

高齢者医療研修会

【はじめに】

日本老年医学会

東京大学 高齢社会総合研究機構
未来ビジョン研究センター
飯島 勝矢



高齢者医療研修 【ワークショップ研修会】について

- 本研修会は、国から求められている日本医師会または日本老年医学会が行う高齢者医療に関する8時間のワークショップ形式の研修会です。
- ワorkshop研修会の対象は総合的な機能評価に係る適切な研修に参加することを希望された**病院の診療加算を得るための病院代表医または歯科医師**です。
- 本研修は可能な限り参加者が直接研修に参加するような形式で、意見交換を中心にしたワークショップの内容となっています。



座学研修の内容（計8時間）

- ◆ オリエンテーション（総合機能評価加算も含め）
- ◆ 高齢者のリハビリテーション
- ◆ 高齢者の生活習慣病対策
- ◆ 高齢者の薬物療法
- ◆ 高齢者疾患の診断
- ◆ 高齢者総合的機能評価
- ◆ 高齢者在宅医療
- ◆ 高齢者の終末期医療（高齢者の緩和ケア）
- ◆ 認知症の診断と治療
- ◆ 高齢者への口腔機能の管理
- ◆ 高齢者の栄養とフレイル・サルコペニア



ワークショップ研修会

【内容】

オリエンテーション

演習 1. **高齢者総合機能評価**の実施と

診療計画の立案のための演習

演習 2. 高齢者の**薬物療法**に関わる演習

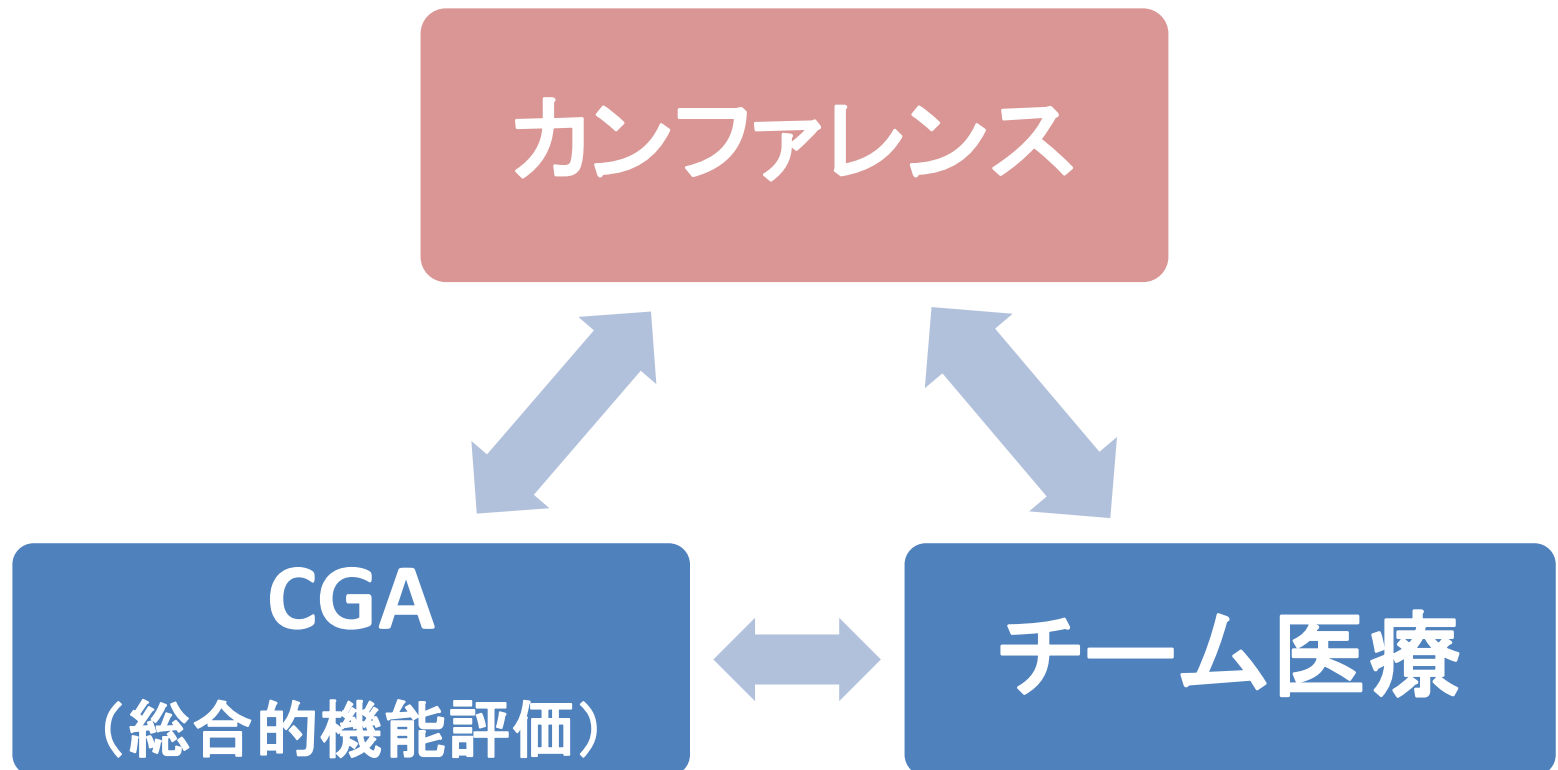
演習 3. 高齢者医療・**事例検討 1**

演習 4. 高齢者医療・**事例検討 2**



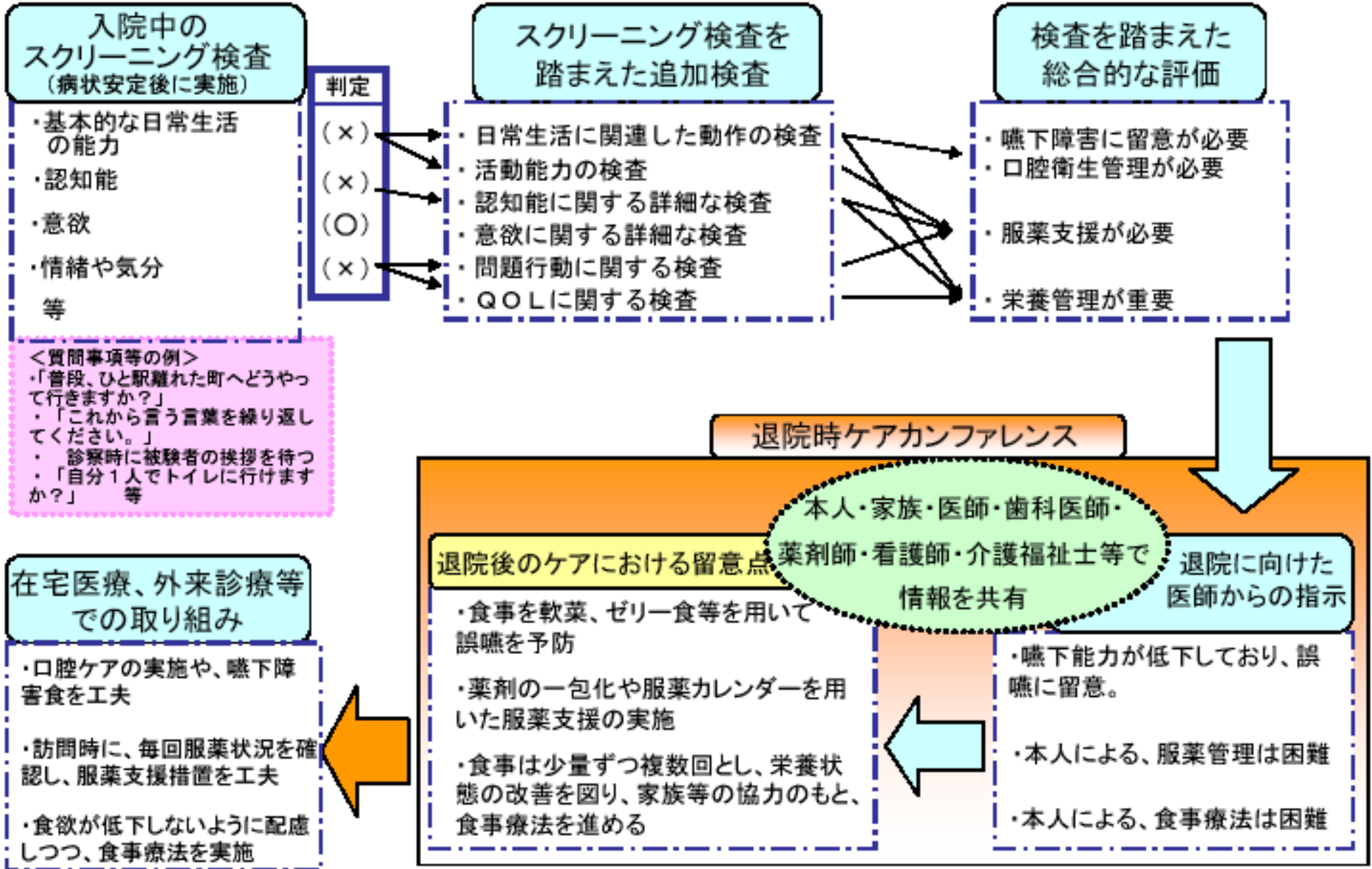
高齢者医療の柱

- ✓ 患者の望む医療・ケアの提供（特にEOLも含めて）
- ✓ QOLの向上（3つのLifeの意味）
- ✓ 退院支援、在院日数の短縮
- ✓ 再入院率の減少、等



高齢者の総合的な評価のイメージ

80歳代 女性 ・脳梗塞後遺症 ・糖尿病 の場合



ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
- また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- ・ 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- ・ 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進

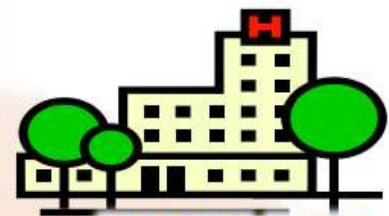


人生の最終段階における医療・ケアの充実

- ・ 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- ・ 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- ・ 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- ・ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ・ ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和



在宅療養支援診療所・病院



地域包括ケア病棟
在支診・在支病、後方支援病院

在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- ・ 在支診・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- ・ 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- ・ 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- ・ 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- ・ データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

※在支診・病でない医療機関においても同様

医療機関と介護保険施設等の平時からの連携の推進等

- ・ 協力医療機関になることを望ましい要件に
- ・ 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- ・ 平時からの連携を要件とした評価の新設



診療所等

地域包括診療料・加算の見直し



ケアマネジャー



介護保険施設等
(老健、介護医療院、特養)

介護サービス

- ・ サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- ・ 認知症研修の要件化（望ましい要件）



入退院支援加算1・2の見直しについて①

入院時支援加算1の見直し

- 入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算1の評価を見直す。

現行

【入退院支援加算】

| | |
|-------------|------|
| 注7 入院時支援加算1 | 230点 |
| 入院時支援加算2 | 200点 |

改定後

【入退院支援加算】

| | |
|-------------|------|
| 注7 入院時支援加算1 | 240点 |
| 入院時支援加算2 | 200点 |

入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について

- 入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める。

現行

【入退院支援加算1】 【施設基準】

- (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。

改定後

【入退院支援加算1】 【施設基準】

- (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、**急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関であること。**

また、**地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。**

生活に配慮した支援の強化

- 退院支援計画の内容に、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担を盛り込むことを明記する。

入院時支援加算を算定するに当たって

入院の決まった患者に対し、**入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで**（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、**入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合**に算定する。

入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援の計画書（以下「療養支援計画書」という。）を作成した場合は入院時支援加算 1 を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を含む一部の項目を実施して療養支援計画書を作成した場合は、入院時支援加算 2 を算定する。

- ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握**
- イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握**
- ウ 褥瘡に関する危険因子の評価**
- エ 栄養状態の評価**
- オ 服薬中の薬剤の確認**
- カ 退院困難な要因の有無の評価**
- キ 入院中に行われる治療・検査の説明**
- ク 入院生活の説明**



【総合機能評価加算】 について

個々の症例に応じて必要な総合機能評価を実施して問題点を抽出し、その対応・対策を文書に記載し、患者さん本人、ご家族にお渡しすること

(A246 入退院支援加算の加算)
50点(退院時1回)



【総合機能評価加算】について（H24年度～）

【対象】

総合機能評価加算は65歳以上の新規入院患者
(40歳以上64歳未満は、介護保険制度の特定疾病の対象者)

平成24年4月より

入院診療報酬加算(総合評価加算100点)

令和2年4月より

入退院支援加算の加算へ(総合機能評価加算50点)

(1) 高齢者に対して、

- ✓ 入院当初から退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療を行うことは特に重要なことであり、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院調整に活用する取組みを評価するものである。
- ✓ 安定後早期に患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、等について総合的な評価を行った場合に評価を行う。



入院診療報酬：総合機能評価加算

(1) 施設規準

総合的な機能評価に関わる適切な研修を終了した

常勤の医師または歯科医師又は総合的な機能評価の経験を

1年以上有する常勤の医師または歯科医師が1名以上いること

(2) 総合的な機能評価に関わる適切な研修とは

1) 日本医師会・日本老年医学会その他関係学会が実施するもの

2) 基本的診察方法、病態の特徴、薬物療法、終末期医療等

3) 総合的機能評価、薬物療法等のワークショップを含む

4) 16時間以上

5) 医療機関内で総合的機能評価のための計画的職員研修の

実施が望ましい



入院診療報酬：総合機能評価加算

(3) 評価時期

病状の安定が見込まれた後に早期に総合的評価を行う

(4) 評価

「測定」は医師又は歯科医師以外の者による実施も可能。

「評価」は研修を修了または総合的な機能評価の経験を

1年以上有する医師または歯科医師が行う。

評価結果を踏まえて入退院支援を行った場合、退院時に算定

(5) 説明と記録

総合的機能評価の結果について、患者および家族等に

説明し、診療録に記載すること



高齢者総合的機能評価（CGA）

～疾患評価（普遍的評価）だけでなく、包括的・総合的に～

- 1) 日常生活活動度（歩行、排泄etc）
- 2) 家庭での生活手段の自立（料理etc）
- 3) 物忘れ、認知症の程度(MCI)
- 4) 精神行動異常の程度(BPSD)
- 5) 抑うつなど気分障害、意欲
- 6) 家族の介護能力、介護負担
- 7) 在宅環境・社会サービス利用

などを総合的に評価し、個人の生活や個別性を重視した医療・ケアを選択する方法。

患者又は家族への結果説明

1. 入院時総合評価の結果を本人または家族に説明する必要がある
2. 説明内容を診療録に記載する
3. 加算の取得
4. 総合機能評価に関する計画的な職員研修の実施が望ましい

結果の利用・活用

1. 総合評価の結果を診療に生かす
2. 課題がある項目については、詳細なADL, MMSE, GDS15等の評価を追加する
3. 結果に基づき、早期のリハビリテーションや退院支援、薬剤の見直しなどを行う
4. 退院前カンファレンスなどで利用する





高齢者診療におけるお役立ちツール

本ページは医療従事者向けです。

<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/>

- 老年医学全般
- 高齢者の機能評価：
 高齢者総合機能評価 (CGA)含む
- 高齢者における薬物の適正な使用に関して
- 高齢者の生活習慣病ガイドライン関連
- 在宅関連
- 他



高齢者の機能評価

1. 高齢者総合機能評価 (CGA)

- (1) [基本チェックリスト](#) (「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル (改訂版) 平成21年3月」より)
- (2) [CGA7 \(高齢者総合機能評価\)](#) (評価内容・正否と解釈・次へのステップ)
- (3) [DASC-8の質問票](#)、[DASC-8の使用マニュアル](#)
- (4) [臨床虚弱尺度 \(Clinical Frailty Scale\)](#) (PDF)
【参考】[Clinical Frailty Scale - Geriatric Medicine Research - Dalhousie University](#)

2. 認知機能の評価法と認知症の診断

解説

- (1) 認知機能スクリーニング検査：[HDS-R \(PDF\)](#)、Mini-Cog (PDF) (準備中)、[MoCA-J](#)、DASC-21 (解説、[質問票](#))
- (2) ABC-DS (ABC認知症スケール) ([検査はこちらから参照可能](#))

3. ADLの評価法

解説

- (1) 手段的ADL評価法：[Lawtonの尺度](#)、[老研式活動能力指標 \(PDF\)](#)、DASC-21 (解説、[質問票](#))
 - (2) 基本的ADL評価法：[Barthel index \(PDF\)](#)、DASC-21 (解説、[質問票](#))
4. 老年期うつ病評価尺度 (Geriatric depression scale 15 ; [GDS15 \(PDF\)](#))
 5. 意欲の指標：[\(Vitality index\)](#) (PDF)

※ 高齢者総合機能評価 (CGA) ガイドライン：
2024年6月13日発出



Comprehensive Geriatric Assessment

高齢者総合機能評価 に基づく診療・ケア ガイドライン

- 長寿医療研究開発費
「高齢者総合機能評価(CGA)ガイドラインの
作成研究に関する研究」研究班
- 日本老年医学会
- 国立長寿医療研究センター

2024年6月13日 発出

本ガイドラインの使い方

▶ CGAツールの利用について

CGAには、スクリーニングツールと構成要素毎に複数のツールがあり、これらを適宜選択し、また組み合わせて使うことが効率の点でも望ましい。

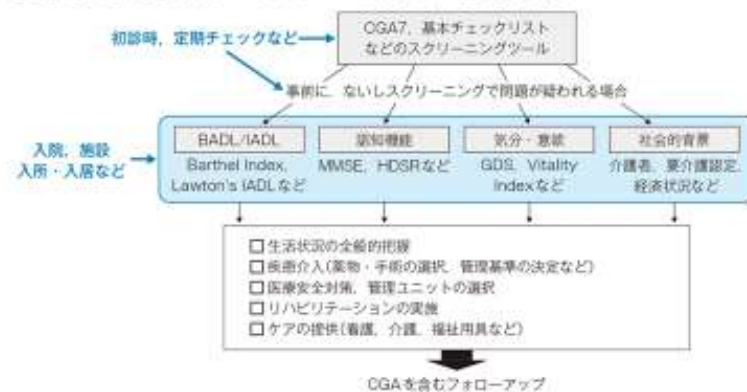


図1 CGA実施フローの一例