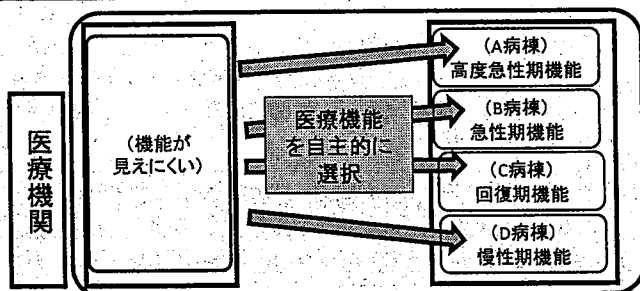


# 3 地域医療構想について

## 地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。  
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



医療機能の現状と今後の方向を報告

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

### （「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
  - ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
  - ・在宅医療等の医療需要を推計
  - ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

# 病床機能報告制度

- 各医療機関(有床診療所を含む。)は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

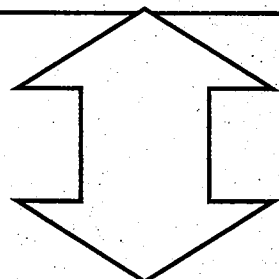
医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

29

## 病床機能報告(現状)

どの医療「機能」に該当するかを  
「定義」を踏まえ、病棟ごとに判断  
→地域において医療機関が「表示したい機能」



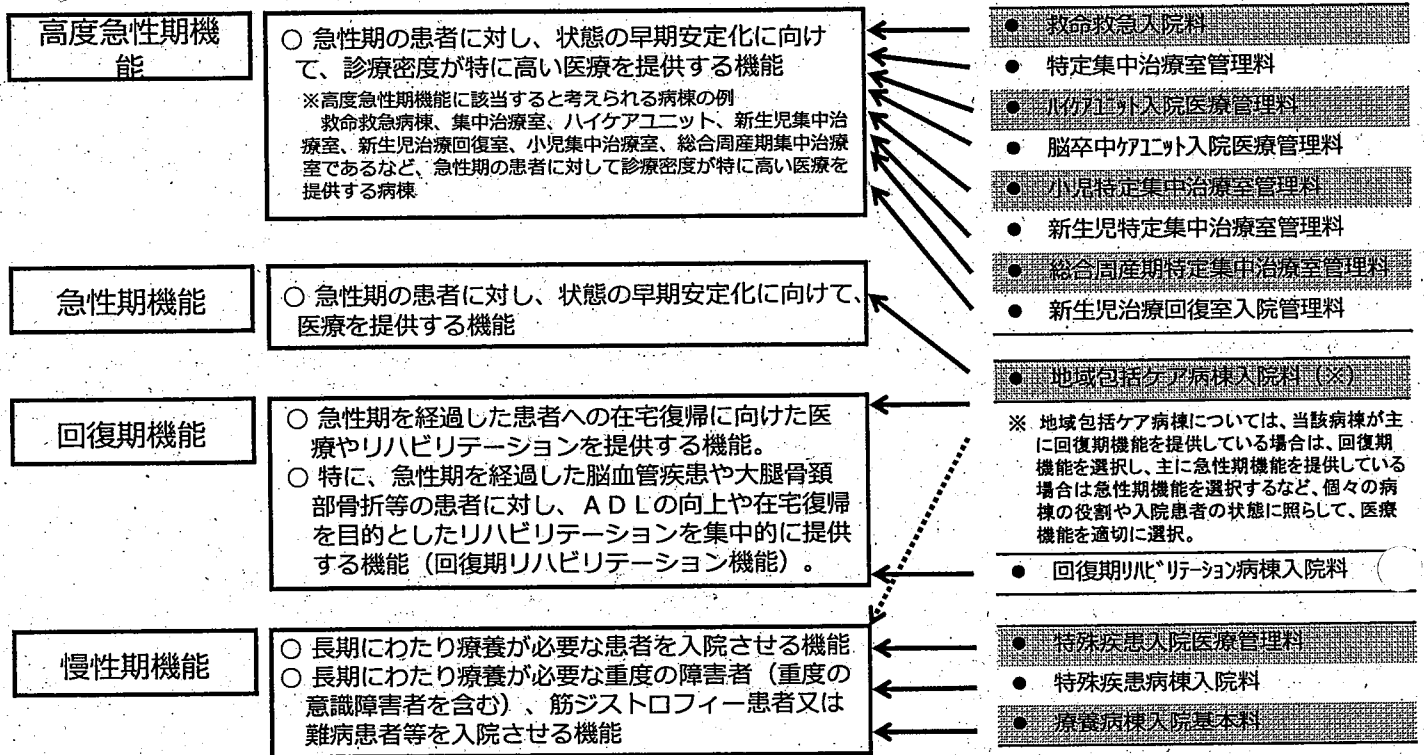
## 医療需要(必要病床数)の推計

2013年の個々の患者の受療状況をベースに  
医療資源供給量に沿って区分したもの  
→地域における「各病期の患者発生量」

30

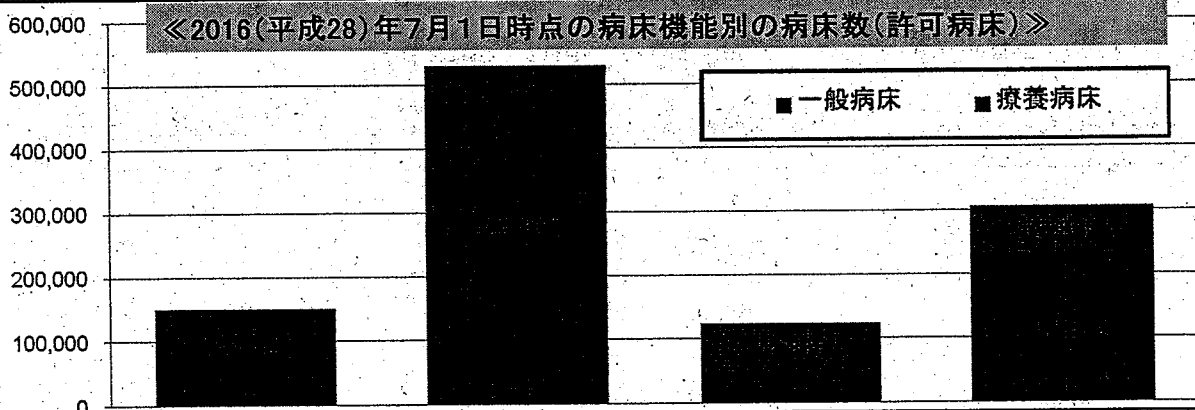
# 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取扱う。



## 平成28年度病床機能報告における医療機能別病床数の報告状況【平成28年末速報】

○本集計は、11月15日までに報告があった医療機関のうち、各集計項目に不備がなかった以下の医療機関を対象として実施。  
 ・病床数に関連する集計は、10,883施設（病院6,333施設、有床診療所4,550施設）を対象として実施。  
 （cf. 報告対象医療機関数は、14,363施設（病院7,351施設、有床診療所7,012施設））  
 （cf. 医療施設調査（動態）における平成28年6月末時点の許可病床（一般、療養）の総数は1,324,148床）

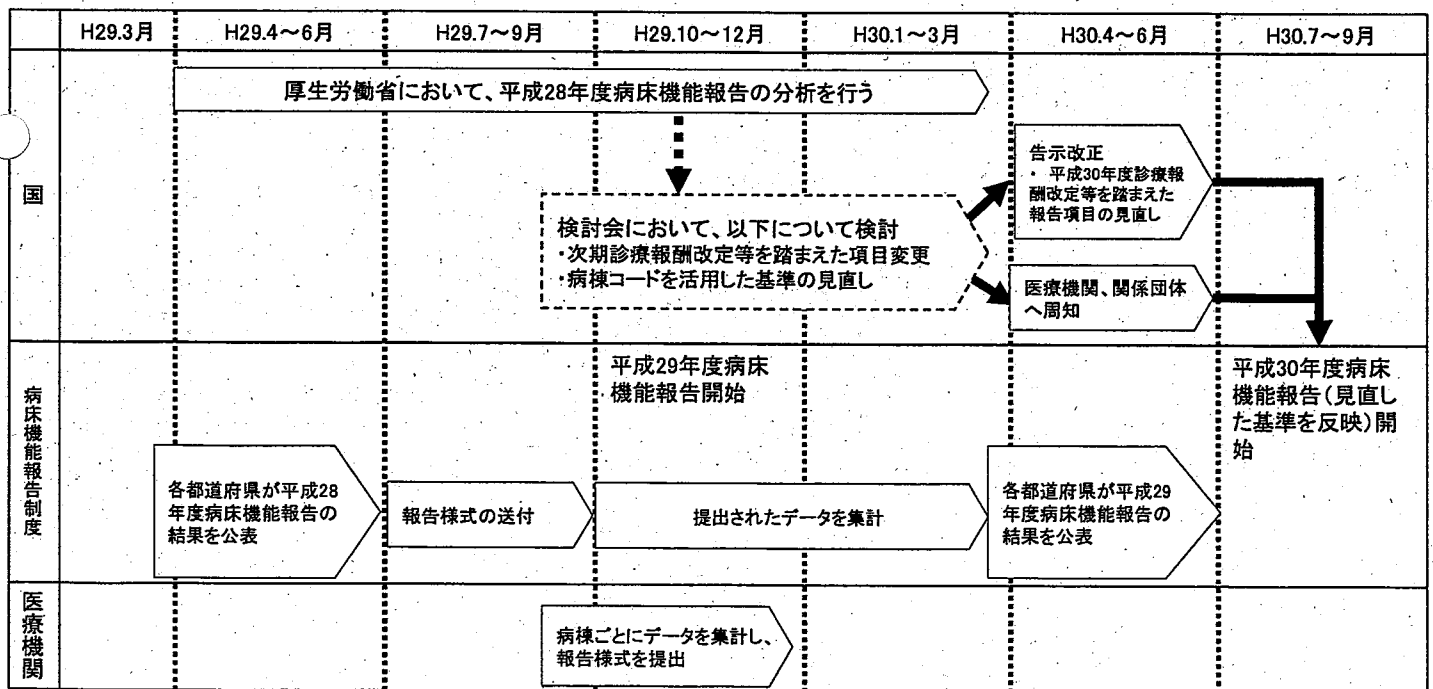


	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
合計(床)	151,078	530,732	124,507	305,796	1,112,113
うち一般病床	151,078	529,476	74,850	73,862	829,266
うち療養病床	0	1,256	49,657	231,934	282,847
構成比 (2016年速報)	13.6%	47.7%	11.2%	27.5%	100.0%
構成比 (2015年)	13.6%	47.6%	10.4%	28.4%	100.0%
構成比 (2014年)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

## 今後の病棟コードを活用した分析について（案）

- 病棟ごとに治療件数等の具体的な医療の内容を集計することにより、次のような分析等が考えられる。
  - ・ 4機能それぞれの病棟における提供している医療内容と診療科の分析
    - － 循環器内科病棟におけるPCI(経皮的冠動脈インターベンション)等の実施件数
    - － 外科病棟における部位別全身麻酔手術の実施件数
    - － 脳神経外科病棟における脳卒中に対する治療の実施件数
  - ・ 病棟別の職員数(看護師、PT、OT等)と、提供している医療内容の分析
  - ・ 回復期機能の病棟の疾患別リハビリ等の実施状況とその後の退院先
- また、高度医療機器の保有状況等のストラクチャーの評価も合わせて分析することで、各医療機関の役割分担の検討に資することが期待できるのではないか。
- それらの結果を活用しながら、現在の定性的な病床機能報告について、定量的な観点からの基準についても、検討することとしてはどうか。
- なお、今後の病棟コードを活用した分析や、地域医療構想調整会議における議論の進め方等については、地域医療構想WGにおいて検討することとしてはどうか。

## 平成29年度以降の病床機能報告に関するスケジュールについて(案)

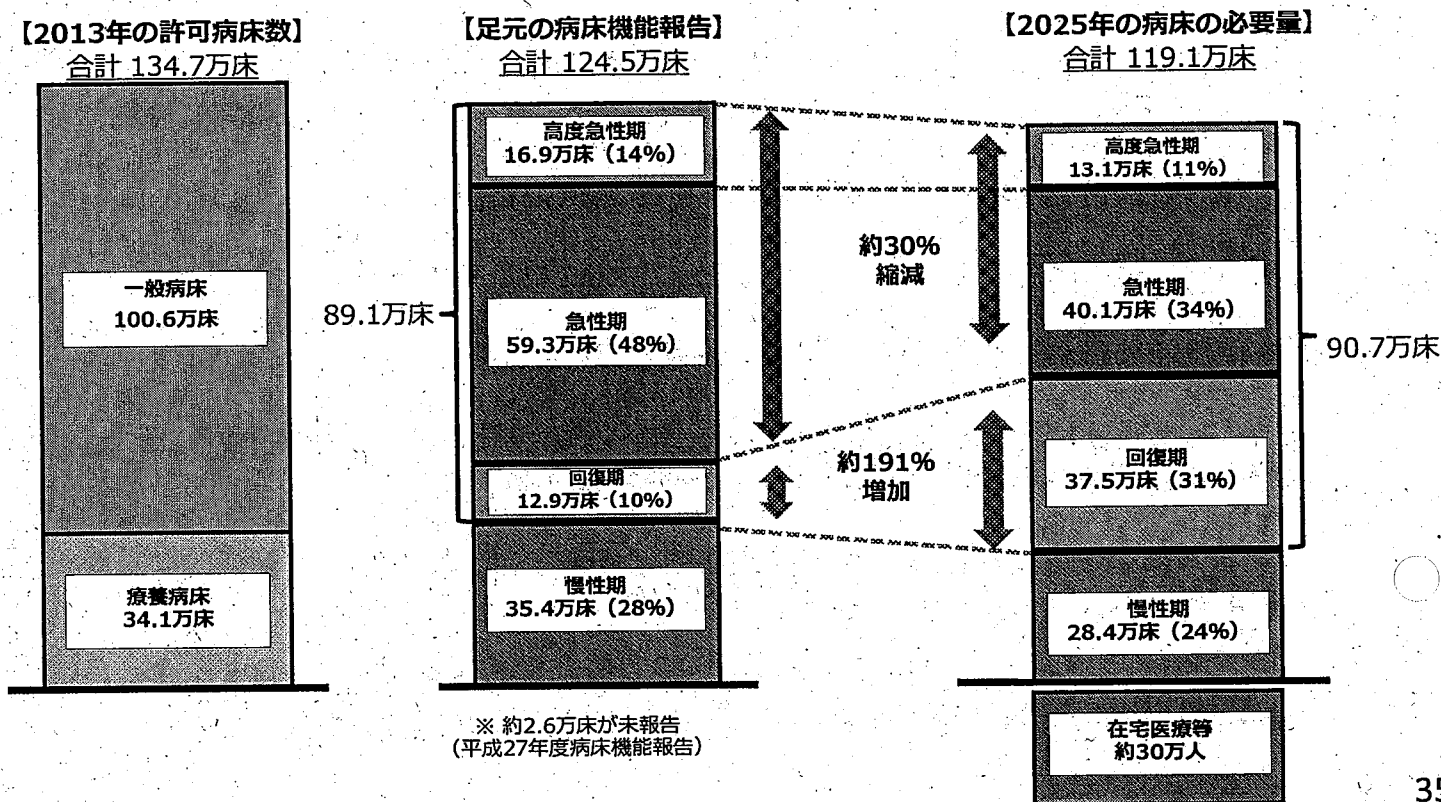




# 地域医療構想の策定状況について

● 地域医療構想は、29年3月末で全ての都道府県で策定完了。

## 47都道府県の病床機能報告・地域医療構想の病床比較

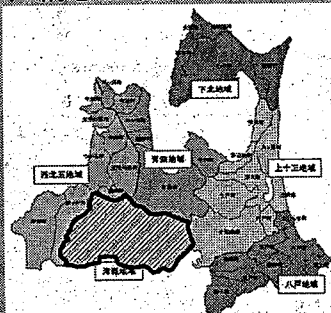


## 青森県の地域医療構想の概要と津軽地域の記載について

### 概要

- 県全体では、約3,500床(平成26年病床機能報告集計数の約20%)が過剰となる一方で、回復期機能約2,800床(現在の約200%相当)が不足すると推計。
- 「地域で不足する医療機能」、「医療機能毎の区域完結率及び医療需要」、「患者の受療動向」等について分析の上、地域医療構想を実現するための施策として、「自治体病院等の機能再編成の推進」と「介護施設等も含めた在宅医療の提供体制の整備」等を記載

### 構想区域の設定 (6構想区域)



### 津軽地域の例

### 津軽地域における2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量

- 津軽地域では、合計で約1,200床が過剰となる一方で、回復期機能が約800床不足すると推計

区分	平成26(2014)年における 機能別病床数(病床機能報告)	平成37(2025)年に おける必要病床数
高度急性期	829床	318床
急性期	2,310床	1,110床
回復期	434床	1,244床
慢性期	530床	467床
病床計	4,391床	3,139床
在宅医療等の必要量	—	人/日

### 津軽地域の地域医療構想達成に向けたポイント

- 300~200床の中小規模の病院(国立病院機構弘前病院、弘前市立病院、黒石病院)が併存しており、また、一部自治体病院の病床利用率の低迷など、再編・ネットワーク化の検討が必要。
- 自治体病院等の機能分化・連携の方向性として、中核病院として、高度医療、専門医療、救急医療等を担う医療機関を整備し、その他の自治体病院の病床規模の縮小、回復期・慢性期への機能分化等を図るとともに、民間医療機関との役割分担と連携の明確化を行う。

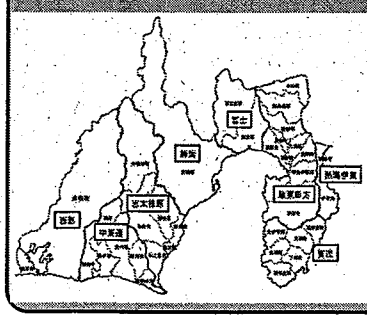
特徴的な内容等の例

静岡県の地域医療構想について

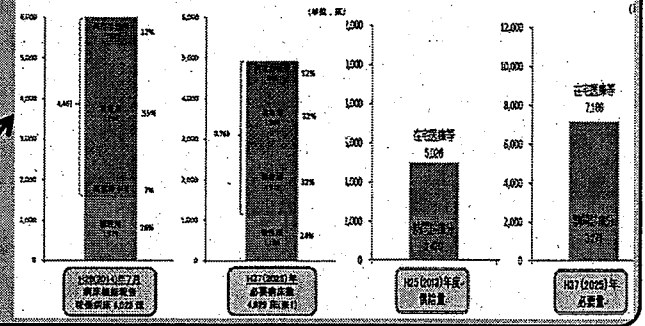
- 駿東田方構想区域では、約1,100床が過剰となる一方で、回復期機能は約1,100床が不足し、在宅医療等の必要量も増加(約1200人/日)すると推計
- 救急医療について、初期から3次までの体制を具体的に記載
- 構想区域内の個々の中核的な病院の病床の増減見込みを具体的に記載

構想区域の設定(8構想区域)

駿東田方医療圏の2025年の必要病床数と在宅医療等の必要量



構想区域	構成市町村名	静岡市(2025年)推計人口(人)	面積(km <sup>2</sup> )
東 庄	下田町、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町	57,954	595
駿河伊豆	熱海市、伊東市	92,272	166
駿東田方	沼津市、三島市、浜松市、裾野市、伊豆市、伊豆の国市、田原町、清水町、長泉町、小山町	623,116	1,276
富士	富士宮市、富士市	362,643	624
静岡	静岡市	652,514	1,412
志太裾原	島田市、焼津市、豊後市、牧之原市、吉田町、川原本町	439,727	1,216
中東濃	磐田市、長引町、袋井市、御前崎市、菊川市、昌町	442,806	632
西 濃	浜松市、浜西市	810,227	1,645
合計		3,480,333	7,782



課題と施策の記載

3 駿東田方 構想区域

2 現状と課題

区域内の初期救急医療は、3箇所の休日夜間救急センター及び病院・診療所における在宅当番医制が行われています。第2次救急医療は、15病院による病院群輪番制により対応をしています。「救命救急センター」は沼津市立病院、順天堂大学医学部附属静岡病院の2病院があり、富士市以東の県東部地域全体の患者を受け入れています。医師不足により、初期救急医療の当番医制や第2次救急医療の輪番を組むに苦労している現状があり、また、救命救急センターの負担も増加しています。  
 ・順天堂大学医学部附属静岡病院は、東部ドクターヘリの運航拠点となっており、賀茂、熱海伊東区域など広域的な救急医療に寄与しています。

○平成26年度(2014年度)以降の状況変化と今後の見込

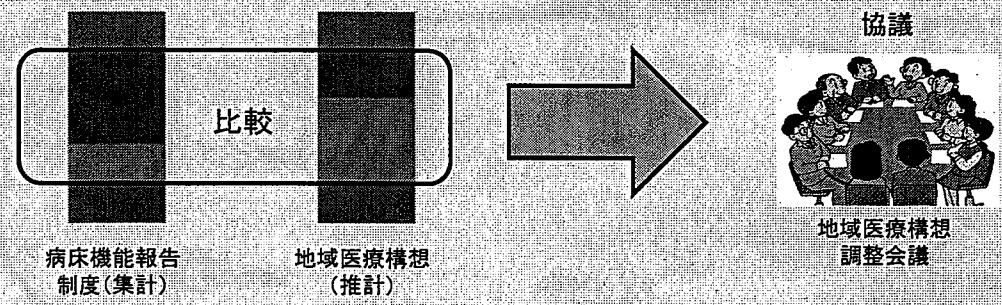
- ・順天堂大学医学部附属病院が25床増床、西島病院が6床増床、三島中央病院が10床増床(平成27年3月)
- ・沼津市立病院が74床減床(平成28年4月以降)
- ・独立行政法人国立病院機構静岡医療センターに同法人静岡富士病院60床を統合予定(平成29年10月)

地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

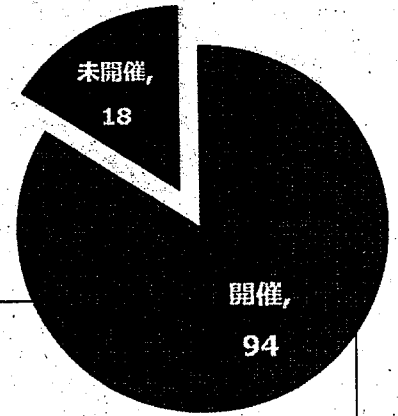
- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

# 構想策定後の地域医療構想調整会議の開催状況等について

- 平成28年9月30日までに地域医療構想を策定した都府県のうち、16都府県に対し、策定後の地域医療構想調整会議の開催状況に関するヒアリングを実施。
- 策定後の地域医療構想調整会議を1回以上開催している区域は、94/112区域(83.9%)。
- 以下、議論の内容等についての主な意見等を整理。



## 具体的に議論を行った事項について

### <役割分担について>

- ・ 高度急性期の機能を有している病院の取組と、今後の方向性について
- ・ 疾病ごとの入院医療を担っている医療機関の現状について
- ・ 救急体制の再編(輪番体制構築を含む)について
- ・ 公立病院等の公的な病院の役割について

### <病床機能の転換について>

- ・ 大規模急性期病院が病床の一部を回復期へ転換することについて
- ・ 急性期から回復期への転換について(病院長からの説明)

### <その他>

- ・ 調整会議における協議の進め方について
- ・ 調整会議以外の議論の場について
- ・ 関係機関から県への要望について

## 青森県の地域医療構想調整会議における検討内容

医療介護提供体制等①(1)

### 医療法に定める地域医療構想調整会議の開催

#### 地域医療構想の記載内容(病床機能の分化・連携の推進)

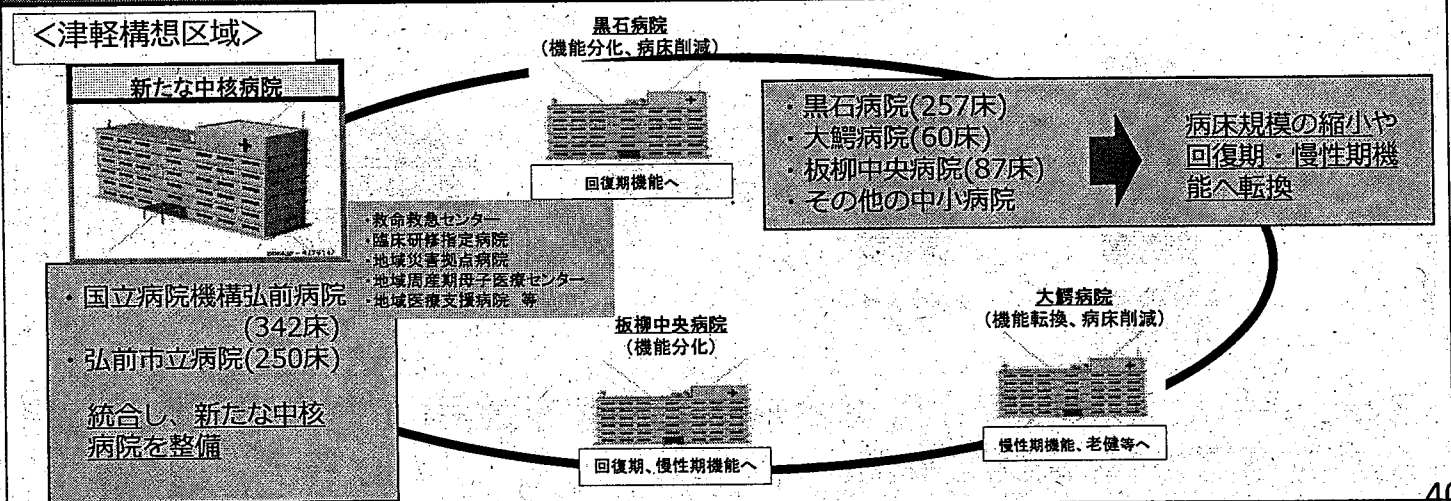
- 構想区域内における医療機関の役割分担の明確化、連携体制の強化による、効率的・効果的な医療提供体制を構築
- 自治体病院等の機能再編成を推進

#### 調整会議(津軽構想区域)での議論

- 新たな中核病院の整備による医療資源の集約を通じて、救急医療体制の確保と充実、急性期医療、専門医療の対応力向上

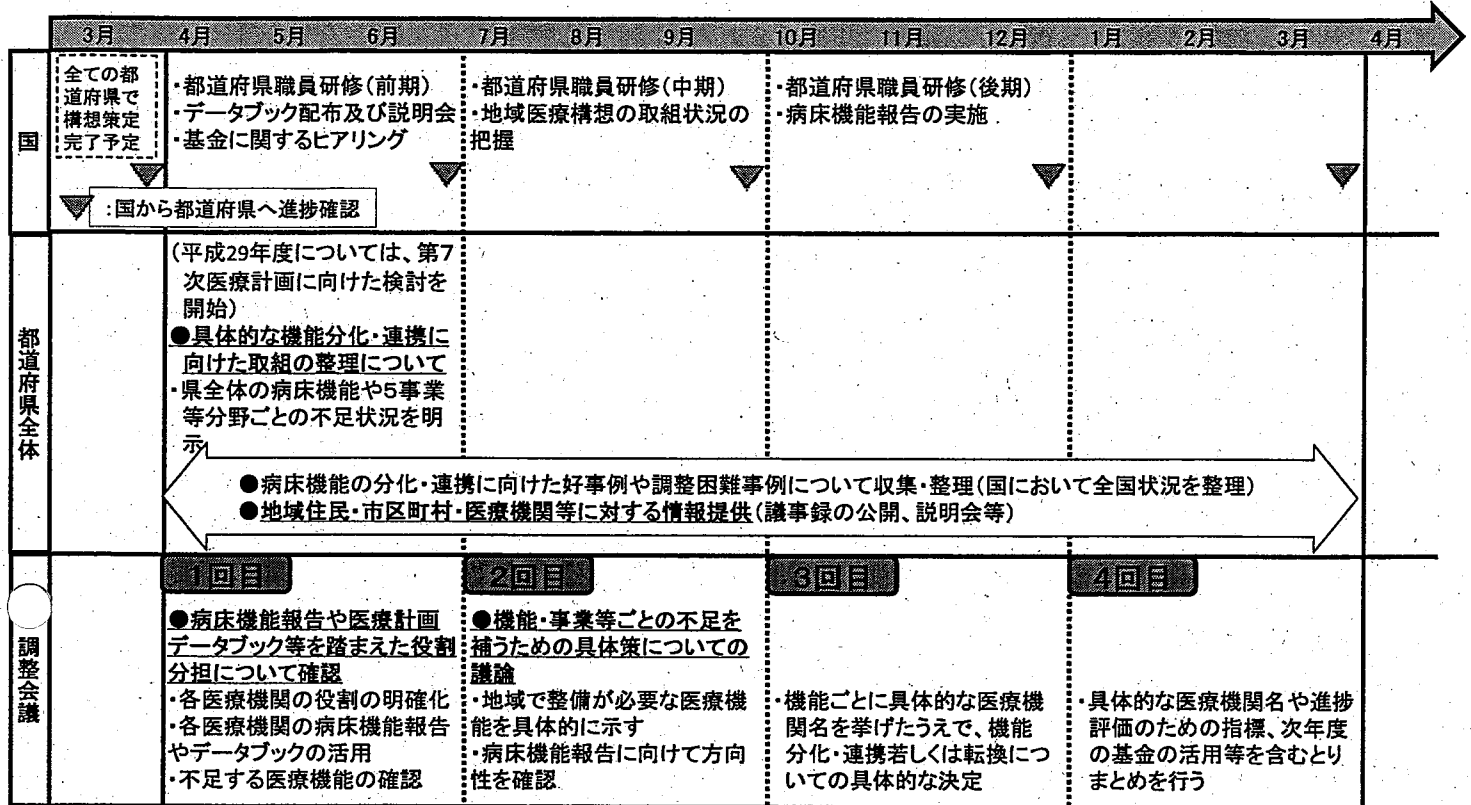
➡ その他の医療機関については、病床稼働率等の状況を踏まえ、病床規模の見直し及び回復期・慢性期機能へ転換の基本的な方向性について、関係者間で合意。今後、具体策について議論を深化。

### 新たな中核病院の整備による自治体病院等機能再編成のイメージ

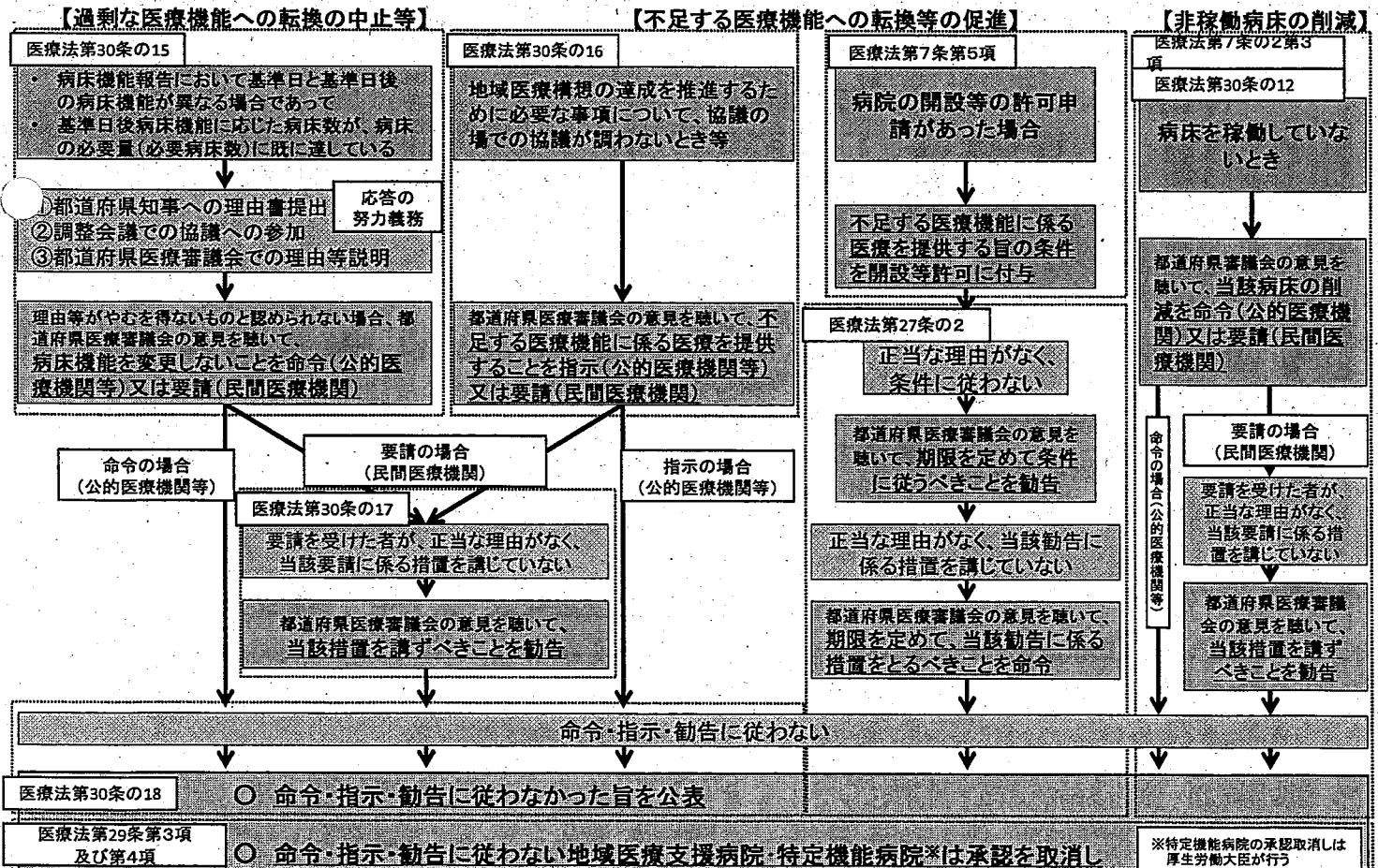




○ 次のような年間のスケジュールを毎年繰り返すことで、地域医療構想の達成を目指す。



都道府県知事の権限の行使の流れ

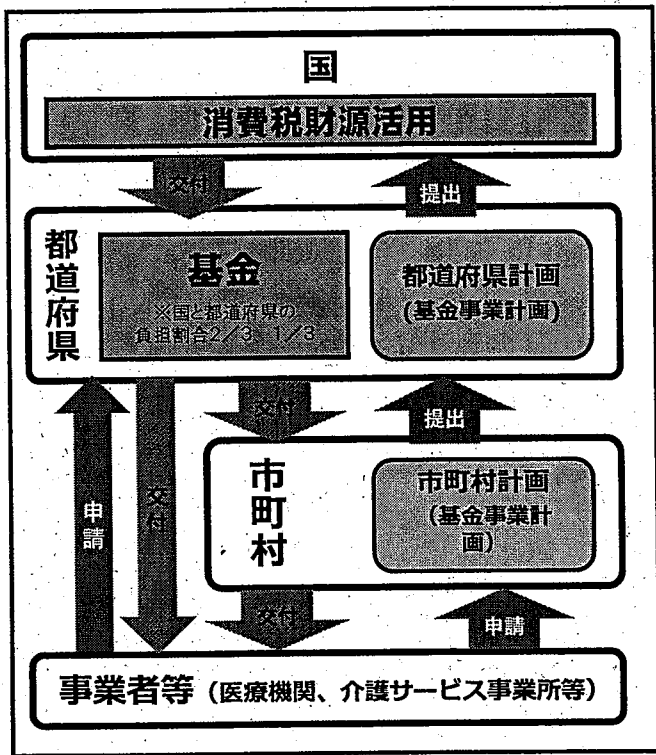


# 地域医療介護総合確保基金

医療介護提供体制等①(1)

平成29年度政府予算案:公費で1,628億円

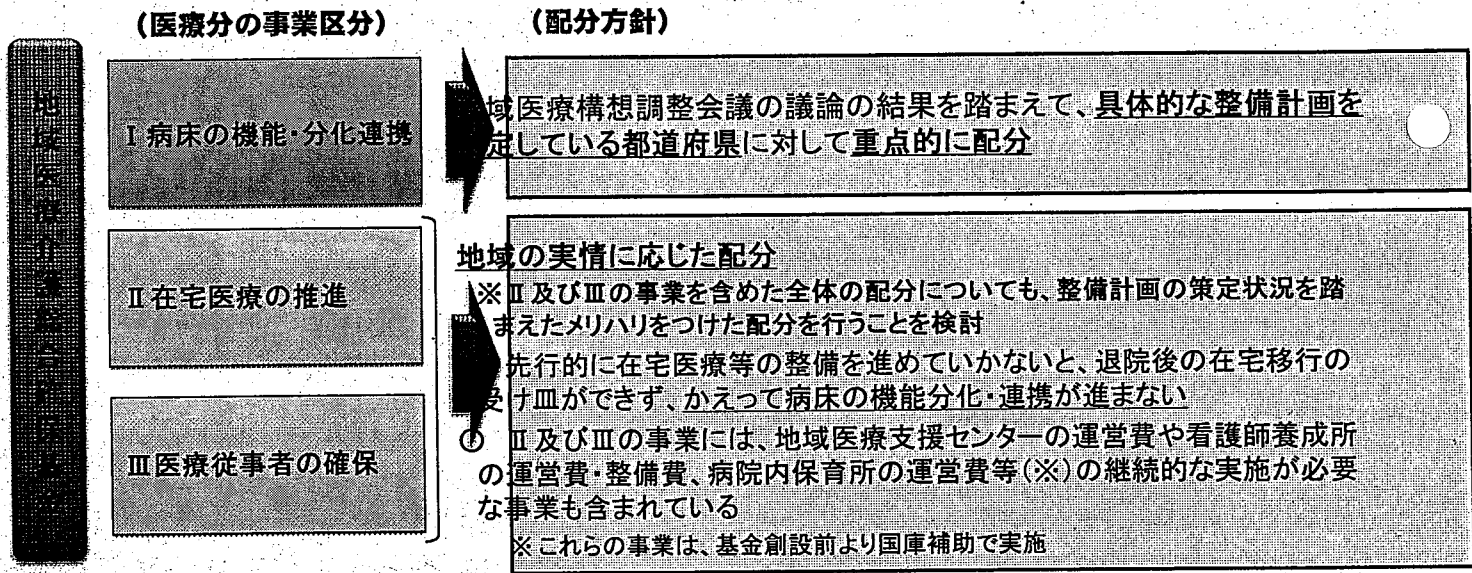
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



- ### 都道府県計画及び市町村計画(基金事業計画)
- 基金に関する基本的事項
    - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
    - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
    - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
  - 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
    - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
    - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
    - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
  - 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

- ### 地域医療介護総合確保基金の対象事業
- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
  - 2 居宅等における医療の提供に関する事業
  - 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
  - 4 医療従事者の確保に関する事業
  - 5 介護従事者の確保に関する事業

## 病床の機能分化・連携に向けた地域医療介護総合確保基金の重点配分(案)



「経済財政運営と改革の基本方針2016」(平成28年6月2日)抄  
 地域医療介護総合確保基金のメリハリある配分等により、病床の機能分化・連携を推進する。

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

STEP1 地域における各機関の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

- 都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。
- ・ 病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の要請・勧告(民間医療機関)及び命令(公的医療機関)
- ② 医療機関に対して、不足している医療機能を担うよう、要請・勧告(民間医療機関)及び指示(公的医療機関)
- ③ 新規開設の医療機関に対して、地域医療構想の達成に資する条件を付けて許可
- ④ 稼働していない病床の削減を要請・勧告(民間医療機関)及び命令(公的医療機関)

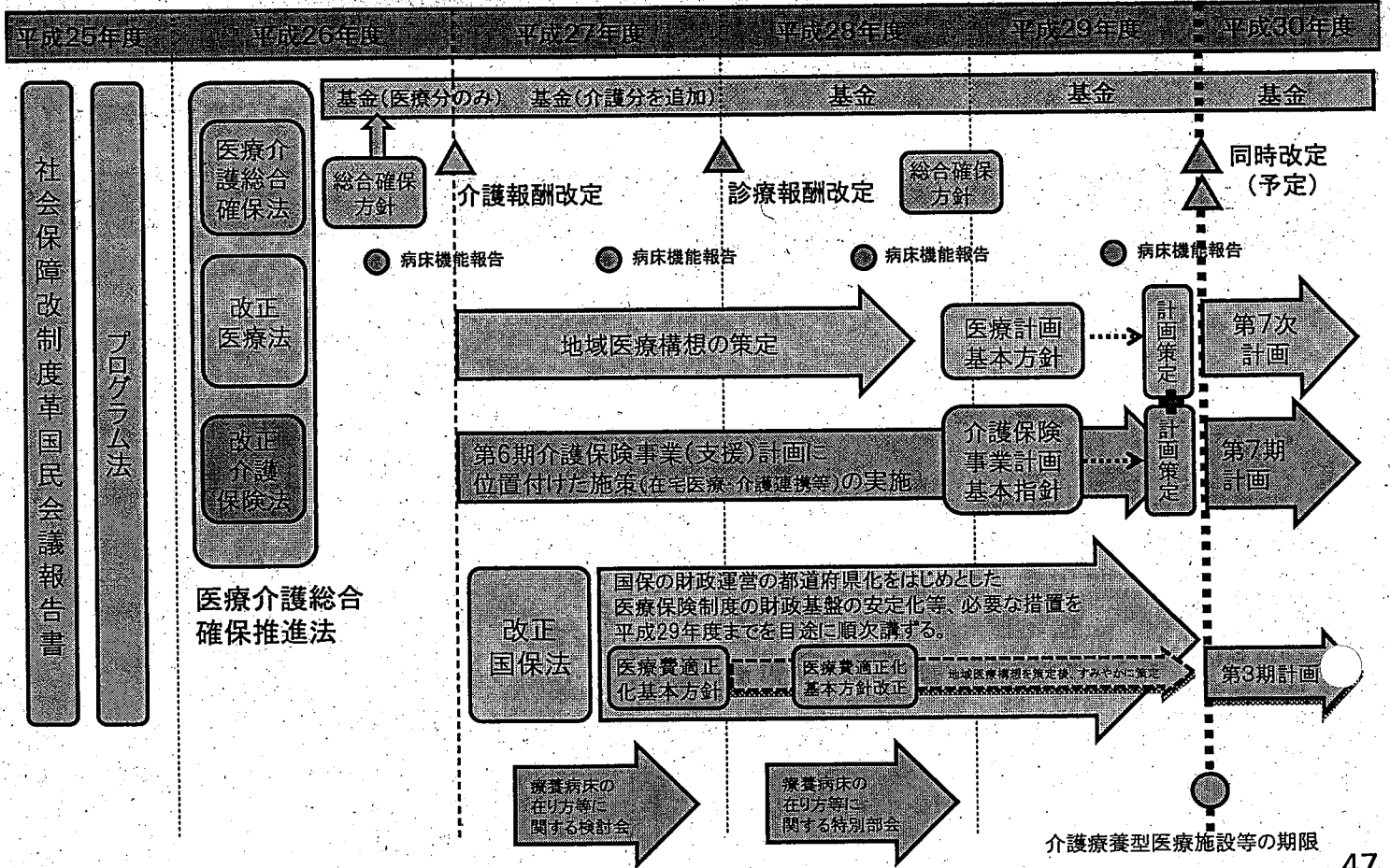
※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

## 4 医療と介護の連携について

# 医療と介護の一体改革に係る主な取組のイメージ

医療介護提供体制等①(1)



## 医療・介護連携について

### 目標設定について

- 地域医療構想による慢性期・在宅医療等の需要推計を踏まえ、以下についての考え方を記載する。
    - ① 地域の医療機関で対応すべき在宅医療のニーズ
    - ② 目標とする提供体制
  - ※ ②の検討にあたっては
    - ・ 在宅医療サービスと一部の介護サービスが相互に補完する関係にあること
    - ・ 現状の介護保険施設等の整備状況は地域の実情に応じて異なること
- を考慮し、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設置し検討する。

### 指標について

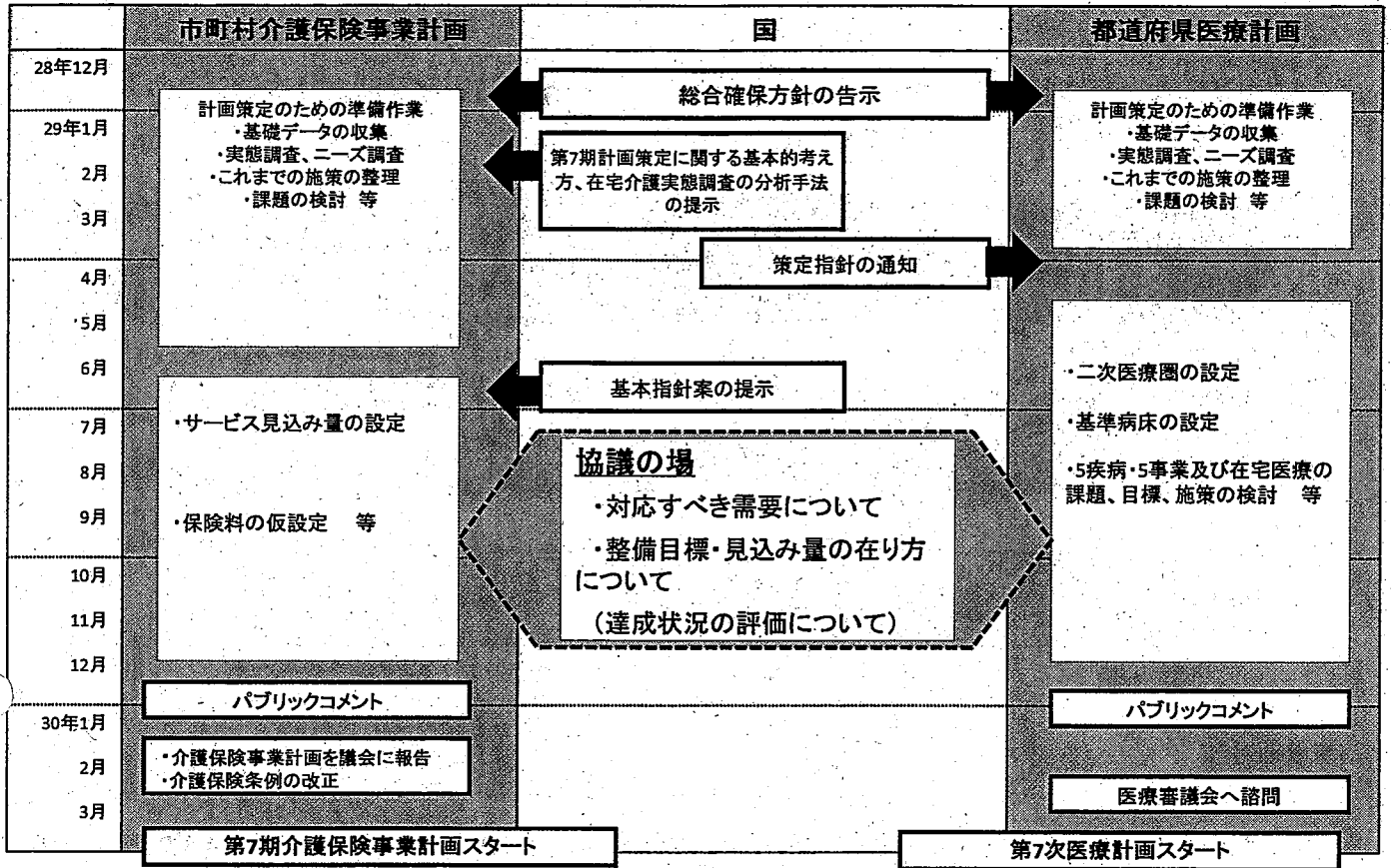
- 以下のような指標を充実させていく。
  - ・ 医療サービスの実績に着目した指標
  - ・ 医療・介護の連携体制について把握するための指標
  - ・ 高齢者以外の小児や成人に係る在宅医療の体制について把握するための指標
  - ・ 看取りに至る過程を把握するための指標

### 施策について

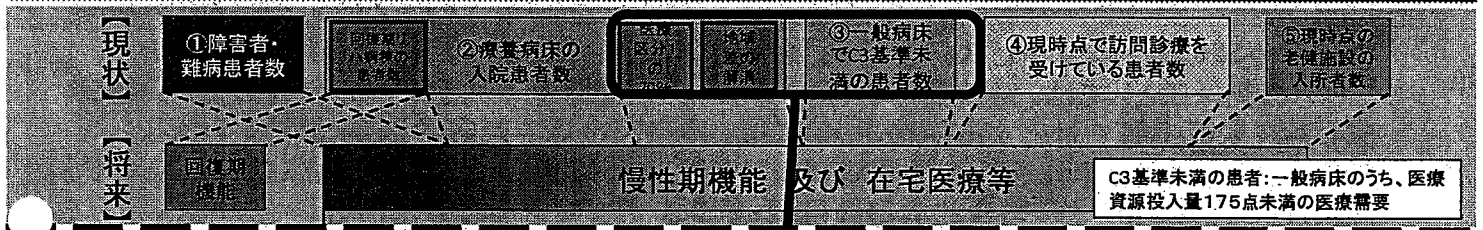
- 在宅医療にかかる圏域の設定と、課題の把握を徹底する。
- 以下に挙げるような、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を進める。
  - ・ 入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
  - ・ 入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のため連携ルール等の策定
- 地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村に対し必要な支援を行う。



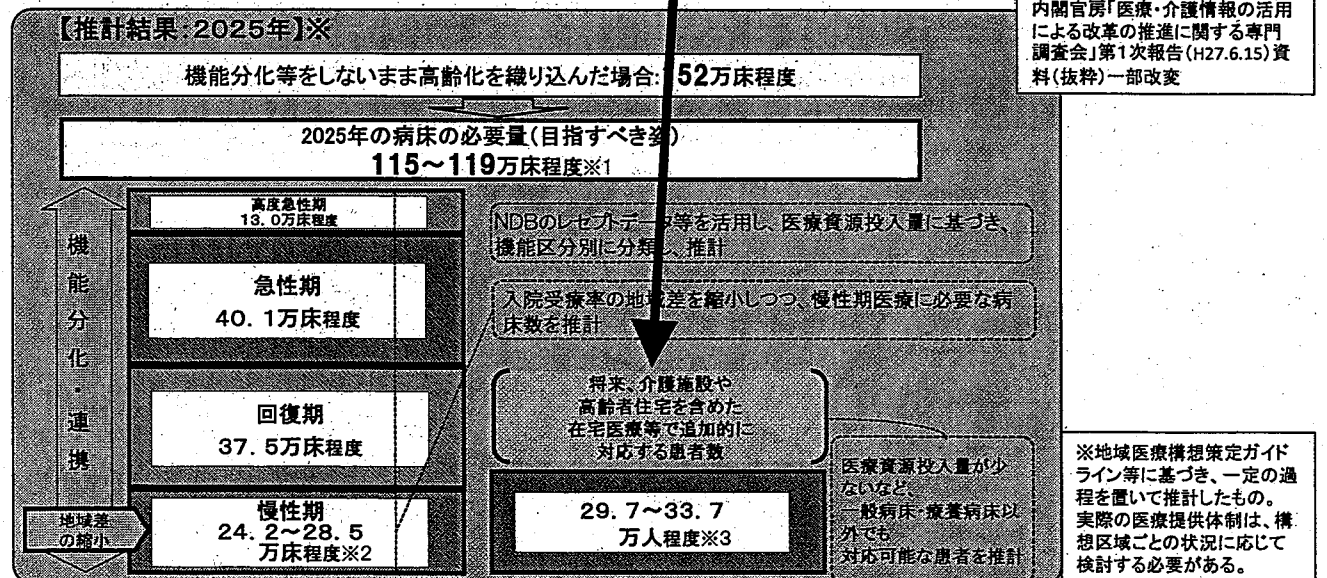
# 第7次医療計画・第7期介護保険事業計画 策定スケジュールのイメージ



## 在宅医療等の新たなサービス必要量の位置づけについて



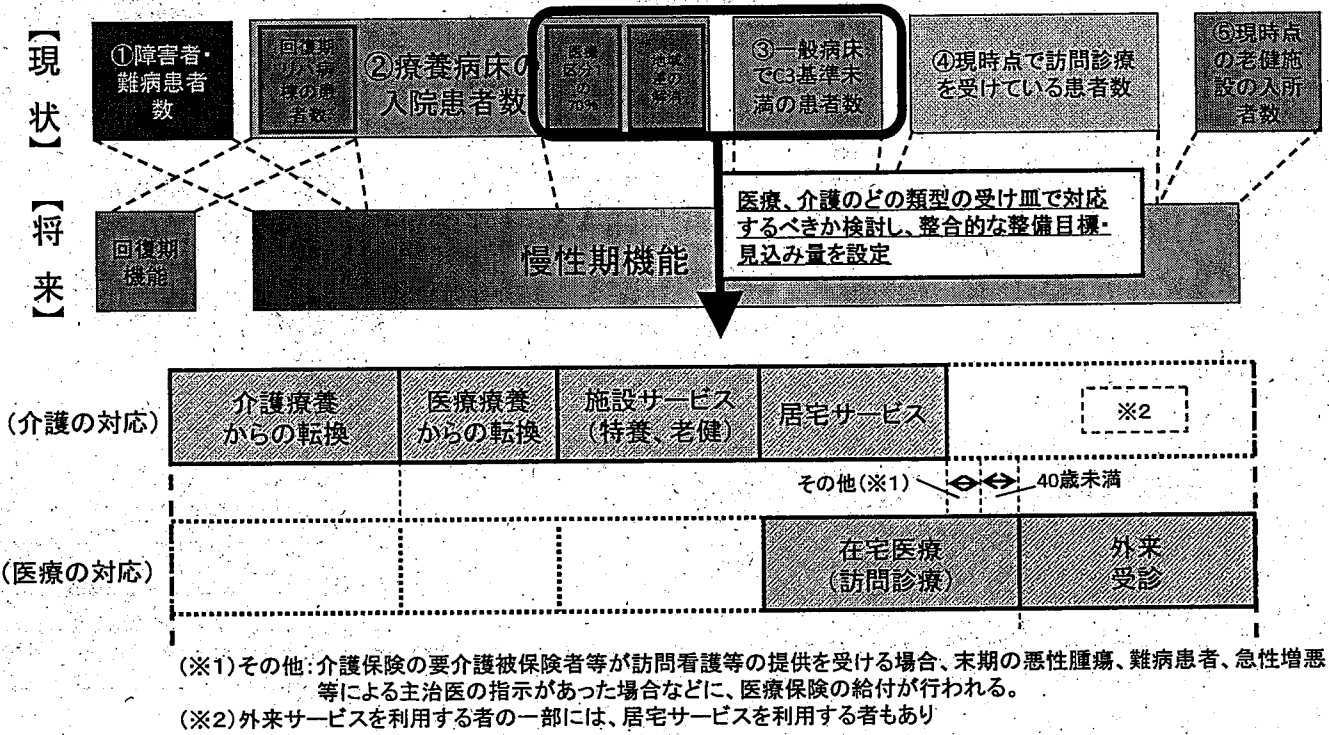
## 2025年の医療機能別の病床の必要量の推計結果※



※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

# 在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について

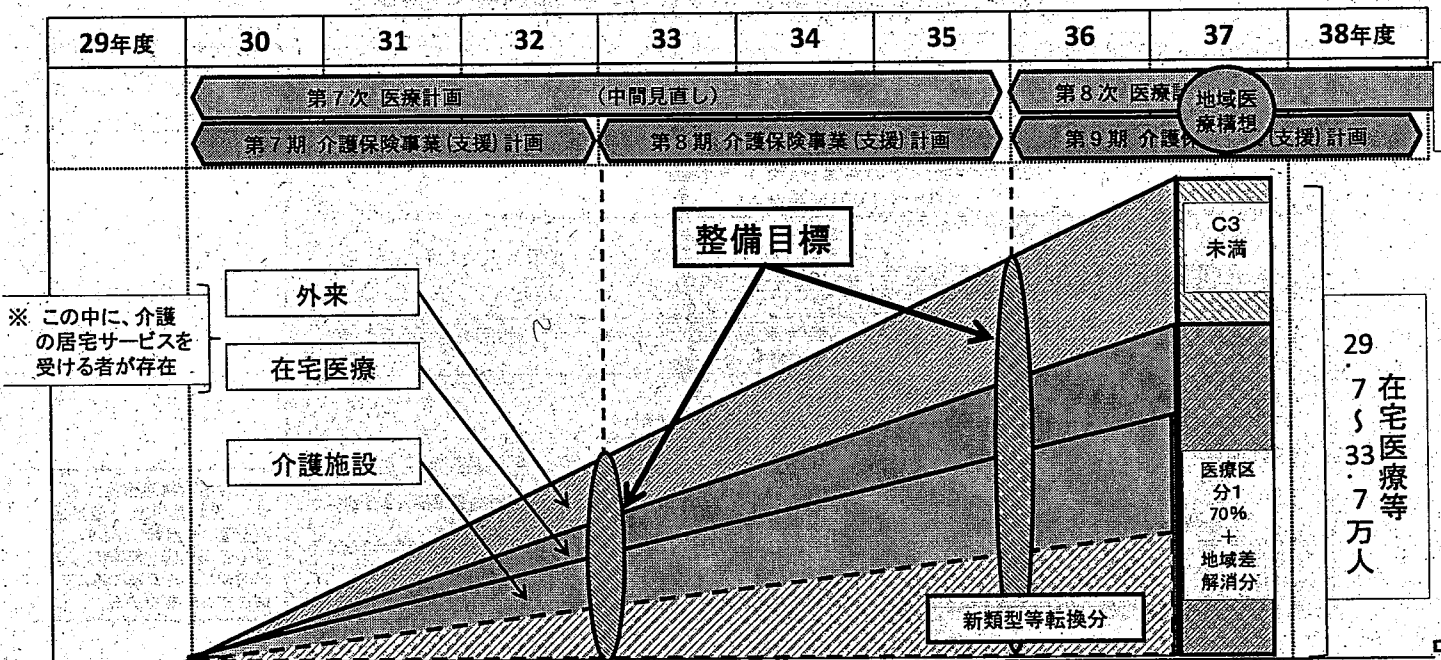
都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における統合的な整備目標・見込み量を設定する。



# 次期医療計画と介護保険事業計画の整備量等の関係について

医療介護提供体制等①(2)・①

- 在宅医療等の新たなサービス必要量は、2025年に向けて、約30万人程度となると推計。
- これらの受け皿としては、療養病床の転換等による在宅医療、介護施設の整備の他、一般病床から在宅医療等で対応するものについては、外来医療等で対応することが考えられる。
- 対応にあたっては、それぞれの提供体制の整備主体が協議し、医療計画及び介護保険事業計画の計画期間に応じた、統合的な整備目標・見込み量を立てる必要がある。

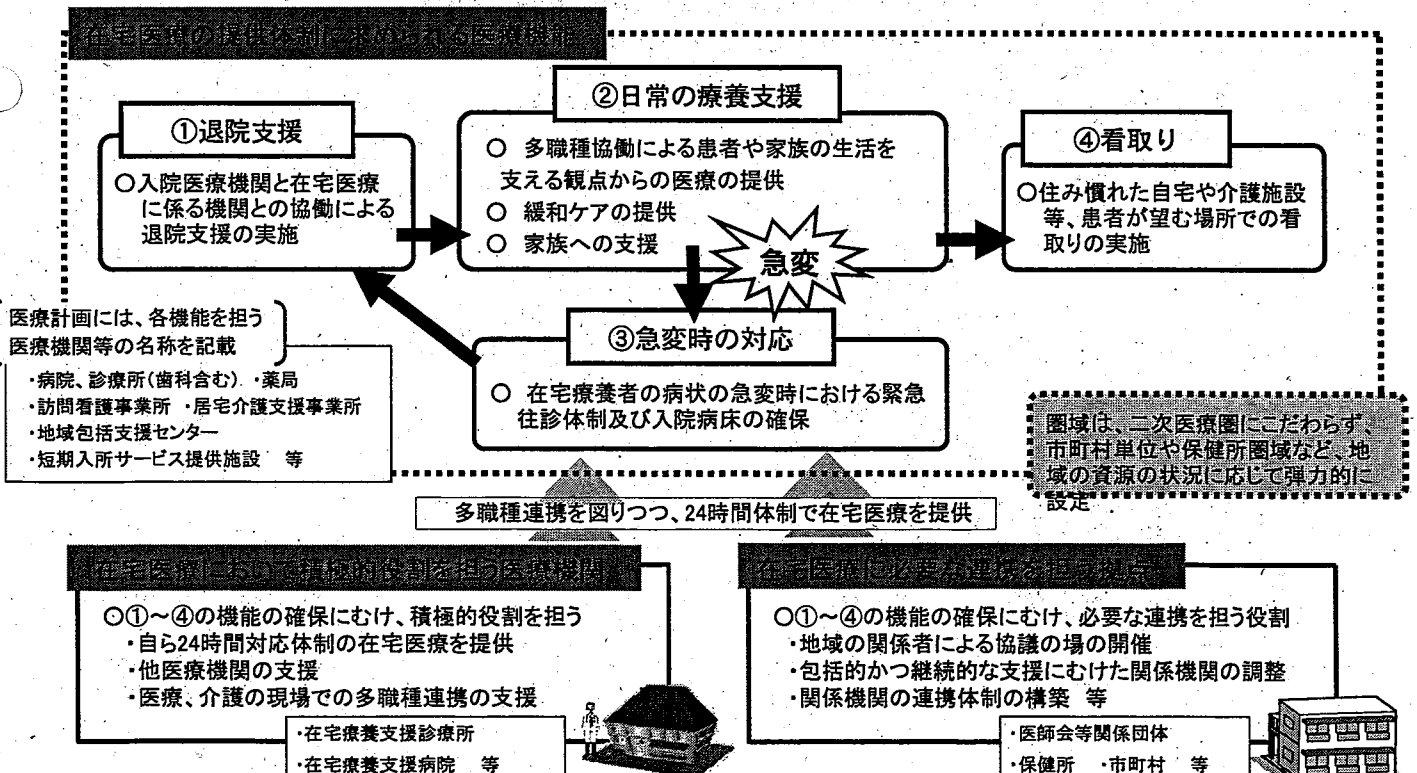


# 5 在宅医療について

## 在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や数値目標、必要な施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が達成すべき目標や施策等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～





# 医療計画における記載すべき疾病及び事業について

## 5疾病

(医療法第30条の4第2項第4号)

生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

(医療法施行規則第30条の28)

疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患とする。

## 5事業[＝救急医療等確保事業]

(医療法第30条の4第2項第5号)

次に掲げる医療の確保に必要な事業(以下「救急医療等確保事業」という。)に関する事項(ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。)

イ 救急医療

ロ 災害時における医療

ハ へき地の医療

ニ 周産期医療

ホ 小児医療(小児救急医療を含む。)

ヘ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療

疾病・事業ごとの医療体制について(平成19年7月20日付 医政指発0720001号)

疾病・事業のそれぞれについて、内容として次の事項を記載することとした。

- ①「必要となる医療機能」 ②「各医療機能を担う医療機関等の名称」 ③「数値目標」

## 第6次医療計画

◎基本的な考え方

◎地域の現状

◎疾病・事業ごとの医療体制

- ・がん
- ・脳卒中
- ・急性心筋梗塞
- ・糖尿病
- ・精神疾患
- ・救急医療
- ・災害時における医療
- ・へき地の医療
- ・周産期医療
- ・小児医療(小児救急含む)
- ・その他特に必要と認める医療

◎居宅等における医療

◎医療従事者の確保

◎医療の安全の確保

◎医療提供施設の整備目標

◎基準病床数

◎その他の医療提供体制の確保

に必要な事項

◎事業の評価・見直し 等

## 在宅医療の提供体制 ～急変時の対応～

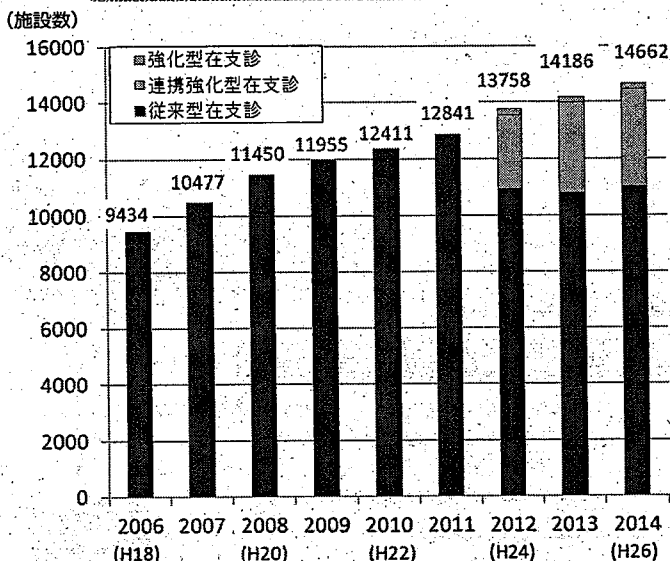
○ 24時間対応体制の在宅医療を提供する医療機関(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院)の数は増加している。

### 24時間対応体制で在宅医療を提供する医療機関数の推移

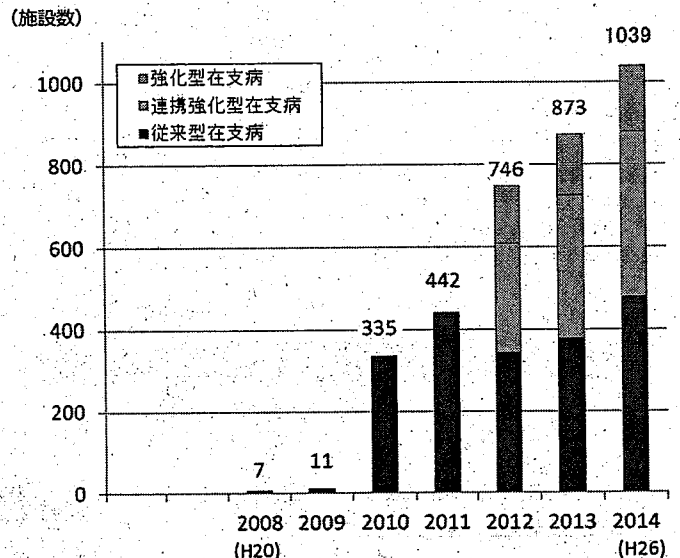
緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している在宅医療を行う医療機関について、平成18年度より診療報酬上の評価を創設。(平成18年度に在宅療養支援診療所の評価、平成20年度に在宅療養支援病院の評価を創設)

【主な要件】 ・24時間患者からの連絡を受ける体制の確保 ・24時間の往診が可能な体制の確保 ・24時間の訪問看護が可能な体制の確保  
・緊急時に在宅療養患者が入院できる病床の確保 等

#### 在宅療養支援診療所



#### 在宅療養支援病院



出典：厚生局届出状況に基づき作成

4 課題の抽出

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療機関ととの連携」を踏まえ、「1 現状の把握」で明確にした現状について、指標により把握した数値となっている原因の分析を行い、地域の在宅医療の体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

原因分析（富山県在宅医療実施状況等調査）

<調査方法>

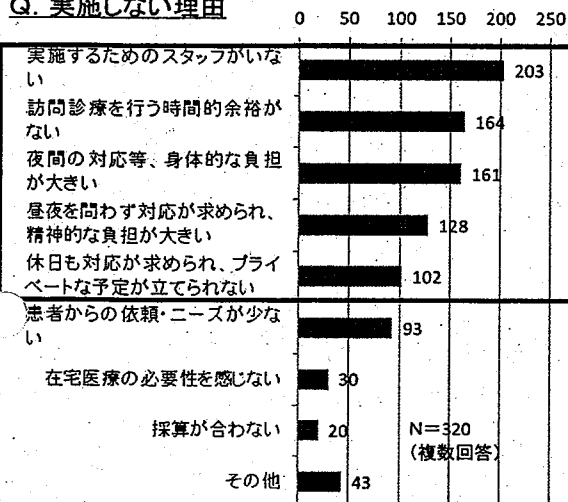
時期：平成24年度  
対象：富山県内の医療機関（病院及び診療所）  
方法：郵送による配布、回収

<回収結果>

調査対象機関数：734機関（病院108、診療所626）  
回答数：619機関（病院90、診療所529）  
有効回答数：84.3%

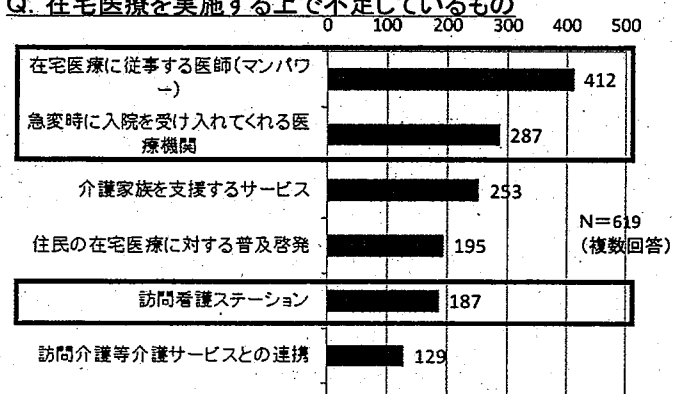
◆在宅医療を実施していない医療機関への調査

Q. 実施しない理由



◆全ての医療機関への調査

Q. 在宅医療を実施する上で不足しているもの



「人材不足、業務負担」が新規参入の最大の阻害要因であり、かつ現状の体制における最大の課題であることを確認

富山県からの聞き取りに基づき、事務局作成

6 施策

6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「6 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

富山県の施策

1 最大の課題である「人材不足・業務負担」の軽減に向け、現状の在宅医療体制に対する、3つのアプローチ

- ①グループ診療の推進による負担軽減
  - ▶ 郡市医師会在宅医療支援センター支援事業 (H22年度から事業開始。H24の調査結果を踏まえ、全ての郡市医師会に支援センターを設置)
    - ・在宅主治医のグループ化(主治医、副主治医制)
    - ・多職種連携研修会 等
- ②後方支援体制の充実による負担軽減
  - ▶ 富山県在宅医療支援体制促進モデル事業(H25年度)
    - ・在宅患者の急変時に入院を受け入れる後方支援病床の確保
- ③訪問看護ステーションの機能強化
  - ▶ 訪問看護師の量・質の向上に向けた取組 (H19年度から設備整備補助等の事業開始。H24の調査結果を踏まえ、潜在看護師の掘り起こし等事業を拡充)
    - ・訪問看護ステーションの設備/ICT補助
    - ・人件費の補助
    - ・潜在看護師の掘り起こし 等

2 上記のアプローチにより、新規参入の阻害要因を軽減した上で、さらなる参入促進、質向上のアプローチ

- ▶ 富山県在宅医療支援センター設置事業(H26年度～)
  - ・同行訪問研修等の在宅医療実務者研修
  - ・相談できる体制を提供するため、在宅医と新たに在宅医療に取り組む医師のマッチング 等

施策の効果

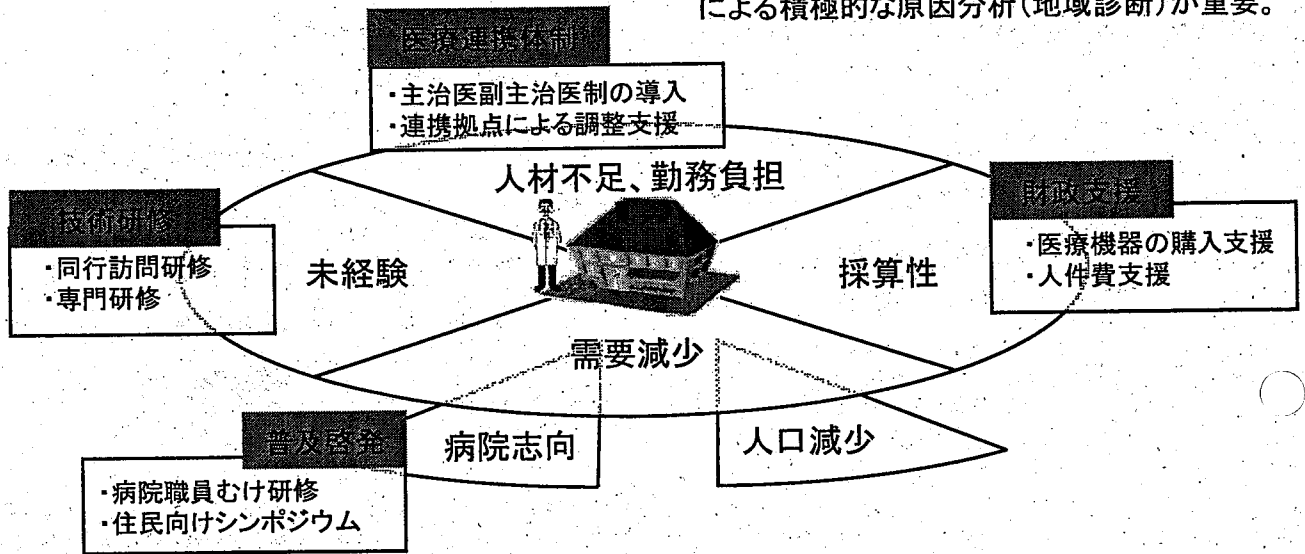
訪問診療を行っている診療所(人口10万人対)	2011年9月	2015年9月
	19.4 施設	→ 21.7 施設

富山県からの聞き取りに基づき、事務局作成

目標の内容	目標を設定した自治体数
在宅療養支援診療所の増加	24
訪問看護事業所の増加	19
在宅療養支援歯科診療所の増加	12
在宅医療(訪問診療、往診等)を実施する医療機関の増加	9

○在宅医療資源が増加しない要因は多様であり、要因に合った対策を講じることが重要。

○増加しない要因は、公的統計(指標)の結果だけでは判断しきれない。都道府県や市町村による積極的な原因分析(地域診断)が重要。



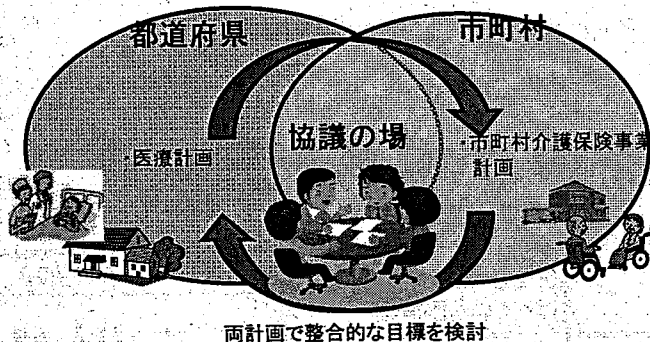
## 在宅医療の体制

### 【概要】

- 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
- 多様な職種・事業者を想定した取組み、市町村が担う地域支援事業と連携した取組みなど、より効果的な施策を実施する。

### 実効的な整備目標の設定

- 医療サービスと介護サービスが、地域の实情に応じて補完的に提供されるよう、都道府県や市町村関係者による協議の場を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。
- ※ 例えばサービス付き高齢者向け住宅等の整備等に関する計画や療養病床の動向など在宅医療の提供体制を考える上で地域において留意すべき事項や、協議の進め方について、今後、国において整理し、都道府県に示していく。



### 多様な職種・事業者を想定した取組

- 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。
- (例) 地域住民に対する普及啓発
- ・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
- ・効果的な施策の推進(医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定等)



### 地域支援事業と連携した取組

- 医師会等と連携し、また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。
- (効果的な施策の推進) 係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携



# ■在宅医療・訪問看護ハイレベル人材養成事業

平成27年度予算 11百万円  
平成28年度予算 16百万円

## 趣旨、事業概要

地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層活発化することが見込まれる。国において、将来の講師人材の不足や質の格差などの問題に対処し、地域の取組を財政面以外でも支えていくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を育成する。

## 事業概要

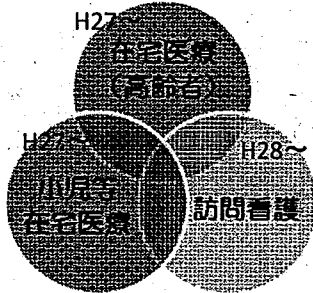
医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児向け在宅医療」と、看護師を対象とした「③訪問看護」の3つの分野ごとに、研修プログラム作成や全国研修を実施する。

### 国（関係団体、研究機関、学会等）

#### ◆研修プログラムの開発

・ 職能団体、学会、研究機関等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。

・ プログラムは、在宅医療の主要な3分野に特化して構築。それぞれのプログラムの相互連携も盛り込む。

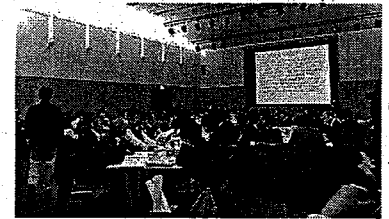


#### ◆全国研修の実施

・ 開発したプログラムを活用し全国研修を実施。

・ 受講者が、地域で自治体と連携しながら人材育成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍することを期待。

\* 全国研修の様子(平成27年度)



#### \* 27年度の全国研修の状況

##### <高齢者向け在宅医療>

日時：平成28年1月17日  
於：日本医師会館大講堂  
約280名の医師が参加

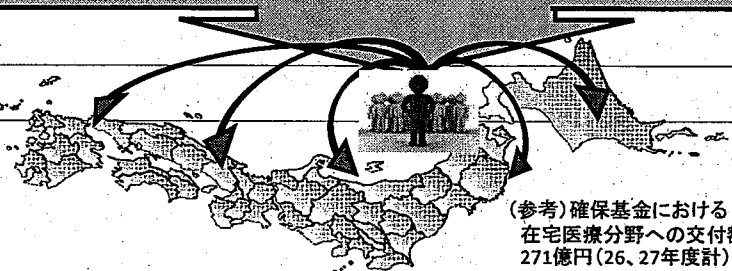
##### <小児向け在宅医療>

日時：平成28年2月7日  
於：国立成育医療研究センター  
約140名の医師が参加

※訪問看護分野は平成28年度より実施予定

### 都道府県・市町村

地域医療介護総合確保基金等を活用し、在宅医療に係る人材育成を実施



(参考) 確保基金における在宅医療分野への交付額 271億円(26、27年度計)

## 「全国在宅医療会議」の設置

○平成28年7月6日に、在宅医療に関わるサービス提供者、学会、行政の代表者で構成する「全国在宅医療会議」の第1回会議を開催。今後、産官学が連携し、国民の視点に立った普及啓発策等について議論を進める。

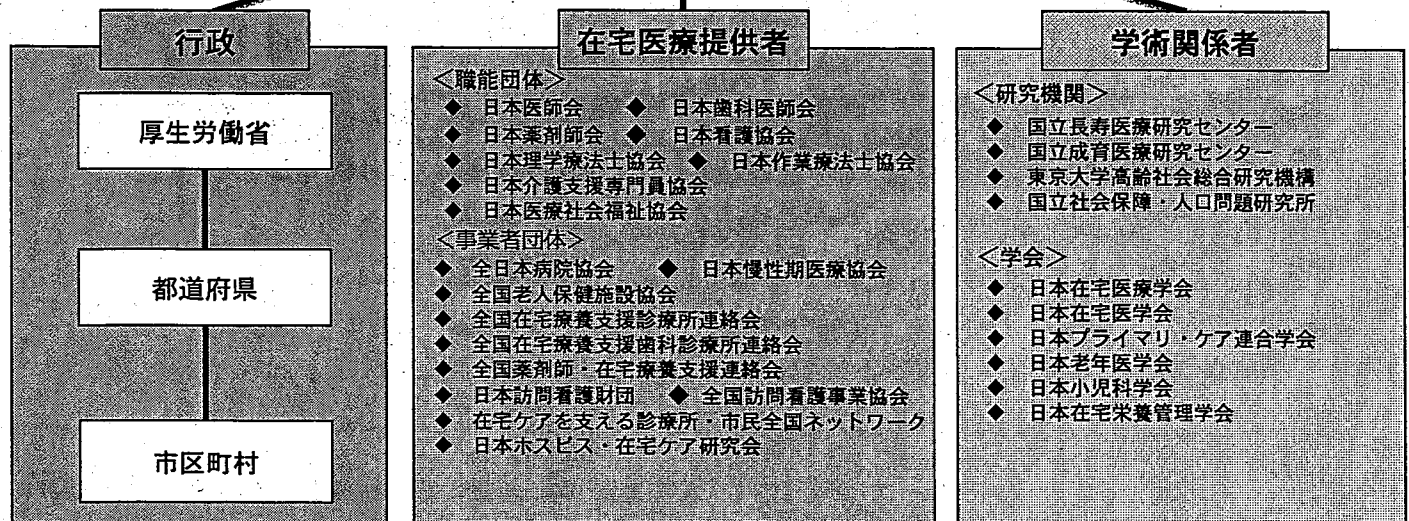
### ■全国在宅医療会議の目的

地域包括ケアシステムを支える在宅医療の推進を目的として、全国レベルで在宅医療提供者、学術関係者、行政が、それぞれの知見を相互に共有し、連携して実効的な活動をしていくための基本的な考え方を共有する。

#### <基本的な考え方(案)>

1. 在宅医療に係る対策を実効性のあるものとして推進するため、必要な協力体制を構築し、関係者が一体となって対策を展開する。
2. 在宅医療の普及の前提となる国民の理解を醸成するため、国民の視点に立った在宅医療の普及啓発を図る。
3. エビデンスに基づいた在宅医療を推進するため、関係者の連携によるエビデンスの蓄積を推進する。

## 全国在宅医療会議





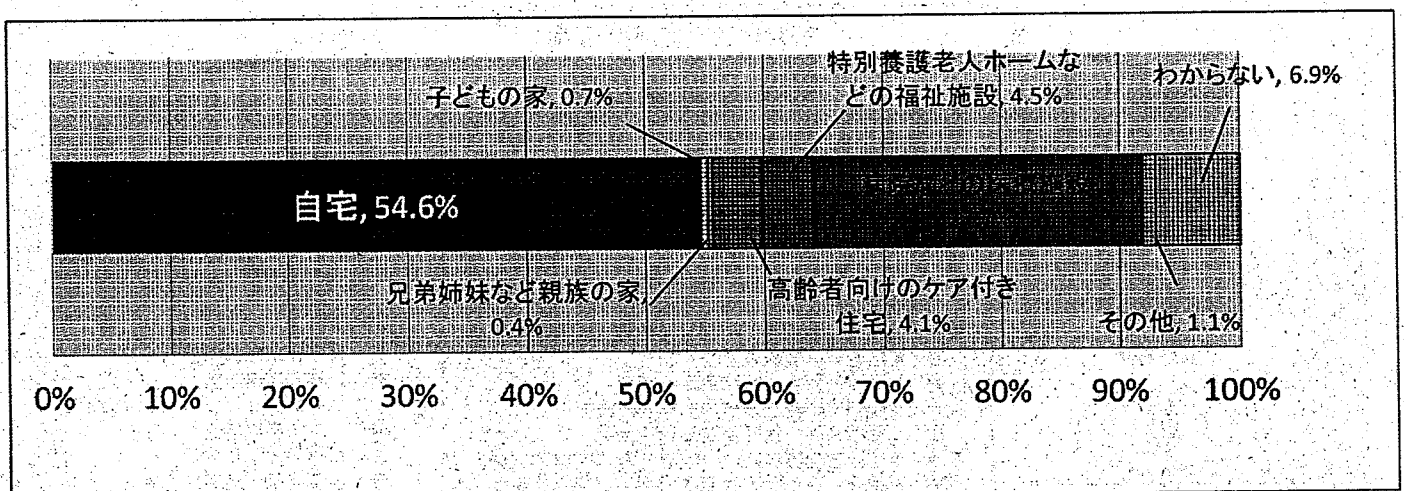
## 6 人生の最終段階の医療について

63

### 最期を迎えたい場所について

- 最期を迎えたい場所について、「自宅」が54.6%で最も高く、「病院などの医療施設」が27.7%、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」は4.5%となっている。

#### ■ 治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか (n=1,919人)

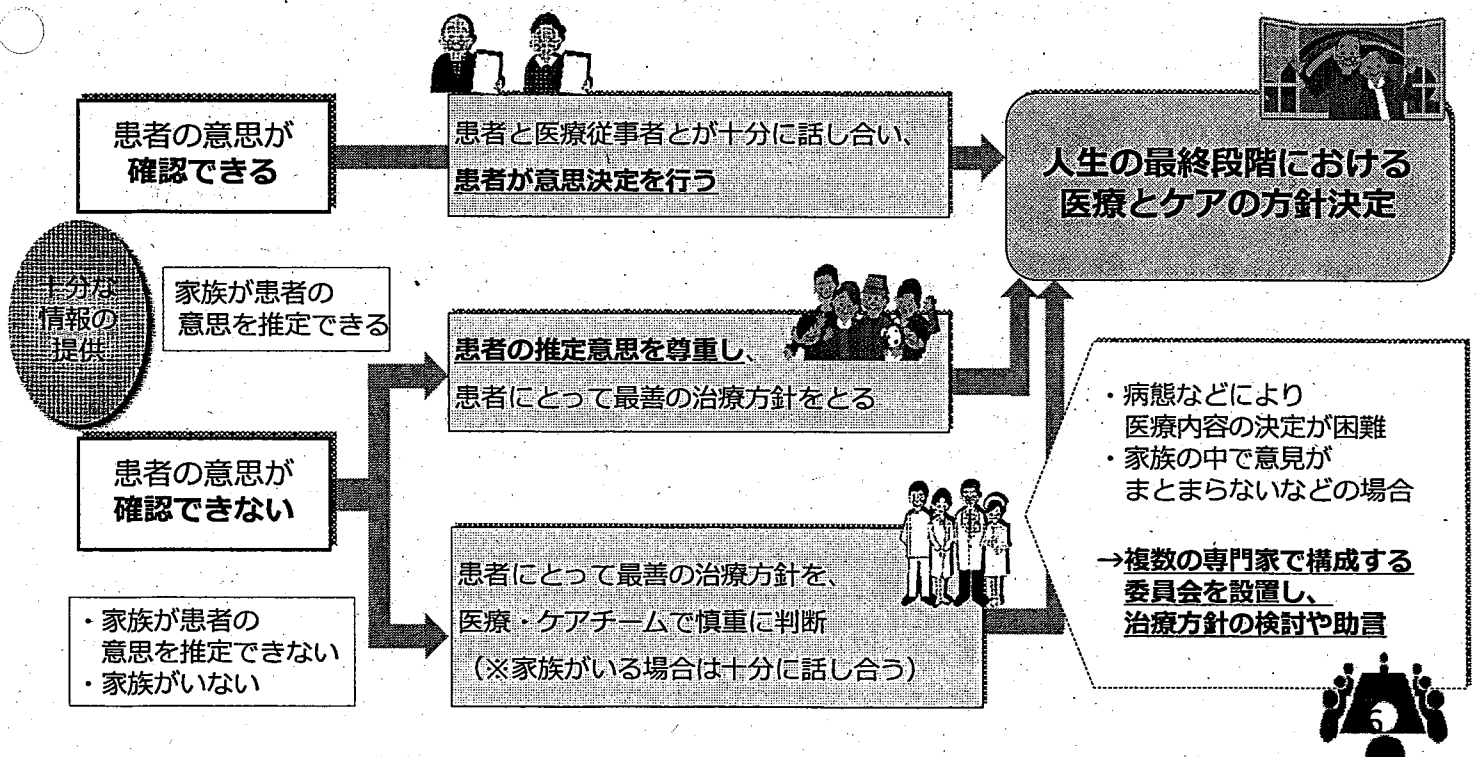


## これまでの検討経緯

開催時期	検討会名	座長	主なテーマ	調査手法
昭和62年度 ～平成元年度	末期医療に関するケアの在り方の検討会	森岡恭彦(東京大学医学部教授(当時))	末期医療の現状・施設、在宅での末期医療 末期医療のケア・一般国民の理解	文献調査
平成4年度 ～平成5年度	末期医療に関する国民の意識調査等検討会	垣添忠生(がんセンター中央病院院長(当時))	・末期医療に対する国民の関心 ・苦痛を伴う末期状態における延命治療 ・患者の意思の尊重とリビング・ウィル ・尊厳死と安楽死	アンケート調査
平成9年度 ～平成10年度	末期医療に関する意識調査等検討会	末列恵一(済生会中央病院院長(当時))	末期医療における国民の意識の変化 国民と医療従事者との意識を通じて見た末期医療 適切な末期医療の確保に必要な取り組み	アンケート調査
平成14年度 ～平成16年度	終末期医療に関する調査等検討会	町野朔(上智大学法学部教授)	・患者に対する説明と終末期医療の在り方 ・末期状態における療養の場所 ・癌疼痛療法とその説明 ・終末期医療体制の充実	アンケート調査
平成18年度 ～平成19年度	終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会	樋口範雄(東京大学大学院法学政治学研究科教授)	「尊厳死」のルール化の議論が高まったことを受けて、コンセンサスの得られる範囲に限定したルール作り 〔終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン〕	—
平成20年度 ～平成22年度	終末期医療のあり方に関する懇談会	町野朔(上智大学法学部教授)	・終末期医療の決定プロセスの充実 ・患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差 ・終末期医療体制の整備と医療福祉従事者に対する知識の普及 等	アンケート調査
平成24年度 ～平成25年度	終末期医療に関する意識調査等検討会	町野朔(上智大学法学部教授)	人生の最終段階における医療に関して国民が考える機会の確保 人生の最終段階における医療提供体制の整備(ガイドラインの活用、医療福祉従事者の資質向上)	アンケート調査

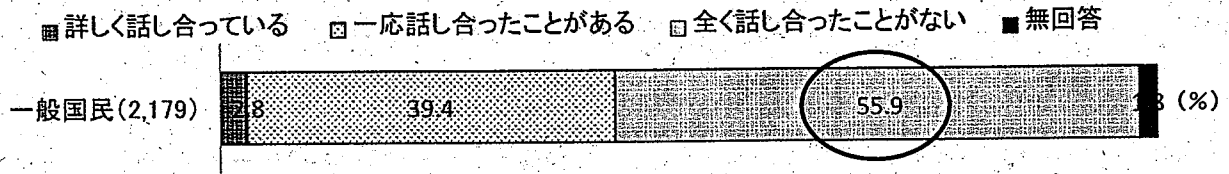
## 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」 方針決定の流れ(イメージ図)

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則

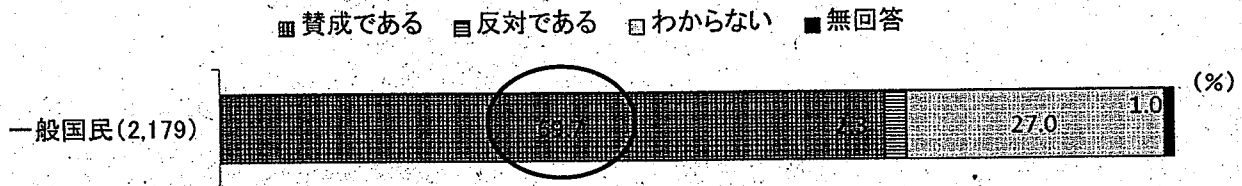


家族との話し合い状況、意思表示の書面に関する賛否等  
 <人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）>

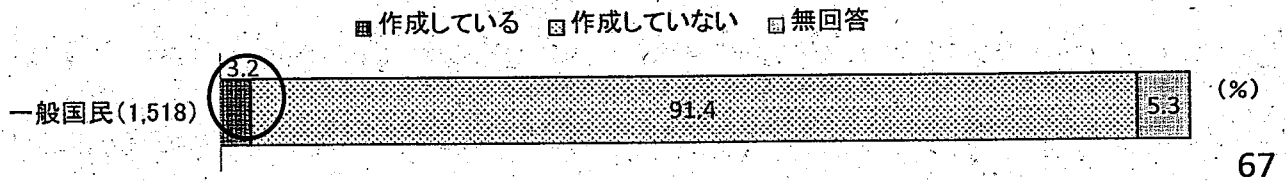
■ 人生の最終段階における医療について家族と話し合ったことがある者の割合



■ 意思表示の書面をあらかじめ作成しておくことへの賛否



■ 意思表示の書面の作成状況 (意思表示の書面の作成に「賛成」と回答した者)

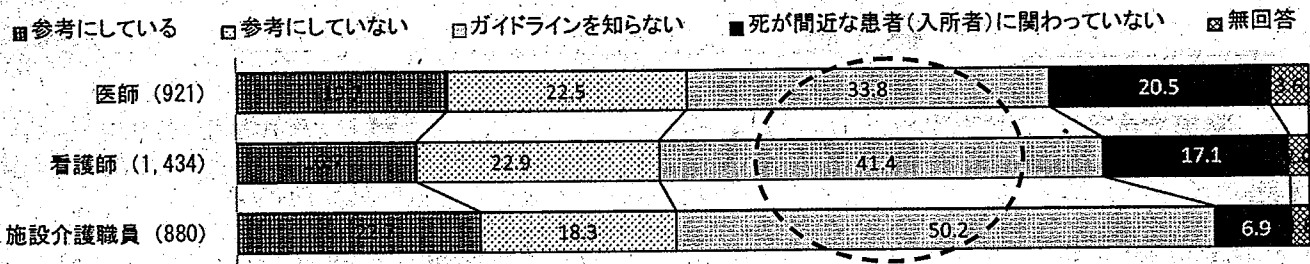


国及び学会等のガイドラインの利用状況

<人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）>

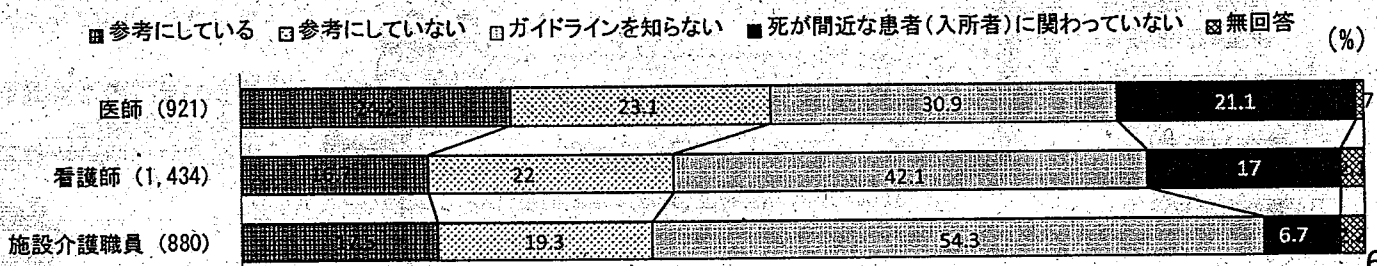
■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況

□ ガイドラインを参考にしている割合は約2割で、施設介護職員がもっとも高かった。一方、ガイドラインを知らないと回答した者は医師3割、看護師4割、施設介護職員5割であった。



■ 学会等のガイドラインの利用状況

□ 学会等のガイドラインを参考にしている割合は約2割で、医師がもっとも高かった。一方、ガイドラインを知らないと回答した者は医師3割、看護師4割、施設介護職員5割であった。





# 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書の概要 (平成26年3月)

## 5 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果の概要

【調査時期】平成25年3月 【調査方法】郵送調査

【調査対象】(回収数/配布数)

一般国民(2,179/5,000)、医師(921/3,300)、看護職員(1,434/4,300)、施設介護職員(880/2,000)、施設長(1,488/4,200)

- ① 自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療についての家族と話し合いについて、「全く話し合ったことがない」が一般国民の56%。
- ② 自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて70%が賛成していたが、実際に作成しているのは3%。(国民)
- ③ 自分で判断できなくなった場合に備えて、家族等の中から、自分に代わって判断してもらう人をあらかじめ決めておくことについて、63%が賛成。
- ④ 希望する療養場所について、居宅を希望する割合は、状態像によって10~72%。(国民)
- ⑤ 希望する治療方針は、状態像によって差があるが、概ね「肺炎にもかかった場合の抗生剤服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」は希望する割合が高く、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」は57~78%が希望しない。(国民)
- ⑥ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしているかどうかについて、医療福祉従事者の職種によって34~50%が「ガイドラインを知らない」と回答。
- ⑦ 施設の職員に対する人生の最終段階における医療に関する教育・研修は、施設の種別によって28~56%で実施。



## 5 まとめ

### ◆ 国民が人生の最終段階における医療に関して考えることができる機会の確保

人生の最終段階における医療に対する国民の関心や希望はさまざまであり、こうした思いを支えることができる相談体制やそれぞれのライフステージに適した情報提供等により、国民が主体的に考えることができる機会を提供することが重要である。

### ◆ 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療の提供体制の整備

厚労省ガイドラインの普及活用促進、医療機関等における複数の専門家からなる倫理委員会の設置、医療福祉従事者の資質向上のための研修の実施等により、本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療の提供体制を整えることが必要である。

### ◆ 「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」への名称変更

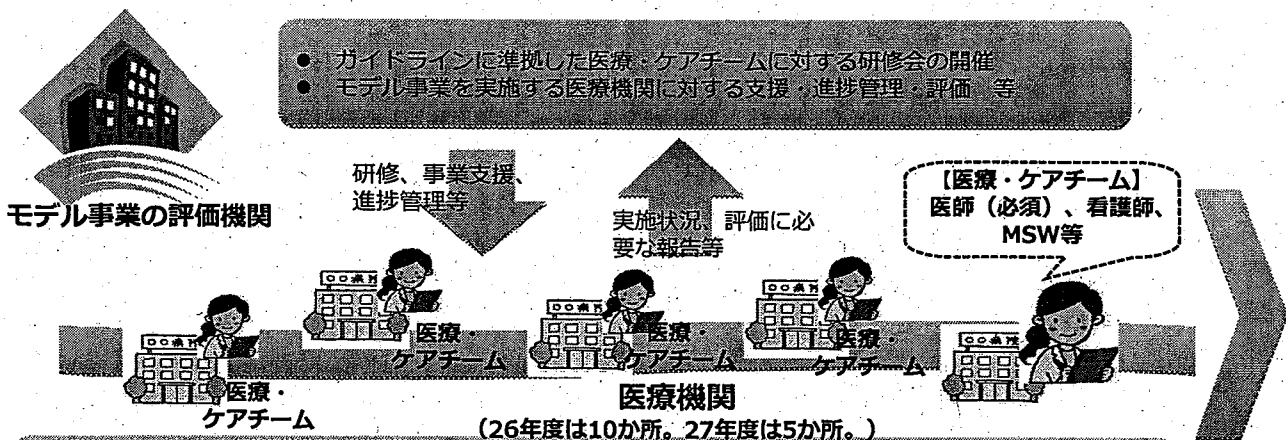
最期まで本人の生き方(=人生)を尊重した医療およびケアの提供について検討することが重要であることから変更した。69

## 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組 人生の最終段階における医療体制整備事業

平成26年度予算 54百万円 10か所  
平成27年度予算 32百万円 5か所

### 【背景・課題】

- 人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として、進めることが重要。
- このため、平成19年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定し、周知を図っているが、医療従事者に十分認知されているとは言えない状況である中※、人生の最終段階における医療に係るより充実した体制整備が求められている(社会保障制度改革推進法、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律)。※平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査



人生の最終段階における医療に関する適切な相談体制のあり方を検討

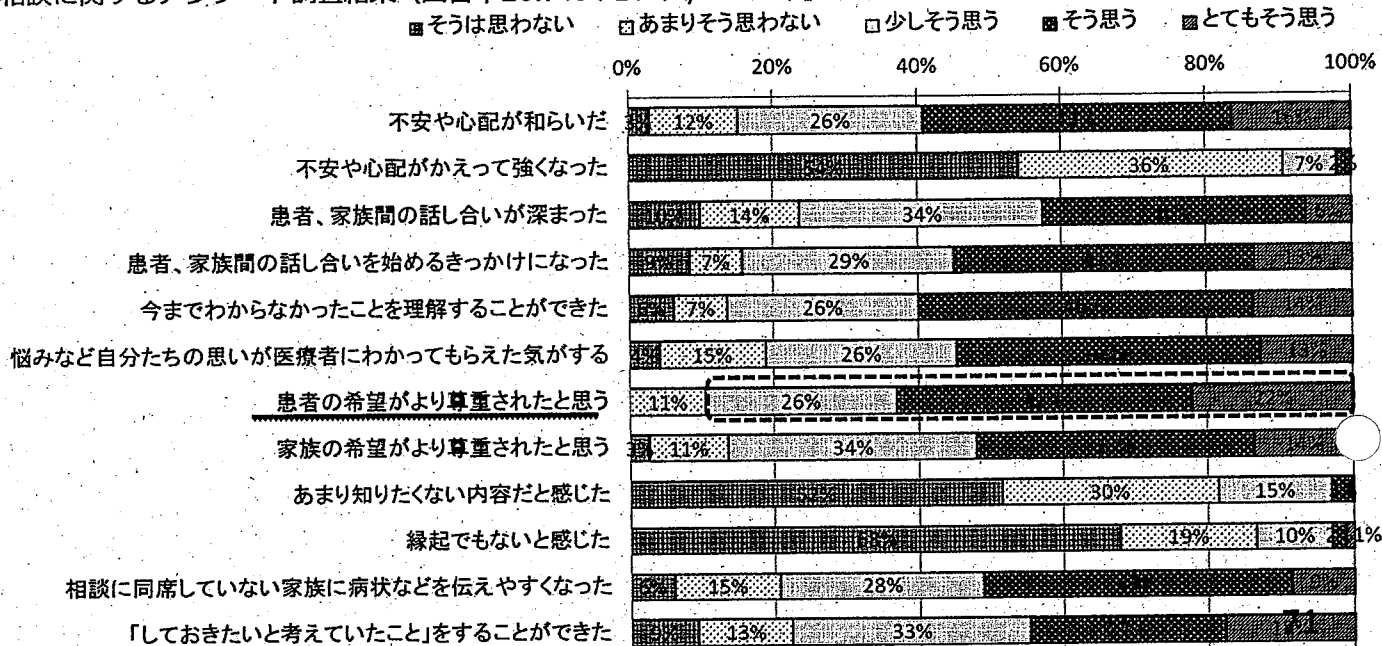
- 人生の最終段階における医療に係る相談にのる医療・ケアチームを配置する。(医療・ケアチームのメンバーは評価機関が開催する研修会を受講する。)
- 相談員は患者からの相談に応じるとともに、必要に応じて関係者の調整を行う。
- 医療内容の決定が困難な場合は、複数の専門職種からなる倫理委員会を設置する。
- 事業実施においては、研究機関と連携するとともに、事業の評価に必要な報告等を行う。



# 人生の最終段階における医療にかかる相談に対する患者の満足度

- 相談を受けた患者へのアンケート調査によると、「**患者の希望がより尊重されたと思う**」と回答した者が89%に達した。（「とてもそう思う」「そう思う」「少しそう思う」の合算）  
次に多かったのは、「**家族の希望が尊重されたと思う**」（86%）と「**今まで分からなかったことを理解することができた**」（86%）であるが、不安軽減や家族間の話し合いにも役に立っている。
- 一方で、「あまり知りたくない内容だと感じた」と評価する者も存在し、患者の心の準備状態に沿った相談支援を行うことが重要である。

【相談に関するアンケート調査結果（回答率26.7%：106人/397人中）】



## 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組 人生の最終段階における医療体制整備事業

平成28年度予算  
61百万円

### 【背景・課題】

- 高齢化が進展し、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療のあり方が大きな課題となる。
- 人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが重要であり、厚生労働省では、こうした合意形成のプロセスを示す「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」（平成19年策定、平成26年改称）を策定し、周知を図ってきた。
- しかしながら、平成25年の調査によれば、当該ガイドラインは医療従事者に十分認知されているとは言えず、人生の最終段階における医療に関する研修も十分に行われていない状況である。

### 【事業内容】

- 平成26、27年のモデル事業の成果を踏まえ、国において、人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる医療・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国展開することで、患者の相談体制の基盤を強化する。

H26～27年度  
試行事業（15医療機関）

H28年度  
全国の主要都市で人材育成研修を実施

15か所の医療機関に、患者の相談に乗る医療・ケアチームを配置

試行事業で医療・ケアチーム研修の効果を確認

- ・ 医療機関の相談対応力の向上
  - ・ 患者家族の満足度の向上
- ⇒全国普及のための事業へ

### 【事業概要】

- ・ 全国の主要都市で研修を実施
- ・ 200以上の医療機関での医療ケアチーム養成を目標とする。

### 【ポイント】

- ・ 医療機関単位（チーム単位）で研修に参加させることで、現場で即効的な対応が可能
- ・ 研修修了者に伝達研修を行うよう求め、また関係学会等とも連携・協力しながら研修を実施することで、横展開を推進



開始時刻	終了時刻	所要時間	項目	内容
9:05	9:10	5	イントロダクション	「人生の最終段階における医療体制整備事業」について 本研修の目標(知識・技術・態度)
9:10	9:25	15	アイスブレイキング	アイスブレイキング
9:25	10:10	45	講義1	臨床における倫理の基礎
10:20	11:15	55	導入	倫理的な問題を含む事例検討の導入
11:15	11:40	25	講義2-a	合意形成を行う上での手順 意思決定プロセス及びガイドライン
11:40	12:10	30	講義2-b	合意形成を行う上での手順 現場での実践
13:10	13:55	45	講義3	ケアの目的と合意形成を行う上での根拠
13:55	14:40	45	ロールプレイ1	もしも、のときについて話し合いを始める
14:40	15:15	35	ロールプレイ2	代理決定者を選定する
15:25	16:05	40	講義4	意思決定に関連する法的な知識
16:05	16:55	50	講義5	各論 総論(急変時の対応 人工呼吸器 人工栄養)
17:05	17:40	35	ロールプレイ3	療養生活での不安・疑問・大切なことを尋ねる
17:40	18:15	35	ロールプレイ4	治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する 代理決定者の裁量権を尋ねる
18:15	18:35	20	講義6	意思を引き継ぐこと 希望をつなぐ連携

開始時刻	終了時刻	所要時間	項目	内容
9:00	9:10	10	振り返り	
9:10	9:45	35	ロールプレイ5	代理決定者と、患者の治療の開始・差し控え・終了について話し合う
9:45	10:15	30	ロールプレイ6	治療の開始・差し控え・終了について話し合う
10:25	11:25	60	スモールグループ ディスカッション1	医療者同士の価値観 コミュニケーション
11:35	12:35	60	スモールグループ ディスカッション2	相談員自身の振り返り
13:35	14:35	60	未来の計画	Charting the Future
14:35	14:50	15	修了式	

[http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/kensyu/2014leader01\\_doc.html](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/kensyu/2014leader01_doc.html) で資料と動画を公表

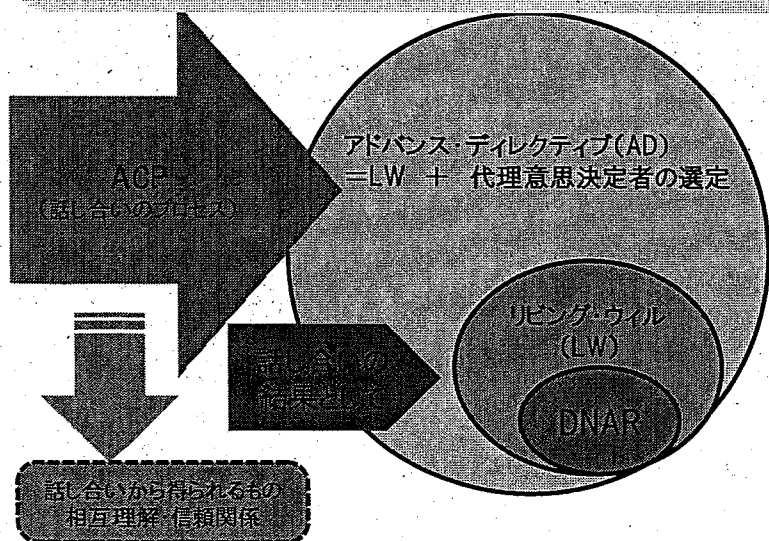
ご活用ください!



## ACP、AD、LW、DNARの関係

アドバンス・ディレクティブ(AD)、リビング・ウィル(LW)、DNARは基本的に文書として表されることが目的。それに比べ、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は、話し合いのプロセス自体を指す。

(AD、ACPのいずれも、意思表示が難しい状態となった場合に、患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている。ACPで話し合われる内容はADと変わらない。大きな違いは、事前指示書(AD)に焦点が当たっているのか、話し合いのプロセス(ACP)に焦点が当たっているのかということ。)



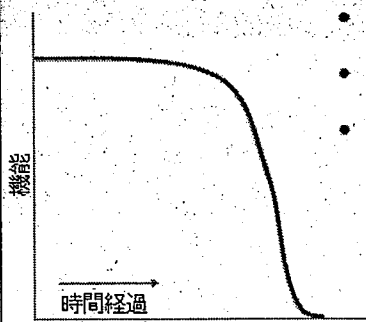
### アドバンス・ディレクティブ(AD)事前指示:

意思決定能力が低下・消失した時に備えて、予め以下のことについての意向を指示しておくこと

- 代理意思決定者
- リビング・ウィル(LW)  
してほしい/してほしくない治療・ケア
- DNAR  
特に生命維持治療に関する意向
  - ・人工呼吸器
  - ・心臓マッサージ
  - ・人工栄養など

# いつ、誰に、誰が行うのか？

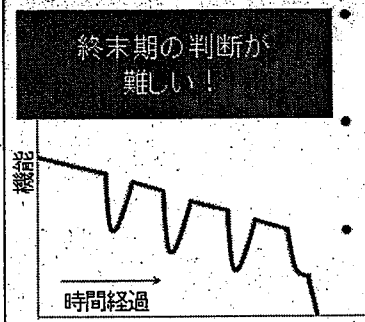
## がんの疾患軌跡



- 全身の機能は比較的良好に保たれた期間が続く
- 死亡前1~2ヶ月で、急速に状態が悪化する
- 予後の予測が比較的容易

Lynn, Rand Health 2008: p.8

## COPDや心不全の疾患軌跡

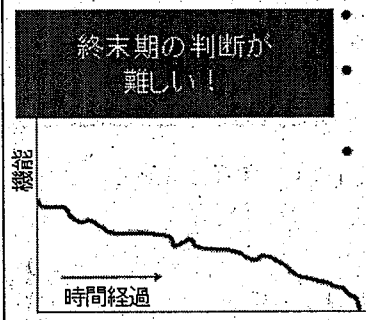


終末期の判断が難しい！

- 肺炎をはじめとした感染症の発症などによる急激な悪化と改善を繰り返しながら徐々に状態が悪化する
- 急激な変化が起こったときに、それが改善可能な変化であるのかどうかの判断が難しい
- 死亡直前は比較的急速に変化する

Lynn, Rand Health 2008: p.8

## 認知症や加齢による衰弱の疾患軌跡



終末期の判断が難しい！

- 全身の機能が低下した時間が長く続く
- 全体的にゆるやかな低下が続き、死亡まで機能が低下していく
- そもそもいつからが終末期なのか不明瞭

Lynn, Rand Health 2008: p.8

### ◆ 早すぎるACPは望んでいない

- ・病状の悪化や大きな身体機能の低下があった時
- ・治療の変更時
- ・早すぎると利益より害が多い
- ・複数に分けて、適切な時期に適切な話題を

Johnson S. Psycho-Oncology 2015

### ◆ 患者は医師とのACPを望む

- ・自分を最もよく知っている医師

- オンコロジスト
- 担当医
- 家庭医

Dow LA. J Clin Oncol. 2010.

## 歴史的変遷

### The SUPPORT study

- ・米国で行われた、9000名の患者を対象とした臨床試験
- ・熟練した看護師が病状理解を確かめ、AD(どのような治療を受けたいか、延命治療の希望など)を聴取。その情報を医師に伝えた
- ・集中治療室の利用、DNR取得から死亡までの日数、疼痛やつらさ、患者の希望したことの遵守、医療コスト、患者・家族の満足度に差異は見られなかった

## 書類があっても役立たない？ ADからACPへ

### アドバンス・ディレクティブ (AD)

- ◆ 代理意思決定者の選定

- ◆ リビングウィル (LW)

### アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

#### 【ACPの効能】

- ・患者の自己コントロール感が高まる
- ・死亡場所との関連(病院死の減少)
- ・代理決定者-医師のコミュニケーションが改善
- ・より患者の意向が尊重されたケアが実践され
- ・患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少

#### 【ADの限界】

代理意思決定者が、事前に患者や医療従事者と患者のADの内容やその背景、理由などについて十分話し合っていないために、ADに沿った意思決定ができない。



患者の意思が確認できない場合に、患者の考えや価値が共有されていることによって、患者の意思を推定する際の貴重な道しるべになる。



# 人生の最終段階における医療の体制整備

## 【対応方針】

- 人生の最終段階における医療については、患者・家族に十分に情報が提供された上で、これに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本として行われることが重要である。
- 国はこれまで、医療機関で行う相談支援に着目し、
  - ・ 患者・家族と医療従事者が、最善の医療やケアについて話し合うプロセスを示すガイドラインを策定し、
  - ・ 医療機関において患者の相談に対応する医療ケアチーム（医師、看護師等）の育成事業を実施
- 今後、人生の最終段階における医療の体制をさらに充実するため、入院や在宅療養の前段階など、死が差し迫った状況となる前からの幅広い場面をターゲットとした取組を拡充していく。

## 外来通院や医療機関以外の場面における取組 (今後拡充する取組)

### ◆住民向けの普及啓発ツールの作成（※既存の研修事業を拡充して対応）

・人生の最終段階における医療について、通院患者や住民に提供すべき内容の検討、情報の標準化。

・例えば、通院患者に対しての外来での説明や市民講座での普及・啓発等、重症となる前からの幅広い対象者を想定し、わかりやすい情報提供を目指す。

### ◆在宅医療・救急医療連携セミナー（※新規）

・居宅や介護施設等で療養する高齢者の救急搬送件数は年々増加。  
・患者の意思に反した医療処置や搬送が行われることのないよう、救急医療機関、消防機関、在宅医療機関などが、患者の意思を情報共有するための連携ルール等の策定を支援。

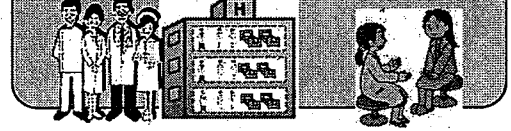
## 主に入院や在宅療養の場面における医療機関の取組(既存の取組)

### ◆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【H19】

・医療機関が実践すべきプロセスを示す指針

### ◆医療・ケアチーム育成のための全国研修【H26～】(継続)

・平成26、27年度にモデル事業として15チーム  
・平成28年度は200チーム以上の育成を想定した全国研修を実施(10月以降を予定)



### ◆人生の最終段階における医療に係る検討会の実施【H29～】

・昭和62年～概ね5年毎に調査、検討会を実施。人生の最終段階における医療や在宅医療の推進に資する基礎データを収集し、検討を予定。