沖縄県中部地区医師会 コーディネーター 津嘉山愛律子 様
セッションⅡ			
10:55	105	グループワーク	自地域の在宅医療・救急医療の課題 についてグループ内で共有連携ルールの検討と工程表の作成
12:40	10	事務連絡・アンケート記入・解散	

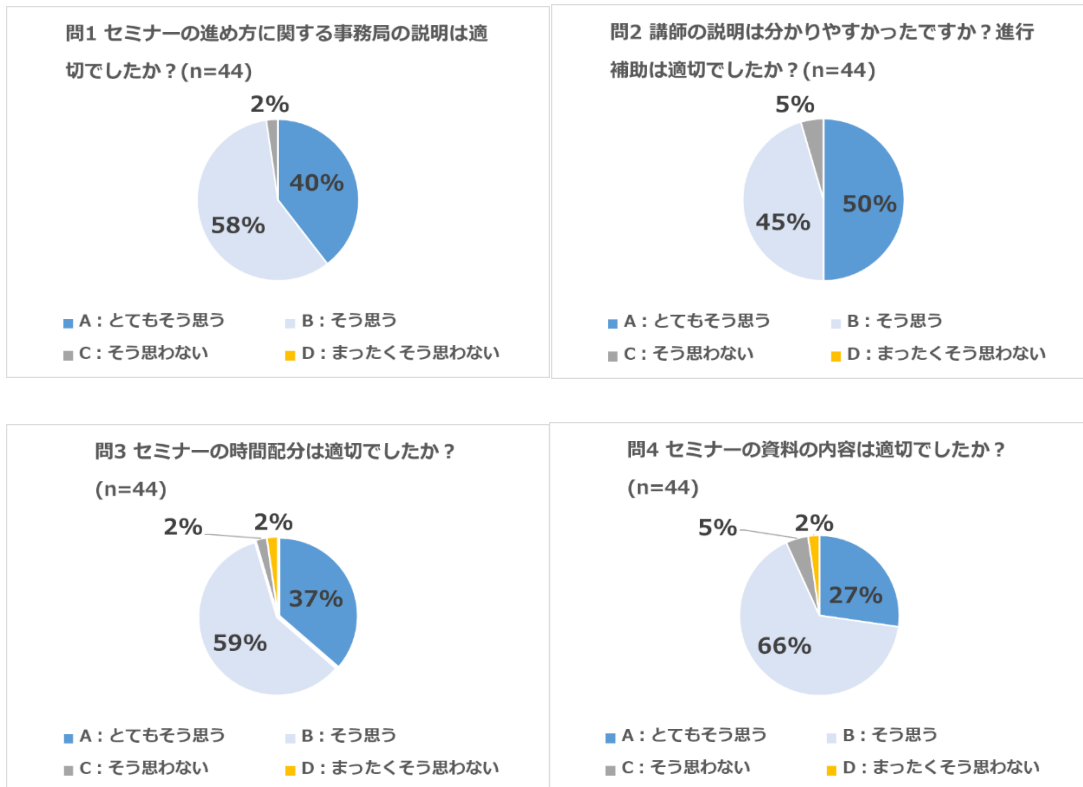
(4) 第2部セミナー 広島県開催概要

#	項目	内容
1	実施日時	令和3年12月19日(日) 10時00分~12時50分
2	開催方法	集合形式+オンライン形式
3		<p>凡例: 厚生労働省 (赤い人形)、消防庁 (青い人形)、講師 (灰色人形)、参加者 (黄色い人形)、NTTデータ経営研究所 (青い人形)</p> <p>参加市区町村</p> <ul style="list-style-type: none"> 広島県 広島市(佐伯区) 広島市(安佐南区) <p>参加者グループ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省 (赤い人形) パソコン ご講演講師 (自治体等) (灰色人形) パソコン 消防庁 (オブザーバー) (青い人形) パソコン ファシリテーター (NTTデータ経営研究所) (青い人形) パソコン <p>参加者 (黄色い人形) は、上記の各グループを通じてインターネットを介して参加します。</p>

#	グループ	所属	参加者数
1	広島県	広島県 健康福祉局	13名
2	広島市(佐伯区・安佐南区)	広島市(佐伯区・安佐南区)、医師会、消防本部ほか	51名
3	講師	八高連(陵北病院)、釜石市、沖縄県中部地区医師会	3名
4	オブザーバー	厚生労働省医政局地域医療計画課	1名

4-5. セミナーアンケート

4-5-1. 第1部セミナーアンケート



問4の回答を選択された理由、ご意見・ご感想等を教えてください。

今後の事務の参考にさせていただきたいと思います。

他都市の事例について分かりやすく説明していただき、大変参考になりました。

現状等がよく理解できた。

とても勉強になりました。

スライドもわかりやすく事前配布されていたため、内容を確認できた。

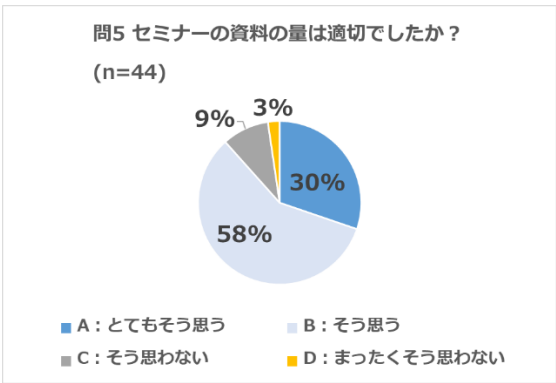
説明の際は表示されていた資料もいただければと思う。

一部、画面のみの資料で残念。

種々な立場からの情報提供が多く、今後の事業運営に活用できると思うため。

内容はとても良かったが、資料の量が少し多いかなと思いました。

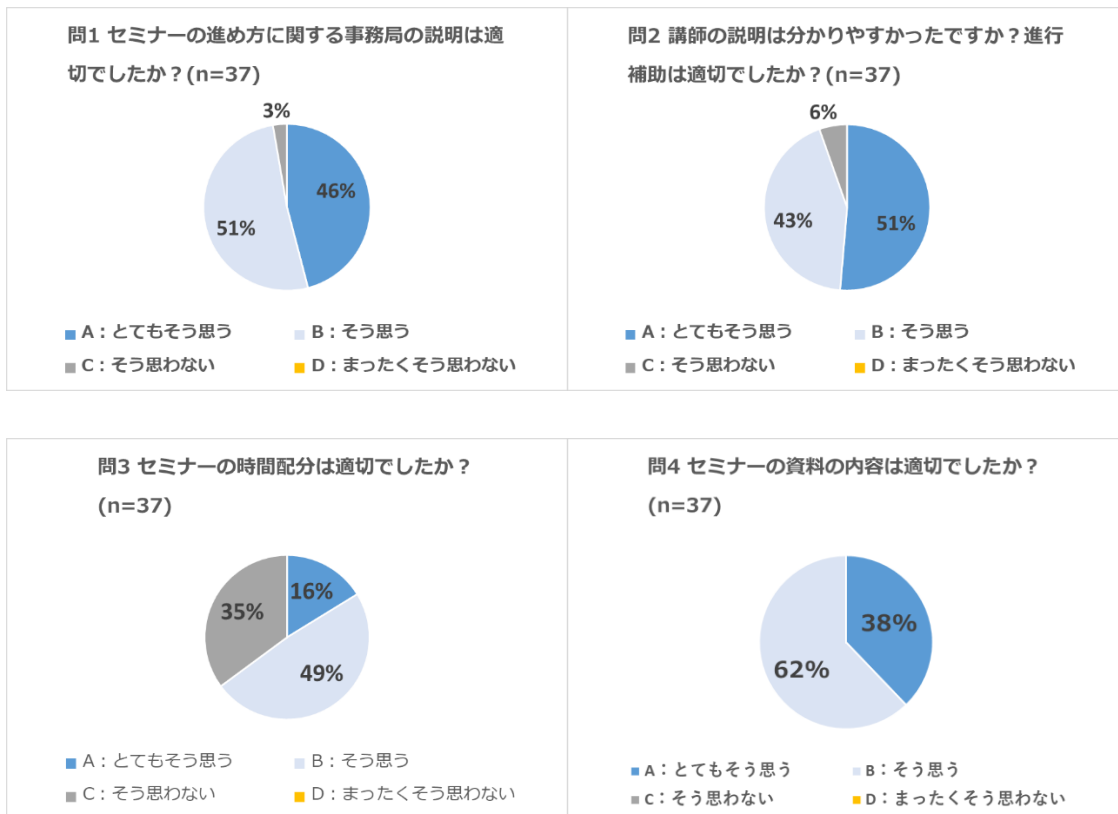
問4の回答を選択された理由、ご意見・ご感想等を教えてください。
充実した情報提供を頂き、ふり返って懇談する必要があると思いました。
詳しい資料と、わかりやすいパワーポイント資料があり、理解しやすかったです。
「高齢者救急」資料冊子は、職員みんなで参考にしたいと思いました。大分県の取組も、今後のHM ネット電子化に向けて参考になると思いました。
ほとんど全てのパワーポイントの内容が資料として有ったため、後ほどのふりかえりが行いやすいと思います。
データ等詳細な資料でした。
今後の自治体の向かう先を考えられる良い機会になりました。各自治体共に有益な情報を出して頂きありがとうございました。
課題設定が不十分な中で、各種の資料を提供されても意義あるものとして消化できない。
取組の概要のみでなく、過程や実施の成果・課題などについて、もう少し具体的に知ることができたら良かったと思います。
資料3はカラーで非常にわかりやすかったが、事例発表の資料もう少しあれば良かった。
他自治体の取組みがわかりやすく、参考になった。
資料3の過去の好事例が多かった。
昨年度の工程表があったことで、後半のグループワークのイメージが湧きやすかった。



問5の回答を選択された理由、ご意見・ご感想等を教えてください。
資料について最初多く感じたが、説明で適切で良かった。
無駄な資料が少なかった。

問5の回答を選択された理由、ご意見・ご感想等を教えてください。
わかりやすかった。
参考になるものも多かったように思う。
講演内容に対し、資料のみ量が多すぎる。
DNARに関するテーマを考える上でとても充実していた。
量が多くて読み込むことが大変であった。また、当日の説明にないものがあったりした。
各講義の時間内で説明できており、参考になった。
多めであったが、有用な情報があるため、後で役立たせていただく。
量は適切だったが、説明が早かった部分があったので、もう少しゆっくりと聞きたかった。
丁度良い分量と思いました。
とてもわかりやすい資料で、良かった。資料の量に関しても特に気にならない。
少し多いかなと思った。
丁度良い量だと思う。
多すぎてもなかなか読み込めないため、適量であったと思う。
今後の事業の進め方を考えるにあたって、充分参考になる量だった。
事例発表中に読むのにちょうどいい文章だった。

4-5-2. 第2部セミナーアンケート



問4の回答を選択された理由、ご意見・ご感想等を教えてください。

昨年セミナーに参加されたところの発表がありわかりやすかった。全国のとりにくみを知ることができ勉強になった。

地域での取組、課題が明確にされている。今後に活かせる所があった。解決できない所もあるので、それぞれの施設から次への所に対して情報を伝えていく、継ぐという事がまずはできる所ではないかと思う。

各取組がわかりやすく示されていた。

他施設の取組について参考になった。

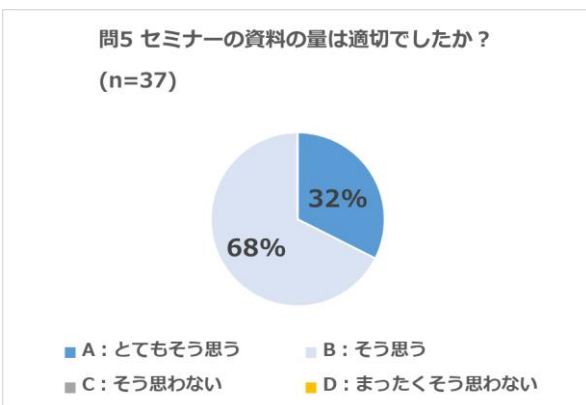
八王子市の取組はとても勉強になった。今後の参考にさせていただく。

八王子での取組が参考になった。情報を地域と共有すること。そのために看護師として何をすべきか、ということについて示唆を得ることができた。

様々な取組、考え方が聞けてとてもよかった。

八王子の事例は参考になった。

問4の回答を選択された理由、ご意見・ご感想等を教えてください。
たたき台があって、分かりやすかった。
事前配布していただいたので、確認の時間がとれた。量的にもよかった。
いずれの資料も簡潔にまとまっていてわかりやすい。
ポイントを押さえた資料だったので分かりやすかった。
他都市の事例は大変参考になった。特に事例はさることながら、昨年度同じセミナーに参加された市の事例もありがたかった。
当日、上映資料とほぼ同じ内容のものを配布していただいたので、判りやすかった。
他事例の状況は非常に参考となった。当該セミナーを実施された地域でもう少し時間が経過している地域の現状も聞いてみたいと感じた。
それぞれの発表者の言いたいことがよくわかった。同じようなデータを他県（他地区）の方々と共有でき、今後の命の宝箱 電子版への移行に参考となった。ACPについても同様。
各地域の事情を示した上での取組や、取り組んだ上での課題が示されていたので、分かりやすかった。
参考になる他県の取組が聞けて良かった。
新しい情報が分かり勉強になりました。



問5の回答を選択された理由、ご意見・ご感想等を教えてください。
資料がわかりやすかった。
3施設からの資料提示があり、研修内での説明には適切であったと思う。
資料をととてもわかりやすく提示していただき感謝する。
やや多かったですが、その分内容が濃く大変参考になる。

問5の回答を選択された理由、ご意見・ご感想等を教えてください。
ポイントを押さえてまとめていた。
とても分かりやすかった。実際の話を知りながら見るのにとっても良かった。
好事例の確認が出来、部数もいただいたので、事業所内等で共有できた。
説明できる程度の分量でないと読み込むのは難しい。しっかりとした説明をされようとする、今回のテーマでは15分は短かったと考える。
各事例発表を短時間でわかりやすく説明するには十分な量であった。見やすい大きさでした。
普段聞きなれない用語が多かったので調べる必要がありました。

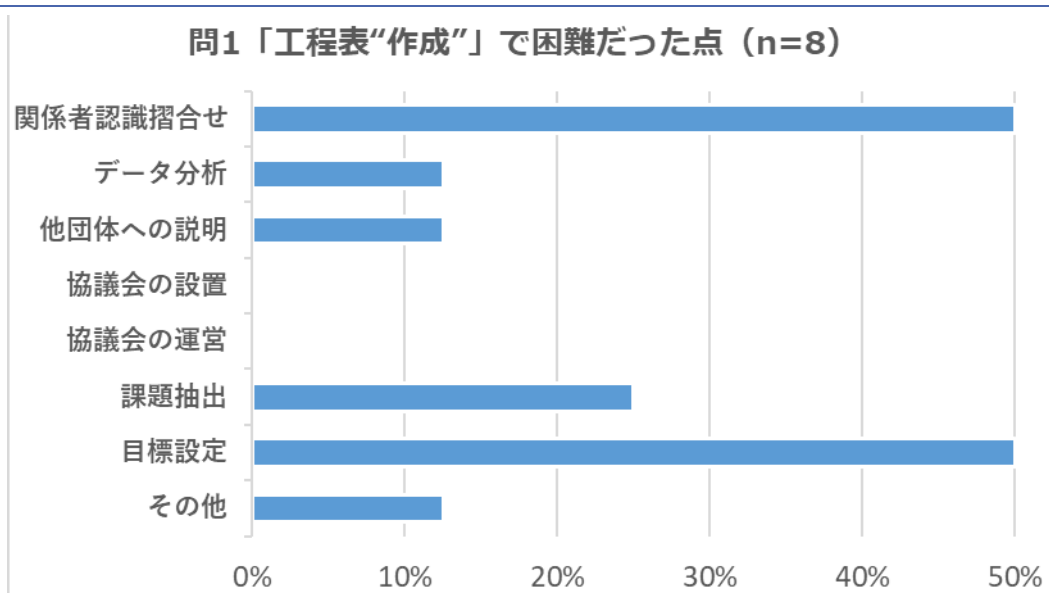
5. フォローアップ調査

5-1. フォローアップ調査結果

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

5-1-1. 今年度の取組

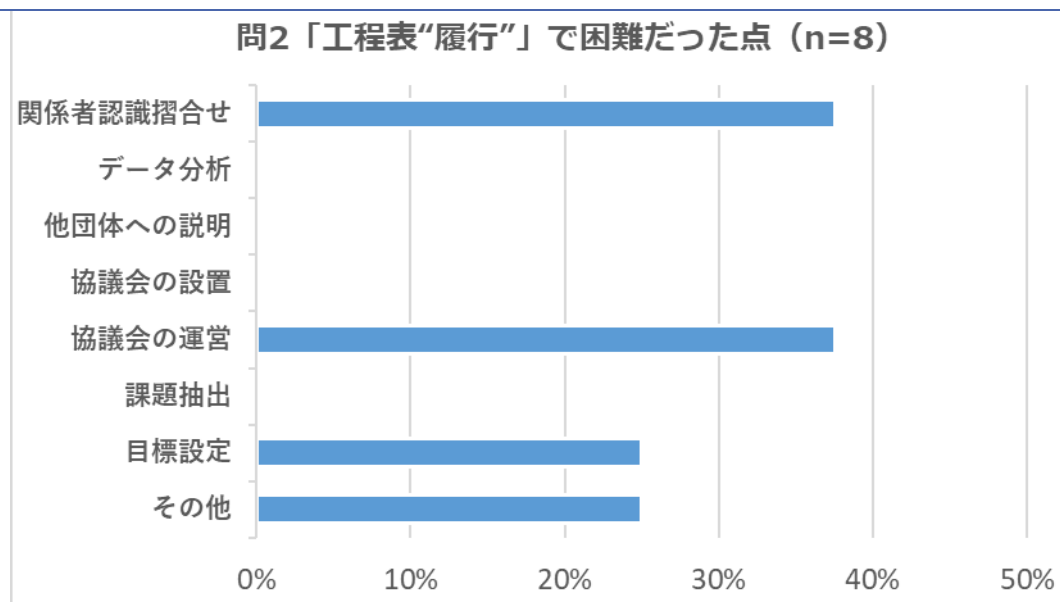
① 「工程表の“作成”」を行うにあたって困難だった事柄【複数選択可】



① の選択理由や具体的な内容

- コロナ禍により事業を実施できるかどうか難しいため。(ACP 関係)
- MC 協議会において、すでに運用開始の時期も決まっていたため、市としての工程表作成に関わるタイミングがわからなかった。
- 感染症の県内拡大の状況により、他事業も急な変更などがある中、連携しあって開催している状況。認識や互いの目的を共有するのは時間が必要だが、開催できる時期は限られているため実際は短期間で濃厚な調整が必要。
- データ分析に関するノウハウが少なく、困難であった。

② 「工程表の“履行”を行うにあたって困難だった事柄【複数選択可】



② の選択理由や具体的な内容

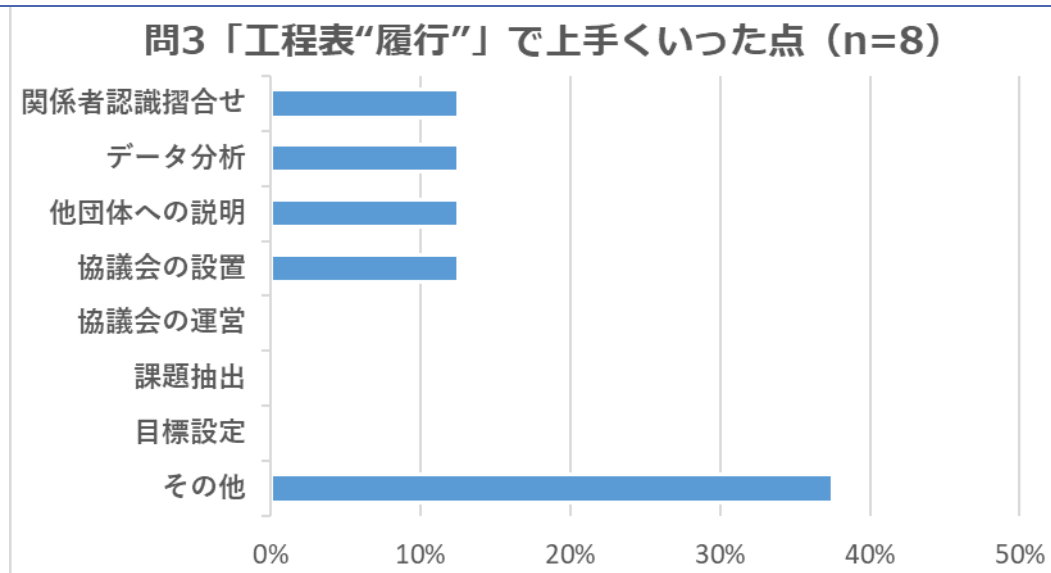
- 協議会にはセミナーメンバー以外の参加者もいたため、その参加者に今回取り組もうとしているテーマ内容を納得してもらうのが大変であった。（課題がある中で、なぜそのテーマを選択したのかが疑問との意見であった）
- コロナ禍により病院関係者への ACP 関係出前講座等が中止となった。
- 令和 2 年度までの担当課が令和 3 年度より地域包括支援センターへ移管となり、市が履行する目標が不明確であったため、関係者間のすり合わせに時間を要した。
- それぞれの関係機関での立場やバックグラウンドが異なるため、同じ福祉関係機関や医療機関同士でも意見や視点が大きく異なることがあることを実感した。
- 委員として参加してもらった施設によって、救急時連携や看取り等に対する認識に差があり、そのすり合わせに時間がかかった。

③ 「工程表の“履行”」（の支援を）するにあたって工夫した点

【自由記載】

- メンバー間での頻回の意見交換、メール。
- R3 年度から在宅医療連携拠点推進協議会の協議員に消防を加えた。地域包括支援センター及び成年後見センターと共催で権利擁護研修会をオンラインで開催した。
- 打ち合わせを数回行った他にも MC 協議会と情報共有を図れるようにメールや電話等ですり合わせを行い、研修会を行った。また、研修会後も包括支援センターで相談対応した事例等について MC 協議会連絡会（複数の医師と消防署員）において情報共有を図った。
- 医師会に委託している在宅医療・介護連携推進事業のネットワーク協議会でドクターが積極的に協力しますと発言していただき、各研修とのタイアップや資料、様式の配布などの具体化がしやすくなった。
- すでに使用している救急連絡シートを用い、他市区町村のシートを参考にしながら必要な情報について話し合いをすることができ、話し合いが進めやすかった。

④ 「工程表の“履行”」するにあたって最も上手くいった点【1つ選択】



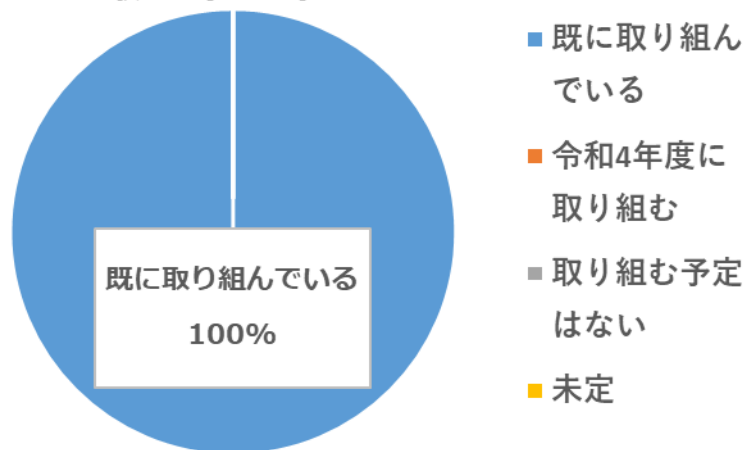
④ の選択理由や具体的な内容

- 権利擁護研修会を完全オンライン（ZOOMのブレイクアウトルーム活用）で開催したことにより、コロナ禍でも専門職の方々が安心して研修に参加することができた。また、権利擁護研修会を介護支援専門員法定外研修の位置づけたことにより、多数の参加者からのアンケート（ACP関係）をデータ分析することができた。
- MC協議会では福祉団体等との関わりが薄く、市で情報提供する必要があった。また、市の医療介護資源情報による、医療機関による訪問医療の現状を情報提供することで、心肺蘇生を希望しない救急要請があった場合、医師への確認先を事前に知ることができたのではないかと考える。

5-1-2. 今後の方向性

① 「在宅からの搬送の連携強化」について、これからの取組【1つ選択】

(2)①ア「在宅療養場所からの搬送の連携強化」の取組 (n=8)

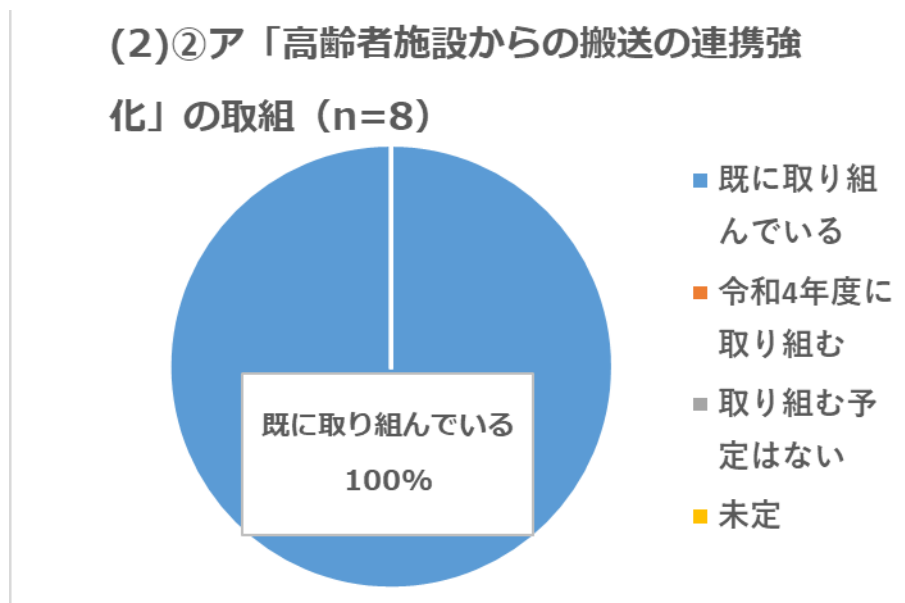


① の選択理由や具体的な内容

- 令和3年度セミナー事業の最後に役割分担した内容について引き続き継続していく。
- ①終末期患者の病院、在宅リレー円滑化に関する取組み → 県立釜石病院他、往診可能な診療所

- ②人生会議の普及啓発（元気なうちから）→一般対象、専門職対象（行政・病院）
- ③指示書等の様式ルール 運用等検討 →消防 ※急がなくてよい
- ④③の共有媒体として OK はまゆりネット緊急医療情報キット（命のきずなカプセル）の活用検討。
- 令和4年度も窓口相談対応時の課題等について情報共有を図っていきたい。また、施設による DNAR プロトコール運用状況の実態調査について検討を行う予定としていた。
- 多職種研修会などには消防職にもご参加いただき、些細なことにも注意するだけでも連携がとりやすく、互いにメリットが大きいことなどを実感している。今後も続けていく予定。また、市と消防での防災訓練などを通して緊急時連携などの情報共有などの話し合いを通して連携の重要性を確認しあっている状況。施設との連携についてのご提案なども積極的にいただいております。今後も連携を行っていく。
- 元々近隣 6 市区町村合同で南部地区医師会に事業を委託していたことから、協議会の設置や委員の招集はスムーズにできた。
- R4.2.17 救急連携のあり方について多職種研修を実施。消防の現状、施設での取組について報告を行った。今後も継続して取り組む予定

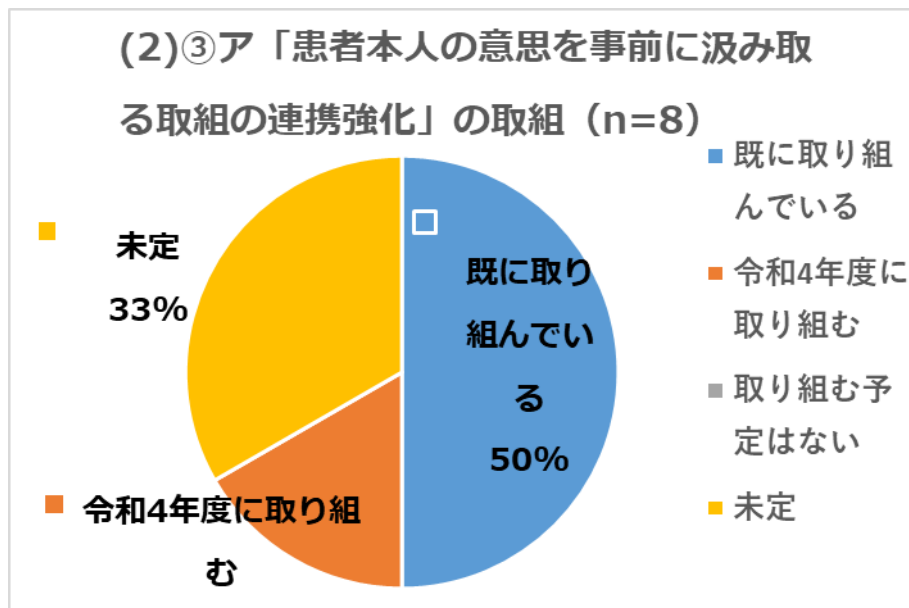
「高齢者施設からの搬送の連携強化」についてこれからの取組【1つ選択】



② の選択理由や具体的な内容

- 作成したエンディングノートの中にはその記載がある。ノートの説明も含めた「人生の最終段階における理解」の住民講座を実施予定（コロナ感染症のため日程を決めても延期となっている）
- 事例を活用した研修会の開催。権利擁護研修会、多職種連携の会。
- 研修会について令和 3 年度は地域住民、介護支援専門員、訪問看護関係者等に向け、ACP について講話及び研修を実施した。次年度も地域住民に向けて引き続き実施する。また、エンディングノートを活用し、書き方講座も継続して実施する。
- まずは、ACP の認識からきちんと理解し、基盤として知識がないと救急連絡シートの共有や広報だけをして意味がないため、ACP 重要性が高いと感じ、多職種研修会のテーマを ACP でシリーズ化し開催おこないました。それぞれの関係機関からの ADP の視点から研修を開催したので伝わる内容も反応も大きかったと感じます。
- 研修を開催し取り組んでいる。今後は住民向けにも講話等の実施を検討している。

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



- 研修を実施し取り組んでいる。ルール作成までは至っていない。
- DNAR プロトコールについて関係機関で共有するためのルール等については情報共有が行われていない。
- 県の状況を見ながら県立釜石病院及び多職種連携の会（OK スクラムねっと）が中心となって意思決定支援のガイドラインの策定に向けて進める可能性があり、当部署としては、必要に応じて連携するつもりはあるが、現在は様子見。

5-2. 連携を進めていく上での改善策

都道府県の取組の改善案

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

市区町村の取組の改善案

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

6. 手引き検討会

6-1. 手引き検討会の目的

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

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

6-2. 手引き検討会の開催概要

手引き検討会は、以下の日時、開催方法にて実施した。

検討会	開催日時	開催方法
第1回	令和4年2月10日（木）18:00～19:30	オンライン開催
第2回	令和4年3月10日（木）18:00～19:30	オンライン開催

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

6-3. 手引き検討会の構成員

手引き検討会の構成員は、本事業の目的である都道府県が管下市区町村等の支援や調整役を担えるような体制の構築を図り、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備することの達成に向けて、連携ルールの策定に都道府県がどのように関与することが望まれるか等、専門的見地から意見して手引きの取りまとめを行う。

【検討会委員】（五十音順・敬称略）

氏名	所属・役職
出原 由貴	広島県 健康福祉局 地域共生社会推進課 参事
今井 真由美	広島県 健康福祉局 医療介護計画課 課長
大城 則子	沖縄県 南部地区医師会 コーディネーター
小田島 史恵	釜石市 地域包括ケア推進本部 事務局長
木邑 博英	徳島県 保健福祉部 医療政策課 課長補佐
芝 千明	小松島市 保健福祉部介護福祉課 主事
柴村 晃輔	広島市 消防局 警防部救急課 課長補佐
田中 裕之	医療法人永寿会 陵北病院 院長
露口 圭祐	小松島市 消防本部消防課 課長補佐
中田 徹	広島市 消防局 救急担当部長
原田 和歌子	広島市立安佐市民病院 総合診療科 主任部長
藤野 和也	小松島市医師会 会長
真鍋 孝雅	徳島県 保健福祉部 医療政策課 主任主事
横田 凌	徳島県 保健福祉部 医療政策課 広域医療室 主事

【オブザーバー】（五十音順・敬称略）

氏名	所属・役職
井上 雅寛	厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療専門官
若味 紳太郎	総務省 消防庁 救急企画室 課長補佐

6-4. 第1回手引き検討会内容

第1回手引き検討会の内容と結果を、下記のとおり示す。

【第1回手引き検討会開催概要】

#	項目	内容
1	日時	令和4年2月10日（木）18：00～19：30
2	開催方法	オンライン（Zoom ミーティング）形式
3	アジェンダ	(1) 開会 (2) 委員紹介 (3) 手引き案検討事項について (4) 閉会

【手引き検討事項（議題抜粋）】

#	該当頁	項目	内容
1	204	① 情報発信 必要なデータの 分析・活用 支援	現在の手引きでは、市区町村で収集が困難な情報の提供と分析支援について記載しております。地域医療連携システムの運用状況、DNAR マニュアルを作成するための近隣自治体の動向等、手引き記載事項以外で必要な情報がありましたらご教示ください。
2	205～ 206	② 人材の育成	現在の手引きでは、連携ルールを作成するための人材の育成方法について記載しております。ケアマネに対すると取組（ACP の取組を含む）の周知や教育等、手引き記載事項以外で記載すべき人材育成の内容がありましたらご教示ください。
3	206	③ 他市区町村 の取組事例の 横展開	現在の手引きでは、研修等を介した支援について記載しております。DNAR マニュアルの内容や作成方法等、手引き記載事項以外で他市区町村の取組を確認したいものがございましたらご教示ください。

#	該当頁	項目	内容
4	206～ 207	④ 関係団体との調整	現在の手引きでは、医師会、メディカルコントロール協議会、保健所との連携等について記載しております。ケアマネ、地区地域包括支援センター、地域医療連携システム事務局等、手引き記載事項以外で連携が必要な団体等がございましたらご教示ください。
5	207～ 208	⑤ 広域連携が必要な事項について検討・支援	現在の手引きでは、都道府県による広域連携の推進について記載しております。複数の消防本部が参加する会議の開催等、手引き記載事項以外で県による広域連携の推進が必要な会議等がございましたらご教示ください。
6	208	⑥ 他の計画や取組との整合性の確認	現在の手引きでは、医療計画や介護保険事業（支援）計画等の計画との整合性等について記載しております。県（メディカルコントロール協議会）で作成したプロトコル等、連携ルールを作成する際に整合性の確認が必要な資料がございましたらご教示ください。
7	213	⑦連携ルール策定の会議体構成員選任	現在の手引きでは、連携ルール策定の会議体構成員の例を記載しております。ケアマネ等、手引き記載以外で会議の参加が必要な方（職種）がございましたらご教示ください。
8	213	⑧連携ルール策定の会議体構成員選任	現在の手引きでは、連携ルール策定の会議体構成員として、法律専門家を記載し、また、「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。」旨を記載しております。DNAR の意思表示の扱い等、法律専門家への依頼事項は限定されることから、法律専門家は必須の会議参加者ではなく、適宜オブザーバーのような形でご出席をしていただくことを想定しております。DNAR の意思表示の扱い以外で法律専門家に確認が必要な事項（法律専門家には必須で会議に参加いただきたい理由）がございましたらご教示ください。

#	該当頁	項目	内容
9	214～ 216	⑨自己チェックシート	<p>現在の手引きでは、昨年度のセミナー実施時に使用した自己チェックシートを記載しております。特に新型コロナウイルス感染症の対応について、主に以下のチェック項目を追記する予定です。</p> <p>新型コロナウイルス感染症に対応するために変更や追加された部署</p> <p>新型コロナウイルス感染症による病床確保の影響</p> <p>新型コロナウイルス感染症による人材育成や拠点の整備影響</p> <p>新型コロナウイルス感染症により増加した相談事項</p> <p>上記以外で、確認すべき項目（事前にチェックすべき項目）がございましたらご教示ください。</p>
10	217	⑩課題例（都道府県）	<p>現在の手引きでは、都道府県が対応すべき課題を記載しております。設備整備支援に関する補助金等（新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含む）、県に検討していただきたい事項がありましたらご教示ください。</p>
11	218	⑪課題例（市区町村）	<p>現在の手引きでは、市区町村が対応すべき課題を記載しております。情報ツールの整備等、市区町村では対応が困難な事項がありましたらご教示ください。</p>
12	220～ 221	⑫ 会議体運営におけるポイント	<p>現在の手引きでは、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）を記載しております。会議体（特に決裁をもらうための会議体）をスムーズに進めるためのワーキンググループや部会の設定等、会議体運営で工夫したポイントがありましたらご教示ください。</p>

【主なご意見（抜粋）】

主なご意見
<p>① 情報発信 必要なデータの分析・活用支援について</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 搬送困難事例（20分以上もしくは5ヶ所以上の医療機関に断られた場合を指す）の情報が重要で、そのような事例への対応を検討していく必要がある。こういった理由でこういったキーワードで搬送困難になったかということの分析ができると、対策のアイデアが出る。➤ 搬送に困る事例は、最初の入り口の時点で、情報がないと断られる理由になりやすい。搬送困難な理由が、受け入れ困難な理由になるので、データとしてあると助かる。
<p>② 人材の育成（研修）について</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 地域で集まって多職種の方で検討するということがとても大事。他の職種の方々の本音を聞けるような場があると望ましい。
<p>③ 他市区町村の取組事例の横展開について</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 手引きの後半に事例がついているが、とても参考になる情報である。他の自治体の取組事例は有用である。
<p>④ 関係団体との調整について</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 連携の方法として、行政機関等と1団体との打ち合わせ（1次連携）、行政機関等が仲介した意見交換等が目的の複数職種間の連携（2次連携）、地域の関係者全体において承認を得る目的の協議会等多職種連携（3次連携）に分けて取組と円滑な連携が進む。
<p>⑤ 広域連携が必要な事項について検討・支援について・⑥ 他の計画や取組との整合性の確認について</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 必要に応じて都道府県において所管するメディカルコントロール協議会と情報連携して、市区町村への情報連携及び支援等を実施できると望ましい。但し、都道府県によって、担当する部門や事情が異なる。
<p>⑦ 連携ルール策定の会議体構成員選任について</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 連携ルールに関係する全てのステークホルダーに構成員に入っていただくことが重要である。
<p>⑧ 連携ルール策定の会議体構成員選任について</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 会議体構成員候補に法律専門家を加えることは問題ない。

主なご意見

⑨自己チェックシートについて

- チェックするとできていない部分が見えるので参考になった。他の市区町村の結果も気になる。取りまとめたものが都道府県からも提供されると望ましい。

⑩課題例（都道府県）・⑪課題例（市区町村）について

- #7119 事業は消防部門が担当しているのではなく、医療政策部門が担当している。都道府県によって対応状況が異なり、設置義務があるものではない。

⑫会議体運営におけるポイントについて

- 共通の目標設定（搬送時間等）を設けて、ベクトルを合わせて取り組むことが重要。連携実績を評価できる定量的な指標を設定して、モニタリングしていけるとPCDAを回すことができ、望ましい。

6-5. 第2回手引き検討会内容

第2回手引き検討会の内容と結果を、下記のとおり示す。

【第2回手引き検討会開催概要】

#	項目	内容
1	日時	令和4年3月10日（木）18:00～19:30
2	開催方法	オンライン（Zoom ミーティング）形式
3	アジェンダ	（1）開会 （2）手引き修正事項の確認について （3）閉会

【主なご意見（抜粋）】

主なご意見
① 情報発信 必要なデータの分析・活用支援について ➤ 手引きとして分かり易い表現にして、余分な補足説明は削除するよう必要がある。
② 人材の育成（研修）について ➤ 人材育成の方向性として、医療、介護、消防の3つの領域について、制度や報酬体系をよく理解している人材が少ない。全体の制度や報酬を含めた理解ができている人材が増えると、相互に連携を図りやすくなる。
③ 他市区町村の取組事例の横展開について ➤ 事例として追加で挙げている石川県の内容で問題ない。
④ 関係団体との調整について ➤ 事例として追加で挙げている釜石市の内容で問題ない。
⑤ 広域連携が必要な事項について検討・支援について ・ ⑥ 他の計画や取組との整合性の確認について ➤ 記載内容等の問題ないことを確認。
⑦・⑧連携ルール策定の会議体構成員選任について

主なご意見

- 会議体の構成員について、八高連（八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会）では、各組織の責任者が構成員になってもらっている。責任者から各組織に連携ルールを徹底していくならいである。
- 構成員の候補として、歯科医師会、栄養士会、理学療法士協会、作業療法士協会、言語聴覚士協会等も入り得る。

⑨自己チェックシートについて

- 文字等が小さいので見やすくすることが望ましい。

⑩課題例（都道府県）・⑪課題例（市区町村）について

- #7119 事業について、救急相談窓口等の設置による支援の記載内容で問題ない。

⑫ 会議体運営におけるポイントについて

- 連携実績を評価できる定量的な指標について搬送時間があるが、現場到着所要時間と病院収容所要時間に分けて評価することで、モニタリングしやすくなる。

7. 事業のまとめ

7-1. 事業成果と今後の課題

今年度のセミナー終了後のフォローアップ調査の内容「(1) セミナーでの取組を含む、今年度の取組について」について、関係者間の認識の摺合せ、協議会の運営に関する課題が多く挙げられた。所管の変更等の影響等もあるものの、セミナー参加機関と未参加機関の温度差や認識の違い、関係機関毎の立場による認識の相違等が要因として挙げられる。このような関係者間の認識の相違が、協議会の運営にも影響を与えていると史料される。

また、フォローアップ調査の内容「(2) これからの在宅医療・救急医療連携を進めていく上での方向性について」について、在宅からの搬送の連携強化、高齢者施設からの搬送の連携強化は既に取り組は進められている。一方、患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化については、既に取り組んでいるとの回答は半数であった。

この点、患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化は、DNAR プロトコルの検討等、一つの自治体等では決定できない可能性があることもあり、在宅からの搬送の連携強化、高齢者施設からの搬送の連携強化等、進められる取組から推進されていることがうかがえた。

在宅医療と救急医療の連携推進に対する課題には、対応策の難易度に差がある。そこで、課題の緊急度（本課題を解決しないと他の課題に影響を与える等）、課題の難易度（課題解決ためには MC 協議会との協議が必要である、課題解決のためには予算が必要である等）も加味し、優先順位をつけて検討を進めていくことが必要である。

今年度の本事業における事業効果として、令和2年度のセミナー参加者に対しフォローアップ調査を行うことで、長期にわたる進捗を確認することができ、また、その過程で生じる課題や対応策等について検討することができた。

また、令和2年度のセミナー参加者にも、手引き検討会に出席していただいたが、現場のご意見（実際に連携ルールを作成した自治体のご意見）をお伺いすることで、より実効的な手引きを作成することが可能となった。

本事業で、セミナー開催（Plan）→フォローアップ調査（Do、Check、各自治体に対する Action）→手引きへの反映（セミナー参加自治体以外の、在宅医療と救急医療の連携推進に対する Action）という、PDCA サイクルが確立した。

そこで、この PDCA サイクルを継続的に回していき、より手引きを精査することで、各都道府県における在宅医療と救急医療の連携を進める必要があると史料される。

厚生労働省 医政局

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4年3月発行

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2丁目7番9号

Tel 03-5213-4171 (代表)

