

# 在宅医療介護連携推進協議会について

## 1 目的

市民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域をつくることを目的に、在宅医療及び介護に携わる関係者が円滑な連携を図るために、必要な事項を協議すること。

## 2 委員構成

- (1)医療関係者
- (2)介護関係者
- (3)学識経験者

以上のいずれかに該当する者で、15人以内で組織する。

※R7 年度・8年度委員は 13 人、

委員の互選により、会長1名、副会長1名を置く。

協議会を開催する場合、会長が招集し、議長となる。

## 3 協議事項

- (1) 在宅医療及び介護の連携に係る現状把握、課題抽出及び解決策に関すること。
- (2) 在宅医療及び介護サービスの提供体制に関すること。
- (3) 在宅医療及び介護関係者並びに市民への意識啓発に関すること。
- (4) その他、市長が在宅医療及び介護の連携の推進について必要と認める事項に関すること。

### 【参考】令和 6 年度の協議事項

- ・フレイルの改善を目指した取組について
- ・身寄りの無い方への支援について
- ・救急情報シートの郵送について
- ・マイナ救急実証事業について
- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進について
- ・私と家族のあんしんレターについて

## 4 その他

- (1) 開催回数
    - ・4月～翌年3月の1年度間で概ね2回の開催、時期は例年 10～11 月頃・2～3 月頃
  - (2) 公開範囲
    - ・会議録を作成し、各委員に確認のうえ、ホームページへ掲載
  - (3) 任期
    - ・2 年間の任期
- 令和 7 年 10 月 1 日～令和 9 年 9 月 30 日

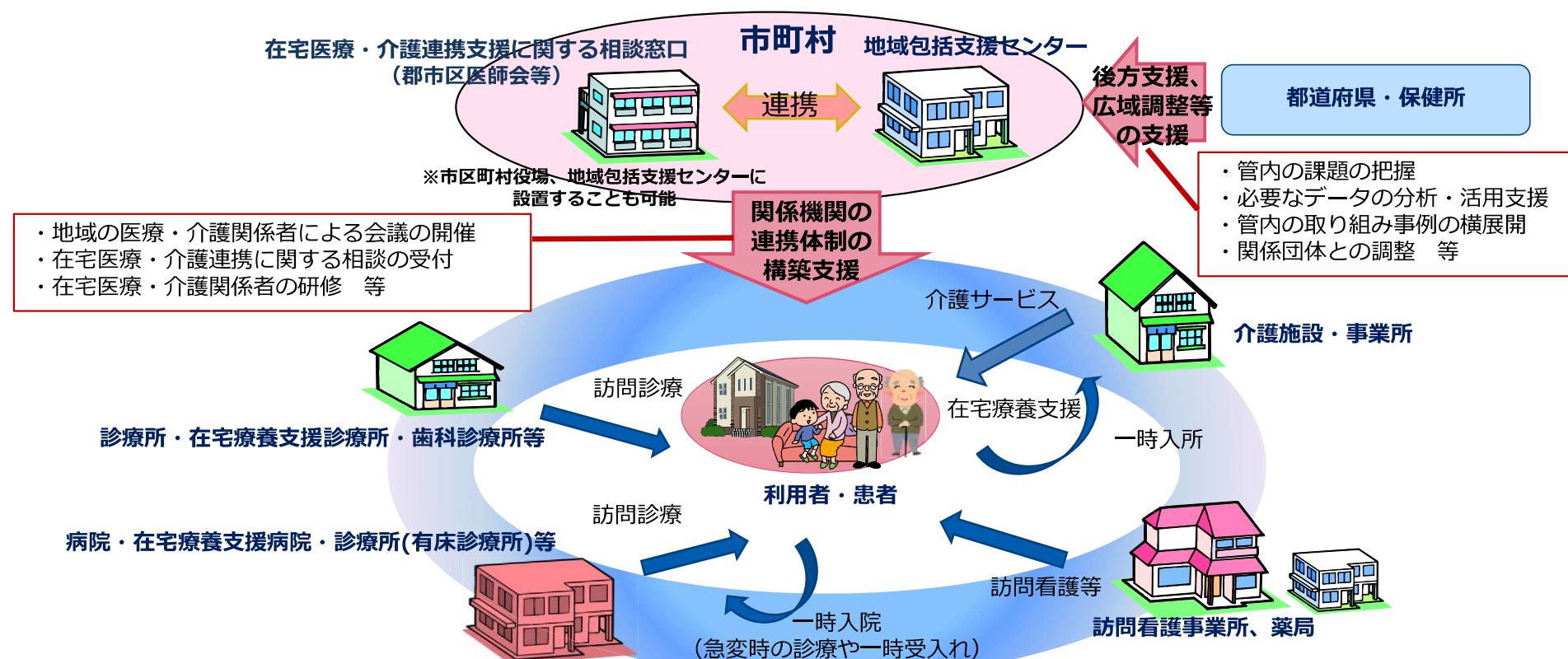
## 在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

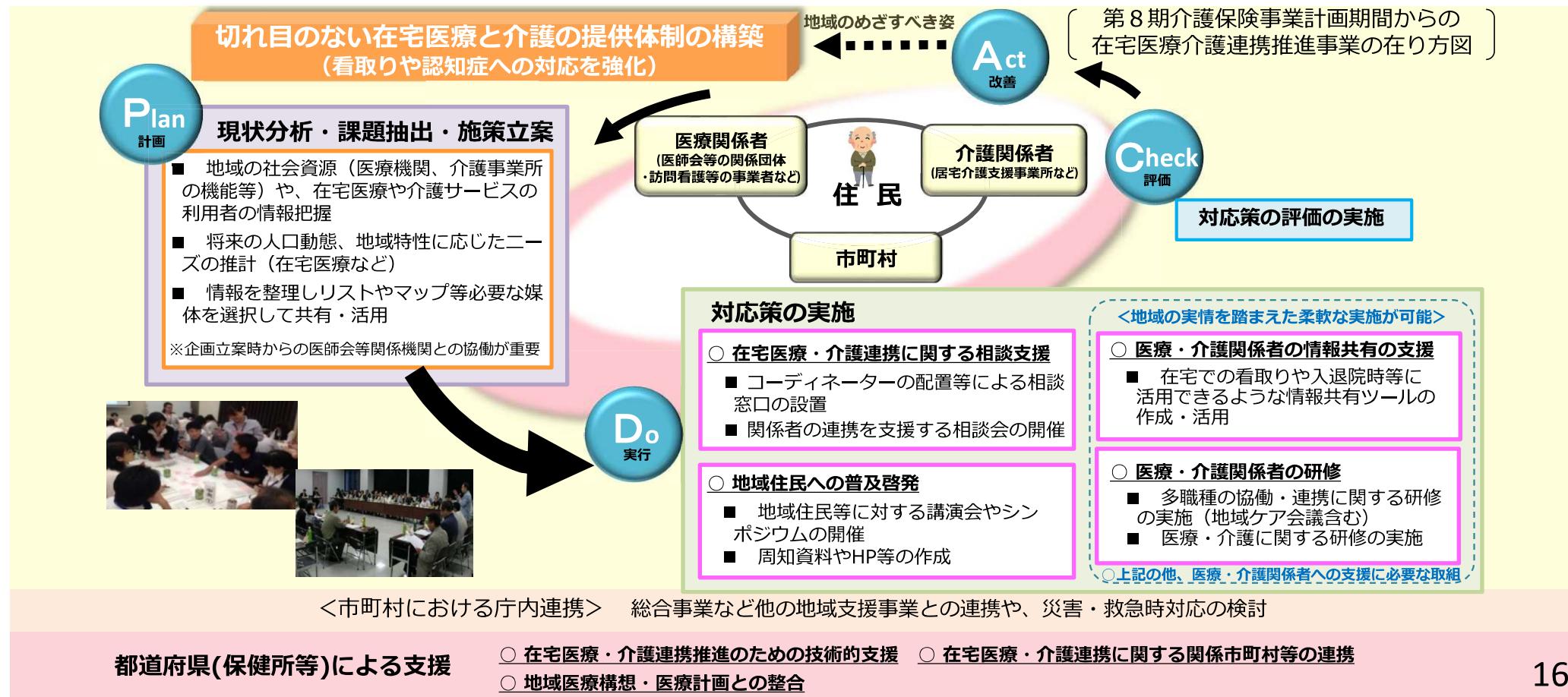
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



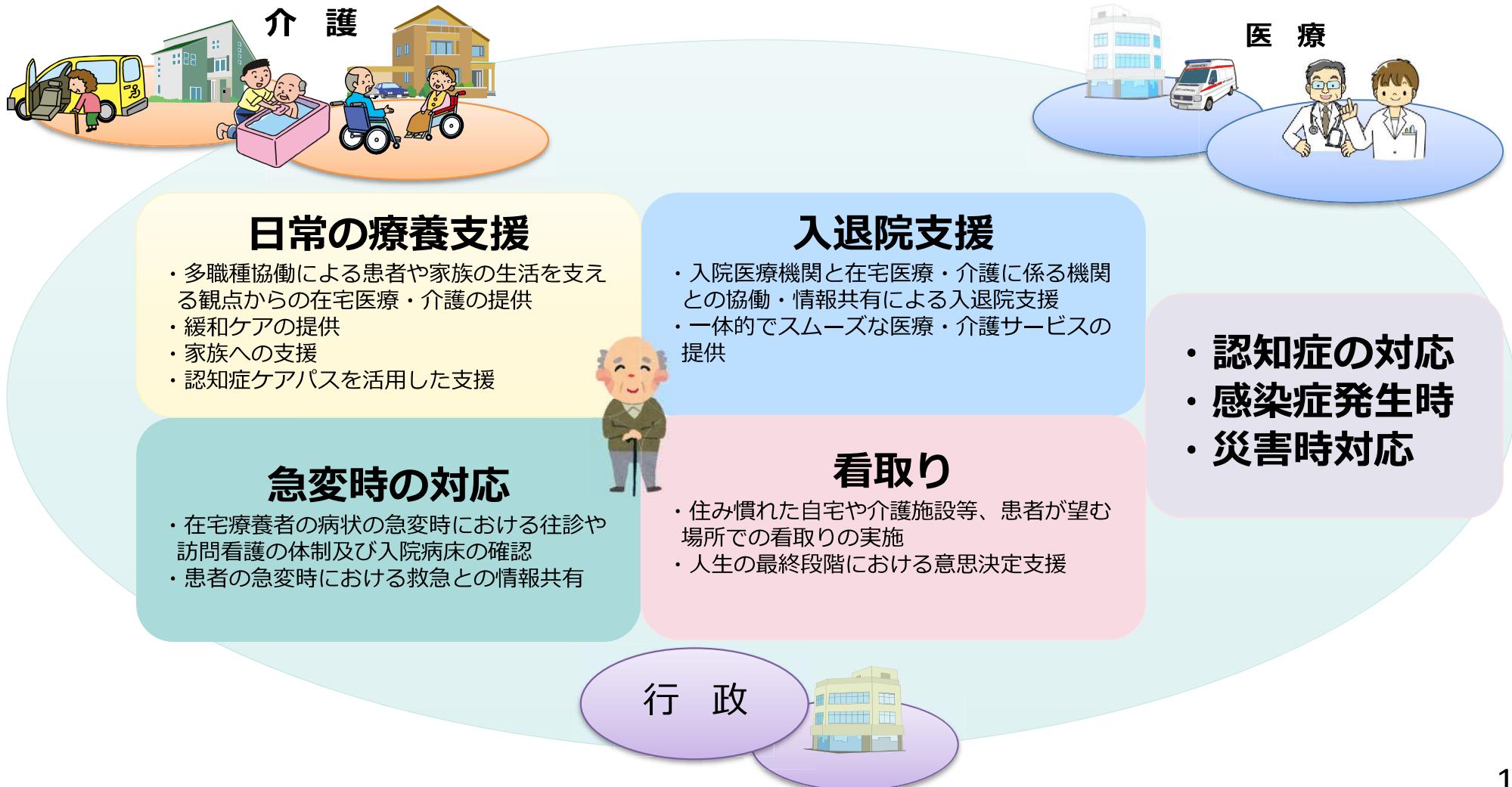
# 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



## 在宅医療と介護連携イメージ（場面別にみた連携の推進）

今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療・介護の提供に携わる者その他の関係者の連携を推進するための体制の整備を図る必要がある。



# 磐田市の場面別の取り組み

## 日常の療養支援

- ・シズケア＊かけはしの運用
- ・ごみ分別ガイドブック  
※在宅医療によるゴミの分別

## 入退院支援

- ・救急搬送患者連絡票
- ・身寄りのない人への支援プロジェクト

## 急変時の対応

- ・救急情報シート
- ・私と家族のあんしんノート
- ・私と家族のあんしんレター

## 看取り

- ・私と家族のあんしんノート
- ・私と家族のあんしんレター
- ・終活おうえん窓口相談・講座
- ・住み慣れた場所で自分らしく生きていくために

# マイナ救急実証事業と効果について

磐田市消防本部 救急課

**救急課資料**

磐田市消防本部 救急課

**(件名) 令和7年度マイナ救急実証事業について**

消防庁より「マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化」のシステム構築に向けた実証事業実施消防本部の公募があり、令和6年度に当消防本部が参加しました。

消防庁では、これまでの実証事業において明らかとなった課題等に対応するため、令和6年度中に構築する救急隊専用のシステムの実証事業を令和7年度に実施する予定とのことです。

今年度の経験により新しいシステム構築に対し役に立つ情報を提供できること、令和8年度からの通常運用への移行に円滑に対応できることや費用負担等の理由から来年度も実証事業へ参加したいと考えています。

**1. 事業概要**

救急隊が傷病者のマイナンバーカードを活用し、オンライン資格確認システムを介して医療情報等（診療情報、薬剤情報、特定健診結果）を閲覧し搬送先医療機関を選定。救急業務の迅速化や円滑化を図る。今回は救急隊専用のシステムの効果検証を行います。

**2. 実施期間**

令和6年度実証事業消防本部（67消防本部 660隊）

令和7年3月上旬から令和8年3月末まで（準備期間を含みます）

※統計調査を実施するにあたり、約2か月のデータ入力にご協力いただくことを検討しております。（救急隊員の負担となりますが協力をお願いします）

**3. 費用について**

本実証事業に係る費用は、全て消防庁が負担し、器材一式は無償貸付となります。

※本実証事業終了後の器材一式は、令和8年度以降も引き続き、教育、調査及び研究のために無償貸付を行う予定です。

令和8年度以降の年間のランニングコストの目安 56,000円×9台・・504,000円

**4. 参加救急隊の考え方（消防庁から）**

全国すべての消防本部（720本部）で実施し、5334隊が参加。

**5. その他**

磐田病院のオンライン資格確認等システムのアカウントを借りずに消防本部に割り振られたものを使用するため、病院の情報を誤って閲覧してしまうリスクは無くなる予定です。救急隊専用のシステムを導入します。



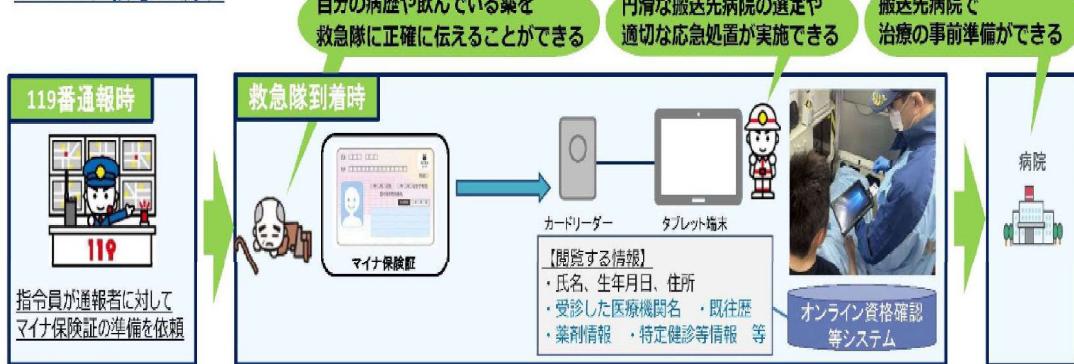
## マイナ救急〔マイナンバーカードを活用した救急業務の円滑化〕



### 事業概要

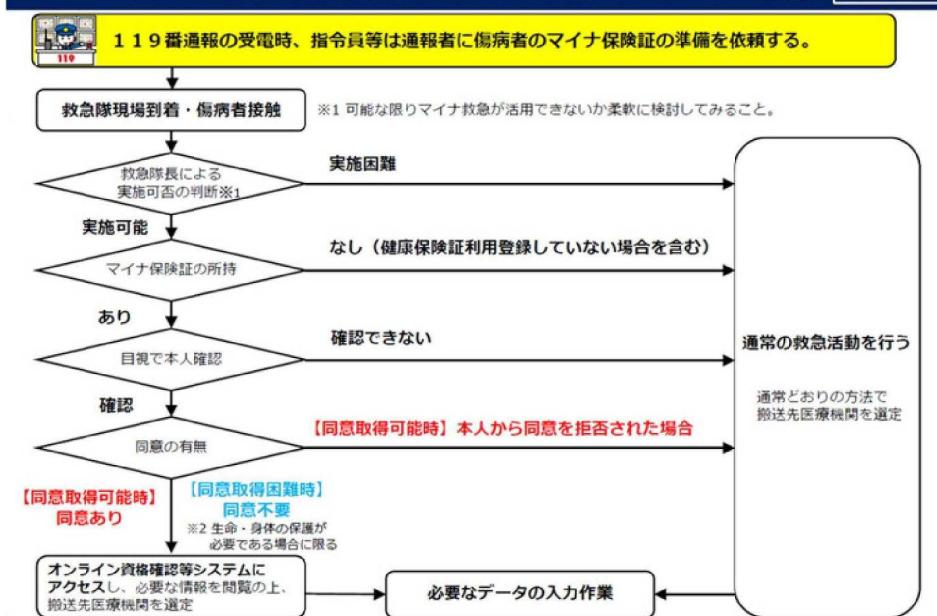
マイナ救急とは、救急隊員が傷病者のマイナ保険証を活用し、病院選定等に資する情報を把握する取組

#### 1. マイナ救急の流れ



#### 実証事業における救急隊の活動フローチャート（案）

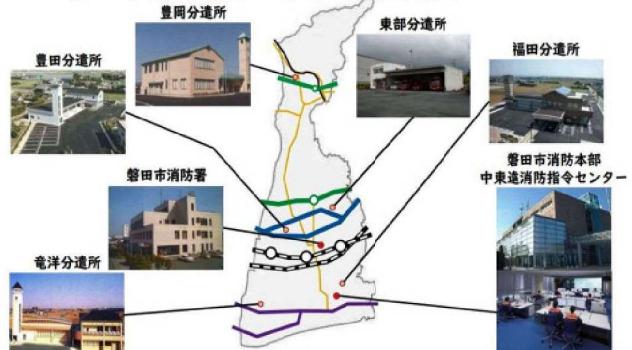
参考資料 3



# 磐田市消防本部

消防本部 1本部 1署 5分遣所  
 職員数 212人  
 受付方法 中東遠消防指令センター  
     (5消防本部で共同運用)  
 救急隊数 8隊 (1台は非常用救急車)  
 出場件数 7277件 (令和5年)  
     7153件 (令和6年)

## 磐田市消防本部と中東遠消防指令センター



## マイナ急救 救急隊の声



マイナ急救 令和6年度実証事業



### 救急隊の声

- 高齢の夫婦のみで、情報収集が困難だったが、マイナ保険証から情報が取得できた。
- 外出先の事故でお薬手帳を所持していないかったが、薬剤情報が分かった。
- 頭痛の症状が強く会話が困難であったため、マイナ保険証から情報を取得することで、傷病者の負担を軽減できた。
- 意識障害で、情報把握が困難だったが、マイナ急救で既往歴が分かったので、適切な応急処置ができた。
- 意識清明だったため、本人から情報を聴取できたが、マイナ急救で得られた情報と一致していることを確認でき、情報の正確性の裏付けができた。

### 【需要が予測されるケース】

1. 高齢者世帯（独居世帯、老々世帯）
2. 意識障害（会話困難）
3. お薬手帳を所持していないケース（外出中）



## マイナ救急 傷病者の声、病院の声

FDMA  
防災医療連携

マイナ救急 令和6年度実証事業



### 傷病者の声

- マイナ保険証で、緊急時に役立つ情報が得られるのは、とても良い取組ですね。
- 過去に受診したことがある病院や服用している薬の情報も記録として残るので、緊急時に便利だと感じました。
- マイナ救急については広報誌で事前に知っていた。お薬手帳が見つからず、マイナ保険証が役に立って良かった
- 糖尿病の持病があり、意識がなくなる可能性もあったので、持病が伝えられて助かりました。
- 慌てて、思い出せない情報もマイナ救急で伝えられるので、助かりました。
- マイナ救急についてラジオで知った。有効活用できるということで、マイナンバーカードを作成したので、実証に協力しました。

### 【傷病者にとってのメリット】

1. 緊急時に役立つ
2. お薬手帳が見当たらない時
3. 情報をうまく伝えられない時

### 病院の声

- 傷病者の氏名、年齢等の特定に要する時間が減り、診療に重きを置くことができた。
- 正確な情報は治療に必須なので確実に役立ちます。重複処方の回避にも役立つと考えます。
- 飲んでいる薬が事前に分かったので、緊急オペの事前準備ができた。
- 意識のない患者の場合、救急隊や家族の情報が頼り。独居や身寄りのない高齢者患者が増えているので、事前に情報が分かるのはありがたかった。



### 【病院にとってのメリット】

1. 正確な情報は診療に必須
2. 薬の事前情報で緊急オペに繋がった
3. 高齢者が増えてくるので情報を取りにくくなってくる

# マイナ救急

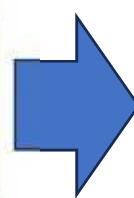
## 実証事業を実施します

○○市消防本部では、マイナ保険証を活用して過去の受診歴や薬剤情報などを把握し、皆さんをより円滑に医療機関へ搬送するための取組を行っています。

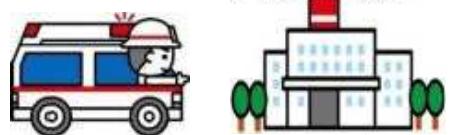
### マイナ保険証を活用するメリット



を救急隊へ正確に伝達可能



- ・傷病者の負担軽減
- ・より適切な応急処置
- ・円滑な救急搬送
- ・病院での事前準備



### 実証事業の概要

マイナ救急とは？（以下の二次元コードから約50秒の説明動画をご覧いただけます。）



[YouTube \(二次元コード\)](#)



[X \(二次元コード\)](#)

### 実証期間

2025年●月●旬～2026年3月末まで  
※ 前後する可能性があります

### 実施救急隊

○○本部の全救急隊  
○○エリアの○○救急隊

マイナ救急は  
暗証番号も  
顔認証も  
不要だよ

### もしもの時に備えて

いつ、救急車を呼ぶことになるか分かりません。  
皆さんご自身の命を守るためにも、

**マイナ保険証の携行**をお願いします。



お問い合わせ

○○市消防本部 ○○課  
TEL:0000000000



実証事業に関する  
情報は特設サイト  
でもご覧いただけます

※本実証は総務省消防庁が全国全ての消防本部と連携して実施するものです。  
※本実証で救急隊が取得する個人情報は、救急業務に関する目的に限って利用します。

# マイナタブレットの操作について

セキュリティ上情報閲覧まで時間を要する ⇒ ID・PWを複数回にかけて入力

## 1. 本体へログイン

- ① ログインID ② パスワード個人

## 2. 救急隊員医療情報閲覧を起動

- ③ パスワード入力

## 3. オンライン資格確認システム

- ④ ログインID(個人) ⑤ パスワード(個人)



磐田市消防本部

# 磐田市の実施状況

8月23日～10月23日までのマイナ救急実証事業実施状況  
令和6年

救急搬送件数(A)	マイナ救急 実施判断件数(B)	マイナ保険証 所持件数(C)	情報閲覧件数(D)	情報閲覧した割合 (D/A)
1,090件	975件	97件	95件	8.72%

磐田市消防本部

# 磐田市の実施状況

令和 7 年

5月11日～10月31日までのマイナ救急実証事業実施状況

救急搬送件数(A)	マイナ救急 実施判断件数(B)	マイナ保険証 所持件数(C)	情報閲覧件数(D)	情報閲覧した割合 (D/A) ※(C/D) マイナ所持者への実施件数
3126件	2910件	383件	57件	1.82% ※(14.8%)

# 「もしも」のときのために 救急情報シート

一人暮らしの人や健康に不安のある人は活用してください

磐田市イメージ  
キャラクター  
**ひっぺい**  
磐田市



## 救急情報シートとは？

- ・急病などの緊急時に、ご自身の氏名や生年月日、緊急連絡先等の情報を救急隊（消防職員）等に伝えることができない場合に備えて、ご家庭に備え置いておくものです。
- ・救急隊等へ情報を提供することに同意できる場合に、ご自身、またはご家族で記入してください。
- ・救急情報シートは、磐田市にお住まいであれば誰でも利用できます。

## 自宅での保管方法

- ・保険証やお薬手帳などと一緒に保管してあれば、「もしも」のときの情報伝達がよりスムーズになります。
- ・ビニールなど透明な袋に入れて、冷蔵庫の扉や部屋の壁に貼るなど、救急隊等の目に留まりやすい場所に保管してください。  
※二つに折って構いません。  
※「救急医療情報キット」のプラスチックの筒（現在は配布していません）をお持ちの人は、それを活用して冷蔵庫に保管しても構いません。
- ・記載した情報は、定期的に確認してください（変更があったら更新してください）。

## このシートの入手方法

- ・福祉政策課や各地域包括支援センター、消防署で配布しています。
- ・磐田市ホームページからダウンロードできます。

### 問合せ

平日 8:30 ~ 17:15

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| ・磐田市福祉政策課（i プラザ3階） | 0538-37-4831 |
| ・救急課               | 0538-36-9919 |

毎年、お誕生日などに、記入内容を確認しましょう！

# 救急情報シート

作成日

令和 年 月 日

記載内容確認  
チェック欄

年	月	年	月	年	月
---	---	---	---	---	---

氏名

かな( )

生年月日 大正・昭和  
平成・令和 年 月 日 性別 男・女

**緊急連絡先** (緊急連絡先とした人には、このことを伝えておいてください)

順	氏名	関係	電話番号	居住地 <small>[市外の場合は自治体名を記入]</small>
1				市内・市外( )
2				市内・市外( )

**緊急時の医療行為の参考になりますので、できるだけ正確にお書きください。**※かかりつけ医や入院歴のある病院への搬送を約束するものではありません。

飲んでいる薬はありますか?	ない・ある	「ある」人は、お薬手帳または薬剤情報提供書（薬局でいただく紙面）と一緒に保管しておくと、「もしも」のときの情報伝達がよりスムーズになります。		
かかりつけ医はどこですか?	ない・ある	「ある」人は記入	病院	科
入院したことはありますか?	ない・ある	「ある」人は記入	病院	科
		病名:		

「もしも」のときに医師に伝えたいことがあれば、「□」の中にレ点を入れてください。

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

**その他記入欄** (緊急時に役立つと思われることがあれば記入)

毎年、お誕生日などに、記入内容を確認しましょう！

磐田市第11次高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画策定に向けた高齢者等実態  
調査について

### I 目的

本調査は高齢者等の日常生活の実態や意向を踏まえて、高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画を新たに策定する際に、施策の方向やその目標等を定める基礎資料とするために実施する。

### 2 調査の概要

#### (1) 一般高齢者等に対する調査

##### ① 対象者

ア 一般高齢者 2,000 人

※要支援・要介護認定を受けていない高齢者(65歳以上の者)

イ 総合事業対象者 500 人程度

ウ 要支援認定者 1,000 人

エ 要介護認定者 1,500 人 ※在宅の者

##### ② 調査方法

・郵送による配布・回収

③ 調査期間 令和7年12月から令和8年1月(予定)

④ 調査内容 国・県の指定項目及び市独自項目

(健康状態や地域活動、介護保険サービスの利用等に関する設問 32~63 項目)

#### (2) 第2号被保険者(40~64歳)に対する調査

##### ① 対象者 9,284 人

※市公式LINE登録者のうち、「健康・福祉情報」の配信希望者

##### ② 調査方法 インターネットによる本人入力

③ 調査期間 令和7年12月から令和8年1月(予定)

④ 調査内容 市独自項目(介護保険制度等に関する設問 15 項目)

### 3 前回調査の概要

	配布数	有効回答数	有効回答率
一般高齢者	2,000 通	1,487 通	74.4%
総合事業対象者	222 通	165 通	74.3%
要支援認定者	1,000 通	692 通	69.2%
要介護認定者	1,500 通	909 通	60.6%
第2号被保険者	9,284 通	462 通	5.0%

## 高齢者実態調査の調査項目について

### 在宅医療・介護連携に関わる設問

#### (1) 高齢者実態調査(※今回調査票案から抜粋)

##### ■一般高齢者・総合事業対象者・在宅要支援認定者共通

①	病気やケガをしたときに、どのような治療や生活をしたいか、ご家族や医療・介護従事者(例:医師や看護師、ケアマネージャー等)と話したことはありますか?
②	前質問のような話し合いを、「人生会議」(ACP)と呼ぶと知っていますか?

##### ■在宅要介護認定者

①	現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について
②	現在、訪問診療を利用していますか※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は除く
③	<p>生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について。</p> <p>【身体介護】 (日中の排泄/夜間の排泄/食事の介助/入浴・洗身/身だしなみ(洗顔・歯磨き等)/衣服の着脱/屋内の移乗・移動/外出の付き添い、送迎等/服薬/認知症状への対応/医療面での対応(経管栄養、ストーマ等)</p> <p>【生活援助】 食事の準備(調理等)/その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)/金銭管理や生活面に必要な諸手続き</p> <p>【その他】 その他/不安に感じていることは、特にない/主な介護者に確認しないと、わからない</p>

#### (2) 第2号被保険者向け調査(※今回調査票案から抜粋)

①	病気やケガをしたときに、どのような治療や生活をしたいか、ご家族や医療・介護従事者(例:医師や看護師、ケアマネージャー等)と話したことはありますか?
②	前質問のような話し合いを、「人生会議」(ACP)と呼ぶと知っていますか?
③	あなたに介護が必要となった場合、どこで介護を受けたいと思いますか?
④	あなたの家族に介護が必要となった場合、どのように介護したいと思いますか?

# シズケア＊さえあい連携シートの活用について

## I シート作成のきっかけ

令和3年度に、静岡県医師会が実施した

▶人生の最終段階の療養場所の選定における意思決定の現状調査

調査により…■療養場所の決定に最も影響するのは「**主病名**」と「**家族の介護力**」だと判明

(1)非がん・認知症の方は、本人の意向が不明確になりがちで支援の必要性が高い。

▶家族の意向のみになると、介護負担や介護力から施設療養が多くなる。

(2)療養・看取り場所が自宅以外の方は専門職による意思決定支援が少なかった。

平日の日中に介護者がいる場合、介護力が弱くても訪問系サービス利用により補完できているが、負担感や急変時の対応への不安から自宅以外を希望するケースが見受けられる。

### 【結論】

非がんや認知症の者、家族の介護力が弱い者に対し、「住み慣れた場所で最期を迎えたい」といった患者本人の希望・意向を明確化でき、その実現を支援すること。また、訪問系サービスへ繋ぐ等による介護力の補完等、本人や家族等を支えるための「**新たな仕組み**」が必要である。

## 2 ACP の見直し

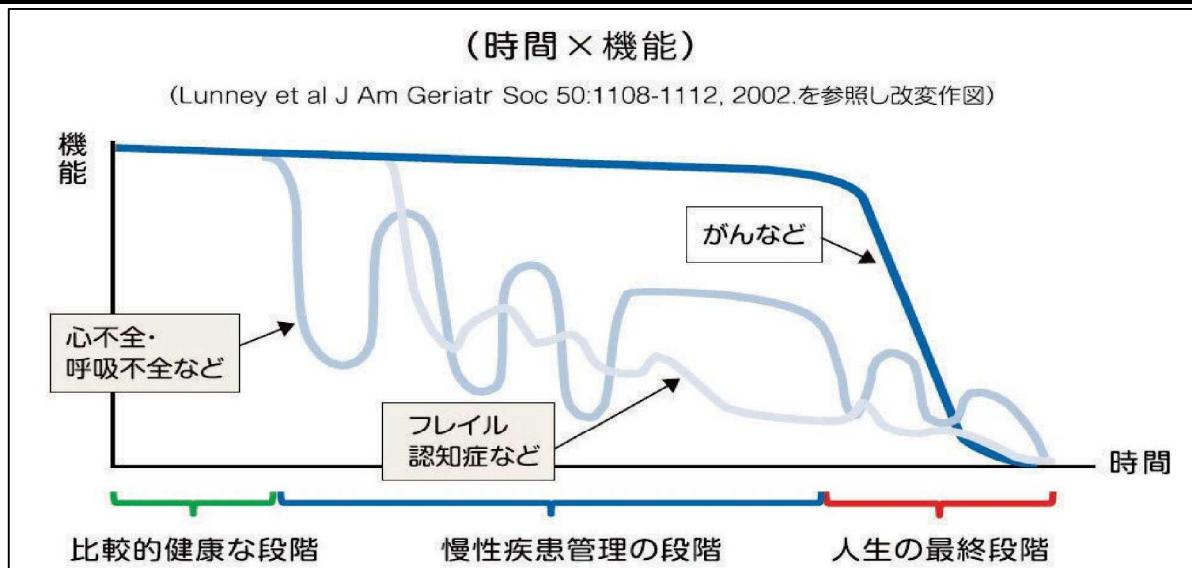
	想定している代表的な対象者	話し合いの内容(例)
1 <b>一般的な ACP</b> (General ACP discussion)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・成人である一般市民</li> <li>・意思決定能力がある</li> <li>・健康、もしくは持病があっても安定している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・代理決定者は誰か</li> <li>・価値観や命に対する考え方</li> <li>・危篤状態となり、回復見込みが乏しい状態になった場合にどんな治療やケアを望むか</li> </ul>
2 <b>病気や病状に応じた ACP</b> (Disease-specific ACP discussion)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・成人で意思決定能力がある</li> <li>・慢性疾患があり入院を繰返している</li> <li>・持病の病状が進行してきている</li> <li>・人生の最終段階を自分のこととして考えている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・代理決定者は誰か</li> <li>・価値観や命に対する考え方</li> <li>・危篤状態となり、回復見込みが乏しい状態になった場合にどんな治療やケアを望むか</li> <li>・病気や病状のこれからの見通し</li> <li>・治療やケアの選択肢</li> <li>・治療・ケアを受ける場所</li> <li>・本人の希望する治療やケア、受けたくない治療やケア</li> </ul>
3 <b>死が近付いた時の ACP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・成人で意思決定能力がある、もしくはその代理決定者(家族など)</li> <li>・持病の進行で死が近づいている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・代理決定者は誰か</li> <li>・死が近づいたときに希望する治療やケア、療養場所</li> <li>・心肺蘇生に関する希望</li> <li>・POLST</li> </ul>

引用文献

木澤義之:「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」と意思決定支援のプロセス、看護管理 Vol30.No2,p108-112,2020 医学書院  
木澤義之:「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは何か」、看護管理 Vol30,No2,p113-116,2020 医学書院

- ・現在、医療介護関係者で認識され、行われている ACP は、ほとんどが「死が近づいた時の ACP」である。また、行政主導で行われる ACP の大部分は「一般的な ACP」まだ死が近づいていないと思われる病気や病状のときに行う「病気や病状に応じた ACP」があることの認識がほとんどない。また、対応した ACP ツールも無い。
- ・「病気や病状に応じた ACP」を行い、関係する医療介護従事者が情報共有して連携することにより、死が近づいた時の ACP がより円滑に行われ、有効なものとなると思われる。

### 3 疾患による軌跡の違い



- ・がんの場合、最終段階が唐突に表れるが、非がんの方、認知症の方は慢性疾患の段階を経て最終段階を迎えるため、病気や病状に応じた ACP アプローチが重要と考えられる。

### 4 病気や病状に応じた ACP により目指すこと

#### ■話し合いの具体的な内容

- (1)これまでの生き方の再確認:ご本人が何を大切にして生きてこられたかを共有する。
- (2)医療・ケアの選択肢の検討:受けられる医療やケアの選択肢を情報提供し、一緒に考える。
- (3)将来に備えた意向の共有:今後、病状が変化した場合にどうしたいかを話し合います。

#### ■参加者

本人・家族・医療ケア提供者（かかりつけ医、ケアマネージャー、訪問看護師など）  
以上の3者で、**本人の価値観や人生観を確認しながら、「本人の最善」を共に考える。**

### 5 専門職の役割

- ①**意思形成支援**～「どう生きたいか」の言語化をサポート～  
本人が自分の価値観や希望を整理し、考えをまとめるお手伝い。
- ②**意思表明支援**～傾聴に徹する～  
本人がまとめた考えを、安心して話せる場を作り、ご家族や他の専門職に伝える支援。
- ③**意思実現支援**～ケアプランに繋げる～  
表明された意向が、実際の医療やケアの計画に反映され、実現されるよう支援。

## 6 エンディングノートとの違い

	シズケア*ささえあい連携シート	市町のエンディングノート
イメージ	専門職が連携し、支援の標準化を図る	市民がACPを考えるキッカケ
対象者	慢性疾患管理を要する段階にある者	比較的健康な段階の者
記載者	医療・介護・施設関係者が主	本人がメイン
保管方法	ファイリング形式(受診時に持参)	ノート形式(本人保管)

►エンディングノートを補完するためのツール

## 7 シートの構成

### (1) 医師からの記録

- ・医師が、現在の状態や今後の見通しについて説明・共有をします。

#### 【具体例】

- ・現在の病状について

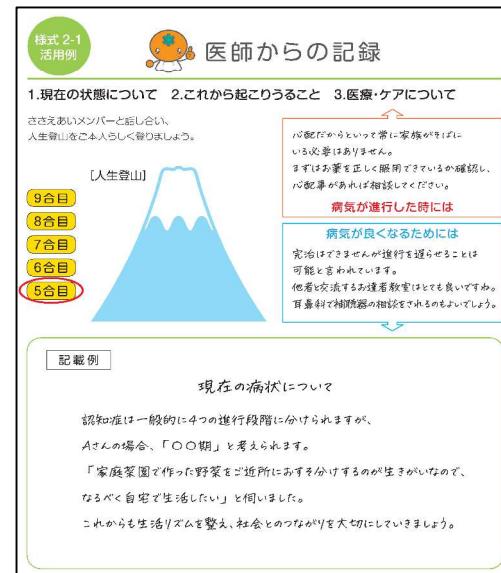
認知症は〇〇期と考えられます。生活リズムを整え、社会との繋がりを大切にしましょう。

- ・これから起こりうること

病気が進行した時には…

- ・医療・ケアについて

お薬を正しく服用できているか確認し、心配事があれば相談してください。



### (2) 話合いの記録

- ・家族、本人、と医療ケア提供者とが話した内容を記録し、本人の意向に沿ったケアプランに繋げる。

#### 【具体例】

- ・ご本人、家族等の希望

なるべく自宅で気ままに生活したい。

自宅の風呂場が寒いのが心配

- ・希望する医療、ケアについての記録

かかりつけ医

月〇回外来で診察。訪問診療への切替も可能

訪問介護

週〇回、家事支援

デイサービス

週〇回、こちらで入浴しましょう。

→目標「安心・安全に過ごせるような環境を作りましょう」



## (3) 多職種用フリーシート

看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ職、ケアマネ、訪問看護師など様々な医療ケア提供者が

- ・各専門職からの退院前指導内容
- ・入退院支援にかかる調整内容
- ・計画書の見直しやモニタリングの様子
- ・訪問時指導内容
- ・本人、家族等と共有した内容などを、記録し  
本人や家族、他職種の方の参考にする。

## (4) 想いの記録～シートの心臓部～

日々の関わりの中で拾い上げた、  
ご本人の価値観や人生観に関する  
**「想いのかけら」**を、敬意を込めて  
書き留め、チームで共有します。

孫が成人するところを見たい  
医師より。

若い頃〇〇の大ファンで、  
好きな曲は「〇〇」  
長女より。

デイのお迎えの際、必ず仏壇  
に手を合わせる  
デイサービス職員より

医師 / / name 〇〇〇〇	訪問介護 / / name 〇〇〇〇
<p>「もう十分生きた、 いつ死んでもいい」</p> <p>「孫が成人する姿を見たい」 〇〇さんのつぶやきです</p> <p>若い頃から〇〇の大ファンで 特に好きな曲は「〇〇〇」です。 そのため〇〇の話をすと、 すごく喜びます。 この前、頼まれて、懐かしのCDを買ったので、 よく鼻歌を歌っています。</p>	
長女 / / name 長女	デイサービス / / name 〇〇〇〇
<p>〇〇県に住む お孫さんが希望校に合格されたそう。 春から高校生だともっとも喜んであられます。</p> <p>ケアマネ name 〇〇〇〇</p>	
デイサービス / / name	

## (5) 支え合いメンバー

ご本人を支えるチームのメンバーを  
「見える化」します。  
→多くの人に支えられている安心感  
→職種を越えたチーム意識の醸成



## 8 各職種の関わり方

### (1) 医師

- ・診断と予後の共有
- ・意思決定の最終確認と尊重
- ・医療的判断の最終責任者として、チーム全体のリーダーシップ

### (2) 病院看護師

- ・退院後の生活を見据えた、具体的な問い合わせで意思形成支援
- ・退院後、訪看やケアマネへ本人の想いを繋ぐ、情報連携の要

### (3) 訪問看護師

- ・病状や治療が「日々の暮らし」にどう影響するか説明し、意思形成支援
- ・最も身近な医療専門職として、意思表明の安心な環境づくり
- ・本人の意向をケアプランに落とし込み、生活の場の変化をフィードバック

### (4) 薬剤師

- ・副作用の説明などを通じて、趣味などの生活情報を引き出す
- ・薬剤のメリット、デメリットを説明し、意思決定支援の具体的な担い手となる
- ・残薬状況から認知機能や生活状況の変化を察知し、チームへ情報共有

### (5) リハビリ専門職

- ・「できるようになりたいこと」を具体的な目標に変える。  
PT:「桜を見に行きたい」→「家の周りを歩く練習から始めよう」  
OT:「料理がしたい」→「安全にできる環境や道具を工夫しましょう」  
ST:「楽しく食事・会話したい」→「楽にできる方法を探しましょう」
- ・「できること」の客観的な評価と情報共有

### (6) ケアマネージャー

- ・アセスメントの機会に価値観や生活歴を聞き取り、シートを導入する。
- ・本人の「物語」をケアプランに具体的なサービスとして変換する。
- ・サービス担当者会議でシートを活用し、医療と介護の連携の要として調整

### (7) 介護福祉士

- ・最も身近な存在として、「想いのかけら」を拾いあげる
- ・「できること」と「したいこと」の橋渡し役となる
- ・チームに「生活の変化」を伝える重要な情報源となる

## 9 検討事項

### ■シズケア＊ささえあい連携シートに対する、各現場での課題や修正点等について

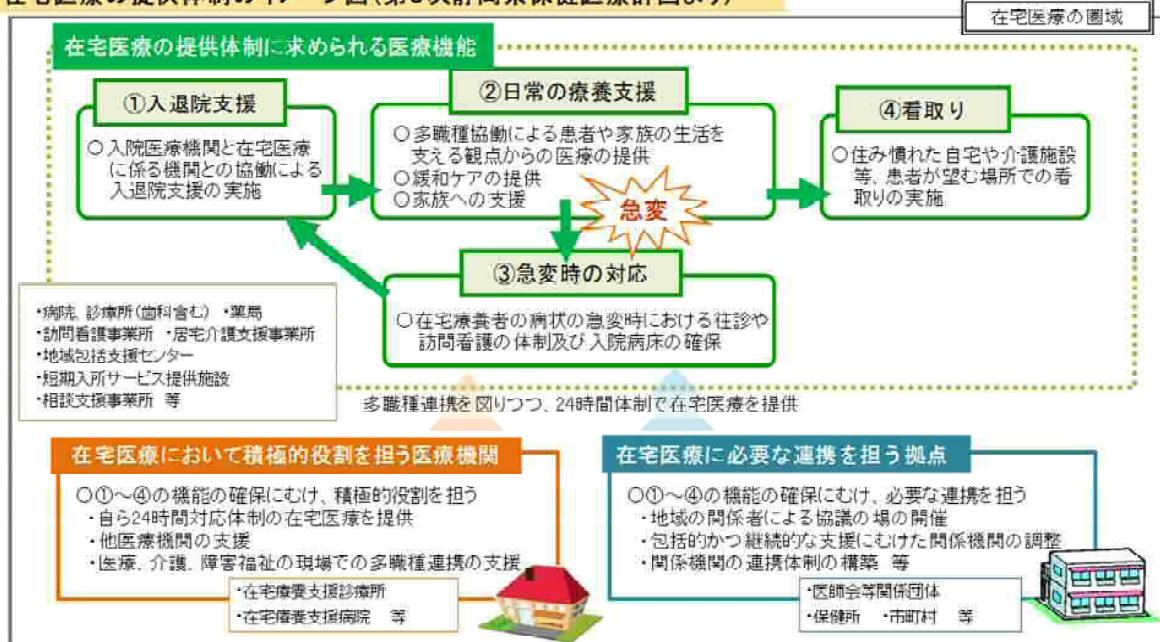
静岡県医師会は、「シズケア＊ささえあい連携シート」を活用して、第2段階のACPの実施による多職種連携体制づくりと、本人の望む最期の実現を目指しています。

市として、まずは現場の声を拾い集め、県医師会へ情報提供していきます。

## 1 在宅医療に必要な連携を担う拠点及び積極的役割を担う医療機関の概要

令和6年3月に策定した第9次県保健医療計画（在宅医療分野）において、国から示された指針に基づき、地域の実情に応じた在宅医療の圏域を設定し、それら圏域で活動する「在宅医療に必要な連携を担う拠点」、「積極的役割を担う医療機関」を位置付ける事となつた。

在宅医療の提供体制のイメージ図（第9次静岡県保健医療計画より）



※県内の在宅医療圏、及び令和7年9月末現在の在宅医療に必要な連携を担う拠点、積極的役割を担う医療機関については、別紙参照

## 各在宅医療圏の連携拠点、積極的医療機関の決定状況（9月30日時点）

2次保健医療圏	在宅医療圏	構成する市町	必要な連携を担う拠点	積極的役割を担う医療機関
賀茂	賀茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町	賀茂地区在宅医療・介護連携推進支援センター(下田メディカルセンター)	下田メディカルセンター 伊豆今井浜病院 西伊豆健育会病院
熱海伊東	熱海伊東	熱海市、伊東市	熱海市 伊東市	熱海 海のみえる病院、国際医療福祉大学熱海病院、熱海所記念病院、伊東市民病院、服部医院、梅園ヘルスケアクリニック、熱海ゆずクリニック、なでしこクリニックあたみ、さくら醫院、横山医院、行徳イカはば伊豆高原、山本医院、伊豆高原クリニック
駿東田方	沼津	沼津市、裾野市、清水町、長泉町	沼津医師会 聖隸訪問看護ステーション千本	聖隸沼津病院、裾野赤十字病院、池田病院
	三島	三島市	三島市医師会	三島東海病院、三島中央病院、三島共立病院
	田方	伊豆市、伊豆の国市、函南町	田方医師会	伊豆赤十字病院、伊豆保健医療センター
	御殿場	御殿場市、小山町	御殿場市医師会 (御殿場市・小山町・御殿場保健所が連携・協力する)	有隣厚生会富士病院 在宅療養支援マリア診療所 時之栖・神山クリニック
富士	富士	富士市、富士宮市	富士宮市 富士市	共立蒲原総合病院、川村病院、富士いきいき病院、フジヤマ病院、富士整形外科病院、トータルファミリーカ北西医院、するかホームクリニック
静岡	静岡	静岡市	静岡市静岡医師会 静岡市清水医師会	静岡県立総合病院、静岡県立こども病院、静岡市立静岡病院、静岡市立清水病院、静岡赤十字病院、静岡済生会総合病院、J A静岡厚生連静岡厚生病院、J A静岡厚生連清水厚生病院、独立行政法人地域医療機能推進機構桜ヶ丘病院、静岡徳洲会病院、白萩病院他 28 医療機関（別表参照）
志太榛原	焼津市	焼津市	焼津市医師会	岡本石井病院、駿河西病院
	藤枝市	藤枝市	志太医師会	櫻井医院、すみや脳神経クリニック、瀬古クリニック、だいちニューロンクリニック、高橋医院、錦野クリニック、にわ医院、みやはら内科クリニック、三輪医院、山崎クリニック、ゆみ内科クリニック、吉田クリニック
	島田市・川根本町	島田市、川根本町	島田市 川根本町	島田市立総合医療センター、ゆきはな診療所、おかにし内科糖尿病・甲状腺クリニック、高木医院、本川根診療所
	牧之原市・吉田町	牧之原市、吉田町	榛原医師会	榛原総合病院、石井内科皮膚科医院、田崎クリニック
中東遠	中東遠	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町	小笠医師会 森町	掛川東病院、菊川市家庭医療センター、公立森町病院、森町家庭医療センター、菊川市立総合病院、磐田在宅医療クリニック
西部	西部	浜松市、湖西市	聖隸三方原病院 訪問看護ステーション三方原	浜松市国民健康保険佐久間病院、坂の上ファミリークリニック、坂の上在宅医療支援医院、坂の上ファミリークリニック湖西、うぐいす診療所

【連携拠点】24 機関

【積極的医療機関】106 機関

## 資料 6

(別表)

静岡在宅医療圏における積極的役割を担う医療機関
【葵区：7機関】梅ヶ島診療所、大河内診療所、かげやま医院、佐々木ハートクリニック、鈴木内科医院、服部クリニック、まつとみクリニック
【駿河区：9機関】医療法人財団はるたか会あおぞら診療所しずおか、医療法人福恵会東新田福地診療院、かのう内科クリニック、杉山医院（泉町）、たんぽぽ診療所、富田内科、とやまクリニック、富士見台クリニック、堀田内科医院
【清水区：12機関】あさり内科クリニック、磯貝医院、輝齡ハラダクリニック、眞内科クリニック、宗内科医院、竹内クリニック、中之郷クリニック、福地外科循環器科医院、三上医院、望月クリニック、吉永医院、渡辺内科医院