

## 平成30年度第1回久留米市在宅医療・介護連携推進協議会

日 時：平成30年8月23日（木）19：00～20：00

場 所：久留米市庁舎4階401会議室

出席委員：中尾委員、淡河委員、石橋委員、矢野委員、岡委員、山崎委員、臼杵委員  
青木委員、内田委員、東委員、富安委員、南島委員、寶場委員、古賀委員  
石竹委員、西岡委員、轟委員、浦部委員

欠席委員：西田委員、松隈委員

### 1. 開会

【事務局】皆様こんばんは。定刻になりましたので、ただ今から平成30年度第1回久留米市在宅医療・介護連携推進協議会を開会させていただきます。本日の司会進行を務めます久留米市保健所健康推進課の吉塚でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

開催にあたりまして、久留米市健康福祉部長窪田からご挨拶申し上げます。

### 2. 挨拶

皆様こんばんは。久留米市健康福祉部長の窪田でございます。本日は、皆様ご多用の中、平成30年度久留米市在宅医療・介護連携推進協議会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。開会にあたり、一言ご挨拶申し上げます。

この協議会では、地域包括ケアシステムの構築のための取り組みの一つである、「在宅医療・介護連携の推進」について、久留米市の現状と課題の把握及び、課題に対する対策等について協議を行い、効果的かつ持続可能な施策につなげていくことを目的としています。

これまでの協議会では、退院後も在宅で必要な介護サービスを切れ目なく受けられるよう、病院とケアマネジャーの情報共有と調整の仕組みであります「退院調整ルール」の策定及び、在宅医療と介護の連携を進める拠点としての「在宅医療・介護連携センター」の設置などについて協議していただきまして、取り組み方針などについてご承認をいただいたところです。

本日の協議会では、平成30年5月から本格運用を始めました退院調整ルールの運用状況についての報告及び、人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発について、を議題としておりますので、ご協議のほどよろしくお願い申し上げます。

最後になりますが、この場でご協議いただいた内容を踏まえまして、市民の皆様が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、引き続き取り組んでまいりますので、より一層のご協力、お力添えを賜りますよう、宜しく申し上げます。

以上、簡単ではございますが、私の挨拶とさせていただきます。これから皆様どうぞよろしく申し上げます。

【事務局】それでは、恐れ入りますが、座って説明させていただきます。会議に入ります前に、まず初めに、資料の確認をさせていただきます。資料については事前に配布をさせていただいていますが、本日お持ちでない方はいらっしゃいますか。それでは、資料の確

認ですが、次第、委員名簿、資料1、退院調整ルールのアンケート結果を記したものの、資料2、スケジュールを示したものの、資料3、終末期における救急搬送の現状と課題、パワーポイントを印刷したもの、資料4、人生の最終段階の医療・ケアの普及啓発のガイドライン、報告書を示したものの、最後に資料の5、スケジュールを示したものの。不足しているものがある方はいらっしゃいますか。不足等があれば事務局までご連絡ください。

### 3. 委員紹介

【事務局】 それでは、本日は平成30年度第1回目の会議となります。今回委員の任期の関係で委員の交代がっております。新しく委員になられた方、本来ならば、お一人お一人自己紹介をしていただきたいところですが、時間の関係もあり、私のほうから紹介させていただきます。名簿順にしたがってご紹介いたします。

中尾委員、矢野委員、東委員、富安委員、西田委員、寶場委員、古賀委員です。また、今年度から久留米広域消防本部を委員構成団体として加わっていただいております。久留米広域消防本部救急防災課轟委員です。皆様よろしくお願いたします。

【事務局】 本協議会は、設置要綱にもございますが、「地域の関係者相互間の在宅医療及び介護に対する理解を深めるとともに、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、包括的・継続的な在宅医療と介護サービスを提供する体制構築に係る方策等を協議する」ことを目的としております。

この場で協議いただいた事項をもとに、必要な施策をすすめてまいります。事業の推進にあたりましては、本日ご参加いただいております委員の皆様方、また、それぞれのご所属される団体等との連携が大変重要です。委員の皆様におかれましては、忌憚のないご意見をどうぞよろしくお願いたします。

この本協議会は、久留米市情報公開条例第32条に基づき公開を前提としております。議事録作成し公開するということとなりますが、会議中の録音等をさせていただきますのでご協力をお願いいたします。また、議事録は事務局で作成のあと、委員の皆様にご確認いただいきまして、その後、市のホームページに掲載いたしますので、どうぞ宜しくお願いたします。

### 4. 会長及び副会長選出

【事務局】 それでは、これより議題に移らせていただきます。

まず、この会議の主宰につきましては、協議会設置要綱に基づき、会長が務めることとなっております。ただ、29年度まで会長を務めていただいた浅倉委員が任期満了となったことから、平成30年度から改めて会長及び副会長の選出が必要でございます。設置要綱によりまして委員の皆様による互選となっておりますが、どなたかご推薦等はございますでしょうか。

【Q 委員】 事務局案はございませんでしょうか。

【事務局】ただ今、「事務局案は」とのご意見がございましたが、事務局からご提案を述べさせていただいてよろしいでしょうか

〈異議なし〉

【事務局】それでは、事務局といたしましては、前浅倉会長から引き継ぎ、医師会からご推薦いただいている中尾委員を会長にと考えておりますが、委員の皆様いかがでしょうか。

〈異議なし〉

中尾委員、いかがでしょうか。

【中尾委員】よろしく願いいたします。

【事務局】続いて、副会長の選出ということになりますが、副会長については会長からの指名になっております。中尾委員、会長席にご移動ください。

中尾会長のほうからご推薦等ございますでしょうか。

【会長】医療介護連携の協議会ですので、副会長は介護分野からの西田委員にお願いしたいと思っておりますが、本日急遽欠席ということになっておりますので、事務局のほうからお伝え願えますでしょうか。

【事務局】それでは、会長のご選任でございますので、西田委員には後日確認をさせていただきます。ここで、中尾会長、西田副会長ということで決定させていただきます。よろしく願いいたします。

会長の選出が終わりましたので、この後の議事の進行は中尾会長にお願いしたいと思います。中尾会長よろしく願いいたします。

【会長】改めまして、議長を仰せつかりました、会長の中尾でございます。本日は台風19号、20号が福岡県を逸れ、何とか安心するところでございますが、業務ご多用の中、本会議にご出席賜りまして、誠にありがとうございます。

それでは、議題に入ります前に、本日の協議会の傍聴希望者の確認をさせていただきます。傍聴者はいらっしゃいますか。ご確認をお願いいたします。

【事務局】傍聴希望者は1名いらっしゃいます。よろしいでしょうか。

【会長】それでは、1名の傍聴希望者につきましては、久留米市在宅医療・介護連携推進協議会傍聴要領に基づき、これを許可します。事務局は、傍聴希望者を入室させていただきます。

〈傍聴者入室〉

## 5. 議事

【会長】それでは、さっそくですが議事に入ります。

先ほどから、事務局から説明がありましたとおり、本会議を通して、久留米市の在宅医療・介護連携に関する現状課題を共通認識し、また、皆様方のご意見等を踏まえながら、課題解決のための取り組みの推進に向けて、一層取り組んでいきたいと考えておりますので、よろしくお願ひいたします。それでは次第に沿って進めてまいります。

まずは、議事「(1)久留米版退院調整ルールの運用状況について」です。事務局から報告をよろしくお願ひ申し上げます。

【事務局】退院調整ルールの運用につきまして説明させていただきます。では座って説明させていただきます。

平成28年度の本協議会におきまして、医療と介護の連携推進に必要なものとして、「退院調整ルールの策定」についてご承認いただき、本協議会の下部組織として「退院調整部会」を設置いたしました。

平成29年度におきましては、その部会において、病院とケアマネジャーが情報を共有し連携するためのルール策定し、平成29年度からは、その試行的運用を行ってまいりました。本年5月から本格運用を開始したところですが、その運用状況についてご報告いたします。

1ページ目をご覧ください。「1. 調査配布事業所数及び回答者数」、「2. 当該月に退院したケース数」については表をご覧ください。

「3の1. 入院時に病院に対して情報提供を行った件数」は、平成28年8月のベース値から、直近値では、17.9ポイント増加しています。これは、退院調整ルールを整備した効果として評価できるものかと思っております。一方で、3の2. 要介護状態区分別に見た情報提供の有無については、要介護者が79.2%となっている一方、要支援者の情報提供の割合が、41.2%にとどまっています。

次に、2ページ目をご覧ください。「4. 退院時のケアマネジャーへの連絡状況」については、ベース値の77.9%から直近値で85.2%と7.3ポイント増加となっています。要介護状態区分別に見ても、要支援者が17.1ポイント増、要介護者が6.5ポイント増と、退院調整のもれ率は減少しています。

次に、3ページ目をご覧ください。「5. 病院の連絡から退院までの日数」については、直近値でもっとも多いものが、「7日以内」で34.1%、次に多いのが「14日以内」で26.1%となっています。ただし、病院の機能や、病床区分ごとに分析を行っていませんので、一概に日数を評価することは難しいと思われま

「6. 病院へ情報提供を行ったもののうち、退院調整ルールの手引きに示された参考様式を活用した割合」は、87.9%と高い割合でした。

4ページ目をご覧ください。これは、8月1日に開催いたしました医療機関関係者会議を実施するにあたり、病院の医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師、PSWなどの医療職の方々に行ったアンケート調査結果になります。「1. 調査票配布医療機関数及び回答者数」、「2. 回答者の職種」については資料をご参照ください。

「3. ケアマネジャーから提供された情報の活用」及び、「4. ケアマネジャーとの連携はスムーズか」との質問に対して、それぞれ、78.1%、74.0%であることから、退院調整ルールの策定は、医療機関関係者にとっても有用なものとなっていると思われま

す。

5 ページ目をご覧ください。これまでは、アンケート調査からみえてきた現状についてご報告したところですが、これは、8月1日には医療機関関係者会議、8月10日にはケアマネジャー会議を行い、実際連携を行っている皆様にお集まりいただき、その現状と効果的な連携に向けた取り組みについて意見交換を行ったものです。「顔が見える関係作りの一助となり、スムーズな連携につながっている」、「タイムリーな支援が行えるようになった」と、ルールの効果が見られる一方で、「ルールが十分浸透しているとはいえない」、「ルールの理解に温度差があり、運用にばらつきがある」などといった課題も見えてまいりました。また、ツールとして示している参考様式についても、情報提供の手法として効果的である一方、その内容において、「個別性が見えない情報提供様式となっている」、「生活環境情報や IADL などの情報も追加してほしい」など、様式の項目についての意見も見られています。

これらのことを踏まえまして、退院調整ルールにつきましては、顔が見える関係作りにつながるなど、効果的な連携につながっていると評価している一方で、課題といたしましては、ルールの周知、様式の内容や項目など、一部現場に応じた内容のためのメンテナンスが必要ではないかと考えているところです。

次に、資料2をご覧ください。久留米版退院調整ルールの策定から運用に至るまで、退院調整部会にて協議を行ってきた経緯がございますことから、課題である事項については、今後も退院調整部会にて検討を行ってまいりたいと考えております。そのスケジュールを示したものです。ご協議のほどよろしくお願いいたします。

なお、議決のおりには、退院調整部会においても、委員交替により改めて選出する必要がございます。協議会設置要綱によりますと、部会委員は、協議会長が指名することとなっておりますので、会長及び、各委員の皆様にご相談のうえ、選出させていただければと思います。報告は以上でございます。

**【会長】** ご説明ありがとうございました。この報告に関して何か質問がある方がいらっしゃいましたらお願いします。いかがでしょうか。

ケアマネジャーを対象に行ったアンケート結果や、8月に開催された医療機関関係者会議及び、ケアマネジャー会議での意見を総括すると、それぞれの意識の高まりによって、医療・介護連携は経過を追うごとに、スムーズに行っているように思われます。運用及び参考様式については、医療ソーシャルワーカーの立場から、今日おいでのN委員からご発言をお願いしたいと思いますがいかがでしょうか。

**【N 委員】** それではご報告させていただきます。ソーシャルワーカー部会でも会員医療機関へアンケートを取りまして、現状の把握に努めております。16施設にアンケート調査を行い、すべてから回答を得ております。まず、入院時情報提供書と退院支援情報連携シート、退院に向けたヒアリングシートそれぞれの活用状況について調査を行ったところです。

入院時情報提供書というものは、ケアマネジャーからいただくところですが、医療機関のスタッフとしては、「活用している」と回答している割合は8割程度ありました。い

い意見としては、入院時の情報として参考になりましたという意見、入院前の在宅の状況がわかってよかったという意見がありました。ただ、改善していただきたい点としては、書式が退院調整ルールで決まっている書式ではなく、事業所で使っている書式を活用しているところがあり、統一ができていないのではないかとという意見、急性期病院には情報は来るけれども、たとえば、急性期から転院して回復期に移ったり、地域包括ケア病棟へ移られる方、老人保健施設に移られたり、療養に行かれた方に関しては、なかなか情報提供がいかななくて残念という意見があった。ここから在宅調整を進めていく大事なところ場面になりますが、急性期には情報提供するが、第2ステップである次の機関にはなかなか情報提供がなされていない。急性期病棟も、いただいた情報を勝手に情報提供するわけにはいけないので、改善が必要なのかなどの意見がありました。また、当院でもあるところですが、連携窓口を設定しているが、郵送という形で情報提供があった場合、窓口を経由せずに直接病棟に郵送され、知らない間にカルテに綴じてあり、また、すでに退院が決まっているということもあり、医療機関側としても改善しないといけないという意見がありました。

次に、退院支援情報連携シートに関してですが、参加したスタッフのフルネームが分かって助かりますというケアマネジャーからの意見を聞いたというものや、病院側としてはパソコンで入力しているので、データ化された様式がほしいという意見、作成が間に合わなかった、退院サマリーを渡しているので作成に至っていないという意見、担当している診療科にもよりますが、退院前にカンファレンスをしない診療科、たとえば転院をしてしまうことが多い診療科は活用していませんという意見があり、全体の意見としては、活用しているという意見と活用していないという意見が半分半分、5割程度でした。

次に、退院に向けたヒアリングシートについてですが、ほとんどが活用していないという意見で、実際に見たことがないので、どのように活用されているのか分からないという意見でした。

トータルの意見として、入退院が複数病院であると、前回と病状に変わりありませんということで来院協力が得られにくいという意見、退院調整ルールの中で示されている保険証セットというルールが周知されていないのではないかと、保険証セットとは医療保険証、介護保険証、ケアマネジャーの名刺が一緒になっているものですが、実際に見たことが少なく、ルール化されているのかという疑問であるという意見、退院後の様子を知りたいということで最終的なケアプランをいただきたいが、退院したあとにケアプランをいただくことが少ないので、在宅に戻られた後の生活が見えにくいという意見があがっていました。

最後になりますが、最初に申し上げたとおり、急性期から転院した先が在宅につなげていく機関であるので、その第二ステップに情報が伝達されないことが大きな課題であるということこそソーシャルワーカー部会として認識しています。以上です。

【会長】ありがとうございます。退院調整ルールの手引きはこのような冊子であります、最後におっしゃった保険証セットの準備も書いてございます。非常によくできた冊子だと思っております。

話を総括しますと、要介護認定を受けている方は「保険証セットに名刺を入れておく」

とか、連携の窓口が分かりにくいなど、ルール細かい点で疑義が生じているように感じます。この点に関しては、関係職種の皆様一人ひとりが運用ルールを再認識していただくことが重要ではないかと考えています。関係団体の委員の皆様は、改めてルールの周知のほど、よろしくお願いいたします。

また、ルールで示している参考様式につきましては、病院機能や、病院の帳票システムなどが異なっている現状を踏まえ、一律的にすべての医療機関で使用することは難しいように思います。しかしながら、平成30年度医療報酬・介護報酬の同時改定を受けて、ケアマネジャー側にとっては、参考様式がその加算根拠資料にもなっていること、個別性を捉えやすいような項目追加が必要だという意見を踏まえましても、見直す点もあるように感じます。

本件に関しては、事務局からの提案もありましたとおり、退院調整部会にて、その進め方について検討していただくということでよろしいでしょうか。

<異議なし>

【会長】 それでは、事務局から提案がありました、退院調整ルールの見直し・メンテナンスについては、退院調整部会にて検討するというところで、議決したいと思います。

【会長】 それでは、次の議題に入ります。「(2) 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発のあり方について」、本議題については、S委員からも資料をご準備していただいていますので、S委員、よろしくお願いいたします。

【S委員】 私が説明するよりも詳しい担当者がおりますので、その者から説明させていただきたいと思います。

【久留米広域消防本部】 在宅医療をすすめていくにあたって、救急に関する課題として、傷病者の受け入れ並びに、終末期における救急搬送の現状と課題について、情報提供させていただきます。事前に資料を配布させていただいておりますが、前方のスライドをご覧くださいいただければと思います。

それでは、在宅医療を推進していくなかで、救急搬送に関する課題として、傷病者の受け入れに並びに終末期における救急搬送について、消防より提示させていただきます。

まず、これは将来の人口予測と救急搬送の推計でございます。わが国の人口は、平成23年以降減少に推移しているにもかかわらず、救急件数は平成24年以降も除々に上昇し続け、平成35年頃から36年頃にピークを向かえ、その後減少に向かうと予測されております。人口減少と出動件数の推移についてはタイムラグあり、件数自体は大幅に減少しないと推測されます。

久留米市の高齢化の推移と将来推計をみてみますと、高齢化（65歳以上の割合）は今後も進み、平成47年には実に36.5%と予測されております。

青色の折れ線は75歳以上の率の推移を示しておりますが、2040年には21.6%と予測され、2010年の65歳以上の割合の水準と変わらない数字になるとされています。

搬送人員を年齢別に分けてみていくと、平成29年における全搬送人員は13,44

1人で、21年から23%増加しているのに対し、65歳以上の傷病者で見ると、搬送人員は7,645人と50%増加しています。搬送人員の57%を65歳以上が占めていることから、高齢化が、救急件数の増加の要因のひとつと考えられます。

搬送された高齢者を傷病程度で見ると、平成29年では入院加療の必要な中等症以上の割合は63%となっています。スライドに掲載していませんが、高齢者以外の傷病者にあつては、中等症以上の割合が35%ということであつたため、高齢者では入院率が高いことがいえます。

新聞記事でございますけれども、高齢者の救急搬送が著しく増加、また、入院患者が増えているなか、新聞記事にもありますように地域包括ケアが進められております。となりますと、従来であれば病院に入院が必要な方、様々な基礎疾患をお持ちの方が、自宅又は介護施設へとといったことが増えてくるということになります。

もうひとつ記事なのですが、一方では地域医療構想が進められています。今後、急性期のベッド数が減り、回復期のベッド数を増やすことが計画されていますので、救急病院が、現状の傷病者の受け入れ態勢を維持できなくなる恐れがあります。病院から自宅や施設に戻るときに、医療機関やケアマネジャー、施設の方々や家族で、救急事案があつた場合の対処ついて話しておく必要があります。

また、在宅のなかでも、近年、福祉施設の出動状況が増加していることもあり、施設より搬送される方が著しく増加しております。平成21年426人と比較し、平成29年では863人と102%の増と2倍以上になっており、先ほど示した全体の搬送人員が23%増したことと比較すると、急激な増加となっています。中等症以上の割合は全搬送人員では35%、高齢者全体では約63%であつたことと比較しても、介護福祉施設からの搬送された傷病者では中等症の割合が約77%となっておりますので、高い結果となっています。

当消防本部は4つの署で構成されていますが、そのうち2つの署では、福祉施設に特化し、引き継ぎシートの作成の取り組みを行っております。予め、シートに名前や生年月日、既往やかかりつけ病院などの個人情報を入力しておき、救急要請時には、いつ、何をしている時にどうなったのか、現病歴を入力していただき、救急隊へ手渡ししていただくというものです。これを使うことによって確実な情報伝達と、現場滞在時間の短縮を図るものでございます。

今回もうひとつの課題として、看取りの問題についてお話したいと思っております。DNARとは、癌の末期であつたり、救命の可能性がない患者などであつたり、本人や家族が蘇生処置を望まないことを言います。各病院や施設などにおいて看取りを行っている所もあると思いますが、現況下における課題についてお話させていただきます。

今年度4月1日の新聞記事でございます。DNARを希望する高齢者搬送時に、蘇生中止の判断で悩む救急隊ということで掲載されております。しかも8割が対応に苦慮しているといった調査結果が載つた記事でございます。

別の記事ですが、国に規定がなく対応に地域差が生まれ、蘇生中止した案件が、全国主要20消防本部において3年間で54件あつたという記事でございます。

続きまして、これも新聞掲載記事になりますが、終末期の蘇生について中止を容認するとした日本臨床医学会からの指針が出された記事でございます。少し文面を読みあげま



すと、患者がDNARに関する書面を残しているにもかかわらず、施設職員や家族が119番通報する例がある。蘇生を中止するかどうかの判断は各地の消防本部によって分かれ、多くは「患者本人の希望に関わらず蘇生を行う」としている。搬送を望まない家族との間でトラブルが生じることもある、と記載されたものでございます。

なぜ、そういったことが起こるのかということで、救急隊について少しお話させていただきます。救急隊につきましては、消防法第2条9項において、医療機関へ緊急に搬送する必要があるものを搬送することとなっております。また、救急業務実施基準第15条において、不搬送については、明らかに死亡している場合又は、医師が死亡と診断した場合となっておりますので、救急隊は、明らかな死亡でなければ、救命処置を実施し搬送しなければならないというふうになります。

ここで私が経験した症例から2つほど紹介させていただきます。

概要といたしまして、90歳男性、自宅居間にて心肺停止のため出動しております。状況といたしましては、そこに記載しておりますような状況です。既往といたしましては、重症心不全。数週間前にも搬送された傷病者であり、自宅にて看取りたいとのことで、自宅退院していたという状況でございます。活動といたしまして、車内収容中に救命処置は必要ないと家族より申し出がありましたが、救急隊は蘇生処置を実施する必要性を説明し、かかりつけ病院へ搬送いたしました。救急搬入口でCPRを中止されるよう医師に指示され、死亡確認がなされました。引継ぎ後、DNARの意思表示が退院時にあったことと、書面上のものはないことを医師より説明を受けました。

もうひとつの症例でございます。これは福祉施設の症例ですけれども、72歳男性、グループホーム入所者が施設内で心肺停止状態のため出動をしております。ベッド上に仰臥位でおられまして、心肺停止状態ということで、寝たきりで意思疎通できない状況。既往といたしまして、肥大型心筋症・胸部大動脈瘤。家族なし。施設職員より、主治医が現場に向かっており、蘇生処置は必要ないと報告を受けました。医師が到着するまでの間CPRを実施することを伝え、医師到着後に蘇生処置を中止し不搬送としました。

ここで、データのものを少し提示いたしますと、これは平成26年から28年における3年間のデータですけれども、介護福祉施設における心肺停止症例は169件っております。そのうち内因性と診断されたものが129件ございます。その中で、救急隊活動中にDNARが判明したのは10例ございました。この10例すべてが、蘇生処置を実施しながら医療機関に搬送を行っております。この中の症例なのですが、医師の介入があったのは1例ということになっております。ちなみにその1症例というものが、介護付き有料老人ホームでした。

別の記事ですが、これは平成29年6月30日に掲載された新聞記事です。死亡診断を医師が遠隔で見出しに記載してありますけれども、医師による対面が原則の死亡診断において、医師がすぐに駆けつけることができない場合に、スマートフォンなどを通じて患者の状況を把握することなどを条件に、死亡診断書を出せるようになっているという記事でございます。

具体的な流れを示したものになりますが、患者宅などを看護師が訪問し、心停止や呼吸の停止、瞳孔の開きを確認して外傷の有無なども観察したしまして、スマートフォンやタブレット端末で遺体の写真などととも医師に送る。そのあとに、医師は「死亡」と確

認すれば、看護師に死亡診断書の代筆を指示するという流れになっている仕組みでございます。

以上のように、終末期の「傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生について」は近々の課題と捉えられておりました、総務省消防庁が設置しております「救急業務のあり方に関する検討会」というものがございまして、今年度議題と取り上げられるとともに、検討に時間を要するという認識のもと、先行検討課題として、すでに議論がスタートしているところでございます。

最後のまとめになりますけれども、超高齢社会を迎え、救急出動件数の将来推計に比例し、今後も増加することが示唆され、ベッド満床状態や照会回数の増加等による受け入れ困難事案の増加が推測されるのではないかと思います。

また、そこには地域医療構想が進められるなかで、急性期のベッド数が足りなくなることも予測されております。介護施設への出動件数の増加は著しく、入院が必要とされる中等症以上の傷病者も同様に増加しております、介護施設での救急対応が急務であると思っております。

そのような現状であるため、在宅（介護施設を含む）へ戻る際、地域包括支援センター、ケアマネジャー等との救急要請時の対応について、しっかりと協議・情報共有をしておく必要があると考えております。

最後になりますけれども、終末期にある患者が、最期を迎えようとしたとき、家族はどう対応するかを、事前に医療側と相談しておく必要性が今後ますます増加すると思われまます。

また、DNARについては法整備を念頭に、介護施設を含む高齢者救急対応に関する課題を、終末期医療に関わる医師・看護師、福祉、病院、行政等の他の機関と共有し、地域の実情に合わせた病院救護体制が確立されることが必要であると考えます。

以上、消防本部からの課題提示させていただきます。

**【会長】** ご報告ありがとうございました。ただ今のご報告に対するご質問等はございますでしょうか。救急隊の説明にもありましたが、久留米市は、現場到着から搬送までの時間が26分くらいで全国一、また患者のたらい回しはないなど、素晴らしい仕事をいただいているなかで、患者さんをレスキューしないといけないわけですが、そのレスキューがDNARだったという問題があると。その問題を踏まえまして、人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発のあり方の議論を進めてまいりたいと思うわけでございます。

**【会長】** それでは次に事務局からの説明をお願いします。

**【事務局】** 本議題については、昨年度の第2回協議会でも各委員の皆様からご意見をいただき、継続協議事項とさせていただきます。

資料4をご覧ください。国においては、このあとご説明します資料に示しているとおり、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」等を踏まえて、その普及・啓発のあり方についてガイドライン及び報告書がまとめられたところです。その内容についてご

説明いたします。

資料4をご覧ください。説明ページが前後しますが、2ページ下部をご覧ください。この調査は、5年おきに国民、医師や看護職員、介護職員及び各施設長を対象として、「患者の意思を尊重した望ましい人生の最終段階における医療のあり方の検討に活用することを目的に実施されたものです。

3ページには、調査対象と回収率、4ページ及び、5ページ上部には、対象者属性を示していますのでご参照ください。

5ページ下部をご覧ください。人生の最終段階における医療・療養について考えたことがあると回答した国民は、他の属性よりも「考えたことがある」と回答した割合が低い状況です。

6ページ上部をご覧ください。人生の最終段階における医療について、考えるために必要な情報については、国民回答として、「受けられる医療の内容」、「過ごせる施設・サービスの情報」、「自分の意思の伝え方や残し方」の順に高くなっています。

6ページ下部をご覧ください。事前指示書をあらかじめ作成しておくことに66%の国民が賛成している一方で、7ページ上部では、91%の国民が作成していない状況にあることようです。

8ページ上部をご覧ください。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の認知度については、知らないと回答した一般国民の割合が75%と、他よりも高い状況にあります。

8ページ下部をご覧ください。人生の最終段階について考える際に重要なこととして、「家族等の負担がないこと」「体や心の苦痛なく過ごせること」、「経済的な負担が少ないこと」が上位に挙げられています。

1ページ目にお戻りください。このようなアンケート結果を踏まえ、国において平成30年3月29日に「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発のあり方に関する報告書」が示され、普及・啓発の必要性として、「生を全うする医療・ケアの質」を高めしていくこと、そしてACP（アドバンス・ケア・プランニング）等の概念を盛り込んだ、意思決定及びその支援の取り組みの重要性について、一層の普及・啓発が必要とされています。

ACPについては、昨年度第2回協議会において、R委員からもその重要性をご指摘いただいたところです。また、Q委員からも、少しずつでもよいので、小学生からでも、「死」を考えて、それが「生」を考えることにもなるよう、この会を中心に、何らかの形で具体的なアクションができればとよいのではと、市民への普及啓発のあり方についてご意見をいただいたところです。

本市といたしましては、国が示すガイドライン及び、報告書の趣旨、委員の皆様のご意見を踏まえまして、市民一人ひとりが、人生の最終段階にある人が最期まで自分らしく自己決定でき、そして、その決定を尊重し、適切な医療及び介護が提供できるような支援のあり方、啓発のあり方を検討する必要があると考えております。

このようなことから、今年度は、資料5をご覧ください。ここに示すような検討スケジュールを進めてまいりたいと考えております。具体的には、事務局で他の自治体等での取り組み状況を調査いたしまして、取り組み方針を検討したいと思っております。これらを踏まえまして、本年度第二回の協議会にて取り組み方針案の提示、検討を行いたいと考

えております。ご協議のほどよろしくお願ひいたします。

【会長】ご報告ありがとうございました。委員の皆様、今のご報告について何かご意見などはございますか。

非常に大事な人生の最終段階における医療・ケアの普及啓発について、今後とも我々も真摯に向き合ってディスカッションしていく必要があるかと思ひます。皆様ご承知のとおり、医療報酬改定があつた際に、今回のターミナルケアにおける在宅ターミナルケア加算、訪問看護ターミナルケア療養費の算定要件が示され、ターミナルケアにおいては、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を踏まえなければならないとなっていますので、こういうことを含めて一年間かけてディスカッションしていかなければならないと考えています。

特になければ、事務局から提示があつたスケジュールを承認しまして、次回の協議会にてその方向性を改めて示していただくこととしたいと思ひます。普及啓発のあり方については、各委員の皆様にもご意見をいただくこともあるかと思ひます。どうぞご協力のほどよろしくお願ひ申し上げます。

【会長】すべての議事について事務局からの説明が終わりました。全体を通してご意見やご質問がありましたらお願ひします。いかがでしょうか。特にないようでございましたら、決議事項の確認を行いたいと思ひます。

退院調整ルールについて、事務局から、提案がありましたとおり、退院調整部会において、今後の進め方について検討していただきまして、次回協議会にて報告ということにしたいと思ひますが、よろしいでしょうか。

<異議なし>

人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発のあり方につきましても、事務局提案のスケジュールにより進めていただき、次回協議会にて方向性を示すということによりよろしいでしょうか。

<異議なし>

以上を持ちまして議事はすべて終了いたします。ご協力ありがとうございました。これより、事務局に進行を移らせていただきますので、よろしくお願ひします。

【事務局】会長、議事進行ありがとうございました。本日は、委員の皆様からも貴重なご意見を頂き、ありがとうございました。今後ともご参集の皆様のご意見を賜りながら、また、それぞれの所属のご理解ご協力も賜りながら進めてまいりたいと思ひます。

本会議で議決された事項につきましては、皆様方の関係団体及び、関係各課との連携を図り、進捗管理をおこなってまいりたいと考えております。その過程のなかで、改めて委員の皆様にはご相談等させていただくこともあるかと思ひますが、何卒、ご協力のほどよろしくお願ひいたします。

それでは、以上をもちまして、平成30年度、第1回在宅医療・介護連携推進協議会を終了いたします。委員の皆様、本日は、誠にありがとうございました。

《 了 》