

# 【テーマ1】 看取り 参考資料

1. 看取りを巡る状況

2. 場所に応じた看取りの現状と報酬上の評価

①在宅

②介護保険施設等

③医療機関

# 【テーマ1】 看取り

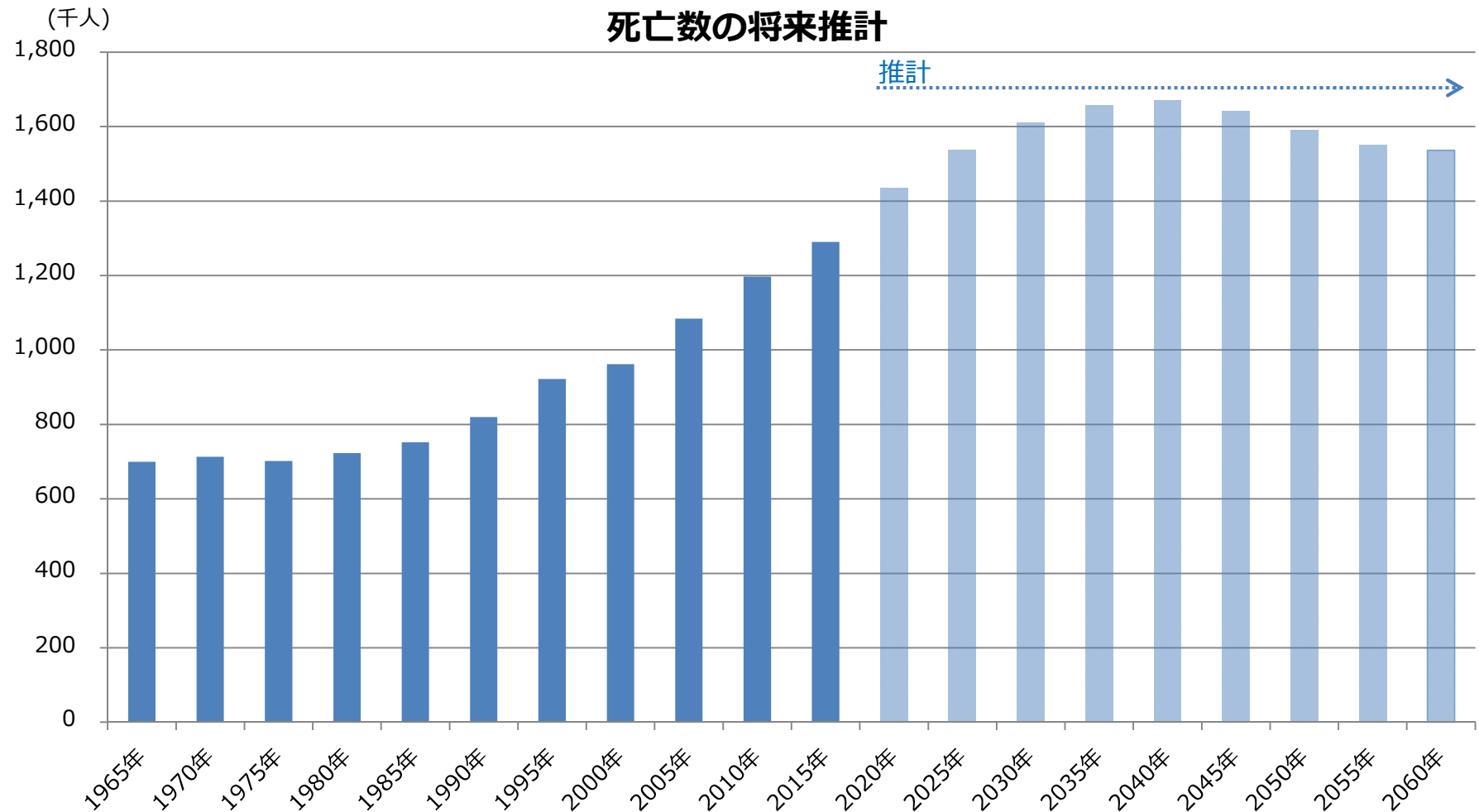
## 1. 看取りを巡る状況

## 2. 場所に応じた看取りの現状と報酬上の評価

- ①在宅
- ②介護保険施設等
- ③医療機関

# 看取りに関わる状況① 死亡数の将来推計

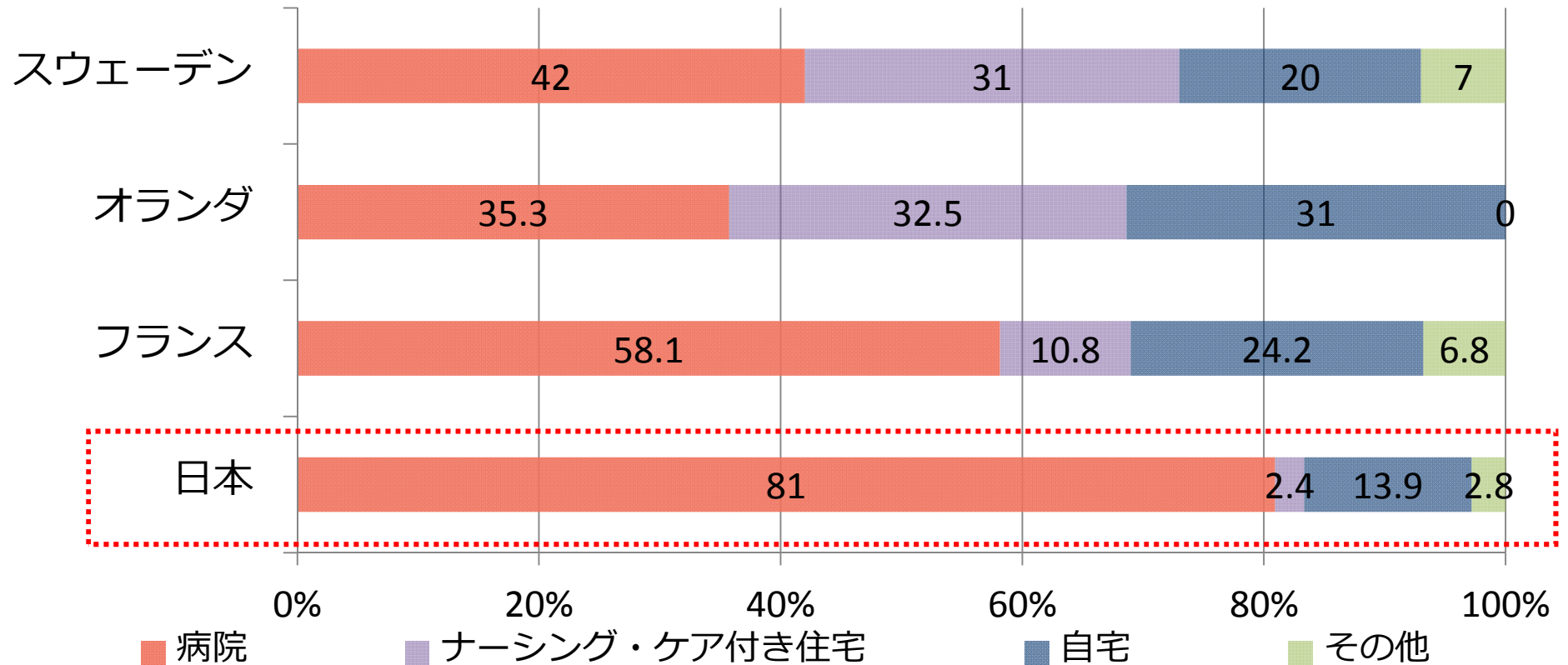
○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）  
2020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（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

# 看取りに関わる状況② 死亡の場所(各国比較)

○ 国際的にみて、日本は病院での死亡率が高い。



(注) 「ナーシング・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Socialstyrelsen 『Döden angår oss alla』による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

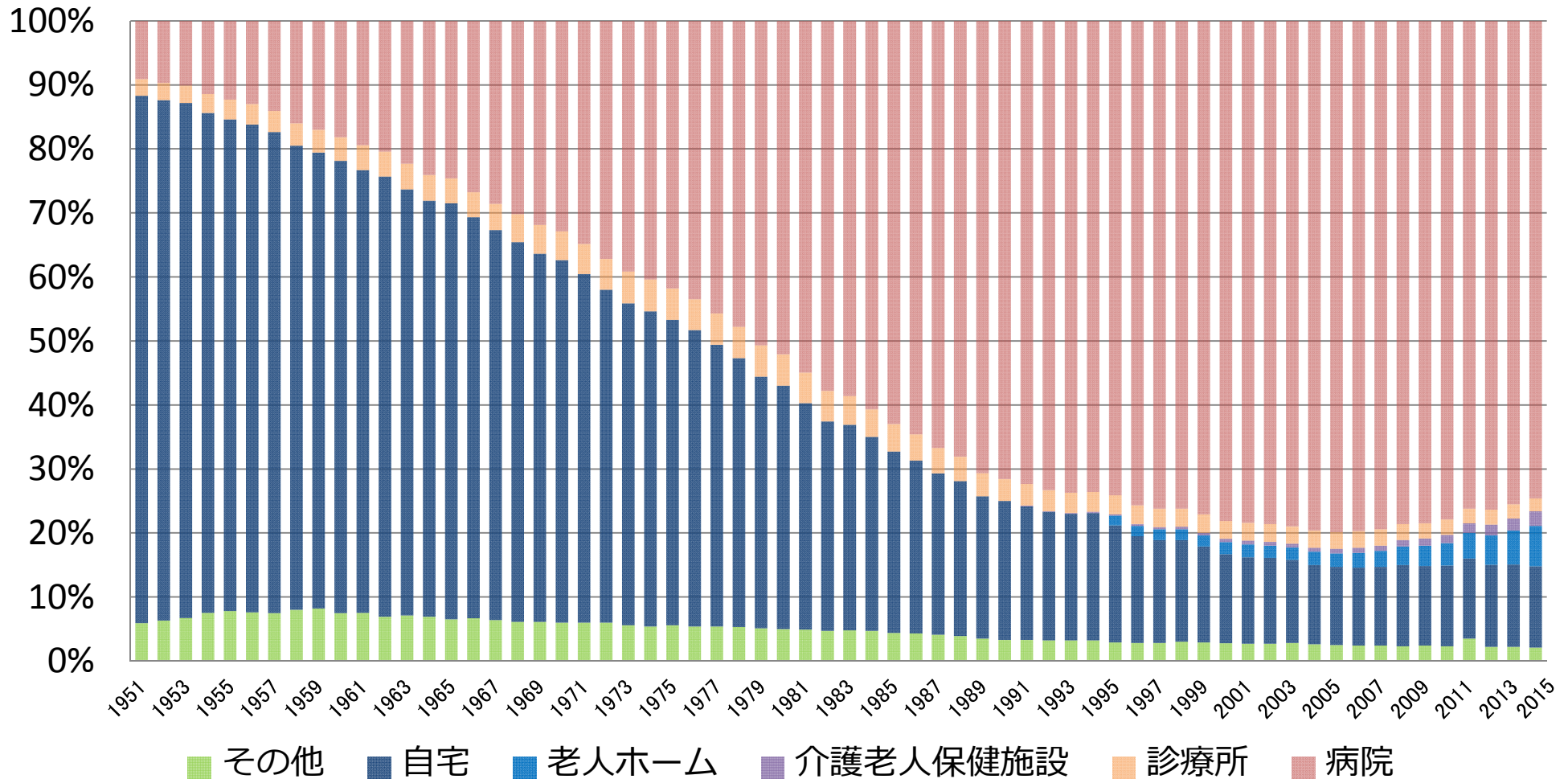
※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

出典: 医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

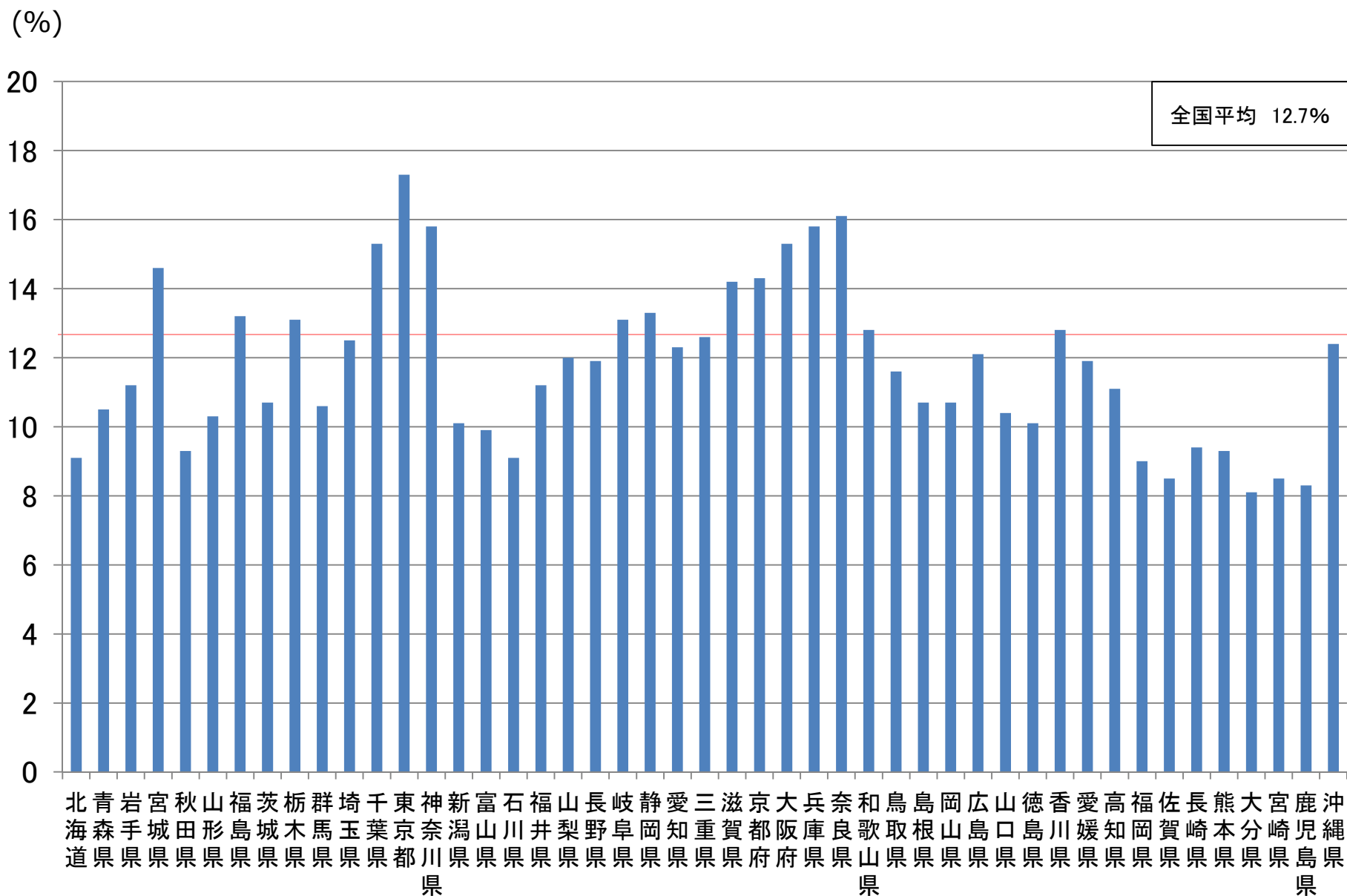
# 看取りに関わる状況③ 死亡の場所（年次推移）

- これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

## 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



# 看取りに関わる状況④ 死亡に占める自宅死の割合（都道府県別）

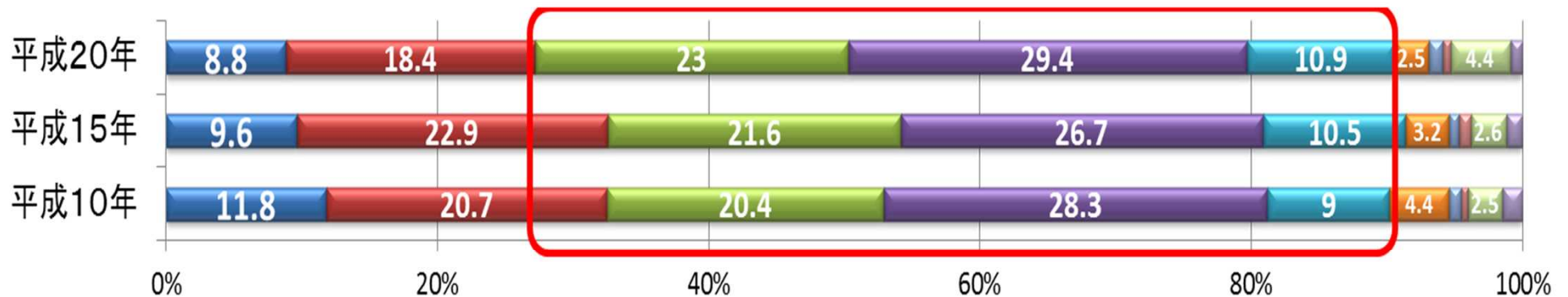


出典：人口動態調査（平成27年）

# 国民の意識① 終末期の療養場所について

○ 一般国民において「自宅で最後まで療養したい」と回答した者の割合は約1割であった。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。

## ■ 終末期の療養場所に関する希望



- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい

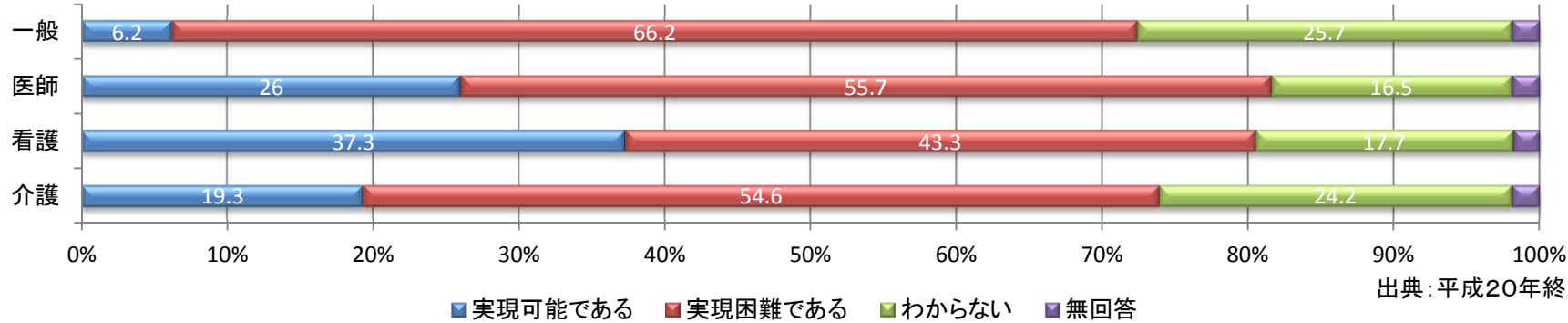
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい



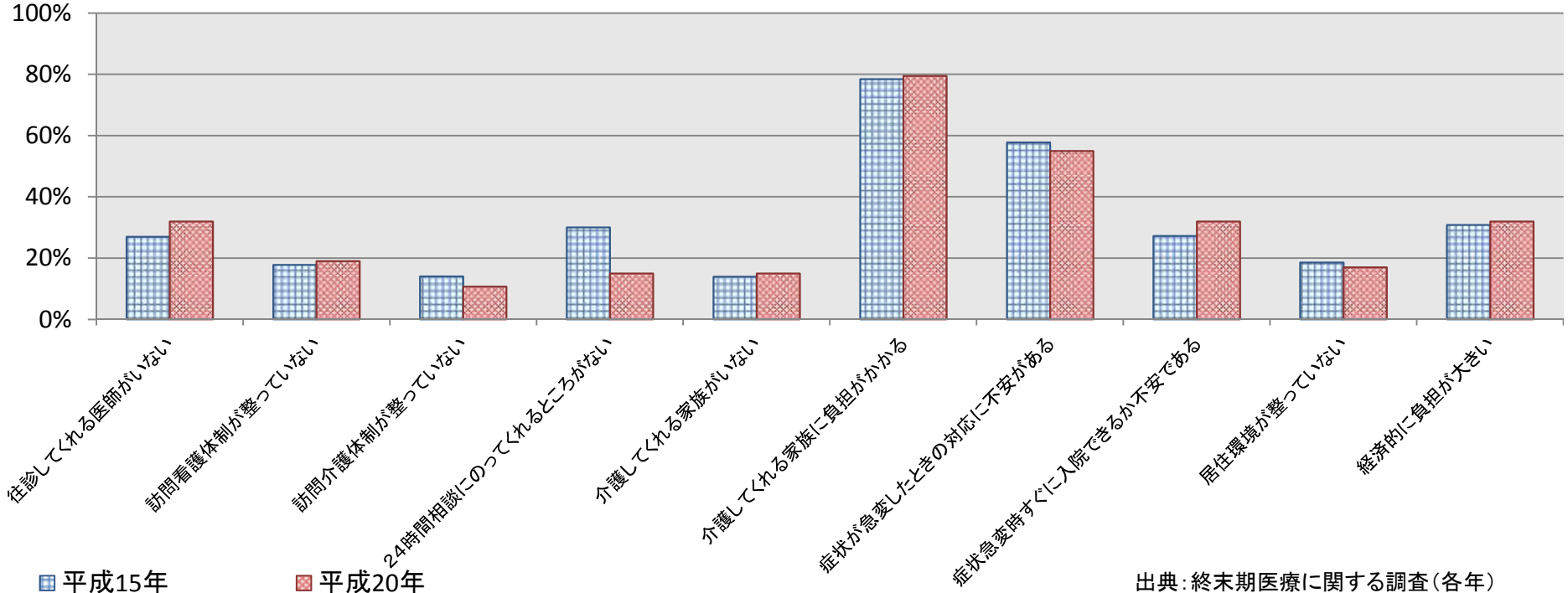
# 国民の意識② 終末期医療に関する調査の概要

## ■ 自宅での療養：60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。

「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医師26%、看護師37%、介護士19%)



## ■ 自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



# 「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」

## 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」 方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて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進めることが最も重要な原則



## 人生の最終段階における 医療とケアの方針決定

患者の意思が  
確認できる

患者と医療従事者とが十分に話し合い、  
患者が意思決定を行う

十分な  
情報の  
提供

家族が患者の  
意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、  
患者にとって最善の治療方針をとる



患者の意思が  
確認できない

- ・ 家族が患者の意思を推定できない
- ・ 家族がいない

患者にとって最善の治療方針を、  
医療・ケアチームで慎重に判断  
(※家族がいる場合は十分に話し合う)



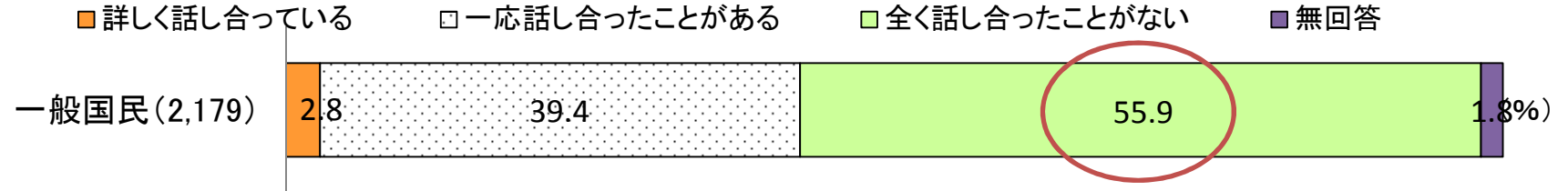
- ・ 病態などにより医療内容の決定が困難
- ・ 家族の中で意見がまとまらないなどの場合

→ 複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針の検討や助言

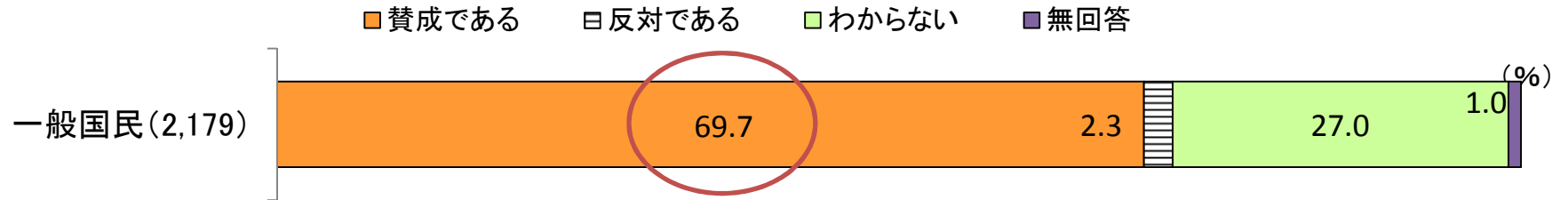


# 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）

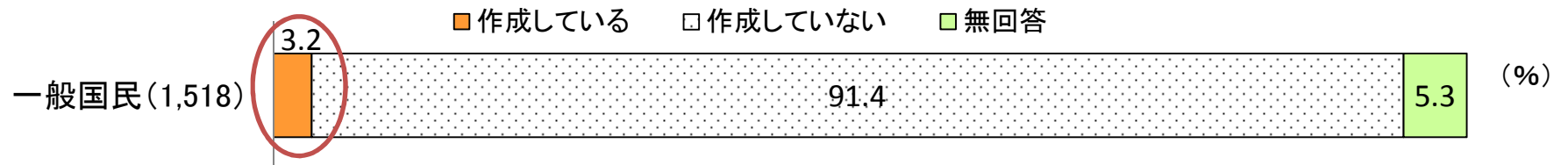
## ■ 人生の最終段階における医療について家族と話し合ったことがある者の割合



## ■ 意思表示の書面をあらかじめ作成しておくことへの賛否

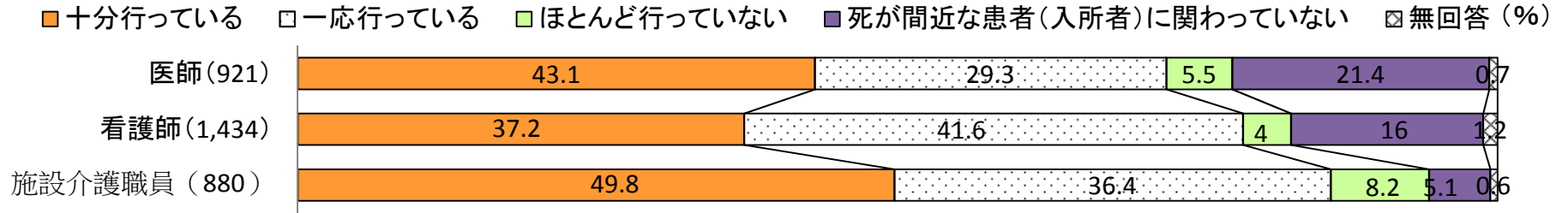


## ■ 意思表示の書面の作成状況（意思表示の書面の作成に「賛成」と回答した者）

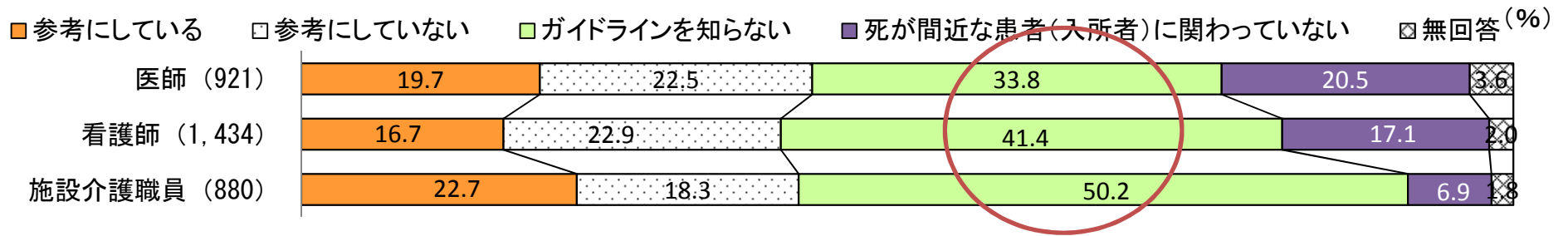


# 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）

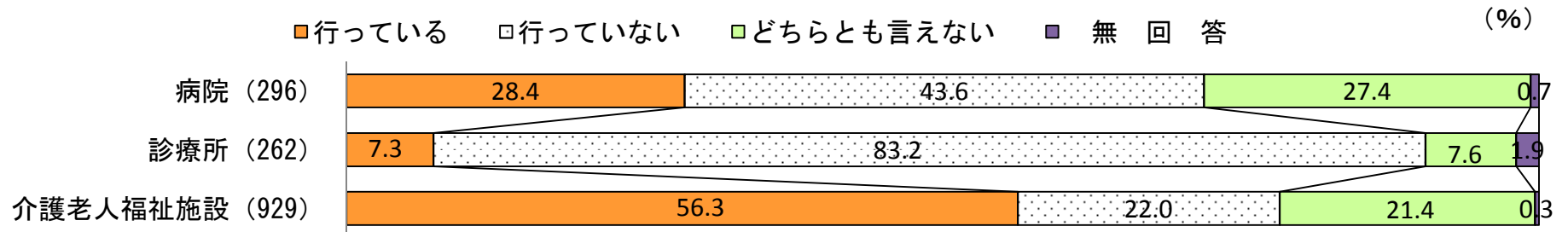
## ■ 患者（入所者）との話し合いの実態



## ■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



## ■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況



# 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書の概要（平成26年3月）

## § 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果の概要

【調査時期】平成25年3月 【調査方法】郵送調査

【調査対象】(回収数/配布数)

一般国民(2,179/5,000)、医師(921/3,300)、看護職員(1,434/4,300)、施設介護職員(880/2,000)、施設長(1,488/4,200)

- 自身の死が近い場合に受たい医療や受たくない医療についての家族と話し合いについて、「全く話し合ったことがない」が一般国民の56%。
- 自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて70%が賛成していたが、実際に作成しているのは3%。(国民)
- 自分で判断できなくなった場合に備えて、家族等の中から、自分に代わって判断してもらう人をあらかじめ決めておくことについて、63%が賛成。
- 希望する療養場所について、居宅を希望する割合は、状態像によって10～72%。(国民)
- 希望する治療方針は、状態像によって差があるが、概ね「肺炎にもかかった場合の抗生剤服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」は希望する割合が高く、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」は57～78%が希望しない。(国民)
- 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしているかどうかについて、医療福祉従事者の職種によって34～50%が「ガイドラインを知らない」と回答。
- 施設の職員に対する人生の最終段階における医療に関する教育・研修は、施設の種別によって28～56%で実施。



## § まとめ

### ◆ 国民が人生の最終段階における医療に関して考えることができる機会の確保

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さまざまであり、こうした思いを支えることができる相談体制やそれぞれのライフステージに適した情報提供等により、国民が主体的に考えることができる機会を提供することが重要である。

### ◆ 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療の提供体制の整備

厚労省ガイドラインの普及活用の促進、医療機関等における複数の専門家からなる倫理委員会の設置、医療福祉従事者の資質向上のための研修の実施等により、本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療の提供体制を整えることが必要である。

### ◆ 「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」への名称変更

最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重した医療およびケアの提供について検討することが重要であることから変更した。

# 人生の最終段階における医療体制整備事業

## 【背景・課題】

- 高齢化が進展し、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療のあり方が大きな課題となる。
- 人生の最終段階における医療について、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進めることが重要であり、厚生労働省では、こうした合意形成のプロセスを示す「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」（平成19年策定、平成26年改称）を策定し、周知を図ってきた。
- しかしながら、平成25年の調査によれば、当該ガイドラインは医療従事者に十分認知されているとは言えず、人生の最終段階における医療に関する研修も十分に行われていない状況である。

## 【事業内容】

- 人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる体制を強化するため、平成26、27年度のモデル事業の成果を踏まえ、平成28年度から、医療・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国8ブロックで実施。平成29年度は、平成28年度に実施した人材育成研修を継続するとともに、国民への普及啓発のための取組を行う。

## 研修対象者

- ・ 人生の最終段階における医療に関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム（診療所、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設が連携し、多職種チームとして参加することも可能）



## プログラム

プログラム	主旨、構成内容
講義 1	倫理的な問題を含む意思決定をどう進めるか？
講義 2	「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」の解説
講義 3	アドバンス・ケア・プランニングとは
講義 4	臨床における倫理の基礎
講義 5	意思決定に関連する法的な知識
講義 6	患者・家族の意向を引き継ぐには

プログラム	主旨、構成内容
ロールプレイ 1	もしも、のときについて話し合いを始める
ロールプレイ 2	代理決定者を選定する
ロールプレイ 3	治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する代理決定者の裁量権を尋ねる
グループディスカッション1	多職種カンファレンスを効果的に行うには
グループディスカッション2	明日への課題

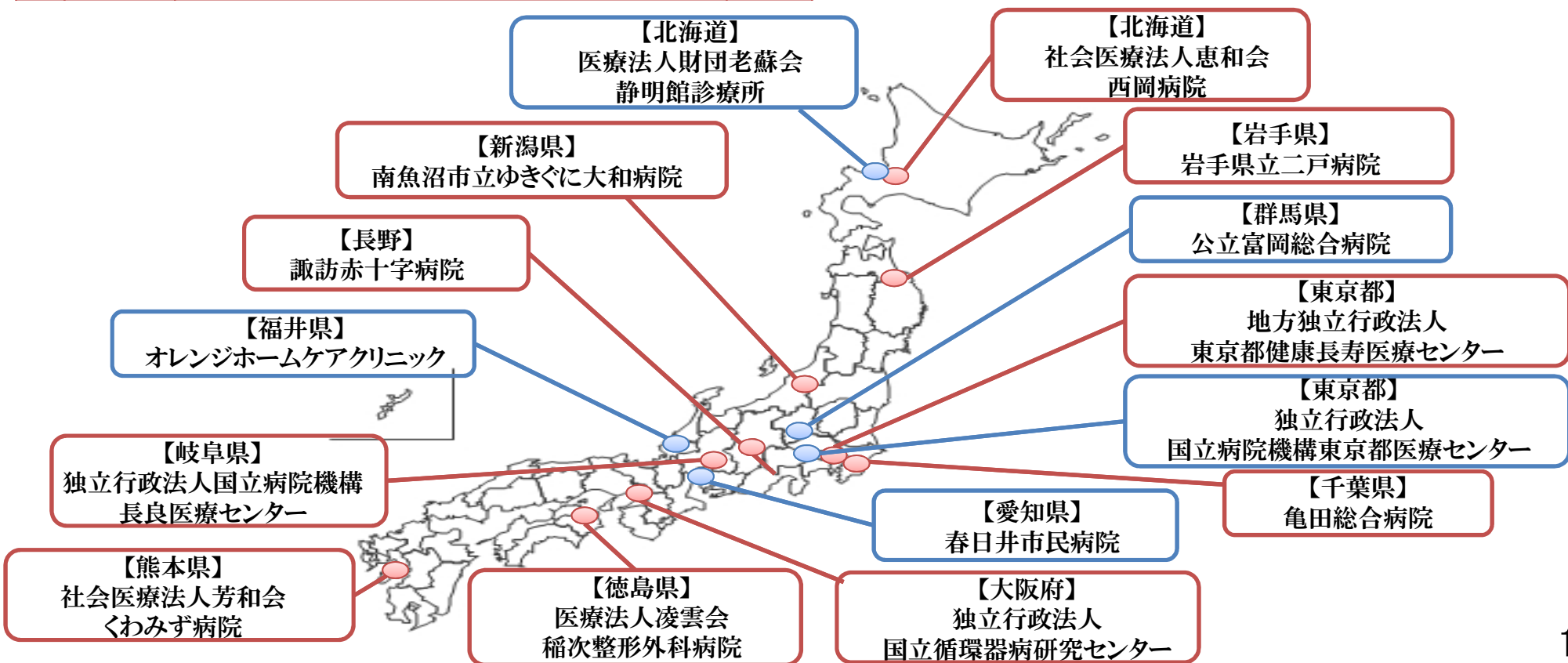
## 開催実績／予定

- ・ 平成26年、27年度は、モデル事業として実施。平成26年度10か所 **24名**、平成27年度5か所 **25名**が研修を終了。
- ・ 平成28年度は、220チーム、**776名**が研修を受講予定。

# 平成26／27年度人生の最終段階における医療体制整備事業 参加医療機関

NO.	都道府県	平成26年度 参加医療機関名	病床数
1	北海道	社会医療法人恵和会 西岡病院	98
2	岩手県	岩手県立二戸病院	300
3	千葉県	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院	925
4	東京都	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター	550
5	新潟県	南魚沼市立ゆきぐに大和病院	199
6	長野県	諏訪赤十字病院	455
7	岐阜県	独立行政法人国立病院機構 長良医療センター	468
8	大阪府	独立行政法人 国立循環器病研究センター	612
9	徳島県	医療法人凌雲会 稲次整形外科病院	48
10	熊本県	社会医療法人芳和会 くわみず病院	100

NO.	都道府県	平成27年度 参加医療機関名	病床数
1	北海道	医療法人財団 老蘇会 静明館診療所	0
2	群馬県	公立富岡総合病院	341
3	東京都	独立行政法人国立病院機構東京医療センター	782
4	愛知県	春日井市民病院	556
5	福井県	オレンジホームケアクリニック	0





# 人生の最終段階における医療にかかる相談に関する調査

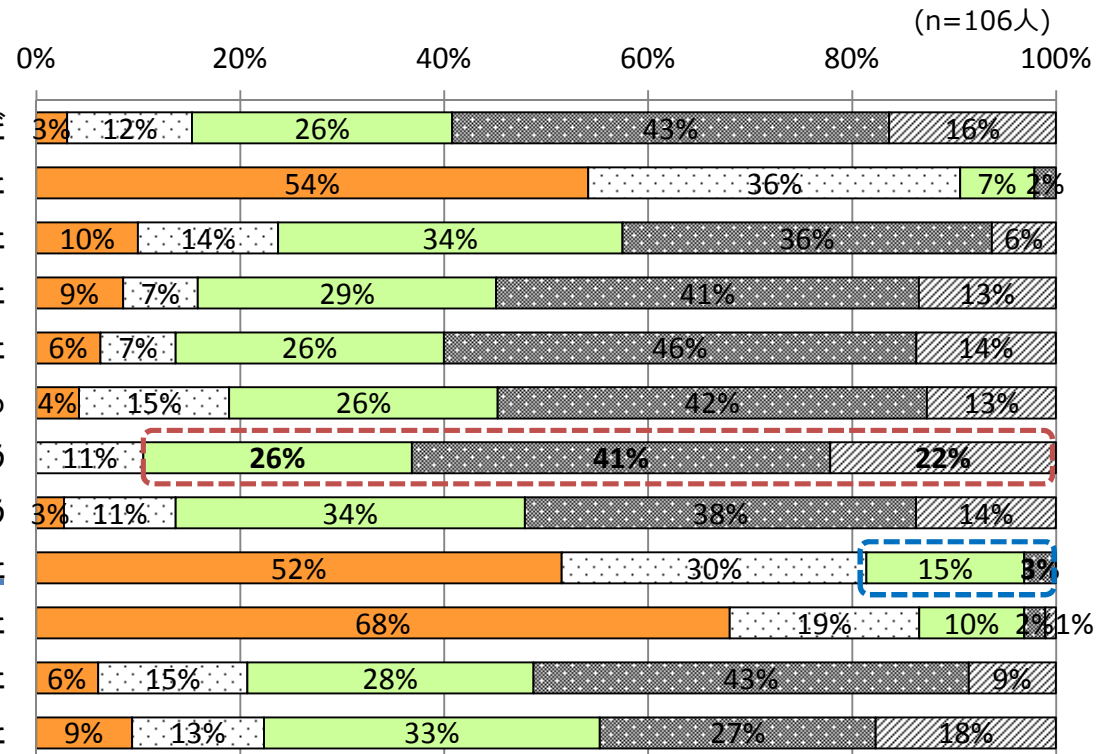
- 「人生の最終段階における医療体制整備事業」の参加医療機関において、患者からの相談内容で多いのは、「望んでいる療養場所」であり、次いで「受けたくない医療行為」であった。
- 相談を受けた患者へのアンケート調査によると、「患者の希望がより尊重されたと思う」と回答した者が89%であり、次いで「家族の希望が尊重されたと思う」（86%）であった。一方で、「あまり知りたくない内容だと感じた」と回答した者が2割弱であった。

## ■ 特に多かった相談内容(相談者の7割以上が相談した事項) (n=397例)

望んでいる療養場所 80%  
受けたくない医療行為 73%

## ■ 相談に対する患者の満足度

- そうは思わない
- あまりそう思わない
- 少しそう思う
- そう思う
- とてもそう思う



# 【テーマ1】 看取り

1. 看取りを巡る状況

2. 場所に応じた看取りの現状と報酬上の評価

①在宅

②介護保険施設等

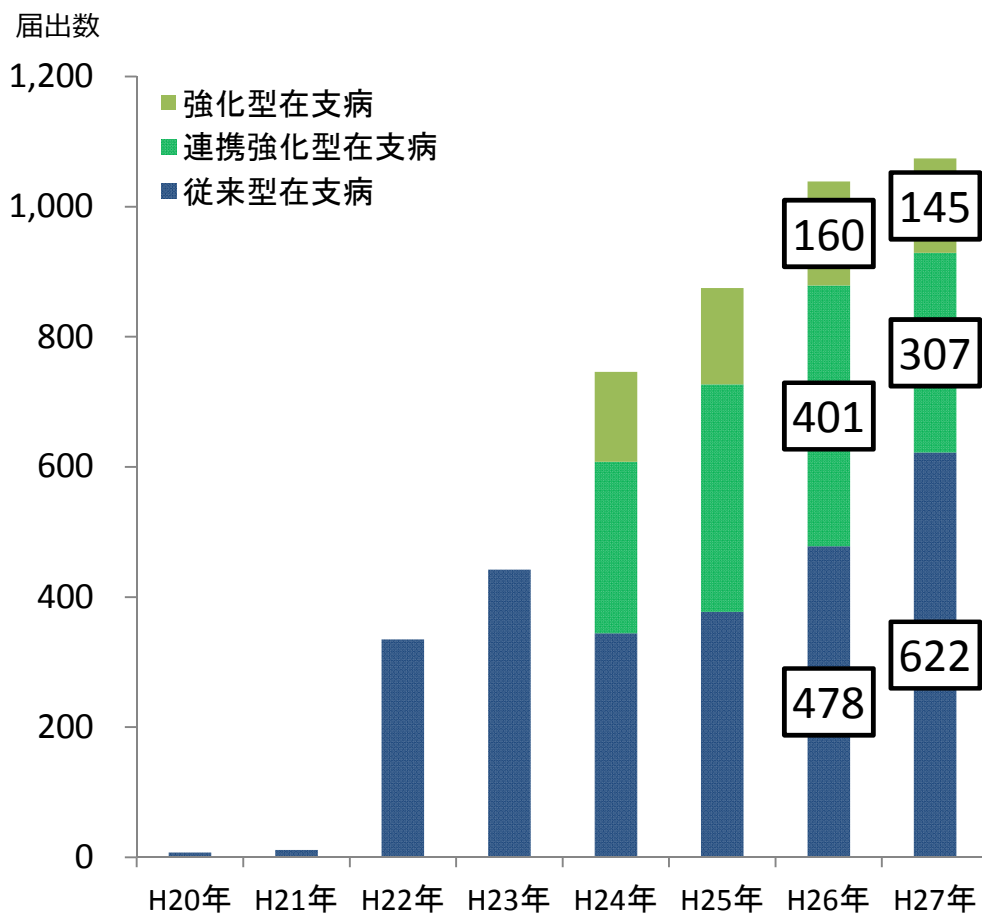
③医療機関

# 在宅医療の状況①

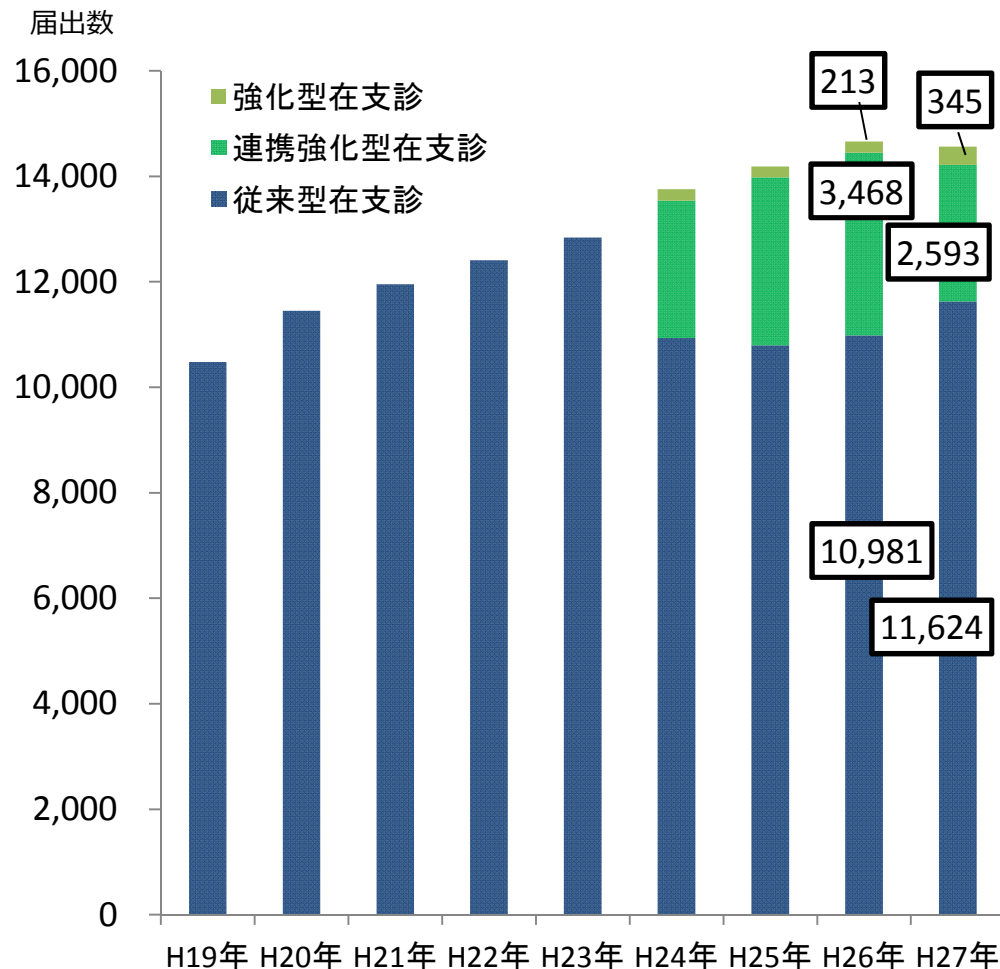
## 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出数の推移

- 在宅療養支援病院の届出医療機関数は概ね増加から横ばいである。
- 在宅療養支援診療所の届出医療機関数は概ね増加から横ばいである。

### <在宅療養支援病院届出数>



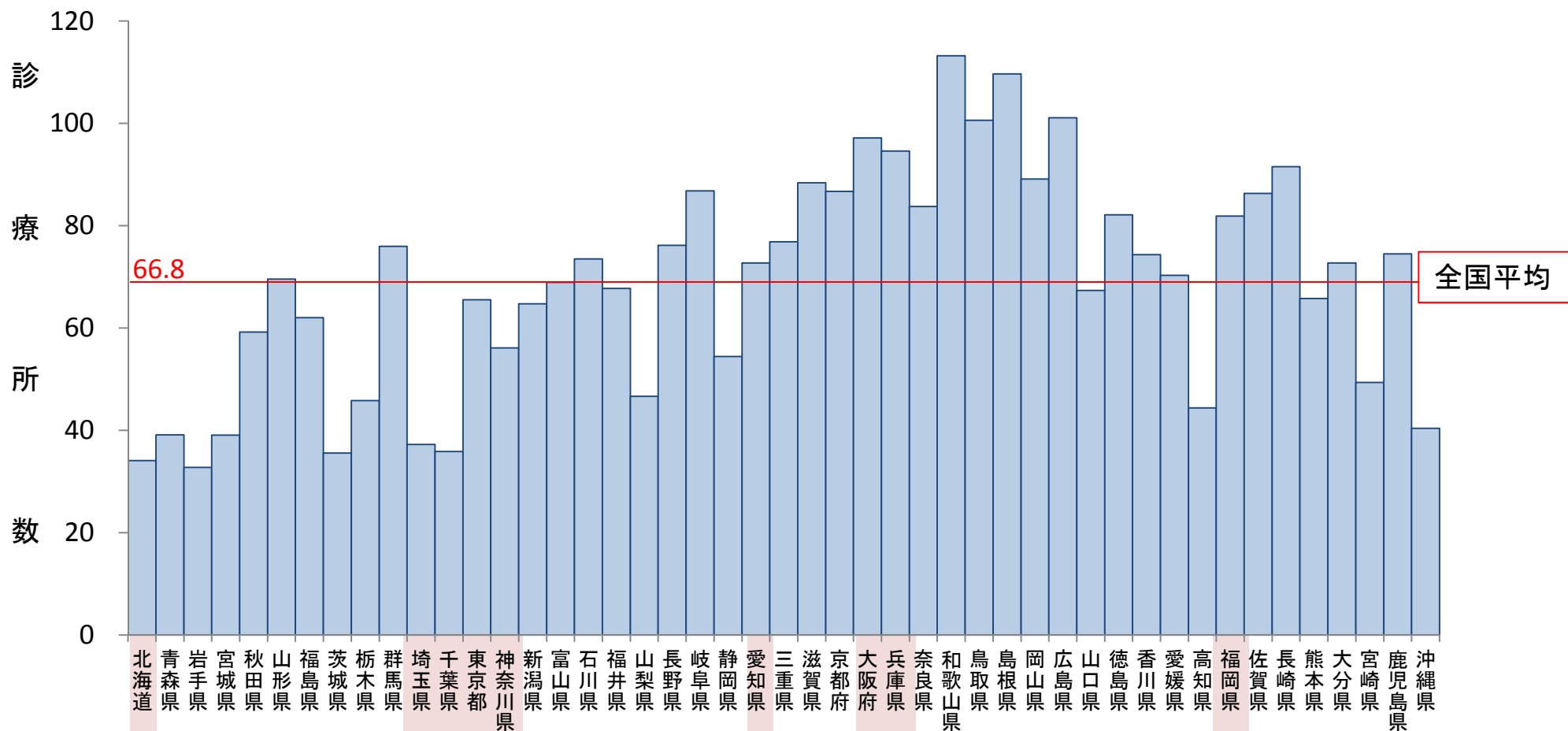
### <在宅療養支援診療所届出数>



# 在宅医療の状況② 都道府県別の訪問診療実施診療所数

○ 高齢者人口当たりの訪問診療を実施している診療所数は全国平均で約67診療所／65歳以上人口10万人であり、都道府県によってばらつきがみられた。

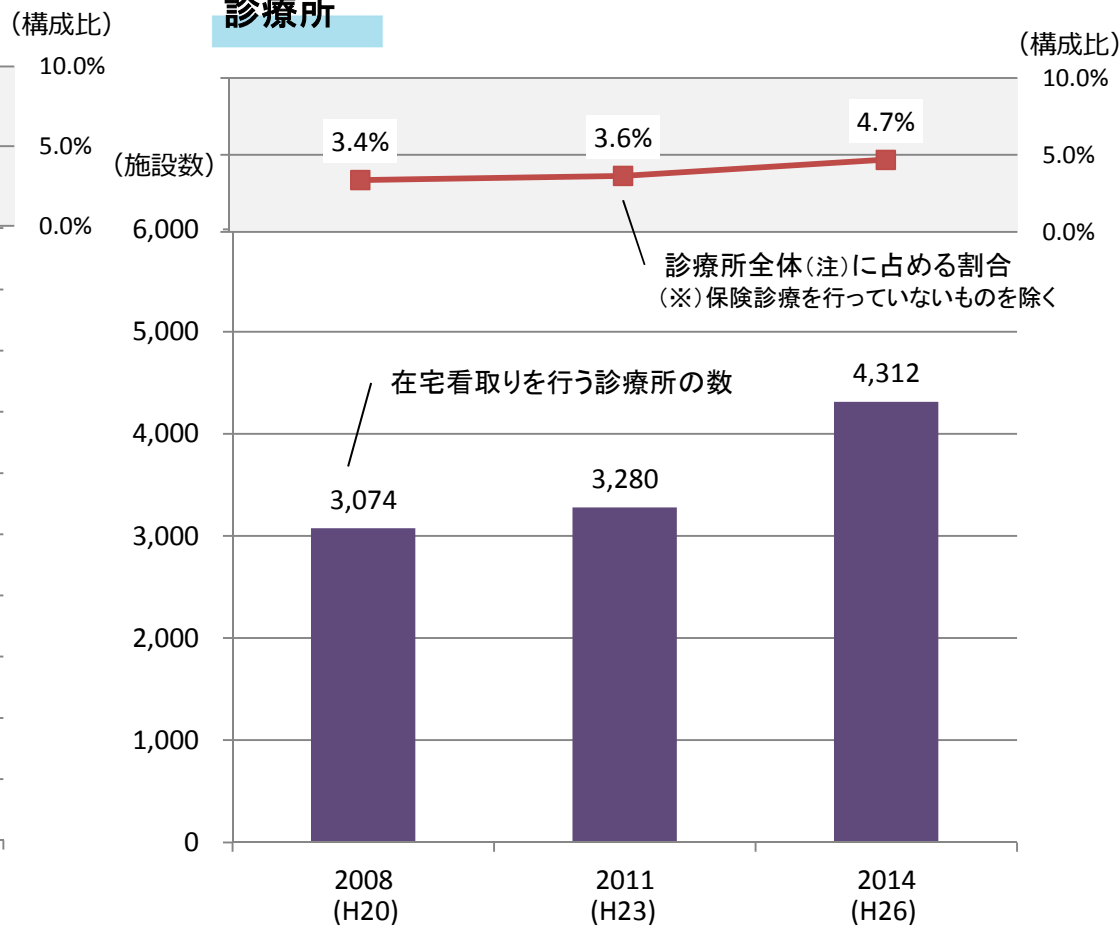
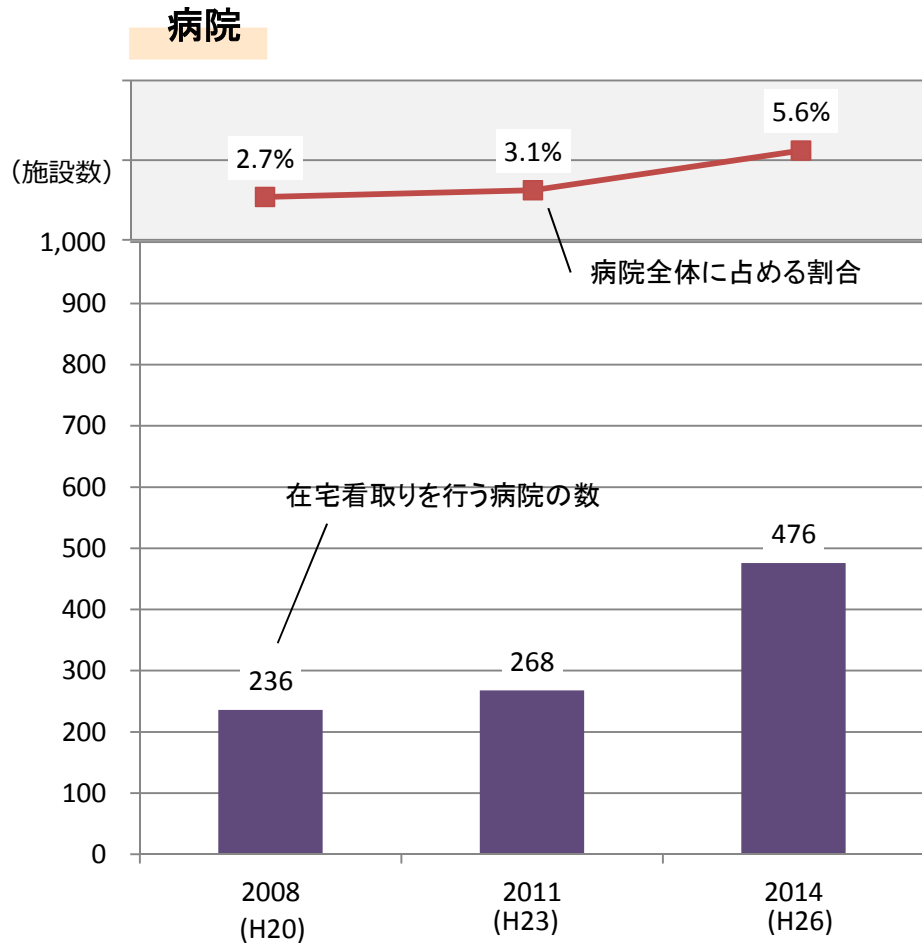
## ＜訪問診療料を算定している診療所数（65歳以上人口10万人当たり）＞ ～都道府県別～



# 在宅医療の状況③ 在宅での看取りを行う医療機関数の推移

○ 在宅での看取りを行っている医療機関の数は年々増加しているが、病院、診療所ともに全体の約5%に留まっている。

在宅での看取りを行う医療機関数の推移



出典：医療施設調査（厚生労働省）

# 在宅医療の状況④ 在宅医療における技術について

## <日本在宅医学会の研修プログラムの内容>

- 在宅医療に必要な技術は多岐に渡っており、医学的側面からは特に老年医学・緩和医療学・神経難病等の内部障害や看取りの諸相に対応する技術等が重要であるとされている。

### ➤ 在宅研修施設での研修

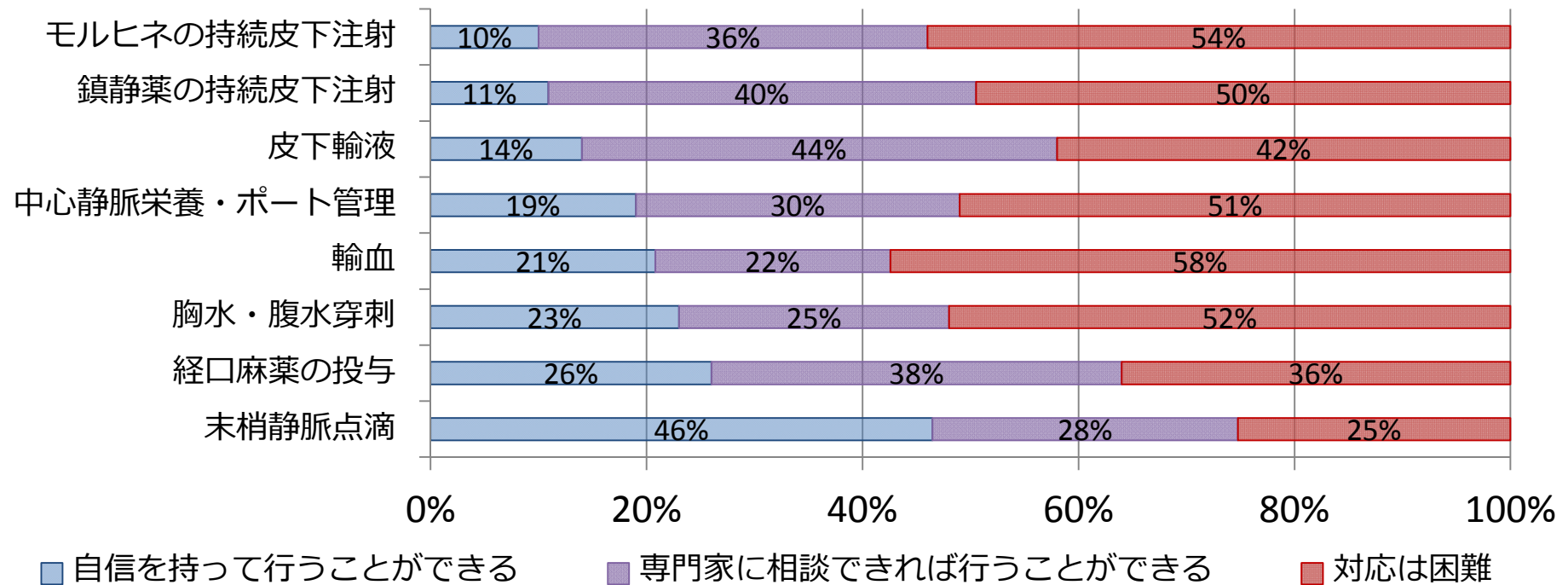
- ① 主治医として診療を行った30症例の報告（以下を含む。）
  - a. がんの在宅緩和医療の領域、認知症を含む高齢者ケアの領域、内部障害（神経難病、臓器不全等）又は小児若年障害者の領域から各3症例以上
  - b. 在宅看取り例3症例以上
- ② 他施設交流研修を3回以上
- ③ **ポートフォリオの作成**（以下の領域を網羅）
  - a. 医学的側面；老年医学、緩和医療学、内部障害・小児・障害者、在宅医療の諸相（導入、急性期、看取り等）、生物・心理・社会モデル
  - b. 社会的側面；社会保障制度の理解、患者中心の医療と家族ケア、チームアプローチ、臨床倫理・意思決定の支援、在宅医療の質改善・地域づくり

		ポートフォリオ（一部抜粋）		
A 医学的側面	1	老年医学	A 1-①	認知症
			A 1-②	栄養障害、
			A 1-③	摂食嚥下障害・口腔内の問題のアプローチ、
			A 1-④	排泄（排尿・排便）
			A 1-⑤	褥瘡とフットケア
			A 1-⑥	リハビリテーション（転倒・骨折、廃用症候群を含む）
			A 1-⑦	その他
	2	緩和医療学	A 2-①	疼痛管理
			A 2-②	他の症状管理（呼吸苦、倦怠感、食思不振、イルウス、譫妄等）
			A 2-③	非がん疾患のホスピス・緩和ケア
			A 2-④	スピリチュアルケア
			A 2-⑤	グリーフケア
			A 2-⑥	臨死期の対応〔看取り〕
			A 2-⑦	その他
	3	内部障害・小児・障害者	A 3-①	神経難病
			A 3-②	呼吸不全、心不全、腎不全、膠原病
			A 3-③	小児
			A 3-④	障害者
			A 3-⑤	その他
	4	在宅医療の諸相（導入、急性期、看取りなど）	A 4-①	急性期のアセスメント
			A 4-②	急性期の在宅での治療
			A 4-③	入院適応について
			A 4-④	在宅医療の導入
			A 4-⑤	臨死期の対応〔看取り〕
A 4-⑥			その他	
5	生物、心理、社会モデル	A 5-①	複雑な事例（困難事例）への対応	
		A 5-③	その他	

# 在宅医療の状況⑤ 在宅医療における技術について

## <緩和医療において担当可能な治療>

○ 地域においてより有効な緩和ケアを提供するためには、経口麻薬の投与法等に関する教育・普及が重要であるとの報告がある。



### 【研究概要】

研究目的：診療所医師における在宅緩和ケアの診療経験、担当可能な治療、緩和ケアコンサルテーション等への参加意欲、がん末期における入院理由等を明らかにすること。

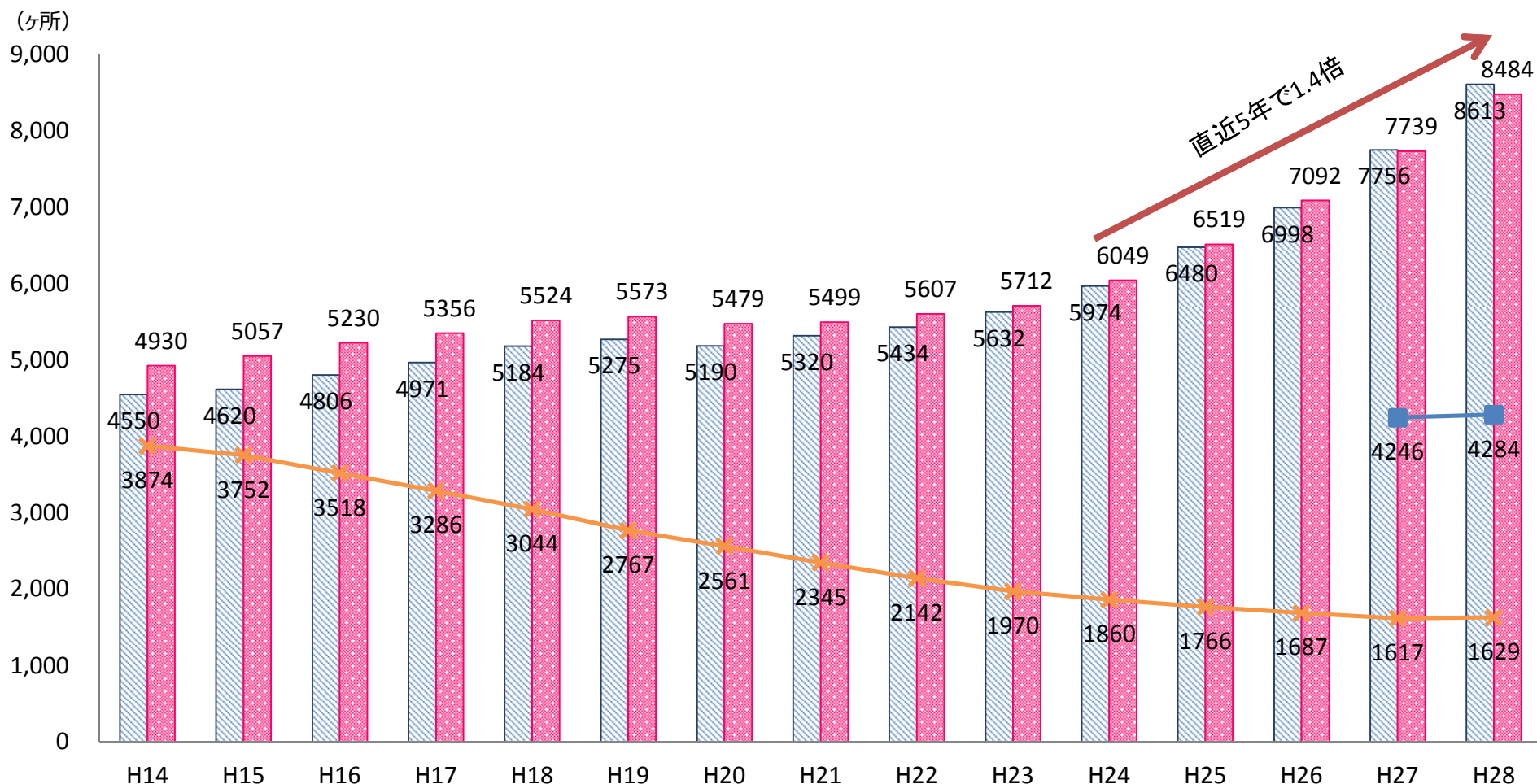
研究方法：調査票の郵送配布・回収による横断調査

調査対象：鶴岡市、柏市、浜松市、長崎市の診療所（内科、外科、呼吸器科、消化器科、泌尿器科、婦人科）

回答数：235医療機関（n=235/1,106）

# 在宅医療の状況⑥ 訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

○ 訪問看護ステーションの数は、近年の増加が著しい。訪問看護を行う病院・診療所は、医療保険で実施する病院・診療所が多く、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向である。



■ 医療保険の訪問看護ステーション(訪問看護療養費)

■ 介護保険の訪問看護を行う訪問看護ステーション(訪問看護費)

■ 医療保険の訪問看護を行う病院又は診療所※

■ 介護保険の訪問看護を行う病院又は診療所(訪問看護費)

※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  
及び精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

出典：「医療費の動向調査」の概算医療費データベース（各年5月審査分）、NDBデータ（各年5月診療分）、「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

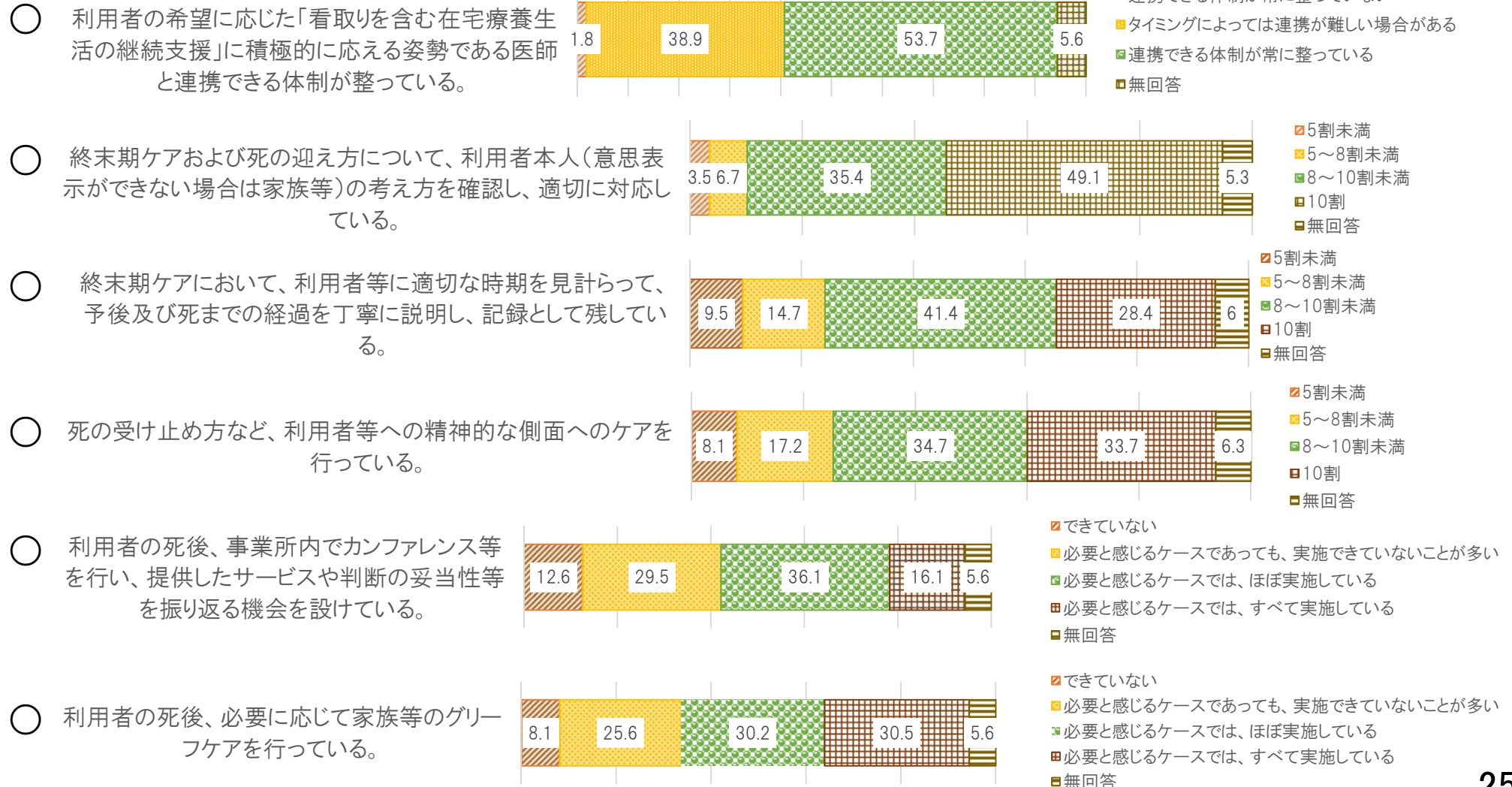


# 在宅医療の状況⑦

## 訪問看護ステーションにおける在宅看取りを支えるためのケアの提供状況

○ 訪問看護ステーションでは、看取りへの対応として、医師との連携や本人の意思確認、経過の説明の他に、デスカンファレンスやグリーフケアも実施されている。

### ■ 在宅看取りを支えるためのケアの提供状況

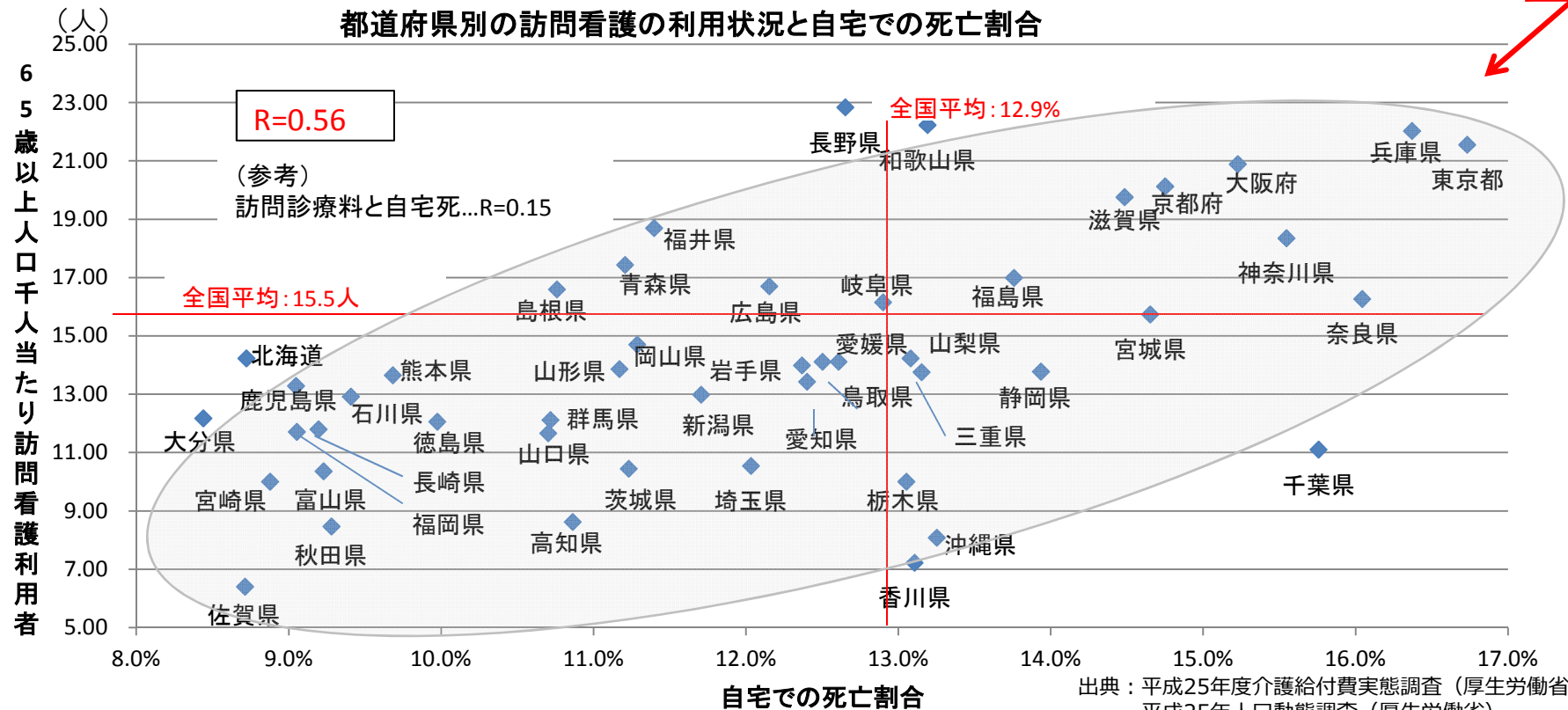


# 在宅医療の状況⑧ 在宅医療に係る地域差 ～自宅死の地域差に関する分析～

○ 65才以上人口あたり訪問看護利用状況（年間受給者数）と、自宅死の割合には、正の相関があるが、地域差が大きい。

都道府県別の自宅死の割合と、65歳以上人口千人あたりの病床数、介護施設定員数、サービス利用者数等との相関（値は相関係数）

一般病床数	療養病床数	介護老人保健施設定員	介護老人福祉施設定員	有料老人ホーム定員	サービス付き高齢者向け住宅戸数	認知症対応型共同生活介護の定員	養護老人ホーム定員	軽費老人ホーム定員	在支診箇所数	在支病箇所数	訪問診療料算定件数	訪問看護ステーション数	訪問看護サービス年間実受給者数
-0.59	-0.55	-0.41	-0.35	-0.13	-0.07	-0.60	-0.59	-0.40	-0.10	-0.42	0.15	0.05	0.56



# 報酬上の評価と算定状況①

## ターミナルケアに関連する診療報酬上の主な評価

	訪問診療			訪問看護	
加算等	在宅患者訪問診療の算定回数の緩和	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	在宅ターミナルケア加算	訪問看護ターミナルケア療養費(訪問看護ステーションが算定)
算定要件(概要)	<p>終末期等により、一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認める患者の患家を定期的かつ計画的に訪問し診療を行った場合には、1月に1回に限り、頻回な訪問診療の必要を認めた日から最大14日間連続で、在宅患者訪問診療料を算定することができる。</p> <p>(注)在宅患者訪問診療料の算定は、原則最大3回/週</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅で死亡した患者に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に算定する。</li> <li>この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合に算定する。</li> <li>なお、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定する。</li> <li>この場合、診療内容の要点等を診療録に記録する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制(担当者名、連絡先、緊急時の注意事項)について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</li> <li>当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅で死亡した利用者に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制(担当者名、連絡先、緊急時の注意事項)について利用者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</li> <li>当該療養費を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を訪問看護記録書に記録する。</li> </ul>
点数(療養費は円)	-	<p>(例)在宅療養支援診療所又は、在宅療養支援病院</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>病床を有する場合 6,000点</li> <li>病床を有しない場合 5,000点</li> </ul>	3,000点	2,000点	20,000円
備考	-	-	<p>※死亡診断加算(200点)</p> <p>在宅で療養を行っている患者が、在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断をした場合に算定。看取り加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、別に算定することはできない。</p>	-	-

# 報酬上の評価と算定状況② 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

## 在宅医療における看取り実績に関する評価の充実①

- 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。

### (新) 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	100点
ターミナルケア加算	1,000点
在宅時医学総合管理料	100～400点
施設入居時等医学総合管理料	75～300点
在宅がん医療総合診療料	150点

### [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。

## 報酬上の評価と算定状況③ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

## 在宅医療における看取り実績に関する評価の充実②

- 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。

	在宅療養実績加算1	<u>(新)在宅療養実績加算2</u>
緊急、夜間・休日又は深夜の往診	75点	<u>50点</u>
ターミナルケア加算	750点	<u>500点</u>
在宅時医学総合管理料	75～300点	<u>50～200点</u>
施設入居時等医学総合管理料	56～225点	<u>40～150点</u>
在宅がん医療総合診療料	110点	<u>75点</u>

## [施設基準]

	在宅療養実績加算1	<u>(新)在宅療養実績加算2</u>
過去1年間の緊急の往診の実績	10件以上	<u>4件以上</u>
過去1年間の在宅における看取りの実績	4件以上	<u>2件以上</u>
緩和ケアに係る研修	—	<u>「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。</u>

# 報酬上の評価と算定状況④ 在宅での終末期医療に係る点数の算定状況

中医協 総-3  
29.1.11

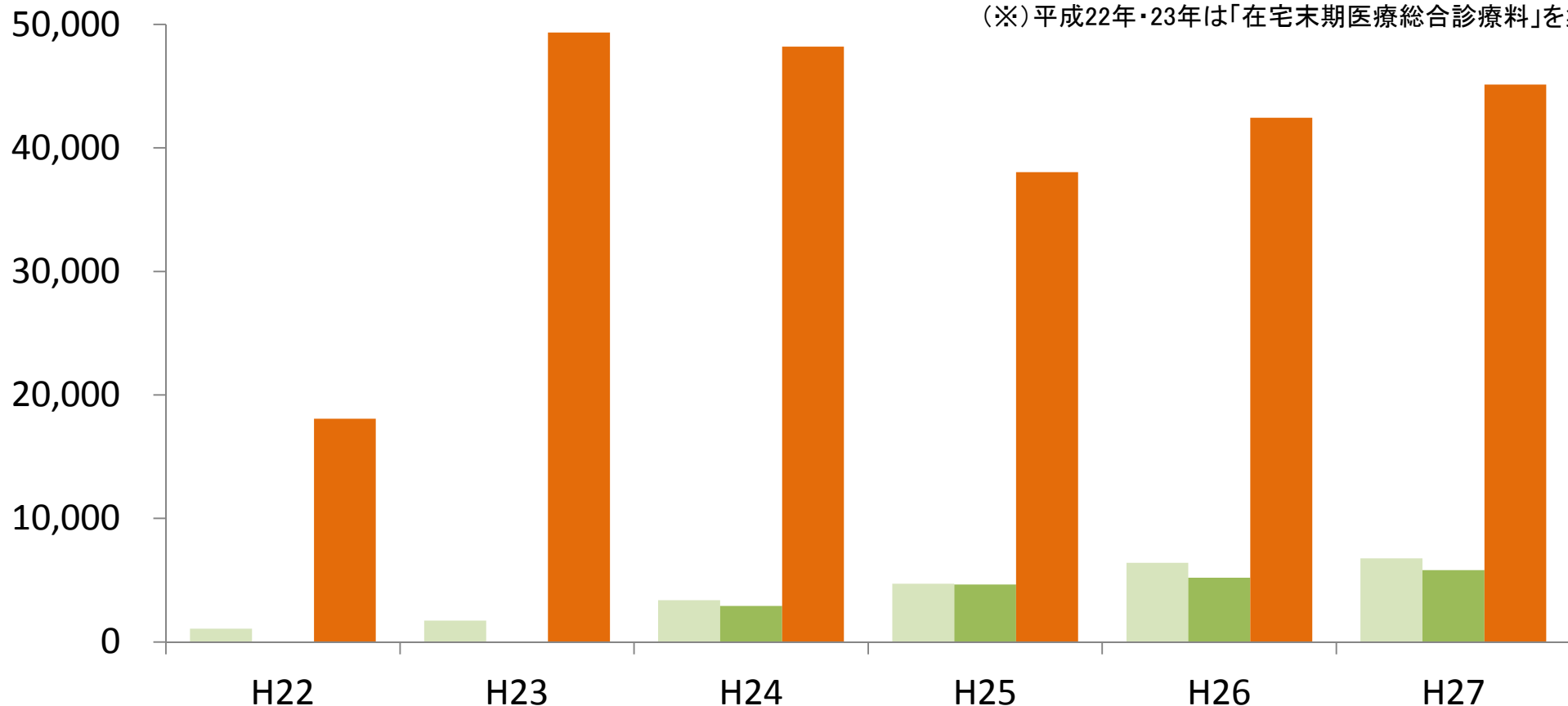
○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算や在宅がん医療総合診療料の算定回数は、概ね増加傾向にある。

## ＜終末期に係る主な点数の算定回数の推移＞

算定回数（1か月）

■ 在宅ターミナルケア加算 ■ 看取り加算 ■ 在宅がん医療総合診療料（※）

（※）平成22年・23年は「在宅末期医療総合診療料」を集計

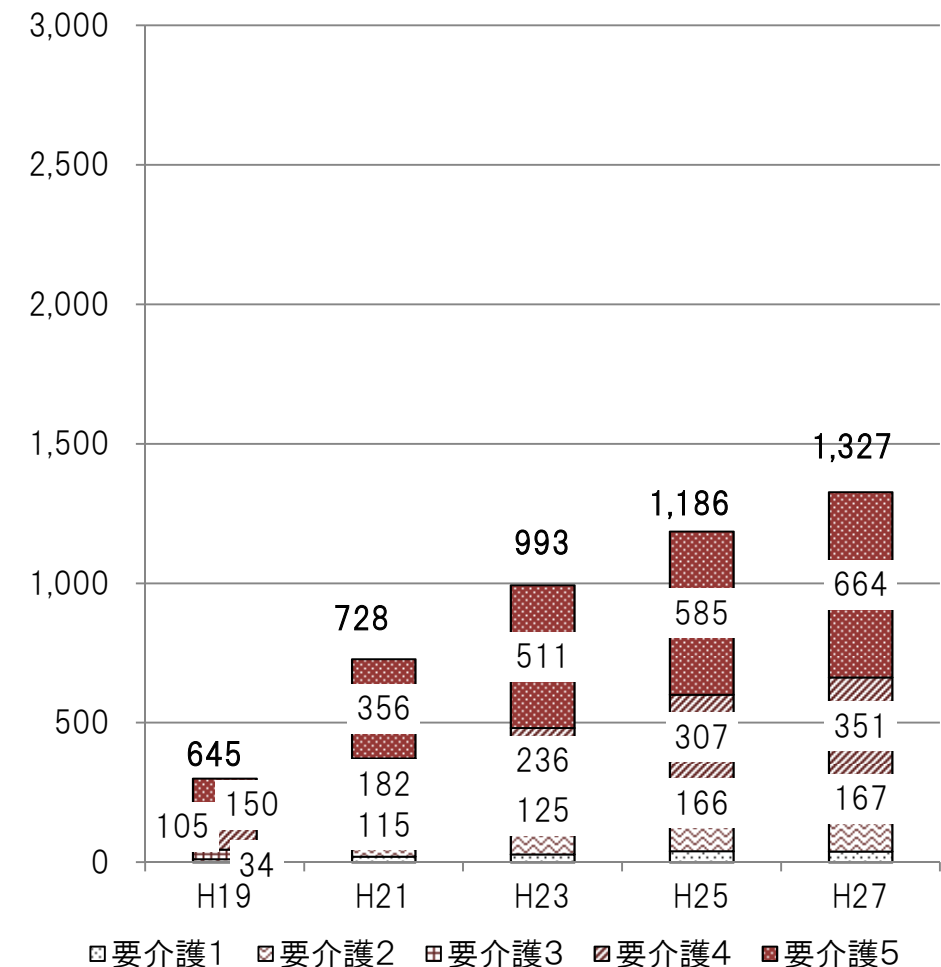


# 報酬上の評価と算定状況⑤

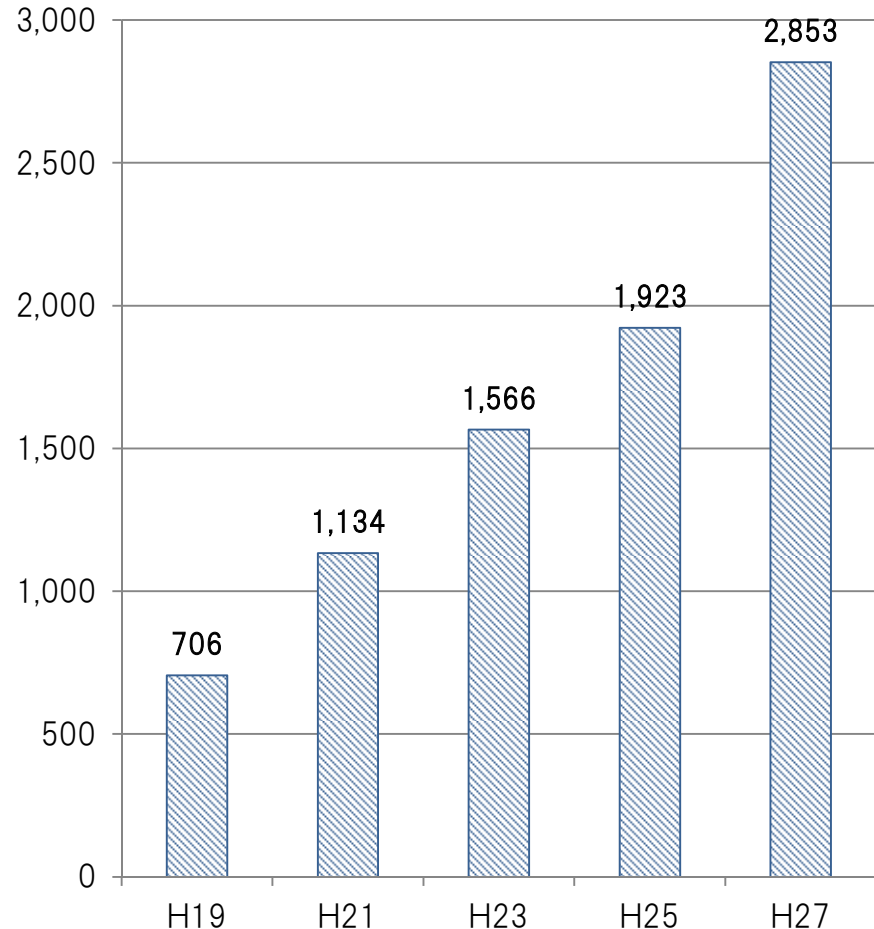
## 訪問看護利用者におけるターミナルケアの状況

○ 平成27年9月中の死亡によるサービスの終了者では、介護保険の利用者よりも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。

■ ターミナルケア加算(介護保険)の算定数の推移  
(利用者数)



■ ターミナルケア療養費(医療保険)の算定数の推移  
(利用者数)



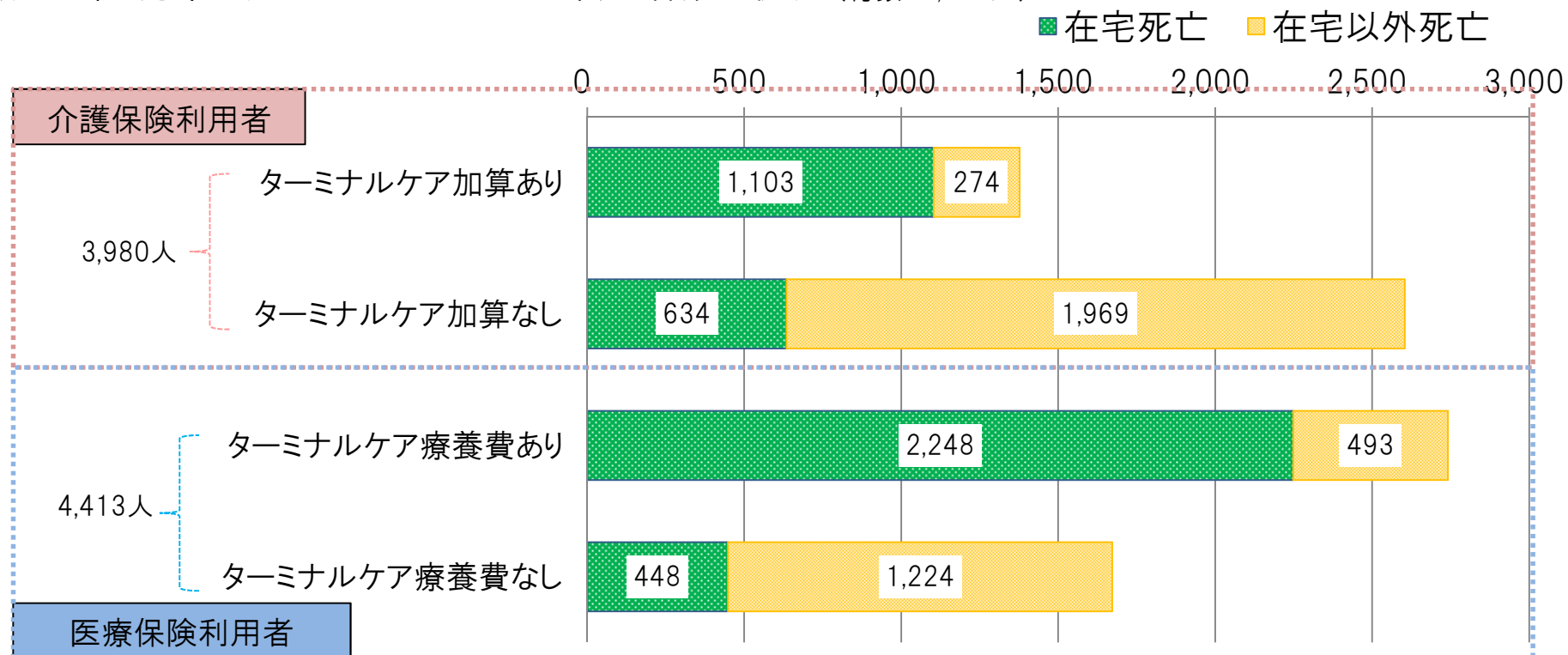
出典：介護給付費実態調査(各年4月審査分)、保険局医療課調べ(各年6月審査分)

# 報酬上の評価と算定状況⑥

## 訪問看護利用者におけるターミナルケアの状況

- 平成27年9月中の死亡によるサービスの終了者では、介護保険の利用者よりも医療保険の利用者の方が若干上回っている。
- ターミナルケアを受けている利用者のほうが、在宅での死亡が在宅以外での死亡より多い。

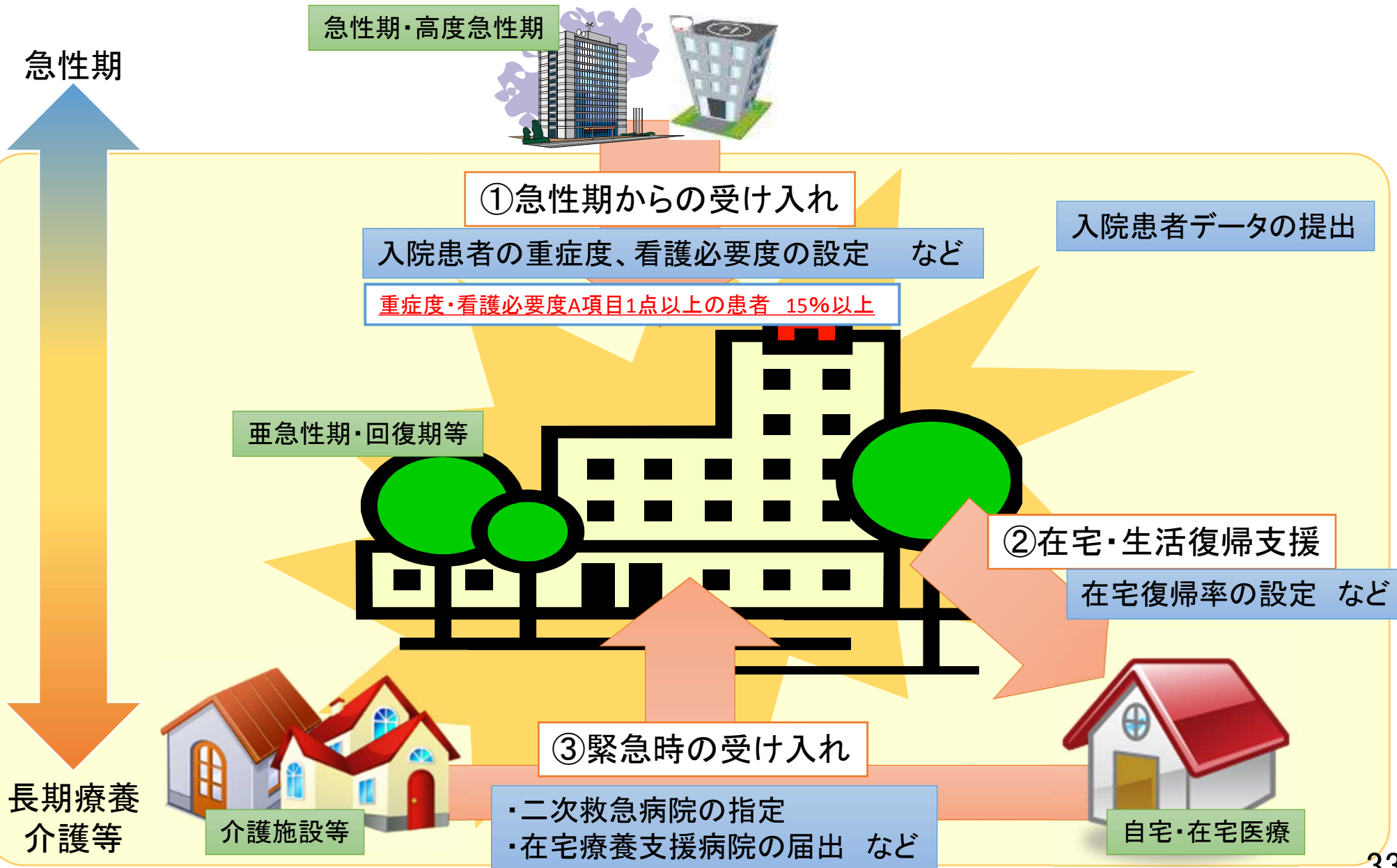
■ 平成27年9月中の死亡によるサービスの終了者数の状況（総数 8,393人）





# 地域包括ケア病棟の主な役割（イメージ）

注：介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



1. 看取りを巡る状況

2. 場所に応じた看取りの現状と報酬上の評価

①在宅

②介護保険施設等

③医療機関

# 高齢者向け住まいの概要

	①有料老人ホーム	②養護老人ホーム	③軽費老人ホーム	④認知症高齢者グループホーム
根拠法	老人福祉法第29条	老人福祉法第20条の4	社会福祉法第65条 老人福祉法第20条の6	老人福祉法第5条の2第6項
基本的性格	高齢者のための住居	環境的、経済的に困窮した高齢者の入所施設	低所得高齢者のための住居	認知症高齢者のための共同生活住居
定義	老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事、健康管理をする事業を行う施設	入所者を養護し、その者が自立した生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とする施設	無料又は低額な料金で、老人を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設	入居者について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うもの
介護保険法上の類型	特定施設入居者生活介護			認知症対応型共同生活介護
主な設置主体	限定なし (営利法人中心)	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	限定なし (営利法人中心)
対象者	老人 ※老人福祉法上、老人に関する定義がないため、解釈においては社会通念による	65歳以上の者であって、環境上及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な者	身体機能の低下等により自立した生活を営むことについて不安であると認められる者であって、家族による援助を受けることが困難な60歳以上の者	要介護者/要支援者であって認知症である者(その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)
1人当たり面積	13㎡(参考値)	10.65㎡	21.6㎡(単身) 31.9㎡(夫婦) など	7.43㎡
件数※	10,627件(H27.7)	957件(H27.10)	2,264件(H27.10)	12,985件(H28.3)
	特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設: 4,977件(H26.10)			
定員数※	422,612人(H27.7)	64,313人(H27.10)	93,712人(H27.10)	190,500人(H28.3)
	特定施設入居者生活介護(予防を含む)を受けている利用者数: 210千人(H26.10)			

※:①→厚生労働省老健局調べ、②・③→社会福祉施設等調査、④、特定施設→介護給付費実態調査(「定員数」の値については利用者数)

# 介護保険3施設の比較

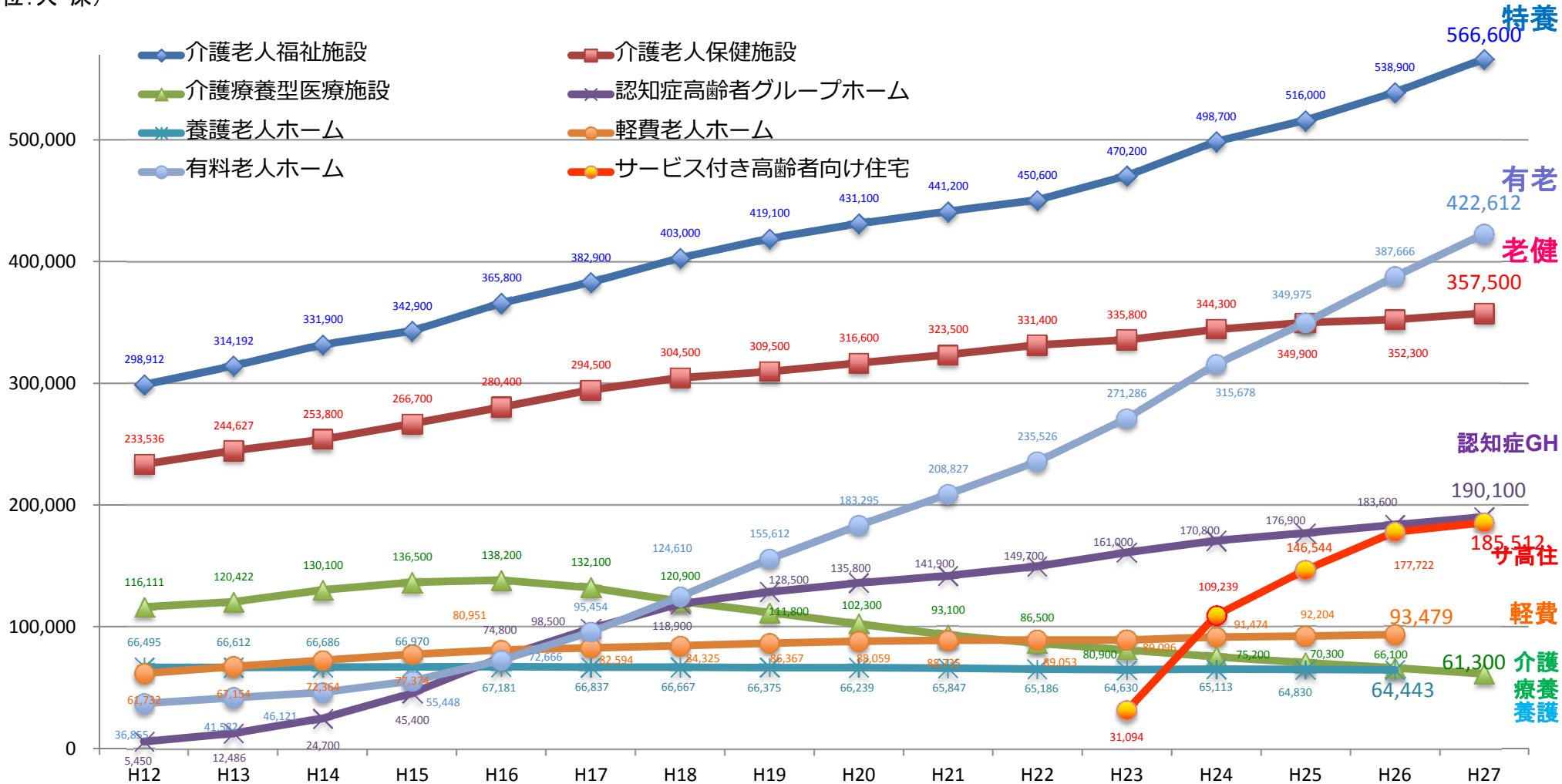
		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	
基本的性格		要介護高齢者のための <b>生活施設</b> ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等を提供し <b>在宅復帰を目指す施設</b>	医療の必要な要介護高齢者のための <b>長期療養施設</b>	
定義		老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設	
主な設置主体※1		社会福祉法人 (約94%)	医療法人 (約74%)	医療法人 (約83%)	
施設数(H28.3)※2		9,507件	4,201件	1,320件	
利用者数(H28.3)※2		572,800人	359,400人	59,000人	
居室面積 ・定員数	従来型	面積/人	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積/人	10.65㎡以上		
		定員数	原則個室		
「多床室」の割合※3		61.8% ※平成27年8月より室料自己負担。	84.1%	95.0%	
平均在所(院)日数※4		1,405日	311日	483日	
低所得者(所得第3段階以下)の割合※4		80.9%	60.4%	57.2%	
医師の配置基準		必要数(非常勤可)	常勤1以上 / 100:1以上	3以上 / 48:1以上	
医療法上の位置づけ		居宅等	医療提供施設	病床	

※1の割合は介護サービス施設事業所調査(平成26年)、※2は介護給付費等実態調査(28年4月審査分。地域密着型を含む)、※3は介護給付費実態調査(平成25年度)(老健局高齢者支援課による特別集計)、※4は介護サービス施設事業所調査(平成26年)より。  
※2の数値は地域密着型介護老人福祉施設を含む。

# 高齢者向け住まい・施設の定員数

○ 高齢者向けの住まいは、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に増加傾向にある。

(単位:人・床)



※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月審査分)【H14~】(定員数ではなく利用者数)」による。  
 ※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。  
 ※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。  
 ※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H25社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24・25は基本票の数値。  
 ※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。  
 ※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。

# 基本的な取扱い①

## 介護保険施設における介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

○ 医療サービスは、施設により介護保険又は医療保険から給付される範囲が異なる。

※ 介護療養型医療施設においては、入院患者に対して、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費を算定できる。

※ 介護老人保健施設においては、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設療養費を算定できる。

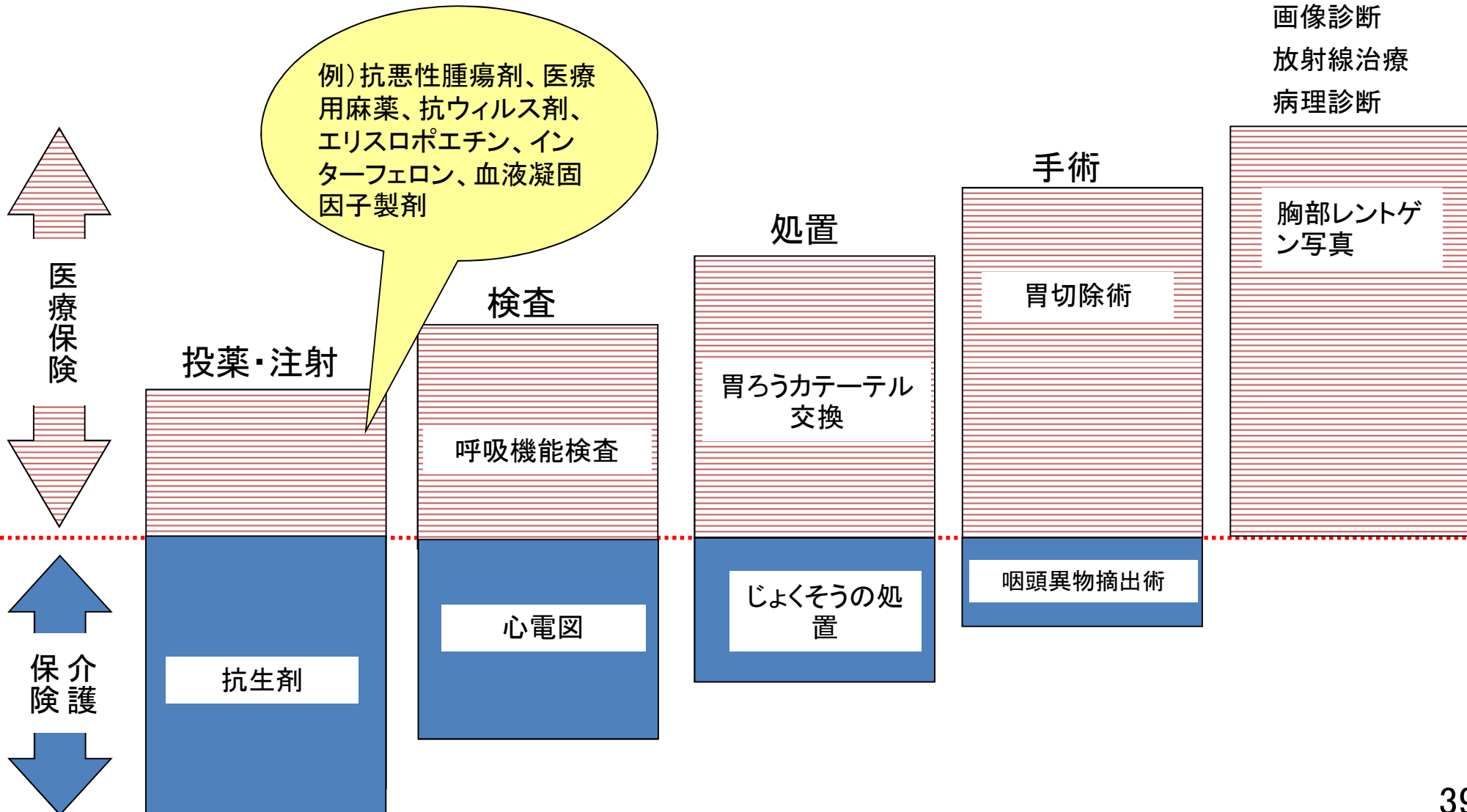
手術・放射線治療 急性増悪時の医療等	緊急時施設療養費			医療保険で給付
特殊な検査 (例:超音波検査など) 簡単な画像診断 (例:エックス線診断など)				
投薬・注射 検査(例:血液・尿など) 処置(例:創傷処置など)	特定診療費	介護保険で給付		
医学的指導管理				
	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	

(※)上図はイメージ(例えば、簡単な手術については介護老人保健施設サービス費に包括されている)。

## 基本的な取扱い②

# 介護老人保健施設における給付調整の具体的なイメージ

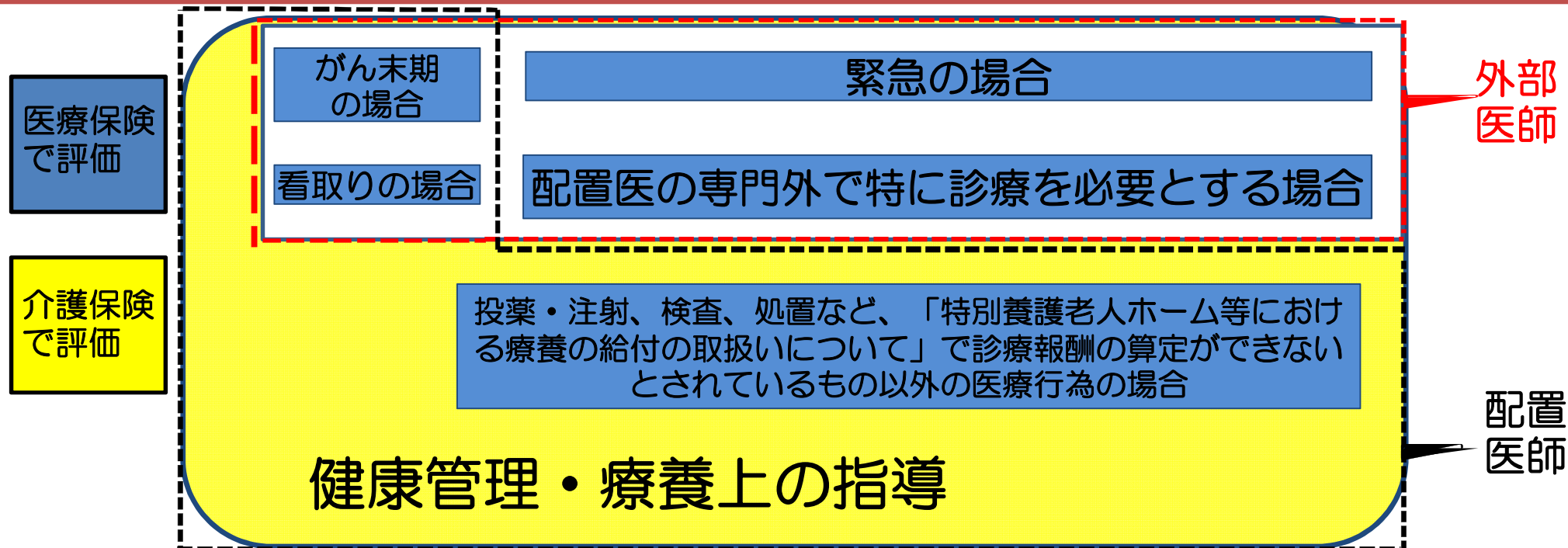
- 検査・処置等のうち一般的なものについては介護保険の基本施設サービス費に包括されているため、医療保険からは給付されない。



# 基本的な取扱い③

## 介護老人福祉施設（特養）における介護保険と医療保険との調整（イメージ）

- 介護老人福祉施設（特養）は、入所者に対し、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、配置医師の医療行為は、介護保険と医療保険とで調整の上、評価されている。
- 外部医師（配置医師以外の医師）については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発0331002号）において、i)緊急の場合、ii)配置医師の専門外の傷病の場合のほか、iii)末期の悪性腫瘍の看取りや、iv)在宅療養支援診療所等の医師による看取りの場合には入所者を診ることができるとされている。



※1: 特養の配置医師の健康管理及び療養上の指導は介護報酬で評価されているため、初診・再診料や往診料、一部の管理料・指導料等については、診療報酬の算定はできない。

※2: 例えば、特養の入所者(患者)については原則として「在宅患者訪問診療料」の算定の対象とはならないが、①その入所者(患者)が末期の悪性腫瘍である場合、②その入所者を特別養護老人ホームにおいて看取った場合は算定可能。なお、看取った場合の「在宅患者訪問診療料」の算定については、在宅療養支援診療所(病院)又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により死亡日から遡って30日間に行われたものに限られている。



# 基本的な取扱い④

## 介護保険施設への訪問看護の給付調整

○ 介護保険施設への訪問看護は、看護職員の配置の有無を原則として給付調整が行われている。

### 介護保険

#### 看護職員の配置がある施設①

〔 介護療養型医療施設、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護、介護老人保健施設 〕

看護、医学的管理の下における介護、必要な医療等

#### 看護職員の配置がある施設②

〔 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設  
短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護（特別養護老人ホームに限る） 〕

日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話

#### 看護職員の配置がある施設③

〔 特定施設（指定特定施設、地域密着型特定施設、指定介護予防特定施設に限る） 〕

相談・助言、日常生活上の世話、機能訓練等

#### 看護職員の配置がない施設

社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を受けている者を除く）  
小規模多機能型居宅介護又は複合型サービス（宿泊サービスに限る）  
認知症対応型グループホーム

日常の生活上の世話、機能訓練等

#### 居宅、養護老人ホーム・有料老人ホーム・軽費老人ホーム（特定施設以外）

※介護保険の訪問看護

#### 訪問看護

以下の患者に限る  
・がん末期の患者、  
・精神科訪問看護（認知症患者を除く）が必要な患者

#### 訪問看護

以下の患者に限る  
・がん末期等の患者  
・急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要な患者  
・精神科訪問看護（認知症患者を除く（精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者はこの限りではない））が必要な患者

外部の訪問  
看護ステーション  
等との連携  
（加算）  
健康管理

医療  
保険

# ターミナルケアに関連する介護報酬上の主な評価

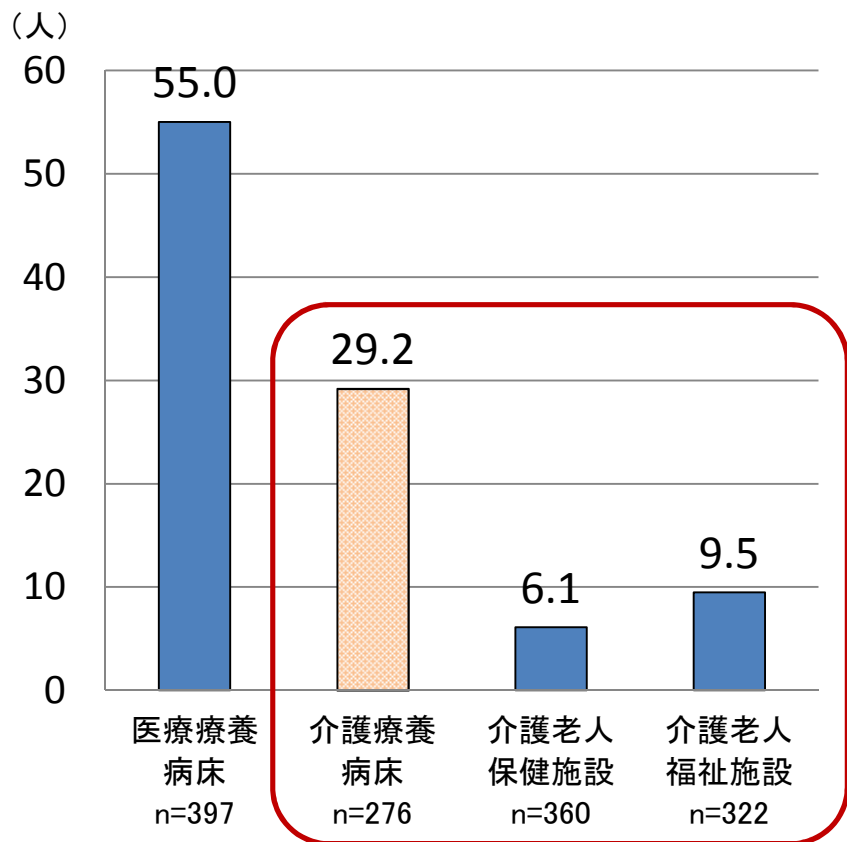
	介護老人福祉施設	介護老人保健施設 (介護療養型老人保健施設)	介護療養型医療施設	認知症対応型グループホーム	特定施設入居者生活介護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	訪問看護
加算等	看取り介護加算	ターミナルケア加算	療養機能強化型 (加算ではなく、施設サービス費の要件で医療ニーズ・ターミナルケアへの対応を評価)	看取り介護加算	看取り介護加算	看取り連携体制加算	ターミナルケア加算	ターミナルケア加算
算定要件(概要)	<p>【入所者基準】</p> <p>○医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。</p> <p>○入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者であること。</p> <p>○指針に基づき、入所者の状態等に応じ随時、介護記録等を活用し行われる介護について説明を受け、同意して介護を受けている者であること。</p> <p>【施設基準】</p> <p>○常勤看護師を配置し、看護職員との連携による24時間連絡できる体制を確保すること。</p> <p>○看取りに関する指針を定め、入所の際に、内容を説明し、同意を得ていること。</p> <p>○医師、看護・介護職員等による協議の上、適宜指針の見直しを行うこと。</p> <p>○看取りに関する研修を行っていること。</p> <p>○看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。</p>	<p>○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こと。</p> <p>○入所者又はその家族等の同意を得て、当該入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること。</p> <p>○医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者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こと。</p>	<p>(療養機能強化型Aの場合)</p> <p>○重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が100分の50以上であること。</p> <p>○喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が100分の50以上であること。</p> <p>○介護老人保健施設のターミナルケア加算に係る算定要件(左記)のいずれにも適合する者の占める割合が100分の10以上であること。</p> <p>○生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。</p> <p>○地域に貢献する活動を行っていること。</p> <p>※医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。</p>	<p>【入居者基準】</p> <p>○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こと。</p> <p>○入居者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者であること。</p> <p>○指針に基づき、入所者の状態等に応じ随時、介護記録等を活用し行われる介護について説明を受け、同意して介護を受けている者であること。</p> <p>【施設基準】</p> <p>○看取りに関する指針を定め、入居の際に、内容を説明し、同意を得ていること。</p> <p>○医師、看護・介護職員等による協議の上、適宜指針の見直しを行うこと。</p> <p>○看取りに関する研修を行っていること。</p> <p>※医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。</p>	<p>【利用者基準】</p> <p>○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こと。</p> <p>○利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者であること。</p> <p>○指針に基づき、利用者の状態等に応じ随時、医師等の相互連携の下、介護記録等を活用し行われる介護について説明を受け、同意して介護を受けている者であること。</p> <p>【施設基準】</p> <p>○看取りに関する指針を定め、入居の際に、内容を説明し、同意を得ていること。</p> <p>○医師、看護・介護職員等による協議の上、看取りの実績等を踏まえ適宜指針の見直しを行うこと。</p> <p>○看取りに関する研修を行っていること。</p>	<p>【利用者基準】</p> <p>○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こと。</p> <p>○看取り期における対応方針に基づき、登録者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等登録者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者であること。</p> <p>【施設基準】</p> <p>○看護師により24時間連絡できる体制を確保していること。</p> <p>○看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。</p> <p>※看護職員配置加算(1)を算定していない場合は、算定しない。</p>	<p>○死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護を行っている場合に算定。</p> <p>○24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備していること。</p> <p>○主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。</p> <p>○ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。</p>	<p>○死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護を行っている場合に算定。</p> <p>○24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備していること。</p> <p>○主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。</p> <p>○ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。</p>

# 介護保険施設における看取り・ターミナルケアの実施状況

## 100床あたり年間看取り実施人数

(平成24年9月1日からの1年間で看取った人数／100床／年)

※「看取り」を定義せず、その実施件数を質問したもの

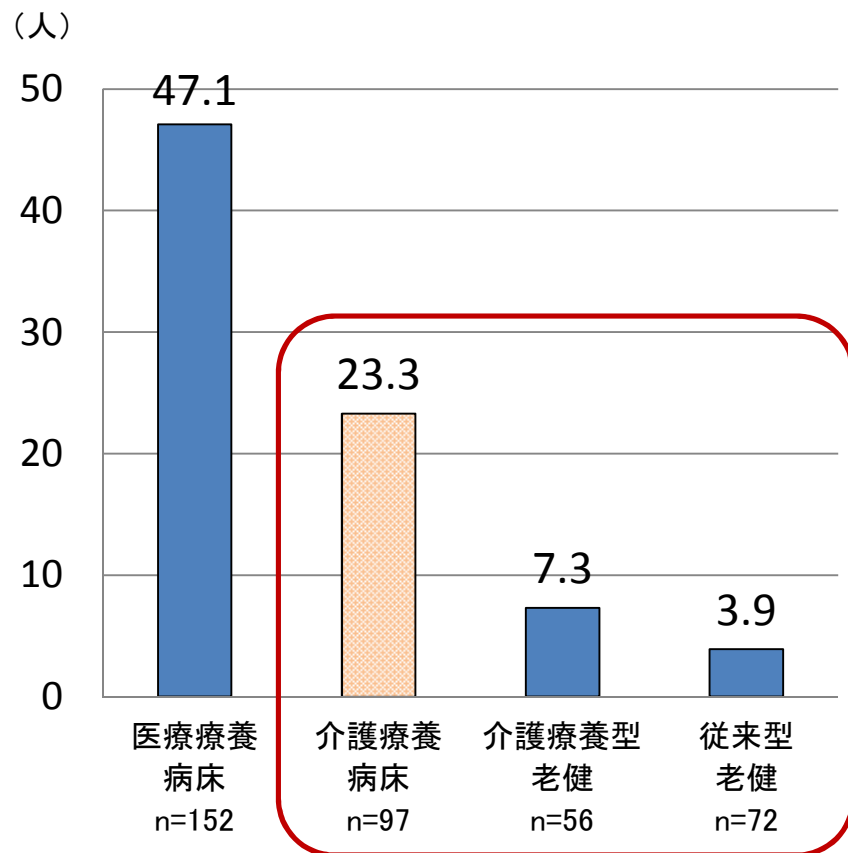


【出典】平成25年度老人保健健康増進等事業  
「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」  
(みずほ情報総研株式会社)

## 100床あたり年間ターミナルケア実施人数

(平成24年10～11月の調査基準日より遡って1年間に実施したケア)

※「ターミナルケア」を定義せず、その実施人数を質問したもの

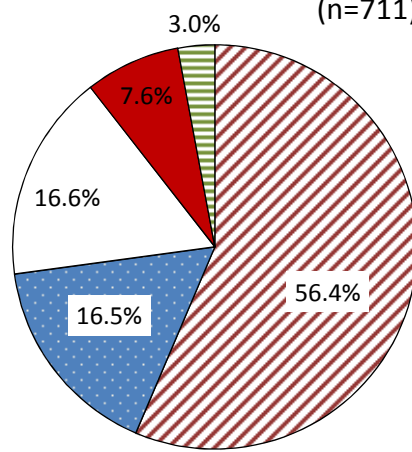


【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業  
「療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業」(一般社団法人日本慢性期医療協会)

# 介護保険施設における看取りに関する計画の策定状況

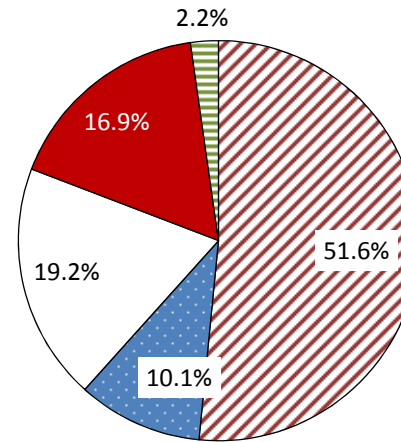
## ①特別養護老人ホーム

(n=711)



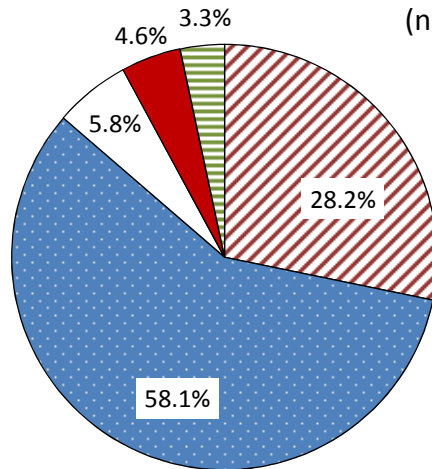
## ②老人保健施設

(n=803)



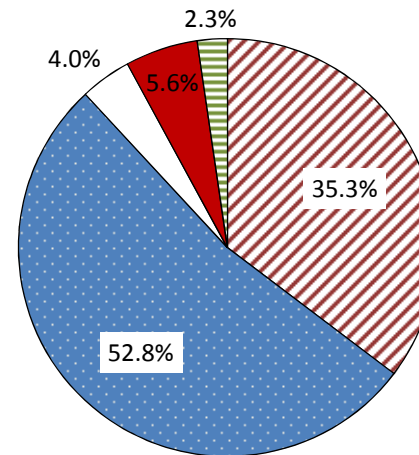
## ③介護療養病床

(n=747)



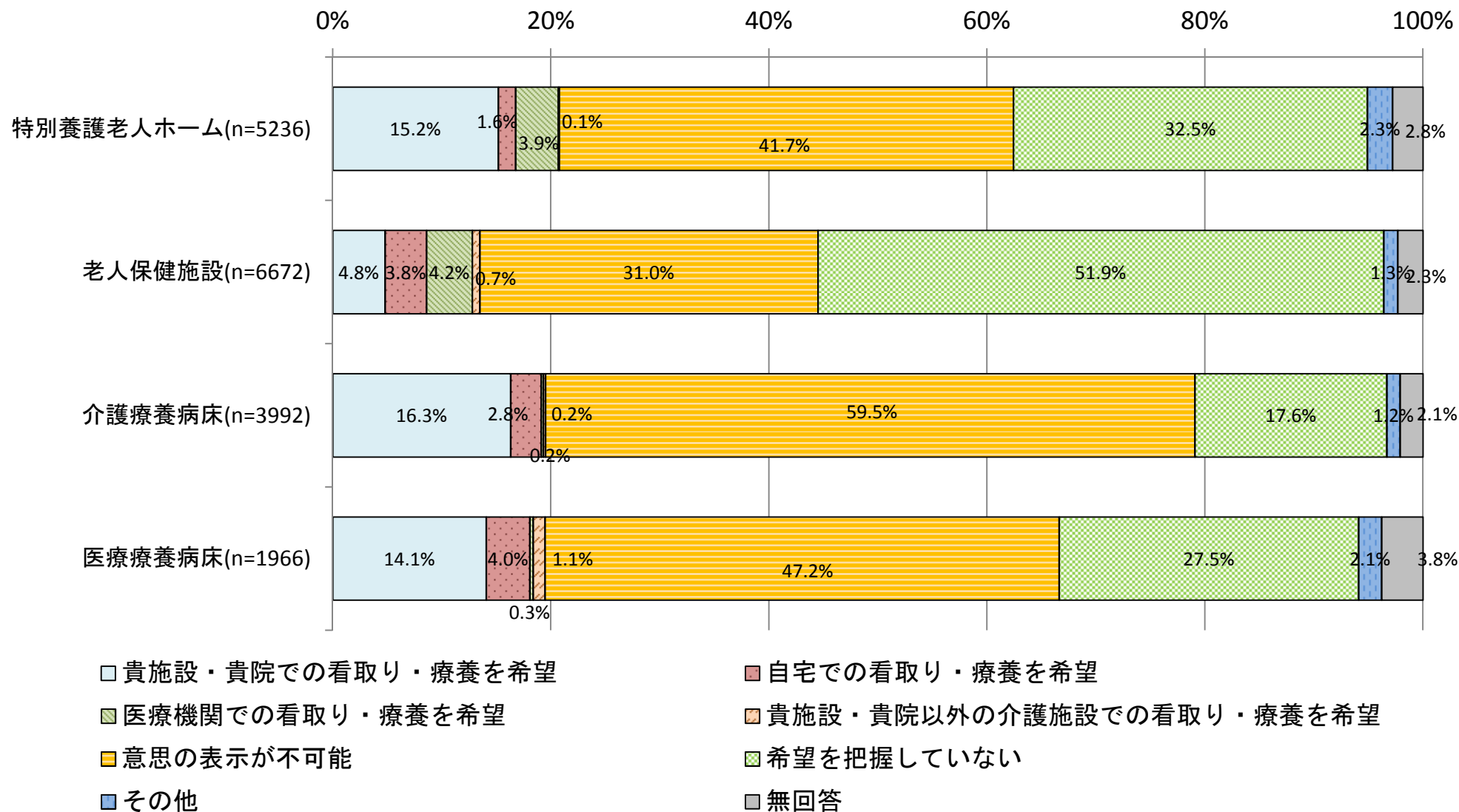
## ④医療療養病床

(n=303)



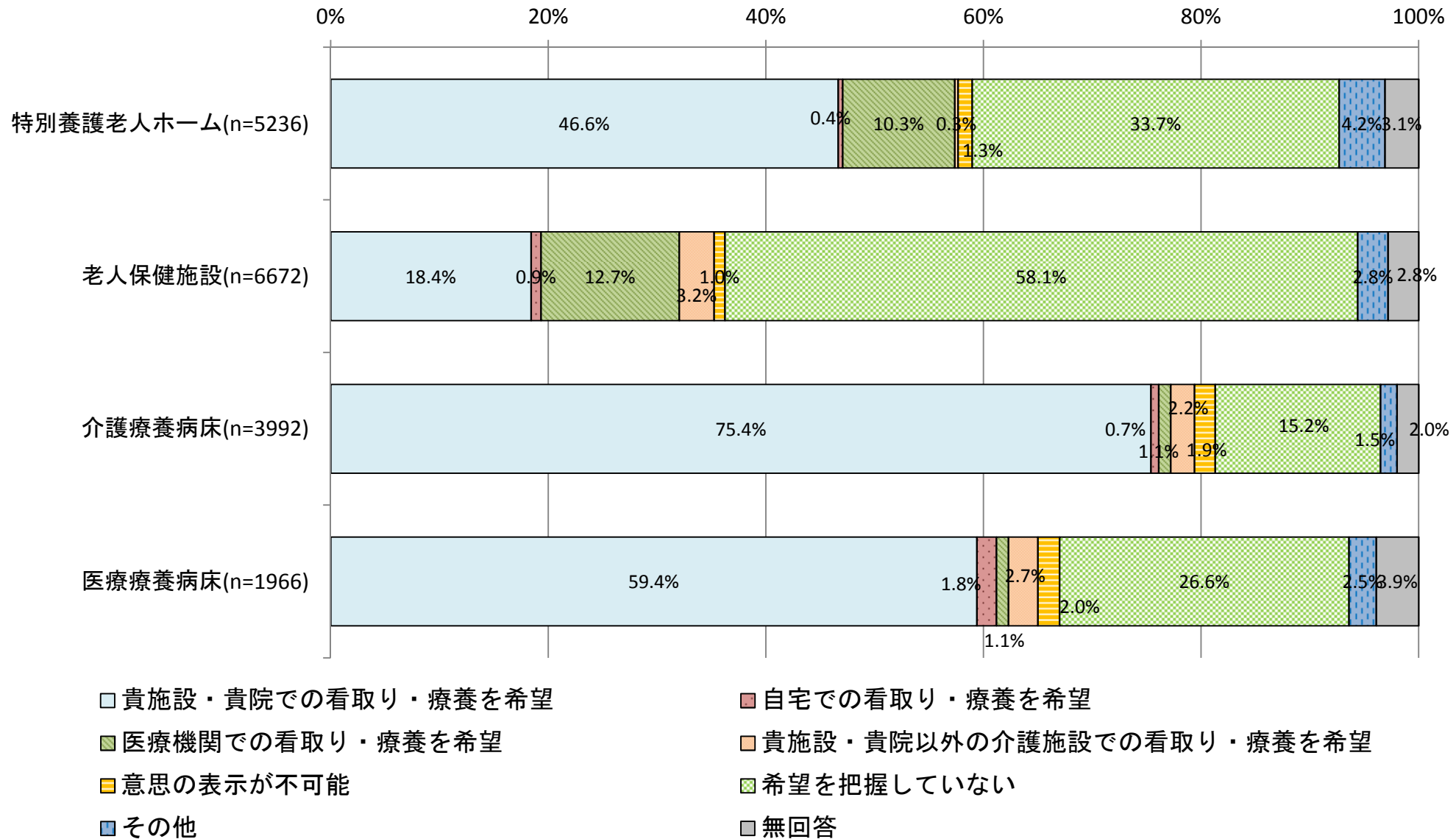
- 看取り期に入った利用者に対し、個別に看取り計画を立てて看取りを行っている
- 看取り期に入った利用者に対し看取りは行っているが、看取りの計画は立てていない
- 看取りは行っていないが、今後条件が整えば対応を考えたい
- 看取りは行っておらず、今後も対応する予定はない(考えていない)
- 無回答

# 介護保険施設における看取りの場に関する本人の希望



※ n: 入院・入所者件数  
 (出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」

# 介護保険施設における看取りの場に関する家族の希望

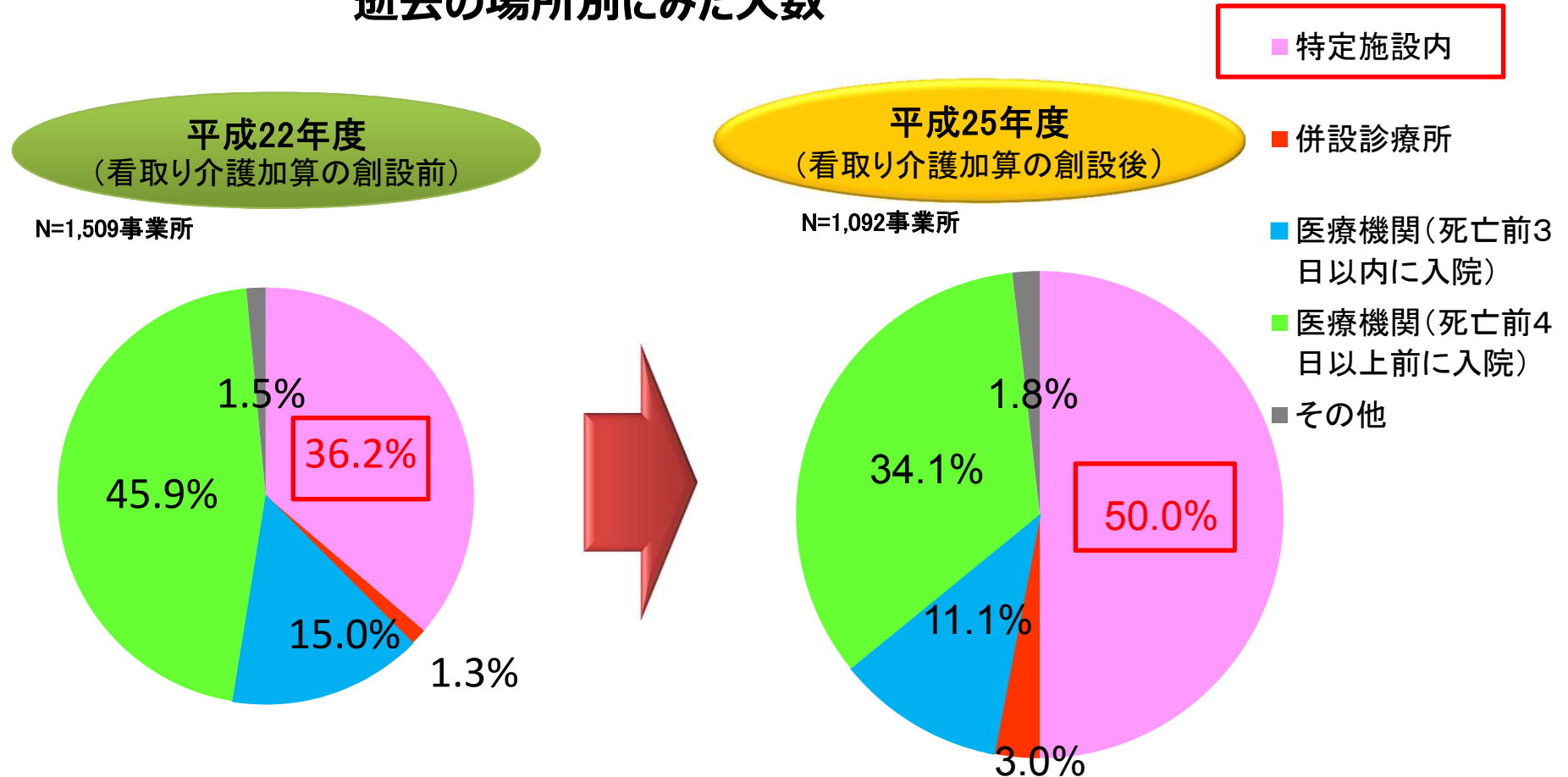


※ n: 入院・入所者件数  
 (出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」

# 特定施設入居者生活介護における看取りの状況

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。（3年間で14%増加）

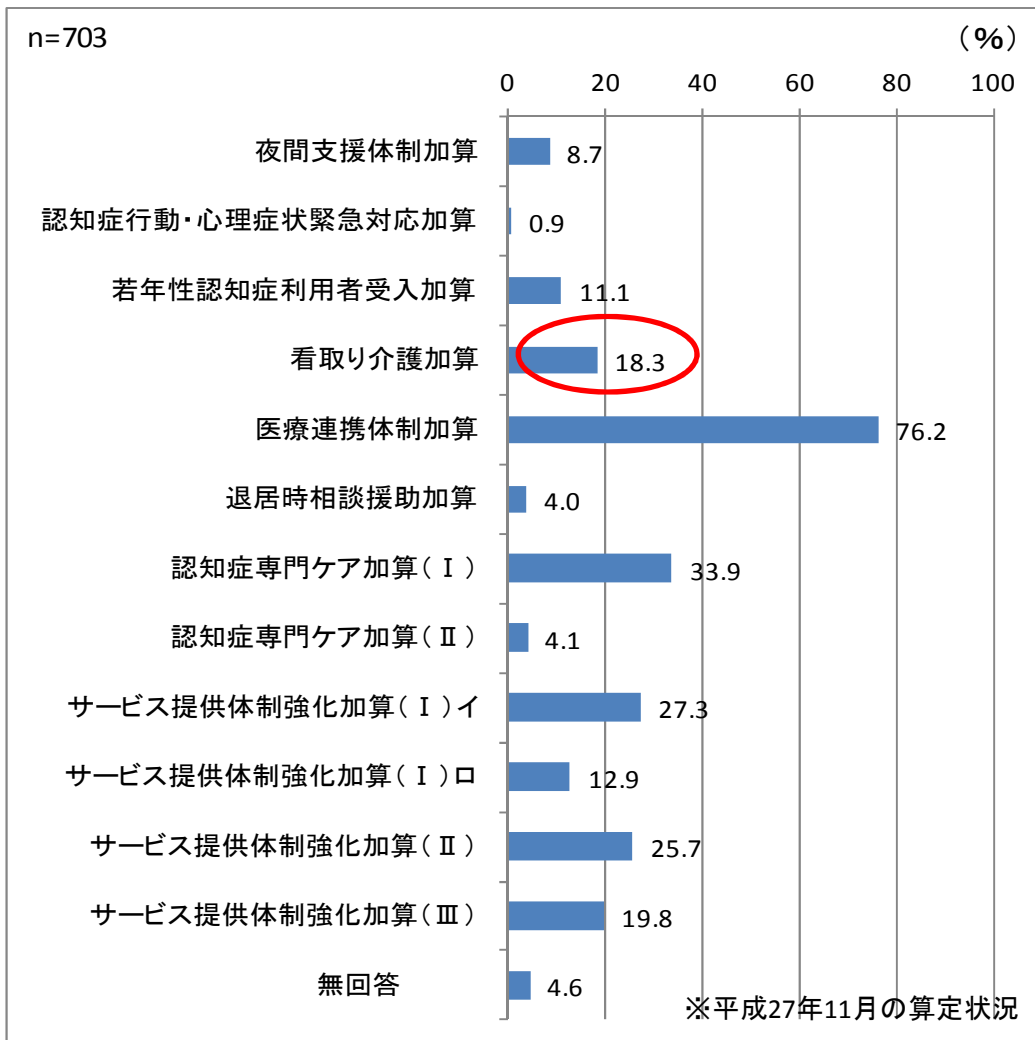
## 逝去の場所別にみた人数



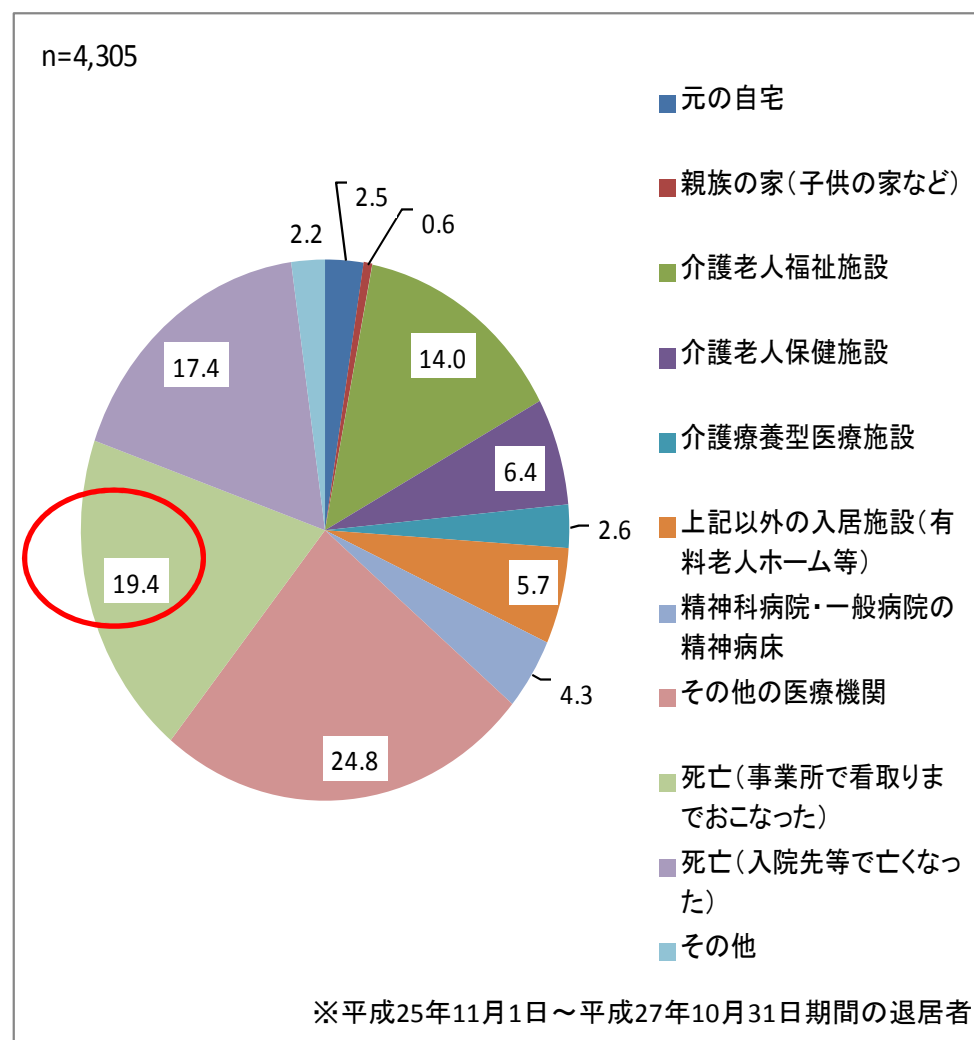
# 認知症対応型共同生活介護における加算の算定状況と看取りの実施状況

○ 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

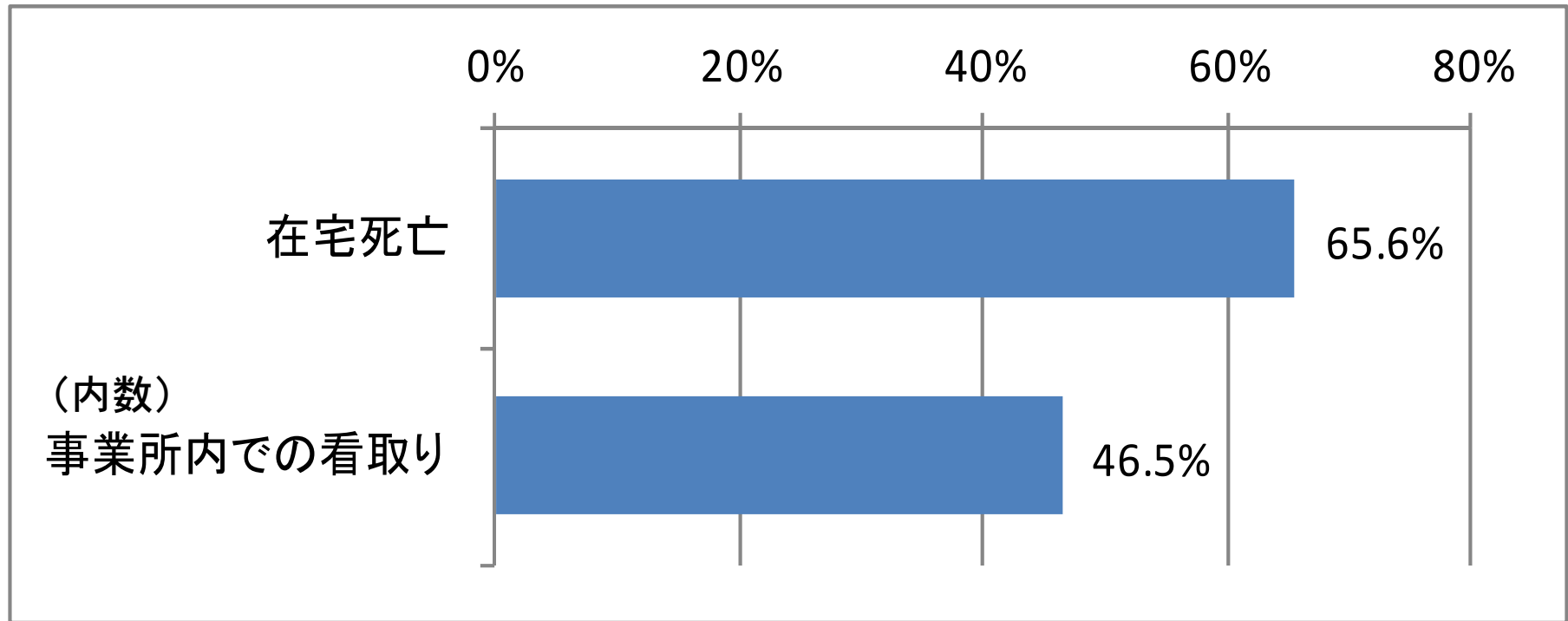
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」



# 看護小規模多機能型居宅介護における看取りの現状

- 1年間の利用終了者のうち、在宅死亡による終了者がいた事業所が65.6%、そのうち事業所内での看取りがあった事業所が46.5%であった。

## ■ 1年間利用終了者のうち、在宅死亡者がいた事業所、事業所内看取りを行った事業所の割合 (n=157) (平成26年10月～平成27年9月)



出典：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究にかかる調査「看護小規模多機能型居宅介護サービス提供の在り方に関する調査研究事業」

# 【テーマ1】 看取り

1. 看取りを巡る状況

2. 場所に応じた看取りの現状と報酬上の評価

①在宅

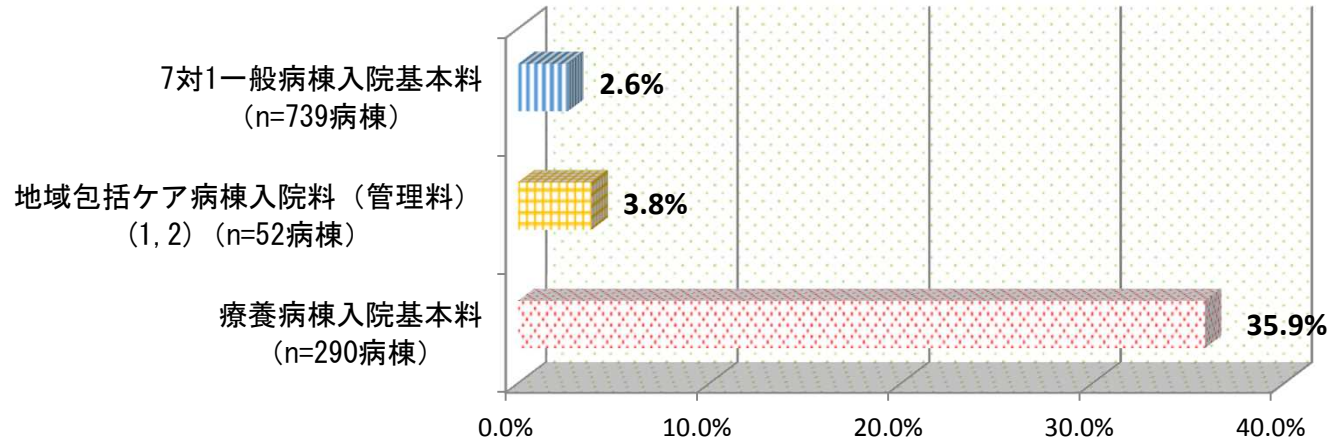
②介護保険施設等

③医療機関

# 医療機関での看取りの状況①

## ■ 医療機関における各病棟での死亡退院の平均割合

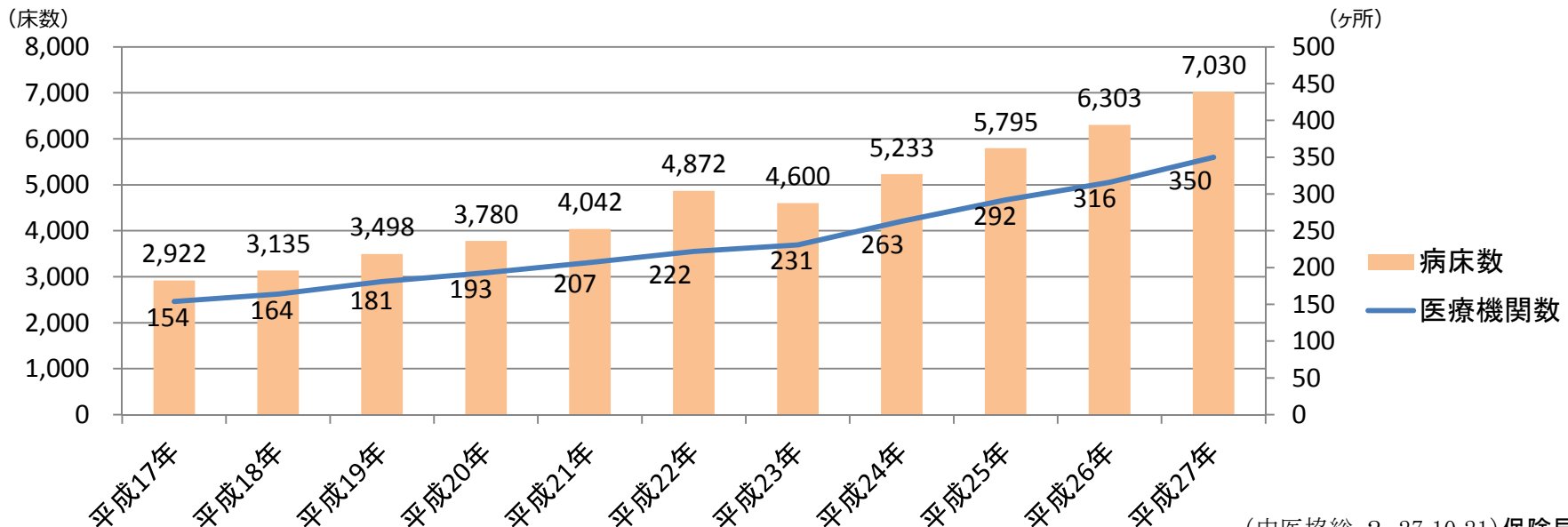
(平成26年10月の1か月間)



出典 平成26年度入院医療等の調査

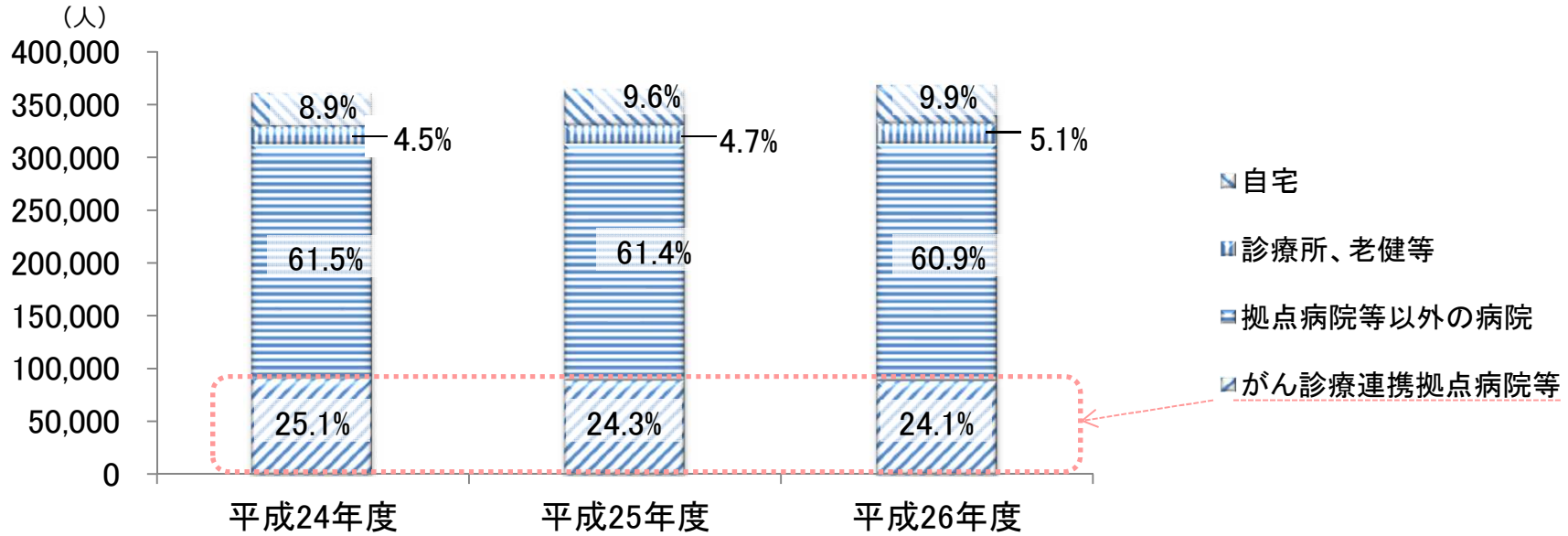
## ■ 緩和ケア病床の推移

緩和ケア病棟入院料を届出ている医療機関数・病床数は、年々増加している。



# 医療機関での看取りの状況②

## ■ がん患者の看取りの場所



出典 厚生労働省人口動態統計、  
がん診療連携拠点病院現況報告のデータに基づいてがん・疾病対策課で作成

## ■ 一般病院の緩和ケアの状況

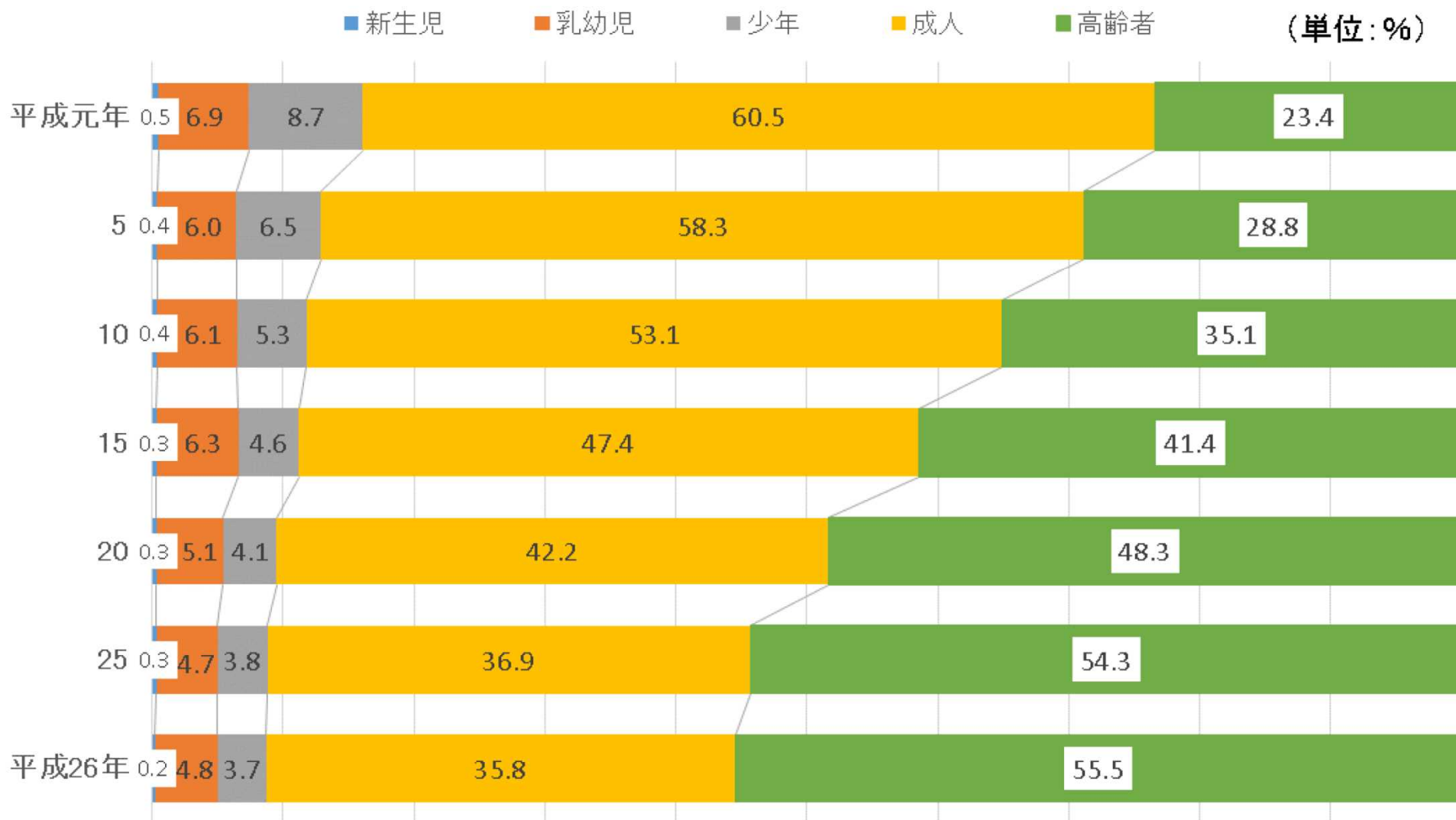
平成26（2014）年10月1日現在

緩和ケア病棟				緩和ケアチーム			
			構成割合 (%)				構成割合 (%)
一般病院	7 426	施設	100.0	一般病院	7 426	施設	100.0
緩和ケア病棟あり	366	施設	4.9	緩和ケアチームあり	991	施設	13.3
病床数	6 997	床	...	9月中の患者数	28 042	人	...
9月中の取扱患者延数	106 235	人	...	(再掲) 新規依頼患者数	7 793	人	...
緩和ケア病棟なし	7 060	施設	95.1	緩和ケアチームなし	6 435	施設	86.7

出典 平成26年医療施設調査

# 年齢区分別搬送人員構成比率の推移

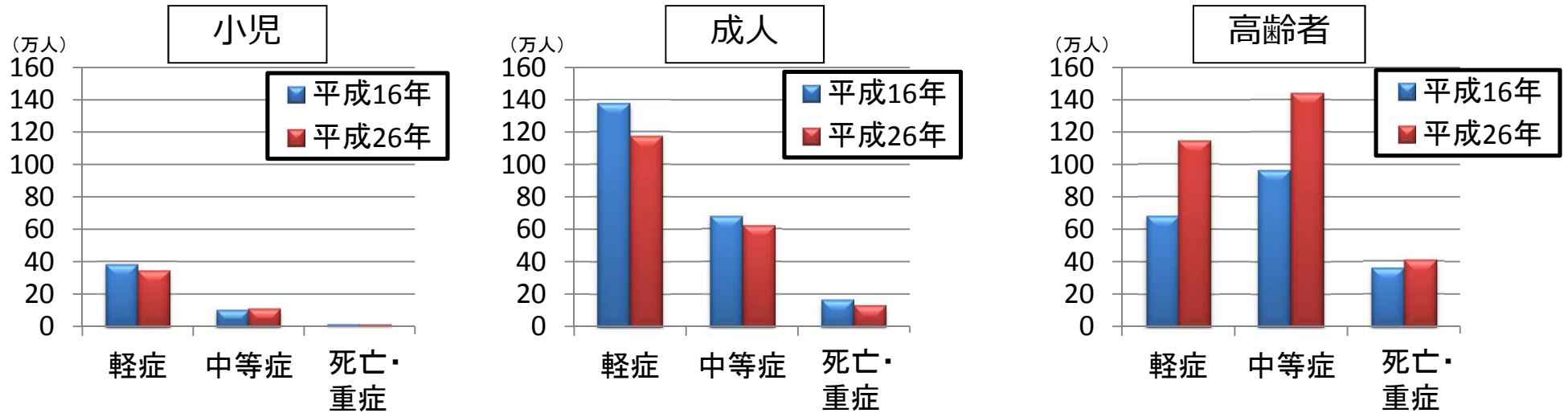
○ 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にあり平成26年には5割以上を占めている。



(平成27年度版 救急・救助の現況)

# 10年間の救急搬送人員の変化（年齢・重症度別）

○ 救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成16年中

	小児	成人	高齢者
死亡・重症	1.5万人	16.4万人	36.1万人
中等症	10.3万人	67.9万人	96.7万人
軽症	38.5万人	137.8万人	68.5万人

平成26年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡・重症	1.2万人 0.3万人減 -20%	13.0万人 3.4万人減 -21%	40.9万人 4.8万人増 +13%
中等症	11.1万人 0.8万人増 +1%	62.2万人 5.7万人減 -8%	144.2万人 47.5万人増 +49%
軽症	34.6万人 3.9万人減 -10%	117.7万人 20.1万人減 -15%	114.6万人 46.1万人増 +67%

死亡：初診時において死亡が確認されたもの  
 重症：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの  
 中等症：傷病程度が重症または軽症以外のもの  
 軽症：傷病程度が入院加療を必要としないもの