

医療制度改定へ向け 医薬品卸の役割はどう変わるか？ ～在宅医療と地域ネットワークのあり方～

CITY TOWER
ZAIHUKU JAPAN

国際医療福祉総合研究所長
国際医療福祉大学大学院 教授
(株)医療福祉経営審査機構CEO
(株)医療福祉総合研究所代表取締役社長
武藤正樹



国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学三田病院
2月13日(月)新装オープン!

目次

- パート1
 - 社会保障・税の一体改革
- パート2
 - 2012年診療報酬改定と在宅医療
- パート3
 - 2012年介護報酬改定と地域包括ケア
- パート4
 - 診療報酬改定と薬剤師の役割
- パート5
 - 診療報酬改定と地域連携パス
- パート6
 - 在宅医療と薬局・薬剤師
- パート7
 - 医薬品卸の新たな役割



パート1

社会保障・税の一体改革



～2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの
『正念場』が始まる～

「社会保障・税の一体改革」

2025年へむけての

医療・介護サービス提供体制の充実・強化の
グランドデザイン

社会保障・税一体改革(1月6日)

- 政府・与党は2012年1月6日、社会保障改革本部を開催
- 現在5%の消費税率を14年に8%、15年に10%に引き上げることなどを盛り込んだ「社会保障と税の一体改革大綱素案」を正式決定
- その背景は・・・
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

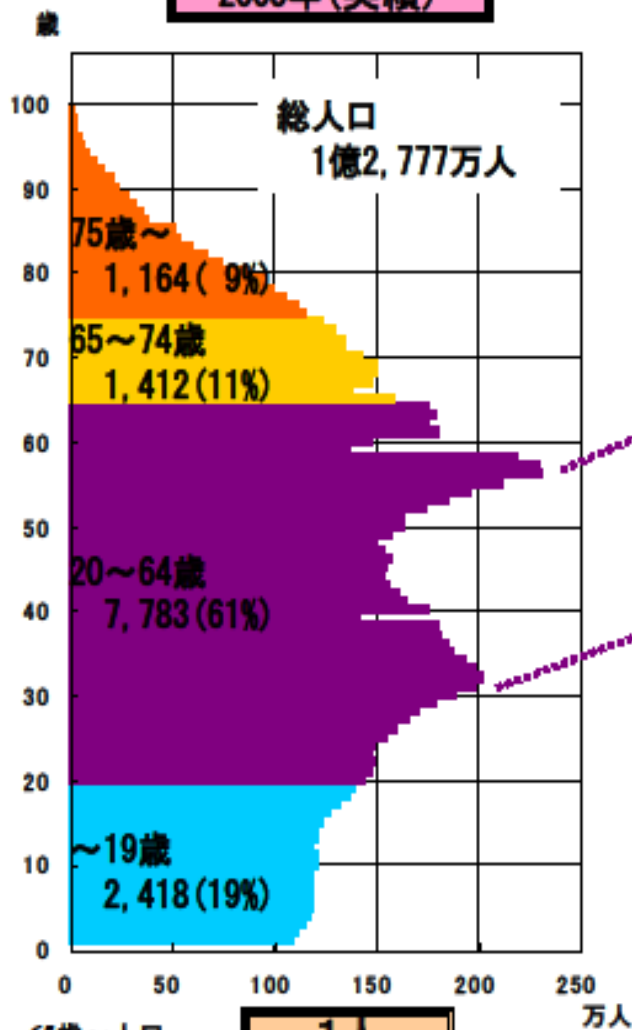


2012年1月6日、社会保障改革本部

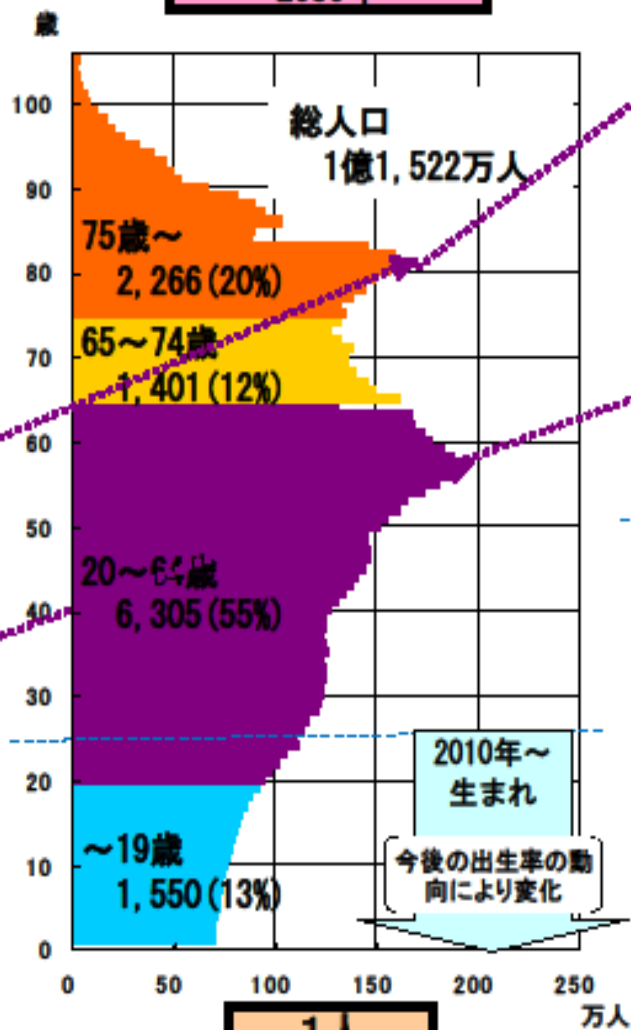
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定される。

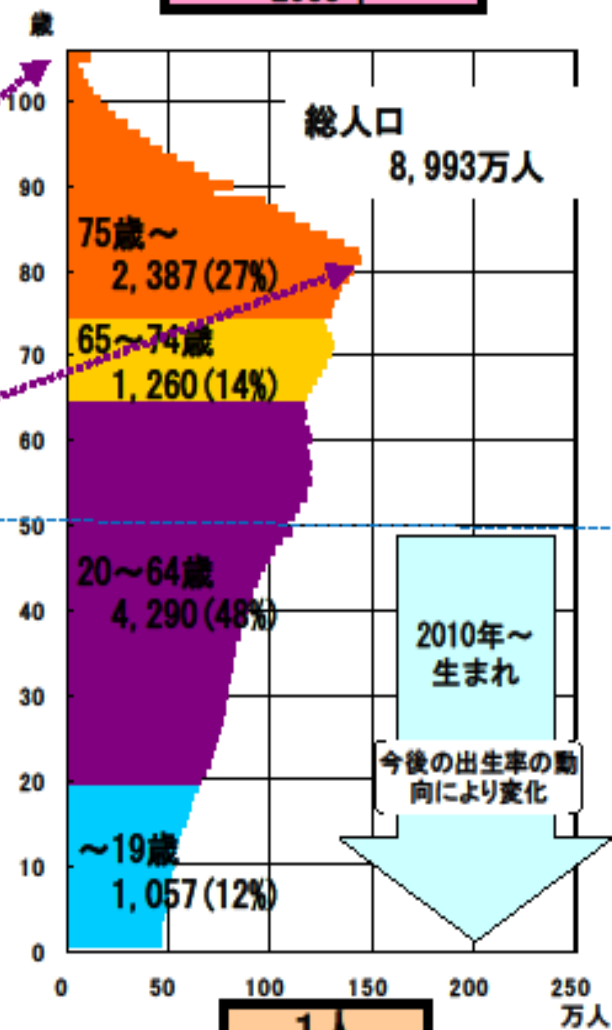
2005年(実績)



2030年



2055年

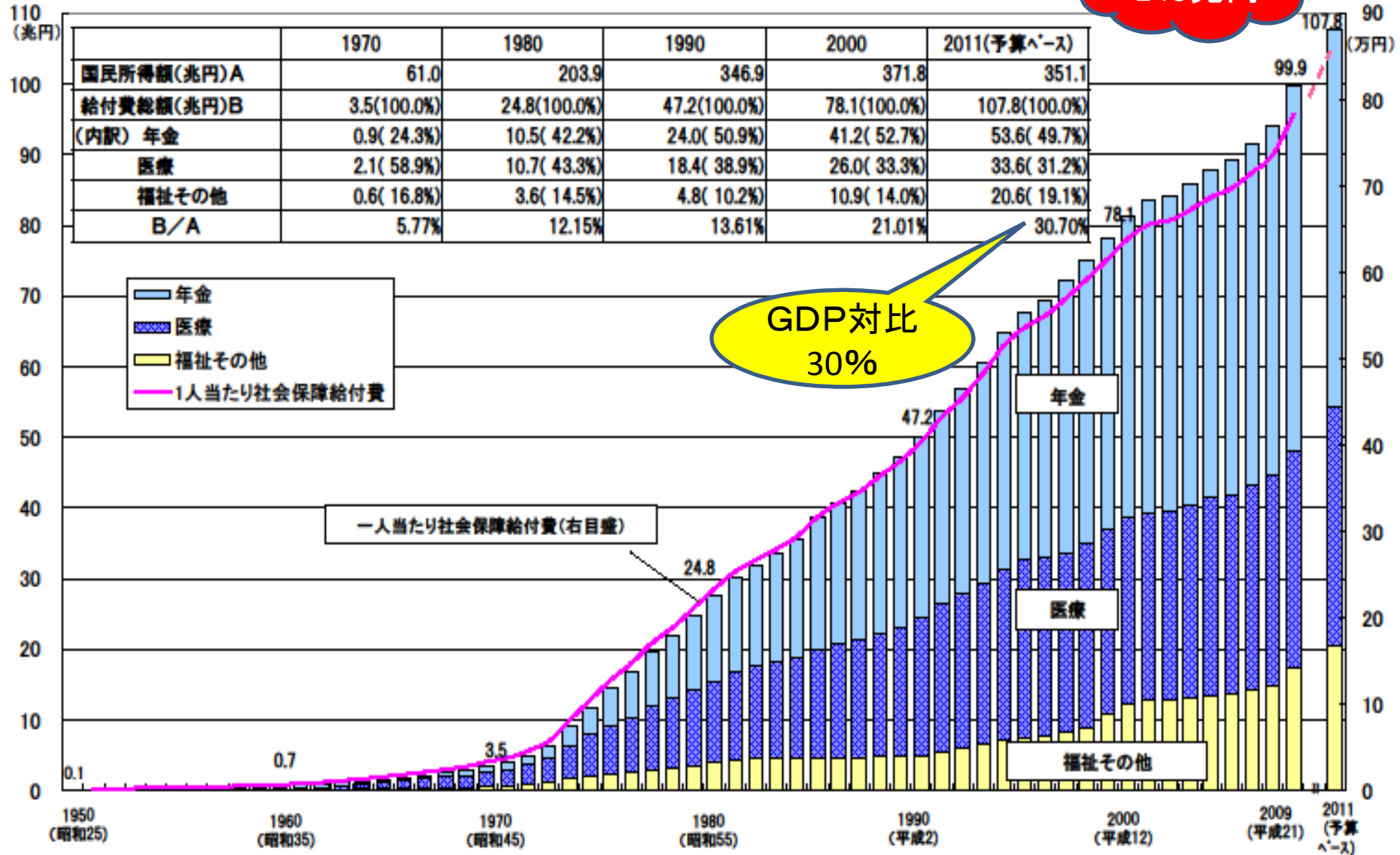


注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

社会保障給付費の推移

2025年
140兆円



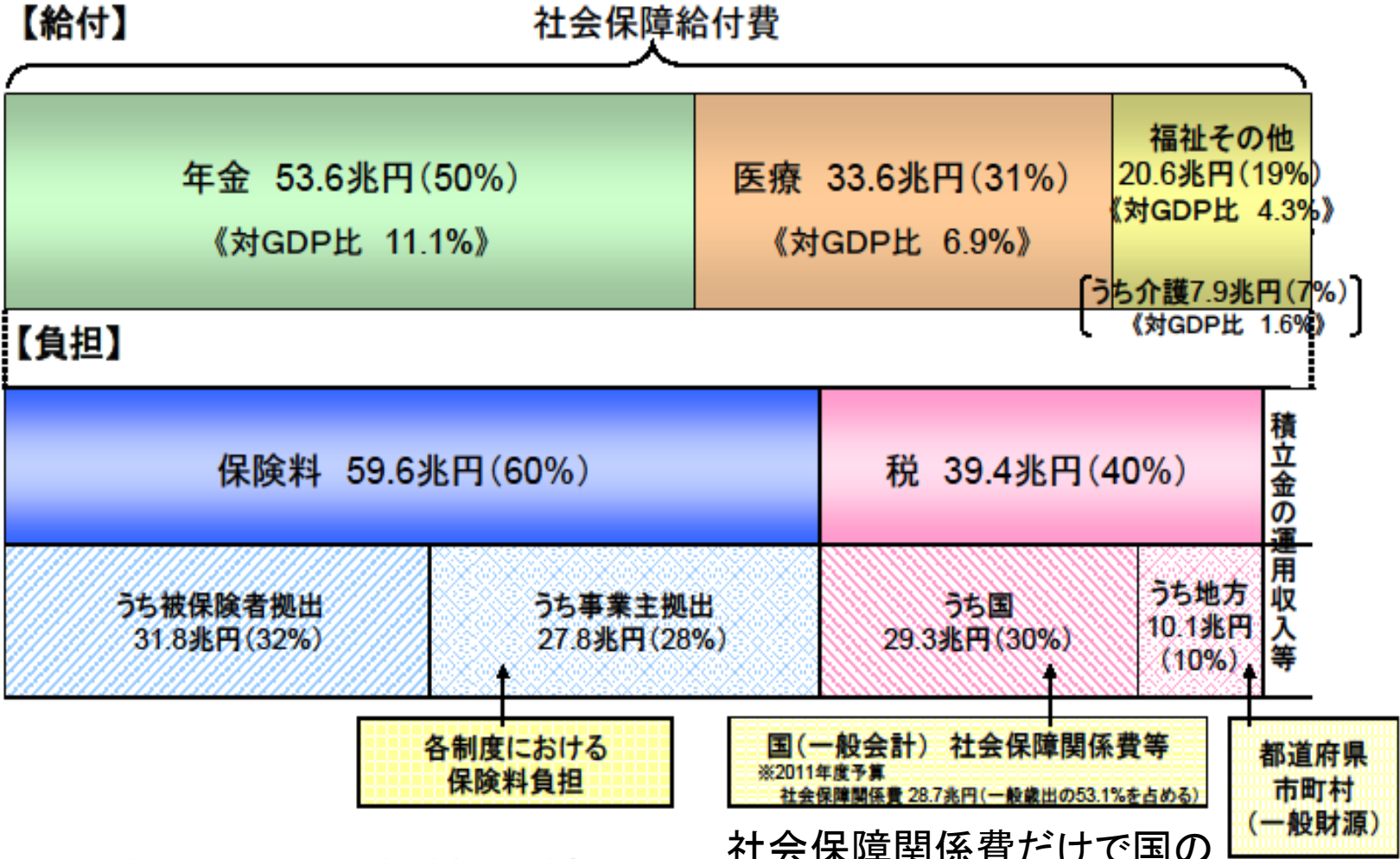
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

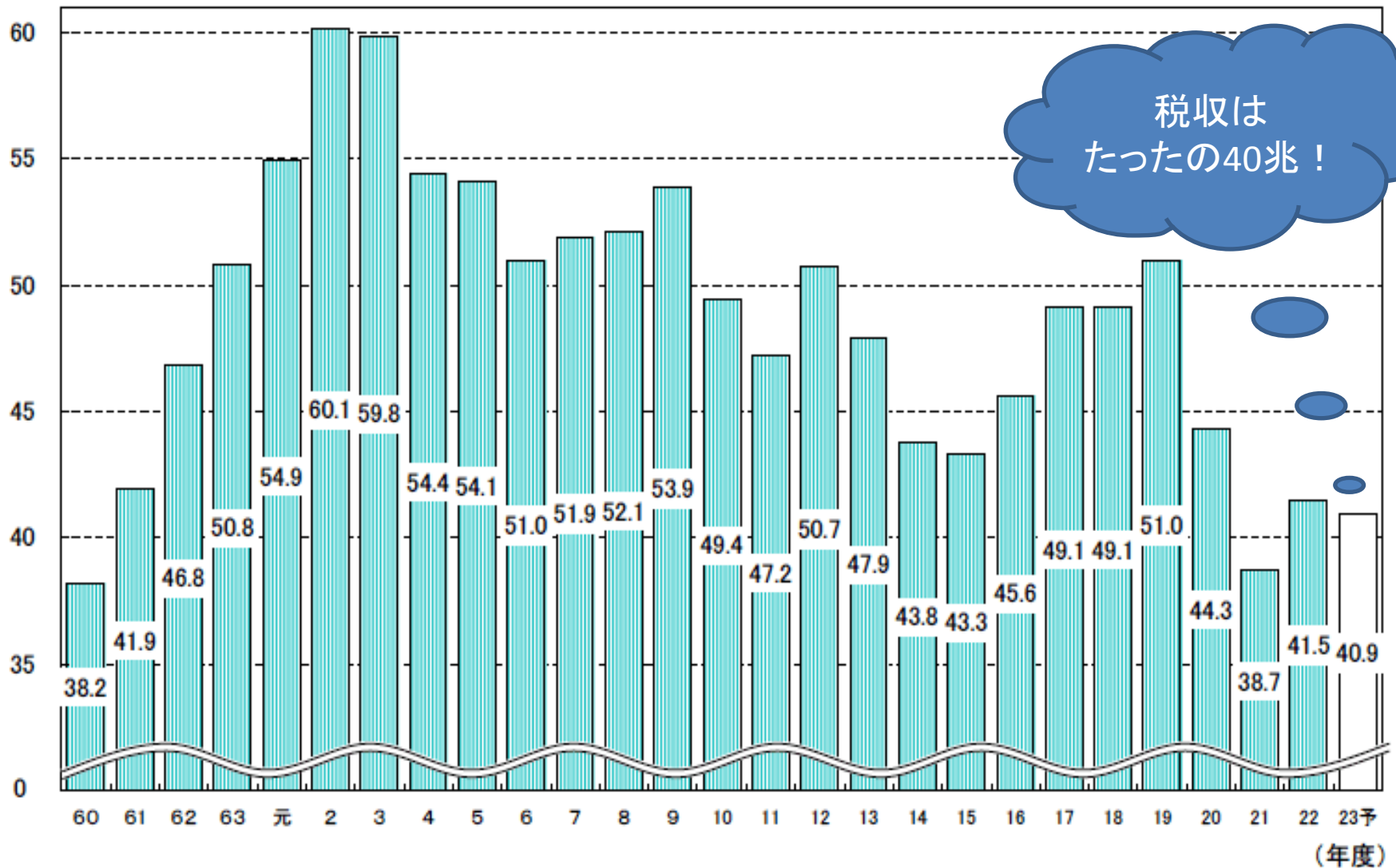


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の
一般歳出の53%を占めている

一般会計税収の推移

(兆円)



社会保障改革 工程表

	2012(H24)年	2013(H25)年	2014(H26)年	2015(H27)年
【子ども・子育て】 子ども・子育て新システムの創設	● 新法提出		恒久財源を得て早期に本格実施(子ども・子育て会議(仮称)や国の基本指針など可能なものから段階的に実施)	
【医療・介護】				
① 医療サービス提供体制	● 同時改定 ● 法案提出検討	● 新医療計画 (25年度～29年度)	● 診療報酬改定	
② 地域包括ケア創設				● 介護報酬改定
③ 医療・介護保険制度 ・市町村国保低所得者保険料軽減、 財政基盤強化等 ・介護保険料低所得者軽減等 ・高額療養費の見直し	● 法案提出 ● 法案提出検討	改善に必要な財源と方策を検討	● 税制抜本改革と同時実施	● 新事業計画(27年度～29年度)
④ 高齢者医療制度	● 法案提出			
⑤ 難病対策	● 法案提出	<法制化も視野に入れ検討>		
【年金】				
① 新しい年金制度の創設		● 法案提出		
② 基礎年金国庫負担1/2の恒久化	● 法案提出		消費 平 平	
③ 物価スライド特例分の解消	● 法案提出	平成24年度から26年度の3年間で解消し、平成24	消費税は 2014年 8%2015年 1 0%へ	
④ 最低保障機能の強化等	● 法案提出検討			
⑤ 短時間労働者適用拡大 (医療保険も併せて実施)等	● 法案提出検討			
⑥ 被用者年金一元化	● 法案提出検討			
⑦ その他現行制度の改善	● 法案提出検討	<引き続き検討>		
【就労促進、ディーセント・ワーク】	● 必要な法案提出 非正規労働者のための総合 ビジョン策定			
【貧困・格差】				
① 生活困窮者対策・生活保護制度の見直し	● 生活支援戦略(仮称)策定 (運用改善は速やかに実施)		<法案提出も検討>	
② 生活保護基準の検証		● 必要に応じ生活保護基準の見直し		
【医療イノベーション】				
		<医療法・薬事法の改正も検討>	● 診療報酬改定	
【障害者施策】	● 法案提出			

社会保障・税の一体改革

医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒	241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))	⇒	(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人
○認定こども園	358か所(2008年)	⇒	2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人

※平成29年(2017年)には118万人(4.4%)

地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所	⇒	10000か所
(市町村単独分含む)			
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒	延べ3952万人

【医療・介護】

	平成23(2011)年度		平成37(2025)年度	
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19~20日程度	【高度急性期】	22万床 15~16日程度
			【一般急性期】	46万床9日程度
			【亜急性期等】	35万床 60日程度
	医師数	29万人		32~34万人
	看護職員数	141万		195~205万人
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分		29万人分
【介護】	利用者数	426万人	641万人(1.5倍)	
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減 ・ 入院の減少(介護への移行):14万人増 	
	在宅介護	304万人分	449万人分(1.5倍)	
	うち小規模多機能	5万人分	40万人分(8.1倍)	
	うち定期巡回・随時対応型サービス	—	15万人分(—)	
	居住系サービス	31万人分	61万人分(2.0倍)	
	特定施設	15万人分	24万人分(1.6倍)	
グループホーム	16万人分	37万人分(2.3倍)		
介護施設	92万人分	131万人分(1.4倍)		
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%))		
老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))		
介護職員	140万人	232万人から244万人		
訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分		

一般病床
107万床

機能分化し
て103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

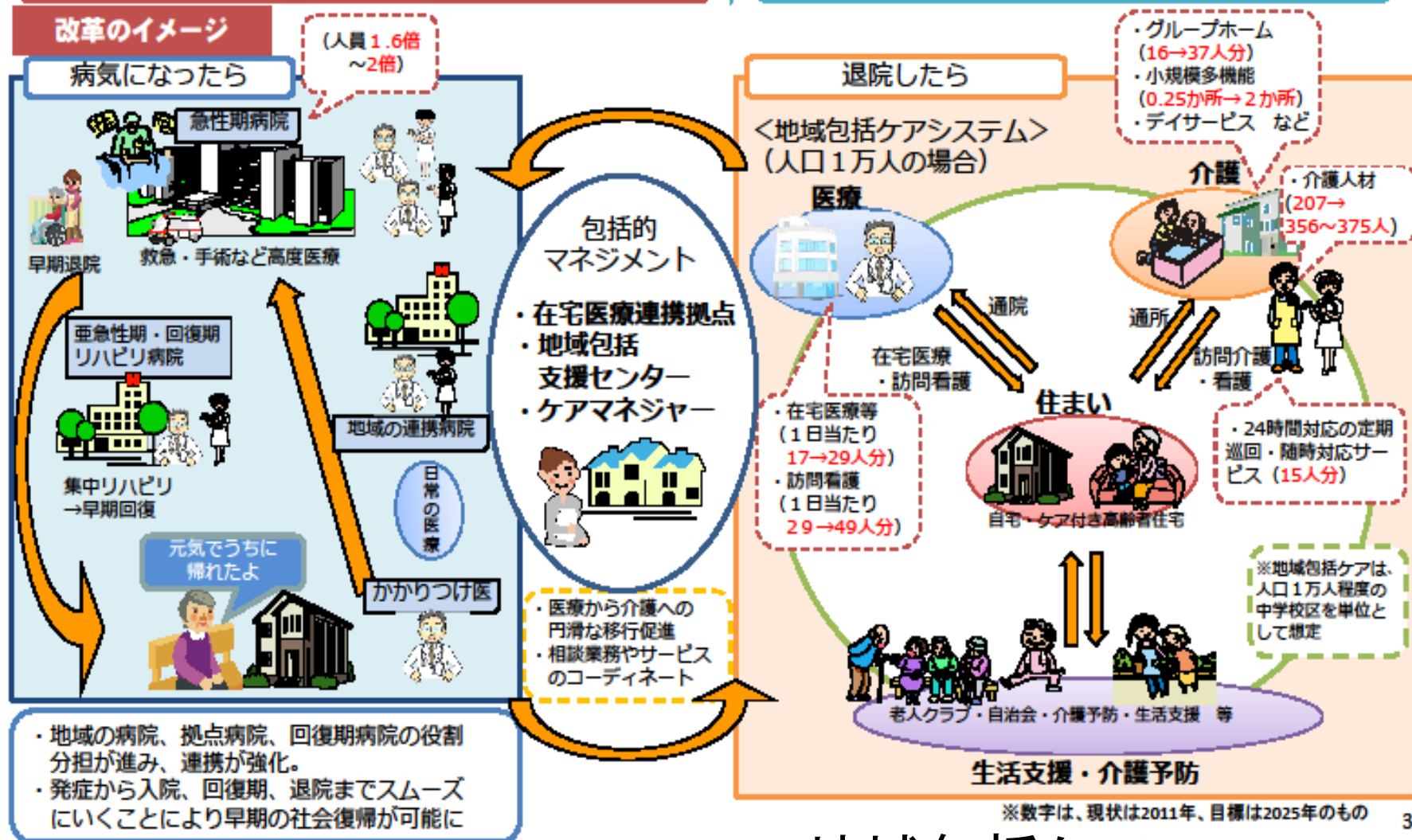
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



地域包括ケア

社会保障・税一体改革と 地域医療計画の見直し

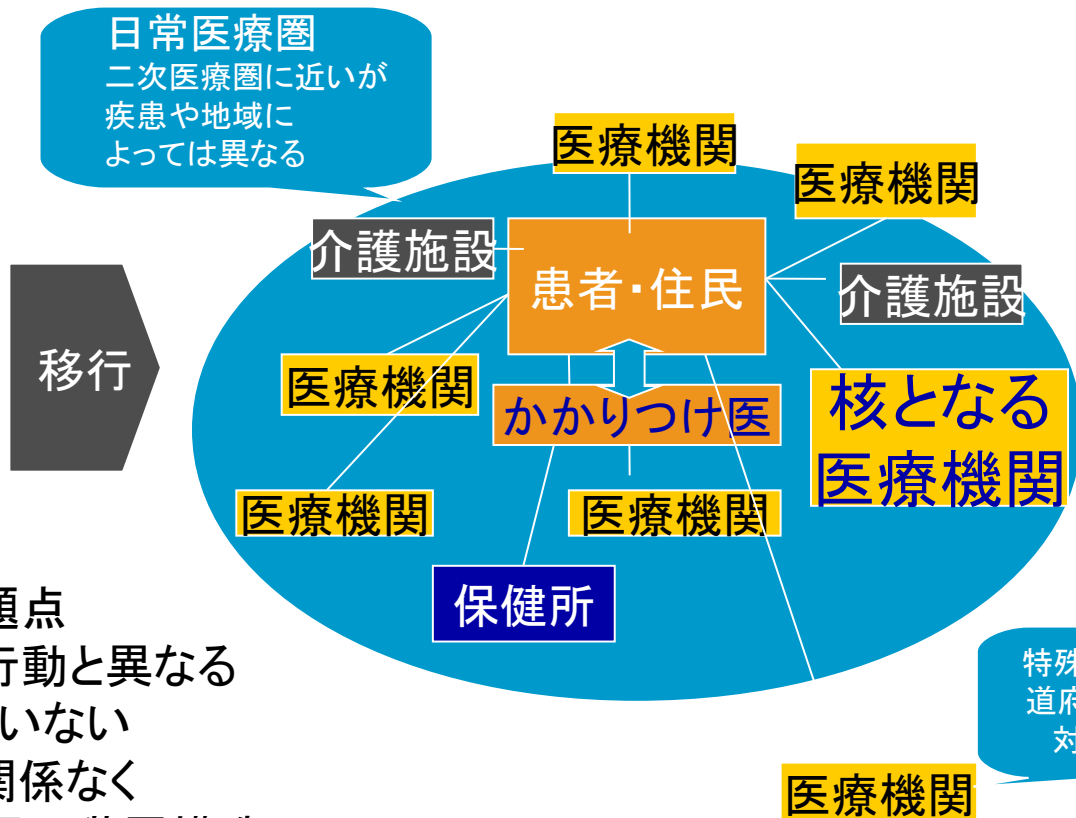


2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

疾病別・事業別の地域連携ネットワーク

これまでの医療計画の
考え方



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく
結果として大病院重視の階層構造

* 4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)と5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医、小児医療)別のネットワーク形成

4疾患5事業

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

地域連携クリティカルパスが連携ツールとして
地域医療計画作成指針に採用

2013年地域医療計画 次期見直し

地域医療計画は5年計画
2008年～2012年

医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

医療計画見直しの方向性 在宅医療の見直し

「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
 - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
 - 看取りまで行える医療のための連携体制
 - 認知症の在宅医療の推進
 - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

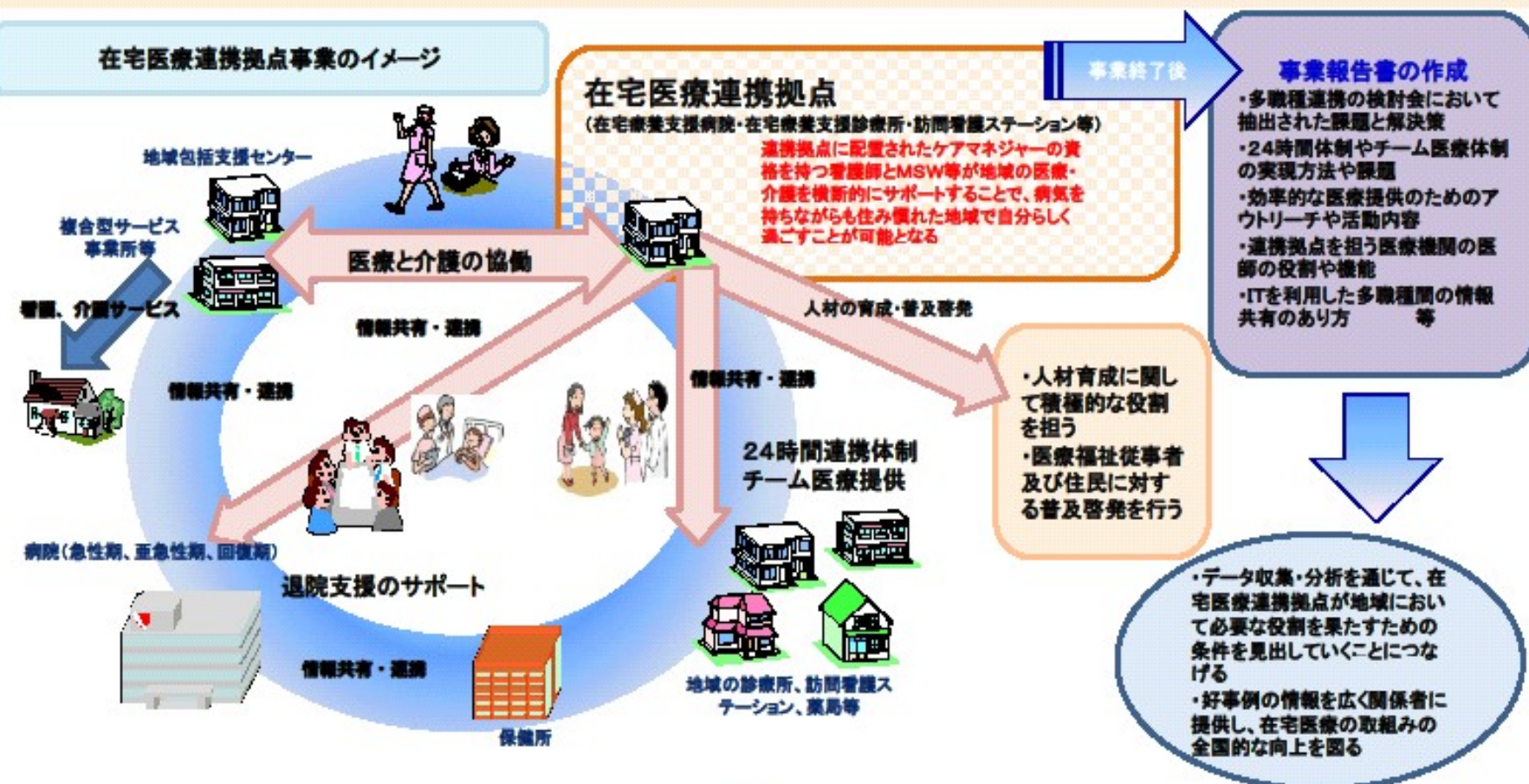
在宅医療連携拠点事業

① 在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



新生在宅医療・介護元年

- 在宅医療連携拠点事業
 - ①在宅チーム医療を担う人材の育成
 - ②実施拠点となる基盤の整備
 - ③個別の疾患などに対応したサービスの充実・支援
- 2012年度を「新生在宅医療・介護元年」として立ち上げたい



大谷医政局長

パート2

2012年診療報酬改定と在宅医療



2月10日中医協答申

2012年診療報酬改定率

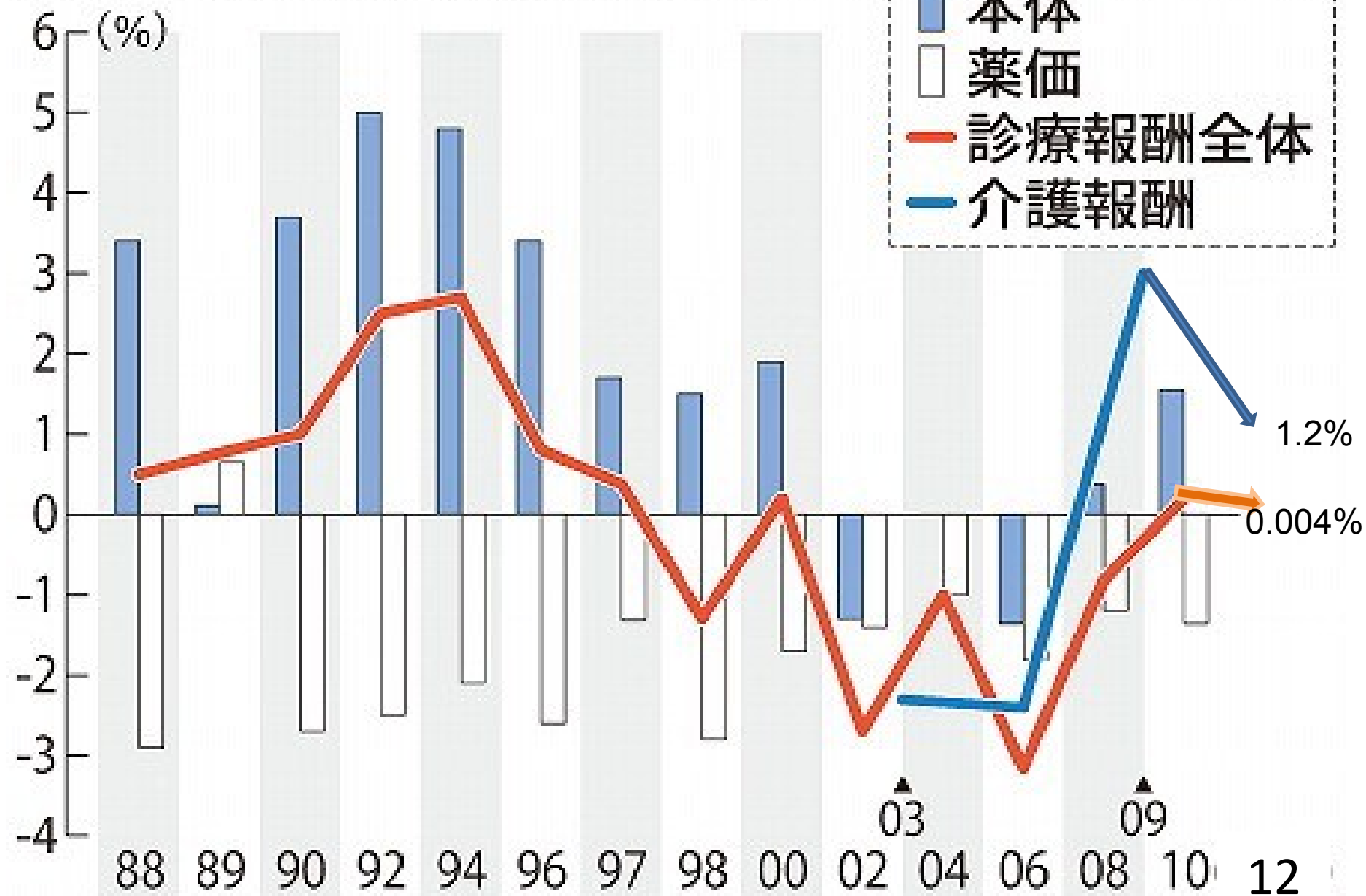
0.004%アップ

- 2012年度診療報酬改定率
全体 0.004%
 - 診療報酬本体部分 1.379%
(5500億円)
 - 医科 1.55%(4700億円)
 - 歯科 1.70%(500億円)
 - 調剤 0.46%(300億円)
 - 薬価・材料費
 - ▲1.375%(5500億円)
 - 薬価改定▲1.26%(5000億円(薬価ベース6%))
 - 材料費改定▲0.12%(500億円)
- 2012年介護報酬改定率
1.2%

- 小宮山厚労相(12月21日)
 - 「首の皮一枚でもプラスにすると行ってきた」



診療・介護報酬 改定率の推移



※介護の06年度分は05年10月の一部見直し分も含む

2012年診療報酬改定基本方針

- 社会保障審議会医療部会・医療保険部会
(12月1日)
- 2つの重点課題と4つの視点
- 2つの重点課題
 - ①急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
 - ②医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実

重点課題2

- 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実
 - 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について
 - 看取りに至までの医療の充実について
 - 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取り組みの促進について
 - 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について
 - 訪問看護の充実について
 - 医療・介護の円滑な連携について

2012年診療報酬改定基本方針

4つの視点

- 4つの視点
 - ① 充実が求められる分野の適切な評価
 - ② 患者などから見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療の実現
 - ③ 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
 - ④ 効率化の余地があると思われる領域の適正化

4つの視点

- 視点4 効率化余地がある領域を適正化する視点
 - 後発医薬品の使用促進
 - 平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取り組みについて
 - 市場実勢価格等を踏まえた医薬品、医療材料等の適正評価について

平成23年 9月 30日
日本ジェネリック医薬品学会
会長 武藤 正樹

8. 30%目標達成のための方策の強化

[ジェネリック医薬品使用促進を妨げている大きな要因の改善を期待できる具体的な方策の強化を図る]

- 機械的な処方せんへの「変更不可」記載が少なくないことから、さらに制限的な仕組みとする。
- 処方せんの「不可欄」を削除する。
- または「不可」処方せんであっても、患者の希望がある場合について、薬局においてジェネリック医薬品への変更を可能とする。
- ジェネリック医薬品を処方しているにもかかわらず、処方せんへの「変更不可」の記載は原則として認めない。
- 一般名処方の導入・強化。

処方せん様式みなおし

処方せん											
（この処方せんは、その製薬会社から有効です。）											
小児科用処方券			併用番号								
公費負担医療 の受給者番号			処方薬名・処方薬 若しくは剤名・薬名								
患 者	氏名		後発医薬品調剤の 印に捺印が必要								
	生年月日	性別	電話番号								
	区 分	療育施設	依頼医の名								
	住所		処方調剤 施設			診療科 番号		調剤機関 コード			
発行年月日			平成 年 月 日			処方せんの日 発行期間			平成 年 月 日		
処 方 の 内 容											
備 考											
調剤年月日			平成 年 月 日			公費負担医療					
後発医薬品調剤 施設番号			の調剤機関の 発給番号								

後発医薬品（ブ・ネリックス塩酸）への変更が
不可な場合、以下に署名又は記名・押印
を記載する

保険医署名

平成22年度改定部分

【医師】

処方せんに記載した

- ① すべての先発医薬品を後発医薬品に変更すること
- ② すべての後発医薬品を他の銘柄の後発医薬品に変更すること

に差し支えがあると判断した場合



「保険医署名」欄に署名又は記名・押印

※一部の医薬品について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合は、当該薬剤の近傍にその旨を記載

【保険薬局】

署名等がない処方せんの場合、患者の選択に基づき、処方せんに記載された先発医薬品に代えて後発医薬品の調剤が可能

ドイツの処方せん様式について

ドイツにおける処方せんの様式は以下のとおりである。処方せんに代替調剤不可と記載されない場合は薬局において代替調剤が可能である。

処方せんには、調剤した薬局において薬局番号、用いた薬剤の薬局販売価格および患者自己負担額が記入され、薬局からの保険請求に用いられる。

代替調剤禁止の場合は「X」を付す

The diagram shows a German prescription form with the following fields and labels:

- Top Left:** Krankenkasse bzw. Kostenträger (Health Insurance or Payer), Name, Vorname des Versicherten (Name, First Name of Insured Person).
- Top Right:** A grid for patient contribution (Zuzahlung) and total price (Gesamtbrutto) with labels for '薬局番号' (Pharmacy Number) and '患者自己負担額' (Patient's own contribution).
- Middle Left:** Kassennr. (Insurance No.), Versicherten Nr. (Insured No.), Status, Betriebsstätten Nr. (Workplaces No.), Arzt Nr. (Physician No.), Datum (Date).
- Middle Right:** A grid for drug details with labels for '薬剤番号' (Drug Number) and '薬局販売価格' (Pharmacy selling price).
- Bottom Left:** Rp. (Titel) (Title) and a box labeled '処方欄' (Prescription area).
- Bottom Right:** A box labeled '医師の署名' (Physician's signature).
- Bottom:** Abgabedatum in der Apotheke (Date of issue in the pharmacy), Unfalltag (Accident day), Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer (Accident company or employer number).
- Bottom Right Note:** ※薬剤使用状況等に関する調査研究報告書 (平成23年3月)を加工 (Survey report on drug usage, etc. (March 2023) processed).

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

様式第二号
(第二十三条関係)

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号																保険者番号															
公費負担医療の受給者番号																被保険者証・被保険者手帳の記号・番号															

患者	氏名						保険医療機関の所在地及び名称																					
	生年月日	平成	年	月	日	男・女	電話番号																					
	区分	被保険者	被扶養者				都道府県番号		点数表番号		医療機関コード																	

交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間	平成	年	月	日	特記事項のある場合を除き、交付の日をきめて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----	---	---	---	-----------	----	---	---	---	--

処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更は差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。														
	現行の「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄を廃止し、個々の処方箋について変更の可否を明示する															


備考	保険医署名														
----	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

調剤済年月日	平成	年	月	日	公費負担者番号																									
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名											公費負担医療の受給者番号																			

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

一般名処方(2点加算)



薬剤名	
1	ガスター 20
2	 一般名で処方しますか
3	<input type="button" value="はい"/> <input type="button" value="いいえ"/>

①「ガスター20」と入力してEnterキーを押すと、警告表示が出る。
「一般名で処方しますか」

②一般名処方をする場合は「はい」をクリック
↓
一般的名称に自動変更

②銘柄処方をする場合は「いいえ」をクリック
↓
銘柄名に自動変更

薬剤名	
1	ファモチジン錠20mg
2	
3	

薬剤名	
1	ガスター錠20mg
2	
3	

③院外処方せん発行時に一般的名称で薬剤名が記載される

③院外処方せん発行時に銘柄名で薬剤名が記載される



初期の改修費用、運用時のメンテナンス(医薬品情報の加除修正)費用が必要

一般名処方逆引き検索システム

手書き処方せん用に商品名を入力すると
一般名が逆引き検索ができるシステムの開発

パート3

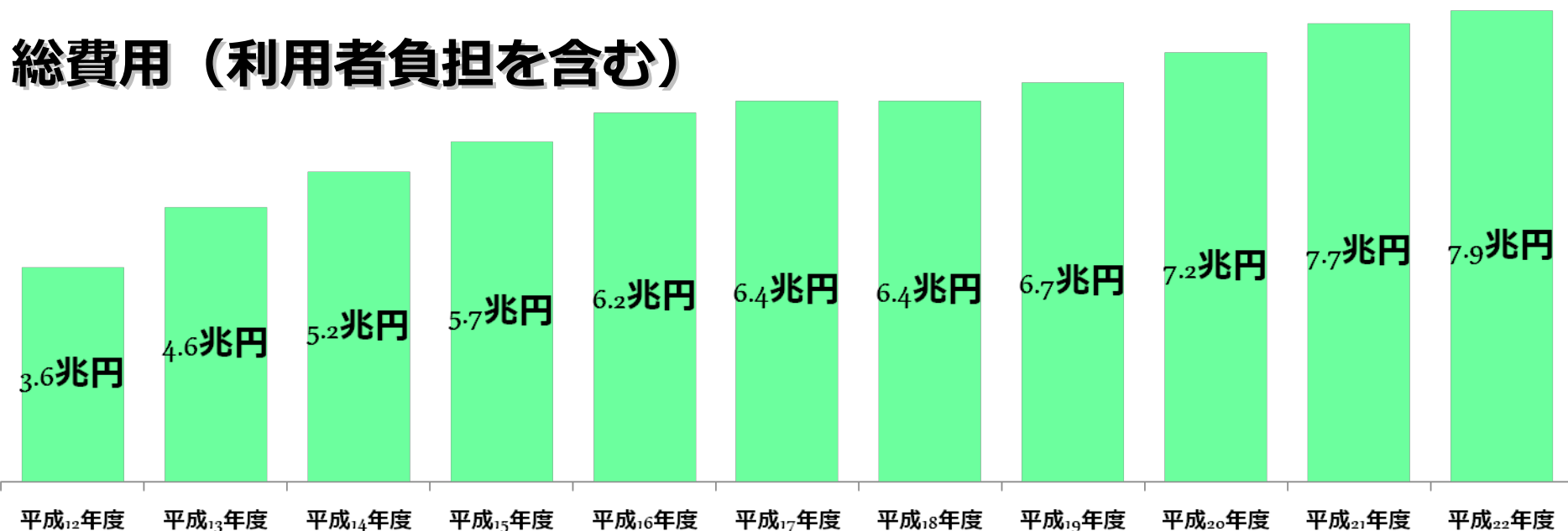
2012年介護報酬改定と地域包括ケア



社会保障審議会・介護給付費分科会

介護保険の総費用と保険料の動向

総費用（利用者負担を含む）



(注) 平成12年度～平成19年度は実績、平成20年度は補正後予算、平成21年度（介護報酬改定+3.0%）、平成22年度は当初予算

65歳以上が支払う保険料〔全国平均（加重平均）基準月額〕

第1期

(平成12～14年度)

2,911円

第2期

(平成15～17年度)

3,293円

(+13%)

第3期

(平成18～20年度)

4,090円

(+24%)

第4期

(平成21～23年度)

4,160円

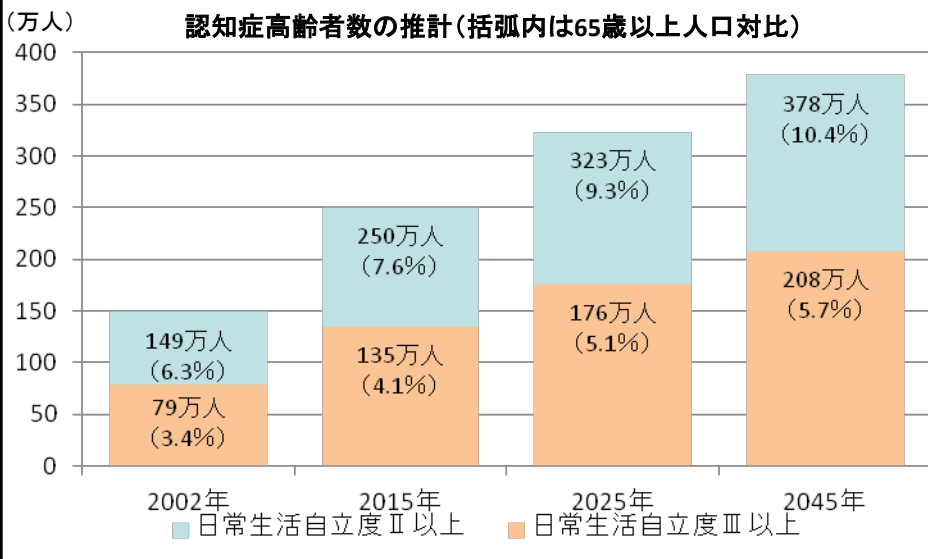
(+1.7%)

今後の介護保険を取り巻く状況について

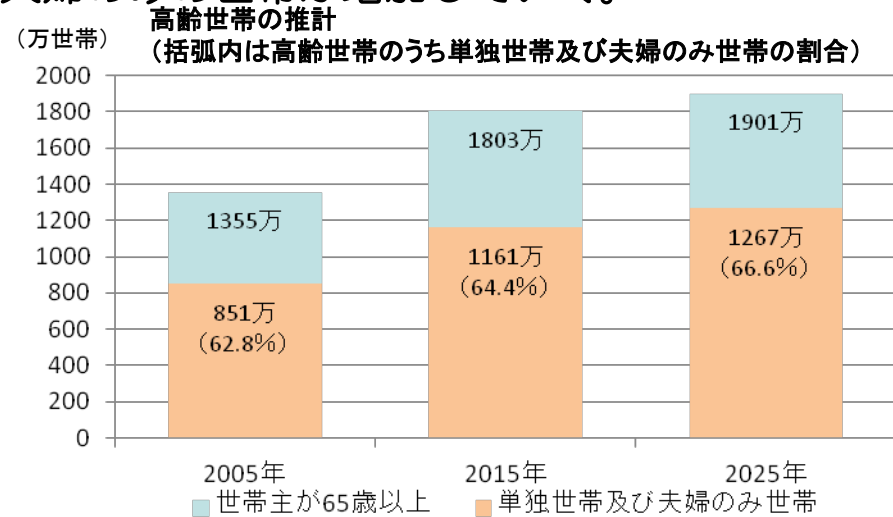
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



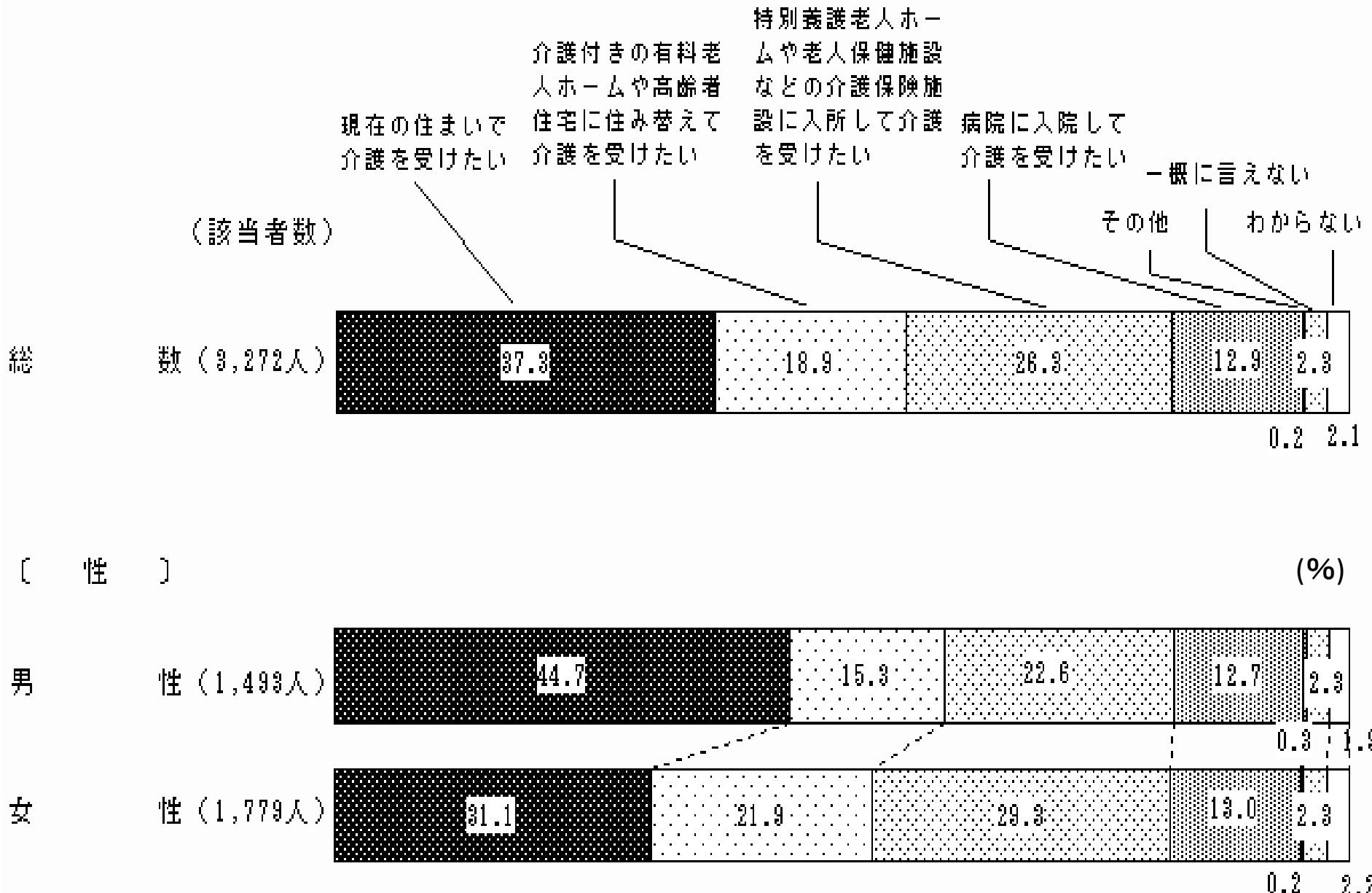
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

自分自身が介護を受けたい場所

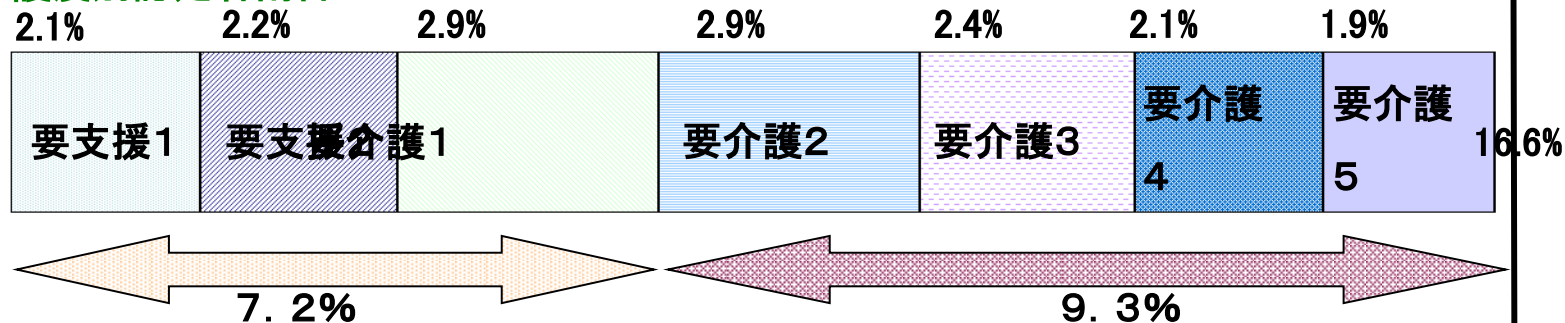


65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○ 65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、日本は、欧米諸国と比較して少ない。

○要介護度別認定者割合

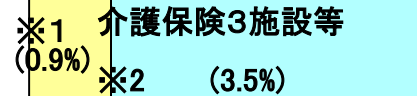
【出典】平成22年6月 介護保険事業状況報告



○各国の高齢者の居住状況(定員の比率) (全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合)

日本 (2005)

4.4%



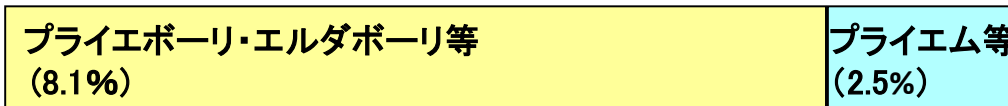
スウェーデン (2005) ※3

※制度上の区分は明確ではなく、
類型間の差異は小さい。 6.5%



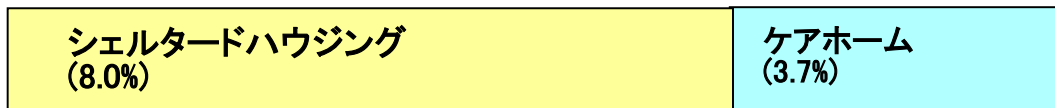
デンマーク (2006) ※4

10.7%



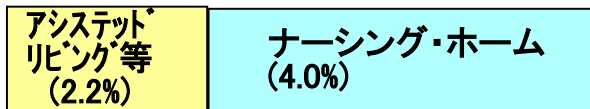
英国 (2001) ※5

11.7%



米国 (2000) ※6

6.2%



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。 ※2 介護保険3施設及びグループホーム
 ※3 Sweden Socialstyrelsen (スウェーデン社会省) 聞き取り調査時の配布資料 (2006)
 ※4 Denmark Socialministeriet (デンマーク社会省) 聞き取り調査時の配布資料 (2006)
 ※5 Elderly Accommodation Counsel (2004) 「the older population」
 ※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

2012年介護報酬改定の 基本方針

地域包括ケアシステム

2012年介護報酬改定の基本方針

- **1 地域包括ケアシステムの基盤評価**
 - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
 - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
- **2 医療と介護の役割分担・連携強化**
 - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリステーションの充実並びに看取りへの退行強化
 - ②介護施設における医療ニーズへの対応
 - ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- 認知症にふさわしいサービスの提供
- 質の高い介護サービスの確保

地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

(「地域包括ケア研究会報告書」より)

地域包括ケアシステムのイメージ

認知症患者へのサービス
複合型サービス
小規模多機能型居宅介護
(訪問看護と組み合わせた
複合型サービスを含む)
グループホーム



在宅療養支援病院



定期巡回・随時対応型
訪問介護看護



在宅療養支援診療所



介護保険施設



サービス付高齢者向け住宅などの住まい



NPO,
住民参加、企業
、自治体など

地域包括ケアシステムを支える 3つの新規サービス

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 - 改正介護保険法(2011年6月)
- ②複合型サービス
 - 介護給付費分科会(2011年5月)
- ③サービス付高齢者向け住宅
 - 改正高齢者住まい法(2011年10月)

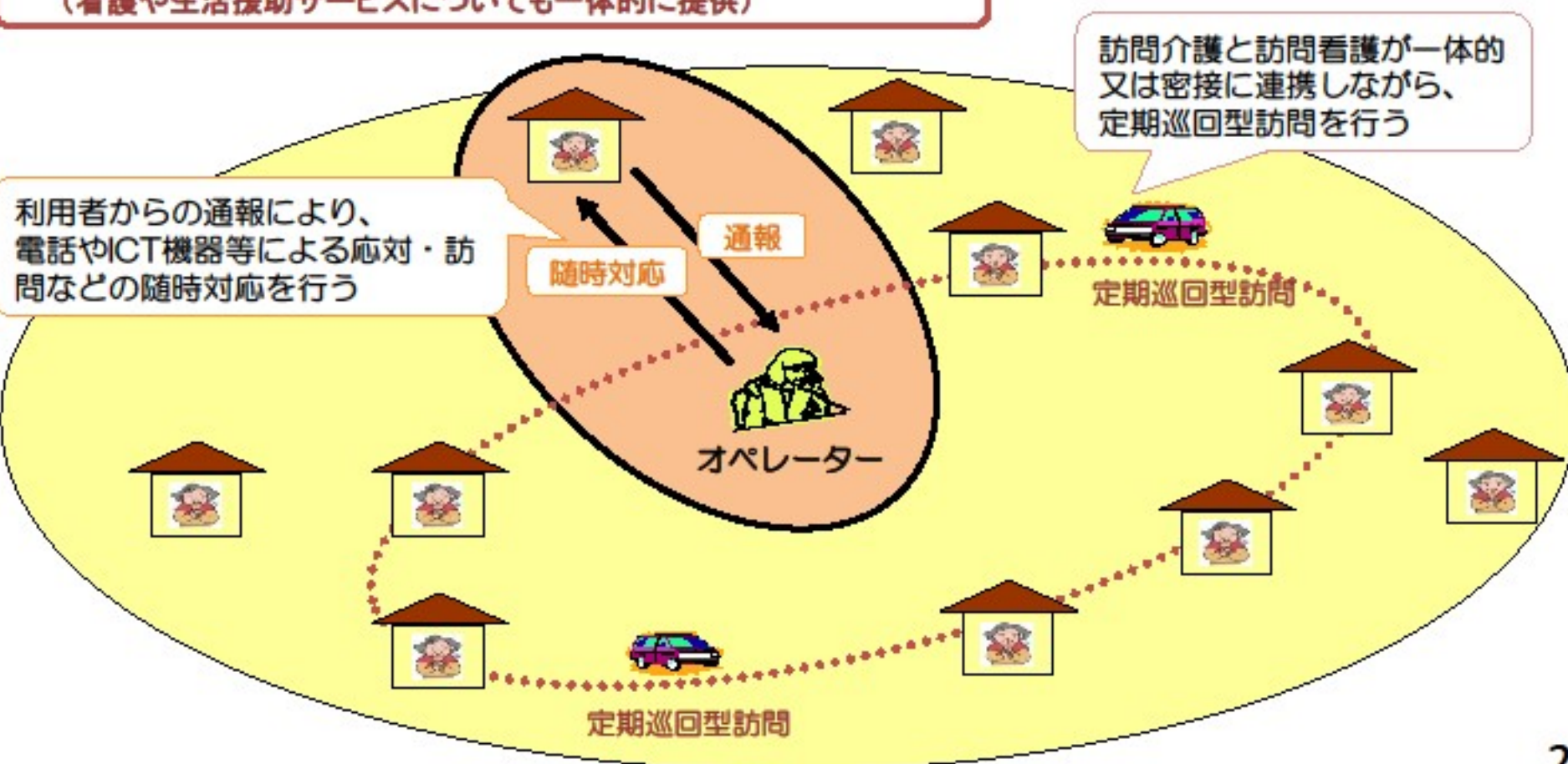
①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

I 制度概要について

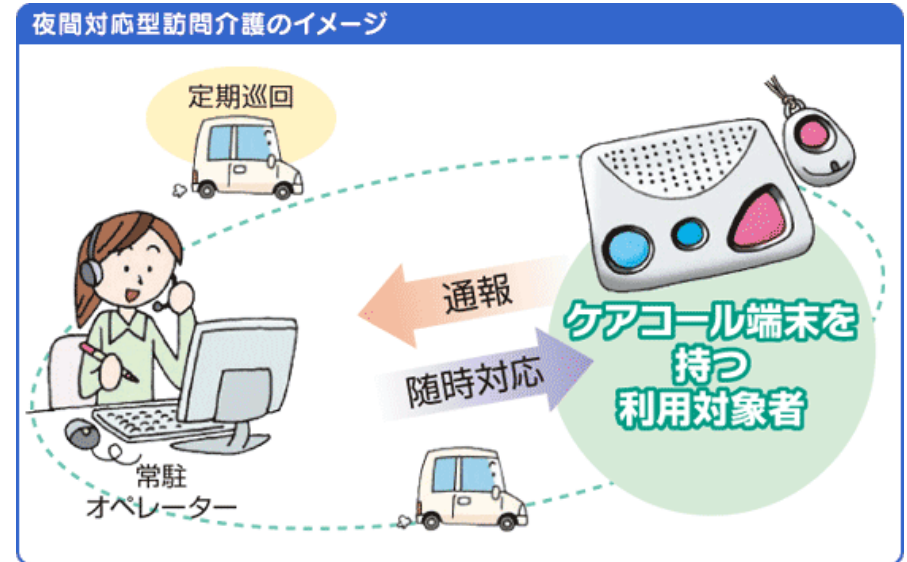
○ 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 地域密着型サービスの一類型として創設
- 対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
- 身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス
（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



24時間対応型訪問介護サービス例

- 随時訪問の代表例(複数回答)
 - ①ベッドや車椅子からのずれ落ち(46%)
 - ②オムツ交換・トイレ介助(46%)
 - ③トイレやお風呂で転倒(26.9%)
 - ④体調が悪い(11.5%)
 - ⑤何となく不安(7.7%)



- 平成21年度世田谷区24時間随時訪問サービス当評価研究事業報告書

②複合型サービス

小規模多機能型居宅介護と
訪問看護との組み合わせサービス
介護給付費分科会(2011年5月)

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

○ 今般、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



- 要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする
- 別々に指定しサービス提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネジャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能
- 事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能

③サービス付高齢者向け住宅

改正高齢者住まい法(2011年10月)

サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法：国土交通省・厚生労働省共管）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」（介護保険法：厚生労働省）などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護

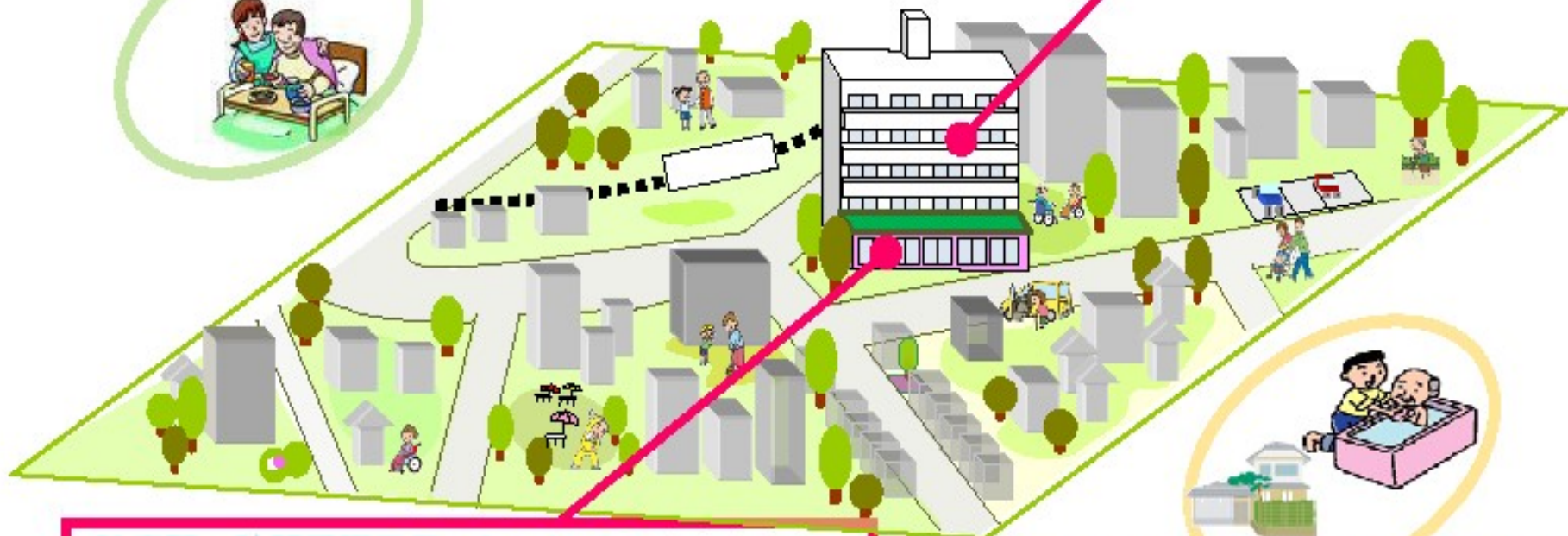
「定期巡回・随時対応サービス」

→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅

（国土交通省・厚生労働省共管）

→高齢者住まい法改正により創設



診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター、定期巡回・随時対応サービス（新設）

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける

21世紀長屋モデル

- 高齢者の新しい暮らしのデザインは、『**長屋モデル**』
- 最新式のIT設備や医療・介護の緊急通報サービスや見守り、生活支援サービスと、旧来の古き良き長屋生活をマッチさせた新しいデザインが必要



- 江戸時代の長屋

パート4

診療報酬改定と薬剤師の役割



2012年診療報酬改定では 「病棟薬剤師」が注目！



三田病院の病棟薬剤師



各病棟に薬剤師を配置し、薬に対しての疑問や不安など、入院患者の薬物治療に薬剤師が積極的に関わり、薬の内容や用量、服薬説明、治療効果や副作用の確認などを行っている。

医薬品の医療安全にも貢献

日本病院団体協議会要望(7月29日)

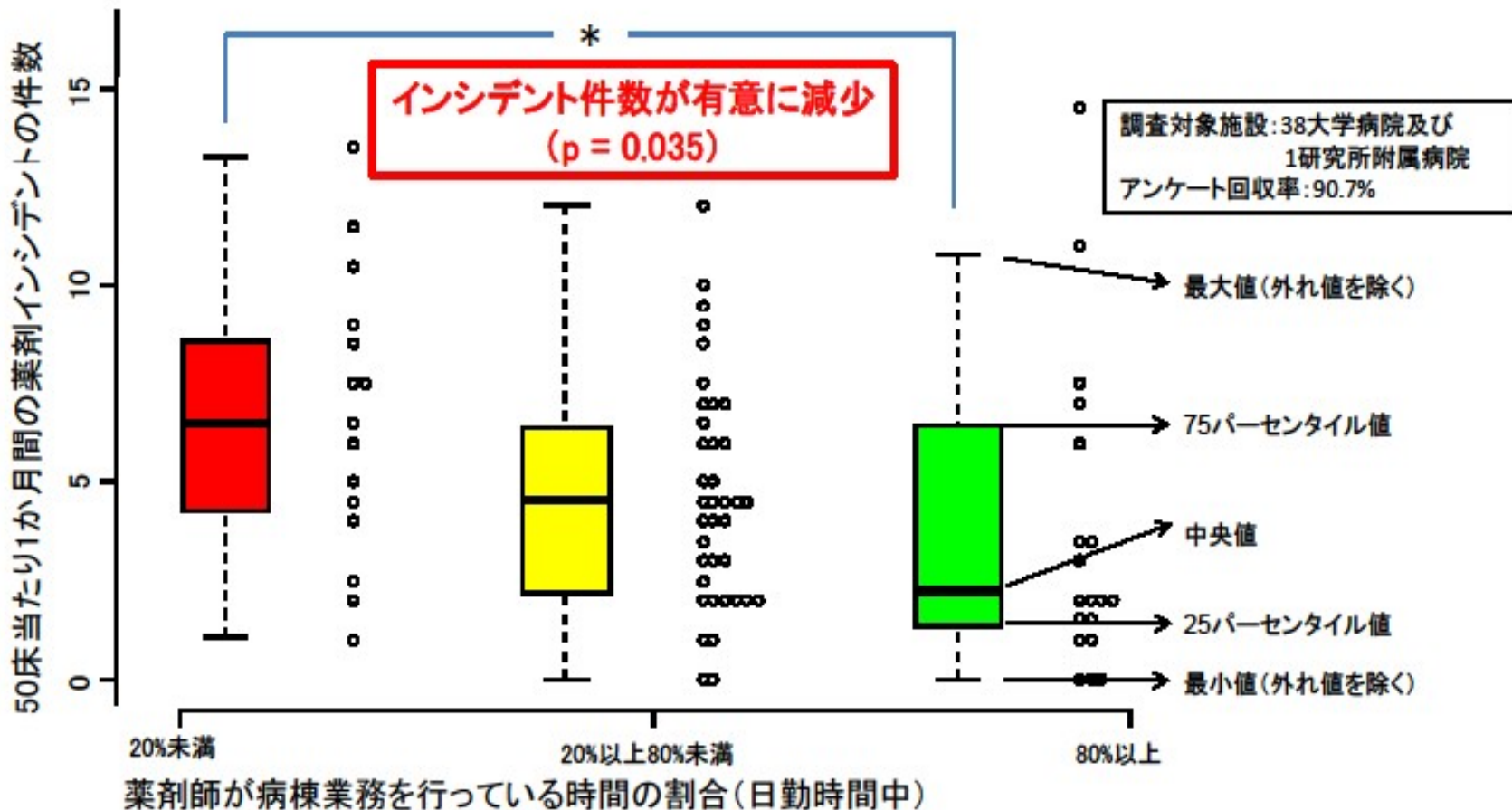
- チーム医療の評価(医療各職種**の病棟配置**)
 - チーム医療の重要性が論じられ、各病棟においては既に様々なチーム医療が行われている。
 - そのため**薬剤師、リハスタッフ、管理栄養士、社会福祉士、臨床工学技士、精神保健福祉士等の病棟配置に対する加算評価を要望する**



日病協議長 西澤寛俊

薬剤師の病棟配置時間と薬剤関連インシデント件数

- 薬剤師の病棟業務時間が80%以上の内科病棟においては、20%以下の内科病棟と比較して**薬剤関係のインシデント件数が有意に減少した**。



出典: 「薬剤師の病棟勤務時間が長いほど薬剤が関連するインシデント発生数は少ない—国立大学病院における調査」
(松原和夫ほか、薬学雑誌、131、635-641 (2011))

病棟薬剤業務実施加算

- (新)病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)
 - 算定要件
 - ①すべての病棟に入院中の患者を対象とする。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日又は処方変更が行われた日から起算して4週間を限度とする。
 - ②薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務(以下「病棟薬剤業務」という)を実施している場合に算定する
 - 一病棟1週間あたり20時間
 - 入院基本料に加算

病棟薬剤業務とは？

- 当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況の把握
- 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
- 2種類以上（注射薬及び内用薬を1種類以上含む）の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- 患者等に対するハイリスク薬等に係わる投与前の詳細な説明
- 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- その他、必要に応じ、医政局通知で定める業務

持参薬管理

DPCでは徹底
した持参薬管理
が求められる
持参薬が3倍に
増えた

7階病棟担当
薬剤師の
石井さん



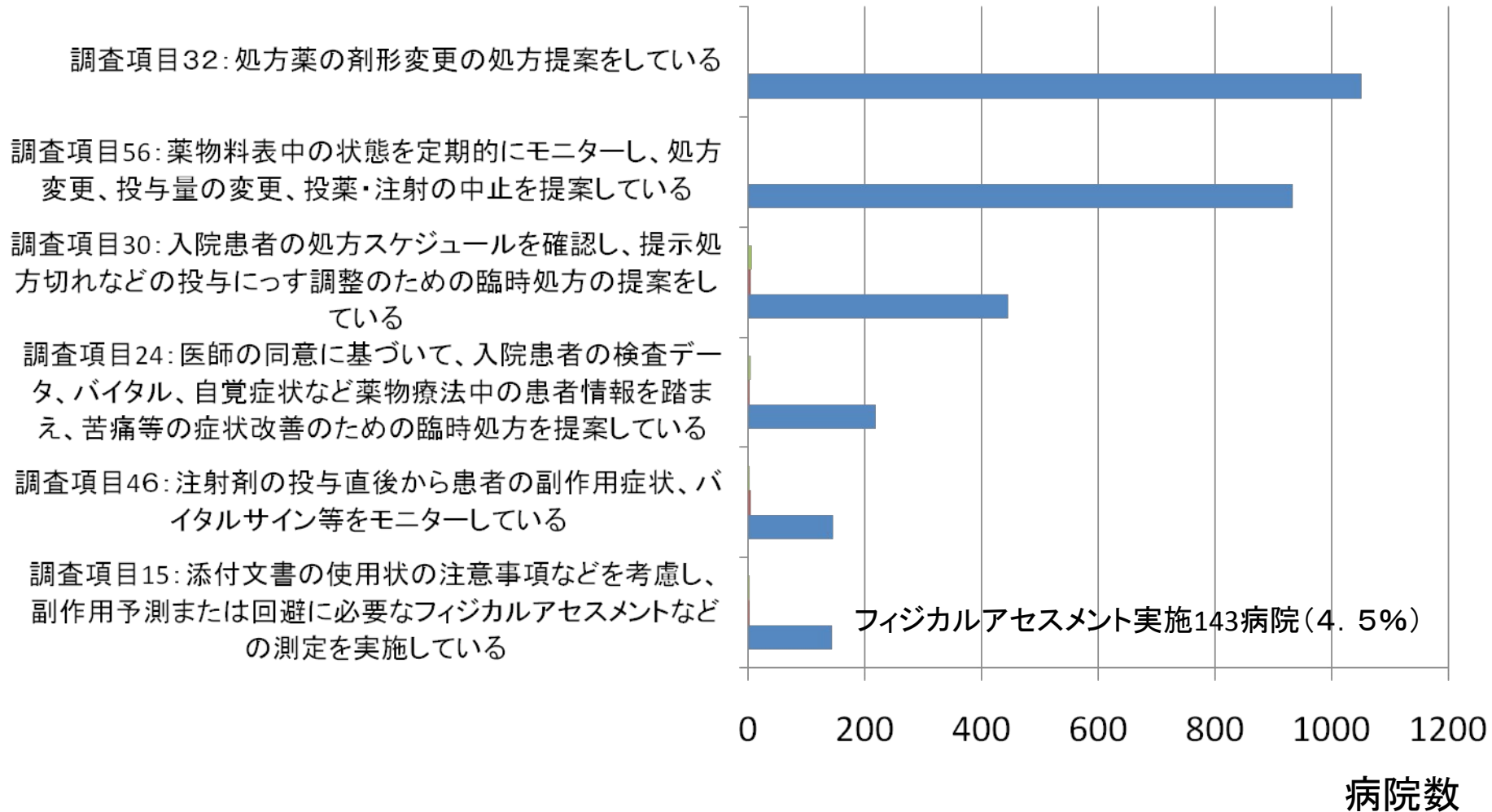
10.09 10:43

日本病院薬剤師会調査(09年1月)

- 日本病院薬剤師会「新しい業務展開に向けた特別委員会」の「新しい業務に関する現況調査」
- 3180病院から回答
- 質問項目(17項目)
 - 重篤な副作用回避、適切な処方設計をするための情報収集
 - 検査オーダー
 - 処方箋の作成、処方設計
 - フィジカルアセスメントなど

薬剤師の新たな業務実態調査

回答3180病院中143病院で
フィジカル・アセスメントがすでに実施



フィジカル・アセスメント

- 服薬指導や副作用早期発見の一環としての薬剤師のフィジカル・アセスメントの重要性が最近、強調されるようになった
- フィジカル・アセスメント
 - バイタルサイン(脈拍、血圧、体温、呼吸数など)
 - 心音、呼吸音の聴診
 - 皮膚所見の視診、触診など
- 薬剤師は患者の身体に触ってはならない？
 - 医師法17条「医師による医業の独占」

バイタルサインが読める薬剤師を目指して(九州保健福祉大学薬学部)



バイタルが取れる薬剤師をめざして



薬物血中濃度測定を目指して



各種薬物投与方法について



褥瘡ケアを目指して

薬剤使用情報の提供は 薬剤師の義務

薬剤師は、販売または授与の目的で調剤したときは患者又は現にその看護に当たっている者に対し、調剤した薬剤の適正な使用のために必要な情報を提供しなければならない。（薬剤師法第25条の2）

薬害防止とフィジカルアセスメント

- 薬剤師のフィジカルアセスメントは医薬品の有害事象の早期発見と防止のために必要
- 聴診
 - イレッサによる間質性肺炎の防止、空咳のチェック、聴診器で肺の音を聴診
- 触診
 - SJS(スティーブンス・ジョンソン症候群)の防止
 - 発疹の触診
- 心電図
 - 突然死の副作用のある薬剤
 - 心電図を測定してQT延長の有無をチェック
- 採血
 - TDMや、血糖モニター

心電図やX線画像情報だって必要



パート4

2012年診療報酬改定と 地域連携パス



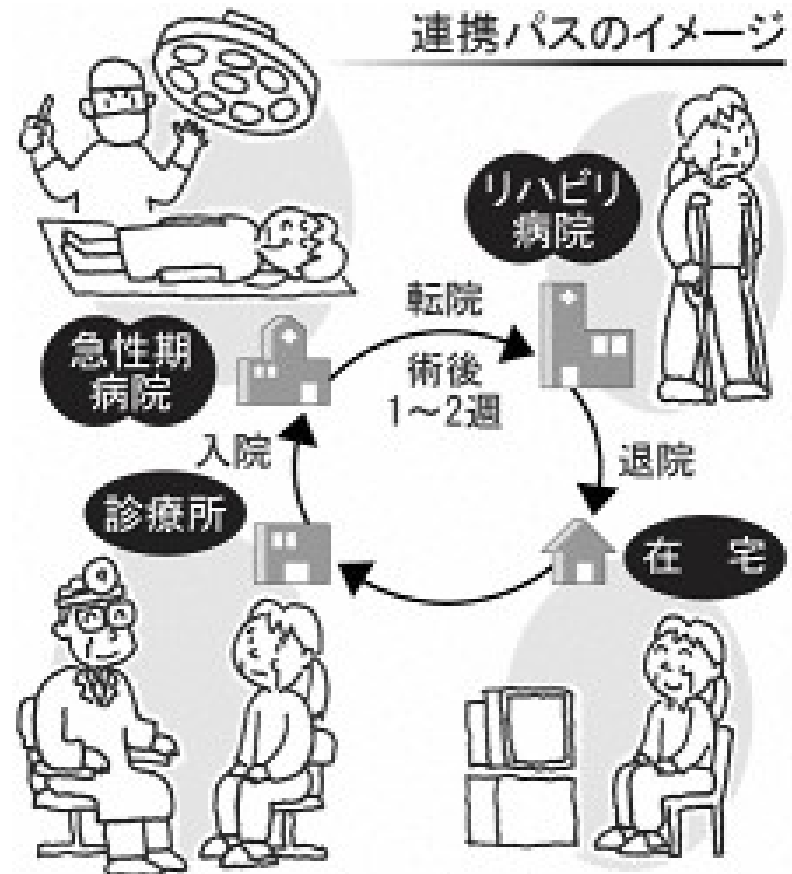
地域連携クリティカルパスとは？

- 地域連携クリティカルパス

- 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画

- 連携パスの目的

- ガイドラインに基づく医療の地域への普及
- 地域の医療機関の機能分化と役割分担



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

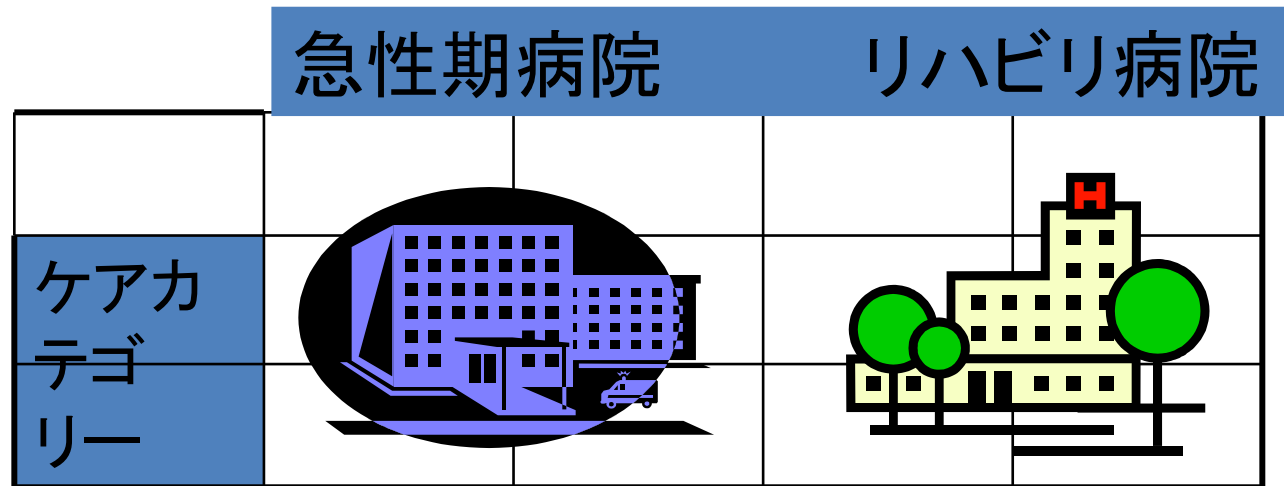
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感染,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本 ソルデム3A500ml×1本			
			口腔内清拭(インジゲンガーグル)	口腔内清拭(インジゲンガーグル)	口腔内清拭(インジゲンガーグル)	口腔内清拭(インジゲンガーグル)	口腔内清拭(インジゲンガーグル)	口腔内清拭(インジゲンガーグル)	口腔内清拭(インジゲンガーグル)	口腔内清拭(インジゲンガーグル)	交包
検査		血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	RBP, TTR, CRP		RBP, TTR, CRP	
活動・安静度		フリー	フリー	フリー	ベッド上安静	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	
栄養(食事)		入院前と同じ	絶飲食	絶飲食	絶飲食	水100ml × 3	水200ml × 3 濃厚流動食 100ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 200ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 300ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 400ml × 3	
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)	
清潔			清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	
排泄		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	
		体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()
観察											
記録											
バリエーション		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	
担当看護師署名											

クリティカルバスは患者さんにも好評
疾患別に作る標準診療計画



地域連携クリティカルパス

- 急性期病院とリハビリ病院
と一緒に作るパス、使うパス



整形外科疾患や脳卒中で始まった

2012年診療報酬改定と 地域連携クリティカルパス

- 退院調整への地域連携クリティカルパスの応用
 - 大腿骨頸部骨折及び脳卒中以外の地域連携クリティカルパスでも、一定の基準をみたしている場合や、退院調整クリティカルパスや退院時共同指導を行った場合に評価を行ってはどうか？
- 地域連携クリティカルパスの疾病拡大
 - 地域連携クリティカルパスを退院後の治療のより総合的な管理手法として、現行の大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん以外の疾患にも拡大して適応してはどうか？
- (新設)地域連携計画加算(300点)

2012年診療報酬改定と 地域連携クリティカルパス

- (新設)地域連携計画加算(300点)
 - 入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行う。

退院調整の充実 (地域との連携)

退院支援や退院時共同指導時に一定の基準を満たした地域連携 クリティカルパス を活用している場合の評価を行ってはどうか。

退院支援計画書		現行の退院調整支援計画の参考様式	
氏名(姓)	氏名	平成	年 月 日
病棟(病室)			
患者 (主として患者の氏名)			
担当医師の氏名	医師(その機関の署名)		
退院支援計画の 対象者の氏名 (主として患者を指す)			
退院に必要な医療、 薬剤等			
退院に向けた目標設定、 連携機関、連携内容			
予定される退院先			
退院後に利用が予想され る医療機関サービス等			
注) 上記内容は、現時点で導入されるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わらねばならない。			
	(医師の署名(西暦年))		印
	(患者)		

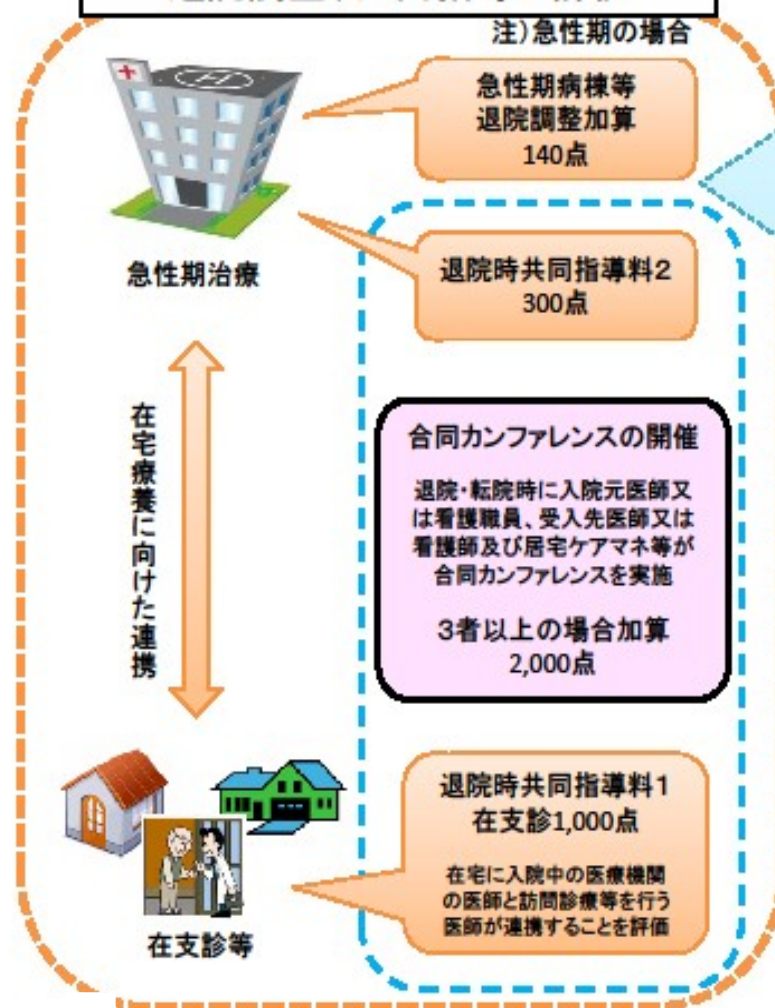
現行の退院調整等に関する評価のイメージ

脳卒中または大腿骨頸部骨折の患者

左記以外の退院困難な患者

地域連携クリティカルパスで評価

退院調整、共同指導で評価



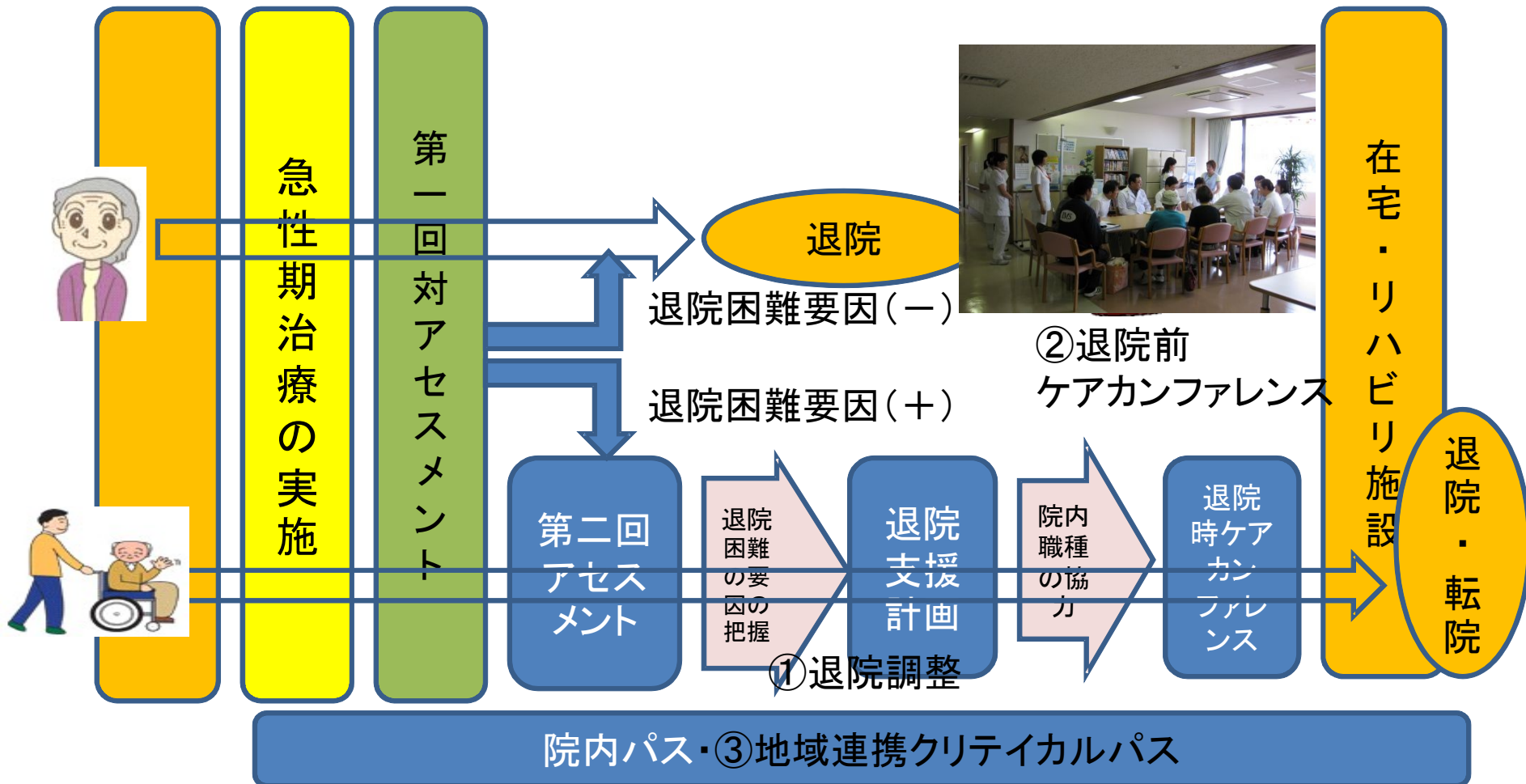
地域連携クリティカルパス

一部の医療機関では、脳卒中・大腿骨頸部骨折以外の
を活用して、退院調整を行っている。

退院支援の流れ

入院

退院患者の約6%は退院困難を抱えている



退院調整の必要な患者

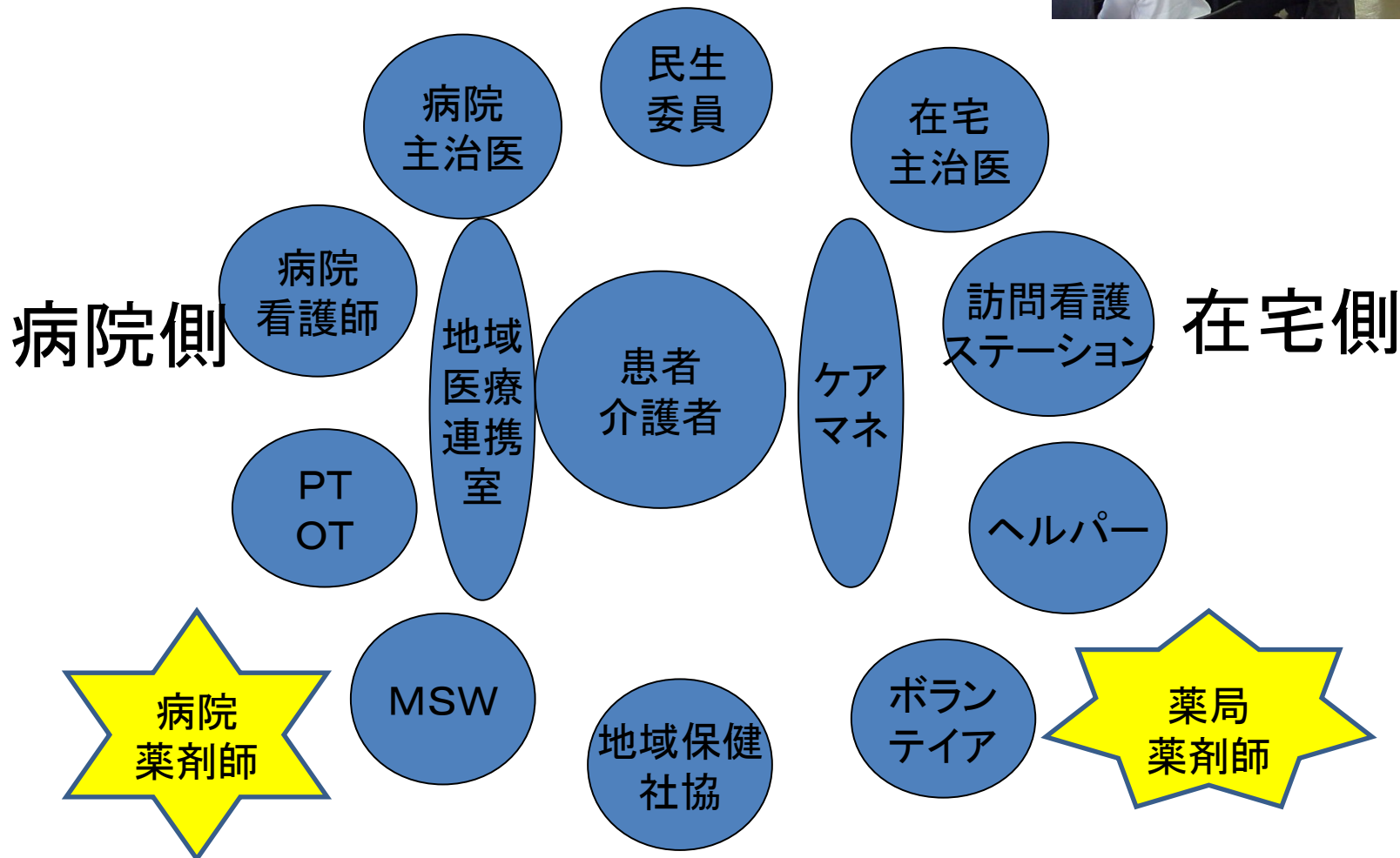
- ①再入院を繰り返している患者
- ②退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者
- ③入院前にくらべ日常生活動作(ADL)が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
- ④独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
- ⑤現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者等。
- * 退院調整の必要な患者の出現頻度
 - 平成19年度の厚生労働省の老人保健健康増進等事業の調査によると入院患者の約6.3%

退院時ケアカンファレンスの重要性



～尾道市医師会と尾道市民病院～

尾道方式の ケアカンファレンス



在宅で輸液療法を行う がん患者の退院例

- 直腸がんでFOLFOX療法を在宅で行うAさん
 - 病院で使用している輸液ポンプを在宅でも準備しなければならない
 - 入院中に服用している抗がん剤や麻薬、輸液セットや注射針などの医療材料も在宅で準備する必要がある
 - しかし、病院で使用している薬剤や医療材料がそのまま在宅でも調達可能、使用可能かについては、実際に在宅で患者を担当する在宅主治医や訪問看護ステーションとスタッフと意見交換を行う必要がある
 - 退院時ケアカンファレンスで病院主治医、在宅主治医、病院薬剤師、薬局薬剤師、訪問看護師などが一同に会して患者の情報共有をおこなったり、調達すべき必要な医薬品や医療材料の細かな調整を行う必要がある

がん地域連携パス

①病・病連携パス

②病・診連携パス

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



計画策定病院

750点

がん診療連携拠点病院等

がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成。患者に対して、退院後の治療を地域の医療機関と連携して行うことを説明する。



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導
(情報提供時)

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

紹介

計画策定病院で作成された治療計画に基づき、外来医療、在宅医療を提供する。また、計画に基づき、適切に計画策定病院に対して適切に患者の診療情報を提供する。



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有



連携医療機関

300点

200床未満の病院
診療所

①病・病連携パス

がん拠点病院と一般病院の
がん化学療法による連携



埼玉医科大学総合医療センター

埼玉医科大学総合医療センター

埼玉医科大学総合医療センター



外来化学療法で
外来が手一杯！

大腸癌
Folfox, Folfiri
連携パス



13病院と連携



医療法人直心会帯津三敬病院

地域連携による癌化学療法のメリット

- クリティカルバスの活用で、連携先でもがん診療連携拠点病院と同じ治療が受けられる
- 連携先での治療とフォローアップ情報が、がん診療連携拠点病院スタッフにも共有される
- 化学療法による短期入院が必要な治療(FOLFOX、FOLFIRI)は連携先で受け入れてもらえる
- 患者さんは自宅近くの病院で化学療法が受けられる
- がん診療連携拠点病院では満たされない患者さんのニーズが連携先で満たされる

地域連携のmFOLFOX6用 クリティカルバス

患者氏名	性別	年齢	病歴	検査結果	治療方針
田中 太郎	男	65	大腸癌	CEA 12.5 ng/ml	mFOLFOX6
手術歴	なし				
薬剤歴	なし				
アレルギー	なし				
検査結果					
血液検査					
画像検査					
病理検査					
その他					

連携先の案内状

平成19年1月に地域がん診療連携拠点病院に指定された埼玉医科大学総合医療センターでは、クリティカルバスを活用しながら、地域の病院やクリニックとの医療連携による癌化学療法を実施しています。同センターの石田秀行先生に、連携先の条件や具体的な連携内容、医療連携クリティカルバスのメリット、患者さんの反応などについて紹介いただきました。

②病・診連携パス

二人主治医制

がんの
地域連携

⇒主治医2人制度

かかりつけ医

情報交換

がん診療連携
拠点病院

外来治療



入院治療

がん診療連
携拠点病院



かかりつけ医と専門医の役割分担

- 1. かかりつけ医の役割
 - 日頃の診療は、地域のかかりつけ医の先生が担当
 - がんやがん以外にお持ちの病気、高血圧、糖尿病などの診療を担当
 - 1) 定期的な診察、血液検査、画像検査など
 - 2) 定期的なお薬の処方
 - 3) 痛みや吐き気など各種症状の診察や治療
 - 4) 風邪をひいたり、熱が出たときの診察と治療
- 専門医の役割
 - 年に何回か病院に通院して、精密検査と診察を行います
 - 精密検査としては、血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査など
 - 検査結果
 - 「私のカルテ」内に記載して、かかりつけ医に報告
 - また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で、臨時に病院で診察を行うこともあります

東京都の医療連携手帳

5大がん(胃、大腸、乳、肺、肝がん)＋前立腺がん
地域連携クリティカルパス



東京都医療連携手帳を 利用される方へ

—かかりつけ医を持ちましょう！—



○ この手帳に対するご意見

「東京都医療連携手帳」に対するご意見がありましたら、下記までお寄せください。

E-mail : path@ciok.jp

FAX : 03 (6388) 1438

(東京都がん診療連携協議会クリティカルパス部会事務局)

郵送 : 〒163-8001 東京都西新井2-8-1

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課がん対策係

東京都医療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail: path@cick.jp

F A X: 03 (5388) 1436

郵 送: 〒163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都福祉保健局医療政策部

医療政策課がん対策係



連携手帳とは

この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

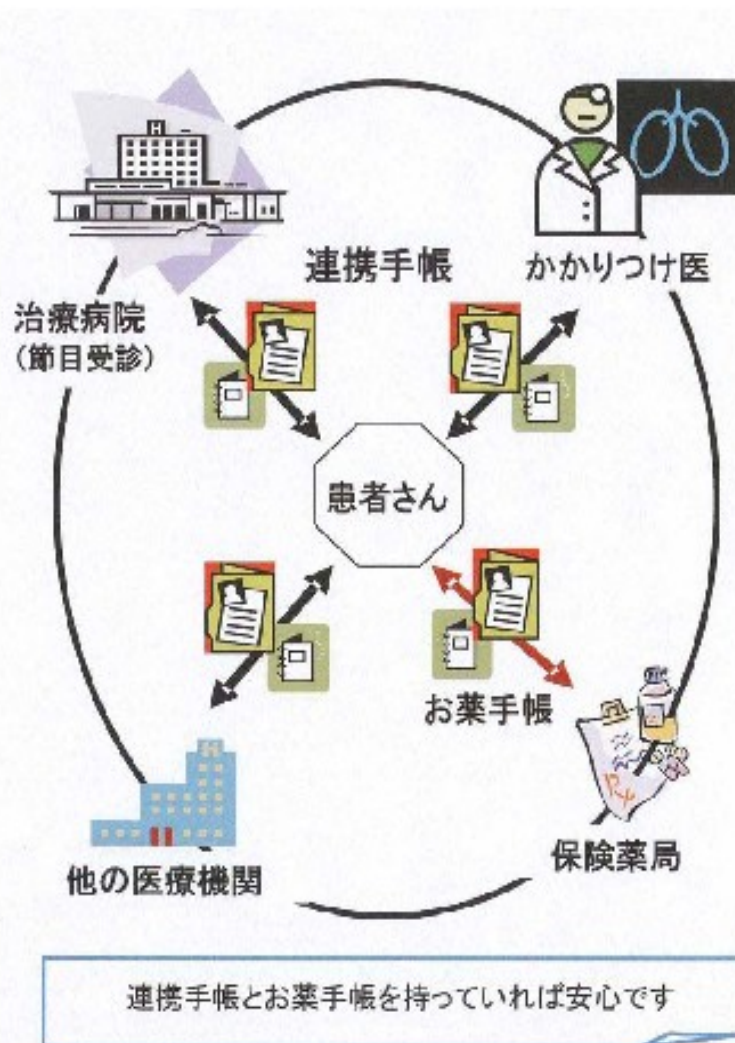
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

Stage IA・IB の患者さんは、一般的に術後の抗がん剤治療を行う必要はないとされています。しかし、再発の危険性はゼロではなく、定期的な検査が必要です。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、手術を行った病院へは節目に受診して頂きます（予定表をご覧ください）。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。適宜必要に応じて手術病院を受診して頂きます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は 3 ページにあります）までご連絡ください。

なお、胃がん以外のがん（肺がん、肝がん、大腸がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけの先生に相談するか、地域の健康診断などをお受け下さい。

連携手帳を用いた診療の流れ



お名前	
生年月日	明・大 明・平 _____年 _____月 _____日
身長 _____cm	体重 術前 _____kg 退院時 _____kg
手術病院	
TEL	
I D	
担当医	
手術日	_____年 _____月 _____日 _____年 _____月 _____日
かかりつけ医療機関 (1)	
医師名	
TEL	
かかりつけ医療機関 (2)	
医師名	
TEL	
かかりつけ薬局	
TEL	

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病

アレルギー (薬、食べ物等)

内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

手術記録

手術日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

術式 開腹・腹腔鏡（補助）下
 幽門側胃切除・胃全摘・噴門側胃切除・
 幽門保存胃切除・分節胃切除・部分切除

郭清 D0・D1・D1+ α ・D1+ β ・D2・D3

再建

幽門側胃切除後

B-I



B-II



Roux en Y



PPG(幽門嚢嚢)



胃全摘後

空腸吻合



Roux en Y



噴門側胃切除後
空腸吻合



食道胃吻合



浸透度

T () N HOPDCY M0

(リンパ節転移個数 ____ / ____)

Stage IA・IB

その他特記事項（通院時）

クレアチニン値 ____ mg/dl

診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

- は手術前に行います
- はかかりつけ医で行います
- ◎は手術前またはかかりつけ医どちらかで行います

手術日 年 月 日				1年		2年		3年		4年		5年	
	手術後2週	3ヶ月	6ヶ月	0ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月
問診・診察	●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	●
採血 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)		○	○	○	◎	○	○	◎	○	◎	○	◎	○
上部消化管内視鏡検査 胃全摘後の上部消化管内視鏡検査は、1年目は行いますが、2年目以降は症状がある場合に行います。					◎			◎			◎		◎
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査					◎			◎			◎		◎
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査					◎			◎			◎		◎

港区医師会がん連携パス説明会

- 2010年9月28日
 - 港区医師会でがん連携パス説明会を開催
 - 地域連携担当理事の臼井先生
 - 地方厚生局への登録の手続きなどについて
 - 意見交換



港区医師会地域連携担当理事
臼井先生

みなとe連携パス

みなとe
連携パス

みなと-e-連携パス

見て下さいね！

<http://medicalnet-minato.jp/peg/>



臼井 一郎先生 港区医師会理事

TS1取り扱い薬局(港区)



1	芝口薬局
2	日生薬局三田店
3	中川薬局
4	三田薬局
5	わかば薬局虎の門
6	日生薬局虎ノ門店
7	ご当地の虎ノ門前薬局
8	あおい調剤薬局
9	ライオン薬局
10	さくら薬局虎ノ門店
11	若葉薬局梶が谷店
12	日生薬局2号店
13	伯山堂薬局虎の門店
14	日本調剤虎ノ門薬局
15	キリン薬局
16	セントラル薬局
17	すぎの木薬局西新橋店
18	日生薬局御成門店
19	くすり箱薬局
20	あけぼの薬局西新橋店
21	日本調剤御成門薬局
22	さくら薬局西新橋店
23	メディトピア新橋薬局
24	恵堂薬局
25	鈴木胃腸消化器クリニック
26	セレンクリニック
27	オーベル薬局高輪店
28	薬局桑山清心堂
29	
30	

1	
32	北里メディカルサービス
33	梅花堂薬局
34	乃木坂薬局
35	あさひ薬局高輪店
36	薬局アポック赤坂店
37	芝浦薬局
38	バンビー薬局
39	バンビー薬局田町店
40	白金中央薬局
41	あすか薬局
42	薬局麻布十番
43	スリーアイ薬局
44	麻布薬局
45	青山大師堂薬局
46	タマギク薬局 白金台薬局
48	イコマ薬局白金台店
49	子安薬局六本木店
50	北村薬局(紅白会)
51	調剤薬局ツルハドラッグ白金台店
52	サンドラッグ広尾薬局
53	日本調剤麻布十番薬局
54	薬局トモズ六本木ヒルズ店
55	バンビー薬局ニュー新橋ビル店
56	ミツバ薬局
57	

図5②

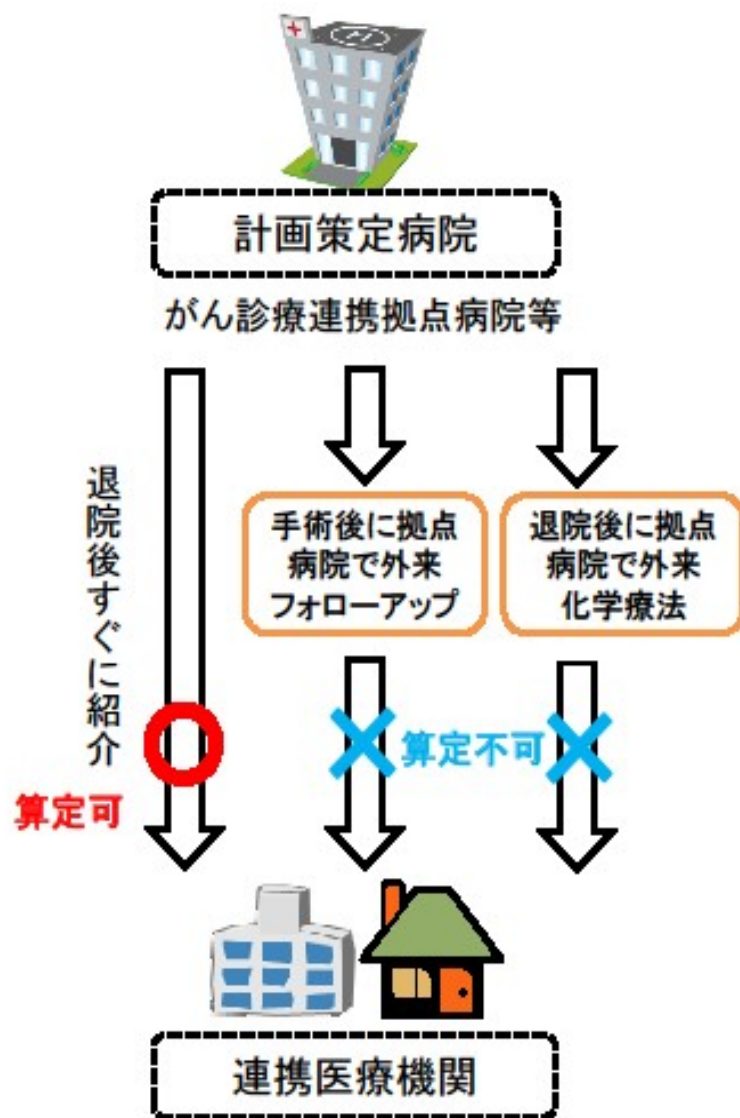
がん診療の連携に関する評価と課題について②

がん治療連携計画策定料

750点(退院時)



がんの治療目的に入院した患者に対して退院時に算定できるが、**当該病院で外来フォローアップを行った後**に連携医療機関に紹介した等の場合には算定できない。



パート6

在宅医療と薬局・薬剤師



「医療提供施設」としての保険薬局

●改正医療法の第1条の2

「病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他医療を提供する施設」とし、「調剤を実施する薬局」を、初めて「医療提供施設」と明記した

●これまでの経緯

- 前回97年の第4次医療法改正時は、薬局に関しては、「医薬分業の推進」が地域医療計画の「任意記載事項」として盛り込まれただけにとどまっていた。
- 今回の医療法改正は保険薬局の機能にとっては画期的ともいえる改正

医療計画作成指針(07年7月通知)

• 「薬局の役割」

- 医療計画の「4疾病・5事業にかかる医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料の供給拠点としての役割を担うことが求められる」
- 「都道府県においては、医療機関と薬局の機能分担および業務の連携によって、時間外においても対応できることなどを計画に記載することにより、患者や住民に対し分かりやすい情報提供の推進を図る」
- 医療計画の案の作成の段階から、都道府県は「調剤に関する学識経験者の団体」すなわち都道府県の薬剤師会の意見を聞かなければならないと規定された。

医療計画と保険薬局



• 日本薬剤師会 山本信夫副会長

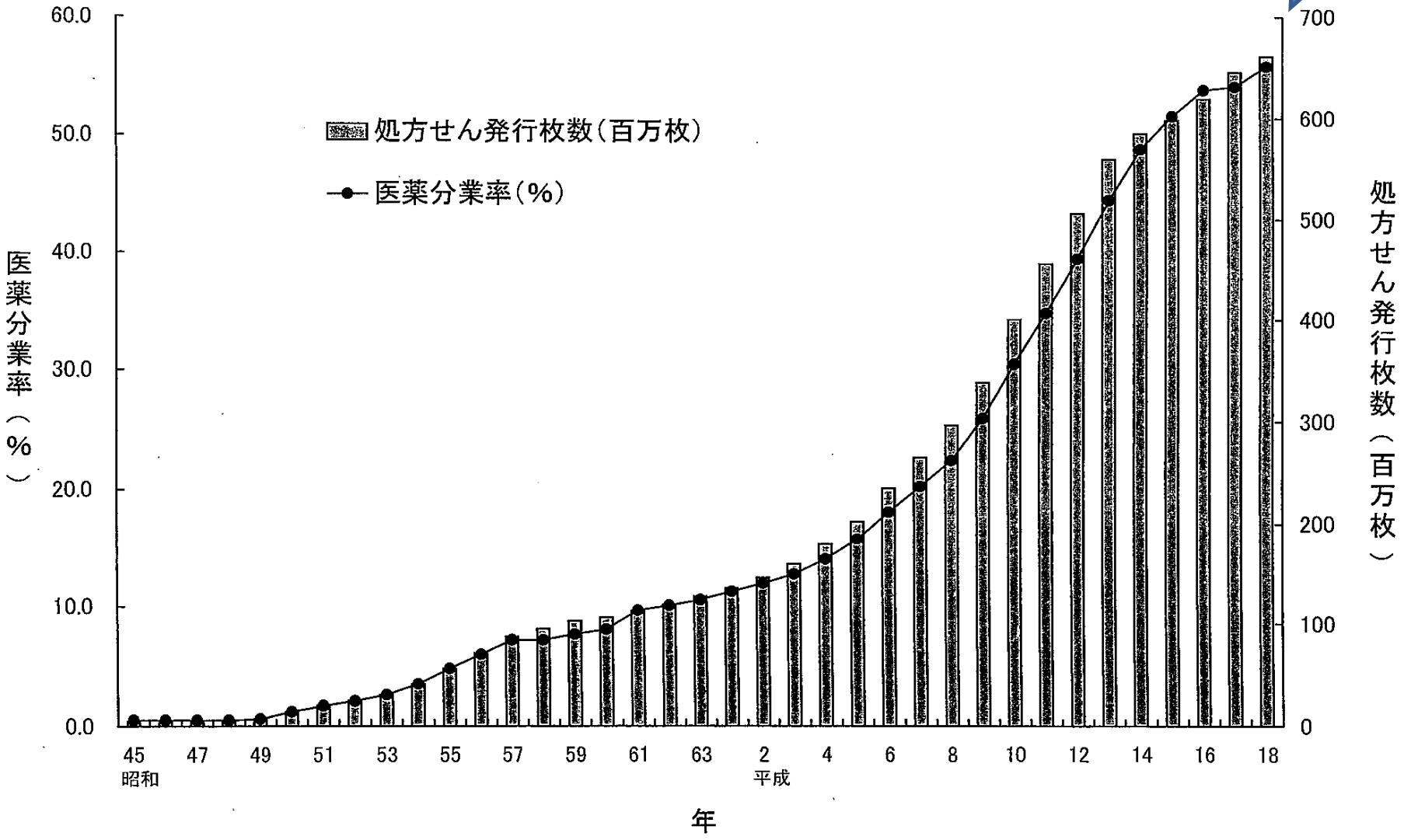
- 「これまでの医療計画には、薬局は医薬分業としての機能しか含まれていなかった。しかし医療法改正で、薬局が医療提供施設となったことによって、医療計画の中の医療提供施設といえば全てに薬局が含まれるものと認識している」
- 「4疾病・5事業への参加については、急性期医療に関しては難しいが、それ以外の癌、糖尿病、脳卒中などすべての疾病に対して、医薬品の供給という面で関与できるだろう」
- 「また5事業については、災害時における医療には既に取り組んでいる。さらにへき地医療は今後検討すべき課題になる」
- 「在宅医療の観点では、薬剤師の出番はたくさんある」。

保険薬局の機能見直しの背景

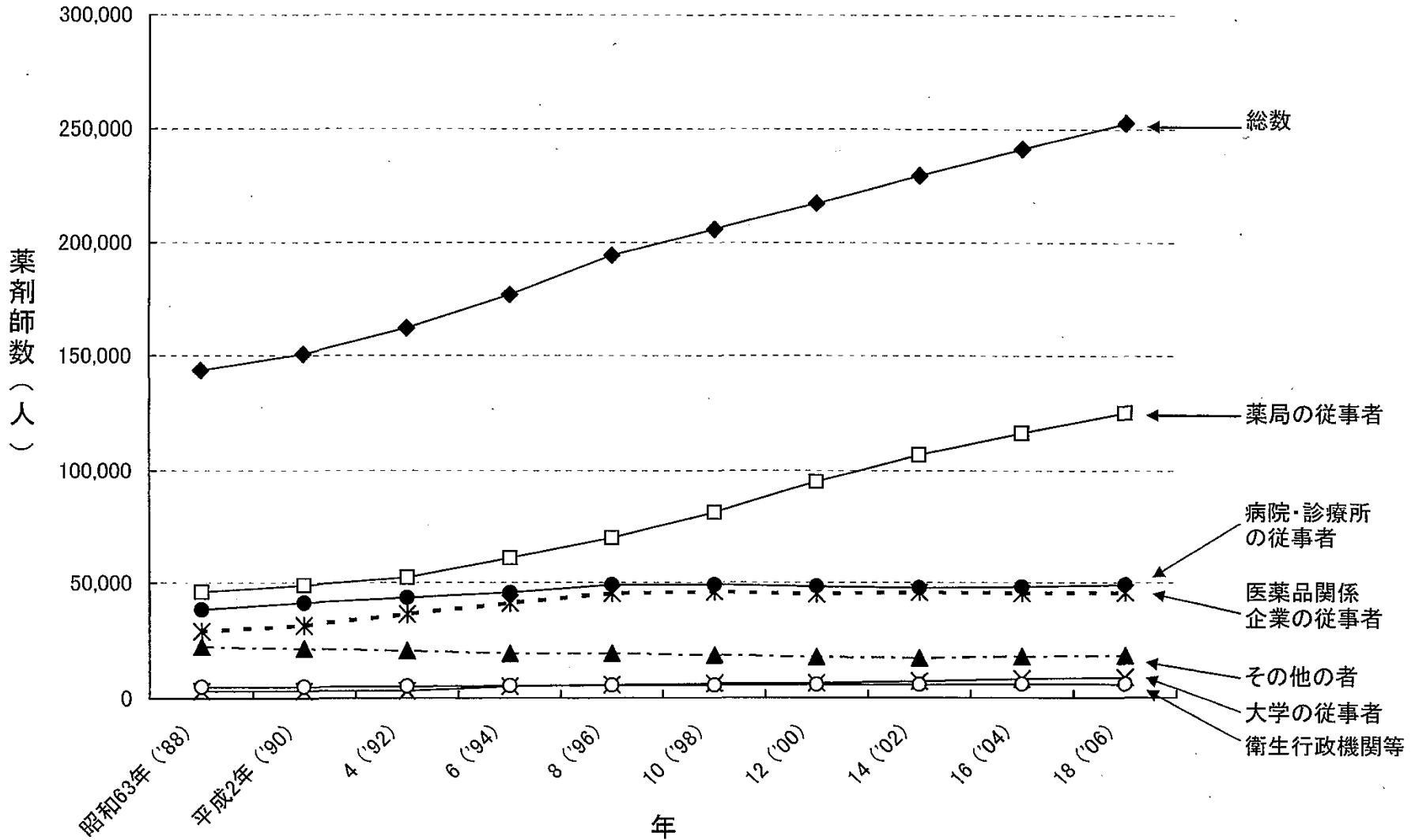
- 今日、医薬分業が60%を超え、量的には拡大した。
- 保険薬局数も5万3千軒となった。
- 薬学教育が6年制となり、薬剤師の臨床薬剤師としての資質の向上も期待されている
- 薬局・薬剤師を取り巻く環境が大きく変化している
- 新たな薬局と薬剤師の役割が求められている

分料率60%、
院外処方せん
7億枚

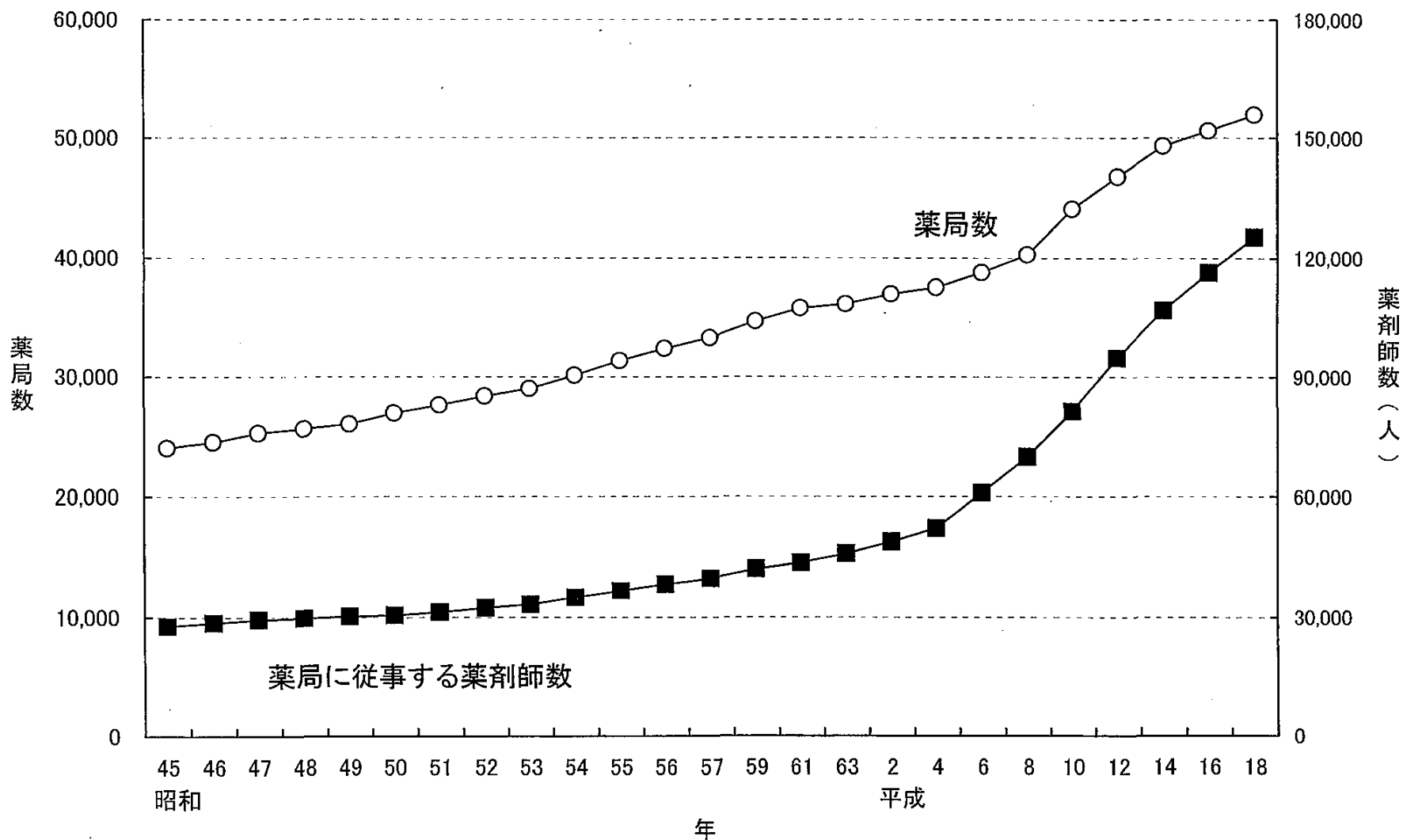
処方せん発行枚数と医薬分業率の推移



業務種別に応じた薬剤師数の推移



薬局数と薬剤師数の推移



薬剤師を取り巻く環境が
大きく変化している
新たな保険薬局・薬剤師の在り
方が問われている！



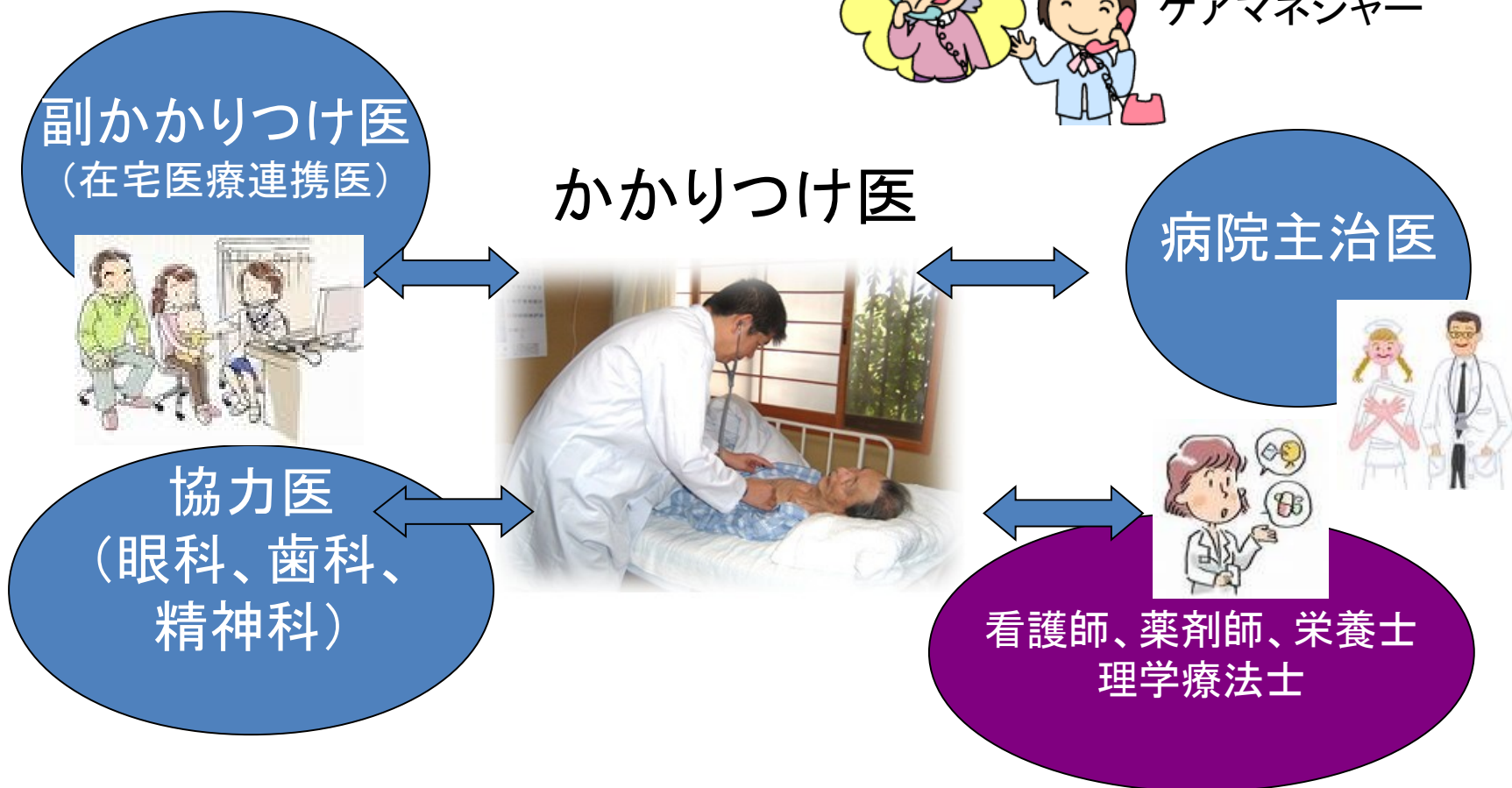
在宅医療と薬局・薬剤師

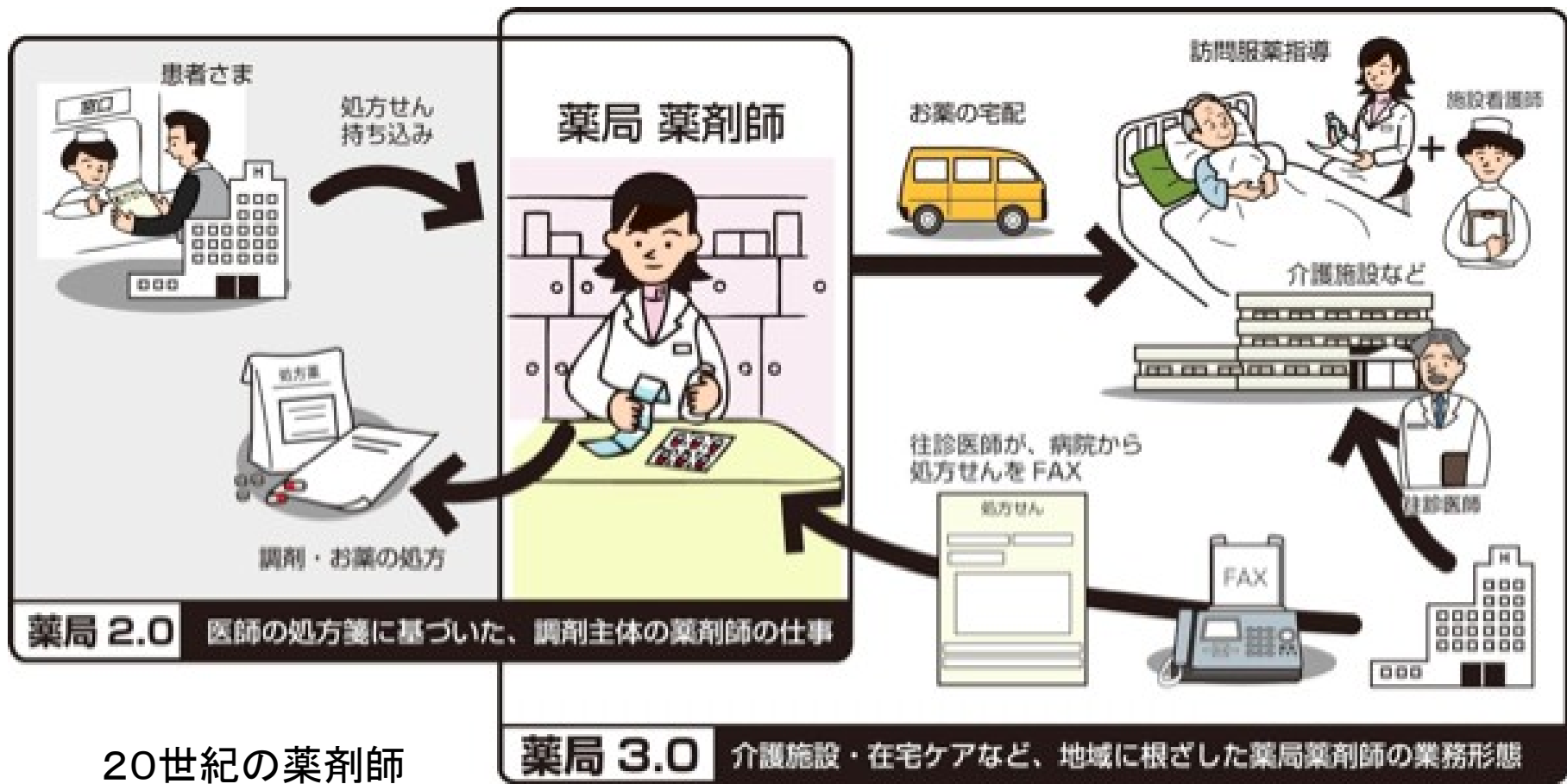


在宅医療連携は究極の連携医療

—病診、診診連携、多職種連携—

- 在宅医療連携





20世紀の薬剤師

21世紀の薬剤師

従来の処方箋調剤は行いつつ、在宅医療支援を行う



ハザマ薬局の狭間先生

(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

往診医師への同行



「まさか、薬局に就職してドクターの回診につくととは・・・」

特養での多職種連携



フロアでの申し送り



ケアカンファレンス

多職種から薬剤師への承認(acknowledgement)

在宅での服薬支援と服薬指導



一包化



服薬指導



父のお薬カレンダー

医師・看護師による 在宅医療講習会



知識：薬理学・製剤学・解剖生理・病理病態・
TDM・ターミナルケア
技能：バイタルサイン・フィジカルアセスメント
態度：対医療者・対患者コミュニケーション
グリーフケア



バイタルサイン採集の基本手技を看護師が教える

在宅医療を行う保険薬局へ向け 医薬品分割販売

- 医薬品分割販売
 - 錠剤などは1シート単位、塗り薬・目薬などは1本単位から医薬品等を購入できる仕組み
 - 東邦薬品のPFP事業
 - PFPとは”Pharmacy for Pharmacies (薬局のための薬局)
 - 全国約10,000軒以上の保険薬局に商品を発送
 - 取扱品目(医薬品・医療材料)はおよそ4,000品目



パート7

医薬品卸の新たな役割



医薬品卸の役割

- 制度が変わる、市場が変わる、顧客も変わる
- 医薬品卸としての物流管理の精度向上はもちろんだが、
商社としてより多くの機能が、卸の生き残りに必須となる
- これからの卸の役割
 - 市場のバリューチェーンを形成する
 - 従来、卸の活動は病院と診療所の担当が分かれた形で営業活動を行ってきた
 - 卸の機能を活かして一体となって医療連携に関わるべきである
- 時代の変わり目は、ヘルスケア全体での経営感覚を持ってビジネスを構築する大切な時期

医薬品卸のこれからの役割

- 地域連携支援
 - 地域連携室支援
 - 患者の後方病床、介護施設紹介
 - 地域連携クリティカルパス支援
- 在宅支援機能
 - 薬局の在宅支援
 - サービス付高齢者住宅、小規模多機能サービスの設計、運営
 - 医療機関併設型サービス付高齢者住宅

医薬品流通の近未来とは？

PBM研究会

PBM(薬剤給付管理)

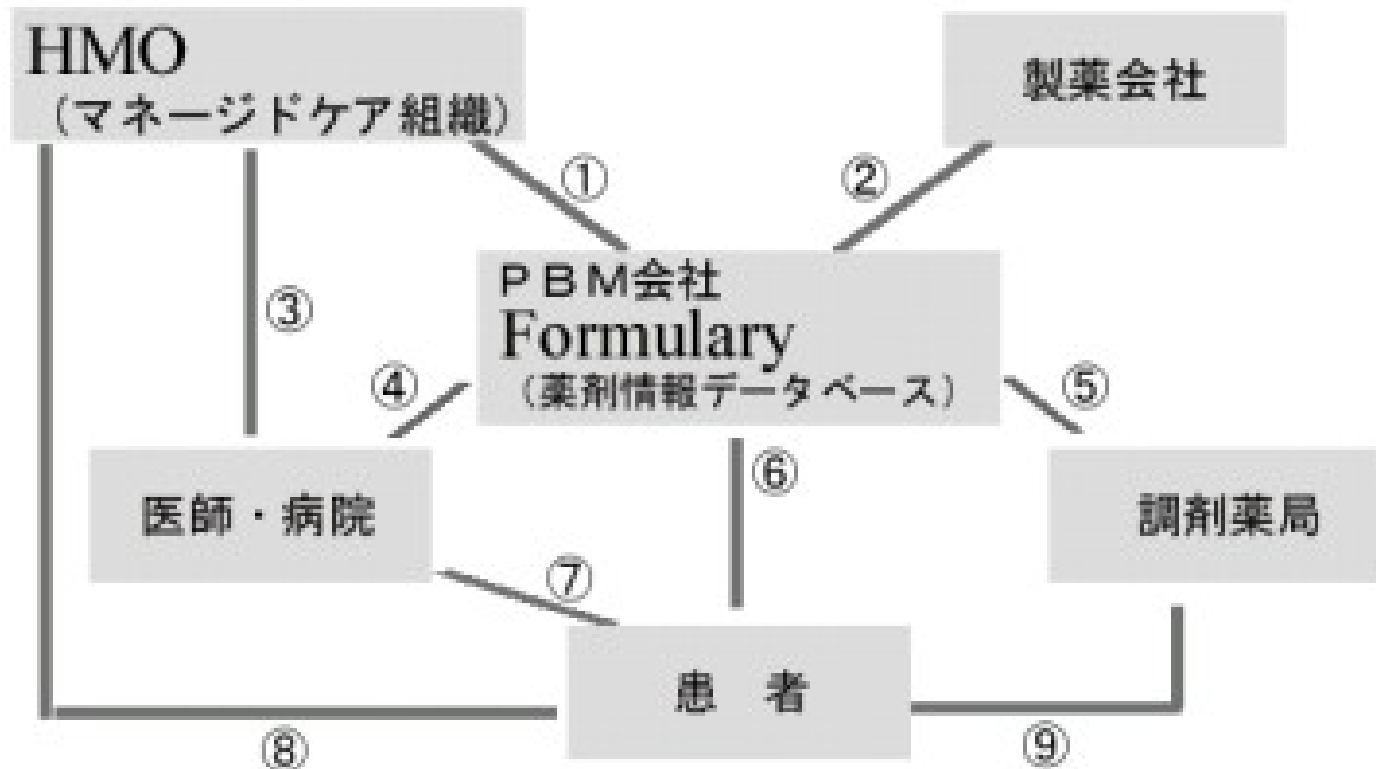
- 薬剤給付管理 (PBM: Pharmacy Benefit Management)
- PBMとは保険者、製薬企業、医薬品卸、薬局、医療機関、患者といった様々な利害関係者の間に立って、医薬品のコストや疾病管理の観点から薬剤給付の適正なマネジメントを行うことである
- PBMは米国では150社あり、上位8社で市場シェア75%を占める
- MerckやLillyなどの製薬企業が保有するPBMや保険会社が経営するもの、卸出身など、所有形態、サービス形態は多様である。

米国のPBMの歴史

- 1970年代
 - 医薬品費の高騰を受けて保険者に代わって薬剤費の保険償還を請け負うビジネスモデルとしてスタート
- 1980年代
 - 保険薬局チェーンのマネジメントを行う
- 1990年代
 - 保険償還医薬品リスト(フォーミュラ-リー)を作成したり
 - 医薬品メールオーダー事業
 - 専門薬局のマネジメント等も行うようになる
- 2000年
 - 医薬品を通じた慢性疾患患者の疾病管理プログラムを実施するまでに至っている。

PBMのビジネスモデル

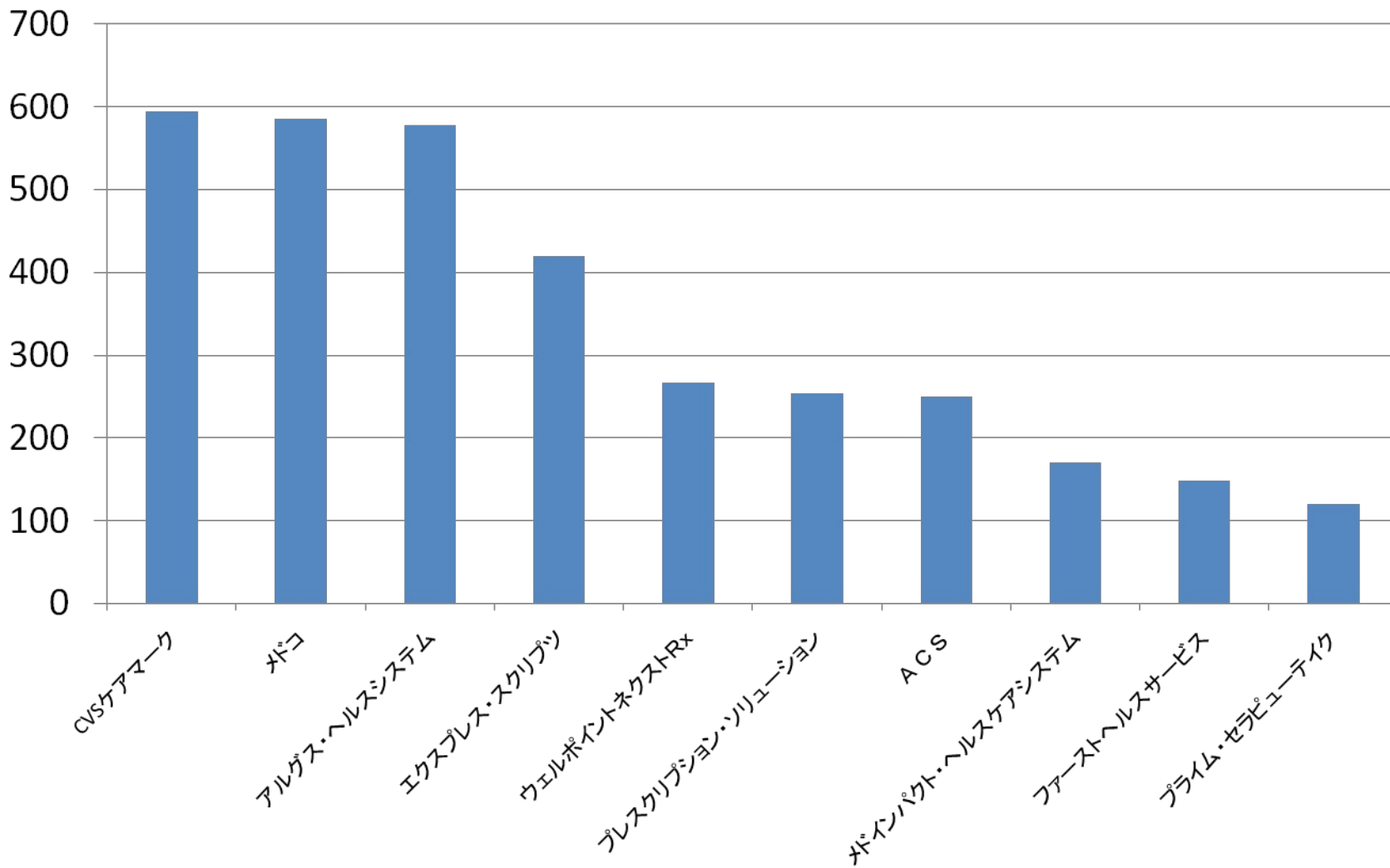
図 : Pharmacy Benefit Management



- ①使用薬指定
- ②自社製品の登録
- ③医薬品使用審査
- ④処方箋変更要求
- ⑤薬剤情報の提供
- ⑥薬歴情報の蓄積
- ⑦処方箋発行
- ⑧服薬指導・予防
- ⑨処方

米国のPBM会社と取り扱い処方せん枚数

処方せん枚数(100万)



PBMの主な役割

- 保険者に代わって製薬企業とのリベート、ディスカウント交渉、薬剤請求を管理する
- 推奨医薬品リスト(フォーミュラリー)を作成する
- メールオーダー
- 専門薬局の経営

医薬品フォーミュラリー

- 推奨医薬品リスト(フォーミュラリー)
 - 臨床的、経済的な見地から高品質でかつ安価な薬剤を選択し、保険者に推奨する医薬品リストのことである。
 - コストを削減し、エビデンスに基づく医薬品のリスト
 - 薬剤費をコントロールし、ジェネリックの使用を促進し、低いコストの薬剤を選択、治療のステップ化に繋がる
- 疾病管理(Disease Management)
 - 医薬品使用データと薬剤請求データの統合し、医療提供の全ての面(予防、治療、管理など)において、最適な臨床・経済効果の向上を目的としたプログラムを提供する

専門薬局

- 専門薬局

- バイオ医薬品、抗がん剤や血友病の血液製剤、インターフェロン製剤、HIV治療薬などおもに高額で、服薬指導や有害事象のモニターが必要な医薬品を取り扱う薬局
- 訓練を受けた専門薬剤師がそれら服薬指導や有害事象モニターを行う
- 薬剤師による服薬アドヒアランスを向上させるプログラムや、患者情報を収集し、医師にフィードバックするプログラムで、これらの疾患の疾病管理に貢献している。

メールオーダー

- メールオーダー

- 医薬品に関する規制緩和が進んでいる米国では初回の調剤は薬局で薬剤師との対面で行うが、慢性疾患についてはそれ以降は、メールオーダーによって患者の手元に医薬品が宅配される
- この仕組みは最初、在郷軍人局が高齢の退役軍人むけにスタートさせた医薬品の宅配サービスであるが、これが2000年以降、全米に広く普及することとなった。

PBMビジネスの収益構造

- ①製薬企業からのリベート
 - リベートはフォーミュラリーを設定することで、メーカー絞り込みができて採用されたメーカーは大量発注の見返りにPBM会社へリベートを支払う。
- ②償還差益
 - 償還差益はPBM会社が保険者から受け取る薬剤費と、薬局に支払う薬剤費の差額
- ③薬剤償還に関する手数料
 - 薬剤償還に関する手数料は処方せん枚数当たりに徴集する
- ④メールオーダー事業
- ⑤専門薬局の経営

PBM研究会

- 第3回PBM研究会

– 9月8日(土)日米シンポジウム「PBMとジェネリック医薬品」を開催します！



第1回PBM研究会 (2010年12月)



医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 2011年5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, PBM など
- 好評発売中



まとめと提言

- ・2012年は診療報酬・介護報酬同時改訂
～病院から在宅へのシフトがはじまる～
- ・制度改革の中で薬局・薬剤師の役割も大きく変わる
- ・医薬品卸も市場の変化に合わせて、新たな市場を開拓すべき
- ・PBMが近未来の市場のヒントとなるかもしれない・・・
- ・
- ・

ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[gt2m-mtu@asahi-net.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)