

# 人生の最終段階における医療・介護

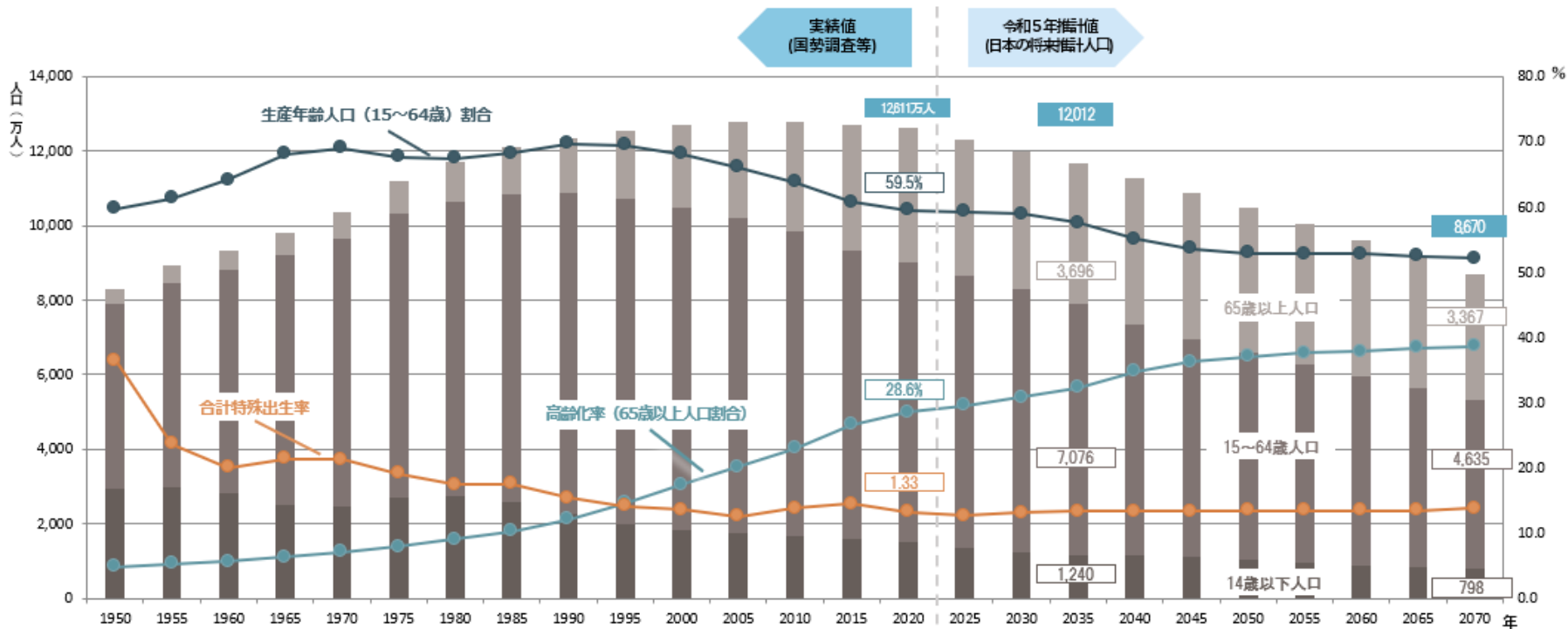
## 参考資料

# 1. 総論

2. 人生の最終段階における意思決定支援について
3. 本人の意思に基づく医療・介護の提供について

# 日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



	2015年	2020年	2025年	2070年
65歳以上高齢者人口 (割合)	3,387万人(26.6%)	3,604万人(28.6%)	3,653万人(29.6%)	3,367万人(38.7%)
75歳以上高齢者人口 (割合)	1,632万人(12.8%)	1,861万人(14.8%)	2,155万人(17.5%)	2,180万人(25.1%)

## 出典

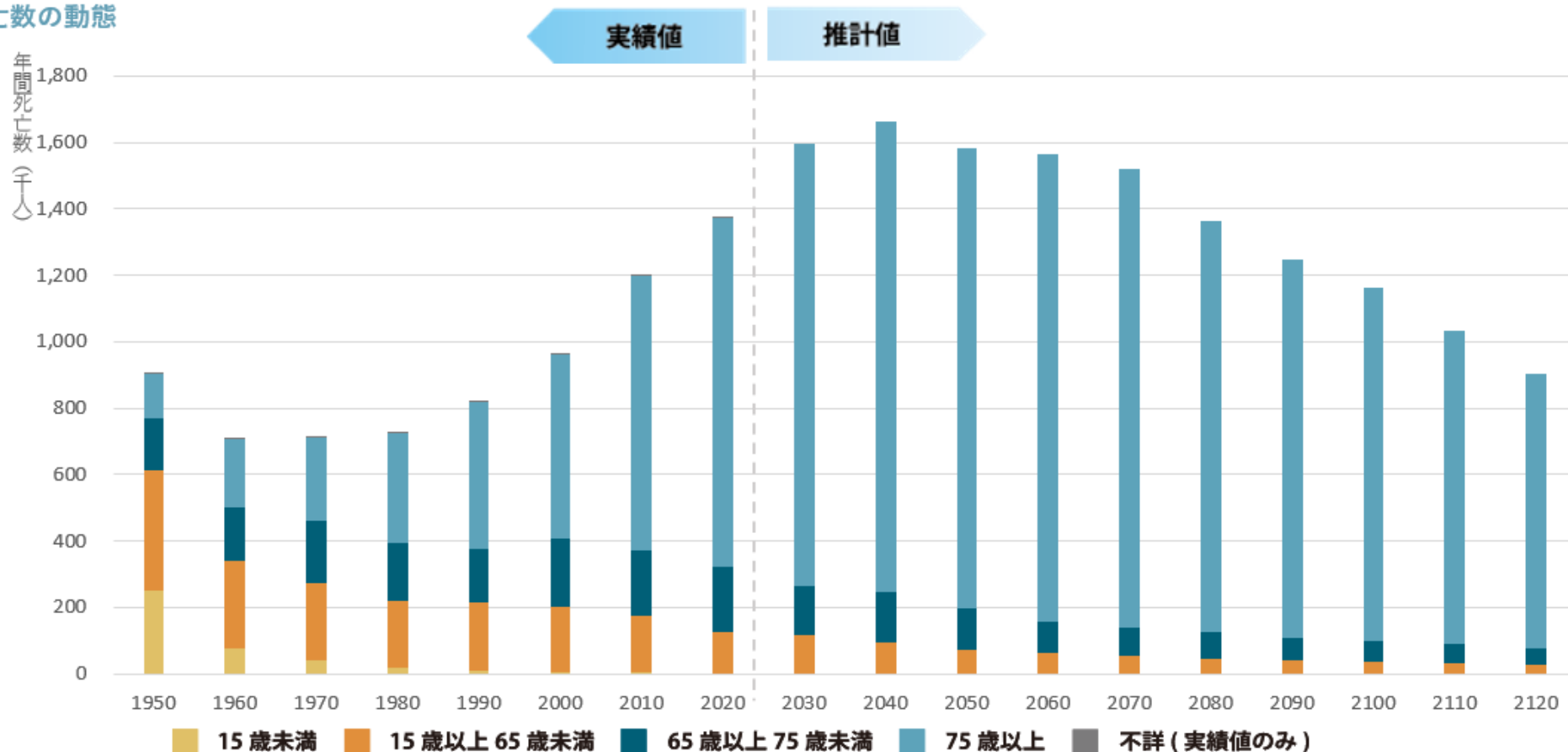
2020年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」  
 2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」  
 2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

# 死亡数が一層増加する

意見交換 資料-2改  
R 5 . 3 . 1 5

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

## 死亡数の動態



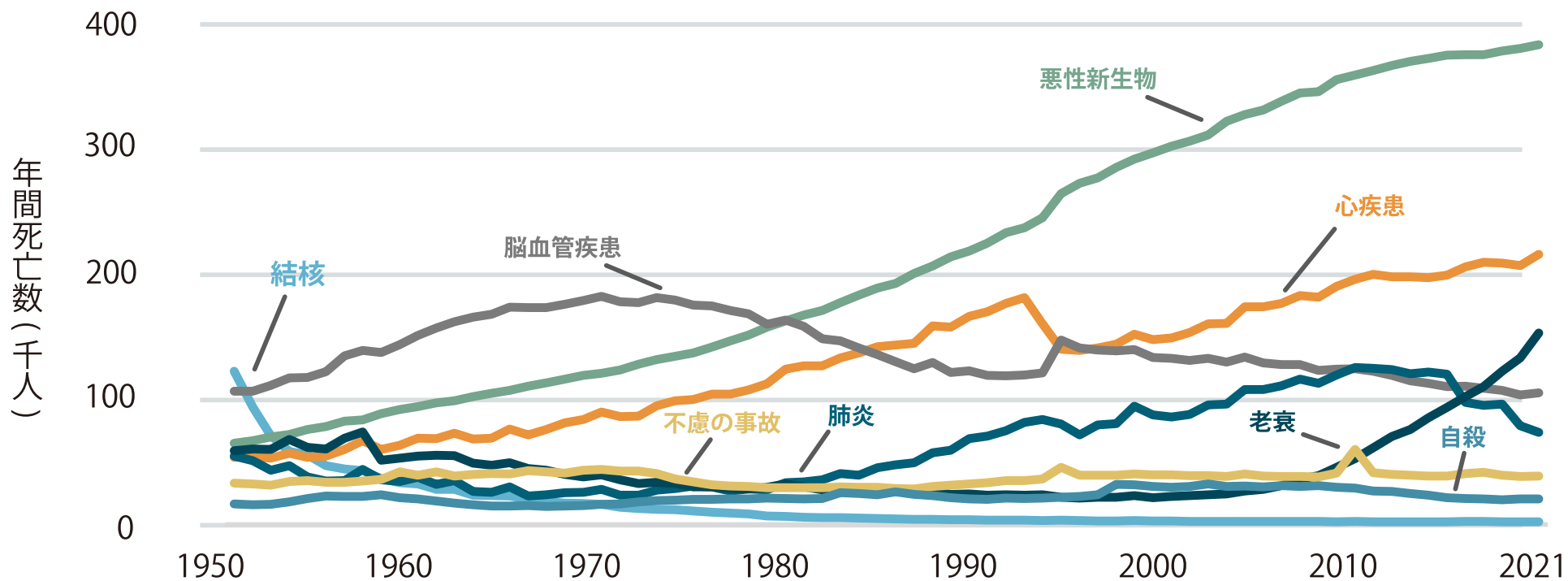
## 出典

2020年までは厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」  
2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5推計）：出生中位・死亡中位推計」より作成

# 死因の推移

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

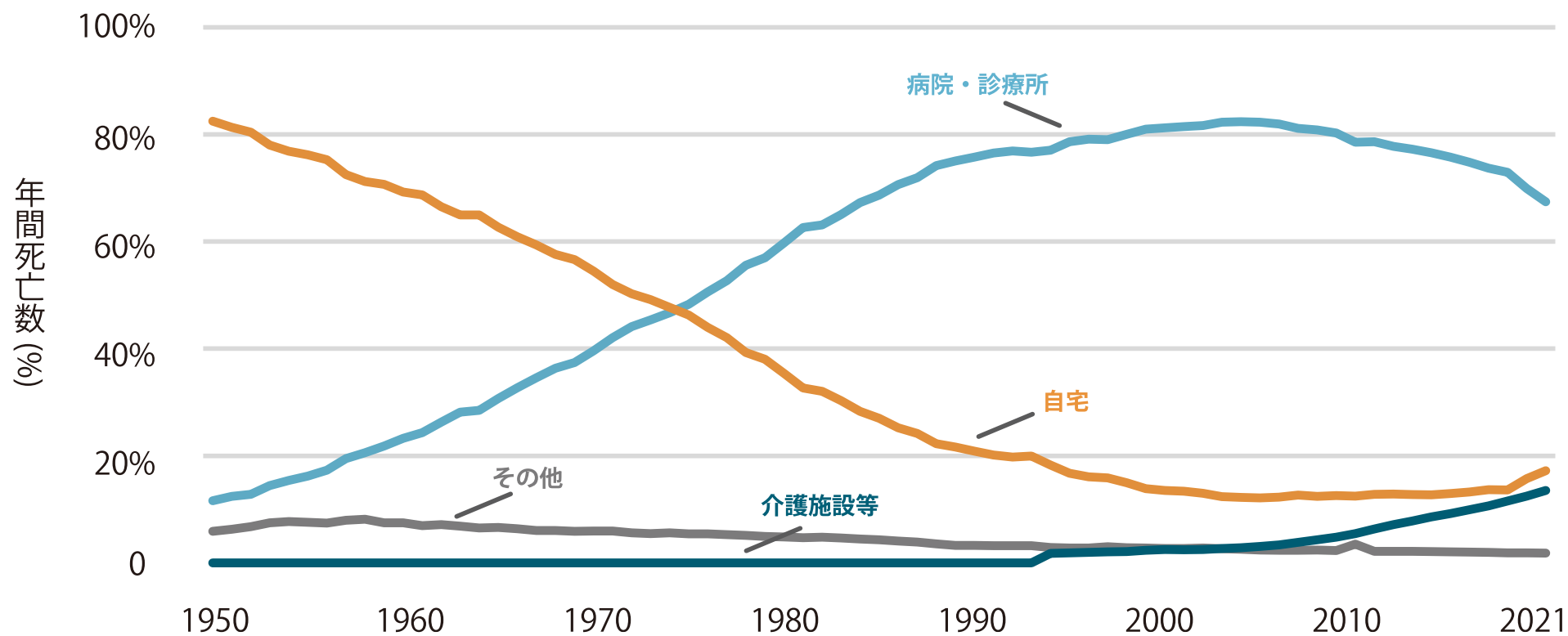
## 死因の推移



# 死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

## 死亡の場所の推移



# 人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

意見交換 資料 - 2  
R 5 . 3 . 1 5

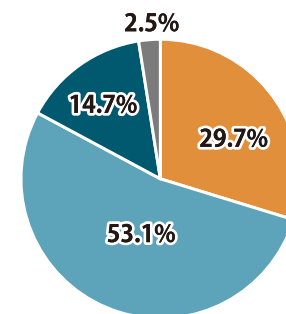
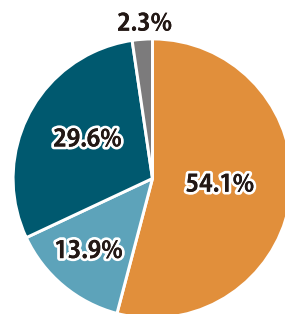
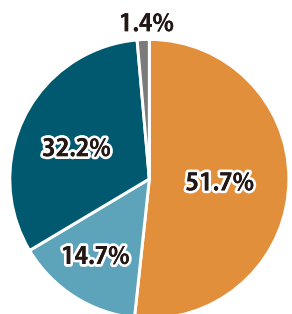
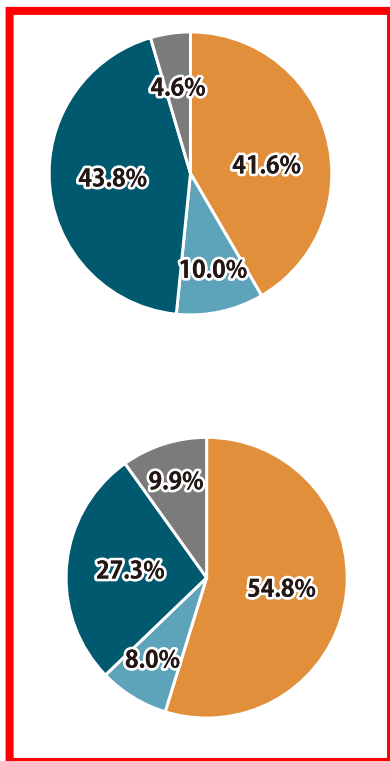
(あなたの病状)  
病気で治る見込みがなく、  
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死  
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)  
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、  
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、  
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。  
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

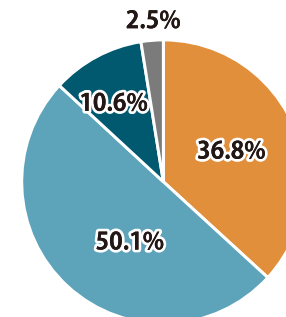
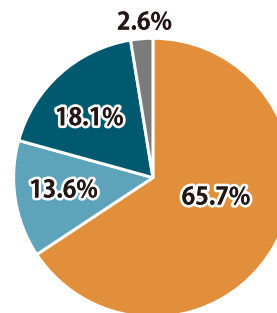
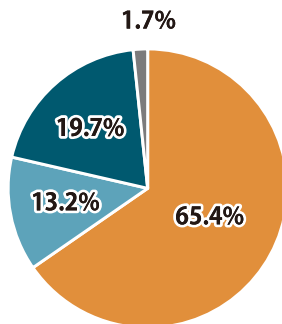
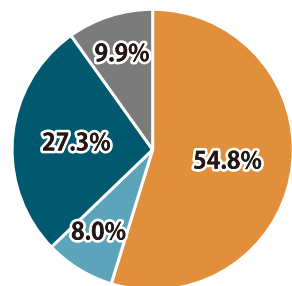
(あなたの病状)  
慢性的な重い心臓病と診断され、  
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと  
いった状態です。今は食事や着替え、  
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。  
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)  
認知症と診断され、状態は悪化し、  
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。  
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ  
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関 介護施設 自宅 無回答

出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」(速報値)  
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある  
 ※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

1. 総論

**2. 人生の最終段階における意思決定支援について**

3. 本人の意思に基づく医療・介護の提供について



# 「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」

意見交換 資料-2 参考1  
29.3.22

## 策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。

※平成26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」に改称。

## ガイドラインの概要

### 1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 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終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

### 2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

# 「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

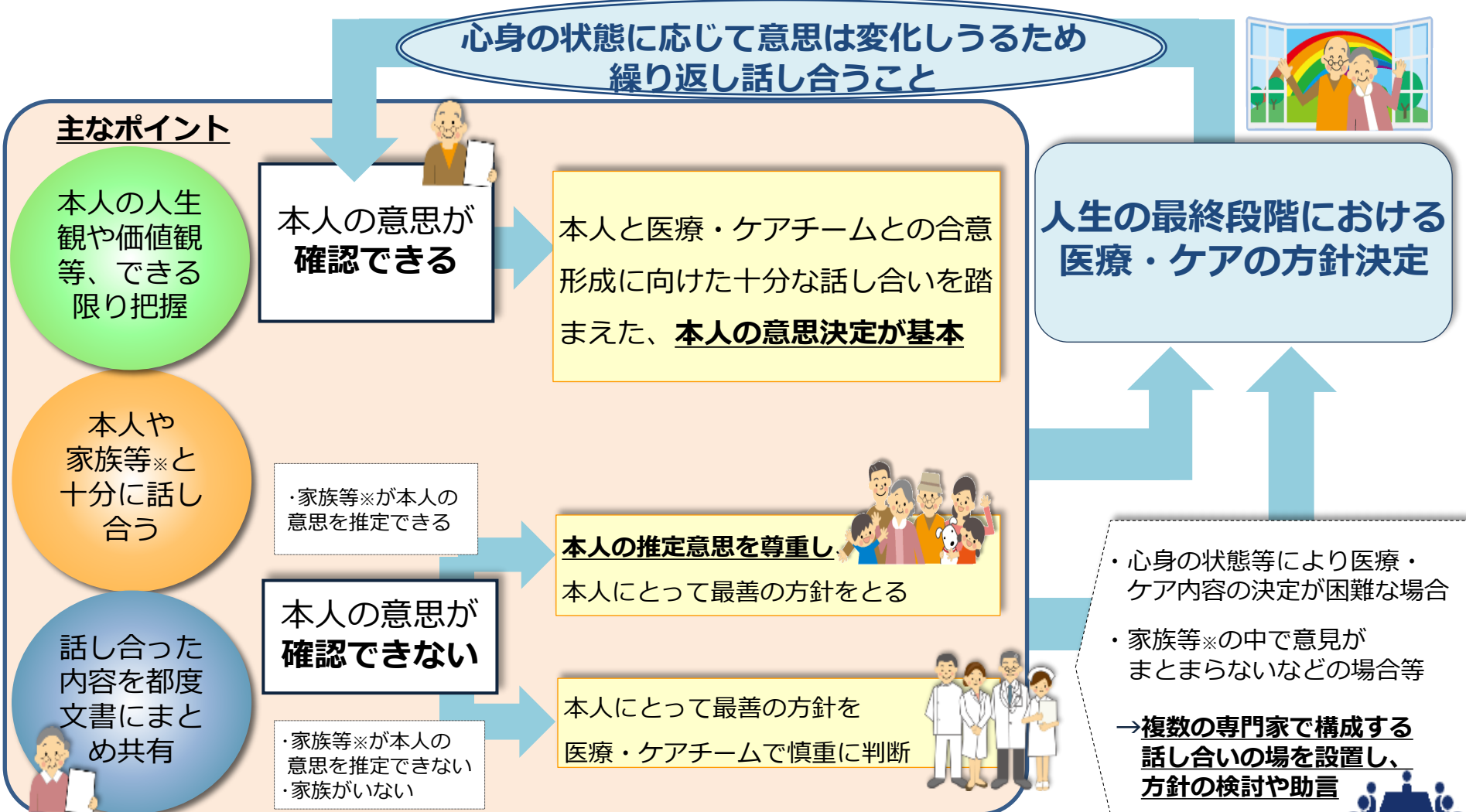
- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
  - ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
  - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

## 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)(平成30年版)

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。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって決めておくことが重要である。

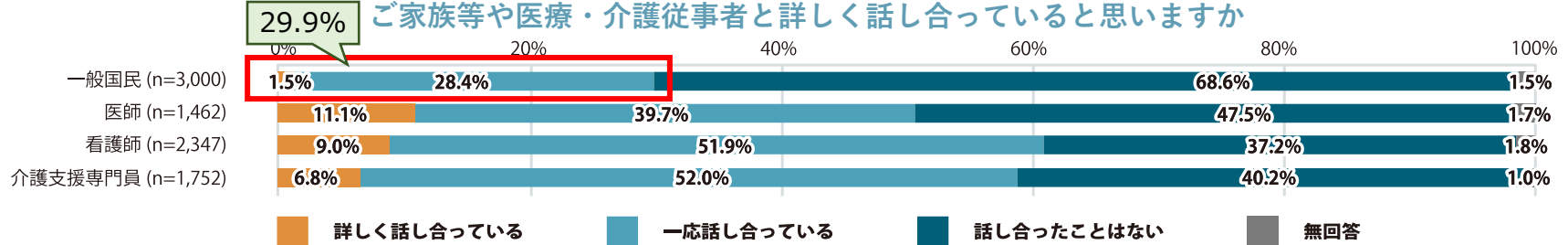
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



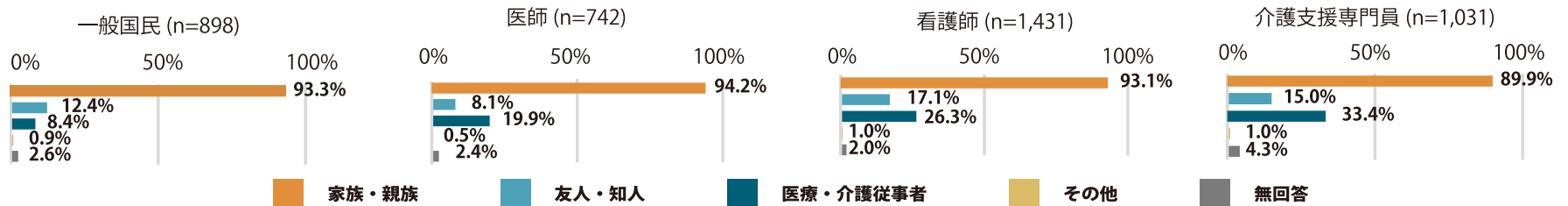
# 人生の最終段階における医療・ケアに関する 家族等や医療・介護従事者との話し合いの実施状況

意見交換 資料 - 2 改  
R 5 . 3 . 1 5

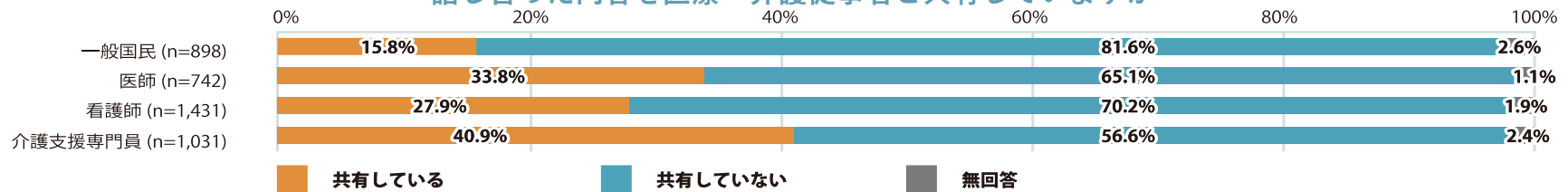
あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受けたくない医療・ケアについて、  
ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていますか



「あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていますか」の間に「詳しく話し合っている」「一応話し合っている」と回答した方にお尋ねします。  
どなたと話し合いましたか（複数回答可）



「あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受けたくない医療・ケアについて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていますか」の間に「詳しく話し合っている」「一応話し合っている」と回答した方にお尋ねします。  
話し合った内容を医療・介護従事者と共有していますか



## 出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」（速報値）

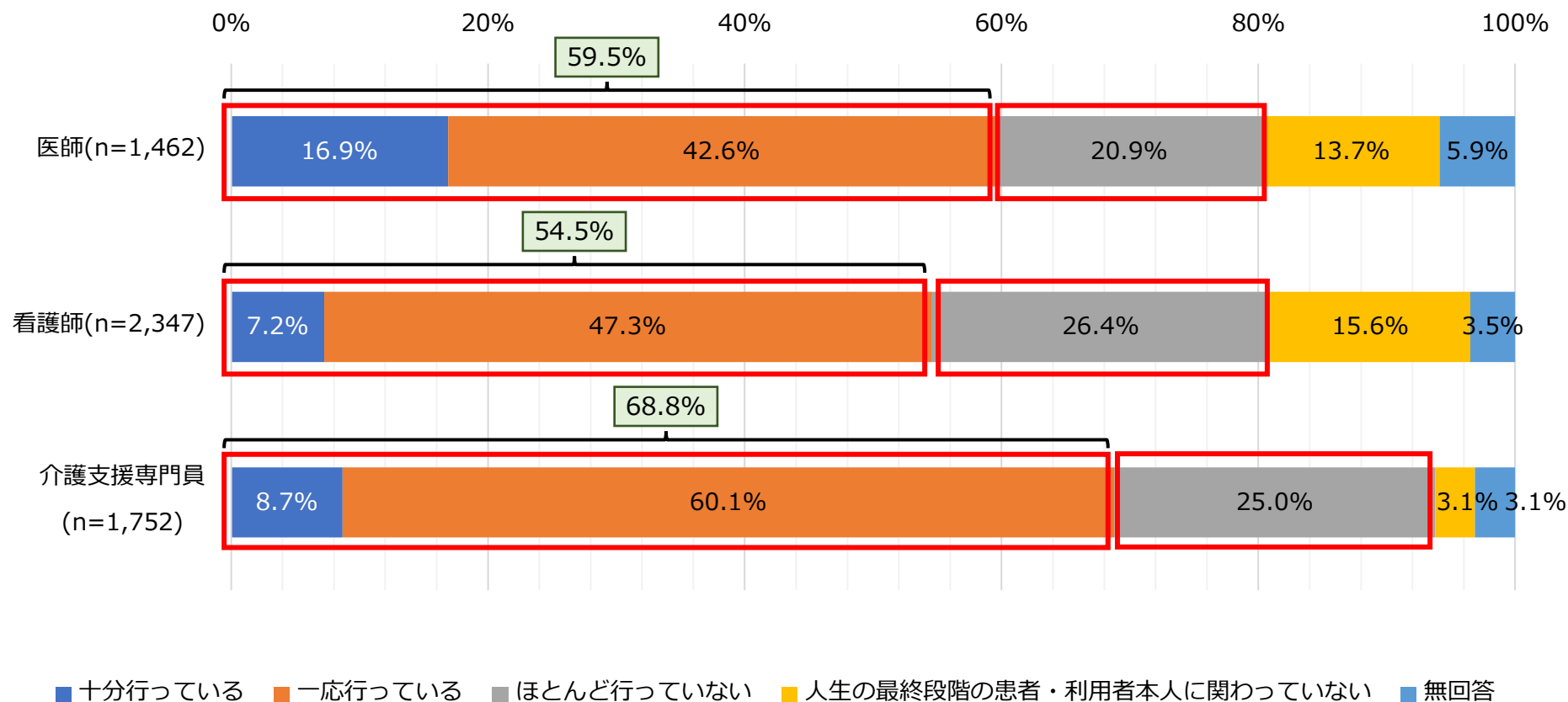
※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある

※ 回答の比率（%）は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

# 人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いの実施状況

- 担当患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアに関する話し合いについて、「十分行っている」及び「一応行っている」を合わせると、医師が59.5%、看護師が54.5%、介護支援専門員が68.8%である。一方、医師の20.9%、看護師の26.4%、介護支援専門員の25.0%が、「ほとんど行っていない」としている。

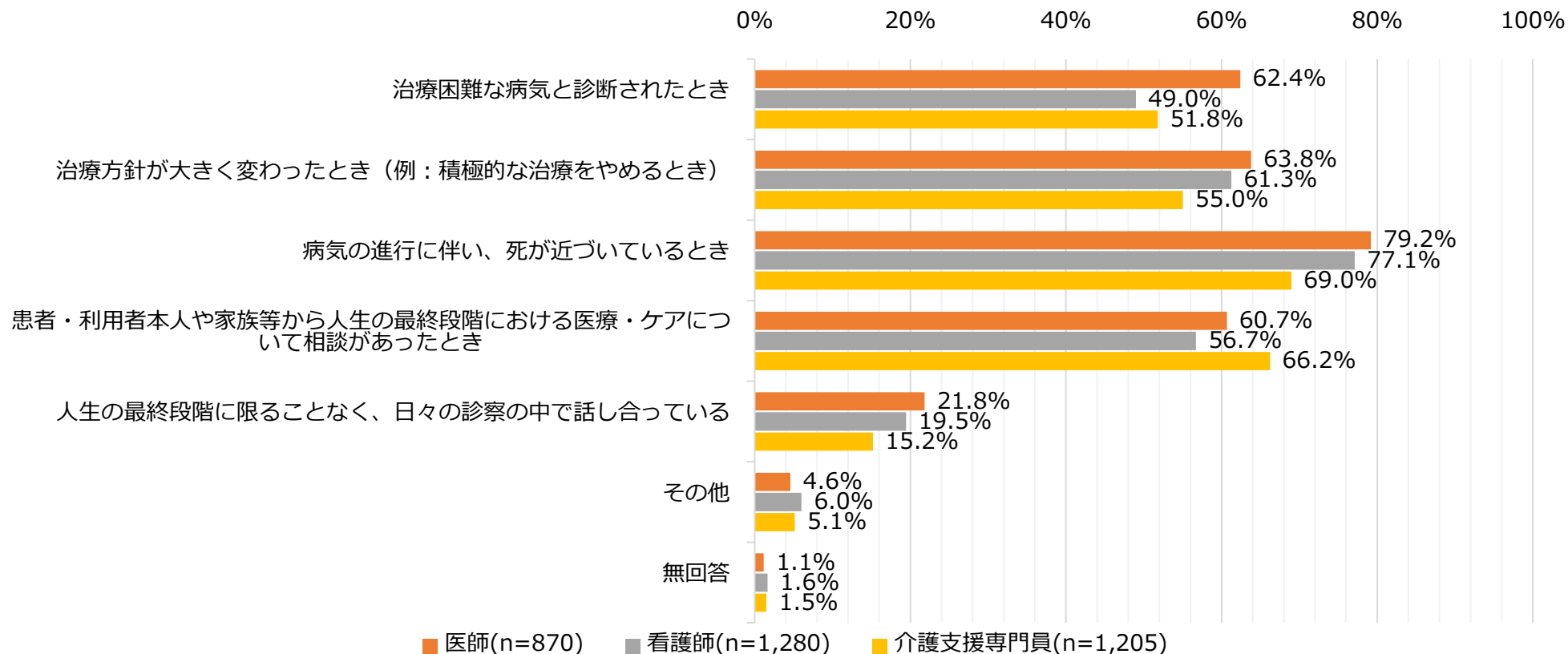
あなたは、担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていると思いますか（○は1つ）



# 人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いの時期について

○ 人生の最終段階の医療・ケアの話し合いを行う場面としては、「病気の進行に伴い、死が近づいているとき」が医師で79.2%、看護師で77.1%、介護支援専門員で69.0%と最も多く、「治療方針が大きく変わったとき」、「治療困難な病気と診断されたとき」や「患者・利用者本人や家族等から人生の最終段階における医療・ケアについて相談があったとき」が約5～6割であった。

あなたは患者・利用者本人やその家族等と人生の最終段階の医療・ケアについての話し合いをいつ行っていますか（複数回答可）（※）



※ 「担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていますか」の間に「十分行っている」「一応行っている」と回答した医師、看護師、介護支援専門員が回答

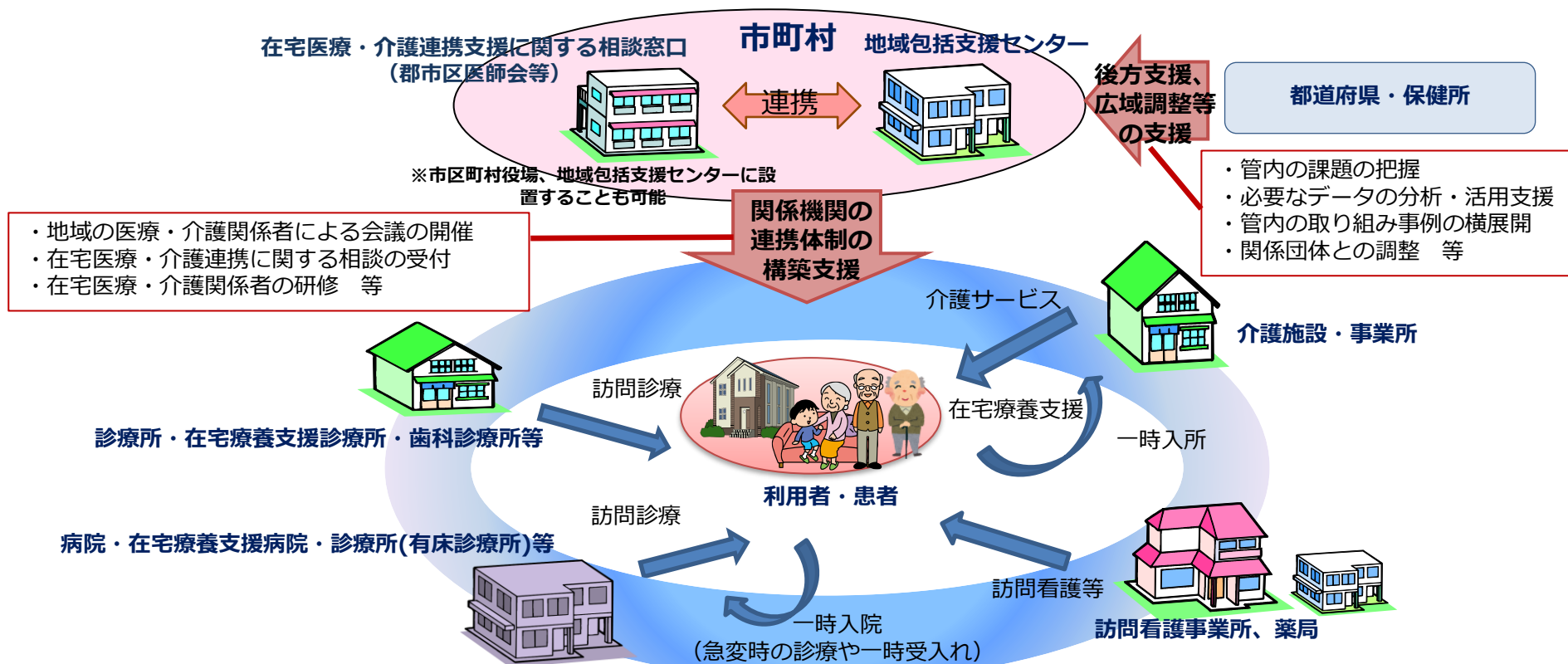
# 在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

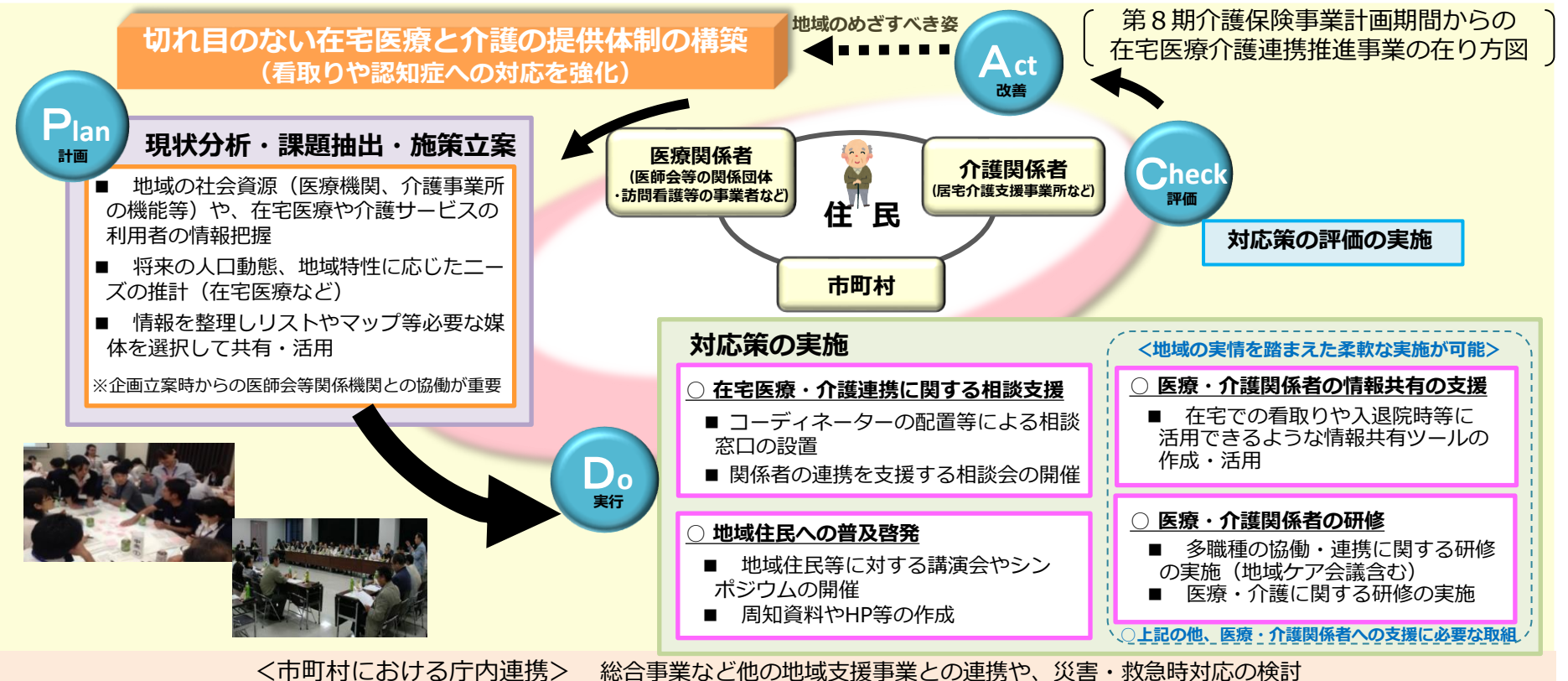
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



# 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



都道府県(保健所等)による支援

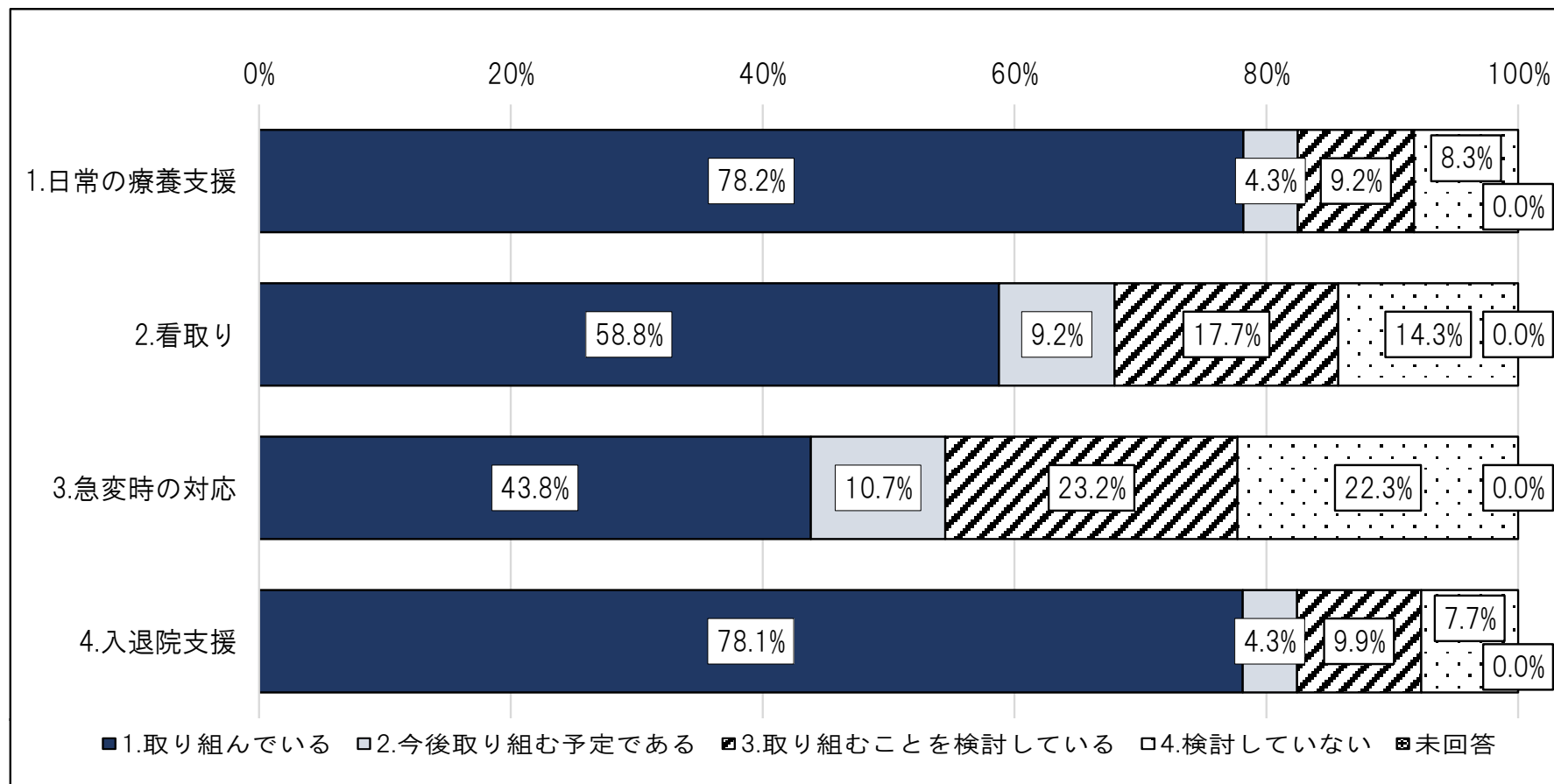
- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合



# PDCAを踏まえた事業展開の現状① (n=1,741)

○ 4つの場面を意識した取組については、「急変時の対応」が43.8%と最も進んでいない状況にある。

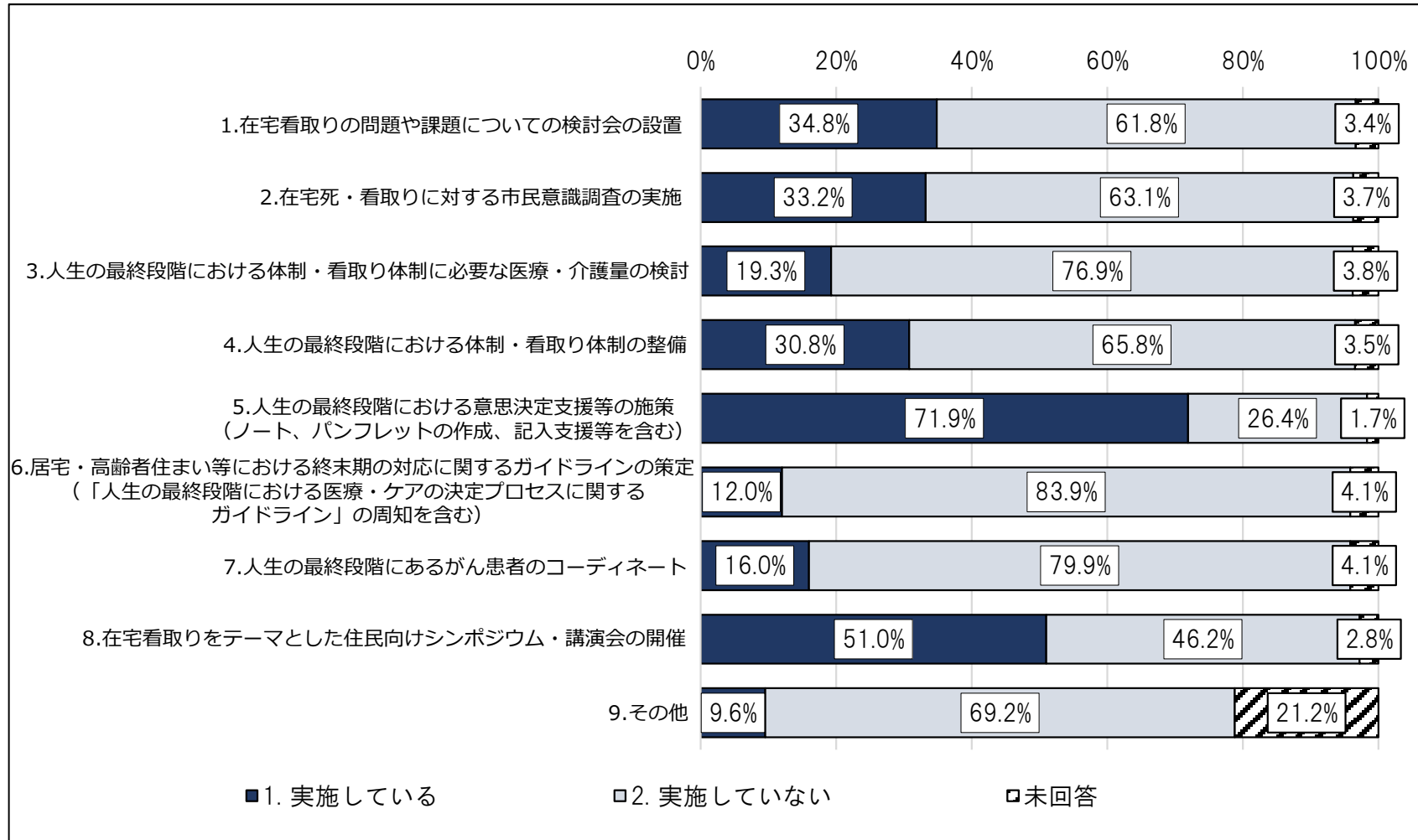
○ 「4つの場面」を意識した取組の状況



# PDCAを踏まえた事業展開の現状② (n=1,183)

○ 「看取り」の場面に係る取組では、「人生の最終段階における意思決定支援等の施策」が約70%と最も多く取り組まれており、次いで「在宅看取りをテーマとした住民向けシンポジウム・講演会の開催」が取り組まれていた。

○ 「看取り」の場面に係る取組の状況



## 療養病棟入院基本料の見直し

### 療養病棟入院基本料の評価の見直し

- **療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置**（所定点数の100分の90）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、**経過措置期間を2年間延長する**。

#### 現行

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

[算定要件]

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

#### 改定後

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

[算定要件]

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

- **療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置**（所定点数の100分の80を算定）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、**経過措置を令和2年3月31日限りで終了する**。

### 適切な意思決定の支援

- **地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料**について、「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」等の内容を踏まえ、**適切な意思決定支援に関する指針**を定めていることを要件とする。

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

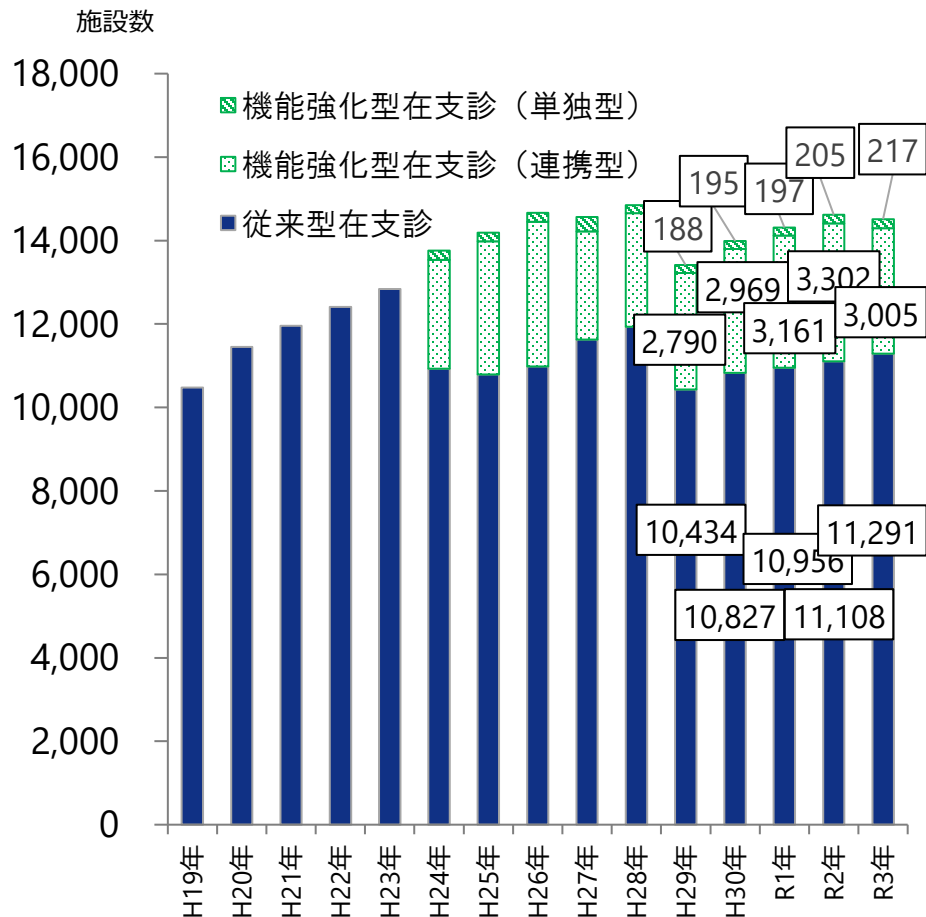
# 在支診・在支病の施設基準 (参考)

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保      ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制                  ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供      ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ <b>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</b>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診察が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師3人以上  ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・ <b>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</b> ・ <b>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</b>	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上  ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・ <b>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</b> ・ <b>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている</b>		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上			
	⑩ <b>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</b>					

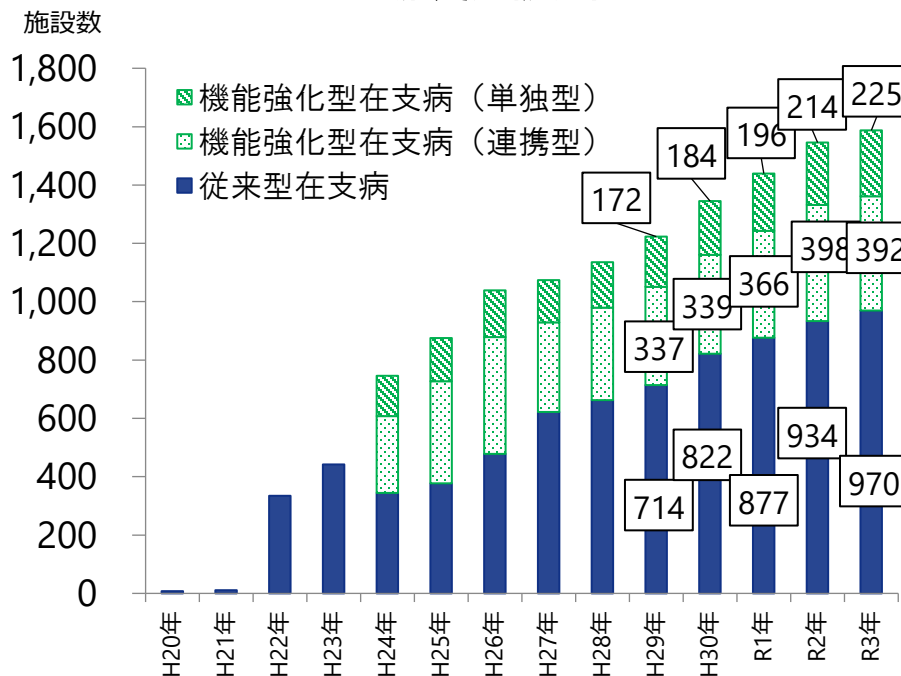
# 在宅療養支援診療所等の届出数

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばいであり、在宅療養支援病院は、増加傾向である。

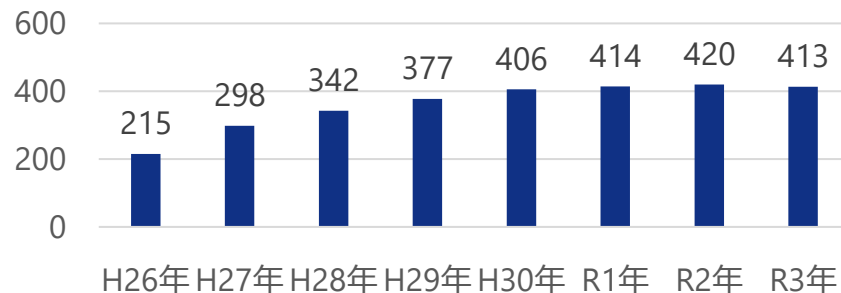
## <在宅療養支援診療所>



## <在宅療養支援病院>



## <在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設

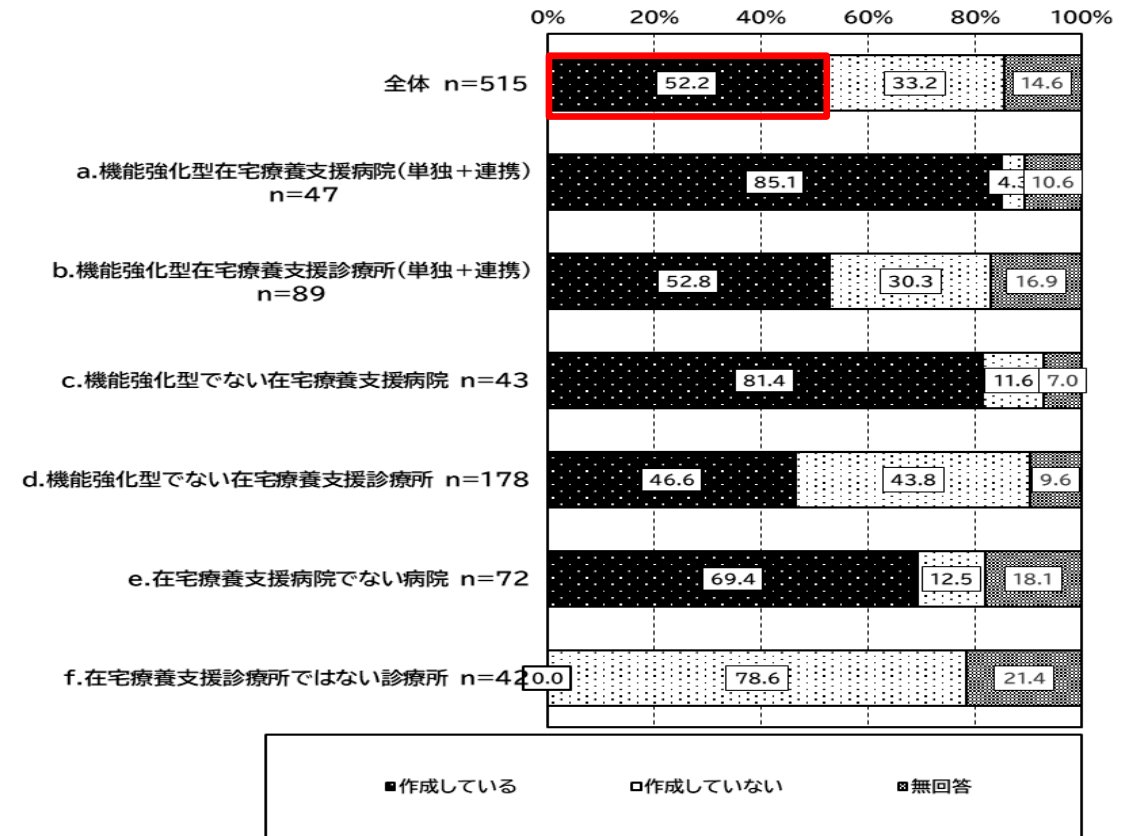


# 医療機関調査の結果⑮

＜「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」等の内容を踏まえた対応＞（報告書p253）

○「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針について、作成している医療機関は全体の52.2%であった。

図表 2-280 「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針の作成状況【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

# 医療機関種別の意思決定支援の指針の作成の有無

○ 医療機関における届け出状況別に「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針の作成有無について尋ねたところ、指針を作成している医療機関の91.4%、「医療従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと」を指針として定めている一方で、「介護従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと」については、指針に定めている医療機関は76.2%であった。

「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を「作成している」と回答した施設の割合

	1. 医療従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと	2. 介護従事者を含めたチームと十分な話し合いを行うこと。	3. 話し合いの内容について、関係者と共有すること。	4. 本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、患者が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援を医療・ケアチームによって行うこと。	5. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえ、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いを繰り返し行うこと。	6. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることを踏まえ、本人が特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくこと。	7. 本人の意思確認ができない場合に、医療・ケアチームと家族等で十分に話し合い、適切な手順によって慎重な判断を行うこと。	8. 本人の意思確認ができない場合で、家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合に、本人にとっての最善の方針をとること。	9. 医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等を、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すること。	10. 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うこと。	11. 医療・ケアの方針について、本人、家族等、医療・ケアチームの間で話し合いを繰り返し行う等しても、合意に至らない場合の対応方針。	12. 話し合った内容をその都度文章にまとめておくこと。
全体 n=269	91.4	76.2	88.8	88.1	87.7	82.2	88.1	85.9	78.8	82.9	71.0	85.1
機能強化型 在宅療養支援病院 n=40	90.0	75.0	87.5	95.0	90.0	82.5	92.5	87.5	82.5	85.0	77.5	87.5
機能強化型でない 在宅療養支援病院 n=35	94.3	74.3	94.3	85.7	82.9	74.3	91.4	85.7	74.3	82.9	68.6	85.7
在宅療養支援病院 でない病院 n=50	90.0	62.0	82.0	90.0	86.0	82.0	84.0	86.0	76.0	80.0	74.0	86.0
機能強化型 在宅療養支援診療所 n=47	95.7	85.1	95.7	91.5	93.6	89.4	93.6	87.2	76.6	87.2	72.3	87.2
機能強化型ではない 在宅療養支援診療所 n=83	91.6	84.3	89.2	85.5	90.4	84.3	86.7	86.7	83.1	84.3	68.7	84.3

※本調査において在宅療養支援診療所でない診療所において、当該指針を作成していると回答した医療機関は0件であった。

## ガイドラインの取組推進

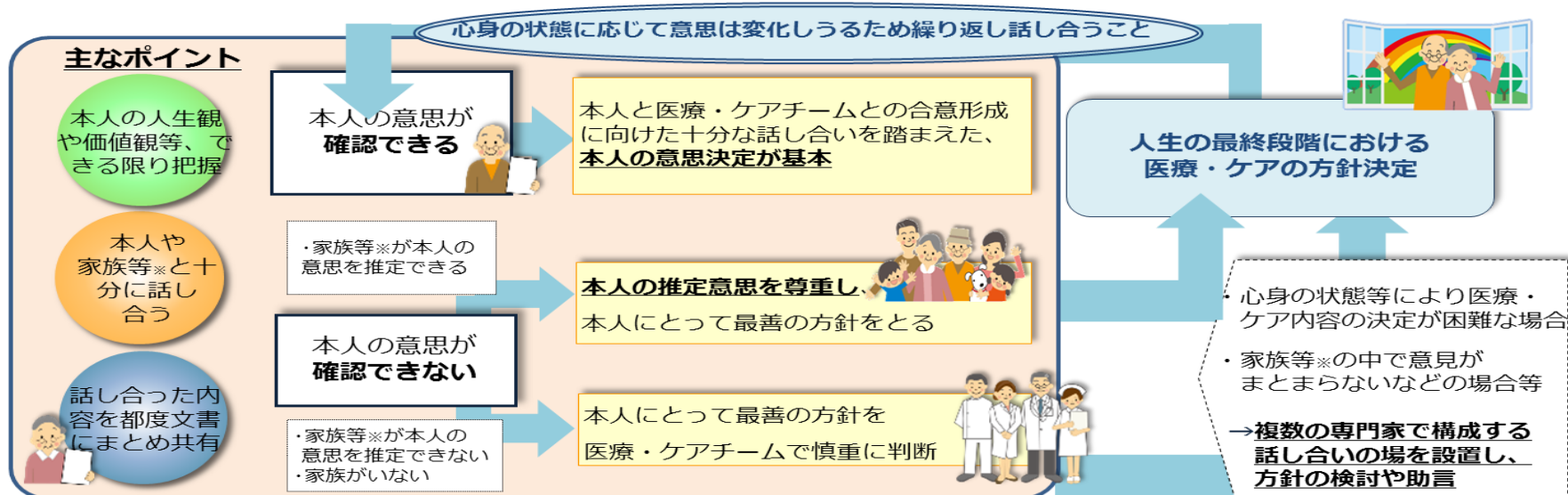
- 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。

## 短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、居住系サービス、施設系サービス

看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、**基本報酬**（介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く））や看取りに係る加算の算定要件において、「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」等の内容に沿った取組を行うことを求める【告示改正、通知改正】。施設系サービスについて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

## 「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（平成30年版）

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。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



施設系サービス、居住系サービスにおける看取りへの対応の充実

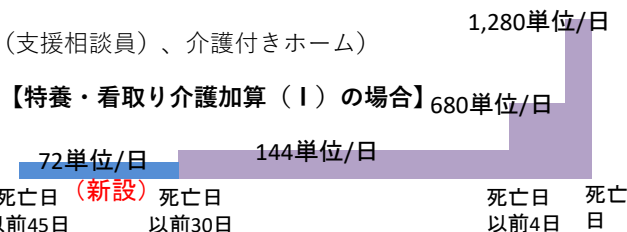
■ 特養、老健施設や介護付きホーム、認知症グループホームの看取りに係る加算について、現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、それ以前の一定期間の対応について、新たに評価する。介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に新たに評価する。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護付きホーム、認知症グループホーム

- 中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、以下の見直しを行う。
  - ・要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。
  - ・看取りに関する協議等の参加者として、生活相談員を明記する。(※特養、老健(支援相談員)、介護付きホーム)
  - ・現行の死亡日以前30日前からの算定に加えて、死亡日以前45日前からの対応について新たに評価する区分を設ける。

死亡日以前31日～45日以下 (新設)

特養：72単位/日  
老健：80単位/日  
特定：72単位/日  
GH：72単位/日



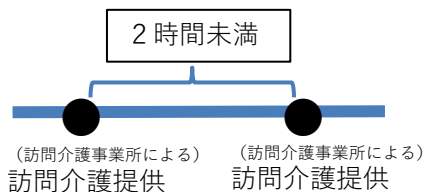
- 介護付きホームについて、看取り期に夜勤又は宿直により看護職員を配置している場合に評価する新たな区分を設ける。

【特定】 看取り介護加算(Ⅱ) (新設) 死亡日以前31日～45日以下：572単位/日 同4～30日以下：644単位/日  
同2日又は3日：1180単位/日 死亡日：1780単位/日

訪問介護における看取りへの対応の充実

■ 看取り期の利用者に訪問介護を提供する場合に、2時間ルール(2時間未満の間隔のサービス提供は所要時間を合算すること)を弾力化し、所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数の算定を可能とする。

訪問介護



< 現行の取扱い >  
それぞれの所要時間を合算して報酬を算定  
例：それぞれ身体介護を25分提供  
→合算して50分提供したものととして報酬を算定するため、30分以上1時間未満の396単位を算定



< 改定後 > 【通知改正】  
所要時間を合算せずにそれぞれの所定単位数を算定  
例：それぞれ身体介護を25分提供  
→合算せずにそれぞれ25分提供したものととして報酬を算定するため、250単位×2回=500単位を算定

※1 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合を除く。  
※2 頻回の訪問として、提供する20分未満の身体介護中心型の単位を算定する際の例外あり。

## 2.(2)① 看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実

### 概要

【短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、基本報酬（介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く））や看取りに係る加算の算定要件において、「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」等の内容に沿った取組を行うことを求める。【告示改正、通知改正】
- 施設系サービスについて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

### 算定要件等

- ターミナルケアに係る要件として、以下の内容等を通知等に記載する。
  - ・ 「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」等の内容に沿った取組を行うこと。
- 施設サービス計画の要件として、以下の内容等を運営基準の通知に記載する
  - ・ 施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

# 2.(2)③ 介護老人保健施設における看取りへの対応の充実

## 概要

【介護老人保健施設】

- 介護老人保健施設における中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、ターミナルケア加算の算定要件の見直しを行うとともに【告示改正、通知改正】、現行の死亡日以前30日前からの算定に加え、それ以前の一定期間の対応についても新たに評価する区分を設ける【告示改正】。
- あわせて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求めることとする。【通知改正】

## 単位数

ターミナルケア加算  
<現行>

死亡日30日前～4日前 160単位/日  
 死亡日前々日、前日 820単位/日\*  
 死亡日 1,650単位/日\*\*

⇒

<改定後>

死亡日45日前～31日前 80単位/日 (新設)  
 変更なし  
 変更なし  
 変更なし



## 算定要件等

- ターミナルケア加算の要件として、以下の内容等を規定する。
  - ・ 「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」等の内容に沿った取組を行うこと。(通知)
  - ・ 看取りに関する協議等の場の参加者として、支援相談員を明記する。(告示)
- 施設サービス計画の作成に係る規定として、以下の内容等を通知に記載する。
  - ・ 施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

## 2.(2)④ 介護医療院等における看取りへの対応の充実

### 概要

【介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く）】

- 介護医療院及び介護療養型医療施設における看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、以下の見直しを行う。
  - ・ 基本報酬の算定要件において、「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」等の内容に沿った取組を行うことを求める。【告示改正、通知改正】
  - ・ サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

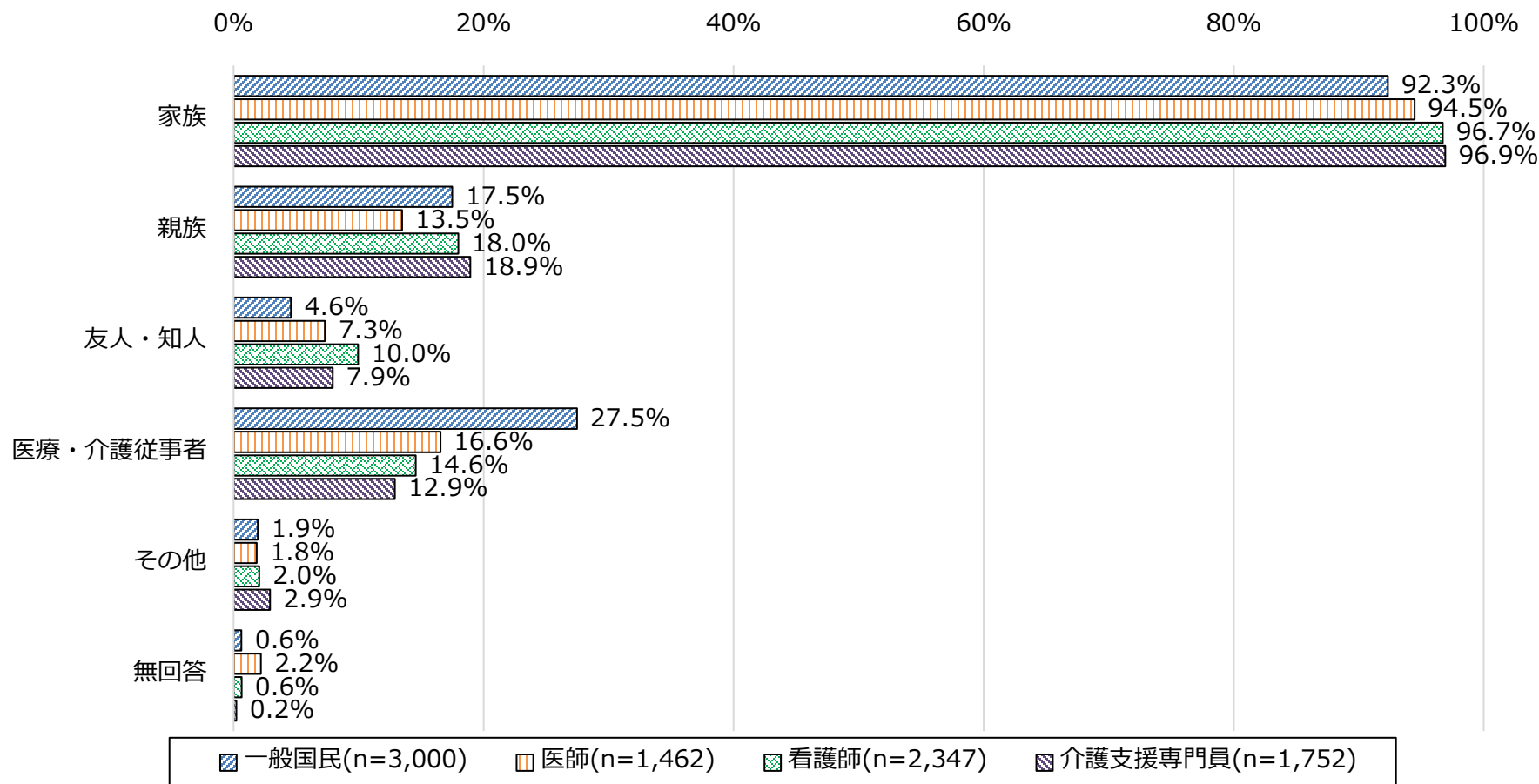
### 算定要件等

- 介護医療院サービスの施設基準（告示）におけるターミナルケア要件及び通知に以下の内容を規定する。
  - ・ 「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」等の内容に沿った取組を行うこと。
- 施設サービス計画の作成に係る規定として、以下の内容等を通知に記載する。
  - ・ 施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

# 自分の治療・ケアの方針を委ねられる人

○ 自分が意思決定できなくなったときに、自分の医療・ケアに関する方針を決めてほしいと思う人、もしくは決めることができると思う人は、一般国民の92.3%が家族と回答した。医療・介護従事者に方針を決めてほしい、もしくは医療・介護従事者が決めることができると思う人とした割合について、一般国民は医師、看護師、介護支援専門員よりも高かった。

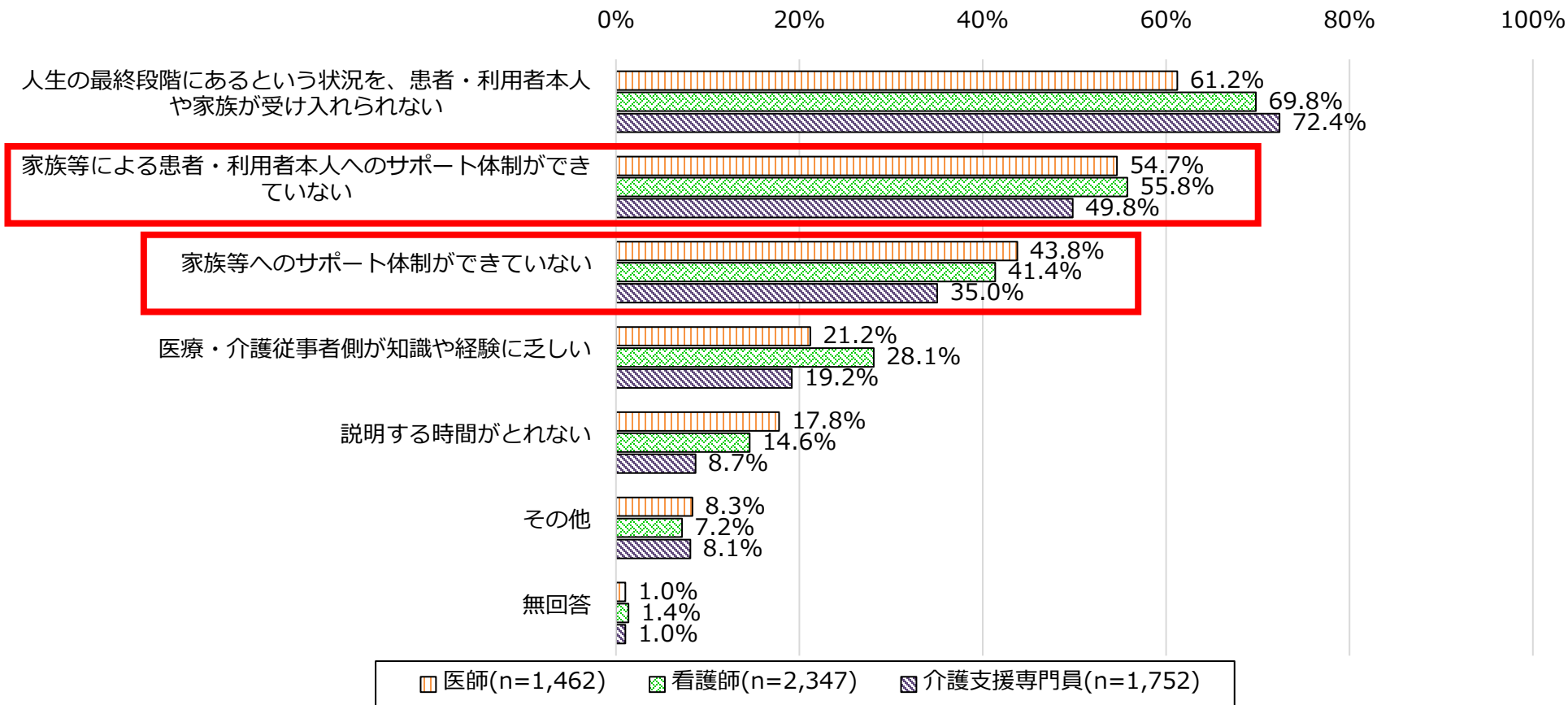
自分が意思決定できなくなったときに、自分の医療・ケアに関する方針を決めてほしいと思う人、もしくは決めることができると思う人は誰だと思いますか（複数回答可）



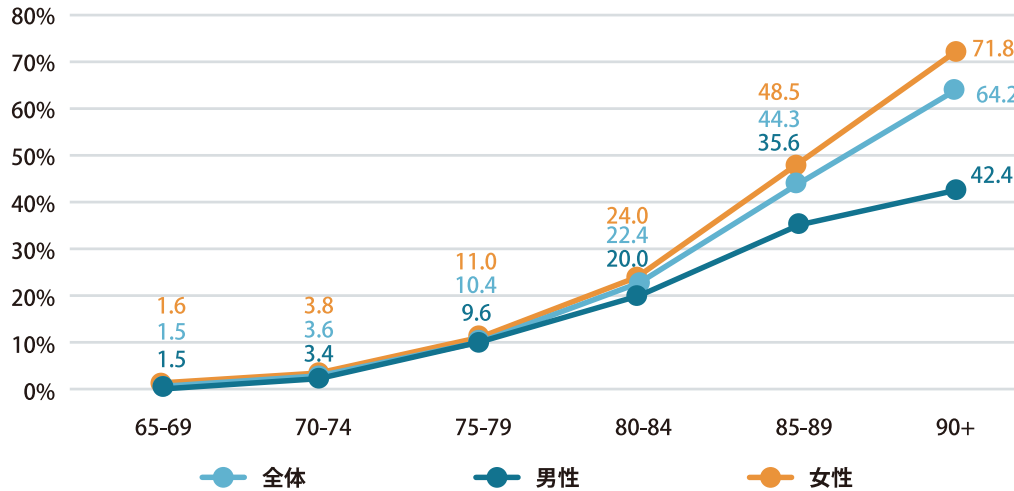
# 人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うにあたり、難しいと感じること

○ 「家族等による患者・利用者本人へのサポート体制ができていない」と感じている医師が54.7%、看護師が55.8%、介護支援専門員が49.8%、「家族等へのサポート体制ができていない」と感じている医師が43.8%、看護師が41.4%、介護支援専門員が35.0%であった。

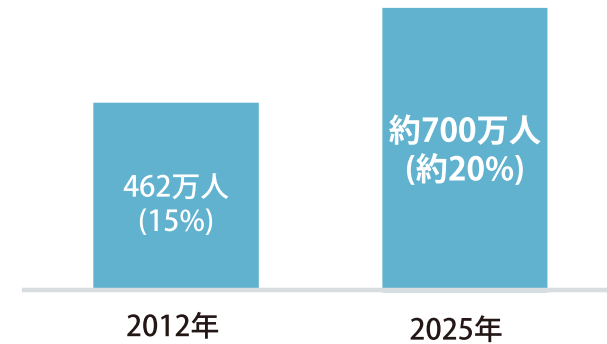
あなたが、担当される患者・利用者本人に対し、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うにあたり、難しいと感じることは何ですか（複数回答可）



# 年齢階級別の認知症有病率について



(括弧内は65歳以上人口対比)



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」  
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授) を元に推計

日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」  
悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果 (解析対象5,073人)  
研究代表者二宮治 (九州大学大学院) 提供のデータより作図

## 認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/率	462万人 15.0%	517万人 15.2%	602万人 16.7%	675万人 18.5%	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 (※) 人数/率		525万人 15.5%	631万人 17.5%	730万人 20.0%	830万人 22.5%	953万人 24.6%	1016万人 27.0%	1154万人 33.3%

# 単独世帯の認知症高齢者数の推計

- 単独世帯の認知症高齢者の増加は85歳以上で特に顕著である。
- 2025年には、85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者になる。
- 2015～2040年の25年間で85歳以上の認知症高齢者は男性は2.80倍、女性は2.03倍増加する。

		人口(千人)						割合(%)						2015-2040 増加率
		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2015	2020	2025	2030	2035	2040	
男	65~69歳	14	14	13	15	18	20	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	1.41
	70~74歳	20	29	27	26	30	35	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9	1.0	1.72
	75~79歳	32	40	56	52	50	58	1.1	1.3	1.4	1.6	1.7	1.9	1.80
	80~84歳	52	61	75	101	94	91	2.6	2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	1.73
	85歳以上	96	130	161	196	251	269	6.5	6.6	6.9	7.1	7.3	7.7	2.80
女	65~69歳	19	16	15	17	20	23	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	1.22
	70~74歳	44	50	43	39	43	50	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.14
	75~79歳	103	114	133	113	101	110	2.9	2.9	2.9	2.9	3.0	3.1	1.07
	80~84歳	225	238	265	312	263	234	7.5	7.5	7.5	7.4	7.4	7.5	1.04
	85歳以上	453	593	688	785	931	921	13.1	14.0	14.2	14.2	14.2	13.7	2.03

※割合は各年齢層の人口に占める単独世帯高齢者の割合を示す。



# 人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望（再掲）

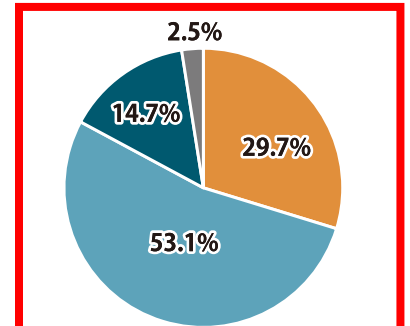
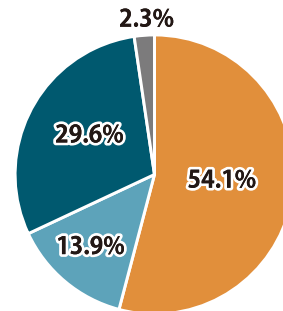
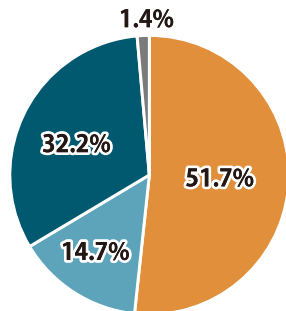
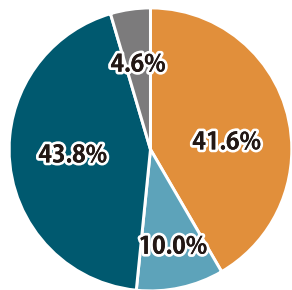
（あなたの病状）  
病気で治る見込みがなく、  
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死  
に至ると考えたとき。

（あなたの病状）  
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、  
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、  
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。  
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

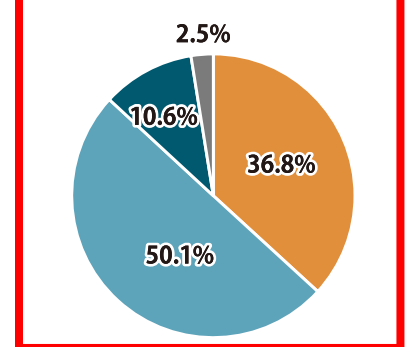
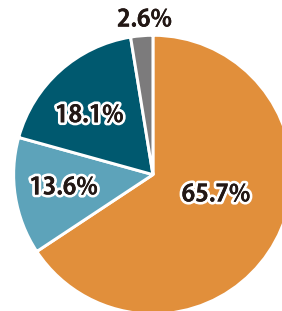
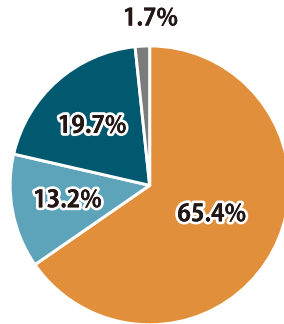
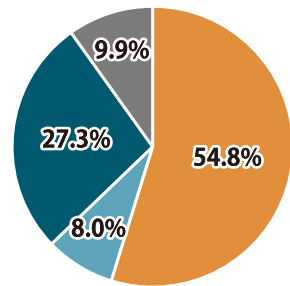
（あなたの病状）  
慢性的な重い心臓病と診断され、  
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと  
いった状態です。今は食事や着替え、  
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。  
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

（あなたの病状）  
認知症と診断され、状態は悪化し、  
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。  
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ  
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民（n=3,000）のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民（n=3,000）のみ>



医療機関
  介護施設
  自宅
  無回答

出典

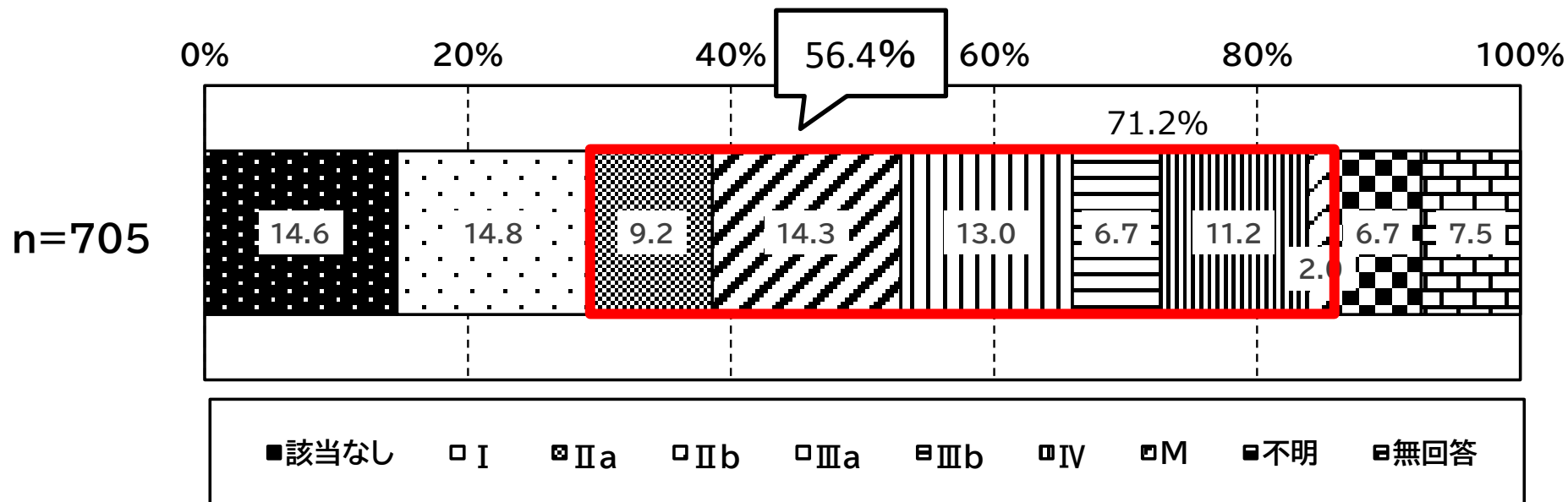
厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」（速報値）  
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある  
 ※ 回答の比率（%）は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

# 医療機関患者調査の結果①

<訪問先等> (報告書p.294)

○ 訪問診療を受けている患者について、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上のものは56.4%であった。

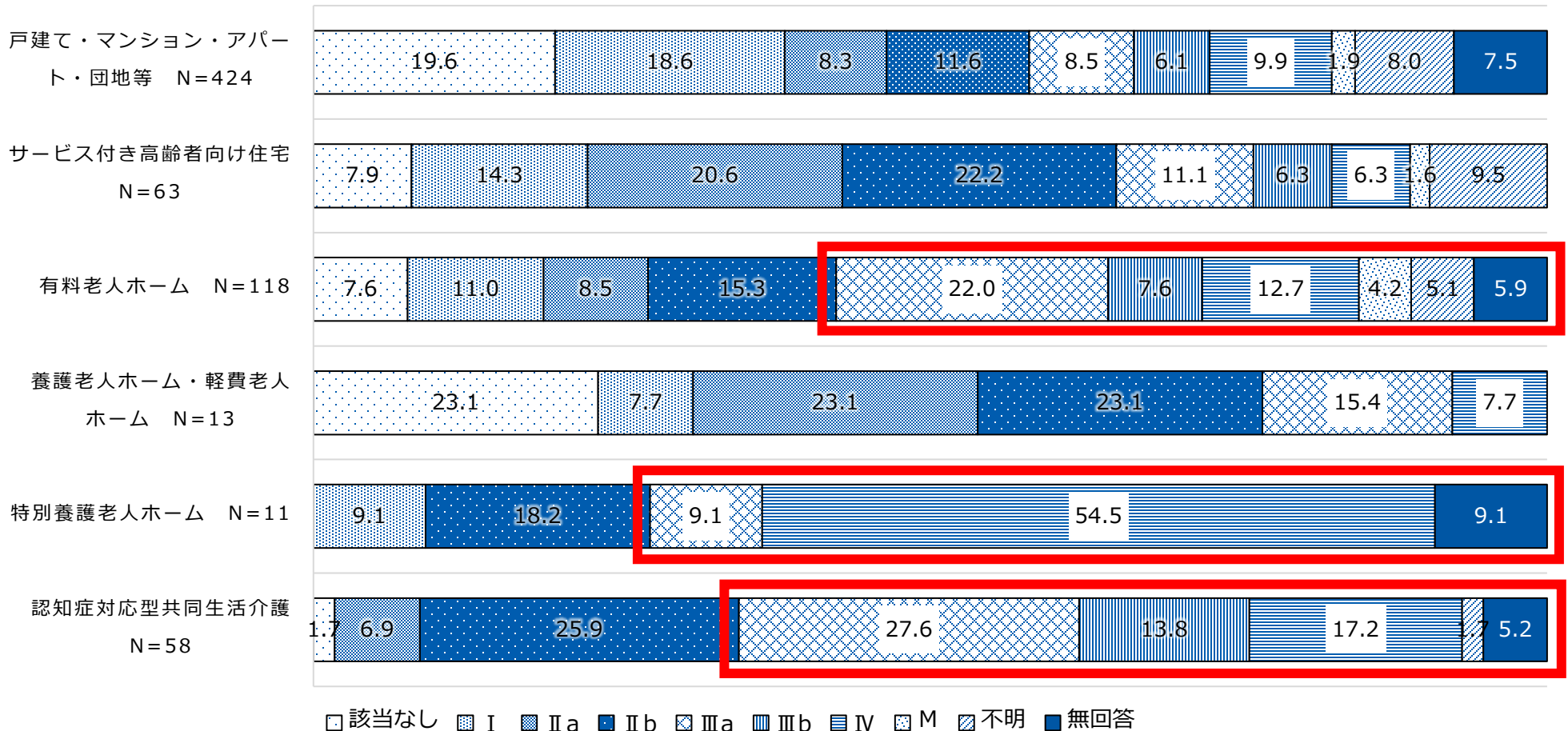
図表 3-15 認知症高齢者の日常生活自立度



# 療養の場所ごとの認知症高齢者の日常生活自立度

○ 在宅医療を提供されている患者について、療養の場所ごとに患者の日常生活自立度を見ると、特に有料老人ホームや特別養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護において日常生活自立度Ⅲ以上の患者が多い。

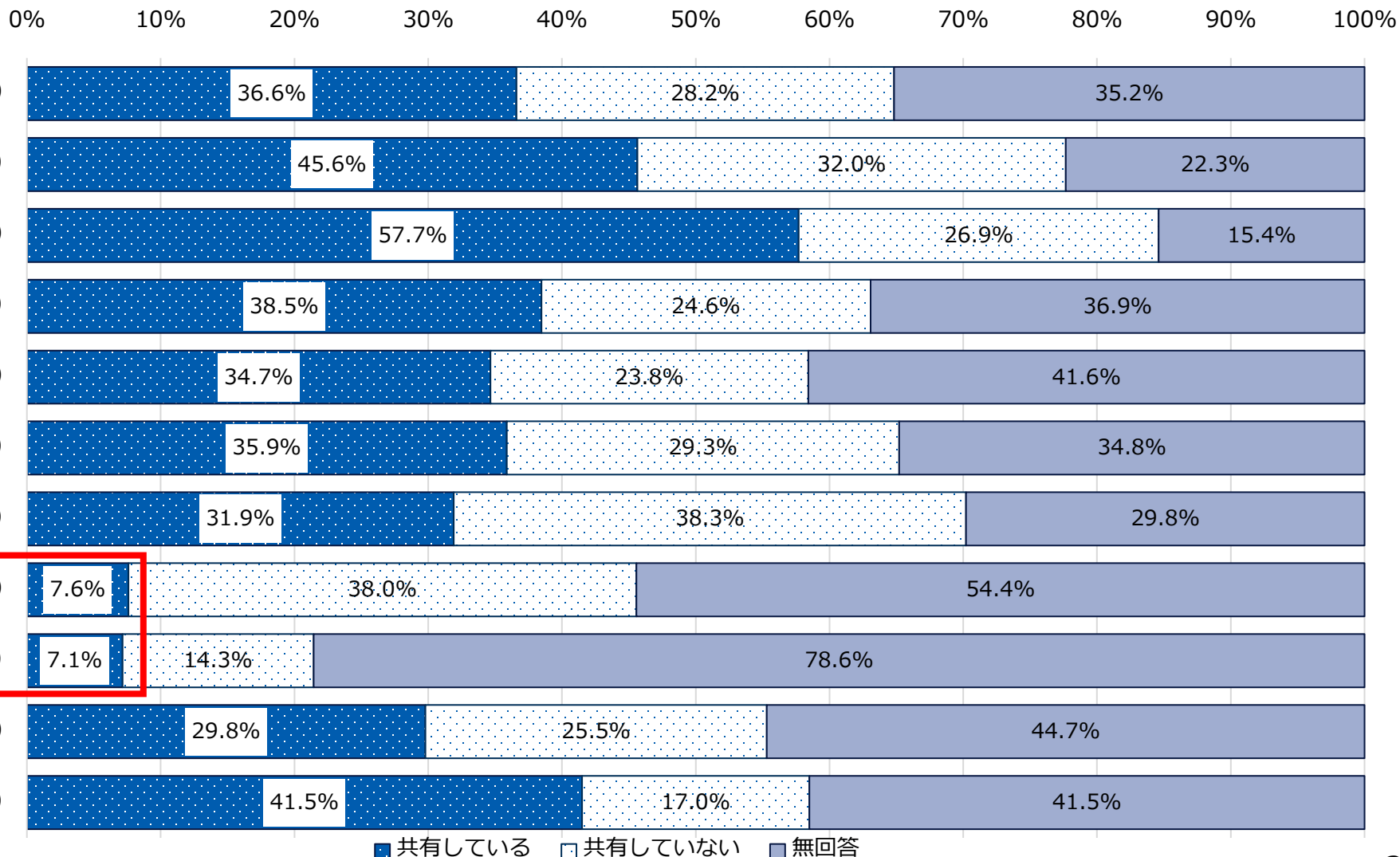
訪問先別の認知症高齢者の日常生活自立度の割合



# 認知症高齢者の日常生活自立度ごとの人生の最終段階における医療・ケアの方針の共有状況

○ 認知症高齢者の日常生活自立度ごとの人生の最終段階における医療・ケアの方針の本人との共有状況について、日常生活自立度が低い患者ほど方針の共有をしている割合が低い。

人生の最終段階における医療・ケアの方針について、患者本人との共有状況

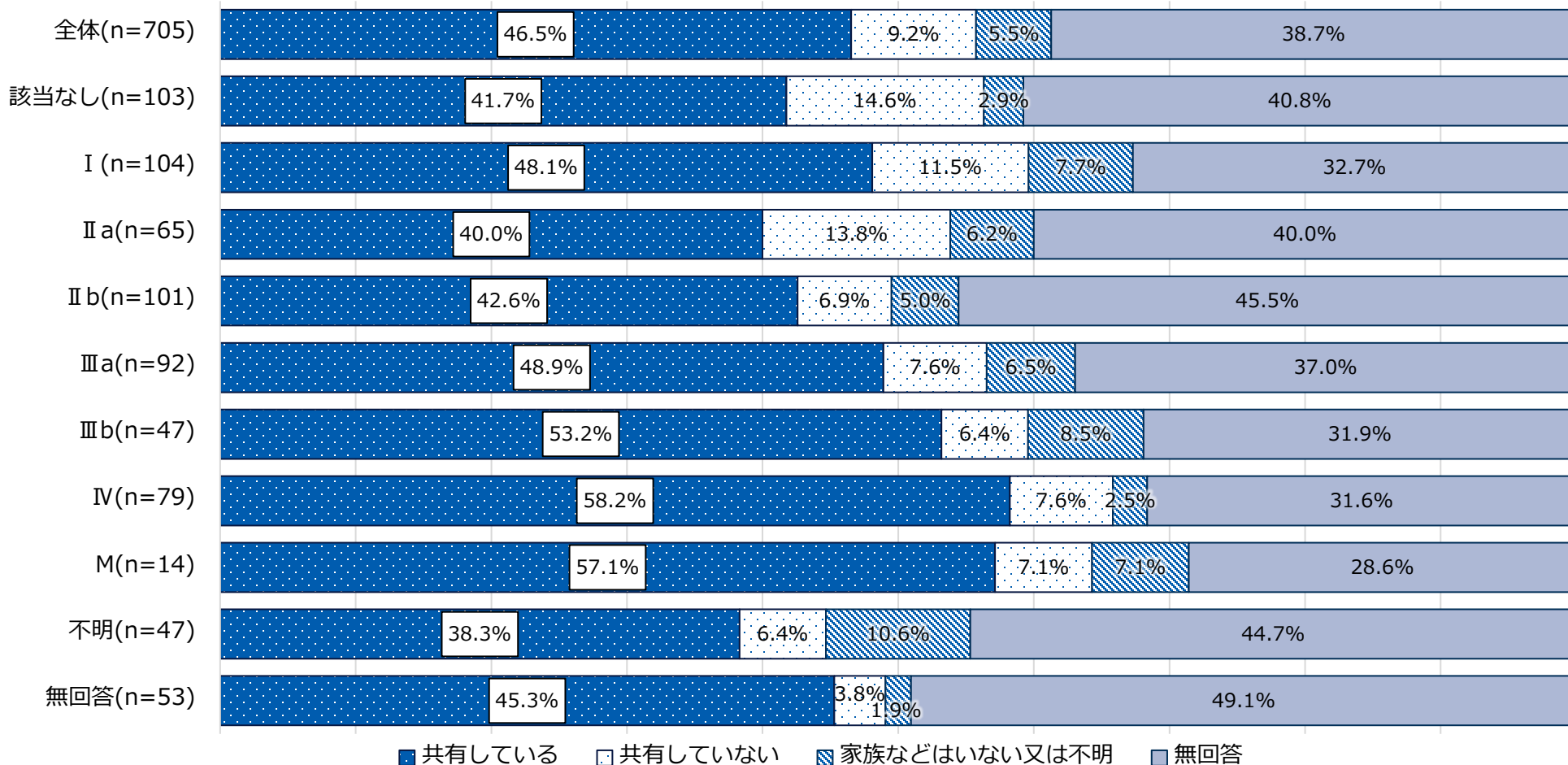


# 認知症高齢者の日常生活自立度ごとの人生の最終段階における医療・ケアの方針の共有状況

○ 認知症高齢者の日常生活自立度ごとの人生の最終段階における医療・ケアの方針について、同居しているまたは訪問診療時に同席している家族等との共有状況について、認知機能が低いほど共有している割合が高い。

人生の最終段階における医療・ケアの方針について、同居しているまたは訪問診療時に同席している家族等との共有状況

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



■ 共有している □ 共有していない ▨ 家族などはいない又は不明 ■ 無回答

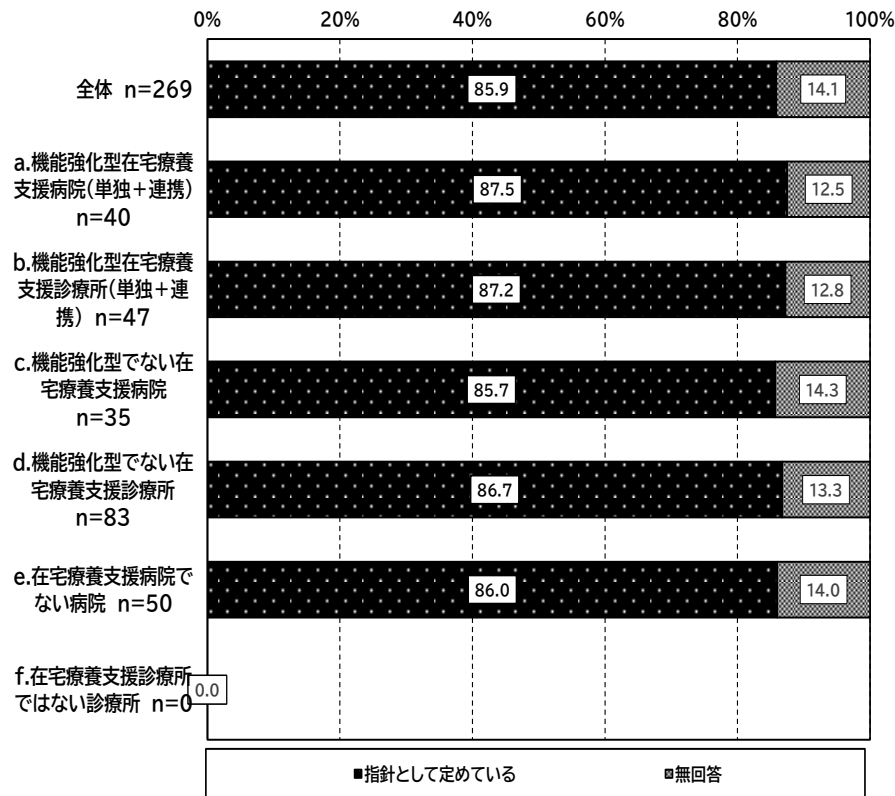
# 医療機関調査の結果⑳

＜本人の意思確認ができない場合で、家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合に、本人にとっての最善の方針をとること＞(報告書p268,269)

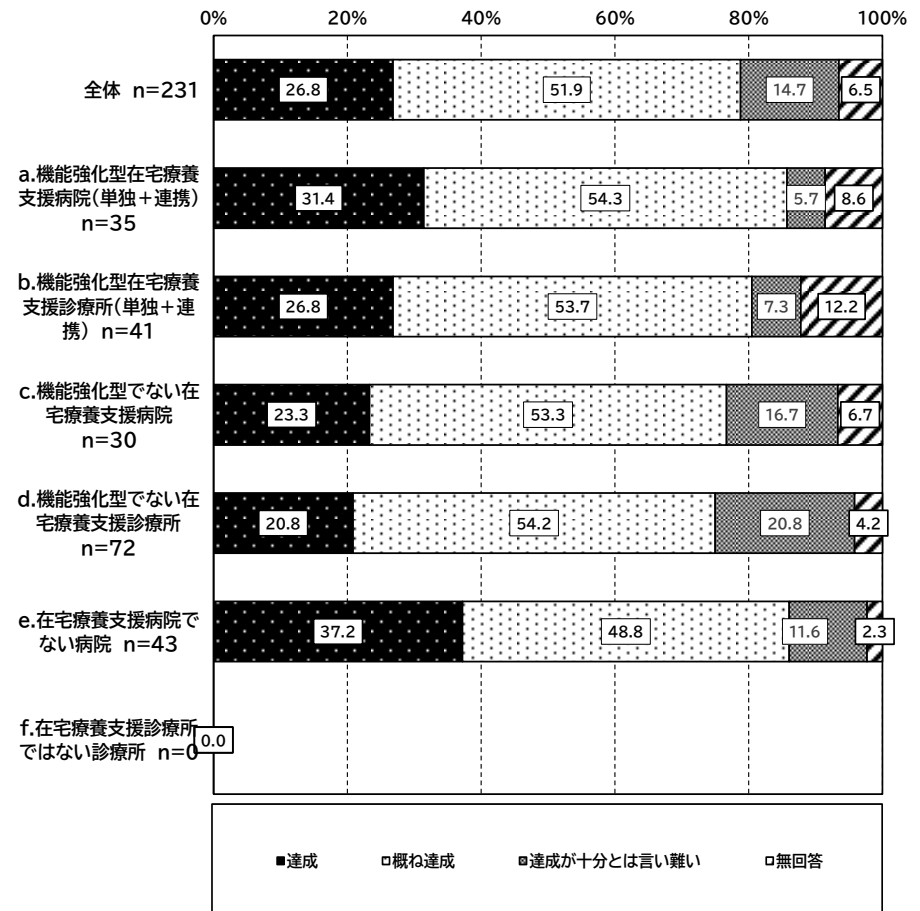
8. 本人の意思確認ができない場合で、家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合に、本人にとっての最善の方針をとること。

(「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を「作成している」と回答した施設)

図表 2-295 指針として定めていること



図表 2-296 指針の実施にあたっての評価



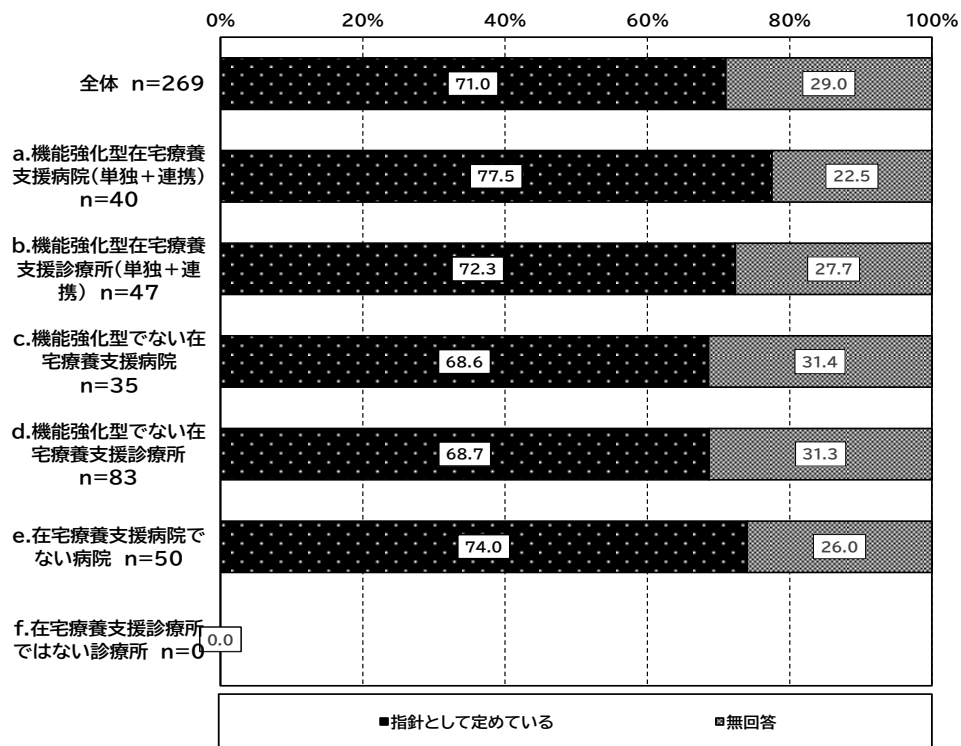
# 医療機関調査の結果②⑥

＜医療・ケアの方針について、本人、家族等、医療・ケアチームの間で話し合いを繰り返し行う等しても、合意に至らない場合の対応方針＞（報告書p274,275）

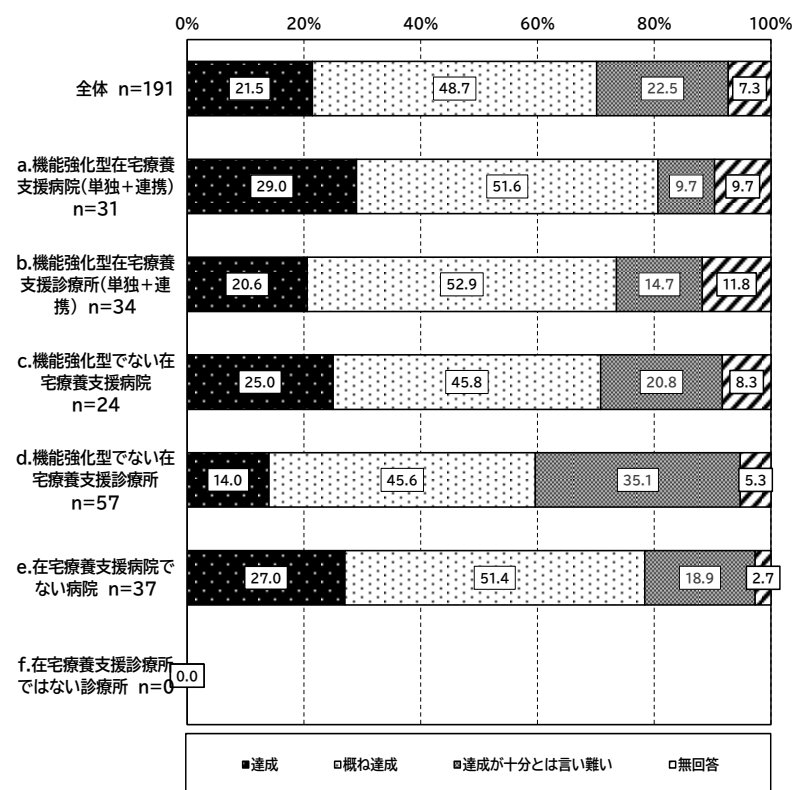
8. 本人の意思確認ができない場合で、家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合に、本人にとっての最善の方針をとること。

（「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を「作成している」と回答した施設）

図表 2-301 指針として定めていること

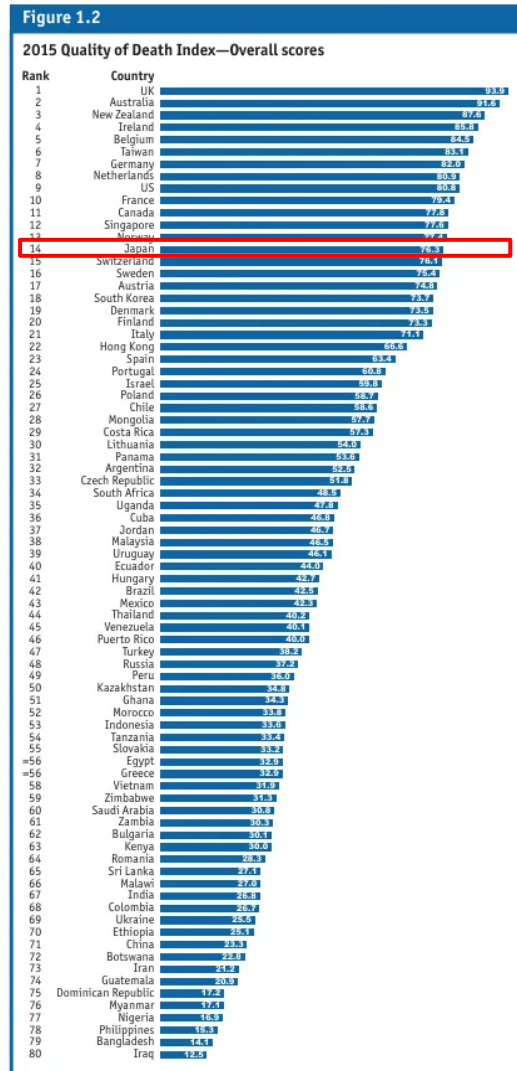


図表 2-302 指針の実施にあたっての評価



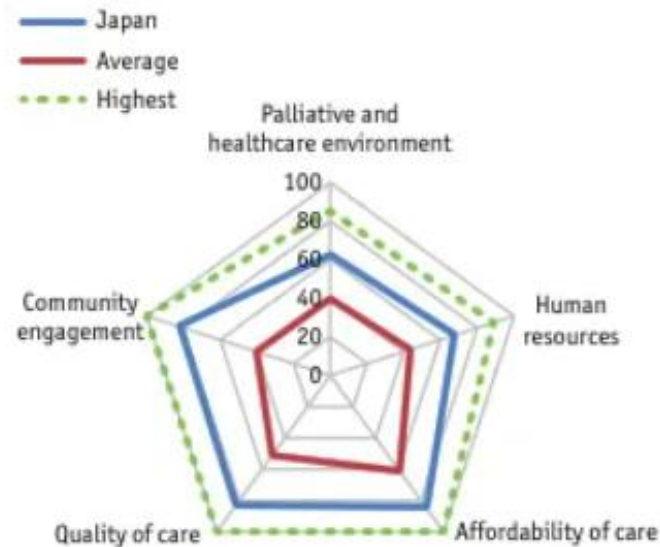
# Quality of Deathの指標について

○ 英国のThe Economist Intelligence Unitによる「The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world」では日本は80カ国中14位に位置づけられている。



© The Economist Intelligence Unit Limited 2015

	Rank/80	Score/100
Quality of Death overall score (supply)	14	76.3
Palliative and healthcare environment	14	62.2
Human resources	16	67.5
Affordability of care	17	85.0
Quality of care	-16	83.8
Community engagement	-5	82.5





1. 総論

2. 人生の最終段階における意思決定支援について

**3. 本人の意思に基づく医療・介護の提供について**

# 継続的な人生の最終段階における意思決定支援について

- 人生の最終段階における医療・介護に対する意思決定支援について、認知機能の低下や明瞭に意思を示せない状態に至った場合に備える目的で、対象者へ継続的に診療やサービス提供をする中で専門職が機会をとらえて断続的に繰り返すことが重要とされている。

## 【継続的な意思決定支援】

- ステップ1 本人の嫌なこと、好み、大切なこと、価値観、人生観、死生観を示す“発言”や“エピソード”を把握する  
ステップ2 把握した“発言”や“エピソード”をできるだけ逐語的に記録し、把握した場面も分かるような記述を添える  
ステップ3 記録は必要な時に共有できるよう準備しておく

\*複雑な事例や当事者間に意見の相違や対立があって第三者の介入が望ましい場合など

### 第三者を交えた会議の開催や文書化\*

・倫理委員会やチームの関与 ・事前指示書の作成 ・代理意思決定者の選定 など

### 専門職が支援を通じて把握に努め、それらの記録を蓄積したい情報

#### ①望む暮らし

・「母が肺炎のとき 医者から食事をとめられた。食べられないなら死んだも同じで、自分だったら肺炎になってもいいから食べたい」  
・「どうしてもポータブルトイレは使いたくないから 立ち上がるのも大変だけど、頑張ってトイレに行きたい」

#### ②療養場所の選択

・「グループホームで母は幸せそうに最後まで暮らしていたから、自分もあんな施設なら入ってもいい」  
・「妻に迷惑をかけたくないから、本当は家にいたいけど、最後は入院させてください」  
(肺がん末期の男性)

最初嫌がっていたが、宿泊サービスを利用を重ねたのち「ああいう所に住むのもいい」  
(認知症の80代女性)

支援を通じて意向に変化を生じた

#### ③医療についての選好

・「病院では娘にも会えず寂しいから、できるだけ入院したくない」  
(入院を繰り返している心不全患者)  
・「父が集中治療室でたくさんの管に繋がれているのを見て、ああはなりたくないと思った」

・「もし4つ目の癌が診断されたら手術をしますか」との質問に「次は無理です」と答えた  
(癌の手術を3回経験した90代男性)

意図した問いが意向を具体化する

#### ④現状のQOLの満足度

・「母と同じ年齢までは生きていたいと思う」  
現状に不満足ではないことの表出  
・「改善の可能性が3割程度と見込まれる場合に、侵襲性の高い手術を受けるか？」と聞かれたらどう考えるか？と尋ねると「希望しない、もう早く死にたい」  
現状に不満足・余力のなさの反映

日常生活の中で垣間見うる情報(嫌なこと/好み、大切にしていること等)

# 慢性呼吸不全、慢性心不全の80代女性の意思決定支援【事例】

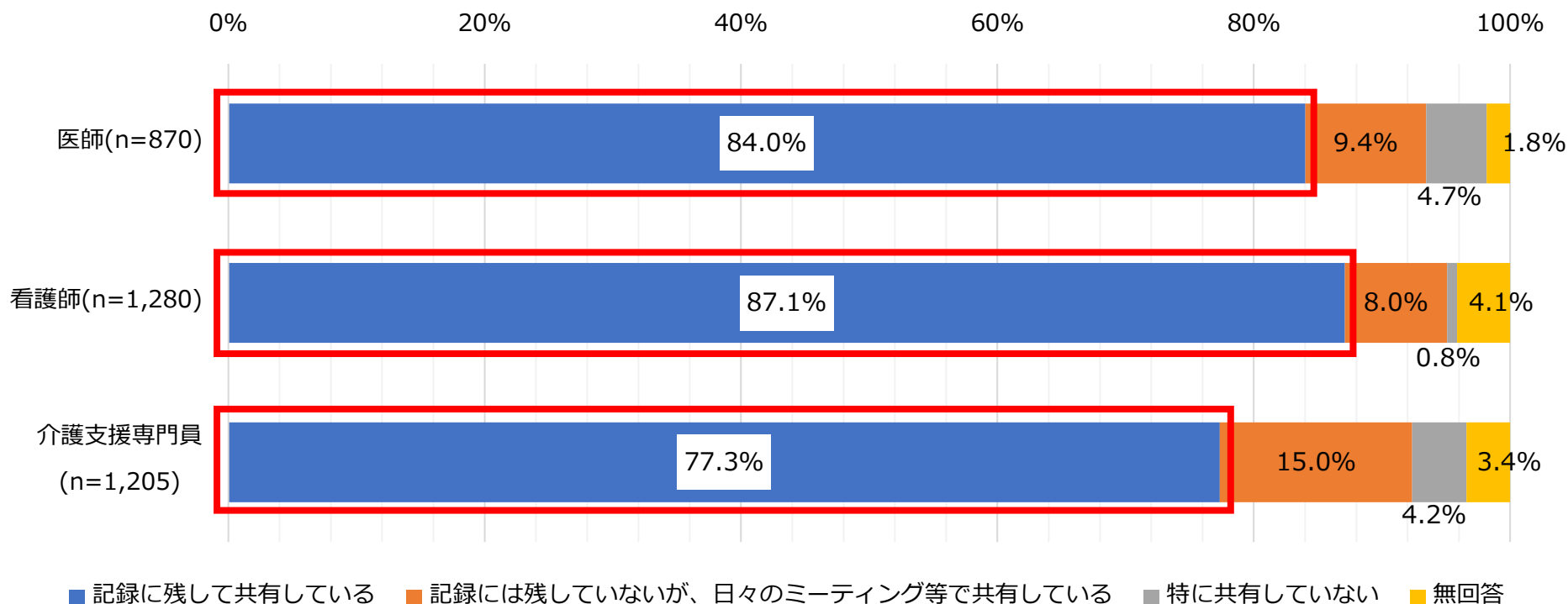
○ 人生の最終段階における医療・介護に関する意思決定支援において、発言やエピソードの逐語的な記録、意図的な問いかけに対する反応を記録し蓄積することは意思表示が困難な段階を含めて意思決定支援に役立つ。

	臨床イベント	記録者	発言やエピソードの記録	記録の解釈や意味づけ
X年 1月		(医師)	「予防接種？注射はいやだ」	③医療についての選好
6月	繰り返す肺炎 内服抗生剤治療	(看護師)	車椅子で外にでると「きもちいいですねえ。車椅子はいい！でも、自分でこげないなんてねえ」	④現状のQOLへの満足度
12月		(医師)	酸素投与や点滴など楽にするための治療は？ → うなづく どうしても入院する必要があったら入院する？ → 「しょうがないと思う」 救命のための人工呼吸は？ → 「希望しない」 「もしお腹等の手術が必要になったら？」 → 「無理です」	③医療についての選好 (具体例を示して侵襲的な医療や入院に対する意向を聴取)
X+1年 1月		(ケアマネジャー)	「夢に亡くなった友達が出てきたので、はやくそっちにつれてって、って言いました」	④現状のQOLへの満足度
6月		(薬剤師)	「もう早く連れて行ってもらえないかと思ってる」	③医療についての選好
12月	在宅酸素療法の導入	(看護師)	動脈採血を主治医に依頼しようと提案したが「痛いからいやだ」	③医療についての選好
X+2年 1月		(看護師)	十分な栄養摂取ができない場合に輸液についてどう考えるか？ → 長女「どうしたらいいのかわからない」	①望む暮らし (看取り期の医療についての考え方に対する家族の逡巡)
6月	るい瘦の進行 食事量の減少	(医師)	本人：抑うつ的ではあるが「このまま家で暮らしたい」と明瞭に発言した 長女：「車椅子でのトイレ移動ができなくなったら施設かなと考えていた」	②療養場所の選択
12月	肺炎重症化 意識障害	(看護師)	長女：「痰が絡むと苦しそうで、見てられないなとも思うけれど……」	②療養場所の選択 家族の最終的な決定
		(医師)	残された時間は短いと予想されるが、もう少しだけ在宅において積極的治療を行うこともできると提案 → 長女「そうします」	
	看取り		上記の診療から4日後に在宅看取り	

# 人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合い内容の情報共有

○ 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人や家族等と話し合った内容についての医療・ケアチームでの情報共有は、記録に残して共有しているとした医師は84.0%、看護師は87.1%、介護支援専門員は77.3%であった。

人生の最終段階の医療・ケアについての情報共有（※）

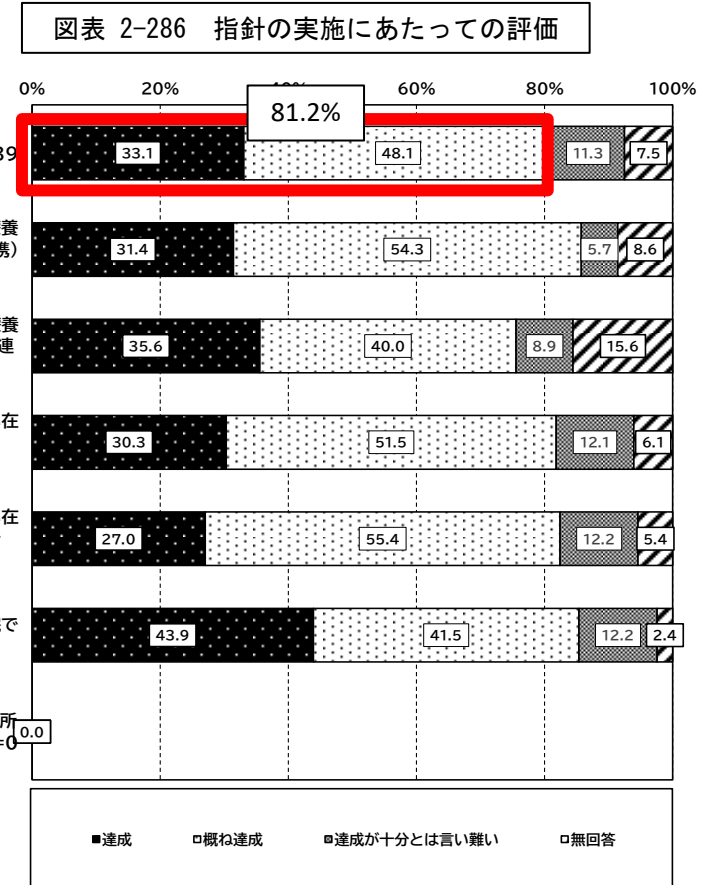
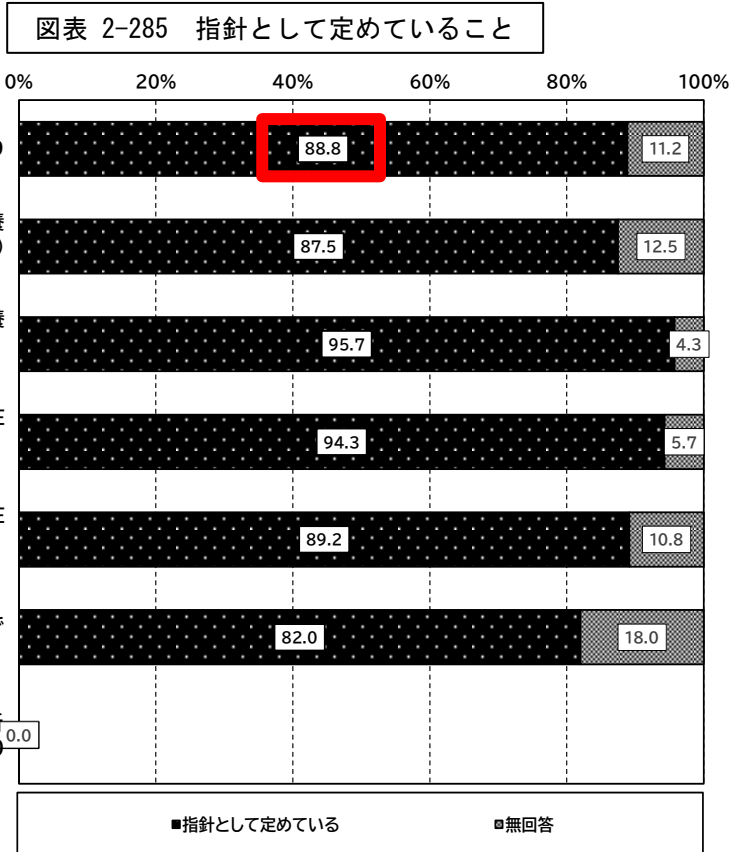


※ 「担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていると思いますか」の間に「十分行っている」「一応行っている」と回答した医師、看護師、介護支援専門員が回答

# 医療機関調査の結果⑱

＜話し合いの内容について、関係者と共有すること＞(報告書p258,259)

3. 話し合いの内容について、関係者と共有すること。  
(「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を「作成している」と回答した施設)



# 医療機関調査の結果⑳

## <話し合いの内容の共有方法> (報告書p279,283)

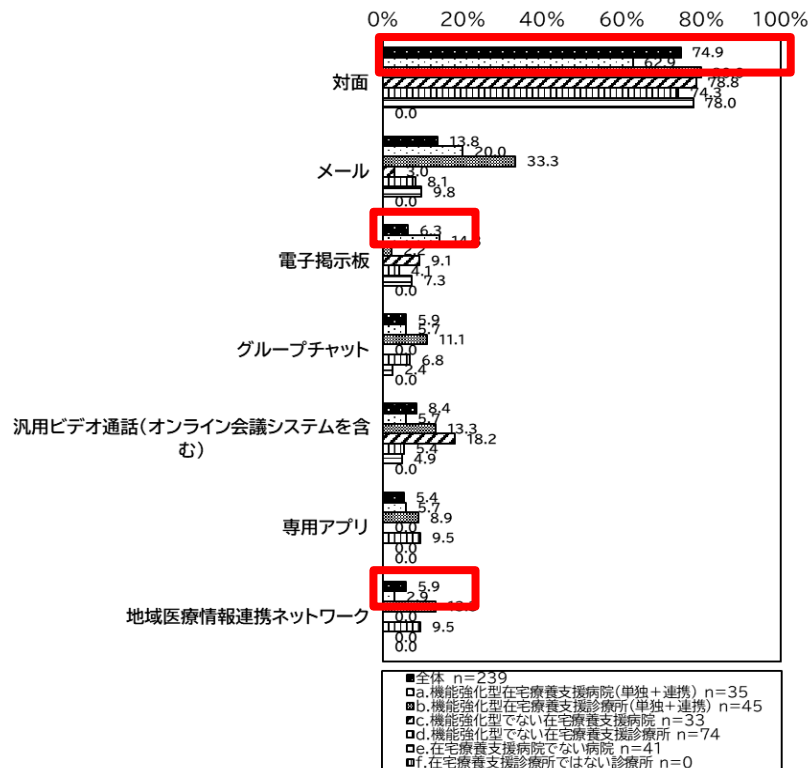
○ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた話し合いの共有方法は「対面」が全体で74.9%と最も多かった。また共有している情報の内容としては「患者本人やその家族の医療・ケアの方針に関わる発言の概要をまとめて共有している」が全体の53.1%で最も多かった。

図表 2-306 話し合いの内容の共有方法

(指針として定めていることとして、

「話し合いの内容について、関係者と共有すること」と回答した施設)

【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】

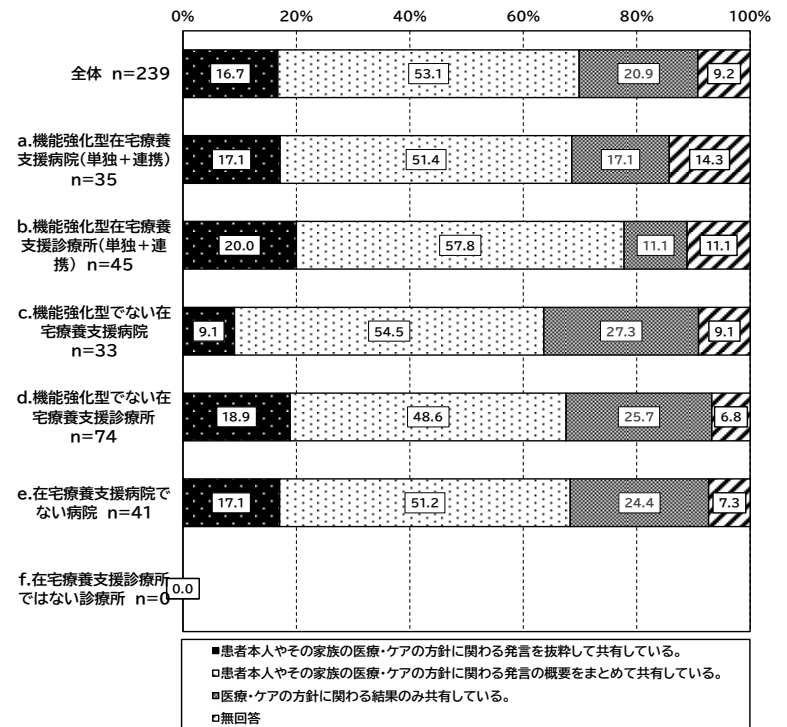


図表 2-310 共有している情報の内容として最も当てはまるもの

(指針として定めていることとして、

「話し合いの内容について、関係者と共有すること」と回答した施設)

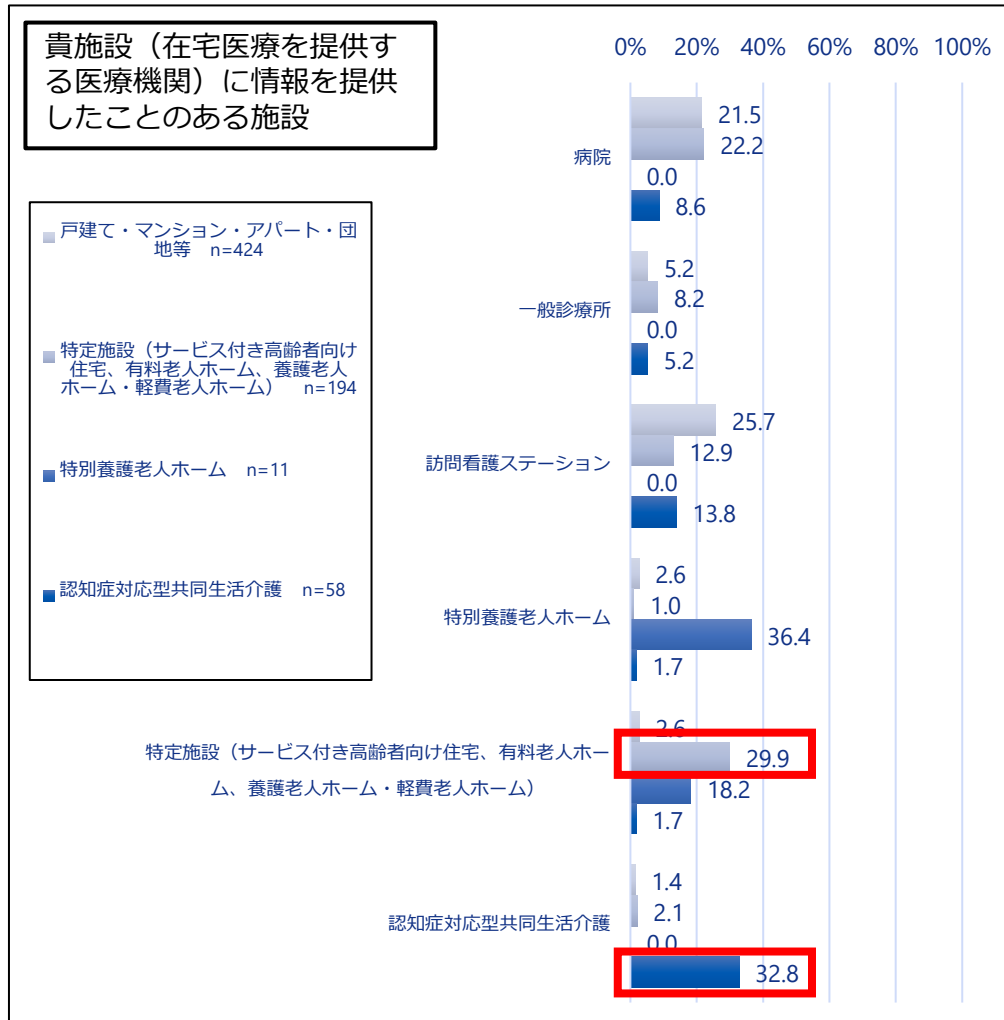
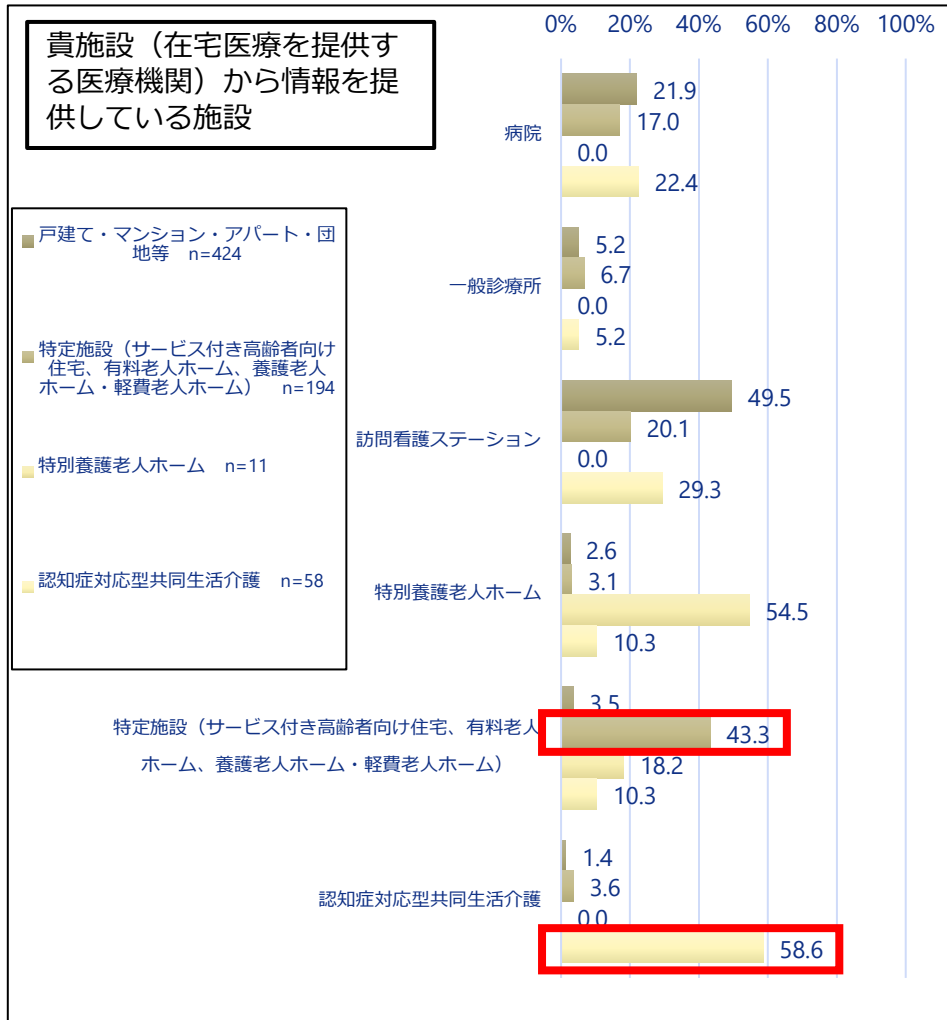
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



# 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報の共有について

○ 高齢者施設入居者の人生の最終段階における「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」等の内容を踏まえた情報の共有状況について、医療機関から高齢者施設へ情報を提供している割合に比べ、高齢者施設から医療機関へ情報を提供している割合が低かった。

「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」等の内容を踏まえた情報の共有状況



- 今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要がある。
- 在宅医療における情報通信機器等の活用の取組としては、対面診療の補完、医療過疎地における遠隔診療、多職種連携におけるネットワーク構築等がある。

## 【在宅医療における情報通信機器の活用例】

### 対面診療の補完としてのオンライン診療

・福岡県（福岡市）の医療機関では、在宅患者に対する医療提供体制の強化の一環として、訪問計画の一部にオンライン診療を組み込む事で、医師の訪問負担を軽減しつつ、在宅患者への診療頻度を高める取組を実施している。



### 訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

・徳之島（鹿児島県）における病院と自治体が連携し、遠隔医療支援プラットフォームを活用したモデルを構築する取組  
・訪問看護が取得した患者のバイタルデータを用いて、医師がオンラインで診察・記録を行うことができる。



### ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

・福井県（坂井地区）では病院が持つ患者情報（退院・看護サマリ、検査結果、画像、処方、注射など）をシステムにより、診療所や訪問看護ステーション、介護施設等と共有できる体制を整備。  
・「カナミックネットワークTRITRUS」を用いて、在宅医療関係者間 診療情報や日々の生活情報等を共有



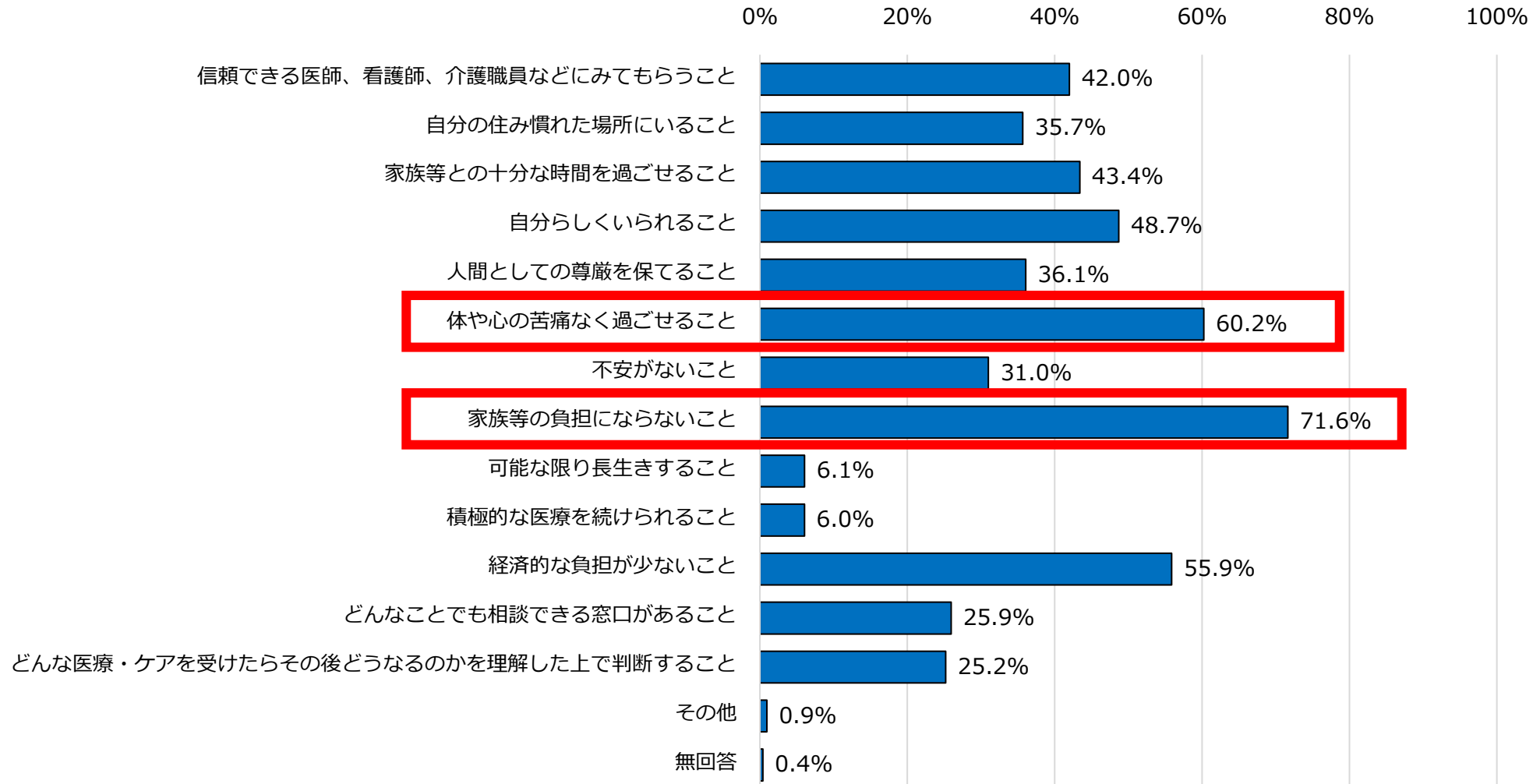
【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）



# 最期を迎えるにあたり重視する点

○ 国民がどこで最期を迎えるかを考える際に重要としていることは、「家族等の負担にならないこと」が71.6%、「体や心の苦痛なく過ごせること」が60.2%であった。

最後を迎えるにあたり重視する点＜一般国民（n=3,000）のみ＞



# がんの医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

## 概要

- がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化に加えて、がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等について、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。
- 多職種連携によるチーム医療をさらに充実させるとともに、小児・AYA世代のがん患者や、高齢のがん患者など、患者の特性に応じたがん診療提供体制の整備を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時や災害時等においても必要ながん医療が提供できる連携体制の整備を進める。
- がんの予防や、仕事と治療の両立支援や就職支援等に引き続き取り組む。

## がん医療提供体制等の整備

- がん医療の均てん化に加え、拠点病院等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を推進
- がんゲノム医療中核拠点病院等を中心としたがんゲノム医療の提供体制の整備を引き続き推進
- 拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備等による多職種連携の更なる推進
- がんと診断された時からの緩和ケアが全ての医療従事者により提供される体制の整備を推進

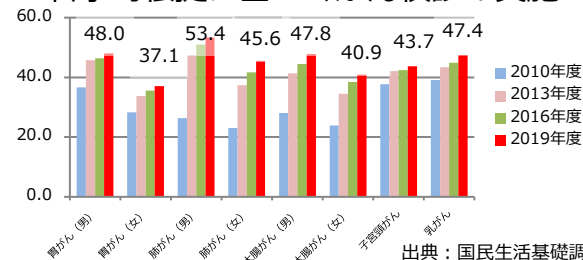


## 患者の特性に応じた体制の整備

- 小児・AYA世代のがん患者に対する、地域の実情に応じた拠点病院等の役割分担と連携体制の整備を推進
- 高齢のがん患者がそれぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備を推進
- 患者やその家族等の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるような体制の整備を引き続き推進

## がん検診

- 科学的根拠に基づくがん検診の実施
- 要精密検査とされた者が確実に医療機関を受診できる体制の構築



精密検査受診率（2019年度）（第4期の目標値：90%）	
胃がん	84.1%
肺がん	83.0%
大腸がん	69.8%
子宮頸がん	74.6%
乳がん	89.2%

出典：地域保健健康増進事業報告

## 仕事と治療の両立等に係る支援

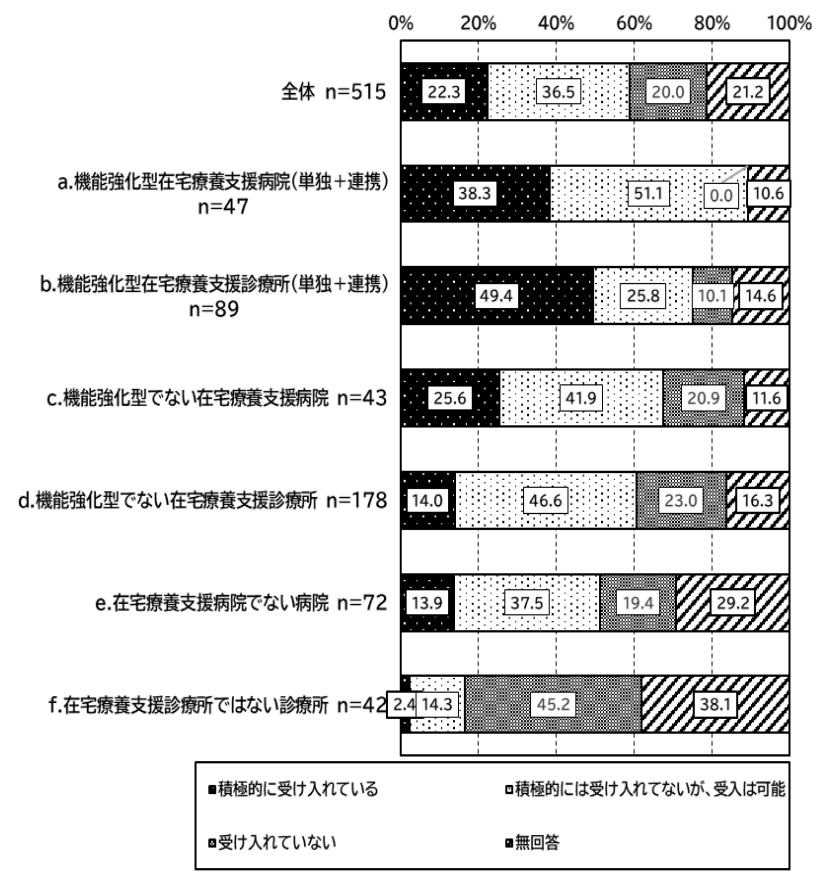
- 仕事と治療の両立支援や就職支援に係る取組を推進
- 相談支援の体制の確保、情報の収集・発信、患者・家族等の交流の支援を引き続き推進

# 医療機関調査の結果⑫

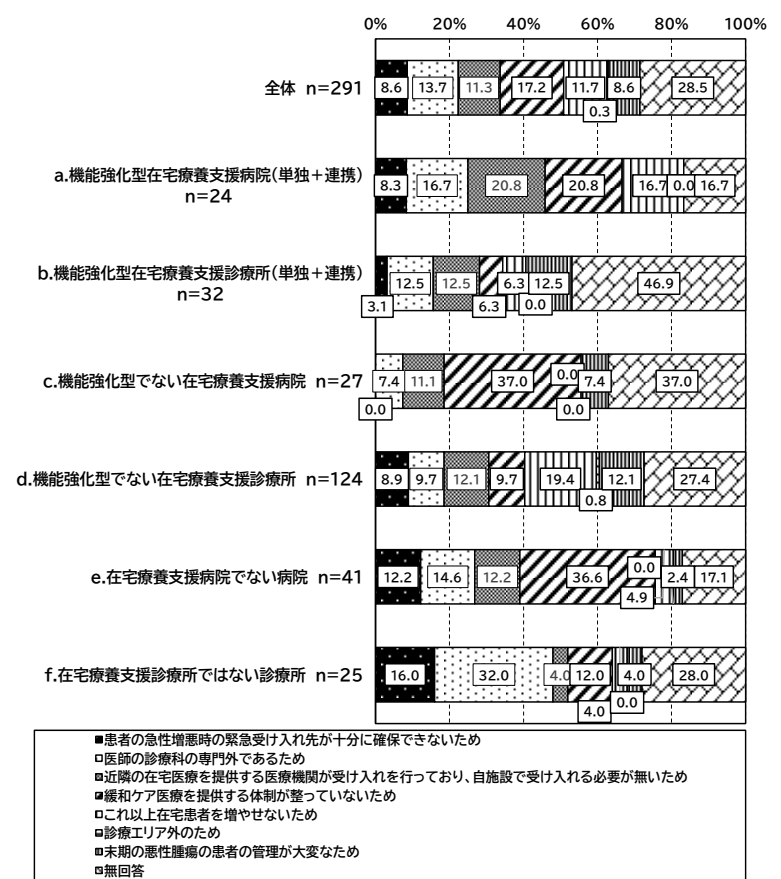
＜末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況＞（報告書p212,217）

○末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況については、「積極的に受け入れている」と回答した医療機関は全体の22.3%であった。

図表 2-234 末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況  
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



図表 2-239 末期の悪性腫瘍の患者を受け入れていない、積極的には受け入れていない理由  
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



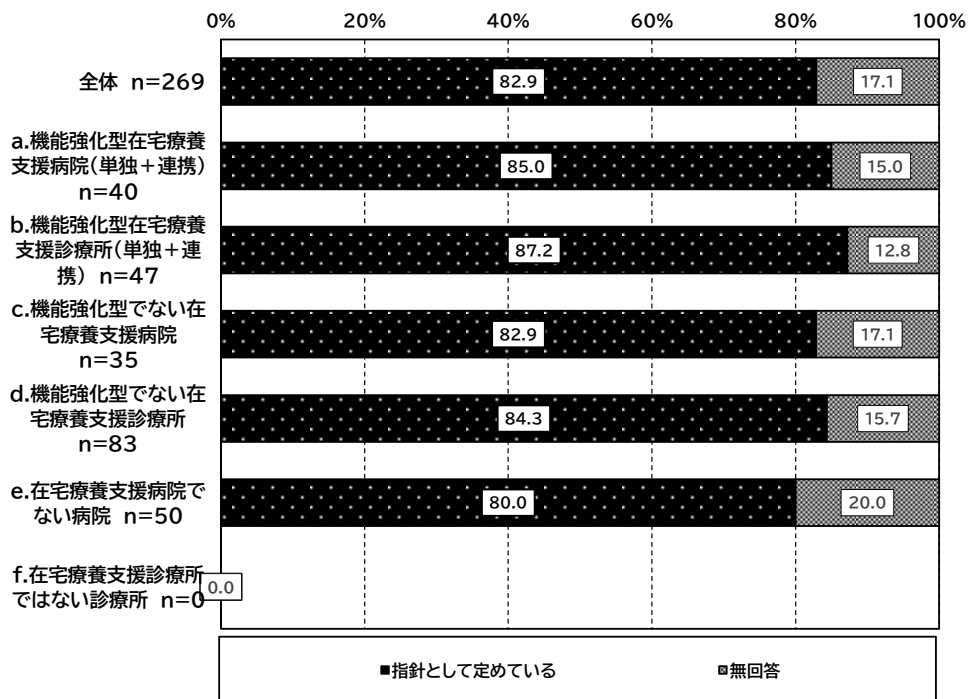
# 医療機関調査の結果②5

＜医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うこと＞(報告書p272,273)

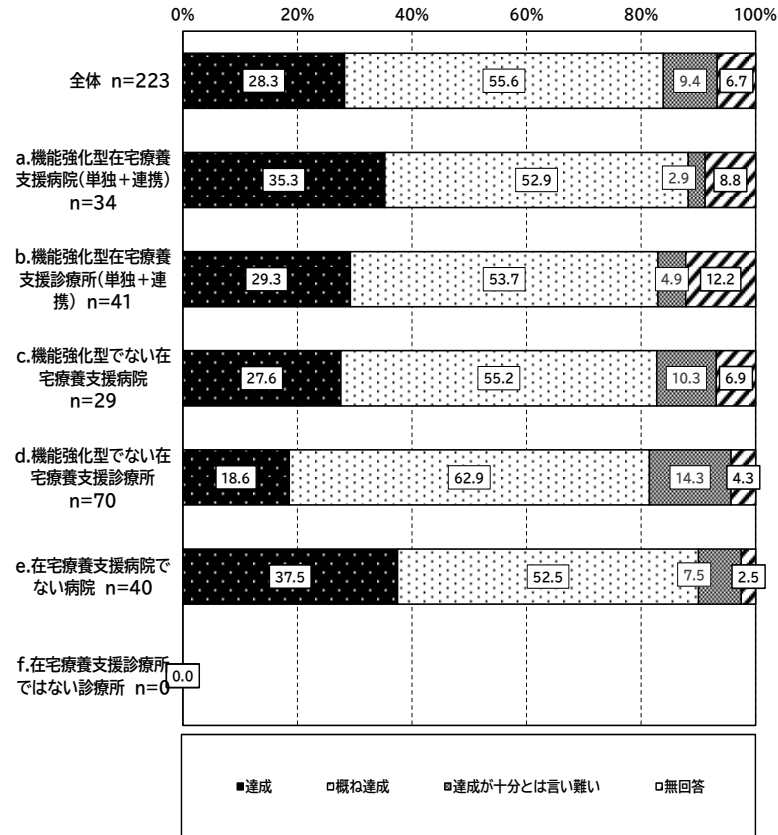
10. 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うこと。

(「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」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を「作成している」と回答した施設)

図表 2-299 指針として定めていること



図表 2-300 指針の実施にあたっての評価



## 緩和ケア病棟入院料の概要

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

### ○ 緩和ケア病棟入院料1

30日以内 5,107点 31日以上60日以内 4,554点 61日以上 3,350点

### ○ 緩和ケア病棟入院料2

30日以内 4,870点 31日以上60日以内 4,401点 61日以上 3,298点



### 緩和ケア疼痛評価加算 100点

緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、**疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算**する。

#### [入院料1の施設基準]

入院料2の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。

- 以下のア又はイを満たしていること
  - ア) 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること
  - イ) 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。
- 次のいずれかに係る届出を行っていること。
  - ① 緩和ケア診療加算※1
  - ② 外来緩和ケア管理料※1
  - ③ 在宅がん医療総合診療料※2

#### [入院料2の施設基準]

- **看護配置7対1、緩和ケアを担当する常勤の医師を1名以上配置**
- **がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること** 等

※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

# 在宅がん医療総合診療料の概要

## 在宅がん医療総合診療料 (1日につき)

- |   |                 |        |
|---|-----------------|--------|
| 1 | 機能強化型の在支診・在支病   |        |
|   | イ 病床を有する場合      |        |
|   | (1) 処方箋を交付する場合  | 1,800点 |
|   | (2) 処方箋を交付しない場合 | 2,000点 |
|   | イ 病床を有しない場合     |        |
|   | (1) 処方箋を交付する場合  | 1,650点 |
|   | (2) 処方箋を交付しない場合 | 1,850点 |
| 2 | 機能強化型以外の在支診・在支病 |        |
|   | イ 処方箋を交付する場合    | 1,495点 |
|   | □ 処方箋を交付しない場合   | 1,685点 |



**小児加算**  
**1,000点(週に1回)**

### [算定要件] (抜粋)

- **在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者**であって通院が困難なものについて算定する。
- 計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、1週間を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。
  - ア 当該患者に対し、**訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上**であること。
  - イ 訪問診療の回数が週1回以上であること。
  - ウ 訪問看護の回数が週1回以上であること。

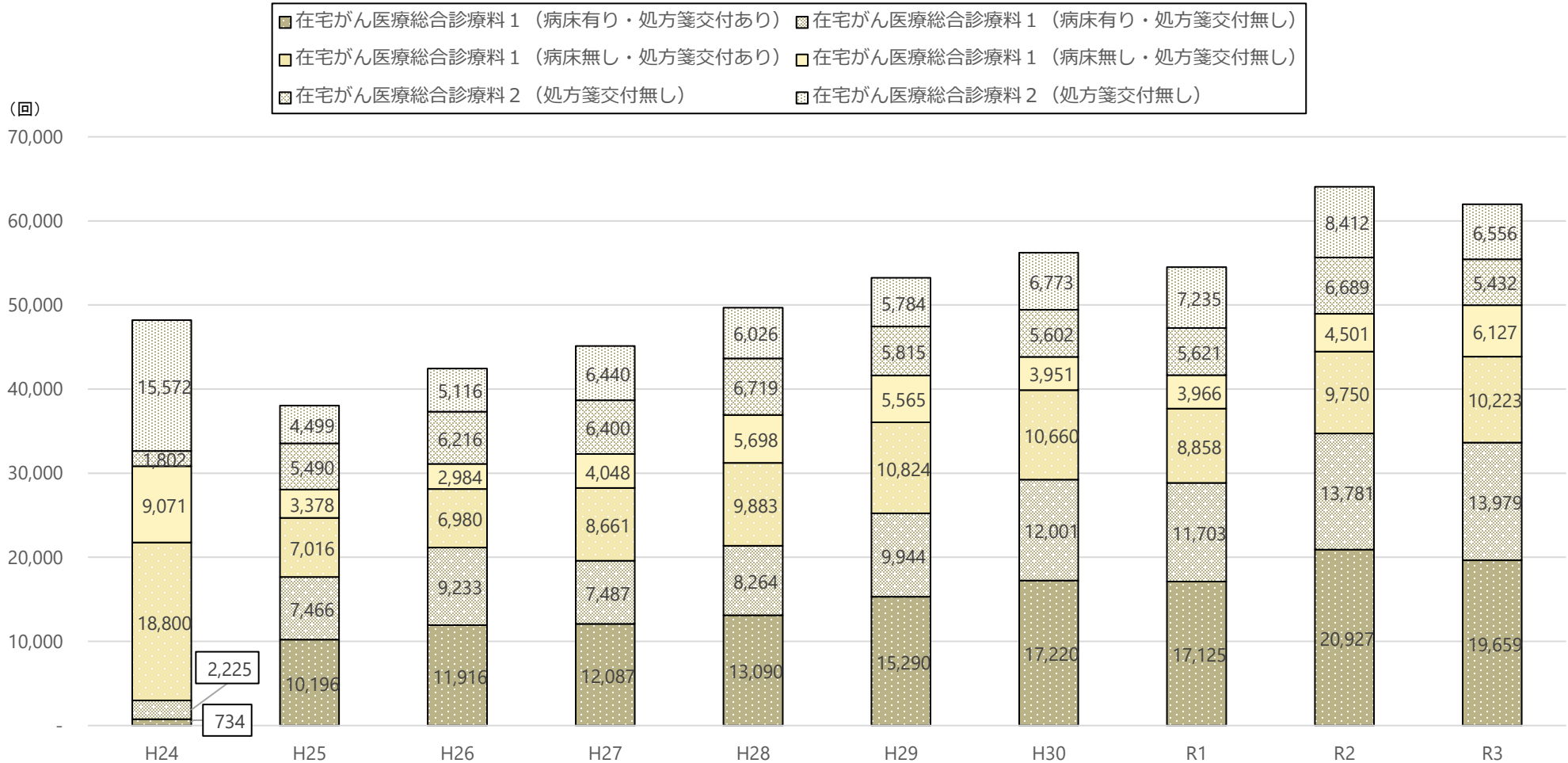
### [施設基準] (抜粋)

- 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。
- 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。
- 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

※小児加算は15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について算定。

# 在宅がん医療総合診療料の算定状況

○ 在宅がん医療総合診療料の算定回数は近年横ばいで推移している。



※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査  
 ※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

# 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等

## C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点

注 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

## C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点

注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

※「在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法」とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

## C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点

注 疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。



# 在宅緩和ケアの充実

## 専門的な緩和ケアの評価

- 緩和ケア専門の医師と、在宅医療を担う医療機関の医師が共同して、同一日に診療を行った場合を評価する。

【現行】



【改定後】\*在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料：  
専門の研修を受けた医師に限る



## 在宅がん医療総合診療料の引き上げ

【現行】

在宅末期医療総合診療料  
(処方せんを交付)

1,495点

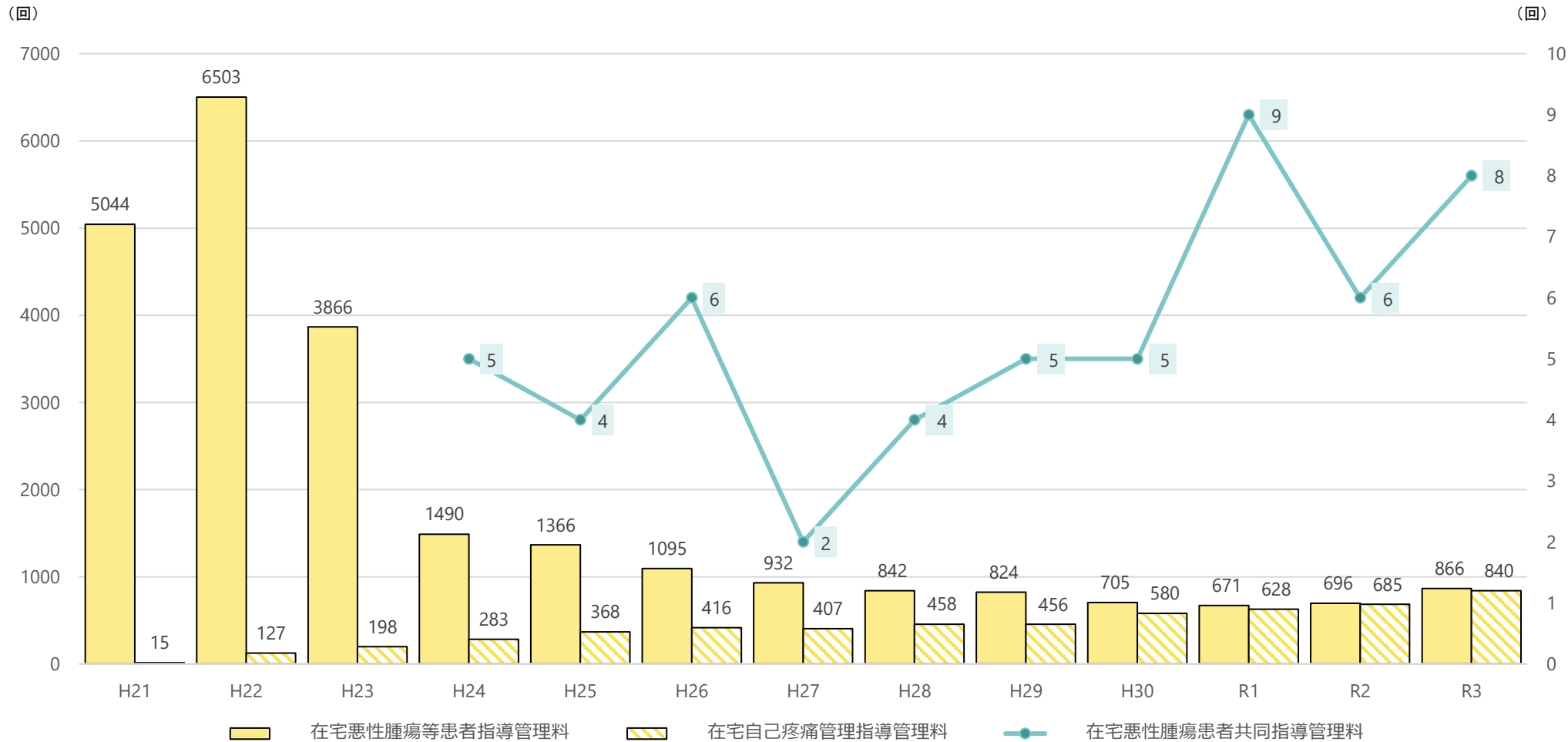
【改定後】

在宅がん医療総合診療料  
(処方せんを交付)

1,800点

# 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等の算定状況

○ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等の算定回数は近年横ばいで推移している。



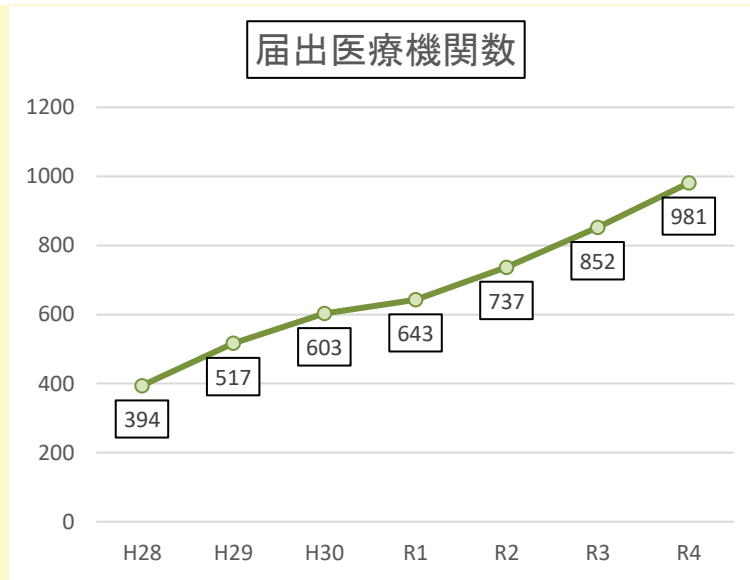
※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査  
 ※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

# 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

## 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

十分な実績を有する医療機関が、以下の項目に該当する診療を行った際に、以下に示す点数を所定点数に加算する。

緊急、夜間・休日又は深夜の往診	<u>100点</u>
ターミナルケア加算	<u>1,000点</u>
在宅時医学総合管理料	<u>100～400点</u>
施設入居時等医学総合管理料	<u>75～300点</u>
在宅がん医療総合診療料	<u>150点</u>



施設基準

出典: 保険局医療課調べ

### [施設基準]

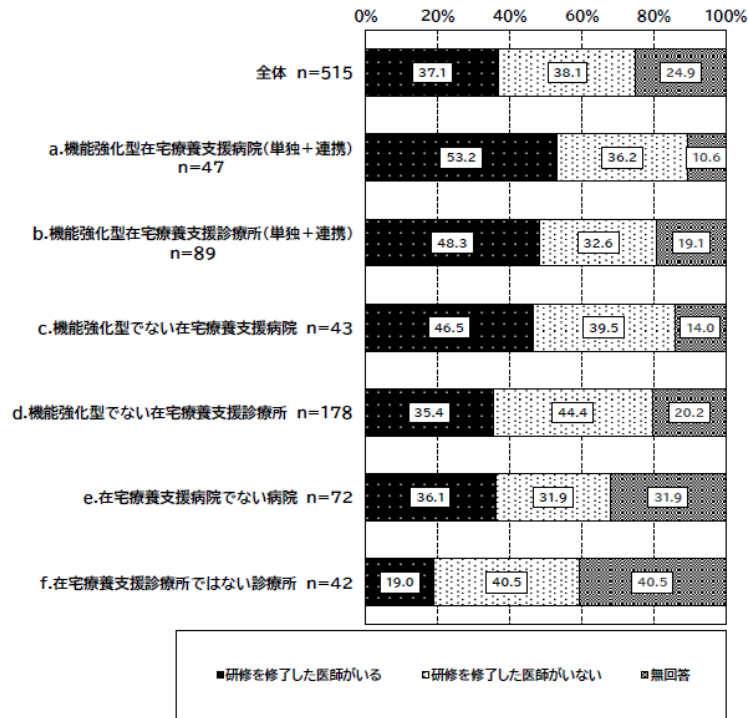
- ① 機能強化型の在支診・病の届出を行っていること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- ③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- ④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- ⑤ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- ⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

# 医療機関調査の結果

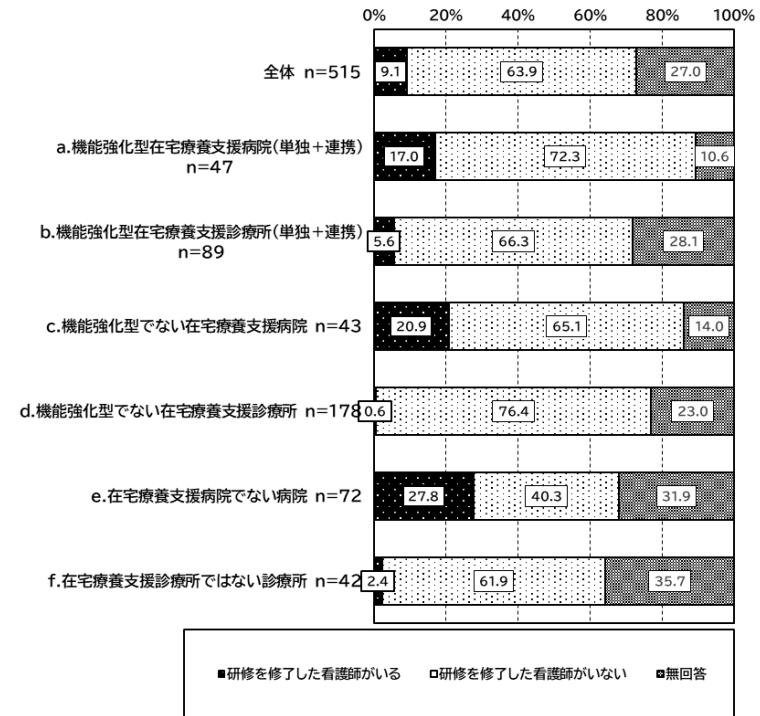
＜訪問診療に関する医療従事者の緩和ケアの研修の有無について＞

○訪問診療に関する医療従事者について、緩和ケアの研修を修了した医師がいる医療機関は全体の37.1%、緩和ケアの研修を終了した看護師がいる医療機関は全体の9.1%であった。

図表 2-250 訪問診療に関する医療従事者について、緩和ケア研修の有無（医師）  
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



図表 2-252 訪問診療に関する医療従事者について、緩和ケア研修の有無（看護師）  
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



# 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

## 専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

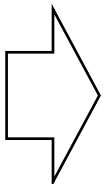
### 現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間



### 改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間
- ・ **特定行為研修(創傷管理関連)**

※在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様

## 専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

- 専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設する。

**(新) 専門管理加算 2,500円(1月に1回)**

### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。

### [算定対象]

- イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合
  - ・ 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者
  - ・ 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者
  - ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
  - ・ 手順書加算を算定する利用者

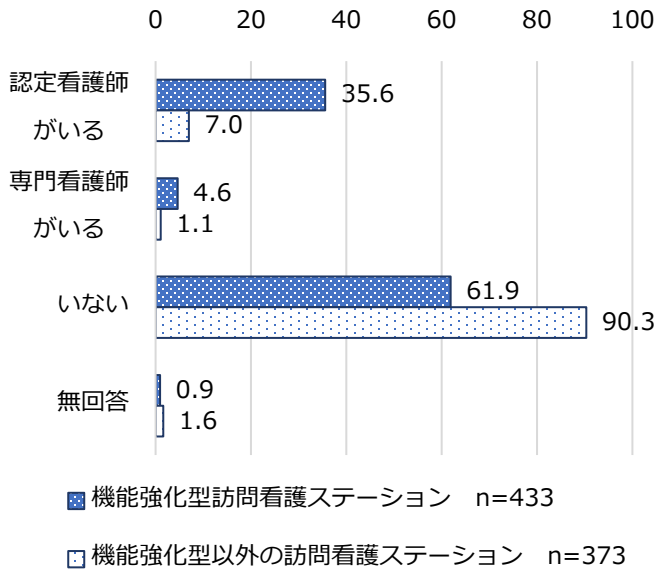
※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

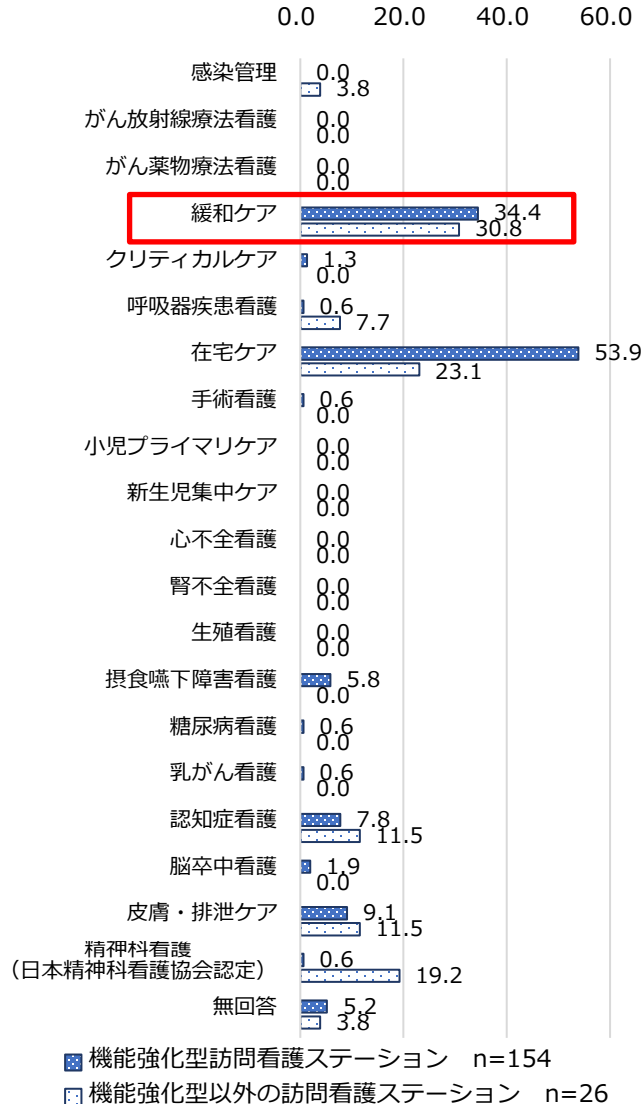
# 訪問看護ステーションの所属する認定看護師・専門看護師

○ 訪問看護ステーションに所属する認定看護師・専門看護師は以下のとおり。

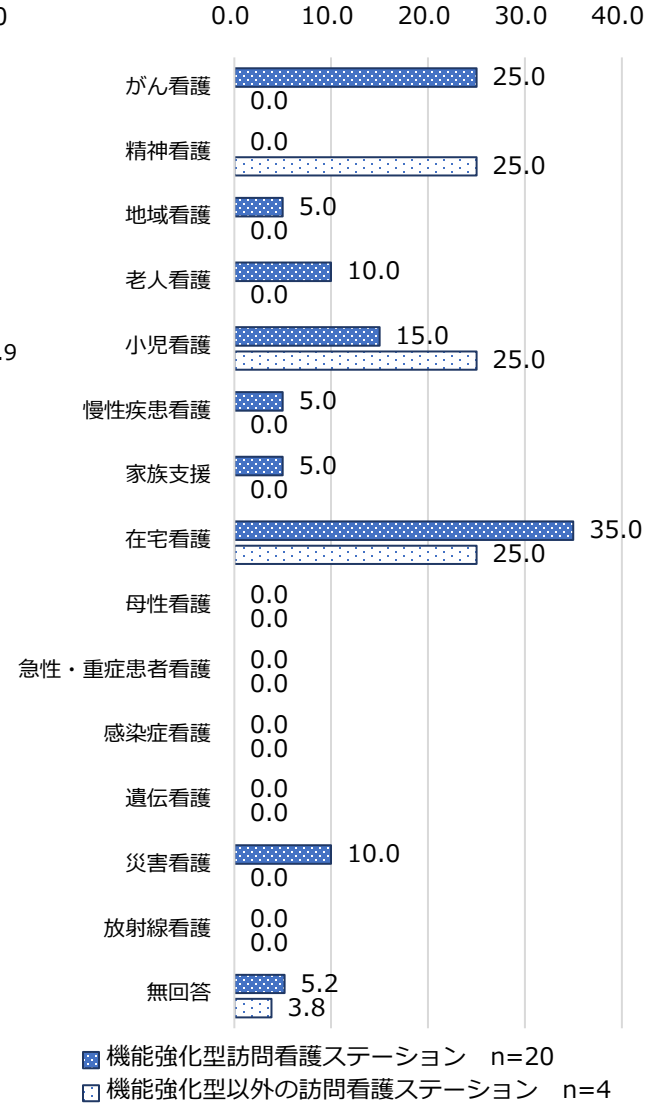
■ 認定看護師・専門看護師の有無



■ 認定看護師の専門分野



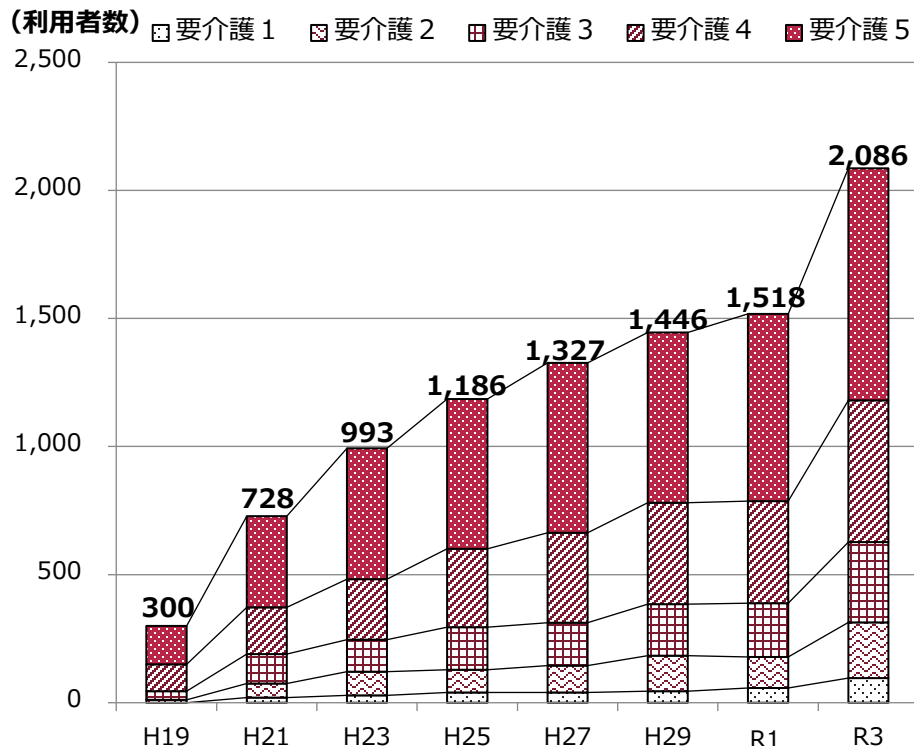
■ 専門看護師の専門分野



# 訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者数

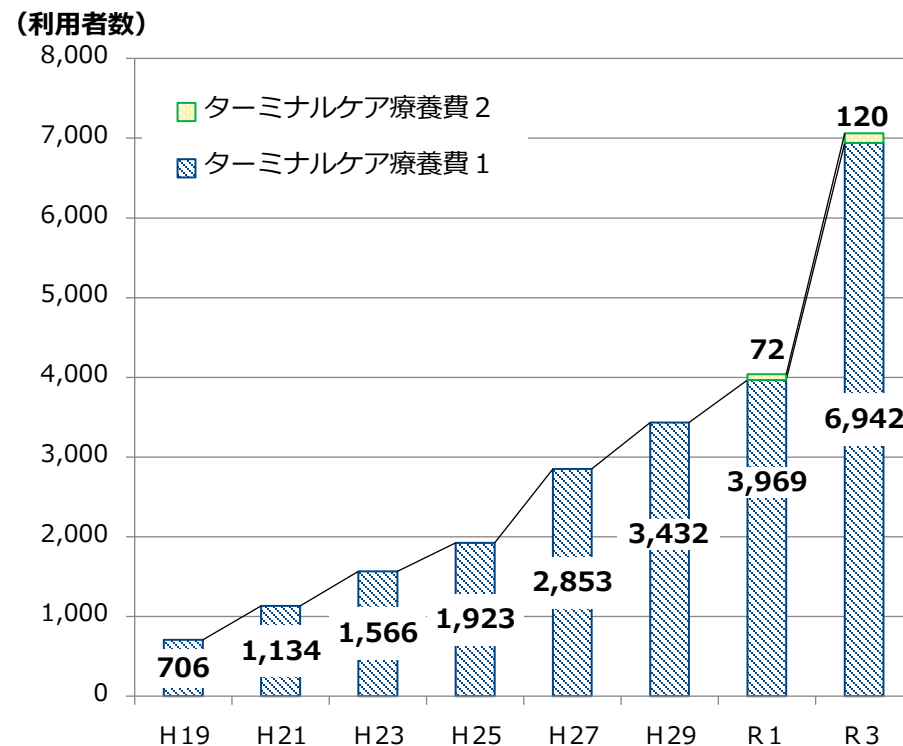
○ 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年度は特に増加した。

## ■ ターミナルケア加算（介護保険）の算定数※



※病院・診療所の訪問看護事業所の算定数を含む

## ■ 訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）の算定数



※H30年度改定でターミナルケア療養費2を新設

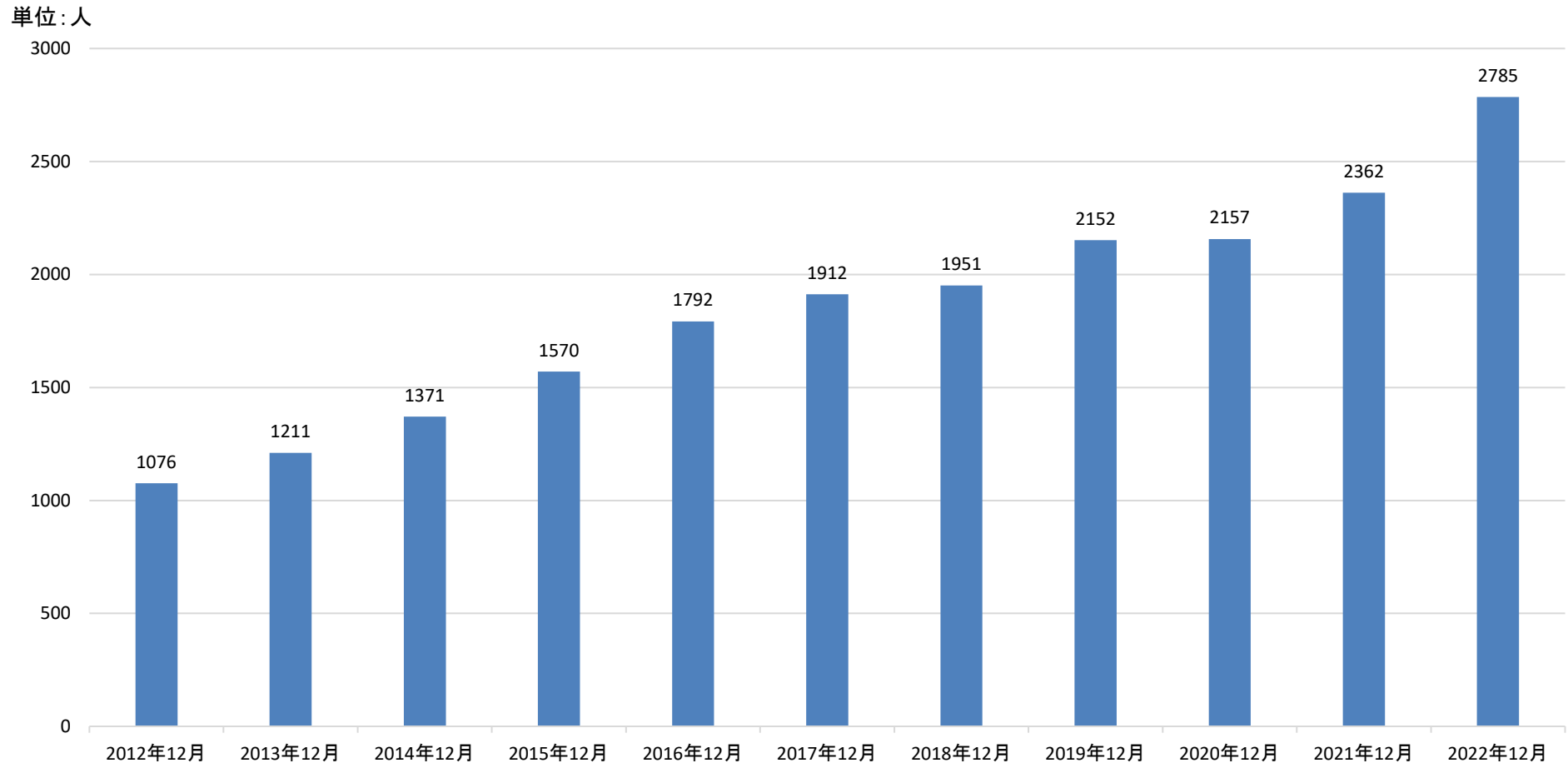
## ターミナルケア加算・訪問看護ターミナル療養費

在宅で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に加算する。

# 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定状況

○ 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定人数は増加傾向

## ■ 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の算定人数の推移



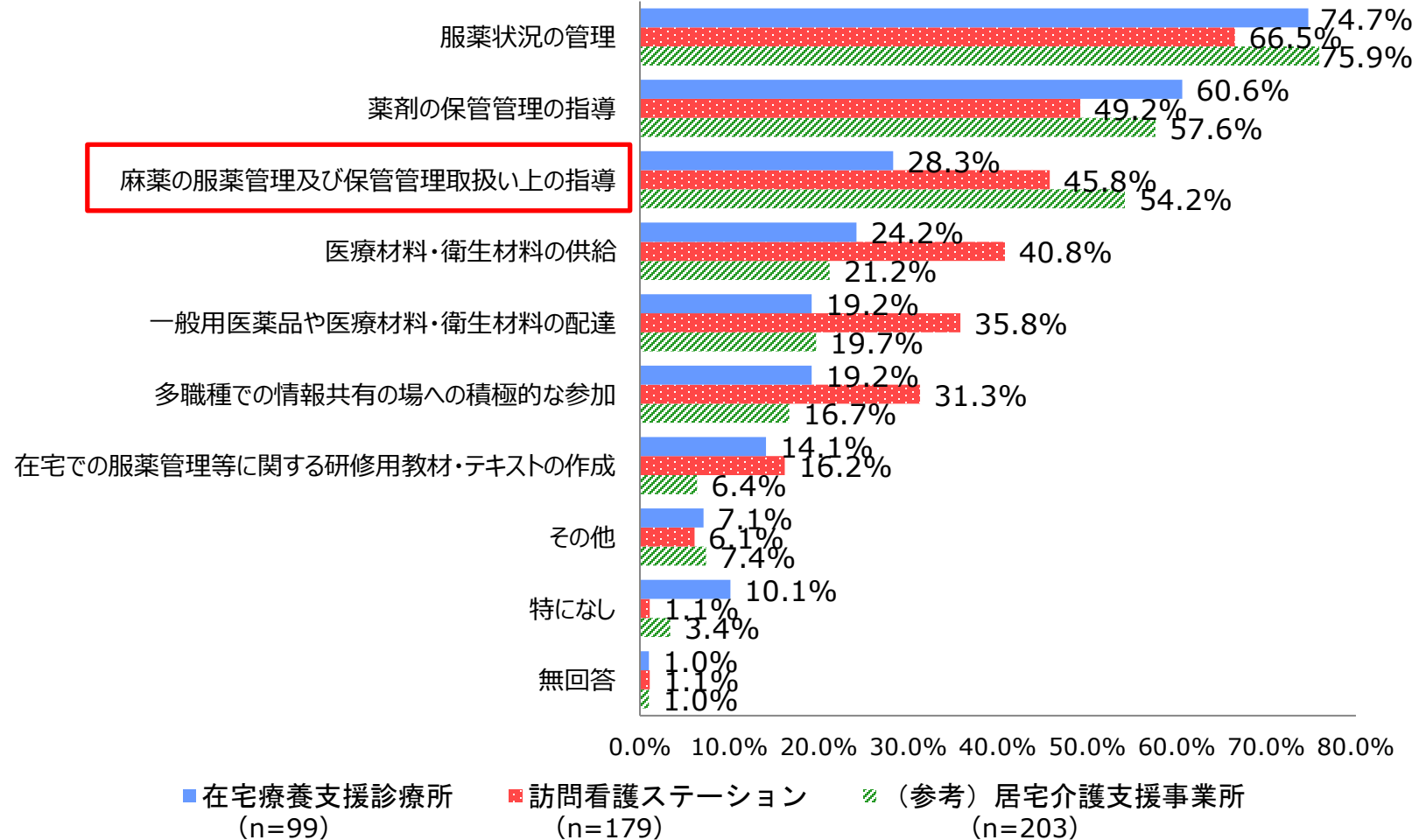
※各月に少なくとも1日ターミナルケア加算を算定した人数を集計。2021年度以降は、当該月において死亡前31日～45日前における加算のみを算定した者は除く。



I. (2) ③ 地域における医薬品提供体制を確保するための薬局の体制整備  
**在宅医療において他職種が薬剤師に望むこと**

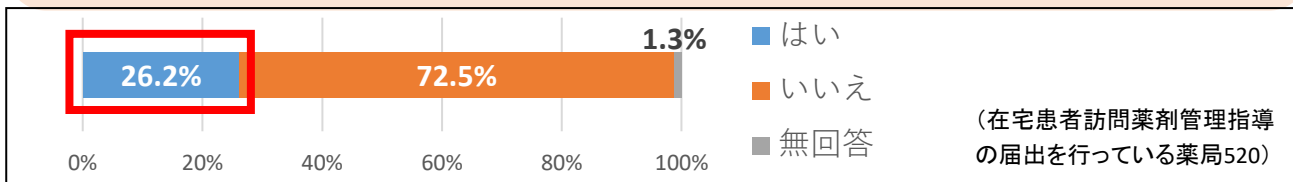
○ 在宅医療において、薬剤師は、服薬状況の管理や薬剤保管管理の指導といった役割が他職種から求められている。

➤ 在宅医療の現場から薬剤師に望むこと（複数回答）



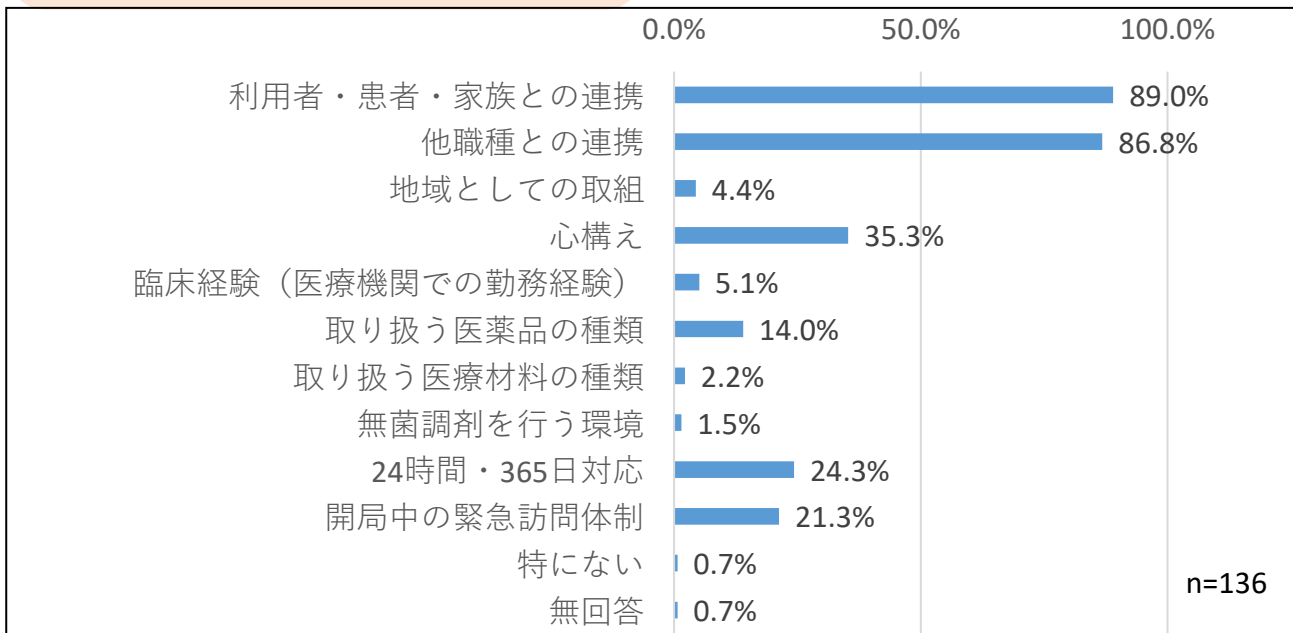
- 薬局の方針として、人生の最終段階（終末期）の利用者・患者への訪問薬剤管理指導を行っている薬局は26.2%であった。
- 人生の最終段階（終末期）の利用者・患者への訪問薬剤管理指導にあたり重要と考える事項については、「利用者・患者・家族との連携」が89.0%で最も多く、次いで「他職種との連携」が86.8%であった。

## 人生の最終段階の利用者・患者への訪問薬剤管理指導を行っているか



## 実施にあたり重要と考える事項

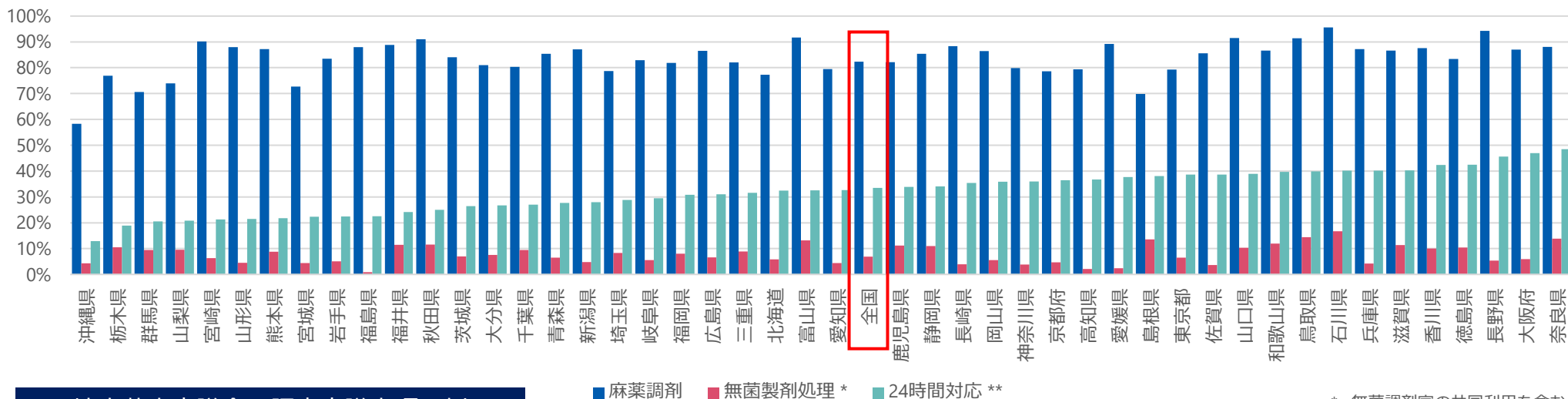
(上記で「行っている」と回答した薬局に、複数回答(3つまで))



# 麻薬調剤や無菌製剤処理、24時間対応が可能な薬局

- 全国で麻薬調剤に対応可能な薬局は約8割、無菌製剤処理に対応可能な薬局は1割未満、24時間対応可能な薬局は約3割であり、都道府県によってこれらの割合は異なる。
- 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の規定に基づき、都道府県知事の諮問に応じ、薬事に関する事務について調査審議を行うため、地方薬事審議会が設置されている。

麻薬調剤・無菌製剤処理・24時間対応が可能な薬局の割合



## 地方薬事審議会の調査審議事項の例

- ・ 医薬品等の流通の円滑化に関する事項
- ・ 医薬品等の取扱いの適正化に関する事項
- ・ 医薬品等の広告の適正化に関する事項
- ・ 抗生物質、催眠剤等の乱用防止に関する事項
- ・ 薬事従事者の研修その他資質の向上に関する事項
- ・ 地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局の認定に関する事項
- ・ 農薬等の毒物劇物による危害の防止に関する事項
- ・ 薬用植物の栽培指導等薬用資源の開発に関する事項
- ・ 医薬品等の生産、輸出等の振興助成に関する事項

## 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 (地方薬事審議会)

第三条 都道府県知事の諮問に応じ、**薬事（医療機器及び再生医療等製品に関する事項を含む。以下同じ。）に関する当該都道府県の事務及びこの法律に基づき当該都道府県知事の権限に属する事務のうち政令で定めるものに関する重要事項を調査審議させるため、各都道府県に、地方薬事審議会を置くことができる。**

2 地方薬事審議会の組織、運営その他地方薬事審議会に関し必要な事項は、当該都道府県の条例で定める。

\* 無菌調剤室の共同利用を含む  
\*\* 地域支援体制加算の算定

# 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	● 訪問診療を実施している診療所・病院数	● 往診を実施している診療所・病院数	● 在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数
	● 退院支援を実施している診療所・病院数	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	在宅療養後方支援病院数	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	機能強化型在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援診療所・病院数		
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	● 訪問看護事業所数、従事者数	● 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	機能強化型の訪問看護ステーション数		
		小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数		
		歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		
		在宅療養支援歯科診療所数		
		訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数		
		在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数		
プロセス	退院支援（退院調整）を受けた患者数	● 訪問診療を受けた患者数	往診を受けた患者数	● 在宅ターミナルケアを受けた患者数
	介護支援連携指導を受けた患者数	小児の訪問診療を受けた患者数		訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数
	退院時共同指導を受けた患者数	● 訪問看護利用者数		● 看取り数 （死亡診断のみの場合を含む）
	退院後訪問指導を受けた患者数	小児の訪問看護利用者数		在宅死亡者数
		訪問歯科診療を受けた患者数		
		歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数		
		訪問口腔衛生指導を受けた患者数		
		訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
		小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
		麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数、無菌製剤（T P N輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
	訪問リハビリテーションを受けた患者数			
	訪問栄養食事指導を受けた患者数			
アウトカム				

（●は重点指標）

令和4年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

# 「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」報告書の概要

【循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について(2018(平成30)年4月)】

- 循環器疾患は、我が国の主要な死亡原因のひとつであるとともに、全人的な苦痛(身体的・精神心理的・社会的苦痛等)を伴う疾患であるため、苦痛を緩和し、生活の質の維持向上を目的とした緩和ケアが必要な疾患。
- 循環器疾患患者に対して、適切な緩和ケアを提供するためには、緩和ケアの正確な概念の共有、多職種連携、地域連携、医療・介護・福祉連携、がんとの主な共通点・相違点の理解等の観点が必要。

## 循環器疾患における緩和ケア

### 緩和ケアの対象となる循環器疾患

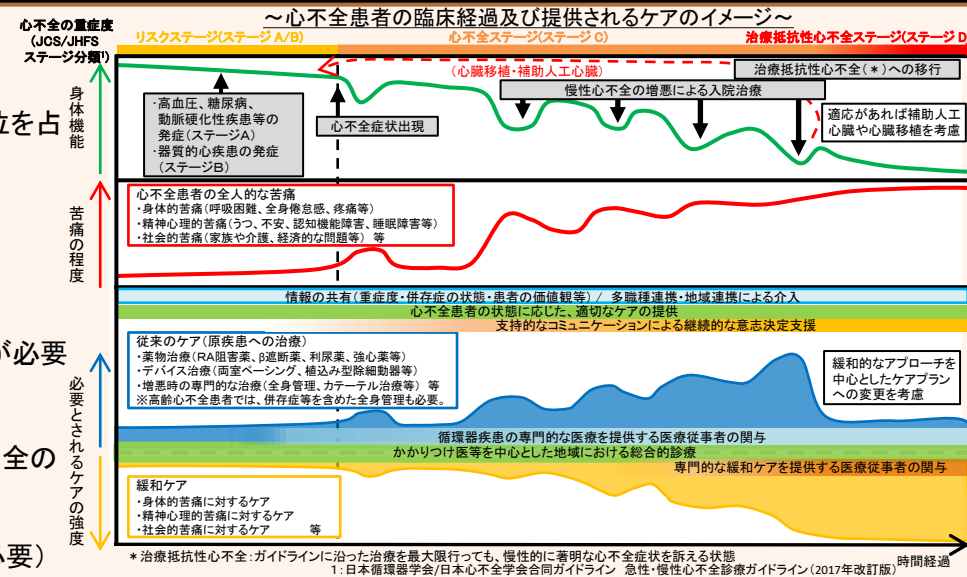
- すべての心疾患に共通した終末的な病態であり、心疾患の病類別に見た死亡者数の第1位を占め、今後の患者増加が予想される心不全が主な対象

### 循環器疾患患者の全人的な苦痛

- 身体的・精神心理的・社会的側面等の多面的な観点を有する、全人的な苦痛が存在
  - ・身体的苦痛:呼吸困難、全身倦怠感、疼痛等
  - ・精神心理的苦痛:うつ、不安、認知機能障害、睡眠障害等
  - ・社会的苦痛:家族や介護、経済的な問題等
- 全人的な苦痛に対し、多職種連携、地域連携、医療・介護・福祉連携による全人的なケアが必要

### 循環器疾患の臨床経過を踏まえた緩和ケア

- 疾患の初期の段階から疾患の治療と並行して提供
- 増悪と寛解を繰り返す心不全の臨床経過の特徴や必要とされるケアの内容を踏まえ、心不全の管理、緩和ケア、併存症を含めた全身管理をバランスよく実施
- 地域において多職種が連携して行う心不全患者の管理全体の流れの中で提供(多職種連携にかかわる医療従事者の人材育成、地域の医療機関の連携体制構築等が必要)



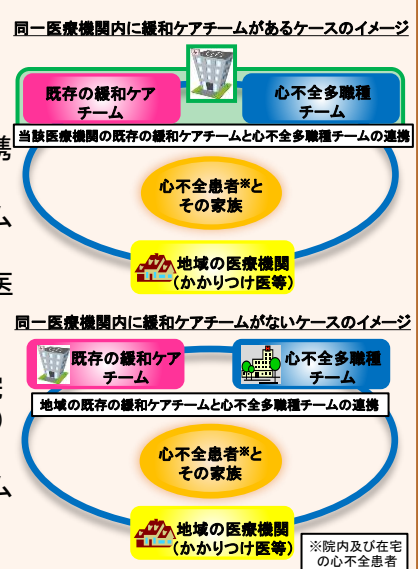
## 循環器疾患における緩和ケアのチーム体制

### 基本的な方向性

- 互いの役割や専門性を理解した上での協働
- 既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームの連携
- 多職種カンファレンスによる問題点の討議・解決
- 地域の実情や患者の意向等に応じた緩和ケアチームの設定
- 心不全多職種緩和ケアチームがかかりつけ医等の医療機関をサポートできる体制の整備

### 循環器疾患における緩和ケアチーム体制のイメージ

- 既存の緩和ケアチームと、心不全多職種チームの院内連携に加えて、地域の医療機関(かかりつけ医等)が連携(右図上)
- 地域の既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームが病院間で連携し、地域の医療機関(かかりつけ医等)がさらに連携(右図下)



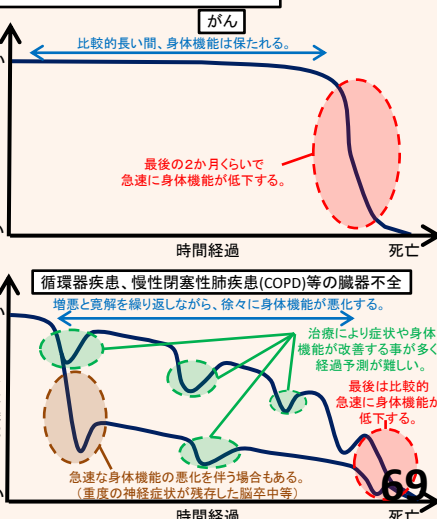
## 緩和ケアにおける循環器疾患(心不全)とがんの共通点・相違点

### 共通点

- 生命を脅かす疾患
- 病気の進行とともに、全人的な苦痛が増悪
- 緩和ケアに対する医療従事者及び患者やその家族の誤解・抵抗感
- 多職種介入、地域連携、医療・介護・福祉連携が必要

### 相違点

- 疾病経過や予後予測の困難さ
- 患者の年齢層や受療する医療機関
- 終末期における疾患の治療による苦痛緩和への影響
- 適応となる薬物療法・非薬物療法の使用方法



## 緩和ケア診療加算等の要件の見直し

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象に追加する。

### 現行(対象患者)

悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者



### 改定後(対象患者)

悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は**末期心不全**の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

- 緩和ケア診療加算について、がん患者に対する栄養食事管理の取組を評価する。

### 緩和ケア診療加算

#### (新) 個別栄養食事管理加算 70点(1日につき)

#### [算定要件]

- (1) 緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- (2) 緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

#### [施設基準]

緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。

# 施設内で提供可能な医療

【施設内で提供可能な医療の割合(介護老人保健施設票問38、介護医療院票問21、介護老人福祉施設票問23、医療療養病床票問15)】

- 「経鼻経管栄養」について、老健では41.7%、介護医療院では93.7%、特養では28.7%であった。
- 「24時間持続点滴」について、老健では39.9%、介護医療院では82.4%、特養では5.7%であった。
- 「喀痰吸引(1日8回以上)」について、老健では50.3%、介護医療院では83.7%、特養では24.1%であった。
- 「酸素療養(酸素吸入)」について、老健では66.1%、介護医療院では90.5%、特養では53.9%であった。
- 「インスリン注射」について、老健では86.8%、介護医療院では91.9%、特養では69.1%であった。

図表23 施設内で提供可能な医療の割合(複数回答可)

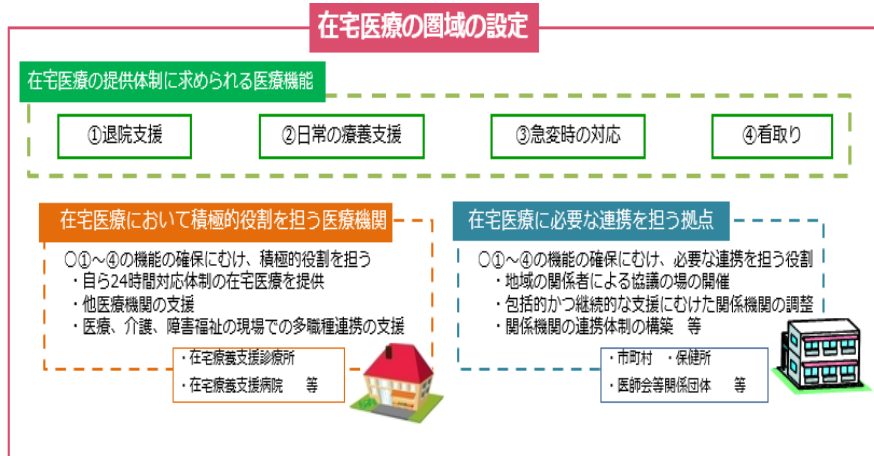
	単位 (%)					単位 (%)			
	老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)		老健 (n=348)	介護医療院 (n=221)	特養 (n=460)	医療療養病床 (n=247)
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	93.4	97.3	90.4	93.5	抗菌薬	61.5	82.4	27.8	85.8
経鼻経管栄養	41.7	93.7	28.7	94.3	昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4	皮内、皮下及び筋肉注射 (インスリン注射を除く)	62.6	84.6	39.3	92.7
24時間持続点滴	39.9	82.4	5.7	91.5	簡易血糖測定	88.2	92.8	62.4	94.3
カテーテル (尿道カテーテル・コンドームカテーテル) の管理	91.7	92.3	81.1	95.1	インスリン注射	86.8	91.9	69.1	95.5
ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の管理	84.8	84.6	70.2	87.9	疼痛管理 (麻薬なし)	68.1	69.2	42.4	83.8
喀痰吸引 (1日8回未満)	87.6	95.9	73.5	93.9	疼痛管理 (麻薬使用)	19.5	46.2	15.7	76.5
喀痰吸引 (1日8回以上)	50.3	83.7	24.1	91.5	内服薬・座薬・貼付薬	73.3	69.7	55.7	85.4
ネブライザー	45.7	72.4	22.8	88.7	点滴薬	50.6	53.4	25.2	74.9
酸素療法 (酸素吸入)	66.1	90.5	53.9	92.7	創傷処置	87.1	92.8	78.5	95.1
鼻カヌー	63.8	87.3	52.0	88.3	褥瘡処置	93.4	93.7	87.0	97.2
マスク	58.3	82.4	37.6	87.4	浣腸	88.8	90.5	81.5	95.5
リザーバー付きマスク	17.2	46.6	8.7	63.6	摘便	92.8	95.0	86.7	93.9
気管切開のケア	23.3	50.2	2.6	79.8	導尿	81.3	88.2	55.9	93.5
人工呼吸器の管理	3.2	13.6	0.4	49.8	膀胱洗浄	58.0	81.9	38.3	86.6
挿管	1.7	13.1	0.2	44.9	持続モニター (血圧、心拍、酸素飽和度等)	31.6	83.3	7.6	91.9
マスク式 (NPPV 等)	7.2	14.9	1.1	47.8	リハビリテーション	80.5	89.6	30.0	85.0
静脈内注射 (点滴含む)	60.6	81.9	32.0	87.9	透析	8.9	7.7	9.8	25.1
電解質輸液	63.2	86.4	34.6	87.4	その他	1.4	5.4	0.2	11.3

# 在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

## 概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の实情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

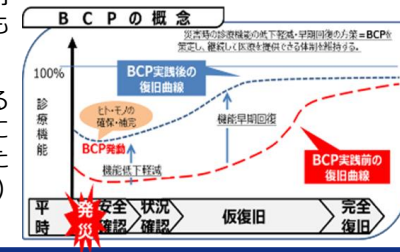
## 在宅医療の提供体制



- ◆ 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- ◆ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

## 急変時・看取り、災害時等における整備体制

- ◆ 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- ◆ 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



## 在宅医療における各職種の関わり

- ◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- ◆ 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- ◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- ◆ 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- ◆ 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。



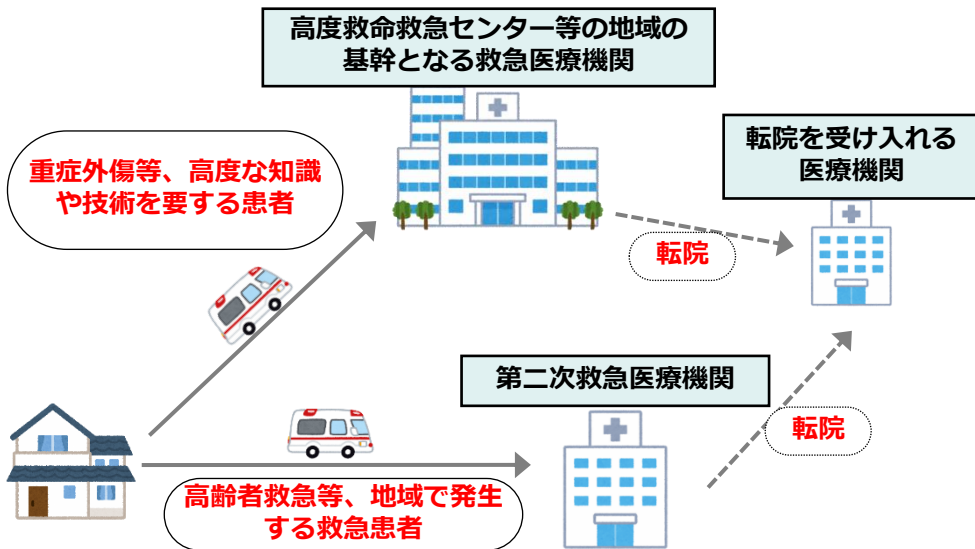
# 救急医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

## 概要

- 増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
- 居宅・介護施設の高齢者が、自らの意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。
- ドクターヘリについては、より効率的な対応ができるような広域連携体制の構築を進める。ドクターカーについては、全国の様々な運行形態を調査し、地域にとって効果的な活用方法の検討を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。

## 救急医療機関の役割等

- 第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担うなど、地域の救急医療機関の役割を明確化する。
- 医療機関間で、転院搬送に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくことを通じて、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用を進める。



## 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

- 医療関係者・介護関係者は、地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場等において、患者の希望する医療について必要な時に確認できる方法について検討を進める。
- 自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うことを促す。

### 東京都八王子市の例

東京都八王子市の救急医療情報キットでは、『もしもの時に医師に伝えたいことがあれば、チェックしてください』との設問を設け、「できるだけ救命」「延命してほしい」「苦痛をやわらげる処置なら希望する」「その他」の回答欄を設けている

(在宅療養・救急医療連携にかかる調査セミナー事業報告書  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf>)

～記入例～ 救急医療情報

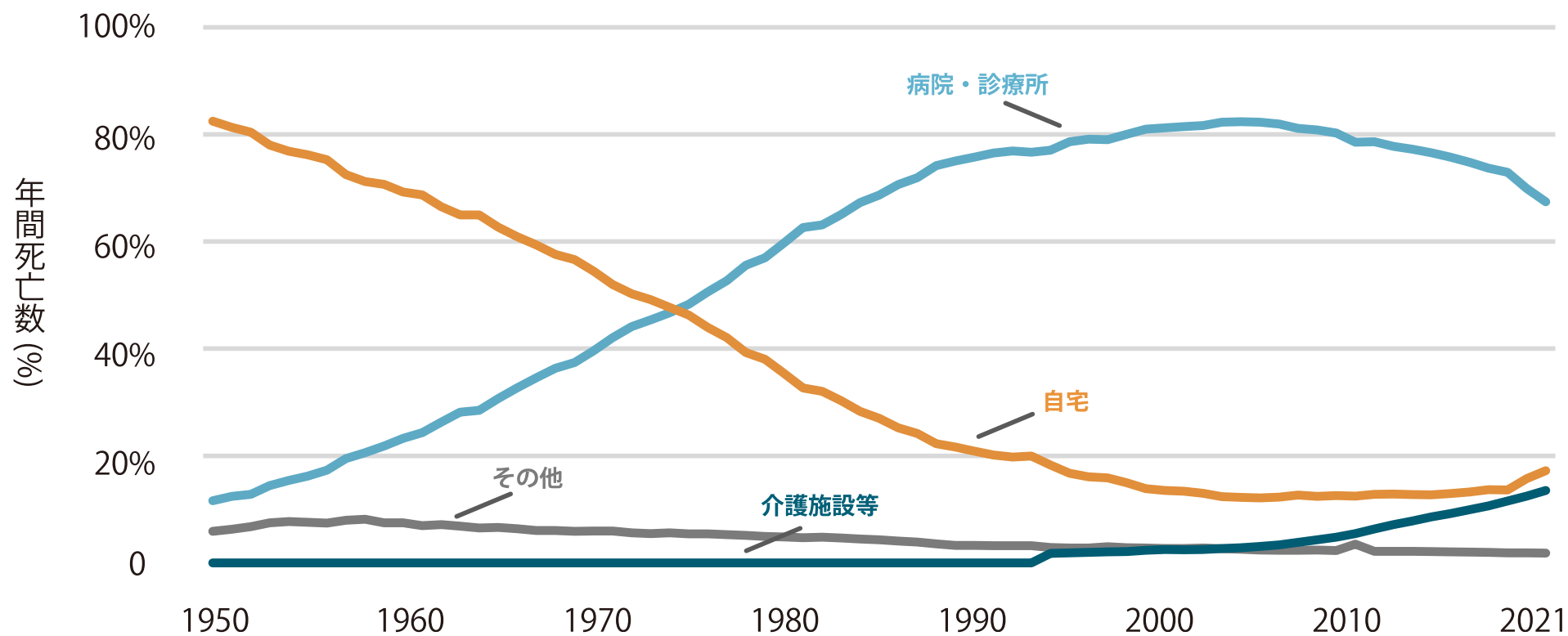
住所	八王子市 苑中町 三丁目 24番 1号	【八王子市高齢者救急医療連携協議会】	
フリガナ	ゆかり けいめい	年齢 70歳	
氏名	八王子 七香	(平成24年 8月 10日現在)	
生年月日	明治・大正 昭和 17年 1月 1日		
性別	男・女	再婚のご家族がいらっしゃる場合はご記入ください。	
連絡先電話番号	012-626-3111(自宅)		
緊急連絡先	090-0000-0000(宅の携帯)		
現在受療中の病気	糖尿病、心臓病、脳卒中、その他(血圧185/110)		
過去に医師から言われた病気	高血圧症	病状対応等に関する変更や情報更新の際は、直送機台紙の裏面に記載事項をご記入ください。	
服用している薬	カレバローL錠剤 10mg プロアコL錠剤 10mg		
かかりつけの病院	病名: 八王子協賛病院 東京都八王子市にある病院 科: 八王子 内科 上野町3丁目 医師番号:		
もしもの時に医師に伝えたい事があれば「1」の半にチェックして下さい		優先したいことがある方、経過が重なる場合は、その他の欄に希望する内容をご記入ください。 なるべく自然な状態で希望して下さい。 なるべく複数の連絡先をご記入ください。電話番号が2桁や4桁の場合はご記入ください。	
緊急連絡先			
氏名	続柄	仕事	電話番号
八王子 六香	子	八王子市 〇〇〇〇街1-1-1	080-1111-0000
八王子 五子	子	日野市 〇〇〇〇街1-2-3	090-0000-0000
生年月日	平成 24年 8月 10日	性別	平成 27年 4月 1日
東京都	〇〇年 〇月 〇日	更新日	〇〇年 〇月 〇日
東京都	〇〇年 〇月 〇日	更新日	〇〇年 〇月 〇日
東京都	〇〇年 〇月 〇日	更新日	〇〇年 〇月 〇日
高齢者あんしん相談センター(地域包括支援センター)			
氏名	電話番号		

# 死亡の場所の推移（再掲）

意見交換 資料-2  
R 5 . 3 . 1 5

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

## 死亡の場所の推移



出典

厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

# 人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望 (再掲)

意見交換 資料 - 2  
R 5 . 3 . 1 5

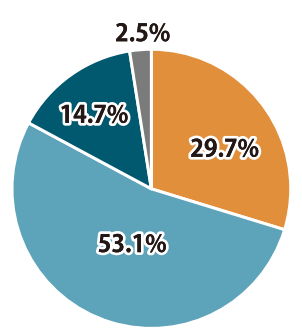
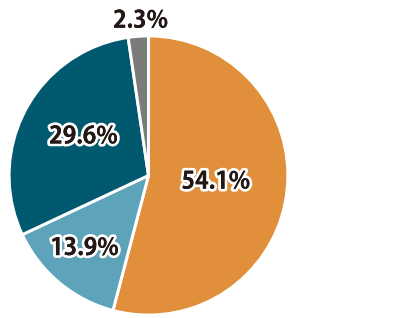
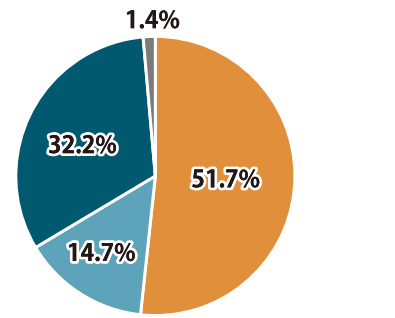
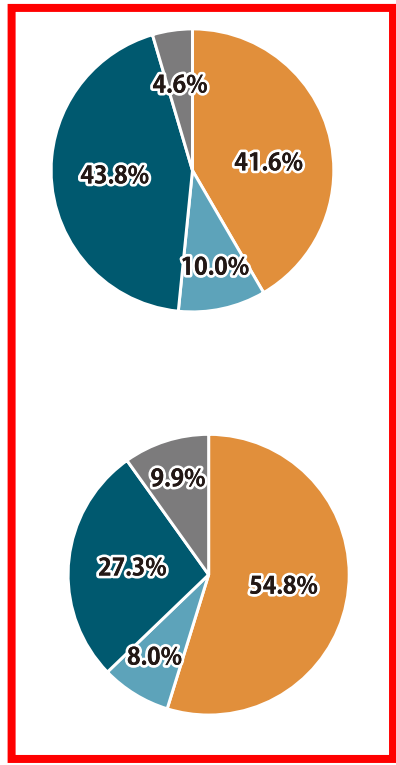
(あなたの病状)  
病気で治る見込みがなく、  
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死  
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)  
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、  
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、  
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。  
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

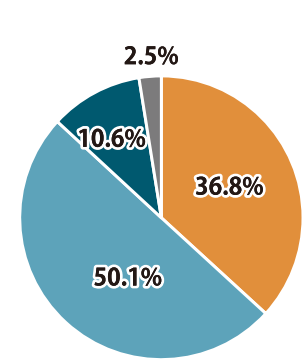
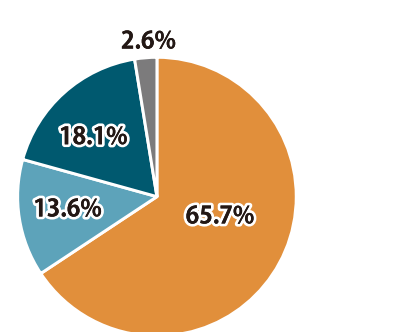
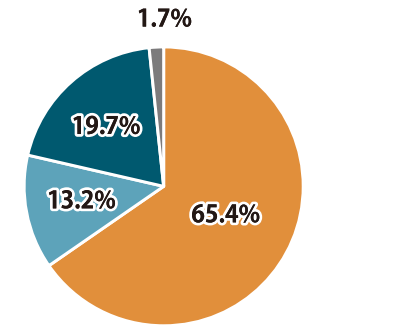
(あなたの病状)  
慢性的な重い心臓病と診断され、  
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと  
いった状態です。今は食事や着替え、  
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。  
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)  
認知症と診断され、状態は悪化し、  
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。  
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ  
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関 介護施設 自宅 無回答

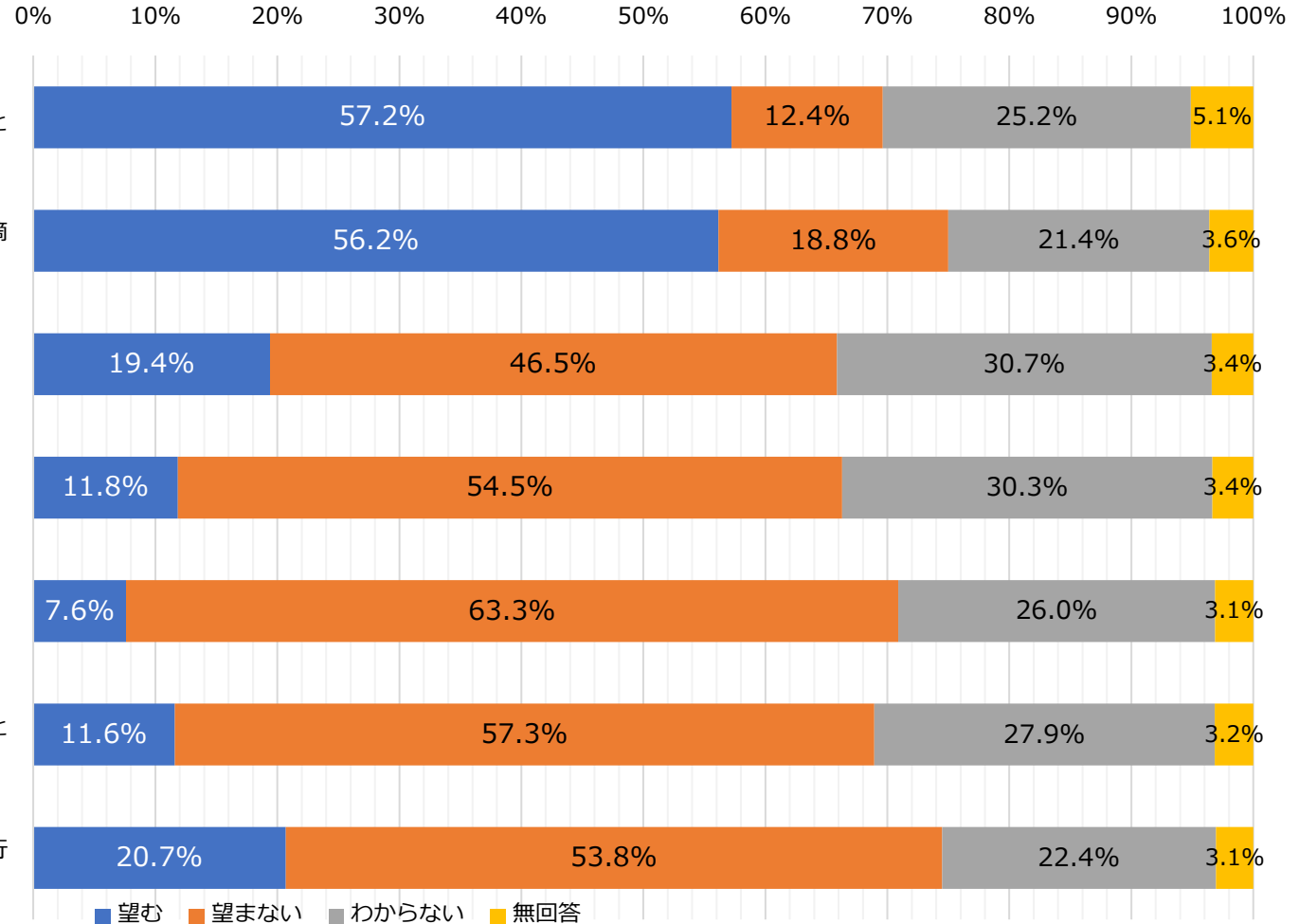
出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」(速報値)  
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある  
 ※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

# 人生の最終段階において望む処置

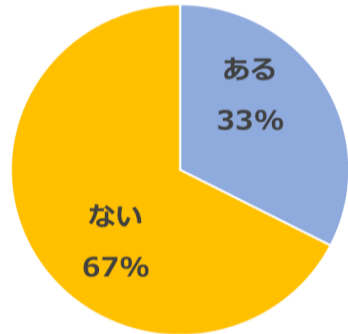
○ 人生の最終段階において、抗生剤投与や点滴からの水分補給に比べ、中心静脈栄養・経鼻栄養・胃ろう・人工呼吸器管理・心肺蘇生を望む国民が少ない傾向にあった。また、どの項目についても、「わからない」と回答する国民が一定数いた。

人生の最終段階で望む処置＜一般国民（n=3,000）のみ＞

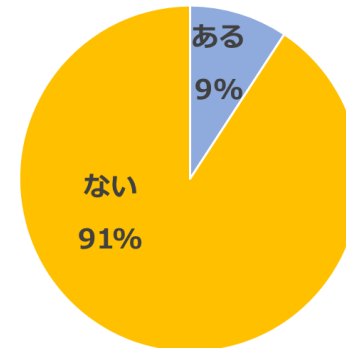


厚生労働省が都道府県に対し、市町村の在宅療養患者の救急搬送ルール等に関する支援体制を調査した結果は以下のとおりであった。

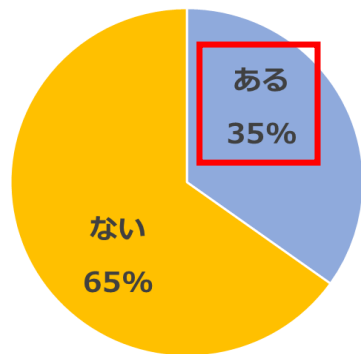
①在宅療養患者本人の診療・DNAR等の情報を関係職種で共有できるようなルールやツール等の作成の有無 (n=43)



②在宅療養患者における救急搬送について受入医療機関の指定等を含むルールの作成の有無 (n=43)



③消防機関と都道府県との間で、DNAR等の方針が示されている在宅療養患者の救急搬送の取り決めの有無 (n=43)



【作成している搬送ルール（例）】

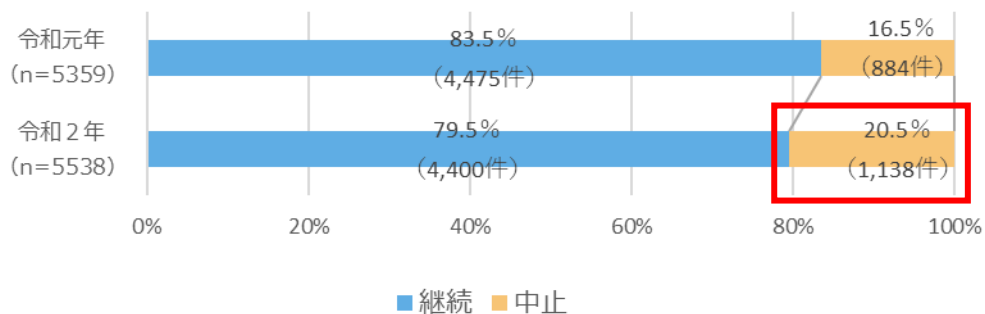
- 脳卒中患者は県内を4ブロックにわけてその中で急性期病院に搬送するルールが消防と共有できている。
- 二次医療圏域ごとに、病院の機能分化を進めており、それぞれ関係団体で共有されている。
- 傷病者の状態に応じて受入れ実施基準等に基づいて搬送先医療機関を選定している。

※出典：在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業報告書（令和3年度 厚生労働省委託事業）  
令和4年1月に、47都道府県に調査を実施。（有効回答率：91.5%）

- 消防庁によると、救急隊が出動した後、心肺機能停止状態の傷病者が「心肺蘇生を拒否する意思表示」をしていたことを、医師や家族等から伝えられた事案は、令和元年で5,359件、令和2年で5,538件であった。
- その中で「心肺蘇生の継続」、「搬送」となった割合は相対的に高いものの、「心肺蘇生の中止」、「不搬送」となった件数は、増加傾向にある。

## ①心肺蘇生の継続又は中止\*

\*心肺蘇生を行わなかった場合は「中止」に含まれる



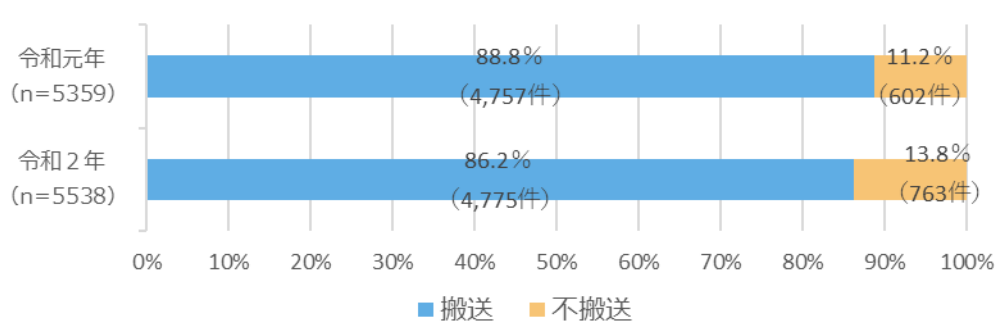
<参考>

全救急出動件数：6,639,767件（令和元年）

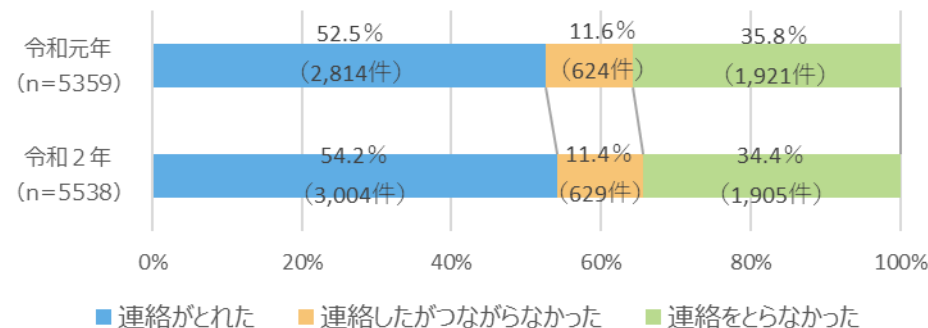
5,935,694件（令和2年）

出典：「令和3年版 救急・救助の現況（総務省消防庁）」

## ②救急搬送の有無



## ③かかりつけ医への連絡の有無



※出典：「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数調査」  
平成31年1月1日～令和2年12月31日に全国の消防本部に調査を実施。

# 心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針について

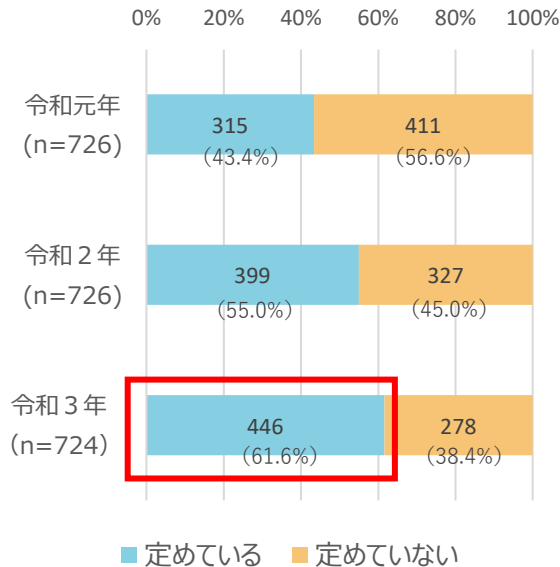
## (1) 調査概要

- 調査対象 全国の消防本部
- 調査基準日 毎年8月1日
- ※救急業務体制の整備・充実に関する調査のうち、傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生に係る質問項目を抜粋

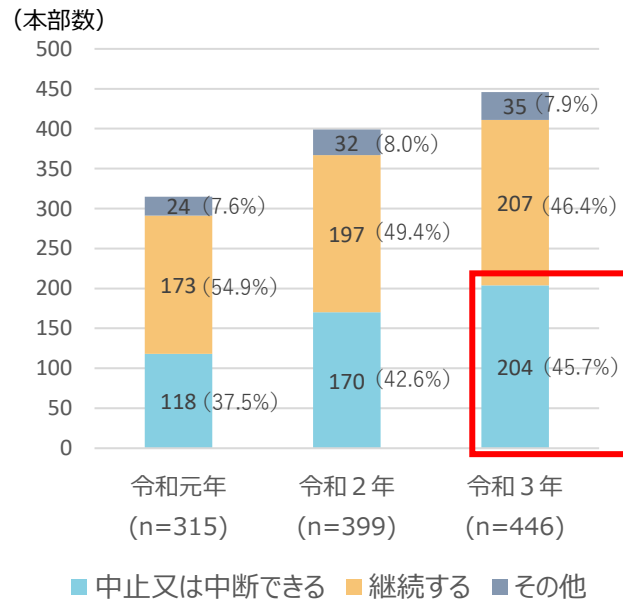
## (2) 調査結果

- 対応方針を定めている消防本部は、2年間で131本部増加している。
- 定めている対応方針の内容が「心肺蘇生を中止又は中断できる」である消防本部は、2年間で86本部増加している。
- 対応方針の策定を「県または地域MC協議会」で行った消防本部は、2年間で88本部増加している。

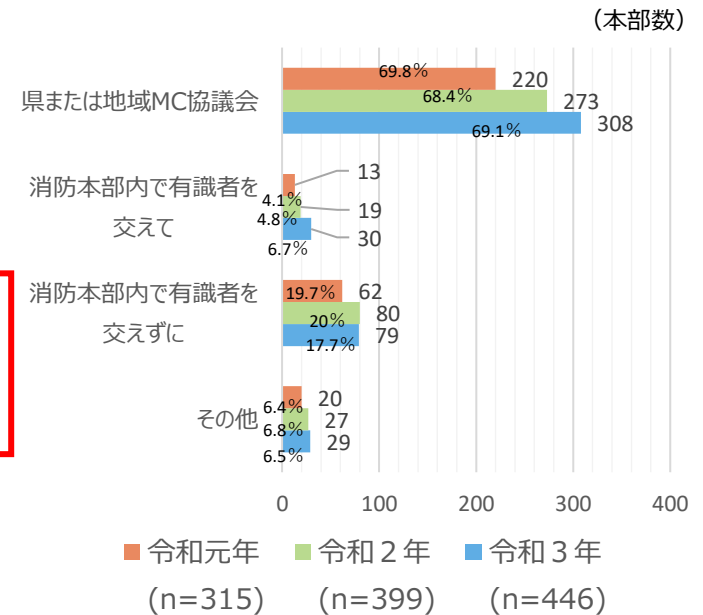
### ① 対応方針を定めているか



### ② 対応方針の内容について



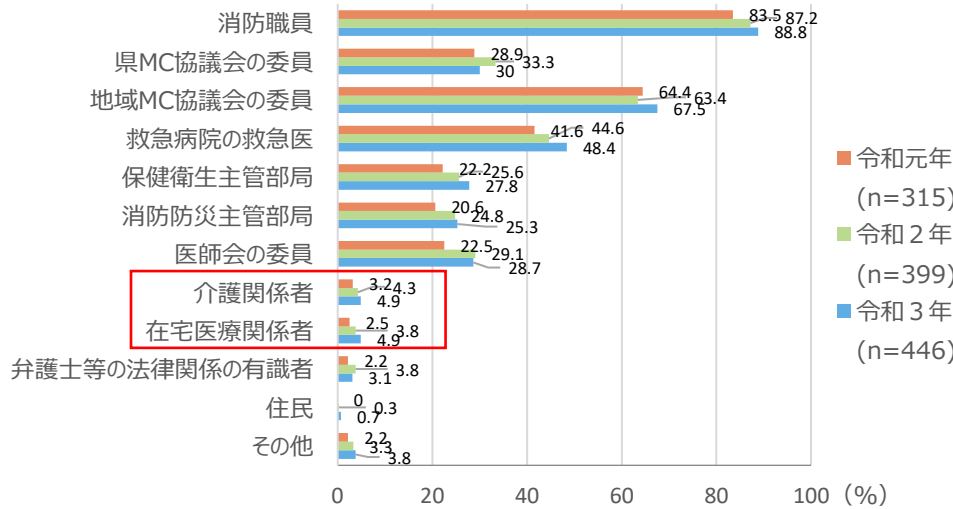
### ③ 策定の検討が行なわれた場



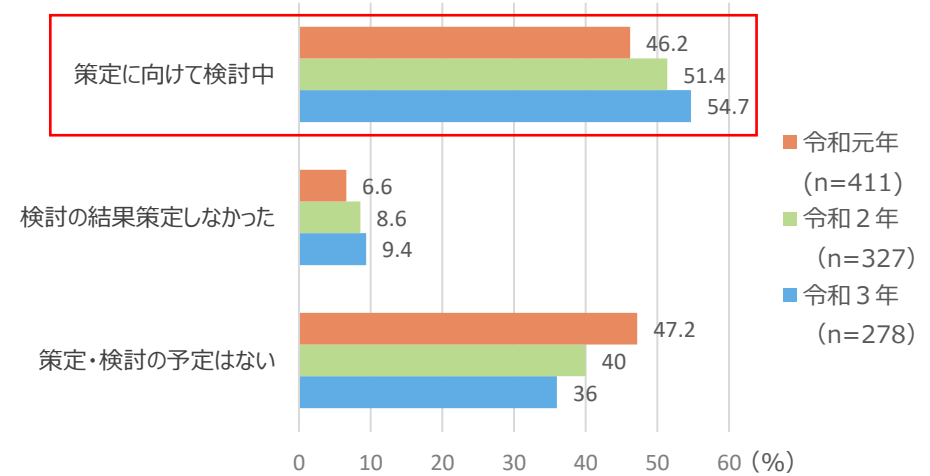
## (2) 調査結果(続き)

- 介護関係者、在宅医療関係者が対応方針策定の場に参加している割合は、徐々に増加しているものの、その水準は低い。
- 対応方針を定めていない消防本部のうち、「策定に向けて検討中」としている割合は増加している。
- 約8割の消防本部が、心肺蘇生を望まない傷病者に係る事案の事後検証を行っている。
- 事後検証を行う場合は、7割以上が「都道府県または地域MC協議会」である。

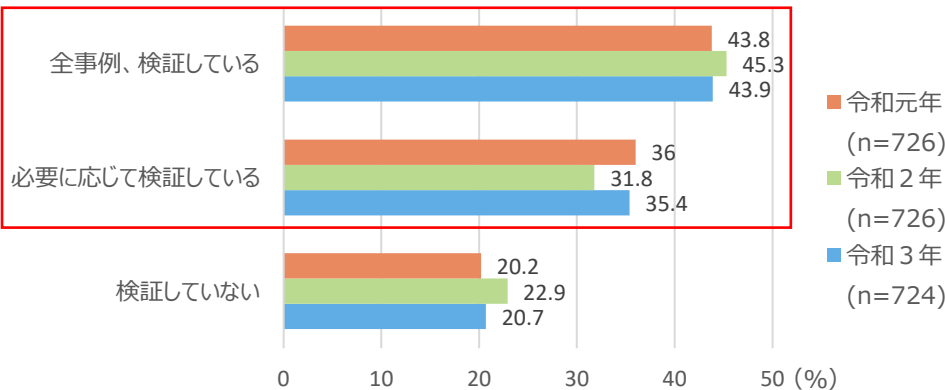
### ④「定めている」消防本部について 対応方針策定の場に参加したのはどのような職種か（複数回答）



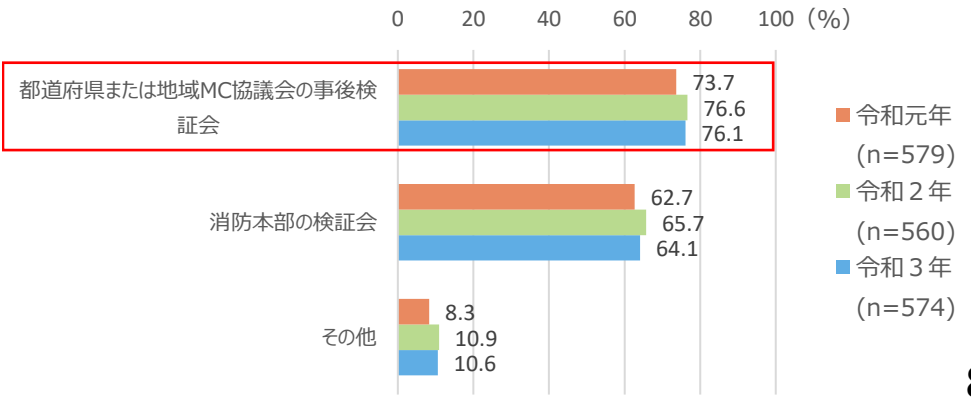
### ⑤「定めていない」消防本部について 方針策定の予定はあるか



### ⑥心肺蘇生を望まない傷病者に係る事案を事後検証の対象としているか



### ⑦事後検証を「全事例行っている」「必要に応じて行っている」消防本部について 事後検証を行う場（複数回答）

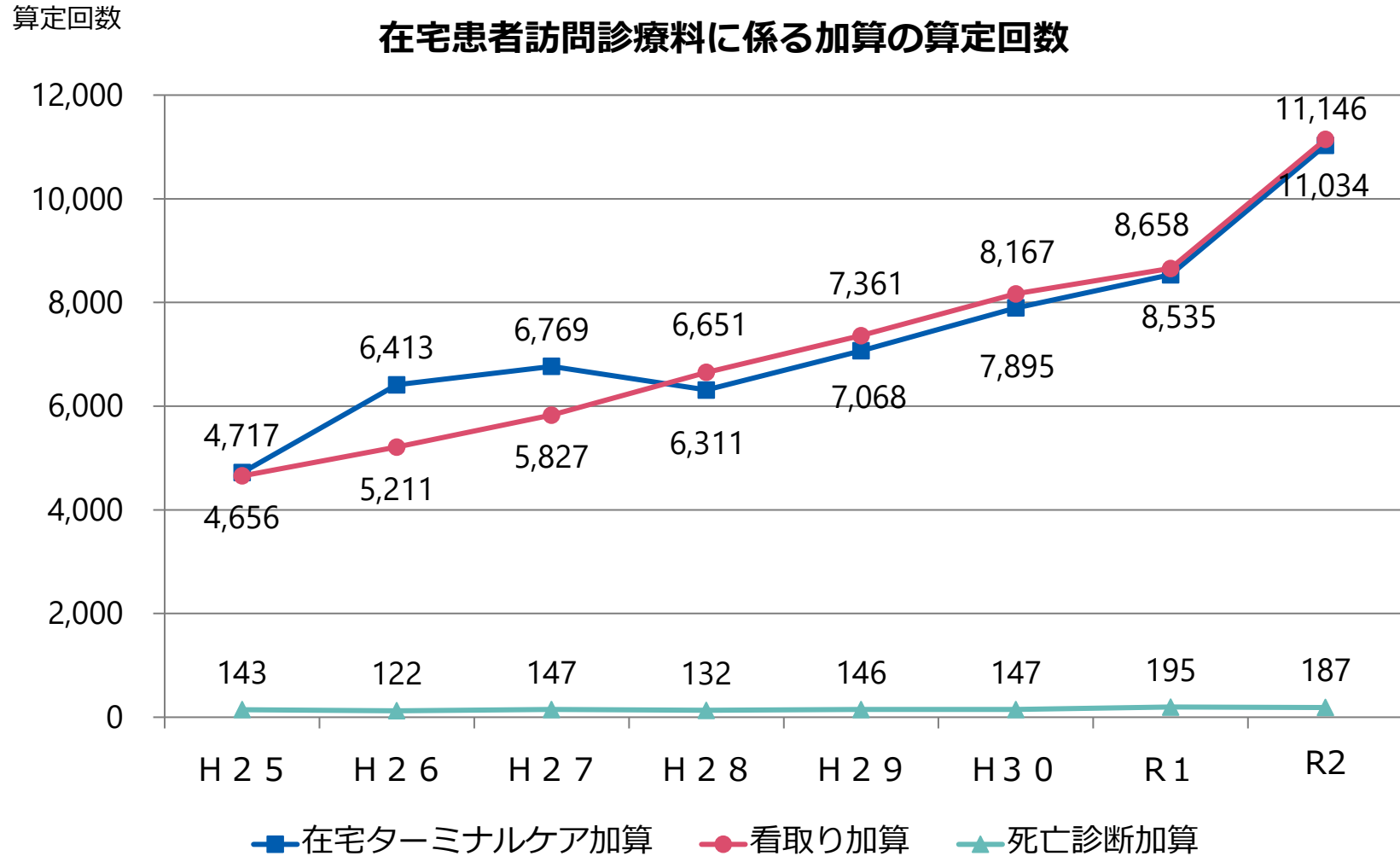




# 在宅ターミナルケア加算等の算定状況

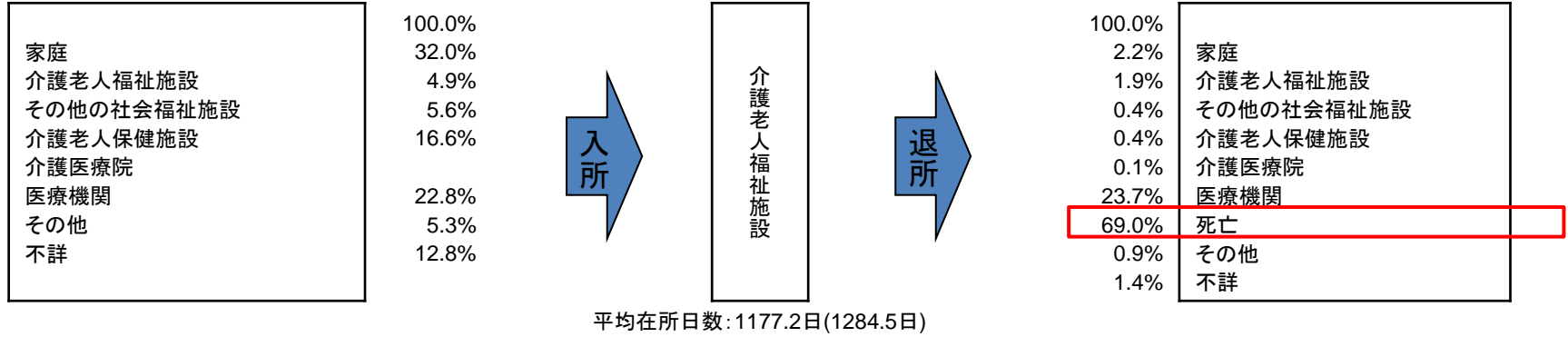
中医協 総-1-1  
3 . 8 . 2 5

○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向である。

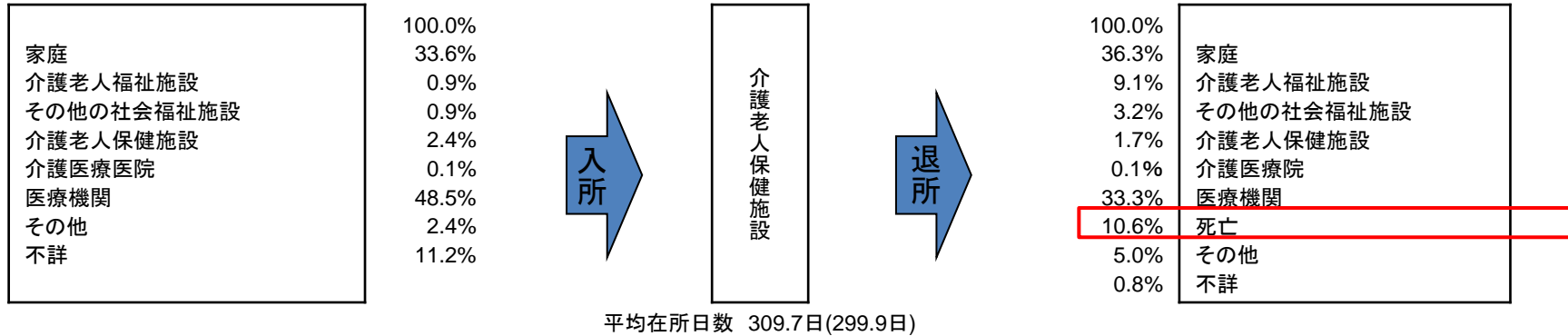


# 介護保険施設における入所者・退所者の状況（令和元年）

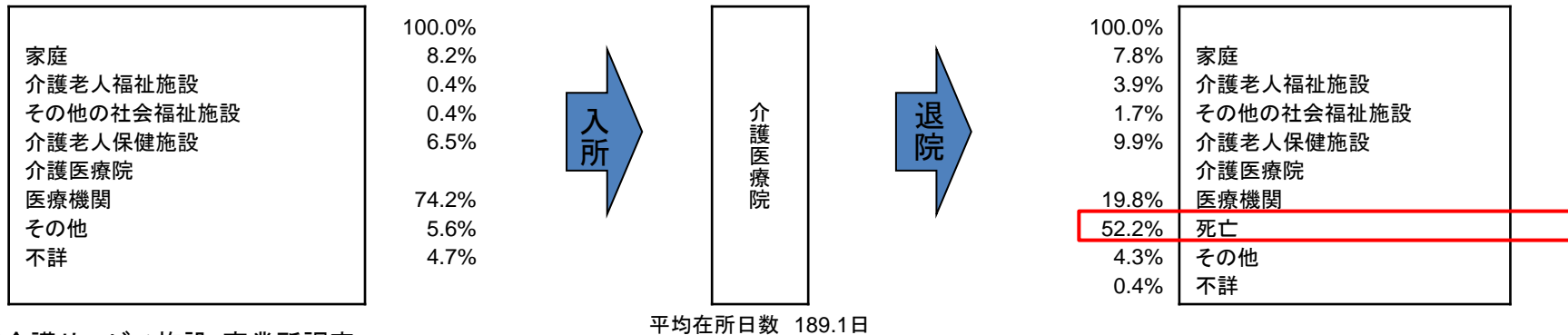
(退所者数:8,018人)



(退所者:23,106人)



(退所者:1,184人)



# 高齢者向け住まいにおける入所者・退所者の状況

○ 高齢者向け住まいにおける退所理由も、「死亡による契約満了」が最も多い。

(新規入居者数 n=8,786)	100.0
病院・診療所・介護療養型医療施設	42.8
自宅	37.5
介護老人保健施設	7.8
介護保険対象の居住系サービス	5.5
介護保険対象外の居住系サービス	3.7
特別養護老人ホーム	1.1
その他(不明を含む)	1.6

入居

介護付有料老人ホーム

退居

(退去者数 n=10,890)	100.0
死亡による契約終了	53.3
病院・診療所・介護療養型施設	19.9
自宅	6.8
うち状態がよくなったことによる在宅復帰	2.1
介護保険対象の居住系サービス	6.6
特別養護老人ホーム	5.5
介護老人保健施設	3.5
介護保険対象外の居住系サービス	1.7
その他(不明を含む)	2.6

(新規入居者数 n=9,496)	100.0
病院・診療所・介護療養型医療施設	48.0
自宅	30.1
介護老人保健施設	7.6
介護保険対象外の居住系サービス	6.1
介護保険対象の居住系サービス	2.4
特別養護老人ホーム	0.9
その他(不明を含む)	5.0

入居

住宅型有料老人ホーム

退居

(退去者数 n=8,960)	100.0
死亡による契約終了	40.8
病院・診療所・介護療養型施設	27.5
特別養護老人ホーム	8.8
自宅	6.4
うち状態がよくなったことによる在宅復帰	2.2
介護保険対象外の居住系サービス	5.4
介護保険対象の居住系サービス	4.9
介護老人保健施設	4.7
その他(不明を含む)	1.5

(新規入居者数 n=6,619)	100.0
自宅	44.3
病院・診療所・介護療養型医療施設	35.9
介護老人保健施設	7.0
介護保険対象外の居住系サービス	5.0
介護保険対象の居住系サービス	1.8
特別養護老人ホーム	0.8
その他(不明を含む)	5.0

入居

サービス付き高齢者向け住宅(非特定)

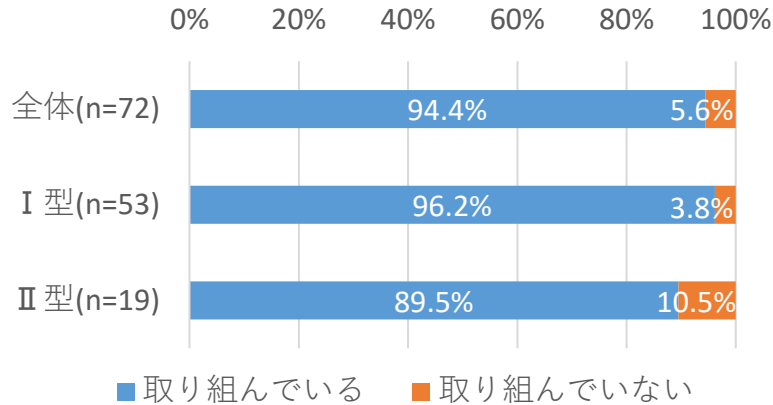
退居

(退去者数 n=6,619)	100.0
死亡による契約終了	33.7
病院・診療所・介護療養型施設	22.9
自宅	11.1
うち状態がよくなったことによる在宅復帰	3.2
特別養護老人ホーム	8.5
介護保険対象の居住系サービス	8.4
介護保険対象外の居住系サービス	7.8
介護老人保健施設	5.4
その他(不明を含む)	2.1

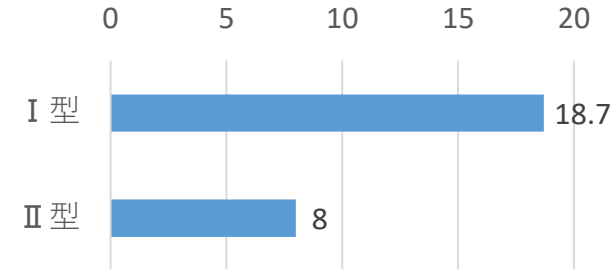
# 介護医療院におけるターミナルケアへの取組等

○ 看取り期に入った入所者に対するターミナルケアについて、94.4%が取り組んでいる。

看取り期に入った入所者に対するターミナルケアへの取組



ターミナルケアを提供している人数

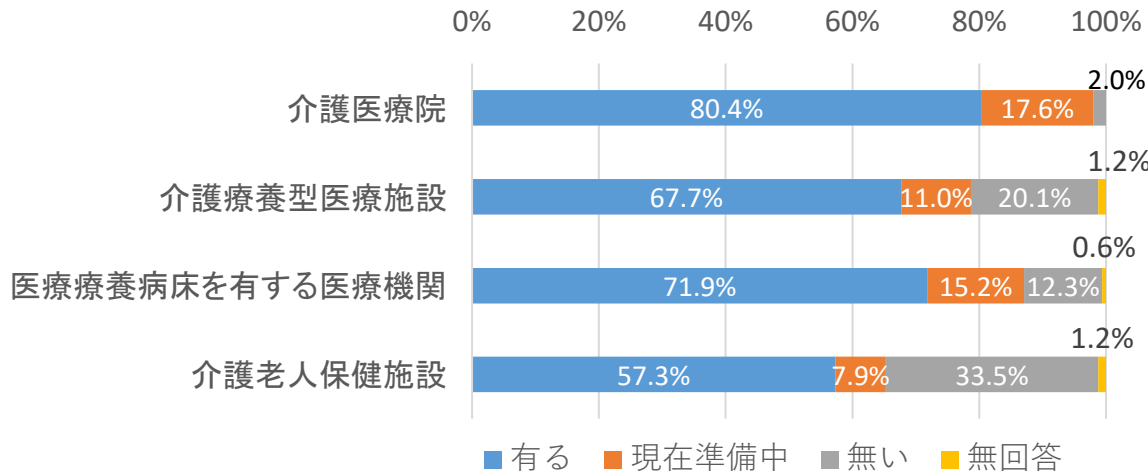


以下①～③の条件全てに適合した者をターミナルケア提供者としている。(2019年10月1日24時時点)  
 ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。  
 ②入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。  
 ③医師、看護師、介護職員等が協同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
 医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)  
 医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業

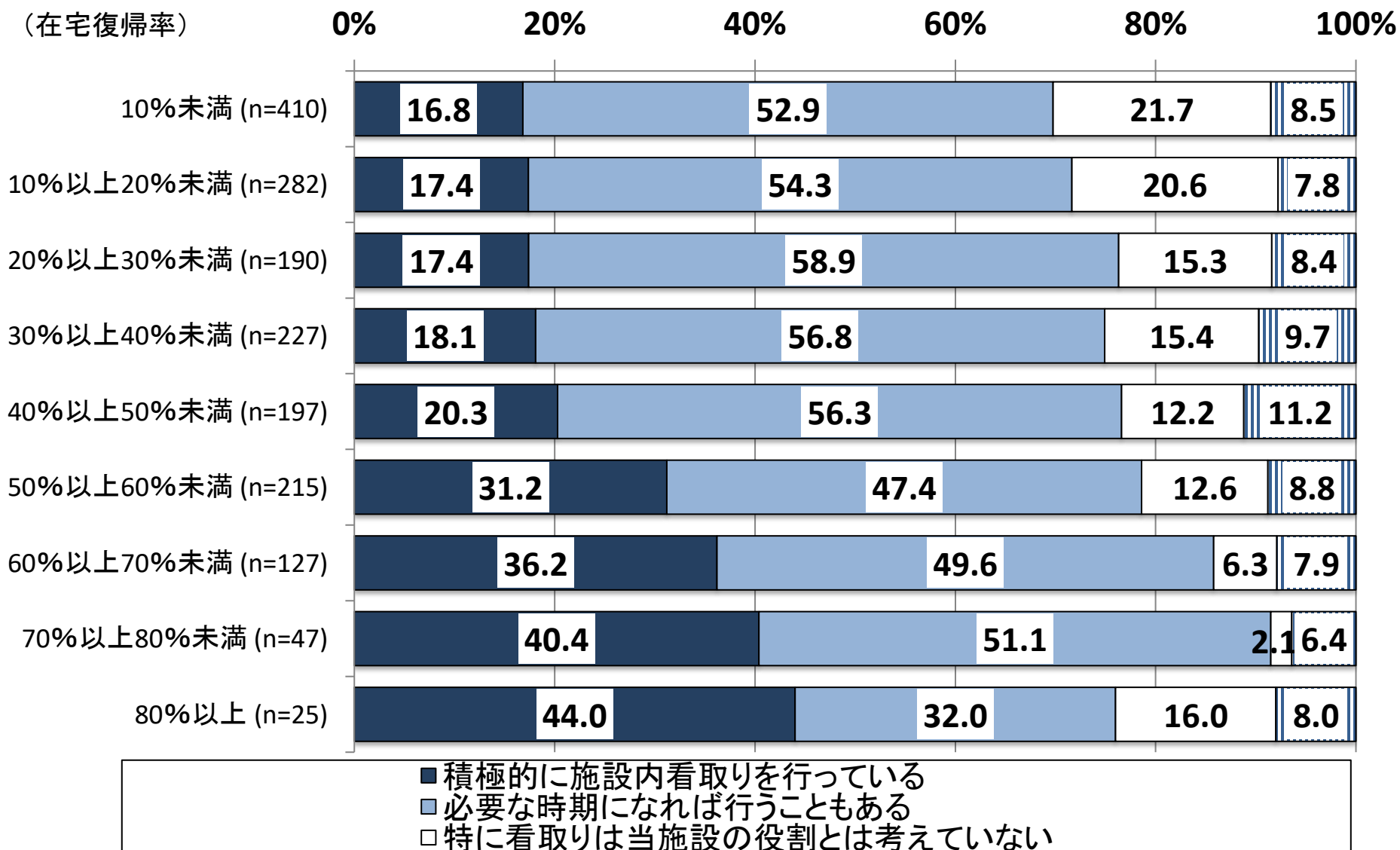
看取りの指針の作成



出典：令和元年度老人保健健康増進等事業「医療提供を目的とした介護保険施設における看取りの在り方等に関する調査研究」

# 介護老人保健施設における看取りの基本的な方針について

○ 在宅復帰率が80%以上の施設では「積極的に施設内看取りを行っている」割合が44.0%であった。

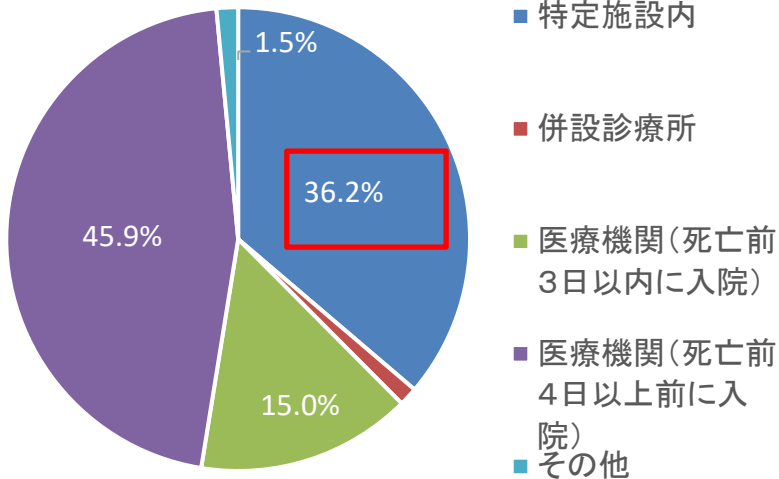


特定施設入居者生活介護（介護付き有料老人ホーム）における「死亡を理由にした退去者」のうち、50%が特定施設内での逝去となっている。

## 逝去の場所別にみた割合

平成22年度  
(看取り介護加算の創設前)

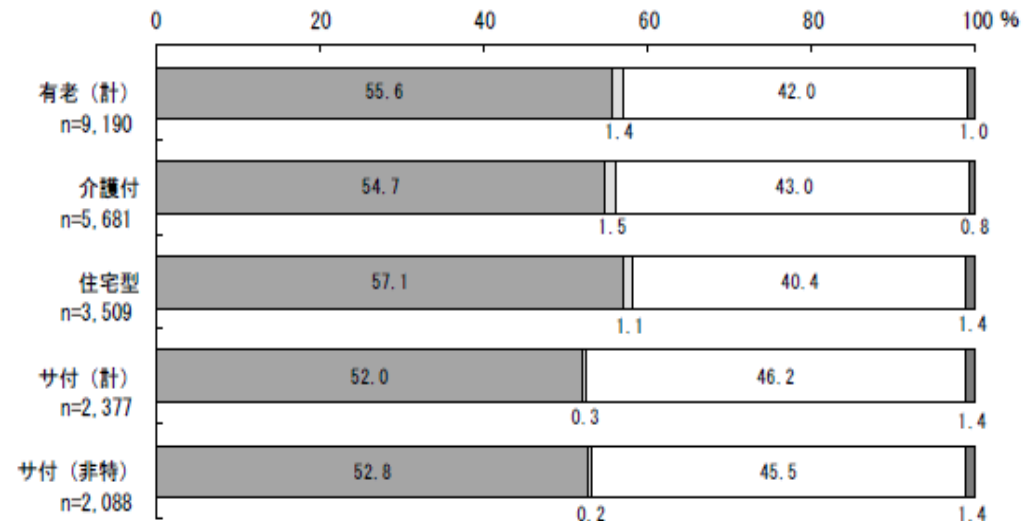
N=1,509事業所



平成30年度  
(看取り介護加算の創設後)

N=1,092事業所

図表 死亡による契約終了の場合の逝去の状況(人数積み上げ)



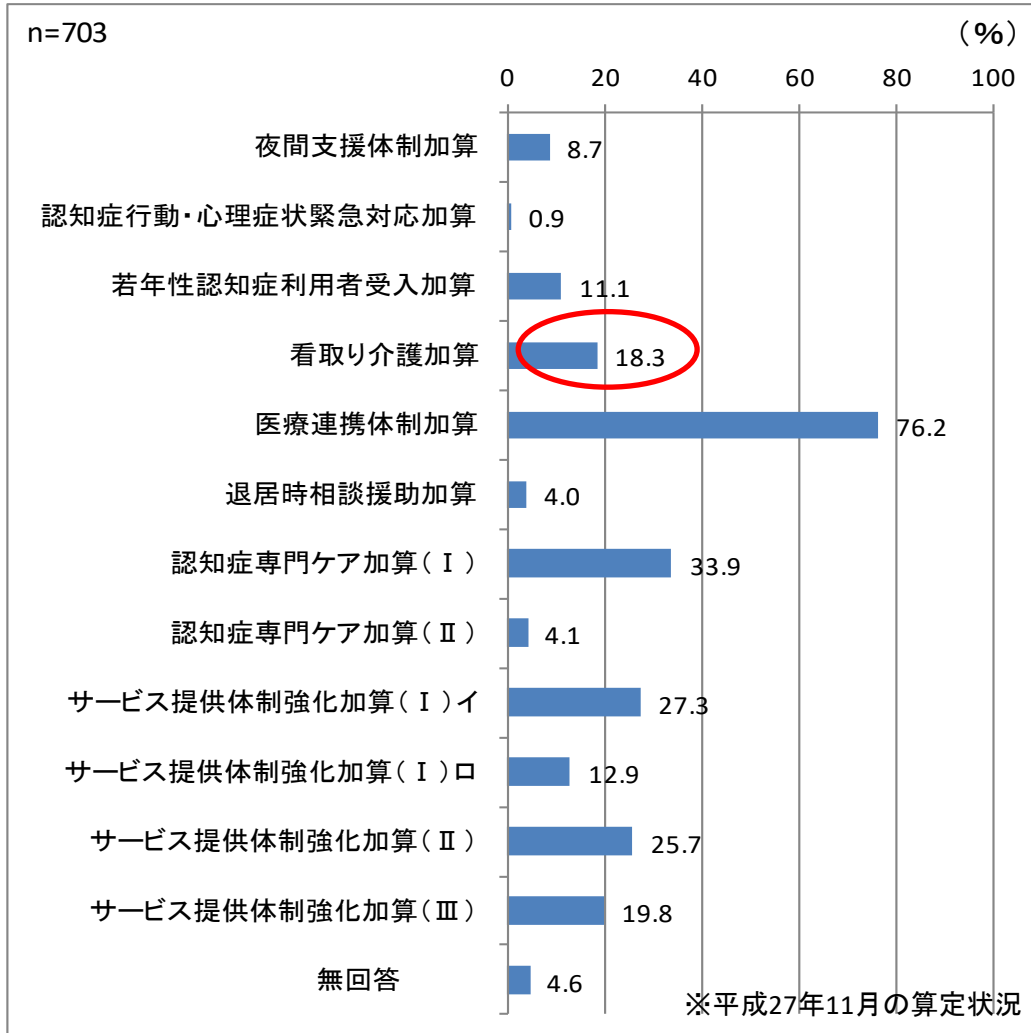
□居室 □一時介護室や健康管理室 □病院・診療所(併設診療所を含む) □その他(不明を含む)

出典：地域社会及び経済における特定施設の役割及び貢献に関する調査研究報告書

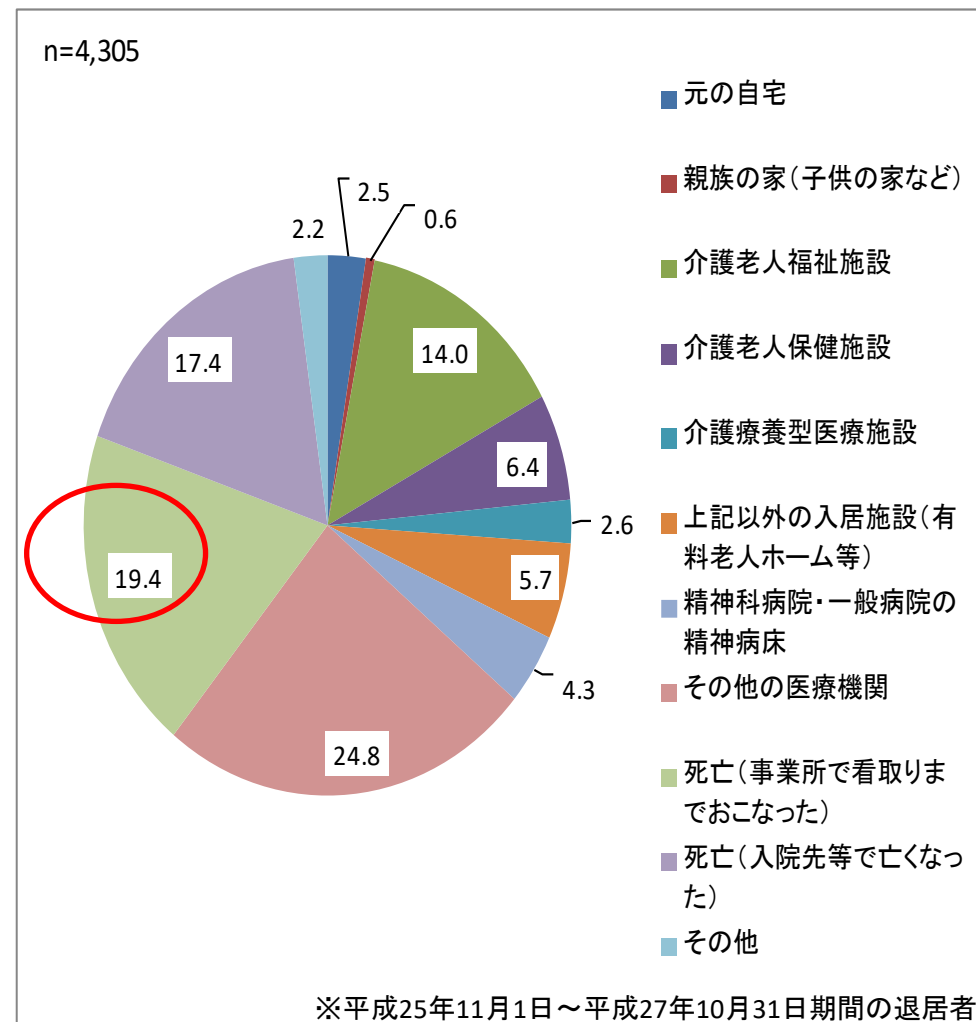
(出典) 平成30年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究

○ 看取り介護加算を算定している事業所の割合や退居者のうち事業所で看取りを行った割合は約2割

【認知症対応型共同生活介護の加算算定状況 n:事業所数】



【認知症対応型共同生活介護からの退居先 n:退居者数】

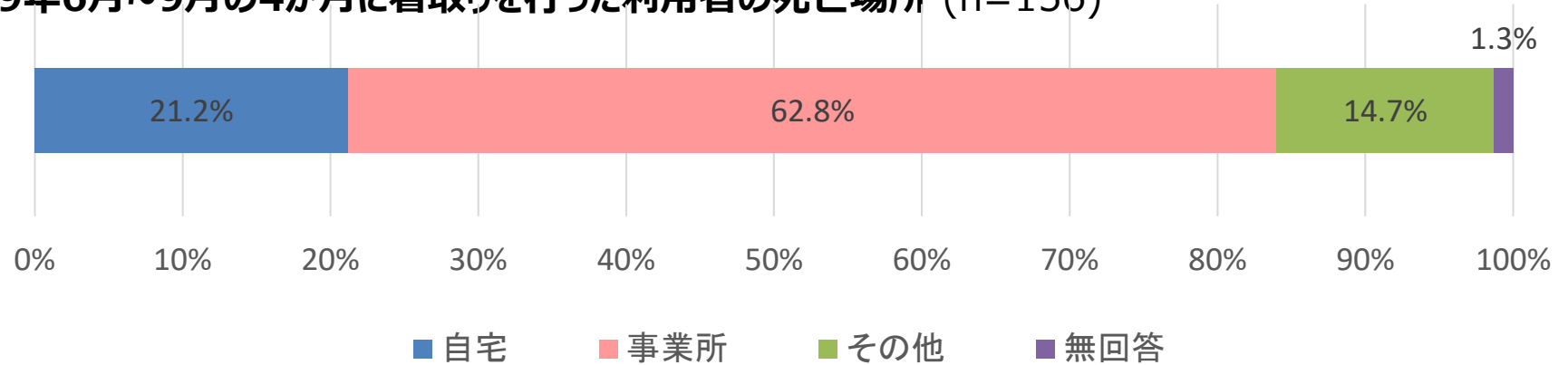


【出典】平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

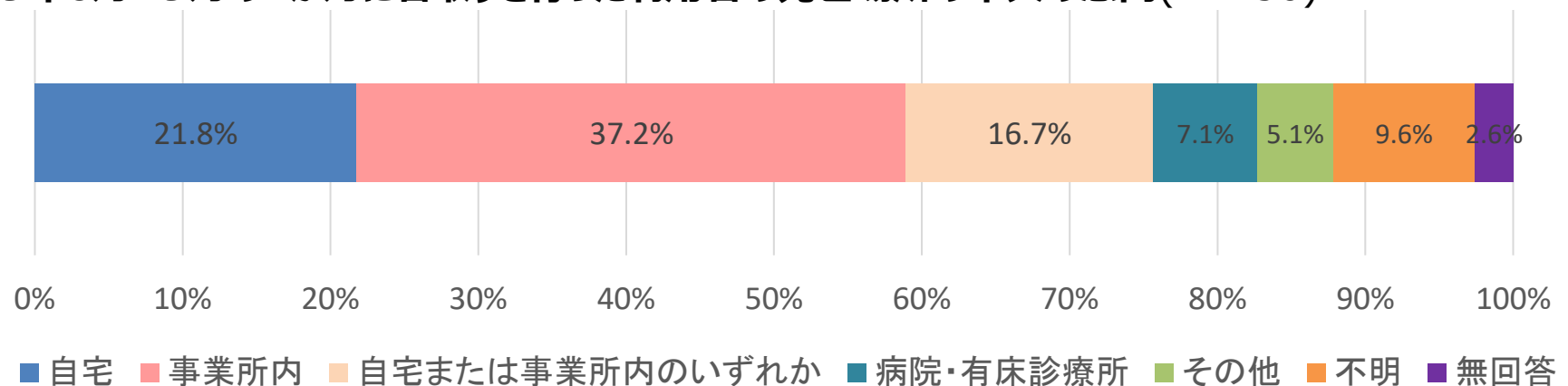
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

○ 看多機利用者の死亡場所は、「事業所内」が62.8%、「自宅」が21.2%であり、死亡場所の本人の意向は、「事業所内」が37.2%、「自宅」が21.8%、「自宅または事業所内のいずれか」が16.7%である。

## ■ 2019年6月～9月の4か月に看取りを行った利用者の死亡場所 (n=156)



## ■ 2019年6月～9月の4か月に看取りを行った利用者の死亡場所の本人の意向 (n=156)





## 東京都八王子市

### 【救急医療情報（キット）】

東京都八王子市の救急医療情報キットでは、『もしもの時に医師に伝えたいことがあれば、チェックしてください』との設問を設け、「できるだけ救命」「延命してほしい」「苦痛をやわらげる処置なら希望する」「その他」の回答欄を設けている

(在宅療養・救急医療連携にかかる調査セミナー事業報告書  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf>)

### ～記入例～ 救急医療情報

(八王子市高齢者救急医療連携協議会)

住所	八王子市 元本郷 町 三丁目 24番 1号
よりよな	伊ちあひ 寿あか 年齢 70歳
氏名	八王子 七男 (平成24年 8月 10日現在)
生年月日	明治・大正 (昭和) 17年 1月 1日
性別	男・女
連絡先	012-626-3111(自宅)
電話番号	090-0000-0000(車の携帯)

同居のご家族がいらっしゃる場合ご記入ください。

#### ◎医療情報

現在治療中の病気 高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 (血圧(185/110))

過去に医師から言われた病気 ・高脂血症

服用している薬 カルベジロール錠剤 10mg  
7αプロピオン酸 10mg

かかりつけの病院 病院名: 八王子消防病院 ※お住まい1年以内に受診歴のある病院  
住 居: 八王子市 区 上野町33  
電話番号:

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「口」の中にチェックして下さい

できるだけ救命、延命してほしい  
苦痛をやわらげる処置なら希望する  
なるべく自然な状態で見守ってほしい  
その他 ( )

#### ◎緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号
八王子 六男	子	八王子市●●●町1-1-1	080-1111-0000
日野 五子	子	日野市●●●町1-2-3	090-0000-0000

#### ◎高齢者あんしん相談センター (地域包括支援センター)

氏名	性別	電話番号

## 愛知県岡崎市

### 【119医療情報伝達カード】救急要請・搬送時のルール

氏名や緊急連絡先他、疾患やアレルギーの状況、ならびにDNARについての記載欄に記入しておく。

(出典：愛知県岡崎市ホームページ)

<https://www.city.okazaki.lg.jp/1550/1572/1653/p020461.html>

### 119医療情報伝達カード

施設名 ( ) 作成年月日 年 月 日  
※情報は、いつも最新のものにしておいてください。更新① 年 月 日  
※★の項目に更新があった場合は、再度署名をお願いします。更新② 年 月 日

フリガナ 性別 生 年 月 日 歳  
明治 昭和  
大正 平成

氏名 男・女 年 月 日 歳

住所 緊急連絡先 ( ) (関係: )

ADL 意思疎通(可能・一部可能・不可能) 移動 自立・杖・車椅子・寝たきり  
生活介助(移動・トイレ・食事・着替え・風呂)

アレルギーの有無 あり・なし (薬: ) (食料: )

服薬中のくすりについて お薬手帳: あり・なし 資料: あり・なし  
(上記2点もない場合、服薬中の薬名を記入)

★DNARの指示について ※①が「あり」の場合のみ、②③以降を記入してください。

①DNARの指示 ②DNARの言語 ③DNAR施設主治医

あり・なし あり・なし 病院名: 医師名:  
病院: ( ) -  
カルテ記載: あり・なし

★現在、治療中の主な病気とかかりつけ医療機関について

病 名	医療機関 / 診察券番号	治療
①	病院: ID	治療中・経過観察中
②	病院: ID	治療中・経過観察中

■今までに治療したことがある病気について

呼吸器系疾患	慢性閉塞性肺疾患	狭心症	心筋梗塞
心不全	不整脈	脳梗塞	脳出血
腎臓病	肝臓病	糖尿病	その他(詳細下記へ記載)

■その他(上記に該当がない病気の詳細や救急隊へ知らせたいことなど)

以上、わたしの医療情報に間違いありません。救急隊が、処置や搬送へ活用することに同意します。

本人又は家族等署名欄 年 月 日 施設確認 口確認済み

## 東京都 (東京消防庁)

### 【心肺蘇生を望まない傷病者への対応】

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」(以下、運用の要件)

下記の運用要件を満たした場合、救急隊から在宅医/かかりつけ医等に連絡し、心肺蘇生を中断する。「在宅医/かかりつけ医等」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐ。

(出典：東京消防庁「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」  
<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/lfe/kyuu-adv/acp.html>)

#	運用要件
1	ACPが行われている成人で心肺停止状態である
2	傷病者が人生の最終段階にある
3	傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない」
4	傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが合致する

**3. 運用の概要**

①心肺停止の疑い  
の通報時と情報提供

救急隊  
傷病者

②傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される

家族等

③主治医又はかかりつけ医等に伝えてかかりつけ医等に連絡し、傷病者の意思に即応しない場合は

かかりつけ医

④かかりつけ医等が到着するまでの間を把握する

かかりつけ医等

⑤「同意事項」

⑥「同意事項」

医療機関向け資料  
令和元年12月  
東京消防庁

### 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

**1. 発生**

- ① 人工の心肺蘇生に関する傷病者の対応は、事前に救急隊と医師・ケアチームと話し合い(ACP)で「意思(人生意思)」を、自分が希望する時に「救急隊に伝達する意思」を共有することが望ましい。
- ② 心肺停止時には、救急隊が到着するまで、呼吸器や心臓マッサージを行うことが望ましい。
- ③ 現場に到着しては、本来なら救急隊が介入することはありません。
- ④ 現場には、救急隊が到着するまで、呼吸器や心臓マッサージを行うことが望ましい。
- ⑤ 現場の到着では、救急隊が到着するまで、呼吸器や心臓マッサージを行うことが望ましい。
- ⑥ このように話し合っておくことで、救急隊が到着するまで、呼吸器や心臓マッサージを行うことが望ましい。

**2. 本運用の対象となる場合**

- 1 ACP実施下の成人で心肺停止状態にあること
- 2 傷病者が人生の最終段階にあること
- 3 傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があること
- 4 傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが合致すること

**3. 運用の概要**

① 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等に引き継ぐ。

② 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等に引き継ぐ。

③ 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等に引き継ぐ。

④ 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等に引き継ぐ。

⑤ 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等に引き継ぐ。

⑥ 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等に引き継ぐ。

## 【事例の紹介】静岡県静岡市

### 【グリーンカードシステム】在宅療養者の意思表示

「グリーンカードシステムの構築(在宅看取りのための診療所連携システム)」

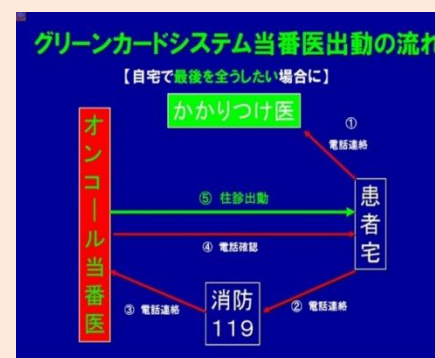
(出典：静岡県静岡医師会ホームページ<https://shizuoka-city-med.or.jp/e2net/house/>)

あらかじめ在宅主治医が記載した「在宅患者サマリーカルテ」に患者情報を記載し、グリーンカードと一緒に在宅療養者のベッドサイドに設置する

在宅療養者の看取りの状態となるも主治医と連絡がつかない場合、在宅療養者の家族はグリーンカードに記載してある手順に則り静岡市消防署に連絡を入れる

静岡市消防署は、あらかじめ静岡医師会から連絡されていた在宅往診当番医をもとに、往診依頼の連絡を入れる

連絡を受けた在宅往診当番医は当該の在宅療養者へ往診し、看取りの診察をする



**グリーンカード**  
(在宅看取り用)

このカードは、救急隊が到着した際に、医師や看護師等に提示し、主治医と連携して対応をお願いします。以下の手順に従って対応してください。

1. 救急隊が到着したら、このカードを提示してください。

2. 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等に引き継ぐ。

3. 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等に引き継ぐ。

4. 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等に引き継ぐ。

5. 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等に引き継ぐ。

6. 救急隊から「かかりつけ医等」に連絡し、心肺蘇生を中断し、かかりつけ医等に引き継ぐ。