

【第2部 附属資料】

セミナー講演資料

令和6年度「在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業」

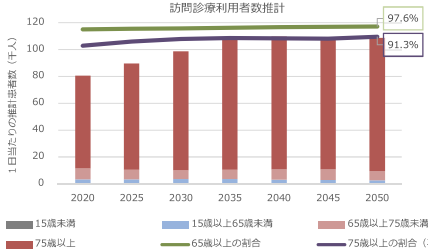
急変時における在宅医療の体制整備について

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

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

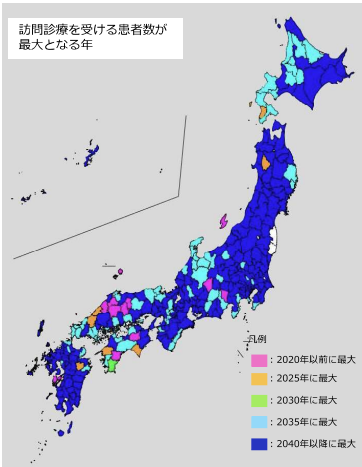
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

- 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237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。



高齢者の占める割合（%）

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

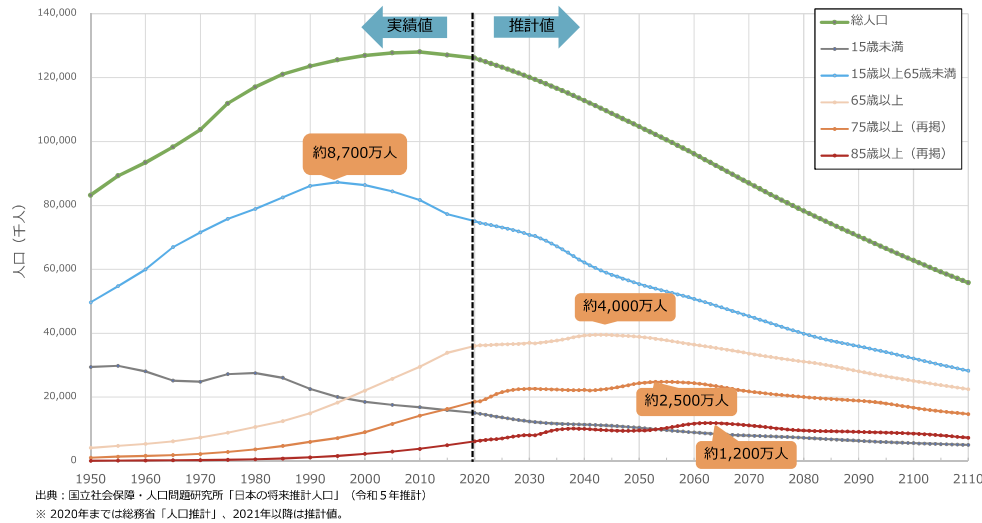


※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は相対、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について推計。

【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。



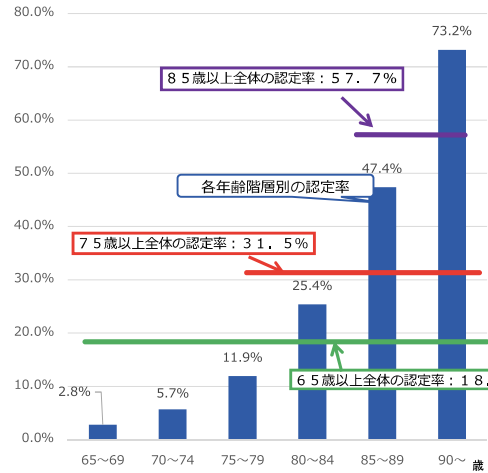
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計）
※ 2020年までは総務省「人口推計」、2021年以降は推計値。

医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

令和6年3月29日新たな地域医療構想等に関する検討会資料（改）

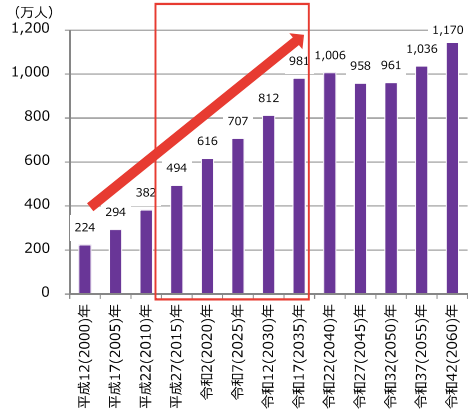
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022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

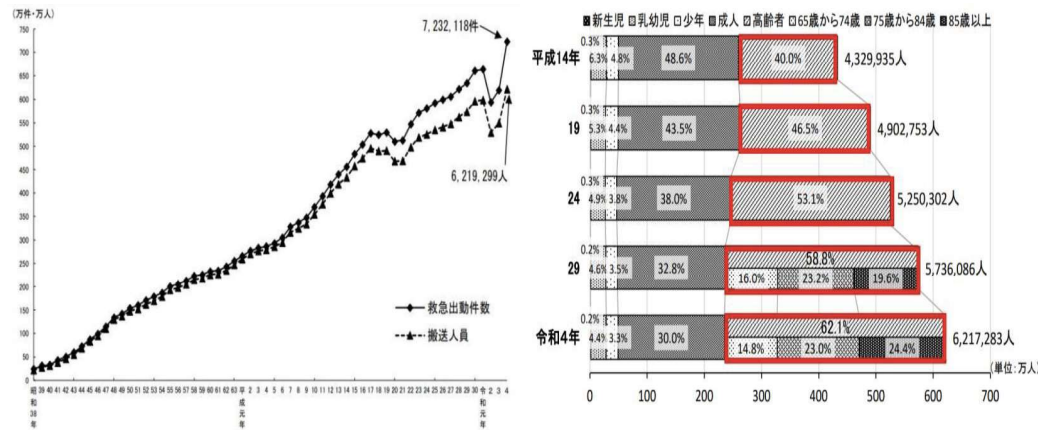


（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

救急出動件数及び搬送人員、年齢区分別の推移

第8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6年8月8日
資料1改

- 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2、3年は新型コロナウイルスの影響等により若干減少しているものの、長期的に増加傾向であり、令和4年は過去最高値を更新した。
- 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年以降の救急出動件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

(注) 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%にならないことがある

(出典) 令和5年版 救急・救助の現況（総務省消防庁） 第16図より一部改変

(出典) 令和5年版 救急・救助の現況（総務省消防庁） 第30図

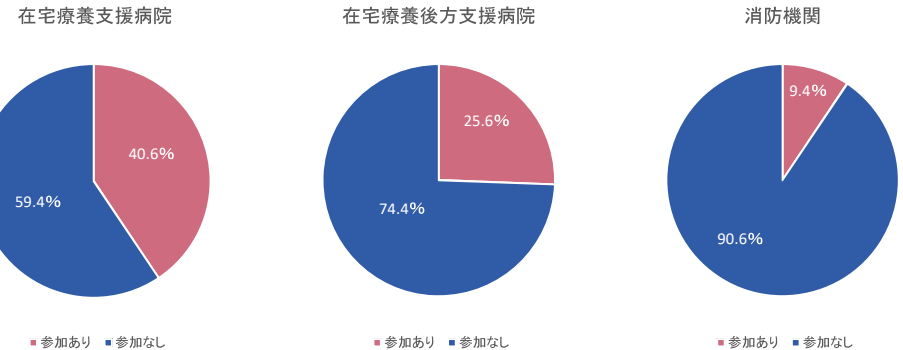
5

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） 6

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する。

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、ACPIに取り組んでいくことが重要である。

<今後、消防機関に求められること>

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

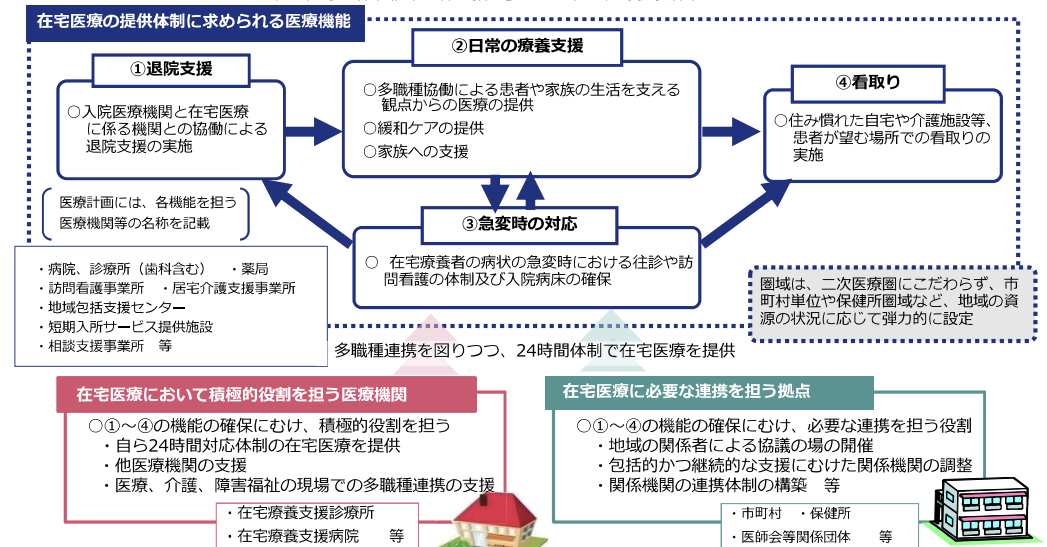
7

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））

8

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係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歯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、小児など、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。
- 在宅療養患者が自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。

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

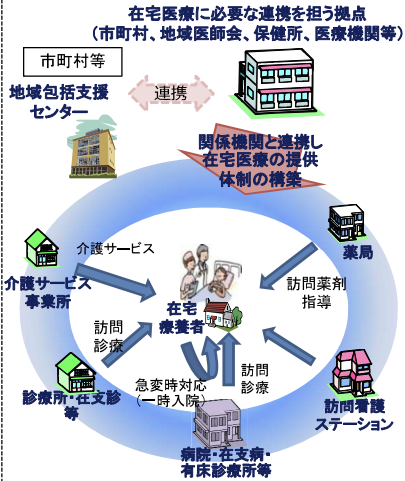
前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかが在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

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。
- 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
 - 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ため、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））

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、他の医療機関等と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））

在宅医療・救急医療連携セミナー

令和6年度予算額（令和5年度当初予算額）：14百万円（17百万円）

1 事業の目的

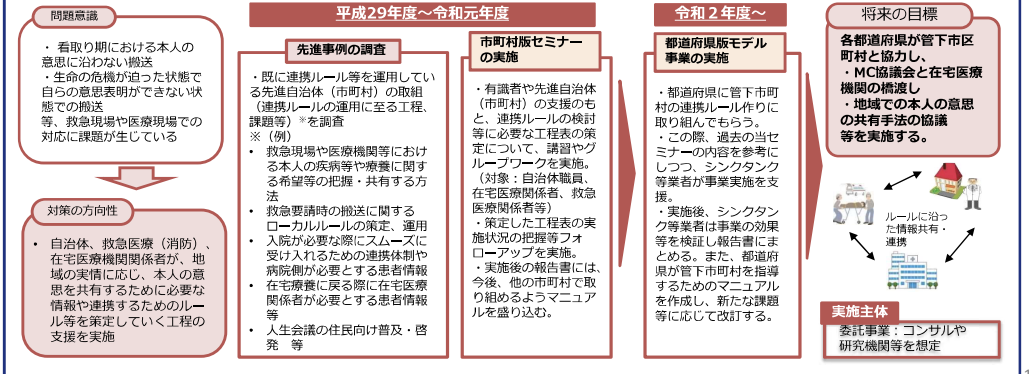
<背景・課題>

- 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・ケアチームと話し合いを行っていないこと等から望まない救急搬送が行われることや、また、生命の危険が迫った状態では多くの人が自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることから、救急現場や医療現場での対応に課題が生じているとの指摘がある。
- 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展開を推進していくことで、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



社会保障制度改革国民会議

まず、
お互いを知る。
そして、
ニーズを知る。

これまでの医療 高度経済成長1970年代モデル	これからの医療 全世代型21世紀2025年モデル
身体を治す	生活を支える
病院完結	地域完結
入院	在宅
救命、治療、延命	病気と共存(治さない)
社会復帰	QOL(生活の質)、QOD
寿命 60歳代	80歳代

病いとともに地域で過ごす

在宅医療

目標：よりよく生活すること

Cure ≧ Care
治す 付きあう

今の生活をできるだけ続ける

世田谷区 お彼岸シンポジウム

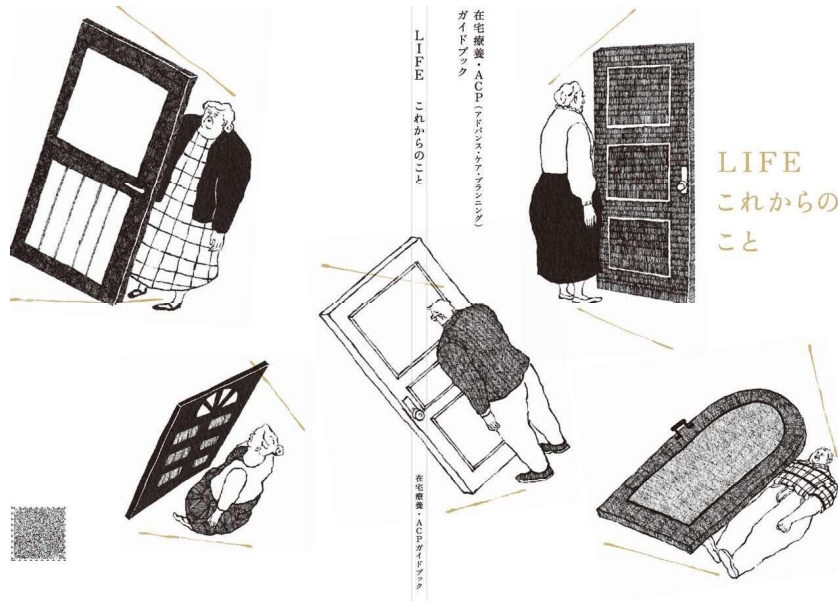
[illegible]

医原性サルコペニア

とりあえず、
安静・禁食・電解質輸液
医療もストレスになる

しなないとできなくなる

意識改革が必要！



そのなかで
寿命と尊厳



言っておこう・聞いておこう



意思確認

尊厳死 具体的には
リビングウィル

事前指示書(アドバンスディレクティブ)
POLST(生命維持治療に関する医師による指示書)
DNAR (心肺停止時に蘇生を試みない)
人生の最終段階における医療・ケアの決定
プロセスに関するガイドライン

人生観・死生観 ALP

最期はどこで過ごしたいか

人工呼吸器
胃瘻 ポート 点滴
人工透析

救急車を呼ぶか、呼ばないか

DNAR

ACP

(アドバンスケアプランニング)

愛称を「人生会議」
11月30日を「考える日」に



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

ACPってなんだろう?

価値観や 気持ち 大切にしたいこと 医療や お金のこと

「まだ自分には関係ない」と思わずに大切な人と話し合ってみませんか

自分らしく生きるため「人生会議」しよう

アドバンス・ケア・プランニング
ACP
ってなんだろう?

「人生会議」してみませんか

自分らしく生きたい。病気があっても家で暮らしたい。
「もしもの時」にそなえて、自身が望む治療やケアを家族に信頼できる人に相談しませんか?

今日、明日のために人生会議しませんか?

大切な人の本当の思い知っていますか?
「もしものとき」のこと話そう。伝えよう。

駒澤大学 × 世田谷区

必然性
蘇生
救急搬送
入院加療
延命



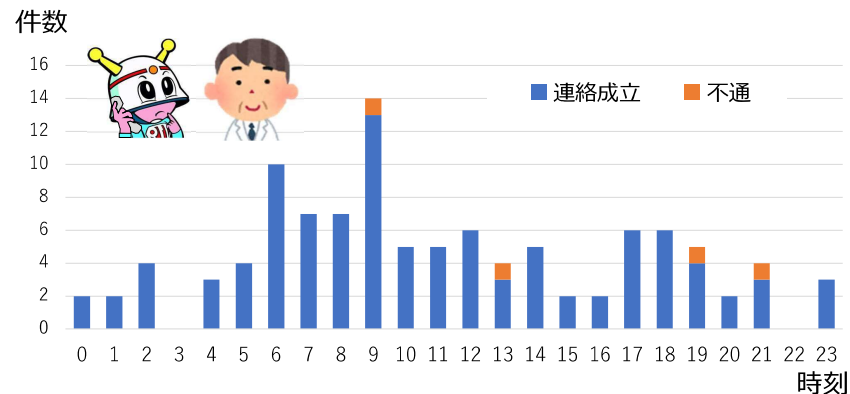
心肺蘇生を望まない傷病者への対応について 新たな運用を開始します

2 運用の要件

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

救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、これらの項目を確認できた場合、心肺蘇生を中断し「かかりつけ医等」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐ。

2 かかりつけ医との連絡状況



入所者の具合が悪くなったとき

高齢者施設における救急対応マニュアル
作成のためのガイドライン

予想されていたか？

はい

予想に基づく
かかりつけ医の
指示があるか？

はい

かかりつけ医の
指示通り対応する

いいえ

いいえ

かかりつけ医に連絡し、指示を受ける

かかりつけ医の指示通り対応

119番通報

◎かかりつけ医と連絡を取れない場合

#7119または119番通報

かかりつけ医を持ちましょう (東京都医師会)

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



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

これからの
かかりつけ医は
何でも話せる、伝わる
いつでも連絡がつく
ACPについて話す
死亡診断書を書く

それぞれの事情

本人	ACP
家族	希望
介護	責任
医療	制度
社会	??

これからの救急は？
それでも、慌てる
予測していないことが起こる
気持ちが変わる



当院の対応

紹介元
連携先
事前承諾⇒救急要請
複数受け入れ困難⇒救急要請
早く情報提供する

コロナ禍が変えた？

医療崩壊⇒自宅療養
人工呼吸器・ECMO適応
ACPが身近になった

でも、簡単なことではない

これからの救急医療

現状を知る、前医を否定しない

生活視点からの早期の目標設定
目標達成のための方針の実践

どこでどう生活するか（地域を意識）
早くどう退院するか（チームを意識）

入院支援⇒退院支援＝意思決定支援

日頃の連携が重要！

在宅医療と救急医療

在宅医療 救急医療

病院前医療（メディカルコントロール）
臓器別ではなく全身を診る ⇒ 総合的判断
内科的な知識＋外科的な手技 ⇒ 総合診療
病気だけでなく、精神的、家族へのサポート
急性期対応から終末期医療・看取りに対応

24時間対応

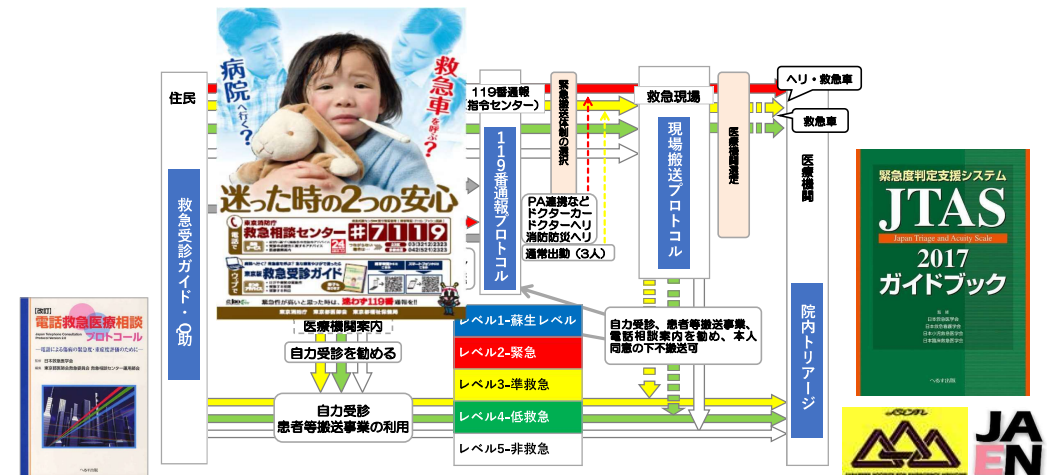
チーム医療、コミュニケーション

社会との接点

救急医療

想いを馳せる 想像力を豊かにする

社会で共有するトリアージ



<https://jsm.me/training/ctas/learn.html#jtas-course>

高齢者のトリアージで考えたいこと

身体、状況を客観的に評価する。

エビデンスに基づいて予後予測する。

できることと予想される結果を話す。

これまでの人生に思いを馳せ、意思を確認し、方針を伝え、悔いがないか確認する。

希望に沿ってできることをする。

高齢者のトリアージで考えたいこと

身体、状況を客観的に評価する。

エビデンスに基づいて予後予測する。

できることと予想される結果を話す。

これまでの人生に思いを馳せ、意思を確認し、方針を伝え、悔いがないか、くりかえし確認する。

希望に沿ってできることをする。

これからの救急は？

時代にあわせて変化する

困った時の電話番号



本質？



2025.03.04
厚生労働省医政局
在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業
第2回福井市

地域で紡ぐACP ～誰のための、何のためのACPなのか？～

一般コミュニティヘルス研究機構 理事長・機構長
慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

山岸 暁美

akemi-yamagishi@keio.jp

自己紹介

保健医療学博士，看護学修士，地域/在宅看護専門看護師，社会福祉士，認定心理士

日本赤十字社医療センター勤務後、渡豪し小児病院および総合病院に勤務。帰国後、2000年～訪問看護に従事。
07年～厚生省戦略研究緩和ケア普及のための地域介入研究OPTIM-Studyプロジェクトマネジャー。
09年～厚生省入省、在宅医療専門官として、診療報酬・介護報酬同時改定、東日本大震災対応、医療計画指針策定、在宅医療連携拠点事業などに携わる。16年8月～現職+週1～2日訪問看護。

Disaster Community-Care Assistance Team(DC-CAT)代表 / 内閣府デジタル田園健康特区(長野県茅野市)PMO
倉敷市連合医師会顧問 / 神戸市医師会医療戦略委員 / AMED慢性の痛み解明班評価委員 / 青森県医療政策委員
令和4年度厚生省「保健所の在り方検討委員会」委員/令和3年度厚生省特別研究「在宅医療機関のBCP策定に係る研究」研究代表者
令和4～6年度在宅医療提供機関のBCP策定専門委員会委員長/令和2～6年度厚生省医政局事業E-Field HOME研修タスクフォース長、
内閣府規制緩和推進への関与等、政策と研究と現場を繋ぐタスクを多数務める。

◆ 主な学術論文

- Hasegawa T, Ochi T, Yamagishi A, Akechi T, Urakubo A, Sugishita A, Yamamoto R, Kubota Y, Shimoyama S. Quality indicators for integrating oncology and home palliative care in Japan: modified Delphi study. Support Care Cancer. 2024 Jul 2;32(7):476.
- Hasegawa T, Yamagishi A, et al. Integrating home palliative care in oncology: a qualitative study to identify barriers and facilitators. Supportive Care in Cancer. 2022, 30(6):5211-5219
- Miyashita J, Shimizu S, Yamagishi A, et al. A Consensus Definition and Action Guideline for Culturally Adapted Advance Care Planning: A Modified Delphi Study. Palliative Medicine (accepted)
- Ueno Y, Yamagishi A, et al. Development of a national health policy logic model to accelerate the integration of oncology and palliative care: A nationwide Delphi survey in Japan. Int J Clin Oncol. 2022 Jun 17. Online ahead of print.
- Yokomizo T, Kanno K, Yamagishi A, Nagata T. Perception of mutual aid and its related factors: a study of Japanese high school students. Biosci Trends. 2021;23:14(6):457-459.
- 山岸暁美, 妹尾栄治他. 本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか? ; 増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題. 日本在宅救急医学会雑誌. 2020. 4(1):61-68
- 山岸暁美, 西原洋浩, 今井博之. 生活再建フェーズにおける医療・ケア提供体制支援プラットフォームの意義—倉敷市連合医師会・日本在宅医学会の協働によるKurashiki area medical & care Reconstruction Association (KuraRA)の運営—. 治療. 2019, 101(6), 742 - 746.
- 神原咲子, 山岸暁美. 減災ケアの共創と可視化—西日本豪雨の事例とともに—. 保健医療科学. 2019; 68(4): 319-328.
- Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. Lancet Oncol. 2017;14(7):638-646.
- Yamagishi A*, Sato K, Miyashita M, et al. Changes in quality of care and quality of life of outpatients with advanced cancer after a regional palliative care intervention program. J Pain Symptom Manage. 2014;48(4):602-610.

第1回のグループワークで出された意見

- ◆ 在宅に帰るとき、ACPを決めるが(??)急変すると救急を呼んでしまう場合がある。
- ◆ 高齢者施設で本人の希望を聞いた紙を渡されるものの、しっかりと説明できない場合が多い。
- ◆ 急変時に心肺蘇生をするかという項目ばかり記載されており、本当の意味での人生会議はしていないと感じている。
- ◆ 本人の意思を確認しても、急変時に家族がすべての救命処置を希望するケースもある。
- ◆ 介護職もACPの視点を持って利用者に関わっていくことが大事。
- ◆ 地域の先生がどのようなACPをされているのかが分からないので、やりとりのしづらさがある。
- ◆ ACPについて 市民全体で考えられるような流れになるとよい。

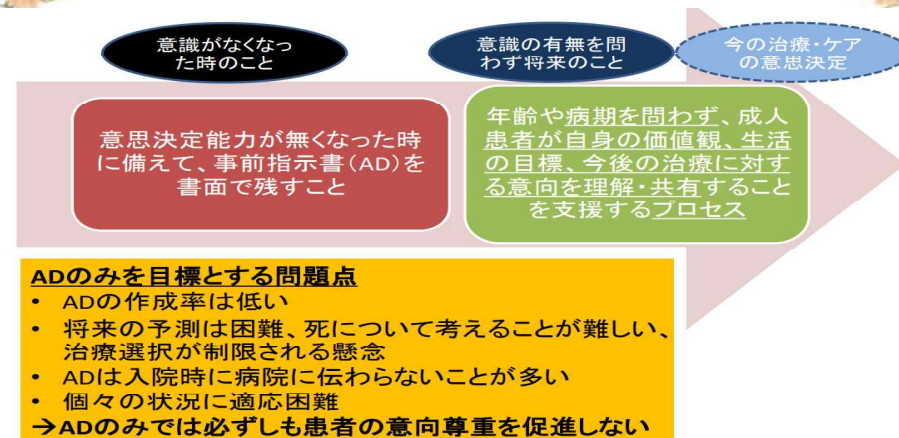
そもそもACPとは？

1960～1990年前半
延命治療Only⇒AD
・ 海外での法制化
・ SUPPORT研究

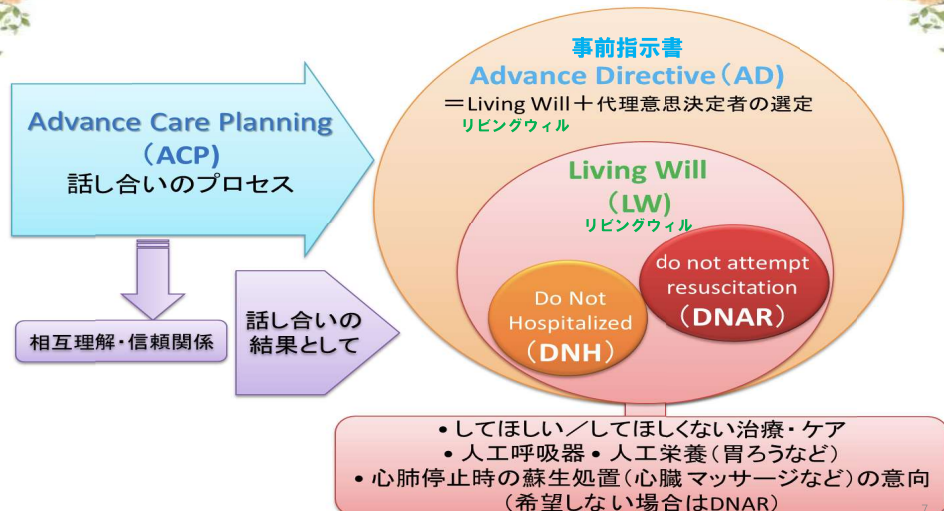
1990年代半ば～
AD⇒ACP
・ Respecting Choices
・ 多様な実証研究
・ 系統的レビュー
・ 主に短期アウトカム
の改善

2020年代～
ACP⇒ACP2.0？
・ 相次ぐNegative
studies
・ Morrison論文
・ 論点の整理
・ 新たな模索

ACPの概念の変遷



ACP・AD・LW・DNAR・DNHの整理



1960～1990年前半
延命治療Only⇒AD
・ 海外での法制化
・ SUPPORT研究

1990年代半ば～
AD⇒ACP
・ Respecting Choices
・ 多様な実証研究
・ 系統的レビュー
・ 主に短期アウトカム
の改善

2020年代～
ACP⇒ACP2.0？
・ 相次ぐNegative
studies
・ Morrison論文
・ 論点の整理
・ 新たな模索

ACPに関する系統的レビュー 効果

- Advance directiveの完成率↑
- 将来の医療についての話し合い↑
- 患者の意向に沿ったケアの提供↑
- 患者・医師のコミュニケーションの質↑
- 望まない入院↓
- ホスピス・緩和ケアの利用↑
- 複合的なACP介入が意向に沿ったケア↑

Brinkman-Stoppelenburg A, et al. Palliat Med 2014;28:1000-25.

Houben CH, et al. J Am Med Dir Assoc 2014;15:477-89.

Copyright© 2025 Research Association of Community Health. Yamagishi A. All Rights Reserved. Yamagishi A

1960～1990年前半
延命治療Only⇒AD
・ 海外での法制化
・ SUPPORT研究

1990年代半ば～
AD⇒ACP
・ Respecting Choices
・ 多様な実証研究
・ 系統的レビュー
・ 主に短期アウトカム
の改善

2020年代～
ACP⇒ACP2.0?
・ 相次ぐNegative
studies
・ Morrison論文
・ 論点の整理
・ 新たな模索



10

Copyright© 2025 Research Association of Community Health. Yamagishi A. All Rights Reserved. Yamagishi A



進行がん患者へのACP ACTION

欧州6か国、
23施設、
進行肺・大腸
がん患者
1117人
PS 0-3

R

Respecting Choicesを用いたACP

- ① 相談員と患者・家族の話し合い(1.3回)
- ② 「私の心づもり」の書類(みなしAD)
- ③ ACP・代理人の役割に関する冊子

通常のがん治療

ACP介入の結果

- ・ QOL、症状・コーピング・患者の満足度・共有意思決定に改善なし
- ・ ACPの話し合い: 67%「役立った」、16%「つらかった」
- ・ 病院のカルテに事前指示書↑ (10% vs 3%, $p < 0.001$)
- ・ ADの中で代理人の指定↑ (94% vs 47%, $p < 0.001$)
- ・ 専門緩和ケアの関与↑ (37% vs 27%, $p = 0.002$)

Korfage IJ, et al. PLoS Med 17(11): e1003422.

Copyright© 2025 Research Association of Community Health. Yamagishi A. All Rights Reserved. Yamagishi A

長期療養型施設(NH)でのビデオによるACP: cRCT (Pragmatic Trial of Video Education in Nursing Homes: PROVEN)

NH360施設
(認知症・心
肺疾患+/-
の利用者)

R

119施設: 4171名(疾患+)、5767名(疾患-)
主にMSWが、入所時・6か月ごとに利用者・代
理人にACPのビデオを供覧(延命治療・内科治
療・症状緩和の3種類を解説、6-10分)

240施設: 8308名(疾患+)、11773名(疾患-)
通常のACP

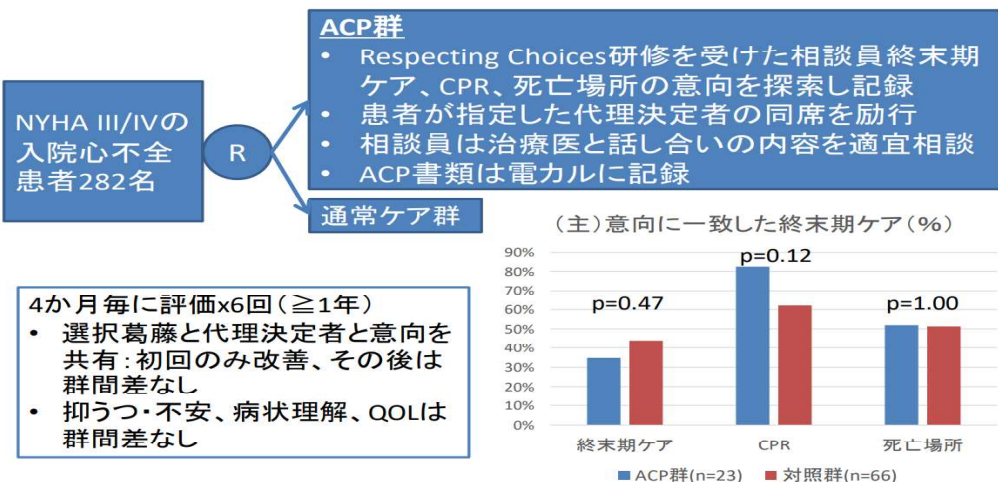
12か月後に評価

- ・ (主) 重篤な疾患+群での1000人・日当たりの病院移送回数 (3.7 vs. 3.9; 差-0.2; 95%CI, -0.5 to 0.2)
- ・ 重篤な疾患の有無を問わず全コホートでの下記項目: 群間差なし
 - ✓ 1回以上の病院移送率(入院、救急搬送など)
 - ✓ 1回以上の負担を伴う治療を受ける率(経管栄養、経静脈治療、ICU入院等)
 - ✓ ホスピス利用率
- ・ 介入群でのビデオ供覧率は21.9%のみ! ⇒施設で新規介入を実装する難しさ

Mitchell SL, et al. JAMA Intern Med 2020;180:1070-8.

Copyright© 2025 Research Association of Community Health. Yamagishi A. All Rights Reserved. Yamagishi A

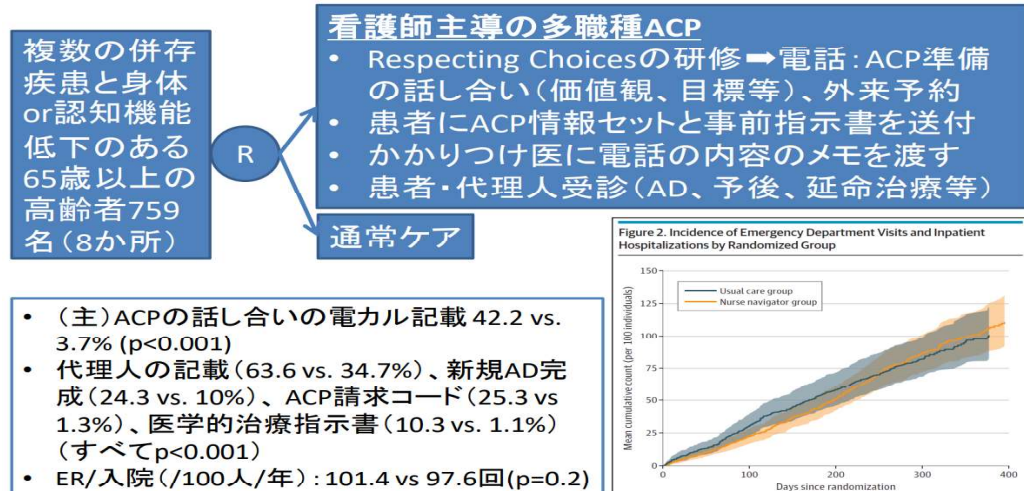
心不全でのACP: RCT



Malhotra C, et al. J Cardiac Fail 2020;26:594-8. 13

Copyright© 2025 Research Association of Community Health, Yamagishi A. All Rights Reserved. Yamagishi A

プライマリケアでの看護師主導の多職種ACP: RCT



Gabbard J, et al. JAMA Intern Med 2021;181:361-9. 14

Copyright© 2025 Research Association of Community Health, Yamagishi A. All Rights Reserved. Yamagishi A

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume XX, Number XX, 2020
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/jpm.2020.0272

Notes from the Editor

Advance Directives/Care Planning:
Clear, Simple, and Wrong

R. Sean Morrison, MD



AD/ACPが目標に一致したケアを叶えることはないだろう。(2020年)

VIEWPOINT

What's Wrong With Advance Care Planning?

R. Sean Morrison, MD

Advance care planning (ACP) has emerged during the goal-concordant care or patient quality of life. Addition-

Opinion

ACPは、本質的に理屈は通ったが、望むような効果がないことをエビデンスは示唆している。多くの医療者は、必要な意思決定のかなり前に患者との会話を促進しても、期待どおりにその後のケアが改善されなかったことに失望しているだろう。(2021年)



15

Copyright© 2025 Research Association of Community Health, Yamagishi A. All Rights Reserved. Yamagishi A

ACPについて、今何を思う？



- ACPの定義があいまい。ADやチェックリストか、患者・代理人がコミュニケーションや意思決定に備えられるようにすること等か
- ACPのアウトカム: 期待通りではなかったが、遺族の悲嘆や負担軽減には有効。システムと包括的なアプローチの構築が重要。
- 患者市民はACPのプロセスを経てADを書けば望み通りのケアが受けられると誤解。30年間の研究はそれを示していない。
- 意思決定そのものではなく、必要な時にその時々意思決定を支援(in-the-moment decision making)する方法に焦点を。
- ACPでは複雑性への認識が必要。実装科学が有用。
- その時々意思決定だけでなく、患者・家族が省察し教育を受ける機会を保障することが必要。
- 限られたリソースをどこに使うか。個人の自律性へ焦点を当てるのではなく、全患者に資するシステムの構築が必要。
- 複雑な意思決定に直面する重篤な疾患を持つ患者とのコミュニケーションは重要。向上させること、教育することは重要。

Periyakoil VS, et al. JPM 2022;25:355-360.

Copyright© 2025 Research Association of Community Health, Yamagishi A. All Rights Reserved. Yamagishi A

日本におけるACP: 系統的レビュー

- ACPに関する和文文献(～2018年12月、2019年8月にハンドサーチ)計32件。
- ACPの定義・項目・役割・時期・政策/規制・評価に関する推奨と日本の特徴を抽出。

日本における推奨

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. 家族を含めた患者中心のACPを進める | <ul style="list-style-type: none">• ACPに先立ち、日々のケアを通じた信頼関係の構築や症状緩和が重要。• 日本では、始めから家族は患者・医療者の治療関係に含まれることが多い。両者にとってベストな目標設定。• 関係性の中での自律性を認識。患者・家族の調和を保ちながら、患者中心のアプローチを行っていく。• 日本に即したコミュニケーションスキルの教育が必要。 |
| 2. ガイドラインの実装普及等、市民啓発を進める | <ul style="list-style-type: none">• 従来家族中心の意思決定。家族の意向が優先される傾向があったが、大半の患者は意思決定への参画を希望。• 本人の意向を反映するために、ACPに関するガイドラインや制度・政策の推進と、市民啓発が有望。• 日本ではADIは法的な効力がなく、人生の最終段階の患者の意向が尊重されることが必ずしも保証されていない。 |

「文化」の固定観念にとらわれず、個々の患者の価値観を尊重。
日本文化に合わせたACPの介入研究や文化に即した臨床への実装が必要

Chikada A, et al. Asia Pac J Oncol Nurs 2021;8:628-38.

Copyright© 2025 Research Association of Community Health, Yamagishi A. All Rights Reserved. Yamagishi A

一人ひとりが自分で意思を形成し、

それを表明でき、

その意思が尊重され、

日常生活・社会生活を決めていくことはとても重要



Copyright© 2025 Research Association of Community Health, Yamagishi A. All Rights Reserved. Yamagishi A

各地域の取り組み

神戸市医師会

未来医療検討委員会の取り組みのご紹介

(現:医療戦略委員会)

本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？

～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～

1. 対象

- 神戸市内の医療介護に関係する31機関/団体を対象にヒアリングの依頼

2. 方法

- 半構造化面接またはフォーカスグループインタビュー
- データ収集期間は、2019年1～3月

3. 分析

- 録音内容はテキストデータ化し、帰納的主題分析を実施
- 分析は、2名の研究者が独立に分析を行った後、高齢者救急および地域包括ケア領域における同様の質的研究経験を豊富に有する専門家のスーパーバイズを受け、主観的なバイアスを排除し真実性を担保

山岸、中神、妹尾ら.本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？
～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～.日本在宅救急医学会学術誌.in press

本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？

～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～

結果

- 神戸市内の医療介護に関係する31機関/団体（救急告示病院6、後方機能病院5、医療介護の職能団体4、医師会9、地域包括支援センター5、消防局、救急病院協議会）に依頼をかけ、全機関が承諾、計216名にインタビューを実施

- 対象は、いずれも団体・機関の長もしくはそれに準ずる者とし、職種は、医師68名、看護師59名、MSW 24名、介護職46名、事務職13名、行政職6名

- 面接時間は、平均75分（範囲50～110分）で、各対象機関1回の面接を実施

- 「増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題」に関し、5カテゴリおよび19のサブカテゴリが抽出された

山岸、中神、妹尾ら.本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？
～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～.日本在宅救急医学会学術誌.in press

本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？

～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～

1. 人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意向の不在

- 搬送者の心身の状況や意向に関する有効な情報共有の方法や仕組みの欠如
- ACP推進の障壁
- 救急・在宅医療の連携および地域全体での入退院支援への取り組みが不十分
- 地域の医療・介護について、住民と共に考え、よりよい社会を指向し取り組む仕組みの欠如

山岸、中神、妹尾ら.本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？
～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～.日本在宅救急医学会学術誌.in press

本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？

～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～

1. 人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意向の不在

- 1) おまかせと以心伝心
- 2) 他者との関係の文脈の中で意思決定する文化
- 3) 話し合いの機会の逸失
- 4) 家族等による代理判断の困難・本人の意向との乖離の可能性
- 5) 一般の方が人生の最終段階における医療適応の見通しを立てることの困難

山岸、中神、妹尾ら.本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？
～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～.日本在宅救急医学会学術誌.in press

本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの
実現のために何が求められるのか？

～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～

2. 搬送者の心身の状況や意向に関する有効な情報共有の方法や 仕組みの欠如

- 1) 変化する情報を共有することの困難
- 2) 地域で積み重ねてきたACPを救急・入院医療機関でも継続する
仕組みの欠如
- 3) 世帯構成の変化に伴う情報共有の必要性

山岸、中神、妹尾ら.本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？
～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～.日本在宅救急医学会学術誌.in press

本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの
実現のために何が求められるのか？

～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～

3. ACP推進の障壁

- 1) ACPの定義や方法・評価の未確立
- 2) 臨床セッティング(または専門科)によるACPへの期待やアウトカムの
差異
- 3) かかりつけ医としてのACP関与への困難
- 4) 患者の権利を守る(≡医師を守る)法律や制度が日本には何もない

山岸、中神、妹尾ら.本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？
～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～.日本在宅救急医学会学術誌.in press

本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの
実現のために何が求められるのか？

～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～

4. 救急・在宅医療の連携および地域全体での入退院支援への 取り組みが不十分

- 1) 深刻な高齢救急搬送患者の出口問題
- 2) 後方支援機能など、地域の医療・介護機関の機能分化・役割
分担が不明瞭
- 3) 本人の意向を実現する地域資源の不足
- 4) 望まない、または不急不要な救急搬送の予防策の必要性

山岸、中神、妹尾ら.本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？
～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～.日本在宅救急医学会学術誌.in press

本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの
実現のために何が求められるのか？

～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～

5. 地域の医療・介護について、住民と共に考え、よりよい社会を指向し 取り組む仕組みの欠如

- 1) 住民と共に構築する地域のサポート体制の必要性
- 2) 共生社会の重要性に関する市民啓発
- 3) 医療現場からACPの重要性や高齢者救急の現状に関する発信

山岸、中神、妹尾ら.本人の意向が反映された人生の最終段階の医療やケアの実現のために何が求められるのか？
～増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題～.日本在宅救急医学会学術誌.in press

神戸市医師会から市への課題解決への協働の提案

○ システム・仕組みの構築の仕掛けづくり

抽出された課題に対応する解決策として、また事業の骨子として以下3介入を行政に提案

- a) 情報共有ツールの運用
- b) 認知症者へのサポートシステム構築
- c) 市民啓発 (Advance Care Planning (人生会議)、認知症等)

○ 個々の医療やケアの質向上

人生を、生活を支える医療・介護の追究

○ 患者主体、利用者主体、住民主体

どう生きたいか、どういのちを生ききりたいか

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University Yamagishi A

KOBE Friend-mas Project

神戸フレンドマスプロジェクト

KOBE

Fundamental reform in Regional based
Integrated Empathetic Network for Decision
MAking Support Project

ー 神戸における地域ベースの包括的で皆が共感しうる
意思決定支援ネットワークの基礎をつくりあげるプロジェクトー

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University Yamagishi A

文部科学研究事業 基盤 (B)

救急・在宅医療連携による地域介入が 終末期医療に及ぼす影響の実証とメカニズムの解明 (千葉県松戸市)

文部科学研究事業 基盤 (B)
研究代表者 山岸暁美

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University Yamagishi A

母の呼吸がとまっている。早く、早く来てください！

消防局に救急要請があったのは冬の夜ー

「母の呼吸がとまっている。早く、早く来てください」。同居する娘の松戸松子さん (65) が、母親の変化に気づき、あわてて119番に電話をした。

救急隊が到着した時、母親は心肺停止の状態 (心拍がなく息をしていない)。救急隊員に「あらゆる救命処置に同意しますか？」ときかれたが、松子さんは「よろしくお願いします」とよく事態が分からないまうなずくのがやっとだった。

母親は最近、心臓の持病が悪化し、かかりつけ医から「何があってもおかしくない状態。お母さんの気持ちを聞いた上で、もしもの時に備えてよく話し合っておいた方がいい」と言われていた。しかし、松子さんとしては、本人を目の前にすると聞きにくく、ちゃんと話し合ったことはなかった。

救急隊員は蘇生処置 (心臓マッサージなど) を行って救急病院に搬送した。病院では、強心剤を打ち、電気ショックを行ったが、意識が回復することなく死亡が確認された。



Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University Yamagishi A



松戸
松子さん

救急隊の方に「お願いします」と言ったものの、気が動転して事態がよく飲み込めないままでした。救急隊も病院の方も精一杯やってくださったと思うのですが、これが母にとって一番良かったことなのか分かりません。母がどんな最期を望んでいたのか、元気な頃にしっかり話をしておけば良かった。私の判断で、最後に母に苦しい思いをさせてしまったと今でも自分を責めています。



救急隊員

私たち救急隊員は、市民の命を守り、救命することが使命です。しかし、ご本人の意思が確認できない状態で、もしご本人が救命を望んでいないとしたら…。その意思に反するのであれば、ご本人にとって不幸なことであり、救命に全力を尽くしている私たち救急隊員にとっても複雑な思いが残ります。



かかりつけ医
と看護師

80歳を超えると、心肺停止後に救命処置をしても、もとの状態にまで回復する例は非常に少ないのです。ご本人が延命治療を望んでいた場合は、やれるだけのことをやってあげられたとご家族も思われるでしょうが、ご本人が延命治療を望んでいない場合や気持ちが分からない場合、残された家族が『本当にこれでよかったのか』『こんなはずじゃなかった』と、あとあと後悔したり、悩まれたりすることも多いのです。

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University Yamagishi A

2015年プロジェクト開始時の背景

- わが国の救急搬送に占める65歳以上の割合は50%を超えている
- 特に、高齢者施設の救急搬送の増加、中でも都市部における三次救急医療施設への搬送の増加が問題になっている
- 高齢者施設から搬送された高齢者については、20%がその日のうちに死亡、また60%が短期間の入院の後にその搬送先の病院で死亡していること、さらに施設からの搬送者のほとんどが自らの意思を表明できない状態で救急搬送されていることが報告されている

1) 総務省消防庁 平成27年度消防白書 p184 [cited 2016 Oct 10]; Available from: <http://www.fdma.go.jp/html/hakusho/h27/h27/index.html>

2) 岡田慶一. 介護老人保健施設における認知症高齢者の救急搬送について. Kitakanto Med J 60:219~221. 2010.

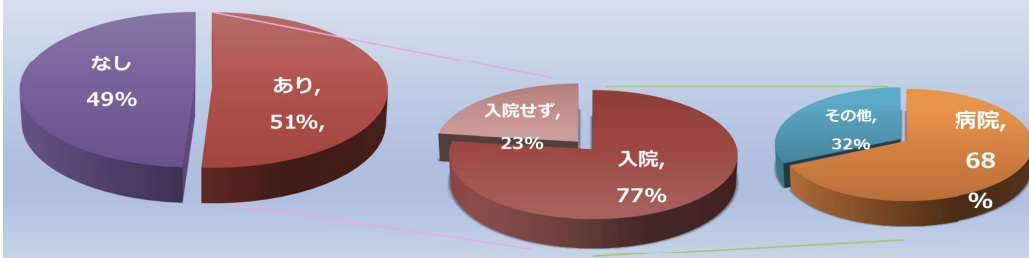
Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University Yamagishi A

米国のデータ（65歳以上）

死亡総数の51%が
死亡月に救急受診

死亡月に救急受診
した高齢者のうち
77%がそのまま入院

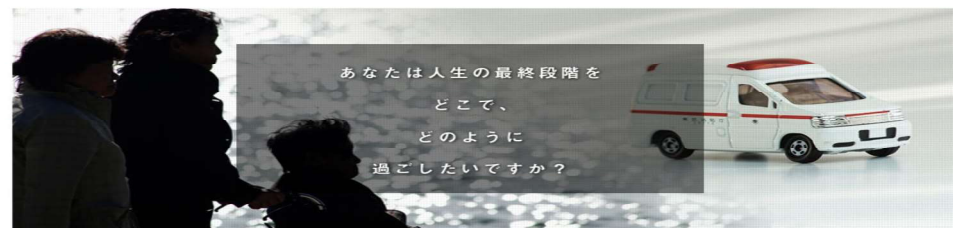
入院した
高齢者のうち68%
が病院で死亡



一方で、在宅ホスピスを選んだ国民は、死亡月においても、救急搬送を依頼することはほとんどない

Smith AK, et al: Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; Most admitted to hospital, and many die there. Health Affairs 31(6):1277-1285,2012

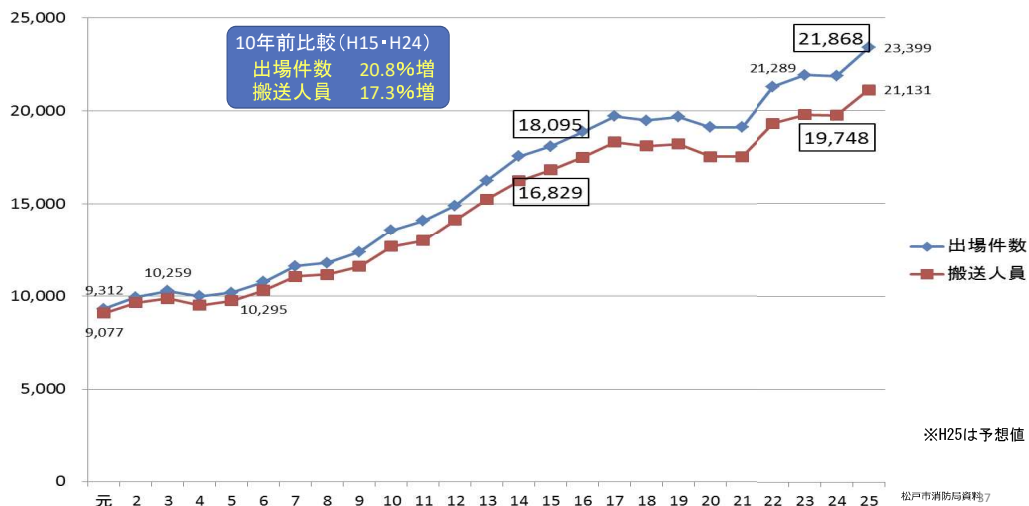
ふくろうプロジェクト 高齢者救急×地域包括ケア×ACPの挑戦



～ご本人の意向が尊重された医療および速やかな救急搬送や病診連携をめざして～

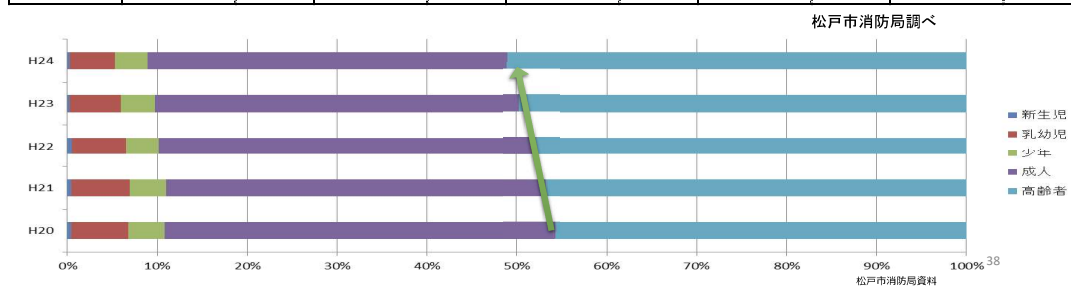
文部科学省科学研究事業: 救急・在宅医療連携による地域介入が終末期医療に及ぼす影響の実証とメカニズムの解明
(研究代表者: 山岸暁美 (慶應義塾大学))

松戸市における救急出場と搬送人員の推移



松戸市における救急搬送状況（年齢区分別）

年齢区分	H20		H21		H22		H23		H24	
新生児	70	0.40%	73	0.42%	98	0.51%	57	0.29%	48	0.24%
乳幼児	1121	6.39%	1131	6.48%	1162	6.01%	1115	5.63%	1002	5.07%
少年	703	4.01%	707	4.05%	705	3.65%	749	3.78%	709	3.59%
成人	7621	43.46%	7375	42.23%	8083	41.84%	8027	40.55%	7910	40.05%
高齢者	8022	45.74%	8178	46.83%	9273	47.99%	9846	49.74%	10079	51.04%
合計	17537		17464		19321		19794		19748	



覚知～病院到着 所要時間 内訳

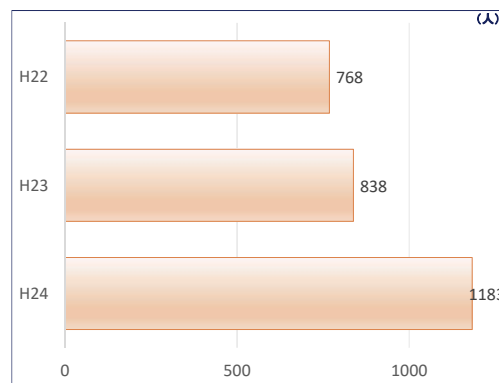
	覚知～現場到着	現場到着～現場出発	現場出発～病院到着
H20	7.15分	18.4分	9.3分
H21	7.17分	18.8分	9.2分
H22	7.40分	19.6分	9.2分
H23	7.50分	20.4分	9.5分
H24	7.30分	21.3分	8.9分

現場到着から現場出発までの活動（現場滞在時間）

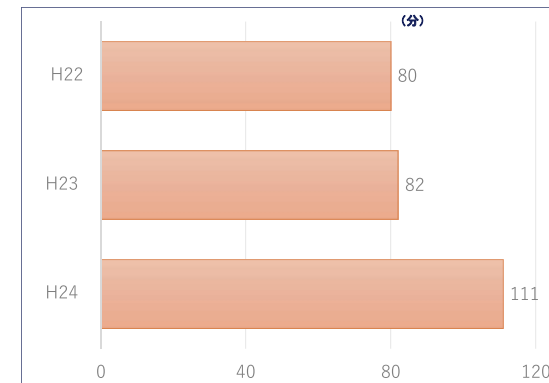


介護施設からの救急要請状況

◆ 介護施設からの救急要請数



◆ 介護施設からの救急要請における現場滞在状況（最長滞在時間）



救急要請が増加し、時間も要している

松戸市の救急医療と在宅医療の連携のために解決すべき課題

1) 情報共有の促進

病歴や背景、これまでの身体状況などについての情報共有

2) 救急搬送の判断基準

救急搬送すべき状態かどうかについての現場の判断

3) 意思決定支援（地域で支えるACP）

人生の最終段階の希望に関する相談・支援の必要性

4) 予防的な手立ての確立

急病が生じる前の予防策や在宅医療としてできる対応

5) 入院後の後方支援の役割明確化

在宅医療や後方支援機能を担う病院が果たすべき役割

6) その他の課題

精神疾患患者や死亡確認のための搬送などの重要各論



文部科学研究事業:救急・在宅医療連携による地域介入が終末期医療に及ぼす影響の実証とメカニズムの解明
(研究代表者:山岸暁美(慶應義塾大学))

41

Cluster Randomized Controlled Trial: cRCT

介入群		人口	65歳以上人口	%	75歳以上人口	%
	明第I	54553	11996	22.0	5380	9.9
	新松戸	37575	9438	25.1	3344	8.9
	本庁	24518	4880	19.9	2188	8.9
	五香松飛台	35087	9353	26.7	4221	12.0
	六実六高台	24550	5770	23.5	2346	9.6
	常盤平	52876	13663	25.8	6453	12.2
	常盤平団地	7695	3512	45.6	1704	22.1
	東部	45935	9334	20.3	4073	8.9
対照群		人口	65歳以上人口	%	75歳以上人口	%
	明第2東	26501	5560	21.0	2474	9.3
	明第2西	30062	7900	26.3	3389	11.3
	矢切	19208	5093	26.5	2437	12.7
	小金	43494	10401	23.9	4636	10.7
	小金原	27963	8843	31.6	4460	15.9
	馬橋	38398	8912	23.1	4074	10.6
	馬橋西	22358	5470	24.5	2345	10.5

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University Yamagishi A

評価: Mixed Method

◆ 主要評価項目

- 表明された希望（療養場所・医療/ケア）と実際の合致率
- 人生の最終段階の希望の表明の有無
- 死亡直前の救急搬送死亡

◆ 副次評価項目

➢ 救急搬送の実態調査

- ・救急要請者のふくろうシート活用の有無
- ・要請者の年齢、性別、要請理由、到着時の要請者の心身状態、CPR、重症度分類、活動時間、搬送の有無、搬送機関名、かかりつけ医・訪問看護師等、在宅サービス従事者とのコミュニケーションの有無
- ・松戸市全体の年齢別救急搬送件数、活動時間（到着～病院搬送まで）の平均値

➢ 住民・遺族を対象とした質問紙調査

- ・地域で医療・介護を受けることに関する安心感（安心感尺度: feelings of support and security scale）、在宅療養に関するイメージ尺度、ACPの実態（心肺蘇生などの終末期に受ける治療について医師と話をしたことがあるか）
- ・住民のうち、3年以内に市内において近しい人を亡くした遺族については、Good Death Inventory、Care Evaluation Scale、Caregiving Consequence Inventory、Patient Health Questionnaire -9

➢ 救急隊員を対象とした調査

- ・高齢者搬送に関する困難感

◆ プロセス評価

- ・事象の記述及び、ふくろうシートの対象者、運用に携わった医療・介護従事者、消防局救急隊員にインタビュー調査を行い、事業が地域にもたらした変化を明らかにする。CC

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University Yamagishi A⁴⁴

ふくろうプロジェクト 4本の柱

1. 緊急時連絡シート (ふくろうシート)の運用

2. 介護支援専門員生活相談員による 要介護者へのACPレディネス向上のための介入 (意思決定支援の研修含む)

◆できるだけ長く生きることを優先して治療を受けたい

◆長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を病院で受けたい
(必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする)

◆長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を受けながら、住み慣れた自宅や施設で過ごしたい (必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする)

◆決められない

救急搬送

救急搬送

登録

救急要請しない
救急搬送しない



3. 市民啓発

4. ネットワーキングと
ローカルルールの運用

45

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University Yamagishi A

ふくろうシートの運用⇒QRコード化の流れ

●ケアマネジャー、地域包括支援センタースタッフが対象者とコミュニケーションの上、ふくろうシートを記載し、ふくろうPJ事務局に登録

●ふくろうPJ事務局は、シート内容のQRコード化を行い、カードおよびステッカーを作成する

●ふくろうPJ事務局から、対象者の方にふくろうカードおよびステッカーを郵送。

●カードは保険証と共に保管、ステッカーは、冷蔵庫に貼る (ケアマネジャーは訪問時に確認)



46

ふくろうシートの運用⇒救急隊 (救急搬送時) の流れ

救急要請

●端末で、ふくろうシート対象者かどうかを検索

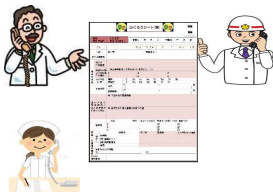
●対象ではない場合
通常の対応

●ふくろうシート対象者の場合、
対象者宅のカードまたはステッカーのQRコードを読み取る

●ふくろうシートの記載内容を参照

●必要に応じて、かかりつけ医や訪問看護ステーションに情報収集

●救急搬送先に、ふくろうシート対象者であることを伝える



47

ふくろうプロジェクト 4本の柱

1. 緊急時連絡シート (ふくろうシート)の運用

2. 介護支援専門員生活相談員による 要介護者へのACPレディネス向上のための介入 (意思決定支援の研修含む)

◆できるだけ長く生きることを優先して治療を受けたい

◆長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を病院で受けたい
(必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする)

◆長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を受けながら、住み慣れた自宅や施設で過ごしたい (必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする)

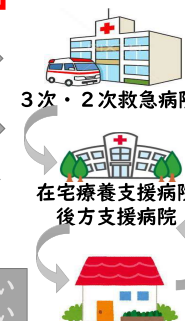
◆決められない

救急搬送

救急搬送

登録

救急要請しない
救急搬送しない



3. 市民啓発

4. ネットワーキングと
ローカルルールの運用

48

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University Yamagishi A

介護から半年後のケアマネジャーのインタビュー調査より

人生の最終段階の意思決定支援に関する内容を抜粋

- 抵抗感がある
 - ・相手が嫌な気持ちや悲しい気持ちになるのではないかと感じてしまう
 - ・相手の死への恐怖感を駆り立ててしまうのではないかと心配
- 自信がない
 - ・医療者でない自分が、EOLdを切り出すことにに対し自信がない
 - ・繊細な話を自分が踏み込んでいいのか迷ってしまう
- 意思決定支援の目標があいまいである
 - ・意思決定支援は何をゴールと捉えてやっていけばいいのかわからない
 - ・どうなることを目標に支援すればいいのかわからなくなってしまう
- 意思決定支援のプロセスが分からない
 - ・意思決定支援をどんなステップでやって行ったらいいかわからない
 - ・特に、どのように切り出せばいいかわからない
 - ・どんな情報を伝えるべきかの判断がつかない
- 居心地が悪い
 - ・早く切り上げたいと思ってしまう
 - ・相手が考えている時間の沈黙が怖い
- 意味を感じられない
 - ・どうせ、人の気持ちは揺れるので、その時々を考えるしかないのではないか
- 意味のある介入だと思う
 - ・いつか考えなくてはならないと思っていたが誰に相談したらいいかわからなかったと家族に感謝されることも増えた
 - ・誰かが切り出さないといい問題だと思つたので、今後も続けていきたい
 - ・正月に家族で話し合いができて本当に良かったと感謝された
- ケアマネジャーとしての専門性につながる
 - ・自分たちの専門性としてできることが増えた気がする
 - ・医療者の仕事だと思っていたが、でも医療だけで人生成り立っているわけではないので、生活という中での意思決定支援は大事だと思う
 - ・改めて聞いてみると、この方はこう考えていたんだということが分かって、より良いケアプランに繋がれると思った
- 人生の終い方に関する話し合いは、タブーではないのかもしれない
 - ・意外としっかり考えていらっしゃる方が多くて驚いた
 - ・こういう相談は、誰にしたらいいかわからなかったがありがたいと言われてびっくりした
 - ・自分の生き方、終い方を決めるのは当然だと気づいた。子供の時から、進路のこと、大人になってからは就職、結婚など人は自分で決めてきた。人生の最終段階だけ人任せにするのはおかしいと思うようになった。

49

ふくろうプロジェクト 4本の柱

1. 緊急時連絡シート（ふくろうシート）の運用

2. 介護支援専門員生活相談員による要介護者へのACPレディネス向上のための介入（意思決定支援の研修含む）

◆できるだけ長く生きること優先して治療を受けたい

救急搬送

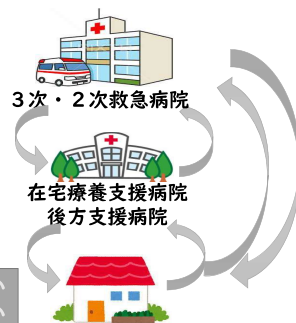
◆長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を病院で受けたい（必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする）

救急搬送

登録

◆長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を受けながら、住み慣れた自宅や施設で過ごしたい（必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする）

救急要請しない
救急搬送しない



3. 市民啓発

4. ネットワーキングとローカルルールの運用

51

意思決定を支える ケアマネジャー・生活相談員の役割について

◆ACPの扉を開ける役割

- 最期、どこでどんなふうに過ごしたいのかについて、“もしものとき”よりもっと前に自分で考えたり、近い人と話し合っておいたほうがいい」ということを知識として伝える
- 考えるキッカケ、話し合いのきっかけを提供する

◆意思決定支援は医療者がやることなのか？

- 人生は医療だけで成り立っているわけではない。
- 人は、特に人生の最終段階で、たくさんの意思決定をしている。医療のことは、その一部。話し合いのプロセスの中で、医療のことが出てくれば、医療者に繋げばいい

◆生活上の「こんなふうに過ごしたい、こうしたい」を支えること

まさしく、これはケア、そしてケアマネジメントの一環としてやるべきことなのではないか？

50

市民啓発



タウン誌掲載

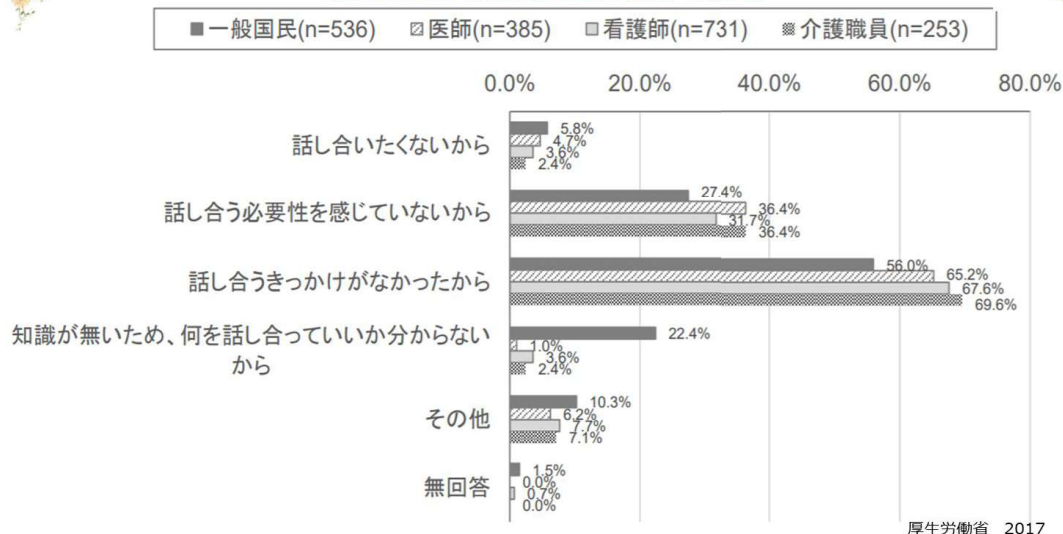
月刊Hello! 2017.9月号 発行元 株式会社エムズジャパン



市民と共にかかる制作

52

話し合ったことがない理由



私の夢かるた♡松戸版～終活編～



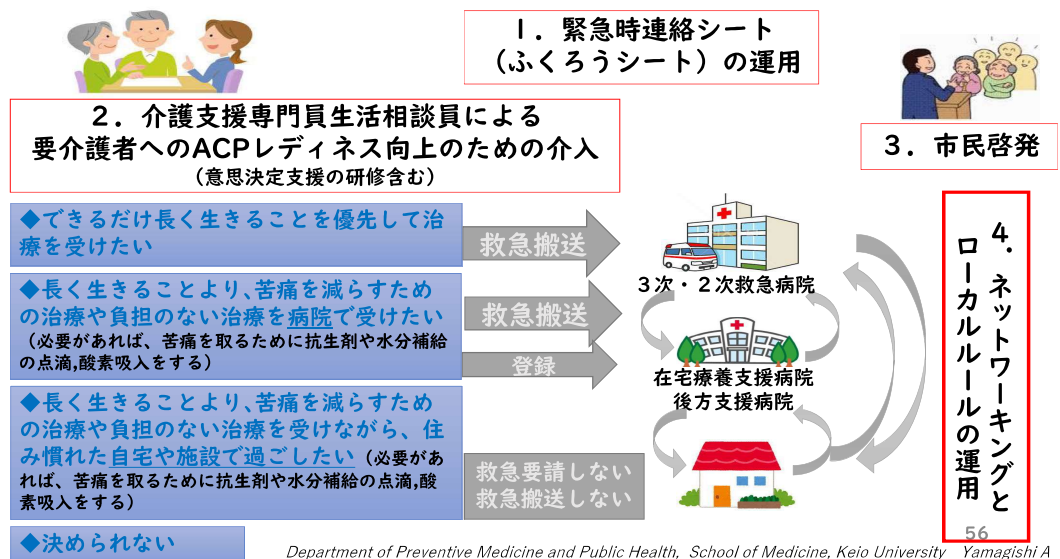
私の夢かるた♡松戸版～終活編～

「もしもの時・・・」を考えたり話し合うきっかけになればと始まった『私の夢かるた♡松戸版～終活編～』の作成

ACP	終活 (葬儀について)	地域資源
生き方・逝き方について	終活 (財産について)	医療・健康について
日々の心がけについて	終活 (身辺整理について)	
	終活 (お墓について)	

人生の最終段階の意思決定は、医療のことだけではない

ふくろうプロジェクト 4本の柱



Matsudo Child to Community Project

まちっこプロジェクト

出前講座がスタート

子どもたちの力で地域はもっと、つながり合える。

27年度のテーマ
にんじょう
認知症
とうと
いのちの尊さ

子どもたちに、
伝えたいことがあります。

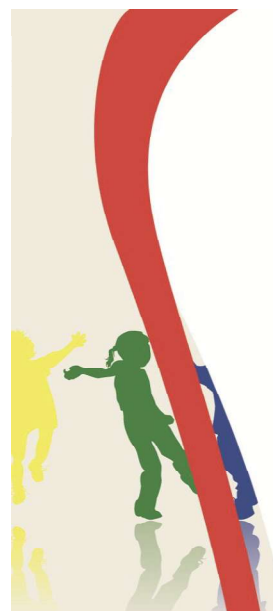
人が生まれること、支え合って生きること。
その尊さを子どもたちに伝えたい。
命と日々の向き合う医師たちによる
小中学校での「出前講座」が、はじまります。

子どもたちから
Child to
周りの大人へと…
Community

子どもたちに、
伝えてほしいことがあります。

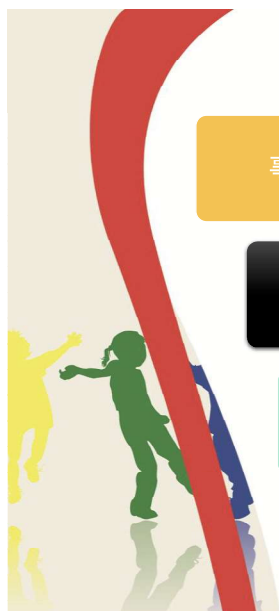
自分のこと、家族のこと、地域のこと。
医師たちによる「出前講座」で考えたことを
まわりの大人たちに、伝えてみてください。
あなたたちの言葉で、変わる未来がきっとあります。

松戸市医師会 健康啓発委員会「まちっこプロジェクト」
〒271-0072 千葉県松戸市竹ヶ花45番地53 松戸市南生会館内 TEL047-368-0000 (松戸市医師会事務局)



まちっこプロジェクト — 4つのねらい —

- 健康とは自ら守り育むものであり、そのための知識や行動が大切になる
- 自分や家族の重大事を決めるために日頃から相談を積み重ねておくことが重要である
- 地域社会における地縁などコミュニティでのつながりを深めていこう
- いのちや家族の健康について相談できる‘かかりつけ医’等を持とう



出前講座の基本形態

事前学習：テーマに関するアンケートに回答

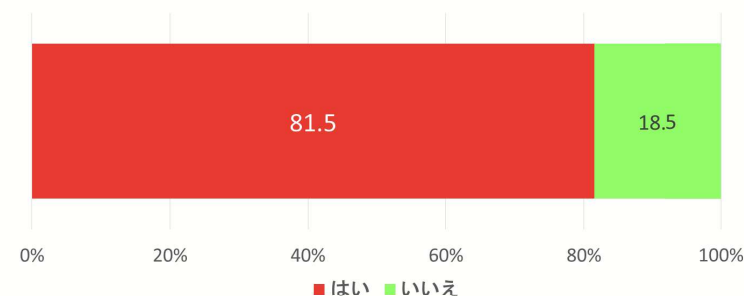
講義：グループワーク型 または 知識伝授型

事後学習：周囲の大人への講義内容伝達とACPのインタビュー

提出課題：川柳・標語・缶バッジデザイン

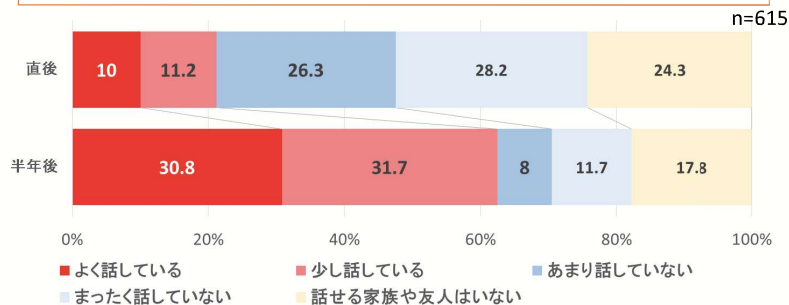


〇8割以上の保護者が、子どもから出前講座の内容を聞いていた





○ 子どもから講義内容を聞いた保護者は、半年後、自分の命の最終段階において希望する治療や療養場所などの内容について話し合う機会が増えていた。



がん患者におけるACPへの違和感・葛藤

医療・ケア提供サイドの都合によるDNAR含めた治療・ケア方針の決定を“ACP”としたり、“本人の意向の尊重へのすり替え”をしていることに関し、医療・ケア専門職の葛藤が生じていることが指摘された。

山岸曉美、相良安昭、江口恵子ら「がん患者におけるACP～誰のための何のためのACPなのか？in submission」

1) 医療・ケア提供サイドの都合によるACPへの葛藤

【主なご意見:抜粋】

「蘇生をする・しないとか、何をしてほしいとか、そういうところに固執してしまうと、そしてそれが目的になってしまっていることに、もやもやしてしまう」
「病院はDNARが決まっていると楽なんですよ。コロナの時だって、DNARないと入院させてもらえなかったり、普段だって、緩和ケア病棟に入るときはDNARが求められる。こうした基準は、医療者が設けているわけですから。医療サイドの都合にしか思えないんです。今のACPの動きは」
「ACP なんて言葉が流行る前は、患者と話し合って、信頼関係をつくって、その関係性の中で、何かを決めることもあれば、流れに任せることもありで、共に医療やケアに臨んでいた。でもACPが推進されるようになって、何かを必ず決めなきゃいけないというような風潮になってきて、そこがすごく自分としても違和感を感じる」

2) 最期の医療選択にフォーカスするACPへの葛藤

【主なご意見:抜粋】

「患者さんが意識があるうちに、よかった、幸せだったって患者さんのハッピーをもってACP っていうのはアウトカムになるんだと思う。最期の治療をどうするかだけを考えることはあんまり重要じゃないんじゃないかな」
「ACP の狭義の意味って、自分が意識がなくなったときにどんな医療行為を受けたいかっていうことなんだけど、患者さんにとってそっこそ実はそんなに大事じゃない。そのもっと前段階で意識があるときにどんな思いでいるかとか、どんな治療やケアを受けたいのかとか、どう過ごしたいのかとか、そういうところのほうが大事なんですよ」

鹿児島



Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University Yamagishi A

誰のための、何のためのACPなのか？ ～ACPの目的～

山岸曉美、相良安昭、江口恵子ら「がん患者におけるACP～誰のための何のためのACPなのか？in submission」

1) ご本人の希望や思いが尊重され、それが医療やケアに反映されること

【主なご意見:抜粋】

「ACP っていうと、いろんな情報を収集して、いろんなことを決めていくことに頭が行ってしまうけど、最終的には、その方の尊厳を守り、そして、みんなで、その人を思う、その思いの擦り合わせだと思っている」
「死に方じゃなくて生き方。究極は同じことなんだろうけど、生き方を選択することにフォーカスするべきだと思うんですね。本人とか家族にとっての重要な課題っていうのがあると思うので、こちらが項目を決めてっていうような話ではなく、本人の“どうしたい”を聞いて、みんなそれを叶えていくのが ACP かなと考えています」

2) 本人の意向を尊重することを目的に、ご本人と家族と医療者を繋ぐ

【主なご意見:抜粋】

「特に病状が進むと、家族や周りの方々の考えが主体になってしまうんですけど、そうじゃないんだって。最期まで本人さんの思いを大切にしていくことが大事だという考え方、それが本来の姿なんだということを広めていくことを ACP に期待したいと思っています」
「現場では今、ACP をすることが目的になってしまっているけど、本来、ACP は本人の意向を大事にするという目的にむかって、患者さんと家族と医療者でタッグを組んでいくためのツールと思う」

地域ベースのACPを推進していくにあたり大事なこと

山岸暁美、相良安昭、江口恵子ら「がん患者におけるACP～誰のための何のためのACPなのか? in submission

- 1.信頼関係の上にACPがあること
- 2.日常臨床・ケアの中にACPを取り戻すこと
- 3.治療については、主治医からきっかけとなる病状説明があること
- 4.複数のセッティングの多職種を通じて、ご本人の思いを繋いでいくこと
- 5.適切なタイミングで話すこと
- 6.地域全体でご本人の思いを共有できるツールがあること
- 7.ご本人の思いを叶えるための地域の医療・ケアリソースを充実させること
- 8.ACPレディネスを上げることを目的とする市民啓発を併せて行っていくこと

まとめ



意思決定支援に係る5つのガイドライン

以下は、厚生省の所管で作成されたガイドラインの概要として、対象や想定される活用者、活用の場面等をまとめたもの

障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン	認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン	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	身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン （※身寄りがいない場合の医療機関等の対応等に係る部分を除く）	意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン	
誰のために？	●障害のある人 ●知的障害、精神障害、発達障害のある人など ●障害福祉サービスを必要とする人	●認知症の人（認知機能の低下が疑われる人も含む）	●人生の最終段階を迎えた人	●身寄りのない人 ●医療に係る意思決定が困難な人	●成年被後見人 ●被保佐人 ●被補助人
誰が？	●事業者等	●周囲の人	●医療従事者 ●介護従事者 ●家族等	●医療従事者 ●介護従事者 ●成年後見人等	●成年後見人 ●補助人 ●行政職員 ●中核機関等
どのような時に？	日常生活・社会生活の意思決定の場面	日常生活・社会生活の意思決定の場面	人生の最終段階	入院・医療に係る意思決定が困難な場面	●決定が困難な場面 ●本人にとって重大な影響を与えるような法律行為を付随した事実行為の場面
どのような方法（姿勢）で？	チーム ＋ 本人の環境調整 ＋ 本人による決定の支援	チーム ＋ 本人の環境調整 ＋ 意思形成・表明・実現支援	チーム ＋ 適切な情報提供 ＋ 本人による決定の支援	チーム ＋ 適切な情報提供 ＋ 本人による決定の支援	チーム ＋ 本人の環境調整 ＋ 意思形成・表明支援 ※実現支援は、後見人等の身上保護の一環として取り組むこととされている

専門領域ごとのガイドラインも

- 日本小児科学会「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」(2012年)
- 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」(2012年)
- 日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン」(2014年)
- 日本透析医学会「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」(2020年)

意思決定支援の難しさ

意思決定支援の難しさについては、例えば、以下のようなことが挙げられる。
「大切なのに、難しい」これが意思決定支援。

「意思」そのものがもつ難しさ

- 意志は変化していくもの
- 言葉と心、行動は必ずしも一致しない
- だから、他者が本人の意思を把握することは難しい

「正解」がない難しさ

- 選んだ瞬間はベストだと思っていたものが、時がたつと後悔に変わったり、その逆もある
- いろいろな評価があり、何が正解かが分からない
- 誰から見たか、どの時点から見たかで、正解が違ってくる

いろいろな「人」が関わる難しさ

- 人それぞれ、いろいろな視点・価値観をもつ
- 立場や職種によって意見が異なり、一致しない
- みんなの事情を優先することも起こりやすい

さまざまな「場面」で行われる難しさ

- 生活、人生は意思決定の連続
- さまざまな対象、場面についての意思決定支援のガイドラインがあるが、実際の生活では、場面は綺麗に分かれていない
- 機関間の情報分断



なぜ、プロセスが大事なのか？

～関わる人たちで納得解を模索する～

普段の医療やケアの提供の中で生じる倫理的問題に「絶対解」はない。ただし、適切な手続きを踏み、関係者がそれなりの合意にいたること、つまり、本人を含め、「納得解」を模索する。

～「手続的正義」の重要性～

何が正しいことなのかを一義的に決めるににくい社会価値観の多様化した社会においても、ものごとを判断する手続き（プロセス）はフェアであるべきと考えられている。これは、「説明責任」を果たすことにもなる。

～社会が求めていること～

私たち医療・ケア専門職に対し、社会が求めていることとは、難しい意思決定に「正解」を出すことではない。医療・ケアチームが「何が本人にとっての最善か？」について真剣に悩み、十分に話し合った結果の「決定」であることである。

そしてまた、本人が、決定に至るまでのプロセスに本人が可能な限り参画していること（Nothing about us without us）なのである。

地域のどこにいても、本人の意向が医療やケアに反映される仕組みづくり

「ときどき入院、ほぼ在宅」という文脈の中でACP プロセスを共有

- 本人を取り巻く多機関の医療・介護専門職
 - ➡機関間の情報分断は未だ大きな課題
 - ➡これまで積み重ねてきたACPプロセスが、機関を越えて共有されるにはどうしたらいいのか？
- 人の気持ちは揺れる・変わる
 - ➡変化する意向に関する情報をタイムリーに共有するにはどうしたらよいのか？
 - ➡今後、独居高齢者も増えるため、平時からの情報共有の仕組みが必要

まとめ

- “ときどき入院、ほぼ在宅”という基本的な地域包括ケアシステムの文脈の中で、医療・介護専門職、そして市民が、各々の立場で何ができるのかについて、真摯に向き合うことが重要。
- 患者・家族ともに幸せになる日本型ACPモデルの開発と応用
 - ➡そして、これは機関を超え、地域全体での応用とすべき
- そもそも人の幸せや価値観は多様
 - ➡「こうすべき」といった“絶対解”はない。
 - ➡本人はもちろんのこと、関わる人たちの“納得解”をいかに模索することができるか。これを模索するプロセスそのものが、ご本人の尊厳を重視した倫理的側面から“機関の壁を超えたチーム医療・介護”を強化していくことになる。

得られた“納得解”を地域全体で支えていくプロセスそのものが
地域包括ケアシステムになる

令和6年度「在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業」

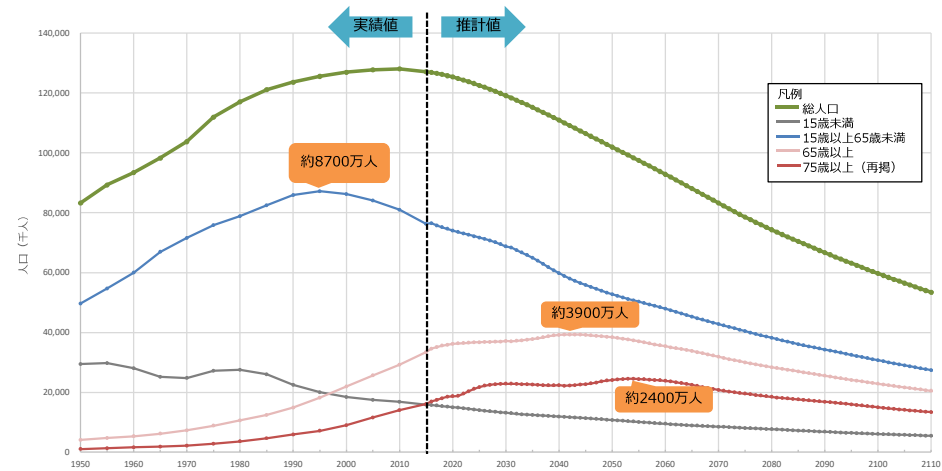
急変時における在宅医療の体制整備について

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 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。



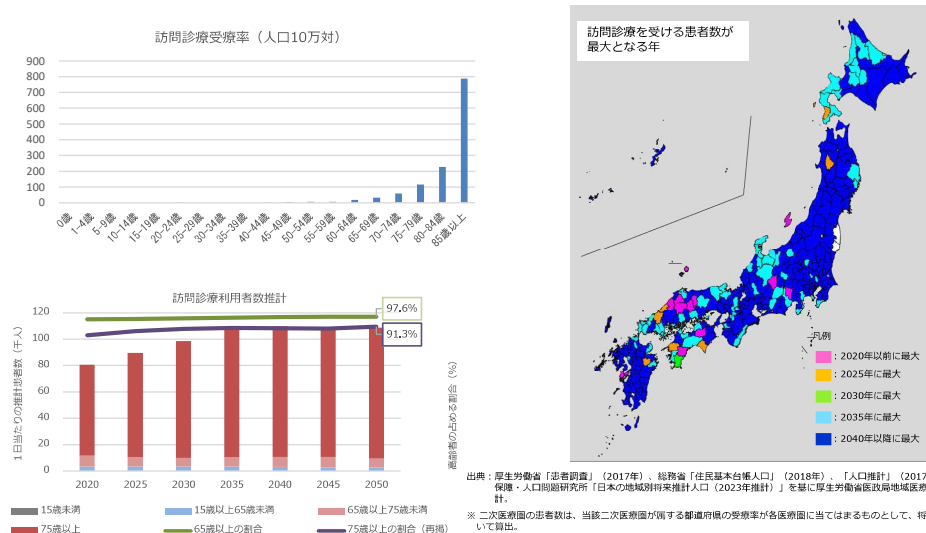
出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構成係数」
※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

2

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

- 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237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：厚生労働省「国勢調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※ 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。
※ 福島県は相対、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について推計。

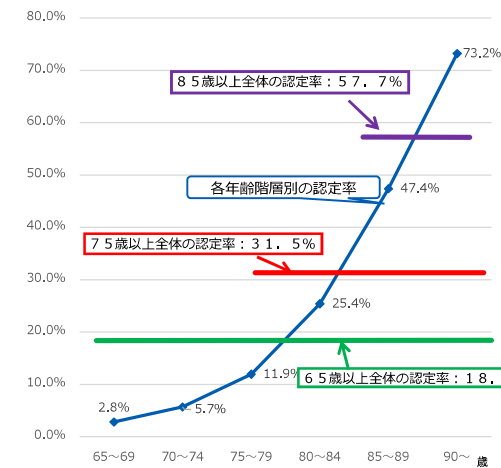
3

医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

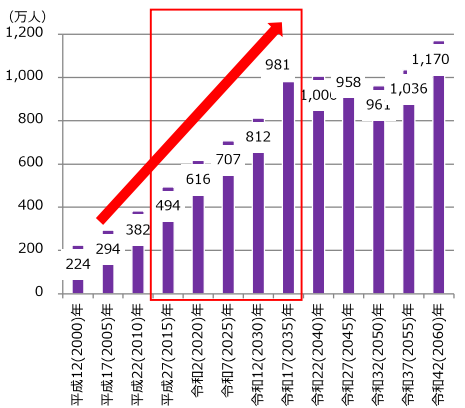
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022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



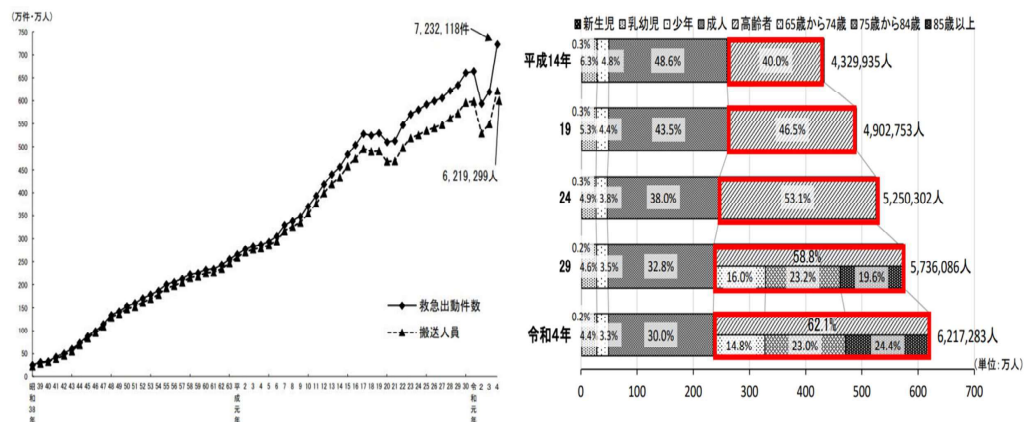
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5（2023）年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

4

救急出動件数及び搬送人員、年齢区分別の推移

第8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6年8月8日
資料1改

- 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2、3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、長期的に増加傾向であり、令和4年は過去最高値を更新した。
- 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年以降の救急出動件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

(注) 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%にならないことがある

(出典) 令和5年版 救急・救助の現況(総務省消防庁) 第16図より一部改変

(出典) 令和5年版 救急・救助の現況(総務省消防庁) 第30図

5

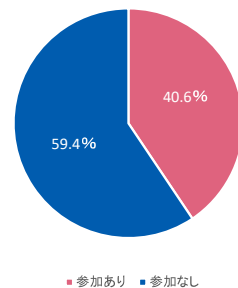
二次医療圏に設置された協議の場の構成員について

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。

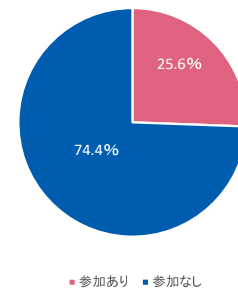
二次医療圏に設置された在宅医療に係る協議の場に参加する構成員の割合 (N=255)
(※ 在宅医療に係る協議の場には、地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等の枠組み内での協議を含める)

在宅療養支援病院



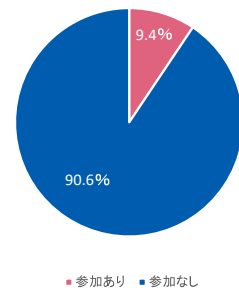
■ 参加あり ■ 参加なし

在宅療養後方支援病院



■ 参加あり ■ 参加なし

消防機関



■ 参加あり ■ 参加なし

※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) 6

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られる。

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、ACPIに取り組んでいくことが重要である。

<今後、消防機関に求められること>

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

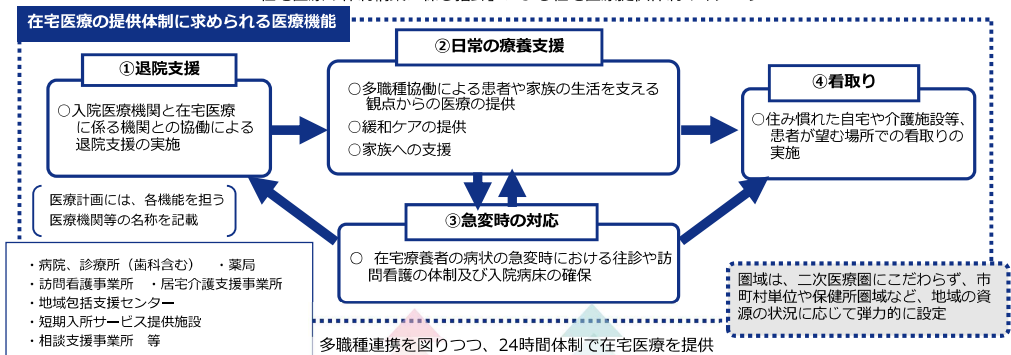
7

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～



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・ 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・ 他医療機関の支援
- ・ 医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

・ 在宅療養支援診療所
・ 在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・ 地域の関係者による協議の場の開催
- ・ 包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・ 関係機関の連携体制の構築 等

・ 市町村・保健所
・ 医師会等関係団体 等

【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))

8

うすき石仏ねと

令和6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

患者急変時の 在宅医療・救急医療連携について



臼杵市医師会立コスモス病院 外友 一洋

2024年11月22日 島原市



老いても、病んでも自分らしく暮らせる地域作りを

在宅医療介護連携推進事業

臼杵市Z会議

自分らしい生き方を選択しましょう

生きる
石仏が見守るこの臼杵で **活きる**
逝ききる

市民が選ぶ **暮らしを支える** ことができる様

顔の見える関係 から **信頼**し合える
協働できる関係へ

更に **進化**しよう



2

在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



医療アクセスへの判断

対象者の様子 いつもと比べて	普段と変わらない	何となく元気 がない	味や微熱が出 てきた	明らかに普段 と違う	意識がおかし い
介護者の 接触頻度	いつも一緒に いる	1日1回は会う	2〜3日に 1回は会う	数日以上 会わない	
普段どおりの対応	介助者、ケアマネジャーに相談	医療機関受診を考慮			
早めの医療機関受診	緊急の対応(救急車など)				

医療アクセスへの判断

〔横田裕行(分田研究者)：救急医療体制の推進に関する研究：地域包括ケアにおける救急医療と在宅医療の連携について、平成30年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業、主任研究者：山本保博)、2018、より引用・改変〕

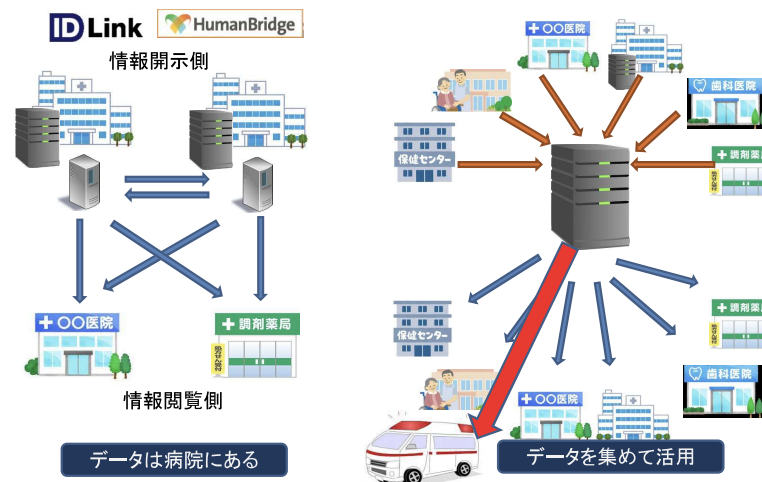
かかりつけ医
どっちを選ぶ？

通院できなくなったら

往診してくれる

他の医師に任せる

一方向の情報閲覧と双方向の情報共有



うすき石仏ねと

石仏があなたを守って下さる



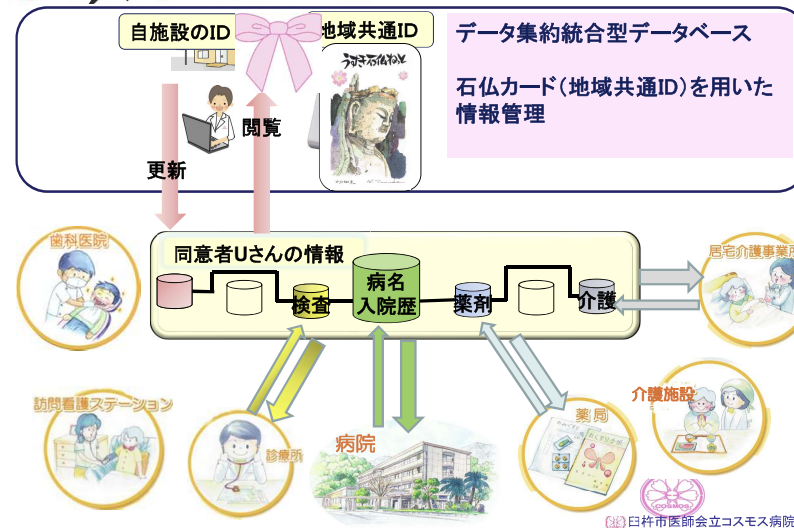
大日如来 1/1 Tanada

「うすき石仏ねと」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。



うすき石仏ねと



検査日: 20140829 患者番号: 2011 受付番号: 20140829-397 検査 結果系列 グラフ レポート 画像 心電図

結果 | 時系列     グラフ | レポート | 画像 | 心電図

機置セット ▼ 依頼項目 ▼

[全ての項目を表示する](#) [全て選択](#) | [全て解除](#)

[全ての項目を表示する](#) [全て選択](#) | [全て解除](#)

異なる医療機関の
検査結果も時系列で表示
健診データも！

The screenshot shows the MedShare web application. At the top left is a logo with the text "メッシュ". To its right is a user profile section showing the ID "21720 (10004776)" and icons for blood pressure, pulse, and respiration rate. Below this are navigation tabs: "検査結果参照" (Reference Test Results), "患者情報" (Patient Information), "医薬連携" (Medical Collaboration), "歯科連携" (Dental Collaboration), "紹介状" (Referral Letter), "サマリ" (Summary), "看護連携" (Nursing Collaboration), "ケアマネ連携" (Care Manager Collaboration), "糖尿病連携" (Diabetes Collaboration), "心疾患連携" (Cardiovascular Disease Collaboration), and "緩和ケア連携" (Palliative Care Collaboration). The main content area displays a table of prescriptions with columns for date, location, and type. A pop-up window titled "薬剤情報 (DI)" (Drug Information) is open, showing details for "メトホルミン塩酸塩錠 2.50mg" (Metformin Hydrochloride Tablets 2.50mg), including its classification as an oral hypoglycemic agent.

 弘明寺石像

[掲示板](#)
[メール](#)
[紹介状](#)

患者基本情報・保険情報

患者共有情報 (メモ)

既往歴・アレルギー歴

入院時要約 (医師、看護師)

入院時情報 (リハ、MSW)

指導内容 (栄養士、薬剤師)

検体検査

薬歴表示 (お薬手帳)

- 歯科情報
- 歯科治療管理
- 訪問歯科衛生指導
- 歯周病チェック

介護連携シート
緊急時連携シート
災害時要援護者 把握シート

健康診断情報

糖尿病基本情報
導尿管連携シート
糖尿病連携パス

心疾患連携シート
心疾患連携パス

緩和ケア連携バス
緩和ケア共有情報

認知症連携パス
認知症共有情報

救急

子育て古樸

消防署通信指令室 閲覧画面

10 (1009977) 平成 22年1月1日 (6歳) 0972-62-5615
白杵 太郎 (ウズキ 知ウ)

救急用アラート項目

- 低血糖
- 出血傾向
- 認知症
- アレルギー

メモ

既往歴・病名

- 糖尿病
- 右大腿骨頭部骨折
- 慢性硬膜下血腫

コスモス病院 外来来院歴

- 2015-09-17 木村 成志
- 2014-12-19 舩友 一洋
- 2014-10-10 舩友 一洋
- 2011-06-28 高木 真一
- 2011-06-24 竹中 隆一
- 2011-06-17 竹中 隆一
- 2011-06-09 舩友 一洋
- 2011-05-24 高木 真一

コスモス病院 入院履歴

- 2008-09-10 舩友 一洋 内科

かかりつけ医

- 丸岡製外科 丸岡 伸比古
- 三好泌尿器 三好 儀行
- 丸岡製外科 丸岡 伸比古
- 元村整形外科 元村 謙次
- コスモス病院 小川 聡
- 藤野循環器 藤野 孝雄

自立度

介護度 (2016-06-30) 要介護 5

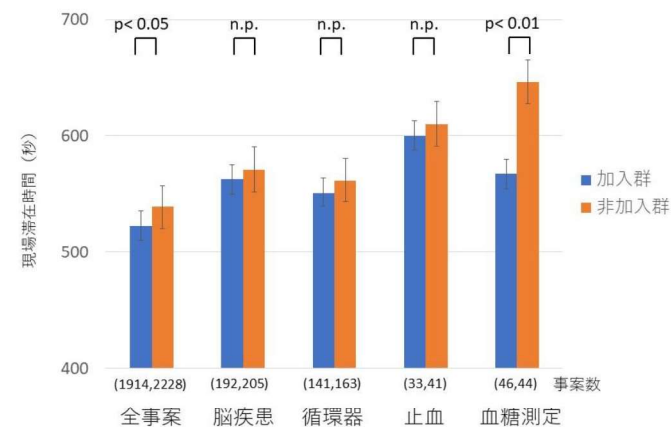
自立度 (2016-06-30) 障害高齢者日常生活自立度 C1 認知症高齢者日常生活自立度 I

ADL (2016-06-30)

食事 一部介助 排泄 オムツ 可 移動 車椅子 可

調剤情報より自動判定

現場滞在時間の短縮



13

14

救急用アラート項目

- 低血糖
- 出血傾向
- 認知症
- アレルギー

メモ

2019-05-16 (舩友)

既往歴・病名

- 心不全
- 右腎盂癌疑い (悪性か不明)
- 冠動脈バイパス手術後
- 頸脈性心房細動

コスモス病院 外来来院歴

- 2019-02-23 伊藤 謙作 外科
- 2018-12-04 綿田 雅秀 内科
- 2018-12-02 工藤 明子 内科
- 2018-06-05 下田 勝広 外科
- 2018-05-05 近藤 誠哉 内科
- 2017-09-10 上野 大輔 内科
- 2017-07-01 橋田 健一 外科

コスモス病院 入院履歴

- 2019-03-25 舩友 一洋 皮膚
- 2013-05-14 鈴木 浩輔 外科
- 2012-01-19 泉 公一 外科
- 2010-07-21 山下 昇 内科
- 2009-08-17 荒巻 政憲 外科
- 2008-07-01 真田 和也 外科

かかりつけ医

- 藤野循環器 藤野 孝雄
- 大分医療センター 住野 泰弘 泌尿器
- つぎ眼科 野田 佳宏 眼科
- 大分医療センター 古川 祐太郎 循環器
- 奥津医院
- 藤野循環器

自立度

介護度 (2018-10-12) 要支援 1

自立度 (2018-10-12) 障害高齢者日常生活自立度 J2 認知症高齢者日常生活自立度 自立

ADL (2019-05-10)

食事 見守り 排泄 見守り 布パンツ 移動 一部介助 意思伝達 歩行器、車いす

DNAR
ACP
人生最終段階希望

5月14日ACP：在宅看取り希望、延命治療拒否
藤野先生往診、J2を訪問介入
令和元年5月16日 J2舩友記載

救急用アラート項目

- 低血糖
- 出血傾向
- 認知症
- アレルギー

メモ

2016-02-15 (甲斐)

救急要請時は、コスモス病院受入対応可。

メモ

2020-12-04 (舩友)

心不全末期です。患者は在宅看取りを希望しておりDNARの書面にサインももらっています。しかし、家族は救急車を呼ぶ可能性があります。CPA時はCPR開始後、コスモス病院に対応相談してください。

メモ

2020-10-01

在宅看取りに関しては、当院ルールに従って行うように説明しております。可能な限り工藤が対応しますが、対応出来ない場合、当直医の先生にお願いすることがあるかと存じますが、よろしくお願い申し上げます。

メモ

2020-12-03

2022-02-10 (工藤)

ALS終末期の患者です。気管挿管は望まれておりません。心肺停止時の救命処置は、本人は望まれておりません。2022年2月10日にご家族の同意も得ております。

2022.2.10 内科 工藤記載

メモ

2020-12-03

2020/10/01 終末期。コスケア患者。主族にDNARの明書発行。

メモ

2020-12-03

2020/10/01 終末期。コスケア患者。主族にDNARの明書発行。

メモ

2020-12-03

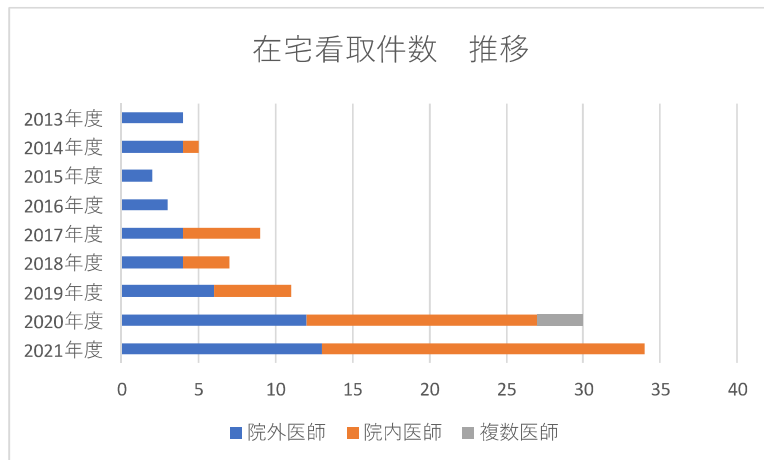
2020/10/01 終末期。コスケア患者。主族にDNARの明書発行。

メモ

2020-12-03

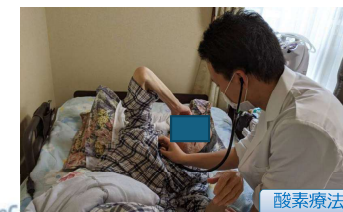
2020/10/01 終末期。コスケア患者。主族にDNARの明書発行。

16

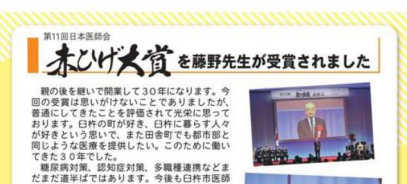


よく話し合っていれば家族は救急車を呼ばない

「やっぱ家がいいんじゃ」



32 コスモスの風



在宅医療支援チームが結成されました

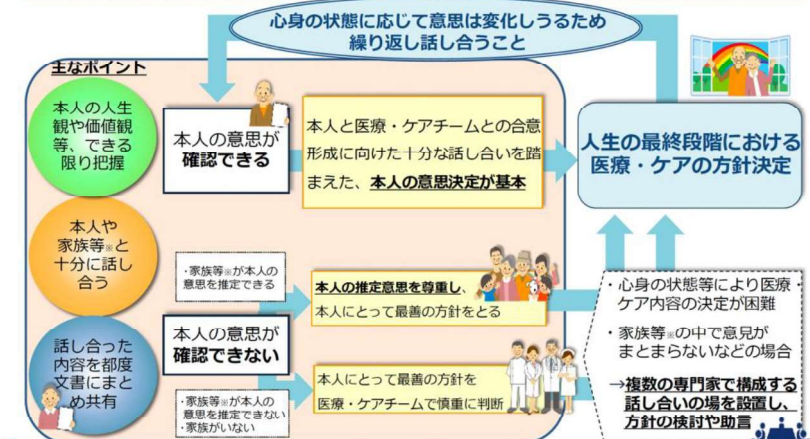
当院では、「最期まで住み慣れた場所で過ごしたいと望まれる方」「点滴や人工呼吸器を装着したまま在宅で療養されている方」「外来に通院できない方」等への訪問を行っています。

訪問を主に担当する王岩医師と診療看護師や療養支援室のスタッフが中心となり、より質の高い在宅医療を提供できる様、チーム一丸となって頑張っていきたいと考えております。



「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

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



「人生の最終段階における医療・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

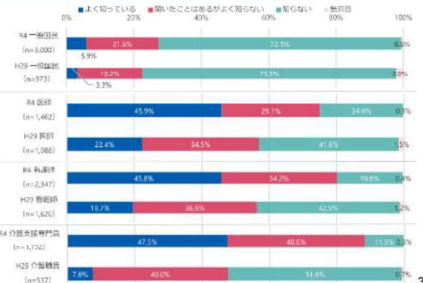
- 一般国民及び医療・介護従事者の人生の最終段階における医療・ケアに対する意識やその変化を把握することを目的として、平成4年度以降、約5年ごとに調査を実施しており、前回の平成29年度調査から5年経過した令和4年度（令和4年11月22日～令和5年1月21日^{※1}）に、一般国民、医師、看護師、介護支援専門員^{※2}を対象に調査^{※3}を行った。
- 全対象者向け調査票（一般国民票）の回収率は、一般国民50.0%（平成29年度：16.2%）、医師32.5%（同：24.2%）、看護師42.7%（同：27.0%）と、平成29年度調査と比べて全体的に上回った。介護支援専門員については、回収率は58.4%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年度調査票から郵送に加え、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＞）について知っているか。）

- 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年度調査票とは調査期間や回収率が異なる点に留意する必要があります。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ます。



Adv

人生会議を考える大分県民の会

3

人のいのちの二重の見方



生命

生物学的生命 biological life

豊かな人生のために生命を支える

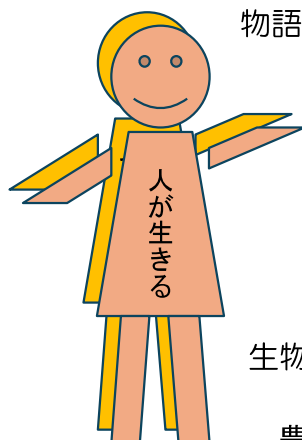


AdvanceCarePlanning
人生会議を考える大分県民の会

22

人のいのちの二重の見方

物語られるいのちbiographical life



人生

生命

生物学的生命 biological life

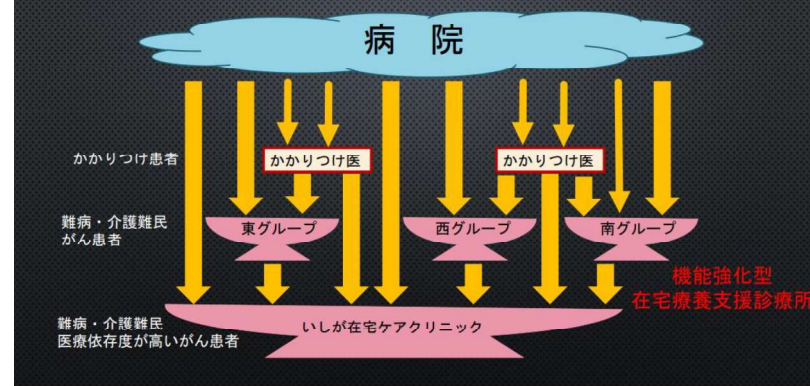
豊かな人生のために生命を支える



AdvanceCarePlanning
人生会議を考える大分県民の会

23

在宅医療の四日市モデル



四日市医師会会長山中賢治先生より

本人のピース(思い)を集め繋ぎ合わせる 意思形成～意思表示



社会が求めていること

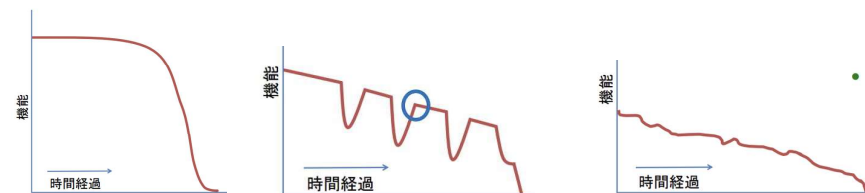
- ・ 難しい意思決定に「正解」を出すこと ではない
- ・ 医療・ケアチームが何が本人にとっての最善かについて真剣に悩み、十分に話し合った結果の「決定」であること
- ・ 決定に至るまでのプロセスに本人が可能な限り参画していること
(Nothing about us without us)



DNAR

DNARは、心肺停止に陥ったとき、心肺蘇生を行っても蘇生する可能性が低いと考えられる場合には、心肺蘇生を試みないでほしい、という患者本人や患者の代理者の**意思表示**です。

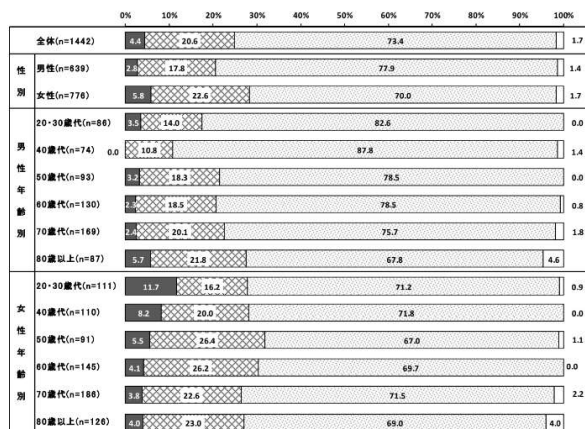
言い換えれば、病状悪化によって心肺停止になった場合は心肺蘇生を行いませんが、想定外の事象（食事による窒息など）によって突発的に心肺停止となった場合は「蘇生の可能性が高い」と考え、原則として心肺蘇生を行います



ナチュラルコース

心の準備

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○）



ツールは作るだけではダメ

本人・家族の希望	
本人・家族の希望	希望しない 本人希望
人工的栄養摂取	希望する 本人希望
詳細	H25年（2013年）病発症から8年経過
病状や予後について	多系統臓器症は進行していく病気で予後は発症から6年〜10年経過と認識
人生の喪失になること	
意思決定のキーパーソン	妻
大きな困難に直面した時の行動	本人：気にしない
病状説明と受け止め方	
説明内容	・2013年発症の多系統臓器症徐々に症状進行 ・今年の6月より経口摂取困難となっている ・今回入院第4病日に発症。原因は肺炎と診断。 ・経管栄養は継続しており、腫瘍治療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。 ・今後病状は進行する可能性があり、呼吸が弱くなること/予想される。 ・呼吸器科による呼吸などの可能性も増加 ・気管切開しチューブを挿入した方が呼吸が楽になる ・気管切開しチューブを挿入するとしゃべれなくなる。状態悪化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	気管切開はしない。今のうちに在宅で過ごしたい。
家族	妻：病状が発症して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けなくていい。全部が全部失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いいバランス。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。但し目前で病状が悪化したりしての急変時など目の前の急変時は救急車を呼ぶこともあるかもしれない。

「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
事務局 小野隆宏
舩友一洋

2023年6月9日発足

会則第2条（目的）

本会は、『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』の趣旨に沿い、大分県民が本人の価値観・人生観・死生観を共有した上で本人の尊厳が守られた豊かな人生を送るために、「人生会議」の普及啓発と実践を通して、県民自身が希望する医療やケアを受けることができる環境の実現を目指すことを目的とする



ACP大分・人生会議サポーター養成講座

●目的

- 県では『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』に伴い、人生会議の普及啓発に取り組んでいる。
- 本事業は、県民自らが希望する医療やケアを受けられるよう、人生会議の普及啓発に取り組む医療福祉従事者等を養成するための研修会を開催するもの。
- 医療福祉従事者には研修会への参加を通して、ACPの目的や手法など正しい知識を修得のうえ、現場でのACP実践、勤務先の病院内で情報共有・普及を図っていただく。

●委託先

- 「人生会議」を考える大分県民の会
- ※大分県民が本人の価値観・人生観・死生観を共有したうえで、本人の尊厳が守られた豊かな人生を送るために、人生会議の普及啓発と実践を通して、県民自身が希望する医療やケアを受けることができる環境の実現を目指すことを目的とし、人生会議の実践に積極的な県内の医療福祉関係者を中心に設立された団体。（令和5年8月発足）

●研修会概要

対象者	医療・介護従事者
参加者数	24名～36名を想定
R6年度開催地域	臼杵市（1回目：8/25・2回目：11/24） 大分市（1回目：10/27・2回目：1/26）
目標	① 本人の人生観・価値観にそった本人の意向を聞き取り、拾い集め記録することができるようになる ② 本人の人生観・価値観にそった本人の意向を本人と家族等が話し合うことを支援できるようになる ③ 本人の人生観・価値観にそった本人の意向を医療・ケアチームが共有し、本人にとって最善の医療・ケアを本人・家族等と模索し実現できるようなる
研修プログラム	1回目： 3時間25分 2回目： 3時間40分 1回目は2回目の内容は異なります。 参加者には1回目・2回目どちらも受講いただきます。
事前学習	1回目： 田村先生講演動画「ACPとは」 2回目： 春日井病院「急性期病院におけるACPの取り組み」



プログラム内容

※参加者には1回目・2回目どちらも受講いただきます。

1 回目

■グループ構成

4名（医療・介護従事者）1グループ

■目標

①本人の人生観・価値観にそった本人の意向を聞き取り、
拾い集め記録することができるようになる

②本人の人生観・価値観にそった本人の意向を本人と家族等が
話し合うことを支援できるようにする

■スケジュール

時 間	内 容	形式など
9:00～9:05 (5分)	開会挨拶	
9:05～9:25 (20分)	人生会議について	講義
9:25～10:05 (40分)	もしばなゲーム	グループワーク
10:05～10:25 (20分)	ピースを集めよう	講義
10:25～10:35 (10分)	休憩	
10:35～12:05 (90分)	ロールプレイ1・2	グループワーク
12:05～12:20 (15分)	振り返り・質疑応答	
12:20～12:25 (5分)	閉会挨拶	

2 回目

■グループ構成

6名（医療・介護従事者）1グループ

■目標

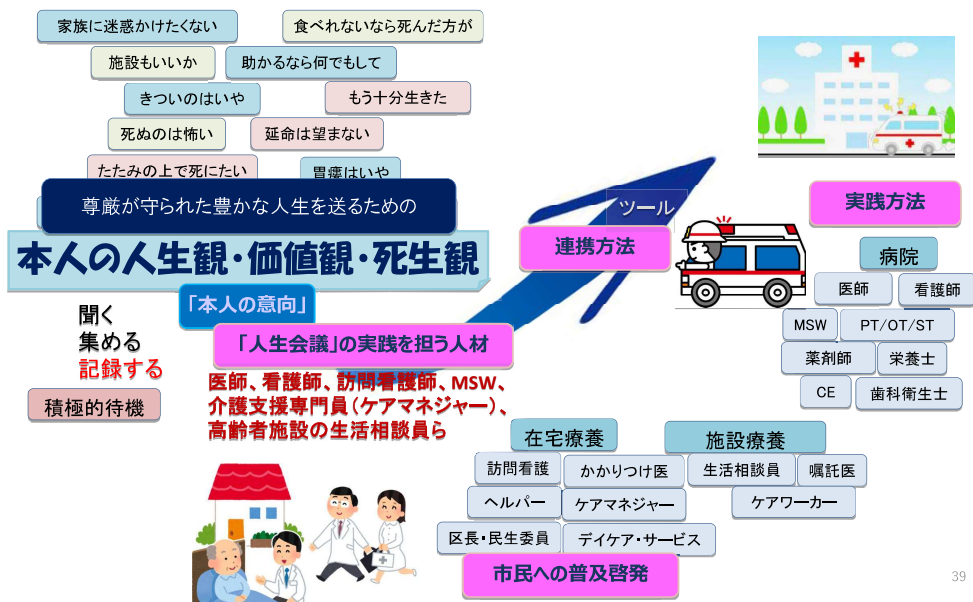
①本人の人生観・価値観にそった本人の意向を聞き取り、
拾い集め記録することができるようになる

②本人の人生観・価値観にそった本人の意向を本人と家族等が
話し合うことを支援できるようにする

③本人の人生観・価値観にそった本人の意向を医療・ケアチームが
共有し、本人にとって最善の医療・ケアを本人・家族等と模索し
実現できるようにすること

■スケジュール

時 間	内 容	形式など
9:00～9:10 (10分)	イントロダクション (開会挨拶)	
9:10～9:40 (30分)	経験を共有	グループワーク
9:40～10:20 (40分)	本人の意思が確認出来ない ときの人生会議	講義
10:20～10:30 (10分)	休憩	
10:30～11:10 (40分)	臨床倫理	
11:10～12:20 (70分)	ロールプレイ3	グループワーク
12:20～12:30 (10分)	まとめ・質疑応答	
12:30～12:35 (5分)	修了式	



沖縄方言

あちまてい、ゆんたくひんたく
（集まってたくさん話そう）

まくと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）



お年寄りの生き方に耳を傾けよう
私たちの生き方を聞いてもらおう

沖縄県 命しるべ



Leutz1999

連携

Linkage

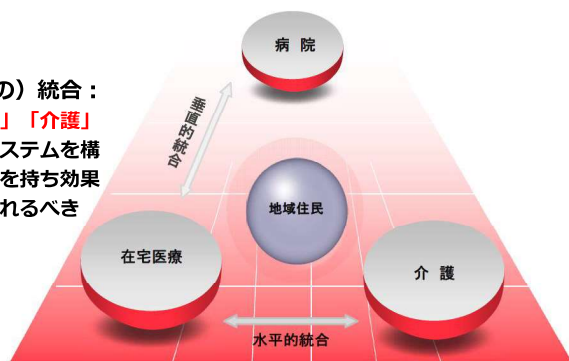
調整・協調

Coordination

統合

Full integration

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



最期まで自分らしく

41

