

## 2. 介護食品のあり方に関する検討会議

農林水産省では平成25年2月より、介護関係者や学識経験者等による「これからの介護食品をめぐる論点整理の会（以下「論点整理の会」という。）を立ち上げ、同年7月に論点を取りまとめられた（<http://www.maff.go.jp/j/shokusan/seizo/kaigosyokuhin-1.html>）。論点整理の会では、以下の論点が整理された。「1. 介護食品の定義の明確化：現在、介護食品については、種類が多く、そもそも「介護」と名のついた商品がないなど、その定義が明確でない」、「2. 高齢者の栄養に関する理解の促進：在宅介護を受けている高齢者では高頻度で低栄養傾向にあり、しかもその状態が健康障害に結びつくことが明らかになっているにもかかわらず、低栄養が及ぼす影響についての認知度が低く、今後国民に周知していく仕組み作りが必要」、「3. 介護食品の提供方法：介護食品を製造、流通などの供給サイドは種々の介護食品に対するニーズに応じていく必要があり、さらには地域や市町村においては、安否確認も兼ねた配食サービスを在宅支援の基本的なサービスとして位置付け、低栄養など利用者の健康状態に十分対応した支援のあり方を見直すべきである」、「4. 介護食品の普及：介護食品の認知度を向上させる必要がある」、「5. 介護食品の利用に向けた社会システムの構築：介護食品をうまく利用し、豊かに生きるためのビジョンを描く必要があり、介護食品が必要な国民を見つけ出すシステムを構築した上で、介護食品を適切に利用することによる医療費の削減効果などを評価する取組も必要である。それを実践するために、介護食品の利用者ニーズを把握し、的確に伝えるため、介護食品の製造・流通の事業者、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、ケアマネジャー、ホームヘルパー、地方自治体などが連携して情報を共有する場を作っていくことが重要であり、そのための社会的なシステムを国として作っていく必要がある。」

その後、これらの論点について議論を深めるため、農林水産省にて平成25年10月に「介護食品のあり方に関する検討会議」が発足した。

### 「食べることに問題がある」利用者

- 1) 噛むこと、飲み込むことという食べる方の身体的機能に問題があること
- 2) 現在でも低栄養の状態にあるか又は今後低栄養に陥る危険性が高いことにより、機能障害を起こしたり健康状態を悪化させる懸念がある

【表】 新しい介護食品の視点

（平成25年10月～平成27年3月）<http://www.maff.go.jp/j/shokusan/seizo/kaigo/kaigo.html>

この検討会議では上記の論点に沿って、1) 定義に関するワーキングチーム、2) 認知度向上に関するワーキングチーム、3) 提供方法に関するワーキングチーム、4) 社会システムに関するワーキングチームの4つのワーキングチームが構成され、それぞれのチームで複数回の検討会議が実施され、昨年度末に意見が集約された。

1) 定義に関するワーキングチーム では「新しい介護食」の範囲としては今までの介護を行っている方からの視点からだけではなく、利用者の視点からとらえなおす必要が指摘された。さらに「新しい介護食品」の範囲を捉えるに当たっては、食機能の低下を含めた「食べることに問題がある」という視点で捉え直す必要がある、とされた。その「食べることに問題がある」とは表に示したように、噛む、飲み込むなどの食べ方の問題がある対象者だけではなく、低栄養状態にある、または今後低栄養状態に至る危険性がある対象者を含んでいる。

2) 認知度向上に関するワーキングチーム では低栄養さらには「新しい介護食」を如何に周知するかについて検討がなされ、「新しい介護食」を選択する際に使用する、分かりやすく統一的な規格・基準を設けることを目的とした早見表『新しい介護食品（スマイルケア食）』の選び方（以下「スマイルケア食の選び方」という。）を策定した（図）。さらには一般市民に利用者を受け入れやすい名称を取り入れるために介護食の愛称を公募し、「スマイルケア食」に決定した。

3) 提供方法に関するワーキングチーム では、「スマイルケア食」が必要な方々の手に届くような環境をより実現していくにあたって、「スマイルケア食」を提供する各事業者が取り組むべき課題「新しい介護食品（スマイルケア食）」の提供方法に関する基本的考え方（事業者等向けガイドライン：[http://www.maff.go.jp/j/shokusan/seizo/kaigo/pdf/guide\\_lines\\_1.pdf](http://www.maff.go.jp/j/shokusan/seizo/kaigo/pdf/guide_lines_1.pdf)）を作成した。

4) 社会システムに関するワーキングチームでは、食・栄養に関する情報発信についての社会システム、食に関する問題を抱える人（低栄養になってしまっている

人、低栄養のおそれがある人、噛むこと・飲み込むことに問題を抱える人) が豊かな食生活を送るために必要な社会システムの構築における課題について、整理を行った。

農林水産省ではこれらの検討委員会の意見を基盤として、「スマイルケア食」の普及推進に関し検討を行うため、平成27年度から「新しい介護食品(スマイルケア食)普及推進会議」を設置し、検討を継続している。

### 3. 今後のスマイルケア食の期待と課題

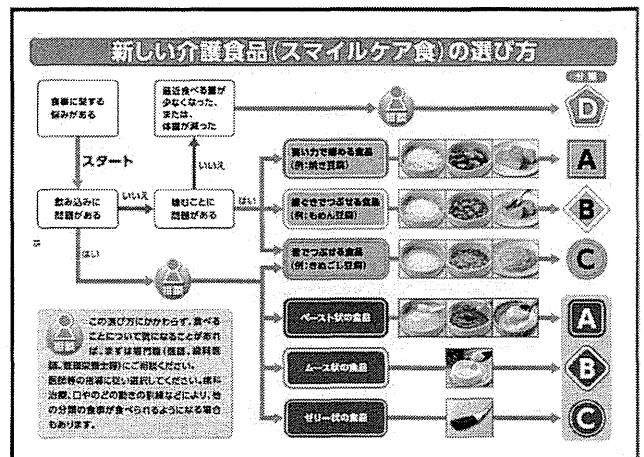
今後の日本における後期高齢者の増加、要介護高齢者の増加を考えれば、スマイルケア食の需要は増加することは間違いない。食事は毎日の事であり、しかも通常は一日3食あり、どのような形で市販のスマイルケア食を利用し、どのように配食サービスを使用して、どのように、また何時家で調理するかのパリエーションは無数に存在する。それを誰がどのように管理、指示して一日のトータルのカロリー、栄養素として必要十分量摂取してもらうかが問題である。スマイルケア食の普及は大変結構なことであるし、これが呼び水となり地域で高齢者(高齢者ばかりではないが)の栄養の問題に理解と注目度が上がることを期待したい。

今後様々な種類の、様々な用途に対応するスマイルケア食が提供されるであろう。大変結構である。一方、本当にその対象者に合ったスマイルケア食が提供されるかどうか、今一度提供体制の構築には注意しておくべきであろう。病院、また介護施設においても咀嚼、嚥下機能の評価は簡単ではない。ある程度のこれらの機能を評価するシステムを地域に構築する必要があるのではないかと思う。また栄養状態の評価もしかりである。従って、今後地域包括ケアシステム構築の一環として、このスマイルケア食普及の根幹である、必要な対象者の「食べる能力」の評価、さらには「栄養状態」の評価が当たり前のように、定期的に地域で施されなければならない。もし、地域包括ケアシステムの中でこの事項が抜けるようなことになると、大変心配である。

### 4. スマイルケア食の海外展開

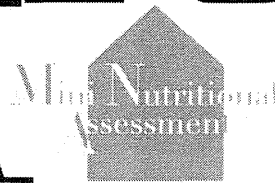
若くしてアルゼンチンに医師として移民された先生と10年程前にお話ししていた時に、「アルゼンチンには介護食は無い。日本にはこの介護食の概念があるから、アルゼンチンにも導入したい。」とお話しされていたことを思い出した。その活力ある老医師は既にアルゼンチンで他界されてしまったと聞かすが、今後このスマイルケア食が海外の市場でも注目される可能性は大いにある。既に平成27年1月には米国でスマイルケア食を紹介し、いくつかの企業が食品見本市に出展し、大変注目されたと聞いている。また米国ナースホーム試食会を実施し、大変な評価を得たとのことだ。幾分各国に合わせた製品の開発が必要にはなると思うが、今後おそらく海外向けのスマイルケア食の展開も大変期待できる。

超高齢社会のトップを走る我が国は、その次に迫る欧米、さらにはアジア諸国から大変注目されている。その注目とは、日本がこの超高齢社会を如何に持続可能な社会に転換していくか、という視点である。医療・介護保険制度、また現在展開中の地域包括ケアシステムも海外から大変な注目を浴びている。咀嚼・嚥下障害や低栄養を抱える対象者は日本だけの問題ではない。今後、このスマイルケア食として日本企業がどのような商品を提供し、またこの商品をどのように必要な対象者のもとに届け、結果食事に対する満足度を上げ、健康障害を予防していくかは、間違いなく全世界が注目している。我々は是が非でもこのプロジェクトを成功させねばならない。



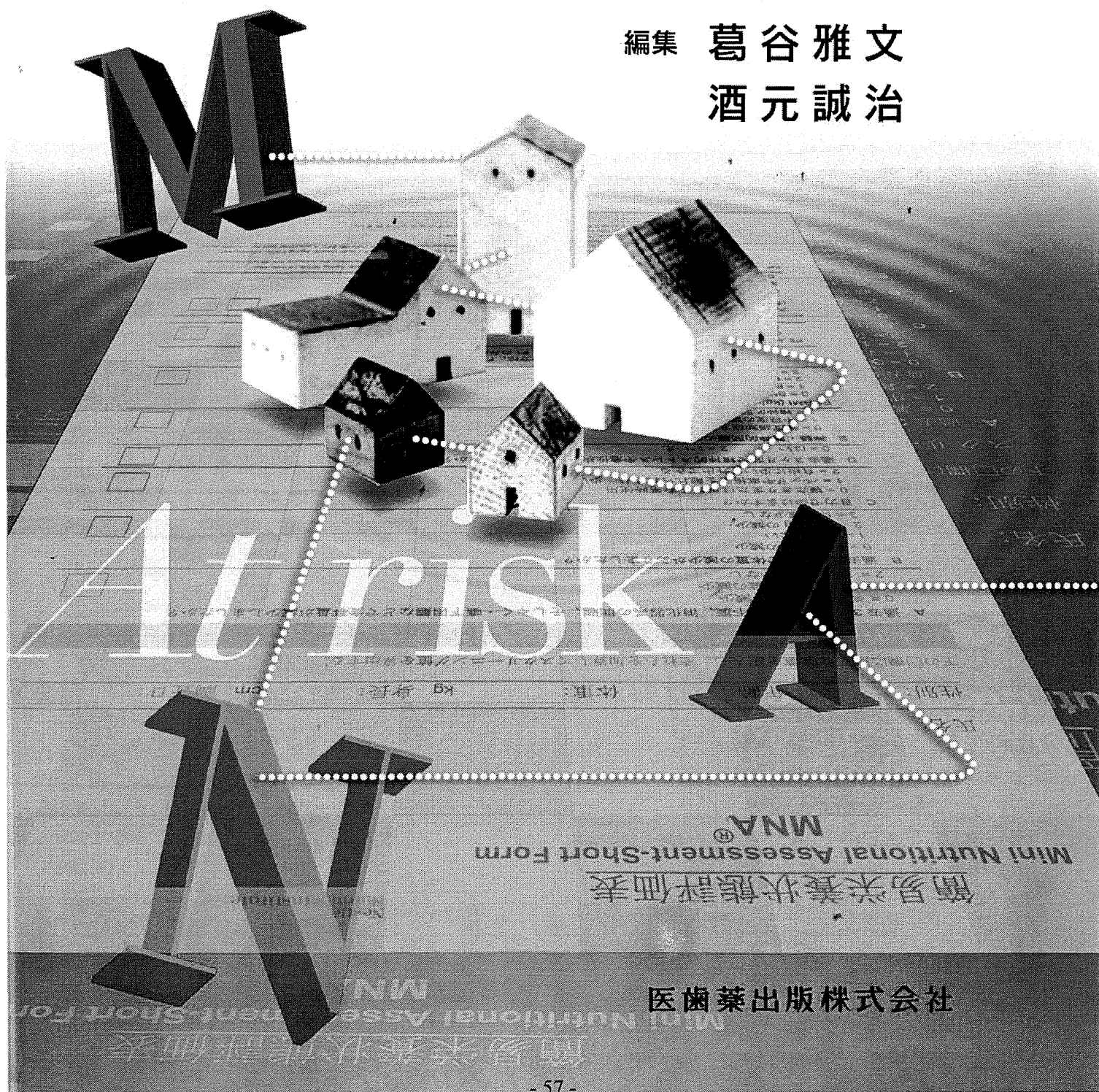
【図】 スマイルケア食選択のアルゴリズム

# MNA 在宅栄養 ケア



## 在宅高齢者の低栄養予防と早期発見

編集 葛谷雅文  
酒元誠治



医歯薬出版株式会社

# 在宅医療支援病棟に入院した在宅認知症患者の総合的機能評価

国立長寿医療研究センター在宅連携医療部 三浦久幸 *Miura, Hisayuki*

第54回日本老年医学会学術集会 (2012) にて発表

## はじめに

在宅療養中の認知症患者、ことに訪問診療（狭義の在宅医療）を受けている認知症患者の属性や在宅療養継続に関する阻害・促進要因については、これまでまとまった報告はない。このため、本研究は国立長寿医療研究センターにおいて、日ごろ訪問診療を受けている患者の入・退院支援をモデル的に行っている「在宅医療支援病棟」に入院した認知症患者を対象に調査し、最終的には認知症患者の在宅療養継続に関する阻害・促進要因を明らかとすることをこの目的とした。これまでの調査で「在宅医療支援病棟」入院患者のうち、認知症合併割合やその特徴を中心に評価を行ってきたが、これまでの狭義の在宅患者についての総合的機能評価等、包括的評価についての報告はほとんど行われておらず、在宅認知症患者の特異的病態についてはさらに客観的データを蓄積する必要がある。この研究では、在宅医療を受けている患者に対する生活自立度（ADL）、栄養評価、意欲等の総合的機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：CGA）を行い、認知症の有無による比較検討を行った。

## 研究方法

2011年6月から12月までに当センター在宅医療支援病棟に入院した患者のうち、検査の同意を得られた120人に対して、属性、ADL

（Barthel Index）、IADL（Lawton Index）、Vitality Index（VI）、栄養評価（MNA<sup>®</sup>-SF）、神経心理症状（NPI-Q）、介護負担感（ZBI）、MMSE、GDS15、VASを問診・検査した。属性は電子カルテ情報、ADL、IADL、VI、栄養評価、神経心理症状は介護者への質問用紙により情報収集した。MMSE、GDS15、VASは検査者による本人への問診形式で行った。

本研究は本人、家族の同意のもとで行い、厚生労働省の臨床研究の倫理指針に従って個人情報保護を徹底した。無記名で、かつ個人データを特定できないようナンバリングしたのみ扱うことで研究に倫理的配慮を行った。

## 研究結果

2011年6～12月までで研究同意を得られた在宅医療支援病棟への入院件数は計120件であった。のべ患者の平均年齢77.5（±12.6）歳、性別（男性：女性）は68：52であった。120名の入院患者のうち、主たる基礎疾患は神経・筋疾患29名（26.7%）、悪性腫瘍21.7%、脳血管障害14.2%、認知症11.7%、その他25.7%であった（表1）。一方、認知症合併の在宅医療を受けている患者を認知症高齢者の日常生活自立度で評価すると、69名（57.5%）がレベルII～Mを示しており、半数以上で他疾患に認知症あるいは高次脳機能障害を合併していた（図1）。認知症生活自立度のII～Mを「認知



表1 在宅医療支援病棟に入院した在宅患者の属性 (2011年6～12月調査)

n=120	
年齢 (歳)	77.5 (± 12.6)
性別 (男性:女性)	68:52:00
入院形態 (緊急:予約:復帰)	55:49:16
基礎疾患 (%)	
神経・筋疾患	26.70
悪性腫瘍	21.70
脳血管障害	14.20
認知症	11.70
その他	25.70
認知症生活自立度Ⅱ以上 (%)	69 (57.5)

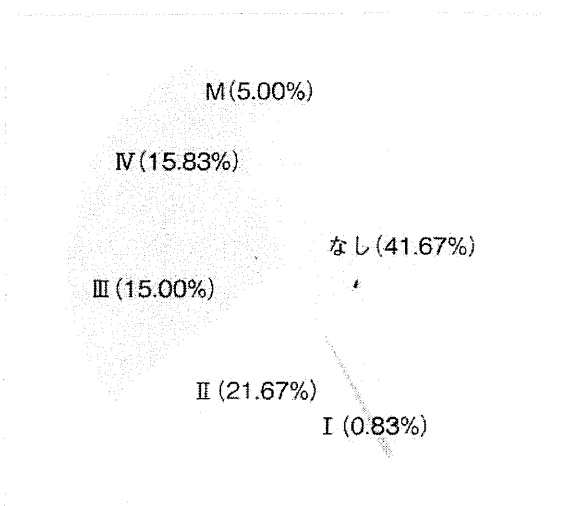


図1 在宅医療支援病棟に入院した在宅患者の「認知症高齢者の日常生活自立度」(2011年6～12月調査)

症あり」として認知症の有無によるCGA各項目の有差検定を行った(表2)。「認知症あり」例では寝たきり度B, Cの割合(62.3 vs 56.8%), 要介護度3以上の割合(88.4 vs 55.7%)とも「認知症なし」例よりも高く、IADL男性(0.3 ± 0.7 vs 1.3 ± 1.5), VI(4.5 ± 2.4 vs 6.6 ± 2.8), MNA®-SF(4.8 ± 2.7 vs 6.2 ± 2.9)は「認知症あり」例で有意(P<0.05)に低下していた。また、ADL, IADL女性は低下傾向、ZBI, NPI-Qは高い傾向にあった。本人問診によるMMSE, GDS15, VASは検査不能例が多く、実施率は全体の10%程度で統計学的な群間比較には耐えられない状況であった。

### 考察

2010年度研究と同様、2011年度研究でも国立長寿医療研究センター入院患者のうち、訪問診療を受けている在宅患者を検討した結果、およそ半数が認知症あるいは高次脳機能障害を合併していた。今年度のCGA評価により、認知症合併の在宅患者のほとんどは、認知症非合併症例より寝たきり度、要介護度ともに高い症例が多く、こ

表2 在宅医療支援病棟に入院した在宅患者の総合的機能評価(認知症生活自立度の違いによる比較)(2011年6～12月調査)

	寝たきり度 B,C割合	要介護度3 以上	BMI	老年症候群 数	Barthel index	IADL (男)	IADL (女)
認知症生活自立度Ⅱ以上 (69名) 認知症あり	62.30%	88.40%	17.3±3.6	6.9±4.0	18.5±27.0	0.3±0.7	0.4±1.2
認知症生活自立度Ⅰ以下 (51名)	56.80%	55.70%	18.0±4.3	8.3±4.7	28.5±34.4	1.3±1.5	1.1±1.3
有意確率	NS	NS	NS	NS	NS	p<0.05	NS
	Vitality Index	MNA-SF	Zarit BI	NPI-Q	MMSE	GDS	VAS
認知症生活自立度Ⅱ以上 (69名) 認知症あり	4.5±2.4	4.8±2.7	32.9±17.6	6.9±4.3	検査不能例 多い	検査不能例 多い	検査不能例 多い
認知症生活自立度Ⅰ以下 (51名)	6.6±2.8	6.2±2.9	29.9±14.4	5.2±4.4	検査不能例 多い	検査不能例 多い	検査不能例 多い
有意確率	p<0.05	p<0.05	NS	NS	-	-	-

	年齢	性別 (女)
認知症生活自立度Ⅱ以上 (69名)	80.8±10.1	34
認知症生活自立度Ⅰ以下 (51名)	72.9±14.3	18

} NS

の傾向は男性の IADL にも有意に反映されていた。また、在宅患者全体が、意欲低下傾向、低栄養傾向を示したが、認知症合併症例ではさらに意欲低下、低栄養が問題になる状況が明らかとなった。統計学的有意差こそなかったが、認知症の存在にともなう神経心理症状により、介護負担感も高くなる傾向を認めた。一方、本人への直接の検査 (MMSE, GDS, VAS) は、重度認知機能低下や全身状態の悪化にともなう検査不能例が多く、在宅患者全体を包括的に評価する指標としては不適切で、実践的には介護者、病棟スタッフによる客観的な評価がより適切であろうと考えられた。

本研究で在宅患者のうち認知症合併症例では、とくに低 ADL、意欲低下、低栄養への対応が重要であることが明らかとなった。今後はこの

CGA 結果をもとに、低栄養等への早期の適切な予防・介入法と、より簡略化した形での総合的評価指標の構築が必要と思われる。

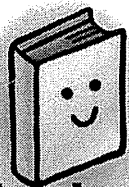
## 結 論

在宅医療を受けている患者の半数以上が認知症を合併していた。CGA 評価により、認知症合併症例では低 ADL、意欲低下、低栄養への対応がより重要であることが示された。本研究における栄養評価には MNA<sup>®</sup>-SF を用いたが、在宅患者の栄養評価には有用であると考えられた。

【謝 辞】本論文は平成 23, 24 年度長寿医療研究開発費の助成を受け、実施した研究結果をもとに記載している。

\* \* \*

# 入院高齢者 診療マニュアル



Bunkodo  
Essential &  
Advanced  
Mook

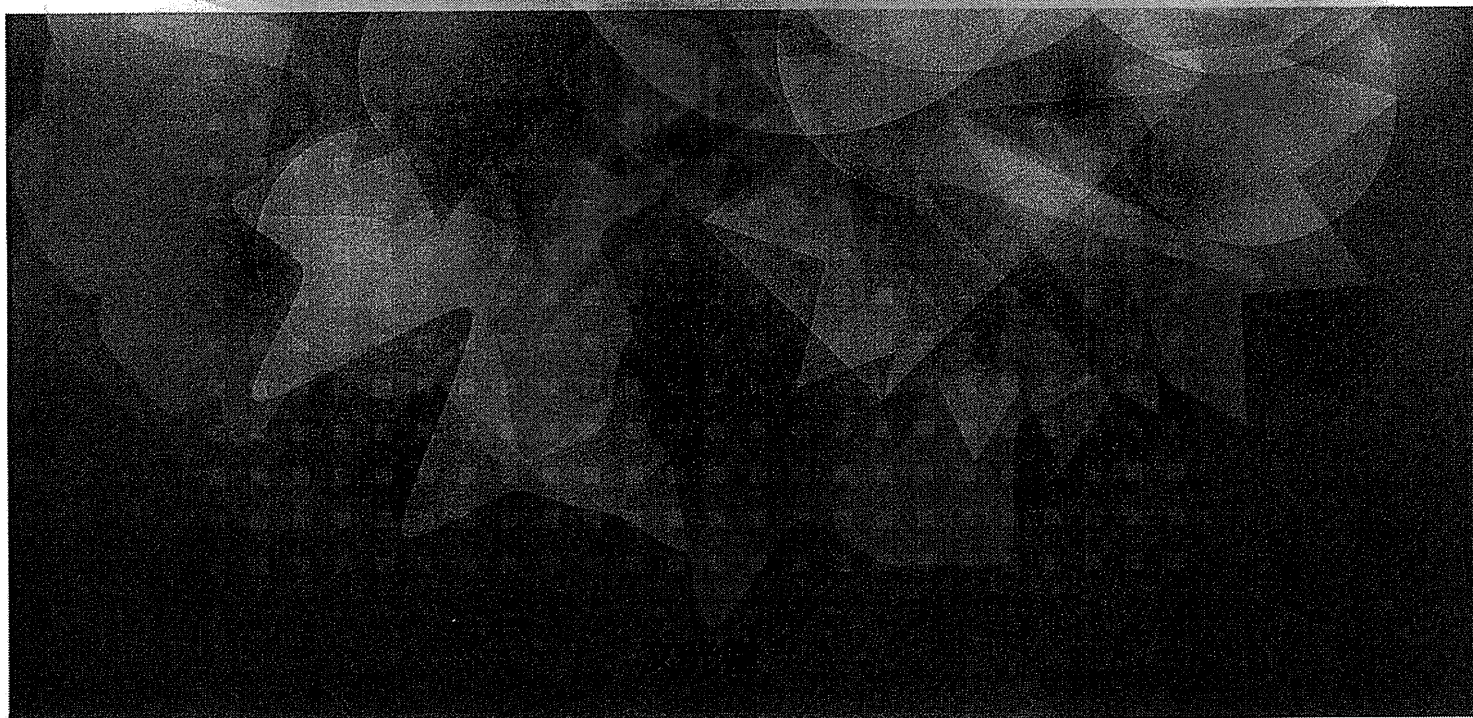
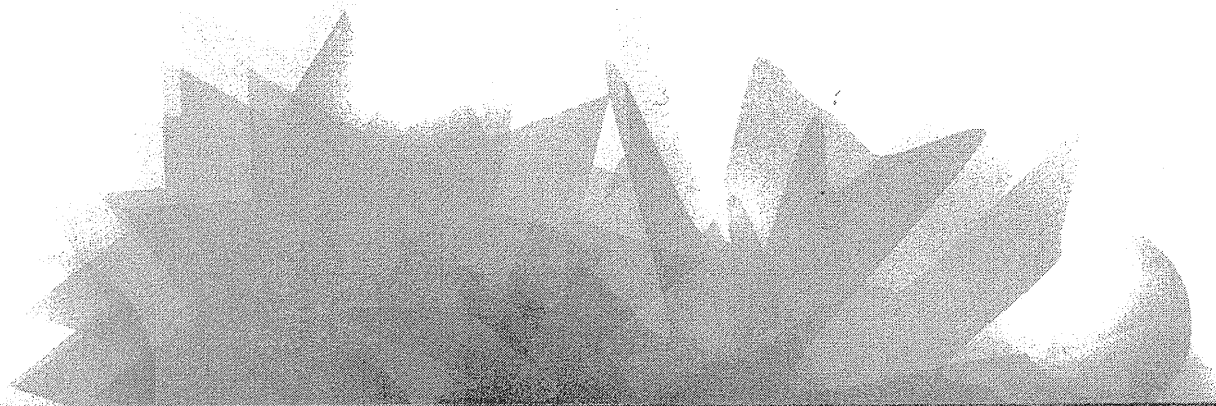
[編集]

杏林大学医学部高齢医学教室 教授

神崎恒一

+

BEAM(Bunkodo Essential & Advanced Mook)編集委員会



## 5.

## 退院支援

## Essence!

- ❶ 住み慣れた地域で病気や障害を抱えながら生活する高齢者を支える医療が重要となっており、病院から地域への組織的な「退院支援」体制が必要となっている。
- ❷ 入院時にスクリーニングを行い、支援が必要な患者を早期に、地域医療連携室などの退院支援部門につなぐしくみづくりが必要である。
- ❸ 退院前カンファレンスを通して、病院と地域スタッフとの多職種連携での退院支援が必要である。

## 1

## 退院支援とは何か？ なぜ必要か？

これまでの医療は、主に病院を主体とした臓器別専門医療（病院完結型医療）が中心であったが、国内の超高齢社会に伴う家族構成の変化（独居、高齢者世帯の増加）、疾病構造の変化（慢性疾患を複数併せもつ患者の増加）などにより、住み慣れた地域で、病気や障害を抱えながら生活する高齢者を支える医療（地域完結型医療）への転換が求められている。このような地域医療全体の再構築が進められている中で、病院は在宅療養中の患者がスムーズに入院できるように病床機能を再編成することや、できるだけ多くの患者を在宅復帰できるような退院支援の体制づくりが求められている。実際の退院先の中心は図1のように自宅であるが、直接に自宅復帰が困難な場合は、回復期リハビリテーション病院などの急性期以外の病院や介護・福祉施設への入所についても同様に支援する。



- ・病気や障害を抱えながら生活する高齢者を支える医療（地域完結型医療）への転換が進められている。
- ・地域医療連携室など、専門の部門を設置し、組織的な退院支援活動が必要である。



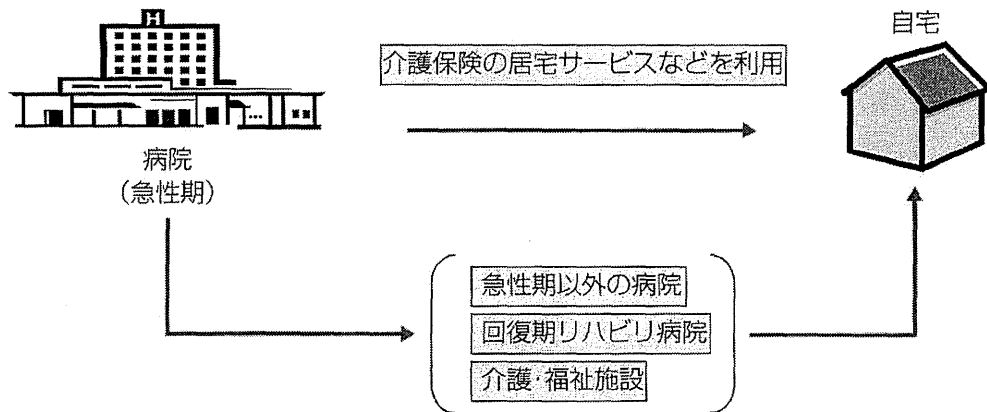


図1 退院支援全体の流れ

表1 退院支援に際し、考慮すべき高齢者の特徴

身体的側面	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ADLの低下をきたしやすく、回復に時間がかかる</li> <li>・ 摂食嚥下の問題(延命をどこまで行うか)が起こりやすい</li> <li>・ 病状が不安定になりやすい</li> <li>・ 排泄の問題が起こりやすい</li> <li>・ せん妄を起こしやすい</li> </ul>
社会的側面	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の意思だけでは退院支援が進められない→家族のサポート力が影響する</li> <li>・ キーパーソンを誰にするのか見極めが必要</li> <li>・ 介護保険を十分に活用する必要がある</li> <li>・ 経済的な面を考慮する必要がある</li> </ul>

## 2 退院支援に際し考慮すべき高齢者の特徴とは？

退院支援に影響を与える急性期疾患後の高齢者の特徴を表1にまとめる。身体的側面では、ADLの低下をきたしやすく、回復に時間がかかる、摂食嚥下の問題が起こりやすく、延命処置を含めた倫理的問題が生じやすい、病状が不安定になりやすい、排泄の問題が起こりやすい、せん妄を起こしやすいという特徴がある。また、社会的側面では、本人の意思だけでは退院支援が進められない。家族のサポート力、キーパーソンを誰にするのか見極める、介護保険を十分に活用する、経済的な面を考慮するなど退院支援に際して考慮する必要がある。

## 3 退院支援の活動を支える診療報酬制度

退院支援の活動については、2008年の診療報酬改定から、退院支援、退院調整に対する加算(退院調整加算)がつくようになり、評価されるようになった。さらに2012年の診療報酬の改定では、入院早期からの計画的な支援を行うことが要件として加えられた。「退院調整加算」は、入院早期から退院困難な要因を有する

**表2** 退院支援の活動を支える診療報酬制度～退院調整加算～

- ・一般病棟入院基本料、特定機能病院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料を算定している患者が退院した場合
- ・退院調整加算は、入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案および当該計画に基づき退院した場合について算定する
- ・退院支援計画の作成および退院後の療養環境の調整については、病棟および退院調整部門において共同して行う

者を抽出し、そのうえで退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、「退院支援計画」の立案および当該計画に基づき退院した場合について算定される。しかし、この退院支援計画の作成および退院後の療養環境の調整については、病棟および退院調整部門において共同して行うこととされ、地域医療連携室などの退院調整部門の設置を前提としている（表2）。

## 4 退院支援のプロセス

入院から退院までのプロセスを図2に示す。入院時の情報収集により、退院困難患者のハイリスクスクリーニングを行い、その結果で入院病棟から退院調整部門へのコンサルトを行う。依頼を受けた退院調整部門が退院困難となる要因のアセスメントを行い、本人・家族との面談を通じ退院支援計画の立案を行い、その計画に沿った地域への連絡調整を行う。退院前には病院と地域スタッフ合同でのカンファレンスを行い、退院に向けての最終調整をする。

## 5 退院支援の実際

### 1 入院時のスクリーニング

患者・家族の状況を把握し、退院が困難となる可能性がある患者を早期に把握するためにスクリーニングを実施する。入院時スクリーニング票の例を図3に示す。これまでの評価で、退院困難となる要因として抽出された項目を、スクリーニング票の下位項目としている。悪性腫瘍、認知症、誤嚥性肺炎などの急性期呼吸器疾患であるなど疾患に関連するものや、ADL低下や排泄の介護の必要性など、退院後の療養生活の変化や医療的ケアの新たな必要性が生じた場合、入院の間に介護体制そのものが不十分となった場合などが項目としてあげられている。項目にチェックがある場合は、病棟の担当スタッフが、退院支援部門にコンサルトが必要かどうか判断し、必要時には退院調整部門に依頼をするようになっている。

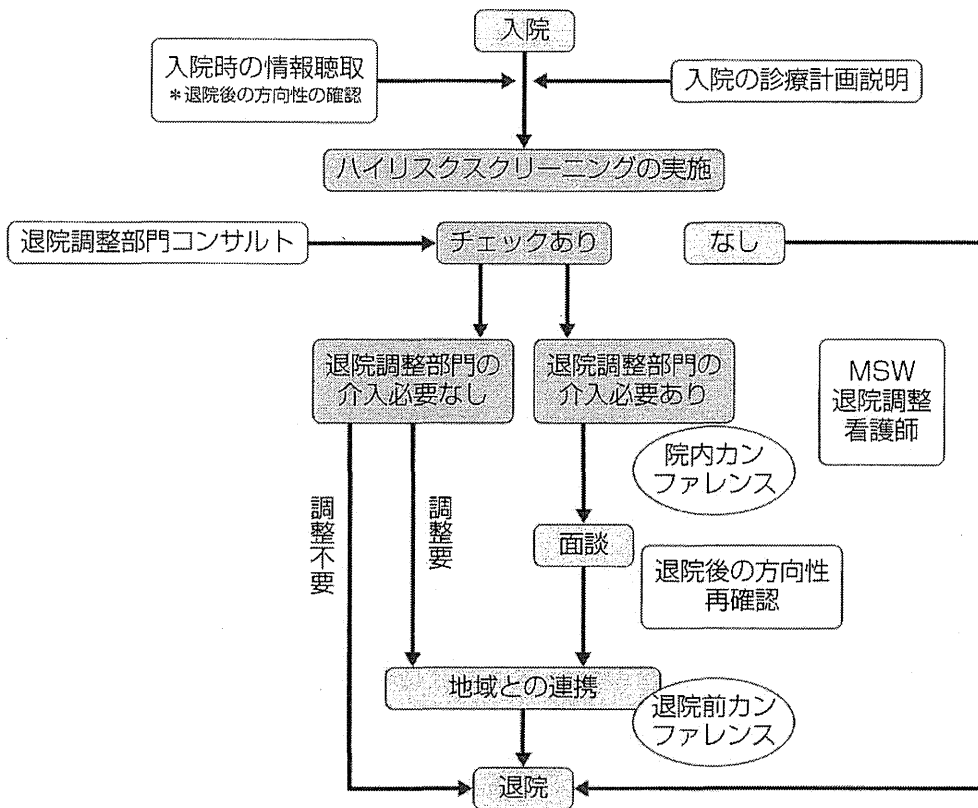


図2 入院から退院までのプロセス

- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症
- 緊急入院
- 介護保険の被保険者であり、未申請
- 入院前に比べ、ADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要(推測も含む)
- 排泄に介護を要する
- 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない
- 退院後に医療処置が必要
- 入退院を繰り返している
- その他( )

図3 入院時スクリーニング票の例(国立長寿医療研究センター)



- ・入院早期に、退院困難者かどうかのスクリーニングを行う。
- ・スクリーニングの結果で、退院調整部門に依頼をするシステムをつくる。

**表3 退院支援開始時の情報収集**

入院時基本情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族構成・家族関係、主介護者</li> <li>・キーパーソンは誰か 例：長男、長女、次女</li> <li>・介護者の年齢、就労状況、健康状態</li> <li>・介護保険の申請の有無と介護度、利用内容</li> <li>・居宅介護支援事業所と担当ケアマネジャー</li> <li>・既往歴、入退院の状況</li> <li>・入院前のADL</li> </ul>
支援開始時の状態把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の本人のADL、リハビリテーションの状況</li> <li>・今後の見通し</li> <li>・本人はどこで療養したいのか</li> <li>・家族はどこで療養させたいのか</li> <li>・継続する医療処置は何か</li> <li>・かかりつけ医の有無</li> </ul>

## ▶▶▶ 2 退院支援に際しての情報収集

退院支援に必要な情報の収集例を表3に示す。入院時基本情報から、家族構成・家族関係、主介護者、キーパーソンは誰か、介護者の年齢、就労状況、健康状態、介護保険の申請の有無と要介護度、利用内容、居宅介護支援事業所と担当ケアマネジャー、既往歴、入退院の状況、入院前のADLなどであり、支援開始時の状態把握としては現在のADLやリハビリテーション状況、今後の見通し、本人はどこで療養したいのか、家族はどこで療養させたいのか、継続する医療処置は何か、かかりつけ医の有無を情報収集する。

## ▶▶▶ 3 アセスメント

次に上記の情報収集により、退院するうえで問題となることは何なのかを明確にすることが必要となる。具体的には退院に関して理解がなされているかどうかを評価し、理解に乏しい場合は、主治医からの説明の機会をつくる必要がある。

生活機能評価の一環として、入院前後のADLを比較し、現在の介護力などから、自宅での療養が可能か、介護保険でどこまでカバーできるかを検討する。自宅で具体的にどのように過ごすのかを確認し、必要な患者には退院に向けての車椅子への乗車実施や移乗のリハビリテーションを行う。直接の自宅復帰が難しい場合は、回復期リハビリテーション病院も視野に入れる必要がある。

また、退院後に必要となる医療的ケアも必ず確認する。入院前にはなかった医療処置がある場合には、家族・本人で継続可能か評価し、退院後に可能な方法に変更し実施する(図4)。食事形態が入院前と変わっている場合は、栄養指導や摂食・嚥下の教育・指導を行う。薬剤については、服薬管理能力評価を行い、日常生活の中で、定時に内服可能なように介護者への協力依頼や生活調整を行う。特に、移動・介助、生活ケア、排泄については自宅療養を継続できるかどうか重要で、それぞ



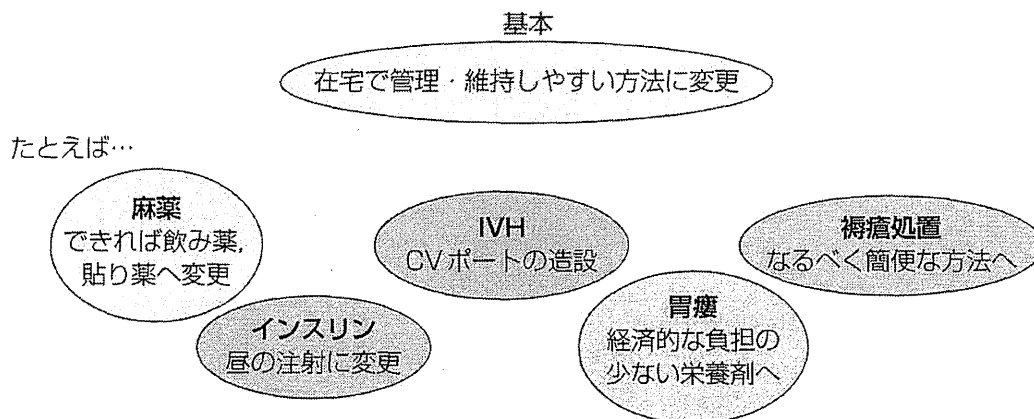


図4 在宅支援のアセスメントと調整～退院後に継続する医療処置はあるか～

れを評価し、介護保険を利用するかどうかも含め、検討する。

介護者については、自宅介護の意思があるかどうか、また、希望する医療内容や療養の場所などについて、本人と家族の意見に相違があるかどうかを確認し、本人・家族間の意向のすり合わせをして調整する。退院調整部門による直接の家族指導などの必要性の評価も併せて検討する。このように本人・家族への退院に向けてのリハビリテーションや指導などを、他部門と連携してチームで進める必要がある。



- ・ 自宅で具体的にどのように過ごすのかを確認し、家族介護のみでなく、介護保険の利用も想定したアセスメントを行う。
- ・ 本人の意思のみでなく、家族に自宅介護の意思があるかどうかを確認し、一致しない場合はそれぞれの意向のすり合わせを行う。

## 4 家族への指導・支援

誰に、どこまで指導するのかをまず考えることが重要で、指導開始の前にいつ頃を退院の目安にするのかある程度話しておくなど、ゴールを明確にする。また、家族の介護力に合わせた指導方法に努める必要がある。また、地域の医療・介護資源を考慮したうえで家族への指導が必要であり、医療・介護専門職がすべき処置などについては、家族に負担ができるだけかからないように、対象患者の入院中に退院調整部門が調整する。このためには、あらかじめ退院後に診療予定のかかりつけ医が定期的な訪問診療をしているかどうか、訪問診療の際に可能な医療処置内容（訪問時のCVポート針の刺し換え、点滴の処方）を確認しておく。訪問看護についても必要時に、週2～3回の訪問、ルートの交換、プライミングCVポートの針交換を依頼する。訪問入浴の場合、看護師は来るが、ヘパリンを用いたルートのロックは行わないところがほとんどということなども把握しておく。図5に在宅中

日時	項目	内容	実施者
/	在宅中心静脈栄養法について説明を行う	・在宅中心静脈栄養法の必要性 ・HPNのしくみ、取り扱い時の注意事項、管理	医師
/	在宅での支援体制について、説明を行う	・介護保険、在宅医療システムについて説明 ・訪問看護について（家族が行う範囲と訪問看護実施の調整および説明）	退院調整 看護師
/	医療機器業者の説明	・在宅医療システムについて（調剤薬局、訪問看護、診療所との連携） ・ポンプおよび点滴チューブセットの説明 ・緊急時（ポンプに関して）の対応 ・費用負担について	業者 退院調整 看護師
/	高カロリー輸液について家族へ説明する	・薬効、注意事項など	薬剤師
/	HPNの教育実施	①環境整備 ②手洗い、身支度 ③ビタミン剤などの混注方法 ④輸液ラインの準備 ⑤輸液バッグと点滴ラインの接続 ⑥注入量・注入速度の確認 ⑦……	病棟看護 師

図5 HPN（在宅中心静脈栄養法）の教育計画書の例

心静脈栄養法の指導計画表を示す。家族、専門多職種が退院に向け協働して、関わる必要がある。

また、自宅へ戻るためには、本人の意思を尊重するだけでは不十分なことも少なくなく、キーパーソン、介護者の状況や意思の確認をすることや高齢者本人の長い生活史、家族関係を配慮すること、経済的な状況も考慮することが重要である。

## 5 退院調整時に問題となること

実際の退院調整の過程で、特に問題となることが多い事項として、退院のゴール設定の相違、患者・家族間における意見の相違、介護力不足、受け入れる在宅医療機関の少なさなど多岐にわたる。患者・家族と話し合いを重ね、合意形成を辛抱強く進めていくことと、医療資源の少ない地域においては、多職種連携による各職種の負担軽減を考慮した対応が必要となる。

## 6

## 退院に向けての地域との連携

地域連携の特に介護側の要は退院後のケアプランを立案するケアマネジャーであるが、ケアマネジャーへの働きかけとしては、現在の状況からどのようなサービス



地域医療連携室、看護師が主に実施、リハビリテーション科、地域担当者とともに評価する。

- 入院中の病状、看護、リハビリテーション状況などを説明し地域のサービス機関と病状の共通認識をする。
- 退院後の支援内容の確認をする。
- 患者とその家族に参加してもらうことによって、退院後の不安軽減を図る。

図6 退院前訪問・退院前合同カンファレンス

が必要か（必要時は要介護度の見直し）を提案，訪問看護ステーションとの連携（24時間対応が必要か不要かの情報提供，医療保険適用か介護保険適用かなど），本人の状態を伝え，入院中にどこまで指導するかを相談するなど広範囲にわたっている。かかりつけ医との連携においては，麻薬，IVHの管理を行う医師は限られるため，どの開業医につなげることが望ましいかなど，個々に検討する。連携を進めるうえでの注意点としては，病院から地域への一方的な押しつけはしない，転院先探しはケアマネジャーの仕事ではないことを意識する，対象者の状況を把握したうえで調整を行うこと，全体的な内容はケアマネジャーへ依頼・相談するが，医療処置が多い人は，直接訪問看護ステーションと直接に連携を図り，内容を詰める場合が多い。

地域連携を進める方法として退院前訪問，退院前合同カンファレンスがある（図6）。退院前訪問は，まさに入院患者の自宅を入院中に訪問し，自宅の構造（上がり框，浴室，寝室など）やどのような嗜好（花，動物，写真など）があるかなどその人を知るための行動であり，特に自宅への退院支援においては，本人の入院前の生活を基に，退院支援を行う。また，本人・家族，病院と地域スタッフの情報共有と退院後の療養計画の共有のため退院前合同カンファレンスを行う。退院前カンファレンスには特にかかりつけ医の参加が少なく，病院主治医も含めできるだけ医師の参加が望ましい。退院前訪問はカンファレンスと比べ，あまり普及しているとはいえないが，ともに地域への移行をスムーズに進めるには重要である。

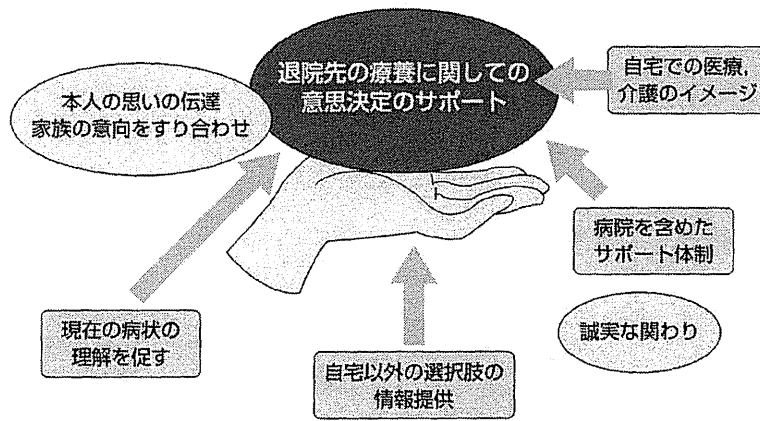


図7 退院支援で最も大事なこと



- ・退院に向けて、日頃からの地域多職種との連携が必要である。
- ・退院前カンファレンスに病院主治医、かかりつけ医とも積極的に参加する必要がある。

## MEMO 医療と介護の連携

地域に住む高齢者においては、介護のみならず医療や生活支援を含めた包括的な支援提供体制が必要であり、増加する高齢者を含めた住民が安心・安全な暮らしを続けられる地域体制を構築するために、医療と介護福祉の支援を地域の実情に応じ、生活が見える圏域(中学校区域ごとなど)で、一体的に提供する体制(地域包括ケア)の構築が強く求められている。この対応として、平成30年度の第7期介護保険の改正時より「在宅医療連携推進」の活動が市町村の活動として位置づけられ、今後、市町村をコーディネータとして、医療と介護福祉の連携が推進される。

## 7 おわりに

以上、病院における退院支援の現在を中心に述べてきたが、主なポイントとしては、計画的に退院を進めること、主治医の治療計画や患者の状態に合わせた支援を行うこと、退院先に関する意思決定へのサポートは、主に病院側での担当者を決めること、迷いがある患者や家族には十分に時間をとり話を聴くこと、患者・家族の立場に立った支援を心がけることである。最も大事なことは図7に示したように、退院先の療養に関する意思決定のサポートであり、このためには本人と家族と個別に面談をするなど、時間をかけた対応が必要である。

(銘苅尚子・三浦久幸)

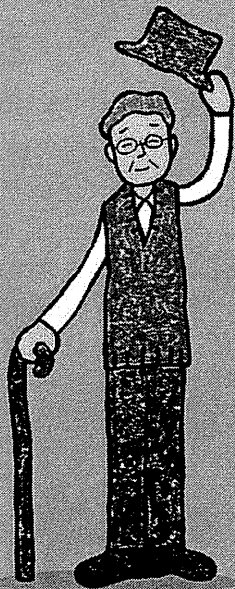


Q&A

# かかりつけ医の ための老年病

# 100の解決法

編集 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科加齢医学 教授



メディカルレビュー社

## 在宅療養患者を支える 医療・介護連携の方策について 教えてください



### Explanation 解説

高齢者は身体機能の低下(フレイル)、慢性疾患を複数併せもつ方が大変多いという特徴がある。また、高齢者は迅速な環境適応が難しい場合が多く、認知症患者などはとくに環境の変化によってせん妄や周辺症状の一時的な変化を呈する 경우가少なくない。そして、できるだけ住み慣れた場所での継続的な療養・暮らしを望む高齢者が多い。

高齢在宅療養患者の生活を支えるためには、「介護サービスとの連携」と「生活を支える医療」が重要な要素である。しかし、医療と介護は保険制度や仕組みの成り立ちが異なることから、連携することが難しいといわれてきた。

今後、2025年問題に代表されるように、さらなる高齢者の増加を迎えるにあたり、在宅療養患者を市町村自治体単位で継続的に支える体制づくりが進められる。介護保険法の改正により、2018年度から全市町村自治体は在宅医療・介護連携推進のための事業を開始することとなった。市町村単位で、地域の医療や介護にかかわる専門職種が連携について学ぶ研修会の開催や、病院と在宅医療の切れ目ない医療提供体制の構築、住民啓発活動など在宅療養患者を支えるための体制づくりが開始される。

このような社会変化を踏まえ、医療と介護が連携するためには、医療と介護の専門職同士の顔のみえる関係づくりが大切である。まず、市町村自治体や地元医師会が開催する多職種連携研修会に足を運ぶことが連携の第一歩となる。連携のためには関係者が知り合い、それぞれの思っていることや課題に感じていることを伝え合うことが必要である。今までこのような取り組みは一部の地域でしか行われてこなかったが、これからはすべての地域で在宅医療・介護連携構築に向けた顔を合わせる場の提供や、地域課題の抽出と解決に向けて話し合う公的な機会の設置が行われる。課題に応じて、市町村自治体の政策に位置づけ地域課題の解決に取り組む。継続的に在宅療養患者を支えるためには、かかりつけ医として病気の治療を支援するのみではなく、地域の在宅医療を支える重要なプレイヤーとしてのかかわりが期待されている。

また、在宅療養患者を支えるためには介護の専門職種や介護保険制度の理解も重要である。介護の専門職は在宅療養患者の生活に寄り添い支援しており、膨大な生

活情報を把握している。介護の専門職と密に連携し、必要な情報を迅速に交換することで、患者の生活に適した支援を一緒に考え提供することができる。

介護サービスは、介護保険制度に基づき介護支援専門員(以下、ケアマネジャー)によって在宅療養患者の介護サービス計画を立てられ支援が展開される仕組みである。現在、ケアマネジャーの8割近くの方が医療知識をもたない職種の出身であり、医療的視点(健康増進や疾病予防など)を含めた介護サービス計画の立案が難しい状況にある。医師においても、介護保険制度や介護の仕組みについて十分な教育を受けていないため、医療と介護の相互が自然に理解し合い、協働することがとても難しい現状である。その解決策として、訪問看護師を医療と介護の調整役として起用することがひとつの手段である。

生活支援と診療の補助が生業の看護師であれば、医師とケアマネジャー相互の考え方や視点を理解し、在宅療養患者の支援について助言、調整することができる。今後さらに高齢者が増加して在宅療養患者が増えることが見込まれており、かかりつけ医は診療行為で手一杯となることが推測される。まずは訪問看護師を活用した介護との連携、そして地域の医療介護にかかわるさまざまな専門職と顔のみえる関係づくりに踏み出していくことをお願いしたい。同時に、地域における同職種連携の強化に向けて、より一層のかかわりが求められる。

(後藤友子 / 三浦久幸)

## ここがPO!NT

- 1 顔のみえる関係構築のきっかけの場に足を運ぶ。
- 2 在宅療養患者の生活を支える介護の専門性と役割を知る。
- 3 訪問看護師の活用により、医療と介護の連携を円滑に調整する。

# 人生の最終段階における 意思決定支援の方策について 教えてください



## Explanation 解説

### はじめに

かかりつけ医が高齢者疾患を診る際に、人生の最終段階における意思決定支援の方策を知ることは重要である。代表的方策に、“Advance Care Planning(ACP)”と“End-Of-Life Discussion(EOLD)”がある。

本稿では、ACPは「将来に意思決定能力がなくなっても、自分が語ったり書いたものにより自分の意思が尊重され、家族や医療スタッフが自分にとって最善のケアを選択してくれるだろうと思えるような対話を重ねること」、EOLDは「現在、病状がさし迫った状態にあり、患者が望むケアの目標や願いを明らかにするために対話を重ねること」と定義して解説する。

### 1. アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について

さまざまなACP推進の方策があるが、ACPファシリテーター(ACPF)中心にACPを導入する試みがある。たとえば、国立長寿医療研究センターが事務局を務めた、相談員(ACPF)を中心とした、人生の最終段階における医療体制事業がそれにあたる。ACPを行った患者からは、「自分の意思が尊重されると思うことができた」、「家族に言い残すきっかけになった」などの言葉が聞かれており、その有用性は明らかだ。しかし、ACPを開始しようとしてもどのように対話を導入してよいか迷うことも多い。ACPFが周囲を巻き込みチームを形成し、組織化してACPを導入していくことが重要である。また、ACPによって表明された患者の意思を病院から地域へ、地域から病院へ、そして過去から未来へつなぐことは今なお課題である。

### 2. End-Of-Life Discussion(EOLD)について

EOLDは、すでに開始されているACPの延長線上で行われることが望ましい。しかし、「もしも…」のときについてあらかじめ話し合っている患者は少ない。たとえば、アルツハイマー型認知症で経口摂取が難しくなったときの人工栄養選択や、最期の場所の選択は、さし迫った選択を迫られるEOLDの典型例である。こうしたEOLDの場面では、人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインが有用である(図1)。これには患者の意思が確認できる場合とできない場合の支援方法が記載されている。患者の推定意思や、最善の利益に照らした意思決定支援が重要