

令和4年度

特別養護老人ホーム 入所者の看取りについての勉強会

特別養護老人ホームでの医療的な対応について

2022/12/01

医療法人以和貴会西崎病院 総合診療科

沖縄県医師会在宅医療・介護連携統括アドバイザー

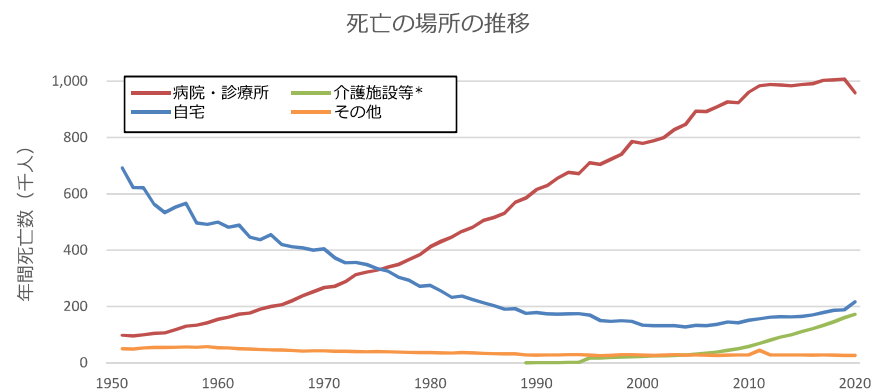
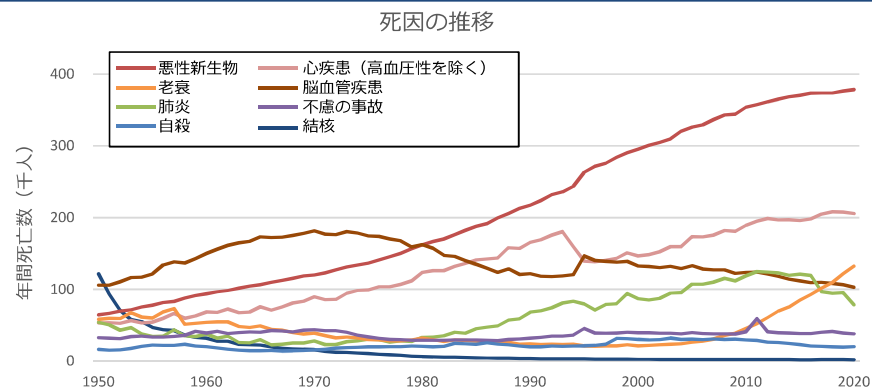
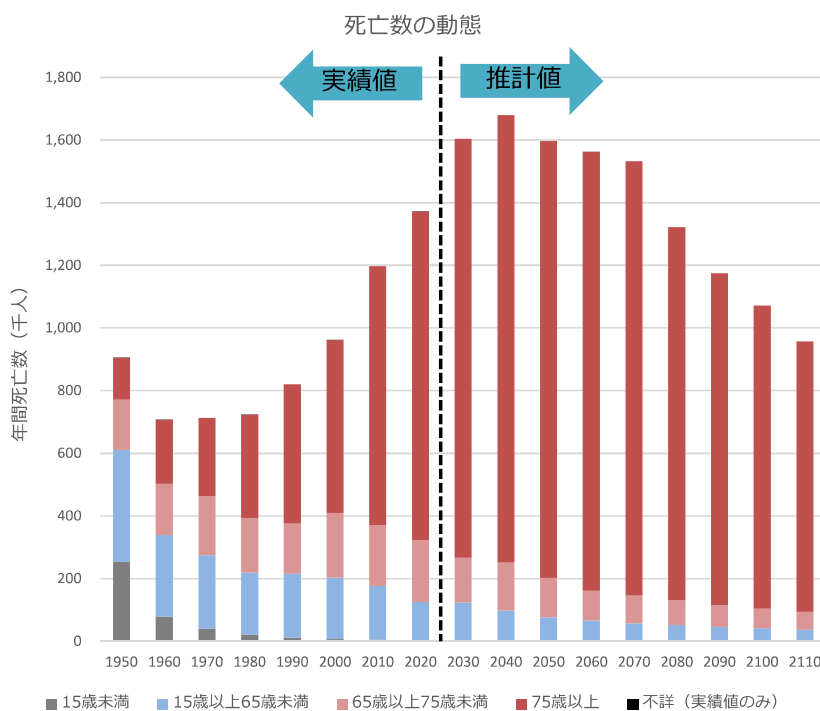
一般社団法人OHS 沖縄往診サポート 代表理事

新屋 洋平

【医療需要の変化】死亡数の動態・死因の推移・死亡場所の推移

第7回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日
資料
1改

- 今後の人口動態の変化に伴い、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。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

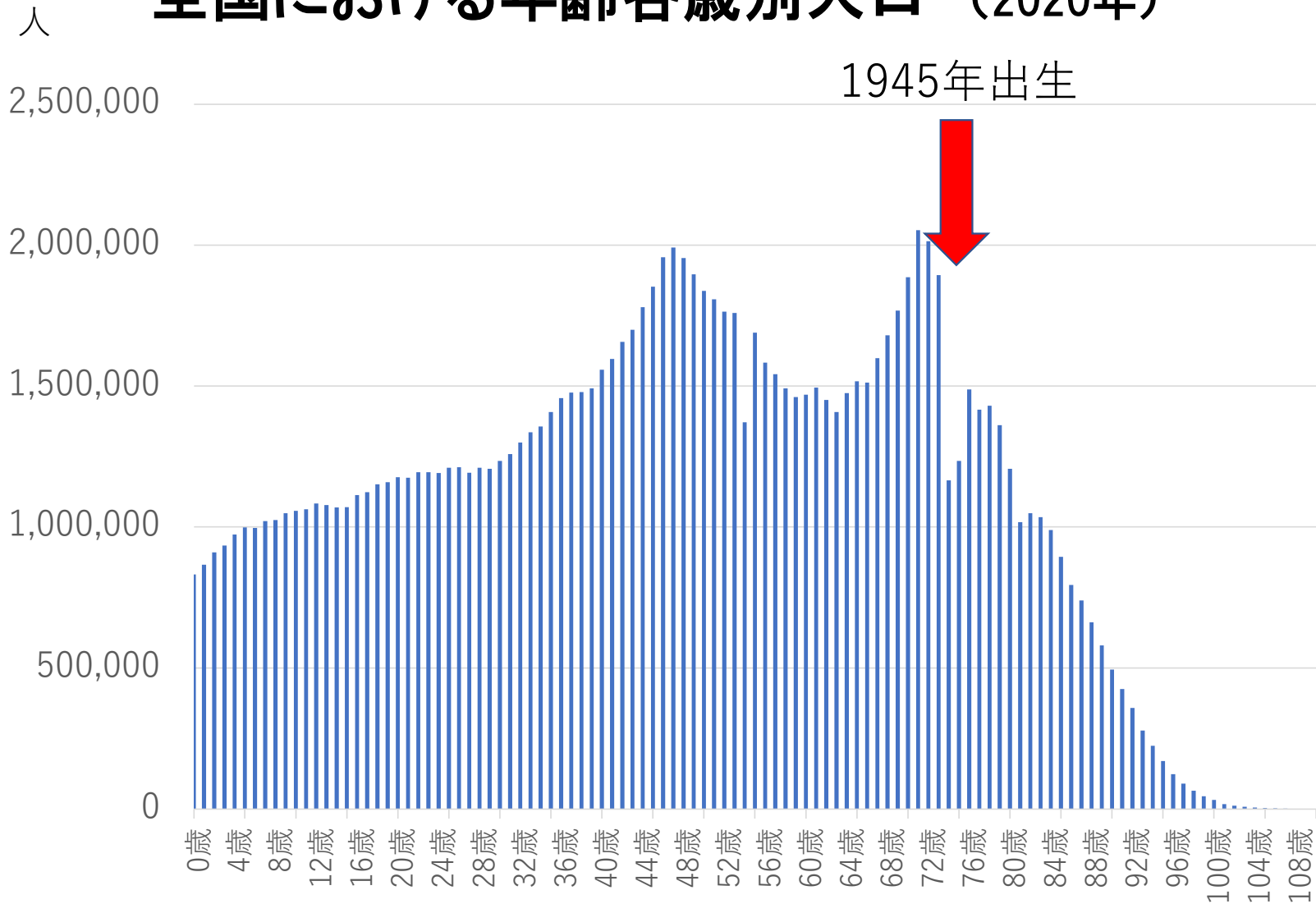


出典：国立社会保障・人口問題研究所「性、年齢（5歳階級）別死亡数」「出生中位（死亡中位）推計：男女年齢4区分別死亡数（総人口）」、厚生労働省「人口動態統計」

*介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム。

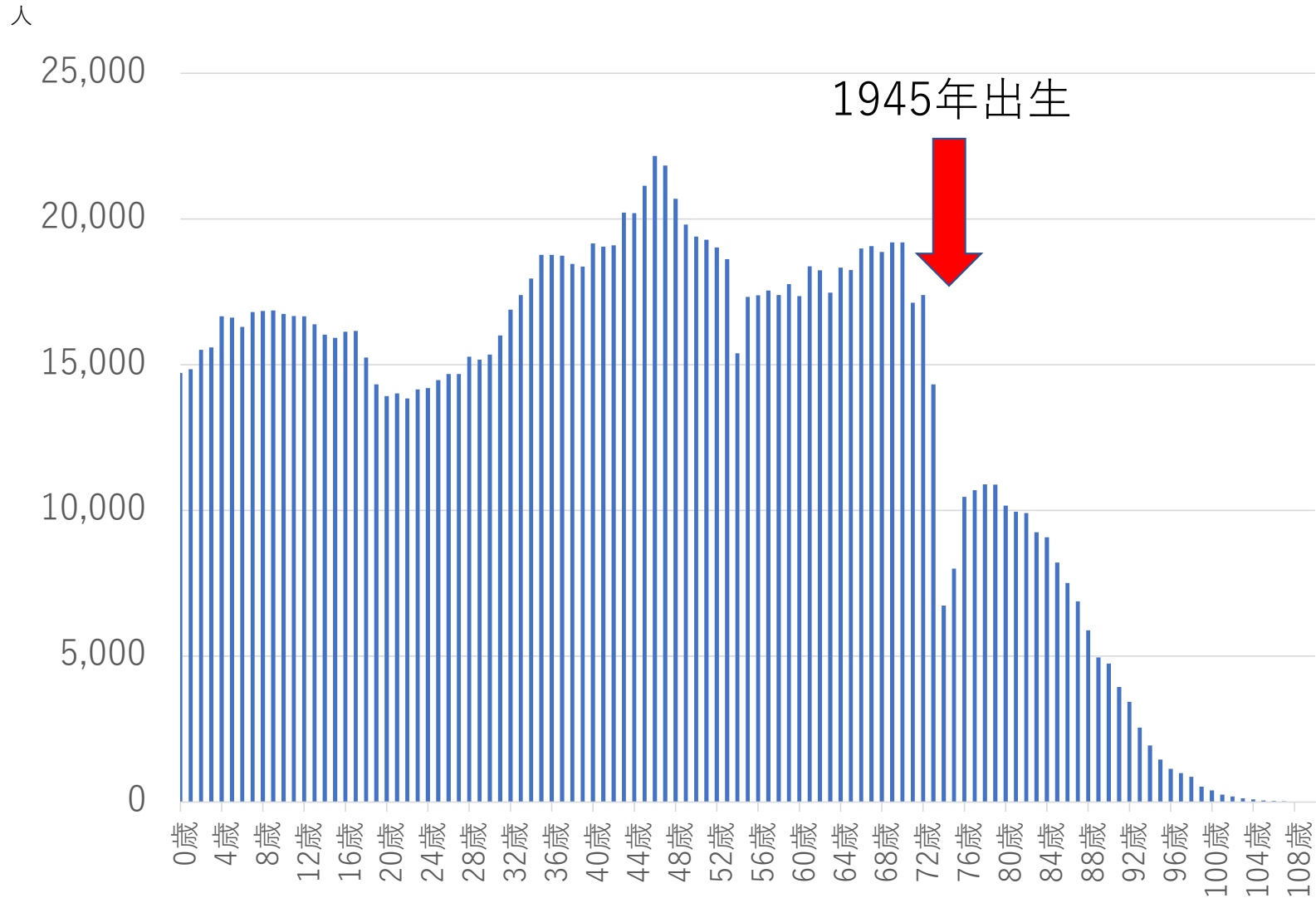
※ 2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

全国における年齢各歳別人口（2020年）



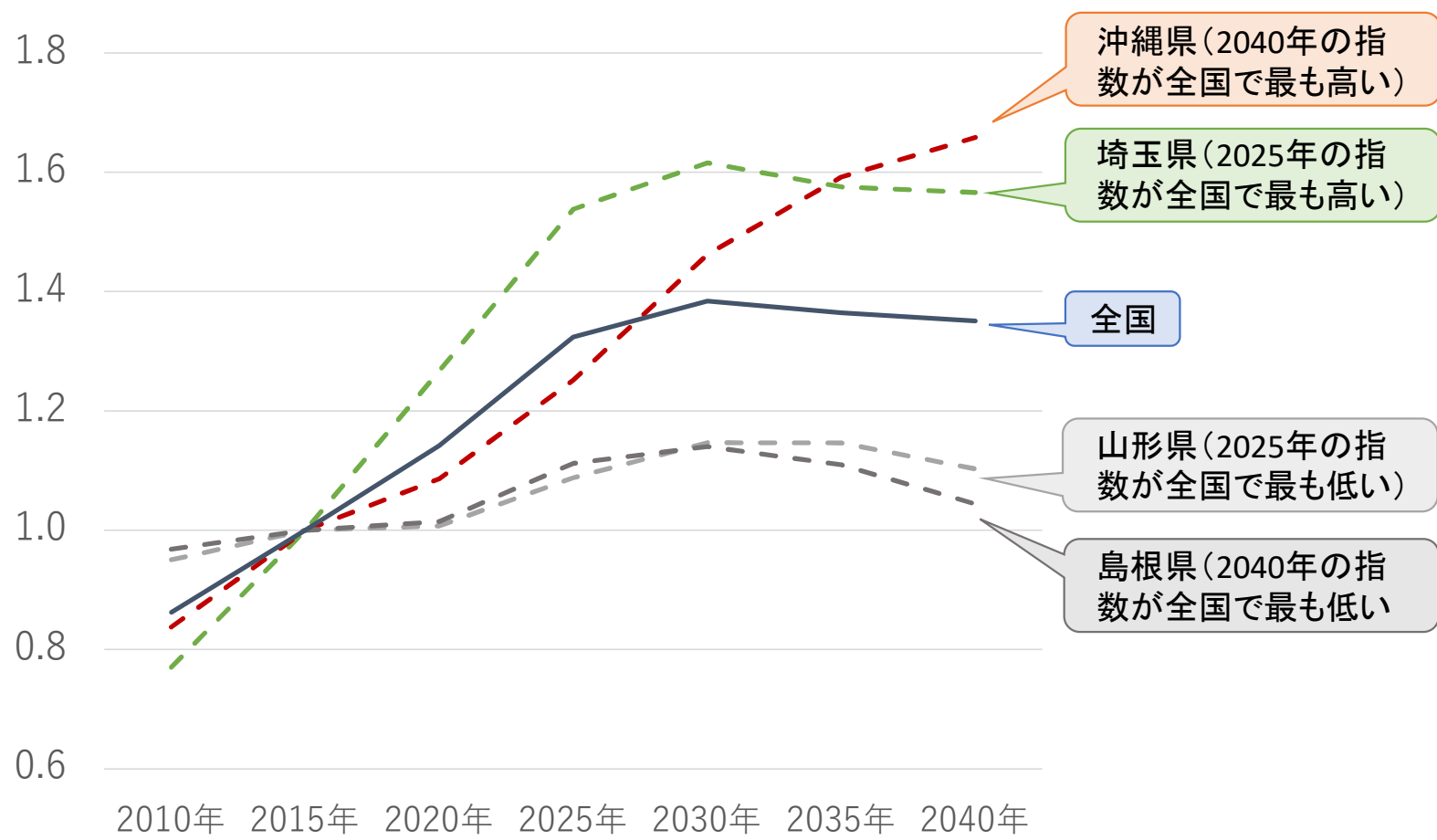
資料 令和2年国勢調査 人口等基本集計

沖縄県における年齢各歳別人口（2020年）



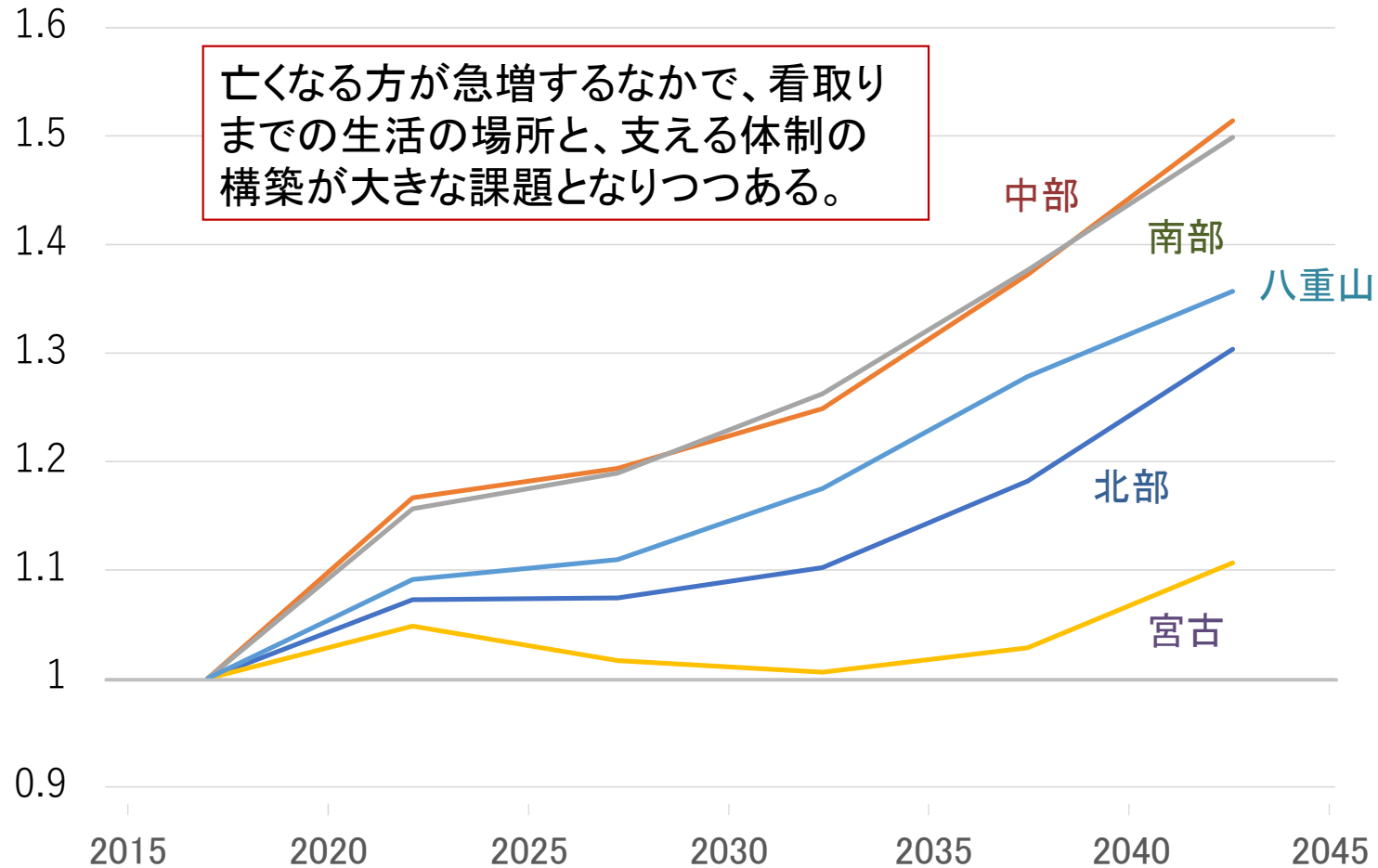
資料 令和2年国勢調査 人口等基本集計

75歳以上人口の将来推計 (2015年の人口を1.0としたときの指数)



資料: 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25(2013)年3月推計)」より作成

沖縄県における死亡数の将来推計（医療圏別・現在との比）



（出典）国立社会保障・人口問題研究所による「日本の地域別将来推計人口（平成30年3月推計）」のうち、封鎖人口を仮定した市町村別の推計結果をもとに筆者（新屋）算出。

訪問診療を受けた患者数（単位：件）

表7 訪問診療を受けた患者数

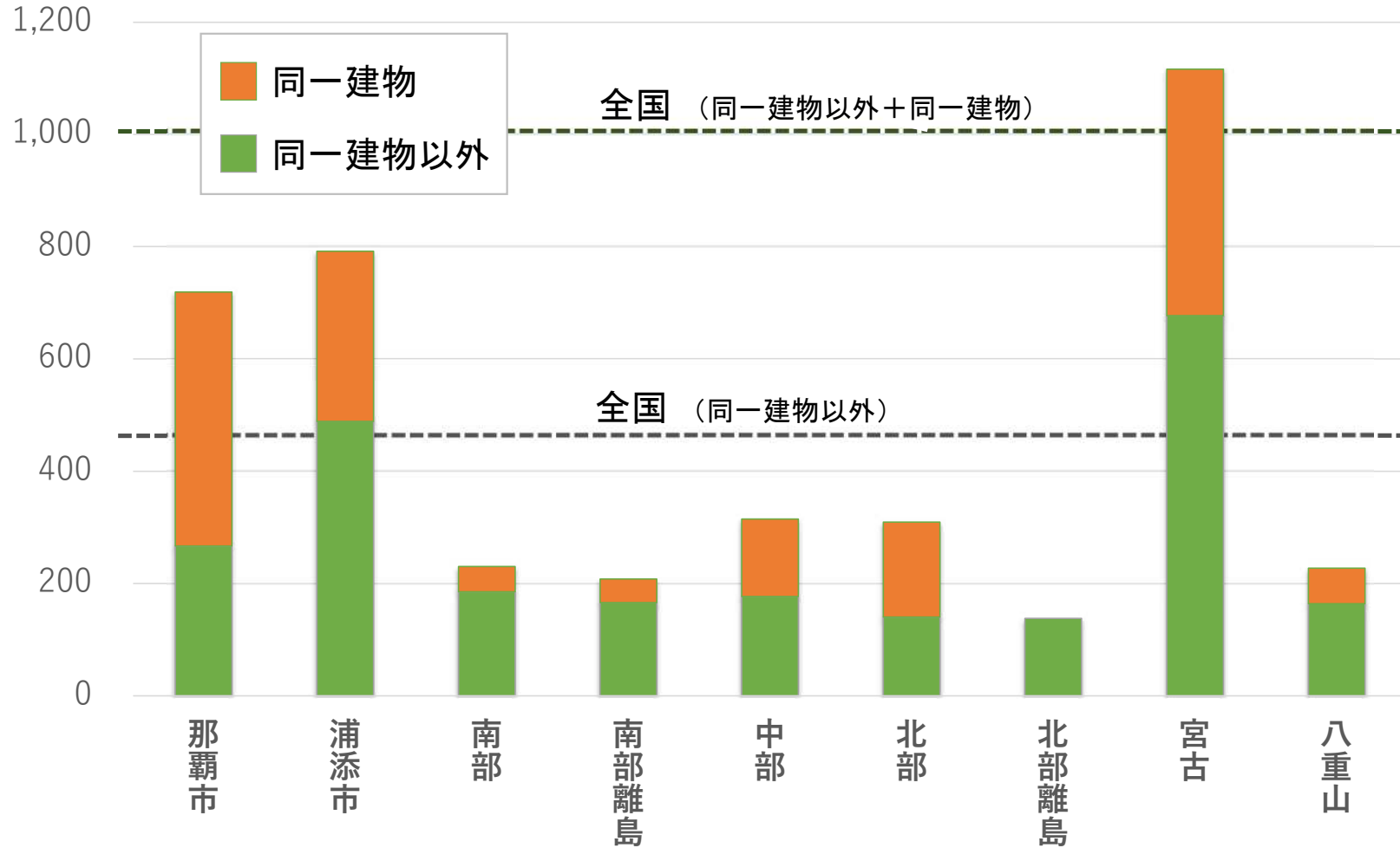
（単位：件）

	北部	中部	南部	宮古	八重山	県計	全国
レセプト件数	2,365	5,016	28,423	5,425	1,185	42,414	9,137,726
65歳以上 人口10万人 当たり	10,164	5,369	20,523	41,875	11,610	15,238	27,305

※令和元年在宅患者訪問診療料算定件数(厚生労働省医療計画データブック)

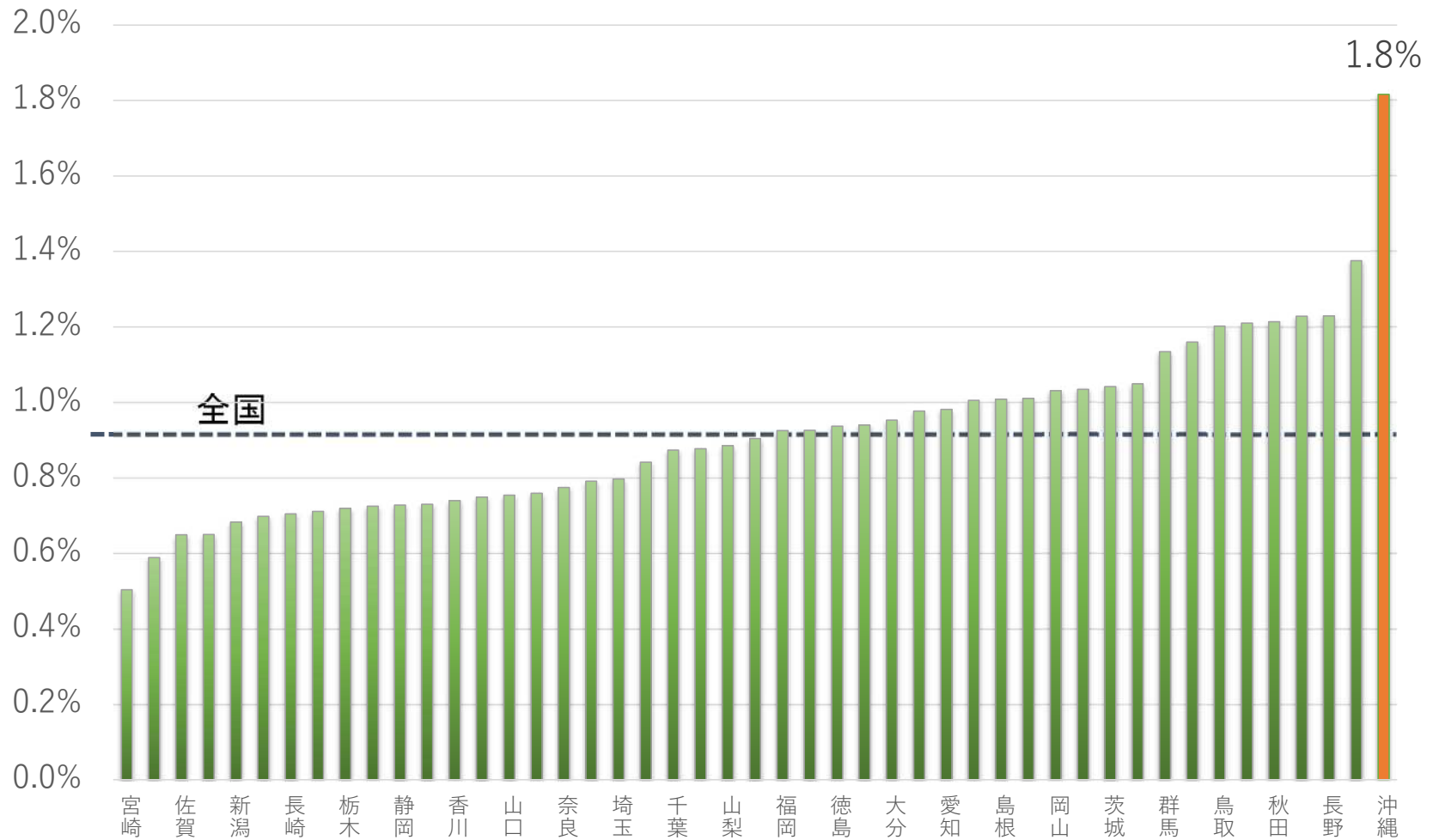
在宅患者訪問診療料の算定回数

(地域別／医療機関所在地／75歳以上人口千人対)



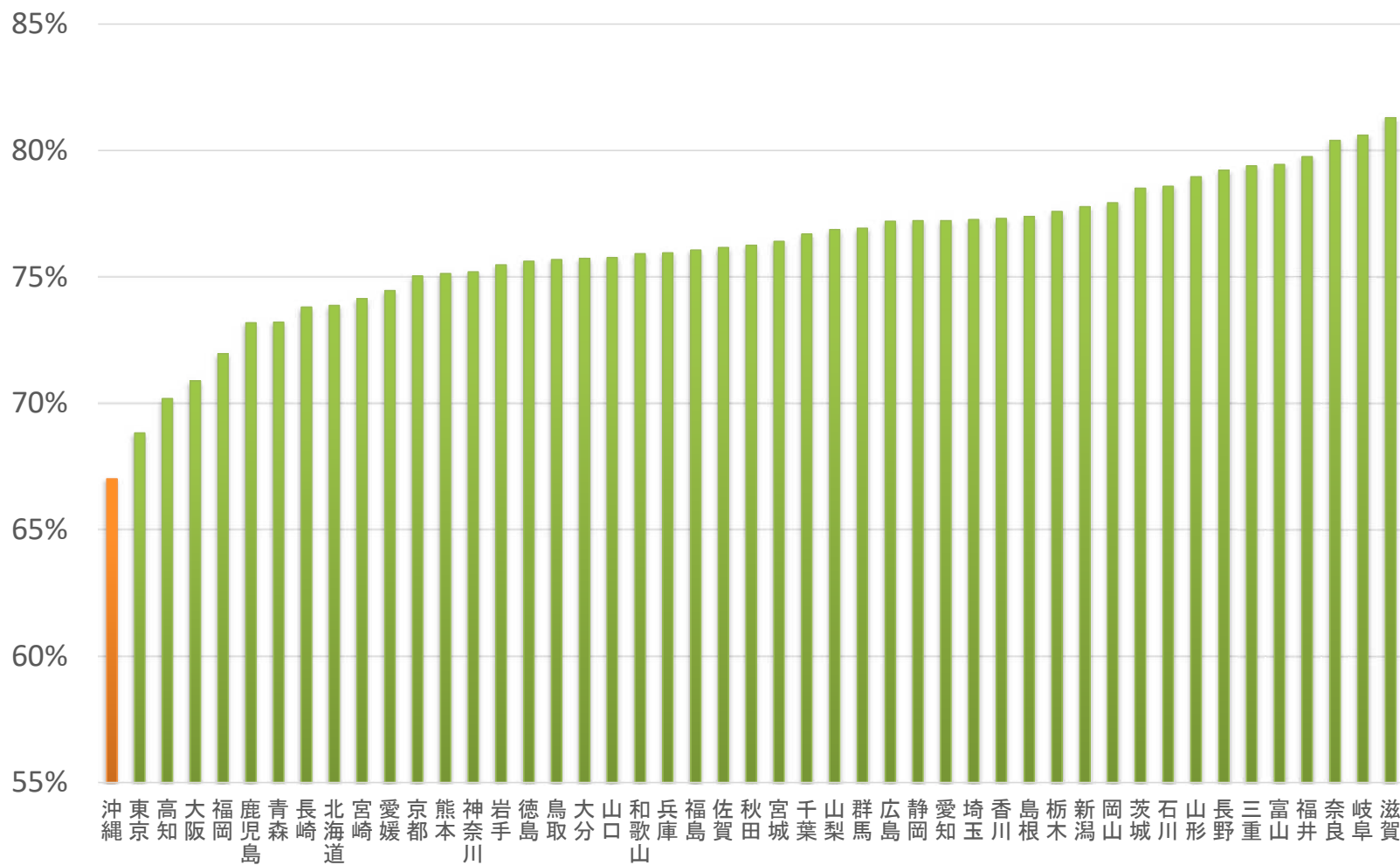
※ 沖縄県国保連合会によるレセプト集計（後期高齢者／平成29年度）をもとに筆者（高山）算出

総外来受診数のうち時間外受診数(病院)が占める率 (都道府県別)



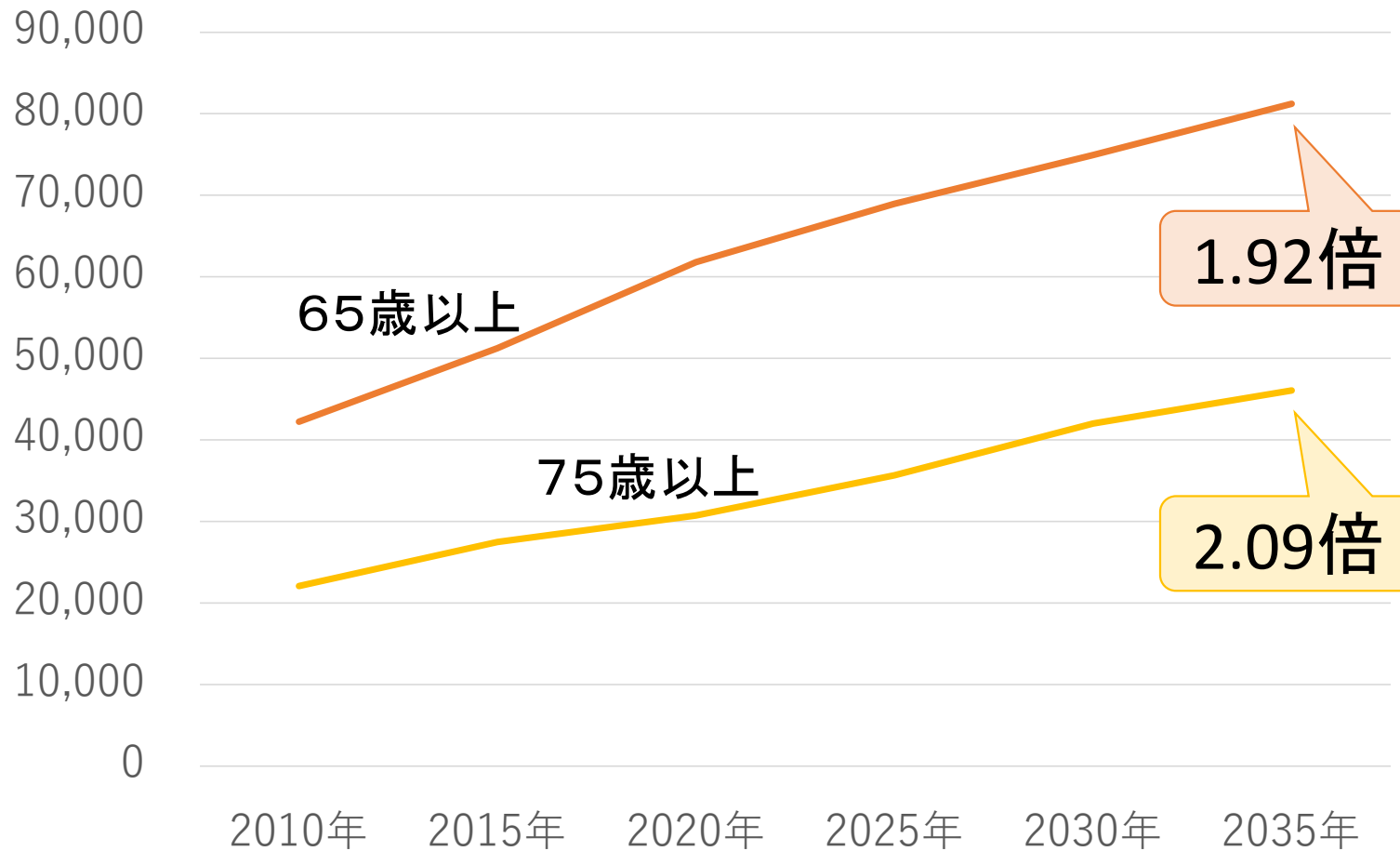
※ 平成26年医療施設(静態・動態)調査をもとに高山集計

都道府県別にみる65歳時の有配偶率(男女)



厚生労働省：平成27年国勢調査

沖縄県における高齢者単独世帯の将来推計



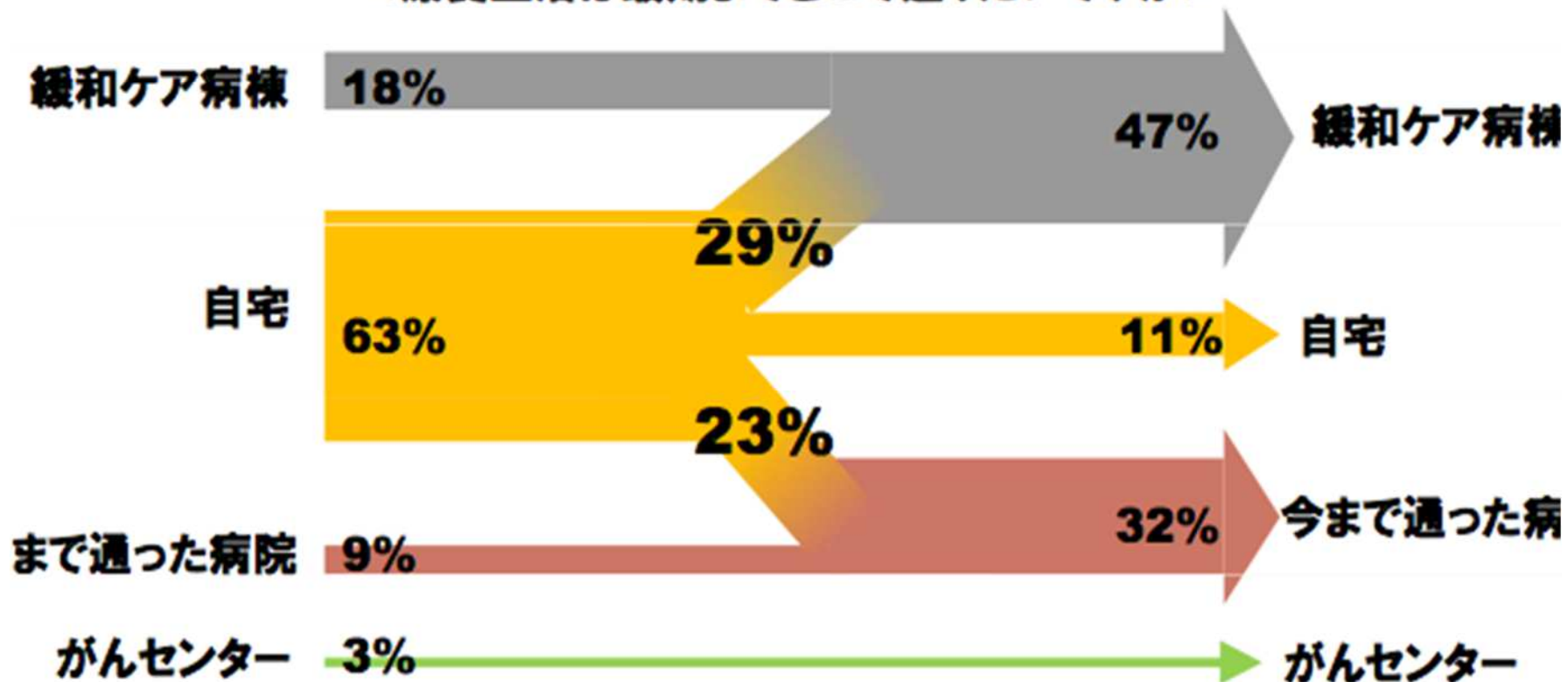
資料: 国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)』(2014年4月推計)より作成

どこで過ごしたいですか？

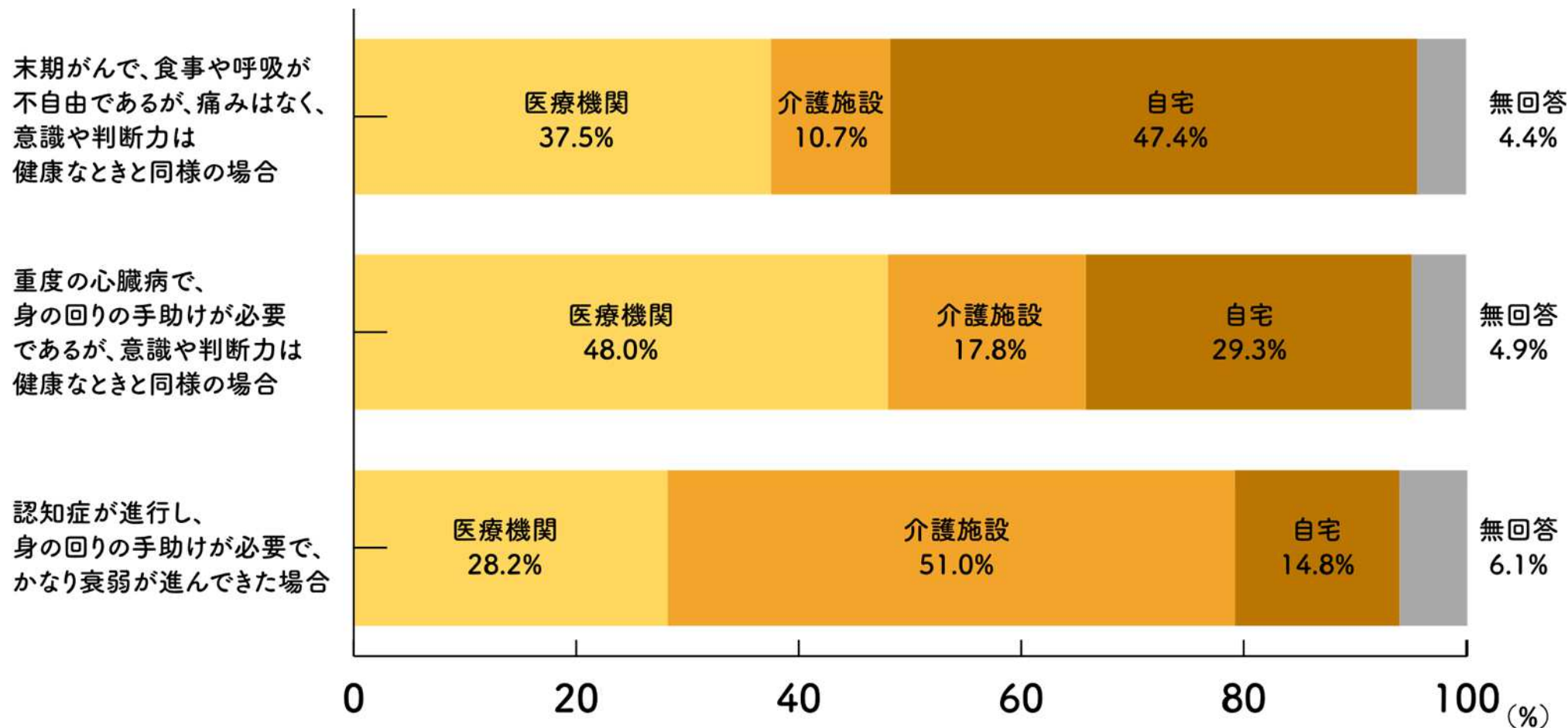
死期が迫っている(余命が半年以下)と告げられた場合一般集団2,527人(2008年)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>

＜療養生活は最期までどこで送りたいですか＞

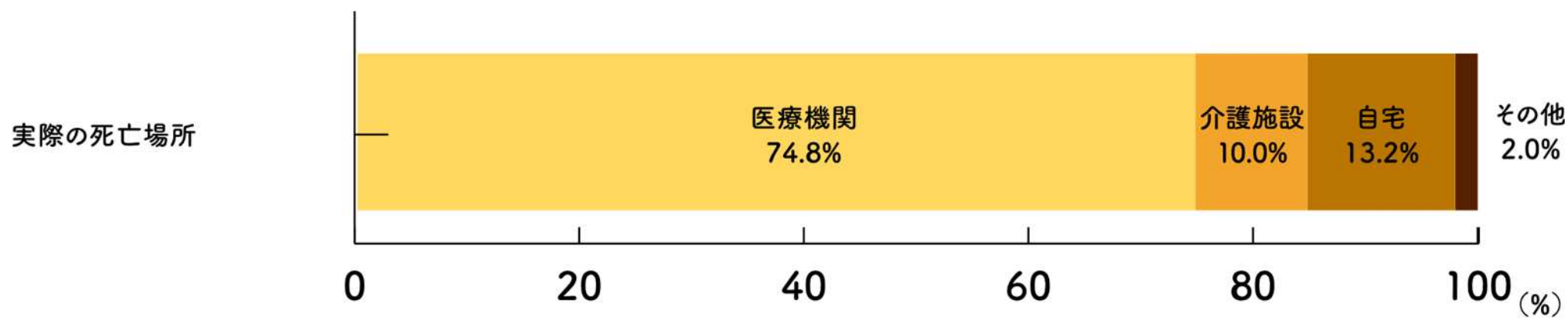


人生の最終段階において、医療・療養を受けたい場所



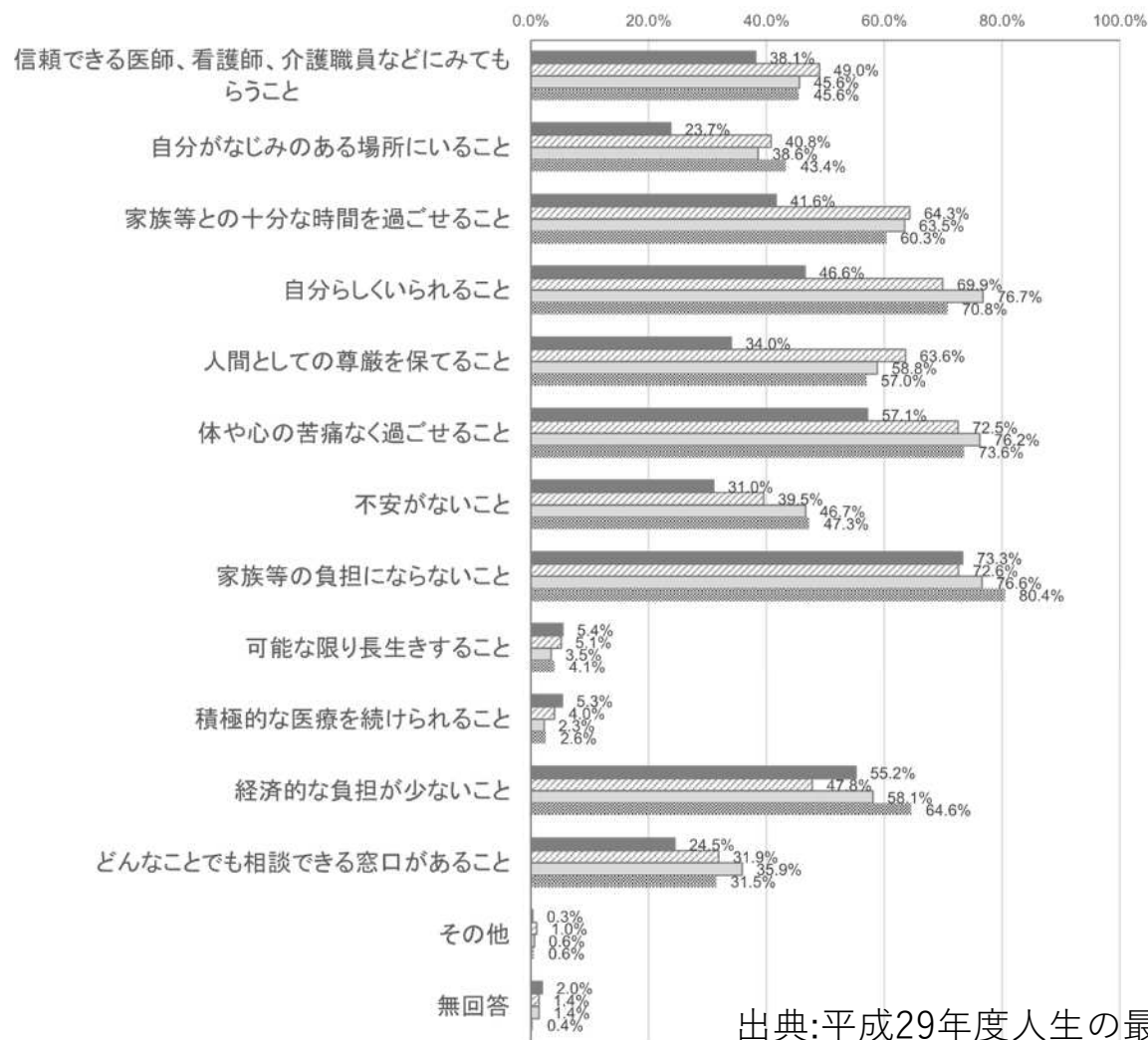
出典:平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査 (厚生労働省)

実際の死亡場所



出典:平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査 (厚生労働省)

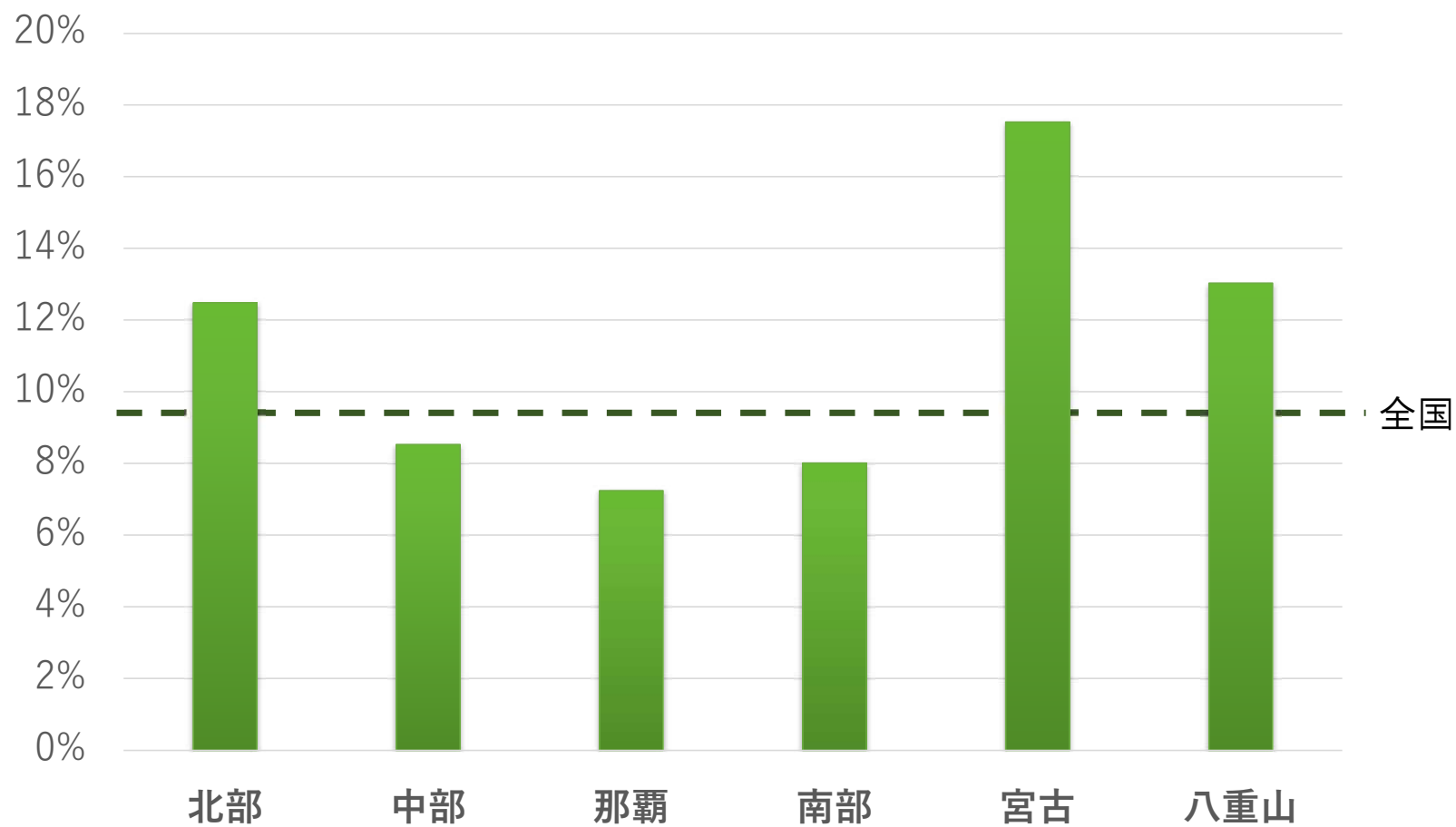
問12 どこで最期を迎えたいかを考える際に、重要だと思うことはなんですか。(複数回答可)



「家族等の負担にならないこと」
 「体や心の苦痛なく過ごせること」
 「自分らしくいられること」
 が多かった

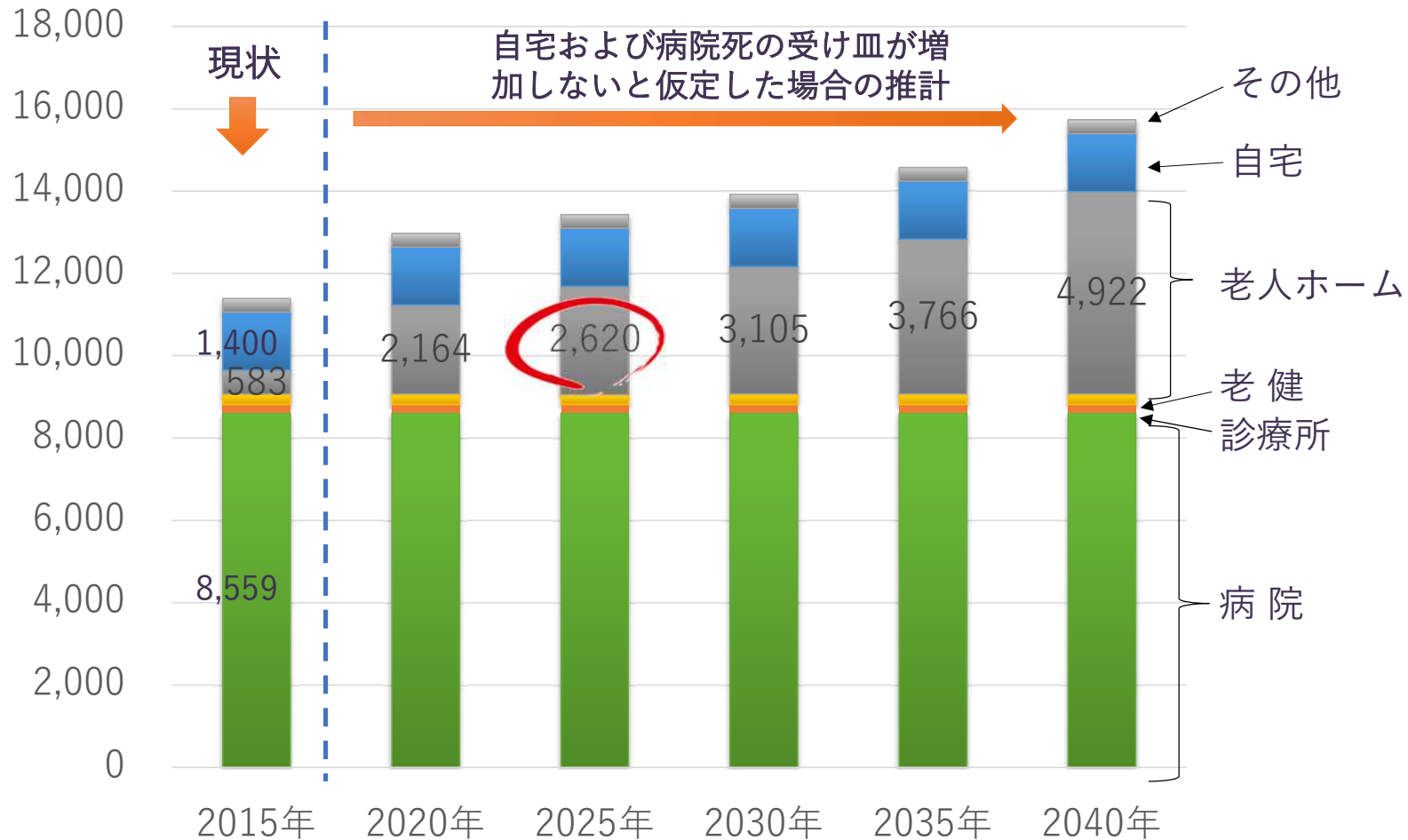
出典:平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査 (厚生労働省)

保健所別にみる75歳以上人口あたり老衰死率（沖縄県）



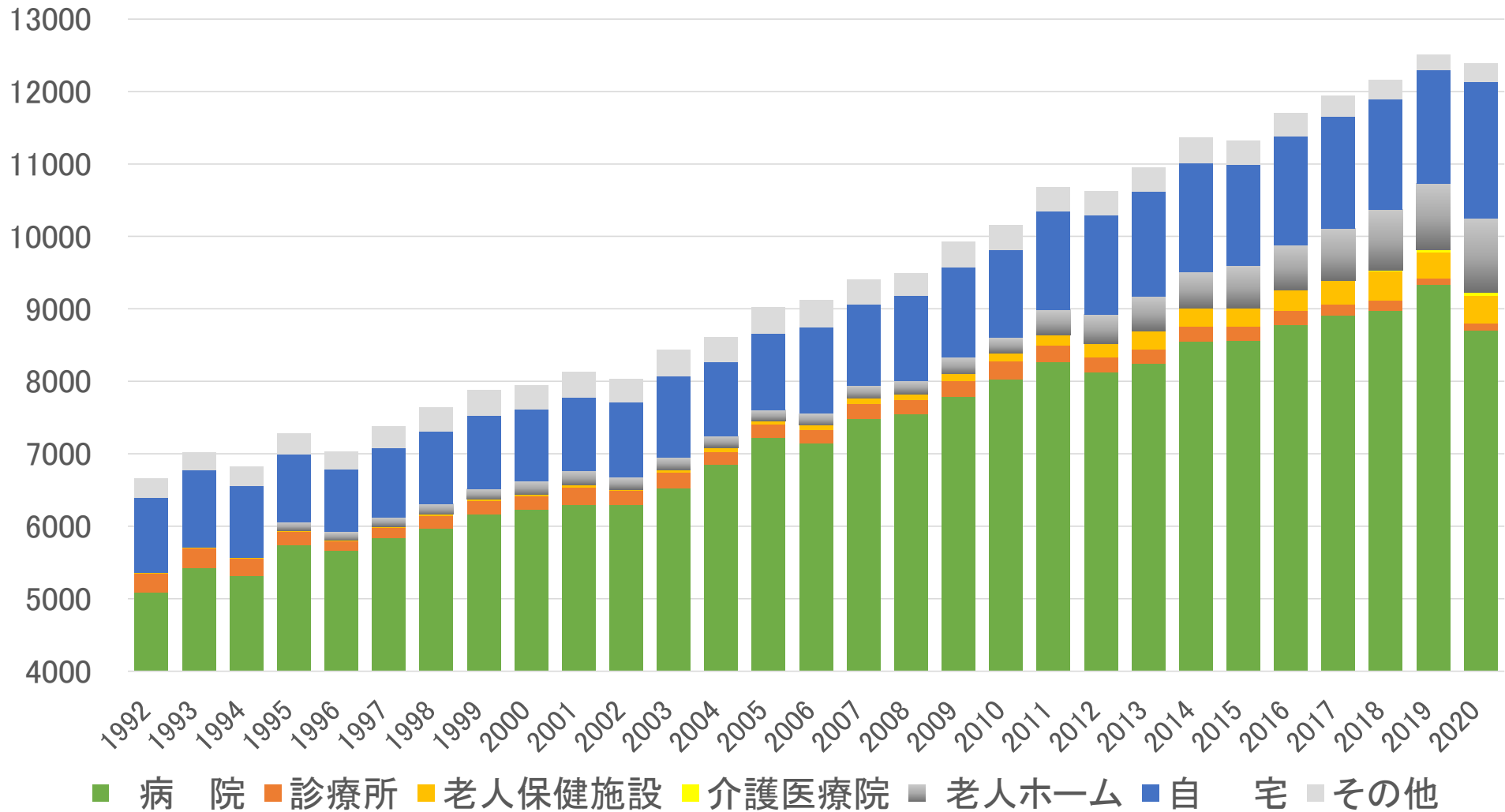
出典： 平成28年人口動態統計

沖縄県における死亡数と死亡場所の将来推計



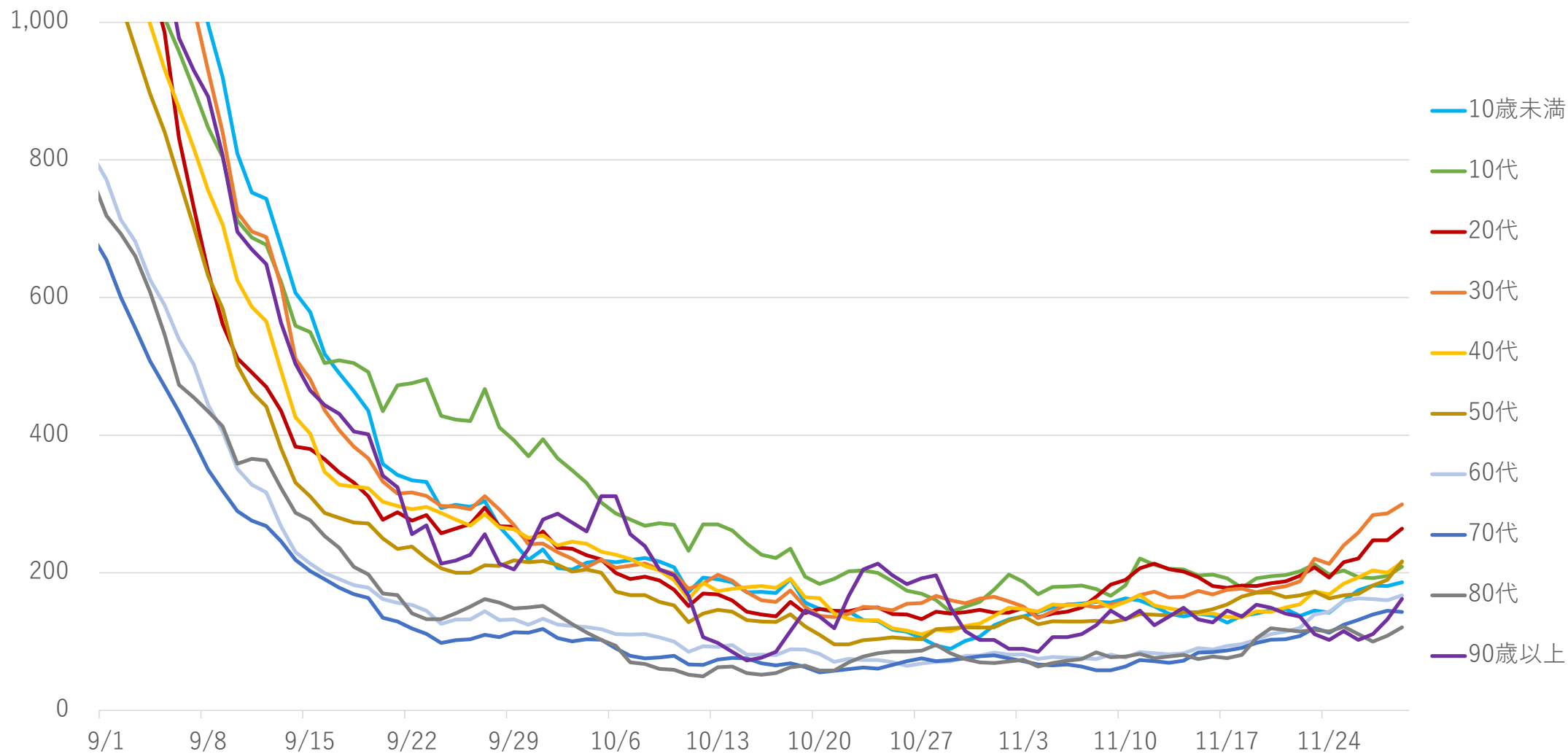
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」
 および 厚生労働省「平成28年(2016)人口動態統計」より高山作成

沖縄県における死亡数と死亡場所の推移



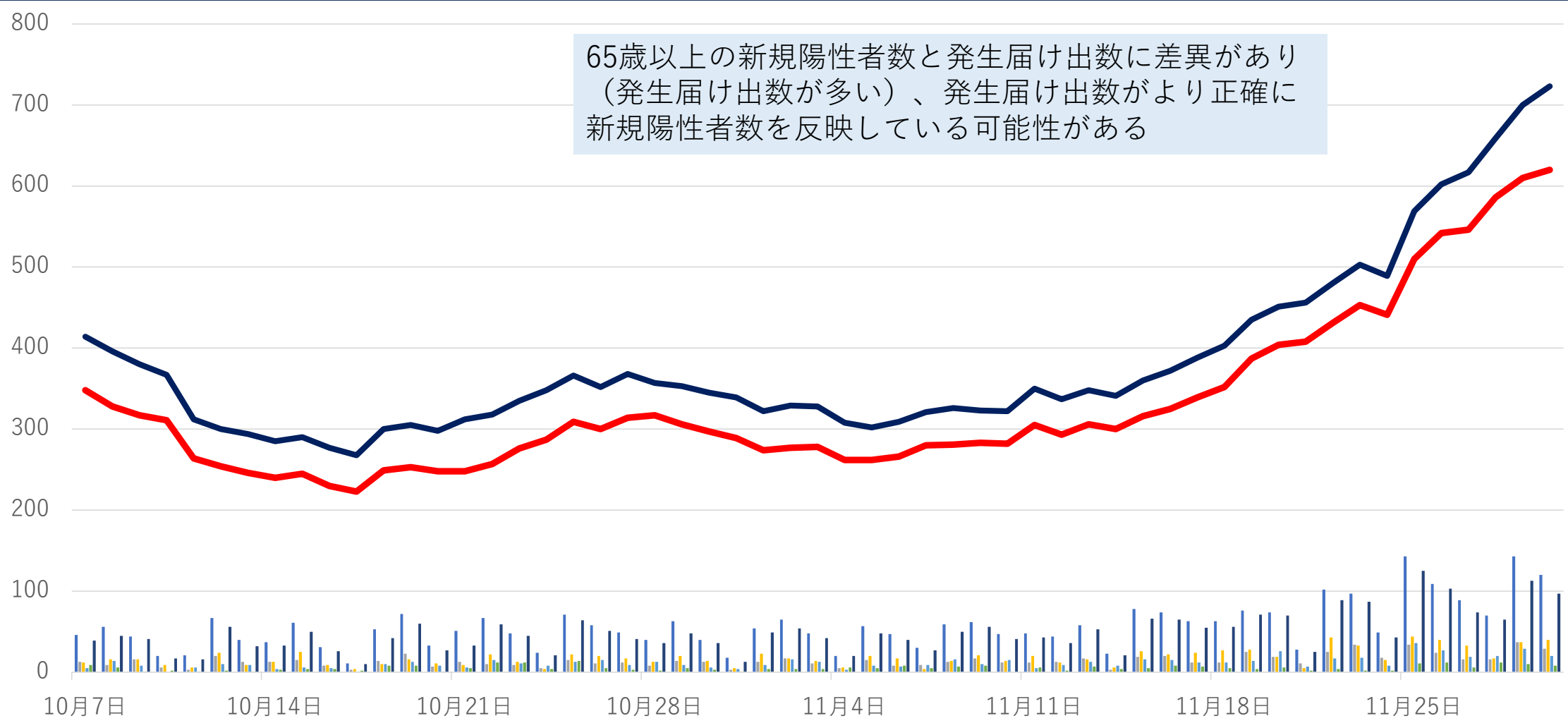
沖縄県衛生統計年報、人口動態統計の概況より新屋作成

年齢階級別にみる新規陽性者数の推移 (人口10万人あたり7日間合計)



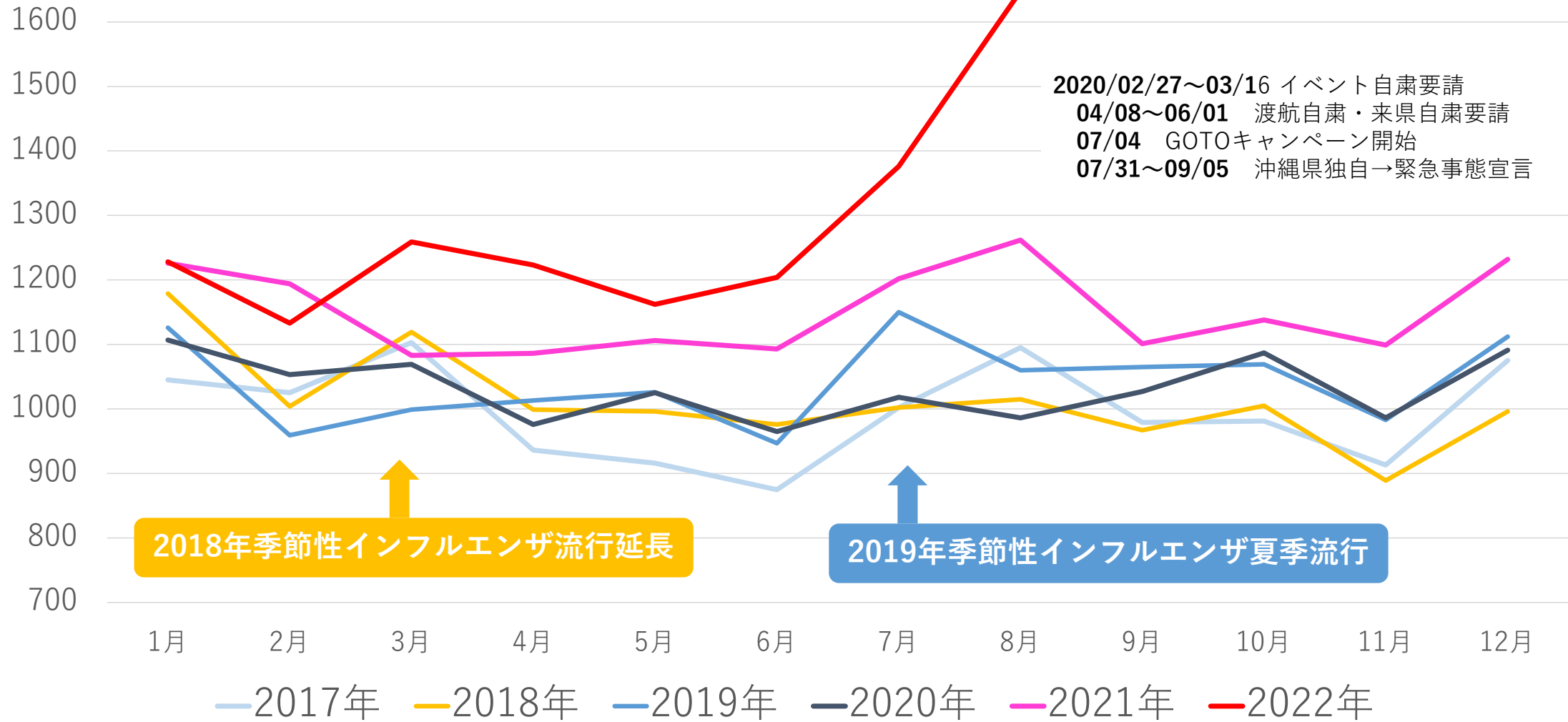
沖縄県の発生届け出数の推移 (日毎、および7日間合計)

65歳以上の新規陽性者数と発生届け出数に差異があり (発生届け出数が多い)、発生届け出数がより正確に新規陽性者数を反映している可能性がある



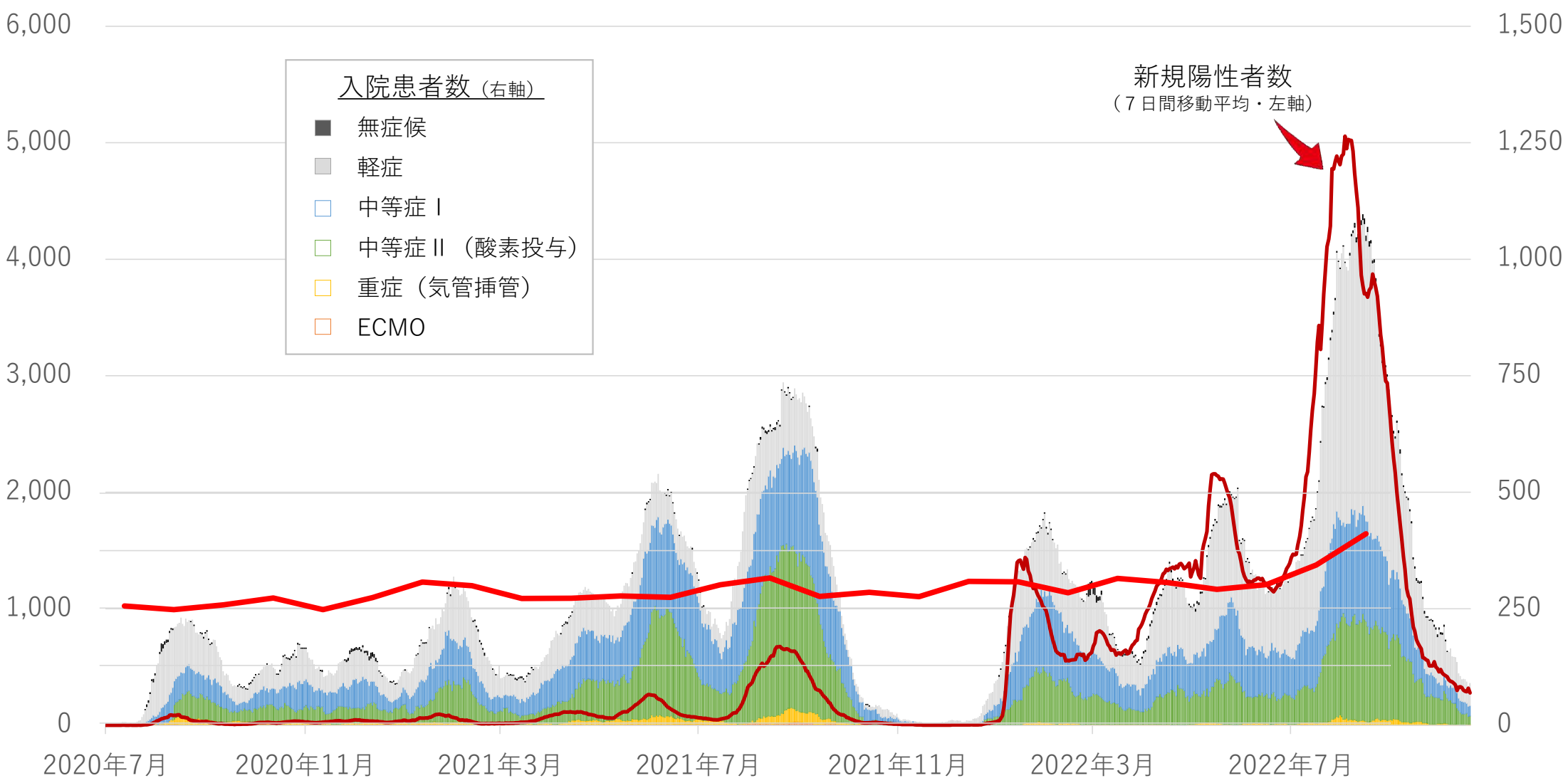
■ All ■ 65~69歳 ■ 70~79歳 ■ 80~89歳 ■ 90歳以上 ■ 65歳以上新規発生届け出数 ■ 7日間合計 ■ 65歳以上新規発生届け出数7日間合計

沖縄県における死亡数の推移：月別



沖縄県衛生統計年報、人口動態統計の概況（2021年、2022年は人口動態統計速報）より新屋作成

沖縄県における新型コロナウイルス感染症陽性者数・入院患者数・総死亡数(コロナ以外も含む)の推移



特別養護老人ホーム、 介護老人保健施設での 看取りについて

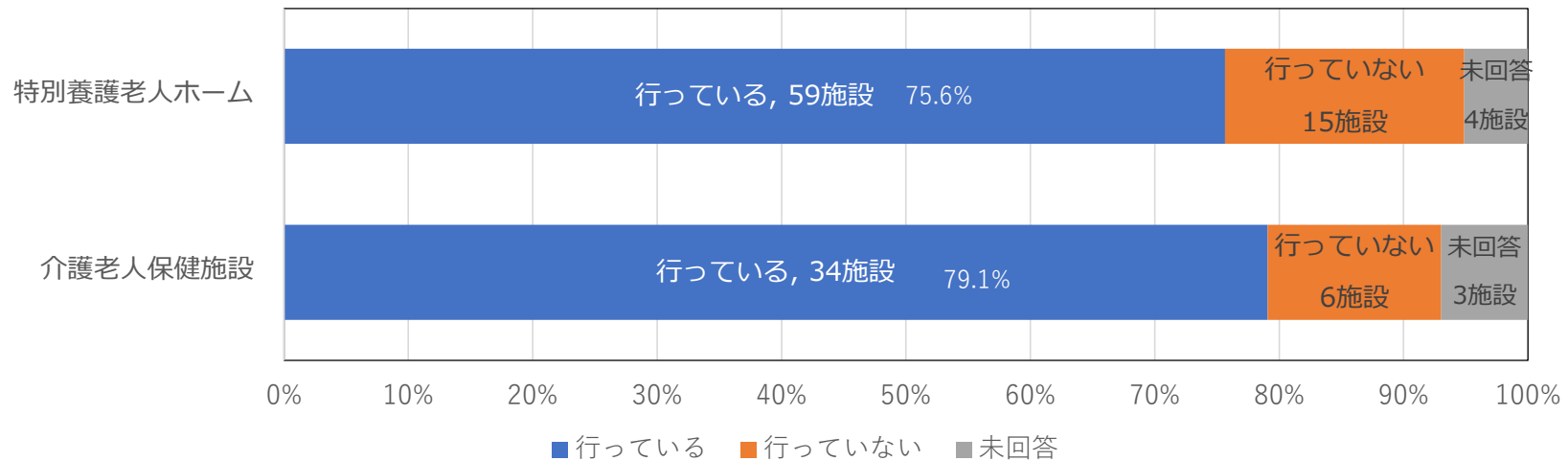
R4.9/26時点

看取りの実施状況

[調査回答率] 特別養護老人ホーム 74施設／78施設 94.9%
介護老人保健施設 40施設／43施設 93.0%

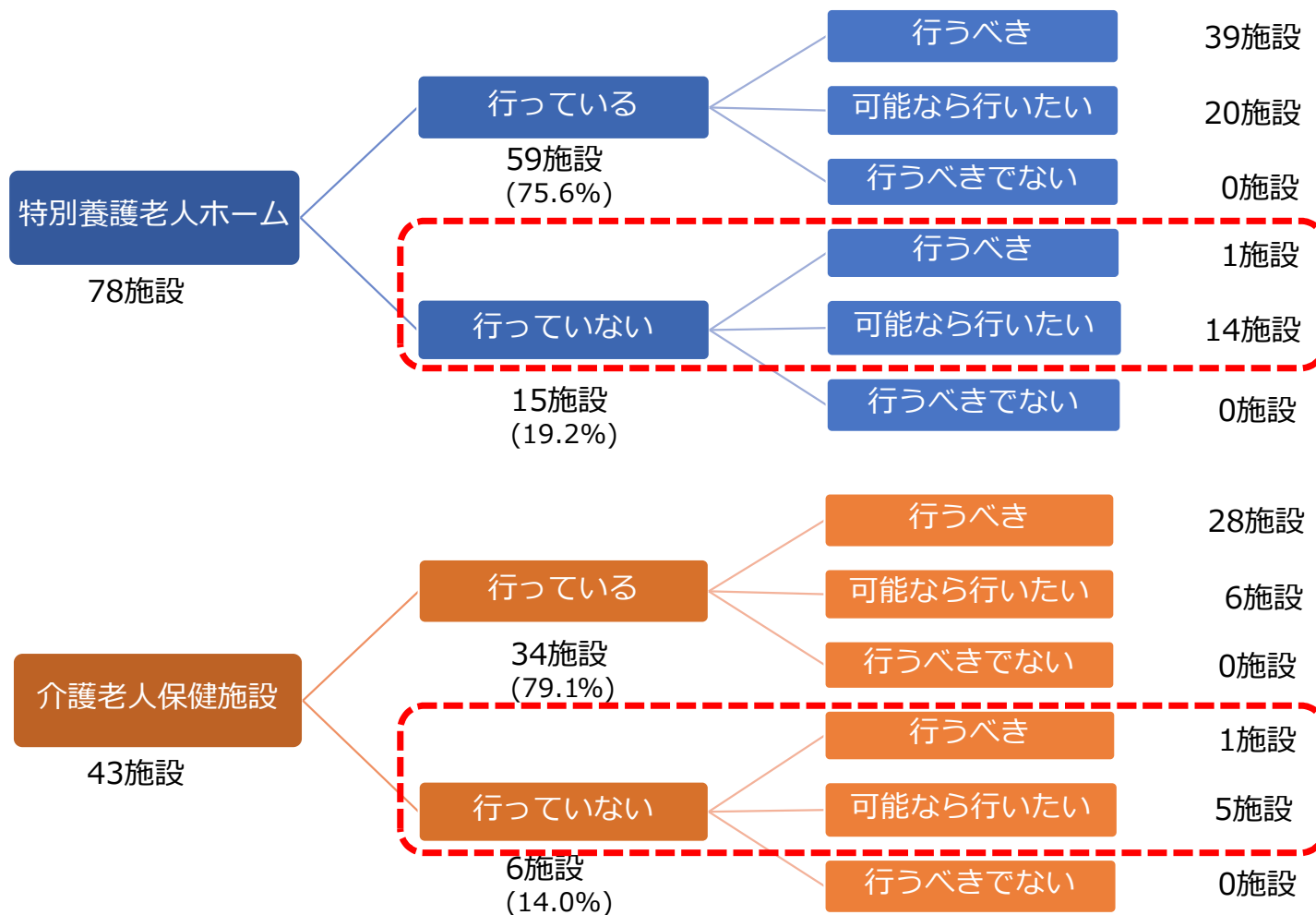
➤ 特別養護老人ホームの75.6%、介護老人保健施設の79.1%で看取りを実施

	施設数	総定員数	行っている	行っていない	未回答
特別養護老人ホーム	78施設	5,050名	59施設	15施設	4施設
介護老人保健施設	43施設	3,915名	34施設	6施設	3施設



看取りについての意向

- 看取りを「行うべきでない」と考える施設は無い
- 現状看取りを行っていない施設も看取りを「行うべき」、「可能なら行いたい」と考えている



看取りについての意向

- 現状看取りを行っていない施設が看取りを「行うべき」、「可能なら行いたい」と考える主な理由は「ご本人や家族の意向に寄り添いたい」
- 看取りにあたっての主な課題は「医師との連携」や「職員の体制を整える必要」など

[行うべき、行いたい理由]

- ご本人やご家族の意向に寄り添うことができるから
- 慣れ親しんだ環境で最期を迎える方がよいと思うから
- 家族関係は各々違うと思うが、一人で旅立つことなく家族でなくても職員でも寄り添ってもらえることで安らかに逝くことができると思う
- 第2の住家として、利用者、ご家族の意向により老健施設における看取りが必要であると考え
- ご利用者・ご家族の負担軽減のため
- ご家族からの要望があった場合
- 職員体制を整えて取り組み中
- 研修や喀痰吸引有資格者の増員など、夜間の体制を整え開始に向けて準備中。

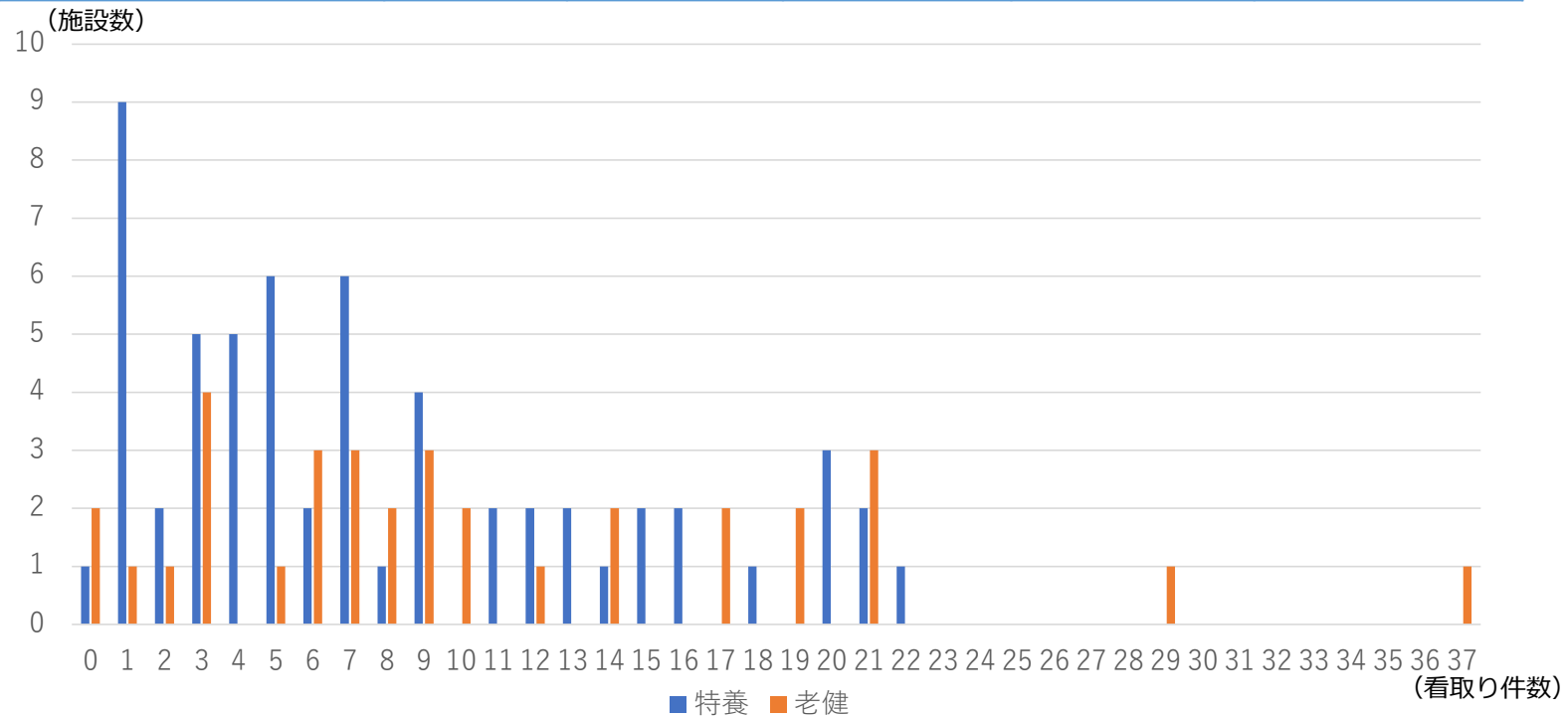
[課題]

- ✓ 医師の体制上にて行えていない
- ✓ 嘱託医や看護師、介護員等の体制を整えることができると思います
- ✓ 実績が無く、嘱託医師との連携や担当職員の研修等が必要になると考えている。
- ✓ 人材不足等もあり現状行えない。人員体制等が整い、現場状況が可能な状態になれば改めて検討したい
- ✓ 体制を整えば、住み慣れた環境での看取りを検討したい
- ✓ 嘱託医契約している医療機関では協力が不可
- ✓ 看取りの環境が整っていないため
- ✓ 入所者と職員比率から対応が厳しいため
- ✓ 本人・家族様に関わる職員への看取りケアに対する教育や夜間の看護師配置等の人員確保、主治医との連携に課題がある。また本人・家族様に対し施設の理念、看取りの方針、施設の医療提供体制、対応できる範囲、今後の経過の予測などの説明を行う必要があるが、本人・家族様の理解を得られるか不安である。

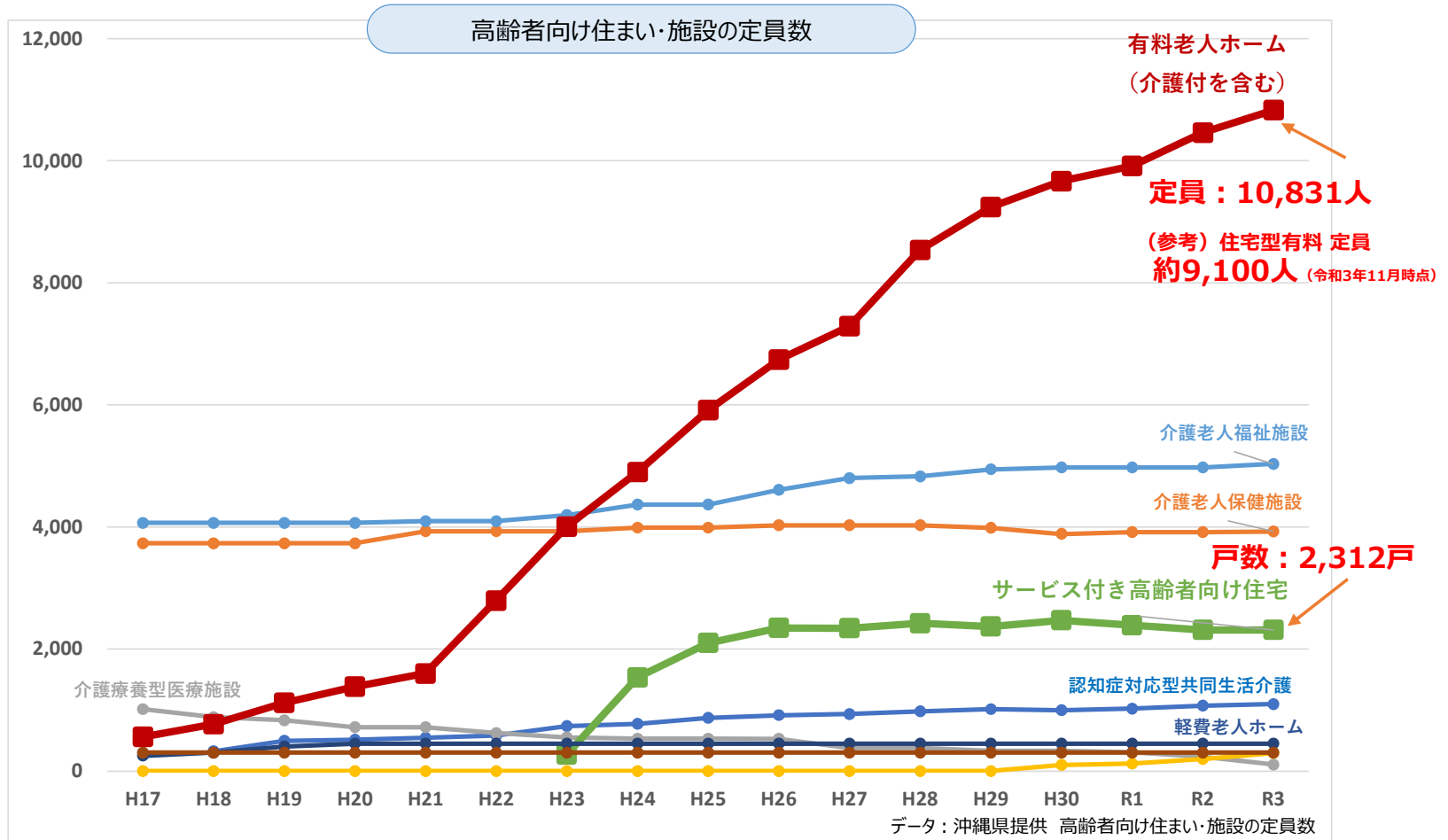
看取りの件数

- R3年度の施設における看取り件数は合計759件
- 看取りを行っている施設における看取り件数（R3年度）は0～37件と多様

	施設数	総定員数	行っている	看取り件数	1施設あたり
特別養護老人ホーム	78施設	5,050名	59施設	466件	7.9件
介護老人保健施設	43施設	3,915名	34施設	363件	10.7件



在宅には、「住宅型有料老人ホーム」「サービス付き高齢者住宅」が含まれている



※ 1：各年度末時点の数値。ただし認知症GHのH25は平成26年当初。
 ※ 2：介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)は、広域型と地域密着型を合算したものの。
 ※ 3：認知症高齢者グループホームは、平成17年以前は集計困難であり、平成18年度末以降をカウントしている。
 ※ 4：有料老人ホームは設置届出数。那覇市所在施設及び介護付き有料老人ホームを含む。

事務連絡
令和3年9月28日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その63）

問5 介護医療院若しくは介護老人保健施設（以下「介護医療院等」という。）又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設（以下「介護老人福祉施設」という。）に入所する新型コロナウイルス感染症患者であって、病床ひっ迫時に、やむを得ず当該施設内での入所を継続し療養を行う者に対して、介護医療院等の併設保険医療機関の医師又は介護老人福祉施設の配置医師が、当該患者又はその看護に当たっている者から新型コロナウイルス感染症に関連した訴えについて往診を緊急に求められ、速やかに往診しなければならないと判断し往診を実施した場合、あるいは、新型コロナウイルス感染症に関連した継続的な診療の必要性を認め診療を実施した場合において、問3及び問4と同様に、救急医療管理加算1の100分の300に相当する点数（2,850点）を算定できるか。

（答）当該点数については、上記の場合において、介護医療院等又は介護老人福祉施設に入所する新型コロナウイルス感染症患者に対して算定できる。また、当該点数については、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において、1日につき1回算定できる。なお、初診料、再診料、往診料及び訪問診療料の算定については、特に定めのない限り、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成20年厚生労働省告示第128号）等に基づく現行の取扱いと変わらないことに留意されたい。

なお、この取扱いは、本事務連絡の発出日以降適用される。

なお、初診料、再診料、往診料及び訪問診療料の算定については、特に定めのない限り、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成20年厚生労働省告示第128号）等に基づく現行の取扱いと変わらないことに留意されたい。

○診療報酬の算定方法 (平成二十年三月五日)(厚生労働省告示第五十九号)

- 健康保険法(大正十一年法律第七十号)第七十六条第二項(同法第一百四十九条において準用する場合を含む。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法を次のように定め、平成二十年四月一日から適用し、診療報酬の算定方法(平成十八年厚生労働省告示第九十二号)は、平成二十年三月三十一日限り廃止する。ただし、この告示の別表第一区分番号A100の注1ただし書、区分番号A102の注1ただし書及び区分番号A105の注1ただし書に係る規定は、平成二十年七月一日から適用し、同年三月三十一日において現にこの告示による廃止前の診療報酬の算定方法(平成十八年厚生労働省告示第九十二号)の別表第一区分番号A308に係る届出を行っている病棟であって、この告示の別表第一区分番号A308に係る届出を行っていないものにおける回復期リハビリテーション病棟入院料の算定については、同年九月三十日までの間は、なお従前の例による。
- 健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関に係る療養(高齢者の医療の確保に関する法律(以下「高齢者医療確保法」という。)の規定による療養を含む。以下同じ。)に要する費用の額は、歯科診療以外の診療にあつては別表第一医科診療報酬点数表により、歯科診療にあつては別表第二歯科診療報酬点数表により算定するものとする。ただし、別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養(健康保険法第六十三条第一項第五号に掲げる療養(同条第二項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養及び選定療養を除く。))及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者医療確保法第六十四条第一項第五号に掲げる療養(同条第二項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養及び選定療養を除く。))及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養に限る。)に要する費用の額は、当該療養を提供する病院の病棟ごとに別に厚生労働大臣が定めるところにより算定するものとする。
 - 保険医療機関に係る療養に要する費用の額は、一点の単価を十円とし、別表第一又は別表第二に定める点数を乗じて算定するものとする。
 - 健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険薬局に係る療養に要する費用の額は、別表第三調剤報酬点数表により、一点の単価を十円とし、同表に定める点数を乗じて算定するものとする。
 - 前三号の規定により保険医療機関又は保険薬局が毎月分につき保険者(高齢者医療確保法第七条第二項に規定する保険者をいう。)又は後期高齢者医療広域連合(同法第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。)ごとに請求すべき療養に要する費用の額を算定した場合において、その額に一円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。
 - 特別の事由がある場合において、都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養に要する費用の額は、前各号により算定した額に当該療養担当手当の額を加算して算定するものとする。
 - 前各号の規定により保険医療機関又は保険薬局において算定する療養に要する費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)第六十二条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。

介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）

施行日： 令和四年六月十七日
（令和四年法律第六十八号による改正）

未施行あり

目次 沿革 詳細

全選択 全解除

- 目次
- 本則へ
 - 第一章 総則へ
 - 第一条（目的）
 - 第二条（介護保険）
 - 第三条（保険者）
 - 第四条（国民の努力及び義務）
 - 第五条（国及び地方公共団体の責務）
 - 第五条の二（認知症に関する施策の総合的な推進等）
 - 第六条（医療保険者の協力）
 - 第七条（定義）
 - 第八条

平成九年法律第二百二十三号
介護保険法

目次

- [第一章 総則（第一条—第八条の二）](#)
- [第二章 被保険者（第九条—第十三条）](#)
- [第三章 介護認定審査会（第十四条—第十七条）](#)
- [第四章 保険給付](#)
 - [第一節 通則（第十八条—第二十六条）](#)
 - [第二節 認定（第二十七条—第三十九条）](#)
 - [第三節 介護給付（第四十条—第五十一条の四）](#)
 - [第四節 予防給付（第五十二条—第六十一条の四）](#)
 - [第五節 市町村特別給付（第六十二条）](#)
 - [第六節 保険給付の制限等（第六十三条—第六十九条）](#)
- [第五章 介護支援専門員並びに事業者及び施設](#)
 - [第一節 介護支援専門員](#)
 - [第一款 登録等（第六十九条の二—第六十九条の十）](#)
 - [第二款 登録試験問題作成機関の登録、指定試験実施機関及び指定研修実施機関の指定等（第六十九条の十一—第六十九条の三十三）](#)
 - [第三款 義務等（第六十九条の三十四—第六十九条の三十九）](#)
 - [第二節 指定居宅サービス事業者（第七十条—第七十八条）](#)
 - [第三節 指定地域密着型サービス事業者（第七十八条の二—第七十八条の十七）](#)
 - [第四節 指定居宅介護支援事業者（第七十九条—第八十五条）](#)
 - [第五節 介護保険施設](#)
 - [第一款 指定介護老人福祉施設（第八十六条—第九十三条）](#)
 - [第二款 介護老人保健施設（第九十四条—第一百六条）](#)



第五節 市町村特別給付

第六十二条 市町村は、要介護被保険者又は居宅要支援被保険者（以下「要介護被保険者等」という。）に対し、前二節の保険給付のほか、条例で定めるところにより、市町村特別給付を行うことができる。

「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成 20 年厚生労働省告示第 128 号）

- ・ 診療報酬の算定方法第六号に規定する厚生労働大臣が定める場合は、別表第一の上欄各号に掲げる患者の区分に従い、同表の下欄に掲げる診療報酬の算定方法に掲げる療養を行った場合とする。ただし、別表第二の上欄各号に掲げる診療報酬の算定方法に掲げる療養に要する費用を算定する場合にあっては、同表の下欄に規定する算定方法による。

(令四厚劳告八八・全改)

患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
<p>一 入院中の患者以外の患者であつて、次のいずれにも該当しないもの(以下「入院中の患者以外の患者」という。)</p> <p>イ 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者</p> <p>ロ 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院に入所している患者</p>	<p>次に掲げる点数が算定されるべき療養</p> <p>一 別表第一第1章第1部に規定する点数</p> <p>二 別表第一第2章第1部に規定する点数</p> <p>三 別表第一第2章第2部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>イ 区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>ロ 区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料</p> <p>ハ 区分番号C010に掲げる在宅患者連携指導料</p> <p>四 別表第一第2章第3部から第13部までに規定する点数</p> <p>五 別表第二に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>イ 区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料</p> <p>ロ 区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>ハ 区分番号C007に掲げる在宅患者連携指導料</p> <p>六 別表第三に規定する点数(区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を除く。)</p>

「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成 20 年厚生労働省告示第 128 号）

別表第一

<p>七 次に掲げる患者(以下「介護老人福祉施設入所者」という。)</p> <p>イ 地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所している患者</p> <p>ロ 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者</p>	<p>次に掲げる点数が算定されるべき療養</p> <p>一 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るものを除く。)</p> <p>二 別表第二に規定する点数</p> <p>三 別表第三に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>イ 区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料の注14に規定する点数</p> <p>ロ 区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料</p> <p>ハ 区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料</p>
---	---

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=84aa9797&dataType=0&pageNo=1

まとめ

- 診療報酬の算定方法：要介護被保険者等については、算定しないものとする
- 介護保険法第六十二条：保険給付、市町村特別給付を受けている要介護被保険者等
- 要介護被保険者等～場合：当該患者が入所する施設における医師（発表者注：配置医師）によりおこなわれる医学的管理に相当する療養に係るものを除く

「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」

- 平成18年3月31日保医発第0331002号)
- 一部改正について 令和2年3月27日保医発0327第4号

1 保険医が、次の(1)から(6)までのいずれかに該当する医師(以下「配置医師」という。)である場合は、それぞれの配置されている施設に入所している患者に対して行った診療(特別の必要があって行う診療を除く。)については、介護報酬、自立支援給付、措置費等の他給付(以下「他給付」という。)において評価されているため、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)区分番号A000の初診料、医科点数表区分番号A001の再診料、医科点数表区分番号A002の外来診療料、医科点数表区分番号A003のオンライン診療料、医科点数表区分番号B001—2の小児科外来診療料及び医科点数表区分番号C000の往診料を算定できない。

「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」一部改正について 令和2年3月27日保医発0327第4号

2 保険医が次の表の左欄に掲げる医師に該当する場合は、それぞれ当該保険医(併設医療機関の医師を含む。)の配置されている施設に入所している患者に対する一部の診療については他給付で評価されていることから、同表の右欄に掲げる診療報酬を算定できない。(略)

3 配置医師以外の保険医が、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設(生活介護を行う施設に限る。)、療養介護事業所、救護施設、乳児院又は児童心理治療施設(以下「特別養護老人ホーム等」という。)に入所している患者を診療する場合については、次の(1)又は(2)の取扱いとすること。

- ① 患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合に限り、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を算定できる。
- ② ①にかかわらず、入所者又はその家族等の求めや入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めが明らかではない場合であっても、緊急の場合であって、特別養護老人ホーム等の管理者の求めに応じて行った診療については、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を同様に算定できる。

2.(2)② 特別養護老人ホームにおける看取りへの対応の充実

概要	【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】
<p>○ 特別養護老人ホーム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、看取り介護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】。</p> <p>○ 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】</p>	

単位数	
<p><現行></p> <p>看取り介護加算(Ⅰ)</p> <p>死亡日30日前～4日前 144単位/日</p> <p>死亡日前々日、前日 680単位/日</p> <p>死亡日 1,280単位/日</p> <p>看取り介護加算(Ⅱ)</p> <p>死亡日30日前～4日前 144単位/日</p> <p>死亡日前々日、前日 780単位/日</p> <p>死亡日 1,580単位/日</p>	<p><改定後></p> <p>看取り介護加算(Ⅰ)</p> <p>⇒ 死亡日45日前～31日前 72単位/日 (新設)</p> <p>変更なし</p> <p>変更なし</p> <p>変更なし</p> <p>看取り介護加算(Ⅱ)</p> <p>⇒ 死亡日45日前～31日前 72単位/日 (新設)</p> <p>変更なし</p> <p>変更なし</p> <p>変更なし</p> <p style="text-align: right;"><看取り介護加算(Ⅰ)></p>

算定要件等	
<p>○ 看取り介護加算の要件として、以下の内容等を規定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「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の場の参加者として、生活相談員を明記する。(告示) <p>○ 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	

制度についてのまとめ

特別養護老人ホームの入所者に対する医療提供

- 配置医師による医療提供は、診療報酬による算定の制限あり
『特別の必要があって行う診療』について、看取り往診は含まれる地域がある
- 配置医師以外の医師による外来診療は、ほぼ制限なし
- 配置医師以外の医師による施設におもむく診療は、往診含め状況により算定できるものがある

特別養護老人ホーム入所者に対する介護報酬

- 看取り介護加算

看取りを含めた病状の変化の対応について

制度から言えること(私見)

看取りを含めた病状の変化の対応について

- 配置医師は、基本的に往診料等の臨時の対応について診療報酬は算定できない
- 配置医師の先生との契約に、看取り等の病状変化時の対応を含めることは可能
- 配置医師の対応については、直接診療のほか、電話やオンラインによる診療も可能

課題：配置医師の負担軽減にはどのような方法があるか？

意思決定支援（入所時等の状態安定時、病状悪化時）、病状悪化の覚知、家族との情報共有

配置医師による対応が困難な場合

- 配置医師以外の医師による施設におもむく診療は、往診料含め状況により算定できるものがある
- 配置医師による対応が困難な場合について地域の別医療機関からの往診等を受けることは可能

課題：配置以外の医師と、事前に何らかの調整を行う必要がある

在宅医療の体制と病診連携について

療養支援

患者や家族の生活を支える観点からの多職種協働による医療の提供

退院支援

病気や障害をもって退院する患者が自らの人生をどのように歩むかを選択し、適切な医療やケアを受けながら生活するための支援

看取り

住み慣れた自宅や介護施設など、患者と家族が望む環境での人生の最終段階における医療の提供

急変時対応

患者の病状が急変したときの緊急往診体制及び入院病床の確保

入院

地域包括ケアと在宅医療の連携について

在宅医療を提供する医療機関



クリニック



在宅療養支援病院



総合病院

【必要な在宅医療提供体制】
入退院の連携

高頻度かつ短期間の訪問診療
必要時の臨時・緊急往診

療養生活の支援

定期的な看護支援、医師の診療

急変時の対応、看取りの支援

臨時・緊急往診が行える体制



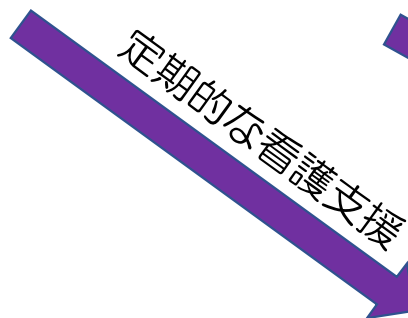
臨時・緊急往診



看取りの支援



急変時の対応



定期的な看護支援



療養生活の支援



高頻度・短期間の訪問診療



入退院の連携

日本で実際に行われているのはどれでしょうか？

- ① 進行している乳がんがある40歳代の女性が『自分の癌は進んでいない』と言い、手術や抗癌剤の仕様に同意しないので、肺転移による呼吸困難感で入院後は緩和ケアのみで看取りとなった
- ② なんとか杖歩行できている老人ホーム入所中の高齢女性が、ある日半身麻痺と意識障害がおきた。本人が病院に行かないと言っていたので、そのまま施設で経過観察しお看取りとなった
- ③ 脳梗塞後に胃瘻造設されたが経口摂取までできるほど回復した高齢者。施設入所中にしだいに食事をとらなくなったが、胃瘻は嫌がったので胃瘻を抜去した

日本で実際に行われているのはどれでしょうか？

- ④ 誤嚥性肺炎を繰り返している多発脳梗塞後の高齢者に対し、本人と家族と話し合い、次の肺炎のときは抗生剤を使用しないこととなった。自宅で発熱したが、主治医が往診し以前の方針を確認しお看取りとなった
- ⑤ 身寄りのない独居の高齢男性が脳腫瘍を発症し、入院となった。失語はあるもののある程度の意思の疎通はとれ、本人の希望を確認し、自宅に退院後は再入院せず看取りとなった
- ⑥ 身寄りのない老人ホーム入所中の高齢女性が衰弱し、経口摂取できなくなった。本人は話せず、関係者で話し合い延命治療は行わないこととした。発熱がみられたが輸液や抗生剤も使用せず看取りとなった

人生の最終段階における意思決定支援 事例集

本人が望む最期の過ごし方が実現されるよう、人生の最終段階を迎えられた療養者本人やその家族等が意思決定をしていく過程で、医療・ケアチームがどのように支援したのかを事例集としてまとめたもの。



<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000623552.pdf>

事例1 独居、非がん

本人が意思表示できなくなったとき、
遠居の子どもとともに本人の最善を考え、意思の推定を支援
【妻と同じように自宅で最期を迎えたいとの思いをチームで支える】

居住地域/性/享年	東北/男性/90歳
主な疾患	慢性呼吸不全、喘息性閉塞、肝細胞癌手術
死因	慢性呼吸不全の悪化
家族構成	独居(息子2人が遠居)
在宅療養期間	約6か月
主なチームメンバー	在宅医、在宅クリニック看護師、訪問看護師、MSW、ケアマネジャー、ヘルパー、福祉用具、訪問薬剤師

本人の意向

退院後は様々な地域活動に携わるなど前向きが良く、話し好き、こたわりが無く、何でも自分でこなす頑張り屋だった。妻を亡くした妻を自宅で見守り、自分の体がだんだん弱っていく中でもヘルパーの作った食事を妻の仏壇に先に供えてもらうなど、妻のことが一番だった。

家族の介護力

遠居の息子2人は仕事が忙しく、電話や帰省時に食料品等を買い程度で介護の役を担えない。更に兄弟仲が悪いため協力し合えず、ケアマネジャーとの連絡も滞りがちであった。母の看取り時は「なぜ病院で治療しないのか」と、父や在宅チームに懐疑的だった。

本人・家族の意向

【本人】入院はしたくないし、経口摂取が困難になったとしても経管栄養は希望しない。妻の看取りのときに世話になった在宅チームに看ってもらえるなら、自分で建てた自宅で、妻が寝ていた同じベッドで最期を迎えたい。
【長男】できるだけ治療させたいし、施設入所してくれれば安心。ただ、本人は自分の思いを通すだろう。

振り返ってみて重要だった場面

①「俺は自宅で最期を迎えたい」との揺るぎない明確な意思を受け止める

状態

- 呼吸が苦しく、自宅内の移動も困難。リン酸コチンを服用していたが、便秘を繰り返し、あまり服用しなかった。

本人の意向

- 本人：どこにも行きたくない。どうせ妻のそばに行くから、苦しくても何してもいいから、とにかくここ(自宅)にいたい。経口摂取が困難になっても、経管栄養は希望しない。人工呼吸器もつけたくない。

支援内容

- 訪問診療を開始する際に医師から病状説明を行い、本人の言葉でどのように理解しているのか、今後の意向について確認を行った。
- 妻の看取りのときと同じ医療・ケアチームだったため、当初より信頼関係があり、介入当初から本人が大事にしていることや最終段階における意思を背負った情報を含めてチーム内で共有できていた。

支援の結果

- 苦しくても入院は一切望まないことをしっかりとチーム内で再共有できた。

② 本人と家族の板挟みにあった、ケアマネジャーの揺らぎをチームで支える

状態

- 体力低下で寝たが優しく、トイレにも行けなくなる。せん妄症状から幻視、幻聴などが表れ、夜中の電話が増え、警察や消防を呼んで呼んでもらうこともあった。

ケアマネジャーの苦悩

- 遠居の息子は施設入所が安心だと、本人と家族で異なる意向の板挟みになっていた。
- チーム内の情報量が多く、対応に迷っていた。

支援内容

- 本人・クリニック・訪問看護・ケアマネジャー・ヘルパーが一室に会する担当者会議を開催。「家にいられないって言われたらどうする？」との問い掛けに対し、本人は自宅での生活を希望。
- 特に「夜が寂しい」との本人の要望に応え、サービスを調整。

支援の結果

- 本人の揺るぎない意思を再確認し、「最期まで自宅で看る」という方針を本人・チームで共有して対応を揃えた。
- 「チームの一員として携われば良いんだ」とケアマネジャーの役割が決まる。

③ 最期のとき、施設入所に揺れる遠居家族とともに「本人の最善」を考える

状態

- 本人は意識が朦朧とした状態で、意思表示ができなくなった。今後の方針を決めるため、ケアマネジャーが長男に「危ない状態のため絶対に来てください」と連絡し、家族を交えた担当者会議を開催することになった。

家族の意向

- 長男：入所できる施設がないか探して欲しい。そうでなければ入院はできないのか。その方が安心できる。

支援内容

- クリニック院長から「入院するような状態ではなく、いずれにしても在宅医療と同じことをやるだけになる。療養環境を変えるなら小規模多機能型居宅介護もあるが、現在のチーム全員が手を引くことになる」と説明し、「本人だったら、どう選択するのか、みんなで話し合えばいいんじゃないか」と提案。

支援の結果

- 話し合っていくなかで、長男が「本人のためにならならなら延命しなくても良い」と本人の意思を推定し、自宅看取りの方針が決まった。

令和元年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業) 在宅における看取りの推進に関する調査研究事業



介護事業所

訪問入浴

ケアマネ

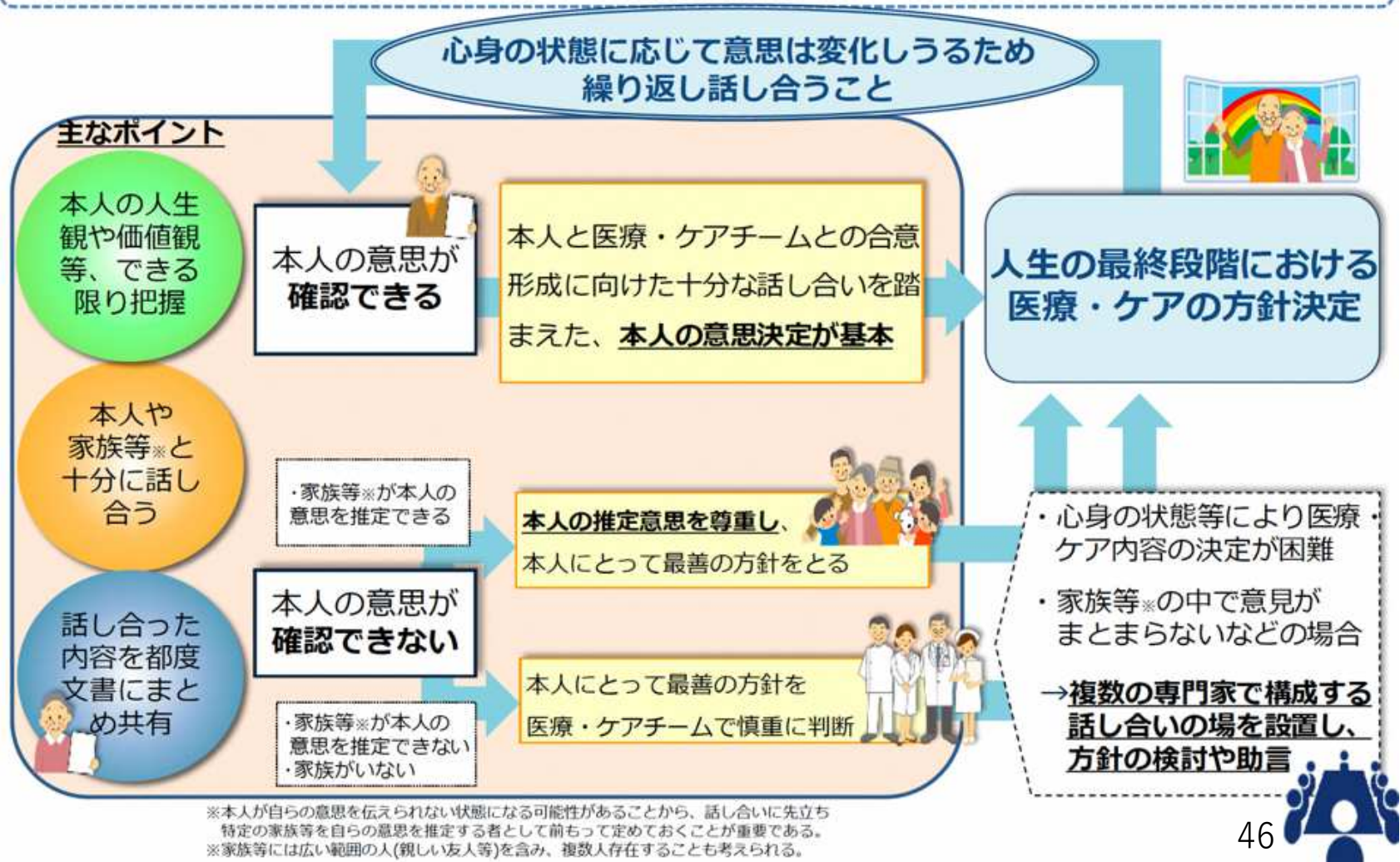
福祉用具

訪問看護師

病棟看護師

「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」 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。






延命治療をめぐる物語

実際の胃ろう造設手術

延命治療のひとつとして
体が衰弱していった

延命治療をめぐる物語

実際の胃ろう造設手術



評価がされずに胃ろうがついている
場合もあるかもしれない

ACP（人生会議）の対象は？

人生の最終段階を自分のこととして考える時期を判断する

この患者さんが1年以内に
亡くなったら驚きますか？



もし**驚かない**のなら
緩和ケアを開始したほうがよい

緩和ケアを開始する = ACP（人生会議）を行うと考えてもよい

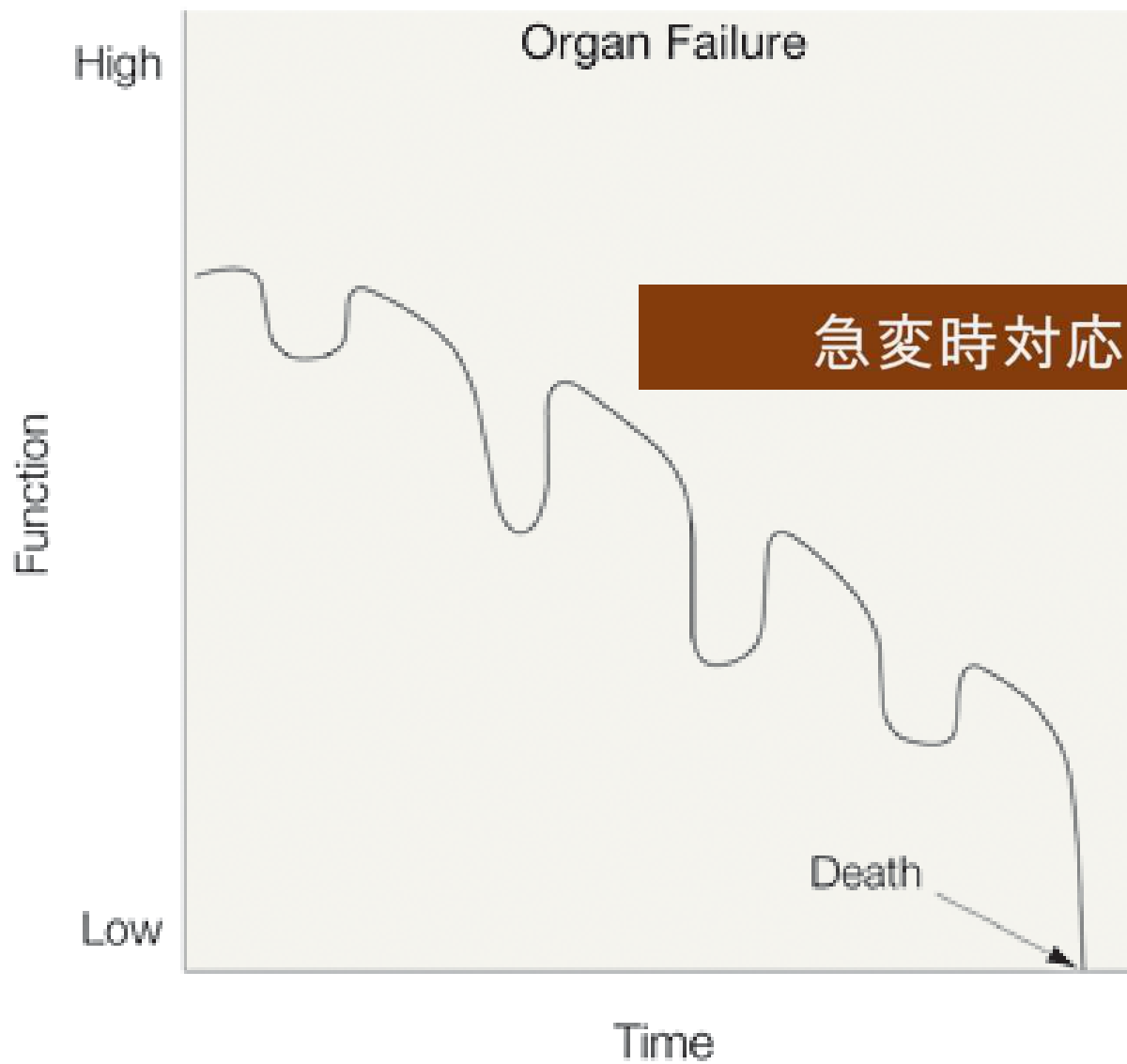
*Small N. Palliat Med 2010;24:740-741
Hamano J. Oncologist 2015.*

老衰・難病の患者さんの経過



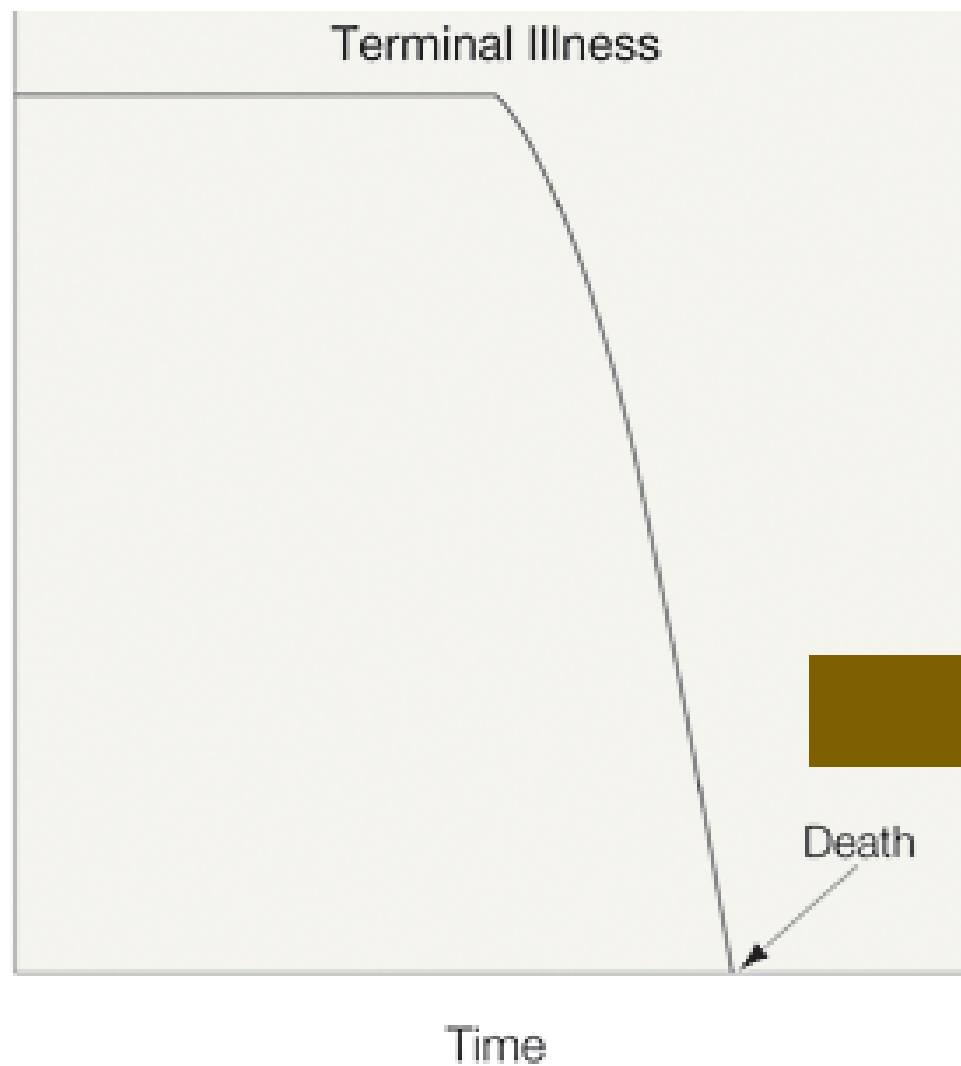
JAMAから引用

臓器不全の患者さんの経過



JAMAから引用

がん患者さんの経過



看取り

JAMAから引用

大切な人と

最期まで

自分らしい
生き方

話し合う

ぬち 命しるべ

いのちの道標パンフレット

私の思い

自分で決めたい



相談

もくじ

はじめに

- 1 【要支援】 これからのことを相談したいさあ〜 4
- 2 【要介護1-2】 自分の生活にあったサービスを探したいさあ〜 ... 6
- 3 【認知症】 自分らしい生き方を大切な人と話し合う 8
- 4 【要介護3】 安心して暮らせる住まいを選びたいさあ〜 12
- 5 【看取り】 これからのことを自分で決めたいさあ〜 14

沖縄県 地域包括支援センター 連絡先一覧 20

わたしの今の希望シート (情報共有シート)

最期まで 自分らしく 楽しく生きるコツ

沖縄県 沖縄県医師会

これからのことを自分で決めたいさあ～！

いつかご飯が食べられなくなった時 どうするか自分で決めたいさあ～



えみさん (92歳) 介護士

えみさんは92歳になりました。年に数回こゝろのばいりん頑性肺炎で入院を繰り返しています。普段は老人ホームで穏やかに生活していますが、難しい話はできなくなってきています。今年何度目かの肺炎で入院した時、治療で熱はさがって肺炎は良くなり食べるリハビリもしていますが、**食事の量が減ってきました。**

Point
「ご飯が食べられなくなってきていますね。今は少しずつ食べていますけど、いずれ全く食べられなくなるときが来るでしょう。そのときにどうしたらいいのか、ご相談させてください」
かかつけ医 Dr. 沖



長男 いちろうさん 長女 つかささん

「どうしたら良いのかわかりません…
どんな方法がありますか？」



長男 いちろうさん 長女 つかささん

Point
「お口から食事を取るかわりに、**胃に穴を開けて管を通して栄養をいれる「胃ろう」という方法があります。**ただ、元気になるわけではないので**延命処置**ということになります」
かかつけ医 Dr. 沖

Point



延命処置とは？

病気や老衰などで回復の見込みがない方に対し、**延命を目的に行う処置**のことです。病院などで「延命処置は希望されますか？」のように質問されることがあります。延命処置という言葉がでてきた時は、医師をはじめとする医療者は「処置を行っても元の状態かそれに近い状態で退院することは難しい」ことを考えながら質問しています。延命処置を行ってのびる余命については、その人によって異なるので医師に確認してください。

※医療者は、回復（入院して医療処置を行えば、元の状態かそれに近い状態で退院できること）の可能性が高いと考えられる時や救急受診時など**回復の可能性の判断ができない時に行う処置を救命処置と呼ぶことが多いです。**

Point
「すぐには決められないですね。私もとても悩みます。えみさんのお考えを知りたいと思います。もしえみさんが、昔と同じようにお話ができるとしたら「お食事が自分でとれなくなったときに、どのようにしてほしいですか？」との質問にどんなふうにご答えしたいと思いますか？」
かかつけ医 Dr. 沖



長男 いちろうさん 長女 つかささん

Point
「そういえば、「誰とも話ができなくなっていたら意味がない。意識がなくなっていたら、管につながれて生きていたくない」と言っていた覚えがあります。ただ、本当にそれで良いのでしょうか…」

Point
「それで良いのか、みなさんが家族として悩むのは当然だと思います。えみさんの考えも変わっていくことも考えられますので、それで良いのかどうか、えみさんの表情やお体の様子を見守りながら、一緒に考え続けていきましょう」
かかつけ医 Dr. 沖

▶▶▶ その後のえみさんの生活は

その後、ご家族とかかりつけ医、ケアマネジャー、老人ホームの介護スタッフが集まり、今後のえみさんの医療とケアについての方針をくり返し話し合いました。話し合いの結果、えみさんの考えを大事にして、胃ろうは作らず、えみさんが次に熱をだした時には老人ホームでできる検査や点滴などの治療を行い、病院へは搬送しないこととしました。また、ご家族の心配や不安も聞きながらこれからも支え合っていくことを決めました。

Point



最後に選べること

人生の最終段階にいたったと判断されたあとでも、どのような医療や看護や介護などのケアを受けたいかは選べます。そして、希望して選んだ医療処置やケアを受けるには、**過ごす場所を変えることが必要な場合もあります。**

医療やケアを選んだあと、具体的に予想されることについては医師に確認をしてください。

めち 命しるべ

～いのちの道標パンフレット～

これからのページでは、あなたのそのときの希望を書いていってください。
パンフレットの前半の物語を読んで、あなたの大切なひとと話し合ってください。
できれば、かかりつけ医やケアマネジャーなどあなたに関係する専門職の方にも見せて
相談してみてください。

◆現在の医療情報 ◆予想される緊急病態

そのときのあなたのかかりつけ医の先生に書いてもらってください。

◆わたしの今の気持ち

そのときのあなたの気持ちを書くところです。
あなたの大切なひと、大事にしている(してきた)こと、趣味などについて書いてみてください。
そのために受けた医療について、考えてみてください。搬送を希望する病院は、かかりつ
け医の先生と相談した方が良いでしょう。

医療介護連携先

あなたに関わっている方に書いてもらってください。
もしわからなければ、ケアマネジャーやかかりつけ医に相談してください。

◆基本情報

氏名		性別	男・女
住所		連絡先	
		電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
		(年 月 日現在)	

◆家族等連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

わたしの今の希望 情報共有シート

記載日	年 月 日	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護施設：
フリガナ 氏名		※本人が記載できないときの代理記載者（関係）	

◆わたしの今の気持ち

わたしがいま大事にしていることは：

そのために 受けた医療	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたいが、つらい検査・治療 が必要なら医療関係者とよく相談したい
	<input type="checkbox"/> 検査で病気は知りたいが、つらい検査・治療を受けて長く生きることより、 負担のない治療や苦しさを減らすための治療を受けたい
	<input type="checkbox"/> 治る見込みが無いと医師が判断したら、病気がわかる検査や長く生きること より、苦しさを減らすための治療を自宅や施設で受けたい
	<input type="checkbox"/> 今は決められない
搬送を希望する病院	
その病院に 搬送を希望する理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医から病院受診を進められ、受診したことがあるから
	<input type="checkbox"/> 定期受診している先生がいる病院だから
	<input type="checkbox"/> 家の近くにある大きな病院だから
	<input type="checkbox"/> その他：

◆現在の医療情報 ※あなたの現在の状況はこのパンフレットでStory ()にあたります。

現在治療中の傷病名			
経過 処方及び治療内容			
介護区分	支援 ()・介護 ()	歩 行	自立・見守り・補助歩行・全介助(車椅子)
意思決定を行うための 認知能力	自立・いくらか困難・ 見守りが必要・判断できない	食 事	自立・一部介助・全介助/ 介助経口・その他 ()

◆予想される緊急病態

医療介護連絡先	かかりつけ医	ケアマネジャー	訪問看護ステーション	薬局	介護事業所
機関名					
担当者					
緊急時連絡先					

沖縄県医師会で作成しているACPパンフレット『私の希望と、受きたい医療』 在宅医療を受けている患者の意思決定支援について



- ① 今は決められない
→病状が変化した際に、医師の診察（往診）を受けて再度相談したい
緊急性が高い場合は救急搬送されることもやむを得ない
- ② できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたい
→救急搬送され、積極的な医療を受けることを希望する
- ③ できるだけ長く生きることを優先した治療を受けたいが、つらい検査・治療が必要なら医療関係者とよく相談したい
→救急搬送を希望するが、侵襲的な治療は必要性を話し合いたい
- ④ 検査で病気は知りたいが、つらい検査・治療を受けて長く生きることより、負担のない治療や苦しさを減らすための治療を受けたい
→医師の診察（往診もしくは救急搬送）を受け、可能なら在宅・施設療養を継続する
- ⑤ 治る見込みが無いと医師が判断したら、病気がわかる検査や長く生きることより、苦しさを減らすための治療を自宅や施設で受けたい
→往診を受けた結果によっては救急搬送は希望せず、在宅療養を継続する

看取りまでの在宅・施設緩和ケアにおける専門職の役割分担

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）
 - ✓ 予後予測をふまえた介護サービスの調整、家族等の介護者との連携
 - ✓ 療養長期化を見据えた手配：希望の提供
- 医師
 - ✓ 病状（予後予測含む）患者家族へ説明、チーム共有
 - ✓ 症状緩和の知識、処置や処方等の対応。必要書類（訪問看護指示書（特別））の記載
 - ✓ 往診対応できる体制
- 訪問看護師
 - ✓ 定期的な看護ケア、家族への看護指導、情報収集。医師およびチームへの情報提供
 - ✓ 病状変化時の臨時対応（直接的なケア）、不安の軽減
- リハビリスタッフ
 - ✓ ADL維持に向けたリハビリテーション、ADL低下時の屋内移動の適応支援
 - ✓ マッサージ等身体接触、コミュニケーションによる支援の提供
 - ✓ 回復・機能維持への希望の提供
- 介護士
 - ✓ 身体へのケア（不快の軽減、身体接触による支援）、コミュニケーションによる心理的支援
 - ✓ 家族の代行としての関わり：療養の価値（物語）の創出

介護施設（有料老人ホーム、グループホーム等）における看取りケア

西崎病院 総合診療科

【目的】

- 入所者が、最期まで穏やかな時間をすごすこと
- 可能であれば、家族等本人にとって大事な方との時間を過ごせること
- 最期の後も、社会的に問題なく看取りが行えること

【そのために】

- 最も重要なことは『本人に痛みなどのつらさがあるかどうか』、その対応がなされること
- つらさの緩和につながらないこと、つらさの原因になりうることは不要です
- 血圧、体温、SpO₂などの定期的な測定は不要
- 見回りは、通常の定期巡回で可
- 見回りの際、入眠していれば呼吸の様子、表情のみ観察

介護施設（有料老人ホーム、グループホーム等）における看取りケア②

西崎病院 総合診療科

【覚えておいてほしいこと】

- 訪問診療が入り医師が終末期であることを確認し、その経過のうえで亡くなれば看取りが可能です
- 警察の関与はありません

【お看取りのとき】

- 呼吸停止を発見したら、事前に打ち合わせていたとおり訪問看護およびご家族に連絡してください
- 本人のお体には、触らなくてもよいです
- 訪問看護から連絡を受けて、看取りの往診に伺います
- 医師が死亡診断を行うのは、ご家族が到着した後が望ましいです
家族到着前に死亡診断を行うと、問題が生じることがあります
- 家族が取り乱している等、早めに死亡確認を行ったほうが良い場合は、できるだけ早く往診します
- 上記以外の場合は、死亡診断書を準備してから往診します
- エンゼルケアは、訪問看護が主導して行います（要事前調整）

まとめ

自施設の入所者が不安定になった際の対応について準備しておきましょう

- 施設看護師・介護士の対応
- 家族等との情報共有方法について再確認
- 配置医師との連携について

配置医師の先生が対応が困難な状況について、整理しておきましょう

- 感染症の対応、看取り往診等

他施設の取り組みについて情報を把握し、自施設の改善につなげましょう

- 本日の研修会がその一助となりましたら幸いです

入所者の看取りは、どこでしょう？

やれること > やりたいこと > やるべきこと
(最低限)

看取り

看取り