

# 後期高齢者の外来医療について

# 検討いただきたい主な論点

## 外 来

～「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」 4 後期高齢者にふさわしい医療の体系について より～

(2) 在宅(居住系施設を含む)を重視した医療

- ・訪問診療、訪問看護等、在宅医療の提供
- ・複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
- ・医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携

通院医療についても、在宅医療と同様に、後期高齢者を総合的に診る医師により提供されることが重要である。

また、これらの取組については、各地域の実情に応じて進めていく視点も必要である。

- 複数の疾患や合併症を持つことが多いことから、
  - ・ 主治医が後期高齢者を総合的に診ることを進めることをどう考えるか。
  - ・ 複数の医療機関を受診している可能性があるため、受診時に、十分な病歴や受療歴(投薬、検査等を含む。)の確認が行われることをどう考えるか。
- 認知症や心の問題を抱えている場合も多いことから、患者のみならず患者家族等(介護者及び後見人)についても、必要に応じた連絡・情報提供がなされることをどう考えるか。
- 患者が地域における医療・介護・福祉サービスを有効に活用することをどう考えるか。

など

(論点) 複数の疾患や合併症を持つことが多いことから、  
・主治医が後期高齢者を総合的に診ることをどう進めるか。

# 後期高齢者を総合的に診るための取組

## 現状

- ・複数の疾患を有していることから、複数の医療機関を受診している場合がある
- ・合併症の発症及び重症化のリスクが高く、死亡率が高い
- ・慢性疾患を有している患者では、介護等のサービスを必要とする場合が多い
- ・認知機能が低下している者が、若人よりも多い等

## 課題

- ①複数の医療機関を受診することで、患者の病歴や受診歴(投薬、検査等を含む。)が十分に把握されていない場合がある
- ②高齢者の特性を踏まえた、定期的・総合的な評価が実施されていない
- ③訪問看護ステーションや介護サービス事業所等と連携し、必要なサービスについての検討がされていない
- ④認知症の初期段階での、専門医による診療が重要との指摘がある

## 考えられる方策

### ○診療の中心となる医師の役割

診療の中心となり、患者の病歴や受診歴を把握し、併せて他の医療機関への受診状況等も含め一元的に把握し、患者・家族・医療従事者間を繋ぐ役割を担うことをどう考えるか

### ○定期的・総合的な評価の実施

基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について評価を行い、結果を療養及び生活指導で活用することが重要ではないか

### ○専門医への紹介

合併症等の治療や、専門的な治療が必要な場合は、専門医へ紹介し、治療内容を共有することが必要ではないか

# 後期高齢者の外来診療のイメージ

## 慢性疾患を有している後期高齢者の特性

- ・複数の疾患を有している者が多い
  - ・認知機能が低下している者が、若人よりも多い
  - ・介護を必要とする者が多く、リスクが高い
  - ・合併症の発症及び重症化のリスクが高い
- 等

左記のような特性を有している。

## 定期的な検査及び総合的な評価

(定期的・総合的に評価を行い、結果を療養及び生活指導で活用する)

- 定期的な検査(年2回程度)
    - ・血液検査(血球数、アルブミン値等)
    - ・尿検査(尿糖、尿蛋白等)
    - ・心電図検査
    - ・胸部レントゲン検査
    - ・眼底検査
  - 総合的な評価(年1回程度)
    - ・基本的な日常生活の能力
    - ・認知機能
    - ・意欲
    - ・情緒や気分
- 等

<質問事項等の例>

- ・「普段、ひと駅離れた町へどうやって行きますか？」
- ・「これから言う言葉を繰り返してください。」
- ・「診察時に被験者の挨拶を待つ」
- ・「自分1人でトイレに行けますか？」

等

本人・家族・医師・歯科医師・薬剤師  
看護師・介護福祉士等で情報を共有

## 他の医療機関への紹介 (専門的な診療が必要な場合)

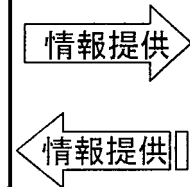
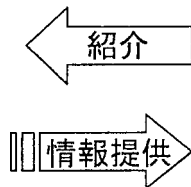
- ・合併症等の診断や治療
  - ・専門的な検査や治療
- 等

## 検査及び評価を踏まえた診療

- ・口腔ケアについて相談
  - ・服薬状況を確認し、家族等とも連絡をとって、服薬支援措置を工夫
- 等

## 介護予防等での取り組み

- ・栄養、食事の内容の変更(低栄養状態の改善)
- 等



(論点) 複数の疾患や合併症を持つことが多いことから、

- ・複数の医療機関を受診している可能性があるため、受診時に十分な病歴や受療歴(検査、投薬等を含む。)の確認が行われることをどう考えるか。

# 後期高齢者を総合的に診るための取組 (P3再掲)

## 現状

・複数の疾患を有していることから、複数の医療機関を受診している場合がある

・合併症の発症及び重症化のリスクが高く、死亡率が高い

・慢性疾患を有している患者では、介護等のサービスを必要とする場合が多い

・認知機能が低下している者が、若人よりも多い等

## 課題

①複数の医療機関を受診することで、患者の病歴や受診歴(投薬、検査等を含む。)が十分に把握されていない場合がある

②高齢者の特性を踏まえた、定期的・総合的な評価が実施されていない

③訪問看護ステーションや介護サービス事業所等と連携し、必要なサービスについての検討がされていない

④認知症の初期段階での、専門医による診療が重要との指摘がある

## 考えられる方策

### ○診療の中心となる医師の役割

診療の中心となり、患者の病歴や受診歴を把握し、併せて他の医療機関への受診状況等も含め一元的に把握し、患者・家族・医療従事者間を繋ぐ役割を担うことをどう考えるか

### ○定期的・総合的な評価の実施

基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について評価を行い、結果を療養及び生活指導で活用することが重要ではないか

### ○専門医への紹介

合併症等の治療や、専門的な治療が必要な場合は、専門医へ紹介し、治療内容を共有することが必要ではないか

# 外来患者の薬歴管理 (参考資料P9~12)

## 現状

年齢が進むにつれ、傷病数が増え、重複受診者も増えて、薬の重複投与や相互作用の発生の危険性が高まる

入院中と入院前・退院後の注射・投薬についても、重複投薬や相互作用の発生の危険性

## 課題

服用している医薬品の情報を一元化し、それを医師、歯科医師、薬剤師及び看護師がそれぞれ確認できるようにすることが重要ではないか

併せて患者も自身が服用している薬について把握できるようにしておくのが重要ではないか

## 考えられる方策

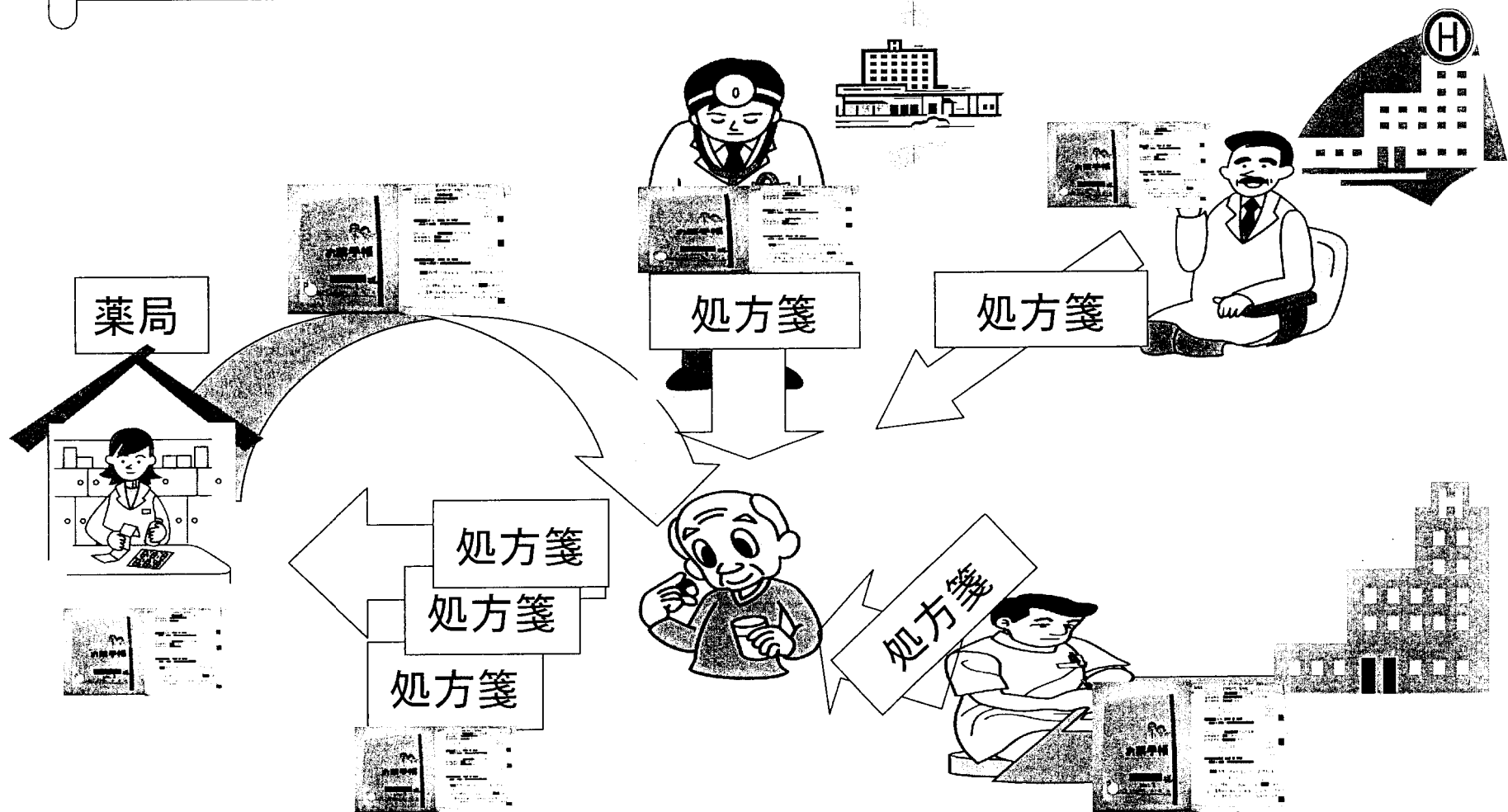
現在、多くの薬局で発行し、薬の交付毎に薬剤名や注意事項などを連続的に1冊に記載している「お薬手帳」の活用を更に推進することをどう考えるか

服薬支援の必要な外来患者に対して、「薬の一包化」や「服薬カレンダー」の活用を更に推進することをどう考えるか



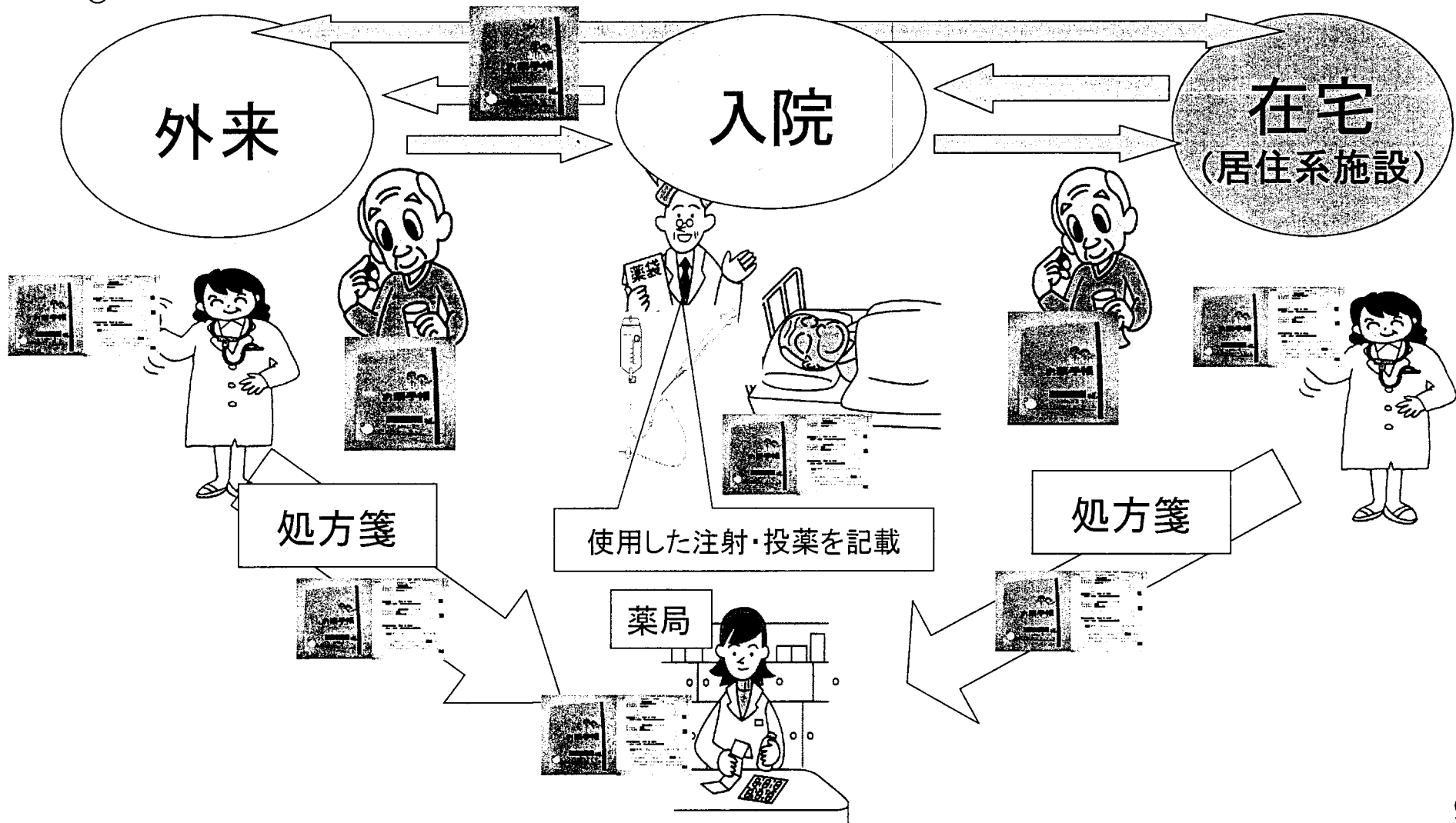
# お薬手帳の活用による薬の重複防止

複数の医療機関を受診した場合でも、重複投与の危険を回避するため、例えば、お薬手帳を活用して、服用している医薬品に関する情報等を一元化し、それを医師、歯科医師、薬剤師及び看護師がそれぞれ確認できるようにしてはどうか。



# お薬手帳の活用による入院時の使用医薬品の情報連絡

入院時に使用した医薬品についても、お薬手帳を活用するなどして、注射・投薬など医薬品の内容等を外来・在宅で診察にあたる医師や薬剤師などが知った上で、対応できるようにしてはどうか。



(論点)

- 認知症や心の問題を抱えている場合も多いことから、患者のみならず患者家族等(介護人及び後見人)についても、必要に応じた連絡・情報提供が行われることをどう考えるか。
  
- 患者が地域における医療・介護・福祉サービスを有効に活用することをどう考えるか。