

令和 **4** 年度

[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**

概要版

本手引きについて

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

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

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

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

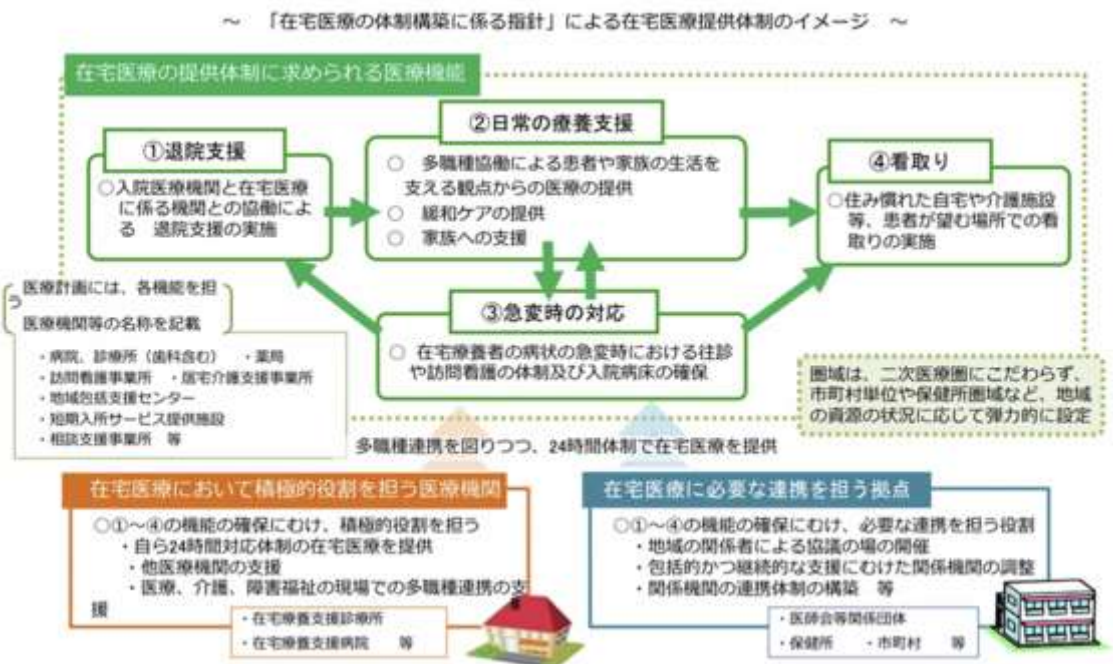
在宅医療・救急医療連携について

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

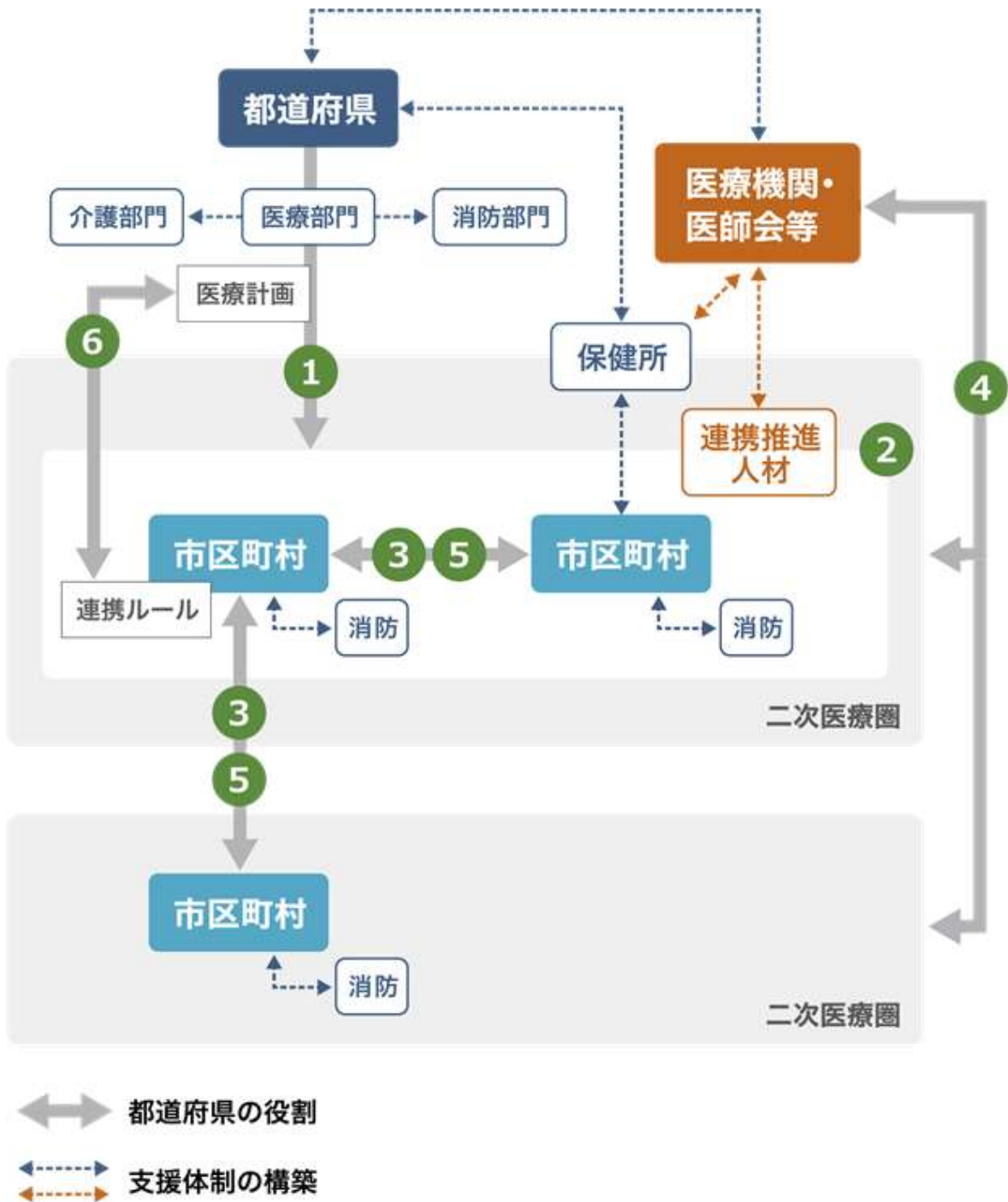
高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送件数は増加の一途を辿っている中で、在宅で最期まで療養することを希望する本人の病状が急変した際に、本人の意思に沿わない救急搬送が増加することが懸念されており、地域において、本人の病状や希望する療養場所、延命措置に対する希望等、本人の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築が喫緊の課題となっています。

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

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



(2) 都道府県の役割



① 情報発信 必要なデータの分析・活用支援

- 市区町村の在宅医療・救急医療連携における現状把握および課題分析支援のために役立つ情報が求められる
- 市区町村では収集が困難な情報の提供と分析支援が求められる
(例)
 - A) 在宅医療及び救急医療に対応する医療機関の情報
 - B) 搬送困難事例についての情報
 - C) 都道府県内の在宅・高齢者施設等からのそれぞれの搬送件数に関する情報
 - D) 在宅医療・介護に関する診療報酬・介護報酬の算定状況
 - E) 死亡者数・死亡場所等の人口動態に関する情報

<補助的な支援>

- 地域の医療や福祉人材の育成機関である大学等の教育・研究機関からの協力の獲得
- 市区町村の取組に関し地域差がみられる場合、要因分析を実施の上、支援
- 必要なデータは、可能ならば市区町村別に整理した上で提供

<研修等を介した支援>

- 在宅医療・救急医療連携に関する取組について研修会等で情報発信
- 在宅医療・救急医療連携推進に効果的な事業立案とその評価方法等をテーマとした研修の実施（対象：市区町村及び地域包括支援センター職員等）
- 保健所や大学等と連携した上で、提供データの活用及び分析方法に関する説明会や研修の実施（対象：市区町村担当職員等）

② 人材の育成

- 在宅医療・救急医療連携推進のための研修会、特に多職種連携、在宅医療と救急医療、消防機関との連携ができる研修会
- 人材の育成においては、市区町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材、市区町村で事業を総合的に進める人材等を育成する

- 郡市医師会等に在宅医療・救急医療連携のためのコーディネーターを都道府県と都道府県医師会と連携の上、配置。コーディネーターによる市区町村内で事業を推進する人材の一定水準の実務能力の確保を目的とした研修の実施（知識の獲得支援）や資材（手引きや様式等）提供及び意見交換を場の確保
- 研修会の企画ならびに開催もしくは、開催支援（都道府県医師会所属医師や各種専門職団体等に講師派遣依頼、研修会場の提供等）の実施

＜補助的な支援＞

- コーディネーターの活動計画の策定。各計画（市区町村の計画、圏域内の地域医療計画等）との連動及び圏域内の体制を構成する各主体の役割等を考慮することを通じ、都道府県における連携推進人材育成

③ 他市区町村の取り組み事例の横展開

＜研修等を介した支援＞

- 都道府県内外の大学等の教育・研究機関の講師を派遣し、派遣された講師による他自治体の先進的な取組等の紹介
- 市区町村や郡市医師会等の関係団体の担当者を対象とした、他市区町村の先進事例を学ぶ研修やグループワークを実施

④ 関係団体との調整

- 在宅医療を担う関係機関（在支診、在支病を含む）間の体制構築や在宅医療を担う医師のグループ制ならびに後方支援病床の確保等の取組が必要な場合、都道府県は都道府県医師会等と密接に連携し、郡市区等医師会や市区町村に対し取組に係る支援を実施
- 都道府県は必要に応じてメディカルコントロール協議会との連携を図り、市区町村等の連携ルール策定支援を実施

<補助的な支援>

- 都道府県医師会と連携の上、保健所等を活用し、入退院に係る地域ルールや連携に必要な共通様式の作成及び運用

<研修等を介した支援>

- 全県又は二次医療圏を単位とした入退院連携に係る看護師、MSW¹等の医療専門職および介護支援専門員向けの研修の実施
 - A) 医療専門職向け研修内容：退院支援及び介護連携等
 - B) 介護支援専門員向け研修内容：在宅医療の基礎知識及び医療連携等

⑤ 広域連携が必要な事項について検討・支援

- 都道府県は、医師会等関係団体との連携や、保健所等を活用し、複数市区町村による共同実施に向けた関係者間の調整支援実施
- 都道府県は、医師会等関係団体や保健所等を各圏域内の市区町村の取組に対する主体的な支援機関に位置づける等、重層的な推進支援体制の構築
- 都道府県は、必要に応じて都道府県において所管するメディカルコントロール協議会と情報連携して、市区町村への情報連携及び支援等を実施

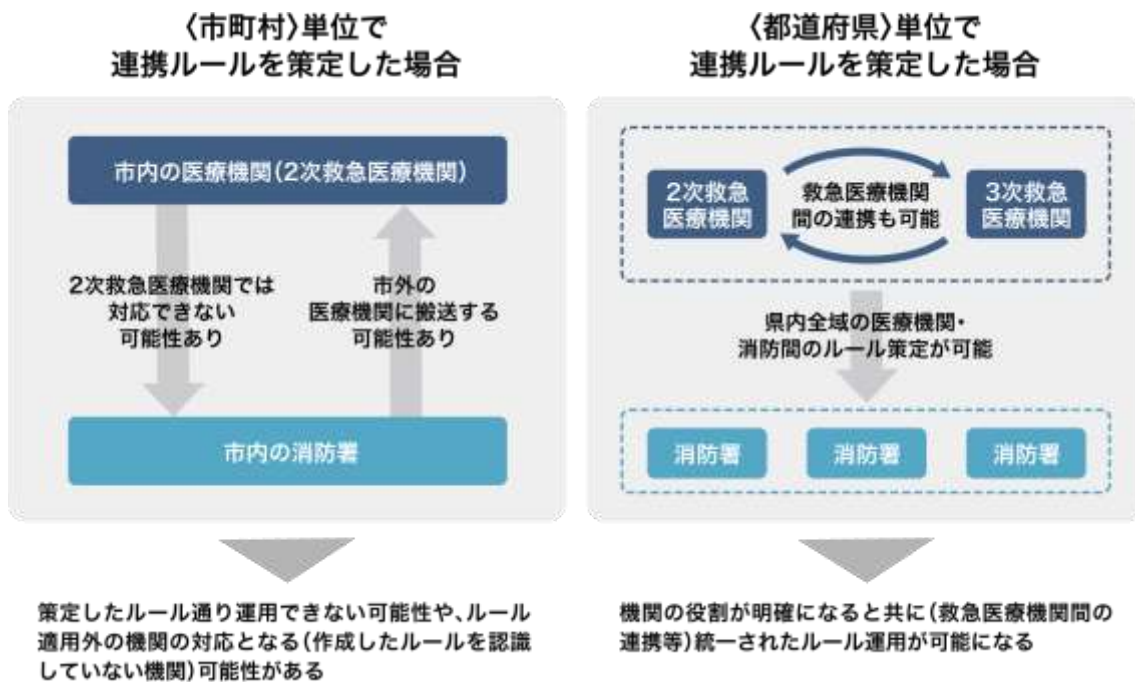
<補助的な支援>

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

<研修等を介した支援>

- 都道府県内外における先行事例や好事例について整理の上、市区町村や居宅事業担当者を対象とした研修および情報交換の場の設置

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

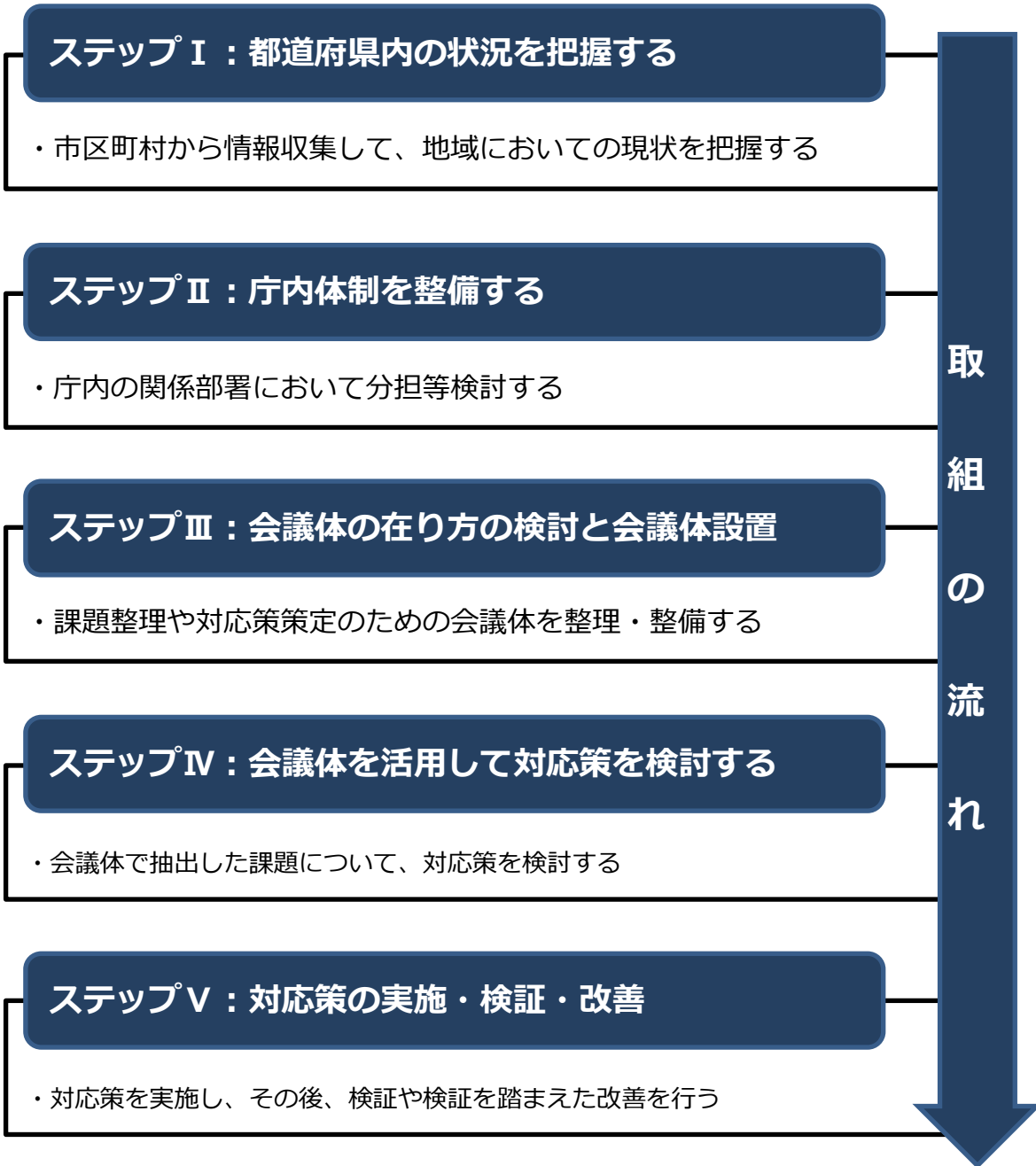


⑥ 他の計画や取組との整合性の確認

- 都道府県が取組を進めるにあたっては、医療計画や介護保険事業（支援）計画等の計画との整合性の確保が求められる。都道府県は実施すべき医療政策全体を見据えた市区町村支援等の各種施策を展開

(例)

- A) 医療法で定める基本指針・医療計画
- B) 介護保険法で定める基本指針・介護保険事業支援計画
- C) メディカルコントロール協議会作成プロトコール等



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

連携ルール策定に向けた地域の資源・状況・課題の把握

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

■ 課題例（都道府県）

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

■ 課題例（市区町村）

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

連携ルール策定を行う会議体における運営

■ 会議体運営におけるポイント

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

- 救急医療関係者、在宅医療・介護関係者、行政関係者の考え方には隔たりがある場合もある。「顔の見える関係の構築」を行い、地域での共通課題を認識するようにした
- 連携の方法として、行政機関と1団体との打ち合わせ（1次連携）、行政機関が仲介した意見交換等が目的の複数職種間の連携（2次連携）、地域の関係者全体において承認を得る目的の協議会等多職種連携（3次連携）ですすめた
- 自治体、医師会、医療機関間で情報共有することで、同じ方向性をもって、取組を進めた
- 共通の目標設定（搬送時間等）を設けて、ベクトルを合わせて取り組む
- 学識経験者に様々な情報を報告し、相談をしながら進めた
- 既存のデータを活用することで効率化した
- 資料作成や説明等の事務的負担を分担した

令和 **4** 年度

[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

目次

1 はじめに	15
本手引きの位置づけ	15
2 連携ルール策定の目的	18
(1) 背景	18
(2) 目的	18
(3) 対策	18
3 在宅医療・救急医療連携について	19
(1) 在宅医療・救急医療連携とは.....	19
(2) 都道府県の役割.....	21
(3) 市区町村の役割.....	33
4 連携ルール策定支援の手順	35
(1) 連携ルール策定に向けた地域の資源・課題の把握.....	35
(2) 連携ルール策定を行う会議体の設置.....	42
(3) 連携ルール策定の会議体構成員の選任.....	43
(4) 連携ルール策定を行う会議体運営.....	46
5 在宅医療・救急医療連携事例	52
(1) 都道府県・市区町村の取組事例.....	52
(2) 連携実績モニタリング指標例.....	62

1 はじめに

本手引きの位置づけ

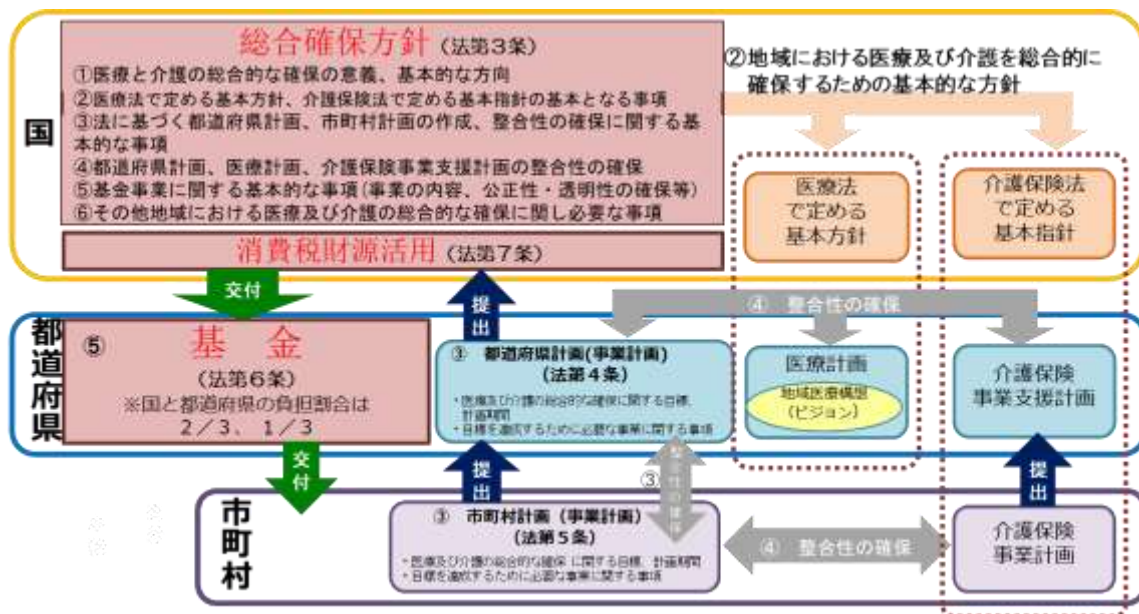
本手引きは、都道府県が、市区町村とともに患者情報の連携ルール策定等の在宅医療・救急医療の連携推進に取り組まれる際に活用いただくことを想定しています。

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

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

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

【図】 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な仕組み



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

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

(抜粋)

(都道府県計画)

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

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

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

二 前号の目標を達成するために必要な次に掲げる事業に関する事項

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

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

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

ニ 医療従事者の確保に関する事業 ホ 介護従事者の確保に関する事業

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

三 その他地域における医療及び介護の総合的な確保のために必要な事項

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

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

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

(基金)

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

(財源の確保)

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

2 連携ルール策定の目的

(1) 背景

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

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

(2) 目的

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

(3) 対策

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

先進的な市区町村では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅療養者等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定や、人生の最終段階の医療・ケアをどのように考えていくか等についての住民向け普及・啓発に取り組んでいます。

このような取組を参考に、必要に応じて、複数の市区町村を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等を策定するための工程が進むよう、重点的な支援を行うことが求められます。

また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重されるための環境整備を進めることを目指しています。

3 在宅医療・救急医療連携について

(1) 在宅医療・救急医療連携とは

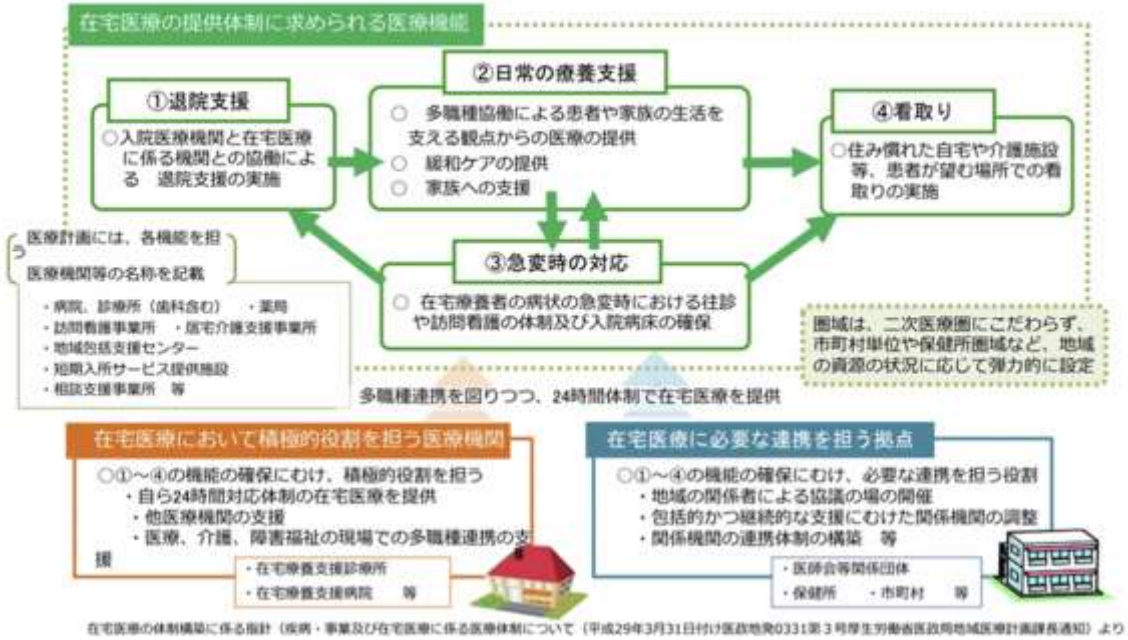
医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、本人の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備が求められています。

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

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

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

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

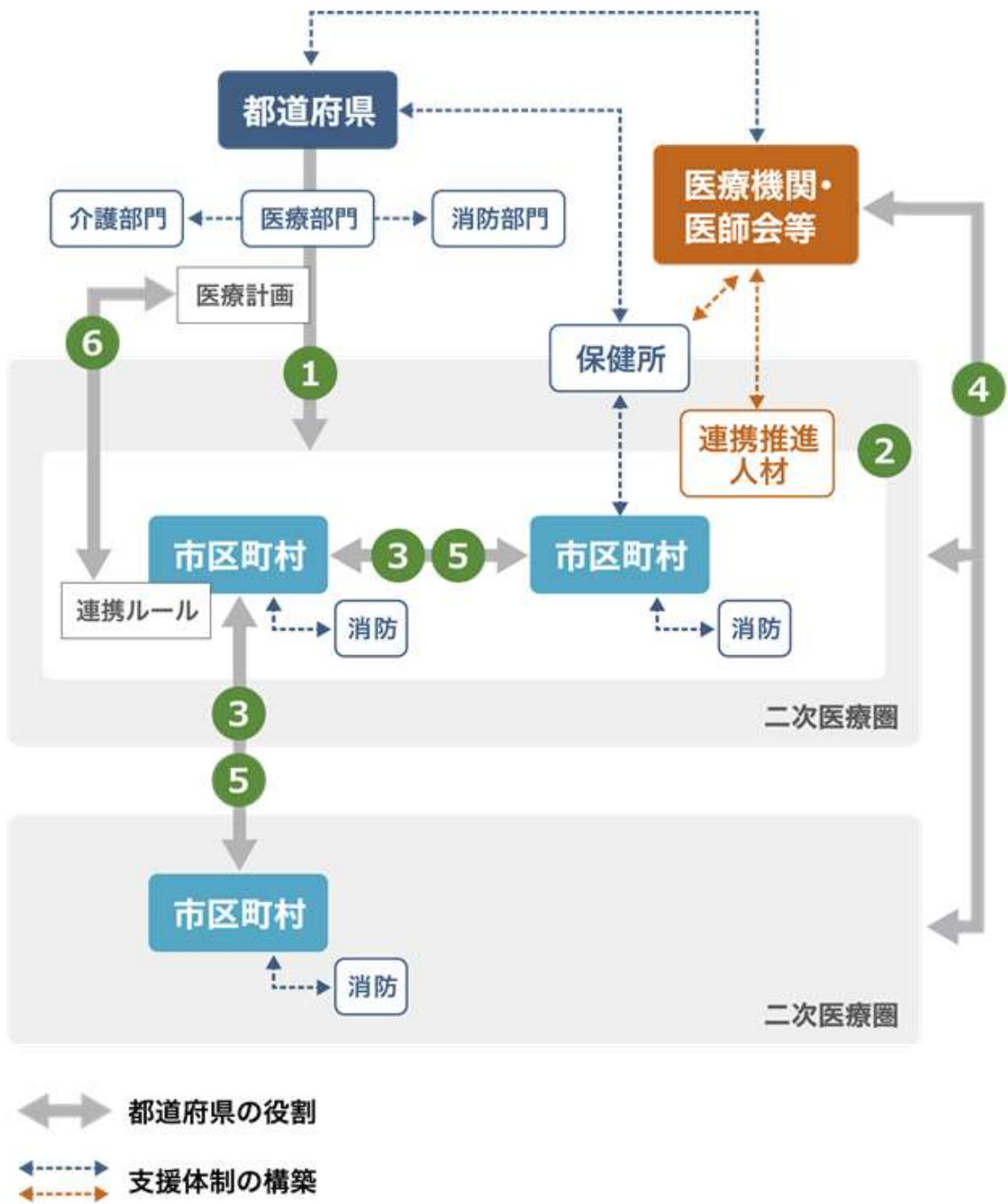


都道府県と連携した連携ルール策定の流れ



在宅医療と救急医療の連携における課題を検討した上で都道府県に対する支援を依頼することで、具体的な連携が可能

(2) 都道府県の役割



① 情報発信 必要なデータの分析・活用支援

- 市区町村の在宅医療・救急医療連携における現状把握および課題分析支援のために役立つ情報が求められる
- 市区町村では収集が困難な情報の提供と分析支援が求められる
(例)
 - A) 在宅医療及び救急医療に対応する医療機関の情報
 - B) 搬送困難事例についての情報
 - C) 都道府県内の在宅・高齢者施設等からのそれぞれの搬送件数に関する情報
 - D) 在宅医療・介護に関する診療報酬・介護報酬の算定状況
 - E) 死亡者数・死亡場所等の人口動態に関する情報

<補助的な支援>

- 地域の医療や福祉人材の育成機関である大学等の教育・研究機関からの協力の獲得
- 市区町村の取組に関し地域差がみられる場合、要因分析を実施の上、支援
- 必要なデータは、可能ならば市区町村別に整理した上で提供

<研修等を介した支援>

- 在宅医療・救急医療連携に関する取組について研修会等で情報発信
- 在宅医療・救急医療連携推進に効果的な事業立案とその評価方法等をテーマとした研修の実施（対象：市区町村及び地域包括支援センター職員等）
- 保健所や大学等と連携した上で、提供データの活用及び分析方法に関する説明会や研修の実施（対象：市区町村担当職員等）

② 人材の育成

- 在宅医療・救急医療連携推進のための研修会、特に多職種連携、在宅医療と救急医療、消防機関との連携ができる研修会
- 人材の育成においては、市区町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材、市区町村で事業を総合的に進める人材等を育成する
- 郡市医師会等に在宅医療・救急医療連携のためのコーディネーターを都道府県と都道府県医師会と連携の上、配置。コーディネーターによる市区町村内で事業を推進する人材の一定水準の実務能力の確保を目的とした研修の実施（知識の獲得支援）や資材（手引きや様式等）提供及び意見交換を場の確保
- 研修会の企画ならびに開催もしくは、開催支援（都道府県医師会所属医師や各種専門職団体等に講師派遣依頼、研修会場の提供等）の実施

<補助的な支援>

- コーディネーターの活動計画の策定。各計画（市区町村の計画、圏域内の地域医療計画等）との連動及び圏域内の体制を構成する各主体の役割等を考慮することを通じ、都道府県における連携推進人材育成

③ 他市区町村の取り組み事例の横展開

<研修等を介した支援>

- 都道府県内外の大学等の教育・研究機関の講師を派遣し、派遣された講師による他自治体の先進的な取組等の紹介
- 市区町村や郡市医師会等の関係団体の担当者を対象とした、他市区町村の先進事例を学ぶ研修やグループワークを実施

事例紹介

市区町村の連携ルール紹介 〈石川県〉



はじめに

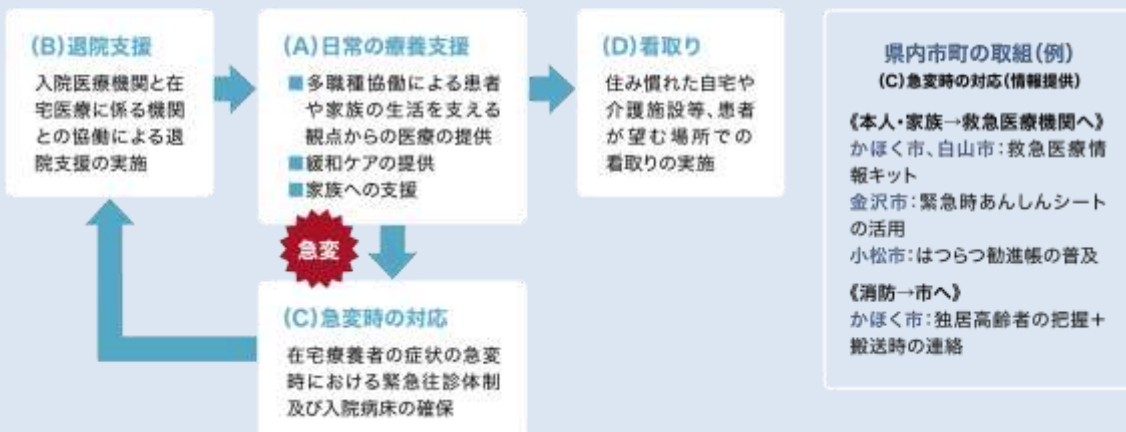
■現在、各市町において、在宅医療と介護の連携を強化するために、在宅医療介護連携推進協議会の開催や在宅医療介護連携コーディネーターの設置など様々な取組が進められています。こうした中、県や県医師会等関係団体には、それぞれが連携しながら、各市町の抱える課題解決を後押しする取組や広域的な取組を行っていくことが期待されています。

■このため、平成30年度においては、

[1] 「石川県在宅医療推進協議会」では、県医師会等を中心に、県内各市町において行われている取組を踏まえつつ、(C)の「急変時の情報提供」を円滑化するために『いしかわ在宅医療・介護連携ルール～急変時の連携編～』を作成しました。
(参考1)在宅医療連携システム推進事業(県医師会←県地域医療推進室)

[2] 県では、各市町の在宅医療介護連携コーディネーターを対象とした研修会などを通じて、(A)日常の療養支援、(B)入退院支援、(C)急変時の対応、(D)看取りという場面ごとに現状・課題などを整理しており、今後も、必要に応じて、『いしかわ在宅医療・介護連携ルール』の追加・改訂や課題解決のための取組を行っていくことを考えています。
(参考2)在宅医療・介護連携推進事業(県看護協会←県長寿社会課)

医療計画の体制図



④ 関係団体との調整

- 在宅医療を担う関係機関（在支診、在支病を含む）間の体制構築や在宅医療を担う医師のグループ制ならびに後方支援病床の確保等の取組が必要な場合、都道府県は都道府県医師会等と密接に連携し、郡市区等医師会や市区町村に対し取組に係る支援を実施
- 都道府県は必要に応じてメディカルコントロール協議会との連携を図り、市区町村等の連携ルール策定支援を実施

<補助的な支援>

- 都道府県医師会と連携の上、保健所等を活用し、入退院に係る地域ルールや連携に必要な共通様式の作成及び運用

<研修等を介した支援>

- 全県又は二次医療圏を単位とした入退院連携に係る看護師、MSW²等の医療専門職および介護支援専門員向けの研修の実施
 - A) 医療専門職向け研修内容：退院支援及び介護連携等
 - B) 介護支援専門員向け研修内容：在宅医療の基礎知識及び医療連携等

² MSW（メディカルソーシャルワーカー：主に医療機関において患者や家族を社会福祉の立場から問題の解決調整を支援する専門職）

事例紹介

チームかまいしの連携（1次連携・2次連携・3次連携） 〈岩手県釜石市〉

チームかまいしと「ア〜ク」～主な取組みの位置づけ～

【ア】地域の医療・介護の資源の把握	医療・介護資源リスト&マップの作成と公開(随時更新)、各種調査の実施、インフォーマル資源の把握、地域連携だより発行に伴う取材
【イ】在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	職能団体毎の打ち合わせ(一次連携) 相談窓口寄せられた連携に関する課題に対する解決支援
【ウ】切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	《チームかまいし設置目的》 患者・利用者の生活の質の向上をめざした【ウ】
【エ】医療・介護関係者の情報共有支援	地域医療情報ネットワーク「OKはまゆりネット」構築・運用支援 市広報・HP活用、地域連携だよりの発行、Facebookの活用
【オ】在宅医療・介護連携に関する相談支援	多職種向け連携に関する相談窓口設置 主に職種間・組織間等の連携に関する相談に対応
【カ】医療・介護関係者の研修	チームかまいし多職種連携推進支援事業など、ニーズのマッチングによる課題解決策の実施(二次連携、三次連携)
【キ】地域住民への普及啓発	在宅医療普及啓発パンフ作成・活用、市広報誌の活用、市民公開講座、生涯学習まちづくり出前講座
【ク】在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	釜石・大槌定住自立圏構想ほか市町を構成員とする会議等に質する担当者レベルの情報共有・意見交換の推進

※令和2年9月に改訂された「在宅医療・介護連携推進事業の手引きver3」では、【ク】は都道府県の役割に変更されていますが、当市では引き続き取組み項目としています。

何故、現場レベルの連携推進の取組みが進まないのか

層の異なる課題を同一の場で解決することは困難

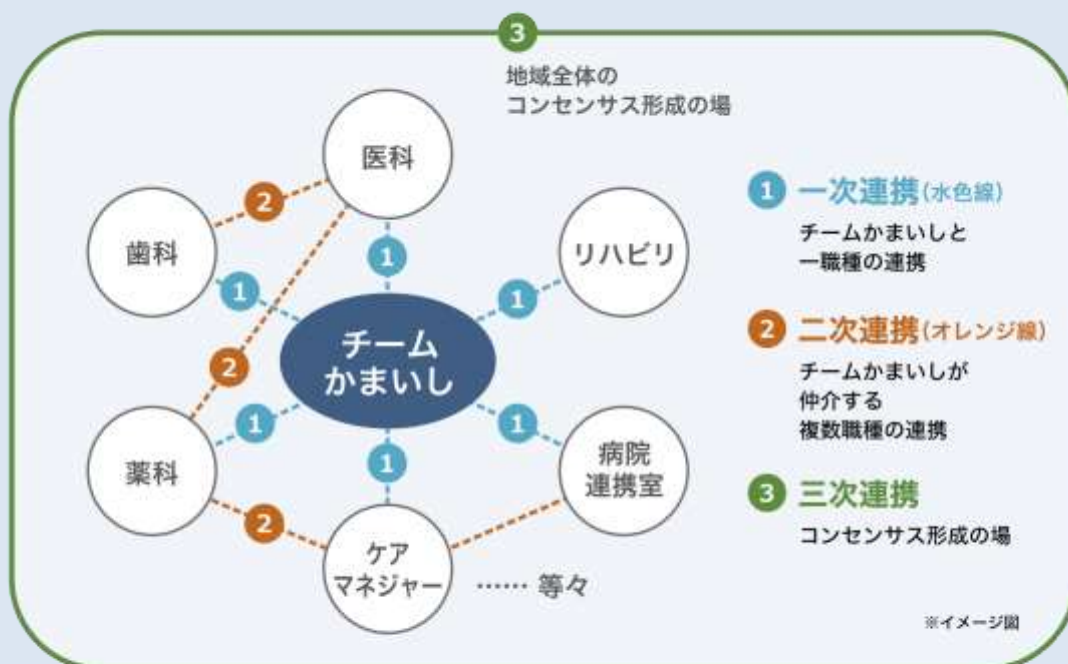


事例紹介

チームかまいしの連携（1次連携・2次連携・3次連携） 〈岩手県釜石市〉

チームかまいしの連携コーディネート手法

一次～三次の階層別連携コーディネート



チームかまいしの連携コーディネート手法 一次連携

■ 一次連携は、連携拠点と一職種の「打ち合わせ会」です。

「会議」とせず、ざっくばらんに意見交換できる場となるよう努めます。
一職種に絞ることで、他職種の目を気にせず発言しやすいです。

■ 一次連携の目的は、

- ① 職種が抱える「連携の課題」を拾うこと
段階を経て、課題を共有し、解決策を検討する場ともなります。
- ② 連携拠点と職能団体等の顔の見える関係を作ること
拠点担当者にとっては、各職種のキーパーソン発掘の場となります。

■ 抽出した課題は、リスト化するなどして職能団体等と共有します。

課題は、自らの職種、団体、職場にある場合も多く、
職能団体等が主体的な取組みを行うきっかけにもなっています。

■ リストは、基本的には非公開(部外秘)としています。

事例紹介

チームかまいしの連携（1次連携・2次連携・3次連携） 〈岩手県釜石市〉

チームかまいしの連携コーディネート手法 **二次連携**

- 二次連携は、一次連携で抽出された課題の解決のために**複数職種をつなげる連携**です。連携のフレームづくりを行っています。
- 連携拠点が、「場」と「手法」を提案し、必要に応じて協働しています。

課題の内容に応じた様々な連携手法

- 医科歯科または医科薬科在宅医療同行訪問研修
- 2職種または多職種合同研修会
(ケアマネジャー&薬剤師、リハ士&薬剤師、保健師&薬剤師 等)
- 2職種または多職種情報交換会、意見交換会
- 他自治体等からの視察対応 ● 学会等共同発表

チームかまいしの連携コーディネート手法 **三次連携**

- 三次連携は、**多職種が一堂に会する機会**です。
- 当地域の包括ケアに関する**コンセンサス形成の場**であり、**共有の場**でもあります。
 - ① 各職能団体や施設の代表等が集まる会議を開催(開催支援含む)しています。
 - ② 多職種を対象とした研修会*1を開催しています。

※1 地域の連携推進に関するコンセンサスや取組み等を共有する場

主な「三次連携」の機会

- 釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会 (事務局:ケア本部)
- 釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会(現在休止中) (事務局:釜石医師会+ケア本部)
- (特非)釜石・大槌地域医療連携推進協議会 ~OKはまゆりネット運用主体~
※ 事務局運営会議構成員として各種会議、主催事業に参画 (事務局:釜石医師会)
- 釜石・大槌地域医療介護福祉多職種連携の会 ~通称:OKスクラムねっと~
※ 世話人として各種会議・主催事業開催に参画 (事務局:県立釜石病院)
- その他 多職種対象〇〇事業報告会など(例:歯科医師会主催多職種対象「歯科×他職種」連携推進研修会)

⑤ 広域連携が必要な事項について検討・支援

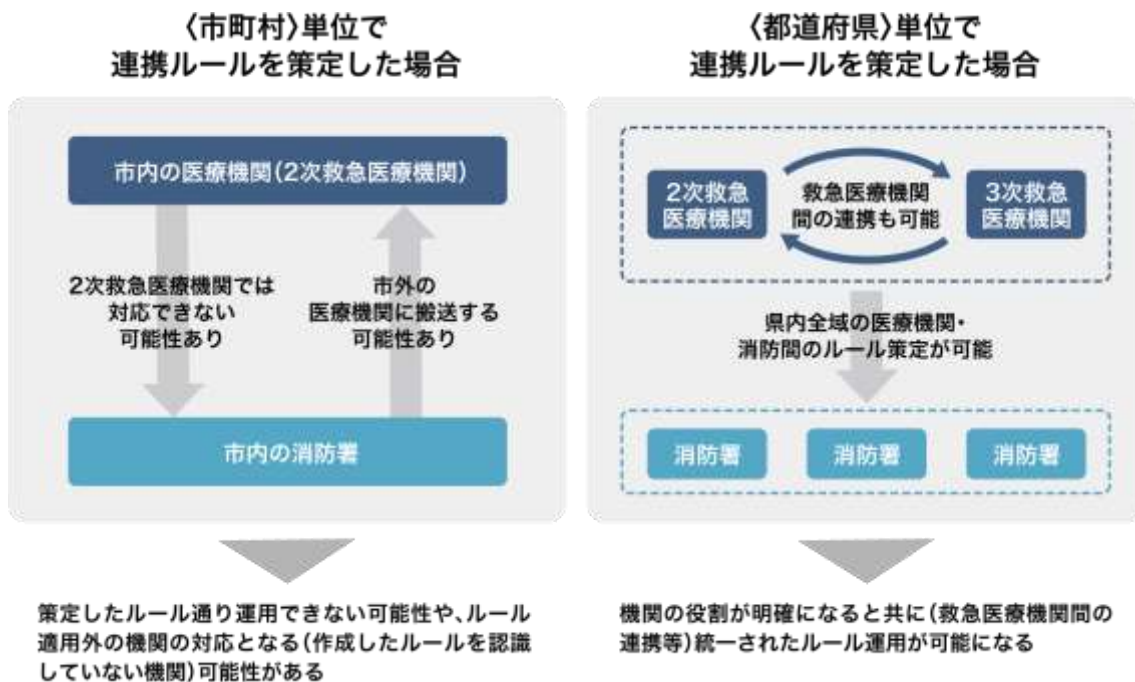
- 都道府県は、医師会等関係団体との連携や、保健所等を活用し、複数市区町村による共同実施に向けた関係者間の調整支援実施
- 都道府県は、医師会等関係団体や保健所等を各圏域内の市区町村の取組に対する主体的な支援機関に位置づける等、重層的な推進支援体制の構築
- 都道府県は、必要に応じて都道府県において所管するメディカルコントロール協議会と情報連携して、市区町村への情報連携及び支援等を実施

<補助的な支援>

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

<研修等を介した支援>

- 都道府県内外における先行事例や好事例について整理の上、市区町村や居宅事業担当者を対象とした研修および情報交換の場の設置

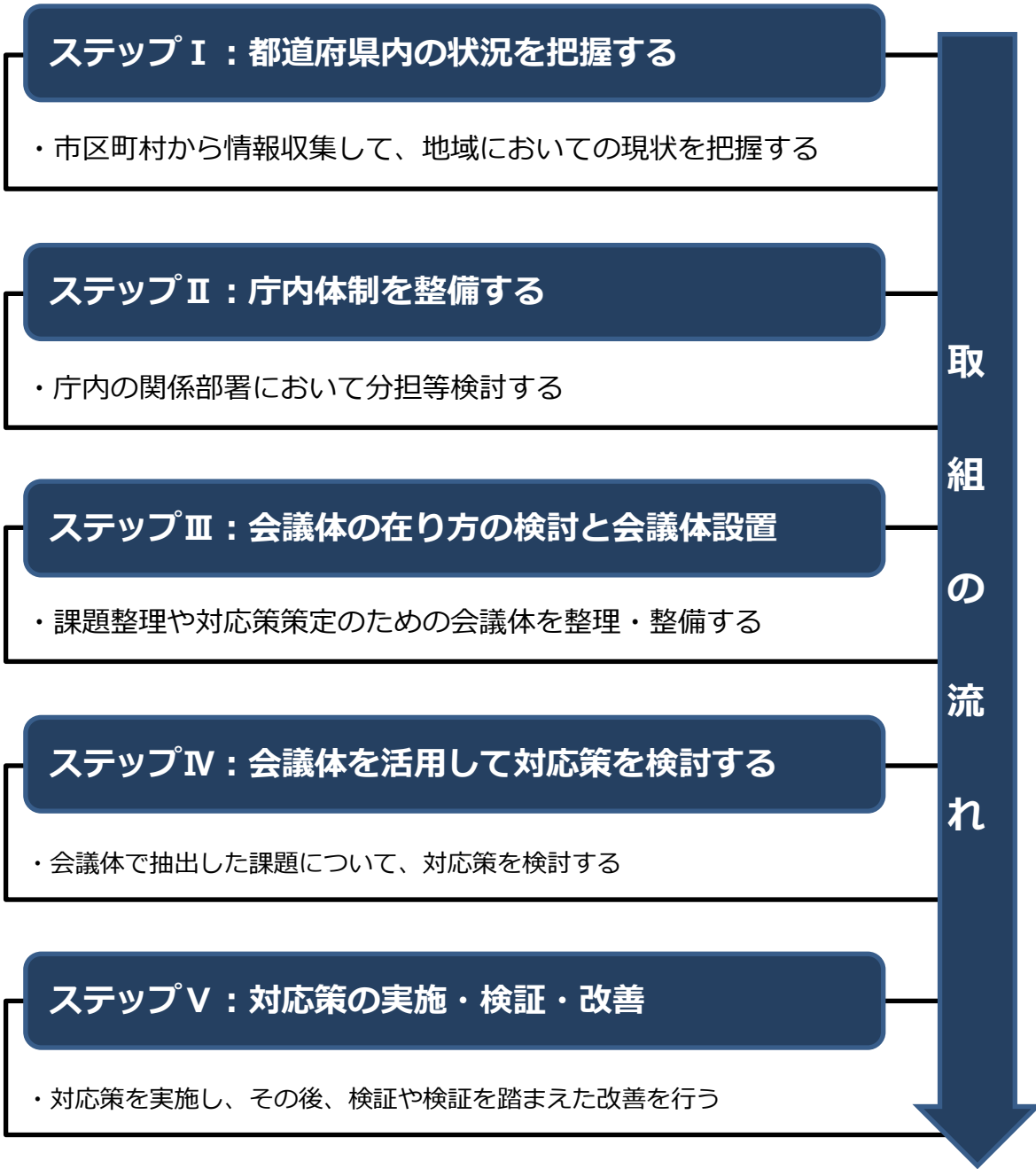


⑥ 他の計画や取組との整合性の確認

- 都道府県が取組を進めるにあたっては、医療計画や介護保険事業（支援）計画等の計画との整合性の確保が求められる。都道府県は実施すべき医療政策全体を見据えた市区町村支援等の各種施策を展開

（例）

- A) 医療法で定める基本指針・医療計画
- B) 介護保険法で定める基本指針・介護保険事業支援計画
- C) メディカルコントロール協議会作成プロトコール等



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

(3) 市区町村の役割

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

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

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



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

4 連携ルール策定支援の手順

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

(1) 連携ルール策定に向けた地域の資源・課題の把握

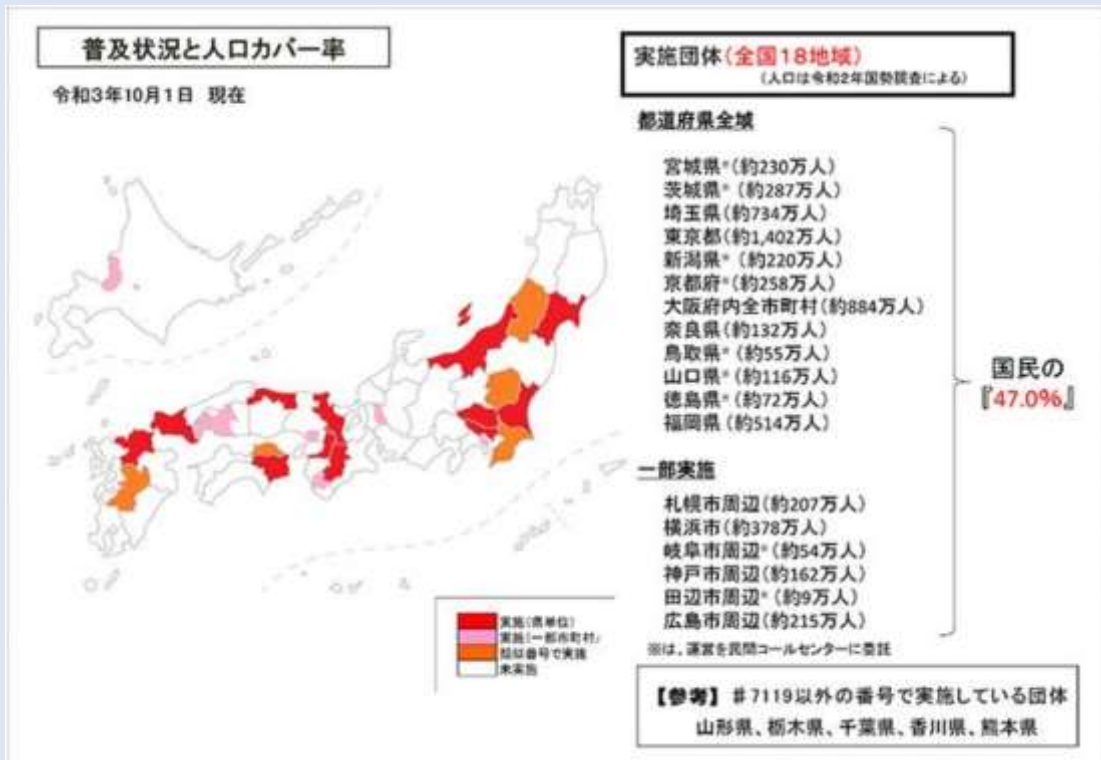
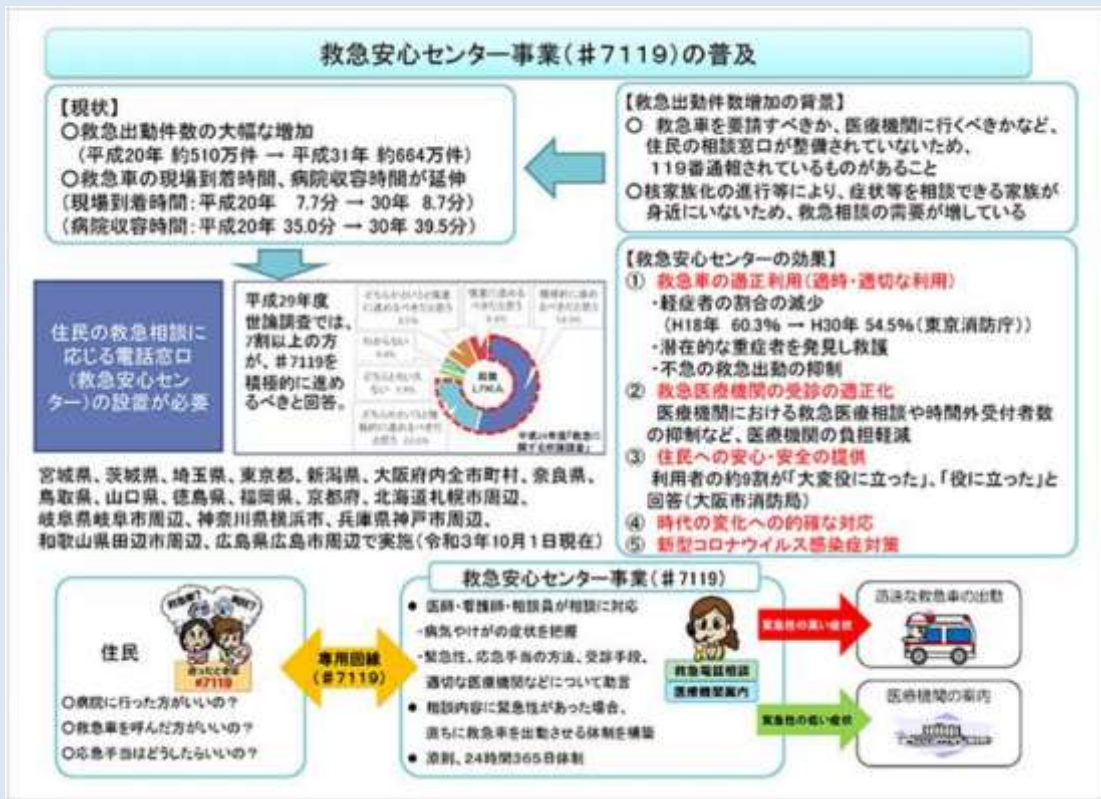
会議開催に先立ち、事前に課題チェックシートを都道府県・市区町村構成員に送付し、市区町村の現状や課題を検討した上で参加していただく事が望ましい

■ 課題例（都道府県）

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

事例紹介

#7119 (救急安心センター事業)



出所：総務省消防庁ホームページ

■ 課題例（市区町村）

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

■都道府県・市区町村 自己チェックシート

問1	自治体、医療機関、消防、介護福祉施設等が在宅医療の課題点を議論するための会議体は設けられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合、以下の質問についてお答えください (a) 名称をお答えください (b) 参加機関をお答えください (c) どのような議論を進めていますか(ご自由にご記載ください)	名称 <input type="checkbox"/> 自治体
問2	自治体、医療機関、消防(救急)、介護福祉施設等、各機関における在宅医療に係る連携体制は整備されていますか	<input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合、以下についてお答えください <input type="checkbox"/> 病院と救急の連携体制 <input type="checkbox"/> 病院と介護福祉施設の連携体制 <input type="checkbox"/> 病院と診療所(かかりつけ医/在宅医)の連携体制 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設と救急の連携体制 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設と診療所(かかりつけ医/在宅医)の連携体制 <input type="checkbox"/> 診療所(かかりつけ医/在宅医)と救急の連携体制 <input type="checkbox"/> 自治体と病院の連携体制 <input type="checkbox"/> 病院、救急、介護福祉施設、診療所等(かかりつけ医/在宅医)との連携体制 <input type="checkbox"/> その他()
	「はい」の場合、どのような機関と連携体制を整備されているか、お答えください	
問3	「はい」の場合、連携体制の詳細に関して、以下の質問についてお答えください ※「いいえ」の場合は、問3にお進みください	(a) 連携体制の調整役を担うのはどの機関ですか。あるいは、本人の意思に関して、どの機関が主体となって管理していますか <input type="checkbox"/> 自治体(部署名:) <input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所(かかりつけ医/在宅医) <input type="checkbox"/> 消防 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設() <input type="checkbox"/> その他()
	(b) 本人の急変時あるいは救急搬送時、本人の意思を共有するための情報ツール [※] は整備されていますか ※救急医療情報キットや救急搬送患者情報提供書、事前の患者登録等 なお、「はい」の場合は、名称とその内容をお答えください	<input type="checkbox"/> はい (名称:) (内容:) <input type="checkbox"/> いいえ
	(c) 急変あるいは救急搬送時の連携について、どのようなルール等が整備されていますか	<input type="checkbox"/> 本人の基本情報 [※] の確認方法 ※かかりつけ医療機関名、かかっている病気、緊急連絡先 等 <input type="checkbox"/> 本人の意思の確認方法 ※本人の終末期医療の意向をあらかじめ準備されていた救急医療情報キットにて確認、地域生活連携シートを確認、あらかじめ看取りを希望する場合「グリーンカード」を確認、かかりつけ医等へ確認、救急医療情報提供シートを確認する 等 <input type="checkbox"/> 本人の基本情報や意思を確認するための情報ツールおよび使用方法 ※スマートフォンもしくはタブレットで確認する 等 <input type="checkbox"/> 救急搬送のルール(ガイドライン)の整備 ※在宅療養救急対応プロトコルにて、心臓停止あるいは状態が不安定な場合、本人の書面による意思表示および家族の要望等を確認することが規定されている 等 <input type="checkbox"/> 入退院支援ルールあるいはフロー、ガイドラインの整備 <input type="checkbox"/> 転院搬送のルール(ガイドライン)の整備 <input type="checkbox"/> その他()
	(d) 急変あるいは救急搬送後、もしくは平時の連携について、どのようなルール等が整備されていますか	<input type="checkbox"/> 入退院支援ルールあるいはフロー、ガイドラインの整備 <input type="checkbox"/> その他()
	(e) (c)あるいは(d)でお答えいただいたルール内において本人の意思を連携機関間で共有できますか	<input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合、以下についてお答えください 理由() <input type="checkbox"/> いいえ

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

問5	ACP(アドバンス・ケア・プランニング)についてどのような取り組みを進めていますか	<input type="checkbox"/> 自治体や公立病院等の広報によるACPの紹介 <input type="checkbox"/> 本人の意思を記入するためのエンディングノートの作成推進 <input type="checkbox"/> 家族の理解を深めるガイドブックの作成・配布 <input type="checkbox"/> 地域住民を対象としたフォーラムや勉強会の開催 <input type="checkbox"/> 介護・医療専門職および行政職員を対象としたトレーニングや勉強会の実施(コミュニケーション技術研修会、多職種事例検討会の開催等) <input type="checkbox"/> 消防・警察・弁護士・救急病院を対象とした勉強会の実施 <input type="checkbox"/> ACPに関する内容を含んだ「高齢者施設のための救急対応マニュアル」等を整備 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特に進めていない	
	「特に進めていない」場合、以下の質問についてお答えください	(a) 今後、取り組みを進める予定はありますか 「ある」場合は、予定している取り組みをご記載ください 「ない」場合は、取り組みを進める予定がない理由をご記載ください	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない ()
問6	多機関連携を目的とした各種情報共有を図るため、ITシステムやツールを活用していますか、活用している場合、どのようなITシステムやツールですか	<input type="checkbox"/> EHRによる情報連携(医療機関、下記ご施設の連携を含む) <input type="checkbox"/> EHRによる情報連携(医療機関間の連携のみ) <input type="checkbox"/> PHRを活用した情報連携(医療機関、下記ご施設の連携を含む) <input type="checkbox"/> PHRを活用した情報連携(医療機関間の連携のみ) <input type="checkbox"/> SNSを活用した情報連携(医療機関、下記ご施設の連携を含む) <input type="checkbox"/> SNSを活用した情報連携(医療機関間の連携のみ) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特に検討していない ※施設:自治体、病院、診療所(かかりつけ医/在宅医)、消防、介護福祉施設、その他	
	「特に検討していない」場合、以下の質問についてお答えください	(a) 今後、取り組みを進める予定はありますか 「ある」場合は、予定している取り組みをご記載ください 「ない」場合は、取り組みを進める予定がない理由をご記載ください	<input type="checkbox"/> EHRによる情報連携(医療機関、下記ご施設の連携を含む) <input type="checkbox"/> EHRによる情報連携(医療機関間の連携のみ) <input type="checkbox"/> PHRを活用した情報連携(医療機関、下記ご施設の連携を含む) <input type="checkbox"/> PHRを活用した情報連携(医療機関間の連携のみ) <input type="checkbox"/> SNSを活用した情報連携(医療機関、下記ご施設の連携を含む) <input type="checkbox"/> SNSを活用した情報連携(医療機関間の連携のみ) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特に検討していない ※施設:自治体、病院、診療所(かかりつけ医/在宅医)、消防、介護福祉施設、その他
問7	多機関連携に関して、都道府県には、どのような支援を期待しますか	【体制の整備】 <input type="checkbox"/> 連携の窓口や体制の整備 <input type="checkbox"/> 事業評価方法(救急搬送時間や数の削減等の定量的な評価方法を含む)に関する検討会の開催 【人材育成】 <input type="checkbox"/> 市町村職員、相談窓口コーディネーターや委託事業者の事業担当職員を対象とした研修や情報交換の機会の確保(本事業にかかわる市町村職員の人材育成支援を含む) 【知見の提供】 <input type="checkbox"/> 分析に必要なデータ(現状の救急搬送時間、在宅医療を担う医療機関(在宅療養・歯科診療所、在宅療養支援病院等)や訪問診療医に関する情報(例:訪問診療実施施設数や看取り件数等))の提供と活用方法に係る助言 <input type="checkbox"/> 保健所等を通じた個別のコンサルテーション(例:保健所、都道府県およびアドバイザー等で構成される支援チームによる課題解決型の伴走的支援) <input type="checkbox"/> 日頃からの、感染症対策に係る助言 <input type="checkbox"/> その他()	

(2) 連携ルール策定を行う会議体の設置

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

事例紹介

三鷹市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱

〈三鷹市〉

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

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

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

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

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

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

（庶務） 第7条 協議会の庶務は、健康福祉部高齢者支援課において行う。

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

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

附則 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

出典：東京都三鷹市ホームページ

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

(3) 連携ルール策定の会議体構成員の選任

会議体で検討すべき事項に合わせて、構成員を選任する際の候補者として以下が挙げられる。

#	構成員候補
1	都道府県
2	市区町村
3	消防機関
4	医師会
5	救急医療機関
6	療養型医療機関
7	在宅医療機関
8	精神科医療機関
9	歯科医師会
10	看護協会
11	訪問看護事業所（訪問看護ステーション協会等）
12	介護老人保健施設（介護老人保健施設協会等）
13	介護施設福祉施設（介護老人福祉施設協議会等）
14	有料老人ホーム（有料老人ホーム協会等）
15	居宅介護支援事業所（介護支援専門員協会等）
16	介護サービス事業所（各介護サービス事業者団体）
17	地域包括支援センター
18	民生委員児童委員協議会
19	社会福祉協議会
20	町会・自治会連合会
21	薬剤師会
22	理学療法士協会
23	作業療法士協会
24	言語聴覚士協会
25	栄養士会

26	医療情報ネットワーク運営組織
27	学識経験者
28	法律専門家 *1
29	その他

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

事例紹介

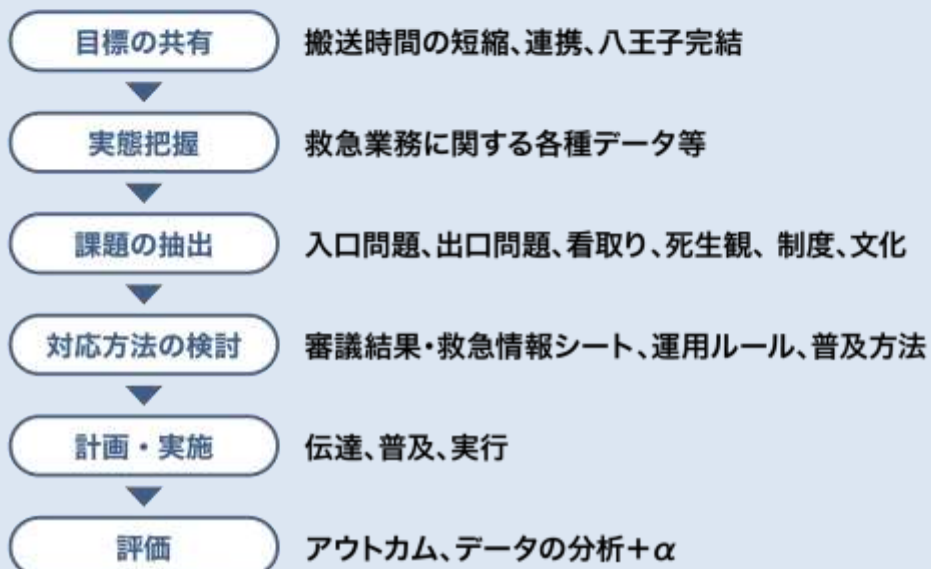
八高連発足時構成会員(15団体/147機関)

- (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

地域マネジメントと八高連



(4) 連携ルール策定を行う会議体運営

A. 会議体運営におけるポイント

連携ルール策定に取り組んだ自治体の感想：〈困難だったこと〉 〈工夫したこと〉

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

- 都道府県から、関係団体に事前に声かけをしてもらったうえで協力依頼をかけ、説明を丁寧に行うことにより、現状と課題、取組みの方向性についての共通認識を図った
- 救急医療関係者、在宅医療・介護関係者、行政関係者の考え方には隔たりがある場合もある。「顔の見える関係の構築」を行い、地域での共通課題を認識するようにした
- 連携の方法として、行政機関と1団体との打ち合わせ（1次連携）、行政機関が仲介した意見交換等が目的の複数職種間の連携（2次連携）、地域の関係者全体において承認を得る目的の協議会等多職種連携（3次連携）ですすめた
- 自治体、医師会、医療機関間で情報共有することで、同じ方向性をもって、取組を進めた
- 共通の目標設定（搬送時間等）を設けて、ベクトルを合わせて取り組む
- 学識経験者に様々な情報を報告し、相談をしながら進めた
- 既存のデータを活用することで効率化した
- 資料作成や説明等の事務的負担を分担した

事例紹介

奈良県在宅医療関連事業

〈奈良県〉

【目的】

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

【事業内容】

① 在宅医療提供体制確立促進事業(県)

- 奈良県在宅医療推進会議の開催

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

- 在宅医療提供体制構築モデル事業（地区医師会）

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

- 在宅医療に関するデータ分析

②在宅医療提供体制確立促進事業(補助金)

- 地域包括ケアシステム推進委員会の開催
- 新規参入のための在宅医療同行研修等の実施
- 県内開業医の在宅医療に関する意識調査及び分析

③在宅医療広域連携支援事業（保健所）

- 管内市区町村広域調整支援事業
- 入退院調整ルールづくり支援事業
- 在宅医療多職種間連携強化支援事業

B. 会議体運営におけるポイント（グループワーク）

事例紹介

グループワークの進め方


KJ法とは	付箋など小さなカード上の紙に思いついたことを書き、それをグループ化していくことで頭の中にある思考をまとめ上げていく手法(考案者である川喜田二郎東京工業大学名誉教授のイニシャルをとりKJ法と名付けられた)
KJ法の基本的な考え方	まだ思いつきに過ぎない事柄の数々から法則性や関連性を見出し、まとめていくことで有用なアイデアへと昇華させる
ブレインストーミングとの関係	ブレインストーミングで出された意見をカードに書き込み、それをグループ化する事で、ブレインストーミングとKJ法のメリットを活かしたグループワークを行う事ができる

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


ブレインストーミングの基本ルール

1. 「判断遅延(批判しない)」
2. 「突飛さ歓迎」
3. 「質より量」
4. 「便乗展開」


を实践して、グループワークでアイデアを出し合う



EHRを構築すれば、簡単に連携できるのでは？
('突飛さ歓迎')



かなりお金がかかるから現実的では無いし、高齢の医療従事者もいるから簡単には使えないよ
('判断遅延(批判しない)')



普段使っている紙資料を、EHRで共有できないかな
('便乗展開')

ブレインストーミングで出たアイデアや意見(検討すべき事等)を書き出していく

かかりつけ医と連絡が取れない事もある

心肺蘇生を望まない傷病者の家族が慌てると思う

心肺蘇生を望まない傷病者に対し、消防はどうしたらよいか

ICカードを活用した情報共有を行いたい

DNAR等が記載された書類があるとよい

高齢者はパソコンやスマホを使うのは難しい

救急医療情報シートがあるとよい

グループ化したものに表題をつける(付箋の一番上にグループ名を貼り付ける)

ICカードを活用した情報共有を行いたい

高齢者はパソコンやスマホを使うのは難しい

救急医療情報シートがあるとよい

情報連携ツール

心肺蘇生を望まない傷病者に対し、消防はどうしたらよいか

心肺蘇生を望まない傷病者の家族が慌てると思う

かかりつけ医と連絡が取れない事もある

DNAR等が記載された書類があるとよい

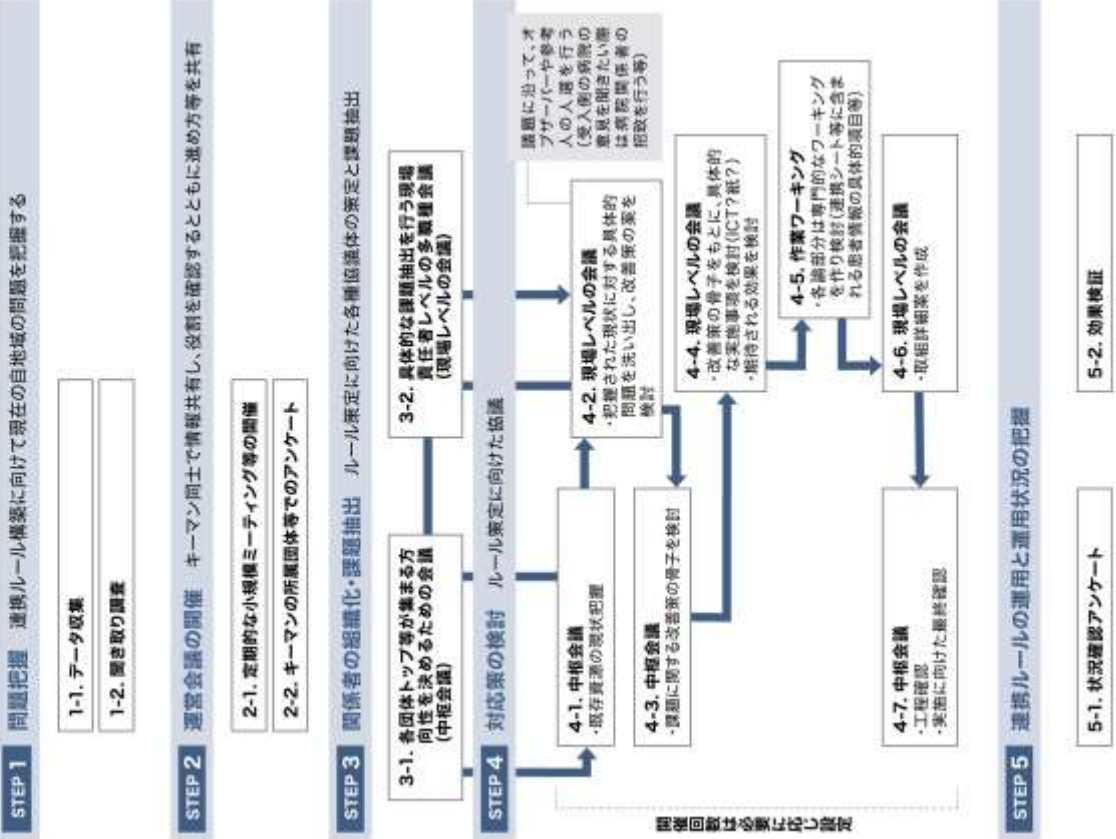
情報連携の内容

ここに、工程のフローを作成

工程表(今年度取り組む事柄)

ここに詳細な時期を記載

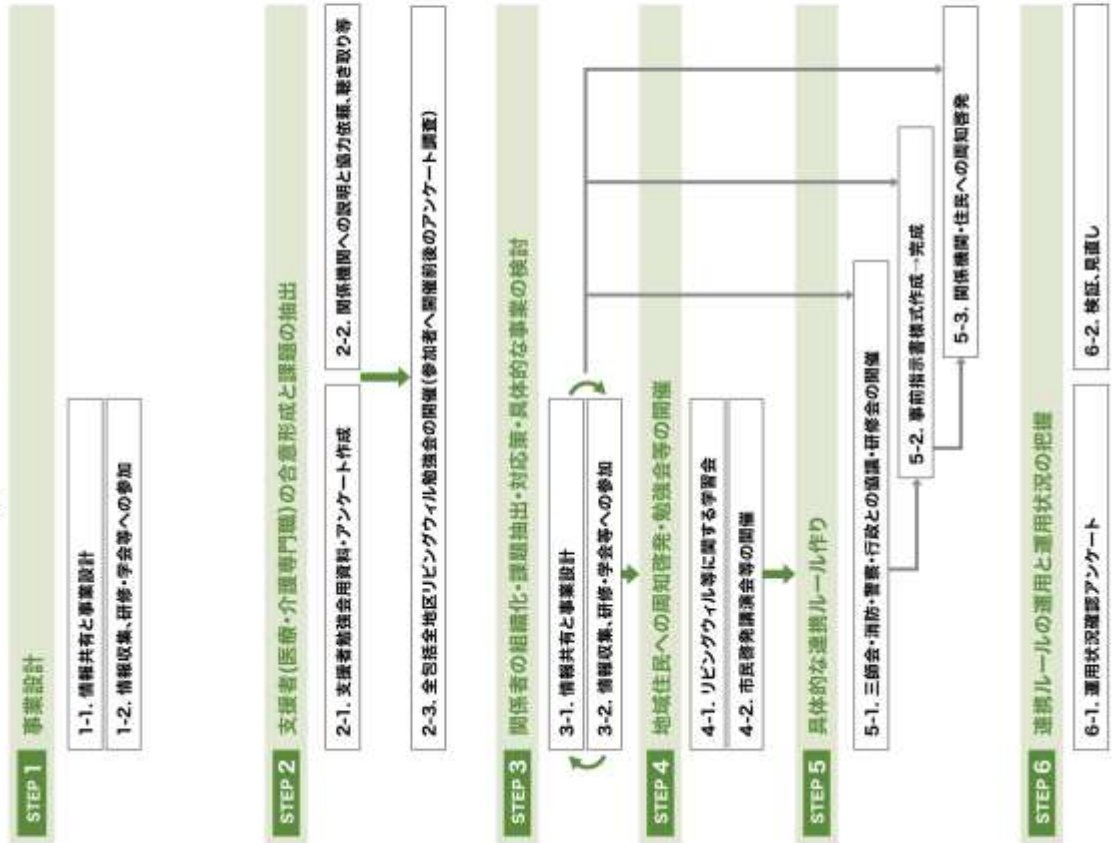
項目	実施時期
1-1 データ収集	11/17まで
1-2 聞き取り調査	11/23まで
2-1 キーマン小規模MTG	11/1～開始
2-2 アンケート調査	11/27～12/31
3-1 中樞会議	12/8～
3-2 現場レベルの会議	1月上旬～
4-1 中樞会議	その後
4-2 現場レベルの会議	月1回ずつ開催



工程表(3年後に向けて)

ここに、工程のフローを作成

ここに詳細な時期を記載



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

5 在宅医療・救急医療連携事例

(1) 都道府県・市区町村の取組事例

① 救急搬送時の情報連携ツール

事例紹介

民間型緊急通報システム 24時間対応 〈東京都墨田区〉

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



出典：東京都墨田区在宅療養ハンドブック（第5版）

事例紹介

救急情報ネックレス事業

〈三重県鈴鹿市〉

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

鈴鹿市
安心・安全を身につけよう！
救急情報ネックレス
Suzuka Support System Emergency Number

救急情報ネックレスとは...

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

お問い合わせ

鈴鹿市消防本部 消防課 救急管理グループ
鈴鹿市南町寺家町217-1
電話 059(3)82-9100 FAX 059(3)8311447

ネックレスを身につけると...

- 1 救急情報ネックレスを身につけると番号が表示されます。
- 2 その人は消防本部さんです。かかりつけ病院は鈴鹿救急病院です！
- 3 了解！

お願い 救急情報ネックレスは救急活動、災害時に必要な情報のみを提供いたします。

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

出典：鈴鹿市救急情報ネックレス事業について

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

② 救急搬送時の救急隊情報連携ルール

事例紹介

救急医療情報（キット）

（東京都八王子市）

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



～記入例～ 救急医療情報

（八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会）

世帯	八王子市 元本橋 町 三丁目 24番 1号		
ふりがな	松竹あけみ 松竹あけみ	年齢	70歳
氏名	八王子 七貴	(平成24年 8月 10日現在)	
生年月日	明治・大正 (昭和) 17年 1月 1日		
性別	男・女		
連絡先	042-626-3111(自宅)		
電話番号	090-6666-6666(者の携帯)		

同僚のご家族がいらっしゃる場合ご記入ください。

◆基礎情報

現在治療中の病気	高山病・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 (血圧:185/110)		
過去に医師から言われた病気	高血圧症		
服用している薬	カルベドール錠 10mg プロゾール錠 10mg		
かかりつけの病院	病院名: 八王子清池病院 通院日: 毎月1回(1年以内)に受診する		
	住 所: 八王子市 区 上野町33 電話番号:		

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

できるだけ救命、延命してほしい

苦痛をやわらげる処置なら希望する

なるべく自然な状態で見守ってほしい

その他 ()

伝えたいことがある方は、該当するものを必ず、他の欄に希望することをご記入ください。なるべく複数の連絡先をご記入ください。電話番号がつかない場合はご記入ください。

◆緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号
八王子 六男	子	八王子市6666町1-1-1	080-1111-6666
日野 五子	子	日野市6666町1-2-2	090-0000-6666

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

◆高齢者あんしん相談センター（地域包括支援センター）

名 称	電話番号

出典：在宅療養・救急医療連携にかかる調査セミナー事業報告書
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf>


事例紹介

【うすき石仏ねっと】 消防署通信指令室との情報共有

〈大分県臼杵市〉

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

既往歴・病名管理機能/禁忌・アレルギー歴管理機能



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

緊急時情報共有機能

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

出典：うすき石仏ねっと運営協議会


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

事例紹介

【119医療情報伝達カード】 救急要請・搬送時のルール

〈愛知県岡崎市〉

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

119医療情報伝達カード 

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

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

■アレルギーの有無 あり・なし (薬: 食事:)

■服薬中のくすりについて お薬手帳 あり・なし 資料: あり・なし
(上記2点ともない場合は、服薬中の薬名を記入)

★DNARの指示について ※①が「あり」の場合のみ、②・③を記入してください。

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

★現在、治療中の主な病気とかかりつけ医療機関について

病 名	医療機関・診察科番号	治療
1)	病院・ID	治療中・経過観察中
2)	病院・ID	治療中・経過観察中

■今までに治療したことがある病気について

呼吸器系疾患	慢性閉塞性肺疾患	狭心症	心臓病
心不全	不整脈	脳梗塞	脳出血
腎疾患	肝疾患	糖尿病	その他(詳細?此へ記載)

■その他(上記に該当がない病気の詳細や救急隊へ知らせたいことなど)

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

本人又は家族等署名 年 月 日 印 (本人・代筆)

署名年月日 年 月 日 施設確認欄 口確認済み

出典：愛知県岡崎市ホームページ

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

事例紹介

【DNAR事前指示書】 蘇生処置の希望確認

〈長野県松本市〉

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

わたしのリビングウィル（事前指示書）

「あらゆる意思を示しておくことで、自分の望む蘇生処置も、薬物や機器の人の知ってもらうことができます。記入するときは、ご家族や親しい人とよく話し合ってください。かかりつけ医と相談のうえ、意思の存在を共有していきましょう。この書面の内容は、書入願書です。もしもこの書面がなくなります。」

作成日 年 月 日
本人署名 _____
（写真でも書き直しができます）

1 治療をしても回復の見込めない状態になったときの「延命治療」について、希望するかどうか

(1) 心臓マッサージなどの蘇生処置 希望する 希望しない

(2) 蘇生のための人工呼吸器 希望する 希望しない

(3) 鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給 希望する 希望しない
（鼻チューブ/胃ろうは人工呼吸器と併用可）

(4) 治療による自分の苦痛 希望する 希望しない

(5) 副作用があっても、痛みなどはできるだけ我慢してほしい
ある程度痛みがあってもいい。できる限り自然な状態で過ごしたい

(6) 蘇生を望まない理由 自己 家族 医療者

(7) その他の希望（自由に記入ください）

2 代理判断者の署名欄 よく話し合ったうえで、署名してをお願いします。
（治療が実施される状態になったとき、医師が署名を記入します）

① 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

② 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

3 1と2をご記入ができましたら、かかりつけ医に確認してもらってください。

※先方にお願い
患者さんが病状に変わったとき、話し合いの記録を参照の上、治療にご本人をお断りします。権利は本人に返却、コピーを返す場合もご返却をお願いします。

かかりつけ医記入欄
医師 署名
医師 氏名
連絡先 (TEL) _____

松本市医師会・松本市保健医療ケア協議会

「人生会議」を開きましょう

自分が無痛で自分らしく生きる「暮らし続ける」ための準備、いざという時の備えについて話し合いをすること。即後の見込みがない状態になったときどうしたいのか、自分の考えや希望を大切な人・理解できる人と話し合うこと

人生会議（アドバンス・ケア・プランニング ACP）

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

1度で決めない、1人で決めない

ここでは、「人生会議」を開催して、大切な人・理解できる人と話し合いをお願いします。「今は、考えたくない、決めたくない」という意見でも大丈夫ですが、自分の意思の表明である「わたしのリビングウィル（事前指示書）」は、とても大切です。

治療をしても回復が見込めない状態になったときの「延命治療」についての説明

<p>【心臓マッサージなどの蘇生処置】 心臓が止まると、呼吸や心臓が止まったときに蘇生のためにおこなわれる蘇生処置（心臓マッサージ）や呼吸器（口呼吸器）から酸素を送り入れる。気管切開（喉の下の空気をため、口を閉じて酸素を胸に送り入れる）などを行います。</p>	<p>【蘇生のための人工呼吸器】 呼吸を通して息を吐き出した後から空気を送り込み、呼吸を助けます。</p>
<p>【鼻チューブ/胃ろうによる栄養補給】 鼻チューブ/胃ろうは鼻から挿入し、胃や腸を通じて食べ物や飲み物を送り込み、栄養を助けます。</p>	<p>【人工呼吸器】 呼吸器を使っておなかと胸の間にいる空気を吸い取り、口や鼻から送り込みます。</p>

【生命維持】
・手足から点滴のために針を刺して水分補給をおこないます。（点滴は痛みとらぬけれど）
・口から薬が飲めないときに、点滴を用いて体内に入れることができます。

【話し合いや備えに関する説明】
・説明書（医療用語）で見し合ったり、わからない場合は、写真や図で説明することができます。

わからないことは、かかりつけ医に遠慮なくご相談ください。



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

事例紹介

心肺蘇生を望まない傷病者への対応

〈東京都（東京消防庁）〉

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」（以下、運用の要件）

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

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

3 運用の概要

1 心肺停止の確認

① 心肺停止の確認
② 心肺蘇生の実施と情報聴取

救急隊

3 傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される

家族等

4 医師又は訪問看護師等を通じてかかりつけ医等に連絡し、傷病者の意思に届くがどうかを確認する

かかりつけ医等

5 かかりつけ医等に到着するまでの時間を確認する
① 応急処置の指示を受ける
② 応急処置の指示を受ける

6 留意事項

- ① 医師又は訪問看護師等を通じてかかりつけ医等に連絡がつかない場合や、家族等又はかかりつけ医等に連絡がつかない場合は、心肺蘇生を継続して2次医療機関等に搬送します。
- ② 心肺蘇生を実施しない、死亡確認や死亡診断のための搬送は、総務省消防庁から「救急業務に該当しないとみなされる」との発令が示されているため、医療機関に搬送することはできません。
- ③ 心肺蘇生中止は「医師が実施した」として扱われます。医師以外の医療従事者（看護師、介護士、福祉施設職員等）からの指示や、伝言による指示には対応できません。
- ④ 傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示された場合は、すべて医師確認の対象となります。東京都ACI協議会の事後検証委員会により、適宜「運用経路を修正」してまいります。

医師等向け資料

令和元年12月
東京消防庁

心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

1 概要

- ① 人生の最終段階にある傷病者の中には、事前に家族等や医師・ケアチームと話し合い（ACP、遺言「人生会議」）、自分が心肺停止となった時に「心肺蘇生を実施しない意思」を持つ方がいます。心肺停止時には、家族等関係者がかかりつけ医等に連絡して、療養中等でお預かりをすることが話し合われていれば、本来ならば救急隊が介入することはありません。
- ② 実際には、気づてしまった家族等関係者が救急隊誘導する場合があります。
- ③ 同行の制度では、救急隊は心肺蘇生を前面して延命処置に臨みます。
- ④ こうした状況を踏まえて、可能な限り傷病者の意思を尊重できるように体制を整えました。

2 本運用の対象となる条件

- 1 ACP実施下の成人で心肺停止状態にあること
- 2 傷病者が人生の最終段階にあること
- 3 傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があること
- 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していること

3 留意事項

- ① ACPが実施されていない場合は含まれません。意識昏倒や心肺停止後の傷病者は含まれません。
- ② 回復不可能な疾病の末期、例えば慢性呼吸器の末期にある傷病者が対象となります。
- ③ 医師等の意思ではなく、あくまでACPに基づく傷病者本人の意思があった場合が対象となります。
- ④ 外因性（不慮の事故や窒息等）が疑われる心肺停止は、対象とはなりません。

① 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡して、これらの項目を確認されていた場合、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こととしました。

② 救急隊は、かかりつけ医等が上記項目を判断するために必要な情報を伝達します。

出典：東京消防庁「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」

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

事例紹介

【グリーンカードシステム】 在宅療養者の意思表示

〈静岡県静岡市〉

「グリーンカードシステムの構築（在宅看取りのための診療所連携システム）」

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

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

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

連絡を受けた在宅往診当番医は当該の在宅療養者へ往診し、看取りの診察をする



The image shows a yellow card titled "グリーンカード (在宅療養者)" (Green Card (Home Care)). It contains instructions for family members on how to use the card in an emergency, including contact information for the on-call doctor and the fire department.

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

③ 救急搬送市民向け普及啓発

事例紹介

【救急医療適正利用リーフレット】
救急医療利用のルール

〈山口県下関市〉

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

★気になる場合は、昼間のうちに受診
 [1分短縮] 救急車での送迎料は、救急車によって通常の約1.5倍から3倍程度かかります
 例) 救急料 通常2,500円 → 180分→5,100円

救急医療利用のルール **保存版**

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

ストップ!! コンビニ受診!
 夜間・休日・祝祭日のコンビニ受診が、市内の緊急を要する
 救急医療を妨げる原因の一つとなっています。
 適切な医療機関を受診するようにしましょう。
※コンビニ受診は、救急医療体制の崩壊につながります。

ストップ!! 救急車の不適切な利用!
 急を要する医療機関と医療施設が変化してきています。
 救急車の到着時間にも影響が...

この様な例で救急車を要請すると、
到着時間がどんどん延長してしまいます!

- ほかのやけどでどうしようもないと判断したら... 救急車に呼ばれたらいいから受診した
- 子供が夜泣きから泣き止まないでいると判断したら... 救急車を呼んだらいいから受診した
- やけどから痛みがひどいからと判断したら... 救急車を呼んだらいいから受診した
- 救急車の到着が遅いからと判断したら... 救急車を呼んだらいいから受診した

平成26年4月
 下関市医師会・救急医療センター 済生会下関総合病院 下関市立市民病院 下関市救急センター
 済生会看護病院 下関市立総合中央病院 下関市消防局 下関市保健部
 【発行・お問い合わせ】 下関市保健部 保健医療課 電話231-1711

(次ページにつづく)

救急医療利用のルール

保存版

※日付に付くところに貼ってお使いください。

医療相談・医療情報

夜間の受診や救急車を呼ぶ前に
各種サービス等をご利用ください。

〈医療情報〉

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

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

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

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

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

〈病院案内〉

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

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

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

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

休日や夜間の受診

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

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

夜間の急病人(内科・小児科)に対応

市報の裏表紙に毎号掲載

夜間

毎日
19:00～23:00
年末年始は時間が延長されます。

下関市大学町二丁目1番3号

休日等

日・祝日
※
8/14～16
年末年始
12/30～1/3
9:00～18:00
旧4町は17:00まで

眼科・耳鼻科は9:00～12:00

★緊急を要するときは、迷わず119番通報!

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

出典：下関市ホームページ「救急医療リーフレット」

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

(2) 連携実績モニタリング指標例

■ 連携実績指標の視点

項目	定量評価項目
救急搬送 時間・数	ツール（ICT ツールや救急医療情報キット等）を活用した場合の、救急搬送の際の現場滞在時間
	救急搬送時の現場到着所要時間及び病院収容所要時間
	救急搬送人数（自宅からの救急搬送人数、高齢者福祉施設からの救急搬送人数）
	救急搬送問い合わせ数
ツールの拡大	救急医療情報キットの普及率
	共通書式（診療情報提供書等）の導入比率
	連携システムの施設別加入率
	ICT を利用した地域医療介護連携ツールの利用状況（1 か月、3 か月時のログイン数および割合）
	ツール（ICT ツールや救急医療情報キット等）を活用していた患者における在宅看取り率
患者数・ 在宅での看取り	「ACP（人生会議）」の導入推移
	自宅死の割合の推移
	老人ホーム死の割合の推移

【 介護報酬・体制整備の視点 】

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

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

事例紹介

【指標の事例】

大分県 在宅医療・介護連携推進事業

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

	(1) 人選抜の体制	(2) 日常の療養支援体制	(3) 急病時の対応体制	(4) 看取りの体制
アウトカム				
	1 住民の在宅療養希望率	◎		1 在宅での死亡数
	2 医療・介護従事者の就業満足度	×		2 人生の最終段階における在宅療養希望率
	3 要介護者の在宅療養率	×		
	◎ 1 医師・看護師・薬剤師・理学療法士(医療)算定件数	◎	◎ 1 医師・住診科(医療)算定件数	◎ 3 医師・看取り加算(医療)算定件数
	◎ 2 歯科医師・歯科口腔外科(医療)算定件数	◎		◎ 4 医師・在宅多機能ケア加算(医療)算定件数
	◎ 3 介護支援等連携給付料(医療)算定件数	◎		◎ 5 医師・在宅がん緩和ケア診療料(医療)算定件数
	◎ 4 入居時情報連携加算(介護)算定件数	◎		◎ 6 看護師・訪問看護(介護)算定件数
	◎ 5 通院・送迎加算(介護)算定件数	◎		◎ 7 住民のACP理解度、認知度、作成数
プロセス	◎ 6 圏域入居時情報共有ルール利用率	×		
	◎ 7 医師・在宅療養管理指導(介護)算定件数	◎		
	◎ 8 リハビリテーション指導、訪問リハビリテーション算定件数	◎		
	◎ 9 薬剤師・在宅療養管理指導(介護)算定件数	◎		
	◎ 10 管理栄養士・在宅療養管理指導(介護)算定件数	◎		
	◎ 11 歯科衛生士・在宅療養管理指導(介護)算定件数	◎		
	◎ 12 訪問介護員・訪問介護(介護)算定人数	◎		
	◎ 13 地域型運営(看護)小規模多機能型居宅介護(介護)、常時巡回・随時対応型訪問介護看護(介護)算定件数の合算件数	◎		
	◎ 14 ICTによる情報共有ツールの利用状況	×		
	◎ 15 在宅療養支援病院・診療所派出数	◎	◎ 2 看護師・緊急時訪問看護加算(介護)算定件数	◎ 8 医師・在宅がん緩和ケア診療料(医療)算定件数
	◎ 16 指定訪問看護事業所数	◎		
スタッフ	◎ 17 指定訪問リハビリテーション事業所数	◎	◎ 上記各加算算定施設	◎ 上記各加算算定施設
	◎ 上記各加算算定施設			

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

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】

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

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)