

令和7年1月31日（金）
第178回市町村職員を対象とするセミナー



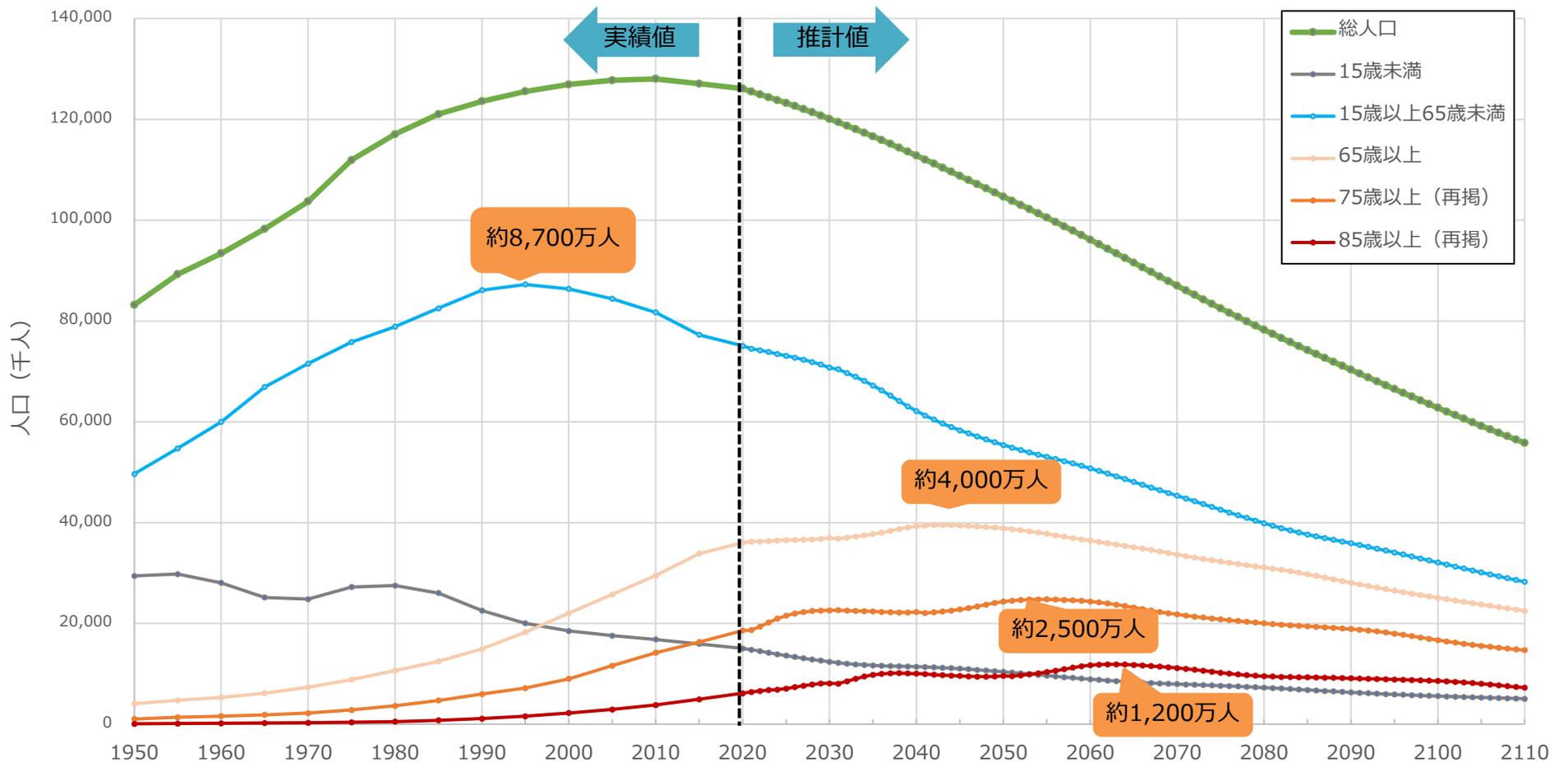
事例② 「地域における在宅医療と救急医療の連携事例」

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

- 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）

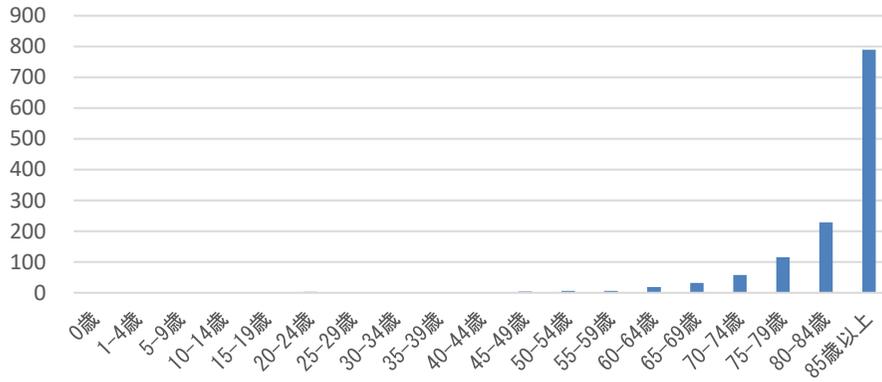
※ 2020年までは総務省「人口推計」、2021年以降は推計値。

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

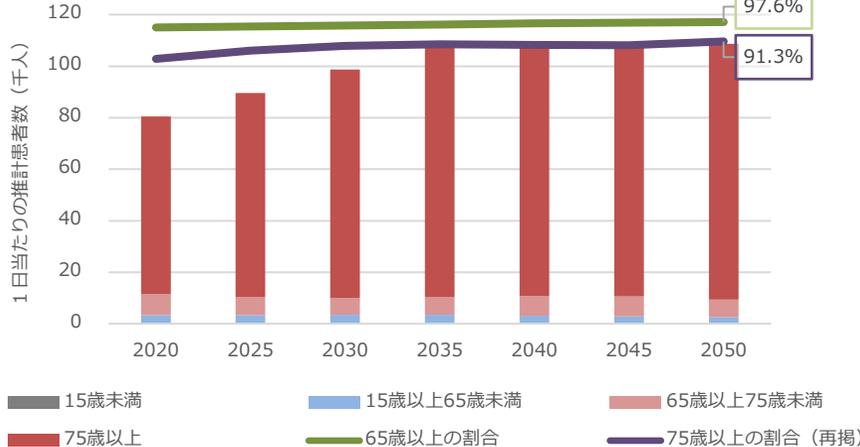
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 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。

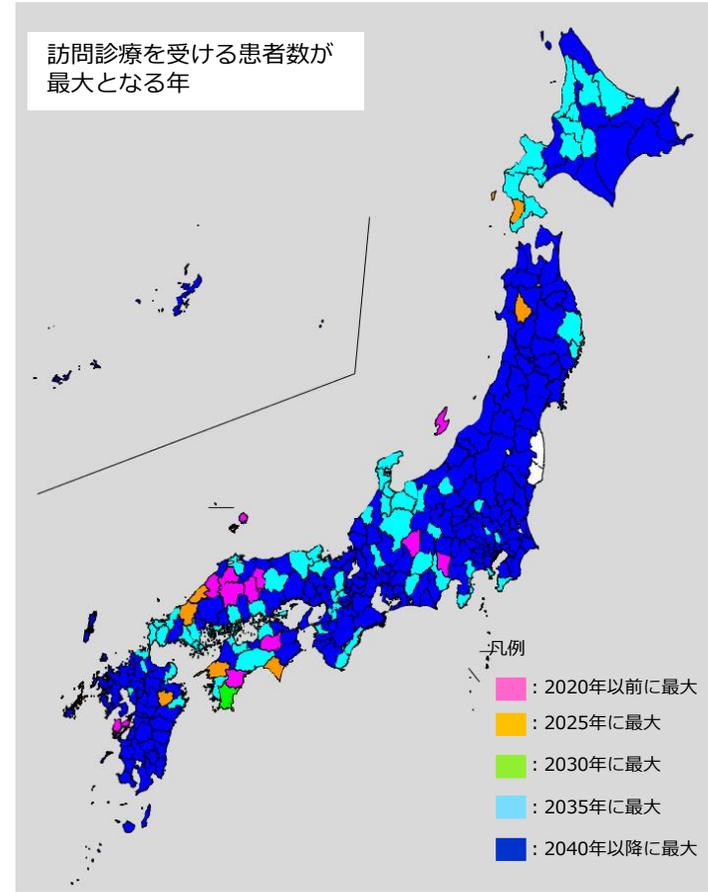
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



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。

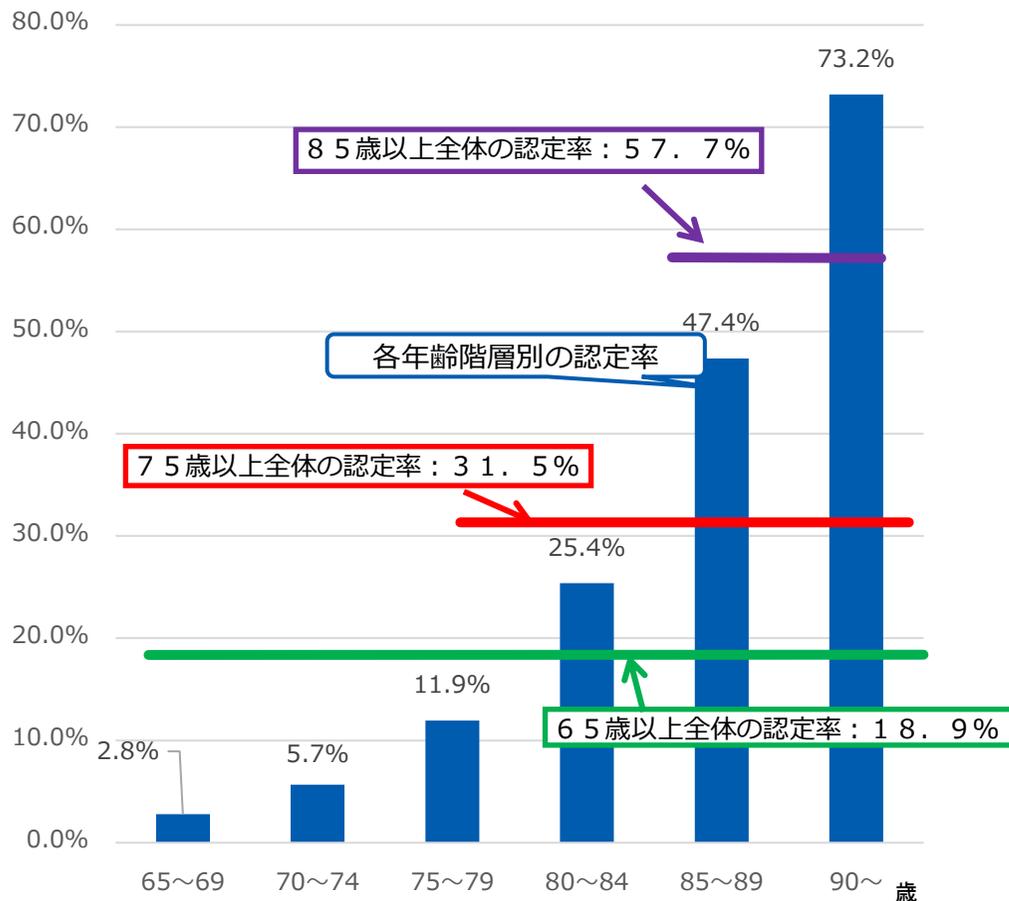
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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集計。

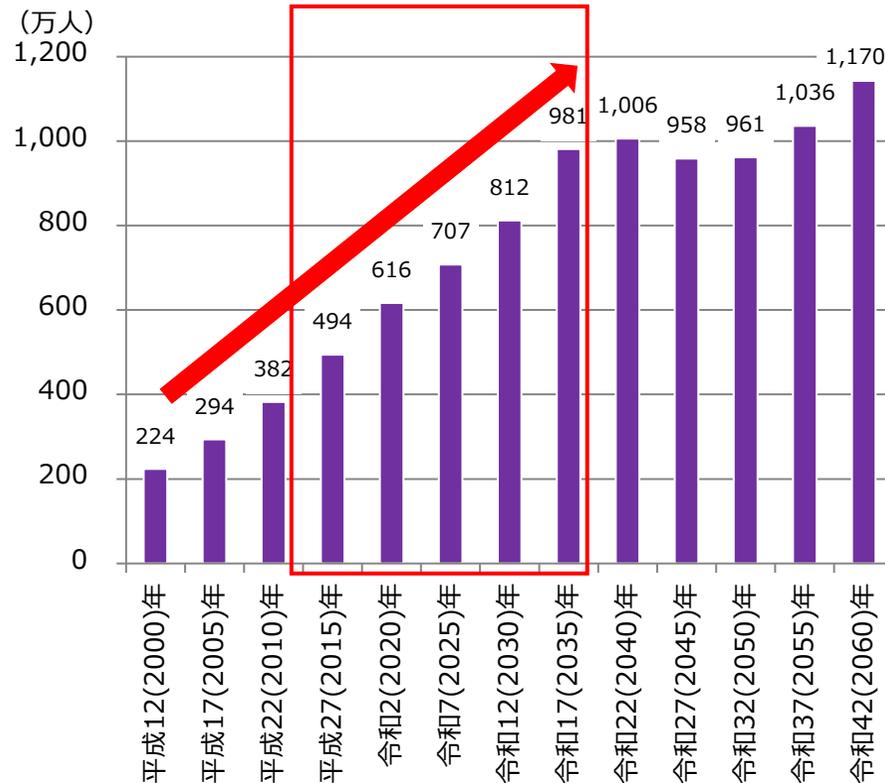
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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



85歳以上の人口の推移

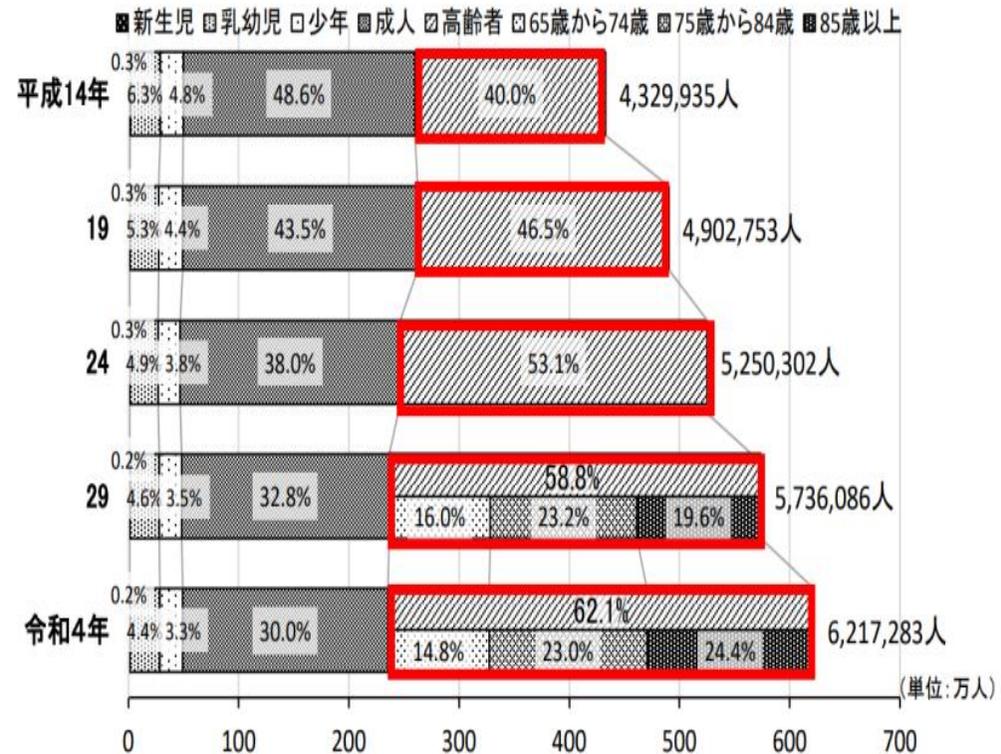
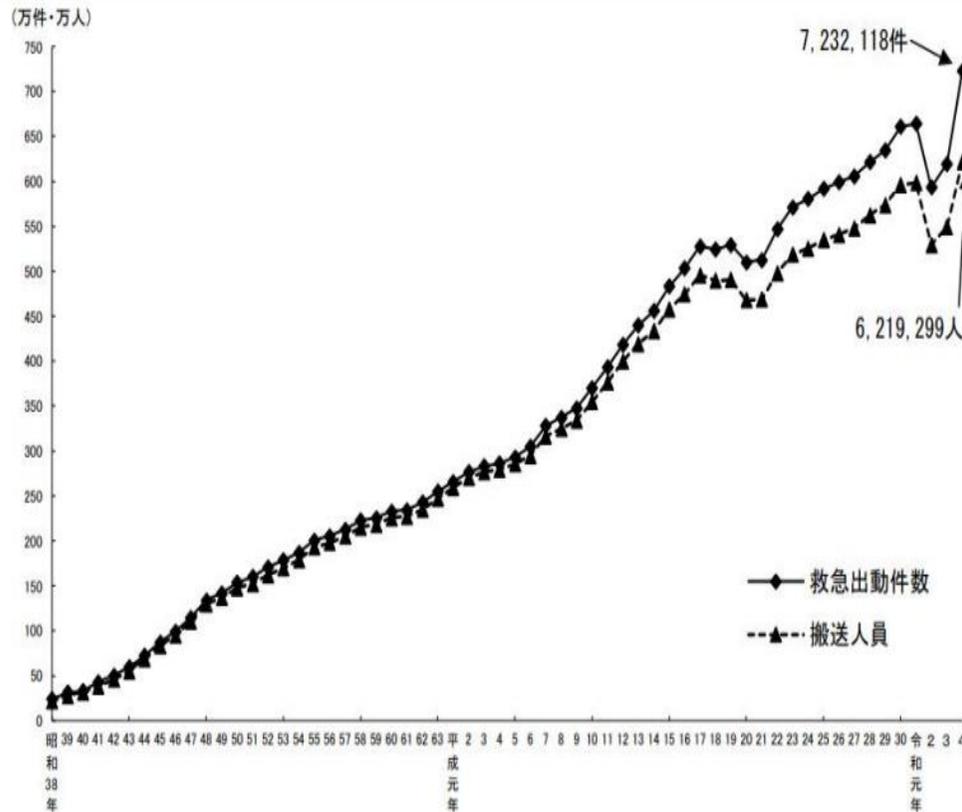


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

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

救急出動件数及び搬送人員、年齢区分別の推移

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

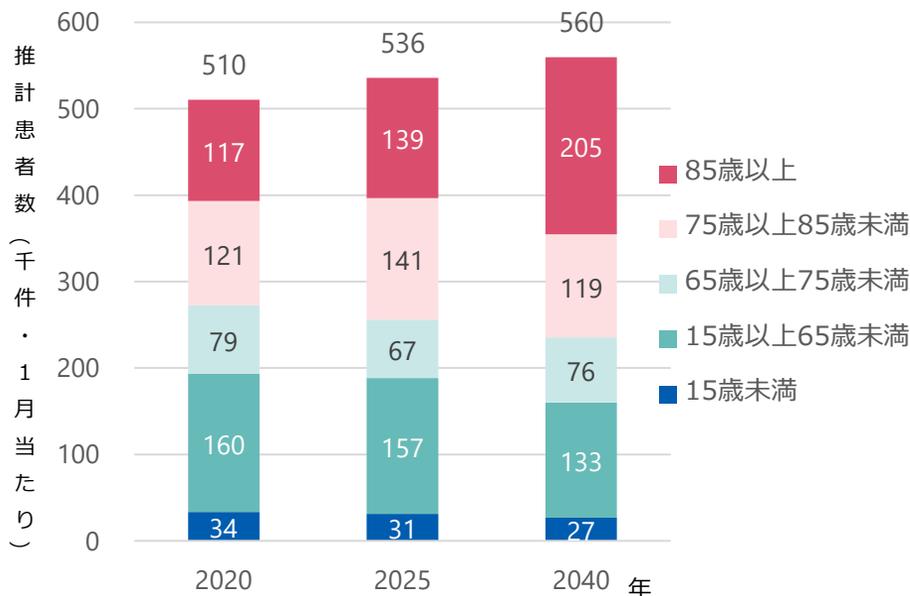
(注) 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は100%にならないことがある

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

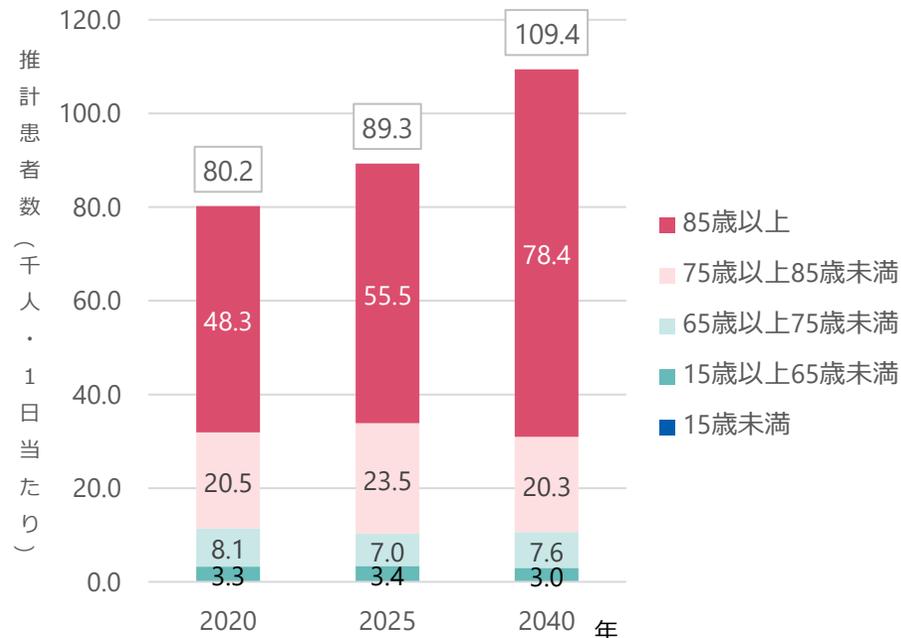
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

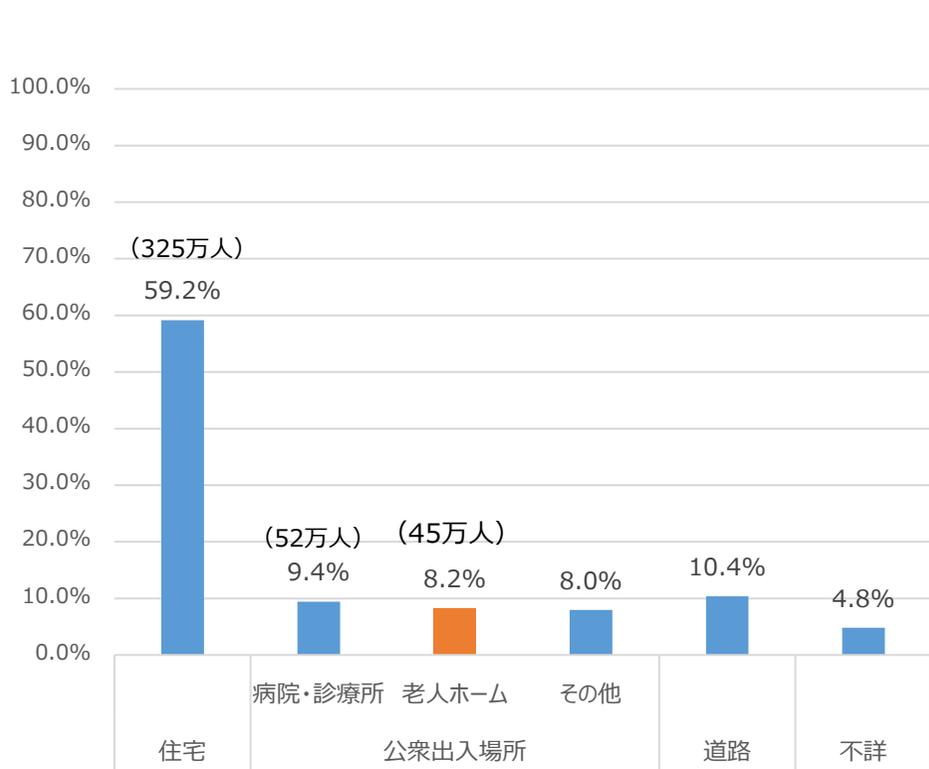
資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017年）
 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）」
 を基に地域医療計画課において推計。

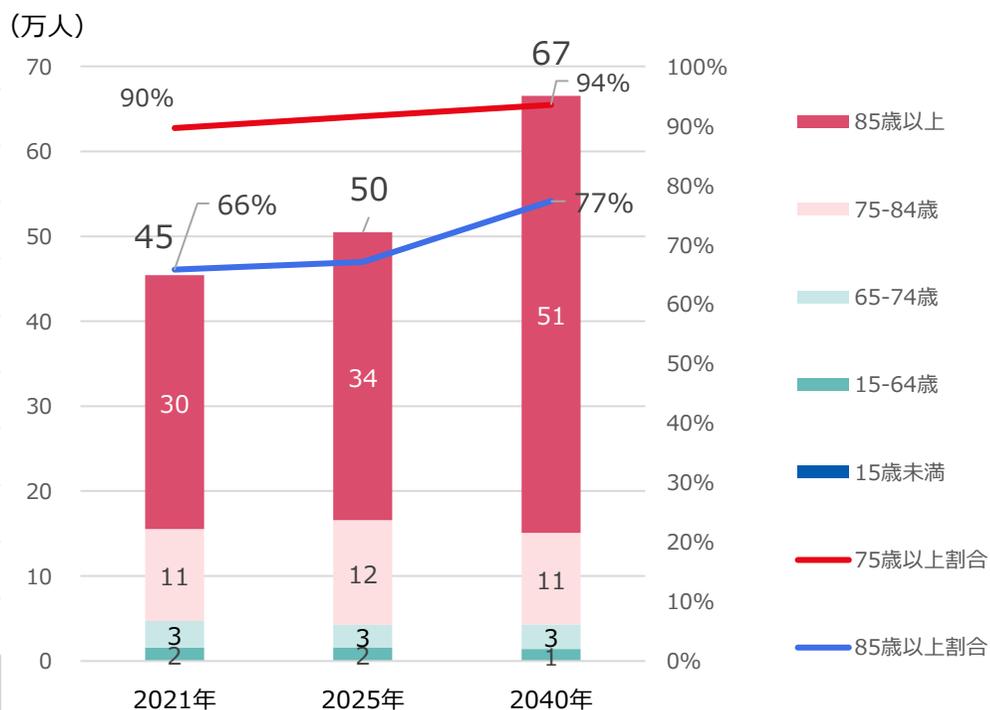
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳 (令和3年)



老人ホームからの救急搬送件数の見通し



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ(2021年)特別集計データ、総務省統計局「人口推計」(2021年)及び
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(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作成

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

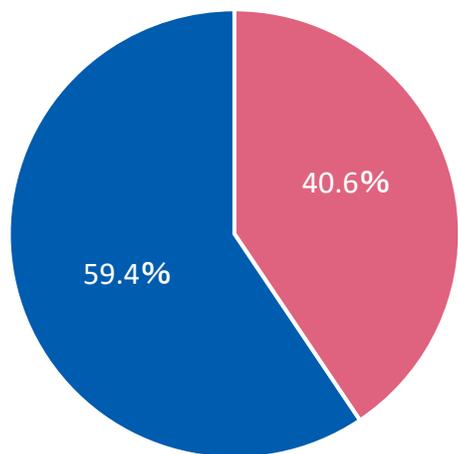
資料

- 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)

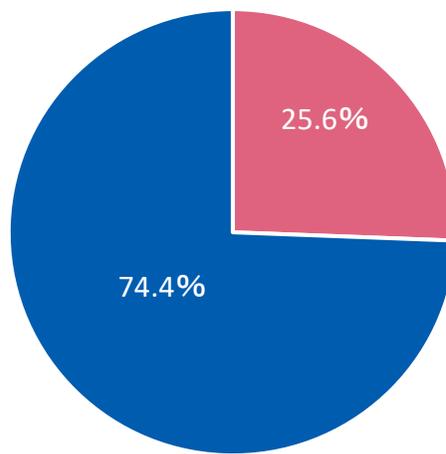
(※ 在宅医療に係る協議の場には、地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会等の枠組み内での協議を含める)

在宅療養支援病院



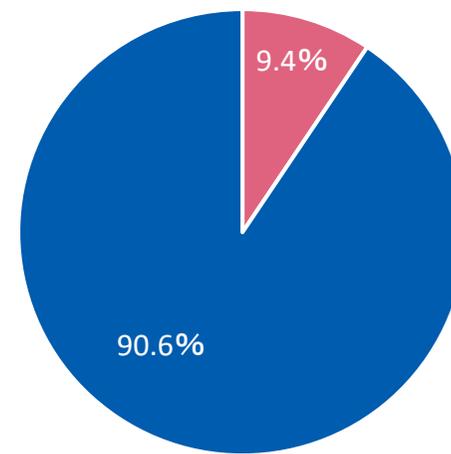
■ 参加あり ■ 参加なし

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。

「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える。

②現場での対応等

- ・ 救急現場等では、救急要請に至る経緯や、傷病者が心肺停止になった経過、傷病者と心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲、傷病者の意思等を記した書面の有無、書面がある場合には署名の有無など、千差万別な状況である。
- ・ 加えて、救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的情報的な制約がある。

③今後の方向性

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

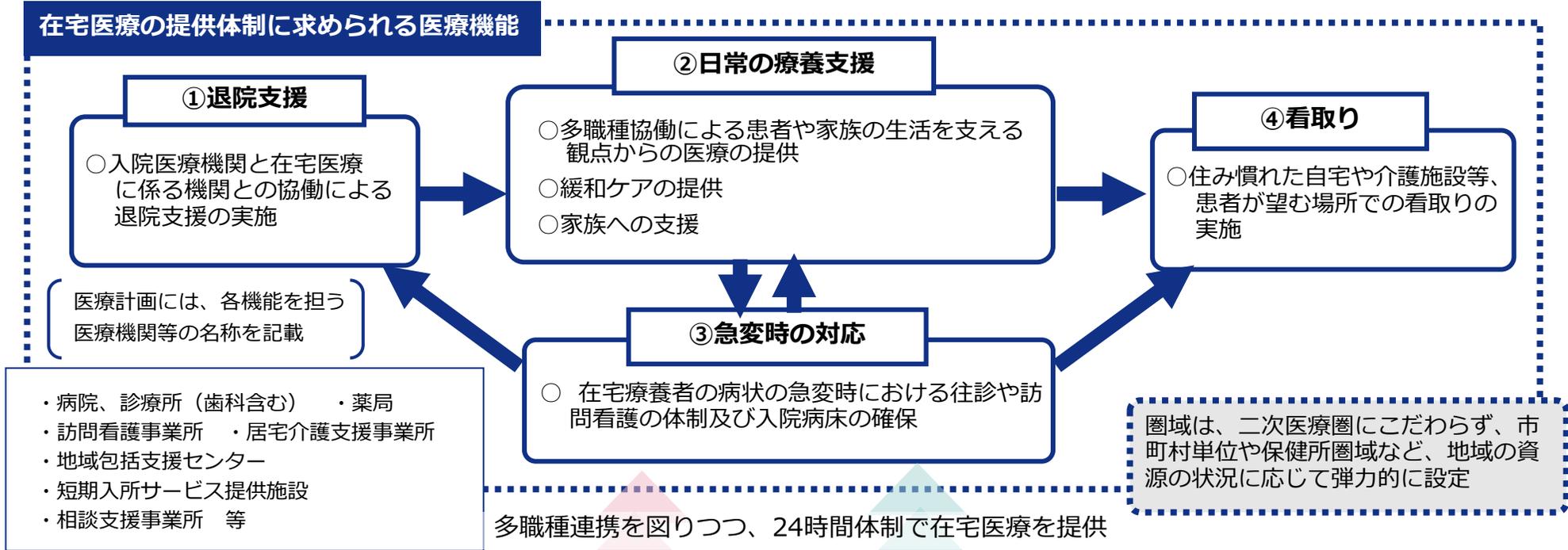
< 今後、消防機関に求められること >

- 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

在宅医療の体制について

- 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

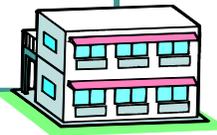
- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・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

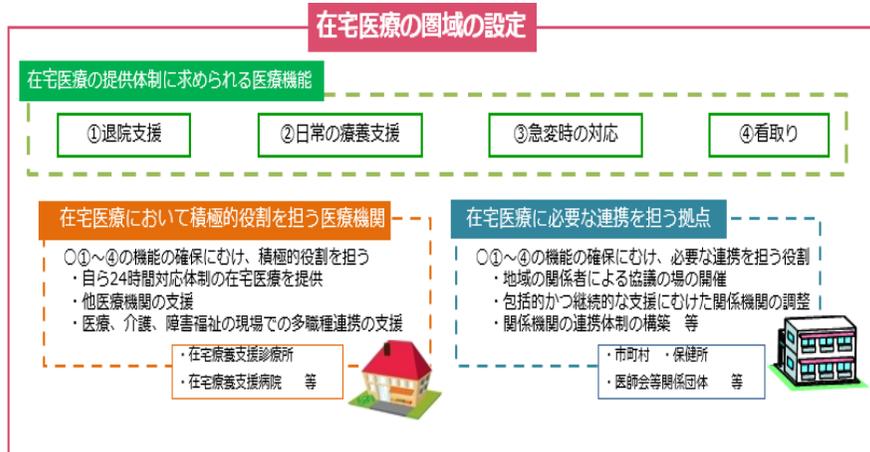


在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

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

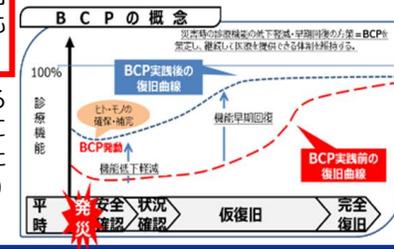
在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

第8次医療計画における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

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

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能との連携

(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置づけられることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

① 目標

- ・在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- ・多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- ・災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- ・患者の家族への支援を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

第8次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

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

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

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

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点が同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

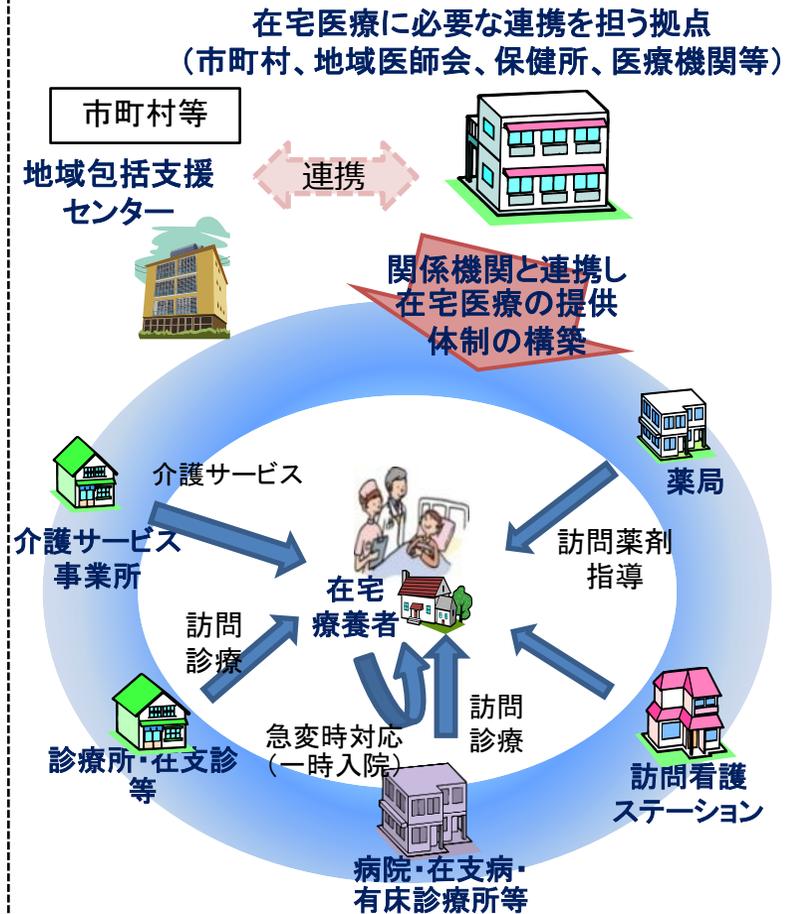
① 目標

- ・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点到に求められる事項

- ・ 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で開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」
 (令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知(令和5年6月29日一部改正)) 13

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方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横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

問題意識

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

対策の方向性

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

平成29年度～令和元年度

先進事例の調査

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

市町村版セミナーの実施

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

令和2年度～

都道府県版モデル事業の実施

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

将来の目標

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



実施主体

委託事業：コンサルや研究機関等を想定

南和地域における入退院連携マニュアル（奈良県吉野保健所）

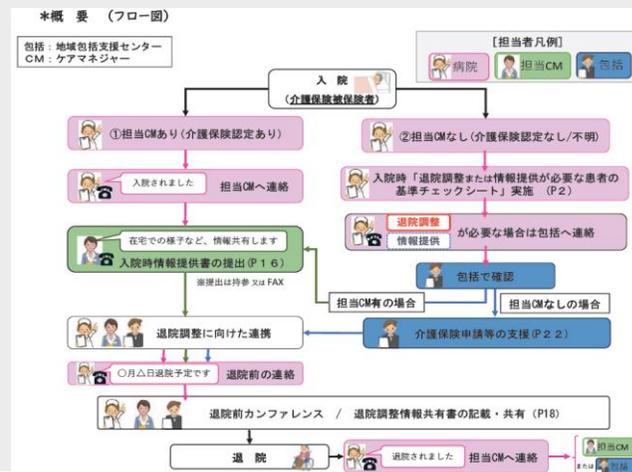
〔基本情報〕	総人口・高齢者割合	61,707人・43.1%（R4.10時点）
	面積	2,346.9km ² （R4.10時点）
	人口10万人あたり医師数	221.56人（R2.12時点）
	地域の特徴等	奈良県面積の2/3を占めるも人口は県の5%。ほとんどが山間部で、過疎化、高齢化が進んでいる。社会資源が少ないが、地域のつながりが強い地域である

取組・連携ルール等の概要

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

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

事業イメージ



連携体制構築の流れ

①課題の把握・目的の設定	②会議体の設置等	③会議体運営・ルール策定等	④評価指標と達成状況						
<ul style="list-style-type: none"> ●南和保健医療圏は吉野保健所管轄地域と同地域。 ●企業団3病院と民間病院1病院しかない地域であるが、地域包括ケアシステムの一つとして、病院または地域の情報を速やかに共有し、住民が安心して入院し地域に戻れるよう、関係者の情報共有ルールを策定する必要があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ●従前より設置していた会議において議題の1つとして検討。 ①南和包括支援センター連絡会議 構成員：吉野保健所、12市町村の地域包括担当者、医療機関の地域連携室、県庁の地域包括ケアシステム推進室・地域医療連携課 ②南和地域入退院調整ルールづくり市町村担当者会議 マニュアル策定後、上記会議より独立（構成員は同じ） 	<ul style="list-style-type: none"> ●入退院時の連携マニュアルを策定（詳細は事業イメージ等のとおり）。 ●マニュアル策定時は保健所が包括連絡会議を主体で実施しマニュアル策定。策定後は市町村が主体で包括連絡会議およびルールづくり担当者会議を運営。地域包括ケアシステム推進のための取組、入退院ルールの普及・検討など実施。 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価指標</th> <th>達成状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>病院からケアマネへの退院調整連絡割合</td> <td>85%（R4.6時点）</td> </tr> <tr> <td>ケアマネから病院への入院時情報提供書の提出割合</td> <td>83%（R4.6時点）</td> </tr> </tbody> </table>	評価指標	達成状況	病院からケアマネへの退院調整連絡割合	85%（R4.6時点）	ケアマネから病院への入院時情報提供書の提出割合	83%（R4.6時点）
評価指標	達成状況								
病院からケアマネへの退院調整連絡割合	85%（R4.6時点）								
ケアマネから病院への入院時情報提供書の提出割合	83%（R4.6時点）								

自治体の役割・実施内容

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

ポイント

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

課題・苦労した点と解決方法等

【課題等】

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

【解決方法等】

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

成果と今後の展望

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

患者の事前登録制度による病診連携（神栖市）

（基本情報）

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

取組・連携ルール等の概要

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

参考URL：<https://www.city.kamisui.ibaraki.jp/shisei/machi/1005795/1006865.html>

事業イメージ

白十字総合病院の在宅患者受入体制



連携体制構築の流れ

①課題の把握・目的の設定

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

②会議体の設置等

- ・次の会議を設置し、病診連携等について検討。
 - ①神栖市地域医療体制検討委員会
(在宅医療提供体制の強化について提言)
構成員：医師会、市内外医療機関、市民、行政関係等
 - ②在宅医療ワーキングチーム会議
(提言を踏まえた協議検討をする場)
構成員：市内病院・診療所の副院長・医師・看護師・MSW・地域医療連携室

③会議体運営・ルール策定等

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

④評価指標と達成状況

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

自治体の役割・実施内容

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

ポイント

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

課題・苦労した点と解決方法等

【課題等】

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

【解決方法等】

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

成果と今後の展望

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

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

〔基本情報〕

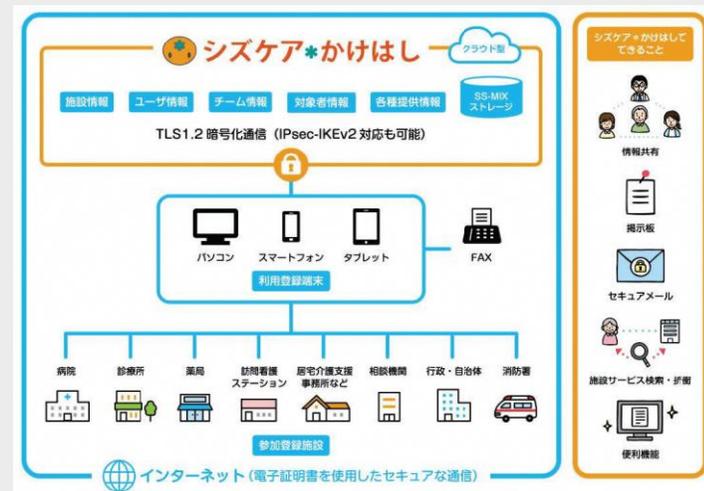
総人口・高齢者割合	3,619,571人・30.4%（R5.10時点）
面積	7,777km ² （R5.10時点）
人口10万人あたり医師数	219.4人（R2.12時点）
地域の特徴等	2次保健医療圏数は8圏域。医師偏在指標では「医師少数県」である

取組・連携ルール等の概要

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

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

事業イメージ



シズケア＊かけはし救急搬送（救急かけはし）の構築の流れ

①課題の把握・目的の設定

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

②会議体の設置等

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

③会議体運営・ルール策定等

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

④評価指標と達成状況

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

自治体の役割・実施内容

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

ポイント

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

課題・苦労した点と解決方法等

【課題等】

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

【解決方法等】

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

成果と今後の展望

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

救急搬送時の情報共有システム「救急かけはし」の活用（熱海市）

（基本情報）

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

事業イメージ

救急搬送機能 **New!**
救急かけはし



救急搬送時や災害時などの利用を目的として、「救急情報」も登録できるようになりました。対象者は同意のもと住民であれば誰でも登録できます。



消防本部は、iPad専用アプリ「救急ショット」を利用でき、救急隊員と搬送先病院はスムーズに救急情報を共有できます。

取組・連携ルール等の概要

- 静岡県医師会が整備した地域包括ケアシステム「シズケア＊かけはし※」を活用し、関係者で情報共有。「シズケア＊かけはし」のうち救急搬送時の情報共有システムである「救急かけはし※」機能も活用し、消防と搬送先医療機関の情報連携を推進。
- 消防・病院と図上訓練等を実施することにより、連携の具体的な手順やシステム操作方法・間違いやすい点等を確認するとともに顔の見える関係を構築。
- ※システム詳細は事例「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）（静岡県医師会・静岡県）」を参照

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

「救急かけはし」機能の導入検討の流れ

①課題の把握・目的の設定

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

②会議体の設置等

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

③会議体運営・ルール策定等

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

④評価指標と達成状況

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

自治体の役割・実施内容

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

ポイント

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

成果と今後の展望

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

課題・苦労した点と解決方法等

【課題等】

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

【解決方法等】

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

北九州医療・介護連携プロジェクト（北九州市）

〈基本情報〉

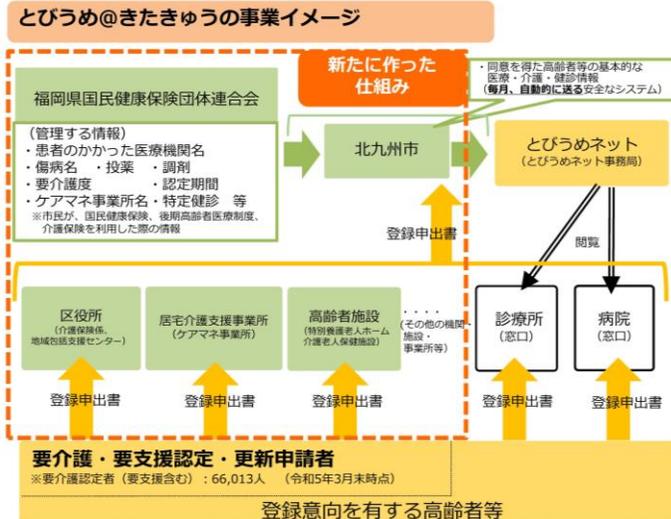
総人口・高齢者割合	939,029人・31.8%（R2.10時点）
面積	491.69km ² （R2.10時点）
人口10万人あたり医師数	371.7人（R2.12時点）
地域の特徴等	高齢化率は政令指定都市の中で最も高い

プロジェクトの概要等

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

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

事業イメージ



連携体制構築の流れ

①会議体の設置

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

②課題の把握・整理

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

③課題解決のためのプロジェクト策定等

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

④評価指標と達成状況

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

自治体の役割・実施内容

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

ポイント

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

課題・苦労した点と解決方法等

【課題等】

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

【解決方法等】

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

成果と今後の展望

- ・北九州医療・介護連携プロジェクトの取組により、医療・介護関係者間の情報共有や連携の円滑化が進んだ。「とびうめ@きたきゅう」の登録者数の目標は令和5年度までに3万人としており、達成できている状況である。今後もさらなる活用と定着化を促進するため、以下のとおり進めていく。

- ①病院への周知や活用を促す取組
 - ・とびうめ@きたきゅうや医療・介護連携ルールを活用している病院の情報を整理し、活用が進んでいない病院に効果的な方法で周知
- ②市外展開も見据えたアプローチと効果的・効果的な運用に向けた取組
 - ・プロジェクトを市外でも有効に活用することができるよう、福岡県にもアプローチし、共同で取り組む姿勢で推進
 - ・市外展開後も効率・効果的に運用できるよう、とびうめ@きたきゅうの登録促進や医療・介護連携ルールの定着化、より使いやすい病院窓口ガイドへの見直しを推進