

医療と介護が変わる to 2025

～社会保障と税一体改革と地域連携～

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
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院
2012年2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
 - 医療計画見直しと在宅医療
- パート3
 - 2012年診療報酬改定と在宅医療支援病院・診療所
- パート4
 - 2012年介護報酬改定と地域包括ケア
- パート5
 - 在宅終末期ケア連携
- パート6
 - 医療と介護の連携



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議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
で始まった(2012年11月30日)

社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 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。
- 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

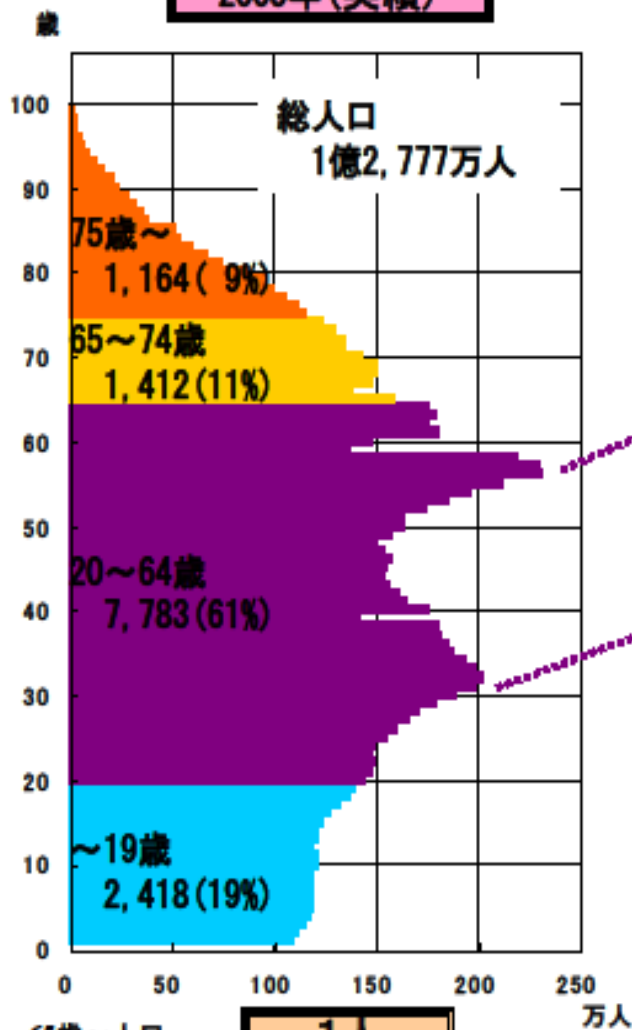


2012年8月10日、参議院を通過

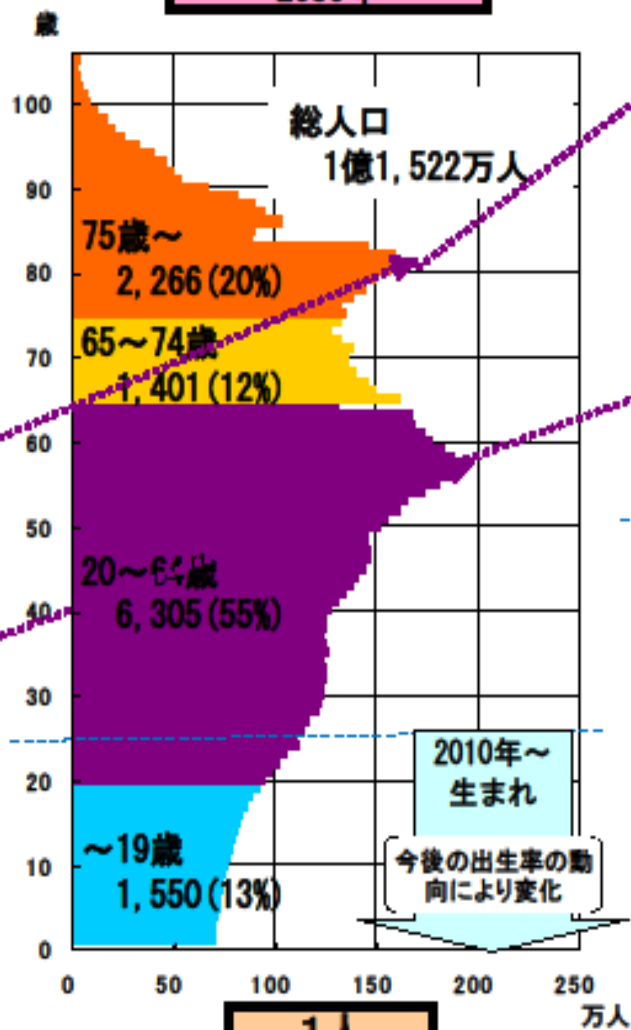
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 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。

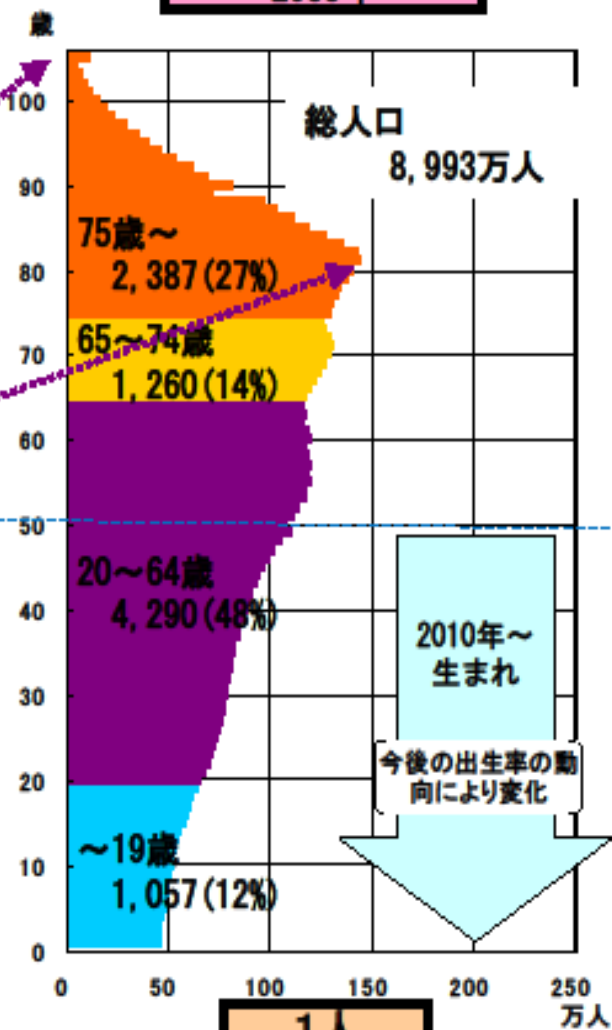
2005年(実績)



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)

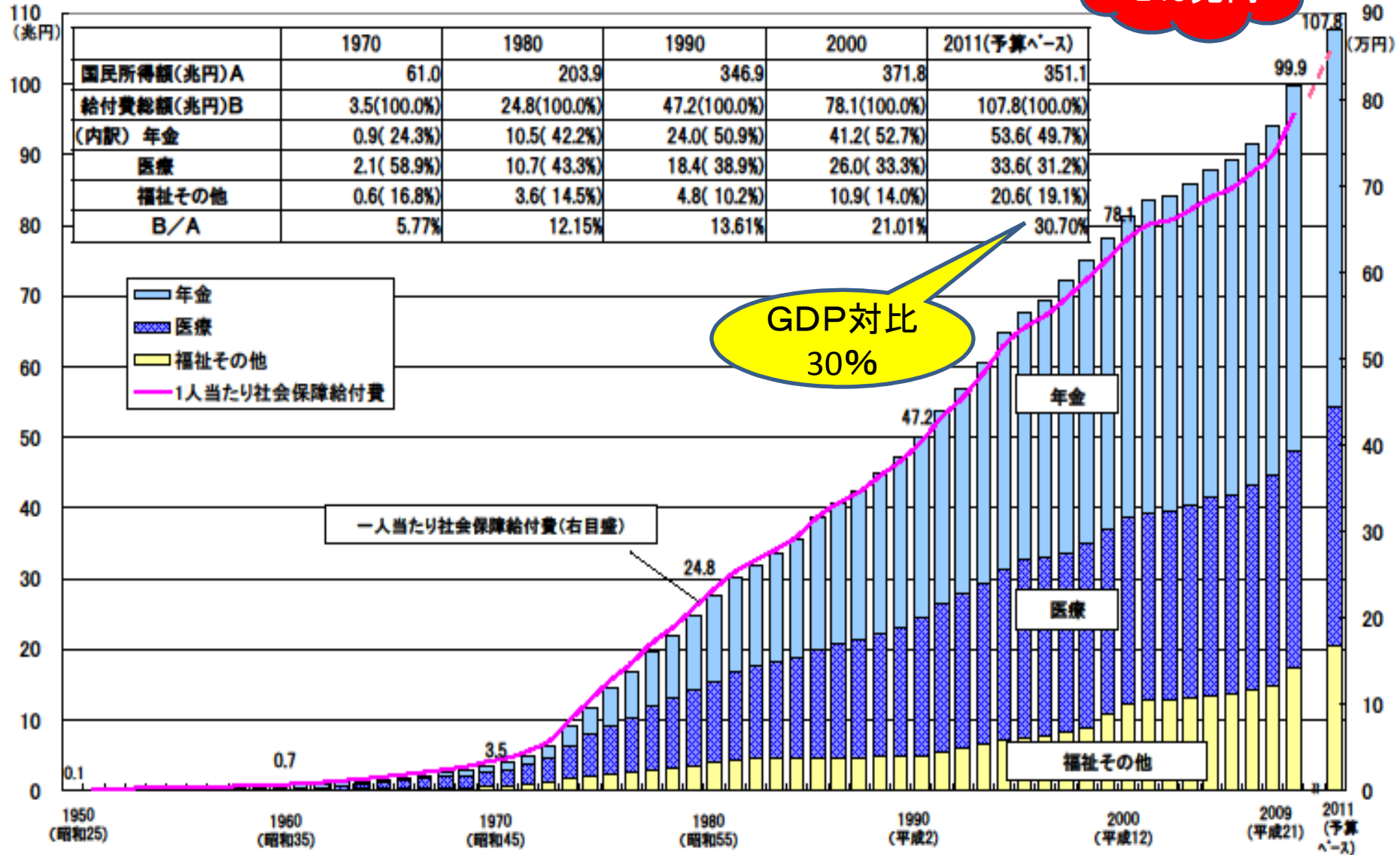
都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



出典：国勢調査（平成17年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

社会保障給付費の推移

2025年
140兆円



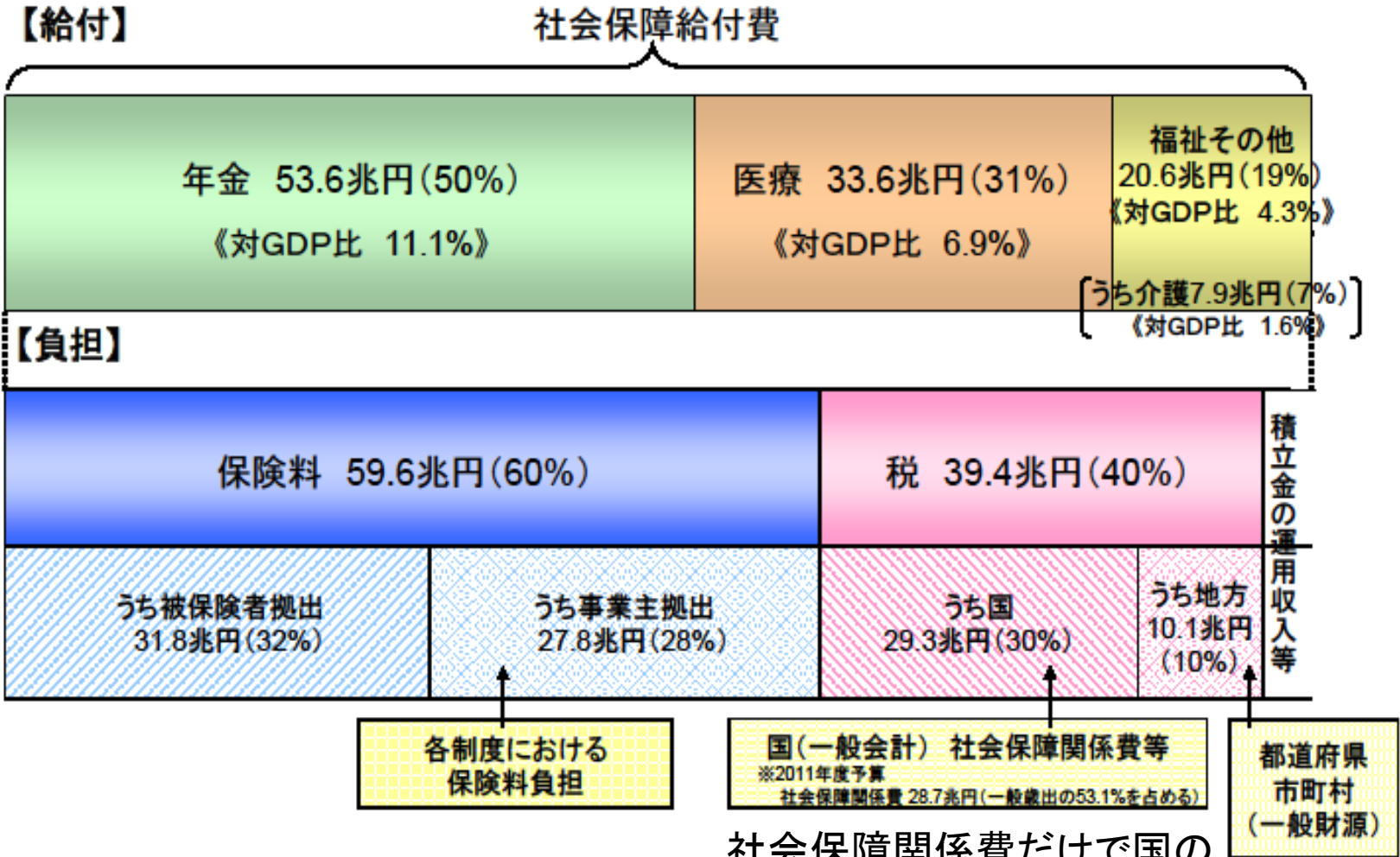
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

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%)

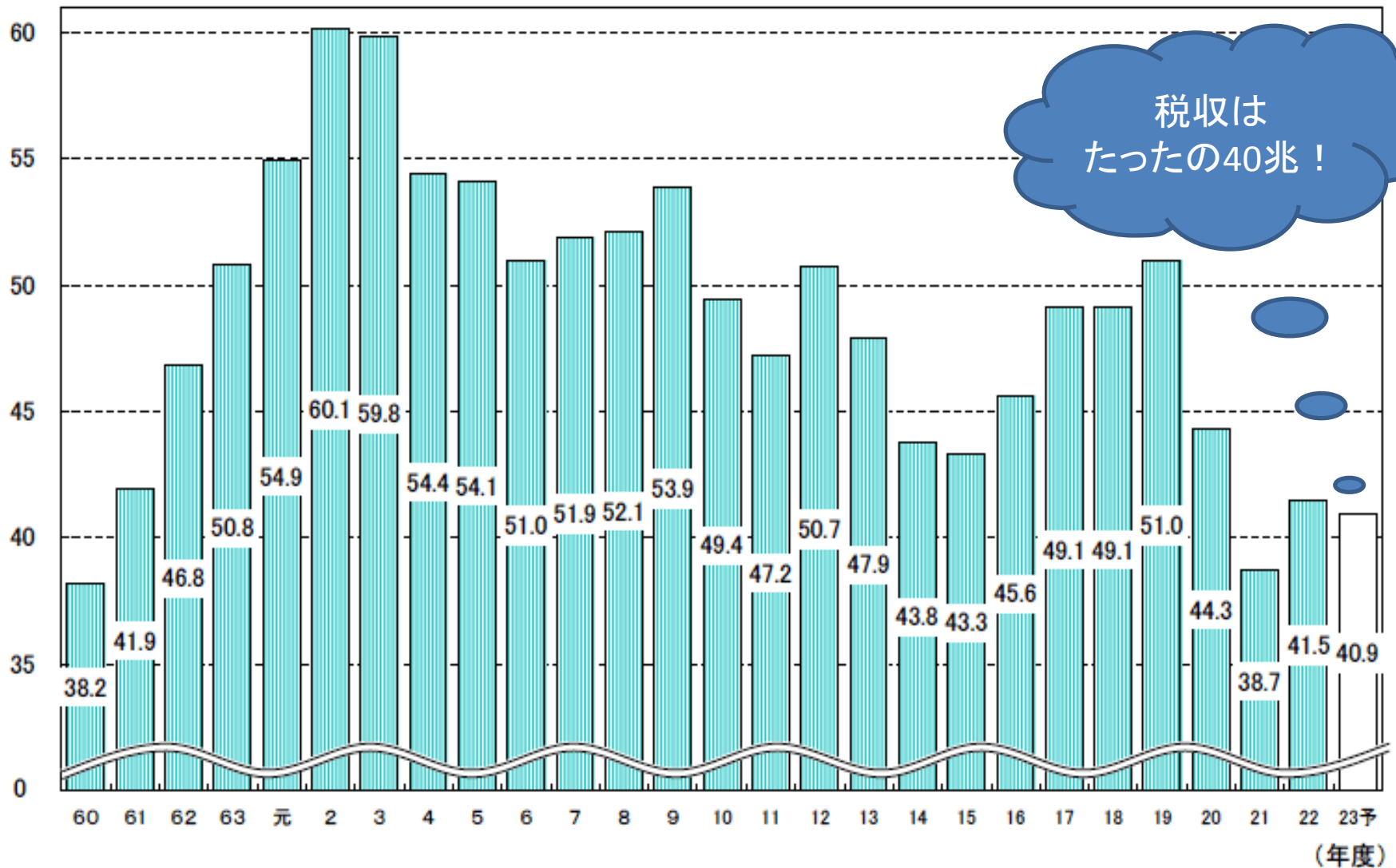


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

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)



消費増税法が成立

そしてついに増税！

しかし、
その前になすべきことは？
医療・介護の徹底した効率化

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 |

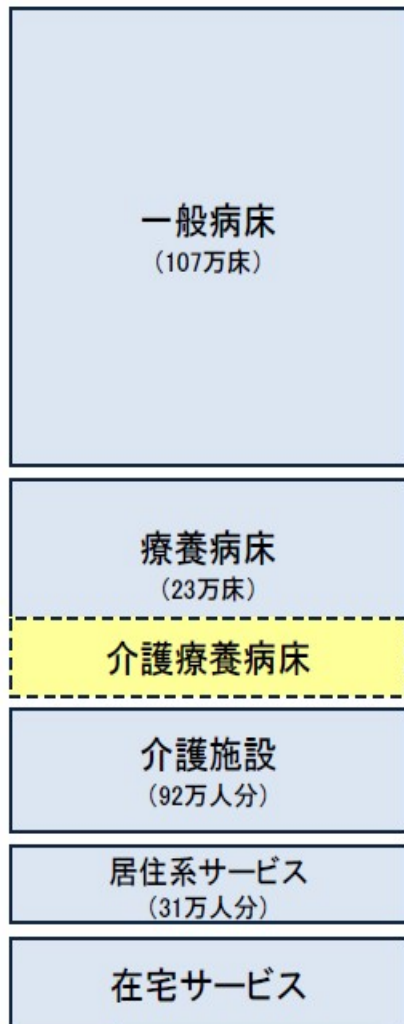
機能分化して103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

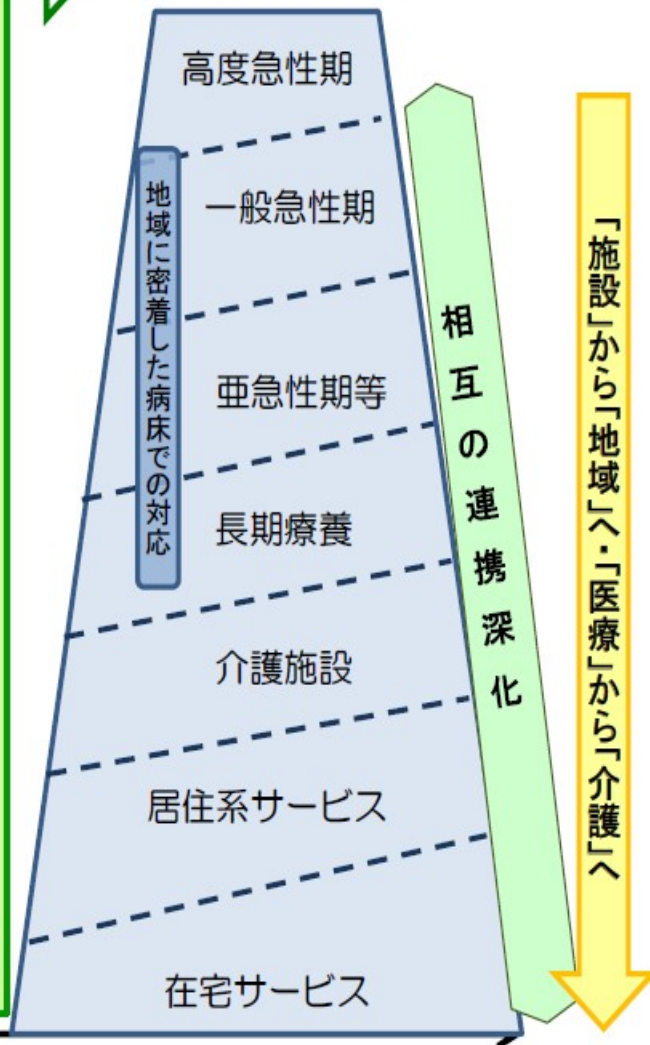
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年
目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

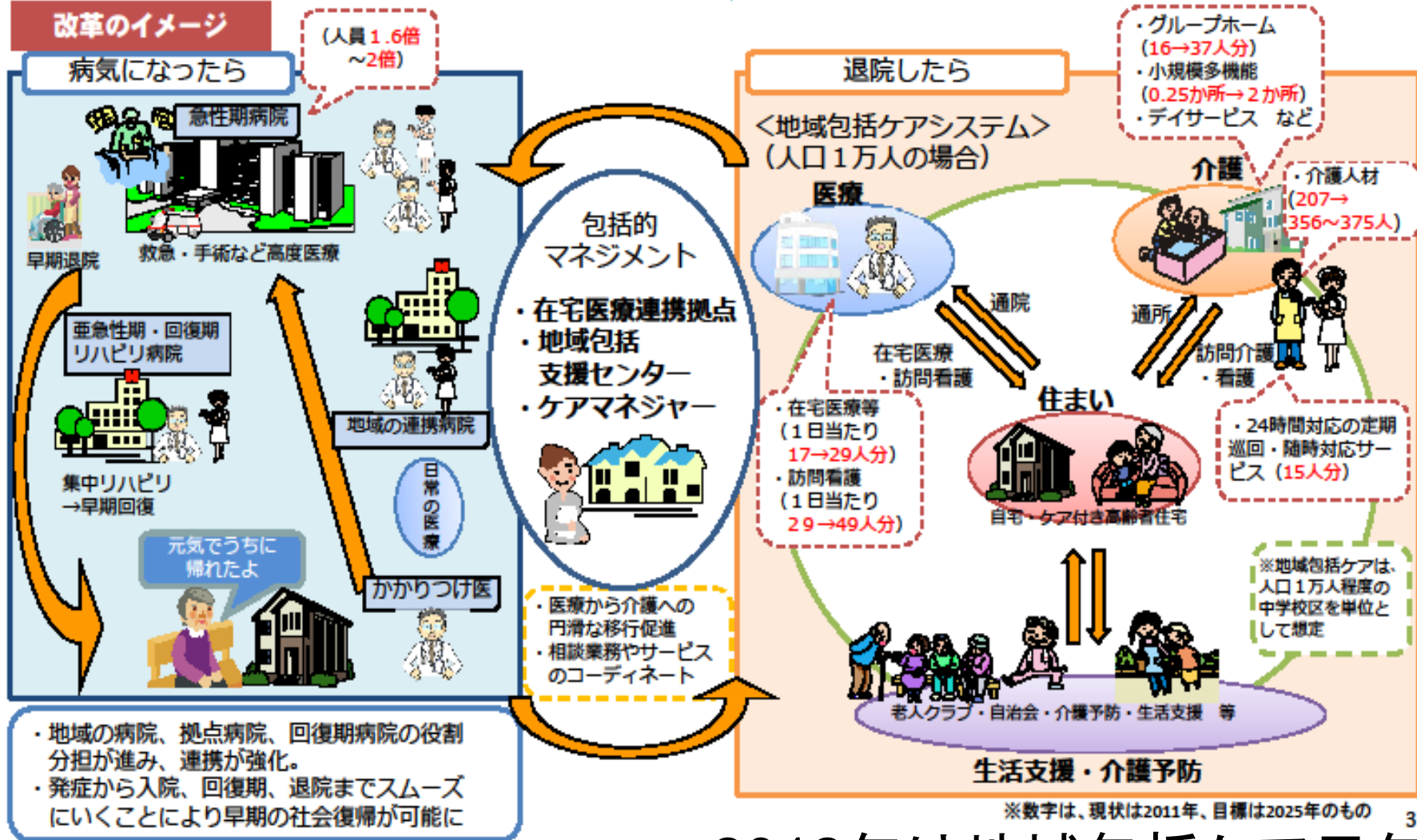
改革の方向性 ②

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

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



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

2023年

医療計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

医療介護のあるべき姿

パート2

医療計画の見直しと在宅医療



2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

現行の医療計画～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

医療計画見直しスケジュール(案)



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

在宅医療に係わる医療体制の 充実・強化



「医療計画の見直しについて」

～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
- ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
- ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

「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

パート3

2012年診療報酬改定と 在宅療養支援病院・診療所



2月10日中医協答申

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

在宅療養支援診療所・病院



06年在宅療養支援診療所の新設

特養、有料老人ホーム、ケアハウスの入居者で末期がんの患者に対する訪問診療料が算定できる



特養
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点

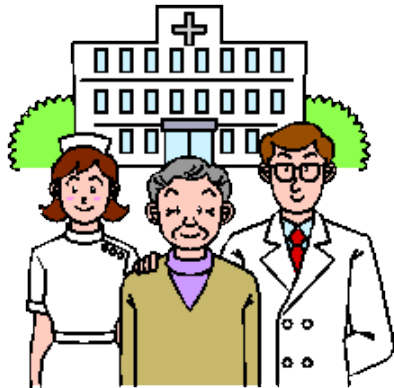


B診療所
(連携先)



往診料や訪問診察料に高い加算

A診療所
在宅療養支援診療所



A診療所と連携しているB診療所(またはC病院)がA診療所の代形で訪問診療を行えば、在宅療養支援診療所なみの高い診療点数を算定できる



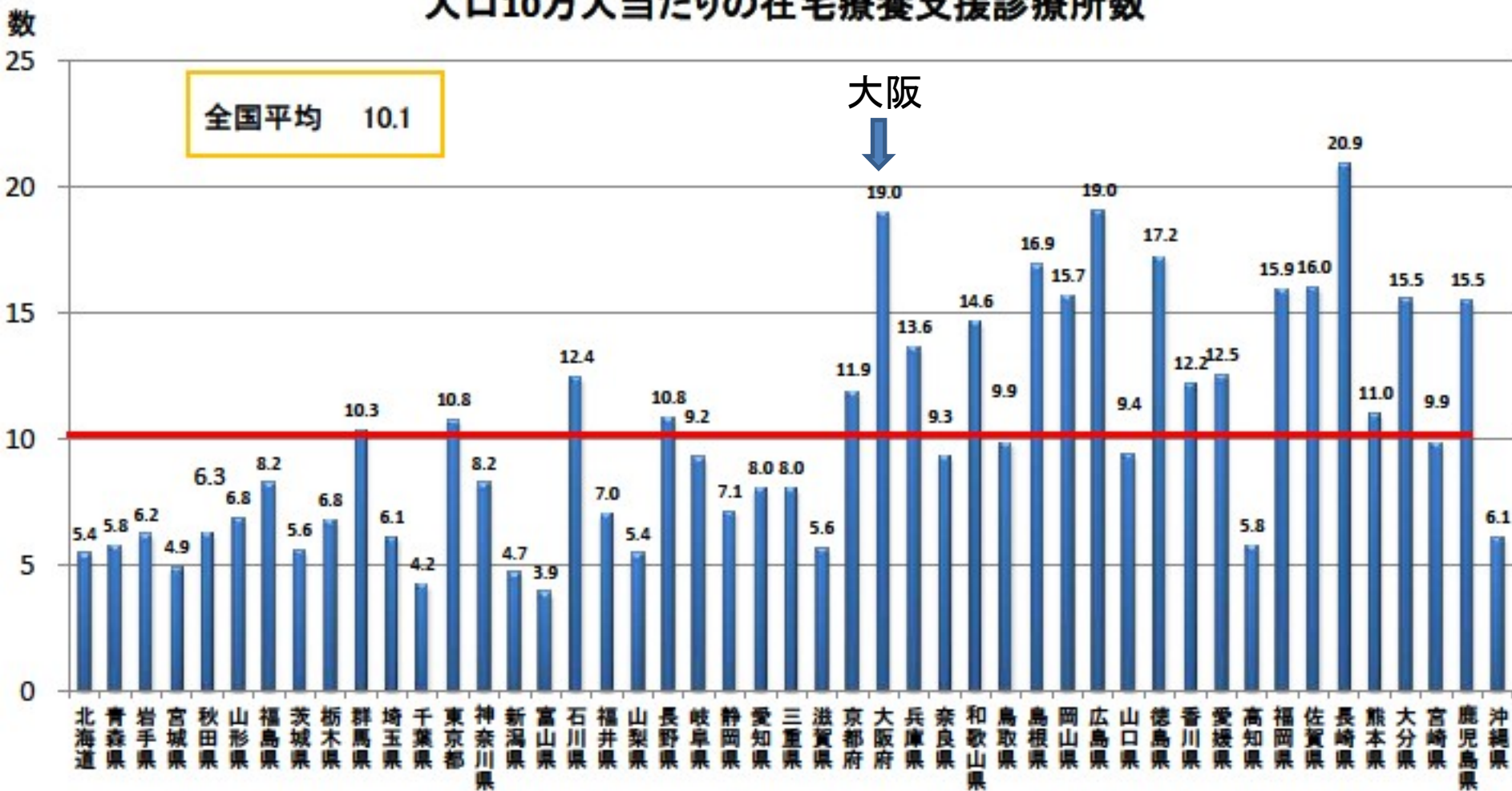
在宅療養支援診療所

湘南なぎさ診療所



人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数

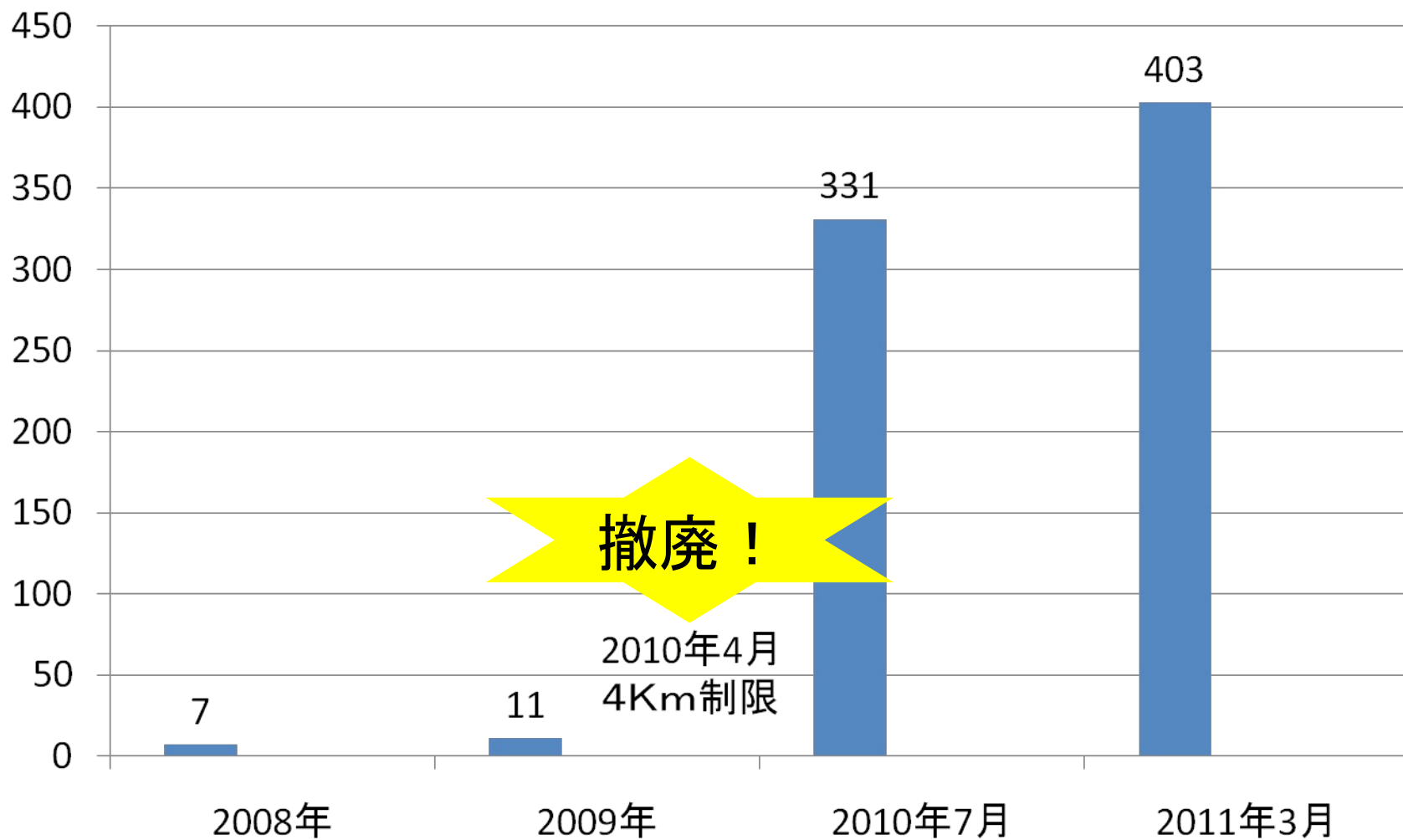


保険局医療課データ 平成23年7月

在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

- **2008年診療報酬改定**
 - 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
 - このため届け出は11病院に限定
- **2010年診療報酬改定**
 - 4Km要件が撤廃され、しかも200床以下の病院で取得が可能となった
 - この要件撤廃の影響により在宅療養支援病院が急増

在宅療養支援病院数の推移



医療法人財団厚生会古川橋病院

東京都で第1号の在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
 - 一般病床 49床
 - 介護老人保健施設 40床
 - 介護予防機能訓練施設 20名
 - 居宅介護支援事業所
 - 健診センター



鈴木先生

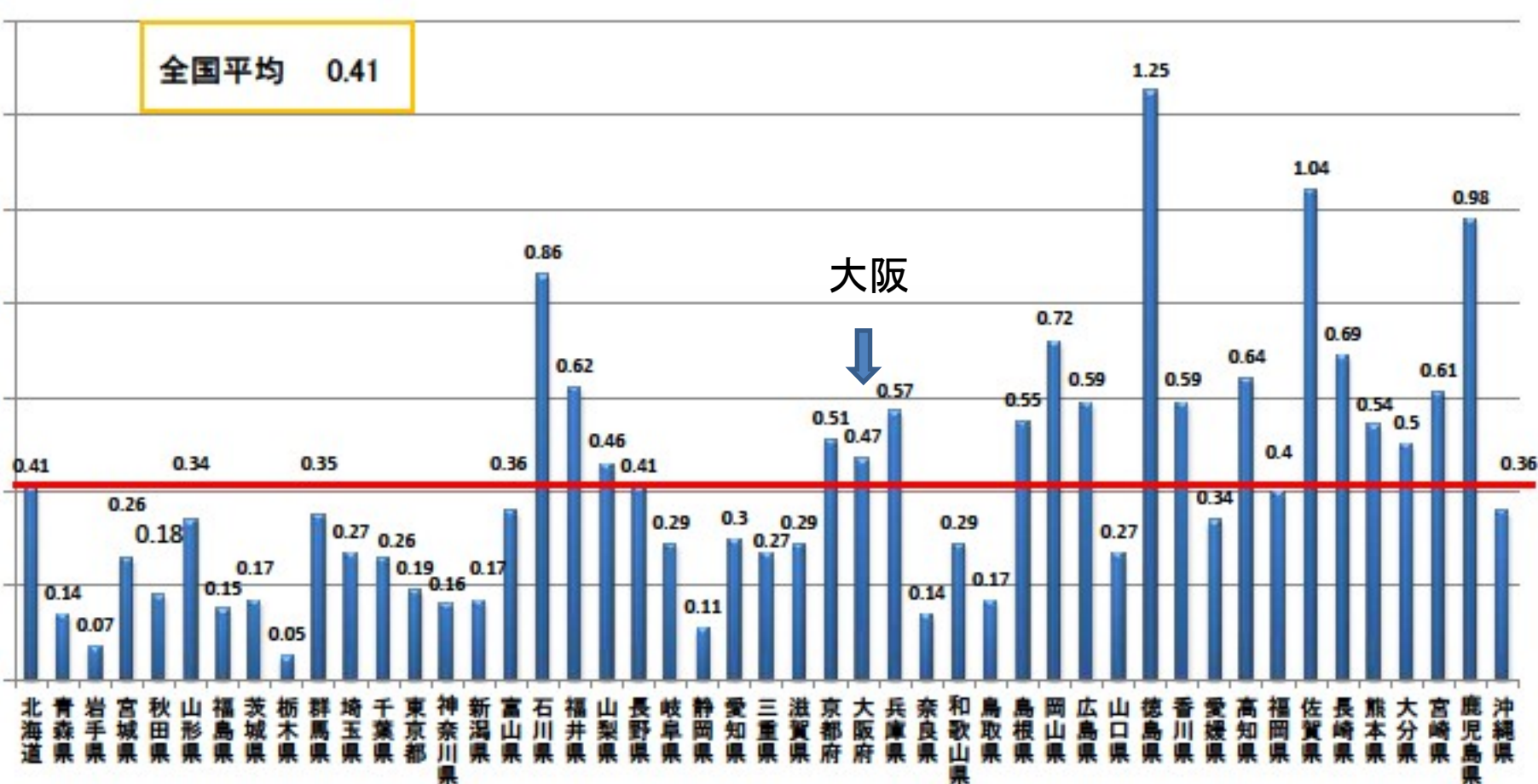


人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

人口10万人当たりの在宅療養支援病院数

数

全国平均 0.41

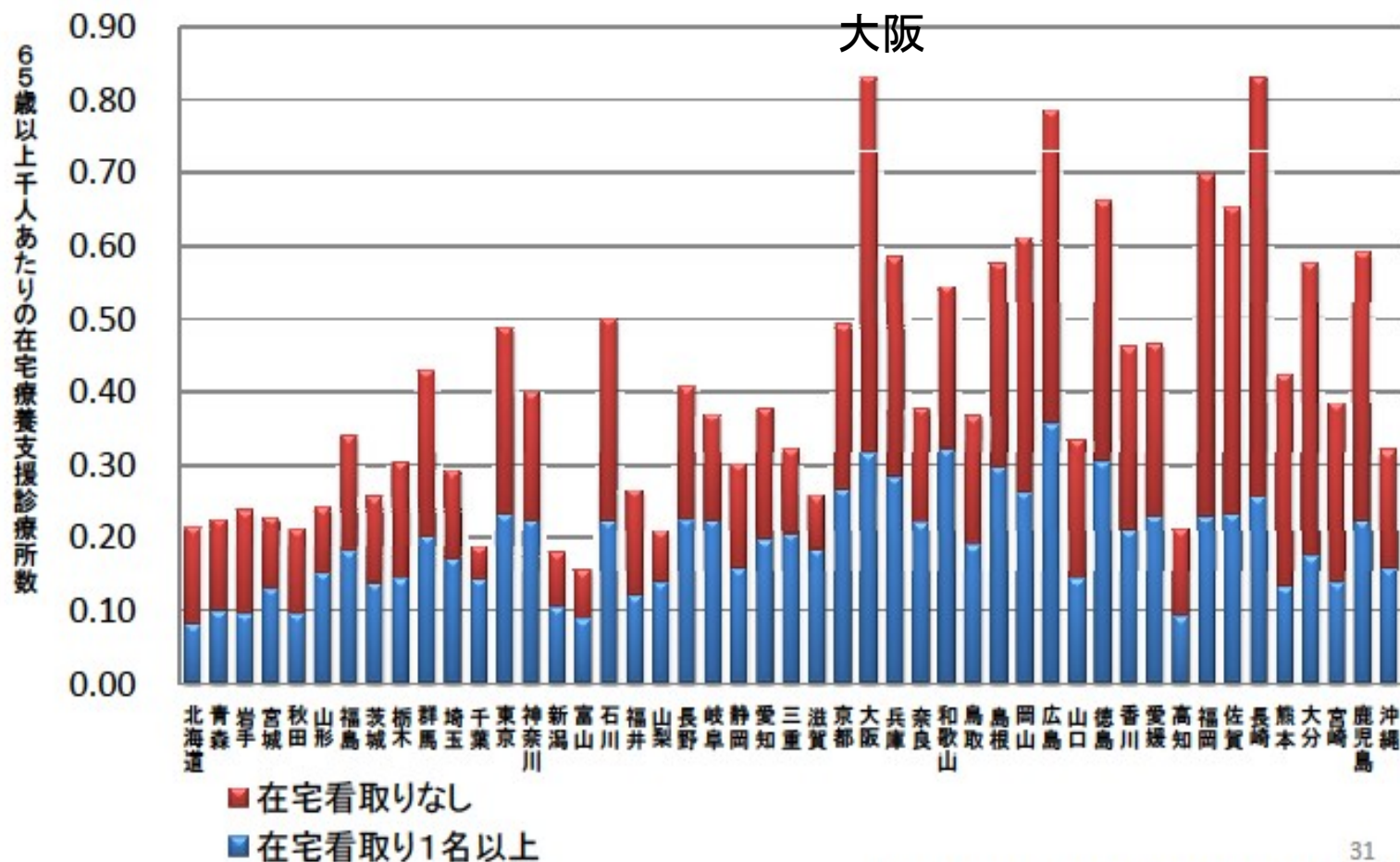


保険局医療課データ 平成23年7月

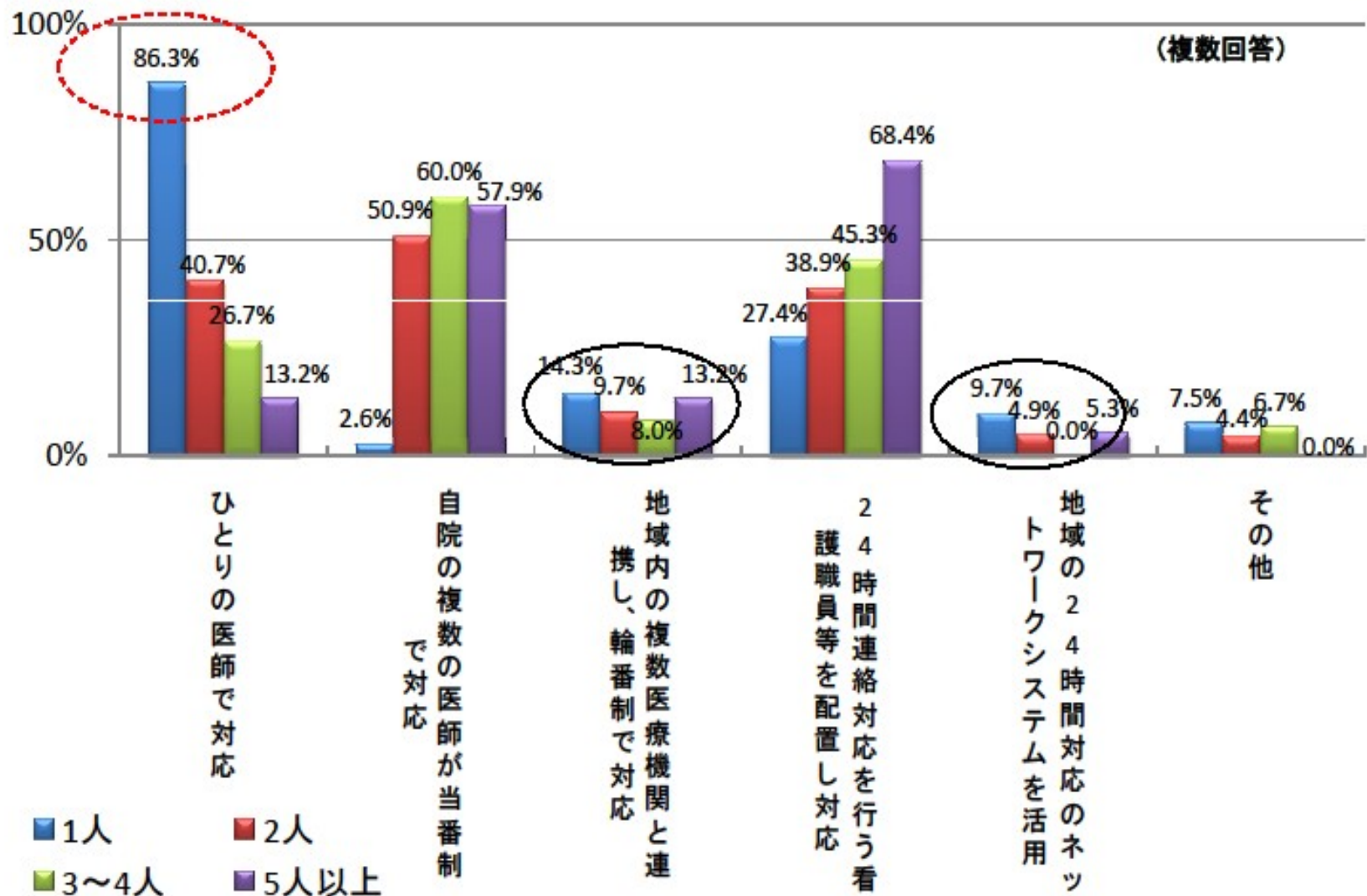
在宅療養支援診療所・病院の 課題と対策

少ない在宅看取りと
機能強化型在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所数(65歳以上千人あたり) <都道府県別分布>



在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制(複数回答)



(n=1,228 無回答を除く)

出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価(2012年診療報酬改定)

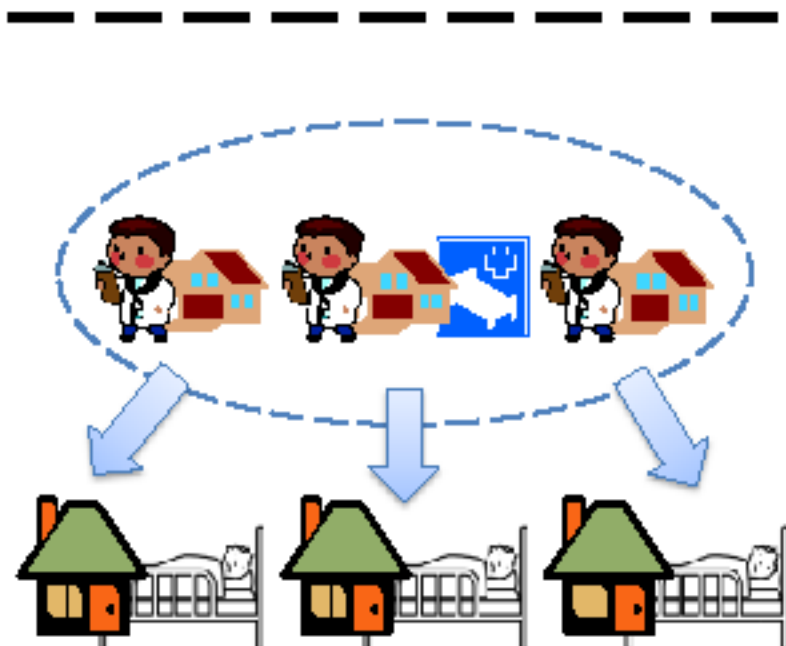
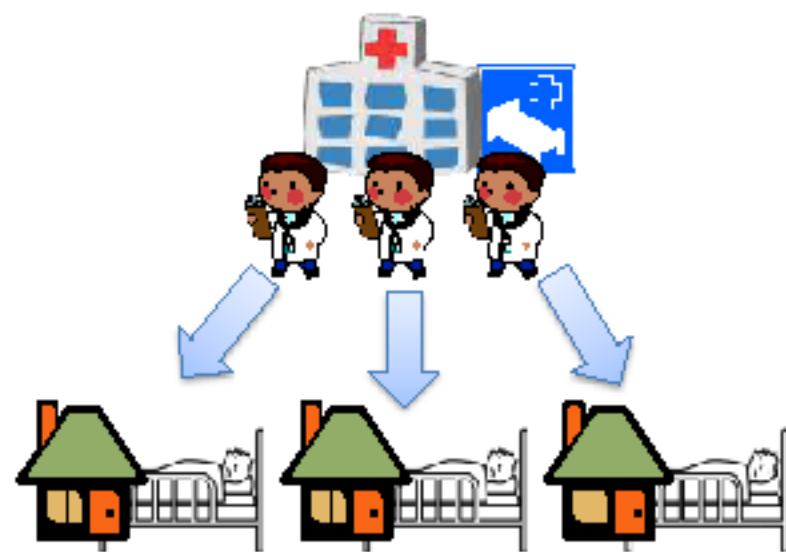
- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
 - －イ 所属する常勤医師3名以上
 - －ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - －ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

機能強化型
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

機能強化した在宅療養支援診療所・ 在宅療養支援病院等への評価

- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - －イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - －ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - －ハ 連携する医療機関数は10未満
 - －ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ(改定後)



- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

| | 従来型の在支診・在支病 | 強化型在支診・在支病 |
|------------------|-------------|-------------------|
| ○往診料 | | |
| 緊急加算 | 650点 | 750点(病床有850点) |
| 夜間加算 | 1,300点 | 1,500点(病床有1,700点) |
| 深夜加算 | 2,300点 | 2,500点(病床有2,700点) |
| ○在宅時医学総合管理料 | | |
| 処方せん有 | 4,200点 | 4,600点(病床有5,000点) |
| 処方せん無 | 4,500点 | 4,900点(病床有5,300点) |
| ○特定施設入居時等医学総合管理料 | | |
| 処方せん有 | 3,000点 | 3,300点(病床有3,600点) |
| 処方せん無 | 3,300点 | 3,600点(病床有3,900点) |
| ○在宅ターミナル加算 | | |
| ターミナルケア加算 | 4,000点 | 5,000点(病床有6,000点) |
| 看取り加算 | 3,000点 | 3,000点(病床有3,000点) |
| ○在宅がん医療総合診療料 | | |
| 処方せん有 | 1,495点 | 1,650点(病床有1,800点) |
| 処方せん無 | 1,685点 | 1,850点(病床有2,000点) |

在宅医療に係る医療機関の機能の整理

| | 在宅療養支援診療所 /病院 (診療報酬) | 在宅医療において積極的役割を担う医療機関 (医療計画) ※在宅療養支援病院/診療所の中から位置づけられることを想定 | 地域医療支援病院 (医療法) |
|----------------|---|---|---|
| 在宅医療提供に係る役割 | <ul style="list-style-type: none"> ・単独又は連携により、24時間体制で在宅医療を提供 | <ul style="list-style-type: none"> ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 ・<u>夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援</u> ・災害時に備えた体制構築 | <ul style="list-style-type: none"> ・自らの在宅医療提供は必須ではない |
| 在宅療養患者の入院に係る役割 | <ul style="list-style-type: none"> ・入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保 | <ul style="list-style-type: none"> ・入院機能を有する場合には、急変時受け入れやレスパイトなどを行う | <ul style="list-style-type: none"> ・<u>地域の医療機関において対応困難な重症例の受け入れ</u> |
| 多職種連携に係る役割 | | <ul style="list-style-type: none"> ・<u>現場での多職種連携の支援</u> ・在宅医療・介護提供者への研修の実施 | <ul style="list-style-type: none"> ※ 医療法では、在宅医療の提供の推進に関する支援として、 ・在宅医療提供事業者の連携の緊密化のための支援 ・患者や地域の医療提供施設への在宅医療提供事業者に関する情報提供 |

医療法に在宅医療に係る医療機関を書き込む！

(参考)在宅医療提供拠点

- ・地域において多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を担う。
- ・地域の実情に応じて、市町村、地域医師会等、自ら在宅医療を提供しない主体も拠点となりうる。
- ・標準的な規模の市町村の人口(7~10万人程度)につき1カ所程度を目途に設置されることを想定。

パート4

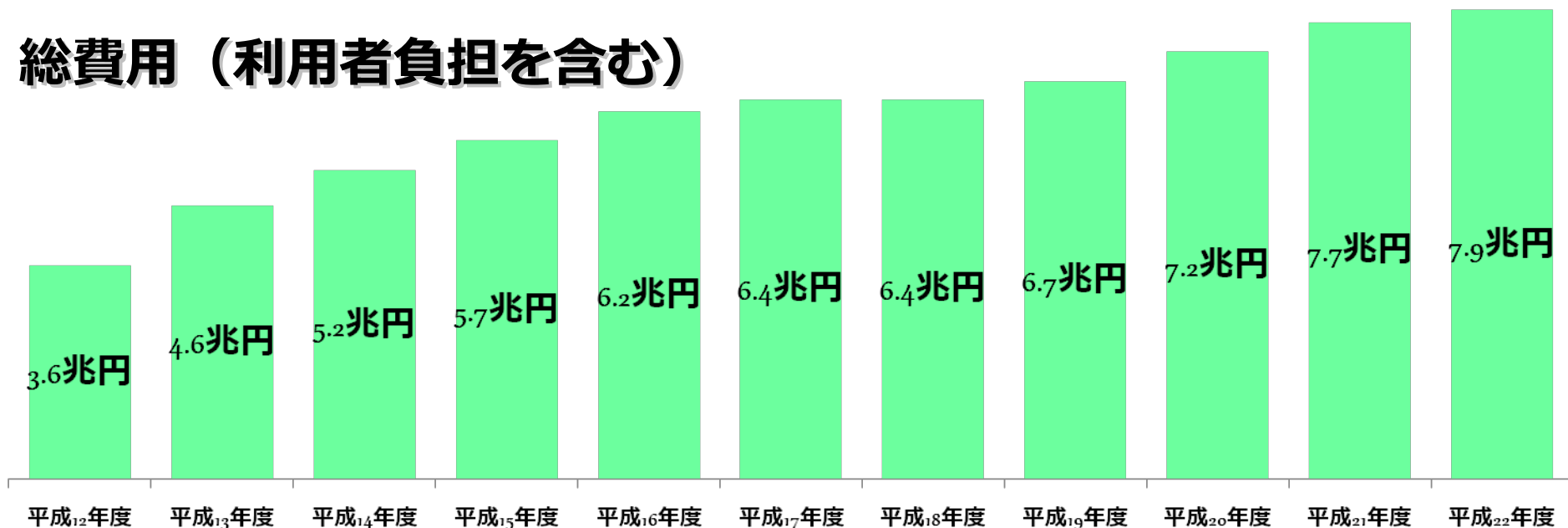
2012年介護報酬改定と 地域包括ケア



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

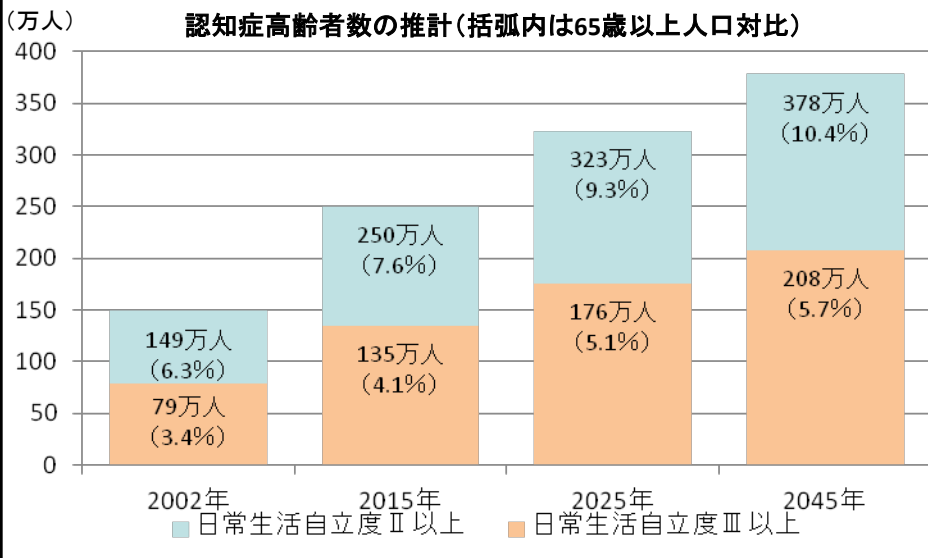
(+1.7%)

今後の介護保険を取り巻く状況について

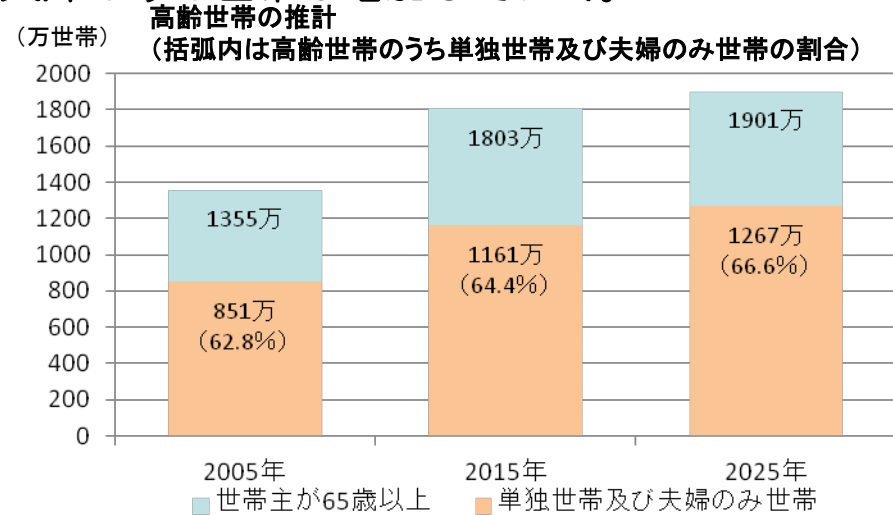
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

| | 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%) |

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

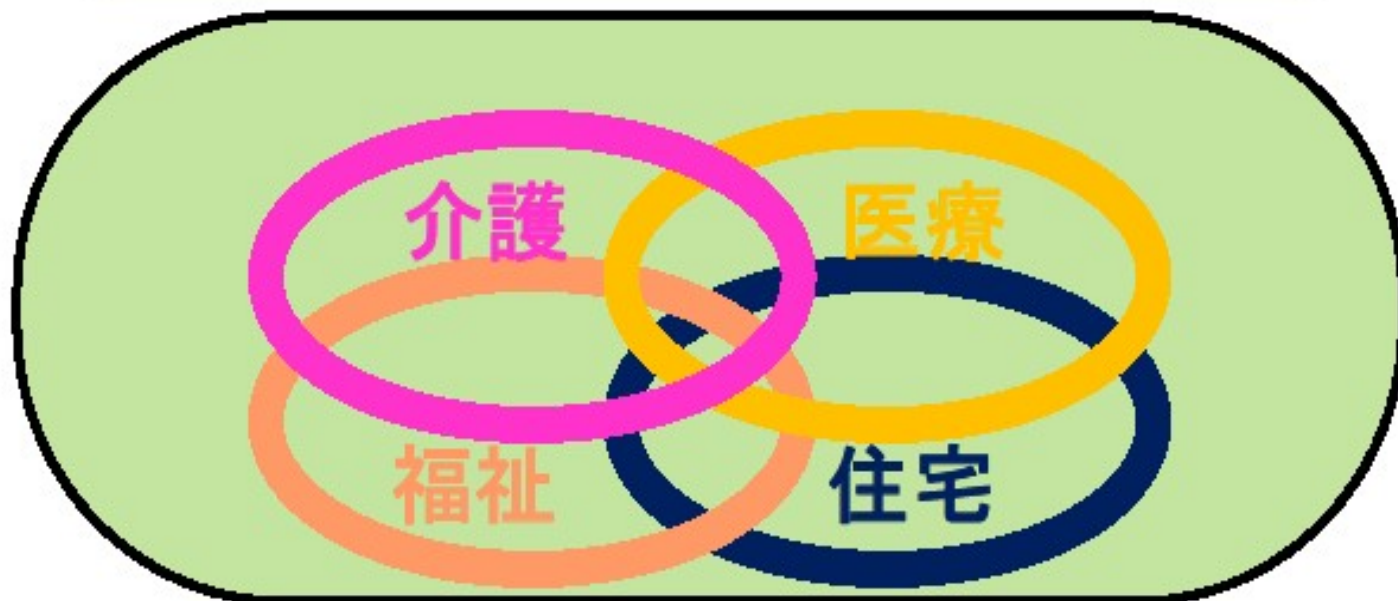
⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・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



【地域包括ケアの四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4つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～④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。

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時間対応の在宅サービスの強化

③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。

④高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備

・持ち家のバリアフリー化の推進

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)

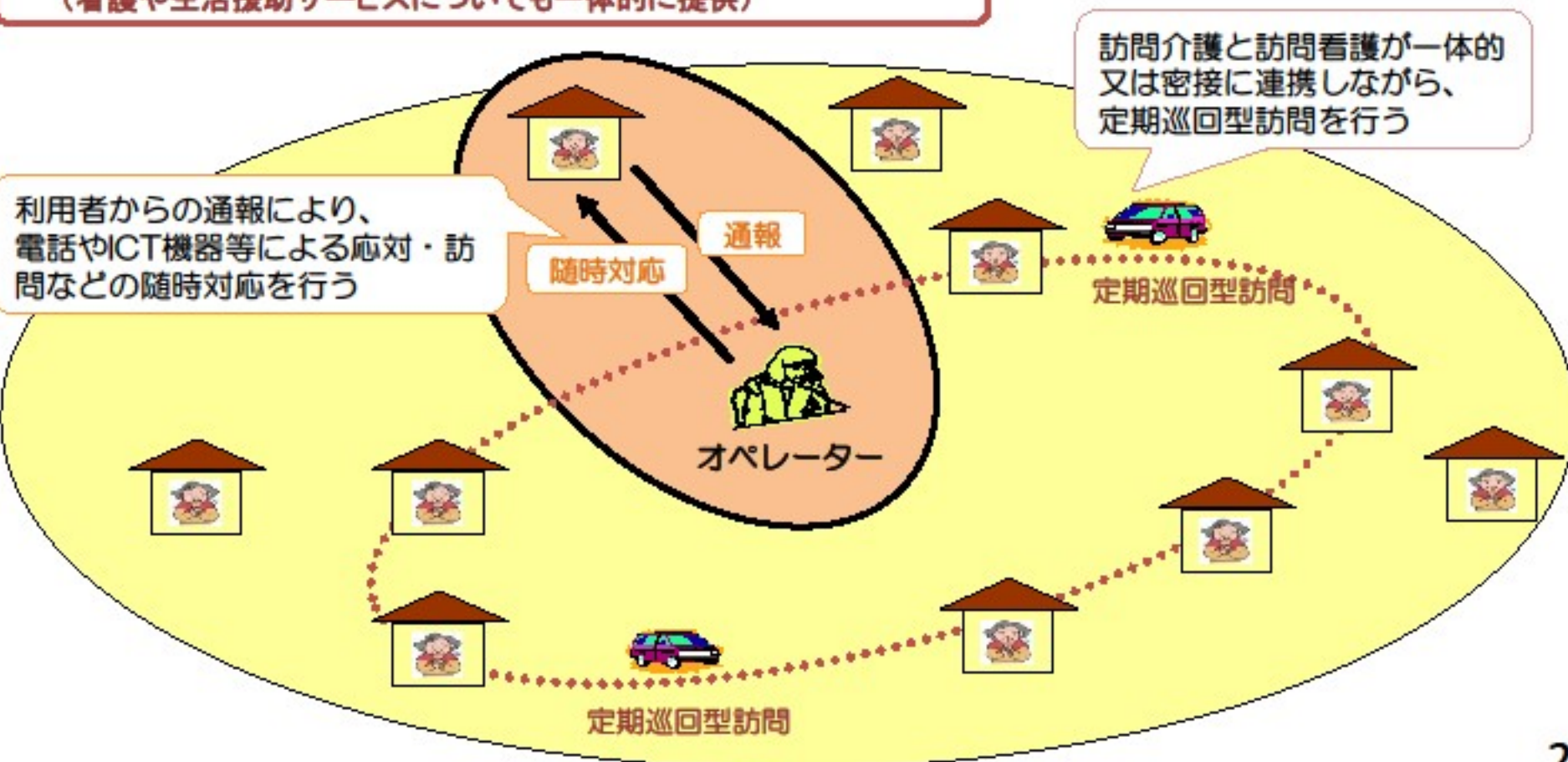
①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

I 制度概要について

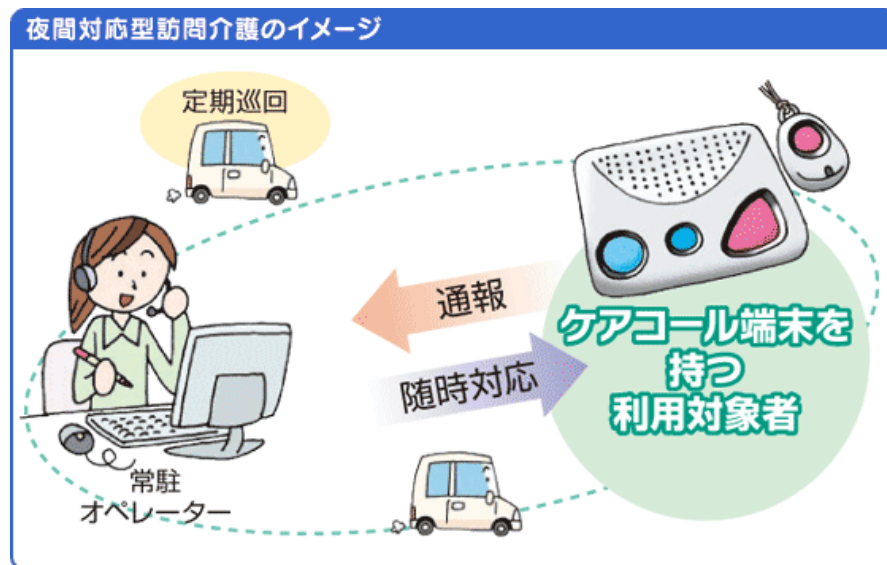
○ 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 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

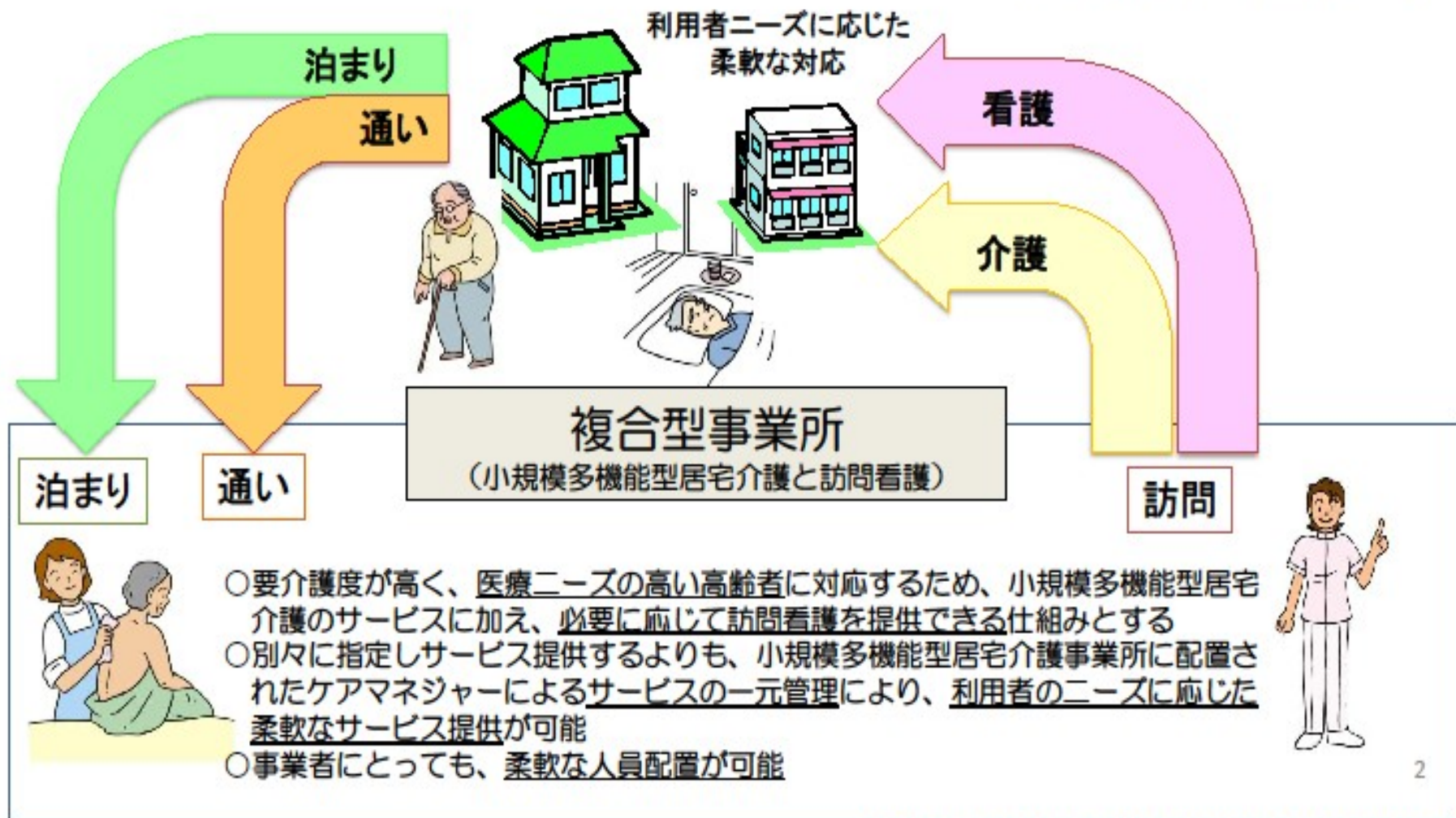
②複合型サービス

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



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)

■ 改正前

高齢者向け賃貸住宅（賃貸借方式）

高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）

※高齢者であることを理由に入居を拒まない賃貸住宅（登録基準を満たすもの）

高齢者専用賃貸住宅（高専賃）

※高円賃のうち専ら高齢者やその配偶者を賃借人とする賃貸住宅

高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）

※バリアフリー、緊急時対応サービス利用可などの認定基準を満たした賃貸住宅

有料老人ホーム（利用権方式が多い）

有料老人ホーム

※老人福祉法に規定された高齢者向けの生活施設で、老人福祉施設ではないもの

■ 改正後（2011年10月20日から）

サービス付き高齢者向け住宅

サービス付き高齢者向け住宅に一本化（高円賃、高専賃、高優賃を廃止）

※地方公共団体による高齢者向けの優良な賃貸住宅制度は存置

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けない有料老人ホーム

サービス付き高齢者向け住宅の登録基準

| | |
|--------|--|
| 入居者 | <p>①単身高齢者世帯 ○「高齢者」・・・60歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている者</p> <p>②高齢者＋同居者 (配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護・要支援認定を受けている親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者)</p> |
| 規模・設備等 | <p>○各居住部分の床面積は、原則25㎡以上。＊ (ただし、居間、食堂、台所その他の住宅の部分が高齢者が共同して利用するため十分な面積を有する場合は18㎡以上。)</p> <p>○各居住部分に、台所、水洗便所、収納設備、洗面設備、浴室を備えたものであること。＊ (ただし、共用部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備または浴室を備えることにより、各戸に備える場合と同等以上の居住環境が確保される場合は、各戸に台所、収納設備または浴室を備えずとも可。)</p> <p>○バリアフリー構造であること。(段差のない床、手すりの設置、廊下幅の確保)＊</p> |
| サービス | <p>○少なくとも状況把握(安否確認)サービス、生活相談サービスを提供</p> <p>・社会福祉法人、医療法人、指定居宅サービス事業所等の職員または医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、ヘルパー2級以上の資格を有する者が少なくとも日中常駐し、サービスを提供する。＊</p> <p>・常駐しない時間帯は、緊急通報システムにより対応。＊</p> |
| 契約関連 | <p>○書面による契約であること。</p> <p>○居住部分が明示された契約であること。</p> <p>○権利金その他の金銭を受領しない契約であること。(敷金、家賃・サービス費および家賃・サービス費の前払金のみ徴収可。)</p> <p>○入居者が入院したことまたは入居者の心身の状況が変化したことを理由として＊、入居者の同意を得ずに居住部分の変更や契約解除を行わないこと。</p> <p>○サービス付き高齢者向け住宅の工事完了前に、敷金及び家賃等の前払金を受領しないものであること。</p> <p>家賃等の前払金を受領する場合、家賃等の前払金の算定の基礎、返還債務の金額の算定方法が明示されていること。</p> <p>入居後3月＊以内に、契約を解除、または入居者が死亡したことにより契約が終了した場合、(契約解除までの日数×日割計算した家賃等)＊を除き、家賃等の前払金を返還すること。</p> <p>返還債務を負うこととなる場合に備えて、家賃等の前払金に対し、必要な保全措置＊が講じられていること。</p> <p>○基本方針及び高齢者居住安定確保計画に照らして適切なものであること。＊</p> |

＊都道府県知事が策定する高齢者居住安定確保計画において別途基準を設けることができる。

急増するサービス付き高齢者向け住宅

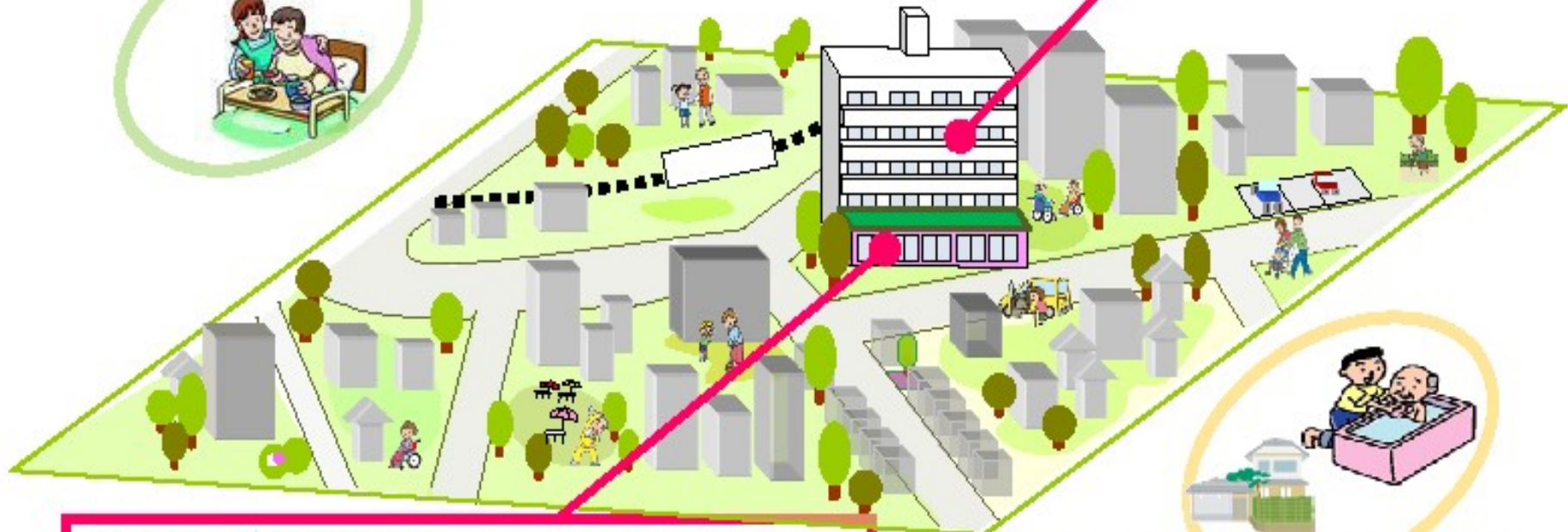


サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

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、
ヘルプステーション、
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

在宅サービスに対応した住宅とは？

在宅サービスに対応した住宅

高齢者の健康状態の変化に対応し、訪問医療・介護サービスを利用しながら、住み慣れた地域で住み続けられる住宅

(1) 在宅サービス（訪問・通所）を受けやすい工夫

- ①訪問サービスが入りやすい工夫
- ②通所サービスに行きやすい工夫

* プライバシーの確保／セキュリティの確保／近隣住民への配慮の視点

(2) 要介護高齢者の身体状況に

- 配慮する工夫**（排泄・入浴、住宅・敷地内の移動）
- バリアフリー対応
- 視覚・聴覚機能の変化への対応
- ヒートショック現象への対応

(3) 家族間のプライバシーを確保する工夫

- 家族がいる場合
 - ①生活空間の配置の工夫
 - ②要介護高齢者の見守りとプライバシーの確保の双方に配慮した工夫

要介護時の対応をあらかじめ想定し、住宅のプランニングに組み込んでおき、高齢者の健康状態・ステージに応じて、改修等を通じて対応する

(1) 在宅サービス（訪問・通所）を受けやすい工夫

訪問サービスが入りやすいように、プランを工夫

将来介護居室になる居室は、玄関の近い場所に配置し、サービス提供者が家族の居室に入らなくてもよくするなどの工夫をする

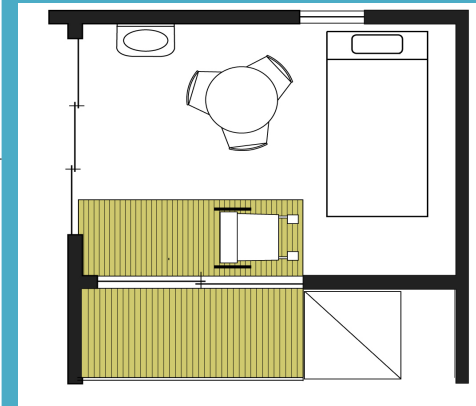
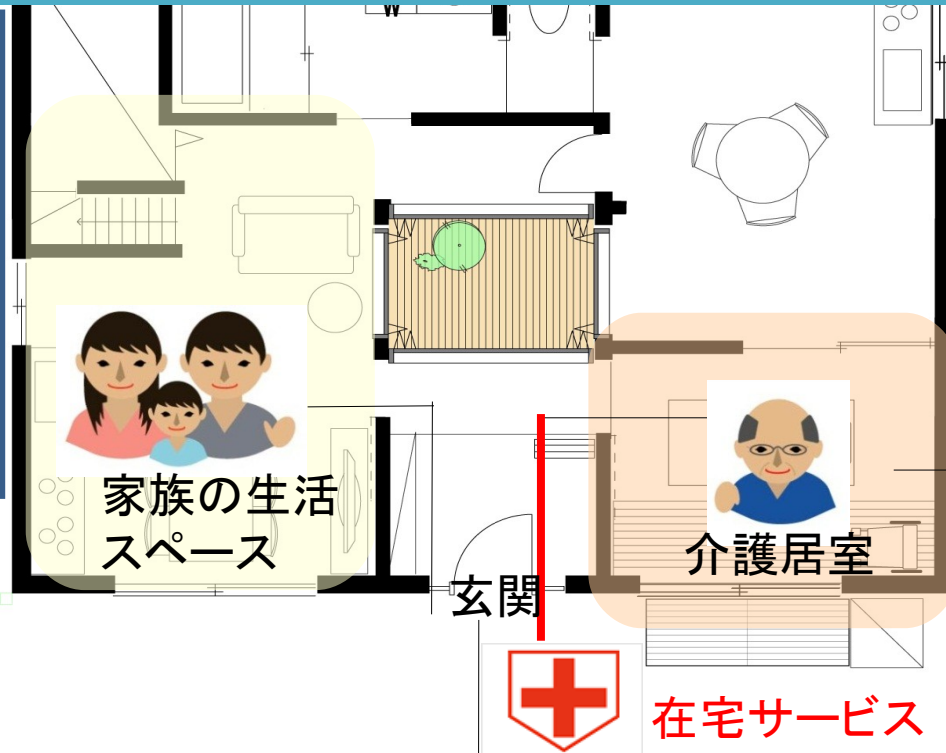
将来介護居室になる居室は、サービス提供しやすい工夫

提供するサービスに必要な機器等が搬入できるような工夫が

サービス提供者が利用する給湯・洗面機能を設置する
*新築時には配管のみ用意

通所サービスに行きやすい工夫

住宅から送迎車まで、つえ使用や介助車椅子での移動を想定し、住宅内のみならず、敷地内をバリアフリー化する

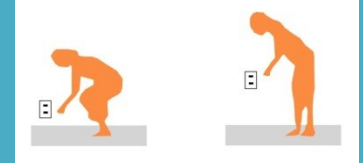


夜間出入口を工夫
玄関ポーチの階段:車椅子ティッキングでの出入りを配慮。

夜間の訪問サービス提供時は、サービス提供者の鍵の開閉を行うため鍵の取り扱いを工夫する(玄関外にキーボックスの設置等)



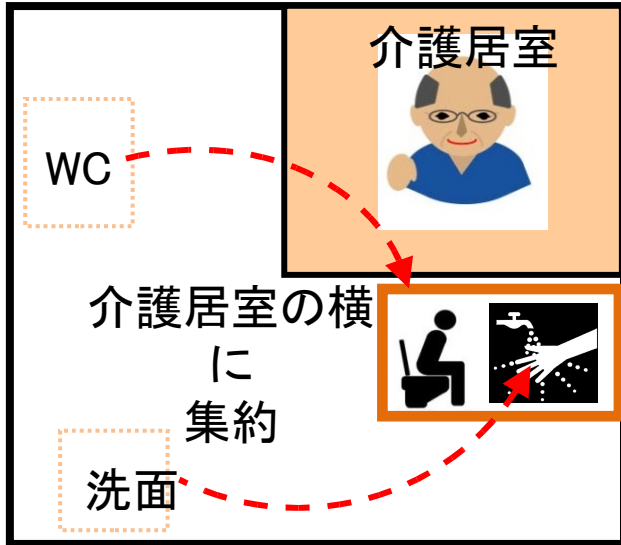
コンセントの差し込み口数や抜き差ししやすい位置に配慮する



(2) 要介護高齢者の身体状況に配慮する工夫

●トイレ・洗面の工夫

高齢者の居室の近くに水回りを一体的に配置する
要介護高齢者がトイレに行ける工夫として、介護居室になる居室の近くにトイレや洗面所を集約させる



設備をつくりこみすぎずに、健康状態の変化に合わせて、福祉機器等を付加させる

サポート必要度が低い時

- ・ 将来、手すりがつけられるような壁の仕様しておく
 - ・ 出入口、室内の段差解消 等
- 健康状態の変化

サポート必要度が高くなったら

- ・ 身体機能の低下に併せて福祉機器を付加させる



便器での立ち座りが難しい場合、便座が上下し、立ち上がりを補助

●浴室の工夫

選択肢を活用しながら、サポートを受けて入浴させる

○入浴は「通所サービスの利用」「訪問入浴サービスの利用」「自宅の浴室を使用」の選択肢がある

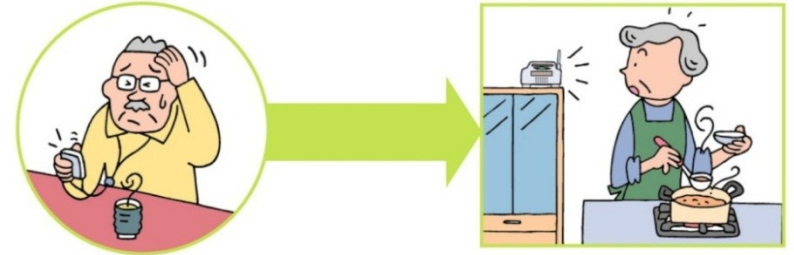
○自宅の浴室を使用する場合は、浴室の仕様をユニバーサルデザイン対応にすると共に、高齢者の要介護度に併せて、福祉機器を付加させる



(3) 家族間のプライバシーを確保する工夫

機器を活用しながら、家族の負担を軽減させるため、機器を活用して見守る

- ・ 家族がいる場合、要介護高齢者の見守りとプライバシーの確保の双方に配慮した工夫が必要である
- ・ 家族の見守りを補完するため、機器を活用することも考えられる

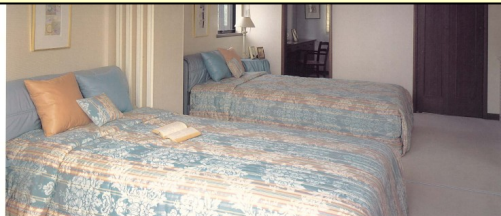


介護居室に同室の就寝者がいる場合は、同室就寝者のプライバシーに配慮する

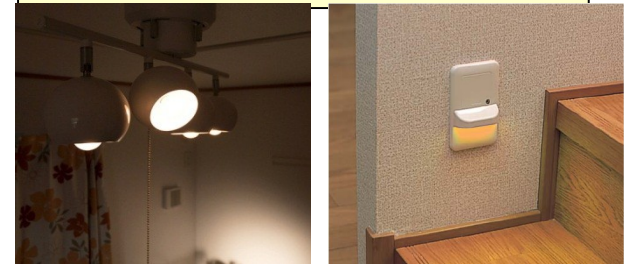
- ・ 介護居室に同室の就寝者がいる場合、夜間の訪問サービスが入ることを想定し、同室の就寝者の睡眠、プライバシーへの配慮が必要



アコーディオンカーテン等で介護居室と同室就寝者の寝室を空間的に隔てる



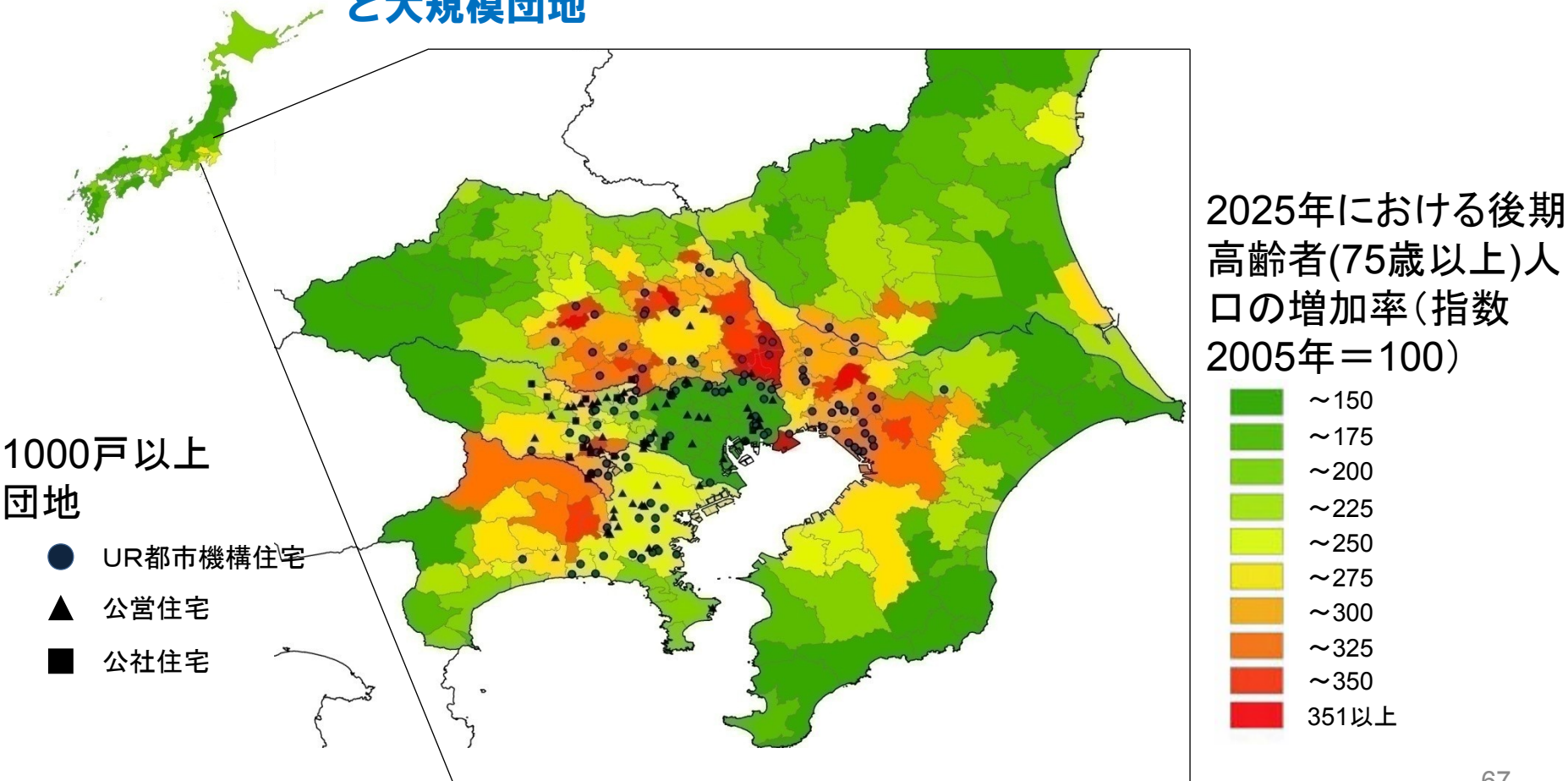
夜間訪問サービスが入った際、同室就寝者を起こさないようにスポットライト、フットライトを使用



高齢化の進展と大規模団地の関係

- ・今後高齢化が急速に進展するのは大都市近郊地域。
- ・当該地域は、公的賃貸住宅団地の立地と重複する(高度経済成長期での大都市への人口流入に対応した大規模団地の立地)

首都圏での高齢化の伸び率(後期高齢者の人口増加率)と大規模団地



生活支援サービス付き高齢者専用賃貸住宅の事例

ココファン日吉（神奈川県横浜市） 平成22年3月開設

■土地をURより賃借して高齢者専用賃貸住宅と介護事業所を一体的に整備。
学習塾も併設し、高齢者と子供、地域住民の多世代交流の促進もめざす。

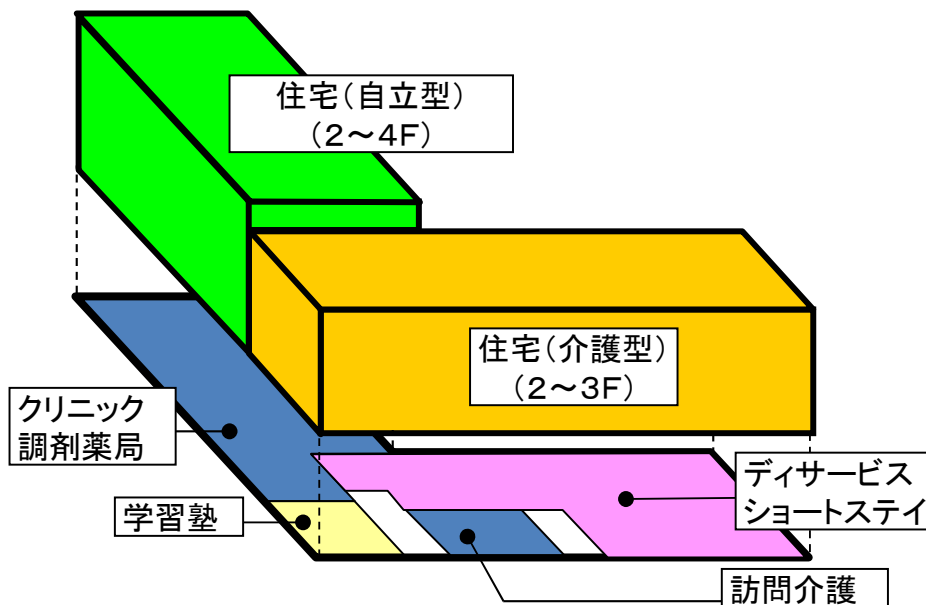
| | 自立型 | 介護型 |
|-------|------------------|----------------|
| 戸数 | 24戸 | 57戸 |
| 住戸面積 | 35.65～70.41㎡ | 18.06～22.96㎡ |
| 家賃 | 105,000～188,000円 | 75,000～79,000円 |
| 共益費 | 4,600～7,500円 | 20,000円 |
| サービス費 | 26,250～32,550円 | 32,550円 |

併設事業所等：

訪問介護、通所介護、短期入所
居宅介護支援

学習塾（事業者グループ会社の経営）

テナント：クリニック、調剤薬局



公的賃貸住宅団地における高齢者向け住宅・医療・福祉拠点の整備

豊四季台地区における長寿社会対応のまちづくり

柏市の豊四季台団地を含む豊四季台地区において東大（高齢社会総合研究機構）－柏市－都市機構が共同で、当該地区での将来に向けたまちづくりを、住民や医療・介護の関係者と一緒になって考え実行する「モデルプロジェクト」を計画し、サービス付き高齢者向け住宅や福祉施設等を整備。

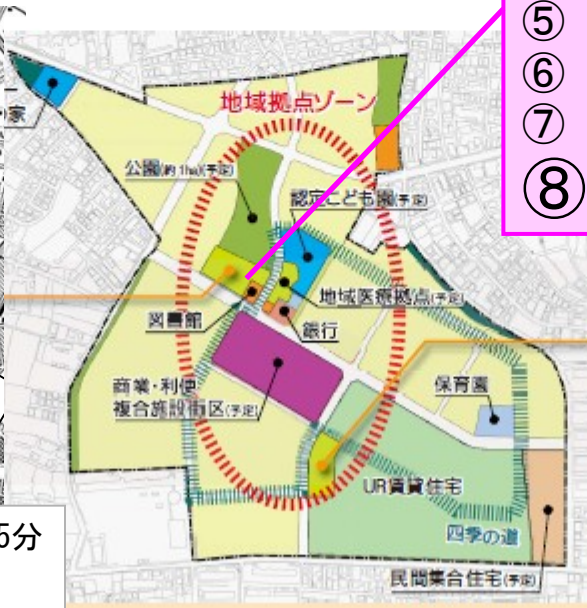
- 事業予定地 千葉県柏市豊四季台
- 予定事業期間 平成24年度～平成25年度

【高齢者向け住宅や医療・介護拠点の整備】

- ① サービス付き高齢者向け住宅
- ② 訪問看護ステーション
- ③ 小規模多機能型居宅介護事業所
- ④ 在宅療養支援診療所
- ⑤ 豊四季台地域の主治医診療所
- ⑥ 地域包括支援センター
- ⑦ 学童保育施設
- ⑧ 薬局



- 交通：JR常磐線・東武野田線柏駅 バス5分
- 敷地面積：32.3ha
- 管理戸数：4,666戸



施設の概要『柏こひつじ園』

- 特別養護老人ホーム (定員 90名)
 - 併設ショートステイ (定員 10名)
 - 認知症対応型共同生活介護 (定員 9名)
 - 老人デイサービスセンター (定員 20名)
- 事業者：社会福祉法人 小羊会
敷地面積：約 3,000㎡
延床面積：約 5,100㎡
規模：RC造地上6階地下1階
開設時期：平成23年10月予定



■豊四季台地区における長寿社会対応のまちづくり

柏市の豊四季台団地を含む豊四季台地区において東大（高齢社会総合研究機構）－柏市－都市機構は共同で、当該地区での将来に向けたまちづくりを、住民や医療・介護の関係者と一緒になって考え実行する「モデルプロジェクト」を計画⇒「豊四季台地域高齢社会総合研究会」の発足（参加者：東大・柏市・都市機構）

安心して暮らせる
 活力ある
 超高齢化社会
 柏－東大モデル



評価

高齢者のQOL

家族のQOL

コスト

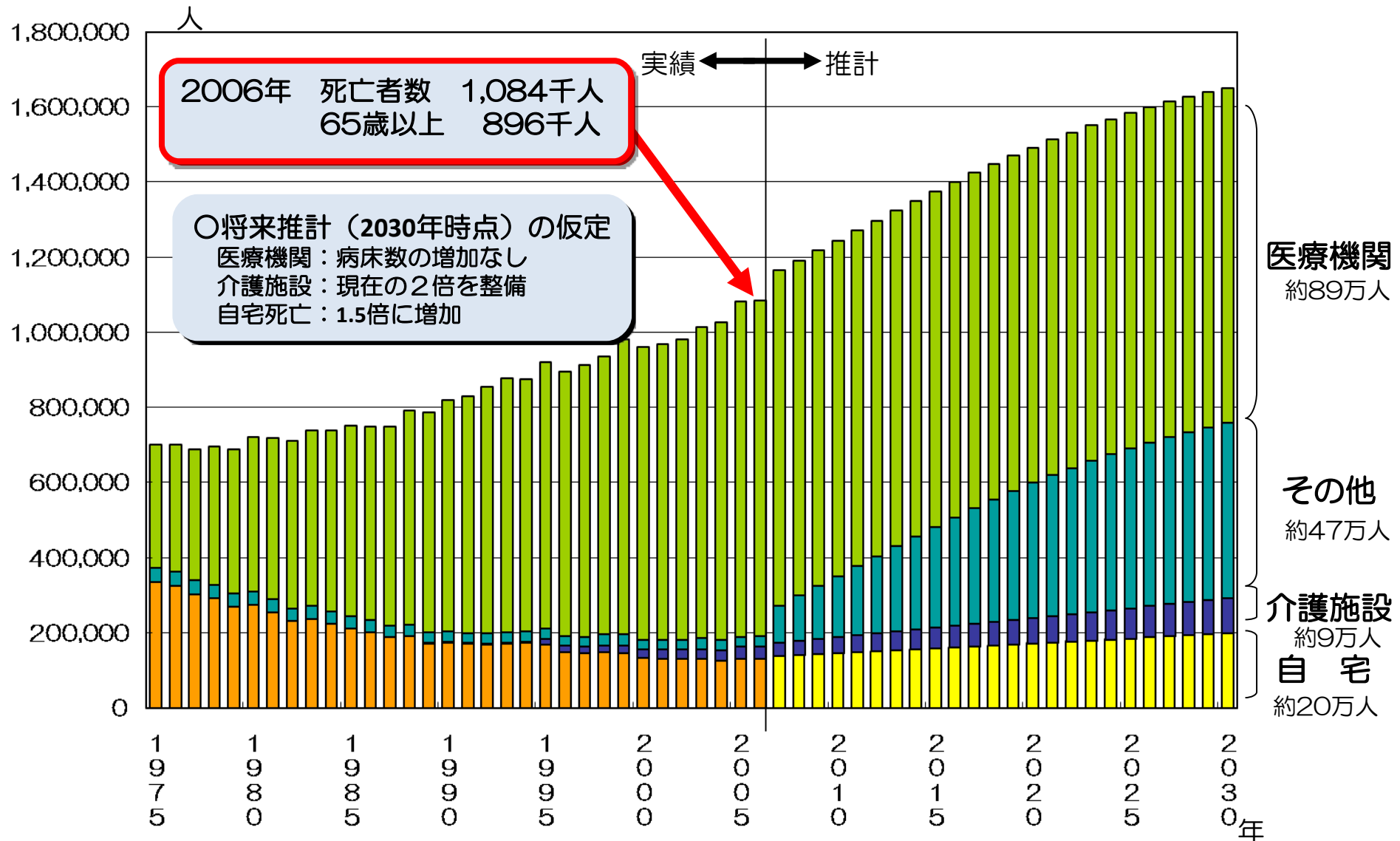
70

長寿社会のまちづくり
 ー豊四季台地域の未来を考えるー
 柏－東大モデルの提案
 講演会より

パート5

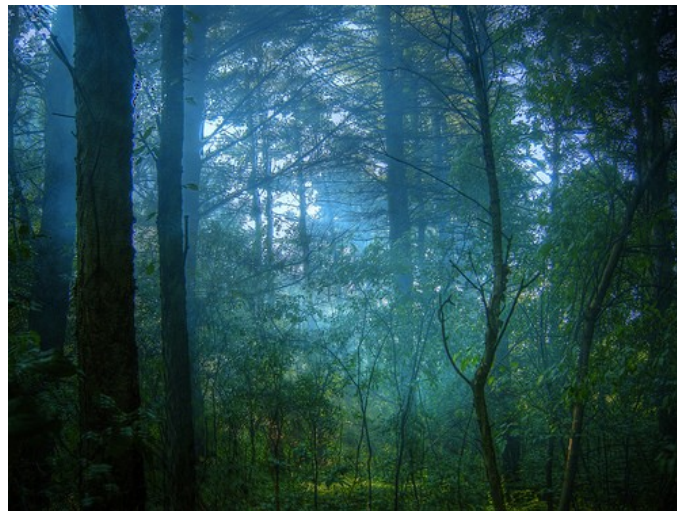
在宅終末期ケア連携

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

地域で支える終末期ケア連携の 仕組みが必要

2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足

在宅お看取りパスが必要

- 在宅でのお看取り環境整備が必要
- 家族のお看取り経験が減っている
- 在宅でお看取りをするための患者家族用教育パス
- お看取りくん
 - 遠隔バイタルサインモニター
- 170万人大死亡時代への準備

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



中川先生

緩和ケア 在宅ねと

2009.11

8

ふろんと・ふえーす

中川彦人さん

解説

退院時共同指導料(退院前カンファレンス)について

緩和ケア キーポイント・チェック

在宅で患者自らが痛みをコントロールする鎮痛法PCA

Today's Viewpoint

緩和ケアへの道程

新川地域在宅終末期医療

- 新川圏域の概要

- 2市2町(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)
- 人口約13万人

- 連携病院: 4公的病院

- ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院

- 主な在宅対応医療機関

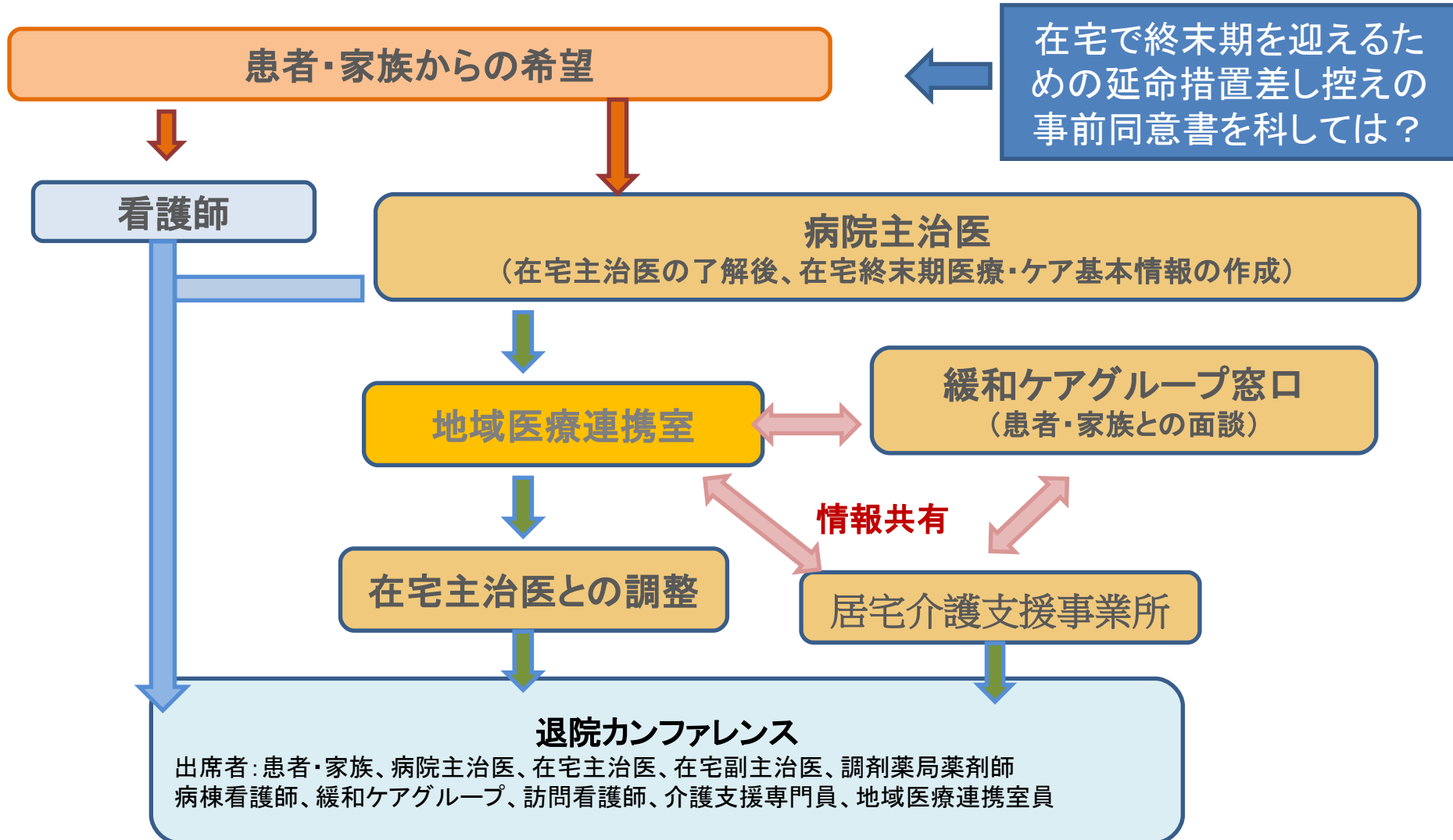
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

- 連携パス導入の経緯等

- a. 在宅での終末期医療のニーズ増加
- b. かかりつけ医単独での医療限界
- c. 平成17年4月新川圏域8診療所からなる協議会設立
- d. 新川厚生センター・在宅医療部会を通じて在宅医療体制推進



病院入院中・退院前 在宅終末期連携パスの運用フロー



新川地域在宅終末期医療

● 運用基準・留意点

- 対象者：がん等で余命6カ月以内と想定される患者
- 在宅医の選択：患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内（原則）
- 診診連携（主治医・副主治医）による在宅主治医の弊害防止
- 病診連携における役割分担
- 多職種チーム診療による介入
- 様式・書式の統一

様式の統一

在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

| | | |
|---|--|--|
| <p>(患者名) [] (生年月日) 年 [] 月 [] 日生 [] 歳 [] 性 []</p> <p>住所 [] TEL []</p> <p>主たる介護人: [] 続柄 [] TEL [] FAX []</p> <p>かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []</p> <p>副かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []</p> <p>副かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []</p> <p>連携病院: 病院 TEL [] FAX []</p> <p>連携病院サポート医: 科 []</p> <p>担当看護師 []</p> <p>在宅介護支援所: []</p> <p>介護保険 無 [] 有 [] 要介護 1 [] 2 [] 3 [] ケアマネージャー名 []</p> <p>家族構成 (介護相談窓口および決定権者を記入下さい)</p> <p>[] 終いに対する対応</p> <p>終いに対する対応 (本人・家族)</p> <ol style="list-style-type: none">最後まで自宅最後は連携病院状況により判断 <p>緊急連絡先</p> <p>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</p> <p>診断: 主 [] 癌 転移: []</p> <p>副 1. [] 2. []</p> <p>3. [] 4. []</p> <p>既往歴: []</p> | <p>臨床経過: []</p> <p>治療歴: 1. 手術 有 ([]) 無 []</p> <p>2. 抗癌剤 有 ([]) 無 []</p> <p>在宅移行時における病状の問題点 []</p> <p>予後に影響を与える因子 []</p> <p>臓器不全 (心、腎、肝、他 [])</p> <p>栄養状態: []</p> <p>出血 (消化管 []、他 [])</p> <p>腹水: []</p> <p>他: []</p> <p>予後予測: [] ヶ月</p> <p>連携病院への通院: 必要 [] 毎、不要 []</p> <p>インフォームドコンセント</p> <p>告知について</p> <p>告知: 本人、家族 ([])</p> <p>内容 []</p> <p>本人: []</p> <p>家族: [] 告知理解度について</p> <p>精神的サポート 要 [] 不要 []</p> <p>告知理解度 [] 療養から死への不安点 []</p> <p>本人: 十分 [] 不十分 []</p> <p>家族: 十分 [] 不十分 []</p> <p>療養方針 []</p> | <ol style="list-style-type: none">全身状態の管理1. PS(performance status) [] 0、1、2、3、42. 栄養: 経口 [] 非経口 []3. 留置カテ: 有 ([])、無 []4. 排泄: 自力 [] 介助 []5. 褥瘡: 有 [] 無 []6. 口腔ケア: 有 [] 無 []7. その他のケア内容 [] <p>2. 投薬内容 [] 疼痛管理について</p> <p>3. 疼痛管理 []</p> <p>無 [] 有 [] 投与経路 経口 [] 経静脈 [] 座剤 [] 他 []</p> <p>麻薬 []</p> <p>NSAIDS []</p> <p>訪問看護(指導ならびに実行状況)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 口腔ケア 有 [] 無 []2. 入浴 自宅 [] サービス(自宅ティ) []3. 褥瘡処理 有 [] 無 []4. 清拭 指導 [] 家族 [] ヘルパー []5. 他 [] <p>介護</p> <ol style="list-style-type: none">1. ヘルパー 有 [] 無 []2. ティサービス 有 [] 無 [] <p>入力者 []</p> <p>自動入力 []</p> <p>病院担当医 []</p> <p>病院担当Ns []</p> <p>緩和グループ担当者 []</p> <p>ケアマネージャー []</p> <p>在宅かかりつけ医 []</p> |
|---|--|--|

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

作成日 年 月 日

____様 歳 男・女

____様 歳 男・女

在宅介護人： _____ 続柄 _____

在宅介護人： _____ 続柄 _____

かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

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

副主治医 1 _____ TEL _____

副主治医 2 _____ TEL _____

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

連携病院 _____ TEL _____

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。

連携病院サポート医 _____

1 かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

2 副主治医 1 _____ TEL _____

3 副主治医 2 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

4 ○○病院 _____ TEL _____

連携病院サポート医 _____

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

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

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

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1000ml 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1000ml 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1000ml 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 1000ml/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) | 添付薬500 シシ72(1ml) 理路 | BD118/92 P84 KT 369 呼吸数20回/分 |

| (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 400g |
| 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 呼吸数20 | 体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸数20 |

| (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) | | 片血80% 37℃以下 経口摂取低下 | 片血80% 37℃以下 経口摂取低下 | 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1000mg オキシコドン1000mg ②オキシコドン1000mg オキシコドン1000mg | | 主治医藤田の 小児科内急診の 指示で市立病 院急いで入院中 にいた。 |
| (検査) | IVHホアアト ホアアト注入 1000ml/h | IVHホアアト ホアアト注入 1000ml/h | IVHホアアト ホアアト注入 1000ml/h |
| (病状説明) | 家族から入院 してほしいと連絡 あり | 入院日11月20日 午後11時 市立病院外科 救急室に紹介状 記載 | 20時夜急いで 市立病院に TELあり。 20時急いで市 立病院へ入 院した。 |
| 他 | | | |

| (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 呼吸数20 |

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

出所: 中川彦人

社外スタッフとのチーム作業が **スピードアップ!**

効率よく共同作業ができる

Microsoft®
Office Groove® 2007

マイクロソフト オフィスグルーヴ 2007

新登場



部長

君にプロジェクト
リーダーを任せるから、社外スタッフと
コミュニケーション
をとってしっかり進
行してくれたまえ!



**パートナー
企業
斉藤さん**
よろしくね!



中村君

ガンバります!



**パートナー企業
伊藤さん 武藤さん**
頑張ろう!



出所:中川彦人

マイクロソフトGroove

Office Groove 2007



インターネット接続

- パスのファイルをメンバーで共有して更新
- オフラインでもファイルを開覧
- セキュリティ確保



※ 今年バージョンアップして
SharePoint Workspace 2010
に商品名変更

- 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

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

194 KB

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 訪問看護 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 訪問看護 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 訪問看護 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 13:30 訪問看護 | 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 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護 | 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 訪問看護 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

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

パート6

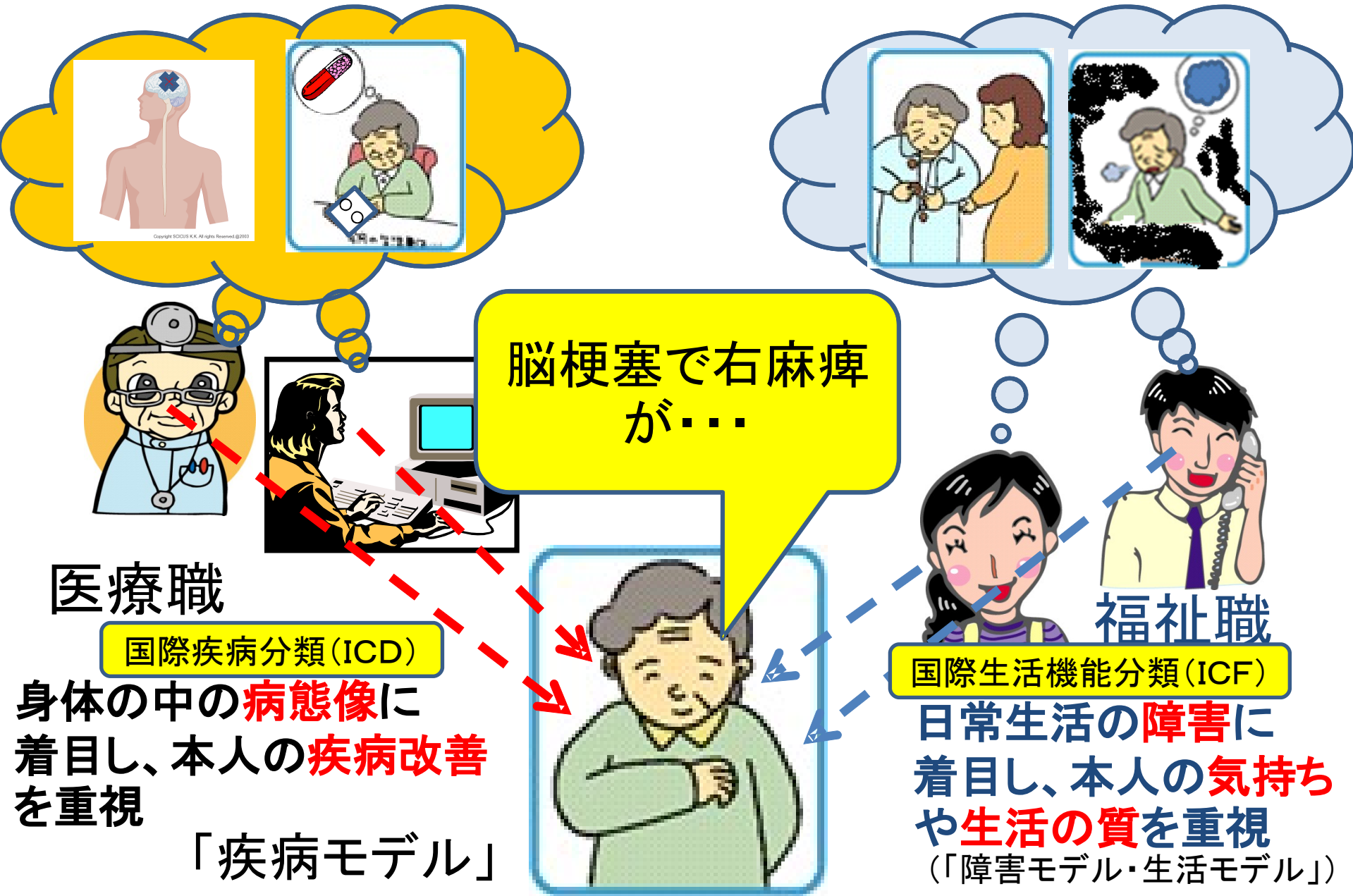
医療・介護の連携

医療介護連携士の育成

医療と介護のギャップ

- 医療側は在宅介護・福祉を理解していない
- 介護側は医療を理解していない
- 医療と介護・福祉は言葉も違う、文化も違う
 - 医療は国際疾病分類(ICD)
 - 介護福祉は国際生活機能分類(ICF)
- 医療と介護・福祉の情報ギャップ、コミュニケーションギャップを埋めるための相互理解と研修が必要
- 日本医療マネジメント学会「医療福祉連携士」講習会

医療と介護福祉ではモデルが異なり情報も言語も異なる



脳梗塞で右麻痺が...

医療職

国際疾病分類 (ICD)

身体の中の病態像に着目し、本人の疾病改善を重視

「疾病モデル」

福祉職

国際生活機能分類 (ICF)

日常生活の障害に着目し、本人の気持ちや生活の質を重視

(「障害モデル・生活モデル」)

医療福祉連携士

(日本医療マネジメント学会認定)

- 医療と介護福祉の両方を理解し、相互連携を図れる人材
- 病院などの地域医療連携室の看護師や、地域の包括支援センターのケアマネージャーで連携業務に従事するスタッフを対象にした初めての学会認定制度
- 2010年から認定制度が開始され、現在、160名近く学会認定「医療福祉連携士」が活躍している。
- 全国ではじめての医療と福祉の連携コーディネーター制度、スーパー連携士、スーパーケアマネをめざす制度

目指そう、医療福祉連携士！

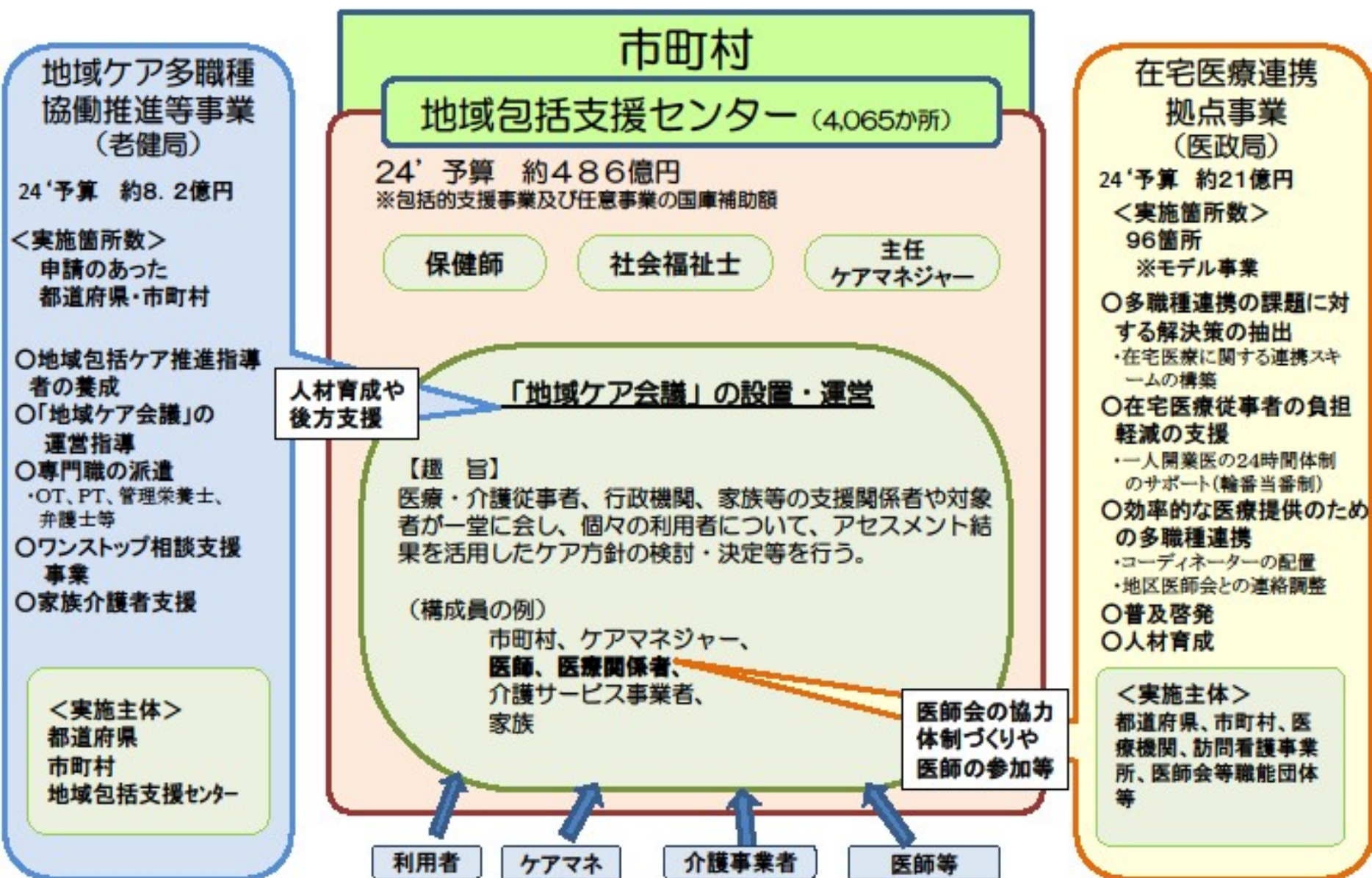
詳細は日本医療マネジメント学会ホームページから



医療福祉連携士の活躍の場

地域包括支援センター
在宅医療連携拠点事業

(参考2) 地域包括ケア体制について (平成24年度予算)



※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携については、地域の実情により柔軟に行うこととする。

在宅医療連携拠点事業

市町村ごとに2000の連携拠点の設置をめざす
!

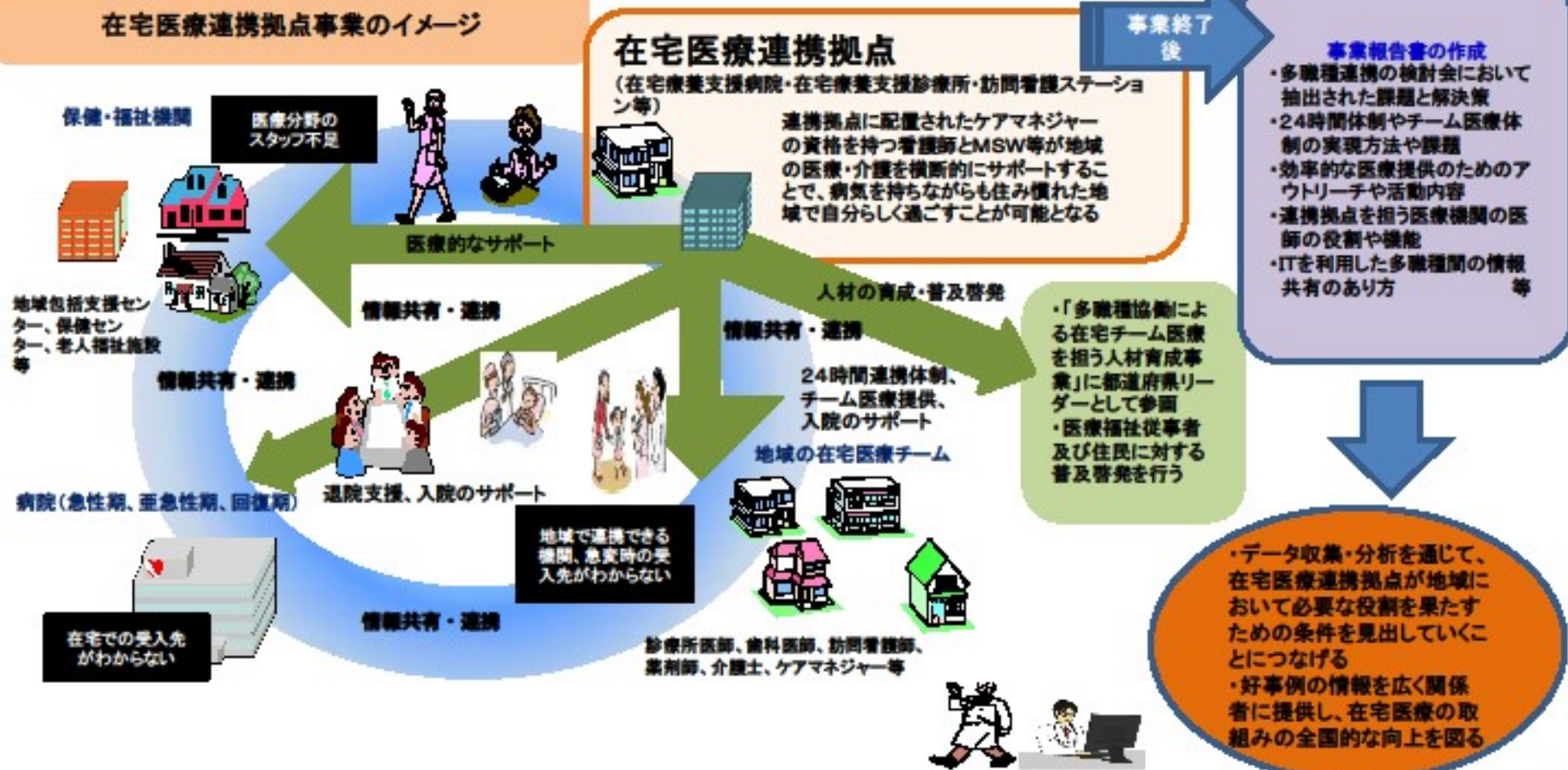
在宅医療連携拠点事業

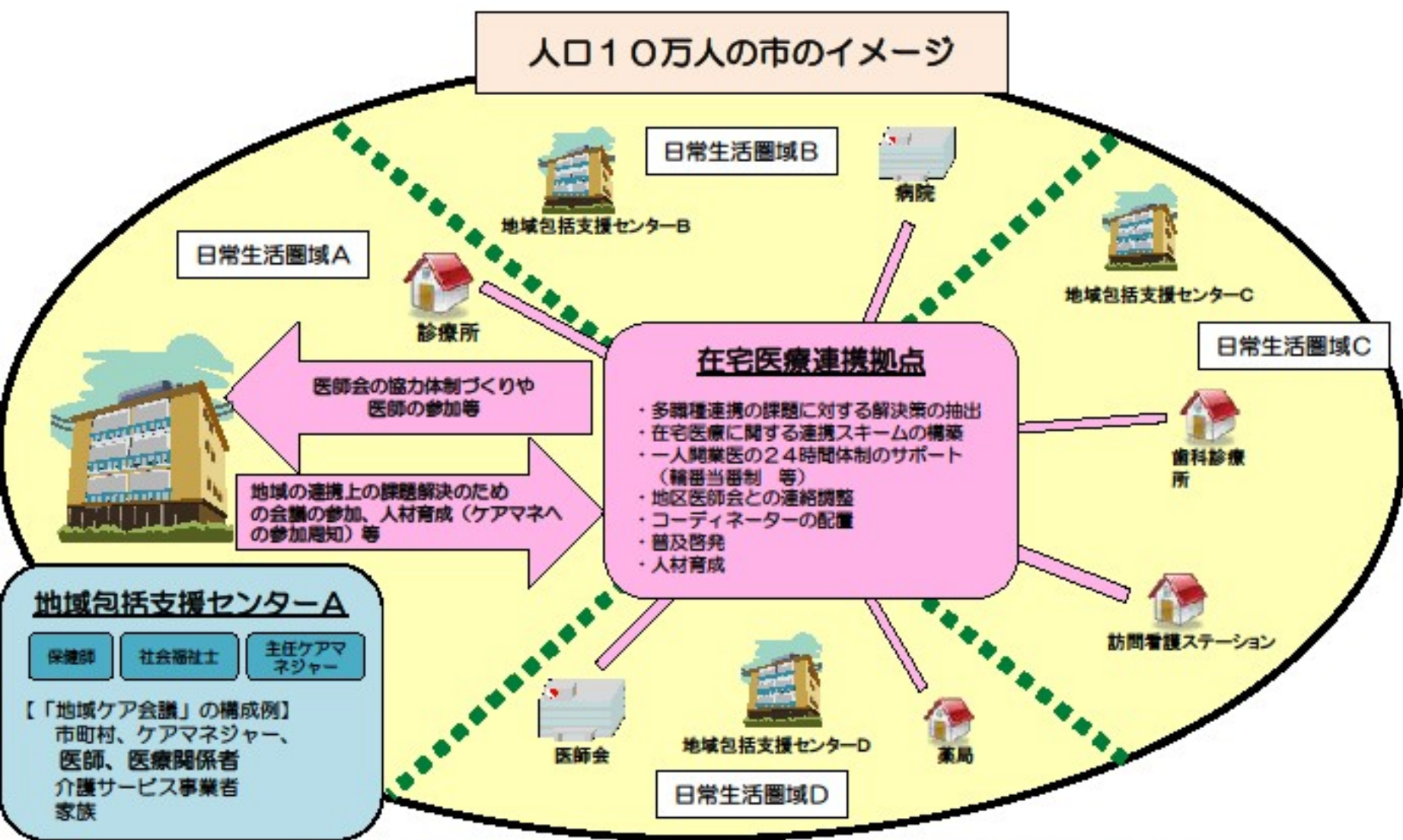
要望額 31億円

■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。

在宅医療連携拠点事業のイメージ





※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

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

- ・社会保障と税の一体改革は2025年へ向けての医療と介護のグランドデザインへ
- ・診療報酬・介護報酬改定と医療計画が、一体改革の推進エンジン
- ・強化型在宅医療支援病院・診療所、在宅医療連携拠点事業に注目しよう
- ・地域包括ケアの新サービス、24時間定期巡回、複合型サービス、サービス付き高齢者住宅に注目しよう
- ・在宅終末期ケア連携ネットワークを構築しよう
- ・医療と介護の連携に医療福祉連携士を活かそう

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.or.jp