

第7章 保健・医療・福祉をつなぐしくみづくりの推進

第1節 高齢者対策

高齢者人口の増加、とりわけ75歳以上の高齢者の大幅な増加に伴い、介護を必要とする要支援・要介護認定者は年々増加しており、今後ますます増加することが見込まれます。

これまでも介護保険サービスをはじめとする高齢者保健福祉サービスの充実を図ってきましたが、必要な人が必要なときに必要なサービスを受けられるようサービス供給量の確保とともに、質の向上が求められています。

高齢者が住み慣れた地域において、できるだけ健康で自立して生活することができるよう、地域包括ケアの推進、総合的な認知症対策の推進、介護を予防するための取組みの推進、サービス提供基盤の整備に取り組めます。

1 現状

市町村は、医療や介護、福祉などのサービスが切れ目なく提供される地域包括ケアの中核拠点として、地域包括支援センターの設置を進めています。

地域包括支援センターは、介護予防のケアマネジメント、高齢者やその家族に対する総合的な相談・支援、高齢者に対する虐待の防止、早期発見等の権利擁護事業、介護支援専門員（ケアマネジャー）への支援、の4つの事業に加え、住まいの支援や見守り等の生活支援を、地域において一体的に実施する役割を担います。

高齢者の急速な増加に伴い、認知症高齢者も増加することが見込まれており、認知症の早期発見や適切な医療提供のための体制づくり、本人・家族等への支援、認知症になっても安心して暮らせる環境づくりに取り組んでいます。

市町村では、継続的・包括的なケアマネジメントによる介護予防の取組みを実施しています。

「かながわ高齢者保健福祉計画」に基づき、介護保険施設の計画的な整備を進めています。

国では、平成24年9月に「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を策定しました。

高齢者の救急搬送については、軽症患者が59,483人から68,631人に増加しただけではなく、中等症以上の患者についても89,818人から104,560人に増加しています。（再掲 P17参照）

2 課題

(1) 地域包括ケアの推進

高齢者が住み慣れた地域において、安心して元気に暮らすことができるよう、地域のさまざまな機関やボランティア等が連携を図りながら、高齢者自らも参加して、地域で包括的・継続的な支え合いを行う、地域包括ケアを推進することが必要です。

(2) 総合的な認知症対策の推進

認知症専門医療の提供体制の強化をはじめ、医療と介護の連携、認知症の予防

や早期発見のための普及啓発など、総合的な認知症対策を進めることが必要です。

(3) 介護を予防するための取組みの推進

高齢者が要介護状態になることを防ぎ、要介護状態になってもできるだけ悪化しないよう、継続的に介護予防に取り組むことが必要です。

(4) サービス提供基盤の整備

介護や支援が必要な人に対して、要支援・要介護状態に応じた介護保険サービスを提供できるよう、在宅での生活を継続するためのサービスや介護保険施設等のサービス提供基盤の整備を進めていくことが必要です。

(5) 高齢者救急

高齢者の救急搬送数の増加に伴い、救命救急センターに搬送された高齢者が、治療を終えて急性期を過ぎたものの、症状が安定した場合に受け入れるベッドが少なく、救命救急センター内に滞ってしまういわゆる「出口問題」が課題です。

(再掲 P22参照)

(6) 在宅医療

(再掲 第2部第1章第6節在宅医療 P45～P46参照)

3 施策

(1) 地域包括ケアの推進(県、市町村、民間団体、介護事業者、医療提供者、県民)

地域包括支援センターにおいて、高齢者に関する総合相談・支援や介護予防のケアマネジメント等を包括的・継続的に実施します。

地域において関係機関や地域住民が参加し、各種団体や施設等と連携を図りながら、高齢者の見守り活動や買い物弱者への生活支援など、共に支え合うふれあいのあるまちづくりを推進するとともに、NPO・ボランティア及び高齢者自らを含めた地域活動を行う個人やグループの活動環境を整備し、協働を進めます。

個々の市町村では解決が困難な課題を共有し、検討を行うため、保健福祉事務所圏域ごとに地域包括ケア会議を開催し、保健・医療・福祉の関係機関や団体等の多職種による連携・協働体制を強化します。(再掲 P46参照)

地域包括支援センターや市町村等へ医師・歯科医師や看護師、弁護士等の専門職を派遣し、具体的な助言を行うことにより、多職種間での円滑な連携を支援します。(再掲 P46参照)

地域包括支援センターに配置される職員への研修を実施するとともに、地域の住民から相談を受け付け、地域包括支援センターへとつなぐランチ(支所)を設置すること等により、機能強化を図ります。(再掲 P47参照)

(2) 総合的な認知症対策の推進(県、市町村、民間団体、医療提供者、介護事業者、県民)

国の「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」と整合性を図りながら、認知症対策を推進します。

認知症に関する理解の普及促進のため、認知症の人や家族を温かく見守り支援する認知症サポーターの拡充に取り組みます。

特に、サポーター養成における独自の取組みとして、介護の知識や経験の少な

い働く男性を対象に、勤務先の企業や団体に対し出前講座を開催するなどの取組みを行います。

認知症の早期発見や適切な医療の提供のため、かかりつけ医を対象とした研修を実施するとともに、かかりつけ医の研修指導者であり、専門医療機関等との連携を担う「認知症サポート医」を養成します。

認知症における専門医療の提供や介護との連携の中核拠点としての役割を担っている「認知症疾患医療センター」を、二次保健医療圏ごとに設置します。
(再掲 P73参照)

地域における認知症支援ネットワークの構築のため、かかりつけ医(かかりつけ歯科医)、専門医療機関、介護サービス事業所及びかかりつけ薬局等が相互に情報を共有する仕組みづくりを進めます。(再掲 P73参照)

認知症高齢者グループホームなどの介護保険サービスの適切な提供をはじめ、認知症高齢者に対する介護人材の養成、認知症高齢者や家族等に対する相談体制の充実、徘徊高齢者の見守り体制の充実に取り組みます。

(3) 介護を予防するための取組みの推進(県、市町村、介護事業者、医療提供者)

要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者を対象に、要支援・要介護状態になることを防止するための介護予防事業を実施するとともに、要支援者に対しては、要支援状態の軽減及び悪化の防止のための介護予防サービスを実施します。

歯科医師等がキャラバン隊を組んで、老人クラブの集会や市町村が主催する介護予防教室等に巡回訪問を行い、歯科への通院が困難な高齢者の口腔ケアを推進します。

地域包括支援センターの職員等を対象に、介護予防事業の実施に必要な知識・技術を習得するための養成研修を実施します。

(4) サービス提供基盤の整備(県、市町村、介護事業者)

身近な日常生活圏域において、日中・夜間を通じて提供する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など複数のサービスを組み合わせて提供する「複合型サービス」、「認知症対応型通所介護」などの地域密着型サービスや介護予防拠点の整備を進めます。

短期入所施設の整備を進めるとともに、複数の利用者の在宅期間及び入所期間を定めて計画的な相互利用を図ります。

特別養護老人ホームなどの介護保険施設の計画的な整備を促進するとともに、少数の個室入所者を一つの生活単位とするユニット型の施設の割合を高めるなど施設における居住環境の改善に向けた取組みを進めます。

(5) 高齢者救急(県、市町村、関係団体、医療提供者、県民)

後方支援病床として介護老人保健施設や有床診療所の有効活用、受け皿となる救急医療機関の整備等に取り組みます。(再掲 P23参照)

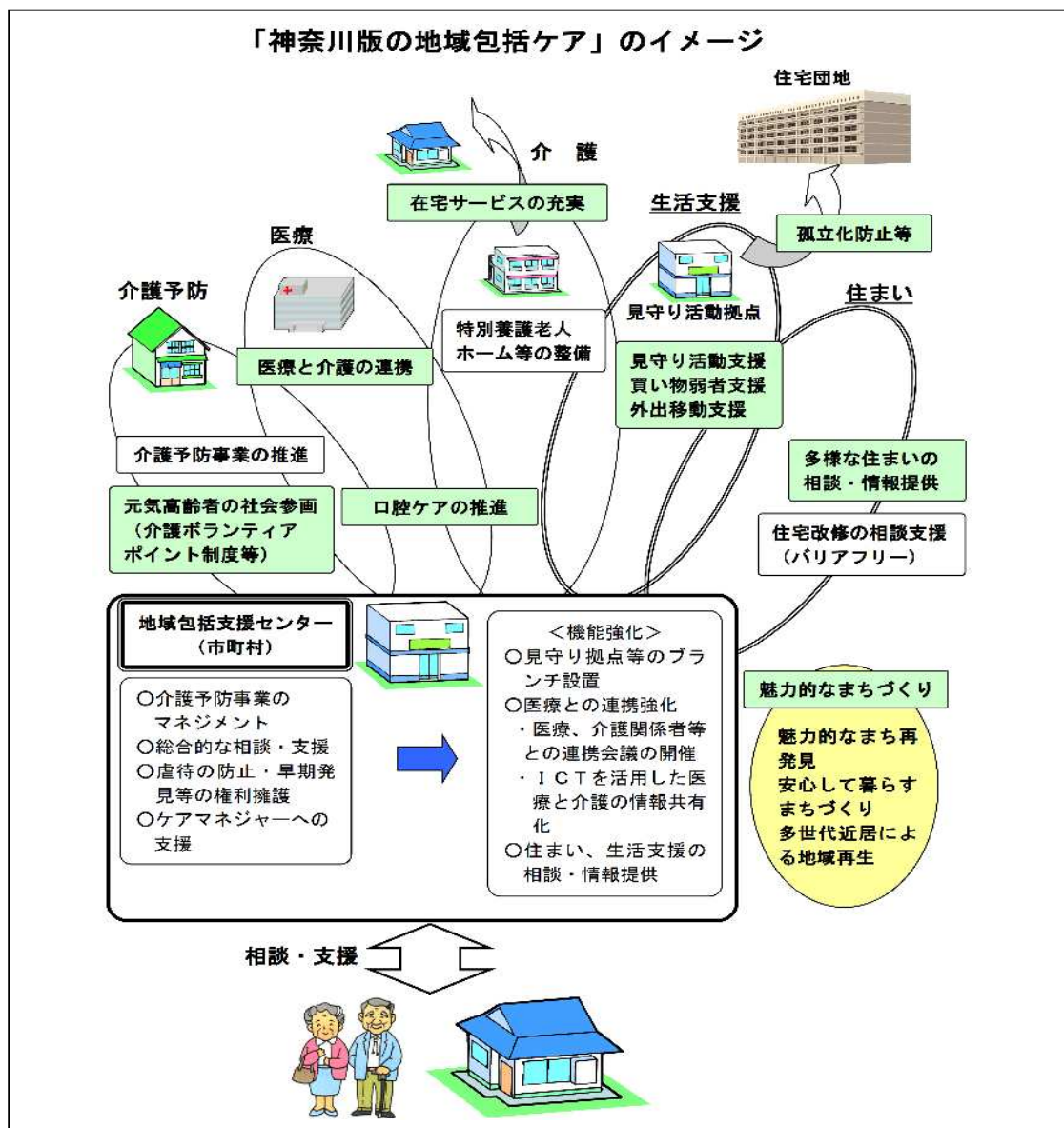
救命救急に際して、延命治療に関する患者本人の意向を反映する方策(意思表示カード等)について議論を深め、実施方策を含め検討していきます。

(再掲 P24参照)

(6) 在宅医療

(再掲：第2部第1章第6節在宅医療 P46～P47参照)

【「神奈川版の地域包括ケア」のイメージ】



第2節 障害者対策

障害者一人ひとりのいのちが輝き、心豊かな生活を送ることができる地域社会の実現を目指し、必要な人に必要なサービスが行き届くようサービス提供体制の整備と専門人材の養成を進めます。

発達障害や高次脳機能障害に対する専門的な相談支援体制等の充実を図るとともに、市町村と協力して、地域で暮らす重度の精神障害者が安心して医療を受けられるよう支援します。

1 現状

地域生活への移行という障害福祉施策の大きな流れの中、施設や病院から地域で暮らす人が増えている一方で、必要なサービスの確保が求められています。

このため、県では障害者の地域生活移行を進めるとともに、必要な人に必要なサービスが行き届くことを目指し、「神奈川県障害福祉計画」などに基づいて、障害者の地域生活を支えるサービス提供体制の整備に取り組んでいます。

平成24年4月には、障害者自立支援法と児童福祉法の改正により、相談支援の充実や障害児支援の強化などが図られるとともに、介護職員等によるたんの吸引などの医療的ケアが、社会福祉士及び介護福祉士法に位置づけられました。

平成25年4月には、障害者自立支援法が障害者総合支援法に改められ、障害福祉サービスの充実等、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、新たな障害保健福祉施策を講ずることとされています。

2 課題

(1) 障害者の地域生活を支えるサービス等の確保

障害福祉サービスの利用は着実に増加していますが、障害者が安心して地域で暮らしていくためには、ホームヘルプサービスや日中、施設などで提供される生活介護、身体機能や生活能力の向上のための自立訓練、緊急時や家族のレスパイト（休息）のための短期入所、住まいの場であるグループホームなどをさらに整備していくことが必要です。

施設や病院から地域生活へ移行するための支援や、移行した後の地域生活を定着させるための支援も重要です。

(2) サービス提供や相談支援のための専門人材の確保

医師や看護職員との適切な連携のもと、たんの吸引などの医療的ケアを安全に行うことのできる介護職員や専門的な知識・経験が必要とされる精神障害者に対応できるホームヘルパーなどの確保が必要です。

障害者自立支援法の改正により、これまで一部に限定されていたサービス等利用計画の対象が大幅に拡大され、平成26年度末までに、すべての障害福祉サービスを利用する障害者等についてサービス等利用計画を作成することとされたため、障害者のケアマネジメントを担う相談支援人材の確保が必要です。

(3) 発達障害や高次脳機能障害に対する専門的な支援

障害者自立支援法の改正等により、以前は「制度のはざま」の障害といわれ、サービスを利用しにくかった発達障害や高次脳機能障害のある人が、障害者の定

義に含まれることが明確になりました。

これらの障害に対し、専門的な支援を行う拠点機関が中心となって、医療、福祉などが連携した支援を行うとともに、支援技術の地域展開やネットワークづくりを進めていくことが必要です。

(4) 重度の精神障害者が安心して医療を受けられるための支援

県が市町村に対して補助を行う重度障害者医療費助成制度は、従来、重度の身体障害者と知的障害者だけを対象としていましたが、県では、平成24年度から、精神障害者（1級）の通院医療に補助対象を拡大しました。

平成24年10月現在で、県内18市町村が重度の精神障害者へ助成制度を適用していますが、この取組みを県全体に広げていくことが必要です。

3 施策

(1) 必要なサービスの確保と地域生活移行・定着への支援（県、市町村、サービス提供事業者等）

ホームヘルプサービス、生活介護、自立訓練、短期入所、グループホームなど、障害者の地域生活を支えるサービスの提供体制を計画的に整備します。

また、施設に入所している障害者や精神科病院に入院している精神障害者が円滑に地域生活へ移行するための「地域移行支援」と、施設・病院から一人暮らしに移行した障害者などを対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時の支援を行う「地域定着支援」の利用の促進を図ります。

(2) 専門人材の養成（県、市町村、相談支援機関等）

医師、看護師等と連携した重度の障害児者に対するたんの吸引や、精神障害の特性を理解したホームヘルプサービスなどを適切に行うことができる専門人材の養成を推進します。

制度改正を踏まえた適切なケアマネジメントが実施されるよう、障害児者に対するサービス等利用計画の作成や、支給決定後のサービス等利用計画の見直し（モニタリング）を担う相談支援人材の養成を推進します。

(3) 発達障害などに対する専門的な支援の充実（県、市町村、相談支援機関等）

発達障害支援センター かながわA（エース）（県立中井やまゆり園）において、福祉、保健、医療、教育、労働、民間支援団体などと連携しながら発達障害に関する相談支援等を行うとともに、身近な地域における発達障害の支援体制の充実を支援します。

神奈川県総合リハビリテーションセンターを高次脳機能障害者に対する支援拠点機関として位置づけ、専門的な相談支援や研修事業を通じ、医療と福祉が一体となった支援を行うとともに、地域支援ネットワークの充実を支援します。

(4) 重度障害者医療費助成制度の精神障害者への適用拡大（県、市町村）

地域で暮らす重度の精神障害者が安心して医療を受けられるよう、重度障害者医療費助成制度の対象を精神障害者（1級）の通院医療に拡大する取組みを、事業主体である市町村と連携して推進します。

用語解説

発達障害支援センター かながわA（エース）

自閉症などの発達障害がある方とその家族、関係者の方々への支援を行う専門機関で、相談支援、就労支援、普及・啓発と研修などを行っています。なお、政令市においては、各市が発達障害者支援センターを設置して相談支援などを行っています。

第3節 母子保健対策

平成9年の母子保健法の改正により、健康診査や保健指導等の母子保健事業が市町村に移管され、保健福祉事務所と市町村は、役割を分担して母子保健事業を実施しています。

県では、市町村の母子保健事業の支援を行うとともに、より専門的な母子保健対策を実施しています。

少子化、核家族化、女性の社会進出など、母子を取り巻く環境が変化する中で、本県では、長期療養が必要な児等への支援、生涯を通じた女性の健康づくりの支援、不妊・不育症に悩む人への支援、新生児に対する障害の発生予防等のための検査に取り組めます。

1 現状

(1) 長期療養が必要な児等への支援

未熟児や小児慢性特定疾患児等の長期療養が必要な児やその保護者に対して市町村等と連携し支援を行っています。

(2) 生涯を通じた女性の健康づくりの支援

思春期の男女及び生涯を通じた女性の健康の保持、増進を図るため、個別の保健指導や集団での健康教育を開催するなど、本人、保護者及び関係者に対する支援を行っています。

妊娠・出産に関して悩みを抱える人に対する相談について、児童虐待防止の一環としても取り組んでいます。

(3) 不妊・不育症に悩む人への支援

不妊や不育症に悩む人のために「不妊・不育専門相談センター」（茅ヶ崎保健福祉事務所内）を設置し、助産師、専門医及び臨床心理士による専門相談を実施しています。

不妊治療の経済的負担を軽減するため、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）に対して、その費用の一部を助成しています。

(4) 新生児に対する障害の発生予防等のための検査

新生児に対する障害の発生予防及び早期治療のため、従来6疾患の検査を行っていた先天性代謝異常等の検査（タンデムマス法等）について、平成23年10月より19疾患に拡大し、実施しています。

2 課題

(1) 長期療養が必要な児等への支援

未熟児の訪問指導については、第2次一括法により平成25年4月1日からすべての市町村へ権限移譲することに伴い、県では広域的役割を担うため体制整備を行うとともに、小児慢性特定疾患児等の長期療養児とその保護者への支援が必要です。

(2) 生涯を通じた女性の健康づくりの支援

思春期の男女及び生涯を通じた女性の健康の保持、推進を図るため、相談事業や健康教育等を地域や関係機関と連携して推進することが必要です。

望まない妊娠等の妊娠・出産に関する相談は、妊娠という事実に対する悩みや経済面・育児面等の不安など多岐にわたるため、様々な関係機関との連携が必要です。

妊娠を望む年齢が高い傾向にあることも不妊の一因となっていることなどから、思春期の男女や妊娠を望む若い世代に対して、関係機関と連携を図りながら、妊娠出産に関する普及啓発を図ることが必要です。

(3) 不妊・不育症に悩む人への支援

不妊や不育症に悩む人が多くいることから、相談支援の充実が必要です。

不妊治療については、医療保険が適用されず高額な医療費がかかるため、経済的負担軽減のための助成が必要です。

(4) 新生児に対する障害の発生予防等のための検査

新生児に対する障害の発生予防及び早期治療のため、19疾患の検査及び陽性又は疾病と判定された児に対するフォロー(医療機関の紹介等)が必要です。

3 施策

(1) 長期療養が必要な児等への支援(県、市町村、医療提供者、関係団体等)

長期療養が必要な児やその保護者等に対して、市町村と連携を図り、支援や体制整備の推進を図ります。

(2) 生涯を通じた女性の健康づくりの支援(県、市町村、医療提供者、関係団体等)

思春期の男女及び生涯を通じた女性の健康の保持、増進を図るとともに、妊娠等の悩みに対応するため、相談員等の人材育成や妊娠・出産に関する普及啓発に取り組みます。

児童虐待防止対策の一環として、望まない妊娠等の妊娠・出産に関する悩みを抱える方に対して、周産期医療機関、児童相談所、市町村等関係機関等と連携を図り、相談支援等の充実に取り組みます。

(3) 不妊・不育症に悩む人への支援(県、市町村、医療提供者、関係団体等)

不妊や不育症の悩みに適切に対応するため、相談員等の人材育成や体制整備の推進を図ります。

不妊に悩む人への特定治療支援事業を継続的に実施します。

(4) 新生児に対する障害の発生予防等のための検査(県、市町村、医療提供者、関係団体等)

新生児に対する障害の発生予防及び早期治療のため、先天性代謝異常等の検査(タンデムマス法等)を継続的に実施します。

用語解説

タンデムマス法

新生児に対する先天性代謝異常等の検査方法の一つで、ごく少量の血液で複数のアミノ酸、数多くの有機酸・脂肪酸代謝物質を1回で測定することができる検査。

第4節 リハビリテーション

リハビリテーションは、発症直後から実施される急性期リハビリテーション、円滑な社会、家庭復帰を目指して実施される回復期リハビリテーション、主に地域で行われる自立生活支援を目指した維持期リハビリテーションがあります。

それぞれへの適切な対応と、それらを担う保健、医療、福祉の各リハビリテーション関係機関相互の連携が重要です。

特に、維持期リハビリテーションにおいては、より自立生活を可能にするため、地域における適切な対応が求められます。

このため、リハビリテーション人材の養成や、リハビリテーションサービスの提供に係る相談等の充実を図ります。

1 現状

リハビリテーションは、発症後可能な限り早く始めることが重要です。

神奈川県医療機能調査（平成24年2月）結果では、「リハビリテーション医療を実施している」と回答があった病院は159病院で、その中でも、「急性期リハビリテーションを実施している」としている病院は101病院でした。

入院患者の主な入院経路は、「自院に入院中にリハビリテーションが必要な病気の発症」が39.4%、「リハビリテーション目的による他の医療機関からの紹介」が21.7%、「リハビリテーション目的による直接の来院」が4.0%でした。

地域リハビリテーション関係機関の情報共有や連携を推進するため、「神奈川県リハビリテーション協議会」を開催しています。

市町村では、継続的・包括的なケアマネジメントによる介護予防の取組みを実施しています。

2 課題

(1) リハビリテーションに係る人材の養成

地域のリハビリテーションに関わる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの人材の養成、確保とともに、リハビリテーション技術の向上が必要です。

(2) 関係機関の連携

より適切なリハビリテーションの提供や保健、医療、福祉の各リハビリテーション関係機関の連携をより密にしていくことが必要です。

地域のリハビリテーション関係機関の連携を推進するため、リハビリ・コーディネートが必要です。

リハビリテーション技術均てん化（平準化）のための情報提供が必要です。

(3) 専門相談の実施

専門的なリハビリテーションサービスに係る相談や支援が必要です。

(4) 予防的リハビリテーションの推進

高齢者が要介護状態になることを防ぎ、要介護状態になってもできるだけ悪化しないよう、継続的に介護予防に取り組むことが必要です。

3 施策

(1) リハビリテーション人材の養成及び専門相談の実施（県）

「神奈川県地域リハビリテーション連携指針」に基づき、指定した「神奈川県リハビリテーション支援センター」において、地域のリハビリテーションに関する情報の提供、専門相談、人材育成のための研修などを実施し、適切なりハビリテーションの提供に向けた支援に取り組みます。

(2) 関係機関の連携（県、市町村、医療提供者）

「神奈川県リハビリテーション協議会」において、医療と介護との連携、地域資源の均てん化（平準化）に取り組みます。

(3) 予防的リハビリテーションの推進（市町村、介護事業者）

要支援・要介護状態になるおそれのある者を対象に、要支援・要介護状態になることを防止するため、運動機能の維持・向上、口腔機能の維持・向上、栄養改善等の介護予防事業を実施します。

要支援者に対しては、要支援状態の軽減及び悪化の防止のため、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションなどのサービスを実施します。

第5節 難病対策

症例が少なく原因が不明で治療方法が確立されていない特定の疾患を難病といい、患者は年々増加しています。

本県では、難病患者に対する医療費の経済的支援を行うとともに、難病患者の在宅療養支援対策を推進します。

1 現状

原因が不明で、治療方法が確立していない、いわゆる難病のうち、原因究明や治療方法の解明等を目的として、厚生労働省が定めた56疾患を対象に、特定疾患治療研究事業として医療費の給付を行っています。

県の特定疾患医療受給者数については、年々約5%ずつ増加しており、平成24年3月末では、5万人を超える人数となっています。

医療依存度の高い神経難病患者等の受入れ病床を確保し、在宅で療養する重篤な患者を看護する家族の負担軽減を図るレスパイト事業や在宅難病患者及び家族の支援体制の構築と患者の生活の質（QOL：Quality Of Life）向上を図るための地域における訪問相談事業や医療相談事業など患者等に対する支援を行っています。

厚生労働省における「疾病対策部会難病対策委員会」において、今後の難病対策について検討を行うとともに、「障害者総合支援法」において、障害者の定義に新たに難病等を追加し、障害福祉サービス等の対象としました。

2 課題

在宅で療養する患者が年々増加し、また、核家族化の進展に伴い介護力が低下しているなか、地域で難病患者を支えていくシステムの強化が課題となっています。

希少性難治性疾患は、5,000～7,000の疾患があるといわれ、特定疾患治療研究事業の対象とならず医療費等の経済的負担に耐えている難治性疾患の患者が多く存在し、不公平感があります。

3 施策

(1) 連携機能の強化（県、医療提供者）

行政、医療機関等が一体となったネットワークシステムの推進を図るため、難病相談・支援センター、難病治療研究センターの相談体制の強化を図ります。

県（保健福祉事務所を含む）と拠点病院等との連携機能の強化を図ります。

(2) 難病患者等に対する支援（県、医療提供者）

国において、難病患者の医療費助成について、法制化も視野に入れた、より公平・安定的な支援や治療研究、医療体制、福祉サービス、就労支援等の総合的な施策の実施や支援の仕組みについて検討を行っていることから、その動きを注視するとともに、その中で患者や家族同士の情報交換ができるような支援など県として行う支援について検討を行います。

医療提供については、年齢や症状に応じた医療提供体制を整備するほか、在宅の療養患者の生活環境の整備を進めていきます。

レスパイト（休息）に対応できる施設の増加と充実を図ることで、介護に当たる家族のストレスの軽減など総合的な支援を行っていきます。

希少性難治性疾患患者の医療費等の経済的負担については、国の動向に注視して対応するとともに、機会を捉えて国に負担の軽減を要望していきます。

第6節 終末期医療

治療効果が期待できず、予測される死への対応が必要となった時期を、一般的には終末期と呼んでいます。今後一層の高齢化等により終末期医療の対応が課題となっています。

自分がどのように生き、どのように最期を迎えるかというそれぞれの「死生観」が尊重され、家族や医療関係者を含めて共有されることが必要です。

終末期医療において、患者本人の意思を反映し、医療提供者との合意のもとに医療提供が行われる仕組みづくりの検討を進めます。

1 現状

独居高齢者や高齢夫婦世帯の増加などにより、医療的ケアに加え、介護サービスを必要とする高齢者の要支援・要介護認定者や認知症患者も増加傾向にあります。また、難治性疾患患者も増加しています。

平成24年1月に実施した県民意識調査では、最期の療養生活・延命治療について「自宅で療養し、必要になれば緩和ケア病棟に入院」と回答した者の割合が52.6%、「自宅で最期まで」が20.0%でした。

同調査では、死期が迫っている場合、延命治療を希望しない者の割合は76.5%、延命治療の希望の有無に関する意思表示カードがあるとよいと思う者の割合は86.8%でした。

平成24年8月から9月にかけて実施した県民ニーズ調査では、意思表示カードがあるとよいと回答した人の割合は77.0%でした。

最近では、医師や本人の延命治療や死生観に対する意識の変化がみられる中で、平成19年には日本救急医学会が、患者本人や家族の利益にかなえば、医師が不安を抱かずに延命治療を中止できる指針をまとめたこともあり、医師と家族の了解があれば、延命治療を中止する動きが見られはじめています。

2 課題

(1) 在宅での看取り

高齢化の進展に伴い、居住環境にも配慮した在宅医療と在宅における看取りの重要性がさらに増していくことが予想され、在宅の看取りにおいては、「かかりつけ医」の役割の重要性が増しています。

(2) 本人の意思を尊重した延命治療

在宅において最終末期の患者の急変時に、本人の意思を確認できないまま治療が行われることも少なくないことから、本人の意思を反映する仕組みづくりが必要です。

平成19年5月に国が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を作成しましたが、終末期の患者が延命措置を望まない場合、措置を始めなくても医師の責任が問われないようにするなど、国による関係法令の整備が必要です。

3 施策

(1) 在宅での看取り（県、市町村、医療関係団体、医療提供者、県民）

かかりつけ医の役割の理解や定着のための普及啓発等に取り組みます。（再掲 P47参照）

在宅での看取りにおけるかかりつけ医等の関わりについて、県民への普及啓発に取り組みます。

在宅での看取りを希望する患者に対し、関係職種が連携し、意思統一を図りながら対応します。（再掲 P47参照）

在宅での看取りにおいて、有床診療所の活用を図ります。

(2) 本人の意思を尊重した延命治療（県、医療提供者、医療関係団体、県民）

超高齢社会において、最終末期の治療を自己が決定・選択することが可能となるような医療・介護の連携体制のあり方を検討します。

延命治療に関する本人の意向を反映する方策（意思表示カードの導入など）について、国による関係法令の整備に対応して、その仕組みづくりを検討します。