

第 6 回 社 会 保 障 審 議 会 後 期 高 齢 者 医 療 の 在 り 方 に 関 す る 特 別 部 会	参 考 1
平 成 1 9 年 2 月 5 日	

# 後期高齢者医療の在り方について

## ～これまでのヒアリングでの資料等より～

・本資料は、第2回～第5回の本部会においてヒアリングを行った有識者の先生方の資料等を抜粋したものである。

(資料ページの右下に、提出された部会の回と有識者の方の名を記している。)

・編集の際、背景、フォント等の変更を適宜行っているが、文面は提出いただいた資料から変更していない。

**【医療制度改革大綱】(平成17年12月1日政府・与党医療改革協議会)抄**

(後期高齢者医療制度にふさわしい診療報酬体系)

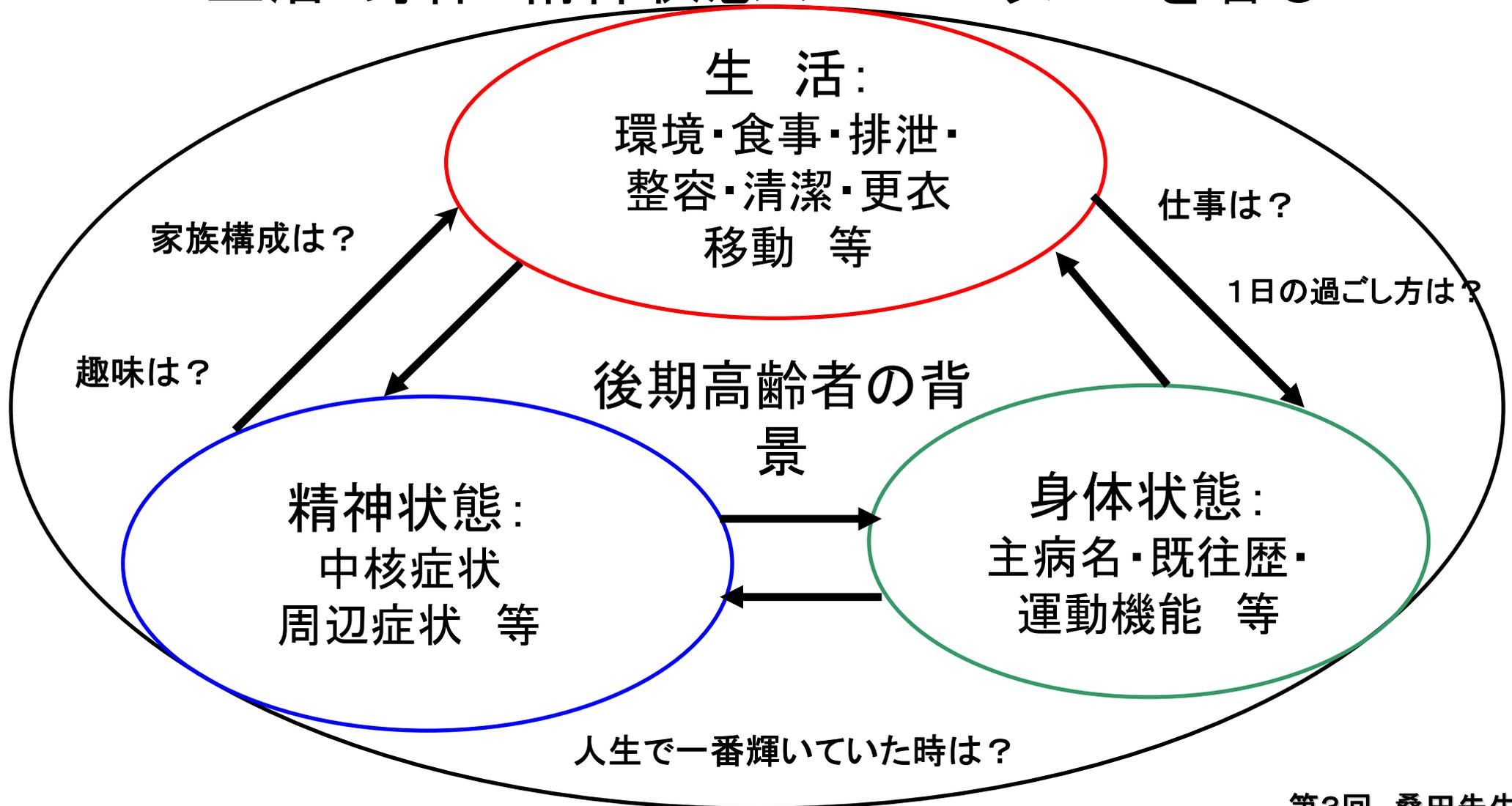
後期高齢者医療制度の創設に当たっては、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する。新たな体系においては、終末期医療の在り方についての合意形成を得て、患者の尊厳を大切にした医療が提供されるよう、適切に評価する。また、地域の主治医による在宅の患者に対する日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応を評価する。

**【健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議】(平成18年6月13日参議院厚生労働委員会)抄**

三 後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成十八年度中を目途に取りまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること。

# 老人看護に必要な視点

## 生活・身体・精神状態の3つバランスを見る



## 提案：後期高齢者に対する Comfort Care：安楽ケア

- 後期高齢者の基本的生活を充足を行い、惨めでない・苦痛がない、心地良いケアを提供する。
- 後期高齢者の能力を過小評価せず、残存機能の活用をする。
- 意思疎通が困難で不動な状態になっても、意思のある人間として尊重し、尊厳を保つ。

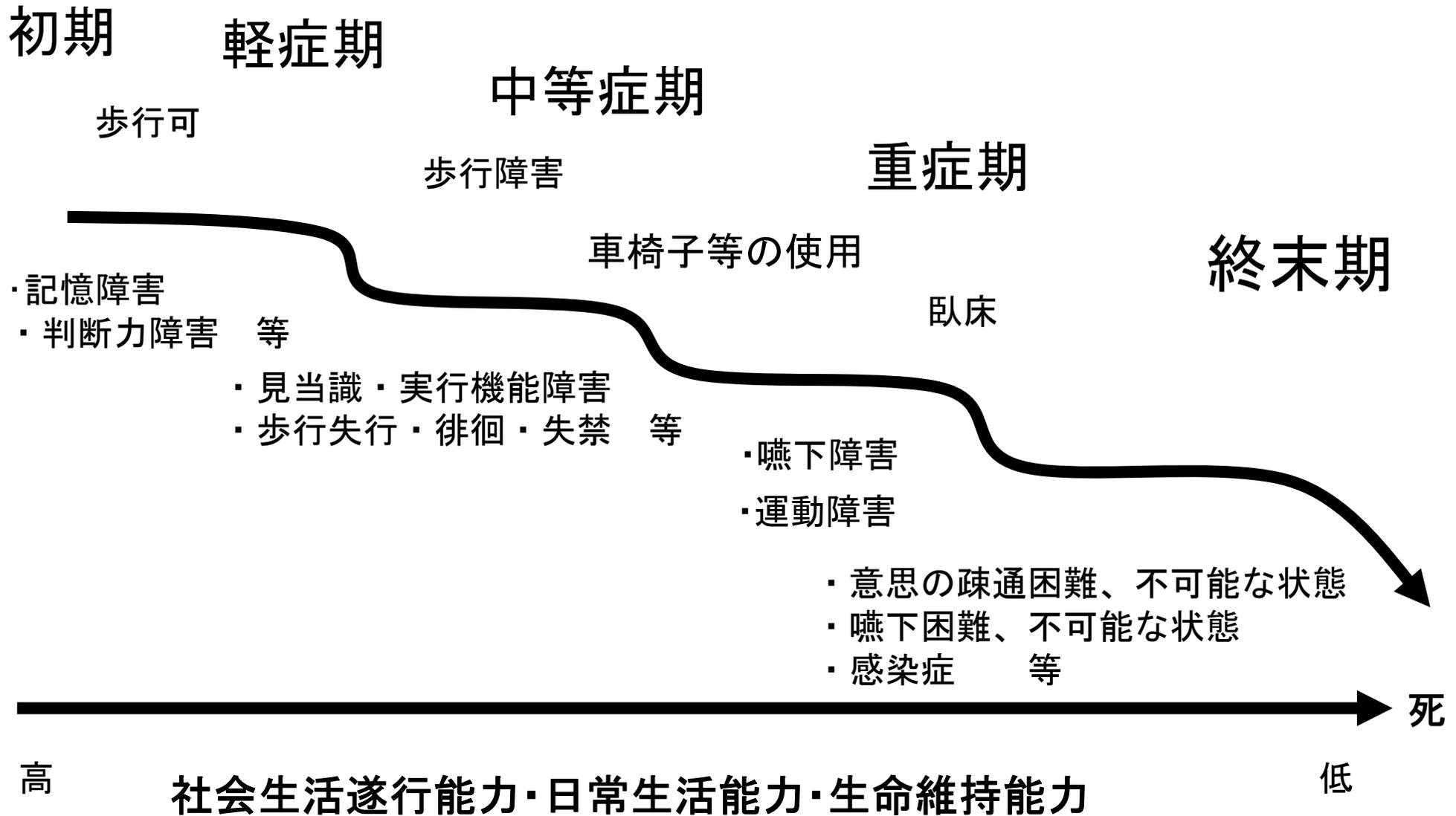
# 高齢者医療の特性と留意点

- 高齢者は多病で、一人で多数の疾患を有している、中でも循環器疾患、特に脳血管障害が多い
- 高齢者は多病であるにも拘らず、夫々が臓器別に診られていて、総合的視点が不足している（総合医療専門医の不足）
- 急性期医療（救命）後、障害をもつケースが多い
- 高齢者には急性期のあとの回復期から慢性期にかけてのケアが必要
  - 病院における急性期医療と在宅医療の間の医療を如何するか
  - しかもこれらの各ステージの移行期には空白（欠落）部分があってはならない（医療の継続性）
- 廃用症候群や要介護状態になる可能性が高く、これらの予防が大切
- 高齢者のリハビリは、PT・OT・STが適切に組み合わせられて総合的・一体的に提供されることが望ましい
- 高齢者には医療と介護（場合によってリハビリ）を同時提供することが必要なケースが多い（医療と介護の連携）
  - 総合医療の必要性
- 終末期医療（ターミナルケア）をどうするか
- 高齢者にこそ地域包括医療（ケア）が望まれる
  - 〔新医師臨床研修制度（プライマリケアの重視、地域保健・医療の必修化）の意義  
地域包括医療認定制度（国診協・全自病）→プライマリケア科の標榜

# 高齢者薬物療法の特性と問題点

- 加齢とともに複数の疾患を合併することが多くなる。このため、多剤併用が多くなり、重複投薬、薬物間相互作用のリスクが問題となる。
- 視覚や聴覚機能の低下、嚥下障害などにより、服薬の自己管理や服薬自体に支援が必要。
- 腎機能・肝機能の加齢による低下、体成分組成(筋肉量減少・体脂肪比率増加等)の変化による体内動態の変動がある。こうした生理機能の個人差に対応した処方、調剤、服薬の管理が必要。

# 認知症高齢者のステージ



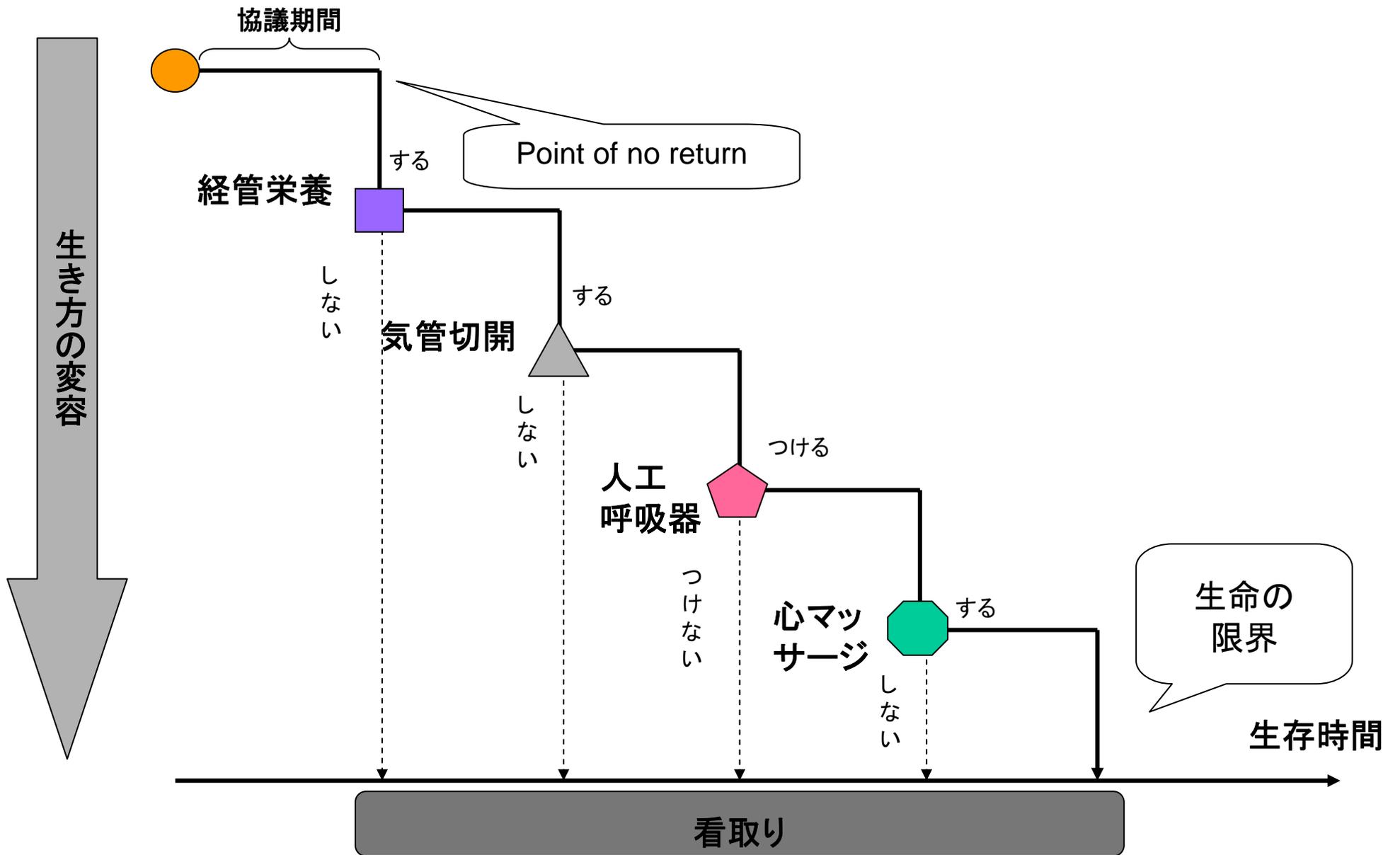
# 認知症を支えるための課題

- 認知症疾患の早期発見・対応の遅れ
- かかりつけ医の役割と専門医との関係
- 医療と福祉（地域）の連携
- 長期療養と終末期医療
- 認知症ケアの共有化
- ごく軽度の認知症への対応
- 周辺症状に対する抗精神病薬の適応外の問題
- 認知症の身体合併症の問題：「周辺症状のために一般病棟では管理できないと治療を拒否されること」
- 認知症の救急医療：「身体科救急と精神科救急の狭間に陥ること」
- 認知症の医療同意を得るための法的整備の欠如
- 教育プログラムの標準化

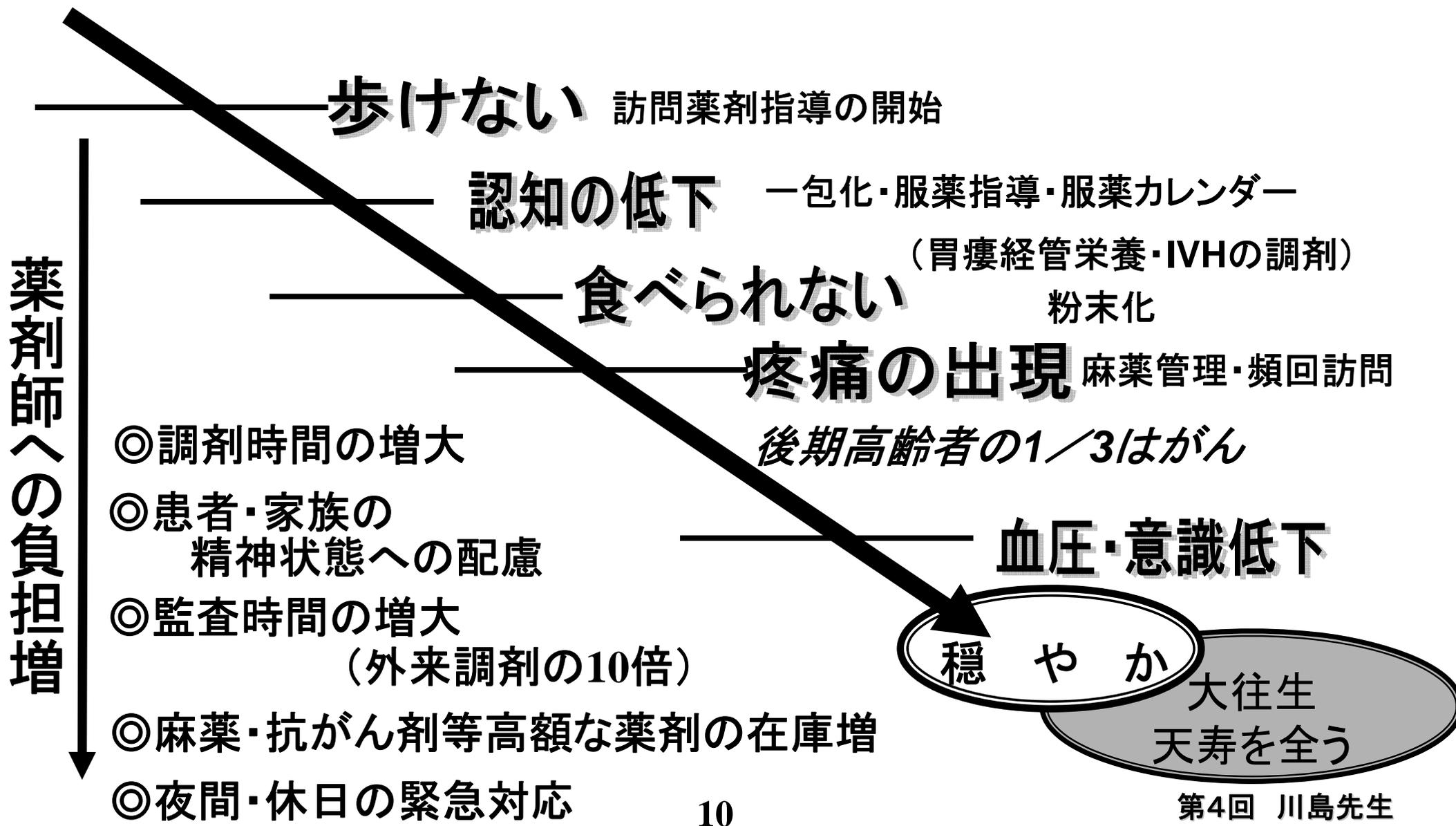
認知症をめぐる医療、換言すれば75歳以上の高齢者の医療に関する最大の課題は、認知症による判断能力が低下した、あるいは欠如した場合に、本人の意思をどのように確認することができるかということである。医療同意をどのようにすれば得ることができるかについての論議が進んでいない。

- 後期高齢者医療を考える上では認知症の医療を無視できない
- その前提として適切な医療を受けるための環境が整っていない

# Nonreversible process cascade の概念



# 後期高齢者と在宅療養支援調剤薬局



# 終末期後期高齢者の心理社会的問題

- 喪失への嘆き 老いと死への不安  
「失われた」また「失っていく」ことへの怒りや悲嘆  
変化と折り合う事の困難さ
  - ソーシャルサポートの脆弱さ  
家族も高齢で介護力が弱体, 血縁や地縁が希薄  
増加している単身高齢者は孤立し特に支援協力体制が弱体
  - 認知症等による意思決定困難  
成年後見等の活用, また活用不能な場合の検討合議,  
医療の方向選択(栄養・補液・延命), 療養の場の選択など  
複数の意見が異なる家族との合意形成の必要
  - 家族自身も支援が必要  
予期悲嘆 介護負担 看取り等
- \* 今まで生きてきた「気持ちと暮らし」の問題が凝縮し顕在化する

# 高齢者医療が成人内科医療と異なる点

\* 高齢者医療は総合医療である:

— 全ての疾患・病変を治そうとしてはいけない

— 身体・精神心理・社会経済・価値観の勘案が必要

— QOLを保てる介入は積極的に行う

【例】大腿骨頸部骨折の治療

1994年より尾道市医師会が目指したもの

在宅主治医機能  
支援システム

地域包括的医療  
ケアシステム

在宅医療



介護保険  
(ケアマネジメント)



包括的ケアシステム

高齢化率の高い医療圏における地域医療から地域ケアマネジメントへの転換  
高齢者総合評価 (Comprehensive Geriatric Assessment)

医療・看護・介護サービスのケアマネジメントをツールとした総合化  
(長期継続ケアの継続根拠と適切さ・ニーズの変遷に対応)  
医療はシステムとして提供されるべき、協力・連携型医療圏の構築  
地域医療連携+ケアマネジメント → 多職種協働

地域(医療圏)特性



課題解決型システム

尾道市医師会方式ケアカンファレンスから現場より医療・福祉の総合化  
社医連協(社協2002) → 社医民連協(民生委員2004) → 新・地域ケア  
地域ケアの再編 → 「機能する地域づくり」の包括支援システム

尾道市医師会方式から、「安心を支える尾道方式」へ

H.Katayama Onomichi Medical Association 2004

## Progressive geriatric care

### (尾道市医師会の目標)

もともと入院のきっかけとなった病気や怪我の治療を急性期病棟で終えた後も、最終的に適切な生活の場に落ち着くまで、体系的なサービス資源の流を系統的に整備してケアマネジメントすべきという老年医学の考え方

高齢者医療・ケアは、急性期病棟、評価病棟、デイ・ホスピタル  
リハビリテーション病棟、長期療養病棟、在宅復帰、長期介護施設といった  
流れに沿って、系統的に展開すべき

低下した全身の「機能」評価を軸に社会福祉サービスと協働して安定した生活  
の場に落ち着くまでケアマネジメントにかかわるべき。  
疾患の「傷害の治療」から重点を「機能障害」「生活障害の改善」へ

多職種が協働 (multidisciplinary) してケアの流を進めていく (progressive)

イタリア: 高齢者評価とマネジメントプログラム (GEMs) 病棟の設置法制化 (1992)

英国: GP は年1回のCGAを自分の受け持ち患者に行なうことが義務付け (1990)

デンマーク: CGAを病棟、外来、在宅ケアプログラムに標準化

**GEMs (Geriatric Evaluation and Management programs)**

【高齢者評価とマネジメントプログラム】

H.Katayama Onomichi Medical Association 1999

# 後期高齢者の在宅医療の現状

## 訪問看護ステーションの現場から

\* 訪問看護を継続して利用することで、  
住み慣れた自宅での最期を迎えることも実現可能になっている

過剰な医療処置に走らず、症状緩和に  
努力しながらケア中心の看取りに  
家族・介護者をサポートしていける

看取りには、在宅訪問診療医師との連携協力が不可欠である。

後期高齢者の場合は介護者も高齢の場合もあり、介護支援専門員(ケアマネジャー)や介護職等との連携や、レスパイトケアのできる施設との連携も必要である。

# 後期高齢者の医療における訪問看護の活用

- 住み慣れた場所や地域で最期を迎えられるように、在宅診療を担う医師との協働をはかり、訪問看護でのケアを提供する。
- 病院や施設との連携をはかり、環境が変わることでもたらされる弊害を最小にし、「生活」をも尊重した医療が提供できるよう支援する。
- できるだけ自然な形での加齢現象を、患者・家族が受け止められるよう、その経過に伴なって起こる急性憎悪時などに看護として応じ、「安心」が得られるようにする。
- 他職種、ことに介護職との連携をはかり、後期高齢者の急変時や医療対応に対する不安の解消が図れるようにする。

# 病院・施設とのスムーズな連携強化

家族機能の変化により、介護力のない状態での後期高齢者への在宅推進は、困難を極める場合がある。

自宅の代わりとなる施設への訪問看護の適応で、急性憎悪期を乗り越え、医療機関での入院を長引かせない効果がある。

入退院を繰り返す後期高齢者に対しては、病院の退院調整チームが、きちんと在宅への橋渡しをしていく必要がある。

# 病院・施設とのスムーズな連携強化

\* 在宅での生活を維持していく為に

容態悪化時に利用できる緊急入院の病床を確保し、在宅チームとの連携を密にすることで入院を長引かせず、ADLの低下も最少限にしながら、再び在宅が継続できる場合も多い。この間、家族・介護者もレスパイトができる。この場合の対応は、後期高齢者の心身の特徴を十分踏まえた医療システムの確立が望ましい。

# 地域包括医療（ケア）とは

○ 地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民のQOLの向上をめざすもの

○ 包括医療（ケア）とは治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療（ケア）

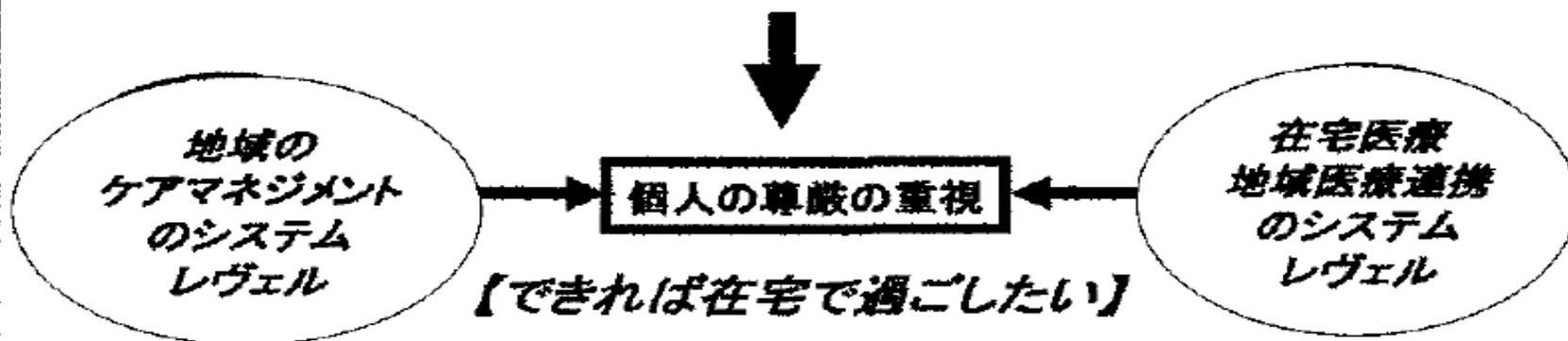
○ 地域とは単なる Area ではなく Community を指す

## 「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

病院主治医

院内連携  
看護システム

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

在宅療養支援診療所

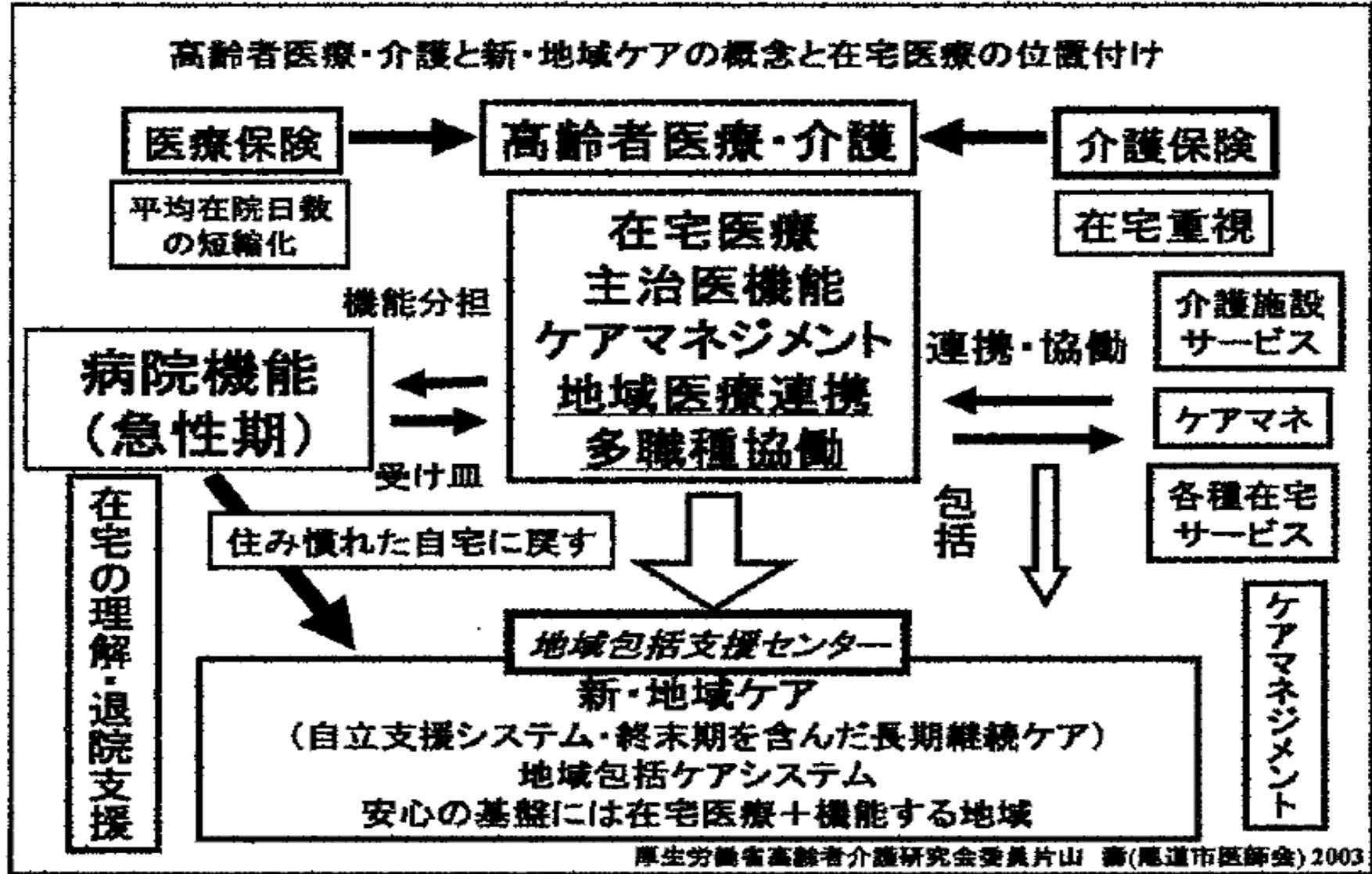
【継続医療・看護・介護・支援】  
医学管理・看護管理・栄養管理  
薬剤管理・リハビリ  
例：在宅緩和ケア

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)

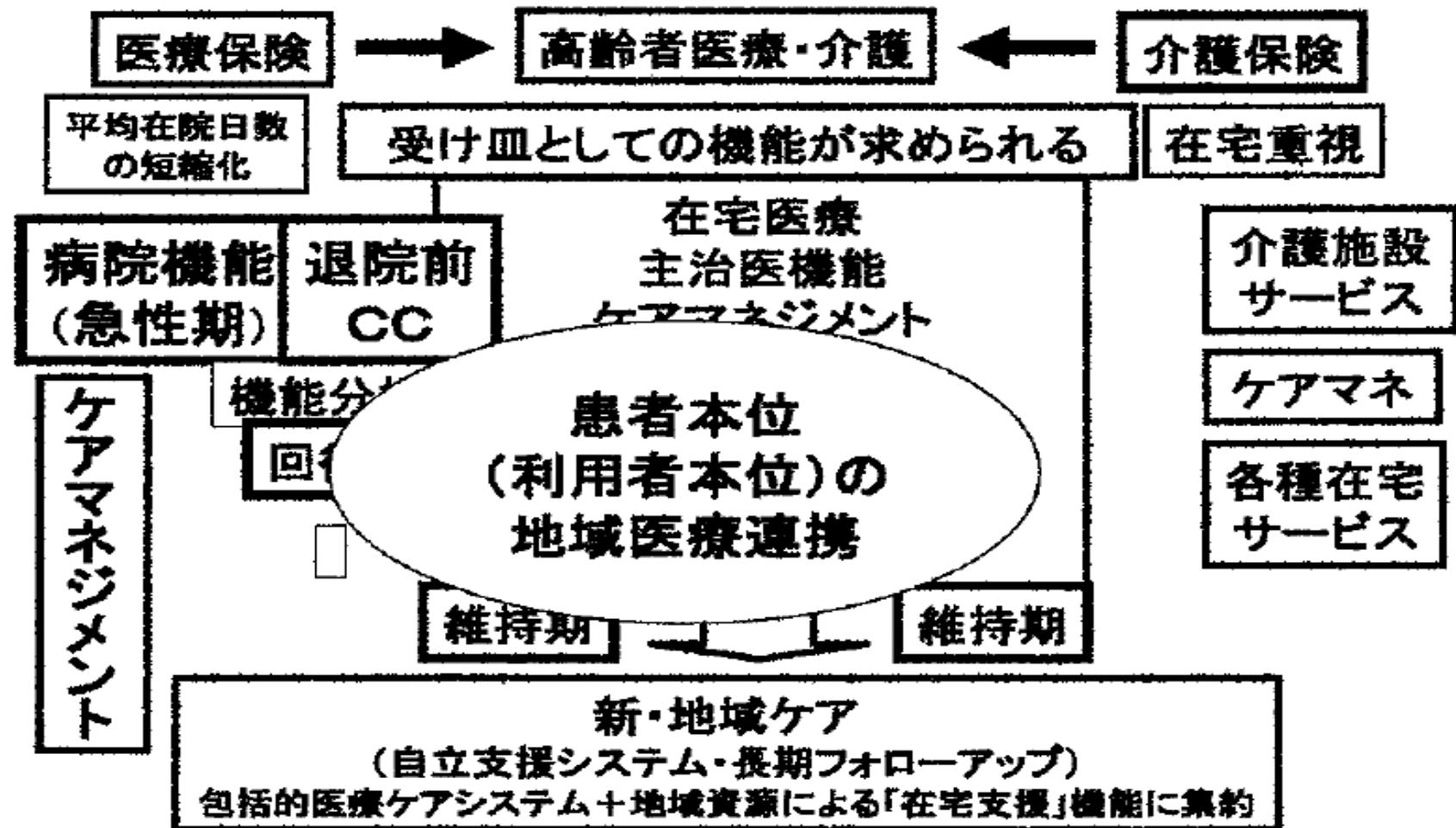
在宅緩和ケア  
チーム

在宅NST

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)



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



H.Katayama Onomichi Medical Association2004

# 地域における

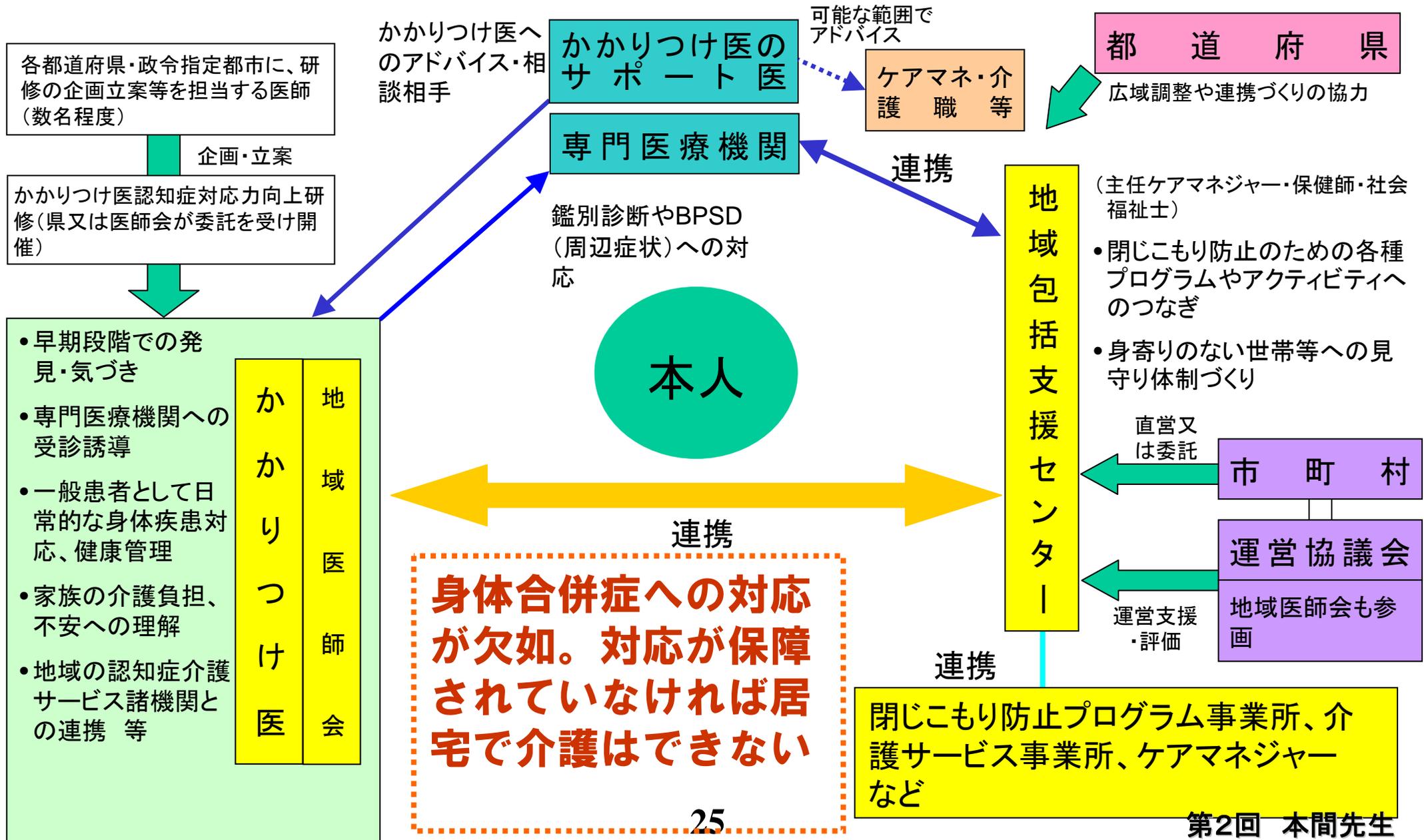
## 口腔ケアネットワークの必要性

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

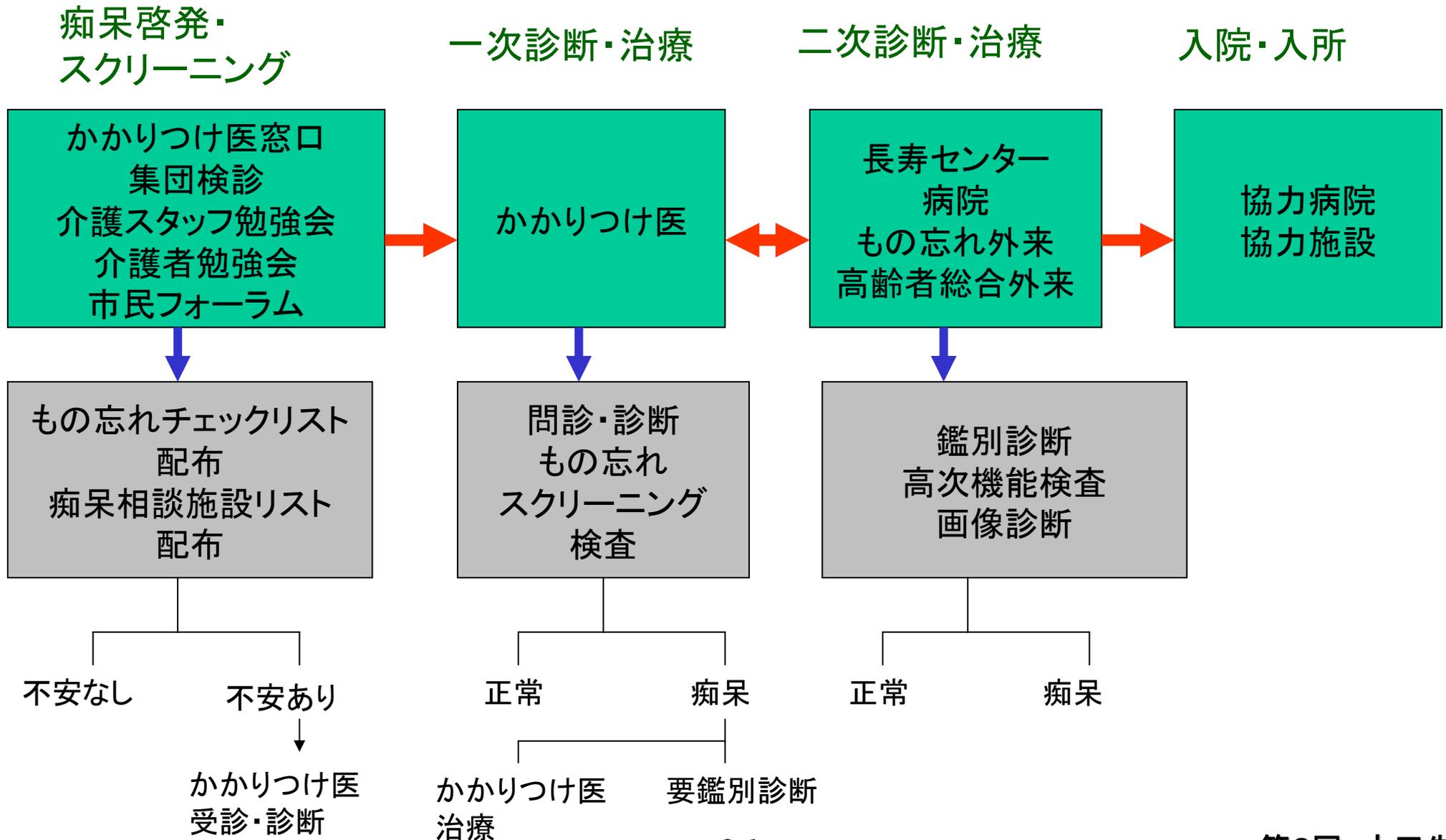
口から食べることの支援と誤嚥性肺炎の予防のために安心のネットワークがほしい。

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。

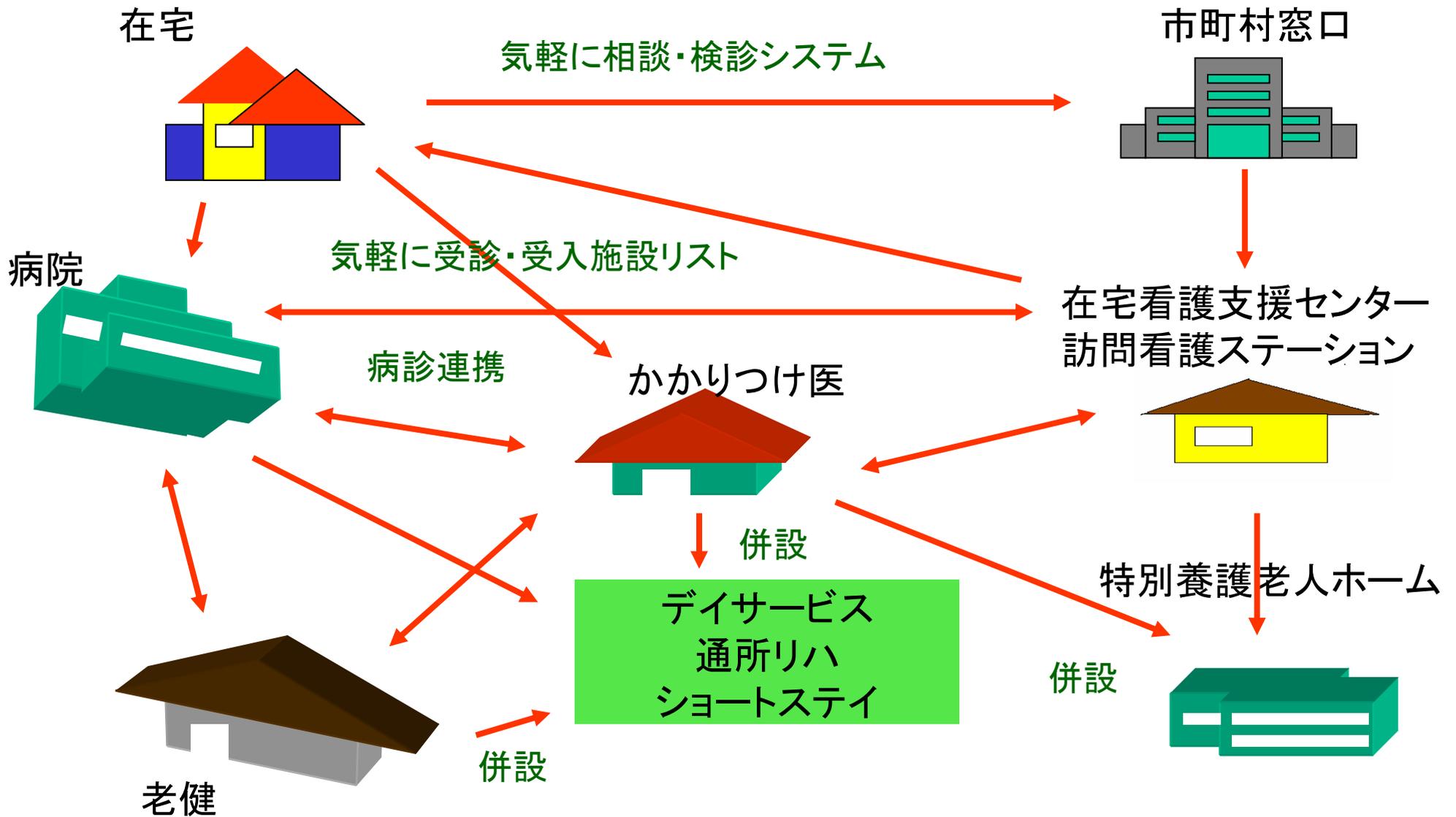
# かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制



# 大府 痴呆総合支援ネットワーク

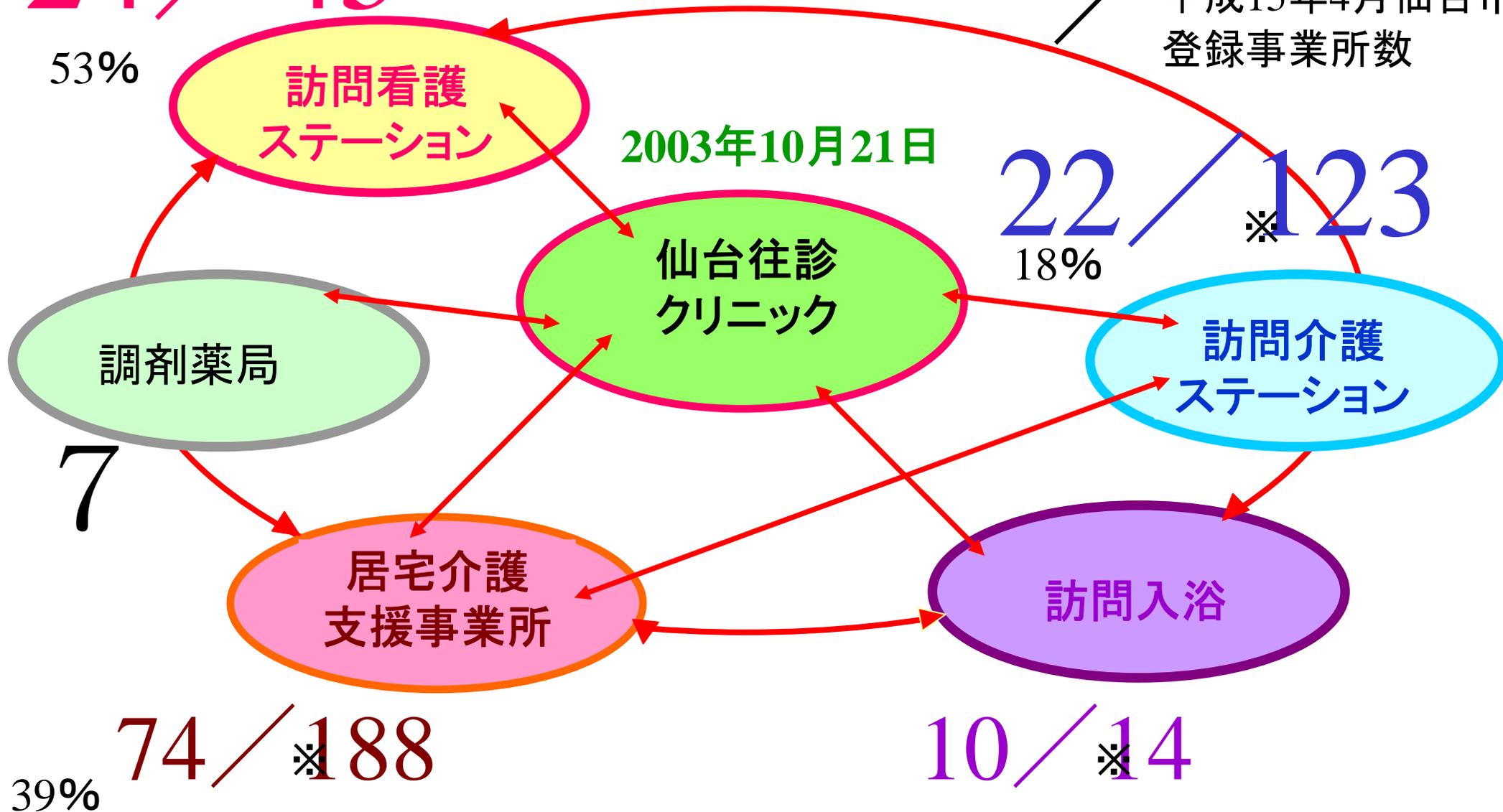


# 大府市痴呆対策プロジェクト



# 24 / ※45 連携事業所数

※平成15年4月仙台市登録事業所数



## 後期高齢者に対する歯科治療および口腔ケアの意義

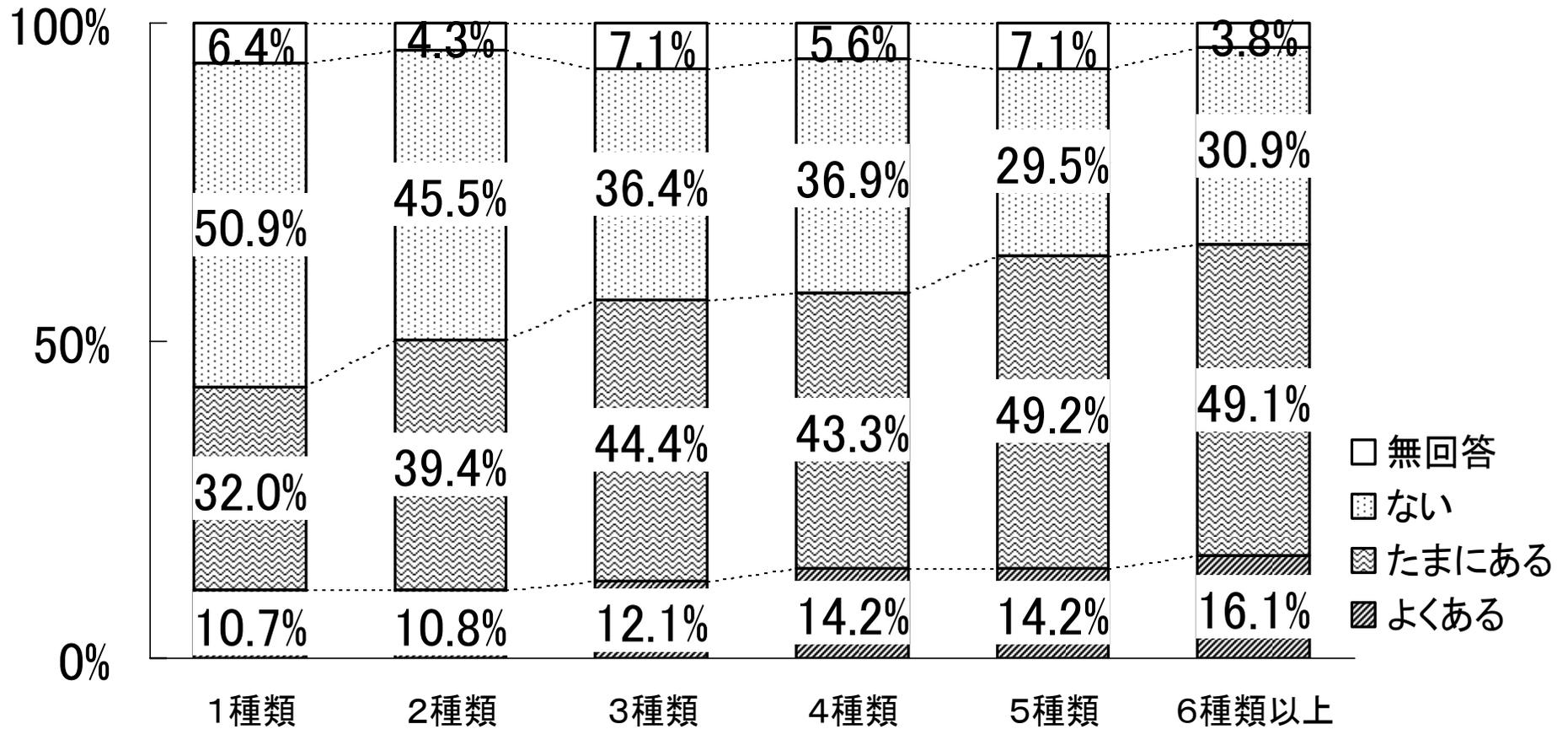
- 「食べること」と発話・表情などを通じた「コミュニケーション」を直接支える口腔機能は、人がその人らしく生きていくために欠かせない機能であり生涯における QOL の維持向上に深く関わる。
- 後期高齢者の口腔衛生状態の改善と咀嚼能力の改善を図ることが、誤嚥性肺炎の減少や低栄養および ADL の改善に有効であり、健康寿命の延伸に寄与する。
- 脳卒中患者への歯科的対応は、入院期間中の急性期からが効果的であり、しかもそれは入院期間の短縮につながる。
- 歯数が多く、よく噛めている高齢者ほど健康で総医療費が低いという調査結果が報告されており、高齢者の口腔機能を維持・増進することは、活力ある健康長寿社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



処方されている薬の種類

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する。
- 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ないことが多い。
- 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、中断しうる医療、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」に敬意を払う。
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(霊的ケア)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、  
大切にしてもらっていた



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

