

ご存知ですか？

後期高齢者医療制度 (Part)

現場からの発言

富家病院 富家隆樹



医療法人社団富家会

富家病院



病院紹介



医療法人社団富家会

富家病院



- 埼玉県ふじみ野市
 - 東武東上線 上福岡駅

- 療養型病院
- 内科・外科・泌尿器科
- 神経内科・腎臓内科
- リハビリテーション科

- 平成18年老人病院機能評価
 - 13位(全国180病院)

入院病棟

- 医療療養型病床 156床
- 回復期リハビリテーション病棟 46床



リハビリテーション



- PT・OT・ST 計30名
- 回復期リハ
- 難病リハ
- 維持期リハ
- 呼吸器リハ
- 小児言語訓練

透析室



- 入院透析中心
- 透析ベット20台
- 1日2クール
- 感染症・認知症対応用個室
- LDL吸着

富家病院の取り組み

～療養病床として～

- 重傷患者様の受け入れ
- 安価で快適な療養生活
- 抑制撤廃
- 終末期ケア・緩和ケア
- 医療事故の低減と安全性の確立
- 充実したリハビリテーション
- チーム医療
- シームレスな地域ケア

入院患者内訳－1

- 気管切開 56名
 - 胃瘻 82名
 - 入院透析 55名
 - 神経難病 32名
 - 回復期リハビリ患者 35名
 - 平均在院日数 476.8日
 - 退院内訳 自宅26.4% 転院19.8% 施設9.2%
死亡44.3%(H17.1.1～H17.12.31)
-

富家病院の取り組み

～療養病床として～

- 重傷患者様の受け入れ
- 安価で快適な療養生活
- 抑制撤廃
- 終末期ケア・緩和ケア
- 医療事故の低減と安全性の確立
- 充実したリハビリテーション
- チーム医療
- シームレスな地域ケア

終末期医療・緩和ケアとは？

□ WHOの定義

- 「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対する積極的で全人的なケアである。痛みをはじめとする諸症状、心理的苦悩、社会的問題、スピリチャルな問題の解決を最重要課題とし、その最終目標は患者や家族にとってできる限り良好なQOLの実現である。」
-

癌だけではない終末期

□ 寿命

■ 日本人の平均寿命

□ 男性78.64才 女性85.59才

□ 透析寿命

■ 透析導入後10年

□ 寝たきり状態・植物状態

■ 治療ではこれ以上改善しない状態

■ 認知症の末期状態

■ 免疫力・抵抗力の低下

終末期医療・緩和ケア ～ 四つの全人的苦痛 ～

- 身体的苦痛
 - 積極的な鎮痛剤の使用(麻薬も含めた)
 - 胃瘻造設による鼻腔チューブでの苦痛の緩和
 - 気管切開による喀痰吸引の苦痛の緩和
- 精神的苦痛
 - 臨床心理士によるメンタルカウンセリング
- 社会的苦痛
 - 医療ソーシャルワーカー
- スピリチャルペイン
 - チーム医療

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 後期高齢者にふさわしい医療(基本的事項) 1

- 後期高齢者には、若年者と比較した場合、次に述べるような心身の特性がある。
 - (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) 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることができない死を迎えることとなる。
-

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 後期高齢者にふさわしい医療(基本的事項) 2

■ 後期高齢者の生活を重視した医療

- 一般に、療養生活が長引くことなどから、後期高齢者の医療は、高齢者の生活を支える柱の一つとして提供されることが重要である。そのためには、どのような介護・福祉サービスを受けているかを含め、本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。

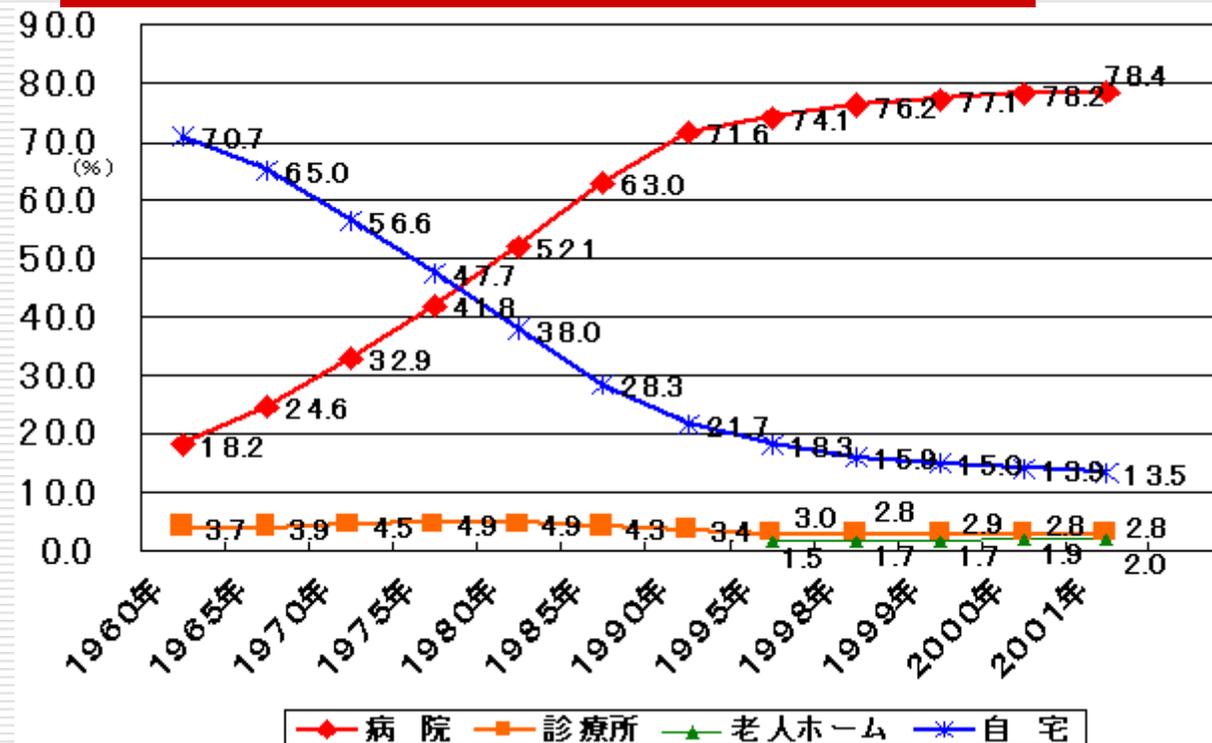
■ 後期高齢者の尊厳に配慮した医療

- 自らの意思が明らかな場合には、これを出来る限り尊重することは言うまでもないが、認知症等により自らの意思が明らかでない場合にも、個人として尊重され、人間らしさが保たれた環境においてその人らしい生活が送れるように配慮した医療が求められる。

■ 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

- いずれ誰もが迎える死を前に、安らかで充実した生活が送れるように、安心して生命を預けられる信頼感のある医療が求められる。

死亡場所と死亡者数



- 年間死亡者数
 - 1028602名(男子557,097名,女子471,505名)

□ つまり 病院での死亡者 百万人 × 78.4% = 78.4万人

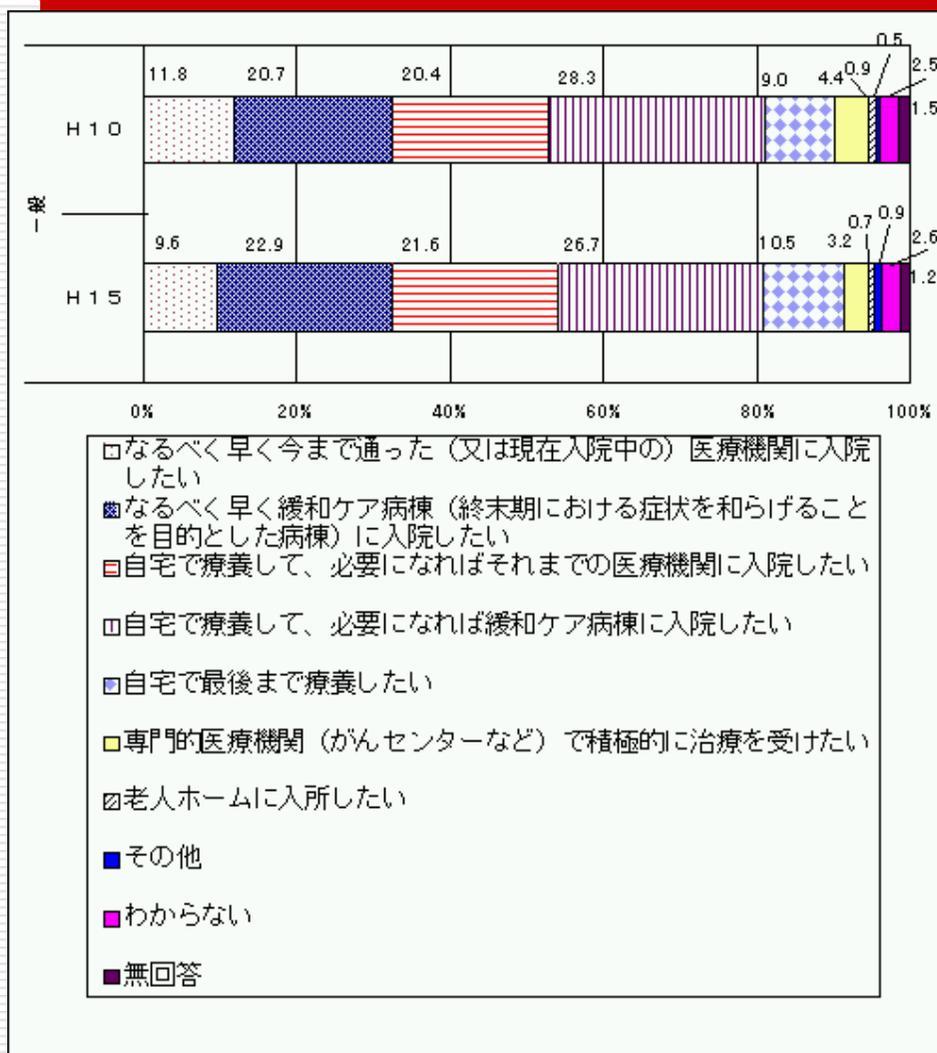
終末期医療に関する意識調査

- 厚生労働省施行
 - H15年2月施行
 - 対象（有効回答率 50.7%）
 - 一般国民 5000人
 - 医師 3140人
 - 看護職員 3647人
 - 介護施設職員 2000人
-

終末期医療に関する意識調査

- 問1 あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか？
 - (痛みのある癌に冒された場合)
-

問1 あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか？



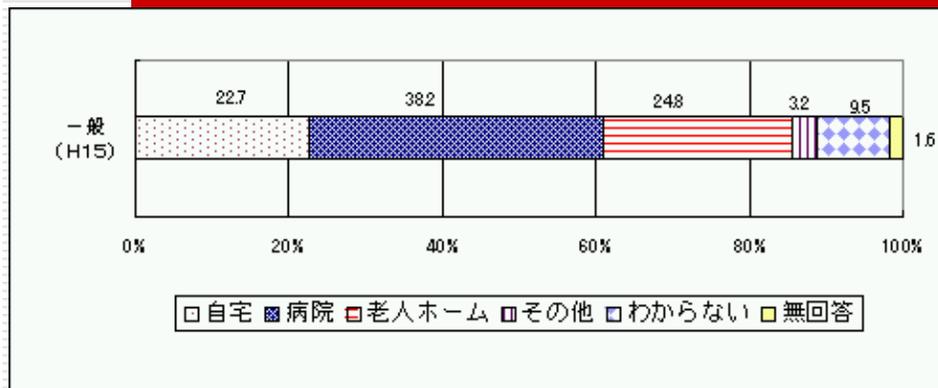
□ 一般国民

- なるべく早く医療機関・緩和ケア病棟への入院：32%
- 必要になれば入院：48%
- 最後まで自宅：10%

終末期医療に関する意識調査

- 問2 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか？
 - (介護が必要となった場合)
-

問2 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか。



□ 一般国民

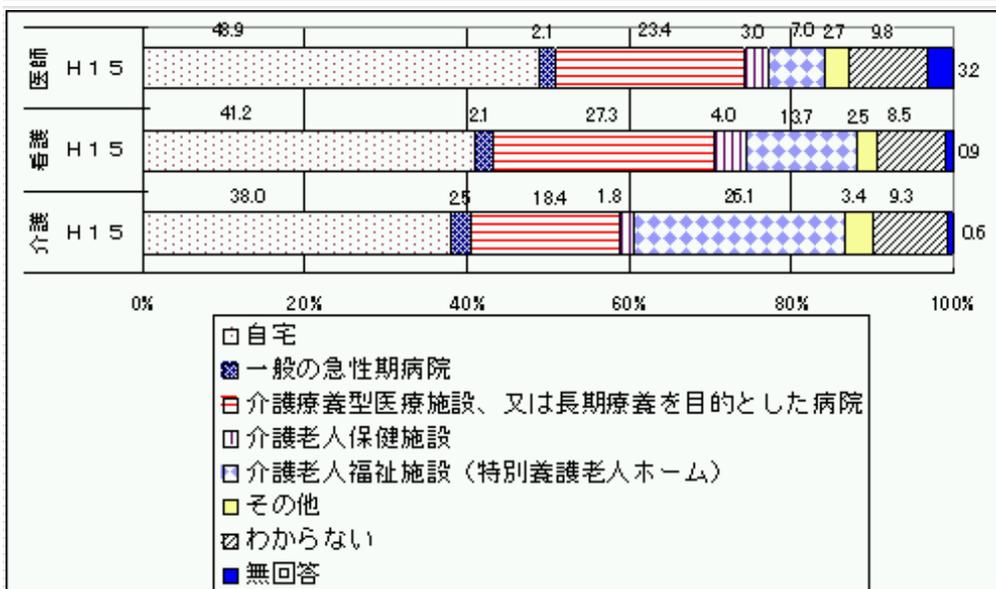
- 病院: 38%
- 老人ホーム: 25%
- 自宅: 23%

□ 医師・看護職員

- 自宅: 49%
- 介護療養型医療施設又は長期療養病院: 23%

□ 介護施設職員

- 自宅: 38%
- 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム): 26%



問2 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか。 介護が必要となった場合

□ 自宅で療養したい理由

- 「住み慣れた場所で最期を迎えたい」(般62%、医66%、看65%、介70%)、
- 「最期まで好きなように過ごしたい」(般47%、医57%、看66%、介61%)

□ 自宅以外で療養したい理由

- 「自宅では家族の介護などの負担が大きい」、「自宅では緊急時に家族へ迷惑をかけるかもしれない」(般84%、医70%、看81%、介75%)。
-

死に至るプロセス

□ A) がん等：

- 死亡の数週間前まで機能は保たれ、以後急速に低下
意識や認知能力は通常最後まで保たれる(本人の希望確認が可能)

□ B) 心臓・肺・肝臓等の臓器不全：

- 時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下
増悪した症状は軽減されるが、元のレベルまで回復しない(比較的早期の段階から本人の意向を確認することが可能)

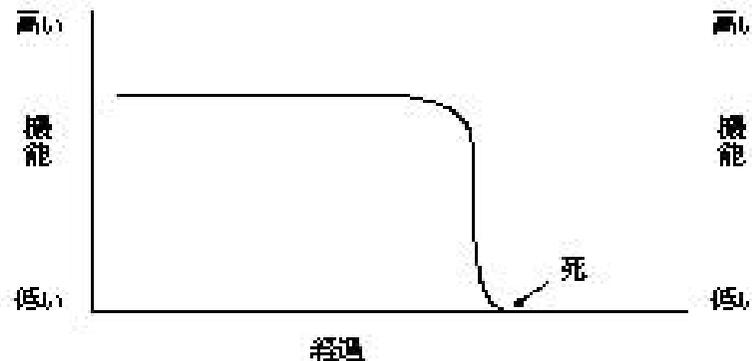
□ C) 老衰・認知症等：

- 長い期間にわたり徐々に機能は低下
末期には食事を自分で摂取することができない(本人の意思確認は一般に困難。家族の意向による)
-

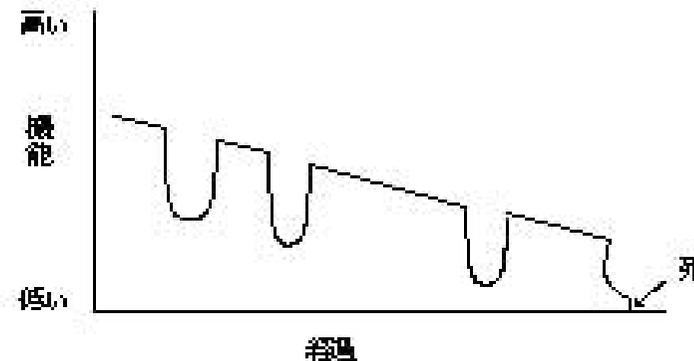
死のプロセス

死に至る三つのパターン (池上直己 論文より)

A)がん等:死亡の数週間前まで機能は保たれ、以後急速に低下



B)心臓・肺・肝臓等の臓器不全:時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下



C)老衰・認知症等:長い期間にわたり徐々に機能は低下



出典: Lynn and Adamson,
“Living Well at the End of Life”,
WP-137, CA, Rand Corporation,
2003

それぞれの終末期の場所

A)がん等

末期を明確に規定できることから、緩和ケア病棟、ホスピス。

B)心臓・肺・肝臓等の臓器不全:

継続的な医療管理が必要。医療・リハビリテーションの態勢が整っている療養病床。

C)老衰・認知症等:

要医療度は低いため医療よりも介護重要。「生活の場」としての配慮がなされている療養病床。あるいは医療(看護を含めて)と密接な連携を行っているため終末期医療が可能な介護福祉施設(特別養護老人ホーム)。

終末期の場所 その他の場所

□ 在宅

- 訪問診療・訪問看護・訪問介護などの在宅サービスを組み合わせることによって、すべての場合において、本人および介護にあたる家族が共に望めば、家庭(自宅)での終末期ケアが最適である
- 現状ではサービス利用者および提供者の双方が満足いくケアを行うためには多大の費用が掛かる。
- 核家族化・小家族の点から**介護者の負担が大きい**

□ 介護老人保健施設(中間施設)

- 病院から在宅復帰に向けての**中間施設**を想定している。
- そのため介護老人保健施設での終末期ケアの実施は、想定できない。

□ 急性期病院(救急病院・大学病院)

- 急性期病院では「**救命と治療**」が優先される。「生活の場」と「介護」に配慮されない
- 終末期医療を目的に急性期病院にて治療を行うのは、QOLを考えれば患者・治療者共に不利益を蒙ることになるであろう。

□ その他

- 有料老人ホーム・グループホーム・ケア付マンションは、介護は想定しているが、終末期医療は**想定していない**
-

終末期の場所: その数

- 緩和ケア病棟 163施設 3118床 (H18.1月)
 - がん死亡者数 30万人
 - 療養病床 38万床 (介護保険13万 医療保険25万)
 - 2011年に15万床に
 - ・急性期病院 90万床
 - 特別養護老人ホーム 36万床
 - 年間死亡者数5352人
 - (全死亡者数に対して0.53%)
-

在宅療養と療養型病院の費用比較

- モデル症例: 82才 女性 脳梗塞
 - 寝たきり状態で気管切開・胃瘻造設(要介護5)
 - 在宅の場合ー主介護者必要
 - 訪問診療2回/月・訪問看護3回/日・訪問介護3回/日・訪問リハビリ1回/日・訪問入浴サービス3回/週等
 - 総費用 380,000円(自己負担38,000円)
+ 生活費(家賃、食費、光熱費、おむつ代)
 - 療養型病院の場合(医療区分2)
 - 総費用 399,000円(自己負担40,000円) + 食費(24000円)
-

在宅医療の法律上の解釈と問題点

- **死亡する24時間以内に患者を診ていなければ、あるいは疾患の経過から予測されない死亡の場合はすべて「異状死」とみなす**
 - この法律によって「在宅死」をいっそう困難にしていると考ええる。
 - 法的なガイドラインを早急に見直すことが必要である。
 - **窒息が外因死と分類されている**
 - 現在の死亡診断書で定められている書式には窒息が外因死と分類されており、窒息即事故死(施設の過失)との誤った印象を遺族に与えている。
 - 保険会社も窒息を機械的に事故死と解釈し、基礎疾患との関連性を認めない風潮にある。
 - この問題を放置すれば、喀痰による窒息も、すべてが事故死と認定され、すべてが異状死とされかねない。
 - **医療に関する代諾権がない**
 - 現在の法律では、後見人が行使できる代諾の範囲は資産管理、身上監護に限定されており医療に関する代諾権は認められていない。今後、身寄りのない認知症高齢者の増加が予測される中、この点について早急な検討が必要
-

症例1：在宅での終末期医療

- 94才女性 脳梗塞で全介助状態(寝たきり状態)
 - 本人の強い意志と家族の希望にて在宅での看取りを希望され、訪問診療・訪問看護・訪問看護にて在宅療養を送っていた。
 - 年齢と状態から終末期の説明は主治医より十分されており、家族は十分理解されていた。
 - H18年8月13日の訪問診療では特に変化を認めなく全身状態は安定していた。
 - H18年8月15日疾病の罹患無く誘因無く眠るように永眠。
 - 主治医の最後の診察より24時間以上経過しており、「異常死」と判断され、警察より検死が行われた。
 - だれもが「老衰」望んだのではないだろうか？
-

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省2007年6月7日 公表

□ 終末期医療及びケアの在り方

- 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
 - 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種¹の医療従事者から構成される医療・ケアチーム²によって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
 - 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
 - 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。
-

どうする？

後期高齢者医療制度の中での老人医療

□ いままでもこれからも

- 安全・安心・良質で先進な慢性期医療
 - 人生の一部となる終末期医療の提供
 - 急性期病院を支える後方病院
 - QOLを高めるリハビリテーション
 - 介護・看護負担を軽減する在宅医療
 - 介護者の負担を軽減するレスパイトケア
-