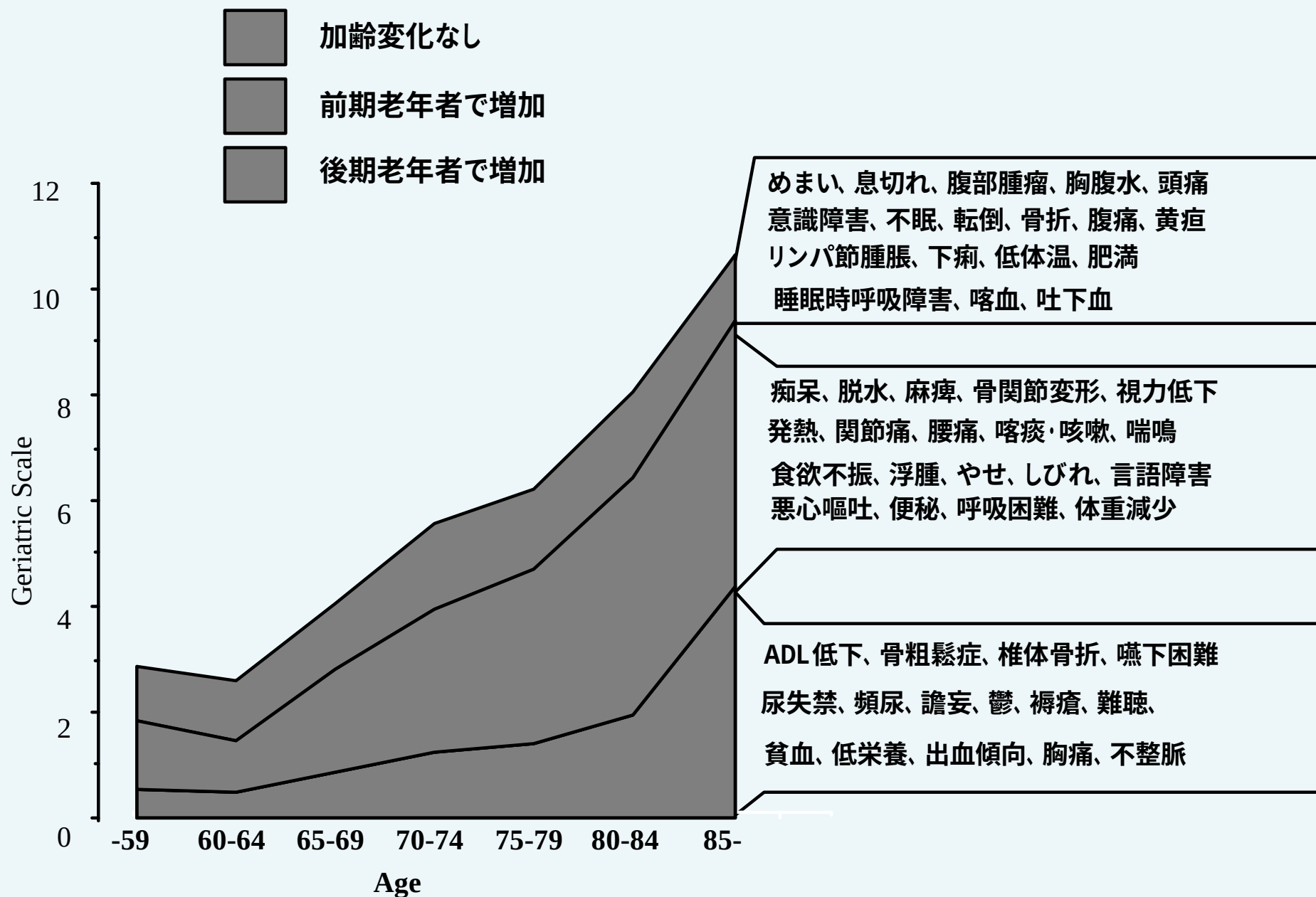


医療制度はどう変わったか

**～ 地域完結型提供体制と
地域連携パスについて ～**

3つの老年症候群



医療モデルの転換

	これまでの医療モデル	これからの医療モデル
目 的	疾病治療・延命	ADL/QOLの維持回復向上
指 標	健康の回復	自立支援
ターゲット	疾患	障害
マンパワー	医師・医療従事者	多職種のチーム 医師はチームリーダー
組織原理	命令	協力・指導・助言
場 所	個別の病院・診療所	地域（日常生活の場） 〔施設：病院・介護施設〕 〔在宅：家庭・通所施設・診療所〕
資 源	医療資源	医療資源＋介護（生活支援）資源

趣 旨

国民皆保険を堅持し、将来にわたり医療保険制度を持続可能なものとしていくため、「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決定)に沿って、医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合等所要の措置を講ずる。

骨 子

1 医療費適正化の総合的な推進

- (1) 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のための医療費適正化計画の策定
[平成20年4月]
- (2) 保険給付の内容・範囲の見直し等
 - ・ 現役並みの所得がある高齢者の患者負担の見直し(2割→3割)、療養病床の高齢者の食費・居住費の見直し
[平成18年10月]
 - ・ 70～74歳の高齢者の患者負担の見直し(1割→2割)、乳幼児の患者負担軽減(2割) 措置の拡大(3歳未満→義務教育就学前) [平成20年4月]
- (3) 介護療養型医療施設の廃止 [平成24年4月]

2 新たな高齢者医療制度の創設 [平成20年4月]

- (1) 後期高齢者(75歳以上)を対象とした後期高齢者医療制度の創設
- (2) 前期高齢者(65歳～74歳)の医療費に係る財政調整制度の創設

3 都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合

- (1) 国保財政基盤強化策の継続 [平成18年4月]、保険財政共同安定化事業 [平成18年10月]
- (2) 政管健保の公法人化 [平成20年10月]
- (3) 地域型健保組合の創設 [平成18年10月]

4 その他

中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止等所要の見直し [平成19年3月] 等

これからの議論

- 現在75歳以上の医療費は33兆円、約3割、2025年になると全体医療費56兆円の約半分となり、特に75歳以上の医療費をどのように適正化するかの議論になる。
- 今回の制度になるが、後期高齢者の急増に対して、現役世代は減少し続けるために、後期高齢者の負担分は現行の割合を超えて増加することが予測されるが、後期高齢者が負担増に耐え切れるかどうか

これからの議論

- 次に、高齢者が負担できる保険料に限界があるために医療費の上限が決まってくる。
- 有限でもあるから控えることについて・・・総合医制度

先進主要国の高齢化率および一般政府財政の比較 (2005年)

	日本	米国	英国	ドイツ	フランス	スウェーデン
高齢化率 (65歳以上、%)	20.0	12.4	16.0	19.2	16.4	17.3
租税・社会保障負担 (対GDP比、%)	27.4	27.3	36.5	34.8	44.1	50.7
租税負担 (対GDP比、%)	17.3	20.6	29.6	20.9	27.8	37.2
付加価値税・消費税標準税率 (%)	5.0	—	17.5	16.0	19.6	25.0
社会保険料負担 (対GDP比、%)	10.1	6.7	6.9	13.9	16.3	14.0
財政支出総額[(B + G) / GDP、%] (2005年)	38.2	36.6	44.7	46.9	54.0	56.6
うち社会保障支出[B/GDP] (2003年)	17.7	16.2	20.6	27.3	28.7	30.0
12-13[G/GDP]	20.5	20.4	24.1	19.6	25.3	26.6
医療費 (対GDP比、%、2004年)	8.0	15.2	8.1	10.6	11.0	9.1
基礎的財政収支 (対GDP比、%、2007年)	▲3.9	▲1.9	▲1.3	▲0.9	▲0.5	2.3
長期債務残高 (対GDP比、%、2007年)	177.6	61.8	49.0	69.9	74.6	52.4
公共投資比率 (対GDP比、%)	3.7	1.3	1.9	1.3	3.3	3.1
軍事費 (対GDP比、%)	1.0	4.0	2.3	1.4	2.5	

東洋経済新聞社 週刊東洋経済 2008年8月2日 特大号

東京都地域ケア体制整備構想の具体化に向けた平成20年度の施策展開

東京都地域ケア体制整備構想

背 景	・ 高齢化のさらなる進展 ・ 療養病床の再編成（平成23年度末で介護療養型医療施設廃止）
趣 旨	・ 高齢者の生活を支える医療・介護・住まい等の将来的なニーズや社会資源の状況等に即し、総合的な体制整備に関する基本的方向性を示す。 ・ 療養病床の再編成による対応方針を示す。
位置づけ	・ 超高齢社会を迎え、これからの東京の高齢者のケア体制を整備するための理念を構築 ・ 「10年後の東京の高齢者像」を見据えた構想
基本理念	・ 「高齢者の自立と尊厳を支える社会」の実現 ・ 確かな「安心」を次世代に継承

東京都地域ケア体制整備構想の具体化に向けた平成20年度の施策展開

東京都地域ケア体制整備構想

視 点	・ 大都市東京の特性（人口・組織・人材の集積のメリット）を活かす ・ 地域生活の継続 ・ 元気な高齢者を中心として地域力で支援
方向性	・ 介護サービスは中重度者への重点的な対応にシフト ・ 24時間安心して暮らせる見守りサービスの提供 ・ 在宅医療の基盤整備
高齢者の望ましい将来像	・ 自らの意思で「暮らしの場」を選択 ・ 「福祉・保健・医療が連携した仕組み」により、地域での生活が継続 ・ 高齢者自身が「サービスの担い手」として地域で活躍
将来像の実現に向けた取組（5項目）	①住まい方 ②介護サービス ③地域の見守り ④在宅医療 ⑤介護人材

東京都地域ケア構想の理念に基づく将来像の実現に向けた具体的施策 平成20年度の事業展開

①住まい方

●東京における高齢者の住まい方検討事業【在宅支援課】

- ①高齢者向け住まいで提供されるケアや見守り等のサービスの質を担保するための都独自の仕組みづくりの検討(東京都版推奨モデルの構築)
- ②集合住宅における見守り機能の充実について検討
- ③高齢者向け住まい、高齢期の住まい方の検討

地域のネットワーク

地域ネットワークを形成する各関係機関(ケアマネジャー、地域包括支援センター、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、等)の連携強化策を検討

東京都地域ケア構想の理念に基づく将来像の実現に向けた具体的施策 平成20年度の事業展開

②介護サービス

- ・地域包括支援センターの機能強化
- ・施設系サービス
- ・居宅系サービス
- ・在宅サービス

●基幹型地域包括支援センターモデル事業【在宅支援課】

- ①先駆的な取組を行う地域包括支援センターをモデル事業の対象(5区市)に指定・検証し、拠点機能を有する「基幹型地域包括支援センター」のモデルの構築など、地域包括ケアの総合的な取組を強

●施設整備・促進【施設支援課】

- ①新たな補助制度の構築
 - ・補助制度の効果・検証
 - ・整備率に応じた促進係数の導入等、今後の施策の検討
- ②介護専用型有料老ホーム設置促進、認知症高齢者GH整備促進、

地域密着型サービス等整備促進

東京都地域ケア構想の理念に基づく将来像の実現に向けた具体的施策 平成20年度の事業展開

③地域の見守り

●団塊世代・元気高齢者による地域活性化事業 【在宅支援課】

- ①「団塊世代・元気高齢者地域活性化推進協議会」を設置し、団塊世代や元気高齢者による地域活性化の仕組みづくり等を検討

●高齢者支援技術活用促進事業 【計画課】

- ①IT（ロボット等）を生活支援や見守り機能として在宅や施設で活用するため研究会を設置し、開発の具体的な方向性及び活用策を検討

東京都地域ケア構想の理念に基づく将来像の実現に向けた具体的施策 平成20年度の事業展開

④在宅医療

●訪問看護ステーション支援事業 【介護保険課】

- ①訪問看護ステーションの安定的運営や地域におけるネットワーク形成に資するための管理者支援プログラム作成と研修の実施

●在宅医療ネットワーク推進事業 【医療政策部】

- ①医療機関、介護事業者等が情報を共有し、機能に応じて連携することで、24時間の在宅医療提供体制を構築

東京都における脳卒中の医療連携体制

疾病の特徴

- 脳卒中発症後、速やかに専門的な医療を受診できない場合の死亡率が高い。
- 発症後生命が助かった場合でも、後遺症などのハンディキャップが残る可能性が高い。

東京都における脳卒中の医療連携体制

基本的な考え方

- 患者が発症した場合における専門的な医療機関への速やかな救急搬送体制の確保
- 患者の状態に応じた急性期リハビリテーションや回復期リハビリテーションなど切れ目のない医療提供体制の実現
- 在宅等における療養生活のため、維持期のリハビリテーションなど医療・看護・介護サービスの連携体制の構築

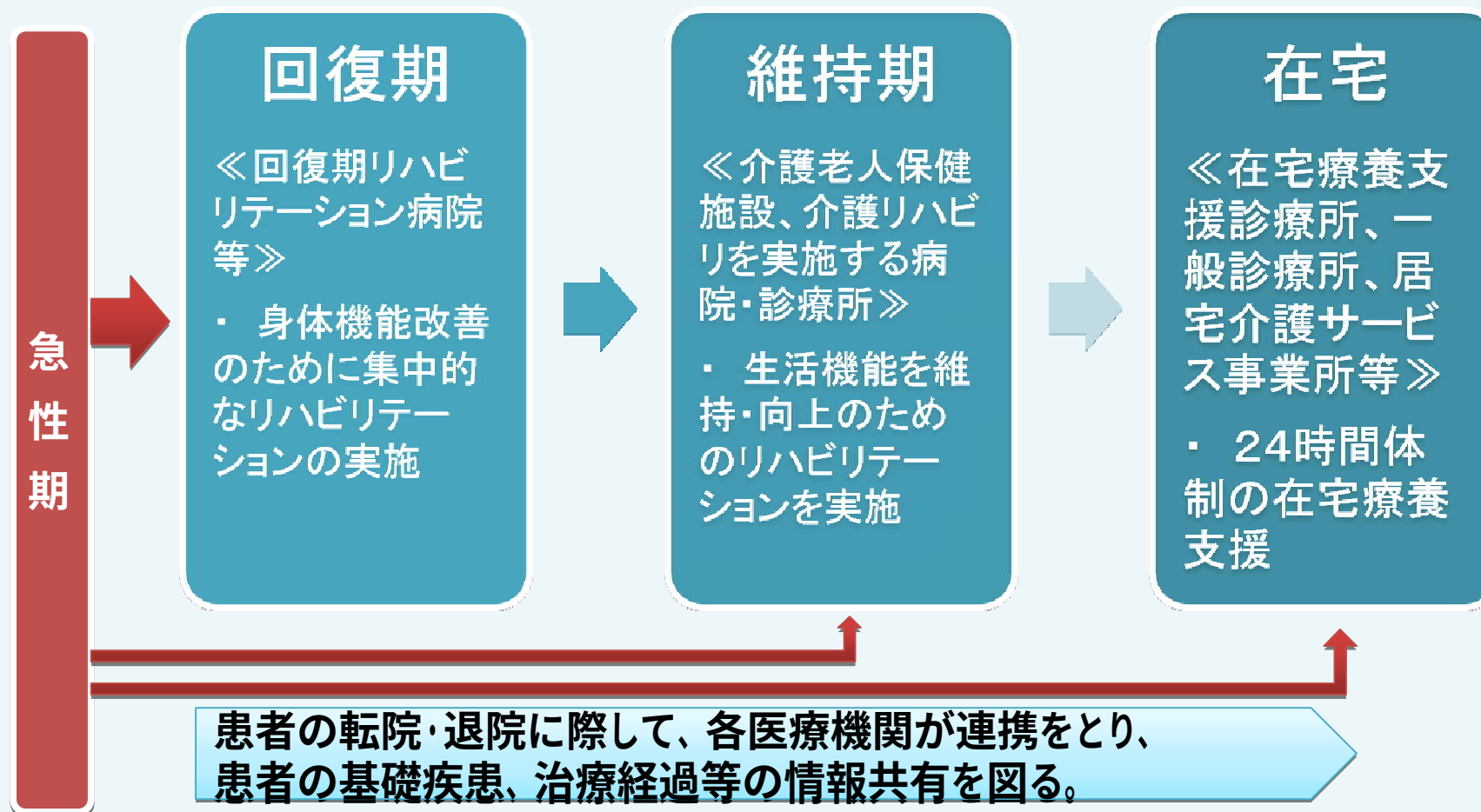
東京都における脳卒中の医療連携体制

取組の方向性

- 脳卒中は発症から治療、回復、在宅療養までに要する期間が長く、さまざまな医療機関などが係わる必要がある。そこで、
 - ①患者の発症 ⇒ 急性期病院
 - ②急性期病院 ⇒ 回復期
⇒ 維持期 ⇒ 在宅療養
- の2つの視点で連携体制を検討する。

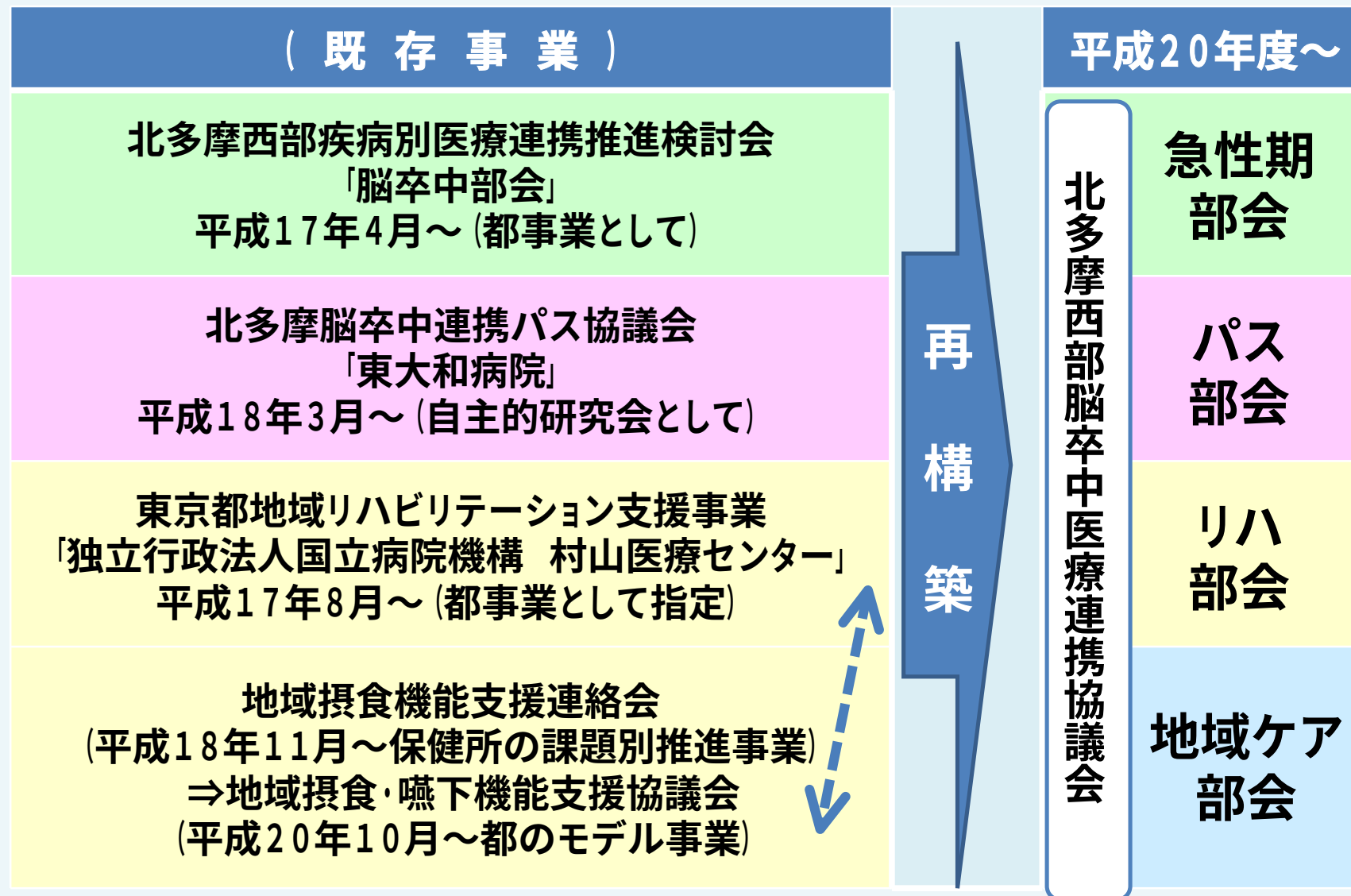
東京都における脳卒中の医療連携体制モデル

更なる展開が必要な体制（各全域ごとの取組）

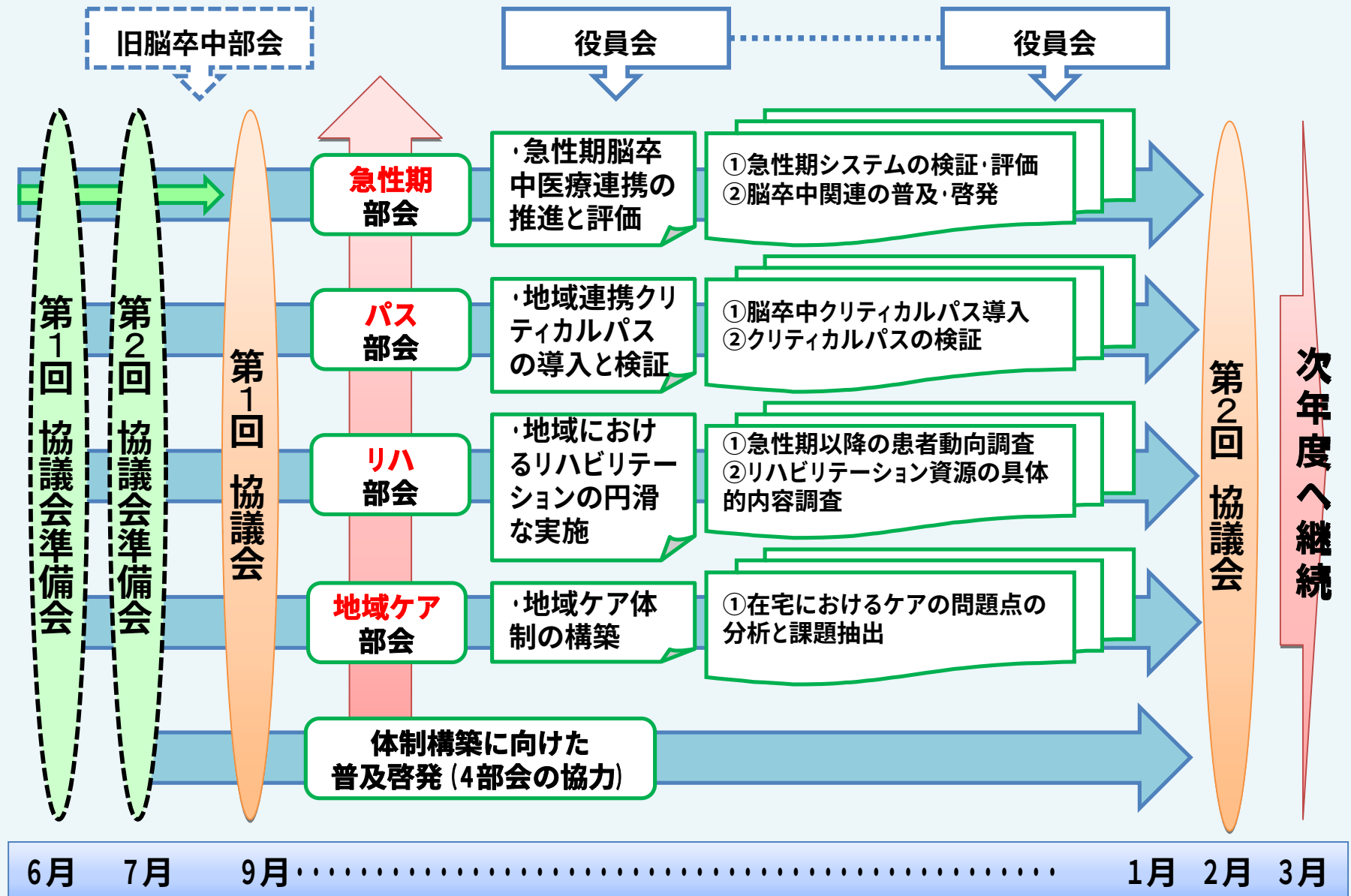


連携の為の重要な課題

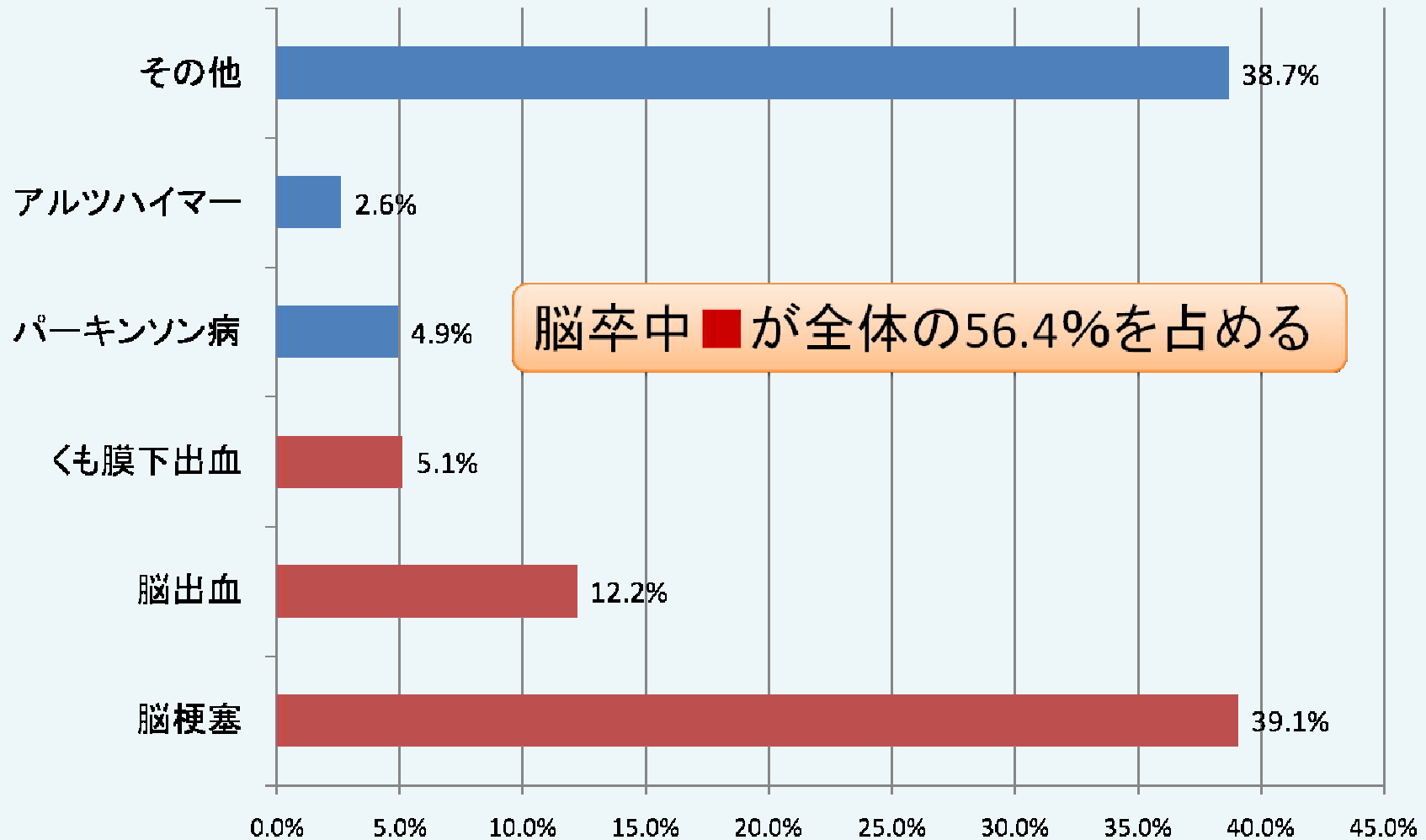
平成20年度以降の「協議会」の枠組み再構築



平成20年度 北多摩西部脳卒中医療連携体制構築に向けた作業計画

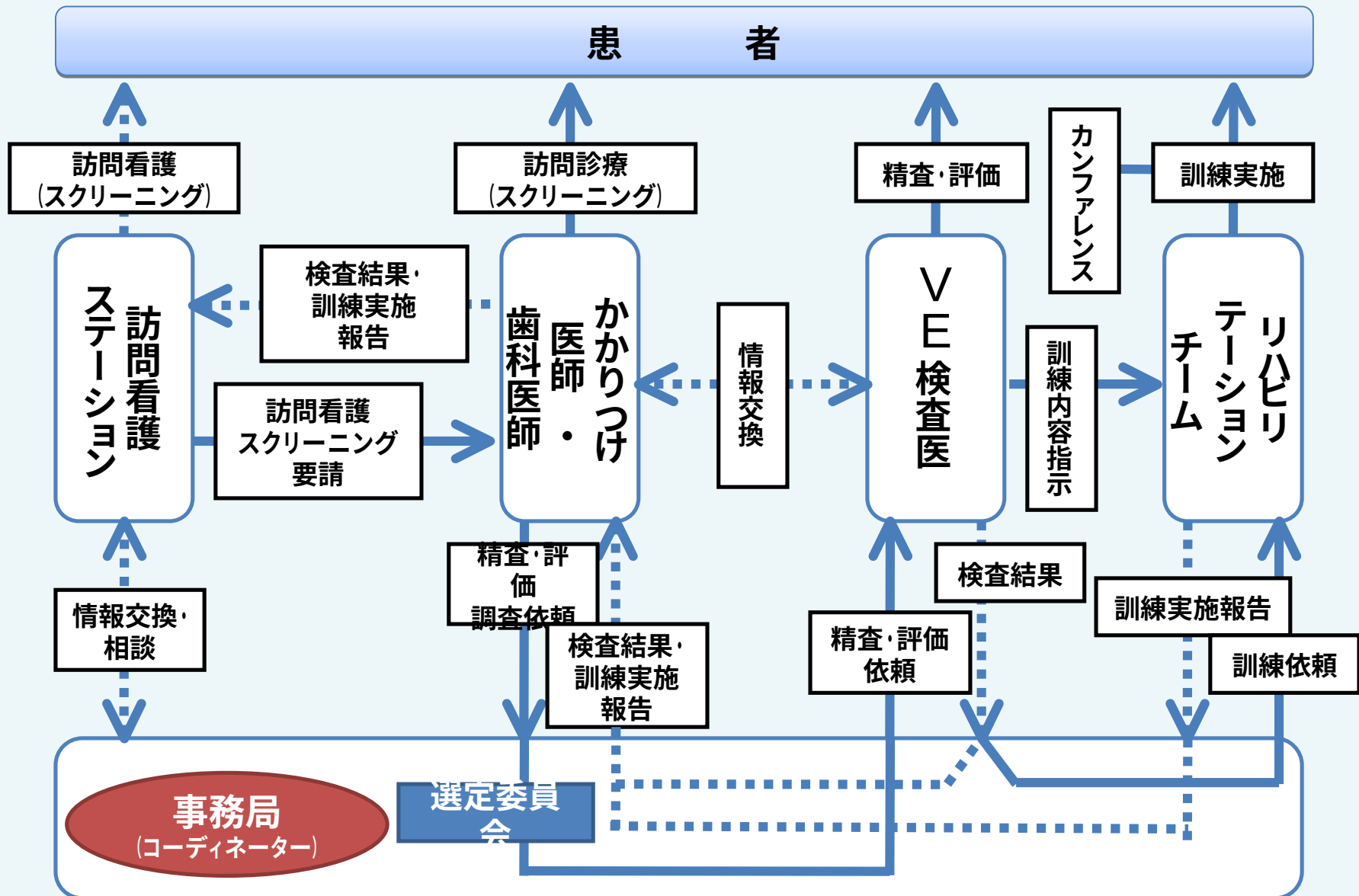


嚥下障害の主な原因疾病割合 (%)



その他の内訳: 頭部外傷 (2.5%)、脳性麻痺 (2.5%)、脊髄小脳変性症 (2.0%)、ALS (1.1%)、慢性硬膜下血腫 (1.0%)、廃用症候群 (1.0%)、その他 (26.0%)

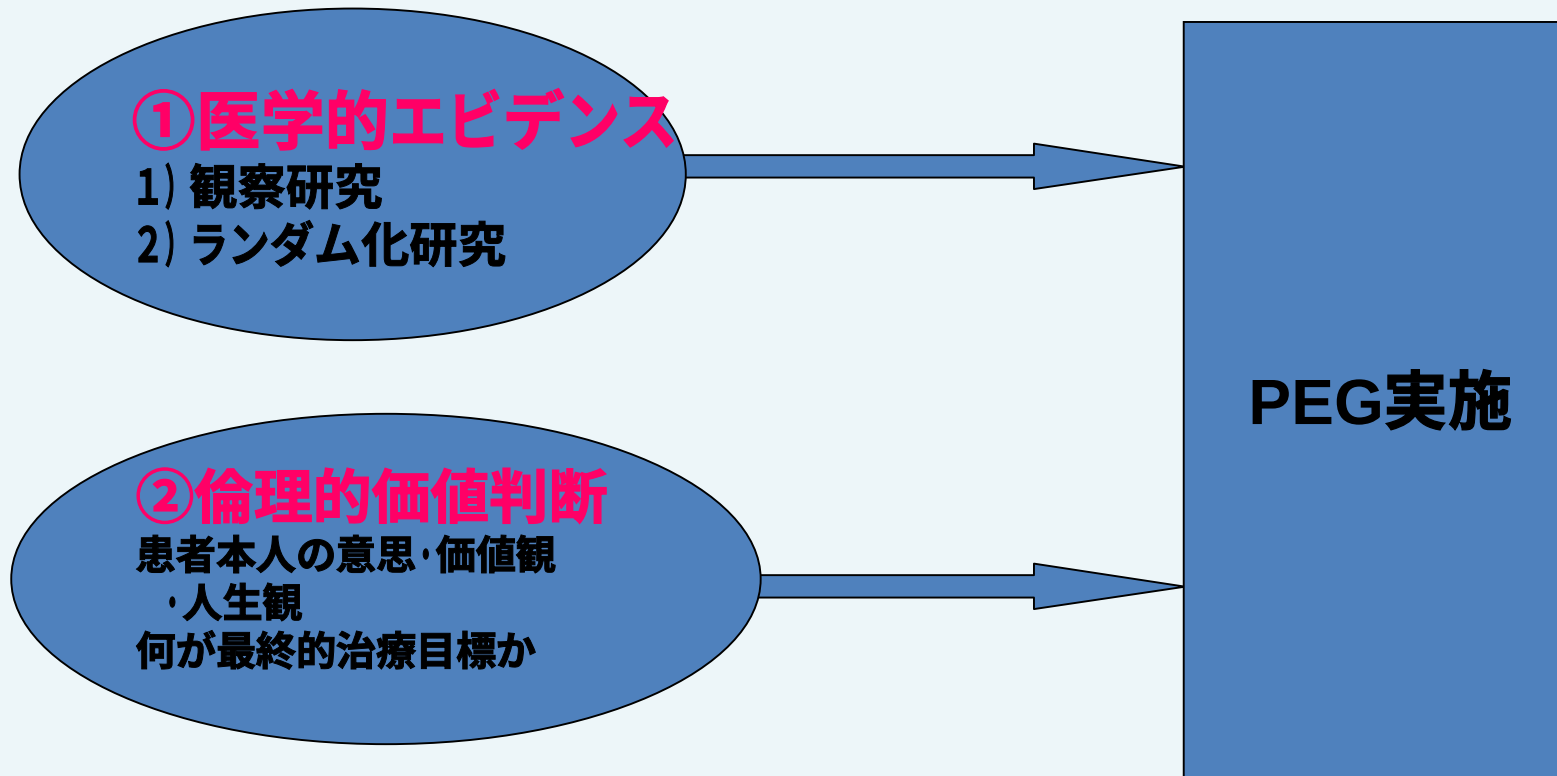
在宅訪問VE検査実施手順 (イメージ図)



**死なさないための医療から
生きるための医療への
パラダイム変換**

終末期認知症患者にとって PEGは有益か？

①医学的エビデンス＋②倫理的価値判断



終末期認知症患者にとって PEGは有益か？ ①医学的エビデンス

Rethinking the role of Tube Feeding in patients with Advanced Dementia

<The New England Journal of medicine, Jan.2006>

- ＊PEGは経口摂取→誤飲→肺炎のサイクルを断ち切ることができない
- ＊経口摂取患者群とPEG実施群において、生存率に差はない
- ＊PEGによって「Comfort」を増すことはできない、苦痛を軽減できない (気道分泌物の増加・拘束・孤独)
- ⇒当該患者のQOLに基づき判断すべき (リスク⇔ベネフィット)
- ⇒PEGは、終末期認知症患者の標準的治療とすべきでない
- ⇒まずPEGではなく、経口摂取が第一とされるべき

終末期認知症患者にとって PEGは有益か？ ①医学的エビデンス

Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia –A Review of the Evidence

<JAMA, October13,1999>

＊30年間分(1966年～1999年3月) MEDLINE

- ①誤嚥性肺炎を予防できるか？ ②寿命を延長できるか？ ③褥創や感染リスクを減らせるか？ ④身体機能を改善できるか？ ⑤緩和に役立つか？

MEDLINEサーチ

(1966年～1999年3月)

①誤嚥性肺炎を予防できるか？；口腔内分泌物や胃内容物の誤嚥を防げない。PEGが誤嚥性肺炎を予防できるというエビデンスはなかった。

②寿命を延長できるか？；経口摂取群との間に生存率に有意差はなかった。(81105名対象；1年63%死亡、
7369名対象；PEG実施後平均生存期間7.5ヶ月)

③褥創や感染リスクを減らせるか？；エビデンスはない

④身体機能を改善できるか？；エビデンスはない

⑤緩和に役立つか？

→×「PEGは低栄養を改善するのか？」

→○「低栄養による悪い結果(消耗や死亡リスクなど)を改善するのか？」

終末期認知症患者にとって PEGは有益か？ ①医学的エビデンス

High Short-term Mortality in Hospitalized Patients with Advanced Dementia

<Arch. Internal Med. Feb.26,2001 >

- ＊急性合併症のため入院中の終末期認知症患者と
経管栄養チューブの関係について
- ＊経管栄養は生存率に影響を与えなかった
経管栄養の有無にかかわらず、50%平均生存期
間6ヶ月。(有り;195日、 無;189日)
- ＊入院時病名である感染症は死亡率と高い相関

Ethical Issues from Diagnosis to Dying

(ジョン・ホプキンス大学出版)

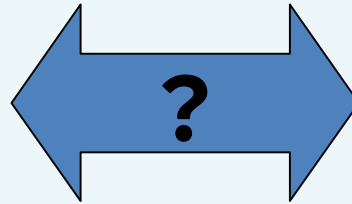
Withdrawing of treatment is no longer controversial when requested by the terminally ill patient or surrogates.

終末期アルツハイマー病患者の延命治療をやめることは、もし患者本人あるいは代理人から、その申し出があった場合には、もはや議論の余地はない。

終末期認知症患者におけるPEGの適応 についての様々な視点

家族;
餓死させる
わけにはいかない

主治医;
善行原則
医の倫理
最大限の治療



判例; 人工的水分栄養補給は
医療の一つであり、必ずしも
実施の義務があるわけではない

医学的エビデンス;
誤嚥性肺炎を予防できない
生存率に影響を与えない

倫理; 患者本人の意思・
価値観を尊重すべき
治療によるリスク・ベネフィットを
比較考量すべき

経管栄養を実施すべきと考える理由

①実施しなければ、餓死させることになる

②標準的ケアの一つである

水分・栄養補給は医学的治療ではなく、標準的ケアである

③「差控え」はできるが、「中止」はできない

中止が患者の直接死因になる

④差控えは虐待につながる

経管栄養を 差控え・中止してもよいと考える理由

- ① **死までの時間を引き延ばすに過ぎない**
倫理的に許容できる理由で差控えられた場合は、死因は原疾患とされるべきであり、治療差控えによるものではない
- ② **治療差控え・中止は患者に苦痛を与えない**
患者が経口摂取をしなくなった場合には、口渴・飢えに苦しんでいない。悪心・嘔吐・浮腫・喀痰・失禁も減る。口腔内ケア、呼吸困難にたいする緩和ケアがなされるべき
- ③ **通常なケアとは考えられない。医療である。**
重篤な疾患の自然な流れとして、食欲は減退する
「過剰」「通常」の区別をするのではなく、その医療行為の利点が欠点を上回るかどうか、個々の患者について検討すべき

Cure sometimes – Comfort Always

時に“治療”—常に“快適なケア”

認知症患者の緩和ケア

＊無益な延命治療の差し控え・中止

＊自然な「看取り」⇒

必要な‘治療’や‘ケア’をやめることではない