

チーム医療とスキルミクス



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹



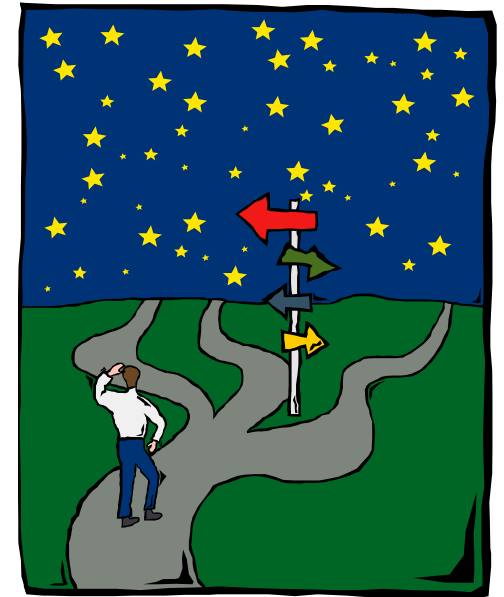
国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学
三田病院

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
 - 2012年診療報酬改定とチーム医療
- パート2
 - スキルミクス
- パート3
 - 在宅医療とチーム医療
- パート4
 - 2012年介護報酬改定と地域包括ケア
- パート5
 - 医療と介護の連携～在宅医療連携拠点事業～



パート1

2012年診療報酬改定とチーム医療



中医協

2012年診療報酬改定基本方針

- 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
 - 救急・周産期医療の推進について
 - 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取り組みについて
 - 救急外来や外来診療の機能分化の推進について
 - 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について
 - 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1

医療従事者等の負担軽減

- ①病棟薬剤業務実施加算
- ②歯科等を含むチーム医療

①病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)



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)

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

持参薬管理

DPCになってから、
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

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)

院内CDTM(共同薬物治療マネジメント)

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。

CDTM (共同薬物治療管理)

- CDTM (Collaborative Drug Therapy 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
 - 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づいて検査オーダーや一部処方をすることも可能になった。
 - 2010年現在、CDTMは全米46州とコロンビア特別区で実施され、実施を見送っている州はオクラホマ州、メイン州、アラバマ州、そしてニューヨーク州の4つの州だけとなった。

CDTM (共同薬物治療管理)

- CDTMの定義(「米国臨床薬学会(ACCP)の定義」)
 - 「一人以上の医師と薬剤師の間の共同実務契約(CPA)であり、その契約のなかで、資格を付与された薬剤師は、プロトコールとして規定された内容に沿って働き、患者を評価し、薬物治療と関連する臨床検査を指示し、医薬品を投与し、投与計画を選択し、開始し、モニタリングし、継続し、修正するなどの専門的な責務を担うことが許される。」
- 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、薬剤師に処方権や検査オーダー権を移譲することもできる。
 - 薬剤師がワクチン接種を行うところもある。
 - 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

② 歯科等を含むチーム医療



周術期における口腔機能の管理等

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

周術期における口腔機能の管理

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価（術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的）

（新） 周術期口腔機能管理計画策定料 300点

【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅰ） 190点

【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅱ） 300点

【入院中の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅲ） 190点

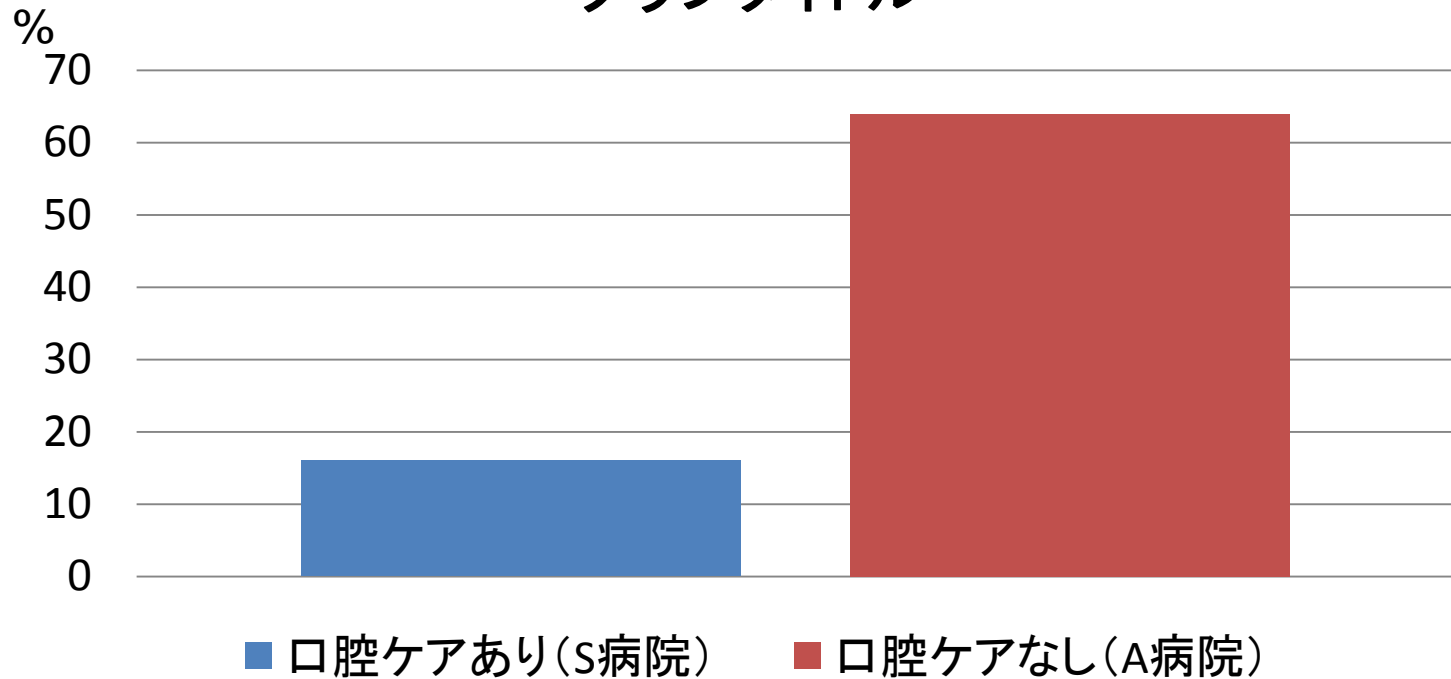
【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

（新） 周術期専門的口腔衛生処置 80点

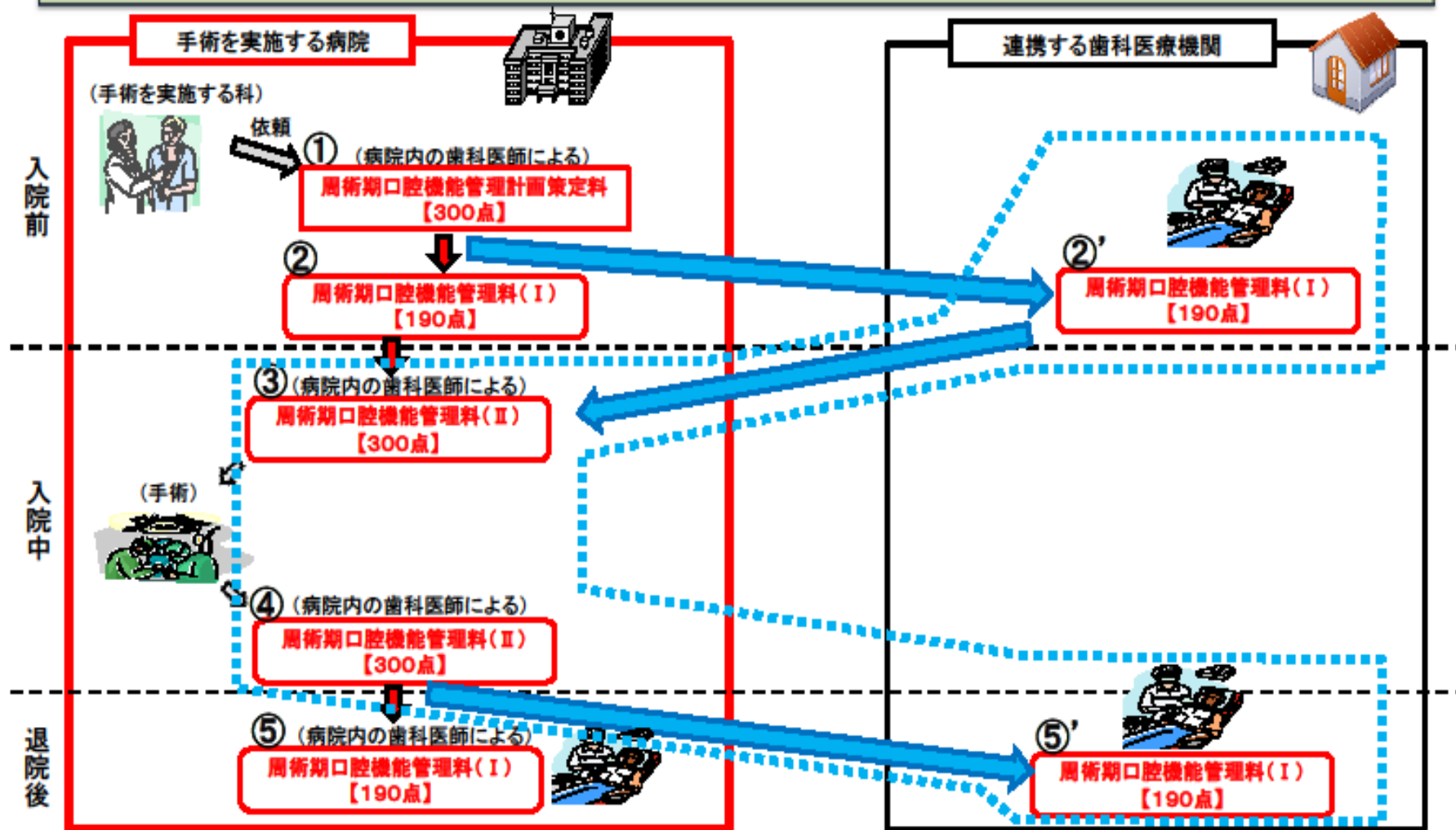
口腔ケアの有無による 術後合併症発生率

グラフタイトル



頭頸部がん患者の口腔ケアを術前・術後に行った群(56人)では、
行わなかった群(35人)に対して、創部感染、ろう孔形成、肺炎などの
術後合併症の発生率が有意に低かった
厚生労働省がん研究助成金による研究報告2004年

周術期における口腔機能の管理のイメージ



※歯科の無い医療機関に入院する患者の入院中の周術期の口腔機能の管理が必要な場合は、連携する歯科医療機関の歯科訪問診療で実施。

※放射線治療や化学療法を実施する患者についても同様に連携して口腔機能の管理を実施。

チーム医療加算



病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

(2010年改定) ①総合入院体制加算

②医師事務作業補助体制加算

③ハイリスク分娩管理加算

④急性期看護補助体制加算

⑤栄養サポートチーム加算

⑥呼吸ケアチーム加算

⑦小児入院医療管理料1及び2

⑧救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

(2012年改定)

⑨総合周産期特定集中治療室管理料

⑩(新) 小児特定集中治療室管理料

⑪(新) 精神科リエゾンチーム加算

⑫(新) 病棟薬剤業務実施加算

⑬(新) 院内トリアージ実施料

⑭(新) 移植後患者指導管理料

⑮(新) 糖尿病透析予防指導管理料

⑯(改) 感染防止対策加算

2012年診療報酬改定と チーム医療加算

- ①感染防止対策加算(改)
- ②糖尿病透析予防指導管理料(新)
- ③精神科リエゾンチーム加算
- ④院内トリアージなど



①感染防止対策加算

感染防止対策チーム(ICT)加算



医療安全対策の推進について②

感染防止対策の充実

- 感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる抗生剤の適正使用の指導・管理等の取組の評価



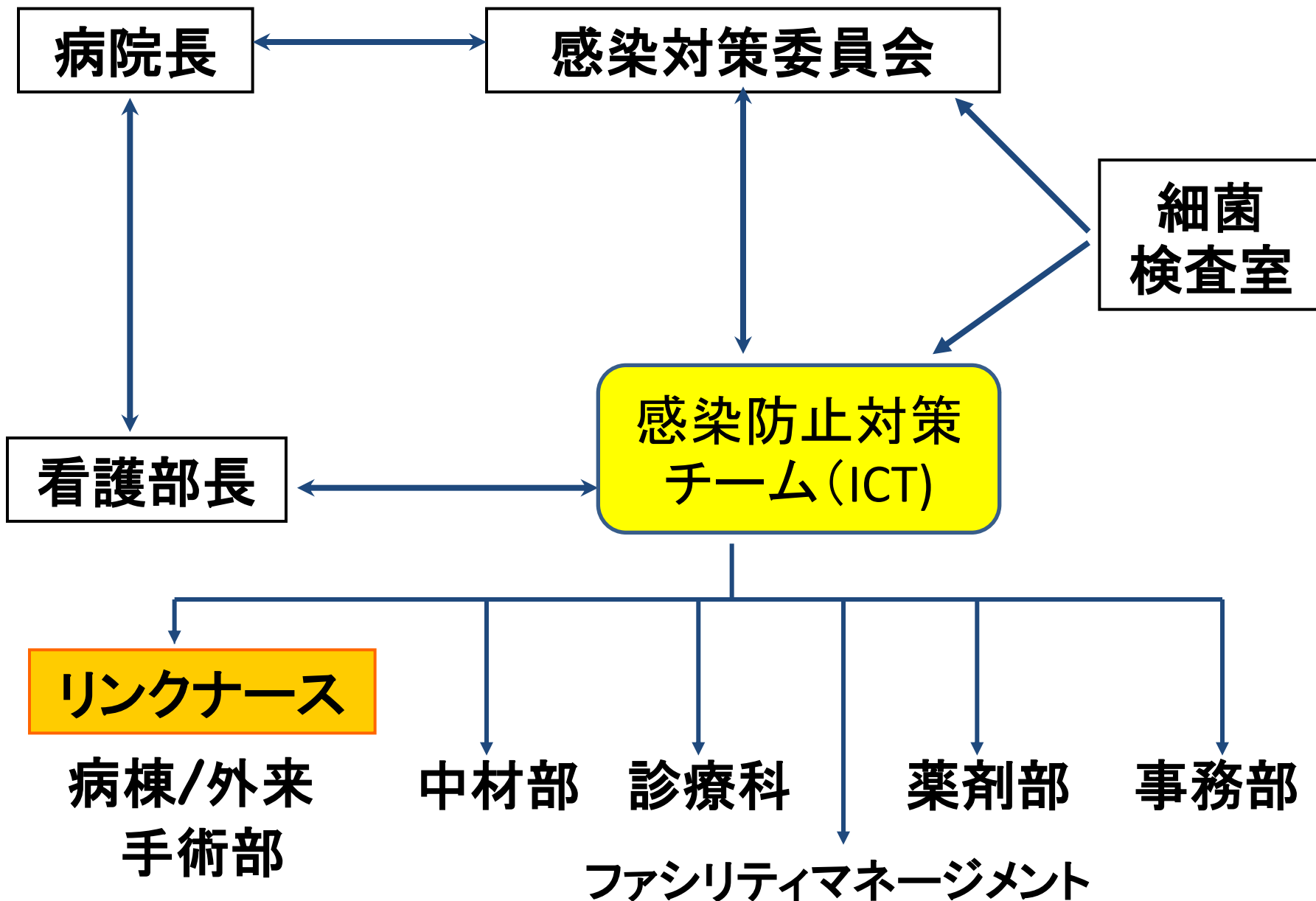
① 新 感染防止対策加算 100点

1回／週程度の病棟回診、院内感染状況の把握、抗生剤の適正使用、職員の感染防止等を行う。

[施設基準]

- ① 医療安全対策加算1の届出を行っている。
 - ② ・感染症対策に3年以上の経験を有する常勤の医師
・5年以上感染管理に係る経験を有し、6か月以上の研修を修了した看護師
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
 - ③ 抗MRSA薬及び広域スペクトラムの抗生剤について届出制又は許可制をとっていること。 等
- } うち 1名専従
1名専任

(2010年診療報酬改定)



感染対策チーム (ICT) に求められる 活動内容

- 個々の院内感染症例への対応
- ICTラウンド
- ICT定例会、ICT/リンクナース合同定例会
- 各種予防対策の実施のための条件整備
- サーベイランス
- スタッフ教育
- スタッフのワクチン接種
- 感染対策マニュアルの作成・実施
- 抗菌薬適正使用ガイドラインの作成・実施
 - カルバペネム、バンコマイシンなど
- 抗菌薬使用のコンサルティング

ICDの
働き

感染防止対策加算(2012年改定)

感染防止対策の評価

➤ 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新) 感染防止対策加算1 400点(入院初日)

(新) 2 100点(入院初日)

【施設基準】

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止対策部門を設置していること。
- ② 以下からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師(ア又はイのうち1名は専従であること。)
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関は、感染防止対策加算2を算定する医療機関と共同カンファレンスを開催すること。

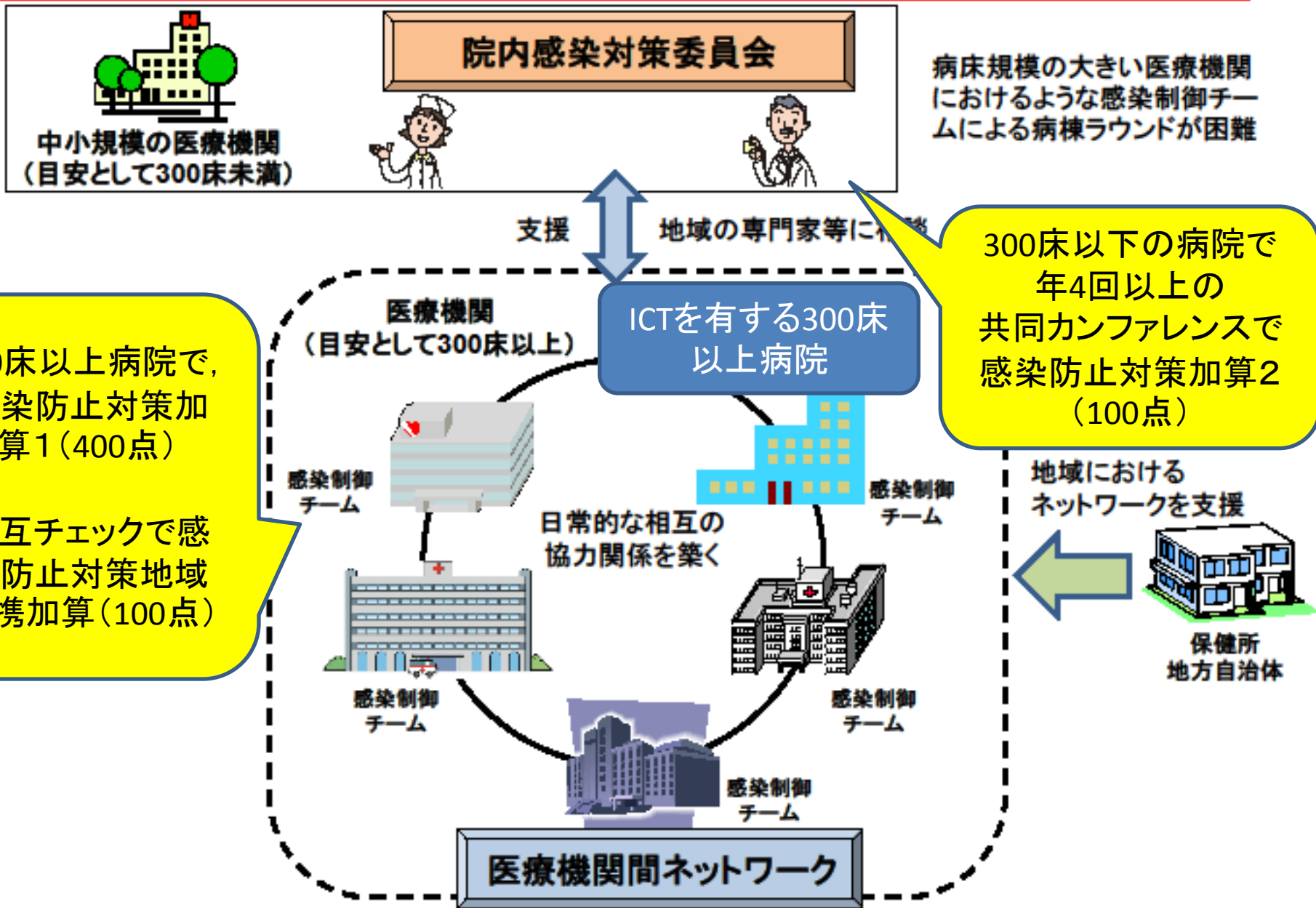
感染防止対策加算2 (感染防止対策加算1と異なる部分を記載)

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- ② 感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算1の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、ア又はイのいずれも専任でも可能とする。
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。

➤ 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

中小規模の医療機関における院内感染対策の体制および医療機関間連携(概要)



東北地域：感染対策ネットワークの実例

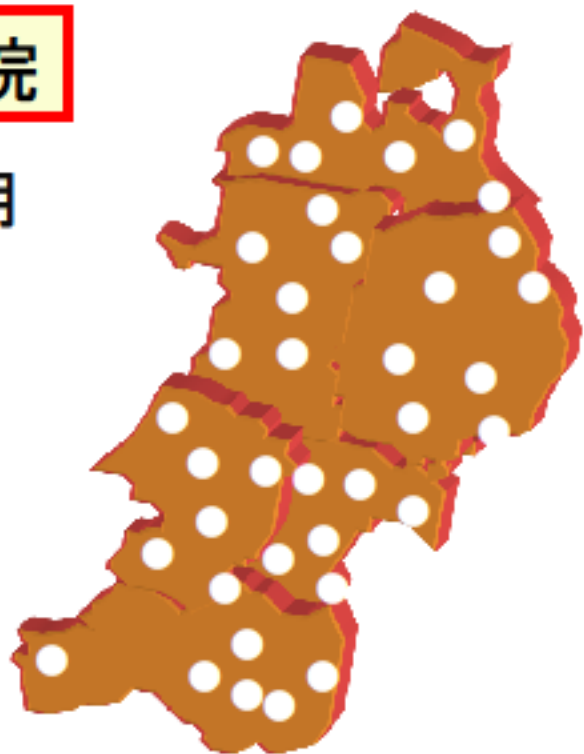
感染対策の支援

・地域厚生局との院内感染研修会の共同開催

東北地域では平成17年より毎年実施、東北6県の拠点病院を研修場所とし、保健担当者、近隣の医療施設の医療従事者も参加、午前中講義・午後ラウンド形式の実践的スタイル

平成22年までに地域36拠点病院

- * 地域全体でのレベルアップに有用
- * 行政指導機関と病院との相互理解に有用
- * 講義資料の共同利用
- * 行政機関側のネットワーク
(県を超えたネットワーク)



東北地域：感染対策ネットワークの実例-1

① 感染対策情報の共有化

- ・感染対策講習会の定期的開催 フォーラムの共同開催

地域における情報共有の場

2008年より年1回実施：毎回 約1,000名が参加



【フォーラム内容】

- ・新型インフルエンザシンポジウム
- ・感染制御ベーシックレクチャー
- ・アウトブレイク対応セミナー
- ・薬剤耐性菌制御ワークショップ
- ・ベストプラクティスシンポジウム
- ・微生物観察コーナー・手洗い体験実践コーナー(市民参加)

- ・Website・ホームページの活用 <http://www.tohoku-icnet.ac>

【各種感染対策情報の共有】

- ・パワーポイント資料
- ・DVD形式(新型インフルエンザ・アウトブレイク対応)
- ・各種マニュアル・ガイドライン
- ・各種講演会、フォーラムのお知らせ



東北地域：感染対策ネットワークの実例-2

② 感染対策の協力・連携

・ガイドライン・マニュアルの策定と共通利用

抗菌薬ガイドライン、消毒薬のガイドライン、介護・高齢者施設の感染防止マニュアル、ベストプラクティスマニュアル等



抗菌薬使用ガイドライン

- ・地域の専門家グループで作成
- ・感染症系統別に分かりやすく記載
- ・地域の薬剤感受性成績なども呈示
- ・東北全域の医療関連施設に配布

・共通ポスターの作成と配布

手洗い関連・咳エチケットポスター

- ・東北厚生局と共同制作
- ・東北全域の医療関連施設に配布
- ・施設玄関や外来、病棟などに掲示



東北地域：感染対策ネットワークの実例-3

② 感染対策の協力・連携

・共同サーベイランスの実施

病原体サーベイ・アンチバイオグラムの比較データ等

* 施設ごとの感受性サーベイランスデータの作成と情報交換

	PIPC	CAZ	CFPM	IPM/CS	MEPM	AZT	GM	AMK	MINO	LVFX	CPFX
A病院	83	70	76	67	73	45	80	84	1	73	
B病院	81	87	78	78	89	78	87	89	19	70	81
C病院	91	88	84	64	71	54	71	83	0	68	68

・啓発・教育セミナー

市民向け感染セミナー、Mediaとのワークショップ



- ・市民向けセミナーの積極的開催
グラム染色による微生物の観察
(自らの鼻や口の菌を観察)
手洗いやマスク着用のしかた等の指導
 - ・メディアとの情報交換の場を設定
- * 積極的なリスクコミュニケーション

東北地域：感染対策ネットワークの実例-4

③ 感染対策の支援

・感染症相談窓口の開設（電話、FAX、インターネットによる相談受付）



- ・感染症の予防・治療・診断等に関する相談
- ・アウトブレイク発生時の対応
- ・さまざまな最新情報の提供

・施設を超えた院内感染対策ラウンドの実施・現場支援

院内感染対策・アウトブレイク支援（多剤耐性菌・新型インフルエンザ対応）

* 外部・第三者による客観的な
視点でチェック



- ・大学のスタッフが各施設や行政機関からの要望に応じて訪問
- ・アウトブレイク発生時の感染拡大防止策、原因究明の調査を支援
- ・各施設の病棟・外来・ICU・救急部などをラウンド、改善点の指摘

②糖尿病透析予防管理指導料



増え続ける糖尿病性腎症による血液透析

糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

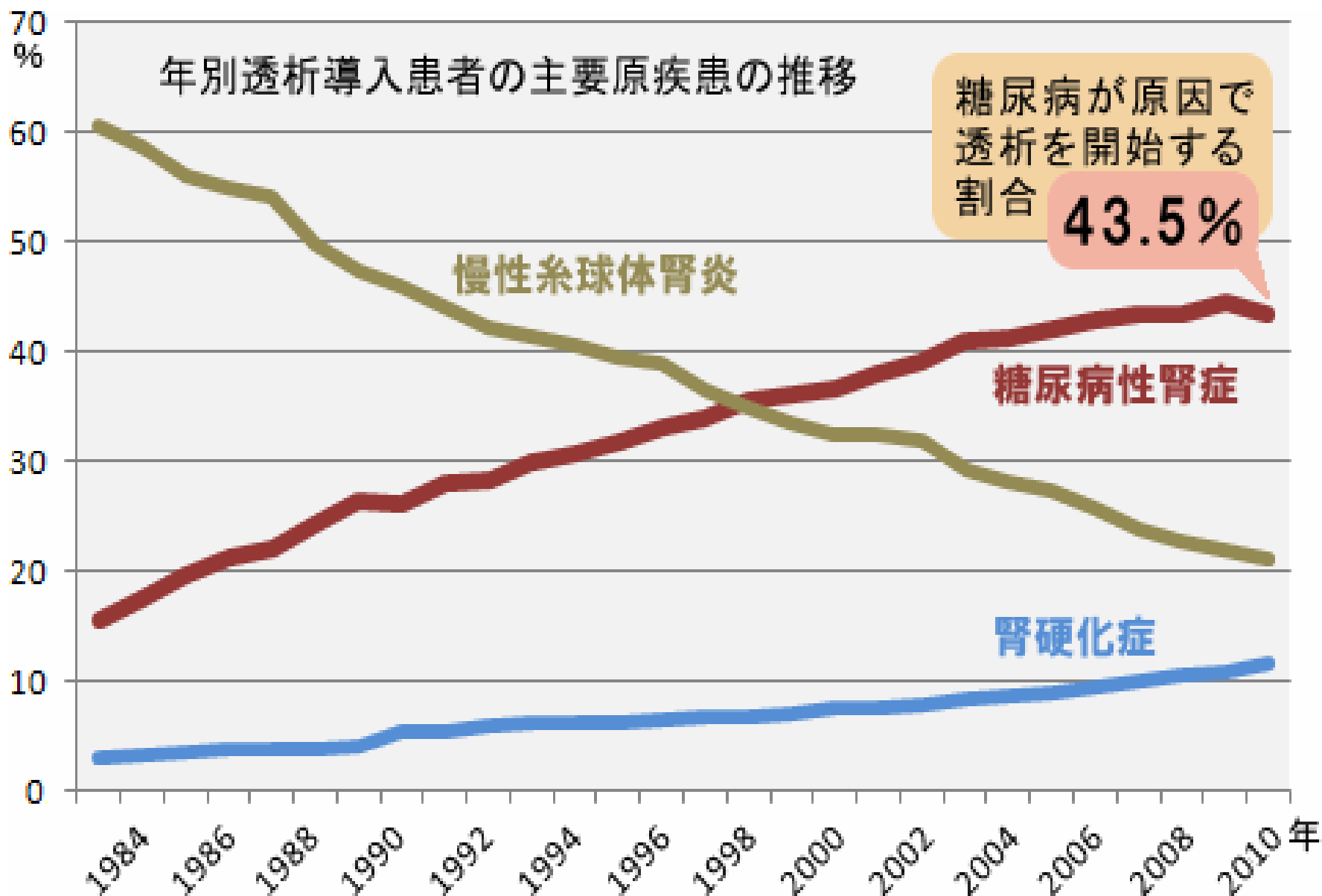
[算定要件]

1. ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、**糖尿病性腎症第2期以上の患者**(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

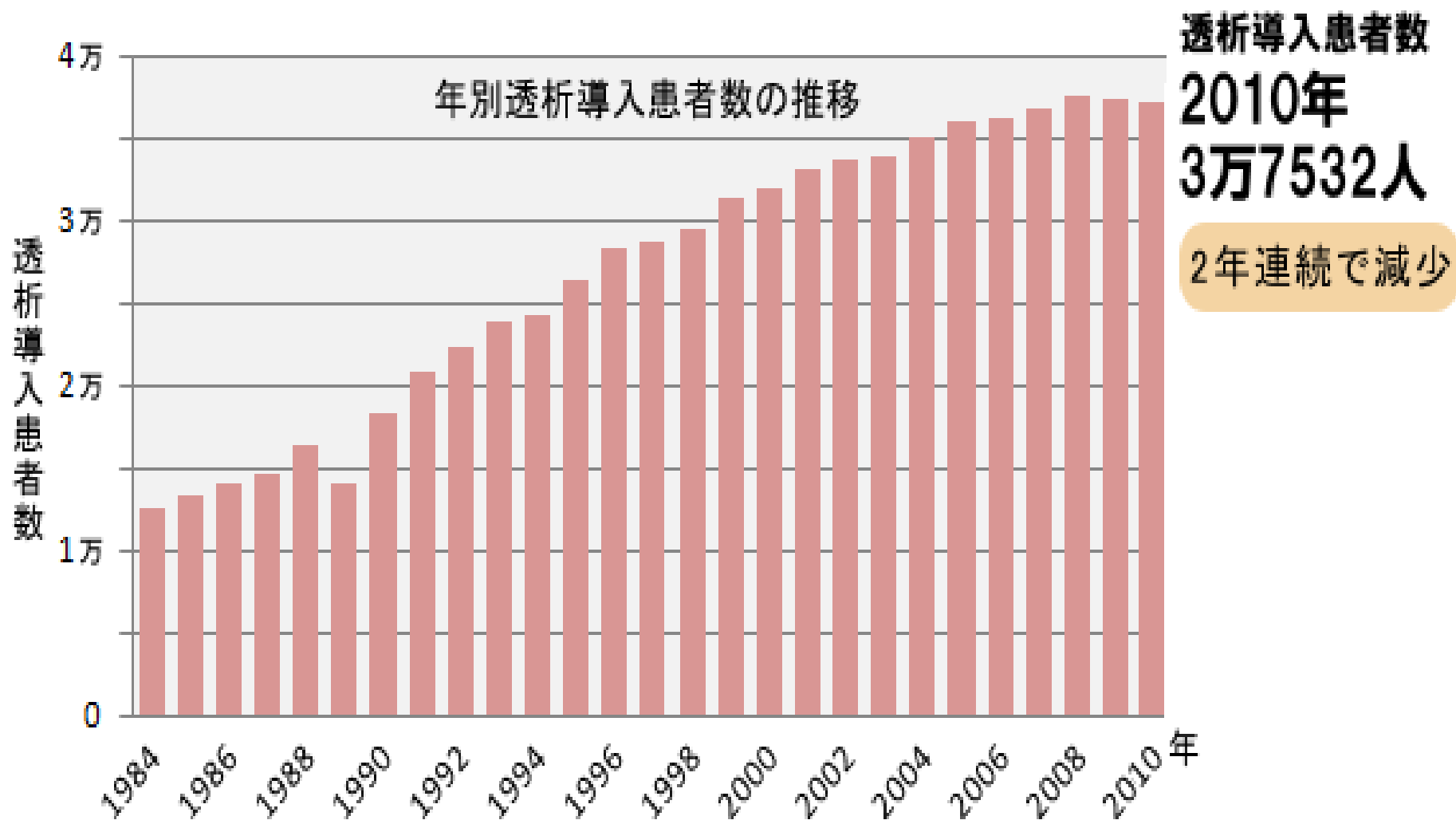
[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。
- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

糖尿病性腎症による透析導入



年別透析導入患者数推移



透析予防診療チーム

- 透析予防診療チームとその業務
 - 専任の医師、専任の看護師(又は保健師)、管理栄養士
 - 日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」に沿った個別指導等
 - 患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等
 - リスク評価と指導計画策定
 - 成果報告
 - HbA1cが改善または維持された患者の割合
 - 血中クレアチニン値またはeGFRが改善または維持された患者の割合
 - 血圧が改善または維持された患者の割合

③精神科リエゾンチーム加算

精神科リエゾンチーム加算

一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。

改定後

(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)

[算定要件]

- ①一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ②精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施(月1回程度)、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療(外来等)が継続できるような調整等を行う。
- ③算定患者数は、1チームにつき1週間で概ね30人以内とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、①～③により構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

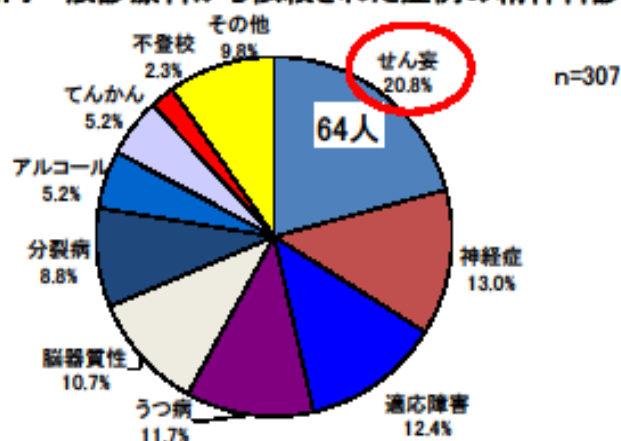
- ①精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医
- ②精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ③精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか1人

精神科医や精神看護専門看護師に対する コンサルトの依頼理由

一般診療科や一般病棟から精神科医や精神看護専門看護師への依頼理由として、せん妄が依頼全体の20~30%を占めている

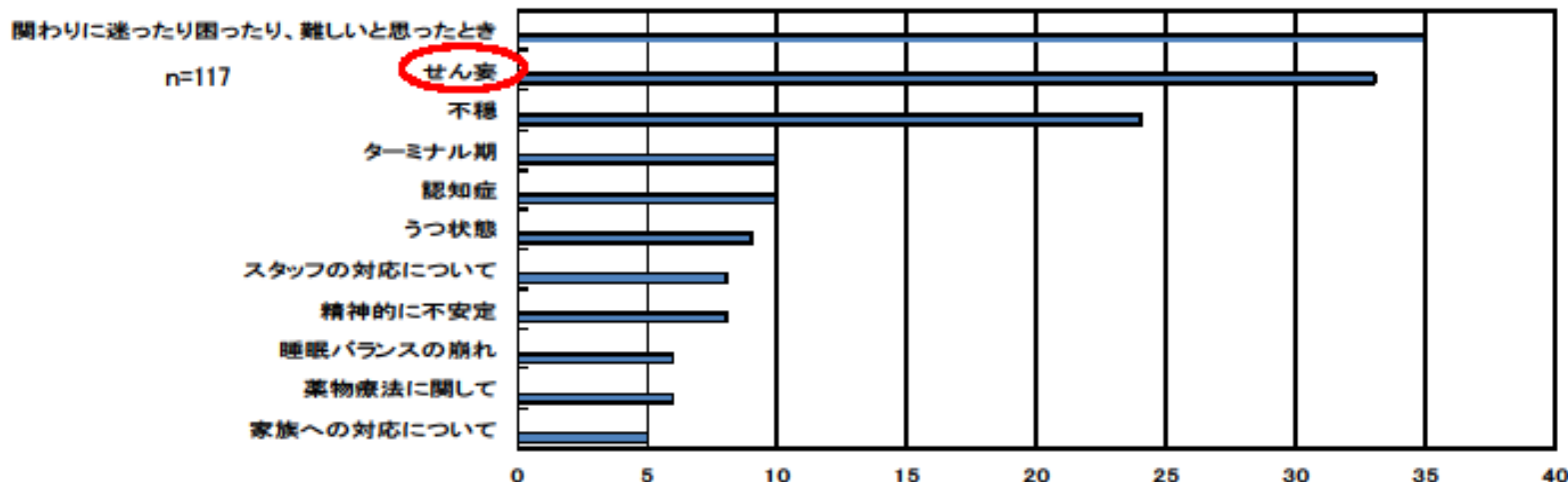


【院内一般診療科から依頼された症例の精神科診断】



三浦星治ら; 島根医科大学附属病院におけるコンサルテーション・リエゾン活動について, 島根医学, 21(4), 32-38, 2001

【医療機関に精神看護専門看護師がいた場合、患者がどういう状況の時に活用していたか?】 (複数回答)



金子垂矢子; 精神看護専門看護師の活動評価, 共済医報, 59(1), 59-64, 2010

海外におけるせん妄発症患者に対する介入とその効果(例)

多職種による包括的アプローチを実施することにより、せん妄の入院期間を有意に軽減することができる。

<対象>70歳以上の内科患者400名(計8か月間)

①スタッフ教育を行い、受け持ち制にした病棟(介入群)



②通常のケアを業務分担制により提供した病棟(対照群)



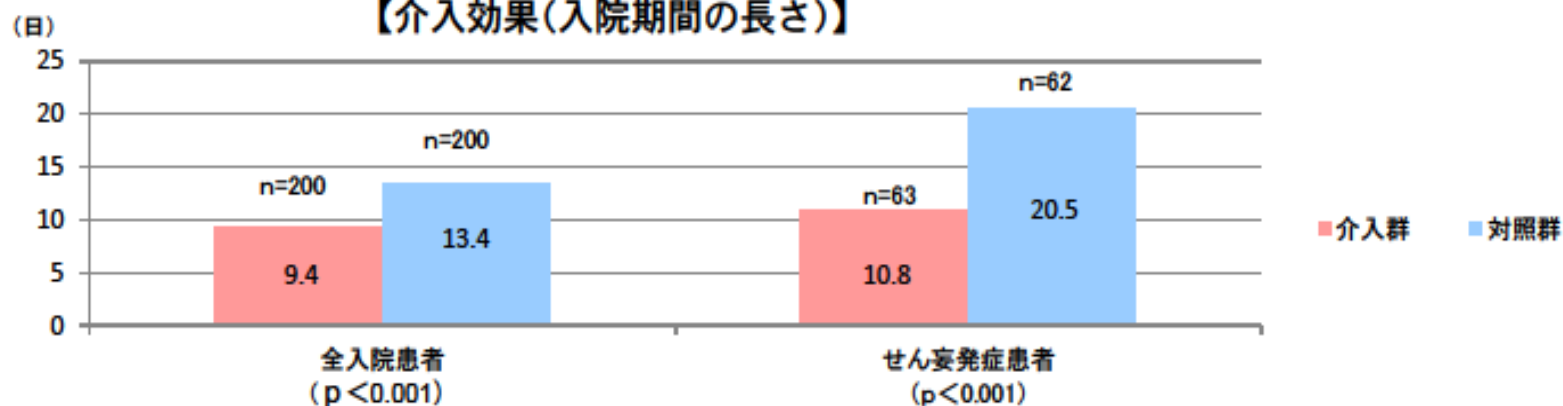
→入院24時間以内のせん妄発生率は、両群とも約31%で有意差はみられなかった

介入= 教育プログラム^{※1} + 個別ケアを重視した受け持ち制への移行 + 看護職員への定期的指導^{※3}

※介入群の病棟で働く医療職に対して、せん妄のアセスメント、予防、治療、認知症・せん妄患者と医療者の相互作用に焦点をあてた老年医学に関する教育プログラムを実施(2日間)

※3個別あるいはグループ単位での患者と医療者の相互作用に関する指導を月に1度(1回15分から20分程度)

【介入効果(入院期間の長さ)】

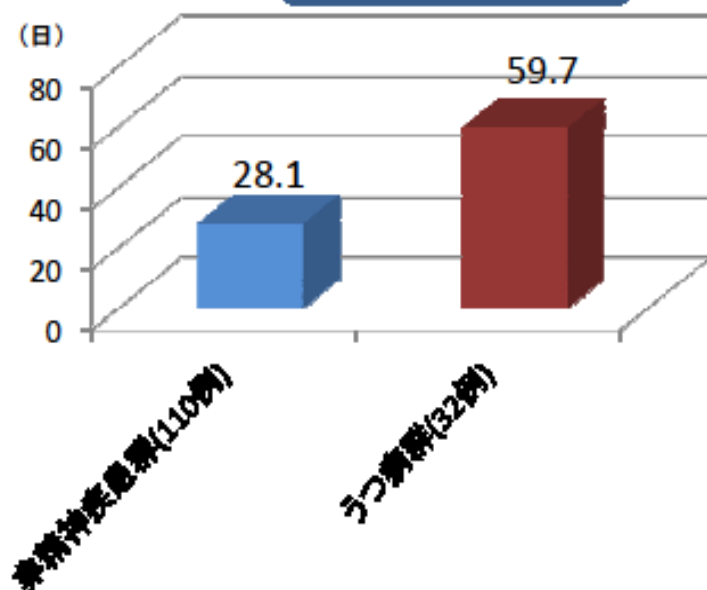


Lundstrom M, Edlund A, Karlsson S, et al : A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. Journal of the American Geriatrics Society, 2005;53(4) : 622- 628.

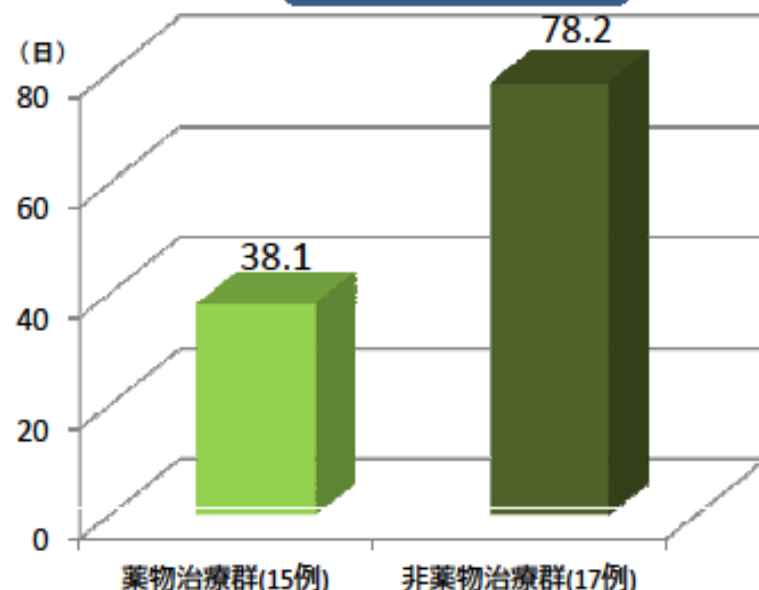
うつ病合併患者の入院期間

- 総合病院精神科が内科系の2つの病棟に入院中の患者211名を対象とし、精神疾患の有無にかかわらず2ヶ月間にわたり、毎週定期的に面接を続け、精神状態の経過を観察した。
- 対象211名のうち、32名(15.2%)にうつ病が合併し、入院期間が長期化していた。
- うつ病合併患者に抗うつ薬を用いた専門的な薬物療法を実施した場合、非薬物治療群と比べ約40日間入院期間が短縮した。

非精神疾患群とうつ病群の入院期間の比較



薬物療法の有無による入院期間の比較



参考文献: 保坂隆監修「在院日数短縮化をめざして」から作成

放射線科とチーム医療



「外来放射線照射診療料」(280点)

がんに対する放射線治療の評価体系の見直し

外来での放射線治療の評価体系の見直し

▶ 外来放射線照射診療料の創設

外来での放射線治療時に、患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

(新) 外来放射線照射診療料 280点

【算定要件】

- ① 放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る初診料、再診料又は外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、初診料、再診料又は外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。
- ② 外来放射線照射診療料を算定した場合にあっては、第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。
- ③ 放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。
- ④ 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。
- ⑤ 算定した日を含め、3日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分の50に相当する点数を算定する。

【施設基準】

- ① 放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。
- ② 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。
- ③ 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上勤務していること。
- ④ 合併症の発生によりすみやかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。

【外来での放射線照射のイメージ】



パート2 スキルミクス



スキルミクス (Skill Mix)

- スキルミクスの日本語訳
 - 「職種混合」、「多能性」と訳されている
 - 最近では、「多職種協同」とも訳されている
- スキルミックスとは
 - もともとは看護職における職種混合を意味していた
 - 看護スキルミクス
 - 看護師、准看護師、看護助手というように、資格、能力、経験、年齢などが異なるスタッフを混合配置することを指していた

スキルミクス

- 最近では、その概念が拡張されて、医療チームの中でそれぞれの職種の役割の補完・代替関係を指したり、ひろくは多職種のチーム内部における職種混合のあり方や**職種間の権限委譲・代替、新たな職能の新設**などを指し示す概念となっている。

スキルミックスの概念の歴史

- スキルミックスの概念は1990年代に医師不足、看護師不足に悩んだOECD諸国で、その養成にも維持にも時間とコストがかかるこれら職種の在り方や機能が議論された結果、生まれた概念である。
- スキルミックスは現在の日本でも避けては通れない議論となっている。

医師と看護師のスキルミックスの例

- 特定集団の機能強化(Enhancement)では看護師主導のプライマリヘルスケア、とくに慢性疾患を管理のほうが、従来の医師主導より良い結果が出ているとの報告もある。
- OECD諸国のスキルミックスの例
 - 看護師への限定的処方権、検査オーダー権
 - 一定の条件下での看護師による死亡診断の承認

ナース・プラクティショナー (診療看護師)

医師と看護師のスキルミクス



ナース・プラクティショナー (NP)

- NPの歴史

- 1965年のコロラド大学で養成が始まる

- 僻地での医療提供を目的

- 現在NPは看護師人口の14%、14万人が働く

- ①小児、②ウィメンズヘルス(女性の健康)、③高齢者、④精神、⑤急性期など5領域
- 救急、家族、新生児などの領域

- NPの業務範囲

- プライマリーケア、予防的なケア、急性期及び慢性期の患者の健康管理、健康教育、相談・助言など

- 限定された薬の処方や検査の指示を出す権限も州によっては認められている。

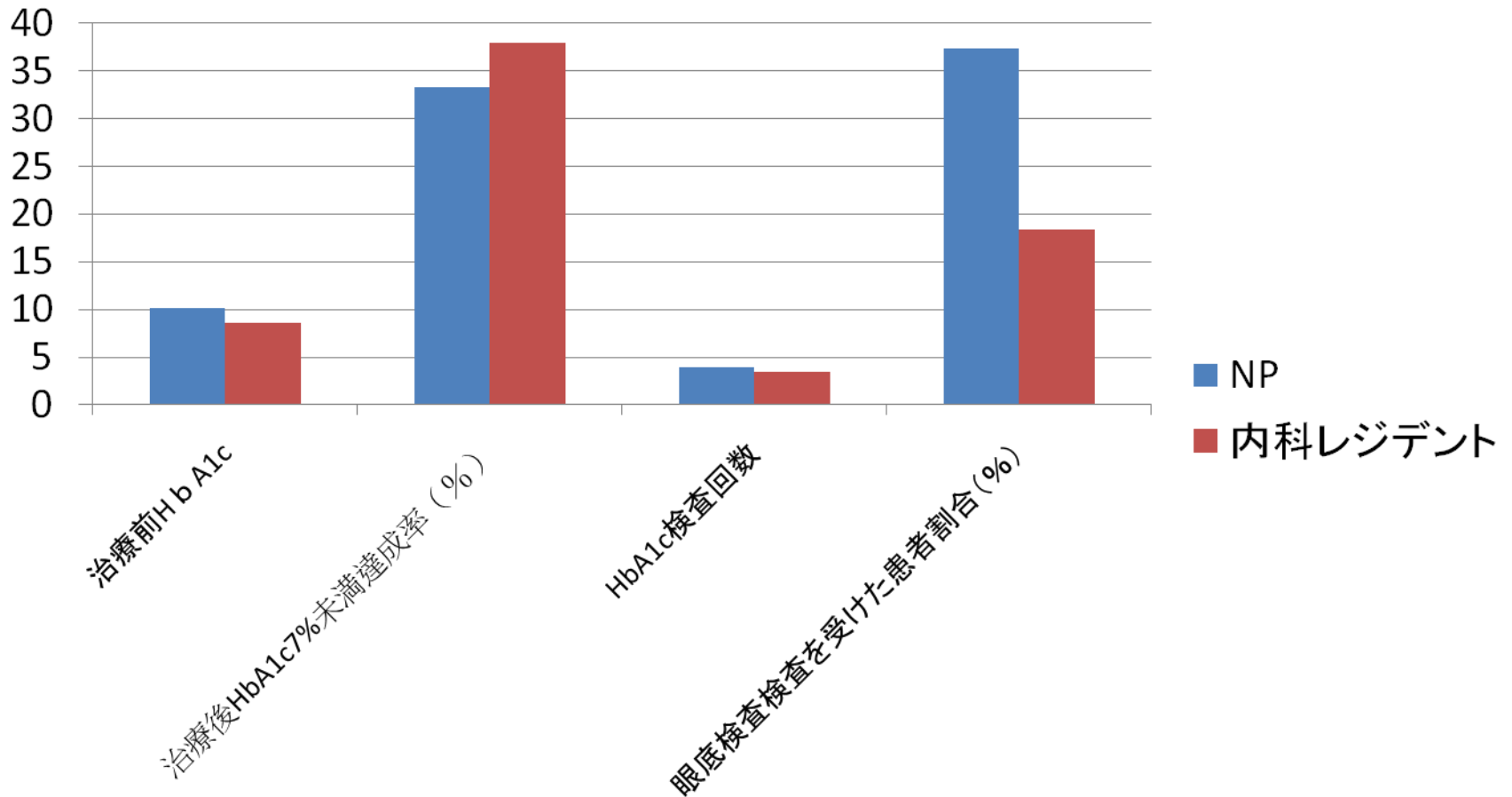
NPの業務

- **フィジカルアセスメント**
 - 患者の正常所見と異常所見の判別を行う
- **検査オーダー、処方**
 - 急性期や慢性期の健康管理では、感染や外傷患者、糖尿病や高血圧患者に対し、医師とあらかじめ協議したプロトコールに基づいて、NPは診断に必要な臨床検査やレントゲン検査の指示を出し、その結果を分析し、必要な薬剤の処方や処置の指示を出す
- **患者健康教育、カウンセリング**

NPの臨床パフォーマンス評価

- NPと内科レジデントの臨床パフォーマンス比較評価
 - ミシシッピ大学医療センターKristi Kelley 博士ら
NPと内科レジデントの比較
 - NPクリニック受診患者47例
 - 内科レジデント受診患者87例
 - 評価項目
 - 血糖値、血圧値、脂質コントロール、アスピリン療法、眼底検査、微量アルブミン尿およびACE阻害薬の使用など糖尿病管理と糖尿病合併

NPと内科レジデントの評価



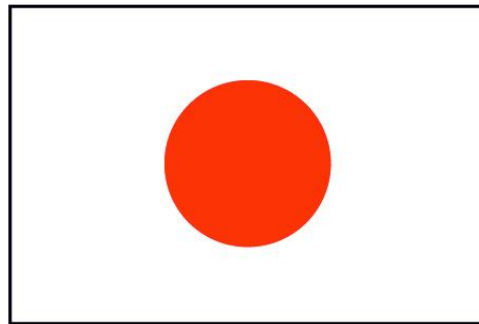
NPの評価

- 「ナース・プラクティショナー, 医師アシスタント, 助産看護師 の政策分析」
 - 連邦議会技術評価局(OTA)1985年
 - 「NPのケアの質は医師と同等であり,特に患者とのコミュニケーション, 継続的な患者の管理は医師よりも優れている」
 - 「過疎地住民, ナーシング・ホーム在院者, 貧困者など医療を受ける機会に恵まれない人々にNPは有効である」

米国のNPの養成

- NPの養成課程
 - 大学院の修士課程
 - 独自の養成校
 - 9ヶ月のコース
- 入学条件
 - 高卒以上、登録看護師(RN)
 - 病院や診療所の実務経験(数年)
- カリキュラム
 - 最初の4ヶ月
 - 学校内で講義と実習、とくに診断のための診察技術の訓練
 - 後半5ヶ月
 - 病院や保健センターでの実習を行う

我が国における スキルミックスの現状



日本版ナースプラクティショナーは
実現可能か？

NP養成大学名	NPプログラムの特徴	開始年
大分県立看護科学大学	慢性期NP(老年/小児)	2008年
国際医療福祉大学	慢性期/周術期 (周術期は2010年開始)	2009年
聖路加看護大学	小児/麻酔 (麻酔は2010年開始)	2009年
東京医療保健大学東が丘	クリティカル	2010年
北海道医療大学	プライマリ・ケア	2010年
聖マリア学院大学	家族	2010年

国際医療福祉大学大学院

NP養成コース

- 国際医療福祉大学大学院修士課程
 - 「自律して、または医師と協働して診断・治療等の医療行為の一部を実施することができる高度で専門的な看護実践家を養成する」
 - 「NPの実践家としての能力獲得のために、演習・実習を重視した」
- カリキュラム
 - 1年目は講義と演習が中心
 - 病態機能学、臨床薬理学、臨床栄養学、フィジカルアセスメント学、診断学演習など外来患者の疾患管理に必要な知識と方法について学ぶ。
 - 3つのP(フィジカルアセスメント、ファーマコロジー、パソフィジオロジー)
 - 2年目からは医療現場での実習カリキュラム
 - 国際医療福祉大学の関連の三田病院(東京港区)や熱海病院(静岡県熱海市)でマンツーマンで医師につき、医師の指示の下で、診療の具体的なやり方を学ぶ
 - 生活習慣病患者の外来での生活指導、退院後のフォローアップ
 - 学習領域は代謝性障害と循環器障害が中心

国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス)
ナースプラクティショナー養成講座1年生





国際医療福祉大学三田病院で学ぶ
ナース・プラクティショナー養成コース2年生

特定行為と研修



チーム医療の推進に関する検討会(2013年3月)

特定行為と研修(1)

- 厚生労働省の「チーム医療推進会議」(座長:永井良三・自治医科大学学長)
 - 2013年3月に、3年にわたる長い議論の末、看護師が行う難易度の高い診療の補助行為を「特定行為」として法に定めて、それを行うための研修制度の創設を盛り込んだ報告書をまとめた。
 - 報告書では「特定行為」について「実践的な理解力、思考力および判断力を要し、かつ高度な専門知識および技能を持って行う必要のある行為」と定義した上で、保助看法で明確化し、具体的な特定行為については省令で定めるとしている。

特定行為と研修(2)

- 新制度が施行されれば、医師または歯科医師の包括的指示の下、特定行為の指定研修を受講した看護師は定められた業務手順(プロトコール)に従い、患者の病態確認も含めて難易度の高い診療の補助行為ができるようになる。
- 厚労相が指定する研修機関で研修を修了した看護師は、その旨が看護師籍に登録され、登録証が交付される。
- 一方、研修を受けない看護師による特定行為については、従来どおり医師の具体的指示の下であれば実施できるとした。

特定行為29項目を1月18日に決定

- 厚生労働省の「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」(WG、座長=有賀徹・昭和大病院院長)
- 1月18日、保健師助産師看護師法(保助看法)上の診療の補助に位置付ける特定の医行為(特定行為)について、制度導入時に対象とする29項目の特定行為の案をまとめた



チーム医療推進のための
看護業務検討ワーキンググループ

特定行為29項目

- 気管カニューレ交換
- 経口・経鼻挿管の実施
- 経口・経鼻挿管チューブの抜去
- 褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン
- とう骨動脈ラインの確保
- PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)の挿入
- 中心静脈カテーテルの抜去
- 腹腔ドレージ抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)
- 胸腔ドレージ抜去
- 胸腔ドレージ低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更
- 心嚢ドレージ抜去
- 創部ドレージ抜去

特定行為29項目

- 「一時的ペースメーカー」の操作・管理
- 「一時的ペースメーカー」の抜去
- PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の管理・操作
- 幹細胞移植: 接続と滴数の調整
- 胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換
- 膀胱ろうカテーテルの交換
- 脱水の程度の判断と輸液による補正
- 投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整
- 投与中薬剤(子宮収縮抑制剤)の病態に応じた調整
- 投与中薬剤(K,Cl,Na)の病態に応じた調整
- 投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整
- 臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与

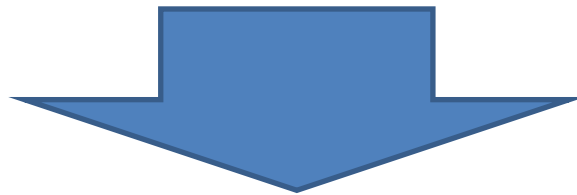
特定行為29項目

- 臨時薬剤(抗精神病薬)の投与
- 臨時薬剤(抗不安薬)の投与
- 臨時薬剤(感染徴候時の薬物)の投与
- 投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整
- 抗がん剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整
・局所注射の実施



スキルミクス4原則

- 原則1 領域の設定
- 原則2 共通プロトコール
- 原則3 教育研修
- 原則4 アウトカム評価



身分法の改正へ

パート3

在宅医療とチーム医療

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

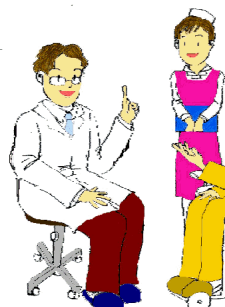


特養
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点

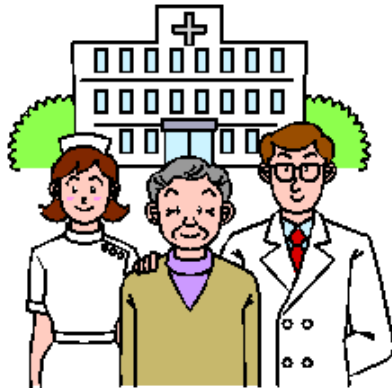


B診療所
(連携先)



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



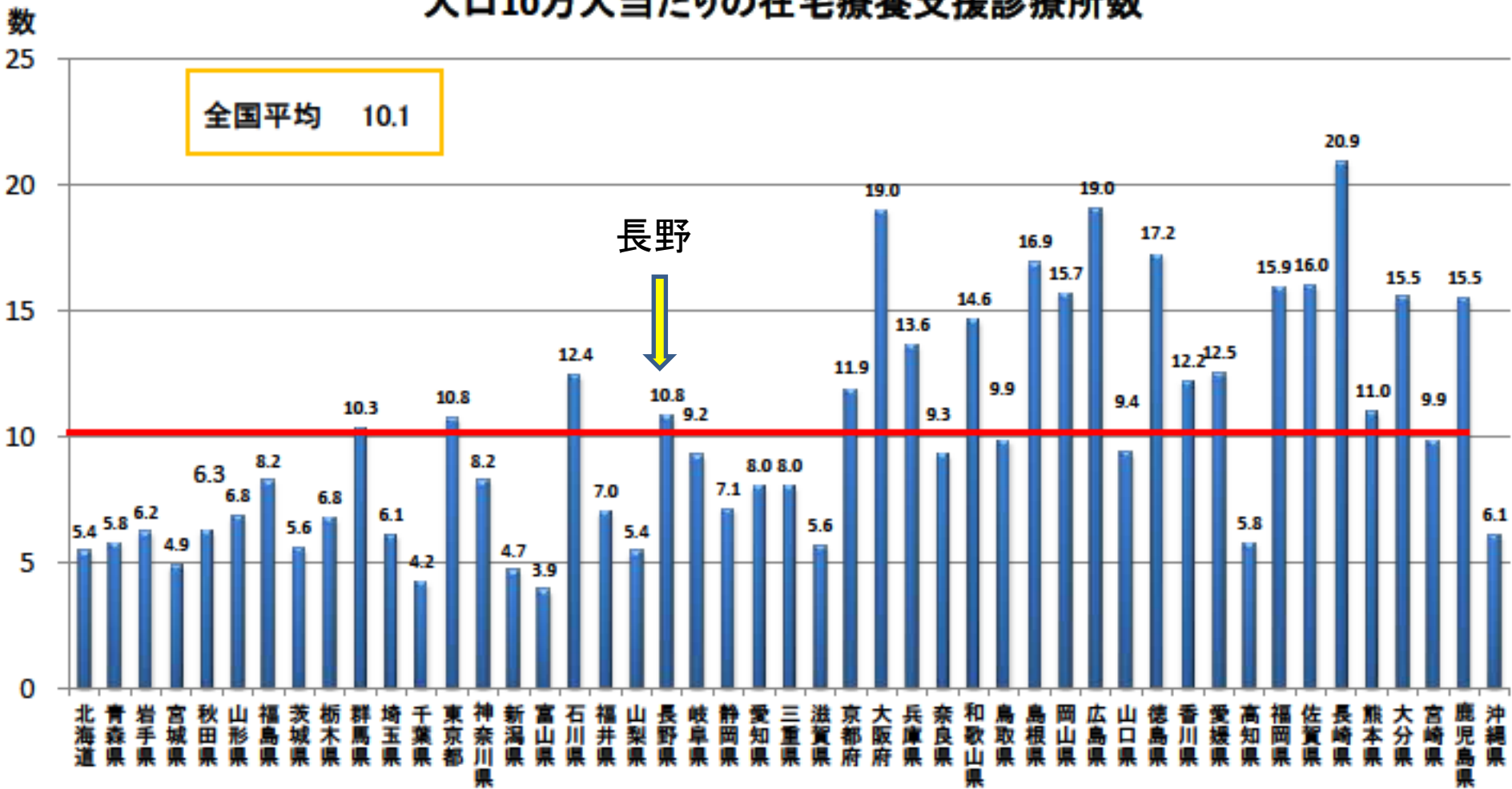
在宅療養支援診療所

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



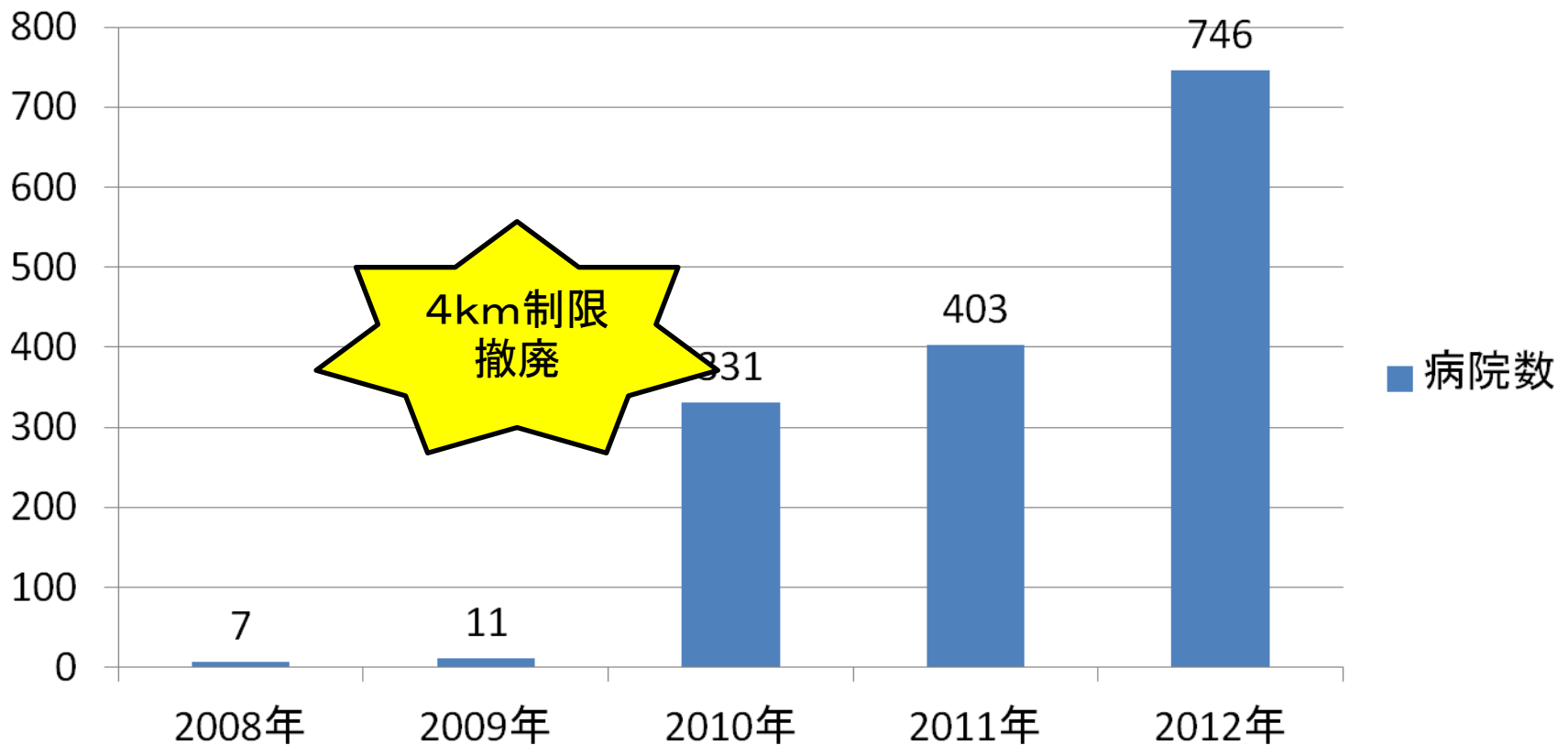
保険局医療課データ 平成23年7月

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

病院数



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

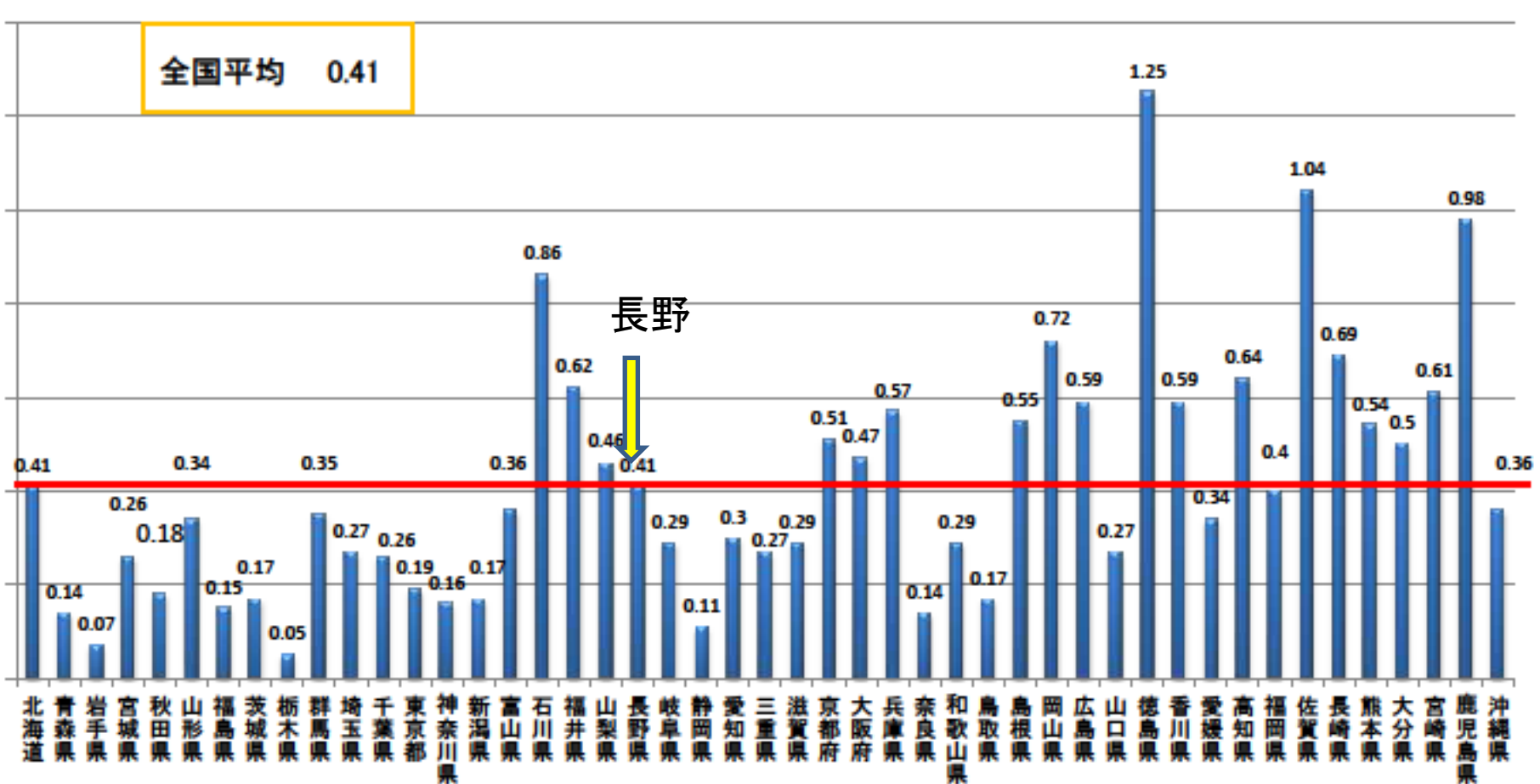


人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

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

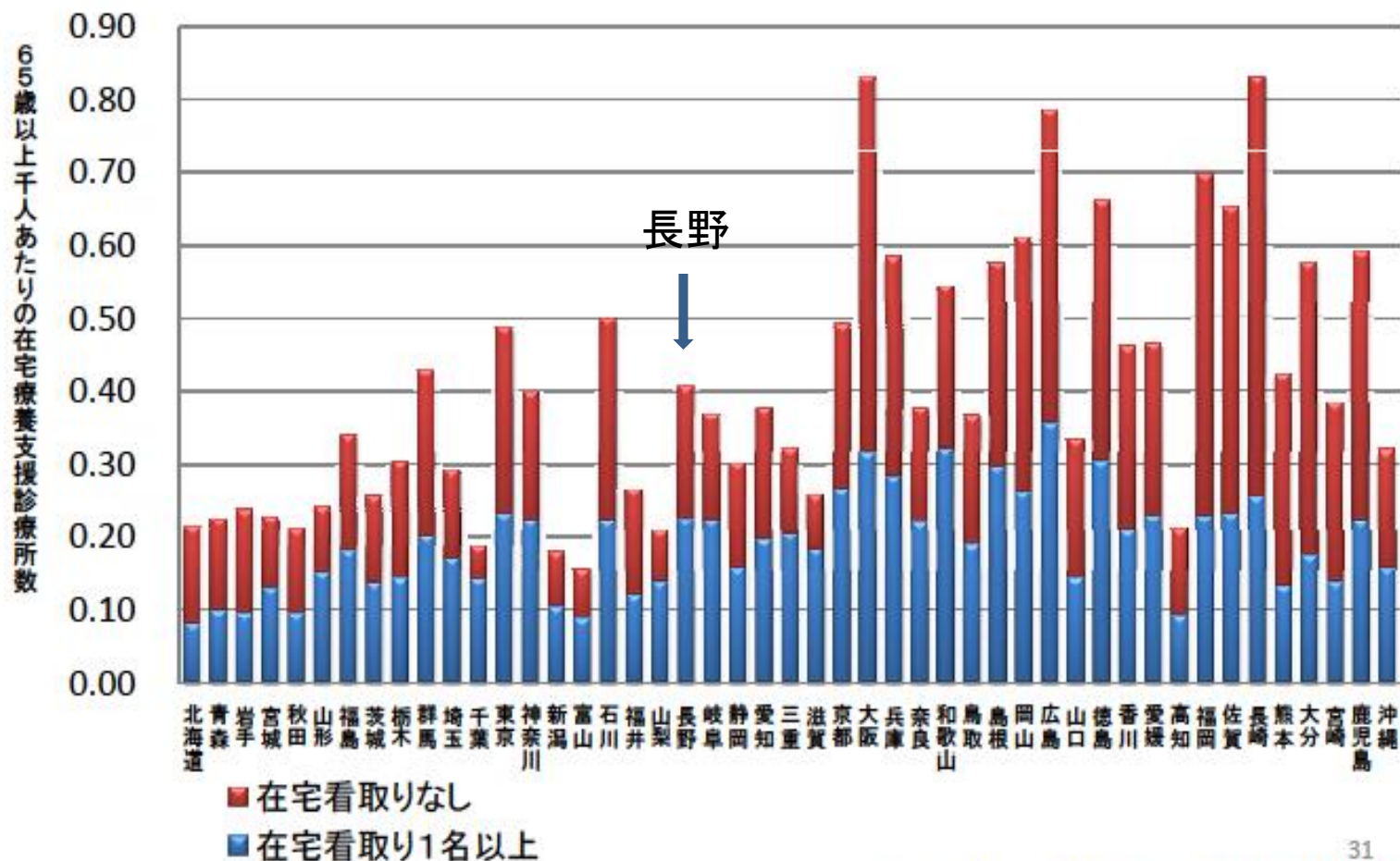


保険局医療課データ 平成23年7月

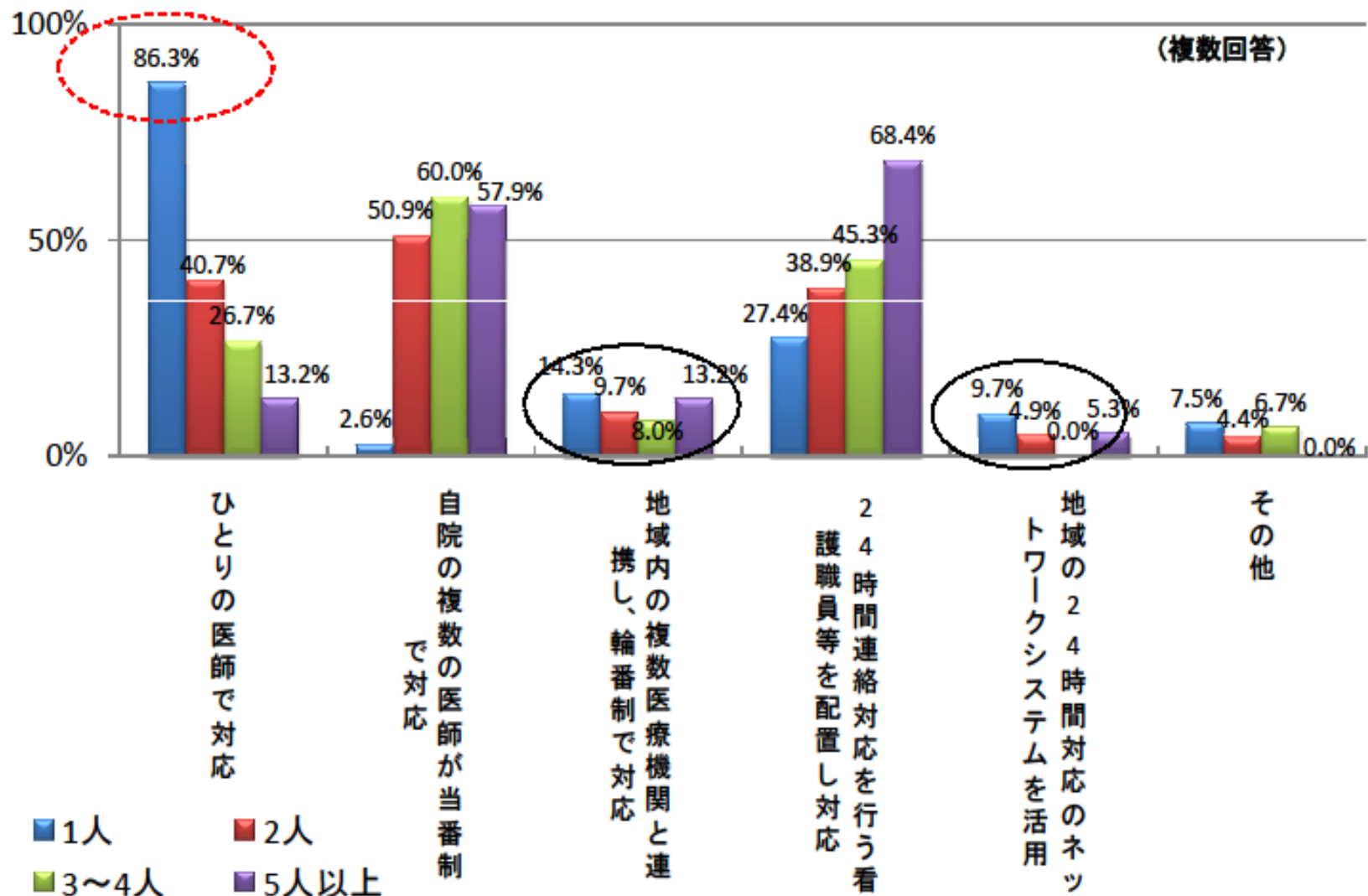
在宅療養支援診療所・病院の 課題と対策

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

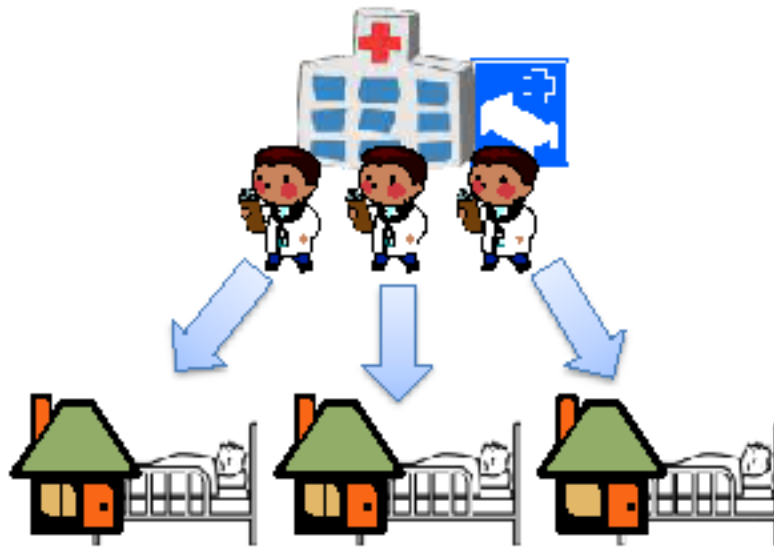
機能強化型
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

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

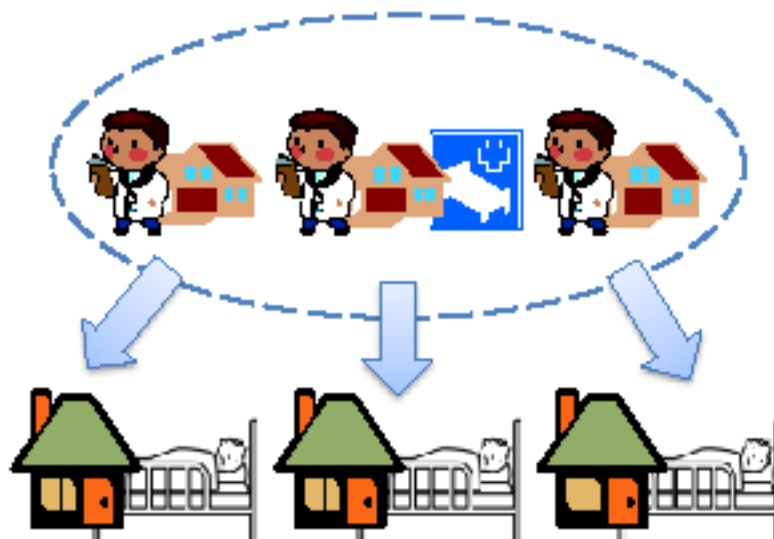
機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ(改定後)

単独強化型



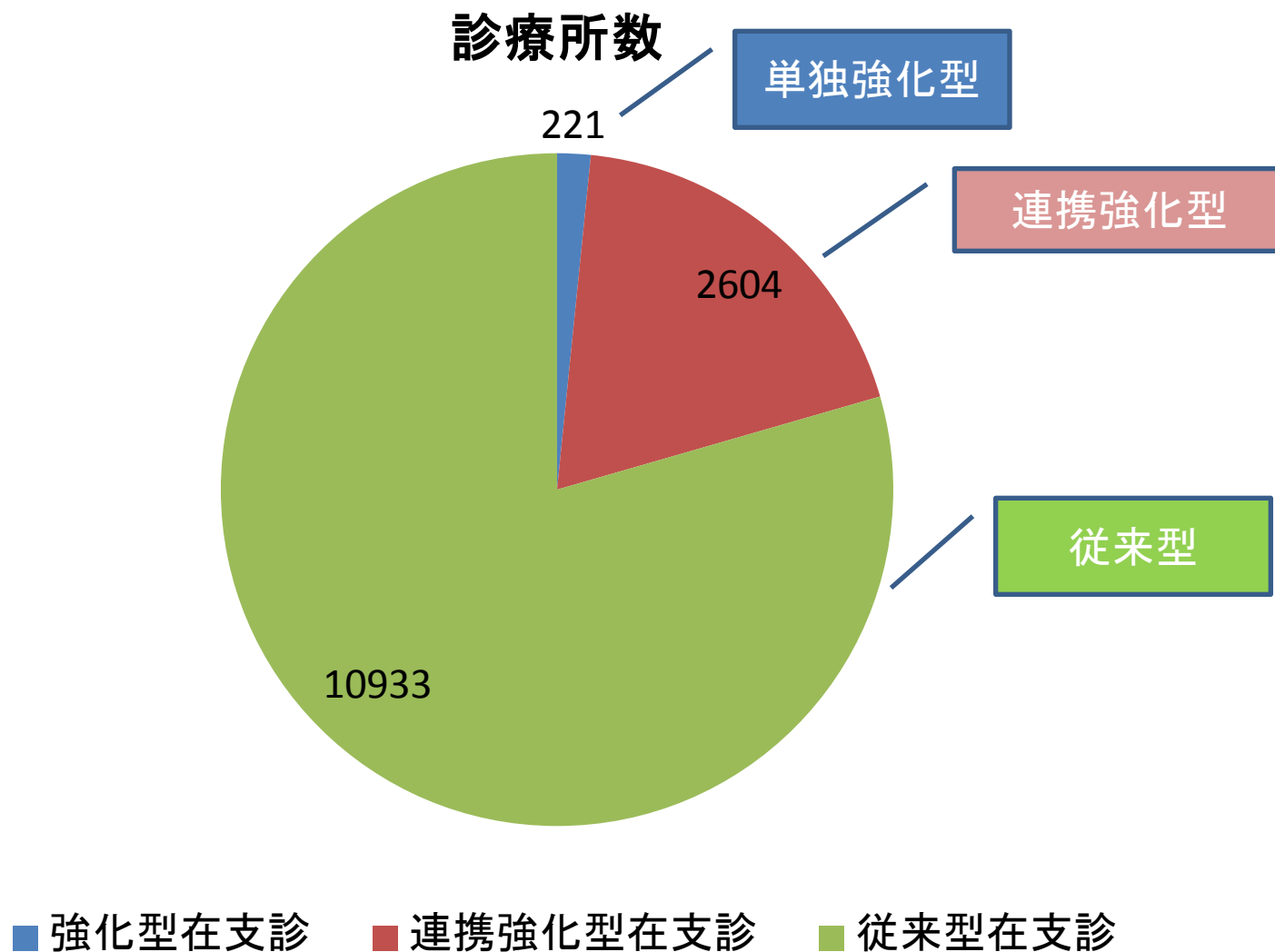
- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

連携強化型



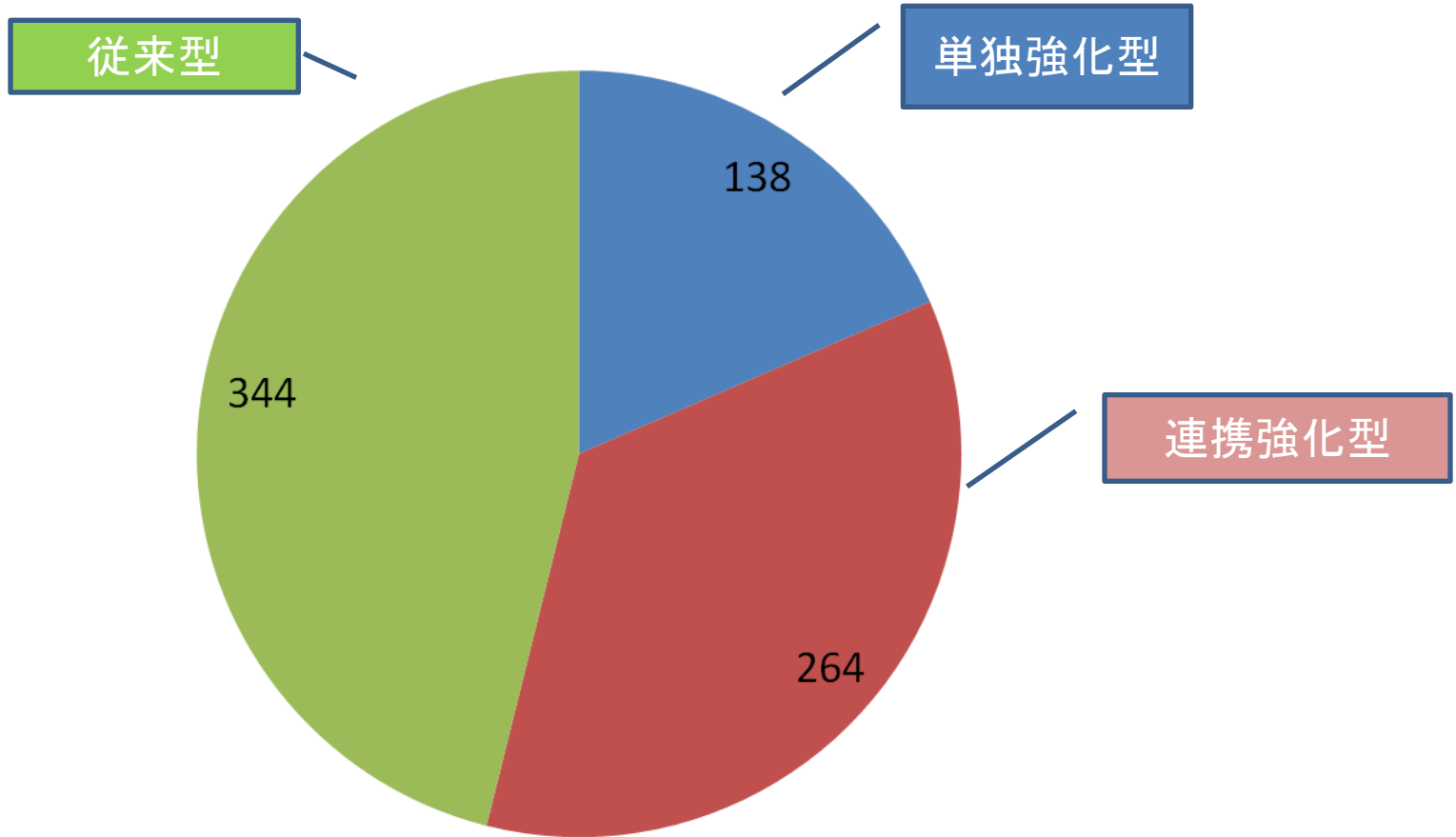
	従来型の在支診・在支病	強化型在支診・在支病
○往診料		
緊急加算	650点	750点(病床有850点)
夜間加算	1,300点	1,500点(病床有1,700点)
深夜加算	2,300点	2,500点(病床有2,700点)
○在宅時医学総合管理料		
処方せん有	4,200点	4,600点(病床有5,000点)
処方せん無	4,500点	4,900点(病床有5,300点)
○特定施設入居時等医学総合管理料		
処方せん有	3,000点	3,300点(病床有3,600点)
処方せん無	3,300点	3,600点(病床有3,900点)
○在宅ターミナル加算		
ターミナルケア加算	4,000点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

強化型在宅療養支援診療所 (2012年7月現在)



強化型在宅療養支援病院 (2012年7月現在)

病院数



■ 強化型在支病 ■ 連携強化型在支病 ■ 従来型在支病

パート3

2012年介護報酬改定と 地域包括ケアシステム

2012年介護報酬改定の基本方針

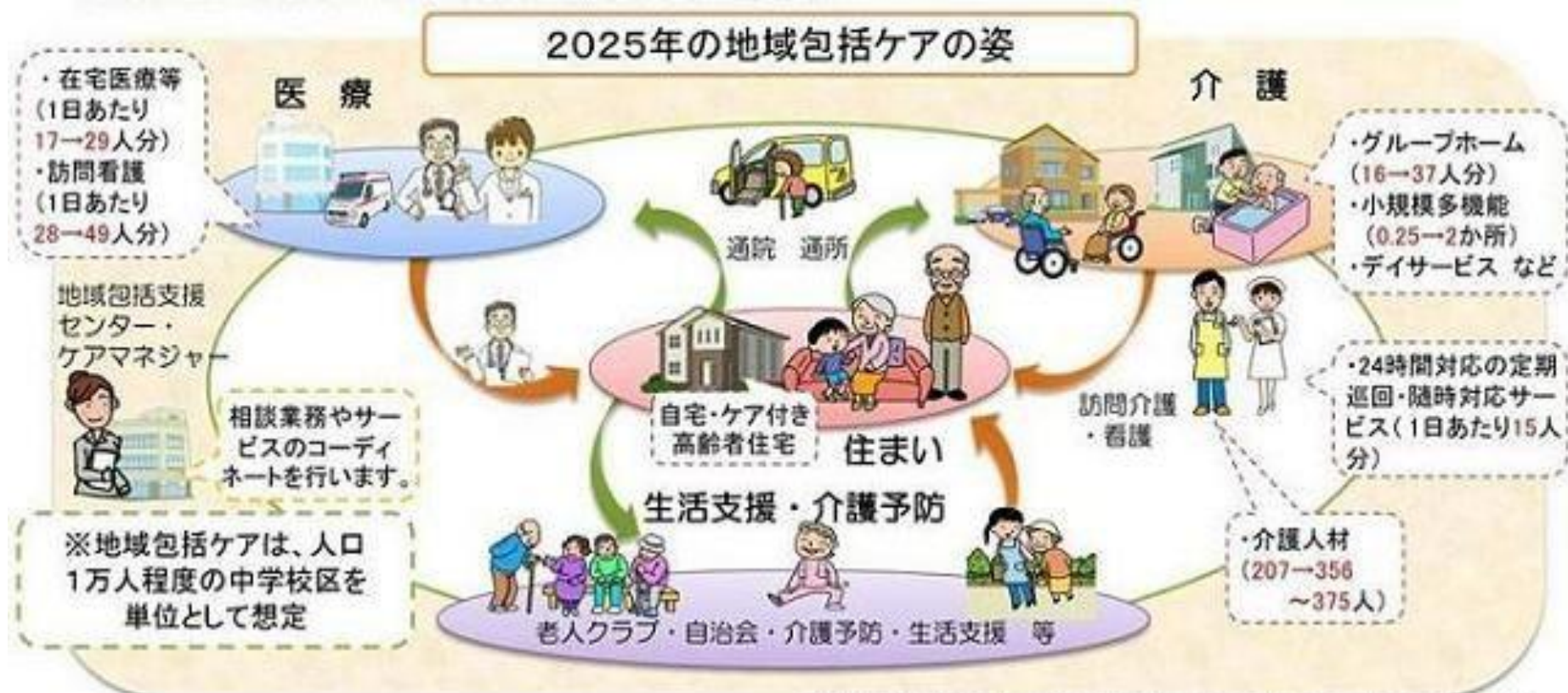
- 1 地域包括ケアシステムの基盤評価
 - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
 - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
- 2 医療と介護の役割分担・連携強化
 - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリステーションの充実並びに看取りへの退行強化
 - ②介護施設における医療ニーズへの対応
 - ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- 認知症にふさわしいサービスの提供
- 質の高い介護サービスの確保

社会保障・税一体改革成案による介護の将来像

○住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

＜改革の主な具体策＞

- ・24時間対応の訪問サービス、グループホームや小規模多機能型サービスなどのサービスが充実。
- ・介護予防事業等により要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発になる。
- ・介護職員の処遇を改善し、キャリアパスを確立することにより、介護に必要な労働力が安定的に確保され、介護職員が誇りを持って仕事に取り組むことができる。



※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもので、人口1万人の場合

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)

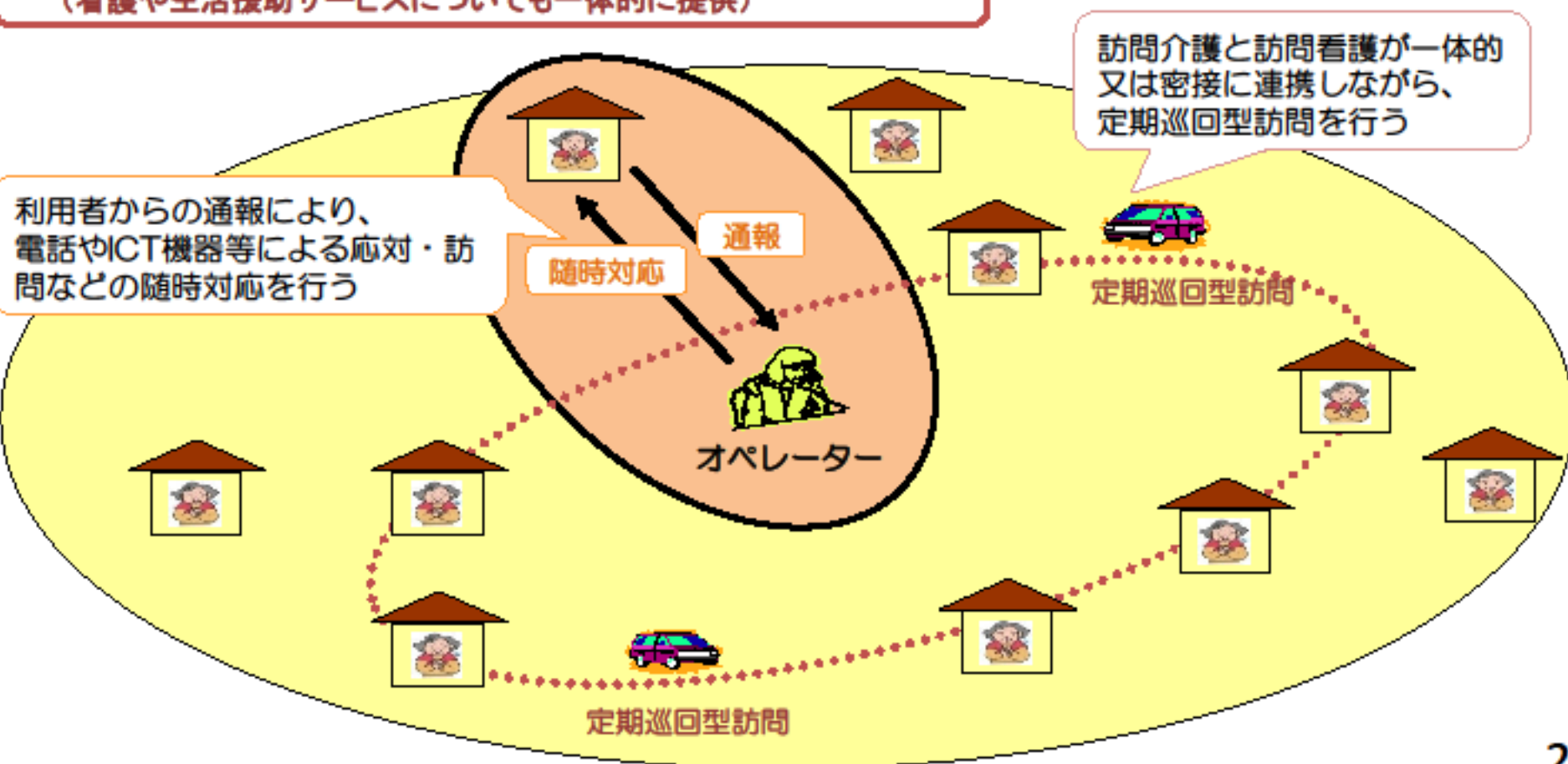
①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

I 制度概要について

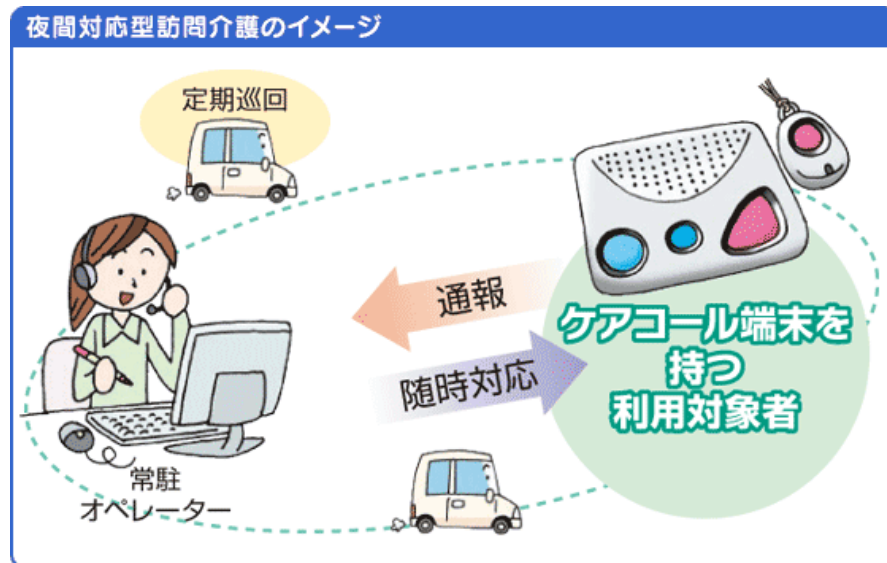
○ 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 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

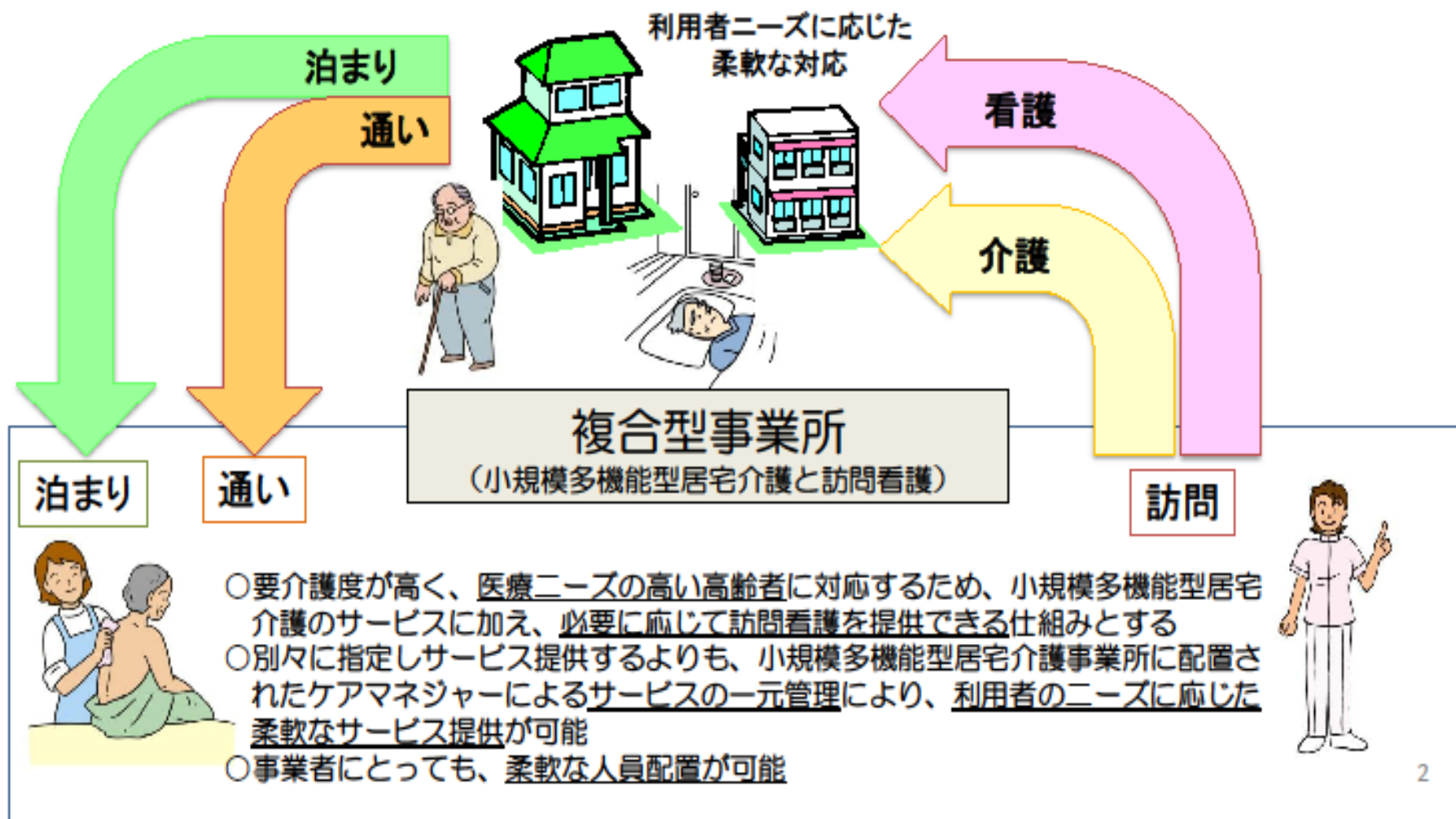
②複合型サービス

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制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律（改正法：公布 H23.4.28／施行H23.10.20）

1. 登録基準

（※有料老人ホームも登録可）

登録戸数：93,911戸
（平成25年1月31日現在）

《ハード》

- ・床面積は原則25㎡以上
- ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
- ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）

《サービス》

- ・サービスを提供すること（少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供）
[サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]

《契約内容》

- ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
- ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
- ・前払金に関して入居者保護が図られていること
（初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け）

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

24時間対応の訪問看護・介護

「定期巡回随時対応サービス」の活用→介護保険法改正により創設

3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

サービス付き高齢者向け住宅

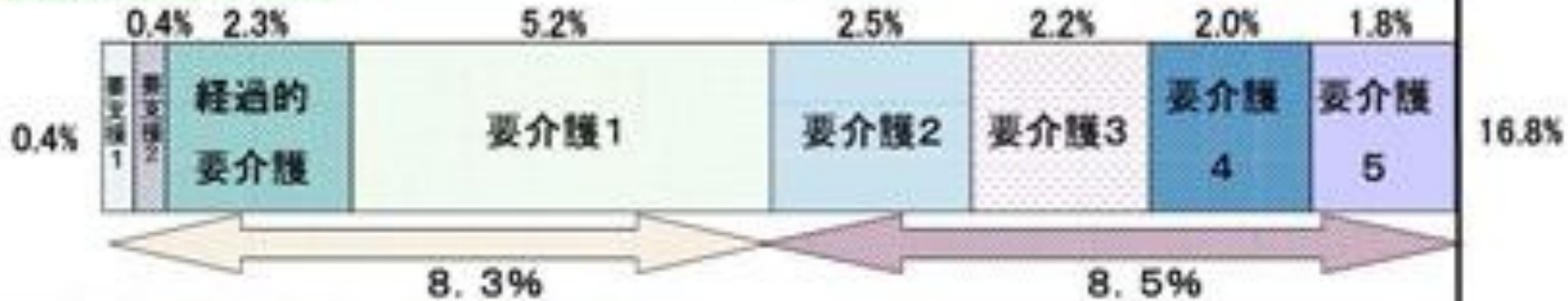
【併設施設】

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 など

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

各国の介護施設・介護付高齢者住宅の割合

○要介護度別認定者割合



○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）

2020年までに3～5%へ
 「住生活基本計画(H23. 3)」

4.4% (0.9%) 介護保険3施設等 (3.5%)

スウェーデン（2005）

6.5% サービスハウス等 (2.3%) ナーシングホーム、グループホーム等 (4.2%)

デンマーク（2006）

10.7% ブライエポーリ・エルダポーリ等 (8.1%) ブライエム等 (2.5%)

英国（2001）

11.7% シェルタードハウジング (8.0%) ケアホーム (3.7%)

米国（2000）

6.2% アシスタッドリビング等 (2.2%) ナーシング・ホーム (4.0%)

デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移

出典：医療経済研究機構 2007『諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書』

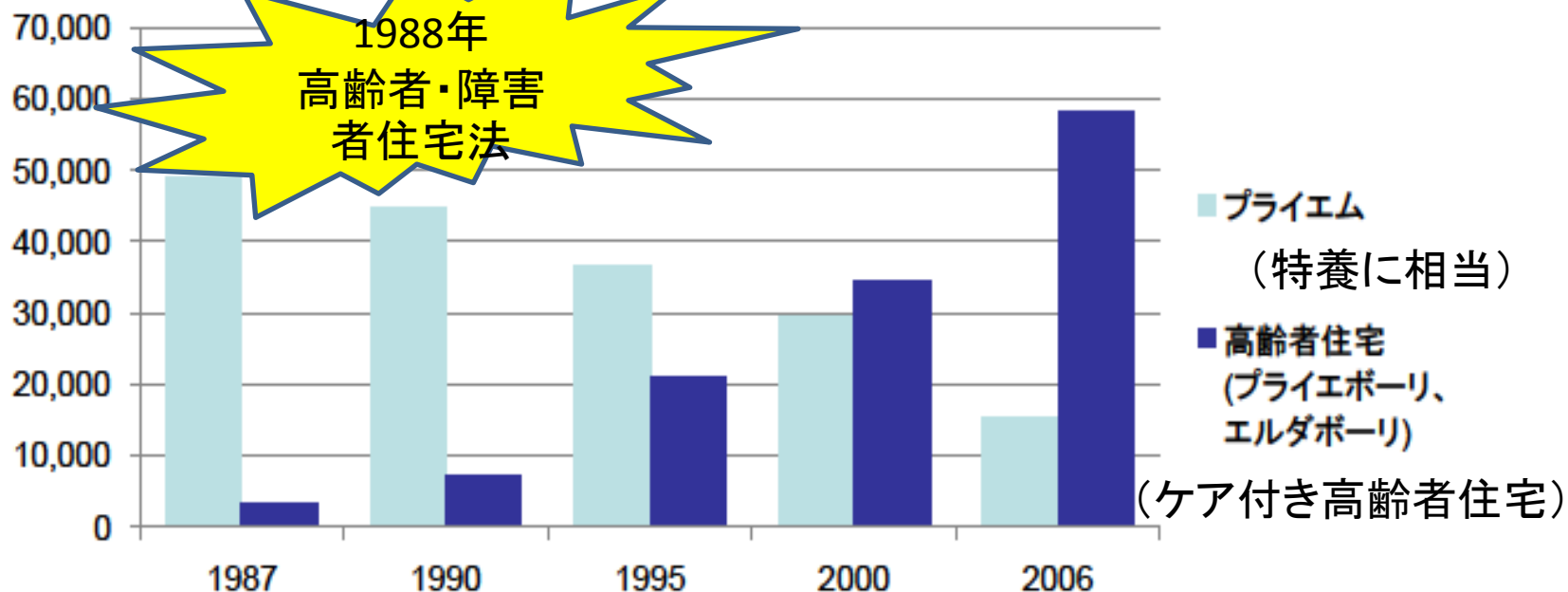
1970年代 プライエム(わが国の特別養護老人ホームに相当)を大規模化し、施設数も増加の一途を辿ったものの、待機者が常に存在し、財政負担は大きなものとなっていた。

1981年 施設の問題について、居住機能とケア機能の分離の必要性を強調(高齢者政策委員会報告)

1982年 高齢者三原則
〔高齢者政策委員会報告〕
○これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性をもって暮らす(継続性)
○高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを支える(自己決定)
○今ある能力に着目して自立を支援する(残存能力の活性化)

1988年 高齢者・障害者住宅法の成立 (高齢者住宅の整備、プライエム新規建設の凍結)

以後、プライエムを改修し、床面積が2倍程度の高齢者住宅へ転用する等の取り組みが進められている



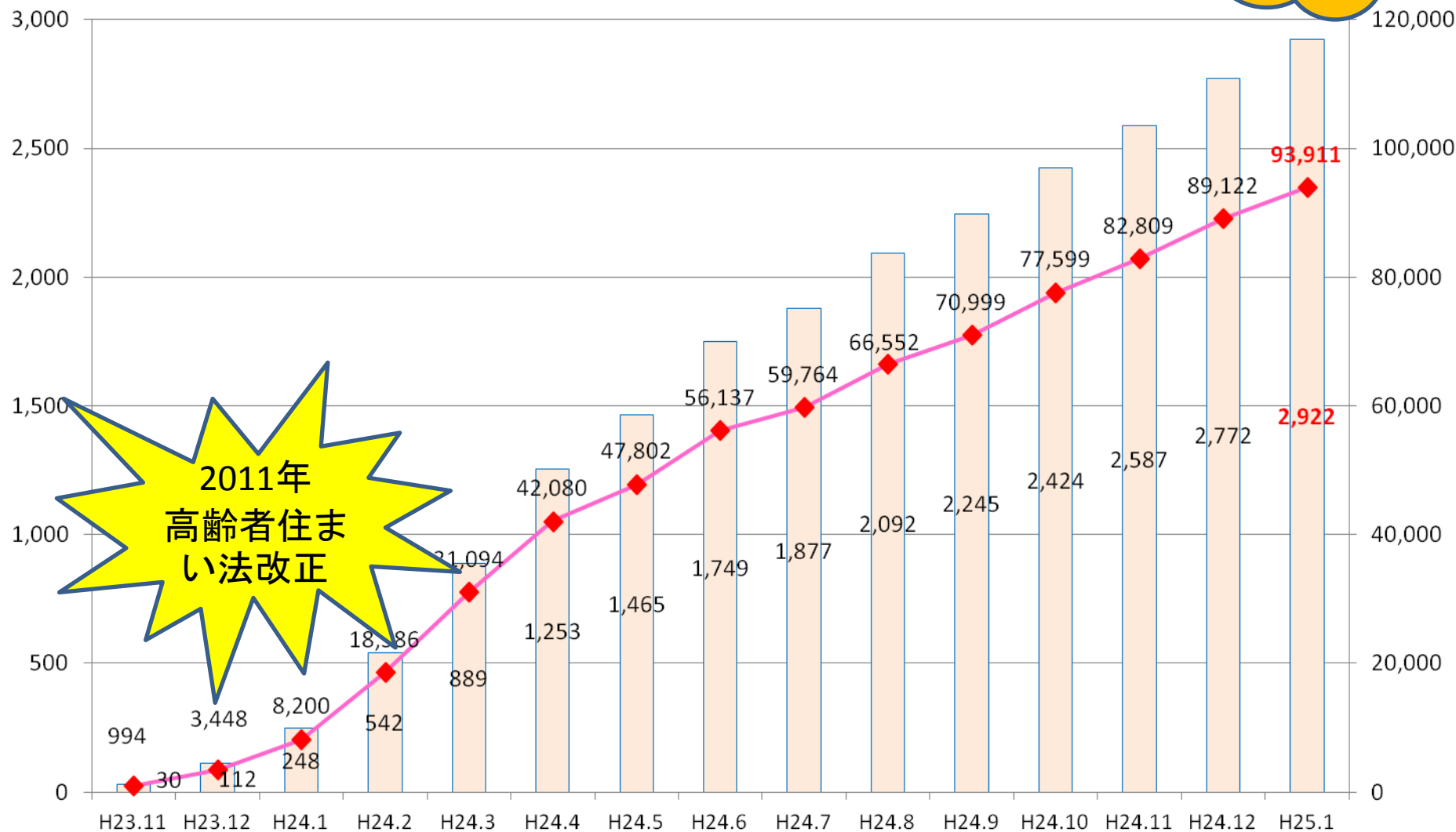
サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

平成25年

10年間で
60万戸を
目指す！

■ 物件数(左軸)

◆ 戸数(右軸)



2011年
高齢者住ま
い法改正

パート5 医療と介護の連携

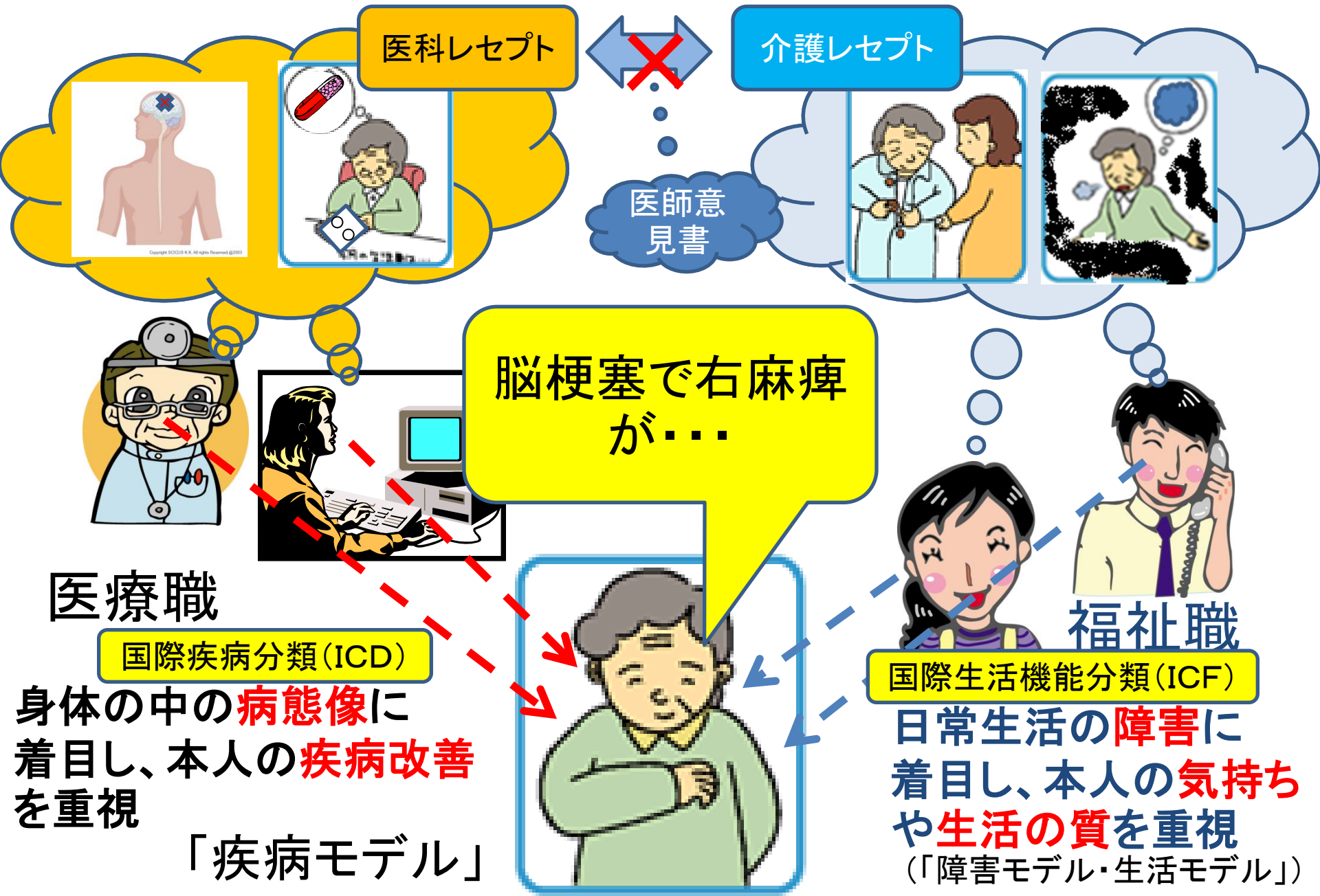
～在宅医療連携拠点事業～

医療と介護

情報ギャップとその連携

- 医療と介護・福祉は制度も違う、職種も違う
- 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情報連携が必要
- レセプトも医科レセと介護レセで異なる
 - 両者を結ぶのは医師意見書のみ

医療と介護福祉ではモデルが異なり情報もレセプトも異なる



在宅医療連携拠点事業

医療と介護の連携拠点
(連携ハブ機能)

■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

在宅医療連携拠点

(在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等)

連携拠点に配置されたケアマネジャーの資格を持つ看護師とMSW等が地域の医療・介護を横断的にサポートすることで、病気をもちながらも住み慣れた地域で自分らしく過ごすことが可能となる

事業終了後

事業報告書の作成

- ・多職種連携の検討会において抽出された課題と解決策
- ・24時間体制やチーム医療体制の実現方法や課題
- ・効率的な医療提供のためのアウトリーチや活動内容
- ・連携拠点を担う医療機関の医師の役割や機能
- ・ITを利用した多職種間の情報共有のあり方 等

保健・福祉機関

医療分野のスタッフ不足



医療的なサポート



地域包括支援センター、保健センター、老人福祉施設等

情報共有・連携

情報共有・連携

人材の育成・普及啓発

情報共有・連携

24時間連携体制、チーム医療提供、入院のサポート

地域の在宅医療チーム

- ・「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」に都道府県リーダーとして参画
- ・医療福祉従事者及び住民に対する普及啓発を行う

退院支援、入院のサポート

地域で連携できる機関、急変時の受入先がわからない

情報共有・連携

診療所医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、介護士、ケアマネジャー等

在宅での受入先がわからない

- ・データ収集・分析を通じて、在宅医療連携拠点が地域において必要な役割を果たすための条件を見出ししていくことにつなげる
- ・好事例の情報を広く関係者に提供し、在宅医療の取組みの全国的な向上を図る



在宅医療・介護の連携推進の方向性

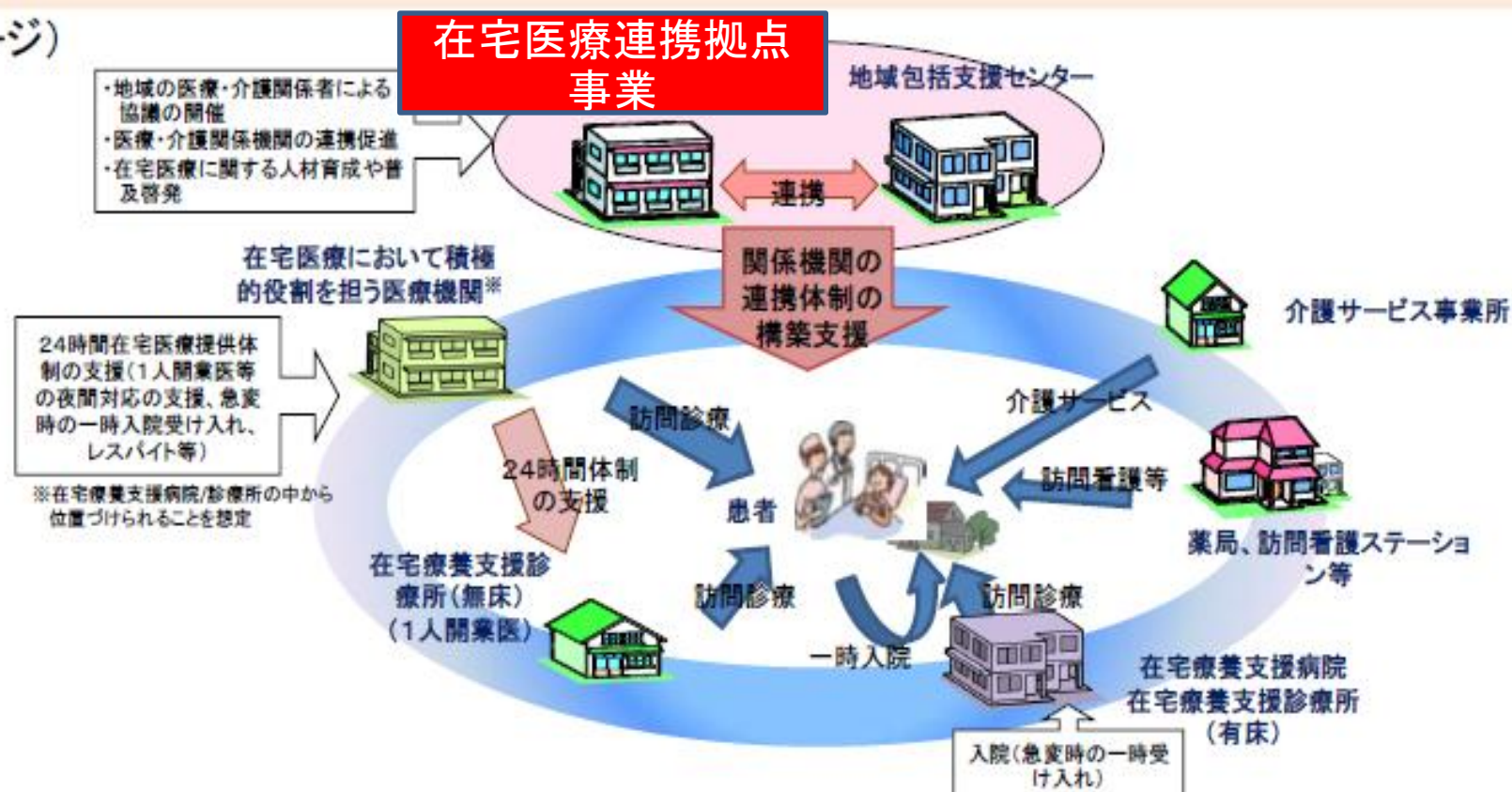
○ 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関(※)が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。

(※)在宅療養を支える関係機関の例

- ・地域の医療機関（定期的な訪問診療の実施）
- ・在宅療養支援病院・診療所(有床)（急変時に一時的に入院の受け入れの実施）
- ・訪問看護事業所（医療機関と連携し、服薬管理や点眼、褥瘡の予防、浣腸等の看護ケアの実施）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。

(イメージ)



在宅医療連携拠点が行う事業

1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出

- ・地域の在宅医療に関わる多職種(病院関係者・介護従事者等も含む)が一堂に会する場を設定する(年4回以上)。そのうち一回は、各地域の行政担当官及び各関連施設の管理者が参加する会合を設定する。

2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

- ・24時間対応の在宅医療提供体制の構築
 - －24時間対応が困難な診療所、保険薬局及び小規模ゆえ緊急時や夜間・休日対応の困難な訪問看護ステーション等が在宅医療を提供する際、その負担を軽減するため、各々の機関の連携により、互いに機能を補完する体制を構築する。
- ・チーム医療を提供するための情報共有システムの整備
 - －異なる機関に所属する多職種が適宜、患者に関する情報を共有できる体制を構築する。



ICTの
利活用

3) 効率的な医療提供のための多職種連携

- ・連携拠点に配置された介護支援専門員の資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが、地域の医療・福祉・保健資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように関係機関に働きかけを行う。

4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発

- ・在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介し、地域に浸透させるためのフォーラムや講演会等の開催やパンフレットの発行を通して、在宅医療の普及を図る。

5) 在宅医療に従事する人材育成

- ・連携拠点のスタッフは、多職種協働による人材育成事業の研修のいずれかに参加し、都道府県リーダーまたは地域リーダーとして、在宅医療に関わる人材の育成に積極的に関与すること。

在宅医療連携拠点事業各地域の取組み①-在宅療養支援診療所(無床)

■医療法人葵会もりおか往診クリニック



盛岡地区の人口 およそ30万人 高齢化率21.6%

抽出された課題

- 医療依存度の高い療養者の受け入れ先が不足している。
- 在宅医療の総合相談窓口がない。
- 一般市民への在宅医療の啓蒙が不足している。
- 多職種連携のための研修会等が不足している。
- 在宅医が不足している。
- 在宅医療への理解不足。

課題解決に向けて

- ①地域連携型モデルの構築
- ②情報共有体制の整備、強化
- ③医療・介護従事者のスキルアップ
- ④次世代の育成に向けた在宅医療の啓蒙活動
- ⑤総合相談窓口の整備

■医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所

あおぞら診療所(人口50万人規模の大きな行政単位を対象に在宅療養支援診療所が拠点機能を担う)

○多職種合同カンファレンス

(医療、介護領域の多職種、市役所職員を対象に過去2回150名規模で開催)

1回目で「在宅医療を推進する上での課題」をKJ法を用いて協議し、11領域26カテゴリーの課題が抽出された。

2回目で重要課題を絞り込み、3回目で症例検討、4回目で抽出された課題の具体的な解決策について討議する。大規模な会議を開催することで、他職種の専門性への認識・理解を深め、効率良く多職種間交流ができた等の肯定的評価が得られている。

○急診連携

連携拠点である当院が一人医師体制の連携診療所医師の不在時待機や外来診療中の緊急往診を支援する。

○療養連携

後方支援病院、緩和ケア病棟を有する専門病院との定期的カンファレンスを実施し、後方支援病院・緩和ケア病棟・診療所(当院)の3者で患者が安心できる医療を地域の中で切れ目なく提供する「ホスピタライズング」を構築し、患者向けのリーフレット作成を行う。

○訪問看護との連携

緊密に連携するSTと定期的に合同カンファレンスを行い、患者の情報共有、治療や生活全般に関する方向性の確認を行う。定期的にSTとの懇話会を開催、知識の共有・交流を図る。

○薬品との連携

在宅医療連携薬局連絡会(37薬局)を組織し、「訪問薬剤管理指導マニュアル はじめの一歩」、「在宅患者の処方箋へのスムーズな対応」、「麻薬を含めた薬剤の365日対応」を中心課題に設定して具体的な対応策を協議する。

○歯科との連携

専業スタッフとして雇用了歯科衛生士や松戸歯科医師会歯科医が当院在宅患者の口腔スクリーニング調査を継続実施しており、歯科介入を要する在宅患者に訪問歯科診療や訪問歯科衛生指導を導入するしくみを構築する。

○ケアマネジャーとの連携

在宅医療連携ケアマネジャー連絡会(約100名)を組織し、介護支援専門員にとって有益な口コミ情報やケアマネジャー(CM)の活動を評価するためのデータベースを作成するとともに、CM向けの研修プログラムの開発とその実施に取り組む。また、CMからの医療に関する相談窓口を連携拠点に開設し病態や医療系サービスの適応等についての相談に応じている。さらに、松戸市医師会の協力を得て開業医のケアマネタイムを作成する。

在宅医療連携拠点事業各地域の取組み②-在宅療養支援病院

■医療法人博仁会 志村大宮病院

<実践内容>

- ・5/28 医療介護連携システム推進協議会 開催(120名参加)
- ・24時間コールセンターの運用開始
- ・多職種合同カンファレンス開催(第1回)(第2回)
 - ①7/1 在宅ケア推進のため緩和ケア・看取り等、モデルケースとして活動計画に沿って事業推進
 - ②8/3 在宅介護従事者にとって、急変時対応可能な病院に患者をいかに搬送するかが課題
訪問看護においては、往診医師との選択肢以外に、通院の幅を広げる工夫が必要。
- ・8/1 北部包括支援センターとの話し合い⇒介護者不在、高齢世帯の増加による在宅介護の負担増加が課題。
- ・8/23常陸大宮市社会福祉協議会との話し合い⇒高齢者、介護保険の枠に留まらず、障害者、子育て世代も包括して支援して体制の構築が地域福祉推進のためには理想。
- ・8/25 茨城県央・県北脳卒中地域連携パス研究会(110名参加)⇒グループワークにて事例検討会開催
- ・10/6 在宅医療機器勉強会開催(60名参加)

<今後の活動>

- ・10/28地域医療連携意見交換会、懇親会
- ・多職種合同カンファレンス開催(予定)

○在宅医療機器勉強会(10/6)



■社会医療法人恵和会西岡病院

ア. 多職種連携の課題に対する解決策の抽出

- ・合同会議2回開催(各約60名参加) 札幌市医師会、札幌歯科医師会、北海道薬剤師会からの参加もあり
- ・メーリングリスト作成 ・NewsLetter 2回発行

イ. 在宅医療従事者の負担軽減の支援

- ・支援のためのシステム構築(「とよひら・りんく」)
 - ー24時間体制の構築(医師、訪問看護師)、コールセンターの設置
 - ー情報の共有化、ICTの活用を構築中

ウ. 効率的な医療連携のための多職種連携

- ・医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員(看護師)を配置し、相談依頼用紙にて、相談支援を実施
- ・在宅療養支援病院として、緊急一時入院の受け入れを実施

エ. その他

- ・10月、在宅療養支援診療所に、ケアプランセンター、ヘルパーステーションを併設した在宅医療センターを開設

ICTの
利活用

在宅医療連携拠点事業各地域の取組み④-医師会・自治体

■鶴岡地区医師会

【研修会】

- ◆ 多職種研修会開催(10/5)現場の感染対策をテーマに、125名の参加があり、大盛況のうちに終了とした。
- ◆ 病院 職員向け研修会(11/11)を主催する。講師は主任介護支援専門員とし、病院職員を対象に、「スムーズな退院に向けた医療と介護の連携の為に」をテーマに、講演予定。
- ◆ 「医療と介護の連携研修会」への共催をする。(年2回)ロールプレイを通して事例を発表し、課題に対してグループワークを行う。
→ 1回目8/4終了 2回目11/18予定

【調査】

- ◆ 医療依存度の高い方の施設受け入れ調査を実施中。
- ◆ 行政と合同による、医師とケアマネジャーの連携促進「在宅療養者支援のための連携シート」を作成中。(10月末までにまとめを実施)
- ◆ Net4U利用状況調査を実施する。



【相談窓口】

- ◆ 医療・介護従事者からの問合せを受ける総合相談窓口を設置し対応を行っている。同じ2次医療圏の中でも、隣の地区から現在2件の相談があった。2件とも急性期病院から当地区の施設や在宅サービスについての問合せ。圏内からも、訪問歯科診療に関する問合せがあった。

【情報の共有と提供】

- ◆ Weeklyミーティング及び行政・歯科医師会との定期的な意見交換会の開催と月1回の運営委員会での情報共有。
- ◆ 地域包括支援センターとの協力体制を構築するため、地域ケア推進担当者会議・地域ケアネットワーク会議へ出席。
- ◆ 地域で開催されている各種連携の会を支援し、研修会等へも積極的に参加することにより活動内容を把握し、情報提供を行う。
- ◆ リーフレットおよびホームページを作成し、広報活動・情報提供を行う。

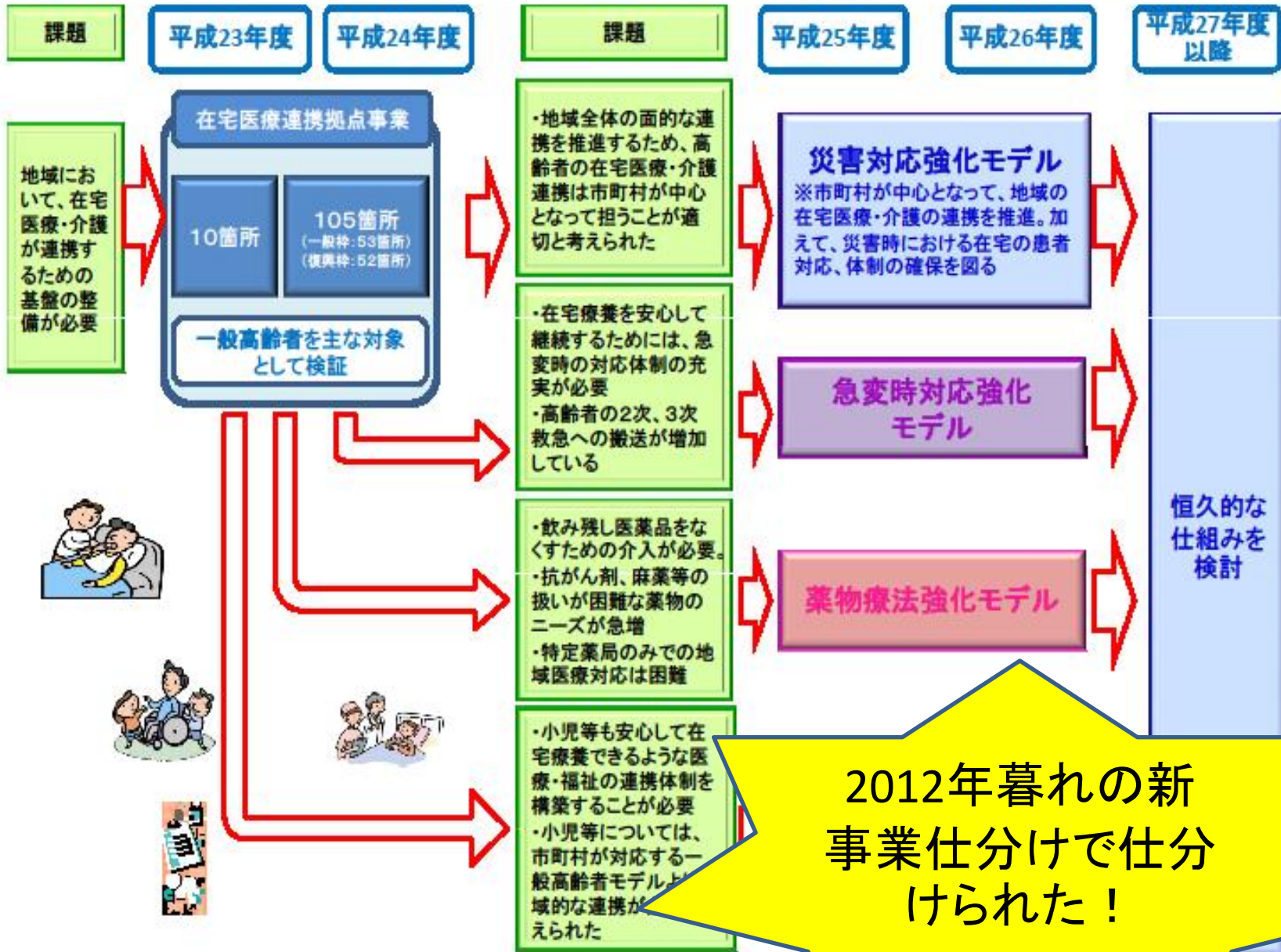
■福井県大野市

福井県大野市市民福祉部健康増進課

- 1) 職種連携の課題に対する解決策の抽出
地域医療協議会2/年・地域医療コーディネーターの雇用
- 2) 効率的な医療提供のための多職種連携
在宅医療研修会2/年・連携のためのツール検討・地域医療推進連絡会4/年事例検討会・かかりつけ医の普及啓発

<参考>

在宅医療連携の推進について



2012年暮れの新事業仕分けで仕分けられた！

地域医療再生臨時特例交付金の拡充

○ 目的

地域医療再生計画に基づく事業を遂行していく中で、計画策定時（平成22年度）以降に生じた状況変化に対応するために生じる予算の不足を補うため、都道府県に設置された基金を拡充するもの。

○対象地域 47都道府県全域

○対象事業 平成25年度末までに事業を開始するもの

○予算額 500億円

○ 具体的な事業例

○ 災害時の医療の確保事業

「南海トラフの巨大地震に関する津波高、被害想定」（24年8月29日内閣府）に対応するために必要となる医療機関の施設整備費の増（自家発電装置の上層階設置等）

○ 医師確保事業

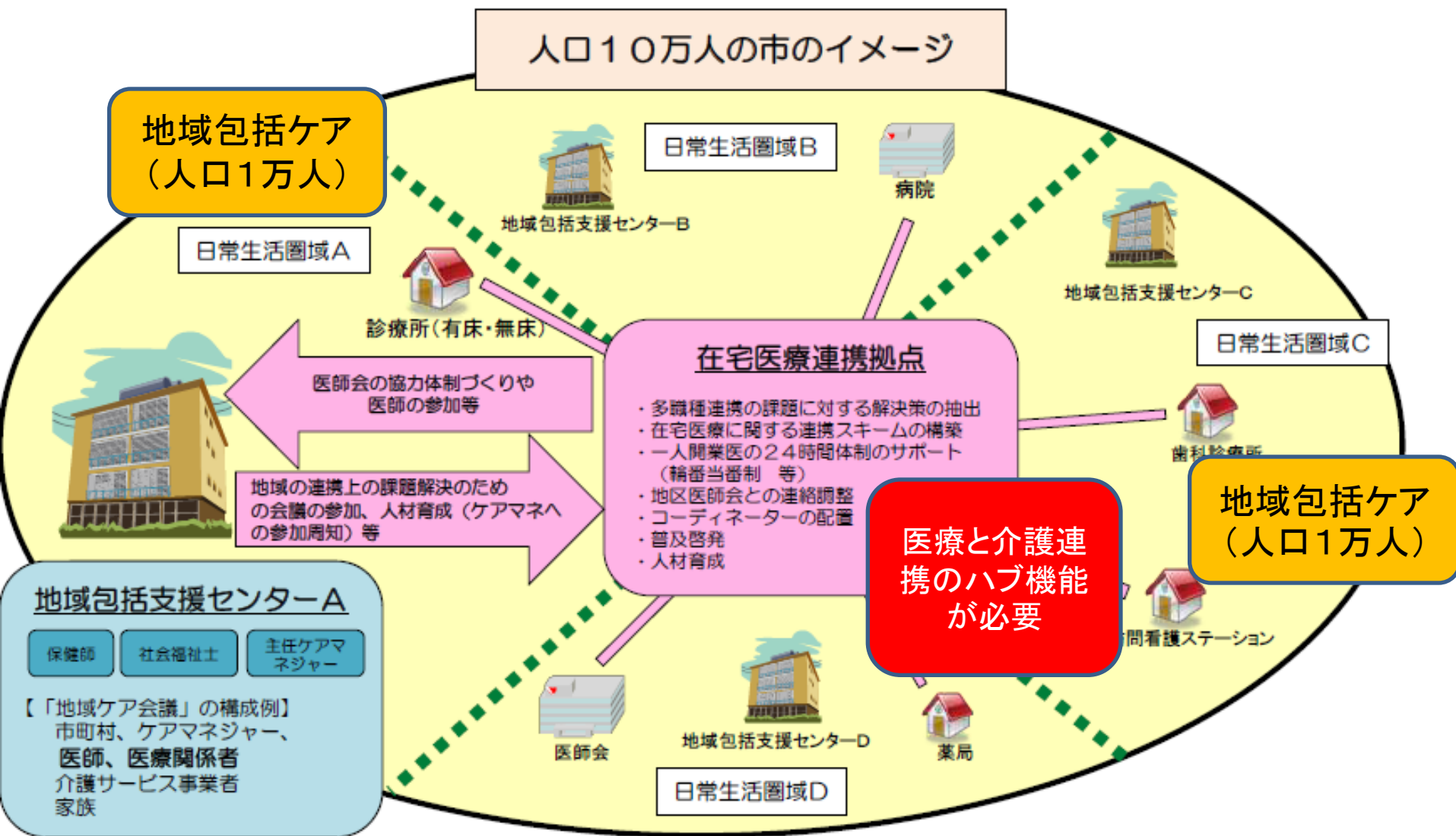
医学部の地域枠定員の増員（H22：313人⇒H25：476人）に伴い必要となる修学資金の増

○ 在宅医療推進事業

25年度からの医療計画には、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を明記すべきとされたことに対応するために必要となる事業費の増（研修費等）

など

在宅医療連携拠点と地域包括支援センター(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。

まとめと提言

- ・チーム医療の中でさまざまな職種の役割見直しが起きている
- ・地域連携もチーム医療で
- ・チーム医療の中で自らの職能の役割を見直そう
- ・チーム医療、今日からできること・・・
 - 「コメディカル」は止めて、「メディカルスタッフ」に統一しよう

2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発刊**
- <http://www.igakutushin.co.jp/index1.php?contenturl=book1.php?id=615>



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

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