

参 考

- 介護保険事業運営に当たっての留意事項
- 計画において具体の記載又は作業を要する内容

基本指針の構成について

社会保障審議会
介護保険部会(第91回)

令和2年7月27日

資料2-1
(一部改変)

市町村	都道府県	見直しの方針案
(一)被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組及び目標設定	(一)市町村が行う、被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組への支援に関する取組及び目標設定	○要介護(支援)者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載【市(P45)・県(P80)】 ●地域リハビリテーション体制の重要性を記載【市(P44)・県(P80)】 ●具体的な取組の例示として、「就労的活動」について記載【市(P43)】 ●総合事業に係る都道府県による継続的な市町村支援について記載【県(P80)】 ●就労的活動支援コーディネーターを追記【市(P44)】 ●要介護高齢者も総合事業を利用することが可能であることに留意【市(P44)】
(二)介護給付の適正化への取組及び目標設定	(二)市町村が行う、介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定	●第8期からの調整交付金の算定に当たって介護給付の適正化事業の取組状況を勘案することを記載【市(P45)・県(P80)】 ●2040年に向けた老人福祉圏域内の施設整備の調整の重要性を記載【県(P81)】
	4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整	
	5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保	
三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項	三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項	
1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項	1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項	
(一)在宅医療・介護連携の推進	(一)在宅医療・介護連携の推進	○在宅医療・介護連携の推進について、市町村による看取りに関する取組や、地域における認知症の方への対応力を強化していく観点からの取組等の重要性や都道府県による関係団体との連携体制構築のための支援の重要性について記載【市(P46)・県(P82)】
()高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	()高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	■高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施についての項を新設 ○高齢者に対する保健事業と介護予防の一体的な実施に関する具体的な取り組み(支援)方針を記載【市(P47)・県(P83)】
(二)認知症施策の推進 ↓新項目として別に記載	(二)認知症施策の推進 ↓新項目として別に記載	
(三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進	(三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進	●具体的な取組の例示として、「就労的活動」等について記載【市(P48)・県(P83)】 ○交通担当部門との連携について記載【市(P49)】

在宅医療・介護連携推進事業に関連する箇所のみ抜粋

社会保障審議会 介護保険部会(第91回)	資料2-2 (一部抜粋)
令和2年7月27日	

基本指針(案)について(新旧案)

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項..... 4 一 地域包括ケアシステムの基本的理念..... 4 1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進..... 4 2 介護給付等対象サービスの充実・強化..... 8 3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備..... 8 4 日常生活を支援する体制の整備..... 10 5 高齢者の住まいの安定的な確保..... 10 二 二千二十五年及び二千四十年を見据えた目標..... 12 三 医療計画との整合性の確保..... 12 四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進..... 14 五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業..... 14 六 介護に取り組む家族等への支援の充実..... 17 七 認知症施策の推進..... 17 八 高齢者虐待の防止等..... 19 九 介護サービス情報の公表..... 19 十 効果的・効率的な介護給付の推進..... 21 十一 都道府県による市町村支援並びに都道府県、市町村間及び市町村相互間の連携..... 21 十二 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進..... 24 十三 保険者機能強化推進交付金等の活用..... 24 十四 災害・感染症対策に係る体制整備..... 26 第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項..... 26 一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項..... 26 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等..... 26 2 要介護者等地域の実態の把握..... 27 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備..... 29 4 二千二十五年及び二千四十年の推計並びに第八期の目標..... 32 5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表..... 33 6 日常生活圏域の設定..... 33 7 他の計画との関係..... 34 8 その他..... 38 二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項..... 39 1 日常生活圏域..... 39 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み..... 39 3 各年度における地域支援事業の量の見込み..... 42 4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組及び目標設定..... 43 三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項..... 46 1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項..... 46 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策..... 51 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策..... 53 4 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項..... 55	5 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項..... 57 6 認知症施策の推進..... 60 7 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数..... 62 8 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項..... 62 9 市町村独自事業に関する事項..... 62 10 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項..... 64 11 災害に対する備えの検討..... 64 12 感染症に対する備えの検討..... 64 第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項..... 64 一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項..... 64 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等..... 64 2 要介護者等の実態の把握..... 66 3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備..... 66 4 市町村への支援..... 68 5 二千二十五年及び二千四十年の推計並びに第八期の目標..... 69 6 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表..... 71 7 老人福祉圏域の設定..... 71 8 他の計画との関係..... 72 9 その他..... 76 二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項..... 77 1 老人福祉圏域..... 77 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み..... 77 3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定..... 79 4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整..... 81 5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保..... 81 三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項..... 81 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項..... 81 2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項..... 86 3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項..... 86 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項..... 90 5 認知症施策の推進..... 90 6 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数..... 93 7 介護サービス情報の公表に関する事項..... 93 8 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項..... 95 9 災害に対する備えの検討..... 95 10 感染症に対する備えの検討..... 95 第四 指針の見直し..... 96
--	---

改正(案)

現行(旧)

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念

3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備

地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制は在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築のため、国又は都道府県の支援のもと、市町村が主体となって地域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進することが重要である。

今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、市町村は、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応力強化、感染症や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療及び介護の提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）を推進するための体制の整備を図ることが重要である。

そのために、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士若しくは作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士又は歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要であり、市町村が、主体となって、医療及び介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図ることが重要である。その際には、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にするとともに、取組を総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項

(一) 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携の推進により、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みを構築し、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、医療計画に基づく医療機能の分化と併行して、市町村が主体となって、日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させることが重要である。市町村は、地域の医師会等の協力を得つつ、在宅医療・介護連携を計画的かつ効果的に推進するため、各地域においてあるべき在宅医療・介護提供体制の姿を共有した上で、在宅医療・介護連携推進事業の具体的な実施時期や評価指標等を定め、PDCA

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念

3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備

地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制は在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、国又は都道府県の支援のもと、市町村が主体となって地域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進することが重要である。

今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、市町村は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において、地域における在宅医療及び在宅介護の提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）を推進するための体制の整備を図ることが重要である。

そのために、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士若しくは作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士又は歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要であり、市町村が主体となって、医療及び介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携の推進を図ることが重要である。

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項

(一) 在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携の推進により、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、医療計画に基づく医療機能の分化と併行して、市町村が主体となって、日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させることが重要である。市町村は、地域の医師会等の協力を得つつ、在宅医療・介護連携を計画的かつ効果的に推進するため、以下の事業内容に関し具体的な実施時期等を定めることが重要である。

改正(案)

サイクルに沿って取組を推進していくことが重要である。また、推進に当たっては、看取りに関する取組や、地域における認知症の方への対応力を強化していく観点からの取組を進めていくことが重要である。さらに、感染症や災害時においても継続的なサービス提供を維持するため、地域における医療・介護の連携が一層求められる中、在宅医療・介護連携推進事業を活用し、関係者の連携体制や対応を検討していくことが望ましい。

なお、市町村は、地域住民に対して、医療及び介護サービスについて理解を深めてもらえるよう、的確な情報提供及びわかりやすく丁寧な説明を行っていくことや関連施策との連携を図っていくことが重要である。

現行(旧)

なお、市町村は、地域住民に対して、医療及び介護サービスについて理解を深めてもらえるよう、的確な情報提供及びわかりやすく丁寧な説明を行っていくことが重要である。

イ 地域における在宅医療及び介護に関する情報の収集、整理及び活用を行う事業

ロ 医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者(以下「医療・介護関係者」という。)により構成される会議の開催等を通じて、在宅医療・介護連携に関する課題の把握及びその解決に資する必要な施策を検討する事業

ハ 医療・介護関係者と共同して、在宅医療及び在宅介護が円滑に提供される仕組みの構築に向けた具体的な方策を企画及び立案し、当該方策を他の医療・介護関係者に周知する事業

ニ 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業

ホ 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

ヘ 医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携のために必要な知識の習得や当該知識の向上のために必要な研修を行う事業

ト 在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業

チ 他の市町村との広域的な連携に資する事業

改正(案)	現行(旧)
第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項 三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項 (一) 在宅医療・介護連携の推進 在宅医療の提供体制の充実に係る都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にした上で、在宅医療提供体制の基盤整備を推進することが重要である。 在宅医療・介護連携を推進し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制整備を支援するため、医療部局とも連携しながら、在宅医療をはじめとした広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析、在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置、都道府県として実施する在宅医療・介護連携の推進のための情報発信、好事例の横展開及び人材育成等の研修会の開催、市町村で事業を総合的に進める人材の育成、都道府県医師会等の医療・介護関係団体その他の関係機関との連携及び調整や市町村が地域の関係団体と連携体制を構築するための支援、入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携及び調整、小規模市町村が複数の市町村で共同事業を行う際の支援、保健所の活用を含めた市町村への広域連携が必要な事項に関する支援や、各市町村へのデータの活用・分析を含めた具体的な支援策を定めることが重要である。	第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項 三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項 (一) 在宅医療・介護連携の推進 在宅医療の提供体制の充実に係る都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にした上で、在宅医療提供体制の基盤整備を推進することが重要である。 在宅医療・介護連携を推進するために、在宅医療をはじめとした広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析、在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置、都道府県として実施する在宅医療・介護連携の推進のための人材育成等の研修会の開催、医療・介護関係団体との連携及び調整、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制整備への支援、入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携及び調整、小規模市町村が複数の市町村で共同事業を行う際の支援等、在宅医療・介護連携に関する都道府県医師会等との連携や保健所の活用を含めた市町村への具体的な支援策を定めることが重要である。

在宅医療・介護連携推進事業

【事例①】熊本県玉名市・玉東町・和水町・南関町・長洲町

—限られた人材で在宅医療・介護の体制整備—

医療・介護従事者の高齢化と人材不足の中、限られた資源を有効活用した、「誰もが気負わず関われる在宅医療」の実現を目指す取組

<たまな在宅ネットワーク>

■医師会に、専任のコーディネーターを配置し、以下の取組等を実施。

①医師不在時補完システム

主治医だけでなく他の医師も連携し、在宅生活を支える仕組みを構築。主治医不在時に対応が必要になった場合は、出来る範囲で対応可能な医師が対応。これにより、医師の在宅医療に参加するハードルを低下。

→ネットワーク加入の医療機関が6から36に増加。

②在宅医療資源紹介・仲介システム

在宅医療を希望する患者がいる場合に、在宅医療を支えるチームをつくるシステムを構築。地域の医師、訪問看護、介護支援専門員、ヘルパー、薬剤師等の手上げを受け、患者へ紹介しつながりを支援。

③多職種が情報共有・学びあえる場の設定

定例カンファレンスを開催し、「多職種を知る、一緒に向き合える、想いを共にする、共に成長する在宅医療ネットワーク」を強化

たまな在宅ネットワーク構成図



有志の集まり

機会均等
事情に応じて手をあげれる



在宅医療・介護連携推進事業

【事例②】滋賀県大津市 一入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境整備一

役割分担したエリア別在宅医療連携拠点による相談支援や連携の強化と、入退院支援ルール
の運用による入退院時から在宅療養まで安定して過ごせる環境の整備

<在宅医療連携拠点機能>

1つの拠点：全体総括

- ・保健所、医師会、歯科医師会、薬剤師会
拠点事業の方針決定、情報収集発信

3つの拠点：医療介護関係者への相談支援の中核

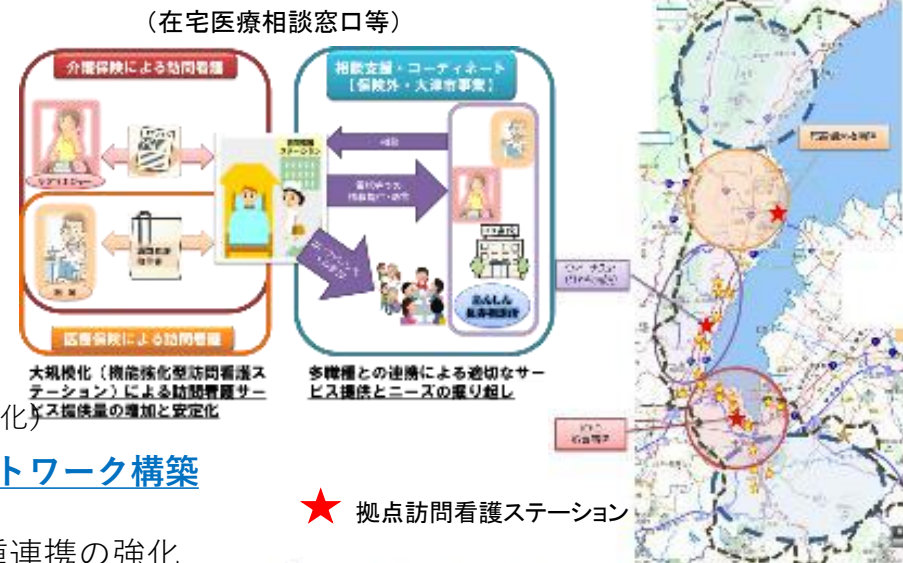
- ・医療機関に併設した訪問看護ステーションに
相談・支援機能を付加（委託事業）
⇒医療介護関係者からの相談対応
医療と介護の連携と訪問看護の体制の強化
（地域の訪問看護ステーション支援や24時間対応の強化）

7つの拠点：市民相談・啓発の中核、多職種ネットワーク構築

- ・あんしん長寿相談所、すこやか相談所
⇒市民からの相談対応・小地域における多職種連携の強化

<入退院支援連携>

- ・入退院支援ルール及び『大津保健医療圏域における病院と
ケアマネジャーの入退院支援の手引き』運用（R1改訂）
- ・入退院支援に関する情報交換会（2回／年）
- ・入退院支援に関する連携状況調査（1回／年）
- ・病院関係者・退院調整担当看護師会議



在宅医療・介護連携推進事業 【事例③】岩手県北上市 ―在宅チームケアで在宅看とり―

行政と医療機関が両輪となって、在宅医療と介護の連携拠点を整備。切れ目のない医療と介護の供給体制の構築し、在宅療養と看取りを強力に支援

＜在宅チームケアによる在宅看取りの取組＞

- 平成28年に、医療介護連携拠点として、医療機関に北上市在宅医療介護連携支援センターを設置。
- 患者の意向を尊重した意思決定支援研修会の実施（北上医師会共催・医療ケアチーム対象）
- 北上市独自の「わたしのきぼうノート（ライフプランニング/エンディングノート）」発行



- 「住み慣れた北上で看取りを考える市民の集い」の開催（北上医師会共催）



在宅医療・介護連携推進事業

【事例④】福井県 ―県下全ての市町における在宅ケア体制整備の展開―

在宅ケア体制整備を目指したモデル事業（平成22年）の成果を生かし、県下全ての市町で**地域の実情に応じた在宅ケア体制づくり**（24時間対応の在宅医療体制等）を拡大

<市町と地区医師会を中心とした体制整備>

- 平成22年から、他の地方都市のモデルとなるような在宅ケア体制整備を目指した研究事業を推進。
- 平成25年度から、全市町に、医療・介護の連携強化を図るコーディネーター（保健師または看護師）を育成・配置し、市町単位での体制づくりを推進。
- 平成26年度から、市町が在宅医療・介護連携推進事業の実施主体となり、地区の医師会等と協力して実施。県下に、研究事業で実施した在宅ケア体制モデルが展開できるよう、市町の取組を支援。



全县に展開するにあたってのポイントは、以下の3つ。

- ・ワンストップでの医療・介護サービスの提供（医療・介護の総合相談窓口の設置）
- ・多職種・機関とのスムーズな連携を図るためのICTによる患者情報の共有化
- ・地域の医療機関の連携による24時間対応の在宅医療

在宅医療・介護連携推進事業

【事例⑤】静岡県川根本町 ―地域の弱みを強みに変えた他施策との連携―

社会資源が少ない町で、昔ながらの「自助共助」を生かし、住民と力を合わせて「協働」の実現を目指す。地域包括ケアシステムと多職種連携チーム連携による協同事業体制の構築

～町立訪問看護ステーション立ち上げから認知症施策まで～

< 地域の実情に合わせた他（多）事業・多職種の連携 >

①在宅医療・介護連携の基盤の整備

- ・退院後に自宅に戻れない等の課題があり、町立で訪問看護ステーションを立ち上げ、在宅医療・介護連携体制の基盤を整備。

②認知症施策など他事業との効果的な連携

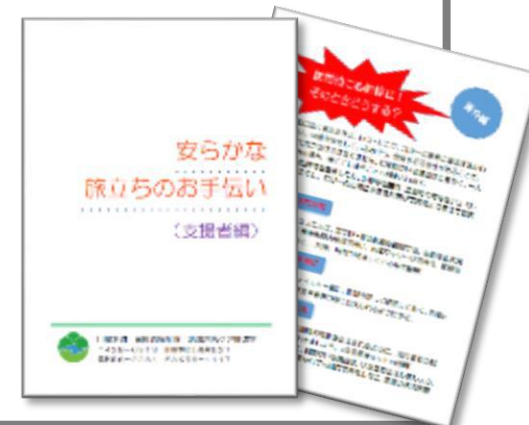
- ・介護予防教室では「認知症予防」と「在宅医療」を一緒に情報発信。
- ・ほとんどの会議の出席者は重複しているため、一度に効率的に開催。これにより全ての事業の共有・連携の意識が強化。
- ・県歯科医師会・県社会福祉士会で「認知症・虐待等チェックシート」を作成。歯科医院で認知症を疑う場合は、主治医へ速やかに連絡が可能。

③災害時などを含めた消防署や他部署との連携

- ・酸素ボンベや人工呼吸器のみではなく、電力が必要な医療・介護機器の利用者（介護用ベッド等）について把握し、防災担当部署と情報共有。
- ・終末期について、医師不在時の救急搬送の有無を消防署と事前協議。

④在宅での看取りの意識の醸成と支援体制の整備

- ・アンケート「あなたはどこで人生の終わりを迎えたいですか？」を実施。希望の少なかった限界集落の人が、往診・訪問看護等の説明により在宅看取りへの意識が醸成。
- ・「安らかな旅立ちのお手伝い（支援者編）」を作成し、「あわてず」「迅速な対応」出来るように、マニュアル化。
- ・介護保険認定調査時に人生の最終段階の意志決定について確認し、その書類をケアプランと共に関係する医療・介護従事者と共有。



在宅医療・介護連携推進事業

【事例⑥】島根県 ―病院と地域をつなぐ切れ目のない連携を目指して―

入退院時における病院等と居宅介護支援事業所・地域包括支援センター間の情報共有ルールを定める際のガイドラインを作成。異なる市町村での入退院や二次医療圏をまたぐ入退院でも、医療や介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく、円滑に連携するための情報共有を支援

<二次医療圏域等での情報共有の支援に関する取組>

①島根県入退院連携ガイドライン

■ 平成26年度から入退院時における病院と在宅サービス事業所間の情報共有に関する調査等を実施。医療・介護の関係機関の情報共有の有無や、その質・タイミングの課題が判明。

■ 平成30年度に、県、保健所、医療介護関係者による「島根県入退院連携検討委員会」を設置。各圏域における入退院連携の実態把握・課題抽出を行い、入退院時に関係者が円滑に情報共有できるようにガイドラインを作成。

■ 各圏域におけるルールの作成と、その検討過程を通じた顔の見える関係の構築を促すツールとしても活用

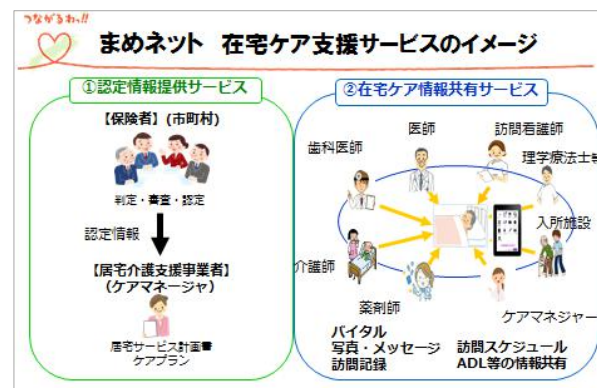
②しまね医療情報ネットワーク「まめネット」

■ 「連携カルテサービス※1」や「在宅ケア情報共有サービス※2」など、関係機関の情報共有を支援するツールが稼働

■ 例えば、在宅ケアチームの訪問看護師等の医療職が「連携カルテサービス」を活用して入院中の情報を得たり、病院が在宅ケアチームに入った上で「在宅ケア情報共有サービス」を活用し、在宅復帰後の情報の共有が可能

※1:患者の同意を得た医療機関が診療情報をまとめて閲覧できるサービス

※2:在宅医療者の情報を多職種で共有できるサービス



在宅医療・介護連携推進事業

【事例⑦】山形県 ― 住み慣れた地域で過ごす「高齢者の日常の療養生活」を守るために ―

都道府県から県看護協会へ働きかけ、各町村、地元医療関係者等を巻き込んだ、「訪問看護空白地域」の解消の実現を目指す取組。住み慣れた地域で過ごす「高齢者の日常の療養生活」を守るため、**県と関係機関・団体等との広域的な連携・調整** ～サテライト事業所の開設に向けて～

<二次医療圏内にある市町村等における広域連携>

①訪問看護空白地域

■ 県の最上医療圏の北部の一部地域（金山町、真室川町、鮭川村）では、訪問看護ステーションが存在せず、サービスを受けることが困難な地域が存在。各町村では訪問看護ステーションの必要性を感じつつも、単独での開設は困難。

■ 平成28年に、県から県看護協会へ、訪問看護ステーションの設置について検討を依頼。

■ 最上医療圏の北部地域は、「訪問エリアの広さ」「冬の豪雪」「看護師確保の困難」等の課題が多く、各町村の協力、財源確保等の具体的な検討を踏まえたサービスの安定性・継続性の担保が必要。

②サテライト事業所の開設

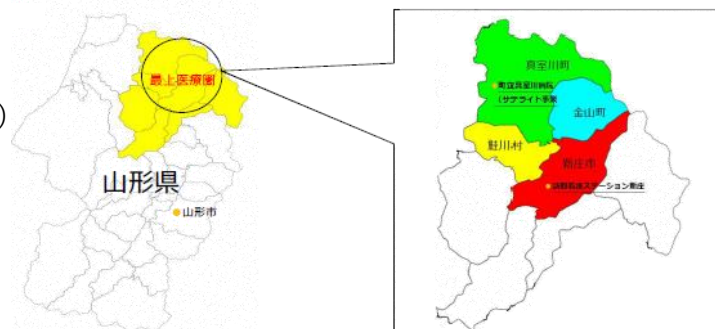
■ 県、県看護協会、各町村、地元医療関係者等による協議を重ね、

- ・ 町立真室川病院内にサテライトを設置（看護師は町立病院から出向）
- ・ 約5年間は赤字を各町村で補填
- ・ 県による補助事業の活用

により運営体制を構築。

■ 町立病院内に設置したことで、主治医や看護師とスムーズな連携が実現。各町村の地域包括支援センターとの「報告」「連絡」「相談」も円滑に行われ、医師の紹介やケアマネジャーからの依頼も増加、がん患者の在宅看取りが実現する等の成果につながる。

■ 病院看護師がサテライトに出向することで、病院看護師の在宅療養のイメージが明確化し、病院における入退院支援等にも好影響を及ぼす。



在宅医療・介護連携推進事業

【事例⑧】兵庫県尼崎市 ―最期まで本人の意思が尊重され、自分らしく過ごすために―

要支援（介護）状態になっても介護サービス等を利用して在宅療養する高齢者が多い地域における、地域包括ケアシステムの推進に向けた、『在宅医療・介護連携の仕組みづくり』と『医療・介護関係者との関係づくり』の取組

平成27年度、医療や介護の関係団体等で構成した「尼崎市医療・介護連携協議会」を設置。医療・介護連携に係る様々な課題について、「人づくり」「ものづくり」「市民の意識づくり」の3つの視点で対応策を検討。その対策を実行する機関として、平成30年、尼崎市医療・介護連携支援センター（呼称：あまつなぎ）を開設（尼崎市医師会への委託）。

①人づくり ～医療・介護連携を実践する人材の育成～

■ 多職種を対象に、多職種が共に学び、顔の見える関係を構築しながら情報交換する「あまつなぎ研修会」「あまつなぎ事例発表会」の開催、そして、医師会との共催により在宅医療に取り組む医師を増やすと共に、多職種の在宅医療に関する理解を深める「あまがさき在宅医療介護塾」の3種類の勉強会を開催。

②ものづくり ～医療・介護連携を効率的に行うための仕組みづくり～

■ 平成30年に、在宅医療にかかわる医師の負担軽減を目指して医師会が「あまつなぎ在宅システム」を導入。

■ 「在宅医紹介システム※1」と「看取り代診医紹介システム※2」の2種類の仕組みで構成。

※1:在宅医療を行っていないかかりつけ医が、その患者に在宅医療を提供する必要がある場合に適切な在宅医を探したり、在宅医が、その患者に自分では対応できない専門性の高い診療を提供する必要がある場合に専門医に往診や訪問診療を依頼するシステム

※2:在宅主治医が予定している不在時に、その間の看取りのための代診医を紹介するシステム

③市民の意識づくり ～「生き方・逝き方」「介護予防・重度化防止」の意識づくり～

■ 安心した在宅療養の啓発のために、多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を含む多職種連携）協働による「尼崎市在宅療養ハンドブック」を作成。

■ 病院・診療所や介護事業所などで在宅療養の説明に活用。専門職による出前講座等を通じた啓発の実施。

■ 医療と介護の連携もふまえた多職種連携による「介護予防・重度化防止」の市民啓発も実施（他の地域支援事業等との連携と効果的な啓発の実施）



在宅医療・介護連携推進事業

【事例⑨】福岡県北九州市 ― 職種を超えた取組をパッケージに! ―

行政だけではなく、医療・介護関係者で医療・介護連携業務を見直すことで、**職種を超えた地域全体の連携業務が最適・効率的となる取組をパッケージにし、他の自治体でも導入しやすいプロジェクト**の体制を構築

<北九州医療・介護連携プロジェクト（とびうめ@きたきゅう ほか）の取組>

平成30年に、医療・介護関係者と行政が対等な立場で医療・介護連携の地域共通ルールやツールを考え、作り、実行し、効果検証・改善するためのプラットフォームとして、市内医療・介護関係団体13団体で構成する北九州医療・介護連携プロジェクト会議を発足。

この会議において、本市の医療・介護連携の現状分析を詳細に行い、各医療機関や介護事業所で取り組むべきプロジェクトを策定。

特に、プロジェクトの起点となる「とびうめ@きたきゅう」は、**市の保有する医療・介護・健診のレセプト情報を市全体の医療現場で本格的に活用する全国初の取組**。「市内すべての医療・介護関係者が市民への説明・登録窓口となる」「共有される市民の情報も毎月自動更新される」という持続性の高い事業で、**スタート以来10か月で1万人を超える市民が新規に登録している**。

①「とびうめ@きたきゅう」の導入 ※143医療機関導入、1万人以上新規登録

■ 医療・介護・健診レセプト情報（K D B データ）の一部を医療機関等に提供し、医療・介護連携事業や救急医療に活用する情報ネットワークの構築。（令和元年から八幡東区・八幡西区においてモデル実施を開始し、令和2年6月より市内全体で本格運用）。

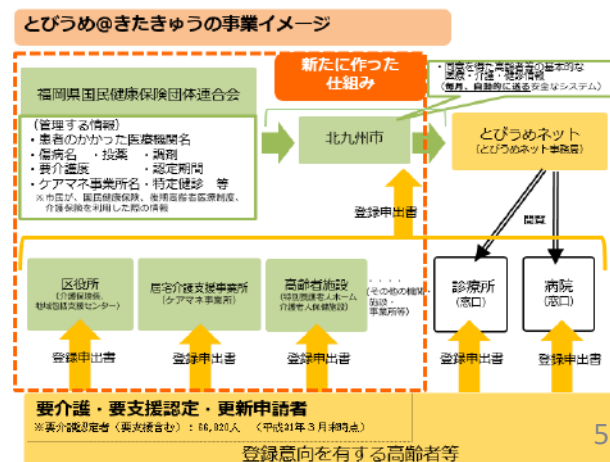
②医療・介護連携ルールの作成 ※51病院参加

■ とびうめ@きたきゅうとともに、入院・転院の情報をスムーズに医療・介護関係者で共有する連絡ルールを作成

③病院窓口ガイドの作成 ※80病院公表

■ 入院後に、医療・介護関係者が病院と連携する際の窓口や連携方法などを病院毎にまとめ、市のHPで公表。また、検索しやすく工夫。

◆①から③をパッケージとして、令和2年6月から全市展開を開始。



「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

1. 見直しの必要性

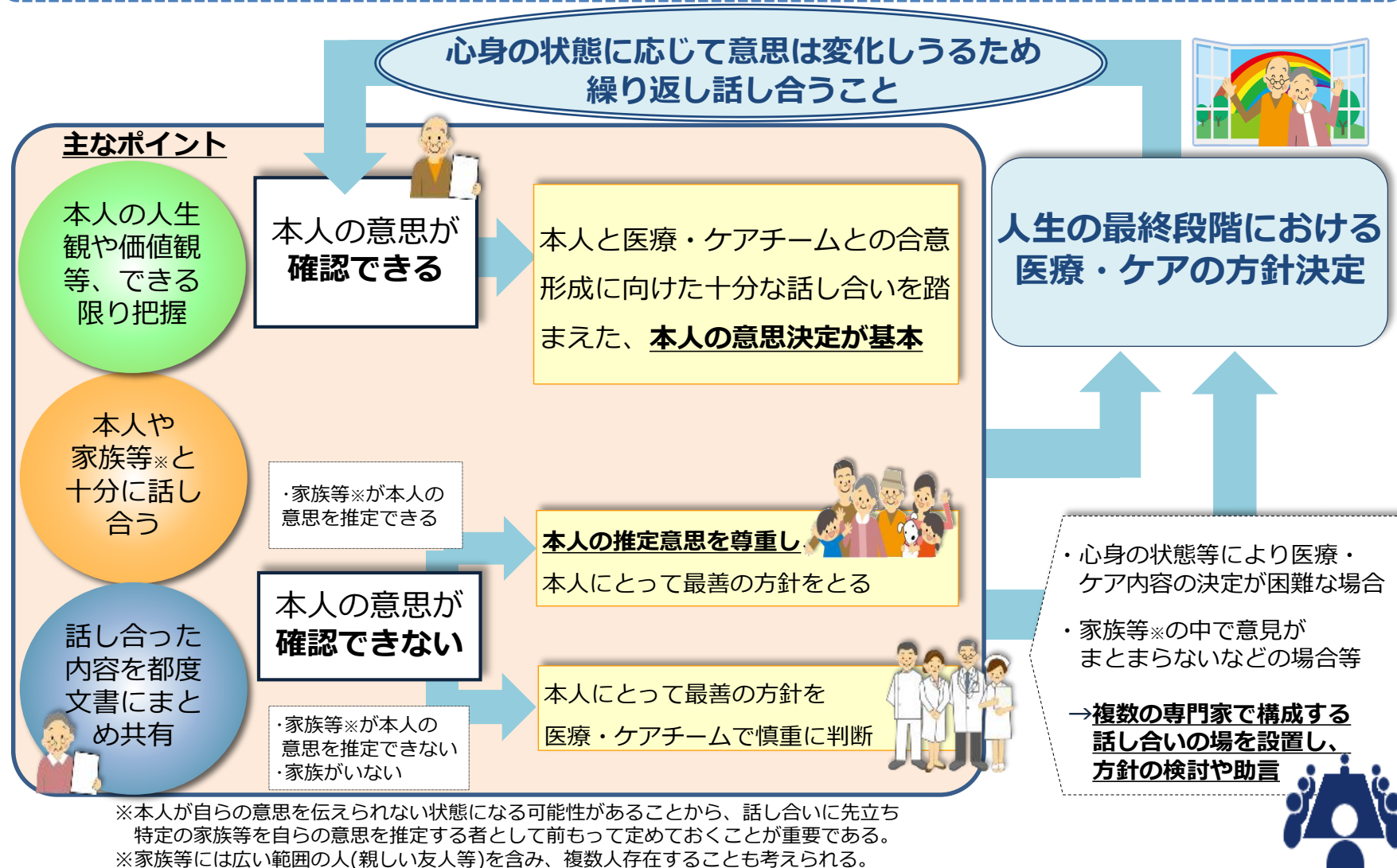
- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
 - ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
 - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていること
 を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「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」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(＝ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

「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」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



認知症施策推進大綱(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)(概要)

社会保障審議会
介護保険部会(第78回)
令和元年6月20日

参考資料
2-2

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」※1を車の両輪として施策を推進

※1「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味

世界の認知症戦略

世界各国において、政府による認知症戦略策定が進展

英国

○国家認知症戦略

・2009年に国家認知症を5年計画として発表、2015年に2020年までの新たな戦略を発表。

フランス

○神経変性疾患に関する国家計画

・2001年に認知症国家戦略を策定。2014年からは神経変性疾患全般に関する新たな戦略として策定。

米国

○国家アルツハイマー計画法に基づく計画

・2011年に国家アルツハイマー計画法が署名され、2012年に同法に基づく計画を発表。

オーストラリア

○認知症に関する国家構想

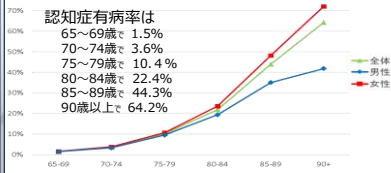
・2005年に認知症に関する国家構想を策定。現在は2015年から2019年までの計画期間中

上記のほか、韓国、インドネシアなどアジア各国でも国家戦略の策定などの取組が進められている。

我が国の認知症有病率等について

高齢者の約4人に1人は認知症または軽度認知障害(MCI)(2012年時点)

約7人に1人は認知症(2018年時点)※2



※2 2012年時点の推計は厚生労働省研究費助成事業「認知症対策総合研究推進事業」研究費助成による認知症有病率調査(認知症の有病率調査)に基づき、平成25年度調査結果(認知症)を用いた。2018年時点の推計は日本認知症学会「認知症の有病率調査」(認知症の有病率調査)に基づき、平成29年度調査結果(認知症)を用いた。2018年時点の推計は日本認知症学会「認知症の有病率調査」(認知症の有病率調査)に基づき、平成29年度調査結果(認知症)を用いた。

コンセプト

○認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることも含め、多くの人にとって身近なものとなっている。

○生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らしていることができる社会を目指す。

○運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

具体的な施策

認知機能の低下のない人、フレグニカル
認知症発症を遅らせる取組
(一次予防※3)の推進

認知機能の低下のある人(軽度認知障害(MCI)含む)
早期発見・早期対応(二次予防)、発症後の
進行を遅らせる取組(三次予防※4)の推進

認知症の人
認知症の本人の視点に立った
「認知症バリアフリー」の推進

① 普及啓発・本人発信支援

・認知症に関する理解促進
・認知症サポーター養成の推進
・相談先の周知
・子供への認知症の理解促進
・認知症の本人からの発信支援
・認知症の本人がまとめた「認知症とともに生きる希望宣言」の展開

② 予防

・認知症予防に資する可能性のある活動の推進
・民間の商品やサービスの評価・認証の仕組みの検討
・予防に関するエビデンスの収集の推進

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

・早期発見・早期対応、医療体制の整備
・医療従事者の認知症対応力向上の促進
・医療・介護の手法の普及・開発
・介護サービス基盤整備・介護人材確保
・介護従事者の認知症対応力向上の促進

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

・バリアフリーのまちづくりの推進
・移動手段の確保の推進
・交通安全の確保の推進
・住宅の確保の推進
・地域支援体制の強化
・地域の見守り体制の構築支援・見守り・探索に関する連携
・地方自治体等の取組支援
・ステップアップ講座を受講した認知症サポーターが認知症の人やその家族への支援を行う仕組み(「チームオレンジ」)の構築
・違法行為を行った高齢者等への福祉的支援
・若年性認知症支援コーディネーターの体制検討
・若年性認知症支援コーディネーターのネットワーク構築支援
・若年性認知症コールセンターの運営
・就労支援事業所の実態把握等
・若年性認知症の実態把握

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

・認知症発症や進行の仕組みの解明、予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデル等の研究開発など、様々な病態やステージを対象に研究開発を推進
・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス・機器等の検証、評価指標の確立
・既存のコホートの役割を明確にたううえで、認知症発症前の人や認知症の人等が研究や治療に容易に参加できる仕組みを構築
・研究開発の成果の産業化とともに、「アジア健康構想」の枠組みも活用し、介護サービス等の国際展開を促進

認知症の人や家族の視点を重視

上記1~5の施策は、認知症の人やその家族の意見を踏まえ、立案及び推進する。

目指すべき社会

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会

主なKPI/目標

① 普及啓発・本人発信支援

・企業・職域型の認知症サポーター養成数400万人
・認知症サポーター養成数1200万人(2020年度)
・世界アルツハイマーデー及び月間における普及・啓発イベント等の開催
・広報紙やホームページ等により、認知症に関する相談窓口の周知を行っている市町村100%
・認知症の相談窓口について、関係者の認知度2割増加、住民の認知度1割増加
・認知症本人大使(希望宣言大使(仮称))の創設
・全都道府県においてキャラバン・メイト大使(仮称)の設置
・全都道府県においてピアサポーターによる本人支援を実施

② 予防

・介護予防に資する通いの参加率を8%程度に高める
・認知症予防に関する事例集・取組の実践に向けたガイドラインの作成
・認知症予防に関するエビデンスを整理した活動の手引きの作成
・介護保険総合データベースやCHASE1によりデータを収集・分析し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

・認知症初期集中支援チームにおける医療・介護サービスにつなげた者の割合65%
・市町村における「認知症ケアパス」作成率100%
・BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成、周知
・BPSD予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発、効果検証

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

・全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み(チームオレンジなど)を整備
・認知症バリアフリー宣言書、認証制度応募件数、認証件数
(認知症バリアフリー宣言、認証制度の仕組みの検討結果を踏まえて検討)
・本人の意見を踏まえた商品サービスの登録件数(本人の意見を踏まえて開発された商品・サービスの登録制度に関する検討結果を踏まえて設定)
・預金取扱金融機関(※)の個人預金残高に占める後見制度支援預金又は後見制度支援信託を導入済とする金融機関の個人預金残高の割合 50%以上(2021年度末)
・ネットバンク等の店舗窓口において現金を取り扱っていない金融機関及び業種・職域利用組合に係る個人預金残高は除く
・成年後見制度の利用促進について(2021年度末)
・中核機関(権利保護センター等)を含む、以下同じ、を整備した市区町村数 全174市区町村
・中核機関においてバリアフリーに関する成年後見制度や後見制度に関する相談窓口の開設率 全174市区町村
・中核機関において後見人候補者を推薦する取組を行っている市区町村数 800市区町村
・中核機関において後見人支援の取組(専門職の働きかけ等により相談や手続支援を実施)を行っている市区町村数 200市区町村
・協議会等の協議会を設置した市区町村数 全174市区町村
・市町村計画を策定した市区町村数 全174市区町村
・国研費を受託した中核機関数 全174市区町村
・後見人等向けの意思決定支援研修が実施される都道府県数 全47都道府県
・人口5万人以上の全ての市町村において、消費者安全確保地域協議会の設置

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

・認知症のバイオマーカーの開発・確立(POC取得3件以上)
・認知機能低下抑制のための技術・サービス・機器等の評価指標の確立
・日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始
・薬剤治験に即対応できるコホートを構築

赤字:新規・拡充施策

期間:2025年まで

※3 認知症の発症遅延や発症リスク低減 ※4 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応

各都道府県 介護保険主管部（局） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

「平成 30 年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について（周知依頼）

厚生労働行政の推進につきましては、日頃から御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

このたび、消防庁救急企画室より、「平成 30 年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について（令和元年 11 月 8 日付け消防庁救急企画室長通知）」が発出されました。

地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携を進めるに当たり、消防機関との連携及び ACP に係る取組を進めることも重要な要素と考えます。そのため、ACP に係る取組を含め、在宅医療・介護連携推進事業に関するものなど医療と介護の連携を引き続き進めていただくとともに、こうした連携に関する内容について消防機関に対しても積極的に情報共有を行い、会議等を開催する場合は情報提供し必要に応じ参加を依頼するなど配慮をお願いいたします。また、消防機関よりメディカルコントロール協議会等への協力依頼がありましたら、参加に努めていただくようお願いいたします。

各都道府県の介護保険主管部（局）におかれましては、内容を御理解いただき、管内市町村へ周知方よろしくお願い申し上げます。

記

<通知*より抜粋>

2 今後、消防機関に求められること

(1) 地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場への参画について

消防機関においても、地域における地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場に、在宅医療や介護等の関係者ととともに適切に参画し、救急隊の基本的な役割に関する情報提供や、救急と医療・介護双方の実情等に関する情報共有、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案への対応等についての意見交換などを、積極的に行っていくよう努められたい。

(2) 救急隊の対応の検討等について

救急隊の対応を検討する際は、上記に加え、メディカルコントロール協議会等において、在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、地域における人生の最終段階における医療・ケアの取組の状況、在宅医療や高齢者施設での対応の状況等も勘案しながら十分に議論するよう努められたい。

また、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案に対応した具体的な件数を集計するとともに、メディカルコントロール協議会において事後検証の対象とすることを検討されたい。

5 今後の方向性

どのような対応をするにせよ、救急要請があった場合、望まない心肺蘇生を実施される可能性は否定できず、また、家族等や医療従事者など関係者が警察の調査等を受け、当惑してしまうこともあり得る。必要な救急要請を躊躇してはならないのは当然であるが、人生の最終段階を迎える準備を適切に進めることで、関係者が慌てたり、関係者間での情報共有が不足することなどによる、避けることのできる救急要請を減らすこともまた重要である。地域包括ケアシステムの構築が進む中、患者本人や家族等がどのような最期を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACP に取り組んでいくことが重要である。

【担当】

厚生労働省老健局老人保健課 田上、畦地

電話：03-5253-1111(内線 3946、3947)

FAX：03-3595-4010

傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関する検討部会 報告書(概要)

1 背景

○近年、救急隊が心肺停止の傷病者の心肺蘇生を望んでいないと言われる事案の対応について、多くの消防本部で課題として認識されている。

2 実態調査

全国 728 の消防本部を対象に、
○ 傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望まない[※]と伝えられる事案の有無。
○ 事案があった本部のうち対応の取り決めの有無。
○ 対応方針の内容(心肺蘇生の実施 または 医師の指示等による中止)
等について、調査を実施。

事案があった(又はあったと思われる)＝616本部(約85%)

対応方針の策定	定めている (45.6%)	定めていない (54.4%)
	一定条件下で中止又は実施しない (30.1%)	心肺蘇生を実施し搬送 (60.5%)
対応方針の内容		その他

3 検討する上での基本的な認識

○ 救急隊は救命を役割とし、事前に傷病者の意思が共有されていないなど、時間的、情報的制約がある中では、速やかな心肺蘇生の実施が基本。
○ 一方で、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の考え方が広まりつつあり、今後、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は尊重されていく方向。

4 検討・考察内容

(1) 心肺蘇生の対応について

○ 大阪市消防局では、傷病者の生命保護を最優先とし、心肺蘇生を継続して搬送。
○ 広島市消防局や埼玉西部消防局では、かかりつけ医等と連絡し、心肺蘇生中止の指示が出たら、心肺蘇生を中止。

※ かかりつけ医等については、傷病者の人生の最終段階における医療ケアに携わっていれば、傷病者の状態や病状を評価し、医学的な観点と併せて、心肺蘇生中止の判断が可能と考える

(2) 救急隊の対応について

○ 傷病者が心肺停止となった経緯や、心肺蘇生中止等について話し合った関係者の範囲・内容、かかりつけ医との連絡の有無など、救急現場の状況は千差万別であり、救急隊の対応については十分な検討が必要。
○ 心肺蘇生を中止している消防本部では、単にかかりつけ医等に連絡を取るだけでなく、必要に応じてオンラインMC医と相談しながら、状況に応じた丁寧な対応を行っていることに留意すべき。

(3) 救急搬送について

○ 心肺蘇生中止の際、救急隊の長時間待機が課題（医師の到着までに時間がかかる）。
○ 心肺蘇生を実施しない、死亡確認等のためだけの搬送は、本来的には、在宅医療や高齢者施設において速やかに死亡診断を行う体制を整えることで、解消すべき課題。

(4) 活動の事後検証等について

○ 救急現場の状況や、救急隊の対応は多様であり、MC協議会において事後検証の対象とすることを検討すべき。

5 今後の対応

○ 傷病者本人が心肺蘇生を望まない意思を示していたにもかかわらず、救急要請される事案について、集計している消防本部が一部にとどまるなど、実態が十分に明らかになったとは言いがたい。

→ 各地域での検証を通じた、事案の集積による知見の蓄積が必要
→ 国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を見極める必要

→ 将来的には、救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべき