

Fourth Age(後期高齢者)の課題 —当事者の課題・社会の課題、 地域で暮らしを支える体制を如何に創るか—

2008年度 ジェロントロジー

コア科目1 加齢に伴う心身機能・生活の変化と適応
平成20年7月3日

東京大学大学院医学系研究科
地域看護学分野

村嶋 幸代

「※:このマークが付してある著作物は、第三者が有する著作物ですので、同著作物の再使用、同著作物の二次的著作物の創作等については、著作権者より直接使用許諾を得る必要があります。」

自己紹介

- 昭和46年4月 理科Ⅱ類入学
- 昭和50年3月 東京大学医学部保健学科卒業(保健師・看護師)
- 昭和52年3月 東京大学大学院医学系研究科修士課程修了
- 神奈川県立衛生短期大学、聖路加看護大学を経て
- 平成13年7月 東大大学院医学系研究科地域看護学分野 教授
- 平成15年4月～健康科学・看護学専攻長
- 平成19年5月～東京大学男女共同参画室長

専門:地域看護学

- 夢:ケアシステムを構築する事により、暮らしやすい社会を創る事

主な研究テーマ:

- ・24時間在宅ケアシステムの構築、
- ・退院支援
- ・保健師の技術:施策化、地域看護管理

東京大学総長
男女共同参画担当理事

男女共同参画室

進学促進部会

勤務態様部会

環境整備部会

女子高校生向け企画・実施

- 女子高校生のための東京大学説明会の開催
- オープンキャンパスの開催

勤務条件の整備

- 多彩な支援メニュー
- キャリア形成期研究者支援
- メンターの起用

働きやすい環境づくり

- 学内保育施設整備
- 休憩室・トイレ等のアメニティの充実
- 安心・安全の確保（街灯の設置など）

※ 東京大学男女共同参画室HPより
<http://kyodo-sankaku.u-tokyo.ac.jp/>

本日の目標

- Fourth Age(後期高齢者)の課題を知り、社会として、どのような準備ができるかを考える素材を提供する
 - 当事者の課題
 - 社会の課題
- 地域で暮らしを支える体制を如何に創るか
 - 訪問看護および退院支援の体制整備に焦点を当てて

- I 人口構造の推移と後期高齢者
- II 後期高齢者の健康課題とニーズ
- III 地域ケアの整備、その一例としての訪問看護
- IV 今、しなければならぬことは何か？

後期高齢者とは

定義

75歳以上の高齢者をいう

参考 65歳～75歳未満を前期高齢者
85歳以上を超高齢者という

要介護度別の原因割合

要介護高齢者の状態像

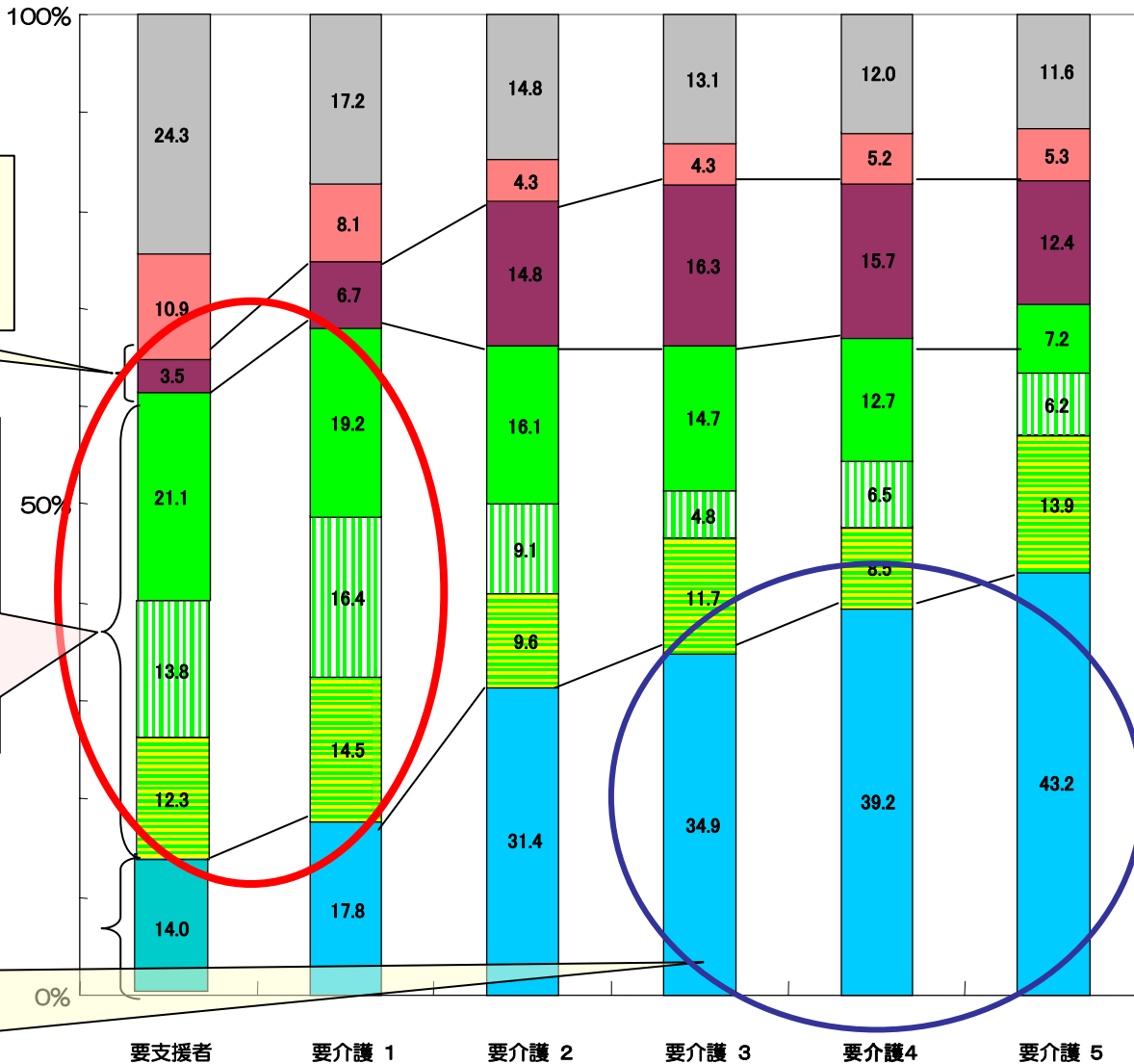
認知症モデル

廃用症候群モデル

→ 要支援、要介護1等の軽度者に多い

脳卒中モデル

→ 要介護度3以上の中重度者に多い。



■ 脳血管疾患(脳卒中など) ■ 骨折・転倒 ■ 関節疾患(リウマチ等) ■ 高齢による衰弱 ■ 認知症 ■ パキンソン ■ その他

介護が必要になった主な原因と 後期高齢者の健康状態

介護が必要になった主な原因は、脳血管
疾患→生活習慣病の一つ

後期高齢者における健康状態は？

1. 性・年齢階級別にみた健康状態の構成割合
後期高齢者では、何らかの健康上の課題を抱えている者の割合が増加
2. 生活習慣病

後期高齢者ケアの課題

- 身体機能の低下(老年症候群のリスク)
 - 認知症
 - 褥創
 - 転倒・骨折
 - 脳血管疾患
 - メカニズムの解明→医学的アプローチ
 - 看護ケア:介入研究がわずか
- 終末期ケア
 - 倫理観・死生観
 - 医療者や家族への調査、あるいは一般市民の意識調査
 - 医療介入と生命予後の関連 例)終末期の点滴実施の是非
 - 看取りの場
- 家族介護(特に介護負担)
- 介護の社会化:法制度整備、システム構築

高齢者介護施策の現状と課題 ①

1. 介護保険制度の定着

- 高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、介護保険制度を平成12年(2000年)より実施。
- 実施後約7年が経過し、当初約150万人だった利用者が在宅サービスを中心に約200万人増加するなど、介護保険サービスは、身近なサービスとして国民に定着してきている。

2. 介護保険制度の見直し

- 介護保険の総費用の増大や、今後の認知症や一人暮らしの高齢者の増加といった課題に対応するため、主に平成18年4月より、介護保険制度の見直しを実施。
 - ・ 高齢者数の急速な増加
→「予防」を重視したサービスモデルへ転換
 - ・ 認知症高齢者の急速な増加
→認知症に対応したサービスモデルへ転換
 - ・ 高齢者世帯の急速な増加
→単身高齢者に対応したサービスモデルへ転換

認知症高齢者数の増加

	2002年	2015年	2025年
認知症高齢者数 (万人)	149	250	323
65歳以上人口 に占める割合 (%)	6.3	7.6	9.3

高齢者の世帯形態の将来推計

		(万世帯)		
		2005年	2015年	2025年
一般世帯		4,904 万世帯	5,048	4,964
世帯主が 65歳以上		1,338 万世帯	1,762	1,843
一人暮らし (高齢世帯に 占める割合)		386万世帯 28.9%	566 32.2%	680 36.9%
夫婦のみ (高齢世帯に 占める割合)		470万世帯 35.1%	614 34.8%	609 33.1%

高齢者介護施策の現状と課題 ②

3. 介護保険制度見直しの主な内容

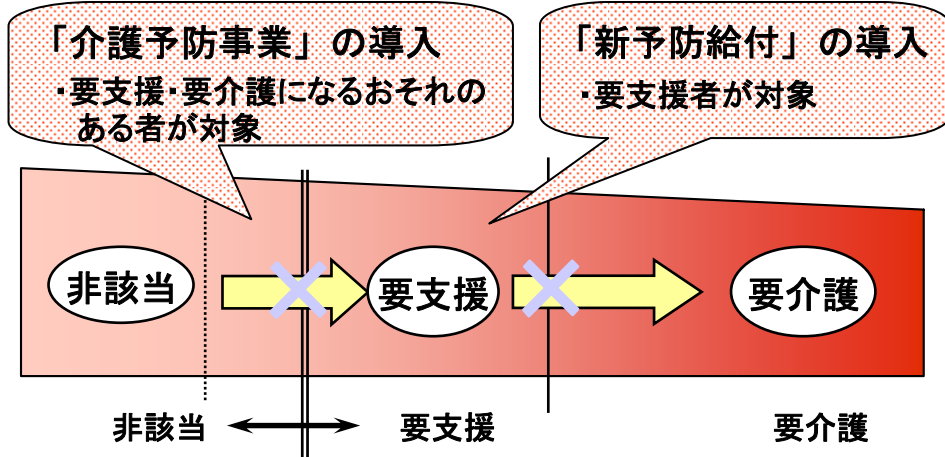
(1) 介護予防の推進

- 高齢者ができる限り、介護を必要としない、あるいは重度化しないようにすることを目指し、「新予防給付」や「介護予防事業」の導入など、予防重視型システムへの転換を図っている。
- 例えば、「体力をつける」「口と歯の健康を守る」「健康的に食べる」ことなどを目的に、個人個人の体力や状態に合わせた介護予防教室や個別指導などが各地域で行われている。

(2) 地域ケア体制の整備

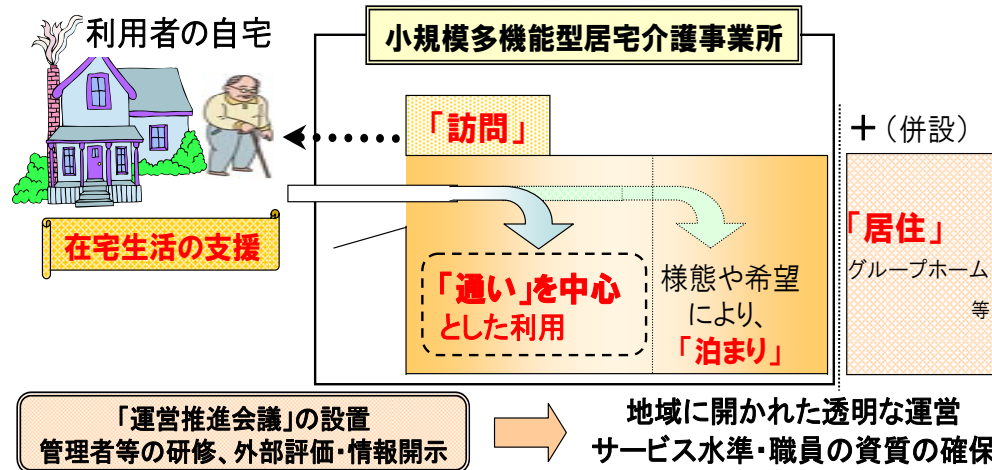
- 認知症高齢者や一人暮らし高齢者が出来る限り住み慣れた地域で生活が継続できるよう、「地域密着型サービス」の創設や、「地域包括支援センター」の設置等による「地域ケア体制」の整備を進めている。

介護予防システムの確立

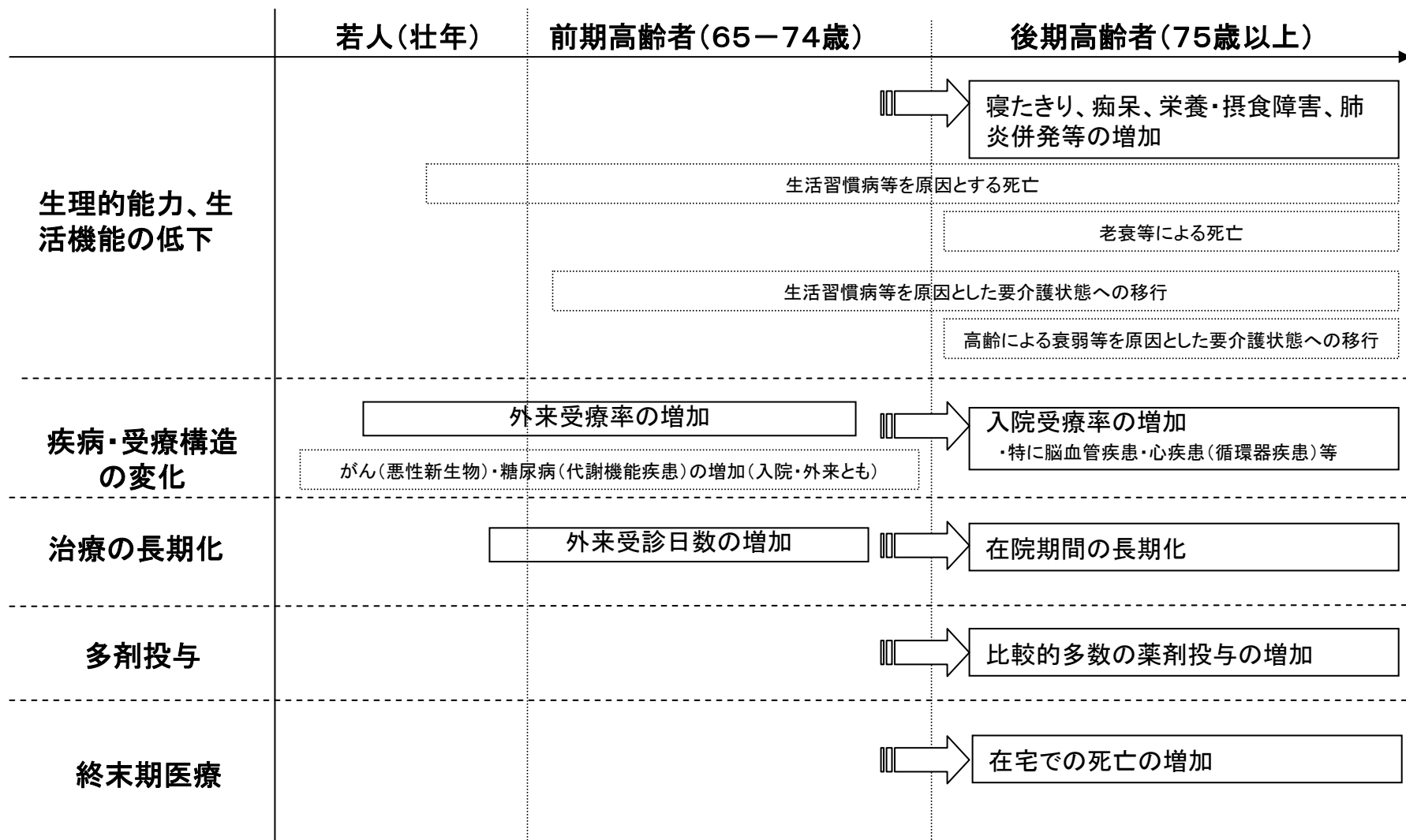


地域密着型サービス(小規模多機能型居宅介護)

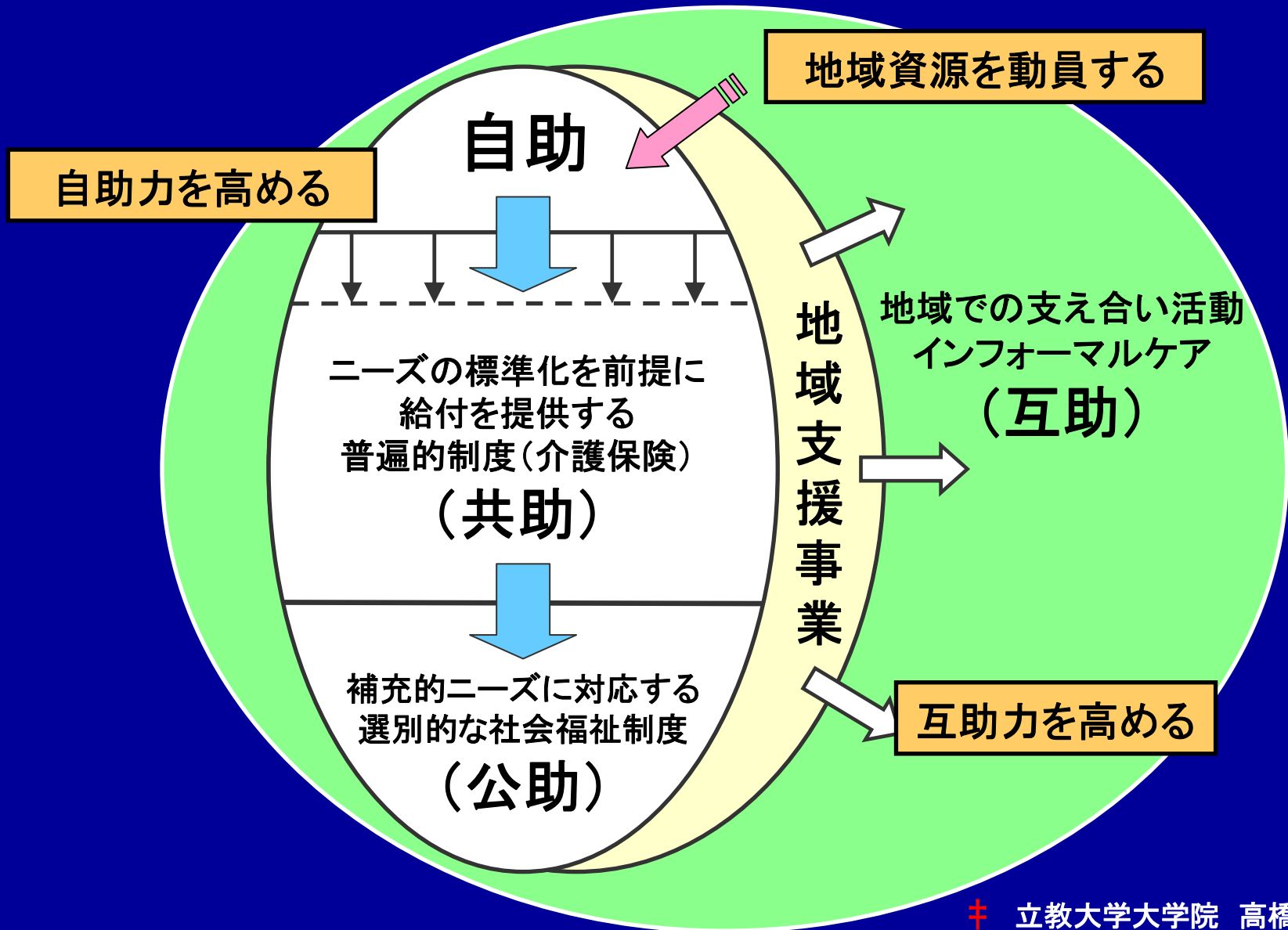
○小規模多機能型居宅介護とは
「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供し、在宅生活の継続を支援
→どのサービスを利用しても、なじみの職員によるサービスが受けられる



高齢者の特性について(加齢に伴う諸指標の変化)



地域包括支援の概念

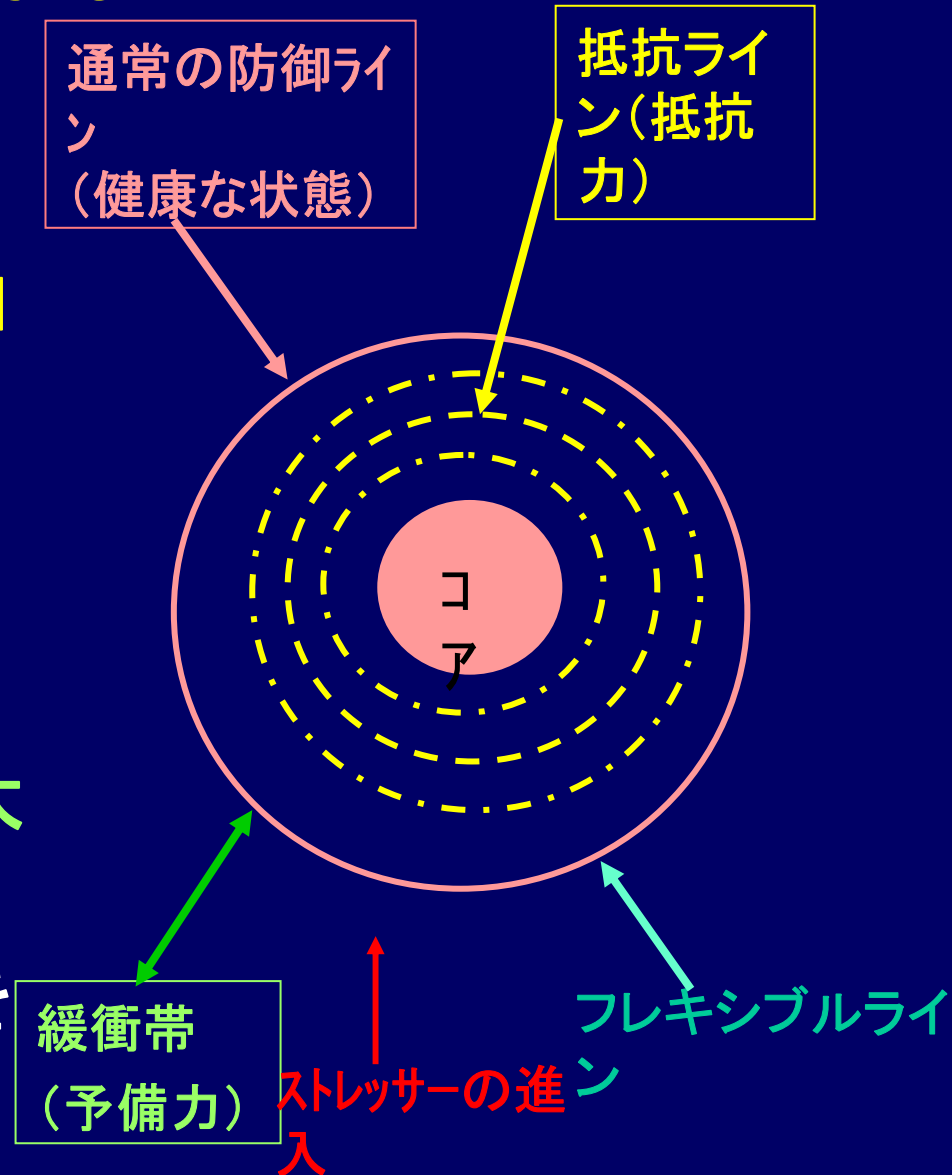


所得は

- 高齢者世帯の平均所得は296.1万円(2004年):全世帯では580.4万円(約5割)
- 最も多い所得階級は100万円以上150万円未満、全体の13.0%
- 1999(平成11)年以降、高齢者世帯の平均所得金額は全世帯と同様に低下傾向
- 総所得が「公的年金・恩給」のみの世帯が62.6%
- 介護保険・長寿医療制度に伴う自己負担

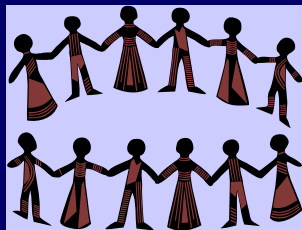
地域看護の理論: Community as Partner

- コミュニティを一人の人間として考える
- コミュニティには「抵抗力」がある(抵抗ライン)。
- 「予備力」もある(緩衝帯)
- ケアプログラムの開発は抵抗ラインの強化
- 住民活動は緩衝帯を拡大すること
- 両者で、ストレスの進入を防止できる



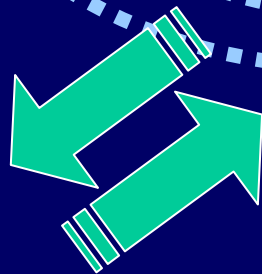
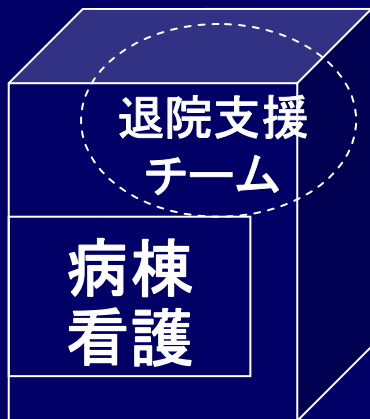
地域看護の枠組み

地域で看護する:
[他職種や住民との協同]



地域を看護する:
[地域ケアシステムを創る]

病院



地域に向かって看護する:
継続看護 [移行期]

介護保険

○従来の福祉サービスとどこが違うか？

介護の社会化(社会的連帯)、民間の活用
「福祉(措置)としての介護」

→「社会で支える介護」「権利としての介護」

→「自立支援としての介護サービス」

「家族による介護」→「専門職による介護」へ

※家族だけで介護してきたケースにも、
専門職が入り易くなった

※意識の転換:

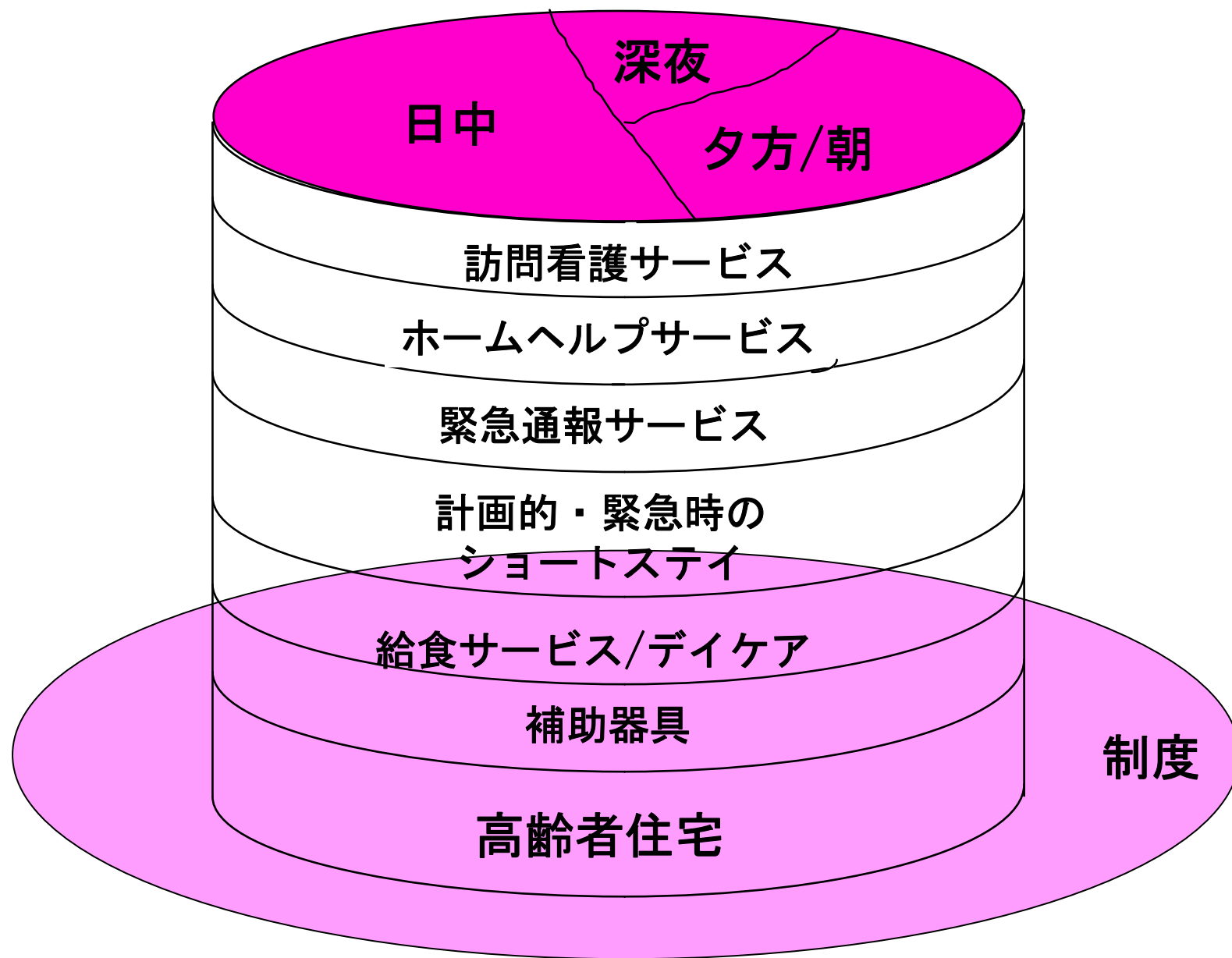
「健康は自分で守り、介護は他人に任せる時代」

ニーズの発生状況：時間帯別・領域別

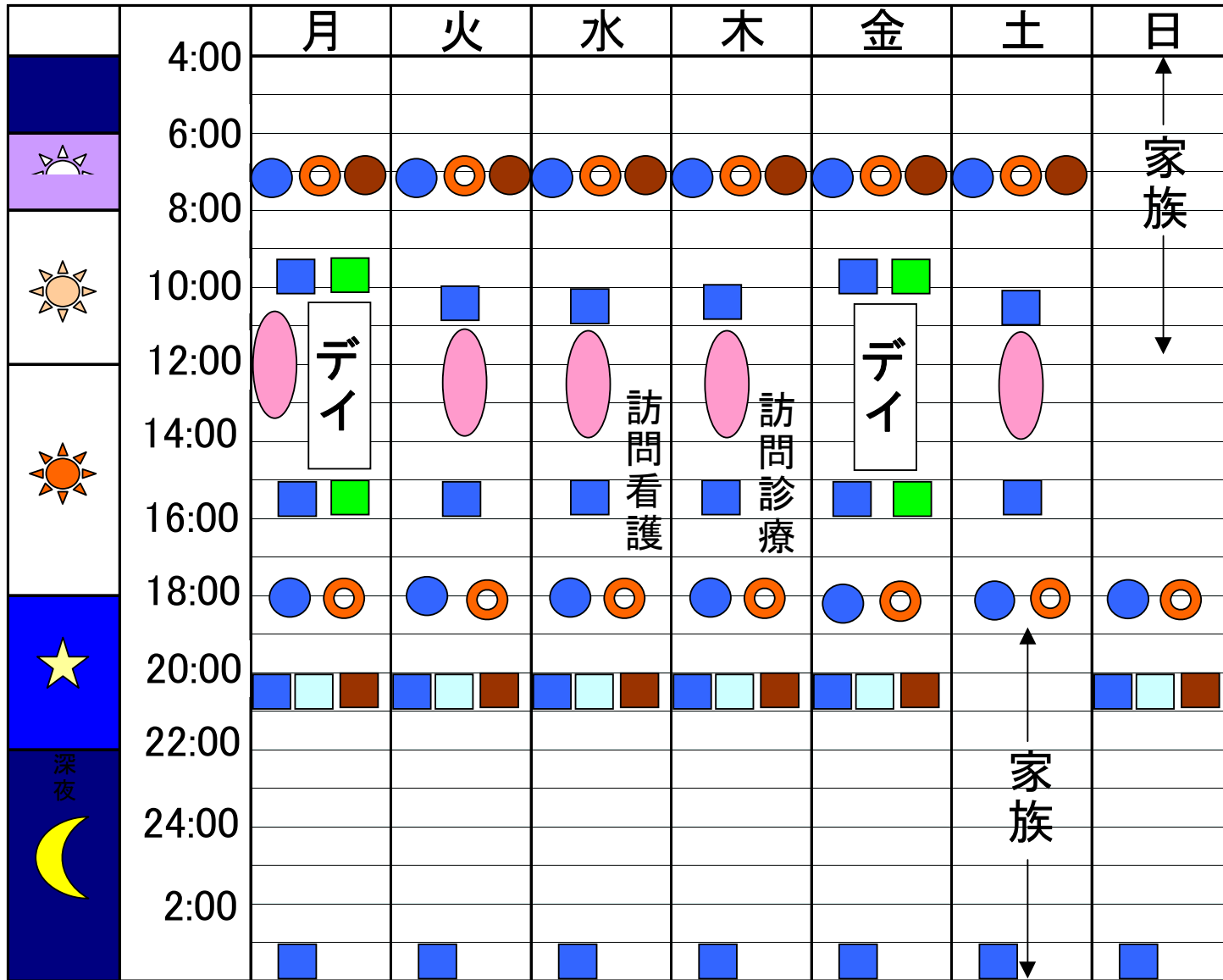
時間帯	X:家事援助	Y:身辺ケア	Z:医療処置・観察
時間帯を問わず発生		生活状態アセスメント	緊急対応、病状観察・判断 呼吸ケア(吸引) 対症看護(発熱・疼痛)
早朝 (5～9時)	ごみ捨て 食事準備・片付け	起床時ケア・更衣・ 整容・排泄・歩行 介助・デイケア送付	インスリン注射・IVH管理 腹膜透析・経管経腸栄養法・ ストマ管理・吸入
日勤帯 (9～17時)	掃除・洗濯・買物 食事準備・片付け 事務代行・布団干	清潔・食事・排泄・ 歩行介助、 体位変換	経管経腸栄養管理・評価、 IVH・膀胱留置カテーテル管理、 腹膜透析・ストマ管理、服薬指 導・介助、スキンケア
準夜帯 (17～22時)	食事準備・片付け 電気・ガス・水管理	就寝時ケア・更衣 食事・排泄介助 体位変換	経管経腸栄養法、IVH管理、 呼吸ケア(吸引・吸入・ツピン グ)・服薬介助・腹膜透析
深夜帯 (22～5時)		体位変換(リスク時) 飲水介助(脱水時)	緊急対応 呼吸ケア(吸引) 対症看護(発熱・疼痛)

深夜帯は看護の出番→看護職が24時間365日のケアを担う必要
纏められるニーズ(掃除・洗濯等)と纏められないニーズ(呼吸・排泄等
ケア)

障害者が自立して暮らすための必要条件



一週間のスケジュール



- 排泄介助
- 食事準備
- 更衣
- (pink) 家事援助
- (green) デイ送迎
- (light blue) イブニングケア

4:00

6:00

8:00

10:00

12:00

14:00

16:00

18:00

20:00

22:00

24:00

2:00

深夜

介護支援専門員(ケアマネジャー)

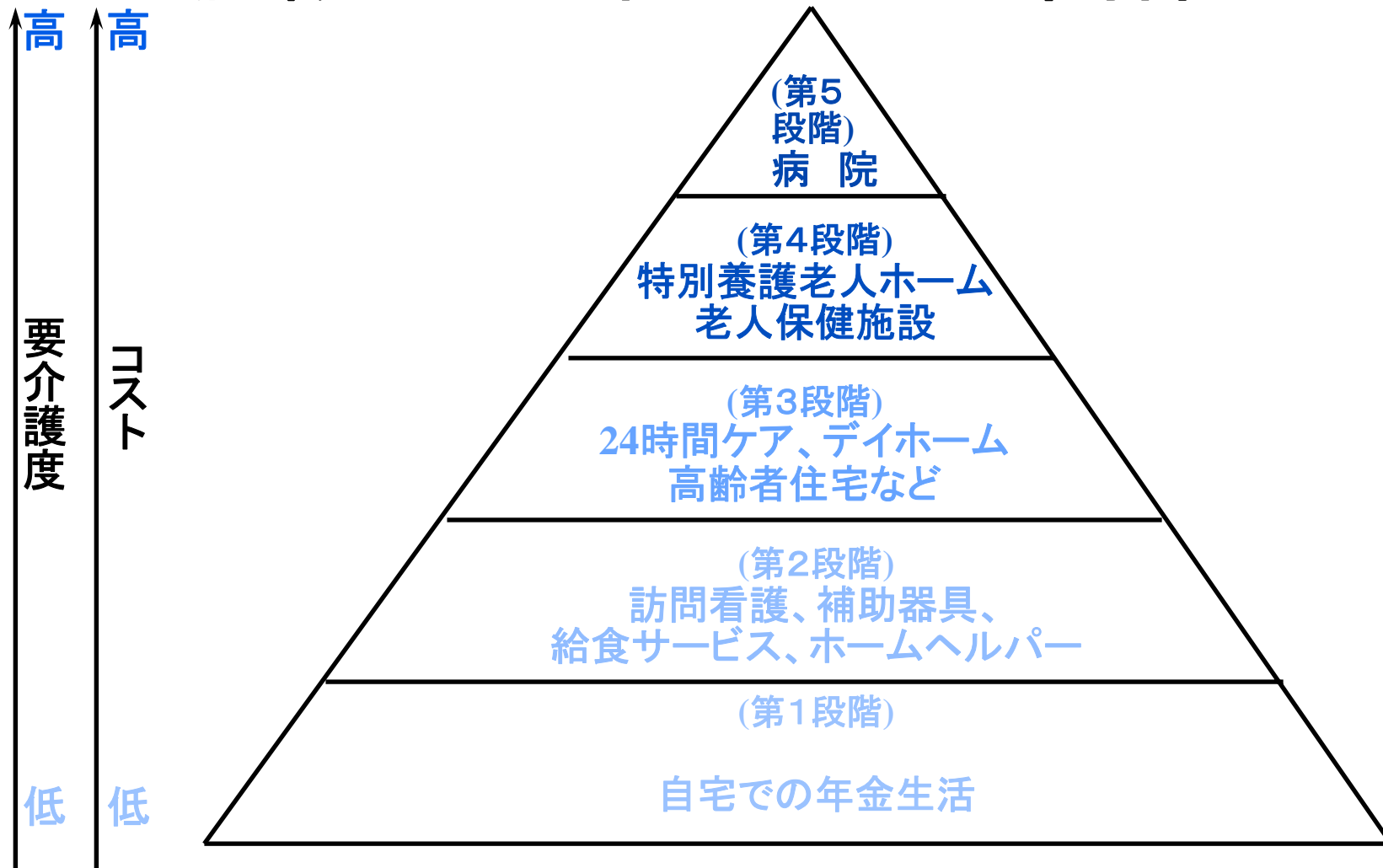
- ・総合的な介護サービス計画作りを担当。
- ・利用者や家族の希望に基づく適切な介護計画。
- ・保健・医療・福祉分野で実務経験5年以上
＋筆記試験合格＋実務研修終了者。
- ・勤務場所：介護施設・訪問看護ステーション・
デイサービスセンター・在宅看護支援センター・
指定在宅介護支援事業者などにいる。
- ・職種：看護婦・保健婦・医師・歯科医師・薬剤師・
介護福祉士・社会福祉士・ヘルパー・等々

ケアプランの作成： ケアマネージャーに依頼

(訪問看護ステーション所長)

- 経費算出→どのようにサービスを削るか？
ポイントを押さえる
- 予防的対応(看護の目で、全体を見て頂く)
- 緊急時の対応→鍵を預かって頂く
※近くに親戚が居ないため
- 全体が不足しているので、結局は、自分のサービスを削ってしまう

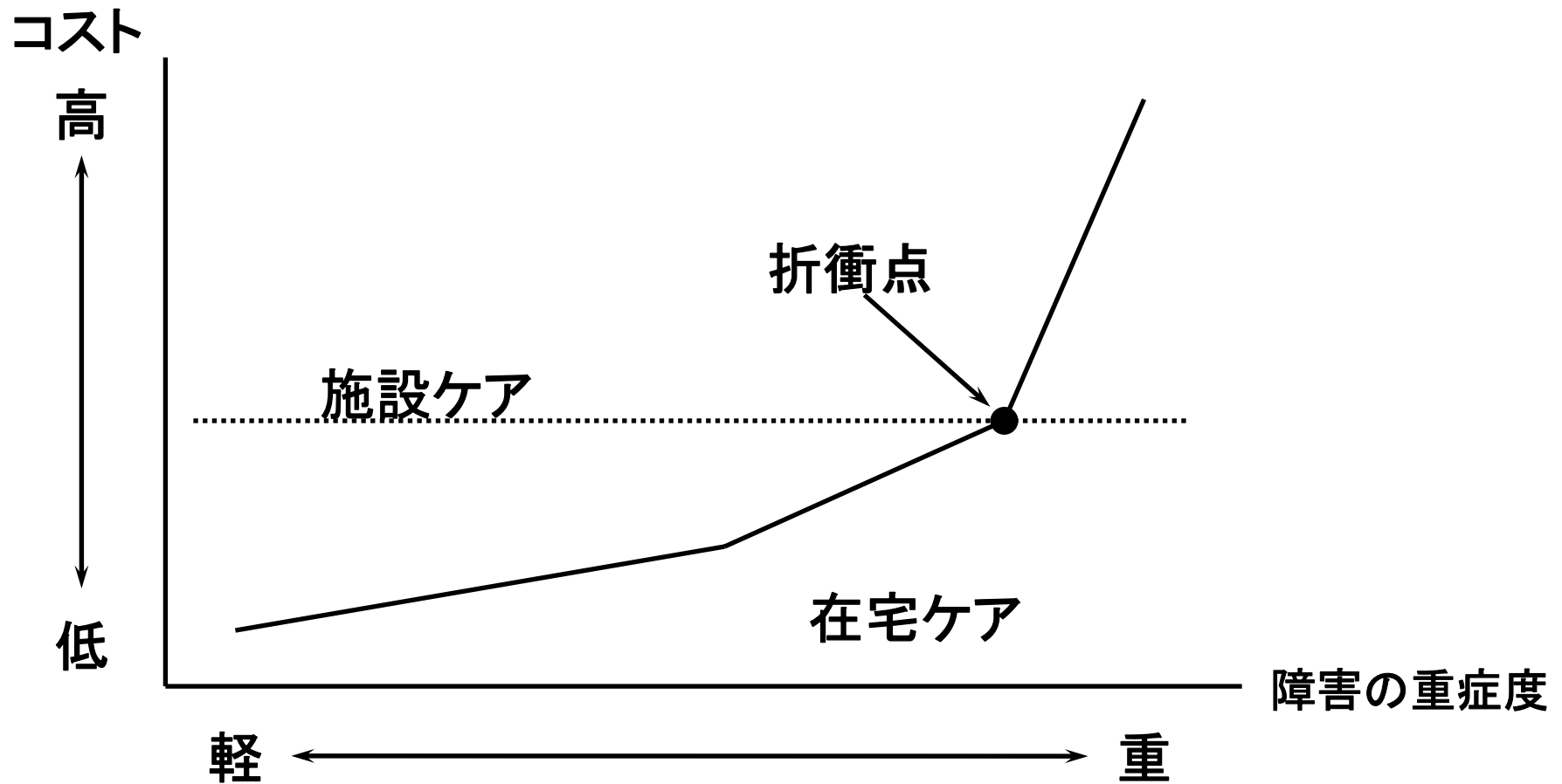
施設ケアと在宅ケアの関係



第2、3段階のサービスが整備されていないと、障害者は上方へ移動してしまう。
目標:できるだけ下のレベルで問題を解決する。自分の尊厳を保てる生活ができること

✦ (コペンハーゲン大学伊東敬文氏提供資料をもとに村嶋作成)

障害の重症度と在宅ケア・施設ケアの費用比較



※ U. S. General Accounting, 1977, (Spiegel, 1983より重引)
(二木立著「リハビリテーション医療の社会経済学」(1988)勁草書房, P117図3をもとに村嶋作成)

要介護4の人を帰宅させるために

- 要介護度4の様に、重い人が帰宅するための条件
 - ・車椅子
 - ・ベッド
 - ・住宅
 - ・十分な介護体制＝寝たきりにさせない

住宅改造

- トイレ
 - ウォッシュレット
 - 居室から車イスで行ける
 - 便座を高くする
 - 手すり
- 居室
 - じゅうたん → フローリング
 - 居間の手すり
- 台所
 - 洗面所を改造
- フロ場
 - 居間から行ける
 - すのこ
 - 手すり 4ヶ所
 - ドア...片開き戸 → 折れ戸
 - SK(汚れものの洗い)

マンション購入時のポイント

- 道路から、マンション入り口、通路、エレベーター、自宅までの通路に、段差が無くて、車椅子で自力で入ってこられること

（実は、なかなか無い！）

- オートロック方式で、セールスマンが入って来れないこと（詐欺に引っかからない）
- 管理人が居て、いざと言う時に助けてもらえること
- 車椅子の置き場があること

※玄関のドアが重いと、車椅子では一人で出られない

親を看取った看護学の教員の工夫

- 療養室のすぐ近くにトイレ...押入をトイレに改造
- PTを依頼して機能アップを図る
- 身体コントロール...血圧を下げて意識が低下するよりも、再出血の心配があっても、母らしい方が良い
- 全身状態の管理は訪問看護婦へ
- 遠距離介護...みてもらっているヘルパーさんに
「何かあったら自分が責任を持つから」
という保証

家族でないとできないこと

- 在宅ケアへの軟着陸...ケアマネージャーの選定、
住宅改造、物品の購入、鍵の手配
- スケジュール作り...ケアマネージャーとの相談
- 隣近所への挨拶
- 金銭管理...預金の解約など
- QOLの向上...散髪、お花見、誕生日、爪切り、
ゆっくりとした会話
- 本人の状態を見ての微調整
 - 室温の設定
 - 衣服の改良...パジャマを脱ぎ着し易くする

孫の手

- 母の入院→夏休みのローテーション
- 基本は専門職。
しかし、心配なので行ける人は行った
（夏休み、出張の帰り、遊びがてら、、、）14歳～33歳
 - 時給600円＋交通費
 - 業者を断ったら＋ α

孫の手

- 在宅ケアプラン開始時のピンチヒッター(三女の長女)
- 呼び鈴、Eメール→世界が広がる (次女の長男)
- 使いやすい台所用品:左手用ハサミ、グリップ、等
- 食事作り、会話 (長女の長女、次女、等)
- 2000年4月から始まった孫娘との同居(長女の三女)

帰宅は夜8時～11時

でも、トイレの介助くらいはできる

会話が弾む、室温の管理

※家賃は徴収する

家族介護の良い点

- 本人が「主人」でいられること
...口がきけないと損をすることが多い
- 親孝行をしたという気分になれる
- 孫には、無言の教育である
- 親とどのように過ごすかを、孫が見ている
- 「老い」を理解できる

家族介護のコツ

- 家族にとっては大事なこと、しかし家族だけで見ると無理が生じる
- 介護は大変な労力があることを共通認識にする
⇒介護、看護のプロを導入して、
家族の時間をあける
- 負担は分担し、責任は明確化する
(経済面、時間面)
- 生活リズムをきちんと作る
...朝は起き、服を着替えて夜は寝巻きに着替えて眠る

家族介護の継続に必要なこと

- ・ 責任の分担...一人で抱え込まない
- ・ 責任の明確化
 - ケアのマネジメント...ケアマネージャーとの交渉
 - 経済...年金の管理、収入の確保
- 各種支払(水光熱費、介護費用、マンション管理費、
 介護にかかった費用の精算、等)
- ・ できることを行う (できないことは期待しない)
- ・ コミュニケーション:email の活用
- ・ 事故の防止
- ・ 非難しない...何があっても仕方ないとあきらめる
- ・ 家族が休める場所を作っておく
(ヘルパーさんが来たときに居場所のあること)

障害のある高齢夫婦が地域で暮らすために必要な事

- 本人
自宅に暮らしたいという希望
家にいることが楽しいこと
- 家族
介護する力... ケアをマネジメントする力
- ケアのマネジメント... 介護支援専門員
- 経済力... 自治体によっては、減免制度
- 地域社会
必要な資源が整っていること→使って整備する
- 地域で暮らす条件を入院中に整えることができるか？
⇒積極的な退院支援の必要性

まとめ

- 介護保険制度のあらまし
 - 早めの申込み、
 - 良い介護支援専門員を見つけて、相談に乗って貰う
- ケアプランの組み方：自立支援
- 家族の役割：思い出を共有し、生活を豊かにする
- 社会としての介護
- どこまでやるかの意思決定をどこかで取る

24時間ケアとは

- 在宅療養している高齢者・障害者に対し、
- 本人および家族が安心して暮らせるように、
 - 24時間365日の生活を考慮したケアプランを作成し、
 - 必要なケアを、必要な日の、必要な時間帯に、
 - 専門職が計画的に、継続的に提供すること。
 - 必要に応じ、臨時対応（訪問）できる体制を整える。

- ・計画的訪問：予め必要とわかっていて、ケアプランにある
- ・臨時対応：病状の急変・症状緩和等に、臨時に対応する
日頃の状態を良くわかっている人が行う必要あり

何故、24時間在宅ケアか(在宅ケアの視点から)

- 専門職が提供すべきケアとは？
- 病棟と同じように、「地域を護る」ことが必要なのでは無いか？
- 夜間帯は、むしろ、看護職の出番では？
- 医師が動くよりも、看護職が動く方が、コストが安くなるのではないか？

看護職による夜間・早朝訪問で可能になったこと

1) 医療処置が出来る

…インスリン注射・吸引・鎮痛剤投与など

2) 療養上の世話が出来る

…ターミナル・急性増悪期・呼吸器装着者などへのケア

3) アセスメントが必要な患者に対応できる

…退院直後・発熱・疼痛・誤嚥等の症状観察と判断

4) ケアプラン立案・変更に夜の状態の観察が必要

…原因の探索と的確な変更(脱水の防止など)

夜間・早朝訪問看護導入例

事例1

- 70代・女性・3世代同居
- 脳出血後遺症
- 日常生活自立度：C2
- 気管切開している妻の吸引を、高齡の夫が夜中に実施



- 深夜20分の訪問看護導入：
吸引を実施
- 夫の睡眠確保→昼間の活動量増加
- モデル事業後も自費で継続

<深夜帯吸引で夫の睡眠確保>

事例2

- 80代・女性・独居
- 直腸癌(人工肛門)、認知症
- 毎朝全身が便で汚染されている。



- 深夜30分の訪問看護導入：
夜間の状況をアセスメント
- パウチのタイプを変更することで漏便頻度が減少
- 療養状況が改善された

<観察の必要性>

夜間・早朝訪問の必要な在宅療養者のタイプ

本人の状態＋介護者のニーズ

Z:医療・観察の必要性

X:家事援助の必要性

Y:身辺ケアの必要性

- ・負担軽減・不安軽減
- ・手技習得(夕方のみ)
- ・睡眠確保

- 健康障害防止
- 職業保証

タイプA:*ランクAの高齢夫婦/独居・・・戸締り等家事援助<準夜>(X)

タイプB:*ランクB・C、高齢夫婦/就業介護者(介護力が乏しい)

・・・起床・就寝時のケア・体位変換<早朝・準夜>(Y)

タイプC:*ランクC＋誤嚥性肺炎・疼痛・・・吸引・疼痛緩和等

<準夜・深夜・早朝>(Y＋Z)

*:厚生省日常生活自立度

滋賀県湖南地域のSTの連合モデル

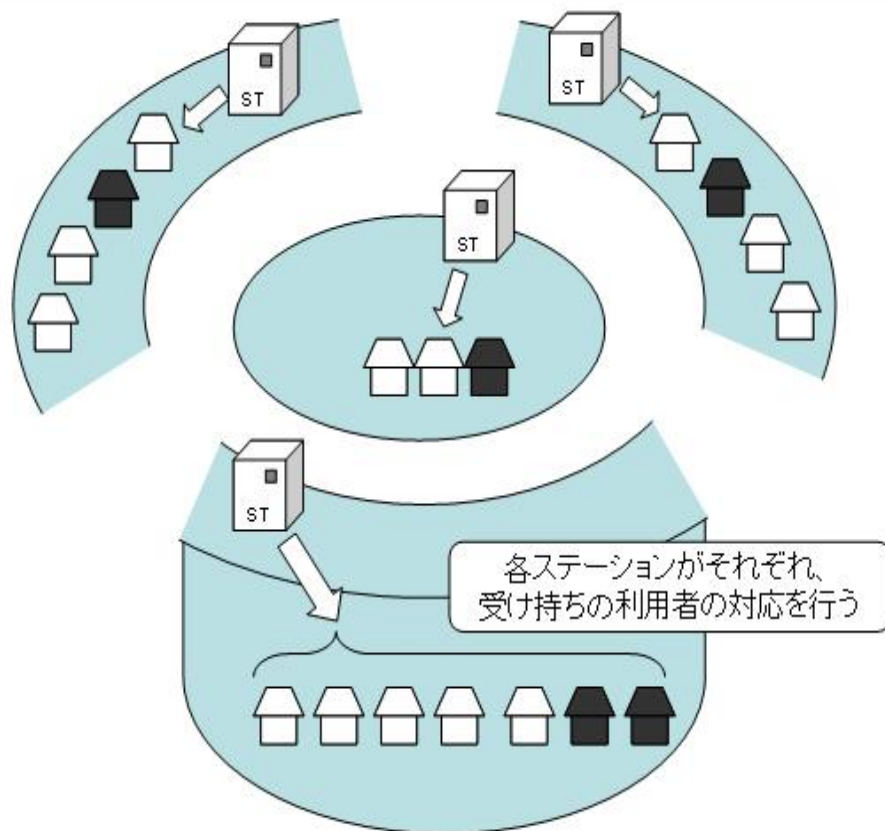
夜間・早朝の訪問看護・介護のために

1. 24時間ケアモデル:連合体制の構築
→基幹型訪問看護STの提案
2. 必要者の抽出・提供方法の検討
→アセスメントシート開発
3. 潜在ニーズ、必要者数の把握
4. 効果の評価

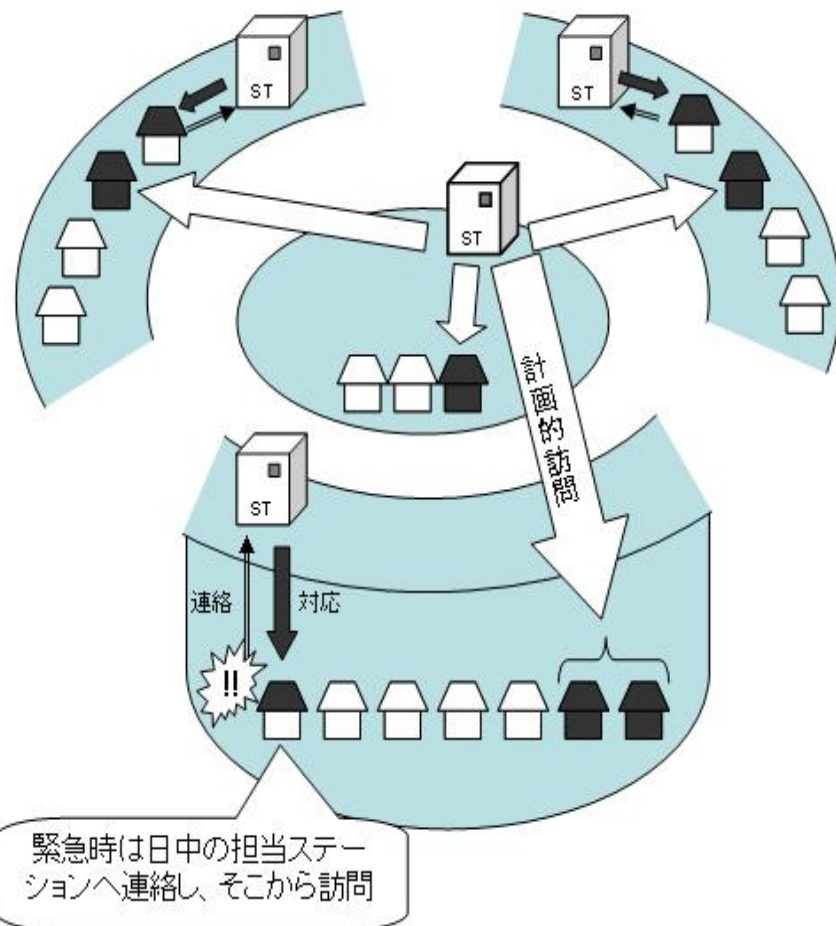
基幹型訪問看護STの提案

① 基幹型ステーションタイプ


<日中>




<夜間・早朝>



 日中のみ計画的訪問看護対象

 夜間・早朝も計画的訪問看護対象

 夜間・早朝に緊急事態が起こった利用者

「基幹型訪問看護ST」の要件算定

●人員:

準夜1名の訪問、深夜1名の訪問or
待機、月8日以下の夜勤

→7.5人の看護師が必要

●施設:

仮眠室・シャワー・更衣室・安全確保
を含む事務所の整備、車両の整備

連合体制構築上の隘路:医療保険の 規制

- 厚生労働大臣が定める特定疾患以外の疾患に対する訪問看護回数の制限
 - 利用者は1日に2か所以上の訪問看護STが利用できない
 - 退院日に訪問しても点数が付かない
 - 1日4回以上の訪問に点数が付かない
- 規制撤廃を団体を通じて、要求中

**地域における訪問看護の
ニーズ(量)を把握する**

小括

- 夜間・早朝の訪問看護必要者は、ST利用者の約1割強。
- 日本の平均的STは、利用者が平均52人と小さい。
- 必要性があっても、夜間早朝訪問看護は、必ずしも導入されない<世間体・費用等>



夜間・早朝訪問体制を経営的に維持できない

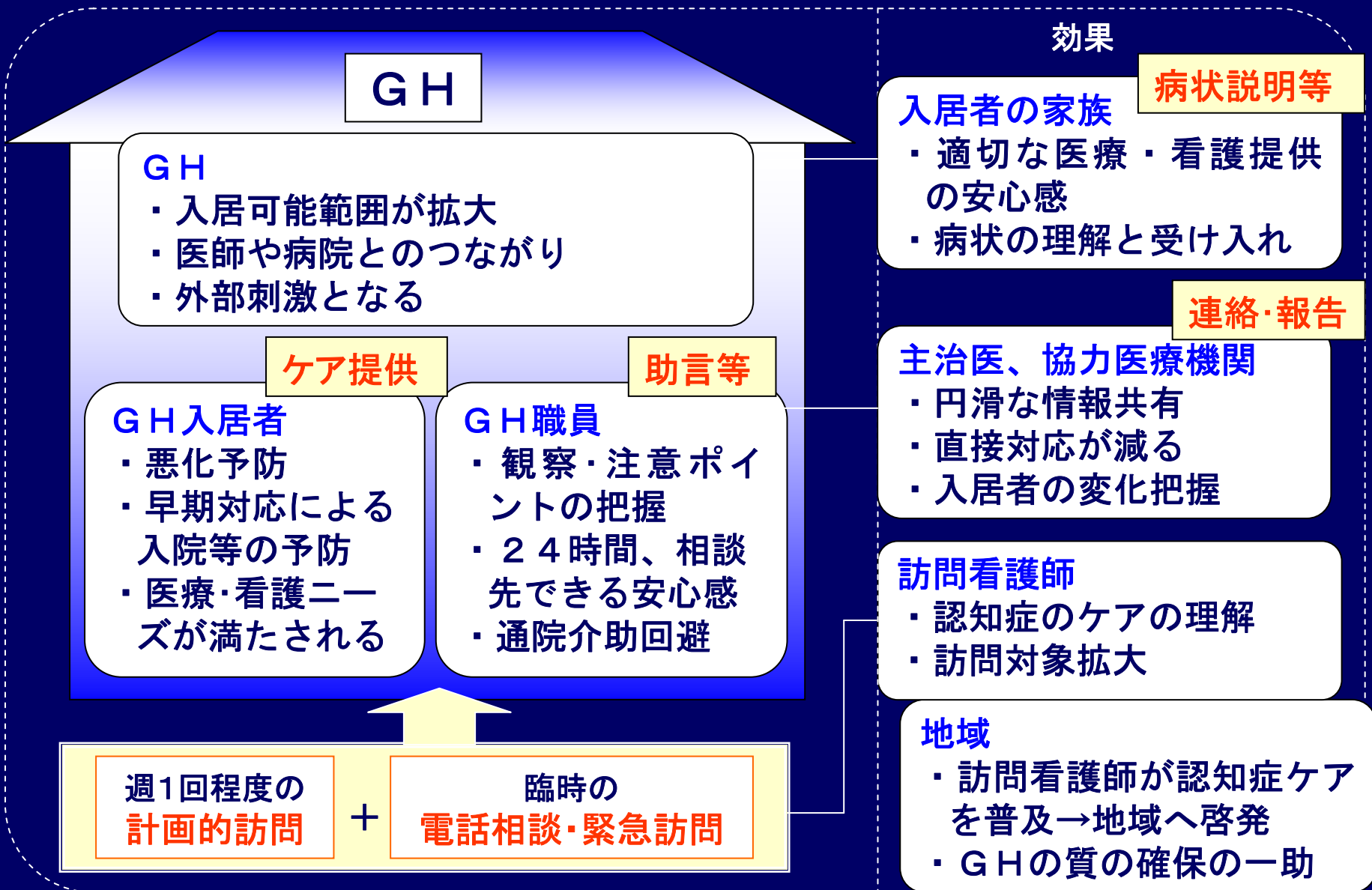


ステーション同士が連携して夜間・早朝訪問看護を提供することにより、該当数が増え、経営も安定する→アセスメントシートを開発。

認知症高齢者グループホーム(GH)へ 訪問看護を導入する試み (H.16 モデル事業)

- ・ GH: 介護保険サービスの一つ
(2000年から急増。2007年: 8000ヶ所以上)
- ・ 認知症の予後: 平均余命は発症後8.5年(アルツハイマー型)
→GH入居者も重症化
- ・ GHの現状と課題(看護師は必置ではない)
→入居者の重症化やターミナルへの対策がなかった
→モデル事業: GHと訪問看護STのペア5ヶ所を選び
3ヶ月間訪問看護を試行(定期訪問+24時間対応)

GHに訪問看護が入る事の効果



→2006年介護報酬改定でGHへの訪問看護料が新設された

2006年介護報酬改定により 訪問看護STで可能になったこと

サービス種類

通所介護

短期入所生活介護
(特養のショートステイ)

グループホーム

介護老人福祉施設(特養)

特定施設(有料老人ホーム)

外部サービス利用型
特定施設

訪問看護STの展開

1

療養通所介護の創設

2

医療ニーズへの対応
24時間体制支援

3

健康管理
医療ニーズへの対応

4

24時間体制支援
看取りの支援

5

訪問看護(特定施設と契約)

→施設ケアと地域ケアの乗り入れ

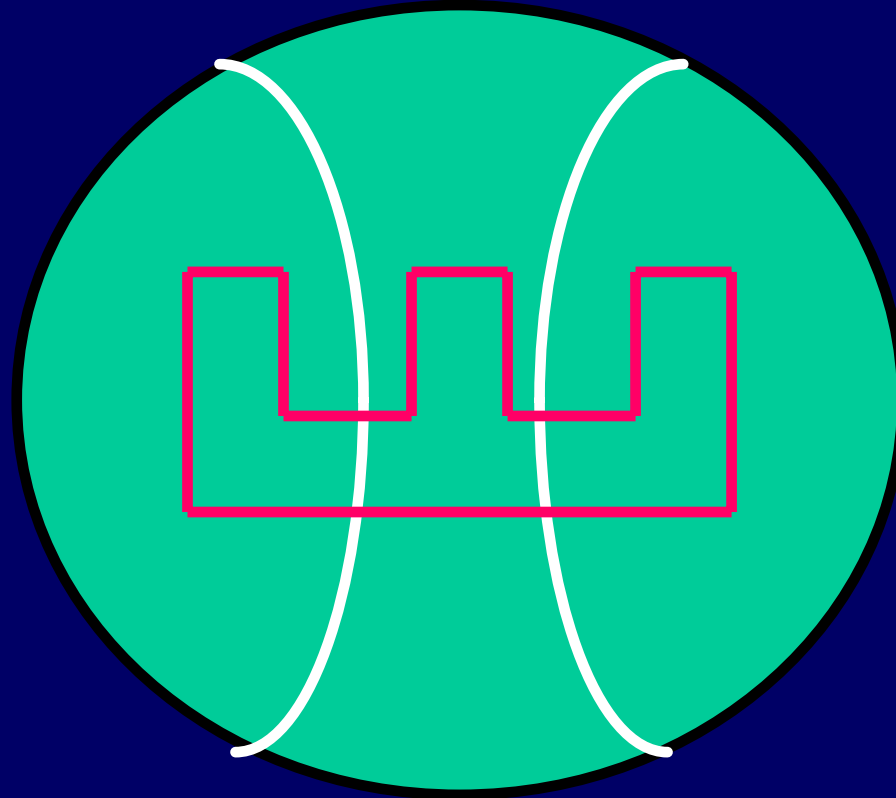
→面としての地域を支えていく看護システムの構築

デンマークのホームナース制度

- 1974: ホームナース制度に関する法律
→ 全自治体にホームナース採用
- 1976: 生活支援法施行(各市町村の福祉充実)
- 1979: ホームナース制度下でヘルパー雇用
(Small Integration = 看護と介護の融合)
- 1979: 24時間ケア開始(Viborg市)「痛みは時間で切れないから、夕方も深夜も一気に開始」
- 1989: 地域ケアと施設ケアの融合 (Large Integration)
- 1992: 民間委託可となる

Large Integration (1989)

ホームケアと施設ケアの融合
同一職員が施設内も外も同時に受け持つ



利点：

- 1) 施設内外で同水準のケアが受けられる。
- 2) スタッフを効率よく使える。

Small Integration

- 1979:ホームナース制度下でヘルパー雇用
(看護とホームヘルプの融合)
 - それまで日本で言われていたこと:
「デンマークは福祉が進んでいる」「デンマークでは、朝も夜も、ヘルパーが来てくれる」
- ※在宅療養者に対して、看護師が最初にキッチンとアセスメントしている！
- ※デンマークでは、福祉の要に看護職が居た!
- ※夜に訪問しているのはヘルパーだけでなく、夜間帯の責任は看護師がとっていた

退院支援とは…

Discharge Planning:

患者とその家族が、退院後の適切なケアプランを作るのを助ける為に、利用可能でなければならない、部門を越えた病院全体としてのプロセス

(Guideline for discharge planning
by American Hospital Association, 1984)

手島陸久編「退院計画」による

退院支援全国調査(2006年):退院支援実施体制

対象:一般病床100床以上の全3,212病院(WAM-NETより)

方法:病院長に対し質問紙による郵送調査を2001年11~12月に実施

回収率: 回答数518 (有効回答率16.1%)、一般病床100床未満の病院を除く453病院を対象として分析

	n	%	
			N=453
病棟の「退院準備・在宅ケア移行支援」担当者			
置いている	112	24.7	半数以上は 2000年以降 の設置
今後置く予定	20	4.4	
置いていない	316	69.8	
「退院準備・在宅ケア移行支援」部署の設置状況			
部署を設置している	314	69.3	
今後する予定	16	3.5	
設置していない	116	25.6	
在宅・地域ケアの経験のあるスタッフ			
いる	194	42.8	
いない	238	52.5	
在宅・地域ケア機関スタッフの継続的関与			
行っている	140	30.9	
今後、行う予定	13	2.9	
行っていない	289	63.8	

退院後に問題が生じたケース:H氏(80歳男性)

入院中の支援

支援部署: 関与なし

「つなぎ」

・退院前自宅訪問なし

<病院内での支援>

①通常ケア

・リハビリテーション
(平地で松葉杖歩行)

②患者・介護者への指導 “手技指導”

・介護者へADL介助の指導なし

“情報提供”

・退院後のリハビリ継続の
必要性は説明なし

<在宅へのコーディネート>

①公的サービスの紹介

・主治医より介護保険を勧められるが、
具体的なサービスの説明なし

②通院の調整

・外来(通院手段の確認なし)

③在宅ケア提供者との連絡・調整

・在宅サービス(利用なし)

・介護用具・住宅改修(松葉杖のみ)

④病院内支援の再調整

・家屋にあったりリハビリの見直しなし

病院
スタッフ

[条件]患者: 両下肢障害あり、歩行困難
住居: 木造2階建て、狭く段差あり

介護者(妻): 高齢

在宅ケア
提供者

退院後の状況

- ・玄関(段差)があがれない、床が滑って松葉杖で室内歩行は困難
- ・尿器の準備がなく、ペットボトルで代用
- ・リハビリの継続がなく、ベッドサイドで過ごしている

後期高齢者の診療報酬について①

入院医療について

入院の前後で継続的な診療が行われるような取組の評価

- 退院後の生活に配慮するため、日常生活能力を評価し、退院が難しい高齢者の円滑な退院を調整することを評価

① 新 後期高齢者総合評価加算 50点、後期高齢者退院調整加算 100点

- 入院前の主治医の求めに応じて連携病院が緊急入院を受け入れた場合の評価

① 新 後期高齢者外来患者緊急入院加算 500点、在宅患者緊急入院加算 1,300点

- 退院後に、入院前の主治医の外来に継続して通院した場合の評価

① 新 後期高齢者外来継続指導料 200点



IV 後期高齢者に関して 考えていただきたいこと

- 後期高齢者をどの様に遇するかは、自分の親世代を、どの様に看取るかという話である
- 尊厳を持って生活できるようにするためには、その人の残存機能を最大限に生かす
- 医療と予防の重要性・・・看護の提供で、住み慣れた「自宅」を動かなくて済む場合がある
- シームレスなケアを提供する
- 24時間365日の生活を見据えたケアを、効果的・効率的に提供する

Fourth Age(後期高齢者)の課題

—当事者の課題・社会の課題、
地域で暮らしを支える体制を如何に創るか—

- 当事者の健康度を上げること、生活習慣病の予防
- 自分なりの価値観を持つ
- その人々の生活を保障する社会の合意と技術
- シームレスなケア
- 悪化予防を考慮したケア