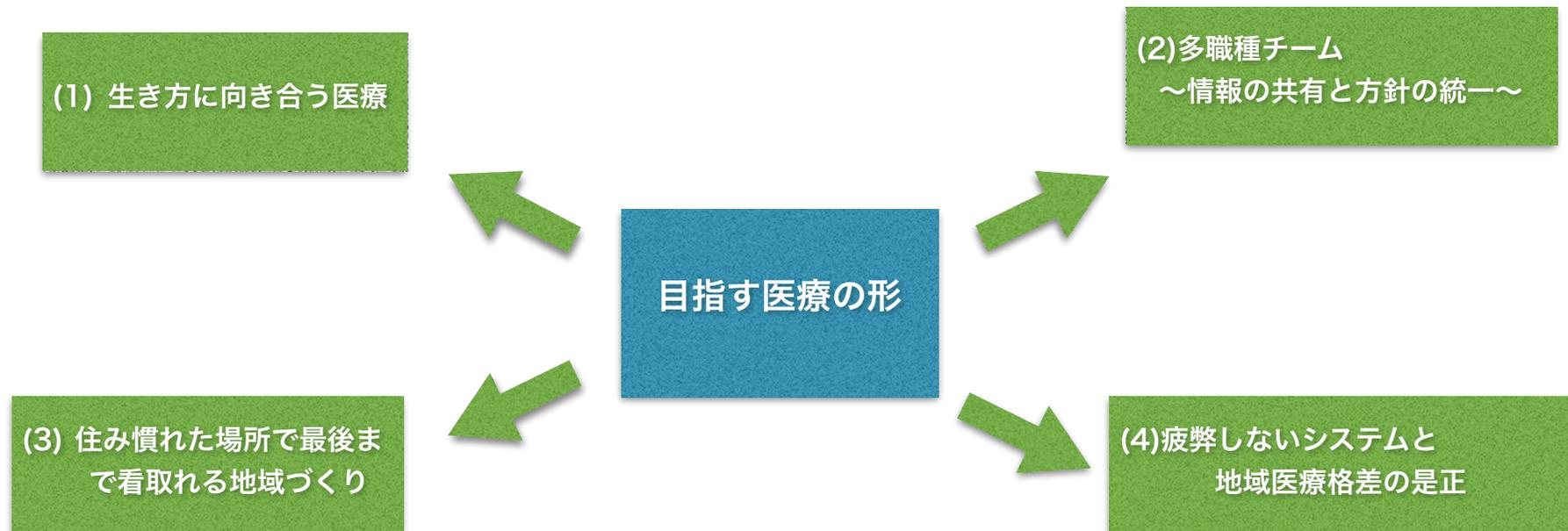


## 新しい医療の在り方

- 一人で頑張るのではなく、複数体制で業務をシェアできる疲弊しないシステム作り
- 業務をシェアするためには、ICTをうまく活用した情報の共有と方針の統一が必要
- 単独職種で医療を行うのではなく、多職種のチームで患者に向き合う医療が求められる。
- 死をタブー視せず、死に向き合い、亡くなるまでどうより良く生きるかという患者の生き方に向き合う医療の拡充
- 医師や看護師などの専門職種に権限を集中させず、多職種で役割分担ができるチームを目指す。
- 医師や看護師が都会に集中せず、地域格差を是正するためにも、多様な診療スタイル、医師・看護師の派遣やサテライトクリニック等を認め、規制改革を行い、人材を広域で有効活用する。
- 人生の最終段階の意志決定支援には、多職種のチームが関わる必要があり、相談業務を担う人材が不可欠で、報酬面でも後押しが必要。

## 目指す医療の形



(1) 生き方に向き合う医療

- 相談業務の評価と拡充（終末期の相談は医師以外でもできる）
- 単独職種でなく多職種のチーム作り
- 医師に集中した権限を多職種に広げ、看護師、ヘルパー、ケアマネなど多職種に権限委譲を行う。
- 医学部教育、看護教育も治す医療偏重から支える医療への転換を図る
- 情報の共有と方針の統一を図るミーティングを重視（多職種連携の鍵）
- 複数体制や多職種での疲弊しない体制をシステムで解決する

【個別施策・作戦】

- 医学教育・看護教育に在宅医療や終末期におけるACP・意思決定支援の方法を必須とする。
- 多職種でのミーティングでの連携を重視し、診療報酬上、**多職種ミーティング加算**を設け、評価する。
- **生き方支援センターの設置**（以下に詳細を記載）
  - ✓ 元気なうちからどこでどう亡くなるか、亡くなるまでどう生きるか考える機会を設ける
  - ✓ 介護保険の2号被保険者を対象に40歳から5年ごとに生き方講習（映像学習、看取りのパンフ）
  - ✓ 地域包括診療料の算定にも、生き方に向き合う項目を必須とする
  - ✓ 生き方に向き合うのは医師でなくてもできる。生き方に向き合う相談業務を多職種のチームで請け負う。
  - ✓ 現在は、相談業務が診療報酬や介護報酬に盛り込まれていない。医師が相談業務を行うよりも、多職種が行う方がコストは安くなるし、そもそも治す事に主眼が向いている医師よりもソーシャルワーカーなどの方が相談業務は向いている。元気なうちから、どう生きるかについて話しておくことが必要。
  - ✓ 生き方に向き合う相談に一定の費用が算定できるようにする。退院時カンファレンスや在宅移行時にも相談員による相談について費用算定ができるようにする。
  - ✓ 今後社会保障費の増大で在宅医療の費用が増大していく際に、医師の権限を最小限にしておくことが、医療費を抑える事につながる。そもそも多死社会では、医師の役割は少なくなり、医療は最小限になるので、多職種のチームで国民の生き方を支える仕組みが必要。
  - ✓ 生き方支援センターの設置を提案する。小児の教育、福祉のコーディネーターや在宅医療の退院移行、在宅療養相談、元気なうちからの生き方支援、地域の独居や孤独対策など、意思決定支援、看取りの相談、幅広い役割を担うが、独自に運営できるよう相談業務に点数を設定する。
  - ✓ 設置主体は、診療所、病院、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、単独開業など多様な事業所を認める。
  - ✓ 生き方支援センターの構成員は、MSW（社会福祉士）を中心とし、その他多様な人材を育成して認める。地域の人材も活用することで、地域づくりにつなげていく。

(2) 多職種チーム～情報の共有と方針の統一～

- ICTの活用
- 遠隔医療の活用
- 意志決定支援を含めた相談業務を行うチーム作り
- 多職種でのミーティング（義務づけ、困難事例やデスカンファ、意志決定支援、一般を巻き込んだ倫理委員会）
- 権限委譲と各職種の権限拡大（チェック機能をどう果たすか）
- 在宅医療の医師の事務量は膨大にて、医師の負担軽減（医療クラークを診療所でも認めては？）
- 現在は、相談業務がほとんど評価されていないが、今後は相談業務の評価が必要。
- 疲弊しないシステム（当番体制の維持）

【個別施策・作戦】

- **多職種ミーティング加算**の設定
- **遠隔医療を制度化**
- ICTを活用したミーティングを認める（現行では、機能強化型の連携でも対面のミーティングしか認められていない）
- 医療クラーク加算を診療所でも認める
- **生き方支援センター**もしくは、相談業務や生き方を支援するチームを設置し、診療報酬上も相談業務を評価する。
- 新しい医療のシステムや連携の具体的方法を具体的に明示し、推進する。
- 診療所での医療クラーク加算を認める
- 在支診・在支病での24時間365日当番体制を医師のみでなく、多様な職種での対応を認める。

### (3) 住み慣れた場所で最後まで看取れる地域づくり

- 医療者が地域作りという視点を持ち、役割を果たす
- 病院の医療従事者への在宅医療の啓蒙
- 最期まで治し続ける医療から、死に向き合い患者家族をサポートできる医療を目指す
- 病院側が在宅へ帰るイメージがつかないことから、一旦有床診療所で受けて在宅へ返す。有床診療所の再活用
- 一般市民への在宅医療の啓蒙（看取りのパフレット）
- 独居でも看取れる在宅ケアを目指し、手厚い在宅サービスのある地域作りを行う。
- 特別養護老人ホームでの看取り率をあげる。
- 重度在宅患者の在宅での対応強化
- 現在はがん患者優遇の制度で、死因の1/3を占める非癌患者の看取りの制度構築を行う。

#### 【個別施策・作戦】

- 医療と地域を結びつけるハブ拠点を設ける（**生き方支援センター**）
- 病院に在宅医療相談外来の設置を推奨し、地域医療連携室と連携して退院支援にあたる。地域の在宅医が積極的に病院への非常勤医として協力する仕組みを作る。
- 病院医師、病院看護師に年に1回は退院患者の自宅を訪問する制度を作る
- 在宅患者のための有床診療所機能を活用していくため、有床診療所の点数を底上げする
- 看取りのパフレットを行政が配布していく
- 介護保険の2号被保険者を対象に40歳から5年ごとに生き方講習（映像学習、看取りのパンフ）
- 非癌患者の看取りの制度を構築するために、まずは、非癌の看取り期の定義が必要
  - ◆ 厚生労働大臣の定める疾病等に看取り期の患者を加え、医療保険の訪問看護を可能とし、施設患者へも対応ができるようにする。
  - ◆ 看取り期の予後週単位の患者を対象とする（おおむね死亡日前4週間以内もしくは、点滴や胃瘻などの人工栄養をせずに経口摂取量1日500ml以下になった患者）
  - ◆ 経口摂取量は、食事水分の総量とし、改善が認められた場合は、一度解除する。
  - ◆ 経口摂取量が1日500ml以下となり、看取り期に入ったと判断した場合には、レセプトにその日付を記載する。

\*体内に入る水分量による予後分類

月単位	体の中に入る量（経口、注入、点滴）が1日500ml以上
週単位	体の中に入る量（経口、注入、点滴）が1日500ml以下
日単位	体の中に入る量（経口、注入、点滴）がほぼゼロ

● 看取り期の診療報酬制度の改定

1. **在宅看取り総合診療料**の創設

- ◆ おおむね死亡日前4週間以内を看取り期のとことんケアとして、訪問診療と訪問看護の同日算定や、訪問看護の複数回数加算、毎日訪問、複数名訪問加算を算定できるようにする。
- ◆ おおむね死亡日前4週間以内を原則とする（延長された場合はレセプトに理由を添付）
- ◆ 訪問看護とあわせて週4日以上訪問で歴週分算定（1日1000点換算）できるようにし、診療側と訪問看護側がどちらも算定できる。（在宅がん医総も同様な形に変更）

2. 介護保険でも看取り期のとことんケアを認める。予後1ヶ月を評価。

3. 特別養護老人ホームに施設看取り率を設定した上で、介護報酬に差をつける

#### (4) 疲弊しないシステムと地域医療格差の是正

- 疲弊しない24時間体制システム（複数勤務か、1人診療所の連携か、多職種連携か）
- 各職種、同職種の役割分担
- 情報の共有と方針の統一
- 多職種連携
- 各専門職種間の権限委譲
- 規制改革（多様な診療形態を認める、訪問看護ステーションの1人開業など）
- 多様な働き方
- 子育て支援（女性医師の活躍）

#### 【個別施策・作戦】

- **多様な診療形態を認める**（在宅医療専門クリニックを基準で制限するのではなく、多様な形態を認める方向へ）
- サテライトクリニックや都道府県をまたいだ医療機関の開設を認める。
- 訪問看護ステーションも1人開業や医療過疎地域でのサテライトの設置などを制度上後押しする。
- 頻回な吸引が必要な患者や人工呼吸器患者などの重度患者を介護関連施設で診れるようにする（重度患者加算の創設、胃ろう、自己注射、吸引、人工呼吸器の介護評価）
- ヘルパーの吸引資格をグレードの高いもの（患者を問わない資格）にして、養成を加速する。
- 医師や看護師も時短や直行直帰、多様な休日取得など多様な働き方を国が指し示し、運用を加速する
- 子育て期の女性医師、女性看護師の支援を行う。
- 都会の医療機関や複数医師が集まるマンパワーの豊富な医療機関が過疎地域の医療をサポートできるような**医師・看護師派遣を認める規制改革**を行う。

## 施策抽出シート

### (1) 課題・イシュー

医療従事者養成課程（教育内容）や資格取得後のキャリア（経験）が、目指すべき姿に対応できているか

### (2) 目指すべき姿

患者（住民）の複合的なニーズ・多様な価値観に応え、患者の価値を常に維持向上させる能力とそれを育成する専門性とキャリアが構築できる（価値の維持／向上は公衆衛生的な要素なので違和感あり）

### (3) 阻害要因

- ① 教育内容が医学知識・医療技術に偏重している
- ② 「患者の価値中心のケア」に対する教育プログラムが卒前・卒後・生涯教育ともに体系化されておらず、教育アウトカムの点でも評価されていない
- ③ 資格取得後の生涯学習について、更新制度等のシステム、教育資源ともに不十分
- ④ 目指すべき姿を実現することへの動機・インセンティブがない

### (4) 個別施策・作戦

- ① 各医療従事者養成過程に共通する「患者の価値中心のケア」に関するコア・コンピテンシーの確立と、アウトカム基盤型教育カリキュラムの導入
- ② 「患者の価値中心のケア」に関する生涯学習システムの構築と教育コンテンツの充実
- ③ 「患者の価値中心のケア」を実践することに対するインセンティブの導入

## 施策概要シート

項目	記入欄
1 施策名	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 各医療従事者養成過程に共通する「患者の価値中心のケア」に関するコア・コンピテンシーの確立と、アウトカム基盤型教育カリキュラムの導入</li> <li>② 「患者の価値中心のケア」に関する生涯学習システムの構築と教育コンテンツの充実</li> <li>③ 「患者の価値中心のケア」を実践することに対するインセンティブの導入</li> </ul>
2 最終アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 患者の価値中心のケアを実践できる能力を有する人材が体系的に養成される。</li> <li>② 生涯にわたり、患者の価値中心のケアを実践できるスキルの維持・向上を図ることができる。</li> <li>③ 患者の価値中心のケアの実践が、医療従事者の使命感のみに依存することなく、医療システム全体としてそれを推進する環境を実現する。</li> </ul>
3 初期アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 各医療従事者養成施設のカリキュラムに、患者の価値中心のケアに関するコンピテンシーが反映され、体系的な教育が実際に行われている。 指標：各施設のカリキュラムにおける「患者の価値中心のケア」の実施の有無および実施時間数</li> <li>② 生涯教育コンテンツが整備され、単位制度など教育状況を把握し評価する仕組みが構築される。 指標：生涯教育コンテンツの数と内容、単位制度の有無、単位取得状況</li> <li>③ 患者の価値中心のケアの実践状況に関する情報を収集し、評価する仕組みが導入される。 指標：「患者の価値中心のケア」の実践状況評価指標の有無と評価の実施状況</li> </ul>

## 施策概要シート

4	活動内容	<p>① 1)職種ごとに、教育関係者・行政・有識者・住民代表などによる委員会を構成し、コア・コンピテンシーを作成する。</p> <p>2)各養成機関は、作成されたコア・コンピテンシーを反映した教育アウトカムを設定し、アウトカム基盤型教育の概念に沿って教育カリキュラムを作成する。</p> <p>3)相互チェックあるいは外部評価システムを充実させ、カリキュラムの内容および実施状況について評価し、その結果をフィードバックしてカリキュラムの持続的改良と確実な実施を促す。</p> <p>② 職種ごとに、職能団体・関係学会・有識者などによる委員会を構成して、生涯教育コンテンツを作成するとともに、生涯学習を促すシステムの充実を図る。（日本医師会の生涯教育制度など）。</p> <p>③ 「患者の価値中心のケア」を評価するために必要な、プライマリケアにおけるデータを収集するシステムを構築する。収集したデータに基づいて、評価指標をこれからの医療政策に反映する仕組みを構築する。</p>
5	アウトプット目標	<p>① すべての医療職・介護職の養成課程において、「患者の価値中心のケア」を含むコア・コンピテンシーが目標として設定され、それを反映したカリキュラムが作成される。評価システムが導入され、養成機関ごとに実施状況が把握され、そのデータがカリキュラム改善に用いられている。</p> <p>② すべての医療職・介護職において、「患者の価値中心のケア」を含む生涯教育システムが構築され、教育コンテンツが整備されている。</p> <p>③ プライマリケアにおけるデータが収集される。患者の価値中心のケアを評価する指標が作成され、これからの医療政策に継続的に反映されている。</p>
6	資源（人員）	<p>① 教育関係者・行政・有識者・住民代表（委員会を構成）、各養成機関の教員・指導者（カリキュラムの作成および相互に外部評価）</p> <p>② 職能団体・関係学会・有識者（生涯学習システムの構築）</p> <p>③ 職能団体・関係学会・有識者（評価指標、算定条件の作成）、医療従事者（プライマリケアにおけるデータ収集）</p>

## 施策概要シート

7	資源（財源、予算）	<ul style="list-style-type: none"><li>① 会議費、調査費、相互評価のための旅費、事務経費等</li><li>② 生涯教育システム構築費用、教育コンテンツ作成費用</li><li>③ 会議費、調査費、プライマリケアデータに関するデータベース構築費用等</li></ul>
---	-----------	---

## 施策抽出シート

### (1) 課題・イシュー

医療提供体制面では、世界的に標準とされる水準のプライマリケアの確立・普及ができていないか

### (2) 目指すべき姿

世界的に標準とされる水準のプライマリケアの実践を通じて、予防や治療に際して、患者・家族の意思決定や意向を尊重したケアを提供することが出来る

### (3) 阻害要因

- ① 学問領域としてのプライマリケアが確立しておらず、その概念も共有されていない
- ② 世界的に標準とされる水準のプライマリケアを提供できる医師を体系的に養成する教育プログラムが確立していない
- ③ 提供されるプライマリケアを評価し、質を保証する仕組みがない

### (4) 個別施策・作戦

- ① 学問領域としてのプライマリケアの確立
- ② 世界的に標準とされる水準のプライマリケアに関する能力（総合診療能力）を備えた医師を養成する研修システムの充実
- ③ プライマリケアの評価と質の改善を通じてプライマリケア強化に資する医療政策に関する推進

## 施策概要シート

項目	記入欄
1 施策名	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 学問領域としてのプライマリケアの確立</li> <li>② 世界的に標準とされる水準のプライマリケアに関する能力（総合診療能力）を備えた医師を養成する研修システムの充実</li> <li>③ プライマリケアの評価と質の改善を通じてプライマリケア強化に資する医療政策に関する推進</li> </ul>
2 最終アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>① プライマリケアが学問領域として確立し、学術的な背景に基づく研究が広く実施され、科学的なエビデンスに基づいた領域の発展を図ることができる。</li> <li>② 総合診療能力を備えた質の高い医師を研修システムにより体系的に養成する体制を構築し、より安心・安全な医療を提供できる。</li> <li>③ 患者（住民）の抱える健康問題に対して幅広く対応する「プライマリケア機能」が適切に評価され、その質の改善に寄与する医療政策の推進につながる仕組みが構築される。</li> </ul>
3 初期アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>① プライマリケアを専門領域とする施設・研究者・学術団体の充実 指標：大学におけるプライマリケア関連講座の数および所属する教員数、学術団体の会員数、当該領域の発行論文数</li> <li>② 総合診療能力を備えた医師を養成する研修システムの充実 指標：総合診療専門医養成プログラム数、専攻医採用数、専門医取得者数、講習会実施回数</li> <li>③ 医療政策における「プライマリケア機能」の評価と質の向上 指標：プライマリケア機能に対する評価の仕組みを作成、評価を質の改善につなげるシステムの構築</li> </ul>

## 施策概要シート

4	活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 大学におけるプライマリケア関連講座の新設・充実を図るとともに、人材養成にかかる経費や研究費を重点的に配分して、学問領域としての確立を図る。</li> <li>② 指導医養成の強化やプログラムに対するサポートを通じて、総合診療専門医を養成する質の高い研修プログラムを増やす。</li> <li>③ プライマリケアにおけるデータを収集するシステムを構築する。収集したデータに基づいてプライマリケア機能を評価する仕組みを作成し、その評価によって質の改善につなげるシステムを構築する。</li> </ul>
5	アウトプット目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>① すべての医学部にプライマリケア部門を設置する。当該領域を発展させることのできる人材を養成するためのプロジェクトをスタートさせる。プライマリケアの充実を目的とした研究費の重点配分を行う。</li> <li>② 指導医養成講習の数と質の充実と、総合診療プログラムに対するサポート体制の構築によって、質の高い総合診療専門研修プログラムを増加させる。</li> <li>③ プライマリケア機能を評価する仕組みが作成され、質の改善につながるシステムが構築される。そのシステムが医療政策に反映されている。</li> </ul>
	資源（人員）	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 大学教員、研究者</li> <li>② 総合診療に関する教育専門家、総合診療専門研修プログラム責任者、指導医、事務担当者</li> <li>③ 研究者、医療従事者、医療政策立案者</li> </ul>

## 施策概要シート

7	資源（財源、予算）	<ul style="list-style-type: none"><li>① 大学の運営交付金、プロジェクト委託費、研究費</li><li>② 指導医養成講習、総合診療プログラム運営サポートための補助金</li><li>③ データ収集にかかる経費、データベース構築費用、質の改善のためのシステム構築費用</li></ul>
---	-----------	--

## 施策抽出シート

### (1) 課題・イシュー (看護師)

医療従事者養成養成課程（教育内容）や資格取得後のキャリアが目指すべき姿に対応できているか

（特に看護職の具体的課題）

- ・地域で患者の生活を支えるためにこれまでより高い資質が求められる
- ・地域で患者の生活を支える看護職人材の不足

### (2) 目指すべき姿

患者（住民）の複合的なニーズ・多様な価値観に応え、患者の価値を常に維持向上させる能力とそれを育成する専門性をキャリアが構築できる

（特に看護職においては）

- ・看護職が、地域において安全に、専門性が十分に発揮できるための教育（基礎・継続）が実施される
- ・地域で活躍するためのキャリア

### (3) 阻害要因

- ① 急性期・短期間入院中の患者が、基礎教育や医療機関での就業キャリアにおける患者像の中心モデルであり、地域を志向する看護職が少ない
- ② 問題解決思考の視点で患者を捉えており、高齢者や障害者の価値が見出せない
- ③ 患者の状態を適切に判断するためのフィジカルアセスメント能力や判断力が十分に育っていない
- ④ 患者や家族の意思を尊重し、多職種等と調整しながら、ニーズに応じるための高度なコミュニケーションスキルがない

### (4) 個別施策・作戦

- ① 看護基礎教育の見直し
  - ・患者の価値を見出す思考過程を持つ為のカリキュラムの改善
  - ・在宅領域などの実習時間の拡大、患者のニーズに応えるための知識や判断力等、高い資質を身につける教育の充実

⇒従来の基礎教育内容の範囲では納まりきらないことから、年限を延長して教育内容を充実することが必要
- ② 看護師のキャリアの見直し
  - ・医療機関就業看護職が訪問看護・福祉施設などへの研修や出向を経験することで、患者を生活者としてとらえることができる視点を養う。

## 施策概要シート

	項目	記入欄
1	施策名	「患者（住民）を全人的にとらえ、価値を見出しともに共有する医療者になるために」
2	最終アウトカム	看護師は、患者を地域での生活者としてとらえ入院、外来、在宅（地域）それぞれの場面で患者の価値を共有し継続的に支援している
3	初期アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>①看護学生は、基礎教育の改善によって患者を生活者としてとらえ、患者の価値を見出す思考過程を持つ事ができる</li> <li>②看護師は、地域で療養する高齢者や障害者（児）を理解し患者の価値に気付くことができる</li> <li>③看護師は、地域包括ケアシステムの中で患者の価値を多職種と共有するための看護師の役割について考える事ができる。</li> </ul>
4	活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>①看護師基礎教育において「患者の価値を見出しともに共有できる」ためのカリキュラムの内容について医療・福祉・教育・行政など多方面の有識者や患者団体の意見を取り入れながら検討する</li> <li>②検討した内容をカリキュラムに反映させる（在宅領域の実習期間も含む）</li> <li>③カリキュラム内容は既卒看護師も研修などにて学習する</li> <li>④病院看護師の在宅領域への3～6ヶ月間期間の出向を積極的に実践できるように働きかける</li> </ul>

## 施策概要シート

5	アウトプット目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>①看護師基礎教育における「患者の価値を見出し共に共有できる」ための思考過程、知識、技術等の資質を養うことができるカリキュラムを作成し導入する（大幅な教育内容の充実のため、教育年限の延長が必要）</li> <li>②カリキュラムは既卒看護師も学習する</li> <li>③「訪問看護出向システム」を参考に、病院看護師は在宅領域へ一定期間の出向を行う</li> </ul>
6	資源（人員）	<ul style="list-style-type: none"> <li>①日本看護協会</li> <li>②医療・福祉・教育・行政など多方面の有識者や患者団体</li> </ul>
7	資源（財源、予算）	（費用、予算、財源など）

## 施策抽出シート

### (1) 課題・イシュー

多職種連携のため、専門職種での心理的バリアの除去、共通言語の共有、知識ギャップの是正はできているか

### (2) 目指すべき姿

多様な職種、住民とのチームで患者家族のニーズと向き合う

### (3) 阻害要因

- ① 福祉系職種は医療系職種に指示を受けてきた文化がある。
- ② 連携の要であるケアマネジャーの医師への苦手意識
- ③ ケア会議に参加する時間がない（特に医師）
- ④ ケアマネジャーの報酬が低い（医療系ケアマネジャーが少ない）
- ⑤ 住民への啓蒙活動不足

### (4) 個別施策・作戦

- ① 事例を用いた多職種カンファレンスの開催
- ② 主任ケアマネジャー研修のカリキュラムの見直し
- ③ ケアマネジメントの介護報酬見直しと利用者1割負担導入
- ④ 住民の役割を考えるための啓蒙活動
- ⑤ 医師も参加できる会議の工夫やICTの活用
- ⑥ 医療・福祉系学生の共同学習が実施できるカリキュラムの見直し
- ⑦ 「患者さんはどう思っているの？」が多職種間の連携における共通言語とする

## 施策概要シート

項目	記入欄
1	<p>施策名</p> <p style="text-align: center;">「患者さんはどう思っているの？」が共通言語になるために。</p>
2	<p>最終アウトカム</p> <p>患者のニーズが多職種共通目標となり地域包括ケアシステム内で連動している</p>
3	<p>初期アウトカム</p> <p>①事例を用いた多職種カンファレンスへの参加によって他職種の理解ができる。カンファレンスが繰り返されることによって、顔の見える関係性があちこちで築け、地域における巨大な多職種チームが構成される。                  ②ケアマネジャーによる担当者会議の調整や多職種間の情報共有がスムーズになる                  ③住民は、地域包括ケアシステムを理解するとともに住民としての役割を意識できる                  ④学生は互いを理解し他職種を尊重しながら連携する意識を持つ                  ⑤多職種の共通言語は「患者の言葉である」ことを理解する</p>
4	<p>活動内容</p> <p>① デスカンファレンスなど事例を用いた多職種カンファレンスの開催（訪問看護ステーションでの開催？）                  ② 主任ケアマネジャー研修などで、「ファシリテーション能力を向上させるカリキュラム」の見直しを行う。                  ③ ケアマネジャーの競争力と報酬を上げるために、ケアマネジメントの介護報酬見直しと利用者1割負担導入                  ④ 多職種によるコンピテンシーをあげるためには、患者家族のニーズを共有し共通の目標の基に各専門職が役割をはたす必要があることを再確認するための研修会を開催する                  ⑤ 情報共有ツールの開発やICTの利用                  ⑥ 住民が、地域の問題点を知り地域包括ケアシステムにおける住民の役割を考えられるための啓蒙活動                  ⑦ 医療・福祉系の学生間の共同学習が実施できるカリキュラムの見直し</p>

## 施策概要シート

5	アウトプット目標	
6	資源（人員）	
7	資源（財源、予算）	（費用、予算、財源など）

## 施策抽出シート

### (1) 課題・イシュー

・市民や患者がセルフケアや適切な情報の取得（含む医療の不確実性や限界への理解）、学びなど主体的に関与する環境は十分か

### (2) 目指すべき姿

・疾病予防や重症化予防等のため、魅力的な生活の中で、患者（住民）の意識を高めながら参加を促す

### (3) 阻害要因

・病を患わない限り、一般市民が日常的に医療に接する機会はほとんどない  
・自治体職員や医療提供側からの情報が不足していたり説明が難解だったりする  
・日常生活面での困りごとを相談できる場が不足している  
・患者・住民が疾病予防や重症化予防に努めることへのインセンティブがない  
・医療提供者側に患者が不条理であることへの理解が欠けている

### (4) 個別施策・作戦

- (1) 医療需要の適正化に関する正しい理解の促進、患者・家族の自己決定力の強化支援（住民と医療提供者などによる研修の実施、受療行動の選択に役立つ情報提供、日常生活面での困りごとを相談できる場の充足等）
- (2) 一般市民の医療活動への参画促進
- (3) 医療保険者によるデータヘルスの実施（加入者個人への情報提供とインセンティブ付与等）
- (4) 主として医療・介護の過疎地域におけるウェアラブル端末による住民・在宅患者の健康管理

## 施策概要シート

	項目	記入欄
1	施策名	<p>(1) 医療需要の適正化に関する正しい理解の促進、患者・家族の自己決定力の強化支援（住民と医療提供者などによる研修の実施、受療行動の選択に役立つ情報提供、日常生活面での困りごとを相談できる場の充足等）</p> <p>(2) 一般市民の医療活動への参画促進</p> <p>(3) すべての医療保険者によるデータヘルスの実施（加入者個人への情報提供とインセンティブ付与等）</p> <p>(4) ウェアラブル端末による住民・在宅患者の健康管理</p>
2	最終アウトカム	<p>施策名（1）～（4）共通</p> <p>⇒患者が「いつでも・どこでも」ではなく、必要な時に必要な医療にアクセスできる</p> <p>⇒患者・住民の不安や悩みが軽減され、安心して医療を受けている</p> <p>⇒限られた医療資源の中で質の高い医療が効率よく提供できている</p>
3	初期アウトカム	<p>施策名（1）（3）（4）に関して</p> <p>⇒国民が予防に向けた行動をとる</p> <p>⇒国民が疾患の早期発見につながる行動をとる</p> <p>⇒本人や家族が罹患した際に適切な受療行動を取る、過剰医療等を求めない</p> <p>施策名（2）に関して</p> <p>⇒国民が日ごろから医療現場の実態を知っている 指標：医療機関の規模別ボランティアの参加状況</p>
4	活動内容	<p>施策名（1）に関して</p> <p>⇒各自治体が主導する形で住民と医療提供者などによる研修を実施（住民と医療提供者がともに参画することがポイント。それにより患者が不条理であることへの医療提供者の理解も進む）</p> <p>⇒日常生活面での困りごとを相談できる場を充足（各自治体が主導する形で保健センターや地域包括支援センター等に設置するほか、医療・介護提供の現場に設けて診療報酬・介護報酬で手当てする方策もあり）</p>

## 施策概要シート

		<p>⇒各自治体による受療行動の選択に役立つ情報提供（冊子・ウェブサイトを活用した情報探しの支援や情報ニーズを踏まえた適時の情報提供[地域の医療提供体制の仕組みが文章だけでなく、図表で説明がされている]</p> <p>施策名（2）に関して ⇒病院・診療所において医療ボランティアを積極活用（ボランティアではあるが、できれば引き受けることによる何らかのメリットがあるとよい）</p> <p>施策名（3）に関して ⇒医療保険者が加入者個人への情報提供とインセンティブ付与を行なう（レセプト・健診データ等の分析による最適提案、健康ポイントに応じて商品を進呈）。併せて、積極的にデータヘルスに努め成果を上げている保険者には国から経済的インセンティブを付与（後期高齢者支援金の加算・減算見直しの前倒し実施等）</p> <p>施策名（4）に関して ⇒主として医療・介護過疎地域において、住民・在宅患者にウェアラブル端末を身に付けてもらい、健康データをより詳しく集めて健康管理に当たる（自治体が主導する形か）</p>
5	アウトプット目標	<p>施策名（1）に関して ⇒研修事業開催●回、受講者数●人 / 相談窓口の設置●箇所 / 受療行動の選択に役立つわかりやすい情報提供の有無</p>
6	資源（人員）	<p>施策名（1）に関して ⇒自治体、医療提供者、患者、住民</p> <p>施策名（2）に関して ⇒医療提供者、患者、住民</p> <p>施策名（3）に関して ⇒医療保険者</p>

## 施策概要シート

		施策名（4）に関して ⇒自治体
7	資源（財源、予算）	適宜、各種補助金、都道府県における「地域医療介護総合確保基金」等を活用

## 施策抽出シート

### (1) 課題・イシュー

・自治体が能動的に関与するための能力育成や国との健全なコミュニケーションを行う環境ができて  
いるか

### (2) 目指すべき姿

・自治体（都道府県等）が実情に応じたガバナンスと政策展開を行う  
ことができる

### (3) 阻害要因

- ・国からの必要な支援・助言が不足している（厚労省の資料が要領を得ない等）
- ・自治体（都道府県等）における保健医療政策人材の教育・研修・確保システムが確立していない（人材養成の方針が欠如、教育と研修のあり方に課題、多忙・定期的な人事異動等）
- ・自治体が主体的な活動することへの動機・インセンティブがない（地方分権が不十分）

### (4) 個別施策・作戦

- (1) 自治体職員に対する厚労省の資料作成・プレゼン改革
- (2) 自治体（都道府県等）における保健医療政策人材の教育・研修・確保体系の確立
- (3) 地方分権の促進、自治体の自助努力に対する評価の拡充

## 施策概要シート

	項目	記入欄
1	施策名	(1) 自治体職員に対する厚労省の資料作成・プレゼン改革 (2) 自治体（都道府県等）における保健医療政策人材の教育・研修・確保体系の確立 (3) 地方分権の促進、自治体の保健医療政策に関する自助努力への評価の拡充
2	最終アウトカム	施策名（1）～（3）共通 ⇒自治体が責任をもって地域の実情に合わせた保健医療政策を立案・遂行できる
3	初期アウトカム	施策名（1）に関して ⇒自治体の職員が保健医療政策を立案・遂行するに当たっての必要な情報支援・助言が分かりやすい形で行なわれている 指標：厚労省簡易版資料・スライドの活用状況 施策名（2）に関して ⇒自治体において、地域ごとの医療・福祉資源、社会資源などを把握し管理・調整する人材が養成・確保できている 指標：「保健医療人材養成講座」（仮）の運営実態および活用状況 ⇒各大学医学部設置された医療政策に関する寄附講座の講師が県の医療政策のブレーンとして活躍している 施策名（3）に関して ⇒自治体が主体的に政策活動を展開している
4	活動内容	施策名（1）に関して ⇒厚労省の現行資料・研修内容等に関する自治体職員へのアンケートを実施して課題を把握 ⇒上記によって判明した課題を克服できるよう、厚労省サイドで分かりやすい資料作成・プレゼン改革を実施 施策名（2）に関して ⇒厚労省主導で自治体職員向けの「保健医療人材養成講座」（仮）を開催（座学[対面講義のほかeラーニングも併用]+グループワークの実施、カリキュラムにも工夫[政策知識だけではなく計画策定やマネジメントのスキルを向上させられる／全国共通の内容と、地域特性を反映した

## 施策概要シート

		<p>内容の双方を学ぶ)          ⇒現状の異動を前提とした人事制度を一部見直し          ⇒各大学医学部に医療政策に関する寄附講座（少なくとも各都道府県に一つ）をつくり、そこに助教（講師）クラスでも構わないので、県の医療政策のブレンとして活躍できる人材がいるようにする（※役人の人事異動にかかわらず、長期的なスパンで医療施策の立案・遂行について指導できる人材がいることがポイント）</p> <p>施策名（3）に関して          ⇒自治体に付与できる（あるいは付与すべき）権限内容を整理した上で、実現可能性の高いものから速やかに実行に移す（例：特例診療報酬の設定、保険医療機関の指定等）          ⇒自治体の保健医療政策に関する自助努力が加速されるよう、地域医療構想の達成状況等を随時公表する。あわせて成果を出している自治体には経済的インセンティブを付与する（後期高齢者支援金の加算・減算見直しの前倒し実施等）</p>
5	アウトプット目標	<p>施策名（1）に関して          ⇒厚労省簡易版資料・スライドの作成状況</p> <p>施策名（2）に関して          ⇒研修事業開催●回、受講者数●人          ⇒各大学医学部に医療政策に関する寄附講座（少なくとも各都道府県に一つ）を設置</p>
6	資源（人員）	<p>施策名（1）に関して          ⇒厚生労働省</p> <p>施策名（2）に関して          ⇒厚生労働省、国立保健医療科学院、政策研究大学院大学、各大学医学部等</p>

## 施策概要シート

7	資源（財源、予算）	施策名（2）に関して ⇒厚労省予算で財源確保。適宜、都道府県における「医療介護確保基金」等を活用
---	-----------	---