

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第3回） 議事次第

令和5年5月18日(木) 15:00～
於 オンライン開催

議 題

○人生の最終段階における医療・介護

○訪問看護

出席者一覽

- ・池端 幸彦 日本慢性期医療協会副会長
- ・稲葉 雅之 民間介護事業推進委員会代表委員
- ・江澤 和彦 日本医師会常任理事
- ・小塩 隆士 一橋大学経済研究所教授【中央社会保険医療協議会会長】
- ・田中 志子 日本慢性期医療協会常任理事
- ・田辺 国昭 国立社会保障・人口問題研究所所長
【社会保障審議会介護給付費分科会会長】
- ・田母神 裕美 日本看護協会常任理事
- ・長島 公之 日本医師会常任理事
- ・濱田 和則 日本介護支援専門員協会副会長
- ・林 正純 日本歯科医師会常務理事
- ・東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
- ・古谷 忠之 全国老人福祉施設協議会参与
- ・松本 真人 健康保険組合連合会理事
- ・森 昌平 日本薬剤師会副会長

(五十音順 敬称略)

【テーマ6】人生の最終段階における医療・介護

—目次—

1. 現状	2
(1) 総論	2
1) 死亡の場所について	2
(2) 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について	2
1) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスの考え方	2
2) 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援に係る取組の現状	3
3) 本人の意思確認が困難な場合の意思決定支援について	5
4) 尊厳ある死を視野に入れた人生の最終段階について	6
(3) 本人の意思に基づく医療・介護の提供について	7
1) 総論	7
2) 意思決定に関する情報の共有について	7
3) 緩和ケアの提供について	8
4) 本人の望む場所での看取りを行うための医療・介護の提供について	10
2. 主な課題	12
(1) 人生の最終段階における意思決定支援について	12
1) 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援に係る取組	12
2) 本人の意思確認が困難な場合の意思決定支援について	13
(2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供について	14
1) 意思決定に関する情報の共有について	14
2) 緩和ケアの提供について	14
3) 本人の望む場所での看取りを行うための医療・介護の提供について	15
3. 検討の視点	16
(1) 人生の最終段階における意思決定支援について	16
1) 総論	16
2) 本人の意思確認が困難な場合の意思決定支援について	16
(2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供について	16
1) 意思決定に関する情報の共有について	16
2) 緩和ケアの提供について	16
3) 本人が望む場所での看取りの提供について	17

1 現状

(1) 総論

1) 死亡の場所について [参考資料 p3～7]

- 近年の死亡の場所は、自宅や介護施設等における死亡割合が増加しており、令和3年における死亡場所は、医療機関が67%、自宅が17%、介護施設・老人ホームが14%となっている。
- 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（以下「意識調査」という。）によると、「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」、最期を迎えたい場所を自宅としている一般国民の割合は43.8%（速報値。以下「意識調査」による数値は全て同じ。）であり、医療機関としている割合が41.6%である一方、それまでの医療・ケアを受けたい場所は、自宅が27.3%であり、医療機関が54.8%である。

(2) 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援について

1) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスの考え方

[参考資料 p9～11]

- 「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」（以下「ガイドライン」という。）の解説編では、人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきたとされている。
- また、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える人生の最終段階とはいいいながらその態様や患者を取り巻く環境も様々なものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきたとされている。
- しかしながら、人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、厚生労働省において、平成19年に「終末期医

療に関するガイドライン」として、初めてのガイドラインが策定された。以降3回改訂し、その度に周知を行っている。

- 特に、平成30年の見直しでは、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、医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることが明確化されるとともに、名称に「ケア」が追加された。
- ガイドラインの解説編では、人生の最終段階における医療・ケアの在り方について、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、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則とされている。
- さらに、時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうることや、その後本人が自ら意思を伝えられない状態になる可能性があることから、あらかじめ本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援を行うとともに、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが必要とされている。

2) 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援に係る取組の現状

[参考資料 p12~28]

- これまで、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意思決定支援に関する取組については、ガイドラインの策定、国・自治体等による普及啓発、診療報酬や介護報酬への反映などによって推進してきた。

(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)

- 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については、意識調査によると、「人生の最終段階で受け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る」と思うかについて、「詳しく話し合っている」または「一応話し合っている」と回答した一般国民の割合は29.9%である。
- また、医療・介護従事者が担当患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて十分話し合いを行っているかについて、「十分行っている」及

び「一応行っている」と回答した医師が 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」と回答している。

- 次に、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 割と続く。

一方、「人生の最終段階に限ることなく、日々の診察の中で話し合っている」としたのは医師で 21.8%、看護師で 19.5%、介護支援専門員で 15.2%である（複数回答）。

（在宅医療・介護連携推進事業における取組）

- 平成 26 年に地域支援事業の一つに位置付けられた在宅医療・介護連携推進事業において、地域の実情に応じて特に医療と介護の連携が必要となる 4 つの場面の一つに「看取り」が挙げられており、PDCA サイクルに沿って事業実施ができるよう継続的な取組がなされている。

- 令和 4 年度の在宅医療・介護連携推進事業における調査では、「看取り」にかかる取組について、58.8%の自治体が「取り組んでいる」、9.2%の自治体が「今後取り組む予定である」と回答している。なお、「取り組んでいる」もしくは「今後取り組む予定である」と回答した自治体の中で、「人生の最終段階における意思決定支援等の施策（ノート、パンフレットの作成、記入支援等を含む）」が 71.9%と最も多く、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 51.0%であった。

（診療報酬・介護報酬での対応状況）

- 診療報酬においては、人生の最終段階における医療・ケアに係る適切な意思決定支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟や在宅療養支援診療所・病院等における、ガイドライン等の内容を踏まえた適切な意思決定支援の指針（以下「人生の最終段階における意思決定に係る指針」という。）の作成等を求めている。
- 令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（以下「令和 4 年度検

証調査」という。)によると、在宅医療を提供する医療機関のうち、「人生の最終段階における意思決定に係る指針」を作成している医療機関は 52.2%である。

また、当該指針を作成している医療機関の 91.4%が、「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」を指針として定めている医療機関は 76.2%である。

- 介護保険においては、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、令和3年度介護報酬改定において、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件で、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見直しを実施した。

3) 本人の意思確認が困難な場合の意思決定支援について [参考資料 p29～39] (方向性)

- ガイドラインの解説編では本人の意思が確認できない場合には家族等の役割がいっそう重要になるとされている。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、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、その者を含めてこれまでの人生観や価値観、どのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、本人の意思が推定しやすくなるとされている。

その場合にも、本人が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要である。

- 認知症施策推進大綱においては、特に認知症等により意思決定に困難を抱える場合には、例えば療養する場所や延命処置等について、将来選択を行わなければならない場面が来ることを念頭に、あらかじめその在り方について検討することが必要とされており、意思決定が困難な認知症高齢者に対して尊厳が尊重された医療・介護の提供が重要である。

(家族等による支援状況と家族支援の状況)

- 意識調査によると、一般国民において「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」(複数回答)を家族と回答した割合は 92.3%である。

家族による支援が重要である一方で、「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」（複数回答）について、「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%である。

（認知症の人の意思決定支援）

- 認知症高齢者数は、平成 24 年で 462 万人と推計されており、令和 22 年には約 800～950 万人（65 歳以上の高齢者の約 4～5 人に 1 人）に達するとされている。
- 一般国民の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について、「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」となった場合に、「最期をどこで迎えたいですか」への回答の 53.1%、「それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか」への回答の 50.1%が介護施設であり、末期がんや慢性の重い心臓病の場合に比べて介護施設を希望する者の割合が高い。
- 認知症の人の意思決定支援については、都道府県等で実施するかかりつけ医認知症対応力向上研修等の中で、意思決定支援を含めた認知症患者の早期発見・早期対応をすることを推進している。
- 令和 4 年度検証調査によると、在宅医療が提供され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以上の者の割合は 56.4%であり、認知症高齢者の日常生活自立度が低いと、人生の最終段階における医療・ケアの方針を共有している割合も低くなる傾向にある。

4) 尊厳ある死を視野に入れた人生の最終段階について [参考資料 p40]

- 平成 25 年にとりまとめられた社会保障制度改革国民会議報告書においては、医療の在り方について、死生観・価値観の多様化も進む中、医療提供者の側だけでなく、医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素とされ、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた Quality of Death（以下「QOD」という。）も射程に入れた人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であると報

告されている。

- こうした観点からも、人生の最終段階における医療・介護については、適切な意思決定支援のもと、患者の希望する医療・介護が十分に提供されることが望ましい。
- なお、QOD には大きな関心が寄せられており、緩和ケアの提供体制、緩和ケアのトレーニングを受けた医療者数、支払い可能か、ケアの質、地域の関与を指標として評価することが提案されており、そのランク付の妥当性や評価方法の課題が指摘されているものの、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おり、今後日本においても QOD の指標の議論も期待されているところ。

(3) 本人の意思に基づく医療・介護の提供について

1) 総論 [参考資料 p42]

- ガイドラインでは時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化するものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要であり、この際、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、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要であるとされている。
- こうした観点からも、患者の希望する医療・介護の情報を必要に応じて本人及びその家族等に関わる多職種間で共有しておく体制と、患者・利用者本人の希望する医療・介護を適時・適切に提供できる体制が重要となる。

2) 意思決定に関する情報の共有について [参考資料 p43～48]

- 話し合った内容については、文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要である。
- 意識調査において、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合った内容の医療・ケアチームとの情報の共有状況については、「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。

- 令和 4 年度検証調査において、「人生の最終段階における意思決定支援に係る指針」を作成している在宅医療を提供している医療機関のうち、88.8%が意思決定の「話し合いの内容について、関係者と共有すること」を指針として定めている。一方、それらの医療機関のうち、その内容の実施にあたっての評価として「達成」または「おおむね達成」としたのは 81.2%となっている。
- また、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報の共有方法について、「話し合いの内容について、関係者と共有すること」を指針として定めている在宅医療を提供する医療機関においては、対面による共有が 74.9%と多い中、電子掲示板が 6.3%、や地域連携ネットワークが 5.9%である等、時間や場所を選ばない共有手段を活用している医療機関も存在する。
- 情報の共有については本人の意思が変化しうることを前提として、ICT を活用し、繰り返し意思決定に関わる本人やその家族等の発言などを医療・介護従事者で共有する取組みをしている例もある。

3) 緩和ケアの提供について [参考資料 p49～71]

- ガイドラインでは、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・ケアを行うことが必要であるとされている。
- 意識調査において、一般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%であり、次いで「体や心の苦痛なく過ごせること」が 60.2%であった（複数回答）。
- がん疾患に対する緩和ケアは、がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対して、在宅や高齢者施設等においても適切に提供されることが必要である。

第 8 次医療計画においても個々の医療機能を踏まえ、医療機関の連携により、保健、医療及び介護サービスが連携・継続して、外来、入院、在宅など様々な場面における切れ目のない緩和ケアが実施される体制の構築を推進している。

(診療報酬における緩和ケアの現状)

- 診療報酬においては、累次の見直しによって居宅等においても質の高い緩和ケアを提供することや、緩和ケアチームによる緩和ケアを提供することを推進してきており、居宅等における緩和ケア医療の提供を評価した在宅がん医療総合診療料の算定回数は増加傾向である。

また、訪問看護においては、緩和ケアに関する専門の研修を受けた看護師による、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に対する専門的な管理を含む訪問看護の実施等を評価している。

(薬局の麻薬調剤等への対応状況)

- 自宅や高齢者施設等において緩和ケアを実施する場合、薬局が麻薬調剤等に対応することが求められるが、全国で麻薬調剤に対応可能な麻薬小売業免許を有している薬局は約8割、24時間対応可能な体制を整備している薬局は約3割であり、都道府県によってこれらの割合は異なっている。

- 第8次医療計画等の見直しに関する検討会における意見のとりまとめ等を踏まえ、都道府県が在宅医療の提供体制を構築するに当たって、地域において高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績を客観的に把握するため、「在宅医療の体制構築に係る指針」において指標例に麻薬及び無菌製剤の調剤の実績等が追加されている。

(がん以外の患者への緩和ケアの提供)

- 平成14年の世界保健機関（WHO）における緩和ケアの定義によると、緩和ケアの対象は、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族」とされており、緩和ケアの対象疾患はがんに限定されるものではないとされている。

- 「循環器疾患の患者に対する緩和ケアの提供体制のあり方に関するワーキンググループ」においては、心不全患者における苦痛は、多面的・複合的であり、このような苦痛を緩和するためには、患者の苦痛を身体的・精神心理的・社会的側面等の多面的な観点から有する、全人的な苦痛として捉え、患者やその家族の社会的・文化的・時代的背景や死生観も含めた価値観等の観点も踏まえた、対応（全人的なケア）が必要であるとされている。

診療報酬においては、平成30年度診療報酬改定で緩和ケア診療加算における対象患者に末期心不全を追加する等、がん以外の疾病の患者に対する

緩和ケアを評価している。

(介護保険施設における緩和ケア)

- 介護保険施設における緩和ケアの実施に際しては、基本的な処置や検査等の医療については介護保険からの給付となるが、介護保険施設における緩和ケア医療を充実する観点から、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）における末期悪性腫瘍の患者の訪問診療に係る費用や介護老人保健施設における抗悪性腫瘍剤に係る費用等については、医療保険で給付することとしている。
- 一方で、施設内で実施可能な医療として、疼痛管理（麻薬なし）が可能と回答した施設は、介護医療院で 69.2%、介護老人保健施設で 68.1%、特養で 42.4%であった。また、疼痛管理（麻薬使用）については、介護医療院で 46.2%、介護老人保健施設で 19.5%、特養で 15.7%であった。

4) 本人の望む場所での看取りを行うための医療・介護の提供について

[参考資料 p72～90]

- ガイドラインの解説編では、本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるために人生の最終段階における医療・ケアを進めていくことが重要であるとされている。

(第8次医療計画での対応)

- 第8次医療計画の「在宅医療の体制構築に係る指針」においても、住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行う体制を確保することを推進している。
- また、「救急医療の体制構築に係る指針」においては、居宅・介護施設の高齢者の救急医療について、医療関係者・介護関係者が、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニング（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こととしている。

(死亡場所と国民の最期を迎えたい場所)

- 看取りについて、近年の死亡の場所は、自宅や介護施設等における死亡が増加しており、令和3年における死亡場所は、医療機関が 67%、自宅が 17%、

介護老人保健施設・老人ホームが14%となっている。(再掲)

- 意識調査によると、「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」、最期を迎えたい場所を自宅としている一般国民の割合は43.8%であり、医療機関としている割合が41.6%である一方、それまでの医療・ケアを受けたい場所は、自宅が27.3%であり、医療機関が54.8%である。(再掲)

(国民の人生の最終段階における医療処置の希望)

- 意識調査において、人生の最終段階において医療処置を望む一般国民の割合について、「他の病気にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること」は57.2%、「口から水が飲めなくなった場合の点滴」は56.2%であったのに対し、「中心静脈栄養」は19.4%、「経鼻栄養」は11.8%、「胃ろう」は7.6%、「人工呼吸器」は11.6%、「蘇生処置」は20.7%という結果であった。

(救急現場における対応状況)

- 令和3年度「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」によると救急搬送への対応状況について、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をしている都道府県は35%とされている。
- 「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数調査」によると、家族等から消防に心肺蘇生を望まないと伝えられた傷病者に対して、心肺蘇生を中止した事例は20.5%であり、増加傾向にある。
また、全国の消防本部において、心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針を定めている消防本部は全体の61.6%、その中の45.7%は、心肺蘇生を中止または中断できる対応方針としている。
- 患者が希望する医療を確認する方法の例として、在宅看取りを希望する患者が看取りの状態になったが、主治医と連絡が取れない場合に、患者の家族等がとる手順を記載したカードをベッドサイドに置くといった取組み等がある。

(診療報酬・介護報酬におけるターミナルケア・看取りの状況)

- 診療報酬においては、患者が在宅での最期を迎えることも選択できるよ

うに推進する観点から、居宅等におけるターミナルケア・看取りについて、ターミナルケア加算や看取り加算の評価を拡充することで推進している。

また、在宅療養支援診療所や病院で看取りを行っている医療機関は全体の75.8%である。

○ 訪問看護ステーションにおけるターミナルケアの利用者は近年増加傾向であり、特に令和3年度は介護保険・医療保険とも顕著に増加した。

○ 介護報酬においては、施設類型毎に看取りに関する評価を行っている。

- ・ 介護医療院については、一定の割合の入所者に対しターミナルケアを実施していることが基本報酬の算定要件とされており、基本報酬の中での評価が行われている。
- ・ 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、死亡日以前の取組に対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、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以前のターミナルケアの実施を評価している。

○ 近年の介護報酬改定では看取り・ターミナルケアに係る報酬の評価が引き上げられるとともに、令和3年度の介護報酬改定では、特養等の看取り介護加算や介護老人保健施設のターミナルケア加算の算定日数が死亡日前30日から45日に延長された。

2 主な課題

(1) 人生の最終段階における意思決定支援について

1) 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定支援に係る取組

○ 意識調査において、人生の最終段階の医療・ケアについて、家族等や医療・介護従事者と話し合いを行っている一般国民の割合は約3割である現状や、患者・利用者本人と話し合いをほとんど行っていない医師が20.9%、看護

師が 26.4%、介護支援専門員が 25.0%と一定程度いることを踏まえ、医療・介護従事者による意思決定支援をさらに推進する必要がある。

- 「人生の最終段階における意思決定に係る指針」を策定していない在宅医療を行っている医療機関が約半数存在しており、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を踏まえた、意思決定支援が可能な体制を整える必要がある。
- ガイドラインの解説編では医療の場における意思決定支援について、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが重要とされている。
- しかし、意識調査において、「人生の最終段階に限ることなく、患者・利用者本人やその家族等と日々の診療の中で話し合っている」医師が 21.8%、看護師が 19.5%、介護支援専門員が 15.2%であったという現状や、令和 4 年度検証調査において在宅医療を提供する医療機関のうち、「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」について指針に定めている医療機関は 76.2%であったという現状も認められる。
- 上記を踏まえ、医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、日々の暮らしのニーズの変化を捉え継続的な意思決定支援を行うことについて更に推進する必要がある。

2) 本人の意思確認が困難な場合の意思決定支援について

- 認知症を含め、今後、人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に困難を抱える高齢者の増加が見込まれ、その中でも、増加し続けることが予測される単独世帯の認知症高齢者に対する意思決定支援は現状においても課題となっている。
- こうした観点から、将来医療・ケアの選択を行わなければならない場面が来ることを念頭に、支援を行っていくことが必要である。
- また、ガイドラインでは本人の意思が確認できない場合であって、家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかに

ついて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とすることとされており、時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行うとされている。

- 令和4年度検証調査において、在宅医療を提供する医療機関であって、「本人の意思確認ができない場合で、家族等がい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」を人生の最終段階における意思決定に係る指針として定めている医療機関のうち「達成」又は「概ね達成」としている医療機関が78.7%、「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」を当該指針として定めている医療機関のうち「達成」又は「概ね達成」としている医療機関が70.2%であることを踏まえ、本人の意思が確認できない場合の支援についても更に推進していく必要がある。

(2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供について

1) 意思決定に関する情報の共有について

- 医療機関と高齢者施設等における人生の最終段階における医療・ケアに関する情報の共有状況について、令和4年度検証調査では、例えば特定施設（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム・軽費老人ホーム）に入居している者であって、在宅医療を受けている患者について、在宅医療を提供する医療機関から特定施設に情報を提供した患者は43.3%であるのに対し、当該施設から当該医療機関に情報を提供した患者は29.9%である。

また、認知症対応型共同生活介護を受けている者であって在宅医療を受けている患者について、在宅医療を提供する医療機関から認知症対応型共同生活介護に情報を提供した患者は58.6%であるのに対し、当該施設から当該医療機関に情報を提供した患者は32.8%である。

- こうした現況を踏まえ、本人の意思決定に基づいた医療・ケアを継続的に提供する観点から医療・介護従事者が更に連携することが望まれる。

2) 緩和ケアの提供について

- 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として、

「体や心の苦痛なく過ごせること」が挙げられており、疾患を問わず、患者の意思決定に基づいた緩和ケアの提供が求められている。

- 令和4年度検証調査において、在宅医療を提供する医療機関の末期の悪性腫瘍の患者の受け入れについて、「積極的に受け入れている」医療機関は全体の22.3%であり、在宅医療において更なる緩和ケアの提供体制の充実が求められる。
- 介護保険施設においては、疼痛管理への対応が困難な施設も一定数あり、特に麻薬を使用した対応については、対応可能な施設の割合が低い状況である。療養場所や疾患に依らず、患者・利用者本人の意向に沿った緩和ケアの提供が求められる。
- 医療機関以外の場における緩和ケアの提供に際して、麻薬小売業免許を有していても必ずしも必要となる医療用麻薬等が薬局に常備されているとは限らず、麻薬の調剤を求められた際に対応できない薬局が一定数あり、更なる提供体制の充実が必要である。
加えて、薬局において必要な医療用麻薬等をより適時・円滑に供給できるようにするためには、緩和ケアを行っている医療機関等から薬局に対して、介護老人福祉施設や特定施設、在宅等で緩和ケアを受ける者に関する情報を、あらかじめ適切に共有されることが求められる。

3) 本人の望む場所での看取りを行うための医療・介護の提供について

- 意識調査によると、「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」に、最期を迎えたい場所を自宅としている国民は43.8%であるが、それまでの医療・ケアを受けたい場所は、医療機関は54.8%、自宅は27.3%であり、最期を迎えたい場所と医療・ケアを受けたい場所は必ずしも一致しない。さらに、病状の急変などにより救急搬送をする必要が生じるなどの可能性もある。
- また、人生の最終段階で望む処置に関し、中心静脈栄養、経鼻栄養、胃ろう、人工呼吸器について、「望む」と回答した国民はそれぞれ19.4%、11.8%、7.6%、11.6%であった。
一方、これらの処置について「望まない」と回答した国民はそれぞれ46.5%、54.5%、63.3%、57.3%であり、「わからない」と回答した国民はそれぞれ30.7%、30.3%、26.0%、27.9%であった。

- こうした状況において、自宅や高齢者施設等からの救急搬送時などに、必ずしも患者・利用者本人の医療・ケアに係る意思の確認ができず、結果として本人の意思に基づく医療・ケアが提供できない場合がある。

3 検討の視点

(1) 人生の最終段階における意思決定支援について

1) 総論

- 医療・介護の場における意思決定支援の現状を踏まえ、患者・利用者本人が住み慣れた場所で望む生活を続け、尊厳ある死を迎えることを支援するために、医療・介護関係者の連携の在り方や、より早期から行う意思決定支援の在り方について、どのように考えるか。

2) 本人の意思確認が困難な場合の意思決定支援について

- 意思決定に困難を抱える者や困難を抱えることが予測される者が、望む場所で患者・利用者本人の意思決定に基づく人生の最終段階における医療・ケアが受けられるよう、あらかじめ医療・ケアの選択が必要になることを見据えた支援を行うことについて、どのように考えるか。

また、これらの支援において、医療機関や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所などの意思決定に困難を抱える者や困難を抱えることが予測される者に関わる機関に求められる役割・機能について、どのように考えるか。

(2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供について

1) 意思決定に関する情報の共有について

- 本人の尊厳を尊重し、意思決定に基づいた医療・介護を提供するための意思決定の内容に関して、患者の家族等や医療・介護従事者における情報の共有のあり方についてどのように考えるか。

また、救急現場における家族等や医療・介護従事者に加えその他の関係機関等も含めた情報の共有のあり方についてどのように考えるか。

2) 緩和ケアの提供について

- 緩和ケアを必要とする患者について、どのような療養の場においても、平時、疼痛コントロール不良時、急変時等のあらゆる場面で充実した緩和ケア

を提供する観点から、医療と介護の連携の在り方や役割等についてどのように考えるか。

- 疾病を問わず、本人の意思決定に基づいた緩和ケアを提供するためには、どのような取組みが求められるか。
- 患者の希望する緩和ケアに必要となる薬剤について、質の確保と医療安全、円滑な薬剤の供給の観点から、医療機関・薬局・介護施設等の連携についてどのように考えるか。

3) 本人が望む場所での看取りの提供について

- 本人が望む場所でより質の高い看取りを実施できるようにするためには、どのような対応が考えられるか。

人生の最終段階における医療・介護

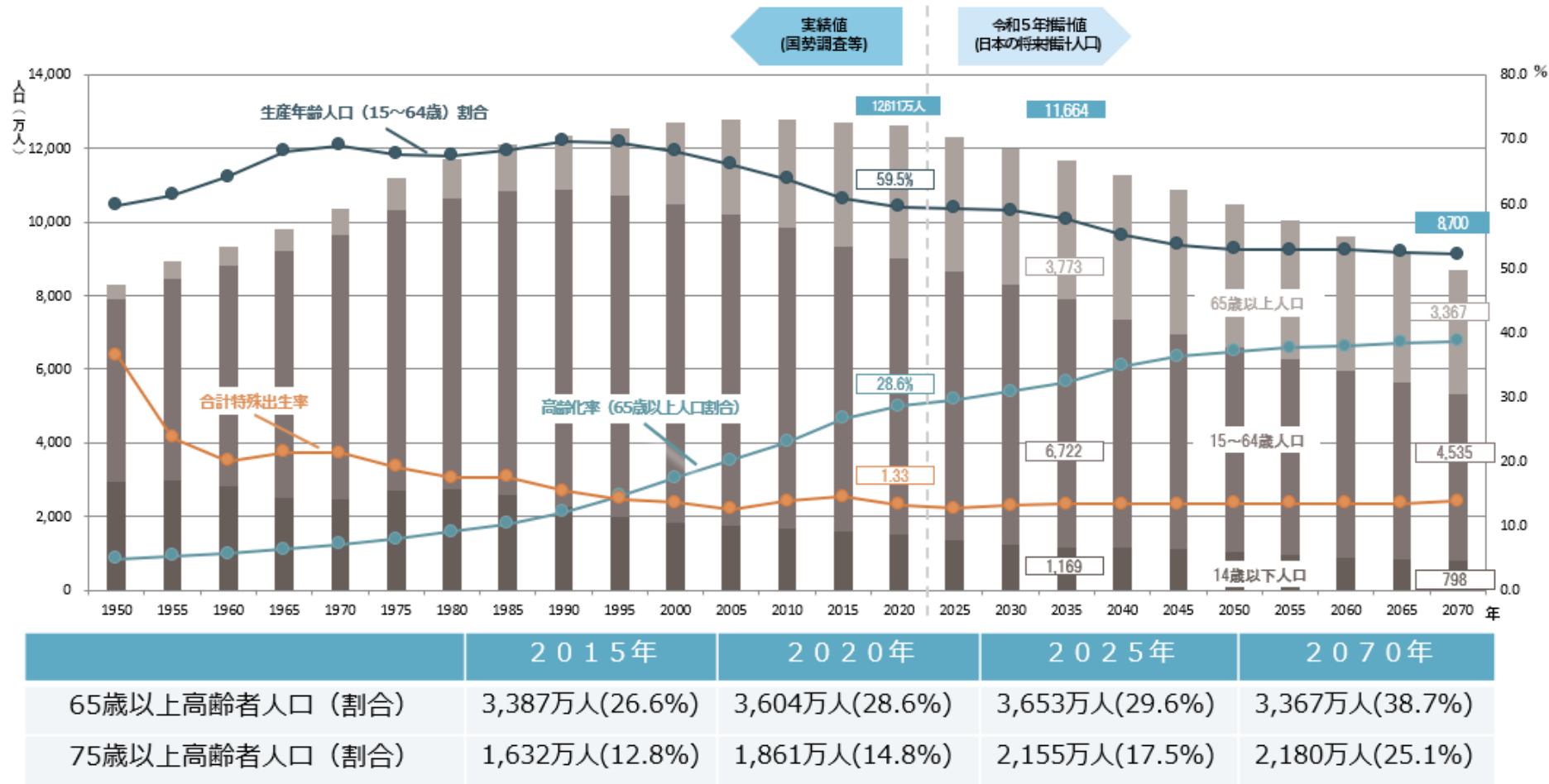
参考資料

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。



出典

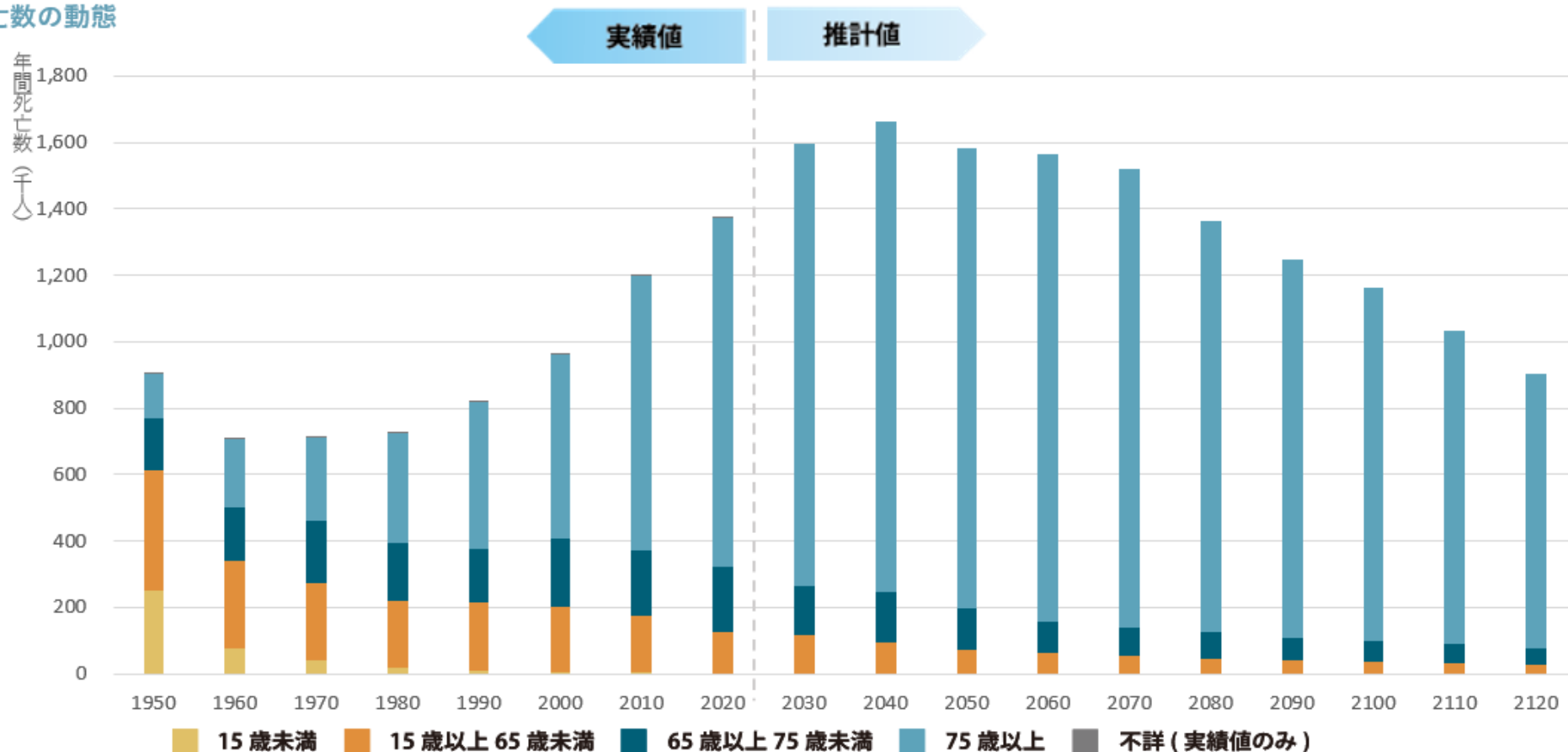
2020年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」
2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

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

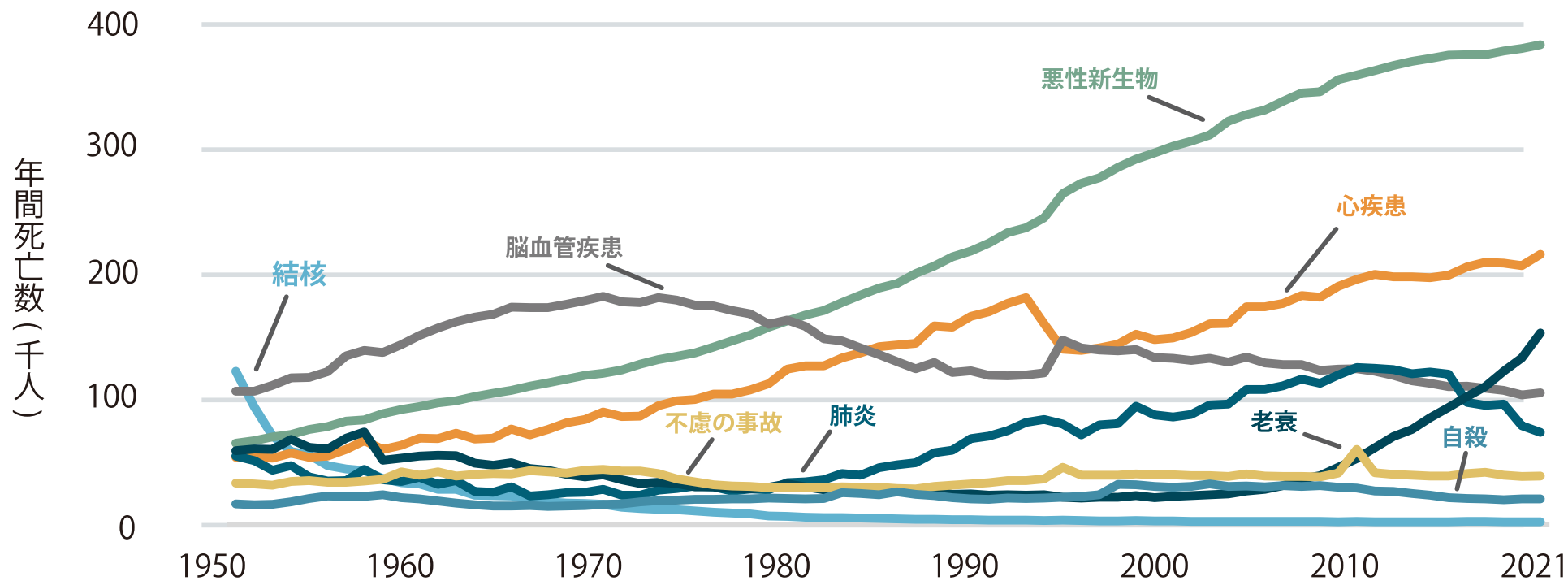


死因の推移

意見交換 資料 - 2
R 5 . 3 . 1 5

○ 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



出典

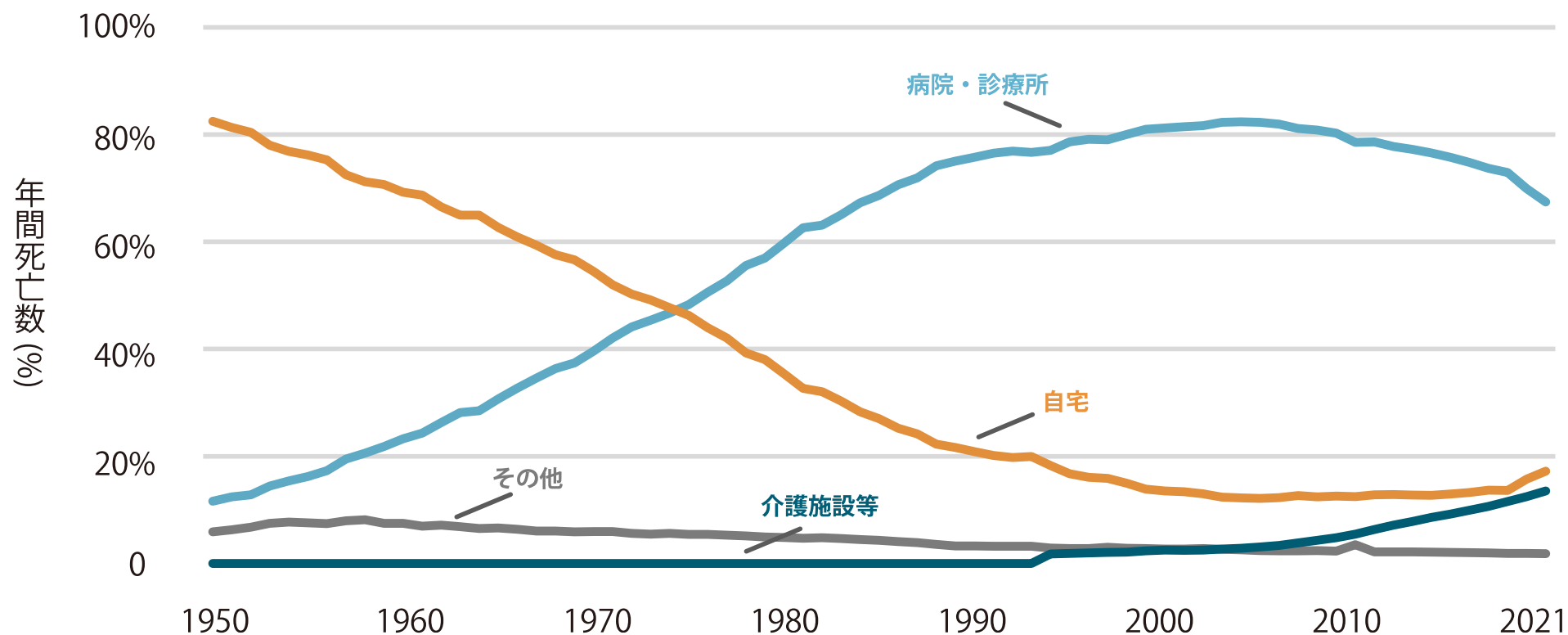
厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

死亡の場所の推移

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

意見交換 資料 - 2
R 5 . 3 . 1 5

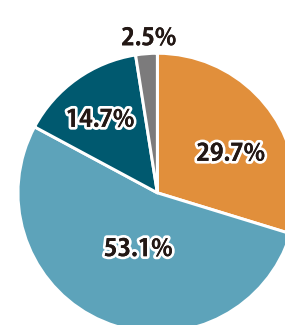
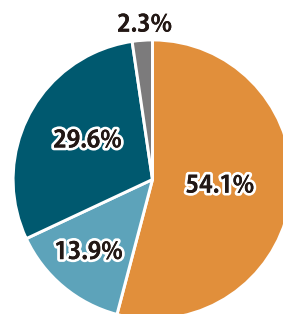
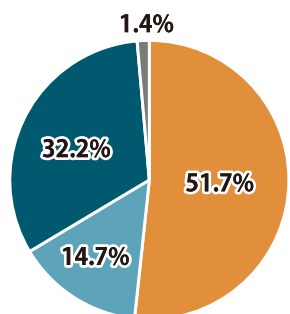
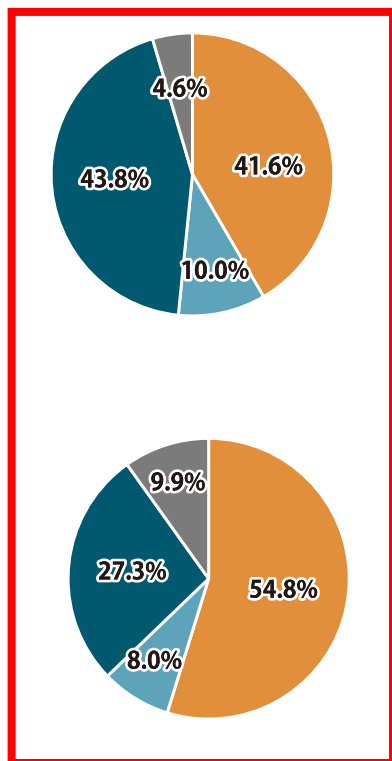
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(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。

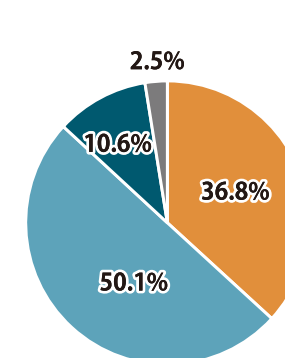
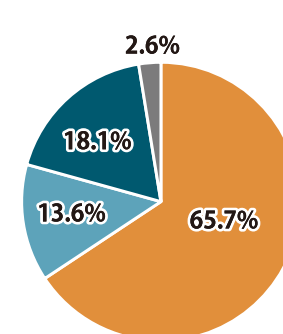
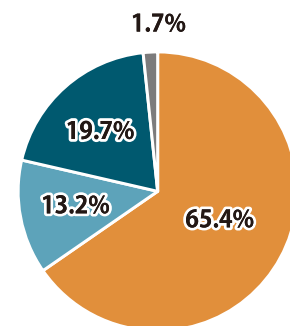
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(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
2 9 . 3 . 2 2

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。

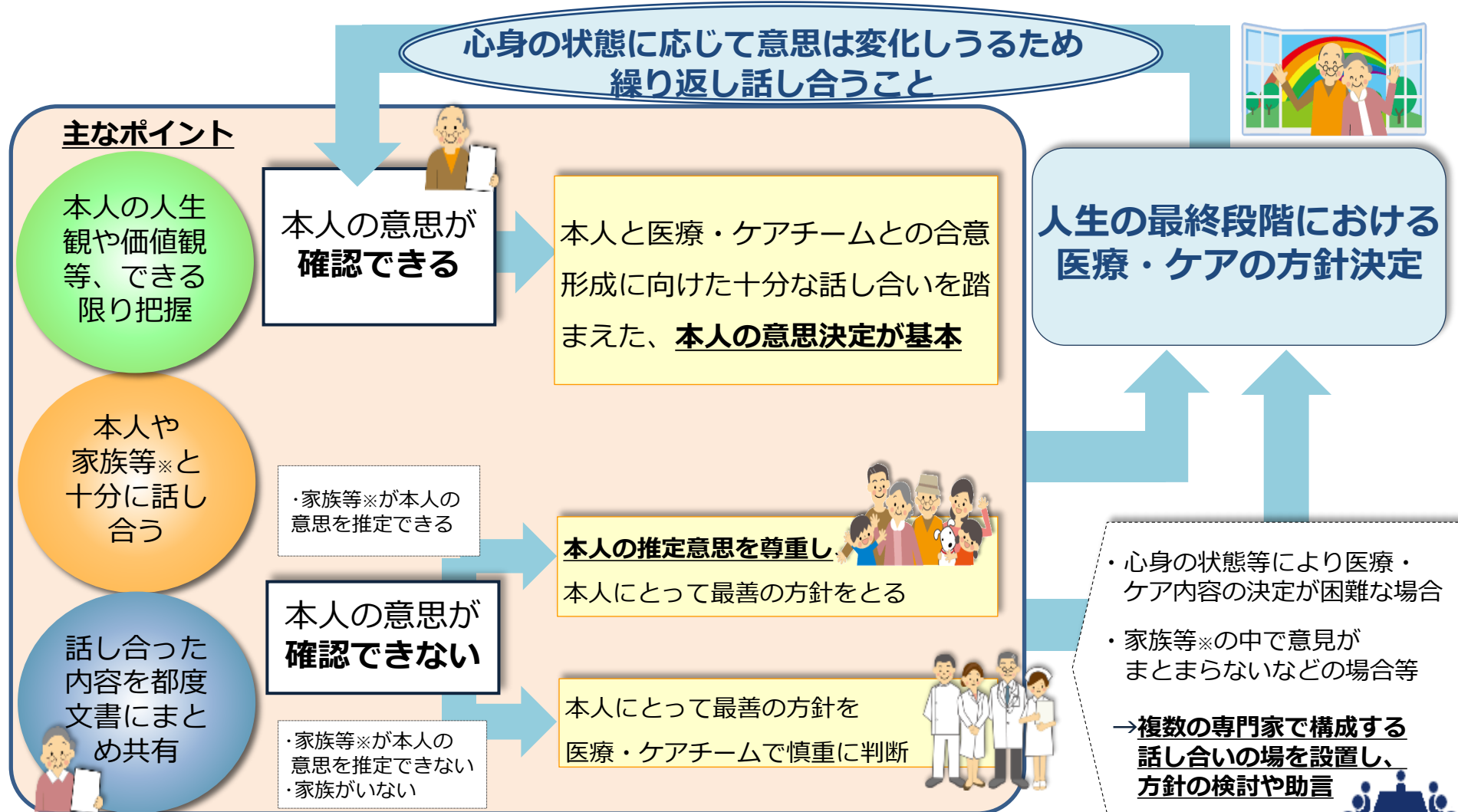
2. 主な見直しの概要

- 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)

意見交換 資料-2 参考1
2 9 . 3 . 2 2

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。

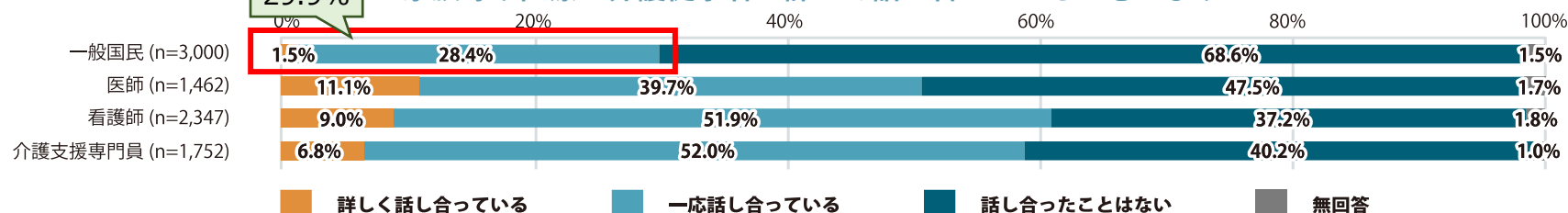
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



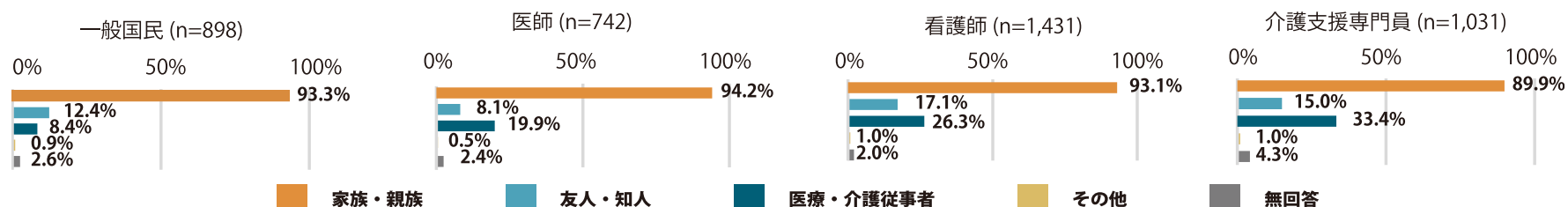
人生の最終段階における医療・ケアに関する 家族等や医療・介護従事者との話し合いの実施状況

意見交換 資料－2 改
R 5 . 3 . 1 5

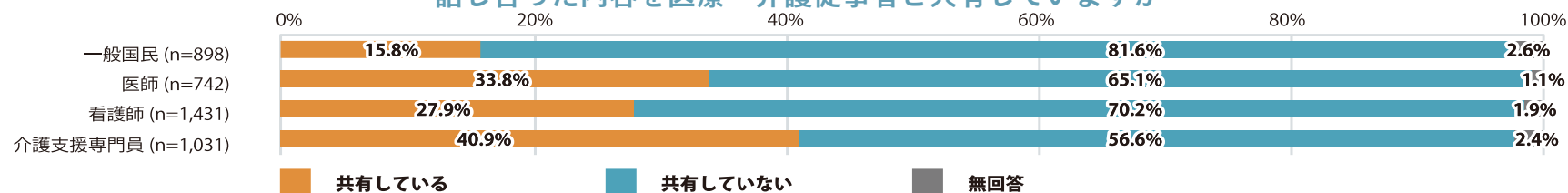
あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受たくない医療・ケアについて、
ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていると思いますか



「あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受たくない医療・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ると思いますか」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ると思いますか」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

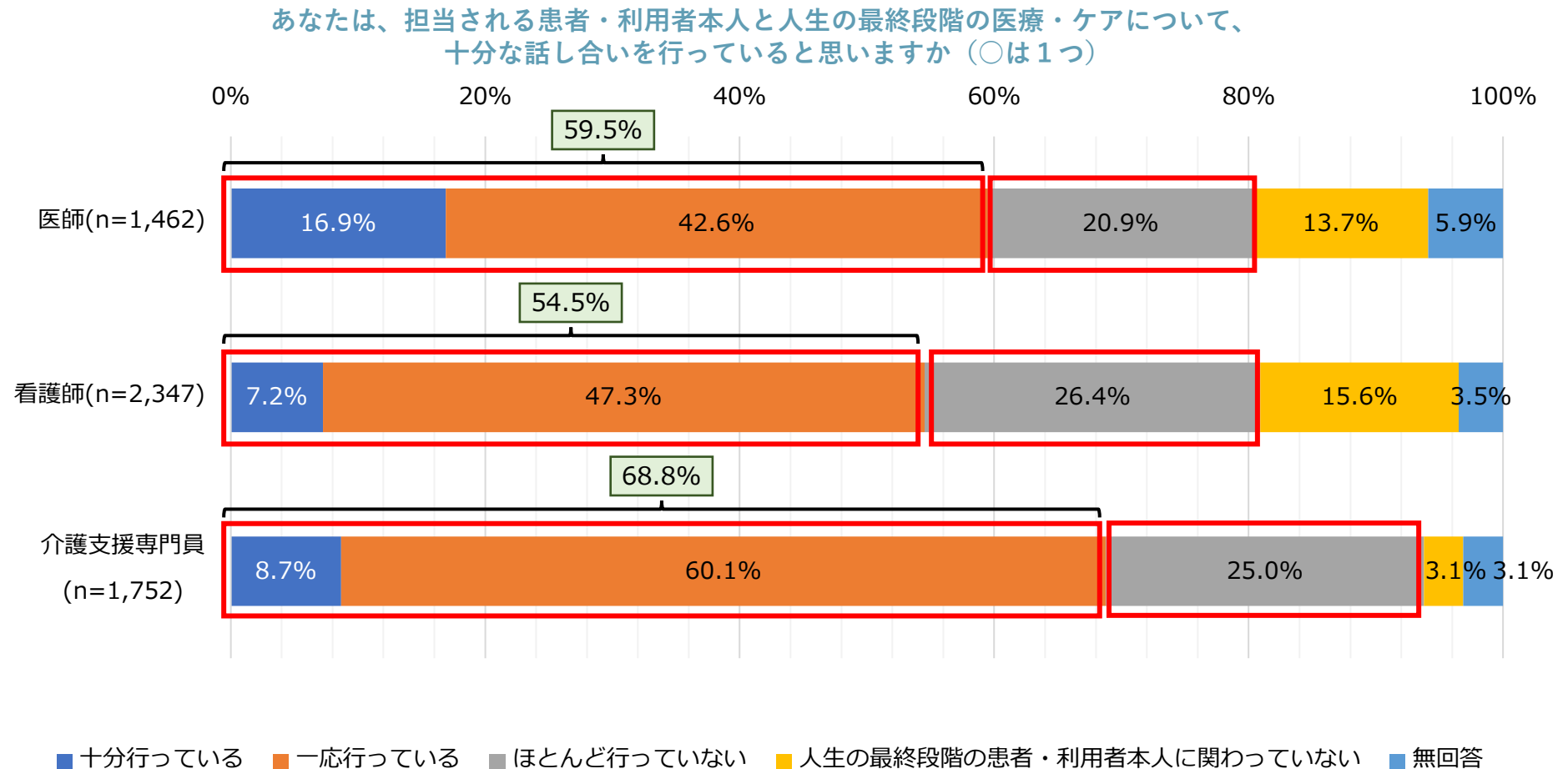
厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」（速報値）

※ 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

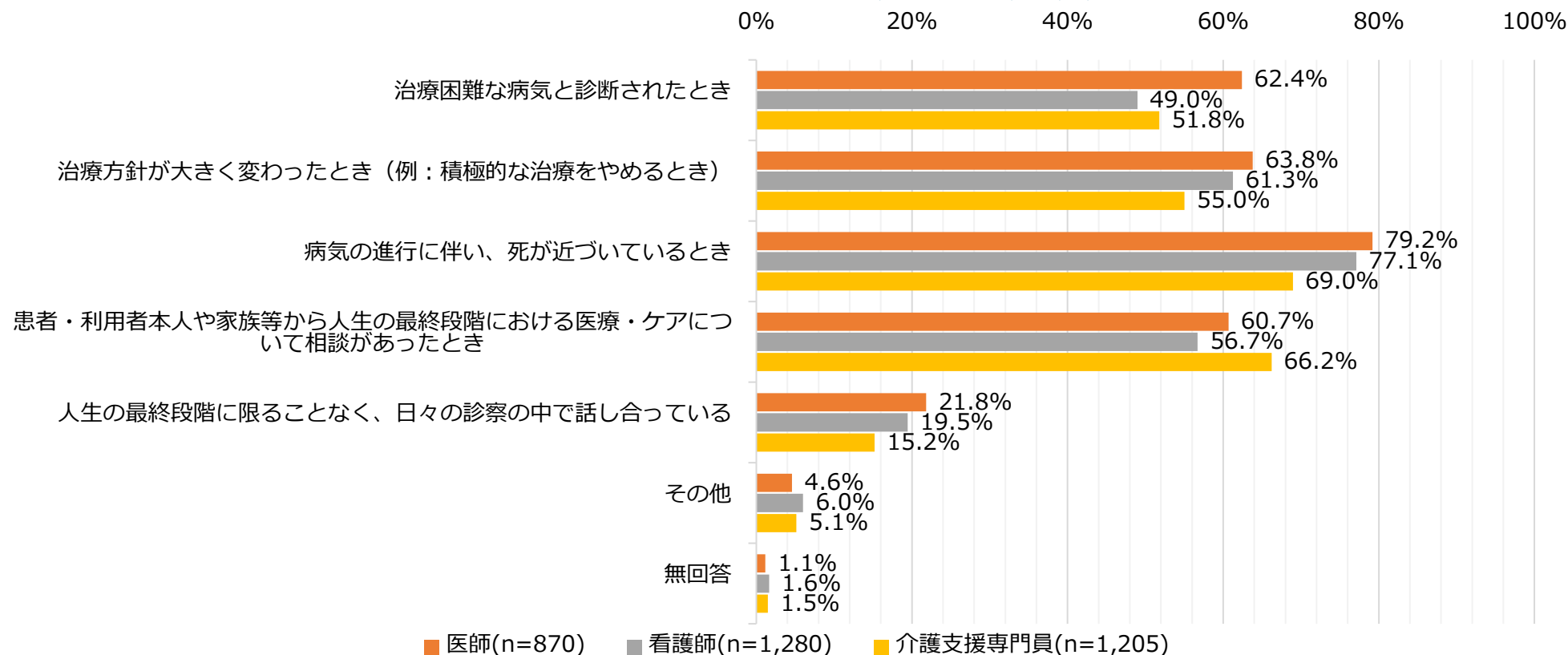
- 担当患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアに関する話し合いについて、「十分行っている」及び「一応行っている」を合わせると、医師が59.5%、看護師が54.5%、介護支援専門員が68.8%である。一方、医師の20.9%、看護師の26.4%、介護支援専門員の25.0%が、「ほとんど行っていない」としている。



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

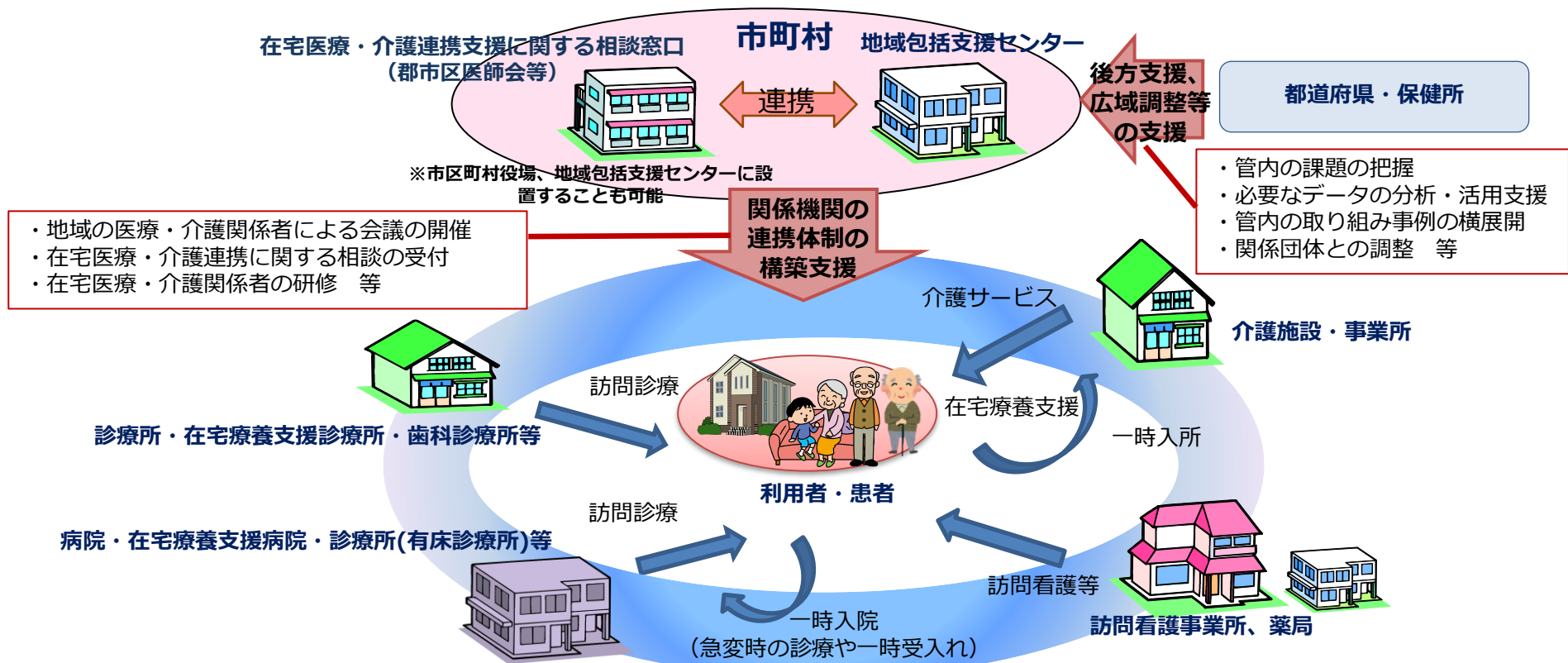
在宅医療・介護連携の推進

- 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

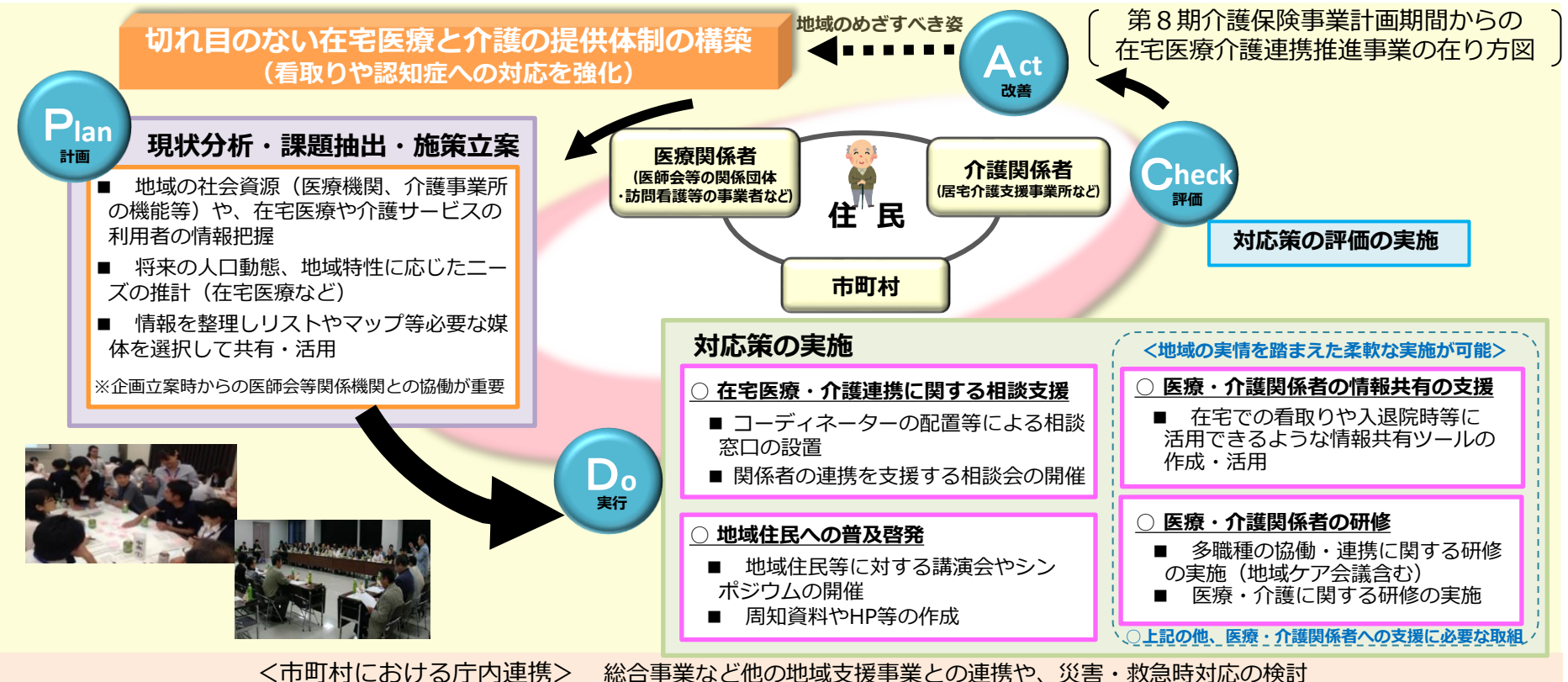
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- 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。



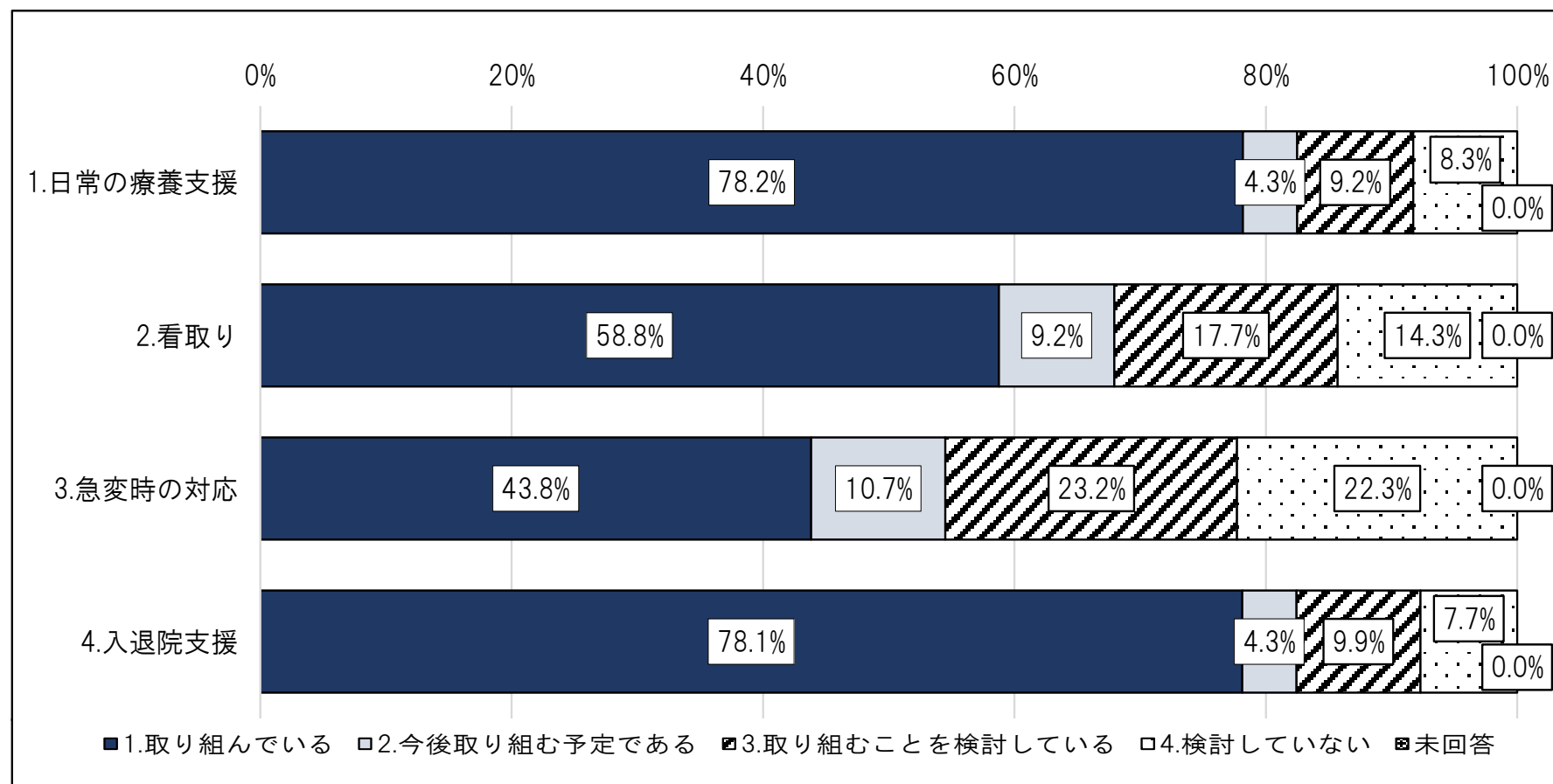
都道府県(保健所等)による支援

- 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。

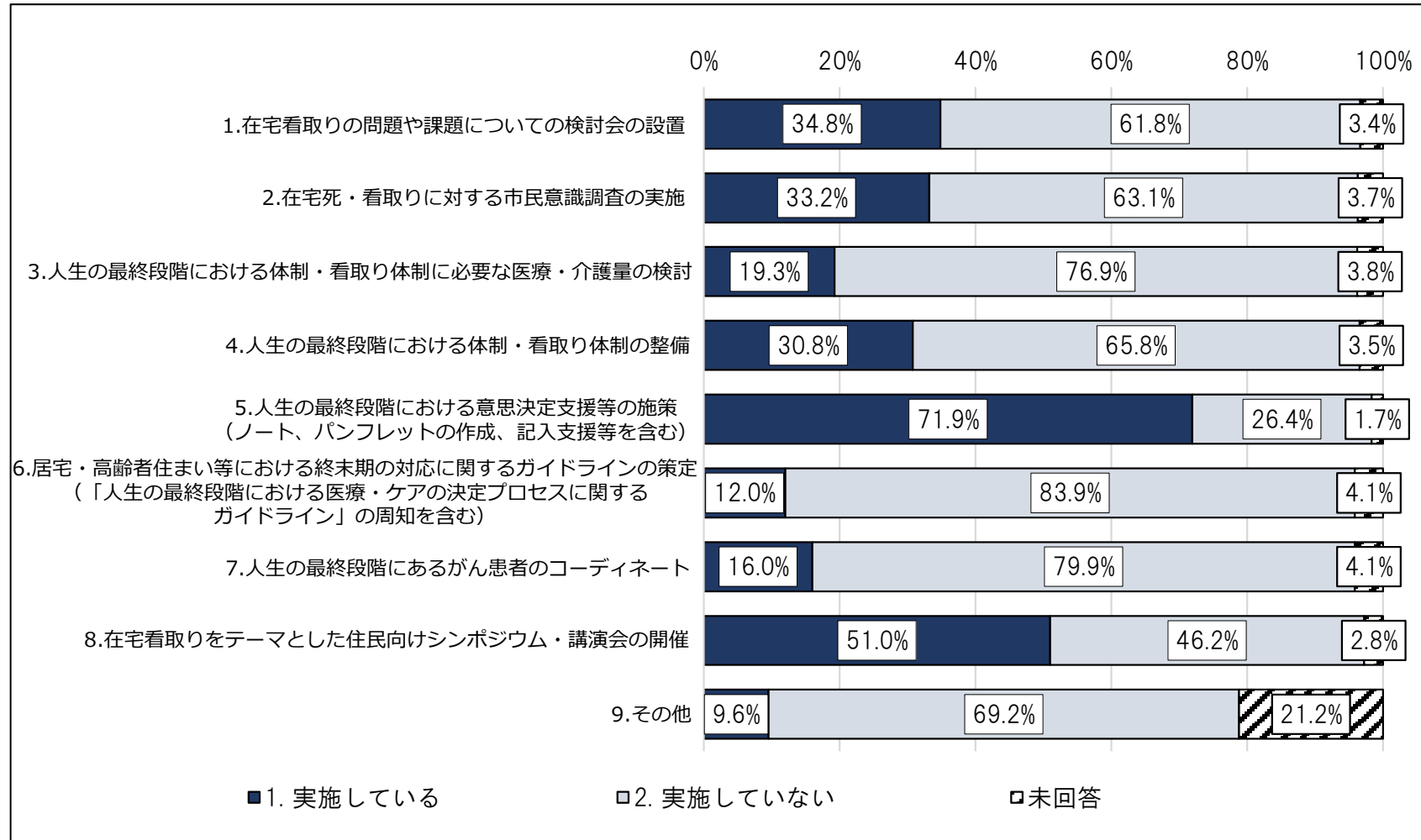
○ 「4つの場面」を意識した取組の状況



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



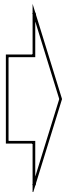
療養病棟入院基本料の見直し

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）

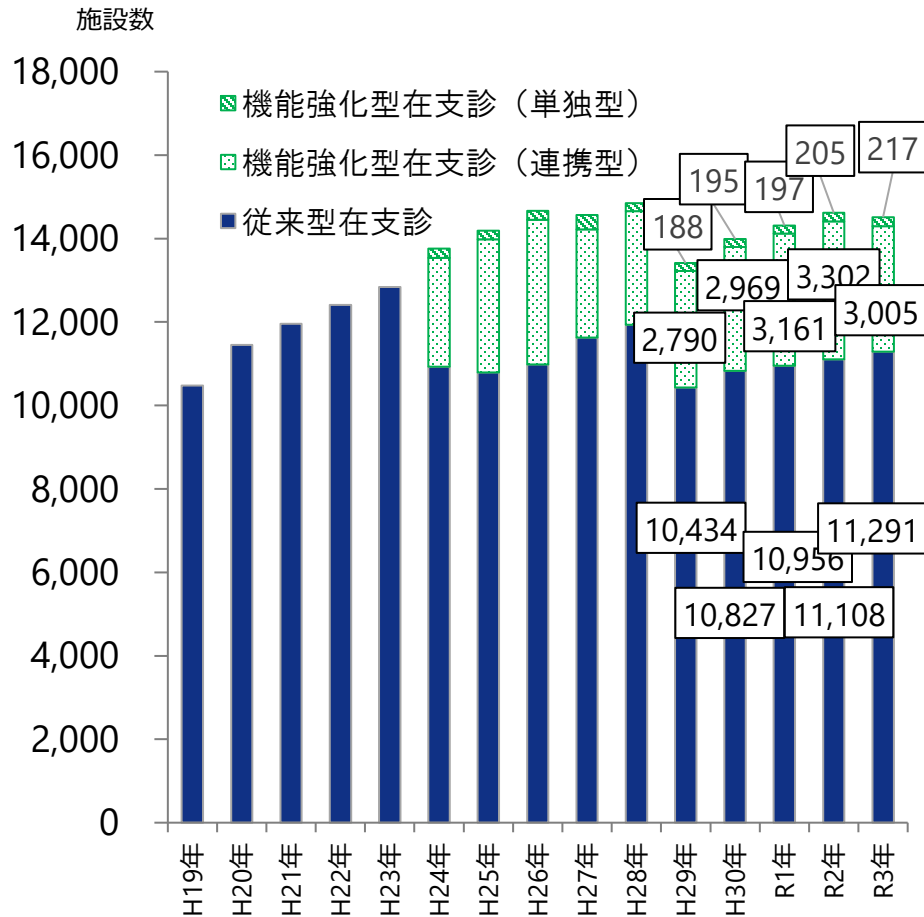
	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養 後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支 診・在支病 の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針を作成していること					
全ての在支 病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4 km以内に診療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療が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		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 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 ・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 ・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	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 ・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 ・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		
	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 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					

※：青字は令和4年度診療報酬改定における変更点

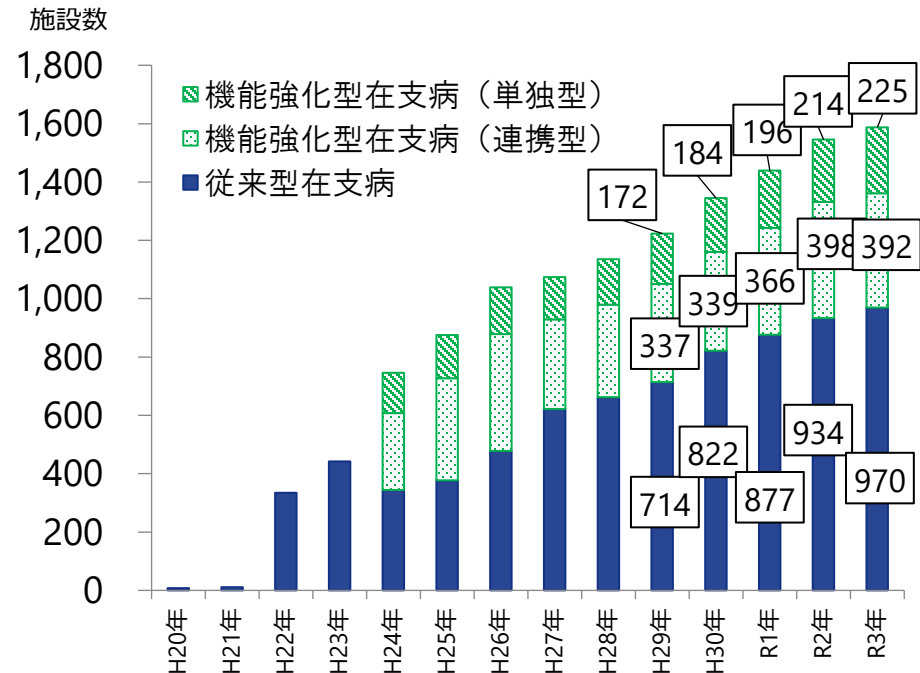
在宅療養支援診療所等の届出数

○ 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。

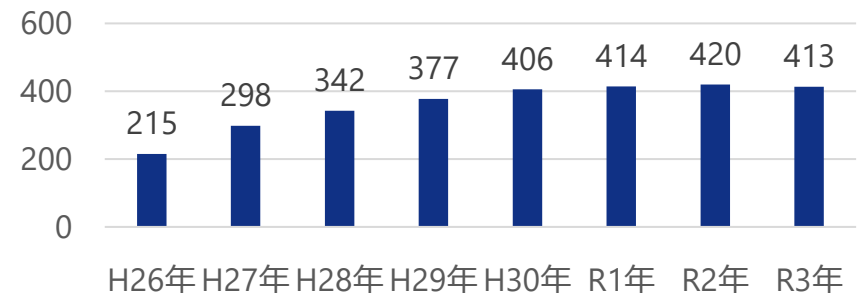
＜在宅療養支援診療所＞



＜在宅療養支援病院＞



＜在宅療養後方支援病院＞ ※平成26年新設

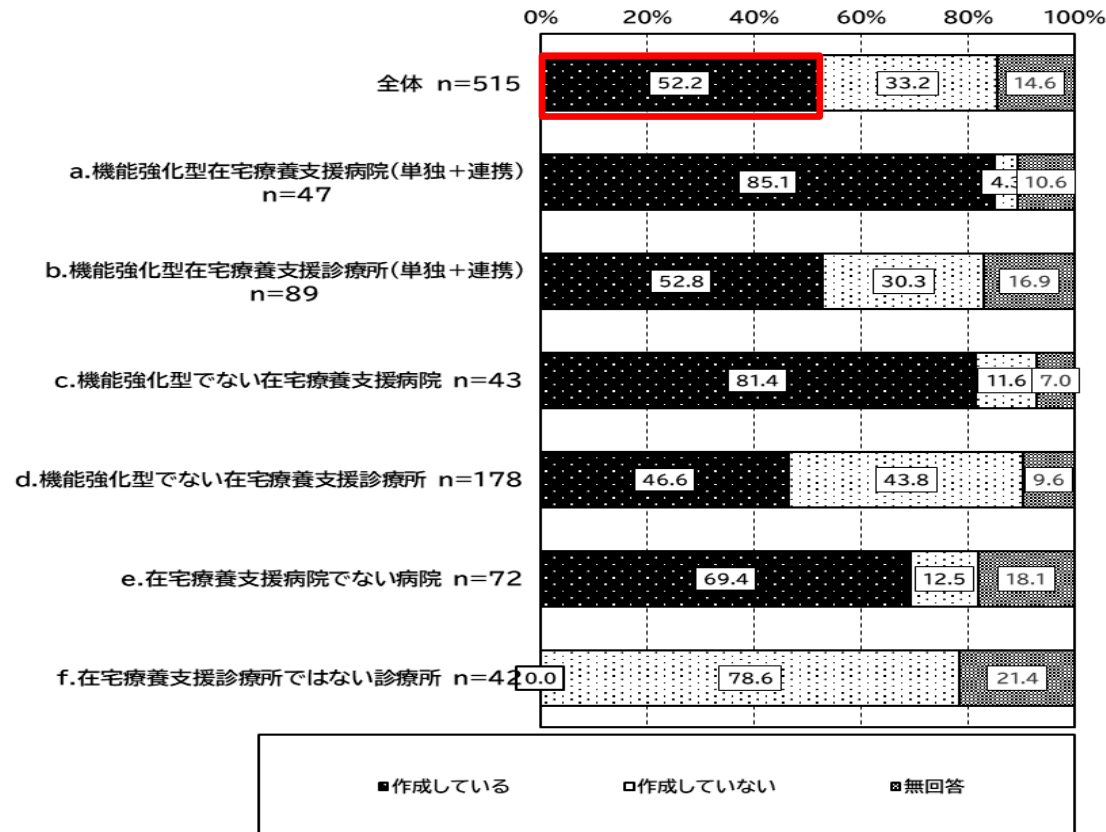


医療機関調査の結果⑮

＜「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】



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すこと。	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い最善の方針をとること。	8. 本人の意思確認ができない場合に、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い、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

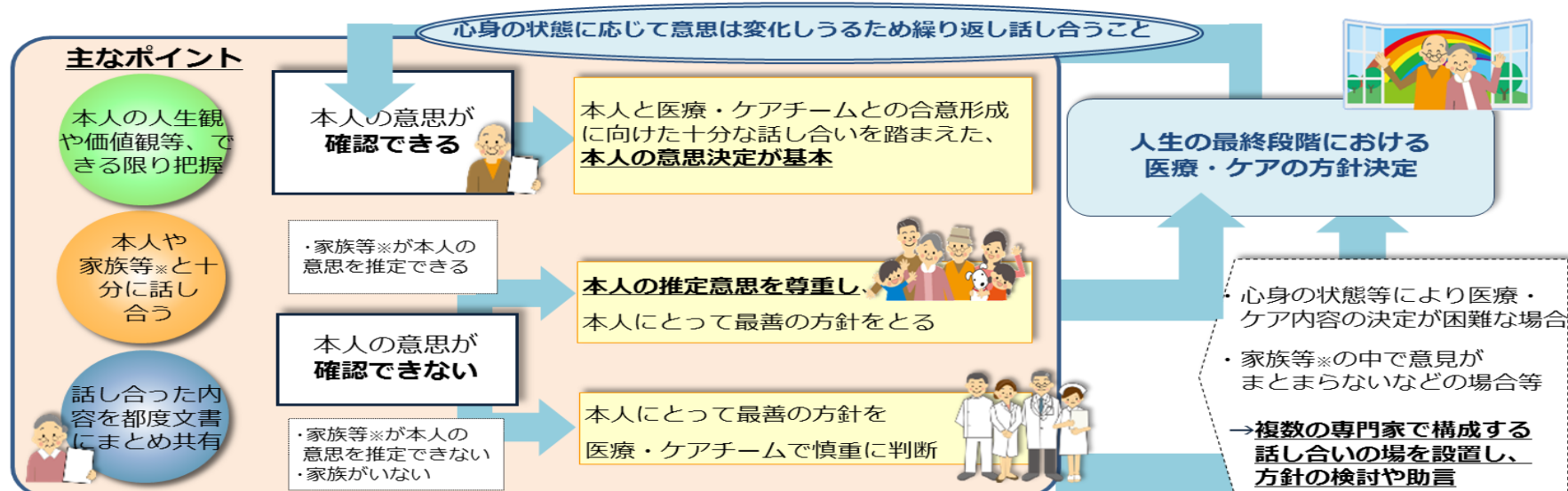
- 看取り期の本人・家族との十分な話し合いや関係者との連携を一層充実させる観点から、基本報酬や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。

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。

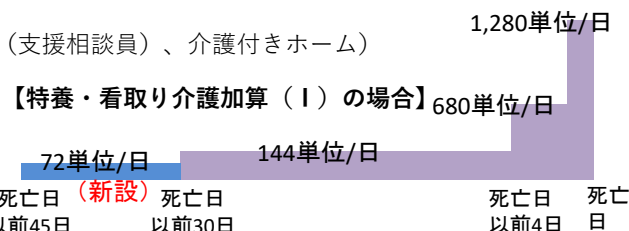
施設系サービス、居住系サービスにおける看取りへの対応の充実

- 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
特定：72単位/日老健：80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。

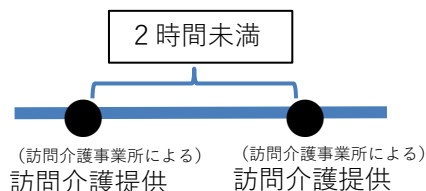
【特定】 **看取り介護加算(Ⅱ) (新設)**

区分	単位/日
死亡日以前31日～45日以下	572
同4～30日以下	644
同2日又は3日	1180
死亡日	1780

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



※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。

< 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分提供したものとして報酬を算定するため、250単位×2回＝500単位を算定

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】

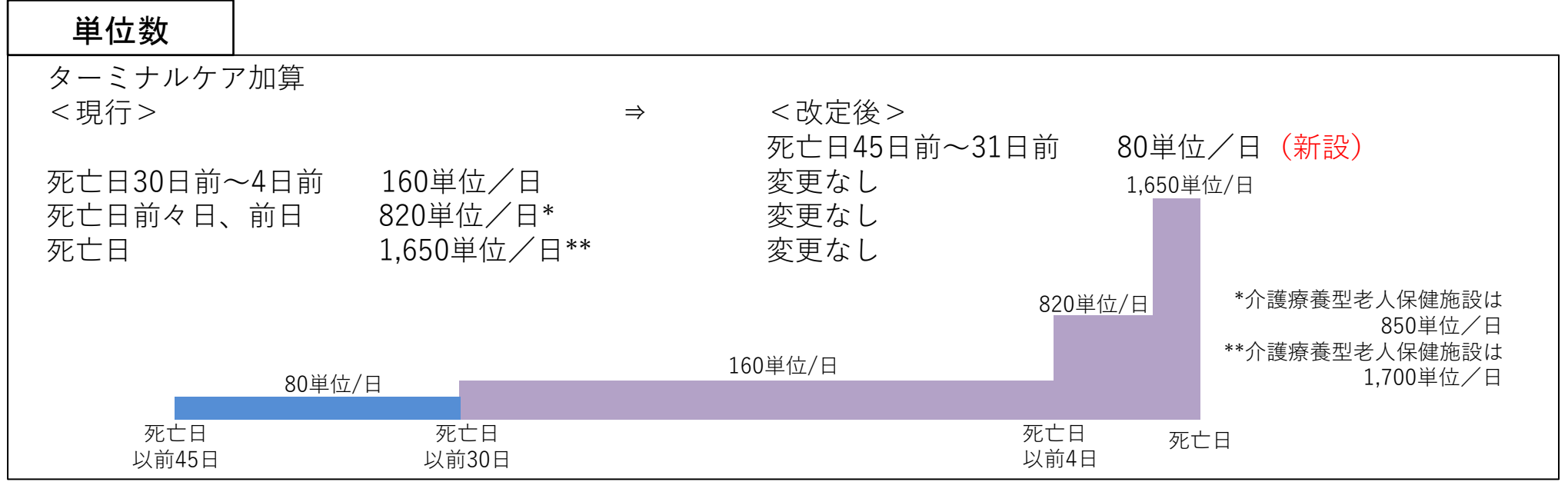
- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、訪問看護等のターミナルケア加算における対応と同様に、基本報酬（介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所療養介護（介護老人保健施設によるものを除く））や看取りに係る加算の算定要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを求める。【告示改正、通知改正】
- 施設系サービスについて、サービス提供にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めることを求める。【通知改正】

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】	



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】

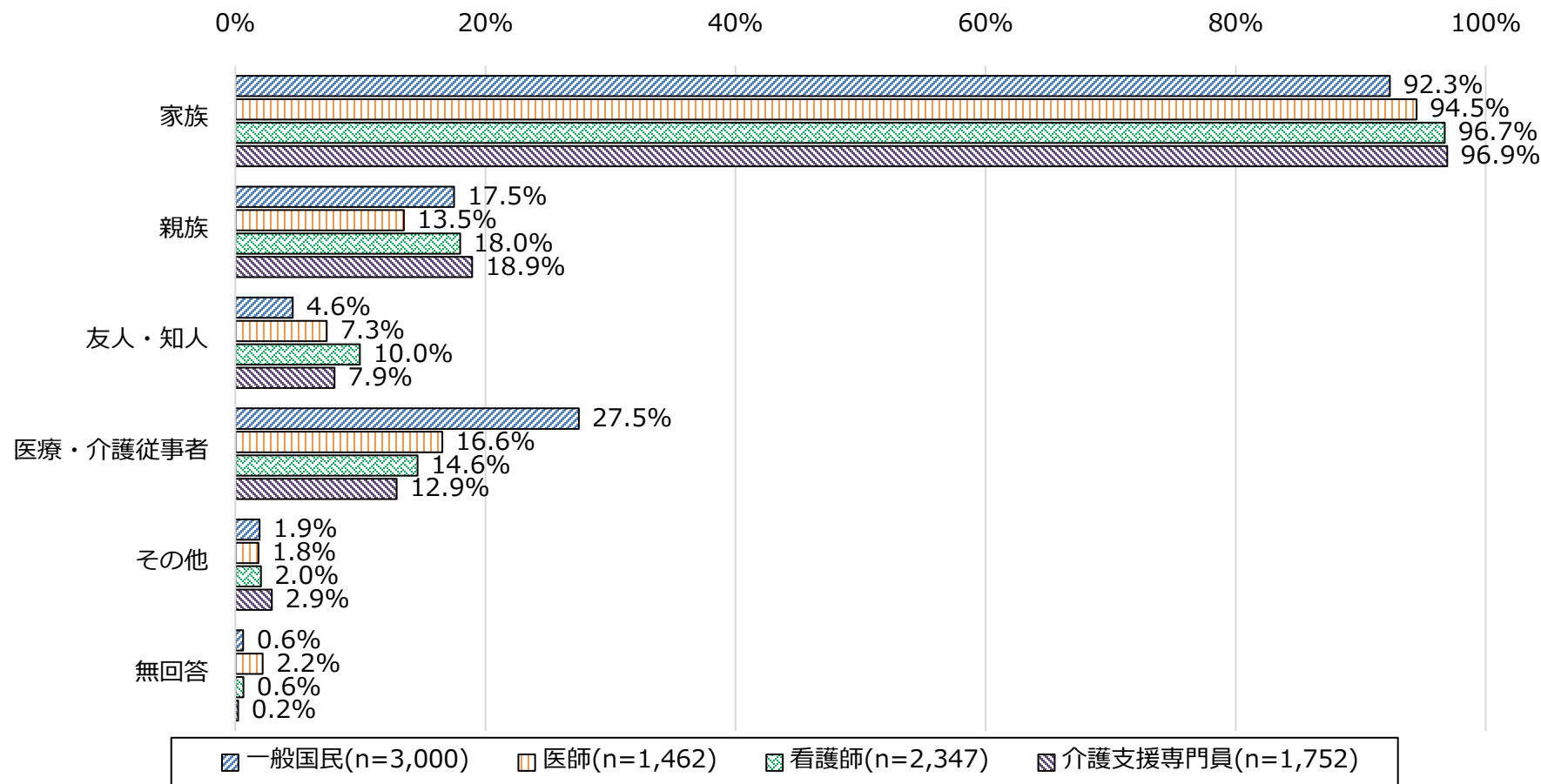
算定要件等

- 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。

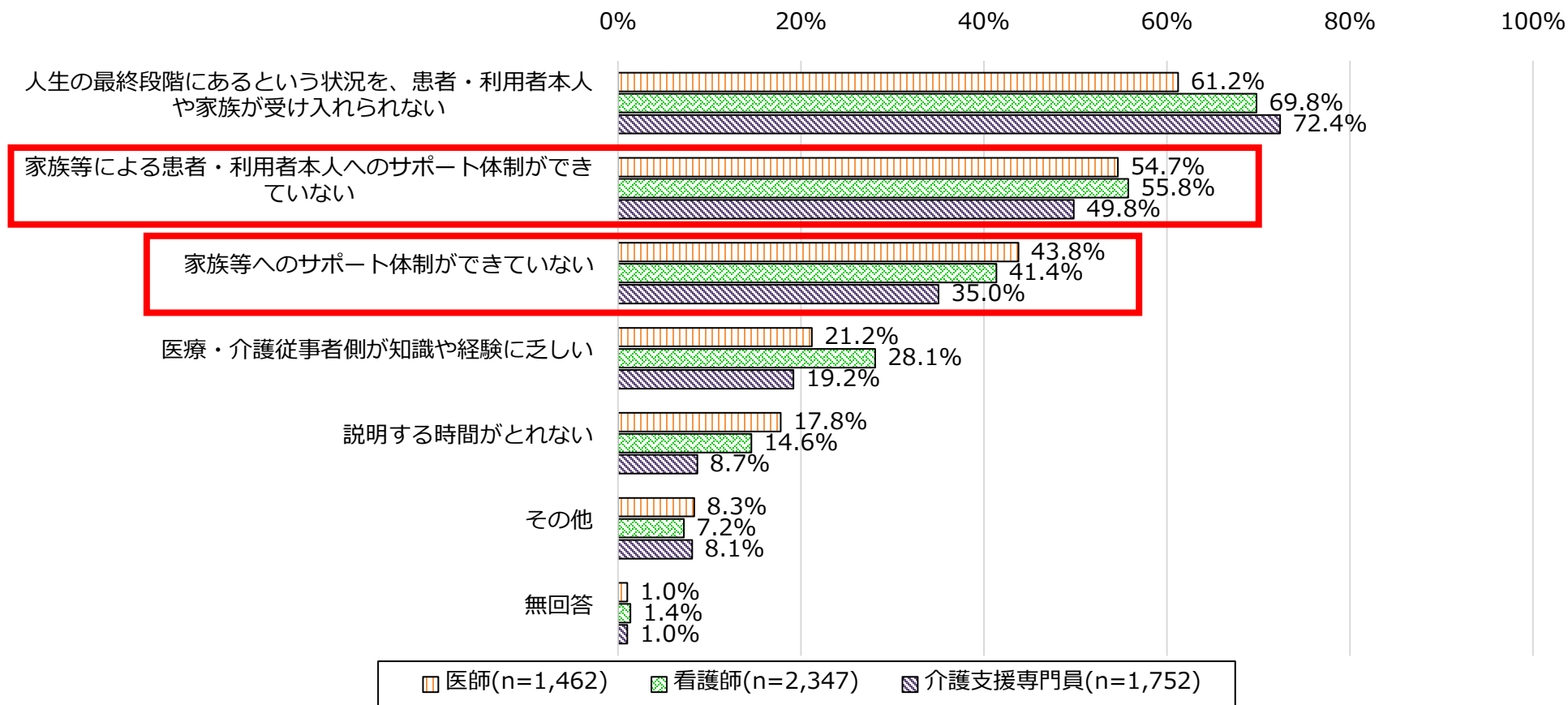
自分が意思決定できなくなったときに、自分の医療・ケアに関する方針を決めてほしいと思う人、もしくは決めることができると思う人は誰だと思いますか（複数回答可）



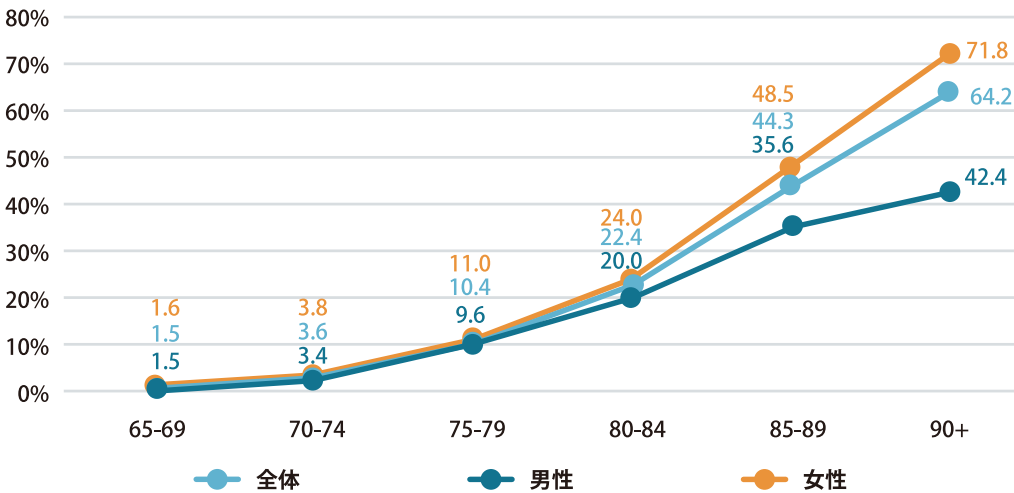
人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うにあたり、難しいと感じること

○「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）

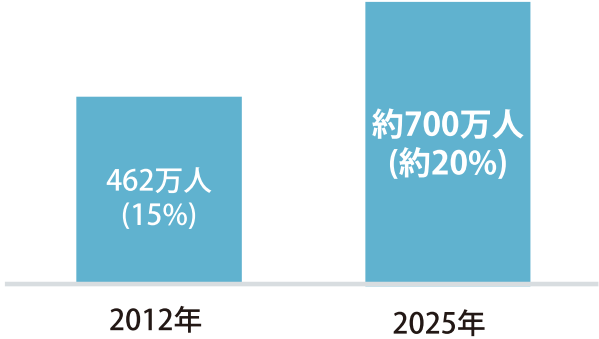


年齢階級別の認知症有病率について



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）
研究代表者二宮利治（九州大学大学院）提供のデータより作図

（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

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

意見交換 資料－2 参考1
R 5 . 4 . 1 9

- 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）

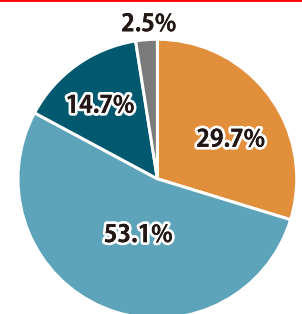
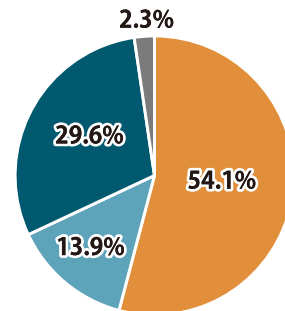
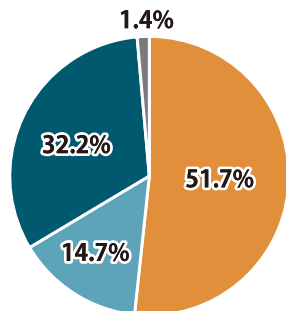
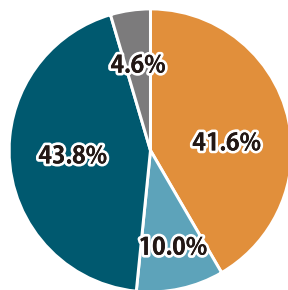
（あなたの病状）
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

（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。

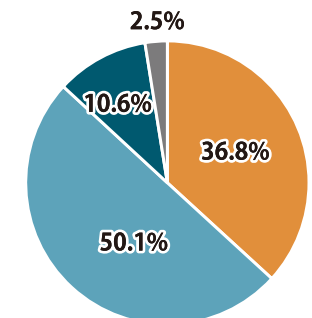
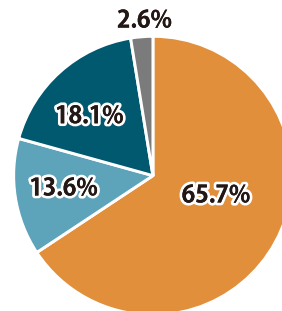
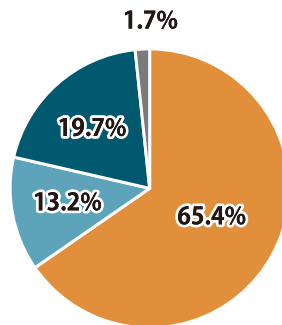
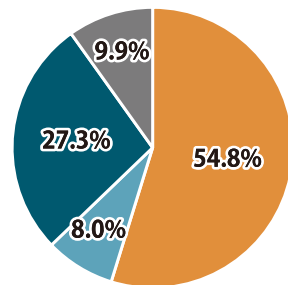
（あなたの病状）
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

（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

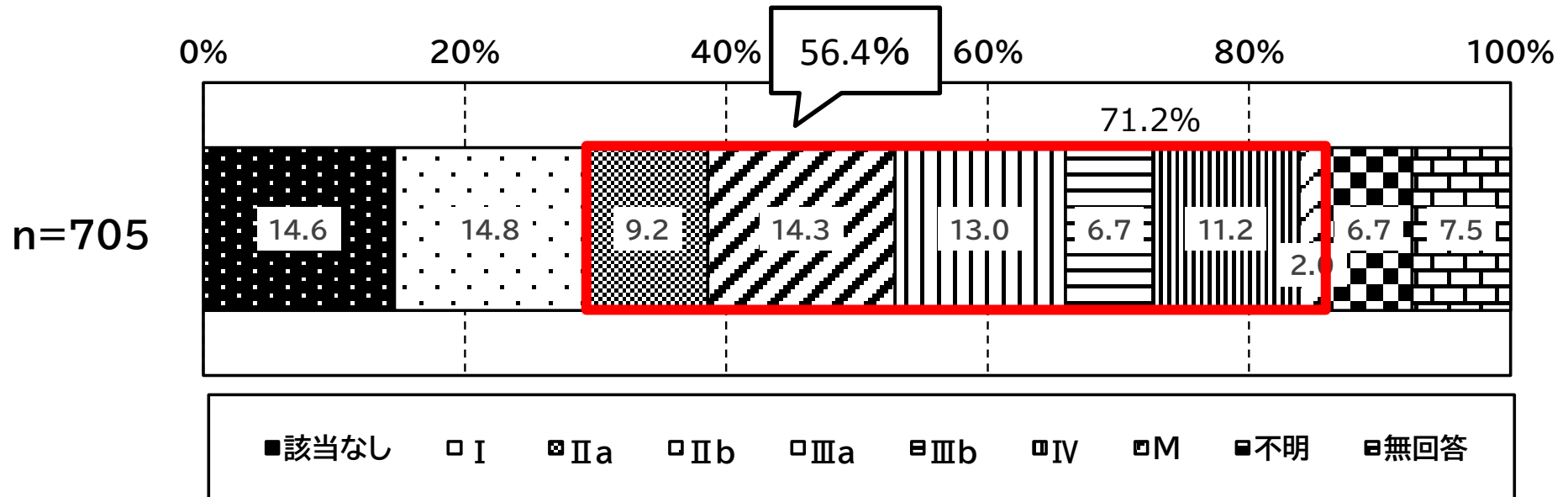
医療機関患者調査の結果①

<訪問先等> (報告書p.294)

中医協 検-2-1改
5 . 3 . 2 2

○ 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。

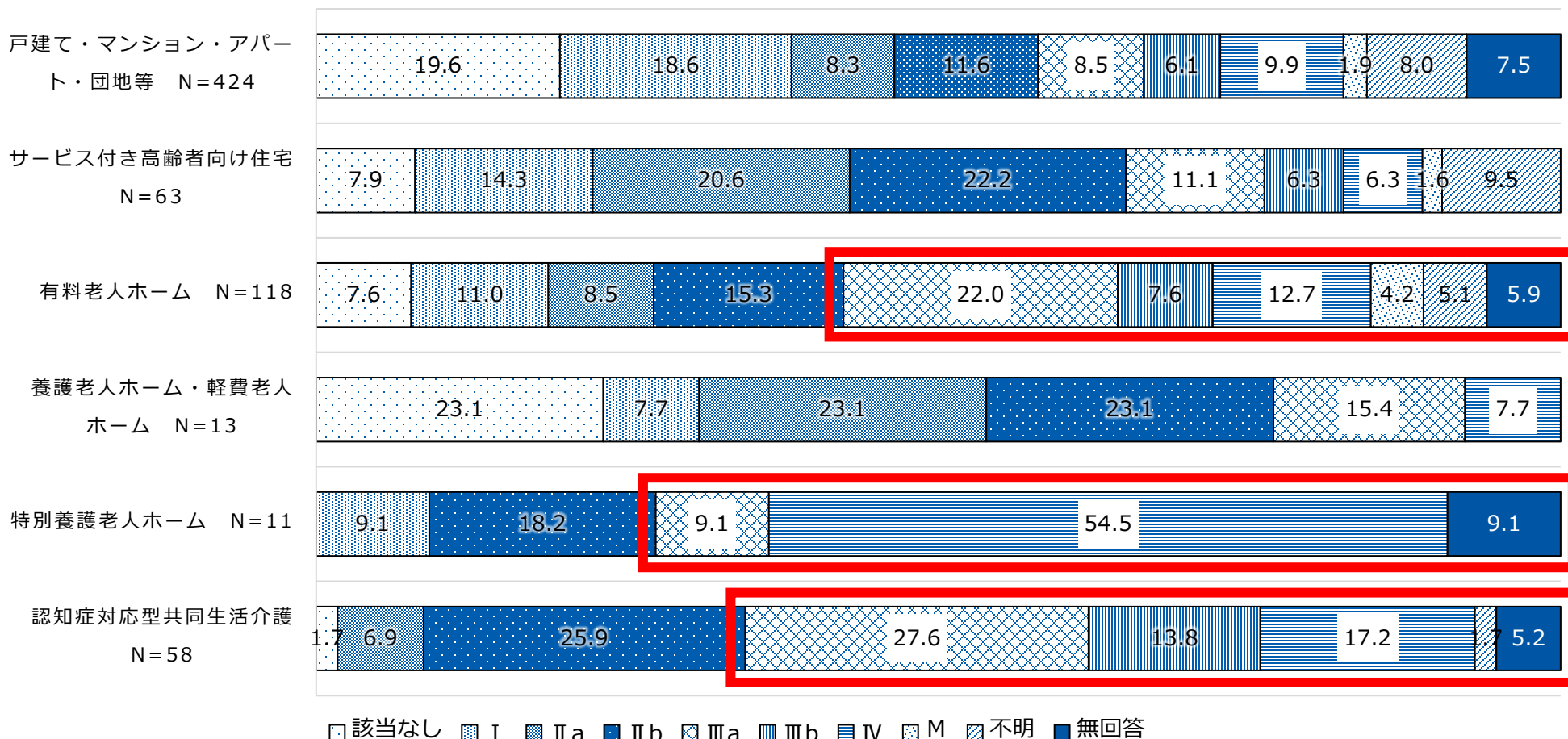
図表 3-15 認知症高齢者の日常生活自立度



療養の場所ごとの認知症高齢者の日常生活自立度

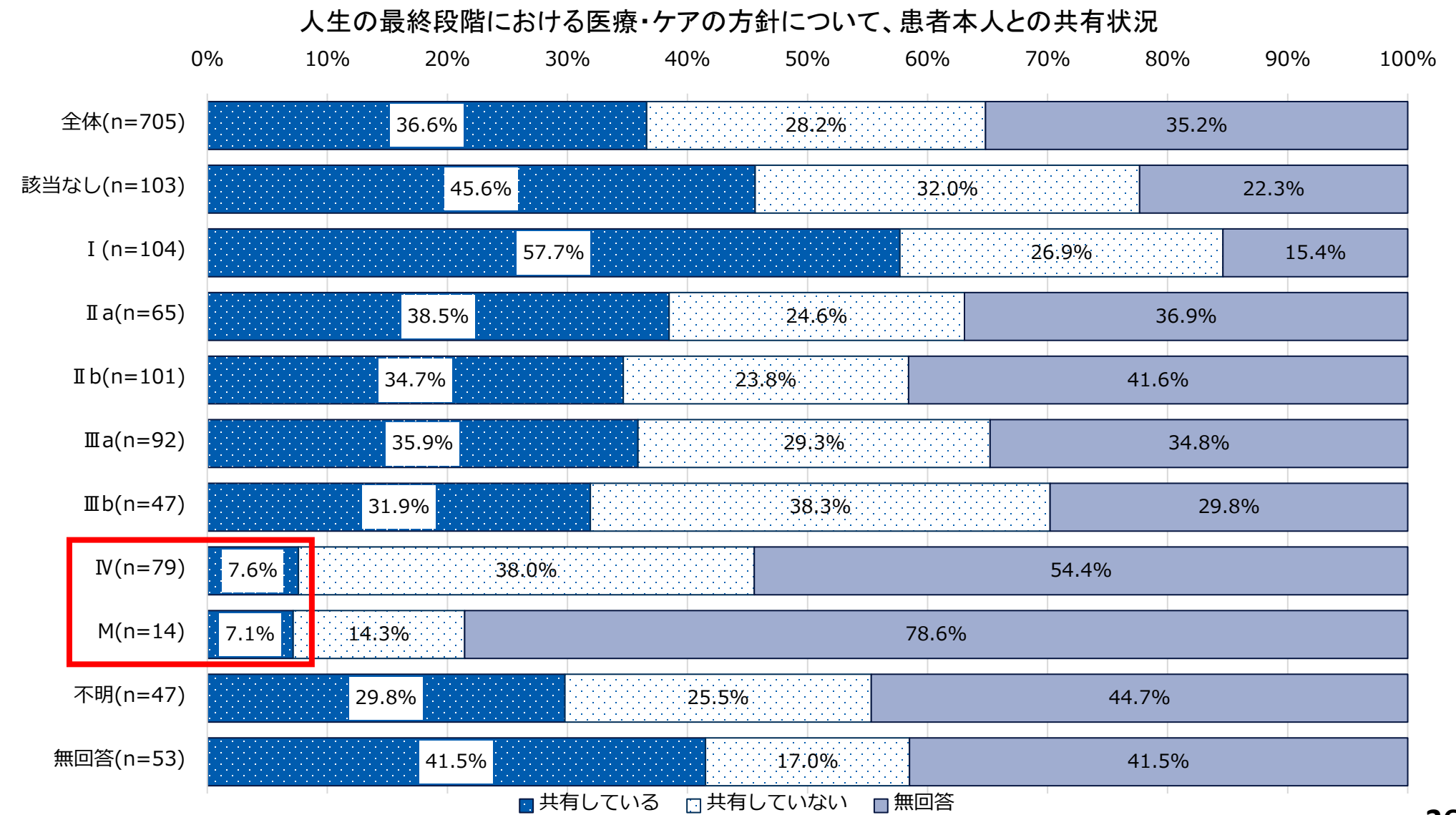
- 在宅医療を提供されている患者について、療養の場所ごとに患者の日常生活自立度を見ると、特に有料老人ホームや特別養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護において日常生活自立度Ⅲ以上の患者が多い。

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。



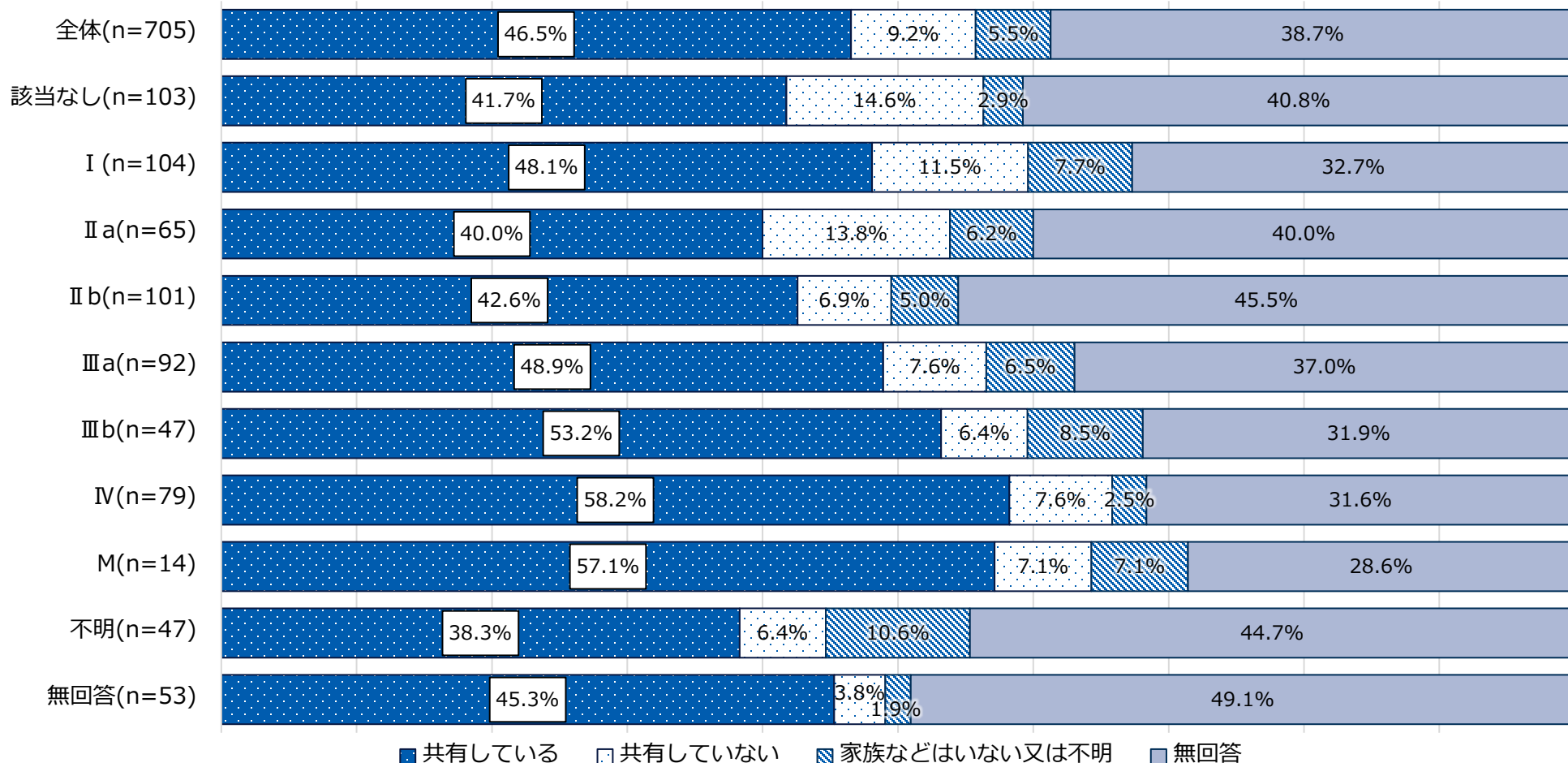
出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

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%



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」

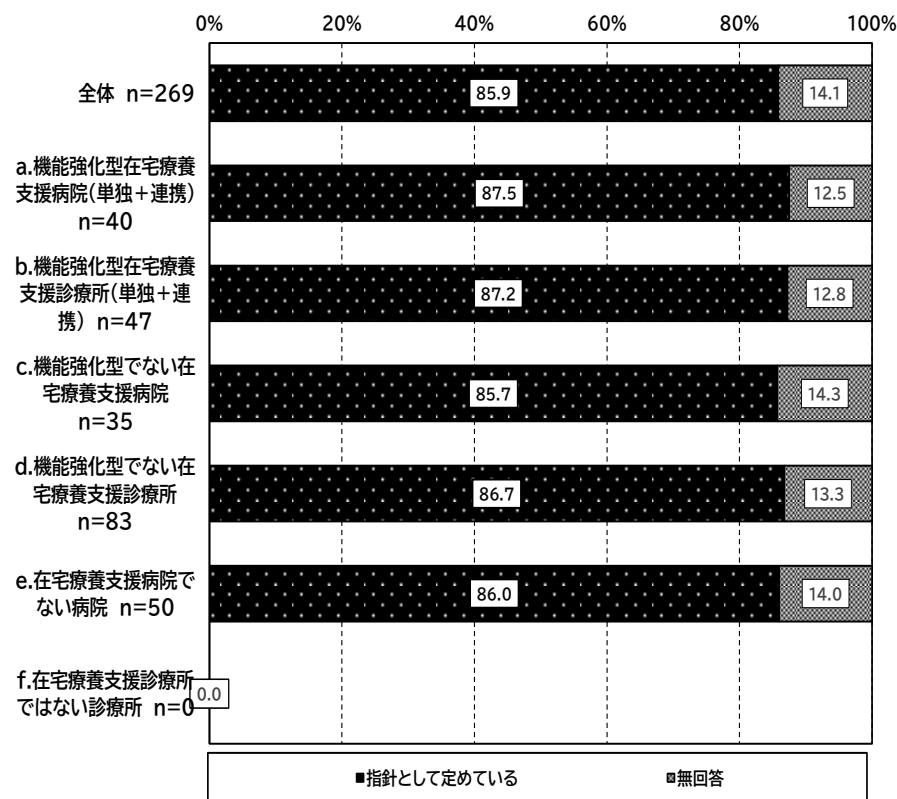
医療機関調査の結果②③

＜本人の意思確認ができない場合で、家族等がい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)

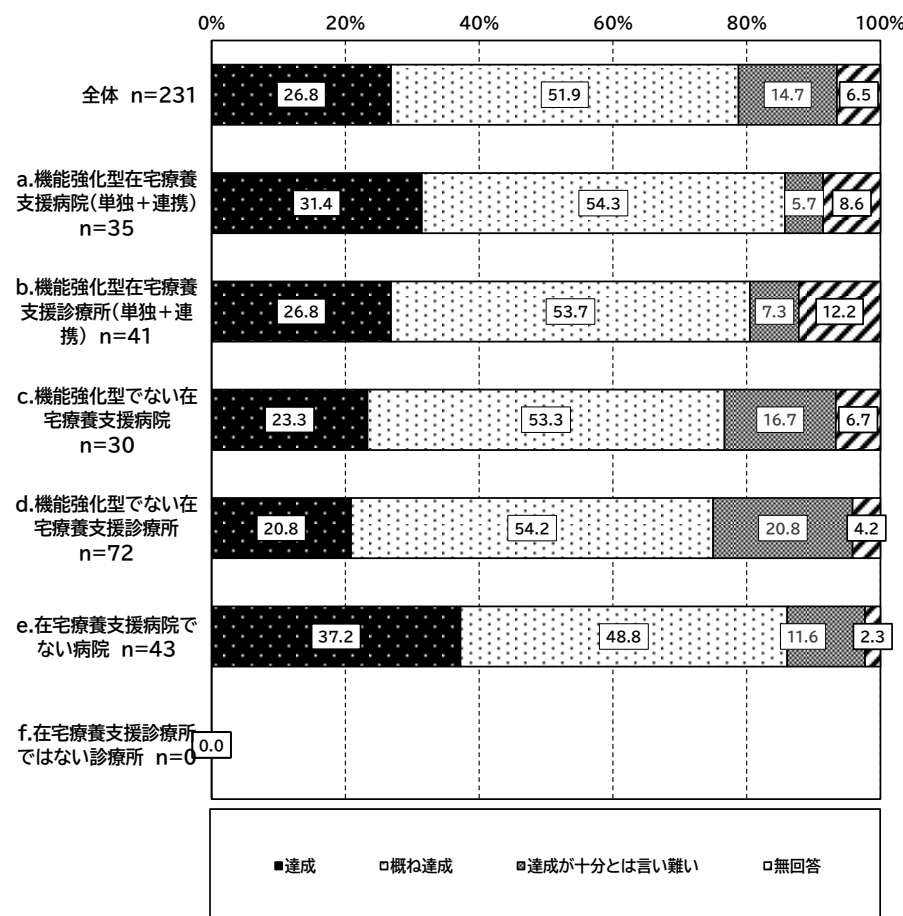
8. 本人の意思確認ができない場合で、家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合に、本人にとっての最善の方針をとること。

(「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

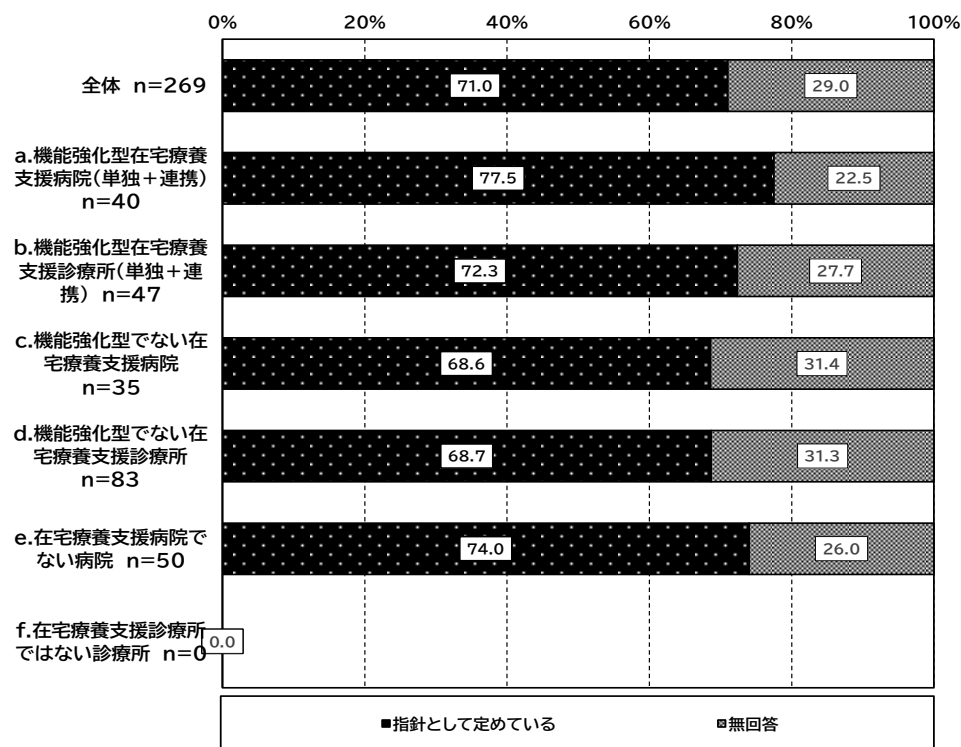


医療機関調査の結果②6

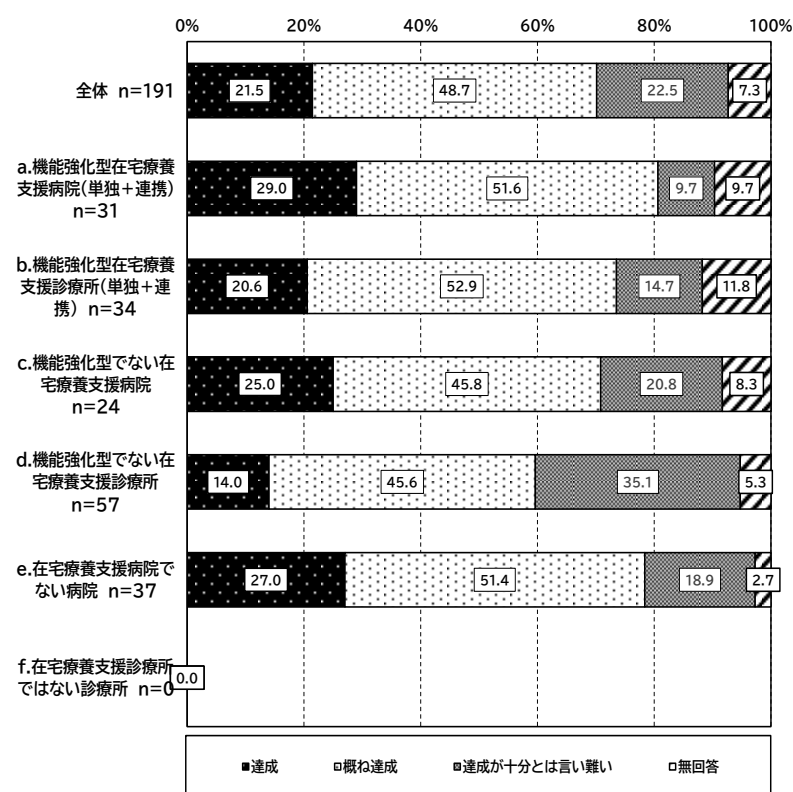
＜医療・ケアの方針について、本人、家族等、医療・ケアチームの間に話し合いを繰り返し行う等しても、合意に至らない場合の対応方針＞（報告書p274,275）

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

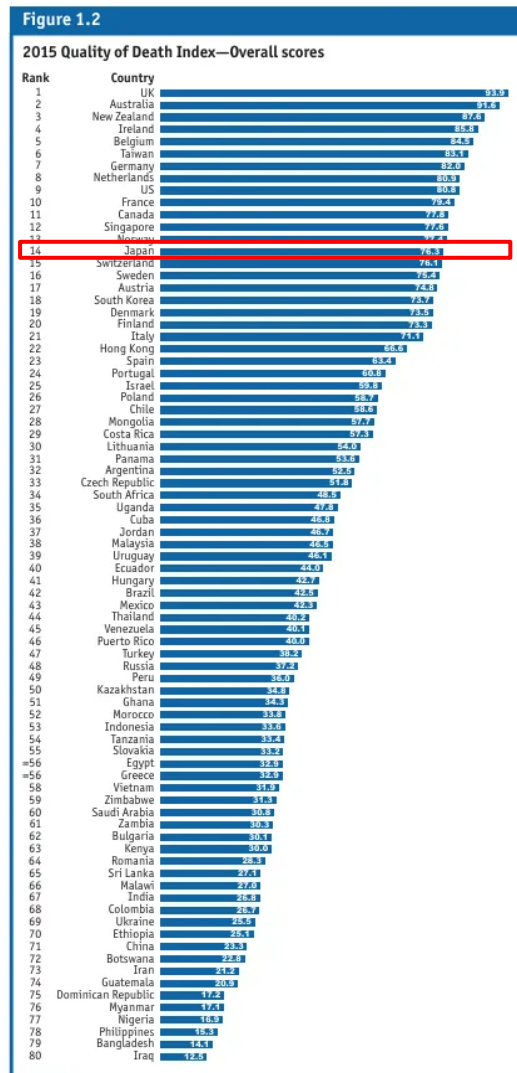


図表 2-302 指針の実施にあたっての評価

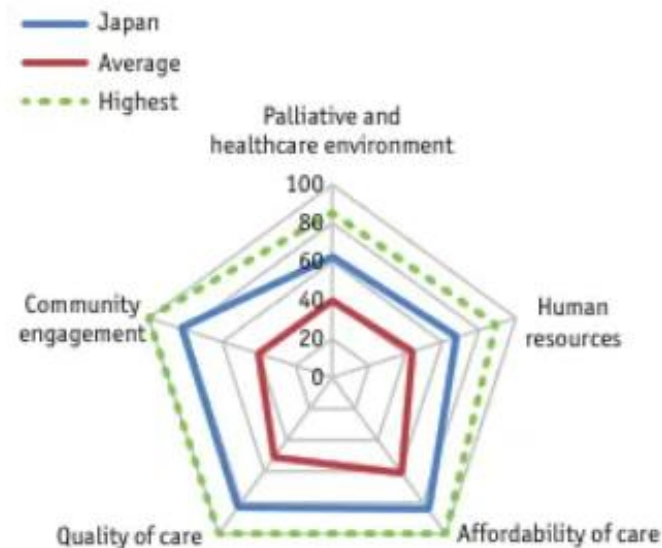


Quality of Deathの指標について

○ 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。



	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】

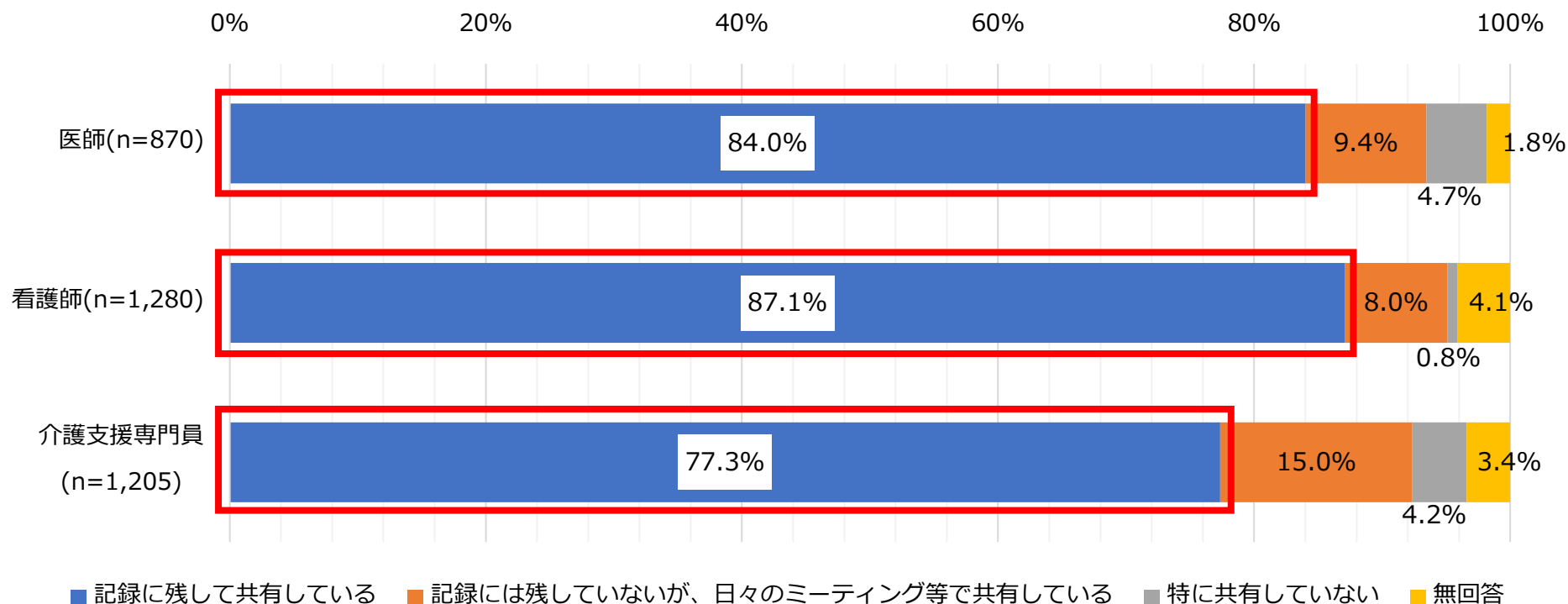
○ 人生の最終段階における医療・介護に関する意思決定支援において、発言やエピソードの逐語的な記録、意図的な問いかけに対する反応を記録し蓄積することは意思表示が困難な段階を含めて意思決定支援に役立つ。

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		「予防接種？注射はいやだ」	③医療についての選好
6月		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		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		「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		「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		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」 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		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		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
		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」	
		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（※）



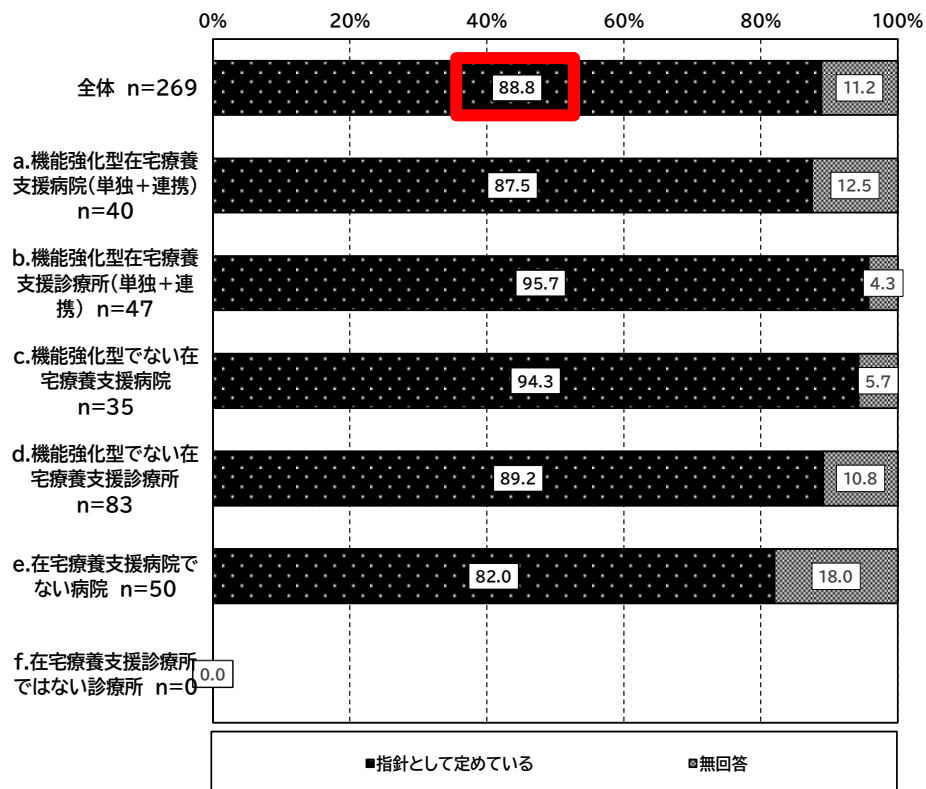
※「担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていると思いますか」の問に「十分行っている」「一応行っている」と回答した医師、看護師、介護支援専門員が回答

医療機関調査の結果⑱

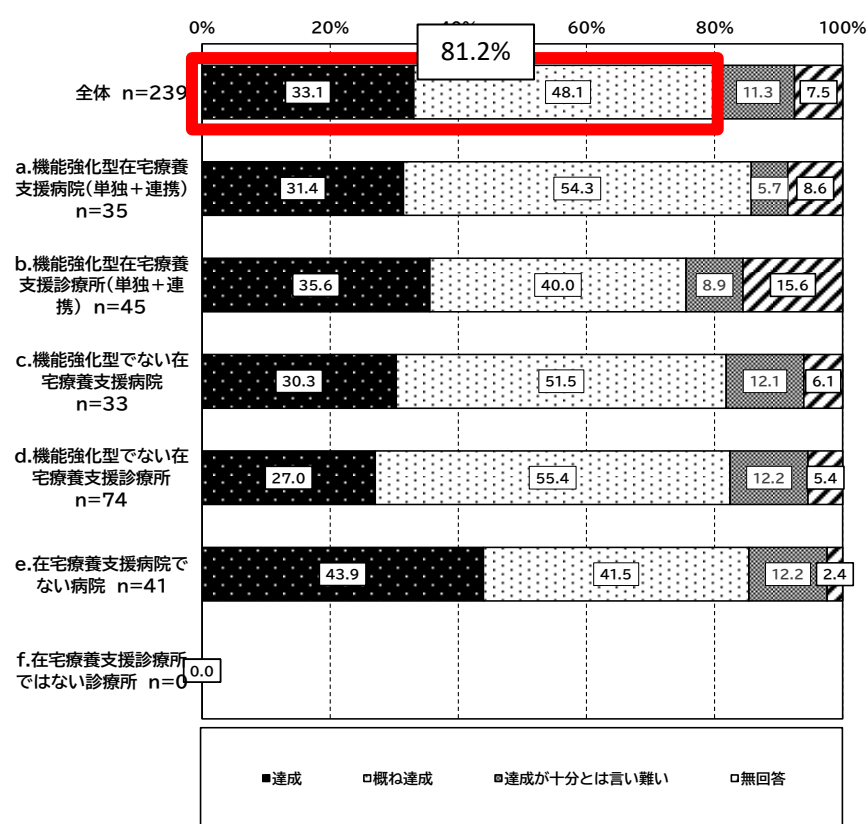
＜話し合いの内容について、関係者と共有すること＞（報告書p258,259）

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）

図表 2-285 指針として定めていること



図表 2-286 指針の実施にあたっての評価



医療機関調査の結果②⑧

＜話し合いの内容の共有方法＞（報告書p279,283）

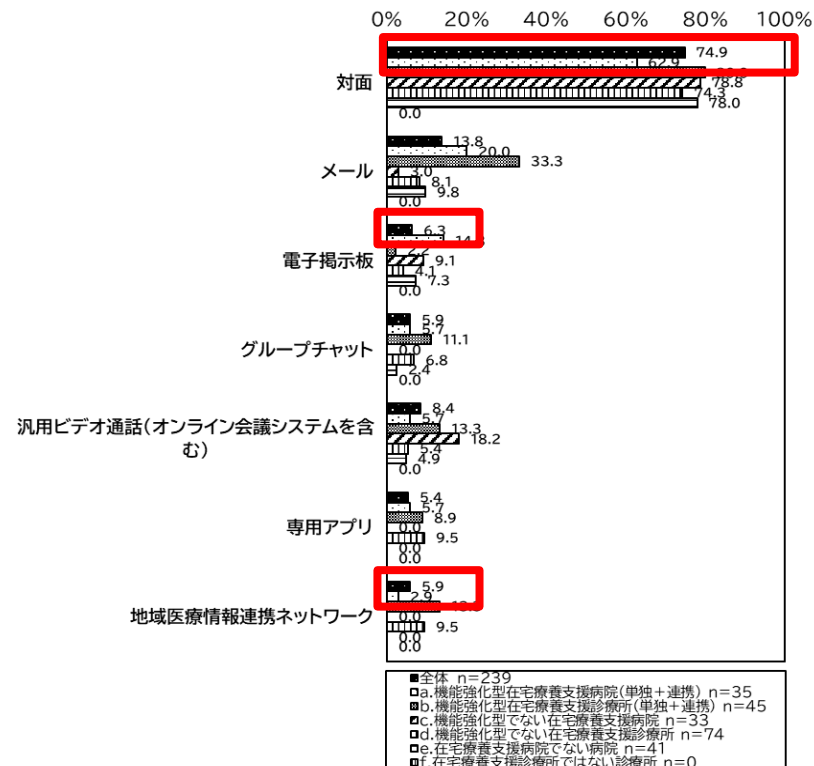
○ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた話し合いの共有方法は「対面」が全体で74.9%と最も多かった。また共有している情報の内容としては「患者本人やその家族の医療・ケアの方針に関わる発言の概要をまとめて共有している」が全体の53.1%で最も多かった。

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】

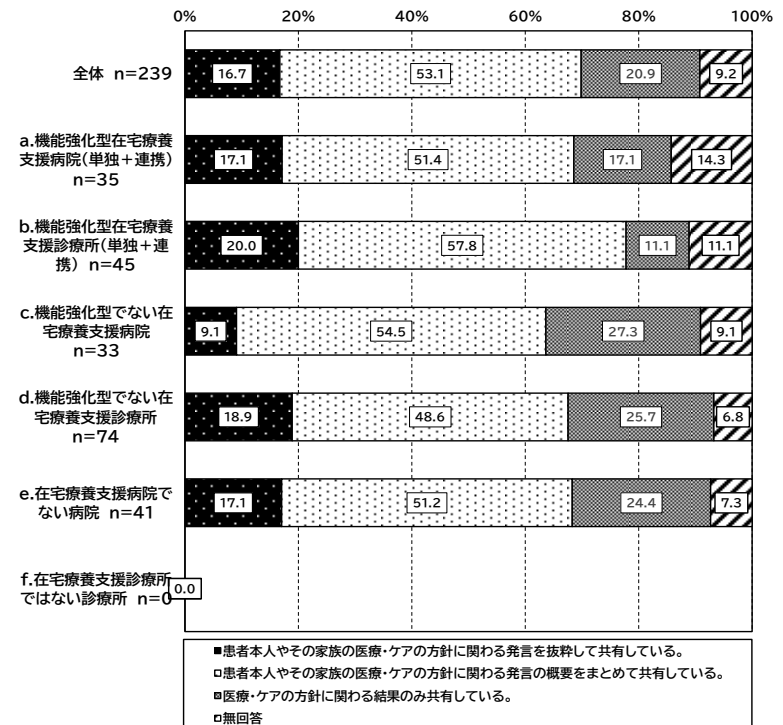


図表 2-310 共有している情報の内容として最も当てはまるもの

（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）

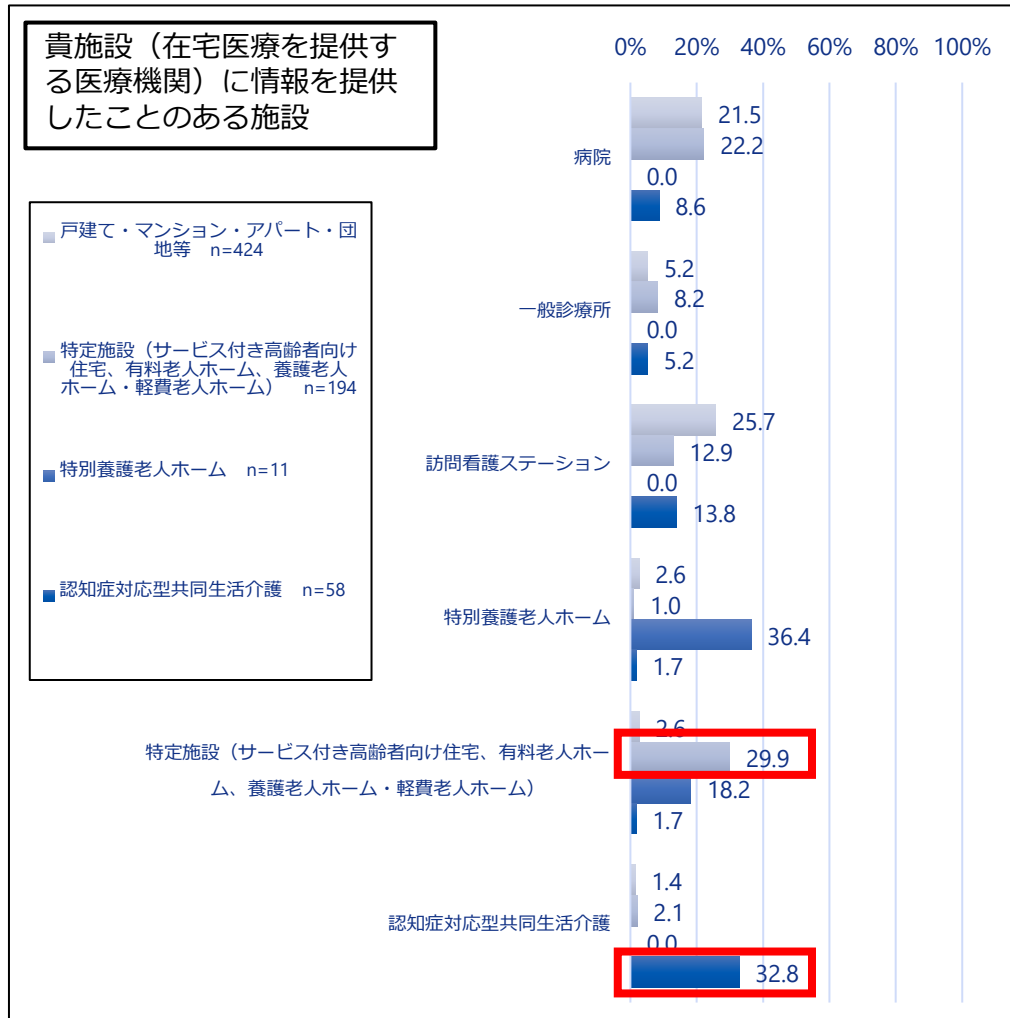
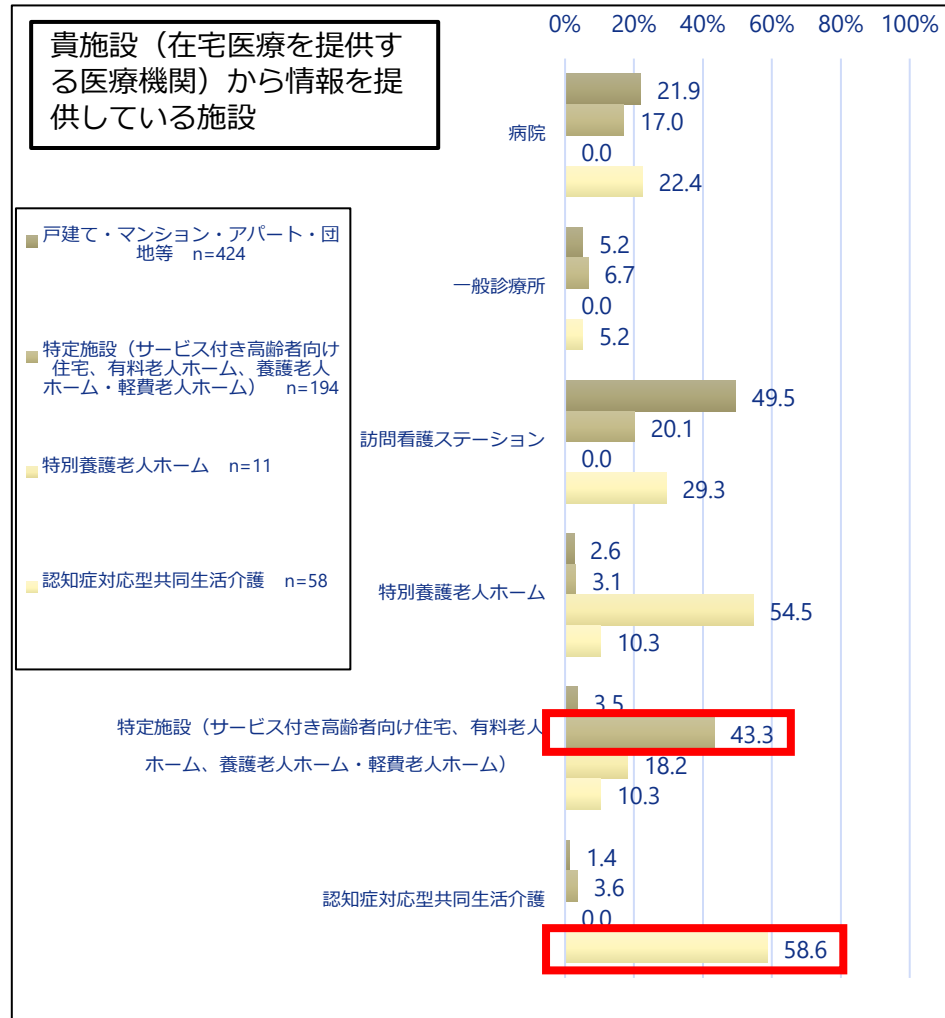
【在宅療養支援病院・診療所の届出区分別】



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

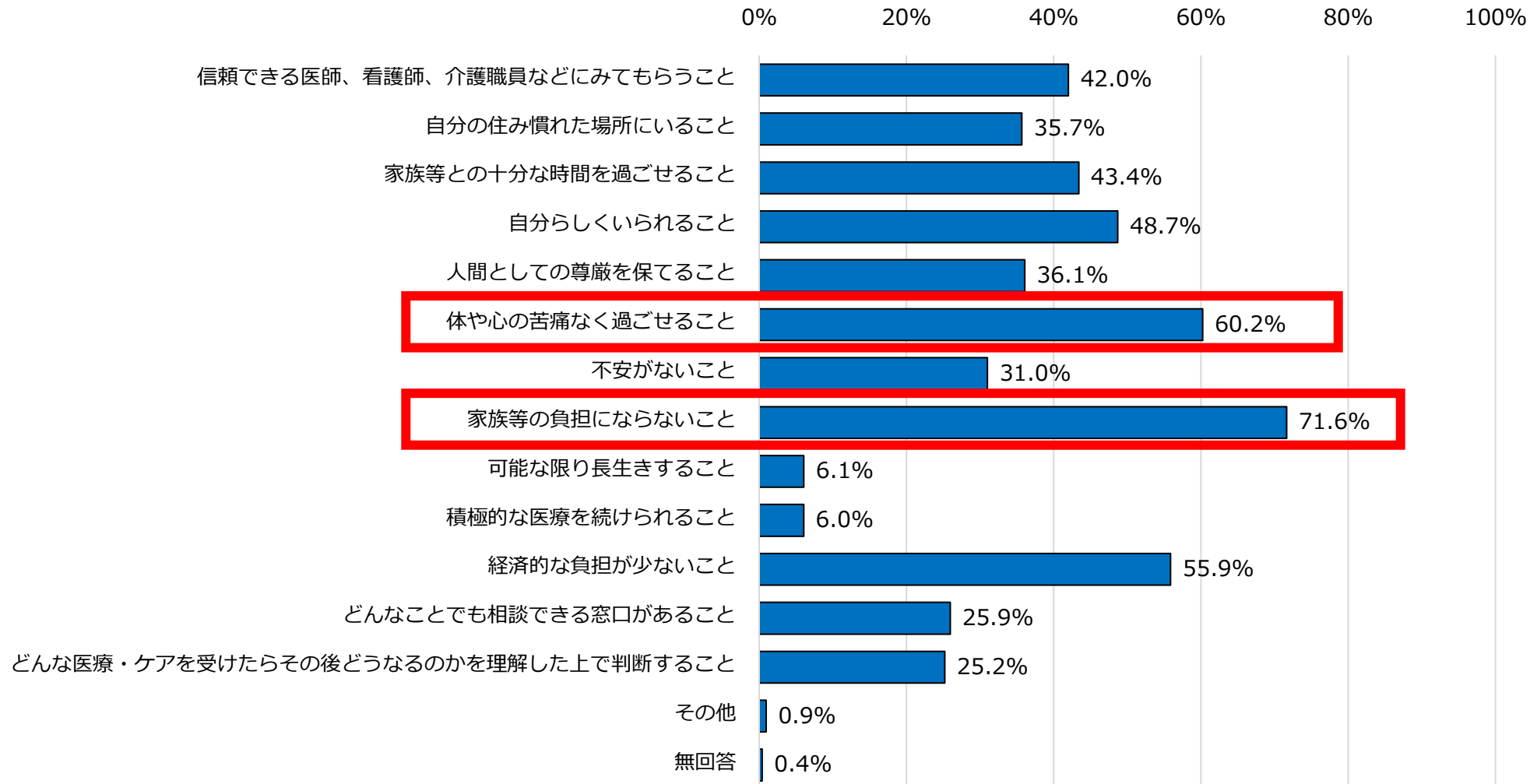


【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

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

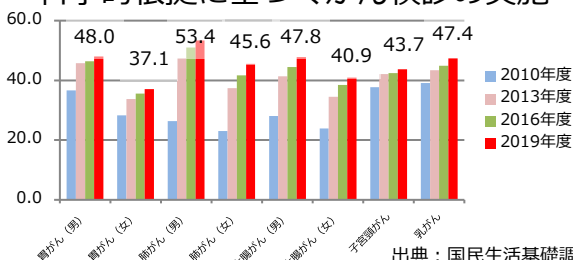


患者の特性に応じた体制の整備

- 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

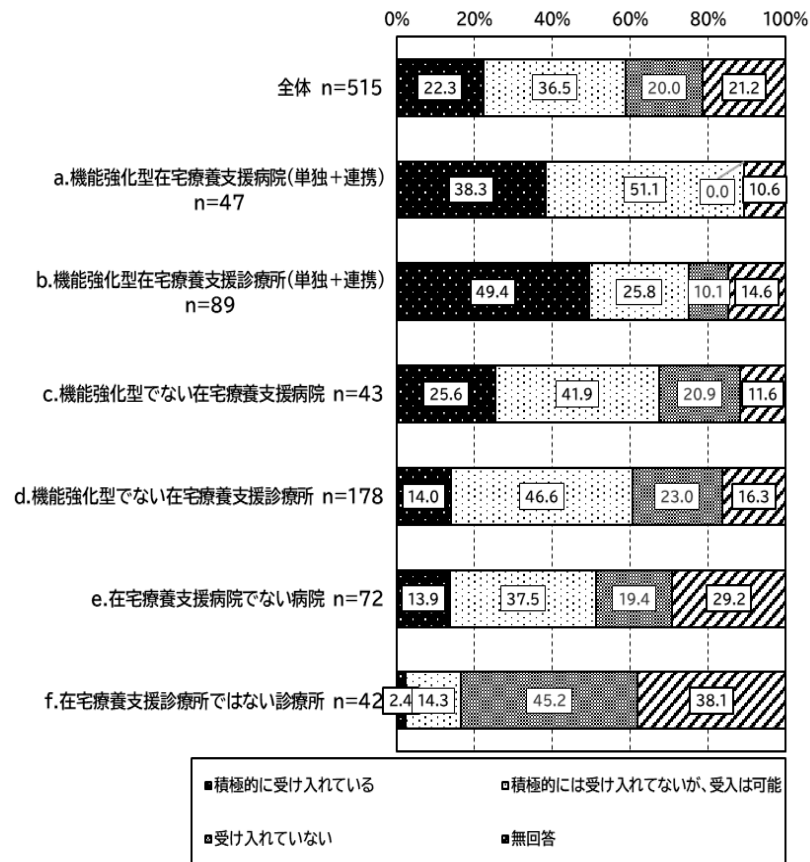
医療機関調査の結果⑫

中 医 協 検 - 2 - 1
5 . 3 . 2 2

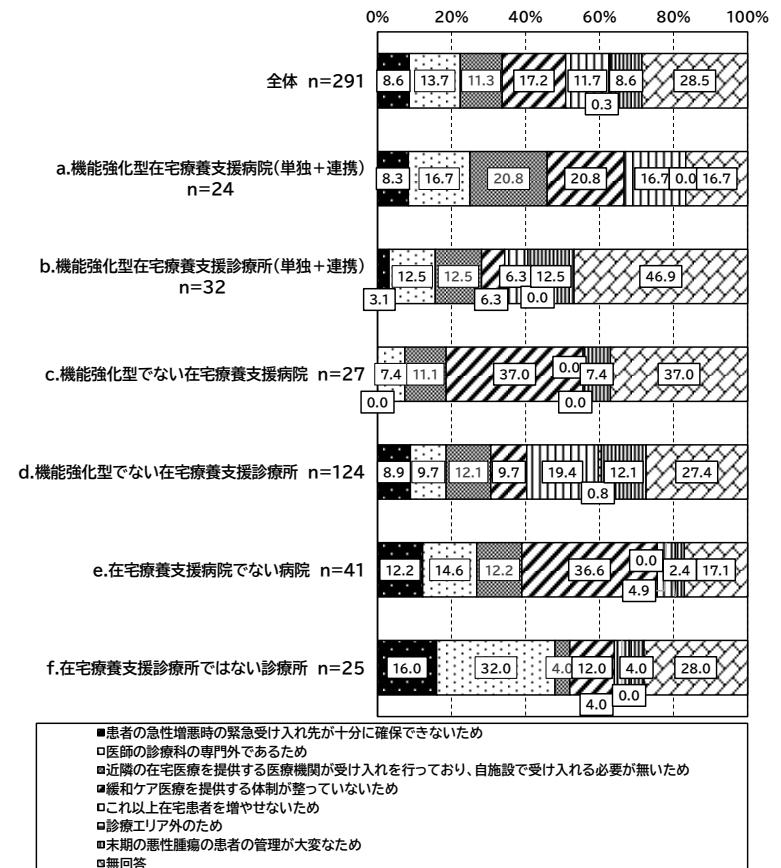
＜末期の悪性腫瘍の患者の受け入れ状況＞（報告書p212,217）

○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】



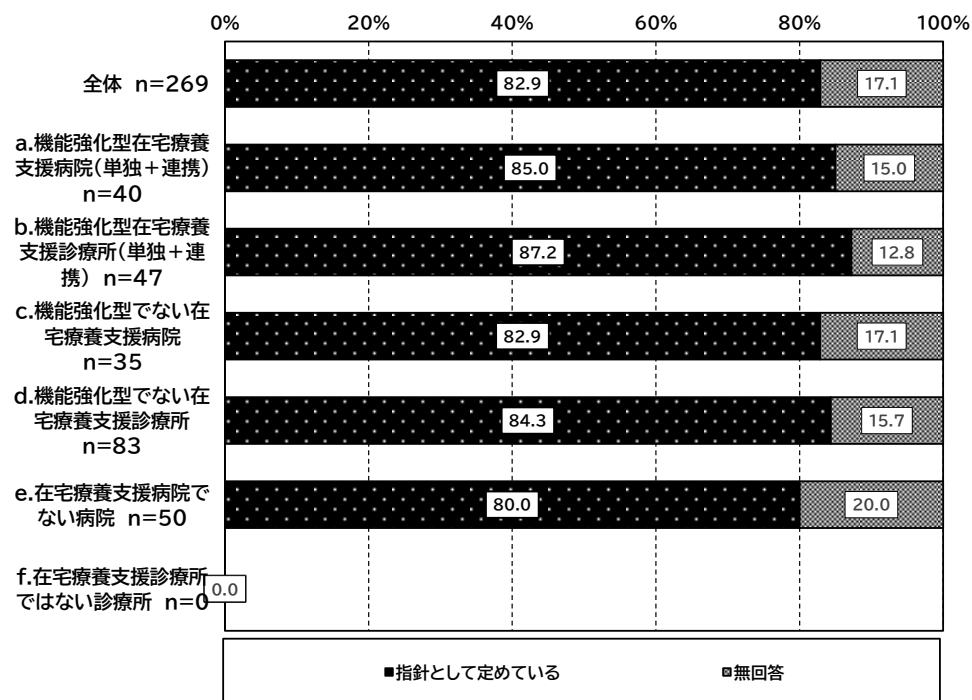
医療機関調査の結果②5

＜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）

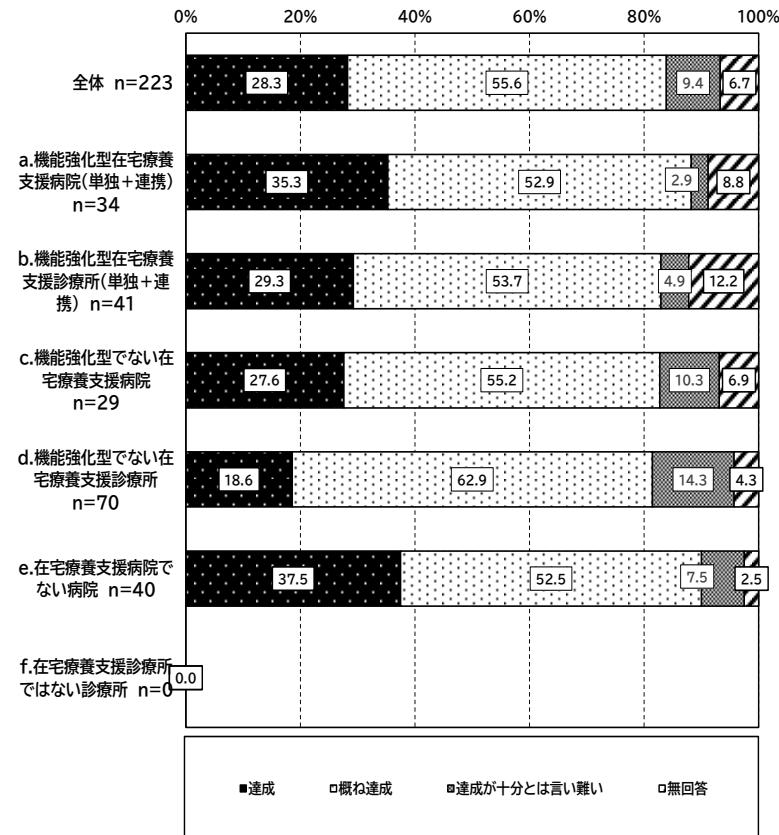
10. 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うこと。

（「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。

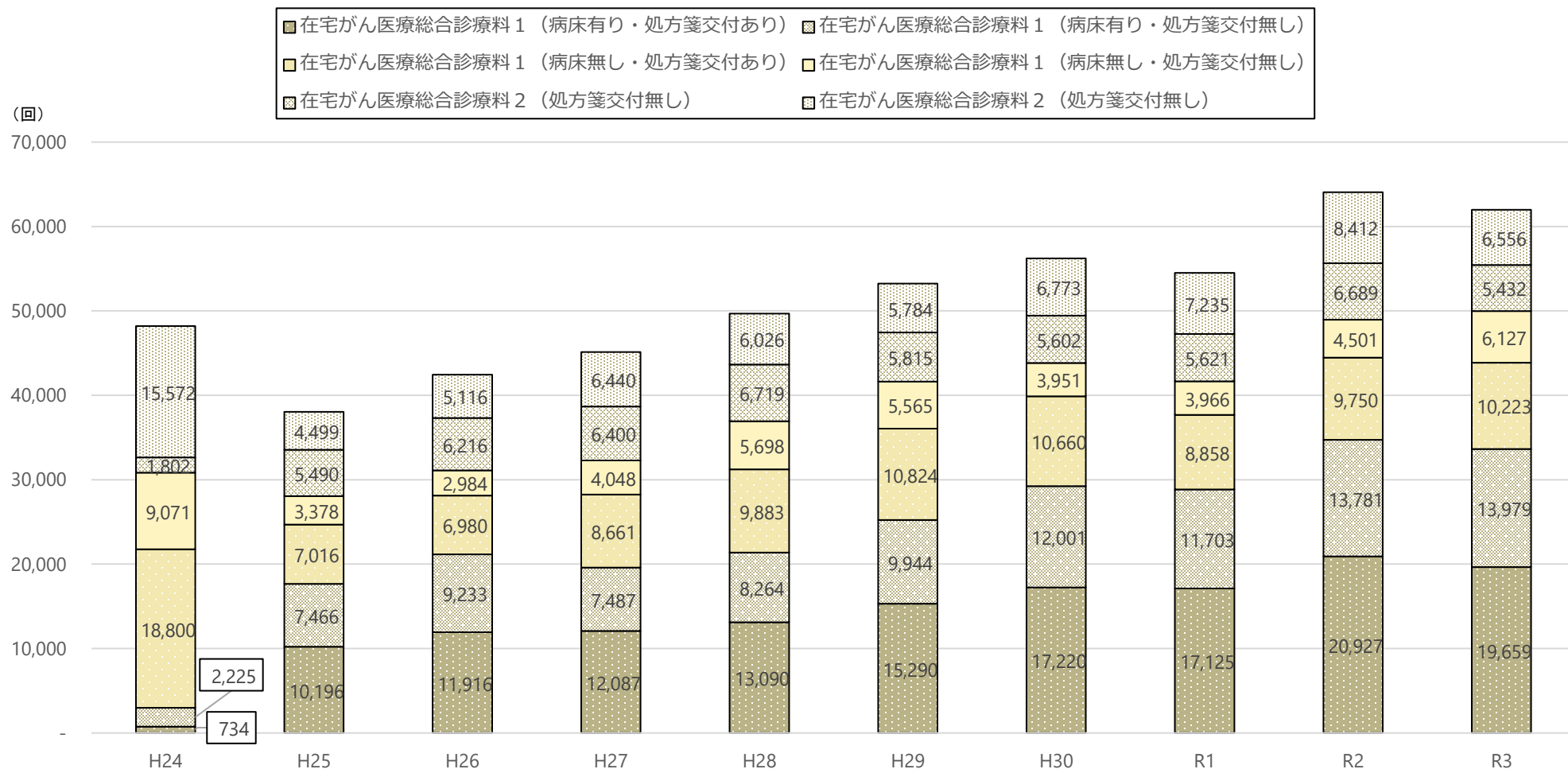
〔施設基準〕（抜粋）

- 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

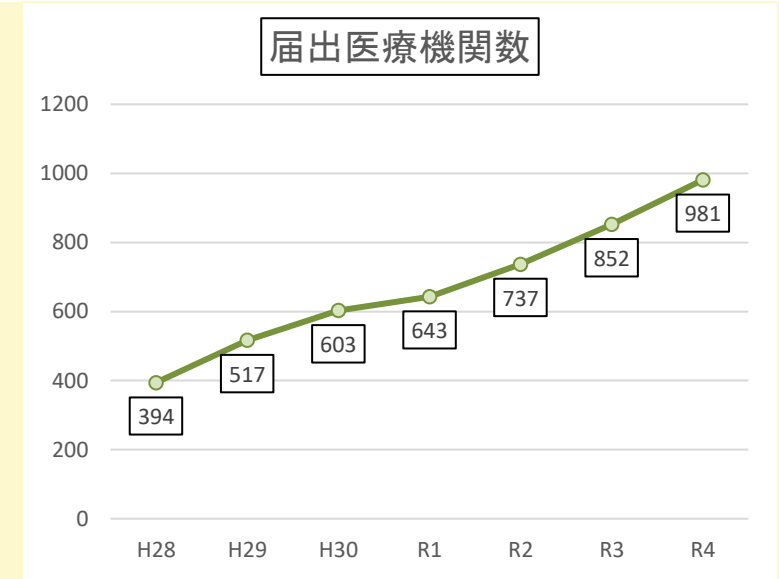
十分な実績を有する医療機関が、以下の項目に該当する診療を行った際に、以下に示す点数を所定点数に加算する。

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

〔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。



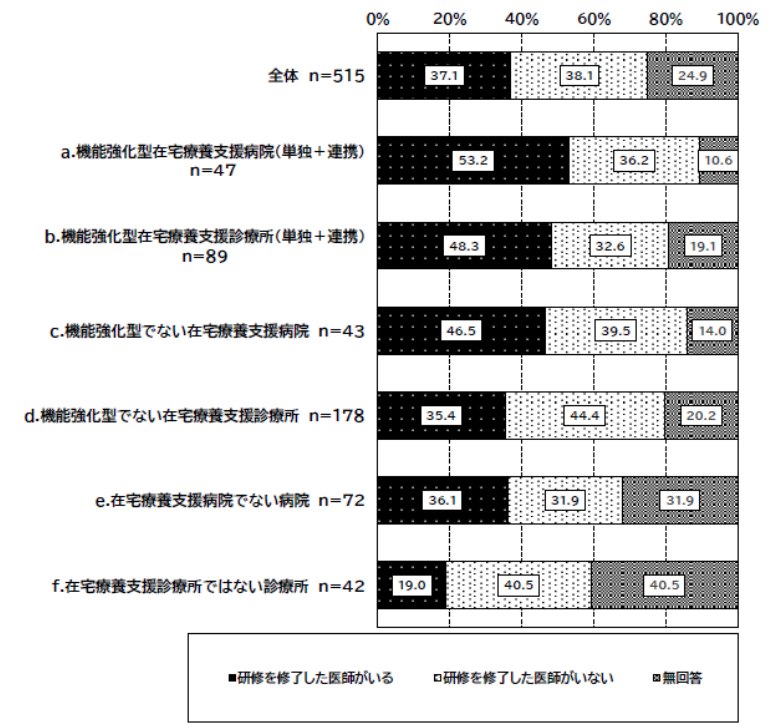
出典：保険局医療課調べ

医療機関調査の結果

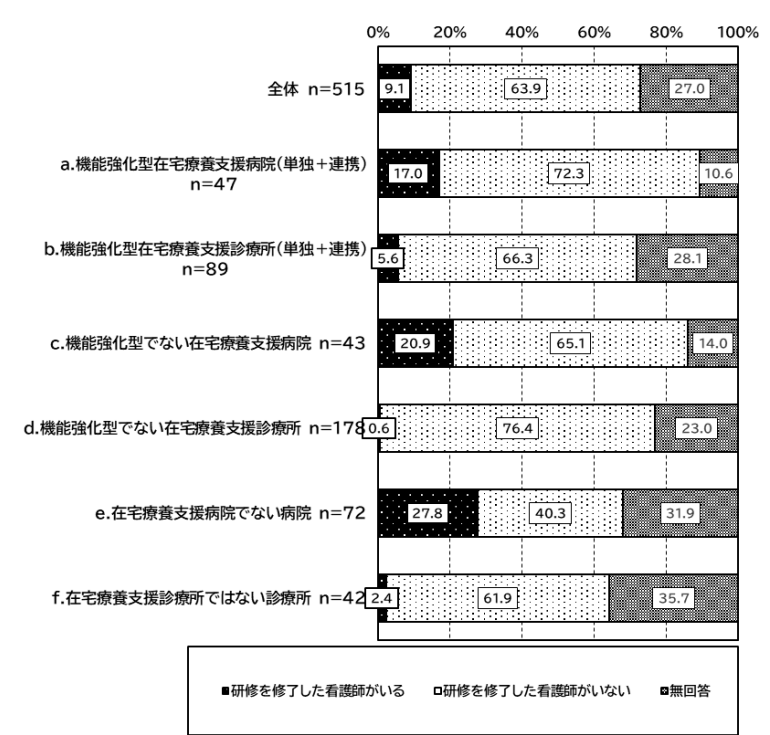
<訪問診療に関係する医療従事者の緩和ケアの研修の有無について>

○訪問診療に関係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 訪問診療に関係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 訪問診療に関係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。

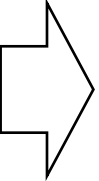
現行

【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
 - ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
 - ・ 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
- 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

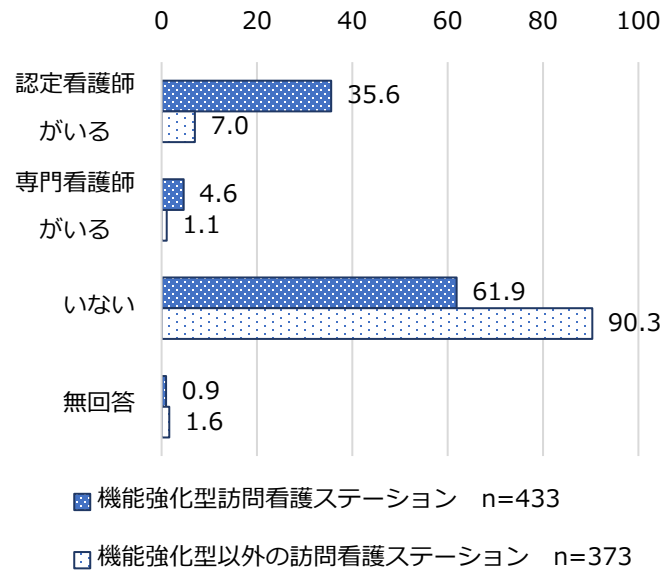
※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正

※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

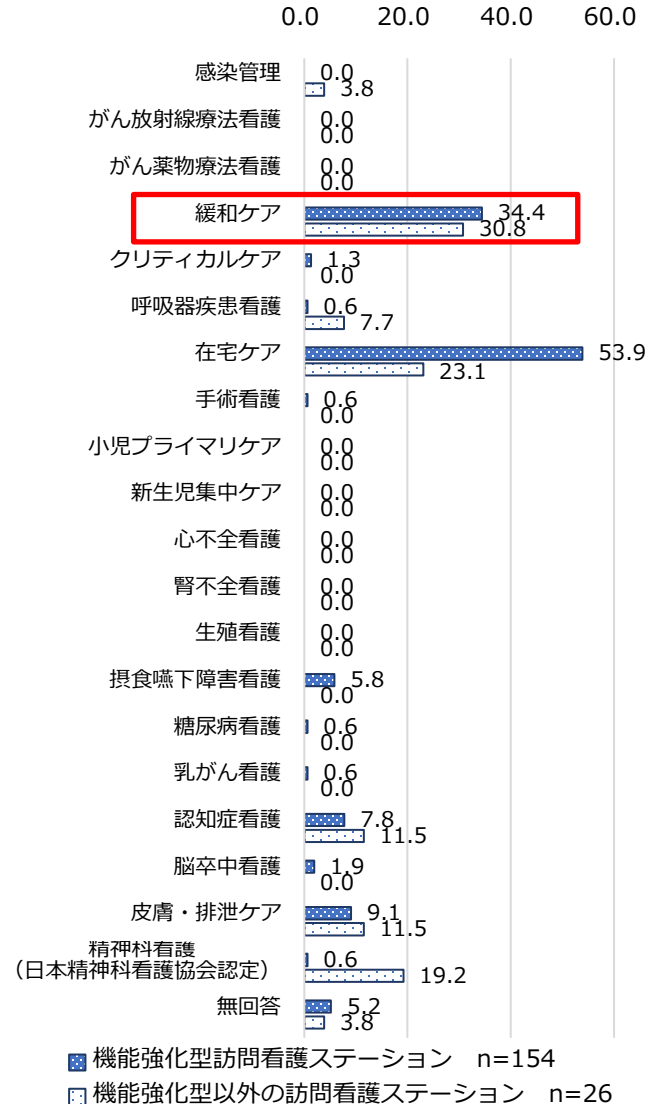
訪問看護ステーションの所属する認定看護師・専門看護師

○ 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。

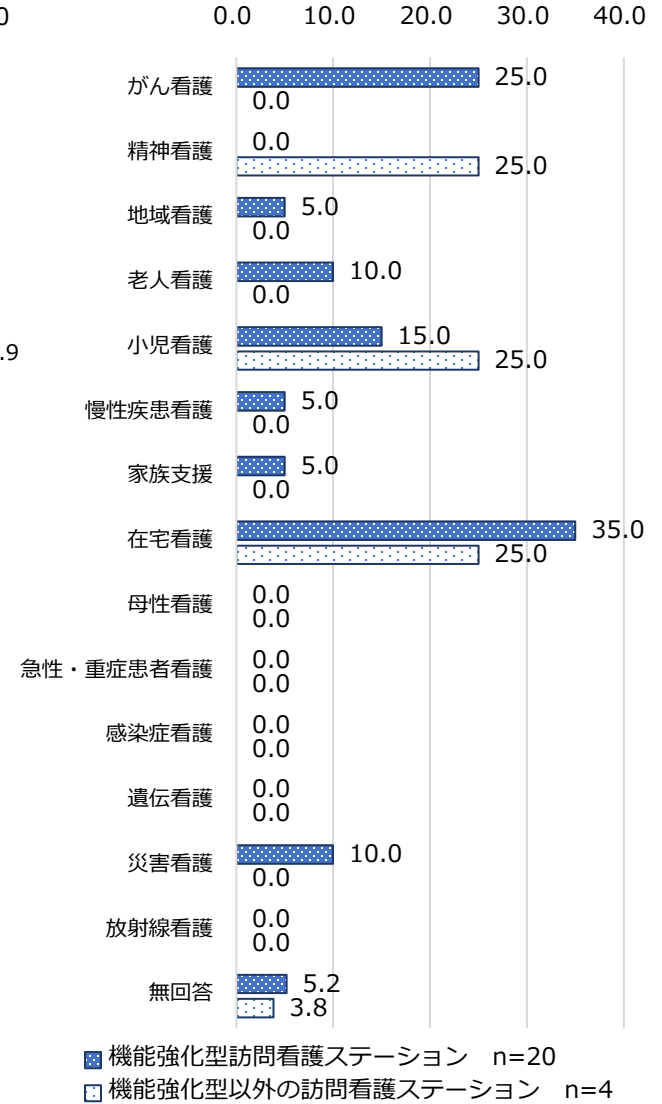
■ 認定看護師・専門看護師の有無



■ 認定看護師の専門分野



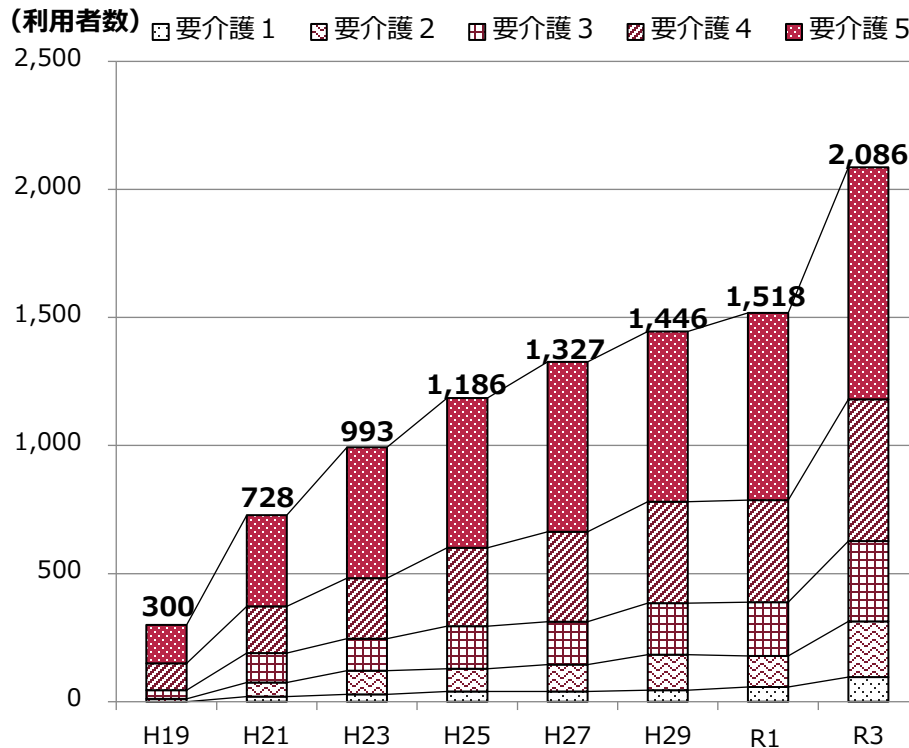
■ 専門看護師の専門分野



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

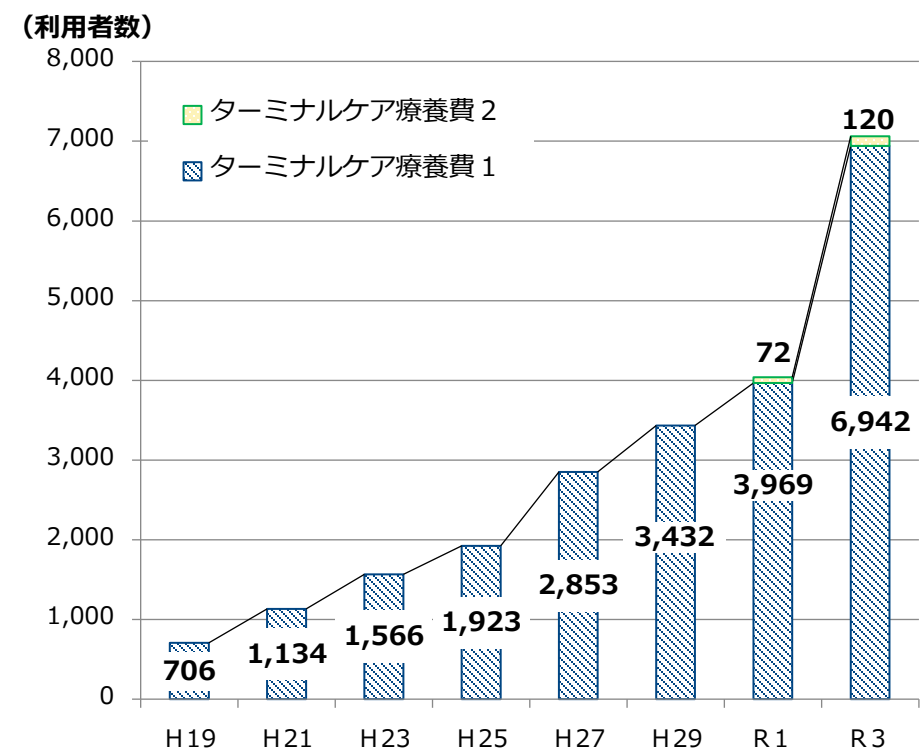
○ 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年度は特に増加した。

■ 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

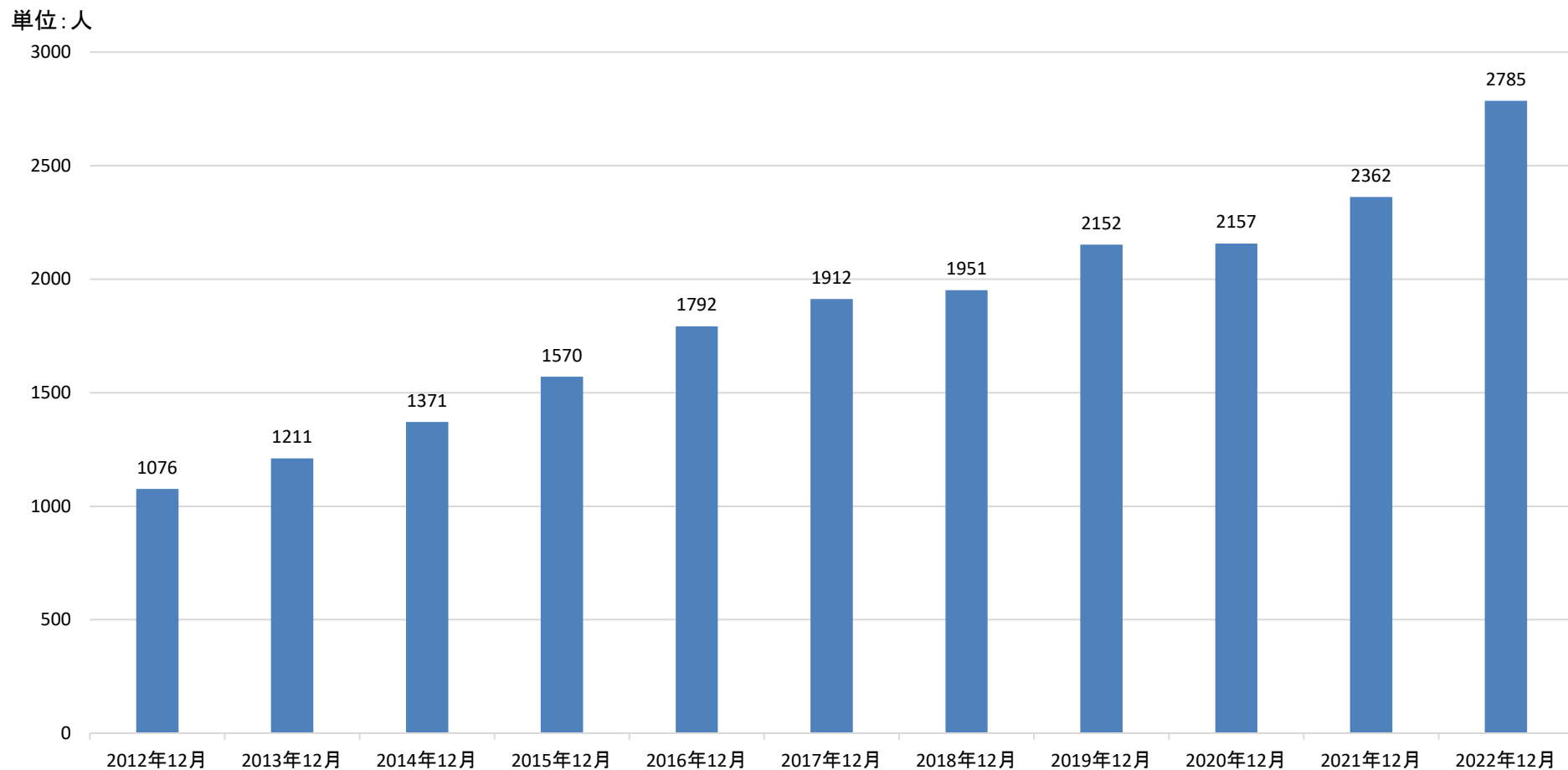
ターミナルケア加算・訪問看護ターミナル療養費

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



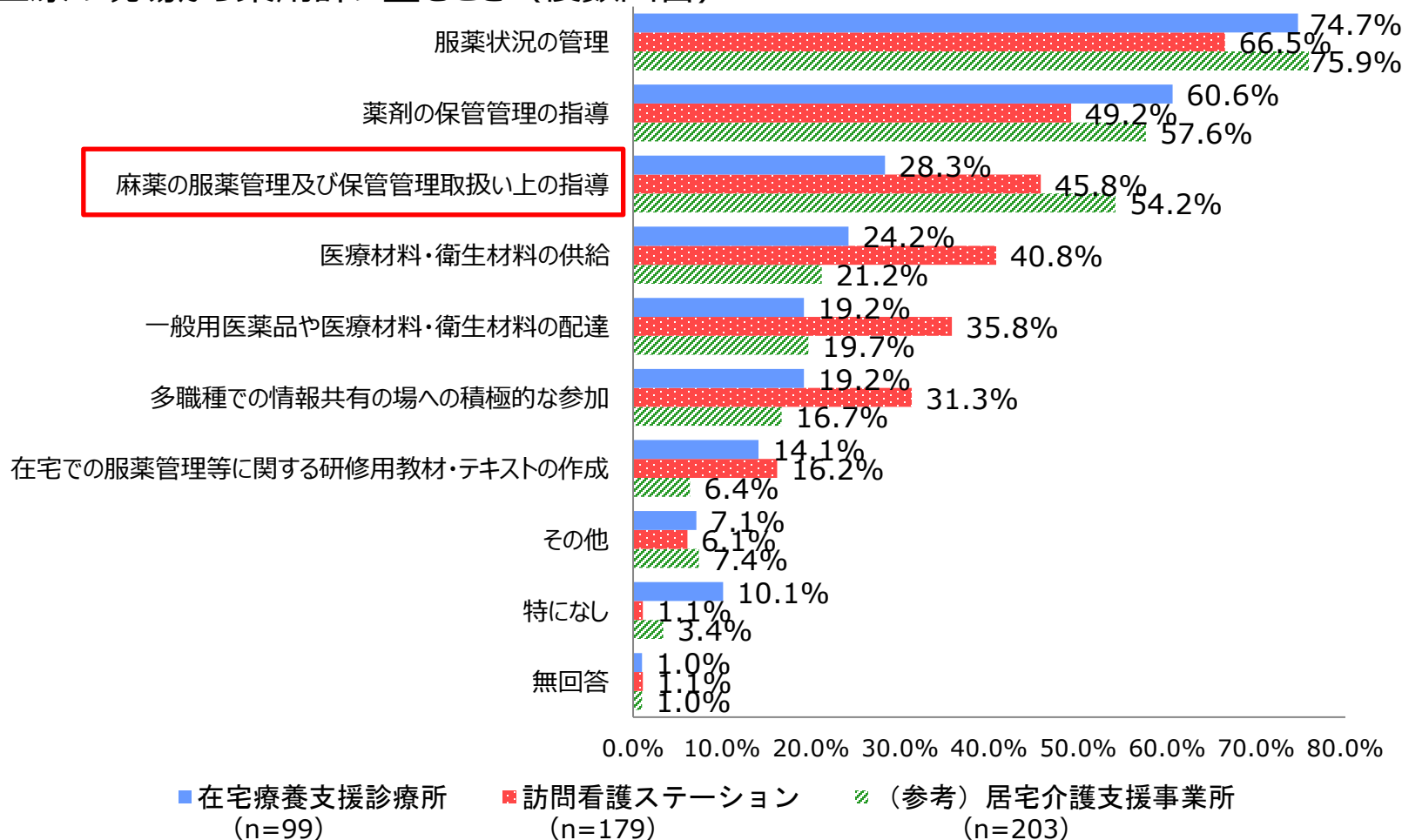
※各月に少なくとも1日ターミナルケア加算を算定した人数を集計。2021年度以降は、当該月において死亡前31日～45日前における加算のみを算定した者は除く。

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

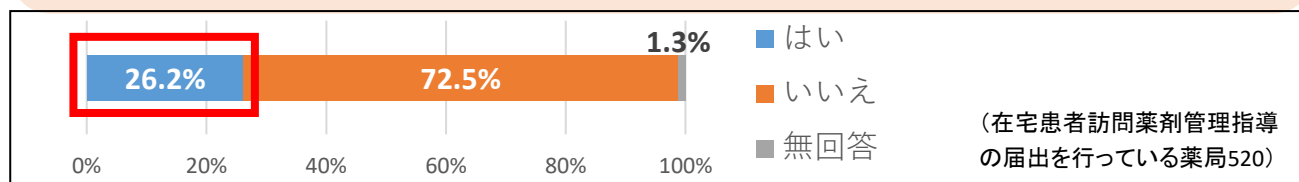
- 在宅医療において、薬剤師は、服薬状況の管理や薬剤保管管理の指導といった役割が他職種から求められている。

➤ 在宅医療の現場から薬剤師に望むこと（複数回答）



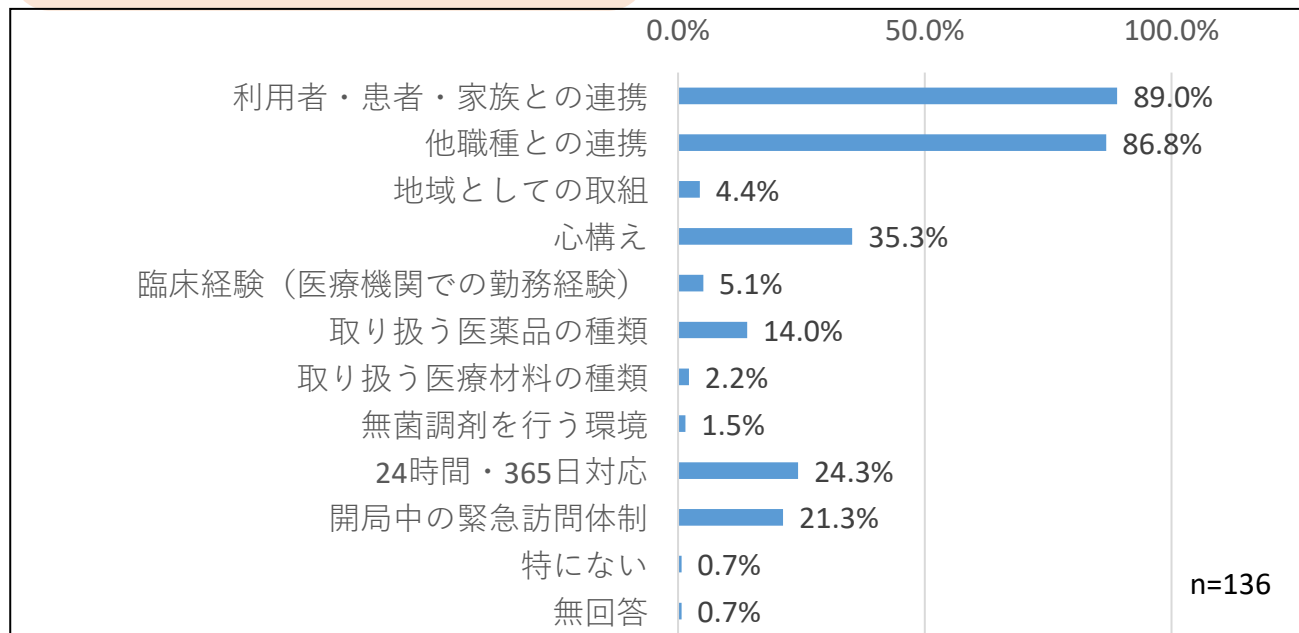
- 薬局の方針として、人生の最終段階（終末期）の利用者・患者への訪問薬剤管理指導を行っている薬局は26.2%であった。
- 人生の最終段階（終末期）の利用者・患者への訪問薬剤管理指導にあたり重要と考える事項については、「利用者・患者・家族との連携」が89.0%で最も多く、次いで「他職種との連携」が86.8%であった。

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

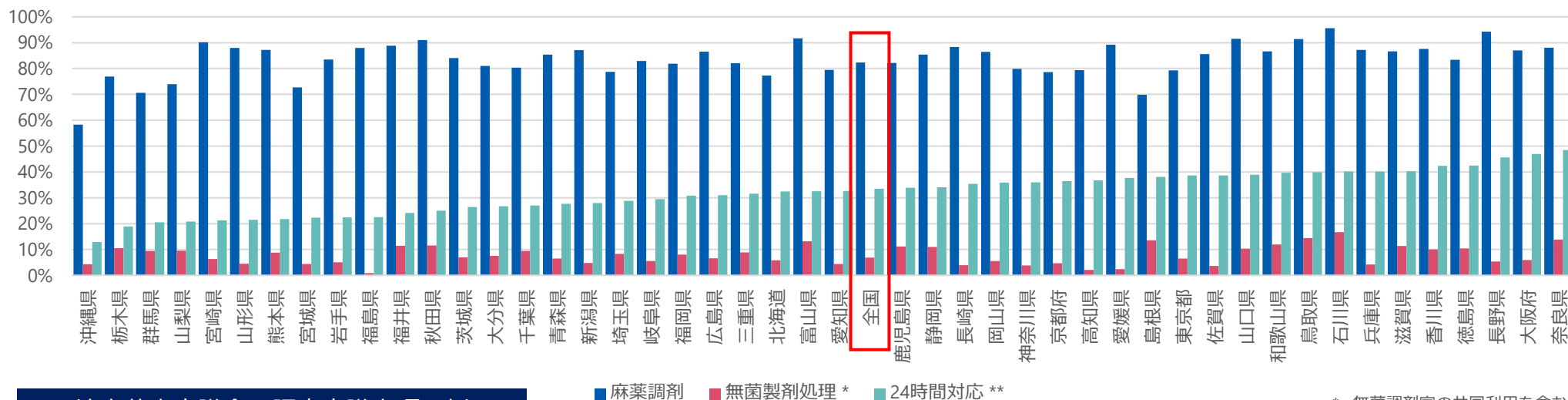
第7回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

資料

令和4年10月14日

- 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						
				訪問薬剤管理指導を実施している薬局・診療所・病院数						
				在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数		24時間対応可能な薬局数				
				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実施している薬局数、無菌製剤（ＴＰＮ輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数						
				訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数						
				訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数						
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（ＴＰＮ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

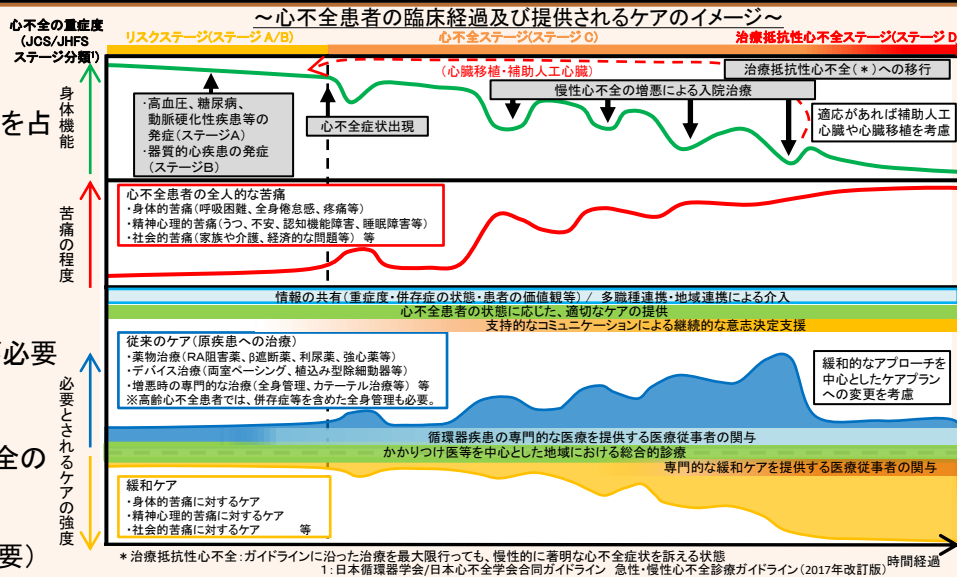
- すべての心疾患に共通した終末的な病態であり、心疾患の病類別に見た死亡者数の第1位を占め、今後の患者増加が予想される心不全が主な対象

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

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

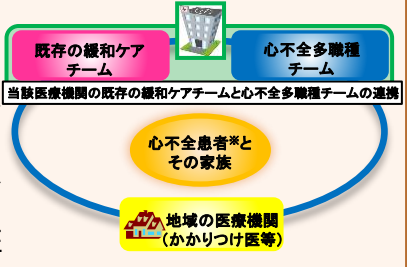
基本的な方向性

- 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

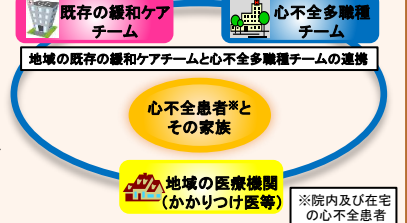
循環器疾患における緩和ケアチーム体制のイメージ

- 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)

同一医療機関内に緩和ケアチームがあるケースのイメージ



同一医療機関内に緩和ケアチームがないケースのイメージ



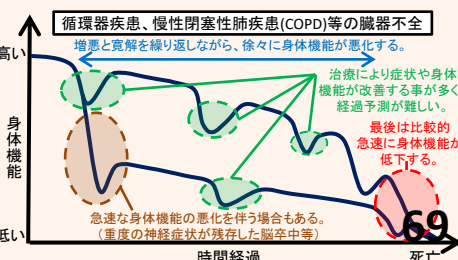
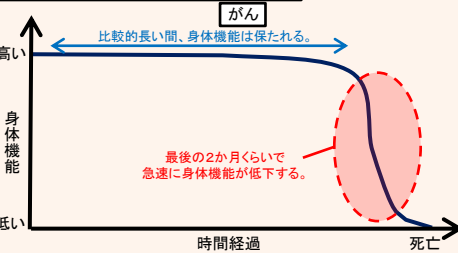
緩和ケアにおける循環器疾患(心不全)とがんの共通点・相違点

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

社保審－介護給付費分科会

第215回（R5.3.16）

資料2-3 一部改変

【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）

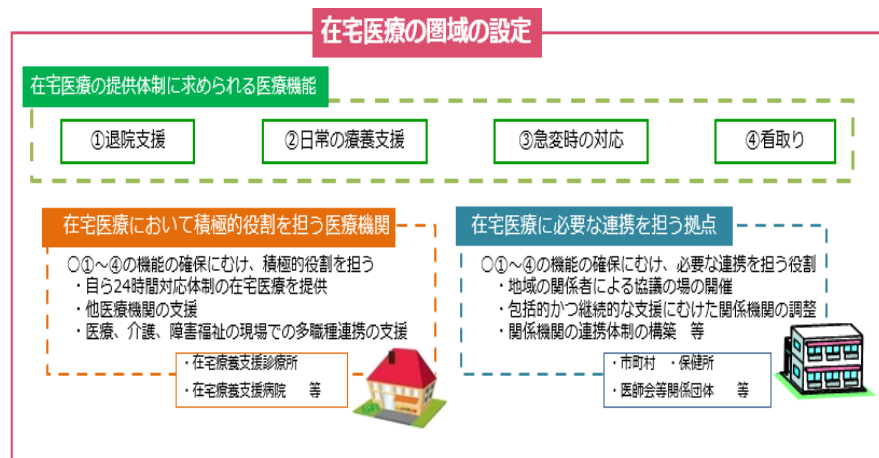
	単位（％）					単位（％）			
	老健（n=348）	介護医療院（n=221）	特養（n=460）	医療療養病床（n=247）		老健（n=348）	介護医療院（n=221）	特養（n=460）	医療療養病床（n=247）
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	93.4	97.3	90.4	93.5	抗菌薬	61.5	82.4	27.8	85.8
経鼻経管栄養	41.7	93.7	28.7	94.3	昇圧薬	24.7	57.9	7.2	73.7
中心静脈栄養	7.8	48.0	2.2	81.4	皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）	62.6	84.6	39.3	92.7
24時間持続点滴	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
鼻カメラ	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、地域の実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。

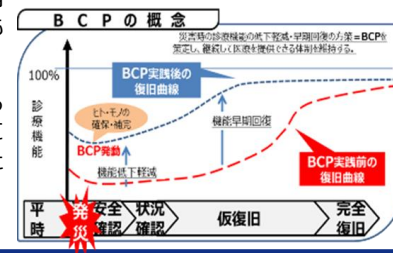
在宅医療の提供体制



- 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。

高度救命救急センター等の地域の 基幹となる救急医療機関

重症外傷等、高度な知識
や技術を要する患者

転院を受け入れる
医療機関

転院

第二次救急医療機関

転院

高齢者救急等、地域で発生
する救急患者

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 五丁目 24番 1号
ふりがな	田中あけみ 田中 70歳
氏 名	八王子 七男
生年月日	昭和24年 8月 10日
性 別	男
連絡先	012-626-3111(自宅)
電話番号	090-0000-0000(携帯電話)

○既往歴
現在治療中の病気 糖尿病、心臓病、脳卒中、その他（血圧185/110）

○服薬情報
処方されている薬 カルベドール錠 10mg
プロアール錠 10mg

かかりつけの病院 八王子市立病院 内科 上野町32

もしもの時に医師に伝えたいことがあれば「」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
☐ 延命してほしい
☐ 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 苑中町 1-1-1	080-1111-0000
八王子 五子	子	八王子市 苑中町 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）

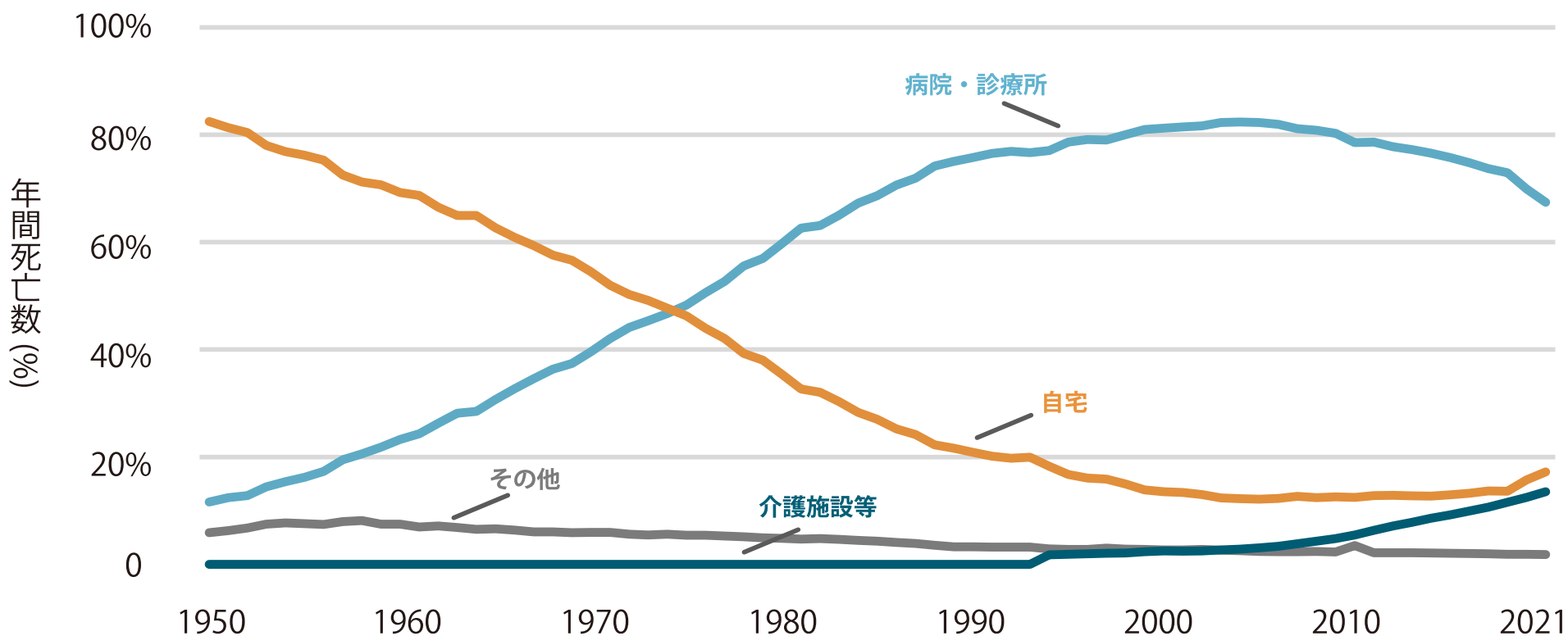
氏 名	電話番号
八王子市 苑中町 1-1-1	080-1111-0000
八王子市 苑中町 1-2-3	090-0000-0000

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



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

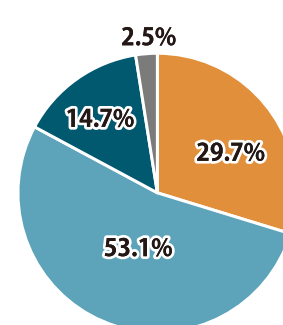
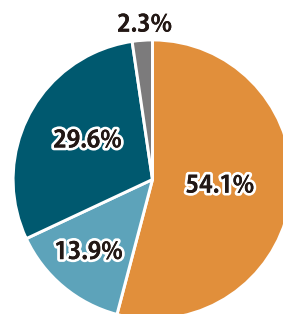
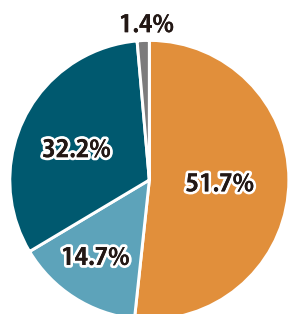
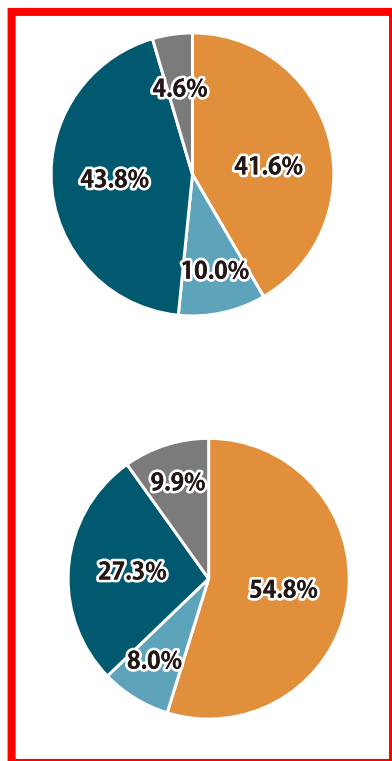
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(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。

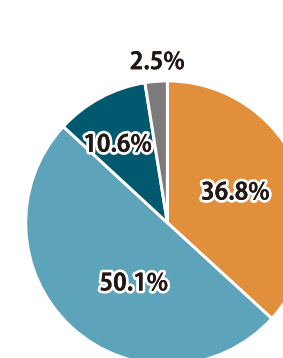
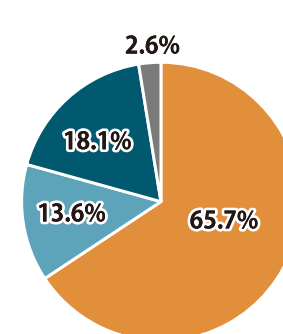
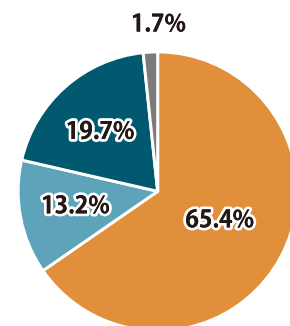
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)
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、トイレなどの身の回りのこ
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)

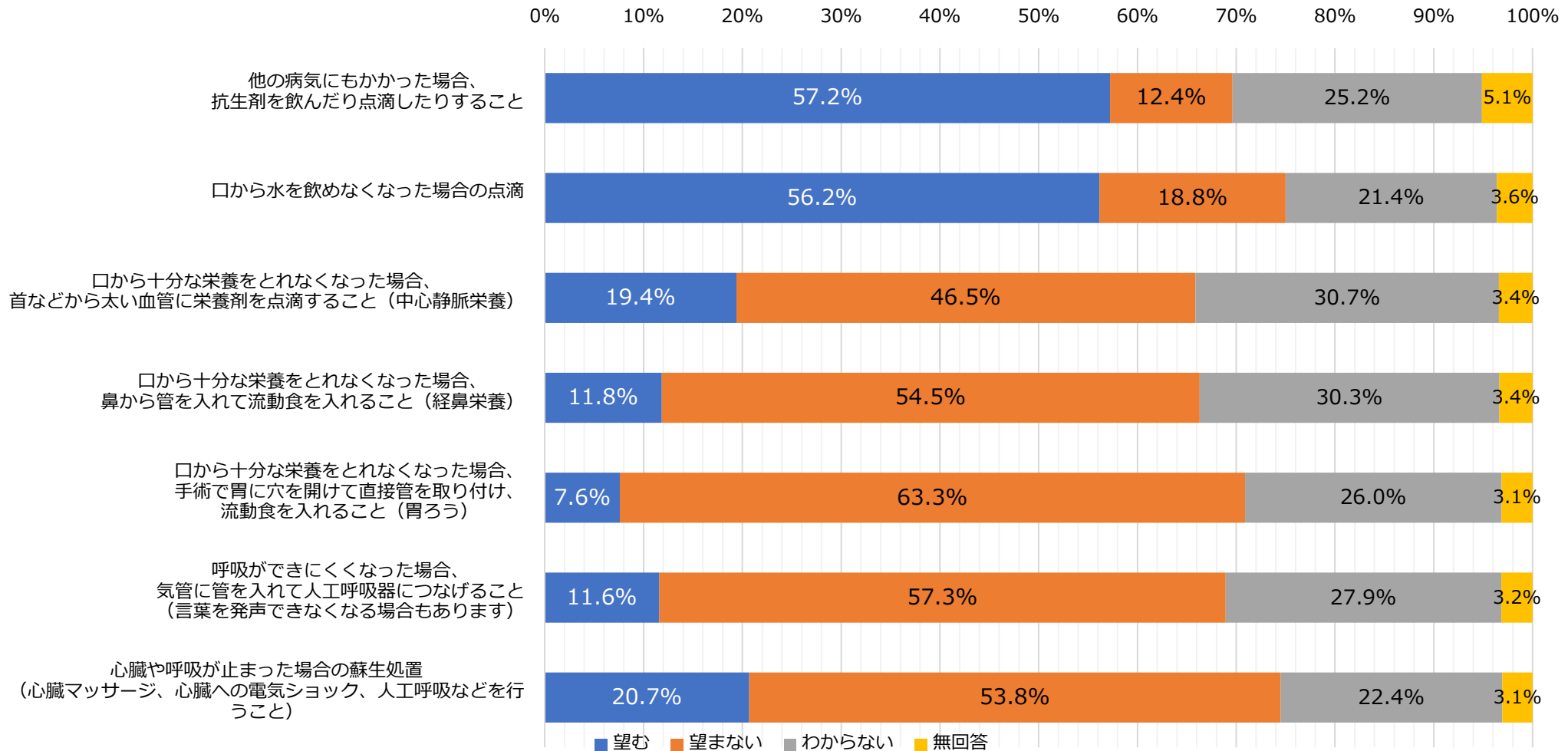
※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある

※ 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

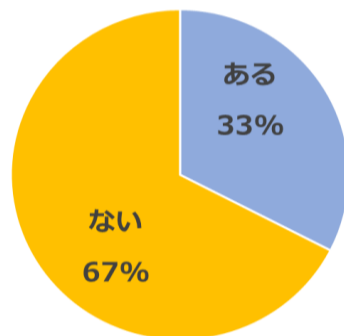
○ 人生の最終段階において、抗生剤投与や点滴からの水分補給に比べ、中心静脈栄養・経鼻栄養・胃ろう・人工呼吸器管理・心肺蘇生を望む国民が少ない傾向にあった。また、どの項目についても、「わからない」と回答する国民が一定数いた。

人生の最終段階で望む処置＜一般国民（n=3,000）のみ＞

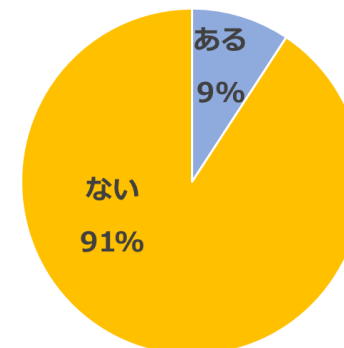


厚生労働省が都道府県に対し、市町村の在宅療養患者の救急搬送ルール等に関する支援体制を調査した結果は以下のとおりであった。

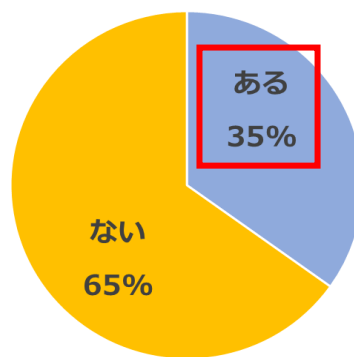
①在宅療養患者本人の診療・DNAR等の情報を関係職種で共有できるようなルールやツール等の作成の有無（n=43）



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%）

【課題】心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動

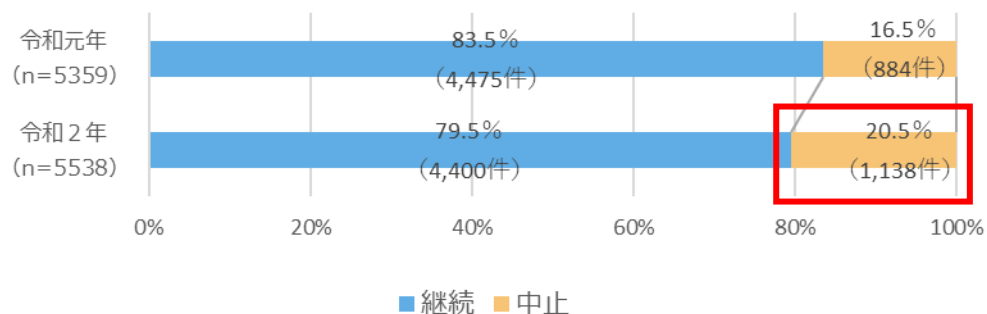
第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年6月15日

資料

- 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

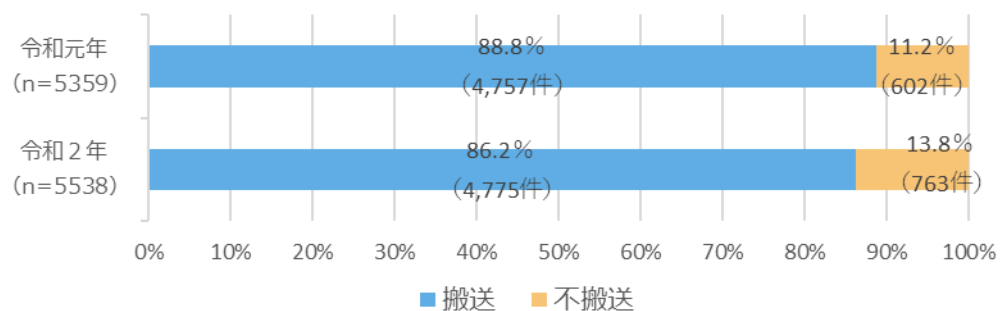


<参考>

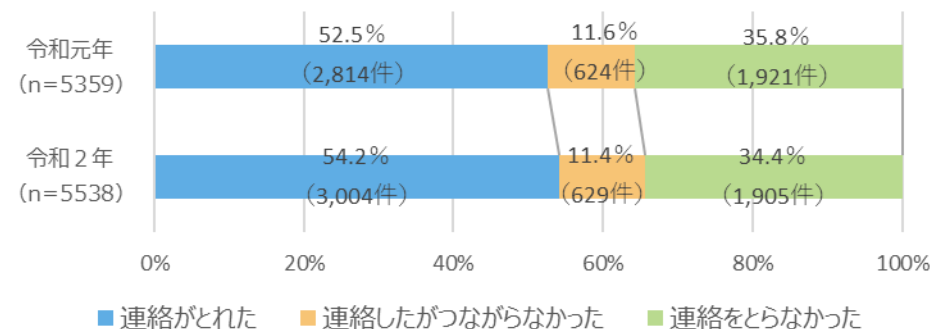
全救急出動件数：6,639,767件（令和元年）
5,935,694件（令和2年）

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・充実に係る調査のうち、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

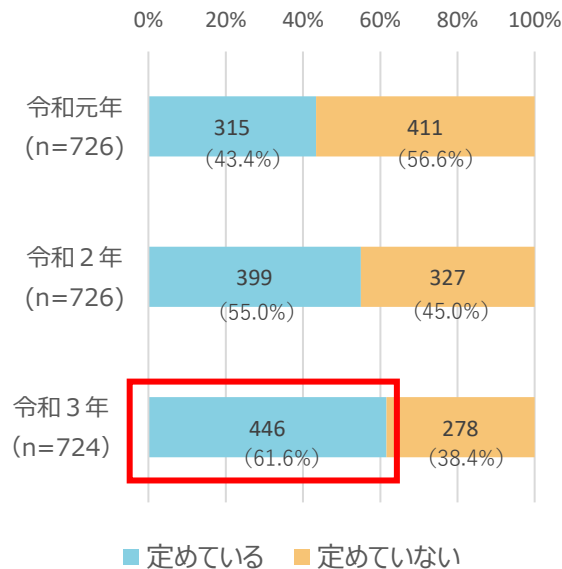
(2) 調査結果

○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。

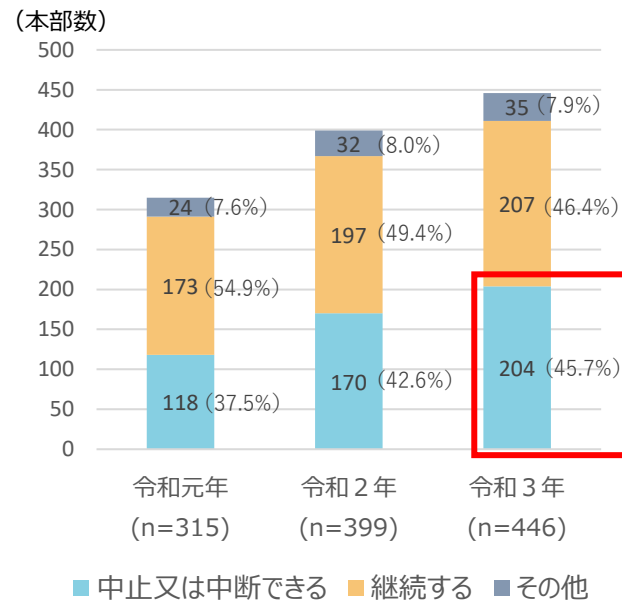
○定めている対応方針の内容が「心肺蘇生を中止又は中断できる」である消防本部は、2年間で86本部増加している。

○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。

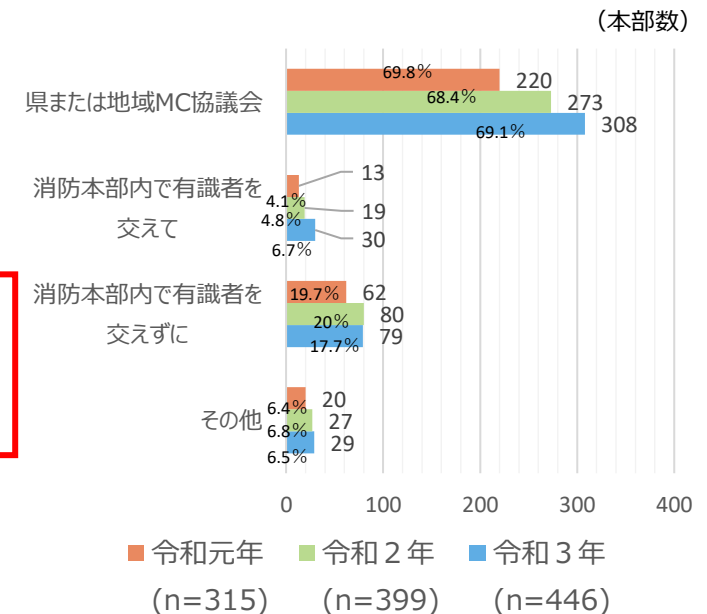
① 対応方針を定めているか



② 対応方針の内容について



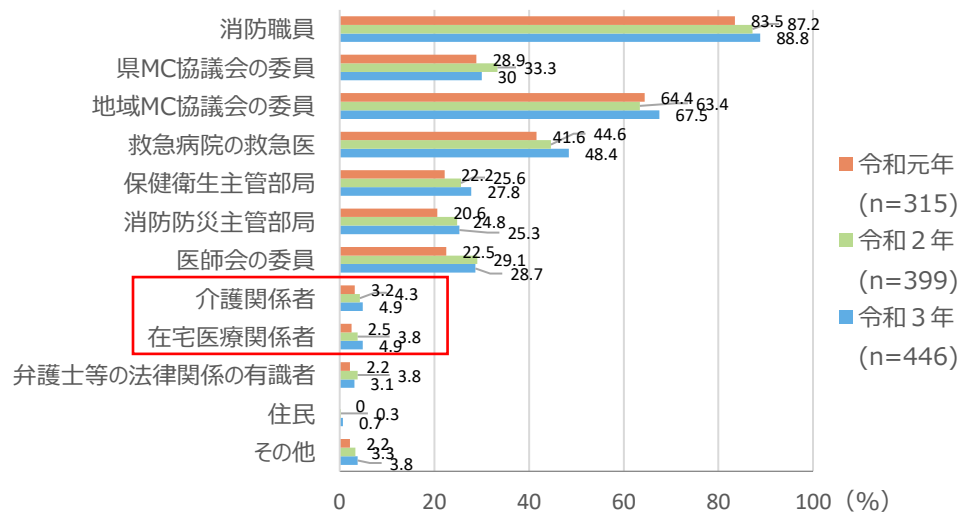
③ 策定の検討が行なわれた場



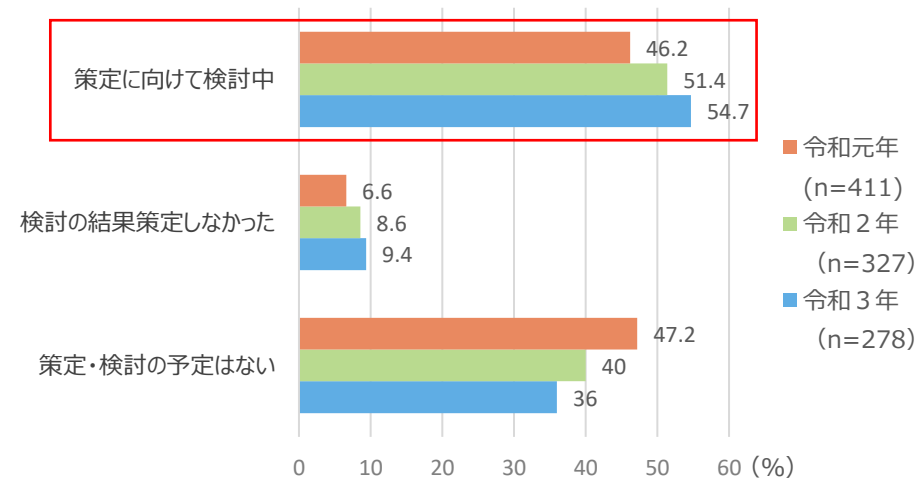
(2) 調査結果(続き)

- 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。

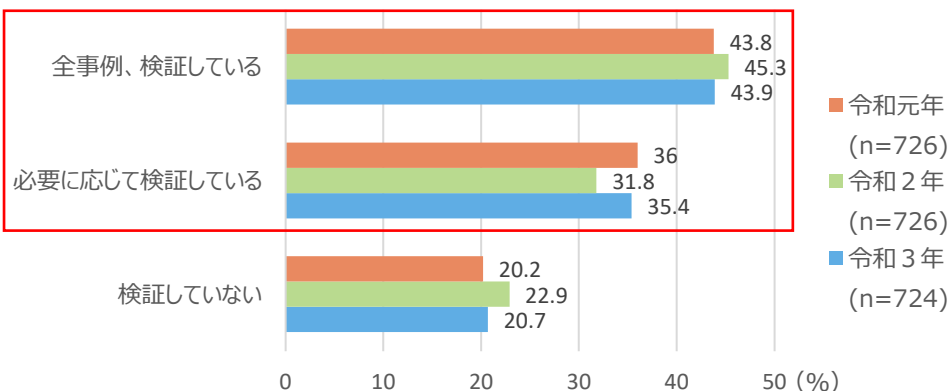
④「定めている」消防本部について 対応方針策定の場に参加したのはどのような職種か（複数回答）



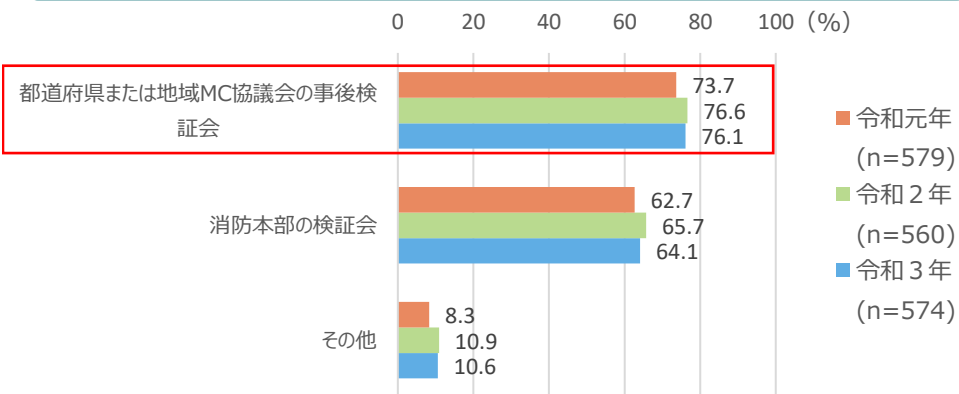
⑤「定めていない」消防本部について 方針策定の予定はあるか



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

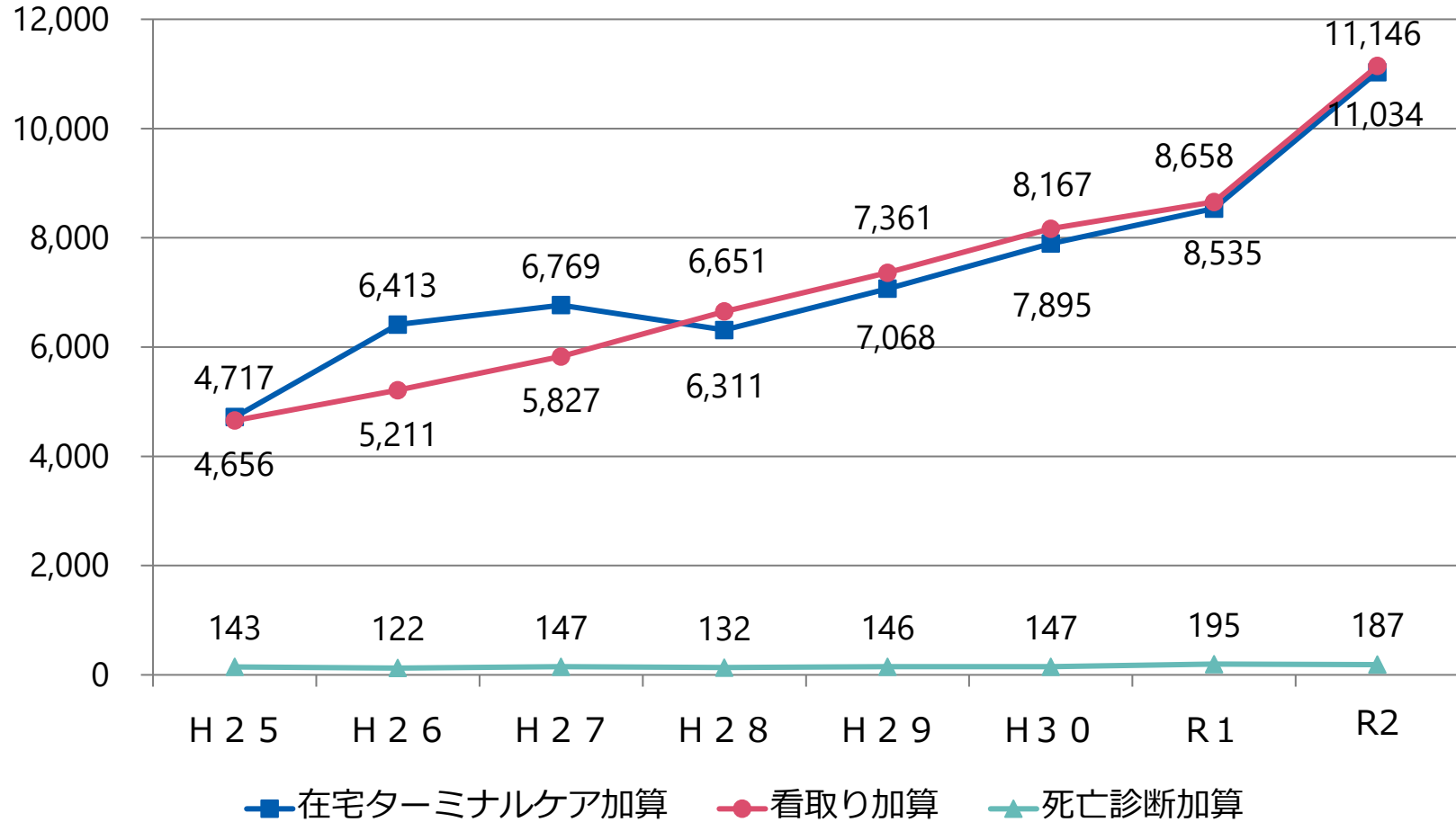
中医協 総-1-1

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。

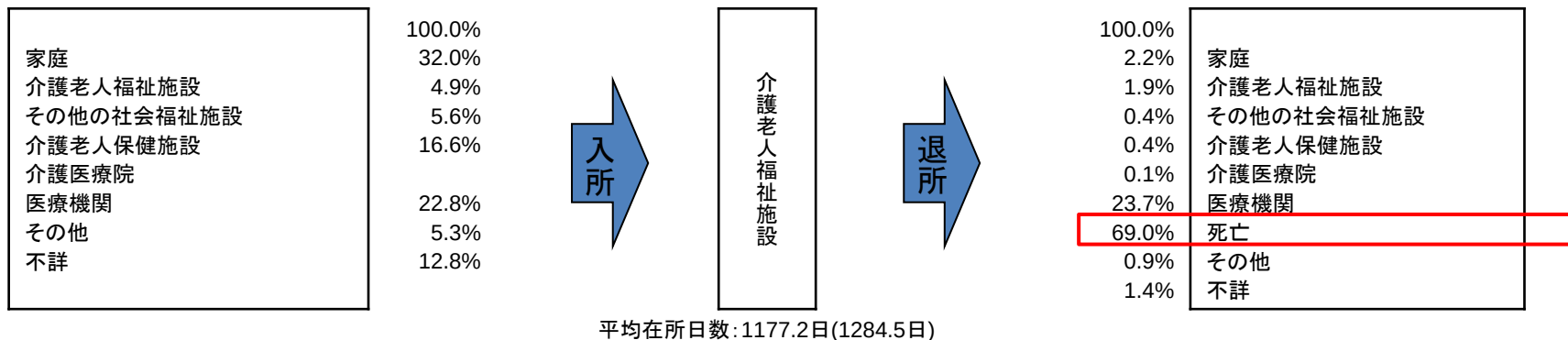
算定回数

在宅患者訪問診療料に係る加算の算定回数

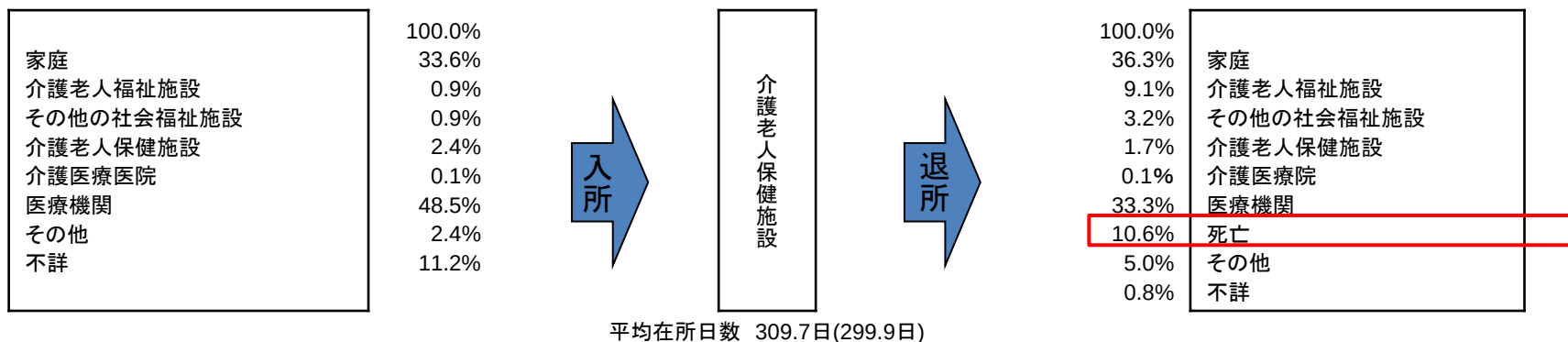


介護保険施設における入所者・退所者の状況（令和元年）

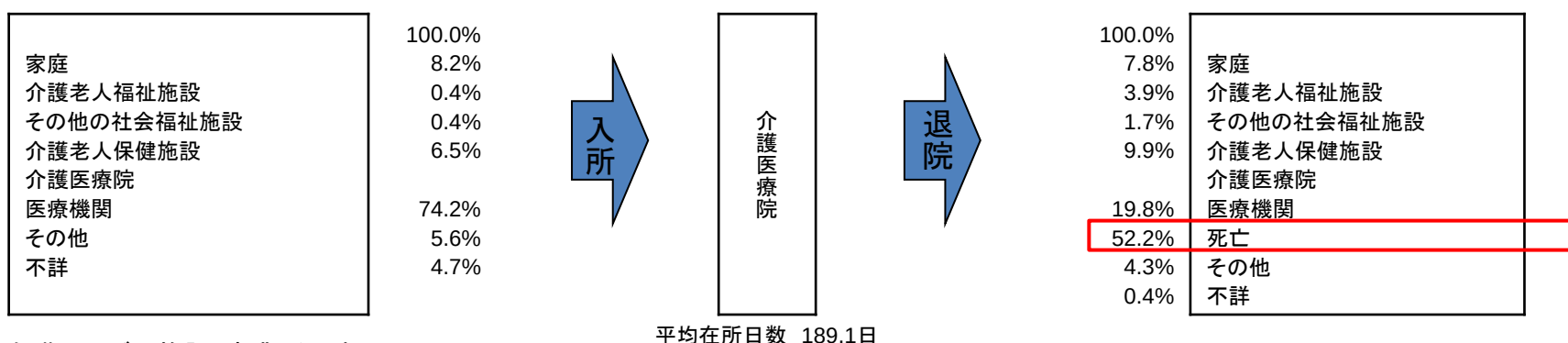
（退所者数：8,018人）



（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

社保審一介護給付費分科会

第177回 (R2.6.1)

資料3

○ 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)

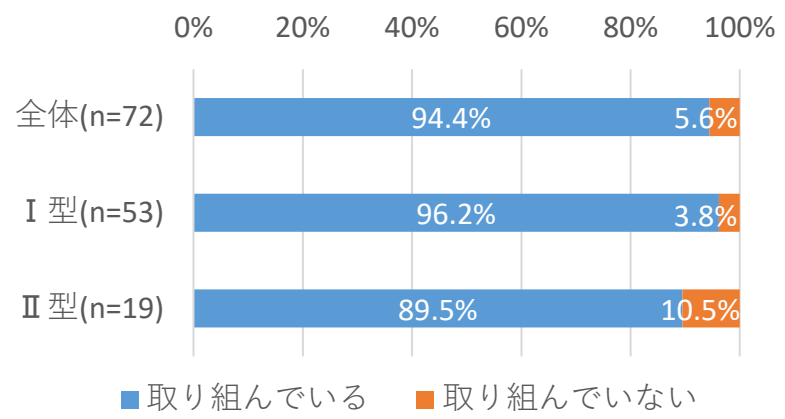
退居

(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

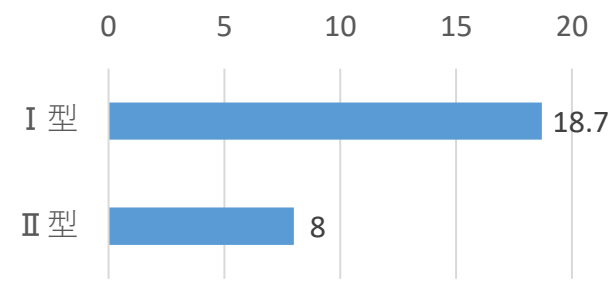
介護医療院におけるターミナルケアへの取組等

○ 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

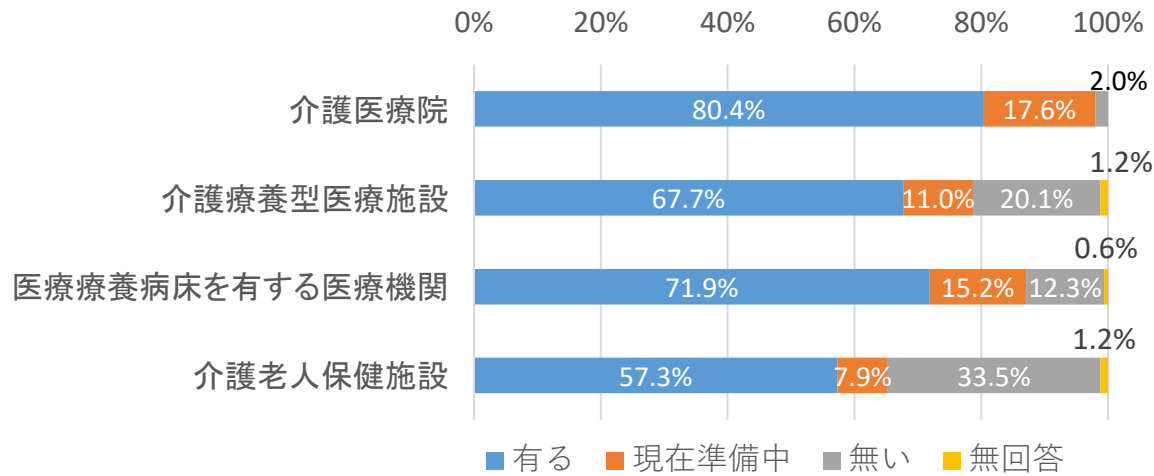


以下①～③の条件全てに適合した者をターミナルケア提供者としている。(2019年10月1日24時時点)
 ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。
 ②入院患者等又はその家族等の同意を得て、入院患者等のターミナルケアに係る計画が作成されている。
 ③医師、看護師、介護職員等が協同して、入院患者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われている。

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」

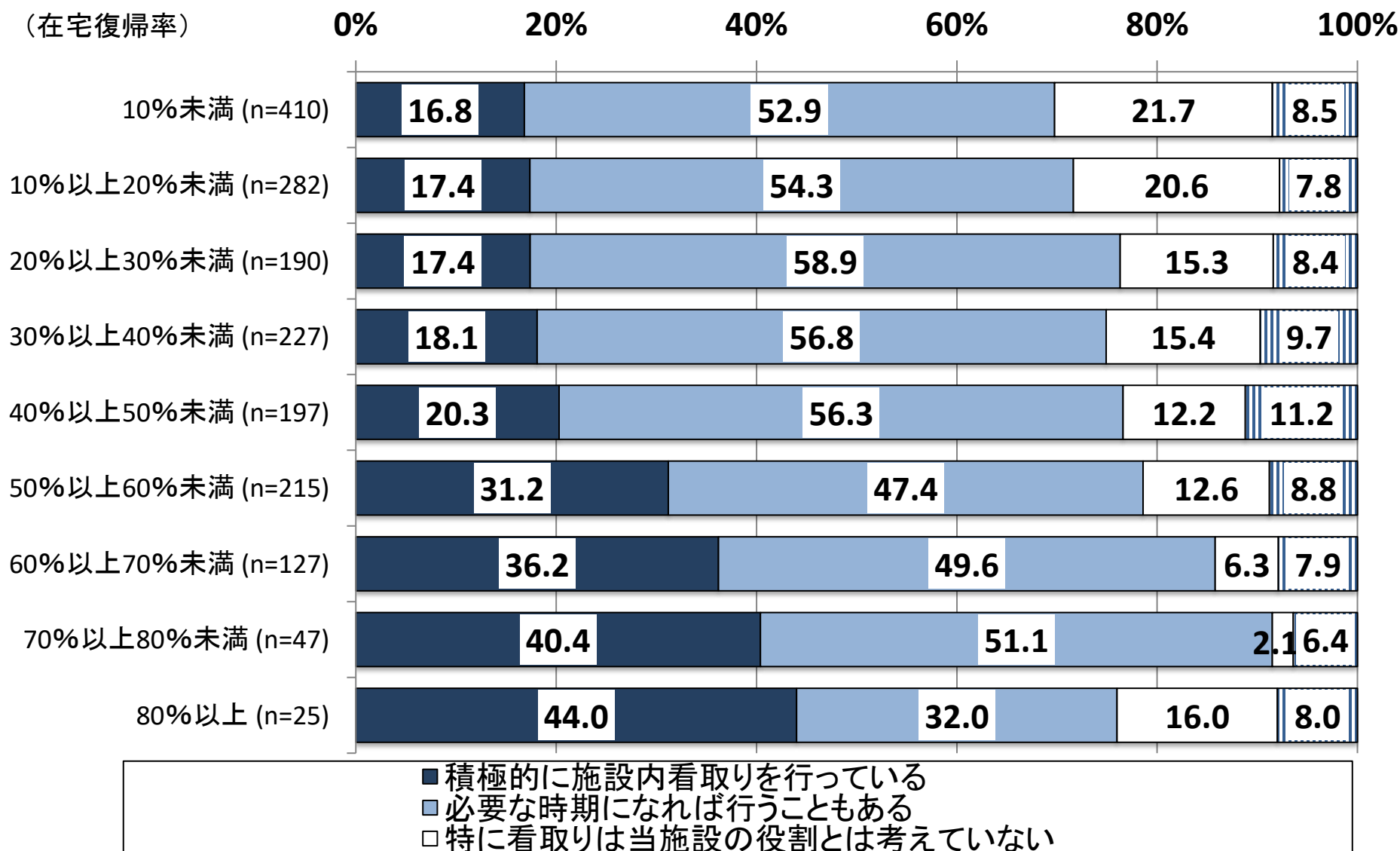
介護老人保健施設における看取りの基本的な方針について

社保審一介護給付費分科会

第177回 (R2.6.1)

資料3

○ 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。

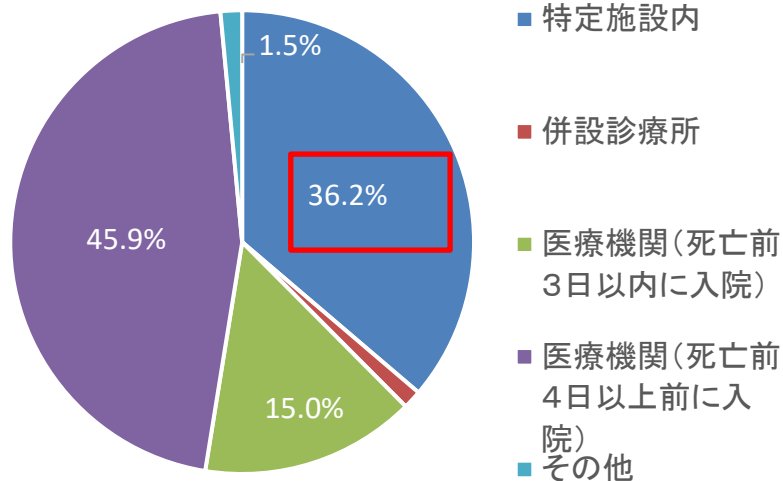


特定施設入居者生活介護（介護付き有料老人ホーム）における「死亡を理由にした退去者」のうち、50%が特定施設内での逝去となっている。

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)

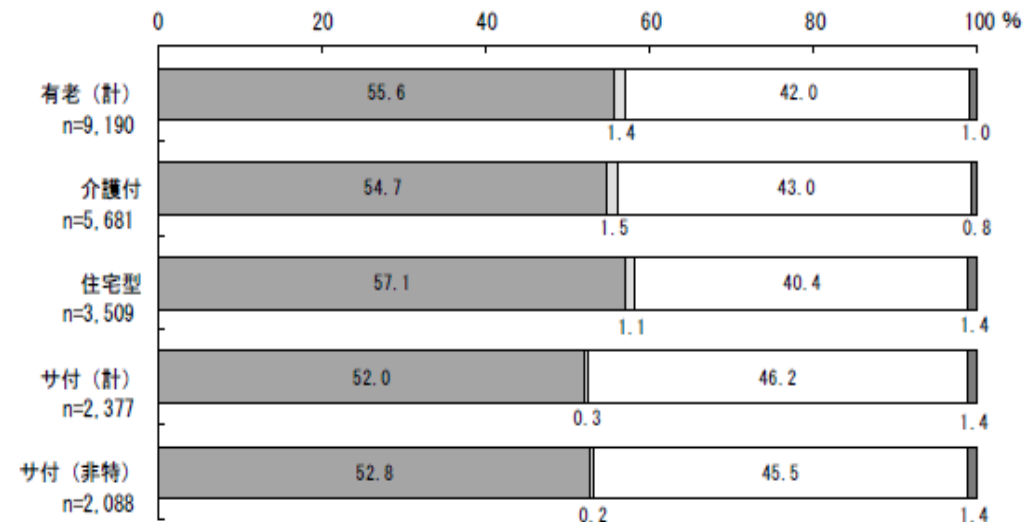
N=1,509事業所



平成30年度
(看取り介護加算の創設後)

N=1,092事業所

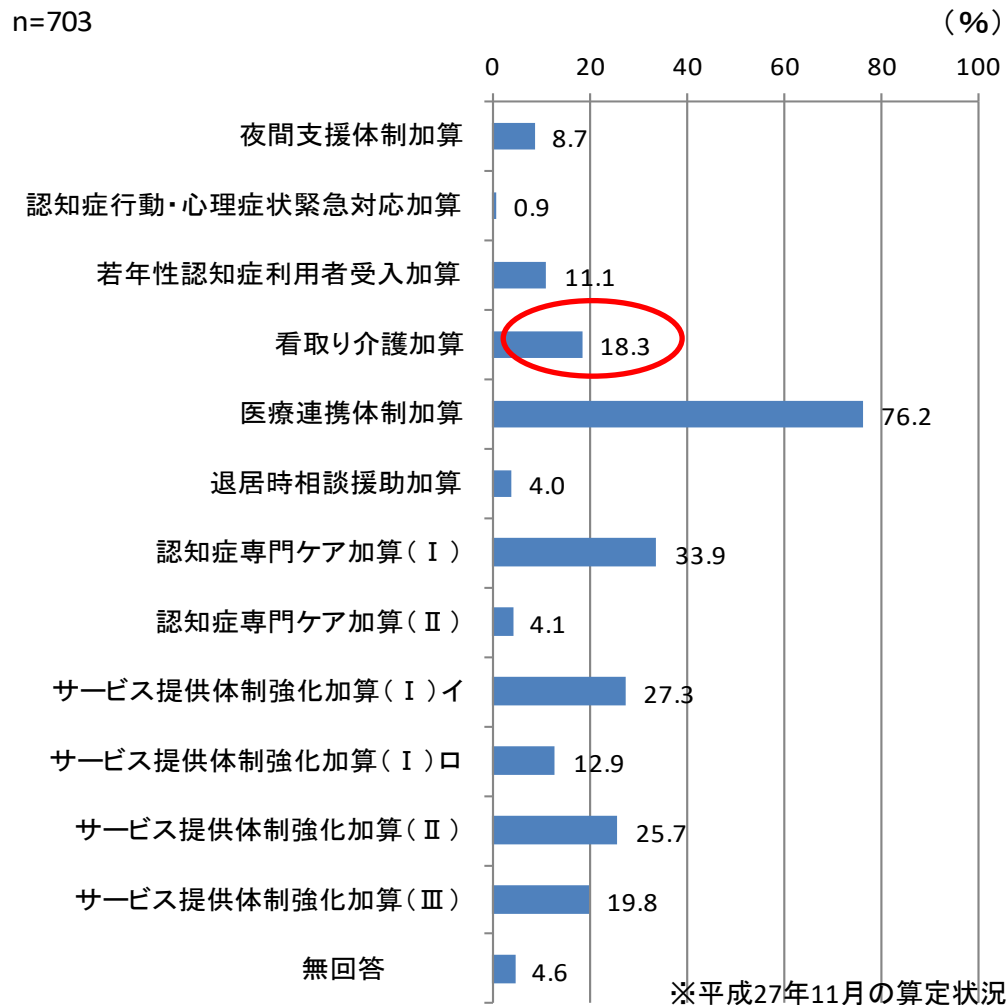
図表 死亡による契約終了の場合の逝去の状況(人数積み上げ)



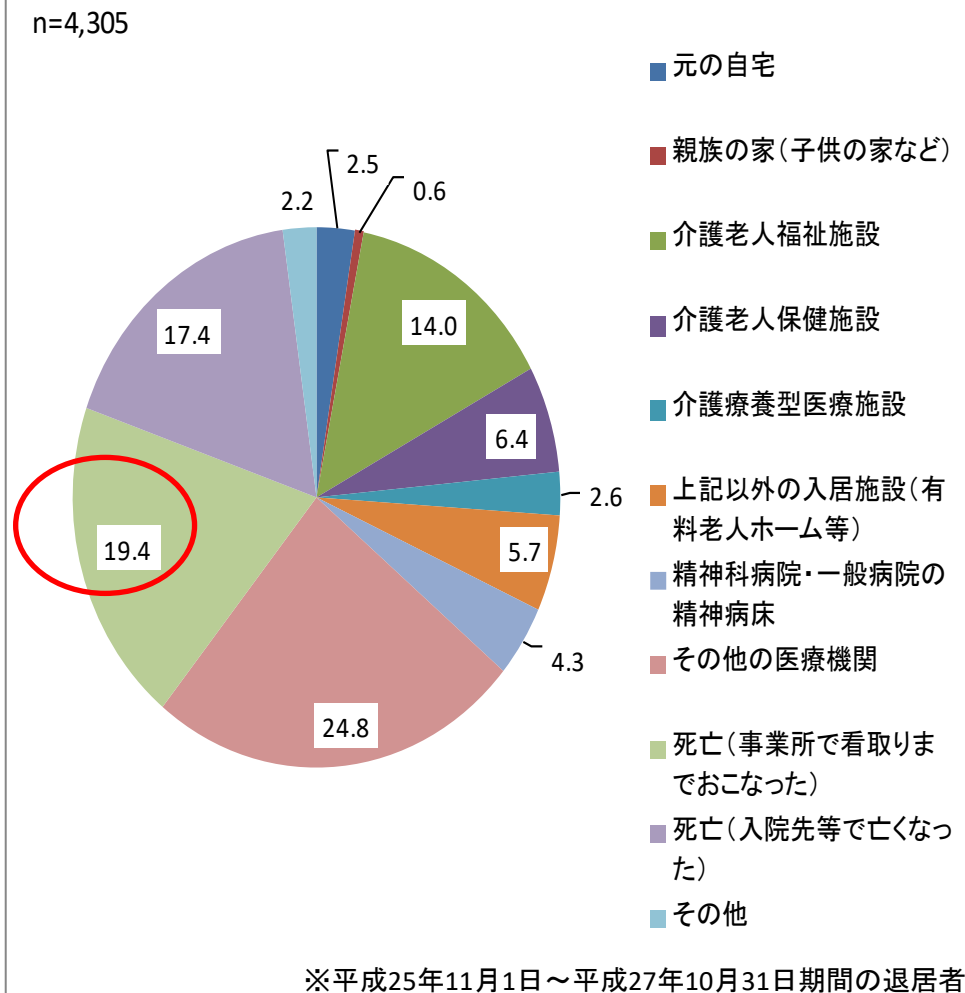
□居室 □一時介護室や健康管理室 □病院・診療所(併設診療所を含む) ■その他(不明を含む)

○ 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）】

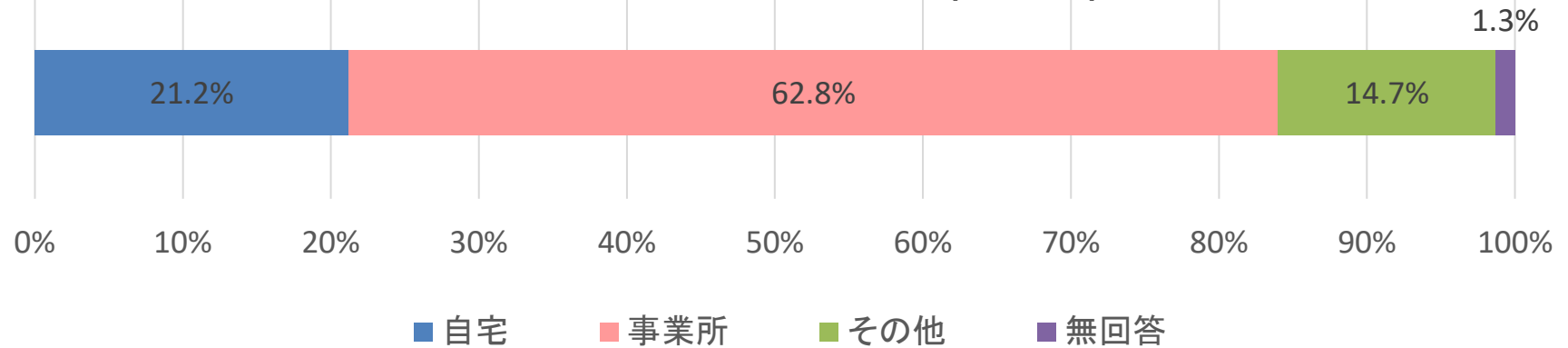


【出典】 平成27年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

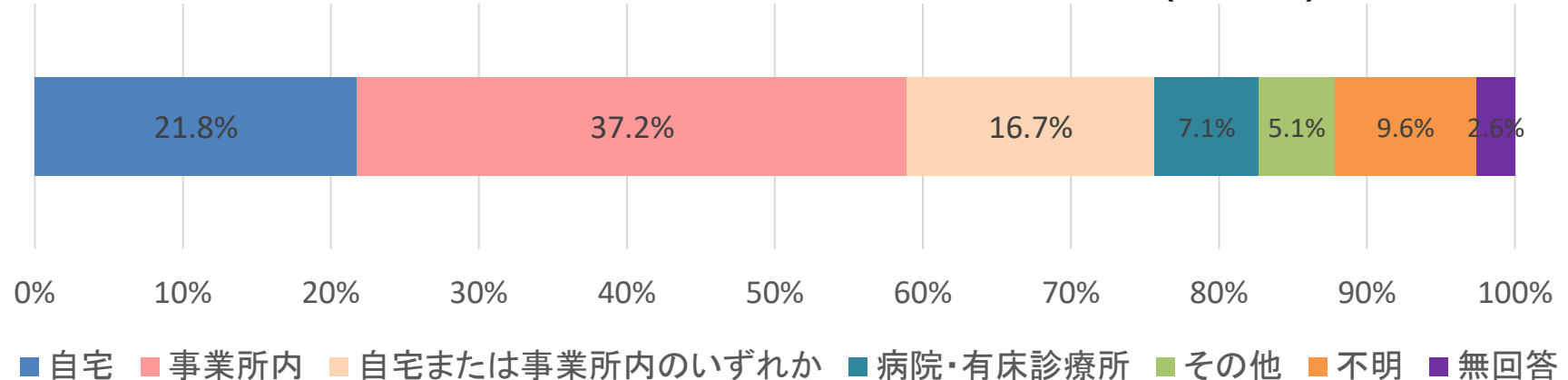
「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業報告書」

- 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		
ふりがな	伊勢あゆみ ななみ	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）	同居のご家族がいっしめる場合ご記入ください。	
電話番号	090-6666-6666（車の携帯）		

◇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 10mg アロプリロール錠 10mg
かかりつけの病院	病 院 名： 八王子消防病院 ※おおよそ1年以内に受診歴のある病院 住 居： 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「1」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（ ）	伝えたいことがある方は、該当するものを○する か、その他の欄に希望することをご記入ください。 ※なるべく複数の連絡先をご記入いただき、電話番号がつかやまい番号をご記入ください。

◇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	080-1111-6666
日野 五子	子	日野市●●●町1-2-3	090-0000-6666
作成日	平成 24 年 8 月 10 日	更新日①	平成 27 年 4 月 1 日
更新日②	年 月 日	更新日③	年 月 日
更新日④	年 月 日	更新日⑤	年 月 日

◇高齢者あんしん相談センター（地域包括支援センター）

名 称	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
氏 名	男・女	明治 昭和 年 月 日 歳
住所	〒	大正 平成 年 月 日
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） 食事（ ）

■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点ともない場合、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
腎疾患	肝疾患	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

（本人・代筆）

署名年月日 年 月 日 施設確認欄 □確認済み

令和 4 年 4 月 2 8 日

【テーマ7】訪問看護

—目次—

1. 現状	2
(1) 訪問看護に係る施策と制度.....	2
1) 在宅医療の提供体制で求められる訪問看護の役割等.....	2
2) 訪問看護制度.....	2
3) 介護保険・医療保険における訪問看護の対象者.....	3
4) 訪問看護に係る医療費・介護給付費の現状等.....	3
(2) 訪問看護ステーションの体制整備.....	4
1) 訪問看護ステーションの整備状況.....	4
2) 在宅医療のニーズへの対応.....	5
2. 主な課題	7
(1) 更なる高齢化を見据えた訪問看護の役割等.....	7
(2) 地域のニーズに応えられる訪問看護の提供体制.....	7
(3) 介護保険・医療保険における訪問看護の対象者.....	9
(4) 介護保険と医療保険の訪問看護に関する制度上の差異.....	9
3. 検討の視点	9
(1) 更なる高齢化を見据えた訪問看護の役割等.....	9
(2) 地域のニーズに応えられる訪問看護の提供体制.....	9
(3) 介護保険と医療保険の訪問看護の対象者.....	10
(4) 介護保険と医療保険の訪問看護に関する制度上の差異.....	10

1 現状

(1) 訪問看護に係る施策と制度

1) 在宅医療の提供体制で求められる訪問看護の役割等 [参考資料 p3～5]

- 第8次医療計画における「在宅医療の体制構築に係る指針」においては、多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいるとされている。高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活するようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められている。在宅医療は患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。

また、今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されており、訪問看護はその一翼を担っている。

- 訪問看護の利用者については、2025 年以降に後期高齢者の割合が7割以上になることが見込まれている。また、既にピークを迎えている地域もあり、地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198 の医療圏）においては2040 年以降にピークを迎えることが見込まれている。
- 今後増加が見込まれる訪問看護の需要に対し、緊急時の訪問、医療ニーズが高い利用者への対応、24 時間対応等に加え、退院に向けた医療機関との共同指導、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護事業所間や関係機関との連携強化、訪問看護事業所の事業者規模の拡大等の機能強化や、情報通信機器の活用等による業務効率化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められている。

2) 訪問看護制度 [参考資料 p7～10]

- 訪問看護は、居宅要介護者（介護保険法）又は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者（健康保険法）に対して、療養上の世話又は必要な診療の補助を行うものである。

訪問看護のサービス提供は、病院・診療所と指定を受けた訪問看護ステーションの両者から行うことができる。

- 訪問看護のサービス提供は次のような一連の流れで行われている。
 - ・ 診療に基づく主治医の訪問看護指示書を受け、

- ・ 利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえて療養上の目標、当該目標を達成するための具体的な訪問看護計画を作成し、
- ・ 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく看護を提供し、
- ・ 訪問日及び訪問日に提供した看護内容や利用者の病状及び心身の状況について、定期的に主治医に報告する。

このような一連の流れの中で、主治医との密接な連携のみならず、訪問看護ステーション内の多職種や居宅介護支援事業所の介護支援専門員等と利用者の心身の状態等を情報共有し、連携している。

- また、訪問看護ステーションは一つの事業所で医療と介護双方を取り扱うとともに、看護小規模多機能型居宅介護、療養通所介護や居宅介護支援事業所等といった介護サービス事業所や、障害児通所支援などの障害福祉サービス事業所等の、訪問看護以外の事業所を併設することもある。

3) 介護保険・医療保険における訪問看護の対象者 [参考資料 p11～15]

- 訪問看護における介護保険と医療保険のそれぞれの対象者は、年齢、疾病、状態で区分されており、その状態等に応じて介護保険又は医療保険のいずれかから訪問看護を提供している。

訪問看護を含め、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとなっているが、居宅要介護者であっても医療保険の訪問看護の対象となる疾病等（特掲診療料の施設基準等の別表第7、以下「別表第7」という。）については、平成22年度診療報酬改定以降、追加・変更はされていない。

- 介護支援専門員によるケアプランは利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するための計画であり、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス等の利用も含めてケアプラン上に位置付けるよう努めなければならないとされている。現在、介護保険給付以外にケアプランに位置付けているサービスについては、居宅介護支援事業所では「医療保険（訪問看護、訪問診療・往診、訪問歯科診療等）」が最も多く71.1%となっている。

4) 訪問看護に係る医療費・介護給付費の現状等 [参考資料 p16～17]

- 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、介護給付費及び医療費ともに毎年約1.1～1.2倍増加している。
- 医療保険の訪問看護療養費の1人当たり1月の請求額は、3万円台が最

も多いが、65 万円／月を超える請求額の利用者も約 0.4%存在する。

(2) 訪問看護ステーションの体制整備

1) 訪問看護ステーションの整備状況 [参考資料 p19～26]

- これまで、2025 年に向けて、高齢化の進展を見据えた在宅医療の提供体制の確保・充実等のために、累次の改定において、訪問看護の提供量の増加、訪問看護ステーションの規模の拡大に向けて、評価の見直しを行ってきた。
- 訪問看護ステーション数は、介護保険 12,498 事業所（令和 4 年 4 月審査分）、医療保険 13,866 事業所（令和 4 年 5 月審査分）であり、近年も増加傾向である。特に、営利法人のステーション数の増加が著しい。
- 令和 3 年度における人口 10 万人当たりの訪問看護ステーション数は 10.8 か所であり、高齢者人口 10 万人当たりでは 37.4 か所となっている。都道府県別の人口 10 万人当たりの訪問看護ステーション数は、7.1 から 18.5 とばらつきがみられる。
- 就業している看護職員のうち、訪問看護ステーションに就業している看護職員数（常勤換算）は、平成 24 年末に 27,491 人（就業看護職員数のうち 2.1%）であったところ、令和 2 年末には 58,015 人（就業看護職員数のうち 3.9%）となっており、10 年間で約 2.1 倍に増加している。
- 訪問看護の従事者は年々増加しており、看護職員だけではなく、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）や事務職員などのその他の職員もそれぞれ増加している。令和 3 年度において、従事者全体に占める看護職員は 69.9%、理学療法士等は 22.0%、その他職員は 8.1%である。
- 訪問看護ステーションの規模については、看護職員 5 人以上の事業所が徐々に増加している。また、24 時間対応、ターミナルケアや重症度の高い利用者の受入れ等の機能とともに、医療保険において手厚い看護職員配置を評価している機能強化型訪問看護療養費Ⅰ（常勤 7 人以上・看護職員 6 割以上）を届け出ている訪問看護ステーションも増加している。
一方で、看護職員 5 人未満の訪問看護ステーションは、依然として全体の約半数を占めている。

2) 在宅医療のニーズへの対応 [参考資料 p28～56]

- 訪問看護の利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向であり、介護保険では約 64.1 万人（令和 3 年 6 月審査分）、医療保険では約 38.0 万人（令和 3 年 6 月審査分より推計）となっている。

このうち、在宅医療の中で訪問看護に求められる役割の 1 つであるターミナルケアの利用者数は近年増加傾向にあり、特に令和 3 年度は介護保険・医療保険とも顕著に増加している。

- 制度別の利用者の特徴として、
 - ・ 介護保険の訪問看護の利用者は、循環器系の疾患や筋骨格系及び結合組織の疾患が多く、要介護度別の割合で見ると、要支援 1～要介護 2 の者の占める割合が増加傾向である。
 - ・ 医療保険の訪問看護の利用者は、医療ニーズの高い利用者である別表第 7 及び特掲診療料の施設基準等の別表第 8（以下「別表第 8」という。）に該当する利用者が多く、それぞれ 32.9%、25.6%を占める。主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く約 4 割を占める。
 - ・ また、医療保険の訪問看護の利用者のうち、身体障害者手帳、療育手帳及び精神障害者福祉手帳のいずれかを取得している利用者は約 3 割を占める。

といったことが挙げられる。

- 機能強化型訪問看護ステーションはその他の訪問看護ステーションと比べて別表第 7・別表第 8 の利用者や超重症児などの医療ニーズの高い者の受け入れが多い。

更に、機能強化型訪問看護ステーションの増加により、地域における人材育成や、地域の医療機関、他の訪問看護ステーションや住民等に対する相談体制などの充実が図られている。

- また、在宅医療と介護を一体的に提供できる体制を構築するため、平成 26 年に地域支援事業の一つに在宅医療・介護連携推進事業を位置づけ、平成 30 年からは全ての市町村で連携体制の構築を推進している。
- 訪問看護協会または地域の連絡会における、各市町村が行う在宅医療・介護連携に関する会議への参加は 55%、事業への参加は 46%である。

- 利用者やその家族等が在宅で療養生活を送るためには、24 時間対応や利用者の状態に応じた診療の補助等の提供が可能な訪問看護ステーションが必要である。24 時間対応に係る加算の届出は約 9 割の訪問看護ステーションが届け出ているが、事業所規模が小さくなるほど 24 時間対応体制を整備している割合は低くなる。
- 24 時間対応に係る加算を届け出ている訪問看護ステーションの利用者のうち、約 6 割の利用者が当該加算に係る同意をしている。同意している利用者のうち、実際に緊急時等の訪問看護を提供したのは約 1.5 割であり、1 人当たり月 3 回強であった。
- 医療ニーズが高く、特別な管理を必要とする者（「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」（利用者等告示）の 6・別表第 8 に該当する利用者）に対する訪問看護を評価した特別管理加算の算定者割合は、介護保険では 15.7%（要介護 3 以上の中重度者に限ると 60.8%）、医療保険では 22.5% となっており、ともに減少傾向にある。
- 令和 4 年度診療報酬改定において、医師の指示に基づき、医療ニーズの高い利用者に対する理学療法士等による訪問看護が適切に提供されるよう、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションに係る訪問看護指示書の記載欄に、1 日あたりの提供時間や頻度を記載するよう見直した。
- 看護職員と理学療法士等との具体的な連携方策は、「訪問の都度、日々利用者の情報を共有した」が約 8 割と最も多く、次いで「同じ目標を共有」が 7 割であった。
- また、専門性の高い看護師による訪問看護の評価を推進する観点から、令和 4 年度診療報酬改定において、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した。
 - ※ 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及び特定行為研修を修了した看護師
- より質の高い医療・看護の実現に向けたレセプト情報の利活用の推進等を目的として、医療保険の訪問看護療養費の請求は、令和 6 年 5 月審査分からオンライン請求が開始され、介護保険分野と合わせた訪問看護全体のデ

一タ分析、地域医療や在宅医療の実態把握等を推進することとしている。

2 主な課題

(1) 更なる高齢化を見据えた訪問看護の役割等

- 在宅医療の対象者は、既にピークを迎えている地域もあり、地域差はあるものの、多くの二次医療圏では2040年以降にピークを迎えると推計されている。また、訪問看護ステーション数は、これまでの在宅医療の体制整備や累次の改定により、都道府県によりばらつきがあるものの着実に増加してきている。
- 一方で、心身の状態や社会的背景などが多様化する利用者に対応し、適時に最適な訪問看護を提供することが求められており、今後はより訪問看護の質の担保・向上を図っていく必要がある。また、看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状や心身の状況及びその変化等を把握し、評価を行い、必要に応じて訪問看護計画を見直すことが求められている。
- さらに、訪問看護ステーションの管理者は、主治医の指示に基づき訪問看護が提供されるよう、主治医との連絡調整、訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならないこととされている。徐々に訪問看護ステーションの規模が大きくなり、また、訪問看護に多職種が関わる中で、管理者である保健師又は看護師には、従業者のマネジメントをはじめ、サービスの実施状況の把握等、より一層の訪問看護計画等への必要な指導及び管理が求められる。
- サービス付き高齢者住宅等の入居者に対する適切な訪問看護の在り方について、実態を確認しつつ検討する必要がある。
- 訪問看護を提供する環境も変化しており、情報通信機器を用いた診療の普及状況によっては、オンライン診療の際に看護師が居宅へ訪問し、診療の補助を行う（D to P with N）ことも一定程度想定される。

(2) 地域のニーズに応えられる訪問看護の提供体制

- 多くの訪問看護ステーションでは、24時間対応やターミナルケアをはじめとした、利用者や地域のニーズに対応する体制を整備している。
一方で、特定の利用者への訪問看護の提供に特化し、点滴の実施など基本

的な診療の補助や 24 時間対応に消極的であることなど、利用者や地域のニーズに必ずしも対応できていない事業所があることや、医療ニーズが高い特別な管理を必要とする者に必ずしも対応していない事業所もある。

- 在宅療養をしている利用者の医療ニーズや看取り等支援するため、多くの訪問看護ステーションで 24 時間対応が可能な体制を整備しているが、24 時間対応に係る課題等として、約 8 割の看護職員が「看護職員の精神的・身体的負担が大きい」、約 7 割の看護職員が「夜間・休日対応できる看護職員が限られているため負担が偏る」を挙げている。

また、夜間・休日に緊急訪問した場合、約 6 割の訪問看護ステーションでは代休が設けられていなかった。

- また、市町村等が取り組む地域ケア会議や在宅医療・介護連携推進事業、災害時や感染管理の体制整備への参加など、地域における在宅医療等に係る様々な取組への更なる参画や、機能強化型訪問看護ステーションによる他の訪問看護ステーションの利用者のケアに関する助言などを求める声がある。他の事業所に対する研修会の開催、地域の活動に参加及び感染管理の看護師と連携している事業所は約 3 割ある。

- 更なる高齢化を見据えて、訪問看護ステーションの規模を拡大しつつ、24 時間対応などにおける看護師等の負担軽減にも配慮した、在宅医療における訪問看護の体制整備が求められている。そのためには、訪問看護に携わる看護職員の更なる確保、訪問看護の質の担保・向上が必要となる。

また、多様化する利用者のニーズに効果的・効率的に対応するため、医療と介護並びに障害福祉の視点から、利用者の状態に応じた一体的なサービスを提供できる特性を更に活かしていく視点も重要である。

- 訪問看護における看護職員と理学療法士等の連携方策としては、約 8 割の訪問看護ステーションで看護職員と理学療法士等が訪問の都度利用者の情報を共有しており、7 割の訪問看護ステーションで同じ目標を共有している。

一方で、各職種が実施した訪問看護の定期的な評価や、理学療法士等のアセスメント等も踏まえた訪問看護計画の作成などを行っている訪問看護ステーションは 5 割程度に留まっており、看護職員と理学療法士等が協力して利用者の心身の状況を評価することが求められる。

(3) 介護保険・医療保険における訪問看護の対象者

- 医療技術の進歩等により、新たに在宅療養が可能となっている医療ニーズが高い利用者の中には、介護保険又は医療保険のいずれかで訪問看護を提供するか、検討できていない可能性がある。
- 訪問看護は、利用者の疾患や状態により、サービス提供期間の途中で介護保険と医療保険が切り替わることや要介護被保険者等であっても医療保険の訪問看護の対象となる利用者がいる。このような時に、ケアプランに医療保険の訪問看護が位置づけられない場合は、訪問看護ステーションにとっては、利用者に提供されている医療・介護サービスの全体像を把握することが困難であり、介護支援専門員にとっても、利用者に提供されるサービスの総量が把握しにくく、適切なケアマネジメントを進める上で支障となる可能性がある。

(4) 介護保険と医療保険の訪問看護に関する制度上の差異

- 介護保険と医療保険のそれぞれにおいて、同じ趣旨の評価であるにも関わらず、施設基準、算定の要件や評価の範囲などが異なる場合や、本来共通して評価すべきものがどちらかの保険でしか評価していない場合がある。

3 検討の視点

(1) 更なる高齢化を見据えた訪問看護の役割等

- 多様化する利用者や地域のニーズを踏まえ、更なる高齢化を見据えた訪問看護の役割についてどのように考えるか。また、訪問看護の役割を踏まえ、どのような質の担保・向上の方策が考えられるか。
- ターミナルケアの実施や医療ニーズが高い特別な管理を要する者への対応、住まい方が多様化する中での高齢者等への対応などの実態を踏まえ、今後、在宅医療における訪問看護の役割や機能について、どのように考えるか。

(2) 地域のニーズに応えられる訪問看護の提供体制

- 医療ニーズの高い利用者への対応の観点から、24 時間対応に応えられる訪問看護の提供体制について、看護職員の負担軽減や業務効率化等も含めた体制や運営のあり方について、どのように考えるか。
- 市町村等が取り組む地域ケア会議や在宅医療・介護連携推進事業、災害時

や感染管理の体制整備への参画のほか、機能強化型訪問看護ステーションに求められる地域における人材育成及び相談機能等、訪問看護ステーションが更に地域と連携した取組を推進することについて、どのように考えるか。

- 訪問看護ステーションに求められる機能の充実や、理学療法士等による訪問看護が行われている利用者に対し適切な訪問看護を提供する観点から、訪問看護ステーションにおける看護職員と理学療法士等の連携について、どのように考えるか。

また、この場合における管理者に求められる役割について、どのように考えるか。

(3) 介護保険と医療保険の訪問看護の対象者

- 在宅医療において提供可能な医療技術の進歩等により、新たに在宅医療が可能となった利用者が、出来る限り居宅での療養を継続するために必要な訪問看護を提供する観点から、介護保険と医療保険の対象者について、どのように考えるか。
- 訪問看護は、利用者の疾患や状態により、サービス提供期間の途中で介護保険と医療保険が切り替わることがあること等を踏まえ、医療・介護の総合的なケアマネジメントに基づきサービスを継続的に提供する観点から、訪問看護ステーションと介護支援専門員との連携について、どのように考えるか。

(4) 介護保険と医療保険の訪問看護に関する制度上の差異

- 介護保険及び医療保険で評価されている事項において、それぞれに求められる役割を踏まえた共通する内容と差異のある内容について、どのように考えるか。

訪問看護

参考資料

1. 在宅医療の提供体制で求められる訪問看護の役割等

2. 訪問看護制度

3. 訪問看護ステーションの整備状況

4. 在宅医療のニーズへの対応

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む）・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

○①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う

- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

○①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割

- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築等

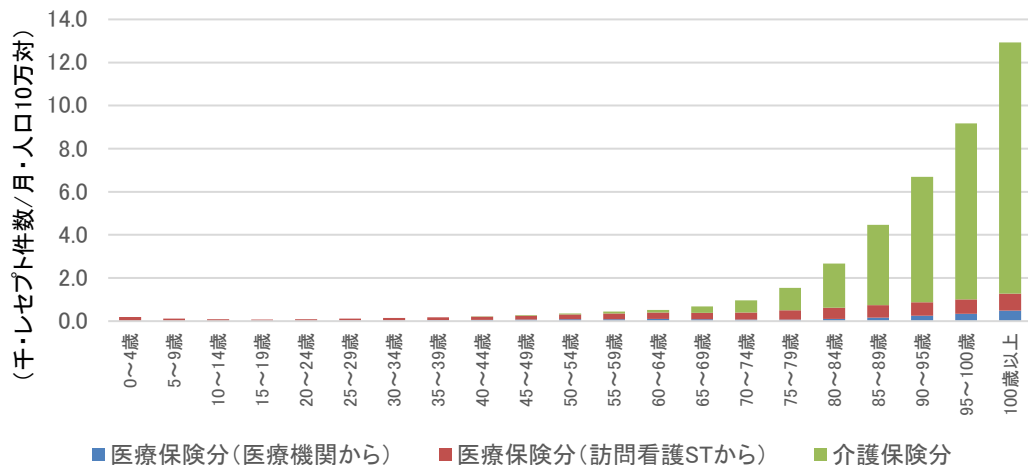
- ・市町村・保健所
- ・医師会等関係団体等

訪問看護の必要量について

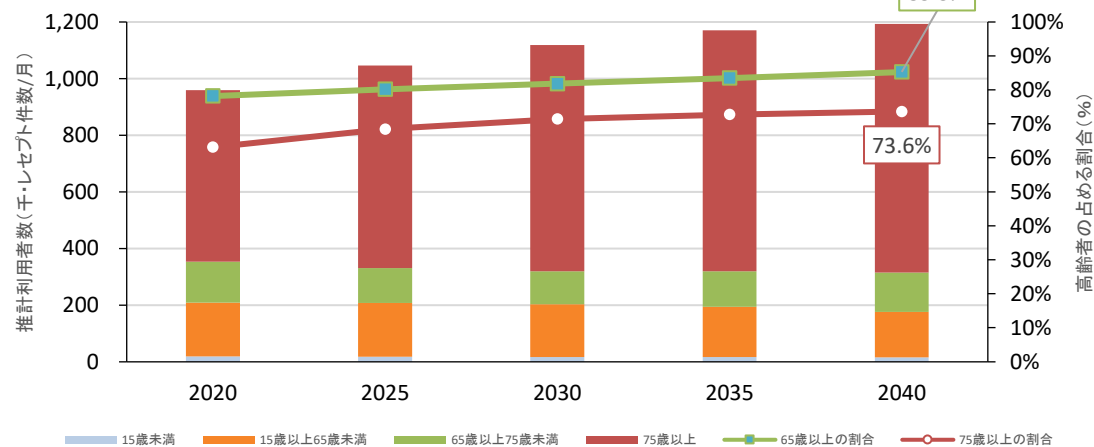
R4. 7. 20
第4回在宅医療及び医療・介護連携に関する
ワーキンググループ

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

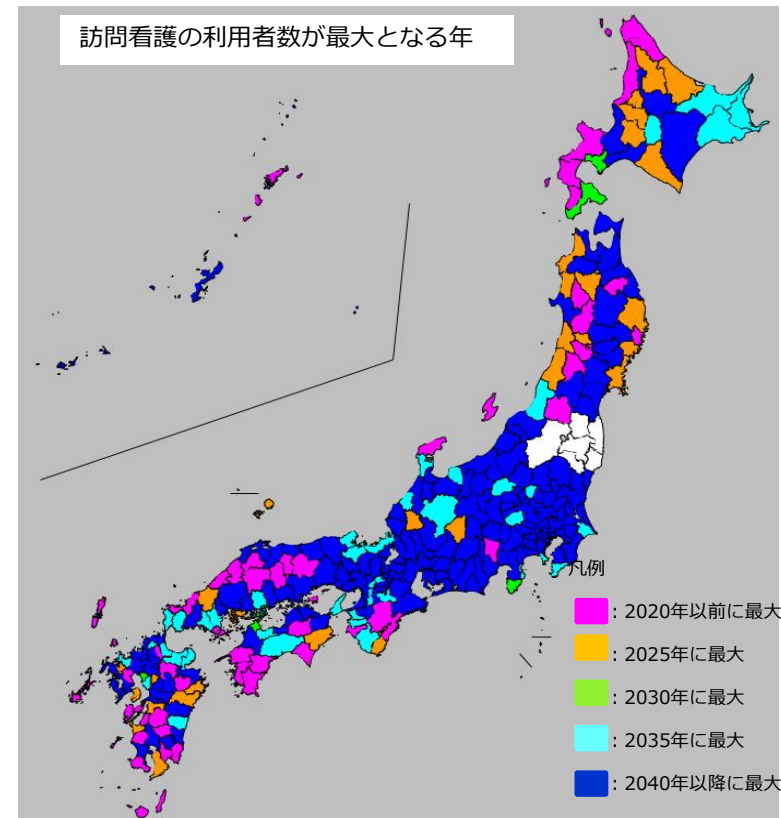
年齢階級別の訪問看護の利用率(2019年度)



年齢階級別の訪問看護の将来推計(医療保険+介護保険)



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

利用率：NDB、介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。

※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。

※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。

※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

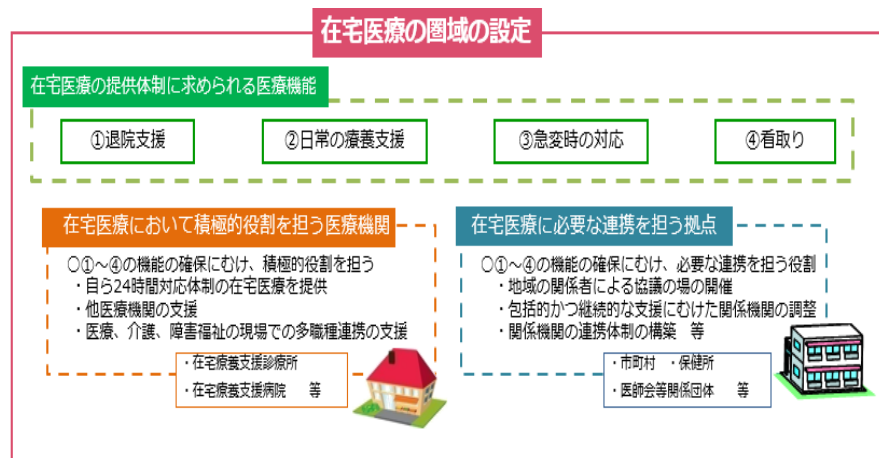
※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

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、地域の実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。

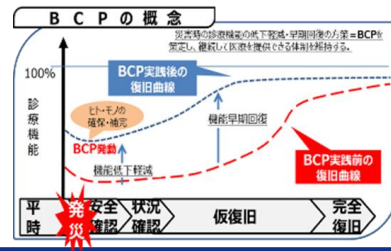
在宅医療の提供体制



- 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。

1. 在宅医療の提供体制で求められる訪問看護の役割等

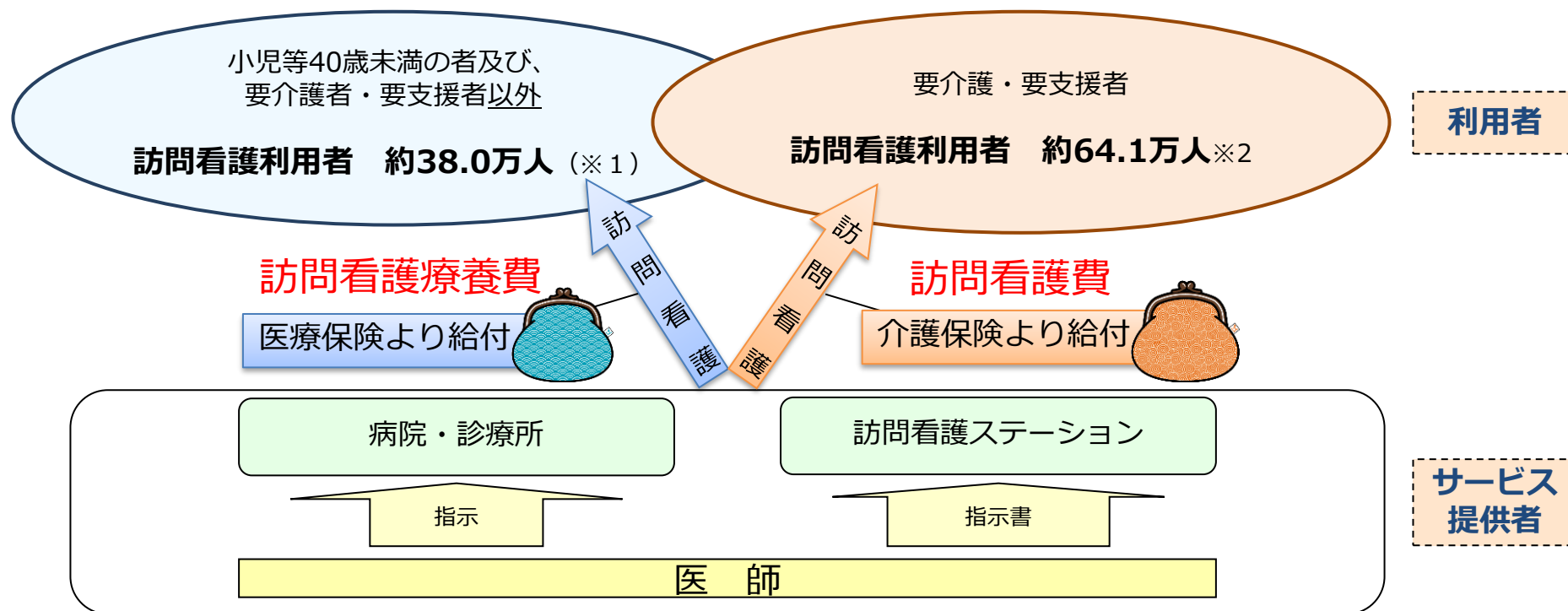
2. 訪問看護制度

3. 訪問看護ステーションの整備状況

4. 在宅医療のニーズへの対応

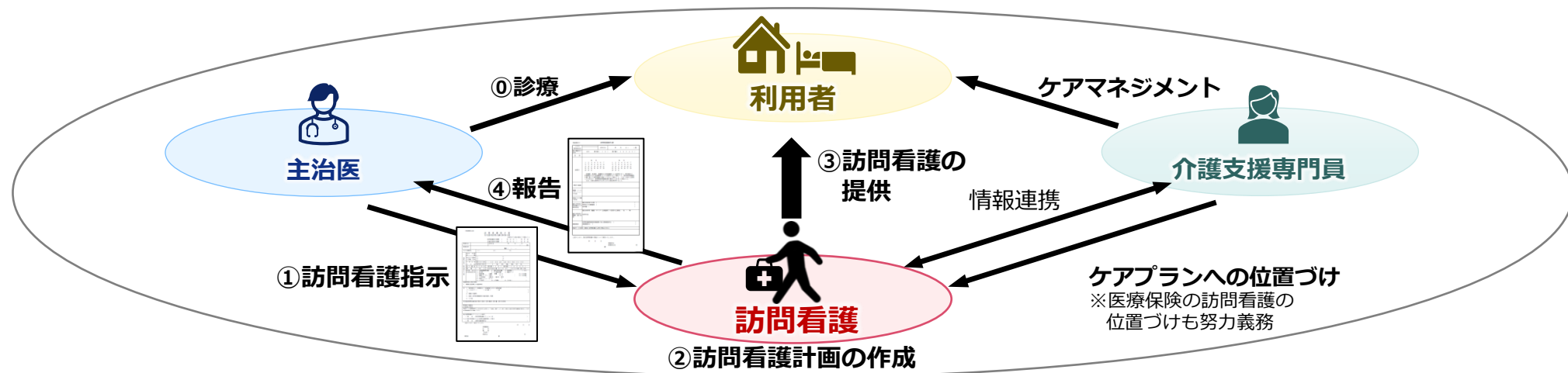
訪問看護の仕組み

- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。

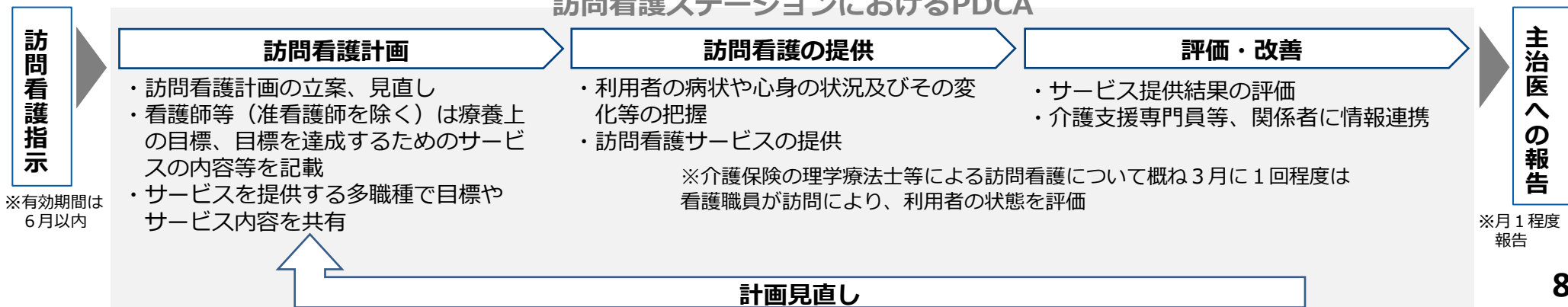


訪問看護の提供

- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- 訪問看護の提供に際しては、①診療に基づく主治医の訪問看護指示書を受け、②利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえて療養上の目標、当該目標を達成するための具体的な訪問看護計画書を作成し、③訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく看護を提供し、④訪問日、提供した看護内容や利用者の病状や心身の状況について、定期的に主治医へ報告する。
- 主治医との密接な連携のみならず、訪問看護ステーション内の多職種や他機関に所属する介護支援専門員等と連携し訪問看護を提供している。



訪問看護ステーションにおけるPDCA



保険制度別の訪問看護の基準等

- 訪問看護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようその療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

	指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション）	病院・診療所
人員配置基準	- 保健師、看護師又は准看護師（看護職員） - 常勤換算で2.5以上となる員数、うち1名は常勤 - 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 - 指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数 【管理者】 - 専従かつ常勤の保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者	指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適当数
設備・備品	- 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室 - 指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等	- 事業の運営を行うために必要な広さを有する専ら事業の用に供する区画 - 指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品

	医療保険		介護保険	
評価項目	訪問看護療養費	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 精神科訪問看護・指導料	訪問看護費 介護予防訪問看護費	
実施主体	訪問看護ステーション	病院・診療所	訪問看護ステーション	病院・診療所
実施者	（共通）看護師・保健師・准看護師			
	助産師	助産師	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	作業療法士 精神保健福祉士		
訪問場所	居宅	患家	居宅	
対象者	疾病又は負傷により、居宅において継続して療養を受ける状態にある者	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者	居宅要介護者・居宅要支援者であって、通院が困難な利用者	

介護保険と医療保険の訪問看護ステーションの指定

- 訪問看護ステーションは、介護保険の指定訪問看護事業所としての指定を受けると医療保険上においても指定を受けたとみなされる。
- 病院・診療所は、介護保険の場合は指定訪問看護事業所とみなされるが、医療保険においては保険医療機関の診療報酬として「在宅患者訪問看護・指導料」等を算定可能であり、訪問看護事業所としての指定は不要である。

	訪問看護ステーション	病院・診療所	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 看護小規模多機能型居宅介護
介護保険	介護保険の 指定訪問看護事業所 としての指定を受ける (都道府県) 〔 主な要件 看護師等2.5人以上 看護職員の管理者 〕 サテライト (従たる事業所)	介護保険の 指定訪問看護事業所 と<u>みなされる</u> 〔 主な要件 看護職員適当数 〕	同一の事業所において、一体的に運営されている場合に指定訪問看護事業所と<u>みなされる</u> サテライト (従たる事業所)
医療保険	介護保険の指定を受けると 医療保険の指定訪問看護事業所 として、みなされる ※介護保険だけの指定を受けたい場合は、別段の申出をする。 ※健康保険だけの指定を受けたい場合は、厚生労働大臣に申請 〔 主な要件 介護保険と同じ 〕 サテライト (従たる事業所)	医療機関からの 在宅患者訪問看護・指導	介護保険の指定を受けると医療保険の指定訪問看護事業所としてみなされる サテライト (従たる事業所)

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

【医療保険】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外

(原則週3日以内)

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※¹)

特別訪問看護指示書^{注)}の交付を受けた者
有効期間：14日間 (一部、2回交付可※²)

厚生労働大臣が
定める者
(特掲診療料・
別表第8※³)

認知症以外の精神疾患

【介護保険】

要支援者・要介護者

(限度基準額内 無制限
(ケアプランで定める))

(※1) 別表第7

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

(※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間：28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注) 特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

(※3) 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

算定日数
制限無し

訪問看護の報酬

サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費

所要時間 20分未満 ◆	所要時間 30分未満	所要時間 30分以上 1時間 未満	所要時間 1時間 以上 1時間30 分未満	理学療法 士、作業 療法士又 は言語聴 覚士によ る訪問☆
① 313単位	① 470単位	① 821単位	① 1,125単位	
② 265単位	② 398単位	② 573単位	② 842単位	① 293単位

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と
連携して訪問看護を行う場合
③2,954単位/月

①は指定訪問看護ステーションの場合、②は病院又は診療所の場合

◆週1回以上、20分以上保健師又は看護師の訪問を行う場合に算定可

☆理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問は1回当たり20分以上、1人の利用者につき週6回を限度

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する主な加算・減算

看護体制強化加算

- ・Ⅰ ①② 550単位/月
- ・Ⅱ ①② 200単位/月

夜間・早朝の訪問

①② +25%/回

深夜の訪問

①② +50%/回

通算1時間30分以上の訪問【長時間訪問看護加算】

①② 300単位/回

退院時、医師等と共同指導した場合【退院時共同指導加算】①③ 600単位/回

24時間の訪問看護対応体制を評価【緊急時訪問看護加算】

①③ 574単位/月、②③ 315単位/月

在宅で死亡した利用者へのターミナルケアを評価【ターミナルケア加算】

①②③ 2,000単位/月

サービス提供体制強化加算

- ①②Ⅰ：6単位/回、Ⅱ：3単位/回
- ③Ⅰ：50単位/月、Ⅱ：25単位/月

同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合

- ・同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合 ①② ▲10%/回
- ・利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者にサービスを行う場合 ①② ▲15%/回

複数名訪問加算

- ・Ⅰ { ①② 30分未満254単位/回
30分以上402単位/回 }
- ・Ⅱ { ①② 30分未満201単位/回
30分以上317単位/回 }

過去2月間に当該事業所から訪問看護を提供していない場合【初回加算】
①②③ 300単位/月

訪問介護事業所と連携【看護・介護職員連携強化加算】 ①②③ 250単位/月

保健師・看護師・准看護師による要介護5の利用者への訪問 ③800単位/月

特別な管理の評価【特別管理加算】
①②③Ⅰ：500単位/月、Ⅱ：250単位/月

特別地域訪問看護加算

①② +15%/回、③ +15%/月

中山間地域等の小規模事業所加算

①② +10%/回、③ +10%/月

中山間地域等の居住者へのサービス提供加算 ①② +5%/回、③ +5%/月

准看護師による訪問看護

①② ▲10%/回、③ ▲2%/月

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問 ①1日に2回を超えた場合
(▲10%/回)

特別指示による訪問看護の実施(※)

③▲97単位/日×指示日数

(注)点線枠の加算は区分支給限度基準額の枠外

訪問看護に関する報酬体系

指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション） 【訪問看護基本療養費】				病院・診療所 【在宅患者訪問看護・指導料】					
訪問看護基本療養費 （Ⅰ）		（週3日目まで） （週4日目以降）	5,550 円 6,550 円	在宅患者 訪問看護・指導料		（週3日目まで） （週4日目以降）	580 点 680 点		
※准看護師の場合は基本療養費－500円、在宅患者訪問看護・指導料－50点 ※理学療法士等の場合は日数によらず5,550円 ※専門性の高い看護師による訪問（緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門・人工膀胱ケア）は12,850円又は1,285点（月1回）									
訪問看護基本療養費 （Ⅱ）		2人まで 3人以上	（週3日目まで） （週4日目以降） （週3日目まで） （週4日目以降）	5,550 円 6,550 円 2,780 円 3,280 円	同一建物居住者 訪問看護・指導料		2人まで 3人以上	（週3日目まで） （週4日目以降） （週3日目まで） （週4日目以降）	580 点 680 点 293 点 343 点
※准看護師の場合は基本療養費－500円、在宅患者訪問看護・指導料－50点（3人以上は－250円、－25点） ※理学療法士等の場合は日数によらず5,550円（3人以上は2,780円） ※専門性の高い看護師による訪問（緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門・人工膀胱ケア）は12,850円又は1,285点（月1回）									
+									
訪問看護管理療養費		（月の初日） （2日目以降）	機能強化型1 機能強化型2 機能強化型3 機能強化型以外	12,830 円 9,800 円 8,470 円 7,440 円 3,000 円					
訪問看護基本療養費 （Ⅲ）		（入院中1回又は2回）	8,500 円	退院前訪問指導料		（入院中1回又は2回）	580 点		
※在宅療養に備えて一時的に外泊している患者（基準告示第2の2に規定する者に限る）に対して訪問看護を行う場合（准看護師でも同額）									
+									
加算部分 （例）	専門管理加算	（月1回）	2,500 円	加算部分 （例）	専門管理加算	（月1回）	250 点		
	訪問看護ターミナルケア療養費1		25,000 円		在宅ターミナルケア加算	（看取り介護加算等算定なしの場合）	2,500 点		
	訪問看護ターミナルケア療養費2		10,000 円			（看取り介護加算等算定ありの場合）	1,000 点		
	遠隔死亡診断補助加算		1,500 円						
	訪問看護情報提供療養費1	（月1回）	1,500 円						
	訪問看護情報提供療養費2	（年度1回＋入学月・ケア変更月等）	1,500 円						
	訪問看護情報提供療養費3	（月1回）	1,500 円						
	緊急訪問看護加算、難病等複数回訪問加算、特別管理加算 24時間対応体制加算 等				緊急訪問看護加算、難病等複数回訪問加算、在宅移行管理加算 等				

総合的なケアプランの作成

- ケアプランの作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付以外の保健医療サービス等も含めてケアプランに位置付けるよう務めなければならないとしている。

指定居宅介護支援等の人員・運営基準（抄）

第13条

一～三 （略）

四 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、**介護給付等対象サービス**(法第二十四条第二項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。)**以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付ける**よう努めなければならない。

五～二十七 （略）

【解釈通知】 総合的な居宅サービス計画の作成（第四号）

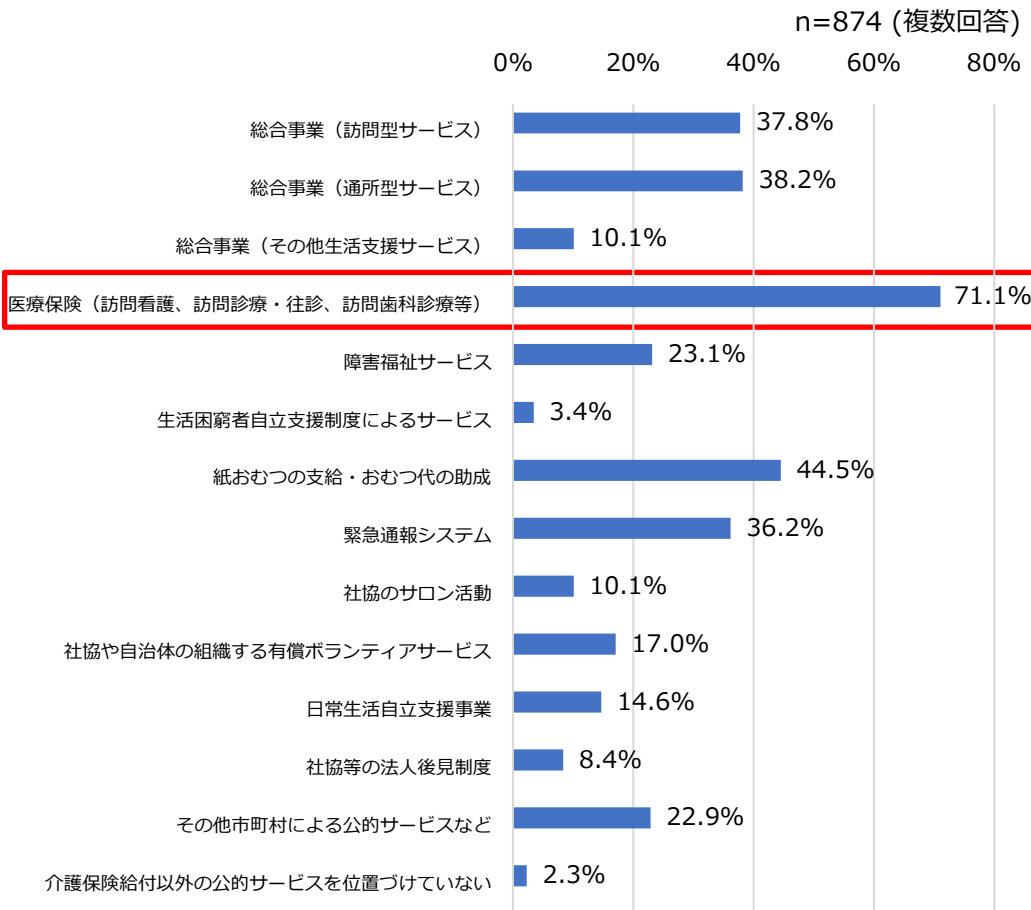
居宅サービス計画は、利用者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要である。このため、居宅サービス計画の作成又は変更にあたっては、利用者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、例えば、市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導等の保健サービス、老人介護支援センターにおける相談援助及び市町村が一般施策として行う配食サービス、寝具乾燥サービスや当該地域の住民による見守り、配食、会食などの自発的な活動によるサービス等、更には、こうした**サービスと併せて提供される精神科訪問看護等の医療サービス**、はり師・きゅう師による施術、保健師・看護師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師による機能訓練**なども含めて居宅サービス計画に位置付けることにより総合的な計画となるよう務めなければならない。**

なお、介護支援専門員は、当該日常生活全般を支援する上で、利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると認められるサービス等については、介護給付等対象サービスであるかどうかを問わず、当該不足していると思われるサービス等が地域において提供されるよう関係機関等に働きかけていくことが望ましい。

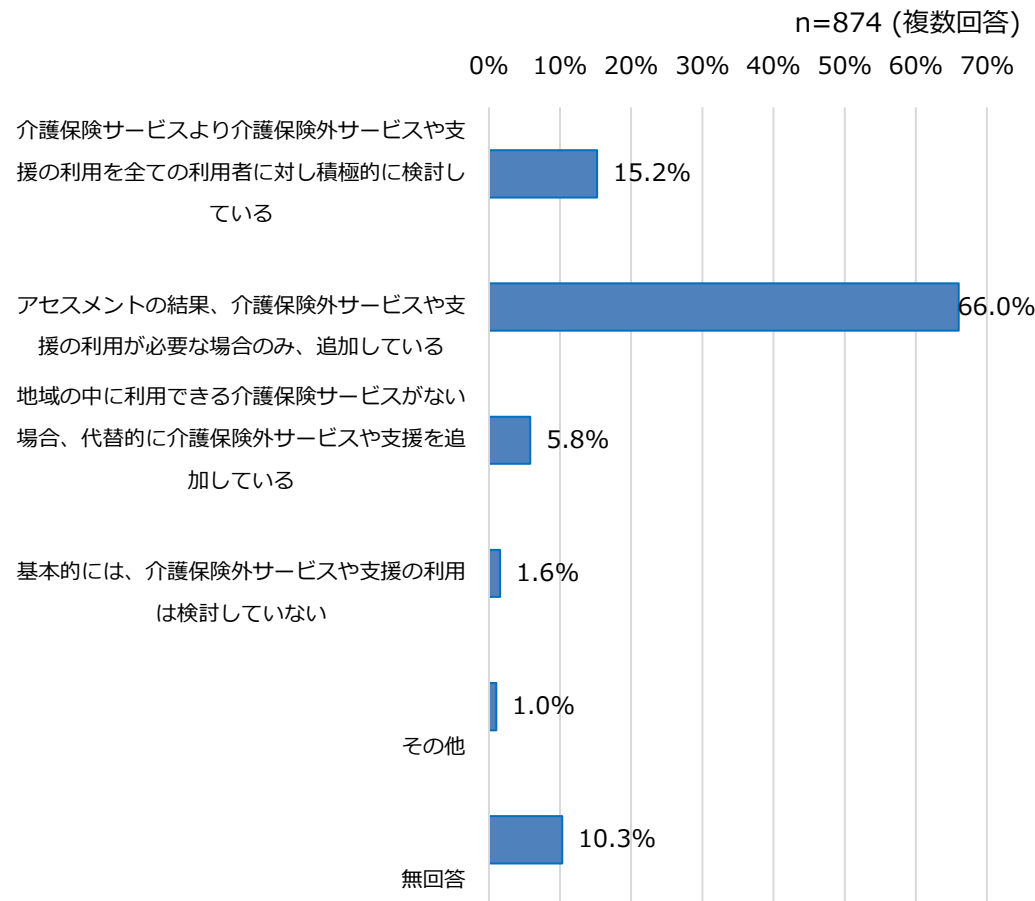
ケアプランに位置づけている介護保険外サービスの状況

○ 介護保険給付以外にケアプランに位置づけているサービスや支援活動の種類(公的サービス)については、居宅介護支援事業所では「医療保険(訪問看護、訪問診療・往診、訪問歯科診療等)」が最も多く71.1%、次いで「紙おむつの支給・おむつ代の助成」が44.5%、「総合事業(通所型サービス)」が38.2%であった。

■ ケアプランに位置づけている介護保険外サービスの状況



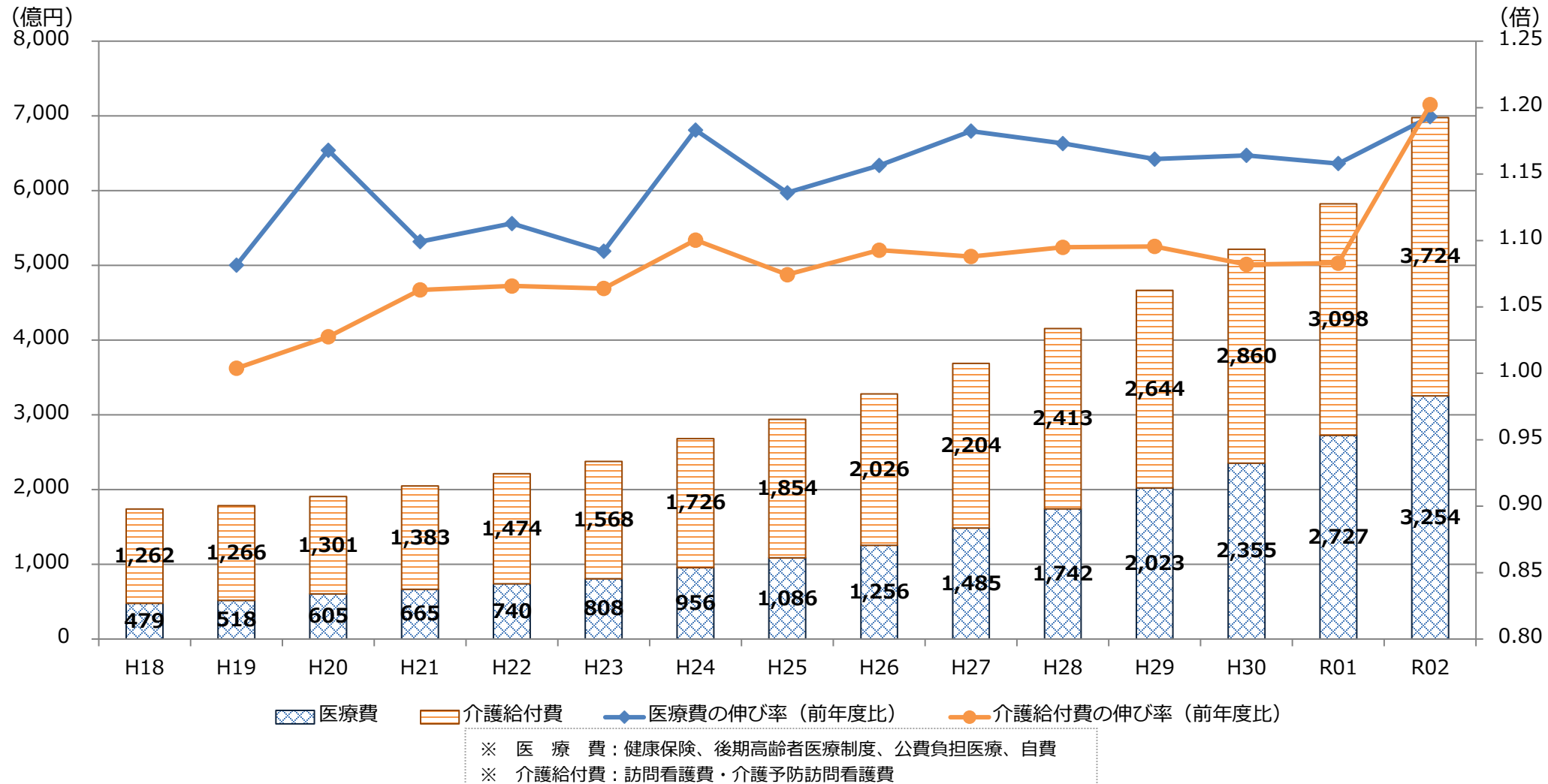
■ ケアプランを作成するときの介護保険外サービスや支援に対する考え方



訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

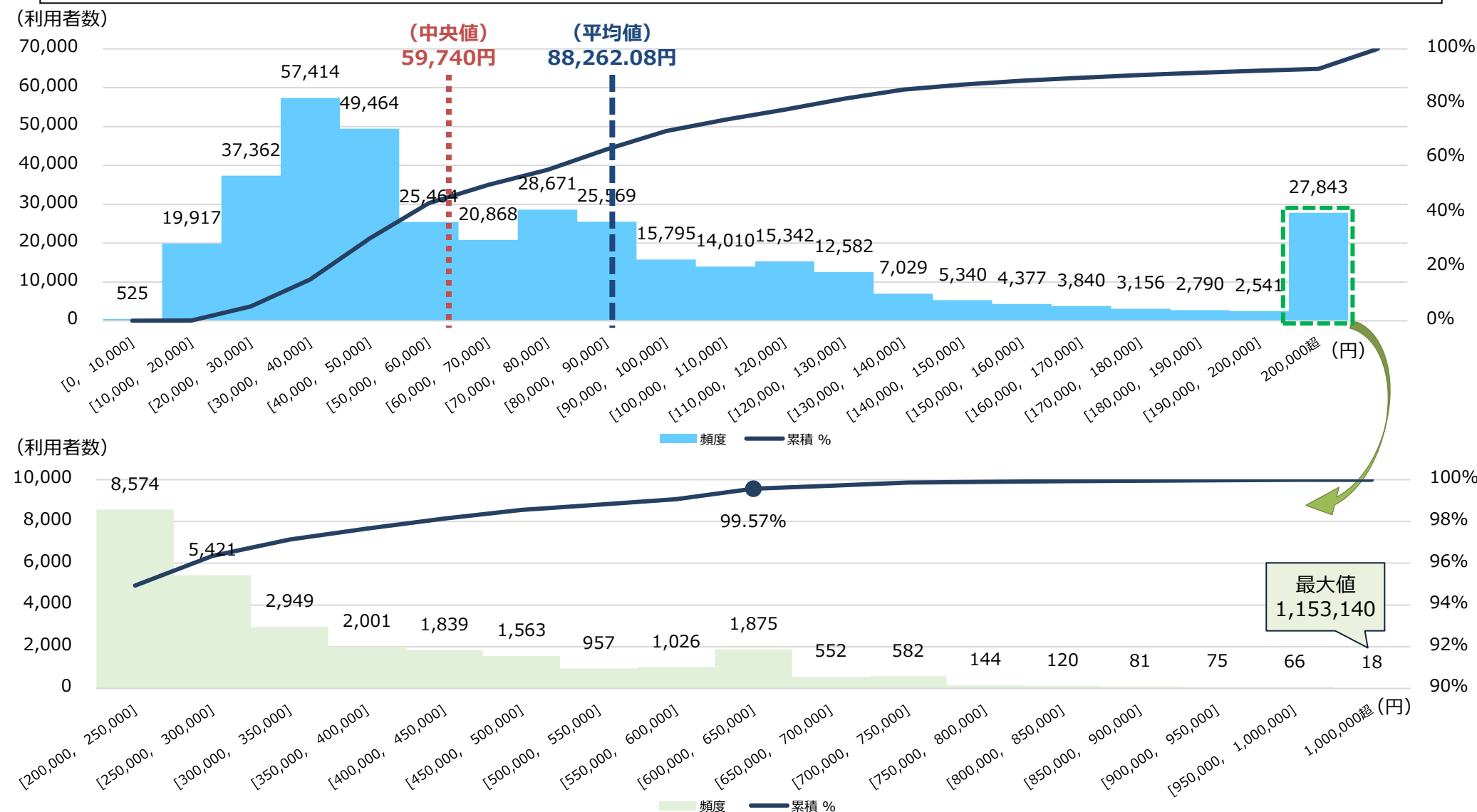
○ 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。

■ 訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移



訪問看護利用者の1月の請求額の分布

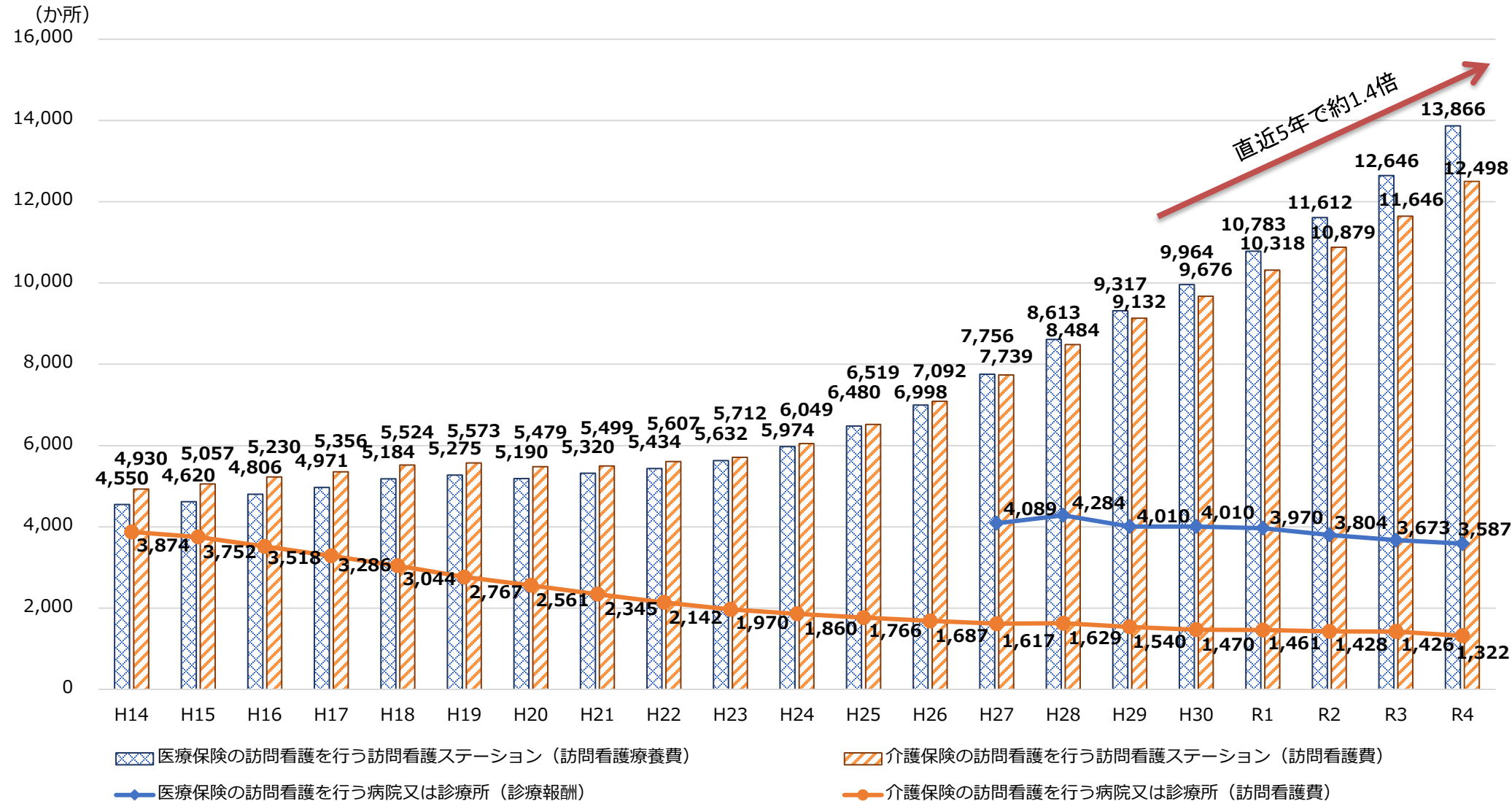
- 訪問看護療養費(医療保険)の1人当たり1月の請求額は3万円台が最も多く、平均は88,262円であった。
- 請求額が65万円以上のものが、全体の約0.4%であるが存在している。



1. 在宅医療の提供体制で求められる訪問看護の役割等
2. 訪問看護制度
- 3. 訪問看護ステーションの整備状況**
4. 在宅医療のニーズへの対応

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

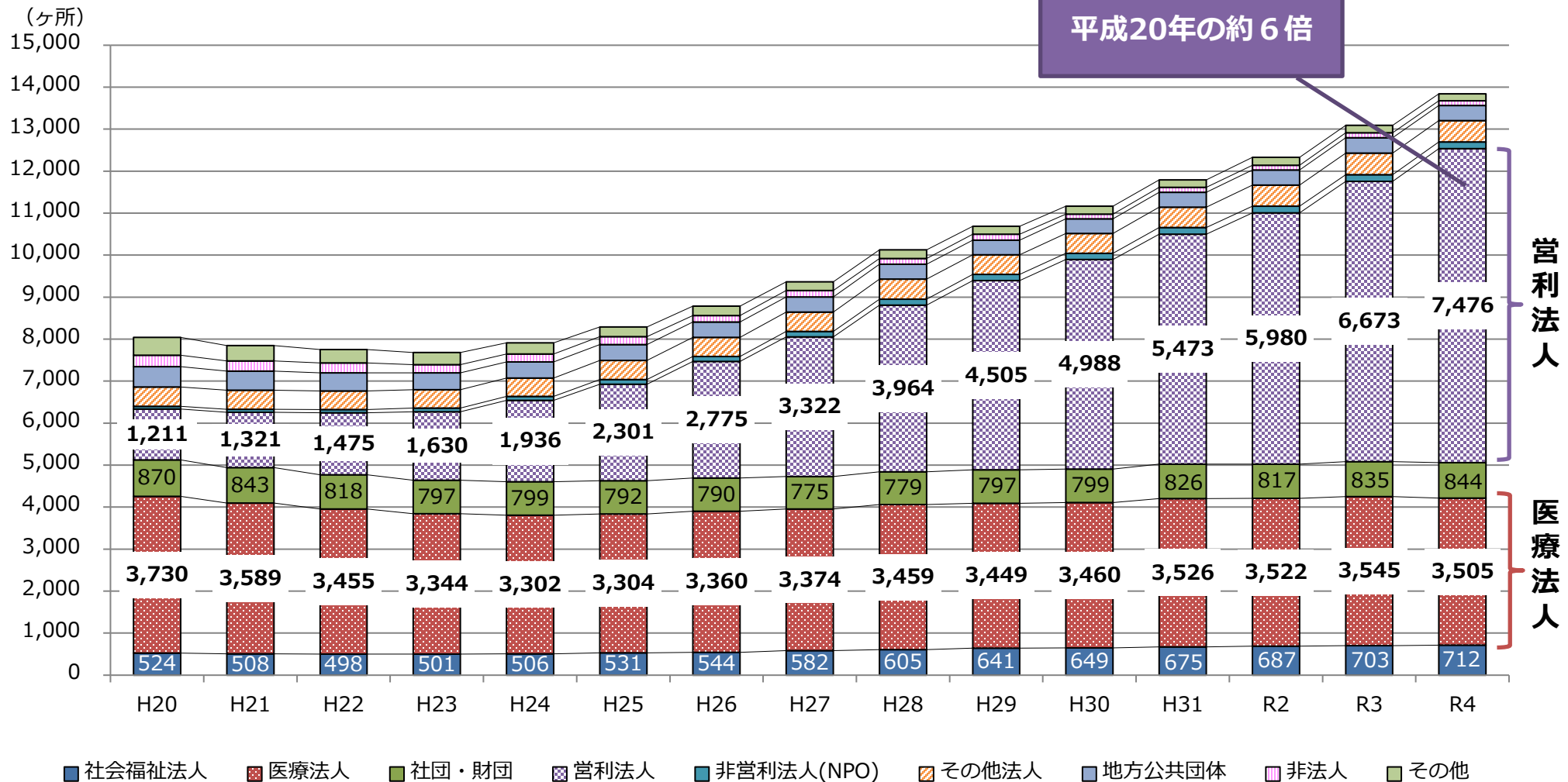
○ 訪問看護事業所の数は、近年増加しており請求事業所数は1万事業所を超えている。一方、介護保険の訪問看護費を算定する病院・診療所は減少傾向である。



法人種別の訪問看護ステーションの推移

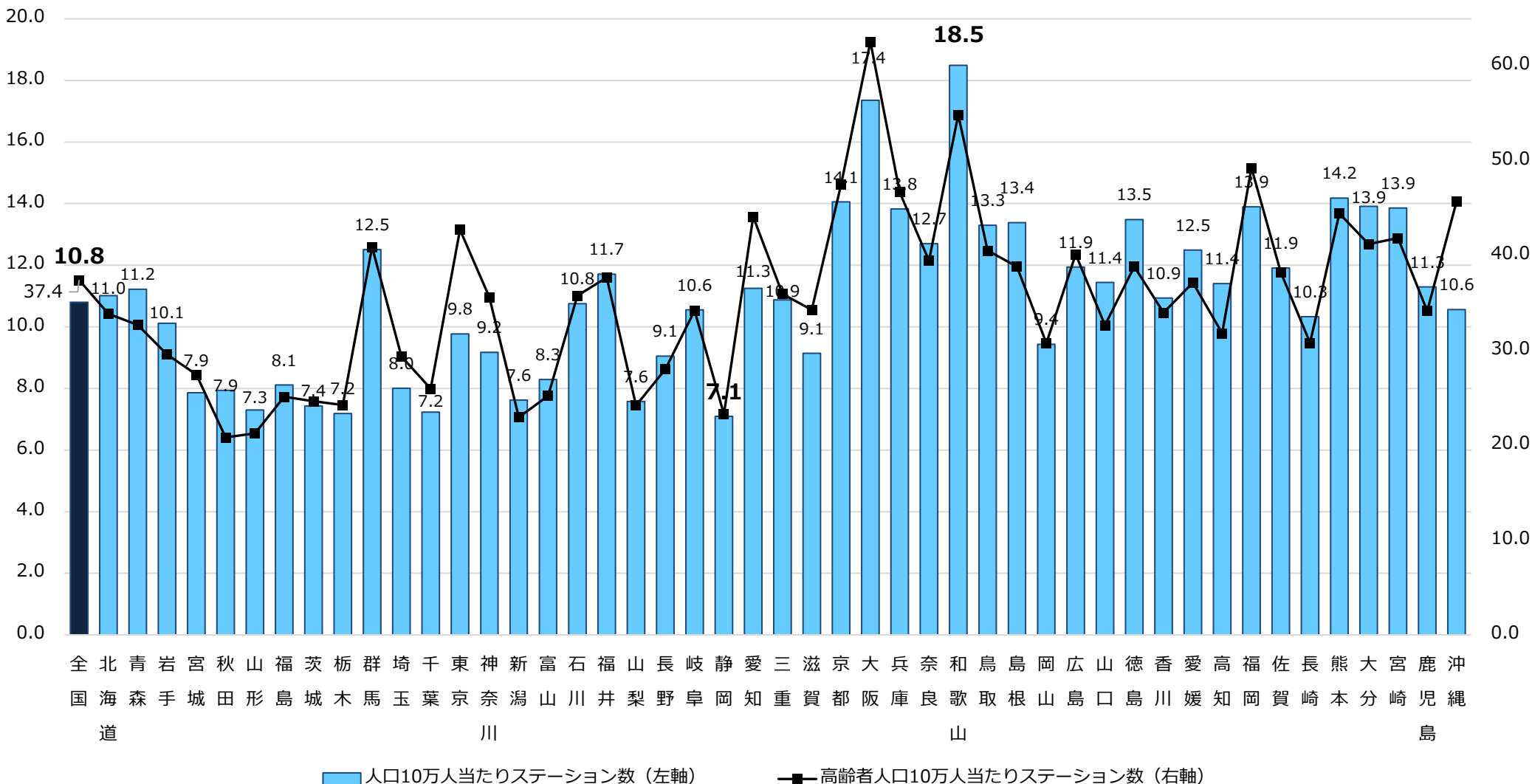
○ 法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

■ 法人種別の訪問看護ステーション数の推移



都道府県別訪問看護ステーション数

○ 人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は10.8か所、高齢者人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は37.4か所である。

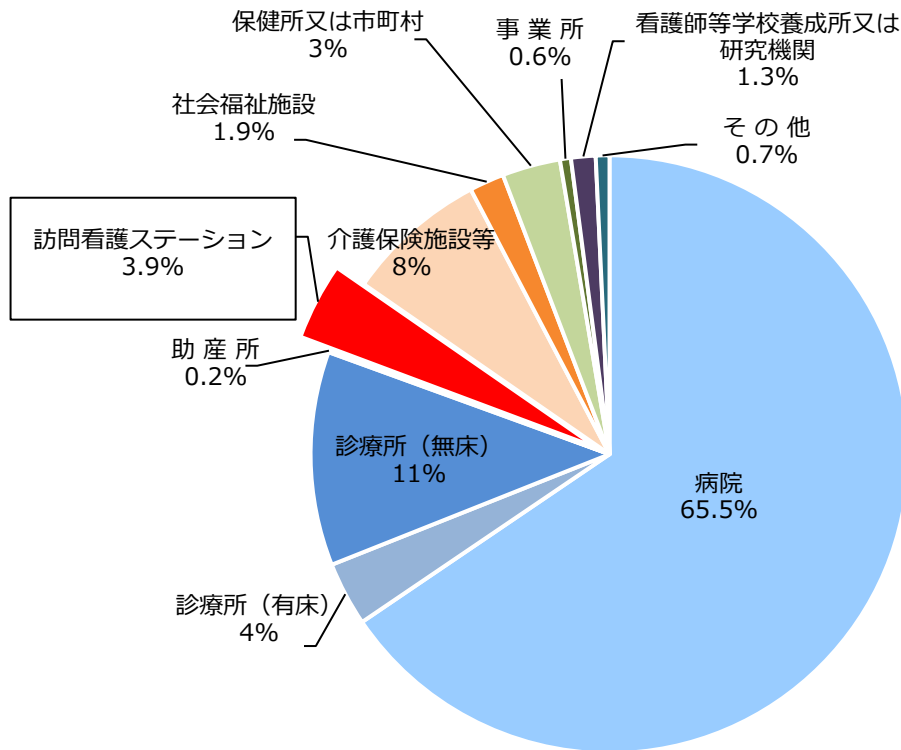


訪問看護ステーションの就業者数の推移

- 就業している看護職員のうち、訪問看護ステーションに就業しているのは約4%である。
- 訪問看護ステーションに就業している看護職員数は年々増加している。

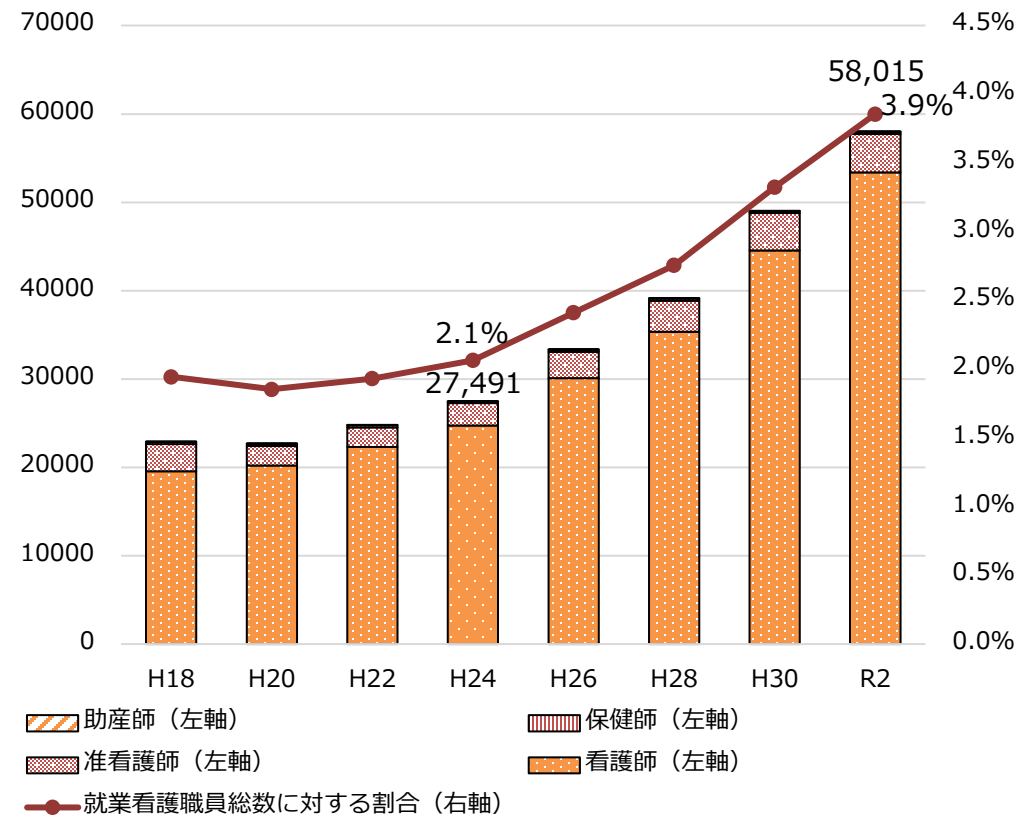
■ 就業場所別看護職員数（常勤換算）

（令和2年12月末現在）



■ 訪問看護ステーションの就業看護職員数（常勤換算）

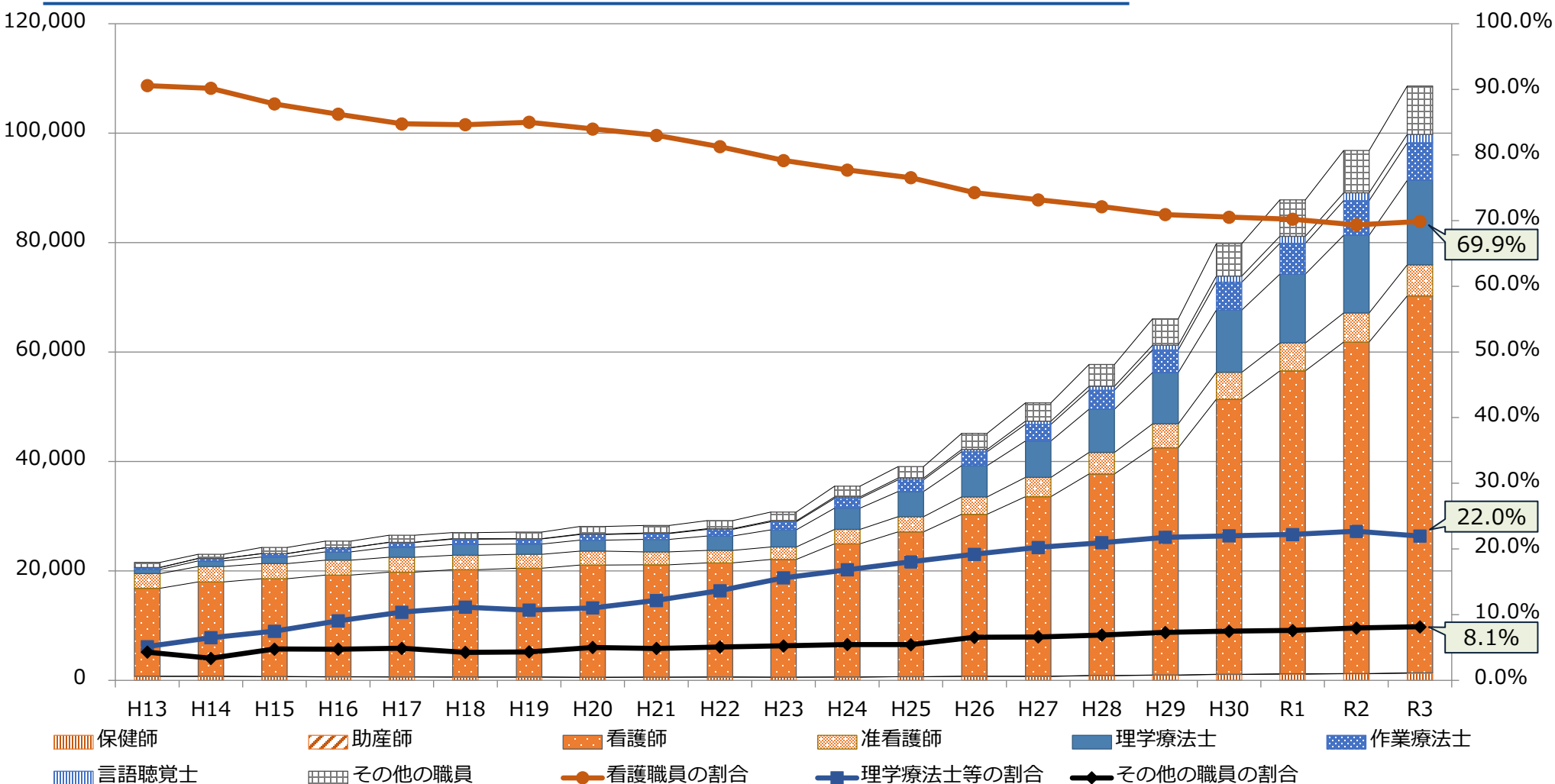
（各年12月末現在）



訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移

○ 訪問看護ステーションの従事者数のうち、看護職員数は増加しているものの、従事者全体に占める割合は減少している。

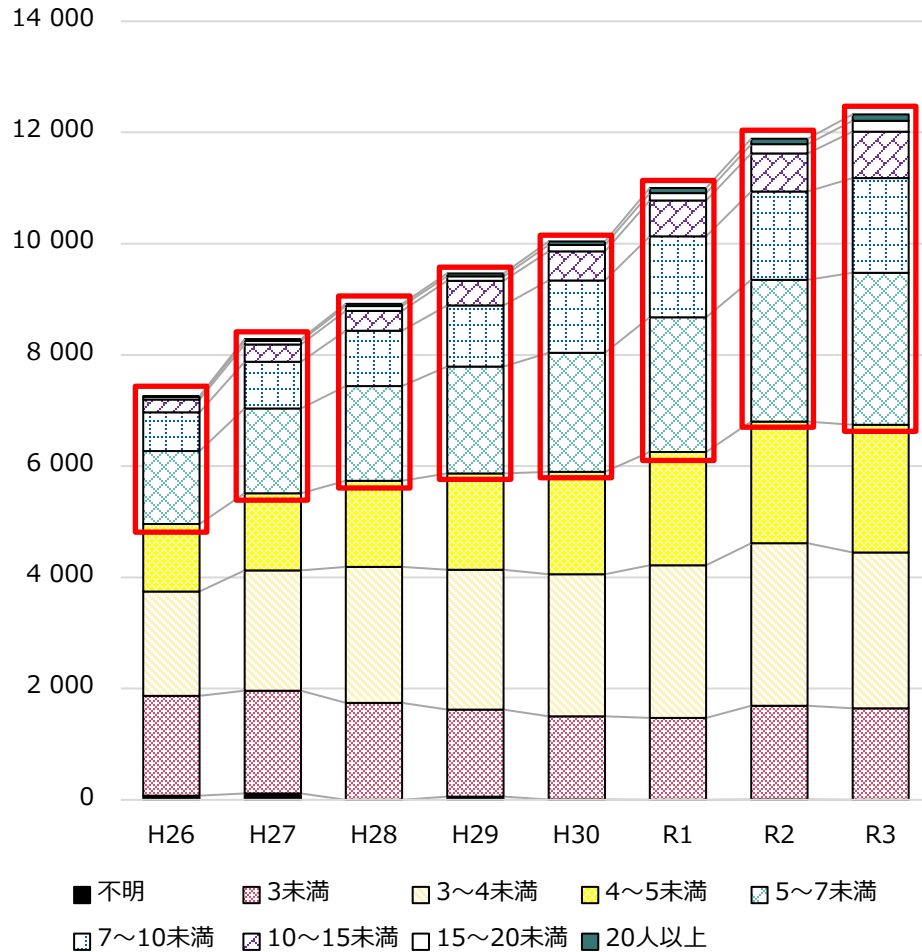
■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移（常勤換算）



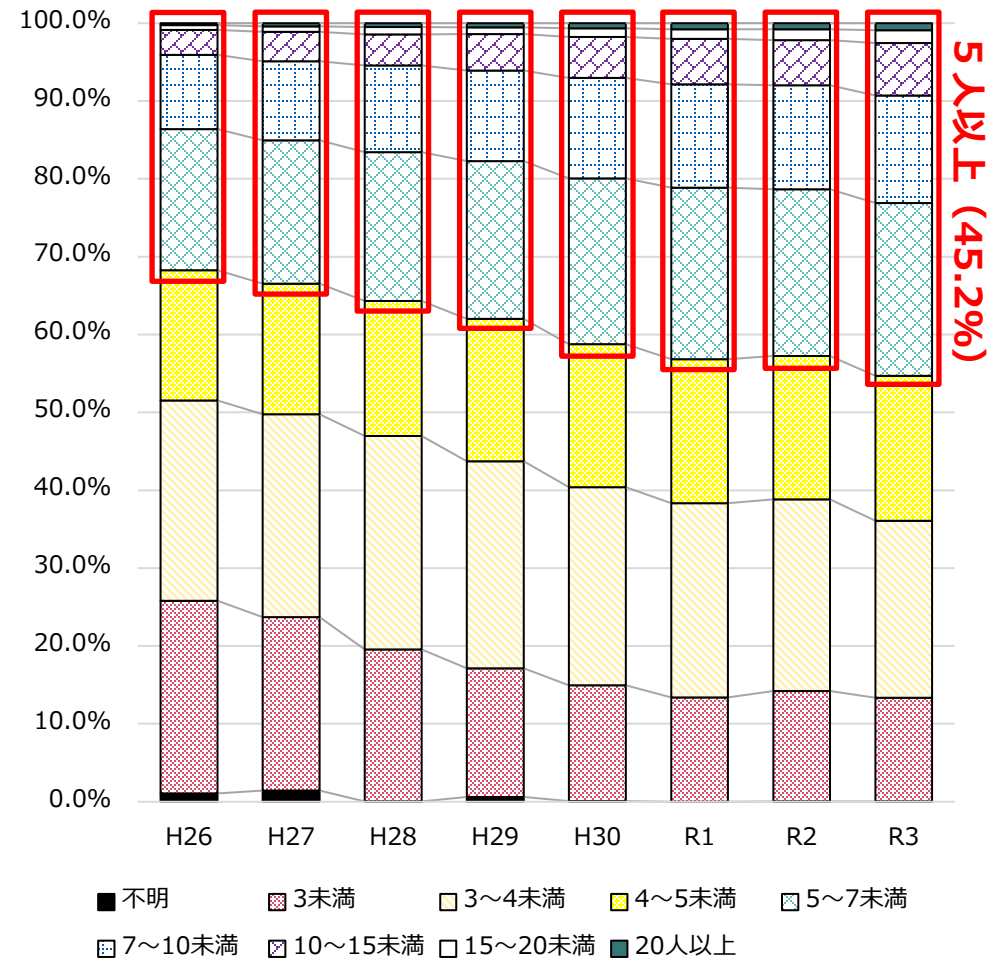
看護職員の規模別の訪問看護ステーション数の推移

○ 看護職員規模(常勤換算)別の訪問看護ステーション数・割合とも、常勤換算5人以上が増加傾向にある。

■ 看護職員規模別訪問看護ステーション数の推移



■ 看護職員規模の推移

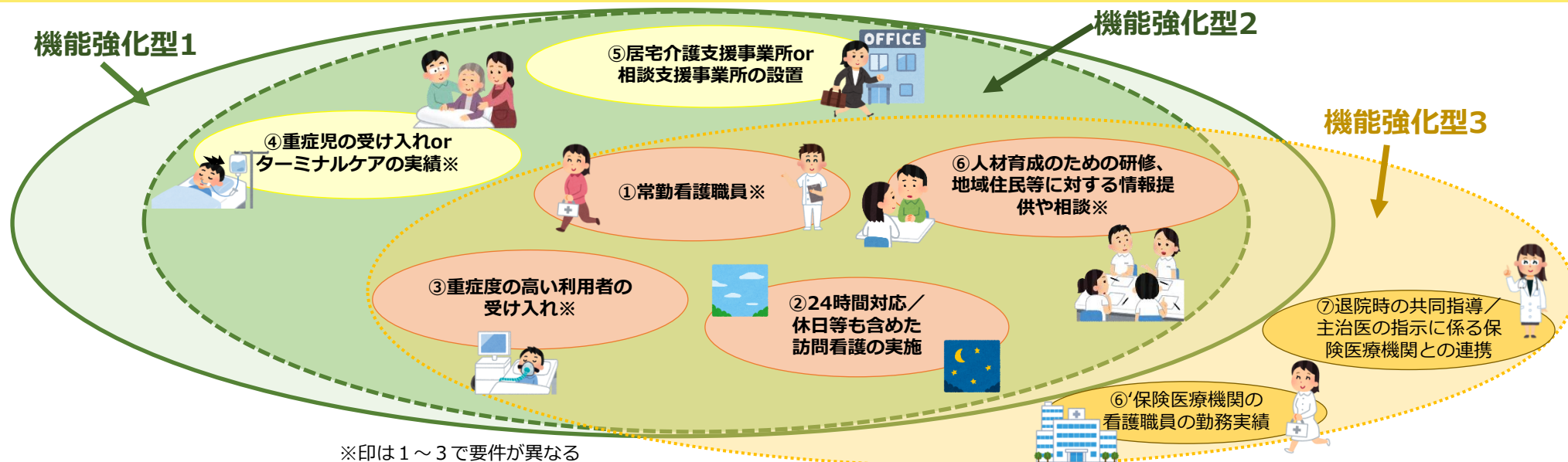


機能強化型訪問看護ステーション

機能強化型1

機能強化型2

機能強化型3

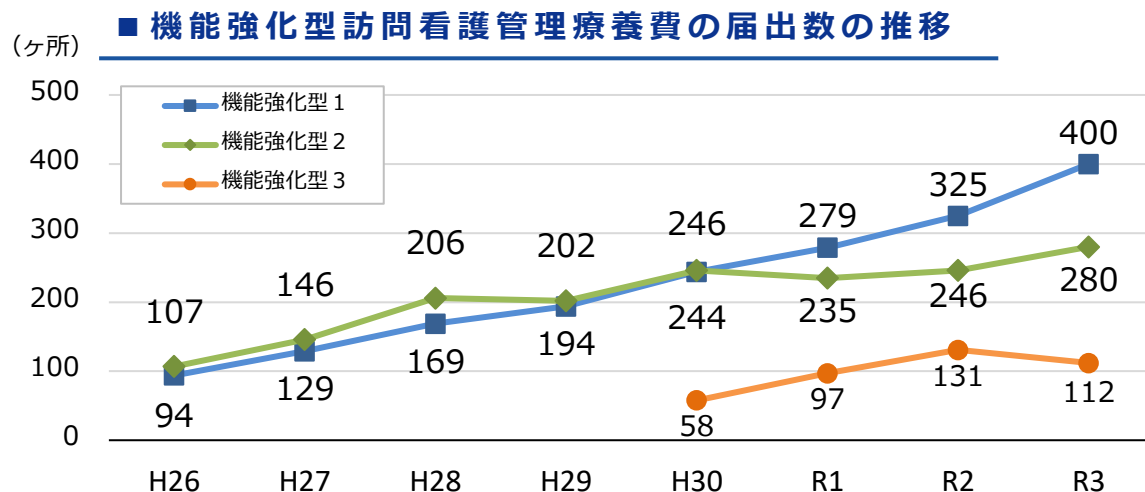


※印は1～3で要件が異なる

要件	ターミナルケアや重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
① 看護職員の数、割合	常勤7人以上（1人は常勤換算可） 6割以上	常勤5人以上（1人は常勤換算可） 6割以上	常勤4人以上 6割以上
② 24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
③ 重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上/月	別表第7に該当する利用者数 7人以上/月	・別表7、別表8に該当する利用者又は精神科重症患者 ・複数の訪看STが共同している利用者 上記のいずれかの利用者数 10人以上/月
④ ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①前年度20件以上 ②前年度15件以上、常時4人以上 ③常時6人以上	①前年度15件以上 ②前年度10件以上、常時3人 ③常時5人	
⑤ 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 （計画作成が必要な利用者の1割程度の計画作成）			
⑥ 地域における人材育成等	人材育成のための研修等の実施 地域の医療機関、訪看ST、住民等に対する情報提供又は相談の実績		・医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上/年 ・地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
⑦ 医療機関との共同			・⑥'の医療機関以外の医療機関との退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上 （同一敷地内に医療機関が設置されている場合に限る）
⑧ 専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師の配置（望ましい）		

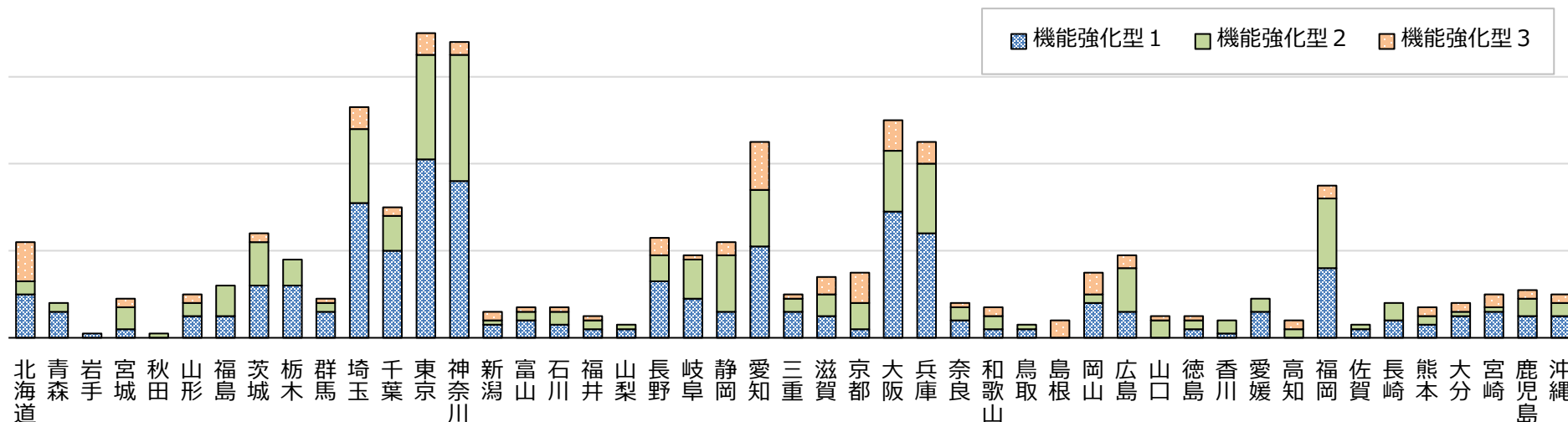
機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和3年7月時点で機能強化型1が400事業所、機能強化型2が280事業所、機能強化型3が112事業所である。



(令和3年7月時点)

機能強化型 訪問看護管理療養費 1	400
機能強化型 訪問看護管理療養費 2	280
機能強化型 訪問看護管理療養費 3	112
計	792

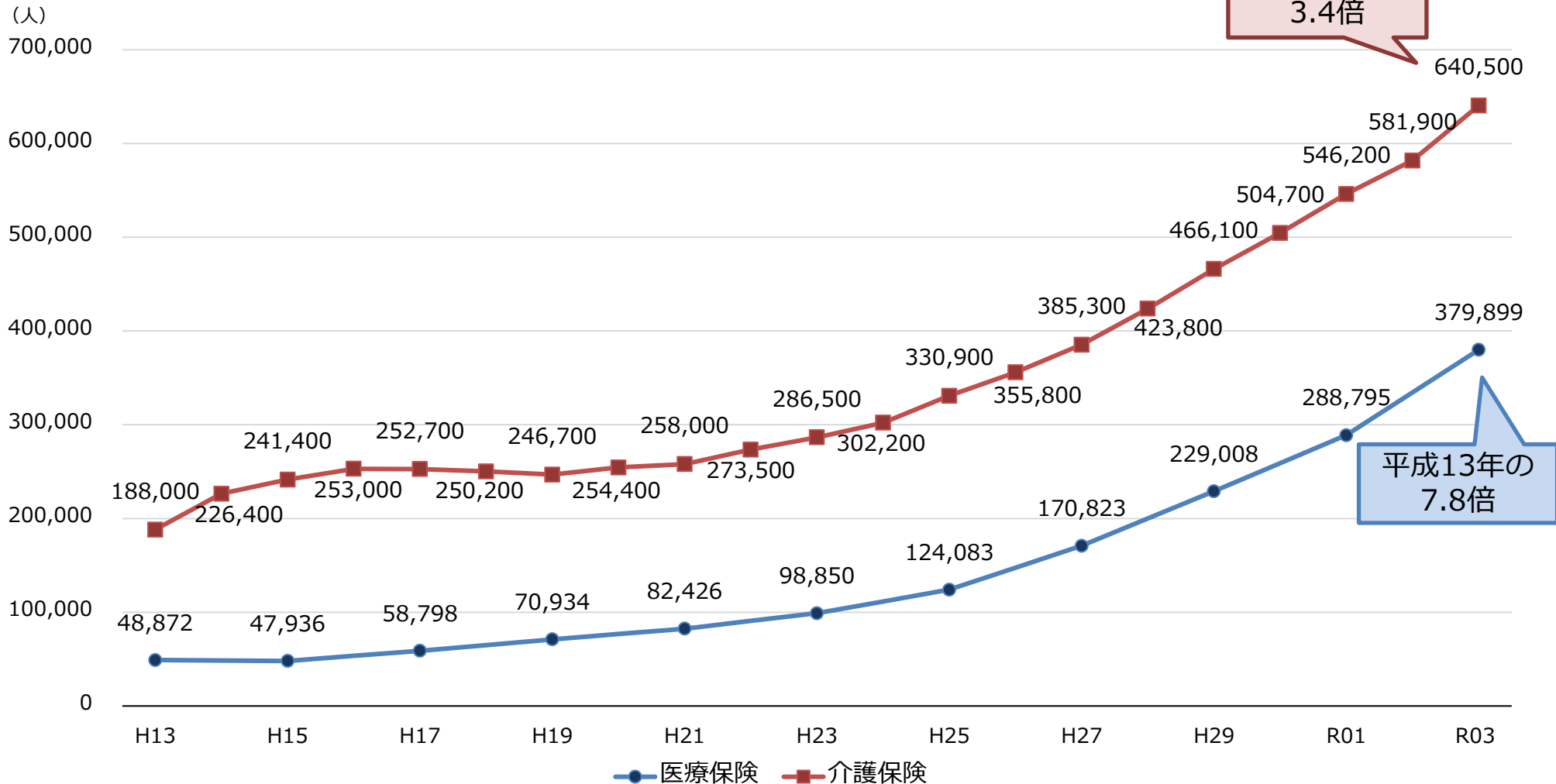


1. 在宅医療の提供体制で求められる訪問看護の役割等
2. 訪問看護制度
3. 訪問看護ステーションの整備状況
- 4. 在宅医療のニーズへの対応**

訪問看護の利用者数の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

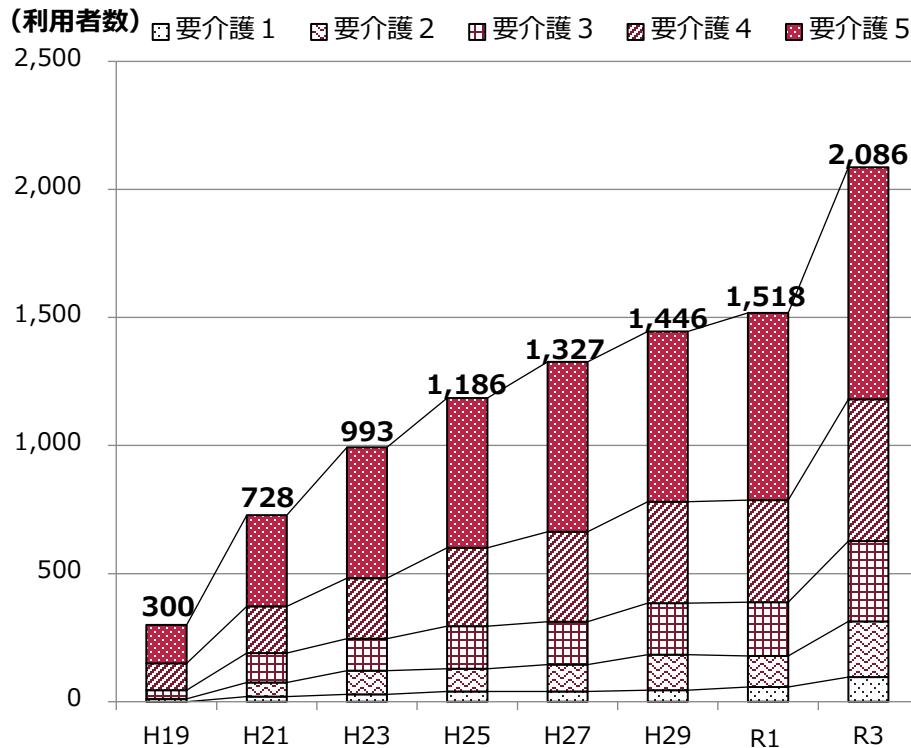
■ 訪問看護利用者数の推移



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

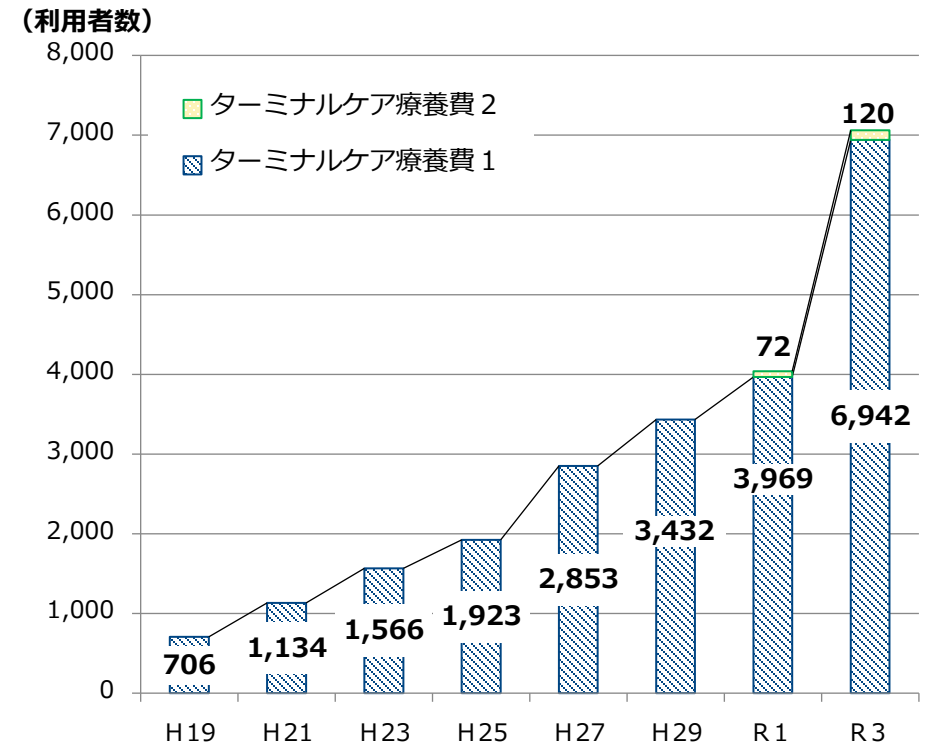
○ 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年度は特に増加した。

■ 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



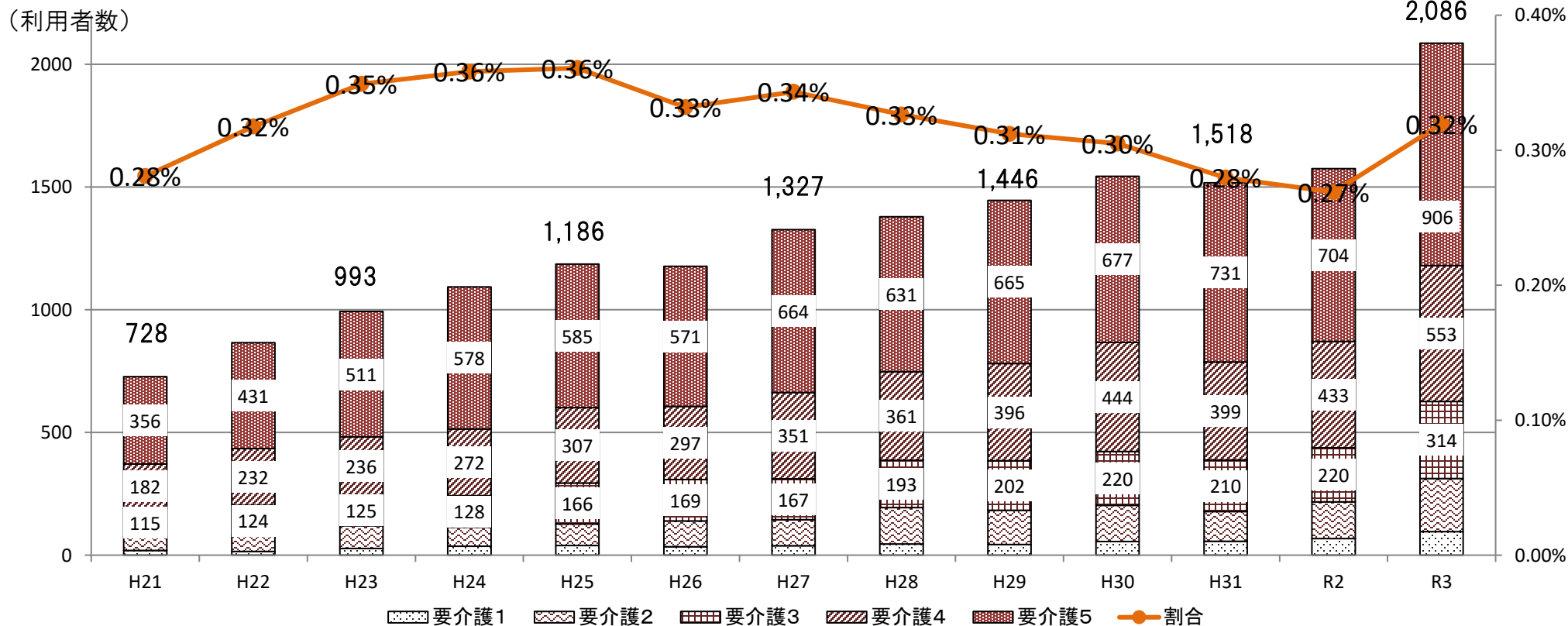
※H30年度改定でターミナルケア療養費2を新設

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。

○ 訪問看護の利用者に占めるターミナルケア加算(注)の算定者数は年々増加している。

■ ターミナルケア加算（介護保険）の算定数



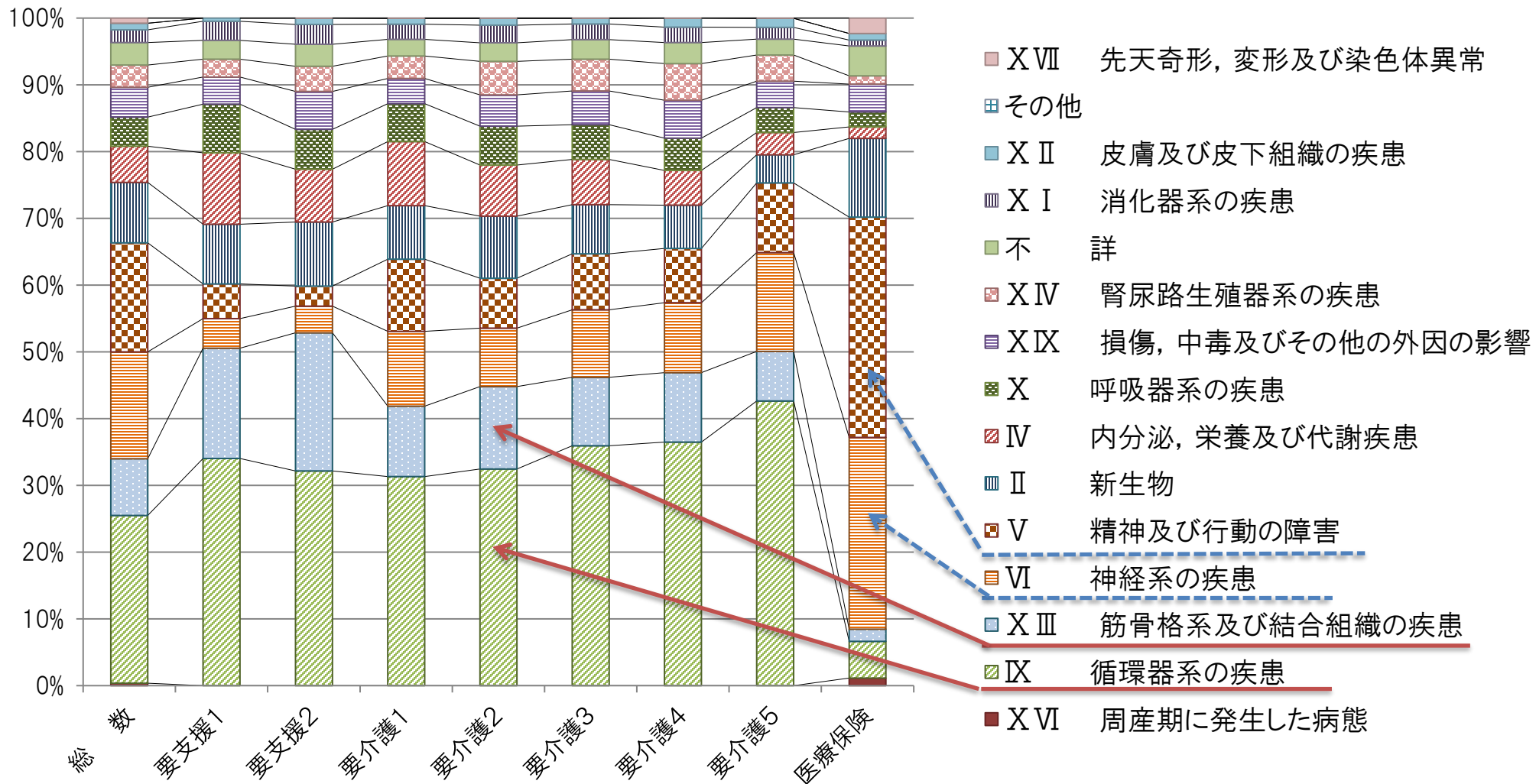
ターミナルケア加算：死亡月につき2,000単位

(注)ターミナルケア加算とは、基準に適合している指定訪問看護事業所が、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(死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者(末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める状態にある者に限る。)に対して訪問看護を行っている場合にあっては、1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。(区分支給限度基準額の算定対象外)

訪問看護ステーションの利用者の傷病分類

○ 介護保険の利用者は、「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」が多く、医療保険の利用者は、「神経系の疾患」「精神及び行動の障害」が多い。

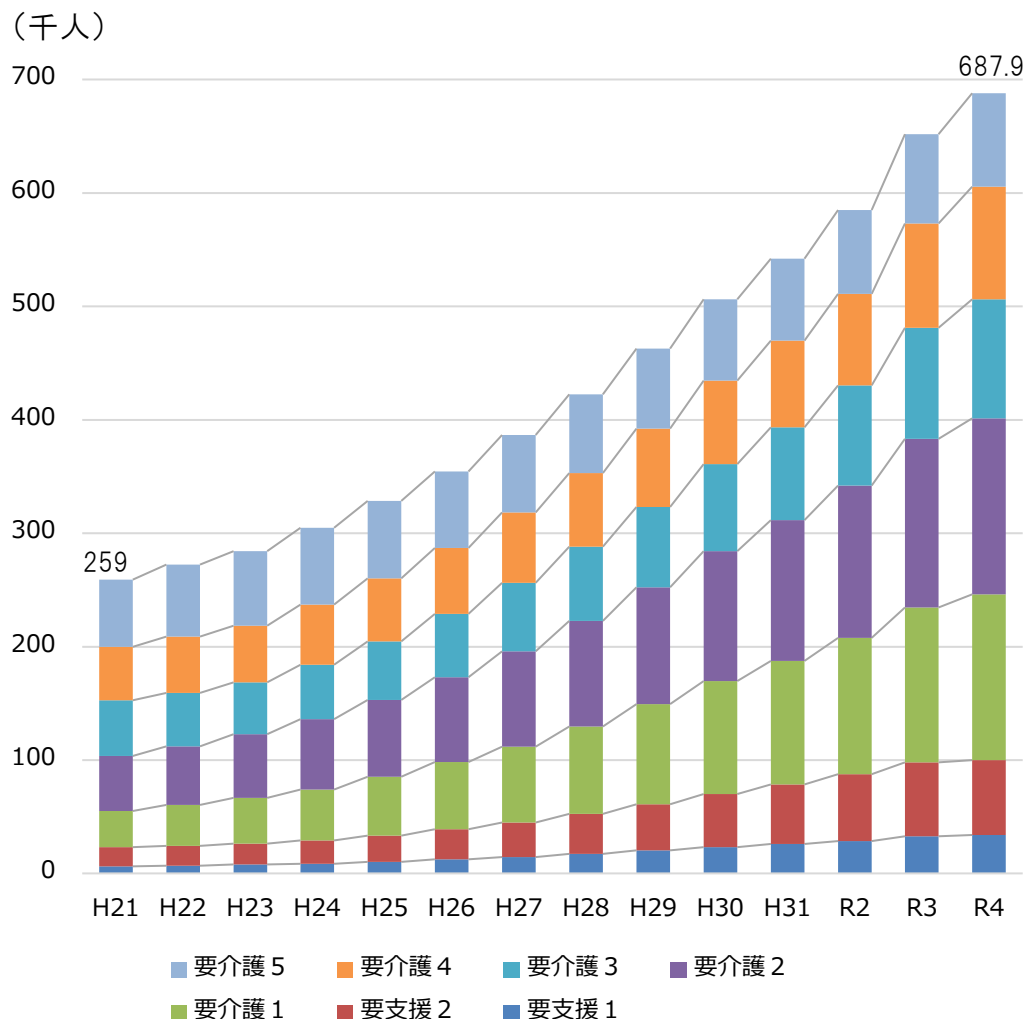
■ 訪問看護ステーションの利用者の保険制度別傷病分類



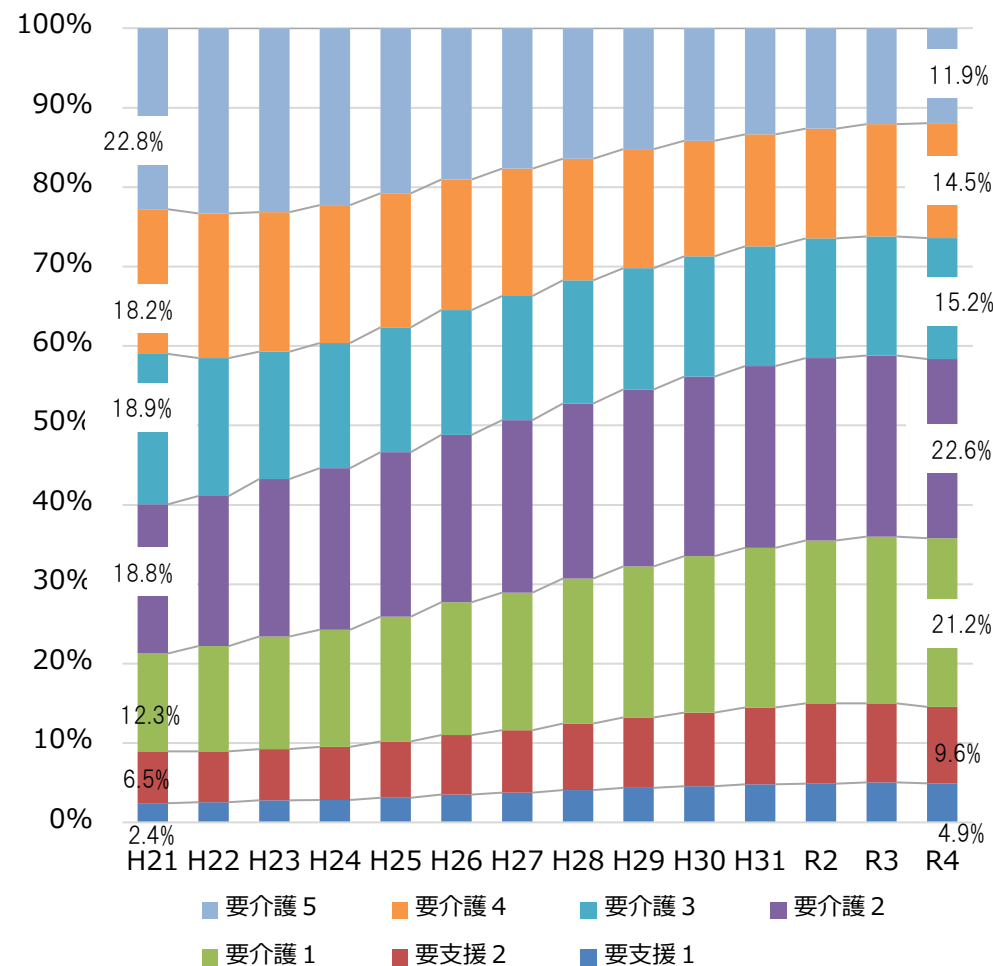
訪問看護利用者介護度の推移

○ 令和4年4月の訪問看護利用者数は約69万人で、近年増加している。利用者を要介護度別の割合で見ると、要支援1～要介護2の占める割合が増加傾向にある。

■ 要介護度別利用者数の推移



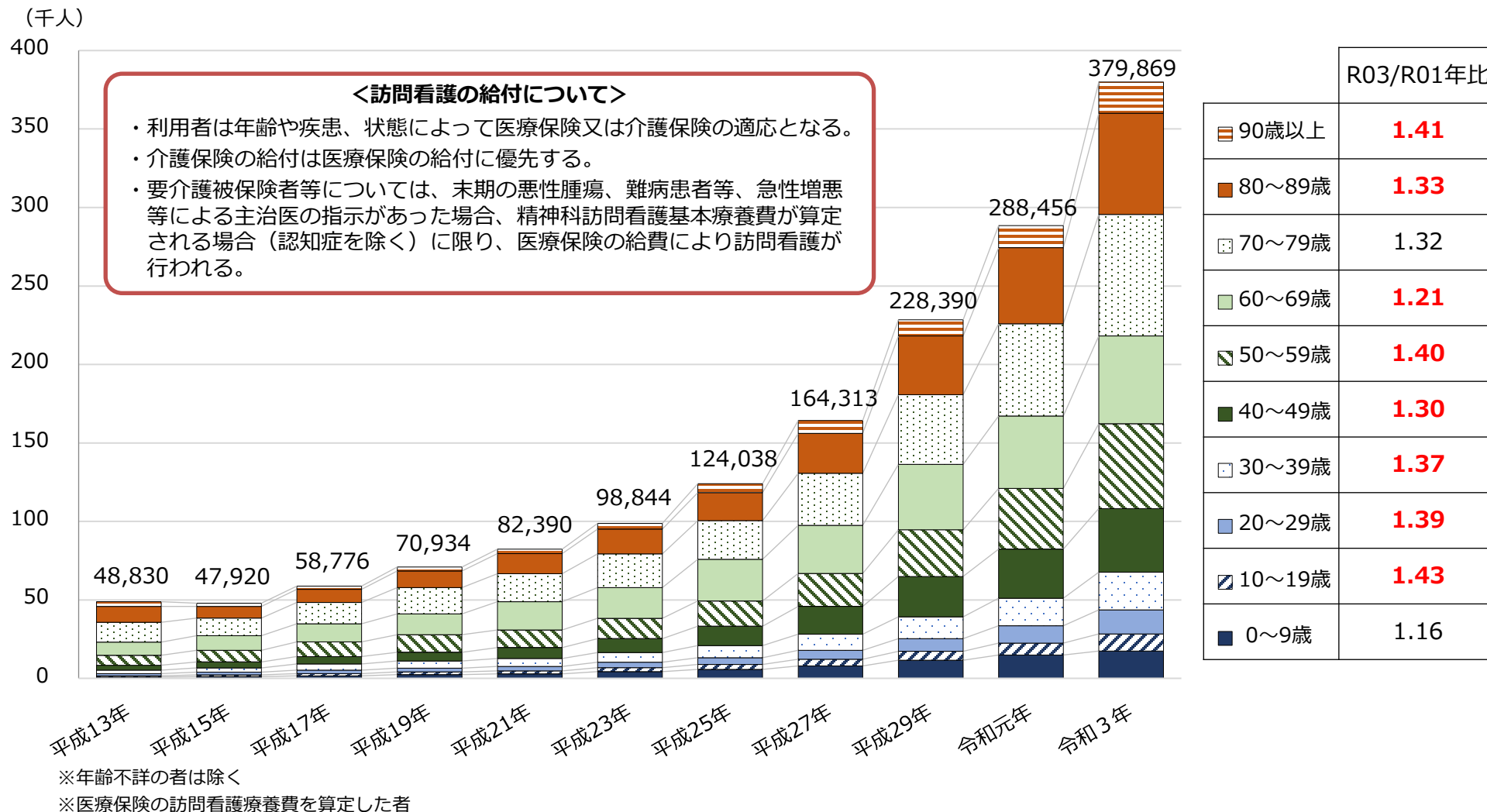
■ 要介護度別の利用者割合の推移



訪問看護ステーションの利用者数の推移（年齢階級別）

- 訪問看護の利用者は高齢者が半数以上である。
- 特に70歳以上の高齢者と、乳幼児を含む30歳未満の若年層の利用者が増加している。

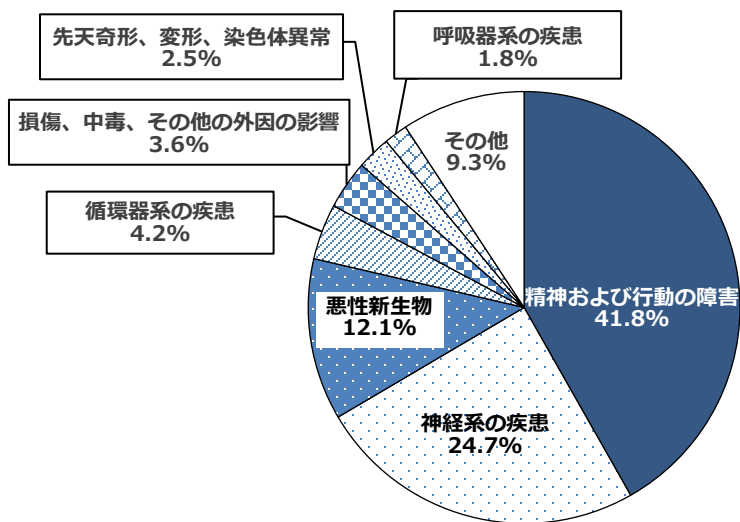
■ 年齢階級別利用者数の推移



訪問看護ステーションの利用者の状態

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、「神経系の疾患」「悪性新生物」を含めると、75%以上を占める。
- 訪問看護利用者における別表第7の該当者は70～80歳代、別表第8の該当者は小児と高齢者の割合が高い。

■ 訪問看護利用者の主傷病



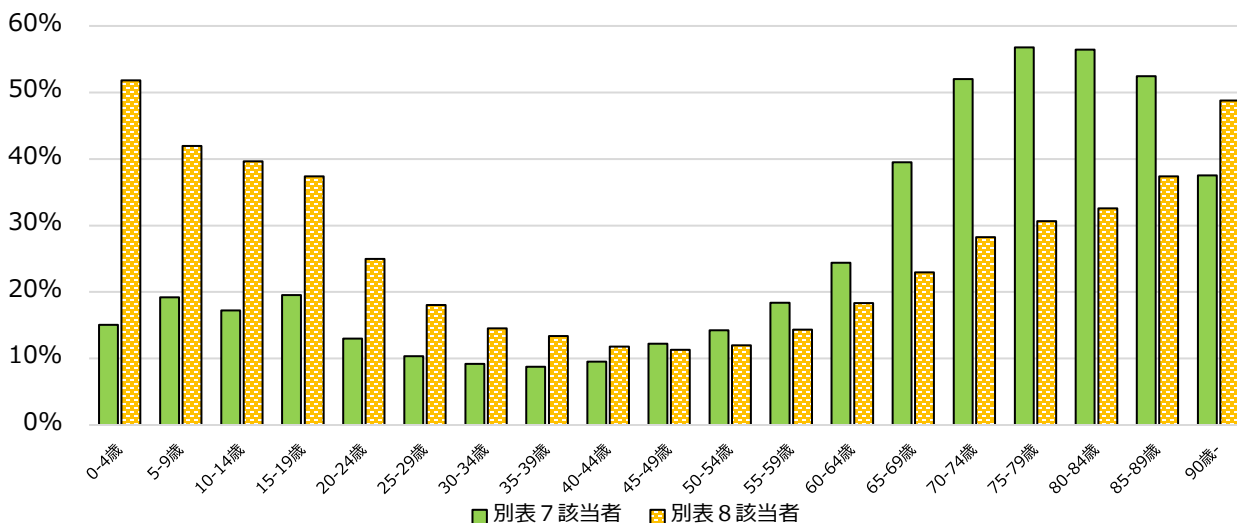
【別表第7】

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※要介護被保険者等に関わらず医療保険での訪問看護が可能
算定日数制限なし

■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



【別表第8】

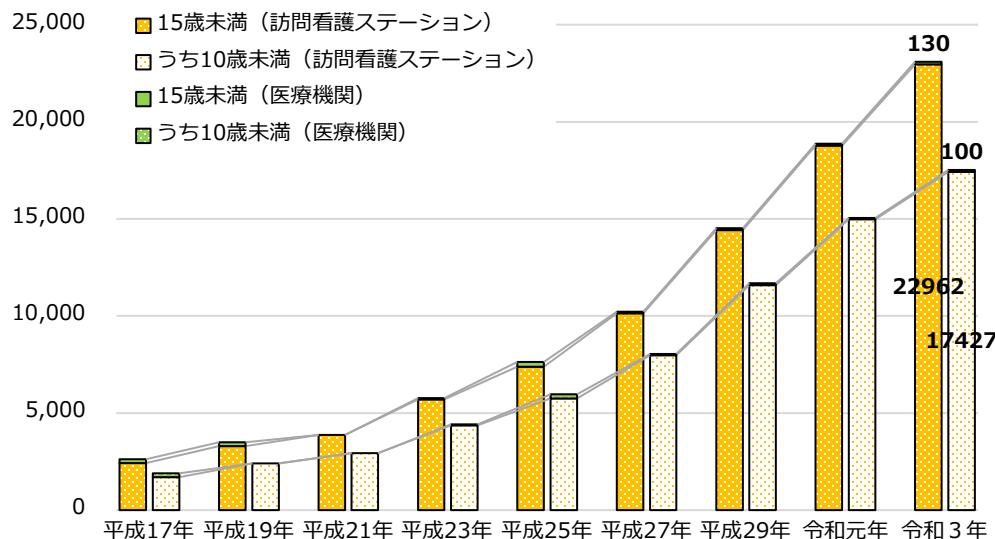
- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 - 以下のいずれかを受けている状態にある者

在宅自己腹膜灌流指導管理	在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理	在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
 - 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 - 真皮を超える褥瘡の状態にある者
 - 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
- ※算定日数制限なし

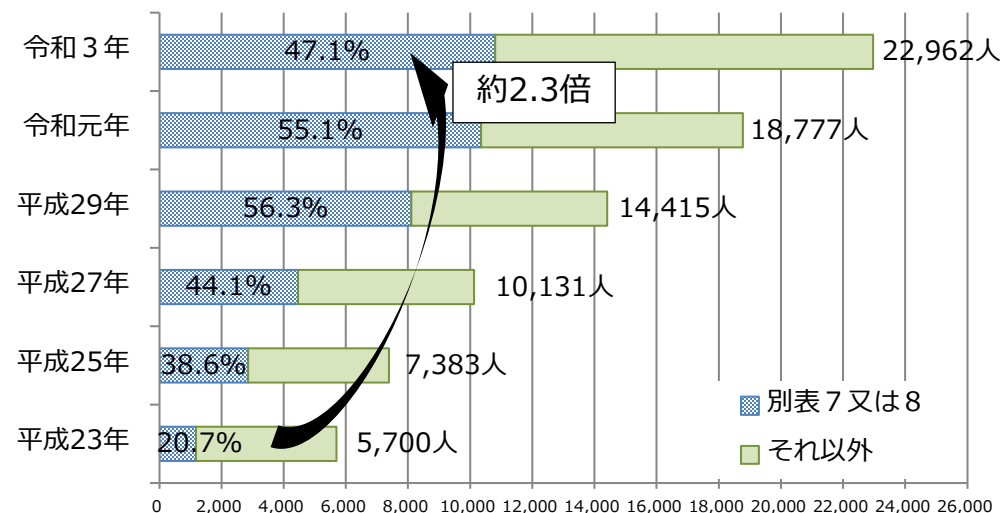
小児の訪問看護利用者の状況

- 訪問看護を受ける小児（15歳未満）の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア（基準告示第2の1）に該当する者の割合は、平成23年に比べて令和3年は約2.3倍である。

■ 小児の訪問看護利用者数の推移



■ 小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の1に該当する者※1、2（訪問看護ステーションのみ）



※1：【別表第7】

末期の悪性腫瘍
 多発性硬化症
 重症筋無力症
 スモン
 筋萎縮性側索硬化症
 脊髄小脳変性症
 ハンチントン病
 進行性筋ジストロフィー症
 パーキンソン病関連疾患
 多系統萎縮症

プリオン病
 亜急性硬化性全脳炎
 ライソゾーム病
 副腎白質ジストロフィー
 脊髄性筋萎縮症
 球脊髄性筋萎縮症
 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
 後天性免疫不全症候群
 頸髄損傷
 人工呼吸器を使用している状態

※要介護被保険者等に関わらず医療保険での訪問看護が可能
算定日数制限なし

※2：【別表第8】

- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 以下のいずれかを受けている状態にある者

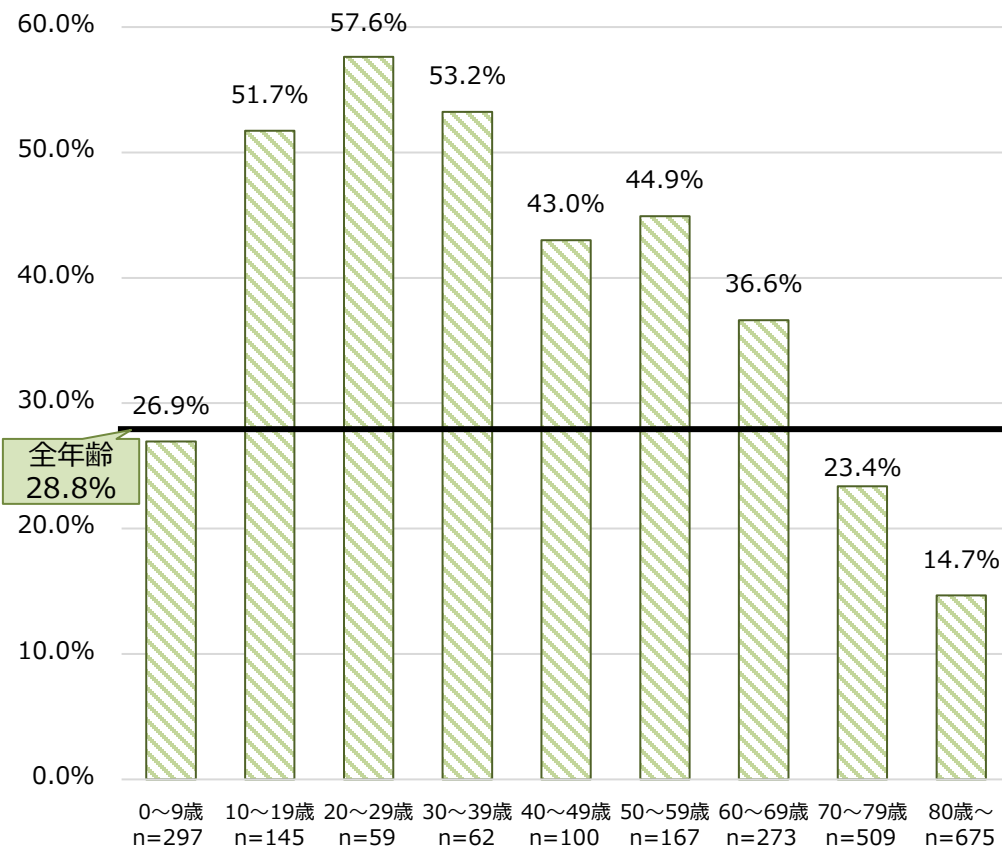
在宅自己腹膜灌流指導管理	在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理	在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

※算定日数制限なし

訪問看護利用者における障害者手帳の取得状況

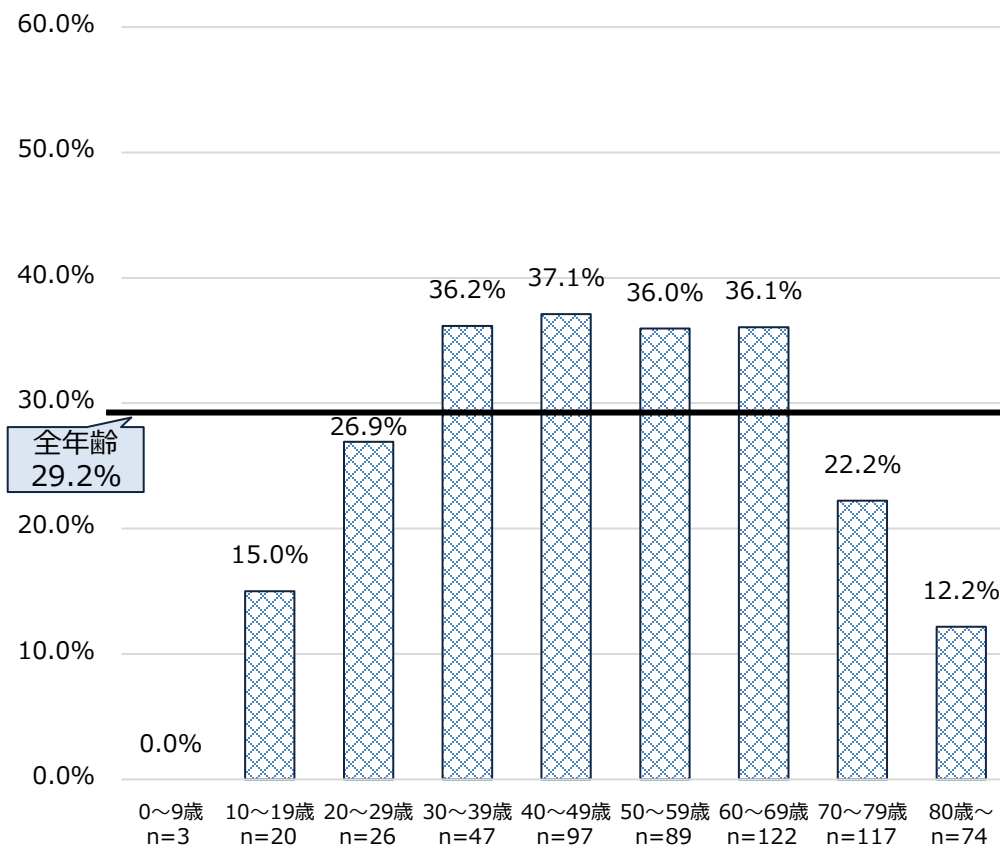
- 訪問看護基本療養費を算定している利用者のうち、身体障害者手帳、療育手帳及び精神障害者福祉手帳のいずれかを取得している利用者は、28.8%であった。
- 精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者では、29.2%であった。

■ 訪問看護基本療養費を算定する者に占める障害者手帳の取得状況



※年齢不詳を除いて集計

■ 精神科訪問看護基本療養費を算定する者に占める障害者手帳の取得状況



※年齢不詳を除いて集計

機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況別の利用者

○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況別に見た利用者の状況について、機能強化型訪問看護ステーションはその他と比して、特掲診療料の施設基準等別表7・別表8、超重症児などの医療ニーズの高い者の受け入れが多かった。また、身体合併症を有する精神科訪問看護の利用者への対応については、より多様な利用者の医療ニーズに対応可能であった。

図表 4-51 訪問看護の利用者数

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	808	119.1	88.9	101
機能強化型	431	152.3	89.2	131
機能強化型1	219	179.3	100.9	162
機能強化型2	126	126.3	60.6	114
機能強化型3	57	114.9	77.0	98
機能強化型以外	364	81.1	72.3	66

図表 4-57 特掲診療料の施設基準等別表7に該当する利用者数

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	778	18.5	16.4	15
機能強化型	420	26.5	16.3	23
機能強化型1	213	32.0	18.1	29
機能強化型2	124	21.3	12.2	19
機能強化型3	55	17.0	10.0	15
機能強化型以外	346	9.0	10.5	6

図表 4-58 特掲診療料の施設基準等別表8に該当する利用者数

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	777	15.6	16.4	12
機能強化型	421	23.2	16.6	19
機能強化型1	213	28.3	19.2	24
機能強化型2	124	17.5	10.2	15
機能強化型3	55	17.1	14.3	13
機能強化型以外	344	6.5	10.5	4

図表 4-68 超重症児の利用者数

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	699	0.9	2.5	0
機能強化型	387	1.4	3.2	0
機能強化型1	200	1.9	4.1	1
機能強化型2	116	1.1	1.8	0
機能強化型3	43	0.5	1.2	0
機能強化型以外	302	0.2	0.8	0

図表 4-69 準超重症児の利用者数

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	689	0.8	2.3	0
機能強化型	376	1.2	2.9	0
機能強化型1	197	1.5	3.4	0
機能強化型2	109	0.9	2.0	0
機能強化型3	42	0.8	3.2	0
機能強化型以外	304	0.2	0.7	0

図表 4-70 医療的ケア児の利用者数

	回答施設数	平均値	標準偏差	中央値
全体	701	1.1	4.3	0
機能強化型	383	1.8	5.6	0
機能強化型1	200	2.2	6.2	0
機能強化型2	111	1.3	2.6	0
機能強化型3	46	2.1	8.6	0
機能強化型以外	308	0.3	1.1	0

図表 4-151 身体合併症を有する精神科訪問看護利用者の各状態への対応可能個数(複数回答)(機能強化型訪問看護ステーションの届出の有無別)

	施設数の計	各状態への対応可能個数(比率)				
		1～5	6～10	11～15	16～18	無回答
機能強化型訪問看護ステーション	259	4.2%	1.5%	25.1%	68.0%	1.2%
機能強化型1の訪問看護ステーション	125	6.4%	1.6%	20.0%	69.6%	2.4%
機能強化型2の訪問看護ステーション	77	2.6%	1.3%	29.9%	66.2%	0.0%
機能強化型3の訪問看護ステーション	38	2.6%	0.0%	31.6%	65.8%	0.0%
機能強化型以外の訪問看護ステーション	247	18.2%	18.6%	23.1%	39.3%	0.8%
総計	512	11.7%	9.8%	23.8%	53.7%	1.0%

※各状態とは下記のいずれかの状態を指す。

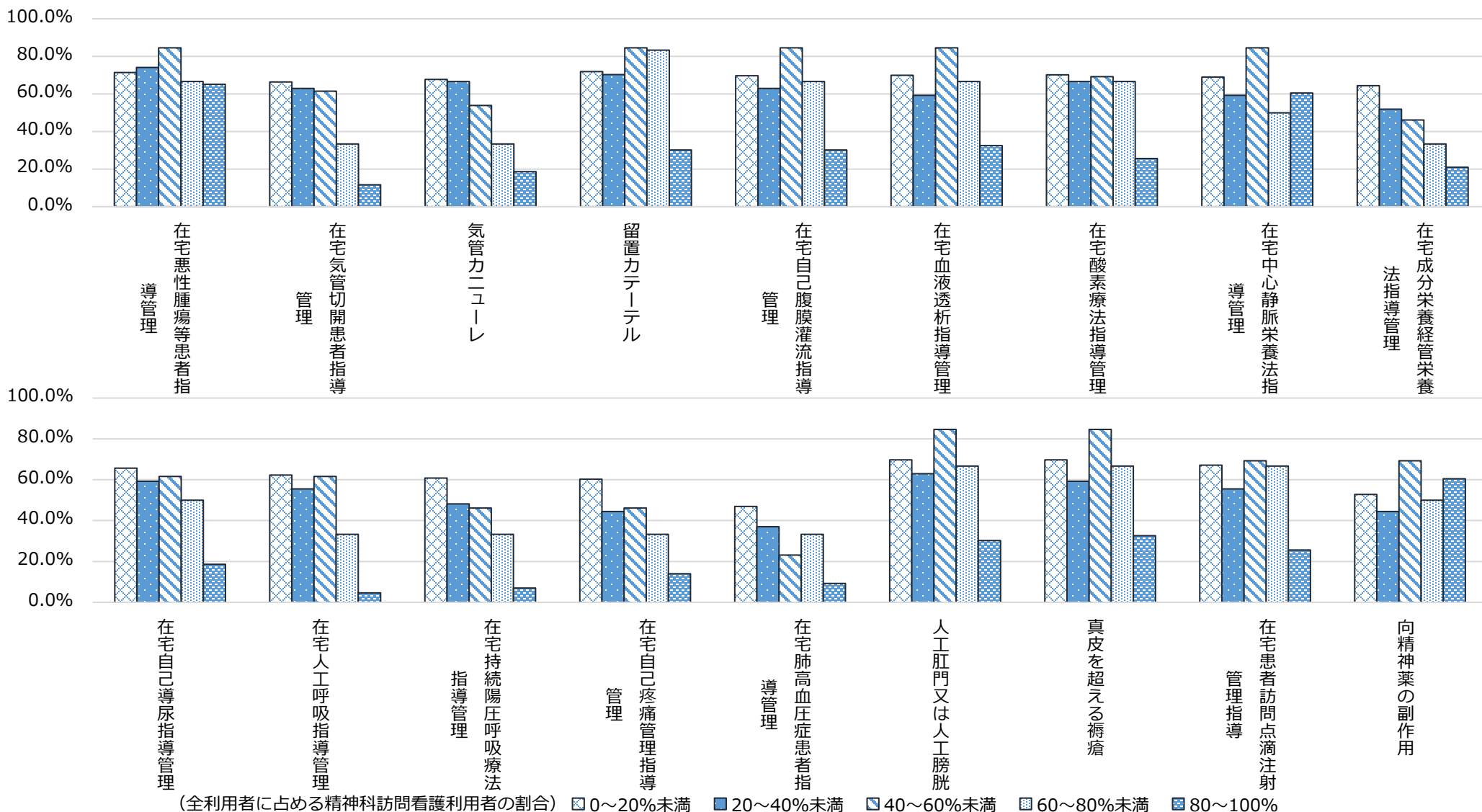
- ・在宅急性腫瘍等指導管理を受けている状態にある者
- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者
- ・在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者
- ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者
- ・在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者
- ・在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
- ・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
- ・留置カテーテルを使用している状態にある者
- ・在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者
- ・在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者
- ・在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者
- ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者
- ・在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者
- ・向精神薬による副作用への対応

※利用者数はいずれも令和4年10月の1ヶ月の実績を掲載

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」

身体合併症を有する精神科訪問看護利用者への対応可否

○ 身体合併症を有する精神科訪問看護の利用者への対応については、全利用者に占める精神科訪問看護の利用者割合が高いほど、対応可能な状態が少ない傾向にある。



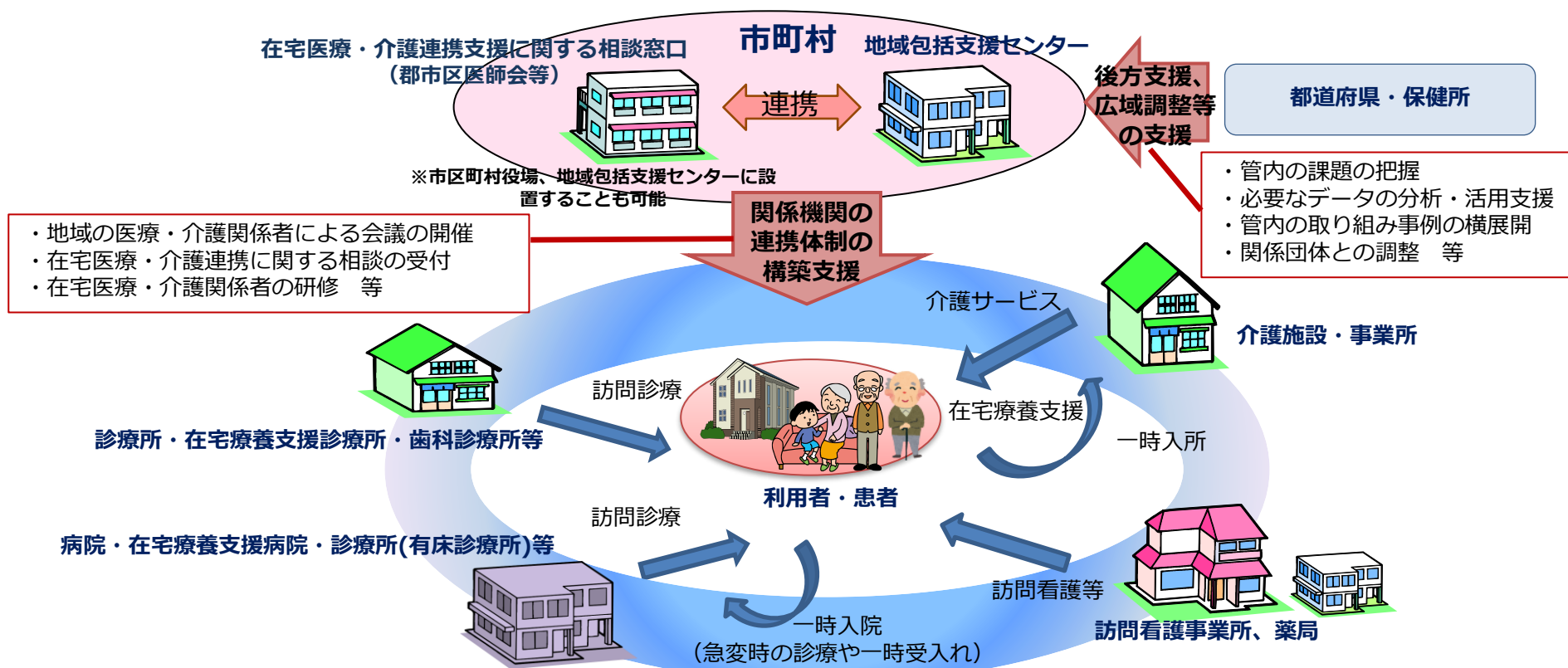
在宅医療・介護連携の推進

- 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

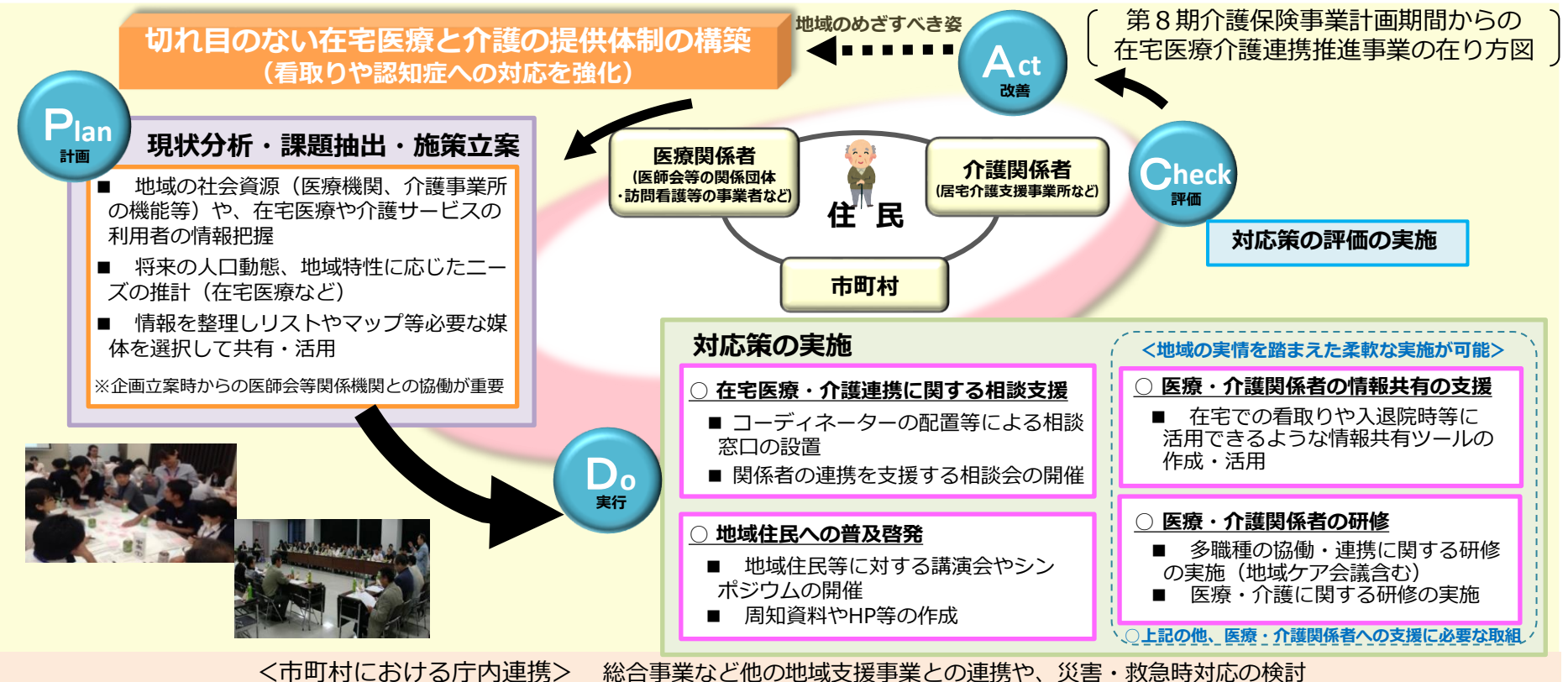
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- 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。

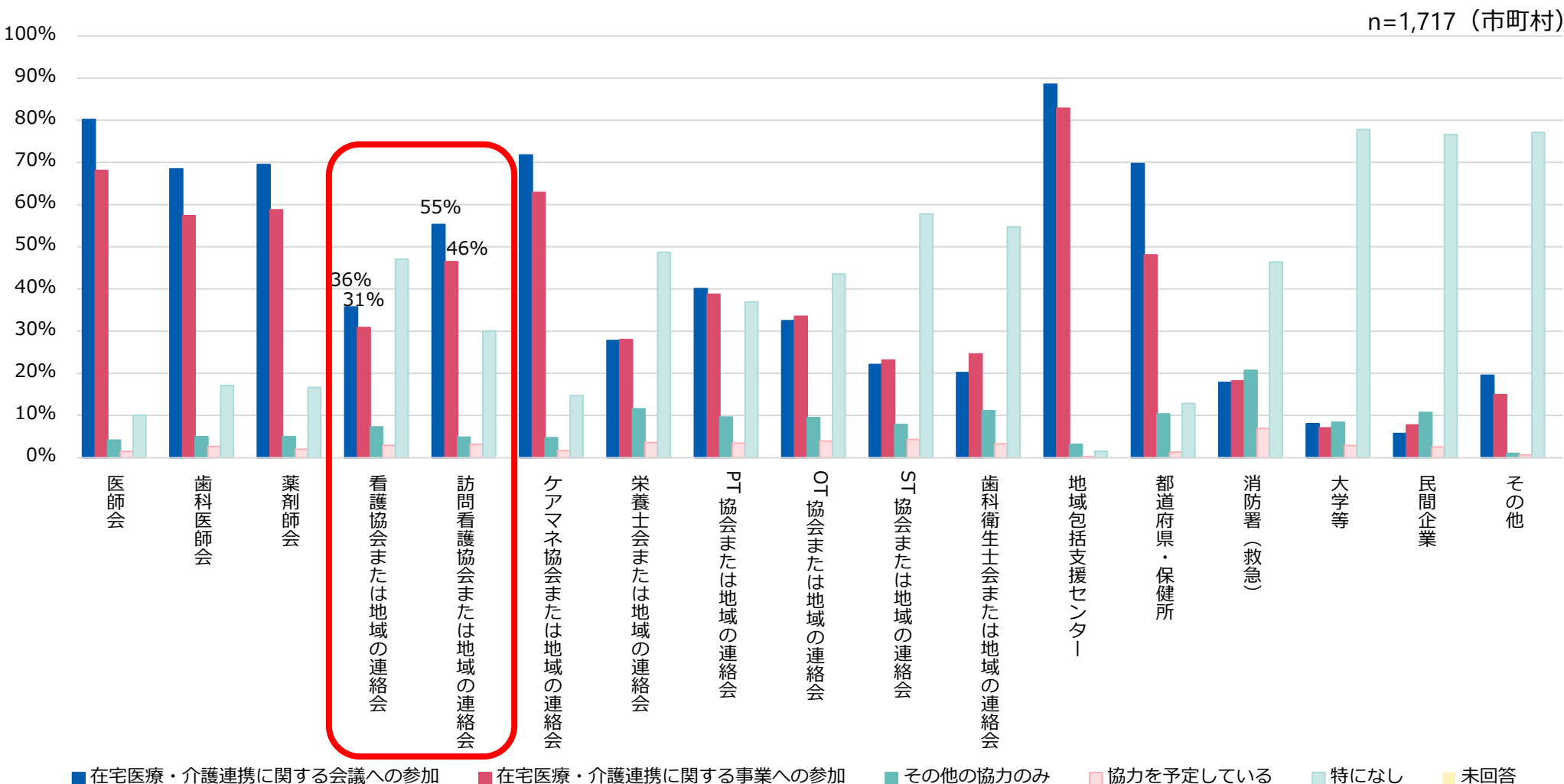


都道府県(保健所等)による支援

- 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

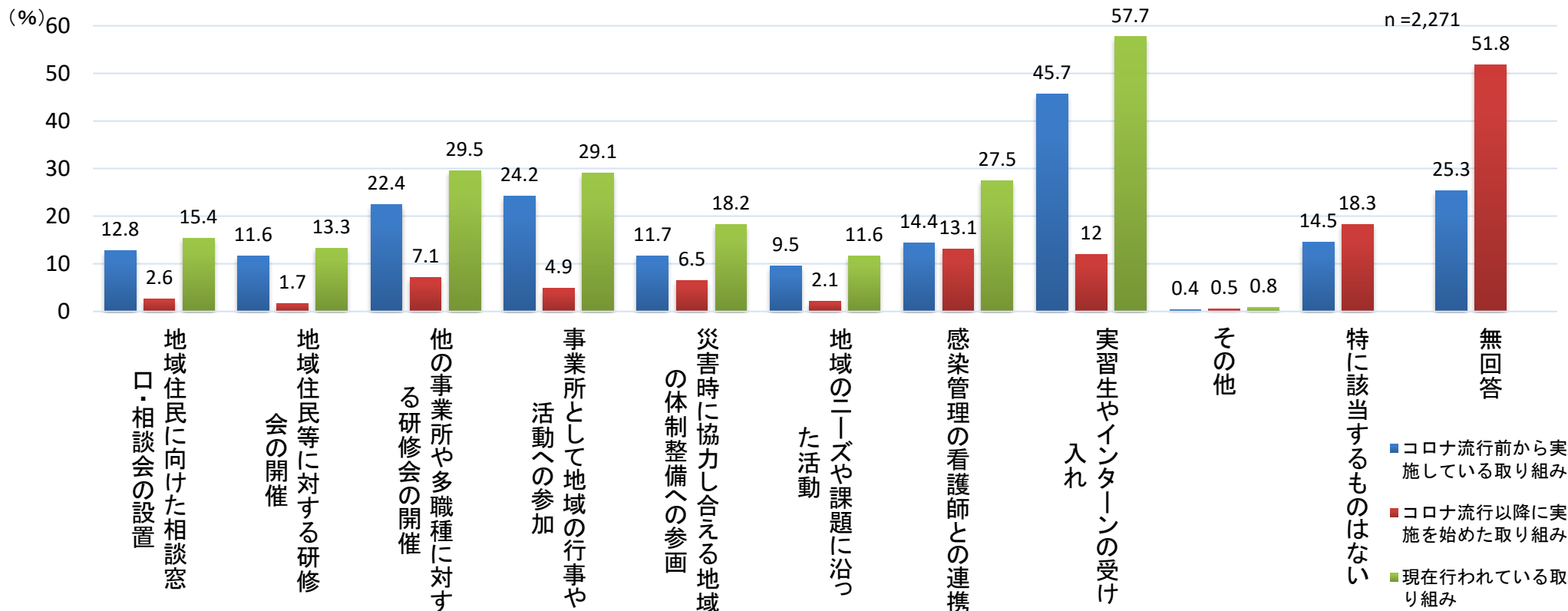
在宅医療・介護連携に関する市町村単位での関係団体との協力状況

- 「在宅医療・介護連携に関する会議への参加」は看護協会または地域の連絡会が36%、訪問看護協会または地域の連絡会は55%であった。
- また、「在宅医療・介護連携に関する事業への参加」は看護協会または地域の連絡会が31%、訪問看護協会または地域の連絡会は46%であった。



訪問看護事業所における地域連携事業

○ 現在行われている地域連携事業の取り組みとして、「実習生やインターンの受け入れ」、「他の事業所や多職種に対する研修会の開催」、「事業所として地域の行事や活動への参加」が多い。

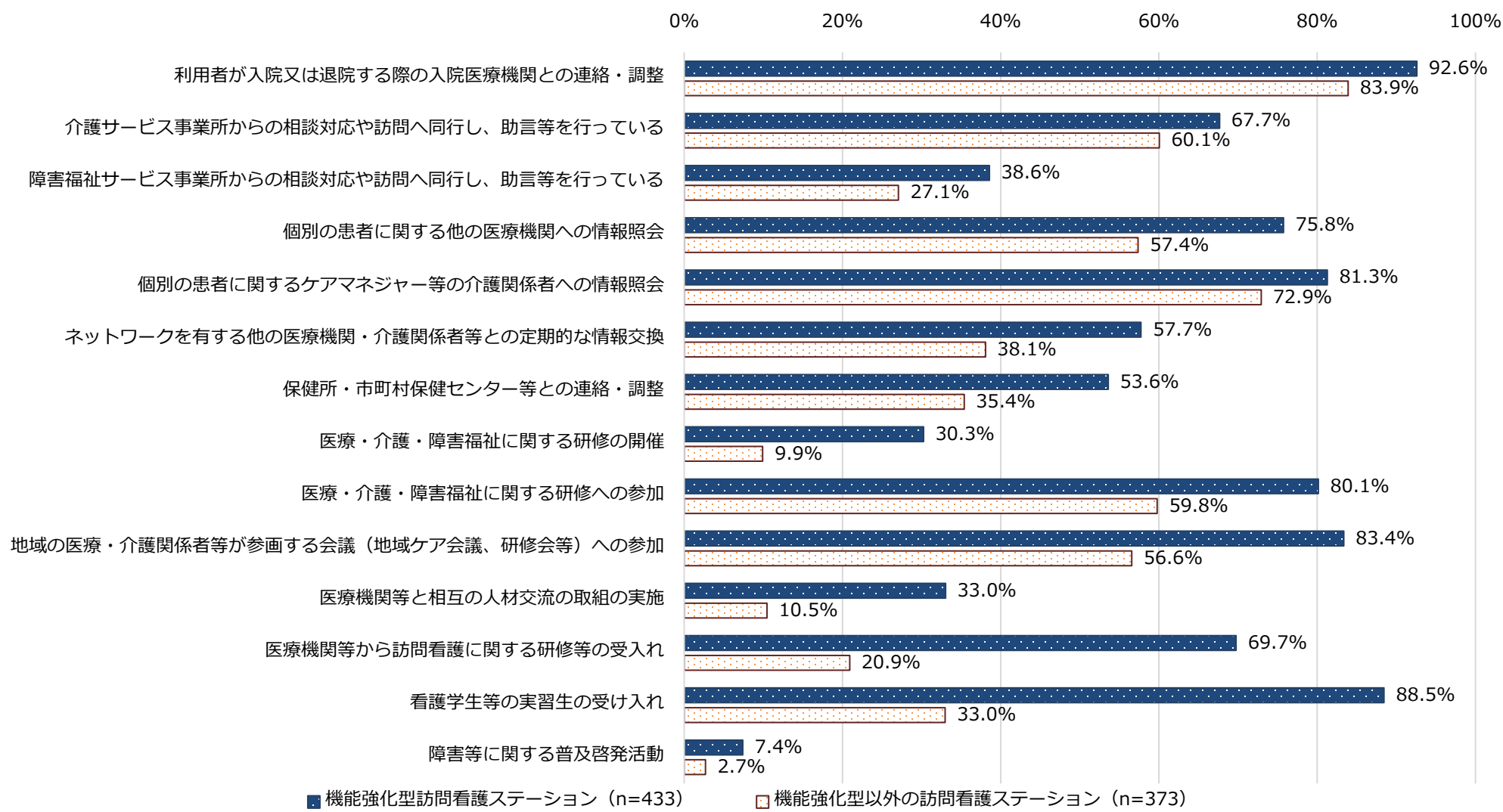


具体的な取組内容(自由記載から一部抜粋)

他の事業所や多職種に対する研修会の開催	事業所として地域の行事や活動への参加	感染管理の看護師との連携
感染症対策(16件) ・事例検討(5件) ・訪問看護について(3件) ・その他(BCP、グリーフケア、地域連携、家族支援等)	・地域のケア会議や連絡会へ参加(7件) ・老人クラブや認知症講座に参加(4件) ・地域見守り隊へ参加(1件)	・感染予防方法の相談(31件) ・研修会・講習会・実地指導の実施(23件) ・利用者・訪問施設が感染した場合の対応の相談(クラスター発生施設等)(13件) ・最新の感染情報等の共有(4件)

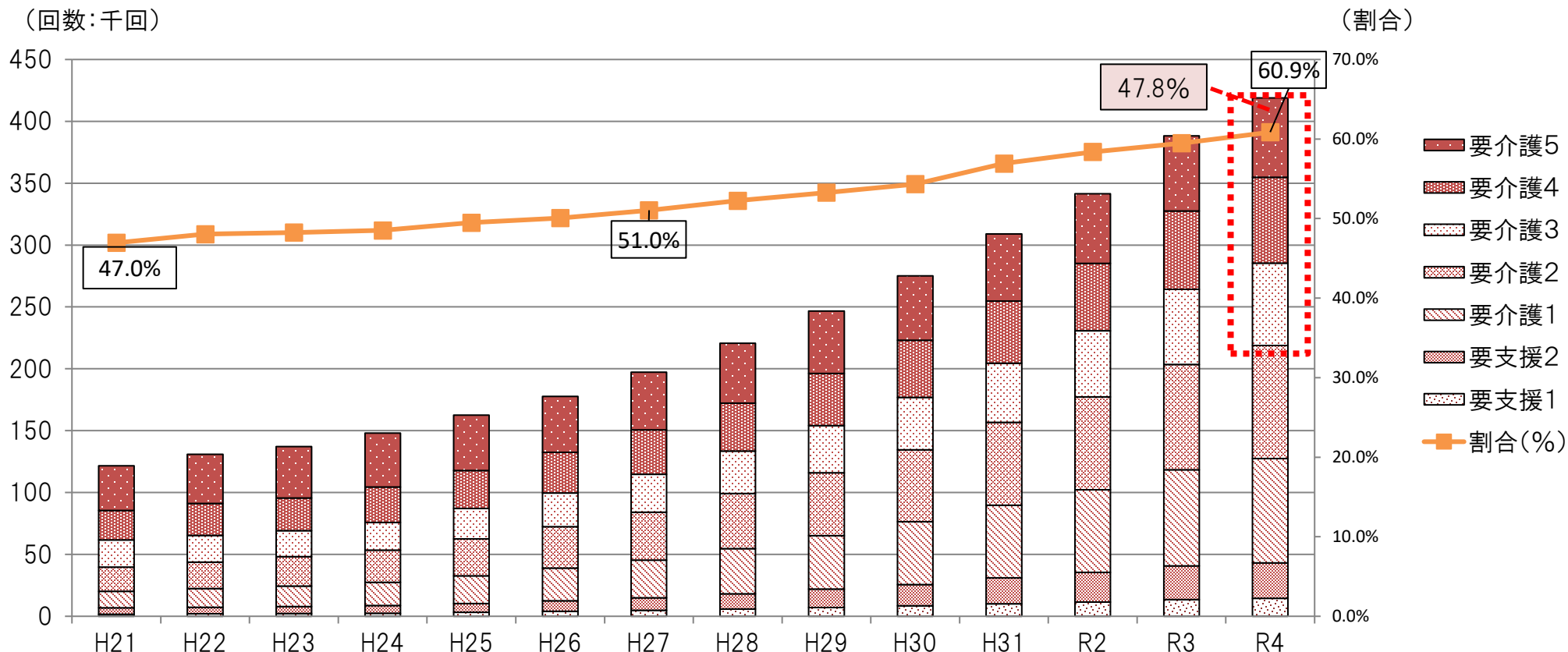
医療機関・地域の医療・障害福祉関係者との連携状況、地域での取組等

○ 医療機関・地域の医療・障害福祉関係者との連携状況、地域での取組等は、「利用者が入院又は退院する際の入院医療機関との連絡調整」が最も多く、次いで「個別の患者に関するケアマネジャー等の介護関係者への情報照会」であった。



訪問看護の加算状況 <緊急時訪問看護加算>

○ 訪問看護利用者に占める緊急時訪問看護加算の算定者割合は、令和4年は60.9%で、要介護3以上の中重度者が約45%を占めている。



緊急時訪問看護加算 訪問看護ステーション574単位、病院・診療所315単位(1月あたり)

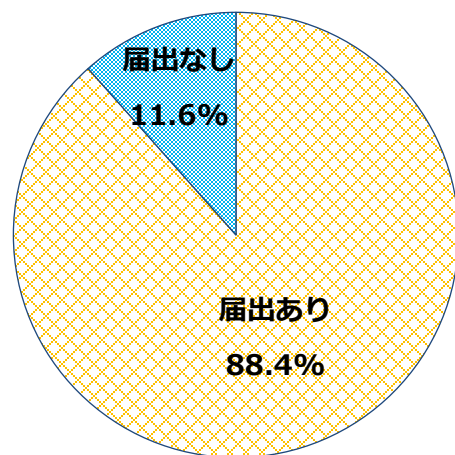
(注) 緊急時訪問看護加算とは、指定訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあって、かつ計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合に加算する。指定訪問看護を担当する医療機関においては、利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)

24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移

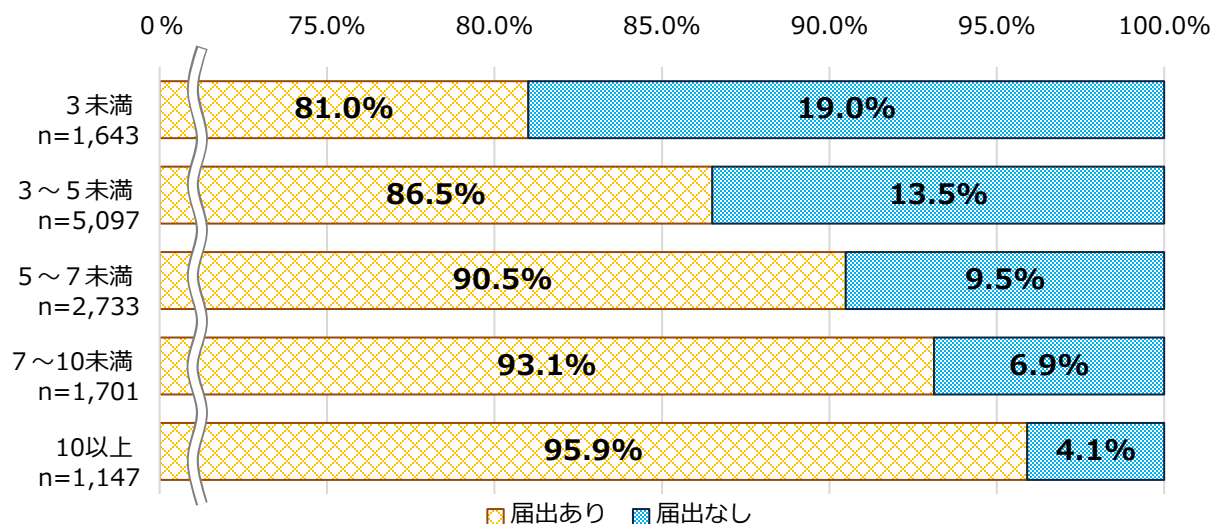
○ 全訪問看護ステーションのうち、約88%が24時間対応体制加算を届け出ているが、規模が小さくなるにつれて届出の割合が少なくなっている。

■ 24時間対応体制加算の届出の状況（令和3年）

n=12,321

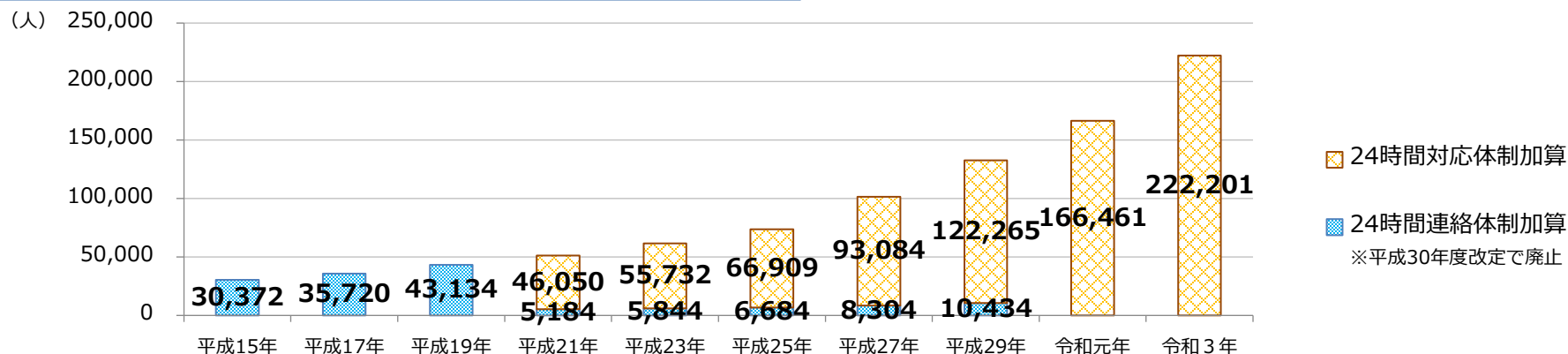


■ 看護職員規模別（常勤換算）の24時間対応体制加算の届出状況（令和3年）



出典：各年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成 ※看護職員数等が無回答の訪問看護ステーションは集計から除外

■ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数（推計）



出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計）

利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制の整備

業務継続に向けた取組強化の推進

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な訪問看護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、訪問看護ステーションにおける業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務化する。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（業務継続計画の策定等）

第二十二條の二 指定訪問看護事業者は、感染症及び非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

- 2 指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。
- 3 指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し

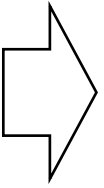
- 利用者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、複数の訪問看護ステーションが連携することで24時間対応体制加算を算定できる場合の要件について、自治体や医療関係団体等が整備する地域の連携体制に参画している場合を追加する。

現行

【24時間対応体制加算
（訪問看護管理療養費）】

【算定要件】

- 2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合
- ・ 特別地域に所在する訪問看護ステーション
 - ・ 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション



改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
【算定要件】

- 2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合
- ・ 特別地域に所在する訪問看護ステーション
 - ・ 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション
 - ・ 業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーション

自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークは次のいずれにも該当するもの

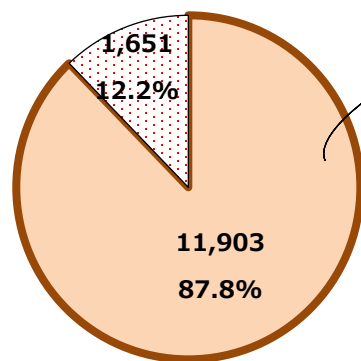
- ア 都道府県、市町村又は医療関係団体等（ウにおいて「都道府県等」という。）が主催する事業
- イ 自然災害や感染症等の発生により業務継続が困難な事態を想定して整備された事業
- ウ 都道府県等が当該事業の調整等を行う事務局を設置し、当該事業に参画する訪問看護ステーション等の連絡先を管理している

訪問看護における24時間対応体制と緊急訪問の状況

- 介護保険と医療保険の利用者において、24時間対応体制に係る加算に同意している利用者の割合及び緊急訪問の利用状況に大きな違いはなく、届出をしているステーションの利用者の半数以上が加算の同意をしている。

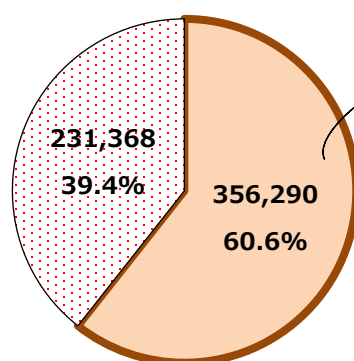
介護保険

加算の届出の有無
(事業所数)



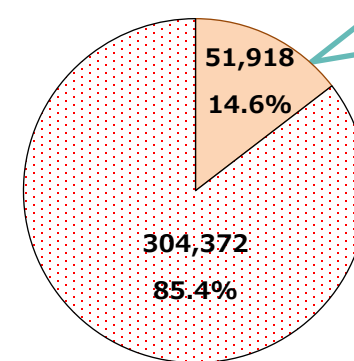
■ 届出あり □ 届出なし

加算の同意の有無
(利用実人員数)



■ 同意あり □ 同意なし

加算の同意者のうち、緊急訪問の有無
(利用実人員数)

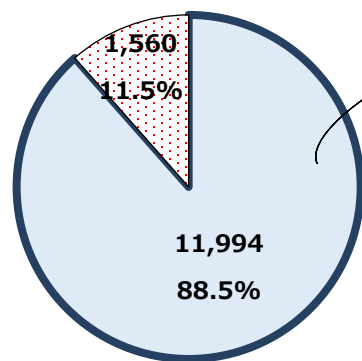


■ 訪問あり □ 訪問なし

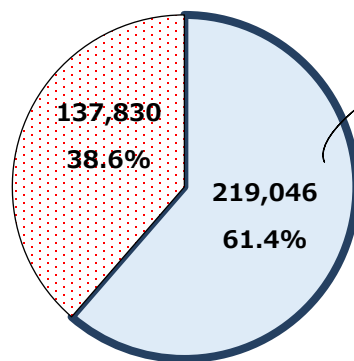
1人あたりの
緊急訪問回数
3.5回

医療保険

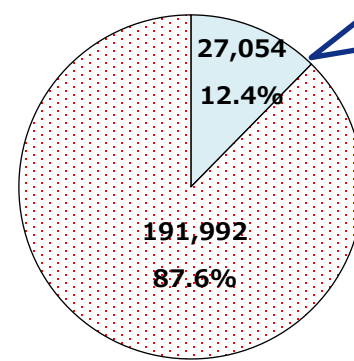
24
時間
対
応
体
制
加
算



■ 届出あり □ 届出なし



■ 同意あり □ 同意なし



■ 訪問あり □ 訪問なし

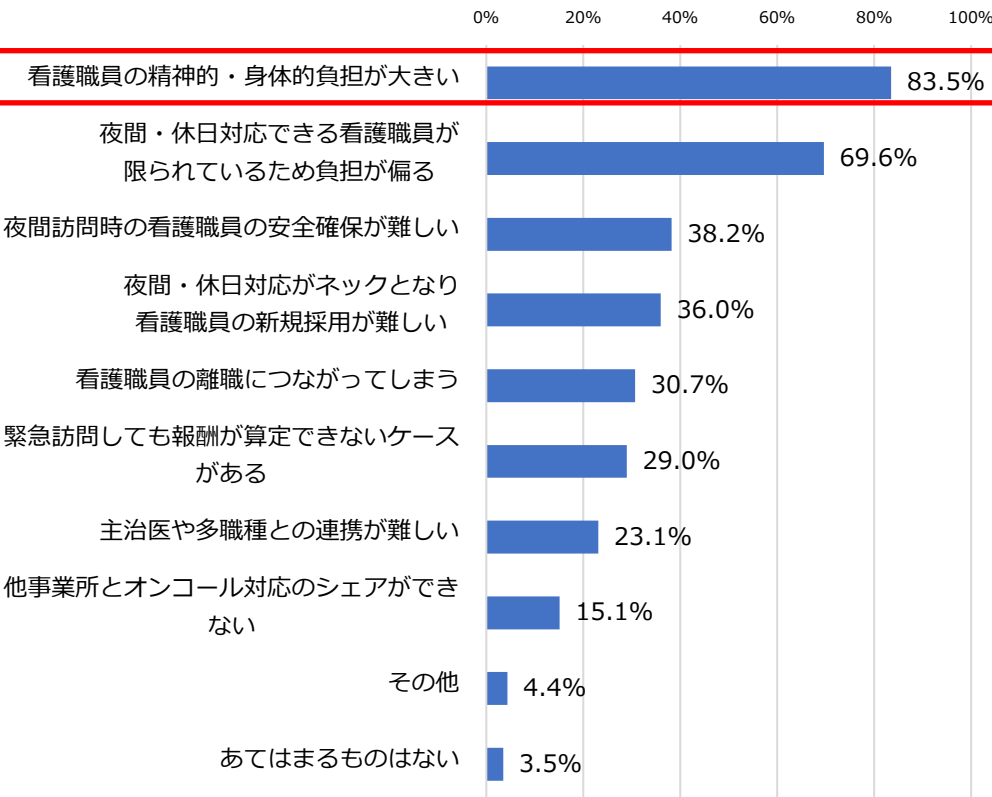
1人あたりの
緊急訪問回数
3.1回

24時間対応体制の確保のための営業時間外への対応と課題

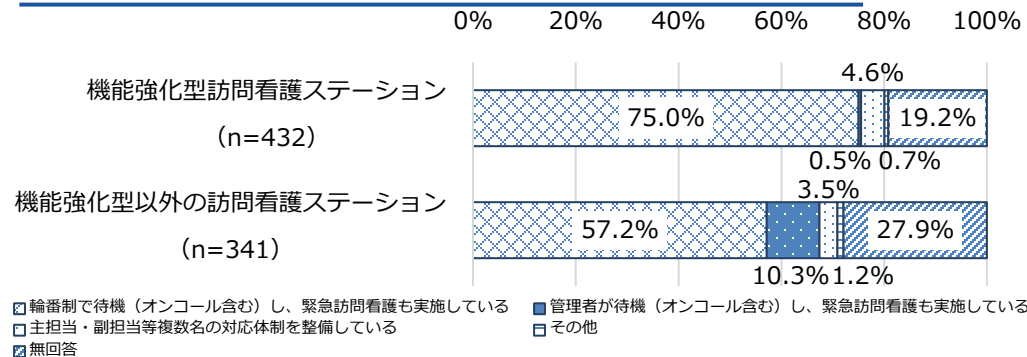
- 在宅療養をしている利用者の医療ニーズや看取り等支援するため、多くの訪問看護ステーションで24時間365日、オンコールや緊急訪問に対応しているが、看護職員の精神的・身体的負担が大きいこと、夜間・休日対応できる看護職員に限られるため負担が偏るといった指摘がある。
- 24時間対応体制の確保のための営業時間外への対応体制は「輪番制で待機（オンコールを含む）し、緊急訪問看護も実施している」が75.0%で最も多かった。
- また、24時間対応体制に係る営業時間外への対応や職員の負担等を軽減する対応策として望ましいものは、「自訪問看護ステーション単独で、輪番制で待機（オンコールを含む）」が76.1%で最も多かった。

■ 夜間の利用者対応に関連する課題等（※1）

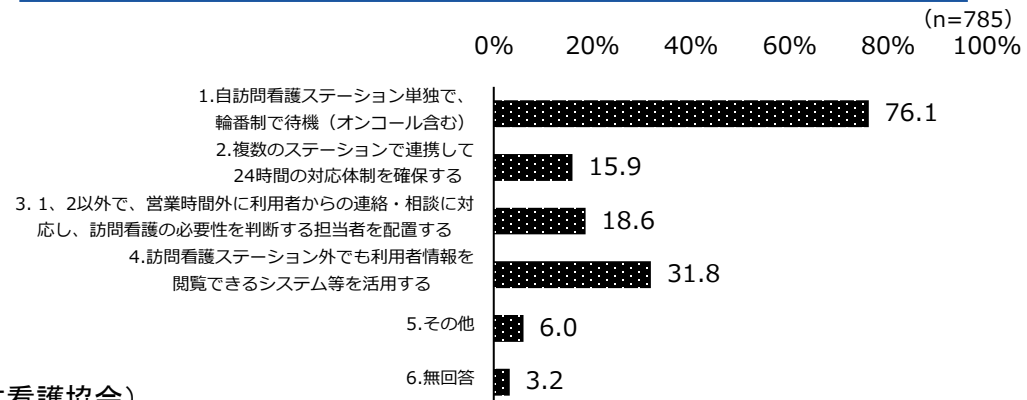
(n=1,879)



■ 24時間対応の確保のための営業時間外への対応体制（機能強化型訪問看護ステーションの別）（※2）



■ 24時間対応体制に係る営業時間外への対応や職員の負担等を軽減する対応策として望ましいもの（※2）

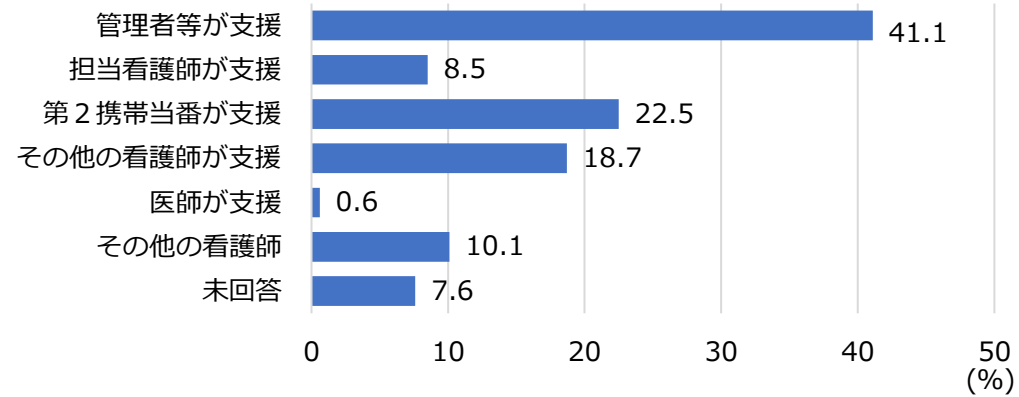
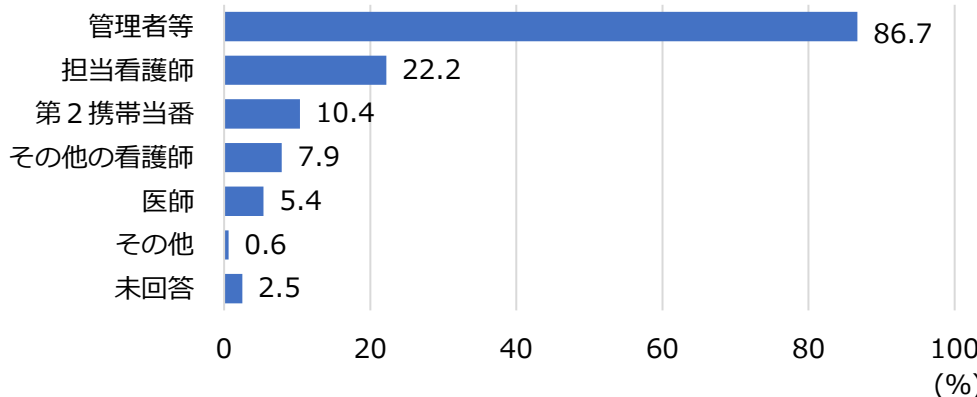
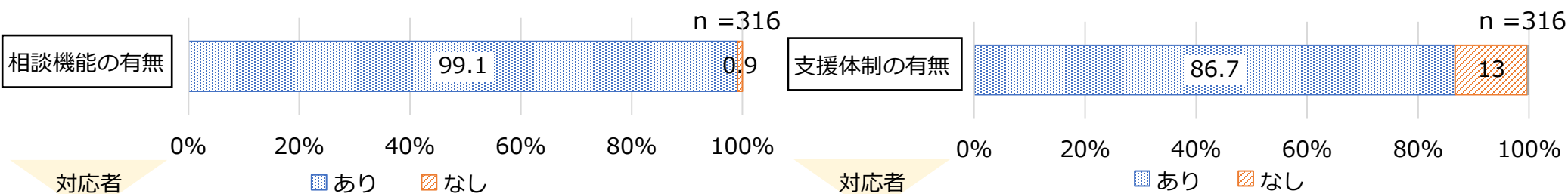
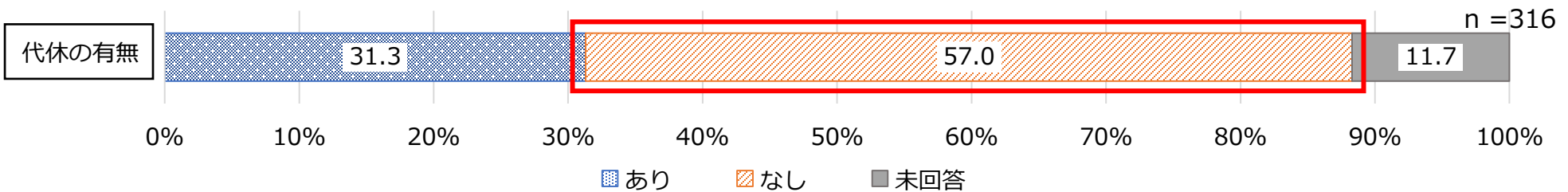


出典：（※1）2024年度診療報酬・介護報酬改定等に向けた訪問看護実態調査（日本看護協会）

（※2）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」

緊急訪問した場合の支援体制（代休、相談、支援）

- 夜間・休日に緊急訪問した場合の代休について、「あり」が31.3%、「なし」が57.0%であり、6割近くが代休が設けられていなかった。
- 対応者が判断に困った時の相談機能が「あり」と回答した事業所は99.1%で、担当者の相談対応者は管理者等が最も多く86.7%であった。
- 緊急訪問が重なった場合の支援体制について、「あり」と回答した事業所が86.7%であり、ほとんどの事業所に支援体制があった。

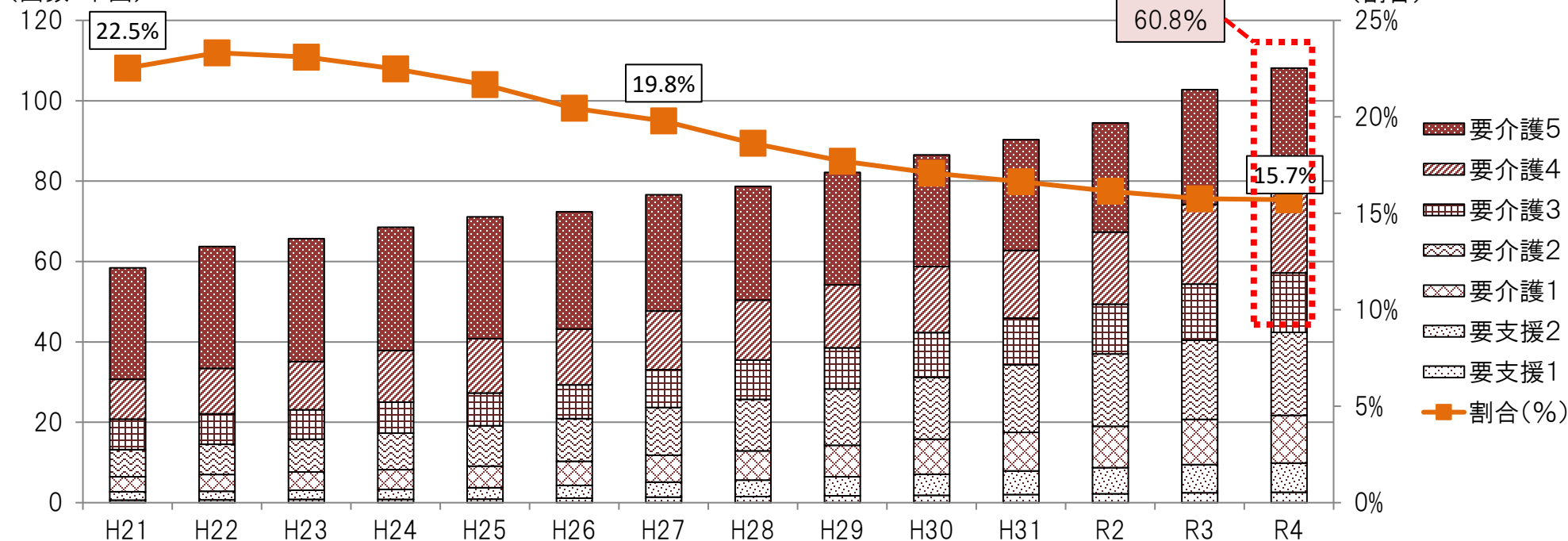


訪問看護の加算状況 <特別管理加算>

○ 訪問看護利用者に占める特別管理加算の算定者割合は、平成22年以降は減少傾向であり、令和4年は15.7%で、要介護3以上の中重度者が60.8%である。

■ 特別管理加算の算定数及び訪問看護利用者に占める特別管理加算算定割合の推移

(回数:千回)



特別管理加算 (Ⅰ)500単位 (Ⅱ)250単位(1月あたり)

(注) 特別管理加算とは、特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態に該当する以下の状態にある者に対して指定訪問看護を行う場合に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)

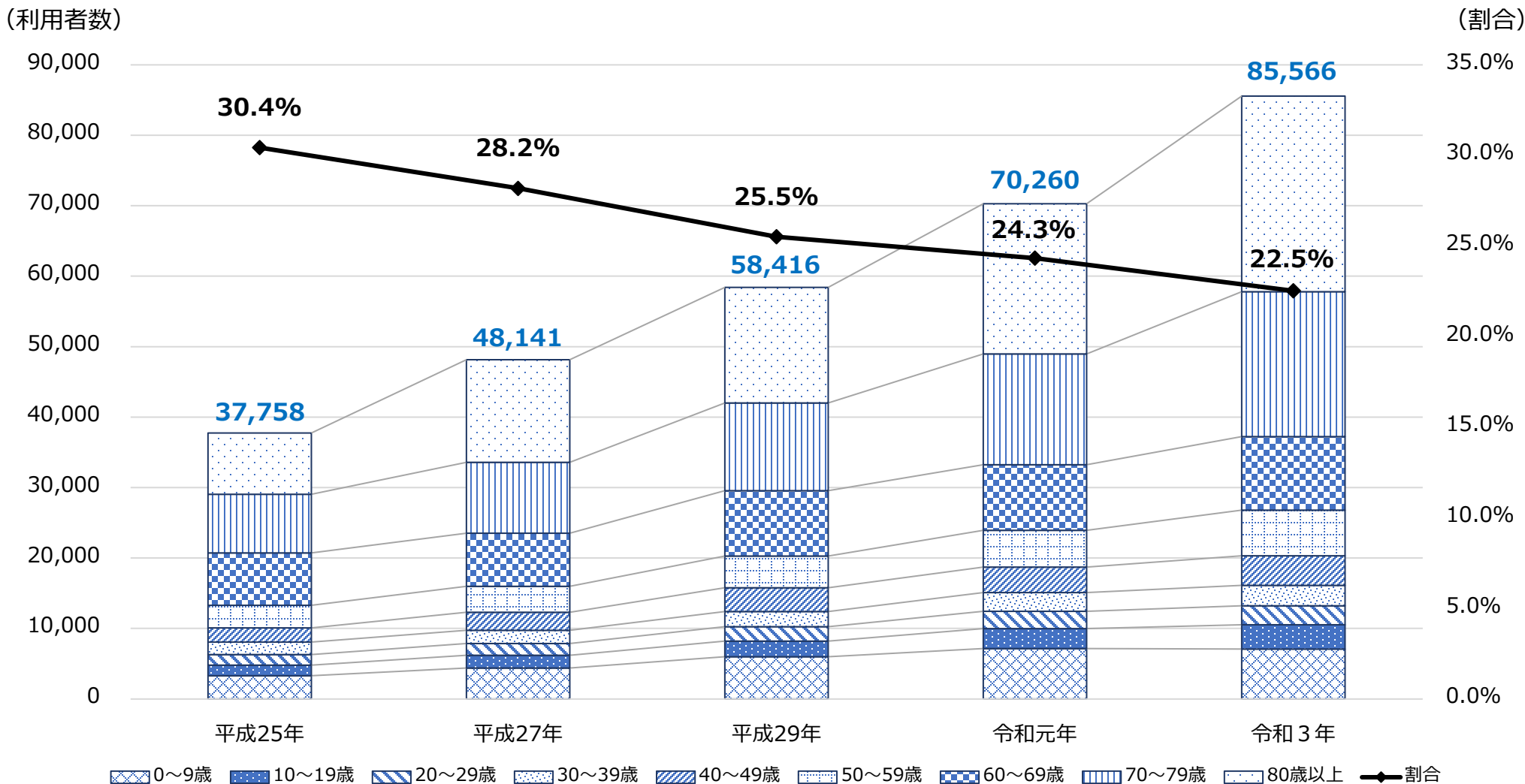
○ 特別管理加算(Ⅰ) 医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態。

○ 特別管理加算(Ⅱ) 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡の状態、点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態。

特別管理加算の届出状況と利用者数の推移

○ 訪問看護利用者に占める特別管理加算の算定者割合は、平成25年以降は減少傾向であり、令和3年は22.5%である。

■ 特別管理加算の利用者数と算定割合の推移



訪問看護指示書の記載欄の見直し

訪問看護指示書の記載欄の見直し

➤ 医師の指示に基づき、医療的ニーズの高い利用者に対する理学療法士等による訪問看護が適切に提供されるよう、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションに係る訪問看護指示書の記載欄を見直す。

(別紙様式 16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名
患者住所
電話 () -
主たる傷病名 (1) (2) (3)

現在の状況
病状・治療
投与中の薬剤
日常生活
寝たきり度
認知症の状況
要介護認定の状況
褥瘡の深さ
装着・使用
医療機器等

DESIGN分類
D3 D4 D5
NPUP分類
Ⅲ度 Ⅳ度

留意事項及び指示事項
Ⅰ 療養生活指導上の留意事項
Ⅱ 1. リハビリテーション
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり20・40・60・()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先
不在時の対応
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等がなければ記載して下さい。)

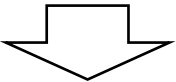
他の訪問看護ステーションへの指示
(無 有: 指定訪問看護ステーション名)
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示
(無 有: 訪問介護事業所名)

上記のとおり、指示いたします。
年 月 日
医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医師氏名
事業所 殿 印

訪問看護指示書 (抜粋)
在宅患者訪問点滴注射指示書

現行

Ⅱ 1. リハビリテーション
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり20・40・60・()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他



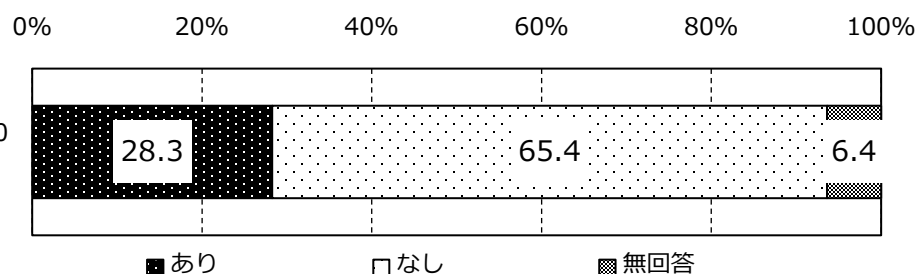
改定後

Ⅱ 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護
1日あたり()分を週()回
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他

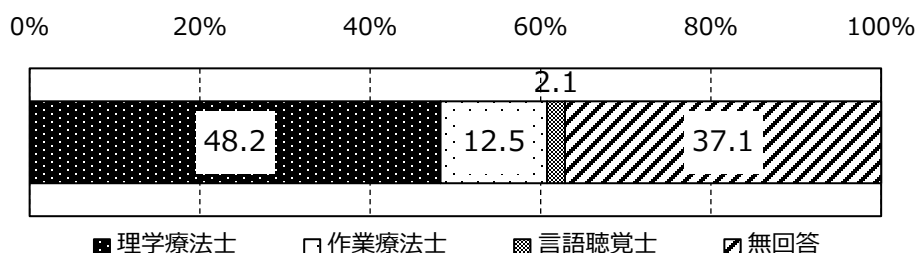
理学療法士等が行う訪問看護の指示の有無と内容等

- 訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う訪問看護の指示の有無は「あり」が28.3%であり、職種は理学療法士が48.2%で最も多かった。また、記載事項（指示内容）は、1日あたり平均48.9分、週平均1.6回であった。
- 看護職員とリハビリ職の具体的な連携方策は、「訪問の都度、日々利用者の情報を共有した」が83.5%と最も多く、次いで「同じ目標を共有」が70.0%であった。

訪問看護指示書におけるリハビリ職が行う指示の有無



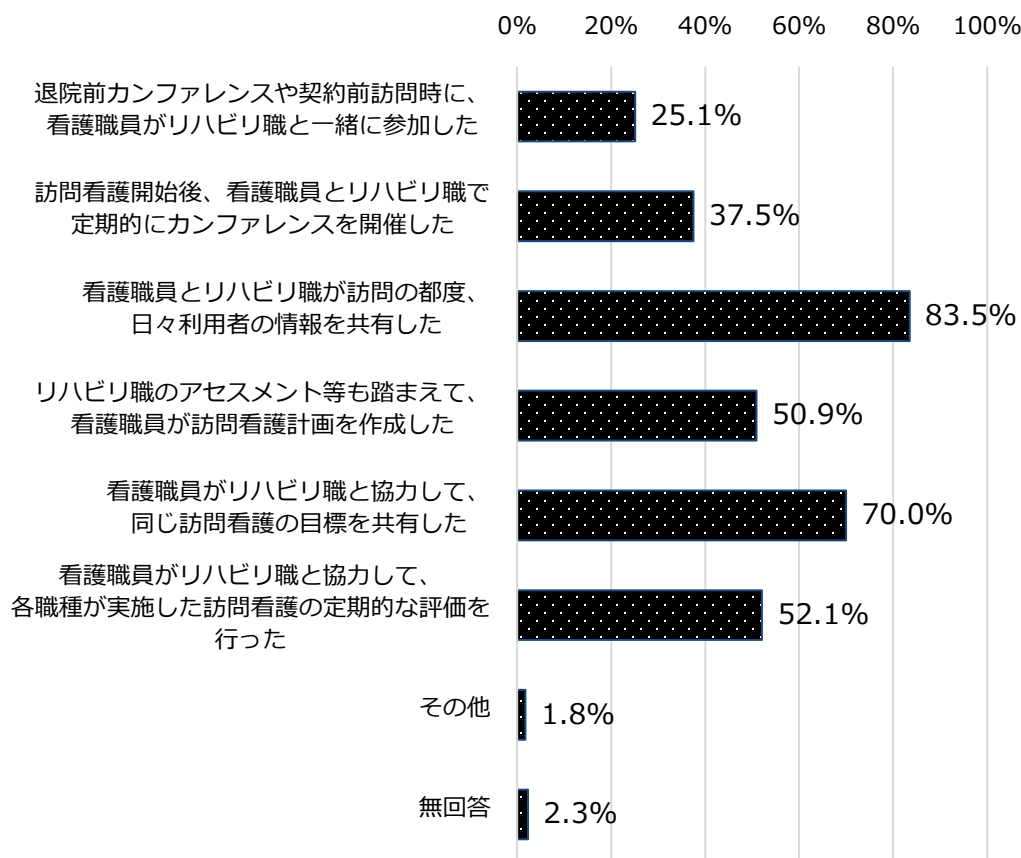
訪問看護指示書の記載事項（職種）（令和4年10月）



訪問看護指示書の記載事項（指示内容）（令和4年10月）
[1日あたり（ ）分を週（ ）回]

	回答者数	平均値	標準偏差	中央値
1日あたり(分)	800	48.6	11.4	40
週(回)	800	1.6	1.0	1

リハビリ職と看護職員の具体的な連携方策として行ったこと（複数回答）



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
 - ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
 - ・ 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
- 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

訪問看護レセプトの現状と電子化の背景・目的

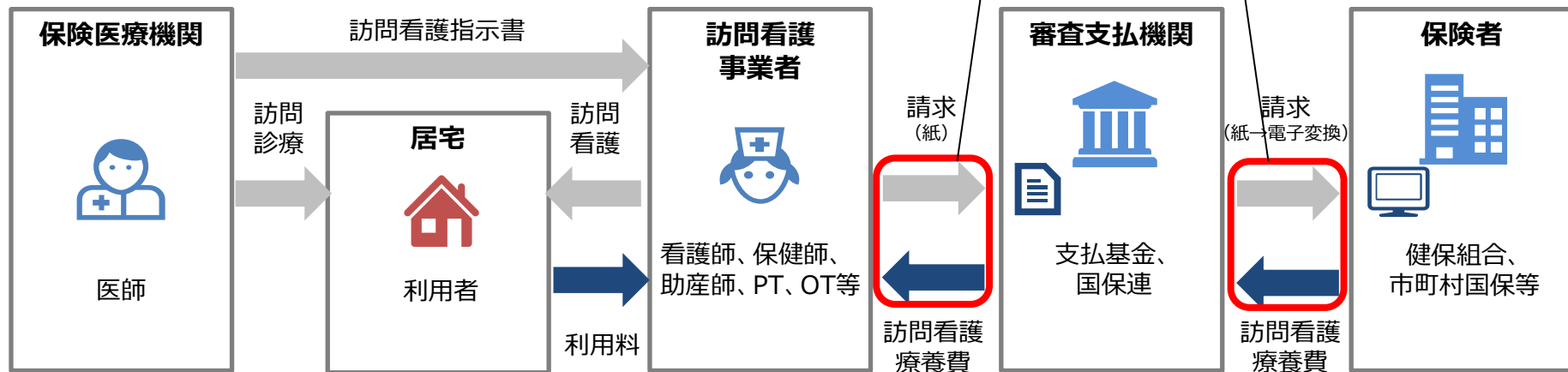
訪問看護レセプトの現状

- ① 過去約20年間で、訪問看護ステーション事業所数は約3倍、訪問看護療養費のレセプト総件数は約7倍にまで増加^{*1}しており、高齢化の進展に伴い今後更なる増加が見込まれる。（詳細は次頁参照）
- ② 介護保険における訪問看護療養費請求は電子化されている一方、医療保険における訪問看護療養費請求は紙運用^{*2}で行われている。

訪問看護レセプトの電子化の目的

- ① 全国の訪問看護ステーションにおけるレセプト請求事務や、審査支払機関・保険者等におけるレセプト処理事務の効率化。
- ② より質の高い医療・看護の実現に向けた、レセプト情報の利活用（介護保険分野と合わせた訪問看護全体のデータ分析、地域医療や在宅医療の実態把握等）の推進。

訪問看護の流れとレセプト電子化範囲



*1：訪問看護ステーション事業所数（平成12年4月時点：4,049事業所、令和2年4月時点：11,612事業所）、訪問看護レセプト数総件数（平成12年度：535,110件、令和元年度：3,609,465件）【出典：厚生労働省「医療費の動向調査」（年度版）最近の医療費の動向[概算医療費データベース] 制度別医療機関種別 医療費：<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken03/03.html>】

*2：「訪問看護療養費及び公的負担医療に関する費用の請求に関する省令」に基づき、厚生労働大臣の定める方式（紙）を指す。

オンライン診療の適切な実施に関する指針（抄）

オンライン診療の提供体制に関する事項 患者が看護師等という場合のオンライン診療

1. 考え方等

患者が看護師等という場合のオンライン診療（以下「D to P with N」という。）は、患者の同意の下、オンライン診療時に、患者は看護師等が側にいる状態で診療を受け、医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能になるもの。

D to P with Nにおいても、指針に定められた「最低限遵守すべき事項」等に則った診療を行うこと。

2. 実施可能な診療の補助行為

医師の指示による診療の補助行為の内容としては、「診療計画」及び訪問看護指示書に基づき、予測された範囲内において診療の補助行為を行うこと。

オンライン診療を行った際に、予測されていない新たな症状等が生じた場合において、医師が看護師等に対し、診断の補助となり得る追加的な検査を指示することは可能である。

3. 提供体制

D to P with Nを行う医師は、原則、訪問診療等を定期的に行っている医師であり、看護師等は同一医療機関の看護師等あるいは訪問看護の指示を受けた看護師等である。

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第2回）における主なご意見

4. 高齢者施設・障害者施設等における医療

(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について

- ・ 医療も介護も人材が不足し、保険財政もこれまで以上に厳しい状況になる。まずは自施設の職員による対応力の向上を図った上で、自施設で対応可能な範囲を超えた場合に外部の医療機関と連携して対応にあたるべき。
- ・ 高齢者施設入所者には、隠れた基礎疾患を持つ者が一定数いることから、入所時のスクリーニング検査を含め、日常からの健康管理が適切に行われるように制度的な対応を行うべきではないか。
- ・ 高齢者施設において、医療ニーズのある入所者や看取りへの対応が困難になる理由の1つとして、夜間に看護師が不在であることがある。看護職員の配置や訪問看護との連携等を充実することが必要である。
- ・ 高齢者施設においては、専門性の高い看護師の活用についても考慮すべき
- ・ 要介護者の医療ニーズに対応できるよう、老健の医療ショートの活用を推進すべき。老健の医師管理総合研修会はのべ3000人以上受講しており、総合機能評価加算や所定疾患施設療養費等の算定要件ともなっている。そういったところで医療の質は十分に担保されるのではないか。
- ・ 老健と介護医療院の薬剤の給付調整については、切るに切れない高額薬剤が増えてきており、薬剤報酬の包括化は見直す時期にきているのではないか。
- ・ 特養の配置医師について、必ずしも常勤の配置を求めているわけではなく、緊急時の対応が困難な例も報告されており、どこまで対応できるかなど個人差がある。
- ・ 特養における医療提供にあたっては、診療報酬と介護報酬の対応範囲についてより明確にし、整理するべきではないか。
- ・ 看取りに関連し、関係機関・職員での合意形成が難しい。会議にあたっては、ICTの活用をさらに進めていくべきではないか。
- ・ 介護職員の喀痰吸引にかかる研修について、ニーズに対して研修のキャパシティが少ないため、研修を受けることのできる機会を増やすべき。
- ・ 障害者施設から介護施設へ移行する際、介護保険の自己負担が課題となることから、制度面での対応について検討するべきではないか。

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携について

- ・ 連携する医療機関については、地ケアや在宅病、有床診など地域の医療機関と連携し、名前だけの協力医療機関ではなく、中身のある連携体制を構築するべき。
- ・ 施設から医療機関に入院する際、入所者の状態に適した医療機関に入院ができるよう、ルール化をしていくべきではないか。
- ・ 夜間対応を行う看護師が少ない現状があることから、コールセンターの活用など、様々な方法を考えていくべき。

- ・ 医療機関と高齢者施設の職員が、例えば月に一回は情報共有を行うなど、顔の見える関係を構築すべき。
- ・ 特養の配置医は残していくべきであるが、配置医個人による対応には限界があることから、地域の医療機関等によるバックアップ体制の構築が重要。
- ・ 医療機関から老健への円滑な患者移動を促進するため、地ケア病棟の在宅復帰率の分子に老健を戻すべきではないか。
- ・ 急変時の速やかな相談・往診体制や入院受入れとともに、重症化しないための予防的な関わりや日常的なケアの質向上の観点から、専門性の高い看護師による高齢者施設への訪問看護を地域連携の中で推進していくことも必要ではないか。
- ・ 高齢者住宅で主要な協力医療機関があるのならば介護支援専門員が情報提供を受けられるようにしてはどうか。
- ・ 歯科医療機関との連携の観点からは、協力歯科医療機関以外の地域の歯科医療機関も含む地域連携が重要。
- ・ 高齢者施設から医療機関へ受診・入院する際に混乱が見られることから、連携を促進するため、中医協と介護給付費分科会のそれぞれで必要な対応を検討すべき。

(3) 高齢者施設等における薬剤管理について

- ・ ケアマネと薬剤師の連携も推進すべき。
- ・ 老健施設への入所は、薬剤調整を行うよいタイミングとなっており、より一層取組を進める必要がある。また、老健以外の施設でも取組が進めていくべきではないか。
- ・ 日頃からの薬剤管理については、施設職員も関与していくべき。
- ・ 施設の在り方や利用者のニーズが多様化する中で、薬剤師がその施設の特性を的確に把握した上で、多職種との連携の下で適切な薬剤管理ができるような推進策が必要。

(4) 感染症対策について

- ・ 令和4年診療報酬改定でできた外来感染対策向上加算と同様の仕組みを高齢者施設にも設けるべき。
- ・ 平時から実効性のあるマニュアルの整備、職員に対する教育研修等が重要。組織の垣根を越えて、高齢者施設・障害者施設が専門人材を有する医療機関から支援や助言が受けられる仕組みが必要。
- ・ 感染症対策の時限的な取り組みについて、恒常的な感染症対応力強化につながるよう検討すべき。
- ・ 感染対策は重要であるが、費用対効果や負担の在り方については検討が必要ではないか。
- ・ 高齢者施設でのクラスター発生に備えた治療薬の備蓄のみでなく、抗原検査キットの提供といった役割を果たすことが薬局にとっては重要である。

5. 認知症

(1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- ・ 医療・介護現場で関わる際は、認知症の方を自分自身あるいは自分の大切な御家族に置き換えて、大切に思う気持ちを持ち合わせることが何よりも大切
- ・ 認知症のために必要な医療が受けられないことはあってはならない。その人を支える尊厳あるケアを普及していくべき。
- ・ 認知症は医療と介護の両方の対応が必要であり、医療資源と介護資源との連携が日頃から構築されていることが重要と考える。
- ・ 認知症というのは、医療だけでも認知症を治し切れない。介護だけでも認知症の対応はなかなか難しい。両方相まって持ち合うことによって、非常にいい成功体験が生まれる疾患である。
- ・ 単身世帯の高齢者の認知症対策については、医療・介護の専門職の役割にとどまらず、認知症サポーターの活用や「通いの場」等に専門職が参加し、必要な場合に適切なケアにつなげるとともに、多機能型サービスの活用等により地域での生活を支えることも重要。
- ・ 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。
- ・ 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、かかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。
- ・ 独居以外にも老老介護や介護者に介護が必要な場合など、入院時の対応支援体制なども考慮が必要と考える。
- ・ 認知症の早期発見を含め、本人の意思を尊重して、必要な支援提供していくためには具体的なシステム構築が必要である。特に地域包括支援センターと医療機関の連携を拡充していくべき。また、地域包括支援センター以外の相談窓口の活用が必要と考える。
- ・ 診断後支援のサービスが不足している。支援があれば就労や、生きがいを持って暮らせるが、訓練が可能な障害サービス利用ができない。介護保険制度の中でも就労移行支援に取り組むべきではないか。
- ・ 生涯カルテのような長期的視野の記録を是非医療介護 DX に取り入れるべき。
- ・ 独居高齢者を地域支えるためには、医療・介護サービスだけではなく、民生委員などの互助の仕組みの活用が必要と考える。
- ・ 独居高齢者は重要な課題。就職氷河期の世代は非正規が長く生涯未婚率が高い。今後、独居、低所得かつ認知症になるというリスクが高まる。将来的には、低所得者政策というアプローチも求められるのではないか。

(2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応について

- ・ 身体疾患が前提になる認知症の人への対応力の向上が求められる。
- ・ 認知症ケアで重要なのはなじみの関係のもと、その人の生きがい、習慣などを理解して、アセスメントに基づく個別ケアが実施できるよう更なる研鑽が必要。

- ・ B P S D等の認知症対応力向上のためには支援者が助言を受けられる仕組み作りが有用。特定看護師を活用していくべきではないか。
- ・ B P S Dへの対応について、発症を予防し、発症後にどのように軽減させるか、具体的な対応の推進が重要。
- ・ 施設種別によって入所者の認知症の重症度は異なる。とくに介護老人福祉施設の認知症対応力の重要度は高まっている。現在の認知症ケアは体制の評価に偏っており、具体的ケアの評価がされていない。
- ・ 医療・介護で横断的に利用可能な簡便な認知症の評価尺度が必要と考える。独自の指標を用いることでケアの質を向上している事例がある。
- ・ 身体拘束の廃止は管理者等施設全体の理解がないと進まない。介護の好事例を医療現場に普及させていくべき。
- ・ 身体拘束を低減・ゼロを目指すためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要。身体拘束をせざるを得ない場面とはどのようなものなのかデータを詳細に分析した上で具体的な方策を講じていくべき。
- ・ 医療機関では、やむを得ないと理由で身体拘束が実施されているが、療養病床では工夫すれば身体拘束が外せることがわかってきている。急性期でも身体拘束の最小化に取り組むべき。認知症の方の尊厳を保持することは重要。
- ・ 一般病棟ではB P S Dの対応策がないために身体拘束が行われる。医療現場に介護職員配置を配置することは介護人材確保が介護保険施設で既に難しいことから受け入れがたい。認知症患者は老健等へ早期に入所すべきと考える。
- ・ リハビリテーション専門職を対象とした認知症対応力研修を推進してはどうか。

(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- ・ 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護D Xの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。
- ・ 多職種連携推進のためにも重要、特に独居の人に有用と考える。