

個別事項(その12)

人生の最終段階における医療・ケア

1. 総論

2. 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の推進について

3. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

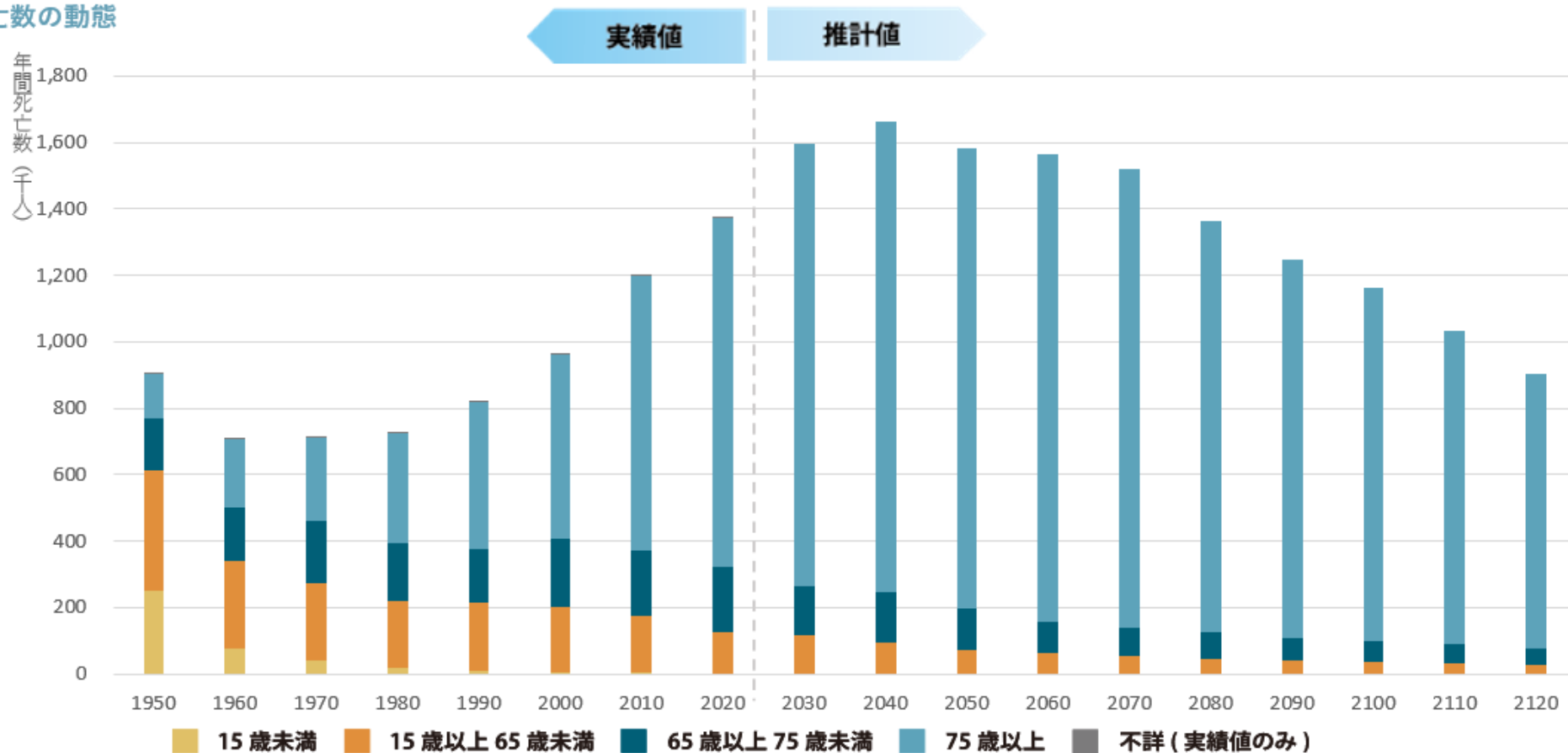
情報の共有について

死亡数が一層増加する

意見交換 資料-2改
R 5 . 3 . 1 5

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

死亡数の動態



出典

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

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

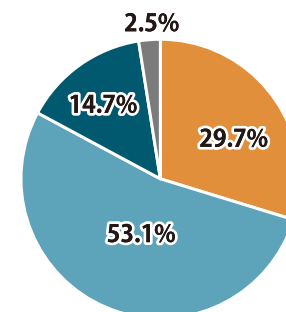
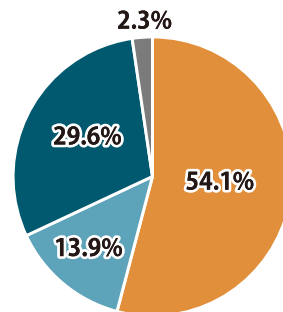
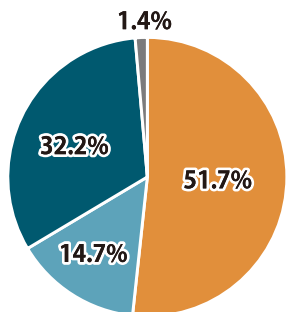
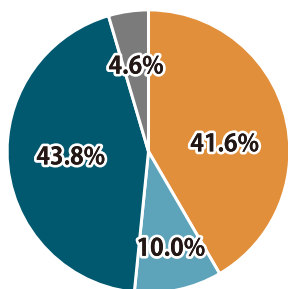
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(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。

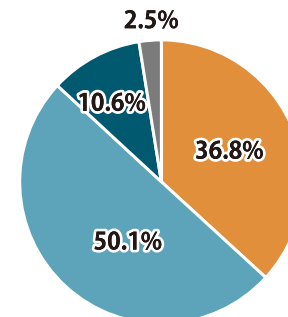
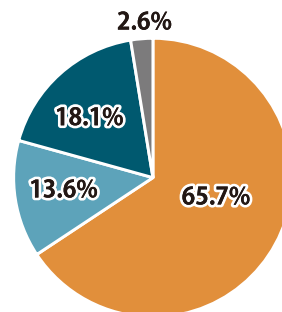
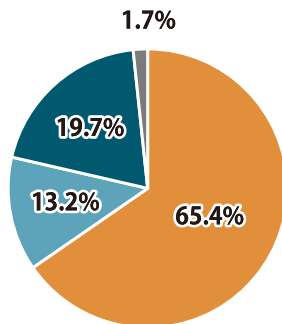
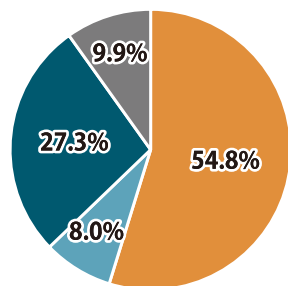
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(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

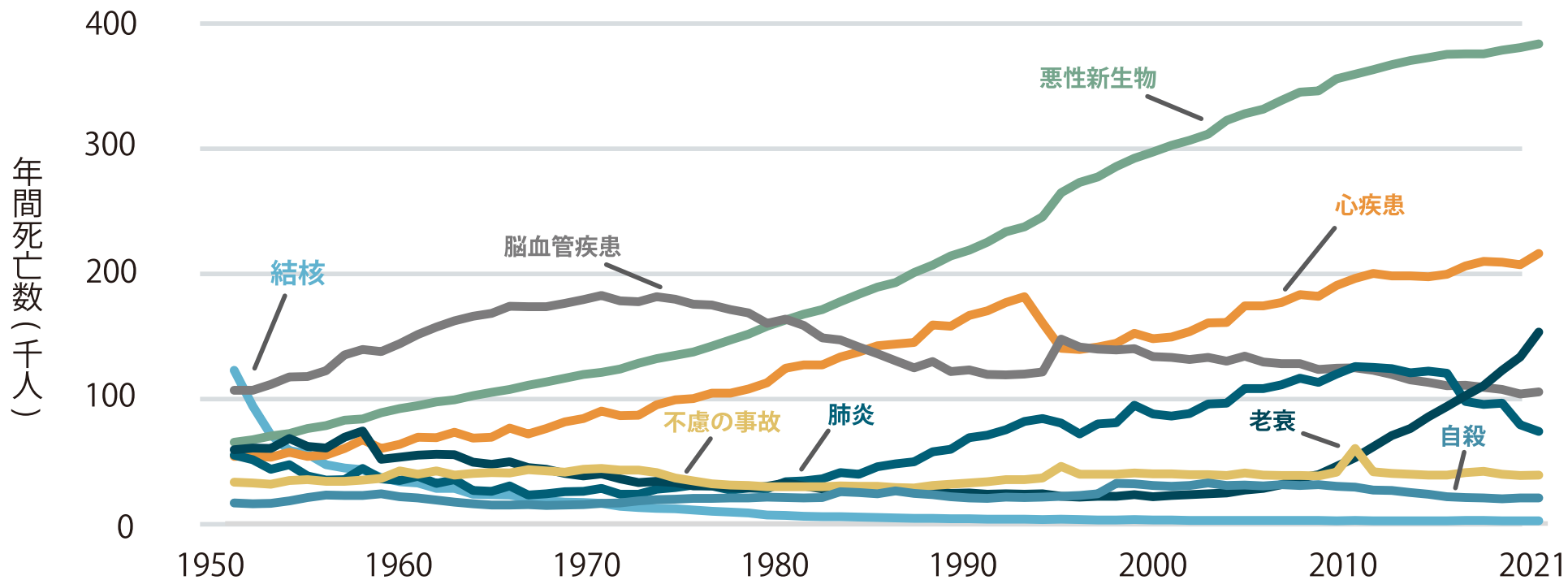
出典

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

死因の推移

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

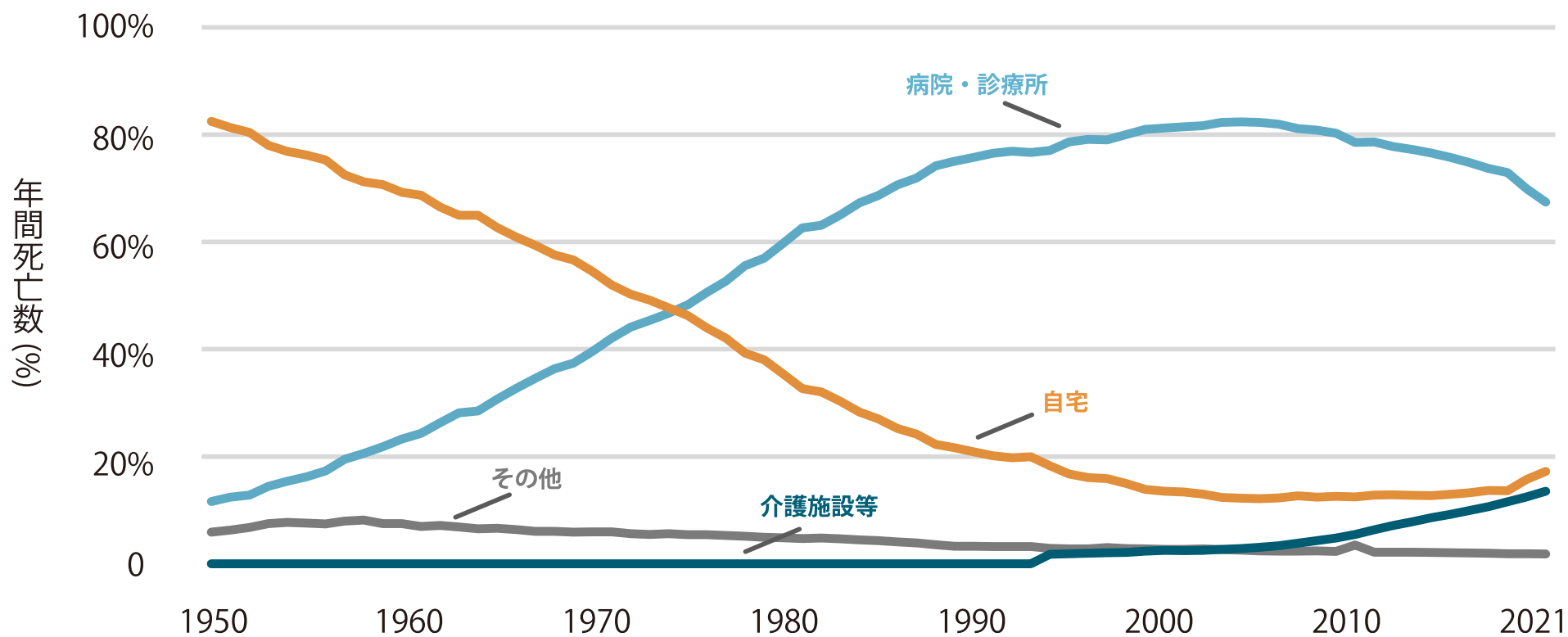
死因の推移



死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移



「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

意見交換 資料-2 参考1
29 . 3 . 22

策定の背景

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

※平成26年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。

ガイドラインの概要

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

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

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8

1. 見直しの必要性

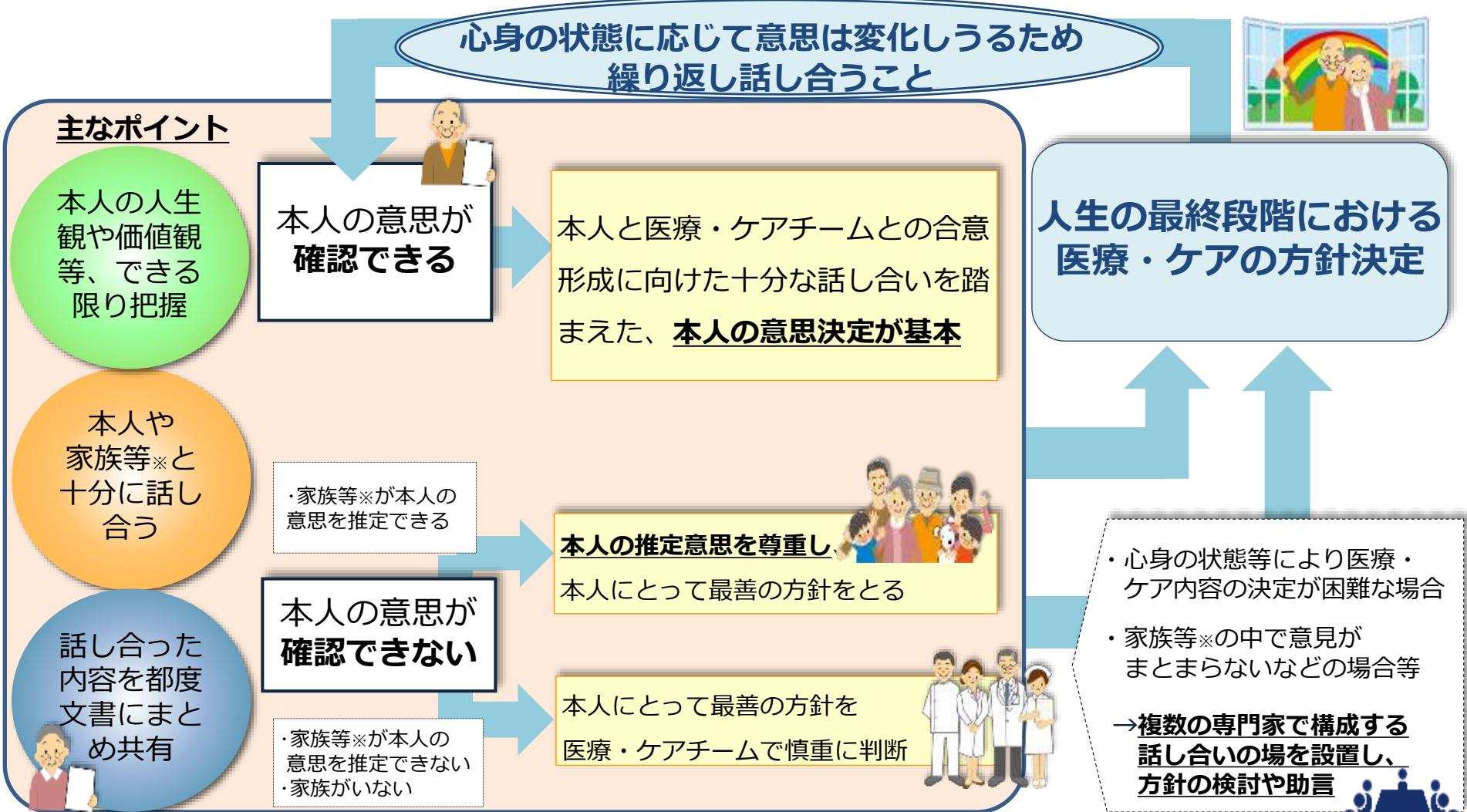
- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
- ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
 - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていること
- を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



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

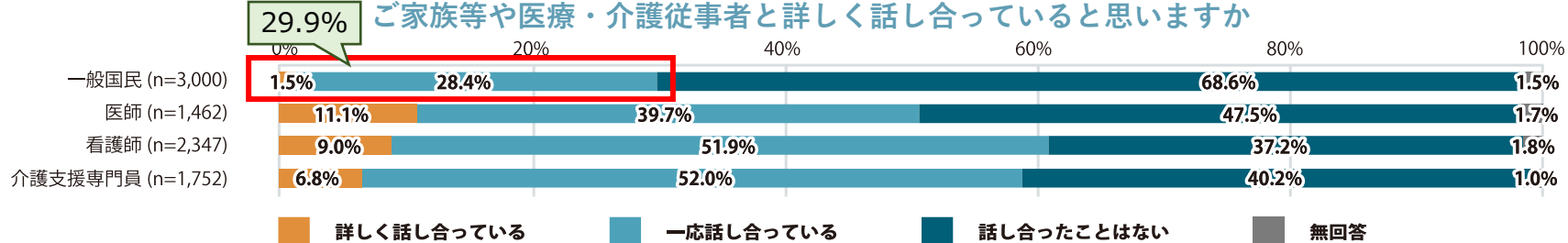
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



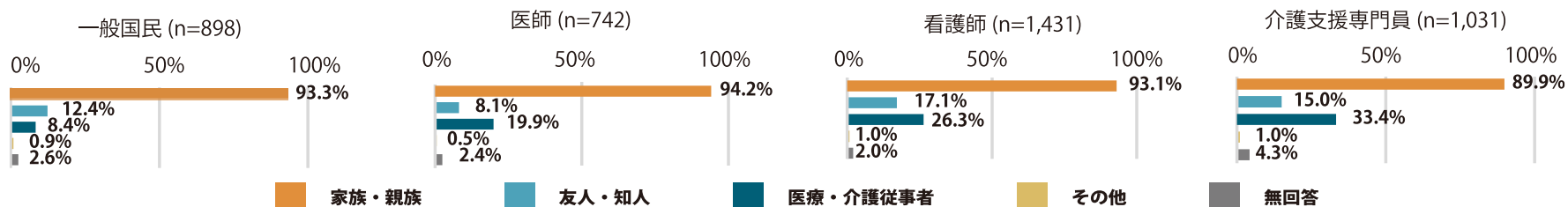
人生の最終段階における医療・ケアに関する 家族等や医療・介護従事者との話し合いの実施状況

意見交換 資料 - 2 改
R 5 . 3 . 1 5

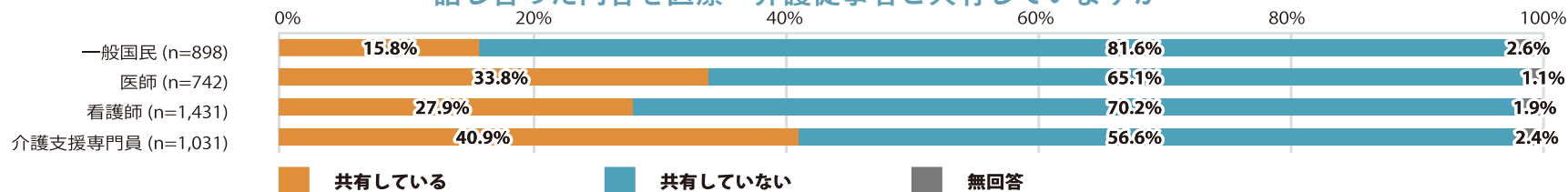
あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受けたくない医療・ケアについて、
ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っていますか



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

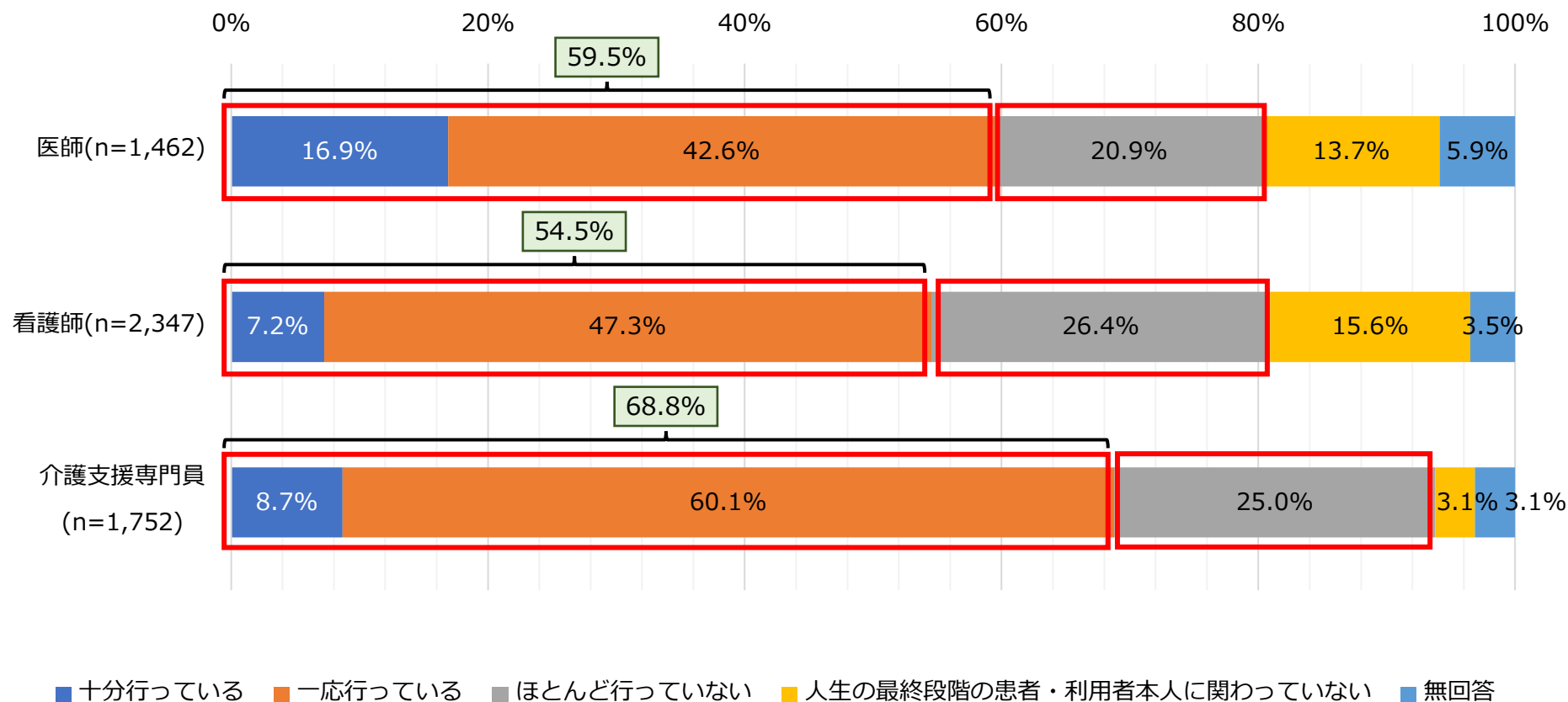
※ 回答の比率（%）は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

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

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8

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

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



同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

中医協 総 - 4
5 . 6 . 1 4

テーマ6: 人生の最終段階における医療・介護

(1) 人生の最終段階における意思決定支援

- いずれの場面においても意思決定を支援する取組は重要であり、認知症患者の増加を踏まえると、あらかじめ本人の意思を共有していくことは推進すべき。ただし、急性疾患において性急に意思決定を促すことや、救急隊の現場での負担軽減などを目的として強制的に推進することが起こらないよう、その推進の方法は慎重であるべき。
- 日々の診療や介護の中で、丁寧に本人の意思を確認することが大切であり、その意思は刻々と変わりゆくものであることを踏まえると、リアルタイムにその情報をICT等を用いて医師が医療関係者や介護関係者と共有することが非常に有効。
- 患者の意思決定支援は、療養病棟や在宅医療を実施している医療機関だけでなく、全ての医療機関が共通認識の下で取り組む必要があり、より多くの患者に早期から意思決定支援を行うということであれば、診療所等の外来で患者のことを最も理解している「かかりつけ医」が対応することが重要。
- 人生の最終段階において、最期まで口から食べることや口腔を清潔に保つことは、QOL向上の観点から重要。終末期において、患者の状態に応じた適切な口腔健康管理が実施できるような実施体制の構築が必要。

(2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供

- 人生の最終段階を支える医師が、在宅診療や施設における医療の中で、患者の疾病が非がんであっても、緩和ケアを専門とする医師らとICT等を使って連携することで、ご本人が望む住み慣れた環境で最期を迎えることが可能となる。
- 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。
- 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるのではないか。
- 特別養護老人ホームでの看取りへの取組が強化されたが、意思を尊重した看取りの取組は進んでいる一方で、配置医師等の関係で必ずしも意思に沿わない事例もある。介護から医療サービスを利用する場合は急変等が多く連携が困難な状況もある。医療機関と介護施設が連携するために、医療情報や生活支援情報の相互交換を行うための標準的なフォーマットを国が策定し、自治体にその活用を推進することを検討していただきたい。

Ⅱ. 検討結果の概要

13. 横断的個別事項について

13-7. 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

- 入院医療における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は、指針の作成の有無の現状は入院患者の状況にもよるとは思うが、医療の質の改善を目指す観点からも、指針の策定や有効利用を推進していくべきではないかとの指摘があった。
- 外来医療における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は、高齢者が増加し、意思決定支援の必要性が高まっているなか、入院医療と比較し外来医療における取組に差があることや今後は認知症患者が増加することも踏まえ、かかりつけ医による取組の強化が必要ではないかとの指摘があった

1. 総論

2. 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の推進について

2-1. 外来における意思決定支援について

2-2. 入院における意思決定支援について

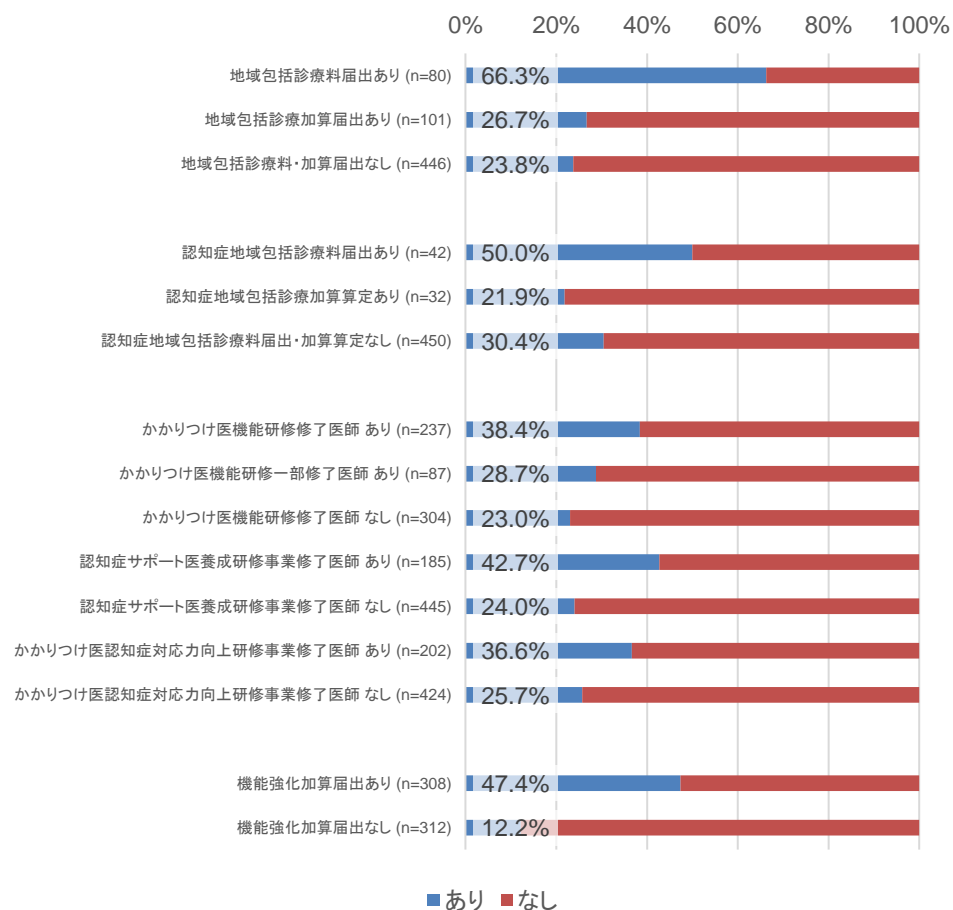
3. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

情報の共有について

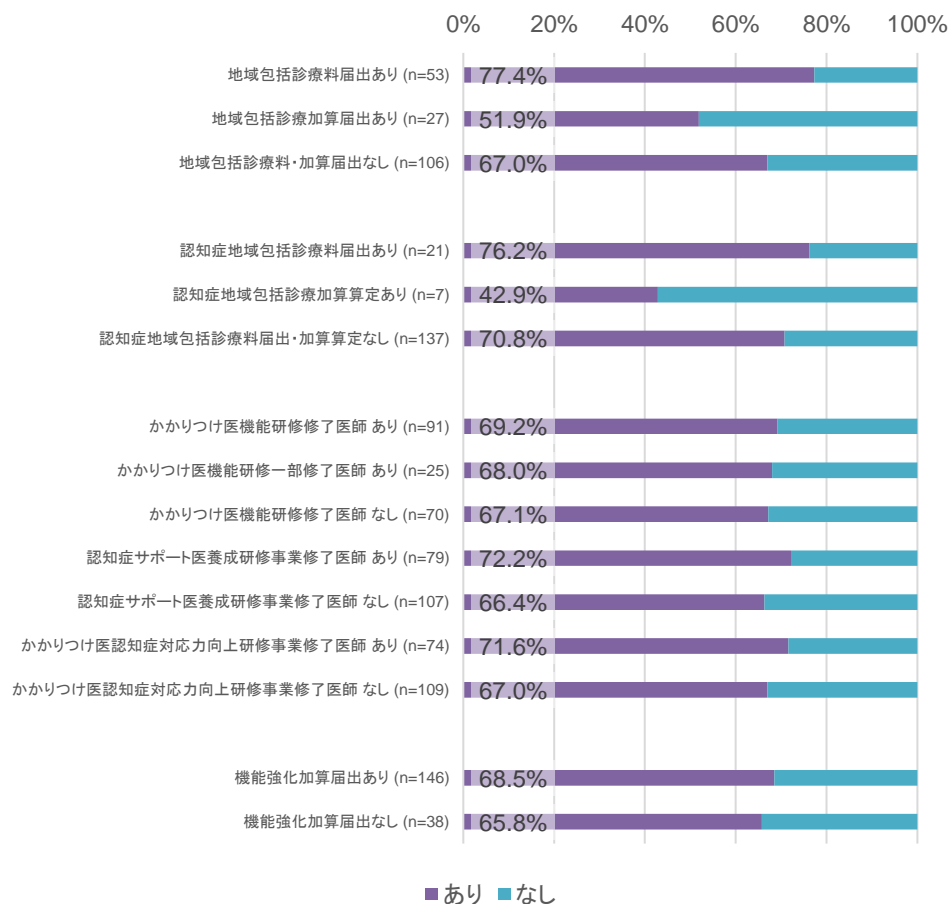
適切な意思決定に係る指針の策定状況（外来）

○ 「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支援に関する指針について、地域包括診療料の届出の医療機関において、指針を策定している割合、当該指針について活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



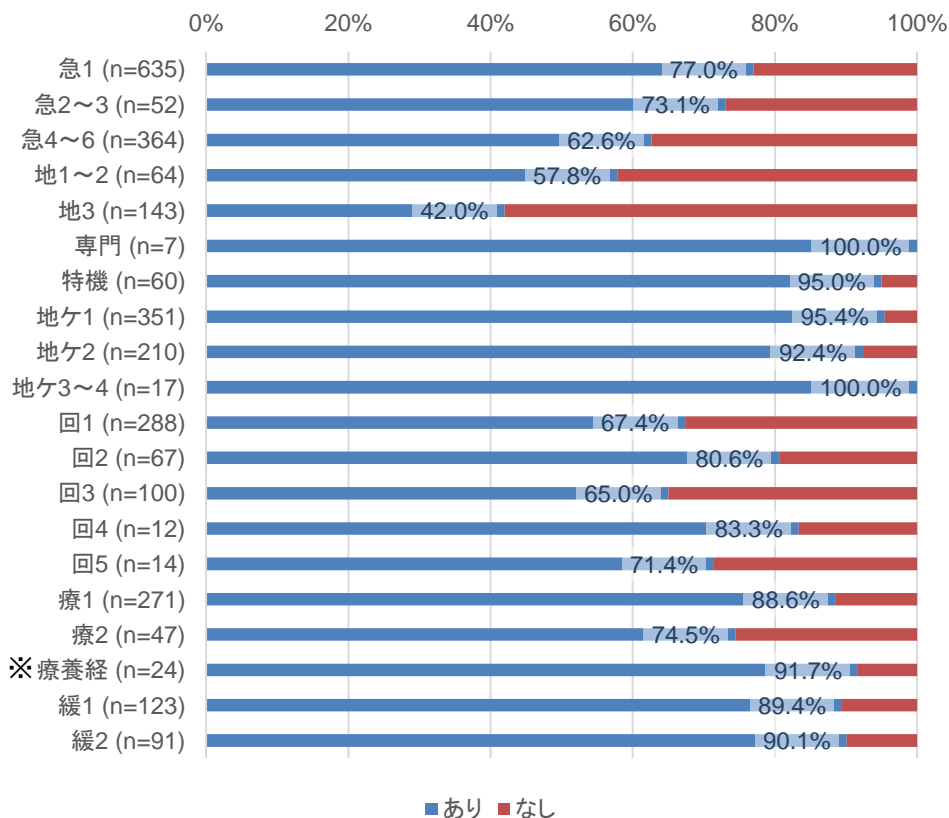
定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



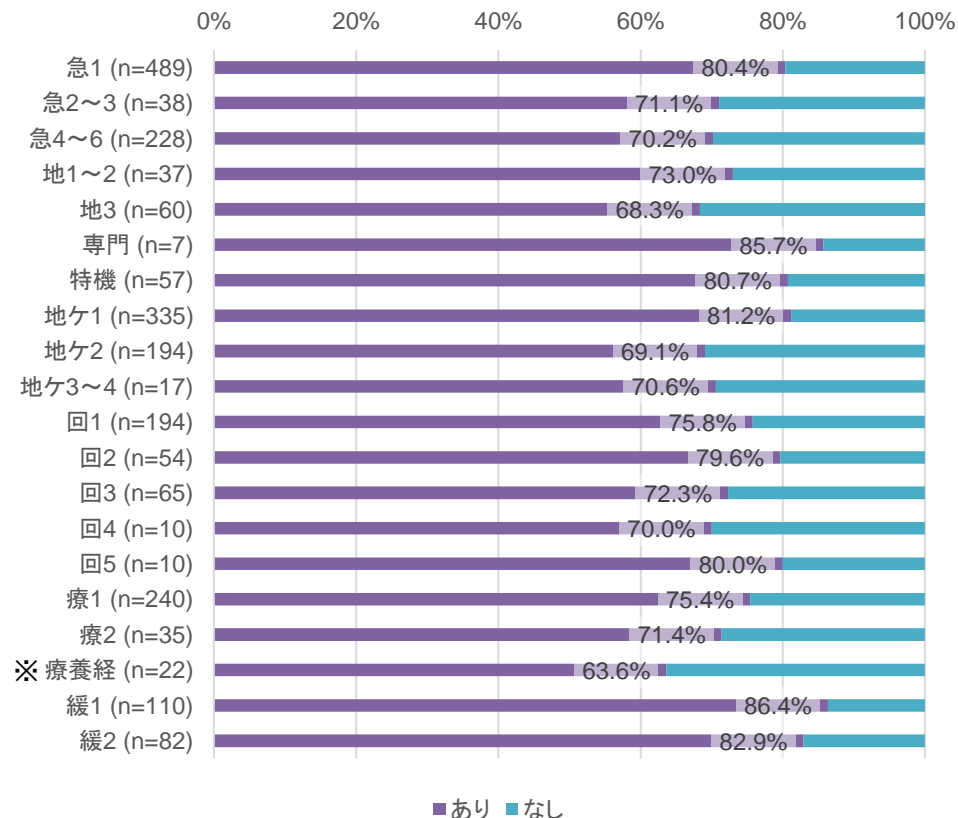
適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

- 「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支援に関する指針について、急性期一般病棟入院料1の届出をしている医療機関では77.0%の割合であった一方、地域一般病棟入院料を有する医療機関では、指針を策定していない割合がその他の医療機関と比較して少なかった。
- 地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟等を有する医療機関は当該指針の活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が他の医療機関と比べて高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



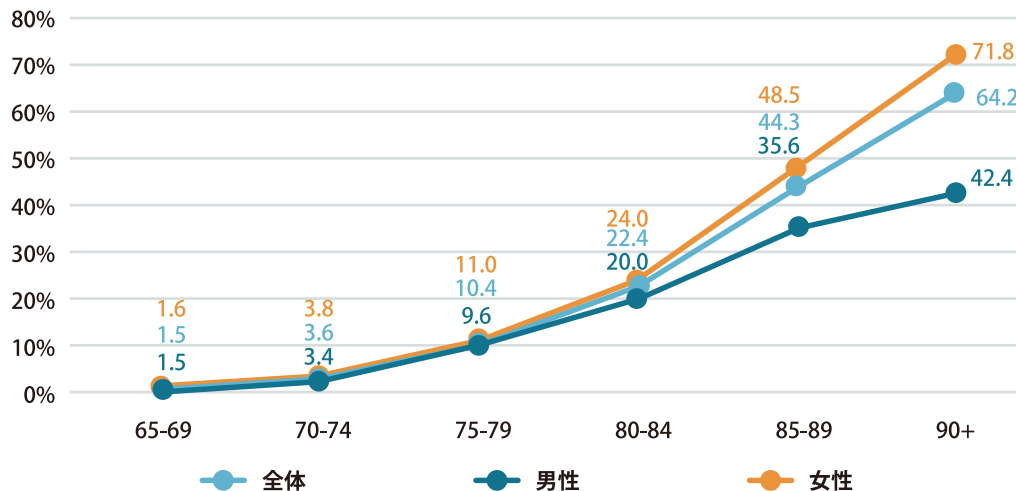
人生の最終段階における適切な意思決定に関する指針の策定の評価の経緯

- 診療報酬においては入院・外来・在宅のそれぞれの場において「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している。
- 外来においては、がん患者に対する指導管理における意思決定支援に関する指針の作成に関する評価の見直しは行っているが、他の患者の意思決定支援に関する診療報酬上の対応は行っていない。

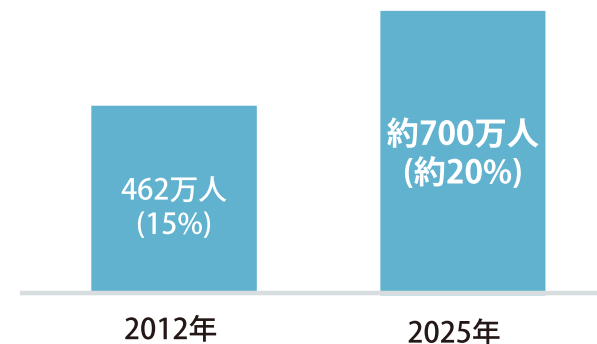
「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定に対する評価の経緯

	入院	外来	在宅
平成30年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1,3において、医療機関で看取りの指針を定めていることを要件化	—	—
令和2年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料において、医療機関で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化	—	—
令和4年	—	がん患者指導管理料において、医療機関で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化	在宅療養支援診療所・病院において、医療機関で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化

年齢階級別の認知症有病率について



(括弧内は65歳以上人口対比)



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

「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

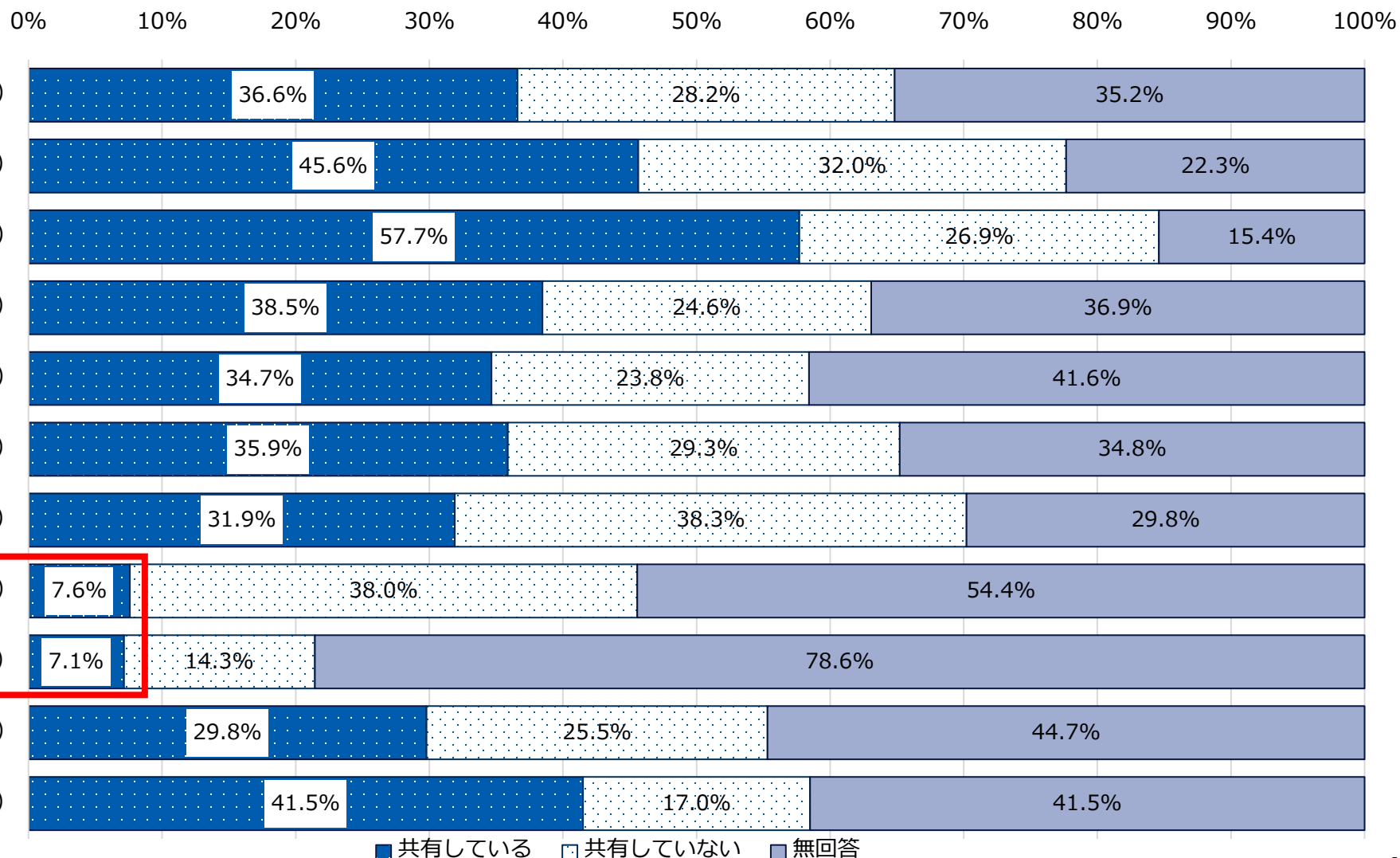
年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/率	462万人 15.0%	517万人 15.2%	602万人 16.7%	675万人 18.5%	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計（※） 人数/率		525万人 15.5%	631万人 17.5%	730万人 20.0%	830万人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

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

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8 改

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

人生の最終段階における医療・ケアの方針について、患者本人との共有状況



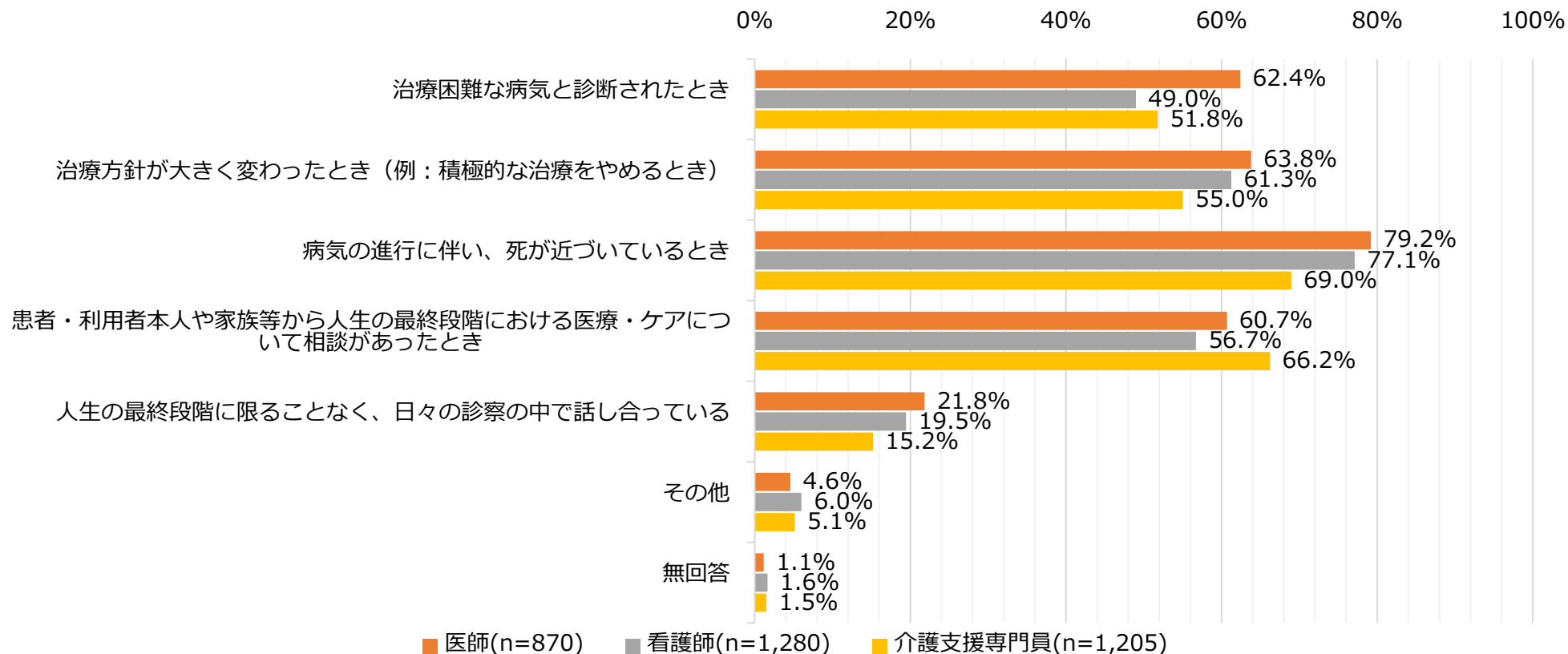
■ 共有している □ 共有していない ■ 無回答

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

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8 改

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

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



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

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

【継続的な意思決定支援】

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

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

第三者を交えた会議の開催や文書化*

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

専門職が支援を通じて把握に努め、それらの記録を蓄積したい情報

①望む暮らし

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

②療養場所の選択

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

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

支援を通じて意向に変化を生じた

③医療についての選好

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

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

意図した問いが意向を具体化する

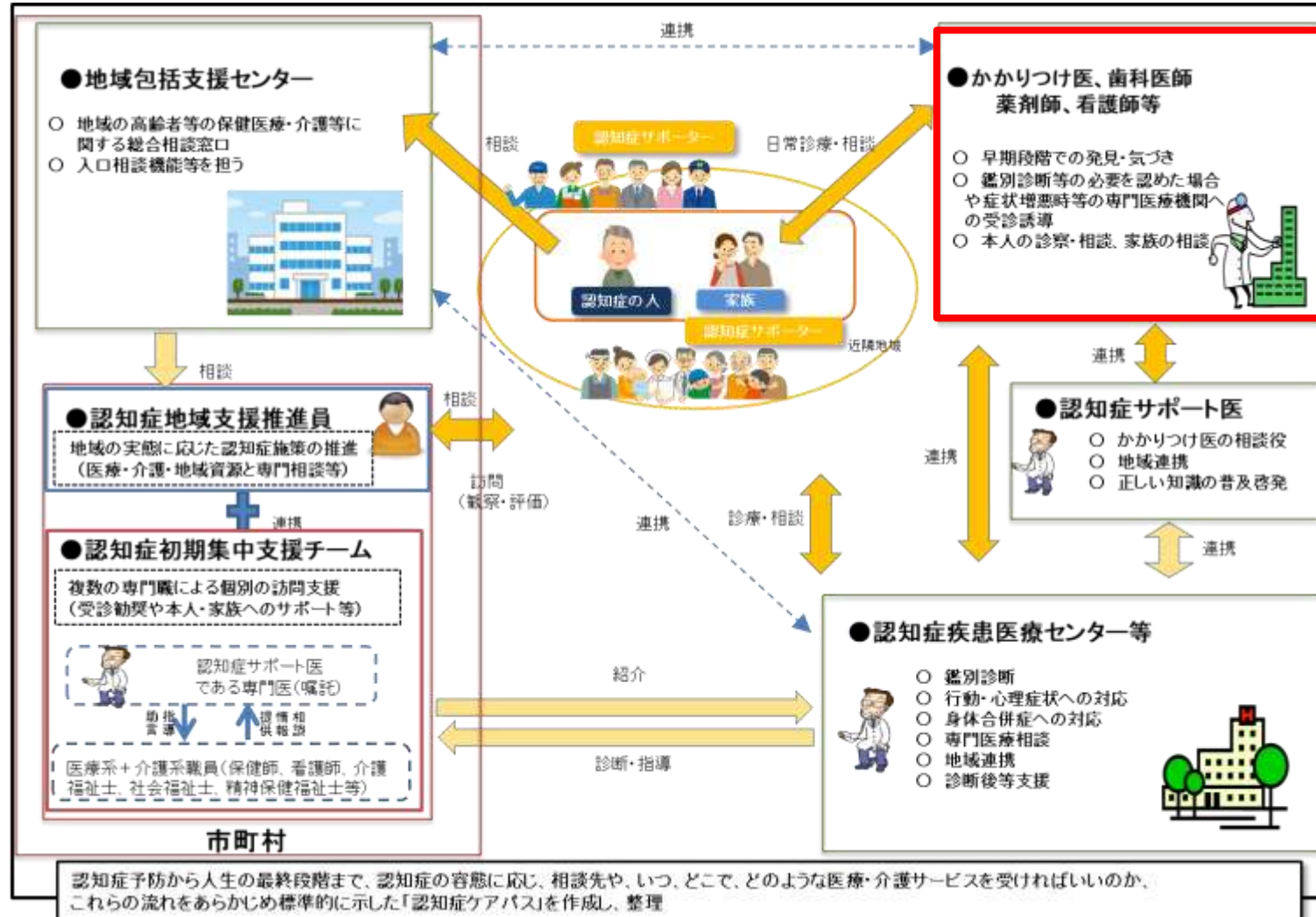
④現状のQOLの満足度

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

日常生活の中で垣間見うる情報(嫌なこと/好み、大切にしていること等)

認知症患者に対するかかりつけ医の対応

- かかりつけ医には、認知症の早期発見・早期対応が行えるよう、日常の診療とともに認知症の人や疑いのある人に適切に対応し、必要に応じて他の医療機関等と連携を図ることが求められている。
- 診断後は、認知症への対応に困ったとき、相談に乗り、適切にアドバイスをする役割を担いつつ、適切な段階においては、人生の最終段階における意思決定支援を行うことも一つの役割である。



地域包括診療料・加算について

中医協 総-8
5. 6. 21改

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。) 又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする 		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 		
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ※ 地域包括診療加算2については在宅医療の提供及び当該患者に対し、24時間の連絡体制の確保していること。 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

【研修の対象・目的】

※平成18年度～開始

高齢者等が日ごろ受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

【実施主体】

都道府県及び指定都市

※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。

【研修対象者および修了者数】

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師
72,229人（令和3年度実績）※「認知症施策推進大綱」KPI：2025年までに9万人

【カリキュラム内容】

- かかりつけ医の役割（30分）
認知症を取り巻く施策、かかりつけ医に期待される役割、早期発見・早期対応の意義、本人の視点を重視したアプローチ、診断後支援
- 基本知識（60分）
認知症の原因疾患、診断基準、診断のポイント、認知症と鑑別すべき他の疾患
- 診療における実践（60分）
認知症初期の対応のポイント、認知症の問診・アセスメント、認知症の診療におけるマネジメント（非薬物・薬物療法等）、BPSDに対する対応、認知症治療における留意点、本人・家族（介護者）への対応
- 地域・生活における実践（60分）
認知症ケア・支援の基本、**認知症の人の意思決定支援について**
認知症の医療・介護に関する施策・制度等、多職種連携



かかりつけ医機能について

○ 施設が有するかかりつけ医機能として「認知症に関する助言や指導」を有する施設は、「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師が所属する施設では87.9%、所属していない施設では48.6%であった。「患者やその家族と、患者の自分らしい人生の終わり方(ACP)について話し合う」の割合は、研修を受講した医師の所属する施設の方が高かった。



■ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師 あり(n=207)

■ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師 なし(n=430)

○ 主治医がサービス担当者会議に参加することについて、介護支援専門員から、次のような利点が挙げられた。

① 利用者・家族が「チームによる支援」を感じる場となる

サービス担当者会議は、訪問診療ではなく、特に外来通院のみを受けている方について有効。

「私はまだ通えているから大丈夫」、「うちはまだ往診は必要ないから」という利用者・家族が、例えば自宅に来るヘルパー等の訪問スタッフではなく、自らが出向き通う先の、生活の場と離れた場にいる医師とのつながりからチームを実感し、チームの一体感を感じられる貴重な機会である。

また、早い時期に、全体に対して意向の確認ができる場になる。医療への期待や自身の将来、支援者への期待等について、本人・家族の気持ちを医師と共に確認できる重要な場となり、意思決定支援のはじめの一歩となることも多い。

② 要支援者や軽度者ほど、現実を直視する場となる

自立に近く、元気な方ほど現実とセルフイメージにギャップが生じている方が多い。健康寿命を左右する大切な時期を支える外来医療における主治医には重要な役割があり、定期的な担当者会議への参加は利用者・家族、医師をはじめとする支援者双方にとって、大変有効な機会となっている。利用者・家族にとっては元気高齢者であり続けるために、現実を正しく知ることからリスクや予防への意欲・目標意識が高まる場になる。主治医は在宅の状況や家族の事情を定期的に知り、情報を更新する良い機会となるため、急変時などの意思決定支援につながる情報を得る場となる。この時期に、利用者・家族、外来医師・ケアマネジャーがつながることにより、早期からの意思決定支援の開始、本人・家族状況の把握ができ、急変等の緊急時や災害時にも役立つ。

③ 客観的な立場から評価を得られる場となる

外来で付き添う家族や支援者へのアセスメント、客観的な評価が得られることも大きなポイント。ヤングケアラー問題、虐待予防や家族の心身の健康状態、栄養評価による生活困窮などの課題の早期発見、適切な支援者とのマッチング、など、要支援者・軽度者における早期の担当者会議への主治医の参画は様々な効果が得られる。

④ 主治の医師、医師それぞれの役割が明確になる

外来医療が中心となる時、利用者は様々な診療科にかかっている。ケアマネジャーがハブとなり、医師同士や病院間のつながりをつくりコンサルテーションを進めるきっかけになるのが担当者会議である。重度になってからより、元気な頃の方が進めやすく、それぞれの医師が自分の役割を認識し、横のつながりで協力し合うネットワークをつくってもらえると、重度化した際や、急変時には大変役立つネットワークとなる。

⑤ 外来の情報は宝の山であり、意思決定支援のはじめの一歩となる

のちに重要となる情報は外来医療の場にある。病気になった初期の反応や受け止め、意向や目標なども外来医師がよく把握している場合も多く、地域のかかりつけ医である場合には、その方が介護者であった時の頃のこと、近しいご親族の関係性などもよく知っていて介護や支援の入り口を教えてもらうことも多い。外来診療時の主治医へ、定期的な報告がケアマネジャーより蓄積されていけば入院時には医師間・支援者間に役立つ情報が主治医のもとに集積されており、緊急・災害時にも、入退院連携時にも役立つ。外来と病棟、外来と地域、外来と外来等、諸機関連携に大変重要な役割を担っている。

外来における意思決定支援について【事例】

- 外来において、認知症診断後早期の段階で人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意向について話し合いを行うことで、患者本人の望む医療・ケアを提供できる場合もある。

経過の概要

(80歳代男性 慢性腎不全 アルツハイマー型認知症)

- ・妻と二人暮らし、2年前から物忘れが目立つようになり、認知症疾患医療センターにてアルツハイマー型認知症と診断。抗認知症薬の内服している。
- ・最近、慢性腎不全の病状が進行し、近い将来、透析が必要になるだろうと、外来の主治医より説明した。
- ・外来の主治医が、意思決定の必要性を判断し、看護師によって本人と妻と将来のことについて話し合いを実施した。

<看護師と本人・家族の話し合い>

- 本人は主治医からの説明をほぼ記憶していたが、年齢や認知症のことから、透析はしたくないとの意向であった。妻は本人の意向を尊重したいと考えていた。看護師から本人と妻に苦痛症状への対応について聞くと、症状緩和は最大限行って欲しいとの意向であった。

- ・主治医の診察時、看護師との話し合い内容を踏まえ、本人達は自身の意向を家族・主治医に共有し、医療・ケアに関する意向について書式として保管することになった。

- ・初回面談から半年後、呼吸困難と全身浮腫で救急搬送された。
- ・妻は病院の救急担当医に本人の意向を記載した書式を見せ、主治医も了解していることを伝え、呼吸困難の緩和目的に入院、保存治療となった。

- ・保存治療で症状は緩和され、退院の目途は立ったが、ADL低下が見られたため、家族は施設入所を希望した。
- ・本人から、「家で最期を迎えたい」と意思表示があり、医療多職種チームで繰り返し話し合い、入院後1ヶ月で自宅退院となった。

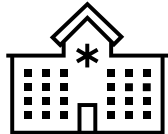


認知症診断後早期からの話し合い



緊急入院

在宅移行



1. 総論

2. 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の推進について

2-1. 外来における意思決定支援について

2-2. 入院における意思決定支援について

3. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

情報の共有について

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

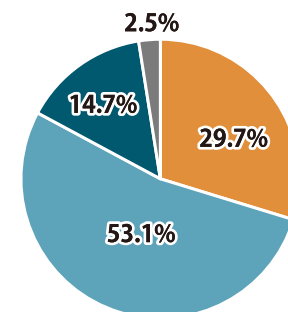
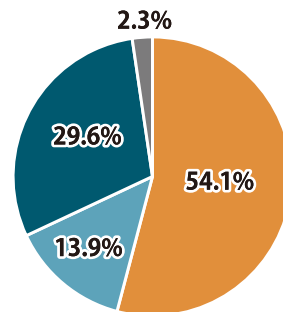
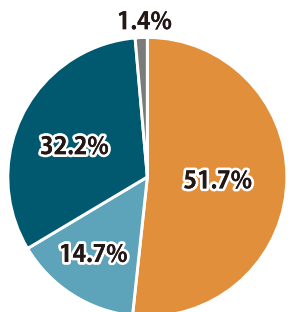
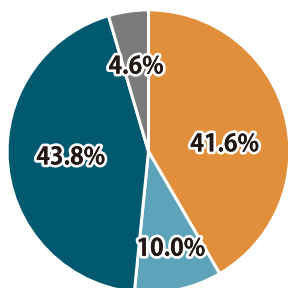
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(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。

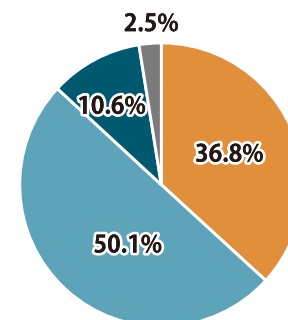
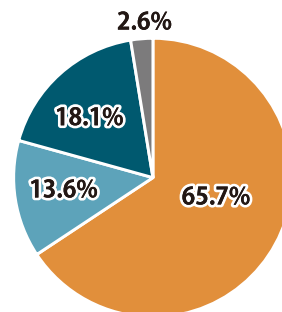
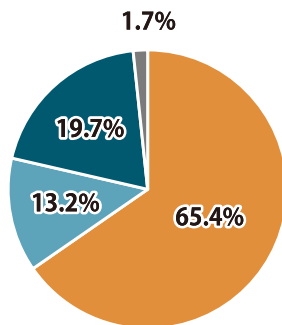
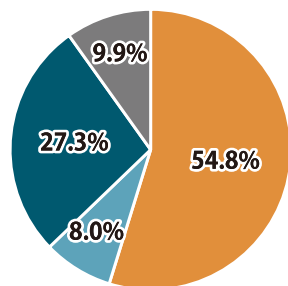
(あなたの病状)
慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(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

【再掲】 人生の最終段階における適切な意思決定に関する指針の策定の評価の経緯

- 診療報酬においては入院・外来・在宅のそれぞれの場において「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している。
- 外来においては、がん患者に対する指導管理を評価する観点での指針に関する評価の見直しは行っているが、他の患者の意思決定支援に関する診療報酬上の対応は行っていない。

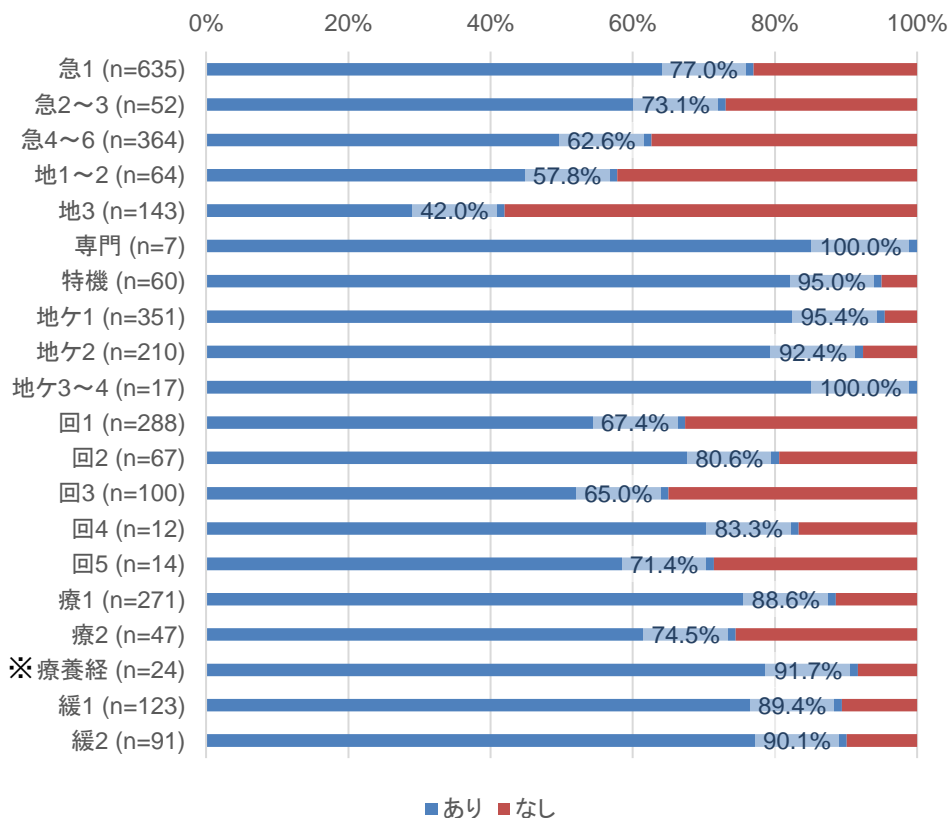
「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に関する指針の策定に対する評価の経緯

	入院	外来	在宅
平成30年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1, 3 において、医療機関で看取りの指針を定めていることを要件化	—	—
令和2年	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料において、医療機関で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化	—	—
令和4年	—	がん患者指導管理料において、医療機関で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化	在宅療養支援診療所・病院において、医療機関で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化

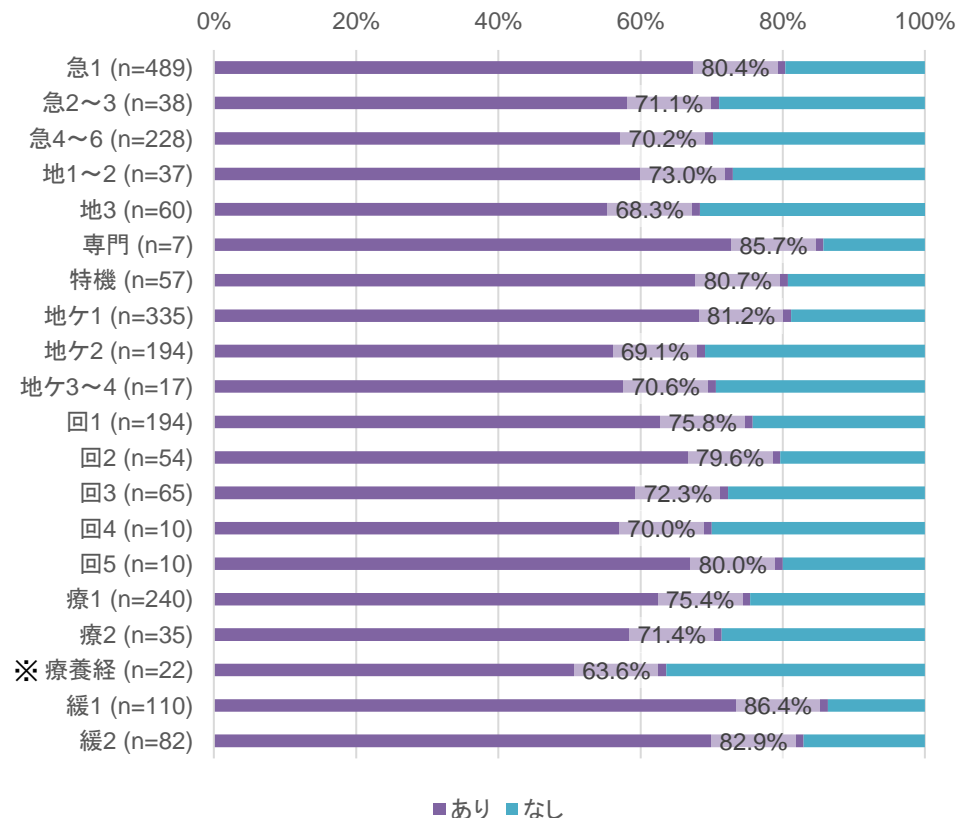
【再掲】適切な意思決定に係る指針の策定状況（入院）

- 「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支援に関する指針について、急性期一般病棟入院料1の届出をしている医療機関では77.0%の割合であった一方、地域一般病棟入院料を有する医療機関では、指針を策定していない割合がその他の医療機関と比較して少なかった。
- 地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟等を有する医療機関は当該指針の活用状況の把握や指針の見直しを行っている割合が他の医療機関と比べて高かった。

適切な意思決定に係る指針作成の有無



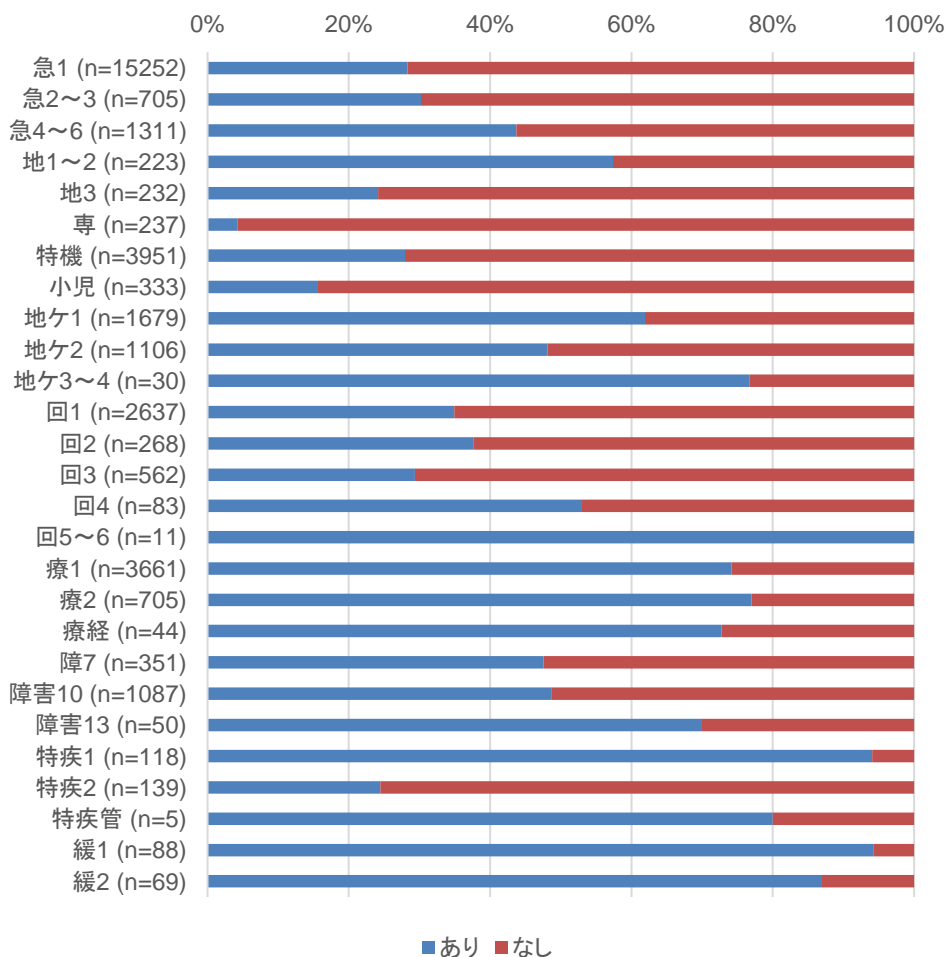
定期的な当該指針の活用状況の把握や指針の見直しの有無



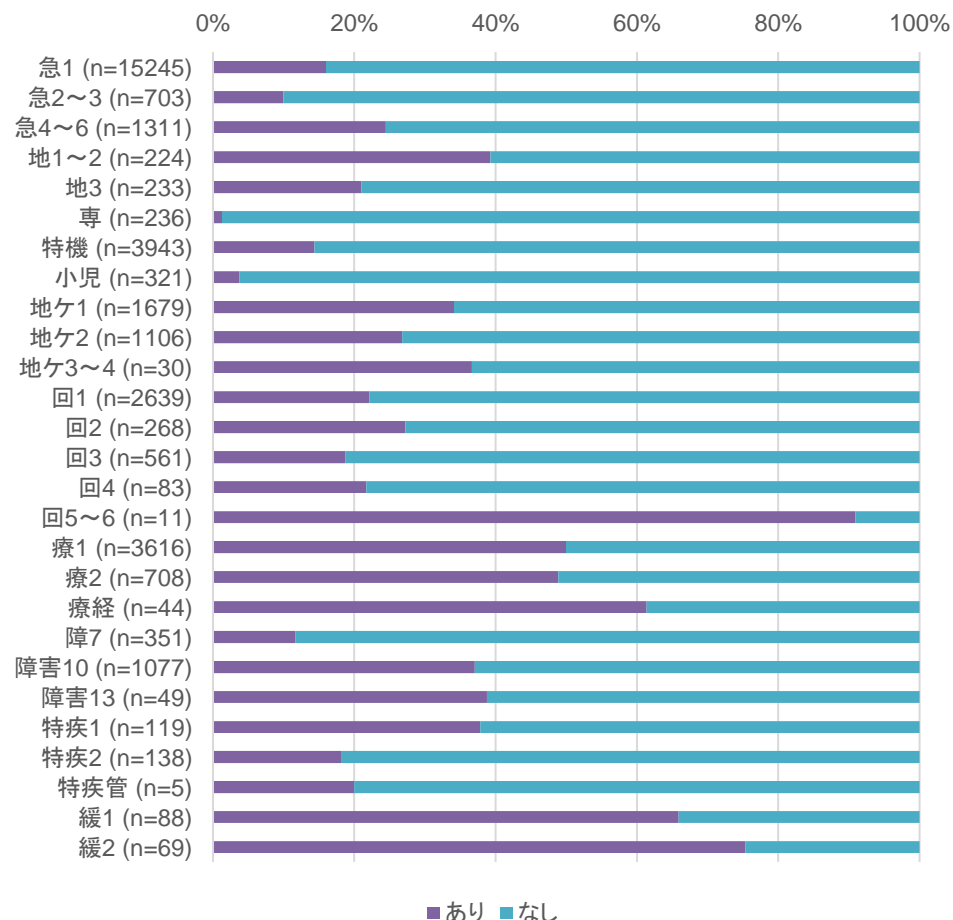
人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援

- 療養病棟・特殊疾患病棟・緩和ケア病棟での意思決定支援実施率が高く、急性期病棟に比べて、地域包括ケア病棟での実施率が高い傾向があった。
- また、緩和ケア病棟・療養病棟を除いて、他施設からの医療・ケア方針に関する情報提供の割合は多くなかった。

自院での適切な意思決定支援の実施有無



入院時における自院以外の施設からの医療・ケアの方針についての情報提供の有無



高齢者に多い疾患の入棟先について

○ 高齢者に多い疾患の患者、特にそのうち救急搬送された患者は、適切な意思決定支援に関する指針の策定を要件としていない急性期一般入院料を算定する割合が高い。

一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患^{※1}における75歳以上の患者が一般病棟又は地域包括ケア病棟等に入院する際の入院先の内訳
(カッコ内は、そのうち救急搬送により入院した割合)

(全疾患)	急性期一般 入院料1 (353,143床)	急性期一般 入院料2-3 (15,941床)	急性期一般 入院料4-6 (135,739床)	地域一般 入院料1-2 (19,121床)	地域一般 入院料3 (29,777床)	その他の DPC算定病床 ^{※1} (113,549床)	地域包括 ケア病棟 (98,546床)	地域包括ケア病棟 のうち 転院入院以外
1 コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの	52.8% (47.9%)	2.5% (37.9%)	20.3% (28.6%)	7.7% (30.4%)	0.8% (23.1%)	13.2% (48.6%)	2.8% (14.2%)	1.6% (21.2%)
2 食物及び吐物による肺炎	53.7% (65.9%)	3.0% (47.2%)	23.5% (37.2%)	2.1% (21.4%)	1.3% (9.4%)	9.1% (81.8%)	7.4% (19.1%)	5.8% (23.9%)
3 うっ血性心不全	56.3% (38.4%)	2.4% (30.6%)	15.3% (26.8%)	1.0% (13.2%)	0.6% (7.7%)	19.6% (66.4%)	4.8% (9.4%)	3.7% (11.8%)
4 老人性初発白内障	57.8% (0.0%)	1.2% (0.0%)	3.6% (0.0%)	0.0% (0.0%)	0.0% (0.0%)	20.2% (0.1%)	17.1% (0.1%)	17.1% (0.1%)
5 大腸<結腸>のポリープ	47.8% (0.4%)	1.8% (0.7%)	9.2% (0.7%)	0.6% (0.7%)	0.2% (1.3%)	30.1% (0.2%)	10.3% (0.1%)	10.3% (0.1%)
6 大腿骨頸部骨折 閉鎖性	56.7% (61.4%)	3.5% (51.1%)	28.0% (42.1%)	2.7% (31.1%)	1.3% (25.8%)	2.8% (69.8%)	5.0% (13.0%)	2.0% (31.4%)
7 転子寛骨骨折 閉鎖性	56.9% (69.8%)	3.7% (60.8%)	27.8% (46.5%)	2.4% (29.6%)	1.2% (25.4%)	2.7% (73.9%)	5.3% (14.0%)	2.0% (34.6%)
8 尿路感染症、部位不明	51.7% (57.3%)	3.1% (40.4%)	26.5% (32.4%)	2.3% (17.9%)	1.4% (10.0%)	4.9% (71.0%)	10.2% (16.8%)	9.3% (18.3%)
9 老人性核白内障	56.9% (0.1%)	1.2% (0.3%)	3.9% (0.1%)	0.1% (0.0%)	0.0% (0.0%)	24.6% (0.1%)	13.5% (0.0%)	13.4% (0.0%)
10 肺炎、詳細不明	37.1% (53.1%)	2.7% (36.1%)	36.4% (32.0%)	4.2% (20.5%)	2.8% (12.9%)	5.9% (69.9%)	10.9% (16.3%)	10.1% (17.3%)
11 腰椎骨折 閉鎖性	35.5% (54.3%)	3.2% (40.4%)	35.0% (30.9%)	3.8% (21.6%)	2.1% (15.8%)	1.4% (59.5%)	19.0% (20.3%)	16.1% (23.7%)
12 前立腺の悪性新生物<腫瘍>	70.0% (3.1%)	1.7% (3.9%)	7.0% (5.8%)	0.3% (7.8%)	0.2% (4.3%)	18.0% (2.3%)	2.8% (3.4%)	2.5% (3.8%)
13 その他の型の狭心症	86.0% (2.4%)	1.0% (0.8%)	5.6% (3.0%)	0.1% (8.5%)	0.0% (25.0%)	7.2% (7.5%)	0.2% (6.2%)	0.1% (7.9%)
14 脳動脈の血栓症による脳梗塞	53.0% (52.7%)	2.2% (42.8%)	14.4% (34.8%)	0.8% (14.7%)	0.3% (16.6%)	27.9% (68.9%)	1.4% (12.7%)	0.8% (22.3%)
15 体液量減少(症)	30.1% (52.0%)	2.8% (39.1%)	39.8% (30.1%)	3.7% (25.4%)	2.7% (14.6%)	1.6% (73.1%)	19.2% (17.4%)	18.1% (18.4%)
16 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	69.8% (6.6%)	1.0% (11.9%)	5.5% (11.6%)	0.2% (16.4%)	0.1% (2.2%)	22.2% (4.9%)	1.2% (11.1%)	0.9% (13.9%)
17 慢性腎臓病、ステージ5	61.9% (10.0%)	2.0% (12.1%)	14.1% (10.1%)	1.2% (4.7%)	1.2% (4.1%)	11.5% (20.3%)	8.1% (2.8%)	6.6% (3.3%)
18 脊柱管狭窄(症) 腰部	54.0% (6.9%)	2.8% (11.0%)	25.0% (9.1%)	2.0% (12.2%)	1.0% (7.4%)	6.8% (2.0%)	8.4% (8.2%)	6.9% (9.7%)
19 急性尿管管腔質性腎炎	64.2% (50.1%)	2.9% (40.4%)	18.9% (33.1%)	1.1% (16.0%)	0.5% (11.9%)	6.8% (60.6%)	5.6% (18.5%)	5.1% (19.8%)
20 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	70.6% (6.6%)	0.9% (13.2%)	5.9% (11.4%)	0.2% (12.3%)	0.1% (6.7%)	21.0% (4.7%)	1.3% (7.5%)	1.0% (9.5%)
21 脳動脈の血栓症による脳梗塞	41.7% (64.4%)	1.8% (51.8%)	11.7% (39.2%)	0.8% (9.4%)	0.5% (1.8%)	41.6% (84.8%)	2.0% (10.2%)	0.9% (22.2%)
22 その他の原発性膝関節症	52.7% (1.9%)	3.1% (3.8%)	28.1% (3.8%)	1.9% (5.6%)	1.7% (3.4%)	5.1% (0.4%)	7.3% (4.9%)	5.3% (6.5%)
23 細菌性肺炎、詳細不明	63.0% (50.3%)	3.0% (41.8%)	16.9% (35.5%)	1.3% (17.3%)	0.6% (7.3%)	11.0% (63.8%)	4.3% (19.1%)	3.9% (20.9%)
24 一側性又は患側不明の鼠径ヘルニア、閉塞及び壊瘍を伴わないもの	69.5% (1.0%)	2.2% (1.6%)	6.8% (1.6%)	0.2% (1.7%)	0.1% (11.8%)	17.5% (0.6%)	3.8% (0.4%)	3.8% (0.3%)
25 肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>、肝細胞癌	62.8% (7.5%)	1.9% (9.7%)	6.6% (15.2%)	0.4% (15.0%)	0.4% (5.5%)	25.6% (5.6%)	2.3% (6.8%)	1.8% (8.7%)

※1 入院初日にDPC算定病床^{※2}又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位25

※2 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合産科特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料3を算定する病床

※3 病床数は令和4年7月1日時点

出典：DPCデータ(令和4年1月～12月)

病棟区分別の傷病名別患者数・意思決定支援の状況

○ 「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支援の状況について、一般病棟※と地域包括ケア病棟・療養病棟では患者の傷病名の構成が異なっており、同一傷病名であっても一般病棟に比べて地域包括ケア病棟・療養病棟の意思決定支援の実施割合が高い。

※急性期一般入院料・地域一般入院料・専門病院入院基本料・特定機能病院入院基本料を算定している病棟

■病棟区分別の傷病名別患者数・意思決定支援実施割合（75歳以上）

一般病棟

順位	傷病名	患者数	支援実施割合
1	誤嚥性肺炎	485	40.8%
2	うっ血性心不全	391	39.4%
3	COVID-19	314	37.9%
4	大腿骨頸部骨折	299	30.8%
5	大腿骨転子部骨折	279	29.1%
6	急性腎盂腎炎	137	45.8%
7	心原性脳塞栓症	136	37.7%
8	細菌性肺炎	122	50.4%
9	腰部脊柱管狭窄症	117	20.2%
10	尿路感染症	90	32.6%
11	慢性うっ血性心不全	88	33.7%
12	アテローム血栓性脳梗塞・急性期	83	33.3%
13	肝細胞癌	80	32.4%
14	腰椎圧迫骨折	80	21.5%
15	変形性膝関節症	75	16.0%
16	末期腎不全	74	44.4%
17	肺炎	72	36.2%
18	アテローム血栓性脳梗塞	66	23.4%
19	直腸癌	66	32.2%
20	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫	65	28.1%

地域包括ケア病棟・療養病棟

順位	傷病名	患者数	支援実施割合
1	脳梗塞後遺症	266	81.9%
2	誤嚥性肺炎	239	69.8%
3	廃用症候群	224	79.1%
4	アルツハイマー型認知症	192	71.7%
5	脳梗塞	188	75.5%
6	慢性心不全	187	65.7%
7	脳出血後遺症	168	77.6%
8	パーキンソン病	158	71.3%
9	慢性腎不全	146	61.5%
10	認知症	122	84.5%
11	腰椎圧迫骨折	112	49.5%
12	大腿骨転子部骨折	105	58.3%
13	大腿骨頸部骨折	104	58.6%
14	COVID-19	99	73.7%
15	尿路感染症	98	55.4%
16	うっ血性心不全	89	72.6%
17	肺炎	89	71.4%
18	脱水症	79	61.1%
19	2型糖尿病	77	56.3%
20	くも膜下出血後遺症	69	67.5%

適切な意思決定支援の実施状況（疾患分類別）

○ 「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支援の実施状況は疾患分類によって異なっているが、多くの疾患分類で一般病棟※と比較して地域包括ケア病棟・療養病棟における実施割合が高い。

※急性期一般入院料・地域一般入院料・専門病院入院基本料・特定機能病院入院基本料を算定している病棟

■ ICD10大分類別の適切な意思決定支援の実施割合（75歳以上）

一般病棟

傷病名	該当患者数	支援あり	支援なし	支援実施割合
感染症および寄生虫症	207	66	141	31.9%
新生物<腫瘍>	1,903	597	1,306	31.4%
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	83	29	54	34.9%
内分泌,栄養および代謝疾患	220	94	126	42.7%
精神および行動の障害	10	4	6	40.0%
神経系の疾患	237	96	141	40.5%
眼および付属器の疾患	108	11	97	10.2%
耳および乳様突起の疾患	16	5	11	31.3%
循環器系の疾患	1,862	624	1,238	33.5%
呼吸器系の疾患	1,056	423	633	40.1%
消化器系の疾患	904	265	639	29.3%
皮膚および皮下組織の疾患	156	69	87	44.2%
筋骨格系および結合組織の疾患	642	152	490	23.7%
尿路器系の疾患	576	205	371	35.6%
妊娠,分娩および産じょく<褥>	0	0	0	0.0%
周産期に発生した病態	0	0	0	0.0%
先天奇形,変形および染色体異常	5	2	3	40.0%
症状,徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	26	15	11	57.7%
損傷,中毒およびその他の外因の影響	1,436	414	1,022	28.8%
傷病および死亡の外因	0	0	0	0.0%
健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	2	0	2	0.0%
COVID-19関連	347	131	216	37.8%

地域包括ケア病棟・療養病棟

傷病名	該当患者数	支援あり	支援なし	支援実施割合
感染症および寄生虫症	49	28	21	57.1%
新生物<腫瘍>	245	172	73	70.2%
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	24	18	6	75.0%
内分泌,栄養および代謝疾患	260	166	94	63.8%
精神および行動の障害	176	132	44	75.0%
神経系の疾患	522	383	139	73.4%
眼および付属器の疾患	6	4	2	66.7%
耳および乳様突起の疾患	7	2	5	28.6%
循環器系の疾患	1,429	1,047	382	73.3%
呼吸器系の疾患	565	399	166	70.6%
消化器系の疾患	196	128	68	65.3%
皮膚および皮下組織の疾患	114	76	38	66.7%
筋骨格系および結合組織の疾患	472	319	153	67.6%
尿路器系の疾患	324	209	115	64.5%
妊娠,分娩および産じょく<褥>	0	0	0	0.0%
周産期に発生した病態	0	0	0	0.0%
先天奇形,変形および染色体異常	2	1	1	50.0%
症状,徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	71	51	20	71.8%
損傷,中毒およびその他の外因の影響	764	460	304	60.2%
傷病および死亡の外因	0	0	0	0.0%
健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	10	9	1	90.0%
COVID-19関連	98	70	28	71.4%

高齢者に多い疾患の患者の在院日数について

○ 高齢者に多い疾患の患者(75歳以上)について、一般病棟に入院した患者であって自宅又は高齢者施設に退院した患者の平均在院日数と、他院からの転院以外で地域包括ケア病棟に初日から入棟した患者であって自宅又は高齢者施設に退院した患者の平均在院日数は以下のとおり。

一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患※1における75歳以上の患者(自宅又は高齢者施設に退院した患者に限る)が一般病棟又は地域包括ケア病棟※2に入院する際の平均在院日数

順位	疾患名	一般病棟		地域包括ケア病棟	
		平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
1	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	12.4	79,868	14.4	1,885
2	食物及び吐物による肺臓炎	20.1	49,163	27.3	4,406
3	うっ血性心不全	18.3	59,839	24.2	3,207
4	老人性初発白内障	2.8	52,263	3.0	14,292
5	大腸<結腸>のポリープ	2.7	42,281	2.5	7,381
6	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	27.1	15,512	37.4	746
7	転子貫通骨折 閉鎖性	26.9	14,341	37.5	818
8	尿路感染症, 部位不明	15.7	34,769	23.6	4,597
9	老人性核白内障	2.7	37,906	2.9	8,230
10	肺炎, 詳細不明	17.9	24,777	25.5	3,975
11	腰椎骨折 閉鎖性	22.3	13,809	35.2	6,911
12	前立腺の悪性新生物<腫瘍>	5.1	38,137	6.2	1,131
13	その他の型の狭心症	3.6	44,220	8.9	57
14	脳動脈の血栓症による脳梗塞	16.8	15,978	23.2	266
15	体液量減少(症)	13.0	19,969	22.4	5,950
16	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	9.9	25,333	15.7	198
17	慢性腎臓病, ステージ5	12.2	24,840	13.3	2,258
18	脊柱管狭窄(症) 腰部	13.9	22,889	25.4	2,409
19	急性尿細管間質性腎炎	14.3	24,841	21.7	1,596
20	気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺	9.8	22,216	14.4	191
21	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	18.0	7,901	23.5	208
22	その他の原発性膝関節症	22.5	14,653	29.0	1,501
23	細菌性肺炎, 詳細不明	16.1	16,754	21.3	871
24	一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえ<壊>疽を伴わないもの	4.7	23,439	5.5	1,133
25	肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>, 肝細胞癌	10.0	16,925	14.8	285

※1 入院初日にDPC算定病床※3又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位25

※2 入院初日に地域包括ケア病棟を算定している患者であって他院からの他院からの転院以外の患者に限る

※3 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞手術等基本料3を算定する病床

出典: DPCデータ(令和4年1月~12月)

国民が希望する医療処置と医師が勧める医療処置

- 平成29年実施の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」においては、国民が希望する医療処置と医師が勧める医療処置について、末期がんで状態が悪化している状態で、飲水できなくなった場合の点滴を望む国民の割合は同医療処置を勧める医師の割合より低かった一方、人工呼吸器や心肺蘇生を望む国民の割合は同医療処置を勧める医師の割合より高かったという報告がある。

国民が希望する医療処置と医師が勧める医療処置の比較

医療処置	国民 望む		医師 勧める		p
	n	%	n	%	
抗がん剤や放射線による治療 (n=675, 758)	268	39.7	234	30.9	<0.001
飲水できなくなった場合の点滴 (n=745, 860)	472	63.4	618	71.9	<0.001
経口摂取できなくなった場合の中心静脈栄養 (n=693, 831)	134	19.3	193	23.2	0.066
経口摂取できなくなった場合の経鼻栄養 (n=718, 824)	95	13.2	156	18.9	0.002
経口摂取できなくなった場合の胃瘻 (n=751, 843)	58	7.7	107	12.7	0.001
人工呼吸器 (n=713, 880)	79	11.1	50	5.7	<0.001
心肺蘇生 (n=783, 910)	110	14.0	53	5.8	<0.001

※ 平成29年12月に実施された「人生の最終段階における医療に関する意識調査」において、「もし、あなたが末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいといった状態です。しかし、痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様に保たれて場合、どのような医療を希望しますか」との質問に対し、国民の場合は希望する、医師の場合は勧めると回答した割合

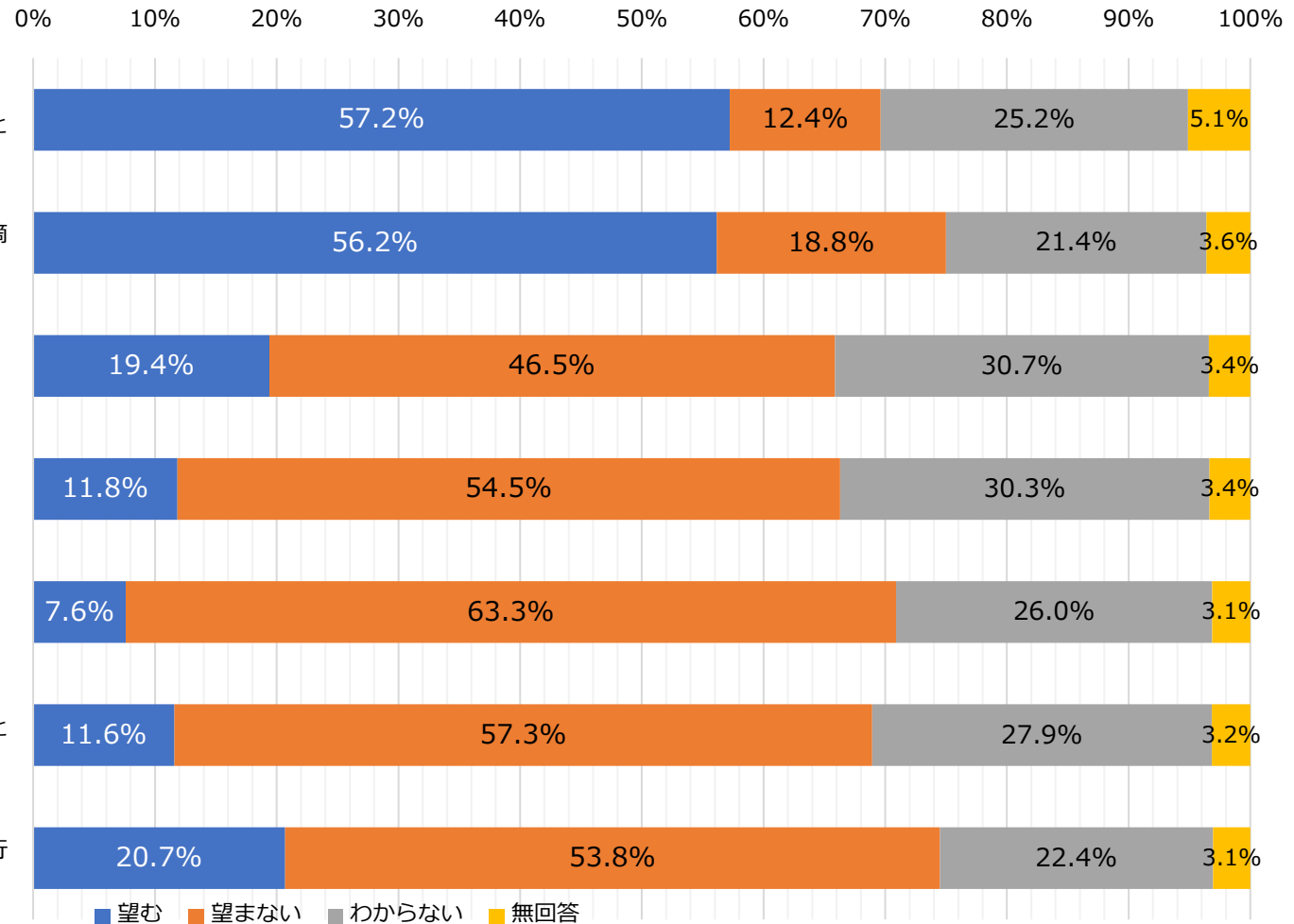
出典：厚労科研「人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究」

分担研究報告書「人生の最終段階の医療処置における国民の希望と医療者が最善と考える処置の差 および医療・介護従事者による人生の最終段階における話し合いの実態」より抜粋

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＞



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

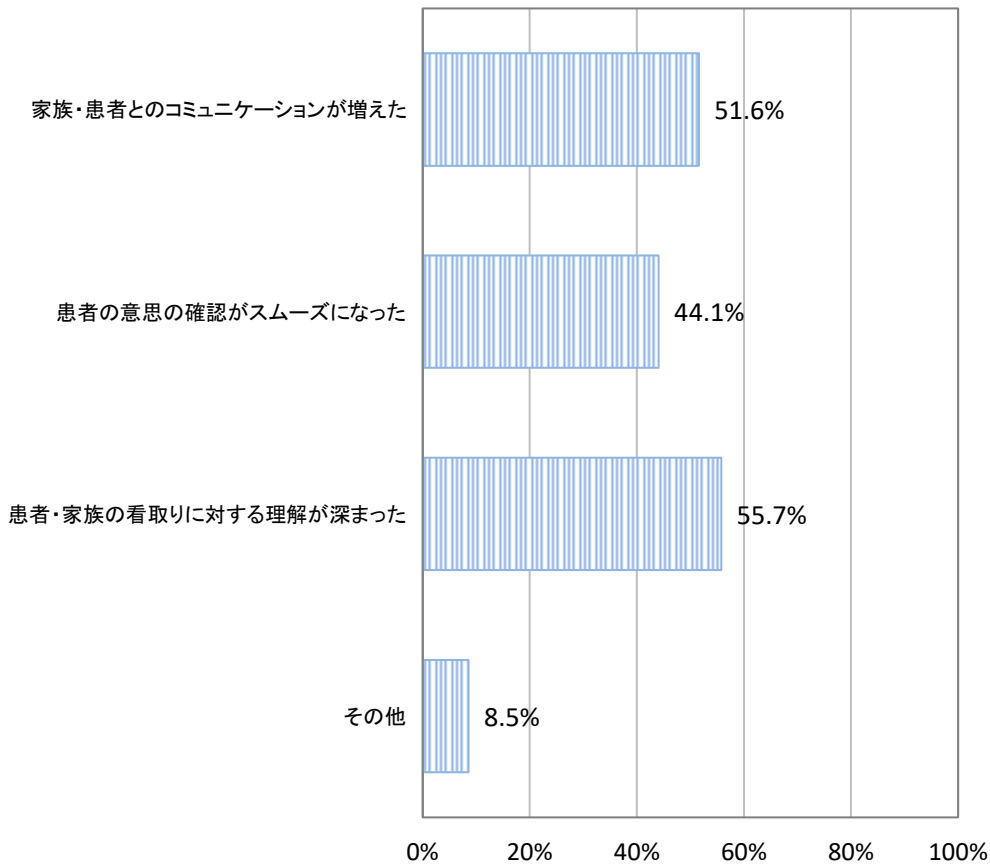
- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- 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

○ 適切な看取りに対する指針の策定によりもたらされている効果として、「患者・家族の看取りに対する理解が深まった」が多かった。

適切な看取りに対する指針の策定によりもたらされている効果

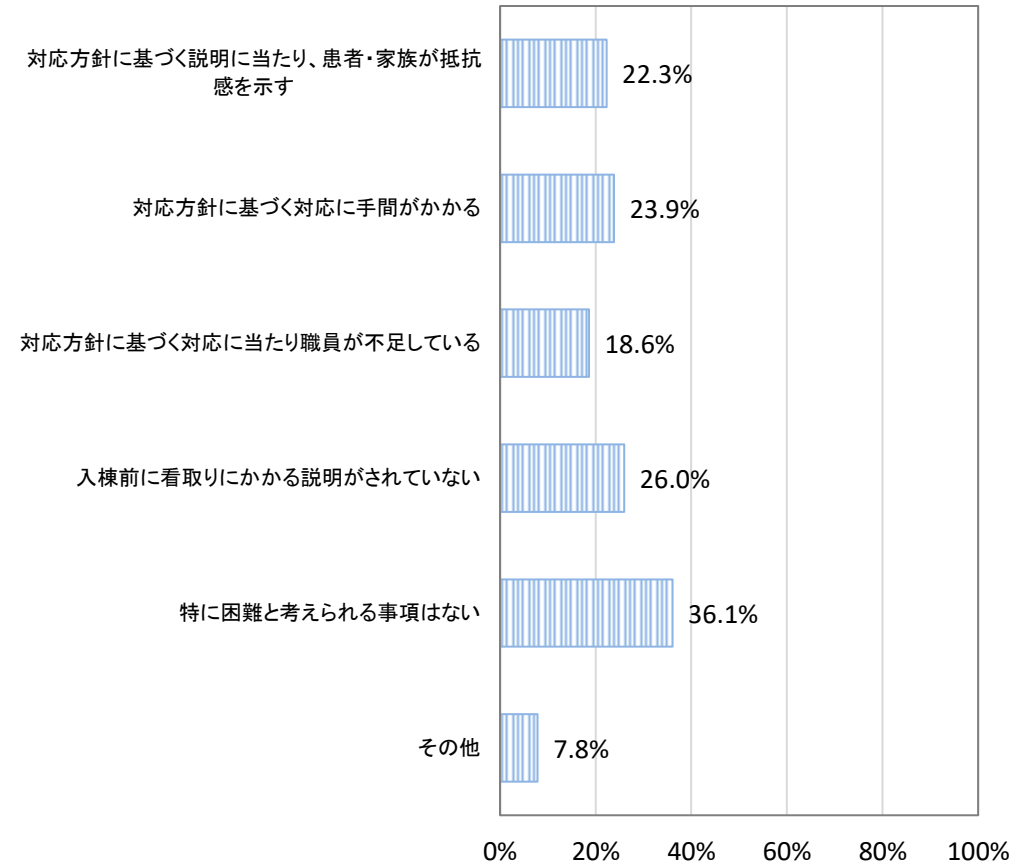
(複数回答)

(n=574(病棟数))



適切な看取りに対する指針の実行にあたり困難と考えられる事項

(n=574(施設数))



1. 総論

2. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

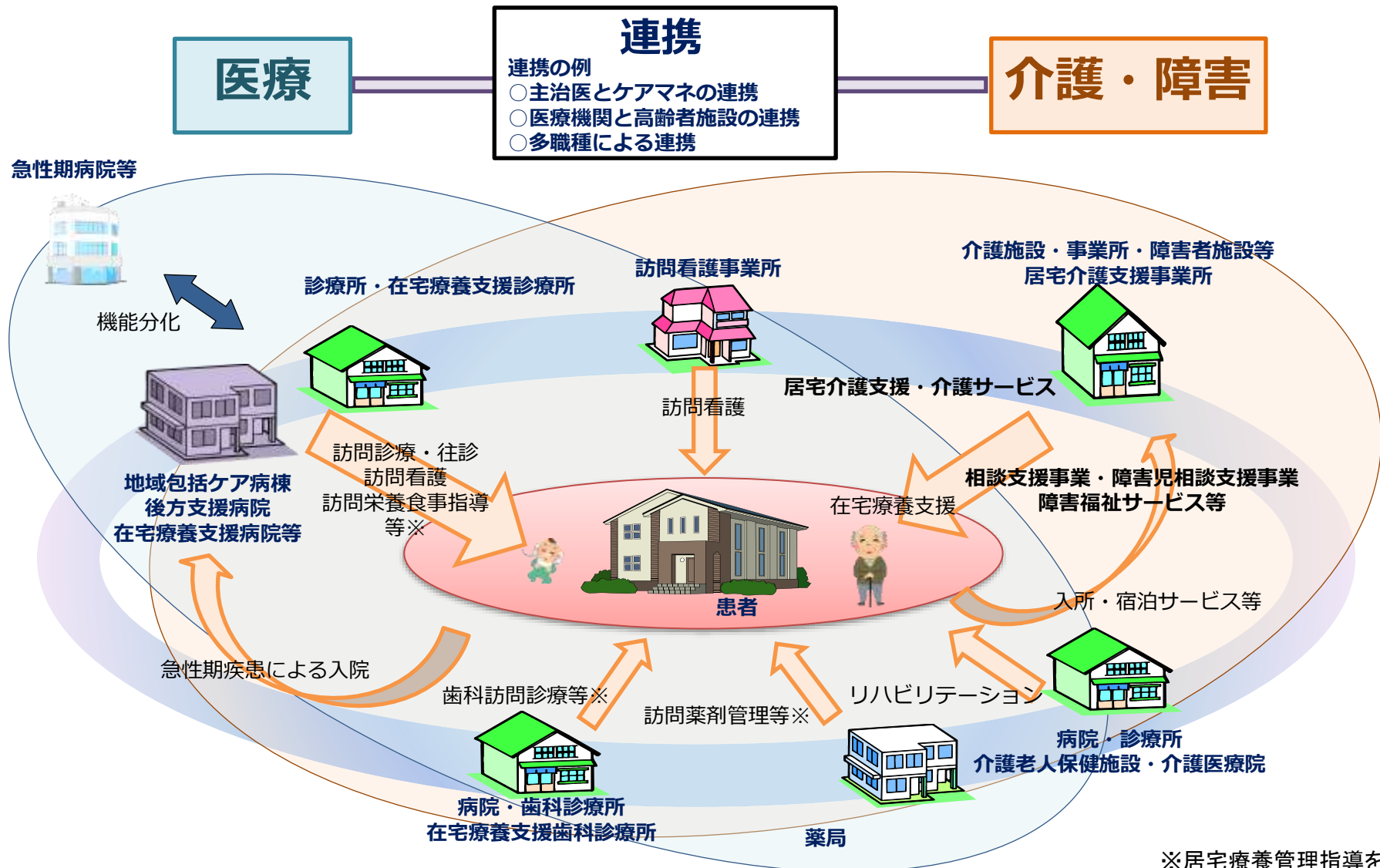
適切な意思決定支援の推進について

3. 人生の最終段階における医療・ケアに係る

情報の共有について

地域包括ケアシステムにおける医療・介護（イメージ）

- 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である。



※居宅療養管理指導を含む

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

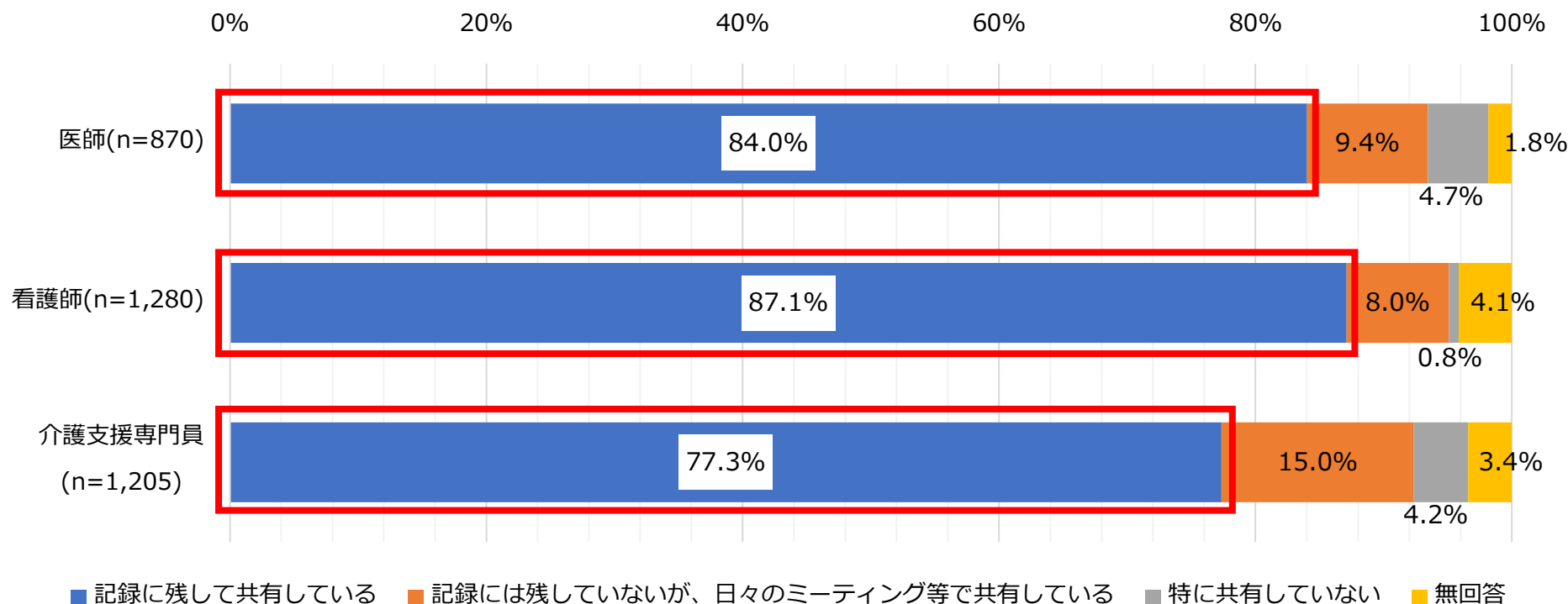
- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- 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・ケアに関する話し合い内容の情報共有

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8

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

人生の最終段階の医療・ケアについての情報共有（※）



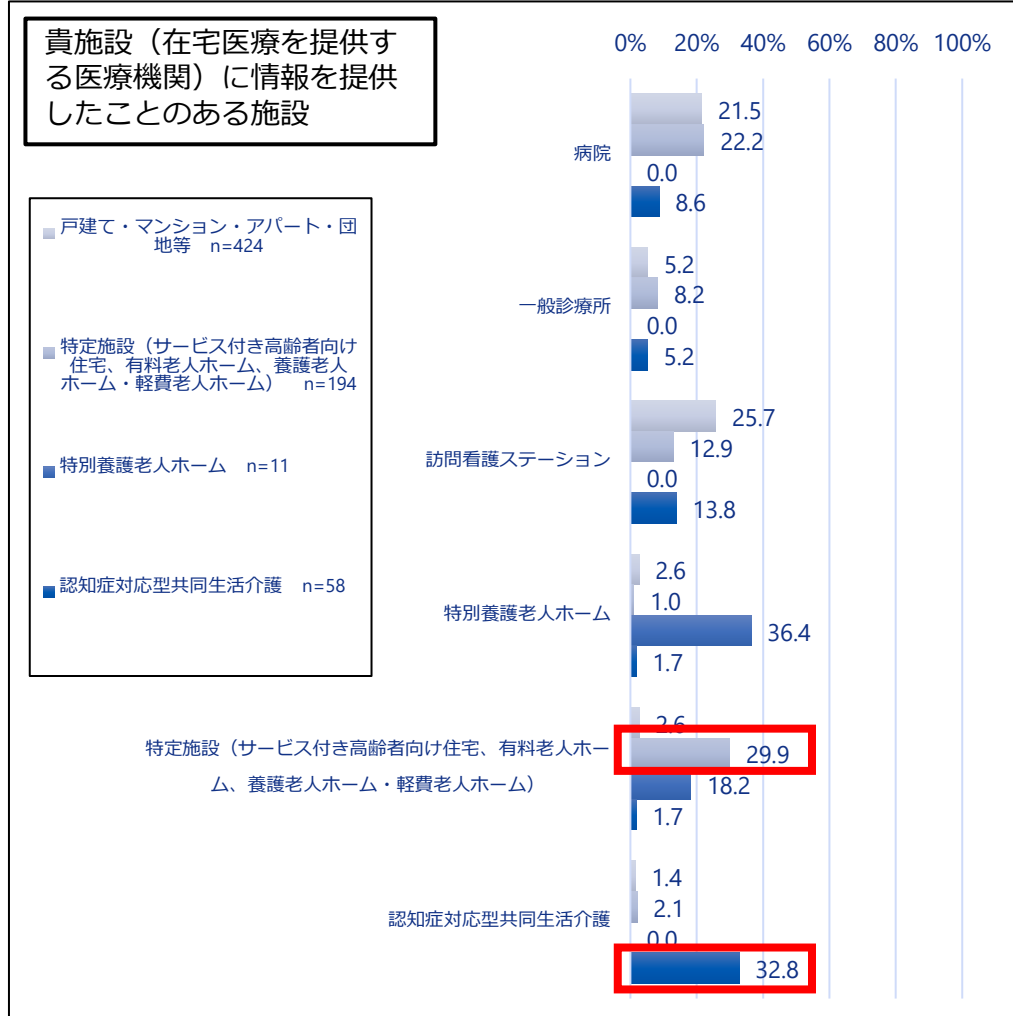
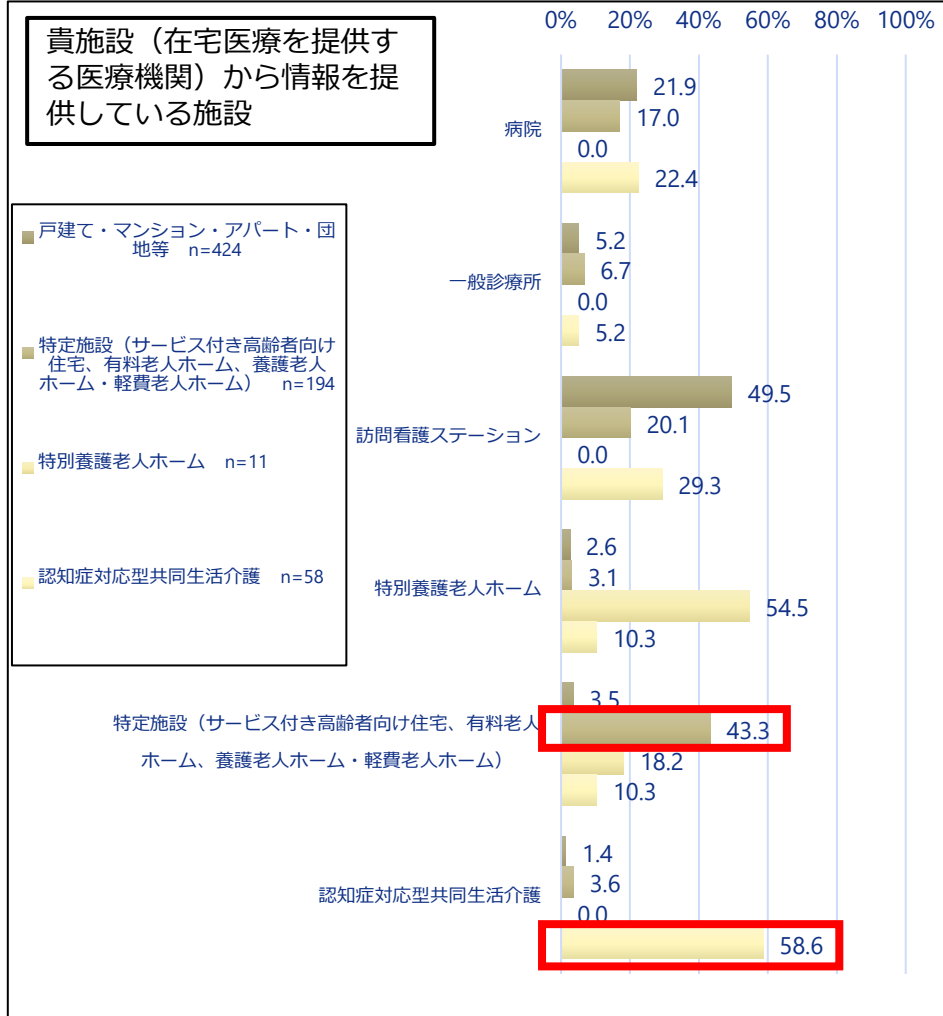
※「担当される患者・利用者本人と人生の最終段階の医療・ケアについて、十分な話し合いを行っていると思いますか」の間に「十分行っている」「一応行っている」と回答した医師、看護師、介護支援専門員が回答

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

意見交換 資料-1 参考
R 5 . 5 . 1 8

○ 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



医療機関種別の意思決定支援の指針の作成の有無

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

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定に係る指針を「作成している」と回答した施設の割合

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

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

ICTを用いた情報共有【事例】

中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 4

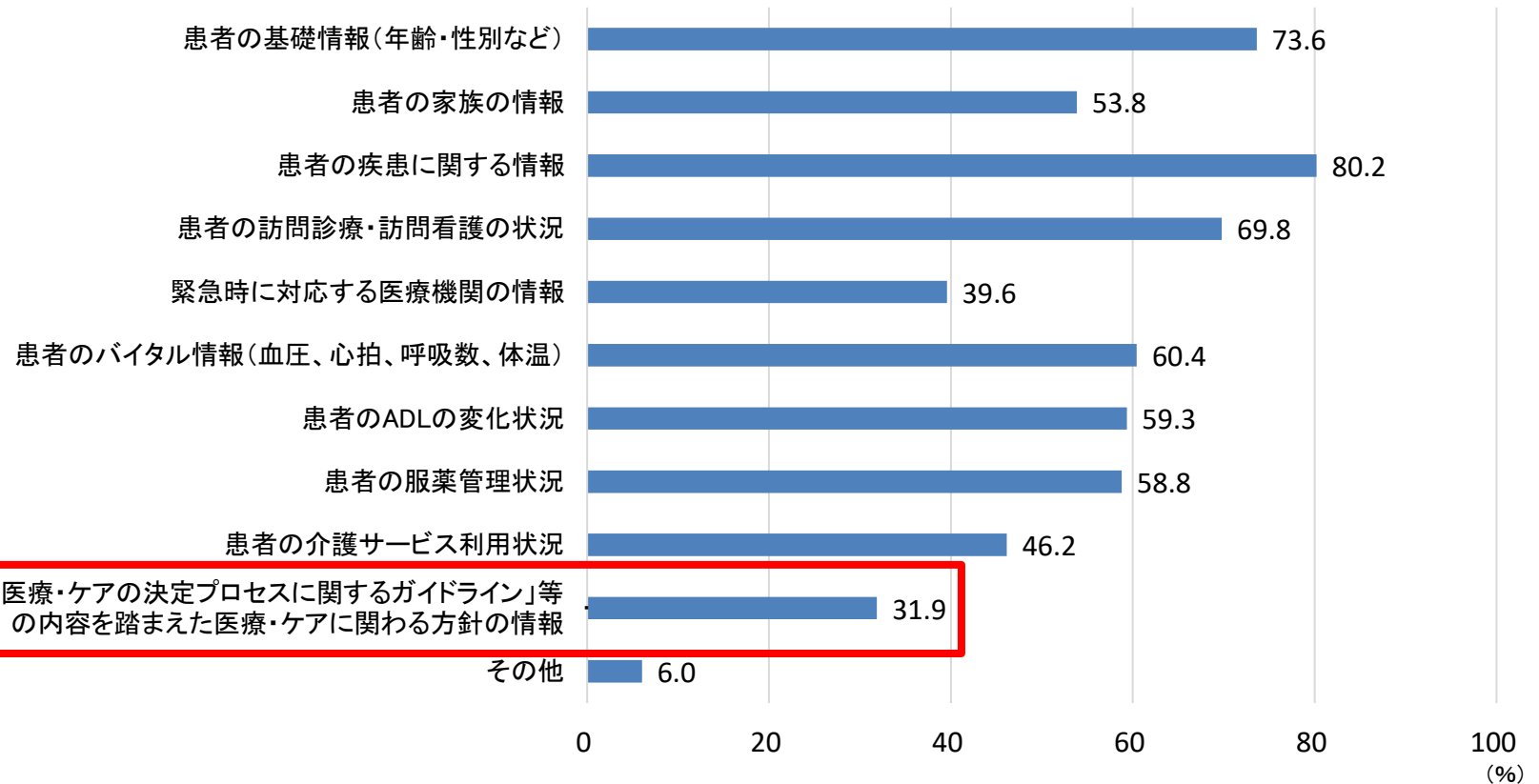
○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

	記録者	記録内容(概要)	補足
Day	(在宅医師)	肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。主たる介護者は妻であり、 本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。	写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。 【共有内容のイメージ】 ○月△日 □□:□□ 投稿者:○○ ○○(医師) 題名:呼吸苦時の対応 本文:呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確保すると、呼吸が楽になります。 添付:
-58日	(看護師)	奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思ってます。」	
-14日	(看護師)	トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。 (起居動作を動画にて保存)	
-10日	(看護師)	頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。	
-6日	(在宅医師)	奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。 (良姿勢を動画にて保存) 連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有	
-4日	(ケアマネジャー)	福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ちを吐露されておりました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているいろいろやっていますけれども、病状は悪化する一方ですね。 先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心 」	家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。
-2日	(在宅医師)	画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。	ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。
-2日	(緩和ケア病棟スタッフ)	これまでも地域ICTの記録を通じて 病態変化を事前に確認できている ので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。	患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。
0日		当該緩和ケア病棟に入院 入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。	

ICTを活用して共有している情報

- 在宅医療を提供している医療機関においてICTを活用している場合の、ICTを活用して共有している情報として「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」等の内容を踏まえた医療・ケアに関わる方針の情報を共有している医療機関は31.9%である。

ICTを活用している医療機関※におけるICTを活用して共有している情報の内容(n=182)



※ ICTを活用していると回答した医療機関のうち、活用しているICTが、「メール」のみであった医療機関を除く

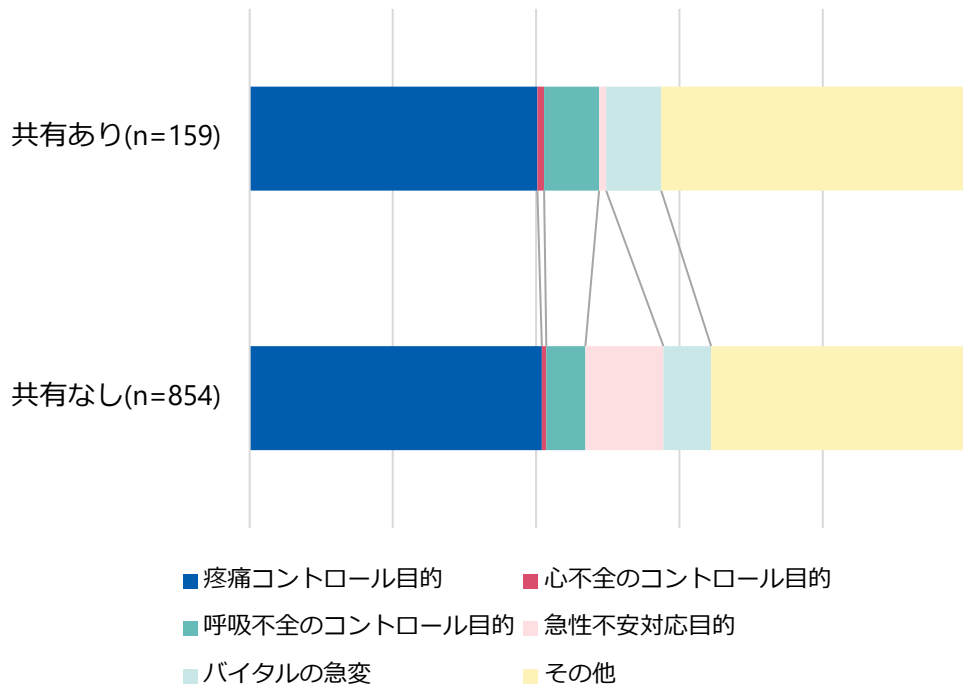
出典: 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

○ 人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定の情報に係る情報を共有している医療機関はそうではない医療機関と比較して、緩和ケアを必要とする患者の入院で急性不安対応目的の入院の割合が低く、容態が急変した際の入院先として急性期一般病棟に入院した割合が低い一方で、緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟に入院した割合が高かった。

人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別 (ICT)

緩和ケアを必要とする患者の入院の目的

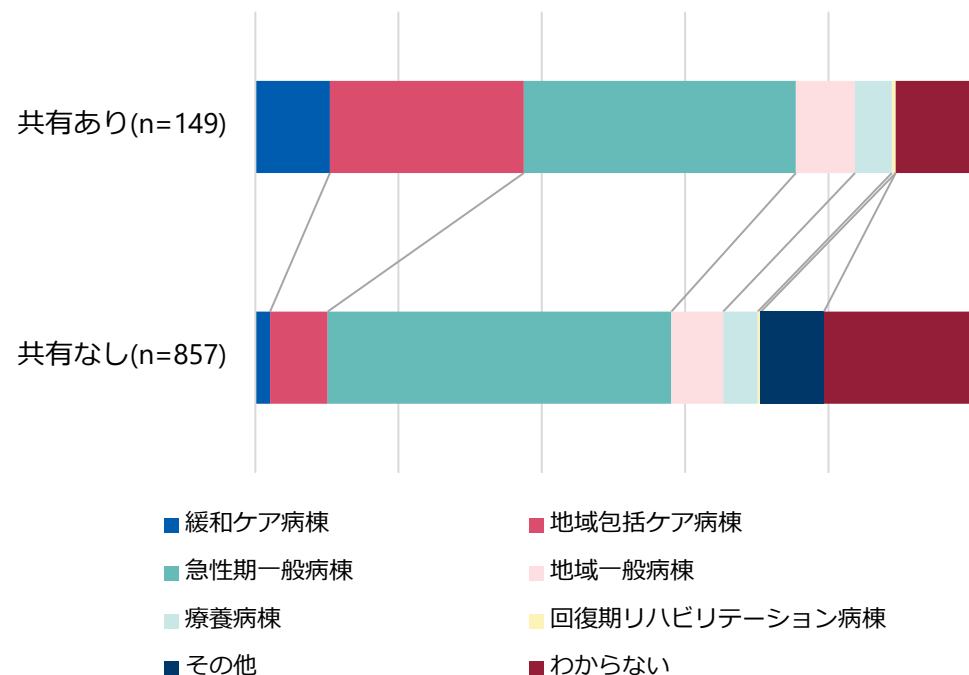
0% 20% 40% 60% 80% 100%



人生の最終段階に関する意思決定の情報の共有別 (ICT)

容体が急変し入院した際の入院先

0% 20% 40% 60% 80% 100%

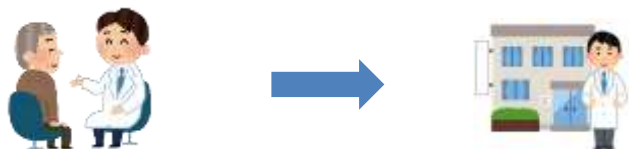


※ 容体が急変し入院した後の入院先の対象患者は、悪性腫瘍以外の患者も含まれる。

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価。

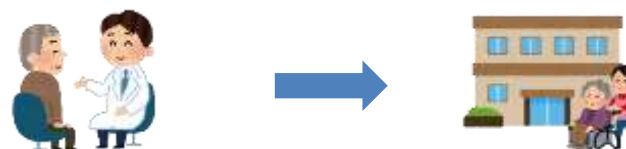
① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



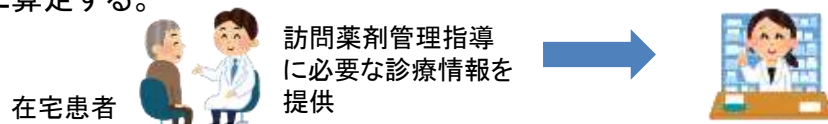
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



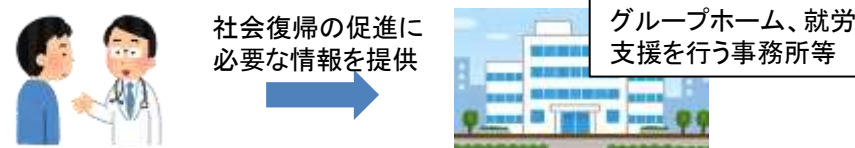
③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



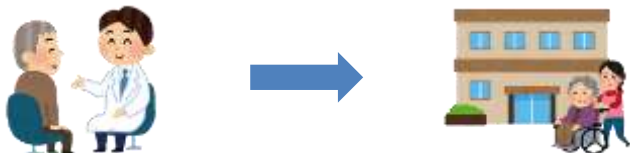
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



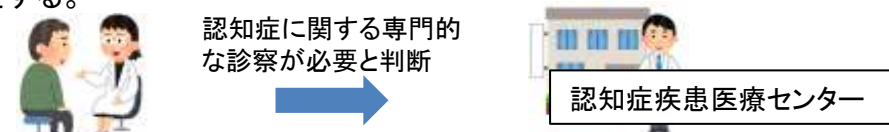
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



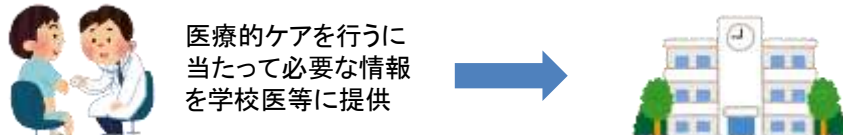
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（Ⅰ） 250点
（患者1人につき月1回に限り）

- 診療情報提供料(Ⅰ)では、紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付することとしている。

■ 他の保険医療機関

(別紙様式 11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名
患者住所 性別 男・女
電話番号
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

■ 指定居宅介護支援事業所等

(別紙様式 12 の 4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書

情報提供先事業所 年 月 日
担当 殿

医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX 番号
医師氏名 印

患者氏名	(ふりがな)	男	〒	—
	明・大・昭 年 月 日 生 (歳)	女		連絡先 ()

患者の病状、経過等

(1) 診断名 (生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については 1. に記入) 及び発症年月日

1. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

(3) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(4) 診療形態
外来 ・ 訪問診療 ・ 入院
入院患者の場合
入院日： 年 月 日 退院日： 年 月 日

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(3) サービスの必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導

訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導

通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり ()

・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()

・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

入退院に伴う医療機関と介護支援専門員等との情報提供の様式見直し

医療・介護連携の推進に向けた情報提供のあり方にかかる調査研究事業

(令和5年度 老人保健健康増進等事業 (実施主体:NTT Data経営研究所))

1. 事業概要

今後、高齢化が一層進展し、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が増加する中で、それぞれの高齢者が“ときどき入院、ほぼ在宅・施設”のどの場面においても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、医療においてはより「生活」に配慮した質が高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントが求められている。

このような医療・ケアの実現に向け、医療・介護の関係者、関係機関間の情報提供や共有、相互の理解といった連携を更に推進する必要がある、「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」でも指摘がされたところ。

そのため、本事業では、将来的な全国医療情報プラットフォームの整備等も見据え、医療機関・介護事業所間で情報提供を行う際に用いる様式について、それぞれの情報提供項目・様式について、関係団体や専門家等の意見を踏まえ、必要な項目等の検討を行う。

2. 事業の進め方

- ①委員会において、様式案を作成
- ②複数の医療機関・施設等で、様式案を用いたプレ調査を実施
- ③プレ調査の結果を踏まえて委員会で改めて必要な項目・様式について検討

■退院時における居宅介護支援事業所等向けの「診療情報提供書」に関する見直し(案)

現在の様式の項目

1. 患者の症状、経過等

- (1)診断名及び発症年月日
- (2)生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び服薬内容を含む治療内容
- (3)日常生活の自立度等について / (4)診療形態

2. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

- (1)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針
- (2)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
- (3)サービスの必要性
- (4)サービス提供時における医学的観点からの留意事項

3. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

- (1)利用者の日常生活上の留意事項
- (2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 / (3)特記事項

見直し案の項目

※調査研究事業の中で検討中であり、今後変更の可能性あり

1. 患者の症状、経過等

- (1)診断名及び発症年月日
- (2)生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の治療内容
- (3)病状等の説明内容と理解・希望
- (4)日常生活の自立度等について / (5)口腔・栄養に関する情報
- (6)服薬に関する情報 / (7)療養上の留意点 / (8)診療形態

2. 退院後のサービスの必要性

3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

- (1)ADLに関する入院中の変化 / (2)自助具の使用
- (3)現在あるかまたは今後発生の可能性が高い生活機能の低下とその対処方針
- (4)留意が必要な事項とその対処方針

4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

- (1)利用者の日常生活上の留意事項
- (2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 / (3)特記事項

5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

人生の最終段階における医療・ケアについての課題①

【総論】

- 「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、誰もが迎える人生の最終段階とは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「終末期医療の決定プロセス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2回改訂し、その度に周知を行っている。
- 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。
- 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。

【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の推進について】

(外来における意思決定支援について)

- 外来における「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適切な意思決定支援に関する指針について、指針を策定している割合は入院と比較して低い。
- 認知症の高齢者人口は将来増加していくことが予想されている。
- かかりつけ医には、認知症の早期発見・早期対応が行えるよう、日常の診療とともに認知症の人や疑いのある人に適切に対応し、必要に応じて適切な医療機関等と連携を図ることが求められており、診断後は、認知症への対応に困ったとき、相談に乗り、適切にアドバイスをする役割を担いつつ、適切な段階においては、人生の最終段階における意思決定支援を行うことも一つの役割である。
- 認知症高齢者の日常生活自立度ごとの人生の最終段階における医療・ケアの方針の本人との共有状況について、日常生活自立度が低い患者ほど方針の共有をしている割合が低い。
- 人生の最終段階における医療・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。
- 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、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医師が回答した割合は21.8%であった。

人生の最終段階における医療・ケアについての課題②

【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の推進について(続き)】

（入院における意思決定支援について）

- 急性期一般病棟等の入院患者においても適切な意思決定の支援を実施されている患者は一定数存在している一方、指針を策定していない医療機関が存在する。
- 高齢者に多い疾患、特に救急搬送された患者は、適切な意思決定支援に関する指針の策定を要件としていない急性期一般入院料に入院する割合が高い。
- 「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支援の実施状況は傷病名によって異なっているが、同一傷病名であっても一般病棟に比べて地域包括ケア病棟等での実施割合が高い。
- 国民が希望する医療処置と医師が勧める医療処置について、末期がんで状態が悪化している状態で、飲水できなくなった場合の点滴を望む国民の割合は同医療処置を勧める医師の割合より低かった一方、人工呼吸器や心肺蘇生を望む国民の割合は同医療処置を勧める医師の割合より高かったという報告がある。
- 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。
- 診療報酬においては、地域包括ケア病棟や療養病棟について、適切な意思決定支援に関する支援を定めていることを要件とする等により、適切な意思決定の支援を推進しており、指針を作成した医療機関においては患者・家族の看取りに対する理解が深まった等の効果があったとする医療機関が多い。

【人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有について】

- 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である。
- 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。
- 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。
- 医療機関における届出状況別に「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%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」については、指針に定めている医療機関は76.2%であった。
- ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。
- 入退院に伴う医療機関と介護支援専門員等との情報提供の様式は、令和5年度老人保健健康増進等事業で見直しの検討が行われている。

人生の最終段階における医療・ケアについての論点

【論点】

【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の推進について】

（外来における意思決定支援について）

○ 適切な意思決定支援の指針の策定について、入院医療と比較して外来医療においては指針の策定割合が低いことや、認知症の高齢者人口が将来増加していくことが予想されていることも踏まえ、認知症患者の症状が進行し意思確認が困難になる場合等に備えて、かかりつけ医がより早期から適切な意思決定支援を実施することを推進する方策について、どのように考えるか。

（入院における意思決定支援について）

○ 急性期一般入院料を届け出ている医療機関において適切な意思決定支援の指針の策定割合が地域包括ケア病棟等と比較して低い現状や、高齢者に多い疾患の入棟先として急性期一般入院料が多い現状等を踏まえ、急性期一般入院料等も含めた入院医療における適切な意思決定支援の指針の策定を促進することについて、どのように考えるか。

【人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有について】

- 全ての療養の場における、人生の最終段階における医療・ケアに係る情報の共有を推進する観点から、介護支援専門員を含めた多職種と、急変時の入院先の医療機関の医療関係職種等とも情報を共有するために、ICT等を用いることについてどのように考えるか。
- また、人生の最終段階における医療・ケアについては、本人による意思決定を基本としつつ、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ものであることも踏まえ、人生の最終段階における医療・ケアの共有の推進に資する診療情報提供料（I）の「指定居宅介護支援事業所に向けた様式」の見直しを行うことについて、どのように考えるか。