

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・救急医療に関する最近の動向

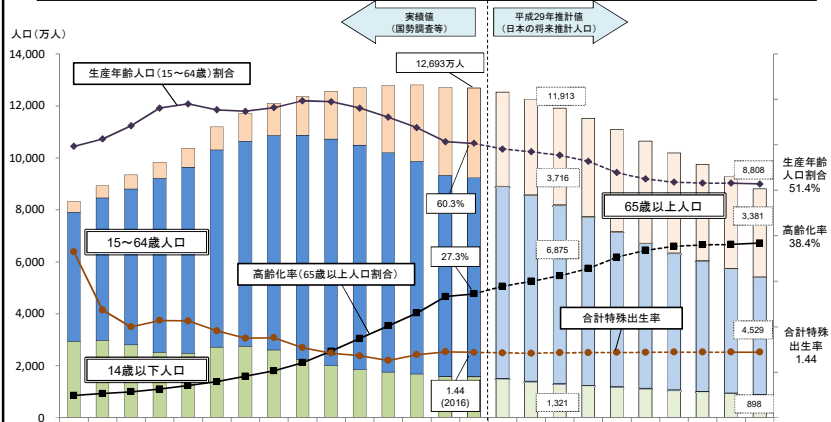
厚生労働省 医政局地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

在宅医療・救急医療を取り巻く背景

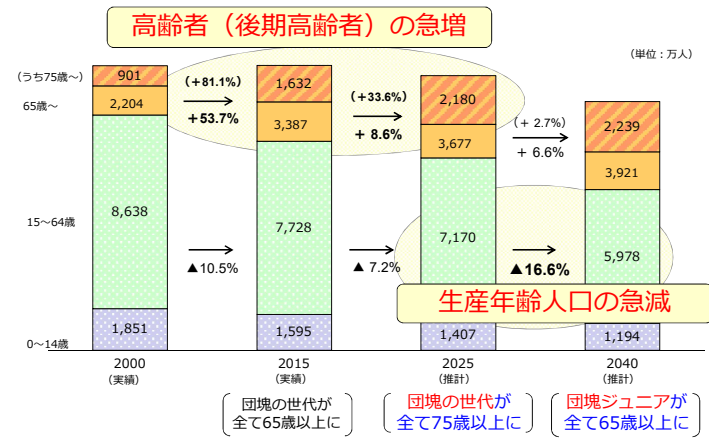
日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(出所) 2016年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」(※2015年までは確定値、2016年は概数)、2017年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)：出生中位・死亡中位推計」

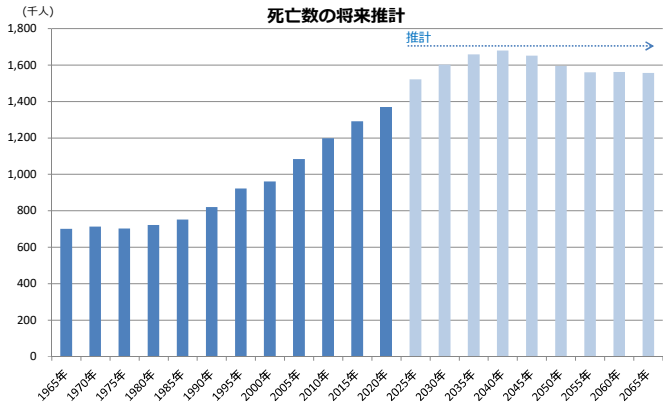
2040年までの人口構造の変化



(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

看取りに関わる状況 死亡数の将来推計

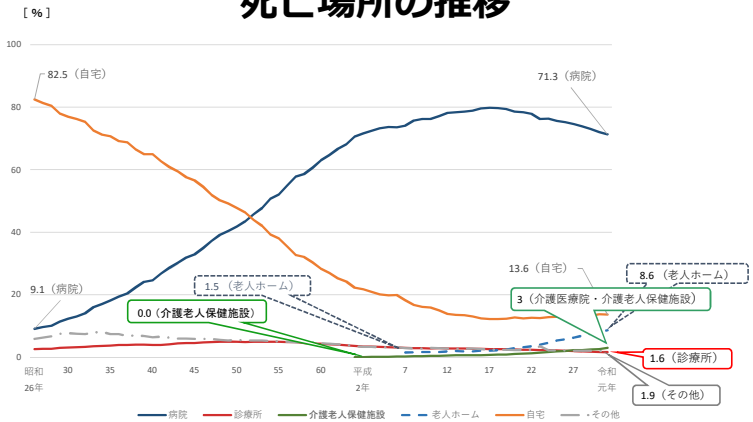
○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



出典：2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（日本人）
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の死亡中位仮定による推計結果

5

死亡場所の推移



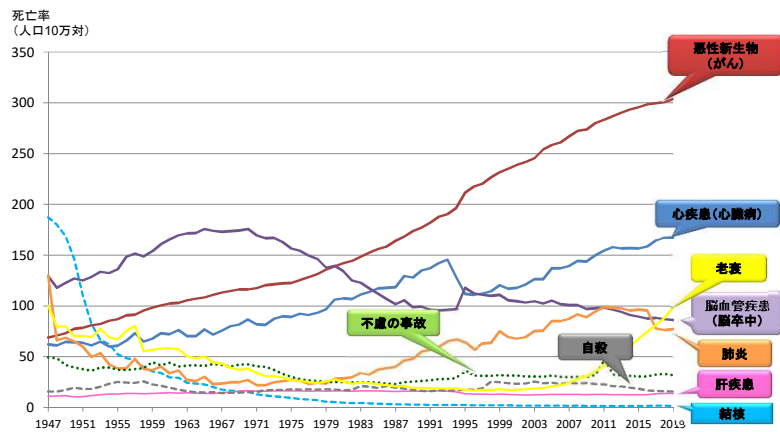
※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。
平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。
平成29年までの介護医療院・介護老人保健施設は、介護老人保健施設のみの数値である。

資料：厚生労働省「人口動態統計」

6

主な疾患別の死亡率の推移

高齢化の進展により、医療ニーズが、悪性新生物(がん)などを原因とする慢性疾患を中心とするものに変化。

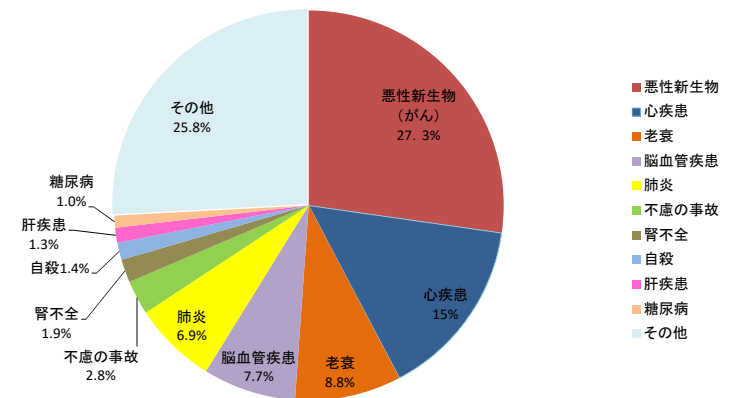


出典：「人口動態統計(1947～2019年)」

7

主な疾患別の死亡数の割合

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



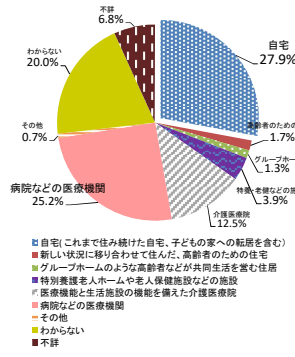
出典：「令和元年度人口動態調査」

8

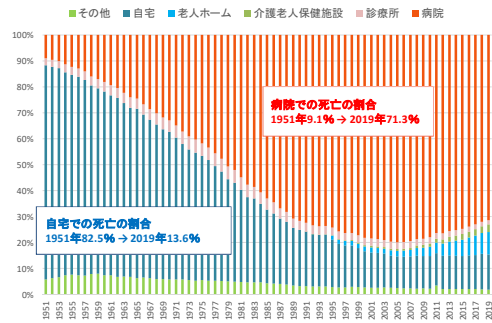
死亡場所の推移

- 国民の約3割は、「最期をむかえるときに生活したい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数を見ると、多くの方は「病院」で亡くなっている

人生の最期をむかえるとき生活したい場所



死亡の場所の推移



病院での死亡の割合
1951年9.1% → 2019年71.3%

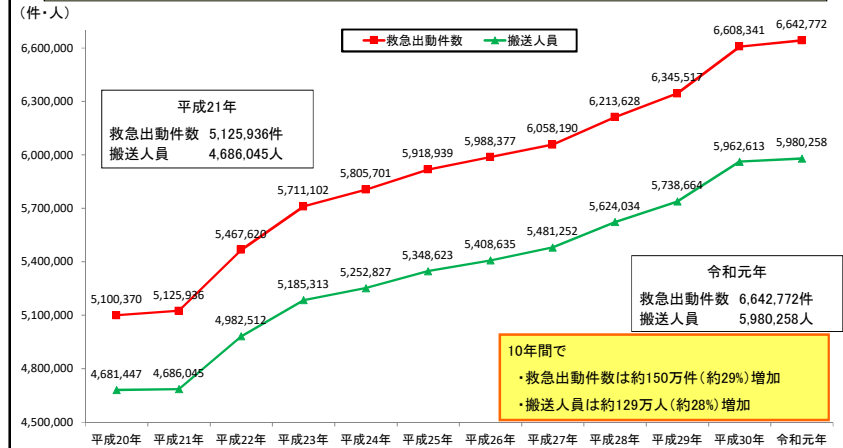
自宅での死亡の割合
1951年82.5% → 2019年13.6%

出典：厚生労働省「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」

出典：厚生労働省人口動態調査(令和元年度)

救急出動件数及び搬送人員の推移

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



平成21年
救急出動件数 5,125,936件
搬送人員 4,686,045人

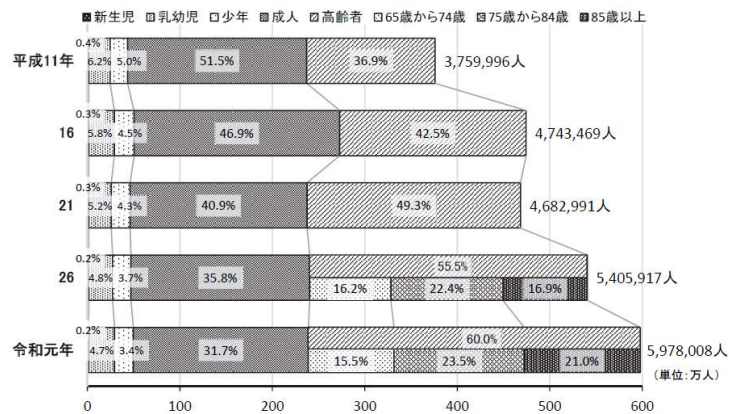
令和元年
救急出動件数 6,642,772件
搬送人員 5,980,258人

10年間で
・救急出動件数は約150万件(約29%)増加
・搬送人員は約129万人(約28%)増加

(注) 1 平成10年以降の救急出動件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

- 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にある。

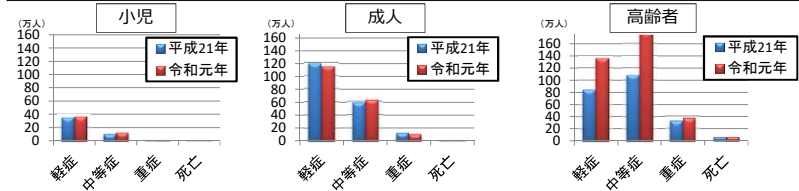


(注) 端数処理(四捨五入)のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

(令和2年版 救急・救助の現況)

10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

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



平成21年中

	小児	成人	高齢者
全体	0.09万人	1.6万人	5.4万人
死亡	0.02万人	0.4万人	1.2万人
重症	0.02万人	0.4万人	1.2万人
中等症	10.2万人	58.4万人	108.4万人
軽症	34.6万人	118.7万人	84.2万人

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における重症の診断**に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
重症(長期入院)：傷病程度が3週間以上の入院加療を必要とするもの
中等症(入院診療)：傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽症(外来診療)：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

令和元年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
全体	0.17万人	1.2万人	6.4万人
死亡	0.02万人減 -22%	0.4万人減 -25%	1.0万人増 +19%
重症	1.0万人 0.2万人減 -17%	10.5万人 2.0万人減 -16%	37.2万人 4.7万人増 +14%
中等症	12.3万人 2.1万人増 +21%	62.7万人 2.9万人減 -4%	179.1万人 70.7万人増 +65%
軽傷	36.2万人 1.6万人増 +5%	114.6万人 4.1万人減 -3%	136.1万人 51.9万人増 +62%

救急医療体制の整備状況の推移

		H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2
三次救急（救命救急）	救命救急センター（施設数）	266	271	279	284	289	290	294
二次救急（入院を要する救急）	入院を要する救急医療施設（施設数）	2,836	2,769	2,733	2,896	2,865	2,769	2,720
	（地区数）	(404)	(410)	(429)	(418)	(435)	(414)	(392)
初期救急	休日夜間急患センター（施設数）	560	560	559	563	575	568	551
	在宅当番医師（実施地区数）	621	613	599	600	625	637	601

※ 二次救急の（施設数）は、「病院群輪番制参加病院、診療所+共同利用型病院数」の数値である。（令和2年4月1日時点）
 ※ 二次救急の（地区数）は、「病院群輪番制地区数+共同利用型病院数」の数値である。

救急病院等を定める省令に基づく医療機関数		4,121	4,187	4,197	4,148	4,120	4,101	4,090
うち、病院	総数	4,121	4,187	4,197	4,148	4,120	4,101	4,090
	うち、診療所	3,826	3,903	3,926	3,903	3,882	3,874	3,874
うち、診療所	総数	295	285	271	245	238	229	216
	うち、診療所	295	285	271	245	238	229	216

（令和2年4月1日時点）
（厚生労働省医政局調べ）

救急搬送における医療機関の受入状況（重症以上傷病者）

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

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

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

現場滞在時間区分ごとの件数

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

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

	4回以上	30分以上
宮城	3.2%	8.0%
福島	5.3%	7.7%
茨城	3.7%	6.1%
栃木	3.0%	5.1%
埼玉	3.9%	13.4%
千葉	3.5%	10.6%
新潟	3.8%	8.2%
大阪	3.4%	5.0%
兵庫	2.8%	5.5%
奈良	3.5%	11.0%
広島	2.3%	7.0%
平均	2.2%	5.0%

総務省消防庁及び厚生労働省医政局調べ（平成30年実績）

人生の最終段階の医療・ケアに関するこれまでの経緯

厚生労働省
MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE

人生の最終段階の医療に関するこれまでの検討経緯

開催時期	検討会名	座長	主なテーマ	調査手法
昭和62年度～平成元年度	末期医療に関するケアの在り方の検討会	森岡恭彦（東京大学医学部教授（当時））	・末期医療の現状 ・末期医療のケア ・一般国民の理解	文献調査
平成4年度～平成8年度	末期医療に関する国民の意識調査等検討会	垣添忠生（がんセンター中央病院院長（当時））	・末期医療に対する国民の関心 ・苦痛を伴う末期状態における延命治療 ・患者の意思の尊重とリビング・ウィル ・尊厳死と安楽死	アンケート調査
平成9年度～平成10年度	末期医療に関する意識調査等検討会	末外恵一（済生会中央病院院長（当時））	・末期医療における国民の意識の変化 ・国民と医療従事者との意識を通じた末期医療 ・適切な末期医療の確保に必要な取り組み	アンケート調査
平成14年度～平成16年度	終末期医療に関する調査等検討会	町野朔（上智大学法学部教授）	・患者に対する説明と終末期医療の在り方 ・末期状態における療養の場所 ・疼痛療法とその説明 ・終末期医療体制の充実	アンケート調査
平成18年度～平成19年度	終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会	樋口範雄（東京大学大学院法学政治学専攻教授）	・「尊厳死」のルール化の議論が高まったことを受けて、コンセンサスの得られる範囲に限定したルール作り →【終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン】	—
平成20年度～平成22年度	終末期医療のあり方に関する懇談会	町野朔（上智大学法学部教授）	・終末期医療の決定プロセスの充実 ・患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差 ・終末期医療体制の整備と医療福祉従事者に対する知識の普及等	アンケート調査
平成24年度～平成25年度	終末期医療に関する意識調査等検討会	町野朔（上智大学法学部教授）	・人生の最終段階における医療に関して国民が考える機会の確保 ・人生の最終段階における医療提供体制の整備（ガイドラインの活用、医療福祉従事者の資質向上）	アンケート調査
平成29年度～平成30年度	人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会	樋口範雄（武蔵野大学法学部教授）	・国民に対する情報提供・普及啓発の在り方について ・人生の最終段階における医療に関する意思決定支援に必要なその他の事項について →【人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン】	アンケート調査

「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」への用語変更について

「終末期医療に関する意識調査等検討会」（平成24年12月～平成26年3月）

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

「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」に変わります

■ ガイドラインの名称変更

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年厚生労働省）
 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成27年3月改訂）

【参考】

- **社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議）**
 II-2-(6)（略）「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、**人生の最終段階における医療**の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。
- **持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年12月13日法律第112号）**
 第四條
 5 政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んじられ、患者の意思がより尊重され、**人生の最終段階**を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする。

人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会

<開催目的>

- 人生の最終段階における医療については、医療従事者から患者・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者本人による意思決定を基本として行われることが重要。
- 本検討会は、人生の最終段階における医療に関する意思決定支援を図るために、国民に対する情報提供・普及啓発の在り方等について検討することを目的に開催。

<スケジュール 計6回（平成30年3月23日とりまとめ）>

第1回 平成29年8月3日開催 第2回 平成29年9月29日開催 第3回 平成29年12月22日開催
 第4回 平成30年1月17日開催 第5回 平成30年2月23日開催 第6回 平成30年3月23日開催

<主なとりまとめ内容>

- 人生の最終段階における医療・ケアについて、事前に繰り返し話し合う取組（ACP）が医療・介護現場だけではなく国民一人一人の生活の中に浸透するよう、一層の普及・啓発が必要であること（リーフレットの作成や国民に馴染みやすい名称の検討等）

【構成員】（○は座長）

岩田 太	上智大学法学部 教授	佐伯 仁志	東京大学法学部 教授
内田 泰	共同通信社生活報道部 編集委員	清水 哲郎	岩手保健医療大学 学長
金子 稚子	ライフ・ターミナル・ネットワーク代表	鈴木 美穂	NPO法人マギーズ東京 共同代表理事
川平 敬子	宮崎市健康管理部医療介護連携課長補佐	瀬戸 雅嗣	日本テレビ放送網株式会社報道局社会部
木澤 義之	神戸大学医学部附属病院緩和と支持治療科 特命教授	高砂 裕子	全国老人福祉施設協議会 統括幹事
木村 厚	全日本病院協会 常任理事	早坂由美子	南区医師会訪問看護ステーション 管理者
熊谷 雅美	日本看護協会 常任理事	○樋口 範雄	北里大学病院 トータルサポートセンター ソーシャルワーカー
榎文 善一	慶應義塾大学商学部 教授	紅谷 浩之	武蔵野大学法学部 教授
齊藤 克子	医療法人真正会副理事長	松原 謙二	オレンジホームケアクリニック 代表
齊藤 幸枝	日本難病・疾病団体協議会常務理事	横田 裕行	日本医師会 副会長
			日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野教授

アドバンス・ケア・プランニング(ACP):定義

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

advance : 前もって

care : 医療やケアについて

planning : 計画すること

人生の最終段階の治療・療養について、(話し合いの時期は人生の最終段階に限ることなく、)患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

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

- ACPの話し合いは以下の内容を含む

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

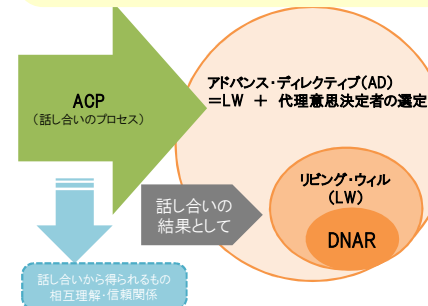
<http://www.npcp.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

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

ACP、AD、LW、DNARの関係

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

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



アドバンス・ディレクティブ(AD)事前指示:

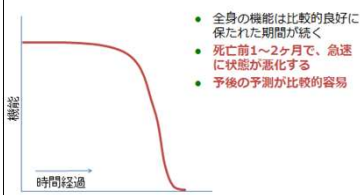
意思決定能力が低下・消失した時に備えて、予め以下のことについての意向を指示しておくこと

- 代理意思決定者
- リビング・ウィル(LW)
 - ・ してほしい/してほしくない治療・ケア
 - ・ 人工呼吸器
 - ・ 人工栄養(胃ろうなど)
 - ・ 心肺停止時の蘇生処置(心臓マッサージなど)の意向(希望しない場合はDNAR)

出典：神戸大学 木澤義之教授作成資料

いつ、誰に、誰が行うのか？

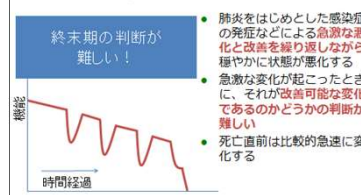
がんの疾患軌跡



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

Lynn, Rand Health 2008, p.8

COPDや心不全の疾患軌跡

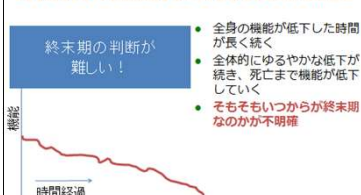


終末期の判断が難しい！

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

Lynn, Rand Health 2008, p.8

認知症や加齢による衰弱の疾患軌跡



終末期の判断が難しい！

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

Lynn, Rand Health 2008, p.8

◆ 早すぎるACPは望んでいない

- ・病状の悪化や大きな身体機能の低下があった時
- ・治療の変更時
- ・早すぎると利益より害が多い
- ・複数に分けて、適切な時期に適切な話題を

Johnson S. *Psycho-Oncology* 2015

◆ 患者は医師とのACPを望む

- ・自分を最もよく知っている医師
 - オンコロジスト
 - 担当医
 - 家庭医

Dow LA. *J Clin Oncol*. 2010.

出典：神戸大学 木澤義之教授作成資料

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

1. 見直しの必要性

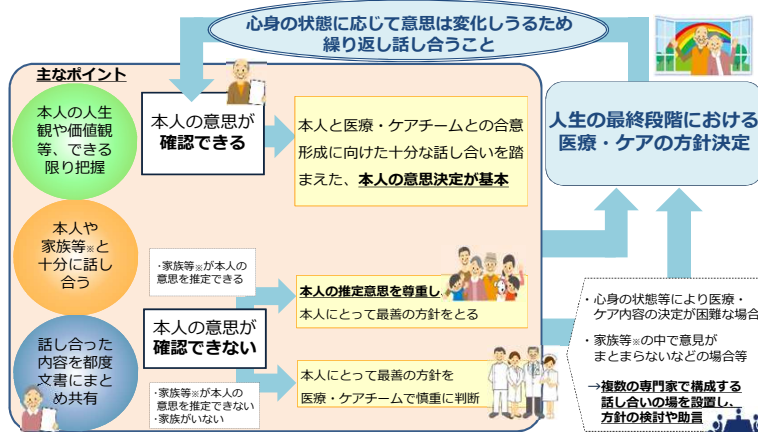
- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
 - ・高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
 - ・英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていること
- を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

2. 主な見直しの概要

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

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

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



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
 ※家族等に付いた「親しい友人等」を含み、複数人存在することもある。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

3

現在の取組

厚生労働省
MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE

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

普及・啓発の目的と必要性

- 人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・ケアが行われるようにするためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組が、医療・介護現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に浸透し、「生を全うする医療・ケアの質」を高めていくことが必要。
- このため、国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)[※]等の概念を盛り込んだ意思決定及びその支援の取組の重要性について、一層の普及・啓発が必要。

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

普及・啓発の内容・方法

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

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

25

人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書

普及・啓発の内容・方法(続き)

- ③ **本人や家族等を支える医療・ケアチーム**
 - ・ 意思決定支援に必要な知識・技術に関する事項(新ガイドラインの内容等)
 - ・ ①・②の方に掲げる事項を本人や家族等に伝達するに当たり、留意すべき事項 等【国、地方自治体、医療・介護関係団体】新ガイドラインの普及、研修会の開催 等
- ④ **国民全体**
 - ・ 本人や身近な人のものしものときに備えて、日頃から考え、家族等の信頼できる者と繰り返し話し合いを行い、その内容を共有しておくことが重要であること
 - 【国】記念日の制定やこの日に合わせたイベントの開催、関連情報のポータルサイトやeラーニング等の学習サイトの開設、ACPについて国民に馴染みやすい名称の検討
 - 【地方自治体】リーフレットの配布、市民向けのセミナーの開催
 - 【民間団体】結婚、出産、介護保険加入、介護休業、退職等のライフイベントに関連する手続きの機会を通じたリーフレットの配布、セミナーの開催
 - 【教育機関】学校における生命や医療・ケアに関する授業や講義の機会を通じ、人生の最終段階における医療・ケアに関する教育 等

普及・啓発における留意事項

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

26

経済財政運営と改革の基本方針2018 (平成30年6月15日閣議決定)【抜粋】

第3章「経済・財政一体改革」の推進

4. 主要分野ごとの基本計画と重要課題

(1) 社会保障

(生涯現役、在宅での看取り等)【抜粋】

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

※1 ACP(Advance Care Planning)と呼ぶ。

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

27

経済財政運営と改革の基本方針2019 (令和元年6月21日閣議決定)【抜粋】

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(医療・介護制度改革)

(ii) 医療提供体制の効率化【抜粋】

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

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

28

ACPの普及・啓発のためのリーフレットについて

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

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

※ リーフレット掲載HP

https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/0005360_88.pdf

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

人生の終わりで、あなたは、どのように過ごしたいですか？

もしものときに「人生会議」

～あなたが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～
11月29日(土) 10時～14時(受付)

誰でも、いつでも、思い通りに大きな病気のケアを受ける可能性があります。

あなたの希望が実現するまで、約70%の方が、医療やケアなど自分で決めたり、誰か他人に任せたりすることができなくなる恐れがあります。

あなたが望む医療やケアを受けるために、事前に話し合っておくことが大切です。自分自身で前もって考え、周囲の理解を得る人と話し合い、共有することが重要です。

もしものときのために、あなたが望む医療・ケアについて、前もって考え、話し合いたい、共有する動機を「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」と呼びます。あなたの心の声に基づいて、かかりつけ医や家族など身近な人への希望や意思を伝えることができます。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newsroom_02783.html

人生の最終段階における医療・ケアに関する取組

現状

- 最期を迎えたい場所
 - 自宅: 27.9% 病院: 25.2%
【平成24年度内閣府調査】
 - 65歳以上の搬送人員の構成比
 - 平成27年 31.8% 【消防庁調べ】
 - 平成29年 58.8% 【消防庁調べ】
 - 人生の最終段階における医療について
 - ・家族と全く話し合ったことがない割合 55.1%
 - ・意思決定の書面を作成していない者の割合 8.1%
【平成29年厚労省調べ】
- 死亡の場所
 - 自宅: 13.2% 病院: 73.0%
【平成29年度人口動態統計】

課題

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

今後の対応

◆ **入院や在宅療養の前段階など、死が差し迫った状況となる前からの幅広い場面をターゲットとした取組を拡充**
◆ **検討会を開催し、先駆的な事例の積極的推進を進める**

① 住民向け普及啓発

問題意識: 十分な情報提供が行われていない例が見られる

国の取組: 自治体の取組事例を収集・病院患者用の説明資料や住民用の啓発資料を作成

自治体の取組事例「わたしの思いをつなぐノート(宮崎市)」
完全な時から、人生の最終段階に備えられるよう、市民向けパンフレットを作成。
延命治療や在宅医療の提供方法などについて解説。
保健師や医療機関等において、保健師等が説明しながら配布。

② 在宅医療・救急医療連携

本人の意思に反した搬送例が見られる

救急医療、消防、在宅医療機関が、患者の意思を共有するための連携ルール等の策定を支援

③ 医療機関での相談対応の充実

延命治療の内容等に関する標準的な説明資料がない

入院・在宅療養患者用の説明資料を作成(医師・看護師等の研修「継続」)

医療機関における患者・家族への相談対応の取組の充実

医療機関の取組を拡充

これまで、**医療機関を対象**として、

① **ガイドラインを策定**(平成19年度策定、平成30年度改訂)
高齢多死社会を迎え地域包括ケアシステムの構築を進めるにあたり、アドバンス・ケア・プランニングの概念を踏まえ、人生の最終段階の医療・ケアについて、あらかじめ本人が家族等や医療・ケアチームと話し合い、その重要性を強調。

② **医師、看護師等に対する研修**(平成26年度～)
ガイドラインに基づき、合意形成を行うプロセスやコミュニケーションスキルに関する研修を実施。

予め、**本人の意向を家族やかかりつけ医等と共有し、人生の最終段階における療養の場所や医療について、本人の意思が尊重される取組を推進**

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

令和3年度予算額 100,840千円
(令和2年度予算額 101,180千円)

【事業内容】

人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の相談に適切に対応できる体制を強化するため、平成28年度から医療・ケアチーム(医師、看護師等)の育成研修を全国で実施するとともに、人材育成研修会の拡充と継続性の担保のために講師人材の育成を実施。平成29年度からは国民への普及啓発も併せて実施している。

研修事業

対象者
医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム
(診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設等が連携し、多職種チームで参加することも推奨)

プログラム
本人の意思を尊重する意思決定を中心とした研修プログラムも作成。

プログラム	主旨、構成内容
講義	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の解説
講義(STEP1)	意思決定するきっかけ (グループワークと発表)
講義(STEP2)	本人の意思の確認ができる場合の進め方 (グループワークと発表)
グループワーク2	
講義	アドバンス・ケア・プランニング
講義	ACPの実践を学ぶ もしものときについて話し合いを始める
ロールプレイ1	本人の意思を尊重する意思決定する意思決定を中心とした研修プログラムも作成。
講義(STEP3)	本人の推定を推定する
講義(STEP4)	多職種及び家族等も含め、本人にとって最善の方針について合意する (グループワークと発表)
グループワーク3	

普及啓発事業

対象者
一般の方

事業概要

「人生会議」普及啓発のための国民向けイベントの開催
(金額6か所、計10回以上)

開催予定

令和3年度: 960人以上が相談員研修を受講することを目標。
イベントは参加者15,000名目標。



開催実績

- ・平成26・27年度: モデル事業として実施。2014年度10か所 24名、2015年度5か所 25名が研修を受けた。
- ・平成28年度: 90名の講師人材を育成し、214チーム・761名が相談員研修を受講。
- ・平成29年度: 61名の講師人材を育成し、277チーム・979名が相談員研修を受講。市民公開講座は120名が参加。
- ・平成30年度: 97名の講師人材を育成し、319チーム・1,138名が相談員研修を受講。一般向け学習サイト(<http://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/>)作成。
- ・令和元年度: 98名の講師人材を育成し、358チーム・1,343名が相談員研修を受講。イベントは参加者22,980名。
- ・令和2年度: 233チーム・1,100名が相談員研修を受講(在宅分野を中心としたプログラムは151施設・106名)。普及啓発動画作成。

傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関する検討部会 報告書(概要)

1 背景

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

2 実態調査

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

事業があった(又はあったと思われる)⇒616本部(約85%)	定めている (45.6%)	定めていない (54.4%)
対応方針の策定		

対応方針の内容	一定条件下で中止又は実施しない (30.1%)	心肺蘇生を実施し搬送 (60.7%)	その他
対応方針の内容			

3 検討する上での基本的な認識

○救急隊は救命を役割とし、事前に傷病者の意思が共有されていないなど、時間的・情報の制約がある中では、速やかな心肺蘇生の実施が基本。
○一方で、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の考え方が広まりつつあり、今後、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は尊重されていく方向。

4 検討・考案内容

(1)心肺蘇生の対応について
○大阪府消防局では、傷病者の生命保護を最優先とし、心肺蘇生を継続して搬送。
○広島市消防局や埼玉県消防局では、かかりつけ医等と連絡し、心肺蘇生中止の指示が出たら、心肺蘇生を中止。
※ かかりつけ医等については、傷病者の人生の最終段階における医療ケアに携わっているか、傷病者の状態や病状を評価し、医学的な観点から、心肺蘇生中止の判断が可能と考える。

(2)救急隊の対応について
○傷病者が心肺停止となった経緯や、心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲・内容、かかりつけ医との連絡の有無など、救急現場の状況は千差万別であり、救急隊の対応については十分な検討が必要。
○心肺蘇生を中止している消防本部では、出口やかかりつけ医等と連絡を取らなければ、必要に応じてオンラインMC医と相談しながら、状況に応じた丁寧な対応を行っていることに留意すべき。

(3)救急搬送について
○心肺蘇生中止の際、救急隊の長時間待機が課題(医師の到着までに時間がかかる)。
○心肺蘇生を実施しない、死亡確認等のためだけの搬送は、本来的には、在宅医療や高齢者施設において速やかに死亡診断を行う体制を整えることで、解消すべき課題。

(4)活動の事後検証等について
○救急現場の状況や、救急隊の対応は多様であり、MC協議会において事後検証の対応とすることを検討すべき。

5 今後の対応

○傷病者本人が心肺蘇生を望まない意思を示していたにもかかわらず、救急を要される事業について、集計している消防本部が一部にとどまるなど、実態が十分に明らかにならなかつたと言いがたい。
→各地域での検証を通じ、事業の集積による知見の蓄積が必要。
→国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を見極める必要。
→将来的には、救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべき。

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

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

★報告書の要点

<p>①基本的な認識</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急隊は救命を役割とし、心肺停止状態の傷病者については速やかに心肺蘇生を実施することを基本的に活動している。 一方で厚生労働省は、平成30年3月、ACP(アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」)の考え方を「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に盛り込むなど、本人の意思を尊重しながら、医療・介護従事者、家族等も参加して、生き方・逝き方を探る努力がなされている。 救急現場等においても、時間的制約がある中ではあるが、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重されていくものと考えられる。 	<p>②現場での対応等</p> <ul style="list-style-type: none"> 救急現場等では、救急要請に至る経緯や、傷病者が心肺停止になった経過、傷病者と心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲、傷病者の意思等を記した書面の有無、書面がある場合には署名の有無など、千差万別な状況である。 加えて、救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的制約がある。 	<p>③今後の方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> 実態調査の結果、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案の実態が必ずしも十分に明らかになったとは言えないところであり、今後、事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考えられる。 患者本人や家族等がどのような最後を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要する医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要である。
--	---	--

★今後、消防機関に求められること

地域包括ケアシステムやACPIに関する議論の場への参画

救急隊の対応の検討等

- ①在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、メディカルコントロール協議会等における十分な議論
- ②具体的な対応件数の集計及びメディカルコントロール協議会における事後検証の検討

★厚生労働省との連携

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

(2)「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査」による結果報告

「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査」

- 調査対象 全国の消防本部26本部
- 報告対象調査期間 平成31年1月1日～令和元年12月31日
- 調査項目
 - ・心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数
 - ・事案の発生場所
 - ・かかりつけ医への連絡の有無
 - ・心肺蘇生の継続または中止
 - ・救急搬送の有無

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

◎心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数 5,359件

①発生場所			②かかりつけ医への連絡		
発生場所	件数	構成比	連絡状況	件数	構成比
住宅	2,773件	51.7%	連絡がれた	2,814件	52.5%
老人ホーム	2,471件	46.1%	連絡がなかった	624件	11.6%
その他	115件	2.1%	連絡をとらなかった	1,909件	35.6%
合計	5,359件	100.0%	その他	12件	0.2%
			合計	5,359件	100.0%

③心肺蘇生の継続/中止			④救急搬送の有無		
継続/中止の状況	件数	構成比	搬送/不搬送の状況	件数	構成比
継続	4,475件	83.5%	搬送	4,757件	88.8%
中止	884件	16.5%	不搬送	602件	11.2%
合計	5,359件	100.0%	合計	5,359件	100.0%

在宅医療・救急医療連携セミナー

＜背景・課題＞ **本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見**

- 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。しかし、実際には、人生の最終段階を迎えた者において、あらかじめ家族等と話し合っていないこと等から望まない救急搬送が行われることや、また、生命の危険が迫った状態では多くの人が自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることから、救急現場や医療現場での対応に課題が生じているとの指摘がある。
- 高齢化に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれることや、昨今の高齢者の救急搬送件数が年々増加していることから、本人の意思を尊重するための在宅医療・救急医療の連携体制の構築が必要となっている。

＜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**

- 先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅医療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る。
- このような取組を参考に、複数の自治体を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等の策定するための工程が進むよう、重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な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。
- 令和2年度から、将来的に都道府県が主体となる研修事業に組み替えることを見据え、都道府県(2か所程度)が管下市町村の連携ルールを策定する際に支援を行うとともに、管下市町村を指導するためのマニュアルを作成する。

問題意識	平成29年度～令和元年度	令和2年度～	将来的目標	
看取り期における本人の意思に反した搬送例が散見	<p>先進事例の調査</p> <ul style="list-style-type: none"> 既に連携ルール等を用いている先進自治体(市町村)の取組(連携ルールの運用に至る工程、課題等)を調査 ※(例) <ul style="list-style-type: none"> 救急現場や医療機関における本人の疾病や介護に関する希望等の把握・共有する方法 救急要請時の搬送に関するローカルルールの策定・運用 入院が必要な際にスムーズに受け入れるための連携体制や病院側が必要とする患者情報 在宅医療に際する在宅医療関係者が必要とする患者情報等 人生会議の住民向け普及・啓発等 	<p>市町村版セミナーの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 関係者や先進自治体(市町村)の支援のもと、連携ルールの検討等に必要となる工程表の策定について、講習やグループワークを実施 (対象)自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等 策定した工程表の実施状況の把握等フォローアップを実施 実施後の報告書には、今後、他の市町村で取り組めるようマニュアルを盛り込む。 	<p>都道府県版モデル事業の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 都道府県(2か所程度)に管下市町村の連携ルール作りを取り組んでもらう。 この際、過去の研修セミナーの内容を参考にしつつ、シンクタンク等事業者が事業実施を支援。 実施後、シンクタンク等事業者は事業の功績等を検証し報告書にまとめる。また、都道府県が管下市町村を指導するためのマニュアルを作成する。 	<p>各都道府県が管下市町村と協力し、MC協議会と在宅医療機関の構築し、地域での本人の意思の共有手法の協議等を実施する。</p>

※人生会議(ACP)アドバンス・ケア・プランニング
人生の最終段階における医療・ケアについて、あらかじめ家族等や医療・ケアチームと話し合い、きろふプロセス

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

参考資料

各都道府県が管下市町村と協力し、MC協議会と在宅医療機関の構築し、地域での本人の意思の共有手法の協議等を実施する。

ルールに沿った情報共有・連携

厚労省
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

3「救急業務体制の整備・充実に関する調査」

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

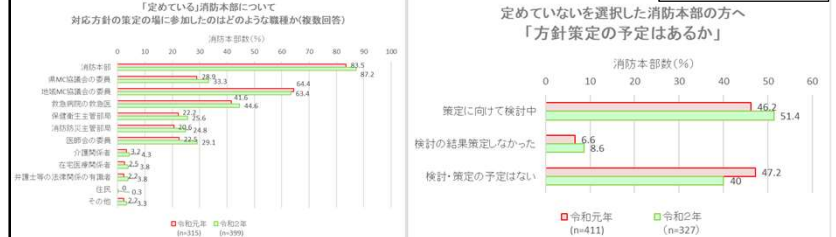
- 調査対象 全国の消防本部
- 調査基準日 毎年8月1日
- 本調査のうちDNARIに関する事項
- ◎傷病者は心肺停止状態であるが、家族等の関係者から傷病者本人が心肺蘇生を望んでいないとの意思が示された場合について、
 - ・何らかの対応方針を定めているか
 - ・対応方針を定めている場合、その内容について（心肺蘇生の継続または中止、救急搬送の有無）
 - ・対応方針を定めている場合、策定のための検討を行った場及び検討に参加した職種について
 - ・対応方針を定めていない場合、策定の予定はあるか
 - ・DNAR事案を事後検証の対象としているか、対象としている場合その検証を行うための場合は

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

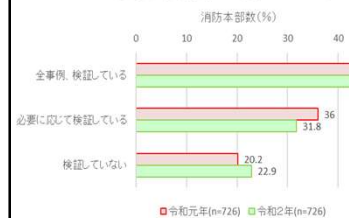


◎「救急業務体制の整備・充実に関する調査結果」

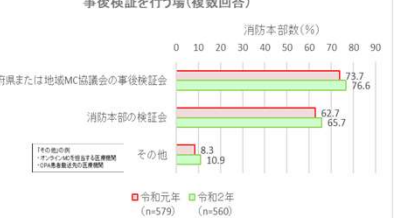
令和2年11月9日
令和2年度救急業務のあり方に関する検討会（第2回）
参考資料



DNAR事案を事後検証の対象としているか



事後検証「全事例行っている」「必要に応じて行っている」消防本部について事後検証を行う場（複数回答）



(4) 対応の手順

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

① プロトコル例

消防本部における心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針は、以下の2パターンに分類できる。

【中止】

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

【継続】

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

中止の例【A消防本部】

中止の例【A消防本部】

心肺蘇生を実施しない、又は中断する

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

【ポイント】

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

継続の例【B消防本部】

継続の例【B消防本部】

心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する

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

【ポイント】

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

(4) 対応の手順

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

② ヒアリングについて

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

- ① 平成30年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討会報告書について（通知）（消防救急205号）より
- ◆ 今後、救急隊に求められること
- 地域包括ケアやACPに関する議論の場への参画
- 救急隊の対応の検討等について
 - ①在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、メディカルコントロール協議会等における十分な議論
 - ②具体的な対応件数の集計及びメディカルコントロール協議会における事後検証の検討

進んだ取組の可視化（ヒアリング）

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

ヒアリング結果におけるポイント

- 対応方針策定の関係者
 - ・ MC協議会（都道府県、地域）、医師（救急医、医師会の医師等）、在宅医療機関、介護施設職員、行政職員（福祉、防災）等
- 策定の経緯
 - ・ MC協議会の場でDNAR事案が議題となったことをきっかけに、多職種で構成される検討部会で検討を重ね、MC協議会で承認
 - ・ 医師会の医師の問題提起により、多職種により構成される協議会で策定し、MC協議会でも共有
- 事後検証について
 - ・ 救急医、二次救急医療機関の医師、在宅医療機関の医師が検証に参加
- 出典
 - ・ 日本臨床救急医学会「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」
 - ・ 他地域のプロトコル

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

(4) 対応の手順(プロトコル)

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

② ヒアリングについて

	C消防本部	D消防本部	E消防本部	F消防本部
対応方針 (心肺蘇生の中止/継続)	中止	中止	継続	継続
策定の経緯の概要 (誰が) (どこで) (どうやってひな形を作ったか)	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県MC協議会 地域MC協議会 医師 在宅医療関係者 介護職員 	<ul style="list-style-type: none"> 医療福祉連携協議会 (以下の多職種で構成) 医師 在宅医療関係者 介護職員 福祉施設の代表者 行政職員 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県MC協議会 地域MC協議会 医師 行政職員 	<ul style="list-style-type: none"> 地域MC協議会 医師 在宅医療関係者 介護職員 弁護士
策定後の周知方法	プロトコルを共有	書式なし 主治医が行う勉強会で共有	書式なし 地域MC協議会の会議議事録を共有	プロトコルを共有
事後検証について	救急医・二次救急医療機関の医師、在宅医療機関の医師が参加し、事後検証を行っている。	実施	実施	実施
出典等	日本臨床救急医学会「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」	他地域のプロトコル	日本臨床救急医学会「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」 他地域のプロトコル	日本臨床救急医学会「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」

在宅医療・救急医療連携セミナー

【福井県 事例紹介】

在宅医療・介護連携事業について

福井県健康福祉部長寿福祉課



1

【目次】

- 1 福井県について
- 2 事例① 「在宅医療体制構築」について
- 3 事例② 「福井県入退院支援ルール」について



福井県マスコットキャラクター「はびりゅう」

2

1 福井県について

福井県

- ・本州の中部に位置し、日本海に面した県（9市8町）
- ・人口 762,679人（R2.10.1現在）
- ・高齢化率 31.0%（全国25位）
- ・元気な高齢者が多く、平均寿命も長い全国トップクラスの健康長寿県です。



- > 高齢者の元気率（要介護度1以上の認定を受けていない高齢者の割合）

65歳から74歳	全国3位
75歳から79歳	全国3位

しかし、今後も高齢者数や要介護認定者数は増加し、要介護認定者数は2040年ごろにピークを迎えることが見込まれています。

3

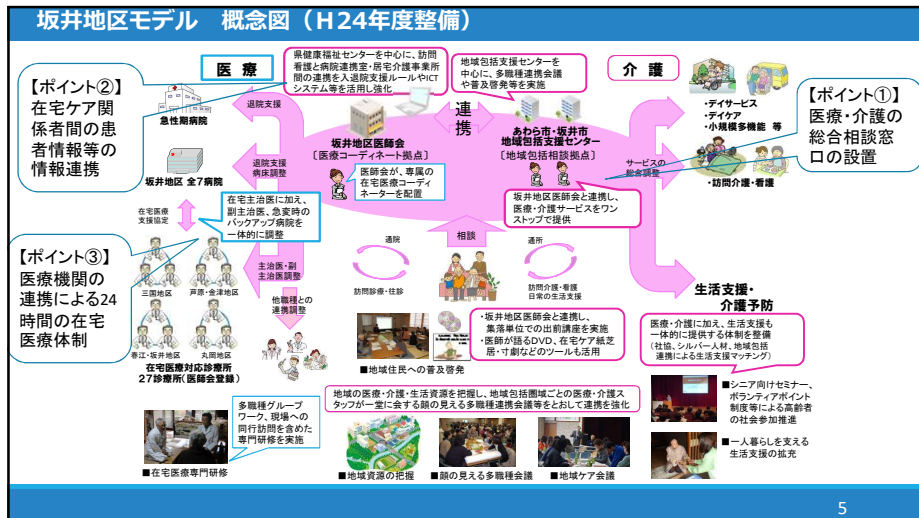
【目次】

- 1 福井県について
- 2 事例① 「坂井地区における在宅ケア体制構築」および全県展開について
- 3 事例② 「福井県入退院支援ルール」について

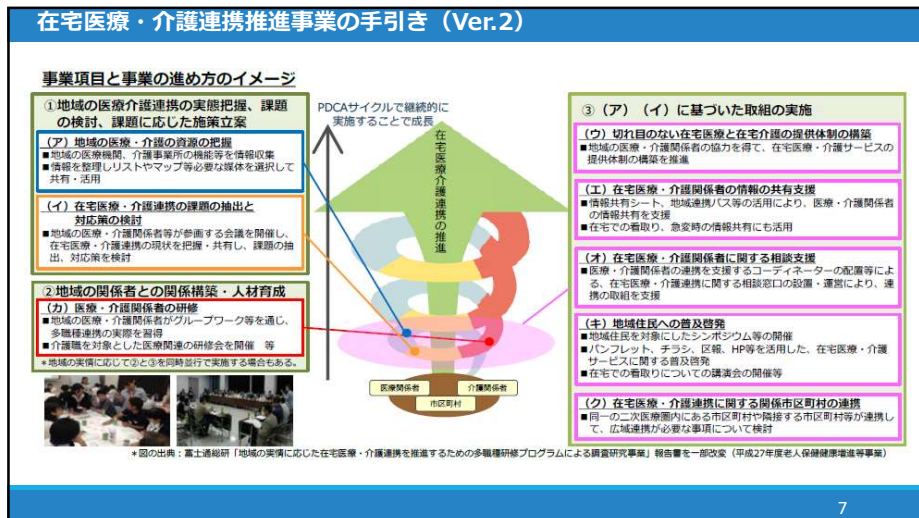


福井県マスコットキャラクター「はびりゅう」

4



- ### 坂井地区の取組のポイント
- ①在宅医療に熱意・使命感のある医師会（医師）の存在
「最前線を守る。訪問しなげりや明日はない。」
 - ②坂井地区広域連合（介護保険者）が中心となることで、地域の介護事業所が広く体制づくりに参画
 - ③東京大学高齢社会総合研究機構の先見性のあるアドバイス
オピニオンリーダー「在宅ケアの将来モデルをつくらう！」
※坂井地区モデルづくりはH22年から東京大学高齢社会総合研究機構と福井県の共同研究事業の中で行われていた。
- ⇒坂井地区の取組が「在宅医療・介護連携推進事業（H27～）」の項目に採用
「事業の手引き」事例集で紹介
- ④福井県による持続的な関与・支援
（東大や保険者・医師会との連携、報告会の開催）
- 6



市町の体制整備支援 (H26～)

○平成26年度から、全市町に医療・介護連携コーディネーターを設置し、各種事業を実施

	①地域資源の把握	②課題抽出と検討	③多職種研修	④住民普及啓発	⑤相談支援	⑥情報共有	⑦広域連携	⑧24時間体制整備
坂井地区	○	○	○	○	○	○	○	○
福井市	○	○	○	○	○	○	○	○
永平寺町	○	○	○	○	○	△		
大野市	○	○	○	○	○	△		
勝山市	○	○	○	○	○	△		
鯖江市	○	○	○	○	○	△		
池田町	○	○	○	○	○	△		
越前町	○	○	○	○	○	△		
越前市	○	○	○	○	○	○		
南越前町	○	○	○	○	○	○		
敦賀市	○	○	○	○	○	○		
美浜町	○	○	○	○	○	○		
小浜市	○	○	○	○	○	△		
高浜町	○	○	○	○	○	△		
おおい町	○	○	○	○	○	△		
若狭町	○	○	○	○	○	△		

市町単独での取組みが難しい事業

H27～県・保健所が支援

8

福井モデルの創出を目指して

- 市町単独での実施が難しい事業については、県・保健所（健康福祉センター）が支援
- 平成29年度までに、全市町での在宅ケア、医療介護連携の体制を整備

⑥情報共有 ⇒ ふくいメディカルネットの構築(H26～)
 病院が持つ患者情報（退院・看護サマリ、検査結果、レントゲン・MR画像、処方、注射など）をシステムにより、診療所や訪問ST、介護施設と共有できる体制を整備（オンラインでのカンファレンスなどにも対応）

⑦広域連携 ⇒ 入退院支援ルールの作成(H28)
 各保健所圏域（複数市町）ごとに、病院・ケアマネジャー・市町による協議を行い、入退院時の情報共有ルール（標準的な流れ、情報共有項目、窓口の明確化など）を作成
 ⇒最終的には、県下統一したルールになるよう調整

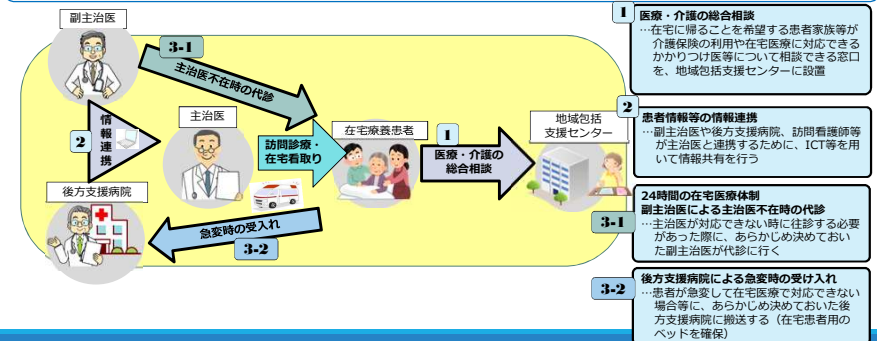
⑧24時間体制整備
 ○『在宅医療サポートセンター』による体制整備支援(H27～)
 これまで市町との関わりが薄かった郡市医師会との共同作業が必要
 ⇒県医師会に設置した『在宅医療サポートセンター』が、郡市医師会の体制整備を支援（センター運営委員に坂井地区医師会理事を、事務局に坂井地区の医療コーディネーターを配置）

○東京大学高齢社会総合研究機構との共同研究
 医療・介護資源等の異なる様々な市町での体制整備のため、坂井地区での知見に加え、東京大学IOGによる新たな提案・共同研究を実施

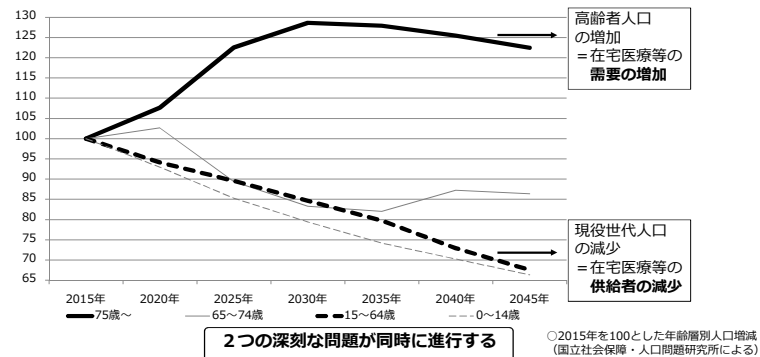
坂井地区モデルの全県展開の成果

福井県全域での在宅医療体制構築

県内の各市町・都市医師会区域において、「①医療・介護の総合相談窓口の設置」「②在宅ケア関係者間の患者情報等の情報連携」「③医療機関の連携による24時間の在宅医療体制」を運用



さらなる展開



これからの在宅医療提供体制の構築のために、
 将来の需要量と供給者像の見込みを把握し、
 地域で体制構築について話し合っていくことが必要

坂井地区での新たなモデル事業（H29～）の実施

STEP 1 在宅医療実態調査

現状や今後の見通し、課題点の分析・把握
 ・地域における在宅医の在宅医療の実施状況
 ・訪問診療の実際の見える化
 ・将来の在宅医療の実施意向
 ・関係機関との連携状況等の見える化

調査結果を、具体的な議論を行うための材料にする

STEP 2 ブロック会議

在宅医、在宅医以外の医師、病院医による話し合い
 ・調査結果をふまえたそれぞれの立場からの意見交換
 ・現状と将来に関する数字を示した個票を元にしたブロックにおけるこれからの在宅医療体制の検討

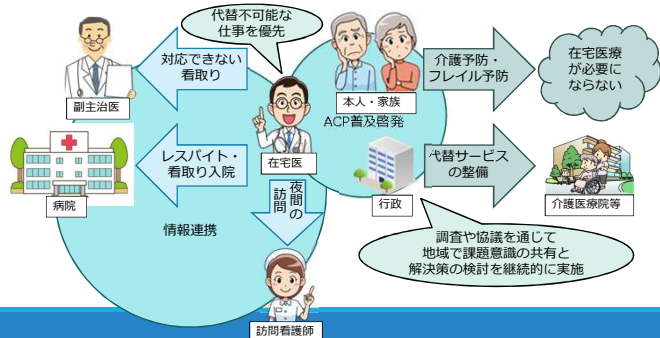
在宅医療を地域全体の問題として捉えた上で、
 様々な角度からの具体的な方策を出す

STEP 3 施策の展開

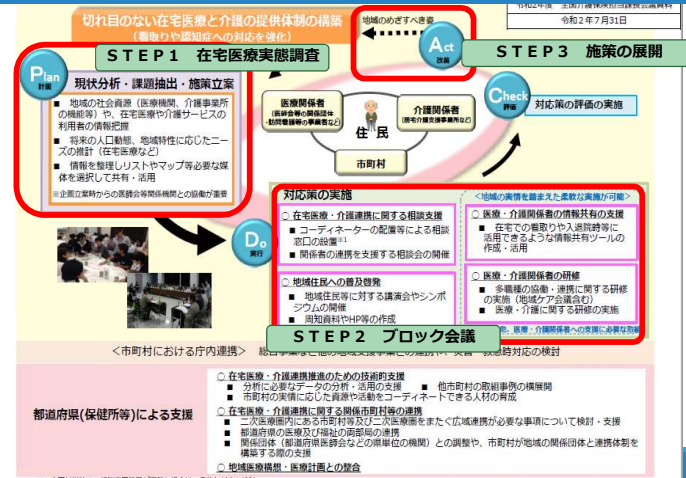
これからの在宅医療提供体制のための仕組みづくり
 ・副主治医制や病院との協力体制、訪問看護ステーションとの連携体制などの仕組みの検討
 ・仕組みの実施、評価

坂井地区での新たなモデル事業（H29～）で得られた成果

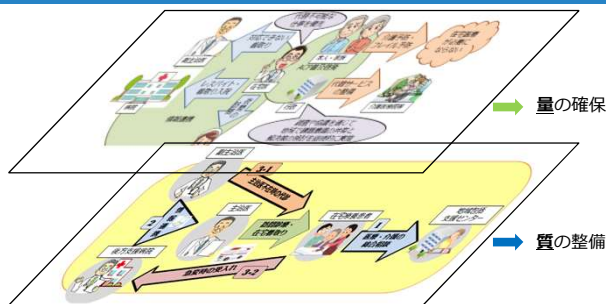
- ・タスクシフトと効率的な連携により、医師の負担を軽減することで需要が増えても対応できるようにすることが必要
- ・そもそも在宅医療の需要が過大にならないよう、代替サービスの整備や総需要の抑制も総合的に実施することが必要
- ・本人・家族目線と働き方改革の視点が必要



国の動き（在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直し）



福井県のビジョン



2層構造で量も質もあきらめない地域のケア体制
 坂井地区での新たなモデル事業を全県展開するために
 各市町にノウハウの提供や検討会開催のための財政的支援を実施

【目次】

- 1 福井県について
- 2 事例① 「坂井地区における在宅ケア体制構築」および全県展開について
- 3 事例② 「福井県入退院支援ルール」について



福井県マスコットキャラクター「はびりゅう」

福井県入退院支援ルールの概要

○概要

要介護・要支援の状態の患者が自宅等へ退院するための準備をする際に、病院からケアマネジャーに着実に引き継ぐための情報共有ルール。病院関係者と在宅関係者が連携してルールを実践し、引継ぎがなかったり不十分だったりしたために在宅での生活や療養に困る患者や家族をなくすことを目的とする。

各保健所圏域単位で、病院担当者・ケアマネジャー・行政が、ルールの内容・運用状況について協議する場を設けることでルールの作成・運用を行う。

運用開始：平成28年（最終改定平成31年4月）

運用地域：福井県全域

○構成

①入退院支援ルール

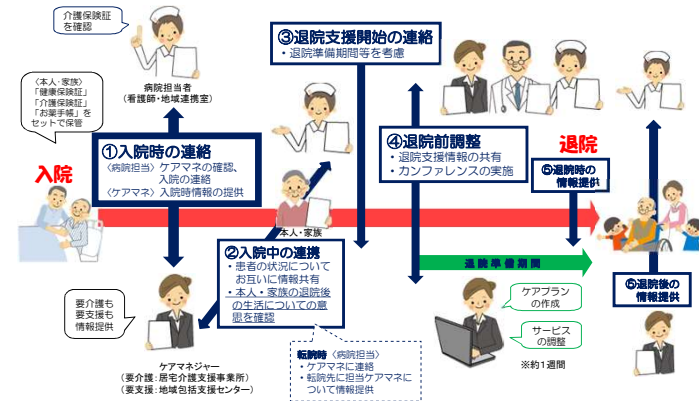
「入院前にケアマネがいる患者の場合」…入院時、入院中、退院前調整、退院時、退院後において、病院担当者・ケアマネジャーが情報提供・共有をする際の役割を提示

「入院前にケアマネがない患者の場合」…入院時において、病院担当者が介護保険申請の支援をし、入院患者の担当になることが決まったケアマネジャーが入院中から連携を始めることを提示（それ以降は「ケアマネがいる場合」と同じ）

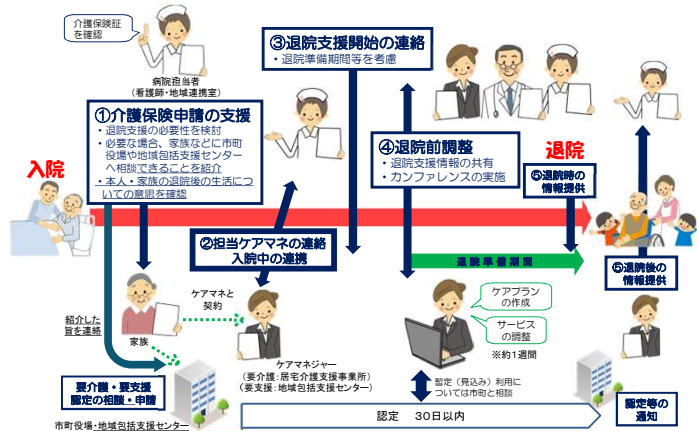
②参考様式 入院時情報提供シート・退院支援情報共有シート

③資料 病院・有床診療所の窓口一覧、居宅介護支援事業所一覧、各市町地域包括支援センター一覧、各市町介護保険担当部署一覧

A 入院前にケアマネがいる患者の場合



B 入院前にケアマネがない患者の場合

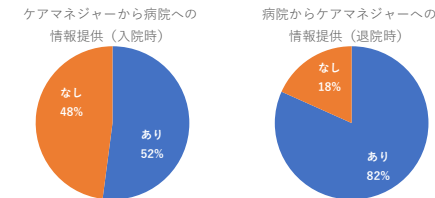


福井県入退院支援ルールの策定に向けた取組

1. 取組み開始時の現状（H27～）と課題

・入院時、ケアマネジャーから医療機関への情報提供は約5割だった。

・退院時、医療機関からケアマネジャーへ連絡をしなかったケースは約2割であり、また、「情報提供を行った」と回答したうちの2割以上が退院直前の提供だった。



・病院とケアマネジャーの連携ルールは、一部ではすでに取り組みれていたが、医療機関や地域で様式が異なり、十分な活用がされていなかった。

福井県入退院支援ルールの策定に向けた取組

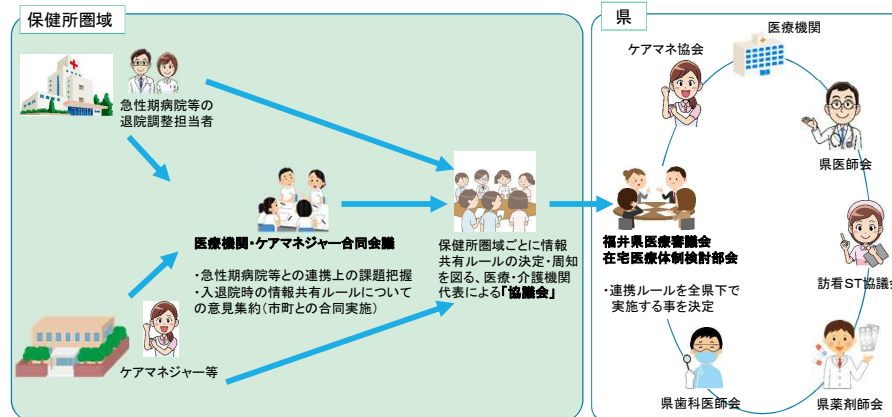
2. 医療・介護関係者との意見調整

- ①県庁と県医師会が連携し、入退院時の支援ルール作成に向け、取り組むことを確認
- ②全県のケアマネジャーを対象に入退院時連携の実態を調査（アンケート）
- ③県内すべての保健所が関係者の協議の場を設定
医療機関、ケアマネジャー、医師会等による複数回の協議を経て、入院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、入退院支援ルールについての意見のとりまとめ
- ④市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多くみられることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

⇒ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域ごとの協議会で出た現場の意見を踏まえたうえで、圏域代表者会議および、県医療審議会において全県統一のルールを策定した。（平成28年4月運用開始）

21

福井県入退院支援ルールの策定に向けた取組



22

福井県入退院支援ルールの策定に向けた取組

3. 県の役割

- ・事業の企画・予算の確保
- ・市町への参加要請（介護保険部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等）
- ・県庁は全体的な関係者協議の場の設置、県保健所は保健所圏域ごとの協議の実施や関係機関の連携調整を支援
- ・入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、入退院支援ルールの改善

4. 県医師会の協力

- ・事業の実施方法や入退院支援ルール等に対する医療的知見からの助言
- ・都市医師会に対する連絡調整や協力要請
- ・病院、有床診療所、介護支援専門員協会等の関係機関に対する協力要請

◆県と医師会の連携が重要

23

福井県入退院支援ルールの策定に向けた取組

5. 取組の成果

- ・入退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながった。
 - >入院時情報提供の割合 5割→7割
 - >退院時にケアマネジャーに情報提供を行っている割合 8割→9割
- ・協議を重ねる事で、病院・介護施設がお互いの事業や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、連携がしやすくなった。
- ・ルールの活用により、入院・退院に係る診療報酬および介護報酬上の評価・加算につながった。

6. 課題

- ・コロナ禍において、多職種の協議会などの開催ができない状況
- ・ルール策定から5年以上が経過し、ルールの徹底がなされていないケースも見られるため、再度周知徹底が必要

24



ご清聴ありがとうございました。

福井県マスコットキャラクター「はびりゅう」

在宅・救急医療連携セミナー

まず、
お互いを知る。
そして、
ニーズを知る。

世田谷区 お彼岸シンポジウム

「おうちでずっと暮らしたい」
〜みなさんの暮らしを支える在宅医療・看護、福祉情報、介護〜

日時 平成28年3月21日(祝)
午後1時30分〜4時(午後1時間開場)

会場 鳥山区民会館集會室(鳥山区民センター3階)
鳥山区 岩間町 中野山駅前徒歩1分

シンポジウムの内容
・大田 祥一氏(聖マリアンナ総合病院 家庭医科大学兼任教授)
「おうちでずっと暮らすための在宅医療とは? 救急医療とのかわりとは?」
・及川 隆二氏(成城国際看護専門学校 校長)
「最近の在宅医療とはなっているのか?」
・酒井 美知子氏(メディカル・ヘルプ訪問看護ステーション所長)
「おうちでずっと暮らすための準備は?」

世田谷区民会館 2階集會室
〒158-8501 世田谷区岩間4-21-27
TEL 03-5432-3333 FAX 03-5432-3100

2月15日(水)より受付

せたがやコール TEL 03-5432-3333
FAX 03-5432-3100
午前9時〜午後5時(休)

在宅医療

目標：よりよく生活すること

Cure ≒ Care
治す 付きあう
今の生活を重視する！

医源性サルコペニア

とりあえず、
安静・禁食・電解質輸液
医療もストレッサーになる

しないとできなくなる

意識改革が必要！

そのなかで
寿命と尊厳



言っておこう・聞いておこう



意思確認

終末期医療に関するガイドライン 日本病院協会 https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/161122_1.pdf

ACP

(アドバンスケアプランニング)

愛称を「人生会議」
11月30日を「考える日」に



「人生会議」してみませんか https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html

在宅医療

ACP

人生会議

【Web開催(録画)】

世田谷区社会福祉事業団
世田谷区福祉人材育成・研
修センター
(setagaya-jinzai.jp)

かかりつけ医を持ちましょう

5つのポイント(東京都医師会)

1. 近くにいる
2. どんな病気でも診る
3. いつでも診る
4. 病状を説明する
5. 必要なときにふさわしい医師を紹介する



体調の変化に気づく専門家・相性の合うパートナー
健やかな毎日を過ごすために非常に心強い存在

報道発表資料

運用開始日

令和元年12月16日(月)9時00分覚知の事案から

令和元年11月20日



心肺蘇生を望まない傷病者への対応について 新たな運用を開始します

2 運用の要件

- 1 ACPが行われている成人で心肺停止状態であること
- 2 傷病者が人生の最終段階にあること
- 3 傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない」こと
- 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こと

救急隊から「**かかりつけ医等**」に連絡し、これらの項目を確認できた場合、
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**。

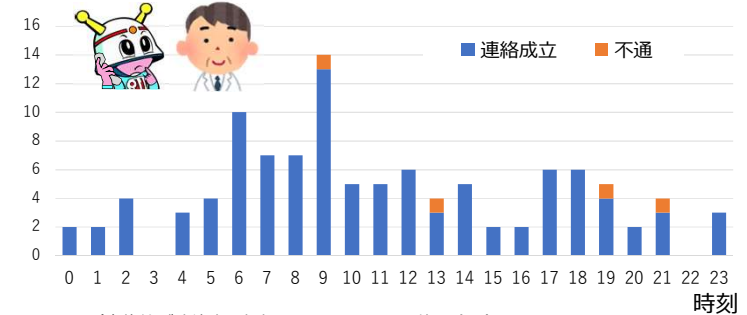


ACPIに関連した新しい取組

2

かかりつけ医との連絡状況

件数



※N=112 (家族等が連絡先を把握していなかった1件を除く)

入所者の具合が悪くなったとき

高齢者施設における救急対応マニュアル
作成のためのガイドライン

予想されていたか?

予想に基づく
かかりつけ医の
指示があるか?

かかりつけ医の
指示通り対応する

かかりつけ医に連絡し、指示を受ける

かかりつけ医の指示通り対応

119番通報

◎かかりつけ医と連絡を取れない場合

#7119または119番通報

これからの
かかりつけ医は
何でも話せる、伝わる
いつでも連絡がつく
できるだけ往診する
死亡診断書を書く

人生観・死生観

ALP

最期はどっこで過ごしたいか

人工呼吸器

胃瘻 ポート 点滴

人工透析

救急車を呼ぶか、呼ばないか

DNAR

必然性

蘇生

救急搬送

入院加療

延命

具体的には

尊厳死

リビングウィル

事前指示書(アドバンスディレクティブ)

POLST(生命維持治療に関する医師による指示書)

DNAR (心肺停止時に蘇生を試みない)

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

それぞれの事情

本人 ACP

介護 責任

医療 制度

社会 ???

コロナウイルスが 変える？

医療崩壊⇒自宅療養
人工呼吸器・ECMO適応
ACPが身近に

在宅医療

救急医療

病院前医療（メディカルコントロール）
臓器別ではなく全身を診る ⇒ 総合的判断
内科的な知識＋外科的な手技 ⇒ 総合診療
病気だけでなく、精神的、家族へのサポート
急性期対応から終末期医療・看取りに対応
24時間対応
チーム医療、コミュニケーション
社会との接点

救急医療

思いを馳せる 想像力を豊かにする

地域救急診療の現状とその課題

広島市立安佐市民病院 総合診療科
原田和歌子



1

Agenda

はじめに

当地域の現状

水平連携と
垂直連携

機能分化と連
携その課題

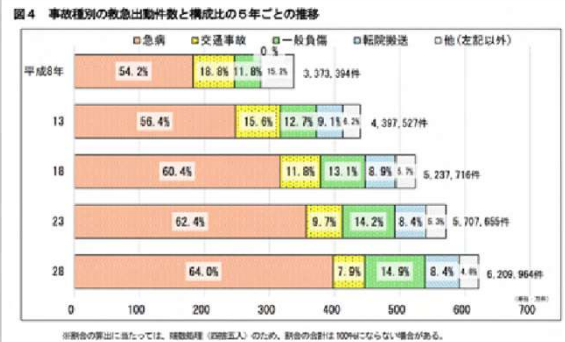
Multimorbidity
多疾患罹患

当院での
取り組み

3

全国の救急搬送 事故以外の急病が増加

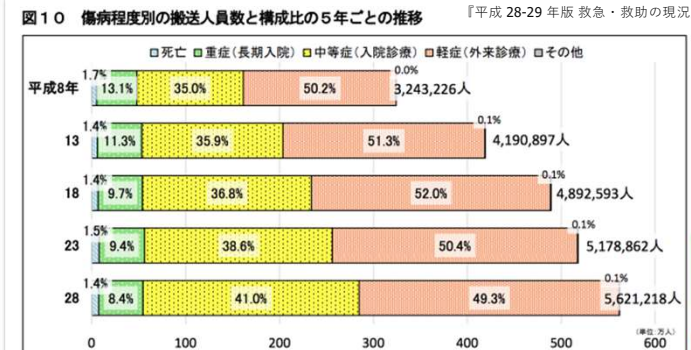
『平成 28-29 年版 救急・救助の現況』総務省消防庁



4

全国の救急搬送の増加分のほとんどが 軽症～中等症

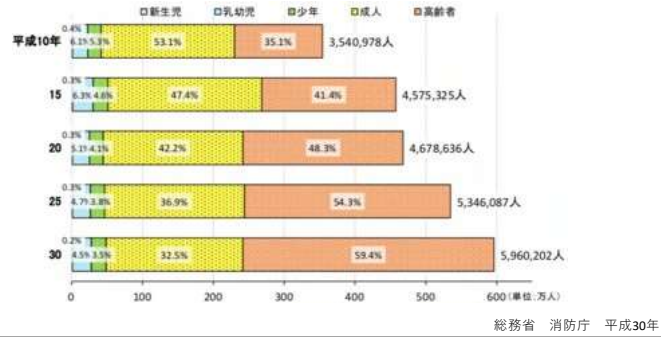
『平成 28-29 年版 救急・救助の現況』総務省消防庁



5

全国の救急搬送 高齢者が増加 6割

年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



6

Agenda

はじめに

当地域の現状

水平連携と
垂直連携

機能分化と連
携その課題

Multimorbidity
多疾患罹患

当院での
取り組み

7

広島市立安佐市民病院



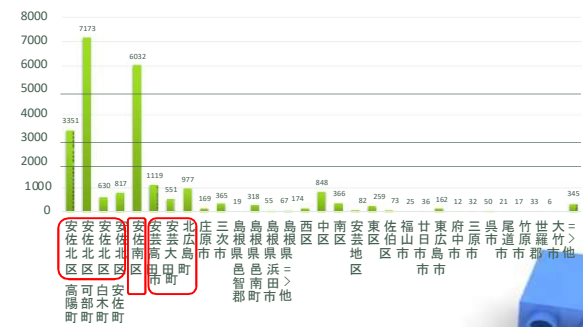
高度急性期病院
病床数527床・全31科



8

紹介元は広島県北西部

安佐北区・安佐南区・安芸高田市・北広島町・安芸太田町



9

広島県中山間地域との地域連携

- 出雲街道、石見街道の分岐点
- 山県郡加計村（安芸太田町）に発する太田川水運
- 高田郡長田村（広島市白木町）に発する三篠川水運の合流点

雲石、芸備から人足や馬車で送られてくる荷物が、ここで積み替えて広島へ



10

診療圏は広域

広島市立安佐市民病院

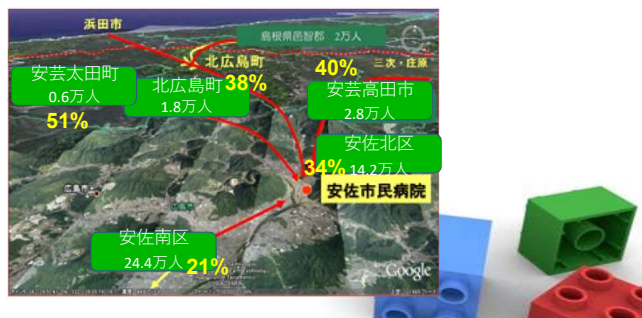


高度急性期病院
病床数527床・全31科



11

診療圏は広域 かつ 中山間地域の高齢化率は日本の10年先



12

2040年の広島県

人口の増減



高齢化率



石川ベンジャミン光一氏ウェブサイト、人口推計地図（2040広島県より作成）

13

2040年の広島県

人口の増減



高齢化率

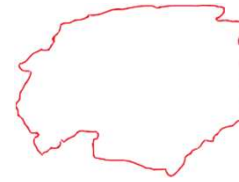


石川ベンジャミン光一氏ウェブサイト、人口推計地図 (2040広島県より作成)

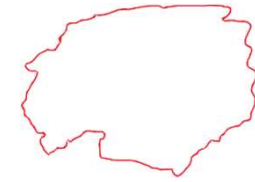
14

当院の医療圏 2040年

人口の増減



高齢化率



石川ベンジャミン光一氏ウェブサイト、人口推計地図 (2040広島県より作成)

15

安佐市民病院 救急搬送 年次推移 (2010~2020) 75歳以上 10年間で2倍!

	0	1000	2000	3000	4000	5000
2010年		1306	271 284	1125		
2011年		1337	276 289	1213		
2012年		1345	325 328	1314		
2013年		1422	294 343	1421		
2014年		1514	346 402	1649		
2015年		1464	386 414	1738		
2016年		1486	440 387	1699		
2017年		1587	423 431	2076		
2018年		1491	361 525	2232		
2019年		1597	354 521	2238		

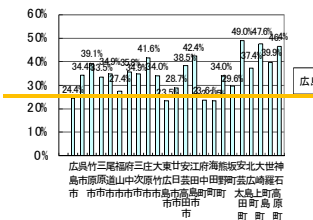
- 65歳未満
- 65~69歳
- 70~75歳
- 75歳以上

17

2019年度 当院救急車4700台 高齢者67%

65歳以上高齢者の割合

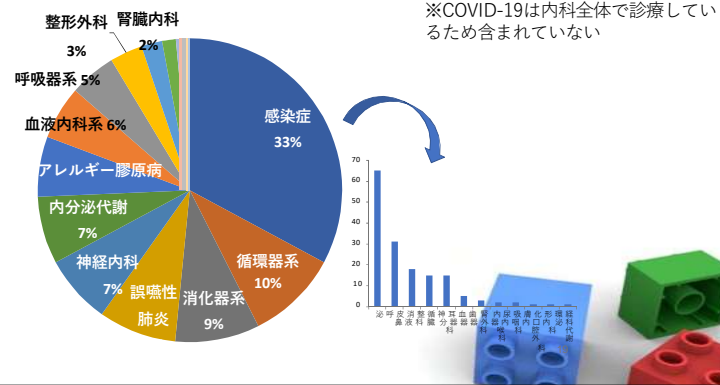
33% 67% 52% 48%
後期高齢者



安佐地区(4.5%)

18

2020年度 総合診療科入院547名



19

安佐市民病院 入院症例 敗血症（菌血症） について考える

20

敗血症で自宅からの緊急入院

対象と方法

2014年4月～2016年12月まで血液培養で原因菌が分離された398例

施設・病院からの転院 (n=92)

家庭からの緊急入院 307例

コンタミネーション (n=25)

死亡 (n=31)

251例 (平均年齢 74 歳 (±13歳) 男性143例)

21

敗血症で自宅からの緊急入院

対象と方法

2014年4月～2016年12月まで血液培養で原因菌が分離された398例

施設・病院からの転院 (n=92)

家庭からの緊急入院 307例

コンタミネーション (n=25)

死亡 (n=31)

251例 (平均年齢 74 歳 (±13歳) 男性143例)

在宅復帰群
N=207

施設群
N=69

22

敗血症で自宅からの緊急入院。

自宅に帰れなかった要因について検討する

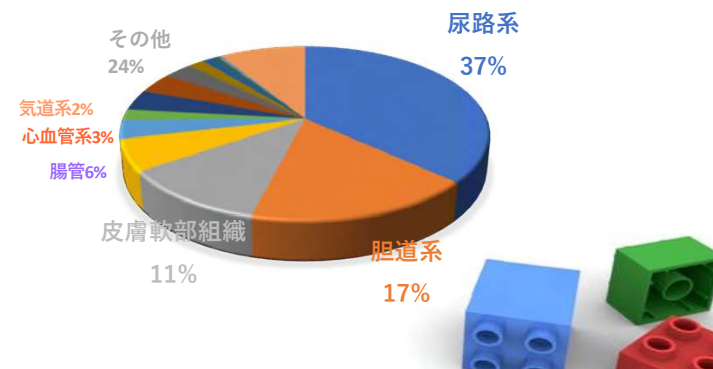
- u 在宅復帰群 (N=186) : 退院後自宅へ帰宅できた群
- u 施設群 (N=64) : 施設入所や病院転院となった群

評価項目

年齢、性別、BMI、疾患の別、認知症の有無、入院中のADL低下の有無、平均在院日数について比較検討した。

23

敗血症の原因疾患



24

自宅に帰れなかった要因

結果	在宅復帰群 (N=187)	施設群 (N=64)	P value
年齢 (歳)	72 ± 14	79 ± 9	<0.001
男/女	111/75	32/32	n.s.
BMI (kg/m ²)	22 ± 4	20 ± 3	<0.001
尿路感染症あり	47/187(25%)	17/64(26%)	n.s.
担癌	43/187(23%)	13/64(20%)	n.s.
認知症	16/28(57%)	29/139(80%)	0.02
ADL低下	49/78(64%)	38/173(80%)	0.005
在院日数 (日)	14 (1~65)	27 (1~198)	<0.001

25

自宅に帰れなかった要因

結果	在宅復帰群 (N=187)	施設群 (N=64)	P value
尿路感染症あり	47/187(25%)	17/64(26%)	n.s.
担癌	43/187(23%)	13/64(20%)	n.s.
認知症	16/28(57%)	29/139(80%)	0.02
ADL低下	49/78(64%)	38/173(80%)	0.005
在院日数 (日)	14 (1~65)	27 (1~198)	<0.001

自宅退院できなかった要因は、病気の内容ではなく、低体重、認知症、ADLの低下であり、在院日数も長期化した。

26

Agenda

高齢者救急の
Topic

当地域の現状

医療ニーズの
変化

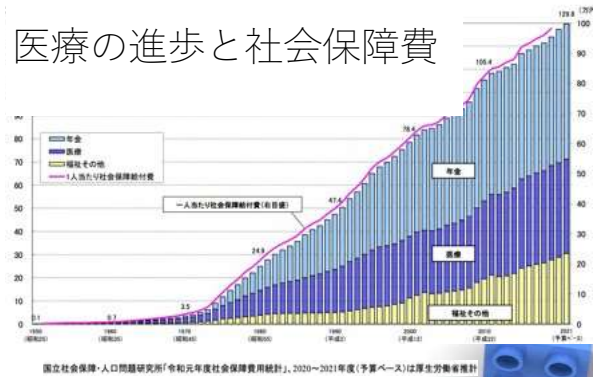
機能分化と連
携その課題

Mul/morbidity
多疾患罹患

当院での
取り組み

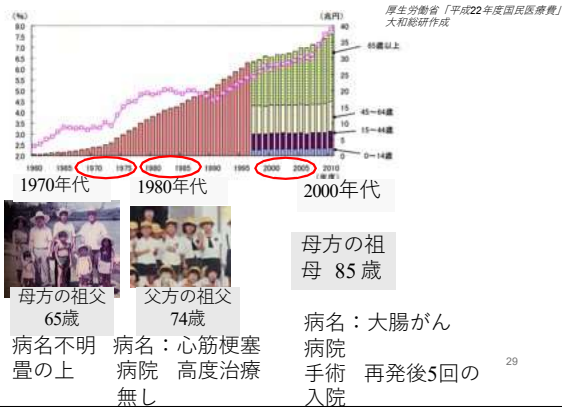
27

医療の進歩と社会保障費



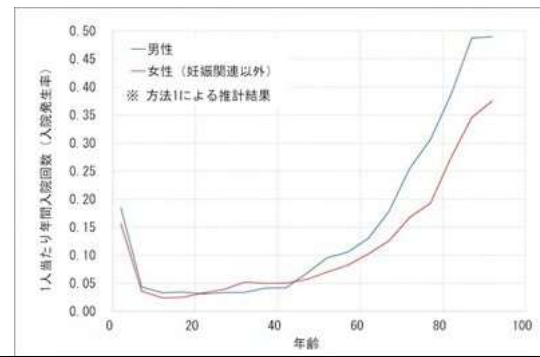
28

医療の進歩と国民医療費



29

高齢化で生涯入院回数が増加する
年齢が高いほど入院発生率が高い。

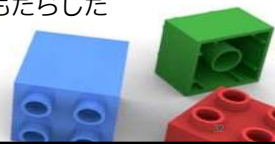


30

疾病構造の変化

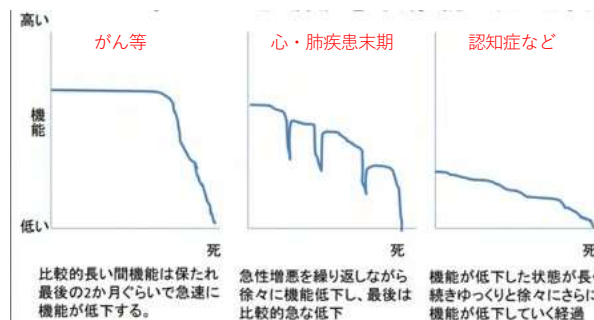
多くの人は長命となり、
多くの高齢者は複数の疾病に罹患、
加えて社会的フレイル（老老介護等）・
精神的フレイル（認知症、うつ等）

高齢化は必然的に疾病構造の変化をもたらした



32

疾患別予後予測モデル



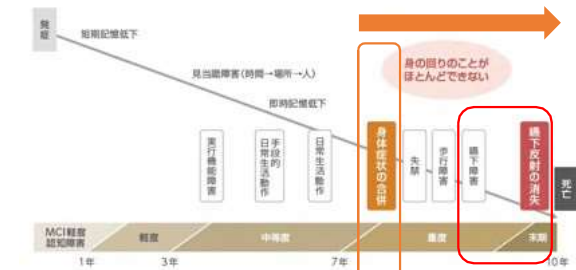
33

認知症 医療機関を受診する時期



34

進行した認知症で受診する時期



35

介護力の低下の問題

家族背景の変化 標準世帯は単身（独居）

図表 各年における日本の主な世帯構成と総世帯数に占めるシェア

年	1位			2位			3位		
	世帯構成	有業者数	シェア	世帯構成	有業者数	シェア	世帯構成	有業者数	シェア
1974年 (昭和49年)	4人世帯	1人	14.56%	3人世帯	1人	10.95%	有業の1人世帯		9.42%
	有業の1人世帯		15.78%	4人世帯	1人	9.67%	2人世帯	1人	9.00%
1988年 (昭和63年)	有業の1人世帯		15.78%	4人世帯	1人	9.67%	2人世帯	1人	9.00%
	有業の1人世帯		15.78%	4人世帯	1人	9.67%	2人世帯	1人	9.00%
2017年 (平成29年)	無業の1人世帯		16.95%	有業の1人世帯		15.65%	2人世帯	0人	13.67%
	無業の1人世帯		16.95%	有業の1人世帯		15.65%	2人世帯	0人	13.67%

世帯構成は、世帯人員とその世帯の有業者数の組み合わせによって分類した。
 (出所) 総務省(旧・総理府)「国勢調査」および総務省(旧・総理府)「家計調査」をもとに大和総研推計

救急医療

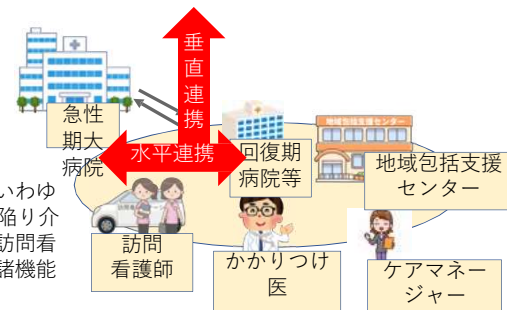
垂直連携と水平連携について

垂直連携

急な病態によって病院に救急搬送となること

水平連携

高齢になり、病気を契機にいわゆるフレイル(虚弱)の状態に陥り介護の対象となるなどして、訪問看護や同介護といった地域の諸機能の世話になっている状況

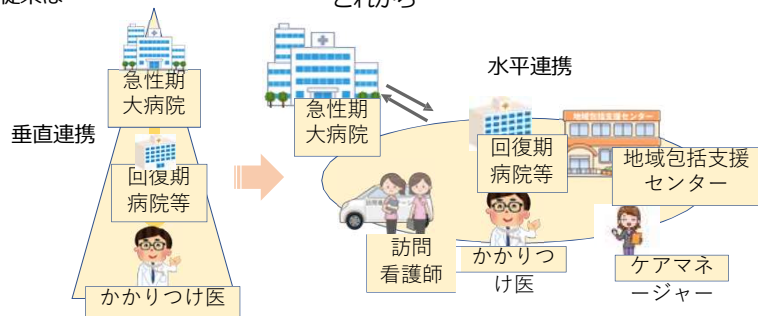


厚生労働省HP
有賀 徹ら 日臨救急医学会(JISEM)2019;22:429-35より改変

垂直連携中心から水平連携中心へ

従来は・・・

これから

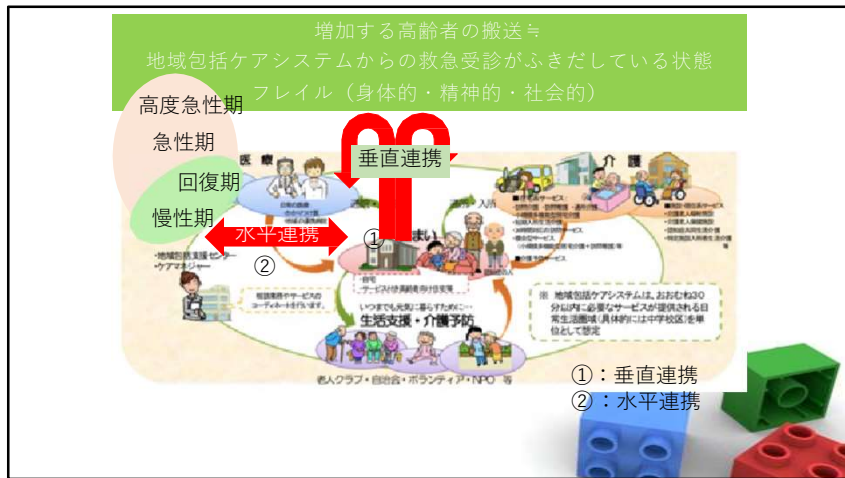


日本医師会常任理事 鈴木 邦彦 「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」

地域包括ケアシステムから
増加する高齢者の搬送



①：垂直連携
②：水平連携

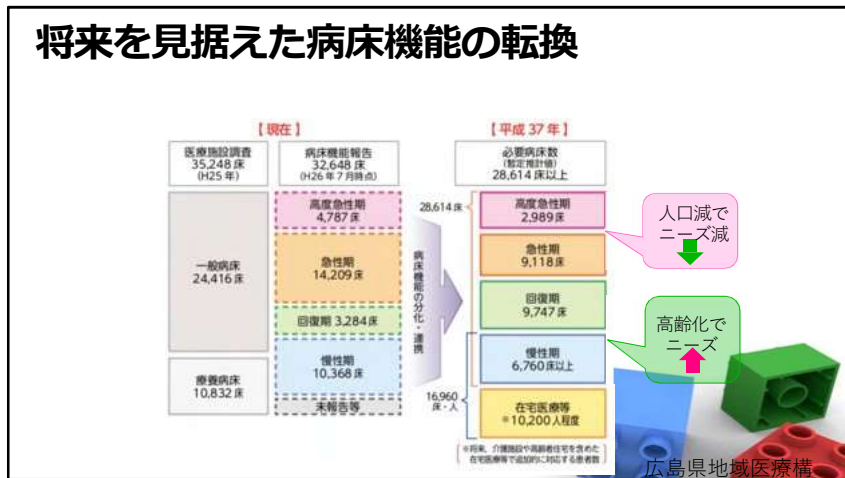


43

Agenda

高齢者救急の Topic	当地域の現状	医療ニーズの 変化
機能分化/連携 その課題	Multimorbidity 多疾患罹患	当院での 取り組み

44



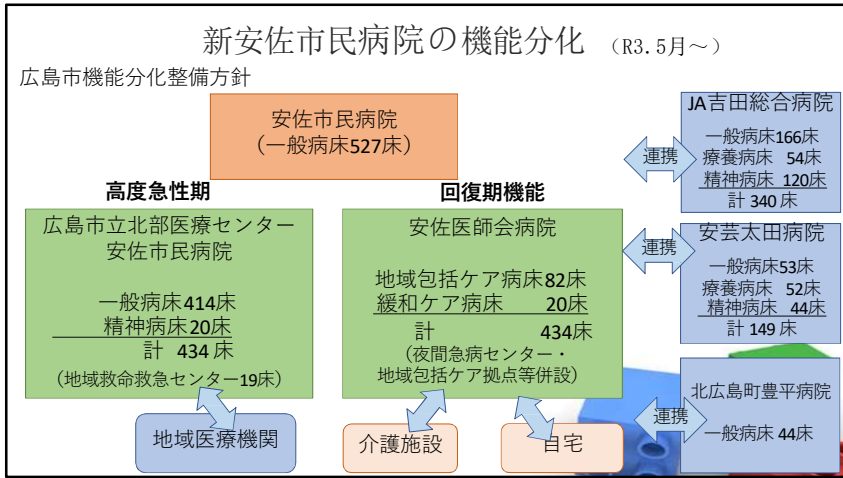
45

広島市北部医療センター 新 安佐市民病院 (R3.5月～)

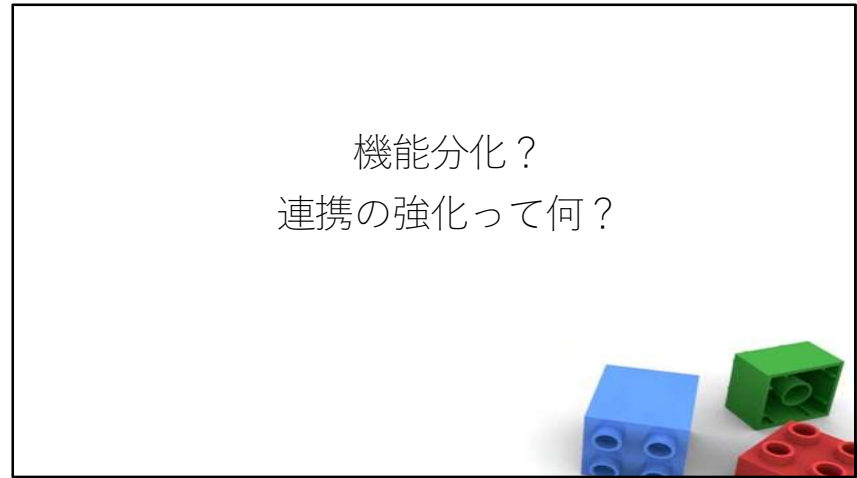
高度急性期病院
病床数434床・全31科

+ 安佐医師会病院
(地域包括ケア病床)

46



47



48

高度急性期病院

医療の進歩 = 高度化・細分化

人類の歴史は医学・医療の進歩を背景に、私たちは多くのものを享受。高度医療、臓器あるいは疾病別の専門医療へ

- 平均在院日数 9日間前後 (各疾患でDPCで定められた期間内で退院する必要)
- 外来/入院 高い専門性をもって対応

49

高度急性期病院 窓口も細分化しやすい

• 病院が臓器別に細分化 → 窓口も細分化

✓ 重症例は 救命センターで対応

✓ ~中等症: 高齢者急病の増加 = 複数疾患 (肺炎, 感染症, 心不全の合併など) 介護力の乏しい症例が増加

= 各専門外来では対応困難 専門医にコールがまわる

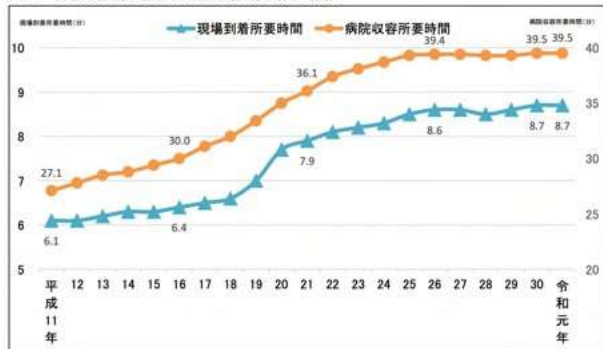
窓口

- 専門内科医
- 呼吸器内科
- 循環器内科
- 消化器内科
- 内視鏡内科
- 血液内科
- 神経内科
- 内分泌内科

50

救急車 現場→病院収容 所要時間の増加

図12 現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移



51

Agenda

高齢者救急の
Topic

当地域の現状

水平連携と
垂直連携

機能分化と連
携その課題

Multimorbidity
多疾患罹患

当院での
取り組み

52

現場の各論

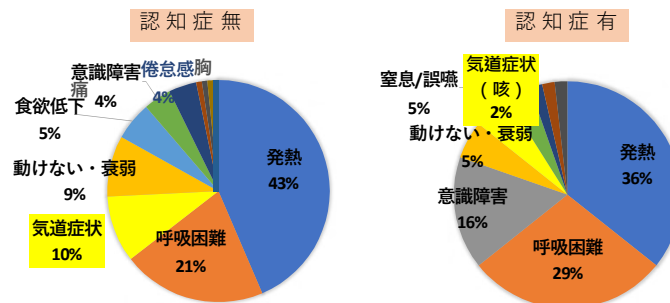


53

高齢者では症状が教科書通り
に現れない

どの科が受けて良いのか
わからない

肺炎 認知症の有無でみる主訴 総合診療科 肺炎入院 253例
2012年4月～2016年7月



55

高齢・発熱・肺炎
どの科に入院するのでしょうか


高齢者は複数の病気をもち、
合併症を生じやすい

- u 非代償性肝硬変を基礎疾患に胸水腹水増加 → 胸水腹水の体液管理 消化器内科？
- u 虚血性心疾患あり，心不全発症 → 心不全体液管理 循環器内科？
- u COPD（慢性閉塞性肺疾患）とパーキンソン病の増悪
 - * 呼吸不全に対する管理， 呼吸器内科？
 - * パーキンソン病の薬剤管理 神経内科？
- u 高齢者二人暮らし，フレイル
 - * 自分でトイレに行けない，家に帰れない
 - ソーシャルワーカーさんに丸投げ？

56

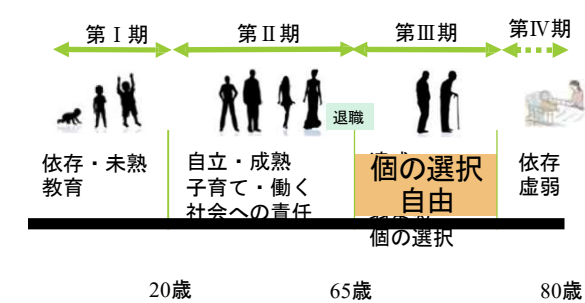
Multimorbidity(多疾患罹患) 疾病構造の変化

- どの科が見たらいいのでしょうか。
- どの病気が優先されるのでしょうか。
- 何をしたら 患者さんにとって幸せにつながるのでしょうか。



57

近代における人生の4段階



第Ⅰ期 第Ⅱ期 第Ⅲ期 第Ⅳ期

20歳 65歳 80歳

依存・未熟教育 自立・成熟 子育て・働く 社会への責任 個の選択 自由 個の選択 依存 虚弱

Laskett, P. (1987). The emergence of the Third Age. Ageing and Society, 7.
Laskett, P. (1991). A fresh in-sight in age of life: The emergence of the Third Age. (paperback ed.).

58

これまでの医学教育＝
疾病の診断と治療という単純なSimpleな図式の医療

① Simple (単純性)	② Complicated (併存症)
③ Complex (複雑性)	④ Chaotic (混沌・カオス)

① Simple (単純)
教科書に従って治療を行えば解決する問題
例) 合併症のない憩室炎に対する検査と治療

② Complicated (併存症)
Simpleな問題の組み合わせ。全体のバランスをとる。
例) 狭心症、糖尿病、高血圧、鬱病の中で最も費用対効果のある薬を選ぶ
Martin C, Sturmberg P. General practice — chaos, complexity and innovation. Med J Aust 2005; 183 (2): 106-109.

59

高齢化社会による変化＝
社会医学的・プライマリヘルスケアの視点からとらえる必要に。

- ① Simple ② Complicated
③ Complex ④ Chaotic

③ Complex (複雑性)

Complicated + 個別性の高い要因が大きく影響

例) 狭心症、糖尿病、高血圧、鬱病で 社会的弱者層でアルコール問題、
経済的問題、家族問題をかかえる患者に対するもっともよいケアは何か。

④ Chaotic (混沌・カオス)

例) 狭心症、糖尿病、高血圧、慢性腎臓病、鬱病で 社会的弱者層で
経済的問題、家族問題をかかえ、アルコール問題が悪化し 社会的資源も
少ない地域に住んでいる。

Martin C, Sturmberg P. General practice – chaos, complexity and innovation. Med J Aust 2005; 183 (2): 106-109.

60

Complex, Chaoticな症例の解決法は？

③ Complex (複雑性)

Complicated + 個別性の高い要因が大きく影響

例) 狭心症、糖尿病、高血圧、鬱病で 社会的弱者層でアルコール問題、
経済的問題、家族問題をかかえる患者に対するもっともよいケアは何か。

④ Chaotic (カオス・混沌)

問題群がコントロール不可能で、無秩序に絡み合っている。

例) 狭心症、糖尿病、高血圧、慢性腎臓病、鬱病で 社会的弱者層で
経済的問題、家族問題をかかえ、アルコール問題が悪化し 僻地に住
み社会的資源が少ない。

ChaoticからComplexへが目標
対処法は問題がおちついたあとの振り返り

Martin C, Sturmberg P. General practice – chaos, complexity and innovation. Med J Aust 2005; 183 (2): 106-109.

61

Complex, Chaoticな症例の解決法は？

③ Complex (複雑性)

Complicated + 個別性の高い要因が大きく影響

例) 狭心症、糖尿病、高血圧、鬱病で 社会的弱者層でアルコール問題、
経済的問題、家族問題をかかえる患者に対するもっともよいケアは何か。

④ Chaotic (カオス・混沌)

問題群がコントロール不可能で、無秩序に絡み合っている。
対処法は問題がおちついたあとの振り返りでしか見出すことが
できない。

例) 狭心症、糖尿病、高血圧、慢性腎臓病、鬱病で 社会的弱者層で
経済的問題、家族問題をかかえ、アルコール問題が悪化し 僻地に住
み社会的資源が少ない。

Martin C, Sturmberg P. General practice – chaos, complexity and innovation. Med J Aust 2005; 183 (2): 106-109.

62

Agenda

高齢者救急の
Topic

当地域の現状

水平連携と
垂直連携

機能分化と連
携その課題

Multimorbidity
多疾患罹患

当院での
取り組み

63

当院での試み

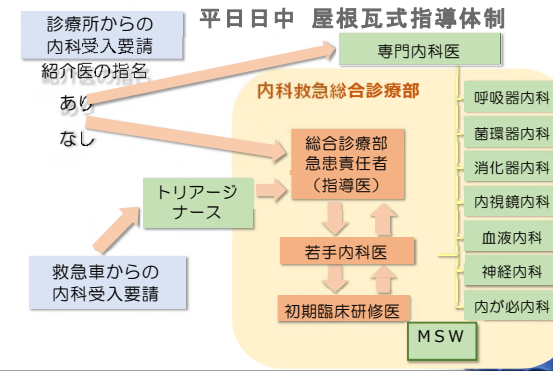
その1 2014～救急総合診療体制

- 中山間地域ですでに進んでいる高齢化に応じて 臓器横断的な診断・治療・複雑背景をもつ高齢者の医療のニーズに応えること
- 北西部地域の医療機関のバックアップを図る
- 若手医師に、都市部の病院でも多彩な疾患を経験できる場を

64

2014に救急総合診療体制を立ち上げ

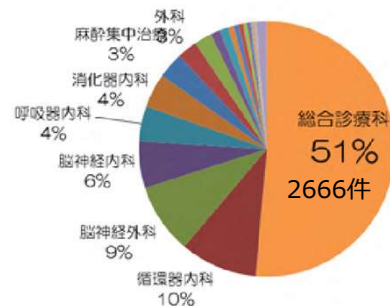
すべての内科の緊急の紹介と救急車を一つの窓口で受ける



65

平日日中の急病の約半数を初療

平日日中 緊急の紹介・救急車
2666件 総合診療科初療



66

効果 その1 救急搬送所要時間の短縮

現地到着→現場出発 (平均所要時間)

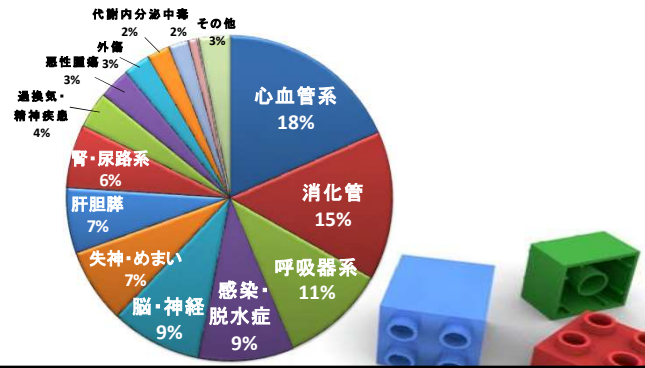
	広島市消防局管内	安佐北区	安佐市民病院へ搬送		
			全体	日勤帯 (8:30-17:15)	夜間・休日帯
2013年 4月～9月	19.6分	17.6分	16.8分	15.5分	17.9分
2014年 4月～9月	19.9分	18.1分	17分	14.8分	18.7分

42秒短縮

広島市消防局より

67

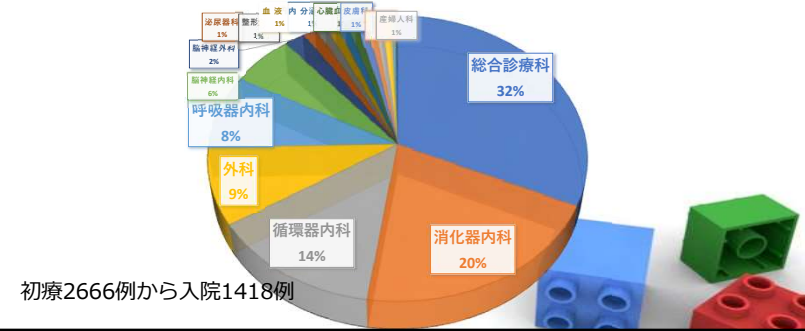
効果その2 若手の教育
多彩な疾患を初療



68

効果その3 つなぐ

入院症例の7割は専門科へ（専門家の負担軽減）
3割は複雑症例等 総合診療科へ。



69

キーワード
マンパワー・多職種・若手の教育



70

動画

72

最近の試み 患者・家族・多職種をつなぐ
臨床倫理の4分割

医学的適応 (Beneficence, Non-maleficence: 恩恵・無害) 1. 診断と予後 2. 治療目標の確認 3. 医学的効用とリスク 4. 無益性(futility)	患者の意向 (Autonomy: 自己決定の原則) 1. 患者さんの判断能力 2. インフォームドコンセント (コミュニケーションと信頼関係) 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示 (Living Will) 5. 代理決定 (代行判断、最善利益)
QOL (Well-Being: 幸福追求) 1. QOLの定義と評価 (身体、心理、社会) 2. 誰がどのような基準で決めるか ・ 偏見の危険 ・ 何が患者にとって最善か 3. QOLに影響を及ぼす因子	周囲の状況 (Justice-Utility: 公平と効用) 1. 家族や利害関係者 2. 守秘義務 3. 経済的側面、公共の利益 4. 施設の方針、診療形態、研究教育 5. 法律、慣習、宗教 6. その他 (診療情報開示、医療事故)

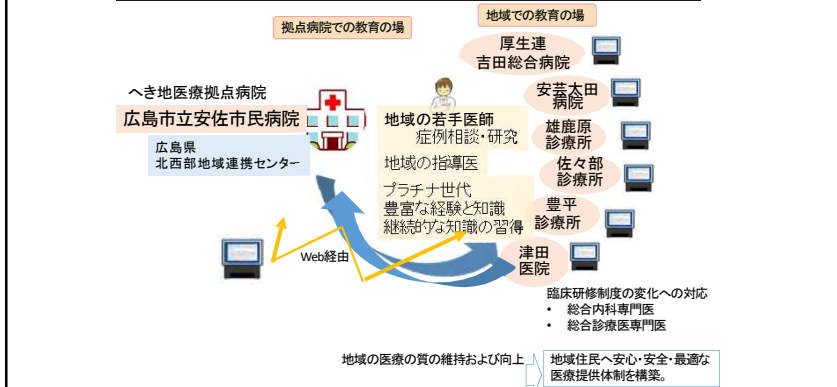
73

安佐市民病院版 臨床倫理の4分割 (診療の道しるべ)



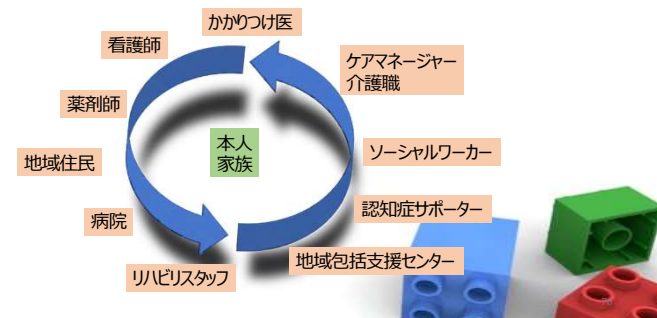
74

今後の課題
点と点をつなぐ 面で地域を診る



75

地域の総合病院、中小規模病院、診療所群、各種ケア施設などが、それぞれの役割を明確にしつつ、連携してひとつのシステムを構成する



76

ありがとうございました。

与えられたニーズを受け取る。

To be continue . . .



在宅医療・救急医療連携セミナー

第2部 配付資料

在宅医療・救急医療連携セミナー

八王子市におけるご当地高齢者救急の取り組み
～八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会～

医療法人永寿会 陵北病院
田中裕之

令和3年12月19日 zoom

八王子市

人口 561,344 186万km²

令和元年 高齢化率 26.8% (全国平均28.4%)

大正 6年 市政施行
平成 27年 中核市
平成 29年 市政100年

ベッドタウン・学園都市・森林面積4.6% (高尾山)



八王子消防署

1消防署、1分署、6出張所

職員数 454人 (日本最大規模)

車両 ポンプ車18台、はしご車2台、

救急車9台、化学車1台、救助車1台、照明車1台、指揮車2台



八王子市内の病床数

一般病床 全国平均の66%
療養病床 全国平均の120%
(人口あたり)

病床分類	病床数		人口10万人あたり病床数		
	八王子市	八王子市	八王子市	全国平均	
一般診療所病床	183	31.69	68.38	31.69	
病院病床 (全区分計)	8,055	1,394.77	1,185.40	68.38	
病床分類	一般病床	2,663	461.12	697.23	461.12
	精神病床	3,785	655.40	254.42	655.4
	療養病床	1,599	276.88	228.08	276.88
結核・感染症病床	8	1.39	4.46	1.39	

八王子市内の救急医療機関

2次医療機関

- 1 東海大学医学部附属八王子病院
- 2 右田病院
- 3 仁和会総合病院
- 4 南多摩病院
- 5 清智会記念病院
- 6 野猿峠脳神経外科病院
- 7 北原国際病院
- 8 みなみ野ハートクリニック



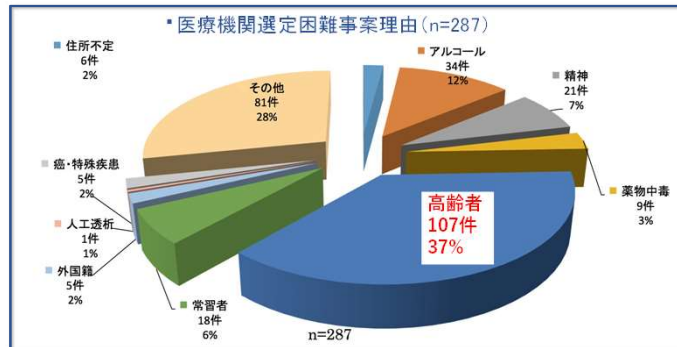
3次医療機関
東京医科大学八王子医療センター

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会 (八高連) 設立の経緯

実態把握・課題の抽出

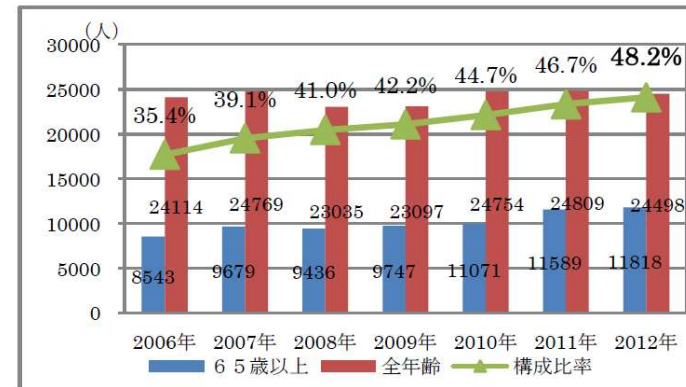
平成22年 八王子市における救急搬送状況

期間：平成21年8月31日～平成22年12月31日 調査対象：八王子消防署救急隊(9隊) n=22,936

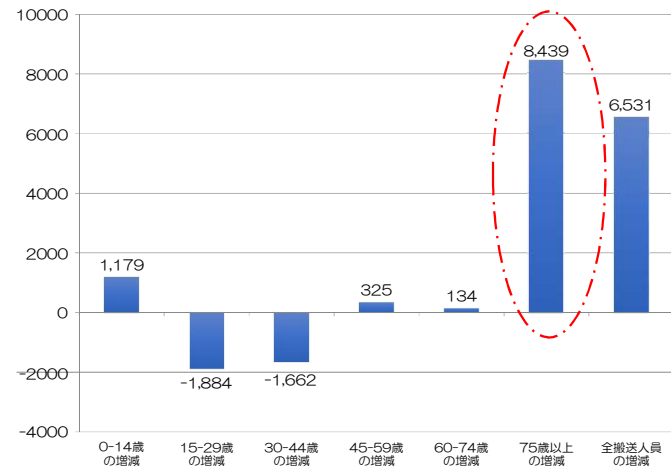


・高齢者における救急活動時間(出場～医師引継)
 平成20年 49分27秒
 平成21年 50分50秒
 平成22年 **54分27秒**(都内平均50分30秒)

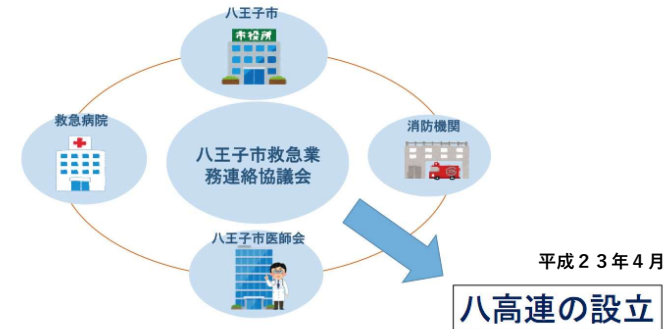
八王子市における高齢者搬送人員



八王子市内年代別搬送人員の対前年比較（平成23年）



八王子市の救急医療体制



八王子市内に居住する高齢者の救急要請に対しより一層の迅速で安全な救急搬送体制の確立を目指す

八高連発足時構成会員（15団体147機関）

- (1) 八王子市救急業務連絡協議会会員（14医療機関 院長）
 - (2) 救命救急センター・救急センター（2大学病院 センター長）
 - (3) 介護療養型病院（6医療機関 院長）
 - (4) 医療療養型病院（10医療機関 院長）
 - (5) 八王子施設長会（67施設 施設長）
 - (6) 八王子社会福祉法人代表者会（10施設 施設長）
 - (7) 八王子特定施設連絡会（2有料老人施設 施設長）
 - (8) 精神科病院（15医療機関 院長）
 - (9) 八王子介護支援専門員事業所連絡協議会
 - (10) 八王子介護保険サービス事業者連絡協議会
 - (11) 八王子市地域包括支援センター（15圏域 センター長）
 - (12) 八王子市医師会（医師会長）
 - (13) 八王子市町会・自治会連合会
 - (14) 八王子市
 - (15) 八王子消防署
- 現在 (16) 八王子薬剤師会
 (17) 八王子市老健施設協議会
 (18) 八王子市赤十字奉仕団
 (19) 八王子市民生委員児童委員協議会
 (20) 八王子市社会福祉協議会

入り口問題の検討

- ・ 病状把握が困難である（複数疾患、老老介護）
- ・ 普段の医療情報（既往歴、内服薬など）の把握困難
- ・ 家族の有無、連絡先が分からない
→ 医療同意が得られるか分からない
- ・ 蘇生処置・延命処置に対する意向が分からない
- ・ かかりつけ医の情報が分からない

出口問題の検討

- ・高齢傷病者は元のADLに回復しないことが多い
→ 家族の介護力、施設の対応、経済的問題、制度上の問題が発生
- ・医療機能の点から慢性期病院とのマッチングが難しい
- ・介護認定に時間がかかる
- ・急性期病院にはケアマネージャーが少ない

計画と実行

成果物

計画と実行

- 1 救急情報シート
- 2 療養型病院における受入れ可能疾患一覧表
- 3 八高連審議結果
→ それぞれの立場での行動目標

救急情報シート

1秒でも活動時間を短縮できる
内容とすることを基本的な
コンセプトとして作成

まずは「かかりつけ医」に
連絡することを徹底

のべ30万枚配布

表		救急医療情報	
※ 本用紙は対面での記入を前提として作成しています。			
(八王子市高齢者救急医療体制協議会)			
住所	八王子市 町 丁目 番 号	年齢	歳
ふりがな		性別	男・女
氏名		電話番号	042- ー ー
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	電話番号	
性別	男・女		
緊急連絡先	042- ー ー		
電話番号			
○救急情報			
現在治療中の病気	高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他()		
過去に医師から 言われた病気			
服用している薬	処方薬: 薬剤師が処方した処方箋のある薬。		
かかりつけの病院	住 居 市・区	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			
<input type="checkbox"/> できるだけ救命、延命してほしい			
<input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげる処置なら希望する			
<input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で死んでほしい			
<input type="checkbox"/> その他()			
○緊急連絡先			
氏 名	続柄	住所	電話番号
作成日	平成 年 月 日	更新日①	平成 年 月 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
○地域救急医療センター			
施設名称	電話番号		
担当者名			

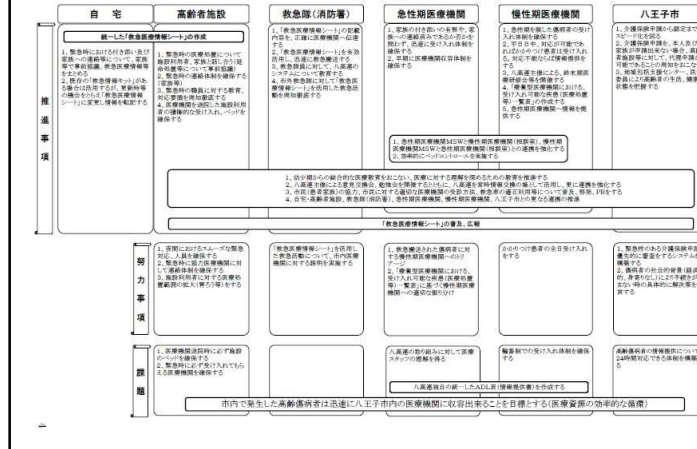
療養型医療機関における受け入れ可能疾患

急性期病院から慢性期病院へスムーズな移行

慢性期疾患 療養型医療機関	受け入れ可能な疾患(医療処置)													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
慢性呼吸器疾患														
脳血管疾患														
心臓病														
腎臓病														
糖尿病														
がん														
認知症														
骨格系疾患														
皮膚病														
アレルギー疾患														
感染症														
精神疾患														
その他														
1 人工呼吸器		×	×	○	○	×	×	×	×	×	×	×	△	×
2 人工透析		×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	△
3 高カロリー輸液(TPN)		△	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○
4 気管切開		△	○	○	×	△	○	×	×	△	○	○	○	○
5 COPDなどの呼吸不全		○	○	○	○	○	○	×	×	△	△	○	○	○
6 ALSなどの神経疾患		×	△	○	△	△	△	×	×	×	△	△	○	○
7 鼻腔栄養		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8 胃ろう		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9 腸ろう		△	×	○	△	△	△	○	×	○	△	△	○	○
10 バルーンカテーテル		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
11 人工肛門		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

八高連審議結果

1枚の紙にまとめ、会員に配布

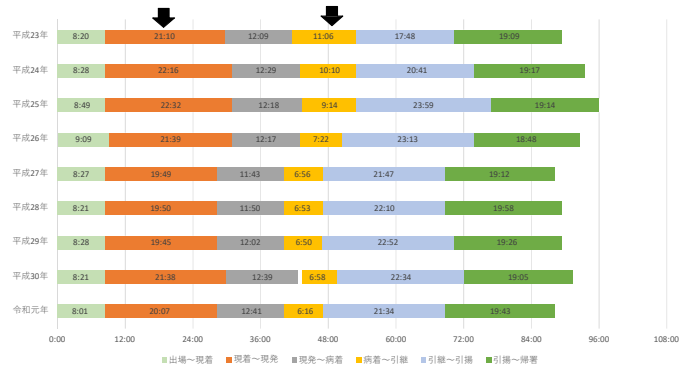


八高連審議結果

- 自宅** 緊急時の家族の連絡先、付き添いについて話し合っておく
救急情報シートを作成、変更
- 高齢者施設** 緊急時の医療処置（蘇生処置・延命処置）について事前協議
緊急時対応の職員教育
救急情報シートの作成、変更
退院時の積極的受け入れ
- 救急隊** 救急情報シートの有効活用、迅速な搬送
市外救急隊へ八高連の取り組みの周知
- 急性期病院** 家族の付き添いの有無、連絡の有無を問わず迅速に受け入れる
早期の収容体制を確保する
- 慢性期病院** 急性期を脱した患者の早期受け入れ体制
平日日中、かかりつけ患者の受け入れをする
- 市役所** 介護認定のスピード化、代理申請の周知
地域包括支援センター、民生委員による高齢者の健康状態の把握

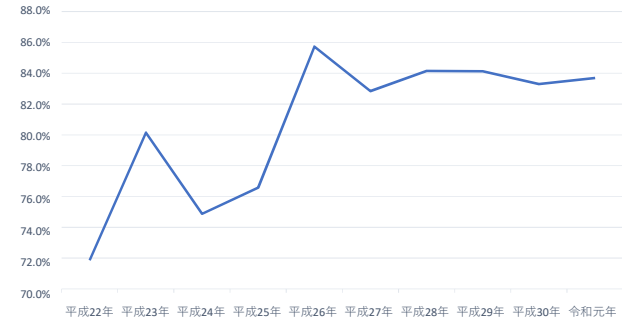
結果と評価

八王子市内65歳以上の救急活動時間



平成23年と令和1年の比較)
 現着～現発 - 1分 3秒
 到着～引継 - 4分50秒

八王子市内の救急事案における八王子市内収容率

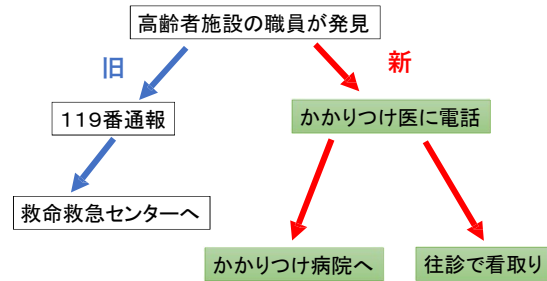


65歳以上 八王子市内収容率 平成22年と令和1年の比較
 71.9% → 83.7%

八王子市内3次救急医療機関におけるCPA搬送数

東京医科大学八王子医療センター救命救急センター

平成22年 305件 → 平成26年 209件



八高連の本質と効果

オール八王子での継続的な水平な議論による、
 いわゆる
 「腹の見える連携」の実現

- 在宅・施設→急性期病院への円滑な搬送
- 急性期病院→慢性期病院との連携強化
- 高齢傷病者の市内収容率の向上
- 慢性期病院の救急車の受け入れ数増加

地域包括ケアと八高連

地域マネジメントと八高連

目標の共有

搬送時間の短縮、連携、八王子完結

実態把握

救急業務に関する各種データ等

課題の抽出

入口問題、出口問題、看取り、死生観、
制度、文化

対応方法の検討

審議結果・救急情報シート、
運用ルール、普及方法

計画・実施

伝達、普及、実行

評価

アウトカム、データの分析+α

全国にはさまざまな地域があり、事情も異なる

高齢化率

地域区分（都市部、山間部など）

介護資源

消防署の管轄範囲

医療資源

地域マネジメント

ご当地高齢者救急システム

釜石市における在宅医療・救急医療連携推進に関する取組みについて

～R2年度在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業～
 ～チームかまいし在宅医療・救急医療連携推進事業～

令和3年12月19日(日)
 釜石市地域包括ケア推進本部

在宅医療連携拠点チームかまいしFB <https://www.facebook.com/teamkamaishi/>

セミナー受講の様子



R2年度チームかまいし在宅医療・救急医療連携推進事業「打ち合わせ会」

グループワークの様子



- ◆救急医療関係者
基幹病院(看護師2)
消防本部2
- ◆在宅医療関係者
診療所(医師1)
- ◆行政
チームかまいし2～3

在宅医療連携拠点チームかまいし

釜石市地域包括ケア推進本部事務局

設置 厚労省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機として、**医師会との連携**により平成24年7月に釜石市役所に設置

特徴 ・医師会の介護在宅診療部会長がアドバイザーとして派遣
 ・一次～三次の階層別の連携手法



目的 地域包括ケア体制の構築

患者・利用者の生活の質の向上 **切れ目のない医療と介護の提供体制の構築**
 ※包括ケアの5つ要素…医療・介護・予防・生活支援・住まい

役割 ケアを担いシステムを支える各職種の専門性が発揮できる環境や関係性を整えること
 ・職種間の連携に関するストレスを軽減すること
 ・職種内の温度差解消のお手伝い

連携手法 一次から三次の階層ごとに課題を分類。一次連携等で抽出した課題を抽出元にフィードバック。職能団体等とともに解決策を検討、提案、実施。

- 【一次連携①】一職種と拠点との連携、連携の基盤、土壌づくりとタネまきの場、雑談を交えた課題抽出の場
- 【二次連携②】連携拠点が仲介する連携、ニーズのマッチング、連携のフレームづくり、相互理解の場
- 【三次連携③】地域のコンセンサス形成の場、事業推進方針決定の場



STEP1 資源把握・情報収集

令和2年度作成釜石市行程表より抜粋

1-1意見交換 1-2アンケート実施

STEP2 課題の整理等

2-1意見交換 2-2各自作業

STEP3 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

STEP4 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

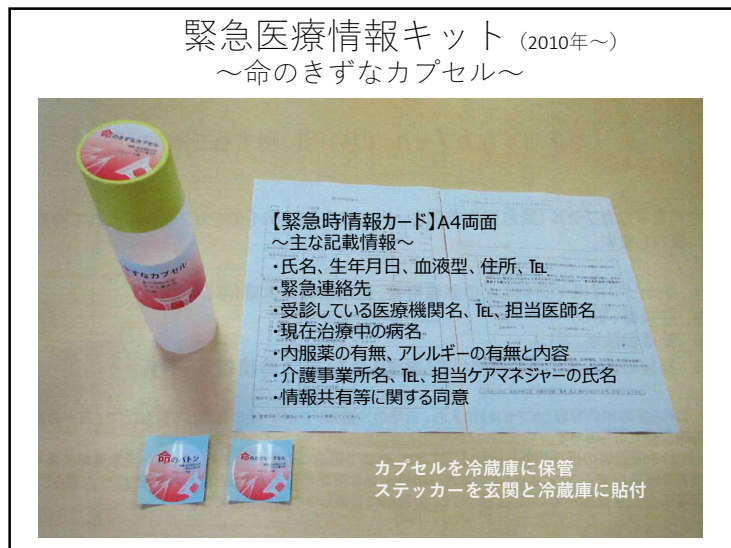
STEP5 検討した解決策の具現化

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

釜石市 令和2年度行程表			
年月	項目	実施内容	備考
2020/11/29	1-1.2-1.4-1	第1回チームがまいし在宅医療・救急医療連携推進事業 (第1回セミナー開催)	
	2-2	実施結果まとめ、課題の整理	チームがまいし
	5-1	命のきずなカプセル (緊急医療情報キット) FBIによる周知実施	チームがまいし
2020/12/17	1-2.2-2	ケアマネ対象 ACPに関するアンケート調査実施	チームがまいし
	2-2	第2回に向けた資料づくり (県立釜石病院のACPの取組み、県医師会のACPの取組み)	病院
	2-2	第2回に向けた資料づくり (釜石地域メディカルコントロール協議会について)	消防本部
	2-2	第2回に向けた資料づくり (ケアマネ対象アンケート結果 ほか)	チームがまいし
2021/1/29	1-1.2.1.3-1.4-1	第2回チームがまいし在宅医療・救急医療連携推進事業 (打ち合わせ会)	
	2-2	課題の整理 工程表案作成	チームがまいし
2021/2/14	2-1.3-1.4-1.5-2	第3回チームがまいし在宅医療・救急医療連携推進事業 (第2回セミナー開催)	消防欠席
2021/3/5	3-1.4-1.5-2	チームがまいし×消防 一次連携打ち合わせ会 (または4月以降)	2/14欠席のため
2021/3月末	3-2.4-2.5-2	釜石地域メディカルコントロール協議会 書面	消防本部
《令和3年度》			
2021/4月	5-1.3-1.4-1	命のきずなカプセル、再周知、運用方法再検討 等	行政

令和2年度セミナー事業実施結果 ～R3年度以降の取組みの方向性～	
STEP5 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	
<p>①終末期患者の病院、在宅のルー 円滑化に関する取組み (県釜ほか病院、往診対応可能な診療所)</p> <p>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)</p> <p>③指示書等の様式、ルール 運用等検討 (消防) ※いそがなくてよい</p> <p>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</p>	
<p>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。</p>	
<p>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。</p>	

STEP 1 資源把握 情報収集	令和2年度作成釜石市行程表より抜粋
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 課題の抽出・整理	
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 (連携ルール策定?)	
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	



地域連携だより「Face to face」の発行

- 相互理解を目的とした専門職向け情報誌版「顔の見える会議」
- 紙ベースで関係多職種に送付
- 既刊号は釜石市HP（チームかまいしで検索）に掲載

<https://www.city.kamaishi.iwate.jp/docs/2019121900159/>

《主な掲載内容》

チームかまいし主催・共催事業、新規オープン施設等・職員紹介、職能団体主催研修の周知、連携に関する地域の活動紹介 等



釜石市 令和3年度行程表

年月	項目	実施内容	備考
2021/5/25	3-2.4-2 5-2	令和3年度在宅医療連携拠点事業推進協議会	行政・医師会 病院・消防(new!)
2021/6/8~	5-1	緊急医療情報キット（命のさすなカプセル）再周知（各8地区民協）	行政
2021/7/8	2-1.3-1.5-2	OKはまゆりネット運用調整会議兼事務局会議(8/17、9/30、10/15、11/11)	NPO・行政ほか
2021/9/9	5-1	ACP関係出前講座等（看護師協会から依頼あり）※感染状況により中止	県立釜石病院
2021/9月末	5-1	緊急医療情報キット（命のさすなカプセル）の件、連携により周知	行政
2021/10/19	5-1	OKはまゆりネット操作研修会	NPO・行政ほか
2021/11/24	2-1	令和2年度「在宅医療・救急医療連携セミナー」参加自治体情報共有ミーティング	行政のみ
2021/12/9	2-1.3-1	OKはまゆりネット理事会兼企画委員会（12/● 総会予定）	NPO・行政ほか
2021/12/21	5-1	権利擁護研修会（介護支援専門員、医療及び介護に関わる専門職対象）	行政・成年後見センタ-
	1-2.5-3	ACP等に関するケアマネ対象アンケート実施	行政
2022/1/28	2-1.3-1.4-1	当セミナー事業関係者打ち合わせ会	行政、病、診、消
2022/2/●	5-2.1-2	ACPに関する住民対象研修会(病院市民公開講座の機会を活用) 参加者アンケート実施	病院、行政 行政
2022/3/?	3-2.4-2.5-2	釜石地域メディカルコントロール協議会 命のさすなカプセルの記載情報と運用の再検討（更新の方法等）	消防本部 1年かけて調整

情報共有支援・市町の連携

かまいし・おおつち地域医療情報ネットワーク（OKはまゆりネット）

2013年～

◆主な機能

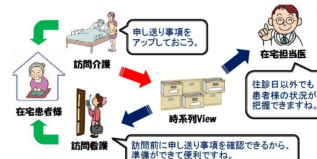
県立釜石病院を中心とした患者の医療・介護情報を医療機関や施設間で共有

☆ 県立釜石病院（基幹病院）への診療・各種検査・栄養指導の予約

☆ " の検査画像・結果、診療記録、処方履歴、注射履歴、介護用文書等の共有
※職種別に制限有

◆加入施設（H2.10月末現在）

	加入施設数	加入率
病院・診療所	(22)	19 86.4%
歯科診療所	(18)	12 66.7%
調剤薬局	(20)	16 80.0%
訪看	(2)	2 100.0%
介護事業所等	(48+1)	26 53.1%
行政・医師会	(4)	4 100.0%
計	(115)	79 68.7%



◆利用者数（R3.3月末現在）6,363人 ※圏域人口43,148人

◆運営主体 ※法人設立以前は行政が事務局の任意団体として運営。現在はオブザーバー

NPO法人釜石・大槌地域医療連携推進協議会

設立：平成28年4月28日 会長：小泉嘉明(医師会長) 事務局：釜石医師会内

会員：16名（釜石医師会7、釜石歯科医師会3、釜石薬剤師会3、

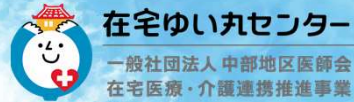
釜石広域介護支援専門員連絡協議会2、釜石リハビリテーション療法士会1）

事務局運営会議構成員

医師会、保健所、釜石市、大槌町、基幹病院

令和3年12月19日(日)
厚生労働省 令和3年度「在宅医療・救急医療連携セミナー(第2部)」

中部地区医師会 在宅医療・介護連携推進事業における 在宅医療・救急医療連携体制構築に 向けた取り組みについて



中部地区医師会 在宅ゆい丸センターと 在宅医療・介護連携推進事業



一般社団法人中部地区医師会では、中部地区12市町村より
在宅医療・介護連携推進事業を受託。

平成29年度～事業開始して今年で5年目となる。
12市町村をコーディネーター4名で担当し、各地区での
多職種会議、研修会、講演会、相談支援、情報発信や
情報共有支援を行っている。

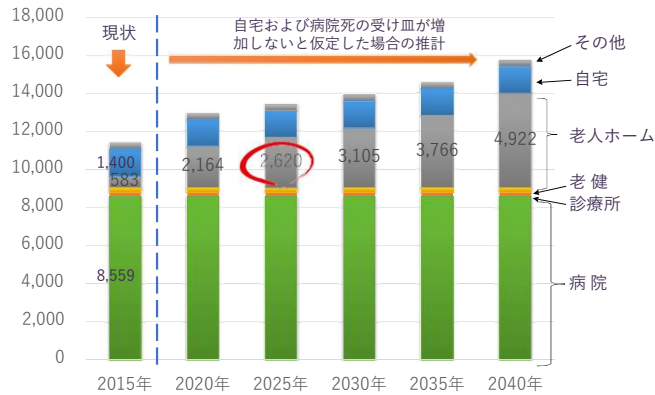
「入退院支援」「療養生活支援」「急変時対応」「看取り支援」

- ・高齢者施設の病院受診や救急搬送の判断が適切とはいえないケースがある。
- ・緊急時の受診判断等の相談体制が不十分である。
- ・延命治療を望まない高齢者の救急搬送(自宅・施設)

単位：人 令和3年1月1日時点

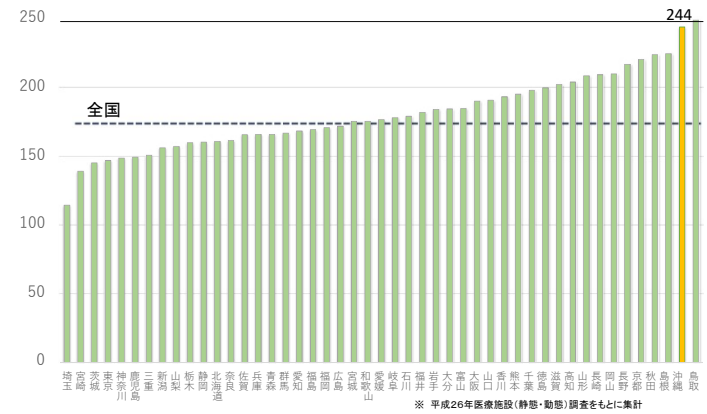
市町村	総人口	高齢者人口	高齢率(%)
うるま市	125,338	28,112	22.4
沖縄市	142,973	29,494	20.6
宜野湾市	100,462	19,711	19.6
金武町	11,450	3,057	26.7
宜野座村	6,187	1,487	24.0
恩納村	11,050	2,686	24.3
北谷町	28,850	5,910	20.5
嘉手納町	13,409	3,233	24.1
読谷村	41,642	9,144	22.0
西原町	35,454	7,724	21.8
中城村	22,046	4,266	19.4
北中城村	17,821	3,985	22.4
計	556,682	118,809	

沖縄県における死亡数と死亡場所の将来推計

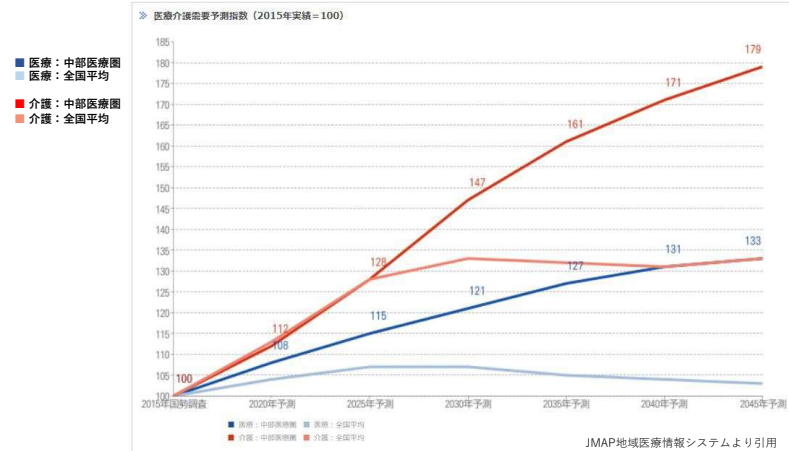


国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」
および 厚生労働省「平成28年(2016)人口動態統計」より高山作成

人口10万人あたり緊急入院数 (都道府県別)



沖縄県中部医療圏の医療介護需要予測指数と全国比較



厚生労働省「令和2年度在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業」へ参加

【経緯】

岩手県、沖縄県がモデル県として選定され、沖縄県から**宜野湾市**、南城市・八重瀬町が手上げ。在宅医療・介護連携推進事業も上記事業と関連が強くNTTデータより依頼を受け、宜野湾市とともに医療介護連携コーディネーターとして参加。

【セミナー参加者】

宜野湾市介護長寿課（在宅医療・介護連携推進事業の担当者）、訪問診療医、急性期病院医、宜野湾市消防本部の救急隊、沖縄県の上記事業担当者および在宅医療・介護連携推進事業の担当者、高齢者施設職員、介護支援専門員、中部地区医師会担当理事・コーディネーター

【決定事項】一計2回のセミナーとその後の宜野湾市との打ち合わせで最終決定

目的	高齢者施設からの不必要な救急搬送を減らす。
方法	①令和3年度以降、在宅医療・介護連携推進事業へ実施主体を移し、宜野湾市を中部地区のモデルとして意見交換を行うための多職種による会議体を設置する。
	②高齢者施設、消防本部へ実態把握のためのアンケート調査を実施、結果を分析し現状把握。
	③「救急搬送しないための仕組みづくりについて」「救急搬送した場合の対応について」を会議体で協議する主なテーマとし、協議するテーマに沿った専門職を招集する。
	④沖縄県MC協議会に救急搬送時のプロトコール整備について提案する。

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配慮したこと

- 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う**
正式決定は後日調整とし、おおよその方針決定を優先
- 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る**
特定の団体、職種に負担が加重とならないように配慮する

セミナー事業へ参加して良かったこと

- 以前より挙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）の取り組みは行ってきたが、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。
- セミナーを通して顔の見える関係、共通話題ができたことで今年度の取り組みに繋げやすくなった**
これまで深く関われなかった医療介護関係者や救急隊等と「あ～、あの時の」で話しやすく様々な依頼事もしやすかった。
- 全国の取り組みを聞いていたこともあり、沖縄県中部地区および当会に合った目的・手段を検討しやすかった**
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り組みを参考にしながら、自分たちに合った目的や手段を設定することができた。

【宜野湾市（在宅医療・介護連携）】工程表（年間計画）

STEP	現状・課題のための調査目標の検討	年月	項目	実施内容	備考
STEP1: 現状・課題の把握	1-1: 第1回アンケート「意識調査」	2021.6.16	1-1	第1回アンケート「意識調査」第1回アンケート「意識調査」	済
	1-2: 第2回アンケート「意識調査」	2021.7.16 2021.7.16 2021.7.19 2021.7.30	2-1	中部地区高齢者入所施設を対象に急変時対応要員の要するアンケート調査の実施	済
STEP2: 現状・課題の把握	2-1: 消防本部調査としてアンケート調査	2021.8.0	2-2	中部地区消防本部を対象に高齢者の救急搬送に関するヒアリング調査の実施	済
	2-2: 消防本部調査としてヒアリング調査	2021.9.8	3-1	アンケート調査、ヒアリング調査結果の集計	済
STEP3: 課題の抽出・対応策の検討	3-1: 第1回ルール策定検討	2022.3月	3-2	第1回急変連絡に係るルール策定のための検討会議開催予定	済
	3-2: 第2回ルール策定検討	2022.4月	4-1	第2回急変連絡に係るルール策定のための検討会議開催予定	済
STEP4: 指針の策定	4-1: 策定した指針の効果検証	2022.10月	4-2	第4回急変連絡に係るルール策定のための検討会議開催予定	済
	4-2: 好転効果検証		5	第5回急変連絡に係るルール策定のための検討会議開催予定	済

**中部地区医師会 令和3年度在宅医療・介護連携推進事業へ
救急の取り組みを引き継ぎ**

【目的】
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されるよう、**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を救急搬送を減らす。
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。

【会議テーマ】
①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ことは？（療養生活支援、看取り支援）
②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な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

R3在宅医療・救急医療連携体制構築に向けた取り組み <年間計画>

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
入所施設アンケート調査		アンケート作成部会	調査実施	結果集計							
消防本部ヒアリング調査			調査実施	報告書作成							
ルール策定検討会議					第1回 9/8		第2回 11/9		第3回 1/11		第4回 指針策定

【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：回答率が30%と低かった（特に有料・サ高住）
⇒各市町村長の名前で発信するほう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。

【令和4年度以降】
・関係する職能団体へ策定した指針の説明、当会会員施設への通知発信、指針の周知。
・12月頃に状況把握のためのアンケート調査を実施予定。
・「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ル整備について提案。

参考までに、現在の進捗・・・一部紹介

アンケート調査・ヒアリング調査の実施、2回の検討会議を開催し、指針案の検討および周知する上での注意点をまとめている。**特定の団体、職種に負担が加重とならないよう、またハードルの高い指針とならないよう配慮！**

【介護施設への指針案】
・本人、家族へACPを含めた意向の確認を行います。 ※沖縄県制作「命しるべ」冊子を活用
・入所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、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しましょう。
・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確認しましょう。 ※当会より会員施設へ協力依頼の通知を発信する。
・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しましょう。

【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、往診を行う事ができるか事前に伝えましょう。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います。
※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。

【搬送先病院への指針案】
検討中

【救急隊への指針案】
検討中

ご清聴ありがとうございました。



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4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)

