

第2部 附屬資料

在宅医療・救急医療連携セミナー資料

(第1部・第2部)

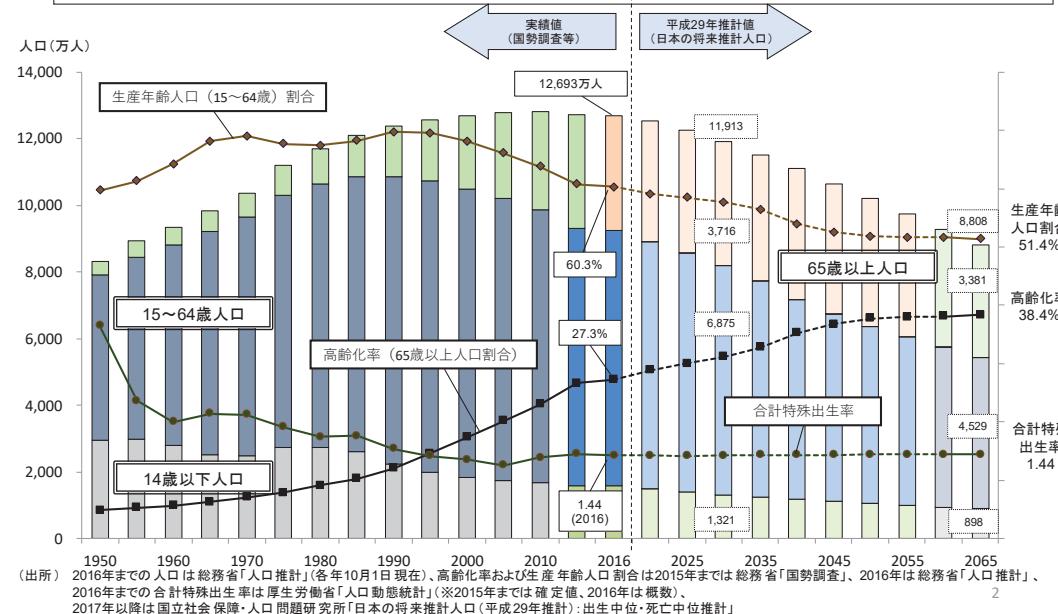
在宅医療・救急医療に関する最近の動向



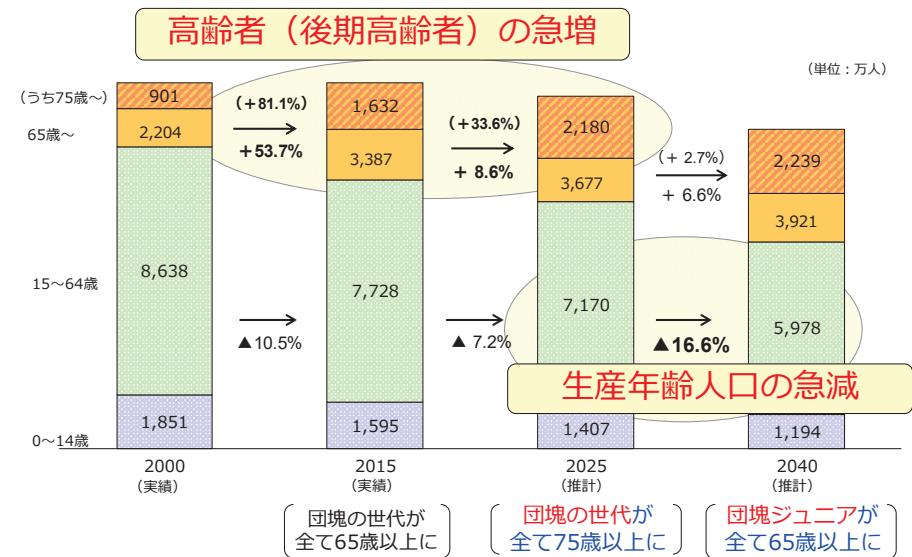
在宅医療・救急医療を取り巻く背景

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えており、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。



2040年までの人口構造の変化



65歳以上人口は急増してきたが、今後は減少する都道府県が発生する

- 都道府県単位でみると、2025年から2040年にかけて、65歳以上人口が減少する都道府県が発生する（計21県）。他方、引き続き増加する都道府県は計26都道府県で、特に東京都・神奈川県をはじめとする都市部では増加数が大きい。
 - また、75歳以上人口でみると、減少する都道府県は計17府県で、大阪府は減少数が大きい。一方で、75歳以上人口が引き続き増加する都道府県は計30県だが、増加数は緩やかとなる。



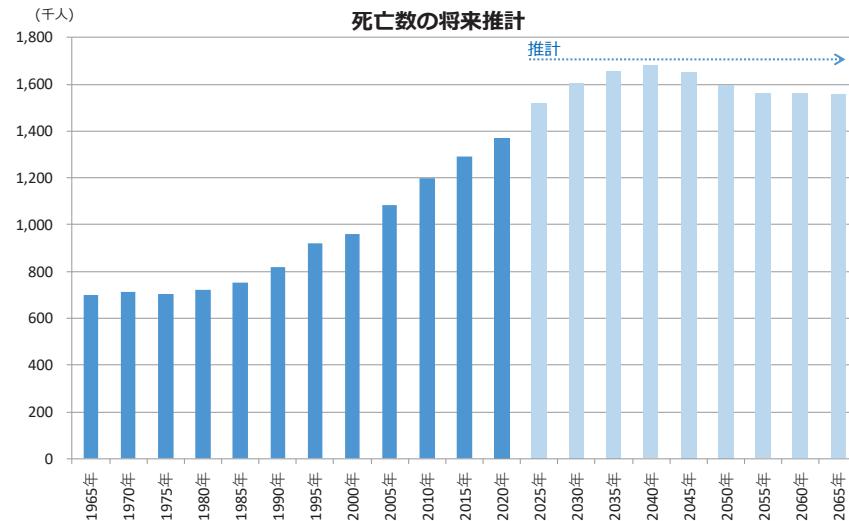
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

【出典】第7回第8次医療計画等に関する検討会（令和4年3月）

8

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。

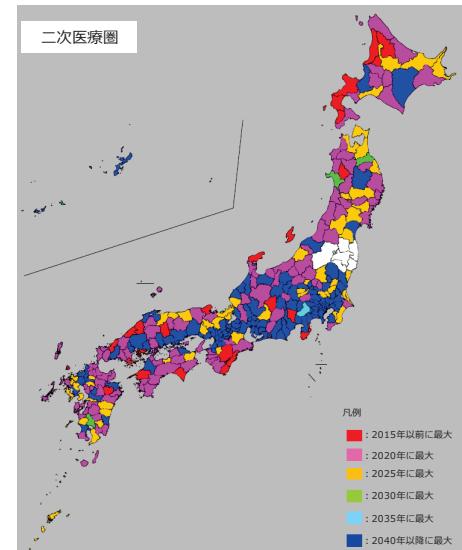
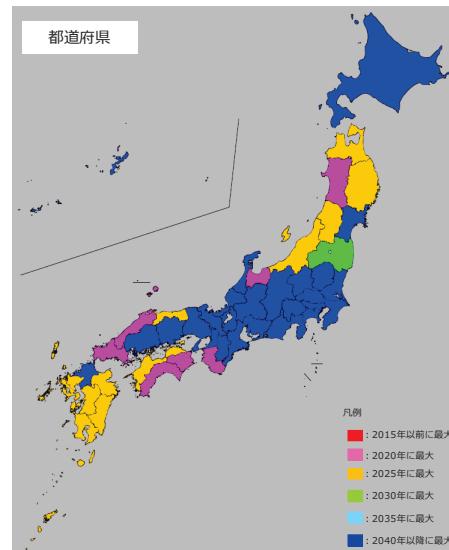


出典：2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（日本）

2025年以降は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（日本人）

6

都道府県・二次医療圏ごとの65歳以上人口が最大となる年



出典：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30（2018）年推計）」

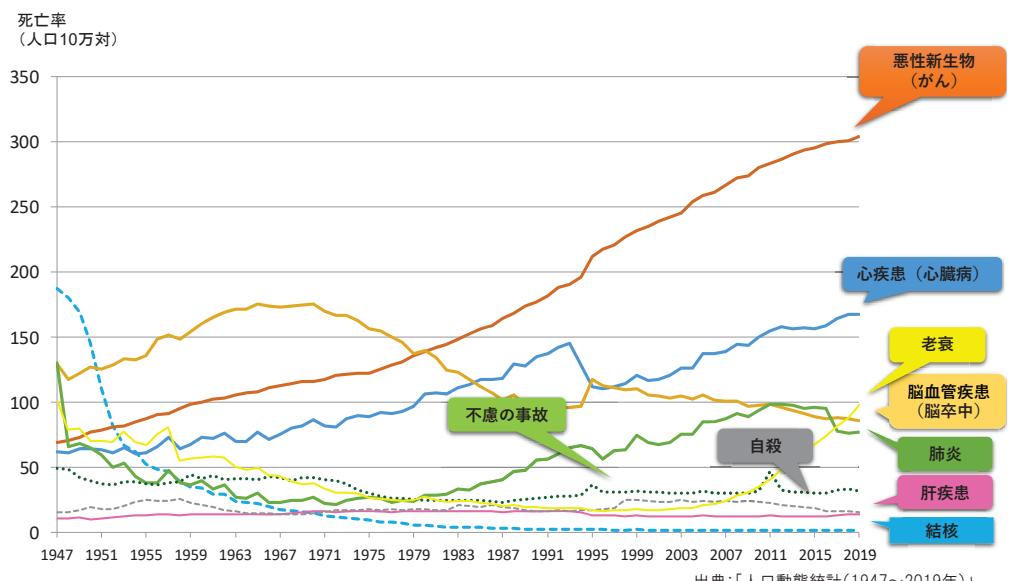
※ 2015年は国勢調査の実績値。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計

【出典】第7回第8次医療計画等に関する検討会(令和4年3月4日) 5

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。

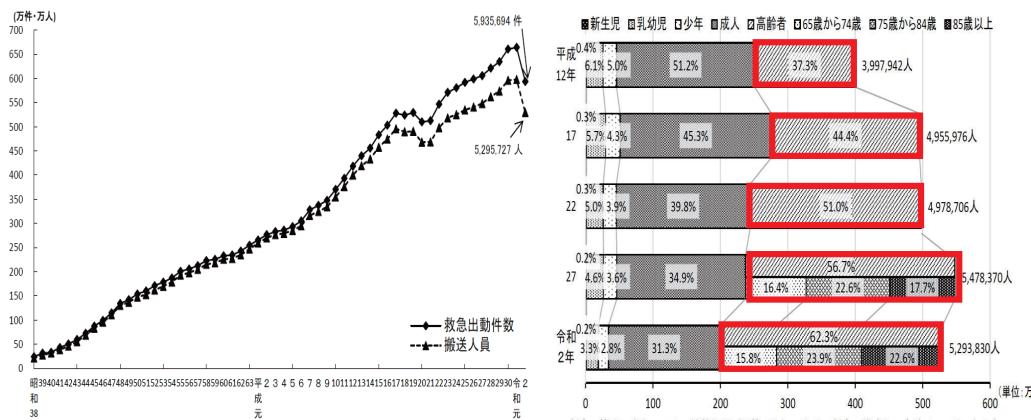


出典:「人口動態統計(1947~2019年)」

7

救急出動件数及び搬送人員、年齢区別の推移

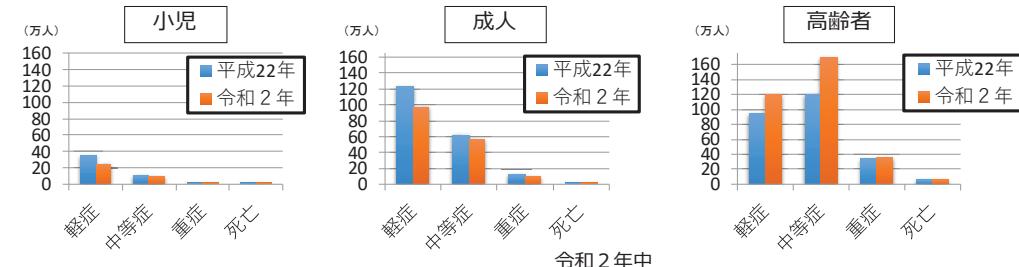
- 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、年々増加傾向である。
- 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。



（出典）令和3年版 救急・救助の現況（総務省消防庁） 第30図 8

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

- 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



令和2年中

| | 小児 | 成人 | 高齢者 |
|-----|----------|----------|----------|
| 死亡 | 0.09万人 | 1.6万人 | 5.9万人 |
| 重症 | 1.1万人 | 12.7万人 | 34.0万人 |
| 中等症 | 10.2万人 | 61.2万人 | 119.8万人 |
| 軽症 | 34.1万人 | 122.8万人 | 93.9万人 |
| 総人口 | 2049.6万人 | 7807.7万人 | 2948.4万人 |

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、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週間の入院加療を必要とするもの
中等症（入院治療）：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

| | 小児 (18歳未満) | 成人 (18歳～44歳) | 高齢者 (65歳以上) |
|-----|------------------|-----------------|----------------|
| 死亡 | 0.06万人 | 1.2万人 | 6.5万人 |
| 重症 | 0.03万人減 | 0.4万人減 | 0.6万人増 ▲10% |
| 中等症 | 0.7万人 | 9.7万人 | 3.3万人増 ▲25% |
| 軽症 | 0.4万人減 ▲36% | 3.0万人減 ▲24% | 1.3万人増 ▲4% |
| 総人口 | 8.8万人 | 57.0万人 | 168.5万人 |
| 死亡 | 1.4万人減 ▲14% | 4.2万人減 ▲7% | 4.8万人増 41% |
| 重症 | 2.4万人 | 9.7万人 | 119.4万人 |
| 中等症 | 10.3万人減 ▲30% | 25.4万人減 ▲21% | 25.5万人増 27% |
| 軽症 | 1835.9万人 | 7176.0万人 | 3602.7万人 |
| 総人口 | 213.7万人減 ▲10% | 631.7万人減 ▲8% | 654.3万人 22% |

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 ・施設、在宅での末期医療 ・一般国民の理解 | 文献調査 |
| 平成4年度～平成5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关心 ・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・ワイル ・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 | 末舛恵一（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て見た末期医療 ・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 ・癌疼痛療法との説明 ・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に関する検討会 | 樋口範雄（東京大学大学院法学政治学研究科教授） | ・「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ったルール作り →【終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン】 | 一 |
| 平成20年度～平成22年度 | 終末期医療のあり方にに関する懇談会 | 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 |

人生の最終段階の医療・ケアに関するこれまでの経緯

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)

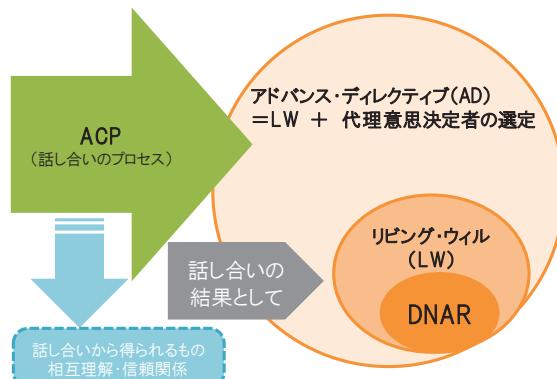
| | | | |
|-------|----------------------------|--------|----------------------------------|
| 岩田 太 | 上智大学法学部 教授 | 佐伯 仁志 | 東京大学法学部 教授 |
| 内田 泰 | 共同通信社生活報道部 編集委員 | 清水 哲郎 | 岩手保健医療大学 学長 |
| 金子 雅子 | ライフ・ターミナル・ネットワーク代表 | 鈴木 美穂 | NPO法人マギーズ東京 共同代表理事 |
| 川平 敏子 | 宮崎市健康管理部医療介護連携課長補佐 | 瀬戸 雅嗣 | 日本テレビ放送網株式会社報道局社会部 |
| 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 篤雄 | 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 |
| 権丈 善一 | 慶應義塾大学商学院 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 | 日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野教授 |

12

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で話しわられる内容は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。)



出典:神戸大学 木澤義之教授作成資料 14

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

- ・ 患者本人の気概や意向
- ・ 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好、その提供体制

<http://www.ncpc.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 13

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

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
- ・ 全般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
- ・ そもそもいつからが終末期なのかが不明確

COPDや心不全の疾患軌跡

終末期の判断が難しい！

- ・ 肺炎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々な状態が悪化する
- ・ 急激な変化が起ったときに、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 2003: p.8

Lynn, Rand Health 2003: p.8

◆ 早すぎるACPは望んでいない

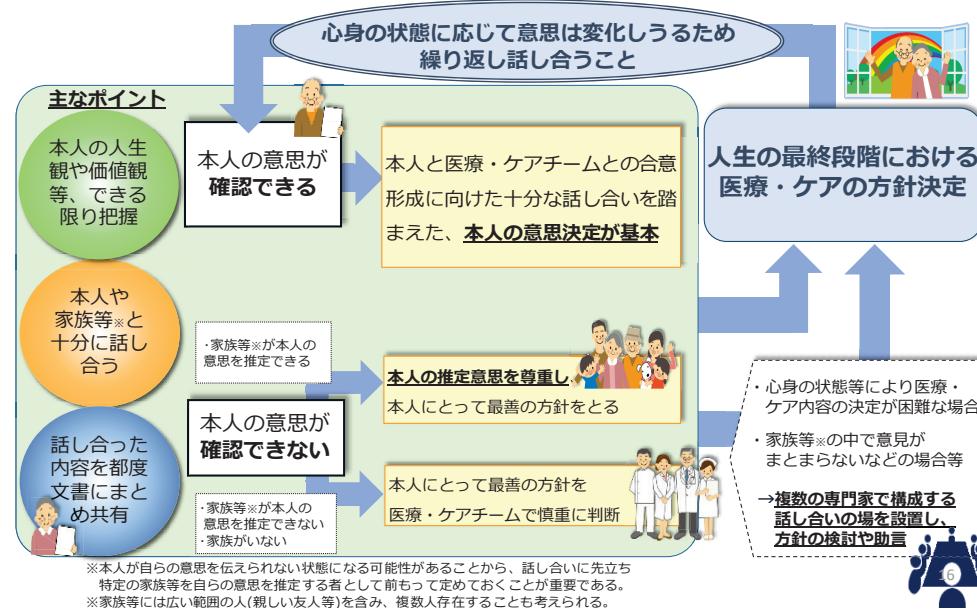
- ・ 病状の悪化や大きな身体機能の低下があった時
- ・ 治療の変更時
- ・ 早すぎると利益より害が多い
- ・ 複数に分けて、適切な時期に適切な話題を

Johnson S. Psycho-Oncology 2015

出典:神戸大学 木澤義之教授作成資料 15

「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。



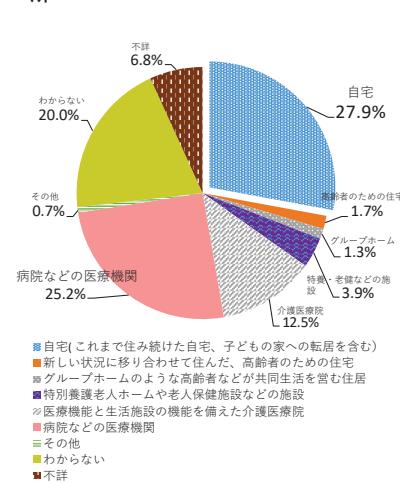
人生の最終段階における 救急現場の課題



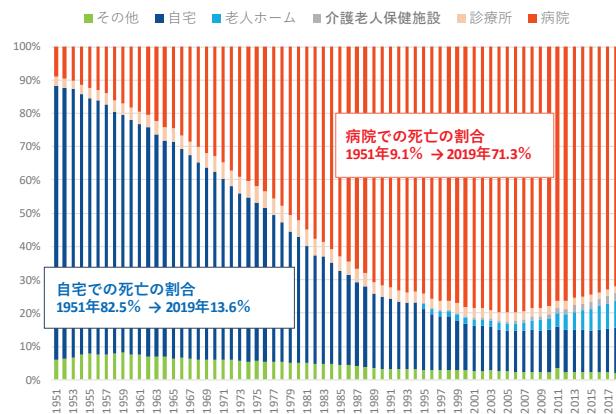
死亡場所の推移

- 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。
- 場所別の死者数をみると、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

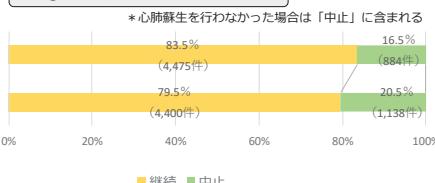


出典：厚生労働省人口動態調査(令和元年度)

【課題】心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動

- 消防庁によると、救急隊が出動した後、心肺機能停止状態の傷病者が「心肺蘇生を拒否する意思表示」をしていたことを、医師や家族等から伝えられた事案は、令和元年で5,359件、令和2年で5,538件であった。
- その中で「心肺蘇生の継続」、「搬送」となった割合は相対的に高いものの、「心肺蘇生の中止」、「不搬送」となった件数は、増加傾向にある。

①心肺蘇生の継続又は中止*

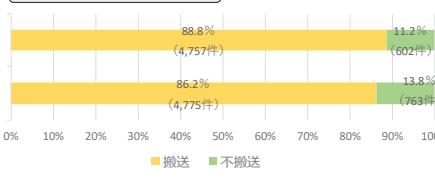


＜参考＞全救急出動件数：6,639,767件（令和元年）

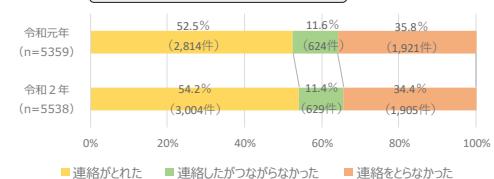
5,935,694件（令和2年）

出典：「令和3年版 救急・救助の現況（総務省消防庁）」

②救急搬送の有無



③かかりつけ医への連絡の有無



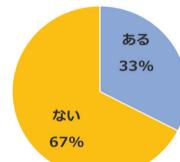
※出典：「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数調査」

平成31年1月1日～令和2年12月31日に全国の消防本部に調査を実施。】

【課題】在宅医療を受けている患者の救急搬送への対応状況

厚生労働省が都道府県に対し、市町村の在宅療養患者の救急搬送ルール等に関する支援体制を調査した結果は以下のとおりであった。

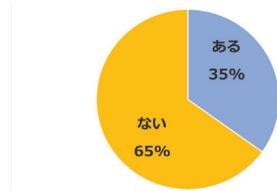
- ①在宅療養患者本人の診療・DNAR等の情報を関係職種で共有できるようなルールやツール等の作成の有無（n=43）



- ②在宅療養患者における救急搬送について受入医療機関の指定等を含むルールの作成の有無（n=43）



- ③消防機関と都道府県との間で、DNAR等の方針が示されている在宅療養患者的救急搬送の取り決めの有無（n=43）



〔出典：在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書（令和3年度 厚生労働省委託事業）
令和4年1月に、47都道府県に調査を実施。（有効回答率：91.5%）〕 20

救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例①

第4回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ
資料
令和4年4月28日

東京都八王子市

【救急医療情報（キット）】

東京都八王子市の救急医療情報キットでは、「もしもの時に医師に伝えたいことがある」、「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。

（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/stf/seisaku-00000000000549806.pdf>）



愛知県岡崎市

【119医療情報伝達カード】救急要請・搬送時のルール

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

（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>）

119医療情報伝達カード

救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例②

（出典）令和3年度版・連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き（一部改変）

東京都（東京消防庁）

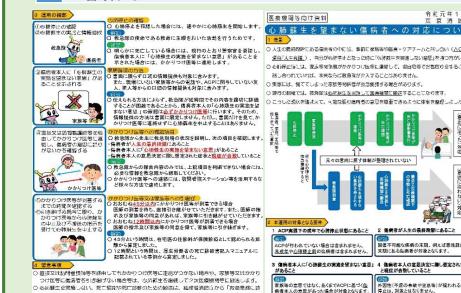
【心肺蘇生を望まない傷病者への対応】

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」（以下、運用の要件）

下記の運用要件を満たした場合、救急隊から在宅医/かかりつけ医等又は家族等に傷病者を連絡し、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。

（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/tfe/kyuu-ad/acp.html>）

| # | 運用要件 |
|---|----------------------------------|
| 1 | ACPが行われている成人で心肺蘇生状態である |
| 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 |



第4回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ
資料
令和4年4月28日

【事例の紹介】静岡県静岡市

【グリーンカードシステム】在宅療養者の意思表示

「グリーンカードシステムの構築（在宅看取りのための診療所連携システム）」

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



（出典）令和3年度版・連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き（一部改変）

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

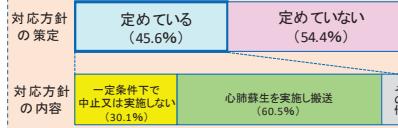
- 近年、救急隊が心肺停止の傷病者の心肺蘇生を望んでいないと言われる事案の対応について、多くの消防本部で課題として認識されている。

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伝えられる事案の有無。
- 事案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。

事案があった(又はあったと思われる)⇒616本部(約85%)



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、情報的制約がある中では、速やかな心肺蘇生の実施が基本。
- 一方で、ACP(アドバанс・ケア・プランニング)の考え方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・逝き方は尊重されいく方向。



現在の取組

4 検討・考察内容

(1)心肺蘇生の対応について

- 大阪市消防局では、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西部消防局では、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れば、傷病者の状態や病状を評価し、医学的な観点と併せて、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、単にかかりつけ医等に連絡を取るだけではなく、必要に応じてオンラインMCC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を留意すべき**。

(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、**MCC協議会において事後検証の対象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、救急要請される事案について、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ったとは言いがたい**。

- 各地域での検証を通じて、**事案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)を発出(消防救第207号)

★ 報告書の要点

①基本的な認識

- ・救急隊は救命を役割とし、心肺停止状態の傷病者においては速やかに心肺蘇生を実施することを基本に活動している。

・一方で厚生労働省は、平成30年3月、ACP(アドバанс・ケア・プランニング、愛称「人生会議」)の考え方を「人生的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など、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合であり、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情報的な制約がある。

★ 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ACPに関する議論の場への参画

②現場での対応等

- ・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など、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。

- ・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とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進め、ACPに取り組んでも重要である。

③今後の方向性

・実態調査の結果、救急現場等で、傷病者の家族から、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らなかったこ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て、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とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進め、ACPに取り組んでも重要である。

救急隊の対応の検討等

- ①在宅医療や介護に関する関係者の参画を得るなど、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

「経済財政運営と改革の基本方針（骨太）」における 人生の最終段階における体制整備についての内容

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】

(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隨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 A C P (Advance Care Planning) と呼ぶ。

※2 A C P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。

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】

(医療・介護制度改革) 【抜粋】

(ii) 医療提供体制の効率化

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。

人生の最終段階における医療・ケア体制整備等事業

1 事業の目的

- 人生の最終階における医療・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、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。また、国民への普及啓発も併せて実施している。

2 事業の概要・スキーム・実施主体

研修事業

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）

※ 令和2年度以降は、在宅での人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定等にかかる内容を中心とした研修プログラムも作成されています。

| 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) | 意思決定する力について（グループワークと発表） |
| グループワーク1 | |
| 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 | アドヒース・ケア・プランニング |
| 講 義 | ACPの実践を学ぶ もじめのときについて話し合いを始める 本人の意思を推定する者を選定する |
| ロールプレイ1 | 治療の選択を尋ね、最善の選択を支援する |
| 講 義 (STEP3) (STEP4) | 本人の推定を推定する 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 | |

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・ケアに関する意識調査

■ 経緯・目的

- ・人生の最終段階における医療・ケアに関する国民・医療介護従事者の意識を把握し、人生の最終段階における医療・ケアの体制整備について検討するまでの基礎資料を得るもの。
 - ・平成4年度に初回調査を実施し、以降、約5年に1度の周期で調査を実施してきた。（前回調査は平成29年12月）

■ 調査対象（※前回塞續）

<一般国民> 6,000人（前回回収率：16%）

⇒ 20歳以上の男女から、層化2段階無作為抽出。

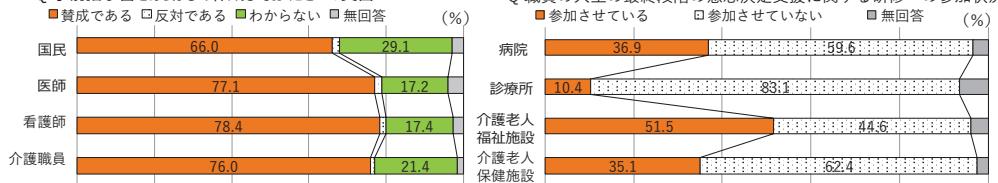
<医療従事者> 17,500人（医師4,500人、看護師6,000人、介護職員2,000人、院長（施設長）5,000人）（前回回収率：29%）

⇒病院、診療所、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設から、施設単位で無作為抽出

抽出された施設において、調査対象とする従事者（医師、看護師、介護職員、院長（施設長））を任意に選出いただき、調査実施。

■ 調査項目の例 (※前回事績)

Q 事前指示書をあらかじめ作成しておくことへの賛否



在宅医療・救急医療連携セミナー

1 事業の目的

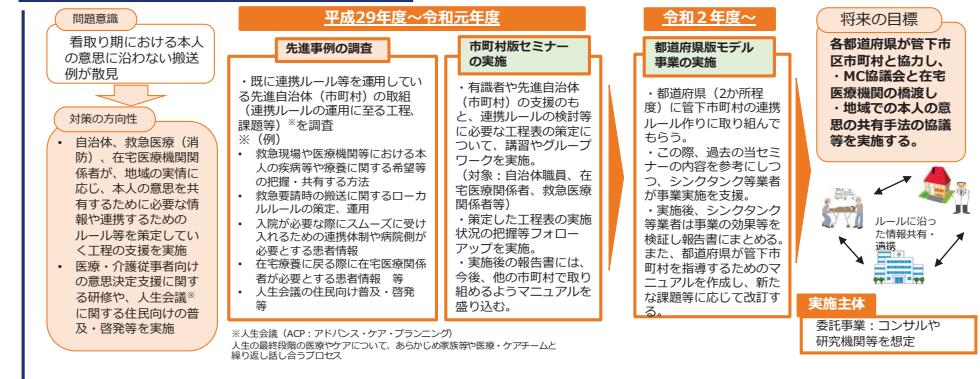
＜背景・課題＞ 本人の意思に沿わない（延命を望まない患者の）救急搬送が散見

- 国民の多くが、人生の最後期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、實際には、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合いを行っていく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、在宅医療の需要が増加を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も、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・救急医療関係者との協議の場を設け、在宅医療養生者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・ケアなどのうえに考えいくか等方面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、歴次の治療方針を対象とした研修セミナーを実施し、必要に応じ携帯ルール等の策定するための工程が進むよう、重点的な支援を行っている。
 - 本取組によって全國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。

2 事業の概要・スキーム・実施主体



參考資料

(4) 対応の手順

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。

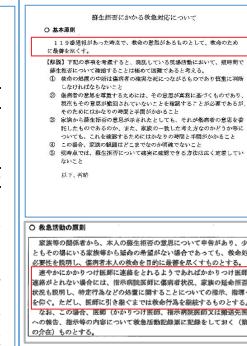
【中止】
家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられた場合、かかりつけ医等の医師から指示を受けるなど、一定の条件のもとに、心肺蘇生を実施しない、又は中断する

【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】



継続の例【B消防本部】



(4) 対応の手順(プロトコル)

② ヒアリングについて

(4) 対応の手順

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。

「平成30年度救急業務のあり方に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)（消防救第205号）より
今後、救急隊に求められること

○地域包括ケアやACPI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

- 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たいざ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

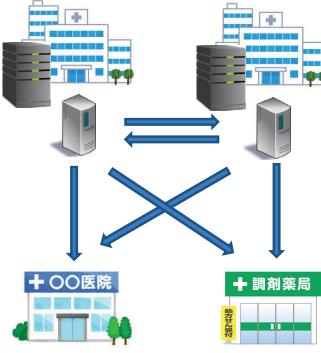
| | C消防本部 | D消防本部 | E消防本部 | F消防本部 |
|-----------------------------|--|--|---|---|
| 対応方針 (心肺蘇生の中止/継続) | 中止 | 中止 | 継続 | 継続 |
| (誰が) | ・都道府県MC協議会 ・地域MC協議会 ・医師 ・在宅医療関係者 ・介護職員 | 医療福祉連携協議会 (以下の多職種で構成) - 医師 - 在宅医療関係者 - 介護職員 - 福祉施設の代表者 - 行政職員 | ・都道府県MC協議会 - 医師 - 在宅医療関係者 - 介護職員 - 福祉施設の代表者 - 行政職員 | ・地域MC協議会 - 医師 - 在宅医療関係者 - 介護職員 - 介護職員 - 介護職員 |
| (どこで) | 地域MC協議会 | 医療福祉連携協議会 | 地域MC協議会 | 地域MC協議会 |
| (どうやってひな形を作ったか) | 救急医を交えた症例検討会の場において「特異事案(DNAR)」の報告が数件続いたことを契機に、内部的な対応方針を作成。さらに、平成29年、「ガイドライン」に沿ったプロトコル」を策定した。策定においては、救急医・中心となりWGを立ち上げ、会議を作成した。その後、上記の多職種で構成されるDNAR検討部会で議論を1~2ヶ月ごとに3~4回開催し、地域MC協議会の場で承認した。 | 過疎地域に伴う医師不足から「現場での看取りは厳しい」とにより、医療機関が中心に搬送に関する協力依頼があった。そこで、病院の「主治医」が中心となり、「医療福祉連携協議会」が3~4年前に発足され、DNARに関する協議・合意に至った。協議・合意した内容は、地域MC協議会にも共通し、理解を得ている。 | CPA事案全体の約5%がDNAR事案であり、傷病者は心肺蘇生を希望していないことから、本来は救急要請しないのがよいが、観察の結果、医療機関に搬送する必要がある場合には、「何らかの方針」を立ててみ必要があることから、地域MC協議会におけるDNAR検討部会で協議し、合意を得た。 | |
| 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」 |



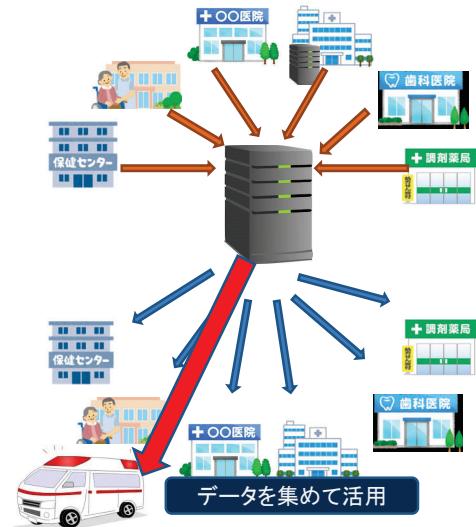
一方通行の情報閲覧と双向通行の情報共有

ID Link HumanBridge

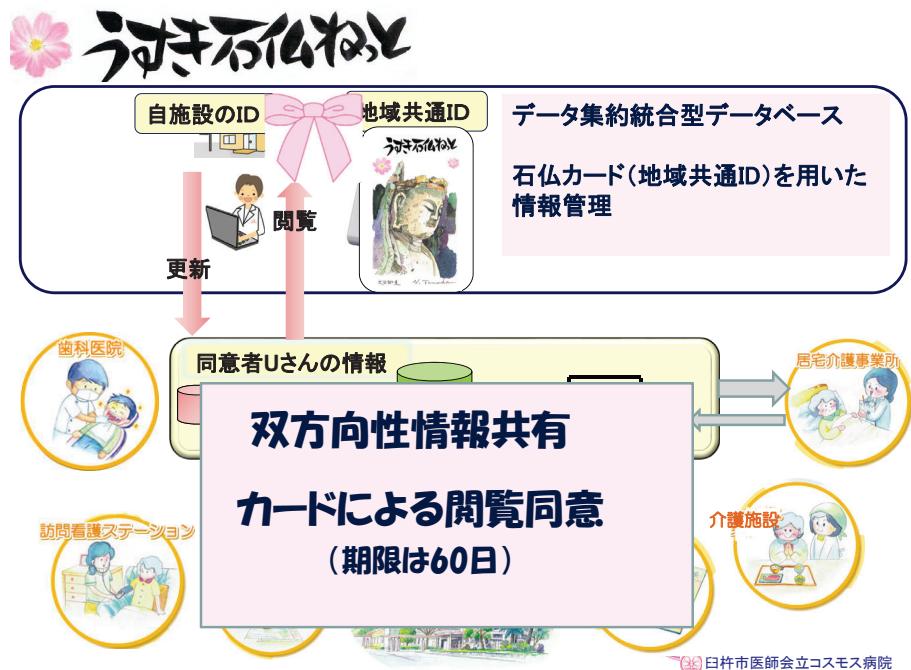
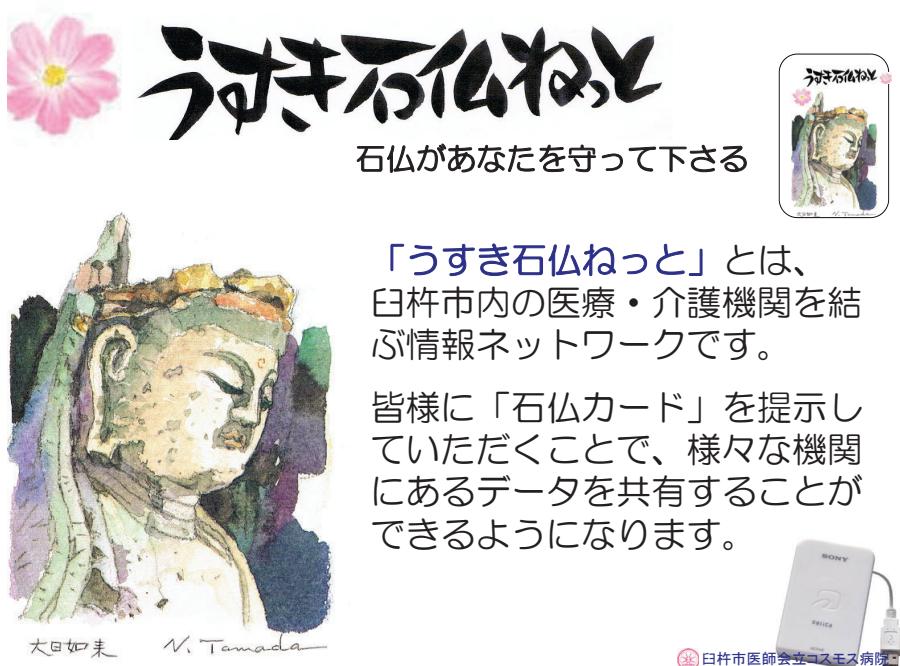
情報開示側



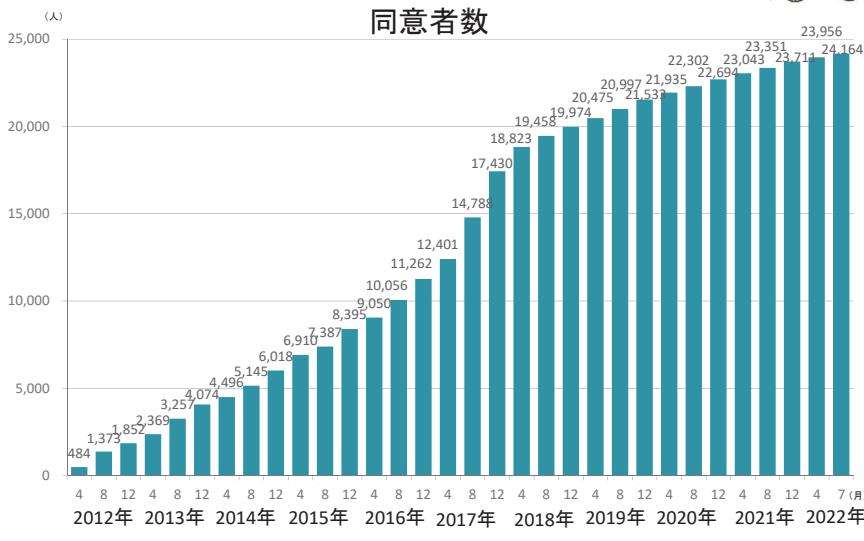
データは病院にある



データを集めて活用



ただ今、拡充中



電子化お薬手帳

患者名: うき石ひなこ 氏別: 女性
年齢: 21歳 性別: 女性
誕生日: 1994-05-27

血糖値: 100 mg/dL 血糖傾向: ↓
出血傾向: ↓ 脾機能: G2

ログオフ

検査結果参照

患者情報

医薬連携

歯科連携

紹介状

サマリ

看護連携

ケアマネ連携

糖尿病連携

心疾患連携

緩和ケア連携

薬歴情報表示

21720 (10004776)

外来 入院 院外 院内 注射 検索

処方日 入外 別名

2016-05-27 晩方 晩方

2016-04-27 晩方 晩方

2016-03-30 晩方 晩方

2016-03-02 晩方 晩方

2016-02-01 晩方 晩方

2015-12-30 晩方 晩方

2015-12-04 晩方 晩方

2015-11-09 晩方 晩方

2015-10-02 晩方 晩方

2015-09-11 晩方 晩方

2015-08-17 晩方 晩方

2015-08-16 晩方 晩方

2015-08-07 晩方 晩方

薬剤情報 (D 1)

基本情報 効能・効果 注意 薬歴指導

| | | | |
|---------|---|---|----------|
| 製品名 | メトグルコゼ 250 mg | | |
| 一般名 | メトホルミン・地屈酸地屈 (2) | | |
| 一般名(英語) | (略) メトルミン・地屈酸地屈 250 mg | | |
| 規格単位 | 250 mg 1錠 | | |
| 効能分類 | ビグアイン系糖尿病用剤 | | |
| 先発・後発 | 先発品 | | |
| 配合成分 | | | |
| 剤形 | 錠 | | |
| 割付け区分 | 局創剤 | | |
| 承認年月日 | 2010年1月20日 | | |
| 収載年月日 | 2010年4月16日 | | |
| 海外販売年月 | 2016年3月 | | |
| 登録 | 9 - 9.0 | | |
| 製造会社 | 大日本住友 | | |
| 販売会社名 | | | |
| ●画像 |  |  | No Image |

2015-04-02 晩方 晩方

【1回量】

検査結果参照 画面

検査日: 20140829 患者番号: 2011 受付番号: 20140829-397

結果 | 時系列 | グラフ | レポート | 画像 | 心電図

| 生年月日 | | 昭和37年 7月 7日 | | 年齢 | 52 | 性別 | 男 | 検査セット | 欲報項目 |
|---|----|-------------|----------|----------|----------|------------|----------|-------------|----------|
| 【1】 | | 【2】 | | 【3】 | | 全ての項目を表示する | | 全て選択 全て解除 | |
| 項目/依頼科 | | 20140215 | 20140409 | 20140409 | 20140415 | 20140502 | 20140606 | 20140718 | 20140829 |
| <input checked="" type="checkbox"/> ゲー GTP | 14 | | | | 13 | 11 | 10 | 12 | 12 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CPK | | | | | 113 | 123 | 124 | 101 | 89 |
| <input checked="" type="checkbox"/> AST | | | | | 21 | 21 | 21 | 20 | 20 |
| <input checked="" type="checkbox"/> ALT | | | | | 10 | 9 | 9 | 14 | 8 |
| | | | | | 123 | 91 | 95 | 80 | 106 |
| | | | | | 66.2 | 68.1 | 61.7 | 55.8 | 60.8 |
| | | | | | 74.1 | 79.2 | 85.3 | L 63.0 | L 68.5 |
| | | | | | 12.7 | 16.9 | 13.9 | 17.3 | 14.4 |
| | | H | 0.78 | H | 0.84 | H | 0.73 | H | 0.73 |
| | | | | | 3.4 | 3.5 | 3.3 | 4.3 | 4.0 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Na | | 139 | | | 142 | 140 | 141 | 139 | 143 |
| <input checked="" type="checkbox"/> K | | 4.7 | | | 4.2 | 4.4 | 4.2 | 4.0 | 4.3 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cl | | 106 | | | 107 | 104 | 104 | 105 | 107 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 血糖 (院内) | H | 258 | | | 150 | 130 | 143 | 183 | 135 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 血糖 時間 | | | 85分 | | 150分 | 60分 | 100分 | 110分 | 90分 |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA 1c | | H | 7.3 | | | H 7.2 | H 6.8 | H 6.9 | H 7.0 |
| <input checked="" type="checkbox"/> eGFR | | L | 32 | | L 77 | L 70 | L 82 | L 82 | L 83 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1日 尿分類 検査 | | | | 11.4 | 8.4 | 6.7 | 7.6 | 7.3 | 7.0 |

異なる医療機関の
検査結果も時系列で表示
健診データも！

消防署通信指令室 閲覧画面

10 (10009777) 平成 22年1月1日 (6歳) 0972-62-5615

臼杵 太郎 (臼杵 太り) 大分県臼杵市戸室

ログオフ トップ画面へ 患者選択 連絡先 介護事業所 薬剤 アレルギー 認知症

救急用アラート項目

既往歴・病名

低血糖

出血傾向

認知症

アレルギー

メモ

コスモス病院 来外来院歴

1 2015-09-17 - 木村 成志
2 2014-12-19 - 犬友 一洋
3 2014-10-10 - 犬友 一洋
4 2011-06-28 - 満木 真一
5 2011-06-24 - 竹中 隆一
6 2011-06-17 - 竹中 隆一
7 2011-06-09 - 犬友 一洋
8 2011-05-24 - 満木 真一

コスモス病院 入退院履歴

1 2008-09-10 2008-09-10 犬友 一洋 内科

調剤情報より自動判定

自立度

介護度 (2016-06-30) 要介護 5

自立度 (2016-06-30)

高齢高齢者日常生活自立度 認知症高齢者日常生活自立度

C I

A D L (2016-06-30)

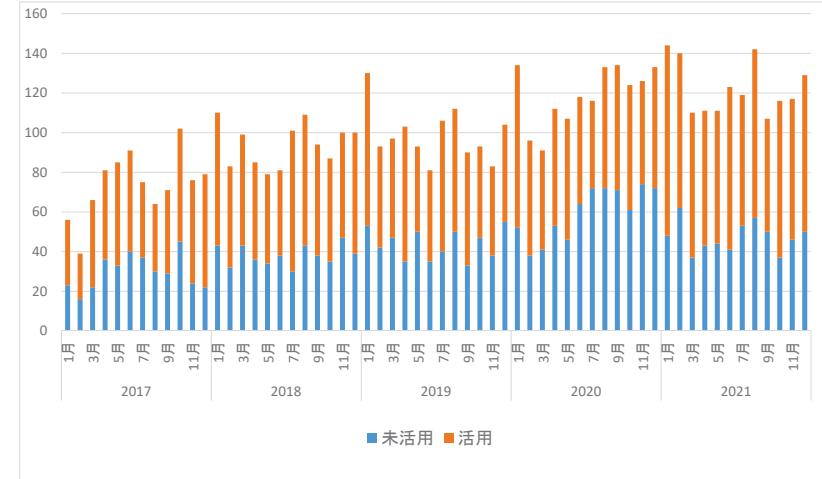
食事 一部介助 排泄 オムツ

移動 車椅子 意思伝達 司

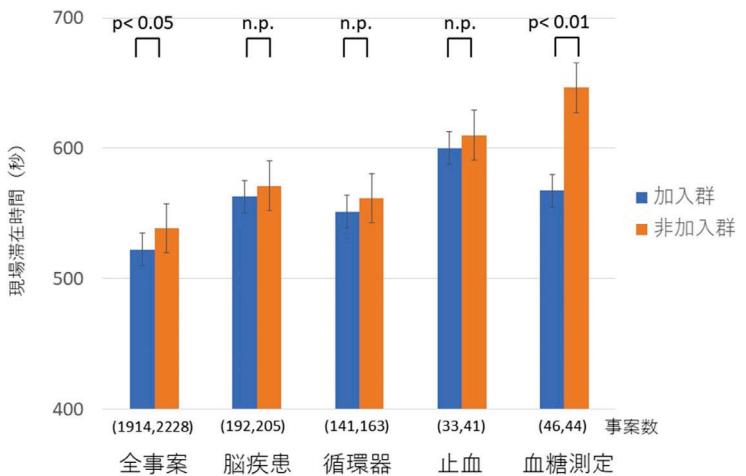
かかりつけ医

1 丸岡駒外科 丸岡 伸吉古
2 三好泌尿器 三好 信行
3 丸岡駒外科 丸岡 伸吉古
4 元村整形外科 元村 順次
5 コスモス病院 小川 聰
6 藤野循環器 藤野 孝雄

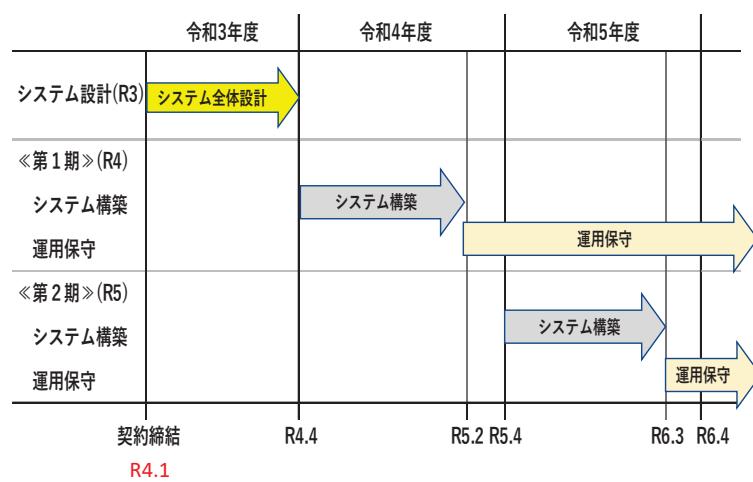
情報利活用の推移 ー通信指令室ー



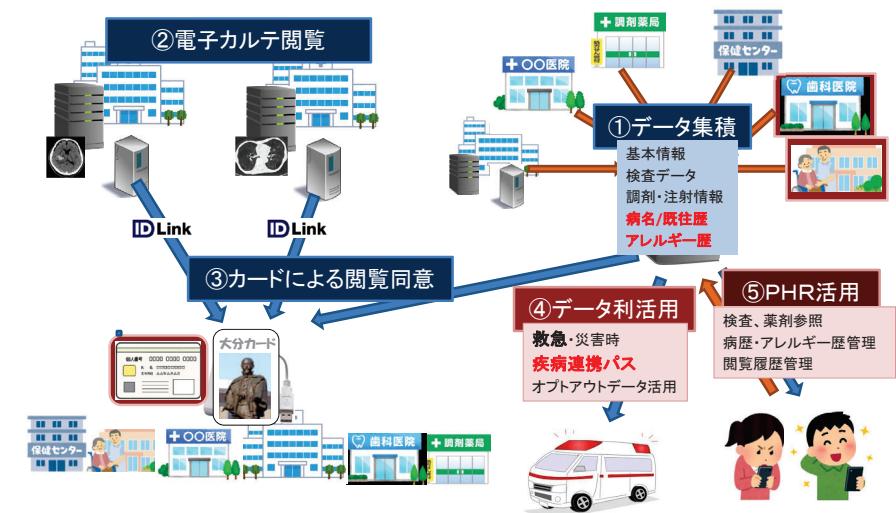
現場滞在時間の短縮



おおいた医療ネットワーク運営協議会 進行状況報告



おおいた医療ネットワークのイメージ



おおいた医療ネットワーク 救急活用(案)



令和6年10月運用開始



おおいた医療ネットワーク 〇〇ネット

[TOP](#) [ログアウト](#)

おおいたID 22J223J1

名前 おおいた トニーーさん 男性 昭和5年5月5日
住所 大分県大分市大字●● 〇丁目△-■

大分大学医学部付属病院、大分県立病院

大分市医師会立アルメイダ病院、大分赤十字病院、

大分医療センター、大分中村病院、大分岡病院、

三愛メディカルセンター、天心堂へつぎ病院、

永富脳神経外科、河野脳神経外科、大分循環器病院、

佐賀関病院、今村病院、大分こども病院、大分記念病院

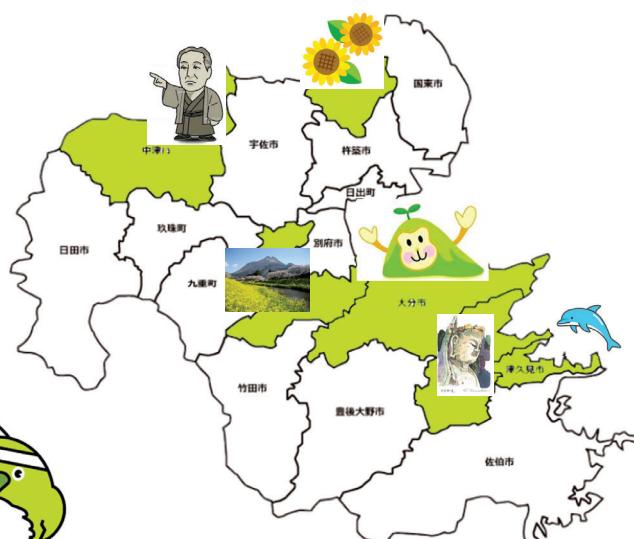
お薬手帳

病名・アレルギー歴

検査結果

紹介状

個人設定



15

高齢者救急

心肺蘇生を望まない
傷病者搬送

消防署通信指令室 閲覧画面

10 (10009777) 平成 22年1月1日 (6歳) 0972-62-5615
臼杵 太郎 (ウチグチ タロウ) 大分県臼杵市戸室

救急用アラート項目

- 低血糖
- 出血傾向
- 認知症
- アレルギー

既往歴・病名

- 糖尿病
- 右大腿骨頸部骨折
- 慢性硬膜下血腫

コスモス病院 外来來歴

| 日付 | 対象 | 担当者 |
|------------|----|-------|
| 2015-09-17 | - | 木村 成志 |
| 2014-12-19 | - | 舛友 一洋 |
| 2014-10-10 | - | 舛友 一洋 |
| 2011-06-28 | - | 満木 真一 |
| 2011-06-24 | - | 竹中 隆一 |
| 2011-06-17 | - | 竹中 隆一 |
| 2011-06-09 | - | 舛友 一洋 |
| 2011-05-24 | - | 満木 真一 |

コスモス病院 入院履歴

| 日付 | 対象 | 担当者 |
|------------|------------|-------|
| 2008-09-10 | 2008-09-10 | 舛友 一洋 |

メモ

DNAR
ACP
人生最終段階希望

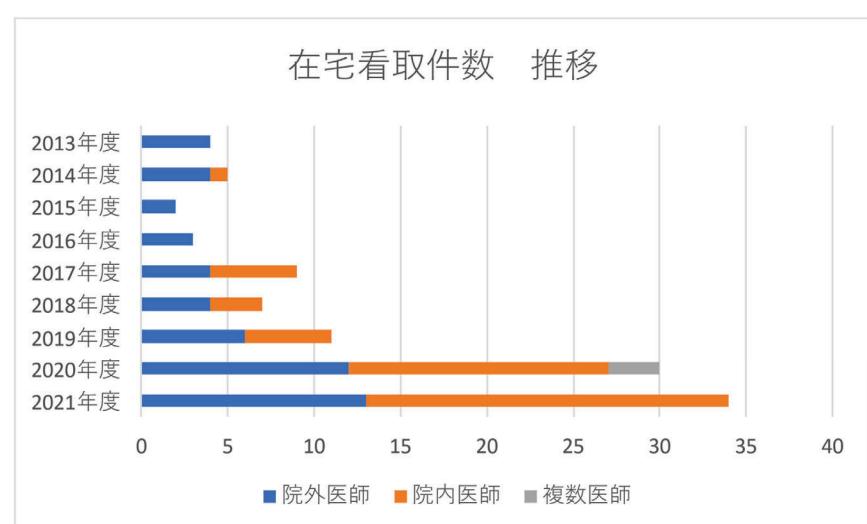
介護度 [2016-06-30] 要介護 5
自立度 [2016-06-30] 認知症高齢者日常生活自立度 C 1 I

ADL [2016-06-30]

| | | | |
|----|------|----|-----|
| 食事 | 一部介助 | 排泄 | オムツ |
| 移動 | 意思伝達 | 可 | 車椅子 |

かかりつけ医

| 名前 | 専門 |
|--------|--------|
| 丸岡脳外科 | 丸岡 伸比古 |
| 三好泌尿器 | 三好 優行 |
| 丸岡脳外科 | 丸岡 伸比古 |
| 元村整形外科 | 元村 順次 |
| コスモス病院 | 小川 聰 |
| 藤野循環器 | 藤野 寿雄 |



18

豊かな人生を送るために 「人生会議」の 普及啓発を推進する条例

大分県議会では、より一層県民一人一人の人生の質を高め、全ての県民が豊かな人生を送ることのできる大分県を目指し、「豊かな人生を送るために『人生会議』の普及啓発を推進する条例」を制定しました。

「人生会議」の普及啓発を推進する条例の制定は、全国初となります。

「人生会議」とは？

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができます。できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にすることや想んでいること、どこでどのような医療やケアを望むか自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

この取組を「人生会議」と呼びます。

(出典 厚生労働省作成リーフレット)

大分県議会

条例の概要

【普及啓発の推進等】
○県は、リーフレットの配布、セミナーの開催等、広く県民に對し人生会議の普及啓発を行います。
○普及啓発を推進するに当たっての留意事項
・人生会議の取組を行う又は行わないことを強制しない
・知りたくない考え方でないなどの各人の意思に十分配慮

【人材の育成】
○県は、地域における人生会議に関する普及啓発を担う人材を養成するため、市町村と関係機関の職員などに対し、知識の習得、理解の促進のための研修など必要な取組を行います。

【市町村と関係機関の役割】
○市町村と関係機関は、県が実施する人生会議に関する普及啓発に連携・協力するとともに、各自創意工夫した人生会議に関する普及啓発を行うよう努めるものとします。
○関係機関は、本人や本人を身近で支える家族等に対し、人生会議に関する適切な情報を提供するなどの支援を行うよう努めるものとします。

* 「関係機関」とは、医療機関、老人福祉施設、その他の関係する機関・施設等をいいます。

施行期日：令和2年7月8日

お問い合わせ先

【この条例について】

- 大分県議会事務局政策調査課 TEL: 097-870-0022 大分市大手町3-1-1
MAIL : 097-506-5032 FAX : 097-506-1785
MAIL : a21000@pref.oita.lg.jp
- 【人生会議の普及啓発の取組について】
- 大分県保健部医療政策課 TEL: 097-850-2652 FAX : 097-506-1734
MAIL : a12620@pref.oita.lg.jp

ステップ④ 話し合って、共有しましょう。

あなたが生きるうえで大切にしていることは何ですか？

趣味の時間
 ひとりの時間が持てること
 ベットの時間

仕事や社会的な役割
 家族の負担にならないこと
 その他

その理由も書いてみましょう。

今後、受けたい医療やケアに希望はありますか？

病院や施設で療養したい
 住み慣れた自宅で生活したい
 痛みや苦しみがなく、自分らしさを保つことを重視した治療を受けたい
 できる限りの治療や延命治療を行い、少しでも長生きたい
 その他

その理由も書いてみましょう。

自分の考え方や気持ちが伝えられなくなった時、してほしい医療やケア、してほしくない医療やケアはありますか？

例) できるだけから食べ物を食べたい・人工呼吸器はつけたくないなど

病状が悪化したり、もしもの時が近くなったら、どこで療養したいですか？

自宅
 病院
 介護施設
 その他

その理由も書いてみましょう。

上記以外に、あなたの信頼する方と話したこと、考えたことがあれば記録しておきましょう。

人生会議 記録シート

ACP

あなたの信頼する医療・ケアの質的のために、話し合いで記録します。
別紙「人生会議 始めませんか？」リーフレットを読みながら進めましょう。

ステップ① 治療を受ける際、あなたが大切にしたいことは何ですか？

治療を受ける際、あなたが大切にしたいことは何ですか？(いくつ選んでもよいです)

家族や友人のそばにいること
 ひとりの時間が持てること
 痛みや苦しみがないこと
 身の回りのことが自分でできること
 仕事や社会的な役割が続けられること
 その他

その理由も書いてみましょう。

ステップ② あなたが思いを託せる人は誰ですか？

あなたが信頼し、今後の治療について相談できる、あなたの思いを託せる人を記入しましょう。

| | | |
|----|-----------|-----|
| 氏名 | 関係(医療・ケア) | 連絡先 |
| | | |
| | | |
| | | |

ステップ③ かかりつけ医に相談してみましょう。

ステップ3は、専門のない方や、予想される経過などについて、かかりつけ医に相談しましょう。

あなたの健康状態や病気、予想される経過などについて、かかりつけ医に相談しましょう。

わたしの想いをつなぐノート(小冊子)②

|回復の見込みがなく死期が迫った場合の処置(延命治療)について |わたしの想い |

記入日:平成 年 月 日

わたしは延命治療について 番を選択します

1. 生命維持のための最大限の治療(※1)を希望する。(心臓マッサージ、人工呼吸器など)
2. 最大限の治療までは希望しないが、継続的な栄養補給(※2)を希望する。(胃ろうなど)
3. 継続的な栄養補給は希望しないが、点滴など水分を維持する程度(※3)は希望する。
4. 延命治療は行わず、自然にゆだねる。(※4)

また、以下の□で囲んでいることも希望します。

延命治療は希望しないが、痛みはとって(※5)ほしい。
わたしの想いを次のページで述べているのでみてほしい。

※1～※5については、「書き方の手引き」参照

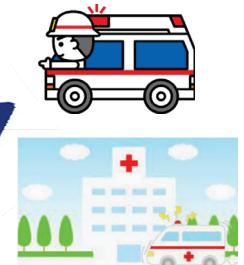


1
2
16

家族に迷惑かけたくない
食べれないなら死んだ方が
施設もいいか
助かるなら何でもして
きついのはいや
もう十分生きた
死ぬのは怖い
延命は望まない

最期まで自分らしく生きるための
本人の生き方・価値観・希望

「私の望み」



臼杵市における課題は？

- ・こんな課題があることを(行政も含めて)課題と認識していない
- ・「幸せに人生の幕を閉じるためにには『私の望み』を共有する必要がある」ととの啓発(市民・介護スタッフ・医療スタッフ)
- ・『私の望み』を共有する方法は？
- ・『私の望み』を救急医療や二次・三次医療機関で活用するには？

日本老年医学会 「ACP推進に関する提言」

(2019年6月)

2019年

一般社団法人 日本老年医学会
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」

■ 地域包括ケアにおける ACP

住み慣れた地域で本人が尊厳を保ち、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築が推進されている。いかなる健康状態にあっても、療養の場や医療・ケアの選択において本人の意思が尊重され、その人に関わる多職種が本人の価値観、死生観、人生観を共有した上で本人の尊厳を守るチームとなり、ACPを実践することが求められる。医療・介護の資源、住民の文化は地域によって異なる。必要な支援システムやその在り方も個人によって異なる。こうしたことを踏まえ、地域の特性や固有の状況に応じたACPのシステムづくりが求められる。ACPの実践を担うACPファシリテーターなどの人材育成や教育、ACPの対話において表明された意向を書面に残す場合はそのツールも必要である。健康状態の変化などで治療や暮らしの場が移行しても、表明された本人の意向が次の場につながれ、状態に応じて更新された情報も共有できるように、急性期、亜急性期、慢性期の医療機関、さらには外來、在宅医療、介護施設を含め、地域の資源が本人の尊厳を守る包括的システムのなかで構築されることが求められる。

ACPは人生の様々な過程に寄り添うプロセスである。そのため、本人の長年にわたる健康状態を把握し、家族や住み慣れた地域の医療・介護の状況について精通する「かかりつけ医」は、ACPの中心的役割を担うことが期待される。

また、介護支援専門員や在宅医療・ケア提供者、医療機関および施設ケアの従事者等はそれぞれの支援過程で汲み取った情報を共有し、繰り返し本人の最善に向けてチームで話し合い、合意形成することが求められる。そのため個人情報の取り扱いに関し、チームメンバー個々の倫理観の醸成も不可欠である。

日本老年医学会 「ACP推進に関する提言」

(2019年6月)

2019年

一般社団法人 日本老年医学会
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」

■ ACP ファシリテーター

ACP ファシリテーターとは、本人の価値観や意向、人生の目標に一致した医療・ケアの意思決定を実現するために、本人、家族等、医療・ケアチームと協働し、本人中心の意思表明や意思決定のための対話を促進する熟練した医療・ケア提供者である。医師、看護師、訪問看護師、メディカルソーシャルワーカー、介護支援専門員(ケアマネジャー)、高齢者施設の生活相談員らが対話のプロセスを適切に進める ACP ファシリテーターとなりうるが、これらの職種に限らず、本人の心身の状態と療養の場によって、医療・ケアチームのなかで最も適任な職種・スタッフがファシリテーターを務めることが望ましい。

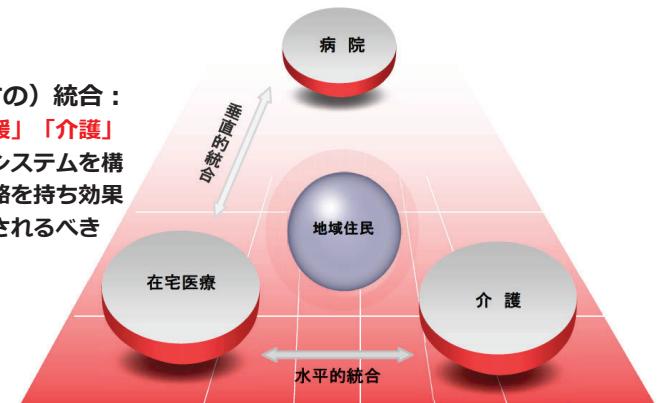


Leutz 1999



規範的（考え方の）統合：

「住まい」や「生活支援」「介護」「医療」「予防」などシステムを構成する要素が一定の戦略を持ち効果的に組み合わせて提供されるべき



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

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 46% (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

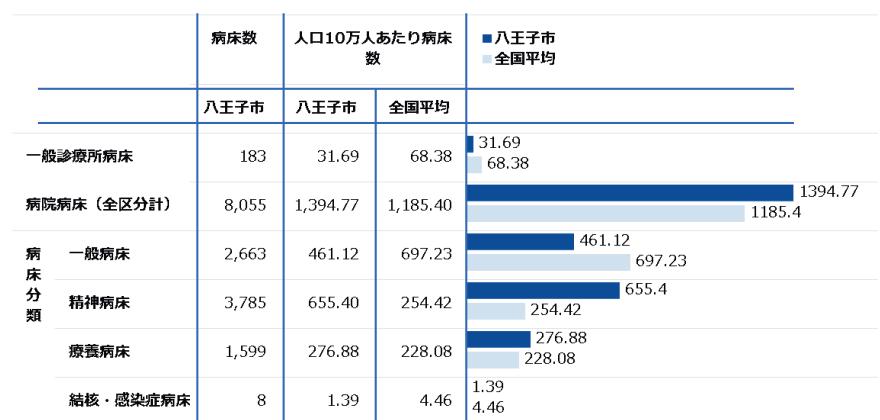


八王子市内の病床数

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)



八王子市内の救急医療機関

2次医療機関

- 1 東海大学医学部付属八王子病院
- 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



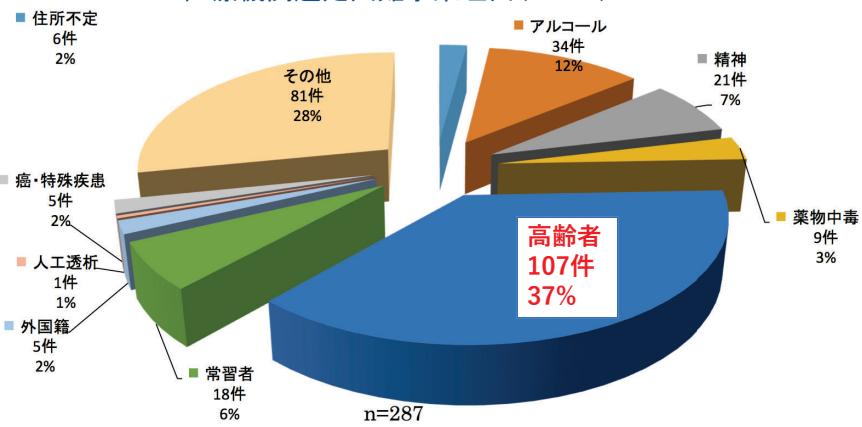
3次医療機関

東京医科大学八王子医療センター

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

■ 医療機関選定困難事案理由 (n=287)



・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

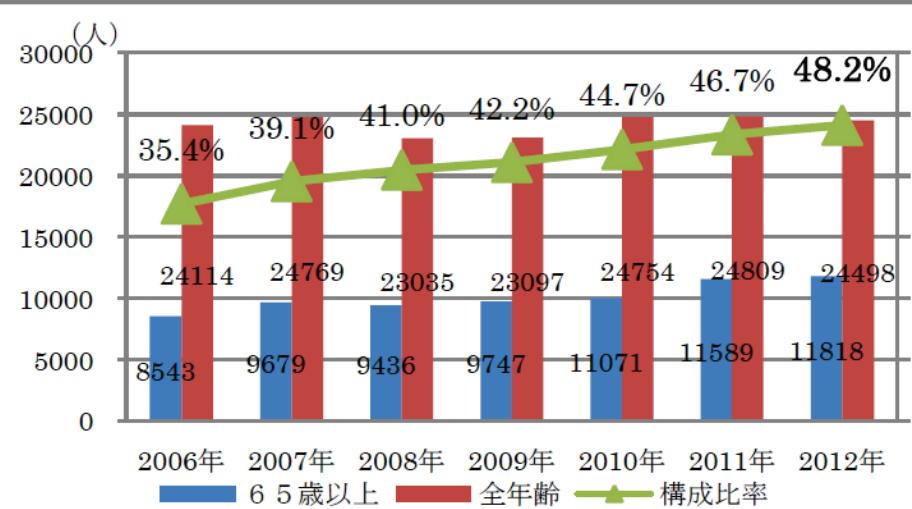
平成21年 50分50秒

平成22年 54分27秒(都内平均50分30秒)

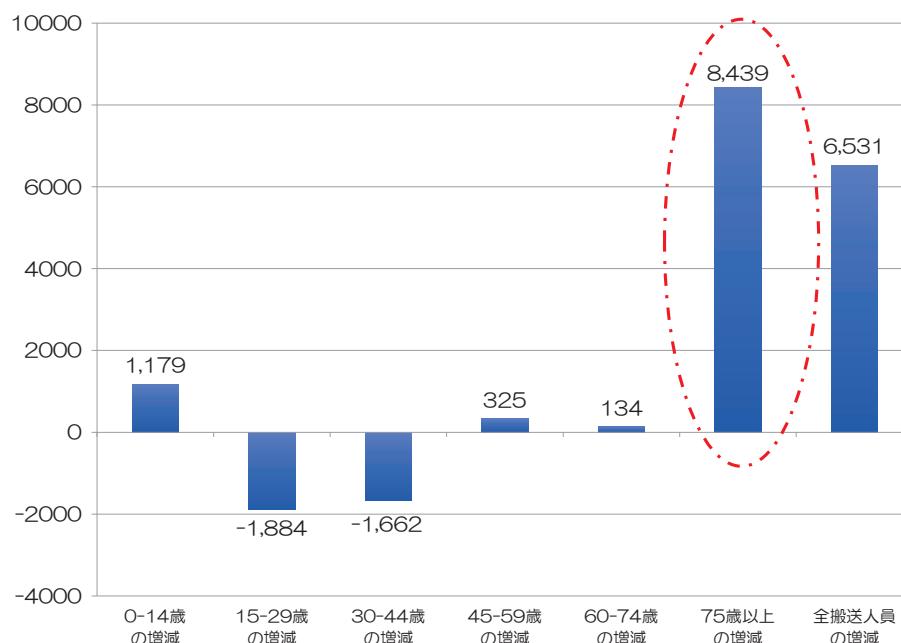
八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会 (八高連) 設立の経緯

実態把握・課題の抽出

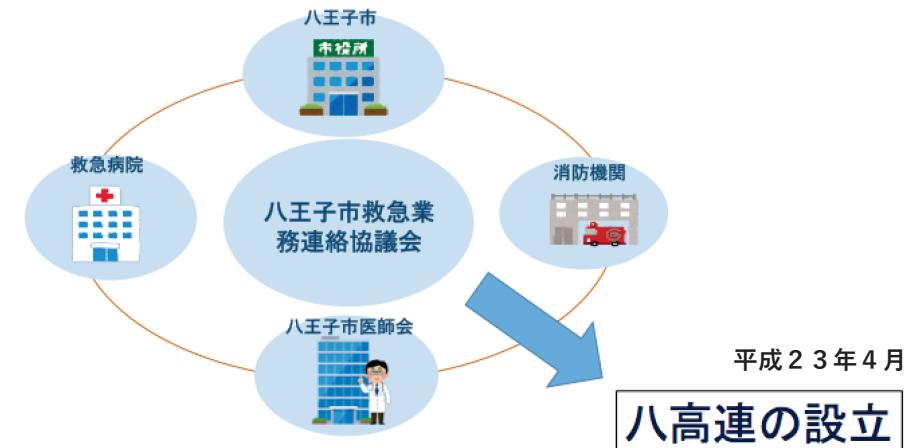
八王子市における高齢者搬送人員



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) 八王子市耆健施設協議会
 - (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

| 救急医療情報 | | | |
|--|------------------------|------|----------|
| ※ 本用紙はおむね65歳以上の方を対象としています。 (八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会) | | | |
| 住所 | 八王子市 町 丁目 番 号 | | |
| ふりがな | 年齢 誕生日 (平成 年 月 日現在) | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | | |
| 性別 | 男 · 女 | | |
| 連絡先 | 042- | — | |
| 電話番号 | — | — | |
| △医療情報 | | | |
| 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 | | | |
| 病院名: | ※おむね1年内に受診したある病院 | | |
| かかりつけの病院 | 住所: | 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"/> できるだけ軽め、延命をしてほしい | | | |
| <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見守ってほしい | | | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| △緊急連絡先 | | | |
| 氏名 | 統柄 | 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 |
| △地域包括支援センター | | | |
| 地域包括名称 | 電話番号 | | |
| 担当者名 | | | |

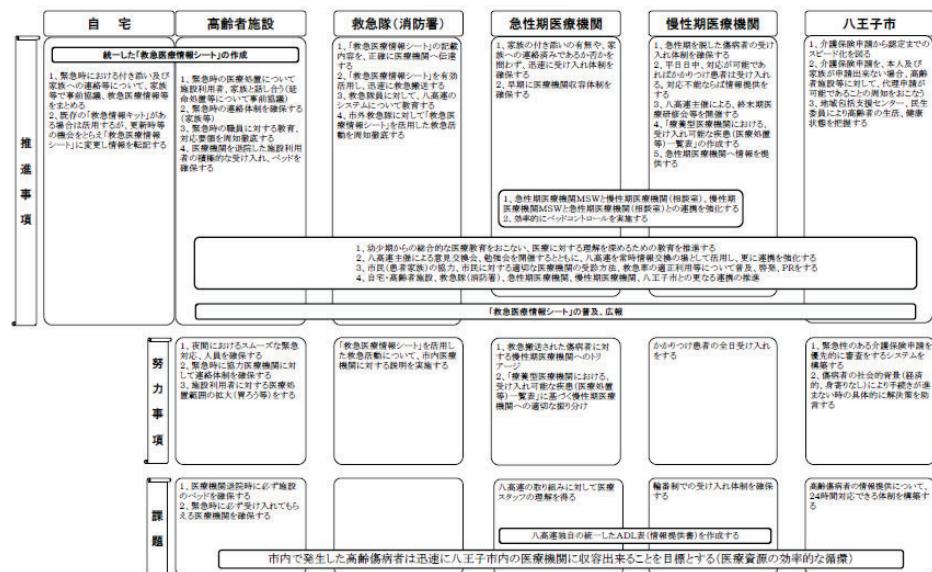
療養型医療機関における受け入れ可能疾患

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(前線)における受け入れ可能疾患(医療協定第一種) | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------|------------------|------|------|--------|--------|------|------|--------|------|---------|------|------|
| 慢性期疾患 療養型医療機関 | | 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) | | 三愛病院 | 城山病院 | 相武病院 | 南八王子病院 | 聖バウロ病院 | 上川病院 | 陵北病院 | 倉橋胃腸病院 | 真吾病院 | 仁和会総合病院 | 永生病院 | 平川病院 |
| 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 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12.尿管カテーテル | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13.人工肛門 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 14.多臓器不全 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 15.敗血症 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 16.敗血症性休克 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 17.頭頸部外傷 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 18.頭頸部骨折 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 19.脳血管障害 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 20.脳梗塞 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21.脊髄損傷 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 22.失禁症 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 23.黑色疾患合併 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 24.末梢疾患 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 25.糖尿病 | 重度 | △ | ○ | △ | ○ | △ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | ○ |
| 26.糖尿病 | 重度以外 | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ |
| 27.腎臓疾患 | ○ | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 28.二次救急からの患者受け入れ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 29.三次救急からの患者受け入れ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 30.三次救急からの患者受け入れ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ページ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |

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

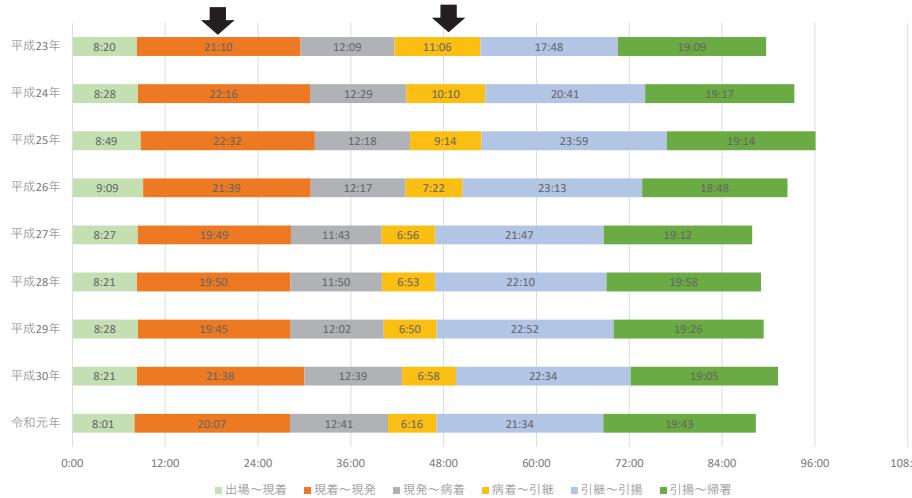
急性期を脱した患者の早期受け入れ体制
平日日中、かかりつけ患者の受け入れをする

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
病着～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

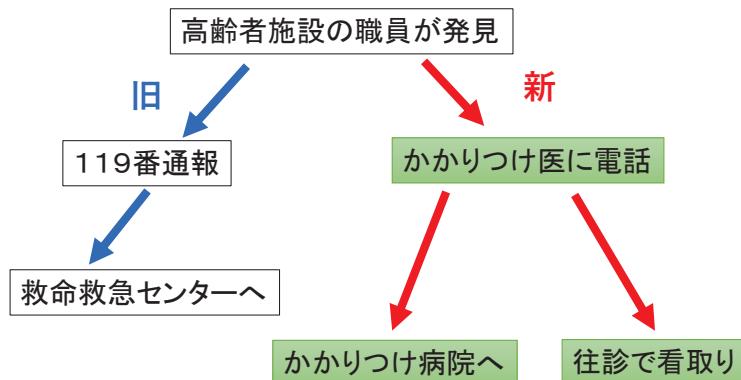


65歳以上 八王子市内収容率 平成22年と令和1年の比較
71.9% → 83.7%

八王子市内3次救急医療機関におけるCPA搬送数

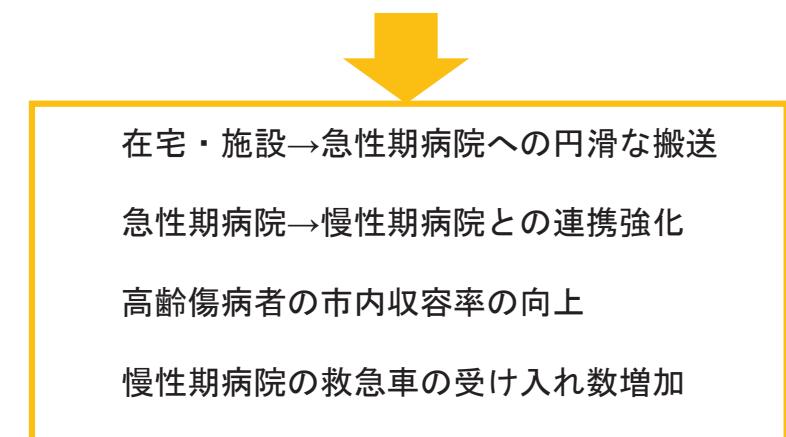
東京医科大学八王子医療センター救命救急センター

平成22年 305件 → 平成26年 209件

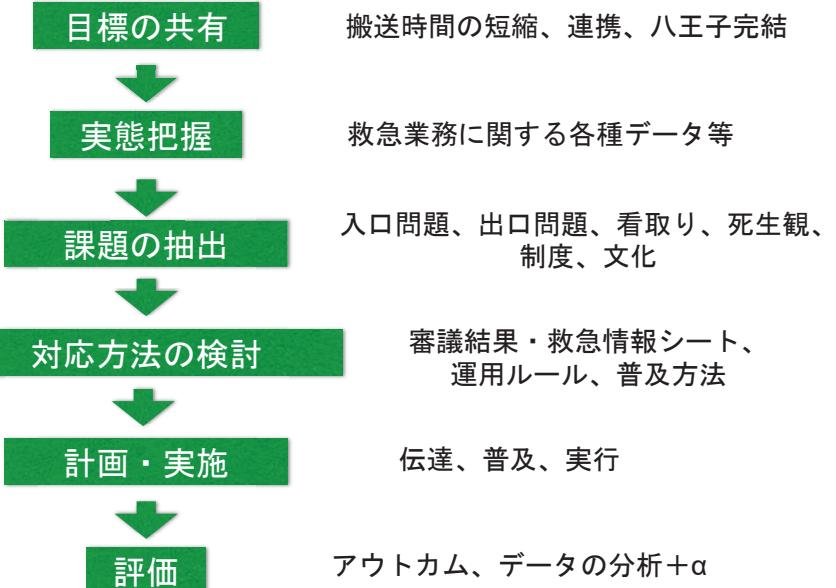


八高速の本質と効果

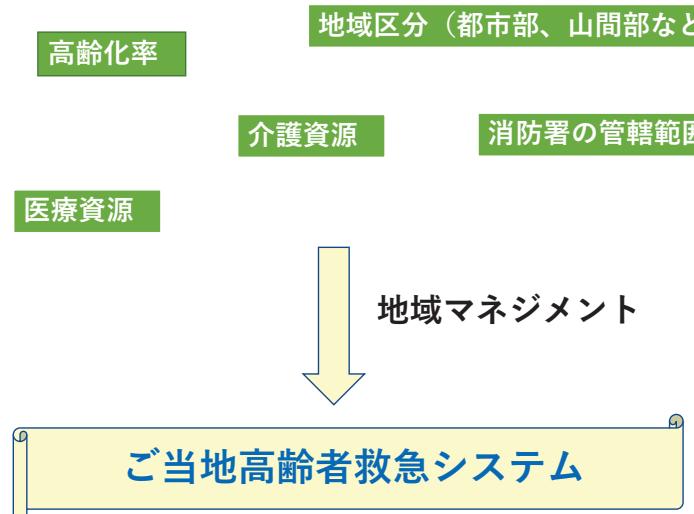
オール八王子での継続的な水平な議論による、
いわゆる
「腹の見える連携」の実現



地域包括ケアと八高連



全国にはさまざまな地域があり、事情も異なる



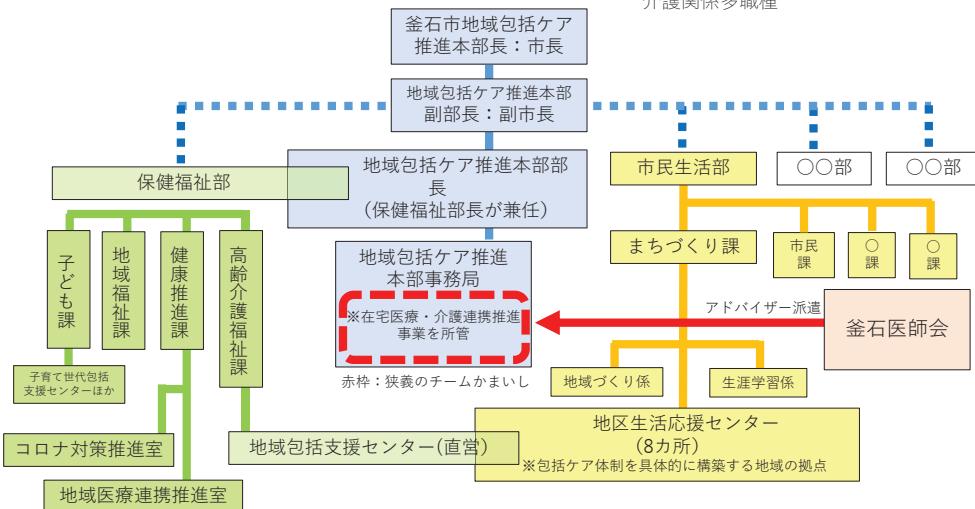
岩手県釜石市における 在宅医療・救急医療連携の取組について

～在宅医療連携拠点チームかまいし
令和2年度厚労省「在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業」～

釜石市地域包括ケア推進本部
事務局長 小田島史恵



釜石市地域包括ケア推進本部と 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の設置《H26年4月》

釜石市では、年齢を問わず全ての住民が、住み慣れた釜石市で、安心して自分らしい生活を続けることができるよう、5つの要素、医療・介護・予防・生活支援・住まい、のサービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築のため、部局横断的に企画調整し、具体的な取組みの推進を図る部署として設置。

当市の地域包括ケアシステムの方向性と、本部の体制整備に大きく影響を与えたのが、

「地域包括ケアを考える懇話会」と

「在宅医療連携拠点チームかまいし」

の取組みです。

釜石版地域包括ケアシステム 全世代・全対象型



◆地域包括ケアを考える 懇話会（会長：釜石医師会長）

H25年2月、復興を内包した地域包括ケアシステムの実現に向けた懇話会の提言

～生きる希望にあふれたまちづくり～

構成員：医師会、東大IOG、介護支援専門員連絡協議会、社協、老人クラブ、シルバー人材センター、有償ボランティア団体

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

事業開始 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、平成24年7月、医師会との連携体制による釜石市役所の所管業務としてスタート



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
・配置職員は「連携コーディネーター」職種不問

目的 地域包括ケア体制の構築

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

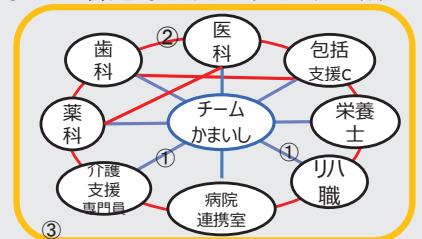
連携coの役割 ケアを担いシステムを支える各職種の専門性が発揮できる環境や関係性を整えること
・職種間の連携に関するストレスを軽減すること
・職種内の温度差解消のお手伝い

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、
土壤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



《一次連携》職能団体等との打ち合わせ会 ~連携の土壌づくりとタネまき~

各職種の事情を言い出せる顔の見える関係づくり
会議ではなく**打ち合わせ**。笑いも絶えません (^^)b



一次連携は連携の基盤!
事業推進の土台です。

- ・薬剤師会
 - ・病院連携室（急性期）
 - ・病院連携室（慢性期）
 - ・訪問看護ステーション
 - ・地域包括支援センター
 - ・介護認定係（市・町）
 - ・介護施設連絡協議会
 - ・生活支援コーディネーター
 - ・地区生活応援センター所長
 - ・社会福祉協議会
 - ・市保健師
 - ・消防本部
- ※順不同

連携拠点の機能の周知
の場にもなっています。

令和2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」



初のオンラインセミナー対応に
四苦八苦

参考:2019年(令和元年)12月8日、中国武漢で新型コロナウイルス発生か。翌1月16日、日本国内で初の感染者(中国籍)が報告



- ◆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

| STEP1 資源把握・情報収集 | |
|--|-------------------|
| 1-1意見交換 1-2アンケート実施 | 令和2年度作成釜石市行程表より抜粋 |
| 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 | |

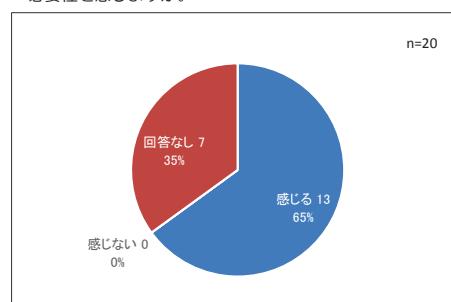
釜石市 令和2年度行程表

| 年月 | 項目 | 実施内容 | 備考 |
|------------|------------------------------|---|----------------------------------|
| 2020/11/29 | 1-1.2-1.4-1 2-2 5-1 | 第1回チームかまいし在宅医療・救急医療連携推進事業（第1回セミナー受講） 実施結果まとめ、課題の整理 命のきずなカブセル（緊急医療情報キット）FBによる周知実施 | チームかまいし |
| 2020/12/17 | 1-2.2-2 2-2 2-2 2-2 | ケアマネ対象 ACPに関するアンケート調査実施 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） 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） 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）） | チームかまいし 病院 消防本部 チームかまいし |
| 2021/1/29 | 1-1.2-1.3-1.4-1 2-2 | 第2回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） 課題の整理 工程表案作成 | チームかまいし |
| 2021/2/14 | 2-1.3-1.4-1.5-2 | 第3回チームかまいし在宅医療・救急医療連携推進事業（第2回セミナー受講） | 消防欠席 |
| 2021/3/5 | 3-1.4-1.5-2 | チームかまいし×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～ | 5-1.3-1.4-1 | 命のきずなカブセル、再周知、運用方法再検討 等 | 行政 |

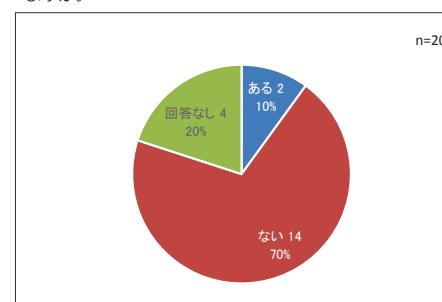
令和2年度 第2回釜石市介護支援専門員等研修会 アンケート結果 抜粋

◆以下の①～④について、釜石市・大槌町で勤務している方にうかがいます。1/3

① 介護支援専門員の業務を行う上で、人生会議（ACP）の必要性を感じますか。



② 介護支援専門員として人生会議に関わったことがありますか。



③ ②で【1. 介護支援専門員として人生会議に関わったことがある】と答えた方にお尋ねします。

人生会議を行うにあたり、中心となって場を設定した（調整や声掛けをした）職種を教えてください。

| 回答者の属性 | 人生会議の場を設定した職種 |
|-----------------------------|---------------|
| 介護支援専門員・社会福祉士／居宅介護支援事業所／釜石市 | 医師(訪問診療) |

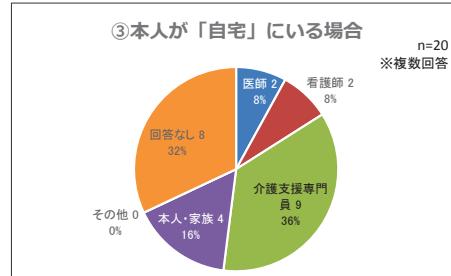
9



令和2年度 第2回釜石市介護支援専門員等研修会 アンケート結果

◆以下の①～④について、釜石市・大槌町で勤務している方にうかがいます。3/3

④ 人生会議を行う上で、中心となって場を設定する（調整や声掛けをする）のはどの職種がふさわしいと思いますか。（2/2）



◎自宅において、人生会議の場の設定にふさわしいと思う職種
(複数回答)

| 医師 | 看護師 | CM | 本人・家族 | その他 | 回答なし | 計 |
|----|-----|----|-------|-----|------|----|
| 2 | 2 | 9 | 4 | 0 | 8 | 25 |

※その職種を選んだ理由や、その他意見等

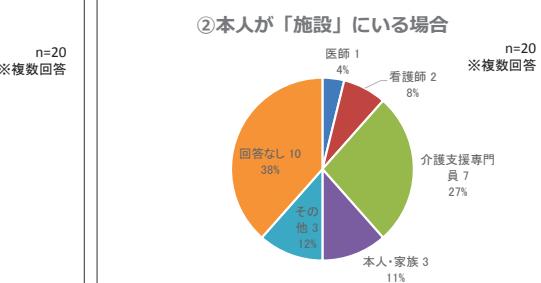
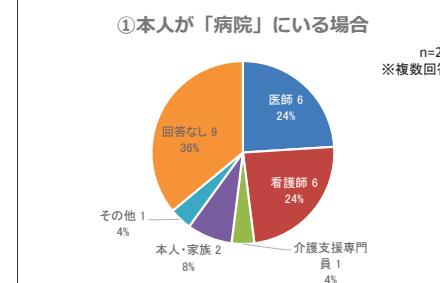
| 回答者の属性 | 回答 | 意見等 |
|-----------------------------|---|---|
| 介護支援専門員／居宅介護支援事業所／釜石市 | ①病院…ソーシャルワーカー ②施設…相談員 ③自宅…CM | どの所在でも医師の協力は必要だと思います。ご家族・本人 やはり医師の言葉を一番信頼しています。 |
| 介護支援専門員／居宅介護支援事業所／釜石市 | ①病院…医師 ②施設…看護師、本人・家族 ③自宅…看護師、CM、本人・家族 | 身体状況や病気などに関しては医師の意見が必要だと感じます。本人、家族の意向は必ず必要だと思う。 |
| 介護支援専門員・社会福祉士／居宅介護支援事業所／釜石市 | ①病院…医師 ②施設…CM ③自宅…医師 | 施設入所していると現場の状況から見て…ということも多いのでは。 |

11

令和2年度 第2回釜石市介護支援専門員等研修会 アンケート結果

◆以下の①～④について、釜石市・大槌町で勤務している方にうかがいます。2/3

④ 人生会議を行う上で、中心となって場を設定する（調整や声掛けをする）のはどの職種がふさわしいと思いますか。（1/2）



◎病院において、人生会議の場の設定にふさわしいと思う職種
(複数回答)

| 医師 | 看護師 | CM | 本人・家族 | その他 | 回答なし | 計 |
|----|-----|----|-------|-----|------|----|
| 6 | 6 | 1 | 2 | 1 | 9 | 25 |

【その他】内訳
・ソーシャルワーカー 1

| 医師 | 看護師 | CM | 本人・家族 | その他 | 回答なし | 計 |
|----|-----|----|-------|-----|------|----|
| 1 | 2 | 7 | 3 | 3 | 10 | 26 |

【その他】内訳
・相談員 2
・施設側 1



10

STEP 1 資源把握 情報収集

1-1意見交換 1-2アンケート実施

令和2年度作成釜石市行程表より抜粋

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

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

- ①終末期患者の病院、在宅のリレ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）
- ②人生会議 普及啓発 元気なうちから… 一般対象、専門職対象（行政、病院）
- ③指示書等の様式、ルール 運用等検討（消防）※いそがなくてよい
- ④③の共有媒体として、OKはまゆり、命のきずなカプセルの活用も検討する

当地域においては、往診対応の医師が複数おり、また、D N A R 患者の搬送例が少ない（※）ので、まずは、①②に取組むことで、患者・家族の意識啓発を狙う。（※）に関しては消防から提供してもらう。

当打ち合わせ会メンバー等のあつまりを在宅医療連携拠点事業推進協議会等（要検討）の部会として位置付け、上記進捗などの情報共有や意見交換の場とし、親会議で方向性等について承認してもらい地域のコンセンサスとする。

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% |
| 訪問 (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）

セミナー事業より改めて認識された資源

緊急医療情報キット（2010年～）

～命のきずなカプセル～



【緊急時情報カード】A4両面

～主な記載情報～

- ・氏名、生年月日、血液型、住所、TEL
- ・緊急連絡先
- ・受診している医療機関名、TEL、担当医師名
- ・現在治療中の病名
- ・内服薬の有無、アレルギーの有無と内容
- ・介護事業所名、TEL、担当ケアマネジャーの氏名
- ・情報共有等に関する同意



カプセルを冷蔵庫に保管
ステッカーを玄関と冷蔵庫に貼付

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（命のきずなカプセル）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（命のきずなカプセル）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 1-2.5-3 | 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） 「意思決定支援の概要とその取組み事例について」 ACP等に関するケアマネ対象アンケート実施 | 行政・成年後見センター 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 命のきず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 |

釜石市 令和4年度行程表

| 実施日 | 実施内容 | 備考 |
|-------|---|-------------------------------|
| 5/27 | 地域包括支援センター(直営)×県立釜石病院 A C P等普及啓発に関する事業実施に向けた打ち合わせ会 | 二次連携 |
| 6/17 | 住民対象「人生会議」普及啓発実施 (釜石地区) ※権利擁護普及啓発事業 | 包括C、病院 ケア本部 |
| 7/25～ | 上記を初回として、市内8地区(計9か所)で実施予定 | 包括C、病院 |
| 9/1 | 地域包括支援センター(直営)×県立釜石病院 住民向け、専門職向け研修会打ち合わせ会 | 二次連携 |
| 10/7 | 地域包括支援センター(直営)×県立釜石病院 専門職向け研修会打ち合わせ会 | 二次連携 |
| 12/20 | 介護支援専門員ほか多職種対象 「人生会議」普及啓発研修会 | 消防本部 調整中 包括C、病院 ケア本部 |




二次連携（打ち合わせ会の様子）

取組の見える化

地域連携だより「Face to Face」の発行

- 相互理解を目的とした医療や介護の専門職向け情報誌
- コンセプトは、情報誌版「顔の見える会議」
- 紙ベースで圏域の関係機関に送付のほか、釜石市HPに掲載

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



《主な掲載内容》

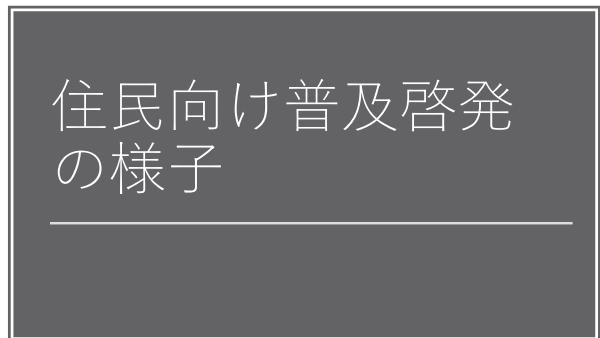
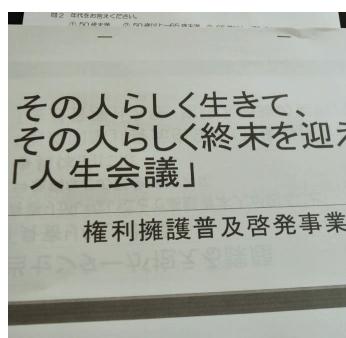
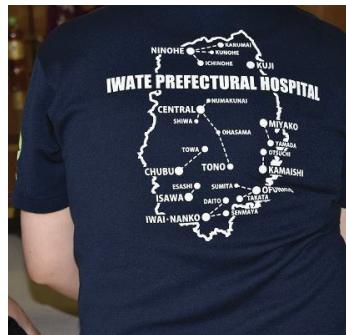
チームかまいし主催・共催事業、新規オープン施設等・職員紹介、
職能団体主催研修の周知、地域包括ケアの充実に向けた地域の活動紹介、等



「取材させてください!」～拠点が資源を把握するためのツールとして有効～



『支えられる側(一般住民)』には見えにくい『支え手』の取組みの見える化にも活用



まとめ（小職所感）

- R2年度在宅医療・救急医療連携セミナーを受講したことで、先進事例や県内他地域の状況を知ることで、当市と他地域との違いや全国的な傾向を知ることができた。
- 当市（当地域）においては、他地域に比べD N A R搬送の事例は少なく（※1）、その主な理由としては、在宅医療が比較的普及していることが考えられる。しかし、そもそもA C Pがあまり普及していないことも理由の一つと考えられる。
- 住民の生き方の選択肢として、A C Pの普及啓発は進める必要があり、行政だけでなく、医療従事者や消防本部のニーズが確認・相互共有できた。
- ※1により、当地域のD N A R搬送ルール策定に関しては、急いで策定する必要はあまり感じられないが、今後の課題として関係者と共有していく必要を感じる。
- 初年度（R2）に、参加機関それぞれの事情を聞き取り、役割分担を行ったおかげで、その後の取組がスムーズであった。⇒（病院等との連携によるA C P普及啓発へ）
- ルール策定有無にかかわらず、関係者間の顔と役割の見える関係づくりは必要だと改めて実感している。