ISSN 2436-066X

日本 JJSHEM 在宅救急 医学会誌
Journal of Japan Society for Homecare and Emergency Medicine

vol.10 suppl. 2026.10

第10回日本在宅救急医学会学術集会

プログラム・抄録集

【テーマ】
「超高齢社会を支える在宅救急 ― 慢性期医療との共創 ―」

会　期：2026年10月31日（土）、11月1日（日）
会　場：大阪商工会議所　国際会議ホール（大阪市中央区本町橋2番8号）
会　長：井川　誠一郎（平成医療福祉グループ　診療本部長）

一般社団法人日本在宅救急医学会
Japan Society for Homecare and Emergency Medicine

PHILIPS

Evolution of care.

院内も在宅も、呼吸管理のクオリティ向上を
追求した トリロジー Evoシリーズ





製造販売会社
株式会社フィリップス・ジャパン
〒106-0041　東京都港区麻布台1-3-1
麻布台ヒルズ森JPタワー15階
www.philips.co.jp/healthcare

睡眠・呼吸製品のお問い合わせは地域の事業所まで
※事業所の連絡先は以下のURLで公開しています
www.philips.co.jp/SRC-Office

記載されている製品名などの固有名詞は、Koninklijke Philips N.V.
またはその他の会社の商標または登録商標です。© 2026 Koninklijke Philips N.V.

一般的名称：成人用人工呼吸器
販売名：トリロジー Evoシリーズ
製造販売承認番号：30200BZX00152000
高度管理製造販売／特定保守管理製造販売



アルツハイマー型認知症治療剤

薬価基準収載

アリドネ®パッチ 27.5mg 55mg

ALLYDONE® Patches

ドネペジル経皮吸収型製剤　劇薬、処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」 等については電子添文をご参照ください。

製造販売元
帝國製薬株式会社
香川県東かがわ市三本松567番地

販売元(文献請求先及び問い合わせ先)
興和株式會社
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

2024年1月作成

笑顔で暮らせる未来を、ジェネリック医薬品とともに。



患者さまに安心してジェネリック医薬品を
使っていただくために。
日本ケミファは、新薬メーカーとして
培ってきた経験とノウハウを生かして、
付加価値の高い医薬品開発に取り組んでいます。

医療に携わる皆さまとの絆を大切に、
健康で安心できる未来をともに。
つくりたいのは、
つながって生まれる明るい未来です。

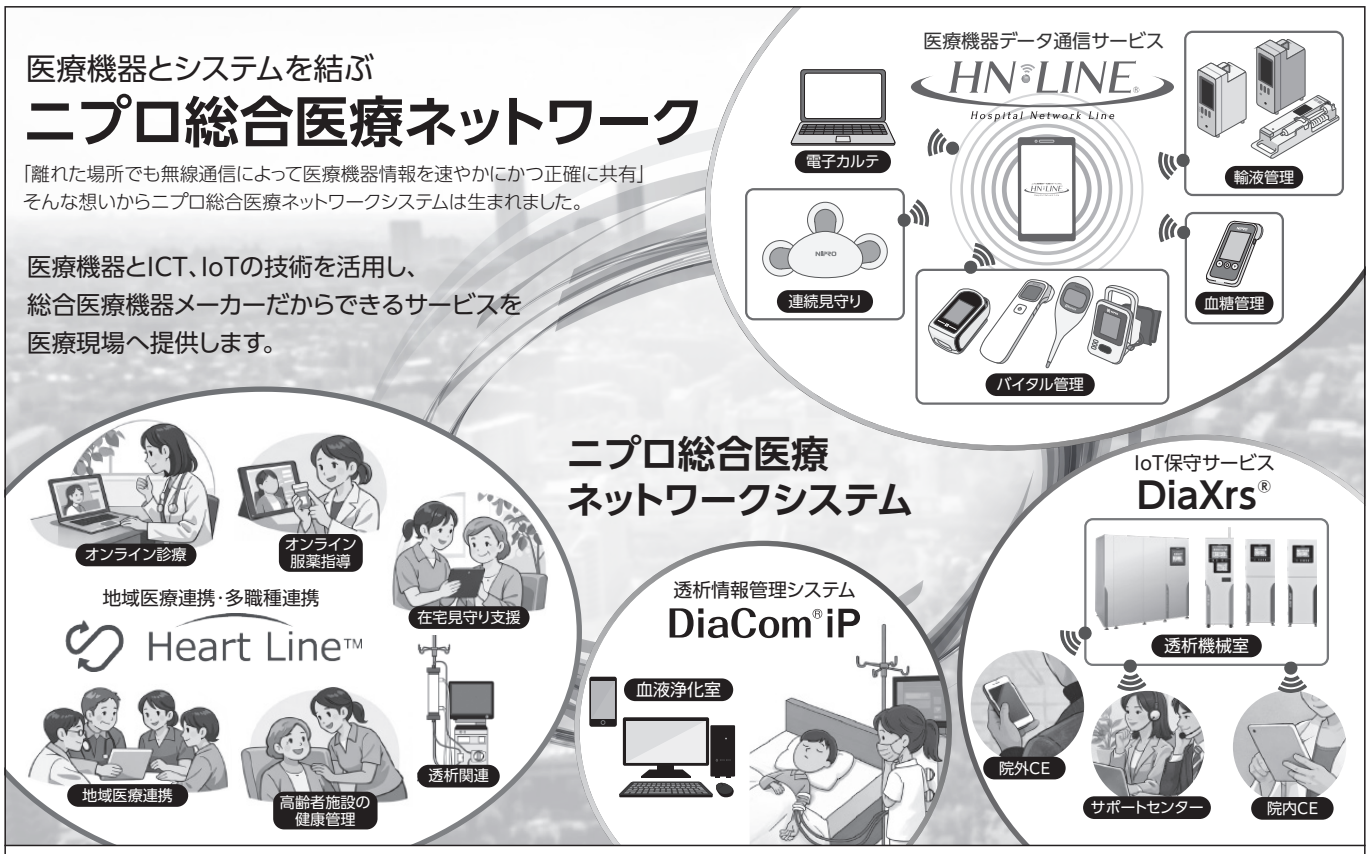
ケミファ
日本ケミファ株式会社
〒101-0032 東京都千代田区岩本町2丁目2-3
https://www.chemiphar.co.jp

医療機器とシステムを結ぶ

ニプロ総合医療ネットワーク

「離れた場所でも無線通信によって医療機器情報を速やかにかつ正確に共有」
そんな想いからニプロ総合医療ネットワークシステムは生まれました。

医療機器とICT、IoTの技術を活用し、
総合医療機器メーカーだからできるサービスを
医療現場へ提供します。



NIPRO

ニプロ株式会社
大阪府摂津市千里丘新町3番26号

医療機器についてのお問い合わせ
(医療機器情報室)
0120-226-410

2026年7月作成【審 2607294571】



増田医科器械は、先進のテクノロジーと熱いハートで、
医療の現場や研究現場のお客様、そして患者様の
お役に立つことが使命であり喜びです。



先端医療のパイオニアへ一。
株式会社 増田医科器械

〒612-8443 京都市伏見区竹田藁屋町50
Tel.075-623-7111 Fax.075-623-7131

www.masudaika.co.jp

一般社団法人　日本在宅救急医学会役員　（五十音順）

代表理事	横田　裕行	医療法人社団晃山会タムス松江病院
理事	会田　薫子	東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座 特任教授
	小豆畑　丈夫	医療法人社団青燈会小豆畑病院 理事長・病院長
	井川　誠一郎	平成医療福祉グループ 診療本部長
	池端　幸彦	医療法人池慶会池端病院 理事長・院長
	太田　祥一	
	小山　秀夫	公立大学法人兵庫県立大学大学院経営研究科 特任教授
	阪本　雄一郎	佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター 教授
	佐々木　淳	医療法人社団悠翔会 理事長
	島田　潔	医療法人社団平成医会板橋区役所前診療所 院長
	下田　重人	医療法人社団下田緑眞会世田谷北部病院 理事長
	平　泰彦	聖マリアンナ医科大学呼吸器外科 研究員、名誉教授
	丹正　勝久	医療法人社団遼山会関町病院
	津本　順史	医療法人社団いばらき会いばらき診療所とうかい 院長
	照沼　秀也	医療法人社団いばらき会いばらき診療所 理事長
	仲井　培雄	一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会 会長
	中村　謙介	神戸大学医学部附属病院救命救急科 特命准教授
	新田　國夫	医療法人社団つくし会新田クリニック 院長
	真弓　俊彦	地域医療機能推進機構（JCHO）中京病院 副院長・ICU 診療部長
	山岸　暁美	一般社団法人コミュニティヘルス研究機構 Research Association for Community Health（RACH）機構長・理事長
	横堀　將司	日本医科大学救急医学講座 大学院教授
	吉田　雅博	国際医療福祉大学市川病院人工透析・一般外科 教授
監事	櫻井　淳	日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野 診療教授
	守谷　俊	自治医科大学附属さいたま医療センター救命救急センター センター長、教授

一般社団法人　日本在宅救急医学会　学術集会歴代会長

開催日	会長（敬称略）	所属	開催期間	開催地
第１回	照沼　秀也	医療法人社団いばらき会	2017年７月22日	東京
第２回	小豆畑　丈夫	医療法人社団青燈会小豆畑病院	2018年11月17日	東京
第３回	吉田　雅博	国際医療福祉大学市川病院消化器外科学	2019年９月７日	東京
第４回	照沼　秀也	医療法人社団いばらき会	2020年９月５日	東京
第５回	横田　裕行	日本体育大学大学院保健医療学研究科	2021年９月11日	東京
第６回	小豆畑　丈夫	医療法人社団青燈会小豆畑病院	2022年９月10日～11日	東京
第７回	阪本　雄一郎	佐賀大学医学部救急医学講座	2023年８月５日～６日	佐賀
第８回	池端　幸彦	医療法人池慶会池端病院	2024年11月９日～10日	福井
第９回	仲井　培雄	医療法人社団和楽仁芳珠記念病院	2025年11月１日	石川
第10回	井川　誠一郎	平成医療福祉グループ	2026年10月31日～11月１日	大阪

会長挨拶



井川　誠一郎

第10回日本在宅救急医学会学術集会会長
平成医療福祉グループ　診療本部長
日本慢性期医療協会　副会長

この度、第10回日本在宅救急医学会学術集会の会長を務めさせていただくこととなりました井川誠一郎です。2026年10月31日、11月1日の二日間、大阪の中心地にある大阪商工会議所において、記念すべき第10回学術集会を開催できますことを、心より光栄に存じます。

わが国では、世界に類を見ない超高齢社会を迎え、多くの高齢者が複数の慢性疾患を抱えながら地域で生活しています。今後さらに高齢化が進むなか、住み慣れた地域で暮らし続けるためには、日常の療養を支える医療のみならず、急変時にも切れ目なく対応できる医療提供体制が不可欠です。在宅救急は、もはや単なる「在宅医療の延長」ではなく、地域での生活を支える医療の重要な機能の一つであると考えます。

そこで本学術集会では、「超高齢社会を支える在宅救急 ― 慢性期医療との共創 ―」をテーマに掲げました。

高齢者救急では、「救急医療」と「在宅・慢性期医療」を別々のものとして考えることはできません。急変時には必要な救急医療へ速やかにつなぎ、入院後は早期から生活への復帰を見据え、回復期・慢性期医療、そして再び在宅へとつないでいく。その一連の流れを地域全体で支えることが求められています。そのためには、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職、ケアマネジャー、介護職、救急隊、行政など、多職種・多機関がそれぞれの垣根を越えて連携し、「患者をどこで診るか」だけではなく、「患者の生活をどのように支えるか」という視点を共有することが重要です。

本学術集会では、特別講演やシンポジウムに加え、全国各地における在宅救急の実践や研究成果を共有する一般演題を幅広く企画しております。在宅医療、救急医療、慢性期医療、それぞれの現場で培われた知恵と経験を持ち寄り、互いに学び合うことで、これからの超高齢社会にふさわしい在宅救急の姿を皆さまとともに考える二日間にしたいと思います。

第10回という節目の大会が、新たな連携と共創を生み、これからの地域医療を拓く一歩となることを願っております。

最後になりましたが、本学術集会の開催にあたり多大なるご支援、ご協力を賜りました関係各位、共催・後援団体の皆さまに心より御礼申し上げます。

多くの皆さまに大阪へお越しいただき、活発な議論と交流が生まれることを期待しております。大阪の地で皆さまとお会いできることを、心より楽しみにしております。

第10回日本在宅救急医学会学術集会タイムテーブル

第1日目　10月31日（土）

大阪商工会議所

	第1会場 7F　国際会議ホール	7F 国際会議ホール ロビー
8:30		
9:00		
9:30		
10:00		
10:30		
11:00		
11:30		
12:00		
12:30	12：30～　**学会受付開始**	12：30～ 17：00
13:00		
13:30	13：40～13：45　**開会式**	
14:00	13：50～15：00　**特別講演** 「令和８年度診療報酬改定と在宅救急のありかた」 座長：池端　幸彦 演者：林　修一郎	
14:30		
15:00	15：00～16：00　**教育講演** 「精神科における在宅救急 ― 診察・治療を拒む患者にどう向き合うか」 座長：井川　誠一郎 演者：澤　温	
15:30		
16:00		
16:30	16：10～18：00　**シンポジウム１** 「大阪緊急連携ネットワークから見た在宅救急」 座長：定光　大海 プロローグ：井川　誠一郎 演者：大西　光雄、松本　悟、長野　和代	
17:00		
17:30		
18:00		

協賛企業展示

第10回日本在宅救急医学会学術集会タイムテーブル

第２日目　11月1日（日）

大阪商工会議所

	第１会場 7F　国際会議ホール	第２会場 6F　末広の間（C・D）	7F 国際会議ホール ロビー
8:30			
9:00	8：45～　**学会受付開始**		8：45～ 15：00
9:30	9：30～11：30　**シンポジウム２** 「高齢者救急問題の現状と その対応策についての提言2024」 座長・基調講演：真弓　俊彦 演者：井上　淑恵、柴山　志穂美		
10:00		10：10～11：30　**一般演題１** 「地域連携・体制構築・臨床」 座長：松本　悟	
10:30			
11:00			
11:30			
12:00	座長：吉田　雅博　演者：寺坂　勇亮 共催：株式会社大塚製薬工場	11：50～12：40　**ランチョンセミナー** 「在宅医療×救急医療の限られたリソースで 「安全に」「確実に」胃管を挿入したい！ ～「ファイバー光源」活用の実際と臨床的意義～」	
12:30			
13:00	13：00～15：20　**シンポジウム３** 「在宅医療・ケア提供者の安全を 確保するための合同ワーキンググループ： 提言について」 座長：新田　國夫、横田　裕行 演者：髙添　明日香、小豆畑　丈夫、 趙　達来、大友　宣、 櫻井　淳	13：00～14：10　**一般演題２** 「Patient Flow」 座長：照沼　秀也	
13:30			
14:00			
14:30		14：10～14：50　**一般演題３** 「倫理・ACP」 座長：会田　薫子	
15:00			
15:30	15：20～15：30 **次期開催挨拶及び閉会挨拶**		
16:00			
16:30			
17:00			
17:30			
18:00			

協賛企業展示



大阪商工会議所

〒540-0029 大阪市中央区本町橋2番8号

＜新大阪駅から＞

地下鉄御堂筋線・本町駅で乗り換え、中央線・堺筋本町駅で下車、１番出口から徒歩７分

＜大阪国際空港（伊丹空港）から＞

・リムジンバス

空港リムジンバスにて、大阪駅前へ。地下鉄谷町線・東梅田駅まで歩き（徒歩３分）、
谷町四丁目駅下車、4番出口から徒歩７分

・モノレール

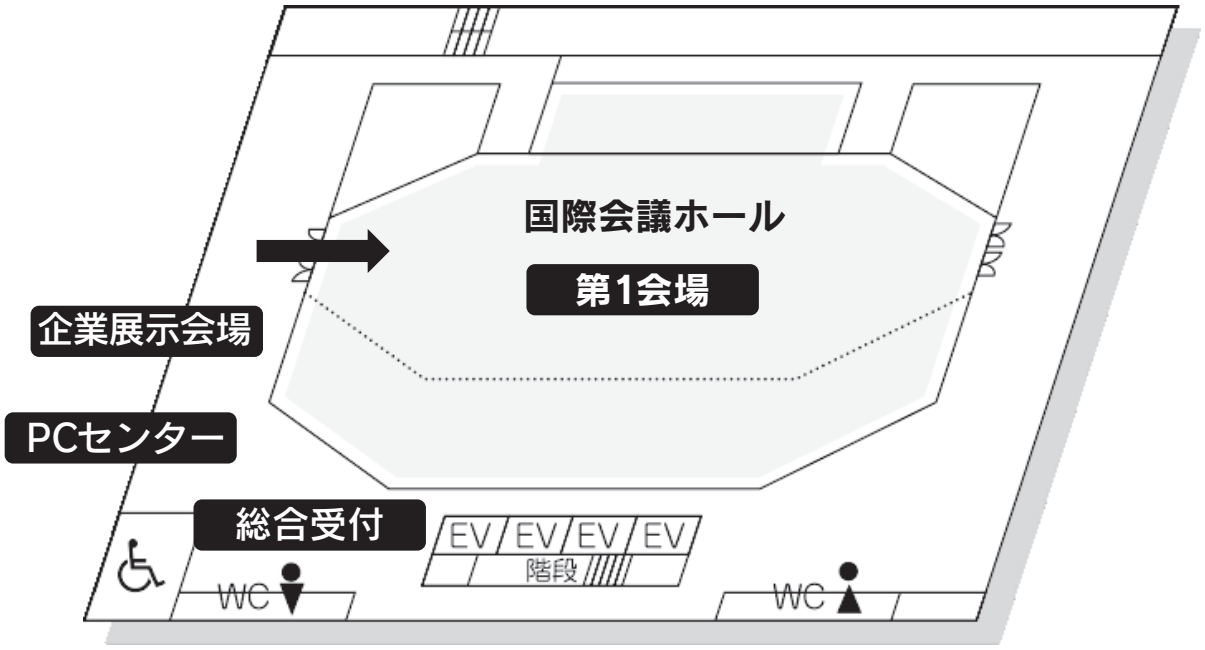
大阪モノレール・山田駅で乗り換え、阪急千里線にて地下鉄乗り入れの天下茶屋行きに乗車し、
堺筋本町駅下車、12番出口から徒歩７分

＜関西国際空港から＞

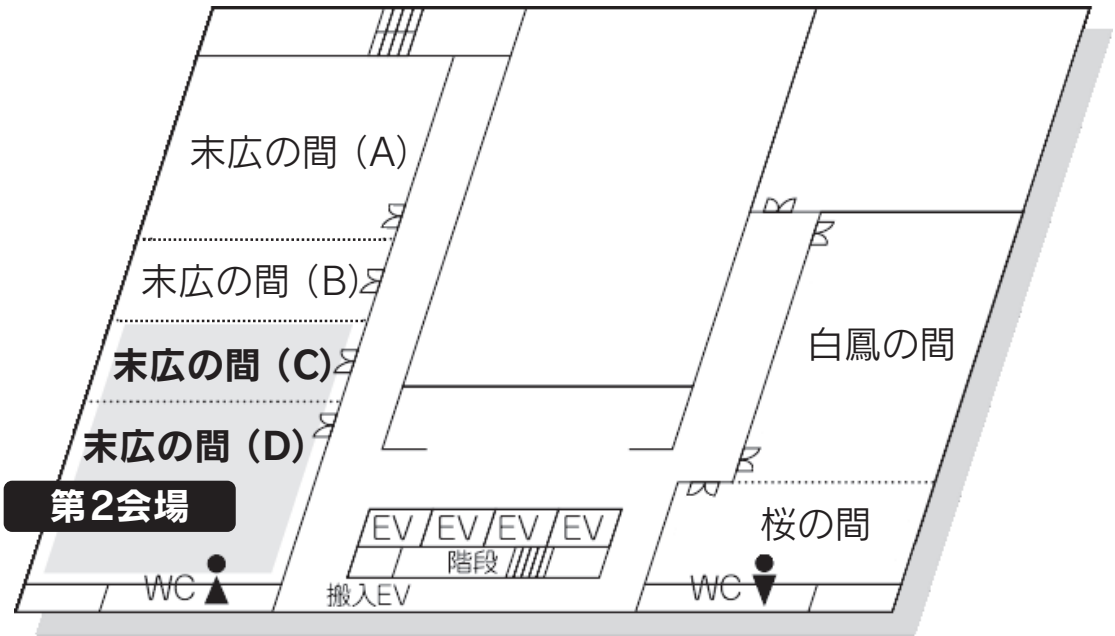
南海電鉄にて急行もしくはラピートβに乗車し、天下茶屋駅で地下鉄堺筋線に乗り換え、
堺筋本町駅下車、12番出口から徒歩７分

フロア図

7F


国際会議ホール
第1会場
企業展示会場
PCセンター
総合受付
EV EV EV EV
階段
WC
WC

6F


末広の間（A）
末広の間（B）
末広の間（C）
末広の間（D）
第2会場
白鳳の間
桜の間
EV EV EV EV
階段
搬入EV
WC
WC

ご参加、ご発表に関するご案内とお願い

【参加者の皆様へ】

◉ 学会総合受付　大阪商工会議所 7F 国際会議ホール ロビー

参加受付日時

10月31日（土）　12：30 ～ 16：30

11月　1日（日）　 8：45 ～ 13：30

◉ 参加登録【参加費】

医師　10,000 円

その他医療関係者　5,000 円

医学生・看護学生　無料

※ 学会参加の事前登録はございません。

※ 支払いは現金のみです。

◉ プログラム冊子・抄録集

冊子印刷物での配布はございません。

本学会ホームページから、あらかじめダウンロードのうえご持参ください。

【PCセンターについて】

◉ PCセンター　大阪商工会議所 7F 国際会議ホール ロビー

発表データ受付日時

10月31日（土）　12：30 ～ 15：30

11月　1日（日）　 8：45 ～ 13：30

※ 発表セッション開始30分前までにPCセンターにお越しください。

※ Macintosh をご使用される場合はPC 本体をお持ちください。

※ 利益相反（COI）の有無に関わらず、その情報開示をお願いいたします。

※ 座長席および演台上に計時回線が設置されており、発表時間終了1分前に黄色、終了時に赤色のランプが点灯します。

① メディアをお持込みの場合

・USB メモリーに発表データを保存し、ご持参ください。USB メモリー以外のメディアでは受付できません。
・事前にデータ作成に使用したパソコン以外で動作確認を行い、正常に動作することをご確認ください。
・不測の事態に備えて、必ずバックアップデータをご持参ください。
・フォントは文字化けを防ぐために Windows の標準装備フォントをご使用ください。
・メディアを介したウイルス感染も考えられますので、事前に最新のウイルスチェックをお願いいたします。
・発表セッション開始時刻の 15 分前までに次演者席近くにて待機してください。
・コピーした発表データは学会終了後、事務局側で責任をもって消去いたします。

② PC 本体をお持込みの場合

・PC 付属の AC アダプターを必ずお持ちください。
・発表時間中にスリープモードにならないよう、設定の確認をお願いいたします。
・発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
・不測の事態に備えて、必ずバックアップデータをご持参ください。
・モニターとの接続は、HDMI となります。
・一部のノートパソコンでは、変換アダプターが必要な場合がありますのでご確認の上、異なる場合は必ず専用の接続端子をご用意ください。
・発表セッション開始時刻の 20 分前までに、発表会場内付近の PC オペレータ席まで、ご自身の PC をお持ちください。

【座長の皆様へ】

開始 5 分前までに次座長席にお着きください。

【ランチョンセミナー】

ランチョンセミナーには、お弁当が用意されています。数に限りがございますので不足の場合はご容赦ください。

最新情報は、第 10 回日本在宅救急医学会学術集会ホームページをご確認ください。
https://www.gakkai.co.jp/zaitakuqq10/index.html

プログラム

開会式

10/31　13：40 ～ 13：45

特別講演

10/31　13：50 ～ 15：00

座長：池端　幸彦（医療法人池慶会池端病院　理事長）

「令和８年度診療報酬改定と在宅救急のありかた」

演者：林　修一郎（内閣感染症危機管理統括庁　内閣審議官（前 厚生労働省保険局医療課長））

教育講演

10/31　15：00 ～ 16：00

座長：井川　誠一郎（平成医療福祉グループ）

「精神科における在宅救急 ― 診察・治療を拒む患者にどう向き合うか」

演者：澤　温（社会医療法人北斗会さわ病院　名誉院長）

ランチョンセミナー

11/1　11：50 ～ 12：40

（共催：株式会社大塚製薬工場）

座長：吉田　雅博（医療社団法人三清会青梅かすみ台クリニック　院長 / 一般社団法人日本腹部救急医学会　名誉理事長）

「在宅医療×救急医療の限られたリソースで「安全に」「確実に」胃管を挿入したい！
～「ファイバー光源」活用の実際と臨床的意義～」

演者：寺坂　勇亮（京都桂病院　副院長 / 救急集中治療科　部長）

次期開催挨拶及び閉会挨拶

11/1　15：20 ～ 15：30

プログラム【シンポジウム】

シンポジウム１

10/31　16：10 ～ 18：00

「大阪緊急連携ネットワークから見た在宅救急」

座長：定光　大海（医療法人和幸会阪奈中央病院）

シンポジスト

プロローグ（大阪緊急連携ネットワークのはじまり）
井川　誠一郎（平成医療福祉グループ）

S1-1.　大阪緊急連携ネットワーク会議から見えてきた課題
～救急医療機関への搬送前から始める社会的アセスメント
～より適切なタイミングで慢性期医療・在宅医療に繋ぐために
大西　光雄（国立病院機構大阪医療センター救命救急センター　診療部長 /
救急認定ソーシャルワーカー認定機構　理事）

S1-2.　大阪緊急連携ネットワーク会議からみた在宅救急
～慢性期医療施設の立場から～
松本　悟（豊中平成病院）

S1-3.　大阪緊急連携ネットワークにおける下り搬送の現状と地域連携室の役割
～診療報酬改定に伴う搬送体制の課題と在宅医療への円滑な移行を目指して～
長野　和代（医療法人恵泉会堺平成病院地域連携室）

シンポジウム２

11/1　9：30 ～ 11：30

「高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言 2024」

座長：真弓　俊彦（独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　副院長、ICU 部長）

シンポジスト

基調講演　高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言 2024 とその後
真弓　俊彦（独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　副院長、ICU 部長）

S2-1.　高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言 2024 の実践と普及
―「社会的救急」の視点―
井上　淑恵（医療法人社団悠翔会悠翔会在宅クリニック品川 / 藤沢市民病院救命救急センター /
日本医科大学総合診療科）

S2-2.　高齢者救急問題に対応するケアマネジメントの可能性
―医療・介護・地域をつなぐ協働の視点から―
柴山　志穂美（日本ケアマネジメント学会理事 / 東都大学幕張ヒューマンケア学部看護学科）

シンポジウム３

11/1　13：00 ～ 15：20

「在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ：提言について」

座長：新田　國夫（医療法人社団つくし会新田クリニック　理事長）
　　横田　裕行（日本在宅救急医学会代表理事 / 日本体育大学保健医療学部救急医療学科）

シンポジスト

S3-1.　在宅医療・ケアの特性と、提供者の安全面の課題
～当ワーキンググループの活動について～
髙添　明日香（医療法人桜花会あすか在宅クリニック　院長・理事長 /
在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ）

S3-2.　在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための提言：
現在までの研究・報告について
小豆畑　丈夫（医療法人社団青燈会小豆畑病院　理事長・病院長）

S3-3.　在宅医療・ケアにおける「患者・家族によるハラスメント」の定義再考
―合同ワーキンググループの提言を中心に―
趙　達来（真岡西部クリニック　院長 / 在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ）

S3-4.　在宅医療における応招義務の再考
大友　宣（医療法人財団老蘇会静明館診療所）

S3-5.　在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための提言
櫻井　淳（日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野 /
在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ）

プログラム【一般演題】

一般演題1

11/1　10：10 ～ 11：30

「地域連携・体制構築・臨床」

座長：松本　悟（医療法人康生会豊中平成病院　院長）

O1-1. BCP（業務継続計画）図上訓練キット（訪問系）の開発と効果・課題の検討
諫山　憲司（明治国際医療大学防災救急救助研究所）

O1-2. 札幌市における災害時の地域連携型BCP策定の過程
大友　宣（医療法人財団老蘇会静明館診療所）

O1-3. Hospital at homeを支える在宅・救急医療連携システムの構築
- 豊中市のおける取り組み -
池田　光憲（あお在宅・往診クリニック）

O1-4. 札幌市における救急医療と在宅医療連携の模索
丸藤　哲（札幌東徳洲会病院救急集中治療センター）

O1-5. 当院における在宅救急の取り組み
關　匡彦（北和在宅救急クリニック）

O1-6. 寝たきり超高齢者の下腿壊死をミイラ化で乗り越え100歳を達成した1例
趙　達来（真岡西部クリニック）

一般演題2

11/1　13：00 ～ 14：10

「Patient Flow」

座長：照沼　秀也（医療法人社団いばらき会いばらき診療所ひたち）

O2-1. 自宅から救急入院となった患者における非自宅退院のリスク因子の検討
吉川　徹二（蘇生会総合病院救急科 / JCHO京都鞍馬口医療センター外科）

O2-2. 医療機関からの紹介ではない“初発の往診依頼”への対応
～医療の入口としての在宅医療～
二ノ坂　建史（にのさかクリニック内科）

O2-3. 24時間対応型訪問診療クリニックにおける救急搬送の実態と時間帯別特徴
―福岡市救急搬送データとの比較―
野田　智宏（福禄会福岡南クリニック）

O2-4. フレイルは救急の前段階である：急性期病院による地域予防介入
田村　暢一朗（倉敷中央病院救急科）

O2-5. 在宅医療における緊急往診時の疾患分類と治療指針
照沼　秀也（医療法人社団いばらき会いばらき診療所ひたち）

一般演題３

11/1　14：10 ～ 14：50

「倫理・ACP」

座長：会田　薫子（東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座）

O3-1. BSC ではなく、CMO を使おう
真弓　俊彦（独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 ICU）

O3-2. ACP を活用したプライマリーナース主体の退院支援体制の構築と実践
安井　育子（堺平成病院）

O3-3. 意思の揺らぎの履歴を意思決定資源とした在宅救急における動的 ACP の実践
平山　敬浩（京都山城総合医療センター救急部・麻酔科）

第10回

日本在宅救急医学会

学術集会　抄録集

「超高齢社会を支える在宅救急
― 慢性期医療との共創 ―」

特別講演

教育講演

特別講演　　10/31　13：50～15：00

令和８年度診療報酬改定と在宅救急のありかた



林　修一郎

内閣感染症危機管理統括庁　内閣審議官
（前 厚生労働省保険局医療課長）

わが国では85歳以上人口の増加が続いている。高齢者の救急搬送件数は、高齢化そのものを上回る勢いで増加しており、高齢者救急を地域全体でどのように支えるかは、今後の医療提供体制を考える上で重要な課題となっている。

高齢者救急の体制には、肺炎、心不全、骨折、尿路感染症など、高齢者に多い疾患に対する急性期医療が求められるのは言うまでもない。その上で、入院を契機とした身体・認知機能の低下を防ぎ、早期からリハビリテーションや栄養管理に取り組むとともに、食事、排泄、移動などの生活機能を維持・回復し、円滑な在宅復帰や施設復帰につなげることが必要である。さらに、本人の価値観を踏まえた意思決定支援、身体的拘束の最小化など、人としての尊厳を守る取り組みも重要な要素となる。

厚生労働省は、2040年を見据えた新たな地域医療構想において、高齢者救急を受け入れ、治療と早期の在宅復帰支援を担う病院機能を重要な機能として位置づけている。また、医療と生活支援を一体的に提供する病棟機能を「包括期」として整理している。令和８年度診療報酬改定においても、救急患者を受け入れ、その後の生活を見据えた医療を提供する機能が多面的に評価されている。例えば、地域包括医療病棟または地域包括ケア病棟を有する原則200床未満の病院を対象に「包括期充実体制加算」が新設されたが、これは、介護保険施設との平時からの協力関係、自宅等からの緊急入院、救急搬送・下り搬送の受入れ、入退院支援の実績を一体として評価するものである。

今後、すべての急性期病院が高度・専門的な「急性期拠点」を目指すわけではない。地域の救急需要を幅広く受け止め、必要な急性期医療を提供しながら、患者の生活機能を回復させ、地域の医療・介護へ確実につなぐ役割が極めて重要である。また、救急搬送に応需するだけでなく、増悪した高齢者を円滑に受け入れるための、日頃からの施設や在宅患者との関係構築も求められる。こうした政策の潮流を紹介するとともに、「急性期拠点」以外の急性期病院が地域において果たすべき役割と、その実現に必要な機能について、会場の皆様と議論を深めたい。

略　歴

1998年　東京大学医学部 卒業
2000年　厚生省 入省（2001年から厚生労働省）
※この間、介護保険、疾病／難病対策、感染症対策、精神保健福祉、がん対策など諸分野を担当
2014年　厚生労働省保険局医療課 課長補佐
2016年　奈良県医療政策部長
2019年　厚生労働省健康局健康課予防接種室長
2021年　厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長
2023年　厚生労働省医政局医事課長
2024年　厚生労働省保険局医療課長
2026年　内閣感染症危機管理統括庁 内閣審議官

教育講演　　10/31　15：00～16：00

精神科における在宅救急
― 診察・治療を拒む患者にどう向き合うか



澤　温

社会医療法人北斗会さわ病院　名誉院長

救急医療が「いつでも」「どこでも」「だれでも」という根幹に支えられていることは精神科でも身体科救急でも差はない。

しかし精神科救急は、身体科救急とはいくつかの点で大きく異なる。身体疾患では患者自身が異常を自覚して救急医療を求めることが多いが、精神疾患では本人に受診意思がなく、家族や周囲が異常に気づいて診療を求めることも少なくない。患者が診療の場に来ないこと自体が、精神科において在宅での評価が必要となる一つの理由である。日本ではこのような時、「連れて来てくれたら診ます」という滑稽なやり取りが多かったのが事実だった。

精神科救急では、血液検査や画像検査だけでは異常を捉えられない場合も多く、問診と視診、すなわち「言がおかしい」「動がおかしい」といった変化から病態を見立て、直ちに治療を必要とする状態かを判断することになることも多い。一方、高齢者では認知症に加えて、身体疾患や薬剤等によるせん妄が精神症状･行動異常として現れるため、精神疾患と身体疾患を分けて考えることはできない。

とりわけ問題となるのは「動」に異常がある場合である。状況を的確に認識できず、治療を拒否する、点滴やカテーテルを自己抜去する、診療の場から離れる、興奮・攻撃性を呈する患者に対し、医療者は生命を守るためどこまで介入できるのかは大きな問題である。

精神科病院では、精神保健福祉法のもと、入院患者について「切迫性」「一時性」「非代替性」を中心とした厳格な要件のもとで、精神保健指定医の判断と指示の下、隔離・身体的拘束等の行動制限が認められている。しかし、この仕組みを精神科病院外へ持ち出すことはできず、精神保健指定医であっても、在宅患者に対して同様の権限を有するわけではない。在宅・慢性期・身体科医療における身体拘束は、生命・身体への切迫した危険、他に代替手段がないこと、一時的で必要最小限であることを個々に検討する必要がある。家族を含む徒手的な制止も同じ問題を含み、行動抑制を目的とした過剰な薬物投与、いわゆる pharmacological restraint にも注意が必要である。

本講演では、精神科救急の経験から、認知症・せん妄を中心に、在宅や慢性期医療の現場で遭遇する精神科的緊急状態の「見立て」、対応、行動制限の問題、そして在宅対応の限界と精神科救急へつなぐタイミングについて考えたい。

略　歴

学歴と職歴
1972年3月　慶應義塾大学医学部 卒業
1972年5月～1975年4月
　慶應義塾大学医学部精神神経科 訓練医
1977年5月～1984年2月
　名古屋保健衛生大学医学部精神神経科 助手
1984年2月～1986年12月
　藤田学園保健衛生大学医学部精神神経科 講師
1987年12月18日～2018年8月
　社会医療法人北斗会さわ病院 院長
（2008年9月1日～2010年8月31日　ほくとクリニック病院 院長）
2026年1月　社会医療法人北斗会さわ病院 名誉院長

救急関係役職
1993年6月　大阪府救急医療機関連絡協議会 理事
2000年7月　大阪市精神保健福祉審議会
　精神科救急医療検討部会 会長
2005年10月～2012年10月
　日本精神科救急学会 理事長（現在 名誉会員）
2013年4月　大阪府精神科救急医療運営審議会委員

シンポジウム１～３

プロローグ（大阪緊急連携ネットワークのはじまり）



井川　誠一郎

平成医療福祉グループ

2000年代後半、救急患者の受入困難事例が相次ぎ、「たらい回し」「搬送拒否」といった言葉が社会的に大きく取り上げられた。とりわけ、奈良県で分娩中に脳内出血を発症した妊婦が多数の医療機関で受入れに至らず、最終的に大阪府内の高度救命医療機関へ搬送された事例は、救急医療提供体制の課題を広く社会に認識させる契機の一つとなった。厚生労働省においても「救急医療の今後のあり方に関する検討会」が設置され、救急医療をめぐるさまざまな課題とその対策が検討されたが、その中で、救急患者を受け入れる病床の確保だけではなく、急性期治療後の患者を受け入れる「後方病床」の確保が重要な課題として浮かび上がった。

そこで日本慢性期医療協会（日慢協）では、慢性期医療を担う病院が救急医療を支える後方支援機能を果たすことができないかと考え、2008年、療養病床入院患者の病態や医療処置の実態、救急医療に対する療養病床側の意識と受入状況について調査を行った。さらに三次救急医療機関に対しても、救急患者受入れの実態や療養病床との連携に関する調査を実施した。その結果、三次救急と慢性期病院との連携は十分可能であり、双方を直接結ぶ仕組みを構築することが救急医療の円滑化に寄与すると判断した。

これを受け、日慢協を主体とした急性期・慢性期連携モデル事業を東京、大阪で開始することとなった。大阪では、三次救急医療機関と会員病院の分布を踏まえ、大阪府全域を対象とする広域連携が有効と考え、2008年12月10日、三次救急医療機関5施設、療養病床22施設による「大阪緊急連携ネットワーク」をスタートさせた。

実践に際して最も重視したのは、「誰が、どの患者を、どのような手順で受け入れるのか」を明確にすることであった。対象は、本来三次救急での継続治療を必要としない肺炎、感染症、脱水等のいわゆるミスマッチング患者と、三次救急で急性期治療を終えた慢性期患者とした。また、個々の病院間での煩雑な交渉を避けるため、紹介フローチャートを作成し、コーディネーターが紹介を一括して受託する仕組みとした。さらに定期的に参加施設が集まり、全連携症例を共有し、転院時に生じた問題を検証して改善を積み重ねることを重視した。

こうして始まったネットワークは18年以上継続し、紹介症例は2,000例を超えた。そして近年の診療報酬改定では、救急患者の早期転院を評価する「救急患者連携搬送料」が創設され、その後、搬送要件の見直しや搬送先医療機関への評価へと発展している。18年前に現場の必要性から始めた急慢連携の考え方が、今日の制度にも反映されつつあることは大きな励みである。

本発表では、「大阪緊急連携ネットワークから見た在宅救急」のプロローグとして、ネットワーク誕生の背景と構築までの経緯、そして18年間継続するために実践の中で何を重視し、どのような工夫を重ねてきたのかについて振り返りたい。

略　歴

1983年　大阪大学医学部 卒業　大阪大学第一外科 入局
1992年　大阪府立母子保健総合医療センター
　　心臓血管外科診療主任
1996年　社会保険紀南綜合病院心臓血管外科医長
1999年　市立豊中病院心臓血管外科医長
2004年　同院部長
2005年　同院心臓病センター開設に伴いセンター長兼任
2006年　医療法人豊中平成会豊中平成病院副院長
2008年　医療法人康生会平成記念病院院長
2011年　平成医療福祉グループ診療本部本部長（現職）
2022年　医療法人康生会豊中平成病院名誉院長（現職）

厚生労働省保健医療専門審査員（中医協　入院・外来医療等の調査・評価分科会委員）
日本慢性期医療協会 副会長
日本在宅救急医学会 理事

大阪緊急連携ネットワーク会議から見えてきた課題～救急医療機関への搬送前から始める社会的アセスメント～より適切なタイミングで慢性期医療・在宅医療に繋ぐために



大西　光雄

国立病院機構大阪医療センター救命救急センター　診療部長
救急認定ソーシャルワーカー認定機構　理事

三次救急医療機関において急性期治療を終えた後、自宅退院、リハビリテーションや慢性期医療を目的とした転院、施設への入所、あるいは在宅医療などを調整し、より良い状態になることを目指して治療やケアが継続されていく。大阪緊急連携ネットワークでは、2008年（平成20年）より慢性期医療機関や施設への転院が必要となる場合、コーディネーターに調整いただき、転院症例をネットワーク加盟医療機関が定期的に振り返ることにより、それまで大きな課題となっていた急性期治療後の転院が非常にスムーズになっている。しかしながら、大阪における超高齢化社会の課題として、社会的支援を必要とする状況にもかかわらず救急搬送されるまで社会的支援に繋がっていない人（Social High Risk: SHR）の三次救急搬送が増加している可能性が出てきている。SHRの中には、自立した生活が限界を迎えている独居や老々介護、ディオゲネス症候群、キーパーソン機能不全など様々な背景を持つ場合もあり一部は頻回搬送となっている。入院治療初期にはその背景がはっきりせず、社会的課題の調整に時間を要し大阪緊急連携ネットワークに相談する時期が遅れることがある。この課題に対応するために、当院では消防救命士とともに研究を開始した。搬送時に救急隊から患者の生活状況をチェックリストの形で記載していただき、SHRを抽出できるようにした。早期からソーシャルワーカー（MSW）が介入でき、頻回搬送の低減、円滑な転院や在宅医療へ繋ぐことを目的とした救急隊とMSWの連携に関する取り組みを紹介したい。

略　歴

1991年　大阪大学医学部卒業、大阪大学医学部附属病院特殊救急部にて研修
1992年　西宮市立中央病院外科　医員
1993年　大阪大学医学部救急医学大学院
1995年　英国マンチェスター大学外傷研究センター　研究員
1997年　英国ダラム大学理学部生物学科　研究員
2000年　大阪府立中河内救命救急センター　医長
2001年　国立病院機構　大阪医療センター　救命救急センター　医員
2010年　大阪大学大学院医学系研究科救急医学　特任助教、助教を経て2013年より講師
2019年　国立病院機構　大阪医療センター　救命救急センター　診療部長

関心領域：救急医療、社会的救命、災害医療、中毒診療、爆傷研究、事態対処医療、マスギャザリングの医療対応、外傷診療、原子力災害医療、医療従事者全職種が関わる医療機器開発とその人材育成

救急科専門医、救急医学会指導医、日本救急医学会評議員、日本臨床救急医学会評議員、救急認定ソーシャルワーカー認定機構理事、日本中毒学会評議員・理事、クリニカルトキシコロジストなど

大阪緊急連携ネットワーク会議からみた在宅救急 ～慢性期医療施設の立場から～



松本　悟

豊中平成病院

大阪緊急連携ネットワーク会議は、平成20年に日本慢性期医療協会のもと、井川誠一郎 本学会長が旗頭となり立ち上げた、大阪での３次救急医療機関と慢性期病院との病病連携ネットワークである。

３次救急からは国立病院機構大阪医療センターが中心となって発足し、現在は15件の３次救急と34件の慢性期病院で運営している。

発足当時の大阪では２次救急が減少しており、３次救急への救急搬送が急増し、受け入れを断らざるを得ない例が増え、社会問題となっていた。応需できなかった理由として、軽症・中等症の高齢患者が病床を埋めていることは無視できない問題だった。

こうした背景のもと、軽症・中等症患者を少しでも早く３次救急から慢性期病院へ転院させ、救急医療体制の一助となることを主目的に本ネットワーク会議が発足した。

以来17年が経過し、本会議への依頼患者数は2,300例にのぼる。このうち約60％の症例において、参加医療機関への早期転院を実現した。転院患者は軽症・中等症に限らず、蘇生後脳症なども含まれ、気管切開患者、人工呼吸器装着患者等の重症例も多く存在するが、50％以上が慢性期病院から自宅や施設へ退院している。

発足当初は、転院先の選定が難しく事務局が仲介していたが、Face-to-Faceでの会議を重ねる中で、事務局を介さず医療機関同士で直接転院が進むようになった。また、当初は３次救急側から慢性期病院での診療を不安視する意見もあったが、こうした転帰実績を示すことで信頼関係の構築につながった。

本ネットワーク会議は在宅救急の連携システムではないものの、症例の中には在宅医療を受けている患者も一定数含まれており、高齢者救急搬送が増加している現状から、増加傾向にあると推測される。

在宅医療の半数を占めると言われる85歳以上の症例に限ると、本会議での取り扱い件数は530件（男性237件、女性293件）であり、そのうち約70％をネットワーク内の医療機関が受け入れてきた。この中には、３次救急への搬送がミスマッチであったと考えられる軽症例も含まれており、搬送当日の依頼が49件、３日以内の依頼が93件と多数存在し、それらの症例に対しても早々に受け入れる努力をしてきた。

このような速やかな慢性期病院への転院推進は、発足当時からのスローガンであり、一定の成果を得てきた。高齢者救急搬送が増加する今日、本ネットワークの連携強化に加え、受け入れる慢性期医療施設の体制強化も改めて求められている。

略　歴

1992年　大阪大学医学部 卒業
　　大阪大学医学部附属病院第二内科に入局
1993年　市立泉佐野病院内科
1997年　りんくう総合医療センター循環器内科
1998年　市立豊中病院循環器内科
2013年　康生会 豊中平成病院

【資格等】
日本内科学会 総合内科専門医
日本循環器学会 専門医
日本プライマリ・ケア学会 認定医

大阪緊急連携ネットワークにおける下り搬送の現状と地域連携室の役割～診療報酬改定に伴う搬送体制の課題と在宅医療への円滑な移行を目指して～



長野　和代

医療法人恵泉会堺平成病院地域連携室

超高齢社会の進展に伴い,救急医療には急性期治療にとどまらず,患者の病状や生活背景に応じた回復期・慢性期医療ならびに在宅医療へと円滑に移行する「地域完結型医療」の構築が求められている。大阪緊急連携ネットワークは,急性期病院から回復期・慢性期・在宅へと繋ぐ円滑な転院・搬送を推進する基盤であり,地域連携室は患者・家族と医療機関を橋渡しする調整役を担っている。

令和８年度診療報酬改定では,下り搬送や救急患者の連携搬送に対する評価が新設・拡充され,急性期病床の効率化と地域連携の推進が期待されている。しかし現時点では受入病床の確保や地域間ルールの不備により搬送件数は限定的であり,制度上の評価のみでは十分な効果を発揮するに至っていない。

当院では急性期病院からの受入に際し,病状に加えADL,リハビリの必要性,家族背景,そして「在宅復帰の可能性」を総合的に評価して受入調整を行っている。一方で,当院が運用する下り搬送車は転院・施設搬送と兼用であるため,今後の診療報酬改定に伴い利用が増加した場合,人員・車両リソースの逼迫や希望時間帯への対応困難が懸念される。

下り搬送を定着させ,最終的な在宅医療・在宅復帰へスムーズに繋げるためには,搬送ルールの整備や標準化に加え,民間患者等搬送事業者との適切な役割分担など,地域全体での持続可能な搬送体制の構築が不可欠である。地域連携室には,単なる転院調整にとどまらず,急性期病院・回復期病院・在宅医療・搬送事業者をつなぐコーディネーターとして,限られた医療・搬送資源を最適化する役割が求められる。

本講演では,大阪緊急連携ネットワークを活用した下り搬送の現状と診療報酬改定後の課題を報告し,地域完結型救急医療および在宅医療の更なる発展に向けた取り組みと展望を共有したい。

略　歴

2002年　東大阪市立総合病院に勤務。
　　脳外科・外科・眼科病棟、ICU、循環器内科・皮膚科病棟、救急外来を経験。
2016年　近畿大学医学部附属病院に勤務。
2018年　四天王寺病院に勤務。
2019年　ベルランド総合病院ICUに勤務。
2022年　医療法人恵泉会 堺平成病院地域連携室に勤務。
現在、主任として地域連携業務に従事。

高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言 2024 とその後



真弓　俊彦

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　副院長、ICU 部長

2024 年 12 月に公開した「高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言 2024」（以下、提言）について概説し、その後の活動に関しても報告する。

現在、高齢者医療は高齢者に関わる全ての人々にとっても大きな課題であり、社会としての対応が急務である。

そこで高齢者医療に関わる学会など各種団体が集い「高齢者救急問題を検討する懇話会」を発足し、高齢者を対象とした医療、特に救急医療の課題と対策を協議してきた。2024 年 12 月に、協議を踏まえ、提言を厚労大臣に提出するとともに厚労省にて記者会見を行った。

この提言は高齢の方への救急医療を差し控えるためのものではなく、高齢の方が救急医療を必要とした時に、適切で意に沿った医療を受けることができ、その後も納得できる暮らし方を選ぶことができるようにするための提言である。

前半では、市民、高齢者施設管理者・職員、高齢者の医療・ケアに日常的に関係する医療・福祉スタッフ、急性期～慢性期病院、消防職員、メディカルコントロール（MC）協議会、厚生労働省、総務省消防庁の方々へ、高齢者救急問題を解決するための提言を示し、コラムとして、用語の解説を行なっている。

例えば、市民の方には、

【提言 1】どのような生き方を望むか、どのような医療やケアを受けたいかなどを、日頃から繰り返し話し合いましょう

【提言 2】急に状態が悪くなった時に慌てないために、かかりつけ医やご家族等の緊急時の連絡先を確認し、わかるようにしておきましょう

【提言 3】＃ 7119 や Q 助などを利用して病院受診の相談などもできます。いざという時に相談などができる公共の手段を調べておきましょう

などと呼びかけるとともに、コラムに心肺蘇生を希望しない場合の指示（DNAR）、延命医療について説明している。

後半は、望んだ最期が迎えられていない現状を提示し、現状への対策を示している。

同時に、DNAR や ACP などの用語を正しく理解し使用頂けるように、「日本救急医学会高齢者救急に関する用語の統一概念」も作成した。

高齢者の救急医療は関係するすべての方々の協力が必要と考え、この提言を発出することとなった。関連団体の HP に掲載するなど広報に努めているが、この提言の認知は低く、更なる対策が必要である。

更に、提言を踏まえた地域での実践が大切と考え、名古屋市南区在宅医療・介護連携会議内に市民と多職種に ACP を普及・啓発するためのワーキンググループを設置し、新たな ACP シートを作成し、関係部署を巻き込んで普及促進する方略を開始した。

略　歴

1985 年　3 月　名古屋大学医学部医学科 卒業
1985 年　4 月　大垣市民病院研修医、外科医員
1991 年　9 月　アメリカジョーンズホプキンス大学外科リサーチフェロー
1994 年　7 月　名古屋大学医学部第一外科学講座 医員
1995 年 10 月　名古屋大学医学部附属病院集中治療部 助手
1999 年 11 月　名古屋大学医学部附属病院集中治療部 講師
2011 年　9 月　愛知県一宮市立市民病院救命救急センター センター長
2013 年　3 月　産業医科大学医学部救急医学講座 教授
2022 年　4 月　独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 副院長、ICU 部長
現在に至る

高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言 2024 の実践と普及 ―「社会的救急」の視点―



井上　淑恵

医療法人社団悠翔会悠翔会在宅クリニック品川
藤沢市民病院救命救急センター
日本医科大学総合診療科

高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言 2024（以下、提言 2024）は本人の意思を尊重した救急医療の実現を目指し、ACP の推進に加え、かかりつけ医・在宅医療、多職種、消防等が連携した地域全体での高齢者救急体制の構築を提唱している。

全国の救急搬送人員に占める 65 歳以上の高齢者の割合は 63.1％（2025 年）と過去最高水準に達し、中等症搬送は増加している。また、同居介護世帯では老老介護が 63.5％（2022 年）、認認介護が 10.4％（2023 年）を占め、高齢者世帯の生活基盤は脆弱化している。

提言 2024 の地域における実践状況を訪問診療の立場から検証し、普及に向けた課題と今後の方向性を考察する。

当院における直近 1 年間において患者の病状悪化時の対応を振り返ったところ、訪問診療・訪問看護が継続的に介入し、ACP を通じて本人の望む生き方や急変時対応を本人・家族・多職種で共有できている症例では、病状悪化時も在宅療養をほぼ継続できていた。一方、老老介護・認認介護世帯では、患者本人の病状悪化時だけでなく、介護者の急な病状変化や介護疲弊を契機として生活機能が破綻し、中等症として入院を要する事例やレスパイト入院目的の救急搬送が少なくなかった。介護保険制度の利用限度や経済的制約により介護サービスの追加が困難な世帯も多く、高齢者救急の課題は患者の医学的急変への対応から、介護者を含めた生活構造の破綻に起因する「社会的救急」へとシフトしている実態が示唆された。

高齢者救急の課題は、患者の医学的急変への対応から、介護者を含めた生活基盤を支える地域システムの構築へと変化している。2026 年地域医療構想で示された高齢者救急・地域急性期機能や包括期機能は、この「社会的救急」に対応する制度的基盤となり得る。提言 2024 の実装には、医療・介護・消防・行政が連携し、介護者の生活機能破綻を先回りして支える地域包括ケア体制の深化が重要である。

略　歴

2006 年　香川大学 卒業、藤沢市民病院初期臨床研修医
2008 年　藤沢市民病院救命救急センター後期臨床研修医
2011 年　日本医科大学付属病院集中治療室
2013 年～　医療法人社団悠翔会在宅クリニック
　藤沢市民病院救命救急センター
2020 年～　日本医科大学総合診療科非常勤講師
現在に至る

【資格等】
医学博士
日本救急医学会救急科専門医
日本内科学会総合内科専門医
日本在宅医療連合学会在宅専門医

高齢者救急問題に対応するケアマネジメントの可能性
―医療・介護・地域をつなぐ協働の視点から―



柴山　志穂美

日本ケアマネジメント学会理事
東都大学幕張ヒューマンケア学部看護学科

高齢者救急問題は、地域包括ケアシステムの深化が求められる今日において、医療・介護・地域の連携のあり方を改めて問い直す課題である。『高齢者救急問題の現状とその対策についての提言2024』では、高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対し、医療・介護・福祉を含めた包括的な対応の必要性が示されている。本発表では、この提言が示す方向性を踏まえ、高齢者救急問題の解決に向けたケアマネジメントの可能性について考察する。

高齢者救急問題は、救急医療体制や急性期医療の課題として議論されることが多い。しかし、その背景には、フレイル、認知症、独居、家族介護力の低下、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の不足、社会的孤立など、医療だけでは解決困難な複雑な生活課題が存在する。高齢者救急は急性疾患のみでは説明できず、「病気の問題」というよりも、「暮らしの問題」が顕在化した結果として捉える必要がある。

また、高齢者救急問題の背景には、生活機能の維持、意思決定支援、家族支援、地域資源の調整など、ケアマネジメントが対象とする課題が深く関わっている。そのため、救急搬送という一時点だけでなく、急変予防から救急搬送、入院治療、退院後の在宅療養までを見据えた連続的な支援が求められる。特に入退院時の情報連携は重要である。患者は入院前も退院後も地域で生活する一人の生活者であり、医療情報のみならず、生活歴、認知機能、家族状況、本人の価値観、ACPの状況、利用中のサービスなどの生活情報を共有することが欠かせない。退院後の生活を見据えた支援は、疾患の悪化や再入院、再搬送の予防にもつながる。そのためには、ケアマネジャーが把握している生活情報と、訪問看護をはじめとする在宅療養支援チームとの連携が重要となる。

高齢者救急問題は救急医療の課題であると同時に、地域におけるケアマネジメントの課題でもある。病院内のチーム医療の視点を高齢者の生活圏である地域全体へと広げ、多様な機関・多職種が日常的に協働する体制を構築することが求められる。本発表では、提言2024の実現に向けて、多職種協働を支える実践知としてのケアマネジメントの意義と可能性を示したい。

略　歴

看護師経験を経て、2000年からケアマネジャーの実務に就く。地域のケアマネ連絡会会長として、ケアマネジャーのネットワークづくりや研鑽、医師会・薬剤師会等との連携を推進した。老健の相談員を1年経験し、2012年から大学で看護教育に携わる。専門領域は地域・在宅看護。

在宅医療・ケアの特性と、提供者の安全面の課題 ～当ワーキンググループの活動について～



髙添　明日香

医療法人桜花会あすか在宅クリニック　院長・理事長
在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ

【はじめに】

2022年1月に埼玉県ふじみ野市で起きた弔問中の訪問診療医に対する射殺事件は、我々訪問診療医に大きな衝撃を与えると同時に、全くの他人事とは言えない不安を抱かせた。診療方針を巡る考えの相違や診療費の未払い等で軋轢を生じる事があっても、容易に医療提供を投げ出さない事が使命であると認識していた為である。

同年8月に、一般社団法人日本在宅救急医学会と一般社団法人日本在宅療養支援医協会とは、共同で「在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ」を立ち上げた。外来診療や入院診療と対比する形で在宅医療現場での安全管理上の課題を精査したため、その概略をお示しする。医療現場でいう患者は、ここでは利用者という言葉に置き換える。

【在宅医療・ケアの特性】

（1）在宅医療・ケア提供者は、利用者の生活と療養の全体を支えることを使命としている。
人生の最終段階に寄り添う事が多く、利用者の生活や死生観、金銭事情にも踏み込むため、対等かつ深い対話が可能になる一方で、それぞれに利己的な要望を抱く可能性がある。

（2）在宅医療・ケアの場は、利用者宅などの私的な空間であり、時に密室となる。
第３者の介入が乏しく、有事の際に救援要請や退路の確保、証拠保全が困難となる危険性が高い。

（3）在宅医療・ケア提供者は、その利用者の看取りまで責任をもって関わり続ける。
通院や社会参画が難しくなった利用者を孤立から守るための最後の砦として機能しているという自負から、利用者との間にトラブルがあってもサービス提供を辞めずに対話を続けることで歩み寄ろうとする傾向があり、不本意にも問題が深刻化する恐れがある。

【在宅医療・ケア提供者の安全面の課題】

上記在宅医療・ケアの特性と類似する点も多いが、①提供者が１人で利用者宅に出向く場面が多い事　②利用者宅は利用者の私的空間であり、退避という観点では提供者側に不利である事　③EBM（Evidence-Based Medicine）よりNBM（Narrative-Based Medicine）を考慮する在宅現場では、利用者の意向が尊重され、善悪や物事の優先順位を単一の物差しでは評価できない。④応召の義務の問題と同様、支援の中止が患者の命の危機や大きな不利益につながると想定される場面では、医療・ケア支援を中止するハードルが高い事等が挙げられる。

【結語】

訪問診療医として在宅療養中の患者（利用者）の人生に寄り添える事はこの上ない喜びである。
入院医療機関や通院治療には馴染めなかった患者が在宅医療ではいきいきと暮らす様も多く見て来ており、互いに立場を尊重し建設的な対話が構築できる関係であれば、現場で生じる課題は解決し得る事がほとんどであると自負している。しかし、建設的な対話を重ねられない患者（利用者）への支援を漫然と重ねる事は、医療・ケア提供者の心身の安全を削ぐ結果につながる危険性があり、「引き際」の明確化と、安全確保のためのマニュアル作成、社会制度整備を進める必要がある。

略　歴

2007年 3月　日本大学医学部医学科 卒業
2018年 4月　あすか在宅クリニック開設
2022年 9月　医療法人桜花会あすか在宅クリニックへ法人化
2025年10月　一般社団法人日本在宅療養支援医協会 理事就任
現在に至る

在宅医療･ケア提供者の安全を確保するための提言：現在までの研究・報告について



小豆畑　丈夫

医療法人社団青燈会小豆畑病院　理事長・病院長

2022年1月埼玉県ふじみ野市において、訪問診療を行っている医師が患者家族に射殺されるという痛ましい事件がおこりました。在宅医療に関わる私たちはこの事件を重く受け止め、決して許容してはいけないと考えています。この事件を乗り越えて、これからも質の高い在宅医療を提供してゆくためには、在宅医療・ケア提供者の安全を確保することが大切です。そのために、現在の安全確保に関する課題を抽出し、それぞれの対応策を検討して、広く社会に公表することが必要と考えています。

2022年8月から、在宅医療に関わる医師や医療・介護スタッフが会員となっている一般社団法人全国在宅療養支援医協会と一般社団法人日本在宅救急医学会が、合同で「在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ」を立ち上げ、活動を開始しました。本ワーキンググループの趣意書の発表と活動報告を行いたいと思います。

この発表では、2025年12月までに発表された「在宅医療・ケア提供者の安全確保」に関する研究・報告について紹介したいと思います。

略　歴

1995年	日本大学医学部 卒業
1995年	日本大学医学部板橋病院救命救急センター 研修医
1997年	日本大学医学部第一外科 助手
1999年–2001年	アイオワ大学医学部小児外科 research fellow
2002年	日本大学大学院医学研究科（腫瘍科学）卒業 医学博士
2013年	日本大学医学部救急医学 診療准教授
2016年	日本大学医学部救急医学 臨床教授
	医療法人社団青燈会小豆畑病院 救急・総合診療科部長 兼 病院長
2018年	医療法人社団青燈会 理事長　現在に至る

在宅医療・ケアにおける「患者・家族によるハラスメント」の定義再考 ―合同ワーキンググループの提言を中心に―



趙　達来

真岡西部クリニック　院長
在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ

【はじめに】

2022年のふじみ野事件を契機に発足した全国在宅療養支援医協会及び日本在宅救急医学会は合同ワーキンググループ（WG）を発足させ、2025年11月に「在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための提言書」を公表した。本シンポジウムでは、提言の中でも特に「患者・家族によるハラスメントの定義」の再考に焦点を当て、在宅現場の実情に即した新たな定義の必要性とその影響を考察する。

【在宅医療の特性とハラスメント定義の課題】

在宅医療・ケアは、利用者の生活全体を支えることを使命とし、看取りまで継続的に関わる。診療の場は利用者宅という私的空間であり、密室性が高く、第三者の介入が困難である。こうした環境下では、利用者や家族との信頼関係が極めて重要となる一方で、過大な要求や暴力、威嚇などが発生した際の対応が遅れ、深刻化しやすい。

従来の医療現場では、認知症の症状（BPSD）に起因する言動、利用料金の滞納、苦情申し立てなどは「カスタマーハラスメント」から除外される傾向があった。しかし在宅医療では、BPSDや精神障害を有する利用者が多く、かつ現場が密室・1対1の状況であることから、これらの行為であっても提供者の安全を著しく脅かす要因となる。WGは、これらを「ハラスメント」から安易に除外せず、在宅固有のリスクとして再定義することを提案した。

【WGによるハラスメント再定義の骨子】

WGは、患者・家族からの行為を以下の４大区分に再整理した。

A）暴力（暴行・傷害・殺人未遂など）
B）精神的ハラスメント（脅迫・威嚇・侮辱・過大な要求・監禁・無視など）
C）性的ハラスメント
D）SNSや監督官庁への根拠のない誹謗中傷

BPSDや滞納、苦情申立ても「状況次第ではハラスメント」と明示した点が特に重要である。これにより提供者が危険を感じた際、躊躇なく安全確保行動（退避・通報・診療中断）を取るための倫理的・法的根拠を明確化した。

【「応召の義務」との調和と今後の展望】

医師法第19条に定められる「応召の義務」は、ともすれば「無条件の診療義務」と誤解され、安全を脅かす状況でも診療継続を強いる要因となっていた。しかし平成30年の厚労省研究では、緊急対応不要例や信頼関係破壊例では応召義務が免除され得ることが示されている。WGはこの解釈を在宅医療に適用し、暴力やハラスメントを受けた場合の診療中断・契約見直しを正当化する提言を行った。

本講演では、WGが提示したハラスメント再定義の実際、現場での運用上の課題、今後の法制化やマニュアル整備への展望について、WGメンバーとしての経験とデータを交えて報告する。

【結語】

在宅医療・ケア提供者の安全は、地域包括ケアの持続可能性そのものである。ハラスメント定義の再考は、単なる用語改正ではなく、提供者が「命を守りながら」質の高いケアを継続するための基盤整備である。本WGの提言が現場の意識変革と制度設計の一助となることを願う。

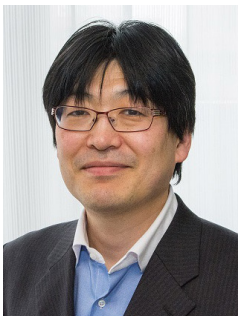
略　歴

1982年　福島県立医科大学医学部 卒業
1993年　真岡西部クリニック 開業
2022年　一般社団法人全国在宅療養支援医協会理事
2023年　在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ メンバー
2025年　同WG提言書の策定に参画、現在に至る。

主な役職
獨協医科大学臨床教授（地域医療学）、
芳賀郡市医師会理事（保険・在宅医療担当）

専門は在宅医療・緩和ケア・地域医療

在宅医療における応招義務の再考



大友　宣

医療法人財団老蘇会　静明館診療所

医師の応招義務とは、1948（昭和23）年、医師法第19条第１項に「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と規定された。医業を独占する医師が患者の生命・身体を最大限救護するという職業倫理・規範として機能してきた本法は、本来公法上の義務であるはずであり、個別の患者に対する義務についての法律ではなかった。しかし、病院での救急医療の受け入れに関して、「正当な理由なく診療を拒否したとして賠償責任を問われた判例」があり、患者・家族の過大な要求を退けにくい理由となっていた。

2018（平成30）年度に行われた厚生労働研究「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応招義務の解釈に関する研究」や、2019（令和元）年に医師の働き方改革の推進に関する検討会から報告された「応招義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」において、緊急対応を要さない場合、診療時間外の場合、患者との信頼関係が構築できていない場合は、医師が「応招義務を負わない正当な理由に該当する」と報告された。在宅医療・ケア提供の場においても、発生した迷惑行為の態様に照らし、妥当ではない要求や、誹謗中傷、暴力等をうけた場合には、契約を中断し、新たな業務提供を行わないことが正当化される。

在宅療養支援診療所においては、24 時間連絡がとれ、往診ができる体制を構築する義務がある。しかし、これは応召義務ではなく、診療報酬上のルールである。通常の診療と同じ様に往診を行うか否かは医師の医学的判断に基づいて決定されるものである。軽微な症状に対する、診療時間外の往診要請に対応することを求めているものではないことを、訪問診療を実施する医師や医療機関もきちんと認識する必要がある。

略　歴

2002年　北海道大学医学部卒
2006年　～衣笠病院内科医長／湘南国際村クリニック所長
2012年度　厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」担当
2015年　～医療法人財団老蘇会　静明館診療所
2015年度　厚生労働省モデル事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」担当
2019年　日本在宅医療連合学会第１回地域フォーラム 大会長
2022年　日本アドバンス・ケア・プランニング研究会第７回年次大会 大会長
2026年　第８回日本在宅医療連合学会大会 大会長

日本在宅医療連合学会 理事、日本アドバンス・ケア・プランニング研究会 監事

在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための提言



櫻井　淳

日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野
在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ

【はじめに】

訪問診療医が患者遺族に射殺された事件などが起こり在宅医療･ケアの安全性を確保することが急務であるため、一般社団法人全国在宅医療支援医協会と一般社団法人日本在宅救急医学会で在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループを創設し、2025年11月に提言書を発表した。

【4つの提言】

1. 在宅医療・ケアは我が国での今後の医療を支える重要なインフラであり近年利用者が急増しているにもかかわらず提供者の安全が保たれていない実態を放置してはならない、2. 在宅医療・ケア提供者の命に関わる事態の報告が増加しておりハラスメントというより暴力である事態も生じていることを認識した上で喫緊の対策が必要である、3.「応召の義務」に関する理解を深めて在宅医療・ケア提供者の安全を第一に診療に努めるべき、4. 国民の生活の安全安心のために必須である在宅医療・ケアを守るために以下の①～④の目標実現を目指すべき：①在宅医療・ケア提供者に各々の特性・実情に基づいたマニュアルを作成し安全が脅かされない仕組みづくりのために周知・啓発のための研修を行う、②各都道府県に在宅医療・ケア提供者と利用者間で関係悪化が生じた際の窓口設置し警察との協働やクレーム対応保険の設置を要望する、③複数人での訪問体制構築、警備商品の携行、第３者を交えた会議の開催で事件の回避に努、命の危険を感じるような事態に遭遇した場合にはためらわずに安全な場所まで退避し応援を要請する、④在宅医療･ケア提供者の安全管理上の問題点を収集･分析し社会全体で予防策･解決策を検討できる仕組みを設立する。

【おわりに】

今後本邦が迎える高齢化社会に向けて需要が増加すると考えられている在宅医療・ケアに関し、そこに携わる医療従事者が安全に従事できるために必要と考えられる提言を行った。この提言を実現するためには関係各部署が協働する必要があると考えられた。

略　歴

1993年　東北大学医学部 卒業
1997年　日本大学医学部救急医学教室助手
2007年　日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野助教
2010 ～ 2011年　マイアミ大学マイアミプロジェクトに留学
2015年　日本大学医学部准教授、日本大学病院救急科科長（救命救急センター長）
2017年　日本大学医学部診療教授、現在に至る

日本在宅救急医学会 監事、日本救急医学会 専門医・指導医 評議委員、
日本麻酔科学会 専門医・指導医、日本集中治療医学会 専門医 評議委員

一般演題１～３

BCP（業務継続計画）図上訓練キット（訪問系）の開発と効果・課題の検討

○諫山　憲司[*1]　　守岡　大吾[*2]　　大野　雄康[*3]

[*1]明治国際医療大学防災救急救助研究所
[*2]明治国際医療大学保健医療学部
[*3]順天堂大学大学院医学研究科救急災害医学講座

【背景】

近年、介護・福祉サービス提供機関に加え、在宅療養支援診療所や訪問看護・薬局等の訪問系サービスにおいてもBCPの策定・運用が求められている。しかし、一般的研修のみでは、自施設や地域特性を踏まえた具体的対応をイメージしにくく、実効性に課題がある。

【目的】

発災前から発災後数日までを想定したすごろく形式の「訪問系BCP図上訓練用キット」を開発し、活用効果を検討した。

【方法】

2026年2月～5月、協力施設の福祉関係者等を対象に本キットを用いた図上訓練を実施した。訓練前後に、災害時におけるBCPの基本事項や研修の必要性など14項目について5段階のリッカート尺度で評価を求め、Wilcoxonの符号付順位検定を用いて比較検討した。

【結果】

解析対象は32名。14項目中13項目で訓練後に有意な上昇を認めた（$p<0.05$）。特に「災害時のBCP活用をイメージできますか？」の項目では、全体の中央値（四分位範囲）が2.0（1.3–3.0）から4.0（3.0–4.0）へ有意に上昇した。職種別の記述統計では、同項目の中央値が医療従事者で2.0から4.0、介護福祉士・ケアマネジャーで1.5から3.0、非医療従事者で3.0から4.0であった。

【結論】

本キットは、BCPの具体的運用や多職種連携を含めた災害対応イメージ形成に有用であり、実践的教育ツールとなる可能性が示唆された。一方、職種間で改善程度に差がみられたことから、今後は職種特性や事前知識を考慮した訓練設計の検討が必要である。

札幌市における災害時の地域連携型BCP策定の過程

大友　宣

医療法人財団老蘇会静明館診療所

【背景・目的】

災害時における災害時要配慮者の生命と生活を守り、災害関連死を減らすためには、個々の事業所のBCPに加え、地域全体で医療・介護・福祉等が連携して対応する仕組みが必要である。札幌市医師会BCP策定委員会では、地域の実情を踏まえた「さっぽろ地域ケアBCP」の策定を検討した。本発表では、その策定過程と基本的な考え方を報告する。

【方法】

地域ケアBCPを、①自分と職員を守る、②利用者・患者を守る、③地域を守る、という三層構造で整理し、各事業所の災害マニュアル・BCPを基盤として、地域の連携型BCPを構築する方針を検討した。対象を福祉施設、避難所、みなし避難者とし、各職能団体の互助を軸に、札幌市医師会災害対策地域チームの形成・訓練・派遣、各区災害対策本部との連携等を検討した。

【結果・考察】

地域のことは地域が最も理解しているとの考えから、平時の連携を災害時にも継続できる体制を目指した。医師を含む多職種チームによる支援により、医療・介護・福祉の連携を強化し、要配慮者への支援を可能とする構想を整理した。今後は、各職能団体の役割、災害対策本部との連絡調整、協定、補償・安全対策、ICTを活用した情報共有等を具体化し、日常と非常時をシームレスにつなぐ地域連携型BCPの実装を目指す。

Hospital at homeを支える在宅・救急医療連携システムの構築 -豊中市のおける取り組み-

池田　光憲

あお在宅・往診クリニック

高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送件数は年々増加しているが、その多くは軽症から中等症であり、必ずしも高度急性期医療を要する症例ばかりではない。一方、救急医療体制は搬送の受け入れ（入口問題）や退院・転院支援（出口問題）が恒常的な課題となっている。これらの課題を解決するためには、在宅医療の質の向上、特にHospital at Home（HaH）の実践が不可欠である。また、在宅医療と救急医療がシームレスに連携し、地域包括ケアシステムの中で急性期医療を「面」で支える体制の構築が求められている。

当院では、院長の救急医療の経験を活かし、急性期在宅医療（HaH）を積極的に実践している。さらに、当院が位置する豊中市では、2024年度より保健所および医師会が中心となり、積極的役割を担う在宅医療機関と急性期病院等で構成される「在宅医療連携グループ」を発足し、地域における在宅・救急連携体制の構築を推進している。具体的には、空床情報共有システムを活用した急性期病院への円滑な入院調整に加え、在宅医療コーディネーターを配置し、病院からの退院支援や、訪問診療未導入医療機関からの往診依頼に迅速かつ柔軟に対応する地域連携システムを整備した。これらの取り組みは2025年度より試験運用を開始している。

本発表では、具体的な症例を提示しながら、豊中市における在宅医療と救急医療の連携体制構築の取り組みと、その現状および今後の課題について報告する。

札幌市における救急医療と在宅医療連携の模索

丸藤　哲

札幌東徳洲会病院救急集中治療センター

【目的】

札幌市の救急医療と在宅医療連携の模索の歩みを紹介する。

【経緯】

201612：札幌市における高齢者およびCPA救急搬送の増加による三次救急施設の疲弊から議論を開始した。201701：三次救急医療施設（5施設）、二次救急医療施設（3施設）が「札幌市高齢者救急医療体制あり方検討会議」をたちあげ「高齢化社会における札幌市の救急医療を考える会」として高齢者医療搬送を審議した。201706：地域包括ケアシステムへの救急医療・消防の参画、札幌市保健福祉局医療政策課、保健所を窓口とした医師会との話合い、日本臨床救急医学会「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」の応用方策を検討した。201707：札幌市保健所、保健福祉局、消防局、在宅医療介護推進事業の話合いを行う。201712：札幌市在宅医療協議会代表（4名）の参加開始。「高齢社会における札幌市の救急医療を考える」公開討論会企画し公開討論実施。高齢社会の救急医療を考える会と在宅医療協議会の共同シンポジウム開催、胆振東部地震の救急医療・在宅医療のアンケート実施・報告書作成と行った。コロナ禍で会議母体が機能しなくなり、現在は超高齢多死社会の臨床倫理の課題を共有する試みを開始している。

【結語】

札幌市における救急医療と在宅医療連携構築の模索を行って来た。臨床倫理を通じて密接にお互いの顔が見える関係を構築出来たことが大きな収穫である。

当院における在宅救急の取り組み

關　匡彦

北和在宅救急クリニック

【はじめに】

当院は自宅療養者に対する救急医療の提供を目的に2023年10月に開院した。平日の9時から17時で、何らかの理由で救急医療を受けたいが受診できない患者に対して救急往診を行っている。開院後2年半が経過しこれまでの活動を報告する。

【対象と方法】

2023年10月から2026年3月に、救急往診として往診を行った110件について診療録をもとに後方視的に研究した。

【結果】

年齢は8～103歳（中央値83歳）であった。依頼元は、主治医、訪問看護師、ケアマネからがそれぞれ18件、26件、24件で計68件（62%）、家族から11件（10%）、地域包括支援センターからが20件（18%）であった。依頼から往診開始まで1時間以内が66件（60%）、1時間以上3時間以内が21件（19%）であった。主訴は「食思不振」が19件（17%）、「外傷」が16件（14%）、「発熱」および「腰痛・殿部痛・股関節痛」が15件（14%）であった。転帰として、病院受診や入院依頼をしたものが15件（14%）、往診のみで終了したものが49件（45%）で、当院の訪問診療に移行したものが46件（42%）で、看取りもしたものが21件、状態が安定し近隣在宅医に引き継いだものが7件であった。

【考察】

依頼件数は週1件程度と少ないが、最近は病院嫌いなどで医療も介護も介入していない患者の家族が直接、または地域包括支援センターに相談し当院に依頼される、というケースも増え、今後の救急医療の提供体制の一つにしていきたい。

寝たきり超高齢者の下腿壊死をミイラ化で乗り越え 100歳を達成した１例

趙　達来

真岡西部クリニック

【背景】

寝たきり超高齢者のASO下腿壊死は根治治療が困難で感染で致命的となりうる。管理には局所と全身の統合的アプローチが不可欠である。

【症例】

99歳女性。胆摘・左大腿骨転子部骨折の既往。総胆管結石性胆管炎入院後、ASOによる左下腿末梢血流途絶を認めたが血行再建は困難とBSC判断。「100歳は自宅で」という家族の強い希望にて99歳11ヶ月で在宅移行。

【経過】

要介護5全介助。目標を「100歳の誕生日」とし家族・訪問看護と連携。壊死部は清浄保持と乾燥でミイラ化を促進し感染回避。退院3日後の発熱と創部痛には抗菌剤投与、退院11日後からの経口摂取低下には皮下注輸液を3週間実施。壊死部はほぼ完全にミイラ化し全身状態は落ち着き、退院後1か月で100歳到達。以後補液不要で経口摂取のみとし現在100歳2か月を迎えようとしている。

【考察】

血行再建不能なASO下腿壊死に対し乾燥管理によるミイラ化を意図。これは虚血組織の代謝需要を抑制し感染波及・敗血症を回避する戦略であった。壊死組織は異物だが完全に乾燥・ミイラ化すれば感染巣とならず自然脱落（自己切断）へ至るプロセスが期待される。経口摂取低下時の皮下注輸液は全身状態維持に寄与し、多職種連携と家族との目標共有が在宅療養継続を支えた。

【結語】

根治治療が困難な下腿壊死を有する寝たきり超高齢者でも、ミイラ化管理・輸液補助・チーム医療により、穏やかな在宅管理と寿命の全うが可能となる可能性が示唆された。

自宅から救急入院となった患者における非自宅退院のリスク因子の検討

○吉川　徹二[*1,*2]　　土師　誠二[*1]

[*1]蘇生会総合病院救急科
[*2]JCHO京都鞍馬口医療センター外科

【はじめに】

現在、我が国では高齢者の救急症例が増加の一途にある。これらの救急入院症例では、傷病の影響や機能低下により自宅での生活継続が困難になり、非自宅退院を余儀なくされることがある。今回我々は、当院に救急入院し非自宅退院となった症例を検討した。

【対象および方法】

2020年7月から2022年12月までに自宅から当院に救急入院となった症例を解析対象とし、自宅退院群および非自宅退院群の2群に分類した。両群間の比較を行い、非自宅退院のリスク因子を検討した。

【結果】

解析対象症例1103例のうち、自宅退院群は895例、非自宅退院群は208例であった。非自宅退院群は自宅退院群に比較して年齢が有意に高く、BMIも低値であった。入院時の意識レベルやADL低下を認めている症例も多く認めた（$p<0.05$）。多変量解析では、認知症有り（OR 1.71）、入院時ADL低下（OR 2.95）、意識障害あり（OR 1.79）が独立したリスク因子であった。在院日数も非自宅退院群で有意に長かった。また、非自宅退院群における入院中の変化を比較すると、意識状態やADLは悪化例より改善例を多く認めた。

【結語】

救急入院の非自宅退院に対しては、認知機能やADLなどの脆弱性が関与している可能性が示唆された。また非自宅退院症例の多くで機能改善が認められており、回復過程にある症例が多く含まれている可能性が示唆された。

医療機関からの紹介ではない“初発の往診依頼”への対応 ～医療の入口としての在宅医療～

二ノ坂　建史

にのさかクリニック内科

在宅医療は、自院外来に通院していた患者の場合を除けば、他の医療機関からの紹介で始まることがほとんどであろうが、自院の受診歴もなく、他院からの紹介でもない、すなわち医療情報が全くない患者から直接往診の依頼を受けることが時にある。このような場合、どう対応するのが望ましいのだろうか？

医療情報がない中、在宅だけで診療を開始・継続するのは望ましくないと考えるので、基本的に電話対応の時点で病院受診を勧めるが、このような依頼の場合、そもそも「病院には行きたくない」という意向が強いことが多く、まず往診することが少なくない。

このような経緯で“初発の往診”をした複数の例について、その背景、診断、転帰などについて報告し、考察する。

背景は、癌治療後のフォロー中または自己中断および民間療法中の衰弱、それ以外は依頼時点で医療情報不明の「比較的急な衰弱」であった。可能なものは、当院の診療開始後に元の医療機関に診療情報提供を依頼した。それがないものは、ある程度診断の見通しを立てた上で救急搬送した。例：急な下肢筋力低下（→乳癌・脊椎転移）、血尿と排便障害（→膀胱癌に対し緊急TURBT）、るい痩・体重減少（→直腸穿孔に対し緊急手術）。当院が診療開始後継続した例は在宅看取りに至った例が多かった。救急搬送の場合は、病院での治療後、転院先で永眠した例、元のかかりつけ医への通院に戻った例もあった。

“初発の往診”には、緊急を要する重篤な疾患が潜んでいる可能性があり、必ずしも在宅医療の導入ではなく、適切な医療への橋渡しとなることが少なくない。在宅医には、スピーディな判断とマネジメントが求められる。

24時間対応型訪問診療クリニックにおける救急搬送の実態と時間帯別特徴 ―福岡市救急搬送データとの比較―

野田　智宏

福禄会福岡南クリニック

【目的】

高齢化に伴い救急搬送需要が増加する中、24時間対応型訪問診療には在宅・施設療養者の急変対応を担い、地域救急医療を補完する役割が期待される。本研究では、訪問診療患者の救急搬送の実態と時間帯別特徴を検討した。

【方法】

2025年10月～2026年3月に当院で訪問診療を行った207例を対象とした後方視的観察研究。患者背景、観察期間、電話再診・往診、救急搬送を調査した。同期間の福岡市救急搬送38,289件および人口データから、年齢・観察期間を考慮した標準化搬送比（STR）を算出した。9:00 ～ 16:59を昼、17:00 ～翌8:59を夜と定義した。

【結果】

平均年齢82.8 ± 12.0歳、女性63.3%、総観察期間14,742人日で、救急搬送は14例（6.8%）であった。全例が電話再診または往診による評価後の搬送であった。搬送は昼11例、夜3例で、福岡市全体（昼43.7%、夜56.3%）と比較し昼間の割合が高かった（p=0.013）。STRは全体1.80（95%CI 0.99–3.03）、昼2.64（1.32–4.72）、夜0.84（0.17–2.44）であった。搬送群では非搬送群と比較して訪問看護介入が多かった（85.7% vs 54.9%、p=0.027）。

【結論】

訪問診療患者では昼間搬送が多い一方、夜間搬送は一般人口から予測される水準を上回らなかった。24時間の電話再診・往診による評価と必要時の搬送判断を通じ、訪問診療が夜間急変対応を担い地域救急医療を補完している可能性が示唆された。

フレイルは救急の前段階である：急性期病院による地域予防介入

田村　暢一朗

倉敷中央病院救急科

【背景】

フレイルは身体機能低下のみならず、精神・社会的要因を含む可逆的な状態であり、要介護・救急受診の前段階として重要である。しかし地域住民においては依然として「運動不足＝フレイル」という身体中心の理解が多い。

【方法】

地域住民を対象に、フレイルを身体・精神・社会の3側面から解説し、社会参加や生活の質（QOL）の重要性を強調した講演を実施した。講演後アンケートより理解度・受容性・行動変容の意欲を評価した。

【結果】

理解度は高く、「わからなかった」との回答は認めなかった。多くの参加者が、フレイルは身体のみでなく社会的・精神的側面が重要であると認識した。また「社会参加を意識する」「外に出る」「生活を見直す」など、行動変容を示唆する意見が多数得られた。特にQOLや他者との関わりの重要性に関する記述が目立ち、従来の身体中心の認識からの変化が示唆された。

【考察】

フレイルは転倒や感染症など救急搬送のリスクと密接に関連しており、発症前の介入が重要である。急性期病院はフレイルの帰結を日常的に経験しており、その知見を地域へ還元する役割を担うべきである。本取り組みは、住民の認識変容と予防意識向上に寄与し得ることを示した。

【結論】

急性期病院による地域住民へのフレイル予防教育は、在宅医療・救急医療の負担軽減につながる可能性があり、今後の重要な役割である。

在宅医療における緊急往診時の疾患分類と治療指針

○照沼　秀也　　青木　玲二　　堀江　紗希

医療法人社団いばらき会いばらき診療所ひたち

我が国で2025年（令和７年）中の全国の救急搬送人員数は速報値ではあるが676万人となっている。その中でも特筆すべきは65才以上の高齢者が全体の63%を占めているという点である。

また2023年には在宅医療を受けている患者数は100万人を突破しているということもまた注目すべき点である。在宅医療にはもちろん小児の在宅医療患者もいれば、難病、脊髄損傷など、年齢の若い方もいるが人数的には少数で、大多数は高齢者である。

これらの在宅医療を受けている患者は、状態が安定しているときには、定期的な訪問診療で経過観察をしているが、状態に変化が生じると、医療機関に往診の要請が入り、患者宅に出向く往診となる。しかしこれらの、在宅患者の往診に関する救急要請事例をまとめた文献はあまり多くない。

いばらき診療所では2022年から2025年までででおおむね1200名の在宅患者に対して、総訪問件数 57,441件中 926名（1.6%）を救急搬送している。

そこで、いばらき診療所で2022年１月から2025年12月までに私たちが経験した在宅患者の急性増悪時の疾患分類をもとに、在宅患者においては、どのような疾患が往診対象になるのか？また往診時はどのような点に注意して診察をすすめたら良いか？また治療法の選択はどのようにしたら良いのか？また急性期病院への搬送基準はどのように考えたら良いのか？といった疑問点に対する一つの考え方を紹介する。

BSCではなく、CMOを使おう

真弓　俊彦

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院ICU

DNARは心停止の際に蘇生を行わないことである。しかしながら、現在でもまだ、DNARの表明があると「急変時DNAR」と表示され、心停止でない急変の際に積極的な医療が控えられることがある。DNARが急変時にも流用される要因の一つに、急変時の対応を控える適切な用語が流布していないことと推察される。

一方、終末期状態で、積極的な治療を望まない場合にBest Supportive Care（BSC）が使われることがあるが、BSCは腫瘍学の臨床試験で用いられている「化学療法を行わない群」という意味で、前者の場合に使用するものではない。このような場合、海外では、Comfort Measures Only（CMO）やAllow Natural Death（AND）という用語が使用されている。そこで、院内でいずれか統一した用語を定め、「急変時CMO（AND）」と定めることを提唱したい。

ACPを活用したプライマリーナース主体の退院支援体制の構築と実践

○安井　育子　　大谷　絵美　　梅田　瑞恵

堺平成病院

【はじめに】

アドバンス・ケア・プランニング（以後ACPとする）は、患者の意志決定支援として重要視されている。A病院でも患者の価値観に基づく退院支援を目指し、プライマリーナース主体で退院支援、ACPを実践・共有する体制構築に取り組んだ。

【目的】

1. プライマリーナース主体の多職種連携により、退院前の課題共有や調整をスムーズに行う体制を構築した。
2. 対話を通して多様な選択肢を提示し、患者自身が望む「自分らしい生活」を継続できるよう組織的に支援する。

【方法及び内容】

看護部主体の「退院支援・ACPチーム」を発足し、月1回会議を開催。組織全体への教育・啓発として外部研修や「もしバナゲーム」によるワークを実施した。また、多職種カンファレンスを通じて、プライマリーナース主体の退院支援プロセスを構築した。

【結果】

電子カルテ掲示板の活用等により患者の意向が可視化され、多職種間で情報共有された。

プライマリーナースが意思決定に寄り添うことで、本人の尊厳と希望に沿った支援を実現できた。

【考察】

ACPは早期から生活や生き方を考える退院支援の核であり、信頼構築につながる一方、看護師の理解差や時間確保、教育の継続が必要である。

【結論】

ACPは退院支援の根幹であり、患者の身近にいるプライマリーナースが主導することで本音を引き出せる。今後は職種間の理解格差の解消や対話時間の確保などの課題に対応し、質の高い看護体制を深化させる必要がある。

意思の揺らぎの履歴を意思決定資源とした在宅救急における動的ACPの実践

平山　敬浩

京都山城総合医療センター救急部・麻酔科

【背景】

厚労省ガイドラインはACPを継続的プロセスと定義するが、現場では最新の意向のみが要約されて引き継がれ、カルテ内に散在する本人の揺らぎの軌跡が参照されない形骸化が課題である。電子カルテに埋没する意向の断片を意識して蓄積し、意思決定資源とする実践を報告する。

【症例】

85歳男性。脳梗塞、誤嚥性肺炎の既往。施設入所中の急性増悪にて救急受診。キーパーソンは心不全を抱える超高齢の弟であった。

【経過】

嚥下機能の回復は乏しかったが、当院では意思の変遷を結論で集約せず原文のまま記録した。第3病日「胃瘻はしない」、第19病日「魚食べたい。鼻からの栄養は勘弁」、第22病日「胃瘻は嫌。入退院も嫌」と、拒絶と欲求が交錯する本人のナラティブの履歴そのものを、看取り不安を抱く家族・多職種へ提示した。本人の一貫した拒絶と回復見込みの低さ、身体拘束の害から経管導入は行わない方針とし、葛藤の軌跡の共有が家族・多職種の動揺を鎮める意思決定資源となった。経口摂取はゼリーに限定され誤嚥を認めたが、意識状態・介助体制・SpO2基準を定めた実施条件下で「緩和的経口摂取」として継続した。

【考察・結論】

望んだ魚は最後まで実現しないという限界も含めて共有されたことがチームの「納得解」となった。一診療一発話を要約せず積む記録習慣を、動的ACPの一つの実践として提示する。

協賛一覧

第10回日本在宅救急医学会学術集会の開催にあたり、皆様より多大なご支援とご協力を賜りました。
ここに深甚なる感謝の意を表します。

第10回日本在宅救急医学会学術集会
会長　井川　誠一郎

石黒メディカルシステム株式会社
NTTドコモビジネスソリューションズ株式会社
FVジャパン株式会社
株式会社大塚商会
株式会社大塚製薬工場
株式会社加藤組
興和株式会社
医療法人社団大谷会島の病院おおたに
大王製紙株式会社
株式会社当直連携基盤
日本ケミファ株式会社
ニプロ株式会社
ネスレ日本株式会社
パラマウントベッド株式会社
株式会社フィリップス・ジャパン
株式会社星医療酸器
ホシザキ京阪株式会社
株式会社増田医科器械
宮野医療器株式会社
森永乳業クリニコ株式会社

（五十音順）
2026年10月5日現在