

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（第6回）
－議事次第－

日時：平成19年2月5日（月）

15:00～17:00

場所：東海大学校友会館 阿蘇の間

（霞が関ビル33階）

議 題

1. 後期高齢者医療について
（フリーディスカッション）

2. その他

第6回社会保険審議会 後期高齢者医療の在り方に関する特別部会	資料1
平成19年2月5日	

後期高齢者医療の在り方について (検討のたたき台)

～後期高齢者の心身の特性にふさわしい
医療の在り方をどのように考えるか～

1 後期高齢者の心身の特性

- (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患（特に慢性疾患）が見られる。
- (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
- (3) いずれ避けることが出来ない死を迎える。

2 基本的な視点

- ・後期高齢者の生活の中での医療
- ・後期高齢者の尊厳に配慮した医療
- ・後期高齢者が安心できる医療

3 後期高齢者医療における課題

- (1) 複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要となっている。
- (2) 慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考える必要がある。
- (3) 複数医療機関を頻回受診する傾向があり、検査や投薬が多数・重複となる傾向がある。
- (4) 地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要がある。
- (5) 患者自身が、正しく理解をして自分の治療法を選択することの重要性が高い。

4 後期高齢者にふさわしい医療の体系

- (1) 急性期医療にあっても、治療後の生活を見越した、
高齢者の評価とマネジメントが必要(CGA※、GEMs※)
- (2) 在宅(及び居住系施設)を重視した医療
 - ・かかりつけ医による訪問診療、訪問看護等
 - ・医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携
 - ・複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
- (3) 安らかな終末期を迎えるための医療
 - ・十分に理解した上での患者の自己決定の重視
 - ・十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制
- (4) 介護保険のサービスと連携の取れた一体的なサービス
提供

※CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) : 高齢者総合評価

GEMs (Geriatric Evaluation and Management programs)

: 高齢者評価とマネジメントプログラム

高齢者医療の在り方に関する特別部会・当面のスケジュール

(平成18年 第1回から第5回まで開催)

平成19年

2月 5日 第6回部会
フリーディスカッション

(医療部会及び医療保険部会において議論)

3月 後期高齢者医療の在り方に関する「基本的考え方」
の取りまとめに向けた議論

(年度内を目途 基本的考え方の取りまとめ)

(春 パブリックコメントの実施 (厚生労働省))

春～夏 後期高齢者の新たな診療報酬体系の骨格の取りま
とめに向けた議論

(医療部会及び医療保険部会において議論)

夏～秋 後期高齢者の新たな診療報酬体系の骨格を取りまとめ

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)

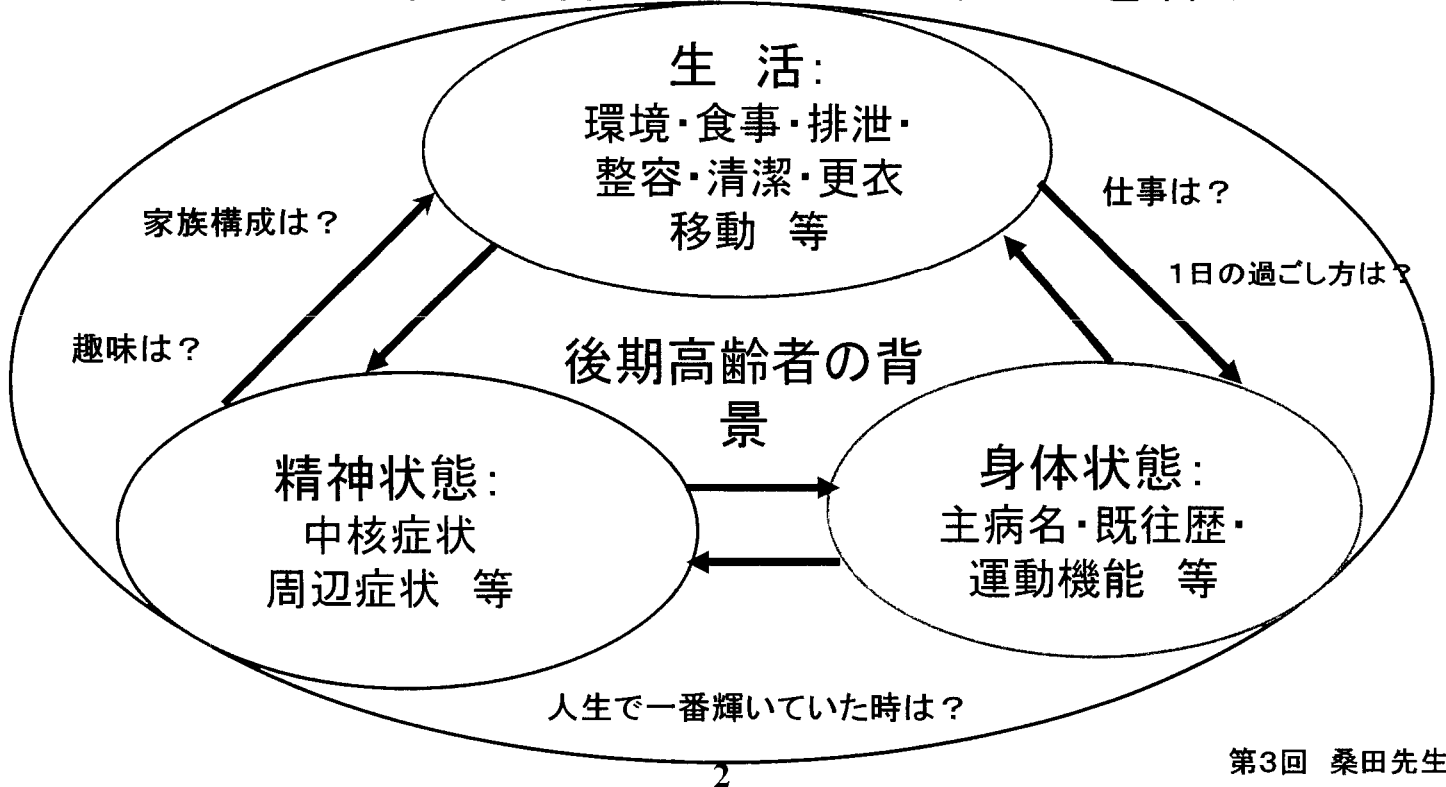
後期高齢者医療制度の創設に当たっては、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する。新たな体系においては、終末期医療の在り方についての合意形成を得て、患者の尊厳を大切にされた医療が提供されるよう、適切に評価する。また、地域の主治医による在宅の患者に対する日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応を評価する。

【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



第3回 桑田先生

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。

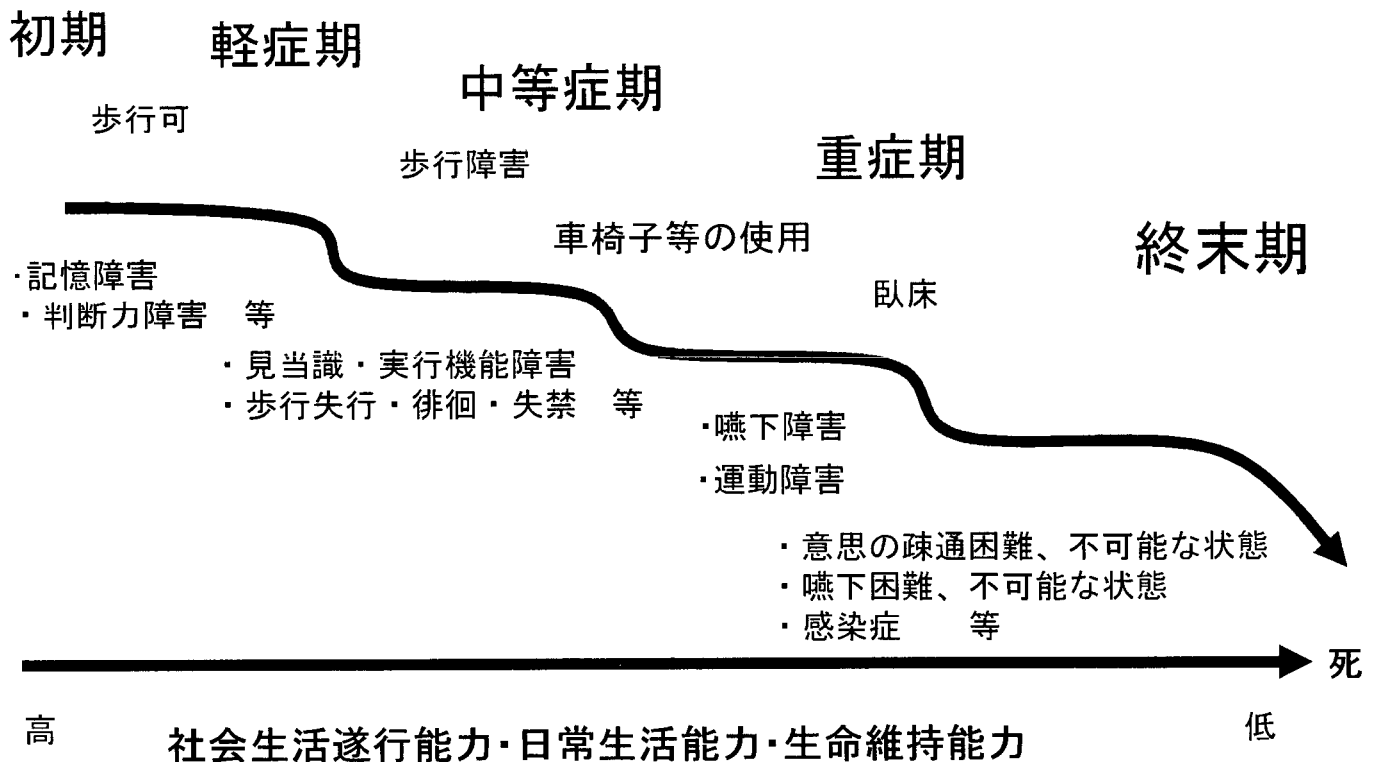
高齢者医療の特性と留意点

- 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



6

第3回 桑田先生

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

7

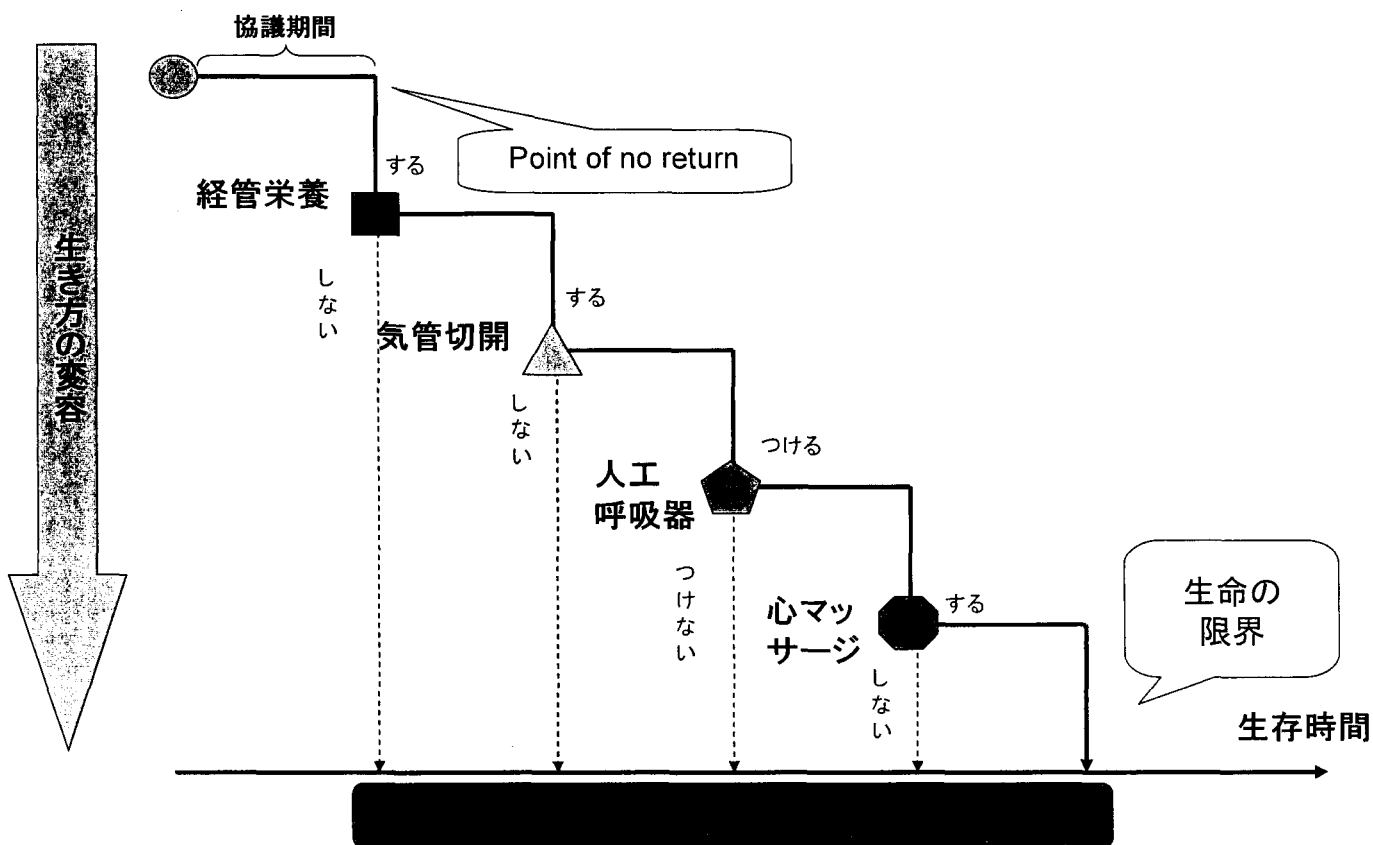
第2回 本間先生

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。

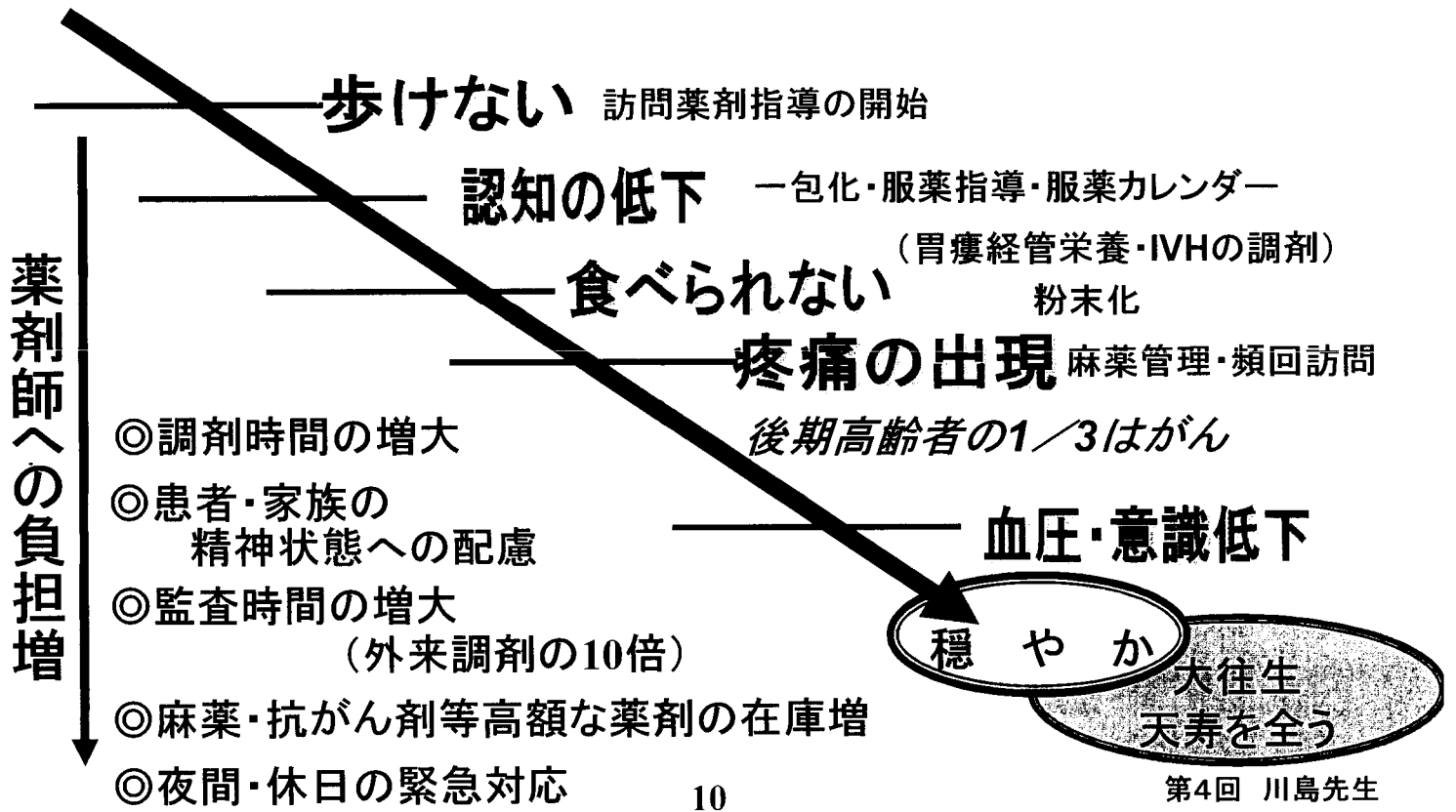
■後期高齢者医療を考える上では認知症の医療を無視できない

■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

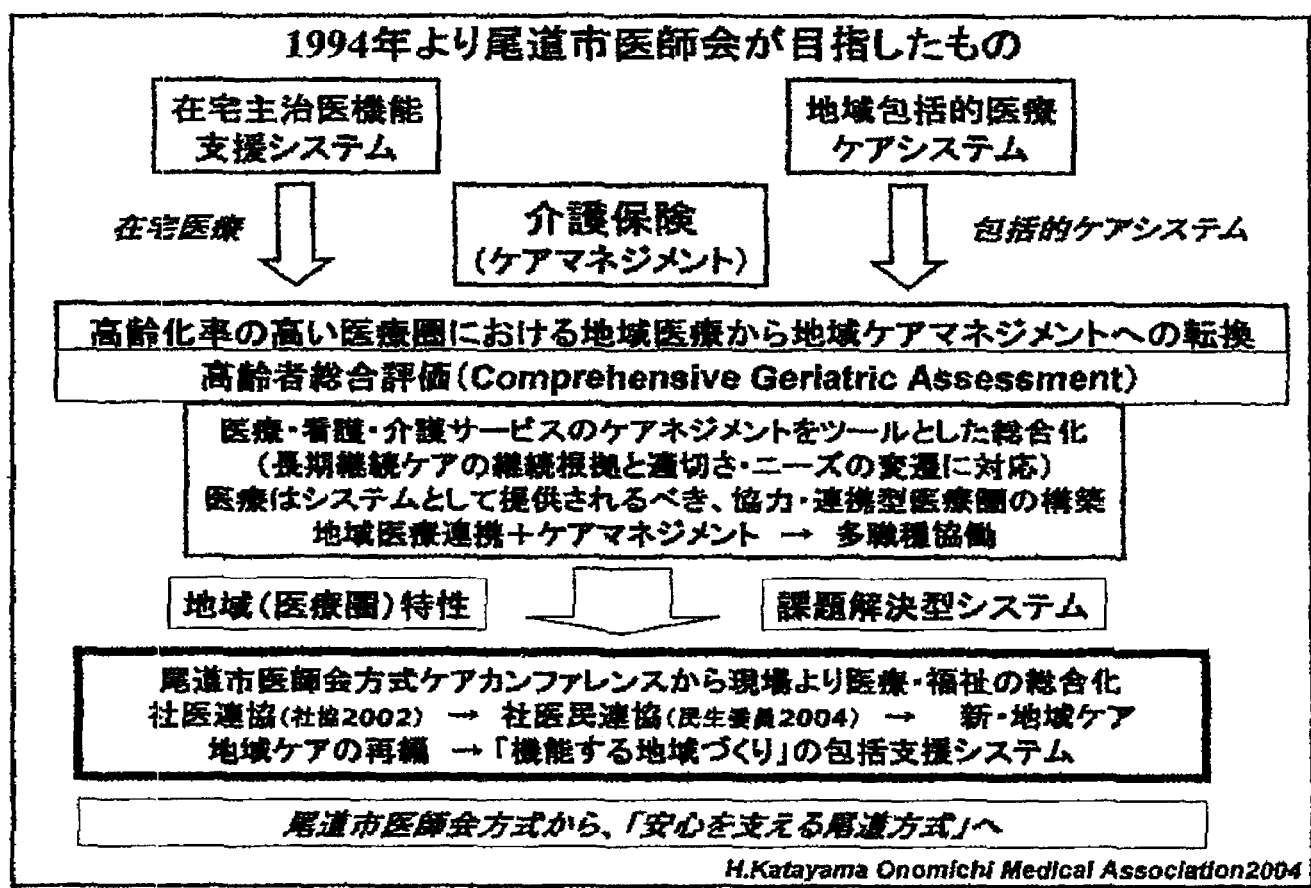
- ・ 喪失への嘆き 老いと死への不安
「失われた」また「失っていく」ことへの怒りや悲嘆
変化と折り合う事の困難さ
 - ・ ソーシャルサポートの脆弱さ
家族も高齢で介護力が弱体, 血縁や地縁が希薄
増加している単身高齢者は孤立し特に支援協力体制が弱体
 - ・ 認知症等による意思決定困難
成年後見等の活用, また活用不能な場合の検討合議,
医療の方向選択(栄養・補液・延命), 療養の場の選択など
複数の意見が異なる家族との合意形成の必要
 - ・ 家族自身も支援が必要
予期悲嘆 介護負担 看取り等
- * 今まで生きてきた「気持ちと暮らし」の問題が凝縮し顕在化する

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



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。

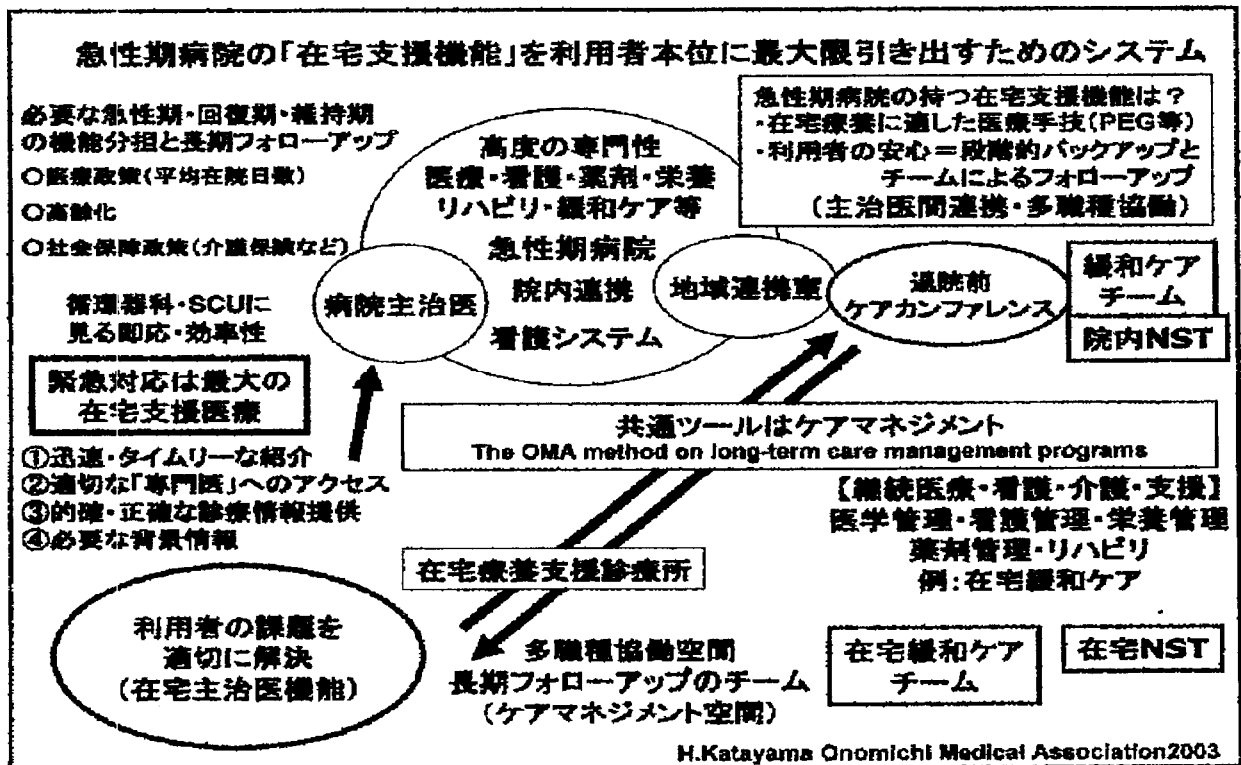
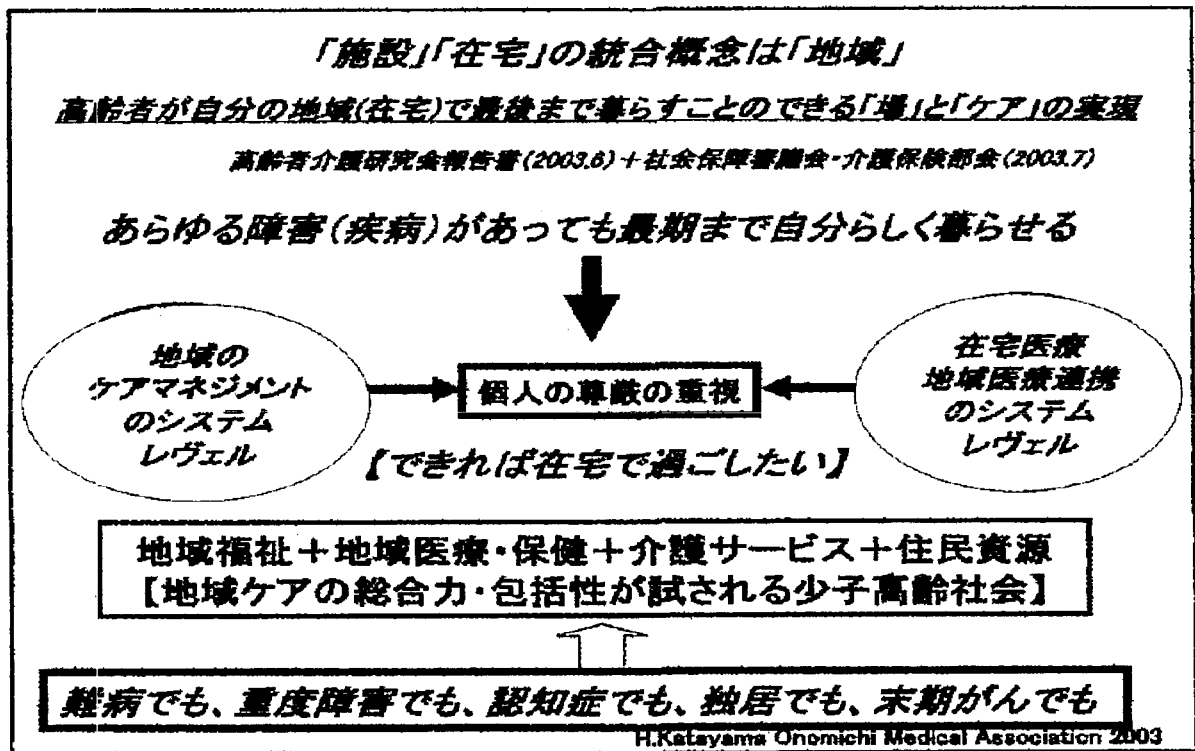
病院・施設とのスムーズな連携強化

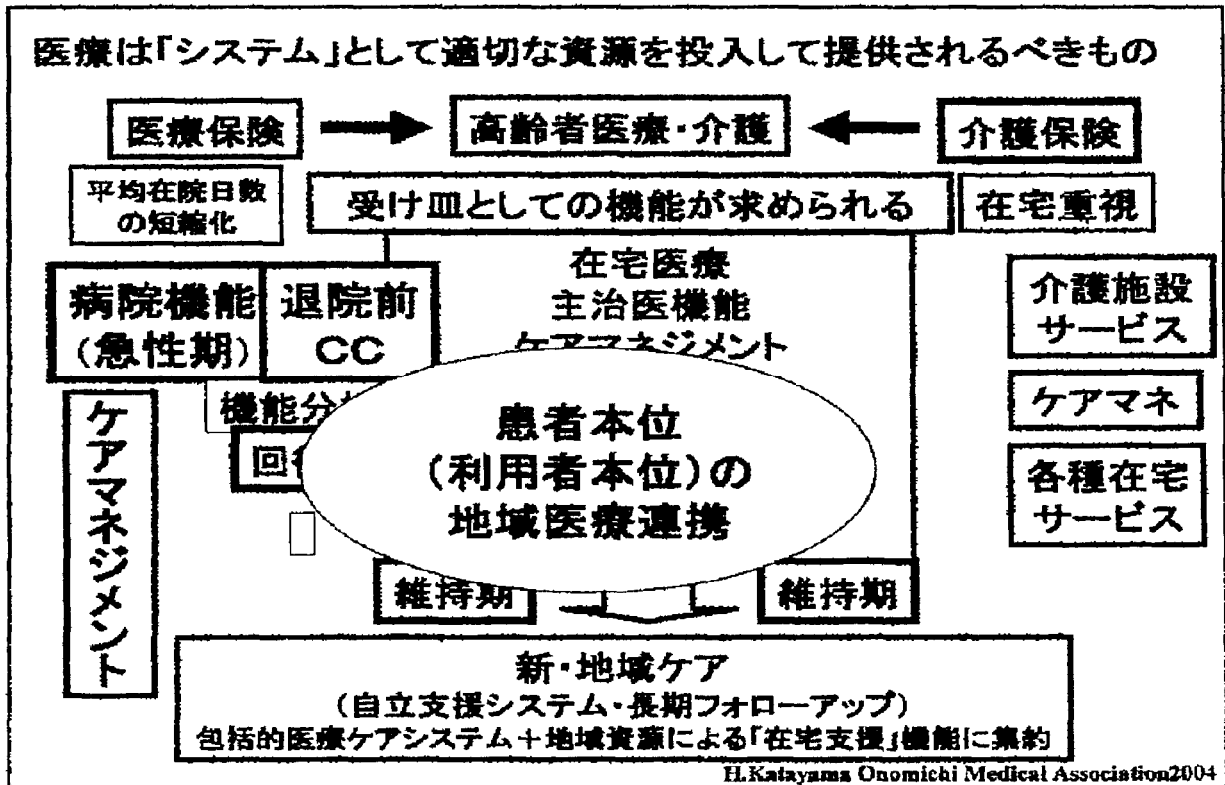
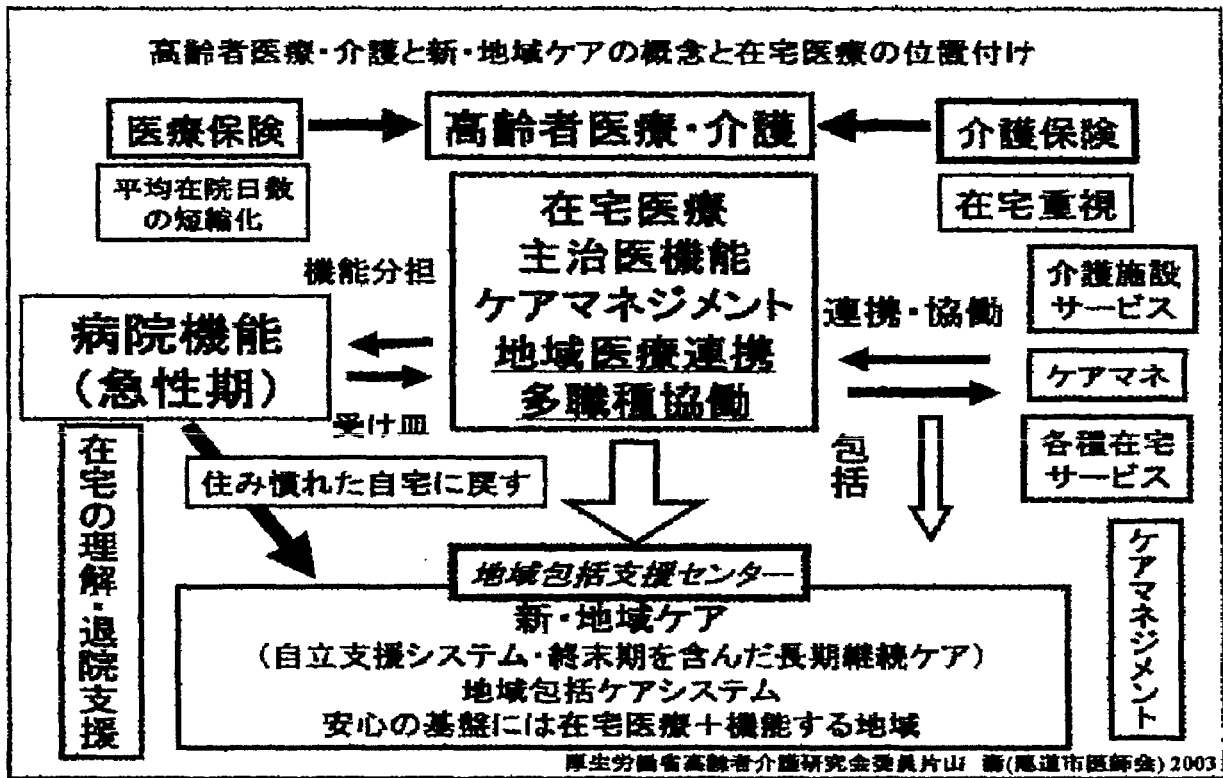
* 在宅での生活を維持していく為に

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





地域における

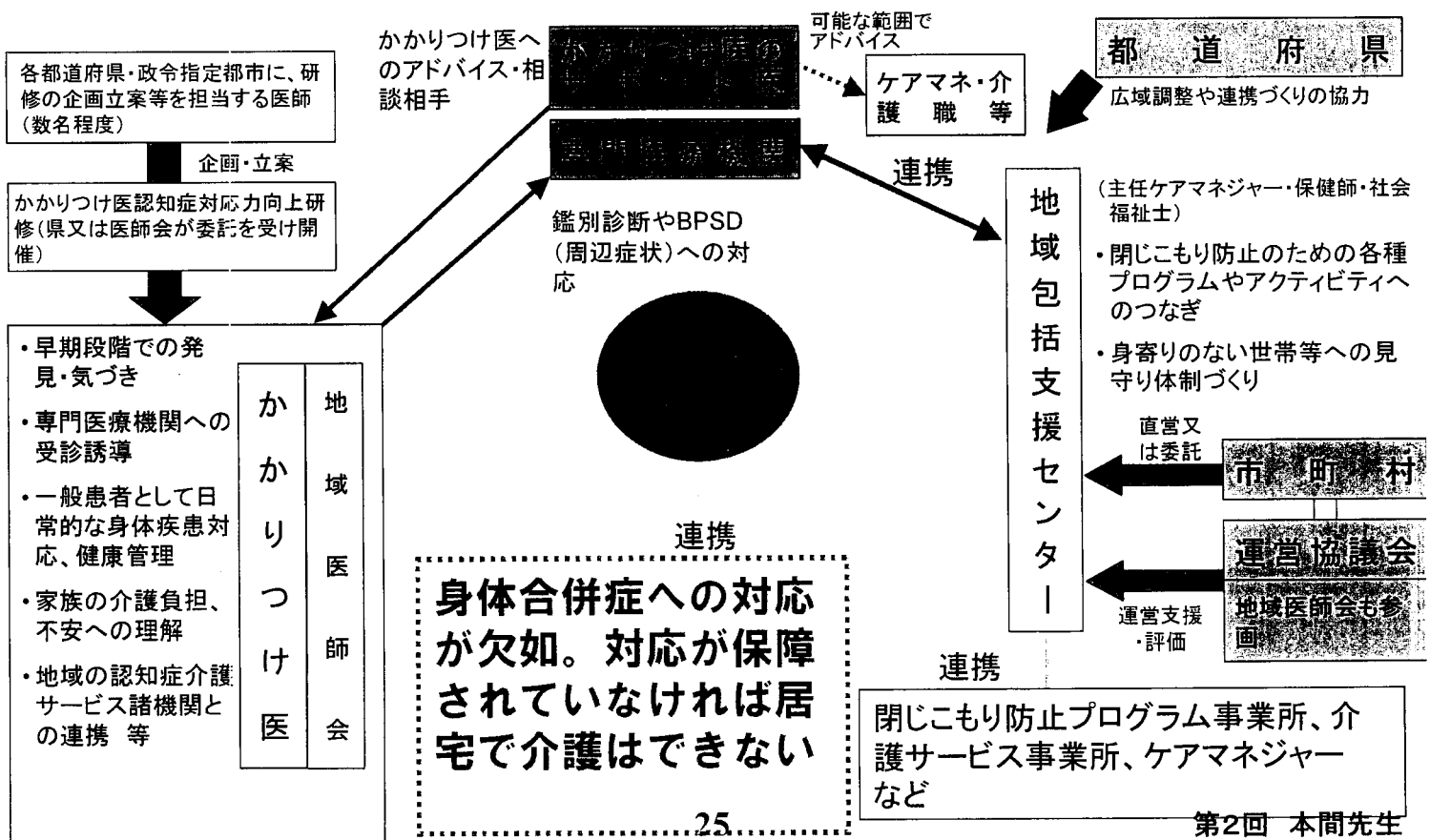
口腔ケアネットワークの必要性

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。

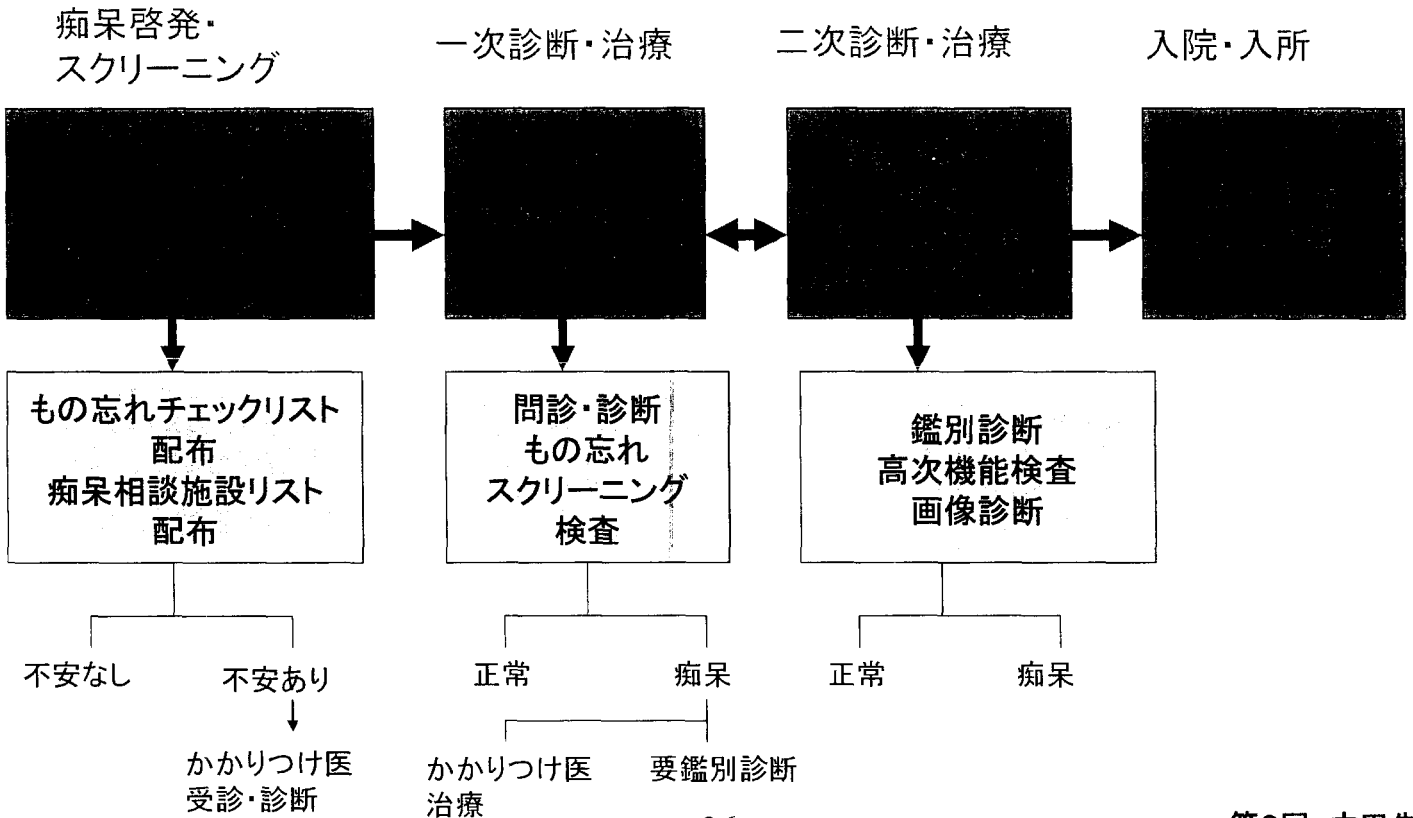
口から食べることの支援と誤嚥性肺炎の予防のために安心のネットワークがほしい。

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。

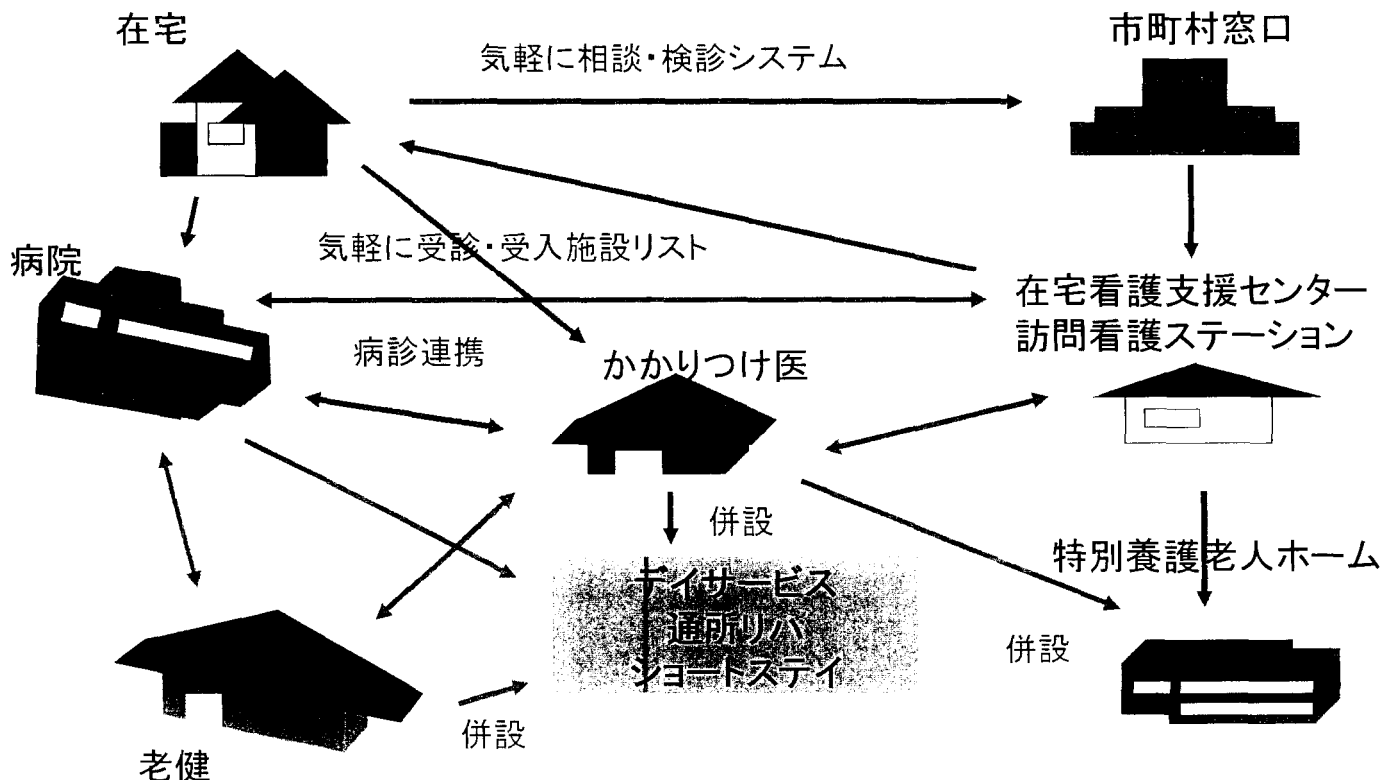
かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制



大府 痴呆総合支援ネットワーク



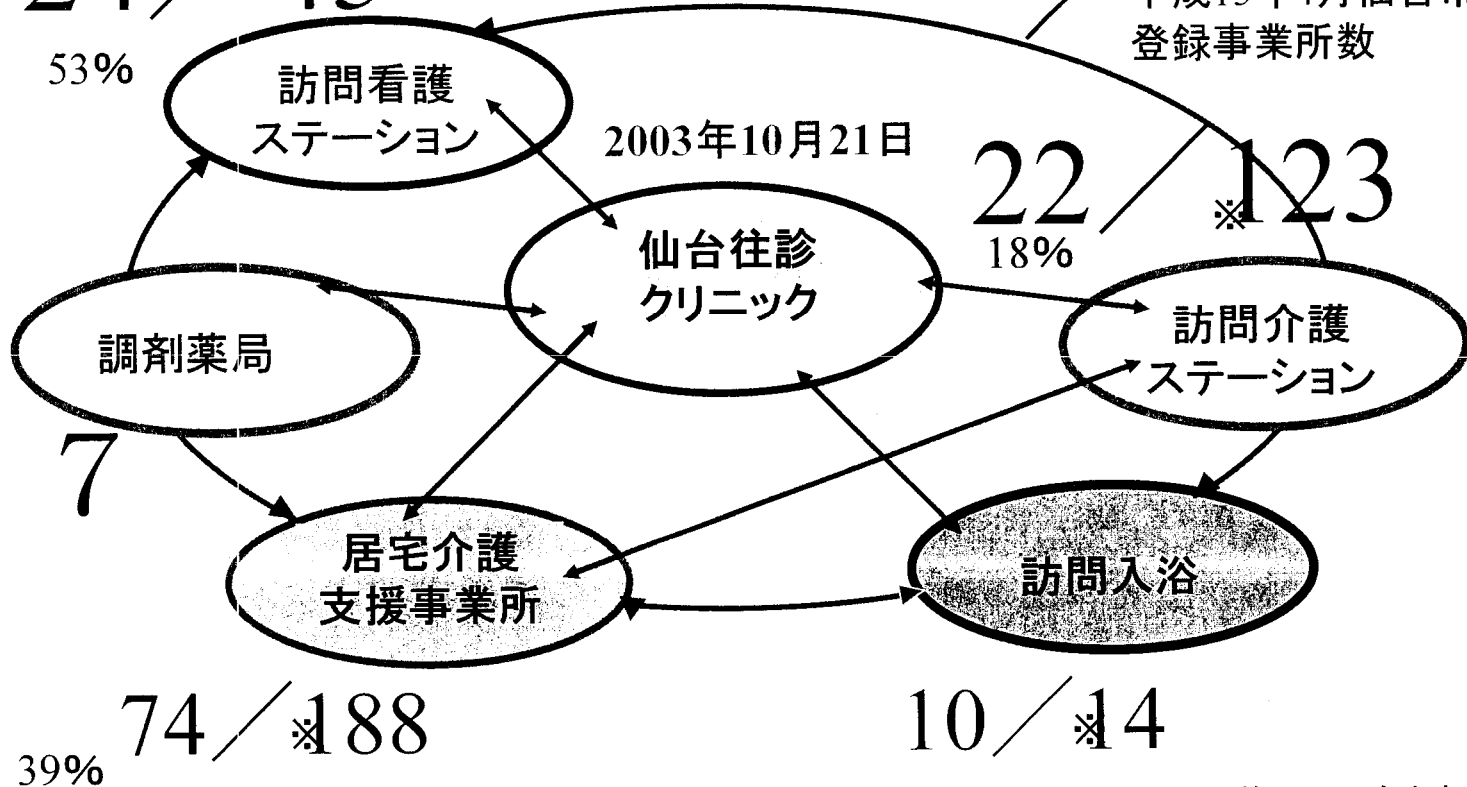
大府市痴呆対策プロジェクト



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

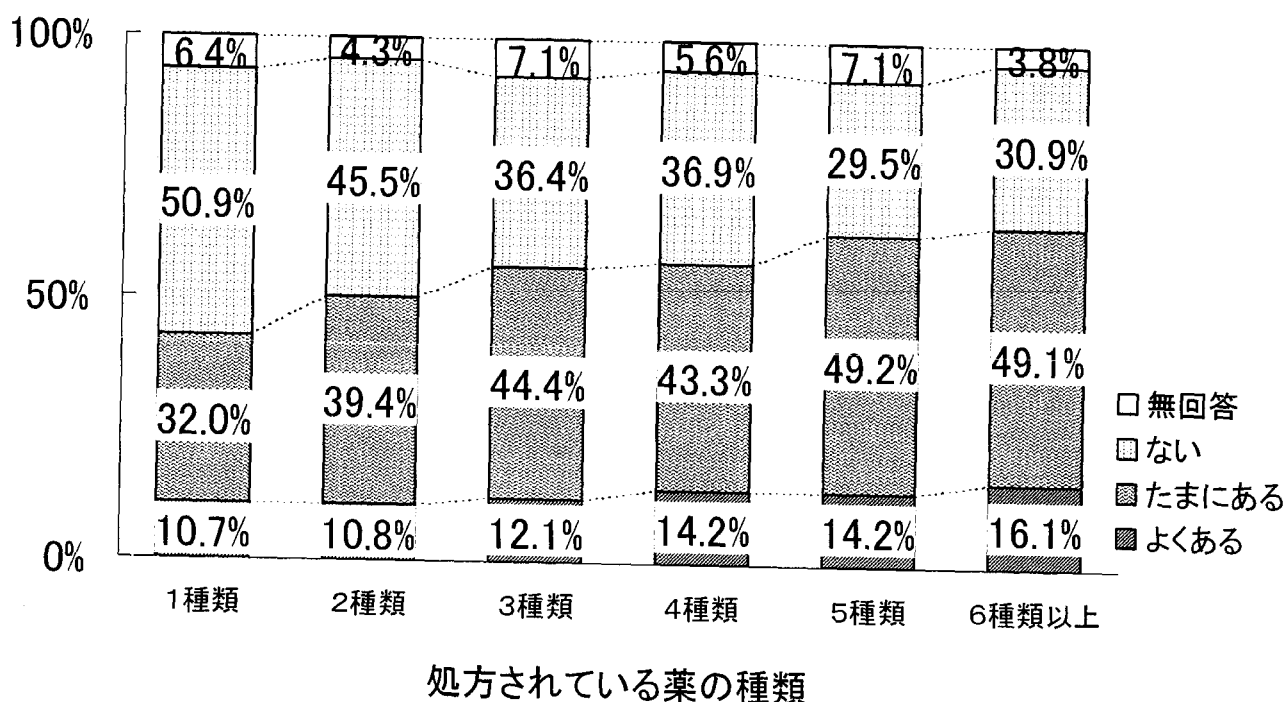
- 「食べること」と発話・表情などを通じた「コミュニケーション」を直接支える口腔機能は、人がその人らしく生きていくために欠かせない機能であり生涯における QOL の維持向上に深く関わる。
- 後期高齢者の口腔衛生状態の改善と咀嚼能力の改善を図ることが、誤嚥性肺炎の減少や低栄養および ADL の改善に有効であり、健康寿命の延伸に寄与する。
- 脳卒中患者への歯科的対応は、入院期間中の急性期からが効果的であり、しかもそれは入院期間の短縮につながる。
- 歯数が多く、よく噛めている高齢者ほど健康で総医療費が低いという調査結果が報告されており、高齢者の口腔機能を維持・増進することは、活力ある健康長寿社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



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

32

第4回 林・岩月先生

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

||

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

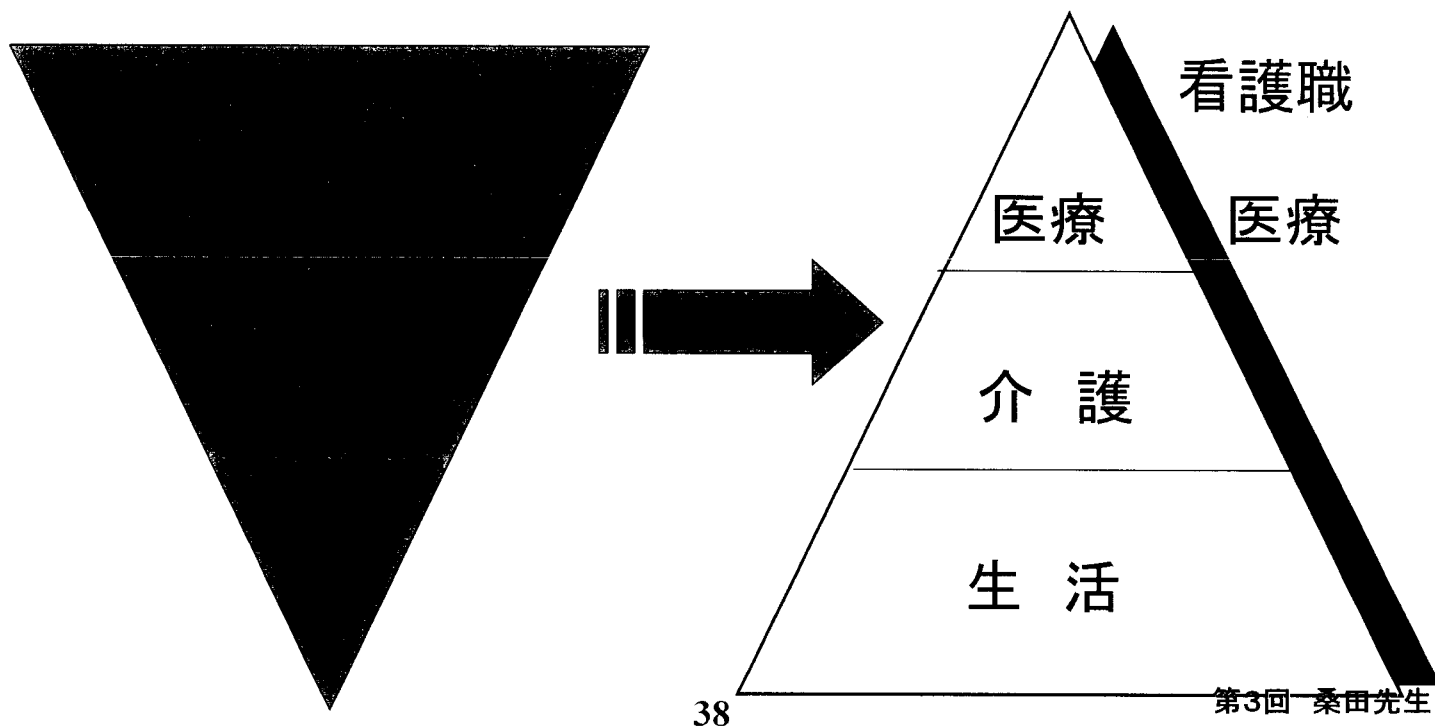


本人が納得(本人の満足)

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



後期高齢者の在り方に関する特別部会

これまでにいただいた主な意見

高齢者医療全般に関する意見

- ・高齢者は複数の病気に罹患することが多く、薬剤投与や治療行為が多くなる傾向があるが、それを抑制することについては検討が必要である。
- ・後期高齢者は、治療が長引くことが多いため、入院医療でも在宅医療でも、「病気とともに生活する」という視点が重要である。
- ・後期高齢者にICUと同じような濃厚な医療を行うことが良いのか、議論が必要である。
- ・救急に運ばれると、色々なチューブを入れられるが、入院期間の短縮のためチューブがついた状態で自宅に戻されるという問題について検討が必要である。
- ・都市部を中心に、地縁・血縁のサポート力が低下してきていることから、医療、福祉、介護などの社会資源を動員する必要がある。
- ・病院における高齢者医療の対応能力が不十分であり、これは診療する医師の問題と地域医療センターのようなシステムの問題がある。
- ・入院可能な後方支援医療機関と在宅の主治医との連携により、緊急時の対応が可能となる。
- ・退院後の多職種協働による包括的なケアのために、ケアカンファレンスを開催することが重要である。
- ・生活機能評価（GEMs（Geriatric Evaluation and Management programs））を行った上で、医療・介護・看護・ソーシャルワークなどが、どのような支援が必要であるかを整理し、医療・介護を過不足なく包括的に給付することが重要である。

在宅医療に関する意見

- ・在宅において、地域の医師や看護師等のケアを受け、家族に付き添われて亡くなることが一番安寧であり、医療費もかからない在り方である。
- ・退院・退所時の病院と施設の連携は不可欠で、医療と介護の両方を熟知した在宅ケアの専門家が橋渡し役を担い、在宅での生活をイメージできる状況で調整する必要がある。
- ・後期高齢者の医療における訪問看護の役割として、介護職等の他職種との連携により、患者・家族が加齢現象を受け止められるようにし、後期高齢者の急変時の不安を解消することが重要となる。
- ・急性期病院からの退院患者の医療の必要性が高くなる傾向にあり、「重症在宅」が増えてきている。特に末期がんの患者や、人工呼吸器、経管栄養、中心静脈等が増加してきている。
- ・診療所は、まだ「重症在宅」に十分に対応できる機能を持っていない。看取りも含めた重症型の在宅療養支援診療所を創設し、重症型、軽症型と二極構造化する必要がある。
- ・在宅医療の存在を国民（患者）に周知するためには、退院させる側の病院の医師に対して、在宅療養支援診療所の周知を徹底する必要がある。
- ・麻薬管理、夜間休日の緊急対応など在宅医療に対応できるような薬局が必要。
- ・外来診療を中心とし、時間がある時に往診に行くような医師では連携がうまくいかない。
- ・在宅療養支援診療所は、在宅医療に特化した診療所とそうでない診療所の2つに分かれており、それぞれに適した在宅医療の方法を考える必要がある。
- ・患者にとっては、在宅を希望しながら最期は病院がなければならないといった議論があるが、制度を整えると在宅死が増加するというデータもあり、現在の在宅医療がどういう状況なのかについての理解が必要である。
- ・終末期医療は、在宅医療、緩和ホスピス、急性期病院のすべてが統合された、無駄のない形でやっていく必要がある。また、在宅医療を担う診療所は、ホスピス緩和ケアの専門的な診療所を中心に提供されるべきだろうが、今後の人材の育成が課題

である。

- ・必要な時に必要な医療機関に1日でも入院できて、そこでの治療行為により再び在宅医療に復帰できるといった環境を整えば、在宅医療を目指す医師は増えるのではないか。

外来医療に関する意見

- ・不必要な入院をさせないような、プライマリ・ケア専門医の力量が不足している。
- ・外来については英国のGP制度による人頭制を検討してはどうか。

入院医療に関する意見

- ・入院の当初から、患者さんの退院後の行き先や将来的な状態について、家族に説明することが重要である。
- ・医療も介護も必要な患者を対象とする、急性期の入院医療と在宅医療の中間的な位置づけの病床（新高齢者病床、ターミナルケア病棟等）を創設してはどうか。
- ・新高齢者病床では、老健施設よりも医療の必要性が高い患者を対象とし、入院が長期にわたる場合にはDPC方式やリハビリのような上限設定を導入してはどうか。

認知症に関する意見

- ・認知症は、単に医療だけの問題ではないので、医師だけの視点ではなく、生活の視点から議論しなければならない。
- ・認知症の患者は、周辺症状のために一般病棟での管理が困難であり、入院を拒否されることが多いという問題がある。
- ・後期高齢者の医療を考える上で、認知症は決して無視できないものであり、認知症に係る適切な医療を受けられるような環境の整備が必要である。

口腔ケアに関する意見

- ・後期高齢者の心身の特性からみて、歯科疾患に基因する歯の喪失と加齢による摂食や嚥下機能の低下は、食べる機能の衰退として健康寿命の延伸の大きな阻害要因となり、歯科医療は、「食」や「会話」という人間の生活の根幹に関わる医療、すなわち「生きる力を支援する生活の医療」として位置づけられる。

- ・口腔ケアの目的として①感染の予防、②口腔機能の維持回復、③全身の健康の維持回復及び、④社会性の回復が挙げられる。
- ・口腔ケアの内容としては、口腔清掃、歯石除去、義歯の清掃・管理、摂食・咀嚼・嚥下機能の回復、誤嚥性肺炎、低栄養の予防に配慮した口腔の管理がある。
- ・後期高齢者の医療費については、「8020」の達成者の方が非達成者よりも低額であるというデータがある。
- ・後期高齢者の健康寿命を延長するためには、他科との医療連携を踏まえた口腔ケア（管理）を含む歯科的介入が必要。
- ・誤嚥性肺炎や低栄養の予防のためにも、口腔機能の向上及び義歯の装着・調整を含む維持管理などが必要である。
- ・後期高齢者の健康保持のためには、歯の喪失を予防することが重要であり、早い時期から虫歯や歯周病を管理する必要がある。
- ・後期高齢者の口腔管理のためには、まず検診の受診を徹底する必要がある。

薬剤に関する意見

- ・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いこと、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いことから、安全管理が重要。チーム医療の中での薬剤師の薬物療法の安全管理機能を評価すべき。
- ・高齢者の医薬品の一元的管理の評価が必要であり、在宅高齢者の療養状況や療養環境等に応じた、きめ細かい服薬管理業務の評価が必要。

終末期医療について

- ・終末期医療における緩和医療等の適切性については、医療従事者の自治に任せ、法律は立ち入らないというのが基本原則である。
- ・本人の最良の利益は、その主観的評価を抜きにしては考えられず、自己決定はその手段となるものであるが、それが全てではなく、あくまで自己決定によって正しい選択がなされたというところに意味がある。すなわち、インフォームド・コンセントを得ることのみに従って全てを決めるのは妥当ではない。

- ・様々な延命措置の中止が、死に結びついたということの刑事裁判における証明はほとんどできないであろうが、そのことと、多くの人が死期を早めるに違いないと思っている医療を中止してよいかどうかは別の問題であり、医療関係者としては、分かりやすい言葉で国民の理解が得られるようにすべきである。

その他の意見

- ・入院期間 14 日以内の医療費は、前期高齢者と後期高齢者の間で差がないが、31～90 日になると、後期高齢者の医療費が増加してくる。
- ・地域医療を目指す医師に対して、地域医療に必要な知識や技能、態度などを修得する後期研修の期間を構築することが望ましい。
- ・医療従事者から見ると行わない方が良いと思うことを患者の家族が希望し、患者にとって、むしろ悪い方向に行くこともある。
- ・看護職の役割として、日々の生活の援助を通して、高齢者の心身の状態をアセスメントし、さらに予測を立てる、いわゆる「予防看護」が求められる。その中で苦痛の緩和や異常の早期発見ということに努めることも重要である。
- ・後期高齢者の特徴は、生きられる時間が短いことであり、残された時間をどのように生きるかという「生き方の提示」が求められる。
- ・不十分な説明のもとで事前指示書やリビングウィルが作成されている現状は、非常に危険である。
- ・後期高齢者については、家族が高齢であり介護力が弱いこと、地縁、血縁等が希薄なことなど、ソーシャルサポートが非常に脆弱である。
- ・後期高齢者の長い生活の歴史を踏まえた心理社会的な問題への相談援助が不可欠である。また、各種の介護保険施設や在宅での看取りの支援体制を整備していくという意味で、医療と福祉の有機的なネットワークづくり、ソーシャルワーカーのネットワーク機能を活用していく手段が考えられる。
- ・MSWが診療報酬上や病院の在り方の中でどうやって評価すべきか、検証すべきではないか。

後期高齢者医療の在り方について（検討のたたき台）

1) 後期高齢者の心身の特性, 2) 基本的な視点, 3) 後期高齢者医療における課題, 4) 後期高齢者にふさわしい医療の体系, に関してたたき台に述べられていえる点については基本的に賛成である。只問題は4)の医療の体系を如何にして実現していくかである。特に2)の在宅(及び居住系施設)を重要視した医療の中のかかりつけ医による訪問診療が問題である。この懇談会で川越先生の立派なお仕事をお伺いする事が出来たが、問題は川越先生がやっておられる様な在宅訪問診療を我が国全体としてどの程度まで広げる事が出来るのか、又その方策としてどの様な事が考えられるかである。同様な事が高齢者医療における医療連携についても言える。片山先生からお伺いした尾道市の様な形をどの様にして日本全体に広げていくかが課題である。次の後期高齢者を総合的に診る医師に関しては、かかりつけ医による在宅訪問診療を重視するならば、日本医師会の「生涯教育制度」を強化する事が必要であろう。

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	資料 3-2
平成19年2月5日	

後期高齢者医療の在り方について

～後期高齢者の心身の特性にふさわしい医療の在り方をどのように考えるか～

平成19年2月5日

村松 静子

事務局のたたき台について、私見を述べさせていただきます。

1 後期高齢者の心身の特性

後期高齢者は全般的な運動能力が落ちることは避けられないことだが、その心身の特性を考えた際、70歳代と90歳代ではあまりに異なる。また、体格差が非常に大きい。80歳で現役として活躍している人も多くいる今の時代、人間個人個人の生活に目を向けた「後期高齢者とは」を捉えるべきである。

改めて、後期高齢者医療＝終末期医療だけではないことを前提にした医療の在り方を考える必要があるのではないか。

2 基本的な視点

- *透析医療、ペースメーカー等、種々の医療機器を装着することで元気に生活している人達は多い。若い頃から受けている治療や処置を年齢に関係なく継続できる医療
- *身体に無理のない、回復を見据えた医療
- *後期高齢者の受診拒否のない、納得できる医療

3 後期高齢者医療における課題

- *日常生活の保障と心のサポートがあった上での医療を考えることが最重要課題である。

4 後期高齢者にふさわしい医療の体系

- *回復の可能性を見越した高齢者の医療評価が必要
- *在宅での24時間看護が進められる看護師の役務権限と報酬の再検討
- *療養者・家族・介護者の安心が得られる医療体制の構築