

神戸圏域地域医療構想調整会議地域包括ケア推進部会

【概要】

平成 28 年 10 月に策定された兵庫県地域医療構想では、2025 年までに神戸圏域の在宅医療等の需要が 1.6 万人から 2.6 万人に増加すると見込まれており、在宅医療の充実をはじめとする地域包括ケアの推進が課題となっている。

そのため、神戸圏域地域医療構想調整会議の部会として「地域包括ケア推進部会」を設置し、地域包括ケアの推進に必要な事項を協議する。（平成 29 年 3 月 16 日に第 1 回目の会議を開催）

【地域包括ケアの推進に必要な検討項目】

1. 健康寿命延伸のための「介護予防」のあり方
フレイル対策、口腔ケア、低栄養改善、地域リハビリテーション
地域の健康課題に応じた一般介護予防事業の効果検証 等
2. 在宅医療の推進
在宅医療・介護連携の推進に向けた各種の運用ルールづくり
医療介護サポートセンターのあり方
服薬管理のあり方（ICT の活用も含む）
看取り（在宅医療を支える人材育成、施設等での看取り支援、市民啓発）等
3. 認知症対策
（→認知症条例に基づく有識者会議等で施策の方向性等を検討し情報共有）
認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援事業 等
4. 在宅生活の支援
（→介護専門分科会で既存事業・サービスのあり方を検討し、情報共有）
定期巡回・随時対応型訪問看護介護事業所の整備推進
小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の整備推進 等
5. 高齢者の住まい
（→神戸市すまい審議会、神戸市居住支援協議会で検討し、情報共有）
サービス付き高齢者向け住宅の良好な整備・運営に向けた方策のあり方
バリアフリー住宅改修補助事業
こまば賃貸住宅あんしん入居制度（神戸市居住支援協議会） 等

【専門部会】

地域包括ケア推進部会における検討項目のうち、特に専門的かつ集中的な検討が必要な項目については、次の4つの専門部会を立ち上げて議論する。

1. 健康寿命延伸のための「介護予防」に関する専門部会
2. 医療介護連携のあり方に関する専門部会
3. 在宅療養者の服薬管理のあり方に関する専門部会
4. 看取り支援に関する専門部会

【今後の進め方】

地域包括ケア推進部会は、年に数回開催する。

(内容)

- ① 専門部会での検討状況に関する報告聴取
- ② 認知症施策、在宅生活の支援施策、高齢者の住まい施策などについて、検討状況の共有
- ③ 県の地域医療介護総合確保基金（医療分）の地域事業に関する協議
 - ※ 29年度から、県の地域医療課介護総合確保基金（医療分）を活用して実施する「在宅医療の推進に資する事業」のうち、地域事業（全県事業は除く）は、7月頃までに医療圏域別にとりまとめ、圏域の会議で協議した後、県に提出するよう、仕組みが変更された。
 - そのため、各団体から要望があった地域事業は、当部会で、地域課題に適した内容であるか、また効果的な事業であるか等について協議する。

【スケジュール（案）】

平成 29 年 3 月 16 日 第 1 回 地域包括ケア推進部会

平成 29 年 8 月 30 日 第 2 回 地域包括ケア推進部会

(協議事項)

- ・各団体から提出された地域医療課介護総合確保基金事業計画（医療分）に関する協議

(報告事項)

- ・専門部会の設置 等

平成 29 年 9 月以降 各専門部会の開催

(必要に応じて随時開催)

平成 30 年 1 月頃 第 3 回 地域包括ケア推進部会

(報告事項)

- ・専門部会での検討状況
- ・その他

地域医療構想調整会議 地域包括ケア推進部会 構成員一覧

別紙

	健康寿命延伸のための「介護予防」専門部会	医療介護連携に関する専門部会	在宅療養者の服薬管理に関する専門部会	看取り支援専門部会
座長	千葉大学 近藤教授	北医療監	中央市民病院 橋田薬剤部長	神戸市医師会 中村理事
市医師会	肱黒 泰志	是則 清一	奥知 博志	松岡 泰夫
市歯科医師会	豊後 孝敏	本庄 健一	登利 佳央	橋本 猛央
市薬剤師会	安田 理恵子	宮内 智也	小塚 ひとみ 山本 智史	高見 良子
市民間病院協会		吉田 寛	古瀬 繁	前田 雅道
兵庫県看護協会	松本 多津子	福田 陽子	田中 明子	大路 貴子
兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会		藤田 愛	加藤 美奈子	松本 京子
市ケアマネージャー連絡会		庄村 欣也	山田 恵美子	河井 真知子
市老人福祉施設連盟				重光 雄明
神戸介護老人保健施設協会				堤 裕紀恵
兵庫県介護福祉士会		中口 明克	林 洋子	
兵庫県社会福祉士会			段 真奈美	
神戸市リハ職種地域支援協議会	山本 克己			
兵庫県栄養士会	榊 由美子			
兵庫県歯科衛生士会	上原 弘美			
神戸在宅医療・介護推進財団		中野 悦子		
アドバイザー	東京大学 飯島教授	東京大学 飯島教授		
その他				

【検討項目】	【会議名】	【所 管】
1. 健康寿命延伸のための「介護予防」のあり方 介護予防関連事業、人材育成のあり方 フレイル対策 地域リハビリテーション	1. 介護予防に関する専門部会	高齢福祉部介護保険課
2. 在宅医療の推進 在宅医療・介護連携の推進に向けた各種の運用ルールづくり 医療介護サポートセンターのあり方 服薬管理のあり方 看取り	2. 医療介護連携のあり方に関する専門部会 3. 在宅療養者の服薬管理のあり方に関する専門部会 4. 看取りに関する専門部会	健康部地域医療課 健康部健康政策課 健康部地域医療課
3. 認知症対策 「(仮称)認知症の人にやさしいまちづくり条例」における取組み として、認知症初期集中支援事業の推進や新たな事業の創設 などを検討	認知症の人にやさしいまちづくりに関する有識者会議	高齢福祉部介護保険課
4. 在宅生活の支援 あんしんすこやかセンターによる総合相談・支援 在宅生活支援のための介護サービスの充実 「介護予防・日常生活支援総合事業(新総合事業)」による 多様な生活支援サービス	介護保険専門分科会	高齢福祉部介護保険課
5. 高齢者の住まい サービス付き高齢者向け住宅の良好な整備・運営 に向けた方策のあり方 バリアフリー住宅改修補助事業 こうべ賃貸住宅あんしん入居制度	神戸市すまい審議会 神戸市居住支援協議会	住宅都市局住宅政策課

兵庫県地域医療構想の概要

※ 頁数は、本編の対応頁を示します。

1 地域医療構想策定の背景・目的 (1~5 頁)

- 団塊の世代がすべて後期高齢者となる 2025(平成 37)年に向け、「住民が、住み慣れた地域で生活しながら、状態に応じた適切で必要な医療を受けられる」地域医療の提供体制 (=「地域完結型医療」)が必要とされている。
- 本県でも、県民の理解のもと、①医療機能の分化・連携、②在宅医療の充実、それを支える③医療従事者の確保を進め、「地域完結型医療」の構築を目的として、地域医療構想を策定する。

2 策定のプロセス (9、10 頁)

- ① 2025 年の医療需要と必要病床数を、2013 年の診療データから推計し、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能ごとに算出



- ② 目指すべき医療提供体制を実現するための施策を検討
 - ・ 構想区域ごとに、医療・福祉関係者、保険者、県民、行政からなる「地域医療構想検討委員会」で課題の整理と具体的施策を検討し、素案を作成。



- ③ 兵庫県医療審議会への諮問、構想案に関する答申を経て策定。

3 構想区域 (7、8 頁)

- 保健医療計画の二次保健医療圏(10 圏域)を構想区域とする。

4 医療資源 (11~18 頁)

- 県全体では全国平均並。平均を大きく下回る圏域もあり、地域により偏りがある。

	一般病床数	療養病床数	医師数
全国	783.1	267.2	244.9
兵庫県	747.9	263.4	241.6
神戸	834.5	206.7	315.7
阪神南	665.1	237.5	279.8
阪神北	634.4	363.7	185.7
東播磨	706.8	233.1	192.1
北播磨	993.9	348.4	201.1
中播磨	760.1	229.8	203.7
西播磨	810.0	265.8	153.6
但馬	706.7	139.6	190.7
丹波	704.4	458.9	174.0
淡路	624.1	679.8	213.3

※ 人口 10 万人対の数値

5 2025 (平成 37) 年の必要病床数等推計方法 (30 頁)

- 必要病床数算定式 (法令及び推計ツールに基づき算定する)

$$\left[\begin{array}{cc} 2013 & 2025 \\ \text{入院受療率} & \times \text{推計人口} \end{array} \right] + \begin{array}{c} 2013 \\ \text{流入} \\ \text{患者数} \end{array} - \begin{array}{c} 2013 \\ \text{流出} \\ \text{患者数} \end{array} \div \begin{array}{l} \text{病床稼働率} \\ \text{高度急性期} \quad 75\% \\ \text{急性期} \quad \quad 78\% \\ \text{回復期} \quad \quad 90\% \\ \text{慢性期} \quad \quad 92\% \end{array}$$

性・年齢別に算定した総和

【推計の算定条件 (6 頁)】:

- ① 病床機能は診療点数で区分 (3000 点/日以上→高度急性期、600~3000 点→急性期、175~600 点→回復期、175 点未満→在宅)。慢性期は現在の療養病床入院受療率を補正 (地域差を是正) したものをを用いて算定する。なお、法令の定義は次のとおり。

- ・ 高度急性期 : 急性期患者の早期安定化に向け診療密度の特に高い医療を提供する
- ・ 急性期 : 急性期患者に医療を提供する (高度急性期を除く)
- ・ 回復期 : 急性期を経過した患者に、在宅復帰に向けた医療・リハビリを提供する
- ・ 慢性期 : 長期の療養が必要な患者、重度障害者、難病患者等を入院させる

- ② 流入・流出患者数には、府県間・圏域間の患者流動が反映されている。

6 2025（平成37）年の必要病床数等推計結果（28、30～32頁）

- 2025年の必要病床数、在宅医療需要の推計は次の表のとおりとなる。
- 現況と比較しつつ、各病床機能と在宅医療の体制を整備していく必要がある。

2025（H37）推計		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	病床数計 (床)	在宅医療需要 (人/日)	
神戸	H37 必要病床数	2,074	5,910	5,032	2,631	15,647	H37見込	26,547
	H26 病床機能報告	2,137	8,380	1,307	3,207	15,031	H25現況	16,765
	差引	63	2,470	△ 3,725	576	△ 616	今後の増加	9,782
阪神南	H37 必要病床数	1,279	3,468	2,859	1,664	9,270	H37見込	17,836
	H26 病床機能報告	1,221	4,727	605	2,327	8,880	H25現況	10,722
	差引	△ 58	1,259	△ 2,254	663	△ 390	今後の増加	7,114
阪神北	H37 必要病床数	497	1,890	1,718	2,465	6,570	H37見込	11,554
	H26 病床機能報告	25	3,461	391	2,815	6,692	H25現況	5,832
	差引	△ 472	1,571	△ 1,327	350	122	今後の増加	5,722
東播磨	H37 必要病床数	730	2,229	2,115	1,380	6,454	H37見込	7,844
	H26 病床機能報告	707	3,448	529	1,645	6,329	H25現況	4,509
	差引	△ 23	1,219	△ 1,586	265	△ 125	今後の増加	3,335
北播磨	H37 必要病床数	234	988	889	1,257	3,368	H37見込	3,057
	H26 病床機能報告	126	1,625	447	1,362	3,560	H25現況	2,308
	差引	△ 108	637	△ 442	105	192	今後の増加	749
中播磨	H37 必要病床数	658	1,959	1,901	752	5,270	H37見込	6,031
	H26 病床機能報告	790	3,134	536	1,104	5,564	H25現況	4,140
	差引	132	1,175	△ 1,365	352	294	今後の増加	1,891
西播磨	H37 必要病床数	145	708	900	468	2,221	H37見込	2,939
	H26 病床機能報告	6	1,654	253	737	2,650	H25現況	2,312
	差引	△ 139	946	△ 647	269	429	今後の増加	627
但馬	H37 必要病床数	133	541	476	250	1,400	H37見込	2,167
	H26 病床機能報告	18	932	210	314	1,474	H25現況	1,917
	差引	△ 115	391	△ 266	64	74	今後の増加	250
丹波	H37 必要病床数	52	236	204	339	831	H37見込	1,402
	H26 病床機能報告	4	612	44	468	1,128	H25現況	1,063
	差引	△ 48	376	△ 160	129	297	今後の増加	339
淡路	H37 必要病床数	99	328	438	559	1,424	H37見込	1,881
	H26 病床機能報告	19	774	184	832	1,809	H25現況	1,474
	差引	△ 80	446	△ 254	273	385	今後の増加	407
全県	H37 必要病床数	5,901	18,257	16,532	11,765	52,455	H37見込	81,257
	H26 病床機能報告	5,053	28,747	4,506	14,811	53,117	H25現況	51,040
	差引	△ 848	10,490	△ 12,026	3,046	662	今後の増加	30,217

※ H26 病床機能報告における病床機能は医療機関の自己申告であること、H37 必要病床数の将来推計は一定の仮定のもとでの試算であること、両者の病床機能の定義が異なり単純には比較できないことなどから、数値は今後、精緻化が必要である。

※ 推計はあくまで、医療需要の将来像を展望するためのものである。過剰になると見込まれる機能の病床については、必要な機能への転換を支援する。また、不足と見込まれる機能の病床については充実を図る必要がある。 【必要病床数等に関する留意事項は本編 31 頁】

平成 29 年 8 月 30 日

1. 介護予防専門部会

1. 現状と課題

①介護予防関連事業について

- ・平成 18 年度から、地域支援事業の二次予防事業を実施。市民のニーズや傾向などから、介護予防事業の展開を行ってきた。

- ・生活機能向上教室（元気！いきいき！！教室）
- ・認知症予防教室（脳いきいき教室）
- ・転倒予防教室
- ・生きがい対応型デイサービス（地域でのミニデイサービス） など

平成 29 年度

- ・総合事業として介護予防関連事業を再構築。
- ・短期集中通所サービス（元気！いきいき！！教室） 集団型・個別型
- ・地域拠点型一般介護予防事業（生きがい対応型デイサービス）
- ・一般介護予防事業（高齢者の通いの場）の充実
- ・65 歳の市民を対象に、「フレイルチェック」を市民健診会場及び地域の薬局で開始。（別紙 1）

→（課題）

- 1) 介護予防事業に関して、重点的に予防すべき対象者の絞込みや民間事業者の活用、受付方法の工夫など行ってきた。より効果的な介護予防事業を進めるために、幅広い専門的な見地を取り入れていく必要がある。
- 2) これまでは、介護予防事業への参加が対象者を限定（二次予防事業対象者）していたが、総合事業が開始となり、一般介護予防事業（高齢者の通いの場）の充実を行っていくにあたり、市民や関係機関への発信を工夫する必要がある。
- 3) 介護予防の取り組みが必要な人に対して、継続した支援ができる仕組みづくりが必要。

②介護予防の啓発について

- ・あらゆる機会に全市レベル、地域レベルも啓発を行ってきた。

- ・区保健センターによる健康教育
- ・あんしんすこやかセンターによる介護予防普及啓発事業
- ・パンフレットの配布「いきいきはつらつ自分らしく」
- ・いきいきシニアライフフェア（イベント年 1 回）
- ・広報紙こうべなど

→ (課題)

- 1) 28年度に行った「健康と暮らしの調査」では、介護予防や健康づくり活動へ参加していない割合が8割おり、生きがいつくりや社会参加も介護予防につながっているということが、浸透していない可能性がある。(別紙2、3)
- 2) 適切な介入によって健常状態に回復する可逆性のあるフレイルについて、多くの市民が知るため、更なる啓発が必要 (H28年9月広報こうべ掲載)

③介護保険計画策定のための「健康と暮らしの調査」の分析を活用し、要介護リスクの高い地域に対して介護予防サロン(高齢者のつどいの場)の推進を行ってきた。さらに効率的な介護予防事業を展開するため、大学や企業とも連携し、効果検証を進めている。

2. 現状と課題を踏まえた専門部会の設置趣旨

「健康寿命の延伸」の実現を目指すため、神戸市における介護予防関連事業及び介護予防普及啓発等について、効果的効率的な運営を行うため必要な方策を、有識者からご意見をいただき、施策に反映していく。

※全ての高齢者に介護予防は必要であるが、この部会が重点的に検討を行うのは、元気な高齢者から、事業対象者・要支援者向けの施策を想定している。

3. 部会での主な検討内容

①介護予防関連事業の今後の展開について

- ・機能改善につながる効果的な介護予防サービスについて

(フレイルチェック、短期集中通所サービス、地域の健康課題に応じた地域拠点型一般介護予防事業等がつながりのある事業展開を行えるための創意工夫)

②介護予防の必要性についての市民啓発

- ・効果的な市民啓発について
- ・介護予防に携わる人材の育成について(地域拠点型一般介護予防事業でフレイル体力測定を行うための仕組みづくり、専門職の人材育成について等)

③効率的な介護予防の取り組みを目指して(報告事項)

- ・国保の健診やレセプト分析、介護保険データ等から現状分析
- ・介護予防の効果検証の現状報告

(①介護予防サロン、PHR利活用関連：千葉大学、東京大学等

②認知症予防関連：神戸大学、WHO等)

4. スケジュール

平成 29 年 10 月 第一回部会

- ・現在の介護予防関連事業の実施状況について報告、意見交換（広報について等）

平成 30 年 1 月 第二回部会

- ・各介護予防関連事業の進捗状況、意見交換（介護予防事業について等）

5. 委員

座長 千葉大学 予防医学センター教授	近藤 克則
神戸市医師会	肱黒 泰志
神戸市歯科医師会 理事	豊後 孝敏
神戸市薬剤師会 常務理事	安田 理恵子
兵庫県看護協会	松本 多津子
兵庫県栄養士会 会長	榊 由美子
兵庫県歯科衛生士会 会長	上原 弘美
神戸市リハ職種地域支援協議会 代表幹事	山本 克己
アドバイザー 東京大学 高齢社会総合研究機構	飯島勝矢 教授

6. 事務局

高齢福祉部	介護保険課（主）
	国保年金医療課
健康部	地域医療課
	健康政策課
保健所	調整課
	保健課（口腔保健支援センター）

住所

氏名

フレイル チェックの ご案内

今年度65歳のお誕生日を迎えられる方にお送りしています

「**フレイル**」とは… 年齢とともに全身の予備能力、筋力や心身の活力が低下する、介護が必要な状態になりやすい状態のことをいいます。

体重減少



疲れやすさ



握力低下



歩行速度の低下



など、思い当たることはありませんか？

フレイルは、早めに気づいて、適切な食事・運動を心がければ、再び元気な状態に戻る可能性があります。

まず、今の元気な状態を知って、

フレイル予防を意識した生活をおくりましょう。



「フレイルチェック」の受け方

実施機関

市内の実施機関で受診できます。同封のフレイルチェック実施機関一覧からご希望の機関をお選びいただき、お申し込みください。

←実施機関はこのステッカーが目印!

市民健診集団健診会場

神戸市で実施している市民健診集団健診会場で健康診査と同時に受診できます。集団健診の日程は、神戸市国保特定健診の案内※や広報紙KOBE、神戸市ホームページで確認できます。神戸市 市民健診 検索

★フレイルチェック単独受診はできません
※神戸市国保にご加入の方で、誕生月が1~3月の方は11月上旬に特定健診の案内を送付予定です

所用時間 約10分
(質問票記入を除く)

「フレイルチェック」では、

質問票の記入、握力測定、ふくらはぎ周囲長計測、ガムによる噛む力の計測などを行います。動きやすい服装・靴でお受けください。

※身体の状況に合わせて、実施可能な項目のみ計測することも可能ですので、スタッフにご相談ください

詳しくは
ウラ面へ!

お問い合わせ先 神戸市けんしん案内センター (兵庫県予防医学協会内)

☎078-262-1163 FAX 078-262-1165 8:30~17:00 土・日曜、祝日、年末年始(12/29~1/4)を除く

フレイルチェック



あなたの結果は!?

*フレイルチェックの内容の一例と、65歳のめやすです。

✓ 立ち上がりテスト

「椅子に座った状態から立ち上がって座る」を15秒間繰り返します。

- 分かること
足腰の筋力の強さや持久力・スタミナの能力を測ります。
- 65歳男性のめやす
8回以上
- 65歳女性のめやす
7回以上



チェックを受けた方の感想

・8回できたが結構しんどかった。(男性)

✓ 握力測定

息を吐きながら、握力計を思いきり握ります。

- 分かること
全身の筋力の状況を知るめやすになります。
- 65歳男性のめやす
31.1~34.0kg
- 65歳女性のめやす
19.1~21.0kg



チェックを受けた方の感想

・何年も前と握力が変わってなかった。日々、運動を心がけている成果を感じた。(女性)

✓ ふくらはぎ 周囲長計測

ふくらはぎの周囲長を直接地肌の上から測ります。

- 分かること
サルコペニア(筋肉量の減少と筋力の低下)を見ます。
- 65歳男性のめやす
34cm以上
- 65歳女性のめやす
32cm以上



チェックを受けた方の感想

・ギリギリ32cmあった。自己チェック方法(指輪っかテスト)も教えてもらったので、これからも時々自分で確認していきます。(女性)

✓ そしゃく 咀嚼チェックガム

しっかり噛めていると緑色のガムが濃い赤色になります。



- 分かること
噛む力がどれくらいあるかが分かります。
- めやす
うすい桃色より濃い赤色



スタート

よく噛める人ほどガムが赤くなる

チェックを受けた方の感想

・咀嚼チェックガムを初めて噛んだが、あまり色が変わらなくてショック…。かかりつけ歯科医に話してみます。(男性)

介護予防で

健康を増やす

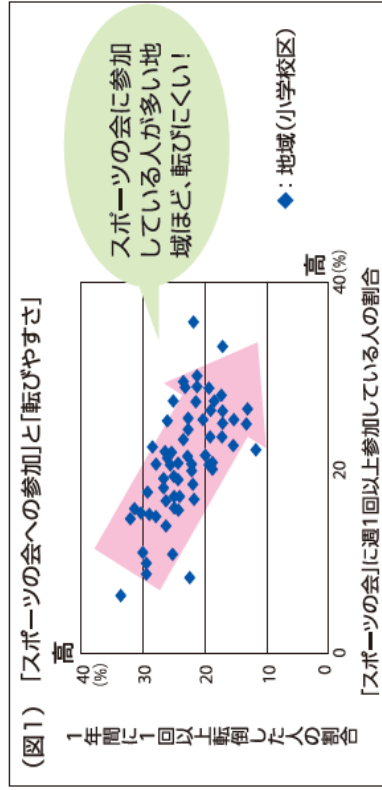


健康を増やせるって本当？
効果的な介護予防について、
神戸市にアドバイスを頂いている
近藤先生に聞いてみました。



千葉大学予防医学センター教授
近藤 克則氏
JAGES (Japan Gerontological Evaluation Study,
日本老年学的評価研究) プロジェクト代表

社会参加による健康への良い影響が明らか！



全国の高齢者約3万人のアンケート結果から、「転びやすい地域(小学校区)」があることがわかりました。「転びにくい地域」との差は実に約3倍です。

その要因を探ってみると、図1に示すように、スポーツの会に週1回以上参加している人が多い地域ほど、転ぶ人の割合が低いという関係がみえてきたのです。

その他にも、「趣味の会に参加している高齢者が多い地域(市町村)ほど、うつ傾向にある人が少ない」、「ボランティアグループなどへの参加が多い地域ほど、認知症リスクが少ない」など、社会参加による健康への良い影響が明らかになってきました。

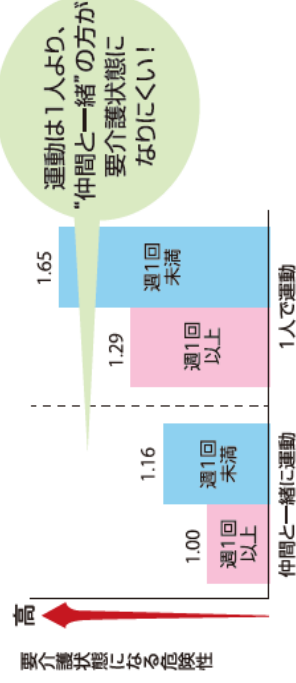
人との交流やつながりは、1人で運動するよりも効果的！

公園の周りを1人で散歩する男性シニアもよく見かけますが、運動は1人より“仲間と一緒に”の方が、要介護状態になりにくく(図2)、しかも、グループ数は、1つより2つ、2つより3つ…と、所属グループが多いほど要介護状態になるリスクが減るということも分かっています。

ただ、退職後に地域やグループに溶け込むのは難しいという声も聞かれます。介護予防に取り組んでおられる方々のように、まずはご自分の興味があることや、趣味や特技を活かして、できることから始めてみてください。

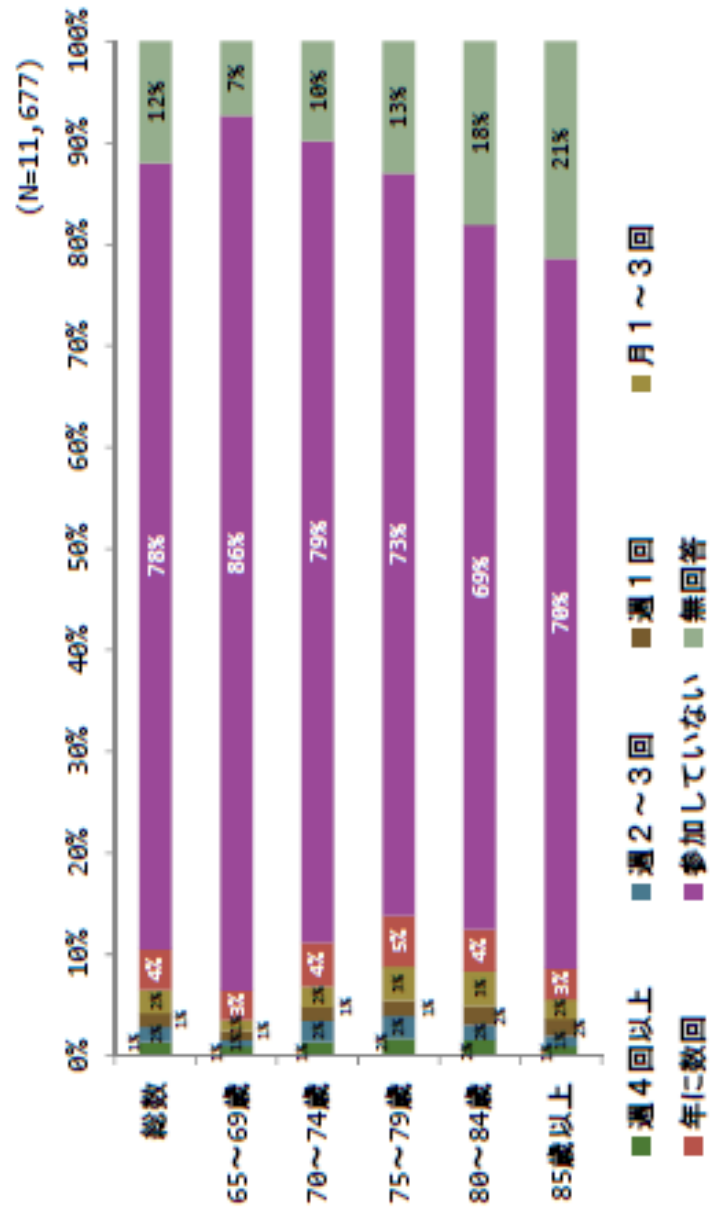
一人一人が、人とのつながりを増やしていくことで、ご本人が健康になるだけではなく、地域の絆が豊かになり、神戸全体の健康状態も良くなっていくことが期待されます。

(図2) 「スポーツの会への参加」と「要介護リスク」



新規 介護予防・健康づくり活動への参加

介護予防・健康づくり活動へ「参加していない」が約8割となっている。



約4割の方が、趣味活動に参加している
約7割の方が、外出を週4回以上している

→生きがいづくり、社会参加が
介護予防につながっていることの啓発不足？

JAGIS 日本老年学的評価研究
「健康と暮らしの調査2016」より
プロジェクト代表 近藤克則氏
(千葉大学予防医学センター教授)

平成 29 年 8 月 30 日

健康部 地域医療課

2. 医療介護連携のあり方専門部会

1 現状と課題

① 医療と介護の連携状況について

- ・全区に「医療介護サポートセンター」を設置し、センターを拠点として、医療と介護の連携強化を進めている。
- ・平成 28 年度は 4 区（東灘、中央、北、垂水）でセンターを設置し、計 279 件の相談対応を行うとともに、センター主催の多職種連携会議には、計 129 回約 4,000 人の専門職が参加するなど、区レベルでの顔が見える関係づくりが進みつつある。

→（課題）

- 1) 医療介護サポートセンターの運営は、神戸市医師会に委託しており、市と市医師会で運営のあり方について、定期的に意見交換しながら事業を実施しているが、センター事業を外部から客観的に効果検証するための指標や仕組みはない。
- 2) 医療と介護の専門職がお互いの専門用語や制度を十分に理解できていない。
特にケアマネジャー、ホームヘルパーは医療の知識が不足しており、在宅医療に積極的に関わりにくい。一方、医師の多くは介護保険の知識が不足している。
- 3) 入退院に際して、「医療介護連携ガイドライン」や「入退院調整ルール」、「連携のための統一様式」が神戸市では作成できていない。
- 4) 在宅から病院への入院に際しては、現在、神戸市ケアマネジャー連絡会が作成した「入院に伴う介護情報提供書」を用いて、ケアマネジャーから病院へ情報提供を行っている。しかし「入院に伴う介護情報提供書」だけでは、不足する情報があるため、市医師会と市民間病院協会が「患者情報共有シート」を作成したが、「医療処置状況」などケアマネジャーが記載できない項目があり、現場で利用されていない。
- 5) 病院からの在宅への退院に際して、病棟看護師の看護サマリーに訪問看護師が必要とする情報が記載されていないことがある。また、患者が転院を重ねるうちに「かかりつけ医」との関係が途切れてしまうことがある。

② 在宅医療の推進について

- ・平成 28 年 10 月に策定された兵庫県地域医療構想では、2025 年までに神戸圏域の在宅医療等の需要が 1.6 万人から 2.6 万人に増加すると見込まれている。

→（課題）

今後、病院病床が大きく増加しない中で、死亡者数は大幅に増加することから在宅医療の提供体制の確保と在宅医療に関する市民啓発が不可欠である。

③ ICT の活用による在宅療養患者の情報共有について

千葉県柏市が「カナミック（㈱カナミックネットワーク）」、新潟市が「Net 4 U（㈱ストローハット）」、福岡市が「地域包括ケア情報プラットフォーム（㈱日立製作所）」、兵庫県

医師会が「バイタルリンク（帝人ファーマ株）」などの導入検討を進めている。

→（課題）

在宅療養患者の情報は、患者を支える多職種で共有するのが望ましいため、情報共有方法について、ICTの活用も含め、検討していく必要がある。

2 専門部会での主な検討内容

① 医療介護連携のあり方について

- ・多職種連携のあり方について
- ・在宅医療の現状把握及び今後の提供体制のあり方について
- ・在宅医療を支える人材育成について（看取りを含む）
- ・在宅医療に関する市民啓発

② 在宅医療・介護連携の取り組み方法について

- ・在宅医療・介護連携のガイドライン（医療介護連携用語集など）
- ・在宅療養患者の入退院時に必要となる「患者情報共有シート」及びそのシートを活用していくためのフローチャート作成
- ・ICTを含めた在宅療養患者の多職種間での情報共有方法（連絡ノート、ICT活用など）

※患者情報共有シート等、ICTを含めた在宅療養患者の情報共有方法の検討については、「作業ワーキングチーム」を設置して検討

③ 医療介護サポートセンターのあり方について

- ・医療介護サポートセンターの活動報告
- ・医療介護サポートセンターの効果検証
- ・在宅療養患者の急変時の対応やレスパイトケア等について

3 スケジュール

平成 29 年 9 月頃 第 1 回

- ・多職種連携のあり方について
- ・在宅医療・介護連携の取り組み方法（患者情報共有シート等）について
- ・ICTを含めた在宅療養患者の情報共有方法の検討（基金の活用）について

平成 29 年 10 月以降

- ・作業ワーキングチーム（複数回）

平成 29 年 11 月頃 第 2 回

- ・在宅医療・介護連携のガイドライン（医療介護連携用語集作成）について

平成 30 年 1 月頃 第 3 回

- ・ICTを含めた在宅療養患者の情報共有方法について

平成 30 年 4 月以降

医療介護サポートセンターのあり方について

4 委員

座長 神戸市医療監 北 徹

神戸市医師会 是則 清一

神戸市歯科医師会 理事 本庄 健一

神戸市薬剤師会 理事 宮内 智也

神戸市民間病院協会 副会長 吉田 寛

兵庫県看護協会 福田 陽子

兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 藤田 愛

神戸市ケアマネジャー連絡会 常任理事 庄村 欣也

兵庫県介護福祉士会 理事 中口 明克

神戸在宅医療・介護推進財団 地域包括ケア推進室長 中野 悦子

※ただし、検討議題にあわせて適宜メンバーの見直しを行う。

アドバイザー 東京大学 高齢社会総合研究機構 飯島勝矢教授

5 作業ワーキングチーム

(1) 患者情報共有シート等検討ワーキングチーム

神戸市医師会

神戸市民間病院協会（地域連携に精通した医師及び入退院調整の実務経験者）

神戸ケアマネジャー連絡会（ケアマネジャー受験資格要件がホームヘルパーの福祉系ケアマネジャー）

(2) ICTを含めた在宅療養患者の情報共有方法検討ワーキングチーム

神戸市医師会

神戸市歯科医師会

神戸市薬剤師会

兵庫県看護協会（訪問看護）

神戸市ケアマネジャー連絡会

兵庫県介護福祉士会

神戸市リハ職種地域支援協議会

6 事務局

健康部 地域医療課

医療と介護連携用語集

本用語集は、山梨県介護・医療連携推進協議会作業部会における関係機関、関係団体をはじめ、各市町村、地域包括支援センターを含めた関係者から意見を集約し、医療と介護の連携を進める上で、関係者が普段使っている用語をまとめたものです。

連絡、連携は、御本人を中心として必要な情報を共有し、ニーズに合った適切な治療やケアを進めて行くためのものです。

このため、相手に分かりやすい、理解される言葉で話す、提供することが重要です。普段、なにげなく話している言葉や単語も、初めて聞く人もいます。正確に分かりやすい言葉で説明するためにも、今後の参考にさせていただければ幸いです。

平成 26 年 3 月

山梨県介護・医療連携推進協議会

介護関係・医療関係両者が知っている連携がとれやすい用語集

語 句	意 味
【あ】	
アウトリーチ	地域に出向いて行くこと
アセスメント	利用者のケアプラン立案時等、まず、利用者が何を求めているか、それは生活の中のどのような状況から生じているのかを確認すること。
アナムネ (anamnesis の略)	既往歴。看護記録、過去の病歴を聞くために、聞き取りすることを言う場合もある。
アッペ (appendicitis の略)	虫垂炎
安静臥床	心身を安定した状態で布団やベッドに横たわること
【い】	
一般用医薬品	医師の処方がなくとも、薬剤師等がいれば薬局等で購入できる薬。
維持期 (生活期)	概ね発症から6ヶ月以降を言う。現在は、主体的な意味を込め生活期と捉えている。
異食	普通食物とされていないものを口に入れてしまう行動
椅座位	椅子に腰掛けた状態の体位
一包化 (いっぽうか)	同一服用時点を一回服用分にまとめた包
イレウス	腸閉塞
胃ろう	胃と腹壁の間にチューブ (カテーテル) を通し、食物や水分、医薬品を流入・投与するための処置。
インフォーマルケア	家族や地域住民・ボランティア等によって行われる相互扶助的な援助
インフォームド・コンセント	医療行為等、十分な説明を受けた上での患者等の合意。
インテーク	問題解決のため、援助機関に訪れて、相談等の方法により問題が取り入れられること。個別援助の最初の段階をいう
【う】	
運動性構音障害	脳血管疾患により、顔面・口唇・舌・咽頭等に麻痺があり、言葉を正しく発音できない状態。
【え】	
壊死	身体の細胞や組織のある限られた部分が死ぬこと
エッセン (essen ドイツ語)	食事

定期的な更新(1年毎)及び病状や介護状態が変化した際には必ず更新してください。

在宅療養患者基本情報シート

病院 _____ 科 _____

更新日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医名 _____

記載者: _____

フリガナ			生年月日	T・S・H	年	月	日	()歳	
患者氏名			身長	cm	体重	kg			
現住所	口自宅 口施設もしくは高齢者住宅(名称 _____)								
主病名	1.	かかりつけ医	住所: _____						
	2.		(医療機関名: _____)						
3.	医師名: _____								
病状・治療									
既往歴	1.	薬剤名	かかりつけ薬局名(_____)						
	2.								
アレルギーの有無	口有(_____)口無								
感染症の有無	口有(_____)口無								
他科受診	1) _____		2) _____		3) _____				
処置状況	口末梢点滴 口中心静脈栄養 口透析 口ペーサー 口インスリン療法								
	口酸素療法(L/min 口経鼻 ロマスク) 口気管切開(mmFr) 口吸引 口人工呼吸器								
	口経鼻栄養 口胃瘻 ロストーマ処置 口褥瘡処置 口疼痛管理 口麻薬使用(_____)								
	口パルーンカテーテル留置 口導尿 口オムツ使用 義歯の口有 口無								
ADL	会話	○通じる ○何とか通じる ○通じない ○難聴							
	移動	○自力歩行 ○車いす ○寝たきり							
	食事	○自立 ○一部介助 ○全介助							
	排泄	○自立 ○一部介助 ○全介助							
保険の種類	○国保 ○協会 ○組合 ○退職 ○後期高齢 ○共済 ○船舶 ○任意継続 ○労災 ○交通事故 ○自費 ○その他(_____) ○生保(担当CW _____)								
介護保険他	口認定なし 口認定あり(平成 _____ 年 _____ 月まで) 口申請中 口要支援(_____) 口要介護(_____) 口身障認定(_____)級 口障害難病認定(_____)								
障害度	寝たきり度	JI	J2	AI	A2	BI	B2	CI	C2
	認知自立度	I IIa IIb IIIa IIIb IV M BPSD(不穏 その他: _____)							
訪問系医療	口訪問看護(_____) 口訪問リハ 口その他(_____)			在宅診療歴	_____ 年				
キーパーソン	氏名:	_____		続柄	家族構成居宅環境 口独居 _____				
	連絡先:	_____							
その他緊急連絡先	_____		成年後見人の有無	有	無	リビング・ウィル + -			
ケアマネ氏名	氏名: _____ 事業所名: _____ 住所: _____ TEL: _____								

入院に伴う介護情報提供書

(提供日)平成 年 月 日

(情報提供元) 居宅介護支援事業・介護予防支援事業(○印)

事業所名 _____ 電話番号() -

担当者名 _____ F A X () -

ふりがな _____ (生活形態)独居・同居(同居者) _____ (カルテ ID) _____	
利用者氏名 _____ (男・女) 生年月日(明・大・昭) _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)	
【介護保険】要介護度 _____ 有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
(主治医) _____ 医院・クリニック・病院 _____ 科 医師名 _____	
【医療保険】後期高齢者・国保・健保(政管・組管・日特)・共済(国公・地公・私学)・船員・生保(_____ CW)	
【緊急連絡先】	【家族構成】キーパーソンには※印
①氏名 _____ 続柄 _____ 電話() -	
住所 _____ 携帯() -	
②氏名 _____ 続柄 _____ 電話() -	
住所 _____ 携帯() -	
③氏名 _____ 続柄 _____ 電話() -	
住所 _____ 携帯() -	

	在宅における状況	(特記事項)
疾病の状態 (主治医意見書等参照)	主病名 主症状 既往歴	(感染症、手術歴等)
食 事	自立・一部介助・介助・その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) 治療食(制限等)	
口腔ケア	自立・一部介助・介助・その他	
移 動	自立・一部介助・介助・その他 (見守り・手引き・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー)	(独自の方法・転倒危険)
入 浴	自立・一部介助・介助・不可(シャワー・清拭)	
排 泄	自立・一部介助・介助・その他	
夜間の状態	良眠・不穏(状態: _____) 眠薬の服用: 有・無	
服薬状況	自立・一部介助・介助・その他 内容(_____)	
生活歴・性格など		
日常生活の自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
他科の受診状況	①疾患名 _____ 病院名 _____ 診療科目 _____ 科 医師名 _____ ②疾患名 _____ 病院名 _____ 診療科目 _____ 科 医師名 _____ ③疾患名 _____ 病院名 _____ 診療科目 _____ 科 医師名 _____	
介護サービス利用状況 ・住宅環境 ・転帰先 ・留意事項	訪介(_____)週、訪看(_____)週、訪入(_____)週、訪リハ(_____)週、通所介護(_____)週、通所リハ(_____)週、ショートステイ(_____)月、その他(_____)	

* 上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先の関係者へ情報提供します。

3. 在宅療養者の服薬管理のあり方専門部会

1. 現状と課題

① 多職種連携による服薬管理について

- ・平成 27 年 10 月に国が策定した「患者のための薬局ビジョン」におけるかかりつけ薬剤師・薬局の機能として、薬剤管理を通じた医療機関等との連携が明記されている。
- ・在宅療養患者の服薬については、医療従事者のみならず、介護サービス事業者も患者への声かけや服薬準備等の支援を行っている。
- ・病院退院時は退院時カンファレンスにより関係者間で服薬情報を共有している。

→ (課題)

- 1) 在宅療養患者の薬剤情報（副作用含む）を多職種で共有できず、適切な服薬支援につながっていない。
- 2) 薬剤師が地域包括ケアを推進する専門職の一員であることに対する関係機関の認識が不十分である。
- 3) 病院薬局と開業薬局で入院中の服薬情報を共有するためのツールがなく、薬薬連携ができていない。また、在宅医にも服薬情報が十分に伝わっていない可能性がある。

② お薬手帳による服薬情報の一元化について

- ・お薬手帳（冊子）は平成 12 年に導入され、薬剤服用歴管理指導料の一部として報酬算定が可能となった。また、平成 28 年の診療報酬改定により、電子お薬手帳も報酬算定が可能となっている。
- ・平成 27 年 6 月に市薬剤師会、ソニー株式会社、本市の三者で「電子お薬手帳による市民の健康増進に関する協定」を締結した。ソニー株式会社開発の電子お薬手帳は、約 25,000 人の市民に利用されている（平成 28 年 3 月時点）。
- ・電子お薬手帳は各社が開発しており、それらが相互閲覧できるしくみが構築されている。

→ (課題)

- 1) 紙のお薬手帳は、受診時および薬剤処方時に本人が持参する必要があるが、持参し忘れる等有効に活用できていない。
- 2) 紙のお薬手帳は、記載形式が統一されていない、本人が手帳を所有している時しか閲覧できない、手帳を複数所有しているケースがある（医療機関毎に分けて使用するなど）等、薬剤の一元管理につながりにくい。

- 3) 複数の診療科受診者では、多剤投与や重複投与となっているケースが見受けられる。
- 4) お薬手帳の活用により、市販薬や漢方薬、サプリメントに関する情報管理が可能となるが、処方薬以外での活用はすすんでいない。
- 5) 電子お薬手帳 (harmo) は市内薬局の約 3 割に導入されており、徐々に利用薬局が増加している。しかし、医療機関の利用には至らず、医薬関係者で必要な情報を共有化できるツールとして活用できていない。

参考：電子お薬手帳 harmo 利用状況（平成 29 年 4 月現在）

	東灘	灘	中央	兵庫	北	長田	須磨	垂水	西	合計
薬局数*	86	75	109	70	77	45	60	87	57	666
電子お薬手帳利用薬局数	20	14	18	32	8	14	5	51	18	180
加盟率 (%)	22	18	17	45	10	30	9	63	31	27

累計利用者数(月末) 29,853 人

※ 市薬剤師会加入薬局数（平成 29 年 5 月現在）

③ 在宅療養における薬局・薬剤師の役割について

- ・「薬局ビジョン」では、患者・住民が薬物療法等に関して安心して相談でき、最適な薬物療法を受けられるような薬剤師・薬局のあり方を目指している。
- ・市薬剤師会において、かかりつけ薬局・薬剤師の周知啓発のため、薬局等でリーフレットを配布している他、県薬剤師会 HP を活用し、在宅対応可能な薬局一覧を掲載している。

→ (課題)

- 1) 「かかりつけ薬剤師・薬局」という意識が市民に浸透しておらず、受診する診療所等ごとに異なる複数の薬局での処方が多くなっている。
- 2) 薬局・薬剤師の役割に対する関係者の理解が十分に得られていない。

2. 専門部会での主な検討内容

① 服薬管理について

- ・地域包括ケア体制の中で、今後さらに増加する在宅療養者に対する適切な服薬支援を行うために、かかりつけ薬局・薬剤師と病院薬剤師等ならびの地域の医療・看護・介護関係者とが連携して、患者本位かつ地域資源の効率的活用による服薬支援体制のあり方について検討・提言する。

- ・医師、薬剤師、患者がコミュニケーションを取りながら薬剤を選択し、患者が理解して服薬治療に参加できる方策について検討する。

② お薬手帳の効果的な活用について

- ・患者の服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を実施できる体制を目指し、電子お薬手帳の普及と可能性や課題等について意見交換する。

3. スケジュール（予定） ※他の会議との連携・調整要

- ・平成 29 年 11 月 第 1 回専門部会

在宅療養者の服薬管理に関する取り組みについて（服薬管理における課題の共有）

- ・平成 30 年 1 月 第 2 回専門部会

在宅療養者の服薬管理に関する取り組みについて（役割と連携等）

電子お薬手帳の効果的な活用について

- ・平成 30 年 3 月 第 3 回専門部会

望ましい服薬管理の実現に向けて

4. 委員

座長：神戸市立医療センター中央市民病院 薬剤部長 橋田 亨

神戸市薬剤師会 常務理事 小塚 ひとみ

神戸市薬剤師会 山本 智史

神戸市医師会 奥知 博志

神戸市歯科医師会 高齢者福祉委員会 副委員長 登利 佳央

神戸市民間病院協会 監事 古瀬 繁

兵庫県看護協会 神戸東部支部窓口担当者委員 田中 明子

兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 加藤 美奈子

神戸市ケアマネジャー連絡会 常任理事 山田 恵美子

兵庫県社会福祉士会 高齢者・障害者虐待対応委員会委員 段 真奈美

兵庫県介護福祉士会 運営協力委員 林 洋子

5. 事務局

健康部 健康政策課

保健所 予防衛生課

健康サポート機能

健康サポート
薬局

- ☆ 国民の**病気の予防**や**健康サポート**に貢献
 - ・要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

- ☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
 - ・専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握

- ☆ **副作用や効果**の継続的な確認
- ☆ **多剤・重複投薬**や**相互作用の防止**
- ICT(電子版お薬手帳等)を活用し、
 - ・患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
 - ・一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
 - ・**24時間**の対応
 - ・**在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
- ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

☆ 疑義照会・
処方提案

☆ 副作用・服薬状況
のフィードバック

・医療情報連携ネット
ワークでの情報共有

☆ 医薬品等に関する相談や
健康相談への対応
☆ 医療機関への受診勧奨

ICTを活用した服薬情報の一元的・継続的把握

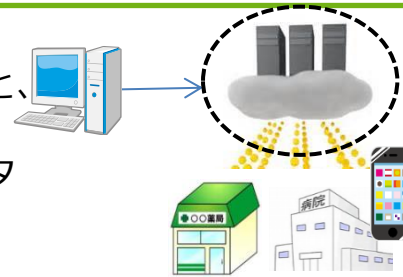
電子版お薬手帳の意義

- お薬手帳は、**患者の服用歴を記載し、経時的に管理**するもの。**患者自らの健康管理**に役立つほか、医師・薬剤師が確認することで、**相互作用防止や副作用回避**に資する。
- 紙のお薬手帳に比べた**電子版お薬手帳のメリット**
 - ①携帯電話やスマートフォンを活用するため、**携帯性が高く、受診時にも忘れにくい**。
 - ②データの**保存容量が大きい**ため、**長期にわたる服用歴の管理**が可能。
 - ③服用歴以外に、システム独自に**運動の記録や健診履歴等健康に関する情報も管理**可能。

【スマホ型】
患者が薬剤情報
提供書に表示さ
れているQR
コードを撮影し
て取り込む



【クラウド型】
患者同意のもと、
薬局から直接
サーバにデータ
を保管



※どの薬局の情報でも記録できるよう、平成24年に保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）が標準データフォーマットを策定

普及のための方策

～ バラバラから一つへ～

- **一つのお薬手帳で過去の服用歴を一覧できる仕組み**を構築するとともに、異なるシステムが利用される下でも、**全国の医薬関係者で必要な情報が共有化**できるようにする。
- 医療情報連携ネットワークの普及で、将来、**ネットワーク上の情報の一部を患者が手帳として携行**することも想定。今後を見据え、**データフォーマットの統一化**などの整備を図る。

電子お薬手帳 harmo

ソニーの電子お薬手帳 harmo (ハルモ) 4つの特徴

1 高齢者でも使える



交通系ICカードと
同じ技術でタッチするだけ！
スマホがあればより便利！

・手帳参照
・アラームetc.

2 医師・薬剤師に伝わる



スマホは渡したくない！
薬局のタブレットに表示

3 災害時の信頼性



手元でなくなっても
クラウドから回復！



4 個人情報への配慮



データはクラウドに
氏名、生年月日は
カードに

分離！

電子お薬手帳 harmo

お薬手帳が何冊もあって
管理が大変

子どもや親が飲んでいた薬を
すぐに確認したい

お薬手帳を
なくしてしまった

harmoなら

カード1枚で
お薬の履歴を簡単に管理。
カード型なので
持ち運びも便利！



スマートフォンをお持ちなら、
お子様や離れて住むご両親など、
ご家族全員のお薬の履歴を
まとめて管理！



お薬の履歴は
harmoデータセンターで安全に保管。
カードやスマートフォンをなくしても、
データは失われません！



4. 看取り支援専門部会

1 現状と課題

① 国の状況

- ・国の調査によると、「治る見込みがない病気になった場合に最期を迎えたい場所」について、半数以上の国民が「自宅」を希望しているが、実際に自宅で死亡する者の割合は約 1 割である。
- ・介護保険施設等における看取りに関しては、特別養護老人ホームの場合、より要介護度が高い入所者の割合が増えており、看取りを行うケースは増えている。しかし、入所者を医療機関に搬送しているケースもある。介護老人保健施設は、在宅復帰を目的とした施設であるが、ターミナルケアを提供しているところもあり、介護付き有料老人ホームでも看取りが行われている。
- ・平成 19 年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が策定されたが、医師の約 34%、看護師の約 41%、介護職員の約 50%が、ガイドラインを知らないと回答している。
- ・終末期医療（疼痛緩和、中心静脈栄養、人工呼吸器の使用等の延命治療）について、家族と全く話し合ったことがないと回答した国民は約 6 割である。
- ・諸外国では、終末期医療に関する患者の自己決定を尊重する法が制定されているが、日本では法制化されていない。

② 他団体、他都市の状況

- ・京都府では、「私の医療に対する希望」という府民講座を開催し、医師と市民のワークショップ形式で人生最期の過ごし方について考える取り組みを行っている。
- ・京都市が「終活」というタイトルで人生の終末期に向けての備えを啓発するリーフレットや「終末期医療に関する事前指示書」を作成している。

③ 神戸市の状況

- ・国の推計によると、2025 年（平成 37 年）には年間死亡者数が 2015 年（平成 27 年）の約 1.3 倍になると見込まれている。神戸市の 2015 年（平成 27 年）の年間死亡者数が 15,168 人であるため、2025 年には約 20,000 人が死亡すると推測される。
- ・平成 26 年の人口動態調査に基づく死亡場所調査（厚生労働省調査）によると、年間 14,830 人の死亡者に対して、自宅死（病死、自然死）：2,432 人（16.4%）となっている。
- ・平成 28 年の「健康とくらしの調査」によると、最期を迎えたい場所で『自宅』と回答した人は 29.6%であり、『何かしらの施設』と回答した人は 39.9%であった。
- ・最期を迎えたい場所で『何かしらの施設』と回答した人の 59.2%が、家族の介護負担の心配をその理由として挙げている。
- ・神戸大学医学部では、平成 28 年度から厚生労働省からの委託により、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に基づく「意思決定支援教育プログラム」を用いて、全国 12 箇所医療機関を対象にした研修会を実施している。

→（課題）

- 1）終末期医療（緩和ケアを含む）に携わっている医療・介護関係機関の現状や、それらの

機関が抱えている課題やニーズを十分に把握できていない。

2) 神戸市では、終末期医療に関する市民啓発などの取り組みをこれまで実施していない。

2 専門部会での主な検討内容

① 終末期医療に携わる医療・介護関係機関の現状把握と施策の検討

課題やニーズを把握するための実態調査と調査結果を踏まえた具体的施策の検討

- ・在宅や介護保険施設等における看取りの推進について
- ・医療機関における看取りのあり方について

② 終末期医療に関する市民啓発のあり方

「アドバンス・ケア・プランニング」（自分がどのような医療を受けたいか、あるいは受けたくないのか、どこで人生の最期を過ごしたいかなど、医療・介護の専門家から必要なサポートを受けながら、家族も交えて希望や考えを明らかにしていくための話し合い）や「リビングウィル」（生前の意思表示。延命措置などについての意思を事前指示書に残しておくこと）についての市民啓発のあり方の検討（他都市の事例を参考に）

※ 在宅での看取りを希望する人にとって具体的にどのようなことが必要なのかを本専門部会で検討することとし、健康創造都市 KOBE 推進会議と住み分けをする。

3 スケジュール

平成 29 年 10 月頃 第 1 回

終末期医療に携わる医療介護関係機関の実態調査について

平成 29 年 12 月頃 第 2 回

終末期医療に携わる医療介護関係機関の実態調査の中間報告について

神戸大学医学部の厚生労働省委託事業に関する取り組みについて

平成 30 年 2 月頃 第 3 回

終末期医療に携わる医療介護関係機関の実態調査の結果報告と施策の検討について

4 委員

座長：神戸市医師会 理事 中村 治正

神戸市医師会 松岡 泰夫

神戸市歯科医師会 高齢者福祉委員会 橋本 猛央

神戸市薬剤師会 理事 高見 良子

神戸市民間病院協会 理事 前田 雅道

兵庫県看護協会 大路 貴子

兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 松本 京子

神戸市ケアマネジャー連絡会 副代表理事 河井 眞知子

神戸市老人福祉施設連盟 重光 雄明

神戸介護老人保健施設協会 堤 裕紀恵

※ただし、検討議題にあわせて適宜メンバーの見直しを行う。

5. 事務局 健康部 地域医療課

人生の終末期に向けての備えに関する

相談機関のご案内

終活に関する一般的なこと **無料**

京都市長寿すこやかセンター ☎ 075-354-8741

死後事務委任契約や遺言・相続等に関すること

京都弁護士会 ☎ 075-231-2378

京都司法書士会 ☎ 075-255-2566

公正証書の作成手続きに関すること

京都公証人合同役場 ☎ 075-231-4338

エンディング・ノートに関すること

公益財団法人京都SKYセンター ☎ 075-241-0226

京都市長寿すこやかセンター

(運営 社会福祉法人京都市社会福祉協議会)

受付時間 月～土 午前9時～午後9時
日・祝 午前9時～午後4時30分

※毎月第3火曜日(祝日の場合は翌日)及び年末年始(12/29～1/4)休み

☎ **075-354-8741**

FAX 075-354-8742

MAIL sukoyaka.info@hitomachi-kyoto.jp

URL <http://sukoyaka.hitomachi-kyoto.jp/>

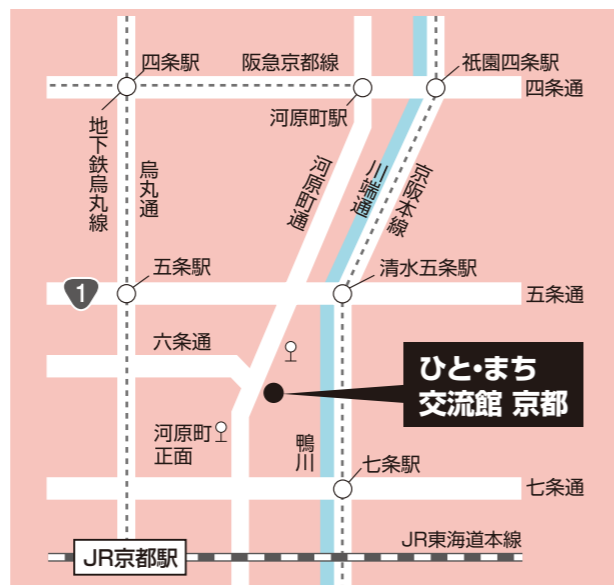


京都市バス **4・17・205** 系統
「河原町正面」下車すぐ



京都市営地下鉄 烏丸線「五条」
下車徒歩約10分

京阪電車 「清水五条」下車徒歩約8分



〒600-8127
京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町83番地の1
「ひと・まち交流館 京都」4階

このリーフレットは、次の関係機関のご協力を得て、作成しています。

京都弁護士会 / 京都司法書士会 / 京都公証人合同役場 / 京都地域包括ケア推進機構 / 国立長寿医療研究センター

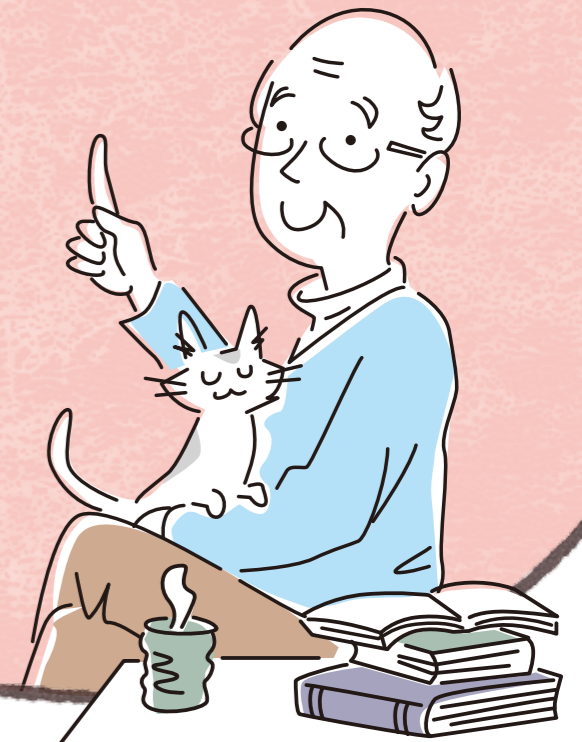
平成 29年 3月発行

最期まであなたらしくあるため
今から“もしものとき”のこと
考えておきませんか

しゅうかつ

終活

人生の終末期に向けての備え



老いや死は誰も避けることはできません。

例えば、病気で意識が戻らず、治療しても回復の見込みがなくなったとき、あなたはどのような医療を受けたいですか？

例えば、あなたが亡くなったとき、葬儀や埋葬、財産や遺品の整理はどのようにしてほしいですか？

「もしものとき」にあなた自身の意思が確認できないと、あなたのご家族や親しい人は、とても迷うことになります。迷い、悩みながら、さまざまな難しい、辛い決断をしなければなりません。

人生の終末期のこと、亡くなってからのこと。

元気なうちに考え、相談し、あなたの意思を書き留めておくこと、あなた自身の安心と、ご家族の負担の軽減につながります。

「まだまだ先のこと」「もう少ししてから」ではなく、今から、ご家族や親しい人と一緒に考えておきましょう。

京都市長寿すこやかセンター

あなたが“もしものとき”、 どのような医療を受けたいですか？

終末期^{※1}を迎えたとき、
人工呼吸器^{※2}や
人工栄養法^{※3}による
延命治療を希望しますか？

※1 生命維持処置を行わなければ、比較的短期間で死に至るであろう、不治で回復不能の状態のこと
※2 器官に通した管に機械を取り付けて呼吸を助ける装置のこと
※3 おなかや鼻から管を入れて栄養を補給する方法のこと

理想は、医師から延命治療について十分な説明を受け、ご家族や親しい人と相談し、どのような医療を受けるか・受けたくないかを自分で選択することです。

しかし、意識のない状態であったり、重度の認知機能の低下により、あなた自身では判断できない状態になることもあります。このような状態になってしまったときには、ご家族に延命治療の判断が求められます。

もし、延命治療についてどう考えるかを、元気なうちに考え、ご家族や親しい人と話し合っ、ある程度の方向性を決めておくことができれば、あなた自身の安心とご家族の負担の軽減につながります。

あなたが亡くなったとき、 葬儀や財産等はどうしてほしいですか？

亡くなった後、誰にどんな葬儀を
してほしいですか？
あなたの財産を
どうしてほしいですか？

あなたが亡くなると、ご家族や親しい人は、悲しみの中にあるにもかかわらず、さまざまな手続きを求められます。


葬儀の主宰者、方法、場所、参列者、また自宅等の財産の取扱いについてなど、あなたの意思が表明されていれば、あなたを見送るご家族などの大きな助けになります。


意思表示の方法


事前指示書

事前指示書は、あなたが終末期を迎えたときに、受けたい・受けたくない医療について、あなたの意思を書面にして残しておく方法です。事前指示書に法的拘束力はありませんが、厚生労働省等のガイドライン等に従い、医療関係者によって尊重してもらうことができます。

- 事前指示書には決まった様式はありません。手書きでも、ワープロで作成したものでも構いませんが、記載日と署名は直筆にしておきましょう。
- 事前指示書には、自分で分からないことや決められないことは書かなくても構いません。
- 事前指示書の内容は、いつでも修正・撤回できます。また、定期的に見直すことも重要です。変更したときは、その日付を必ず記入しておきましょう。
- 事前指示書を作成するときは、医師やご家族、親しい人と相談のうえで行うとともに、その存在を、医師やご家族、親しい人と共有しておくことも重要です。

 このリーフレットには、参考の一つとしていただくため、国立長寿医療研究センターの事前指示書を基に作成した「[終末期医療に関する事前指示書](#)」をさんでいますので、それを活用していただいても構いません。なお、同センターでは、専門職の方が、本人の意思判断能力を確認のうえ、事前指示書に記された項目について本人の希望を確認しながら、作成支援されています。

 事前指示書を作成するときは、京都地域包括ケア推進機構のリーフレット「[考えてみましょう「人生の終い支度」と医療](#)」もご参照ください。

 公正証書によって意思表示を行い、医療機関に提示する方法もあります。詳しくは、京都公証人合同役場等にお尋ねください。

意思表示の方法

遺言

遺言は、死後、法的効力を発生させる目的で、生前の意思を書き留めておく方法です。

- 法的効力が認められる事項は、相続分や遺産相続分割方法の指定、遺言執行者の指定、祖先の祭祀主宰者の指定、保険金受取人の変更等です。
- 葬儀の主宰者を指定することに法的効力は認められますが、葬儀の方法に法的効力は認められません。

代表的な遺言方式

	自筆証書遺言	公正証書遺言
作成者	遺言者本人	遺言者本人が口述したものを公証人が筆記
証人の立会い	不要	2人必要
費用	不要	必要(作成手数料等)

※民法に規定する方式により作成しなければ、法的効力は発生しないため、あらかじめ専門家に相談し、必要な助言を受けてから作成することをお勧めします。なお、費用はかかりますが、法的効力の面では、公正証書遺言が最も安全な遺言方法であるといえます。

※遺言の方式は、これ以外にも複数あります。詳細については、京都市長寿すこやかセンター等にご相談ください。

意思表示の方法

死後事務委任契約

- 第三者(個人・法人)に、死後の諸手続き、葬儀、納骨、埋葬に関する事務等についての代理権を付与することにより、死後事務を委任する契約です。
- あくまで、死後の事務手続きについての契約ですので、財産の承継(誰に相続させるか)等の指定は、遺言の中で行う必要があります。

意思表示の方法

エンディング・ノート

- 自分の人生の最期に備えて、医療・介護、葬儀や財産処分等についての自分の希望や意思を書面で示す方法です。
- 法的効力はなく、決まった様式もありません。
- 書店等で市販されていますが、京都府・京都市が出資する公益財団法人京都SKYセンターでも有償(1冊500円)頒布しています。

終末期医療に関する事前指示書

※ 終末期とは「生命維持処置を行わなければ、比較的短期間で死に至るであろう、不治で回復不能の状態」のことです。

作成日 _____年 _____月 _____日

作成者 _____

- 項目ごとにあなたの意思に沿った内容を書いておきましょう。なお、分からないことや決められないことは書かなくても構いません。
- 書いた内容はいつでも修正・撤回できます。また、定期的に見直すことも重要です。変更したときは、その日付を必ず記入しておきましょう。
- 作成するときは、医師やご家族、親しい人と相談のうえで行うとともに、この書面の存在を、医師やご家族、親しい人と共有しておきましょう。

1 基本的な希望（希望の選択肢にチェック☑してください。）

(1) 痛みなど

- できるだけ抑えてほしい（ 必要なら鎮静剤を使ってもよい）
- 自然のままでいたい
- その他（ _____ ）

(2) 終末期を迎える場所

- 病院 自宅 施設 病状に応じて
- その他（ _____ ）

(3) 上記以外の基本的な希望（自由にご記入ください。）

--

2 終末期になったときの希望（希望の選択肢にチェック☑してください。）

(1) 心臓マッサージなどの心肺蘇生法

- 希望する 希望しない その他（ _____ ）

(2) 延命のための人工呼吸器

- 希望する 希望しない その他（ _____ ）

(3) 抗生物質の強力な使用

- 希望する 希望しない その他（ _____ ）

(4) 胃ろうによる栄養補給

- 希望する 希望しない その他（ _____ ）

(5) 鼻チューブによる栄養補給

- 希望する 希望しない その他（ _____ ）

(6) 点滴による水分の補給

- 希望する 希望しない その他（ _____ ）

(7) 上記以外の希望（自由にご記入ください。）

--

3 あなたが希望する医療について判断できなくなったとき、医師が相談すべき人

氏名		あなたとの関係	
連絡先			

※ この「終末期医療に関する事前指示書」は、国立長寿医療研究センターの「私の医療に対する希望（終末期になったとき）」を参考に作成したものです。

	説明
1 基本的な希望	<p>(1) 痛みなど</p> <ul style="list-style-type: none"> 強い鎮痛薬（麻薬系鎮痛薬等）で痛みを抑えると、意識が低下する場合があります。 鎮静剤を使うと、意識は低下するが、副作用で呼吸が抑えられることが多くあります。 「自然のままでいたい」とは、できるだけ自然な状態で死を迎えたい、したがって、ある程度痛みがあっても、強い薬で意識レベルを低下させることは避けてください、という希望です。
2 終末期になったときの希望	<p>(1) 心臓マッサージなどの心肺蘇生法</p> <ul style="list-style-type: none"> 心肺蘇生とは、死が迫ったときに行われる、心臓マッサージ、気管挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与等の医療行為をいいます。 心臓マッサージをすると、心臓が一時的に動き出すことがあります。 気管挿管の場合、必ずしもすぐに人工呼吸器を装着するわけではなく、多くの場合、手動のバック（アンビューバック）を連結して医療スタッフが呼吸補助をします。この行為により、一時的に呼吸が戻る場合があります。
	<p>(2) 延命のための人工呼吸器</p> <ul style="list-style-type: none"> 終末期の疾患の違いにより、装着後、死亡するまでの期間は異なります。
	<p>(3) 抗生物質の強力な使用</p> <ul style="list-style-type: none"> 感染症の合併があり、通常の抗生剤治療で改善しない場合、さらに強力に抗生物質を使用するかどうかの希望です。
	<p>(4) 胃ろうによる栄養補給</p> <ul style="list-style-type: none"> 事前に内視鏡と若干の器具を用い、局所麻酔下を開腹することなく、栄養補給のための胃ろうを作る手術（経皮内視鏡的胃ろう造設術）を受ける必要があります。鼻チューブよりも一般的に管理しやすい方法です。
	<p>(5) 鼻チューブによる栄養補給</p> <ul style="list-style-type: none"> 胃ろうや鼻チューブでは、常に栄養補給ができます。しかし、終末期の状態では、供給された栄養を十分に体内に取り入れることができないため、徐々に低栄養になります。また、栄養剤が食道から口の中に逆流して肺炎を合併することがあります。
	<p>(6) 点滴による水分の補給</p> <ul style="list-style-type: none"> すぐに重度の脱水にならないようにできます。栄養はほとんどなく、次第に低栄養が進行します。 このほかに、太い静脈に点滴チューブを通し、より多くの栄養を持続的に入れる高カロリー輸液（IVH）という方法がありますが、胃ろう・鼻チューブでの栄養補給のときと同様、終末期では徐々に低栄養になります。また、点滴チューブを介した感染症を起こすことがあります。

※ 医療行為について分からないことは、医師に相談するようにしてください。

医師（看護師、介護職員）票 案

問1 患者の意向を尊重した人生の最終段階における医療の充実のために、何が必要だと思いますか。

（複数回答）

- ① 医療従事者への教育・研修
- ② 患者・家族等への相談体制の充実
- ③ 疾病の有無に関わらず、人生の最終段階における医療について考えるための情報提供
- ④ 人生の最終段階について話し合った内容について、本人や家族等との共有の仕方
- ⑤ その他（ ）

※「ご家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人（知人、友人）を含みます。

問2 あなたは、担当される死が近い患者の医療・療養について、患者本人と十分な話し合いを行っていますか。（○は1つ）

※患者の意思が確認できない場合は、患者本人の意思に基づいて家族等と話し合っていますか。

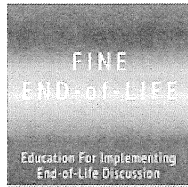
- ① 十分行っている
- ② 一応行っている
- ③ ほとんど行っていない
- ④ 人生の最終段階の患者に関わっていない

問2で「① 十分行っている」「② 一応行っている」と答えた方におたずねします。

問2-1 どのような内容を話し合っていますか。（複数回答可）

- ① 人生の最終段階の症状や行われる治療の内容や意向
- ② 人生の最終段階に過ごせる施設・サービスの情報
- ③ 本人の気がかりや意向
- ④ 本人の価値観や目標
- ⑤ その他（ ）

出典：厚生労働省 第1回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会



平成28年度 厚生労働省委託事業
人生の最終段階における医療体制整備事業
 Education For Implementing End-of-Life Discussion

「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」開催のご案内

●重要なお知らせ●

今年度の本事業研修会につきましては、応募を締め切りました。
 今回、定員をはるかに超えるご応募をいただきましたため、全開催回において選考を実施いたしました。
 第2期の選考結果は、**平成28年11月11日(金)**に、ご登録の「代表者メールアドレス」宛にお送りしております。
参加可の通知が届いている施設のみ、ご参加いただける研修会です。
 必ず事前にご確認いただきますよう、お願い申し上げます。
 選考結果が不明の場合は、本ページ最後に記載の事務局宛に、お電話またはメールでご連絡をお願いいたします。



目的と開催の経緯

この度、神戸大学医学部では、厚生労働省の委託を受け、平成28年度「人生の最終段階における医療体制整備事業」を実施することとなりました。人生の最終段階における医療については、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が家族や重要他者、医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として、進めることが重要とされています。このような動きから、平成19年度には、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が策定され、周知が図られていますが、医療従事者におけるガイドラインの認識度は十分とはいえず、人生の最終段階における医療にかかるより充実した体制整備が求められています。そのような背景から、本年度は、前年度までに本事業で開発された「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に基づいた「意思決定支援教育プログラム（E-FIELD：Education For Implementing End-of-Life Discussion）」を用いて、全国8ブロック、12か所において研修会を実施し、全国200の医療機関等で相談体制の整備を図ることを具体的な目標にすえました。

（昨年度までの事業内容及び研修プログラムにつきましては、国立長寿医療センター在宅連携医療部のホームページから情報を得られますので、ぜひご参照ください。<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/kensyu/index.html>）

開催要項			
研修名	平成28年度人生の最終段階における医療体制整備事業 患者の意向を尊重した意思決定のための研修会		
研修予定	開催都市	日程	会場
	①前橋（関東）	平成28年10月16日(日)	前橋赤十字病院 博愛館
	②京都（近畿）	平成28年11月3日(木・祝)	京都大学医学部
	③静岡（東海・北陸）	平成28年11月12日(土),13日(日) ※2日間	静岡県立総合病院
	④福岡（九州）	平成28年12月4日(日)	九州がんセンター
	⑤東京（関東）	平成28年12月11日(日)	東京医療センター
	⑥津（東海・北陸）	平成28年12月18日(日)	三重大学医学部
	⑦岡山（中四国）	平成29年1月22日(日)	岡山市地域ケア総合推進センター

平成28年度 厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」研修会

	⑧鹿児島（九州）	平成29年1月28日(土),29日(日) ※2日間	博愛会 相良病院
	⑨札幌（北海道）	平成29年2月5日(日)	市立札幌病院
	⑩仙台（東北）	平成29年2月11日(土・祝)	東北大学医学部
	⑪広島（中四国）	平成29年2月12日(日)	広島大学医学部
	⑫神戸（近畿）	平成29年2月19日(日)	神戸大学医学部
募集人数	1開催あたり約20施設、50名程度		
募集期間	第1期：（研修①～③対象）平成28年8月22日（月）～9月23日（金）正午 第2期：（研修④～⑫対象）平成28年9月26日（月）～11月4日（金）正午		
参加費	無料 ※昼食はご持参ください		

プログラム（1日研修タイプ）

開始	終了	時間	プログラム	主旨、構成内容
08:30	09:00	30	開 場	
09:00	09:10	10	イントロダクション	
09:10	09:40	30	講義 1	倫理的な問題を含む意思決定をどう進めるか？
09:40	10:30	50	講義 2	「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の解説
10:30	10:40	10	休 憩	
10:40	11:10	30	解説	
11:10	11:50	40	グループワーク 1	倫理的ジレンマが生じている事例の検討 1 患者の推定意思と情報の整理
11:50	12:30	40	グループワーク 2	倫理的ジレンマが生じている事例の検討 2 倫理的検討と推奨案の合意形成
12:30	13:10	40	昼 食	
13:10	13:40	30	講義 3	アドバンス・ケア・プランニング
13:40	15:00	80	ロールプレイ 1	もしも、のときについて話し合いを始める
15:00	15:15	15	休 憩	
15:15	15:55	40	ロールプレイ 2	代理決定者を選定する
15:55	16:10	15	休 憩	
16:10	16:50	40	ロールプレイ 3	治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する代理決定者の裁量権を尋ねる
16:50	17:25	35	グループワーク 3	患者・家族の意向を引き継ぐには
17:25	17:30	5	修了式	
17:30	17:45	15	事務連絡・アンケート記入・解散	

※プログラムは変更の可能性がございます。

1日研修タイプを選択された場合は、講義 4：臨床における倫理の基礎、講義 5：意思決定に関連する法的な知識等に関する事前学習課題の実施をお願いいたします。受講が決定された後に別途ご案内をさせていただく予定です。

平成28年度 厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」研修会

プログラム（2日研修タイプ）

1日目

開始	終了	時間	プログラム	主旨、構成内容
13:00	13:30	30	開場	
13:30	13:40	10	OR・事務連絡	
13:40	13:50	10	アンケート記入	
13:50	14:50	60	講義 4	臨床における倫理の基礎
14:50	15:00	10		休憩
15:00	15:50	50	講義 5	意思決定に関連する法的な知識
15:50	16:00	10		休憩
16:00	16:30	30	講義 1	倫理的な問題を含む意思決定をどう進めるか？
16:30	17:15	45	講義 2	「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の解説
17:15	17:25	10		休憩
17:25	18:25	60	スモールグループ ディスカッション	多職種カンファレンスを効果的に行うには
18:25	18:30	5	事務連絡	

2日目

開始	終了	時間	プログラム	主旨、構成内容
08:50	09:00	10	事務連絡	
09:00	09:50	50	講義 3	アドバンス・ケア・プランニングとは
09:50	10:00	10		休憩
10:00	11:15	75	ロールプレイ 1	もしも、のときについて話し合いを始める
11:15	12:00	45	ロールプレイ 2	代理決定者を選定する
12:00	13:00	60		昼食
13:00	14:15	75	ロールプレイ 3	治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する代理決定者の裁量権を尋ねる
14:15	14:30	15		休憩
14:30	15:00	30	講義 5	患者・家族の意向を引き継ぐには
15:00	15:30	30	スモールグループ ディスカッション	明日への課題
15:30	15:45	15	修了式	
15:45	16:00	15		事務連絡・アンケート記入・解散

※プログラムは変更の可能性がございます。

参加資格

以下の条件を満たす医療機関（必ず施設単位で応募すること）

1. 各施設において、人生の最終段階における医療に関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム（2名以上4名以下）で参加できること
2. 上記の各医療従事者は、原則として、研修会受講時点において、人生の最終段階における医療に携わる医療従事者としての経験が3年以上あるもの
3. 研修修了後、本事業に協力し、各施設において「人生の最終段階における患者の意向を尊重した意思決定支援」を実践すること
4. 本事業にかかる調査や研究に協力できること
5. 研修会を修了したことについて、厚生労働省、都道府県担当課へ氏名および所属の報告をすることに同意できること

※注：診療所、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設が連携し、多職種チームとして参加することが可能です。
その際は、代表者の所属施設を施設名としてお申し込みください。

申込方法

※第1期申し込みは9月23日(金)正午に、第2期申込は11月4日(金)正午に締め切りました。

【申込期限】

第1期：（研修①～③対象）平成28年8月22日（月）～9月23日（金）正午

第2期：（研修④～⑯対象）平成28年9月26日（月）～11月4日（金）正午

※定員を超える場合は厳正に選考いたします。

なお、選考にあたっては開催される地域に所在する医療機関からの申し込みを優先させていただきます。

【費用】

無料。ただし、会場までの交通費や宿泊費は自己負担とさせていただきます。

昼食や茶菓は提供されませんので各自持参ください。

■研修内容に関するお問い合わせ

木澤 義之

神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 先端緩和医療学分野

〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町7丁目5番1号

TEL：078-382-5111（大代表） E-mail: kizawa-ysyk@umin.org

■お申し込みに関するお問い合わせ

事務局（オスカー・ジャパン株式会社内）

〒181-0013 東京都三鷹市下連雀3-35-1 ネオ・シティ三鷹

TEL：0422-24-6813（平日10時～12時、13時～16時）

E-mail: eol-kenshu@oscar-japan.com



HOME 診療内容・医師のご案内

➔ 緩和支援治療科について

➔ 診療内容・医師のご案内

診療内容

医師・スタッフ紹介

➔ 診療日・予約のご案内

▶ 神戸大学附属病院

▶ Facebook



▶ 緩和ケアチーム

▶ がんプロフェッショナル
養成プラン

診療内容・医師のご案内

診療内容

附属病院緩和支援治療科の概要

生命の危機に直面する疾患にかかった時、人はどのような苦痛を持つでしょうか。想像してみてください。体の痛みやつらさ、気持ちのつらさ、生活の危機、金銭面での心配、家族の負担に対する心配、様々なことが頭に浮かぶだろうと思います。また、自分の人生が終わってしまふかもしれないという危機にあたり、人生や生き方についても様々な苦悩がわきあがることによく見られます。現代医学は素晴らしい進歩を遂げ、多くの難治性疾患の治療法が開発され、平均余命は延長しております。その一方で、疾患を持って療養する患者の数は高齢化・多死社会を迎え、さらに増加しつつあり、その数は年間300万人以上であると推計されています。特にがん医療においては、療養生活の質を向上させることの重要性が重点的に取り組む課題として取り上げられ、早期から終末期に至るまで緩和ケアを切れ目なく提供する体制を整備することが求められています。緩和支援治療科では、以下の5項目をモットーとして診療を行ってまいります。：1) 外来・入院治療においてがん患者さんのもつこころとからだの苦痛をスクリーニングし、対応が必要な苦痛に早期から終末期に至るまで継続的に対処すること、2) 腫瘍医の外来・入院診療を苦痛の緩和と治療・療養に関する決定支援（患者家族が望んだ場所で適切な療養生活をおくることができること）の両面からサポートすること、3) がんの治療と並行して苦痛の緩和を行い、治療によって生じる苦痛にも対応すること、4) 年齢と性別を問わずに診療を行うこと、5) 非がん疾患の緩和ケアにも積極的に取り組むこと。

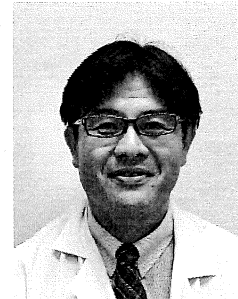
詳細については附属病院緩和ケアチームのホームページもご参照ください。

<http://www.hosp.kobe-u.ac.jp/oncol/effort/ease/index.html>

医師・スタッフ紹介

木澤 義之 特命教授

神戸大学医学部附属病院 緩和支援治療科
特命教授



経歴

- 1991年 筑波大学医学専門学群卒業
- 1991年 医療法人財団 河北総合病院 内科研修医
- 1994年 筑波大学附属病院総合医コースレジデント
- 1997年 国立がんセンター東病院研修医（緩和ケア病棟）
- 1998年 筑波メディカルセンター病院医師（総合診療科）
- 2000年 筑波メディカルセンター病院診療科長（総合診療科）、緩和ケア病棟担当医師
- 2003年 筑波大学臨床医学系講師、筑波大学附属病院医療福祉支援センター副センター長
- 2005年 筑波大学附属病院緩和ケアセンター副センター長併任
- 2013年3月 神戸大学大学院医学研究科内科学講座先端緩和医療学分野特命教授
- 2017年4月 神戸大学医学部附属病院 緩和支援治療科特命教授

資格

日本内科学会総合内科専門医
日本緩和医療学会暫定指導医

一言

生活者の視点を持って、困難に直面する患者と家族のQOLを少しでも高められるよう、ともに学びあい、実践してゆける仲間を募集しています。