

会議録

1 附属機関等の会議の名称

令和7年度第2回丹波篠山市在宅医療・介護連携推進協議会

2 開催日時

令和8年3月6日（金）15時00分から16時30分

3 開催場所

丹波篠山市民センター 多目的ルーム1

4 会議に出席した者の氏名（敬称順・順不同）

（1）委員

有井 融（会長）、稲山 美穂子（副会長）、片山 覚、石井 広信、中西 康典、八木 武治、
赤井 文美代、田村 正二、田中 実也子、井本 知美、岡前 暁生、岩崎 弘子、中村 啓、
堂東 美穂

（2）執行機関

長寿福祉課 松本 ゆかり、小猿 奈生子

（3）DNAR プロトコール説明

消防本部救急課 堂本 文三

5 傍聴人の数

1人

6 議題及び会議の公開・非公開の別

公開

7 会議資料の名称

・次第・名簿

- ・令和7年度丹波篠山市在宅医療・介護連携推進事業について 資料1・1-2
- ・「篠山つながり手帳」運用調査結果について 資料2
- ・「ヘルスケアパスポート(篠山つながり手帳)」実証実施の現状について 資料3
- ・わたしの大事をつなぐノート(人生会議)簡易版の作成について 資料4
- ・救急搬送プロトコールの開始についての説明について 資料5
- ・POLST(望まない延命治療についての医師の指示書)の提案について 資料6
- ・令和8年度事業計画(案)について 資料7

8 会議の概要

(1)開会

(2)報告事項

①令和7年度丹波篠山市在宅医療・介護連携推進事業について 資料1・1-2

②「篠山つながり手帳」運用調査結果について 資料2

(事務局) 【資料1、資料1-2、資料2】に基づき説明

令和7年度は、医療・介護事業所間の情報連携強化と、人生会議(ACP)の周知啓発・実施を柱に事業を実施した。多職種連携会議「この指と～まれ」は年3回の開催で、現在39回開催しており参加職種も拡大している。今年度は在宅歯科との連携をテーマに開催し、歯科医師・歯科衛生士の参加も多数あった。

「人生会議(ACP(*もしもの時のために、大切にしている事や受けたい医療・ケアについて、家族や医療従事者と繰り返し話し合いを共有する取り組み))」については11月30日に市民フォーラムを開催し、130名の参加があり、広報でも継続周知を行った。

2月には「篠山つながり手帳」等の運用調査を実施し、医療機関の60%から回答を得た。活用事例はあるが持参されないこと、記入することの負担、タイムラグがあることが課題で、電子化やPHR(ヘルスケアパスポート)の使いやすさ向上が求められた。

(会長) ただ今の報告で何か質問はないか。

(委員) 質疑等、特になし

(会長) 医師がヘルスケアパスポートを知らないと回答した割合が29%というのは、近寄りがたい医師も多いのか。周知されていくには、やはり時間はそれなりにかかるのだろうと思う。

(事務局) 「篠山つながり手帳」を現在120人が活用している。

介護保険サービス利用者が1,590人程度なので、活用割合としては少ないが、120人には必要性を感じて各事業所が連携ツールとして使っていると捉える。

(会長) 他に何か質問はないか。

なければ次の報告事項3について、医師会から説明をお願いします。

③「ヘルスケアパスポート(篠山つながり手帳)」実証実施の現状について 資料3

(委員) ACPの周知が進まないのは、がん以外(突然死、臓器不全、慢性心不全、認知症など)の場合、実施のタイミングが見えにくいことが主因である。そこでPHRを活用し、関係者が集まって一度に行う「集まるACP」から、スマホ上で情報を共有・蓄積していくような「つながるACP」へ転換することを提案する。入院時はPOLST(*重篤な疾患を持つ患者が終末期の医療・ケアに関する希望を医師と話し合って作成する法的な拘束力を持つ「医師の指示書」)が中心で、ACPが十分行われずに退院後や施設入所時に本人の意向が分断されやすい。施設等での話し合った結果をPHRに残せば継続的に共有できる。結果として、がん以外の疾患でも本人の意向に沿った終末期医療につながると思う。

(事務局) 今の委員からの説明を聞いて、議題の順番が前後するが、事務局からの提案予定の資料4を見ていただきたい。

現行の「わたしの大事をつなぐノート」は大きくて携帯しにくいので医療や介護の現場に持参して共有してもらうことができにくい。そこで、介護保険証やお薬手帳と一緒に持ち歩ける大きさの簡易版を来年度事業として作成することを提案する。資料4は加古川市の様式であり、代理決定者の選定、病気時や認知症で判断困難になった場合の意向、これまで大切にしてきた価値観等をチェックし、ACPの要点を整理することができる。紙で携帯する運用に加え、PHRへ取り込んで共有できる形にし、委員提案の内容も踏まえて統合・改善する方向で検討していきたいと考えている。ACPを含む自分の思いを伝えるツールは複数あってもよいと思うが、様式の内容は地域で共通化の方が普及と活用が進むと考えている。

(委員) 書いたものをPHRに保存すれば、みんながつながっていく。結局つながっていないことが今の最大の問題だと考えている。

一度書き残した気持ちが全ての決定事項ではなく、その内容を参考にして、再度、代理決定者が医師から聞かれた時に、本人の思いを参考にしながら、自分一人ですべて勝手に判断したのではないと思えるようにしておくことが最も求められている。

望まない延命治療が減るとということより、実は代理決定をする家族の心理的負担をどう少なくするかということが、最も期待される効果だと思う。この後に説明頂く消防署からの緊急救急搬送時のプロトコールにもつながってくるのだと思う。誰もが共有して見ることができれば、「本人の意思はこうだったな」と確認できると思う。救急隊がスマートフォンで確認できるようになるには、二、三年より、かなり時間もかかるだろうし、いろんな議論が必要だろうと思う。

(会長) 事務局は資料4のような簡易版の作成を提案されており、同じような内容の媒体がいろいろあっても良いのではないかという意見もあるが、他の委員の意見はどうか。

(委員) いろんなツールがあってもよいのではないかと思う。どれかを皆が利用して、将来的にはPHRの中に、読み込んでいくことで共有になるのではないか。

(事務局) 医師会と市が別々の物をつくるのではなく、現在介護サービス事業所が使用している情報提供書のように、それぞれの良いところを合わせた共通の様式にした方がよいのではないかと考えている。

(会長) どなたか今のお話で、意見はあるか。

(委員) 特に意見なし

(会長) 両方の良いところ取りをしてグレードアップしていけば、もっと良いものになるのではないかと思うので事務局と医師会で検討しながら作成していくこととする。

今回提案されているそれぞれの様式の質問自体もそんなに大きく変わるものではないが、加古川市が作成されたものよりも、医師会が提出されているほうが、実感が湧くような印象がある。

委員の皆さんが紹介していただく方なので、意見をいただきたい。

(委員) 特に意見なし

(会 長) おもしろ地域に広げていくのであれば、段階的に、まず同じものにして、時期をずらしてまた違う方法で使ってみてもよいのではないかと思う。今後は、事務局提案の簡易版と医師会提案の内容を協議してよい内容のものを作っていただきたい。まずは、紙ベースからでも使い始められるように検討し、ゆくゆくは PHR に取り込んでいく方法で進めていただきたい。

3. 協議事項

テーマ：最期まで自分らしく生きて逝くための準備

①POLST(望まない延命治療についての医師の指示書)の提案と救急搬送プロトコルの開始についての説明 資料 5・6

(消防本部) 【資料 5】に基づき DNAR プロトコル説明

阪神地域統一の DNAR プロトコル(*人生の最終段階にあり、心肺停止時に心肺蘇生を望まない傷病者への対応ルール)案を説明。

DNAR は「心肺停止時に蘇生を望まない意思決定」、プロトコルは「救急隊が現場で行う活動の共通ルール」を指す。本来救急隊は心肺停止の際に全力で蘇生対応するが、本人意思を優先する流れの中で蘇生拒否も一定数あるため、患者とかかりつけ医が事前に合意形成しておくことが必要となっている。前提として緊急時に家族等が 119 番通報をしないことが想定され、国・県レベルの啓発が必要。運用にはかかりつけ医の協力が不可欠であるため医師会に協力を依頼した。

(会 長) DNAR プロトコル運用について、医師からは質問はなかったか。

このプロトコルが整わない場合は心肺蘇生を続けるという形だが、自殺などの自傷行為による場合も心肺蘇生を継続するのか。

(消防本部) そのとおり。

(委 員) 救急隊から、かかりつけ医に連絡とあったが、診療時間内であれば容易に連絡つくと思うが、診療時間外の場合はどうなるか。

(消防本部) まずは家族の方がかかりつけ医との連絡をとっていただくということが大前提になる。その後、救急隊がかかりつけ医に電話して確認する。家族から医師の電話番号を聞いた上で、消防隊が電話をかけさせていただくというのがこのプロトコルの趣旨である。阪神間の各医師会で説明もしている中での質問で、救急隊がかかりつけ医へ電話をかけるが、登録していない電話番号は出ないという医師もいるので、そのようなことが各地域で事前に整えば、救急隊の電話番号をかかりつけ医が登録していただくようなことも進めていきたいとは考えている。

(委 員) 法的解釈に関する補足をすると、まず医療は基本的に患者さんからの依頼をもって行う。ということは依頼がなければ、医療を提供しない。一方で、自傷や危険状態の放置は倫理上問題となり得るため、DNAR 適用には条件整理が必要である。先ほどかかりつけ医に確認をとるということが必要と説明されたが、その時に、かかりつけ医は、その人の命がもうそんなに長くないという状況にあるということが大前提である。例えば、3 か月以内の短期間で亡くなると病状や障がいの状態では

ないと診ている患者は対象にするべきではない。

例えば、心筋梗塞で心肺停止状態になられて苦しまれ、家族が救急車を呼んだ時、患者本人が「こんな時にはそのまま看取ってください」と意思表示している場合は、かかりつけ医に確認していくことになる。

救急隊としては現場到着して、家族や施設からの情報をおかかりつけ医に連絡して状況を伝える。救急隊が判断して搬送しないということはないので、情報を頂いたらかかりつけの先生に伝えて、医師の判断を仰ぐという活動になる。

かかりつけ医が、心筋梗塞だろうが何だろうが、そんなに遠くない近い未来に、命がなくなることは間違いないだろうと思っていることが大事。それは治療する疾患であるかどうかという事はあまり大きな問題ではない。

ACPのプロセスが医師と患者家族の間できちとなされていることが大事なので、今日前半の話のように、ACPプロセスの話がちゃんと進み、地域社会として、これを受け入れることがとても大事なことになる。

(会 長) それでは、次に協議事項②について事務局より説明をお願いしたい。

②令和8年度の事業計画(案)について

資料7

(事務局) 【資料7】に基づき説明

来年度(資料7)の事業計画案は、前回協議会で挙げた課題を踏まえ、(1)医療・介護の人材不足下でも利用者を支えるための情報共有と連携強化を最優先目標とし、ヘルスケアパスポート等を活用して事業所間・医療介護現場の連携を進める、(2)最期まで本人の望みどおり暮らすために人生会議(ACP)の周知啓発と実践を進め、市民の理解と実施を促す、の2本柱である。既存の年間スケジュールを継続・発展させるとともに、先ほど検討いただいた通り、「わたしの大事をつなぐノート」の携帯しやすい簡易版を医師会と検討しながら作成し、将来的にはPHRでの共有も見据え、薬手帳や介護保険証と一緒に持ち歩ける形となるようにしていく。

(委 員) スマホは皆使えるようになってきている。しかし、PHRはどうして使っているかわからないということだと思う。そのきっかけに、このPHRに登録する人を増やすことからだと思うので、まずこの計画の中にもそのような内容を是非入れていただきたい。

介護事業所のケア計画書や訪問看護計画書、それから報告書などがあると思うが、作成された内容をPHRに共有すると、医療や介護関係の人たちがケアプランを共有することができる。

スマホを持っていない方に対する対応も、実は事業所のスマホで代行する方法でしてもらえるといいが、できないところは、本人もしくはご家族のスマホを使ってもらって始めていただきたい。

まずは、全員はできないので先ほど事務局が話したように、持ち歩く「わたしの大

事をつなぐノート簡易版」という方法も考慮した形として大事だと思うが、将来的に目指す方向は、PHR を使って共有することである。

簡単な操作で使えることが分かったら使う人が増えてくるので、やはり使い始めていくことがまず一番大事だと思う。PHR の情報というのが一番その人の意思を大事にすると思う。

その人の気持ちを大事にする使い方として、その人を中心に考えた使い方であって、今まで我々が常に考えてきた。是非、PHR の活用者を増やすような取り組みを次年度の計画に入れてほしい。

(会 長) 他に何かご意見はないか。

(委 員) 特に意見なし

(会 長) 意見がなければ、事務局提案の内容で令和 8 年度の事業を進めていくこととする。

(4)閉会

(会 長) これで本日の議題は全て終了した。

これをもって令和 7 年度第 2 回、在宅医療介護連携推進協議会を閉会とする。