

【テーマ1】看取り

1 現状

(1) 看取りを巡る状況

1) 高齢化の進展

- 我が国においては、人口の高齢化が急速に進展しており、これを反映して死亡数も増加傾向にある。1966（昭和41）年には戦後最も少ない約67万人であったが、2003（平成15）年に100万人を超え、2015（平成27）年には約129万人となっている。今後も、ピークを迎える2039（平成51）年の約167万人まで、増加が続くものと推計されている。

2) 死亡場所の推移と国民の希望

- 死亡場所について見ると、1951（昭和26）年には自宅で死亡する者の割合が8割以上を占めていたが、医療機関で死亡する者の割合が年々増加し、1976（昭和51）年に自宅で死亡する者の割合を上回った。現在では、医療機関で死亡する者の割合が約8割となっている。

※ 医療機関：約77%、自宅：約13%、介護老人保健施設・老人ホーム：約9%（2015（平成27）年）

- 平成20年の「終末期医療に関する調査」において、「自宅で最後まで療養したい」と回答した者は約1割であったが、自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、約6割の国民が「自宅で療養したい」と回答した。

- また、同調査において、6割以上の者は自宅で最期まで療養することは困難であると回答し、その理由は、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状が急変したときの対応に不安」、「症状急変時すぐに入院できるか不安」、「経済的に負担が大きい」の順に多かった。

3) 「人生の最終段階における医療」に対する国民の関心・希望

- 人生の最終段階における医療（疼痛の緩和や、中心静脈栄養、人工呼吸器の使用等の延命治療）について、国民の関心や希望は様々であるが、平成25年の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」において、人生の最終段階における医療について家族と全く話し合ったことがないと回

答した一般国民の割合は、約 56%に上った。

- また、同調査において、意思表示の書面をあらかじめ作成しておくことについて「賛成である」と回答した一般国民の割合は約 70%に上ったが、このうち実際に書面を作成している者は約 3%であった。
- 医療福祉従事者が本人の気持ちを受け止め、本人・家族と十分に話し合うというプロセスが重要であり、平成 19 年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が策定され、その周知が図られているが、上記の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」においては、医師の約 34%、看護師の約 41%、介護職員の約 50%が「ガイドラインを知らない」と回答した。
※ 平成 26 年度以降、「人生の最終段階における医療体制整備事業」により、患者の相談に適切に対応できる医療・ケアチームの養成、配置等を進めている。

(2) 看取りに係るサービス提供の実態

1) 在宅における看取り

①訪問診療

- 在宅療養支援病院・診療所の届出数は、近年、概ね増加から横ばいの傾向にある。
※ 在宅療養支援病院：1,074 病院、在宅療養支援診療所：14,562 診療所
(平成 27 年 7 月 1 日時点)
- 在宅での看取りを行う病院・診療所は、増加傾向にはあるものの、依然として全体の約 5%にとどまっている。
※ 平成 26 年時点で、476 病院、4,312 診療所

②訪問看護

- 訪問看護ステーションについては、近年の増加が著しい。
※ 医療保険：8,613 事業所（平成 28 年 5 月審査分）、介護保険：8,484 事業所（平成 28 年 4 月審査分）
- 訪問看護を行う病院・診療所の数は、訪問看護ステーションの数より少

ない。また、医療保険による訪問看護を行う病院・診療所の数が多く、介護保険による訪問看護を行う病院又は診療所の数は減少傾向にある。

※ 医療保険：4,284 機関（平成 28 年 5 月診療分）、介護保険：1,629 機関（平成 28 年 4 月審査分）

○ 死亡によるサービス終了者について見ると、介護保険の利用者より医療保険の利用者の方が多く、ターミナルケアに係る評価の算定件数も多い。

※ 平成 27 年 9 月中の死亡によるサービス終了者のうち、医療保険の利用者は 4,413 人、介護保険の利用者は 3,980 人であった。

※ 平成 27 年 6 月審査分の医療保険のターミナルケア療養費の算定に係る利用者が 2,853 人であるのに対し、平成 27 年 4 月審査分の介護保険のターミナルケア加算の算定数は 1,327 人であった。

2) 介護保険施設等における看取り

○ 特別養護老人ホームにおいて、看取りを行うケースは増えている。

○ 多くの特別養護老人ホームでは看取りに積極的に取り組んでいる一方で、一部の特別養護老人ホームでは、看取りに際して入所者を医療機関に搬送している。

※ なお、特別養護老人ホームには施設基準で医師の配置を求めているが、8 割以上の配置医は、外部の医療機関等に勤務する非常勤の医師である。

○ 特別養護老人ホームの入所者は、より高齢の入所者の割合、より要介護度が高い入所者の割合が増えている。

○ 介護老人保健施設は、在宅復帰を目的とした施設であり、死亡退所は必ずしも多くはないが、医療提供施設として、ターミナルケアを提供している。

○ 認知症対応型グループホームにおいては、入居者の平均要介護度が高くなっているほか、退居理由のうち約 2 割が事業所での看取りとなっている。

○ 特定施設入居者生活介護（介護付き有料老人ホーム）においては、入居者の平均要介護度（※）が高くなっている。また終の住まいとして、退去理由のうち半分以上が死亡による契約終了となっており、看取りに取り組むケースは増えている。

(※) 平成 28 年度：平均要介護度 2.5

3) 医療機関における看取り

- 死亡場所として最も多いのは医療機関であるが、推計退院患者のうち退院後の行き先が「その他（不明、死亡等）」の割合は約 6 %、主な病棟別の退院患者のうちの死亡退院の割合をみると、急性期（7 対 1 病棟）約 3 %、回復期（地域包括ケア病棟）約 4 %、慢性期（療養病棟）約 36 % となっており、医療機関では死亡の転帰をたどる入院患者が一定数存在する。

- 医療機関においては、いわゆる看取りだけでなく、末期の悪性腫瘍等の患者に対する疼痛コントロール等の緩和ケアが行われており、緩和ケア病棟の届出病床数は、7,030 床（平成 27 年 7 月時点）となっている。

- 悪性腫瘍の患者であって、がん診療連携拠点病院等で看取られた者は約 25 %にとどまり、悪性腫瘍の患者の多くが、がん診療連携拠点病院等以外の一般病院で看取られているが、がん診療連携拠点病院等以外の病院での緩和ケアの状況については十分に把握できていない。また、一般病院の約 87 %には緩和ケアチームがない。

(3) 看取りに係る報酬設定

1) 訪問診療（診療報酬）

- 医療保険において、重症度、居住場所に応じた評価や在宅医療専門の医療機関に関する評価を行うとともに、看取り期の患者に係るサービス（患者や家族への病状説明、不安への対処（相談支援）、急変時の対応（24 時間対応）、医療の提供、死亡診断等）について、死亡日及び死亡日前 14 日以内のサービス提供に対する評価等を行っている。
※ これらの評価は、基本的に、訪問看護と異なり、看取り期の状態や居住場所による制限を受けない。ただし、特別養護老人ホームにおいて、介護保険の看取り介護加算が算定される場合には、算定できない。

2) 訪問看護（診療報酬・介護報酬）

- 居宅における訪問看護の対象者に対しては、年齢、疾患や医療の必要性（状態、処置の頻度等）に応じて、医療保険又は介護保険から給付が行われる。

- 介護保険の給付は、医療保険の給付に優先することとされているが、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍である場合、難病である場合又は急性増悪等による主治医の指示があった場合等に限り、医療保険の給付が行われる。特別養護老人ホームの入所者については、末期の悪性腫瘍である場合のみ医療保険の給付が行われる。
- 介護保険の入所サービスの利用者について、介護保険の看取り加算やターミナルケア加算が算定される場合、医療保険の訪問看護におけるターミナルケアに係る評価は算定できない。

3) 施設サービス等（介護報酬）

- 介護保険において、施設類型毎に看取りに関する評価を行っている。
 - ・ 特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護（介護付き有料老人ホーム）、小規模多機能型居宅介護や認知症対応型グループホームにおいては、看取り期の入所者等への対応（施設等における看取りに関する指針の策定、入所者等や家族への療養及び介護についての説明、計画に基づく療養及び介護の提供等）について、死亡日及び死亡日前 30 日以内の取組に対する評価を行っている。看護小規模多機能型居宅介護においても、看取り期の利用者に対する死亡日及び死亡日前 14 日以内の 2 日以上 of ターミナルケアの実施を評価している。
 - ・ 介護老人保健施設においては、ターミナルケアとして、看取り期の入所者への配慮（患者や家族への病状説明、医療の提供等）について、死亡日及び死亡日前 30 日以内の取組に対する評価を行っている。
- 介護保険施設には、施設類型に応じて必要な医療職が配置されていることから、入所者に対する施設内の医療費等については、原則として介護保険から給付が行われる。ただし、外部の医療機関等からの医療提供については、医療保険と介護保険との間で給付調整が行われる。（末期の悪性腫瘍である場合等は、医療保険から給付が行われる。）

4) 医療機関（診療報酬）

- 医療機関は、治療を目的としており、結果的に生じる死亡という転帰については、在宅医療における在宅ターミナルケア加算等のような個別の診療報酬では評価していない。
- 末期の悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の入院患者に対する疼痛コン

トロール等の緩和ケアについては、緩和ケア病棟入院料や緩和ケア診療加算として診療報酬で評価を行っている。

2 主な課題

(1) 総論

- **1 現状**で示したとおり、人生の最終段階における医療に対する国民の関心や希望は様々であるが、人生の最終段階の医療について家族で話し合ったことがない国民が半数以上おり、また、医療福祉従事者も、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を十分に認知しておらず、患者本人の気持ちや意思を尊重した医療や介護を十分に提供できていない可能性がある。
- また、「治る見込みがない病気になった場合に最期を迎えたい場所」について、半数以上の国民が「自宅」を希望しているのに対し、実際に自宅で死亡する者の割合は1割程度にとどまっており、国民が希望する場所において十分な看取りができていない。
- 今後、多死社会を迎える我が国においては、患者本人の気持ちや意思を十分に尊重した医療や介護を提供するとともに、住み慣れた自宅や介護施設など、国民が望む場所において看取りを行っていく必要がある。
- そのためには、患者一人ひとりの思いを支えることができる相談体制の整備や情報提供など、患者・家族の意思を尊重しつつ、最善の治療方針の判断や意思決定を行うための様々な支援が重要である。また、地域包括ケアシステムの構築を推進し、質が高く効率的な医療・介護の提供体制を十分に整備するとともに、関係機関が密接に連携して対応することが必要である。

(2) 看取りに関する国民の希望への対応

- 国として「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」を作成しているが、医療福祉従事者に十分に認知されていない。

(3) 場所に応じた看取りの実施

1) 在宅における看取り

- 末期の悪性腫瘍の患者へのサービス提供に当たっては、必要な対応が定型化しているが、医療職と介護支援専門員との連携が不足し、患者の状態に応じた真に必要なサービスが迅速に提供されていない場合がある。
- 悪性腫瘍以外の患者へのサービス提供に当たっては、予後予測が困難なことから個別のケースにより様々な対応が想定され、悪性腫瘍以外の患者の看取りへの対応が十分でない可能性がある。
- また、悪性腫瘍以外の患者への看取りについては、医療的な対応を主とする末期の悪性腫瘍と異なり、日常の支援を介護サービスで支えていることから、医療と介護との連携がより一層必要である。

2) 介護保険施設等における看取り

- 特別養護老人ホームにおいては、多くの施設で看取りを行っている一方で、必要な体制の確保ができていない、施設の方針として看取りを行わない等の理由で看取りを行っていない施設が約 10%ある。
- 特定施設入居者生活介護においては、重度要介護者や死亡による契約終了者が多いにもかかわらず、対応できる必要な体制の確保を含め、看取りに対して負担を感じ、看取りまで行っていない施設も多い。
※「ホームで亡くなりたい」という希望があれば、施設での看取りを受け入れる施設の割合:80%、平均看取り率約 30%

3) 医療機関における看取り

- 患者や家族の看取りに関する希望に係る情報が不明であるため、在宅療養中で看取り期の患者が、患者や家族の意思にかかわらず搬送され、希望と異なる救命措置等が施されてしまう例が散見されることから、予め本人の意向を家族やかかりつけ医師等と共有し、本人の意思が尊重される取組が必要との指摘がある。
- 在宅等で療養している患者が最終的に医療機関での看取りを希望している場合、事前の関係者・関係機関間における情報共有が重要となるが、そのような医療機関における適切な看取りについては、在宅ターミナルケア加算等の診療報酬上の評価の対象となっていない。
- 医療機関における緩和ケアに係る診療報酬上の評価の対象は、末期の悪

性腫瘍等の患者に限られている。

- 医療機関における緩和ケア病棟や緩和ケアチームの数は少なく、医療機関での緩和ケアや看取りが十分でない可能性がある。
- がん拠点病院以外の病院において、専門的な医療従事者の不足等により十分な緩和ケアの提供が困難である。また、がん拠点病院以外の病院において亡くなる悪性腫瘍の患者が多いにもかかわらず、緩和ケアの状況について十分に把握されていない。

3 検討の視点

(1) 看取りに関する国民の希望への対応

- 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた対応など、医療従事者や国民の看取りに関する理解の状況について、どのように考えるか。

(2) 場所に応じた看取りの実施

1) 在宅における看取り

- 末期の悪性腫瘍等の患者以外の介護サービス利用者の看取り期において、容体変化の不安を抱える家族や介護職を支えるための医療の関与について、どのように考えるか。
- 末期の悪性腫瘍等の患者へのサービス提供に当たっての、医療職と介護支援専門員との円滑な連携の在り方について、どのように考えるか。

2) 介護保険施設等における看取り

- 特別養護老人ホーム及び居住系サービスの入所者の看取り期における医療ニーズに適切に対応するため、特別養護老人ホーム及び居住系サービスが提供するべき医療の範囲と、外部の医療機関等が提供するべき医療の範囲について、どのように考えるか。

3) 医療機関における看取り

- 在宅等で療養している患者やその家族が最終的には医療機関における看取りを希望している場合の、医療機関も含めた在宅医療の関係者・関係機

関間における情報共有や、医療機関が提供すべき医療の範囲について、どのように考えるか。

- 末期の悪性腫瘍等以外の患者を含む医療機関における緩和ケアを必要とする患者への緩和ケアの在り方について、どのように考えるか。