

厚生労働省

在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業一式  
報告書

令和5年3月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

## 目次

<b>第1部 報告書（本編）</b> .....	<b>3</b>
<b>【1】事業実施概要</b> .....	<b>3</b>
1-1 事業目的 .....	3
1-2 事業概要 .....	5
1-2（1）在宅医療・救急医療連携セミナーの開催 .....	5
1-2（2）フォローアップ調査 .....	5
1-2（3）手引き検討会 .....	6
<b>【2】モデル事業の実施</b> .....	<b>7</b>
2-1 モデル都道府県・市区町村の選定 .....	7
2-2 在宅医療・救急医療連携セミナー概要（第1部・2部） .....	11
2-3 第1部 在宅医療・救急医療連携セミナー .....	14
2-4 第2部 在宅医療・救急医療連携セミナー .....	19
<b>【3】在宅医療・救急医療連携の取組紹介</b> .....	<b>24</b>
3-1 広島県 広島市（佐伯区） .....	24
3-2 徳島県 小松島市 .....	30
<b>【4】フォローアップ調査</b> .....	<b>35</b>
<b>【5】手引き検討会</b> .....	<b>40</b>
5-1 手引き検討会目的 .....	40
5-2 検討会構成員・オブザーバー .....	40
5-3 手引き検討会開催概要 .....	41
<b>【6】本年度事業を踏まえた今後の課題</b> .....	<b>43</b>

### 《別添》

- 第2部 附属資料（セミナー資料）
- 巻末資料「都道府県向け在宅医療・救急医療の  
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 報告書（本編）

## 【 1 】 事業実施概要

### 1-1 事業目的

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、厚生労働省では医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築に取り組んできた。地域包括ケアシステムや医療提供体制の構築に当たっては、都道府県や市区町村が、地域の自主性や主体性に基づき、それぞれの地域の特性に応じて作り上げていくことが重要である。

一方で、高齢者の救急搬送件数は増加の一途を辿っており、在宅で最期まで療養することを希望する本人の病状が急変した際に、本人の意思に沿わない救急搬送が増加することが懸念されている。都道府県や市区町村のそれぞれの地域において、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。

本事業では、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ように、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」という）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。事業を進める中では、地域によって関係者間の管轄する範囲の相違や、連携を進める上で部署がない等、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、本年度の事業においては、モデル都道府県・市区町村等を対象に「在宅医療・救急医療連携セミナー」を開催するとともに、セミナーの実施内

容やフォローアップ調査結果等を踏まえて連携したうえで、昨年度に作成した「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」の更新を行うことで、都道府県が市区町村等の支援や調整役を担えるような連携体制の構築を図り、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境整備することを目的とする。

## 1-2 事業概要

### 1-2 (1) 在宅医療・救急医療連携セミナーの開催

本事業では都道府県、市区町村において在宅医療と救急医療の関係する職種の方々向けに、「在宅医療・救急医療連携セミナー」（以下「セミナー」という）を開催している。今年度のセミナーにおいては、過去にセミナーに参加した自治体の取り組み等も踏まえて、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、市区町村等の職員や在宅医療・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

本業務ではモデル都道府県・市区町村において、セミナー実施後に工程表作成・運用に取り組む際のフォローをするとともに、各取り組みにおける課題を明らかにして、課題解決に向けた対応策を検討して、他の都道府県・市区町村等へも横展開して応用していくために、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。

特に、連携ルールを作成して運用を進めるためには、関係機関が参加する会議体の設置や、関係機関間における連携ルールの周知等、複数年に渡る継続的な取組が必要となる。そこで、令和2年度以降に取り組んでいただいている自治体の取組内容はセミナー内容や手引き検討事項等に反映した。

## 1-2(3) 手引き検討会

本事業では、都道府県が市区町村等とともに在宅医療・救急医療における連携ルール策定支援に取り組んでいただいていた。そこで、都道府県が市区町村等における在宅医療・救急医療連携支援の取り組みを進める際、参考にして活用いただくために、昨年度までに「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」（以降「手引き」）を作成している。今年度においても、これまでの手引きの不足分や更新箇所を議論するという趣旨で手引き検討会を設置して、手引きの内容検討、更新を実施した。

手引き検討会構成員については、在宅医療、救急医療にかかわる有識者に加えて、令和2年度・令和3年度のセミナー参加者からも選出した。

## 【2】モデル事業の実施

### 2-1 モデル都道府県・市区町村の選定

本事業の実施に際して、モデル都道府県の選定については、過去のセミナー参加実績等を考慮の上で事前調査を行い、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都道府県とした。

#### (1) 【モデル都道府県】

#	都道府県	本事業担当部局
1	北海道	北海道 保健福祉部 域医療推進局 地域医療課
2	大分県	大分県 福祉保健部 医療政策課

セミナーに参加するモデル市区町村の選定については、過去の実績等を参照の上で事前調査を行い、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、以下の5市区町村とした。

#### (2) 【モデル市区町村】

#	市区町村	本事業担当部局
1	北海道 北見市	北見市 医療・介護連携支援センター 北見市 保健福祉部地域包括ケア推進担当
2	大分県 中津市	中津市 介護長寿課
3	大分県 臼杵市	臼杵市 保険健康課
4	大分県 津久見市	津久見市 長寿支援課
5	大分県 由布市	由布市 高齢者支援課

### (3) セミナー参加市区町村の概況

北海道 北見市				
<b>■人口</b>				
国勢調査人口（2020年）	115,480人			
人口増減率（2015～2020年）	-4.74%（※全国平均-0.8%）			
高齢化率（65歳以上・2020年）	33.6%（※全国平均28.0%）			
人口密度（2020年）	80.90人/k㎡（※全国平均338.2人/k㎡）			
<b>■医療資源</b>	施設数	10万人あたり施設数	10万人あたり施設数(全国平均)	差異
病院	14	12.1	6.5	5.6
診療所	50	43.3	70.0	26.7
在宅療養支援診療所 <small>（単独型・連携型・その他計）</small>	3	2.6	11.5	-8.9
在宅療養支援病院 <small>（単独型・連携型・その他計）</small>	2	1.7	1.4	0.3
訪問歯科	4	3.5	7.0	-3.5
訪問薬局	23	19.9	18.2	1.7
<b>■連携における取組、既存リソース等</b>				
在宅医療の課題を議論するための既存の会議体	北見市高齢者支援ネットワーク会議 医療・介護連携推進部会（構成：行政機関、医療関係団体、福祉関係団体、住民自治組織等）			
地域情報共有ネットワークの運用	北まる net ( <a href="http://kitamaru.net/">http://kitamaru.net/</a> ) 北見市医療福祉情報連携協議会)			

大分県 中津市				
<b>■人口</b>				
国勢調査人口（2020年）	82,863人			
人口増減率（2015～2020年）	-1.31%（※全国平均-0.8%）			
高齢化率（65歳以上・2020年）	30.0%（※全国平均28.0%）			
人口密度（2020年）	168.6人/k㎡（※全国平均338.2人/k㎡）			
<b>■医療資源</b>	施設数	10万人あたり施設数	10万人あたり施設数(全国平均)	差異
病院	11	13.3	6.5	6.8
診療所	59	71.2	70.0	1.2
在宅療養支援診療所 <small>（単独型・連携型・その他計）</small>	2	2.4	11.5	-9.1
在宅療養支援病院 <small>（単独型・連携型・その他計）</small>	2	2.4	1.4	1.0
訪問歯科	7	8.5	7.0	1.5
訪問薬局	7	8.5	18.2	-9.7
<b>■連携における取組、既存リソース等</b>				
在宅医療の課題を議論するための既存の会議体	中津市在宅医療・介護連携推進協議会、評価検討部会、ワーキンググループ			
地域情報共有ネットワークの運用	—			

大分県 臼杵市				
<b>■人口</b>				
国勢調査人口（2020年）	36,158人			
人口増減率（2015～2020年）	-6.7%（※全国平均-0.8%）			
高齢化率（65歳以上・2020年）	41.0%（※全国平均28.0%）			
人口密度（2020年）	124.2人/k㎡（※全国平均338.2人/k㎡）			
<b>■医療資源</b>	施設数	10万人あたり施設数	10万人あたり施設数(全国平均)	差異
病院	4	11.1	6.5	4.6
診療所	27	74.7	70.0	4.7
在宅療養支援診療所 <small>（単独型・連携型・その他計）</small>	6	16.6	11.5	5.1
在宅療養支援病院 <small>（単独型・連携型・その他計）</small>	1	2.8	1.4	1.4
訪問歯科	2	5.5	7.0	-1.5
訪問薬局	5	13.8	18.2	-4.4
<b>■連携における取組、既存リソース等</b>				
在宅医療の課題を議論するための既存の会議体	臼杵市在宅医療・介護連携推進事業（臼杵市Z会議）			
地域情報共有ネットワークの運用	うすき石仏ねっと ( <a href="http://usukisekibutsu.projectz12.sky.linkclub.com/">http://usukisekibutsu.projectz12.sky.linkclub.com/</a> うすき石仏ねっと運営協議会)			

大分県 津久見市				
<b>■人口</b>				
国勢調査人口（2020年）	16,100人			
人口増減率（2015～2020年）	-10.4%（※全国平均-0.8%）			
高齢化率（65歳以上・2020年）	45.0%（※全国平均28.0%）			
人口密度（2020年）	202.6人/k㎡（※全国平均338.2人/k㎡）			
<b>■医療資源</b>	施設数	10万人あたり施設数	10万人あたり施設数(全国平均)	差異
病院	1	6.2	6.5	-0.3
診療所	14	87.0	70.0	17.0
在宅療養支援診療所 <small>（単独型・連携型・その他計）</small>	5	31.1	11.5	19.6
在宅療養支援病院 <small>（単独型・連携型・その他計）</small>	0	0	1.4	-1.4
訪問歯科	0	0	7.0	7.0
訪問薬局	4	24.8	18.2	6.6
<b>■連携における取組、既存リソース等</b>				
在宅医療の課題を議論するための既存の会議体	在宅医療介護・介護連携推進事業 推進会議			
地域情報共有ネットワークの運用	メディカルケアステーション（MCS）			

## 大分県 由布市

■人口				
国勢調査人口（2020年）	32,772人			
人口増減率（2015～2020年）	-4.4%（※全国平均-0.8%）			
高齢化率（65歳以上・2020年）	34.2%（※全国平均28.0%）			
人口密度（2020年）	102.6人/k㎡（※全国平均338.2人/k㎡）			
■医療資源	施設数	10万人あたり 施設数	10万人あたり施 設数(全国平均)	差異
病院	4	12.2	6.5	5.7
診療所	16	48.8	70.0	21.2
在宅療養支援診療所 <small>（単独型・連携型・その他計）</small>	7	21.4	11.5	93.6
在宅療養支援病院 <small>（単独型・連携型・その他計）</small>	0	0	1.4	-1.4
訪問歯科	5	15.3	7.0	8.3
訪問薬局	4	12.2	18.2	8.2
■連携における取組、既存リソース等				
在宅医療の課題を議論する ための既存の会議体	由布地域包括ケア推進協議会			
情報共有ツール	MeLL+ community（メルタス・コミュニティ）			

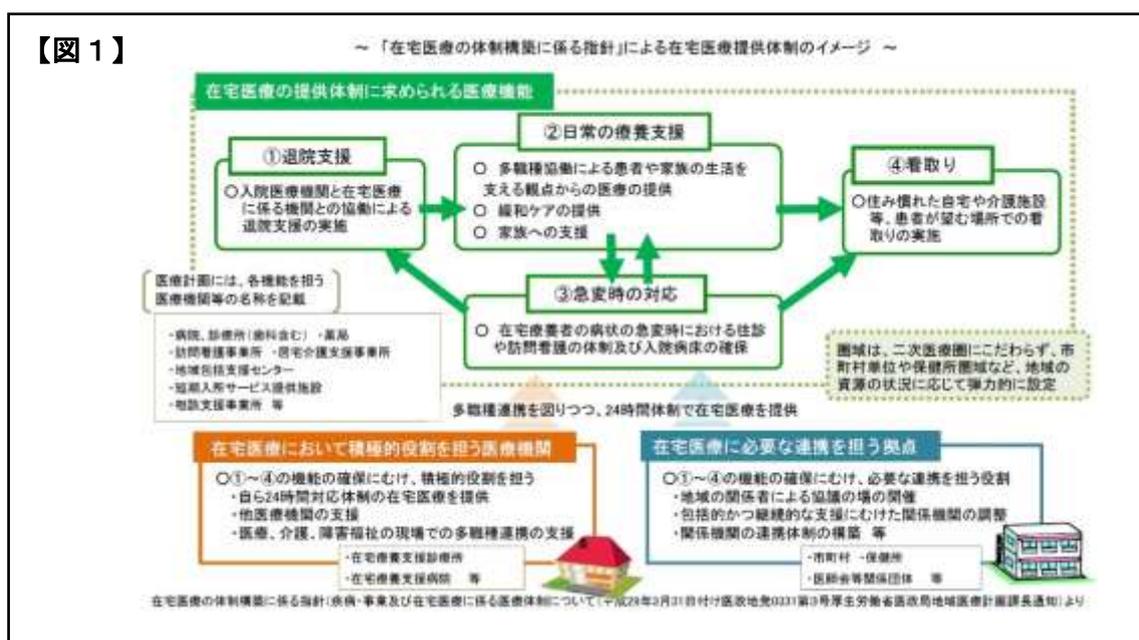
## 2-2 在宅医療・救急医療連携セミナー概要（第1部・2部）

在宅医療・救急医療連携セミナーでは、【図1】の在宅医療の提供体制に関わる関係者を主な対象として、各自治体から行政機関・消防機関・医師会等関係機関・在宅医療機関・救急医療機関・介護施設等の職員に参加していただき、「【図2】都道府県・市区町村の連携」の各機関の連携関係を踏まえて、退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取りのそれぞれの場面で、在宅医療関係機関と救急医療関係機関における情報連携等をテーマとして開催した。

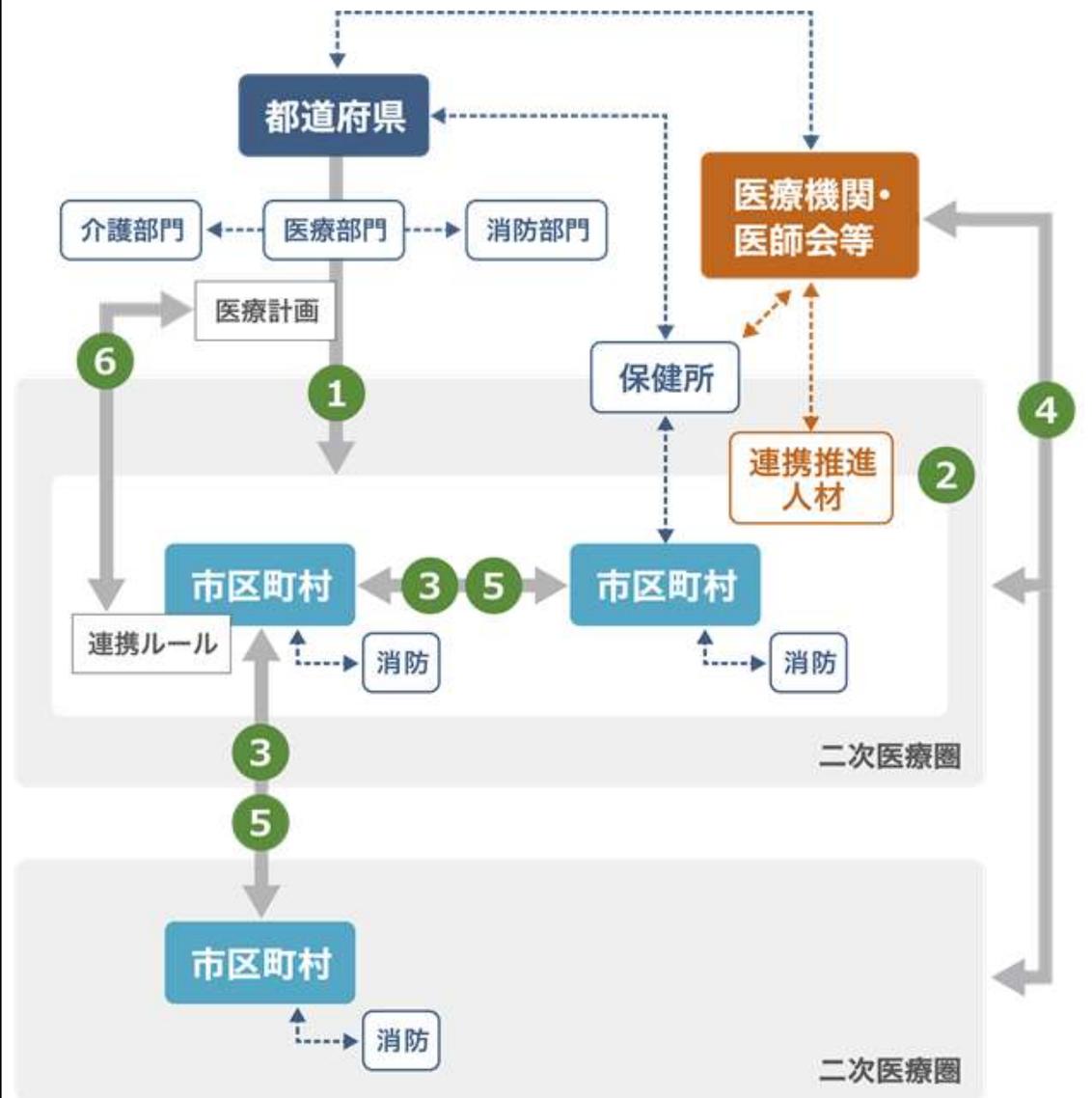
複数の先進事例を参考にしながら、情報連携等のルールを作成して、運用に至るまでの具体的な工程表の作成に向けて、本セミナーにおける取り組みのステップ（【図3】市区町村における取組ステップⅠ～Ⅴ）について、グループワークを実施して検討を進めた。

セミナーのプログラムについては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。

また、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。



【図2】 都道府県・市区町村の連携



- ① 情報発信 必要なデータの分析・活用支援
- ② 人材の育成
- ③ 他市区町村の取り組み事例の横展開
- ④ 関係団体との調整
- ⑤ 広域連携が必要な事項について検討・支援
- ⑥ 他の計画や取り組みとの整合性の確認

### 【図3】市区町村における取組ステップ



## 2-3 第1部 在宅医療・救急医療連携セミナー

### (1) 北海道 第1部 在宅医療・救急医療連携セミナー実施内容

令和4年9月17日(土) 13:00~15:30

北海道 在宅医療・救急医療連携セミナー 第1部 プログラム			
開始	時間	プログラム	趣旨・構成内容
13:00	5	開会挨拶	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	30	講演	講師：臼杵市医師会立コスモス病院 副院長 舩友 一洋 先生
13:55	5	休憩	
セッション II			
14:00	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共有、整理
15:10	15	総括	グループで検討した内容を発表し、今後の取り組みに向け総括
15:25	5	事務連絡・アンケート	
15:30	—	終了	

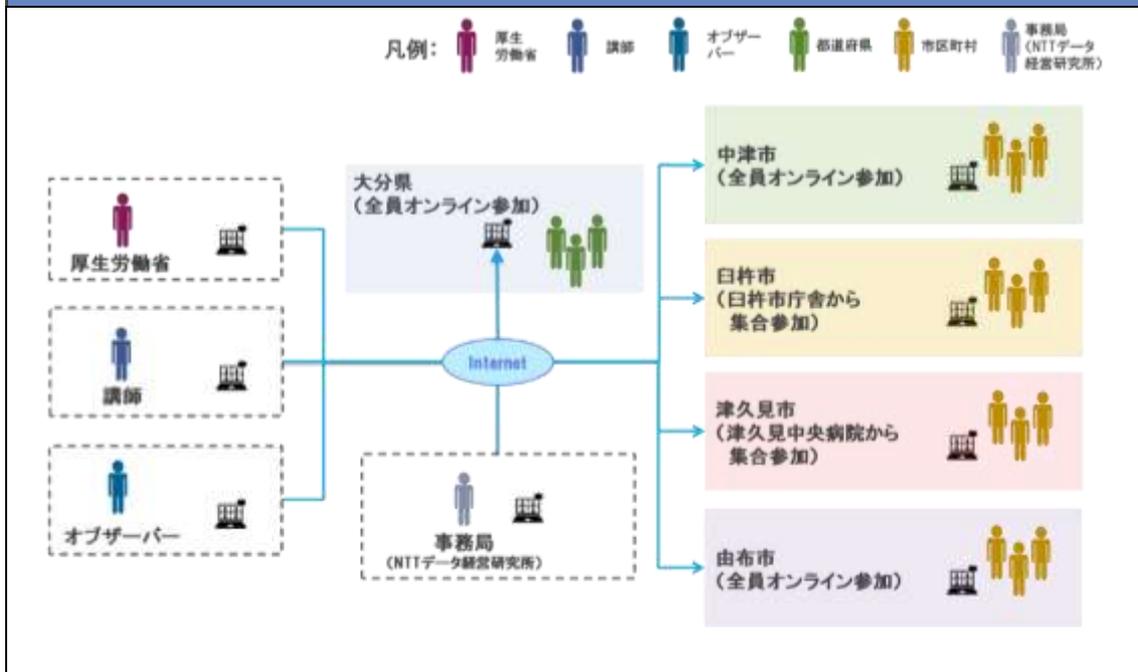
開催方法	
<p>凡例：   厚生労働省   講師   オブザーバー   都道府県   市区町村   事務局 (NTTデータ経営研究所)</p>	
<p>厚生労働省 パソコン</p> <p>講師 パソコン</p> <p>オブザーバー パソコン</p>	<p>北海道 パソコン+スクリーン等</p> <p>Internet</p> <p>北見市 (集合会場:ホテル黒部)</p> <p>パソコン+スクリーン等</p> <p>事務局 (NTTデータ経営研究所)</p>

(2) 大分県 第1部 在宅医療・救急医療連携セミナー実施内容

令和4年10月23日(日) 13:00~16:45

大分県 在宅医療・救急医療連携セミナー 第1部 プログラム			
開始	時間	プログラム	趣旨・構成内容
13:00	5	開会挨拶	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	40	講演	講師：宮崎大学 医学部 社会医学講座 生命・医療倫理学分野 教授 板井 孝彦 先生
14:05	35	講演	講師：岩手県 釜石市 地域包括ケア推進本部 事務局長 小田島 史恵 先生
14:40	15	休憩・グループワーク準備	
セッションⅡ			
14:55	70	グループワーク	自地域の在宅医療・救急医療連携の課題についてグループ内で共有・整理
16:05	20	グループワーク 発表	各市区町村よりグループワーク（課題共有内容・対応策等）発表
16:25	15	総括	各市区町村で検討した内容について全体総括
16:40	5	事務連絡・アンケート	
16:45	—	終了	

開催方法



### (3) 第1部 セミナー 参加者

自治体	行政	消防	医師会	医療機関	介護施設	その他	計
北海道	1	1	0	0	0	0	2
北見市	6	6	1	5	3	0	21
大分県	4	1	1	0	0	1	7
中津市	4	2	4	2	7	0	19
臼杵市	2	2	1	5	0	0	10
津久見市	4	1	1	3	2	0	11
由布市	4	2	0	3	12	0	21
計	25	15	8	18	24	1	91

### (4) 第1部セミナーグループワーク

#### 本事業の背景・課題

#### ◆ 本人の意思に反した（延命を望まない患者の）救急搬送が散見される

- 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いを行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ていることや、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。

#### グループワークテーマ

#### ◆ 在宅療養者等(介護施設入居者含)の救急搬送における在宅医療関係者及び救急医療関係者間の情報連携(ルール)の課題

項目	所要時間(想定)
1. 個人ワーク	
2. グループワーク (課題共有)	50分
3. グループワーク (課題の整理・構造化)	
4. 対応策の検討・まとめ	20分
5. 各参加自治体からの発表	20分

## (5) 第1部セミナーグループワークにおける意見

### グループワークにおける意見（課題・対応策）

#### 《課題》

- 主治医との連携が一番重要であり、連絡体制の構築が必要。
- ICTの取り組みを進めることが必要。
- 冷蔵庫に入れてもらう救急情報キットはあるが、更新されていない。5年前のもの等もあるので、更新が必要である。また、現状でどの程度活用されているか不明である。
- DNARの法的根拠について、処置しないことで不法行為に問われないように進める必要がある。
- 地域住民への啓発活動が必要。40、50代に対するACPの理解も必要である。
- ACPの理解が進んでいないことが課題。令和元年度にチラシ配布したが住民理解が進んでいない。
- ACPを誰が言い始めるかという問題がある。医師がきっかけを作り、ケアマネジャーが確認・支援していくということがよいと考えている。ルール作りが必要である。
- 課題が3点ある。DNARの内容をいかに共有するか、DNARについて本人や家族からの意思表示をどう把握するか、DNARの家族間の情報共有方法をどうするかである。
- 地域の交通手段が限られるため、救急車をタクシー代わりに使われてしまうことがある。交通手段について検討する必要もある。
- 職能団体の研修を実施して、意識改革していくことが必要である。

#### 《対応策》

- 市独自でお薬手帳に挟んで普及啓発する取り組みや終活講座を進めている。
- 市が中心になって進めていく必要がある。
- 市民の方にも理解していただく事が重要である。
- 1人暮らしの人、判断能力がない人に対する対応が必要。各専門職が関わる必要がある。
- 救急搬送要請時は、気が動転してしまうことが多いので、救急対応を含め全体として解決しないといけない。
- ACPアドバイザーを市内で養成していきたい。また、既存のリソースであるケアマネジャー協議会、高齢者サロン、ホットライン、オンライン上の情報共有ツール等を活用していく。
- ACPに関連するノートの運用等を進めたい。
- 施設での看取りが少ないのではないかと考えており、まずは現状を知る必要があると思われる。アンケート等で把握していく。
- 本人、家族の思いを把握できていない。ルール作りどうするかが課題。医療連携推進事業の中で検討を進めていきたい。
- 本人の意思確認ができていない。入所時に施設側で確認できていないので、ひな型等を作って把握していく。
- 地域包括支援センターから、家族介護力が低下していて、本人の意思を確認することも困難になっているという意見もある。

## (6) 第1部 セミナーアンケート



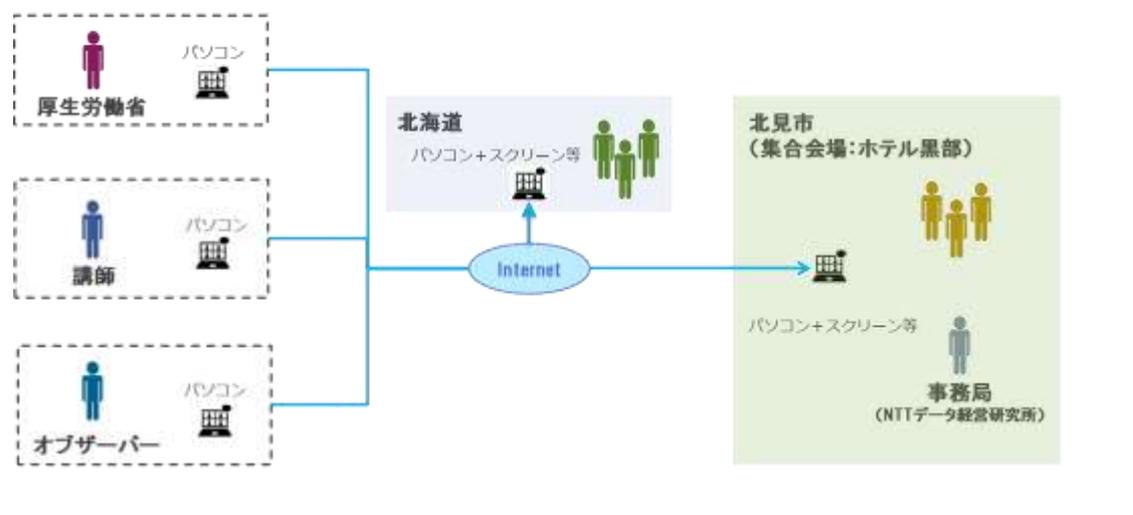
## 2-4 第2部 在宅医療・救急医療連携セミナー

### (1) 北海道 第2部 在宅医療・救急医療連携セミナー

令和4年12月10日(土) 13:30~15:30

北海道 在宅医療・救急医療連携セミナー 第2部 プログラム			
開始	時間	プログラム	趣旨・構成内容
13:30	5	開会挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課
セッションⅠ			
13:35	10	前回振り返り	事務局
13:45	30	講演	講師：医療法人永寿会陵北病院 院長 田中 裕之 先生
セッションⅡ			
14:15	60	グループワーク	自地域の在宅医療・救急医療の情報連携(ルール)の対応策について
15:15	10	総括	グループで検討した内容から今後の取り組みに向けた総括
15:25	5	事務連絡・アンケート	
15:30	—	終了	

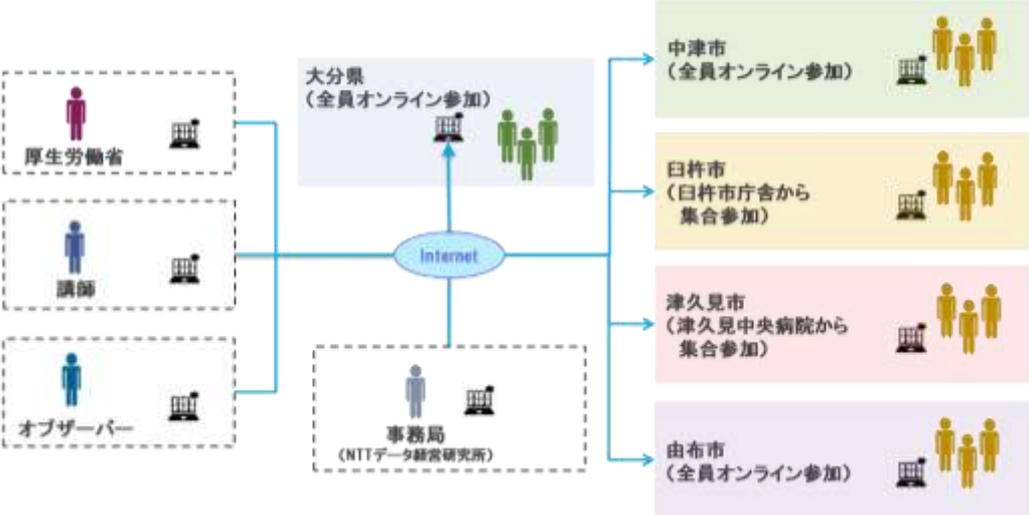
開催方法	
<p>凡例：   厚生労働省   講師   オブザーバー   都道府県   市区町村   事務局 (NTTデータ経営研究所)</p>	
	

(2) 大分県 第2部 在宅医療・救急医療連携セミナー

令和4年12月18日(日) 13:30~16:00

大分県 在宅医療・救急医療連携セミナー 第2部 プログラム			
開始	時間	プログラム	趣旨・構成内容
13:30	5	開会挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課
セッションⅠ			
13:05	40	講演	講師：医療法人永寿会陵北病院 院長 田中 裕之 先生
13:45	40	講演	講師：臼杵市医師会立コスモス病院 副院長 舩友 一洋 先生
14:25	15	休憩	
セッションⅡ			
14:40	60	グループワーク	自地域の在宅医療・救急医療の情報連携 (ルール)の対応策について
15:40	15	総括	グループで検討した内容から今後の取 組みに向けた総括
15:55	5	事務連絡・アンケート	
16:00	—	終了	

開催方法	
<p>凡例：   厚生労働省   講師   オブザーバー   都道府県   市区町村   事務局 (NTTデータ経営研究所)</p>  <p>The diagram illustrates the event format. On the left, three dashed boxes represent participants: '厚生労働省' (Ministry of Health, Labour and Welfare), '講師' (Lecturer), and 'オブザーバー' (Observer). In the center, a box labeled '大分県 (全員オンライン参加)' (Oita Prefecture (All online participation)) is connected to an 'Internet' hub. Below the hub is a box for '事務局 (NTTデータ経営研究所)' (Secretariat (NTT Data Management Research Institute)). On the right, four boxes represent local municipalities: '中津市 (全員オンライン参加)' (Nakatsu City (All online participation)), '臼杵市 (臼杵市庁舎から集合参加)' (Utsunomiya City (Group participation from Utsunomiya City Hall)), '津久見市 (津久見中央病院から集合参加)' (Tsukumi City (Group participation from Tsukumi Central Hospital)), and '由布市 (全員オンライン参加)' (Yubu City (All online participation)).</p>	

### (3) 第2部セミナー参加者

自治体	行政	消防	医師会	医療機関	介護施設	その他	計
北海道	1	1	0	0	0	0	2
北見市	7	2	1	4	3	0	17
大分県	5	0	0	2	0	0	7
中津市	4	2	5	0	6	0	17
臼杵市	2	2	6	0	5	0	15
津久見市	4	1	1	4	3	0	13
由布市	3	0	0	0	10	0	13
計	26	8	13	10	27	0	84

### (4) 第2部セミナーグループワーク

#### 本事業の背景・課題

#### ◆ 本人の意思に反した（延命を望まない患者の）救急搬送が散見される

- 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いを行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ていることや、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。

#### グループワークテーマ

#### ◆ 在宅療養者等(介護施設入居者含)の救急搬送における在宅医療関係者及び救急医療関係者間の情報連携(ルール)の対応策と今後の会議体について

項目	所要時間(想定)
1. 個人ワーク	5分
2. グループワーク (課題の整理)	45分
3. グループワーク (対応策検討)	
4. まとめ	10分
5. 各参加自治体からの発表	20分

## (5) 第2部セミナーグループワークにおける意見

### グループワークにおける意見（対応策）

#### 《対応策：会議体》

- 会議体を増やしすぎず対応していく。当市では看取介護加算に基づいてシステムティックに考えられている。

#### 《対応策：ACP》

- 前回のセミナーで情報連携ルールや ACP の理解、本人の意思確認等の課題があった。今回は ACP の普及啓発をどう進めるか対策を検討した。
- ACP の理解推進の広報活動は行ったが、講演会はコロナの影響がありできなかった。市民全員に対する周知はハードルが高いため、施設に入所している方やケアマネジャーがついているようなリスクの高い方に対し共有していった方よいのではないかという意見があった。
- ACP の導入はケアマネジャーの立場を考えていながら役割を確立していく必要がある。市民の普及啓発も必要。
- 施設に入所している方で持病等がある方は、ACP について考える機会が多くあるが、元気な方に対してどう周知するかは課題である。行政からの周知が必要ではないかという意見があった。協議会でも対応検討していきたい。
- 新しい課題として、ACP について、主治医とは話す、ケアマネジャーに伝わっていないという意見があった。地域医療情報ネットの有効活用に向けた話し合いが必要という意見があった。

#### 《対応策：救急情報キット・記録シート》

- 救急情報キット（お守りキット）は更新できていない方が、情報更新できるようにする必要がある。また、搬送時の意思も入れていただき、連絡ノートという共通ツールに延命に関する項目を追加するとよいのではないかという意見があった。
- 情報共有シートはあるが、大分県や社会福祉協議会の ACP の普及啓発の資料も使って、独自で作ってほしい。
- 同意書やフローを作っているが、マニュアルがなく運用されていないため、しっかり運用していく必要があるという意見があった。

#### 《対応策：研修》

- 消防からは DNAR についての理解や認識がバラバラであるという意見があった。専門職を対象にした DNAR についての研修会が行えると望ましい。
- 今回のセミナーをイベントとして終わらないように、継続して検討していくことが重要。
- 様々な課題が挙げられているが、それぞれの機関が課題をとらえて切れていない。将来的にはアドバイザー等が対応しないといけないのではないか。
- 家族が救急搬送時の対応をイメージできていないと、望まない搬送につながる可能性がある。早い段階で一連のストーリーの中で、家族と考えていく形が望ましい。本人の決定と家族の心構えが必要。

## (6) 第2部セミナーアンケート



※セミナー時に使用した資料について本報告書の第2部付属資料として収録した。

## 【3】在宅医療・救急医療連携の取組紹介

### 3-1 広島県 広島市（佐伯区）

広島市 佐伯区	
面積	225.22k m <sup>2</sup>
国勢調査人口（2015年）	136,699人
国勢調査人口（2020年）	139,563人
人口増減率（2015～2020年）	2.1%（※全国平均-0.8%）
高齢化率（65歳以上・2020年）	27.1%（※全国平均28.0%）
人口密度（2020年）	619.7人/k m <sup>2</sup> （※全国平均338.2人/k m <sup>2</sup> ）



The map shows the geographical context of Hiroshima City, with Saijo-ku highlighted in red. It includes major roads, rivers, and surrounding areas like Hiroshima Bay. The map is sourced from the National Imagery and Mapping Agency (NIMA) and USGS.

#### 【医療・介護の需要】

広島県は人口2,843,990人、人口密度は335人/km<sup>2</sup>である。第1号被保険者人口（65歳以上人口）は783,315人、高齢化率（65歳以上人口割合）は28%と全国平均レベルである。

広島市佐伯区は、広島二次医療圏に属している。人口は136,699人、人口密度は607人/km<sup>2</sup>である。第1号被保険者人口（65歳以上人口）は33,949人、高齢化率（65歳以

上人口割合)は25%と全国平均レベルである。高齢者の世帯数は18,594、うち夫婦世帯は41%と高く、高齢者の独居世帯は29%と低い。死亡場所が自宅の割合は11%とやや低く、老人ホームの割合は7%と全国平均レベルである。広島市佐伯区の人口は、2025年に138,329人(2015年比+1%)、2040年に133,580人(2015年比-2%)と推計されている。75歳以上は2015年14,832人が、2025年に24,783人(2015年比+67%)、2040年に28,772人(2015年比+94%)と推計されている。平均寿命は、男性が81.7歳と全国平均より高く、女性が88歳と全国平均より高い。

### 【医療資源等について】

施設種類の施設数	広島市 佐伯区	人口10万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所合計	92	65.9	69.8	-3.9
病院	9	6.5	6.5	0.0
歯科	68	48.7	53.4	-4.7
薬局	59	42.3	48.3	-6.0
在宅療養支援診療所(強化型)	0	0.0	0.2	-0.2
在宅療養支援診療所(連携型)	6	4.3	2.9	1.4
在宅療養支援診療所(その他)	15	10.8	8.4	2.4
在宅療養支援診療所合計	21	15.1	11.5	3.6
在宅療養支援病院1: 機能強化型(単独型)	0	0.0	0.2	-0.2
在宅療養支援病院2: 機能強化型(連携型)	1	0.7	0.4	-0.4
在宅療養支援病院3: その他	1	0.7	0.8	-0.1
在宅療養支援病院合計	2	1.4	1.4	0.1
在宅療養後方支援病院合計	0	0.0	0.4	-0.4
訪問歯科合計	11	7.9	6.9	1.0
訪問薬局合計	27	19.4	18.2	1.2

出所：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」より

施設種類別の施設数・事業所数 定員数・職員数	広島市 佐伯区	75歳以上 1,000人当り	全国平均 75歳以上 1,000人当り	差異
総高齢者施設・住宅定員数	2,107	142	104	38
老健定員数	362	24	23	1
特養定員数	418	28	33	-5
グループホーム定員数	279	18.8	12.5	6.1
特定施設定員数	193	13.0	17.4	-4.4
訪問介護事業所数	36	2.4	2.0	0.4
訪問看護事業所数	10	0.7	0.7	0
通所介護事業所数	42	2.8	2.7	0.1
通所リハ事業所数	13	0.9	0.5	0.4
訪問入浴事業所数	1	0.1	0.1	0
短期入所事業所数	16	1.1	0.7	0.4
居宅介護支援事業所数	43	2.9	2.5	0.4
介護サービス従事者職員数	1,519	102	93	9

出所：日医総研「地域の医療介護提供体制の現状-市区町村別データ集(第5版)」

広島市佐伯区の医療資源の特徴として、人口あたりの在宅療養支援診療所数は多い。その他、人口あたりの病院数、診療所数、在宅療養支援病院、訪問歯科、訪問薬局当は全国平均レベルである。また、介護サービスにおいて、75歳以上の人口あたりでは、総高齢者施設・住宅定員数は多く、その他の介護サービス事業所数は、全国平均レベルである。

**【今後の取組について】** (※出所：第8期広島市高齢者施策推進プラン)

広島市では、75歳以上の高齢者の更なる増加を踏まえ、慢性疾患や認知症等によって医療と介護の双方が必要な状態になっても、できる限り人生の最期まで在宅で暮らしたいという高齢者のニーズに対応していくため、在宅医療の充実を図るとともに、医療や介護サービスをより円滑に提供することができるよう、在宅医療・介護連携を推進し

ていく。

医療と介護の双方のニーズが高い傾向にある後期高齢者が増加する中で、高齢者が住み慣れた地域において安心して暮らすことができるよう、医療・介護サービスを適切に提供する必要がある、そのために不可欠な在宅医療の量的な充実が求められることから、「在宅医療の量的拡充」を目標項目に設定し、「訪問診療・往診の受給状況」の増加を図る。在宅医療の量的拡充として、訪問診療・往診の受給状況の対前年度比増を目指している。また、在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を推進することで、住み慣れた自宅で人生の最期を迎えたいという市民の半数以上が望んでいるニーズに応えていく観点から、「自宅等の在宅で最期まで暮らした人の増加」を目標項目に設定し、「自宅等の在宅で最期まで暮らした人の割合」の増加を図る。自宅等の在宅で最期まで暮らした人の割合の対前年度比増加を目指している。これらの目標の達成に向けて、以下3点に取り組む。

#### ① 在宅医療に取り組む機関・人材の確保と育成

在宅医療の担い手の拡大と疾病や診療内容に応じた対応力の向上を図るため、医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の職種ごとや多職種合同の同行研修等に加え、開業を目指す医師や若い世代の医師を中心に在宅医療に取り組む意欲のある者を対象とする在宅医療制度等の研修を行うことで、各機関の在宅医療提供体制の充実に取り組む。

増加が予想される終末期ケアや在宅看取りへの対応を視野に入れ、医療・介護関係者へのACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及と在宅看取りの対応力の向上を図る。医療ニーズの高い要介護者等が安心して在宅生活を送れるよう、介護と看護が密接に連携してサービス提供を行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護の介護サービス事業所の整備を促進するなど、在宅医療・介護サービス提供基盤の充実を図る。また、事業者の参入に当たっては、看取り介護への対応を含めその事業計画を評価し、サービスの質の向上に取り組んでいく。

## ② 在宅医療を支える病診連携・診診連携・多職種連携・後方支援体制の確保

在宅移行を視野に入れた地域連携パス（急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでの治療計画を作成し、治療を受ける複数の医療機関で共有して用いるもの）の活用等によって、病院と診療所、診療所と診療所など医療機関相互の連携強化を図る。

入院から在宅医療・介護への移行を円滑にするため、入院中の担当医師や看護師、医療ソーシャルワーカー、在宅医療を担う医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、地域包括支援センター職員（社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師等）、ケアマネジャー（介護支援専門員）、居宅・地域密着型・施設サービスに携わる職員等の多職種による退院前カンファレンス（検討会）やケアプランに係るサービス担当者会議を開催する。医療・介護関係者等の多職種が、入退院期における情報を共有し、在宅療養患者のニーズに応じて医療・介護サービスを一体的に提供することができるよう、効果的・効率的な連携ツール等の整備について検討していく。各区に設置している「在宅医療相談支援窓口」において、在宅療養患者の緊急時等の入院受入機関の調整、在宅医療に関する相談など、主に医療機関からの相談に対応する。また、緊急時等における入院病床を提供する後方支援医療機関のネットワーク化、在宅医療を担うかかりつけ医と専門医等における相互連携などに取り組む。

在宅療養している高齢者の「口から食べることができること」を支え、そのQOL（生活の質）を高めるため、摂食嚥下・口腔ケアの対応力向上に向けて多職種連携に取り組む。終末期においては、それまで訪問診療等を利用していたものの、救急搬送され病院で亡くなるケースも一定程度見られることから、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実践のほか、看取りに向けた多職種連携を図る。市及び各区に、医療関係者と介護関係者等で構成する在宅医療・介護連携推進委員会を設置し、市レベル・区レベルそれぞれの在宅医療の充実と在宅医療・介護連携を推進するための具体的方策等について協議し、関係者が協働して取組を推進する。特に、北部地域においては、暫定的に運

営を開始した地域包括ケアシステムを支える基幹的な役割を担う拠点を、安佐市民病院の北館に整備する病院の開設に併せて本格稼働させ、在宅療養への移行支援や在宅療養を支える人材の育成などに取り組む。

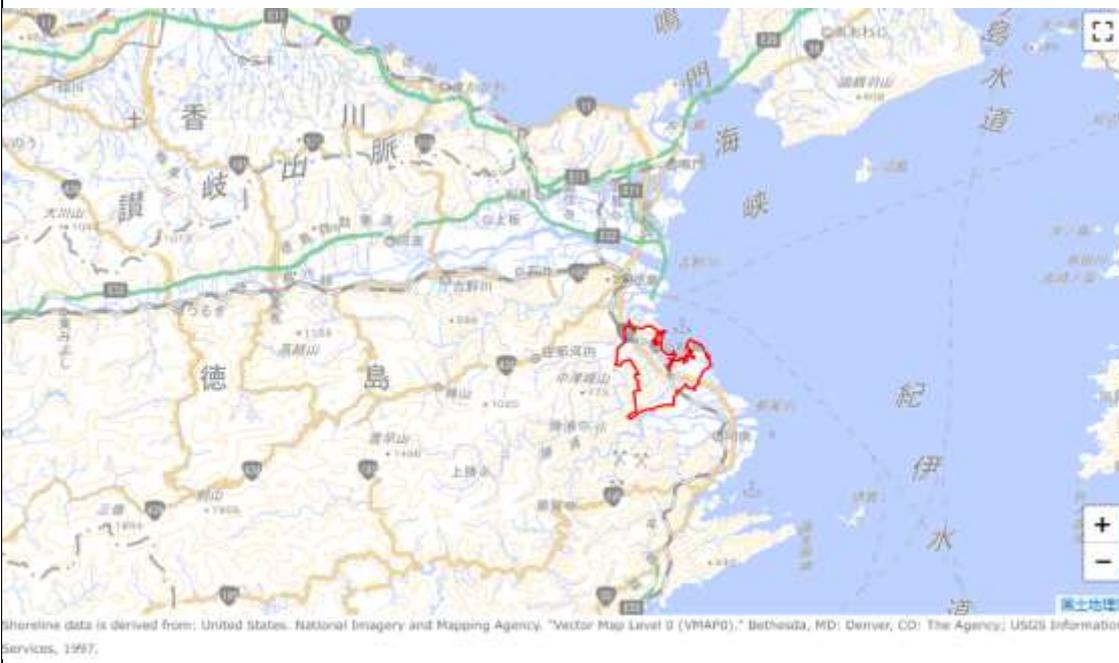
各日常生活圏域においては、区地域包括ケア推進センターと地域包括支援センターが中心となって、区医師会等と連携し、医療・介護関係者等の多職種による情報交換会等を定期的に行い、多職種・同職種同士の顔の見える関係づくりやケアの質の向上を図る。

### ③ 在宅医療に関する市民啓発

在宅療養が必要になった際、サービスを適切に選択し在宅療養を継続して送ることができるよう、在宅医療や介護、終末期ケアのあり方や在宅での看取り、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）等に関して、講演会や教室の開催、パンフレットの配布など、様々な機会を捉えて積極的に広報活動に取り組むことで、在宅医療・介護の理解促進を図る。家族介護教室等により介護者の負担軽減とともに、在宅医療を含む在宅ケアの向上を図る。また、在宅における介護の限界点を高めることができるよう、介護の経験が豊富な特別養護老人ホームの職員が、要介護高齢者等を在宅で介護する家族等に対して、介護に関する相談や介護の方法等の助言を行う取組を支援する。

### 3-2 徳島県 小松島市

徳島県 小松島市	
面積	45.37k m <sup>2</sup>
国勢調査人口（2015年）	38,755人
国勢調査人口（2020年）	36,149人
人口増減率（2015～2020年）	-6.7%（※全国平均-0.8%）
高齢化率（65歳以上・2020年）	34.7%（※全国平均28.0%）
人口密度（2020年）	796.8人/k m <sup>2</sup> （※全国平均338.2人/k m <sup>2</sup> ）



A topographic map of Tokushima Prefecture, Japan. The city of Komatsushima is highlighted with a red outline on the eastern coast. The map shows major roads, rivers, and geographical features like the Seto Inland Sea and the Iyodo River. The city name '小松島市' is written in Japanese characters on the map.

出所：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」より

#### 【医療・介護の需要】

小松島市は、南部二次医療圏に属している。人口は38,755人、人口密度は854人/km<sup>2</sup>である。第1号被保険者人口（65歳以上人口）は11,991人、高齢化率（65歳以上人口割合）は31%と高い。高齢者の世帯数は5,935、うち夫婦世帯は36%とやや高く、高齢者の独居世帯は33%と全国平均レベルである。死亡場所が自宅の割合は12%と全国平均レベル、老人ホームの割合は2%と低い。小松島市の人口は、2025年に34,437人（2015年比-11%）、2040年に27,191人（2015年比-30%）と推計されている。75歳以上は

2015年5,899人が、2025年に7,224人(2015年比+22%)、2040年に6,848人(2015年比+16%)と推計されている。要介護数(認定者)は1,556人、要介護認定率は13%と全国平均レベルである。うち要介護3以上は726人、要介護者数に占める割合は47%とやや低い。要介護数(認定者)は、全国認定率を用いた推計によると、2025年に1,808人(2017年比+16%)、2040年に2,093人(2017年比+35%)と推計された。平均寿命は、男性が80.5歳と全国平均並み、女性が86.3歳と全国平均より低い。

### 【医療資源等について】

施設種類の施設数	小松島市	人口10万人 あたり施設数	全国平均	差異
一般診療所合計	24	66.4	69.8	-3.4
病院	7	19.4	6.5	12.9
歯科	19	52.6	53.4	-0.8
薬局	24	66.4	48.3	18.1
在宅療養支援診療所(強化型)	1	2.8	0.2	2.6
在宅療養支援診療所(連携型)	1	2.8	2.9	-0.1
在宅療養支援診療所(その他)	4	11.1	8.4	2.7
在宅療養支援診療所合計	6	16.6	11.5	5.2
在宅療養支援病院1: 機能強化型(単独型)	1	2.8	0.2	2.6
在宅療養支援病院2: 機能強化型(連携型)	0	0.0	0.4	-0.4
在宅療養支援病院3: その他	4	11.1	0.8	10.3
在宅療養支援病院合計	5	13.8	1.4	12.5
在宅療養後方支援病院合計	0	0.0	0.4	-0.4
訪問歯科合計	8	22.1	6.9	15.2
訪問薬局合計	5	13.8	18.2	-4.4

出所：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」より

施設種類別の施設数・事業所数 定員数・職員数	小松島市	75歳以上 1,000人当り	全国平均 75歳以上 1,000人当り	差異
総高齢者施設・住宅定員数	531	90	104	-14
老健定員数	187	32	23	9
特養定員数	111	19	33	-24
グループホーム定員数	90	15.3	12.5	2.8
特定施設定員数	0	0	17.4	-17.4
サ高住(非特定)定員数	75	12.7	15.1	-2.4
訪問介護事業所数	13	2.2	2.0	0.2
訪問看護事業所数	5	0.8	0.7	0.7
通所介護事業所数	10	1.7	2.7	-1.0
通所リハ事業所数	10	1.7	0.5	1.2
訪問入浴事業所数	1	0.2	0.1	0.1
短期入所事業所数	2	0.3	0.7	-0.4
居宅介護支援事業所数	17	2.9	2.5	0.4
介護サービス従事者職員数	529	90	93	-3

出所：日医総研「地域の医療介護提供体制の現状-市区町村別データ集(第5版)」

小松島市の医療資源の特徴として、人口あたりの在宅療養支援病院、薬局、訪問歯科は非常に多く、在宅療養支援診療所も多い。一般診療所は全国平均を少し下回っている。また、介護サービスにおいて、75歳以上の人口あたりでは、総高齢者施設・住宅定員数、特養は全国平均を下回り、老健・グループホームは全国平均を上回り、多くなっている。その他の訪問系の介護サービス事業所数は、全国平均レベルである。

### **【在宅医療の整備に関するこれまでの取組について】**

令和3年12月16日	令和3年度小松島市在宅医療・介護連携推進研修会
令和3年12月10日	第23回小松島市在宅医療研修会
令和3年11月11日	令和3年度第1回小松島市医師会在宅医療連携運営会議
令和3年10月28日	令和3年度小松島市在宅医療・介護連携推進事業運営協議会
令和3年3月9日	第22回小松島市在宅医療研修会
令和3年2月7日	令和2年度第3回小松島市医師会在宅医療連携運営会議
令和3年2月2日	第21回小松島市在宅医療研修会
令和3年12月11日	第20回小松島市在宅医療研修会
令和3年11月13日	令和2年度第2回小松島市医師会在宅医療連携運営会議
令和3年6月25日	令和2年度第1回小松島市医師会在宅医療連携運営会議

小松島市では、小松島市医師会へ「在宅医療・介護連携推進事業」を委託し、医療・介護・行政等の関係機関によるグループワーク研修を実施し、情報共有及び在宅医療・介護連携の課題の抽出を行うとともに、小松島市医師会に相談支援を行う担当者を配置し対応している。

また、地域の医療・介護の資源を把握・周知するために、小松島市在宅医療と介護マップを作成し、市民への周知を行っている。地域住民に在宅医療・介護連携の理解を促進することを目的とし、毎年市民公開講座在宅医療講演会を実施し、在宅医療・介護連携推進事業のPRを行っているが、在宅医療・介護連携の重要性について市民に周知しきれていない面があるので、さらなる周知が必要であると考えている。

### **【今後の取組について】**（※出所：小松島市高齢者福祉計画）

小松島市では、一層の高齢化の進行に伴い、医療と介護の両方を必要とする高齢者の増加が見込まれるため、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続ける上で、医療と介護の連携の仕組みを構築することが重要な課題となっている。また、入院による急性期の治療から、リハビリテーションを含めた退院後の在宅療養へ円滑に移行し、切れ目なく適切な医療・介護サービスを提供するためには、地域での医療・介護連携の強化が重要にな

る。

医療や介護が必要な状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けることができるよう、包括的・継続的な在宅医療・介護を提供するために、医療や介護の連携体制の構築を図り、PDCAサイクルに沿った各種の取り組みを推進していく。

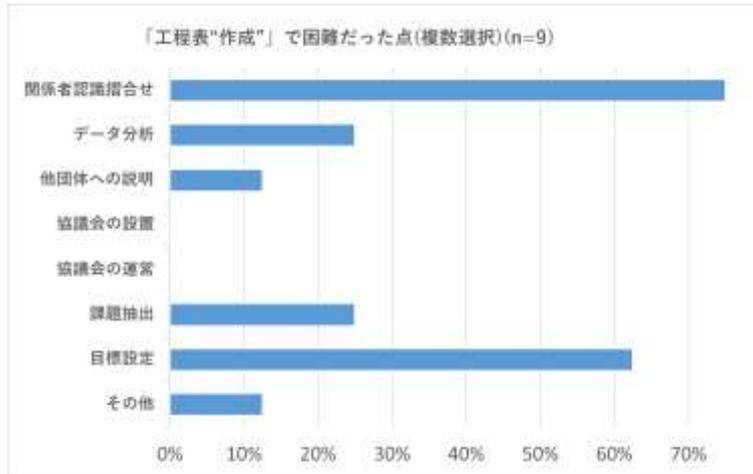
徳島県保健医療計画との整合性を図りながら医師会等関係機関との連携を密にし、退院調整、日常の療養支援、急変時の受け入れ先の調整、看取り等について、医療と介護の連携の仕組みを構築していく。また、在宅医療・介護連携推進事業により在宅医療連携運営会議や在宅医療研修会の開催などを通じて、高齢者が在宅での生活を続けていけるように医療と介護の連携に努めていく。

さらに、医療や介護関係者だけでなく、市民が人生の最終段階におけるケアの在り方や在宅での看取りについて必要な知識と理解を深めるため、市民公開講座等の普及啓発を通じて、人生最期の選択や看取りについて、考え備えるきっかけづくりを行う。

## 【4】フォローアップ調査

令和2・3年度セミナーに参加いただいた各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。

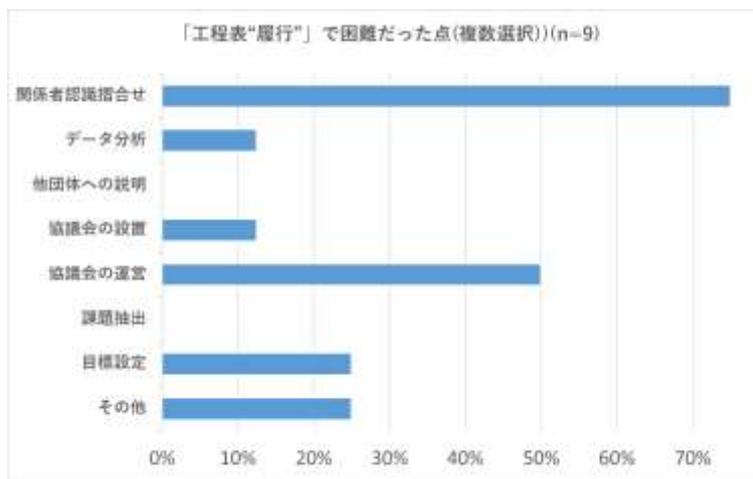
### 《1》工程表の“作成”を行うにあたって困難だった事柄【複数選択可】



#### 《1》の選択理由や具体的な内容

- セミナーに参加していない関係機関の関係者へ、在宅医療と救急医療の連携の事業目的から共有して理解していただくのに時間がかかった。
- 目標設定について救急医療、消防関係と連携して進めることが難しい。
- データ分析についてはノウハウの問題で困難であった。
- コロナの影響を受けて、予定していた事業がその通り進まず、時間が限られているため調整が困難であった。

### 《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】



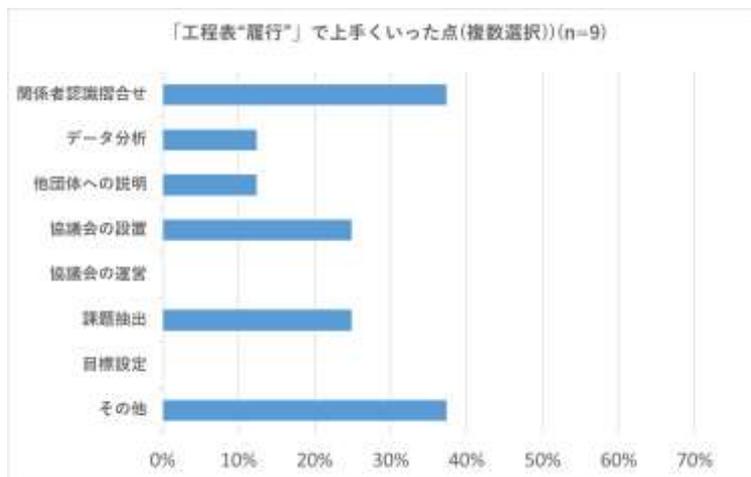
## 《2》の選択理由や具体的な内容

- コロナの影響で関係者への研修等が実施できなかったため、計画した通りに進まずに困難であった。
- 連携会議で在宅医療・救急医療連携の説明と納得を得ることも大変だった。
- 関係機関間で立場や視点が大きく異なるため調整が困難であった。
- 施設によって認識や取り組み状況に差があり、摺合せに時間がかかった。

## 《3》工程表の“履行”（支援）するにあたって工夫した点【自由記載】

- 既存で使用している救急連絡シートを再活用する方向で、必要な情報連携について話し合いをすることができたので進め易かった。
- 医師会に委託している協議会と各研修を連携して実施したことで、情報共有や関係者間の検討が進め易かった。
- コロナ禍であり、研修はオンラインを多用して実施した。
- MC協議会との情報共有を図り、工程表の取り組みについては摺り合わせをしながら実施した。

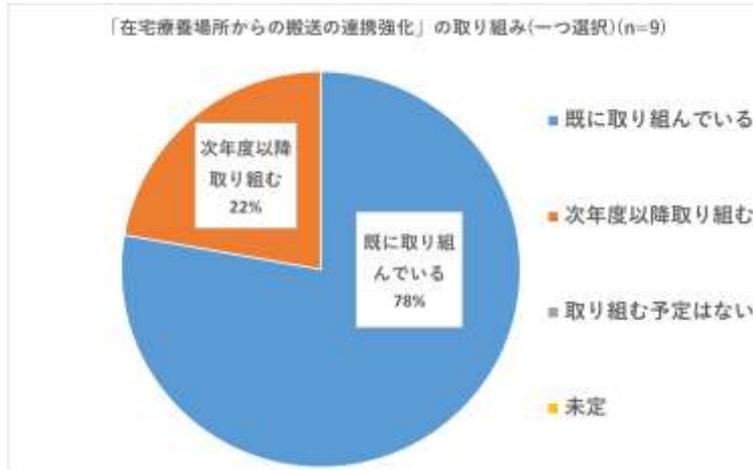
## 《4》工程表“履行”するにあたって最も上手くいった点【1つ選択】



## 《4》の選択理由や具体的な内容（抜粋）

- オンラインによる会議等により、多くの関係者間で情報共有して、取り組みを進めることができた。
- 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の対応、確認先について情報共有できた。

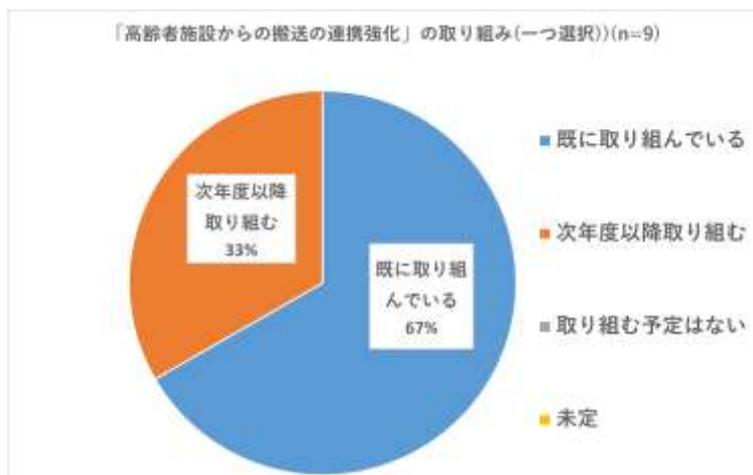
## 《5》在宅からの搬送の連携強化について、これからの取組【1つ選択】



### 《5》の選択理由や具体的な内容

- 今後、アドバンス・ケア・プランニング、人生会議の普及啓発を元気なうちから実施できるようにしていく。
- 消防との情報共有が図れることで、取り組みが進めやすくなる。今後も継続して連携会議や研修会で連携していけるようにする。
- 多職種研修を実施して取組についての報告を実施して関係者への周知を図った。今後も継続して関係者への周知に取り組む予定。
- DNAR の対応をしている施設の状況について実態調査をしていく。

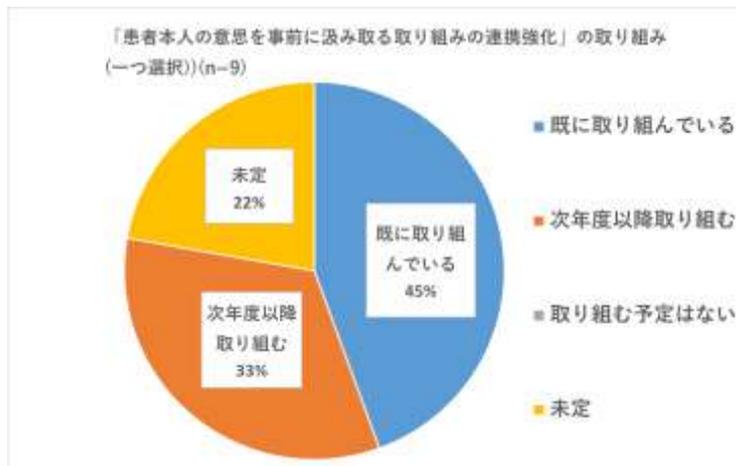
## 《6》「高齢者施設からの搬送の連携強化についてこれからの取組【1つ選択】



## 《6》の選択理由や具体的な内容（抜粋）

- 高齢者施設向けの研修について、コロナ前まで研修を開催して取り組んできていたが、コロナの影響で実施ができなくなっている。
- アドバンス・ケア・プランニングの研修を介護支援専門員等専門職に向け、地域住民に向け実施しているのを、継続して実施する。
- アドバンス・ケア・プランニングの認識を広めることから実施して、救急連絡シートについても周知した。
- 介護支援専門員、訪問看護向けのアドバンス・ケア・プランニング研修を実施するとともに、地域住民向けにはエンディングノートを活用した書き方講座を継続して実施している。

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



## 《7》の選択理由や具体的な内容（抜粋）

- 既存の多職種連携の協議会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取組みを進めている。
- 研修を実施して取り組んでいるが、ルール作成は今後の予定である。
- 消防機関との情報共有をするためのルール等については今後の取組みとなる。

## 《8》連携を進めていく上での今後の改善策（案）について

### 【財源・事業企画】

- 事業を実施するための財源の確保と事業計画の進捗管理が必要。財源については活用範囲を含めて提示して、地域ごとの事業計画の進捗状況をモニタリングすることが重要である。

- 地域における医療・介護提供体制、資源の把握をして適切に配分していくことが重要。

#### 【体制・人材育成】

- 事業についてはどの単位で連携の取り組みを進めるのか、また主体はどこになるのか明確化する必要がある。
- 都道府県から市区町村への支援については、市区町村から都道府県へ必要とする支援を伝えて、できることとできないことを明確化して連携する。
- 医師会と十分に連携して在宅医療推進事業で市区町村主導型モデルを牽引していく。
- 在宅医療に携わる医療機関等と連携して取り組む地域に根差した保健師の育成関係者間の関係構築が重要。
- 人材育成が重要であり、在宅医療の地域におけるリーダーの養成や在宅医療を支える訪問看護師等の養成が必要である。

#### 【実施方法・普及啓発】

- 連携ツールの作成と普及啓発についても一体として実施する。
- 地域における実態とニーズを把握して、提供していく医療・介護サービスのあり方を検討する。
- 取り組みを進めるうえでは、市民への啓発活動が重要である。

## 【5】手引き検討会

### 5-1 手引き検討会目的

本事業においては、昨年度までに、事業報告書の附属資料とし「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」という）を作成しているものの、都道府県・市区町村へ手引きの本格的な普及展開までは行っていない。在宅医療・救急医療連携をさらに推進していくために、今後、手引きを都道府県・市区町村へ普及展開していくことを目指し、本手引き検討会において、手引きの掲載内容や先進事例の検討、充実化を図ることを目的とする。

### 5-2 検討会構成員・オブザーバー

手引き検討会の構成員・オブザーバーは以下の通りである。

#### 検討会構成員（敬称略。五十音順）

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
井本 寛子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
小田島 史恵	釜石市 地域包括ケア推進本部事務局 事務局長
田中 裕之	医療法人永寿会陵北病院 院長
◎ 細川 秀一	公益社団法人日本医師会 常任理事
松本 武浩	長崎大学病院 医療情報部 副部長
横田 裕行	日本体育大学大学院 保健医療学研究科長・教授

※ ◎は座長

#### 検討会オブザーバー（敬称略）

氏名	所属・役職
飯田 龍洋	総務省消防庁 救急企画室 救急専門官

### 5-3 手引き検討会開催概要

手引き検討会の開催概要は以下の通りである。

回数	日時	議題
第1回	令和4年 12月8日(木) 16:00~18:00	1. 厚生労働省からの挨拶 2. 委員の自己紹介 3. 座長の選出 4. 手引き内容検討について 5. 閉会について
<b>議事概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本手引きの現在の名称からすると対象が広がる。事業の目的に合わせて、本手引きの名称も変える方が望ましいのではないか。</li> <li>○ 手引きの対象をはっきりさせるのが望ましいのではないか。</li> <li>○ 救急隊、急性期病院、在宅医療、介護の情報共有が大切になる。今後の手引きの項目として立てることが望ましいのではないか。</li> <li>○ 急性期病院、慢性期病院の入口・出口問題についての連携も必要になる。それらの様々な連携を含めて、各自治体やご当地でそれぞれの事情に応じ、話し合いの中身は各自治体やご当地で決めていただく想定で、最大公約数的な会議体をこうやって作っていくということを本手引きで示すことになるのではないか。</li> <li>○ 連携においては様々なツールがあると現場としては使いづらい。できれば統一化、又は統一化されなくても整合性がとれるような情報共有ツールが必要である。</li> <li>○ 自治体内でも、在宅医療・救急医療連携の課題について、共通の認識が持っていないという課題もある。</li> <li>○ 本手引きについては、これまで作成したいろいろなツール等があるので、それらを肉付けして、使っていただくものということになると、検討会構成員が少ないのではないか。</li> </ul>		

回数	日時	議題
第2回	令和5年 年3月1日(水) 13:30~14:30	1. 第1回検討会における議論を踏まえた今後の検討会における議論の方向性について（報告） 2. 今年度の手引き（変更すべき事項）について 3. 来年度の検討会の開催方針及び検討すべき事項等について
<b>議事概要</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本手引きのタイトルは、「都道府県向け在宅医療・救急医療の連携ルール策定等に関する市町村等支援の手引き」と修正する。</li> <li>○ 今年度版の手引きについて、昨年度版の手引きから、全体の構成順の変更等を行うことについては問題ない。</li> <li>○ 来年度の検討会の開催方針に関しては、高齢者施設からの急変時対応の課題も踏まえて、在宅医療が関わるところの論点について内容をまとめて、手引きに反映することが望ましい。</li> <li>○ 今年度の手引きは、現行の望まれない救急搬送にかかわるテーマをメインとして作成する。</li> <li>○ 急変時対応として、救急搬送という医療アクセスを使うべき病態か、或いは今まで議論してきた ACP に基づいた終末期の医療を提供するのかということについて分かるような手引きができると現場において有用である。</li> <li>○ 本手引きの内容は、高齢者救急の課題にも繋がってくる。来年度以降、有識者等のご意見を踏まえて検討を続けていく。</li> <li>○ 来年度の検討会構成員には有識者を増やして検討を進める。</li> </ul>		

## 【6】本年度事業を踏まえた今後の課題

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、本人の意思に沿って、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には、関係機関間の連携体制の構築が必須であり、都道府県として、圏域・市区町村といった階層で、在宅医療と救急医療の連携が柔軟にできるように、それぞれの状況把握をした上で、支援していくことが求められている。

本事業においては、在宅医療・救急医療連携セミナー等を通じて、都道府県と市区町村における在宅医療、救急医療の連携方法について関係者による検討をしていただき、連携ルール策定に取り組んだ。

また、フォローアップ調査からは、在宅医療・救急医療の関係者間の認識の摺合せ、目標設定、協議会の運営に関する課題が多く挙げられた。所属する関係機関の立場による認識の相違もあり、会議体の設置の前段階で、十分に在宅医療・救急医療連携についての課題の共通理解を進めておくことが必要である。フォローアップ調査内容の「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」についての課題の共通理解は進んでいて取組が進められている一方で、「患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化」をしている自治体は半数には達しない。患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化は、関係機関間の連携はもちろんのこと、患者本人やご家族等への「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」の普及啓発や、救急情報シート等の事前意思確認書類等についての理解促進が重要であり、地域住民への浸透には時間を要する取り組みであり、長期的なアプローチが重要である。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り、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）や、課題の難易度（課題解決ためには相当の予算が必要である等）も考慮して、優先順位をつけて検討を進めていくことが重要である。

今年度の本事業における事業効果としては、合計4回の在宅医療・救急医療連携セミ

ナー及びフォローアップ調査、手引き検討会等において出されたご意見により、在宅医療・救急医療連携の取り組みを進める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。一方で、在宅医療と救急医療の連携については、モデル都道府県や市区町村の関係機関（行政機関、消防機関、医師会等関係機関、医療機関、介護施設等）のみならず、全国の都道府県や市区町村へ在宅医療・救急医療連携の取り組みを広げていくことが課題である。全国の都道府県、市区町村へ取り組みを広げていくためには、「都道府県向け在宅医療・救急医療の連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き」が重要なツールとなるため、今後検討を進めていくことが望ましい。

本事業においては今後も、モデル都道府県、市区町村がセミナーに参加いただき、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・更新（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 サイクルを継続的に回していくことで、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ことが重要である。

厚生労働省 令和4年度

在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業一式

令和5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二丁目7番9号

Tel. 03-5213-4171 (代表)