

参考資料2

特別部会で行われた有識者ヒアリング
資料等抜粋

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)

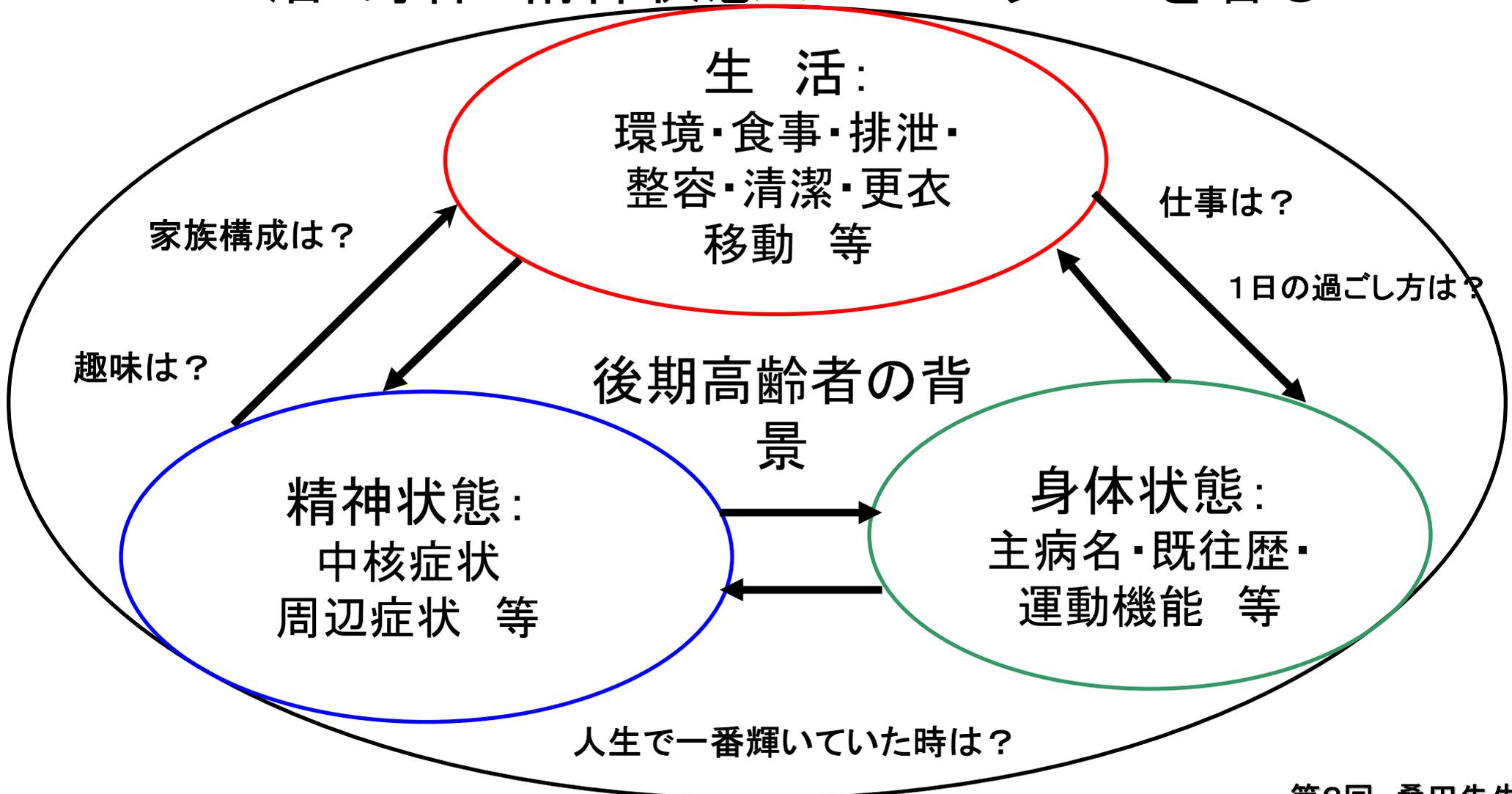
後期高齢者医療制度の創設に当たっては、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する。新たな体系においては、終末期医療の在り方についての合意形成を得て、患者の尊厳を大切にされた医療が提供されるよう、適切に評価する。また、地域の主治医による在宅の患者に対する日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応を評価する。

【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。

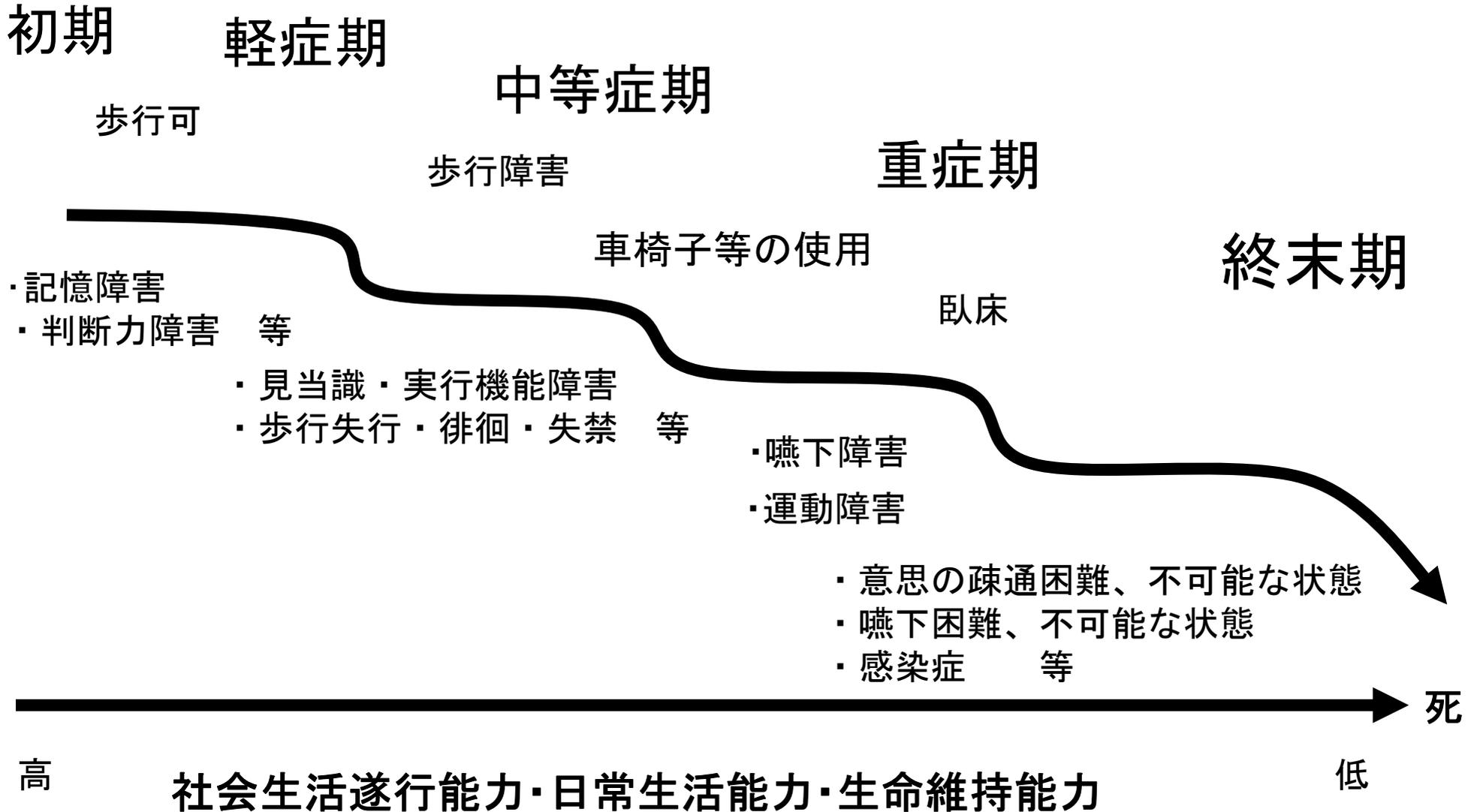
高齢者医療の特性と留意点

- 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徴と問題点

- 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



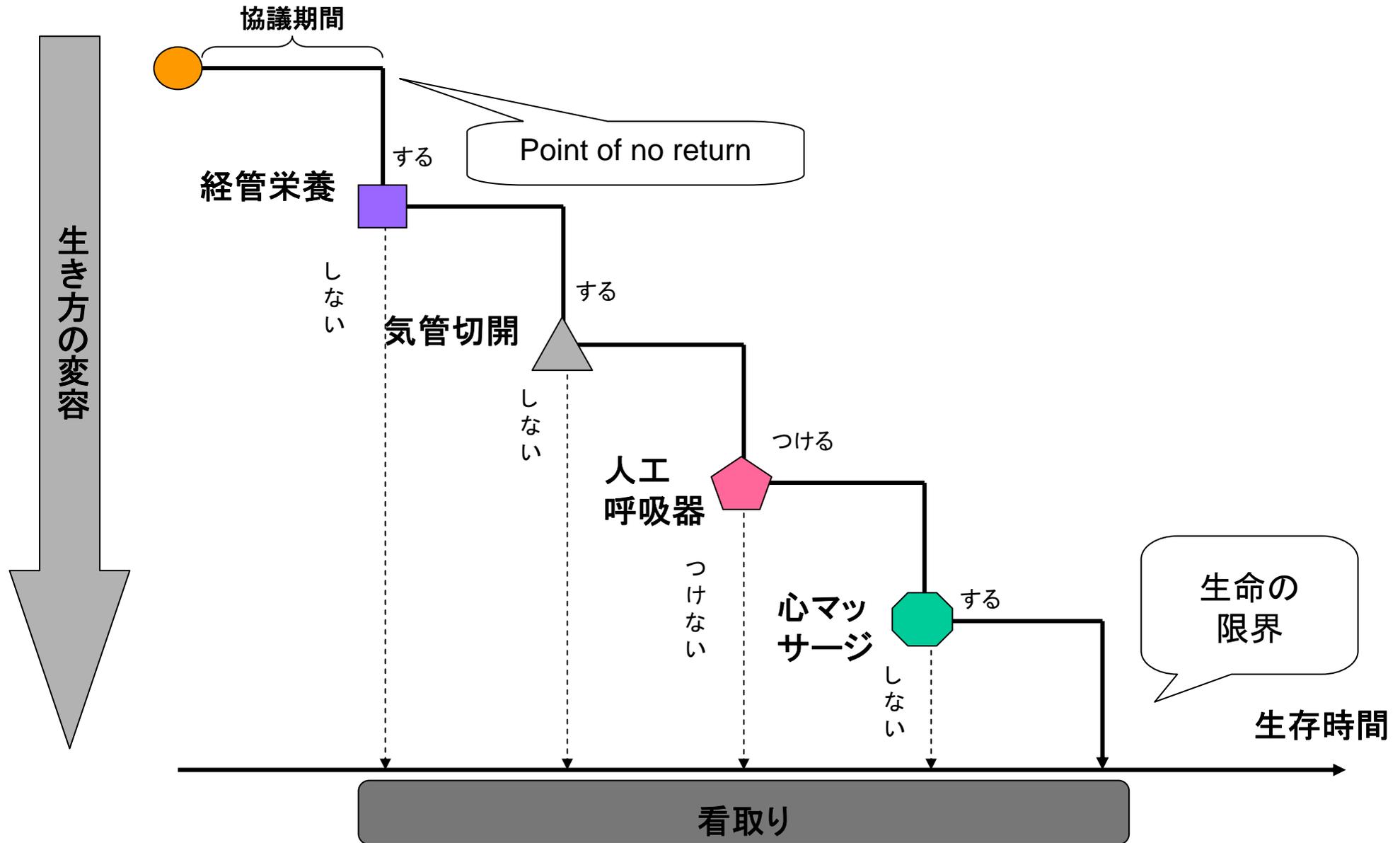
認知症を支えるための課題

- 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

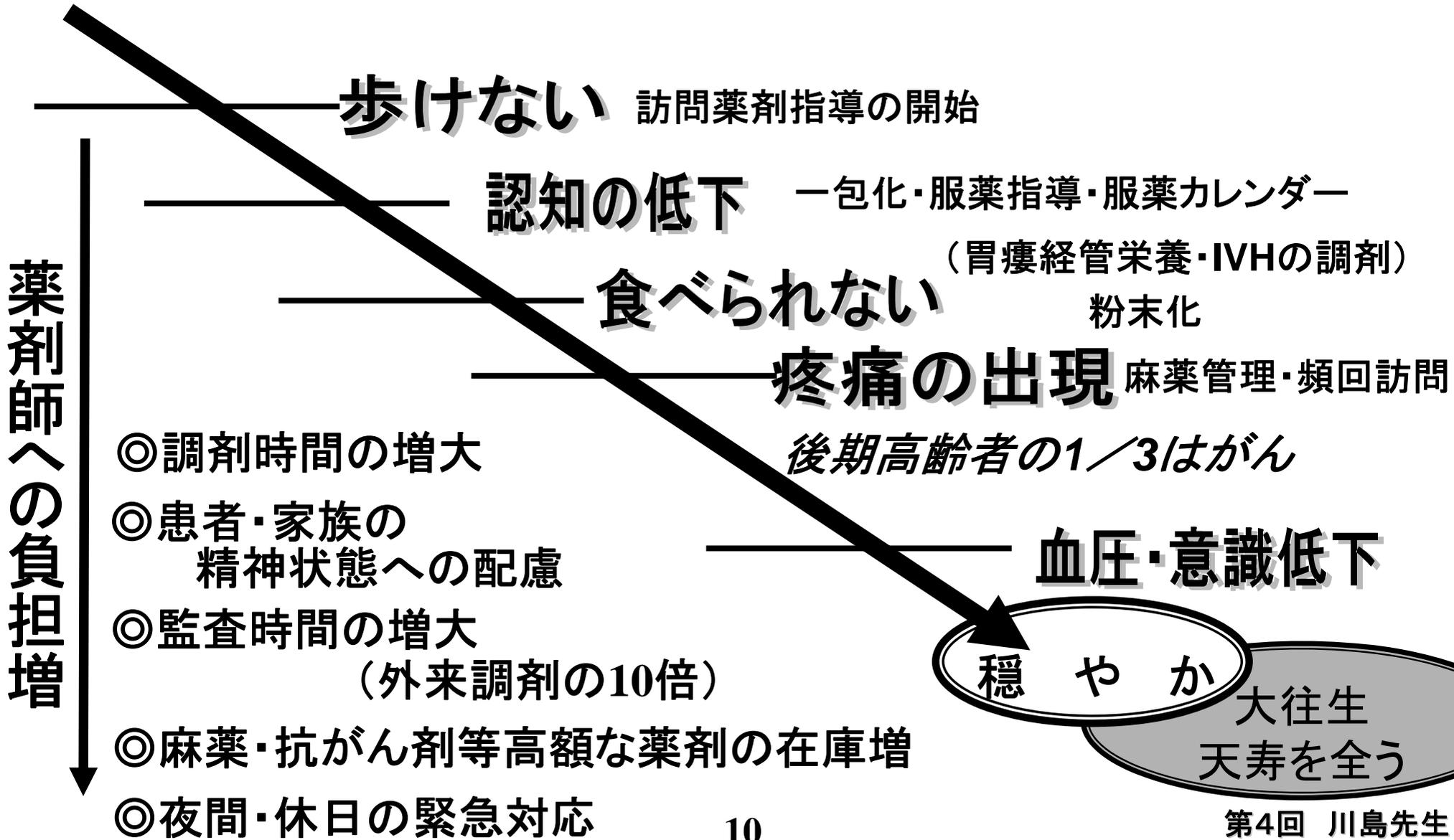
認知症をめぐる医療、換言すれば75歳以上の高齢者の医療に関する最大の課題は、認知症による判断能力が低下した、あるいは欠如した場合に、本人の意思をどのように確認することができるかということである。医療同意をどのようにすれば得ることができるかについての論議が進んでいない。

- 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



歩けない 訪問薬剤指導の開始

認知の低下 一包化・服薬指導・服薬カレンダー

食べられない (胃瘻経管栄養・IVHの調剤) 粉末化

疼痛の出現 麻薬管理・頻回訪問

後期高齢者の1/3はがん

血圧・意識低下

穏やか

大往生 天寿を全う

薬剤師への負担増

- ◎調剤時間の増大
- ◎患者・家族の精神状態への配慮
- ◎監査時間の増大 (外来調剤の10倍)
- ◎麻薬・抗がん剤等高額な薬剤の在庫増
- ◎夜間・休日の緊急対応

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

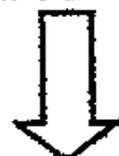
在宅主治医機能
支援システム

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システムの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、システムの的に展開すべき

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。