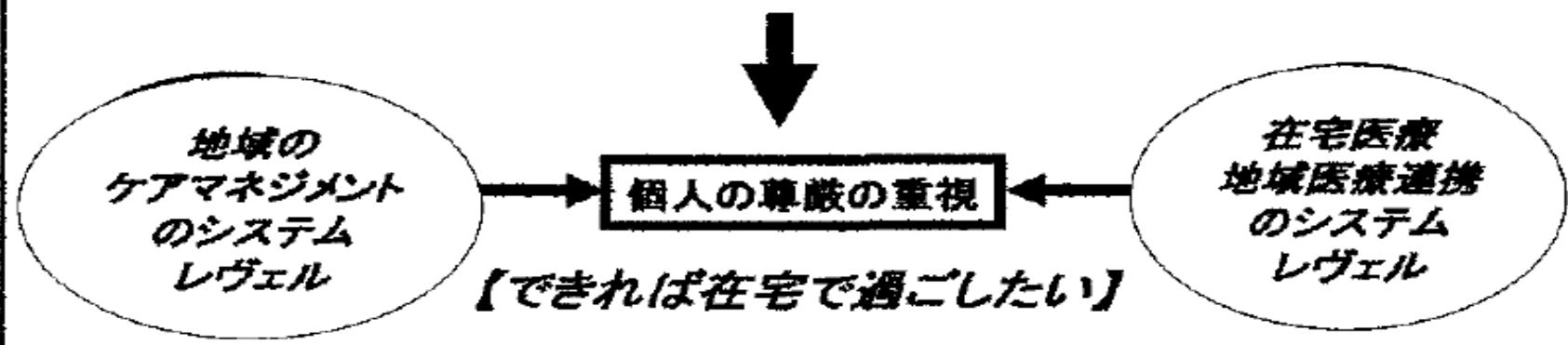


## 「施設」「在宅」の統合概念は「地域」

高齢者が自分の地域(在宅)で最後まで暮らすことのできる「場」と「ケア」の実現

高齢者介護研究会報告書(2003.6) + 社会保障審議会・介護保険部会(2003.7)

あらゆる障害(疾病)があっても最期まで自分らしく暮らせる



地域福祉 + 地域医療・保健 + 介護サービス + 住民資源  
【地域ケアの総合力・包括性が試される少子高齢社会】

難病でも、重度障害でも、認知症でも、独居でも、末期がんでも

H.Katayama Onomichi Medical Association 2003

## 急性期病院の「在宅支援機能」を利用者本位に最大限引き出すためのシステム

必要な急性期・回復期・維持期の機能分担と長期フォローアップ

○医療政策(平均在院日数)

○高齢化

○社会保障政策(介護保険など)

循環器科・SCUIに見る即応・効率性

緊急対応は最大の在宅支援医療

- ①迅速・タイムリーな紹介
- ②適切な「専門医」へのアクセス
- ③的確・正確な診療情報提供
- ④必要な背景情報

利用者の課題を適切に解決  
(在宅主治医機能)

高度の専門性  
医療・看護・薬剤・栄養  
リハビリ・緩和ケア等

急性期病院  
院内連携  
看護システム

急性期病院の持つ在宅支援機能は?

- ・在宅療養に適した医療手技(PEG等)
- ・利用者の安心=段階的バックアップと  
チームによるフォローアップ  
(主治医間連携・多職種協働)

地域連携室

退院前  
ケアカンファレンス

緩和ケア  
チーム  
院内NST

共通ツールはケアマネジメント

The OMA method on long-term care management programs

【総合医療・看護・介護・支援】  
医学管理・看護管理・栄養管理  
薬剤管理・リハビリ  
例:在宅緩和ケア

在宅療養支援診療所

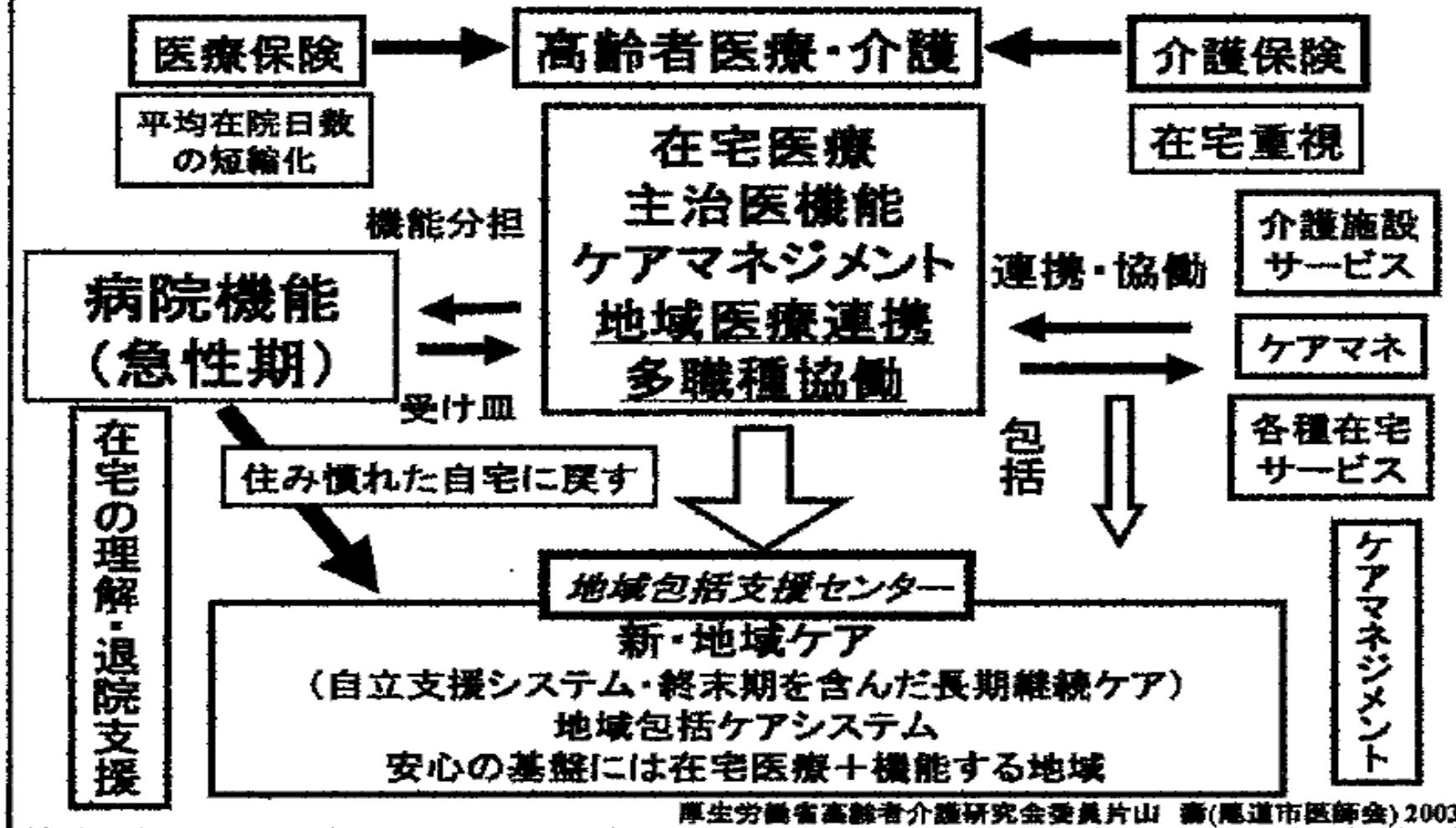
多職種協働空間  
長期フォローアップのチーム  
(ケアマネジメント空間)

在宅緩和ケア  
チーム

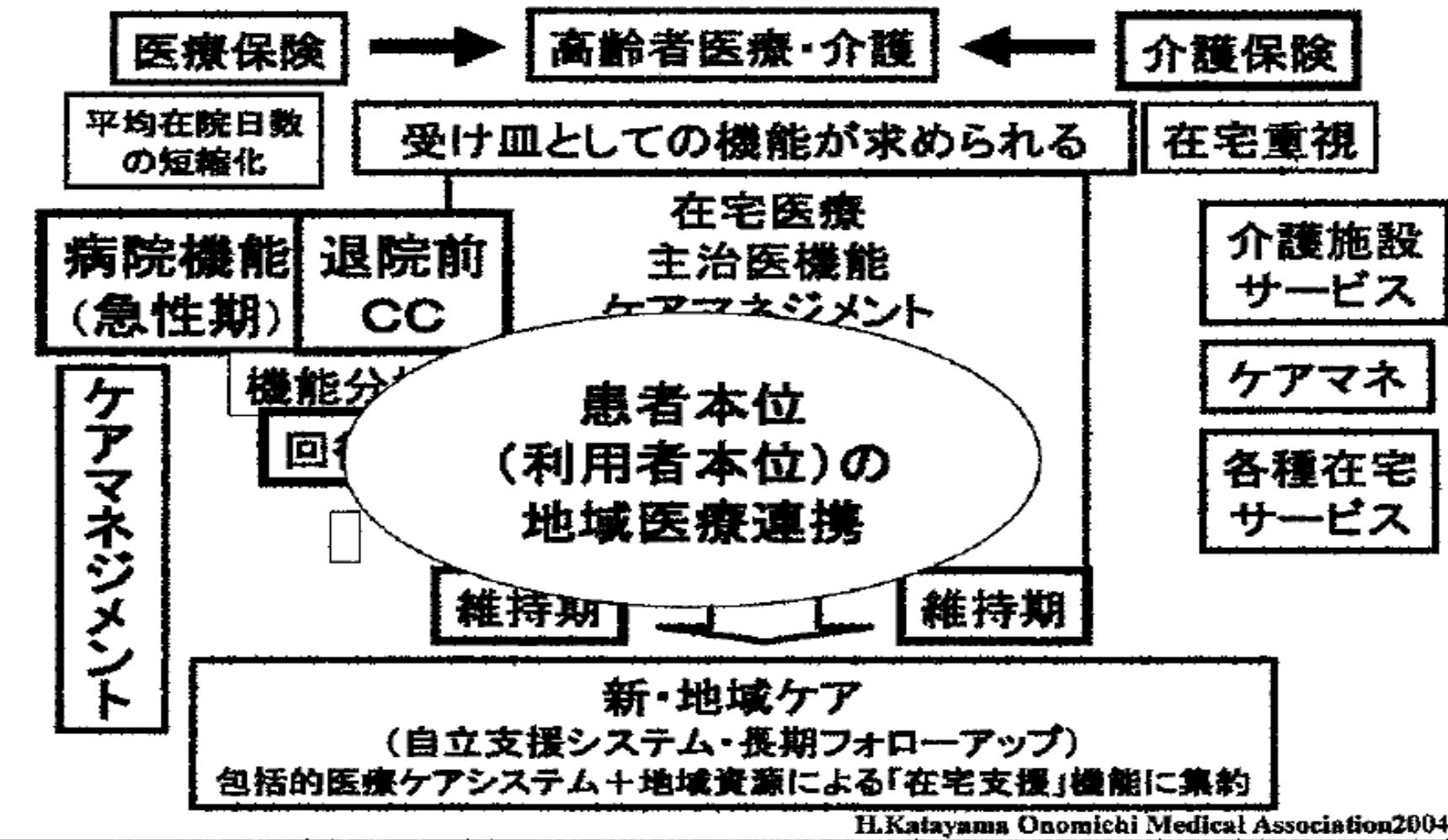
在宅NST

H.Katayama Onomichi Medical Association 2003

## 高齢者医療・介護と新・地域ケアの概念と在宅医療の位置付け



医療は「システム」として適切な資源を投入して提供されるべきもの



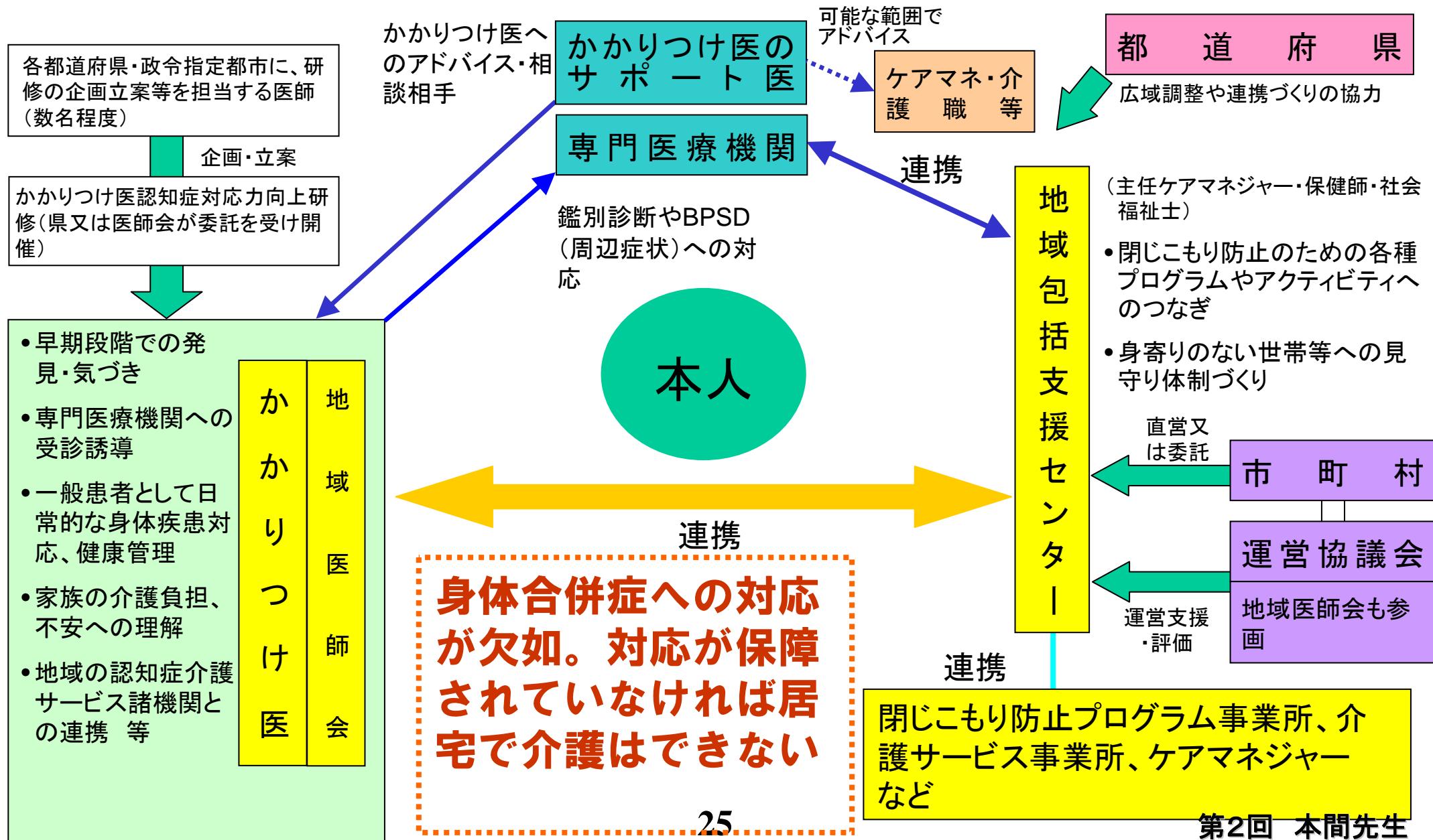
# 地域における 口腔ケアネットワークの必要性

病院にいる時から(入院時から)、地域で口に関する多職種のネットワークができていたら、どんなに安心か。

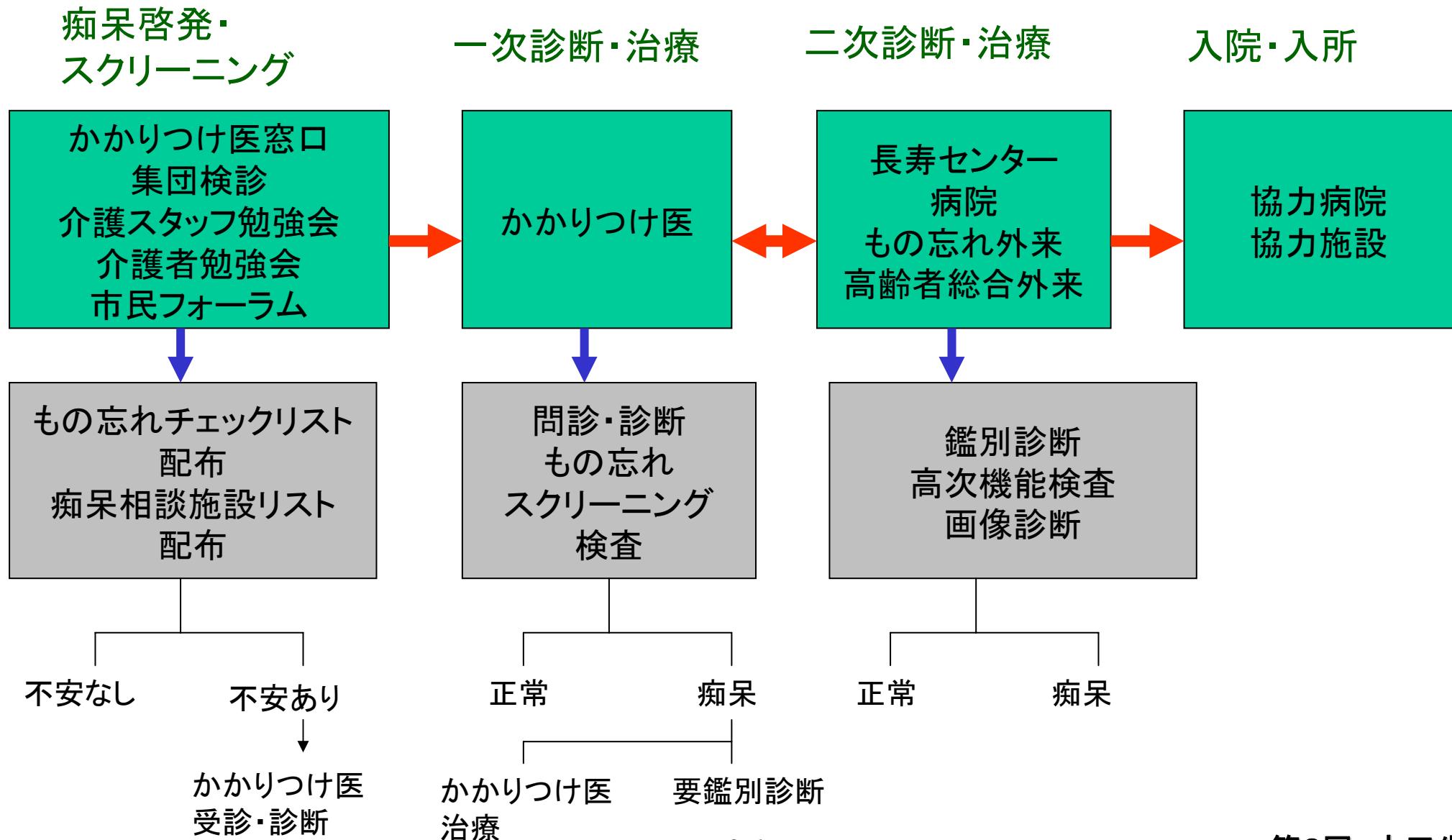
口から食べることの支援と誤嚥性肺炎の予防のために安心のネットワークがほしい。

病院の専門スタッフにとっても退院後、どうなっているか。まったく、その後が、見えてこない。

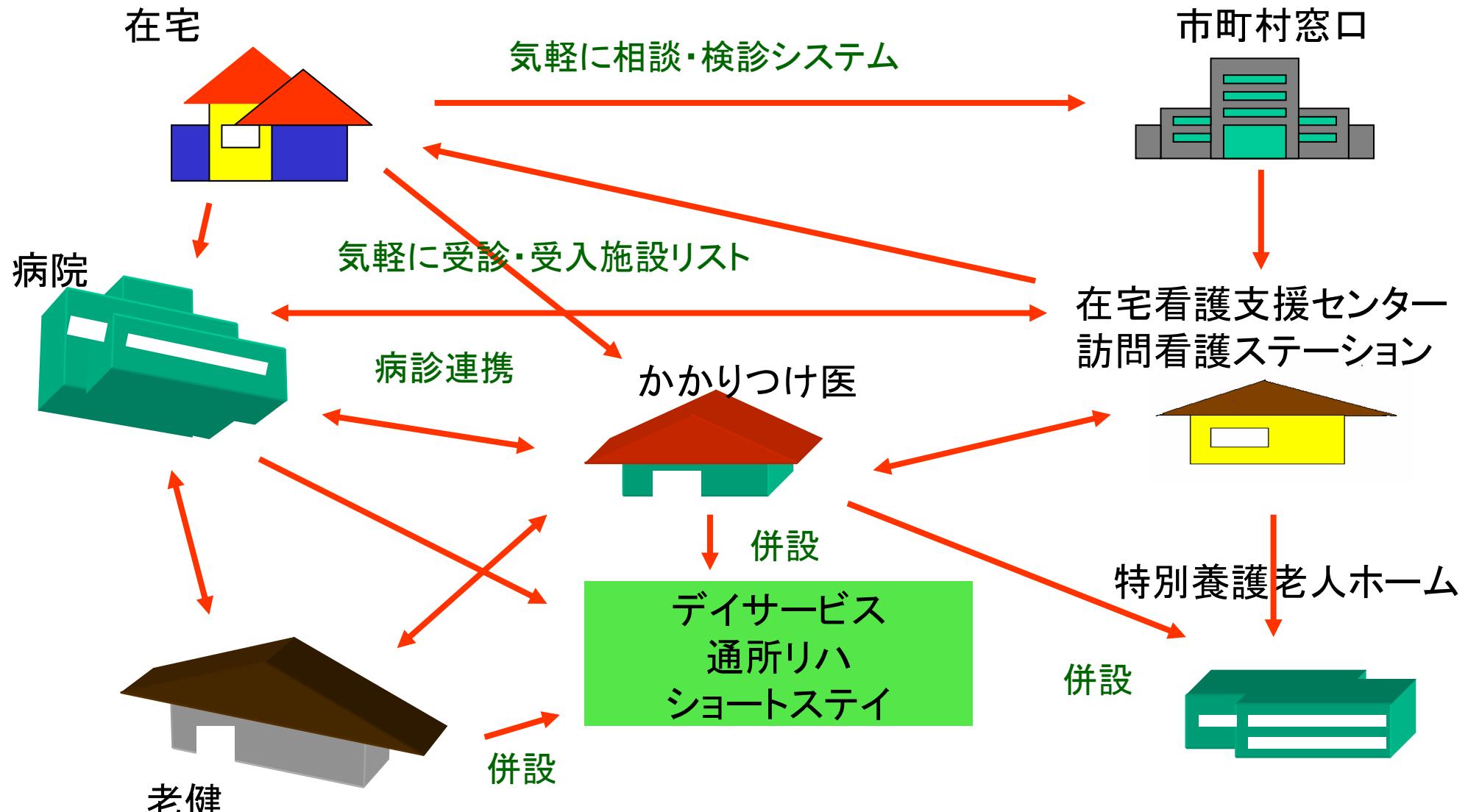
# かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制



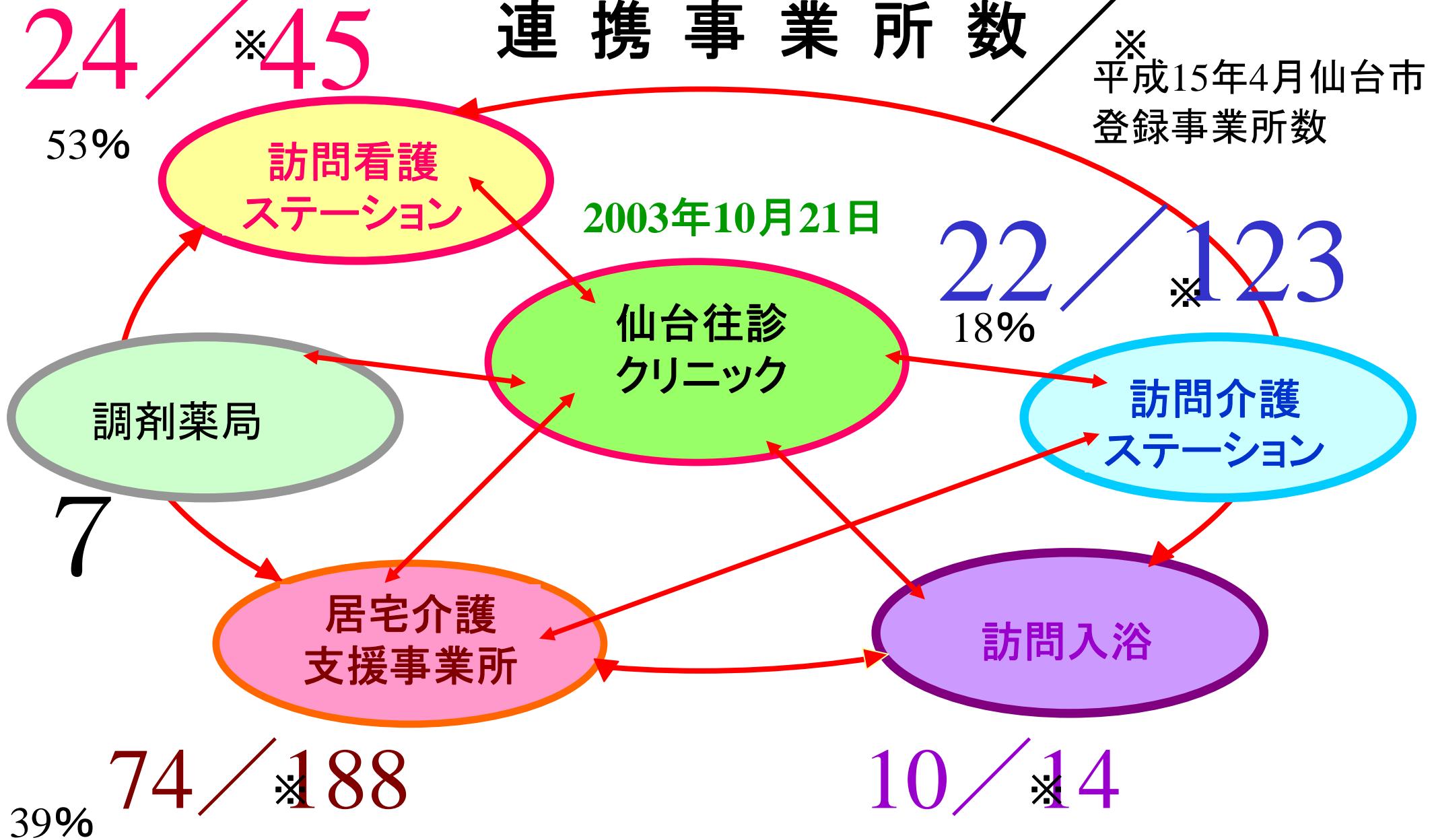
# 大府 痴呆総合支援ネットワーク



# 大府市痴呆対策プロジェクト



# 連携事業所数



## 後期高齢者に対する歯科治療および口腔ケアの意義

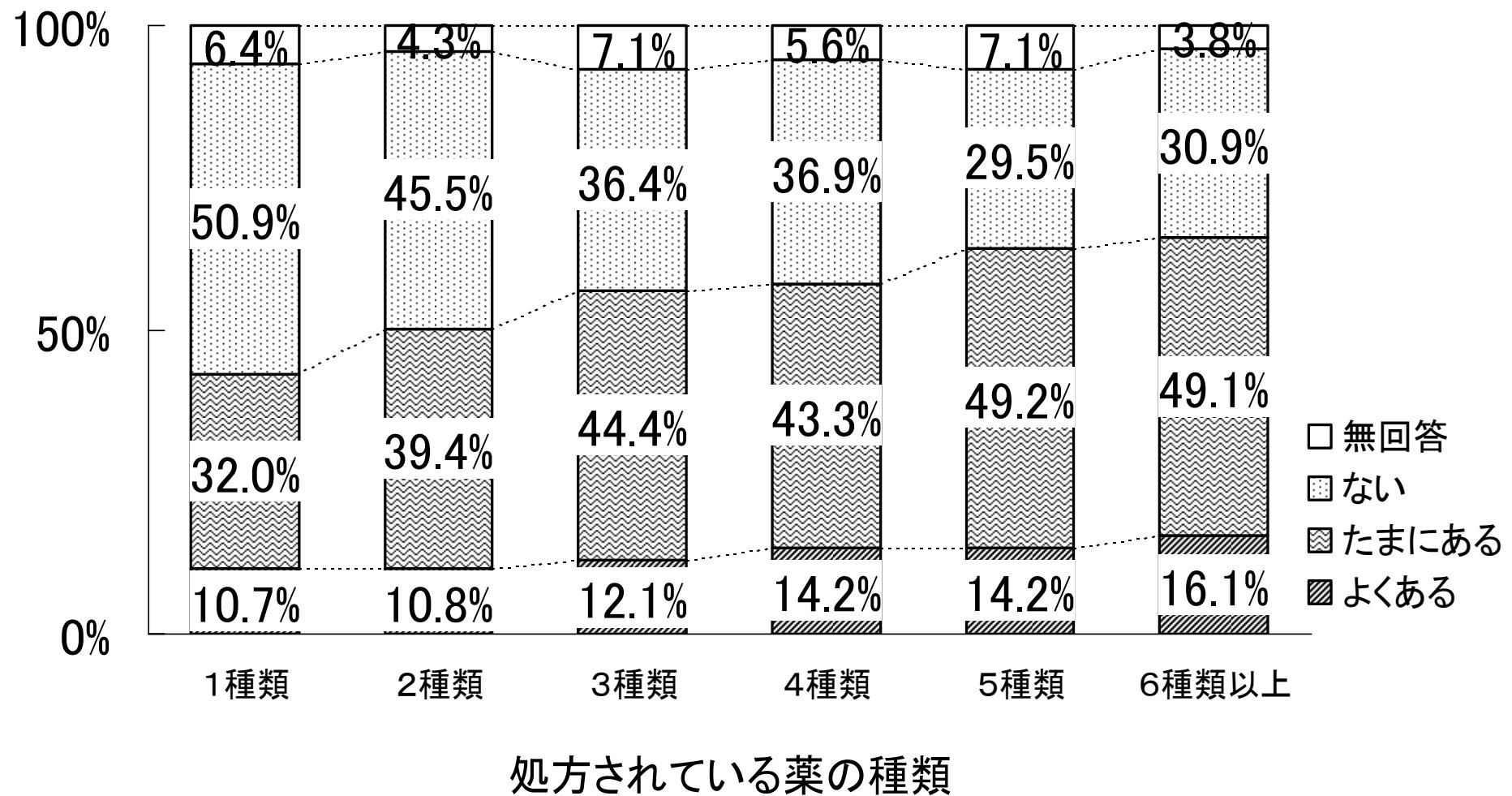
- 「食べること」と発話・表情などを通した「コミュニケーション」を直接支える口腔機能は、人がその人らしく生きていくために欠かせない機能であり生涯における QOL の維持向上に深く関わる。
- 後期高齢者の口腔衛生状態の改善と咀嚼能力の改善を図ることが、誤嚥性肺炎の減少や低栄養および ADL の改善に有効であり、健康寿命の延伸に寄与する。
- 脳卒中患者への歯科的対応は、入院期間中の急性期からが効果的であり、しかもそれは入院期間の短縮につながる。
- 歯数が多く、よく噛めている高齢者ほど健康で総医療費が低いという調査結果が報告されており、高齢者の口腔機能を維持・増進することは、活力ある健康長寿社会を実現するために不可欠な課題の一つである。

- ・ 高齢者の薬物療法では多剤併用が多く、重複投与や薬物相互作用が発現しやすく安全管理が重要。
- ・ 高齢者は、生理機能の加齢変化により、副作用、相互作用が発現しやすく安全管理が重要。
- ・ 急性期病院、療養型病床とともに、チーム医療の中で、薬剤師は薬物療法の安全管理機能を担っており、今後もこうした職能を評価すべき。
- ・ 安全な薬物療法を推進するには、院内における職種間連携とともに、病院薬剤師と保険薬局の薬剤師の連携が重要となる。

# 高齢者における医薬品の適正使用 と安全確保のために

- 地域における高齢者の医薬品の一元的管理が必須
  - どこの医療機関(診療科)にかかっても、同一薬局を利用することで実現可能
  - 薬歴の活用
  - 訪問薬剤管理指導(在宅患者が対象)
  - 介護保険利用者については、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所(ケアマネジメント担当者)との連携

## 高齢者の薬の飲み残し(入院外)



出典:平成17年「高齢者と薬」全国老人クラブ連合会女性委員会モニター調査

### III 患者が望む医療と医療の中止

- 「終末期」において、患者が望まない医療を中止しうる。
- 意識調査では、国民が何を望んでいるかはある程度分かるが、当該患者については分からぬことが多い。
- 決定手続の適正化: ①Second Opinion、②Visibility

# 実体と手続

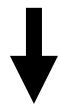
- 患者のBest Interestの不明確さ
- 手続による可視化
- 実体要件の可能な限りの明確化
- 終末期、中斷しうる医療、QOL

# 終末期医療におけるMSWの役割

患者と家族の気持ちと暮らしを支え  
心理社会的問題への  
社会福祉的視点からの相談援助

II

心理的サポート・家族への支援  
社会的問題への調整援助・人生の総まとめの援助



尊厳・QOL・Well Being

# ホスピス・緩和ケアの基本的な考え方

ホスピス・緩和ケアは、治癒不可能な疾患の終末期にある患者および家族のクオリティーオブライフ(QOL)の向上のために、さまざまな専門家が協力して作ったチームによって行われるケアを意味する。そのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される。ケアの要件は、以下の5項目である。

1. 人が生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れる「死への過程」に敬意をはらう。
2. 死を早めることも死を遅らせることもしない。
3. 痛みやその他の不快な身体症状を緩和する。
4. 精神的・社会的な援助を行い、患者に死が訪れるまで、生きていることに意味を見出せるようなケア(靈的ケア)を行う。
5. 家族が困難を抱えて、それに対処しようとするとき、患者の療養中から死別したあとまで家族を支える

日本ホスピス緩和ケア協会定義

# 後期高齢者の終末期ケア

“良き旅立ち”をコーディネート



苦痛がなく、惨めな姿でなく、  
大切にしてもらえていた



本人が納得(本人の満足)  
家族が納得(家族の満足)  
ケアする私達も納得(スタッフの満足)

# Comfort Care: 安楽ケアサービスの組み立て

