

在宅医療・救急医療連携推進パイロット事業  
総括報告書

令和5年4月

新潟市在宅医療・救急医療連携ワーキンググループ

# 在宅医療・救急医療連携推進パイロット事業 総括報告書

## 目次

はじめに

- 1 在宅医療・救急医療連携推進パイロット事業について . . . P2
- 2 在宅医療・救急医療連携ワーキンググループについて . . . P2
- 3 事業実績 . . . P4
  - (1) にいがた救急連携シート作成・運用
  - (2) ACP 市民講座
  - (3) 専門職向け意思決定支援研修会
- 4 事業評価（事業成果と課題） . . . P10
- 5 在宅医療・救急医療推進に向けた今後の取組みへの提言 . . . P13

## 資料集

資料1 . . . 在宅医療・救急医療連携セミナー（厚生労働省主催）

資料2 . . . 救急隊へのアンケート・関係機関へのヒアリングまとめ

資料3 . . . にいがた救急連携シート

資料4 . . . 高齢者施設への協力依頼およびヒアリングまとめ

資料5 . . . にいがた救急連携シートガイドライン・活用の手引き

資料6 . . . ACPに関する市民啓発

資料7 . . . 意思決定支援研修会

参考資料1 . . . R1～R4年度 在宅医療・救急医療連携推進パイロット事業 主な取組み

参考資料2 . . . 西消防署用にないがた救急連携シート（SWAN ネット QQ）評価シート

参考資料3 . . . 市報にないがた 2021.10.17号

参考資料4 . . . 救急シート運用に関する協力依頼文書

参考資料5 . . . 新潟市医師会報 2022.9月号

参考資料6 . . . 西区だより 2023.2.5号

参考資料7 . . . にいがた救急連携シート啓発ポスター・チラシ

## はじめに

高齢化が進む中、医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に向け、個人の尊厳や意思が尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備が求められている。国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階における医療等について、家族と話し合いを行っていない状況がある。このことから、今後ますます本人の意思に反した医療が増加することが懸念されている。国ではこの現状を危惧し、患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルール策定支援のためのセミナーを開催している。**資料 1**

新潟市は平成 30 年度のセミナーに参加し、見識を深め、平成 31 年 5 月に既存の「新潟市在宅医療・介護連携推進協議会」の一部会として「在宅医療・救急医療ワーキンググループ」を設置し、在宅療養患者の意思を共有するための連携構築、共有の仕組みづくりなどについて協議を行った。

この協議により、普段から、地域の医療・介護の関係者が、高齢者本人や家族と、治療や過ごし方に関する希望について話し合い、それを関係者で共有するとともに、本人の医療情報や ADL のみならず、本人の意思や家族の希望等、今後の治療や療養に関わる本人の意向について話し合った内容を「にいがた救急連携シート」という形で記録に残し、このシートを救急隊や救急病院と共有することで、いざという時に、円滑で適切な救急対応ができるような環境を整備することを目的に、西区でそれを検証するための事業（新潟市在宅医療・救急医療連携推進パイロット事業）を行う方針とした。

本事業の実施期間である令和 2 年度から令和 4 年度は、新型コロナウイルス感染症の流行時期と重なり、感染状況を見ながら業務を進めざるを得なかったことから進捗に遅れが生じたこと、また、協力機関においても非常に負荷のかかる業務が強いられた時期でもあり、本事業の運用に多大な影響があったことは否めない。しかしながら、そのような状況でも取り組みを一定程度進めてきたことで課題が見え、今後のよりよい事業展開につなげられるものと考えている。

本報告書では、令和 2 年度から令和 4 年度に行ったパイロット事業について、これまでの事業の実施状況および成果、および今後の方向性等についてとりまとめたものである。

## 1 新潟市在宅医療・救急医療連携パイロット事業について

### (1) 目的

高齢化の進展に伴い今後も増え続ける救急搬送需要に対応するため、「にいがた救急連携シート」を作成し、救急時に本人、家族、救急隊、医療ケアチームと共有・活用することで、円滑な救急搬送につなげる。あわせて、普段から治療やケア、過ごし方に関する希望を家族などと共有しておくことの大切さについて、理解と実践を促し、本人の意思が尊重されやすい医療提供体制の強化につなげる。

### (2) 事業内容

- ①にいがた救急連携シート作成・運用
- ②ACP 市民講座
- ③専門職向け意思決定支援研修会

## 2 新潟市在宅医療・救急医療連携ワーキンググループについて

### (1) 協議事項

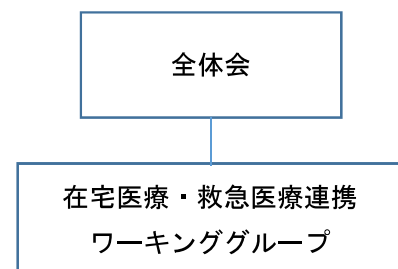
- ・在宅療養患者の意思を共有するための関係機関の連携構築、共有の仕組み（連携ルール）づくりに向けた検討
- ・ACP の普及啓発に向けた検討

### (2) 委員

- 横田 樹也（医師 /新潟市医師会理事/横田内科医院院長）（座長）  
阿部 葉子（MSW・ケアマネジャー /在宅ケアクリニック川岸町）  
斎川 克之（社会福祉士 /新潟市医師会地域医療推進室室長）  
村上 宏（救急救命士 /新潟市消防局課長補佐）  
原田 宏一（弁護士 /新潟県弁護士会）  
広瀬 保夫（医師 /新潟市民病院救命救急・循環器病・脳卒中センター長）  
宮崎 則男（介護福祉士 /新潟県介護福祉士会）

### (3) 会議体系

在宅医療・介護連携推進協議会（H27年度5月設置）に  
R1年5月24日、ワーキンググループとして設置





(4) 開催状況

回	開催日	開催形態	主な議事
1	R1. 5. 24	集合	令和元年度第1回 (1) ワーキング設置の目的、スケジュールの確認 (2) 高齢者救急搬送の現状把握、課題抽出の方法
2	R1. 7. 29	集合	令和元年度第2回 (1) 市社協、高齢者施設、救急病院、市消防局へのヒアリング報告 (2) 情報共有シート（ツール）の内容・運用方法 (3) モデルエリアの決定・進め方
3	R1. 10. 1	集合	令和元年度第3回 (1) モデルエリア、情報共有シート（ツール）の対象者 (2) 情報共有シートの内容 (3) きらりん緊急キットとの関連
4	R2. 1. 29	集合	令和元年度第4回 (1) 救急連携シートの登録対象者・シートの内容 (2) 事業全体のスケジュール
5	R2. 6. 2	ハイブリッド	令和2年度第1回 (1) 救急連携シートの登録対象者・協力機関 (2) シートの仕様・運用
6	R2. 11. 10	WEB	令和2年度第2回 (1) 病院・介護老人保健施設への協力依頼・ヒアリングの結果報告 (2) ACP 市民啓発・専門職研修の進め方
7	R3. 2. 22	WEB	令和2年度第3回 (1) SWAN ネット活用したシート運用 (2) にいがた QQ 連携シートの運用 (3) 専門職向け意思決定支援研修会の実施内容
8	R3. 7. 1	WEB	令和3年度第1回 (1) 施設・病院への協力依頼・ヒアリング結果 (2) 専門職向け ACP 研修会報告
9	R3. 12. 10	ハイブリッド	令和3年度第2回 (1) 運用開始後の施設との情報交換会報告 (2) 病院におけるシート活用フロー (3) 救急隊への事業説明結果報告および評価シート内容
10	R4. 2. 21	WEB	令和3年度第3回 (1) ACP 市民講座報告 (2) 専門職向け意思決定支援研修会報告 (3) シート利用促進に向けた方策
11	R4. 6. 23	WEB	令和4年度第1回 (1) 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターアンケート結果 (2) 事業進捗状況報告・課題への対応策
12	R4. 10. 28	WEB	令和4年度第2回 (1) SWAN ネット無償導入 (2) シート利用促進に向けた協力機関の拡大とシート内容の見直し (3) 次年度以降の事業展開
13	R5. 2. 24	ハイブリッド	令和4年度第3回 (1) 事業進捗状況報告 (2) パイロット事業総括報告書の作成

### 3 事業実績

#### (1) にいがた救急連携シートの作成・運用

令和元年度より、新潟市の在宅や高齢者施設入所中の高齢者において、高齢者本人の意向についての関係者間での意思共有の実態に加え、救急現場について、救急隊へのアンケートや特別養護老人ホーム、救急受入れ病院等へのヒアリングを行い資料2、ワーキングでの議論を重ね、情報共通ツールとして令和3年3月にシート「にいがた救急連携シート」を作成した。資料3

シートの作成段階においては、心肺蘇生を希望しない場合は救急隊ではなく、かかりつけ医等に連絡する旨を明記した方が混乱を招かないのではないかという意見もあったが、本シートはあくまでも人生の最終段階における医療・ケアについて考えたり話し合ったりすることのきっかけとなるもので、話し合った結果について、「その時の気持ち」としてシートに残すものであり、決してDNAR（心肺蘇生を行わないこと）を表明するものではないということを確認し合った。また、シートの取り扱い、運用については事業対象者や事業協力者にも趣旨がきちんと伝わるよう説明していくことが重要であることを協議した。

令和3年度より高齢者施設入所者を対象に施設相談員に協力を依頼し、令和3年7月から運用を開始した。協力依頼の際は、救急搬送の現状についてヒアリングや運用に関する意見を聴取した資料4。

令和4年度には、要支援・要介護認定者に対象を広げ、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に協力を依頼した。

運用を開始し、対象を拡大した後もシート提出数が伸び悩んだため、協力機関へヒアリングやアンケートを重ね、課題の把握を行い、運用方法の見直しを図った。

特に得られた意見や、それらの対応策として、以下のとおりまとめた。

主な意見	対応策
・ケアマネの業務負担と ACP の記入に対する心理的負担が大きい	・「ガイドライン」および「活用の手引き」資料5-1、5-2を提示・配布し、救急医療情報のみでも提出可として再周知と依頼を行う。 ・かかりつけ医の理解や医療機関からもシート記入の協力が得られるよう、医師会、病院への協力依頼を行う。
・提出方法が分かりにくい、業務量増加により負担が大きい	・SWAN ネットの無償導入により、提出方法の簡略化による負担軽減を図る。
・市民への事業周知により説明に係る労力を軽減して欲しい	・民生委員への事業説明、区だより、ポスター掲示等で市民への周知を行う。

令和5年4月14日現在のシート提出状況は、463件（427人分）で、提出内訳は居宅介護支援事業48%、地域包括支援センター26%割の順に多く、全体の約8割を占めている。

### ①シートの目的（シートの趣旨）

市民一人ひとりが、将来の意思決定能力の低下に備えて、人生の最終段階において、どこで過ごし、どのような医療を受けたいか、元気なときから考えていけるようシートを作成し、繰り返しの話し合いを促す。既往歴、持病、服薬状況、緊急時連絡先、かかりつけ医情報のほか、今後の治療や療養に関わる本人の意向を含めた情報シートを作成し、救急時に関係者間で共有・活用する。

### ②シート項目

既往歴、持病、服薬状況、緊急時連絡先、かかりつけ医情報のほか、今後の治療や療養に関わる本人の意向を含めた情報

### ③配付（利用）対象

令和3年度より 西区の施設入所・利用者（特養・老健・短期入所）

令和4年度より 西区在住の要支援・要介護認定者

※上記対象者のうち、当該事業の説明を聞いた上で、自らの情報の登録および共有に関し、書面で同意した者とする。

### ④協力機関

西区内の特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・ショートステイ・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・病院（済生会新潟病院・信楽園病院・新潟医療センター・新潟脳外科病院・西新潟中央病院）、西蒲中央病院、新潟市消防局、西消防署

### ⑤運用方法

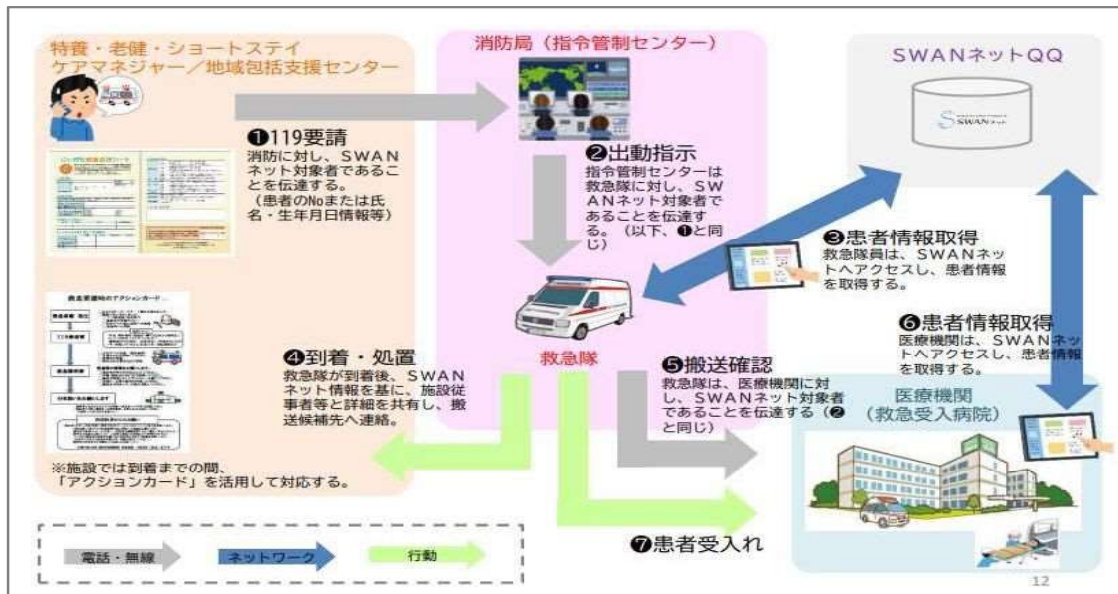
- ・生活相談員、ケアマネジャー等が紹介、説明、記入支援を行う
- ・救急隊、救急告示病院、当人に関わる医療介護従事者が情報共有（閲覧）可能とする
- ・初回登録後は基本的に一年に一度（対象者の誕生日）、情報の見直しを行い、変更があった場合に更新登録することとする。病状や意向が変化した際にはその都度見直し（更新）を行う。

### ⑥提出方法

以下のいずれかの方法

- ・記入したシートまたは excel 入力したフォームシートを PDF に変換し、送信専用フォームを使用し新潟市へ送信
- ・SWAN ネットに直接アップロード

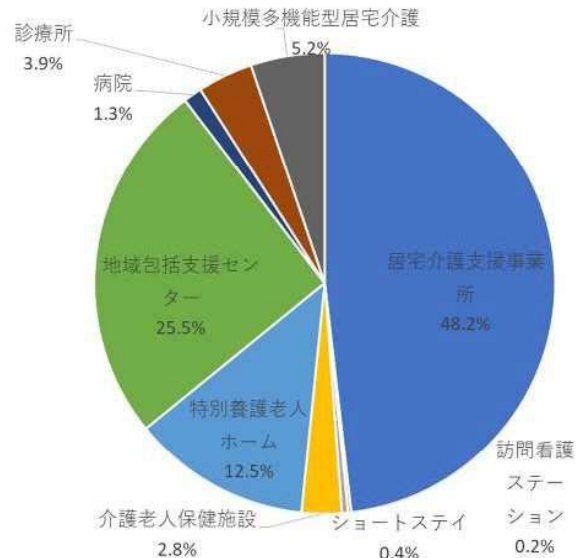
## ⑦情報共有の方法



## ⑧提出事業所別提出数（令和5年4月14日現在）

実 427 件、延 463 件（提出事業所施設）

- 居宅介護支援事業所：223 件（19 施設）
- 特別養護老人ホーム：58 件（3 施設）
- 地域包括支援センター：118 件（5 施設）
- 介護老人保健施設：13 件（1 施設）
- 病院：6 件（3 施設）
- 診療所：18 件（1 施設）
- ショートステイ 2 件（2 施設）
- 訪問看護ステーション 1 件（1 施設）
- 小規模多機能型居宅介護 24 件（2 施設）



## ⑨活用搬送事例

検証期間内において、救急連携シートを情報登録した者の救急搬送事例は 3 件あったが、救急搬送時に協力機関間で救急連携シートおよび SWAN ネットを用いてリアルタイムに情報共有されたケースはなかった。救急要請時に、家族から救急隊へシート登録者であることが伝達されず、救急隊が把握できなかったことや照会先病院がシートの運用について認識されていなかったこと、また搬送時点で既に心肺停止だったなど様々な理由によるものである。

(2) ACPに関する市民講座 資料6-1、6-2

①目的

ACPの理解が深まり、本人が希望する医療・ケアをあらかじめ考え、家族、医療・介護関係者等と話し合うことができる。

【 ※ACP：アドバンス・ケア・プランニング・・・人生の最終段階において、どこで過ごし、どのような医療を受けたいか考え、家族や医療・介護関係者と繰り返し話し合う取組みのこと 】

②実績

	日付	講師	実施形態	参加者数
1	R3.12.4	下畑 光輝氏 (信楽園病院脳 神経内科部長)	ハイブリッド (オンライン+新潟市総合保健医療センター)	75人
2	R3.12.18	坪野 俊広氏 (済生会新潟病院 外科部長)	同上	50人

・令和3年度にACPオンライン市民講座を2回開催し、計125人の参加があった。西区の一般市民を対象としていたが申し込みが少なく、他区や医療・介護専門職にも周知した。

- ・各々の講師の専門的立場から、わかりやすくお話いただいた。
- ・参加者は、50歳代(30%)、40歳代(21%)、60歳代(20%)の順で多く、40代、50代の勤労世代が約半数を占めた。家族との話し合いの状況は、「詳しく話し合ったことがある」3%、「一応話し合ったことがある」50%で、約半数が話し合ったことがあった。
- ・アンケート結果では、理解度は「理解できた」68%、「少し理解できた」29%と、大半が理解できたとの回答で「具体的な内容だった」「ACPを考えるきっかけ、話し合うきっかけになった」という感想が多く、専門職からも「患者のためになることが理解できた、今後のかかわりの参考にしたい」という感想や「たくさんの事例を学ぶ機会が欲しい」「医療者向けのACP講演会をして欲しい」等要望もあった。

【以下、アンケートの自由記載より】

- ・「もしものとき」に向けていろいろ考えさせられ、人生観につながった。
- ・ACPを実践することが自分や家族を不必要に悩ませることが減ることになるのではないかと理解できた。
- ・ACPについて結果を必ずしも出さなくていい。プロセスが大事なことを学んだ。
- ・最期の時に何を望むかだけでなく自分、家族が何を大切に生きるかを話し合うことと分かった。
- ・これまでなかなか始められなかったが、内容を見直して変更していてもよいことなどを知り、抵抗感が軽減できた。
- ・ACPを初めて知って難しくなかなか理解できなかった。
- ・言葉の意味など理解できたがこれを自分のものとして実際に進めていくことはまだ難しい。

(3) 意思決定支援研修会 資料7-1～7-5

①目的

医療・介護専門職が意思決定支援の基本を理解し、意思決定支援の実践ができる。  
「にいがた救急連携シート」が専門職共通のもと活用できる。

②実績

【講義のみの研修】

回	日付	目的	対象者	講師	実施形態	参加者数
1	R3.5.12	ACP の理解促進	市内 医療・ 介護 従事者	坂井さゆり氏 (新潟大学 大学 院保健学研究科 医学部保健学科)	オンライン	273 人
2	R3.12.14	「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」について正しい理解と ACP の実践ができる	同上	田村里子氏 (WITH 医療福祉 実践研究所 が ん・緩和ケア部)	オンライン	86 人
3	① R4.12.16 ② R4.12.21 (2回シリーズ)		同上		オンライン	延 174 人 ①93 人 ②81 人

・専門職向けの研修会はすべての会において参加者数も多く、関心の高さが伺えた。特に市全域を対象とした初回の研修会は参加者が多かった。

・参加事業所は、居宅介護支援事業所が最多で、次に、病院と続く。参加職種は、介護支援専門員が 3 割超で最多、次に看護師が多い。多様な機関・職種からの参加があり、医療介護現場において関心の高いニーズのあるテーマだということが伺える。

・ACP の実践状況では、R3 年度、「意識したかわりをもっている」79%、R4 年度、「実践している」55%だった。理解度は、「80%以上」は、R3 年度が 58%、R4 年度が 44%で、ACP の実践をしている参加者の多い R3 年度の方が高いが、実践している参加者が多い R3 年度においても 6 割にとどまる。

・実践できる知識は、R3 年度、「学べた」が 63%、R4 年度「80%以上」が 57%で、R3 年度の方が若干高いが、実践している参加者が多い R3 年度においても 6 割にとどまる。

・R4 年度の参加動機は、「実践したい、支援に活かしたい」が 76.8%で最多であり、満足度は「80%以上」が 70%と高い。

・理解が深まったとする理由は、「事例が具体的」「基礎的知識、具体的内容」「事例を通してのプロセス、言葉かけ」が多い一方、「勉強不足、実践不足」「頭で理解しても現実には家族の思いが強すぎる」「プロセスより決めることを優先してしまう」「真に理解しているかは実践してみないと分からない」との感想も多い。

・令和 4 年度に行った質問コーナーに対し、「理解が深まった」「現場実践での具体的な質疑応答ができた」「在宅だけでなく医療従事者も本人の意向の尊重、意思確認が難しい状況が分かった」等の感想があった。

### 【講義・演習を取り入れた研修】

回	日付	目的	対象者	講師	実施形態	参加者数
1	① R3.1.8 ② R4.2.19 ③ R4.3.12 ④ R4.4.16 (4回シリーズ)	「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」について正しい理解とACPの実践ができる	西区の相談援助職	田村里子氏 (WITH 医療福祉実践研究所が ん・緩和ケア部)	オンライン	延 78 人 ①19 人 ②20 人 ③19 人 ④20 人

田村里子氏を講師として迎え、開催した4回シリーズでは、講師の他、5名の方からファシリテーターとして運営にご協力いただいた。本来、対面で行うことが望ましい研修会であるが、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮しオンライン開催とした。

参加申込は20人（内訳：病院5人・訪問看護ステーション1人・特別養護老人ホーム1人・小規模多機能2人・グループホーム6人・地域包括支援センター2人・居宅介護支援事業所3人）で、研修の性質に見合った人数であり、西区内の多様な機関からの参加があった。

毎回、講義とロールプレイやグループワーク等の演習、前回の振り返りとしてミニレクチャーを行った。参加者には毎回の研修会の内容を振り返り、学びや自身のスキルアップのために実践できそうなことを記入していただいた。

実施後アンケートから、大半の参加者が、日々の業務の中で、意思決定支援を意識したかわかりが実践できており、今後、取組みたいことも明確になっていたが、参加動機や意識に差があり、参加意欲が低く途中であきらめていた参加者もいた。

また、シート協力機関である居宅介護支援事業所の参加者からは「ACPの研修会に参加しているが、多くの場面ではDNARオーダーをとる作業のような内容になっているのが気になっていた」「チェックシートのような確認作業ではないこと、話し合いの『プロセス』そのものであることを、機会がある都度、しっかりと周囲に伝えていきたい」という声や、「教えてほしいと思う気持ちを相手に伝えること、短時間でも聞きたいことを切り出していくのは難しいと思った」「信頼関係ができていない中で最期のときのことを聞くのは難しい」と実践していく上での困難さを感じているという感想が多く得られた。

#### (4回終了後アンケートより一部抜粋)

所属	実践状況	今後のチャレンジ
病院	誰のための支援なのかの軸がずれないように常に意識を患者さんに向けていけるよう心がけている。チームを動かすのは「患者さんの思い」しかないと思えるようになった。	院内に広める、連携の強化。
地域包括支援センター	介護保険やマネジメントの流れをすすめる際に本人の意思をどのようにくみ取ることができるか、本人の意向を改めて聞き直すように意識している。	在宅医療ネットワークで広める。つなぐための記録、伝え方の工夫。
居宅介護支援事業所	生活の目標設定と、利用者の望む生活にズレが生じていないか確認しながら支援するようになった。家族の希望が優先しないよう注意して話をするようになった。	チームづくり、ACPを広める活動

グループホーム	以前よりもよく聞き思いを汲み取ろうという姿勢で支援している。意識が変わったことで、ご本人の言葉を受け止め言葉の背景を知るためにもう少し踏み込んで聞いてみるようになった。	家族からみて本人がどう思われているか意識する。スタッフと何ができるか話し合いたい。
---------	--	---

## 4 事業評価(事業成果と課題)

本事業は、「にいがた救急連携シート」を救急時に本人、家族、救急隊、医療・ケアチームと共有・活用することで、円滑で適切な救急搬送につなげることを目的として取り組みを進めてきた。約 400 件のシートについて収集し、情報登録ができたが、シート登録者の救急搬送事例は 3 件のみで、実際に救急搬送時に協力機関間でシートおよび SWAN ネットを用いてリアルタイムに情報共有されたケースは発生しなかった。

理由の一つ目として、救急要請時に、要請者（家族等）から救急隊へシート登録者であることが伝達されず、救急隊が把握できなかったということが挙げられた。このことへの対策は急務であると考えており、今後改善を図っていく必要がある。

二つ目の理由として、救急受入依頼先病院に、本事業（シート）について認識されていなかったということが挙げられた。協力病院の連携実務担当者との意見交換会では、コロナ禍で業務が多忙となっている上、院内で活用を考えていた病院も面会制限により家族等と十分な対話ができないことからシートの活用に取り組めていないといった、新型コロナウイルス感染症の流行による影響、また、実際の事例がない中で事業およびシートについての認識・理解が薄れているのではないかという意見が挙げられた。

今後もシート登録件数の増加に向け、協力事業所への提出依頼や対象事業所の拡大、市民への周知などの取組みを継続していくとともに、搬送事例においては、救急外来での活用のみならず、病院の入退院支援においてシート情報がいかに活用されたか丁寧に事例を振り返り、検証していく必要がある。

本事業の 3 つの柱である各事業の取組みに対する成果と課題は以下のとおりである。

### (1) にいがた救急連携シートの作成・運用について

- ・救急隊へのアンケートや特別養護老人ホーム、救急受け入れ病院等から出された課題や意見をもとに、ワーキングで多くの議論を重ね、救急要請時に必要な情報を一元化したシートを作成することができた。

- ・高齢者施設や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所への事業説明では、救急隊や救急受け入れ病院での救急医療に関する課題等を共有することができ、平時から必要な情報を整理しておくことや ACP の大切さを確認していただくきっかけになった。また、西区以外の在宅医療ネットワークや地域包括支援センターからも事業説明の依頼があり、モデルエリア以外の地域でも救急医療への関心を高めることができた。

- ・事業対象者は、令和 3 年度は高齢者施設、令和 4 年度は在宅で療養される要支援・要介護



認定者へ拡大してきたが、シートの登録が進まない状況があった。高齢者施設においても新型コロナウイルス感染症の流行に伴う業務量の増加や面会制限などにより、本人や家族への説明の機会が取れず意向確認ができない、聞きづらいなどの声もあった。居宅介護支援事業所ケアマネジャーにおいては、必要性を認識しながら業務的負担だけでなく ACP の内容について心理的負担が大きく影響していることが分かり、ACP の内容は未記入でも医療に関する情報のみでも可として再周知をして協力依頼を行ったが、十分に周知されていない状況がある。また、提出の方法について困難さを抱えている状況も伺えた。

- ・シートを利用した事業所からは、「業務的負担は少なくスムーズに行えた」、「ACP の内容についても終末期のことを考えている方が多い、改めてお聞きすることができてよかった」等の感想もある。

- ・本事業をきっかけに、SWAN ネットを無償導入した事業所の一部からは、病院と円滑な情報共有ができたとの声が聞かれ、わずかではあるが、救急搬送時のみならず平時からの連携に寄与できたと思われる。

- ・今後も引き続き、協力機関の意見を積極的に収集し、運用の見直しを図るとともに、協力機関同士が取組みの状況について情報交換できる場を設定するなど、地域全体で考えていただけるよう検討していきたい。

## (2) ACP 市民啓発講座

- ・参加者アンケートでは、96%の方が「よかった」と回答しており、97%の方が「理解できた」と回答していることから、一定の成果があったものと思われる。一方で、参加者数は定員（各回 280 名）に対し、計 125 名に留まり ACP に対する関心や言葉自体の認知度はまだまだ低く、今後、同様の取組みを行うにあたっては、啓発や開催方法について慎重に検討していく必要がある。

- ・事業の実施期間を通して、民生委員や自治会などから ACP をテーマとした講義等の希望があり、関心が高まっている様子も見受けられる。民生委員や自治会などと連携した啓発も有効であると考え。

- ・にいがた救急連携シートの ACP 記載箇所について、ケアマネジャーがシート説明・記入支援をする際、本人・家族等から戸惑いの声が聞かれている状況があった。西区に限らず、市内全域、多世代を対象に、理解や関心を深める取組みを進めていく必要がある。

- ・本人、家族に ACP の理解・実践があることで、支援者側にとっても共に話し合いが行いやすく、普段のかかわりや会話の中からシートに残すことにつながるのではないかと考える。

## (3) 専門職向け意思決定支援研修会

令和 3 年度に西区の相談援助職を対象に行った 4 シリーズ研修は、非常に充実した実践的な研修であり、自施設での意思決定支援の実践を通して、患者・家族への支援の充実、施

設内での理解の広まりが期待されるが、研修の性質上、定員が限定され地域で普及という面では課題が残った。また、対人援助職のスキルアップのための研修であり、同じ理解を促すための研修ではないことから、自分の体感に落とし込んでいくには研修会では限界があった。

令和4年度に行った2回シリーズの研修会では、「支援に活かしたい」という動機での参加が多く、満足度は7割と高かった。講義のみの研修だったが、基本理解だけでなく、自身の実践を振り返りに、新たな気づきが得られたり、今後の取り組むべきことが明確になったり各自の実践状況に応じた学びにつながっていた。

協力機関におけるシートの活用状況をみると、活用が進まない大きな要因に ACP に関することが多く、特に、ケアマネジャーからは、ACP の研修会の多くは DNAR オーダーをとる作業のような内容になっているという問題提起があり、シート活用の前段階として、記入支援を担っていただく医療・介護専門職へ正しい理解を促していく必要であると考えます。また、実践している中で感じている課題や疑問に対するヒントが講師や他の参加者から得られるような研修内容が効果的だと思われた。

今後も「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」について正しい理解と ACP の実践の足掛かりが得られることを目的とした研修会を引き続き行い、医療・介護専門職の実践状況や課題、シートの活用状況を把握しながら、より効果的な研修方法について検討していきたい。

## 5 在宅医療・救急医療推進に向けた今後の取組への提言

### 本事業の意義

- ・新潟市として在宅医療と救急医療の連携に取り組む意義は①患者の状態と将来の思いを、患者に関わる地域の医療、介護に関わる多職種のみならず、救急隊や（救急）病院に携わるスタッフで共有することで、患者の思いに沿った医療がなされ、加え、救急搬送が円滑に行われるようになること。②患者の将来への思い（アドバンス・ケア・プランニングなど）についての意思決定支援を、患者に関わる医療、介護関係者で日常的に行うためのきっかけ作りとなり、それが実際に実行されるようになること。③以上の情報共有を行うためのツールとして ICT が重要であることを、地域の医療、介護関係者に理解してもらい、実際にその利活用が拡大すること。以上の3点が重要と考えている。
- ・救急時の情報共有について活かされるケースが少ないのは他の地域でも同じ。保険的にこういった取り組みをしておくこと自体が、社会保障基盤として自治体等がなすべき役割と機能ということだと思うので、事業自体は長い評価軸を持って継続した取り組みができると良い。
- ・救急の需要、高齢化救急の需要が高まってくる中、救急医療崩壊、医療崩壊を防ぎ、高齢者が安心して医療を受けられるしくみづくりが求められている。
- ・憲法に基づく個人の尊重、自己決定権の尊重というところに繋がってくる事業である。
- ・施設から多くの高齢者が搬送されてくるが、まったく情報がない場合に立ち往生したということが何度もある。こういう時に最低限の情報でもよく、最終決定でなくとも本人からこんな話を聞いていたという内容が共有されると、非常に参考になるので、救急医療現場で活かせるシステムとして、全市展開に向けて取り組めると良い。
- ・入院した時から社会復帰、転院、退院に向けてのプロセスが始まるので、救急現場だけでなく、医療機関にとっても非常に重要である。

### にいがた救急連携シートについて

- (1) シートの説明・記入支援、協力者について
- ・ケアマネジャーの負担軽減が図れるように、介護保険の意見書記入時、施設入所時、薬局での処方時箋等、既存の仕組みとうまく融合し、無理なくシート説明・記入できるようになるとよいのではないかと。
  - ・医療職と介護職、病院と地域の間など、それぞれの職種が、どういった支援が得意なのか（シート提出方法も含め）、協力依頼をしていけると良い。
  - ・病気になる前の段階、人生観等、普段の状況からあなたはどうか考えますか、という話なので、かかりつけ医からの協力が得られることも良い。
  - ・病院が地域に対して働きかける取り組みが地域との関係性を強めるためには有意義なので病院での活用が進むと良い。
  - ・施設の場合、特に特養で看取りをしているところでは、もしもの時の医療・ケアの意向を聞いているので上手くアプローチできると良い。

・在宅医療の意識調査の中で、ACPの情報共有をどの場面でやっているかを聞いた結果、サービス担当者会議が多い。そういったタイミングを使ってシートを書くような全体のデザインを作っておけるとやり易くなるのではないかな。

(2) シートの提出方法について

・SWAN ネットと救急連携シートは本来有機的に動くものだが、紙ベースでの提出も継続し提出手段のハードルを下げて進めた方が良い。  
・将来的にシート提出件数が増えてきた時に備えて、SWAN ネットへのアップロードをどのようにしてくか、事業所自らがアップロードする仕組みに一本化するのかが整理していく必要がある。

(3) シートの項目・記入内容について

・ACP に関しては決して無理強いする話ではないので、医療情報のみでも可として依頼を継続していけると良い。  
・いろんな質問を FAQ にして返してあげたほうが良い。  
・救急隊がどこを見たらよいかすぐ分かることが重要で同じ書式であることも大事である。  
・1年以内の入退院とか外来通院はごく一部だと思うので、直近に受診した病院、入院した病院等項目を追加していくと良いのではないかな。  
・病院は専門科別に受診するので、科と病名を分かり易く表示できる形が良い。

推進体制（関係機関等との連携）について

・社協“きらりん”とは、これから全市展開、広域的に進めていく上ですり合わせができた方が良い。“きらりん”との違いとしては、ICTを活用したリアルタイム共有が重要である。  
・先進地では、介護認定の同意書を取るときにこのシートを緊急時に閲覧することの同意書もとっている。このことも含め、所管課との連携を図っていけると良い。  
・今後、独居の高齢者の方も対象者に入れるかどうかという議論も入っていくと思うが、独居高齢者で生活保護受給者の方等の関わりで、ケースワーカーとの連携も課題に上がってくると思う。ここだけで解決できるものでないものがたくさん出てくると思うので、横のつながりを持っていくことが重要である。

評価（指標）・効果検証について

・多くのシートを記載してもらい、できるだけ多くの救急現場で活用されることによって、しっかりとした検証につながる。  
・ACPの普及を市民の意識調査の変化で見たり、ICTの普及に関して「地域医療提供体制に関する実態・意識調査」で見たりできると良い。  
・ACPをどのように記入支援をしているか丁寧に拾って評価していくと良い。

## ACPの普及啓発

- ・ケアマネジャーや地域包括支援センターに ACP のところを期待するという点について、日々やっていることはあるが、やはり医療現場で求められる ACP の部分と、生活場面の ACP のかけらを蓄積していく部分っていうことは少し分けたほうが考えやすく浸透しやすいように思う。分けて考え、また連動させていくというやり方をどのようにするのかというところを研修でやっていくと良いのではないかな。
- ・ACP は、あまり深く考えずに、普段のかかわりの中でしっかりと患者さん、利用者さんに向き合っ、生き方を話し合っただけでも良いのではないかなと思う。そういったことが今回の事業を通して西区を中心に医療介護の専門職の方々に伝わって実を結んでいくと、必ず良い形になっていくと信じている。
- ・ACP は非常に重い意味を持つ記載に関わることになるので、なかなか記載が進まない。市民、医療、介護関係者の理解や意識を深めることを研修会などの取組みを通じて行っていく必要がある。
- ・コロナで市民が市の制度や医療にすごく関心を寄せてきているのではないかな。コロナが少し落ち着いたところで自分の生き方、病気のことなど考えるときにこのことを思いだしてもらえよう、うまくアプローチしていけると良い。

## ICTツール・SWANネットに関すること

- ・国の施策でもある医療 DX は活用していかないと取り残される。ICT に慣れていない事業所支援にも資する取組みになっていると思う。
- ・病院や地域の医師をはじめとした多職種との連携において、SWAN ネットを活用することはケアマネジャーにとっても有効である。その連携をサポートする意味で、SWAN ネットをモデル検証機関の導入を進めていけると良い。
- ・ACP は話をするプロセスであり、その結果としてシートを記載する形になるので、SWAN ネットを使ってそういったプロセスを書き込みながらシートのようなものが完成できるようなことができないか検討していけると良い。

## その他（本事業からの発展等）

- ・ICT が在宅の場面でも使えるようになるには、まだまだ程遠いと実感した。在宅医療・介護連携推進事業は災害時の活用・連携ということもテーマとして掲げられているので、安否確認、情報共有含めて、救急・災害時に ICT が活用されるよう取組みを進めてほしい。
- ・退院時に ACP のような要素を病院と地域で繋ぐために、ICT を使って情報を入れるという全体のデザインをもう少し具体的に示していけるとイメージし易く、ケアマネジャー等の負担感自体もちょっと薄まるのではないかな。新潟市の「医療と介護の連携ハンドブック」も入退院連携ガイドとして具体的なものは無いと思うが、そういったところに繋がられると良いのではないかな。

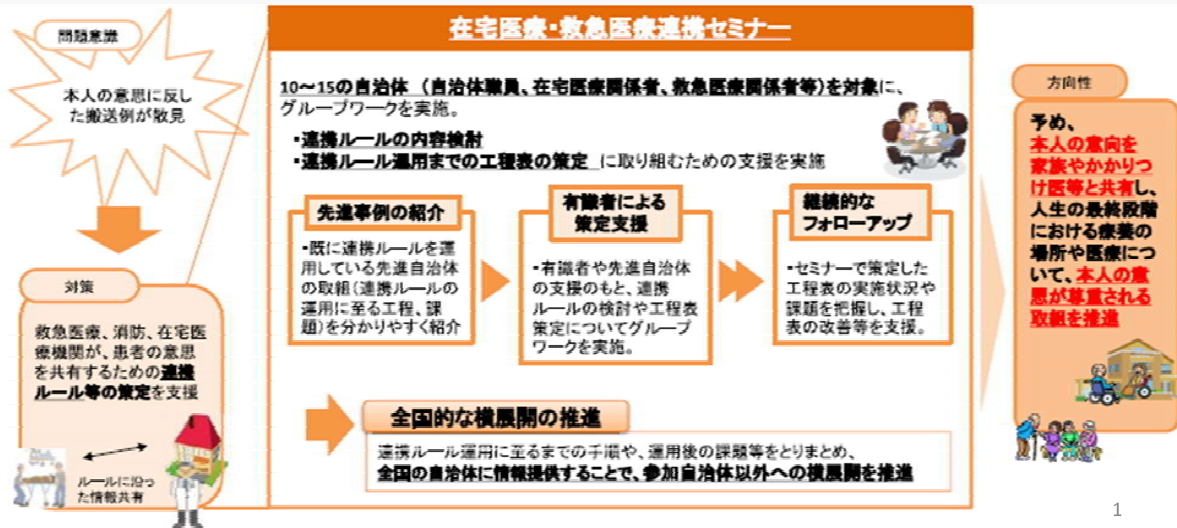
## 在宅医療・救急医療連携セミナー

### <背景・課題> 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見

国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階における医療等について、家族と話し合いを行っていない。このような背景を踏まえると、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。


### <対策> 患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援

先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。こうした先進事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施し、連携ルール策定のための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、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。




1

## 背景・課題




松戸  
松子さん

救急隊の方に「お願いします」と言ったものの、気が動転して事態がよく飲み込めないままでした。救急隊も病院の方も精一杯やってくれたと思うのですが、これが母にとって一番良かったことなのか分かりません。母がどんな最期を望んでいたのか、元気な頃にしっかり話をしてあげれば良かった。私の判断で、最後に母に苦しい思いをさせてしまったと今でも自分を責めています。



救急隊員

私たち救急隊員は、市民の命を守り、救命することが使命です。しかし、ご本人の意思が確認できない状態で、もしご本人が救命を望んでいないとしたら…。その意思に反するのであれば、ご本人にとって不幸なことであり、救命に全力を尽くしている私たち救急隊員にとっても複雑な思いが残ります。



かかりつけ医  
と看護師

80歳を超えると、心肺停止後に救命処置をしても、もとの状態にまで回復する例は非常に少ないのです。ご本人が延命治療を望んでいた場合は、やれるだけのことをやってあげられたとご家族も思われるでしょうが、ご本人が延命治療を望んでいない場合や気持ちが分からない場合、残された家族が『本当にこれでよかったのか』『こんばはずじゃなかった』と、あとあと後悔したり、悩まれたりすることも多いのです。

© 2018 Akemi Yamagishi

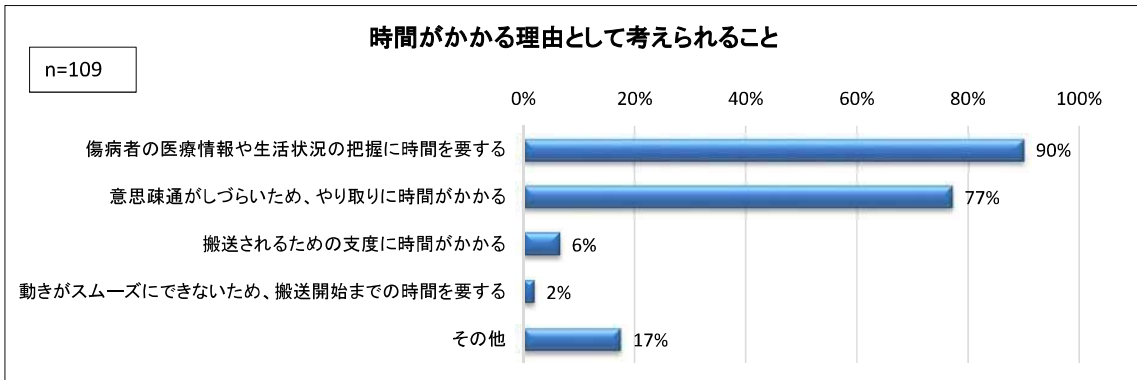
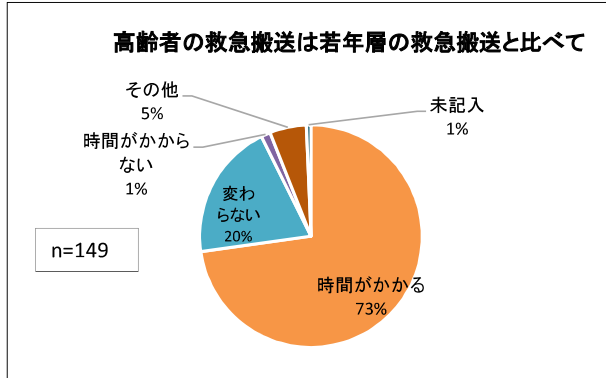


# 「高齢者の救急医療に関するアンケート調査(救急隊)」

調査対象: 市内全25隊149名の運用救命士  
 回収率 100%  
 依頼日 : 令和元年10月29日  
 回答期限: 令和元年11月29日

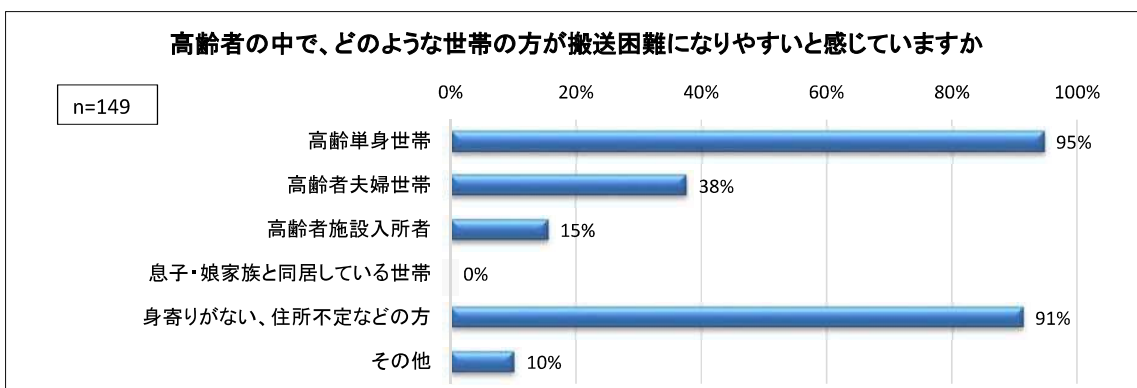
## (1) ①高齢者の救急搬送は若年層の救急搬送と比べて

1(1)	全体	件数	割合
時間がかかる	149	109	73%
変わらない	149	29	20%
時間がかからない	149	2	1%
その他	149	8	5%
未記入	149	1	1%



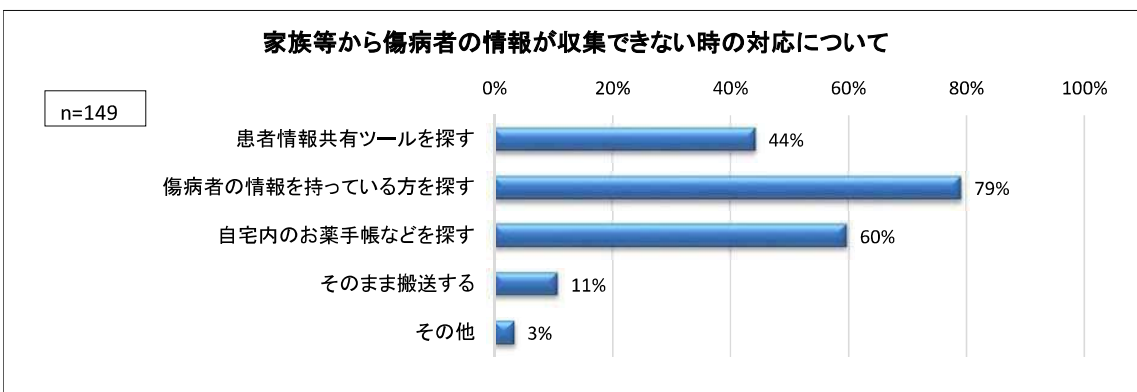
(3) 高齢者の中で、どのような世帯の方が搬送困難になりやすいと感じていますか。(複数回答可、三つまで選択可能)

1(3)	全体	件数	割合
高齢単身世帯	149	141	95%
高齢者夫婦世帯	149	56	38%
高齢者施設入所者	149	23	15%
息子・娘家族と同居している世帯	149	0	0%
身寄りがない、住所不定などの方	149	136	91%
その他	149	15	10%



(4) 家族等から傷病者の情報が収集できない時の対応について(複数回答可、二つまで選択可能)

1(4)	全体	件数	割合
患者情報共有ツールを探す	149	66	44%
傷病者の情報を持っている方を探す	149	118	79%
自宅内のお薬手帳などを探す	149	89	60%
そのまま搬送する	149	16	11%
その他	149	5	3%

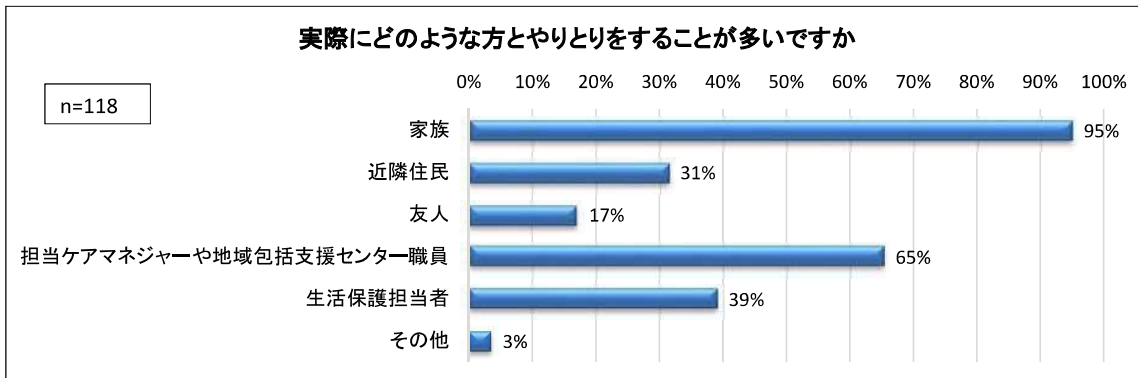




(4)で2「傷病者の情報を持っている方を探す」と回答された場合のみ

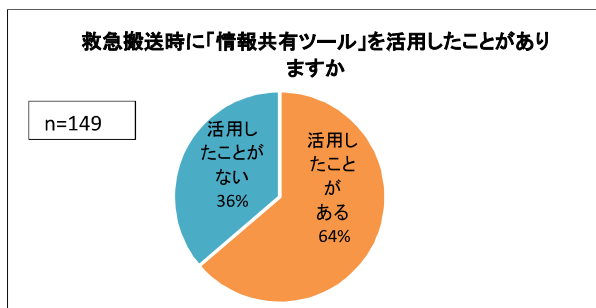
(5)実際にどのような方とやりとりをすることが多いですか。(複数回答可、いくつでも)

1(5)	全体	件数	割合
家族	118	112	95%
近隣住民	118	37	31%
友人	118	20	17%
担当ケアマネジャーや地域包括支援センター職員	118	77	65%
生活保護担当者	118	46	39%
その他	118	4	3%



(6)救急搬送時に「情報共有ツール」を活用したことがありますか

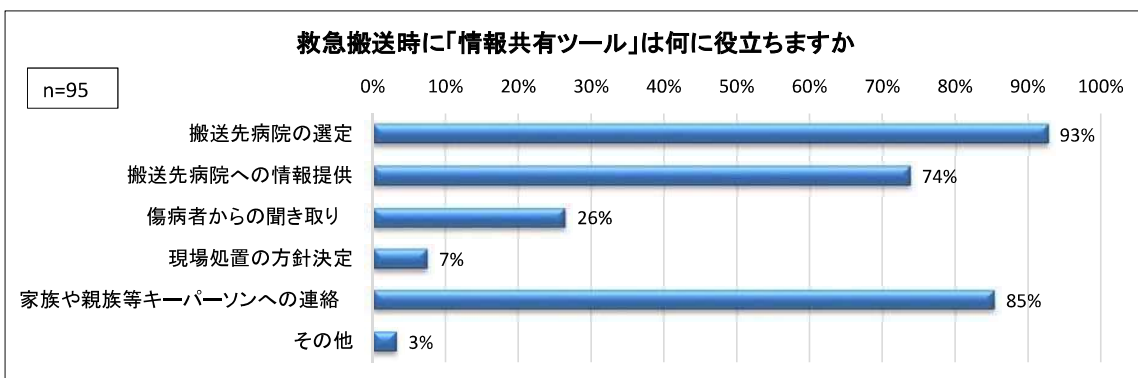
1(6)	全体	件数	割合
活用したことがある	149	95	64%
活用したことがない	149	54	36%



(6)で1「活用したことがある」と回答された場合のみ

(7)救急搬送時に「情報共有ツール」は何に役立ちますか。(複数回答可、いくつでも)

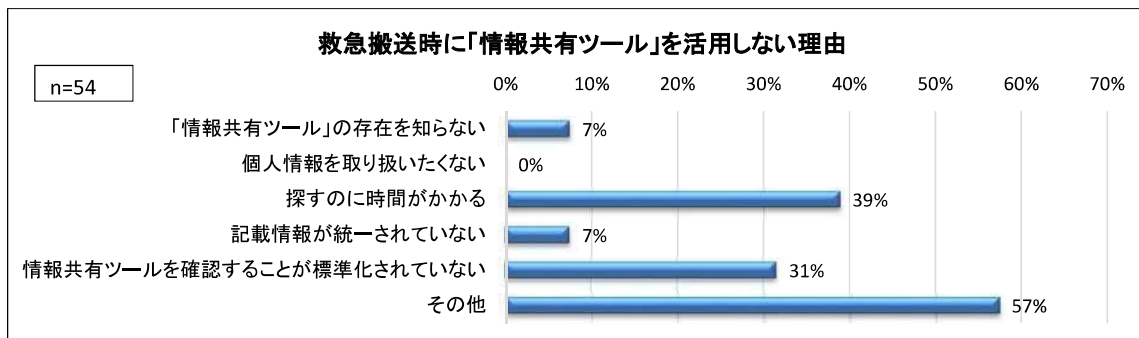
1(7)	全体	件数	割合
搬送先病院の選定	95	88	93%
搬送先病院への情報提供	95	70	74%
傷病者からの聞き取り	95	25	26%
現場処置の方針決定	95	7	7%
家族や親族等キーパーソンへの連絡	95	81	85%
その他	95	3	3%



(6)で2「活用したことがない」と回答された場合のみ

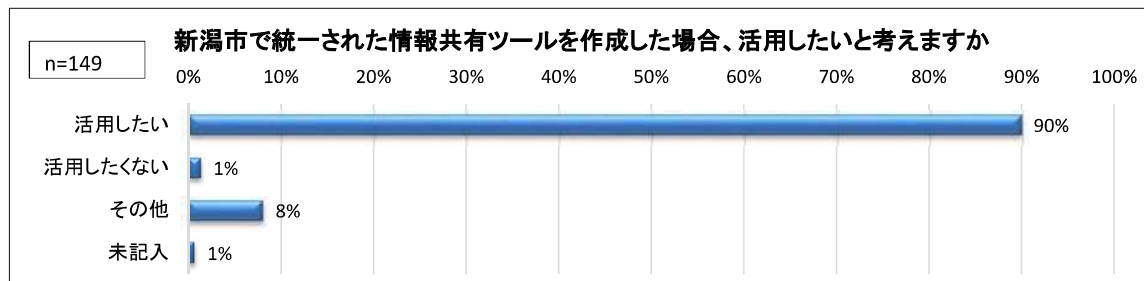
(8)救急搬送時に「情報共有ツール」を活用しない理由は何ですか。(複数回答可、三つまで選択可能)

1(8)	全体	件数	割合
「情報共有ツール」の存在を知らない	54	4	7%
個人情報を取り扱いたくない	54	0	0%
探すのに時間がかかる	54	21	39%
記載情報が統一されていない	54	4	7%
情報共有ツールを確認することが標準化されていない	54	17	31%
その他	54	31	57%



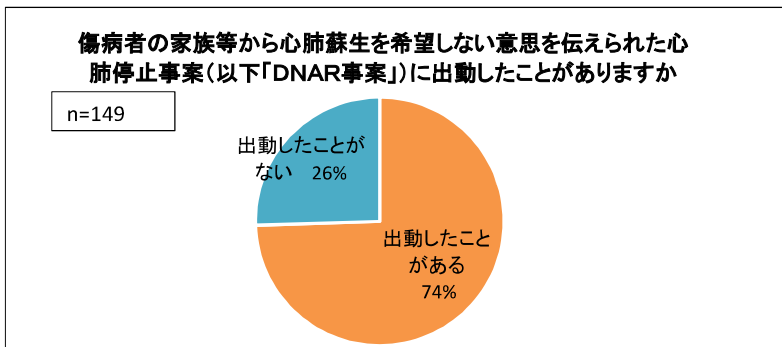
(9)新潟市で統一された情報共有ツールを作成した場合、活用したいと考えますか。

1(9)	全体	件数	割合
活用したい	149	134	90%
活用したくない	149	2	1%
その他	149	12	8%
未記入	149	1	1%



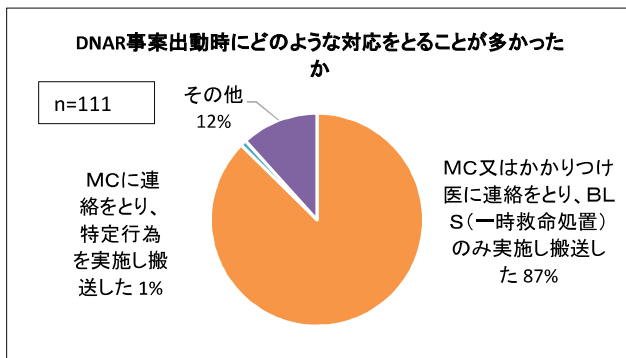
(10) 傷病者の家族等から心肺蘇生を希望しない意思を伝えられた心肺停止事案(以下「DNAR事案」)に出動したことがありますか。  
(ただし、早期死体现象が現れているものを除く)

1(10)	全体	件数	割合
出動したことがある	149	111	74%
出動したことがない	149	38	26%



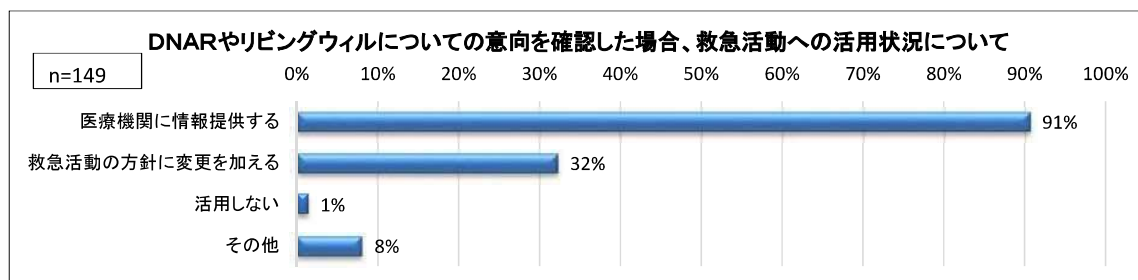
(10)で1「出動したことがある」と回答された場合のみ  
(11)その時にどのような対応をとることが多かったですか。(最も多かったものを一つ選択)

1(11)	全体	件数	割合
MC又はかかりつけ医に連絡をとり、BLS(一時救命処置)のみ実施し搬送した	111	97	87%
MCに連絡をとり、特定行為を実施し搬送した	111	1	1%
その他	111	13	12%



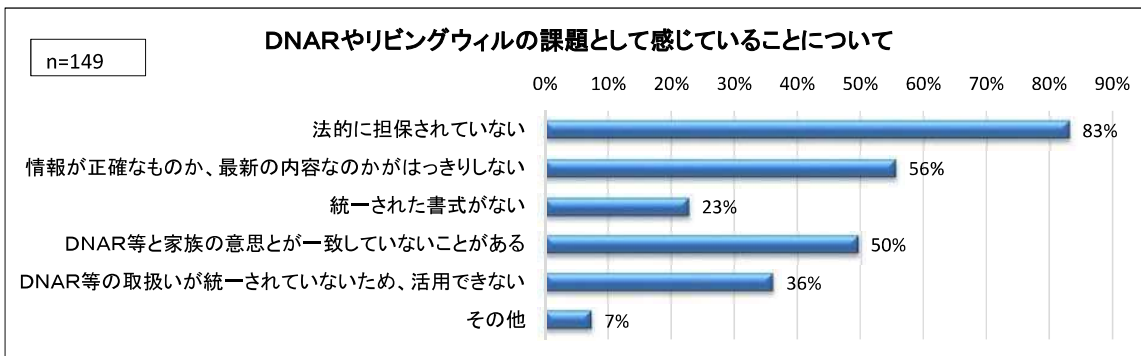
(12) DNARやリビングウィルについての意向を確認した場合、救急活動への活用状況について  
(複数回答可、二つまで選択可能)

1(11)	全体	件数	割合
医療機関に情報提供する	149	135	91%
救急活動の方針に変更を加える	149	48	32%
活用しない	149	2	1%
その他	149	12	8%



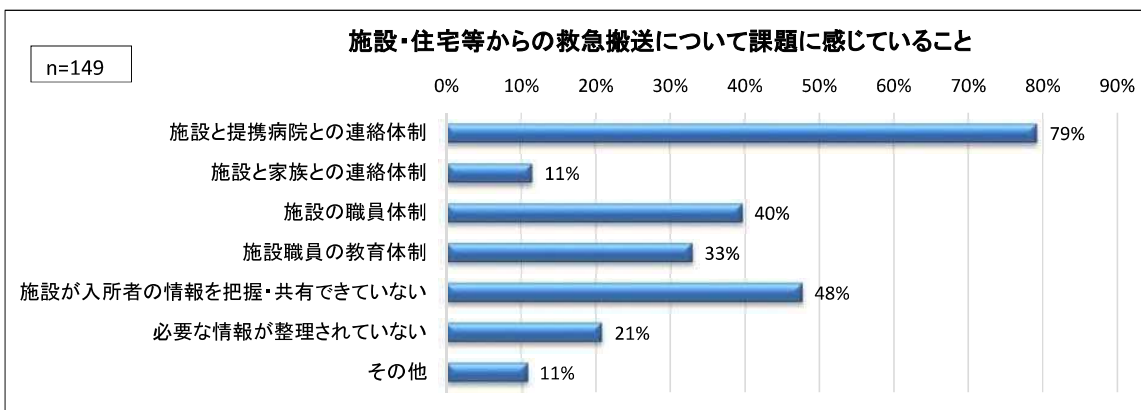
1(13) DNARやリビングウィルの課題として感じていることについて(複数回答可、三つまで選択可能)

1(13)	全体	件数	割合
法的に担保されていない	149	124	83%
情報が正確なものか、最新の内容なのかがはっきりしない	149	83	56%
統一された書式がない	149	34	23%
DNAR等と家族の意思とが一致していないことがある	149	74	50%
DNAR等の取扱いが統一されていないため、活用できない	149	54	36%
その他	149	11	7%



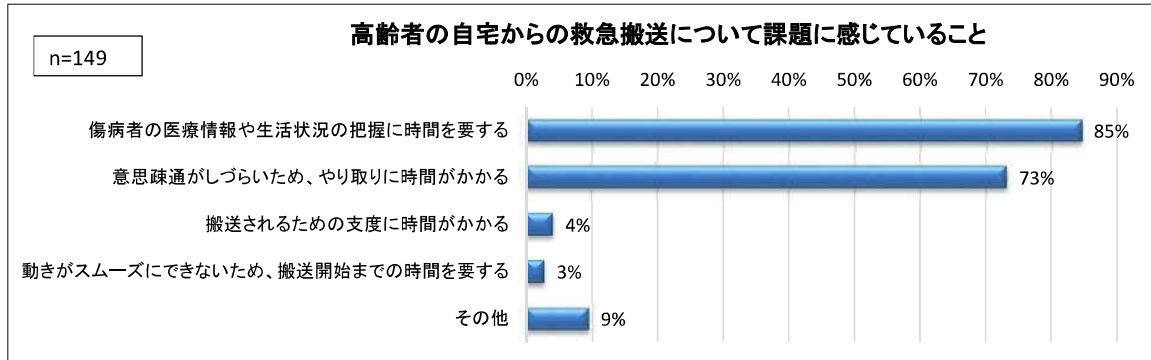
2 施設・住宅等からの救急搬送について課題に感じていること(複数回答可、三つまで選択可能)

2	全体	件数	割合
施設と提携病院との連絡体制	149	118	79%
施設と家族との連絡体制	149	17	11%
施設の職員体制	149	59	40%
施設職員の教育体制	149	49	33%
施設が入所者の情報を把握・共有できていない	149	71	48%
必要な情報が整理されていない	149	31	21%
その他	149	16	11%



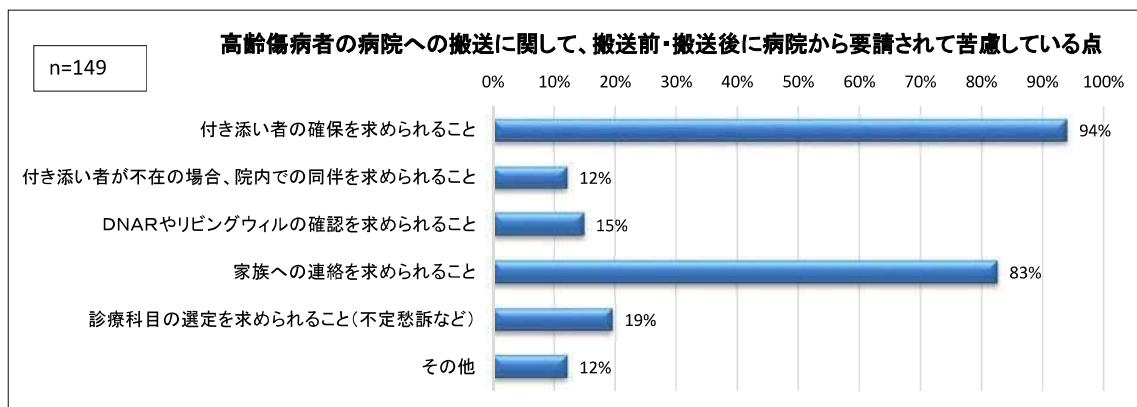
### 3 高齢者の自宅からの救急搬送について課題に感じていること（複数回答可、二つまで選択可能）

3	全体	件数	割合
傷病者の医療情報や生活状況の把握に時間を要する	149	126	85%
意思疎通がしづらいため、やり取りに時間がかかる	149	109	73%
搬送されるための支度にかかる	149	6	4%
動きがスムーズにできないため、搬送開始までの時間を要する	149	4	3%
その他	149	14	9%



### 4 高齢傷病者の病院への搬送に関して、搬送前・搬送後に病院から要請されて苦慮している点について（複数回答可、三つまで選択可能）

4	全体	件数	割合
付き添い者の確保を求められること	149	140	94%
付き添い者が不在の場合、院内での同伴を求められること	149	18	12%
DNARやリビングウィルの確認を求められること	149	22	15%
家族への連絡を求められること	149	123	83%
診療科目の選定を求められること(不定愁訴など)	149	29	19%
その他	149	18	12%



## 1 もし、生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？(複数回答可)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 家族や友人のそばにいること    | <input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること   |
| <input type="checkbox"/> 仕事や社会的役割が続けられること | <input type="checkbox"/> 好きなことができること   |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること  |
| <input type="checkbox"/> できる限りの治療が受けられること | <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと     | <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 今はわからない          |  |
| <input type="checkbox"/> その他( )           |  |

## 2 もし、治らない病気になったり、気持ちを伝えられなくなったら、どこで、どんな治療やケアを受けてすごしたいですか？

- (1) 痛みや苦痛について  できるだけおさえてほしい  自然のままでもいい  今はわからない  その他( )
- (2) すごしたい場所  自宅  病院  施設  今はわからない  その他( )

## 3 もし、治療やケアについて、自分で決められなくなったら、代わりに誰に話しあってほしいですか？

- 配偶者(夫・妻)  子ども・孫  きょうだい  親戚(姪・甥など)  友人・知人
- かかりつけ医  頼める人はいない  その他( )

## 4 これらの選択を希望した思いや理由を書いてみましょう

---



---



---



---



---



---

このシートはご自身で治療方法等を判断することが困難な場合に、ご自身の意思内容として、ご家族や医療・ケアチームにおいて最大限尊重いたします。  
なお、何回も書き直すことができます。

# もしも

## のときのことを 考えたことがありますか？

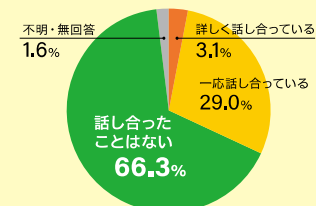


誰もが、いつ、命に関わる大きな病気やケガをするかわかりません。ですが、もしものときに受けたい医療や介護について、自分で考えたり、家族と話しあったことがある人は少ないようです。もしものときに慌てないよう、元気な時から、家族や大切な人と思いを共有しておくことは大切です。このシートをきっかけに、ご自身で、また、家族や友人、大切な人と考え、くりかえし話しあってみませんか？

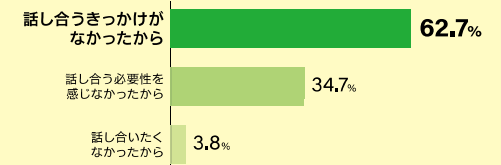
### 人生の最終段階における医療・ケアなどの話し合いについて

「新潟市医療に関する意識調査」(令和2年9月)(新潟市民満20歳以上4000人)

家族や医療介護関係者とどのくらい話しあったことがあるか？



話し合ったことがない理由は？



もしものときに受けたい医療、受けたくない医療ってなんだろう？

考えたことないけど、ちょっと考えてみようかな……

最期まで自分らしい生き方をさせてあげたい。

あなたと、あなたの大切な人のために話しあってみませんか？





# にいがた救急連携シート



新潟市では、皆さまにあらかじめ治療中の病気やかかりつけ医療機関、緊急連絡先などを記入してもらった「にいがた救急連携シート」を作成しました。緊急事態発見者や医療機関、救急隊などの関係者が、このシートに記載の情報を共有することで、「もしもの時」に、速やかな救急搬送や搬送先医療機関でのスムーズな対応につなげることを目的としたものです。記載内容に変更があった場合は、そのつど記載してください。

作成/新潟市在宅医療・介護連携推進協議会 発行/新潟市保健衛生部地域医療推進課

## (1) 基本情報

ふりがな		年齢	歳	
氏名		性別	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
住所	新潟市 区			
連絡先電話番号				

## (2) 医療の情報

現在治療中の病気やケガ	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 透析(腎不全) <input type="checkbox"/> こころのケア <input type="checkbox"/> その他( )		
過去にかかった主な病気			
現在の内服薬(お薬手帳の写し可)			
アレルギー	無・有(記入: )		
かかりつけ医療機関	医療機関名	診療科名	
※おおむね1年以内に受診歴のある などの病院・診療所	医療機関名	診療科名	
	医療機関名	診療科名	

## (3) 連絡をとってほしい人

氏名	続柄	住所	緊急時連絡先

## (4) かかわりのある医療・福祉・介護の関係者

	機関名	担当者	緊急時連絡先	24時間対応
かかりつけ医				
訪問看護ステーション				
ケアマネジャー				
生活相談員				
地域包括支援センター				
その他( )				
その他( )				

## (5) 日常の体の動き

機能障害	①麻痺	●力が入らず動かせない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位・程度: ) ●感覚がない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位・程度: ) <input type="checkbox"/> 触ってもわからない <input type="checkbox"/> 熱さを感じない <input type="checkbox"/> 痛みを感じない
	②拘縮	●関節が固まって動きにくい <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: ) ●関節が固まって動かない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: )
	③欠損	●生まれながら/事故や病気で切断したことなどにより体の一部が欠けている <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: )
	④視覚	<input type="checkbox"/> 裸眼で見える <input type="checkbox"/> 眼鏡等の利用で見える <input type="checkbox"/> 眼鏡等をしても見えにくい/見えない
	⑤聴覚	<input type="checkbox"/> 聞こえが悪い( <input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり) → 補聴器の利用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
活動	①歩行	<input type="checkbox"/> 自分ひとりで行える <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできない
	②補助具など	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )
食事	①介助	<input type="checkbox"/> 自分ひとりで行える <input type="checkbox"/> 見守りがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできない
	②方法	<input type="checkbox"/> くち(口)で食べる <input type="checkbox"/> 経管栄養 → <input type="checkbox"/> 経鼻(鼻からの管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他( )
	③形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> その他( )
排泄 (尿/便)	①介助	<input type="checkbox"/> 自分ひとりで行える <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできない
	②方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他( )
精神状態	①意思の疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	②意識レベル	<input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> ぼんやりしている <input type="checkbox"/> 刺激しないと眠り込む
	③自傷・他害のおそれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: )
特別な医療	<input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 体内金属物 <input type="checkbox"/> その他(詳細 )	

## (6) その他、特記事項

## 同意欄

上記(1)から(6)の情報について、緊急事態発見者、搬送先の医療機関、救急隊、新潟市、新潟市医師会ほか「(4)かかわりのある医療・福祉・介護の関係者」が、本シート及び新潟市が管理するICT情報共有ツールで情報共有し、救急医療に活用することに同意します。	本人氏名
	代理作成者・作成支援者等
	作成日 年 月 日
	氏名
本人との関係	

このシートはご自身で治療方法等を判断することが困難な場合に、ご自身の意思内容として、ご家族や医療・ケアチームにおいて最大限尊重いたします。  
なお、何回も書き直すことができます。

令和3年5月～6月  
特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・ショートステイ  
協力依頼およびヒアリング

特別養護老人ホーム				
施設名	A	B	C	D
日時	令和3年5月19日	令和3年5月21日	令和3年5月21日	令和3年5月24日
対応者	施設長 相談員 看護師	相談員(ショート) ケアマネ	管理者	相談員
現状		<p>&lt;特養&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送はここ数年ない。</li> <li>身寄りなしも成年後見人と話し合っている。</li> <li>急変があったら骨折だが、施設送迎で〇〇病院に行く。</li> <li>入所時面接で嘱託医が施設看取りの説明をしており100%看取りを希望している。</li> <li>急変時に家族が希望した場合は、協力病院の済生会に連絡して搬送する。</li> </ul> <p>&lt;ショート&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>年何件か救急搬送あり。主治医の考えによる。</li> <li>主治医によっては治療方針の確認が必要のため時間がとられる。</li> <li>県外の家族等すぐ来れない場合は相談員が同乗し病院で家族と交代する。</li> <li>アクションカードは便利。必要な情報が網羅されている。南区の救急隊が来るときもあるが、アクションカードのことが知られていない。</li> <li>ショート相談員で看取り意向確認はしていない。比較的軽い人なので聞くタイミング難しい。意向確認は居宅ケアマネになるか。ショート相談員と家族は初回契約時の面接が主。</li> <li>ショートでは配慮義務があるので「搬送希望しない」と意思表示あっても搬送する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>〇〇〇〇、定員〇〇。ショート利用なし。</li> <li>看取りも行っているが、救急搬送の希望割合多い。家族の意向も直前に変わる。</li> <li>嘱託医は急な体調変化は救急搬送するお考え。</li> <li>嘱託医は週1回回診。</li> <li>急変時は嘱託医へ受診したり、来ていただく。医師から病院に照会する。</li> <li>嘱託医が対応できない場合、過去にかかった病院や協力病院(済生会)に照会する。どこも受け入れできない場合、救急隊に委ねる。</li> <li>夜間、休日でも嘱託医につながらない時も救急要請する。</li> <li>夜間や発熱者で受け入れ先が決まらず何病院もあつたということが過去に2～3件あつた。</li> <li>以前勤務していた〇〇〇〇に比べると比較的救急搬送はスムーズ。</li> <li>家族とは病院で落ち合う。家族が県外等の場合、入院の同意書等病院が電話で説明し、代筆をすることもある。1日拘束となる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>以前は〇〇クリニックの先生が嘱託医でスワンネットを活用していたが、〇〇先生に代わられてからは、スワンネットは利用していない。</li> <li>入居時に看取り、救急搬送の確認をし基本情報シートを作成している。今後、ケアマネ、ユニットリーダーでサマリーを作成予定である。</li> <li>入居者で救急搬送を希望しているのは1人で、救急搬送はほぼないが消防署が側にあるので、依頼すればすぐ来てくれる。骨折などの場合は、すぐに整形外科を受診する流れになっている。</li> <li>看取りは嘱託医との連携が取れており、体調の悪化などがあればすぐ報告し、先生からのお話をご家族に伝え施設での看取りを行っている。</li> </ul>
質問	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設内居宅ケアマネは今回事業の対象外でよいか。</li> <li>データ送信は1人ずつか、まとめてがよいか。</li> <li>未記入箇所があってもよいか。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>シートはデータベースにならないか。管理もしやすい。</li> </ul>	
意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネが関わっていない高齢者も多いので、民生委員や地域の保健師へも発信する取組みが必要ではないか。</li> <li>居宅ケアマネには介護予防研修会等に取り入れて説明するとよいのではないか。趣旨説明は施設側からも可。ケアマネにとっても意向が聞けるメリットがある。</li> <li>対象は当初、施設看取りを希望していない人と考えていたが、看取り以前の急変も考えられることから、対象を広げていきたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所前の元気うちから話し合うことが早く広まると良い。</li> <li>施設から居宅ケアマネにつなげることは可能。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>グループの法人で、24時間シート(あなたの思いシート)を改めて活用することになっており、連携救急シートの内容も合致するのでよいタイミングで取り入れられる。</li> </ul>	
今後について	<ul style="list-style-type: none"> <li>協力するため、内部で話を詰めいく。</li> <li>シートは対象者へ郵送し、返送または来所での提出を考えている。ショート入所者はケアマネに書いてもらい施設への提出を考えている。</li> <li>「〇〇カフェ」でケアマネから地域の人にACPの話をする予定(10人程度参加)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>施設内職員で共有し活用していきたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設長、ショートのケアマネに内容について報告したいと思う。</li> </ul>



特別養護老人ホーム

	特別養護老人ホーム			
施設名	E	F	G	H
日時	令和3年5月24日	令和3年5月25日	令和3年5月27日	令和3年5月27日
対応者	園長 事務長	施設長 ケアマネ	施設長 相談員	施設長 看護師長 相談員
現 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者で透析を必要している方については、[ ]病院と情報をデータで共有し、3か月に一度更新をしている。</li> <li>・施設独自に情報共有するシートはあるが、にいがた救急連携シートについても活用していきたい。</li> <li>・シートについてご家族への説明はカンファレンスのときを考えている。</li> <li>・3階には症状が重く、容体の変化が大きい入居者さんが多いので、そこから進めていくことを考えている。</li> <li>・老施協からちょうど今日情報連携シートについて案内がきており、そういったものの必要性が高まっていることを感じた。新潟市のシートの方が老施協のシートより、まとまって見やすい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急搬送は少なく、年間1件程度である。嘱託医との連携がうまくしており、夜間の急変や看取りにも対応していただいている。</li> <li>・嘱託医との連携がスムーズであっても、職員が入居者の意向を確認することは大切であると考えている。</li> <li>・作成日を明記した施設独自の情報共有シートがあり、2か月に一度更新しており、薬の処方箋は都度最新のものに差し替えている。</li> <li>・救急搬送の際は情報共有シートと処方箋を渡し、入院となった場合、施設での看護サマリー、リハサマリーを渡していた。</li> <li>・医療情報、ADLについてはある程度、シートを記入できるが、ACPIについてはご家族へ改めて確認する必要がある。</li> <li>・東区の施設にいたときスワネットを活用していたと思うが、先生からは常に最新の情報への必要とのお話があった。しかし、介護の現場では頻回な更新は難しいように感じる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急搬送年間2～3件</li> <li>・特養は週2回診察あり。看取り希望が大半。入所時に意向確認。若い人には再度意思確認する。</li> <li>・脳梗塞で嘱託医に相談、家族に連絡し、搬送希望ケースあった。</li> <li>・ショート利用者では何かあれば搬送する。家族に連絡とり病院へ搬送。</li> <li>・ショートで夜間救急要請した際、7時間受け入れ先が決まらず、診察開始を待って受診したことあり。</li> <li>・[ ]ハウス。心疾患多い。緊急ボタンでコールがあると、特養職員がバイタル測定。必要時搬送。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・搬送は結構ある。その都度サマリーを記入し渡してる。</li> <li>・区を超えた搬送も多い。コロナだと県単位の搬送となる。</li> <li>・かかりつけ病院あると搬送スムーズ。認知症、高齢者は断られるケース多い。</li> <li>・搬送先の病院では家族が居ても、本人の状態が分かる施設看護師が病棟まで申し送りする言われられない。</li> <li>・R3.4月～厚労省のライフが開始。ソフト使用。病気、ADL、認知機能、家族の情報など入れて送ると加算がとれる。本人の希望を入れる欄はない。</li> <li>・入所者の9割が認知症。</li> </ul>
質 問	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同意欄についてケアマネへの説明も必要になってくると思うがそのあたりはどうか。</li> <li>・更新時期についてはどの程度の頻度を想定しているのか。頻回なら紙ではなく、データ管理のほうがよい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・更新はどの程度の頻度で行うべきか。</li> <li>・更新を考えると紙よりデータ管理のほうがしやすいが、それについてはどうか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受け入れ先が決まらないことがあったが、救急シートで解決するのかわか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全ての病院で情報の共有ができるのか。</li> <li>・記入したシートの提出方法は。</li> <li>・搬送の手順(施設→地域連携室→救急車手配)は変わらないか</li> </ul>
意 見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院からは薬の情報をよく聞かれる。施設では、処方箋とにいがた救急連携シートを合わせて管理していくとよいと思うが、今後在宅に事業展開していくにあたりお薬手帳と一緒に管理できる様式にできるとよいのではないかと。薬剤師会との連携を考えてはどうか。</li> <li>・ご家族への説明にあたり、新潟市の事業である説明文がほしい。</li> <li>・個人情報の取扱いについて、施設入居時に承諾をとっているが、にいがた救急連携シートについて、明確化する必要があるのではないかと考える。</li> <li>・手順書があるとよい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スワネット内で活用していくとのお話だが、スワネット自体が普及しないとにいがた救急連携シートも広がっていかないと。</li> <li>・西区がモデルとのことだが、西区以外の消防の救急車が来ることもある。その際、救急隊がタブレットで情報を見られないなら、シートの情報をA4で印刷できるツールがあるとよい。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅の独居が問題。ケアマネがない高齢者も多い。在宅のシートの管理場所、記入支援はどうするのか。</li> <li>・救急シートの更新が大変か。</li> <li>・R3.4月～厚労省のライフと連動すると良い。</li> <li>・どんな状態の人でもすべて搬送というのはどうなのか。</li> <li>・本来家族がやることでケアマネに頼ることが多い。家族の意識も変えていかなくてはいけない。</li> </ul>
今後について		<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急搬送時間の短縮という目的があるのであれば、施設入居者全員のシートを作成しないと意味がないと思うので、そういう方向で進めていきたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ショート担当[ ] ケアハウスについては改めてご相談させていただきたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・試みはすごく良いので協力していきたい。西区内にかかりつけ病院がある人が良いか。</li> <li>・認知症カフェですらんに元気な高齢者が来るので、ACPIについて話をしたい。</li> </ul>

特別養護老人ホーム				
施設名	I	J	K	L
日時	令和3年6月23日	令和3年6月23日	令和3年6月30日	令和3年6月30日
対応者	施設長 生活相談科長 介護科長	園長 管理者	園長 庶務主任	相談員 介護職員、看護職員
現 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日中は施設送迎車で受診していたが、ここ2、3年で救急車で搬送を希望する病院が増えた。</li> <li>・入所時は協力病院が [ ] であることを伝え、受診は協力病院になることを伝えている。</li> <li>・救急搬送はほぼ [ ]</li> <li>・看取りは行っていない。</li> <li>・入所時に終末期意向を家族に確認している。状態の変化があった場合、情報が古くなった場合に随時意向を確認する。</li> <li>・ショート利用者については、救急隊から受け入れが可能な病院を聞かれることが多く、事前にかかりつけ病院に確認している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師付き添いで施設送迎で受診することもある</li> <li>・緊急性ある場合、施設の送迎車が空いていない場合、救急搬送あり。月に0～数回。</li> <li>・搬送時は情報記入したシートを渡している。</li> <li>・入所時、延命治療等いくつかの項目を確認。その後は、状況に応じて主治医説明、意向確認するが、病院を希望する場合がある。入院後に治療できないなら施設に戻る場合もある。</li> <li>・ [ ] と [ ] が協力病院。</li> <li>・嘱託医が搬送先を見つけてくれる。嘱託医に連絡とれない場合、まれに救急隊を呼んで搬送先を探す。</li> <li>・搬送先はほぼ [ ] だが、 [ ] ときもある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看取り対応も行っているが、救急搬送は昨年度は34件あった。日中が多い。</li> <li>・特養の入所者は関連施設である [ ] 病院に搬送される。平時は [ ] 診療所の先生が診察を行っており、救急搬送時はカルテを共有している。</li> <li>・ [ ] 病院に整形外科がないため骨折の場合は、別の病院に搬送になる場合がある。</li> <li>・ショートステイの利用者の場合は、家族、かかりつけ医に連絡し、受入先が見つからない場合は、信楽園病院で受け入れてもらっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ [ ] に開設で看取り対応も行っているが、救急搬送は2、3件あった。 [ ] 上提携している。</li> <li>・救急搬送時にはいがた救急連携シートよりADLなどはより詳しい情報を渡している。ADLは最新の情報その場で書き加えている。</li> <li>・救急搬送時はまず看護師が対応し、かかりつけ医に連絡する場合もあるが、緊急性が高いと判断した場合はかかりつけ医の連絡を待たず搬送するときもある。</li> <li>・アクションカードが非常に役立っている。</li> <li>・ショートステイの利用者さんで特に短期利用の方は情報量が少ないので、いざ救急搬送となったときこのシートがあるとよいと思う。</li> </ul>
質 問	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の意向が確認できないが、ACPの項目も記入か</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ICTツールの画面を施設でも見ることができるのか。</li> </ul>
意 見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ショート利用者が救急シート作成者であることが分かるようにしてほしい。利用時ケアマネから情報提供があるが、提供されるシートの様式は統一されていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族への同意は施設でとるのか。</li> <li>・更新頻度はどれくらいか。ADLなどに大きな変化があった場合でよいのか。</li> <li>・試行にあたり、どれくらいの人数の情報が必要か。</li> <li>・今後のスケジュールはどうなっているのか。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ICTツールへの登録完了の連絡が施設にくるとよい。</li> </ul>
今後について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多くはできないが協力したい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設のシートをいがた救急連携シートの切り替えていくこともできるし、便利だと思う</li> <li>・入所相談員と共有し活用していきたい</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・すごく良い取組みなので、どんどん広がっていくとよいと思う。</li> </ul>

介護老人保健施設

施設名	A	B	C	D
日時	令和3年5月18日	令和3年5月19日	令和3年5月26日	令和3年6月29日
対応者	相談員	事務長 事務長	相談員 相談員 看護師長	施設長 事務部長、看護師長 相談員
現 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日中は医師常駐、夜間休日は[ ]の宿直医が診察。</li> <li>・救急搬送は医師が搬送先病院に連絡した上で行っている。かかりつけ医を経ての入所なので、搬送先はかかりつけ医に連絡する。</li> <li>・[ ]に搬送になることが多い。</li> <li>・入所者は在宅復帰もターミナルケア、看取りもある。</li> <li>・急速に悪化もあるので、事前に積極的治療、食べられなくなったらどうするか、入院か施設看取りか、状態や年齢によって聞いている。</li> <li>・園で記入するシートがある。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急搬送は年間10件程度であり、[ ]搬送されることが多い。</li> <li>・救急搬送は日中がほとんど。夜間だと骨折が多いが、すぐさま救急搬送が必要な状況でなければ、嘱託医と相談し朝まで施設で待機して救急搬送している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急の場合は、隣接する[ ]に運ぶ。</li> <li>・入所者は[ ]以外の病院からも受け入れている。</li> <li>・院内の会議でシートの話や事業内容は聞いていた。[ ]と連携してどう運用していくかだと考えている。</li> <li>・再入院などのタイミングで入所時とADLが変わっている場合があり、その際は、ADL情報を更新して病院に情報提供している。</li> <li>・変化があった部分だけを更新するのであれば、紙ではなく、データの方が取扱いやすい。</li> <li>・ACPIについてはどのタイミングで聞かや本人が意思表示できない場合は、誰に聞かやなど難しい。</li> </ul>
質 問	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象は老健入所者か。</li> <li>・今後のスケジュールはどのようになっているか。</li> <li>・モデルとなる医療機関は西区のみか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同意欄は施設でとるのか、新潟市でとるのか。</li> <li>・シートは紙媒体だけなのか。</li> <li>・ADLの変化に応じて、シートの更新は施設の判断で進めているのか。</li> <li>・今後のスケジュールはどう進めればよいのか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・更新のタイミングはどれくらいのペースか。</li> <li>・救急搬送の際はサマリーを渡していたが、それが不要になるのか。</li> <li>・西区の救急5病院とはどこか。</li> <li>・更新するなら紙よりデータの方が管理しやすいがそのあたりはどうか。</li> <li>・医師会にデータをメール送信する場合はパスワード付で送付するのか。</li> <li>・個人情報を第三者に提供するにあたって、ご家族に同意の取得が改めて必要か。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・登録したデータを施設で見ることはできるのか。</li> </ul>
意 見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・園での協議と本人、家族への説明、同意が必要。積極的に行うための事業の目的、意図をどう説明するか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会へのシート提出方法について、紙媒体であれば、個人情報の関係上メールよりも郵送や持参の方がよい気がする。</li> </ul>		
今後について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市の説明文と合わせて上司に報告したい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市の説明文と合わせて医師も含め、施設全体に情報共有し、進めていきたい。</li> <li>・一度に100人は無理でもある程度の人数は同意取得し作成できそうな気がする。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・シートを作成できる入所者はある程度、絞り込まれてくるので施設側で十分、対応できると思う。</li> </ul>

ショートステイ

施設名	A	B	C	D
日 時	令和3年5月20日	令和3年5月25日	令和3年5月26日	令和3年5月26日
対応者	管理者	施設長	施設長	管理者
現 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設に居宅ケアマネはいない。</li> <li>・日中は地域連携室( )等)を通して、夜間は主治医に連絡をとって救急要請している。</li> <li>・情報管理はケアマネだが、施設にも提供あり共有できている。</li> <li>・施設独自のシートがある。情報は、赤坂ネットで頂いた意見を取り入れた。</li> <li>・アクションカードが非常に役立っている。スムーズに搬送できており問題ない。</li> <li>・夜間はすぐに来れない家族も多く、管理者が同乗している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間10件位救急搬送。夕方から夜間が多い。日中だとかかりつけ医に受診し病院へ紹介状出るのでスムーズ搬送できる。</li> <li>・独自の緊急シートあり、かかったことのある病院をお聞きして記入する。</li> <li>・救急隊にはシートを渡し、口頭で補足している。救急隊との連携はスムーズで問題ない。</li> <li>・かかったことがある病院がないと、救急隊に頼る。</li> <li>・ が搬送先として多いが はかかったことがないと難しい。</li> <li>・救急搬送時看護師同伴。施設長が同伴することもある。</li> <li>・市外、県外に家族がいる人多い。</li> <li>・受診の際に、メモで近況や気になることなどお渡しし、情報共有に努めている。</li> <li>・家族との面談は契約時と必要時。ケアマネを介して連絡も多い。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急搬送は昨年度は4.5件あった。基本的には利用者かかりつけHPがあれば当該病院へ救急受入依頼をしている。</li> <li>・ ら法人変更し、病院長が嘱託医として関わっていただいている。</li> <li>・病院の受入NG、搬送先が決まらない場合は へ搬送OKとなり、安心感ある。</li> </ul>
質 問	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後のスケジュールはどう進めればよいのか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携シートによる情報共有により病院が受け入れてくれるのか。</li> <li>・きりんキットとの違いは何か。</li> <li>・他のショート利用のある方と情報が重複する可能性があるが、どのように管理するか。</li> </ul>		
意 見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・シートの基本情報等変わらない部分あるのでデータベースがあるとよい。</li> <li>・搬送時間が短縮されたり、搬送時の施設職員の同乗がなくなるとよい。</li> <li>・他のショート単独施設と足並みが揃えられるとよい。</li> <li>・ケアマネへの依頼は施設からがよいと思う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医にも連携シートの情報が共有できるとよい。</li> <li>・更新のタイミングが難しい。</li> <li>・厚労省のライフがあり、救急シートの記入もとあとと手間だが、良いことなので協力したい。</li> </ul>		
今後について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5人位にシートを送って依頼を考えている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既存のシートを救急シートに変更するか等グループ内の施設と検討する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どの程度情報を集められるか分からないが利用者のご家族に説明して協力できるようにしたいと思う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご家族あての市文書に施設からの文書も付けて理解を得たうえで進めていきたい。</li> </ul>

ショートステイ

施設名	E	F	G	H
日 時	令和3年5月28日	令和3年5月31日	令和3年6月21日	令和3年6月23日
対応者	管理者 相談員	相談員 相談員 看護師	管理者	管理者兼生活相談員
現 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急隊に渡すシートは施設で用意している。一昨日も日中救急搬送があり、[ ]病院に搬送した。</li> <li>・年間5件から10件救急搬送があり、ご家族が搬送先の病院に行ける場合は職員は同乗しないが、夜間、稀に職員が同乗する場合もある。</li> <li>・施設での救急搬送の流れとしては、ご家族、かかりつけ医に連絡し、かかりつけ医が搬送先を探してくれる場合もあるが、そうでない場合は救急車到着までの間、施設で搬送先を探している。</li> <li>・救急搬送時、入院歴がなく、かかりつけ医が診療所の先生の場合、夜間休日など搬送先の病院が見つからず、搬送までの時間が長くなる傾向にある。</li> <li>・[ ]なので、救急隊に渡すシートの更新は今のところしていないが、今後、更新する場面も出てくると思う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急搬送は年間10件行かない程度、主治医に連絡し救急搬送をする流れになっている。かかりつけ医が病院であれば、その病院で受け入れてもらえることもある。</li> <li>・救急隊とのやりとりはサマリーで問題ない。救急搬送を受け入れてくれる病院を探すことに時間がかかる場合がある。</li> <li>・コロナ禍でケアマネジャーが本人の様子を確認したり、ご家族との面談ができない状況や老老介護のご家族の場合など施設に来てから新たな情報が判明するなど情報共有がうまくいかない事象が出てきている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急搬送は昨年の8月から今までで2件程度、緊急性が高くない場合は、まずご家族に連絡し救急搬送している。</li> <li>・救急隊とのやりとりは消防からもらった患者情報提供シートを使用した患者情報提供シートを使用、救急隊、病院の求めに応じてサマリーなどより詳細な情報を渡す場合もある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急搬送数は利用者の状況により増減あり。年間平均10件。</li> <li>・急変時、家族と主治医に連絡。救急車に乗る前に搬送先病院に連絡とっている。</li> <li>・かかりつけが開業医の場合は、救急隊に連絡し、救急隊が搬送先を照会するので時間がかかる。</li> <li>・母体[ ]病院なので、最終的に受け皿となっている。</li> <li>・搬送時、作成してある台帳をコピーして渡している。救急隊から、施設によって情報くれないと聞いた。</li> <li>・施設→救急隊→病院への情報伝達が上手くない。受け入れ病院の医師によっては直接施設に聞かからず救急隊の話は聞かない。</li> <li>・搬送後すぐに検査し入院適応か決める場合と、入院し検査は翌日に回す場合とある。</li> </ul>
質 問	<ul style="list-style-type: none"> <li>・シートを作成すれば、今後、救急隊にサマリーを渡さなくていいのか。</li> <li>・紙よりデータ管理のほうが更新しやすいが、それについてはどうか。</li> <li>・シートの記入はご家族がするのか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ACPについて本人に問いかけているような設問だが、認知症など意思決定できない利用者も多いがどうしたらよいか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何人くらいの情報が必要なのか。</li> <li>・シートは手書きのみか。</li> <li>・シートの運用は西区のみか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の台帳、きりりんキット、[ ]病院の登録(優先的な入院)、この救急シートがあり、一人につき4つのツールは作業の手間が増える。統一できないか。</li> </ul>
意 見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急隊が知りたい情報がわからないので、それが明確になるとよい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規の利用者の契約時にシートを同時に徴求することが想定されるが、契約書類だけでも記入が多く、時間的に難しい。また、1泊2日などの短期の利用者に対して、救急時の医療・ケアについて聞くことは心理的負担になる可能性もある。</li> <li>・介護保険申請時など一元的にこのタイミングで書くことを決めるとよいと思う。</li> <li>・救急搬送する病院は西区内だけではないので、市内であれば全て同じ状況になるとよい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ACPについて特養のように看取りを想定した施設ではなく、比較的元気な利用者の方も多いので、信頼関係ができていないとなかなか聞きづらい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救急シートを使っても、受け入れ病院からサマリーは求められるだろう。</li> </ul>
今後について		<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設として利用者、従事者のコロナワクチン接種が課題となっており、感染予防を含め疲弊している職員も多い。できる範囲で協力していきたい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・シートの作成に協力していきたいと思う。</li> <li>・ACPについてもこちらでできる範囲で聴取していこうと思う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期利用者、連携とりにくい家族等に活用したい。</li> </ul>



# にいがた救急連携シート ガイドライン



2022年11月一部更新

新潟市在宅医療・救急医療連携ワーキンググループ

新潟市保健衛生部地域医療推進課

### にいがた救急連携シートについて

あらかじめ治療中の病気やかかりつけ医療機関、緊急連絡先などの情報のほか、今後の治療やケアに関する本人の希望、ご家族等の意向などをくり返し話し合い、記入してもらう「にいがた救急連携シート」を作成しました。緊急事態発見者や医療機関、救急隊などの関係者が、このシートに記載の情報を共有することで、「もしもの時」に速やかな救急搬送や搬送先医療機関でのスムーズな対応につなげることを目的としたものです。

#### (1)シートの趣旨

既往歴、持病、服薬状況、緊急時連絡先、かかりつけ医情報のほか、今後の治療や療養に関わる本人の意向を含めた情報シートを記入し、救急時に関係者間で共有・活用する。

市民一人ひとりが、人生の最終段階において、どこで過ごし、どのような医療を受けたいか、元気なときから考え、繰り返し合うことを促す。

#### (2)運用方法

・施設職員やケアマネジャー等が対象者へシートの趣旨・内容などの説明と記入支援を行う。

・記入(入力)したシートを「にいがた救急連携シート」送信専用フォームより、新潟市へ送信する。

※詳細は「[図1 にいがた救急連携シート送信方法](#)」参照

・初回登録(送信)後は施設職員やケアマネジャー等が基本的に一年に一度(対象者の誕生日)、情報の見直しを行い、変更があった場合に更新登録することとする。ただし、病状や意向が変化した際にはその都度見直しおよび更新登録を行う。

・シートに記入する情報は、救急隊、搬送先の医療機関、当人に関わる医療介護従事者が「にいがた救急連携シート」および ICT 情報共有ツール「SWAN ネット」で情報共有・閲覧可能とする

#### (3)対象者

①西区の施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設)入所者またはショートステイ利用者

②西区在住の要支援・要介護認定者

※この対象者のうち、当該事業の趣旨に賛同し、自らの情報の登録および共有に関し、書面で同意した者とする。

#### (4)運用にご協力いただく機関

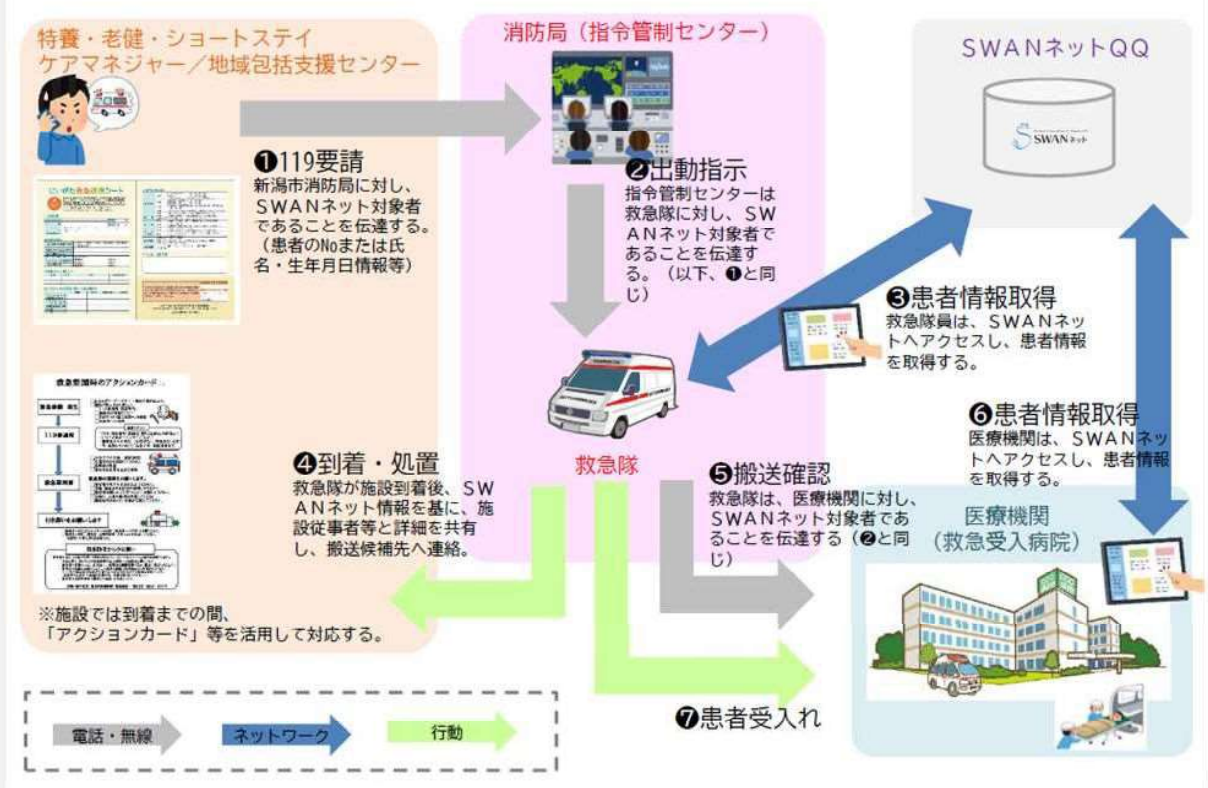
西区内の特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・ショートステイ・

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・病院(済生会新潟病院・信楽園病院・新潟

医療センター・新潟脳外科病院・西新潟中央病院)・西蒲中央病院・新潟市消防局、西消防署

(5)シート運用のながれ

にいがた救急連携シートの運用イメージ



①119要請(施設職員・ケアマネジャー等)

新潟市消防局へ「にいがた救急連携シート」または「SWAN ネット QQ」対象者であることを伝達する(患者氏名・生年月日情報等)。

②出動指示(消防局)

指令管制センターは救急隊に対し、「SWAN ネット QQ」対象者であることを伝達する(同上)。

③患者情報取得(消防局)

救急隊員は、専用のタブレット端末から「SWAN ネット QQ」へアクセスし、患者情報を取得する。

④到着・処置(消防局)

救急隊が施設到着後、「SWAN ネット QQ」情報を基に施設職員等と詳細を共有し搬送候補先へ連絡。

⑤搬送確認(消防局)

救急隊は、医療機関に対し、SWAN ネット対象者であることを伝達する。

⑥患者情報取得(病院)

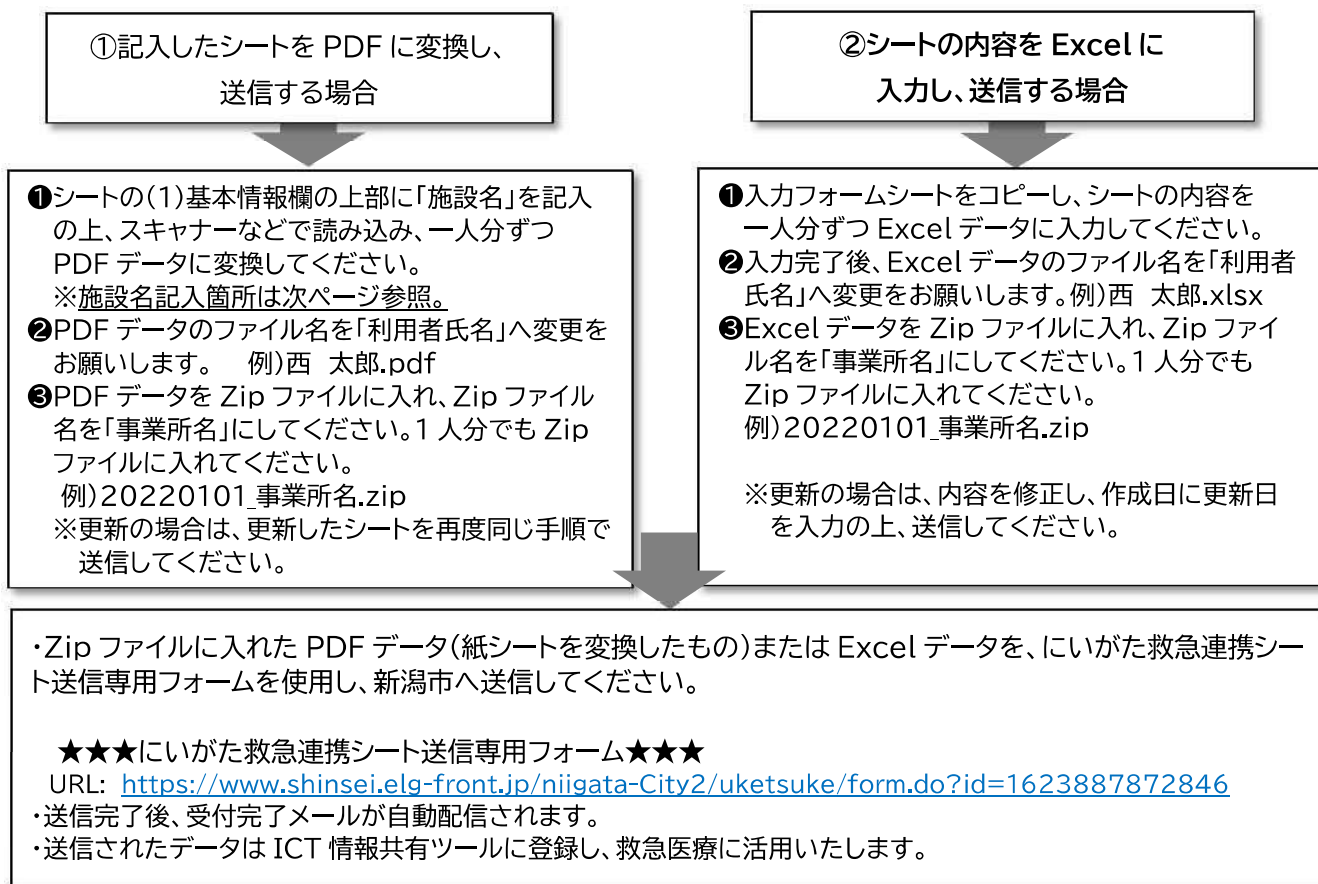
「SWAN ネット QQ」へアクセスし、患者情報を取得する。

⑦患者受入れ(病院)

取得した情報を診療や今後の方針決定に活用する。シートに対する評価を行う。



図1 にいがた救急連携シート 送信方法



画面イメージ

**【テスト用】にいがた救急連携シート送信専用フォーム** ヘルプ

送信内容の確認 **※送信は完了していません。**

以下の入力内容をご確認ください。  
よろしければ「送信」ボタンを押してください。  
入力内容に間違いがある場合は、「修正する」ボタンを押し、再度入力してください。  
機種依存文字が入力されている場合には、「?」のように表示されていますので、修正してください。

申請日 <b>必須</b>	令和 3年 6月 17日
団体・法人名 <b>必須</b>	新潟園
役職・部署名	介護支援専門員 <b>←役職または職種</b>
お名前 <b>必須</b>	新潟太郎 <b>←施設担当者名</b>
電話番号 <b>必須</b>	025-123-4567
メール送信先 <b>必須</b>	パソコン用      chiiki.iryoo@city.niigata.lg.jp スマートフォン用
にいがた救急連携シートの登録 <b>必須</b>	20210617_新潟園.zip (26KB)
通信欄	

**←施設連絡先**

(6)にいがた救急連携シートの記入要項

※シートの内容を Excel に入力し、送信する場合は、  
Excel データの入力フォーム「記入例」をご参照ください。

## にいがた救急連携シート

新潟市では、皆さまにあらかじめ治療中の病気やかかりつけ医療機関、緊急連絡先などを記入してもらう「にいがた救急連携シート」を作成しました。緊急事態発生者や医療機関・救急隊などの関係者が、このシートに記載の情報を共有することで、「もしもの時」に迅速やかな搬送や搬送先医療機関でのスムーズな対応につなげることを目指しています。記載内容に変更があった場合は、そのつど記載してください。

新潟市立中央医療・介護連携推進委員会 発行/新潟市保健衛生部

新潟園

**(1) 基本情報**

ふりがな		年齢	
氏名	①	性別	男
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
住所	新潟市 区		
連絡先電話番号			

**(2) 医療の情報**

現在治療中の病気やケガ	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 透析(腎不全) <input type="checkbox"/> その他の疾患( )		
過去にかかった主な病気	②		
現在の内服薬(お薬手帳の写し可)			
アレルギー	無・有(記入: )		
かかりつけ医療機関 <small>※おおむね1年以内に受診歴のある などの病院・診療所</small>	医療機関名	診療科名	
	医療機関名	診療科名	
	医療機関名	診療科名	

**(3) 連絡をとってほしい人**

氏名	続柄	住所	緊急時連絡先
		③	

**(4) かかわりのある医療・福祉・介護の関係者**

機関名	担当者	緊急時連絡先	24時間対応
かかりつけ医			
訪問看護ステーション			
ケアマネジャー			
生活相談員			
地域包括支援センター			
その他( )			
その他( )			

**①基本情報**

- ・基本情報欄の上部に「施設・事業所名」を記入。
- ・氏名は保険証等を確認し正確な漢字を記入。
- ・基本的に一年に一回(対象者の誕生月等)、情報の見直しを行い、変更があった場合に更新登録することとする。ただし、病状や意向が変化した場合にはその都度見直しおよび更新登録を行う。

**②医療の情報**

- ・救急対応をする際に重要な情報。最新の情報を記入。現在の内服薬は、お薬手帳の写しを PDF データ化し一緒に提出も可。

**③連絡をとって欲しい人**

- ・身寄りのない方も増えていることから、連絡先は家族に限定しない。
- ・単なる連絡先ではなく、本人の意思の表明が難しい状態になった際、その意思を推定する立場にある方の連絡先を記入することが望ましい。

**④かかわりのある医療・福祉・介護の関係者**

- ・現在、かかわりのある機関名、担当者と緊急時連絡先を記入。
- ・24時間対応が可能であれば「○」を記入

5

⑤ 日常の体の動き

機能障害	①麻痺	●力が入らず動かせない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位・程度: ●感覚がない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位・程度: <input type="checkbox"/> 触ってもわからない <input type="checkbox"/> 熱さを感じない <input type="checkbox"/> 痛みを感じない
	②拘縮	●関節が固まって動きにくい <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: ●関節が固まって動かない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:
	③欠損	●生まれながら/事故や病気で切断したことなどにより体の一部が欠けて <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:
	④視覚	<input type="checkbox"/> 裸眼で見える <input type="checkbox"/> 眼鏡等の利用で見える <input type="checkbox"/> 眼鏡等をしても見えにくい/ ⑤聴覚 <input type="checkbox"/> 聞こえが悪い(口みざ <input type="checkbox"/> むだり) → 補聴器の利用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	活動	①歩行 <input type="checkbox"/> 自分ひとりで行える <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできない ②補助具など <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他(
食事	①介助	<input type="checkbox"/> 自分ひとりで行える <input type="checkbox"/> 見守りがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできない
	②方法	<input type="checkbox"/> くち(口)で食べる <input type="checkbox"/> 経管栄養 → <input type="checkbox"/> 経鼻(鼻からの管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他( )
	③形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> さざみ食 <input type="checkbox"/> その他( )
排泄 (尿/便)	①介助	<input type="checkbox"/> 自分ひとりで行える <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできない
	②方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他(
精神状態	①意思の疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	②意識レベル	<input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> ぼんやりしている <input type="checkbox"/> 刺激しないと醒り込む
	③自傷・他害のおそれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:
特別な医療	<input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 体内金属物 <input type="checkbox"/> その他(詳細	

⑤ 日常の体の動き

- ・該当する項目にチェックを記入。
- ・チェックした内容により、詳細情報の記入が必要なため、記入漏れに注意して記入。

⑥ その他、特記事項

6

⑥ その他、特記事項

- ・要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度を記入。
- ・上記の項目にない内容で、補足することがあれば記入。

上記①から⑥の情報について、緊急事態発見者、搬送先の医療機関、救急隊、新潟市、新潟市医師会ほか「4がかわりのある医療・福祉・介護の関係者」が、本シート及び新潟市が管理するICT情報共有ツールで情報共有し、救急医療に活用することに同意の上、作成しました。	本人氏名
	代理作成者・作成支援者等
	作成日 年 月 日
	氏名
	本人との関係

7

このシートはご自身で治療方法等を判断することが困難な場合に、ご自身の意思内容として、ご家族や医療・ケアチームにおいて最大限尊重いたします。なお、何回も書き直すことができます。

⑦ 代理作成者・作成支援者等

- ・新規作成日または更新日を記入。
- ・代理作成者の氏名および本人との関係、または施設・事業所の作成支援者氏名および職種を記入。



### ③本人の意向

このページは、シートを提出する目的で確認、記入をするものではなく、今後の支援の中で、表明された本人の意思を記入する。

**提出は、救急情報（①～⑦）のみでも構わない。**

・救急搬送より前に ACP を積み重ねておくきっかけとして、本人の意思を最大限尊重した治療やケアを提供するための情報、また、本人が意思の表明ができない場合に、その意思の推定に資する情報という位置づけである。

- ・あくまで、本シート作成時の本人の意向であり、決定事項ではない。
- ・表明された本人の意思や家族等の希望に現時点で一番近いものに☑する。
- ・本人の意思は変化するため、繰り返し話し合い、その内容を残しておくための一つのツールとして活用する。

#### 1 もし、生きることができている時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？(複数回答可)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 家族や友人のそばにいること    | <input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること   |
| <input type="checkbox"/> 仕事や社会的役割が続けられること | <input type="checkbox"/> 好きなことができること   |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること  |
| <input type="checkbox"/> できる限りの治療が受けられること | <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと     | <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 今はわからない          |  |
| <input type="checkbox"/> その他( )           |  |

#### 2 もし、治らない病気になったり、気持ちを伝えられなくなったら、どこで、どんな治療やケアを受けてすごしたいですか？

- |                   |                                       |                                    |                                  |
|-------------------|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| (1) 痛みや<br>苦痛について | <input type="checkbox"/> できるだけおさえてほしい | <input type="checkbox"/> 自然のままでもいい | <input type="checkbox"/> 今はわからない |
|                   | <input type="checkbox"/> その他( )       |                                    |                                  |
| (2) すごしたい<br>場所   | <input type="checkbox"/> 自宅           | <input type="checkbox"/> 病院        | <input type="checkbox"/> 施設      |
|                   | <input type="checkbox"/> その他( )       |                                    | <input type="checkbox"/> 今はわからない |

#### 3 もし、治療やケアについて、自分で決められなくなったら、代わりに誰に話しあってほしいですか？

- |                                   |                                   |                                 |                                    |                                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者(夫・妻) | <input type="checkbox"/> 子ども・孫    | <input type="checkbox"/> きょうだい  | <input type="checkbox"/> 親戚(姪・甥など) | <input type="checkbox"/> 友人・知人 |
| <input type="checkbox"/> かかりつけ医   | <input type="checkbox"/> 頼める人はいない | <input type="checkbox"/> その他( ) |                                    |                                |

#### 4 これらの選択を希望した思いや理由を書いてみましょう

---

---

---

---

---

---

このシートはご自身で治療方法等を判断することが困難な場合に、ご自身の意思内容として、ご家族や医療・ケアチームにおいて最大限尊重いたします。  
なお、何回も書き直すことができます。

## よくあるお問い合わせ

Q1. ショートステイ利用者については、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、シートの記入支援をし、ショートステイ利用時に情報が提供されるということで良いか。

A1. 現在、ショートステイにもシートの説明と記入支援を依頼しています。既にシートが登録されている場合は、ショートステイ職員と居宅介護支援事業所のケアマネジャーで共有していただければ幸いです。ショートステイ利用時に居宅介護支援事業所から基本情報と一緒にシート情報も提供していただく、また、ショートステイ退所時に居宅介護支援事業所のケアマネジャーにシート情報を提供していただく等ご対応をお願いいたします。

Q2. 救急要請の際、施設職員がシートのことを把握しておらず、シート登録者である情報を伝えられなかった場合はどうなるのか。

A2. ガイドライン2ページ「(5)シート運用のながれ」に記載のとおり、救急要請の際、シート登録者であることの伝達をお願いします。情報を伝えられなかった場合、救急隊は SWAN ネット救急の閲覧を行いません。救急隊、受け入れ病院での迅速な情報共有が困難になりますので、シート登録者の把握方法について施設内でのルール作成等ご検討をお願いしたいと思います。

Q3. 在宅から施設に入所した場合は、1年の見直しの基準日は変わらないのか。入所の際に取り直して、基準日を変更するのか。

A3. ガイドライン1ページ「(2)運用方法」に記載のとおり、初回登録後は基本的に一年に一度(対象者の誕生日)、情報の見直しを行い、変更があった場合に更新登録することとしています。また、病状や意向が変化した際にはその都度見直しおよび更新登録を行うこととしています。施設に入所した場合は、ご本人、ご家族との面談の中で、情報の見直しをし、変更があった場合に更新登録をお願いいたします。その場合、初回登録後の運用と同様にご対応をお願いします。

Q4. 特別養護老人ホームは、看取り加算を算定する場合に看取りの計画が必要になる。その時点で、シートから看取りの計画に移行すると考えて良いか。

A4. 看取りを希望される場合でも、病状によっては救急搬送も想定されるため、シートの説明と記入支援をお願いいたします。

Q5. いつまでに、どの位(情報提供数)等、目安はどのように考えたらよいか。

A5. 令和4年度は、ご提供いただきました情報や実際に救急搬送があった事案を基に事業の効果検証を行い、令和5年度以降の事業展開について検討することにしております。検証に向け、多くの方からご協力をいただきたいと思います。

Q6. 全ての情報を記入しなければならないのか。

A6. ACPに関わる内容は、このシートを提出する目的で記入を急ぐものではありません。今後の支援の中でお聞きできましたらご記入をお願いします。救急の情報のみの提出でも構いませんのでご協力をお願いいたします。

## お問い合わせ

新潟市保健衛生部地域医療推進課

TEL :025-212-8018 FAX :025-246-5672

Mail :chiiki.iryo@city.niigata.lg.jp

## 『にいがた救急連携シート』活用の手引き

(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター版)

あらかじめ治療中の病気やかかりつけ医療機関、緊急連絡先などの情報のほか、今後の治療やケアに関する本人の希望、ご家族等の意向などをくり返し話し合い、記入してもらう「にいがた救急連携シート(以下、「シート」)」を作成しました。

緊急事態発見者や医療機関、救急隊などの関係者が、この「シート」に記載の情報を共有することで、「もしもの時」に速やかな救急搬送や搬送先医療機関でのスムーズな対応につなげることを目的としたものです。

## 「シート」活用のフロー

(参考ページは『にいがた救急連携シートガイドライン』をご覧ください)

## 説明・記入

- ・事業対象者に「シート」の趣旨・内容などの説明をお願いします(参考 p1)
- ・事業対象者より同意が得られた場合、対象者と内容を確認しながら、「シート」の記入(記入支援)をお願いします(参考 p4~6)
- ※本人の意向(⑧)は、「シート」を提出する目的で確認、記入をするものではなく、支援の中で表明された本人の意思を記入するものです。
- 提出は、救急情報(①~⑦)のみでも構いません。**

## 提出

- ・記入(入力)した「シート」を送信専用フォームより、新潟市へ送信して下さい(参考 p3)

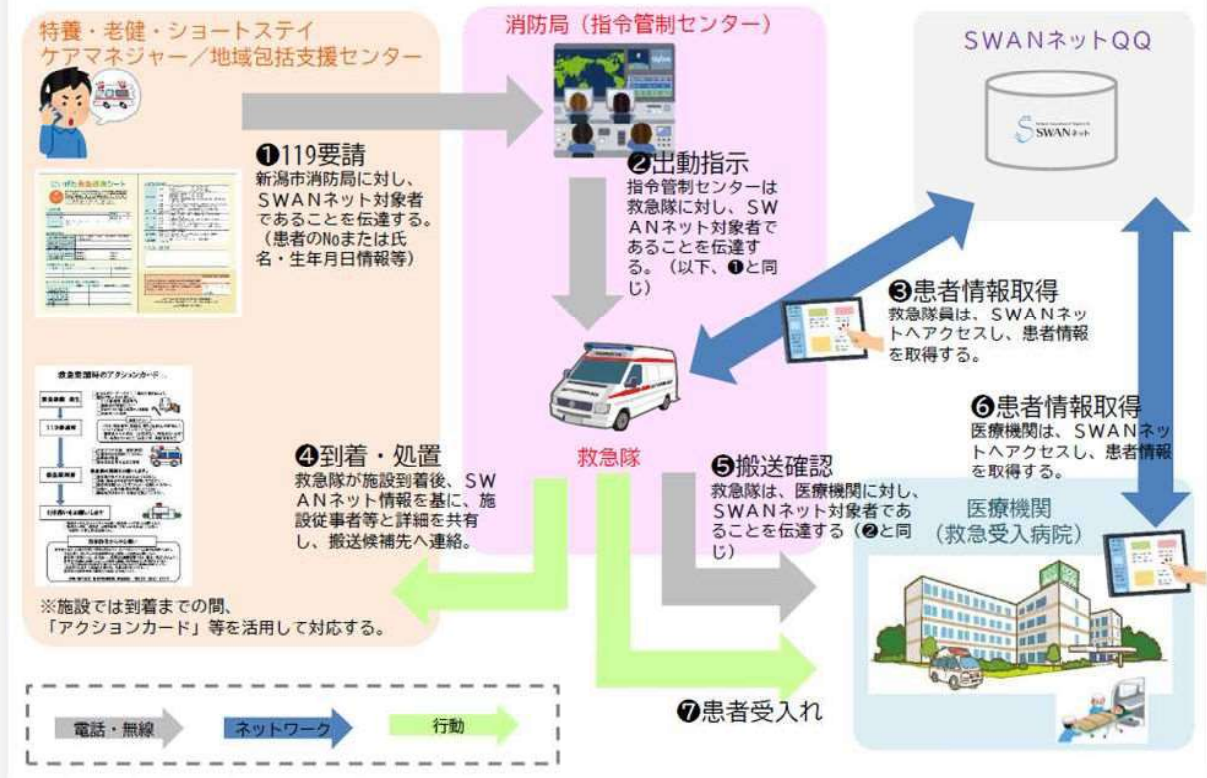
## 緊急時の備え

- ・「シート」の原本は、事業所にて保管し、写しを対象者宅で保管して下さい。
- ・救急車要請時に「シート」対象者であることを伝達できるよう、家族等と共有しておいて下さい。

- 初回登録(送信)後は基本的に年に一回(対象者の誕生月等)、情報の見直しを行い、変更があった場合に更新登録をお願いします。ただし、病状や意向が変化した際には、その都度見直しおよび更新登録をしてください。
- 令和4年度は、ご提供いただきました情報や実際に救急搬送があった事案を基に事業の効果検証を行い、令和5年度以降の事業展開について検討することにしております。検証に向け、多くの方からご協力をお願いいたします。

新潟市在宅医療・救急医療連携ワーキンググループ  
新潟市保健衛生部地域医療推進課

## にいがた救急連携シートの運用イメージ



### ①119要請(施設職員・ケアマネジャー等)

新潟市消防局へ「にいがた救急連携シート」または「SWAN ネット QQ」対象者であることを伝達する(患者氏名・生年月日情報等)。

### ②出動指示(消防局)

指令管制センターは救急隊に対し、「SWAN ネット QQ」対象者であることを伝達する(同上)。

### ③患者情報取得(消防局)

救急隊員は、専用のタブレット端末から「SWAN ネット QQ」へアクセスし、患者情報を取得する。

### ④到着・処置(消防局)

救急隊が施設到着後、「SWAN ネット QQ」情報を基に施設職員等と詳細を共有し搬送候補先へ連絡する。

### ⑤搬送確認(消防局)

救急隊は、医療機関に対し、SWAN ネット対象者であることを伝達する。

### ⑥患者情報取得(病院)

「SWAN ネット QQ」へアクセスし、患者情報を取得する。

### ⑦患者受入れ(病院)

取得した情報を診療や今後の方針決定に活用する。シートに対する評価を行う。

お問い合わせ

新潟市保健衛生部地域医療推進課

TEL :025—212—8018    FAX :025—246—5672

Mail :chiiki.iryo@city.niigata.lg.jp

## 『にいがた救急連携シート』活用の手引き（施設版）

あらかじめ治療中の病気やかかりつけ医療機関、緊急連絡先などの情報のほか、今後の治療やケアに関する本人の希望、ご家族等の意向などをくり返し話し合い、記入してもらう「にいがた救急連携シート(以下、「シート」)」を作成しました。

緊急事態発見者や医療機関、救急隊などの関係者が、この「シート」に記載の情報を共有することで、「もしもの時」に速やかな救急搬送や搬送先医療機関でのスムーズな対応につなげることを目的としたものです。

### 「シート」活用のフロー

(参考ページは『にいがた救急連携シートガイドライン』をご覧ください)

#### 説明・記入

- ・事業対象者に「シート」の趣旨・内容などの説明をお願いします(参考 p1)
- ・事業対象者より同意が得られた場合、対象者と内容を確認しながら、「シート」の記入(記入支援)をお願いします(参考 p4～6)  
※本人の意向(⑧)は、「シート」を提出する目的で確認、記入をするものではなく、支援の中で表明された本人の意思を記入するものです。  
**提出は、救急情報(①～⑦)のみでも構いません。**

#### 提出

- ・記入(入力)した「シート」を送信専用フォームより、新潟市へ送信してください(参考 p3)

#### 緊急時の備え

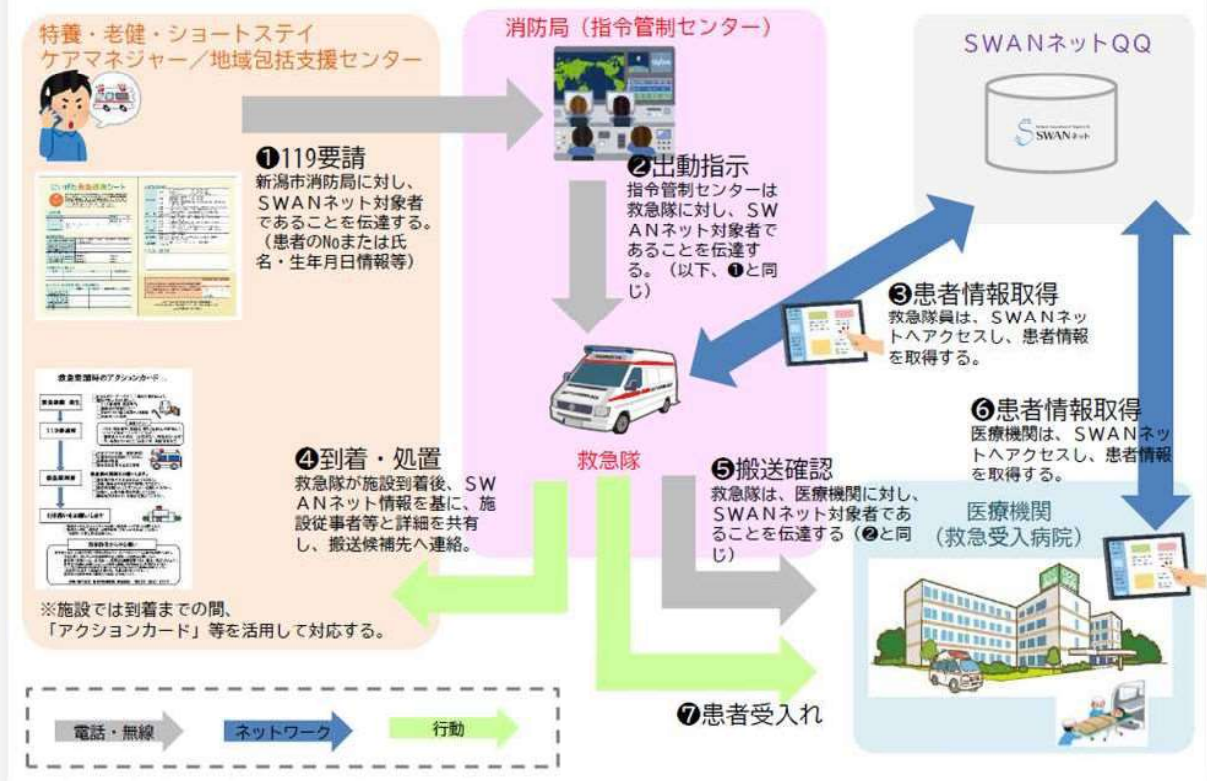
- ・「シート」の原本は、施設にて保管してください。
- ・救急車要請時に「シート」対象者であることを伝達できるよう、施設内での把握方法についてルール作成等をお願いします。

- 初回登録(送信)後は基本的に年に一回(対象者の誕生日等)、情報の見直しを行い、変更があった場合に更新登録をお願いします。ただし、病状や意向が変化した際には、その都度見直しおよび更新登録をしてください。
- 令和4年度は、ご提供いただきました情報や実際に救急搬送があった事案を基に事業の効果検証を行い、令和5年度以降の事業展開について検討することにしております。検証に向け、多くの方からご協力をお願いいたします。

新潟市在宅医療・救急医療連携ワーキンググループ  
新潟市保健衛生部地域医療推進課



## にいがた救急連携シートの運用イメージ



### ①119要請(施設職員・ケアマネジャー等)

新潟市消防局へ「にいがた救急連携シート」または「SWAN ネット QQ」対象者であることを伝達する（患者氏名・生年月日情報等）。

### ②出動指示(消防局)

指令管制センターは救急隊に対し、「SWAN ネット QQ」対象者であることを伝達する(同上)。

### ③患者情報取得(消防局)

救急隊員は、専用のタブレット端末から「SWAN ネット QQ」へアクセスし、患者情報を取得する。

### ④到着・処置(消防局)

救急隊が施設到着後、「SWAN ネット QQ」情報を基に施設職員等と詳細を共有し搬送候補先へ連絡する。

### ⑤搬送確認(消防局)

救急隊は、医療機関に対し、SWAN ネット対象者であることを伝達する。

### ⑥患者情報取得(病院)

「SWAN ネット QQ」へアクセスし、患者情報を取得する。

### ⑦患者受入れ(病院)

取得した情報を診療や今後の方針決定に活用する。シートに対する評価を行う。

お問い合わせ

新潟市保健衛生部地域医療推進課

TEL :025—212—8018    FAX :025—246—5672

Mail :chiiki.iryo@city.niigata.lg.jp

新潟市在宅医療・介護連携推進事業  
医療と介護の市民講座

# ACPについて 一緒に考えてみませんか オンライン(zoom)講座

参加  
無料

～ACP（アドバンス・ケア・プランニング）ってなに？～  
もしものとき、どのような医療やケアを受けたいか、あるいは受けたくないのか、  
また、どこで人生の最期を過ごしたいかなど、医療や介護の専門家から必要なサ  
ポートを受けながら、家族や大切な人と、繰り返し話し合うことをACP  
（アドバンス・ケア・プランニング）と言います。

## 日時

①②のいずれか一方にお申込みください

①12月4日（土）14：30～16：00 定員：会場80名+オンライン200名  
講師：信楽園病院 脳神経内科部長（医師） 下畑 光輝 氏

②12月18日（土）14：30～16：00 定員：会場80名+オンライン200名  
講師：済生会新潟病院 外科部長（医師） 坪野 俊広 氏

## 会場

新潟市総合保健医療センター 2階 講堂（中央区紫竹山3-3-11）

※この講座は、講師が遠隔地から講義を行うオンライン講座です。  
会場での受講のほかに、自宅等からオンラインでの受講も可能です。

## お申込み

受付期間 10月21日（木）～11月16日（火）

下記のURLか右のQRコードから「かんたん申込」でお申込みください。

<https://www.shinsei.elg-front.jp/nii-gata-city2/uketsuke/form.do?id=1632287934161>



オンライン受講に必要な「ログインIDとパスワード」は、開催2日前までにお申込みいただいたメールアドレス  
あてに発行いたします。IDとパスワードが届かない場合は、下記までご連絡願います。

◆会場にて受講→新潟市役所コールセンター025-243-4894でも申込可能です。  
受付時間／8：00～21：00 土日祝も受け付けます。  
必要事項／申込日時（上記①②のいずれか）・代表者氏名・参加人数・代表者電話番号

## お問い合わせ

新潟市保健衛生部地域医療推進課 TEL：025-212-8018 E-mail：chiiki.iry@city.niigata.lg.jp

共催 新潟市保健衛生部地域医療推進課

在宅医療・介護連携ステーション西（済生会新潟病院）／在宅医療・介護連携ステーション西第二（信楽園病院）

## 医療と介護の市民講座(ACP版) アンケート結果

開催日時：令和3年12月4日・18日 14:30~16:00

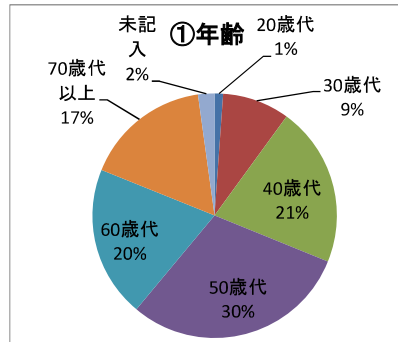
参加者数：125名(来場27名・オンライン98名)

開催方法：新潟市保健所・Zoomによるオンライン

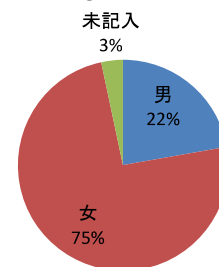
アンケート回収数：90 (回収率:80%)

## ①年齢

20歳代	1
30歳代	8
40歳代	19
50歳代	27
60歳代	18
70歳代以上	15
未記入	2
計	90



## ②性別

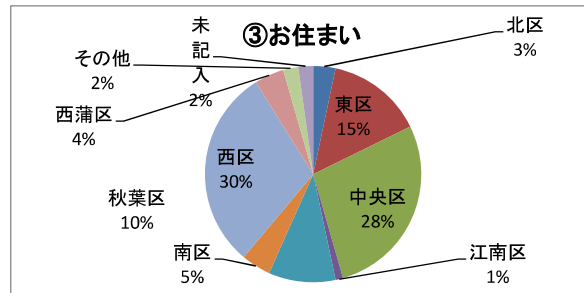


## ②性別

男	20
女	67
未記入	3
計	90

## ③お住まい

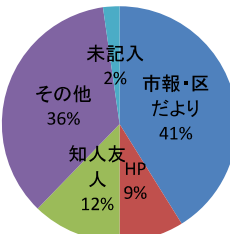
北区	3
東区	13
中央区	25
江南区	1
秋葉区	9
南区	4
西区	27
西蒲区	4
その他	2
未記入	2
計	90



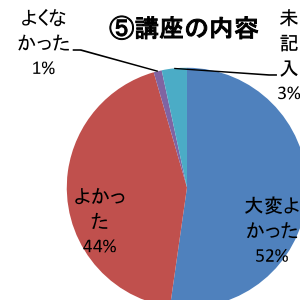
## ④講座を何で知ったか

市報・区だより	37
HP	8
知人友人	11
その他	32
未記入	2
計	90

## ④講座を何で知ったか



## ⑤講座の内容



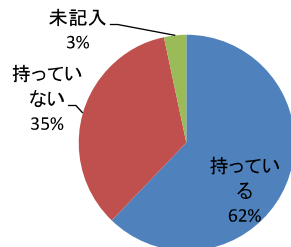
## ⑤講座の内容

大変よかった	47
よかった	39
あまりよくなかった	0
よくなかった	1
未記入	3
計	90

## ⑥かかりつけ医をもっているか

持っている	56
持っていない	31
未記入	3
計	90

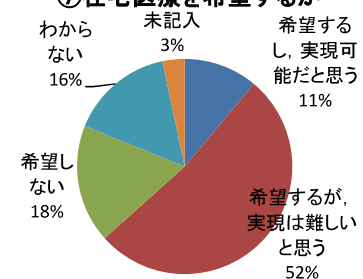
## ⑥かかりつけ医の有無



## ⑦在宅医療を希望するか

希望するし、実現可能だと思う	10
希望するが、実現は難しいと思う	47
希望しない	16
現在、受けている	0
わからない	14
未記入	3
計	90

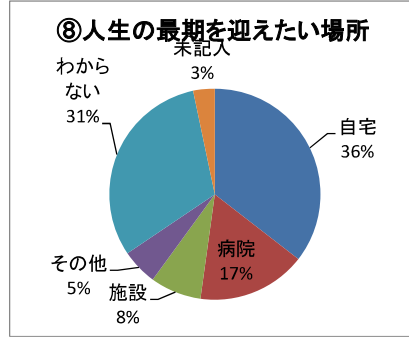
## ⑦在宅医療を希望するか





⑧人生の最期を迎えたい場所

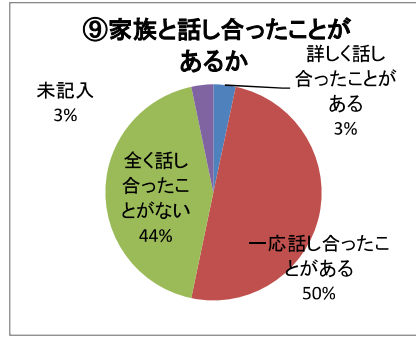
自宅	32
病院	15
施設	7
その他	5
わからない	28
未記入	3
合計	90



⑨家族と話し合ったことがあるか

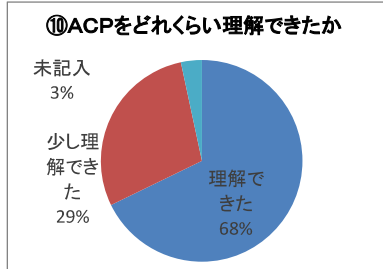
⑨家族と話し合ったことがあるか

詳しく話し合ったことがある	3
一応話し合ったことがある	45
全く話し合ったことがない	39
未記入	3
計	90



⑩ACPをどれくらい理解できたか

理解できた	61
少し理解できた	26
あまり理解できなかった	0
理解できなかった	0
未記入	3
計	90



⑤-2 研修会の内容 ⑤-1の選択理由(自由記載一部抜粋)

【12月4日】

- ・認知症診療も踏まえお話をよかったです
- ・ACPについて進めにくさがありましたが見つかけを作り公私ともに話し合って行きたいと思います
- ・ACPとはどのようなことか理解できました
- ・わかりやすい内容でしたが、医療介護従事者向けにも講演をして下さるとありがたいです
- ・どんな最後にしたいか考えるきっかけになりました
- ・「もしものとき」に向けていろいろ考えさせられ、人生観につながった
- ・病院で働いている看護師です。患者さんの意思決定支援に興味があり参加させていただきました。これからの看護に活かしていきたいと思つた。
- ・更に深い話し合いが可能になった
- ・介護施設に普段勤務していて、長生きを目指している方やお迎えを望む方など様々ありますが、病状が悪化して初めて意向を確認している方がほとんどです。悔いの残らないよう頃から情報共有を行うことで、QOLの向上につながるような対応が早期から考えられるのだと思いました。

【12月18日】

- ・ACPとは、プロセスが大事ということ、本人、家族、医療チームがお互いの思いを共有する機会と捉えれば希望通りにいかなくてもしあわせを感じることが出来るのがよくわかりました。また、症例により理解出来ました。
- ・ACPについて少し考え方が変わった。結果を必ずしも出さなくていい。プロセスが大事なことを学んだ
- ・ACPの考え方はよいと思っはいたがそれが本当に患者さんのためになることなのか、と考えていたので、先生の話聞き、患者さんを支えるひとつの方法だと思ふことができモヤモヤしていたものが少し解決しました。
- ・ACPの目的を人生の最終段階における医療とケアの内容を決定することではなく、議論のプロセスを共有する中で、本人、家族、医療ケアに携わる人々が、本人・家族の思いを共有して最期を迎えることが、グリーフケアにもつながることを学びました。
- ・ACPをかんがえるきっかけでできそうだから
- ・言葉としては知っていましたが、実際にどのように考えたり話したりしてよいか分かりませんでした。家族と話し合うきっかけができたかなと思います。
- ・自身の考えを明確にする助けとなったので。

⑩-2 ⑩-1を選択した理由(自由記載一部抜粋)

【12月4日】

- ・最期の時に何を望むかだけでなく自分、または家族が何を大切に生きるかを話し合うことと分かりました
- ・ACPは一人ではできないこと、話し合う相手が必要であることが理解できた。
- ・自分らしい最期をどのように迎えるか家族に意思を伝えることが必要であり、また、必要であること
- ・acpの言葉、意味を知ってから自分の親、自分自身のことを話し合いました。親と子供の意見が違うこと、親は親なりに考えていること等々わかりました。acpは必要です。馴染みのない言葉で、一部の人が知らないのが残念です。
- ・これまでなかなか始められなかったが、内容を見直して変更していてもよいことなどを知り、抵抗感が軽減できた。必要性を強く感じた。
- ・医療の知識がないと話し合うことができない部分があると思う
- ・ACPを初めて知って難しくなかなか理解できなかった
- ・繰り返しの話し合い、書き留め、共有することが大切だと学んだ
- ・医療と介護での本人の意思を伝える方法、手段について考え方として理解できました
- ・年齢に関係なく終末を迎える時に望む医療、介護について考え、家族などと話し合いを共有していくことの大切さ
- ・ADとACPの違いが分かった。まず相談できる人を選び自分のこれからの意向を話し合うことが大切とわかった。
- ・認知力の低下で自己判断ができず家族のことも分からなくなって衰弱する前に自身の望む最期を迎えさせてあげることが大切だと思いました。
- ・初めてACP講義を受講しました。言葉の意味など理解できたがこれを自分のものとして実際に進めていくことはまだ難しい。
- ・ACPを実践することが自分や家族を不必要に悩ませることが減ることになるのではないかと理解できた
- ・自分が現実どのように関わっているかわからない
- ・受けたい医療、受けたくない医療の検討は難しいと思うが必要なことである
- ・ACPをしていると家族や医療・介護従事者が判断し易い事と自分が望まない医療を受けなくて済む事が理解できた
- ・なぜ話し合うのかを人に伝えることができそうだから。ACPを今までよりも広く捉えられるようになったから。

## ⑩-2 ⑩-1を選択した理由(自由記載一部抜粋)

【12月18日】

- ・実際の場で患者さんや家族にとっての気持ちの上で助けになるように少しでも関わられたらと思う
- ・まだ私達夫婦は元気だが、家族が困らないため全員で話しておかなければ(同居家族)
- ・施設での看取りを経験したなかで、ご本人様とご家族様の希望のずれを感じていたのでACPが大切ということを知ることができました。
- ・無理強いするものではない。今決めても決めなくてもいい。プロセスが大切であることの理解は少しできた気がします。
- ・ただ実際は講師の方が言われたように「その時がきてみないとわからない」とまだどこかで考えています。
- ・当たり前のことだが、家族をお互いに大切に想う、日々会話を交わすことが大切で、急にとつてつけたような話、先の話(死の話題)を明るい雰囲気ですること(私には)難しい。
- ・話し合いの必要性はよく理解できたが、具体的な医療の知識がないため、今ひとつ踏み出せない。
- ・よくではないですが理解できたと思っています。話し合うと言っても今は一人暮らし、書いておく書きつつおくことがよいかと思いました。その時その時に変わっていくかもしれませんが。
- ・最後をどこで迎えるか、終末期をどのように生きるのか、意思疎通が可能うちに把握することは、後悔なく生きることにつながると思います。
- ・早すぎるACPはないので、元気なうちから話し合っておく必要があると感じたから。
- ・自分の受けたい治療やケアを家族や医療者と共有する事が大事だと思いました。
- ・死後のことについては時折話し合いをし、葬式の方法、お墓の処分方法や遺書の作成などを済ませておりますが、そこに至るまでのこのほうが重要だと考えを改めることができたかと思っています。ただし、どの程度妻と話し合いが進むか？とても現実味を帯びるからです
- ・ACPについて以前から知ってはいたが、今回の資料やお話してから理解が深まったと思う。
- ・自分に当てはめながら考えているが、それが押し付けにならないように、情報や状況を共有することを忘れないようにと改めて思った。
- ・事前に話し合うプロセス自体がケアになる、ということが分かったため
- ・自分の気持ちの変化を感じられるような会話の機会を多く持つことだと思
- ・人の思いは変わる、その都度その都度話し合いをしていければ一番いい
- ・ACPは難しいと思ったが、医療、ケアチームと意思を共有する機会と考えるとわかりやすかった
- ・比較的若いがん患者の場合、本人の思いを尊重し最期をむかえることができそうです。しかし、高齢者の場合、代理人に委ねることが多い現状は今後も続きそうです。しかし、ACPは医療のことだけでなく終活の一部なんだと思うと資産や相続、お墓等々のことも考えるチャンスなのだと思います。
- ・話し合うことの大切さが学べた
- ・内容が理解しても自分のこととなると話し合えるかわからない。
- ・プロセスが大事ということは知っていたが、希望通りにいかなくても満足感を得ているということには驚きました
- ・タブー視せず、日頃から話題にする事が大切であることに改めて気付きました。

## ⑪感想、今後聞いてみたい内容など(自由記載一部抜粋)

- ・家族として意見が同意できない場合には関係までこじれるのが心配
- ・大変興味深く拝聴しました。今後は、具体的な実践例を勉強させていただきたいと思
- ・今後の職場で活用したい
- ・実際に行われている事例をきいてみたい
- ・ACPの必要性がわかった。わかりやすかった。今後は認知症関係の内容を聞いてみたい。
- ・日頃認知症診療や高齢者の診療を中心とされておられる下畑先生ならではのご講義だったと思います。ありがとうございました。
- ・感想はACPの代理決定者を家族がいるのに知人友人頼りな場合、結局、その意向は尊重されないのではないかと云うことです。
- ・家族と本人の意向が違っていて、友人が本人の意向を病院に伝えたとしても、家族がそれを受け入れなかった場合に病院は家族の意向を尊重する可能性があるためです。それまでの家族と本人の問題なのでしょうけど…。親族に頼る傾向がある日本で本人の意向を何処まで尊重できるのかなあと改めて考えさせられました。
- ・ACPの経験談など聞けたら良かったです。(特に差し迫った状態でない時から進めた体験など。)
- ・質問者の言葉にもあったように、若い人達にもACPを広めることが重要。何歳からが適当なのか分からないが、年代に応じ内容は変えながら「人はみんないつか死ぬこと」「自分や自分の大切な人がより良く生きること・死ぬこと」を子供のころから知る・考える文化が必要なのではないか、それが無いとACPは進まないと思う。
- ・下畑先生からわかりやすく話をしていただき、理解できました。自分の最期について、実際に家族と話し合うのはなかなか難しいと思います。まず、書面にて自分の意思を伝えてみたいと思います。
- ・acpに取り組んでいる方達(病院、施設)の取り組み状況。acpをした家族の事例。
- ・専門家からのわかりやすい解説とても有意義な講座だった。このテーマはまだ一般的でないので広い年代にわかりやすく、再度開催して欲しい。申し込みの流れがわかりにくかった、申し込みが受理されたのか確認が分りにくく、複数の講座受講はできないなど。zoomに名前が出ないようにしてほしい。資料をダウンロードできなかった。高齢者の参加は困難でした。
- ・今後も同様のテーマで研修を希望します。アーカイブ配信もお願いします
- ・ホスピスなどの具体的な説明。外国と日本の死生観などについて。私の祖父母世代は天命という感じで死を受け入れてきたが、延命措置が広く受け入れられてきた変遷について。
- ・自分の最期の事を考えるのは難しいですね
- ・最期の事を考えて落ち着いて理解して決めたり
- ・神経難病患者のACPについて知りたい
- ・具体的に認知症になったら対応策は胃ろうや経管栄養など医療で行われていることを一般の人が多くわかっているのか？この対応の理解が深められると話し合うことも若い時から関心が深まると思いました。
- ・初めて聞くACP、具体的な内容を知りました。ありがとうございました。
- ・ADやQOLなど医学用語に限らないのですが英語が多いのでもっと日本語について説明してほしいと思う。自分も含めて認知症になるリスクはとても高いと感じるので、これからもっとACPについて大事になると感じた。
- ・深く考えなくてはならないと思いました。急ぎます。
- ・経管栄養や胃ろうをすることが本当にその方のためになるのか、難しい。自分がもしそうなった時の意向を家族で話し合いたい。
- ・認知症の進行に伴うケアや言葉がけの方法など、お自宅で生活している方から施設に入所された方、実際に行った対応や家族への助言の仕方など。
- ・社会の中で問題点となっていること、これから起こりうることを見えてきてよかった
- ・医療や介護などの関係者以外の一般参加者が少なかったように思う。まだ一般に認知されていないのではないかと
- ・残された人のこころの軽減につながる事が大切だと思いました
- ・家族が以外の人でもACPについて話し合えるので、機会があったら話し合ってみようと思
- ・ACPはよい取り組みだと思。まだまだ医師の考え方で動かすことが出来ないこともあるが、一番患者さん家族の近くにいる存在として支えることができればと思
- ・時間をかければ、気軽に話題にのせられる社会になるだろう。周囲の目を気にせず、個人を尊重し合える社会に！
- ・緩和ケアの医師の立場からわかりやすく、ACPについてお話を伺い、話し合うプロセスの大切さがわかりました。
- ・在宅医療、介護、県内の緩和ケアの実状、などありましたら、是非オンラインで参加したいと思
- ・医療者向けのACPの講演会もしていただきたいです。院内ではACPを運用できず、患者、家族の意思決定の支援が行えていないことが多いように思
- ・親と子で思いが違おうと言うことに気付かされました。

# 意思決定支援研修会

5月12日 2021年  
日（水）

午後7時15分から  
（閉会：午後8時30分）

## 講演



## 「アドバンス・ケア・プランニング （ACP:人生会議）の基礎と実践」

新潟大学 大学院保健学研究科  
医学部保健学科/工学部人間支援感性科学プログラム

教授 **坂井 さゆり** 先生

会場：オンライン開催（Zoom使用）

共催：新潟市（保健衛生部地域医療推進課）  
新潟市医師会

後援：新潟県弁護士会

定員：先着300名

ご参加いただく場合は、QRコードまたはURLから  
「かんたん申込」にてお申込みください。  
詳細は、裏面の「申込方法」をご覧ください。

入場  
無料

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、自らが望む「人生最終段階における医療やケア」について、本人が、前もって考え、家族等や、医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有するプロセスのことです。「もしも」のときは誰にでも起きます。いのちの危機が迫る時、約7割の方が自分の望む医療・ケアを伝えられないと言われています。また、事前指示書を書き残すだけでは、医療・ケアの満足度が変わらないとも言われています。ACPの「胆（きも）」は継続的な対話とその記録です。対話は、自分が何を大切にしているのかを語ろうとする行為から始まります。本講座では、ACPの基本を確認し、専門職としてだけでなく「我が事」としてのACPも意識しつつ、具体的な実践例も用いて、それぞれの場や立場に応じたACPIについて考えます。

※この講座は市内に勤務する医療・介護従事者、司法関係者を対象としてご案内しています。

※この講座は新潟市医師会第127回在宅医療講座と同時開催となります。

西区の医療・介護専門職対象

# 意思決定支援オンライン研修会

～住み慣れた場所で生活し続けることができる地域づくりに向けて～  
プレセミナー＆4回シリーズ研修

高齢化が進むなか、必要な医療やケアを受けながら住み慣れた地域で暮らし続けたいという本人の希望をいかに叶えるかが重要となっています。近年、特に、高齢者の救急搬送の場面において、本人の意思確認が困難なために、本人の思いに反した医療が行われる可能性が指摘されています。

本市では、本人と家族、在宅医療・介護関係者、救急医療関係者間の情報共有をスムーズにする仕組みを考案し、令和3～4年度、西区でモデル運用します。

このたび、事業の一環として、国が策定した「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」に基づくアドバンス・ケア・プランニングを実践できる人材の育成を目指した研修会を開催します。国ガイドライン策定メンバーである講師をお招きし、ガイドラインについての基本理解や、事例を通じた実践的な相談援助技術、意思決定支援について学んでいきます。

4割を超える新潟市民が、人生の最期を「自宅」で迎えたいと望んでいます。住み慣れた場所、いたいと思うところにいることができる地域づくりに向けて、ともに考えていきませんか。

	日時	会場	対象
プレセミナー	12月14日(火) 18:00～19:30	Zoomオンライン	西区で勤務する医療・介護の専門職どなたでも 【定員200名】
シリーズ研修 第1回	1月8日(土) 9:00～11:30	新潟市総合保健 医療センター講堂 (中央区紫竹山3-3-11)  ハイブリット形式により、 講義やグループワーク、 ロールプレイ等の演習 を通して実践的に学び ます。	西区で勤務する 医療・介護の専門職 (相談援助職)  4回すべて受講可能な方 【定員24名】  ※シリーズ研修を受講さ れる方はプレセミナーも 参加してください。
第2回	2月19日(土) 9:00～11:30		
第3回	3月12日(土) 9:00～11:30		
第4回	4月16日(土) 9:00～11:30		

講師 田村里子さん (一社)WITH医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部

厚生労働省「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」策定メンバー。WITH医療福祉実践研究所では、グローバルな経験と視野をもとに人に添うことのさらなる支援の高みを目指した様々なプログラムを計画、対人援助職の技術を多面的に支える活動を行っている。

■申込 以下URLか、QRコードから11月23日(火・祝)までお申込みください。

<https://www.shinsei.elg-front.jp/niigata-City2/uketsuke/form.do?id=1635137190527>

ID・パスコードはお申し込みいただいたメールアドレスあてに発行します。



主催(お問い合わせ)

新潟市保健衛生部地域医療推進課 TEL: 025-212-8018 FAX: 025-246-5672

E-mail: [chiiki.iryo@city.niigata.lg.jp](mailto:chiiki.iryo@city.niigata.lg.jp)

参加  
無料



令和 4 年 1 月 1 4 日

各 位

新潟市保健衛生部地域医療推進課長

## 【医療・介護専門職対象】意思決定支援研修会の開催について（ご案内）

日頃より本市の保健・医療の推進にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。  
高齢化が進むなか、必要な医療やケアを受けながら住み慣れた地域で暮らし続けたいという本人の希望をいかに叶えるかが重要とされていますが、近年、高齢者の救急搬送の場面において、本人の意思確認が困難なために、本人の意向に沿わない医療が行われる可能性が指摘されています。  
本研修会では、本人の意向に沿った生活を人生の最終段階まで支援できるよう、意思決定支援の基本を理解し、事例を通じた実践的な相談援助技術について学ぶための研修会を開催いたします。  
また、西区において、市民が住み慣れた場所で生活し続けることができる地域づくりに向けて、「にいがた救急連携シート（SWAN ネット QQ）」を試験運用しております。本シートが事業協力機関のみなさまの共通理解のもとご活用いただけますよう、多くの方からご参加いただきたくご案内申し上げます。

## 記

## 1. 内 容

テーマ「人生の最終段階まで本人の意思が尊重される地域づくりを目指して」

・意思決定支援とは ・プロセスガイドラインの基本となる考え方 ・意思決定支援の実際

## 2. 開催日時 ※2 回コースです

1 回目：令和 4 年 1 2 月 1 6 日（金） 1 9 : 0 0 ~ 2 0 : 3 0

2 回目：令和 4 年 1 2 月 2 1 日（水） 1 9 : 0 0 ~ 2 0 : 3 0

## 3. 開催方法 Zoom によるオンライン

## 4. 参加対象 新潟市内に勤務する医療・介護専門職（定員 100 人）

※原則、2 回とも参加できる方

## 5. 講 師 田村 里子 氏

（一社）WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部

「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」策定メンバー

## 6. 申込方法

・ URL または QR コードから「かんたん申込み」にて 1 2 月 2 日（金） までお申込みください。<https://www.shinsei.elg-front.jp/niigata-City2/uketsuke/form.do?id=1668043832745>

## 7. その他

・申込みサイトにある「意思決定支援の実践状況に関するアンケート」もご記入をお願いします。  
研修会等のあり方や本人の意思が尊重される地域づくりについて、実践の状況や課題をお聞きしながら、みなさまのご協力のもと検討を進めて参ります。なお、個人が特定される形で公表されることはありません。

## 【問合せ先】

新潟市保健衛生部地域医療推進課

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山 3-3-11

TEL 025-212-8018 FAX 025-246-5672

E-mail chiiki.iryu@city.niigata.lg.jp

## 意思決定支援研修会

令和3年度

開催日時: 令和3年12月14日18:00~19:30

開催方法: オンライン

参加者数: 86人

アンケート回収数: 57 (回収率66.3%)

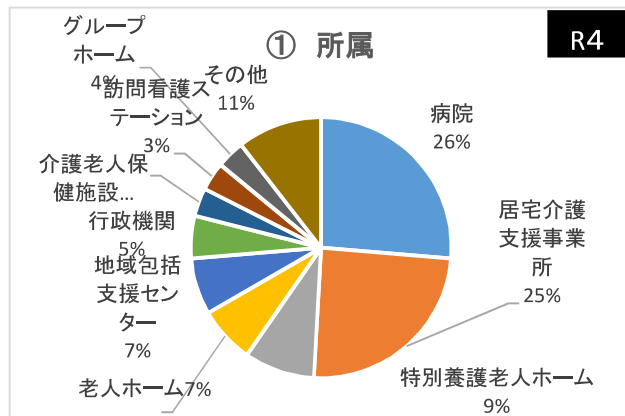
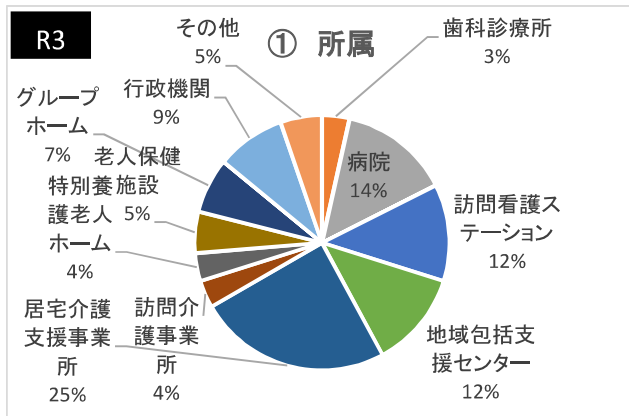
令和4年度

開催日時: 令和4年12月16日・21日19:00~20:30

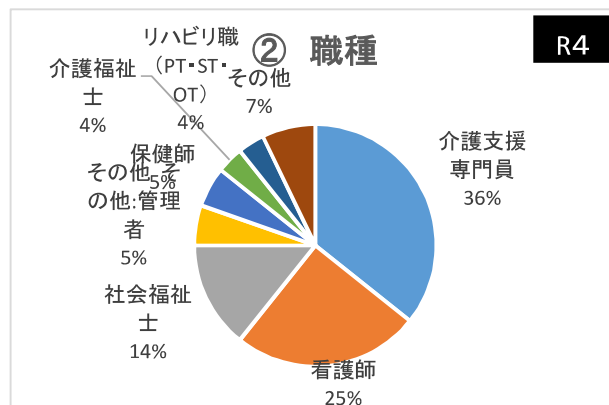
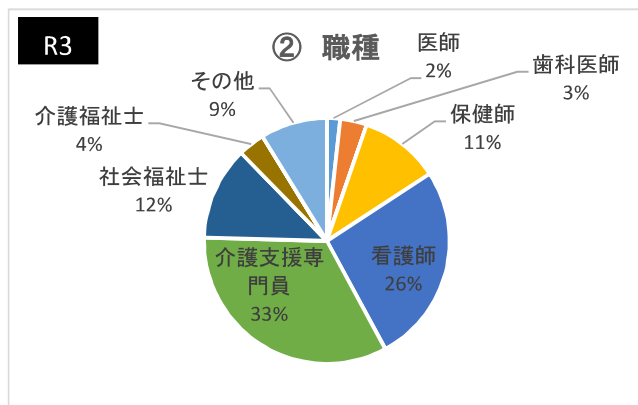
開催方法: オンライン

参加者数: 1回目93人・2回目81人

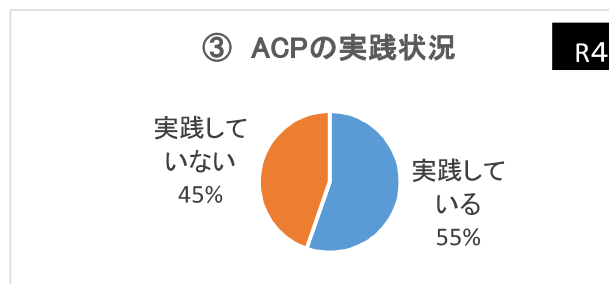
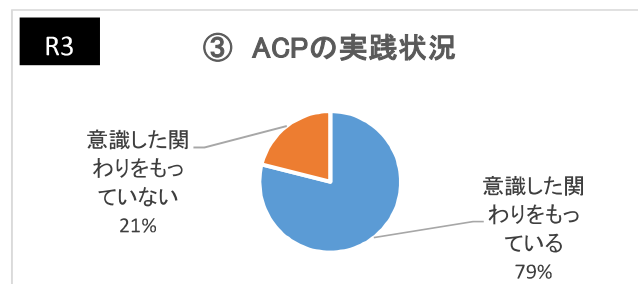
アンケート回収数: 56 (回収率64.4%)



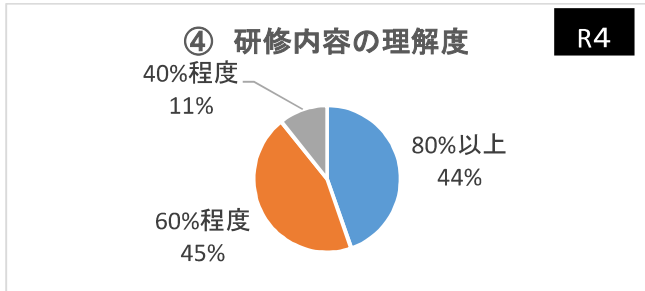
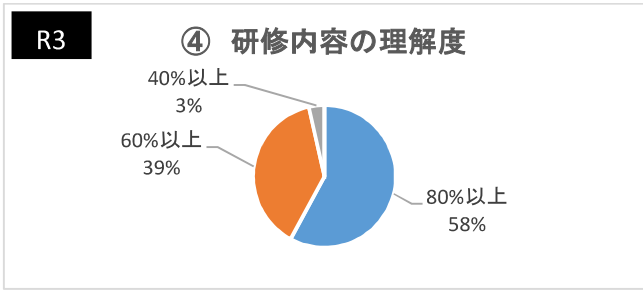
・参加事業所は、いずれも居宅介護支援事業所25%と最多。次に、R3年度は病院14%、訪問看護ST12%、



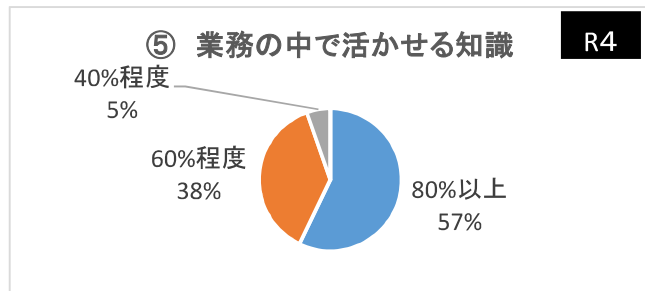
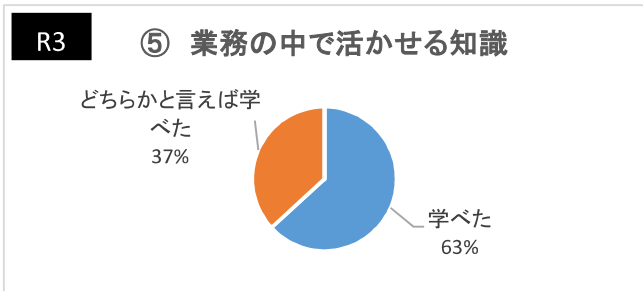
・職種は、いずれも介護支援専門員が3割超で最多、次に看護師の参加が多い。



・ACPの実践状況では、R3年度、「意識したかわりをもっている」79%、R4年度、「実践している」55%でR3年



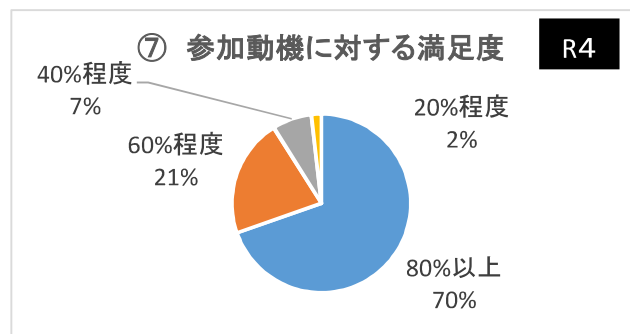
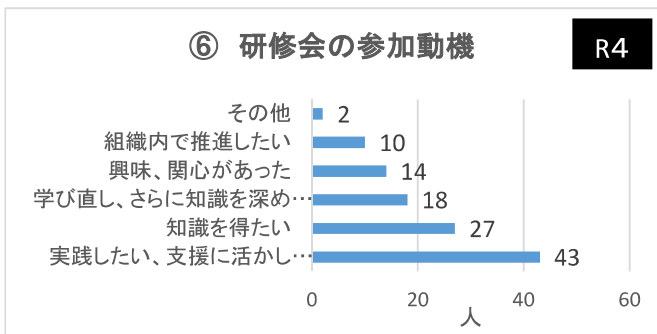
・内容の理解は、「80%以上」は、R3年度が58%、R4年度が44%で、R3年度が高い。



4段階「学べた」「どちらかと言えば学べた」「どちらかと言えば学べなかった」「学べなかった」で回答

4段階「80%以上」「60%程度」「40%程度」「20%程度」で回答

・業務で活かせる知識は、R3年、「学べた」が63%、R4度、「80%以上」が57%でほぼ同様の傾向。



・R4年度の参加動機は、「実践したい、支援に活かしたい」が43人(76.8%)で最多であり、参加動機に対す

### 意思決定支援研修会(自由記載より一部抜粋)

1	居宅介護支援事業所	介護支援専門員	<p>すぐ納得できる内容でした。関わる人達が日々の言葉のかけらを集めて、その人の気持ちを引き出し共有することが大切であることを改めて認識できました。ツールに頼るのではなく、その人を知りたい気持ちで寄り添うことで、その人の望む生活、治療を見つめることができると感じました。ありがとうございました。</p> <p>2日間の講義でしたが、あっという間の時間でした。すぐに実践で活用できる内容でとても良かったです。講師の想いが熱く伝わる講義でした。</p>
2	居宅介護支援事業所	介護支援専門員	<p>意思決定支援は決定することが重要なのではなく、本人の大事なことや思いから一緒に考え真の意思を共有することを繰り返すプロセスが重要。本人の意思を確認するための時間をあえて作ったり集中して聴くだけではなく日々の関わりの中で本人が口にした言葉や表情などからも大事や思いを見つけていくこと、それを多職種と共有したり、入院・入所した時には病院・施設へつないでいくことが必要である・・・と理解しました。</p> <p>ACP=DNARではない。意思決定支援はACPシートを埋めることが目的ではない。その人の専門家はその自身であり、専門家ではない自分はその人から教えていただくという気持ちで接していく。日々の訪問や関わりの中から本人の大事や思いを見つけ意思決定支援に繋げていく・・・と学び業務に活かしたいと思えます。</p> <p>意思決定支援についてどのタイミングでどのように切り出せばよいのか、活用できるツールはないだろうかと考えていましたが、気負いすぎず、まずは本人が大事にしていること、思いなどを日々の関わりから見つけていこうと思った。その積み重ねで徐々に多職種で情報共有や連携を図る、ADLや病状の変化時などに踏み込んで話してみる、入院先などにそれまでの本人の意思をつないでいけるようにしたい。</p>
3	居宅介護支援事業所	介護支援専門員	<p>頭で理解していても、日々の実践の中で活用できて本当の理解と考えると、プロセスよりもまずは決める事を優先してしまう場面が自分を振り返った時に多くあると思った。</p> <p>利用者との関係性をまずは構築する事、自分自身のコンディションを整える事、利用者を中心ににおいてプロセスを踏んでいく考えなど、とても参考となりました。</p> <p>自分自身の人生は自分の判断の連続で成り立つものと思います。</p> <p>また、私たち介護支援専門員の仕事は、本人の望む生活の実現の為の仕事であると日々考えています。こちらが決めるのではなく、自己決定、代理意思決定など様々な場面があると思いますが、その意思を形成し、表明するプロセスを大切にしていきたいと思えます。改めて、意思決定支援の重要性を認識することができました。</p> <p>実践場面での事例なども教えて頂き、具体的な支援のあり方も学ぶことができました。</p>
4	居宅介護支援事業所	介護支援専門員	<p>講師の先生のお話を聞きながら、自分の担当している方との関わり方を振り返り、コミュニケーションが十分とれ、意思決定支援の実践ができていない利用者・家族もいれば、そうでない利用者・家族の顔が多く浮かんだ。コミュニケーションスキルの不足を痛感した。</p> <p>生活歴を細やかに聞き取り、本人の価値観や思いに焦点を当てながら、十分な聞き取りを行わなければ、本人の真の意向を知ることはできないこと。教えていただく謙虚な姿勢やコミュニケーションのスキルが必要であることを学んだ。</p> <p>学んだ内容は、コミュニケーションに更に時間もかけなければならず、自身のコミュニケーションスキルの向上も図らなければならないが、常に意識して取り組んでいかなければ、本人の納得した選択の支援・満足につながらないことを学べた。</p>
5	地域包括支援センター	看護師	<p>昨年も受講させていただきました。昔に訪問看護をしていたこともあり、人に寄り添うACPの在り方などを経験してきました。改めてACPというものについて振り返ることが出来、言葉一つ、行動ひとつ、受けとめの仕方を確認することが出来ました。</p> <p>包括で経験するいろんな場面で活用が出来ると思っています。この対応の仕方はACPだけにとどまるものではなく、先生もお仰っていましたが日常のすべてに通じると思っています。</p> <p>昨年よりも対応について詳細に先生からお聞きすることが出来たと思えます。苦手意識を感じている方もこのように考えれば出来るという気持ちになられたと思えます。</p>
6	病院	看護師	<p>講義の内容が大変分かりやすく、日常の業務で感じていることや考えていることが、言語化され明確になった。</p> <p>業務の中で迷い悩んでいることの方角性を見出すことができた。</p> <p>日々の業務で「これでいいのかな」と迷ったり、悩んでいることについて「これでいいのかな」と前に進むよう背中を押していただいた気がした。また、明日から頑張っていこうと勇気をもらいました。</p>
7	病院	看護師	<p>意思決定支援の技法等について、良く目にする言葉の意味や、プロセスを実際のケースや言葉かけを通して深く学ぶことができた。質問コーナーに時間を割いていただいたことでさらに理解が深まった。</p> <p>業務が情報収集までのため、決定するまではいかないが、患者さん、家族に語っていただき、整理できるような「聴く」力を学んで行きたいと思った。</p>
8	病院	看護師	<p>携わる側の姿勢や双方の関係性から生み出される言葉から、教えてもらおう、考える役割に選んでもらえるかが重要だと学んだ。向き合い方に変化がでると思うが、周囲への浸透は難しい</p>

9	病院	社会福祉士	とても実感できる場所があった。これから何を重きに支援していくべきか、見えた。本人の意思、人生を尊重していく視点を学習できた。がん患者様に関わるケースが多い中で、非常にためになるお話を聞かせてもらった。自分の中で、この先どう支援していったらよいのか悩むところもあり、過去にこうしたらよかったと思う部分も多々ありました。意思決定支援という内容を日々念頭において、患者様、家族と関係づくりを行い、チームでの行動をとっていきたいと感じます。
10	病院	看護師	非常に充実した内容だった。今後実践していくことで、さらに理解が深まる内容だと思う。合意形成のプロセスに悩むことが多かったが、今回は事例も含めて、具体的な方法やポイントを知ることができた。
11	特別養護老人ホーム	社会福祉士	特養で本人への意思確認が困難なケースが多く、家族の意向で動くことがほとんどである。そんな中でも可能な限り本人の意向を確認していく必要があることを再認識した。また、本人の生活歴等の聞き取りの重要性についても再認識できた。可能な限り本人の意向確認が行えるようツールの見直し等を検討していきたい。理想と現実のギャップの中で日々業務を行っているが、その差を埋めていくための知識として学べたことが多くあったため、満足している。
12	介護老人保健施設	介護支援専門員	講義して頂き聴いた時は分かりましたが、真に理解しているかは実践してみないと分からない。ACPについて職員同士で話し合っていく事や、意思決定支援のコミュニケーション力を高めていく事からできそうかと思う。ご本人の意思が尊重される支援をしたいと思ってきましたが、新たな道筋を感じられた。自分にもできそうな事があると感じられた。利用者様の日頃のつぶやきにこちらが反復したり自然に問いかける積み重ねと変わりうる本人また家族の状況に敏感に対応する力、聴く力、信頼される人間力、チームに伝える力が問われると感じた。
13	ショートステイ	介護福祉士	本人の意思をあくまで尊重することは、理解できたが、現実には家族の思いが強すぎて、自宅での生活がままならない、最期まで自分の家での思いながら、家族の葛藤を見てきたので、支援者みんながハッピーになれる支援を考えていきたい。ご本人の思いや言葉にして事を支援者と共有してより良い支援が出来て良きように思いました。ご本人の一番近くで支援している第三者としての役割がより明確になった。在宅施設でデイサービス、ショートステイの役割として、在宅でのより良いサービスであり、入所ありきではなく、在宅支援がもっと充実することで、ご本人の居場所がより良いものとなるように感じました。また、意思決定支援の難しさも感じました。自分事として考えてみたいと思いました。
14	小規模多機能型居宅介護	社会福祉士	実践を通しての学びが私に不足しているため、実践でわからないことがでてくると思ったため。正しい意思決定支援をやっていくきっかけになった。学びを支援にいかすことは実践することだと思っており、実践していきたいと思えます。継続的に研修を実施していただきたいです。実践で出た課題について今度は講師の先生に伺いたいと思いました。
15	老人ホーム	管理者	取り組んでいる部分もあり、より理解することが出来た為。もっとこうしたら良かった、もっとこうすると良いところなどが得られました。ご家族様へも考えてもらう機会を与えられたらと感じました。家族間の意向の違い、ご本人の意思が確認できないというケースが増えている。家族間も仲が悪いと、支援方法がわかってしまうことがあるので、この2回学んだことから、聞く機会聞き取る機会を増やし、支援につなげていきたいと思えます。

**【R3・R4年度 意思決定支援研修会アンケート結果より】**

- ・令和3年度は1回、令和4年度は2回シリーズとし、実践状況に応じた課題解決や質疑応答の時間が多くとれるようプログラムを変更し、開催した。
- ・参加事業所は、居宅介護支援事業所が最多で、次に、病院と続く。参加職種は、介護支援専門員が3割超で最多、次に看護師が多い。多様な機関・職種からの参加があり、医療介護現場において関心の高いニーズのあるテーマだということも伺える。
- ・ACPの実践状況では、R3年度、「意識したかわりをもっている」79%、R4年度、「実践している」55%だった。
- ・理解度は、「80%以上」は、R3年度が58%、R4年度が44%で、ACPの実践をしている参加者の多いR3年度の方が高いが、実践している参加者が多いR3年度においても6割にとどまる。
- ・実践できる知識は、R3年度、「学べた」が63%、R4年度「80%以上」が57%で、R3年度の方が若干高いが、実践している参加者が多いR3年度においても6割にとどまる。
- ・R4年度の参加動機は、「実践したい、支援に活かしたい」が76.8%で最多であり、参加動機に対する満足度は「80%以上」が70%と高い。
- ・理解が深まったとする理由は、「事例が具体的」「基礎的知識、具体的内容」「事例を通してのプロセス、言葉かけ」が多く、「勉強不足、実践不足」「頭で理解しても現実には家族の思いが強すぎる」「プロセスより決めることを優先してしまう」「真に理解しているかは実践してみないと分からない」との感想も多い。
- ・令和4年度に行った質問コーナーに対し、「理解が深まった」「現場実践での具体的な質疑応答ができた」「在宅だけでなく医療従事者も本人の意向の尊重、意思確認が難しい状況が分かった」等の感想があった。
- ・「支援に活かしたい」との動機での参加が多く、動機に対する満足度は7割と高かった。基本理解だけでなく、自身の実践を振り返りに、新たな気づきが得られたり、今後の取り組むべきことが明確になったり各自の実践状況に応じた学びにつながっていた。

## 意思決定支援シリーズ研修 実施報告書 (R3年度:西区高齢者等施設従事者向け)

### 1 趣旨

令和3年度介護報酬改定において、看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から「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」に沿った取組みを行うことが重要視されている。

本人の意向に沿った生活を最期まで送れるよう支援する相談援助の専門職が、より実践的に意思決定支援について学び、令和3年度から運用開始となるにいがた救急連携シートが、専門職共通理解のもと活用できるよう研修を行う。

### 2 講師

田村里子さん WITH医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部  
医療ソーシャルワーカー 社会福祉士 認定医療社会福祉士

#### 【シリーズ研修 ファシリテーター】

在宅ケアクリニック川岸町 阿部 葉子さん ・ 新潟白根総合病院 池田 祐希さん  
岩室リハビリテーション病院 岡本美紗子さん ・ 弥彦村地域包括支援センター 小林千恵子さん  
新潟県医師会 服部 美加さん

### 3 研修内容・参加人数

	日程	会場・開催方法	テーマ・内容	参加人数		
プレセミナー	令和3年 12月14日	オンライン	講演「人生の最終段階における医療・ケア決定のプロセスに関するガイドライン」について	86人		
シリーズ研修	第1回	令和4年 1月8日	保健所講堂 講師オンライン	<b>本人と話し合う</b> 本人の意思から始まる	19人	
	第2回	令和4年 2月19日	オンライン	講義 個人ワーク ロールプレイ グループワーク	<b>家族と話し合う</b> 本人の推定意思 家族内の合意形成支援	20人
	第3回	令和4年 3月12日	オンライン		<b>本人と話し合う</b> 聴く	19人
	第4回	令和4年 4月16日	オンライン		<b>意思をつなぐ</b> ネットワーキング	20人

## 4 実施結果

### ●参加者

- 参加申込 20 人（病院 5 人・訪問看護ステーション 1 人・特別養護老人ホーム 1 人・小規模多機能 2 人・グループホーム 6 人・地域包括支援センター 2 人・居宅介護支援事業所 3 人）
- アンケート結果より（一部抜粋） アンケート回答者：18 人

	初回アンケートより	4回終了後アンケートより	
	①参加動機・期待	②実践状況	③今後チャレンジしたいこと
病院	入退院支援室で退院支援を行っている中で疑問を感じることもあり、意思決定支援によって解決の糸口にしたい。	誰のための支援なのかの軸がずれないように常に意識を患者さんに向けていけるよう心がけている。 チームを動かすのは「患者さんの思い」しかないと思うようになった。	院内に広める、連携の強化
地域包括支援センター	西区での救急連携シートの活用が始まる中、支援者として意思決定支援についてより理解を深めたい。	介護保険やマネジメントの流れをすすめる際に本人の意思をどのようにくみ取ることができるか、本人の意向を改めて聞き直すように意識している。	在宅医療 NW で広める。つなぐための記録、伝え方の工夫。
居宅介護支援事業所	ご本人とご家族の意見のすり合わせができ、双方が納得して最期を迎えられるように、準備をしていくためのきっかけを作りたい。	生活の目標設定と、利用者の望む生活にズレが生じていないか確認しながら支援するようになった。家族の希望が優先しないよう注意して話をするようになった。	チームづくり、ACP を広める活動
グループホーム	グループホームでの看取りの体制作り、認知症の方の思いや考えを最大限尊重し、人生の大切な時間を共にするためにもどのように段階を経て、何に留意し、どう意思決定を支援していくかを学びたい。同法人 5 人が同じ視点で意思決定支援について学び、実際の業務で意見交換しながら展開していきたい。	・最期の意思決定を支援するには、常日頃の意思決定を大切にしなければいけないと思い、日々のケアの中で意思決定をより大切にするようになった。 ・ご本人の思いを以前よりもよく聴く、思いを汲み取ろうという姿勢で支援に臨んでいる。意識が変わったことで、ご本人の言葉を受け止め、その言葉の背景を知るためにもう少し踏み込んで聞いてみるようになった。どんな時も聞くチャンスと思えるようになった。その時々のご本人の言葉を残すように記録も意識している。	家族の意向だけでなく、家族からみてご本人がどう思われているかという部分も、日頃のやりとり、話し合いを繰り返し、教えていただきたい。同法人内のスタッフと話し合いをもち、何ができるかチャレンジしていきたい。

### ④実践状況

- かなり意識して実践している 11 人
- 少し意識して実践している 5 人
- あまり意識できていない 1 人（理由：永眠される担当ケースが少ない）

### ⑤実践する中での課題と感ずること

- チーム（家族含む）での言葉の理解・共有 6 人
- 家族との合意形成 3 人



・話の切り出し方、進め方、タイミング 3人

・つなぎ方、ツール、記録 3人

#### ⑥フォローアップ事業への意向

参加したい 11人、条件により参加したい 6人

→参加したい理由：スキルアップ、取組評価、モチベーション維持

→条件：土日の昼間希望等日時、職場の勤務体制・人員確保

参加できない 1人

→理由：退職

#### ⑦「にいがた救急連携シート」についての意見

病院	<p>・実際、病院に搬送され意思の確認ができない状態にあった場合、治療方針を決めるための必要なツールになり得るかもしれないが、その思いに至った経緯を読みとれることが必要となる。そこまで充実した話し合いを段階に応じてつめていくことができるのか、非常に難しいと感じる。</p> <p>・とても難しい事ですが、答えがない事も答えのように思う。高齢者で自分の意見をしっかり持っている方もいるので書ける人から実施してもらってもいいのかもしれない。</p>
地域包括支援センター	ケアマネのアセスメントでも活用できると思う。チャンスがあればアセスメント時に意識して使用していきたい。
居宅介護支援事業所	「もし…になったら」という文言は外した方が普段から私たちも質問しやすいし、本人、家族も日常の中で繰り返し考えることができるのではと思った。
グループホーム	どんな風に大切にされるのかということが、具体的にみえると、書き込んで活用してみようという人が増えるのではないかと思う。特に医療関係者がこのシートを重要視しているのかが伝わるとシートに対する信頼性も増すのではないかと思う。また、自分でその時の思いを書き込んでもいざという時に気持ちが変わるかもしれないという、自分の思いへの自信のなさは多くの人が抱えているのではないか。書き込んであることは尊重するけれど、その時々でちゃんとでき得る限り意思確認の手だてを試みますよということも伝えるとよいのではないか。

#### ●ファシリテーター

##### ①研修の感想

- ・ファシリテーターとしての力不足を痛感すると同時に、学び直しの機会を頂き、大変ではあったが得るものも大きかった。
- ・リアクションペーパーを見ると伝わっていた感想が多かった。ファシリとして役がこなせたと実感できた。オンラインの半日でも数人でも感じてもらったのは一つの成果。思ったより形になった。
- ・意思決定支援はツールだと当初書いていた人がシートを使って利用者にかかわっていた。研修を受けてシートを扱う難しさを感じていて、本当に学んだという人がいたのでシートを研修に取り入れられてよかった。
- ・様々な所属、職種の参加あり、つながる機会ができた。

- ・モチベーションの維持が大変で精神的負担も大きい。参加も当日、前後に話しながらだったり、全体の雰囲気も感じ取れる中でできるとよい。

## ②課題と感じたこと

- ・相談援助職のスキルアップに大変役立つ研修となることは今度も成果が期待できると思うが、新潟市で ACP 普及啓発や救急連携の普及を考えたときには、この研修の位置づけを明確にしたほうが良いのではないか。
- ・参加者の参加動機、意識に差がある。参加意欲が低く途中であきらめていた人もいた。
- ・対人援助職のスキルアップのための研修であり、同じ理解を促すための研修ではない。自分の体感に落とし込んでいくには研修会では限界がある。目標をどこにおくか、ゴールの設定が必要ではないか。
- ・研修とシートの運用のことを一緒に進めていくのは困難。

## 5 評価

- ・参加者の所属、職種は様々だが、患者・利用者の意思を尊重した支援を行うため、意思決定支援の理解、個人としてスキルアップを図ることを目的としての参加であり、講義とロールプレイを取り入れた、より実践的な内容の研修は、充実した濃い学びの時間になった。実施後アンケートからも大半の参加者が、日々の業務の中で、意思決定支援を意識したかわりが実践できている。
- ・西区内の病院、施設、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターといった様々な所属からの参加があり、他機関がつながる機会がもてた。
- ・ファシリテーターにとって、自身の振り返り、学びにつながった、受講者の感想をみての達成感があつた一方、オンライン実施のため、事前打合せの負担、モチベーション維持の精神的負担が大きかった。
- ・受講生が実践する中では、話の切り出し方・進め方、家族を含むチームの共通理解や他機関へのつなぎ方について課題があると感じており、継続して学習できる場、スキルアップできる場が必要である。
- ・また、「にいがた救急連携シート」の記入支援をしていただく地域包括支援センター、居宅介護支援事業所からシートの利用について前向きなご意見をいただいているが、参加者数が少なく、救急シートの普及の面からも課題がある。

## 6 今後の取組みの方向性について

本研修受講生による自施設での意思決定支援の実践を通して、患者・家族への支援の充実、施設内での理解の広まりが期待されるが、地域で普及という面では課題が残った。今後は、研修受講生の「にいがた救急連携シート」の活用状況も含む、意思決定支援の実践状況を把握し、本研修の評価や今後の取組みの参考にしていきたい。

また、現状として、専門職への ACP および意思決定支援の理解は十分でないことから、令和 4 年度は、より多くの専門職を対象に、在宅医療・介護連携ステーション/センターが実施する各種事業と併せて意思決定支援の基本理解と実践を促す研修会を行っていく。



## 【西消防署用】にいがた救急連携シート（SWAN ネット QQ）評価シート

本調査は、にいがた救急連携シート（SWAN ネット QQ）の効果を検証し、今後の事業展開の参考とすることを目的として実施するものです。ご多忙のところおそれいりますが、本シートの記入にご協力くださいますようお願い申し上げます。

新潟市在宅医療・救急医療連携ワーキンググループ  
事務局 新潟市保健衛生部地域医療推進課

【記載方法】□の中にはレ点を、( )には文字を記入してください。

### 1 対象者情報

氏 名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

生年月日： 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日

搬送日時： 令和 年 月 日 ( ) 時

搬送先医療機関：

### 2 にいがた救急連携シート（SWAN ネット QQ）について

(1) 対象者の救急搬送時に、にいがた救急連携シート（SWAN ネット QQ）から必要な情報を得られましたか。

1. 得られた 2. 十分には得られなかった 3. 得られなかった

(1) で「2.十分には得られなかった」または「3.得られなかった」と回答された方にお聞きします。

(1) -1 不足している情報にあてはまるものをすべて選んでください。

1. 基本情報 2. 医療の情報 3. 連絡をとってほしい人  
4. かかわりのある医療・福祉・介護の関係者 5. 日常の体の動き  
6. ACP（アドバンスケアプランニング）について  
7. その他 ( )

(2) 救急搬送時に、にいがた救急連携シート（SWAN ネット QQ）は役に立ちましたか。

また、どのような点でそう思いましたか。

1 役に立った 【特に思うもの三つまで選択可】

1. 情報収集がスムーズになった 2. 搬送先の選定、決定 3. 緊急連絡先等の把握  
4. かかわりのある医療・介護・福祉関係者との連携 5. ACPについて  
6. その他 ( )

2 役に立たなかった 【特に思うもの三つまで選択可】

1. 情報収集の手間が増えた 2. 搬送先の選定、決定 3. 緊急連絡先等の把握  
4. かかわりのある医療・介護・福祉関係者との連携 5. ACPについて  
6. その他 ( )

3 ご意見や改善したら良いと思う内容などがあればご記載ください (自由記載)

～ ご協力ありがとうございます ～

# N I G A T A

## 市報にいがた

編集・発行/新潟市広報課 〒951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602-1 ☎025-226-2089  
※掲載情報は10月7日時点のものです

| 令和3年10月17日 | 第1・3週 日曜発行 |  
\*第2・4・5週の発行はありません。

### 目次 CONTENTS

- | 特集 |
  - 1・2 あなたと大切な人の「もしものとき」のために
  - 3 にいがたCITY NOW
    - 市職員の人事・給与などのあらまし
  - 4
    - 9月議会定例会閉会
    - 八区魅力発見⑩～東区編～
    - 忘れるな拉致県民集会
    - 市長とすまいるトーク
  - 5
    - 弁当で地域のお店を応援
    - にいがた2km
- 連載 輝く高校生



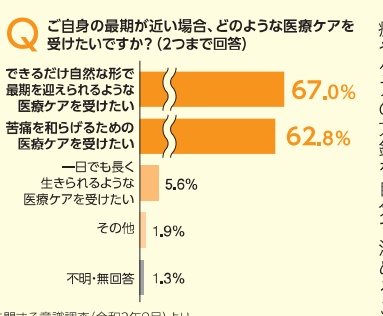
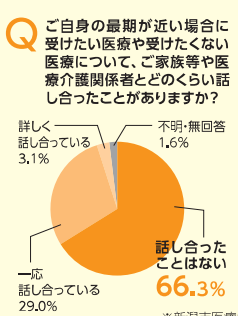
他3ページは区役所だより「情報ひろば」は別冊で発行しています

## あなたと大切な人の「もしものとき」のために



命に関わる大きな病気やけがなど「もしものとき」に望む医療やケアについて前もって考え、話し合い、共有する取り組みを「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」といいます。今号では、ACPIについて詳しく取り上げます。

☎ 地域医療推進課 (☎025-212-8018)



※新潟市医療に関する意識調査(令和2年9月)より

### ACPIで人生の最期を自分らしく

本人の希望と実際の医療のミスマッチ

最近、「苦痛を伴う治療はしたくない」、「なるべく入院はせず、できるだけ長く自宅で過ごしたい」など、病院や医師任せではなく自分が希望する医療を受けたいと考え、医師としては患者さんの意向を最大限尊重したいと考えています。医療の現場では、約7割の人が医療やケアの方針を自分で決めること

とが難しい状況になるといわれています。その場合、家族や医師の主導で治療方針を決定せざるを得ず、結果的に患者本人の希望通りの医療が実現しない可能性が高くなってしまいます。

元気が頃から話し合うことが大切

このような状況を避けるためには、自分に「もしものこと」が起きたときに受けたい・受けたくない医療や介護などについて、元気が頃から事前を考え、家族や大切な人と話し合い、お互いの思いを共有しておくことが重要です。この考え方を「ACPI」といいます。



新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター センター長 廣瀬 保夫さん

ACPIは決して誰かに強制されて行うものではありません。また、「もしものとき」について考えることは必ずしも楽しいことではないかもしれませんが、命に関わる病気やけがをする可能性があります。いつか必ず来る最期を見据え、「どんな医療やケアを受けたいか」、「自分で意思決定できなくなったら誰に委ねるか」などを考えておくことは、自分の希望に沿った生活を送るためにとても大切なことです。さらに、一度決めたらそのままにしておくのではなく、心身の状態に応じて繰り返し考え、周りの人とコミュニケーションを取ることも大事です。人生の最終段階をより自分らしいものにするために、ACPIについて考えてみませんか。



市各種手続き、催し案内などは 土・日曜、祝日も 新潟市役所コールセンター

年中無休8:00～21:00  
こたえてコール 025-243-4894  
FAX 025-244-4894 Eメール 4894call@call.city.niigata.jp

新潟市の人口・世帯数 (9月末住民基本台帳人口。かつこ内は前月との比較) 人口/780,731人(-257) 男 375,992人(-134) 女 404,739人(-123) 世帯数/345,468(+46)

新潟県新型コロナ受診・相談センター  
☎025-256-8275 (24時間対応。土・日曜、祝日も受け付け)



**1** もし、生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？(複数回答可)

- 家族や友人のそばにいること
- 仕事や社会的役割が続けられること
- 身の周りのことが自分でできること
- できる限りの治療が受けられること
- 家族の負担にならないこと
- 今は分からない
- その他( )
- 少しでも長く生きること
- 好きなことができること
- 一人の時間が保てること
- 自分が経済的に困らないこと
- 家族が経済的に困らないこと

**2** もし、治らない病気になったり気持ちを伝えられなくなったりしたら、どこでどんな治療やケアを受けて過ごしたいですか？

- 1) 痛みや苦痛について  できるだけ抑えてほしい  自然のままでもいい  今は分からない  その他( )
- 2) 過ごしたい場所  自宅  病院  施設  今は分からない  その他( )

**3** もし、治療やケアについて自分で決められなくなったら、代わりに誰に話し合ってほしいですか？

- 配偶者(夫・妻)
- 子ども・孫
- きょうだい
- 親戚(めい・おいなど)
- 友人・知人
- かかりつけ医
- 頼める人はいない
- その他( )

**4** これらの選択を希望した思いや理由を書いてみましょう

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

考えてみよう

## これからのこと

今後の人生を豊かに自分らしく過ごすため、左のチェックシートを使って考えてみましょう。

### チェックシートの使い方

- 気持ちが落ち着いているときにじっくりと時間をかけて考え、家族や大切な人と話し合いながら記入しましょう。
- 誰と話し合えばいいかわからない場合は、住んでいる地域の地域包括支援センターや民生委員に相談しましょう。
- 話し合った結果は、かかりつけ医やケアマネジャーなど医療・ケア関係者と共有しましょう。
- 「今はまだ考えたくない」、「知りたくない」という人は、無理に考えたり話したりする必要はありません。
- 一度決めたら変えられないものではありません。気持ちが変わったら、何度も繰り返し話し合しましょう。

### 「もしもシート」を活用しませんか

市民の皆さんがACPIに取り組みきっかけとなるよう、「もしもシート」=左=を作成しました。家族や大切な人と一緒に活用してみてください。\*同シートは区役所健康福祉課、地域保健福祉センター、地域包括支援センターで配布。新潟市ホームページにも掲載

▲ダウンロードはこちらから

## ACPについて一緒に考える

### オンライン講座を開催

新潟市の地域医療を支える医師が、ACPについて経験談を交えながら分かりやすく説明します。  
※オンライン形式で実施

**期日・講師** 12月4日(土)…下畑光輝さん(信楽園病院) | 12月18日(土)…坪野俊広さん(済生会新潟病院) **時** 14時半～16時

**場** 総合保健医療センター(中央区紫竹山3)

**定** 各日先着80人 ※「Zoom」により自宅などでも受講可(各日先着200人) **料** 無料

**申** 10月21日(木)から新潟市ホームページで申し込み ※会場で受講する場合は市役所コールセンター(☎025-243-4894)でも申し込み可

▲スマートフォンはこちらから過去の講座の様子

## 妻とACPに取り組み、自宅で穏やかな最期を迎える

**小川 英爾 さん**  
(西蒲区在住)

もともと妻とは普段からお互いの「もしものとき」について話をしていました。3年前、妻にがんの転移が発覚したことをきっかけに、今後の過ごし方について改めて二人で話し合いました。妻は「最期の時は自宅を迎えたい」と希望しており、主治医や訪問医のアドバイスと協力を得て、これまで通り自宅で生活しながら療養を続けることにしました。娘たちとは治療方針で意見が食い違うこともありましたが、最後は妻の思いを尊重し、私たちの決断を受け入れてくれました。療養中、一時的な入院は何度かあったものの、住み慣れた自宅で家族そろって気兼ねなく生活することができました。体

▲小川さんと妻のなぎささん(左)(2019年5月、旅行先の韓国にて)

調に変化があればすぐに訪問医に対応していただける体制が整っていたので、安心して過ごせました。妻の調子が良い時には国内外へ何度も家族旅行に出掛けるなど、限られた時間を充実して送ることができました。

妻は亡くなる前日まで自宅で普段通りに過ごし、昨年10月、穏やかに眠るように息を引き取りました。寂しいですが、残された人生にきちんと向き合っただけで後悔のない理想的な最期を迎えることができました。



各 位

新潟市長 中原 八一

「にいがた救急連携シート」運用に関するご協力をお願い

市民の皆さまには、日頃より本市の保健行政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

新潟市では、市民の皆さまに、あらかじめ治療中の病気やかかりつけ医療機関、緊急連絡先などの情報のほか、今後の治療やケアに関する本人の希望、家族等の意向などを繰り返し話し合い、記入してもらう「にいがた救急連携シート」を作成しました。緊急事態発見者や医療機関、救急隊などの救急医療関係者や在宅医療・介護等の関係者が、このシートに記載の情報を共有することで、「もしもの時」に速やかな救急搬送や、搬送先医療機関でのスムーズな対応につなげることを目的としたものです。

今後、全市展開を図るため、令和3・4年度の二年間、モデル事業として、西区管内の介護老人保健施設、特別養護老人ホームの入所者様、ショートステイご利用者様および西区にお住まいの要支援・要介護認定を受けた方を対象とさせていただくため、各施設および居宅介護支援事業所等の関係機関へ、このシートの活用についてご協力をお願いしているところです。

つきましては、本事業の目的をご理解いただき、担当の居宅介護支援事業所のケアマネジャー等より説明があった場合は、このシートの活用についてご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、この件に関してご不明な点がございましたら、以下に記載の新潟市担当までお問い合わせください。

担 当

新潟市保健衛生部地域医療推進課

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号

TEL : 025 - 212 - 8018

FAX : 025 - 246 - 5672

E-mail : [chiiki.iryo@city.niigata.lg.jp](mailto:chiiki.iryo@city.niigata.lg.jp)

**新潟市における在宅医療と救急医療の連携推進に向けて**

新潟市医師会 理事/在宅医療部長 横田 樹也

**はじめに**

総務省消防庁によると、平成 20 年以降、全国の救急出動件数と、それに伴う救急搬送人員は増加を続けている。年齢区分救急搬送人数で見ると、「若年者」と比較し「高齢者」の増加が著しく、これは高齢者の人口増だけではなく、救急搬送自体が増加していることが要因である。その「高齢者」の搬送理由を傷病程度別にみると、「死亡」「重症」に比べ、「中等症」「軽症」が増加していることが実情で、この原因は、在宅独居の高齢者が病院への移動手段がなく救急車を呼ぶケースがあるほか、介護施設入居中の高齢者でも、職員配置が少ない夜間に病状増悪した場合、施設で病院へ搬送できず、救急車を依頼することがあげられている。一方、最近、人生の最終段階にある高齢者が、急変時に到着した救急隊が行う救命処置や搬送された救急病院での延命治療を「本人の希望した治療ではない」という理由で、家族が拒むケースが散見され、このようなことも救急現場での課題の一つとなっている。新潟市はこれまでも救急医療に対しては、新潟市医療計画の中の基本方針として取り組んできたが、平成 31 年 4 月、新たに、新潟市在宅医療・介護連携推進協議会の中に、在宅医療・救急医療連携ワーキンググループを立ち上げた。ここでは、高齢者の救急搬送が増加している中で、普段から、地域の医療・介護の関係者が、高齢者本人や家族と、治療や過ごし方に関する希望について話し合い、それを関係者で共有するとともに、本人の医療情報や ADL のみならず、本人の意思や家族の希望等、今後の治療や療養に関わる本人の意向について話し合った内容を「にいがた救急連携シート」という形で記録に残し、このシートを救急隊や救急病院とも共有することで、いざという時に、円滑で適切な救急対応ができるような環境を整備することを目的とし、協議を進めてきた。その結果、新潟市西区でそれを検証するためのパイロット事業を行う方針とした。

**在宅医療と救急医療の連携に取り組む経緯と意義について**

総務省消防庁の統計によると、平成 20 年以降、救急出動件数及び搬送人員ともに増加傾向にあり、令和元年には、それぞれが年間 6,639,767 件、5,978,008 人

と過去最多となっている<sup>1)</sup>。年齢区分別搬送人員構成比率では、特に 65 歳以上の高齢者の増加が顕著で、令和元年には全体の 60.0%を占めている<sup>1)</sup>。一方、厚生労働省の人口動態統計で、高齢者の死亡場所の推移をみると、昭和 26 年には 82.5%が自宅で死亡していたが、年を経るごとにそれが減少する一方、病院で死亡する高齢者が増加し、昭和 50 年代には逆転し、平成 20 年代には病院での死亡が約 80%に達している<sup>2)</sup>。このような中、50%を超える高齢者が自宅での最期を迎えたいと考えており<sup>3)</sup>、その思いが叶えられていないのが現状である。その一つの原因として、高齢者が人生の最終段階の医療・療養について家族や医療介護関係者との話し合いを行っていないことが挙げられている<sup>4)</sup>。厚生労働省はこれまで、ガイドラインを策定し、人生の最終段階の医療ケアについて、あらかじめ本人が家族や医療ケアチームと話し合うことの重要性を強調するとともに、医療者に対して研修などを行ってきたが、なお、高齢者の救急搬送が増加の一途を辿っている中、在宅で、最期まで療養することを希望する高齢者の病状が急変した際に、本人の意思に沿わない救急搬送が増加することが懸念されており、地域において、高齢者の病状や希望する療養場所、延命治療に対する希望等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喫緊の課題となっている(図 1)。厚生労働省はこの課題の対策として、患者の意思を地域の関係機関間で共有するための連携ルールの策定の支援を行うことを目的として、平成 29 年度から、毎年、複数の自治体を対象として定期的にセミナーを実施することとした(図 2)。新潟市は平成 30 年度のセミナーに参加した。平成 30 年 12 月 9 日と平成 31 年 2 月 3 日の 2 回、新潟市民病院の広瀬医師(救急医療関係者)、新潟市役所の関根係長(市町村の担当者)、新潟市医師会の横田(在宅医療関係者)の 3 名が、セミナーに参加し、講義や先進地域の事例報告を受講するとともに、他の自治体からの参加者とグループワークで意見交換を行うことで見識を深めた<sup>5)</sup>。セミナーに参加後、新潟市における、在宅や高齢者施設入所中の高齢者において、高齢者本人の意向についての関係者間での意思共有の実態に加え、救急現場について、関係機関へのアンケートやヒアリングを行うことで高齢者搬送の現状について、把握し、課題を抽出した。そして、在宅・救急連携のローカルルールを策定することを目的に、平成 31 年 5 月に既存の新潟市在宅医療・介護連携推進協議会の一部会として在宅医療・救急医療ワーキンググループを設置し議論を開始した。新潟市として在宅医療と救急医療の連携に取り組む意義は①患者の状態と将来の思いを、患者に関わる地域の医療、介護に関わる多職種の

みならず、救急隊や（救急）病院に携わるスタッフで共有することで、患者の思いに沿った医療がなされ、加え、救急搬送が円滑に行われるようになること。②患者の将来への思い（アドバンス・ケア・プランニングなど）についての意思決定支援を、患者に関わる医療、介護関係者で日常的に行うためのきっかけ作りとなり、それが実際に実行されるようになること。③以上の情報共有を行うためのツールとして ICT が重要であることを、地域の医療、介護関係者に理解してもらい、実際にその利活用が拡大すること。以上の3点が重要と考えている。

### **新潟市在宅医療・救急医療連携推進パイロット事業**

ここでは先に説明した新潟市在宅医療・救急医療連携推進パイロット事業（以下、「パイロット事業」という）についての詳細について述べたい。新潟市では、平成 31 年 4 月 1 日に在宅医療・救急医療連携ワーキンググループを設置し、様々な職種の 7 名に委員に就任してもらい、在宅療養患者の意思を共有するための連携構築、共有の仕組みづくりに関する内容について協議を行ってきた(図 3)。その中で、令和 2 年から令和 4 年の 3 カ年で、パイロット事業を設定し展開することとした。この事業の目的は、高齢化の進展に伴い今後も増え続ける救急搬送需要に対応するため、「にいがた救急連携シート」を作成し、救急時に本人、家族、救急隊、医療ケアチームと共有・活用することで、円滑な救急搬送につなげ、あわせて、普段から治療やケア、過ごし方に関する希望を家族などと共有しておくことの大切さについて、理解と実践を促し、本人の意思が尊重されやすい医療提供体制の強化につなげることである。事業は大きく 3 つで構成されており、一つは「にいがた救急連携シート」の作成・運用で、二つ目に市民向けのアドバンス・ケア・プランニングの理解を深めてもらうための講座を開催すること、三つめに相談援助職向けの意思決定支援研修会を展開することである。救急連携シートは、患者の基本情報や医療の情報、救急時に連絡を取ってほしい人の名前、関わりのある医療・福祉・介護の事業所や関係者名、日常の体の動き（ADL）、その他、特記事項を記載してもらい(図 4)、もう一面にはアドバンス・ケア・プランニングを記載することとし、人生の最終段階で本人が大切にしたいと思っていること、もしもの時に受けたい医療・ケア、受けたくない医療・ケア、そして、そういったことが自分で決められない状態になった時には、誰に代理になって話し合ってもらいたいのか、以上のことを選択した理由について記載をしてもう構成になっている(図 5)。この救急連携シートの利用（配布）対象者とし

ては、令和 3 年度は西区の施設入所・利用者(特別養護老人ホーム・老人保健施設・短期入所)で、すでに、西区の約 30 事業所に訪問、説明を行った。令和 4 年度は西区在住の要支援・要介護認定者へ対象を拡大することを予定としている。

運用方法としては、生活相談員、ケアマネジャー等がこのシートの説明、記入支援を行ってもらおう。また、救急隊、救急告示病院の当人に関わる医療介護従事者が情報共有(閲覧)可能とする。初回登録後は基本的に一年に一度(対象者の誕生日)、情報の見直しを行い、変更があった場合に更新登録することとする。病状や意向が変化した際にはその都度見直し(更新)を行う方針とする。全体の運用イメージでは、西区の施設から 119 番救急要請があると、中央区の新潟市消防局(指令管制センター)に連絡が入り、そこから最寄りの救急隊(今回は西区の救急隊)に出動指令が入り、市から提供されたタブレットを救急車の中に搭載するようにお願いしているが、タブレットで救急連携シートを確認することで、患者情報を取得、共有することができる。同様に医療機関(西区の救急患者を受け入れる 5 病院)の救急外来で担当者が提供されたタブレットで患者情報を共有するようお願いしている。このタブレットへの情報の登録に関しては新潟市医師会で運用している SWAN ネットを利用して情報を登録している(図 6)。今後の予定では、令和 4 年は西区在住の要支援・要介護認定者へ対象者拡大を行い、令和 5 年度以降には、対象者および対象地域拡大を検討しているわけだが、西区での運用結果について検証を行った上で、関係者と議論をしっかりと行いたいと考えている(図 7)。もう一つの事業の柱である、市民に対するアドバンス・ケア・プランニングの啓発についても市民向けの公開講座を行っていきたいと考えている。

### おわりに

新潟市における在宅医療と救急医療の連携推進に向け、これまで、平成 31 年 4 月に設置した在宅医療・救急医療連携ワーキンググループにて議論を続けてきた結果、ようやく令和 3 年度より、新潟市西区においてパイロット事業が始まったところである。今後は地域の関係者に、事業内容や目的、効果について、ご理解をいただいた上で、本事業をより良い形で進めていきたいと考えている。

本稿の執筆を終えるにあたり、本事業の推進のために取り組んでおられる、在宅医療・救急医療連携ワーキンググループのメンバーをはじめ、新潟市保健衛生部地域医療推進課のスタッフの方々に感謝を申し上げたい。

参考文献

- 1) 総務省消防庁ホームページ 令和2年版救急救助の現況 救急編  
<https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/post-2.html>
- 2) 厚生労働省ホームページ 人口動態統計年報 主要統計表(年次推移)  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/index.html>
- 3) 内閣府ホームページ 「高齢者の健康に関する意識調査」結果(概要)  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/pdf/kekka\\_1.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/pdf/kekka_1.pdf)
- 4) 厚生労働省ホームページ 人生の最終段階における医療に関する意識調査  
[https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo\\_a.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo_a.html)
- 5) 平成30年度在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000788478.pdf>



まちの話題 TOWN TOPICS

身近な情報をお知らせください ☎264-7180 地域課 広報・広聴担当まで

参考資料6

海ごみアートで海洋ごみを知ろう！

小針小学校



小針小学校6年4組の児童が、青山海岸でごみ拾いをし、そのごみを使ってイルカやカメなどの海ごみアートを制作しました。

これは、児童が西区長から西区の海洋ごみの課題を聞き、自分たちにできる取り組みとして企画したもの。少しでもごみを減らしたい思いと、より多くの人に海の現状について知ってもらいたい思い

をアートにしました。

11月15日に行った海のごみ拾い運動では、地域住民への案内や当日の司会、楽しくごみ拾いをするためのゲームなど、クラス全員がそれぞれの担当を担って楽しく、学びながらごみ拾いをしました。そして、拾ったごみを使って各テーマに合った海ごみアートを制作。最後は、坂井輪地区公民館で自分たちの手で展示作業を行いました。



同校6年4組の阿曾智也さんは、「作品を通して、生き物への海洋ごみの影響や食物連鎖でプラスチックが連鎖していく怖さが地域の人たちに伝わってほしいです」と話していました。

海ごみアートを展示しています

児童が制作したアートを展示しています。直接会場へお越しください。

1月26日(木)展示予定

期間 2月28日(火)まで
会場 坂井輪地区公民館 1階ホール

地域の伝統を受け継ぐ

とば編み・さいの神



12月9日に笠木小学校で、「とば編み」が行われました。これは、お正月に行われる地域行事のさいの神で使われる物で、材料に児童が学校田で育てたお米の稲わらを使い、地域ボランティアの人から丁寧に教わりながら作りました。児童たちは「難しかったけど楽しかった。わらの上が気持ちいい。お正月が楽しみです」と話していました。

1月7日に行われた「さいの神」では、地域住民と一緒に事前準備したとば編みや、竹・廃材を組んだものを燃やし、大きな炎を囲んで五穀豊穡・無病息災を祈りました。

3年ぶり 元旦にみんなと一緒に走り初め



1月1日、黒埼地区総合体育館で3年ぶりに元旦マラソンが開催され、約200人が参加しました。

健康増進だけでなく、地域の活性化や触れ合いのために開催されているマラソン。3年ぶりに顔を合わせたランナーは自然と笑顔になっていました。天気が心配されましたが、スタート時には雨が上がり、よいドン！

知っていますか？「にいがた救急連携シート」

問い合わせ 地域医療推進課(☎025-212-8018)

高齢者の救急搬送が増え続けています。新潟市では「にいがた救急連携シート」を作成し、令和3年度から西区をモデルエリアとして取り組みを進めています。

このシートは、あらかじめ名前などの基本情報や治療中の病気、かかりつけ医療機関、緊急連絡先などを記入してもらい、救急受入病院や救急隊などの関係者が、情報を共有することで「もしもの時」にスムーズな対応につなげることを目的としたものです。

治療に関して自身の考え方も記入できます。この機会に家族や大切な人と話し合ってみませんか。

対象

西区の特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・ショートステイ入所者及び西区在住の要支援・要介護認定者



表紙

シートは、施設に設置してあります。記入の支援や使い方については、施設相談員やケアマネジャーなどが相談に応じます。お気軽にご相談ください。

感染対策を確認し、徹底をお願いします

健康と福祉

2月の健診など

西区健康福祉課 健康増進係
☎025-264-7423

■股関節検診

対象 令和4年10・11月生まれの一部

■1歳6カ月児健康診査

対象 令和3年6・7月生まれの一部

■3歳児健康診査

対象 令和元年7・8月生まれの一部

※対象者には案内と問診票を郵送します。日時、会場、持ち物は、案内を確認してください

安産教室

日時 3月16日(木)午後1時30分～3時

会場 坂井輪健康センター

対象 令和5年6～8月に出産予定の人 先着20組(パートナー・家族と共に2人まで参加可)

持ち物 母子健康手帳、筆記用具

申し込み 15日(水)から西区健康福祉課 健康増進係(☎025-264-7423)

赤ちゃん&こどもの食生活

申し込み 新潟市役所コールセンター
☎025-243-4894

■はじめての離乳食 要申し込み

3月 会場 定員(先着)

8日(水) 西地域保健福祉センター 10人

23日(木) 坂井輪健康センター 15人

時間 午後1時30分～2時30分

内容 離乳食の進め方

対象 生後5カ月ころの赤ちゃんの保育者

持ち物 母子健康手帳、筆記用具、バスタオル(赤ちゃん連れの人)

申し込み 8日(水)から

■ステップ離乳食 要申し込み

日時 3月23日(木)午前10時～11時

会場 坂井輪健康センター

内容 離乳食の進め方

対象 生後6カ月以降で、2・3回食に進もうとしている赤ちゃんの保育者 先着15人

持ち物 母子健康手帳、筆記用具、バスタオル(赤ちゃん連れの人)、らくらく離乳食ガイドブック(持っている人)

申し込み 8日(水)から

新型コロナウイルス感染症の影響により、事業実施が困難となった場合は、西区役所ホームページや西区役所公式ツイッター、にしこはぐくみLINKなどでお知らせします。

親子の絆づくりプログラム 赤ちゃんがきた！要申し込み

日時 3月2日～23日の毎週木曜午前9時50分～11時50分(全4回)

会場 黒埼市民会館

対象 令和4年10月～12月生まれの子とその母親 10組(応募多数の場合、抽選)

料金 1,100円(テキスト代)

申し込み 12日(日)までに新潟市電子申請サービス「かんたん申込み」(右の二次元コード)から申し込み

問い合わせ 西区健康福祉課子ども支援担当(☎025-264-7343)



坂井輪児童館

〒951-8533 尾上3-10-42 ☎025-269-3154

開館時間 ①午前9時15分～10時15分

②午前10時30分～11時30分

③午後2時～3時

④午後3時15分～4時15分

定員 各時間 先着10人(平日の①②は、乳幼児と保護者のみの利用)

休館日 月曜(祝日の場合は翌日) 9日(木)、10日(金)、14日(火)、16日(木)の①②、17日(金)の②③④は入館できません。

●は直接同館、★は要予約

●チャレンジ工作

15日(水)まで「バレンタインリース」

16日(木)～28日(火)「うさぎひな」

★身体測定

日時 2月17日(金)、22日(水)午前10時30分～11時30分

内容 身体測定、自由遊び

対象 未就園児とその保護者 各回先着5組

持ち物 バスタオル、おむつ

申し込み 電話で同館

新型コロナウイルスの感染状況により催しなどを中止する場合があります。開催状況はそれぞれの問い合わせ先までご確認ください。



西区にお住まいのみなさまへ

# にいがた救急連携シート

このシートは、名前などの基本情報、治療中の病気、かかりつけ医療機関などを記入・登録しておくものです。

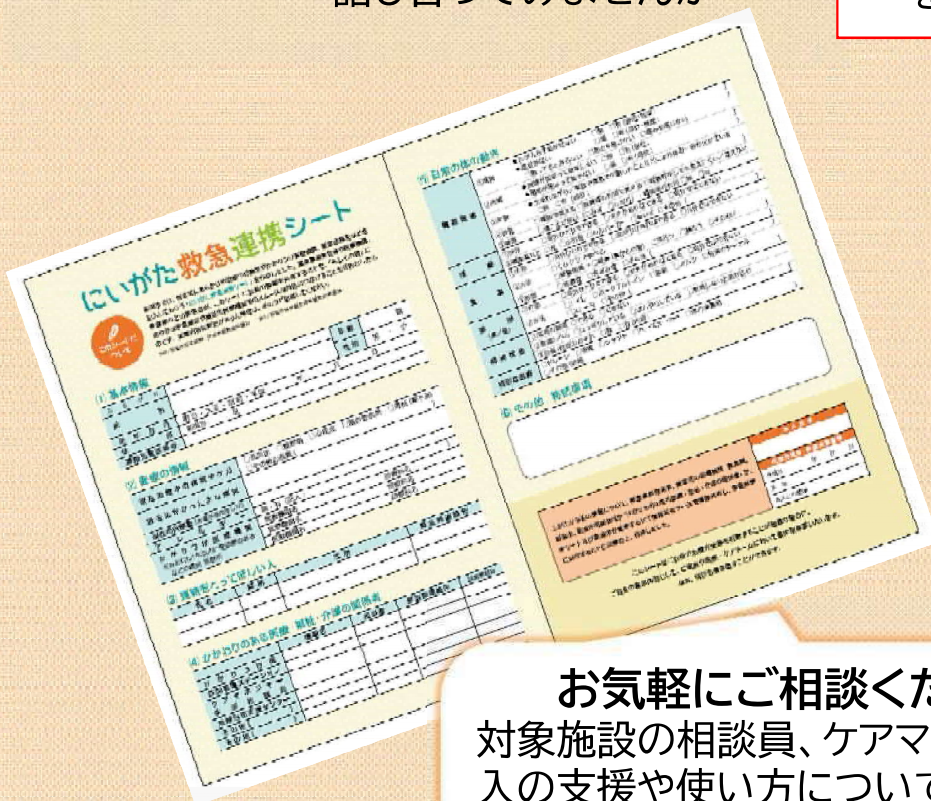
「もしもの時」に、病院や救急隊などの関係者が情報を共有することで、スムーズな対応につなげることを目的にしています。

治療に関するご自身の考え方なども記入できます。

～この機会に家族や大切な人と話し合ってみませんか～

## 対象者

- 西区の
  - ・特別養護老人ホーム
  - ・介護老人保健施設
  - ・ショートステイ
 に入所している方
- 西区在住の  
要支援・要介護認定を受けている方



表紙

## お気軽にご相談ください！

対象施設の相談員、ケアマネジャーなどが、記入の支援や使い方について相談に応じます。

### 【シート設置場所】

- 西区内の
  - ・特別養護老人ホーム
  - ・介護老人保健施設
  - ・ショートステイ
  - ・居宅介護支援事業所
  - ・地域包括支援センター
  - ・西区役所(13番窓口)

シートについてのお問合せ

新潟市保健衛生部地域医療推進課 ☎025-212-8018



西区にお住まいのみなさまへ

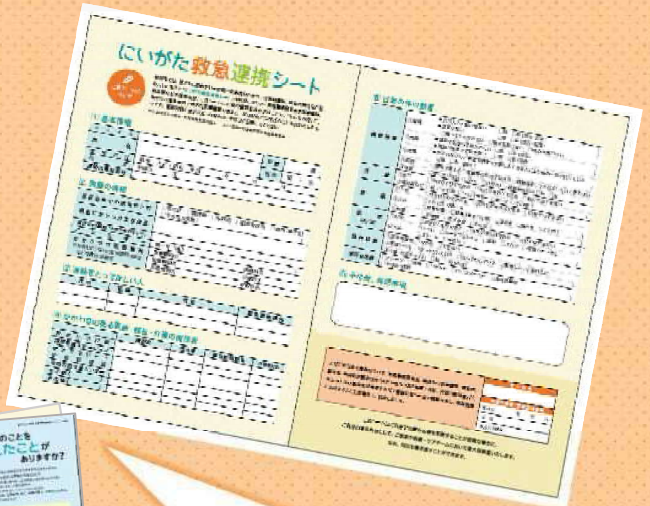
# にいがた救急連携シート

このシートは、名前などの基本情報、治療中の病気、かかりつけ医療機関などを記入・登録しておくものです。

「もしもの時」に、病院や救急隊などの関係者が情報を共有することで、スムーズな対応につなげることを目的としています。

治療に関するご自身の考え方なども記入できます。

～この機会に家族や大切な人と話し合ってみませんか～



表紙

## 対象者

- 西区の特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・ショートステイ入所者
- 西区在住の要支援・要介護認定者

お気軽にご相談ください！

対象施設の相談員、ケアマネジャーなどが、記入の支援や使い方について相談に応じます。

【シート設置場所】

- 西区内の
  - ・特別養護老人ホーム
  - ・介護老人保健施設
  - ・ショートステイ
  - ・居宅介護支援事業所
  - ・地域包括支援センター
  - ・西区役所(13番窓口)

## 情報共有の流れ(仕組み)

