【第２部　附属資料】

在宅医療・救急医療等の連携に関する取組事例

患者の事前登録制度による病診連携（神栖市）

〈基本情報〉

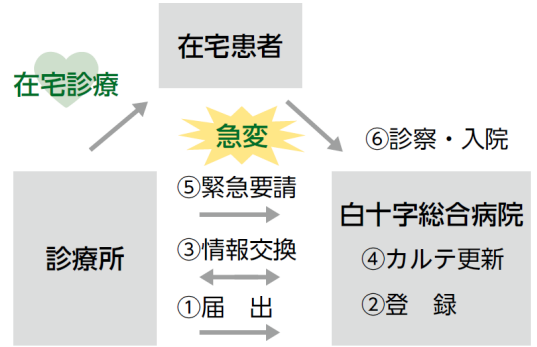
総人口・高齢者割合	94,237人・24.7%（R6.1時点） 市町村別高齢化率（R6.1.1茨城県公表）
面積	146.97㎢（R6.1時点）
人口10万人あたり医師数	88人（R2.12時点） 令和2年茨城県医師・歯科医師・薬剤師統計
地域の特徴等	首都圏から100km圏内に位置し、鹿島臨海工業地帯を擁する産業都市。 人口10万人あたりの数：医師数88（国256.6）、診療所数33.9（県50.2）

取組・連携ルール等の概要

●在宅患者の急変時受入れに備え、基幹病院と診療所の間で患者の事前登録制度を実施。緊急時等は事前登録している病院において在宅患者を受入れ。
●定期的な情報交換により、登録情報を更新。
→ 上記制度の運用を経て、基幹病院において「在宅療養後方支援病院」の施設基準を取得（R5）

参考URL：https://www.city.kamisu.ibaraki.jp/shisei/machi/1005795/1006865.html

事業イメージ



連携体制構築の流れ

①課題の把握・目的の設定

- 医療機関アンケート、市民アンケート、市内外医療機関の意見交換会を実施
  実施時期：令和元年度
  回答数：市民1,824人、企業124社、医療機関23施設
- 入院患者の58%が市外の病院での受入であり、在宅患者が市内医療機関に入院できないという課題や、急変時の対応・開放病床など、在宅医療における病診連携のニーズを把握。

②会議体の設置等

- 次の会議を設置し、病診連携等について検討。
  ①神栖市地域医療体制検討委員会
  (在宅医療提供体制の強化について提言)
  構成員：医師会、市内外医療機関、市民、行政関係等

  ②在宅医療ワーキングチーム会議
  (提言を踏まえた協議検討をする場)
  構成員：市内病院・診療所の副院長・医師・看護師・MSW・地域医療連携室

③会議体運営・ルール策定等

- 患者の事前登録制度として次の連携ルールを策定。
  ①診療所から病院に在宅患者情報を事前登録
  ②病院と診療の間で定期的な情報交換
  ③緊急時等、診療所から病院に入院連絡
- 開放病床制度については以下の試行制度を整備。かかりつけ医が、基幹病院からの招へい願いにより、副主治医として共同診療。診療報酬相当分を市が補助。→コロナの影響により実施時期は未定

④評価指標と達成状況

評価指標	達成状況※R5.11時点
登録患者数	33人
登録患者の受入実績	外来受診３人 （うち入院受入２人）

自治体の役割・実施内容

- 神栖市が、会議運営やアンケート調査、全体の方針検討・とりまとめを実施。
- 病院の院内調整や病診連携の検討が進むよう、各機関への説明・調整、顔の見える関係づくりのための意見交換会、先進地視察などを実施。

ポイント：病院と診療所で課題の受け止めに温度差があったため、市が中心になり顔の見える関係を構築し、相互理解を促進

課題・苦労した点と解決方法等

【課題等】
- 取組の必要性に対する病院と診療所の間の温度差
- 病院における在宅医療に対する理解、積極的な取組方針の院内合意形成

【解決方法等】
- 意見交換会の実施
- ワーキングチーム会議への幅広い職種の参加促進
- 先進地視察により取組イメージ・利点の共有および機運を醸成

成果と今後の展望

- 患者の事前登録制度については以下の効果があり、実際に外来受診した３人の患者についてスムーズに対応できた。
  病院側：夜間休日の担当医師は救急専門医等ではなく、受入れハードルが高かったが、事前に患者情報を把握できることにより、救急受入れをスムーズに行えるようになった。
  診療所側：緊急時に、かかりつけ患者の情報を把握して診療してもらえる・受け入れてもらえるという安心感がある。搬送の際にどのような相談がくるか把握が難しかったが、その負担も軽減された。
- 検討途中で新型コロナウイルス感染症対応等もあり、調整しながら進めているところだが、繰り返し顔の見える関係で話し合うことにより、病院・診療所の意思疎通と課題共有を図ることができた。
- 今後は、「患者の事前登録制度」への参加医療機関を増やすことで、病診連携のさらなる強化を図る。

シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）（静岡県医師会・静岡県）

〈基本情報〉

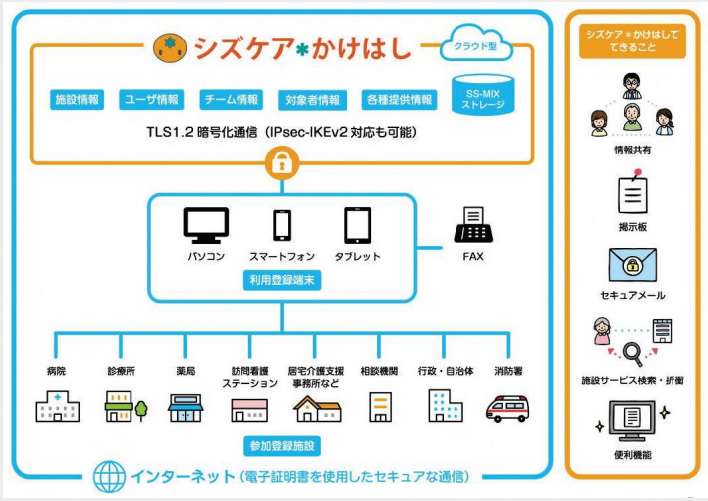
総人口・高齢者割合	3,619,571人・30.4%（R5.10時点）
面積	7,777㎢（R5.10時点）
人口10万人あたり医師数	219.4人（R2.12時点）
地域の特徴等	２次保健医療圏数は８圏域。医師偏在指標では「医師少数県」である

取組・連携ルール等の概要

●医療・介護関係者の情報連携のためのシステムとして「シズケア＊かけはし」を県医師会が整備。
●「シズケア＊かけはし」は、クラウド型の情報共有システムとして次の機能を有する。
①医療・介護：医療・介護サービスを利用している患者・利用者の情報を多職種多事業所によるチームで共有
②見守り：医療・介護サービスを利用していないものの配慮が必要な方の情報を関係機関によるチームで共有
③救急搬送（救急かけはし）：事前登録された住民の救急情報（かかりつけ医・調剤情報・緊急連絡先等）を救急搬送時・災害時に救急隊及び搬送先医療機関等の関係機関で閲覧・情報連携

参考URL：https://ssc.shizuoka-med.or.jp/care/

事業イメージ



シズケア＊かけはし救急搬送（救急かけはし）の構築の流れ

①課題の把握・目的の設定

- 従前は紙の救急医療情報キットを配布し救急情報を確認していたが、キットの紛失や、情報更新の課題があり、電子化できないかという相談が市町より寄せられた。
- 救急医療情報キットの運用状況調査をしたところ、紙ベースの運用に課題のある市町が多く、「シズケア＊かけはし」を活用し電子化を進める方針になった。

②会議体の設置等

- 県医師会に設置していた次の会議において検討。
- ①シズケア＊かけはし運用検討委員会
  構成員：県医師会、訪問看護ステーション、ケアマネ、地域包括ケア支援センター等。構成員ではないが静岡県も毎回参加。

③会議体運営・ルール策定等

- 現在、救急かけはし機能を活用しているのは熱海市・富士宮市。
- 情報の登録・更新方法等の詳細は、導入した市ごとに検討・運用している。

④評価指標と達成状況

評価指標（シズケア＊かけはし全体）	達成状況（R5.12時点）
登録施設数	1,223施設
登録ユーザー数	5,682人
新規登録患者（住民）数	1,677人

自治体の役割・実施内容

- 静岡県が、「シズケア＊かけはし」普及に関する補助金を交付。交付条件に「行政と連携すること」を加え、行政との連携を政策的に促す。
- 普及啓発・PRにおいて県のツールでも協力。
- 介護保険計画等でも「シズケア＊かけはし」について触れ、取組を推進。

ポイント：静岡県地域包括ケア推進室・県医師会が同じ建物で業務に従事し、普段から綿密に連携

課題・苦労した点と解決方法等

【課題等】
- 住民への呼びかけや、システムへの情報登録の業務量が大きい
- 導入決定や運用の詳細は市などの行政次第であり、アプローチが必要

【解決方法等】
- 市などの行政が課題を感じている地域では、行政主導で取組が進められている
- 地域によって状況、課題と感じていることが異なるが、活用事例等を共有して広げている

成果と今後の展望

- 救急かけはしの活用市においては、当該システムを活用した場合の救急搬送のほうが搬送に要する時間が減少したという成果もある。
- 救急隊が現場の写真・動画を撮影し搬送先医療機関に共有することができるため、状況をより早く、わかりやすく伝えることが可能になった。
- 救急かけはしは*R4*年度に活用開始しため、活用する市町を増やすとともに、本人の意思を尊重する仕組みにつながると良い。シズケア＊かけはし全体では、登録施設数を県・県医師会の目標として掲げている。R７年度に1,350施設が目標となっており、有料のシステムであるためコスト感を上回るようなメリットを提示して引き続き加入者の増加のために取り組んでいく必要がある。

救急搬送時の情報共有システム「救急かけはし」の活用（熱海市）

〈基本情報〉

総人口・高齢者割合	33,791人・48.8%（R5.1時点）
面積	61.77㎢
地域の特徴等	山と海に囲まれ半ば孤立した地域のため、市内にある２つの病院が輪番制で救急当番を担っている

取組・連携ルール等の概要

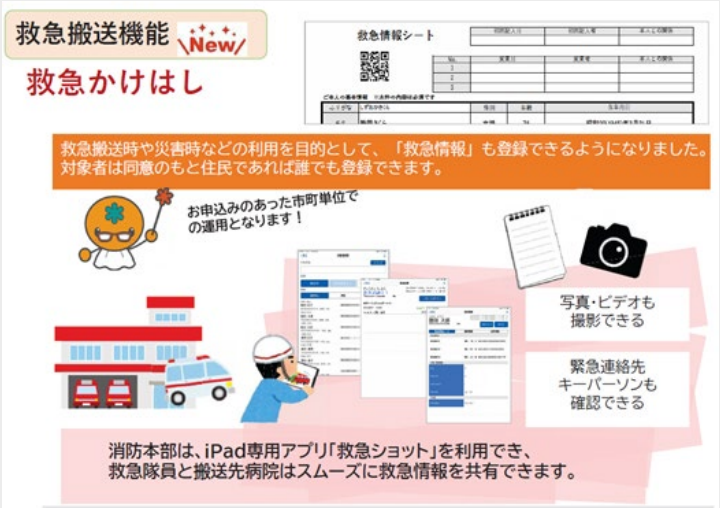
●静岡県医師会が整備した地域包括ケアシステム「シズケア＊かけはし※」を活用し、関係者で情報共有。「シズケア＊かけはし」のうち救急搬送時の情報共有システムである「救急かけはし※」機能も活用し、消防と搬送先医療機関の情報連携を推進。

●消防・病院と図上訓練等を実施することにより、連携の具体的手順やシステム操作方法・間違いやすい点等を確認するとともに顔の見える関係を構築。

●※システム詳細は事例「シズケア＊かけはし(静岡県地域包括ケア情報システム)(静岡県医師会・静岡県)」を参照

参考URL：https://ssc.shizuoka-med.or.jp/care/

事業イメージ



「救急かけはし」機能の導入検討の流れ

①課題の把握・目的の設定

- 救急隊が搬送時に紙の救急医療情報キットを確認しても情報が古いという課題があった。熱海市は独居の高齢者が多く、緊急連絡先等の必要性が高かった。
- 県医師会より、「救急かけはし」のモデル事業の相談があり、熱海市長寿介護課・消防で活用の検討を始めた。R5年度より本格稼働。

②会議体の設置等

- 従前より設置していた次の会議において、救急かけはしの運用方法等を検討。
- ①在宅医療介護連携推進協議会
  構成員：医師会、歯科医師会、薬剤師会、地域包括ケア支援センター、訪問看護ステーション等

③会議体運営・ルール策定等

- 利用希望者から登録申出書を市役所・高齢者相談センター・ケアマネが受付し、システムへ情報登録。
- 登録後の情報更新は、ケアマネ、主治医、施設、薬剤師、歯科医師等が入力。
- 救急隊は現場到着前に専用iPadで検索。検索にヒットした場合、市内搬送先医療機関に当該情報や撮影データ等を共有。

④評価指標と達成状況

評価指標	達成状況
登録事業所数	66施設（R5.8時点）
救急かけはし登録者数	1,003人（R5.12.19時点）
救急搬送時の検索ヒット件数	36件（R6.2.5時点）

自治体の役割・実施内容

- 活用を促すため、広報誌に掲載、自治会等で出前講座をするなど周知広報活動を実施。
- 事業者のシステム利用料を市がまとめて負担するとともに、市も１利用者として参加。
- システム運用等に疑義がある場合は、サポートセンター（県医師会が運営）と連携。追加機能等についても意見交換し、個別避難計画の内容もシステムに取り込むなどの機能追加実施。

ポイント

熱海市もシステムの１利用者として参加することで、関係機関との情報共有を行ったり、具体的な使用方法等を確認。事業所等と顔の見える関係を構築し、一緒に取り組むという機運醸成。

課題・苦労した点と解決方法等

【課題等】
- 消防・病院のiPad・システム操作に不安があった
- 導入当初は消防が検索してもヒットせず効果を示すのに時間がかかった

【解決方法等】
- 消防・病院と、サンプル患者を想定した図上訓練を年１～２回実施し手順詳細を確認。搬送時は必ず検索する仕組みを整備
- 広報誌、出前講座など広報活動を行い登録者数を増やした

成果と今後の展望

- 救急かけはし等を活用することにより、搬送時の消防・搬送先医療機関の情報共有がスムーズになった。
- 図上訓練などを通して、顔の見える関係、お互いの職種・業務範囲の理解が進んだことで、頻繁に救急要請するケースや介護サービス等の導入が必要と考えられるケースなど情報共有できるようになった。
- 救急搬送時だけでなく、災害時に避難所等で医療情報を参照するなどの活用も可能だと考えている。

南和地域における入退院連携マニュアル（奈良県吉野保健所）

〈基本情報〉

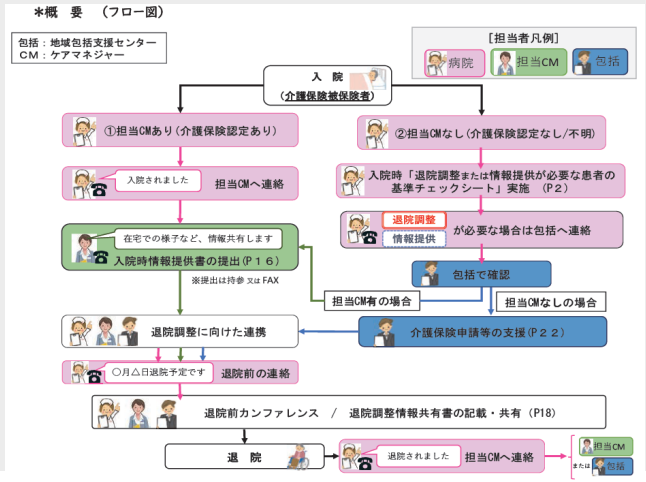
総人口・高齢者割合	61,707人・43.1%（R4.10時点）
面積	2,346.9km²（R4.10時点）
人口10万人あたり医師数	221.56人（R2.12時点）
地域の特徴等	奈良県面積の2/3を占めるも人口は県の5%。ほとんどが山間部で、過疎化、高齢化が進んでいる。社会資源が少ないが、地域のつながりが強い地域である

取組・連携ルール等の概要

●奈良県南和地域において、入退院時の連携マニュアルを作成。患者が地域と病院をシームレスに移行できるよう、マニュアルに沿って病院とケアマネが情報連携を行う。
●マニュアルには次の内容などを含む。
●情報連携が必要な患者の基準チェックシート、ケアマネが決まっている患者/決まっていない患者ごとの対応フロー、情報共有時の工夫及び注意点、病院担当窓口一覧、入院時・退院時の情報共有様式等

参考URL：https://www.pref.nara.jp/62461.htm

事業イメージ



連携体制構築の流れ

①課題の把握・目的の設定

・南和保健医療圏は吉野保健所管轄地域と同地域。
・企業団３病院と民間病院１病院しかない地域であるが、地域包括ケアシステムの一つとして、病院または地域の情報を速やかに共有し、住民が安心して入院し地域に戻れるよう、関係者の情報共有ルールを策定する必要があった。

②会議体の設置等

・従前より設置していた会議において議題の１つとして検討。
①南和包括支援センター連絡会議
構成員：吉野保健所、12市町村の地域包括担当者、医療機関の地域連携室、県庁の地域包括ケアシステム推進室・地域医療連携課
②南和地域入退院調整ルールづくり市町村担当者会議
マニュアル策定後、上記会議より独立（構成員は同じ）

③会議体運営・ルール策定等

・入退院時の連携マニュアルを策定（詳細は事業イメージ等のとおり）。
・マニュアル策定時は保健所が包括連絡会議を主体で実施しマニュアル策定。策定後は市町村が主体で包括連絡会議およびルールづくり担当者会議を運営。地域包括ケアシステム推進のための取組、入退院ルールの普及・検討など実施。

④評価指標と達成状況

評価指標	達成状況
病院からケアマネへの退院調整連絡割合	85%（R4.6時点）
ケアマネから病院への入院時情報提供書の提出割合	83%（R4.6時点）

自治体の役割・実施内容

・吉野保健所が、会議運営や全体の方針検討・とりまとめを実施。
・マニュアル策定にあたり、管内市町村や関係機関から意見を集約し作成。
・マニュアル策定後は、会議運営・調整、ケアマネ対象の調査（ケアマネ調査）は市町村が実施。医療機関への通知、病院対象の調査（病院調査）については保健所が担当している。

ポイント　市町村やケアマネから救急病院へ依頼・申し入れすることはハードルがあるとの意見から、保健所が病院への文書発送や病院調査を実施。

課題・苦労した点と解決方法等

【課題等】
・医療機関内のルール調整・浸透
・地域連携室等までは伝わっても、病棟看護師等、実際にルールを実行する方への浸透が困難

【解決方法等】
・企業団（３病院）病棟師長会や各病院長に説明を実施
・病院連絡会の開催
・マニュアル、連携に関する研修会の実施

成果と今後の展望

・連携フローや様式の統一化ができ、以下の効果があった。
病院側：退院時の不安事項をどこに伝えればよいかなど明確になり、在宅に移行する際の支援調整がスムーズになった。患者の日常の状況がわかるようになった。
ケアマネ側：病状や状態の変化が事前にわかり、退院後のサービス調整がしやすくなった。病院と顔の見える関係づくりとなり、入退院以外でも連携しやすくなった。
・評価指標の「病院からケアマネへの退院調整連絡割合」「ケアマネから病院への入院時情報提供書の提出割合」はいずれも80%を目標としており達成できている状況である。
・今後、様式の更新や、運用上の工夫を引き続き検討。様式に看取りの内容を加えることや、現在のマニュアル対象（介護保険の被保険者）に含まれない方の入退院ルール対応（障害者や精神など）や、在宅に戻りたい方が在宅療養できるために必要な取組等の検討・対策づくりが必要。

北九州医療・介護連携プロジェクト（北九州市）

〈基本情報〉

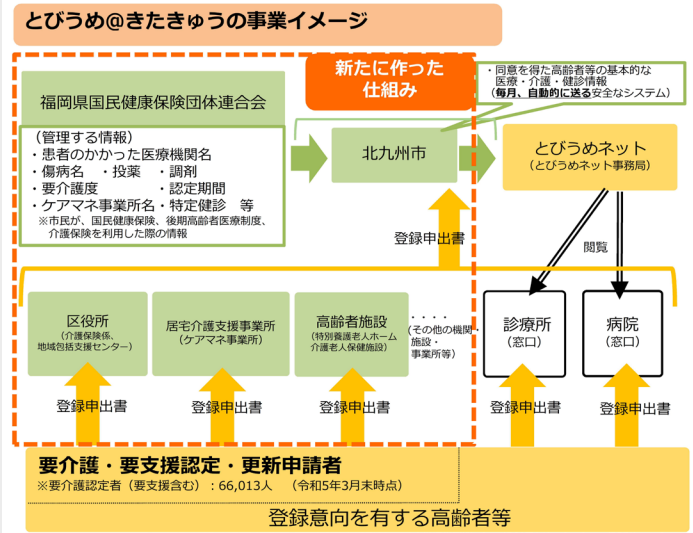
総人口・高齢者割合	939,029人・31.8%（R2.10時点）
面積	491.69k㎡（R2.10時点）
人口10万人あたり医師数	371.7人（R2.12時点）
地域の特徴等	高齢化率は政令指定都市の中で最も高い

プロジェクトの概要等

●**北九州医療・介護連携プロジェクト**として、次の３つの取組を相互に連動させながら実施。
●**①とびうめ@きたきゅう：**登録した市民の医療・介護・健診の情報を医療機関等で共有。福岡県医師会のとびうめネットにKDBデータとの連携機能を加えることで、データの自動更新が可能となり、医師の入力・更新負担を軽減。救急搬送の際、患者の医療情報を把握することで、迅速で適切な治療につながる。
●**②病院窓口ガイド：**ケアマネ等が病院と連携する際の窓口や連絡方法等を整理・公表。
●**③医療・介護連携ルール：**入院・転院時の情報を病院⇔在宅関係者間でスムーズに共有するためのルールを作成し、運用。

参考URL：https://www.city.kitakyushu.lg.jp/ho-huku/18301258.html

事業イメージ



連携体制構築の流れ

①会議体の設置

・次の４つの会議を設置。
- ①北九州医療・介護連携プロジェクト会議、②作業部会
  構成員：三師会を含む市内13の医療・介護関係団体
- ③北九州病院連携会議
  構成員：市内52病院の地域連携室等
- ④北九州市関係課連絡会議
  構成員：保健福祉局地域医療課（事務局）、長寿社会対策課、地域福祉推進課、介護保険課、健康推進課、精神保健福祉課、リハビリテーション推進課、認知症支援・介護予防センター、消防局救急課

②課題の把握・整理

・医療・介護連携に関するニーズ調査を実施。
（実施時期：平成30年度　調査対象：病院・診療所・訪問看護ST・ケアマネ事業所・統括支援センター）
⇒全ての職種で「患者・利用者情報の取得のためのツール」「関係者の窓口やルール等の一覧」へのニーズが高いことを把握。
・とびうめネットの仕組みのみでは、医師による登録同意取得や情報入力・更新の負担が大きく、活用が進まない要因としてあり。

③課題解決のためのプロジェクト策定等

・３つの取組を主としたプロジェクトを策定し、関係者ごとの役割や活用方法を整理。
①とびうめ@きたきゅう
・医療・介護関係者があらゆる場面で登録声掛け
・KDBデータを活用した医療等情報の自動更新
②病院窓口ガイド
・対象となる市内全病院の連携先を掲載、公表
③医療・介護連携ルール
・入院・転院時に医療・介護関係者間がスムーズに連携するためのルールの作成、運用

④評価指標と達成状況

評価指標	達成状況（R5.12時点）
とびうめ@きたきゅう	42,157人登録
病院窓口ガイド	市内80病院分を掲載、公表
医療・介護連携ルール	活用状況を定期的に調査

自治体の役割・実施内容

・北九州市が事務局となり、会議体を運営。
・とびうめ@きたきゅうの閲覧情報作成のため、次の通りとびうめネット事務局と北九州市が連携。
①登録申出書の受付・とびうめネット事務局へ送付
②登録申出者リストを作成し、登録者情報を北九州市に共有
③国保連からKDBデータ受領
④KDBデータと②の登録申出者リストを突合・抽出
⑤抽出データをとびうめネット事務局に提供
⑥登録者ごとの閲覧画面を作成
※①・③～⑤を北九州市地域医療課、②・⑥をとびうめネット事務局が実施

ポイント：データ利用に際し、所管の介護保険課・保険年金課・保護課とも連携。閲覧情報は、KDBデータに基づき毎月更新。

課題・苦労した点と解決方法等

【課題等】
（とびうめ@きたきゅう）
・医師による登録同意取得・情報入力・更新の負担
・登録者数の伸び悩み

【解決方法等】
・KDBデータからの情報連携による医師の情報入力・更新負担を軽減
・本人の署名のみで登録可能な様式を作成、要介護認定・要支援認定等申請書への登録同意欄の追加
・登録の受付窓口を拡大、高齢者に対し医療・介護関係者、地域支援者、行政で登録を勧める声掛け

成果と今後の展望

・北九州医療・介護連携プロジェクトの取組により、医療・介護関係者間の情報共有や連携の円滑化が進んだ。「とびうめ@きたきゅう」の登録者数の目標は令和５年度までに３万人としており、達成できている状況である。今後もさらなる活用と定着化を促進するため、以下のとおり進めていく。
①病院への周知や活用を促す取組
・とびうめ@きたきゅうや医療・介護連携ルールを活用している病院の情報を整理し、活用が進んでいない病院に効果的な方法で周知
②市外展開も見据えたアプローチと効率的・効果的な運用に向けた取組
・プロジェクトを市外でも有効に活用することができるよう、福岡県にもアプローチし、共同で取り組む姿勢で推進
・市外展開後も効率・効果的に運用できるよう、とびうめ@きたきゅうの登録促進や医療・介護連携ルールの定着化、より使いやすい病院窓口ガイドへの見直しを推進

【第２部　附属資料】

セミナー資料（千葉市と連携したセミナー）

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

在宅医療・介護連携における救急医療との連携に関するセミナー

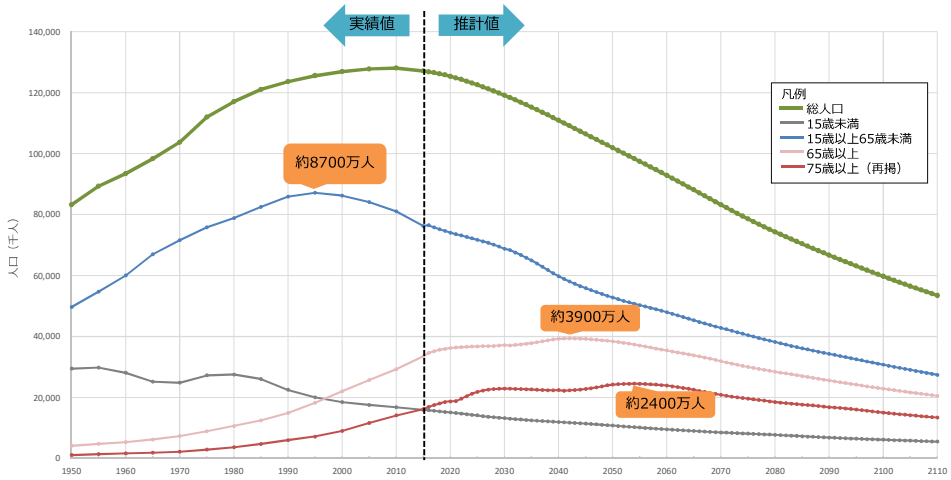
急変時における在宅医療の体制整備について

厚生労働省 医政局地域医療計画課
外来・在宅医療対策室
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

【人口動態】 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

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 資料1改

○ 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
○ その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。

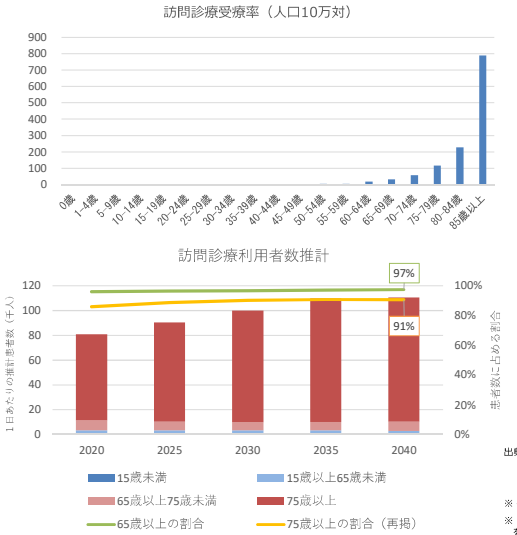


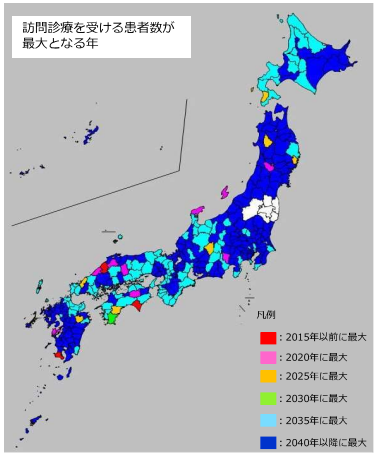
出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（４区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢４区分別総人口および年齢構造係数」
※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

【医療需要の変化】 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

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 資料1改

○ 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
○ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。





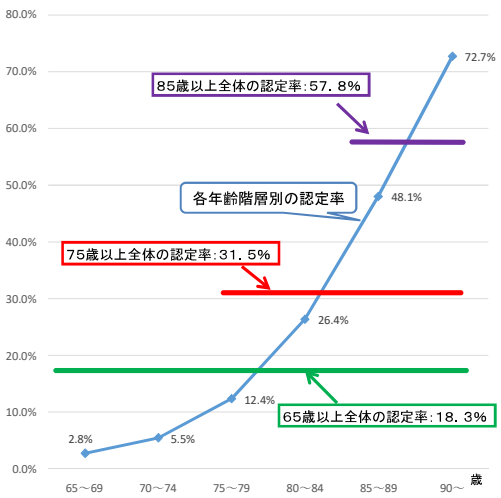
出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院ー外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
※ 病院、一般診療所を対象に集計。
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

在宅・介護施設の要介護高齢者の増加

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 資料1改

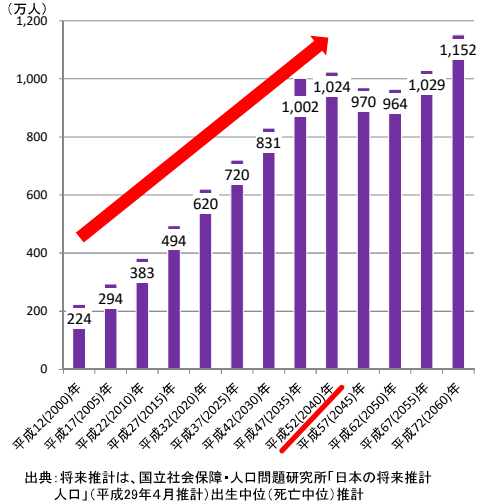
○ 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
○ 85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、在宅・介護施設の要介護高齢者の増加が見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2020年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移

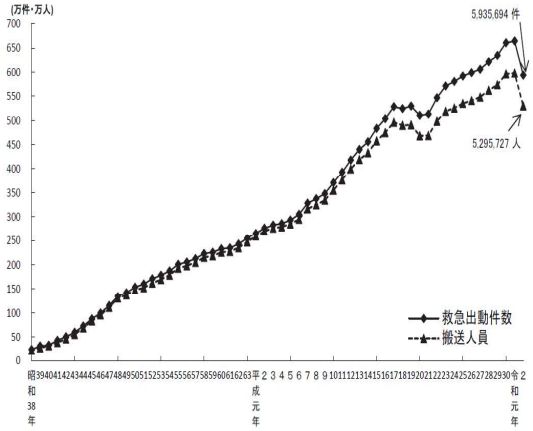


出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

救急出動件数及び搬送人員、年齢区分別の推移

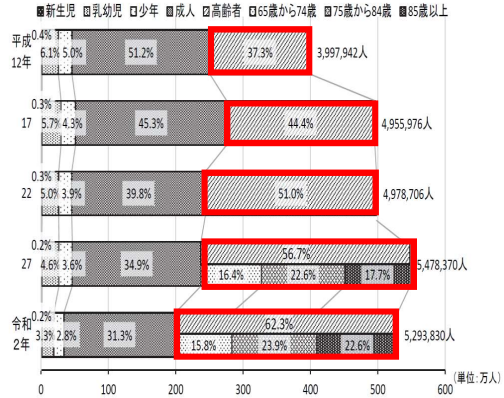
第４回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ
令和４年４月２８日
資料１改

○ 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。



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

（出典）令和３年版 救急・救助の現況（総務省消防庁） 第16図より一部改変



1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。
2 東日本大震災の影響により、平成22年は陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

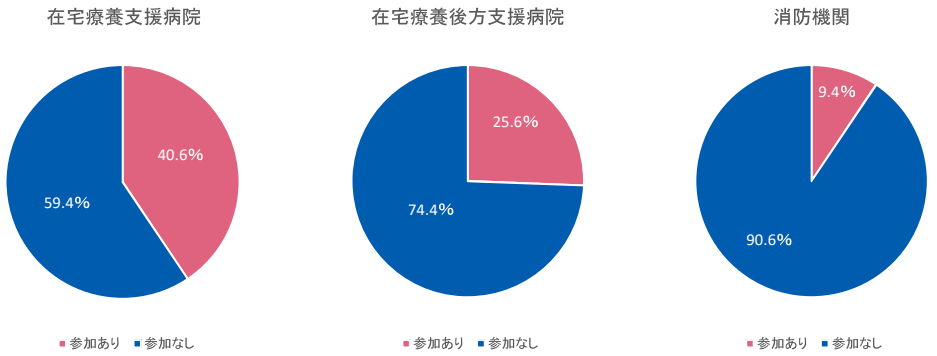
（出典）令和３年版 救急・救助の現況（総務省消防庁） 第30図

二次医療圏に設置された協議の場の構成員について

第７回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和４年１０月１４日
資料

○ 地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等の枠組み内での開催を含め、在宅医療に係る協議の場が二次医療圏に設置されている場合において、各所属団体の委員が協議の場に参加している割合は、在宅療養支援病院、後方支援病院が各々40.6%、25.6%であり、消防機関からの参加は9.4%であった。

二次医療圏に設置された在宅医療に係る協議の場に参加する構成員の割合（N=255）
（※ 在宅医療に係る協議の場には、地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等の枠組み内での協議を含める）



※都道府県調査
・全二次医療圏（n=335）のうち、地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等の枠組み内での開催を含め、在宅医療に係る協議の場を設置している二次医療圏（n=255）を対象。
・在宅医療の協議の場を構成している委員を所属している団体、事業者別に集計。
・各団体、事業者毎の集計数を255で除し、在宅医療の協議の場に各団体、事業者毎の委員が含まれる割合（%）を算出。

医政局地域医療計画課調べ（令和３年11月）

検討部会の報告書を踏まえた対応

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
令和４年４月２８日
資料３改

「平成30年度救急業務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（令和元年11月8日付け消防救205号消防庁救急企画室長通知）

＜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つ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（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）の考え方を「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に盛り込むなど、本人の意思を尊重しながら、医療・介護従事者、家族等も参加して、生き方・逝き方を探る努力がなされている。

・ 救急現場等においても、時間的情報的な制約がある中ではあるが、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重されていくものと考える。

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、書面がある場合には署名の有無など、千差万別な状況である。

・ 加えて、救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的情報的な制約がある。

③今後の方向性

・ 実態調査の結果、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案の実態が必ずしも十分に明らかになったとは言えないところであり、今後、事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考えられる。

・ 患者本人や家族等がどのような最後を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要である。

＜今後、消防機関に求められること＞

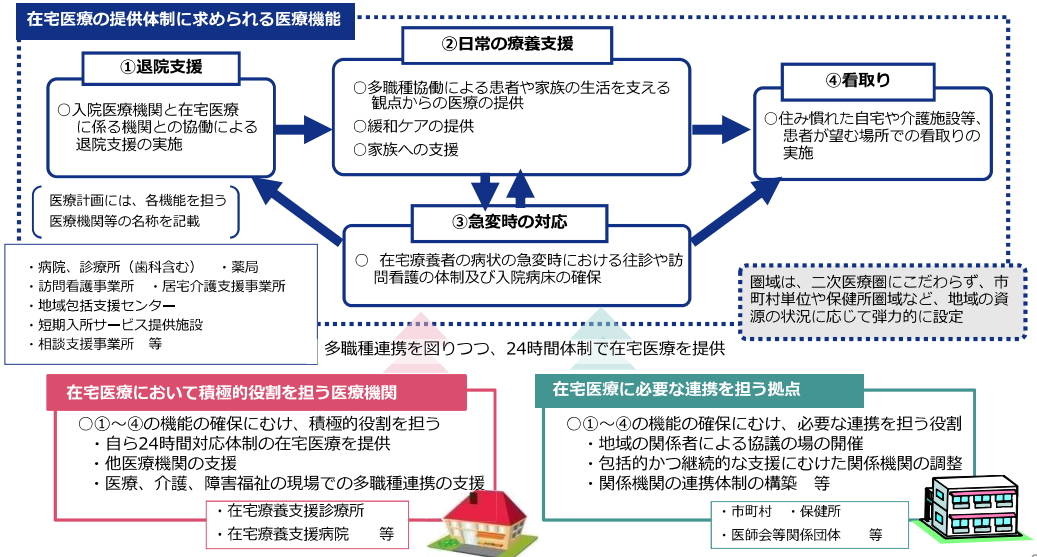
○ 地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場への参画
○ 救急隊の対応の検討等
① 在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、メディカルコントロール協議会等における十分な議論
② 具体的な対応件数の集計及びメディカルコントロール協議会における事後検証の検討

在宅医療の体制について

令和５年度第２回医療政策研修会
第１回地域医療構想アドバイザー会議
令和５年９月１５日
資料４

○在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
○国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「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 ～



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

在宅医療の体制（第８次医療計画の見直しのポイント）

概　　要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

在宅医療の提供体制

◆ 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。

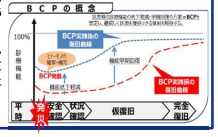
◆ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。

◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

◆ 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。

◆ 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各職種の関わり

◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。

◆ 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。

◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。

◆ 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。

◆ 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

令和５年度第２回医療政策研修会
第１回地域医療構想アドバイザー会議
令　和　５　年　９　月　１　５　日
資料　4

第８次医療計画における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

第８次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、 ①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の４つの機能の整備に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。

＜「在宅医療の体制構築に係る指針」＞
第２　医療体制の構築に必要な事項
　２　各医療機能との連携
（５）　在宅医療において積極的役割を担う医療機関
　前記（１）から（４）までに掲げる目標の達成に向けて、自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置づけられることが想定される。
　なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。
① 目標
・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
・ 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
・ 患者の家族への支援を行うこと
② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項
・ 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
・ 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
・ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・ 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

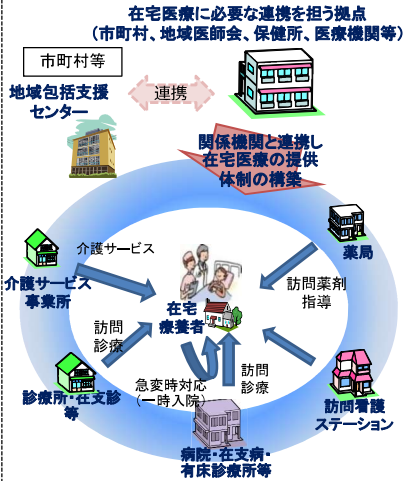
【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

第８次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

第８次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、 ①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の４つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について記載した。

＜「在宅医療の体制構築に係る指針」＞
第２　医療体制の構築に必要な事項
　２　各医療機能と連携
（６）　在宅医療に必要な連携を担う拠点
　前記（１）から（４）までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。
　在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。
　また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。
　なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。
① 目標
・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと
② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項
・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」
（令和５年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

在宅医療・救急医療連携セミナー

１　事業の目的

令和６年度予算案（令和５年度当初予算額）：14百万円（17百万円）

＜背景・課題＞
○　国民の多くが、自宅等の住み慣れた環境での療養を希望している。しかし、実際には、あらかじめ家族等や医療・ケアチームと話合いを行っていないこと等から望まない救急搬送が行われることや、また、生命の危険が迫った状態では多くの人が自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることから、救急現場や医療現場での対応に課題が生じているとの指摘がある。
○　そのため、地域において、本人の病状や希望する医療・ケアや療養場所、延命措置に対する要望等、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必要となっている。

＜対策＞　**本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール等の策定支援**
○　先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅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る。
○　このような取組を参考に、複数の自治体を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等の策定するための工程が進むよう、重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重されるための環境整備を進める。

２　事業の概要・スキーム・実施主体

問題意識
・ 看取り期における本人の意思に沿わない搬送
・生命の危機が迫った状態で自らの意思表明できない状態での搬送
等、救急現場や医療現場也医療現場での対応に課題が生じている

対策の方向性
- 自治体、救急医療（消防）、在宅医療機関関係者が、地域の実情に応じ、本人の意思を共有するために必要な情報や連携するためのルール等を策定していく工程の支援を実施

平成29年度～令和元年度

先進事例の調査
・既に連携ルール等を運用している先進自治体（市町村）の取組（連携ルールの運用に至る工程、課題等）※を調査
※（例）
- 救急現場や医療機関等における本人の疾病等や療養に関する希望等の把握・共有する方法
- 救急要請時の搬送に関するローカルルールの策定、運用
- 入院が必要な際にスムーズに受け入れるための連携体制や病院側が必要とする患者情報
- 在宅療養に戻る際に在宅医療関係者が必要とする患者情報等
- 人生会議の住民向け普及・啓発　等

市町村版セミナーの実施
・有識者や先進自治体（市町村）の支援のもと、連携ルールの検討等に必要な工程表の策定について、講習やグループワークを実施。（対象：自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等）
・策定した工程表の実施状況の把握等フォローアップを実施。
・実施後の報告書には、今後、他の市町村で取り組めるようマニュアルを盛り込む。

令和２年度～

都道府県版モデル事業の実施
・都道府県（2か所程度）に管下市町村の連携ルール作りに取り組んでもらう。
・この際、過去の当セミナーの内容を参考にしつつ、シンクタンク等業者が事業実施を支援。
・実施後、シンクタンク等業者は事業の効果等を検証し報告書にまとめる。また、都道府県が管下市町村を指導するためのマニュアルを作成し、新たな課題等に応じて改訂する。

将来の目標
各都道府県が管下市区町村と協力し、
・MC協議会と在宅医療機関の橋渡し
・地域での本人の意思の共有手法の協議等を実施する。

実施主体
委託事業：コンサルや研究機関等を想定

釜石市の在宅医療・介護連携推進事業

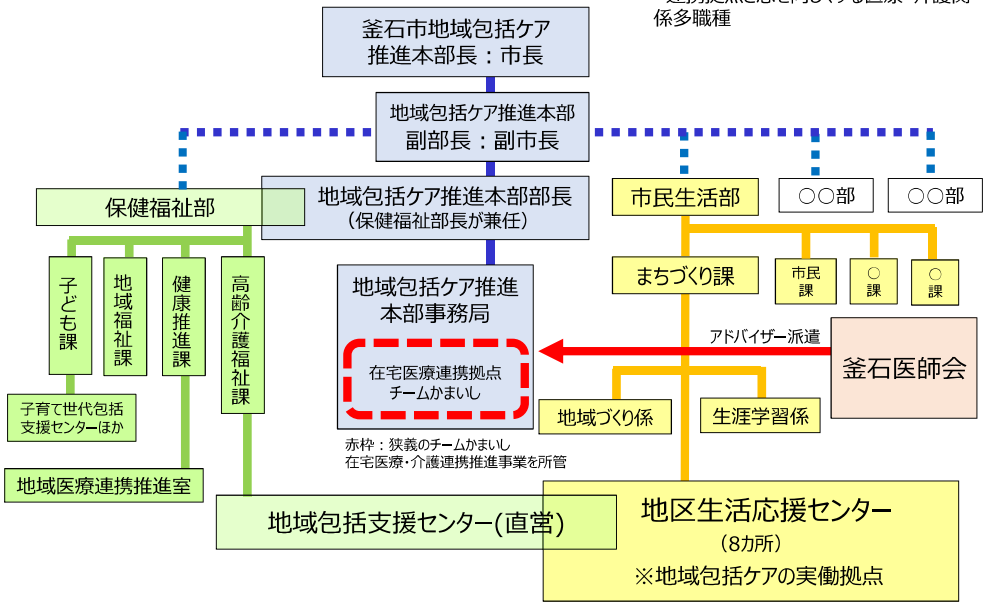
在宅医療連携拠点チームかまいしの取組
～チームかまいしの連携手法と釜石市の在宅医療・救急医療連携～

令和6年1月30日(火)

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

狭義のチームかまいし
在宅医療連携拠点チームかまいし
広義のチームかまいし
連携拠点と志を同じくする医療・介護関係多職種



釜石市地域包括ケア推進本部と釜石版地域包括ケアシステム

～釜石市地域福祉計画より抜粋～

◆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。

◆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

釜石市　地域包括ケアの基盤：生活応援センター〈市内8地区で展開される釜石版地域包括ケアシステムの実働拠点〉

予防・生活支援

2007年、地域コミュニティによる健康安心づくりの実践に向けて設置

地区生活応援センターの配置状況

- 平成19年に設置（６ヶ所）され、現在は市内８地区（釜石・平田・中妻・小佐野・甲子・鵜住居・栗橋・唐丹）に展開
- 一般職員に加えてや保健師が常駐し、保健・福祉（健康づくり・相談業務・地域包括支援センターのサブセンター機能）、生涯学習（公民館事業）、行政窓口業務（住民票発行等）を一体的に実施
- 地域課題の解決に地域で取り組む枠組みとして設置された地域会議の事務局として、地域づくりのサポート機能
- 平成29年度からは、生活支援体制整備事業における第2層協議体「地区センター会議」を所管し、地域会議と連動しつつ、生活支援コーディネーターの機能も活用して課題解決支援に取り組む

健康づくり

市内２カ所でチームオレンジ結成

男の料理教室

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

背景	◆当圏域の地域医療全体の中心的な合意事項 「県立釜石病院（地域の基幹病院）を守る!」 ◆医師会が連携拠点の役割を担ってきた H19年4月　県立釜石病院と釜石市民病院の統廃合 H19年6月　釜石医師会主催 「釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会」設置 在宅療養の推進に向けた医療と介護の連携体制の構築、 コンセンサス形成、　医療機能の分担と明確化、連携の課題抽出と解決策の検討
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	①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 ②一次～三次の階層別・職種別の連携手法 ③連携資源(ケアの担い手団体等)の設立や、職能団体などが 主体となった多職種連携推進の取組（課題解決）支援
目的	地域包括ケアシステムの充実に向けた 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つの要素…医療・介護・予防・生活支援・住まい 患者・利用者の生活の質の向上のため
連携coの役割	ケアの担い手とな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　など

医師会と行政の連携体制

医師会から派遣されたアドバイザー(医師)を交えた「チームかまいし定例会」　1か月に1～2回の開催

チームかまいし定例会
R5年度メンバー

・アドバイザー（医師）
・市民課
　（国保・後期高齢者医療担当）
・地域福祉課長
・地域福祉課(重層事業担当)
・地域包括支援センター（保健師）
・統括保健師
・地域包括ケア推進本部事務局

在宅医療連携拠点チームかまいしの役割と地域包括ケアシステムの構築

年度 / 項目	H18	H19	～	H24 (2012)	H25	H26	H27	H28	H29	H30 (2018)	H31 R1	R2	R3
チームかまいし財源			東日本大震災	国モデル事業	地域医療再生基金(県100%補助)			地域支援事業 在宅医療・介護連携推進事業(介護保)				Covid-19	
釜石保健医療圏(釜石市、大槌町)				H24～チームかまいし設置 @健康推進課地域医療連携推進室					@高齢介護福祉課		@地域包括ケア推進本部		
					H21～構想構築			H25～医療情報ネットワーク「OKはまゆりネット」の運用					
取組み支援						H24～任意団体(協議会)設立				H28～運用主体としてNPO法人を設立			
												H29～OKスクラムねっと(H30年3月)設立	
医療介護連携の推進に資する動き				様々な主体による連携資源創出・設立(または取組み推進)の直接的・間接的支援								H25～全国初の地域療法士会(PT、OT、ST)釜石リハビリテーション療法士会の設立	
												H25～ケアマネ×薬科連携体制スタート	
												H27～ケアカフェかまいし　スタート	
												H28～かまいしユニゾン　スタート	
釜石市													
												H26～地域包括ケア推進本部設置、地域ケア推進会議開催(第1層協議体)	
												H26.6.10～統括保健師配置(保健師分散配置における課題対応のため)	
地域包括ケア体制構築に資する動き												H19～保健・医療・福祉・生涯学習の連携強化による生活応援システム実現のために地区生活応援センターを設置。生活応援センターに地区担当保健師配置	
												H29～地区センター会議開催(第2層協議体) 地域資源＆課題把握、ネットワーク形成、資源創出	
												H28～地域ケア個別会議開催（課題抽出・ネットワーク形成型から、自立支援型、自立支援サポート型へ）	
												H18～地域包括支援センター設置(直営)	

チームかまいしの連携手法
～一次～三次の階層別連携コーディネートと課題解決支援～

【一次連携①】
連携拠点と一職種の連携

・ヒアリング　・顔の見える関係づくり
・連携の課題共有　・課題解決策検討
・事業の打合せ・実施・反省会
　～連携の土壌づくりとタネまき～

【二次連携②】
連携拠点が仲介する連携

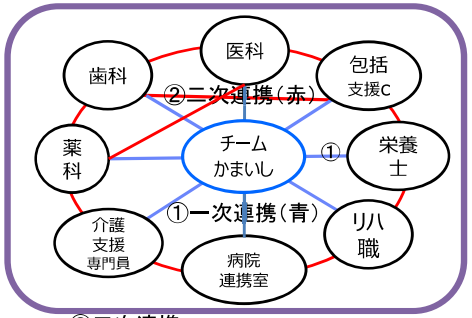
・ニーズのマッチング　・相互理解の場
ex.情報交換会、同行訪問

【三次連携③】
地域のコンセンサス形成・共有の場

連携の課題解決支援

一次連携等※の結果、様々な主体が実施する課題解決策の支援を①②③等の場を活用して実施
～解決策・手法・場などの提案と協働～

※連携に関する相談窓口設置



③三次連携

《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

歯科医師会と

リハ士会と

「釜石リハ士会」の設立を支援

介護支援専門員連絡協議会と

栄養士会と

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。

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(開催支援も含む)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○○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

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。　※全ての課題はお互いの理解不足!
- ✓ 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

同行訪問

視察対応

研修会

情報交換会

共同発表

チームかまいしの連携コーディネート手法・研修会の開催支援 課題解決支援

◆チームかまいし連携支援事業
　⇒（改）チームかまいし多職種連携推進支援事業

一次連携で抽出された課題や相談窓口に寄せられた課題の解決策など、職能団体等が主催する研修会等の開催を支援しています。

メリット①	ニーズに基づいた研修を実施できる。
メリット②	経費、労力の負担軽減、有効活用
メリット③	連携拠点と職能団体等との連携の推進
デメリット？	単独主催と比べて関係者の調整等に労力を要する。

【開催支援の例】
・医科歯科連携推進セミナー
　（講師派遣、ほか）★二次
・三師会学術講演会（周知、
・薬科・リハ合同研修会（周知
・介護支援専門員研修会（周知、運営、ほか）☆相談支援
・患者のための薬局ビジョン推進事業　★二次・三次連携
　（検討会・報告会運営協力、連絡調整、ほか）
　★二次・三次連携　☆相談支援

これをデメリット（負担）ととるか、投資ととるか？

◆連携拠点の主な役割◆
解決策の場と手法の提案
持ち込み企画に対する相談対応
講師派遣、　他職種への周知、
参加者とりまとめ、当日運営、
アンケートとりまとめ、ほか

・事前打ち合わせにより役割を分担
・要所要所で進捗共有、再調整

リハ一次連携

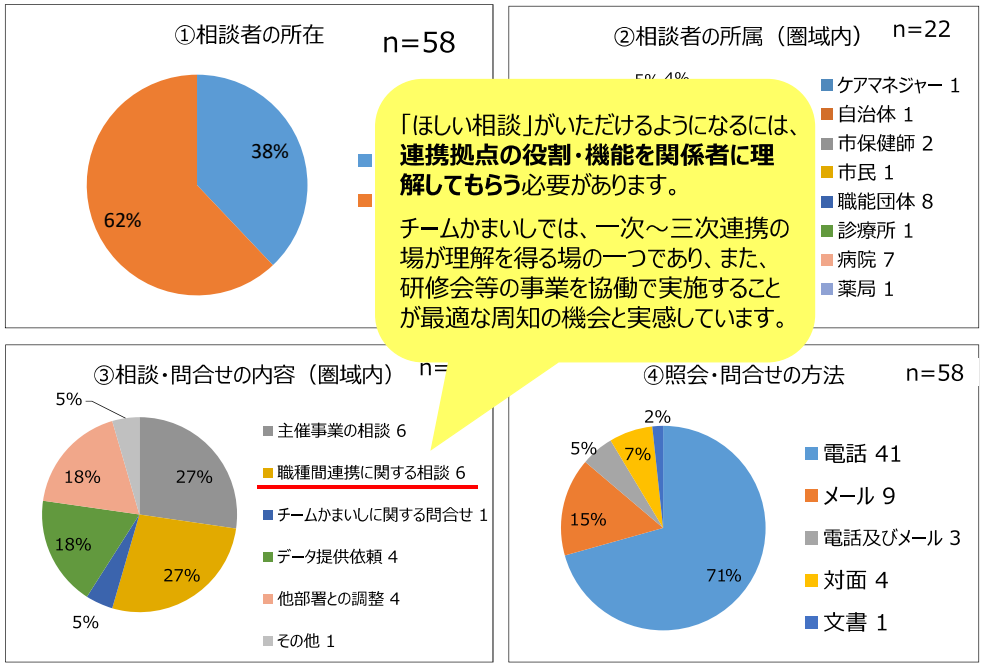
事前打ち合わせ

薬科・リハ合同研修会

H30チームかまいし多職種連携支援事業　チームかまいしの役割・棚卸表　《抜粋》

	2/23県釜市民公開講座 そろそろ、うちでも「人生会議」	1/22薬局ビジョン報告会 「多職種連携セミナー」
主　催	県立釜石病院	県薬剤師会、釜石薬剤師会
対　象	多職種、一般市民	薬剤師会会員、他職種
実施前	・主催者との連絡調整 ・実施要項作成に係る相談対応 ・チラシ作成に係る相談対応 ・会場選定、借り上げ、使用料負担に係る準備 ・広報かまいし原稿作成および掲載による周知 ・チームかまいしHPによる周知 ・地域連携だより記事掲載及びチラシ同封による周知 ・庁内メールによる周知（県釜作成開催案内のほか厚労省のACP普及啓発チラシを添付） ・保健福祉センター及び各公民館へのチラシ設置による周知	・報告会開催日設定に係る調整 ・関係者連絡調整 ・文書作成と郵送等による関係機関への周知 ・他職種の参加者とりまとめ⇒主催者へ報告 ・アンケート用紙作成 ・司会進行表作成 チームかまいし担当事務のみ記載しています
当日	・会場設営と撤収 ・写真撮影（主催者に提供） ・記録	・会場設営と舞台転換、撤収 ・司会進行 ・写真撮影（主催者に提供） ・記録
実施後	・チームかまいし連携支援事業の実施にかかる結果報告起案文書の作成 ・会場使用料支出の事務 ・地域連携だより記事掲載、発行、発送、HP掲載 ・ブログ発信	・チームかまいし連携支援事業の実施にかかる結果報告起案文書の作成 ・アンケート集計、グラフ等作成 ・アンケート結果公表(HP) ・地域連携だより記事掲載、発行、発送、HP掲載 ・ブログ発信

平成29年度問い合わせ＆相談概要



チームかまいしの相談支援　【オ】

チームかまいしでは、一次連携等で抽出した課題を分類し、フィードバックすることで、課題を抱える当事者（包括ケアの担い手）自らが主体的に解決策を検討・実施するお手伝いをしています。
さらに、課題解決の「場」や「手法」を検討して提案すること、あるいは共に検討したり共に実施することで、課題解決の支援を行っています。

◆◆チームかまいしの課題抽出の場◆
一次～三次連携の場（特に一次連携）、
資源把握、調査、相談窓口、等

◆チームかまいしの相談窓口機能
・ケース対応は基本行っていません。
包括支援センター等と役割り分担済み。
既にある機能は奪わず活かす。
・職種間、病院・施設間などの連携に関する相談に対応

研修会でよくある質問
相談窓口は設置したが、どんな相談をうけたらよいかわからない。
既存の相談窓口との違いは？

《課題解決支援を実施した相談事例》

相談者	内　　容	相談	解決策実施
薬剤師会	薬剤師会が受託した国のモデル事業実施に係るチームかまいしの参画依頼	H27	H28
NPO法人	釜石医療圏のICT利用促進を目的とした課題抽出・分類に関する依頼	H28	H29
病院看護部	病院職員対象「退院支援」に関する研修開催に関する相談	H28	H28
病院連携室	患者家族等が介護申請を受け付けてもらえないことがある	H29	H29
薬剤師会	地域包括支援センターの保健師との連携を推進する事業を実施したい	H29	H29
病院連携室	連携実務者の多職種連携の会を結成したい（OKスクラムねっと）	H29	H29

岩手県立釜石病院職場研修会　《チームかまいし多職種連携支援事業》
～なるほど!そうか!地域連携～

日　時：平成28年10月24日（金）18時～20時
参加者:49名（医師6、リハ2、看護師17、事務18、MSW2）

主　催：県立釜石病院（研修委員会＆地域医療情報ネットワーク委員会）

目　的：地域連携の必要性と圏域の実情を理解する。シームレスな医療・介護の提供のため県立釜石病院の地域の中での役割を意識する。

①講演「地域包括ケア時代の連携」 講師：寺田尚弘
②グループワーク「健康を支える連携を考える」
ファシリテーター：小田島史恵

☆開催のきっかけは連携室からの相談・依頼
☆院内の医療介護連携に対する温度差解消の支援

《病院連携室との連携の歩み》

H25 9月	地域連携だより「Face to Face」 連携室について取材及び記事掲載
H26 8月	病院連携室との一次連携 課題①・・・ケアマネとの連携
H27 2月	⇒解決策①'二次連携「連携室＆ケアマネ意見交換会」実施
H28 5月	第2回一次連携 課題②病院間連携室連携 相談③地域医療に関する院内教育
8月	⇒解決策②'入退院に関わる圏域6病院の職員情報交換会開催
10月	**⇒解決策③'職場研修会「なるほど!そうか!地域連携」開催** 相談④職員研修開催に協力してほしい・・・
H29 3月	⇒解決策④'職員対象「退院支援アクションミーティング」及び多職種対象「地域包括ケア研修会」開催　講師：宇都宮宏子氏
6月	相談⑤要介護認定の申請時期等について
8月＆ 3月	⇒解決策⑤'介護認定係との二次連携「情報交換会」

在宅医療連携拠点チームかまいし×釜石薬剤師会の打合せ会 〈一次連携〉

平成24年度	9/3、12/、1/16
平成25年度	7/30、1/15
平成26年度	7/25、1/29
平成27年度	8/31、9/16
平成28年度	4/21
平成29年度	4/13、4/20（第1回病院薬剤師）
平成30年度	4/5
令和2～4年度	R2…8/4　R3…
令和5年度	6/27、9/13、10/

2012年（H24）当時は、**生活応援センター**（H19～）や**地域包括支援センター**（H18～）が相談機関として浸透していなかった？

平成24年度 抽出課題

- **A** ケアマネジャーの顔が分からない
- **B** 認知症？虐待？なんか心配 どこに相談すればよいの？
- **C** ケアカンファレンスに呼ばれない
- **D** 訪問のきっかけがつかめない
- **E** 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携
- **F** 「訪問指示」の処方箋が来ない
- **G** 薬剤師の職能が認知されていない

チームかまいしと釜石薬剤師会の連携による課題解決に向けた事業

年度	H24課題	～課題解決策～　二次連携・・・◆、ほか協働事業…◇
H24		◇薬剤師居宅療養管理指導見学研修　実施（対象：チームかまいし）
H25	C D F G G E ★ C D F G ★ A B C D G	◆医科薬科在宅医療同行訪問研修実施　計3回 ◇釜石薬剤師会主催(多職種対象)研修協力 ◇三師会学術講演会協力 ◆ケアマネ薬科合同研修会実施
H26	C D F G G ★	◆医科薬科在宅医療同行訪問研修実施　計4回 ◆国立長寿主催「在宅医療先進地域情報フェスタ」 シンポ　　・リハ・かま）
H27	G ★ C D E F G	◇日本在宅薬学会　ポスター発表 ◆医科薬科在宅医療同行訪問研修実施　計4回
H28	G G ★ B D G	◆薬リハ合同研修会実施 ◆滋賀県高島市主催研修対応（薬・リハ・かま） ◆患者のための薬局ビジョン推進事業検討会実施協力　計4回
H29	B D G	◆多職種研修会「地域包括ケアにおける薬剤師の役割」実施
H30	E B D E G E G ★	◆薬薬意見交換会実施 ◆患者のための薬局ビジョン推進事業検討会・報告会実施協力　計6回 ◇厚労省主催「在宅医療・介護連携推進事業意見交換会」事例紹介
R01	G ★ E G	◇日本老年薬学会学術大会　ポスター発表 ◆多職種対象「薬薬連携の現状」実施
R03	G ★	◇「楽しく学ぼう!薬剤師さんのお薬教室」 市の生涯学習まちづくり出前講座メニューに掲載
R05	B G B G	◆薬剤師×市保健師「脳卒中発症リスク軽減の普及啓発キャンペーン」 ◆薬局を起点とした社会的処方連携の取組

★…チームかまいしの役割周知、薬剤師会と行政の連携による取組、及び周知　等

※その他、視察対応への協力多数あり

薬剤師×保健師 連携推進の取組

医×薬在宅医療同行訪問研修

保健師　薬剤師

厚生労働省「患者のための薬局ビジョン推進事業」《H28年度》
岩手県薬剤師会主催
「多職種連携による在宅医療における薬学的管理推進モデル事業」

◆ 市町村の**地域包括支援センター等と連携**を図りながら、薬剤管理に問題があると思われる患者に対し、**薬剤師と保健師等が同行訪問**を行うことにより、在宅患者への薬学的管理・服薬指導を実施し、在宅患者の薬に対する理解を深めるとともに、薬物療法の有効性及び安全性の向上を図ることを目的とする。

【事業の流れ】
① 包括支援センターにおいて「薬に問題がある」と思われる患者を選定する。
② 包括支援センターは、薬剤師の同行訪問に関する説明を行い、訪問許可を得る。
③ 包括支援センター職員は、患者に希望する薬局を選んでもらう。
④ 包括支援センターは、患者が希望する薬局の訪問日の日程調整を行う。
⑤ 包括支援センターと薬局薬剤師が患者宅を訪問する。
⑥ 第二回検討会（各患者の解決に向けてのアクションプランの作成）
⑦ 包括支援センターと薬局薬剤師が患者宅を訪問する。

「チームかまいし」薬科連携から生まれた事業

釜石薬剤師会提供

保健師×薬科同行訪問の様子

釜石薬剤師会提供

H31.3.13
釜石薬剤師会

「チームかまいし」との連携から得られた釜石薬剤師会の変化

- ケアマネが来局して、薬で困っている患者の情報を持ってくるようになった。
- ケアマネと薬剤師が、ケアカフェ（真面目な雑談の場）を定期的に開催するようになった。
- 有志の若手の薬剤師の勉強会が活発に行われるようになった。
- 居宅療養薬剤管理指導の件数が増加した。
- 薬局薬剤師が、医療と介護の橋渡し役として認知されるようになった。（医師への情報提供が当たり前のように実施されている）
- 薬局薬剤師が、患者の生活に近い医療従事者として職能を発揮することが期待されている。
- 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携が期待されている。
- ポリファーマシー問題を解決するには薬剤師の役割が重要と期待されている。

最も効果が大きく表れた二次連携～ケアマネ薬科合同研修会～ H26.3.10

【薬剤師との一次連携で抽出された課題】
ケアマネジャーの顔をしらない。サービス担当者会議に呼ばれない。
薬剤師の職能が理解されていない。連携に関する温度差がある。等

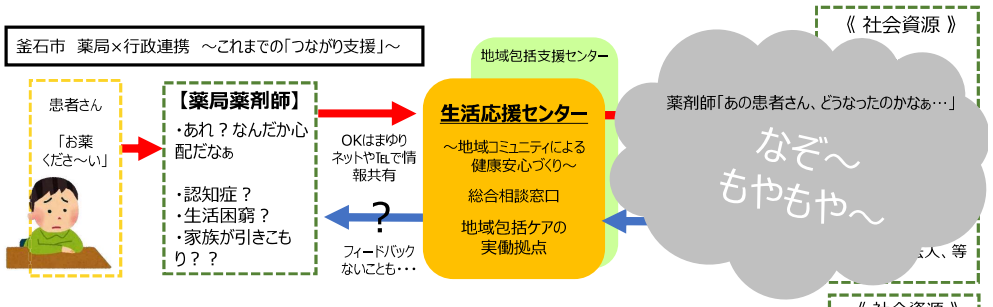
【解決策】ケアマネジャーと薬剤師がお互いの業務や可能性について理解する場を設ける。⇒研修会の実施

◆◆4部構成の研修実施内容◆◆◆

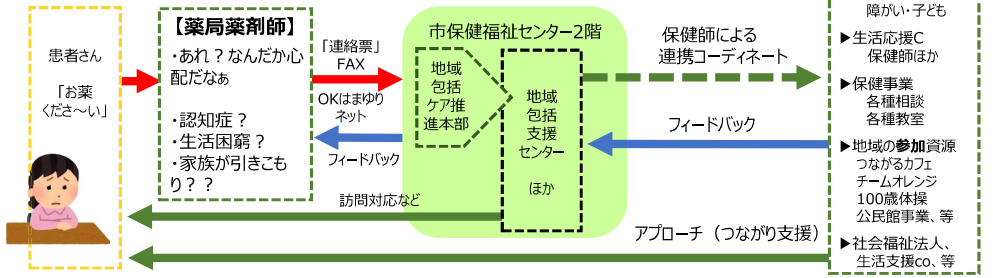
①職種別GW	【自分の職種を再確認!】同じ職種同士で、自分たちの業務の可能性や他職種へのアピールポイントについて意見交換する。
②混合GW	【お互いを理解しよう!】上記を参考に、グループごとに職種アピールタイム
③講演	「介護支援専門員・薬科間の課題と展望」講師:チームかまいしアドバイザー　寺田尚弘氏
④混合GW	【多職種連携・この地域の包括ケアのために】 KJ法により、課題と解決策のアイデアについて意見交換する。
薬剤師課題：アピール不足痛感。顔が見えない関係になっている。ケアマネ業務わからない。相談できない。 ケアマネ課題：経験年数が長いと「知らない」と言えない。薬剤師の仕事知らない。相談できない。 共通アイデア：今回のような場を持つ。懇親会、飲み会を開催する。	

【成果】ケアマネジャーと薬剤師の連携始動!!
飲み会のグループ誕生　⇒ケアカフェ開催　⇒課題解決ための学習グループ誕生
◆ケアマネジャーと薬剤師との在宅患者への同行訪問　◆ケアマネジャーは薬のことは薬局で質問するように…
◆薬剤師がサービス担当者会議に呼ばれるように…◆介護施設職員対象とした薬剤師の職能紹介

令和5年度釜石市包括的支援の仕組みづくり事業　～❸薬局を起点とした社会的処方連携パス～



R5モデル「薬局を起点とした社会的処方連携パス」試行期間10/13～2月末



財源：厚労省保険局「令和4～5年度高齢者医療制度円滑運営事業費補助金」（保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業分）

ケアマネ薬科合同研修会実施の波及効果　地域資源創出

二次連携から発展した
連携の形
介護福祉連携グループ
「かだれ」の誕生!!

やっていることは飲み会ですが、ばっちり顔の見える関係が構築まちの活性化に寄与しているという自負あり。
釜石地域の人材不足解消のきっかけになればいいなぁ・・・

by主宰者

H27「ケアカフェかまいし」

「ケアカフェ」は、
多職種の顔の見える関係づくりや日頃のケアの相談場所として提案されています。

主宰者は「かだれ」と同じ
薬剤師と介護支援専門員

アルコールを飲めない人でも参加できるものはないかと考えて行きついたのがケアカフェ

H28「かまいしユニゾン」

ケアカフェから出た多数の意見
『多職種が集い、専門職の能力アップにつながる研修会』
を実現する自主活動グループ

主宰者は、管理栄養士、
薬剤師、介護支援専門員

「ささえる事例検討会」の様子

R3釜石市生涯学習まちづくり出前講座

課題解決のための薬剤師会と行政の協働による講座メニュー

【薬剤師会の課題】

薬剤師の職能が理解されていない。薬剤師会の出前講座が活用されない。

【行政の課題】

地域包括ケアシステムの「支え手側」の取組みや
多職種連携の取組みの重要性が「支えられる側」に伝わりにくい。

⇩⇩⇩⇩⇩

【解決策】◆◆行政と薬剤師会の協働による講座メニューを作成◆◆

「楽しく学ぼう!薬剤師さんのお薬教室」

・地域包括ケアシステムと在宅医療連携拠点チームかまいしについて
・薬剤師の活用法～かかりつけ薬剤師を持ちましょう～
※薬剤師会の立場からチームかまいしとの連携効果についても紹介

多職種連携？
自分たちが楽しいから
やってるだけでは？

一般住民に
メリットはあるの？

【講座実施に係る役割分担】

住民	学びの場の設定、参加者への周知 会場設営、当日運営
薬剤師会	講師選出の調整、講師謝金 配付資料の提供、 行政との事前打ち合わせ
行政	住民への働きかけを含む周知、実施に向けた各種調整、当日運営補佐、前座の講師、アンケートとりまとめ

チームかまいしの地域包括ケア連携推進のまとめ

- 釜石市では、釜石医師会との連携によって患者や利用者の生活の質の向上のため**<u>地域包括ケアシステム充実に向けた取組</u>**を推進しています。

- チームかまいしでは、地域包括ケアの担い手となる各職種や組織ごとに、
  ▶ヒアリング（職種の事情や職種にまつわる包括ケア連携の課題）
  ▶顔の見える関係づくり（連携のフレームづくり）
  ▶連携の課題の共有と解決策の検討
  ▶解決策の実施の支援等を行ってたきた結果、

  連携当事者(ケアの担い手)の**<u>主体的な取組</u>**が推進されています。

- チームかまいしでは、各主体の取組を地域の関係者や一般住民に共有する場を設けるなど取組の見える化を行い、相互理解推進に努めています。（三次連携、連携だより、Facebook、出前講座）

チームかまいし
Facebook

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」 ～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<u>取組の見える化</u>にも活用

《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」

令和2年度、岩手県では釜石市のほか、宮古市、奥州市が受講

初のオンラインセミナー対応に四苦八苦

出席者：救急病院看護師2、消防本部2、診療所医師１、行政2～3

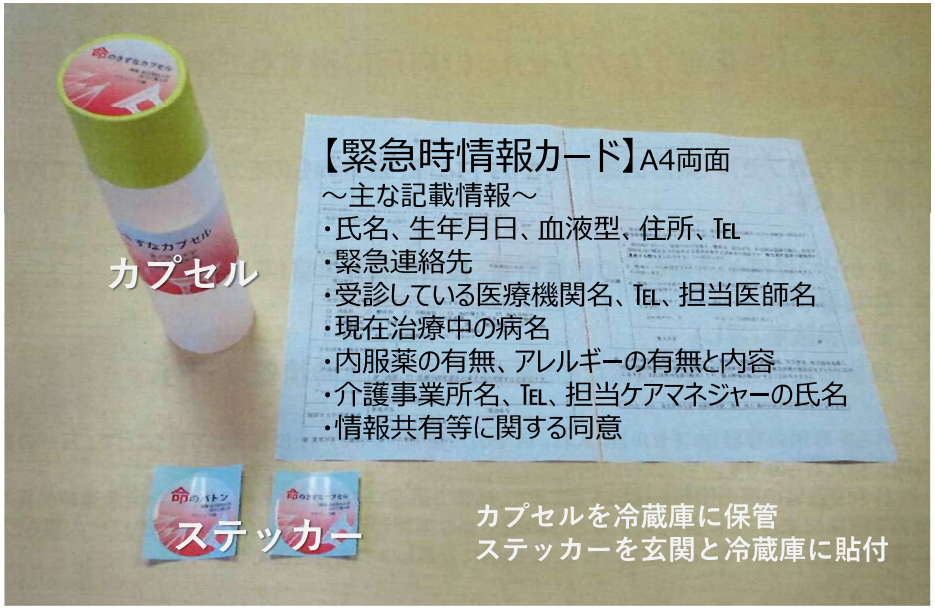
参考:2019年(令和元年)12月8日、中国武漢で新型コロナウイルス発生か。翌1月16日、日本国内で初の感染患者(中国籍)が報告

GW：課題解決策の共有・役割分担

❶終末期患者の病院×在宅リレーの円滑化
　担:病院、診療所
❷人生会議の普及啓発
　担:行政、病院
❸DNAR搬送に係るルールの検討など
　担:消防本部
❹既存の資源の再確認（以外と知られてないことが判明）
　緊急医療情報キット、OKはまゆりネット
　地域メディカルコントロール協議会
　岩手県医師会のACPに関する取組

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～



【エ】情報共有支援 【ク】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）

◆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

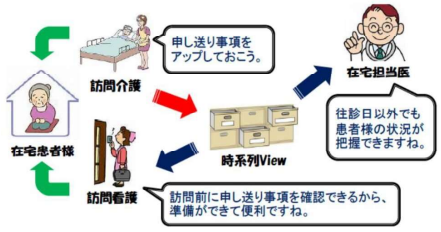
☆県立釜石病院（基幹病院）への診療・各種検査・栄養指導の予約

☆　〃　　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（R5.9月末現在）

	加入施設数	加入率
病院診療所　(6+18)	(6+12)	75.0%
歯科診療所　(17)	10	58.8%
調剤薬局　(21)	17	81.0%
介護事業所等　(55+1)	29	51.8%
行政・医師会　(4)	4	100.0%
計　(122)	76	63.9%



◆利用者数（R5.9月末現在）7,073人　※キーコード発行件数

◆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

会員：16名　(釜石医師会7、釜石歯科医師会3、釜石薬剤師会3、釜石広域介護支援専門員連絡協議会2、釜石リハビリテーション療法士会1)

事務局運営会議構成員

医師会、保健所、釜石市、大槌町、基幹病院

R３年度　チームかまいし在宅医療・救急医療連携推進事業

▶介護支援専門員等を対象としたACPに関するアンケート結果の共有

▶前年度の取組と役割分担・地域の方向性の再確認を行った。

釜石市　令和4年度行程表

実施日	実施内容	備考
5/25	在宅医療連携拠点事業推進協議会	
5/27	地域包括支援センター(直営)×県立釜石病院 ＡＣＰ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 地ケア本部
7/25～	上記を初回として、市内8地区(計9ヵ所～)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	地域包括支援Ｃ、病院、 消防本部、地ケア本部

二次連携（打ち合わせ会の様子）

地域包括支援センター主催事業を開催支援

連携だより第46号より抜粋

令和４年度釜石市権利擁護研修会～「人生会議」から考える権利擁護～

12 月 20 日、釜石 PIT でハイブリッド形式による権利擁護研修会が開催され、介護支援専門員のほか医療・介護・福祉等のケアの担い手となる関係職員の参加がありました。

釜石大槌地区消防本部　菊池消防課長

―　研修カリキュラム　―
1.講演：アドバンス・ケア・プランニング
～最期までその人らしく生きるために私達ができること～
講師：県立釜石病院　緩和ケア認定看護師　西明子氏
2.講演：ACP「人生会議」と DNAR※の関連性について
講師：釜石大槌地区行政事務組合消防本部　消防課長　菊池俊氏

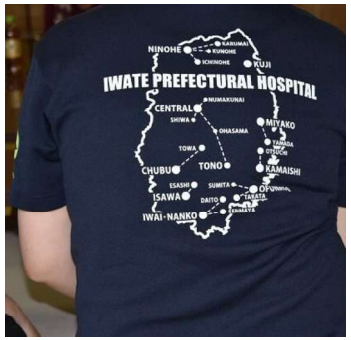
もしバナカードゲームの実践

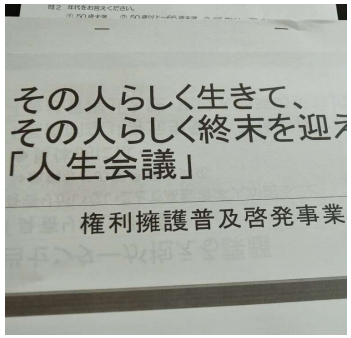
ACP＝アドバンス・ケア・プランニング（愛称：人生会議）は、意思決定能力が低下する場合に備えて、終末期を含めた今後の医療や介護等について、最後まで自分が思い描く生活を送れるよう、前もって話し合う事や、本人に代わって意思決定をする人を決めておくプロセスです。本人が「蘇生措置の拒否」を希望しても、意思が共有されずに救急搬送されるという課題もあります。ACP は今後の課題となっています。

演習では、自分にとって大事なことは何なのかを考える「もしバナゲーム」の実践講習が行われました。もしも、突然余命半年と言われたら…。これをテーマに参集した多職種が共に考える機会となりました。

※DNAR…Do Not Attempt Resuscitation 蘇生処置の拒否

※チームかまいし二次連携「病院×消防本部×地域包括支援センター」





住民向け普及啓発の様子

主催：地域包括支援センター

県立釜石病院×地域包括支援センター
（チームかまいし二次連携）

千葉市における
在宅医療・救急医療連携
について

千葉市在宅医療・介護連携支援センター

1 本日の目的

高齢者の在宅療養における連携の課題として、医療と介護、消防（救急）の円滑な連携に努め、急変時の適切な対応に繋げることが必要となっている。

現状では、新型コロナウイルス感染症が収束しても、引き続きひっ迫する千葉市の救急体制の実態があるなか、頻回救急要請を行う不安定な要支援者への対応、後見や代理権のないケアマネジャーへの同乗要請など課題が多い。

これまで、消防局救急課を中心に、基幹相談支援センター、あんしんケアセンター、精神保健福祉課、在宅医療・介護連携支援センターなどの関係者が集まり、救急需要対策連携会議を開催し、課題に対する取り組みを検討してきた。

課題解決に向けて、まずは、消防も含めた医療・介護関係者の相互理解を図り、顔の見える関係づくり進めるため、当面の取り組みについて多職種・多機関で話し合うことを目的とする。

2 現状の課題

（1） 消防サイド

（ア）救急体制に関する市内医療・介護専門職への周知不足

（イ）各種医療・介護・福祉制度や、医療・介護専門職の役割（職掌）などを学ぶ機会がない

（2）専門職サイド

（ア）社会資源としての救急体制の現状に関する理解不足

（イ）自分たちの機能・役割を正確に周知できていない

3 課題への対応策

（1） 消防サイド

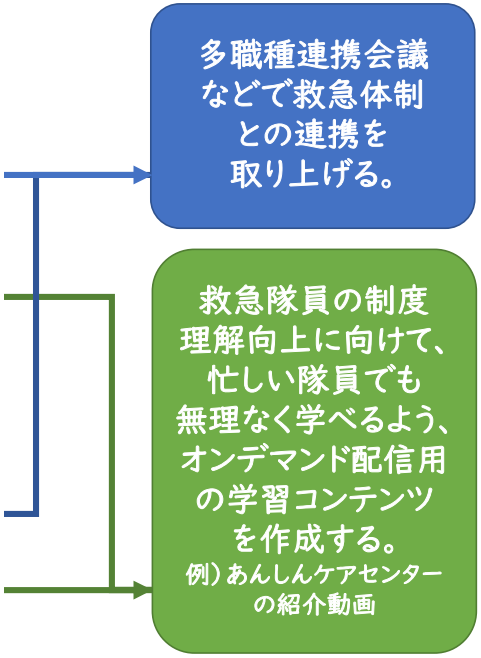
（ア）救急体制に関する市内医療・介護専門職への周知不足

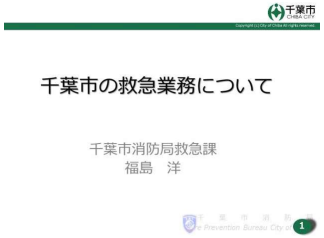
（イ）各種医療・介護・福祉制度や、医療・介護専門職の役割（職 掌）などを学ぶ機会がない

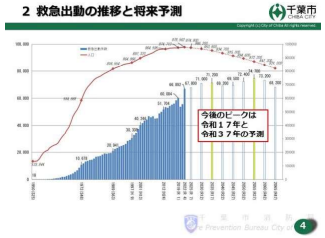
（2）医療・介護専門職サイド

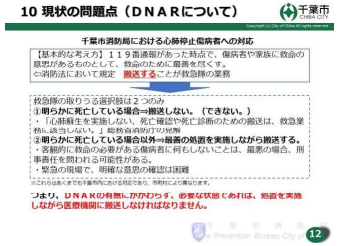
（ア）社会資源としての救急体制の現状に関する理解不足

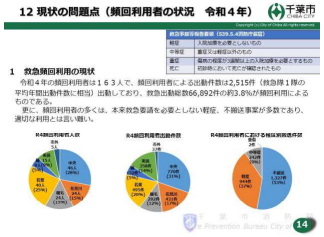
（イ）自分たちの機能・役割を正確に周知できていない

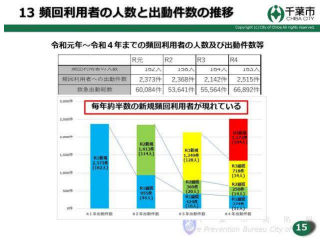


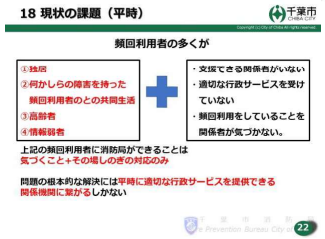


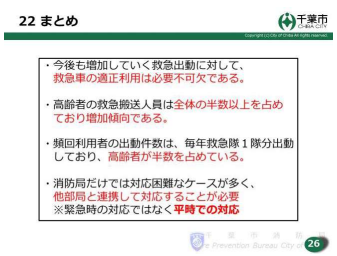












4 取り組み方向性

（1）多職種連携会議等で救急体制を取り上げる

令和5年度は、中央区と花見川区の多職種連携会議で救急体制を取り上げることとしている。次年度以降も、他の圏域に広めていく。

（2）オンライン学習コンテンツの作成

「あんしんケアセンター」、「障害者基幹相談支援センター」、「訪問看護ステーション」、「ケアマネジャー」、「在宅での薬剤師の役割」といったテーマでオンライン学習コンテンツを作成する。

各職能団体や相談支援機関と在宅医療・介護連携支援センターが協力して動画を作成する。

この後のグループワークでは、職能団体や相談支援機関ごとに、5～10分程度の短い動画コンテンツで、「自分たちの機能や役割を理解してもらうために、どのような内容を入れたいか」、「短い時間で自分たちの役割を紹介する際にどのような工夫をしてきたか」といったテーマで話し合ってください。

【第２部　附属資料】

セミナー資料（全国を対象としたオンラインセミナー）

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

令和５年度在宅医療・救急医療等の連携にかかるオンラインセミナー

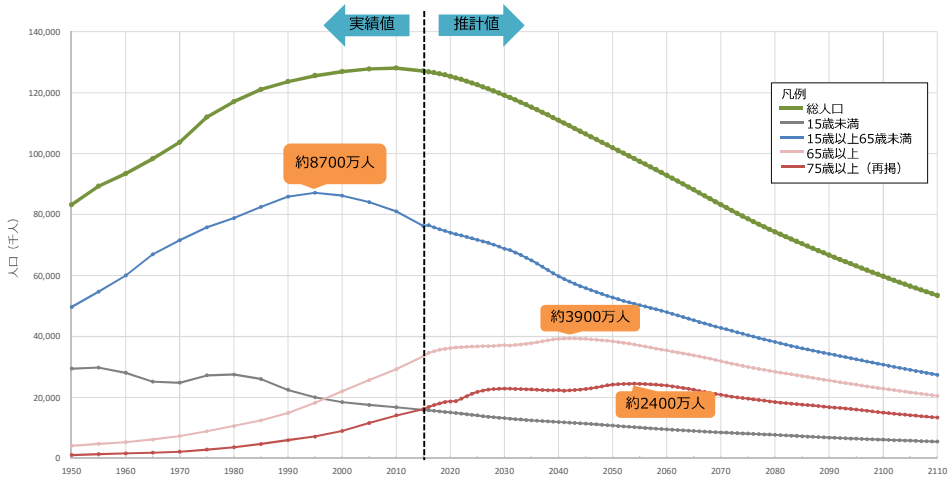
急変時における在宅医療の体制整備について

厚生労働省 医政局地域医療計画課
外来・在宅医療対策室
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

【人口動態】 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

第７回第８次医療計画等に関する検討会 資料 1改 令和４年３月４日

○ 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
○ その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。

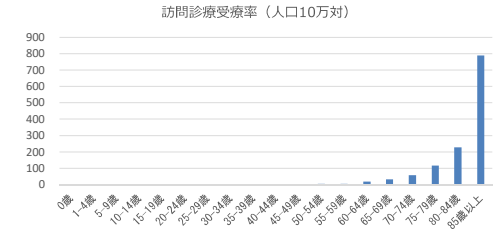


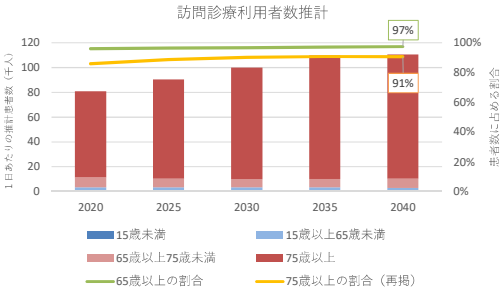
出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（４区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢４区分別総人口および年齢構造係数」
※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

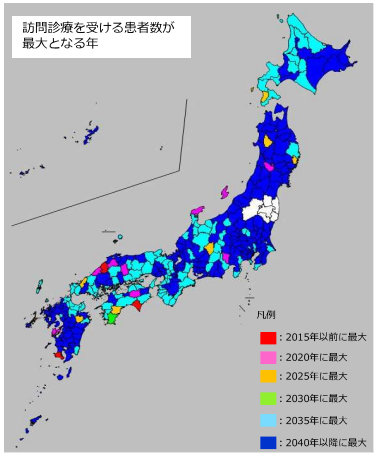
【医療需要の変化】 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

第７回第８次医療計画等に関する検討会 資料 1改 令和４年３月４日

○ 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
○ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。







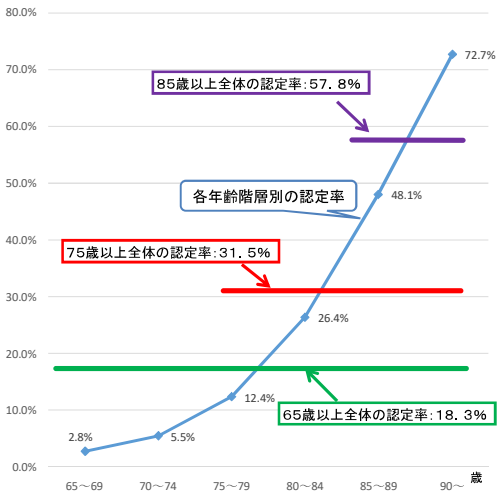
出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院ー外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
※ 病院、一般診療所を対象に集計。
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

在宅・介護施設の要介護高齢者の増加

第７回第８次医療計画等に関する検討会 資料 1改 令和４年３月４日

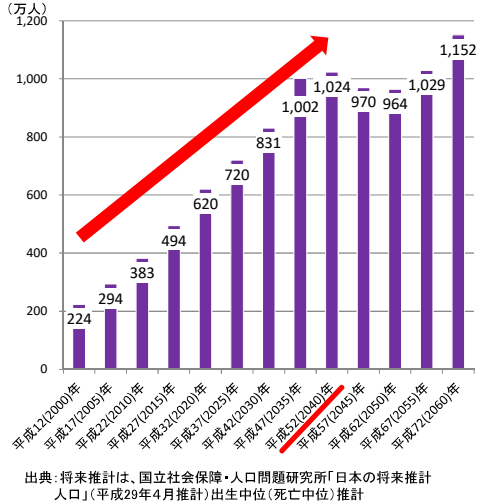
○ 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
○ 85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、在宅・介護施設の要介護高齢者の増加が見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2020年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



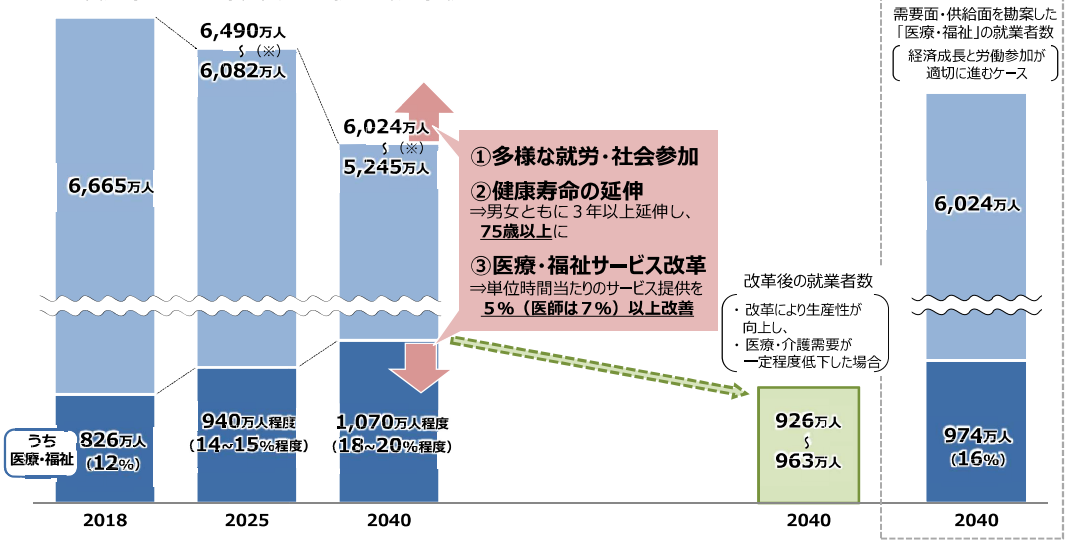
出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

マンパワー　2025年以降、人材確保がますます課題となる

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　資料1改

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移

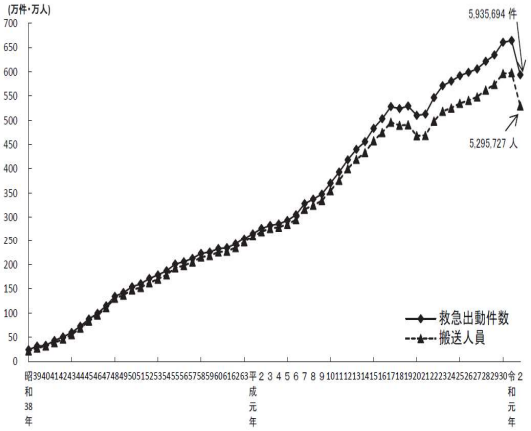


※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年３月）による。
総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
※2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

救急出動件数及び搬送人員、年齢区分別の推移

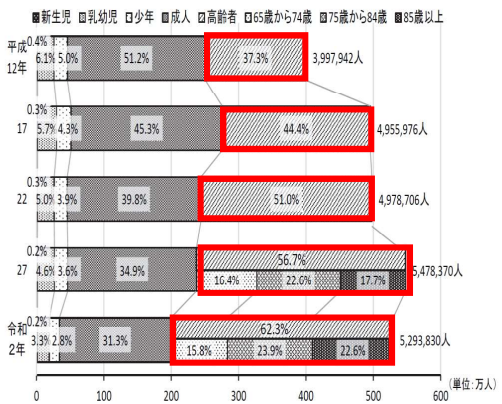
第４回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ　令和４年４月２８日　資料1改

○ 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。



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

（出典）令和３年版　救急・救助の現況（総務省消防庁）　第16図より一部改変



1　割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。
2　東日本大震災の影響により、平成22年は陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

（出典）令和３年版　救急・救助の現況（総務省消防庁）　第30図

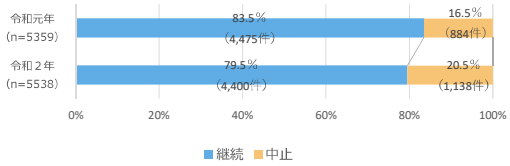
救急現場における傷病者の意思に沿った対応

第１２回第８次医療計画等に関する検討会　令和４年８月４日　資料1改

○　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。

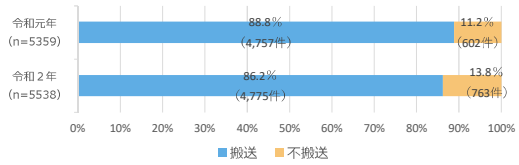
①心肺蘇生の継続又は中止*

＊心肺蘇生を行わなかった場合は「中止」に含まれる

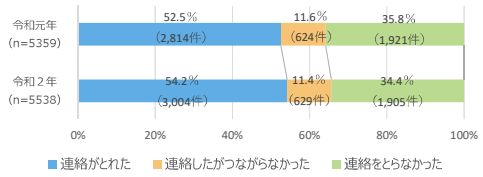


<参考>
全救急出動件数：6,639,767件（令和元年）
5,935,694件（令和２年）
出典：「令和３年版　救急・救助の現況（総務省消防庁）」

②救急搬送の有無



③かかりつけ医への連絡の有無



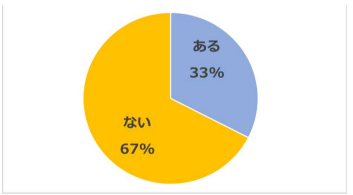
※出典：「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数調査」
平成31年1月1日～令和２年12月31日に全国の消防本部に調査を実施。

在宅療養患者の救急搬送に関する取組の状況

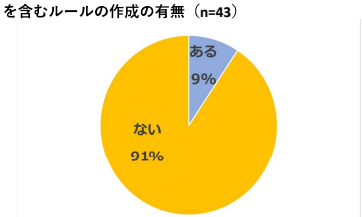
第１２回第８次医療計画等に関する検討会　令和４年８月４日　資料1改

厚生労働省が都道府県に対し、市区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。

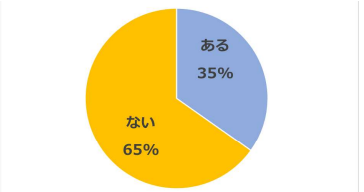
①在宅療養患者本人の診療・DNAR等の情報を関係職種で共有できるようなルールやツール等の作成の有無（n=43）



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の救急搬送の取り決めの有無（n=43）



【作成している搬送ルール（例）】
- 脳卒中患者は県内を４ブロックにわけてその中で急性期病院に搬送するルールが消防と共有できている。
- 二次医療圏域ごとに、病院の機能分化を進めており、それぞれ関係団体で共有されている。
- 傷病者の状態に応じて受入れ実施基準等に基づいて搬送先医療機関を選定している。

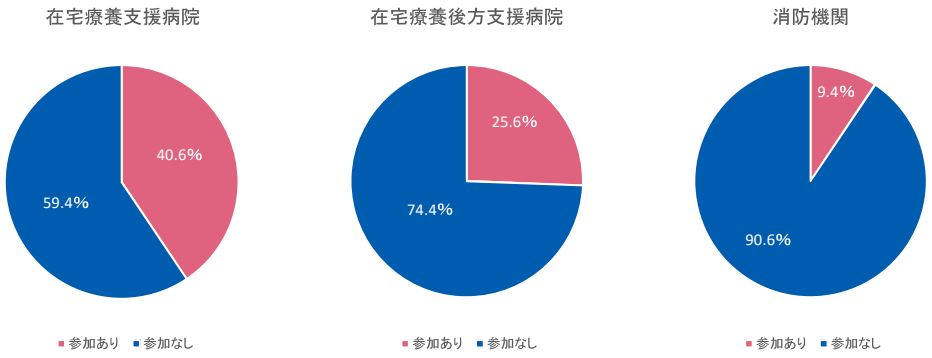
※出典：在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書（令和３年度 厚生労働省委託事業）
令和４年１月に、47都道府県に調査を実施。（有効回答率：91.5%）

二次医療圏に設置された協議の場の構成員について

第７回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和４年１０月１４日
資料

○　地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等の枠組み内での開催を含め、在宅医療に係る協議の場が二次医療圏に設置されている場合において、各所属団体の委員が協議の場に参加している割合は、在宅療養支援病院、後方支援病院が各々40.6%、25.6%であり、消防機関からの参加は9.4%であった。

二次医療圏に設置された在宅医療に係る協議の場に参加する構成員の割合（N=255）
（※　在宅医療に係る協議の場には、地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等の枠組み内での協議を含める）



※都道府県調査
・全二次医療圏（n=335）のうち、地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等の枠組み内での開催を含め、在宅医療に係る協議の場を設置している二次医療圏（n=255）を対象。
・在宅医療の協議の場を構成している委員を所属している団体、事業者別に集計。
・各団体、事業者毎の集計数を255で除し、在宅医療の協議の場に各団体、事業者毎の委員が含まれる割合（%）を算出。

医政局地域医療計画課調べ（令和３年11月）

検討部会の報告書を踏まえた対応

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
令和４年４月２８日
資料
3改

「平成30年度救急業務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（令和元年11月8日付け消防救205号消防庁救急企画室長通知）

＜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つ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（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）の考え方を「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に盛り込むなど、本人の意思を尊重しながら、医療・介護従事者、家族等も参加して、生き方・逝き方を探る努力がなされている。

・救急現場等においても、時間的情報的な制約がある中ではあるが、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重されていくものと考える。

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、書面がある場合には署名の有無など、千差万別な状況である。

・加えて、救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的情報的な制約がある。

③今後の方向性

・実態調査の結果、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案の実態が必ずしも十分に明らかになったとは言えないところであり、今後、事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考えられる。

・患者本人や家族等がどのような最後を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要である。

＜今後、消防機関に求められること＞

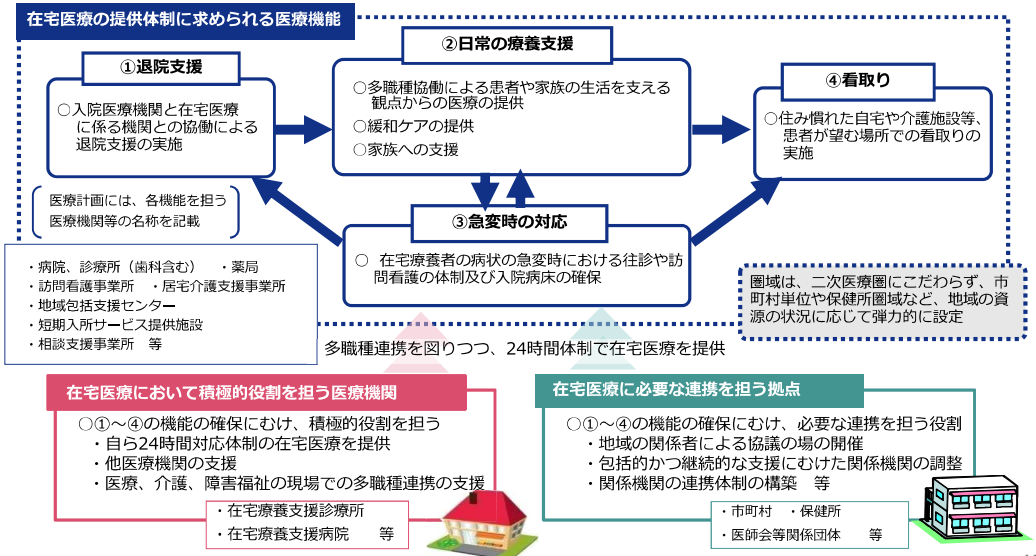
○　地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場への参画
○　救急隊の対応の検討等
①　在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、メディカルコントロール協議会等における十分な議論
②　具体的な対応件数の集計及びメディカルコントロール協議会における事後検証の検討

在宅医療の体制について

令和５年度第２回医療政策研修会
第１回地域医療構想アドバイザー会議
令　和　5　年　9　月　1　5　日
資料
4

○在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
○国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～　「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　～



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

在宅医療の体制（第８次医療計画の見直しのポイント）

概　　要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

在宅医療の提供体制

◆ 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。

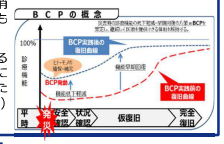
◆ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。

◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

◆ 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。

◆ 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各職種の関わり

◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。

◆ 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。

◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。

◆ 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。

◆ 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

在宅医療の体制構築に係る指針（急変時、看取り、災害時）

令和５年度第１回医療政策研修会 令和５年５月24日 資料13改

<在宅医療の体制構築に係る指針（令和５年３月31日）より抜粋>

第２　医療体制の構築に必要な事項

２　各医療機能と連携

（３）急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】
②　在宅医療に係る機関に求められる事項
・　患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、**事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等**、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、**消防関係者も含め連携体制の構築**を進めることが望ましい
③　入院医療機関に求められる事項
・　特に、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院**においては、**地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携**することで、円滑な診療体制の確保に努めること
（４）患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】
②　在宅医療に係る機関に求められる事項
・　本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、**医療と介護の両方を視野に入れ**、利用者の状態の変化に対応し、**最期を支えられる訪問看護の体制**を整備すること
・　**麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制**を整備すること

第３　構築の具体的な手順

３　連携の検討
（４）災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区町村や都道府県との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、**業務継続計画（BCP）の策定**を推進すること。

第８次医療計画における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

令和５年度第２回医療政策研修会 第１回地域医療構想アドバイザー会議 令和５年９月15日 資料4

第８次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、 ①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の４つの機能の整備に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。

＜「在宅医療の体制構築に係る指針」＞
第２　医療体制の構築に必要な事項
２　各医療機能との連携
（５）　在宅医療において積極的役割を担う医療機関
前記（１）から（４）までに掲げる目標の達成に向けて、自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置づけられることが想定される。
なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。
① 目標
・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
・ 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
・ 患者の家族への支援を行うこと
② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項
・ 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
・ 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
・ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・ 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

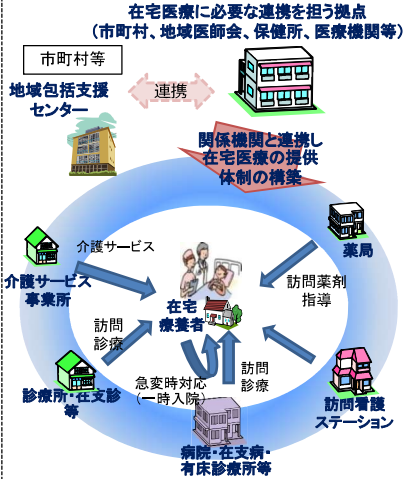
第８次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

令和５年度第２回医療政策研修会 第１回地域医療構想アドバイザー会議 令和５年９月15日 資料4

第８次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、 ①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の４つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について記載した。

＜「在宅医療の体制構築に係る指針」＞
第２　医療体制の構築に必要な事項
２　各医療機能と連携
（６）　在宅医療に必要な連携を担う拠点
前記（１）から（４）までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。
在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。
また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。
なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。
① 目標
・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと
② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項
・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容



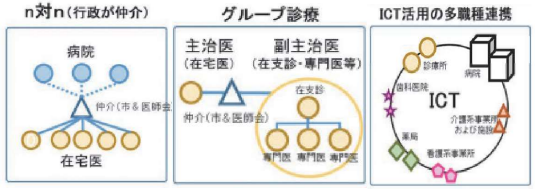
【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

地域で有効に機能している在宅医療連携モデル

第１２回第８次医療計画等に関する検討会 令和４年８月４日 資料１改

○ 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを構築している地域がある。

訪問診療を行う医師のグループ形成によるバックアップ（千葉県柏市）



→柏市と医師会が中心となり、地域の多職種も巻き込みつつ、体制を構築。

○垂直連携（柏市が事務局として実施）
・病診連携：急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

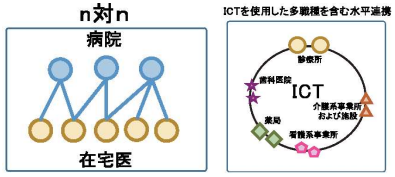
○水平連携（主に、柏市と柏市医師会にて実施）
・診診連携：かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ
・多職種連携：情報共有システムの利活用
在宅医・多職種向け研修会の開催

○市民への在宅医療の支援：柏市地域医療連携センター※（柏市が設置）
・在宅主治医がいない市民の方に対して紹介
・多職種への『在宅医療多職種連携研修会』等の実施

※土地提供は柏市、建物は柏市医師会・柏歯科医師会・柏市薬剤師会の寄附により建立。

（取組の成果）
・ICT登録患者の増加により、病状や生活の変化等の情報共有が円滑化した。
・主治医・副主治医制に加え、訪問看護ステーションの整備により、24時間対応が必要な患者も在宅に戻りやすくなった。

患者急変時のICTを活用した患者情報連携（新潟県長岡市）



→医師会が中心となって、長岡市の協力を得て、医師と訪問看護師グループの連携が実現。

○垂直連携（医師会及び市内10病院で実施）
・救急医療機関との後方支援体制や地域の医療機関とのバックアップ体制を構築。
→長岡地域救急懇談会（事務局：消防署、２か月に１回程度）において、病院関係者・医師会・市役所・警察署・弁護士会・報道機関が参加し、地域の救急体制について議論を実施。

○水平連携（長岡市・医師会・訪問看護ステーション協会にて実施）
・ICTを利用した、多職種間で患者情報を連携（医師会）
→長岡フェニックスネットワーク協議会（事務局：医師会、年２回程度）で、長岡市、訪問看護ステーション協会、歯科医師会、薬剤師会の各団体が参加し、連携ルールの構築や課題等について協議。

出典：H29年度医政局委託事業　在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

（取組の効果）
・　救急搬送時の病院への連絡について円滑化した。
・　救急隊の現場所要時間が短縮した。

救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例

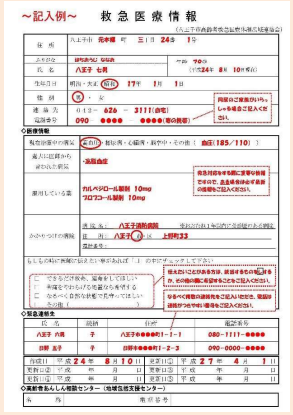
第４回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ
令和４年４月２８日
資料１改

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

（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）



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）

（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）

在宅医療・救急医療連携セミナー

令和６年度予算案（令和５年度当初予算額）：14百万円（17百万円）

1 事業の目的

＜背景・課題＞
○ 国民の多くが、自宅等の住み慣れた環境での療養を希望している。しかし、実際には、あらかじめ家族等や医療・ケアチームと話合いを行っていないことや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。
○ そのため、地域において、本人の病状や希望する医療・ケアや療養場所、延命措置に対する要望等、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必要となっている。

＜対策＞ **本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール等の策定支援**
○ 先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅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る。
○ このような取組を参考に、複数の自治体を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等の策定するための工程が進むよう、重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重されるための環境整備を進める。

2 事業の概要・スキーム・実施主体

問題意識
・ 看取り期における本人の意思に沿わない搬送
・生命の危機が迫った状態で自らの意思表明できない状態での搬送
等、救急現場や医療現場也医療現場での対応に課題が生じている

対策の方向性
- 自治体、救急医療（消防）、在宅医療機関関係者が、地域の実情に応じ、本人の意思を共有するために必要な情報や連携するためのルール等を策定していく工程の支援を実施

平成29年度～令和元年度

先進事例の調査
・既に連携ルール等を運用している先進自治体（市町村）の取組（連携ルールの運用に至る工程、課題等）※を調査
※（例）
- 救急現場や医療機関等における本人の疾病等や療養に関する希望等の把握・共有する方法
- 救急要請時の搬送に関するローカルルールの策定、運用
- 入院が必要な際にスムーズに受け入れるための連携体制や病院側が必要とする患者情報
- 在宅療養に戻る際に在宅医療関係者が必要とする患者情報等
- 人生会議の住民向け普及・啓発　等

市町村版セミナーの実施
・有識者や先進自治体（市町村）の支援のもと、連携ルールの検討等に必要な工程表の策定について、講習やグループワークを実施。（対象：自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等）
・策定した工程表の実施状況の把握等フォローアップを実施。
・実施後の報告書には、今後、他の市町村で取り組めるようマニュアルを盛り込む。

令和２年度～

都道府県版モデル事業の実施
・都道府県（2か所程度）に管下市町村の連携ルール作りに取り組んでもらう。
・この際、過去の当セミナーの内容を参考にしつつ、シンクタンク等業者が事業実施を支援。
・実施後、シンクタンク等業者は事業の効果等を検証し報告書にまとめる。また、都道府県が管下市町村を指導するためのマニュアルを作成し、新たな課題等に応じて改訂する。

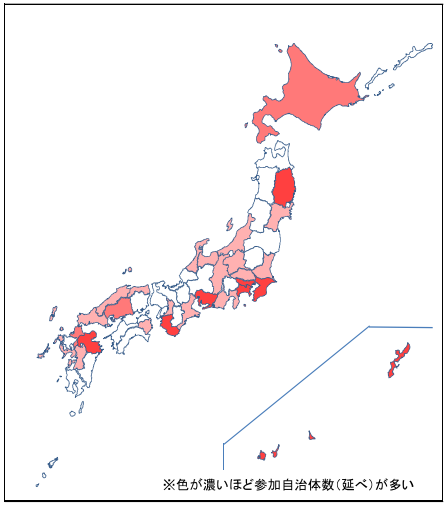
将来の目標
各都道府県が管下市区市町村と協力し、
・MC協議会と在宅医療機関の橋渡し
・地域での本人の意思の共有手法の協議等を実施する。

実施主体
委託事業：コンサルや研究機関等を想定

（参考）過去のモデル都道府県・セミナー参加自治体

令和4年度	北海道 大分県	北海道北見市 大分県中津市 大分県臼杵市 大分県津久見市 大分県由布市
令和3年度	徳島県 広島県	徳島県小松島市 広島県広島市佐伯区 広島県広島市安佐南区
令和2年度	岩手県 沖縄県	岩手県奥州市 岩手県釜石市 岩手県宮古市 沖縄県宜野湾市 沖縄県南城市 沖縄県八重瀬町
令和元年度	北海道 岩手県 東京都 石川県 静岡県 三重県 島根県 長崎県 沖縄県	北海道 遠別町 岩手県 北上市 東京都 練馬区 東京都 八王子市 石川県 能美市 静岡県 熱海市 三重県 四日市市 島根県 出雲市 長崎県 長崎市 沖縄県 那覇市

平成30年度	岩手県 茨城県 群馬県 埼玉県 東京都 神奈川県 新潟県 長野県 岐阜県 静岡県 愛知県 大阪県 和歌山県 福岡県 熊本県	岩手県 久慈市 茨城県 つくば市 群馬県 前橋市 埼玉県 本庄市 東京都 豊島区 神奈川県 相模原市 新潟県 新潟市 長野県 駒ヶ根市 岐阜県 美濃加茂市 静岡県 磐田市 愛知県 岡崎市 大阪県 堺市 和歌山県 湯浅保健所 福岡県 久留米市 熊本県 荒尾市
平成29年度	宮城県 千葉県 神奈川県 東京都 富山県 長野県 愛知県 和歌山県 鳥取県 山口県 福岡県	宮城県 大崎市 千葉県 柏市 千葉県 市川市 千葉県 白井市 神奈川県 横浜市 神奈川県 横須賀市 東京都 小金井市 富山県 富山市 長野県 松本市 愛知県 豊田市 愛知県 豊明市 和歌山県 田辺保健所 和歌山県 御坊保健所 鳥取県 日野郡日野町 山口県 下関市 福岡県 古賀市



PwC

令和５年度在宅医療・救急医療等の連携にかかるオンラインセミナー

地域の救急体制において消防機関が果たす役割

－在宅医療・救急医療等の連携に向けて－

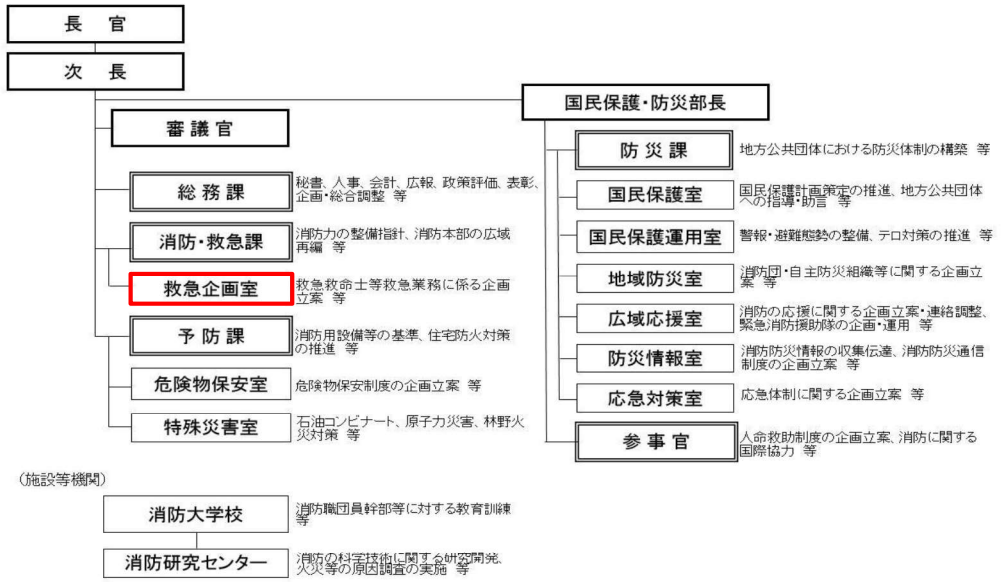
総務省消防庁　救急企画室
救急専門官　飯田龍洋

－目次－

1　消防機関における救急業務の現況
2　メディカルコントロール体制による消防・医療連携
3　救急隊員等が行う観察・処置等
4　消防機関における新型コロナウイルス感染症対応
5　緊急度判定体系（トリアージ）等について
6　傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生

総務省消防庁の組織体制

○ 消防の任務は、国民の生命、身体及び財産の保護を図ることであり、救急分野が一領域に含まれる。



消防業務に関する国・県・市町村の役割分担

国（総務省消防庁）

➢ 消防庁は、消防に関する**制度の企画及び立案、消防に関し広域的に対応する必要のある事務**その他の消防に関する事務を行うことにより、国民の生命、身体及び財産の保護を図ることを任務とする。（消防組織法第４条第１項）

都道府県（危機管理・防災部局）

➢ 都道府県は、市町村の消防が十分に行われるよう消防に関する**当該都道府県と市町村との連絡及び市町村相互の連絡協調を図る**ほか、消防に関し、次に掲げる事務をつかさどる。

1　消防職員及び消防団員の教養訓練に関する事項
2　消防統計及び消防情報に関する事項
3　**市町村の行う救急業務の指導に関する事項**　など　（消防組織法第29条）

市町村（消防本部）

➢ 市町村は、**当該市町村の区域における消防を十分に果たすべき責任を有する。**
（消防組織法第6条）

➢ 市町村の消防は、条例に従い、市町村長がこれを管理する。
（消防組織法第7条）

救急業務と救急隊員について

○「救急業務」とは

【消防法（昭和23年法律第186号）】
第2条　第9項
　救急業務とは、災害により生じた事故若しくは屋外若しくは公衆の出入する場所において生じた事故（中略）による傷病者のうち、医療機関その他の場所へ**緊急に搬送する必要があるものを**、救急隊によつて、（中略）搬送すること（傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、**緊急やむを得ないものとして、応急の手当を行う**ことを含む。）をいう。

→消防法に基づき「救急隊」が行う搬送業務

○「救急隊員」とは

【消防法施行令（昭和36年政令第37号）】
第44条　第1項
　救急隊は、救急自動車一台及び救急隊員三人以上をもって、又は航空機一機及び救急隊員二人以上をもって編成しなければならない。ただし、救急業務の実施に支障がないものとして総務省令で定める場合には、救急自動車一台及び救急隊員二人をもって編成することができる。
第44条　第5項
　救急隊員は、次の各号のいずれかに該当する消防吏員をもって充てなければならない。
　1　**救急業務に関する講習で総務省令で定めるものの課程を修了したもの**
　2　救急業務に関し前号に掲げる者と同等以上の学識経験を有する者として総務省令で定めるもの（医師、保健師、看護師、准看護師、救急救命士）

→「救急業務」を行う消防職員

救急業務の位置づけと実施体制

○ 救急業務の位置づけ

- 昭和38年：救急業務の法制化（消防法第2条第9項）
- 昭和61年：疾病等による傷病者の搬送と救急隊員による応急処置を明記（消防法第2条第9項）
- 平成 3年：救急救命士法が制定
- 平成21年：消防の任務及び消防法の目的に傷病者の搬送を適切に行うことを明記（消防組織法第1条、消防法第1条）

○ 消防本部数・・・・・・・・・・・・・722本部（単独434本部、組合288本部）（令和5年4月1日現在）

○ 救急業務実施体制（令和5年4月1日現在）

- 救急業務実施市町村数・・・1,719市町村のうち1,690市町村（東京都特別区は1市として計上）
  いわゆる「役場救急」・・・・・29町村

・救急隊数	5,359隊	平成25年	5,004隊	7.1%増
・救急隊員数	66,616人	平成25年	60,383人	10.3%増
・救急救命士資格者数	43,788人	平成25年	29,197人	50.0%増
・運用救急救命士数	30,371人	平成25年	22,870人	32.8%増
・救急自動車数	6,591台	平成25年	6,073台	8.5%増

うち高規格救急車6,479台

救急業務の実施体制

○ ほぼ全ての地域で救急業務が実施されている

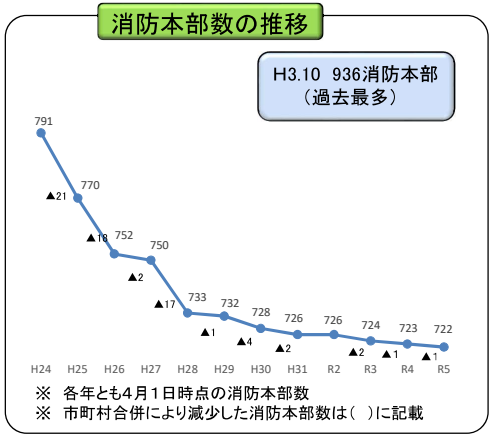
（各年4月1日現在）

区分＼年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
市町村数	1,692	1,689	1,685	1,685	1,686	1,689	1,690	1,690	1,690	1,690	1,690	1,690	1,690	1,690
市町村実施率（%）	97.9	97.9	98.0	98.0	98.0	98.3	98.3	98.3	98.3	98.3	98.3	98.3	98.3	98.3
人口カバー率（%）	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9

（備考）「救急年報報告」により作成

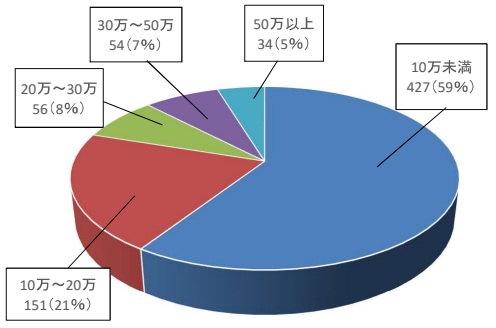
消防本部数及び人口規模別本部数

消防本部数の推移



※　各年とも4月1日時点の消防本部数
※　市町村合併により減少した消防本部数は（　）に記載

管轄人口規模別本部数（全体722）



管轄人口は、令和3年度消防現勢調査より算出

救急救命士制度の概要

救急救命士とは

■ 平成３年の救急救命士法（厚生労働省所管）の施行により制度創設
■ 救急救命士とは、**厚生労働大臣の免許**を受けて、救急救命士の名称を用いて、医師の指示の下に、**「救急救命処置」を行う**ことを業とする者。（救急救命士法第2条）

救急救命士が行う業務範囲

【**場所**の制限】
救急救命士が行う救急救命処置は、病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は病院若しくは診療所に到着し入院するまでの間に限られている。（救急救命士法第２条第１項）
※救急救命士法改正（R3.5.28公布、同10.1施行予定）により、「病院若しくは診療所に到着し入院するまでの間」が追加された。

【**対象者**の制限】
救急救命士が行う救急救命処置の対象は、重度傷病者に限られている。（救急救命士法第２条第１項）

【**処置**の制限】
救急救命士が行う救急救命処置は、医師の指示の下に行うこととされており、また、その範囲も限定されている。
（救急救命士法第２条第２項、第44条第１項）
※救急救命処置には、医師の包括的指示によるものと、医師の具体的指示が必要な特定行為（救急救命士法第44条第１項）がある。

救急救命士有資格者数

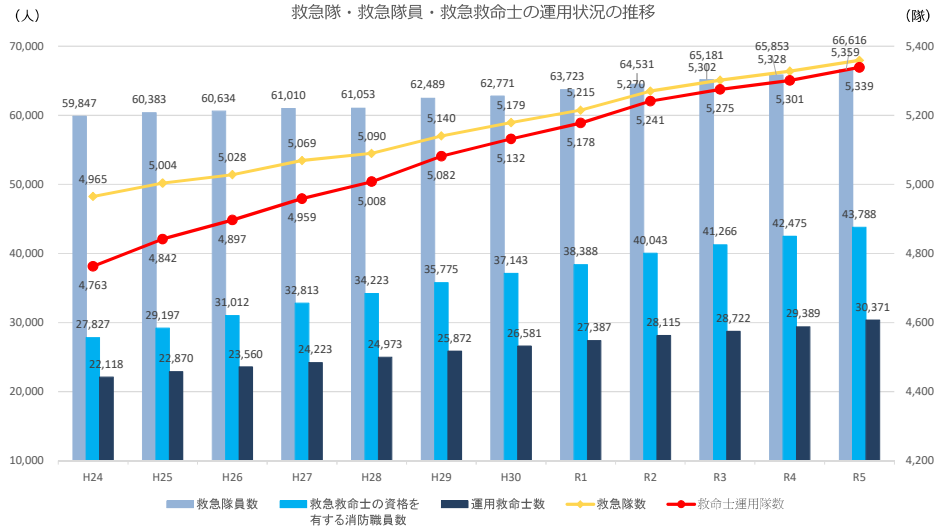
①：令和5年4月30日　厚生労働省調べ
②③：令和4年4月1日　総務省消防庁調べ

①全国の救急救命士登録者数　**７１，４９５名**
　②消防機関に所属する救急救命士　**４２，４７５名**
　　③救急隊として運用されている救急救命士　**２９，３８９名**

【参考】
①のうち②に含まれない者
…自衛隊、海上保安庁、医療機関に所属している救急救命士　等
②のうち③に含まれない者
…消防署の管理職・ポンプ隊員、消防本部の救急担当課、指令室員　等

救急隊・救急隊員・救急救命士の運用状況

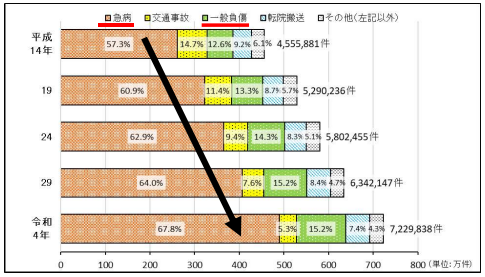
○ 消防庁では、各救急隊に救急救命士が1人以上配置される体制を目標に救急救命士の養成を進めており、令和5年4月1日現在、5,359隊中5,339隊（99.6%）で救急救命士が配置・運用されている



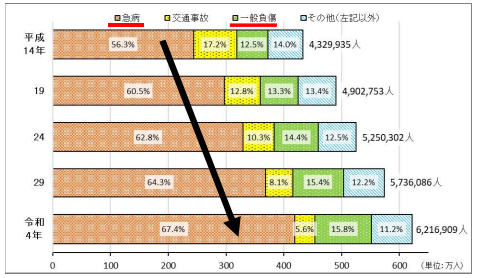
※運用救命士とは、救急救命士の資格を有する消防職員であって、うち救急隊員として救急救命士運用されている者をいう。

○ 救急自動車による出動件数及び搬送人員ともに急病・一般負傷は増加し、交通事故は減少傾向

事故種別の救急出動件数と5年ごとの構成比の推移

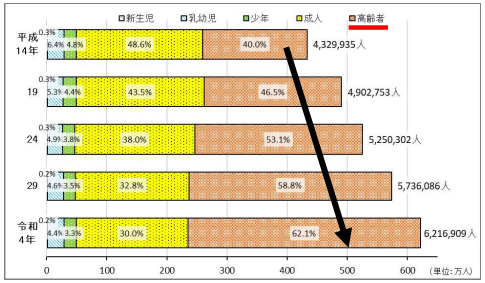


事故種別の搬送人員と5年ごとの構成比の推移

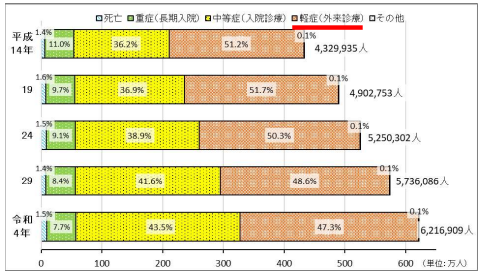


○ 年々、高齢者の搬送割合が増加する一方で、軽症（外来診療）者の割合は減少傾向

年齢区分別搬送人員と5年ごとの構成比の推移



傷病程度別搬送人員と5年ごとの構成比の推移



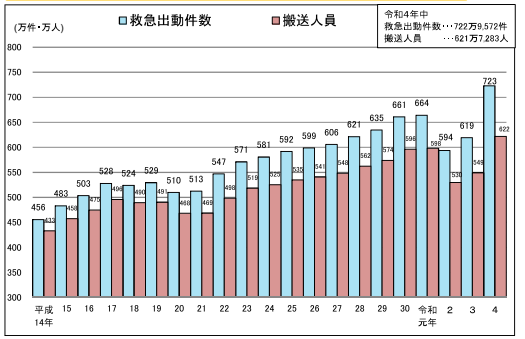
令和４年中の救急出動件数等の状況

○ 令和4年中の救急自動車による救急出動件数・救急搬送人員は、対前年比で増加し、集計以来最多となった。
【救急出動件数】約723万件（対前年比＋16.8%） 【救急搬送人員】約622万人（対前年比＋13.3%）

○ また、令和4年中の救急自動車による現場到着所要時間は、全国平均で10.3分（対前年比0.9分増）となっており、病院収容所要時間は全国平均で47.2分（対前年比4.4分増）となっている。新型コロナウイルス感染症は5類感染症へ移行したものの、今後も高齢化の進展等を背景に、引き続き救急需要の増大が懸念される。

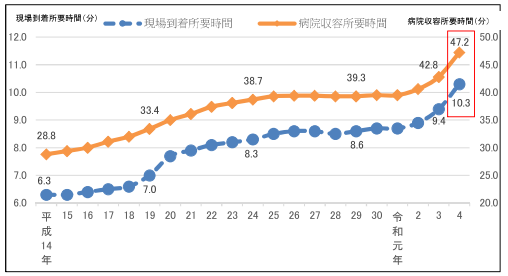
○ 消防庁としては、引き続き、各地域の消防機関が救急搬送を適切に行えるよう、必要な対応を進めてまいりたい。

（１）救急自動車による救急出動件数及び搬送人員の推移

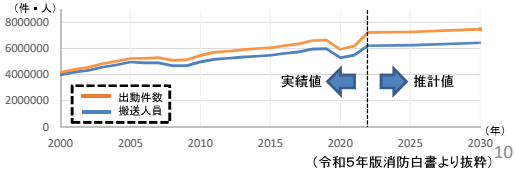


	出動件数	対前年比	搬送人員	対前年比
令和４年	約723万件	＋16.8%	約622万人	＋13.3%
令和3年	約619万件	＋4.4%	約549万人	＋3.8%
令和2年	約593万件	▲10.7%	約529万人	▲11.5%
令和元年	約664万件	＋0.5%	約598万人	＋0.3%
平成30年	約661万件	＋4.3%	約596万人	＋3.8%

（２）現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移



（３）救急出動件数・救急搬送人員の年次推移とその将来推計（2000年～2030年）



（令和5年版消防白書より抜粋）

ー目次ー

1 消防機関における救急業務の現況
2 メディカルコントロール体制による消防・医療連携
3 救急隊員等が行う観察・処置等
4 消防機関における新型コロナウイルス感染症対応
5 緊急度判定体系（トリアージ）等について
6 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生

MC体制の構築の経緯

令和3年6月15日第1回救急業務のあり方に関する検討会 資料1より抜粋修正

■救急業務の法制化
■昭和38年 消防法の一部を改正する法律（昭和38年法律第88号）施行

＜救急救命士制度＞
■平成3年
救急救命士法
（平成3年法律第36号）施行

＜救急救命処置範囲拡大＞
■平成16年～
・気管内チューブによる気道確保(H16)
・心停止傷病者へのエピネフリン投与(H18)
・心停止前傷病者への輸液、血糖測定、ブドウ糖溶液投与(H26) 等

＜指導救命士制度＞
■平成26年
「救急業務に携わる職員の生涯教育のあり方について」
（平成26年5月23日付け消防救第103号消防庁救急企画室長通知）

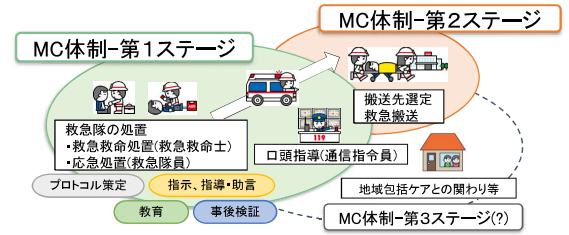
＜MC体制の構築、充実強化＞
■平成13年
・救急業務高度化推進委員会報告書
・「救急業務の高度化の推進について」
（平成13年7月4日付け消防救第204号 消防庁救急救助課長通知）

■平成15年
「メディカルコントロール体制の充実強化について」
（平成15年3月26日付け消防救第73号医政指発第0326002号 消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局指導課長通知）

■令和3年
「救急業務におけるメディカルコントロール体制の更なる充実強化について」
（令和3年3月26日付け消防救第97号 消防庁救急企画室長通知）

＜傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準＞
■平成21年
・消防法の一部を改正する法律（平成21年法律第34号）施行
・「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定について」
（平成21年10月27日付け消防救第248号消防庁次長・医政発第1027第3号厚生労働省医政局長通知）

現状のMC体制の全体像



＜各地域のMC体制＞（令和5年8月1日現在）

- MC協議会数
  地域MC協議会＝250　都道府県MC協議会＝47
- 地域MC協議会の規模

	都道府県数
①都道府県規模（＝1県1MC）	8
②二次・三次医療圏規模	16
③（①②を除き）各地域MCの圏域に救命救急センターが1箇所以上	14
④（①②③を除き）各地域MCが2箇所以下の消防本部を中心として構成	4
⑤上記以外	5

第1ステージ＝救急救命士等の観察・処置を医学的観点から保障する体制
第2ステージ＝基準の策定を通じて、地域の救急搬送・救急医療リソースの適切な運用を図る体制
（第3ステージ＝地域包括ケアの医療・介護連携における、消防救急・救急医療の協働体制？）

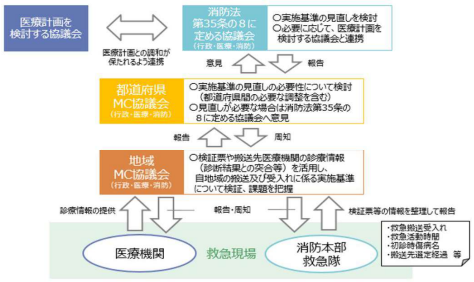
MC体制の充実強化

「救急業務におけるメディカルコントロール体制の更なる充実強化について」（令和3年3月26日付け消防救第97号消防庁救急企画室長通知）

MC体制の充実強化に向けて地域・都道府県MC協議会が取り組むべき具体的事項

地域MC協議会	都道府県MC協議会
オンラインMC ➢ 複数の指示要請先の確保、優先順位の明確化、指示医師に速やかにつながる体制の確保 ➢ 地域の状況に合わせたプロトコル調整、関係者への教育機会の設定 ➢ 特に規模が小さく役割を担うことが難しい地域MC協議会においては、連携してより広域的な体制の構築を志向	➢ 地域MC協議会の取組を確認し、活動の質を高められるよう積極的に支援 ➢ 都道府県単位のプロトコル統一や地域MC協議会どうしの連携による広域的な体制の構築等、複数の地域にまたがる調整において中心的役割を果たす
事後検証 ➢ 個々の事例の事後検証をプロトコル等の見直しに活用 ➢ 消防・医療の情報を総合して搬送及び受入れの実施状況を検証し、実施基準の課題を都道府県MCに報告	➢ 地域MCから報告を受けた課題を検討し、消防法第35条の8の協議会と一体となって、実施基準の見直し・運用改善を検討

第2ステージの事後検証に係る各協議会の連携（イメージ）



一定の方向性を示しつつ、今後の取組について引き続き検討が必要

教育

○ 日常的な教育体制として「実践経験を通じた教育方法」を検討
○ 引き続き検討を深めつつ、併せて、指導救命士の役割や病院実習についても整理

PDCA

○ MC体制のPDCAの取組を行うよう、体制の評価指標を例示
○ 引き続き、指標のあり方や、取組の推進方法を検討

MC体制のPDCA

	救急業務におけるMC体制			
	第1ステージ（救急救命士等の観察・処置を医学的に保障）		第2ステージ（地域の救急搬送・救急医療リソースの適切な運用）	
Plan	・常時、迅速、適切な、オンラインMC体制 ・技能維持、向上のための教育体制 ・適切なプロトコル策定		・実施基準策定	
	【地域MC協議会】 ・複数指示要請先確保 ・教育機会の設定 等	【都道府県MC協議会】 ・地域MCの取組支援 ・広域的な調整 等	【地域MC協議会】 ・実施基準調整 ・地域医療機関との調整 等	【都道府県MC協議会】 ・実施基準策定 ・協議会との調整 等
Do	・救急活動における観察・処置（救急救命処置・応急処置）		・搬送先選定	
Check	＜指標＞（例） ・指示要請時の1回目の連絡が不通の件数・割合 ・指示医師につながるまでに1分以上要した件数・割合 ・教育・研修の年間実施回数 ・特定行為の年間成功件数・割合 ・事後検証結果をフィードバックしている本部割合 ・再教育を実施できている本部割合		＜指標＞（例） ・重症傷病者についての受入れ照会回数ごとの件数 ・重症傷病者についての現場滞在時間区分ごとの件数 ・検証結果を地域MC協議会に報告している本部割合	
	【共通】心肺停止傷病者の1か月後の生存数・生存率 【共通】心肺停止傷病者の1か月後の社会復帰数・社会復帰率			
	【地域MC協議会】 ・指標の結果把握 ・都道府県MCに共有	【都道府県MC協議会】 ・地域MCごとの状況把握 ・関係者間の共有	【地域MC協議会】 ・指標の結果把握 ・都道府県MCに共有 ・検証票や診療情報を活用した実施基準の検証	【都道府県MC協議会】 ・地域MCごとの状況把握 ・関係者間の共有 ・実施基準見直しの必要性の検討
Action	・オンラインMC体制、教育体制の見直し ・検証結果のフィードバック、プロトコルへの反映 ※都道府県MCは地域MCの取組を支援		・実施基準の各号基準の見直し ・傷病者の状態に応じて適切な医療機関に搬送できる体制整備 等	

（令和３年度救急業務のあり方に関する検討会報告書より抜粋）

個別領域の例

■脳卒中・循環器病対策基本法の成立
■心肺蘇生ガイドライン・救急蘇生法の指針の改定
■成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進の基本方針の改訂 等

MC協議会は、救急医療に関連する個別領域の法令、ガイドライン・指針の改定等を踏まえ、適切にプロトコル、教育体制、事後検証体制等に反映（Plan）し、関連指標の測定（Check）を通じて、体制の改善を図る（Action）ことが求められる。

傷病者の搬送及び受入れの実施基準の策定

「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）」概要

都道府県が消防法に基づき策定・公表する。

《主な策定項目（消防法第35条の5第2項）》
① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるように分類された医療機関のリスト
② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するための基準
③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準
④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合、傷病者を受け入れる医療機関を確保するための消防機関と医療機関との間の合意形成の基準 等

※都道府県の全区域又は医療提供体制の状況を考慮した区域ごとに定める。

総務大臣
厚生労働大臣
情報提供等の支援

・医学的知見に基づく
・医療計画との調和を保つ

消防機関
搬送に当たり、実施基準を遵守

医療機関
受入れに当たり、実施基準の尊重に努める

基準策定時に意見聴取
「救急搬送・受入れに関する協議会」（多くはMC協議会等が該当）

消防法（抄）
第35条の5第2項 実施基準においては、都道府県の区域又は医療を提供する体制の状況を考慮して都道府県の区域を分けて定める区域ごとに、次に掲げる事項を定めるものとする。
1 傷病者の心身等の状況に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準 【分類基準】
2 前号に掲げる基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に該当する医療機関の名称 【医療機関リスト】
3 消防機関が傷病者の状況を確認するための基準 【観察基準】
4 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定するための基準 【選定基準】
5 消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準 【伝達基準】
6 前2号に掲げるもののほか、傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準その他傷病者の受け入れを行う医療機関の確保に資する事項 【受入医療機関確保基準】
7 前各号に掲げるもののほか、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し都道府県が必要と認める事項 【その他基準】

ー目次ー

1　消防機関における救急業務の現況
2　メディカルコントロール体制による消防・医療連携
3　救急隊員等が行う観察・処置等
4　消防機関における新型コロナウイルス感染症対応
5　緊急度判定体系（トリアージ）等について
6　傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生

救急隊員等が実施可能な観察・処置等

➢救急隊員等が行う観察・処置等については、「救急隊員及び准救急隊員の行う応急処置等の基準」（昭和53年７月１日消防庁告示第２号）に観察項目12区分及び応急処置項目８区分が定められている。

■救急隊員及び准救急隊員の行う応急処置等の基準（昭和53年7月1日消防庁告示第二号）第6条抜粋

区分	方法
(一) 意識、呼吸、循環の障害に対する処置	ア 気道確保 ・直接手指又は手指にガーゼを巻き、異物を口角部からかき出す。 ・口腔内にある血液や粘液等を吸引器を用いて吸引し除去する。 ・背部叩打法又はハイムリック法により咽頭異物を除去する。 ・喉頭鏡及び異物除去に適した鉗子等を使用して吐物及び異物を除去する。 ・頭部後屈法又は下顎挙上法で気道を確保する。 ・気道確保を容易にするためエアウェイを挿入する。 イ 人工呼吸 ・次の方法により直接傷病者の口や鼻から呼気を吹き込む。 ・口対口による人工呼吸 ・口対鼻による人工呼吸 ・口対ポケットマスクによる人工呼吸 ・手動式人工呼吸器を用いて人工呼吸を行う。 ・自動式人工呼吸器を用いて人工呼吸を行う。 ウ 胸骨圧迫心マッサージ ・手を用いて胸骨をくり返し圧迫することにより心マッサージを行う。 ・自動式心マッサージ器を用いて心マッサージを行う。 エ 除細動 ・自動体外式除細動器による除細動を行う。 オ 酸素吸入 ・加湿流量計付酸素吸入装置その他の酸素吸入器による酸素吸入を行う。
(二) 外出血の止血に関する処置	ア 出血部の直接圧迫による止血 ・出血部を手指又は包帯を用いて直接圧迫して止血する。 イ 間接圧迫による止血 ・出血部より中枢側を手指又は止血帯により圧迫して止血する。
(三) 創傷に対する処置	・創傷をガーゼ等で被覆し包帯をする。
(四) 骨折に対する処置	・副子を用いて骨折部分を固定する。
(五) 血圧の保持に関する処置及び骨折に対する処置	・ショック・パンツを使用して血圧の保持と骨折肢の固定を行う。
(六) 体位	・傷病者の症状や創傷部の保護等に適した体位をとる。
(七) 保温	・毛布等により保温する。
(八) その他	・傷病者の生命の維持又は症状の悪化の防止に必要と認められる処置を行う。 ・在宅療法機器中の傷病者の搬送時に、継続されている療法を維持するために必要な処置を行う。

→応急処置とは、救急隊が、緊急やむを得ないものとして行う応急の手当をいう。

救急救命士制度の概要

再掲

救急救命士とは

■　平成３年の救急救命士法（厚生労働省所管）の施行により制度創設
■　救急救命士とは、**厚生労働大臣の免許**を受けて、救急救命士の名称を用いて、医師の指示の下に、**「救急救命処置」を行う**ことを業とする者。（救急救命士法第2条）

救急救命士が行う業務範囲

【場所の制限】
救急救命士が行う救急救命処置は、病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は病院若しくは診療所に到着し入院するまでの間に限られている。（救急救命士法第２条第１項）
※救急救命士法改正（R3.5.28公布、同10.1施行予定）により、「病院若しくは診療所に到着し入院するまでの間」が追加された。

【対象者の制限】
救急救命士が行う救急救命処置の対象は、重度傷病者に限られている。（救急救命士法第２条第１項）

【処置の制限】
救急救命士が行う救急救命処置は、医師の指示の下に行うこととされており、また、その範囲も限定されている。
（救急救命士法第２条第２項、第44条第１項）
※救急救命処置には、医師の包括的指示によるもの、医師の具体的指示が必要な特定行為（救急救命士法第44条第１項）がある。

救急救命士有資格者数

①　：令和5年4月30日　厚生労働省調べ
②③：令和4年4月1日　総務省消防庁調べ

①全国の救急救命士登録者数　**７１,４９５名**
　②消防機関に所属する救急救命士　**４２，４７５名**
　　③救急隊として運用されている救急救命士　**２９,３８９名**

【参考】
①のうち②に含まれない者
…自衛隊、海上保安庁、医療機関に所属している救急救命士　等
②のうち③に含まれない者
…消防署の管理職・ポンプ隊員、消防本部の救急担当課、指令室員　等

応急処置と救急救命処置

医師の包括的な指示（救急救命士のみに該当する）

- 精神科領域の処置
- 小児科領域の処置
- 産婦人科領域の処置
- **自己注射が可能なエピネフリン製剤によるエピネフリンの投与（H21年）**
- **血糖測定値（自己検査用ブルゴース測定値）を用いた血糖測定（H26年）**
- 気管内チューブを通じた気管吸引（H16年）

- 聴診器の使用による心音・呼吸音の聴取
- 心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送
- 鉗子・吸引器による咽頭・声門上部の異物の除去
- 経鼻エアウェイによる気道確保
- ショック・パンツの使用による血圧の保持及び下肢の固定
- **自動式心マッサージ器の使用による体外式胸骨圧迫心マッサージ**
- 特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持
- 経口エアウェイによる気道確保

- 血圧計の使用による血圧の測定（※A）
- 口腔内の吸引
- 酸素吸入器による酸素投与（※B）
- パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度の測定
- バッグマスクによる人工呼吸

- 用手法による気道確保
- 胸骨圧迫
- 呼気吹き込み法による人工呼吸
- 圧迫止血
- 骨折の固定
- ハイムリック法及び背部叩打法による異物の除去
- 体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察
- 必要な体位の維持、安静の維持、保温

（H26年）

医師の具体的指示（特定行為）
省令で定める救急救命処置

- 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液（※1・2）
- 食道閉鎖式エアウェイ、ラリンゲアルマスク（※1・2）又は気管内チューブによる気道確保（H16年）（※1）
- （ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管をH23年追加）
- 薬剤（エピネフリン）の投与（H18年）（※1・3）
- 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液」（H26年）（※4）
- 低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与

一般人でも可能
応急処置等（准救急隊員）
応急処置等（救急隊員）
救急救命処置（救急救命士）

・赤字、青字は救急救命法施行以降に救急救命士の処置範囲拡大に伴い変更や追加された処置（括弧内は変更や追加された時期）

※A　准救急隊員は自動式のみ。手動式は、現場において、救急隊員と連携して活動する場合は准救急隊員も実施可能
※B　現場において、救急隊員と連携して活動する場合は准救急隊員も実施可能

※1　心臓機能停止及び呼吸機能停止の状態に対して行うことができる処置
※2　心臓機能停止又は呼吸機能停止の状態に対して行うことができる処置
※3　心臓機能停止の状態に対して行うことができる処置
※4　心肺機能停止前の状態に対して行うことができる処置

救急救命士の処置範囲拡大の経緯

平成3年 救急救命士法施行

1. 医師の具体的な指示で行うもの（特定行為）

- 半自動式除細動器による除細動
- 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液
- 食道閉鎖式エアウェイ又はラリンゲアルマスクによる気道確保

2. 医師の包括的な指示で行うもの

- 精神科領域の処置
- 小児科領域の処置
- 産婦人科領域の処置
- 聴診器の使用による心音・呼吸音の聴取
- 血圧計の使用による血圧の測定
- 心電計の使用による心拍動の観察及び心電図電送
- 鉗子・吸引器による咽頭・声門上部の異物の除去
- 経鼻エアウェイによる気道確保
- パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度の測定
- ショックパンツの使用による血圧の保持及び下肢の固定
- 自動式心マッサージ器の使用による体外式胸骨圧迫心マッサージ
- 特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持
- 口腔内の吸引
- 経口エアウェイによる気道確保
- バッグマスクによる人工呼吸
- 酸素吸入器による酸素投与

平成15年 「自動体外式除細動器（AED）による除細動」を1. 医師の具体的な指示で行うものから2. 包括的な指示で行うものに変更

平成16年 「気管内チューブによる気道確保（気管挿管）」を1. 医師の具体的な指示で行うものに追加

「気管内チューブを通じた気管吸引」を2. 医師の包括的な指示で行うものに追加

平成18年 「薬剤（エピネフリン）の投与」を1. 医師の具体的な指示で行うものに追加

平成21年 「自己注射が可能なエピネフリン製剤によるエピネフリンの投与」を2. 医師の包括的な指示で行うものに追加

平成23年 「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管」を1. 医師の具体的な指示で行うものに追加

平成26年 「乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液」「低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」を1. 医師の具体的な指示で行うものに追加、「血糖測定器を用いた血糖測定」を2. 医師の包括的な指示で行うものに追加

その他の応急手当を2. 医師の包括的な指示で行うものに追加（※救急救命士法第二条第一項「救急救命処置の範囲について」の26～33の処置）

（参考）特定行為等の救急活動プロトコルの一例

- 都道府県MC・地域MCは、地域の実情に応じて救急救命士が行う特定行為等のプロトコルを作成する。
- 救急救命処置の範囲拡大等が行われる際は、検討の留意事項等を通知として発出している。

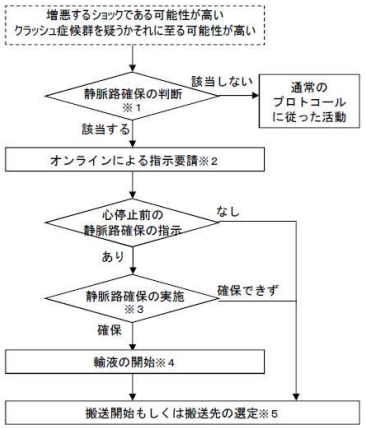
■「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」プロトコール（例）

1 基本的な事項
・各地域のショックなどに対する活動プロトコールに組み込んで活用する。
・状況によって、処置の実施よりも迅速な搬送を優先する。

2 対象者
次の２つをともに満たす傷病者（※１）
・増悪するショックである可能性が高い。
もしくは、クラッシュ症候群を疑うか、それに至る可能性が高い。
・15才以上である（推定も含む）。
※ただし、心原性ショックが強く疑われる場合は処置の対象から除外する。

3 留意点
・ショックの増悪因子としては、出血の持続、意識障害の進行、アナフィラキシー、熱中症などによる脱水などがあげられる。（※１）
・狭圧（重量物、器械、土砂等に身体が挟まれ圧迫されている状況）などによるクラッシュ症候群を疑うかそれに至る可能性の高い場合も処置の対象となる。（※１）
・「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」は特定行為であり、医師の具体的な指示を必要とする。（※２）
・救急救命士は、可能性の高いショックの病態、傷病者の観察所見、状況等を医師に報告する。（※２）
・医師は適応を確認し、具体的な指示（輸液量、滴下速度等）を救急救命士に与える。
静脈路確保にいたずらに時間を費やさないように留意し、静脈路確保が困難であると判断された場合などは、搬送を優先してよい。（※３）
・穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。（※３）
・急速輸液（救急車内の最も高い位置に輸液バックをぶら下げ、クレンメを全開して得られる輸液速度）を原則とするが、医師の指示によって維持輸液（１秒１滴程度）を行う。（※４）
・傷病者の状況、観察所見、実施した処置、その結果等をオンラインMCの医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。（※５）

フロー図（例）



※「救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について」（平成26年1月31日付け消防救第13号・医政指発0131第3号消防庁救急企画室長・厚生労働省医政局指導課長通知））より抜粋

ー目次ー

1 消防機関における救急業務の現況
2 メディカルコントロール体制による消防・医療連携
3 救急隊員等が行う観察・処置等
4 消防機関における新型コロナウイルス感染症対応
5 緊急度判定体系（トリアージ）等について
6 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生

消防機関における新型コロナウイルス感染症対応について

○ これまで、消防庁より、都道府県消防防災主管部局及び全国の消防本部に対して、以下の内容を含む新型コロナウイルス感染症に係る注意喚起及び具体的な対応方法に関する通知等を累次にわたって発出。

(1) 救急隊員への注意喚起等

○ 救急隊員の行う感染防止対策など具体的手順の徹底
- 手指衛生 及び 個人防護具（マスク、ゴーグル、感染防止衣、手袋等）の適切な着脱
- 救急車内の消毒　・救急隊員の健康管理　等

「救急隊の感染防止対策マニュアル」の改訂
「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.1.0）」（平成31年3月）について、最新の医学的知見及び新型コロナウイルス感染症患者への対応の経験を踏まえた改訂を行い、「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.2.0）」として、令和2年12月に公表
さらに、「N95マスクの例外的取扱について」の廃止等に伴い、令和4年2月に「救急隊の感染防止対策マニュアル（Ver.2.1）」として一部改訂

○救急隊の感染防止資器材確保支援
- 令和元年度予備費、令和2年度補正予算、令和3年度当初予算・補正予算、及び令和4年度補正予算を活用し、救急隊員が使用するマスク、感染防止衣等の感染防止資器材について、緊急的な措置として消防庁が一括購入した上で、必要とする消防本部に迅速に提供する形で支援を実施

(2) 保健所等関係機関との密な情報共有、連絡体制の構築

○ 保健所等が行う移送への協力
- 保健所等が行う新型コロナウイルス感染症陽性患者等の移送に対する消防機関による協力
- その他、関連事案発生時における対応に係る役割分担や具体的手順の確認、密な情報共有及び連絡体制の構築　等

(3) 救急搬送困難事案への対応

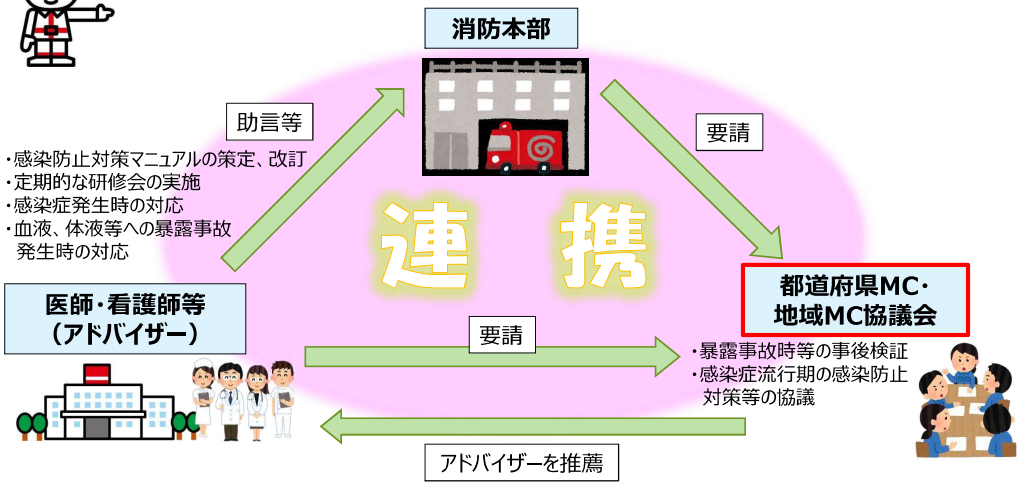
○「新型コロナウイルス感染症に伴う救急搬送困難事案に係る状況調査」の継続実施・関係機関との情報共有・必要な連携協力
- 救急現場においても感染者数の増加等に伴う救急搬送困難事案発生状況の変化を的確に把握し、関係機関と情報を共有
- 各都道府県調整本部等が行う新型コロナ疑い救急患者の受入れ体制整備に際し、消防関係者も適切に関与
- 救急搬送困難事案の抑制に向けた各地域における具体的な取組状況は、総務省消防庁としても継続的に情報収集し、適切に対応　等

救急隊の感染防止対策について

「「救急隊の感染防止対策マニュアル（ver2.0）」の発出及び救急隊の感染防止対策の推進について」
（令和２年12月25日付け消防救第315号消防庁救急企画室長通知）

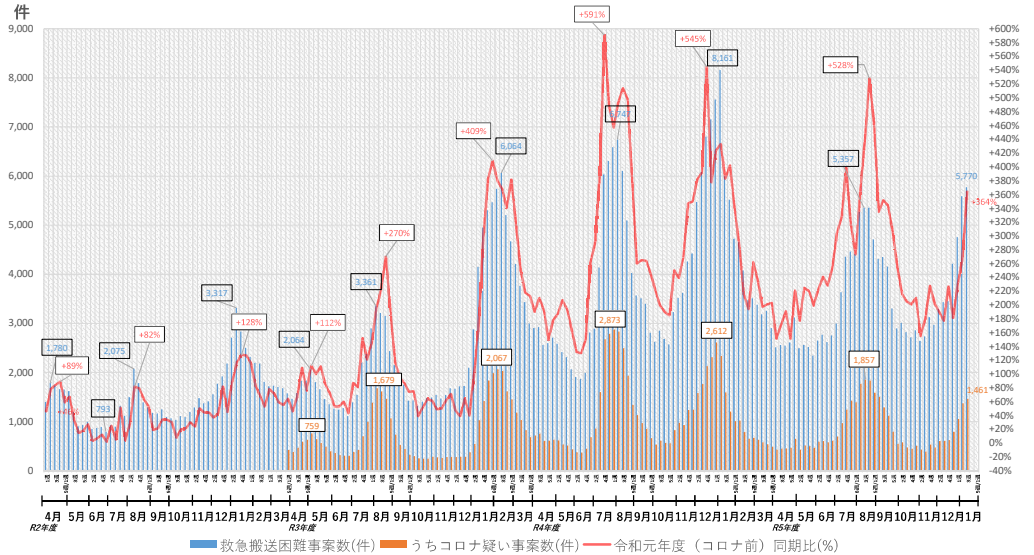
消防機関における感染防止管理に係る医学的な質の保障

医学的な質の保障や最新の知見に基づいた定期的なアップデートが求められるため、医療関係者との協力体制を構築することが重要



各消防本部からの救急搬送困難事案に係る状況調査（抽出）の結果（各週比較）

R6.1.23
総務省消防庁



※１　本調査における「救急搬送困難事案」とは、救急隊による「医療機関への受入れ照会回数４回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」の事案として、各消防本部から総務省消防庁あて報告のあったもの。なお、これらのうち、医療機関への搬送ができなかった事案はない。
※２　調査対象本部＝政令市消防本部・東京消防庁及び各都道府県の代表消防本部　計52本部
※３　コロナ疑い事案＝新型コロナウイルス感染症疑いの症状（体温37度以上の発熱、呼吸困難等）を認めた傷病者に係る事案（５類移行により、保健所等による医療機関への受入れ照会が行われず、消防機関において照会を行った新型コロナ陽性者に係る事案を含む）
※４　医療機関の受入れ体制確保に向け、厚生労働省及び都道府県等と状況を共有。
※５　この数値は速報値である。
※６　本調査には保健所等により医療機関への受入れ照会が行われたものは含まれない。

新型コロナウイルス感染症の5類移行後の対応について（医療体制等）

新型コロナウイルス感染症について、令和５年５月８日をもって、その感染症法上の類型を「新型インフルエンザ等感染症」（２類相当）から　「5類感染症」に変更された。また、令和６年３月末までの間、医療提供体制等が通常の体制に段階的に移行されることになった。これらに伴う、発生動向の把握や医療体制等の見直しについては、以下のとおり。

	新型インフルエンザ等感染症（２類相当）	５　類　感　染　症
発生動向の把握	○法律に基づく届出等から、患者数や死亡者数の総数を毎日把握・公表 ○医療提供の状況は自治体報告で把握	○定点医療機関からの報告に基づき、毎週月曜日から日曜日までの患者数を公表 ○G-MISを用いた新規患者数や病床の状況等を用いて監視を継続
医療体制	○入院措置等、行政の強い関与 ○限られた医療機関による特別な対応	○幅広い医療機関による自立的な通常の対応 ○これまで対応してきた医療機関に加えて、新たな医療機関に参画を促す ○医療提供体制に関して、全ての都道府県で令和６年３月末までの「移行計画」を策定
患者対応	○法律に基づく行政による患者の入院措置等 ○入院・外来医療費の自己負担分を公費支援	○政府として一律に外出自粛はせず ○治療薬の費用は、自己負担なしの扱いから、一定の自己負担を求めつつ公費支援を継続 ○入院医療費は、高額療養費制度の自己負担限度額から１万円の減額に見直して公費支援を継続
感染対策	○法律に基づき行政が様々な要請や関与をしていく仕組み ○基本的対処方針や業種別ガイドラインによる感染対策	○国民の主体的な選択を尊重し、個人や事業者の判断に委ねる ○基本的対処方針等は廃止。行政は個人や事業者の判断に資する情報を提供
ワクチン	○予防接種法に基づき、特別臨時接種として自己負担なく接種	○令和５年度も引き続き、自己負担なく接種 ・高齢者など重症かリスクが高い方等 ：年２回（５月～、９月～） ・上記以外の５歳以上の全ての方 ：年１回（９月～）

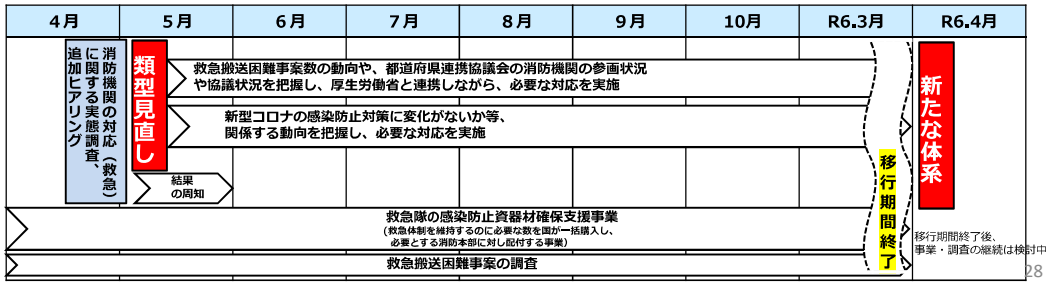
※厚生労働省資料「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染症法上の位置づけの変更について」より一部引用、作成

新型コロナウイルス感染症の5類移行後の対応について（消防機関）

５類移行後に伴う消防機関の対応

	新型インフルエンザ等感染症（２類相当）	５　類　感　染　症
医療機関の選定	○感染症法に基づく都道府県（保健所）の業務 ・コロナ患者の医療機関への移送 ・コロナ患者の入院調整	○他の疾病と同様に消防機関（救急隊）が救急業務として医療機関の選定や搬送を行う。 ○都道府県の実情に応じて、当面「入院調整本部」等の枠組みを残すことを可能とされている。
財政措置	○救急隊の感染防止資器材の購入及び感染性廃棄物処理に係る費用等については、感染症予防事業費等国庫負担金（1/2補助）や新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金（補完的支援）の補助対象とされていた。	○５月８日以降は、救急隊の感染防止資器材の購入及び感染性廃棄物処理に係る費用については、「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」の対象となった。このことから、左記の国庫負担金は終了となり、臨時交付金については対象外となった。 ○10月１日以降は、救急隊の感染防止資器材の購入に係る費用のみが対象になる。 （令和６年３月末までの対応）

消防庁としての対応



ー目次ー

1　消防機関における救急業務の現況
2　メディカルコントロール体制による消防・医療連携
3　救急隊員等が行う観察・処置等
4　消防機関における新型コロナウイルス感染症対応
5　緊急度判定体系（トリアージ）等について
6　傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生

緊急度判定体系（トリアージ）等について

令和5年7月3日　第1回救急業務のあり方に関する検討会 資料2より抜粋修正

■ 緊急度判定体系に係るこれまでの経緯

- 平成17年度、**緊急度に応じた救急対応を選択する緊急度判定体系の検討を開始（総務省消防庁「救急需要対策に関する検討会」）**
- 平成21年度まで、「119番通報時」及び「救急現場」における緊急度・重症度の判定・選別について検討
- 平成22年度、**家庭での自己判断ツールとして救急車利用マニュアルを作成し、住民に対しても緊急度判定体系の概念の普及を推進**
- 平成25年度以降、緊急度判定プロトコールを策定し、緊急度判定体系の普及啓発に関するコンテンツや、住民が緊急度判定を行えるような支援ツールを作成
- 平成29年度、全消防本部に対し緊急度判定の実施状況の実態を調査し、課題を整理
- 平成30年度、前年度の検討結果を踏まえ、対応マニュアルの策定及び教育体制のあり方について検討し、モデル地域における実施・検証に向けた準備
- 令和元年度、モデル地域における実施・検証により、緊急度判定の有用性、精度等の観点から詳細な検討を行い、緊急度判定の導入及び運用手引書及び緊急度判定PRペーパーを作成
- 令和5年度、**総務省消防庁「救急業務のあり方に関する検討会」において、救急車の適時・適切な利用（適正利用）の推進を検討。**

平成22年度

救急車利用マニュアル

平成25年度

緊急度判定プロトコールVer.1

平成28年度

緊急度判定支援ツール

令和元年度

緊急度判定PRペーパー

緊急度判定体系（トリアージ）等について

令和5年7月3日　第1回救急業務のあり方に関する検討会 資料2より抜粋修正

■ 緊急度判定体系とは

【目的】 **救急需要と供給の不均衡が生じる状況でも、救急医療を必要とする人が、「順番」のために遅れることなく、緊急性の高い傷病者を確実に選定し、直ちに適切な医療機関へ搬送すること。**

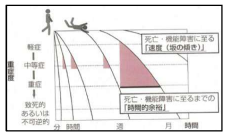
⇨ 119番通報時は、PA連携といった部隊運用の強化、又は医療リソースの迅速な要請を可能とする。

⇨ 救急現場は、緊急度に応じた救急活動（観察・処置及び医療機関選定）を可能とする。

➢「緊急度」とは

緊急度は、時間経過が生命の危険性を左右する程度のことをいい、時間の経過による症状の変化の度合いに着目した概念である。

一方で、重症度は時間の概念を含まない。



出典：
日本臨床救急医学会雑誌
委員会報告

➢ 緊急度の類型とその定義

緊急度は、3段階に色分けして類型化され、各段階は医学的観点に基づき定義される。緊急性が高い順から「赤（緊急）→黄（準緊急）→緑（低緊急）」、医療を必要としない状態は「白（非緊急）」となる。

緊急度	定義
緊急（赤）	既に生理学的に生命危機に瀕している状態 増悪傾向あるいは急変する可能性のある病態
準緊急（黄）	2時間を目安とした時間経過が、生命予後・機能予後に影響を及ぼす病態
低緊急（緑）	緊急ではないが、医療機関の受診を勧める病態（夜間の場合、翌日の受診でも構わない）
非緊急（白）	上記に該当せず、医療を必要としない状態

（注1）緊急度判定プロトコールVer.1策定時の検討に基づく。

（注2）119番通報時、救急現場における緊急度は、より詳細なサブカテゴリーを設定している。

➢ 緊急度判定体系の全体像

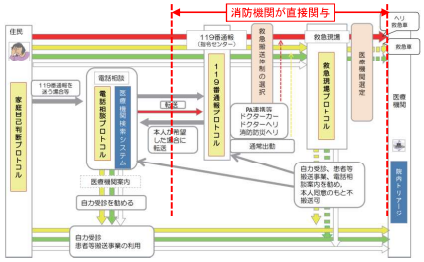
傷病者が医療機関へ救急搬送されるまでの間、緊急度判定を行う場面は、4段階（家庭自己判断、電話相談、119 番通報、救急現場）ある。

そのうち2段階（119番通報、救急現場）は、消防機関が直接判定を行う。

緊急度判定プロトコールによる判定後の運用としては、高緊急に対する救急搬送体制（PA連携、ドクターカー要請等）等の選択、低緊急・非緊急に対する救急搬送以外（電話相談、患者等搬送事業者の案内等）の選択がある。

これまで各段階毎に異なる緊急度判定プロトコルが開発されている。

（注）プロトコルの精度向上は、救急搬送時と医療機関搬送後の情報を突合し、救急事案の集積による医学的検証に基づいて行われる。



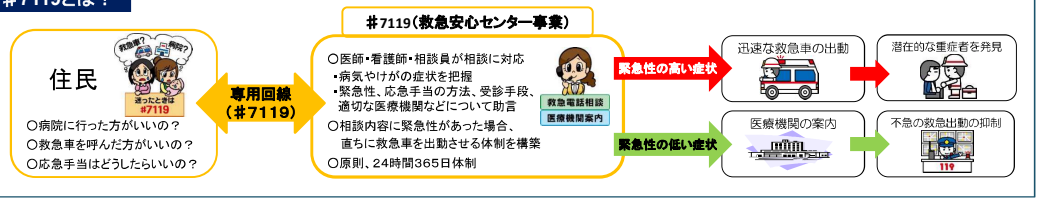
※平成28年度救急業務のあり方に関する検討会報告書より抜粋改変（当初想定図）

救急安心センター事業（＃7119）について

FDMA 消防とともに

○ 住民が急な病気やけがをしたときに、救急車を呼んだほうがいいのか、今すぐ病院に行ったほうがいいのかなど迷った際の相談窓口として、専門家から電話でアドバイスを受けることのできる救急安心センター事業（＃7119）の導入を強力に推進。

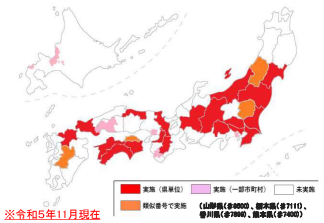
＃7119とは？



普及状況

全国24地域で実施

エリア人口：全国 7,373万人
人口カバー率：58.4%（令和4年度末時点47.5%）



※令和5年11月現在

○都道府県内全域：19地域

宮城県、福島県、茨城県、埼玉県、千葉県、東京都、新潟県、山梨県、長野県、岐阜県、京都府、大阪府、奈良県、鳥取県、山口県、徳島県、愛媛県、高知県、福岡県

○都道府県内一部：5地域

札幌市（周辺含む。）、横浜市、神戸市（周辺含む。）、田辺市（周辺含む。）、広島市（周辺含む。）

○開始時期

年度	H19	H21	H24	H25	H27	H28	H29	H30	R1（H31）	R2	R3	R4	R5
開始地域数	1	2	1	1	1	1	4	3	2	1	1	1	6
累計	1	3	4	5	6	7	11	14	15	17	18	19	24
［参考］開始地域	東京都	大阪府 奈良県	田辺市等	札幌市等	横浜市	福岡県	埼玉県 宮城県 新潟県 神戸市等	鳥取県 茨城県 広島市等	山口県 徳島県	京都府	岐阜市等	高知県	福島県、千葉県、山梨県、長野県、愛媛県

○財政措置

都道府県又は市町村の財政負担に対して**「特別交付税」**措置を講じている。

ー目次ー

1　消防機関における救急業務の現況
2　メディカルコントロール体制による消防・医療連携
3　救急隊員等が行う観察・処置等
4　消防機関における新型コロナウイルス感染症対応
5　緊急度判定体系（トリアージ）等について
6　傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生

傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生

令和３年11月30日　第２回救急業務のあり方に関する検討会 参考資料より抜粋修正

「「平成30年度救急業務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」（令和元年11月8日付け消防救205号消防庁救急企画室長通知）

★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つ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（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）の考え方を「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に盛り込むなど、本人の意思を尊重しながら、医療・介護従事者、家族等も参加し、生き方・逝き方を探る努力がなされている。
- 救急現場等においても、時間的情報的な制約がある中ではあるが、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重されていくものと考える。

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、書面がある場合には署名の有無など、千差万別な状況である。
- 加えて、救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的情報的な制約がある。

③今後の方向性

- 実態調査の結果、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案の実態が必ずしも十分に明らかになったとは言えないところであり、今後、事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考えられる。
- 患者本人や家族等がどのような最後を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要である。

★今後、消防機関に求められること

- **地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場への参画**
- **救急隊の対応の検討等**
  - **①在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、MC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MC協議会における事後検証の検討**

★消防機関に対する消防庁の依頼

- 心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査
- 対応の手順等を定めた場合の消防庁への情報提供

（参考）関連する調査研究事業

○ 平成28年度消防庁消防防災科学技術推進制度「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究（代表研究者：伊藤重彦）」
- 心肺停止高齢者のDNAR対応に関する医療関係者の意識調査
- 介護施設における心肺停止時のDNAR対応に関する指針、マニュアルの提言

○ 令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「自宅や介護保険施設等における要介護高齢者の急変時対応の負担軽減および円滑化するための調査研究事業」
- 居宅サービス事業所や介護保険施設等で急変時等の搬送手順等について事前に検討し、関係者と調整を行うことが出来る体制整備を目的とする
- 自宅や介護保険施設等における要介護高齢者の急変時対応について、居宅サービス事業所、介護保険施設、消防本部等へのアンケートやヒアリングを実施

①「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査」結果

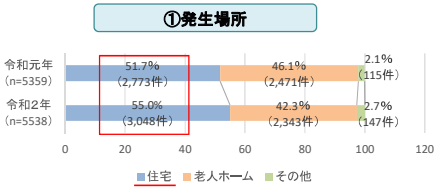
（1）調査概要

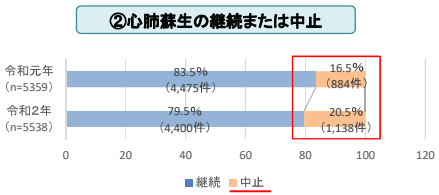
○調査対象　全国の消防本部
○報告対象調査期間　平成31年1月1日～令和2年12月31日

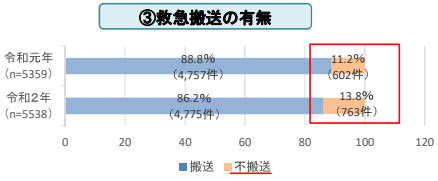
（2）調査結果

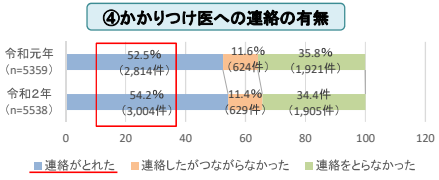
◎心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数 ： 5,538件（令和2年）、5,359件（令和元年）

○発生場所別では、在宅での事案発生が増加している。
○心肺蘇生の継続または中止では、中止している事案が増加している。
○救急搬送の有無では、不搬送としている事案が増加している。
○かかりつけ医への連絡の有無では、連絡がとれた事案が増加している。









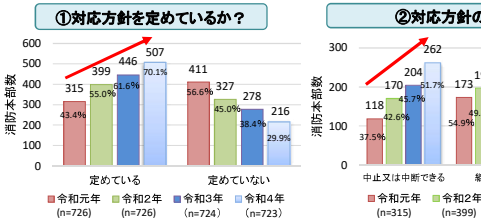
②「救急業務体制の整備・充実に関する調査」結果

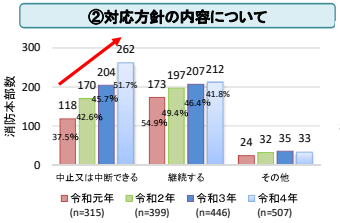
（1）調査概要

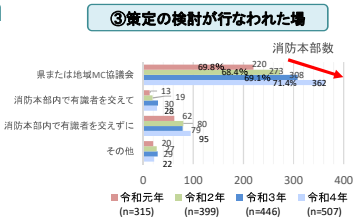
○調査対象 ： 全国の消防本部
○調査基準日 ： 毎年8月1日（令和元年度～令和3年度）

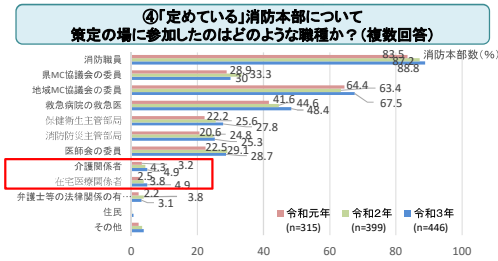
（2）調査結果(抜粋)

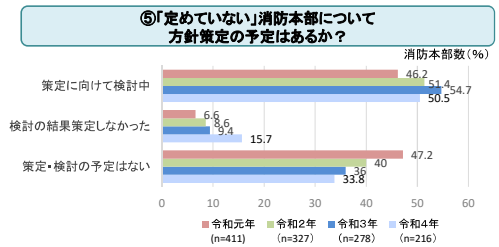
○ 対応方針を定めている、内容が「心肺蘇生を中止又は中断できる」である消防本部が増加。
○ 策定の検討が、「県または地域MC協議会」の場で行われた消防本部が増加。
○ 策定の場に参加している「介護関係者、在宅医療関係者」の割合が徐々に増加しているものの、水準は低い。











消防機関は、迅速な救急救命を基本に活動しています。今後の課題意識を共有するため、一緒に議論を深めましょう。
ご静聴ありがとうございました。

令和５年度在宅医療・救急医療等の連携にかかるオンラインセミナー

日本の在宅医療・ACPの課題と「在宅医療と救急医療の一つの病院連携」から見えてきた解決法

小豆畑病院理事・病院長　兼　救急・総合診療科部長
日本在宅救急医学会　理事
小豆畑丈夫（あずはたたけお）

共同研究者：日本在宅救急医学会　横田裕行・会田薫子・照沼秀也

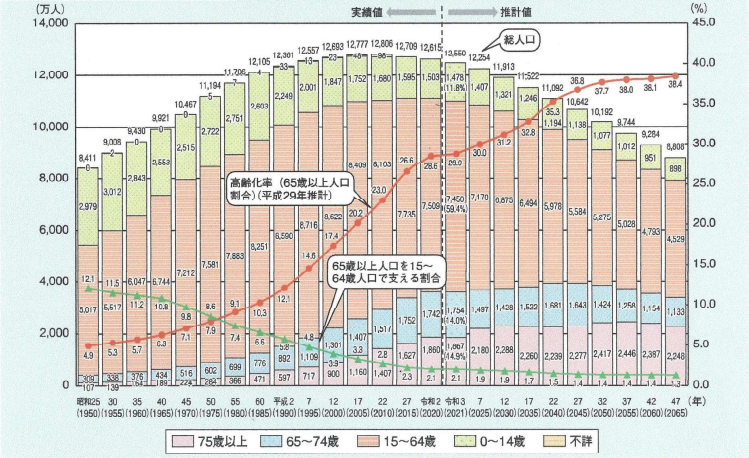
本日の内容

- はじめに：日本の高齢化と在宅医療の現状と課題
- 在宅救急医療とAdvance Care Planning（ACP）
- 在宅医療と救急医療の一つの病院連携
- 総括

はじめに

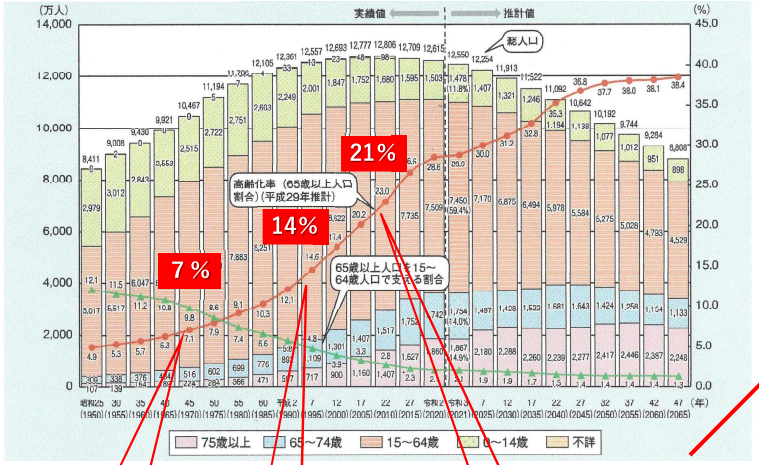
日本の高齢化と在宅医療の現状と課題

日本の高齢化の推移と将来推計



出典：内閣府　令和5年度・令和4年度高齢者白書　著者改変

日本の高齢化の推移と将来推計

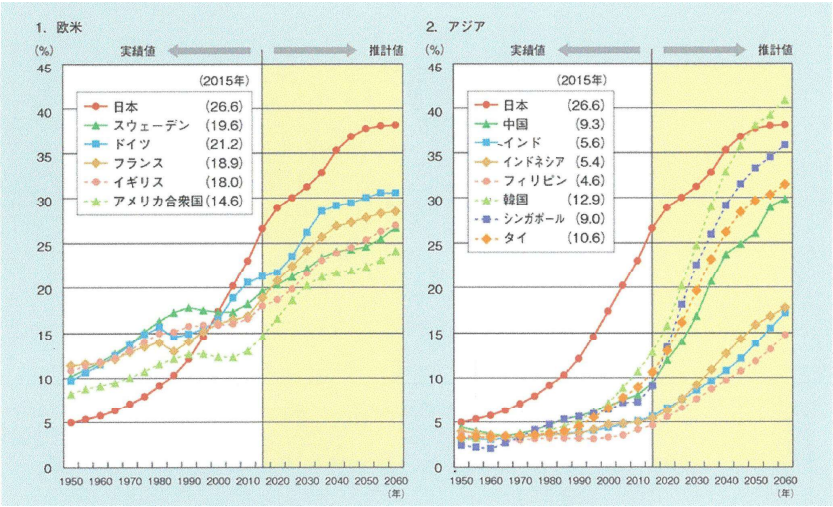


7％ → 14％ → 21％ → 2023年 29.1%

1970 高齢化社会 —24年→ 1994 高齢社会 —7年→ 2007 超高齢社会 —11年→ 2018年 28.1%

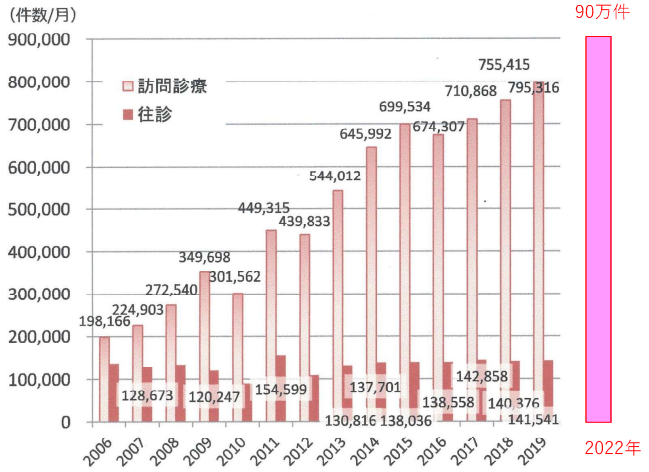
出典：内閣府 令和2年度・令和4年度高齢者白書 著者改変

世界の高齢化の推移



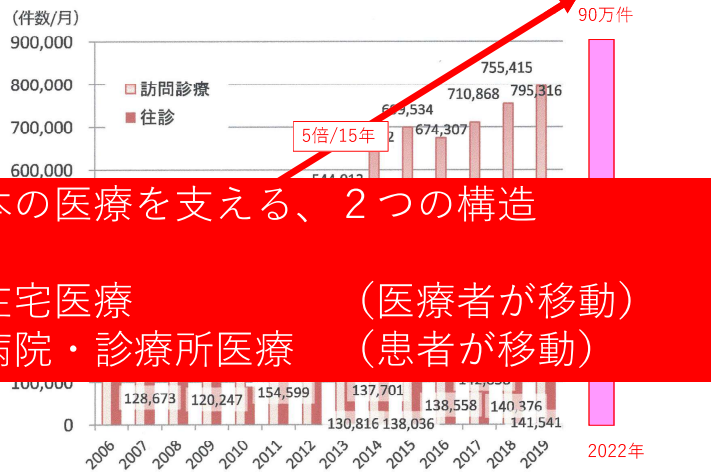
出典：内閣府 令和2年度 高齢者白書

日本の在宅患者訪問診療・往診の件数の推移　2023年



出典：①厚生労働省：第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG参考資料（令和3年10月13日） ②日経ヘルスケアNo.394 2022年8月号をもとに著者作成

日本の在宅患者訪問診療・往診の件数の推移　2023年



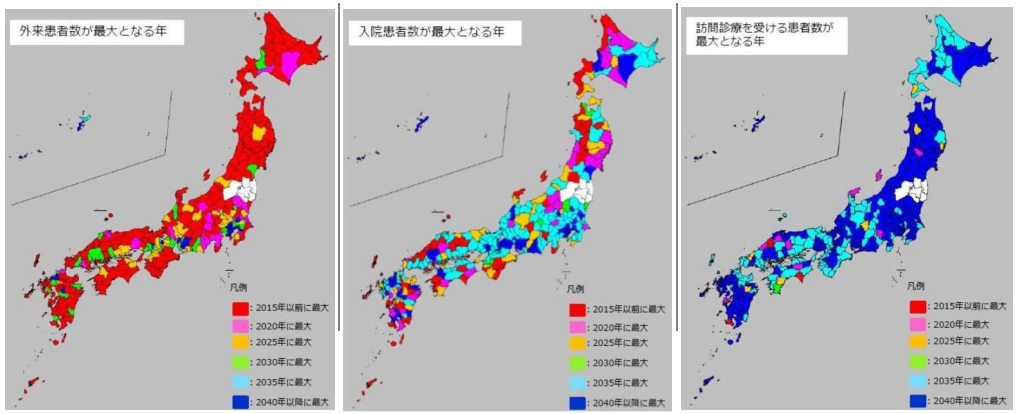
日本の医療を支える、２つの構造

①在宅医療　（医療者が移動）
②病院・診療所医療　（患者が移動）

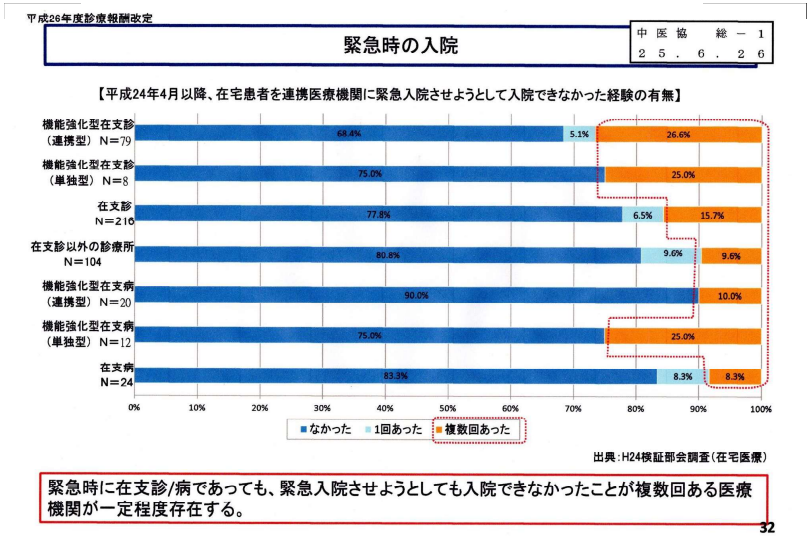
出典：①厚生労働省：第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG参考資料（令和3年10月13日） ②日経ヘルスケアNo.394 2022年8月号をもとに著者作成

日本の医療需要の推移予想　2023年

「厚生労働省：在宅医療の体制整備について 令和５年度第１回医療政策研修会(R5.5.24)」資料より



在宅医療の問題点：患者の急変対応



日本の高齢化と、在宅医療の現状と課題

- 日本の高齢化は著しく、高齢者医療の手本となる国はない
- 高齢社会に対応するためには、病院医療だけではなく、在宅医療の充実化が必要である
- 在宅医療の課題は、患者急変時の救急対応にある

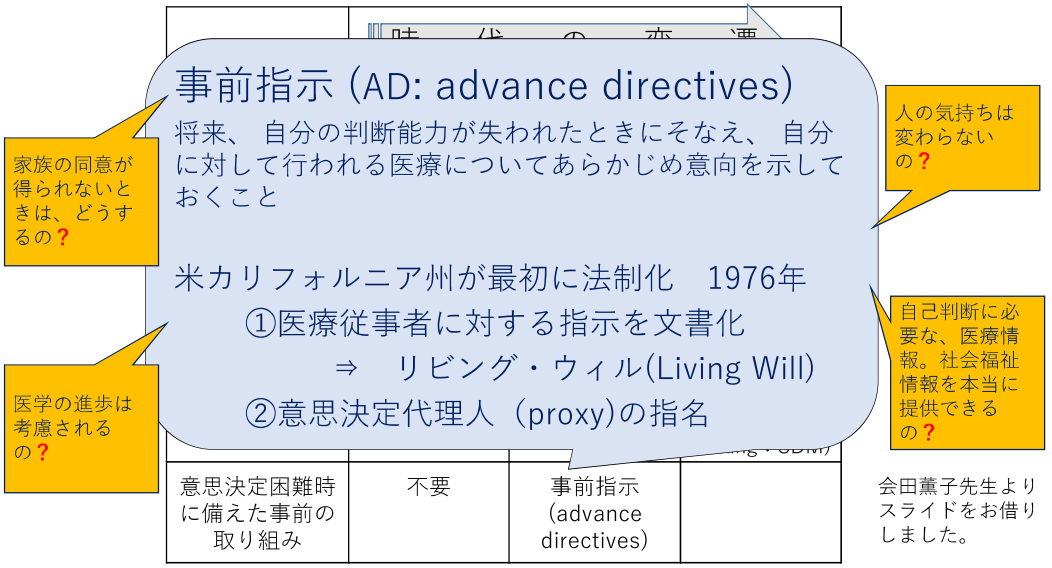
在宅救急医療
と
Advance Care Planning (ACP)

患者・医療者間の
＜望まれる関係性＞
の変化

東京大学死生学教室
会田薫子先生による整理
2018年

時代と社会環境の変化	時代の変遷 医療技術の進展 治療法などの選択肢の増加 価値観の多様化 情報開示・共有への要求		
臨床における意思決定型の変遷	父権主義（paternalism）	患者の自己決定（self-determination）	共同意思決定（shared decision-making：SDM）
意思決定困難時に備えた事前の取り組み	不要	事前指示（advance directives: AD）	ACP（advance care planning）

会田薫子先生よりスライドをお借りしました。



会田薫子先生よりスライドをお借りしました。

以下、会田薫子先生のご講演より小豆畑が改変させていただきました。

日本老年医学会　**ACPの定義**

ACPは将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである

ACPは、ADの反省から生まれた概念である。
- Living Will （医療従事者に対する指示書）を残すための物ではない
  →DNAR指示とは全く別な概念
- 本人、家族、医療従事者間で継続的な対話をすること
- 非言語の患者意思も汲み取ること
- 言語化された意思表明も、本心かどうか慎重に扱う

点(AD) → **線**(ACP)の意思決定支援へ

2023年の日本で、ACPが正しく理解され、行われているか？

在宅医療と救急医療の一つの病院連携

茨城県における、「在宅医療と救急医療の１つの病院連携」

在宅医療グループ　茨城県（県北・県央地域）に５診療所・訪問看護ステーションを有する在宅

- 医師数　常勤17名
  非常勤23名
- 昨年（平成27年）一年間
  - 訪問回数　15255回
  - 看取り件数　216件
  - 患者数　約1600人
  - 診療所
  - 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ
  - 訪問介護事業所

救急医療
- 救急告示病院
- 在宅療養支援病院
- 救急・総合診療科
- 救急科専門医４名

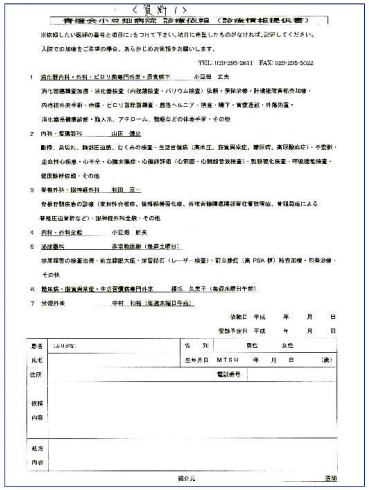
茨城県における、「在宅医療と救急医療の１つの病院連携」

1つの病院連携：
病院の都合ではなく、在宅患者のニーズに応えることを目的とした連携
① 必ず、医師同士で患者情報の交換
② 簡易な両方向患者紹介システム
③ 数多くの集まり
④ 一人の患者に、合同ケースカンファレンスを開催。
⑤ 退院後のケアについて、両施設で検討

我々は、2016年1月より、2次救急を行っている在宅療養支援病院と広域在宅療養支援グループが「1つの病院」という認識の基に在宅ー救急連携を構築した。

茨城県における、「在宅医療と救急医療の１つの病院連携」

簡便な在宅→病院紹介状



病院・在宅医療のスタッフおよび家族が参加する、退院時カンファレンス

病院と在宅医療スタッフの合同勉強会

「１つの病院連携」　検討項目

（検討１）

在宅と救急の連携：　在宅：いばらき会いばらき診療所　救急：青燈会小豆畑病院
連携前の2015年(1/1-12/31)
連携後の2016年(1/1-12/31)

以下の項目を比較　(t-検定、Fisher検定)
患者数（外来・入院）、年齢、性別、来院時SOFA score、入院期間、入院回数、在宅復帰率、転帰、急性期病院の病床利用率・在院日数

（検討2）

連携を開始してから12ヶ月経過時に、在宅診療グループの医師を対象に以下の項目のアンケート調査を行った。

- 急性期病院に**期待**すること
- 連携により、**紹介時のストレスが軽減**したか
- 連携により、**患者紹介が円滑化**したか
- 連携病院の対応に**満足**できたか
- これからも**連携病院に患者を紹介したい**か

「１つの病院連携」　連携前後の比較

	連携前2015年	連携後2016年	p-value
紹介患者数 （人）	37	97	
入院患者数（人）（入院率%）	34 (92%)	66 (68%)	
年齢 （歳）	83.6±6.0	83.1±8.5	0.73
性別　M:F (rate of male)	16:18 (0.47)	18:24 (0.27)	0.073
入院患者			
来院時SOFA score	10.2±4.1	5.2±2.7	<.0001*
入院期間（日）	35.7±17.7	21.6±14.9	<.0001*
入院回数（回）	1.1±0.32	1.8±1.2	0.0005*
在宅 非復帰:復帰（復帰率）	11 : 23 (68%)	6 : 60 (91%)	0.0051*
転帰 死亡:生存 （生存率）	6 : 28 (82%)	2 : 64 (92%)	0.018*

全ていばらき会いばらき診療所から青燈会小豆畑病院へ紹介された患者
＊: p-value <0.05

「１つの病院連携」　連携前後の比較アンケート調査

連携後の紹介の円滑化	
円滑化した	60%
やや円滑化した	30%
どちらとも言えない	10%
やや煩雑化した	0%
煩雑化した	0%

連携後の紹介ストレス	
軽減した	70%
やや軽減した	20%
どちらとも言えない	10%
やや増加した	0%
増加した	0%

連携救急病院への満足度	
満足できた	60%
やや満足できた	20%
どちらとも言えない	10%
やや不満足だった	10%
不満足	0%

この次も連携救急病院へ紹介したいか	
紹介したい	50%
患者の病態次第で紹介したい	50%
紹介したくない	0%
どちらでもない	0%

連携救急病院に期待すること　（２つ選択）	
素早い対応	50%
紹介する上での気楽さ	25%
診療の緻密さ	15%
患者が在宅医療に戻ってくること	10%
診療報告の充実	0%
その他	0%

症例提示　①

90歳　男性

脳梗塞後遺症で在宅診療を受けていた。「左足が痛い」との強い訴えがあり、在宅医が訪問した。身体所見にて非還納性鼠径ヘルニアと診断され、在宅療養支援病院へ救急搬送となった。

問題点：

患者家族は、在宅療養支援病院の医師からは、「手術をしないと死んでしまうこと、また手術のリスク」の説明を受けた。家族は患者が高齢であることから手術を心配し、手術を受ける決心が付かなかった。

在宅医と救急医の対応：

在宅で7年以上にわたり、同患者を訪問診療している医師が電話で家族と相談。訪問医より、年齢の割には心機能・呼吸機能がしっかりしていること、在宅療養支援病院の医師がこのような手術に精通していることを説明してくれた。その結果、家族は手術を決心した。

症例提示　②

92歳　男性

度重なる脳梗塞でほぼ寝たきり状態。糖尿病合併、慢性心不全、慢性腎不全を合併。家族の献身的な努力で、なんとか経口摂取を行っていた。以上の病態で、訪問診療を受けていた。今回は誤嚥性肺炎を併発。リザーバーマスク10L/minの酸素投与でSpO2:80%を維持する状態で在宅療養支援病院へ救急搬送。

問題点：

患者家族は、在宅療養支援病院の医師から、「人工呼吸器を装着すれば救命の可能性がある」との説明を受けた。また、「肺炎が治って救命できたとしても、気管切開が必要になるであろうこと、人工呼吸器から離脱できない可能性」の説明も受けた。結果、家族はいままで献身的に患者のために尽くしてきたが、これ以上の処置を行うべきか判断ができなかった。

在宅医と救急医の対応：

在宅で5年以上にわたり患者を診てきた在宅医が急遽、病院に来院。家族・在宅医・救命医の三者で人工呼吸器装着を行うかどうかを相談。在宅医から「今まで何度も脳梗塞で倒れて辛い闘病生活を送ってきたこと、まだ、話せたころの患者から、ただ生きているだけの状態で命をつなぐことは望まないことを在宅医が聞いていたこと」の話があり、家族も気持ちの整理が付いた。人工呼吸器は装着しなかった。

「１つの病院連携」　連携前後の比較　まとめ

「在宅医療と救急医療の１つの病院連携」は、在宅から救急への**紹介ストレスを軽減**し、在宅急変患者は**重症化する前に**急性期病院へ紹介されていた。

その結果、患者の**在院日数が短縮**され、**在宅復帰率の上昇**、**生存転帰の改善**に寄与したものと考える。

また、患者の医療に対する希望を医療機関が変わっても引き継ぎ、**線としてのACP**を可能とした可能性がある。

総　括

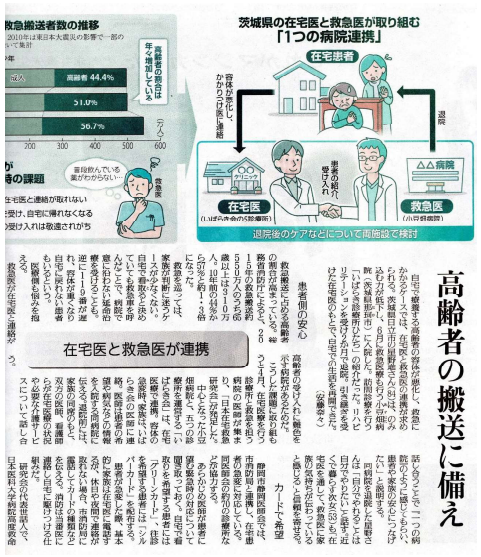
日本の医療は、病院医療（患者が移動する医療）と在宅医療（医療者が移動する医療）の２つの構造で成り立っている。しかし、現在、患者がこの２構造間をシームレスに移動することに課題が残っている。その結果、本当の意味で患者にとって望ましい医療が提供できない可能性がある。

これからの日本の医療を支えるために、在宅医療と救急医療（病院医療）は「一つの病院」のように連携して地域の人達の生活と生命を守っていくことを、医療者・行政担当者は意識的に取り組んで行かなくてはいけないと考える。

読売新聞全国版2017.12.27

在宅医と救急医の
「１つの病院連携」

- 在宅医療と病院医療をシームレスに繋ぐ
- 在宅急変患者の転帰が改善
- 患者の意向が、施設を超えて共有
- ACPを「点→線」で行う



うすき石仏ねっと

令和５年度在宅医療・救急医療等の
連携にかかるオンラインセミナー

救急医療・在宅医療連携
ACP実践への課題

臼杵市医師会立コスモス病院　　外友　一洋

「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」の調査内容及び結果の概要

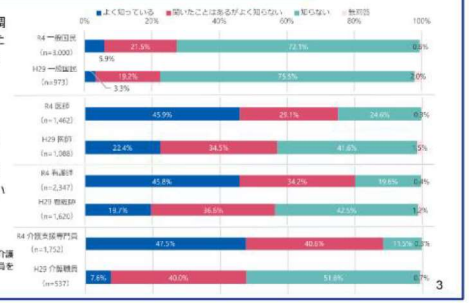
調査の概要

- 一般国民及び医療・介護従事者の人生の最終段階における医療・ケアに対する意識やその変化を把握することを目的として、平成４年度以降、約５年ごとに調査を実施しており、前回の平成29年度調査から５年経過した令和４年度（令和４年11月22日※１）に、一般国民、医師、看護師、介護支援専門員※２を対象に調査※３を行った。
- 全対象者向け調査票（一般国民票）の回収率は、一般国民50.0%（平成29年度：16.2%）、医師32.5%（同：24.2%）、看護師42.7%（同：27.0%）と、平成29年度調査と比べて全体的に上回った。介護支援専門員については、回収率は58.4%であった。

※１　平成29年度調査とは調査期間が異なる　※２　平成29年度調査の対象は介護職員　※３　令和４年度調査から郵送に加え、Webによる回答も可能とした

結果の概要①（人生会議（アドバンス・ケア・プランニング＜ACP＞）について知っていたか。）

- 人生会議の認知度について、一般国民では平成29年度調査と大きな変化はなく、「よく知っている」と回答した者の割合は5.9%（平成29年度：3.3%）、「聞いたことはあるがよく知らない」と回答した者の割合は21.5%（同：19.2%）、「知らない」と回答した者の割合は72.1%（同：75.5%）であった。
- 医師、看護師で、人生会議について「よく知っている」と回答した者の割合はそれぞれ45.9%（平成29年度：22.4%）、45.8%（同：19.7%）であり、平成29年度調査と変化がみられた。介護支援専門員で「よく知っている」と回答した者の割合は47.5%であった。



※平成29年度調査とは調査期間や回収率等が異なる点に留意する必要がある。また、介護従事者については、平成29年度調査では介護職員、令和４年度調査では介護支援専門員を対象としている。

3

厚生労働省　令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査

2

「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」の調査内容及び結果の概要

結果の概要②（人生の最終段階における医療・ケアについて考えたことがあるか。）

- 人生の最終段階における医療・ケアについて考えたことがあるかとの設問について、一般国民の51.9%（平成29年度：59.3%）が考えたことが「ある」と回答し、47.5%（同：37.8%）が「ない」と回答した。
- 医師、看護師で、考えたことが「ある」と回答した者の割合はそれぞれ82.2%（平成29年度：88.6%）、85.3%（同：81.7%）、介護支援専門員では85.1%であり、いずれも一般国民より高かった。

結果の概要③（人生会議を進めることについて、どう思うか。）

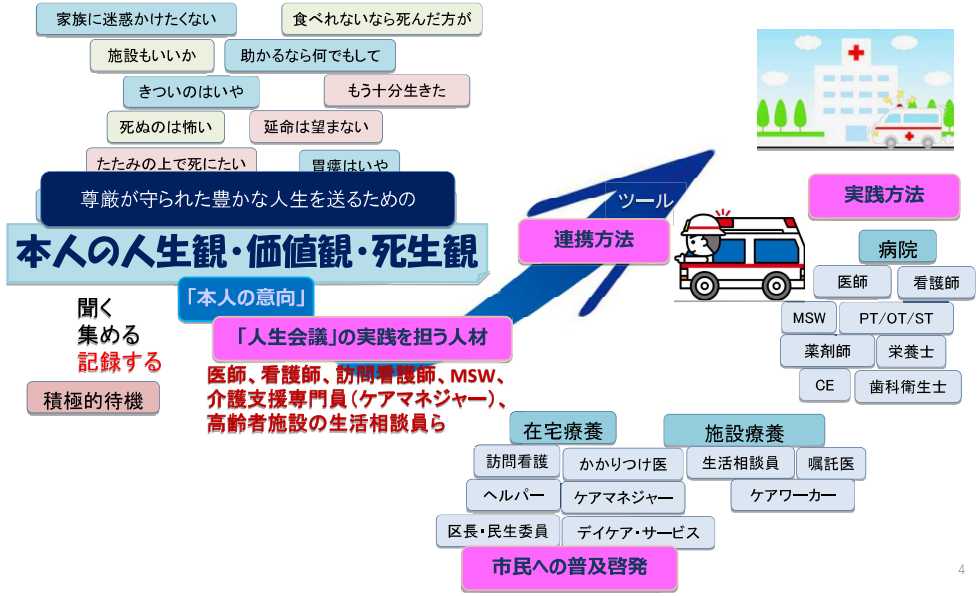
- 人生会議を進めることについて、「賛成である」と回答した者の割合は、一般国民57.3%（平成29年度：64.9%）、医師76.1%（同：75.9%）、看護師87.0%（同：76.7%）、介護支援専門員81.8%であり、医療・介護従事者において「賛成である」と回答した者の割合は一般国民と比較して高かった。なお、「わからない」と回答した者も一定数おり、一般国民41.1%（同：30.7%）、医師22.2%（同：21.5%）、看護師12.6%（同：21.0%）、介護支援専門員17.6%であった。

※平成29年度調査とは調査期間や回収率等が異なる点に留意する必要がある。また、介護従事者については、平成29年度調査では介護職員、令和4年度調査では介護支援専門員を対象としている。

4

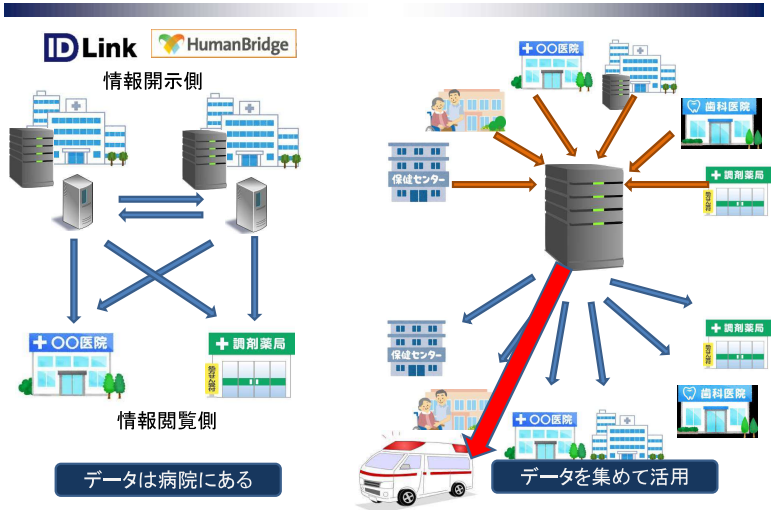
厚生労働省　令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査

3



4

一方向の情報閲覧と双方向の情報共有



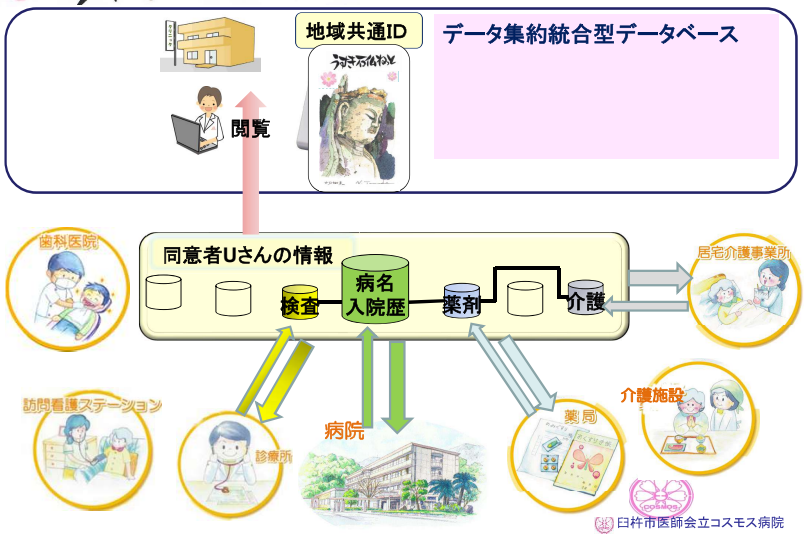
うすき石仏ねっと

石仏があなたを守って下さる

「うすき石仏ねっと」とは、臼杵市内の医療・介護機関を結ぶ情報ネットワークです。

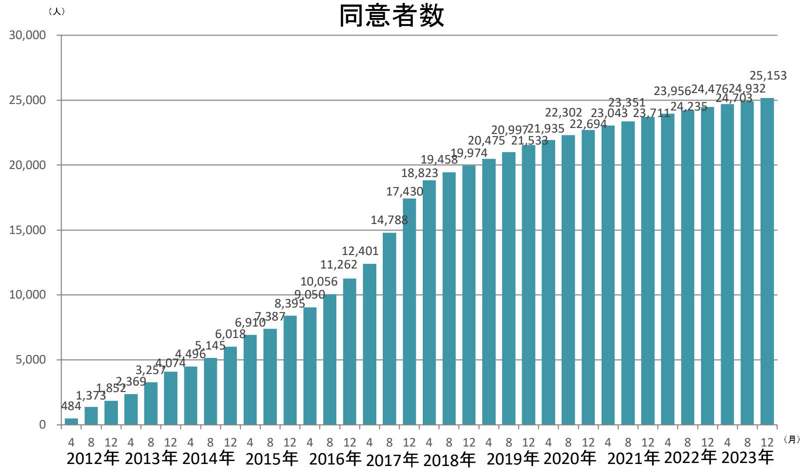
皆様に「石仏カード」を提示していただくことで、様々な機関にあるデータを共有することができるようになります。

うすき石仏ねっと



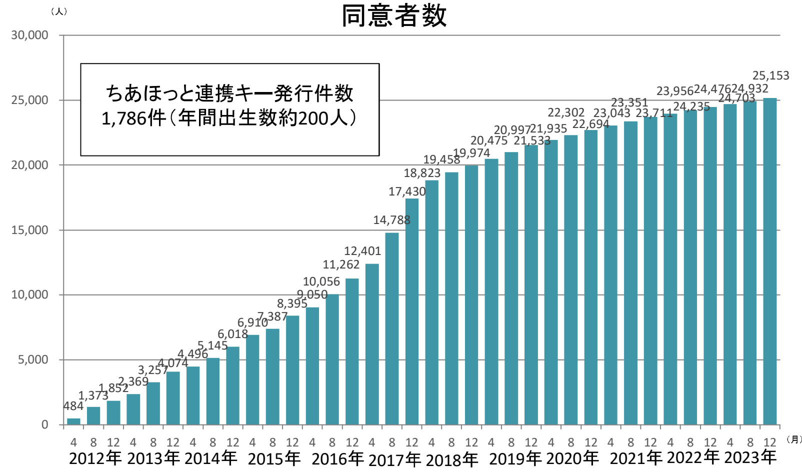
うすき石仏ねっと

ただ今、拡充中



臼杵市医師会立コスモス病院

ただ今、拡充中



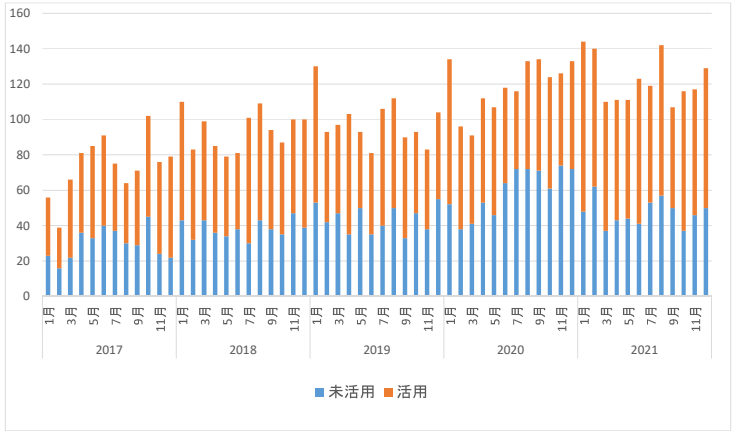
臼杵市医師会立コスモス病院

検査結果参照　画面

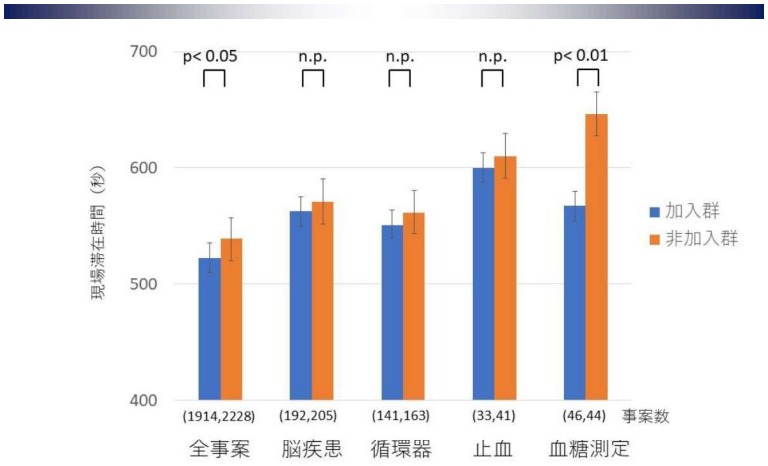
電子化お薬手帳

消防署通信指令室　閲覧画面

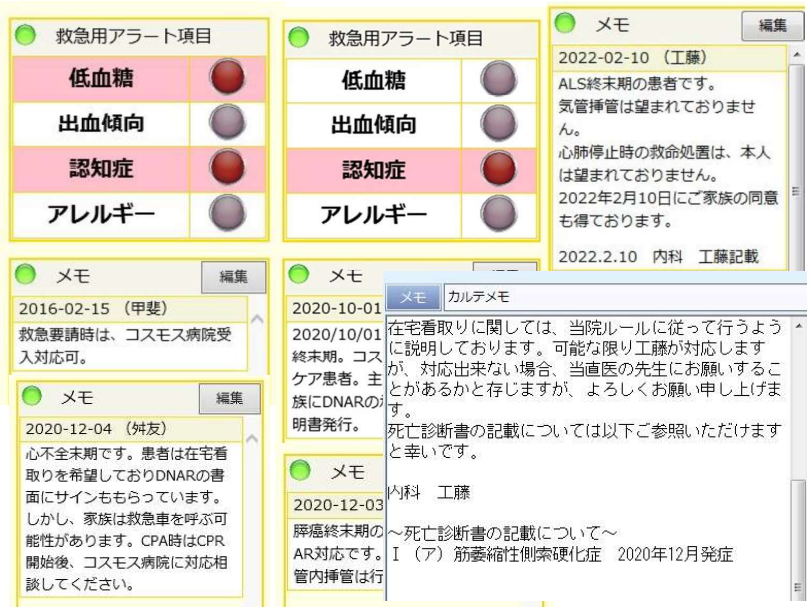
情報利活用の推移　ー通信指令室ー

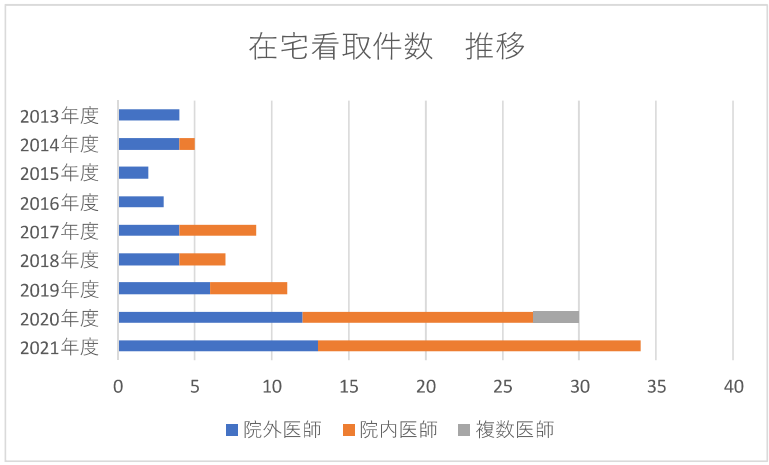


現場滞在時間の短縮



消防署通信指令室　閲覧画面

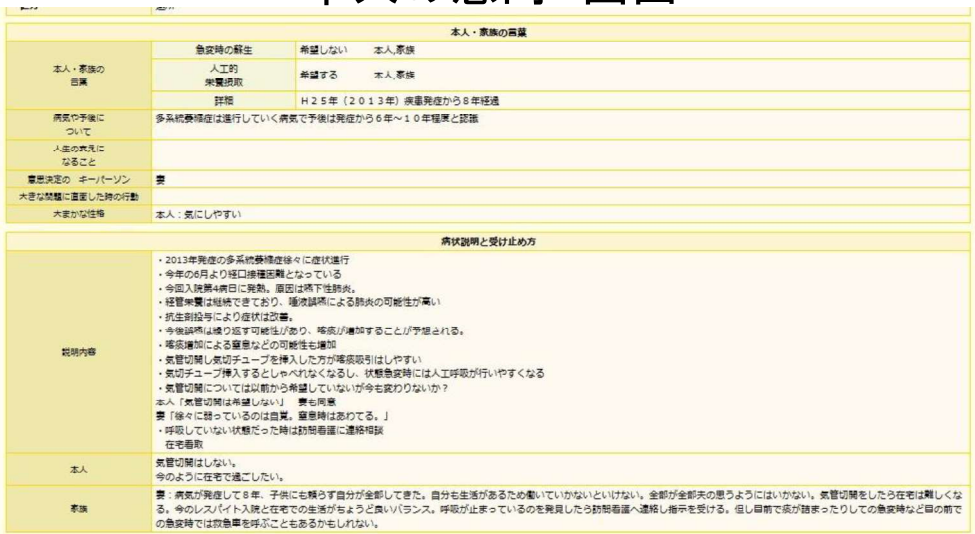




よく話し合っていれば家族は救急車を呼ばない

本人の希望

本人の意向 画面



本人・家族の言葉		
本人・家族の言葉	急変時の蘇生	希望しない 本人,家族
	人工的栄養摂取	希望する 本人,家族
	詳細	H２５年（２０１３年）疾患発症から８年経過
病気や予後について	多系統萎縮症は進行していく病気で予後は発症から６年～１０年程度と認識	
人生の大元になること		
意思決定の キーパーソン	妻	
大きな問題に直面した時の行動		
大まかな性格	本人：気にしやすい	

病状説明と受け止め方	
説明内容	・2013年発症の多系統萎縮症徐々に症状進行 ・今年の6月より経口接種困難となっている ・今回入院第4病日に発熱。原因は嚥下性肺炎。 ・経管栄養は継続できており、唾液誤嚥による肺炎の可能性が高い ・抗生剤投与により症状は改善。 ・今後誤嚥は繰り返す可能性があり、喀痰が増加することが予想される。 ・喀痰増加による窒息などの可能性も増加 ・気管切開し気切チューブを挿入した方が喀痰吸引はしやすい ・気切チューブ挿入するとしゃべれなくなるし、状態急変時には人工呼吸が行いやすくなる ・気管切開については以前から希望していないが今も変わりないか？ 本人「気管切開は希望しない」 妻も同意 妻「徐々に弱っているのは自覚。窒息時はあわてる。」 ・呼吸していない状態だった時は訪問看護に連絡相談 在宅看取
本人	気管切開はしない。 今のように在宅で過ごしたい。
家族	妻：病気が発症して８年、子供にも頼らず自分が全部してきた。自分も生活があるため働いていかないといけない。全部が全部夫の思うようにはいかない。気管切開をしたら在宅は難しくなる。今のレスパイト入院と在宅での生活がちょうど良いバランス。呼吸が止まっているのを発見したら訪問看護へ連絡し指示を受ける。但し目前で痰が詰まったりしての急変時など目の前での急変時では救急車を呼ぶこともあるかもしれない。

記録用紙

キット

ツールは作るだけではダメ

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
たたみの上で死にたい　胃瘻はいや

尊厳が守られた豊かな人生を送るための

本人の人生観・価値観・死生観

聞く
集める
記録する

積極的待機

「本人の意向」

「人生会議」の実践を担う人材

医師、看護師、訪問看護師、MSW、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

ツール

連携方法

実践方法

病院
医師　看護師
MSW　PT/OT/ST
薬剤師　栄養士
CE　歯科衛生士

在宅療養
訪問看護　かかりつけ医
ヘルパー　ケアマネジャー
区長・民生委員　デイケア・サービス

施設療養
生活相談員　嘱託医
ケアワーカー

市民への普及啓発

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していることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを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

県の役割

【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、広く県民に対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
・知りたくない考えたく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・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、各々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。

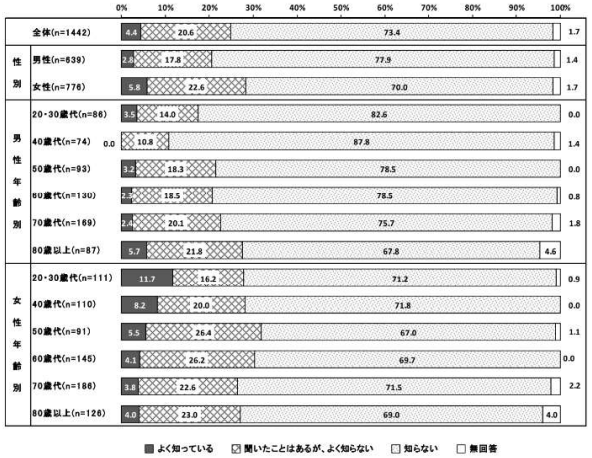
施行期日：令和２年７月８日

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　〒870-0022 大分市大手町3-1-1
TEL：097-506-5032　FAX：097-506-1785
MAIL：a21000@pref.oita.lg.jp

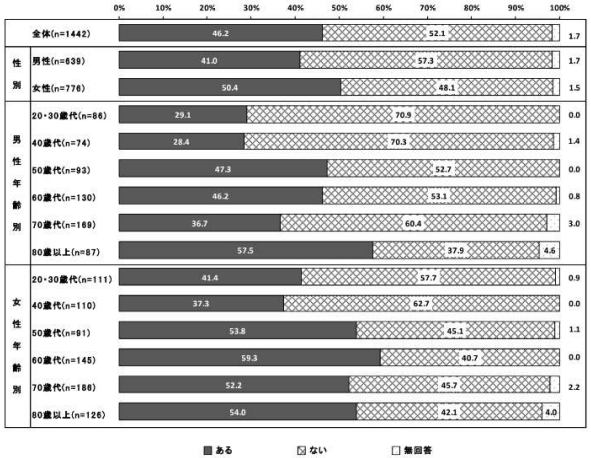
【人生会議の普及啓発の取組について】
●大分県福祉保健部医療政策課　〒870-8503 大分市府内町3-10-1
TEL：097-506-2652　FAX：097-506-1734
MAIL：a12620@pref.oita.lg.jp

問１４　あなたは、「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」について、これまで知っていましたか？（１つだけ○）

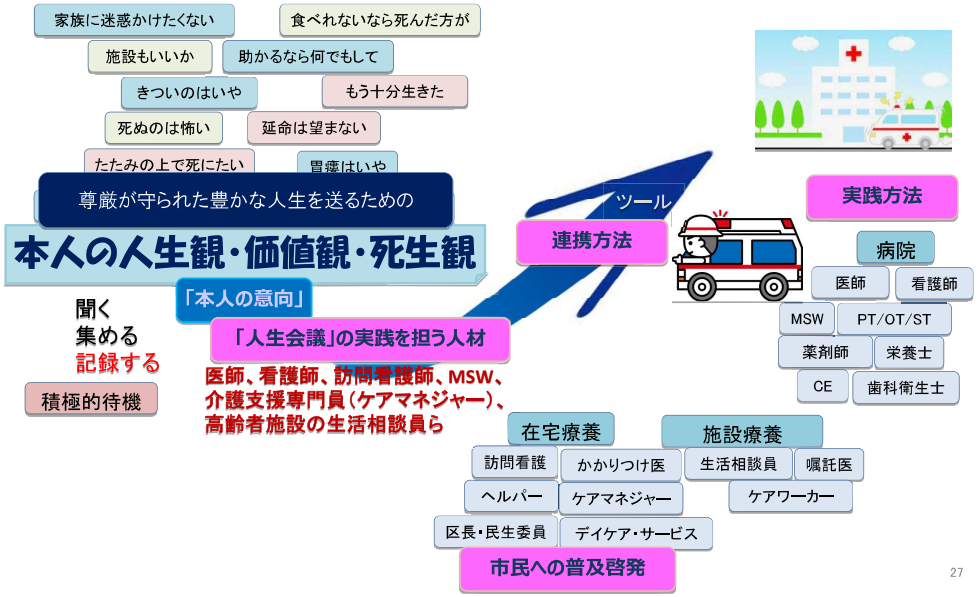


大分県在宅医療に関するアンケート調査報 告 書 （2023年９月）

問１５　あなたは、ご自身やご家族の望む医療やケア等について、これまでに考えたことがありますか。（１つだけ○）



大分県在宅医療に関するアンケート調査報 告 書 （2023年９月）



「人生会議」を考える大分県民の会

- 参加団体
  - 大分県医師会（会長）
  - 大分大学
    - 医学部救急医学・高度救急救命センター（副会長）
    - 大学医学部総合診療・総合内科学講座
    - 福祉健康科学部・基盤教育センター
  - 大分県看護協会
  - 大分県訪問看護ステーション協議会
  - 大分県医療ソーシャルワーカー協会
  - 大分県介護支援専門員協会
  - 大分県障害者相談支援事業推進協議会
  - 大分県救急医学会
  - 大分県
    - 医療政策課・高齢者福祉課・消防保安室

会長　井上雅公
副会長　安部隆三
小野隆宏
事務局　舛友一洋

2023年6月9日発足

どう生きて来たのか？　**人生**

どう生きているのか？　**生活**

どう生きていきたいか？　**生命**

あなたの **LIFE** だれにゆだねますか？

沖縄方言

- あちまてぃ、ゆんたくひんたく
  （集まってたくさん話そう）
- まくとぅーそーけーなんくるないさ
  （きちんとしていれば
  なんとかなるさ）

医療DXとは

DXとは

DXとは、「Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）」の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）ことである。
（情報処理推進機構DXスクエアより）

医療DXとは

医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。

疾病の発症予防 → 被保険者資格確認 → 診察・治療薬剤処方 → 診断書等の作成 → 診療報酬請求 → 地域医療連携 → 研究開発

クラウドを活用した業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化

特定健診情報 / 資格情報 / カルテ情報 処方情報 調剤情報 / 電子カルテ情報 / 診療情報 提供書 退院時サマリ 行政への届出 / 診療報酬算定モジュール

オンライン資格確認 マイナポータル活用　電子カルテ情報の標準化等　診療報酬 DX

医療ビッグデータ分析

NDB / 介護DB / 公費負担医療DB / 等

『第1回（令和4年9月 22 日）「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料』より

医療DXの方向性

背景

- 世界に先駆けて少子高齢化が進む我が国において、国民の健康増進や切れ目のない質の高い医療の提供に向け、医療分野のデジタル化を進め、保健・医療情報（介護含む）の利活用を積極的に推進していくことは非常に重要。
- また、今般の新型コロナウイルス感染症流行への対応を踏まえ認識された課題として、平時からのデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充、医療のデジタル化による業務効率化やデータ共有を通じた医療の「見える化」の推進等により、次の感染症危機において迅速に対応可能な体制を構築できることとしておくことが急務。

方向性

- 国民による自らの保健・医療情報（介護含む）への容易なアクセスを可能とし、自らの健康維持・増進に活用いただくことにより、健康寿命の延伸を図るとともに、医療の効率的かつ効果的な提供により、診療の質の向上や治療等の最適化を推進。
- また、今般の新型コロナウイルス感染症流行に際して開発された既存のシステムも活用しつつ、医療情報に係るシステム全体として、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みを構築。
- さらに、医療情報の適切な利活用による創薬や治療法の開発の加速化により、関係する分野の産業振興につながることや、医療のデジタル化による業務効率化等により、SE人材を含めた人材のより有効な活用につながること等が期待される。

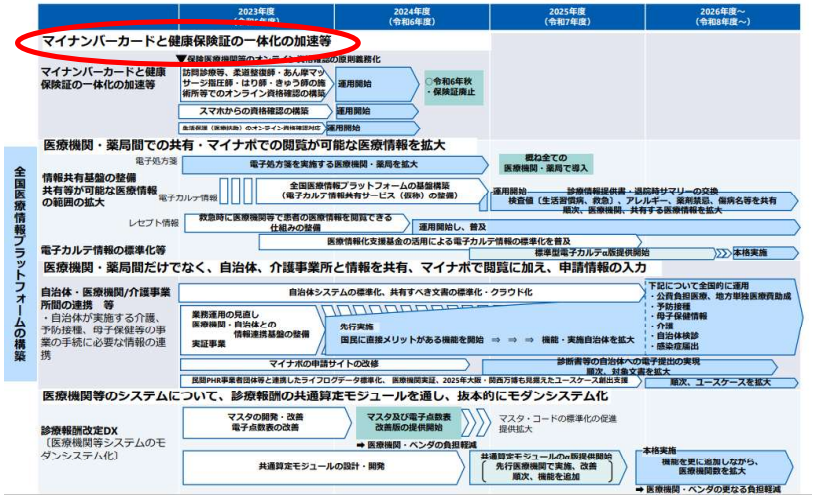
骨格

1．「全国医療情報プラットフォーム」
2．電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討
3．「診療報酬改定DX」

「第1回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料」より

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

資料3

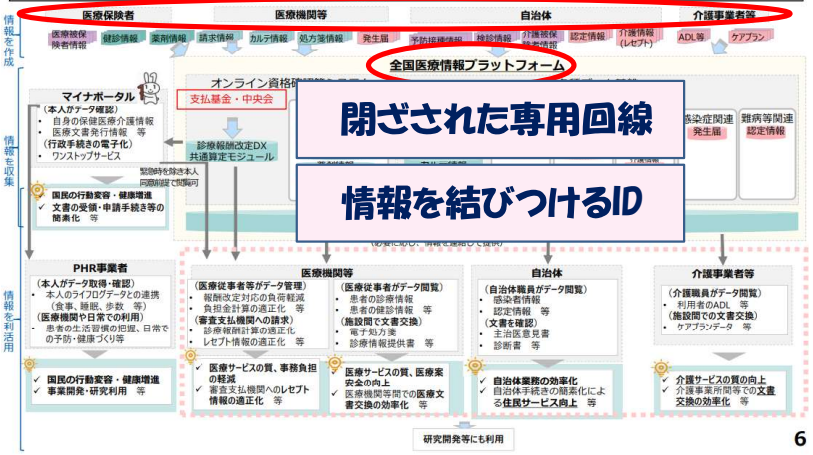


「第2回医療DX推進本部（令和5年6月2日）資料3」より

「全国医療情報プラットフォーム」（将来像）

○オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報（介護含む）について、クラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要なときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームとする。

○これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながるとともに、国民自らの予防・健康づくりを促進できる。さらに、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれる。



「第1回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料」より

電子カルテ情報及び交換方式の標準化、標準型電子カルテの検討

電子カルテ情報及び交換方式の標準化

（基本的な考え方）

➢ 医療機関同士などでのスムーズなデータ交換や共有を推進するため、HL7　FHIRを交換規格とし、交換する標準的なデータの項目及び電子的な仕様を定めた上で、それらの仕様を国として標準規格化する。

（具体的な取組）

➢ 厚生労働省においては、令和４年3月に、3文書6情報（※）を厚労省標準規格として採択。今後、医療現場での有用性を考慮しつつ、標準規格化の範囲の拡張を推進。令和4年度は厚生労働科学研究費補助金の事業において透析情報及び一部の感染症発生届の標準規格化に取り組む。

（※）3文書：診療情報提供書、退院時サマリー、健診結果報告書
6情報：傷病名、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報、検査情報（救急時に有用な検査、生活習慣病関連の検査）、処方情報

標準型電子カルテの検討

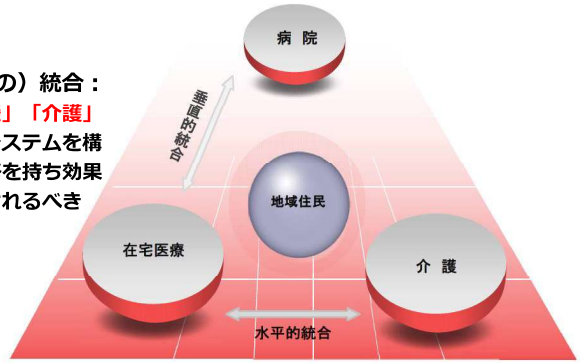
➢ 併せて、今後、小規模の医療機関向けに、
（標準型電子カルテ）の開発を検討。令和４年度は関係者へのヒアリングを実施しつつ、令和五年度の調査研究事業を実施する予定。

救急・生活習慣病活用

「第1回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料」より

Leutz1999

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



2023年12月時点でのコンセンサス

- 「人生会議」の実践を担う人材育成するためのプログラムを作成
- 本人の意向の集め方、送り方まで考える
- ACPの実践まで視野にいれる
- 市町村を巻き込む
- 市町村・地域｛小医療圏（中核病院圏内・医師会圏域）｝ごとに開催
- 在宅医療・ケア・病院スタッフが一緒にグループワーク
- ケアマネや施設相談員は協力体制にあるかかりつけ医や嘱託医とともに参加してもらう
- 参加者の一部は次のファシリになってもらう
- 誰がファシリになってもできるプログラム＝メインプログラムは録画動画＋事前学習動画
- 大切と思うkey wordやkeyスライドが含まれるプログラム
- 病院スタッフ向けプログラム、ヘルパー・デイスタッフ・一般市民向けプログラムはいずれ考慮
- 将来的にはICT（おおいた医療ネットワーク）活用を目指す

令和５年度在宅医療・救急医療等の連携にかかるオンラインセミナー

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㎢

令和３年　　高齢化率　27.5%（全国平均28.8%）

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

車両　ポンプ車１８台、はしご車２台、

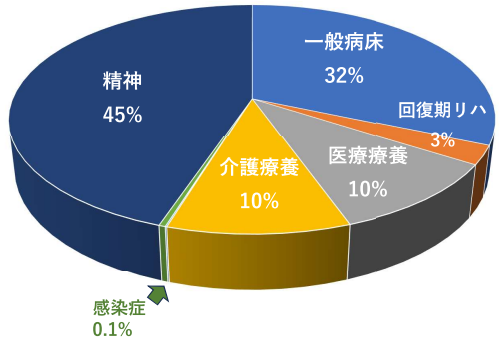
救急車１０台（都内最大）

化学車１台、救助車１台、照明車１台、指揮車２台

平成23年　八王子市内病床数、種別（計9.106床）

一般病床	2896
回復期リハ	246
医療療養	957
介護療養	939
感染症	8
結核	34
精神	4124
合計	9106

一般病床数　全国平均の　66%
療養病床数　全国平均の　120%
（人口あたり）



八王子市内の救急医療機関

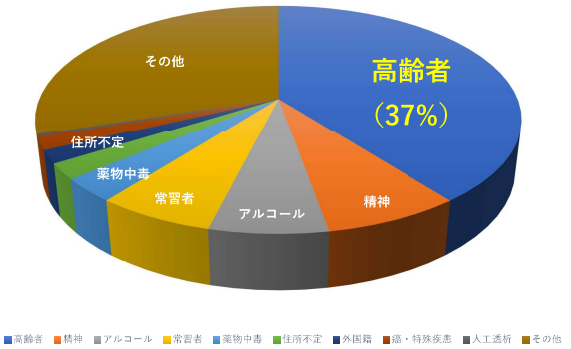
２次医療機関
1　東海大学医学部付属八王子病院
2　右田病院
3　仁和会総合病院
4　南多摩病院
5　清智会記念病院
6　野猿峠脳神経外科病院
7　北原国際病院
8　みなみ野循環器病院

3次医療機関
東京医科大学八王子医療センター

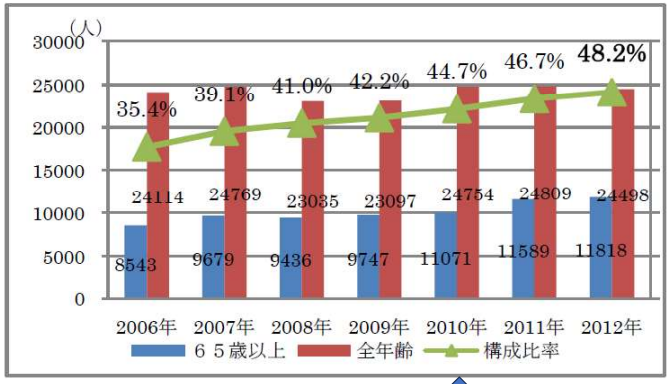
平成22年　八王子市における救急搬送状況

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（287例）

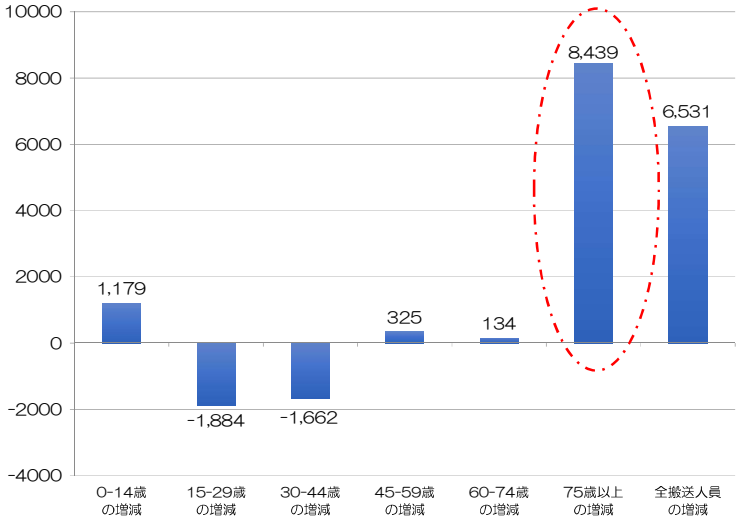


八王子市における高齢者搬送人員



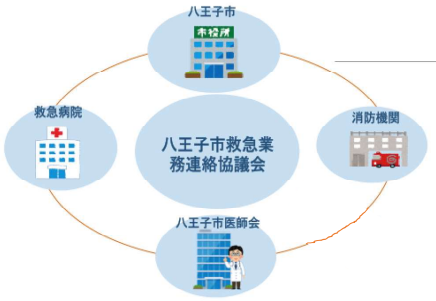
平成22年

八王子市内年代別搬送人員の対前年比較（平成22年、23年）



在宅・施設・医療機関の連携　～八高連の設立～

八王子市の救急医療体制



高齢者に特化した救急医療体制の充実を求める意見が出され、多くの賛同を得る。

八高連の設立へ

八高連の目的

八王子市内高齢傷病者につき

1　急性期医療の早期受け入れ態勢の確立
2　慢性期、介護施設等との連携を図り、病院選定困難事案を減少させる
3　八王子市内医療機関に収容すること

平成23年4月

八王子市救急業務連絡協議会の中の専門分科会として設置

八高連発足時構成会員（１５団体１４７機関）

⑴ 八王子市救急業務連絡協議会会員（１４医療機関 院長）
⑵ 救命救急センター・救急センター（２大学病院 センター長）
⑶ 介護療養型病院（６医療機関 院長）
⑷ 医療療養型病院（１０医療機関 院長）
⑸ 八王子施設長会（６７施設 施設長）
⑹ 八王子社会福祉法人代表者会（１０施設 施設長）
⑺ 八王子特定施設連絡会（２有料老人施設 施設長）
⑻ 精神科病院（１５医療機関 院長）
⑼ 八王子介護支援専門員事業所連絡協議会
⑽ 八王子介護保険サービス事業者連絡協議会
⑾ 八王子市地域包括支援センター（１５圏域 センター長）
⑿ 八王子市医師会（医師会長）
⒀ 八王子市町会・自治会連合会
⒁ 八王子市
⒂ 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

八高連発足時構成会員（１５団体１４７機関）

⑴ 八王子市救急業務連絡協議会会員（１４医療機関 院長）
⑵ 救命救急センター・救急センター（２大学病院 センター長）
⑶ 介護療養型病院（６医療機関 院長）
⑷ 医療療養型病院（１０医療機関 院長）
⑸ 八王子施設長会（６７施設 施設長）
⑹ 八王子社会福祉法人代表者会（１０施設 施設長）
⑺ 八王子
⑻ 精神科
⑼ 八王子
⑽ 八王子
⑾ 八王子
⑿ 八王子
⒀ 八王子市町会・自治会連合会
⒁ 八王子市
⒂ 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

オール八王子

八高連立ち上げ時の話し合い

なぜ高齢者は搬送困難に？

- 第一分科会　急性期医療の入り口問題
- 第二分科会　急性期医療出口問題（慢性期の対応、施設在宅の支援体制等）
- 慢性期病院の代表者会議

平成２３年７月～１０月
第一分科会３回、第二分科会３回、療養型代表者会議２回開催

↓

平成２３年１１月１２日　総会にて了承
試験運用スタート

各分科会を開催するにあたり、前準備として話し合いを計27回行った

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

療養型病床を有する病院の代表者会議

- 可能な限り（特に日中）救急患者を受け入れ
- 急性期病院の外来でトリアージ後、入院を受け入れ
- 急性期入院治療が終了次第、速やかに受け入れ
- 終末期についての研修会を開催
- 病院ごとに可能な医療処置、特徴を明らかに

成果物

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

成果物

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秒でも早く搬送するため
・救急病院の受け入れ時に必要な項目

・１１９番の前にまずかかりつけ医に連絡すること！

もしもの時に

□ できるだけ救命、延命をして欲しい
□ 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（　　）

本人、家族の意向を尊重するため！

裏面（お薬手帳のサイズに合わせて）

普及のためのポスター

救急情報シートの普及活動

救急情報シートの普及活動

八王子市役所ホームページ

八王子消防署ホームページ

救急情報シートの普及活動

八王子駅前ロータリー
シティビジョン

災害訓練時での普及活動

救急情報シートの普及活動

市役所・市民センター

広報はちおうじ毎年11月号に掲載

成果物

計画と実行

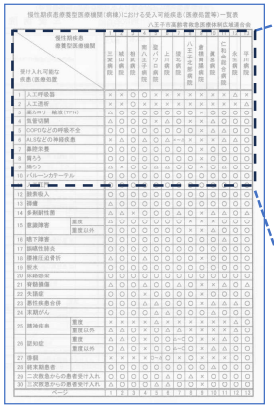
1　救急情報シート

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

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を目的に



受け入れ可能な疾患(医療処置 ＼ 慢性期疾患 療養型医療機関	1 三愛病院	2 城山病院	3 相武病院	4 南八王子病院	5 聖パウロ病院	6 上川病院	7 陵北病院	8 八王子北部病院	9 倉橋胃腸病院	10 眞宮病院	11 仁和会総合病院	12 永生病院	13 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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

成果物

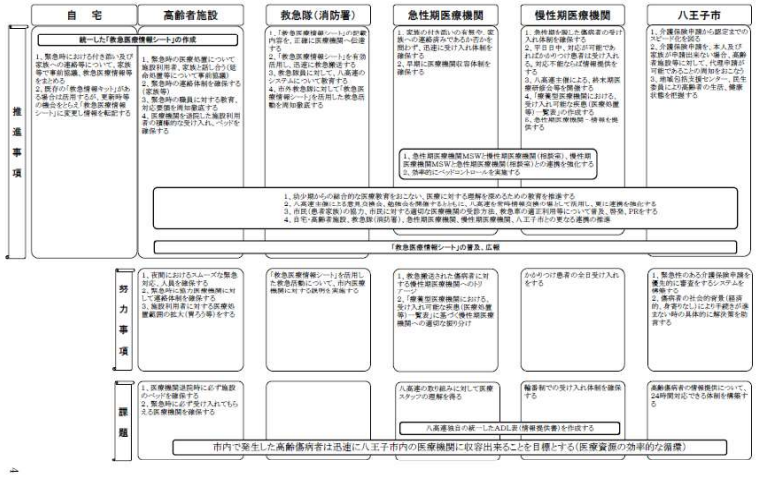
計画と実行

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

八高連審議結果



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

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

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

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

八高連審議結果

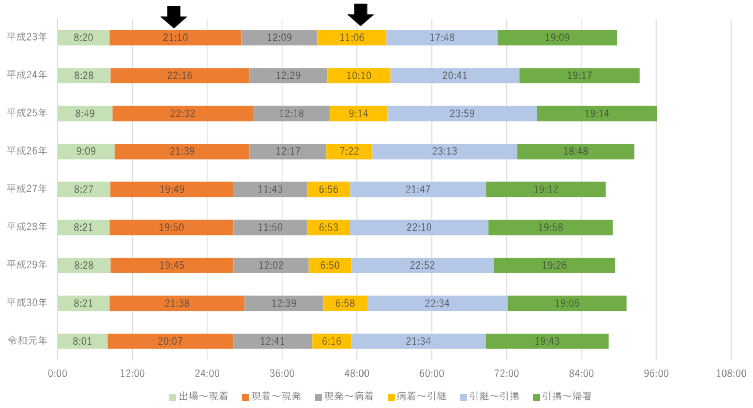
自宅	緊急時の家族の連絡先、付き添いについて話し合っておく 救急情報シートを作成、変更
高齢者施設	緊急時の医療処置（蘇生処置・延命処置）について事前協議 緊急時対応の職員教育 救急情報シートの作成、変更 退院時の積極的受け入れ
救急隊	救急情報シートの有効活用、迅速な搬送 市外救急隊へ八高連の取り組みの周知
急性期病院	家族の付き添いの有無、連絡の有無を問わず迅速に受け入れる 早期の収容体制を確保する
慢性期病院	急性期を脱した患者の早期受け入れ体制 平日日中、かかりつけ患者の受け入れをする

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

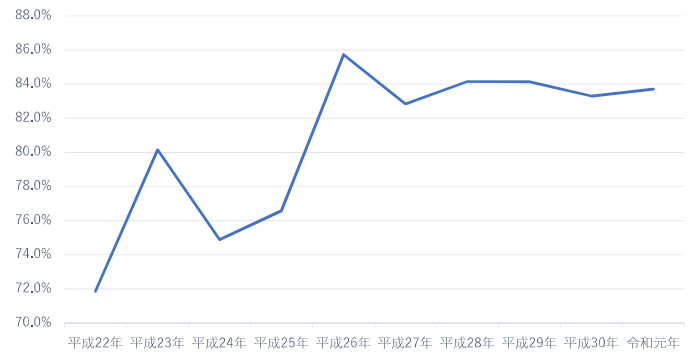
市役所	介護認定のスピード化、代理申請の周知 地域包括支援センター、民生委員による高齢者の健康状態の把握

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

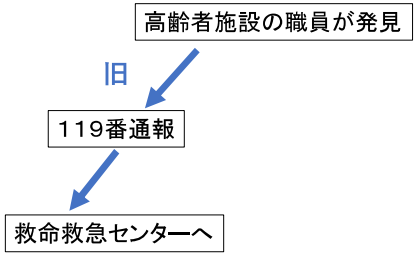


65歳以上　八王子市内収容率　平成22年と令和1年の比較
71.9% → 83.7%

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　新井隆男氏作成スライドより一部改変

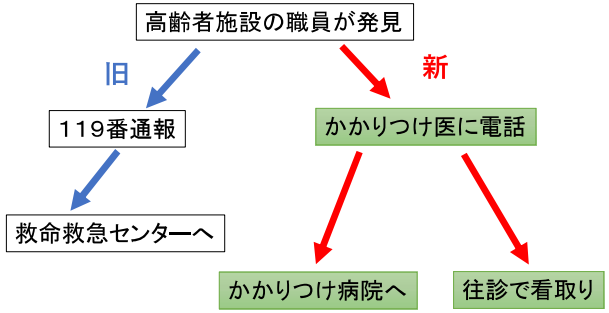
平成22年　305件 → 平成26年　209件



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　新井隆男氏作成スライドより一部改変

平成22年　305件 → 平成26年　209件



救急情報シート運用上での課題

（意見交換会・アンケート結果より）

「もしもの時に」

・本人と家族、家族同士の意向が違う
・最終段階になり家族の意向が変化し救急搬送に至る
・本人の意向が不明＝フルコース？
・具体的な医療処置の記載を望む意見

⬇

ACP(アドバンス・ケア・プランニング）の普及、促進
「新」救急情報シートの作成

救急情報シートの改定に向けて

救急情報シートの更なる普及

ACPの意義を医療・介護・福祉関係者、八王子市民と共有

医療処置の具体的記載（POLST）の運用

⬇

「新」救急情報シート

⬇

更なる高齢者救急搬送の適正化へ

まとめ
八高連の本質と効果

オール八王子での継続的な水平な議論による
「顔のみならず腹の見える連携」の実現

↓

在宅・施設→急性期病院への円滑な搬送

急性期病院→慢性期病院との連携強化

高齢傷病者の市内収容率の向上

慢性期病院の救急受け入れ数増加

在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議設置の経過と取り組み

過年度セミナー参加地域から学ぶ取組状況・成果とこれからの課題

令和５年度在宅医療・救急医療等の連携にかかるオンラインセミナー

北海道北見市
北見市保健福祉部　主幹　地域包括ケア推進担当
大貫　幸代
北見市医療・介護連携支援センター
関　建久

在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議設置の経過

北見市保健福祉部　主幹
地域包括ケア推進担当
大貫　幸代

北見市の基本情報

◆人口：112,041人(R5.9末)

（うち65歳以上：38,693人、75歳以上：21,304人）

◆高齢化率：34.5%

◆要介護認定率：20.9%(R5.9末)

◆面積：1427.41㎢

◆日常生活圏域数：9圏域

◆地域包括支援センター数：7か所(委託)

◆北見市医療・介護連携支援センター(委託)

R5.9末現在

北見市	
人口	112,041人
65歳以上	38,693人
うち75歳以上	21,304人
高齢化率(65歳以上)	34.5%

セミナーで挙げられた課題と解決に向けた対策案

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発

- 退院時等に医療従事者から普及啓発する仕組みづくりが必要。
- ACPについての普及啓発・理解浸透していく仕組みづくり・機会づくり（退院時等）が必要。
- ACPや救急搬送に対する関係者の理解とその普及啓発をしていくことが重要。

意思決定された情報の共有方法づくり

- **救急搬送時には、あらかじめ決められたルールで対応（トリアージ）できるようにすることが重要。**
- **北まるnet(北見市の医療・介護情報共有システム) での情報共有の推進が必要。施設入所、かかりつけ医についても情報連携できることが望ましい。**
- 北まるnetを活用する関係機関・関係者（介護施設・かかりつけ医）の情報共有推進と拡大を図る。

会議体の検討について

- **北まるnetの会議体の一部を拡大し、広く関係機関・関係者を集める合議体が必要。**
- **合議体設置にあたっては、今後関係する可能性のある機関・関係者を加えて、議論していくことも検討する必要がある。**
- **日常の療養支援と緊急時の対応について関係者がトリアージできるルールを定めることが望ましい。**

令和5年度より 北見市在宅医療・介護連携推進事業として実施を決定(ワーキングチーム会議)

どこで療養、延命措置どうする…患者の意思共有へ

希望の最期へ態勢整備開始

市、医師会などチーム結成 望まぬ搬送減狙う

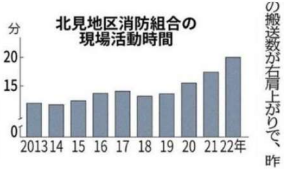
在宅医療が広がり、自宅で最期を迎えたいと考える人が増える中、北見市や北見医師会などは今春から、本人が望む療養場所や延命措置をかなえるための態勢整備を始める。現状は病状が急変した際、本人や家族が慌てて救急車を呼んでしまう例が多く、救急隊員も混乱した現場で蘇生中止の判断をすることは難しい。全道的に珍しい試みで、高齢の傷病者が望まない搬送を減らしたい考えだ。

会議は市が事務局となり、医師会、北見地区消防組合、医療機関などでワーキングチームをつくる。傷病者の意思を共有し、受け入れるための連携のあり方、高齢者の救急搬送や診療における課題などを話し合う。道地域医療課によると、道内の自治体で同様の取り組みは聞いたことがないという。

態勢整備には、限られた医療資源を有効に使う狙いもある。同組合（北見市、訓子府町、置戸町）の昨年の出動数は6756件で、過去10年間で30・6%増加。特に高齢者の搬送数が右肩上がりで、昨年は61・3%を占めた。これに伴い救急隊員がかかりつけ医や持病の把握に手間取る事例が増加。コロナ禍による病床逼迫もあり、昨年の現場活動時間は20分と10年間で1・7倍になった。

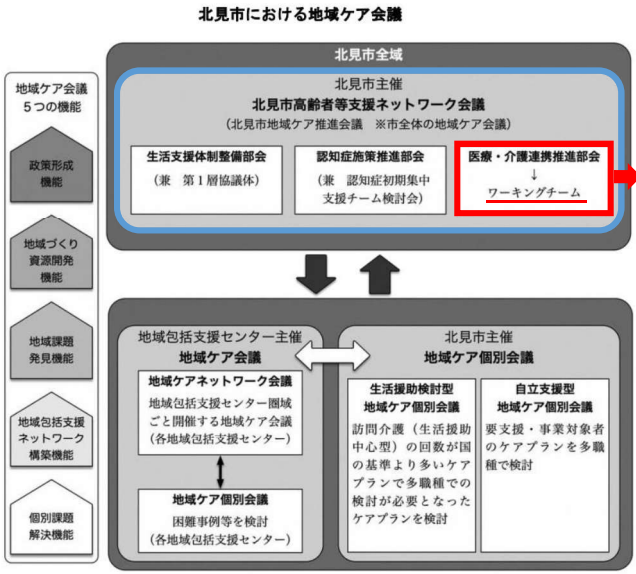
道外では先行例があり、東京都八王子市はスムーズな搬送のため、高齢者が意思表示するシートを作成。かかりつけの病院や服用薬に加え、救命や延命してほしい「苦痛を和らげる措置の希望」などの回答欄がある。広島市消防局や埼玉西部消防局は、かかりつけ医と連絡を取り指示を受けた場合、搬送や心肺蘇生の措置を中止している。

北見市医療・介護連携支援センターの関連久センター長は「本人の希望をかなえるため、日ごろから家族や介護者、医療関係者間での情報共有が必要だ」と指摘。その上で、「訪問診療の態勢など各地域で医療環境は異なる。北見の実情に合ったルールや連携態勢について話し合っていきたい」としている。（水野薫）



望む最期迎えて　北見市が態勢整備開始　療養場所、延命措置…患者の意思共有へ
2023年3月29日 北海道新聞　北見版　より

北見市の公的な会議へ位置づけ



医療・介護連携推進部会　構成団体
北見医師会
北見歯科医師会・北見歯科医師団
北海道薬剤師会北見支部
北海道看護協会北網支部
北見地域介護支援専門員連絡協議会
北見市介護老人福祉施設連絡会
北海道医療ソーシャルワーカー協会 北支部
北海道訪問看護ステーション連絡協議会北見地区
北海道理学療法士会道東支部
北海道理学療法士会道東支部
北海道作業療法士会網走支部
北海道言語聴覚士会北網支部
北海道老人保健施設協議会北見地区
北海道栄養士会オホーツク支部
北海道歯科衛生士会オホーツク支部
北見市地域包括支援センター(7ヶ所)
北見地区消防組合消防本部
北見保健所
北海道オホーツク総合振興局社会福祉課
北見市医療・介護連携支援センター

第8期 北見市介護保険事業計画より

参画団体と機関

No.	機関・団体名
1	北見医師会 (主に在宅療養支援診療所)
2	北見地区消防組合 消防本部 救急企画課
3	北見地域介護支援専門員連絡協議会
4	北見市介護老人福祉施設連絡会
5	北海道訪問看護ステーション連絡協議会北見地区
6	北海道老人保健施設協議会北見地域
7	北海道認知症グループホーム協会 オホーツクブロック
8	北見市地域包括支援センター連絡協議会
9	北見赤十字病院(3次救急)
10	北海道立北見病院(2次救急)

No.	機関・団体名
11	小林病院(2次救急)
12	北星記念病院(2次救急)
13	オホーツク勤医協北見病院(在宅療養支援病院)
14	道東の森総合病院(2次救急・在宅療養支援病院)
15	北見地域多職種チーム会議(北見保健所 企画総務課)
16	北海道オホーツク総合振興局保健環境部社会福祉課
17	北海道在宅医療推進支援センター(北海道委託事業)
事務局	北見市保健福祉部　介護福祉課　地域支援係
事務局	北見市保健福祉部　地域包括ケア推進担当
事務局	北見市医療・介護連携支援センター

第1回　在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議(2023.9.28)資料より

令和5年度の活動

1. 第1回 在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議(令和5年9月28日)
   活動目的・方法の確認、在宅医療・救急医療に関わる実態調査の実施
2. 第2回 在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議(令和5年11月28日)
   実態調査結果を踏まえた今後の活動について協議
3. 第1回在宅医療・救急医療セミナーの開催(令和6年2月9日)
   在宅医療・救急医療に関わる実態調査結果、救急現場における現状と課題、(講演)高齢者施設における在宅医療と救急医療、(グループワーク)在宅・施設における救急搬送の課題
4. 第3回 在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議(令和6年3月12日予定)
   令和6年度の活動計画について(予定)

在宅医療・救急医療 ワーキングチーム会議の取り組み

北見市医療・介護連携支援センター長
ソーシャルワーカー　関　建久

在宅医療・救急医療に関する事例

在宅医療・救急医療連携を必要とする事案が北見で起きています

第1回　在宅医療･救急医療ワーキングチーム会議(2023.9.28)資料より

かかりつけ医の対応で搬送を中止し、本人の意思が叶った例

- 重度の肺疾患を抱えていた男性。日ごろから妻に「最期は自宅で」と話し、かかりつけ医療機関でもカルテで共有していた。
- ある日心肺停止となった際、家族は慌てて119番した。救急隊からの連絡で事態を知ったかかりつけ医師は、男性の希望を救急隊員へ伝え、自宅へ駆けつけ家族と一緒に最期を看取った。(搬送辞退)
- かかりつけ医が対応できなかった場合、救急隊は救命処置を行い医療機関へ搬送せざるを得ない。

【資料】救急業務規程　第8条(救急活動の原則)
救急活動は、救命を主眼とし、傷病者の観察及び必要な応急処置を施した後、速やかに医療機関へ搬送することを原則とする。

令和5年6月11日の北海道新聞(総合)記事を参考に医療介護支援センターが作成・加筆

第1回　在宅医療･救急医療ワーキングチーム会議(2023.9.28)資料より

在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議の活動目標
関係者の問題解決ではなく当事者にとっての課題解決

高齢者が希望する医療を受けることができる

- 希望しない救急医療を受けないようになる

高齢者が希望する最期の場所で過ごすことができる

- 自宅や施設での訪問診療で死亡診断を受けることができる

高齢者の家族が、医療的対応に納得することができる。

- 納得した話し合いと家族・関係者との情報共有、関係スタッフ・医療機関等の対応

高齢者施設、救急隊、救急医療、在宅医療、ケアマネジャーなどすべての関係者が疲弊しない持続可能な仕組みができる

- 今後到来する多死社会と人口減少に耐えられる仕組みをつくる

参照：「高齢者施設における在宅医療と救急医療コンセンサスシート(案)」(静明館診療所 大友 宣 医師 作成)

在宅医療･救急医療に関わる実態調査報告書

調査名	在宅医療･救急医療に関わる実態調査
目　的	本人の意思が実現できる環境の整備へ向けた在宅医療と救急医療の実現を目指すため、救急医療、在宅医療、救急隊、高齢者施設、訪問看護師やケアマネジャーなどが抱える課題を抽出します。 また課題解決の具体的方策を検討する材料にするとともに地域の関係者との課題共有のためのセミナーの資料とします。
対象者	北見市内の医療機関、消防組合、高齢者施設*、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（合計194ヶ所）
方　法	Webによるインターネット回答（Googleフォーム）
期　間	令和5年10月13日より令和5年10月28日まで
回答率	112ヶ所/189ヶ所（回収率59.3%）

*高齢者施設の種類
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）、特定施設入居者生活介護、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、高齢者下宿等

第2回　在宅医療･救急医療ワーキングチーム会議(2023.11.28)資料より

結果①

回答した救急告示等病院では以下のすべてに救急搬送が「ある」と回答した。

1.延命と救命の判断に迷う高齢者が搬送される。

2.施設等からの老衰患者が搬送され、いわゆる**「死亡診断」のために高齢患者の救急搬送**がある。

3.認知症、既往歴の多い高齢患者の救急搬送がある。

4.蘇生を希望しない**DNAR** 傷病者の救急搬送がある。

診療所・訪問診療を実施する医療機関では３件中2件に以下が「ある」と回答した。

5.医師数に限りがあり、24時間の訪問診療や往診の対応が限界である。

6.自宅や施設で看取りを行う方針だったが家族や職員が救急搬送を要請し、医療機関に入院した。

消防組合では以下のすべてが「ある」と回答した。

7.救急処置を望まない高齢者からの救急要請がある。

8.病院選定の回数が増加している。

9.病院選定の時間が長くなり、現場活動時間が延長している。

DNAR: do not attempt resuscitation
患者本人または患者の意思を推定できる者の意思決定に沿い、心停止の際に心肺蘇生法（CPR）を行わないこと。

結果②

居宅介護支援事業所および地域包括支援センターでは以下の回答があった。

10.死期が迫っていない患者や利用者に対する**ACPへの提案をしているのは8.7%**であった。

11.自宅看取りを希望した場合、訪問してくれる医師を依頼できると回答した割合は42.1%であった。

12.救急時に医療機関から同席の対応を求められることがあると回答した割合は28%であった。

訪問看護事業所では以下の回答があった。

13.医療機関から緊急時の約束・指示が約束通りであると回答した事業所が57%であった。

14.利用者からの夜間や休日の訪問看護の依頼に対応している事業所は86%であった。

15.医師からの事前指示書に対応していると回答した事業所が57%であった。

16.看護師数に限りがあり、対応が限界であると回答した事業所が29%であった。

17.上記の一方で「対応は状況による」と回答した事業所が71%であった。

高齢者施設では以下の回答があった。

18.入所者の急変時に備え**事前指示書**を作成していないと回答した事業所が61%であった。

19.医療者への伝達に自信があると回答した事業所は26.4%で、「どちらともいえない」と回答した事業所は57%であった。

20.体調悪化時に施設で対応可能な症状の程度をルールとして明確にしている事業所は52.8%であった。

事前指示（advance directives）
人生の最終段階における医療とケアに関する意向を患者あるいは将来患者になることを想定した本人が事前に示しておくこと。
それを文書化したものが事前指示書。一度作成しても適宜の見直しと再確認が推奨される。

実態調査から抽出した課題（自由意見を含む）

医療機関

1.本人の意思が確認できない場合、**代理意思決定者（家族など）がいない。その場にいても判断がすぐにできない。**

2.受診時の付き添い者が状況を把握していないヘルパー等で方針の相談ができない。

3.自宅や施設で**看取りを行う方針だったが家族や職員が救急搬送を要請**し、医療機関に入院する。

救急隊・行政

4.軽症でも搬送を希望する市民が多く、病院選定回数が増える。

5.発熱傷病者(コロナ疑い傷病者)の受け入れが非常に厳しい。市内告示病院への連絡を2周するなど回数及びその分現場滞在時間が延長している。

ケアマネ・訪問看護師

6.死期が迫っている方に対するACPの提案をケアマネジャー状況に応じることがある。

7.訪問看護指示書の緊急時連絡先に連絡しても診察を断られるケースがある。

高齢者施設

8.施設内で**看取り方針だったが情報共有されておらず救急搬送**され病院で看取られる。

9.入所者の急変時に備え**事前指示書を作成していない高齢者施設は61%**である。

10.体調悪化時に施設で**対応可能な症状をルールとして明確にしている高齢者施設は52.8%**である。

「望まぬ救急搬送」課題に
市内消防全署が要請経験
高齢者の意思確認ルール急務
在宅・救急医療チーム調査
北見市内の救急搬送の実態について話し合う在宅医療・救急医療連携ワーキングチーム＝2023年11月28日
入所者急変時の高齢者施設の態勢
はい　いいえ　その他
入所者の急変時に備え、事前指示書を作成　36.7　61.2　2
入所者の体調悪化時に対応可能な症状の程度を明確化　54.9　39.2　5.9
救急搬送の判断を行う医療職の対応が可能（日中のみ）　73.6　18.9　7.5
救急搬送の判断を行う医療職の対応が可能（24時間）　66　30.1　3.8
0%　20　40　60　80　100

2024.01.17
北海道新聞
北見版

会議の様子や内容を
新聞記事として住民や
関係者へ周知します

今後の活動内容(第3回会議で検討予定)

医療機関、救急隊や行政における取り組み

1.医療機関で対象と思われる通院・入院患者に対するACPを推進する。

2.北見地域で心肺蘇生を希望しない高齢者が救急要請した場合の不搬送のルールを定める。

3.看取り希望の高齢者の情報共有方法と搬送時および搬入後の対応方法を定める。

4.上記の取り組みやルールを市民へ啓発する。

ケアマネジャー、訪問看護師、介護職など

5.対象と思われる患者・利用者に対するACPを推進する。(再掲)

6.施設入所等の際にACPを施設担当者へ引き継ぐ。

高齢者施設に対する取り組み

7.高齢者福祉施設に対し、施設医師、外部医師や訪問看護ステーションと連携して、多種多様な形態の高齢者施設に応じた看取りの体制をつくる。

8.高齢者施設における「予想しない急変」に対する蘇生教育や急変時対応についての教育や研修について検討する。

9.高齢者施設における「予想される急変」について施設内での情報共有、急変時の対応や看取り対処について検討する。

事業担当者(運営側)としての課題

課題を地域・関係機関全体の共通した「困りごと」として認知してもらうこと

- 本課題を各自の機関や施設の運営上の課題としてのみ認識するのではないこと
- 所属組織が抱える課題の解決ではなく、高齢者の意思決定を実現するための取り組みというコンセンサス形成

個別事例のACP推進に依存しない地域ルール、合議形成

- 活動が進まない原因を「地域のACPが普及していないから」という理由で片づけない
- 看取りの話ではなく、生きている間の支援の話しという関係者の意識を高める

自治体に危機感がない

- 医療の問題は市町で取り扱える課題を超えているという意識
- 市町を超えた広域の協議体に都道府県レベルの関心が低い(医療計画に記載なし、救急なのか在宅なのか)