



医療計画が求める これからの地域医療 ～在宅医療と薬剤師の役割～



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

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
 - 医療計画と薬局・薬剤師
- パート3
 - 医療計画見直し
- パート4
 - 2012年診療報酬改定と薬剤師
- パート5
 - 在宅医療と薬局・薬剤師
- パート6
 - 2012年介護報酬改定
- パート7
 - 在宅終末期ケア連携



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

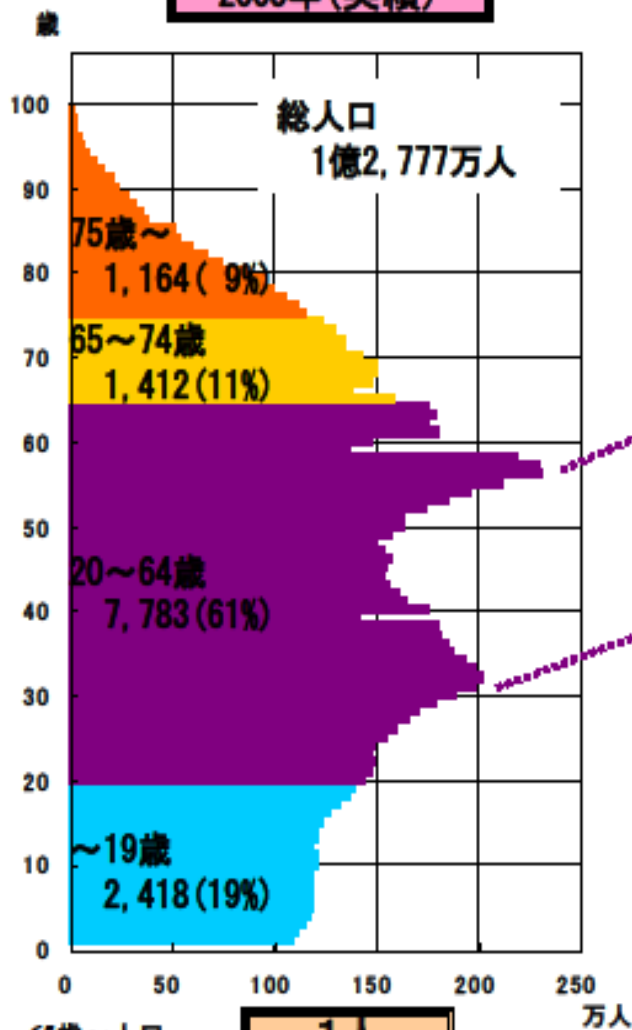


2012年1月6日、社会保障改革本部

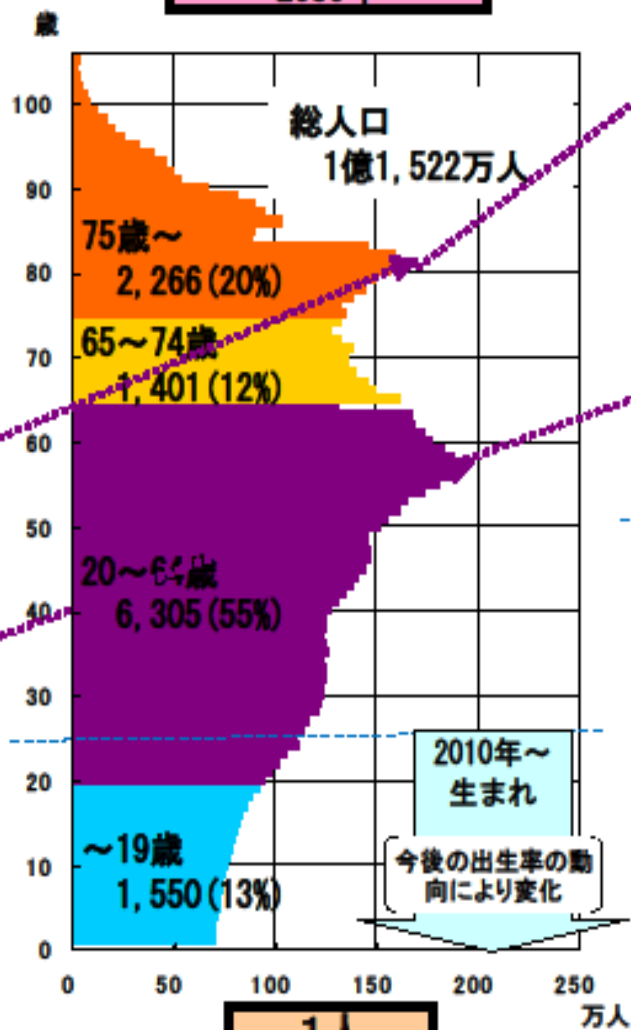
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 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。

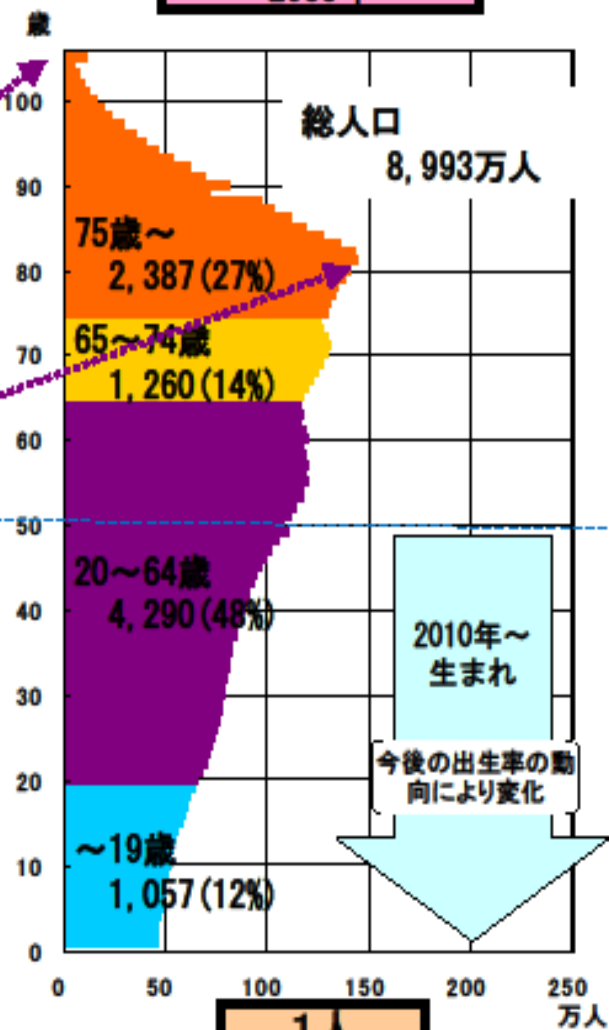
2005年(実績)



2030年



2055年

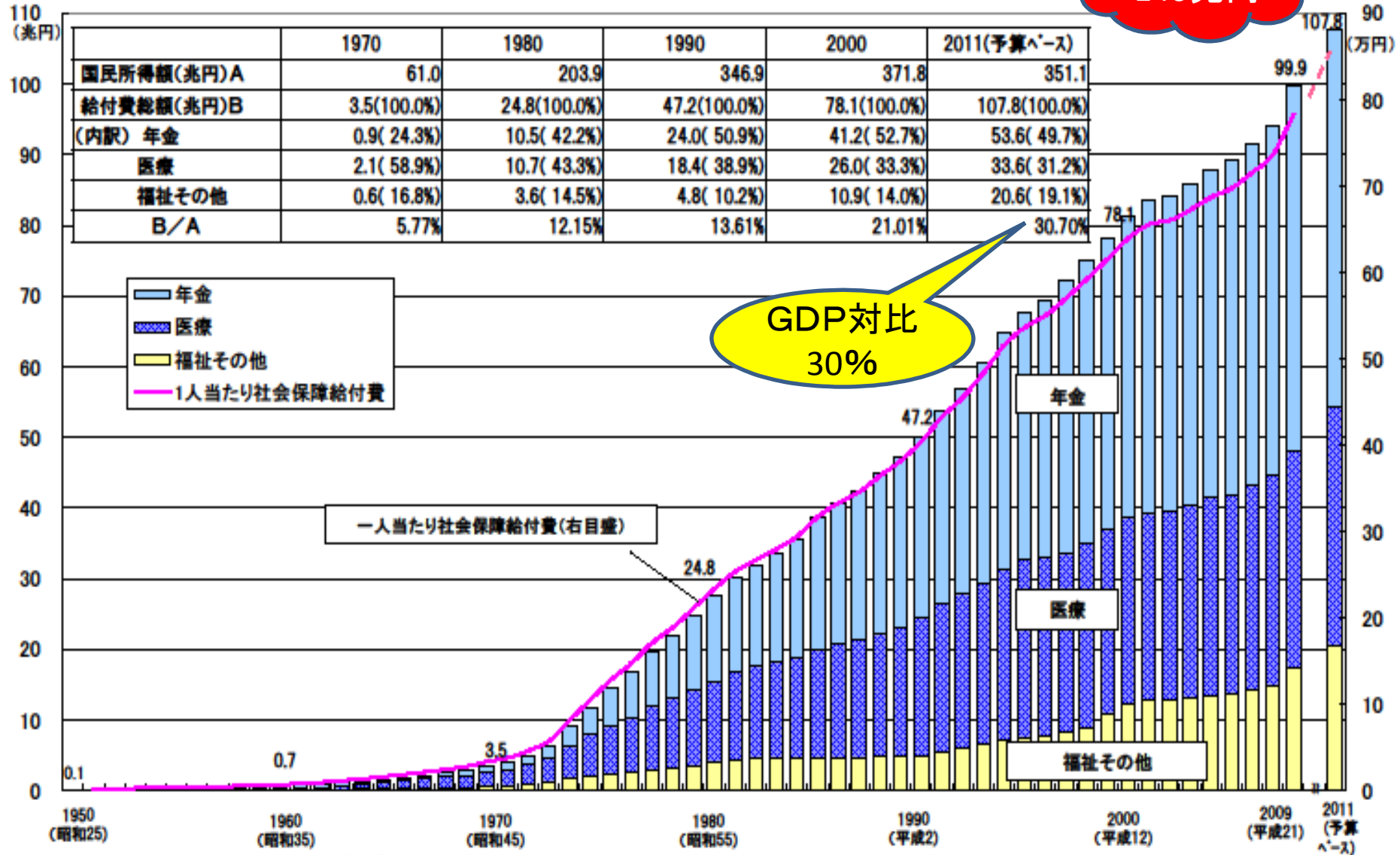


注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

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



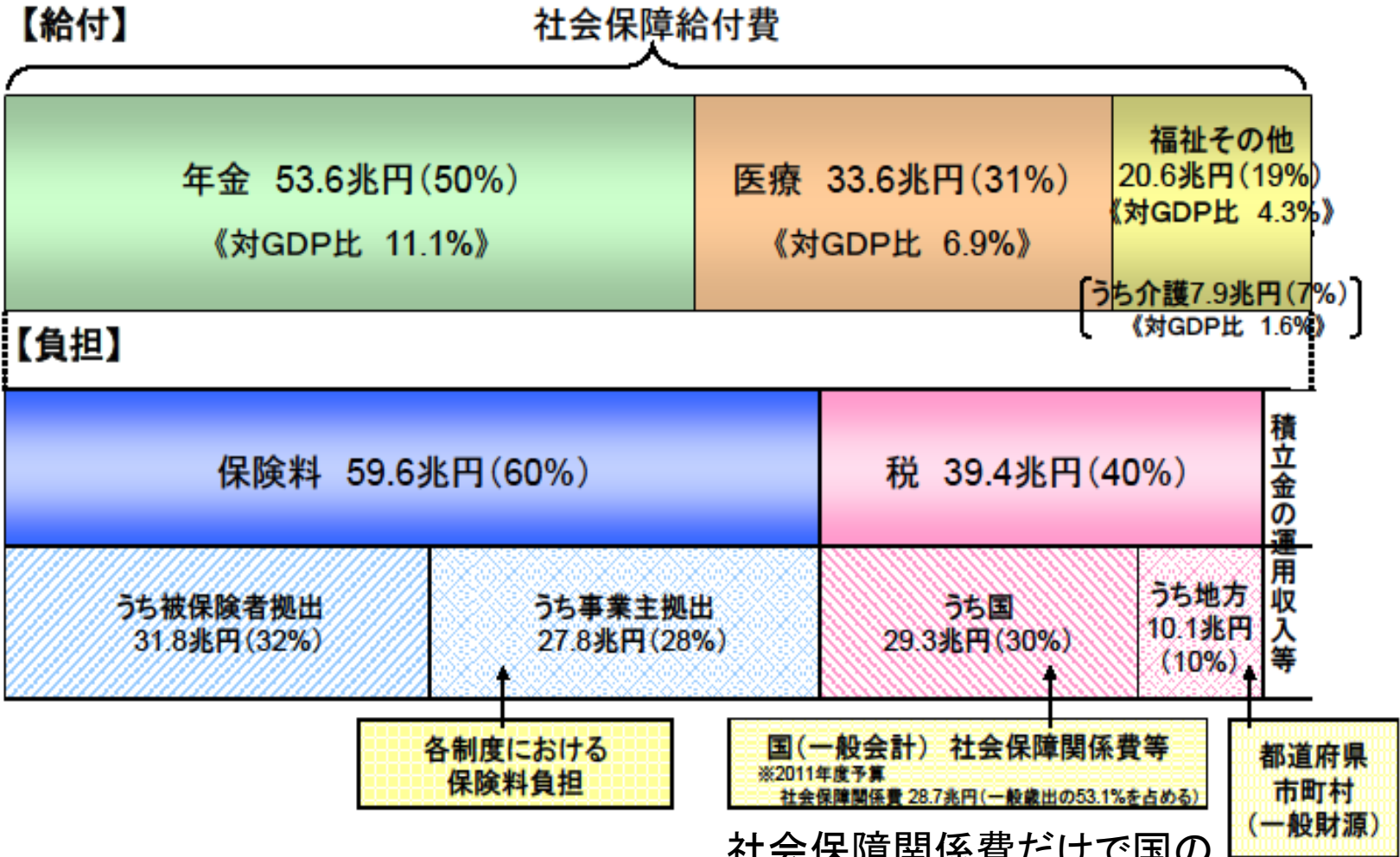
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

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%)

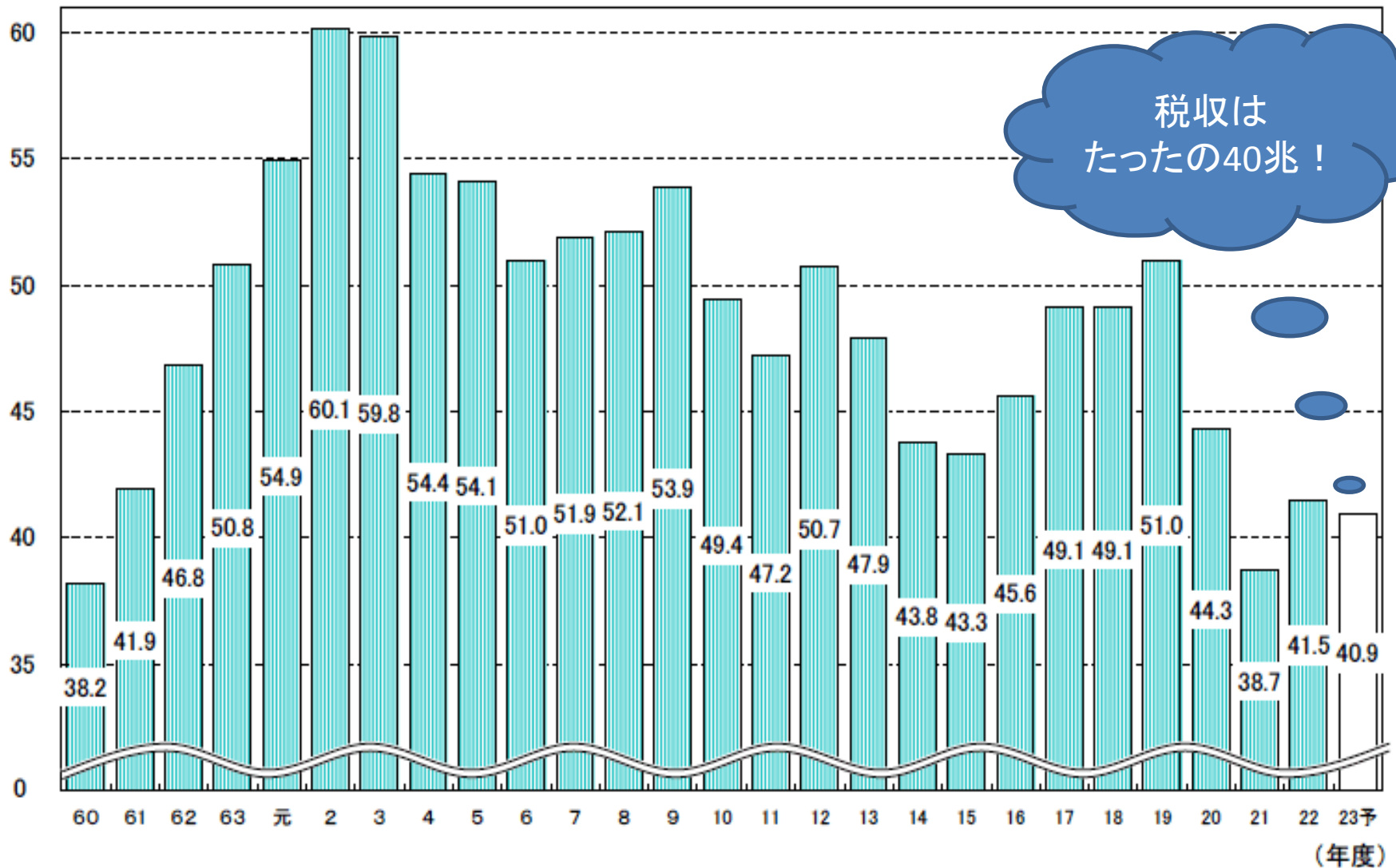


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の
一般歳出の53%を占めている

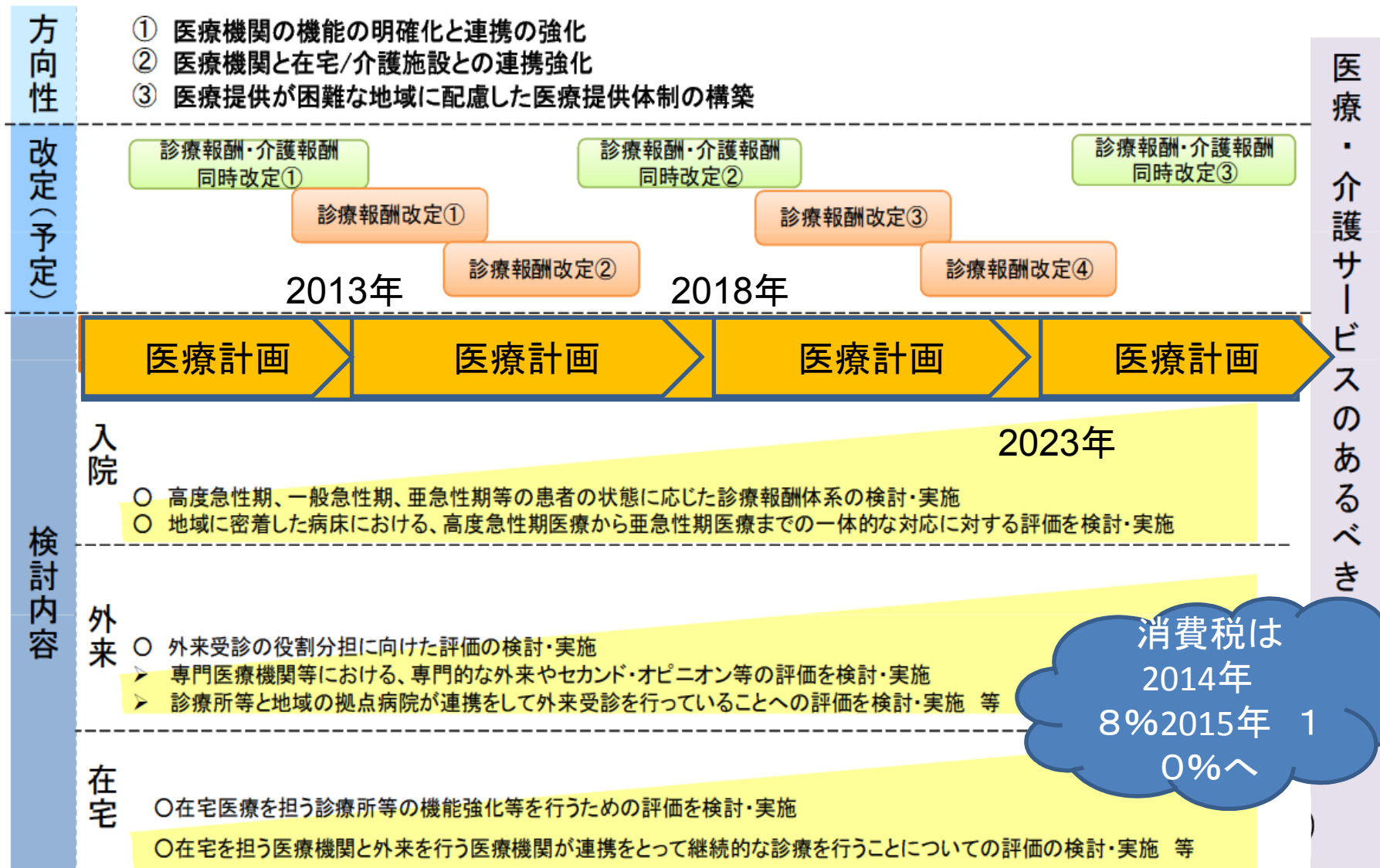
一般会計税収の推移

(兆円)



診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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】

2011年度

2025年度

| | 2011年度 | 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 |
| | 一般病床 107万床 | 【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) |
| | | ・ 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 |

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

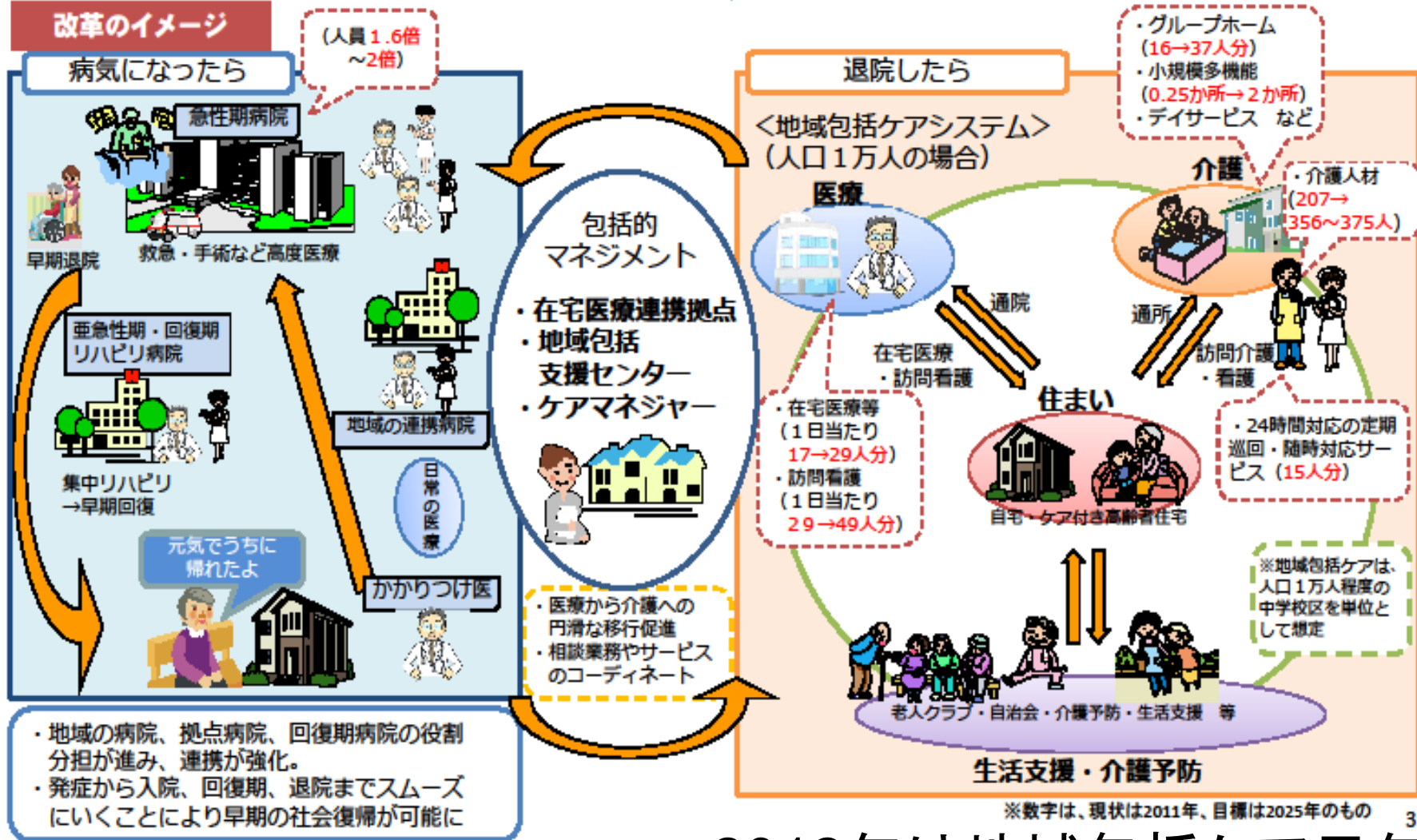
改革の方向性 ②

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



2012年は地域包括ケア元年

パート2

医療計画と薬局・薬剤師

2006年6月第5次医療法改正 地域医療計画の見直し



医療連携の法制化

地域医療計画の見直し

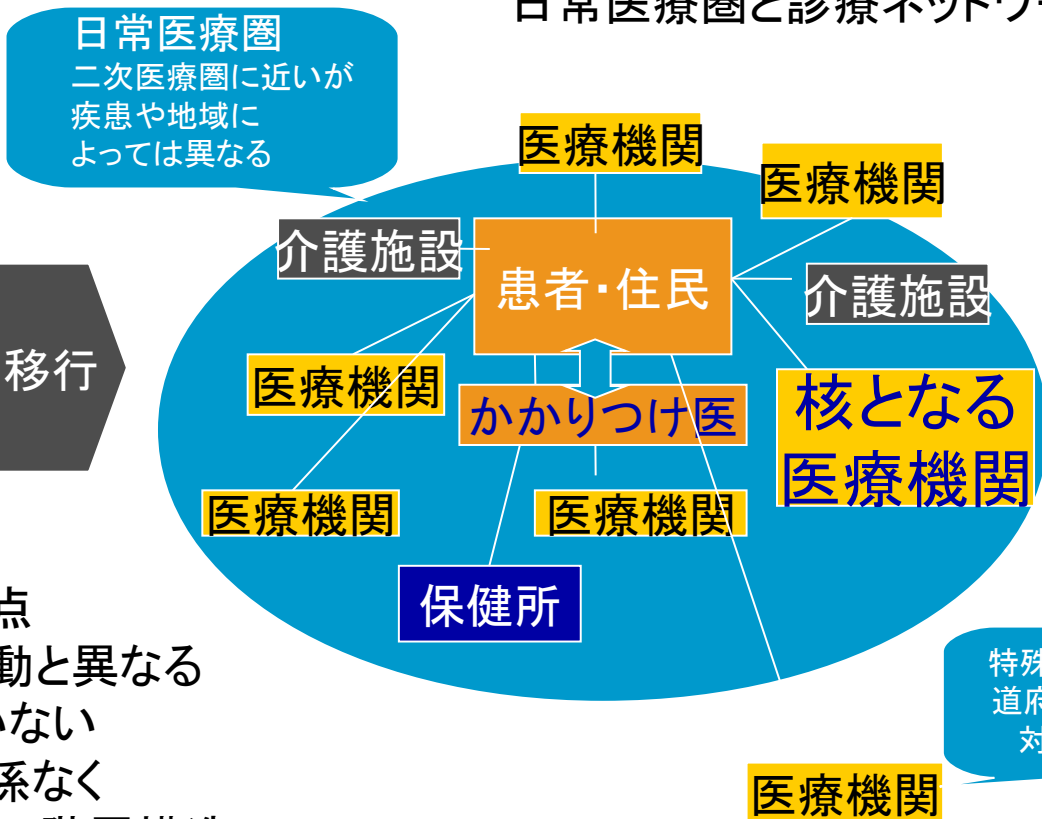
疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

これまでの医療計画の考え方



移行

日常医療圏と診療ネットワーク構想



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

疾病別、事業別(がん、脳卒中、糖尿病、小児救急など)

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

第5次医療法改正で
保険薬局も大きく役割が変わった！

「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

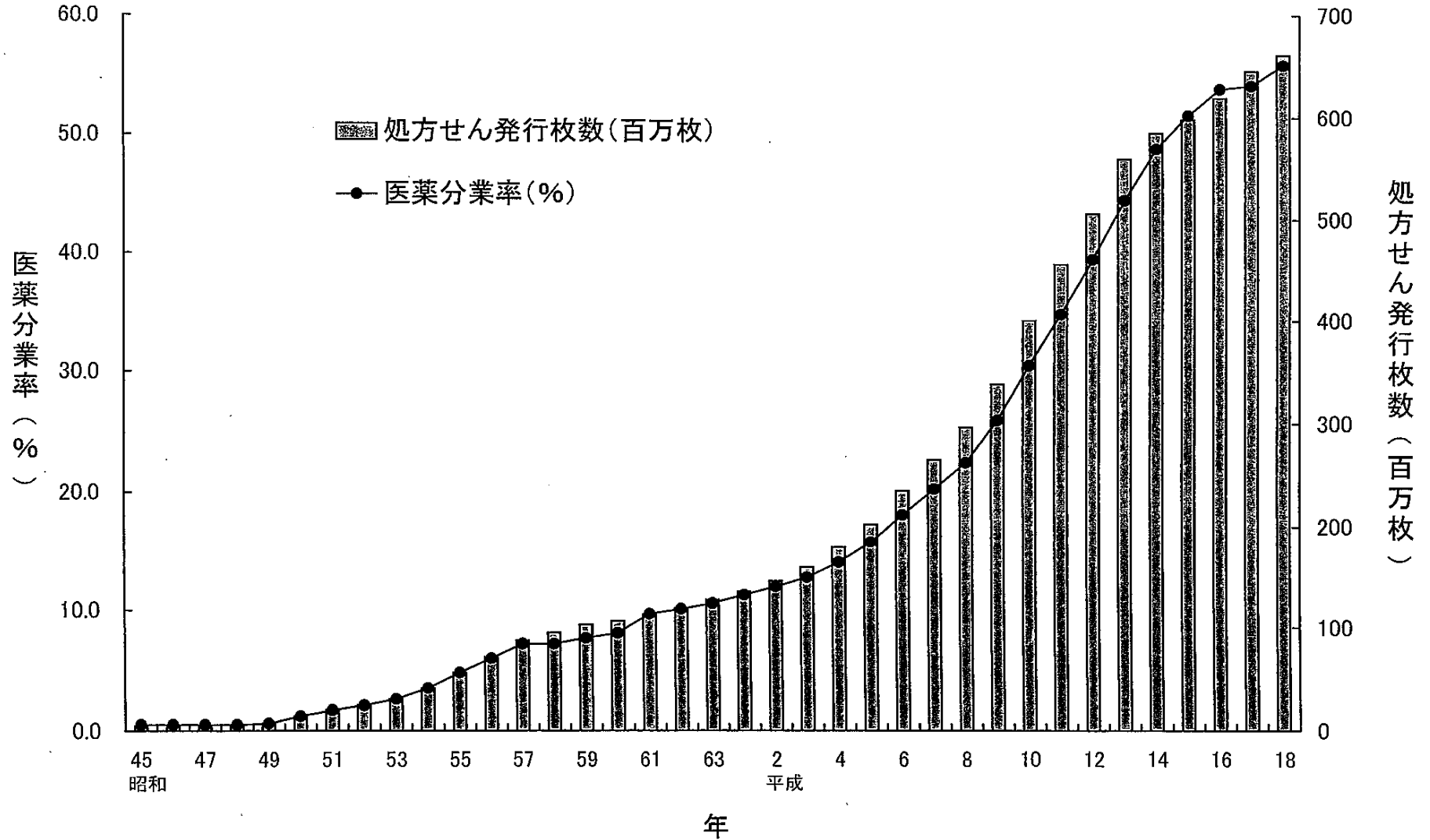
- 「これまでの医療計画には、薬局は医薬分業としての機能しか含まれていなかった。しかし医療法改正で、薬局が医療提供施設となったことによって、医療計画の中の医療提供施設といえば全てに薬局が含まれるものと認識している」
- 「4疾病・5事業への参加については、急性期医療に関しては難しいが、それ以外の癌、糖尿病、脳卒中などすべての疾病に対して、医薬品の供給という面で関与できるだろう」
- 「また5事業については、災害時における医療には既に取り組んでいる。さらにへき地医療は今後検討すべき課題になる」
- 「在宅医療の観点では、薬剤師の出番はたくさんある」。

保険薬局の機能の見直しの 背景とは？

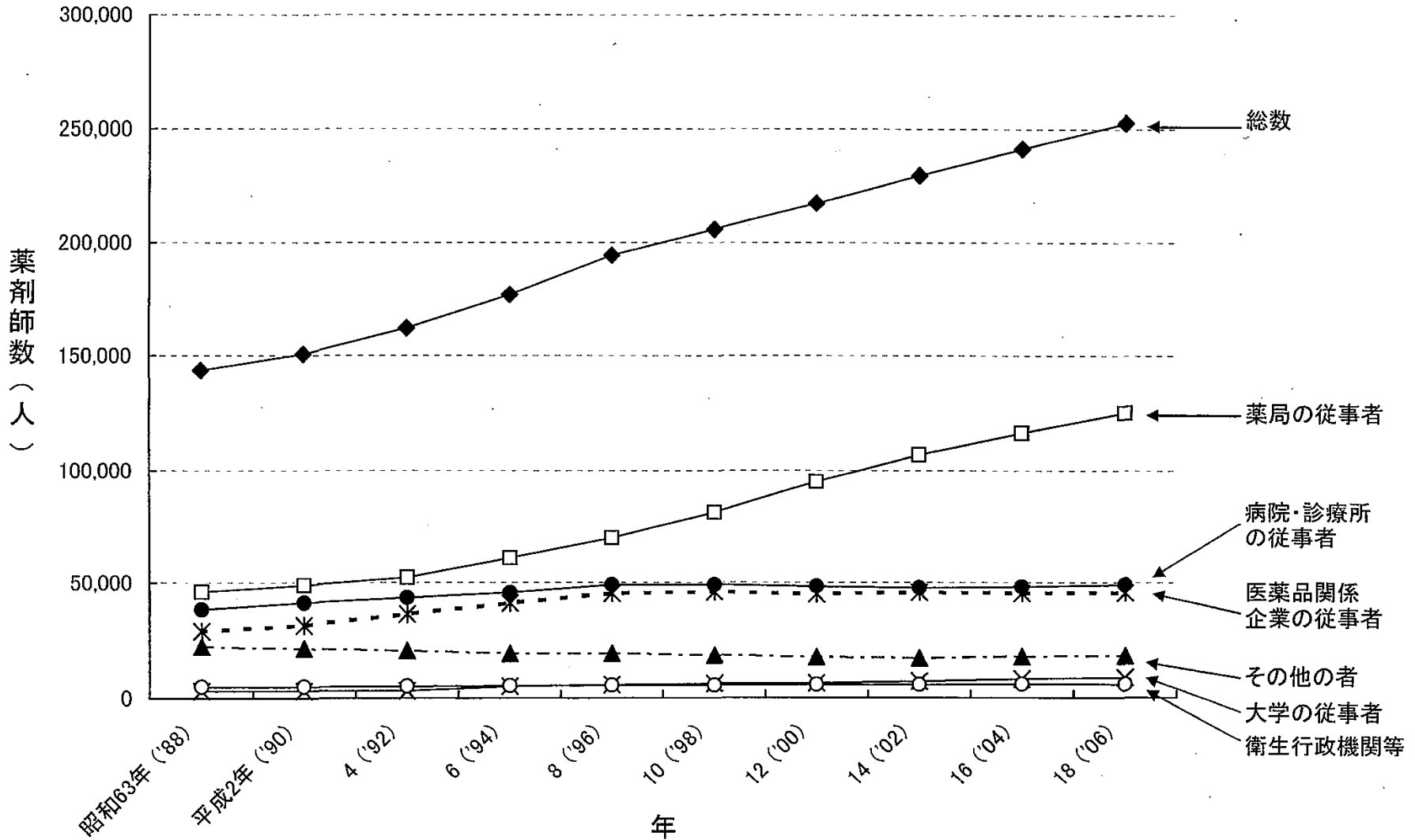
保健薬局の機能見直しの背景

- 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年生となり、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

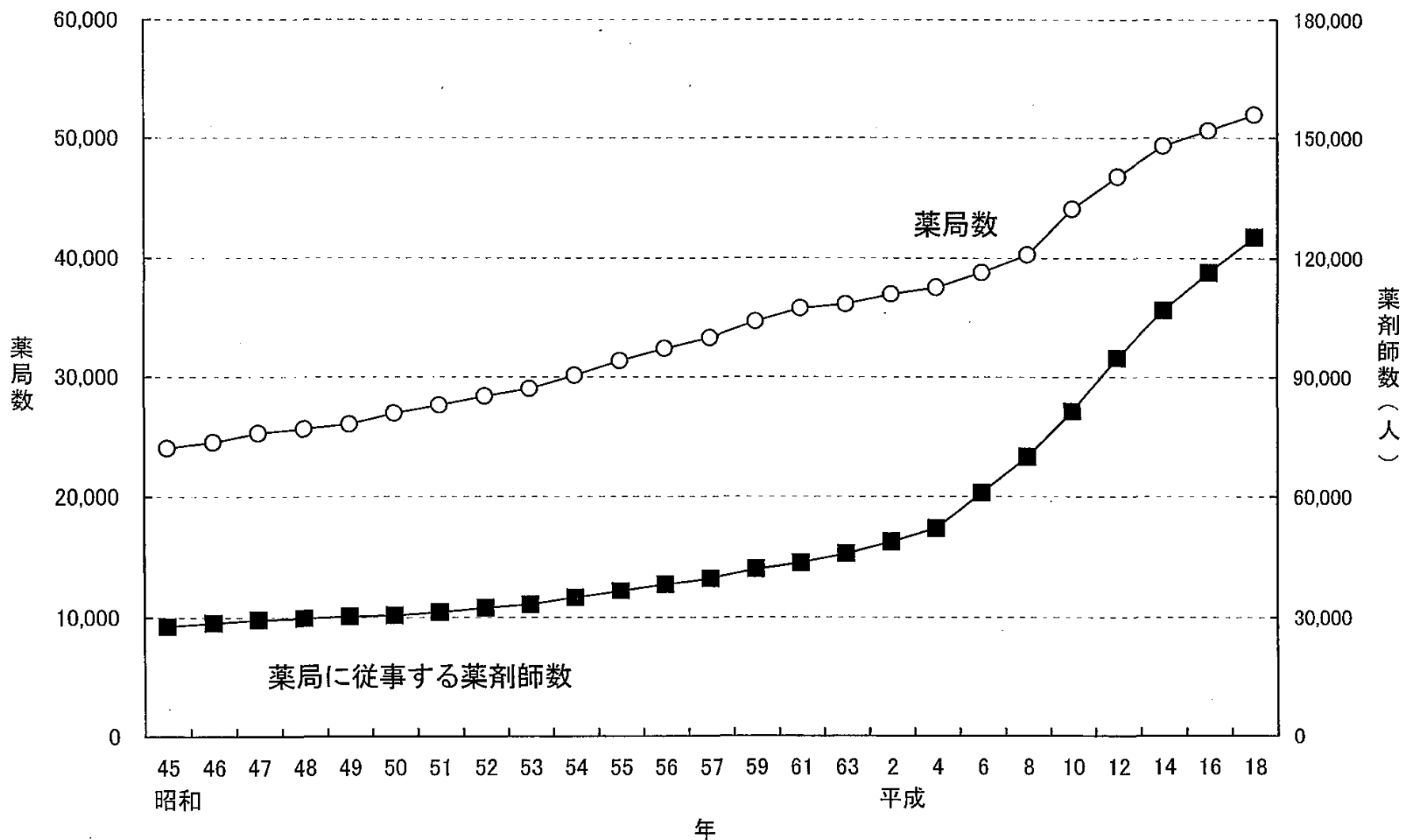
処方せん発行枚数と医薬分業率の推移



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！



パート3

医療計画の見直し

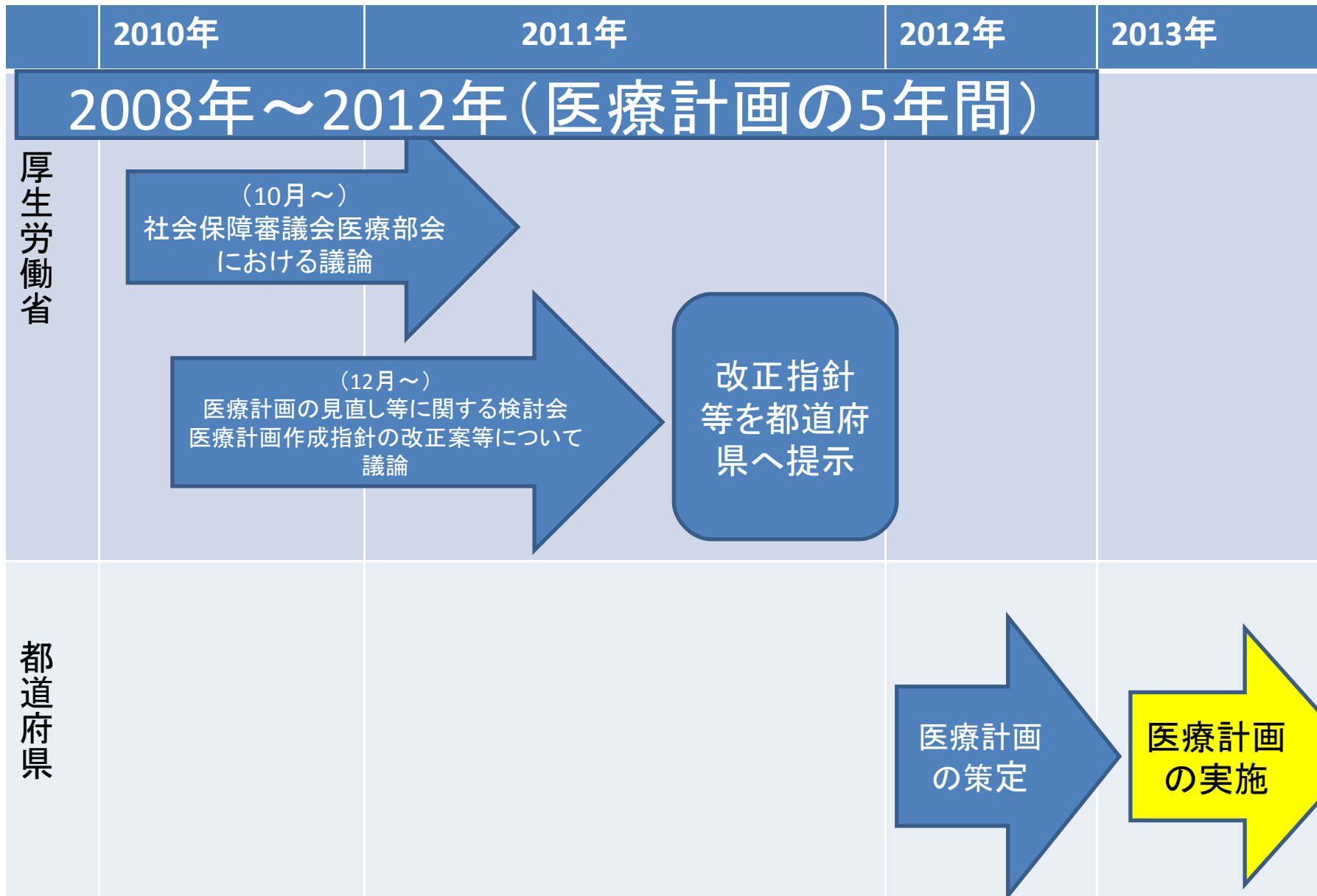


医療計画見直し等検討会

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

医療計画見直しスケジュール(案)



次期の医療計画へ向けて 医療計画見直し等検討会(2010年12月)

- 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



山本信夫委員は、「医療の中で薬物療法、薬の視点が抜けてしまうと十分な医療提供体制を組めない」強調

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

- ①医療圏見直し
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

①医療圏見直し

• 医療圏

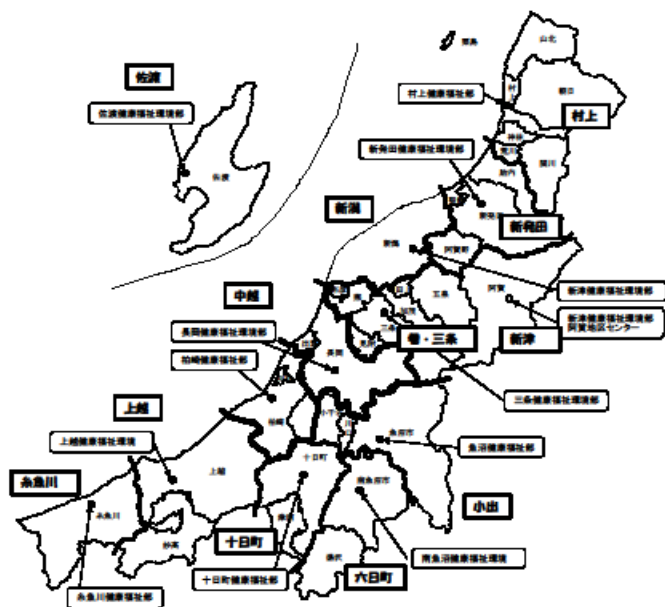
- 都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を測るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとする
- 1985年第1次医療法改正で導入
- 3次医療圏
 - 都道府県単位 52医療圏(北海道6医療圏)
 - 特殊な医療を提供(高度救命救急センター、都道府県がん診療連携拠点病院等)
- 2次医療圏
 - 349医療圏(2010年4月現在)
 - 一般の入院医療に係わる医療を提供
 - 地理的条件、患者需要、交通事情等

2次医療圏見直し

- 見直しの背景
 - 高速交通体系、医療情報の受発信・共有基盤の整備
 - 市町村合併の進展で13圏域の過半数が1～2市町村で構成、二次医療圏(広域市町村圏)の趣旨に合わなくなってきた
- 二次医療圏の見直し(新潟県の例)
 - 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

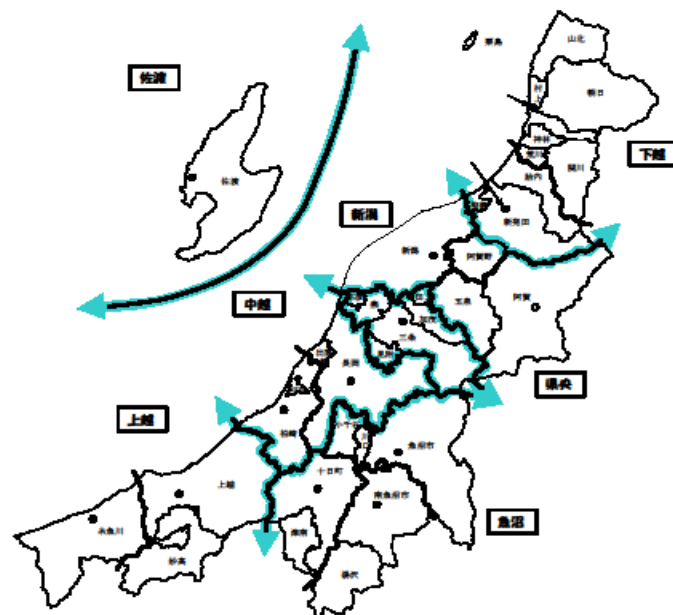
新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

平成 18 年 3 月 31 日までの二次保健医療圏



二次医療圏名

平成 18 年 4 月からの新たな二次保健医療圏



新しい二次医療圏

二次医療圏名

人口、流入流出でみた 二次医療圏のパターン



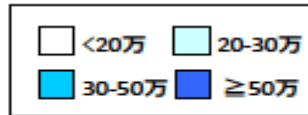
患者流入率(%)

20%

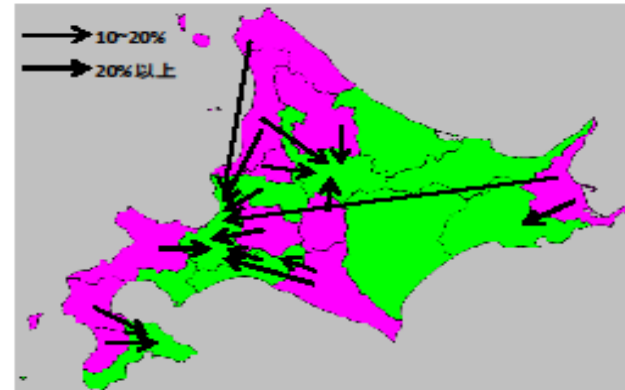
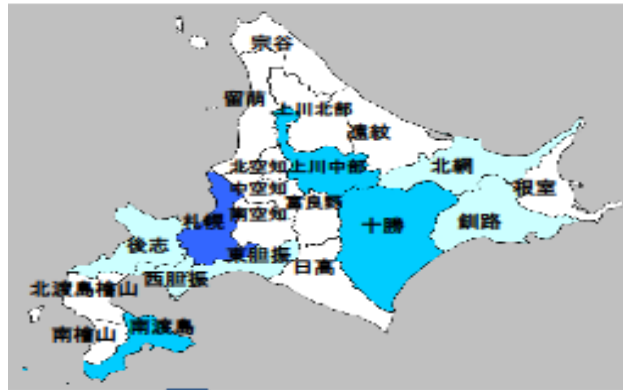
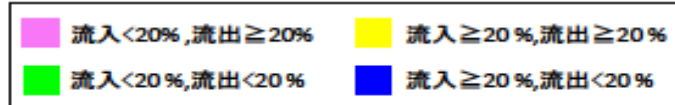
人口20万人未満で、
流出率20%以上、流入率20%未
満の医療圏を見直すことになった

(北海道)

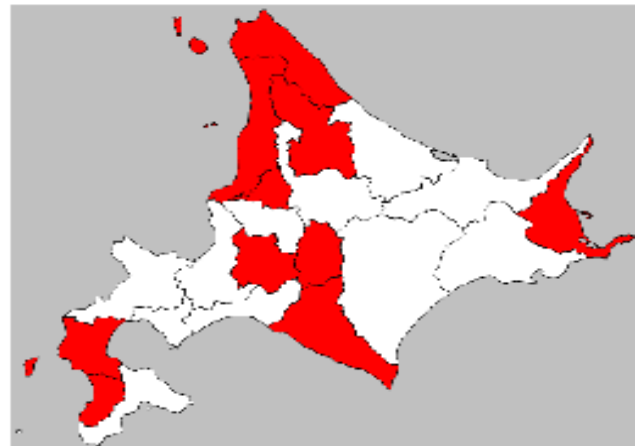
人口



流入出



■ 人口20万人未満
かつ患者流入率20%未満
かつ患者流出率20%以上



②医療計画における数値指標の設定

- 前回見直しより、5年間の計画期間内に達成すべき数値指標を決めることになった
- 疾患別、事業別に達成すべき数値指標を設定し、その達成度を住民を含む委員会等で評価を行い、PDCAサイクルを回すことになった。
- 今回のこの数値指標を整理した。
 - 必須指標
 - 推奨指標

必須指標・推奨指標選定の考え方

必須指標： 全都道府県で入手可能な指標

| | |
|---|--|
| <p>①厚生労働省大臣官房統計情報部が実施している調査等の公開データに基づく指標 (例)患者調査、医療施設調査</p> | <p>(長所) ①都道府県間、医療圏間の比較ができる ②経年的な比較ができる</p> |
| <p>②都道府県が把握可能な機能をもった病院数等の指標 (例)地域医療支援病院数、地域がん診療連携拠点病院数</p> | <p>(短所) ①3年に一度など調査周期が長いものは、PDCAサイクルのための数値目標になりにくい ②病院数、医療従事者数など、ストラクチャー指標が多い</p> |
| <p>③診療報酬の施設基準届出数から得られる指標</p> | <p>③都道府県単位、2次医療圏単位など調査の範囲が固定されている</p> |

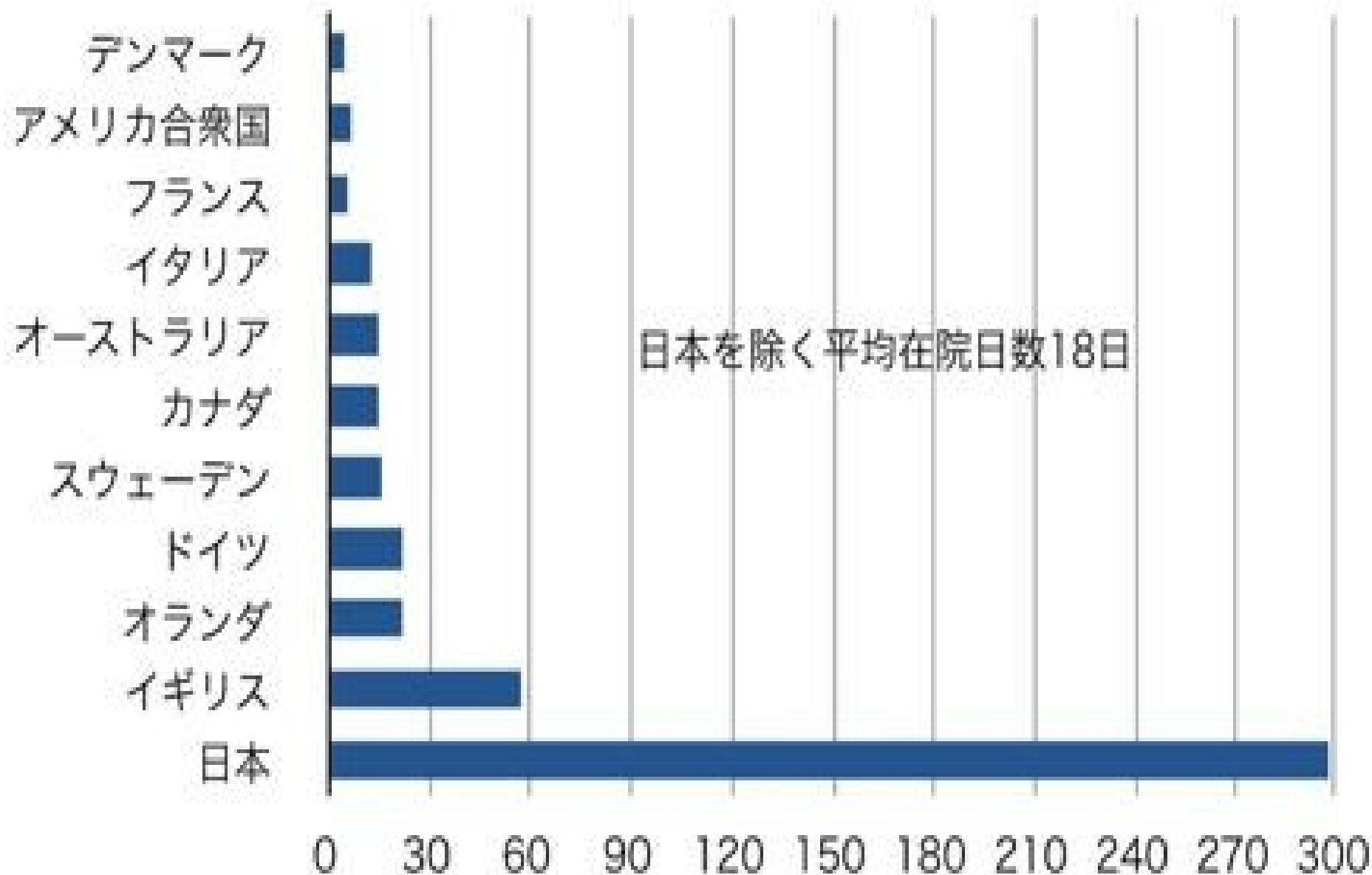
推奨指標： 独自調査、データの解析等が必要であるが、把握する必要性が高いと考えられる指標

| | |
|---|--|
| <p>①分析を要するが、公的統計等から入手可能な指標</p> | <p>(例) 患者調査、医療施設調査等の個票解析で得られるデータ</p> |
| <p>②独自調査が必要であるが、医学的あるいは医療提供体制を検討する上で、把握する必要性が高いと考えられる指標</p> | <p>(例) 専門的治療が可能な医療機関 救急搬送件数、手術の実施件数 等 (消防、医療機関への調査が必要)</p> |

③精神科疾患を5疾患に追加

日本の精神医療の特殊性

2005年退院者平均在院日数

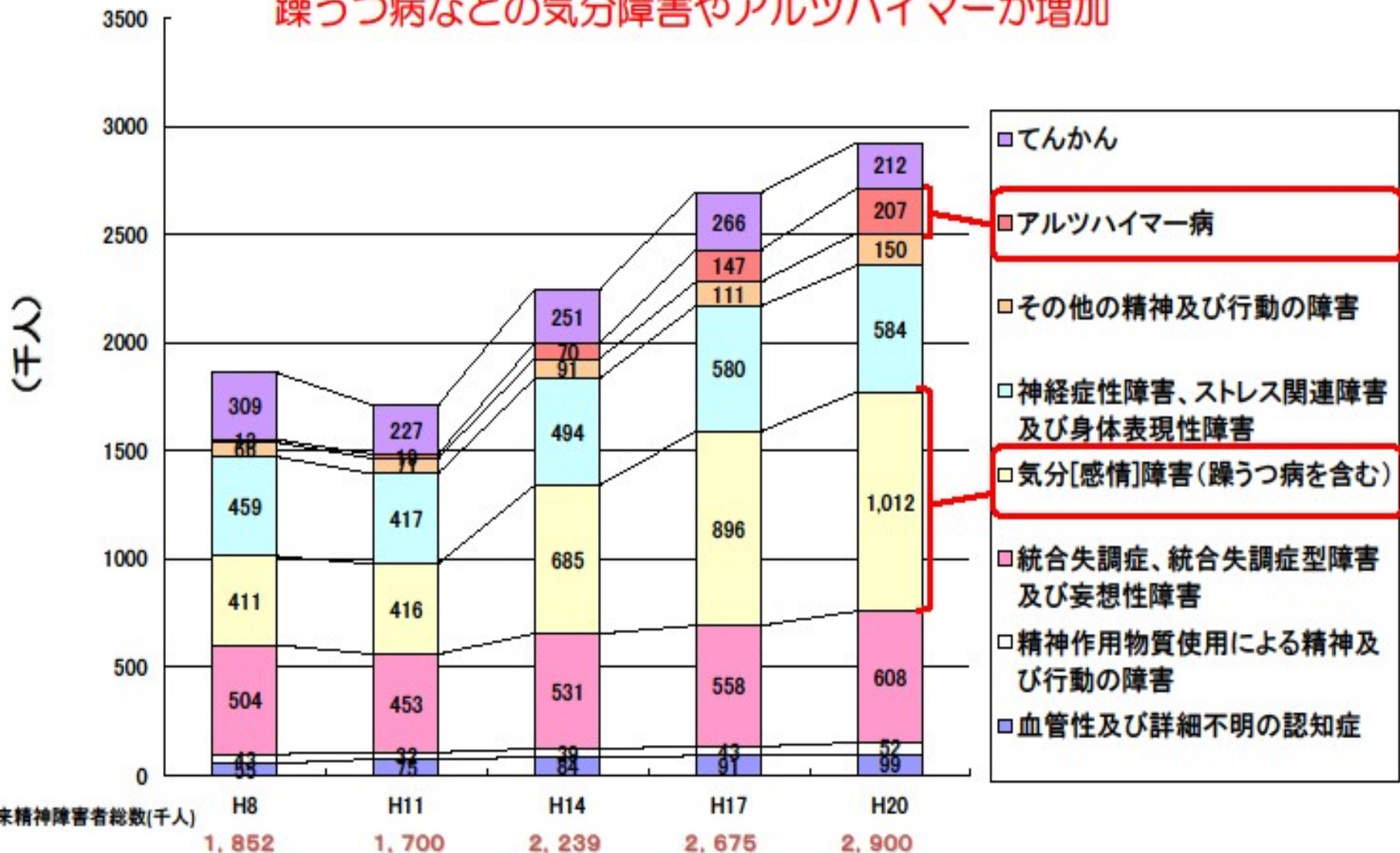


社会保障審議会医療部会 (2011年7月6日)

- 医療計画の5疾患目に精神疾患を追加することで合意
 - 精神疾患の患者数は323万人(2008年患者調査)
 - 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)のいずれよりも多い
 - 自殺による死亡者数3.1万人(糖尿病死亡者数1.4万人より多い)
- 委員からは積極的に支援する意見があいついだ
 - 「精神疾患は社会全体で見守らなければならない」(高智英太郎健保連理事)
 - 「他の4疾病よりも地域連携が必要」(横倉義武日医副会長)

精神疾患外来患者の疾病別内訳

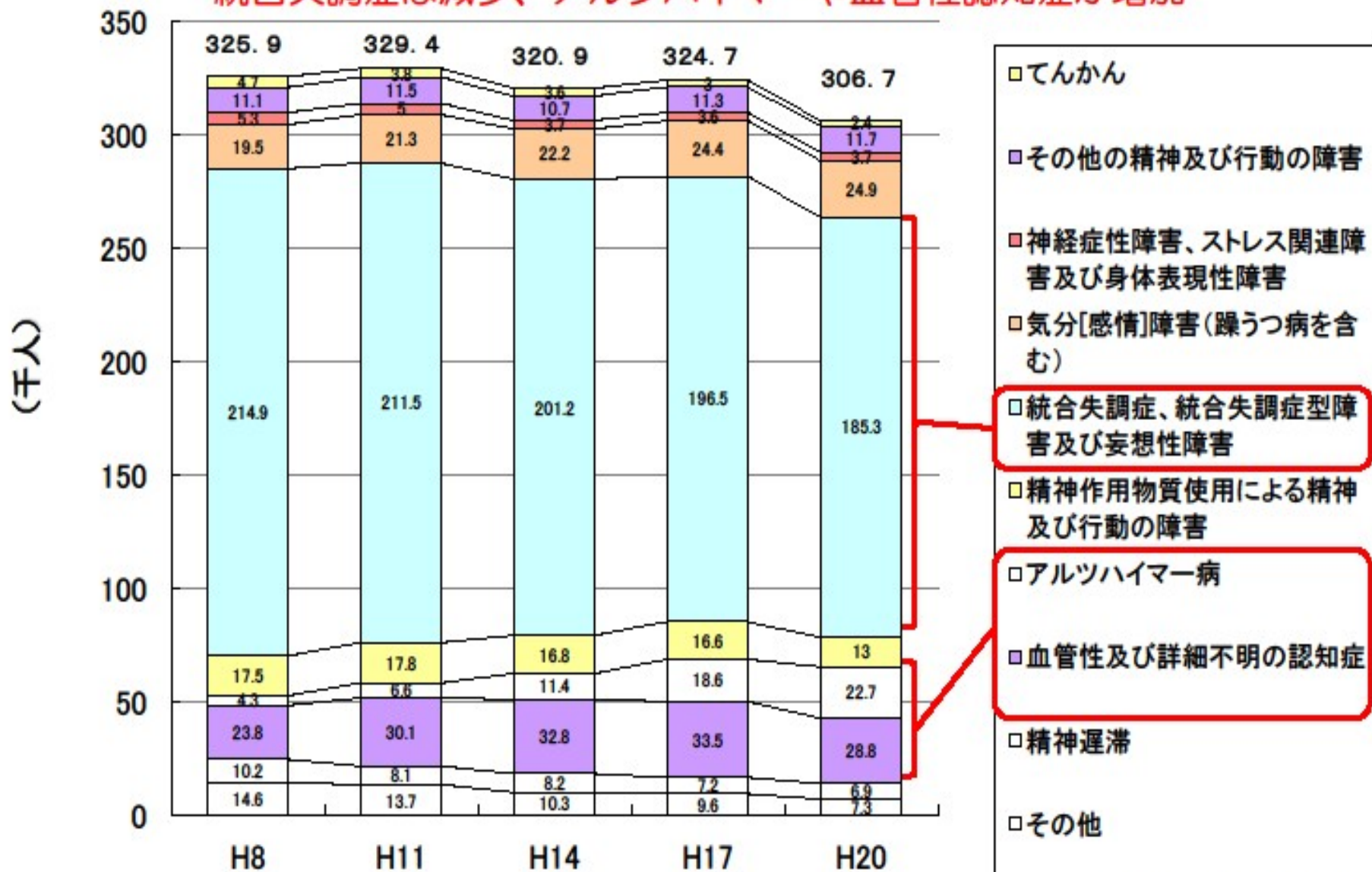
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

精神疾患が地域医療計画の5疾患に加えられると・・・

- 精神科医療施設の診療機能の明示
- 地域医療計画における数値目標の明示
- 地域連携クリティカルパスの作成

認知症地域連携クリティカルパス

世田谷区もの忘れ連携パス

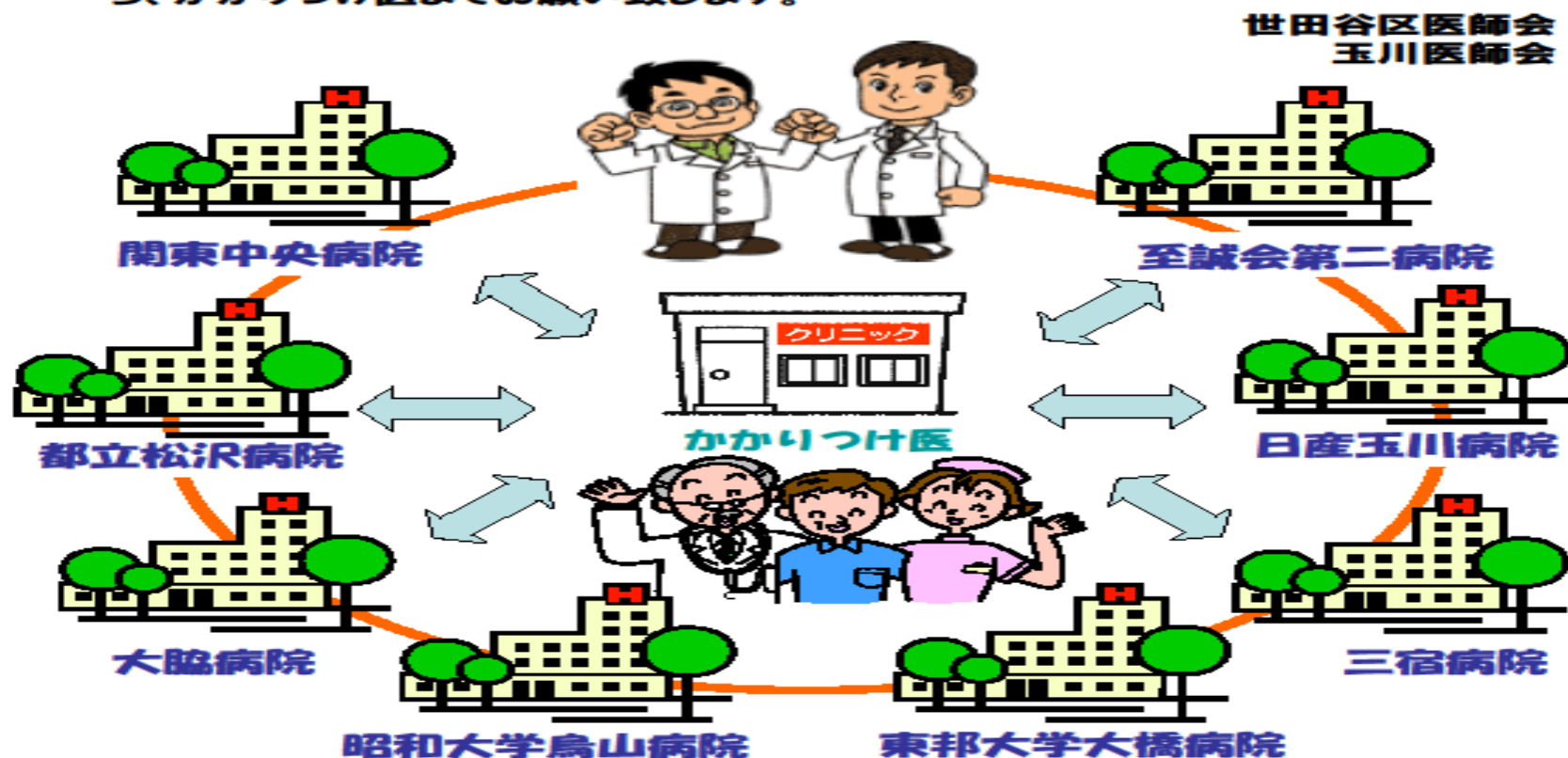


世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。



世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診~1ヶ月
月 日

定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診

FAX
予約

FAX
予約



ご紹介

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

各種検査等

各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します

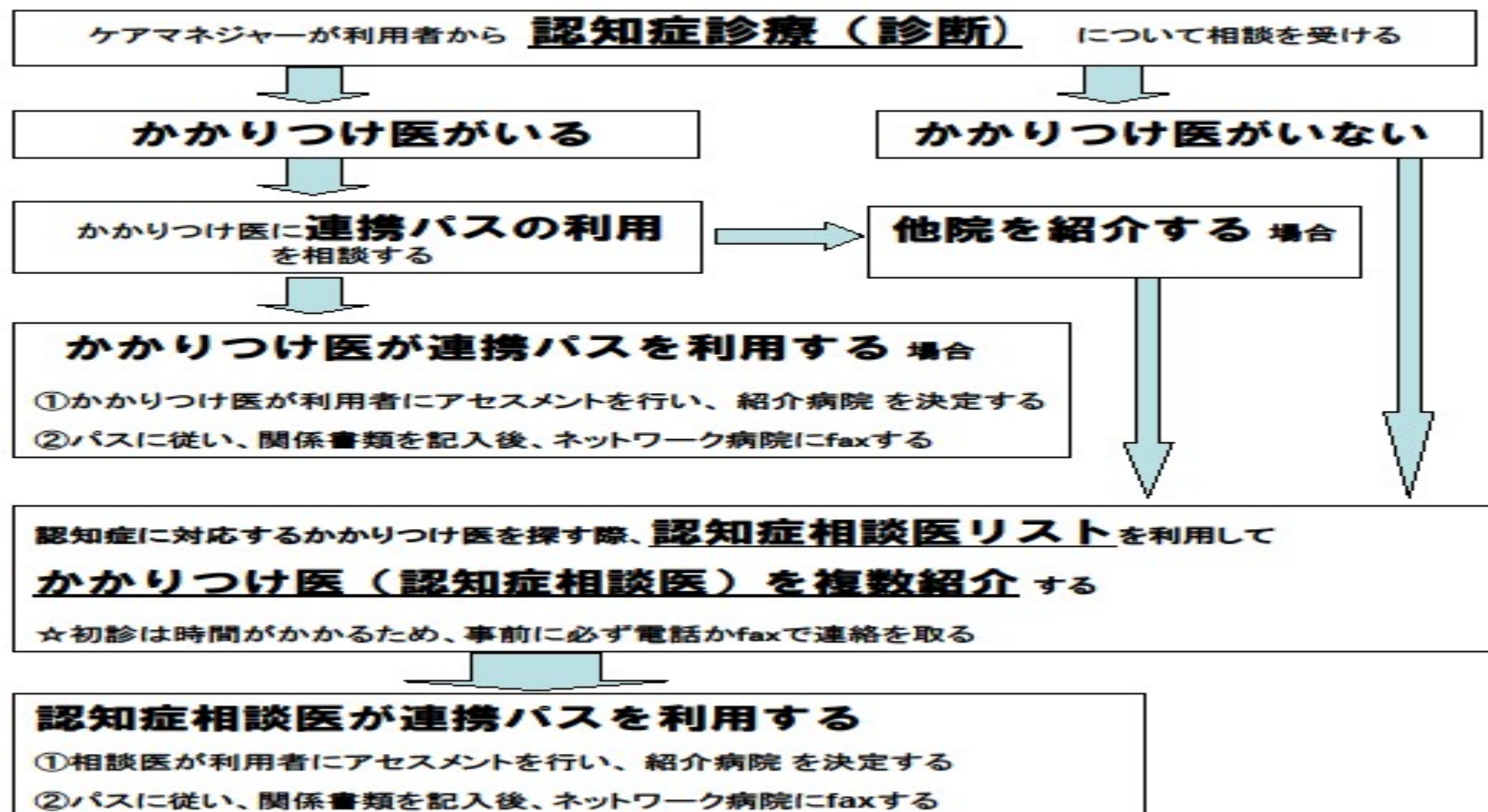


検査前には事前に
病院予約を取って下さい



病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例



注1 かかりつけ医と連携で認知症の治療に当たるためかかりつけ医は必ず必要。
認知症ネットワーク病院の直接の受診は基本的に控える。

注2 世田谷認知症診断地域連携クリティカルパスについては医師会から会員へ資料配布済み

⑥在宅医療に係わる医療体制 の充実・強化

「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

在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

- 北海道
 - ・在宅医療を実施する医療機関割合
現状35.2%→目標値38.1%
- 山形
 - ・主任介護支援専門員研修受講者数
44人(H18)→50人(H24)
- 福島
 - ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
 - ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
 - ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局
76.9%(H18) → 81%(H24)
 - ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合
84.1%(H18) → 85.9%(H24)
- 茨城
 - ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合
6%(H18) → 50%(H24)
- 東京
 - ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)
5自治体(H19) → 全市町村(H24)
- 山梨
 - ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数 1圏域(H18) → 4圏域(H24)
- 福井
 - ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区
→5地区(H24)
- 福岡
 - ・在宅医療を受ける患者数
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)
- 佐賀
 - ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)
- 熊本
 - ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
 - ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
 - ・往診や訪問看護を実施する医療機関数
582(H18) → 640(H24)
 - ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
 - ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合
82.9%(H18) → 100%(H24)
- 沖縄
 - ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)
0.46(H18) → 0.82(H24)
 - ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)
3.7(H18) → 4.5(H24)

在宅医療連携拠点事業

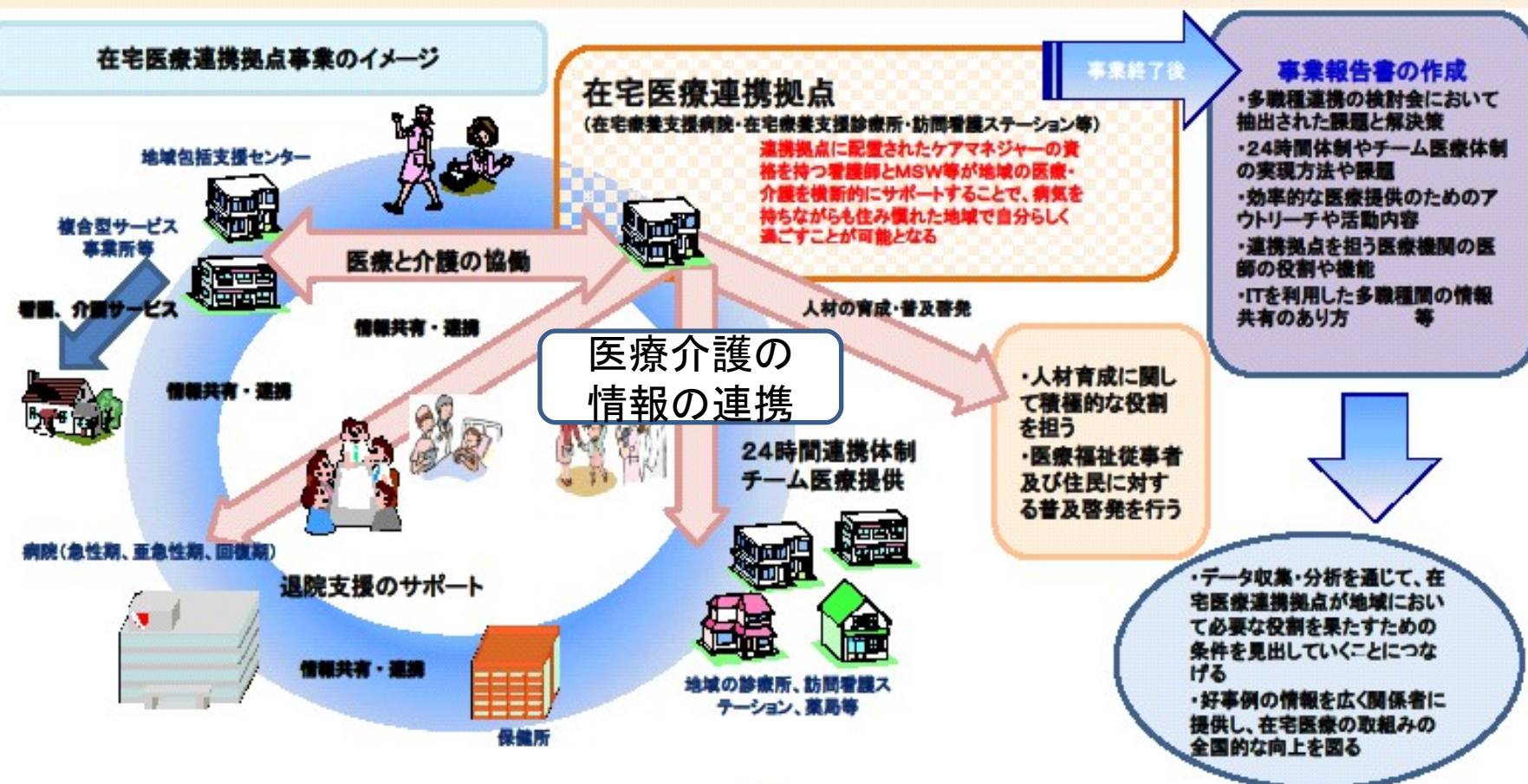
市町村ごとに2000拠点の設置をめざす！

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
- 在宅医療連携拠点事業にはICTが必須！



大谷医政局長

パート4

2012年診療報酬改定と薬剤師



2月10日中医協答申

2012年診療報酬改定率

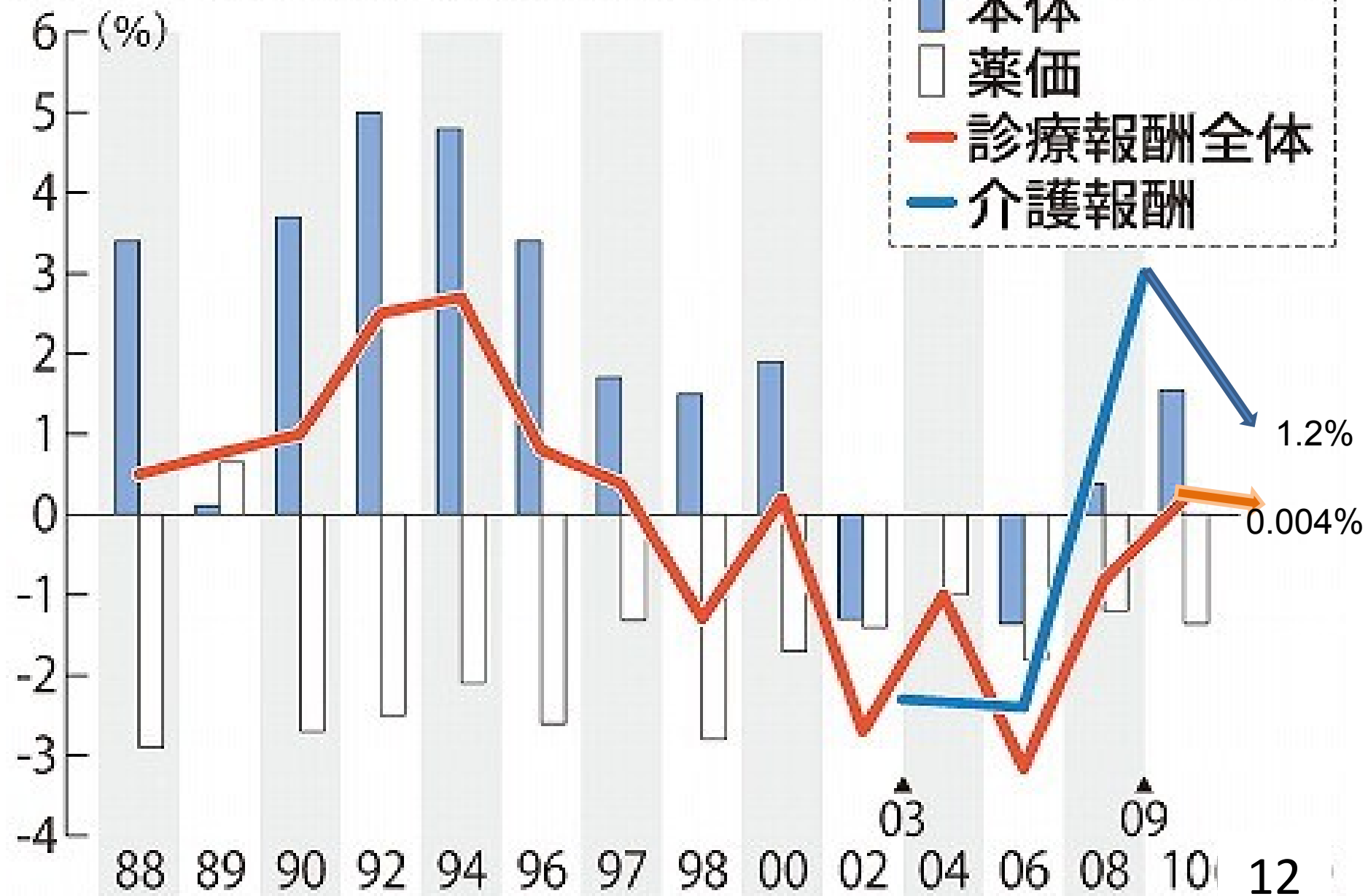
0.004%アップ

- 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

平成24年度診療報酬改定の概要③

重点課題1 急性期医療等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

- ① 救急・周産期医療の推進
- ② 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組
- ③ 救急外来や外来診療の機能分化
- ④ **病棟薬剤師**や歯科等を含むチーム医療の促進

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及び在宅医療等の充実

- ① 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進
- ② 看取りに至るまでの医療の充実
- ③ 在宅歯科・**在宅薬剤管理の充実**
- ④ 訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

- ① 医療技術の適切な評価、がん医療や生活習慣病対策、精神疾患・認知症対策、リハビリの充実、生活の質に配慮した歯科医療
- ② 医療安全対策、患者への相談支援対策の充実
- ③ 病院機能にあわせた入院医療、慢性期入院医療の適正評価、資源の少ない地域への配慮、診療所の機能に応じた評価
- ④ **後発医薬品の使用促進**、長期入院の是正、市場実勢価格を踏まえた医薬品等の適正評価など

薬剤師の病棟における業務に対する評価①

病棟薬剤業務実施加算の算定要件等

(1) 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。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、入院した日から起算して4週間を限度とする。

病棟薬剤業務

- ・ 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種以上(注射薬及び内用薬を1種以上含む。)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(平成22年4月30日医政発0430第1号)で定める業務 (③、⑥及び⑧を除く)

薬剤師の病棟における業務に対する評価②

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

(平成22年4月30日医政発0430第1号医政局長通知)(抜粋)

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(1) 薬剤師

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者(在宅の患者を含む。)に対し、薬学的管理(患者の副作用の状況の把握、服薬指導等)を行うこと。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

2) 薬剤に関する相談体制の整備

薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場合においても、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定されることから、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができる体制を整えることが望まれる。

病棟薬剤業務実施加算の施設基準等

[施設基準]

- ① 病棟※ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
(※障害者施設等入院基本料又は特定入院料(病棟単位で行うものに限る)を算定する病棟を除く。)
- ② 薬剤師が実施する病棟薬剤業務が十分な時間(1病棟・1週当たり20時間相当以上)確保されていること。
- ③ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。
- ④ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
- ⑤ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(2) 病棟薬剤業務実施加算の新設に伴い、実施業務が重複する薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算は廃止する。

診療報酬改定 答申書附帯意見

診療報酬改定 答申書附帯意見(抜粋)

(平成24年2月10日)

4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。

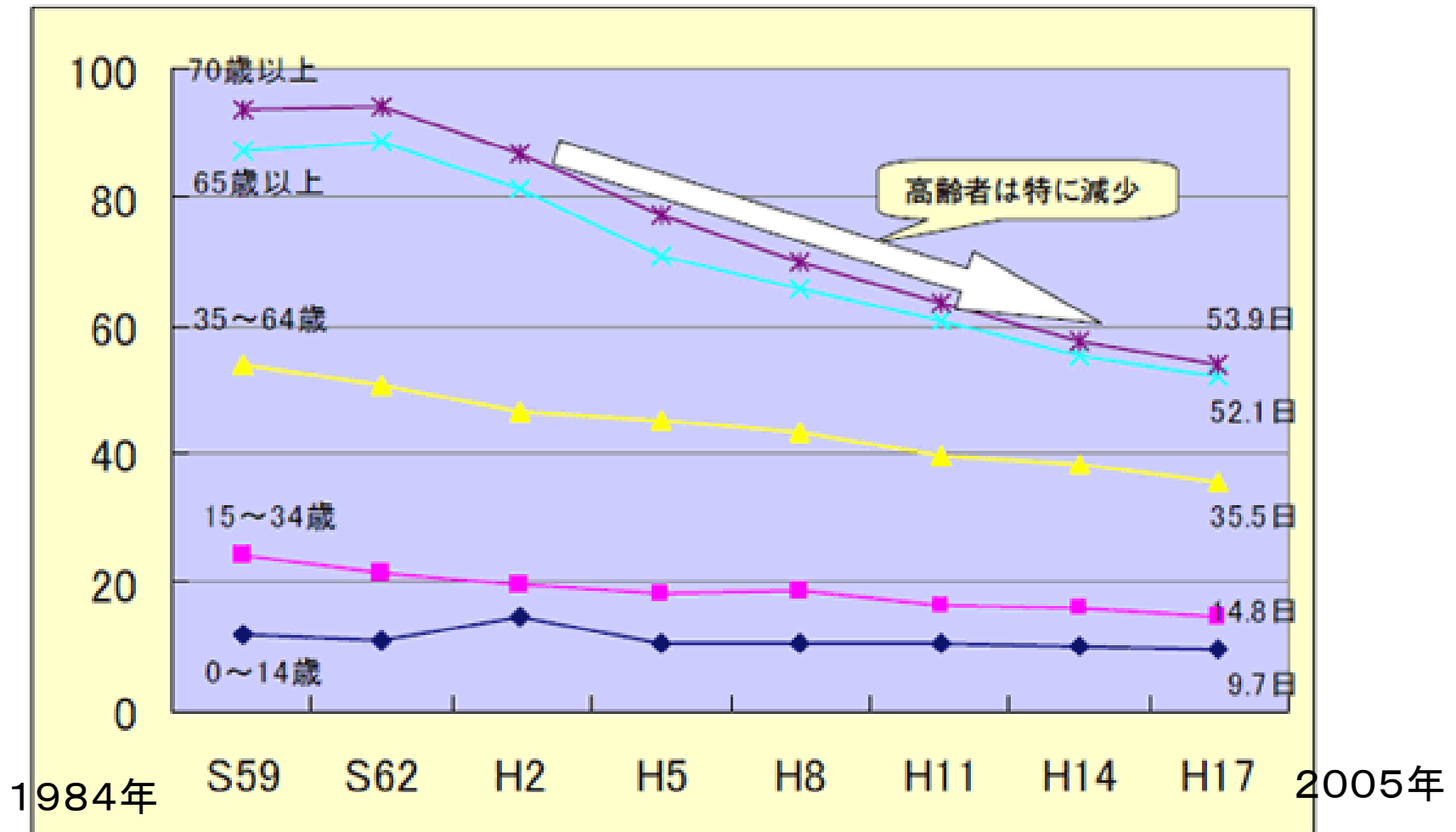
- ・**薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)**
 - ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
 - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
 - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組
- 等

パート5

在宅医療と薬局・薬剤師

急性期病院から在宅への円滑な移行

短縮する病院の平均在院日数



出所：厚生労働省「患者調査（平成17年）」

退院時に退院調整(支援)の必要な患者が増えている ～退院患者のおよそ6.3%～

- 退院調整(支援)が必要な患者の頻度
 - 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%
- どのような患者に退院調整が必要なのか？
 - 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。

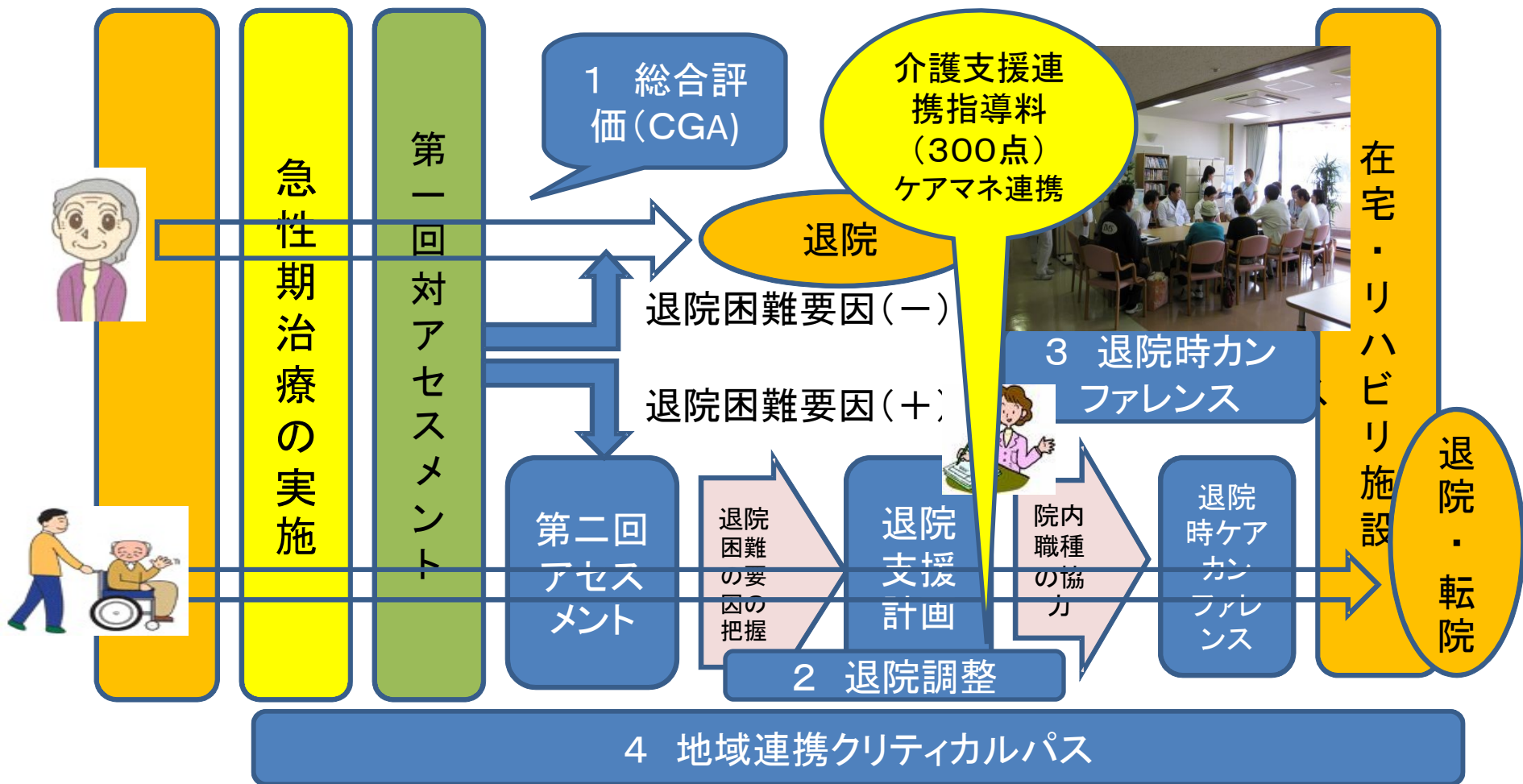
10年改定で
後期高齢者医療が
廃止され前期高齢
者にまで拡張

08年診療報酬改定

後期高齢者医療での病院での退院支援の流れ

入院

退院患者の6.3%は退院困難を抱えている

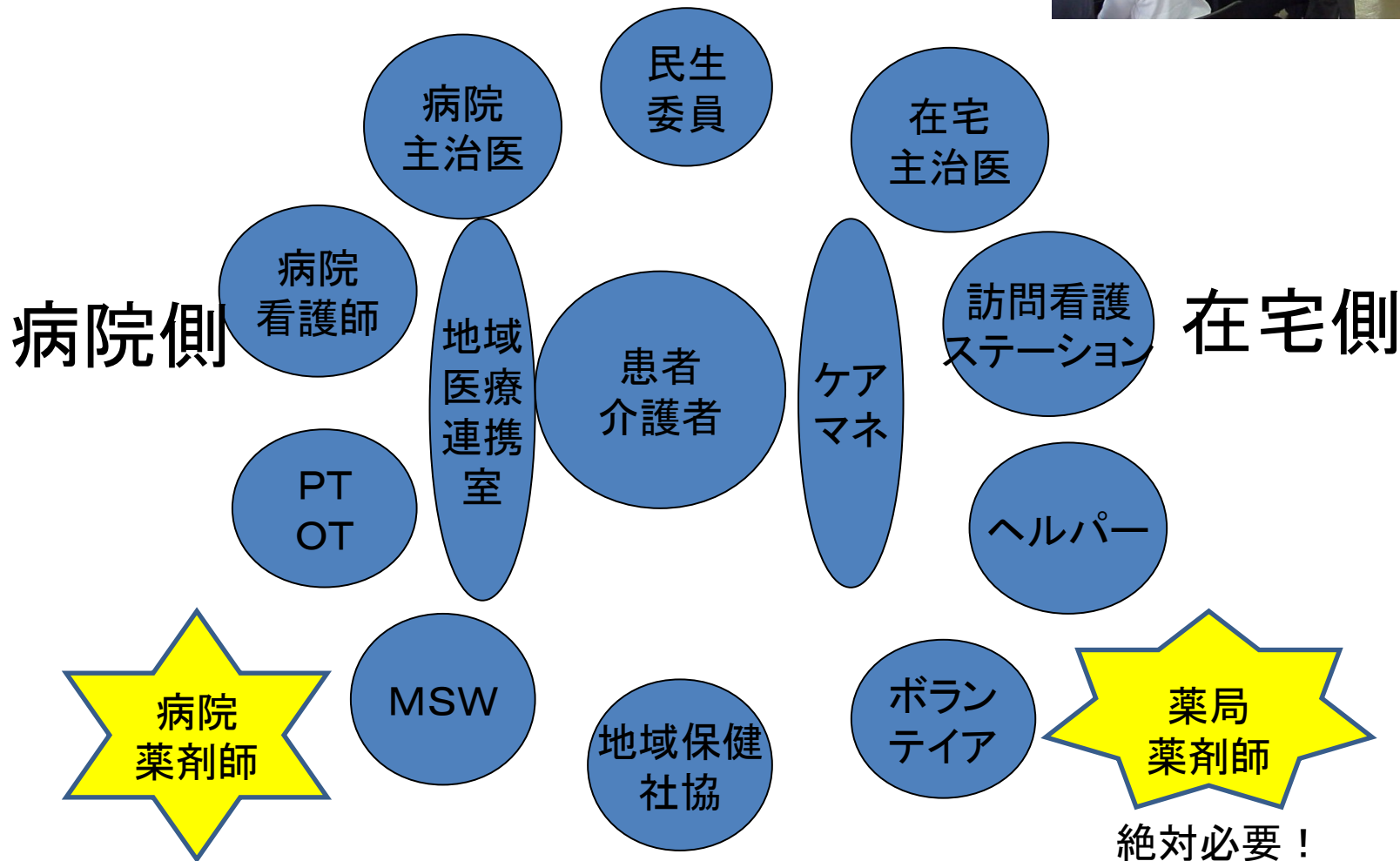


退院時ケアカンファレンスの重要性



～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さんの退院時ケアカンファレンス
 - 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

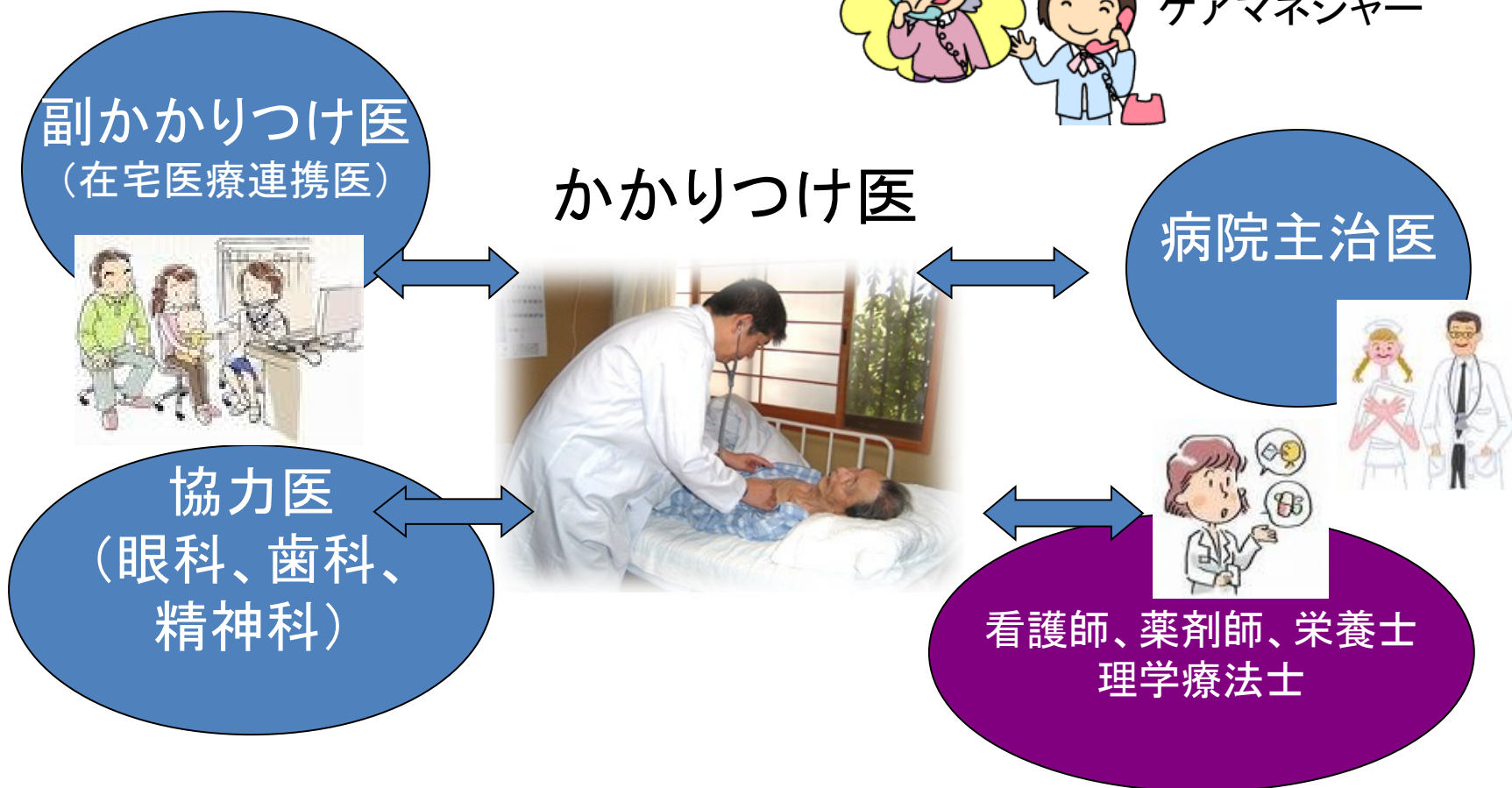
在宅医療と薬局・薬剤師

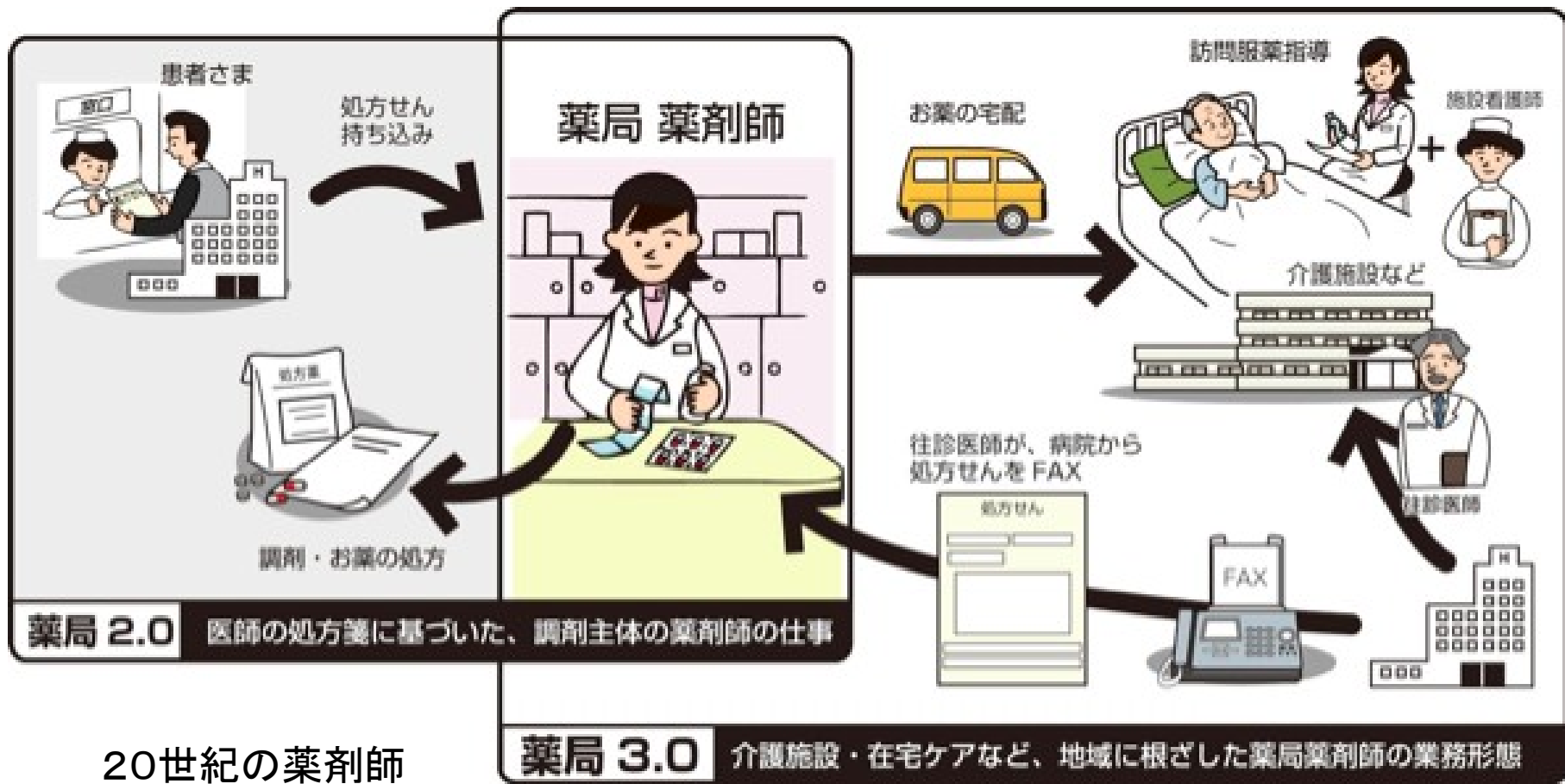


在宅医療連携は究極の連携医療

—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)

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・对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



2012年診療報酬改定と 在宅薬剤管理指導業務

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

在宅業務に対する新規評価

在宅業務を推進するため、過去の実績も考慮した施設基準を満たす薬局が、在宅患者向けに調剤した場合の加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点(処方せん受付1回につき)

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

かかりつけ薬局が対応できない場合に、あらかじめ連携しているサポート薬局が臨時に在宅訪問対応できるよう、制度を見直す。*

※ 現行では、薬局単独で実施した場合のみ算定可能。改定後は、サポート薬局が実施した場合であっても算定可能。

無菌調剤に係る薬局の負担軽減

無菌調剤に関する施設基準を合理的に見直す。*

※ 小スペースでも実施可能となるよう、専用の部屋(5平方メートル以上)の施設要件を削除。

在宅訪問可能な距離の目安を設定

患家までの距離が遠い場合は緊急時に患者の不利益も予想されることから、16kmを超える場合には、原則、算定不可とする。

在宅業務に対する新規評価

在宅業務実施薬局に対する施設基準の新設と当該薬局での在宅調剤の評価

在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を新たに設け、当該基準を満たす薬局が在宅患者に対する調剤を行った場合、調剤料への加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点(処方せん受付1回につき)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、**区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者**その他厚生労働大臣が定める患者※¹に対する調剤を行った場合に、処方せん受付1回につき15点を加算する。

[施設基準]

- 地方厚生(支)局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出
- **当該加算の施設基準に係る届出時の直近一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料等の実績**※²
- 開局時間以外の時間における在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導に対応できる体制整備
- 地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対する、在宅業務実施体制に係る周知
- 在宅業務従事者に対する定期的な研修
- 医療材料及び衛生材料を供給できる体制
- 麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制

※¹ (1)在宅患者訪問薬剤管理指導料
(2)在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料
(3)在宅患者緊急時等共同指導料
(4)居宅療養管理指導費
(5)介護予防居宅療養管理指導費

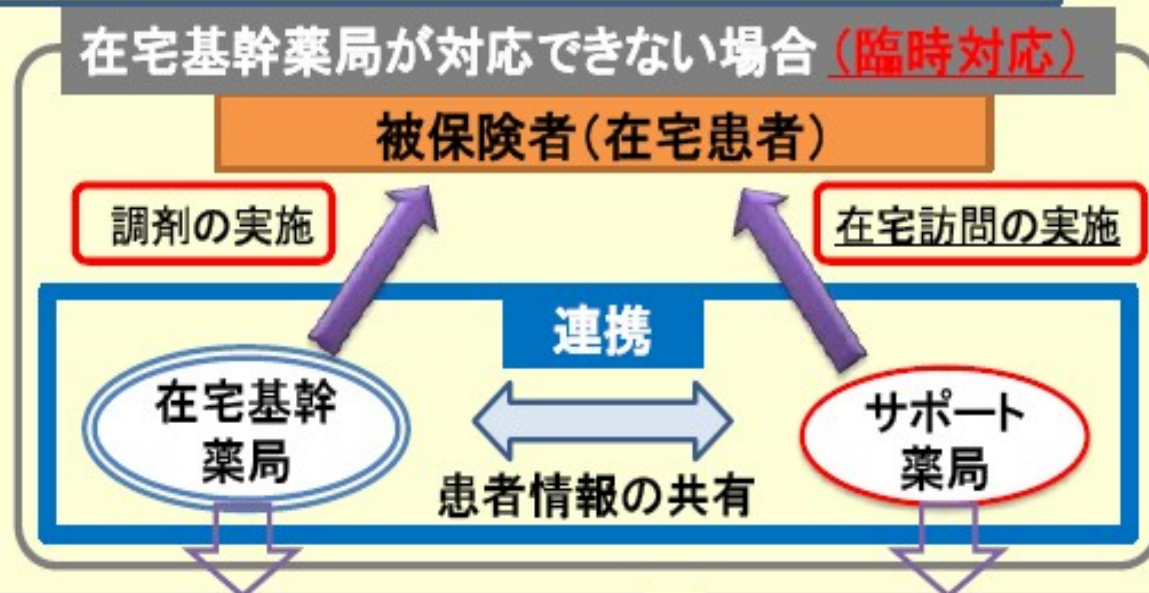
※² 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績として、以下を合算して10回以上とする。
(1)在宅患者訪問薬剤管理指導料
(2)居宅療養管理指導費
(3)介護予防居宅療養管理指導費

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局（以下「在宅基幹薬局」）が、それを支援する薬局（以下「サポート薬局」）とあらかじめ連携している場合、**在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応**として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても算定できることとする。

1. サポート薬局が臨時に訪問薬剤管理指導のみを行った場合

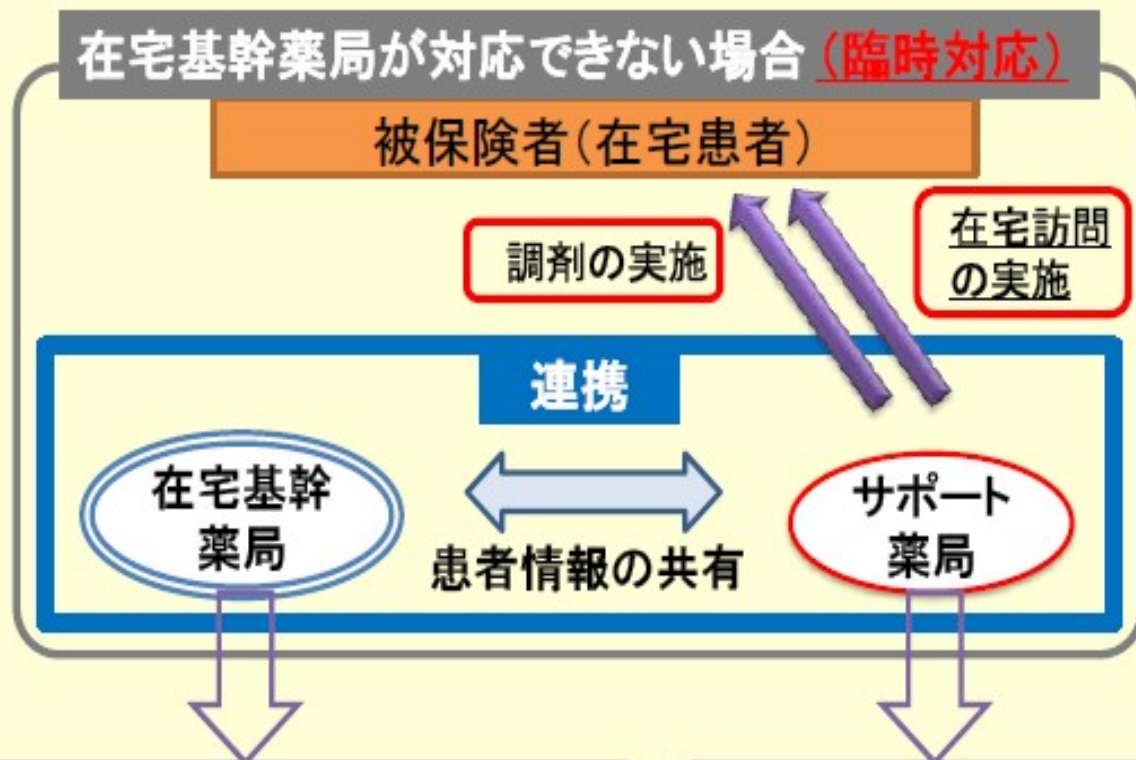


- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の保険請求
- ・ 指示を行った医師又は歯科医師に対する報告

- ・ 薬剤服用歴の記載（在宅基幹薬局と記録の内容を共有）

2. サポート薬局が臨時に調剤及び訪問薬剤管理指導を行った場合

サポート薬局が処方せんを受け付け調剤を行い、訪問薬剤管理指導を行った場合は、調剤技術料、薬剤料等はサポート薬局が、一方、在宅患者訪問薬剤管理指導料は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄にはサポート薬局が受け付けた旨を記載する。



- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の保険請求
- ・ 指示を行った医師又は歯科医師に対する報告

- ・ 薬剤服用歴の記載 (在宅基幹薬局と記録の内容を共有)
- ・ 調剤技術料、薬剤料等の保険請求

無菌製剤処理加算に関する施設基準の見直し

無菌調剤を行うためには、特別な施設が必要とされるが、現行の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう、無菌製剤処理の施設基準における「十分な施設を有している」との要件を「十分な施設又は設備を有している」と合理的に改める。

| 現 行 | 改 定 後 |
|---|---|
| (調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準) (1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。 (3) 無菌製剤処理を行うにつき十分な体制を有していること。 | (調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準) (1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。 (3) 無菌製剤処理を行うにつき十分な体制を有していること。 |

【留意事項通知にて】

「無菌製剤処理を行うための専用の部屋(5平方メートル以上)を有していること。」の要件を削除する。

在宅訪問可能な距離の目安を設定

在宅業務受入れ可能距離に係る目安の設定

緊急時の対応を求められた場合、薬局から患家までの距離が遠いと患者に不利益が生じるケースも予想されることから、在宅訪問が可能な距離について見直しを行い、在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定要件に患家との距離要件を設定する。

| 現 行 | 改 定 後 |
|-------------------------|--|
| 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】等 | 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】等 |
| 1 同一建物居住者以外の場合 500点 | 1 同一建物居住者以外の場合 500点 |
| 2 同一建物居住者の場合 350点 | 2 同一建物居住者の場合 350点 |
| | [算定要件] <u>注 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合にあっては、特殊の事情*がある場合を除き算定できない。</u> |

※ **特殊の事情**とは、

- 患家の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しない等

薬局薬剤師の更なる近未来

CDTM(共同薬物治療管理)

CDTM (共同薬物治療管理)

- CDTM (Collaborative Drug Treatment Management)
 - 1970年代-カリフォルニア州及びワシントン州で制度が樹立
 - 患者のケアを向上させるために資格のある薬剤師が薬の処方をする。
 - 1980年代に法案が通過し、薬剤師が医師と共同で作成したプロトコルの基で処方することが可能になった。

CDTM（共同薬物治療管理）

- 医師及び薬剤師の間で交された、共同実践作業の契約を行う
- 薬剤師の行為、行動の順序を指導し、役割、手続き及び従うべき決定基準を示す（プロトコール）
- ある一定の状況の下では、薬剤師に処方権を移譲することもできる。
- 薬剤師の慢性疾患管理に寄与する
 - － 高脂血症、喘息、抗血液凝固、糖尿病、高血圧
 - － 予防接種

パート6

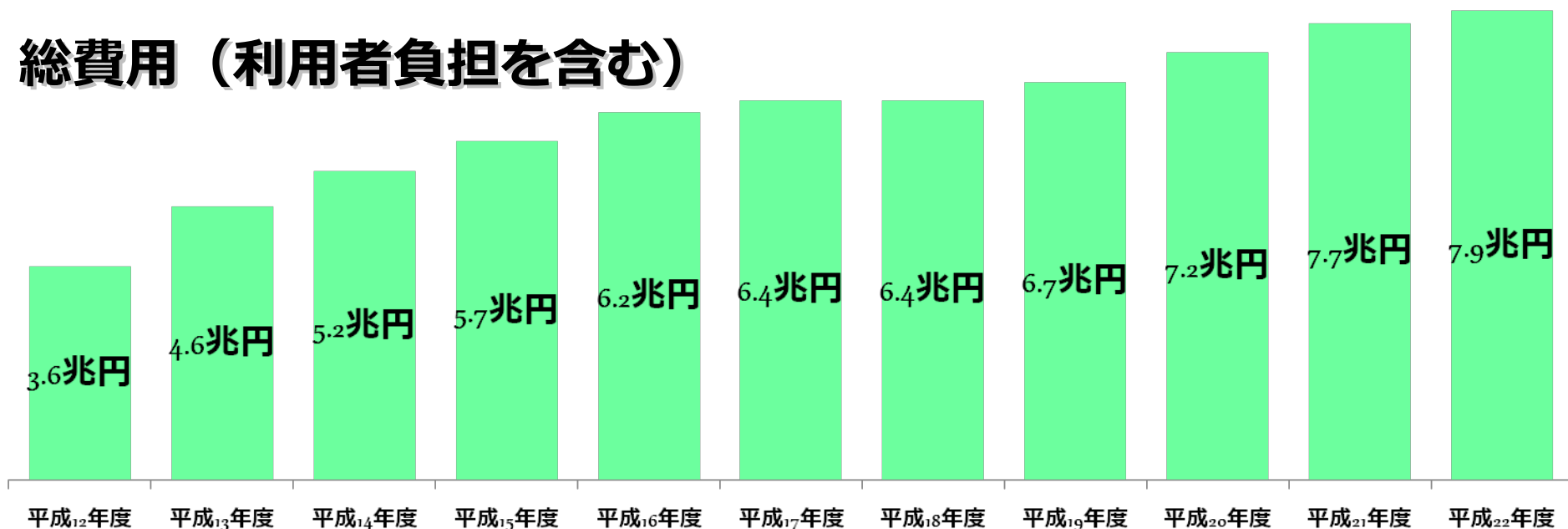
2012年介護報酬改定



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%)

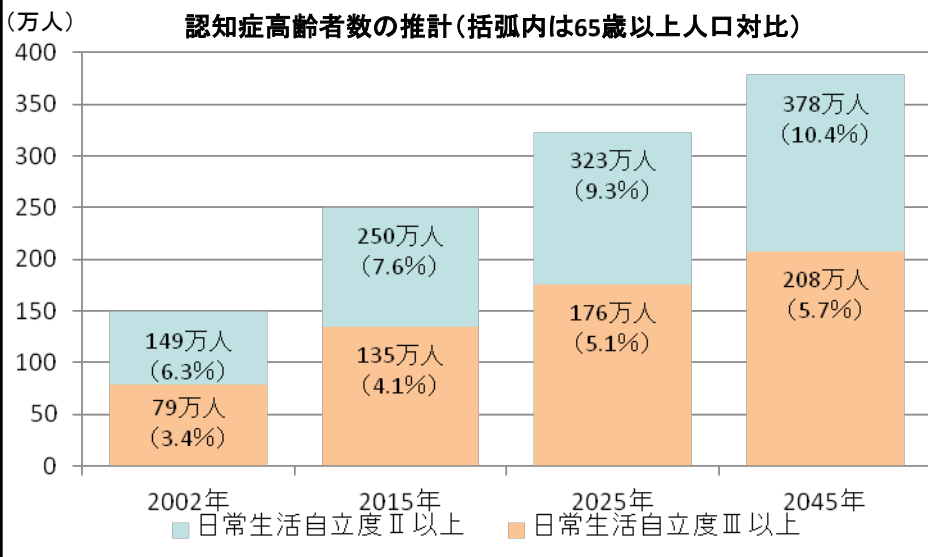


今後の介護保険を取り巻く状況について

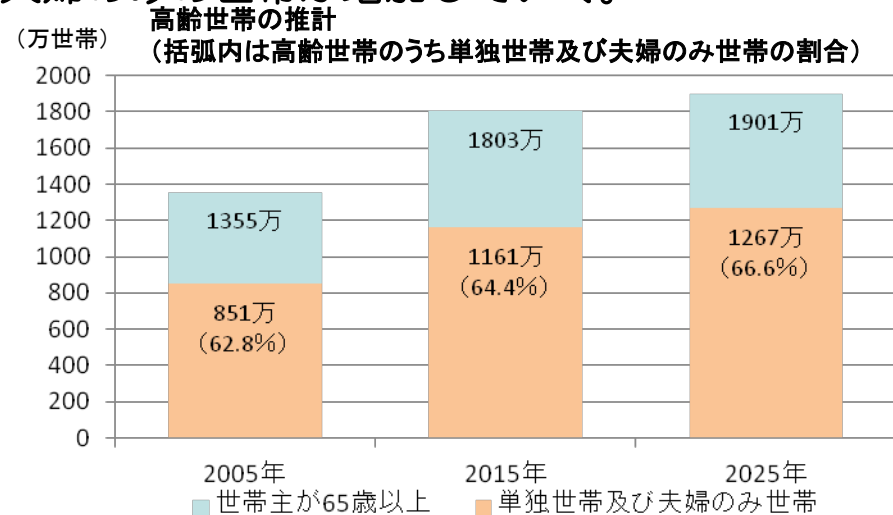
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

| | 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。



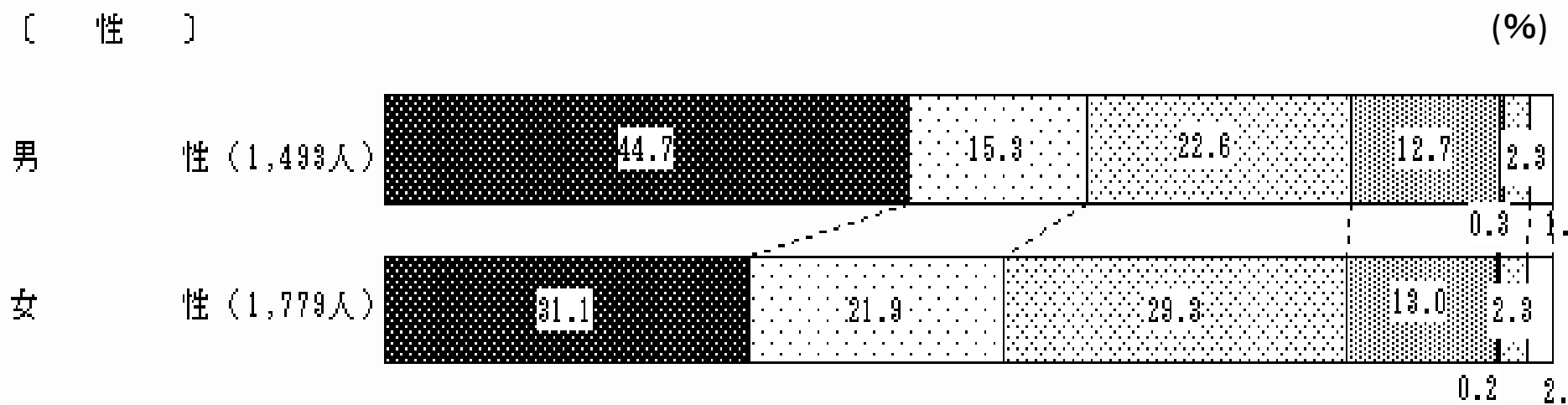
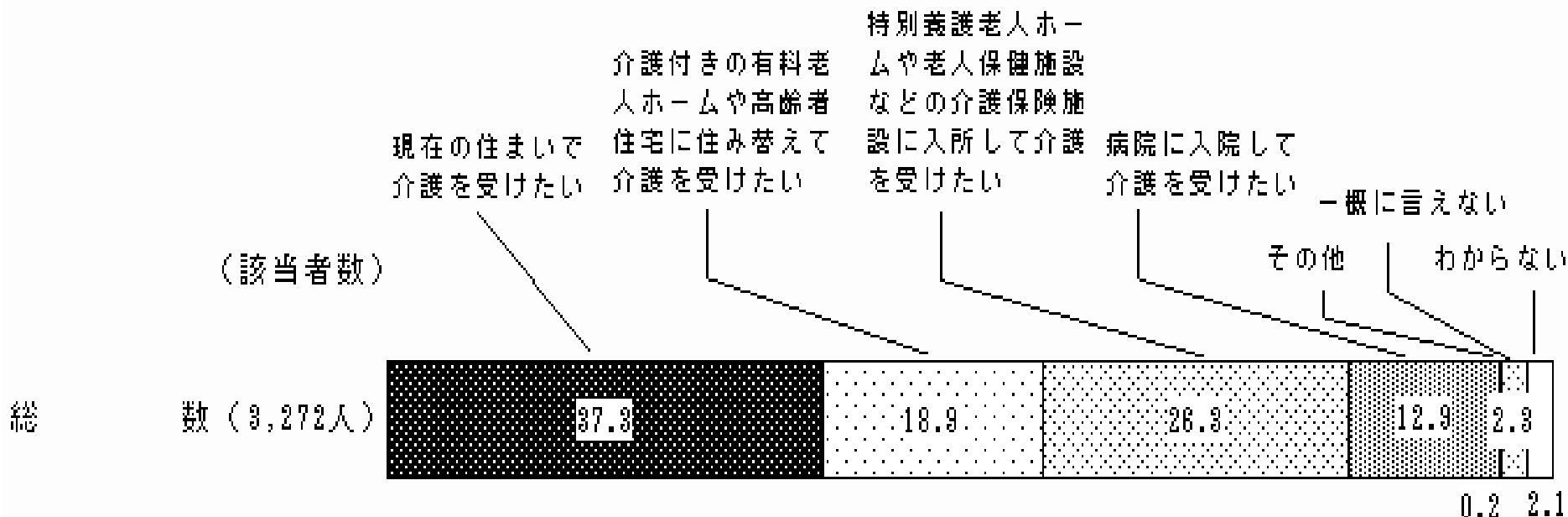
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



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

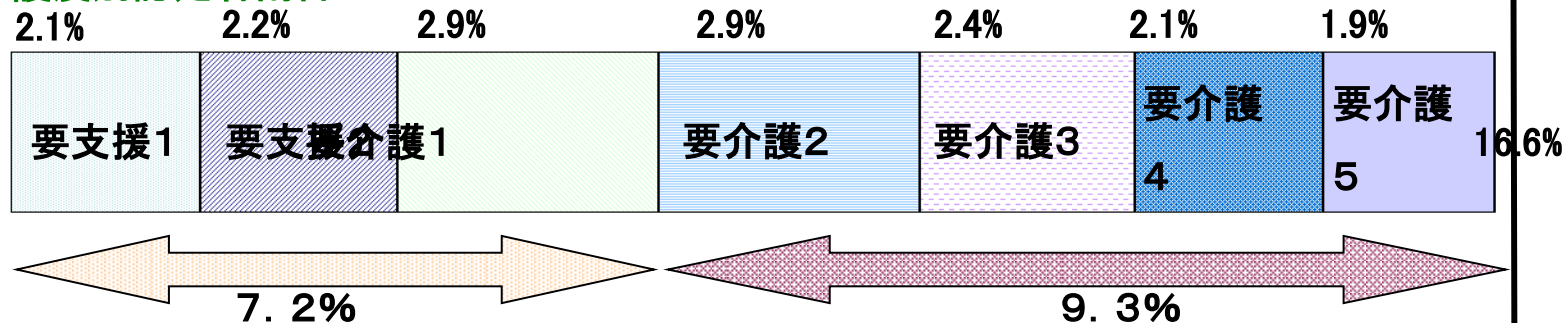


65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○ 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

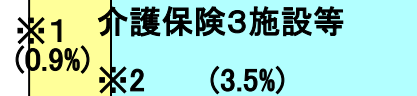
【出典】平成22年6月 介護保険事業状況報告



○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)

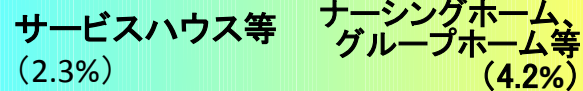
日本 (2005)

4.4%



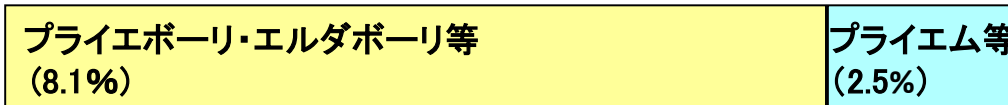
スウェーデン (2005) ※3

※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%



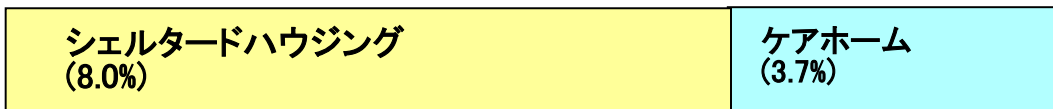
デンマーク (2006) ※4

10.7%



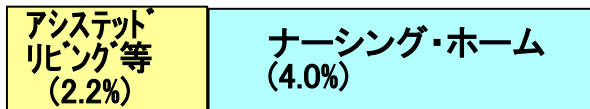
英国 (2001) ※5

11.7%



米国 (2000) ※6

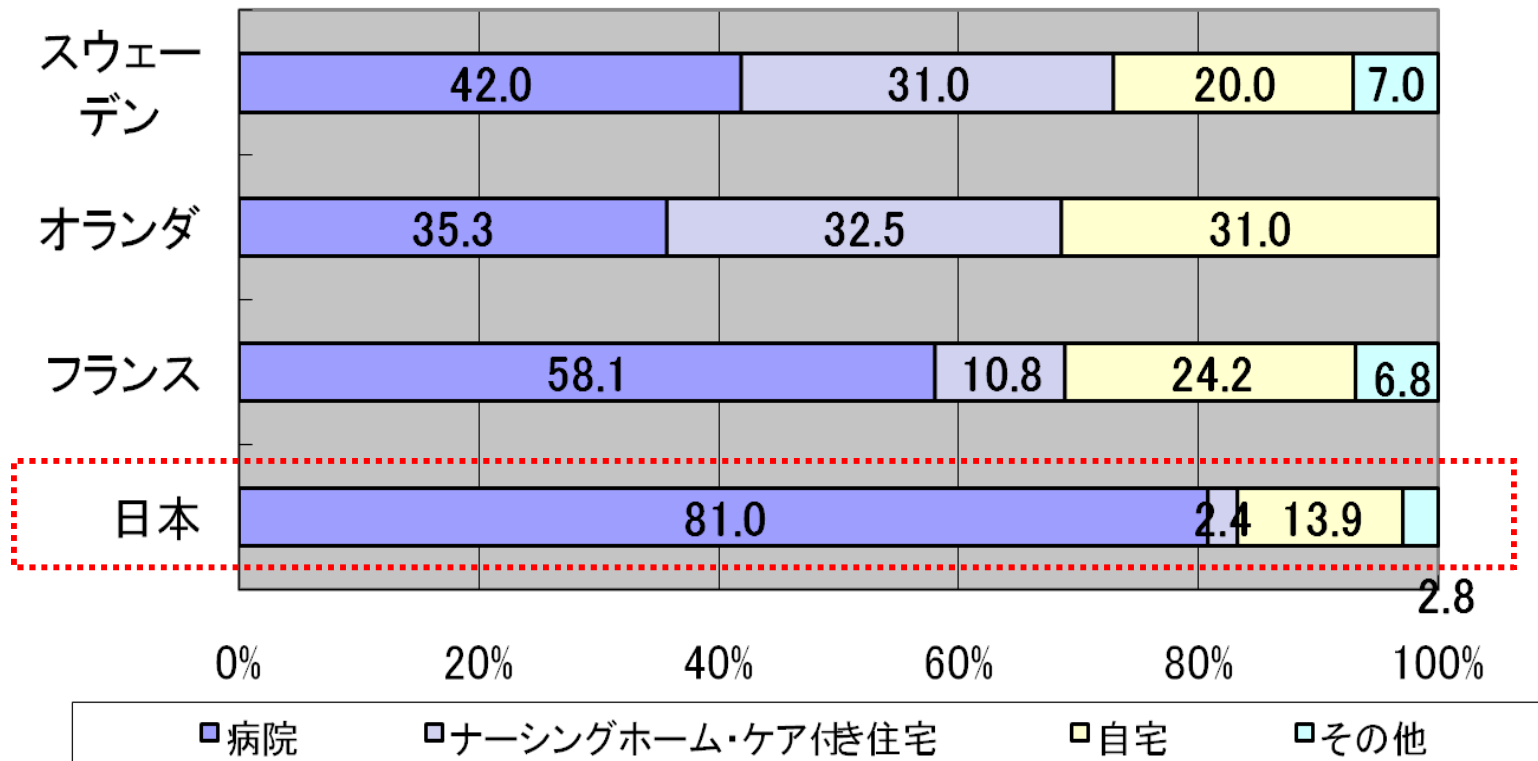
6.2%



※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)

死亡の場所(各国比較)

死亡場所の内訳



(注)「ナースィングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Socialstyrelsen Döden angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

出典: 医療経済研究機構

「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

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)

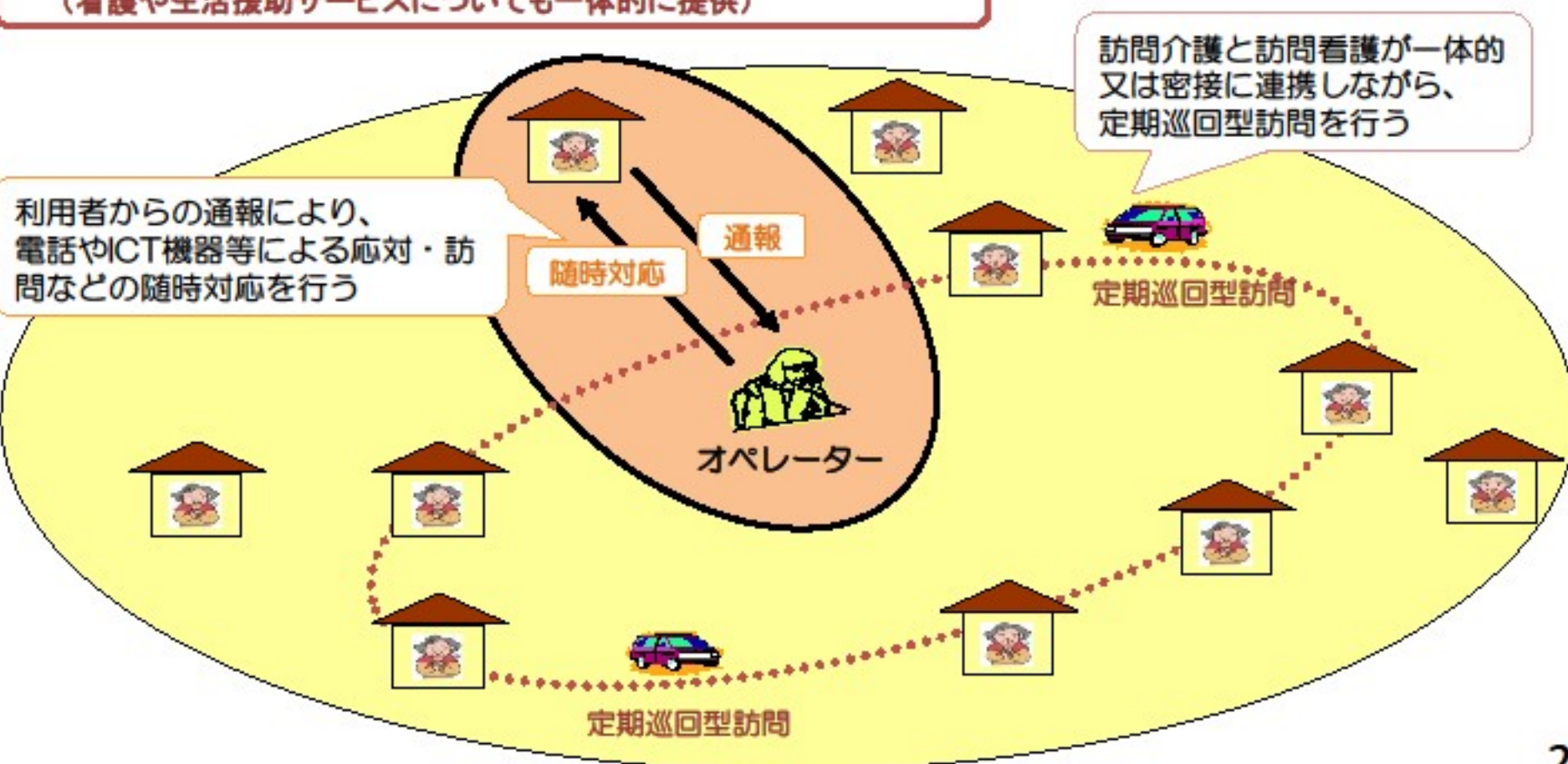
①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

I 制度概要について

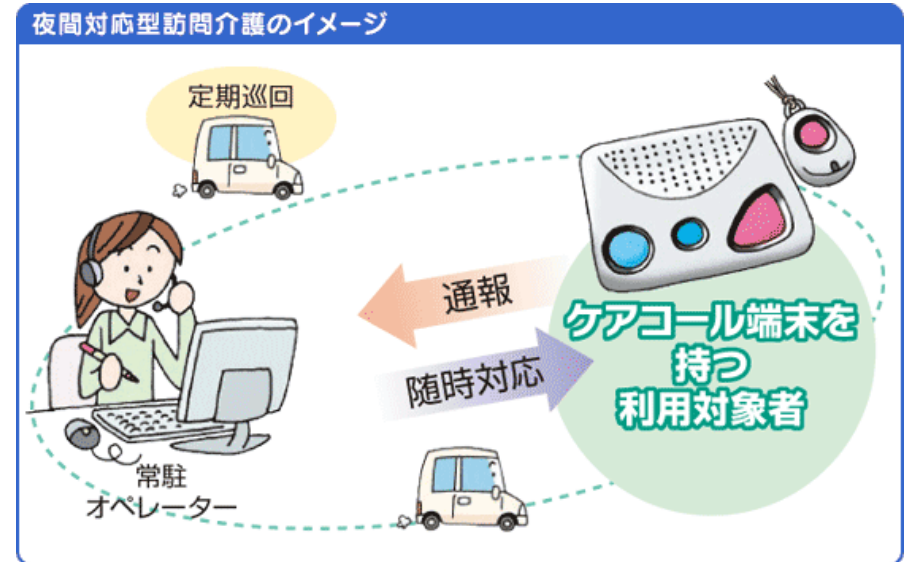
- 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 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

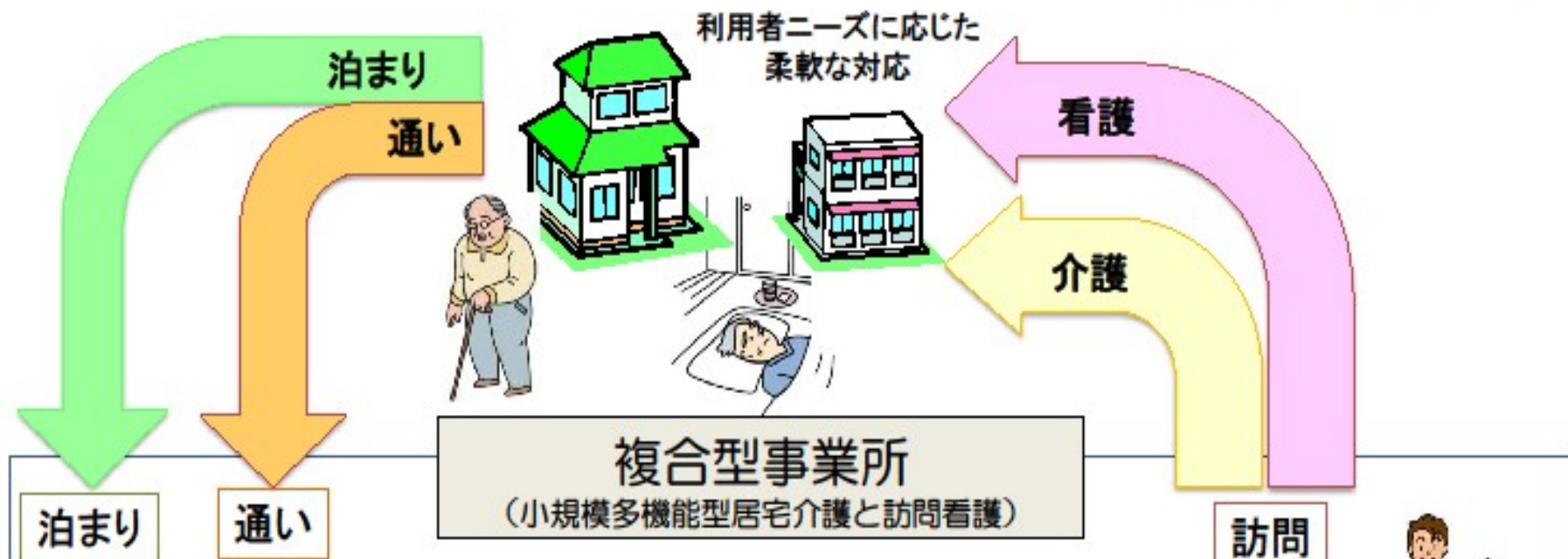
②複合型サービス

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

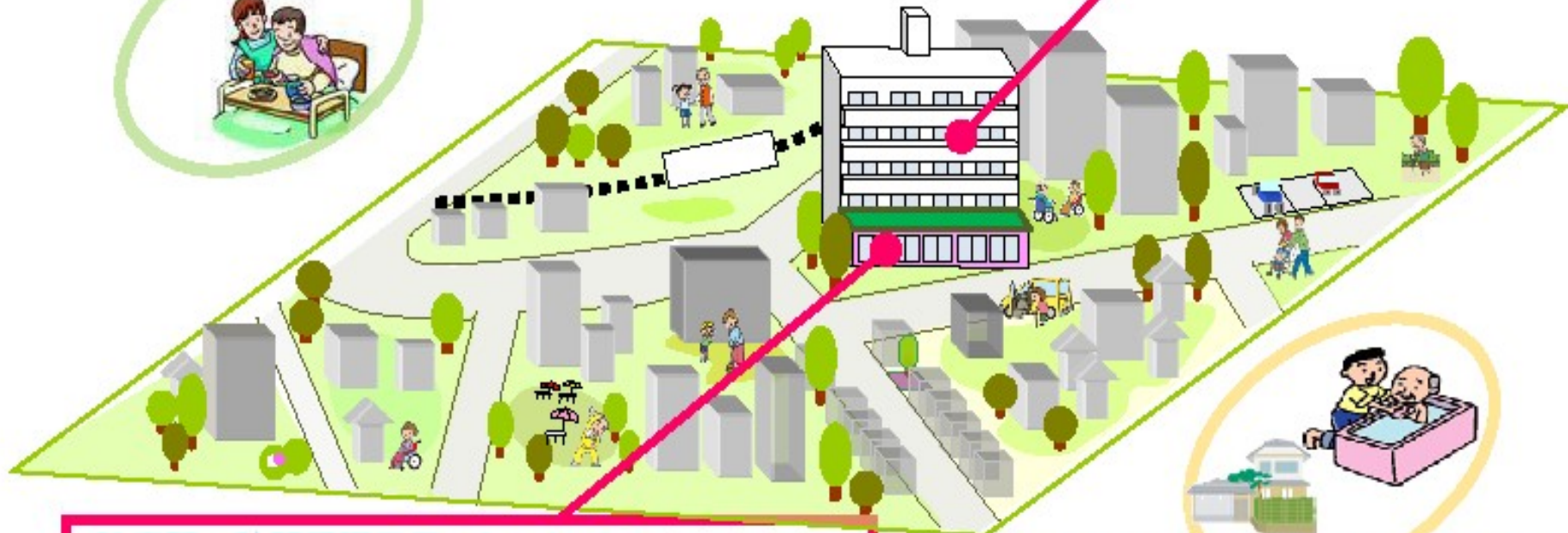
「定期巡回・随時対応サービス」

→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

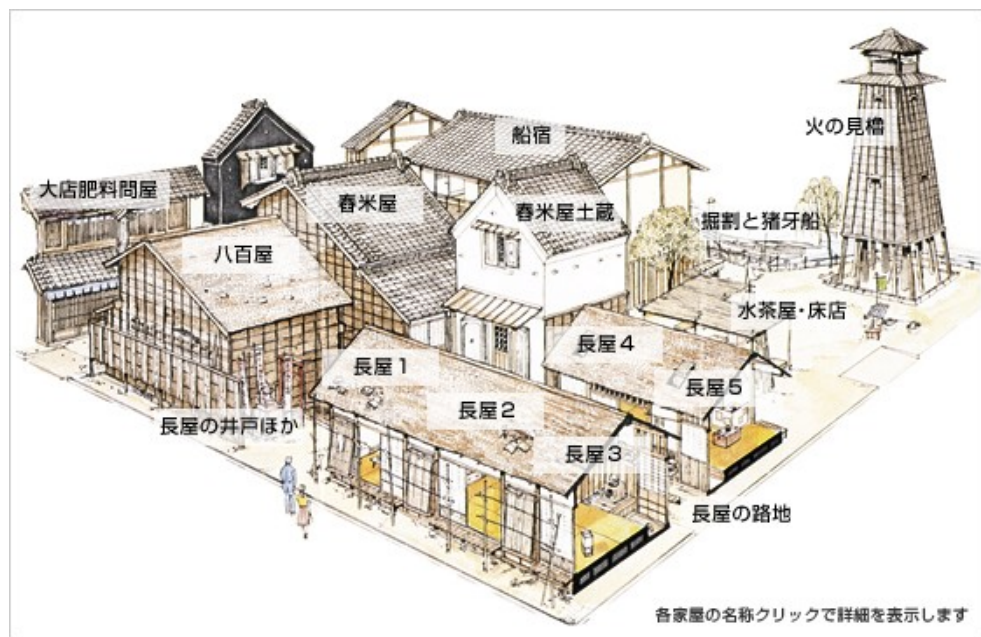


診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター、定期巡回・随時対応サービス（新設）

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

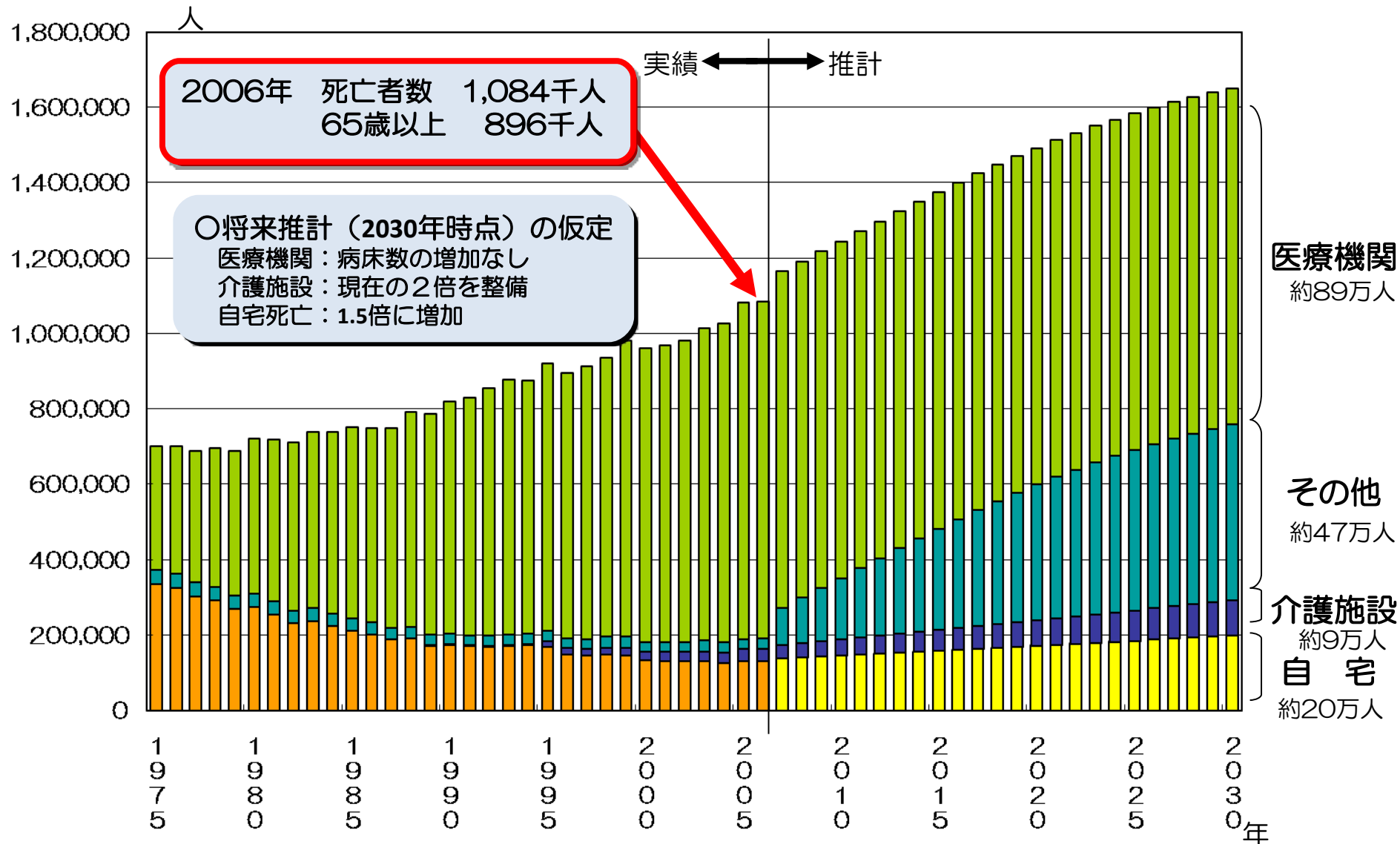


- 江戸時代の長屋

パート7 在宅終末期ケア連携とICT

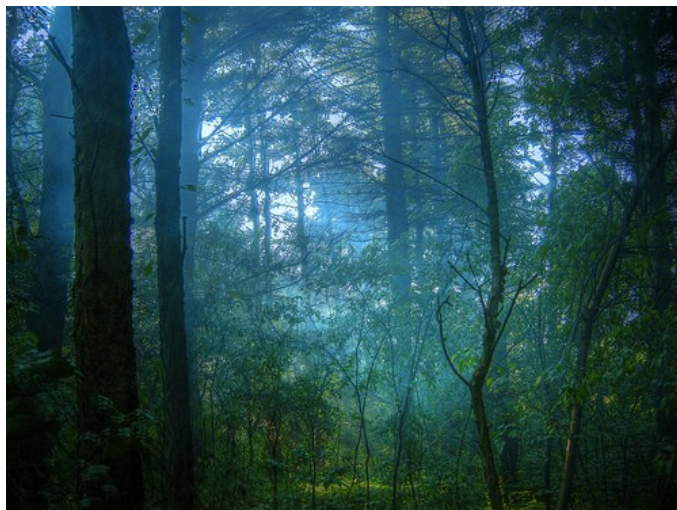
団塊の世代の死に場所探し

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

病院死には病床が足りない 2030年団塊世代47万人の 「死に場所」が不足



富士の樹海林

在宅終末期ケアは
究極の連携システム

新川医療連携懇話会

- 終末期医療における地域連携クリティカルパスの試み
 - 富山県新川(にいかわ)医療圏(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)で、2005年より開業医が中心となって、在宅終末期医療や栄養管理などの検討のために「新川医療連携懇話会」を立ち上げた
 - ターミナルケアでは単独の医師による24時間管理体制では、医師の疲弊が激しいので、複数主治医制をとること
 - 在宅医師同士の連携ミスによる医療事故の防止と回避、病院との連携確保等のために

終末期医療は多職種連携が必要



中川先生

様式の統一

在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

(患者名) [] (生年月日) 年 [] 月 [] 日生 [] 歳 [] 性 []

住所 [] TEL []

主たる介護人: [] 続柄 [] TEL [] FAX []

かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []

副かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []

副かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []

連携病院: 病院 TEL [] FAX []

連携病院サポート医: 科 []

担当看護師 []

在宅介護支援所: []

介護保険 無 [] 有 [] 要介護 1 [] 2 [] 3 [] ケアマネージャー名 []

家族構成 (介護相談窓口および決定権者を記入下さい)

[] **終いに対する対応**

終いに対する対応 (本人・家族)

- 最後まで自宅
- 最後は連携病院
- 状況により判断

緊急連絡先

かかりつけ医→副かかりつけ医1→副かかりつけ医2→救急外来

診断: 主 [] 癌 転移: []

副 1. [] 2. []

3. [] 4. []

既往歴: []

臨床経過: []

治療歴: 1. 手術 有 ([]) 無 []

2. 抗癌剤 有 ([]) 無 []

在宅移行時における病状の問題点 []

予後に影響を与える因子

臓器不全 (心、腎、肝、他 [])

栄養状態: []

出血 (消化管 []、他 [])

腹水: []

他: []

予後予測: [] ヶ月

連携病院への通院: 必要 [] 毎、 不要 []

インフォームドコンセント

告知について

告知: 本人、家族 ([])

内容 []

本人: []

家族: [] **告知理解度について**

精神的サポート 要 [] 不要 []

告知理解度 [] 療養から死への不安点 []

本人: 十分 [] 不十分 []

家族: 十分 [] 不十分 []

療養方針 []

1. 全身状態の管理

- PS(performance status) [] 0、1、2、3、4
- 栄養: 経口 [] 非経口 []
- 留置カテ: 有 ([])、無 []
- 排泄: 自力 [] 介助 []
- 褥瘡: 有 [] 無 []
- 口腔ケア: 有 [] 無 []
- その他のケア内容 []

2. 投薬内容 [] **疼痛管理について**

3. 疼痛管理 []

無 [] 有 [] 投与経路 経口 [] 経静脈 [] 座剤 [] 他 []

麻薬 []

NSAIDS []

訪問看護(指導ならびに実行状況)

- 口腔ケア 有 [] 無 []
- 入浴 自宅 [] サービス(自宅・デイ) []
- 褥瘡処理 有 [] 無 []
- 清拭 指導 [] 家族 [] ヘルパー []
- 他 []

介護

- ヘルパー 有 [] 無 []
- デイサービス 有 [] 無 []

入力者 []

自動入力 []

病院担当医 []

病院担当Ns []

緩和グループ担当者 []

ケアマネージャー []

在宅かかりつけ医 []

Mitsuyo Goto 07292010

様式の統一

在宅療養実施計画書様式

医療機関用

患者・家族用

作成日 年 月 日
____ 様 歳 男・女

在宅介護人： _____ 続柄 _____

かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

副主治医 1 _____ TEL _____

副主治医 2 _____ TEL _____

連携病院 _____ TEL _____

連携病院サポート医 _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

薬局名
アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

疼痛をできるだけ抑制する

褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

呼びかけに応じない

呼吸をしていない

_____ ケアマネージャー入力

氏名

_____ かかりつけ医が入力

作成日 年 月 日
____ 様 歳 男・女

在宅介護人： _____ 続柄 _____

連絡先

（下記の医師コールの基準にあてはまるようになった場合や、その他、状況が

悪化し連絡が必要と思われる場合は下記連絡先の1に連絡し、連絡が取れない

場合や、その先生の指示があれば、以後2、3、4の順に連絡してください。

1 かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

2 副主治医 1 _____ TEL _____

3 副主治医 2 _____ TEL _____

4 ○○病院 _____ TEL _____

連携病院サポート医 _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

薬局名
アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

疼痛をできるだけ抑制する

褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

呼びかけに応じない

呼吸をしていない

様式の統一

在宅診療報告書様式（連携カルテ）

| 開始日 _____ 様 4 w | | | | | _____ 様 8 w | | | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 日付 | 開始日 | 1W | 2W | 3W | 4W | 日付 | 5W | 6W | 7W | 8W | 9W |
| 項目 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 項目 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
| 問題点（特記事項） | | | | | | 問題点（特記事項） | | | | | |
| （一般状態）記載者 | | | | | | （一般状態）記載者 | | | | | |
| P.S | | | | | | P.S | | | | | |
| 栄養状態 | | | | | | 栄養状態 | | | | | |
| 精神状態 | | | | | | 精神状態 | | | | | |
| 身体所見 | | | | | | 身体所見 | | | | | |
| （投薬）記載者 | | | | | | （投薬）記載者 | | | | | |
| 疼痛管理 | | | | | | 疼痛管理 | | | | | |
| 麻薬 | | | | | | 麻薬 | | | | | |
| NSAIDS | | | | | | NSAIDS | | | | | |
| 他 | | | | | | 他 | | | | | |
| 補液 | | | | | | 補液 | | | | | |
| （検査） | | | | | | （検査） | | | | | |
| （病状説明） | | | | | | （病状説明） | | | | | |
| 他 | | | | | | 他 | | | | | |
| （訪問看護）記載者 | | | | | | （訪問看護）記載者 | | | | | |
| 食事 | | | | | | 食事 | | | | | |
| 排泄 | | | | | | 排泄 | | | | | |
| 清拭 | | | | | | 清拭 | | | | | |
| 入浴 | | | | | | 入浴 | | | | | |
| 精神面 | | | | | | 精神面 | | | | | |
| 他 | | | | | | 他 | | | | | |

| 項目 | 11W 3月21日 | 12W 3月22日 | 13W 3月23日 |
|-----------|--------------|---------------|---------------------|
| 問題点(特記事項) | 経口摂取量減少 | 本日IVHに注入ホアア導入 | 意識レベル低下(TEL前) PM-7時 |

| (一般状態) 記載者 | 上田 | 藤田 | 上田 |
|------------|-------|-------|------------------------------------|
| PS | 4 | 4 | 4 |
| 栄養状態 | Poor | Poor | Poor |
| 精神状態 | 正常・安定 | 正常・安定 | 正常・安定 |
| 身体所見 | 腹水・浮腫 | 腹水・浮腫 | 腹水・浮腫 腹水(CT) 900ml 尿300ml |

| (投薬) 記載者 | 藤田 | 上田 | 藤田 |
|----------|--|--|--|
| 疼痛管理 | 疼痛+NSAIDs | 疼痛+NSAIDs | 疼痛+NSAIDs |
| 麻薬 | オキシコドン(5)IT | オキシコドン(5)IT | オキシコドン(5)IT |
| NSAIDs | ロキソニン300mg | ロキソニン300mg | ロキソニン300mg |
| 他 | | | |
| 補液 | ①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg | ①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg | ①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg |
| (検査) | IVHホアアト 自注病下 | IVHホアアト 自注病下 | IVHホアアト ホアアト注入 100ml/h |
| (病状説明) | | | |
| 他 | NS上服薬と IVHホアアトの服用法 を確認(理路) | 添付550 300mg 理路 | BD11892 P84 KT369 900ml/h |

| (訪問看護) 記載者 | 上田 | 上田 |
|------------|---|---|
| 食事 | 水分摂取量UP | 果物、ビーチ摂取 |
| 排泄 | 排便364 | 排便364 |
| 清拭 | 1000ml | 1000ml |
| 入浴 | 1000ml | 1000ml |
| 精神面 | 安定 | 安定 |
| 他 | 体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸20 SpO2 98% | 体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸20 SpO2 98% |

| (訪問介助) 記載者 | | |
|------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 項目 | 13W 3月23日 | 14W 3月24日 | 15W 3月25日 | 16W 3月26日 |
|-----------|--------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 問題点(特記事項) | | 1片血80% 37℃以下 経口摂取低下 | 2片血80% 37℃以下 経口摂取低下 | 1片血80% 37℃以下 経口摂取低下 |

| (一般状態) 記載者 | 藤田 | 上田 | 藤田 |
|------------|-------|-------|-------------------------|
| PS | 4 | 4 | 4 |
| 栄養状態 | Poor | Poor | Poor |
| 精神状態 | 正常・安定 | 正常・安定 | 正常・安定 |
| 身体所見 | 腹水・浮腫 | 腹水・浮腫 | 20時夜急いで 市立病院受診 入院 |

| (投薬) 記載者 | 上田 | 藤田 | 上田 |
|----------|--|---------------------------|--|
| 疼痛管理 | | | |
| 麻薬 | | | |
| NSAIDs | | | |
| 他 | | | |
| 補液 | ①オキシコドン500ml オキシコドン1000mg ②オキシコドン500ml オキシコドン1000mg ③オキシコドン500ml オキシコドン1000mg | ← | ← |
| (検査) | IVHホアアト ホアアト注入1000ml/h | ← | ← |
| (病状説明) | 家族のみ入院 してほしく希望あり | 入院日14月20日 11時頃 17時頃 | 主治医藤田の 小児科内診での 診察で市立病院 救急室に到着中 17時 |
| 他 | 市立病院外科 救急室に紹介状 記載 | 説明 | 20時夜急いで 市立病院受診 入院 説明 |

| (訪問看護) 記載者 | 上田 |
|------------|---|
| 食事 | ビーチ少量摂取 |
| 排泄 | 排便364 |
| 清拭 | 全身清拭 |
| 入浴 | 1000ml |
| 精神面 | 安定 |
| 他 | 体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸20 SpO2 98% |

| (訪問介助) 記載者 | | |
|------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

出所: 中川彦人

新川地域在宅医療療養連携協議会 在宅患者情報共有モデル事業

(平成21年12月～平成22年3月)

「あんしん在宅ネットにいかわ」
—オフィス グループ 2007を用いて—

(マイクロソフト社製)



- ディスカッション - Microsoft Office Groove

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) オプション(O) ヘルプ(H) ワークスペース(W)

ディスカッション

新規作成 ビュー

| カテゴリ | 件名 | 日付 | 作成者 |
|------|--------------------------------|------------------|--------|
| | PCAポンプの設定について | 2010/01/05 18:13 | 藤岡 照裕 |
| | ファイル(ルート フォルダ)に検査結果と使用薬剤を追加。 | 2010/01/06 12:27 | 藤岡 照裕 |
| | 疼痛管理 | 2010/01/06 12:58 | 千代 英夫 |
| | Re: 疼痛管理 | 2010/01/17 10:47 | 藤岡 照裕 |
| | 在宅療養実施計画書を更新しました。 | 2010/01/06 18:59 | 藤岡 照裕 |
| | 訪問入浴について | 2010/01/08 17:48 | フレンドイー |
| | 排泄介助について | 2010/01/08 18:06 | フレンドイー |
| | 訪問看護の臨時訪問希望について | 2010/01/12 19:16 | 遠藤 幸枝 |
| | PCAポンプのカセット交換回数について | 2010/01/27 12:11 | 見澤 哲郎 |
| | オピオイドの減量について | 2010/02/02 16:46 | 見澤 哲郎 |
| | Re: オピオイドの減量について | 2010/02/02 23:54 | 藤岡 照裕 |
| | Re: オピオイドの減量について | 2010/02/03 17:31 | 遠藤 幸枝 |
| | デュロテックパッチの貼付部位について | 2010/02/02 16:56 | 見澤 哲郎 |
| | 主治医往診を訪問看護に振り替えて欲しいとの希望に対して… | 2010/02/02 22:19 | 藤岡 照裕 |
| | 2月2日撮影の右胸壁腫瘍の画像をアップしました。 | 2010/02/02 22:45 | 藤岡 照裕 |
| | 今後の方針 | 2010/02/04 18:19 | 藤岡 照裕 |
| | Re: 今後の方針 | 2010/02/05 14:59 | 遠藤 幸枝 |
| | PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて | 2010/02/05 17:20 | 見澤 哲郎 |
| | Re: PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて | 2010/02/05 18:07 | 藤岡 照裕 |
| | 在宅に要する費用 | 2010/02/08 9:46 | 渡辺俊雄 |

件名 疼痛管理
 カテゴリ
 作成者: 千代 英夫 作成日時: 2010/01/06 12:58

ステロイドの併用はどうでしょうか。また、抗生剤投与の必要性はないか。

現在のビュー: カテゴリ別 | ビューのレコード数: 49

ファイル ディスカッション 1 予定表 画像

194 KB

ワークスペース メンバ

- 千代クリニック
 - 千代 英夫
- 川瀬医院
 - 川瀬紀夫
- 富山県立中央病院 地域連携室
 - 地域連携室
- 黒部市民病院 在宅介護支援センター
 - 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
 - 金谷 雅美
- 藤岡医院
 - 藤岡三郎
- ストローハット
 - サポート (ストローハット)
- 中川医院
 - 中川 彦人
- 黒部訪問看護ステーション
 - 遠藤 幸枝
- 富山県立中央病院
 - 渡辺俊雄
- 藤が丘クリニック
 - 藤岡 照裕
- メープル薬局
 - 見澤 哲郎

ワークスペースに招待: 受信者の追加
 名前または電子メールを入力 送信

チャット

よく使う機能

出所: 中川彦人

予定表

新しい予定... 今日 日 週 月

2010年 3月

日単位ウィンドウの表示

| 日曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 |
|-------------------|---|--|--|---|---|-----|
| 2月 28日 | 3月 1日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護 | 2日 10:30 訪問介護 13:00 訪問介護 16:00 訪問介護 | 3日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護 | 4日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護 | 5日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 | 6日 |
| 7日 | 8日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 | 9日 藤岡主治医 訪問診... 10:30 訪問介護 15:00 訪問介護 17:15 訪問介護 | 10日 シメノドラッグ黒部薬局 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護 | 11日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護 | 12日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 14:00 訪問介護 17:30 訪問介護 | 13日 |
| 14日 | 15日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護 | 16日 10:30 訪問介護 15:00 訪問介護 17:15 訪問介護 | 17日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:00 訪問介護 | 18日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護 | 19日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 13:30 訪問介護 17:30 訪問介護 | 20日 |
| 21日 13:30 訪問看護 | 22日 | 23日 藤岡主治医 訪問診... 10:30 訪問介護 16:00 訪問介護 | 24日 シメノドラッグ黒部薬局 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:00 訪問介護 | 25日 | 26日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 13:30 訪問介護 17:30 訪問介護 | 27日 |
| 28日 | 29日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護 | 30日 10:30 訪問介護 13:00 訪問介護 16:00 訪問介護 | 31日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護 | 4月 1日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護 | 2日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 14:30 訪問介護 17:30 訪問介護 | 3日 |

ワークスペース メンバ

- 千代クリニック
 - 千代 英夫
- 川瀬医院
 - 川瀬紀夫
- 富山県立中央病院 地域連携室
 - 地域連携室
- 黒部市民病院 在宅介護支援センター
 - 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
 - 金谷 雅美
- 藤岡医院
 - 藤岡三郎
- ストローハット
 - サポート (ストローハット)
- 中川医院
 - 中川 彦人
- 黒部訪問看護ステーション
 - 遠藤 幸枝
- 富山県立中央病院
 - 渡辺俊雄
- 藤が丘クリニック
 - 藤岡 照裕
- メープル薬局
 - 見澤 哲郎

ワークスペースに招待: 受信者の追加
 -名前または電子メールを入力 - 送信

チャット

よく使う機能

ファイル

ディスカッション

予定表

画像

画像



R0011754s



1/20



ワークスペースメンバ

- 富山県立中央病院 地域...
- 地域連携室
- 藤が丘クリニック
- 藤岡 照裕
- ストローハット
- サポート (ストローハ...
- 中川医院
- 中川 彦人
- 藤岡医院
- 藤岡 三郎
- 川瀬医院
- 川瀬紀夫
- メープル薬局
- 見澤 哲郎
- 富山県立中央病院
- 渡辺俊雄
- 黒部市民病院 在宅介護...
- 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
- 金谷 雅美

ワークスペースに... 受信者の追加
-名前または電子- 送信

チャット

よく使う機能

- ツールの未読通知の無効化
- ツールの追加
- ワークスペースのプロパテ...
- 自分が使用している他のコ...

ファイル 1

ディスカッション

予定表

画像 1

55.6 KB

出所: 中川彦人

Mitsuyo Goto 06072010

ICT化のメリット

あんしん在宅ネットにいかわ

- 1. 患者さまの情報が迅速にかつ適確に得られる。
- 2. 情報の種類が多く情報量も多い。
- 3. 情報がきれいで読みやすい。
- 4. Faxなどの紙媒体に比べ管理しやすい
- 5. 自分が往診や訪問をしていない日でもリアルタイムの情報が得られる
- 6. 連携相手の状況や時間を気にせず情報伝達ができる。
- 7. 稀にしか対応しない副主治医でも適確に情報が得られる。
- 8. 訪問看護や訪問調剤薬局では、訪問前の準備がしやすい。
- 9. ディスカッション機能の利用で、疑問点の解決につながる。
- 10. チーム医療の最大の目的である多職種が同じ目的と意識を持って患者さまに向き合うことができる



あんしん在宅ネットにいかわ
患者さんが亡くなったあとの
デスクンファレンスに発展

スマートフォンやi-PADを利用した 地域カルテ

- 用賀三丁目薬局と桜新町アーバンクリニック
– スマートフォンを利用した在宅医療の現場を9月1
日に見学



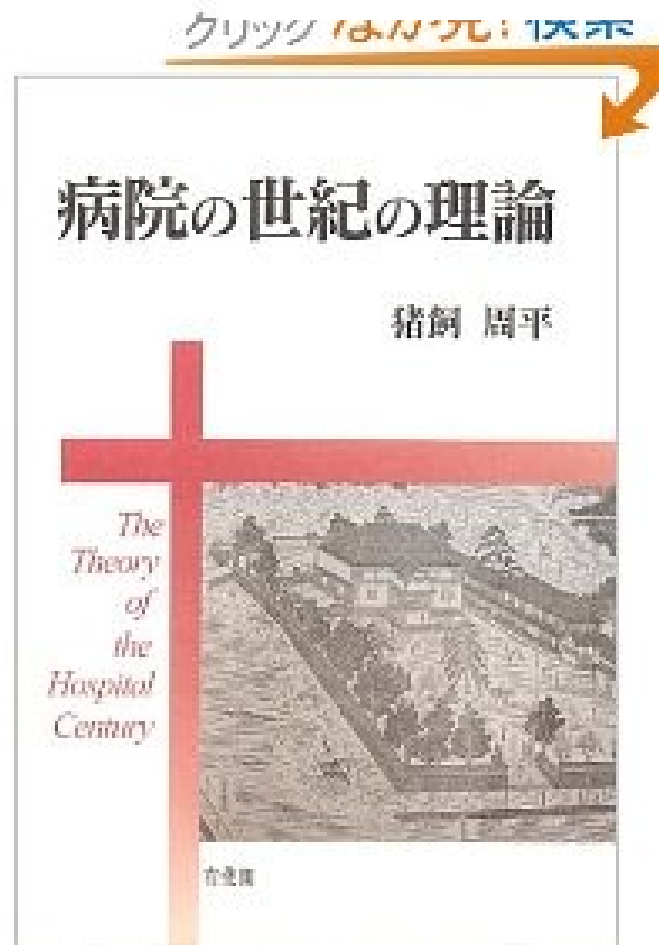
フォーカスの斎藤くん



桜新町アーバンクリニックの
遠矢先生

病院中心の時代から 地域包括ケアへ

- 猪飼(2010)「病院の世紀の理論」では、「病院の世紀の終焉の時代」が提唱されている。
- これは、20世紀の病院というシステムの興隆が極めて20世紀的な出来事であり、20世紀を「病院の世紀」と呼ぶことができる
- 21世紀に入った今日、病院中心の時代から「地域包括ケア」の時代へ移ろうとしている



地域医療連携と薬局・薬剤師

- 地域医療連携と薬局・
薬剤師 (薬ゼミファーマ
ブック—薬ゼミブック
レット) (単行本)
- 武藤正樹(著, 監修)
- 09年3月
- ISBN 978-4-904517-00-
0 ページ数70
- 価格(税込) 1,575 円



医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 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, etc
- 好評発売中



まとめと提言

- ・2012年は診療報酬・介護報酬同時改訂は2025年団塊世代後期高齢者へ向けての一里塚
- ・診療報酬改定と医療計画が、医療提供体制の方向性を決める
- ・2012年は新生在宅医療・介護元年元年、これからは医療・介護連携、生活支援、高齢者向け住宅への視点が医療経営に必要となる
- ・在宅医療における薬局・薬剤師の活躍に期待がかかっている。

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)