

# 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、ディ・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。

# 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

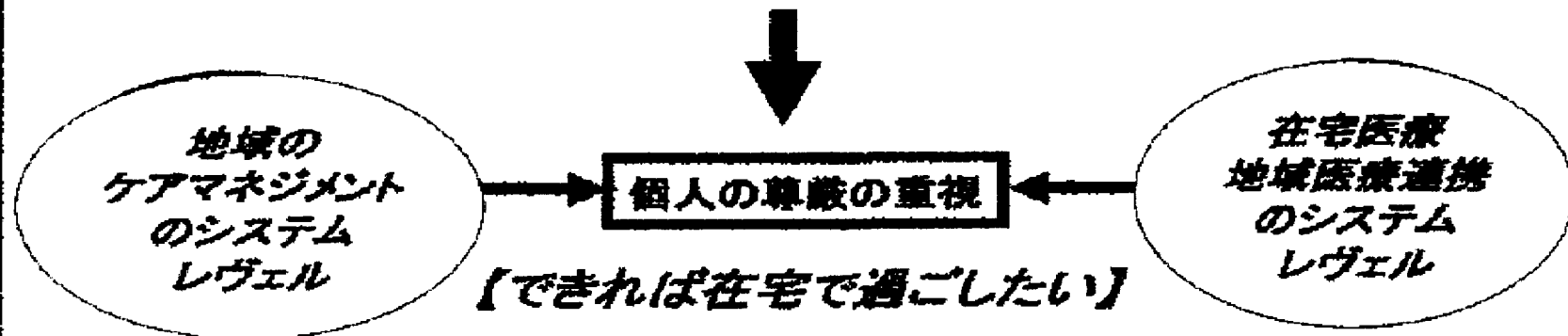


# 「施設」「在宅」の統合概念は「地域」

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

院内連携  
看護システム

病院主治医

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

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)

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

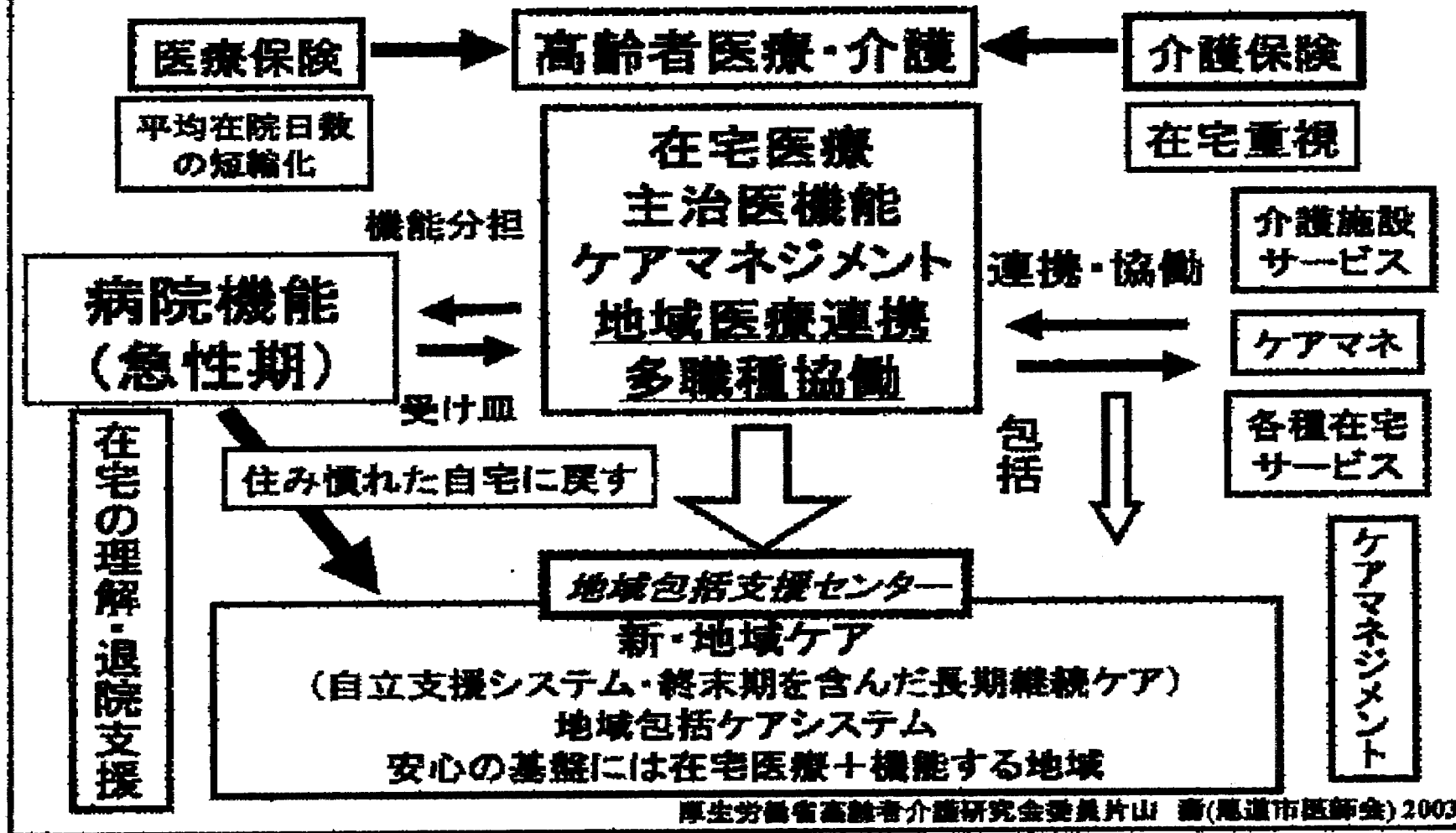
多職種協働空間  
長期フォローアップのチーム  
(ケアマネジメント空間)

在宅緩和ケア  
チーム

在宅NST

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

