

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」

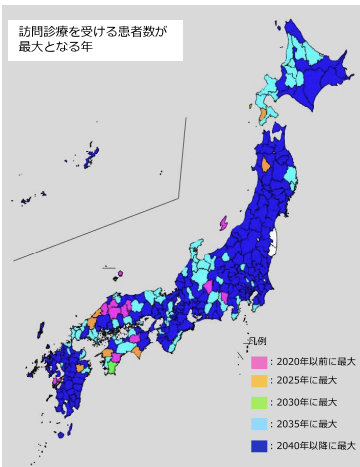
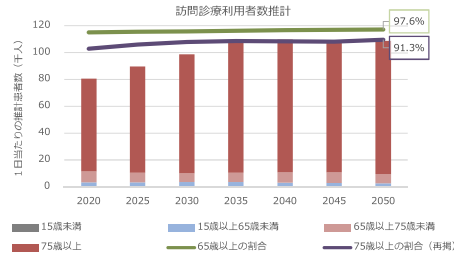
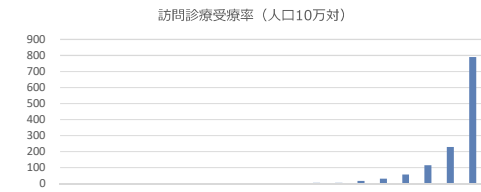
急変時における在宅医療の体制整備について

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。

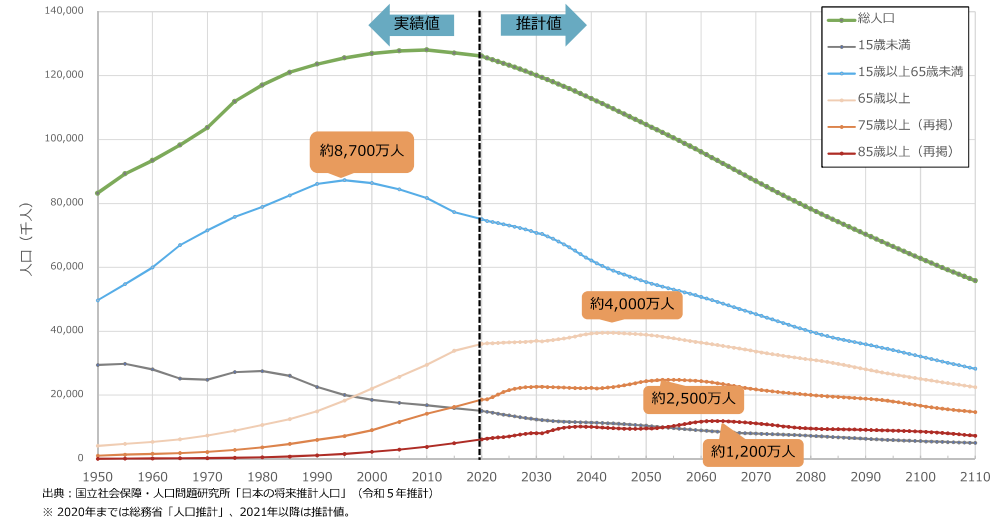


出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について推計。

【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。



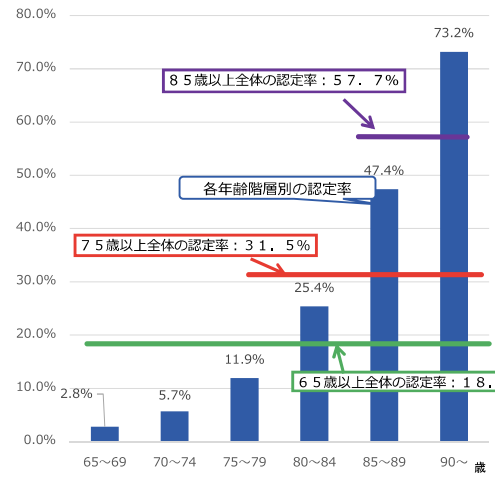
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計）
※ 2020年までは総務省「人口推計」、2021年以降は推計値。

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）

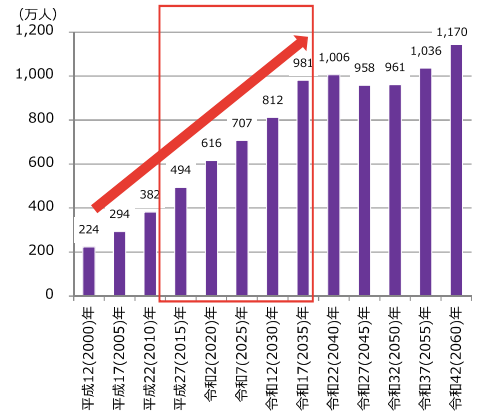
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

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

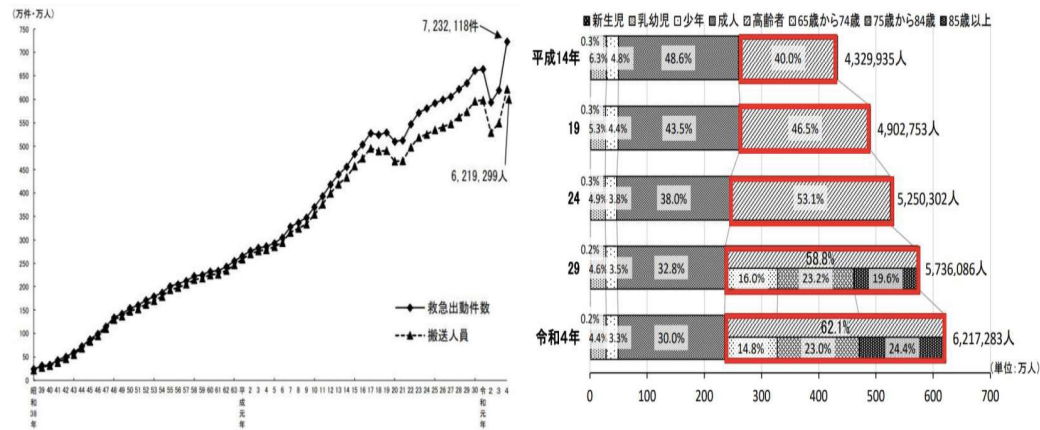


（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5（2023）年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

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。

(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

(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

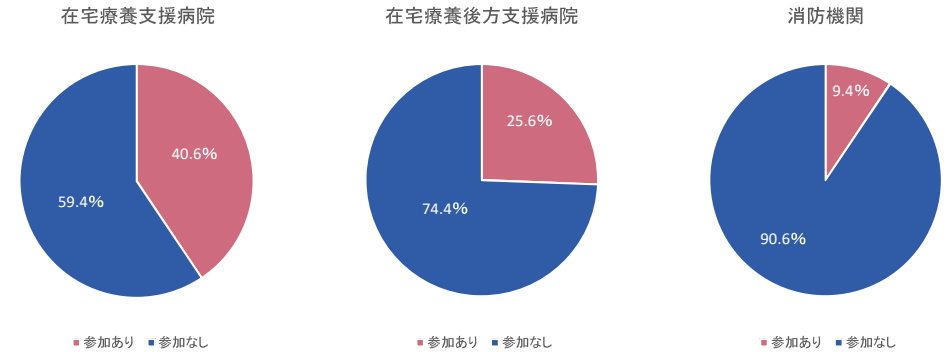
5

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>

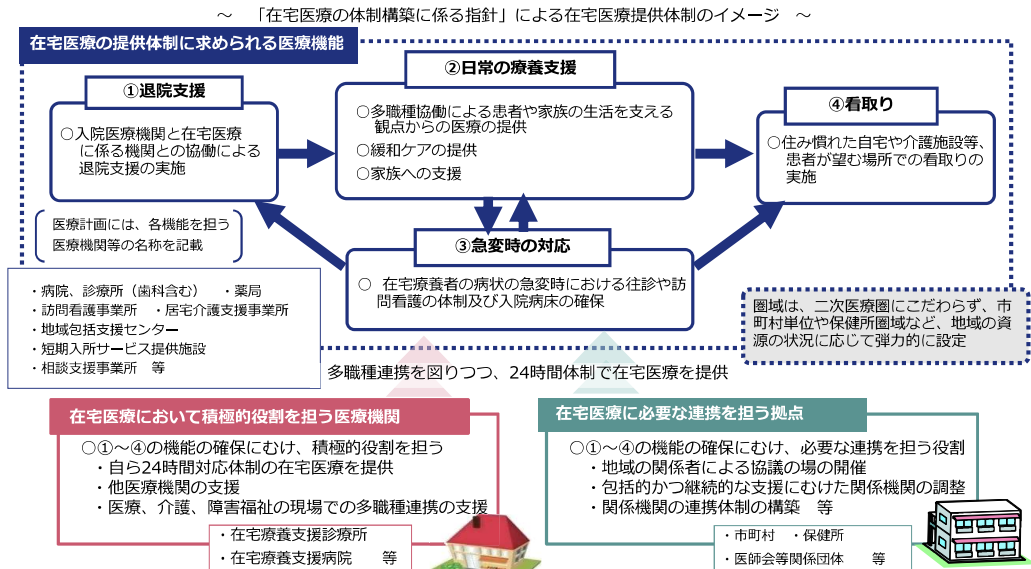
- 地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場への参画
- 救急隊の対応の検討等
- ① 在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、メディカルコントロール協議会等における十分な議論
- ② 具体的な対応件数の集計及びメディカルコントロール協議会における事後検証の検討

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。



【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

田村地域医療対策協議会

八王子高齢者救急医療体制広域連絡会 (八高連:はちこうれん)について

医療法人永寿会
陵北病院
介護医療院陵北病院

田中裕之

令和7年2月17日 zoom

八王子市の概要



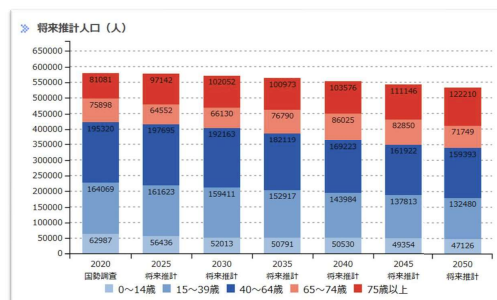
- ・都心から西へ40Km
- ・中核都市
- ・面積186.3km²(田村市の約40%)
- ・森林面積46%

令和6年
人口 559,083人
高齢化率 27.98%

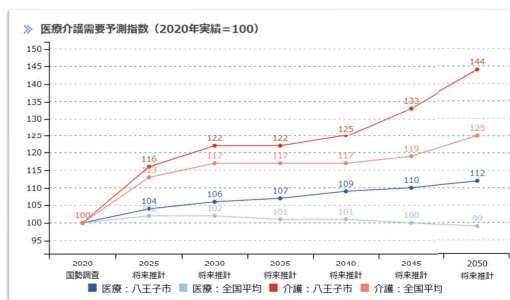
大学・高専が23設置
学生数 約11万人

中村雨紅「夕焼け小焼け」

八王子市の概要



2050年に向けて、全体の人口は減少するが
75歳以上の人口は増え続ける



2050年に向けて、医療・介護の需要は
高まる予想

八王子市内の救急告知医療機関

13病院

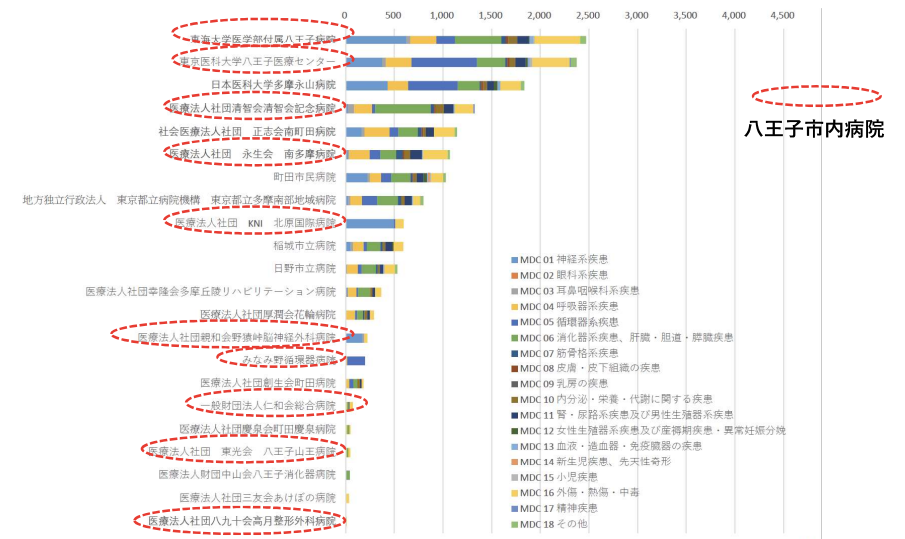
一般財団法人 仁和会総合病院	〒192-0046	八王子市明神町4-8-1	042-644-3711
右田病院	〒192-0043	八王子市曉町1-48-18	042-622-5155
医療法人社団永生会 永生病院	〒193-0942	八王子市梶田町583-15	042-622-5155
東京医科大学 八王子医療センター	〒193-0944	八王子市館町1163	042-665-5611
医療法人社団東光会 八王子山王病院	〒192-0042	八王子市中野山王2-15-16	042-626-1144
医療法人社団永生会 南多摩病院	〒193-0832	八王子市散田町3-10-1	042-663-0111
医療法人社団清智会 清智会記念病院	〒192-0904	八王子市子安町3-24-15	042-624-5111
医療法人社団八九十会 高月整形外科病院	〒192-0002	八王子市高月町360	042-692-1115
医療法人社団親和会 野猿峠脳神経外科病院	〒192-0372	八王子市下柚木1974-1	042-674-1515
医療法人社団KNI 北原国際病院	〒192-0045	八王子市大和田町1-7-23	042-645-1110
医療法人社団玉栄会 東京天使病院	〒193-0811	八王子市上巻分方町50-1	042-651-5331
東海大学医学部付属八王子病 院	〒192-0032	八王子市石川町1838	042-639-1111
医療法人社団健心会 みなみ野循環器病院	〒192-0918	八王子市兵衛1-25-1	042-637-8101

救命救急センター

八王子市内の救急告知医療機関



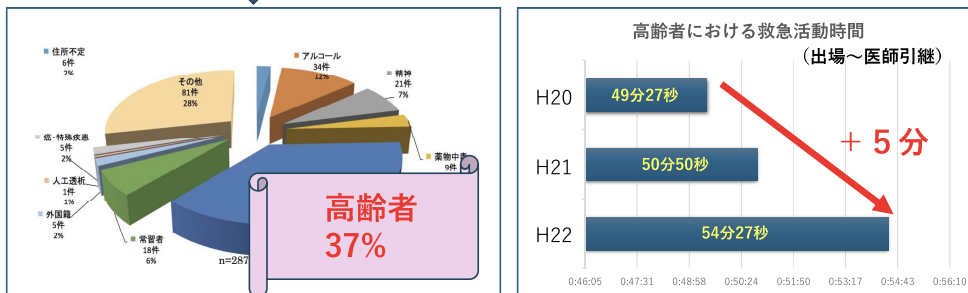
南多摩医療圏における救急車で入院患者数



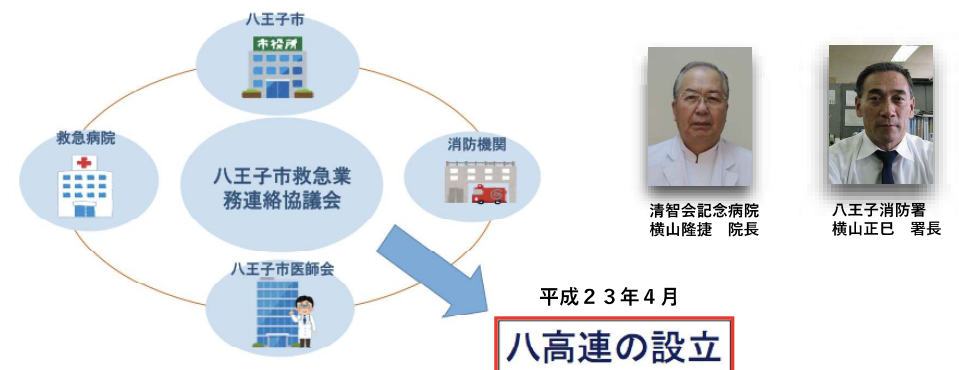
八高連の設立経緯

平成21年 「消防法の一部を改正する法律」の公布 → 東京ルール

八王子消防署
平成21年8月31日～平成22年12月31日に発生した「医療機関選定困難事案」287例を分析

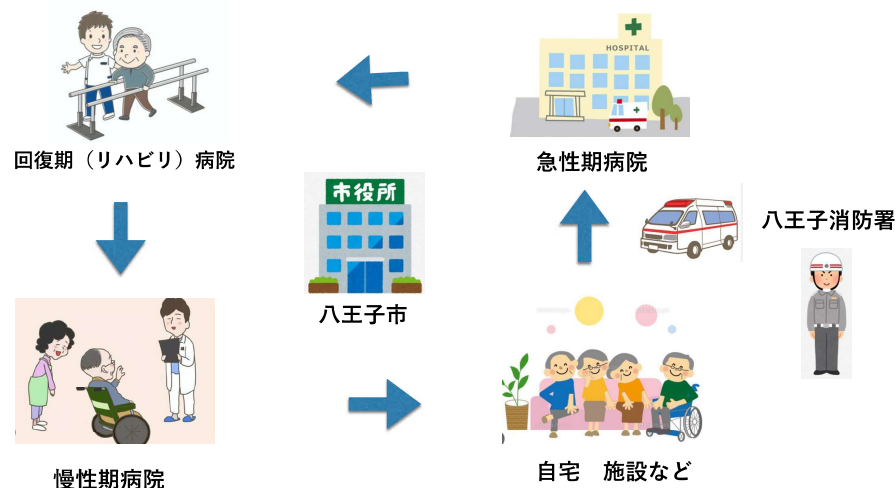


八高連の設立経緯



八王子市内に居住する高齢者の救急要請に対し
より一層の迅速で安全な救急搬送体制の確立を目指す

高齢者傷病者の流れ



八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会

会員

- (1) 八王子市救急業務 連絡協議会
- (2) 救命救急センター・救急センター
- (3) 介護療養型 病院（介護医療院）
- (4) 医療療養型 病院
- (5) 八王子 施設長会
- (6) 八王子 社会福祉法人代表者 会
- (7) 八王子 特定 施設連絡会
- (8) 精神科 病院
- (9) 八王子 介護支援専門員連絡協議会
- (10) 八王子 介護保険 サービス事業者連絡協議会
- (11) 八王子市 高齢者あんしん相談センター
- (12) 八王子市 医師会
- (13) 八王子市 町会自治会連合会
- (14) 八王子市
- (15) 八王子消防署
- (16) 八王子 老人保健 施設協議会
- (17) 八王子市 赤十字 奉仕団
- (18) 八王子市 民生委員児童委員協議会
- (19) 八王子市 社会福祉協議会
- (20) 八王子 薬剤師会



協議体としての目的

- 1 高齢傷病者の急性期医療早期受け入れ体制の確立
- 2 オール八王子での連携
- 3 市内収容率の向上

八高連立ち上げ時の会議について

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のべ27回開催

入り口問題の検討

- 連携問題 施設の協力病院が緊急時に対応できない
療養型病院でも受け入れができないか
- 家族連絡 家族の有無や連絡先が分かりにくい
医療同意(t-PAの使用、薬物中毒)がとれない
付き添いの有無が問題になることがある
- 情報不足 普段の医療情報が分からない
高齢者が病状を伝えられない
施設でのショートステイでは情報把握が困難
- リビングウィル 事前指示の検討がなされていない

出口問題の検討

- 連携問題 慢性期病院と患者とのマッチングがうまくいかない
⇒ 医療面、福祉面、制度面、金銭面など
慢性期病院は常に満床に近い
慢性期、施設に送る際、申請用紙の書式が違うことが負担
- 介護申請 介護保険の申請に時間がかかる
暫定プランは現実的ではない
家族がいないと介護申請が滞る
- 在宅(施設)困難
高齢傷病者は以前のADLに回復しないことが多い
吸引や経管栄養などの処置
家族の「介護力」「認知症・精神疾患」「経済状況」「ADL」「疾患の状況」のうち、
3つ以上が重なると行き場が無くなる(社協によるアンケート調査)

療養型病床を所有する病院の代表者会議

- ・療養型病院病院ごとに対応できる疾患、医療処置能力が違う
- ・夜間の受け入れは困難
- ・日勤帯に緊急入院(かかりつけ患者、救急病院からの後方ベッド)の受け入れ能力が課題
- ・終末期医療につき療養型病院を中心に研修会等を開催できないか

成果物

八高連審議結果

救急情報シート(安心シート)

療養型医療機関における受け入れ可能疾患一覧表



推進事項 自宅(在宅)

- 1、緊急時における付き添い及び家族への連絡等について、家族等で事前協議、救急医療情報等をまとめる
- 2、既存の「救急情報キット」がある場合は活用するが、更新時等の機会をとらえ「救急医療情報シート」に変更し情報を転記する

推進事項 高齢者施設

- 1、緊急時の医療処置について施設利用者、家族と話し合う(延命処置等について事前協議)
- 2、緊急時の家族等への連絡体制を確保する
- 3、緊急時の職員に対する教育、対応要領を周知徹底する
- 4、医療機関を退院した施設利用者の積極的な受け入れ、ベッドを確保する

推進事項 救急隊

- 1、「救急医療情報シート」の記載内容を、正確に医療機関へ伝達する
- 2、「救急医療情報シート」を有効活用し、迅速に救急搬送する
- 3、救急隊員に対して、八高連のシステムについて教育する
- 4、市外救急隊に対して「救急医療情報シート」を活用した救急活動を周知徹底する

推進事項 急性期病院

- 1、家族の付き添いの有無や、家族への連絡済みであるか否かを問わず、迅速に受け入れ体制を確保する
- 2、早期に医療機関収容体制を確保する

推進事項 慢性期病院

- 1、急性期を脱した傷病者の早期受け入れ体制を確保する
- 2、平日日中、対応が可能であればかかりつけ患者は受け入れる。対応不能ならば情報提供をする
- 3、八高連主催による、終末期医療研修会等を開催する
- 4、「療養型医療機関における、受け入れ可能な疾患（医療処置等）一覧表」の作成する
- 5、急性期医療機関へ情報を提供する

推進事項 八王子市

- 1、介護保険申請から認定までのスピード化を図る
- 2、介護保険申請を、本人及び家族が申請出来ない場合、高齢者施設等に対して、代理申請が可能であることの周知をおこなう
- 3、地域包括支援センター、民生委員により高齢者の生活、健康状態を把握する

「救急情報シート」

1秒でも早い搬送を実現するため
関係者全員で話し合っ**て決めたもの**

～記入例～ 救急医療情報 (八王子市高齢者救急医療連携協議会)

住所	八王子市 元中郷 町 三丁目 24番 1号		
ふりがな	野村 幸子	年齢	70歳 (平成24年 8月 10日現在)
氏名	八王子 七男		
生年月日	明治42年(昭和17年) 1月 1日		
性別	男・女		
連絡先	042-626-3111(自宅)		
電話番号	090-6666-6666(携帯番号)		

○医療情報

現在治療中の病気 (医師、糖尿病・心臓病・脳卒中、その他 (血圧185/110))

過去に医師から言われた病気

服用している薬

かかりつけの病院

住 所: 八王子市 元中郷 町 三丁目 24番 1号

電話番号: 042-626-3111

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

☐ できるだけ救命、延命をしてほしい

☐ 苦痛をやわらげる処置なら希望する

☐ なるべく自然な状態で見守ってほしい

☐ その他 ()

○家族の氏名

氏名	続柄	住所	電話番号
八王子 内妻 子	子	八王子市 元中郷 町 1-1	080-1111-6666
日野 五子	子	日野市 元中郷 町 1-2-3	090-0000-6666

作成日 平成24年 8月 10日 更新日 平成27年 4月 1日

更新日 平成 年 月 日 更新日 平成 年 月 日

更新日 平成 年 月 日 更新日 平成 年 月 日

○高齢者あんしん相談センター(地域包括支援センター)

住 所: 電話番号:

八高連の救急情報シート運用

- ・ 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 ()

救急情報シート

かかりつけの病院	病 院 名:	※おおよそ1年以内に受診歴のある病院
	住 所:	市・区
	電話番号:	

かかりつけの病院・クリニックの情報

- ・ 医療情報が分かる
- ・ 搬送先になり得る
- ・ 往診が可能分かる

救急医療情報

※ 本情報は救急医療に必要と認められる場合を除き、本人の同意を得た上で利用されます。

氏 名: 八王子市 元中郷 町 三丁目 24番 1号

ふりがな: 野村 幸子

年齢: 70歳 (平成24年 8月 10日現在)

氏 名: 八王子 七男

生年月日: 明治42年(昭和17年) 1月 1日

性別: 男・女

連絡先: 042-626-3111(自宅)

電話番号: 090-6666-6666(携帯番号)

○医療情報

現在治療中の病気 (医師、糖尿病・心臓病・脳卒中、その他 (血圧185/110))

過去に医師から言われた病気

服用している薬

かかりつけの病院

住 所: 八王子市 元中郷 町 三丁目 24番 1号

電話番号: 042-626-3111

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

☐ できるだけ救命、延命をしてほしい

☐ 苦痛をやわらげる処置なら希望する

☐ なるべく自然な状態で見守ってほしい

☐ その他 ()

○家族の氏名

氏 名	続 柄	住 所	電話番号
八王子 内妻 子	子	八王子市 元中郷 町 1-1	080-1111-6666
日野 五子	子	日野市 元中郷 町 1-2-3	090-0000-6666

作成日 平成24年 8月 10日 更新日 平成27年 4月 1日

更新日 平成 年 月 日 更新日 平成 年 月 日

更新日 平成 年 月 日 更新日 平成 年 月 日

○高齢者あんしん相談センター(地域包括支援センター)

住 所: 電話番号:

救急情報シート

救急医療情報

※ 本情報は救急医療に必要と認められる場合を除き、本人の同意を得た上で利用されます。

氏 名: 八王子市 元中郷 町 三丁目 24番 1号

ふりがな: 野村 幸子

年齢: 70歳 (平成24年 8月 10日現在)

氏 名: 八王子 七男

生年月日: 明治42年(昭和17年) 1月 1日

性別: 男・女

連絡先: 042-626-3111(自宅)

電話番号: 090-6666-6666(携帯番号)

○医療情報

現在治療中の病気 (医師、糖尿病・心臓病・脳卒中、その他 (血圧185/110))

過去に医師から言われた病気

服用している薬

かかりつけの病院

住 所: 八王子市 元中郷 町 三丁目 24番 1号

電話番号: 042-626-3111

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

☐ できるだけ救命、延命をしてほしい

☐ 苦痛をやわらげる処置なら希望する

☐ なるべく自然な状態で見守ってほしい

☐ その他 ()

○家族の氏名

氏 名	続 柄	住 所	電話番号
八王子 内妻 子	子	八王子市 元中郷 町 1-1	080-1111-6666
日野 五子	子	日野市 元中郷 町 1-2-3	090-0000-6666

作成日 平成24年 8月 10日 更新日 平成27年 4月 1日

更新日 平成 年 月 日 更新日 平成 年 月 日

更新日 平成 年 月 日 更新日 平成 年 月 日

○高齢者あんしん相談センター(地域包括支援センター)

住 所: 電話番号:

緊急連絡先

氏 名	続柄	住所	電話番号

緊急連絡先(家族など)

- ・ 緊急時、きわめて重要です
- ・ 命が助かるか、後遺症が残るかに直結する場合があります

救急情報シート

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

- ☐ できるだけ救命、延命をしてほしい
- ☐ 苦痛をやわらげる処置なら希望する
- ☐ なるべく自然な状態で見守ってほしい
- ☐ その他 ()

～もしもの時に～

- ・ 本人・家族の意向を尊重するため
- ・ 自分の意思を表せるうちに書いておく
- ・ 無理に記入しなくてよい
- ・ 「なるべく自然な状態で見守ってほしい」は、病院に運ばないという意味ではない

救急隊が現場で調べなくてはならない情報

- (1) 年齢、性別、普段の状況（認知症、介護度など）
- (2) 状況及び受傷機転
- (3) 患者の訴え、意識レベル、血圧 脈拍など
- (4) 怪我の場所、救急処置の内容
- (5) 昔の病気、内服薬など
- (6) 病院までの所要時間
- (7) その他（家族の連絡先、連絡できたのか？）

- ・重症度、緊急度を判断
- ・延命希望の有無
- ・希望する治療内容

距離が近い
適切な救急病院を選択

➡ 救急情報シートがあると助かります！！

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



八王子シティビジョン



防災訓練会場での配布



市役所・市民センター



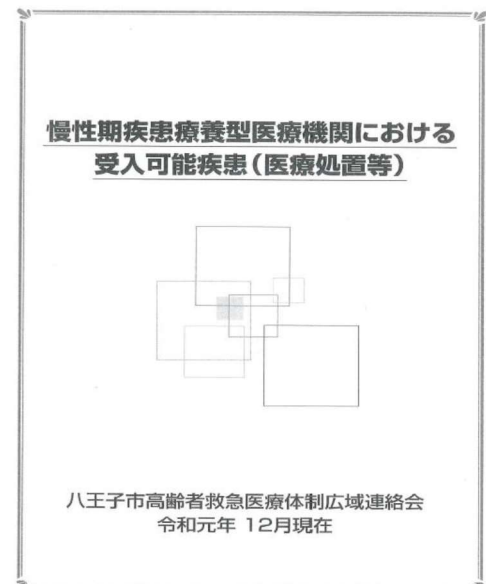
市広報誌



八王子市



八王子消防署ホームページ

[illegible]

八高連講演会 毎年開催（コロナで一時中断）

平成29年（市民向け）

「**長寿時代の高齢者医療 自分らしい生き方と生き終わり方のために**」
 東京大学死生学・応用倫理センター上廣講座
 会田薫子 先生

平成30年（医療従事者向け）

「**事前指示の過去・現在そして未来へ**」 ACP POLSTについて
 東京大学大学院 医学系研究科 社会医学専攻 医療倫理学分野
 今長谷尚史 先生

令和4年（介護施設、医療関係者向け）

「**高齢者施設における救急対応について**」
 八高連

令和5年（介護施設、医療機関向け）

「**臨床倫理から見るACP（アドバンスケアプランニング）**」
 日本臨床倫理学会 箕岡真子先生

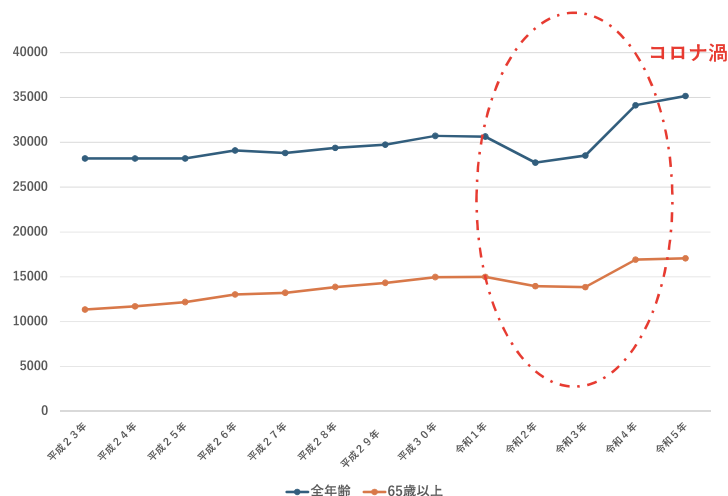
八高連の令和6年度の研修

10月2日 八高連講演会
 介護施設と病院の連携対策 「**救急要請する前にできること**」

10月25日 八高連講演会
 「**令和6年度報酬改定と消防救急搬送削減の促進について**」

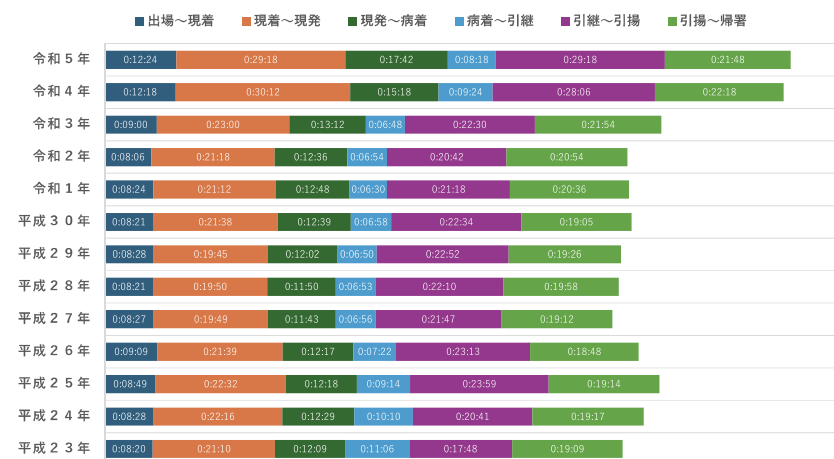
12月13日 八王子市町会自治会連合会研修会
 令和6年度東京都地域の底力発展事業助成事業
 「**もしも**」に備えてできること
 救急情報シートの紹介、#7119について

八王子市内 救急出場件数



八王子消防署提供データより

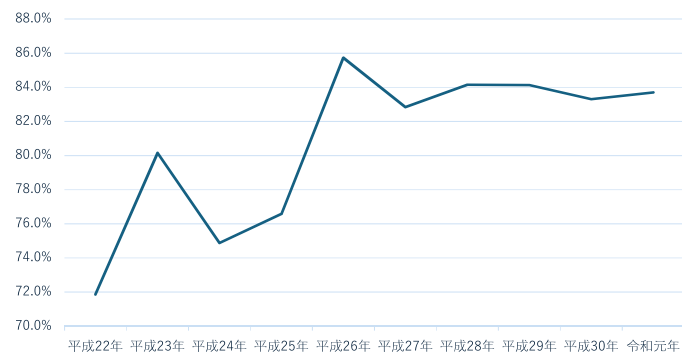
八王子市内65歳以上の救急活動時間



到着～引継までの時間短縮

八王子消防署提供データより

八王子市内の救急事案における八王子市内収容率



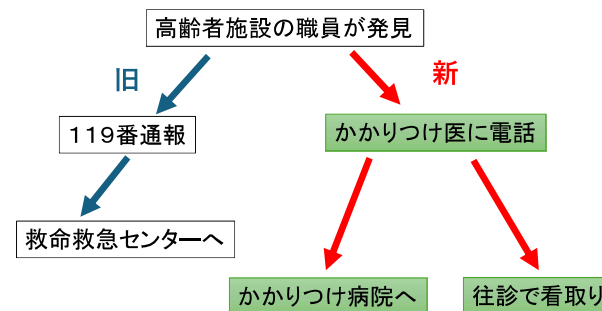
65歳以上 八王子市内収容率 平成22年と令和1年の比較
71.9% → 83.7%

八王子消防署提供データより

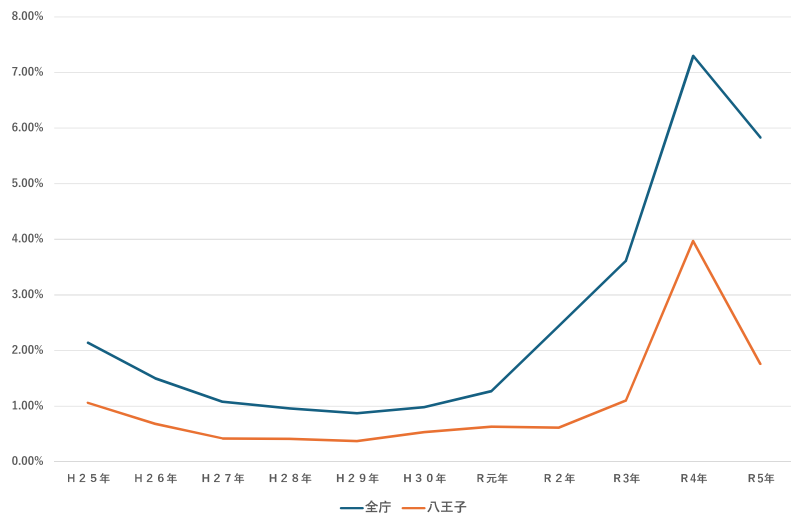
八王子市内3次救急医療機関におけるCPA搬送数

東京医科大学八王子医療センター救命救急センター

平成22年 305件 → 平成26年 209件

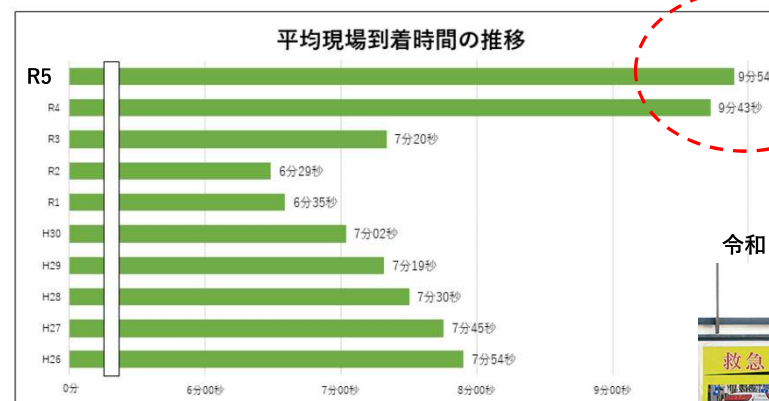


東京ルール 搬送人員割合



八王子消防署提供データより

救急車ひっ迫の現在



大問題

令和6年8月 八王子駅自由通路



八王子消防署提供データより

冬季救急需要対策に対するアンケートについて

※アンケート集計結果を報告する会議を実施する予定です。

なお、Zoomによる会議を予定しております。出席の有無について回答をお願いします。

☐出席

☐欠席

【医療機関用】

12月から救急患者の受け入れが早期に出来ない状況が継続して発生しており、東京ルールへ移行後、南多摩保健医療圏外へ搬送している症例が散見されています。このことから、各医療機関の実態把握並びに迅速な救急患者の搬送を目的に、八王子市救急業務連絡協議会及び八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会においてアンケートを実施することになりましたので、ご協力をお願いします。

1. 医療機関名をお願いします。

2. 入院受入相談について、12月はいままで相談が可能でしたか？

※ここでの入院受入相談とは個人、施設及び医療機関から入院依頼先医療機関に対して、

患者の入院前に事前に行われる入院調整相談のことを指します。

予定入院相談の場合：12月 日頃まで相談可能でした。

緊急入院相談の場合：12月 日頃まで相談可能でした。

3. 入院受入期日について、12月はいままで可能でしたか？1月はいつから可能でしたか？

※ここでの入院受入期日とは、個人、施設及び医療機関から受ける年末における入院患者の各入院の締め切り日、年始における入院患者の各入院の開始日を指します。

予定入院の場合：12月 日まで可能でした。1月 日に開始可能でした。

緊急入院の場合：12月 日まで可能でした。1月 日に開始可能でした。

冬季における救急ひっ迫を受け、
八王子市内の病院、高齢者施設
に緊急アンケートを実施中

今年の冬に向け対策を
協議の予定

八高連の本質と効果

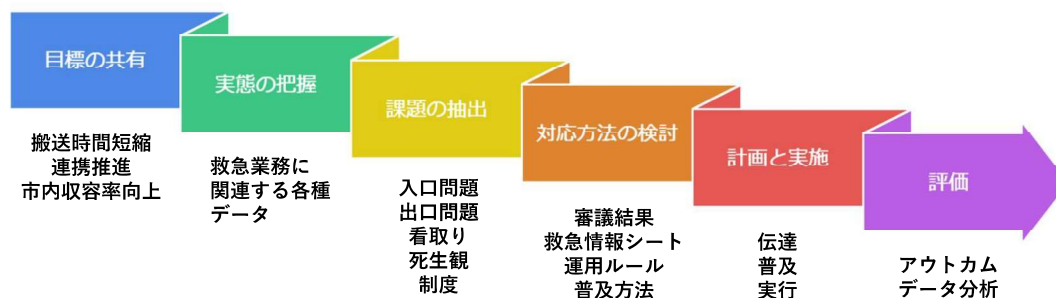
オール八王子での継続的な水平な議論による
いわゆる
「腹の見える連携」の実現

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
慢性期病院の救急車の受け入れ数増加

地域マネジメントと八高連

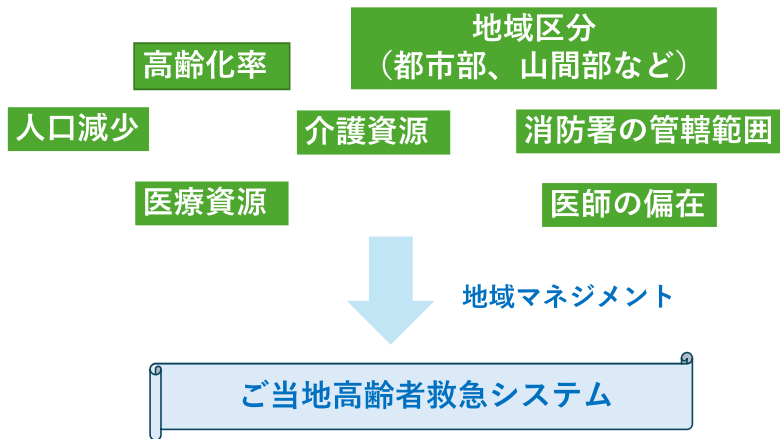
市民の生活の場である地域社会の安全で安心なあり方を企画・立案し、
それを“まちづくり”として実践・運営し、経営管理していく理論

地域包括ケアと八高連



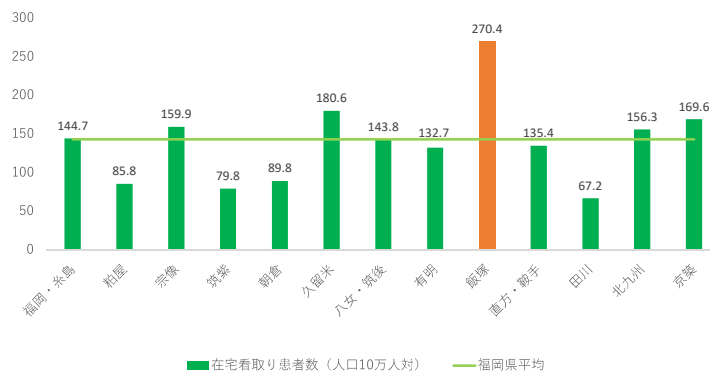
地域マネジメント

全国にはさまざまな地域があり、事情も異なる



福岡県での在宅看取り患者数は 第1位

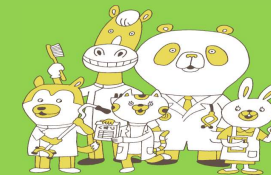
福岡県内における在宅看取り患者数（二次医療圏別・人口10万人対）



出典：令和4年度分 福岡県高齢者地域包括ケア推進課

在宅医療 × 救急医療 連携

地域の実情に応じた圏域を設定した
在宅療養支援体制の構築



飯塚病院 地域包括ケア推進本部
飯塚医師会 地域包括ケア推進センター
社会福祉士/精神保健福祉士/介護支援専門員
小栗 和美

本日の内容

1. 飯塚地域の在宅医療・介護連携推進体制について

2. 特長的取組みの紹介

「5ブロック在宅医療介護連携推進構想」

～病院を連携拠点にした在宅療養支援体制～

3. 円滑な事業推進となるためのポイント(まとめ)

飯塚医療圏の概要

1.自治体概要



出典)福岡県、保健医療計画2024-2029、令和6年3月

市町村	飯塚市	嘉麻市	桂川町
人口※1	124,175人	34,929人	12,873人
高齢率※1	65歳以上:32.3% 75歳以上:17.9%	65歳以上:41.4% 75歳以上:22.0%	65歳以上:36.0% 75歳以上:18.1%
要介護認定率※2	20.7%	21.1%	20.0%

※1:飯塚市:飯塚市人口統計表(令和6年11月末現在)、嘉麻市:桂川町:住民基本台帳(令和6年1月)より
※2:飯塚市:介護保険事業を取り巻く現状(令和5年2月)、嘉麻市:嘉麻市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画(令和5年3月)、
桂川町:第9期高齢者福祉計画(令和5年9月)

2.主な医療・介護資源の状況

	飯塚市	嘉麻市	桂川町	計
病院/うち、在支病	12/3	7/1	1/0	20/4
一般診療所/うち、在支診	107/16	15/6	5/1	127/23
訪問看護ステーション	40	9	0	49
訪問介護	74	15	3	92
通所介護(地域密着型を含む)	92	21	6	119
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	1	1	0	2
小規模多機能型居宅介護	4	1	0	5
看護小規模多機能型 居宅介護	3	0	0	3
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	17	6	4	27
介護老人保健施設	6	2	1	9
介護医療院	1	2	1	4
地域包括支援センター※3	11 (委託)	1 (直営)	1 (直営)	13

出典)日本医師会「JMAP地域医療情報システム」<https://jmap.jp/2024/12/16/参画>
※3:福岡 県内の地域包括支援センター 地域包括支援センター一覧(2024/10/1時点)

4

在宅・医療介護連携推進の実施体制

2012年度 在宅医療連携拠点事業：額田病院
2015年度～ 在宅医療介護連携推進事業



飯塚市
嘉麻市
桂川町

在宅医療介護連携推進事業 (介護保険地域支援事業)

- ア、地域の医療・介護の資源の把握
- イ、在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- エ、医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ、在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- カ、医療・介護関係者の研修
- キ、地域住民への普及啓発



飯塚医師会
地域包括ケア推進センター

1. 個別相談支援(※医療介護従事者専用)
2. 在宅医療介護連携推進事業マネジメント
3. 地域課題解決に向けた調整支援
4. 他の関連事業との調整



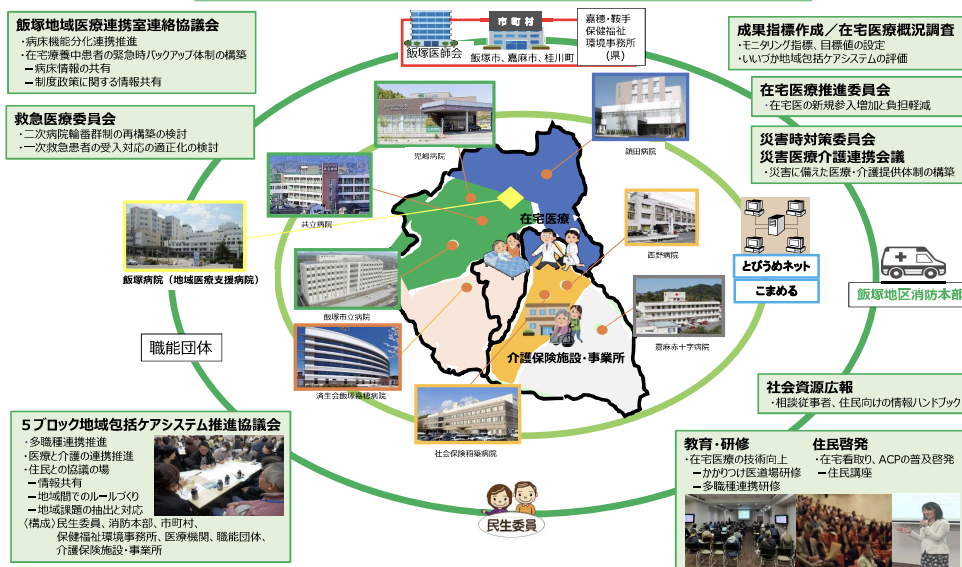
在宅医療提供体制充実強化事業 (地域医療介護確保総合基金)

在宅医療に必要な連携を担う拠点としての整備

福岡県、県医師会

5

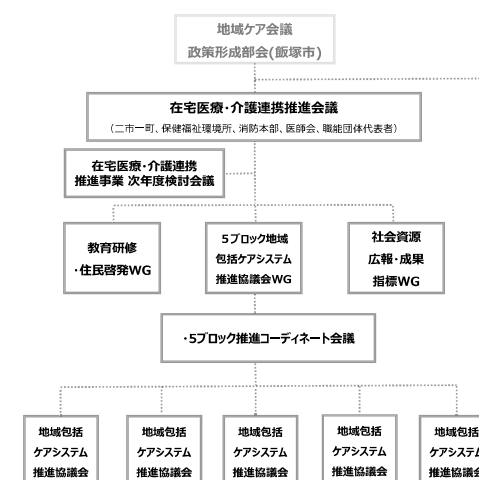
5ブロック在宅医療・介護連携推進構想の実現に向けた取組み



6

在宅医療・介護連携推進体制図

主に市町村事業(在宅医療介護連携推進事業)の体制



主に医師会・県事業(在宅医療提供体制充実強化事業)の体制



7

本日の内容

1. 飯塚地域の在宅医療・介護連携推進体制について

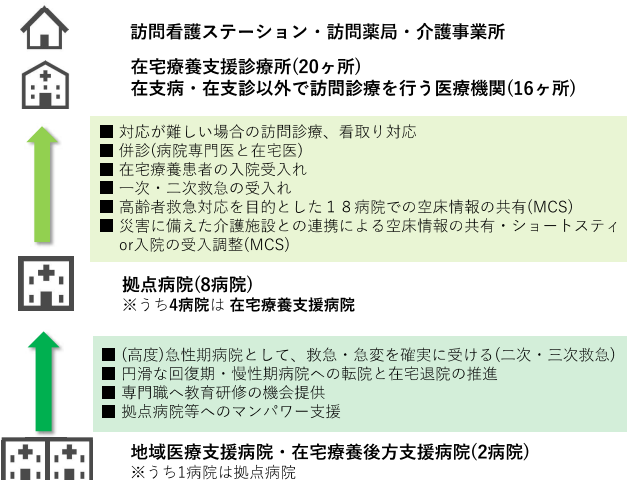
2. 特長的取組みの紹介

「5ブロック在宅医療介護連携推進構想」

～病院を連携拠点にした在宅療養支援体制～

3. 円滑な事業推進となるためのポイント(まとめ)

病院機能強化・病病連携(役割分担の明確化)による在宅療養支援体制の整備



退院時の在宅医のコーディネートは、各病院で以下の優先順位で調整

- ①かかりつけ医
- ②自宅近くで患者が希望する在宅医
- ③(がん末期等の場合で①②が対応できない場合)ノウハウのある在支病・在支診

※そのほか、機能強化型での連携など、個別の医療機関同士の連携もある。各医療機関で診療科や病床数、職員数も異なるため、連携することで互いの機能を補い合っている。

「5ブロック医療介護連携拠点病院」を拠点とした在宅療養支援体制

目 的

日常生活圏域ごとに住民目線の在宅医療介護連携推進体制構築

5ブロック

在宅療養支援、多職種協働の単位。在宅医療・介護の連携となり得る病院を拠点とし、拠点病院の診療範囲、周辺の医療機関数、日常生活圏域を勘案して設定

5ブロック医療介護連携拠点病院 ※8病院(在宅療養支援病院4)

条件: 地域包括ケア病院、地域包括医療病院を持つ病院、在宅医療を行っている、日頃から在宅関係者と緊密な連携を図っている(在宅療養支援病院)

- ① 在宅医療・介護連携協議場の提供
- ② 住民の健康増進・予防の普及啓発
- ③ 在宅医療・介護関係者との緊密な連携構築とバックアップ支援
- ④ 介護施設との連携強化・支援
- ⑤ 災害に備えた医療介護相談支援・連携調整

地域包括ケアシステム推進協議会(通称 5ブロック協議会)

構成メンバー: 民生委員、医療機関、介護保険施設・事業所、戦能団体、保健所、市町村、消防本部

活動(年): 全体会議1回、実務担当WG5回程度、各圏域ごとの協議会3回以上



推進コーディネーター



基幹的コーディネーター

拠点病院の地域連携室職員が推進コーディネーターとなり、次年度検討会議で出された課題を踏まえ、共通課題に対する方策立案・実施、評価を行う。また、拠点病院の機能・役割(上記①～⑤)をマネジメント、コーディネーター医師会には基幹的コーディネーターを配置し、全体をマネジメント

5ブロック医療介護連携拠点病院の機能・役割

目 的

在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す

1. 在宅医療介護連携の課題協議の場提供
5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会の開催
2. 住民の健康増進・予防の普及啓発
ACP(人生会議)、フレイル予防等
3. 在宅医療・介護関係者との緊密な連携構築とバックアップ支援
夜間祝日の救急医療体制を明確にして共有、医科・歯科連携強化、アプリを使った空床情報共有(試行運用)
4. 介護施設との連携強化・支援
介護施設専用の医療相談窓口、介護施設との連絡協議会、技術支援、看取り介護の実習受け入れ(一部)
5. 災害に備えた医療介護相談支援・連携調整
アプリを使った空床情報共有、病院・介護施設・自治体との会議

重点課題

1. 介護施設での看取りの推進

2. 在宅医の新規参入促進と負担軽減策の検討

3. 在宅医療を支える救急医療体制の連携強化

4. 災害に備えた医療・介護連携体制の構築

2. 住民への健康増進・予防の普及啓発

2-1 講演・出前講座

- (1) 「スキンプレイル、フレイル予防、感染予防対策免疫と栄養」 担当:飯塚市立病院、共立病院
①鎮西交流センター 15名 ②穂波福祉総合センター 25名 ③棕本地区公民館 26名
- (2) 「人生会議～もしものときのために～」 担当:嘉麻赤十字病院
嘉麻赤十字病院 23名
- (3) 「認知症があっても希望する場所で住み続けられるまちづくり」 担当:全体
のみみプレジデントホテル 130名
- (4) 「健康講座」 担当:済生会飯塚嘉穂病院
各校区10ヶ所 256名
- 



2-2 健康増進・フレイル予防の普及啓発イベント開催

- (1) イオン穂波ショッピングセンター 136名
(2) 済生会飯塚嘉穂病院 83名



2023年度 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会

1. 住民組織、専門職、自治体による課題対応に向けた協議

- | | | |
|---|--------------|-------------------|
| (1) 「介護現場からみた多職種連携」 | 52名/担当: 頤田病院 | |
| (2) 「歯科と栄養」 | 72名/担当: 頤田病院 | |
| (3) 「身寄りがない方の支援ガイドラインを作ろう! Part2~地域の実情を知る、共有する!~」 | | 58名/担当: 済生会飯塚嘉穂病院 |
| (4) 「ACP人会議を出来る地域になる! ~最期まで「そなたらしく」を支えよう~」 | | 54名/担当: 済生会飯塚嘉穂病院 |
| (5) 「新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行後のACPを考える~コロナ禍を経験した私たち~」 | | 69名/社会保険稲葉病院、西野病院 |



3-1 救急医療委員会 年2~4回程度 (医師会、自治体、消防本部)

目的: 救急医療体制に関する協議
内容: 夜間の救急車受入れ体制に関する協議

救急車受入れ搬送件数、断った件数等の共有

飯塚病院のワークイン制限への対応→3-2 救急医療受入れ医療機関リスト作成

3-2 平日夜間、土日祝日の救急医療提供体制を明確にして共有 (医療・介護者関係、住民配布、HP掲載)

[illegible]

救急車での搬送を必要とせず内科・外科を来院される方へのお願い

飯沼病院救急救命センターでは、比較的軽微の患者様の来院も多く、救急搬送を要する者も少なくなることもあり、本来の重症・重篤患者に対して行う二次救急医療に力を注ぎたい場合が出ています。加えて、医師の働き方改革による増員により救急医療に携わる医師の確保が難しくなっています。

横浜市・川崎市の救急医療は、裏面に記載された各医療機関と飯沼病院救急救命センターが連携して取り組み、患者さんの症状や病状（比較的軽微の一次救急医療、入院治療が必要となる二次救急医療・重症・重篤患者）に対する三次救急医療により、対応しております。

地域住民の皆様には、安心して生活できる地域医療を守るため、又、断れない救急医療を維持するために、適正な受診に向けまして何卒ご理解とご協力をお願いします。

【ご協力のお願い】

1. 入院を必要としない比較的軽症の場合や救急事を呼ぶほどでない場合には、まずは、かかりつけの医師に相談しましょう。相談をしない場合は、かかりつけの医師に相談していただくことも可

大切です。調子が悪いと感じたら、なるべく開演時間内に相談しましょう。

急医療相談窓口が設置されていますので、受診の必要判断に悩まれたら、こちらをご活用ください。

3. 無病病院救命救急センターでは、命に係わる重篤な患者さんと複数の診療科が協力し、

で治療を行う必要がある患者さんが検出されます。このため、症状や病態性によっては救急の救急センターや救急告示病院（都道府県知事が告示し指定する病院）などに紹介される場合があります。

4 休日・夜間に受診を希望される場合は、救済急患センターや在宅当番医（9:00～17:00）

⑤ 現在、自宅や介護施設で定期的あるいは必要に応じて在宅医療を受けている患者様は、

まずは、かかりつけ医や訪問看護婦などにご相談ください。

上記に添らず、「いつもと様子が違う」、「緊急性が高い」などと思われる場合は、速やかに医療機関や119番へ連絡してください。

日ごろから適度な救急医療の受診について知っておくと、万一の場合にも落ち着いて対処することが可能です。

何卒皆様のご支援とご協力の程がされてよろしくお願い申し上げます。

版權医協会・札幌病院救命救急センター・札幌市・苫小牧市・桂川町

3-3 地域連携室連絡協議会 年3回 (18病院、自治体、消防本部)

目的: ①各医療機関の病床運用状況の共有 ②救急も含めた受入れ体制やルールの協議
③地域医療連携室の教育研鑽

日時：2021年 7月20日（火）19：00～20：30
内 容：・協議事項



飯塚消防本部警防課 救急係長 田熊 清治

3-4 アプリを活用した空床情報の共有 18病院参加

目的：一般・救急外来患者の入院受入れに困っている、一旦救急入院した後の数日以内の転院(下り搬送)

情報掲載内容：①年代 ②性別 ③かかりつけ医の有無 病院or診療所 診療科名 ④病名
⑤特記すべき治療・処置 ⑦特記事項
※患者及び家族からの口頭同意

使用するアプリ：MCS(メディカル・ケア・ステーション) ※無料の範囲で使用

16

空床情報共有システムの運用手順

MCS登録

- MCSのアカウント名には、所属機関名と代表者氏名を登録する
- MCSの手配作業は、医師会が行う。担当職員への招待は各医療機関の代表者が行う
- スマートフォンの通知設定をONにする(ポップアップされない場合はメールでの確認になる)
- 年1回(4月)登録者の見直し

運用方法

- システムの利用時間帯は平日9:00から15:00(最終受付とする)
- 主に入受れを担う医療機関(以下「受入れ施設」)は、代表者を1名決める。受入れ可否の連絡は代表者もしくは代理が対応する
- 主に紹介を行える医療機関は、病院調整等を担当する職員が個人で登録する。その場合は所属機関名と氏名を登録する
- システムの使用目的は、一般・救急外来患者の受入れに困っている場合及び病床満床の時に病院調整が必要な場合とする。一旦、救急入院した場合は数日後に転院する場合も可能
- 利用に際しては、患者もしくは家族からシステムを利用するとの同意を得る(口頭可)
- 受入れを依頼する相談者は、原則①患者名のイニシャル→イニシャルなし、②性別、③年齢(年代)→年代、④かかりつけ医療機関 病院・診療所・診療科※名前はあけない、⑤病名、⑥症状の有無しあれば簡単に記載)、⑦認知症を含む精神疾患の有無、⑧介護保険の認定情報(要介護1以上)※必要場合は場合のみADL状況等をMCSIにアップする。※個人情報特定の定には十分配慮する
- 相談がアップされたら、受入れ施設は受入れの可否を必ずアップする。あらかじめ条件付きということがわかつている場合はその旨記載する。(例えば男のみ可とか)
- 受入れ施設からの受入れ可否情報をもとに、相談者は患者が希望する受入施設に直接連絡をかける
- 受入れ施設の空床・受入れ情報に変更があった場合は、速やかに更新情報に記載する
- 既に紹介した個人が、再び取り直しはできない
- 詳細な情報のやりとりはMCSでは行わない。必ず電話で直接やりとりを行う
- 受入れが決まったら、相談者がMCSで報告する。一受け入れ先は記載しない
- 既にかかりつけ病院がある場合は、まずはかかりつけ病院を先にあたり、その上で本システムを利用する
- かかりつけ医療機関が転院した事を知らないということがないように、本システムで転院した場合は、本システムで受入れを依頼した病院が責任持つて、かかりつけ医療機関と情報共有する
- 万一、患者の搬送先に入り、飯塚医療圏で対応不可なケースが生じた場合には、医療圏以外の情報を持っている場合、MCSで共有する

作成日:2024.10.2
作成者:飯塚医師会
改訂日:2025.2.6

作成日:2024.10.2
作成者:飯塚医師会
改訂日:2025.2.6

18

お疲れ様です。訪問診療中の患者で本日入院できるところ探しています。
 ①90代②女性③かかりつけは病院内科④アルツハイマー型認知症⑤発熱あり、
 尿路感染症治療中。食思低下あり、全介助。 ※コロナ、インフル陰性⑥大声なし

2/1 14:01

A病院

2/1 14:14

B病院

2/1 14:45

C病院

2/1 14:54

D病院
(精神科)

2/1 14:54

E病院

2/1 15:37

A病院

17

3-5 児童・民生委員、福祉委員向け 在宅医療・介護社会資源情報ハンドブックの作成

地域課題：単身独居高齢者に伴う支援困難事例の増加への対応

タイトル：地域での困りごと解決ブック

配布部数：2000部

掲載情報：

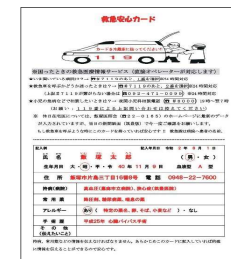
- ① 高齢者の総合相談窓口
- ② 判断能力が不十分な方を守る制度について
- ③ 医療費でお困りの方へ
- ④ 生活保護になる前に相談
- ⑤ 生活保護の相談
- ⑥ 障がい児、者やその家族についての相談

⑦ 救急医療について

夜間の救急医療対応リスト、救急安心カード、

7119、# 8000の紹介

配布先：
飯塚市、嘉麻市、桂川町の民生委員、福祉委員、市役所、
地域包括支援センター、地域医療連携室担当者等



19

4. 介護施設との連携強化・支援

- ・ 看取りや緊急時の受入れ対応などに関する **介護施設専用の相談窓口** の設置
- ・ 緩和ケア病棟での **看取りの実習受入れ** や研修会の提供(一部)



<介護施設との連携協議>

- ・ 「介護施設からの拠点病院への要望について（外来編）」 12施設 担当：嘉麻赤十字病院
- ・ 「コロナ禍での状況共有、各施設のACP取組み報告」 10施設 担当：社会保険稲築病院、西野病院
- ・ 「介護施設への退院基準可視化プロジェクト 病院と介護施設へのアンケート集計結果の発表と協議」 62名 担当：社会保険稲築病院、西野病院

<介護施設への技術指導・研修>

- ・ 「褥瘡予防・感染対策」 6 回開催 24名 担当：済生会飯塚嘉穂病院
- ・ 「皮膚排泄ケア認定看護師による訪問指導」 5 回開催 100名 担当：済生会飯塚嘉穂病院

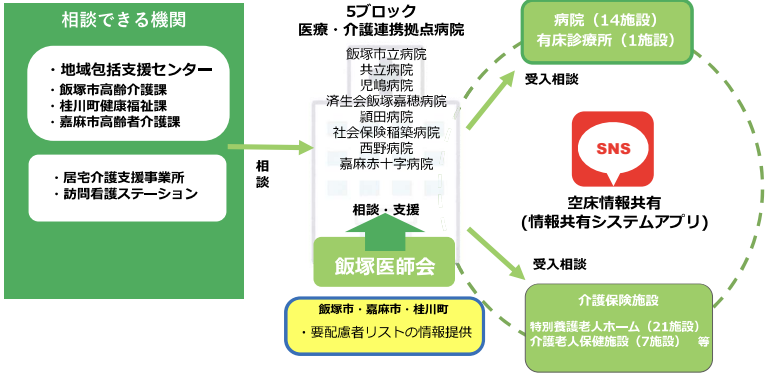


20

5. 飯塚市・嘉麻市・桂川町 災害に備える医療・介護提供体制

地域課題：水害発生時の要保護者の医療介護受入れ体制整備

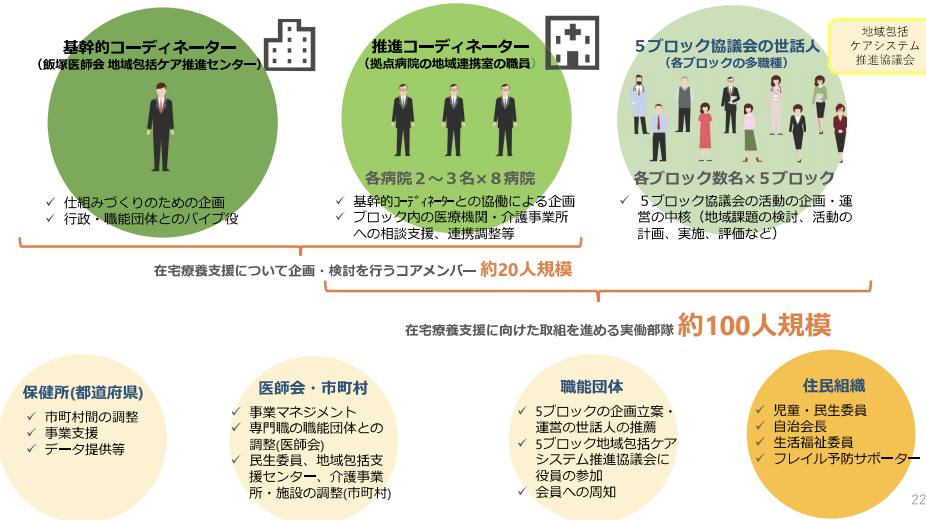
※1. 災害想定可能時：台風・大雨水害など悪天候が予測される状況
※2. 対応可能時間：8：30～17：00（平日）
※3. 災害発生予測日の前日までに相談



21

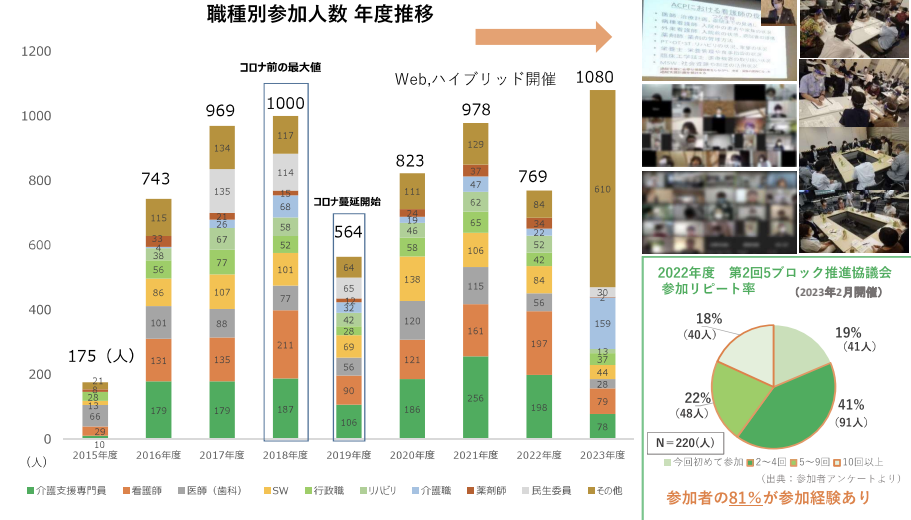
取組みの体制と各関係者・関係機関の役割

出典：令和6年度福岡県在宅医療介護連携推進事業
「飯塚医師会における在宅医療支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025.1.28三葉UFリサーチ＆コンサルティング改定



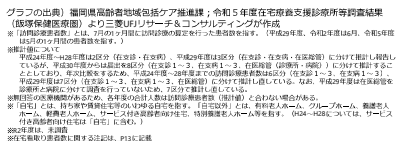
22

5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 参加者数推移



23

出典:令和6年度福岡県在宅医療介護連携従事者支援事業
「旅稼医師会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025.1.28三菱UFJリサーチ&コンサルティング



抽出された地域課題×方策×評価指標

抽出された地域課題		方 策	評価指標
①在宅医療の強化	・在宅看取りの推進 約55%の住民(65歳以上)の自宅で最期を迎えたいという願いを叶える	かかりつけ医実践道場(在宅医療研修) 多職種連携研修会 在宅医療委員会	在宅看取り患者数、在宅診療実患者数、訪問看護・歯科診療・訪問薬剤指導・訪問リハビリテーション実患者・延べ患者数、住民の希望する死亡場所ニーズ
	・在宅医療の新規参入者への支援 ・在宅医の技術向上	かかりつけ医実践道場(在宅医療研修) ACP住民サポーター養成講座 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会	在宅診療実績あり施設件数 かかりつけ医道場(在宅医療技術研修)への参加者数 住民のACP認知度 住民の死亡場所のニーズ
	・住民、専門職双方のACP理解の普及啓発		
②入退院支援の強化	・(高度)急性期からの円滑な退院支援 ・地域に開かれた回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の有効活用	5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 地域医療連携室連絡協議会	退院患者に占める入退院支援加算・退院時共同指導料算定(件数)率、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の病床利用率
	・コロナ禍での在宅療養中患者の緊急時の入院対応/ 5ブロック拠点病院での受入れ増加	地域医療連携室連絡協議会 救急医療委員会	拠点病院への救急車搬送受け入れ件数、地域包括ケア病棟・病床の病床利用率
③医療・介護連携の強化	・介護施設での看取りが出来る施設の増加	介護福祉施設への看取りの実態調査	看取り実績あり施設件数、福祉施設からの救急車搬送件数
	・病院と介護施設との連携強化 介護施設が病院との連携をやりやすくする	5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会	回復期の病床利用率、介護連携支援等指導料、入院時情報連携加算、退院・退所加算、社会参加支援加算
④多職種連携の強化	・災害に備えた医療介護連携体制の構築 災害時における要介護者の受入れ支援	災害時の拠点病院での医療依存度の高い患者受入れ支援体制づくり 災害に備えた医療介護連携会議	システム利用件数、受入参加登録機関数、相談件数
	・各職種の新人(3年未満)・中途採用者が他職種の役割を説明できるようになる ・ノンテクニカルスキルの向上	多職種連携研修会	多職種連携研修会参加者数
	・介護支援専門員と多職種連携との連携強化、管理栄養士の地域連携	5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 管理栄養士への在宅訪問の実態調査	居宅療養管理指導料算定件数 介護支援専門員がターミナル患者への対応で連携した各職種別件数等
⑤住民の満足度	・ICTを活用した連携の仕組みづくりの検討	情報共有システムの導入検討	登録者数(仮)
	・65歳以上の転出数を減らす ・自分の住んでいる市町村を周囲に勤めたい人を増やす	住民向け公開講座	65歳以上の人口の転入・転出数 住民の満足度(周囲にすすみたいか)

28

その他取り組みの成果

1. 顔の見える関係づくりの達成、ネットワークの構築、多職種連携教育の場

- ・年間延べ1,500人以上の専門職、自治体及び地域住民の参加により、5ブロック在宅医療介護連携構想が浸透した
- ・多職種連携ネットワークが組織化され、公式な協議の場を構築した
- ・100人程度が事業運営に参画することで、活動を通して多職種の連携実践教育の場となった

2. 関係機関・団体による自主的な地域課題への取り組み増加

3. 拠点病院を中心とした地域包括ケアの推進

- ・各医療機関の積極的な訪問診療に加え、救急医療体制や病院での入退院支援が進み、在宅医療への移行が円滑になった
- ・救急車の搬送受入れ件数の増加(自宅や施設からの緊急時の対応支援)
- ・在宅医療と親和性の高い地域包括ケア病棟を地域で活用して、在宅患者の緊急時の対応支援を行なった
- ・災害に備えて単身独居者の受入れの支援仕組みを構築した

4. 地区単位で多職種協働による在宅医療介護連携推進のPDCAサイクルを実現

- ・多職種の関係者と地域の課題を抽出し、(数値)目標を設定して課題に取り組み、その成果を評価することで次年度の事業計画に反映させる仕組みを構築した

29

本日の内容

1. 飯塚地域の在宅医療・介護連携推進体制について

2. 特長的取り組みの紹介

「5ブロック在宅医療介護連携推進構想」

～病院を連携拠点にした在宅療養支援体制～

3. 円滑な事業推進となるためのポイント(まとめ)

円滑な事業推進となるためのポイント(まとめ)

1. 推進体制構築と関係者による目的の共有

2. 地域の現状把握及び課題の抽出、目標の合意形成

3. 仲間を募る

4. 担当が変わっても、事業の質がおちない再現性担保のための
標準化、教育、管理の定着

5. コーディネーターの活躍

30

31

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」

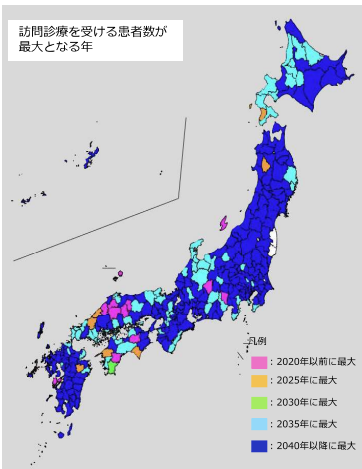
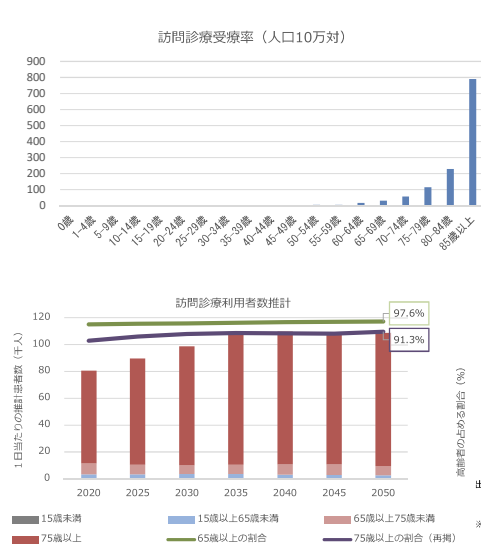
急変時における在宅医療の体制整備について

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。



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。

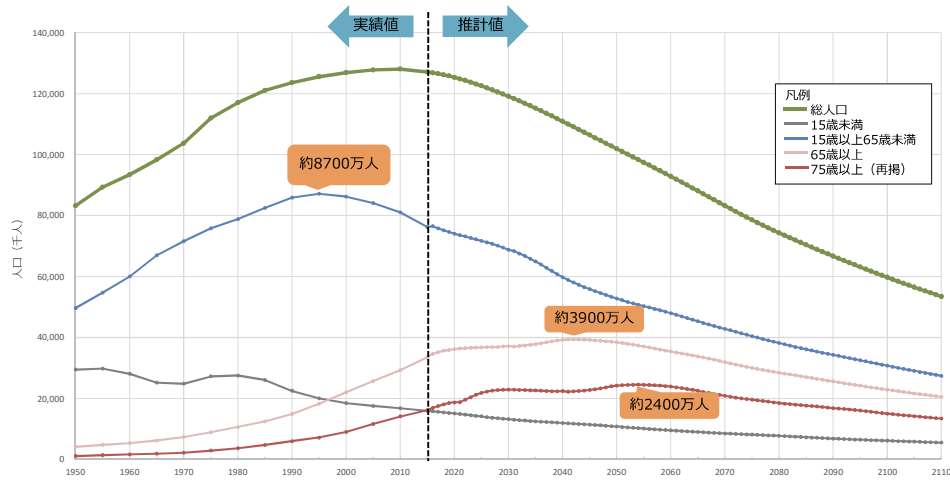
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相模、いわきの2医療圏を含む相模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 資料1
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。

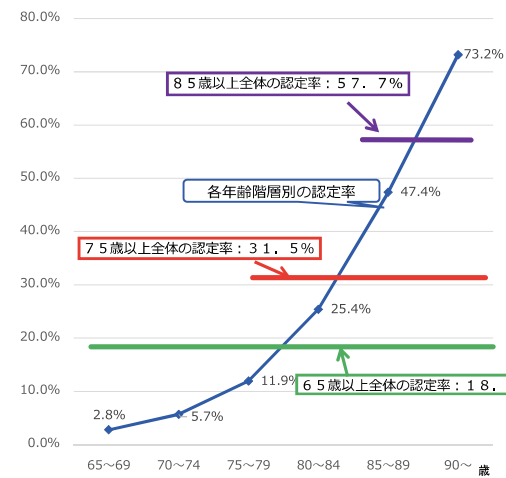
2

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）

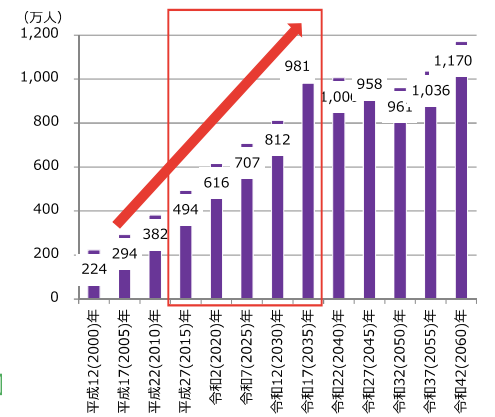
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

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



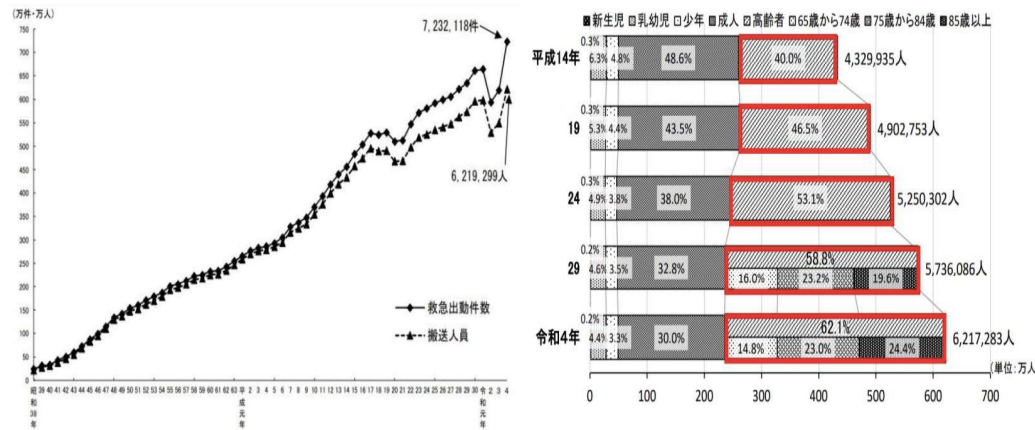
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

7

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

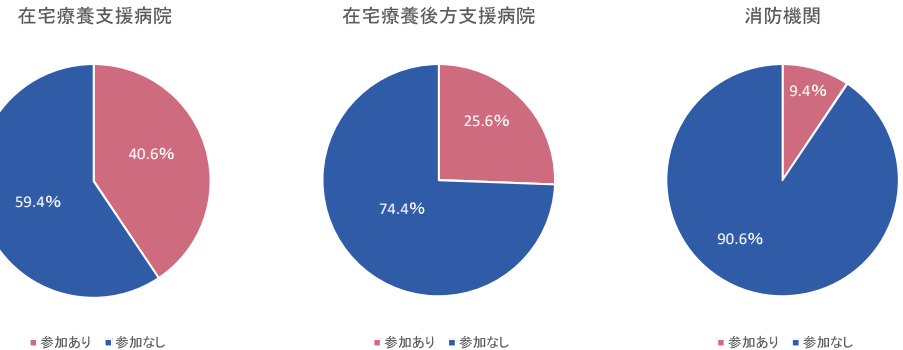
9

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） 10

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>

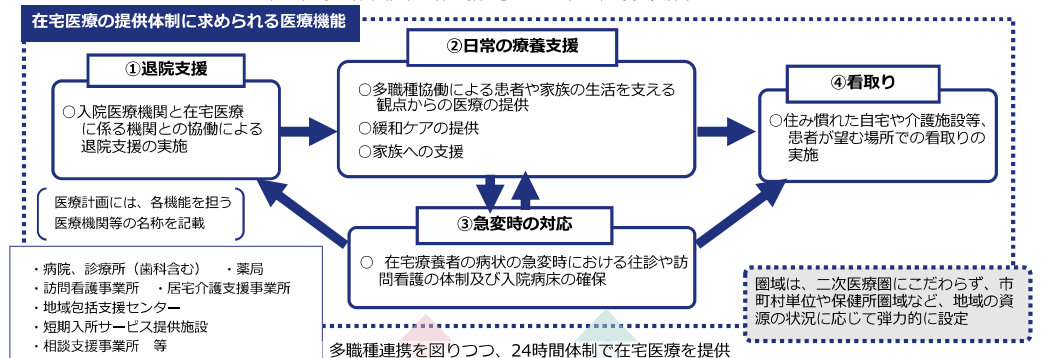
- 地域包括ケアシステムやACPIに関する議論の場への参画
- 救急隊の対応の検討等
- ① 在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、メディカルコントロール協議会等における十分な議論
- ② 具体的な対応件数の集計及びメディカルコントロール協議会における事後検証の検討

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））

うすき石仏ねと

令和6年度在宅医療・救急医療連携セミナー
愛知県碧南市

在宅医療・救急医療連携 ACP実践への課題



臼杵市医師会立コスモス病院 外友 一洋

2024年11月5日



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)



かかりつけ医
どっちを選ぶ？

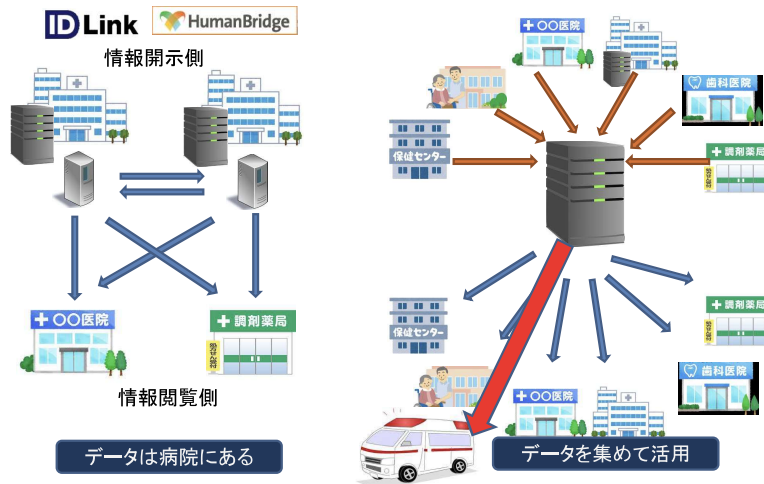
通院できなくなったら

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



5

うすき石仏ねと

石仏があなたを守って下さる



「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。

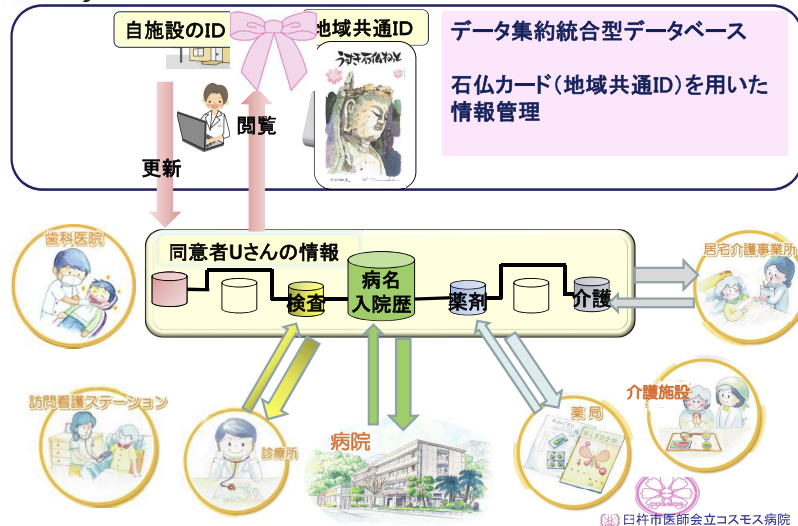


臼杵市医師会立コスモス病院



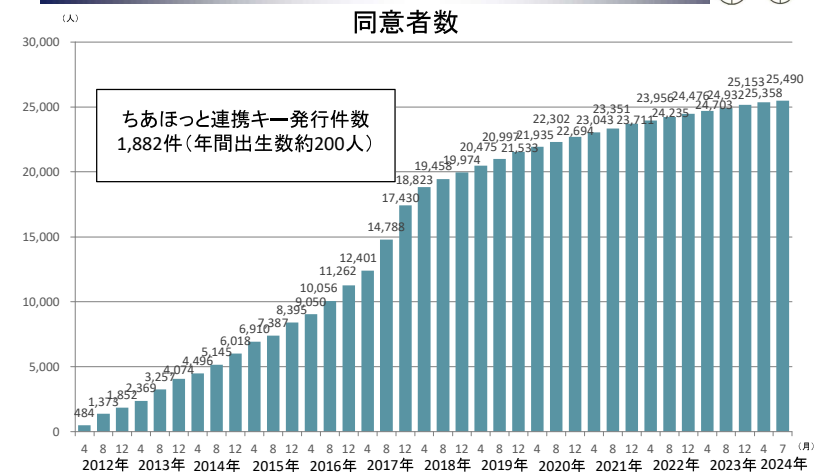
6

うすき石仏ねと



7

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

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

日 黄色 (ウスキロ) 検査セクト 依頼項目

生年月日 昭和37年7月7日 年齢 52 性別 男

全ての項目を表示する 全て選択 | 全て解除

項目/依頼	20140215	20140409	20140409	20140415	20140502	20140606	20140718	20140829
項目/依頼	藤野循環器	コスモス病院	コスモス病院	藤野循環器	渡辺内科	前尾眼科	吉田医院	コスモス病院
項目/依頼	14			13	11	10	12	12
項目/依頼				113	123	124	101	89
項目/依頼				21	21	21	20	20
項目/依頼				10	9	9	14	8
項目/依頼				123	91	95	80	106
項目/依頼				66.2	68.1	61.7	55.8	60.8
項目/依頼				74.1	79.2	85.3	L 63.0	L 68.5
項目/依頼				12.7	16.9	13.9	17.3	14.4
項目/依頼				H 0.78	H 0.84	H 0.73	H 0.73	0.77
項目/依頼				3.4	3.5	3.3	4.3	4.0
項目/依頼				142	140	141	139	143
項目/依頼				4.2	4.4	4.2	4.0	4.3
項目/依頼				107	104	104	105	107
項目/依頼				150	130	143	183	135
項目/依頼								
項目/依頼				150分	60分	100分	110分	90分
項目/依頼								
項目/依頼				H 7.3	H 7.2	H 6.9	H 6.9	H 7.0
項目/依頼				L 32	L 77	L 70	L 82	L 83
項目/依頼								
項目/依頼				11.4	8.4	6.7	7.6	7.3
項目/依頼								7.0

異なる医療機関の
検査結果も時系列で表示
健診データも！

電子化お薬手帳

21720 (10004776) ログアウト

低血糖 出血傾向 腎機能 G2

薬歴情報

処方日 内外 種別

2016-05-25 院外 処方

2016-04-27 院外 処方

2016-03-30 院外 処方

2016-03-02 院外 処方

2016-02-01 院外 処方

2015-12-30 院外 処方

2015-12-04 院外 処方

2015-11-09 院外 処方

2015-10-02 院外 処方

2015-09-11 院外 処方

2015-08-17 院外 処方

2015-08-16 院外 処方

2015-08-07 院外 処方

薬歴情報表示

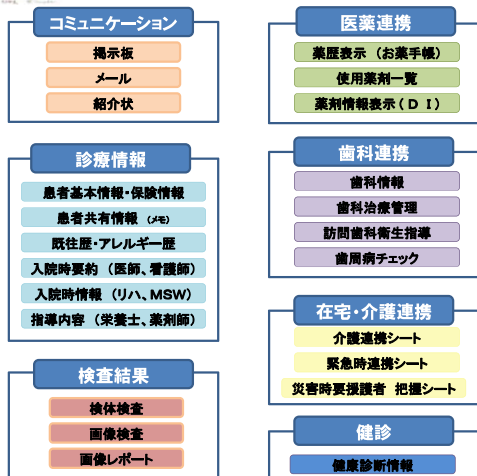
・ダブルクリックでお薬情報
・処方薬だけでなく、注射薬剤も表示



9



機能概要図



消防署通信指令室 閲覧画面

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

日付 太郎 (9才 知)

大分県臼杵市戸室

救急用アラート項目

- 低血糖
- 出血傾向
- 認知症
- アレルギー
- メモ

調剤情報より自動判定

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 外友 一洋
- 2014-10-10 外友 一洋
- 2011-06-28 遠木 真一
- 2011-06-24 竹中 隆一
- 2011-06-17 竹中 隆一
- 2011-06-09 外友 一洋
- 2011-05-24 遠木 真一

コスモス病院 入院退院歴

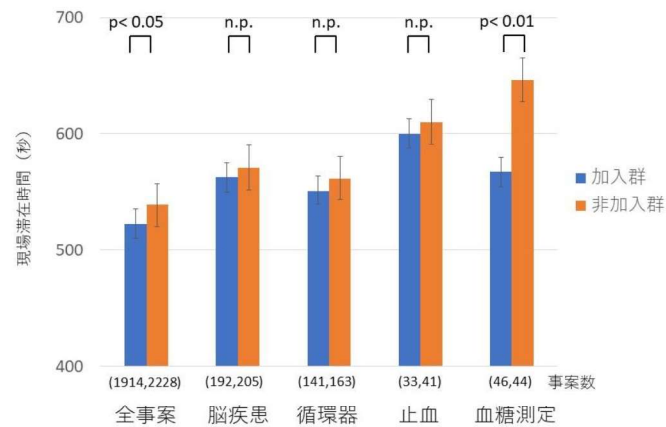
- 2008-09-10 2008-09-10 外友 一洋 内科

かかりつけ医

- 丸岡 伸比志
- 三好 健行
- 丸岡 伸比志
- 元村 謙次
- 小川 聡
- 藤野 孝雄

12

現場滞在時間の短縮



13

消防署通信指令室 閲覧画面

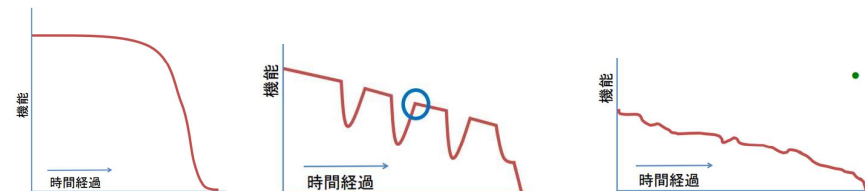
14

15

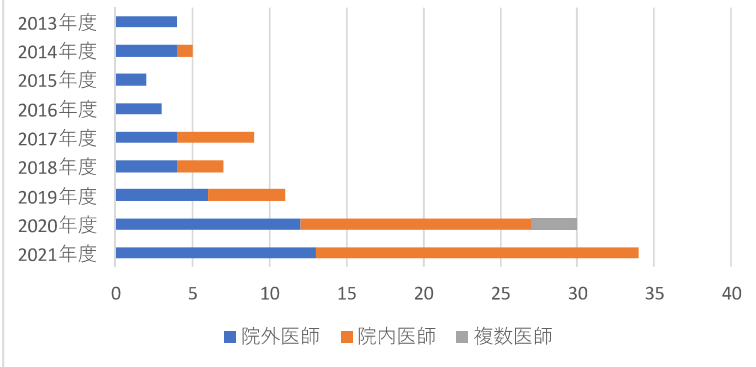
DNAR

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になった場合は「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。

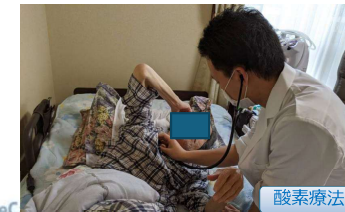


在宅看取件数 推移



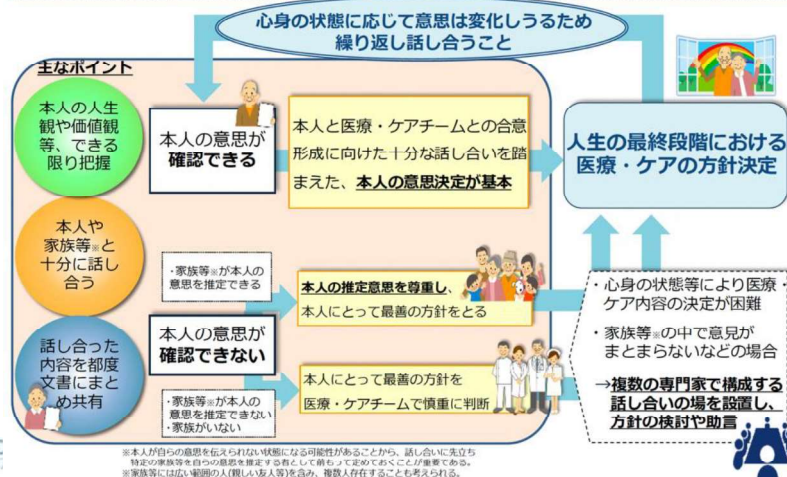
よく話し合っていれば家族は救急車を呼ばない

「やっぱ家がいいんじゃ」



「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

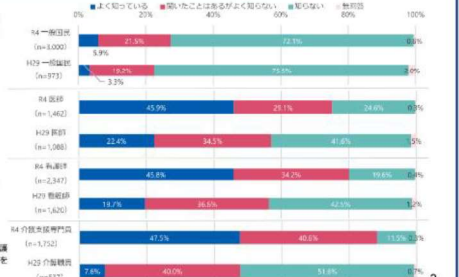
調査の概要

- 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%）、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年度調査とは調査対象が異なる ※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12.5%（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年度調査とは調査票型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。

「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①

（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、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②

（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あり、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答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

人のいのちの二重の見方



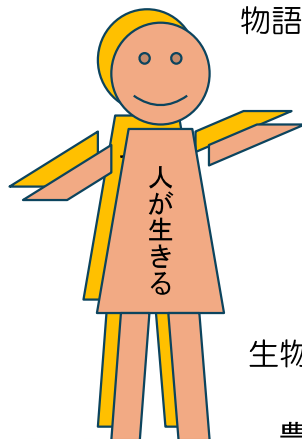
生命

生物学的生命 biological life

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

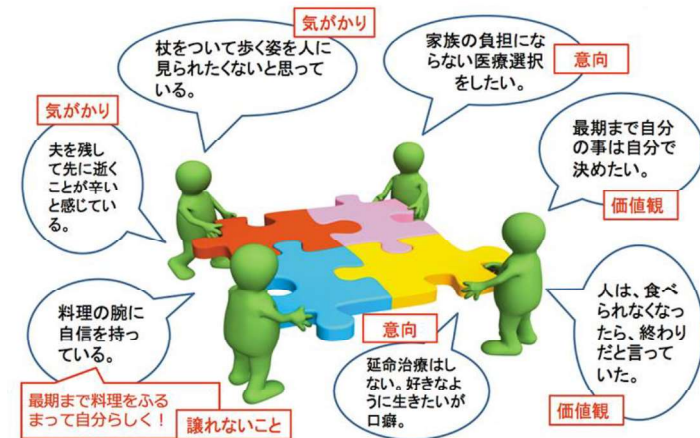
生物学的生命 biological life

豊かな人生のために生命を支える

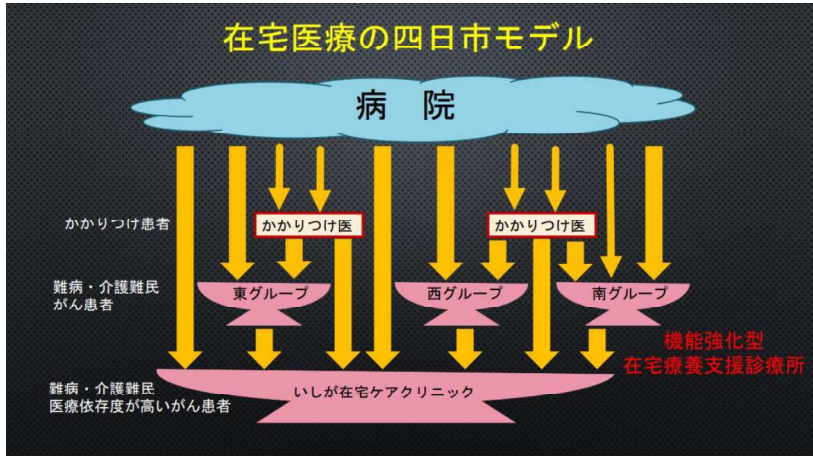
23

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



Oshiro Kyoko Nishikawa Mitunori 2018



四日市医師会会長山中賢治先生より

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*)



AdvanceCarePlanning
人生会議を考える大分県民の会

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ることです。

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い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、周囲の信頼する人々と話し合い、共有することが重要で、この取組を「人生会議」と呼びます。
(出典 厚生労働省作成リーフレット)

大分県議会

条例の概要

【普及啓発の推進等】
○県は、リーフレットの配布、セミナーの開催等、広く県民に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・施設等を含みます。

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課 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 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

第36回 大分県 ~テーマ~

日時 2019年

会場 JCO 大分市

参加費 会員(個人) 高校生以下

※事前予約は不要

特別講演 13:30
『日本人の生』
カルル・ハ
京都大学

一般講演 15:20
『「死生」に』
岡江 晃
杵築市医療

令和3年度 大分県委託事業 人生会議をご存じですか？ 人生会議・在宅医療セミナー

人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)とは、もしものときのために、あなたが望む医療やケア、介護などについて前もって考え、繰り返し話し合い共有する取り組みです。

【日時】 令和4年 2月13日 14:00~15:00
【開催方法】 ZOOMオンラインセミナー

参加無料 定員/400名

【演題】
気軽に始めよう! 人生会議
~自分らしい人生と大切な人の安心のために~

【講師】
ハートクリニック 院長
小野 隆宏

大切な人が自分らしくあるために、しっかりと話し合い、思いを共有しよう

ご参加はコチラのQRコードから! ID 871 1320 2564 パスコード 206297
https://pref.oita.lg.jp/seminar/87113202564?pwd=QKYYTEEPf0ien73QZK2WVFVWD84a09

本セミナーは、大分県医師会が大分県から委託を受けて実施します。
後援：大分県社会福祉協議会
ご不明な点はコチラまで【お問い合わせ先】 大分県医師会 地域保健課 TEL.097-532-9121

令和4年度 大分県委託事業 人生会議をご存じですか？ 人生会議・在宅医療セミナー

人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)とは、もしものときのために、あなたが望む医療やケア、介護などについて前もって考え、繰り返し話し合い共有する取り組みです

令和4年 12.3 SAT 15:00~16:30 (予定)

参加無料
WEB参加 400名
会場参加 大分県医師会館6F 研修室1
定員 160名
その日の会場からのご参加希望の方は、下記までお申し込み・お申し込み電話にてお申し込み下さい。
申し込み期限 11/25(金)

事前申込はコチラから
URL: https://pref.oita.lg.jp/seminar/87113202564

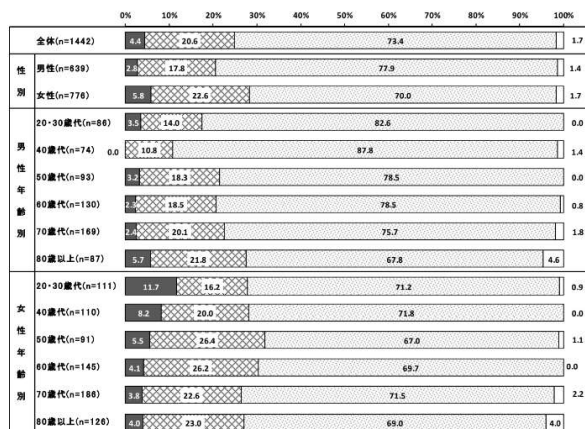
演題
『人生会議って何だろう？
ちょっとみんなで考えてみませんか』

講師
大分県医師会 地域保健課 社会福祉協議会
井上 雅公

Zoomの参加はコチラ
ID 822 8139 2318
パスコード 82281392318

※セミナーは、大分県医師会が大分県から委託を受けて実施します。

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かなければいけない。全部が全部失うようにはいられない。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られ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事業者等を養成するための研修会を開催するもの。
- 医療福祉事業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回目と2回目は異なります。 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

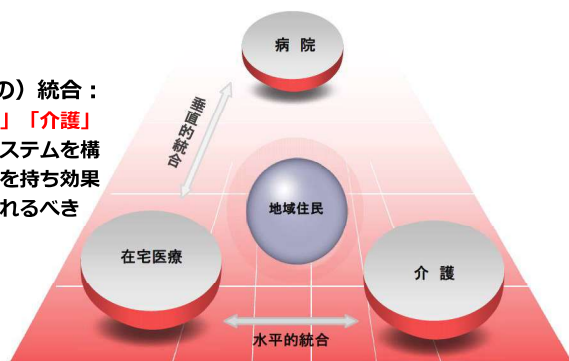
調整・協調

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

37



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」

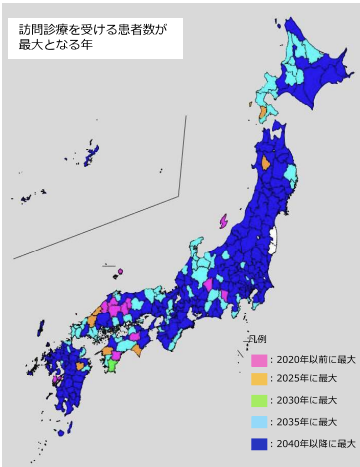
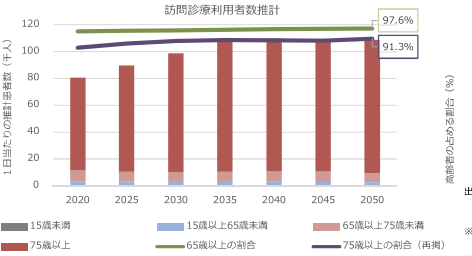
急変時における在宅医療の体制整備について

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。

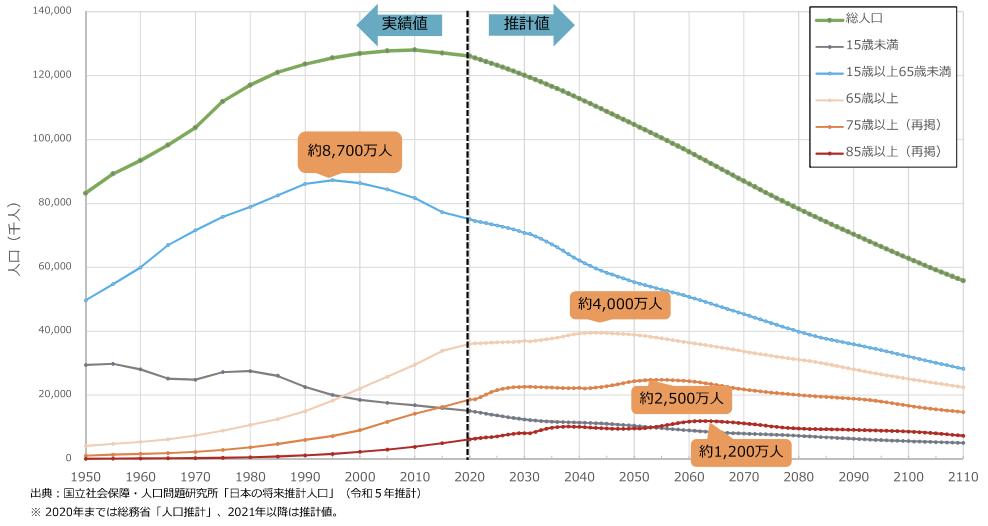


出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について推計。

【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。



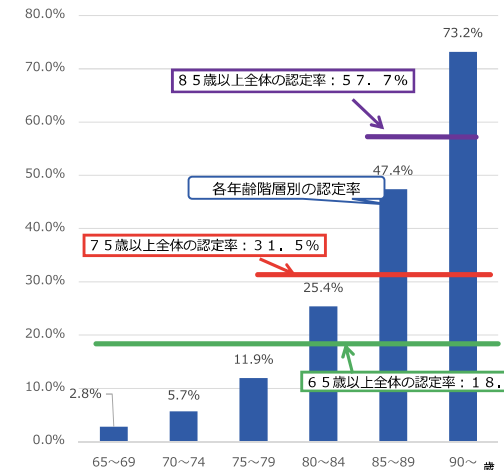
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計）
※ 2020年までは総務省「人口推計」、2021年以降は推計値。

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）

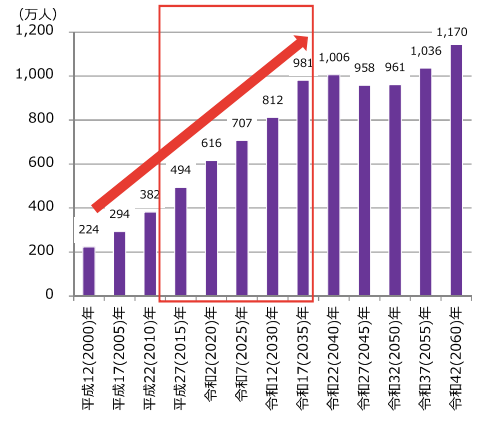
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

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

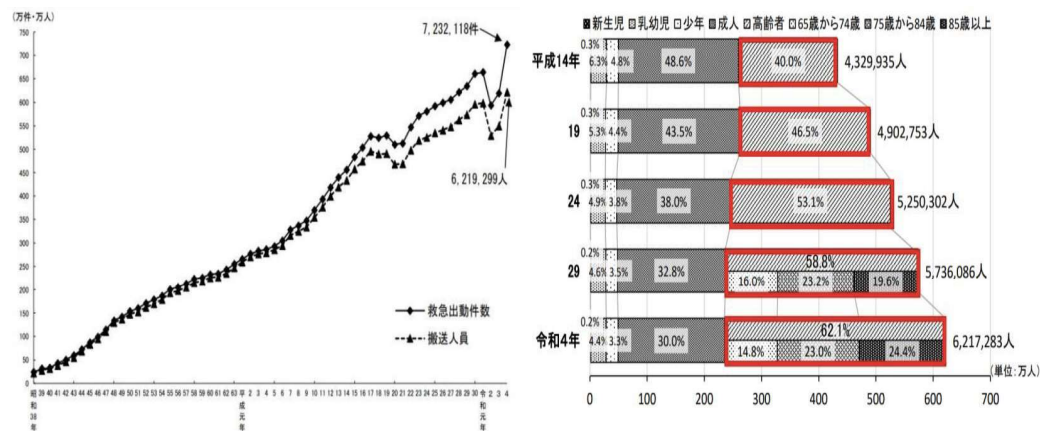


（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5（2023）年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

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

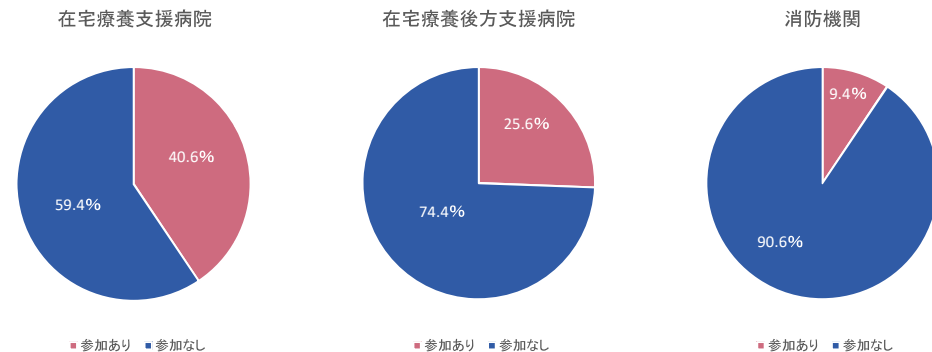
5

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

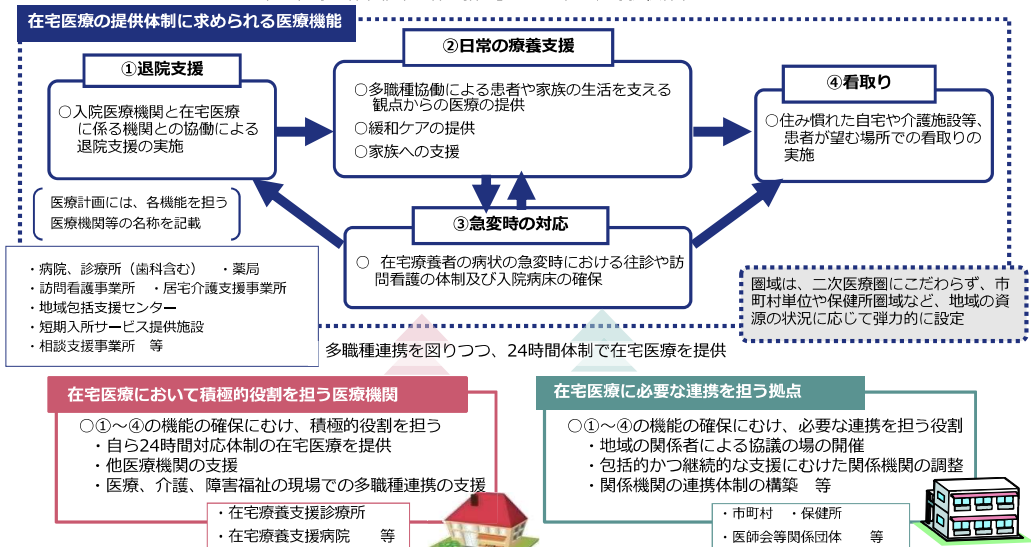
7

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 ～

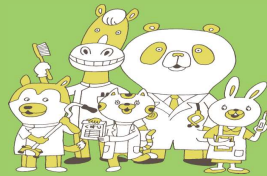


【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

8

在宅医療×救急医療 連携

地域の実情に応じた圏域を設定した
在宅療養支援体制の構築



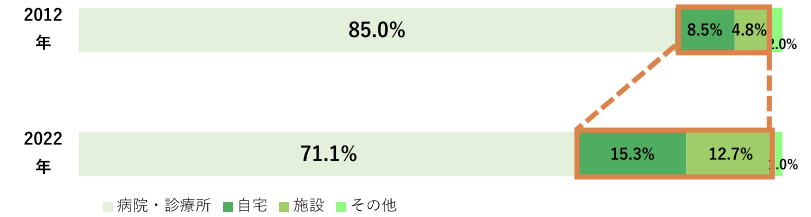
飯塚病院 地域包括ケア推進本部
飯塚医師会 地域包括ケア推進センター
社会福祉士/精神保健福祉士/介護支援専門員
小栗 和美

1

飯塚医療圏における

在宅(自宅・施設)での死亡は10年間で **約15%** 増加

死亡場所割合の推移



(注：助産所における死亡は極めて少数なので集計から除外)
(注：2022年の「施設」には介護医療院を含む)

出典：人口動態調査 人口動態統計 確定数 保管統計表 統計名「都道府県編（報告書非掲載表）死亡・乳児死亡」
統計表「死亡数、都道府県・市区町村・死亡の場所別」より

2

本日の内容

1. 飯塚地域の在宅医療・介護連携推進体制について

2. 特長的取組みの紹介

「5ブロック在宅医療介護連携推進構想」

～病院を連携拠点にした在宅療養支援体制～

3. 押さえておきたい事業推進のポイント

- ①推進体制の構築
- ②目標と成果を評価する仕組みをつくる
- ③仲間を募る
- ④実際の事業の進め方(教育研修、住民との連携・普及啓発の進め方)
- ⑤コーディネーターの活躍

3

飯塚医療圏の概要

1.自治体概要



出典)福岡県、保健医療計画2024-2029、令和6年3月

市町村	飯塚市	嘉麻市	桂川町
人口※1	124,175人	34,929人	12,873人
高齢化率※1	65歳以上:32.3% 75歳以上:17.9%	65歳以上:41.4% 75歳以上:22.0%	65歳以上:36.0% 75歳以上:18.1%
要介護認定率※2	20.7%	21.1%	20.0%

※1:飯塚市:飯塚市人口統計表(令和5年11月末現在)、嘉麻市:桂川町:住民基本台帳(令和6年1月)より
※2:飯塚市:介護保険事業を取り巻く現状(令和5年2月)、嘉麻市:嘉麻市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画(令和5年3月)、
桂川町:第9期高齢者福祉計画(令和5年9月)

2.主な医療・介護資源の状況

	飯塚市	嘉麻市	桂川町	計
病院/うち、在宅病	12/3	7/1	1/0	20/4
一般診療所/うち、在宅診	107/16	15/6	5/1	127/23
訪問看護ステーション	40	9	0	49
訪問介護	74	15	3	92
通所介護(地域密着型を含む)	92	21	6	119
定期巡回・臨時対応型 訪問介護看護	1	1	0	2
小規模多機能型居宅介護	4	1	0	5
看護小規模多機能型 居宅介護	3	0	0	3
介護老人福祉施設 (地域密着型を含む)	17	6	4	27
介護老人保健施設	6	2	1	9
介護医療院	1	2	1	4
地域包括支援センター※3	11 (委託)	1 (富宮)	1 (富宮)	13

出典)日本医師会「JMAP地域医療情報システム」<https://jmap.jp/2024/12/16参照>
※3:福岡 県内の地域包括支援センター 地域包括支援センター一覧(2024/10/1時点)

4

在宅・医療介護連携推進の実施体制

2012年度 在宅医療連携拠点事業：頤田病院
2015年度～ 在宅医療介護連携推進事業



飯塚市
嘉麻市
桂川町

在宅医療介護連携推進事業

- ア. 地域の医療・介護の資源の把握
- イ. 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ウ. 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- エ. 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ. 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- カ. 医療・介護関係者の研修
- キ. 地域住民への普及啓発



飯塚医師会
地域包括ケア推進
センター

在宅医療提供体制充実強化事業

在宅医療に必要な連携を担う拠点としての整備

福岡県、県医師会

5

いづか地域包括ケア推進センターを飯塚医師会館に開設

2015.7～

目的

誰もが住みなれた（希望する）場所で安心して暮らすことができるように、地域の総合力を持ったサービスが提供できる仕組みづくりを推進・支援する

県や市町村等がすすめる様々な地域包括ケア推進に関係する事業を一元管理し、さらに他団体が受託している事業と緊密な連携を図ることで、効率的・効果的に事業を実施する

◆ 業務

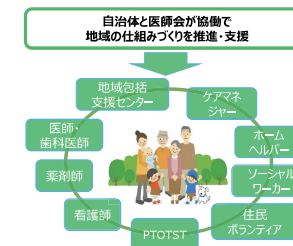
1. 個別相談支援（※医療介護従事者専用）
2. 在宅医療介護連携推進事業マネジメント
3. 地域課題解決に向けた調整支援
4. 他の関連事業との調整

◆ コーディネーター

2名 事務職員、ソーシャルワーカー

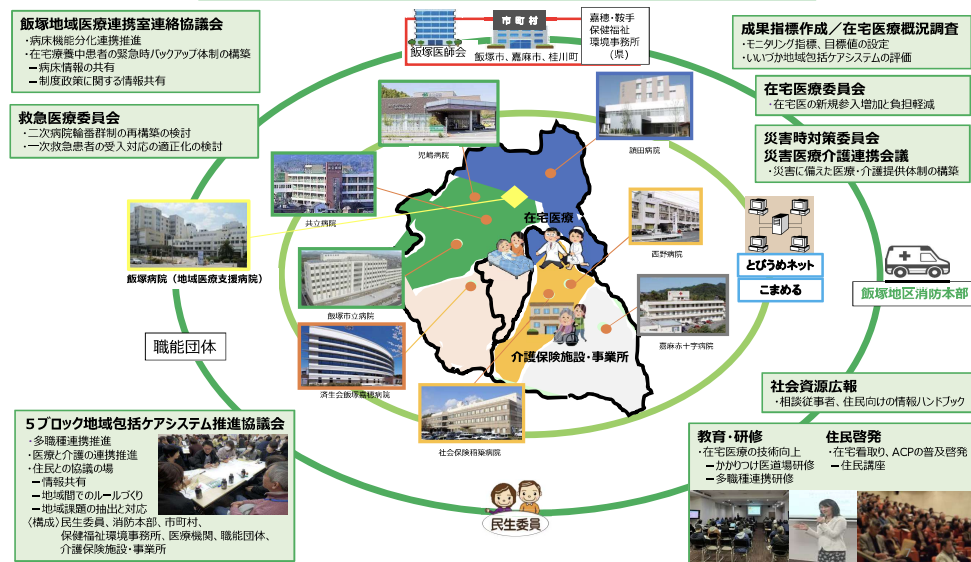
◆ コーディネーターサポート職員 ※非常勤

2名 看護師、介護支援専門員



6

5ブロック在宅医療・介護連携推進構想の実現に向けた取組み

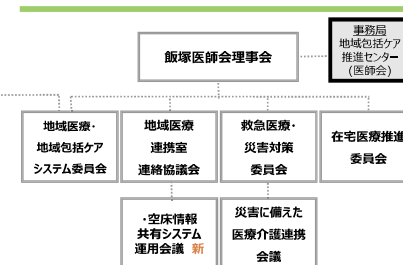


在宅医療・介護連携推進体制図 2024

主に市町村事業（在宅医療介護連携推進事業）の体制



主に医師会・県事業（在宅医療提供体制強化事業）の体制



8

「5ブロック医療介護連携拠点病院」を拠点とした在宅療養支援体制

目 的

日常生活圏ごとに住民目線の地域完結型医療・介護提供体制を構築する

5ブロック

在宅療養支援、多職種協働の単位。在宅医療・介護の連携となり得る病院を拠点とし、拠点病院の診療範囲、周辺の医療機関数、日常生活圏域を勘案して設定

5ブロック医療介護連携拠点病院 ※8病院(在宅療養支援病院4)

条件: 地域包括ケア病院、地域包括医療病棟を持つ病院、在宅医療を行っている、日頃から在宅関係者と緊密な連携を図っている(在宅療養支援病院)

- ① 在宅医療・介護連携協議の場を提供
- ② 住民の健康増進・予防の普及啓発
- ③ 在宅医療・介護関係者との緊密な連携構築とバックアップ支援
- ④ 介護施設との連携強化・支援
- ⑤ 災害に備えた医療介護相談支援・連携調整

地域包括ケアシステム推進協議会

構成メンバー: 民生委員、医療機関、介護保険施設・事業所、職能団体、保健所、市町村、消防本部
活動(年): 全体会議1回、実務担当WG5回程度、各圏域ごとの協議会3回以上

推進コーディネーター 基幹的コーディネーター

拠点病院の地域連携室職員が推進コーディネーターとなり、次年度検討会議で出された課題を踏まえ、共通課題に対する方策立案・実施、評価を行う。また、拠点病院の機能・役割(上記①～⑤)をマネジメント、コーディネート
医師会には基幹的コーディネーターを配置し、全体をマネジメント

9

5ブロック医療介護連携拠点病院の機能・役割

目 的

在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す

1. 在宅医療介護連携の課題協議の場提供

5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会の開催

2. 住民の健康増進・予防の普及啓発

ACP(人生会議),フレイル予防等

3. 在宅医療・介護関係者との緊密な連携構築とバックアップ支援

夜間祝日の救急医療体制を明確にして共有、医科・歯科連携強化、アプリを使った空床情報共有(試行運用)

4. 介護施設との連携強化・支援

介護施設専用の医療相談窓口、介護施設との連絡協議会、技術支援、看取り介護の実習受け入れ(一部)

5. 災害に備えた医療介護相談支援・連携調整

アプリを使った空床情報共有、病院・介護施設・自治体との会議

11

病院機能強化・病病連携(役割分担の明確化)による在宅療養支援体制の整備

出典:令和6年度福岡県在宅医療介護連携従事者支援事業
「医療従事者会における在宅療養支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025.1.28三葉UPリサーチ&コンサルティング



訪問看護ステーション・介護事業所



在宅療養支援診療所(20ヶ所)
在支病・在支診以外で訪問診療を行う医療機関(16ヶ所)



- 対応が難しい場合の訪問診療、看取り対応
- 併診(病院専門医と在宅医)
- 在宅療養患者の入院受入れ
- 一次・二次救急の受入れ
- 介護施設との連携による空床情報の共有、災害時のショート受入調整



拠点病院(8病院)
※うち4病院は在宅療養支援病院



- (高度)急性期病院として、救急・急変を確実に受ける(二次・三次救急)
- 円滑な回復期・慢性期病院への転院と在宅退院の推進
- 専門職へ教育研修の機会提供
- 拠点病院等へのマンパワー支援



地域医療支援病院・在宅療養後方支援病院(2病院)
※うち1病院は拠点病院

※そのほか、機能強化型での連携など、個別の医療機関同士の連携もある。各医療機関で診療科や病床数、職員数も異なるため、連携することで互いの機能を補い合っている。

退院時の在宅医のコーディネートは、各病院で以下の優先順位で調整
①かかりつけ医
②自宅近くで患者が希望する在宅医
③(ガン末期等の場合で①②が対応できない場合)ノウハウのある在支病・在支診

10

重点課題

1. 介護施設での看取りの推進

2. 在宅医の新規参入促進と負担軽減策の検討

3. 在宅医療を支える救急医療体制の連携強化

4. 災害に備えた医療・介護連携体制の構築

12

2023年度 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会

住民組織、専門職、自治体による課題対応に向けた協議

- (1) 「介護現場からみた多職種連携」 52名／担当: 頤田病院
(2) 「歯科と栄養」 72名／担当: 頤田病院
(3) 「身寄りがいない方の支援ガイドラインを作ろう! Part2~地域の実情を知る、共有する!~」 58名／担当: 済生会飯塚嘉穂病院
(4) 「ACP人生会議を出来る地域になる! ~最期まで「その人らしく」を支えよう~」 54名／担当: 済生会飯塚嘉穂病院
(5) 「新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行後のACPを考える~コロナ禍を経験した私たち~」 69名／社会保険稲葉病院、西野病院



13

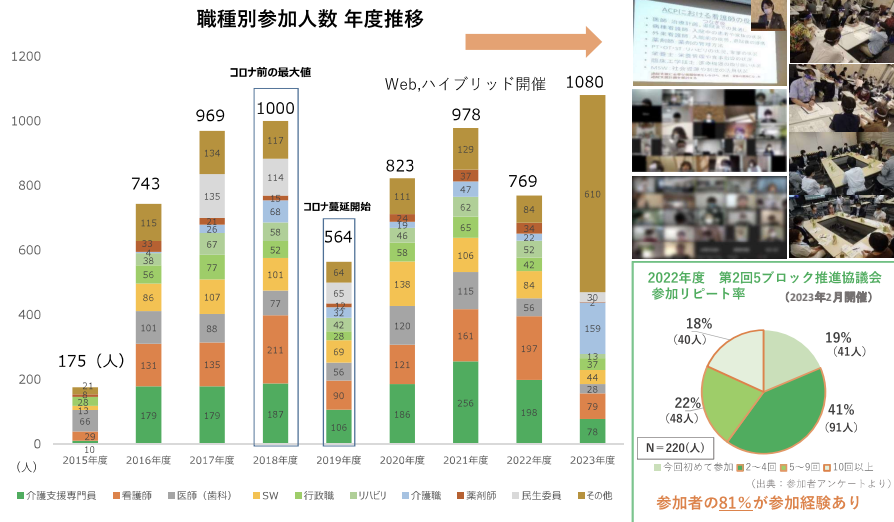
5ブロック地域包括ケア推進協議会 事業計画書

施設名	飯塚市立病院、共立病院、児嶋病院	担当	益坂
テーマ	施設のケア技術等の困りごとに対しての出張講義	テーマ分類	②住民啓発
現状と課題	施設入院が多い中、入院期間が短縮化され、症状が落ち着いてもケアの継続が病院と施設が協力し、病院が持っている知識・技術を提供することで施設職員が困りごとを解決し、ケアの継続が期待される。また、ケアの継続が期待される。また、ケアの継続が期待される。		
目的	施設のケア向上を図り、早期受け入れ・再燃予防につなげるため、職員に知識・技術を提供する。その結果、施設入所者が暮らした施設で出来るだけ長く過ごすこと、最期を迎えることができる。		
目標	5施設以上に知識・技術を提供し、理解を促すことができる。アンケート調査を実施、知識・技術提供の内容の評価をする。	対象	希望のある施設
開催日時	施設と調整	開催場所	其々の施設、飯塚市立病院
開催方法	飯塚市立病院認定・特定看護師とMSWとで施設に行き、要望に合った講義を行う。		
内容	①褥瘡ケア・スキンケアとその予防 ②感染予防・対策 ③緊急時の対応 ④嚥下・食事介助について		

- ①地域関係者による課題協議の場
②住民啓発
③地域課題の抽出・対応に向けた取組み

14

5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 参加者数推移



2. 住民への健康増進・予防の普及啓発

2-1 講演・出前講座

- (1) 「スキんフレイル、フレイル予防、感染予防対策免疫と栄養」 担当: 飯塚市立病院、共立病院
①鎮西交流センター 15名 ②穂波福祉総合センター 25名 ③椋本地区公民館 26名
(2) 「人生会議~もしものときのために~」 担当: 嘉麻赤十字病院
嘉麻赤十字病院 23名
(3) 「認知症があっても希望する場所で住み続けられるまちづくり」 担当: 全体
のがみプレジデントホテル 130名
(4) 「健康講座」 担当: 済生会飯塚嘉穂病院
各校区10ヶ所 256名



2-2 健康増進・フレイル予防の普及啓発イベント開催

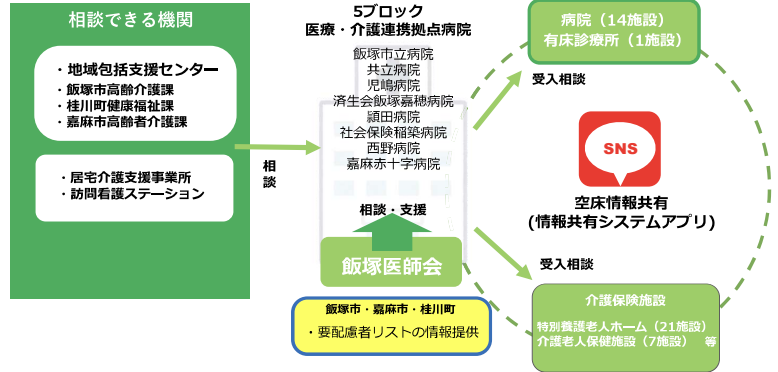
- (1) イオン穂波ショッピングセンター 136名
(2) 済生会飯塚嘉穂病院 83名



16

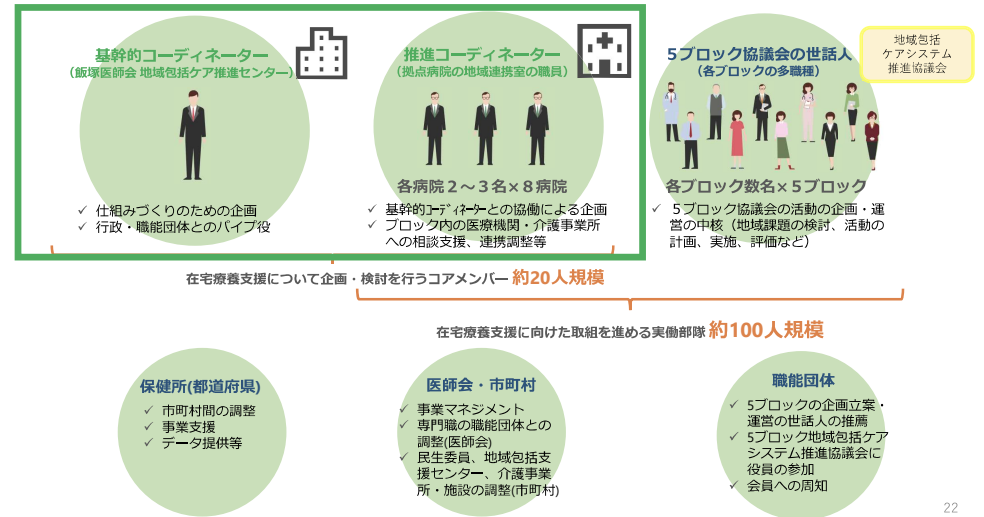
地域課題：水害発生時の要保護者の医療介護受入れ体制整備

飯塚市・嘉麻市・桂川町
災害に備える医療・介護提供体制



21

取組みの体制と各関係者・関係機関の役割



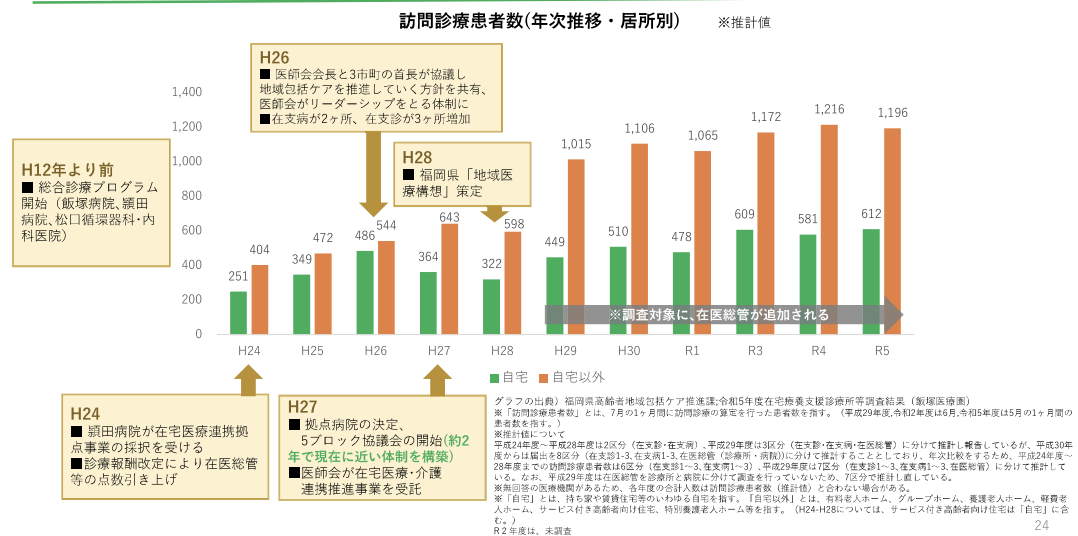
22

運用マニュアル

コンピテンシー評価

飯塚医師会 地域包括ケア拠点業務マニュアル	在宅医療介護連携推進コーディネーター コンピテンシー目標
1. 2市1町 在宅医療・介護連携推進会議（年2回） 1-1 委員任期は一年とし、再任は妨げない。年度末に召集間休を2市1町と協議する。 1-2 招集する団体・施設に委員の派遣依頼を行う（4月頃） 1-3 医師会長・副会長・専務理事・担当理事の日程調整 ※主に会長・副会長の日程 1-4 開催は5月、3月を目安に年2回の開催とする 1-5 出席依頼文の作成 1-6 依頼文書の掲載をとる 1-7 委員室に依頼文を郵送 1-8 出席者の名簿作成・当日配布 1-9 会長・副会長との当日の議事進行の打ち合わせ 1-10 当日資料の作成・準備（式次第、出席者名簿、実績報告の作成等） 1-11 委員謝礼の準備（委員1名5,000円）、事前に事務局長へ相談しておく 1-12 会場設置 （席札、配布資料、お茶、PC、カメラ、ICレコーダー、レーザーポインター、マイク） 1-13 司会進行 ※コーディネーター以外が司会を行う場合には司会原稿作成 1-14 議事録の作成及び次回会議時に配布	あるべき姿 「Zaizaka」とイメージした時に誰もが「Iizuka」を思い浮かべるまわづくりに取組む多職種の下支えができる“最強のプロフェッショナル” 日常生活圏ごとに地域完結型医療・介護提供体制の構築を目的とした「5ブロック地域包括ケア推進構想」実現のため、多職種（住民・行政も含む）が地域課題解決に向けて協働できるように調整・支援する 到達目標 レベル1 到達目安 1年 1-1 職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくため必要な社会人基盤力がある 1-2 業務マニュアル・手順書を活用し、指示・指導のもと単独で事務局業務を遂行できる 1-3 業務遂行に際して常に目的及び目標を意識的に取組める レベル2 到達目安 2年～3年 2-1 地域の社会資源情報や関係機関の役割を知る 2-2 地域関係機関（医師会と行政、病院団体、住民組織等）と密に連携できる 2-3 地域ニーズに対し、必要に応じて地域の関係機関同士を繋ぐことができる レベル3 到達目安 3年～5年 3-1 自施設内外に対して飯塚医師会の事情や現状、さらに地域包括ケアシステムや地域医療連携等の政策を踏まえた助言・指導ができる 3-2 自施設の地域包括ケア推進コーディネーターの人材育成が行える 3-3 クオリティマネジメント（現状把握→要因分析→対策立案・実施→評価→改善）の視点をもち業務を遂行できる レベル4 到達目安 5年以上 4-1 地域課題解決に必要な社会資源情報や関係機関を活用し、地域課題解決に取り組める 4-2 飯塚医師会の取組みを他地域に発信できる 4-3 県と連携し、近隣の在宅医療介護連携推進コーディネーターを育成できる 2023.4.1 飯塚医師会初版作成 2024.10.1 改訂

これまでの取組みと訪問診療患者数の増加



目標に対する結果

※2022年度分 飯塚医師会 在宅医療概況調査

在宅看取り及び在宅診療は増加傾向に対して、在宅診療を行う施設数は減少傾向

在宅看取りの推進

(1) 在宅看取り患者数(年間)

目標：500人(自宅250人 施設250人)

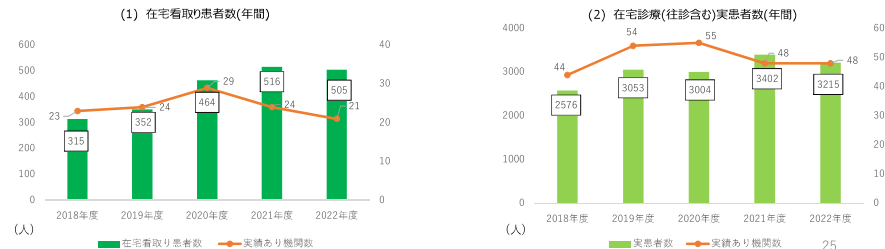
現状：505人(自宅339人 施設166人)

(2) 在宅診療(往診含む)実患者数(年間)

目標：在宅医療等の医療需要(一日あたりの在宅診療患者数)※地域医療構想 2938人

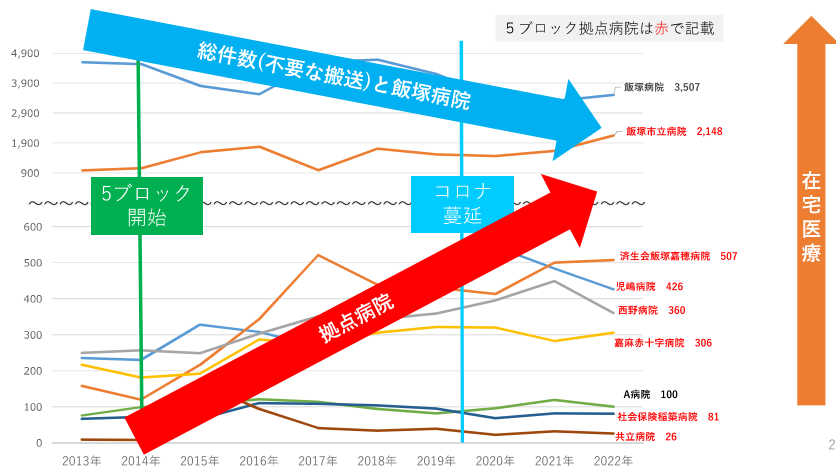
※全員が1日に医療提供を受けるものではなく、各患者の容体に応じて提供される医療の内容・頻度は異なる

現状：3215人(自宅1,245人 施設1,970人)



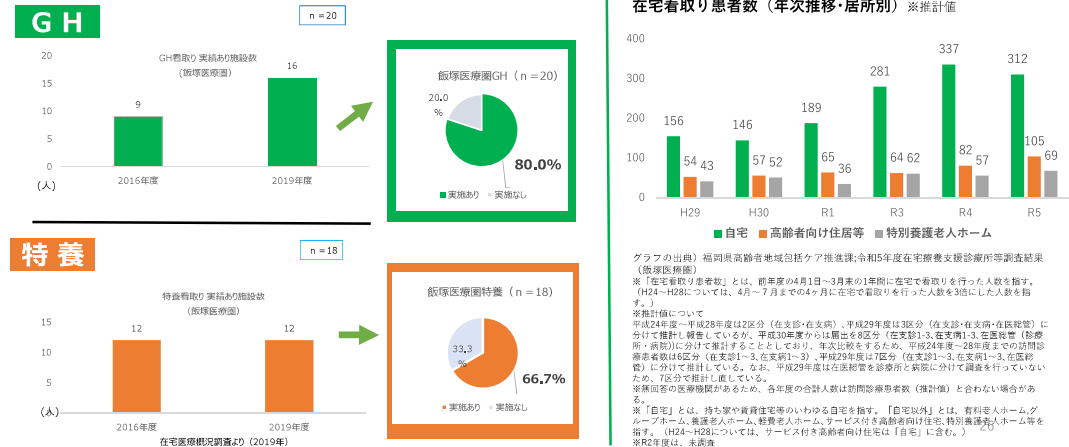
飯塚医療圏 救急車の搬送受入件数 推移

拠点病院を中心に救急車受入れ搬送件数は増加、拠点病院の地域包括ケアの意識・行動変容に変化



介護保険施設での看取り状況

介護施設での看取り数は増加傾向にあるものの、自宅に比べると施設看取りは少ない



その他取り組みの結果

1. 顔の見える関係づくりの達成、ネットワークの構築、多職種連携教育の場

- 年間延べ1,500人以上の専門職、自治体及び地域住民の参加により、5ブロック地域包括ケア推進構想が浸透した
- 多職種連携ネットワークが組織化され、公式な協議の場を構築した
- 100人程度が事業運営に参画することで、活動を通して多職種の連携実践教育の場となった

2. 関係機関・団体による自主的な地域課題への取り組み増加

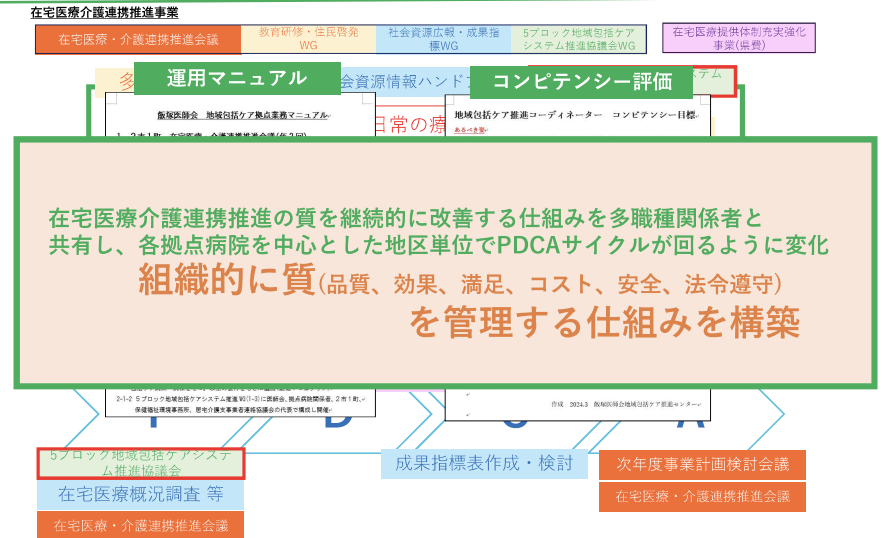
3. 拠点病院を中心とした地域包括ケアの推進

- 各医療機関の積極的な訪問診療に加え、救急医療体制や病院での入退院支援が進み、在宅医療への移行が円滑になった
- 救急車の搬送受入れ件数の増加(自宅や施設からの緊急時の対応支援)
- 在宅医療と親和性の高い地域包括ケア病棟を地域で活用して、在宅患者の緊急時の対応支援を行なった
- 災害に備えて単身独居者の受入れの支援仕組みを構築した

4. 地区単位で多職種協働による在宅医療介護連携推進のPDCAサイクルを実現

- 多職種の関係者と地域の課題を抽出し、(数値)目標を設定して課題に取り組み、その成果を評価することで次年度の事業計画に反映させる仕組みを構築した

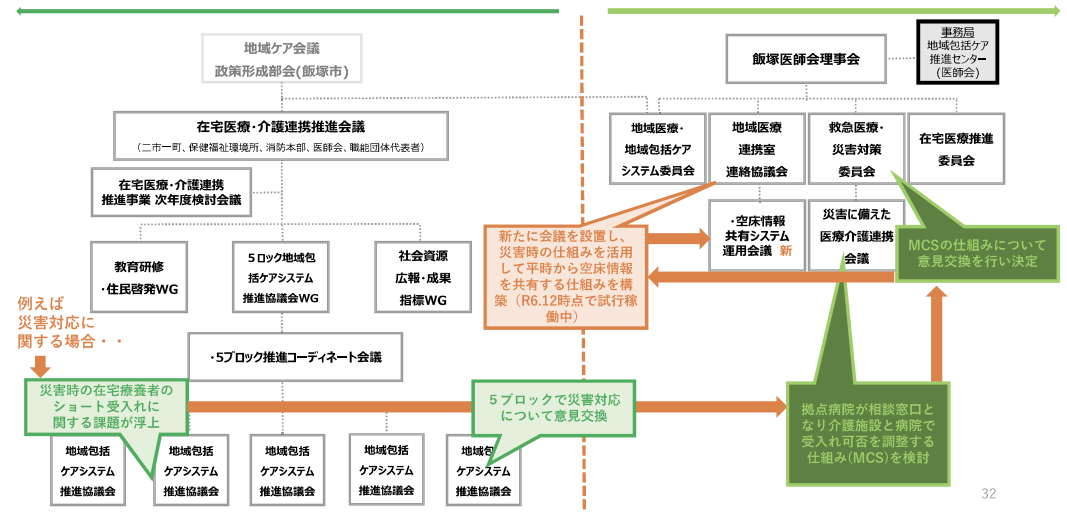
多職種協働で在宅医療介護連携推進のPDCAをまわす



在宅医療・介護連携推進体制図 2024

主に市町村事業(在宅医療介護連携推進事業)の体制

主に医師会・県事業(在宅医療提供体制充強化事業)の体制



② 目標と成果を評価する仕組みをつくる

出典:令和6年度福岡県在宅医療介護連携試事業支援事業
「福岡県議会における在宅医療支援の今後の方向性に関する協議」
説明資料2025.1.28三菱UFリサーチ&コンサルティング

圏域全体での分かりやすい目標の共有、コアメンバーによる成果指標のモニタリング

関係者全員で共有している目標

「希望するすべての人が在宅医療を受けられる」

数値目標1

在宅看取り患者数(年間)
500人(自宅250人、施設250人)
※現状505人(自宅339人、施設166人)

数値目標2

在宅診療(往診含む)実患者数(年間)
一日あたり在宅診療患者数 2,938人(地域医療構想より)
※現状3,215人(自宅1,245人、施設1,970人)

■数値目標1(500人)は、2018年度に5ブロック協議会の参加者に、これまでの数値を見せて2025年の目標値をたずねるアンケートを行い決定。
■数値目標は、全体会議や5ブロック協議会で繰り返し伝達。何度も伝達しているため、ブロック協議会の参加者であればだれもが一度はみたことのある数値となっている。

コアメンバーがモニタリングしている成果指標

目指すべきところ:住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることが出来る

目指すべきところ:住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることが出来る	
アウトカム指標	【在宅看取りの評価】 ■在宅看取り患者数(自宅・施設)の向上(目標値:年間500人) ■在宅看取り患者数の向上(目標値:年間500人) ■在宅看取り患者数の向上(目標値:年間500人) ■在宅看取り患者数の向上(目標値:年間500人) 【医療・介護連携推進体制構築の評価】 ■在宅医療・介護連携推進体制構築の評価(目標値:年間500人) ■在宅医療・介護連携推進体制構築の評価(目標値:年間500人) 【在宅医療の評価】 ■在宅医療の評価(目標値:年間500人) ■在宅医療の評価(目標値:年間500人) 【在宅診療の評価】 ■在宅診療の評価(目標値:年間500人) ■在宅診療の評価(目標値:年間500人)
活動状況・連携状況	【在宅診療の評価】 ■在宅診療の評価(目標値:年間500人) ■在宅診療の評価(目標値:年間500人) 【在宅診療の評価】 ■在宅診療の評価(目標値:年間500人) ■在宅診療の評価(目標値:年間500人) 【在宅診療の評価】 ■在宅診療の評価(目標値:年間500人) ■在宅診療の評価(目標値:年間500人)
提供体制等	【在宅診療の評価】 ■在宅診療の評価(目標値:年間500人) ■在宅診療の評価(目標値:年間500人) 【在宅診療の評価】 ■在宅診療の評価(目標値:年間500人) ■在宅診療の評価(目標値:年間500人)

■基幹的・推進コーディネーターと各WGのリーダー格のメンバーで成果指標に関する勉強会から取り組んだ。
■社会資源広報・成果指標WGで成果指標を設定し、取組の進捗状況をモニタリングしている。

33

抽出された地域課題×方策×評価指標

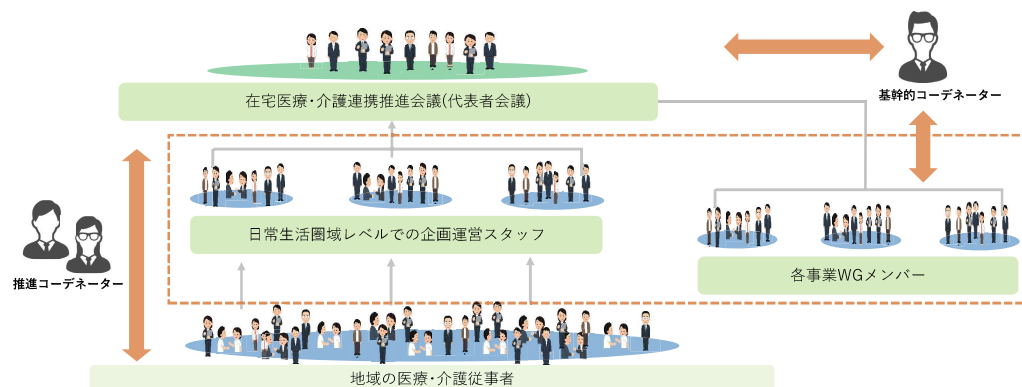
	抽出された地域課題	方策	評価指標
①在宅医療の強化	・在宅看取りの推進 約55%の住民(65歳以上)の自宅で最期を迎えたいという願いを叶える ・在宅医療の新規参入者への支援 ・在宅医の技術向上 ・住民、専門職双方のACP理解の普及啓発	かかりつけ医実践道場(在宅医療研修) 多職種連携研修会 在宅医療委員会 かかりつけ医実践道場(在宅医療研修) ACP住民サポーター養成講座 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会	在宅看取り患者数、在宅診療実患者数、訪問看護・歯科診療・訪問薬剤指導・訪問リハビリテーション実患者・延べ患者数、住民の希望する死亡場所ニーズ 在宅診療実績あり施設件数 かかりつけ医道場(在宅医療技術研修)への参加者数 住民のACP認知度 住民の死亡場所のニーズ
②入退院支援の強化	・(高度)急性期からの円滑な退院支援 ・地域に開かれた回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の有効活用 ・コロナ禍での在宅療養中患者の緊急時の入院対応/5ブロック拠点病院での受入れ増加	5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 地域医療連携室連絡協議会 救急医療委員会	退院患者に占める入退院支援加算・退院時共同指導料算定(件数)率、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の病床利用率 拠点病院への救急車搬送受け入れ件数、地域包括ケア病棟・病床の病床利用率
③医療・介護連携の強化	・介護施設での看取りが出来る施設の増加 ・病院と介護施設との連携強化 介護施設が病院との連携を円滑にする ・災害に備えた医療・介護連携体制の構築 災害時における要介護者の受入れ支援	介護福祉施設への看取りの実態調査 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 災害時の拠点病院での医療依存度の高い患者受入れ支援体制づくり 災害に備えた医療・介護連携会議	看取り実績あり施設件数、福祉施設からの救急車搬送件数 回復期の病床利用率、介護連携支援等指導料、入院時情報連携加算、退院・退所加算、社会参加支援加算 システム利用件数、受入参加登録機関数、相談件数
④多職種連携の強化	・各職種の新人(3年未満)・中途採用者が他職種の役割を説明できるようになる ・ノンデュニカルスキルの向上 ・介護支援専門員と多職種連携との連携強化、管理栄養士の地域連携 ・ICTを活用した連携の仕組みづくりの検討	多職種連携研修会 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 管理栄養士への在宅訪問の実態調査 情報共有システムの導入検討	多職種連携研修会参加者数 居宅療養管理指導料算定件数 介護支援専門員がターミナル患者への対応で連携した各職種別件数等 登録者数(仮)
⑤住民の満足度	・65歳以上の転出数を減らす ・自分の住んでいる市町村を周りに動きたい人を増やす	住民向け公開講座	65歳以上の人口の転入・転出数 住民の満足度(周りにすむたいか)

34

③ 仲間を募る

課題解決に必要な仲間を集めて地域全体の取組みとし、地域総合力を高める

地域単位、各事業単位で専門職、自治体によるチームの形成



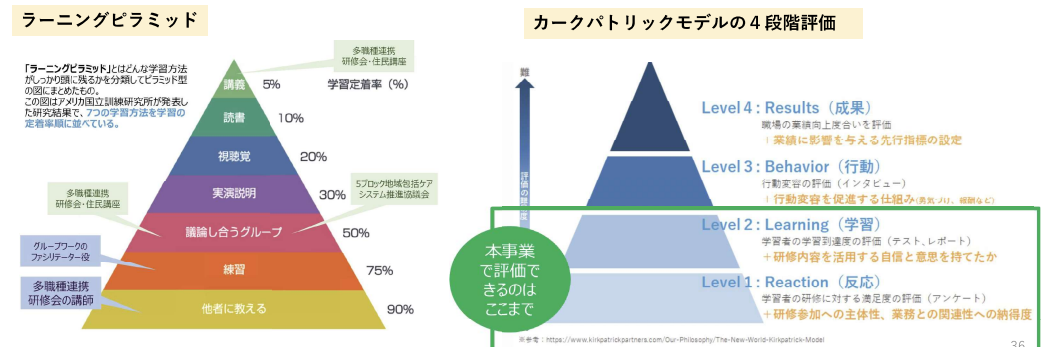
④ 実際の事業の進め方(教育研修)

研修は「目的」でなく地域課題への対応のための「手段」である
地域課題から研修テーマを選定する、研修後の効果(評価)を意識する

■研修の目的

- ①なぜ学ぶことが必要なのか(学ぶ理由)
- ②どんなことを学んでもらい、変化してもらうのか(学習者の変化)
- ③どのような変化を現場に導くのか(学びの適用・仕事に役立てる、学びの効果を持続させる)

※研修開発入門一冊で「教える」、競争優位をつくる」2014年3月6日 中原 著



36

④ 実際の事業の進め方（住民との連携・普及啓発の進め方）

住民組織と連携しながら巻き込んで、巻き込まれての関係づくりが重要
最初の切り口は「児童・民生委員」との連携が効果的

住民講座は基本参加した聴講者に学習効果が期待されるが、周囲への展開には限界がある
加えてコロナ感染拡大以降、住民を対象とした催しの参加は減少傾向

↓
広域での住民講座以外の取組みも必要（校区ごとの出前講座、情報発信、民生委員の支援）

○地域課題協議の場に住民が参画

- ・児童・民生委員、生活福祉委員等との連携
→市町村や社会福祉協議会
- ・その他住民組織（ボランティア、自治会等）との連携

○住民講座の効果的な学習定着

グループワークや対話形式等の工夫を凝らした講座の展開

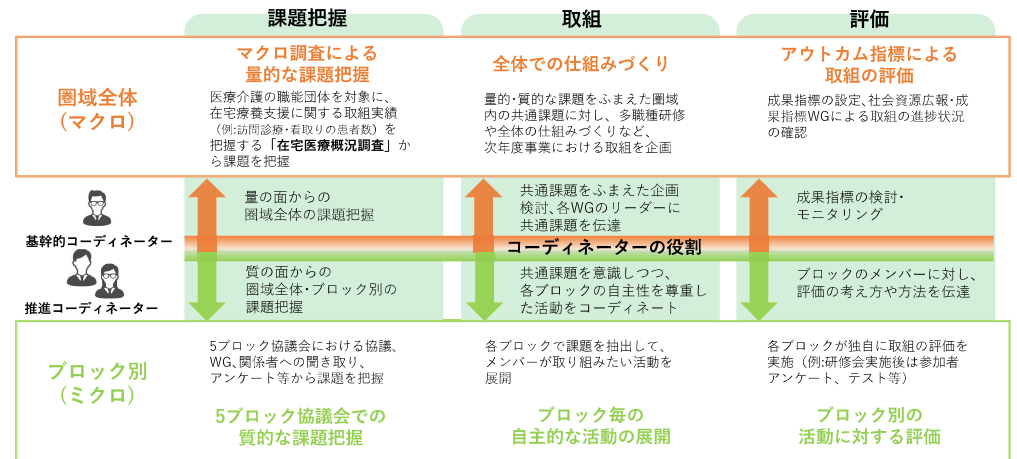
<2018年7月10日 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会全体報告会>

職種	参加数
医師	57
看護師	261
歯科医師	10
リハビリ	112
CM	81
薬剤師	20
SW	56
事務職	102
行政職	95
民生委員	54
その他	199
一般市民	78
合計	1125

37

⑤（在宅医療介護連携推進）コーディネーターの活躍

指示待ち事務局にならない、事業のマクロとミクロを行き来するコーディネーターの存在



38

在宅医療介護連携推進コーディネーターに求められるスキル

1 知る力

- ・ビジネスマナー ・関係する制度政策の理解 ・社会資源の把握（各職種・関係機関の役割・機能、パワーバランス、関係性、人）
- ・クライアントを捉える共通の視点としてICF（国際生活機能分類） ・住民ニーズ ・ステークホルダーの関心領域、課題認識

2 考える力

- ・目的及び目標を常に意識
- ・地域が抱える問題を（量的・質的）データに基づく分析・評価 →できるだけ数字で語る→
- ・PDCAをまわして在宅医療介護連携の質（品質、成果、コスト、安全性、効率性、法令遵守）を管理
P 現状把握→要因分析→目標設定→方策立案 D 方策実施 C 成果の評価 A 改善
- ・課題解決のシナリオを戦略的に考える

3 関わる力

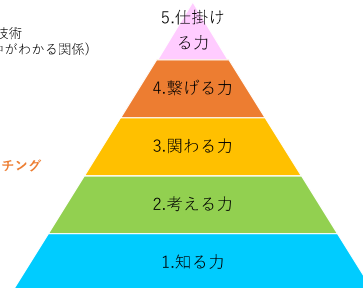
- ・リフレクション、セルフコントロール ・円滑なコミュニケーション推進 ・対人援助技術、面接技術
- ・問題解決、課題達成スキル ・多様なステークホルダーとの関係性強化（顔の見える関係から腹の中がわかる関係）
- ・情報リテラシー（収集・発信能力、ICT活用） ・健全な「根回し」と「付度」

4 繋げる力

- ・コーディネーション（調整機能）、ファシリテーション（促進機能）
- ・「地域（住民）よし」「相手（関係機関）よし」「自分（所属機関）よし」の3方よしの精神で提案・交渉
- ・住民のニーズ、各ステークホルダーの関心領域、課題認識を活用し、住民やステークホルダー同士のマッチング

5 仕掛ける力

- ・リーダーシップ、（プロジェクト）マネジメント
- ・課題解決のゴールをイメージしてステークホルダーと共有
- ・地域課題を行政に相談・調整し、協議の場に提案



39

今後の事業実施におけるアドバイス(まとめ)

0. 仲間を募る、コアなメンバーを集めて解決したい課題の洗い出しと共有

1. 推進体制構築と関係者による目的の共有

- ※医師会と市町村の協働体制をつくる
- ※多職種団体、消防本部等の関係機関を召集

2. 地域の現状把握及び課題の抽出、目標の合意形成

- ※選択と集中
- ※目標値がないと成果は評価できない
- ※課題の対応に比例して組織図は拡充する

3. 各事業にWGを設置するなど、できるだけ多くの組織に協力を得る

4. 誰がやめても事業の質がおちない再現性の担保のために標準化、教育、管理の定着

5. 地域社会資源に精通したコーディネーターの配置

40

地域連携体制の構築と救急医療との連携

一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会 代表理事
めぐみ在宅クリニック 院長
小澤竹俊

アイスブレイク

自分の人柄を表す

漢字一文字とは？

その理由を含めて一人1分以内

楽しいワークショップにするために

- ・ 誰かを批判することは最小限に
- ・ 一人が話を独占しないように
- ・ 個人情報の取り扱いは慎重に
- ・ 良い意見は、相乗りで意見を出し合うことはOK
- ・ ここで知り得た個人情報は、他言無用

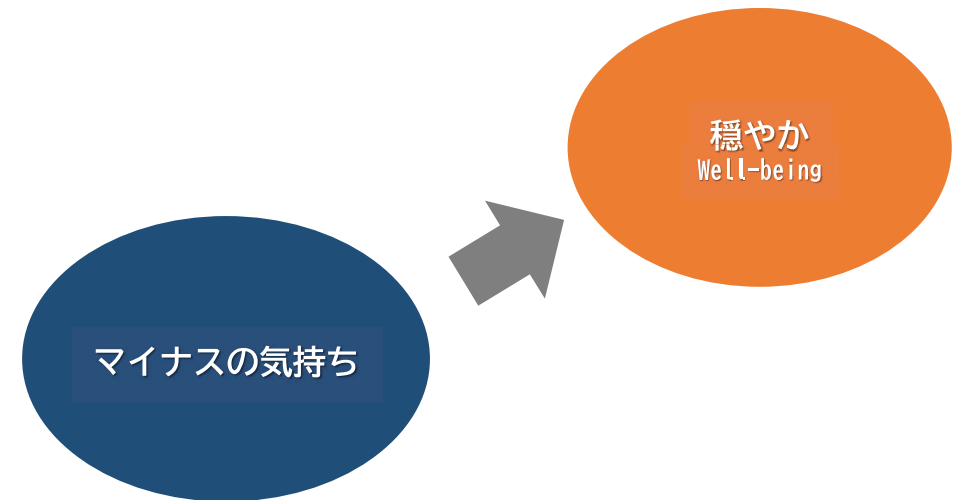
流れ

1. 話題提供
2. 第1部 切れ目のない在宅医療に求められる連携
3. 第2部 在宅医療における急変時や救急搬送時の
連携ルールについて

話題提供: ACPの光と影

1. ACPの導入で救急搬送が減少する
2. ACPの目的が不明瞭: 誰のための話し合い?
3. 看取り対応という名の手抜きリスク
4. ジレンマを克服する援助的コミュニケーション
5. 決めた後、亡くなるまでのケアの重要性

目的・目標



人生の最終段階への自然経過

生まれた赤ちゃんに戻っていく

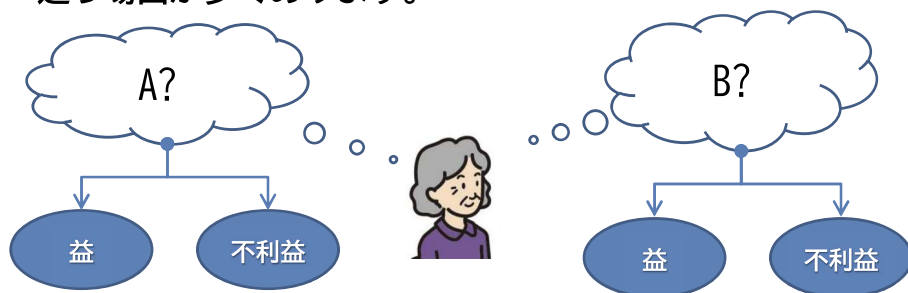
	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1歳
食事	ミルク	ミルク	離乳食開始	ふつうの食事
傾眠傾向	ほとんど寝ている	徐々に起きている時間が増えていく		起きている時間が増える
活動範囲	ベッド	首がすわる	寝返り	歩く

看取り対応という名の手抜きケアの危険性

- ・施設入所時、ACPという念書を取られる
- ・少し誤嚥しただけで、看取り対応だからという理由で食事が止められてしまう危険性がある
- ・リバプールケアパスウェイ (LCP) の失敗
 - (1) LCP開始の決定: 臨床経験の浅い医療者の判断
 - (2) コミュニケーション: 家族との対話がない
 - (3) 栄養と水分: まだ栄養・水分が摂れるのに中止
 - (4) 鎮静と鎮痛: 適切な緩和ケアが提供されず鎮静
 - (5) DNR (蘇生無用) 指定

ACPの課題：ジレンマ

ジレンマとは、ある問題に対して**2つの選択肢**が存在し、そのどちらを選んでも何らかの不利益があり、態度を決めかねる状態を言います。人生の最終段階では、判断に迷う場面が多くあります。



どれを選んでも悩む中で、1つを選ばなければなりません。

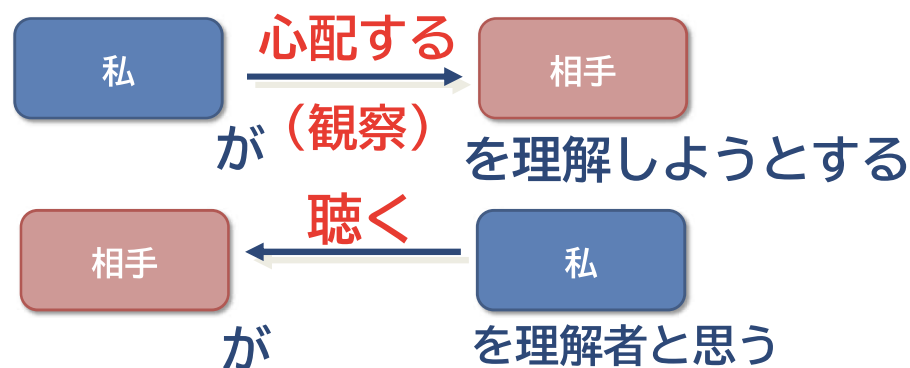
©一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会 内容の無断転載を禁じます

現場での患者さんの言葉

元気なあなたに私の気持ち
わかるはずない…。

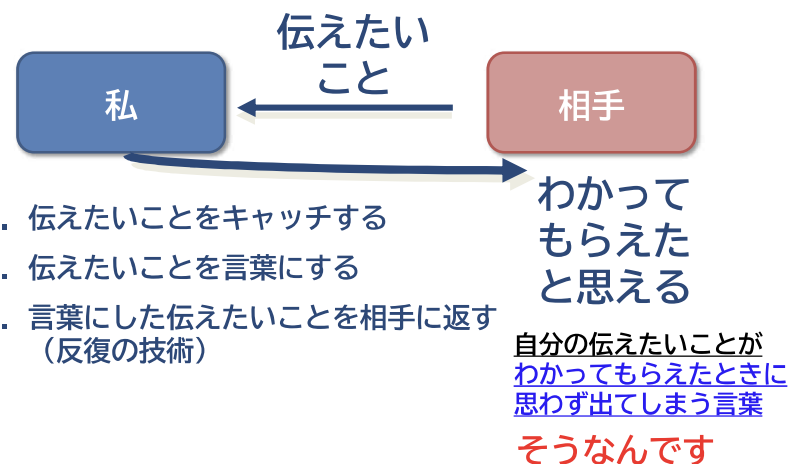
©一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会 内容の無断転載を禁じます

ほんとうに苦しんでいる人の
気持ちを理解できるでしょうか？



©一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会 内容の無断転載を禁じます

援助的コミュニケーション



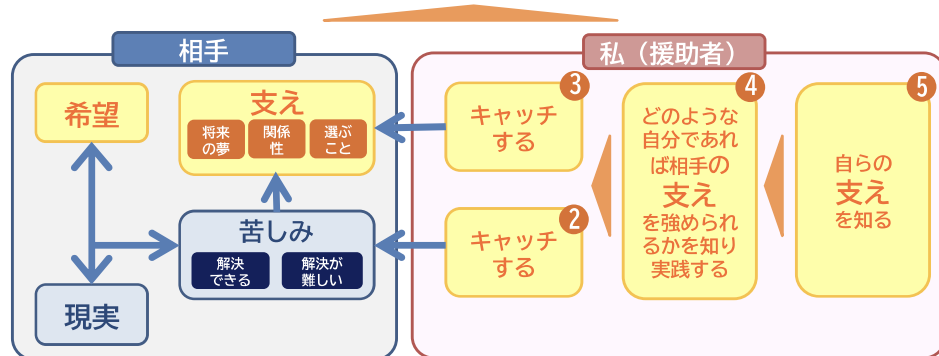
©一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会 内容の無断転載を禁じます



ユニバーサル・ホスピスマインドの全体像



目標：本人も家族も援助者も穏やか

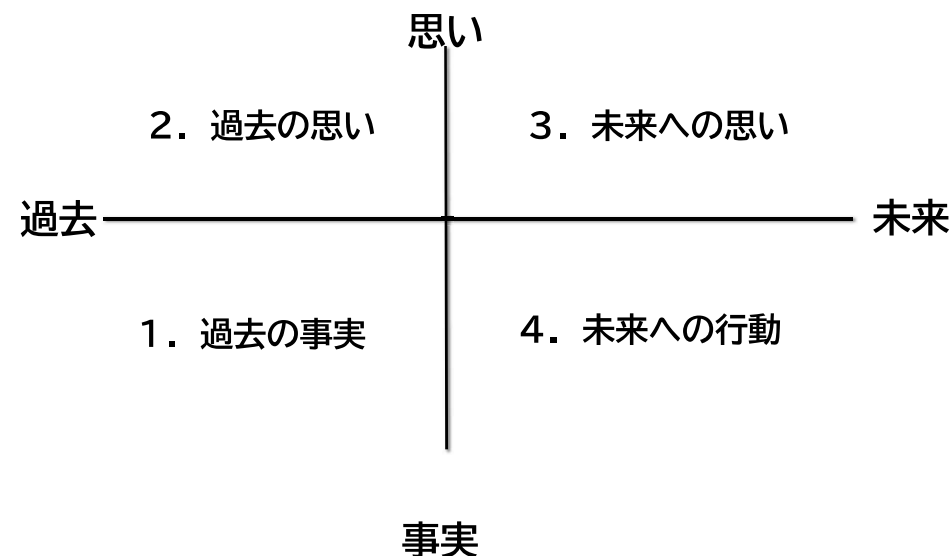


援助的コミュニケーションの基本

～苦しんでいる人は自分の苦しみをわかってくれる人がいるとうれしい～

一般社団法人
エンドオブライフ・ケア協会
End-of-Life Care Association of Japan

対話が進むための過去・未来・事実・思いの4分割



会話が困難なケース

人生の最終段階では、会話が困難になります。それでも、穏やかになる可能性はあります。

生きているということは
誰かに覚えていてもらうこと

本人が会話困難な状況においても、
“わかってくれる人がいるとうれしい”

本人からのメッセージは
家族がこれから生きる力になる

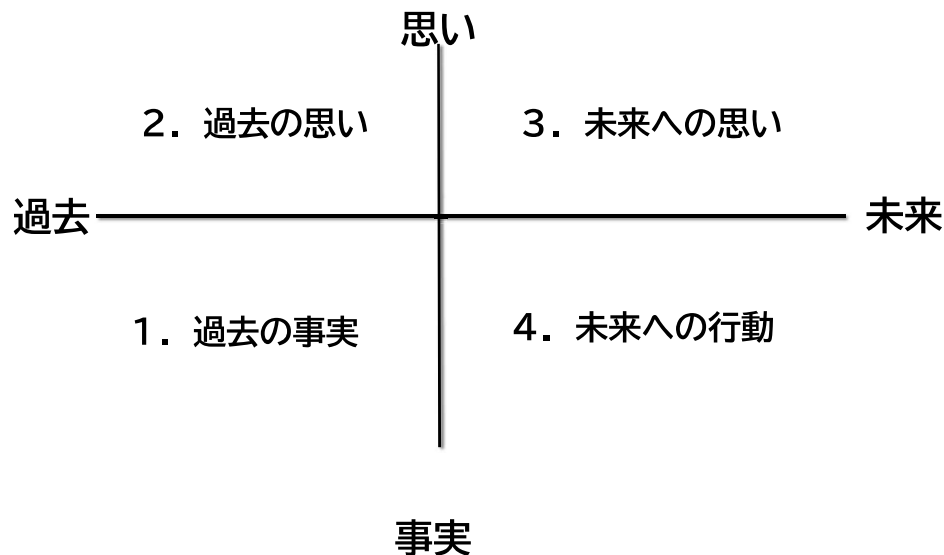
本人と家族との“つながり”をつくる

在宅医として心がけていること

- ・いざというときに気が動転している本人・家族と限られた時間でも対話を通して、本人と家族が穏やかであるための方策を決めるコミュニケーション能力が課題。
- ・どちらを選んでも後悔するジレンマを抱えた人生の大切な選択は、急変時の状況判断と対話が重要です。
- ・事前に救急搬送しないと決めつけて、解決できる苦しみを放置することは避けるべき、一方、困れば救急搬送という丸投げも避けるべき。
- ・限られた情報で、先を読む力をもとに、どのように対話をするか。
- ・救急搬送しないと決めた後の関わり方が重要。



対話が進むための過去・未来・事実・思いの4分割



第1部 切れ目のない在宅医療に求められる連携

切れ目のない在宅医療と連携を考える

逆の発想

では、切れ目のある在宅医療って何？

1部ワーク1. 過去の事実と思い

問1

在宅医療において切れ目のある在宅医療とは？

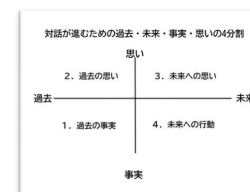
具体的な事例を挙げてください

例 急に退院が決まり情報が少ない中で診療が始まった
連休中の急変時に主治医との連絡が取れなく、救急搬送となった
COVID肺炎のため入院先を探したが、満床のため断られた

問2

切れ目のある事例を通して感じた思いを言葉にしてみてください

例 24時間休みがないことは、精神的にも体力的にもきつと感じた…など



1部ワーク2. 未来の思いと未来への行動

問3

切れ目のある事例を通して感じたことから

これから何を大切にしたいと思いますか？

例 患者さん・家族が困らないようにしたい

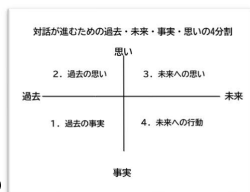
スタッフ1人で責任を負いすぎないようにしたい…など

問4

切れ目のない在宅医療の実現のために、これからやりたいことは？

例 SNSなどのツールを使って、多職種で情報を共有したい

在宅医療を担う人材を育てる研修…など



1部ワーク3. 他のグループの話を聞いてみよう

グループで1名の発表者を残して、
他のグループの内容を
のぞきに行ってみましょう

1部ワーク4. 他のグループの話をもとに

話をまとめよう

切れ目のない在宅医療に求められる連携とは

第2部 在宅医療における急変時や 救急搬送時の連携ルールについて

2部ワーク1. 過去の事実と思い

問1

在宅医療で急変時の対応で困ったことを挙げてください

例 搬送しないとあらかじめ来ていたが、家族が動揺して119番通報した

問2

在宅医療で急変時の対応で困った時の思い（気持ち）を言葉にしてください

例 悲しい思いをした、残念であった…など

2部ワーク3. 他のグループの話を聞いてみよう

グループで1名の発表者を残して、
他のグループの内容を
のぞきに行ってみましょう

2部ワーク2. 未来の思いと未来への行動

問3

在宅医療で急変時の対応で、これから何を大切にしたいと思いますか？

例 患者さん・家族が困らないようにしたい

望まない救急搬送を減らしたい…など

問4

在宅医療で急変時の対応を改善するために、これからやりたいことは？

例 ACPの普及啓発と情報の共有

コミュニケーション能力…など

2部ワーク4. 他のグループの話をもとに 話をまとめよう

切れ目のない在宅医療に求められる連携とは