

【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を有する、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な薬剤について、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。

【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、4～5万円台

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。