



2025年へのロードマップ

～地域包括ケアシステムと保険者の役割～

国際医療福祉大学大学院教授
参議院厚生労働委員会調査室客員調査員
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
 - 社会保障・税の一体改革と医療介護一括法
- パート2
 - 地域包括ケアシステムが必要なワケ
- パート3
 - 地域包括ケアシステムと自治体の役割
- パート4
 - 医療と介護を結ぶ人づくり



パート1

社会保障・税の一体改革と 医療・介護一括法



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)
が2012年11月30日から始まった

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4月に8%、15年10月に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(1990~2060年)

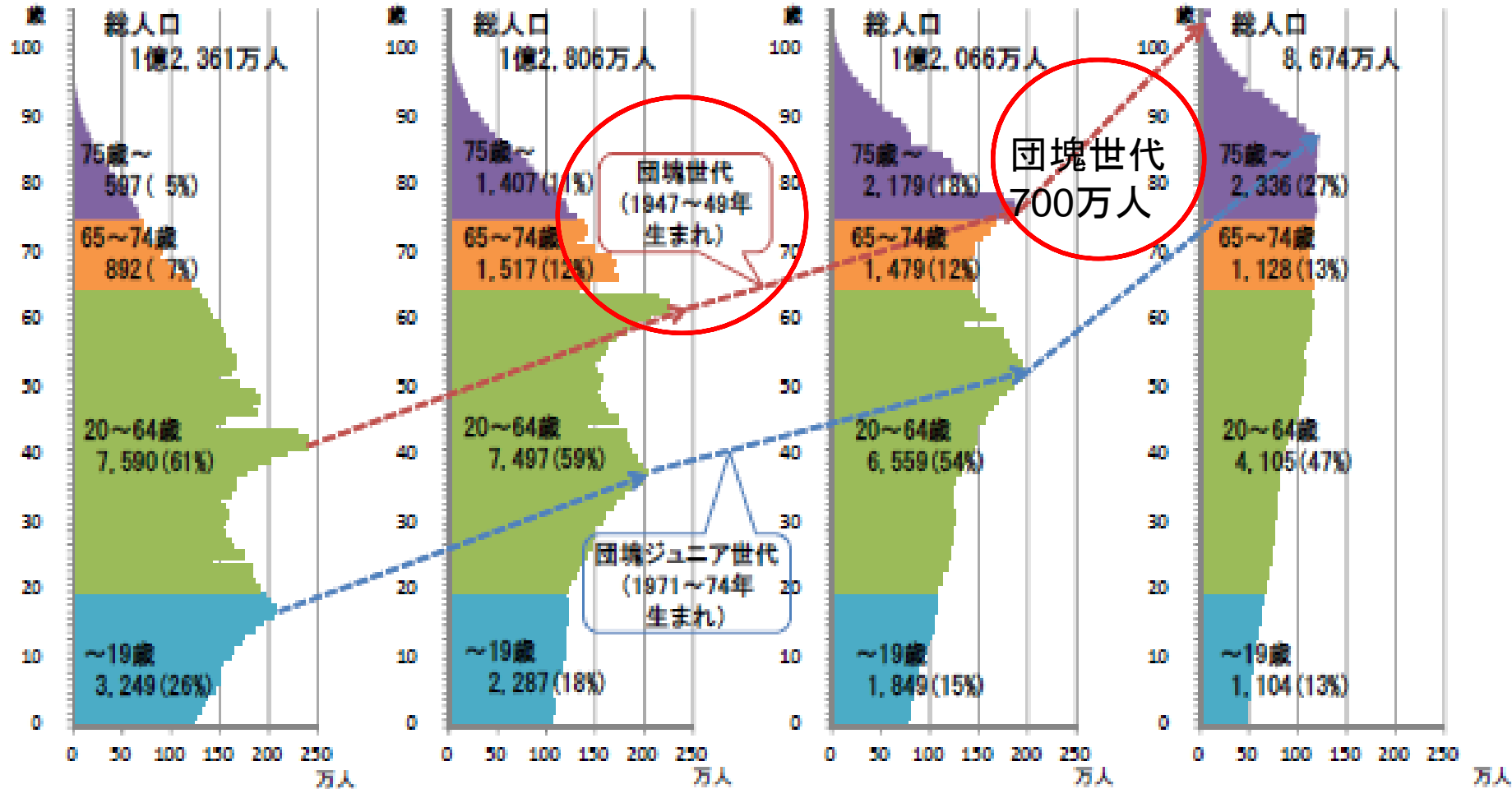
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

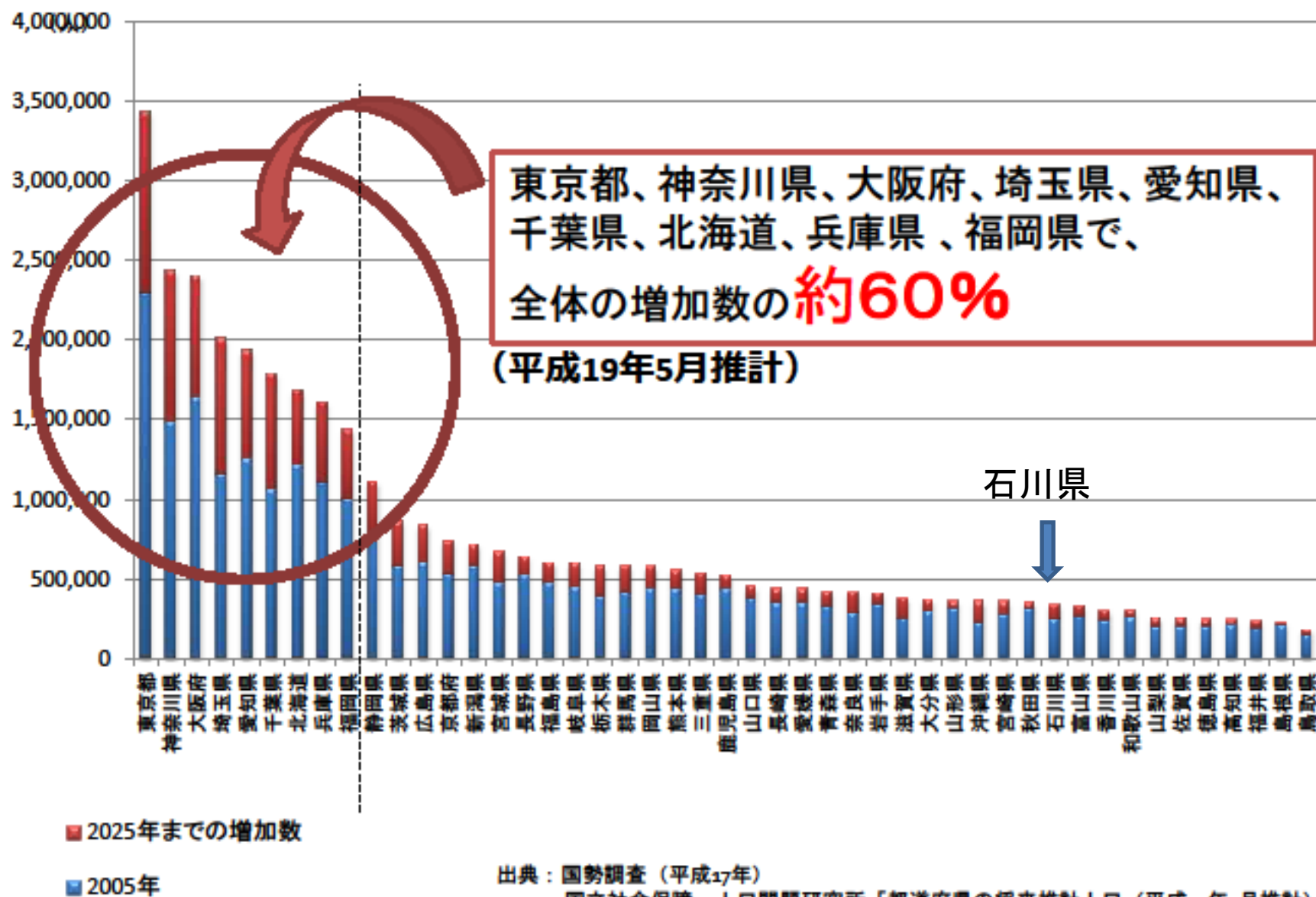
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



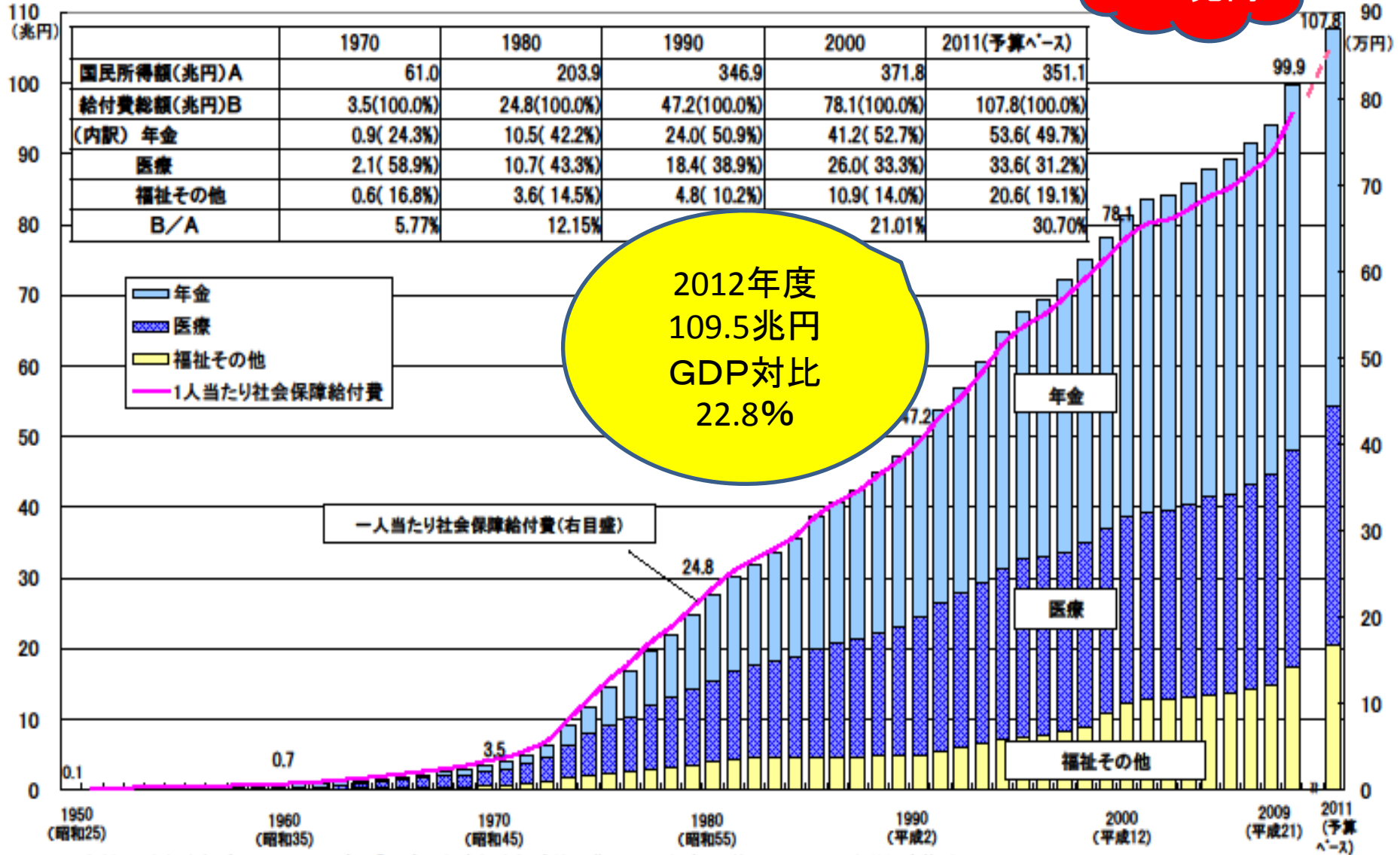
都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



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
149兆円



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。

社会給付費の見通し

(兆円)

109.5兆円
(GDP対比22.8%)

148.9兆円
(GDP対比24.4%)

介護
2.34倍

医療
1.54倍

年金
1.12倍

介護, 19.8

医療, 54

年金, 60.4

介護, 8.4

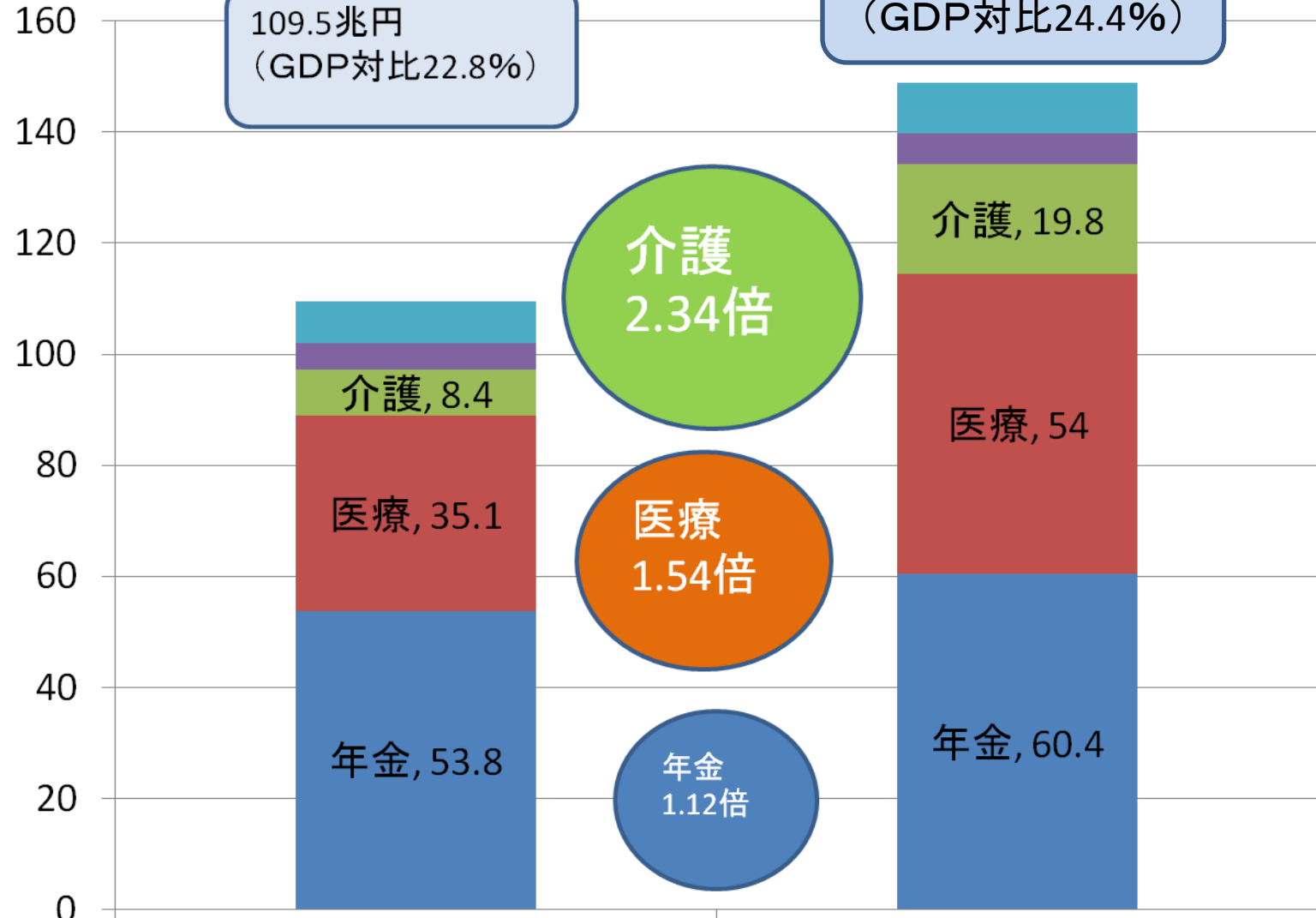
医療, 35.1

年金, 53.8

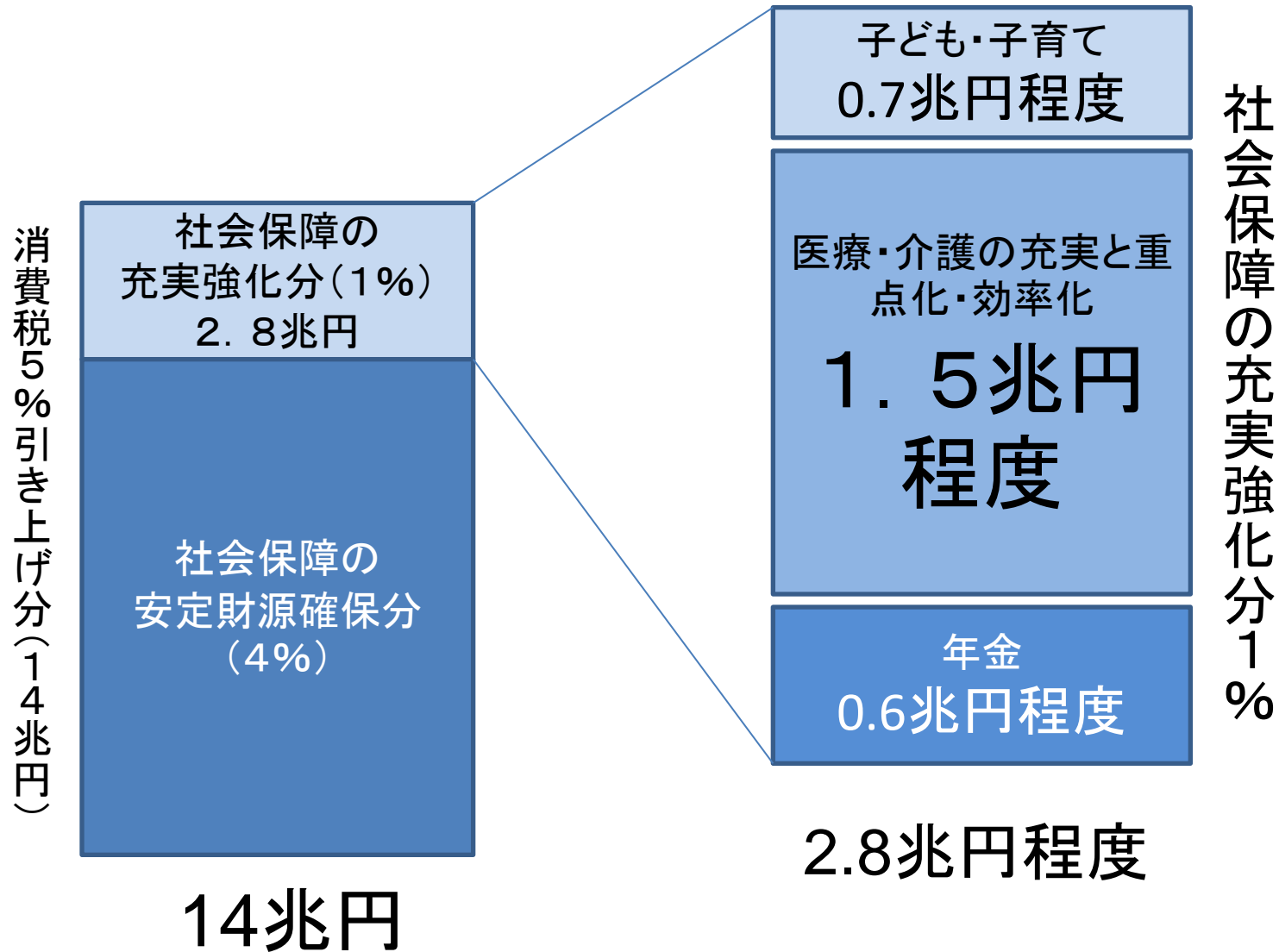
- その他
- 子ども子育て
- 介護
- 医療
- 年金

2012年度

2025年度



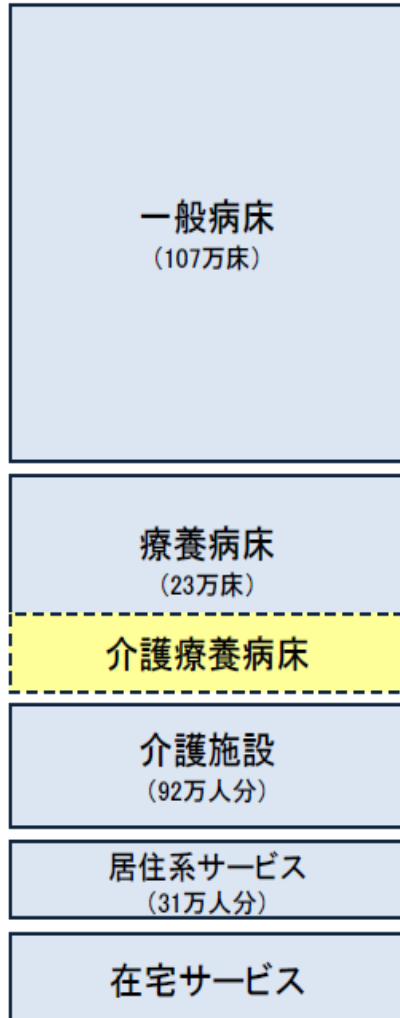
消費税増税分の使い道



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

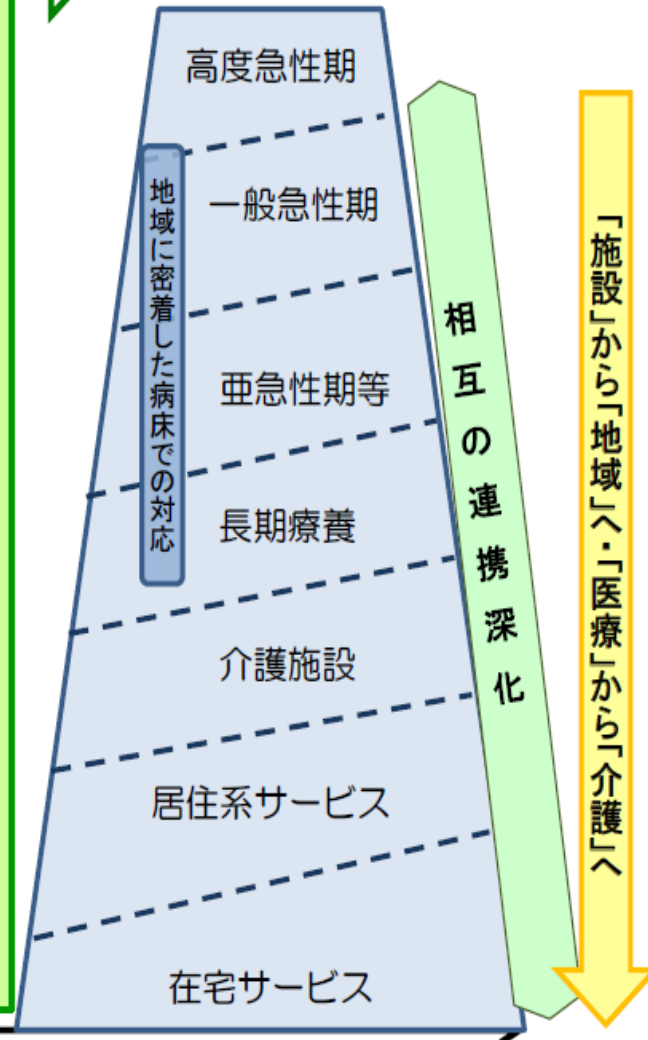
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

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

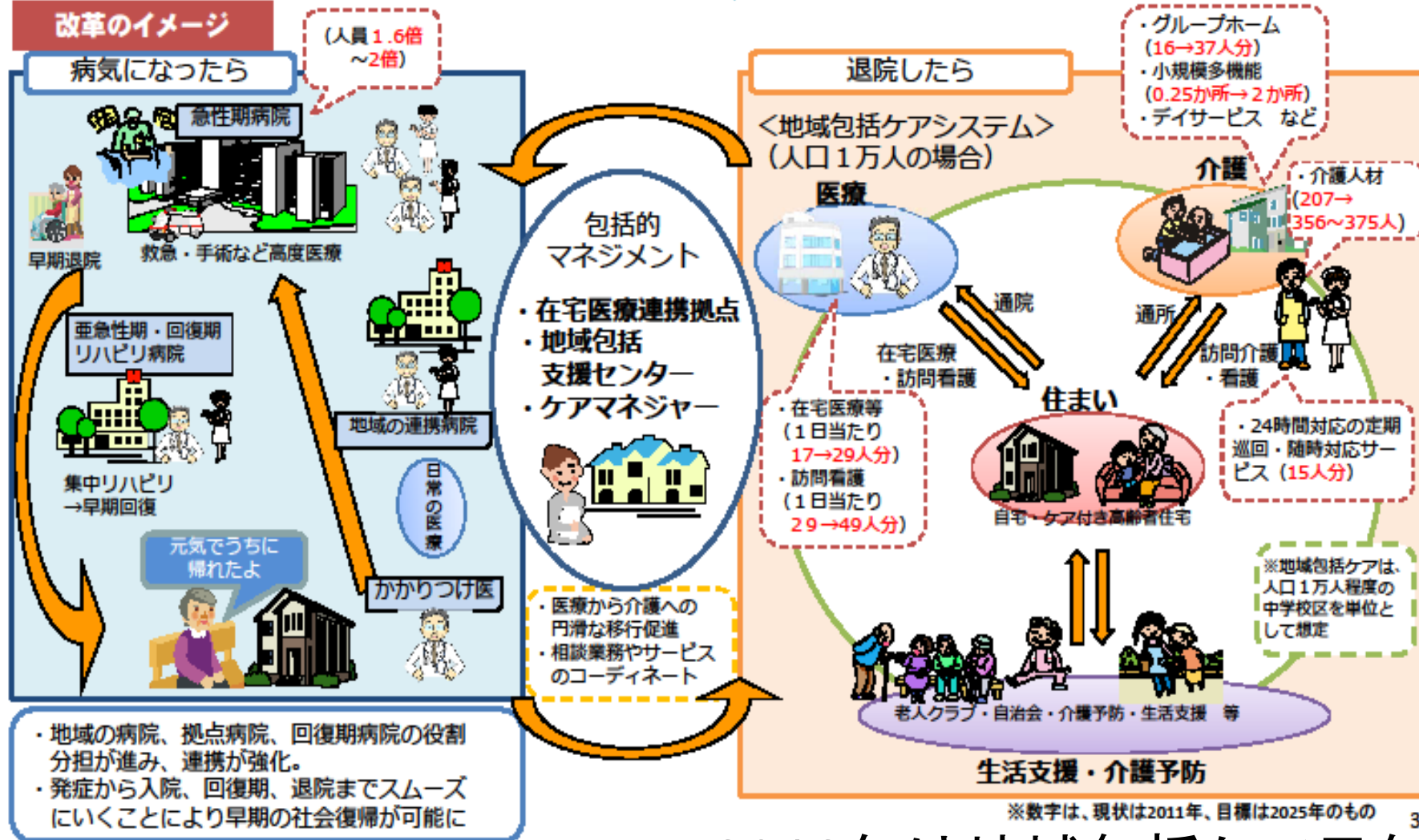
改革の方向性 ②

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

社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知

医療・介護一括法成立可決(6月18日)

医療

基金の創設: 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度: 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想: 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

機能分化と連携を進める 医療機関に基金制度

- 2014年度予算政府案
 - 厚生労働省が「新たな財政支援制度」として検討を進めている基金制度に、約602億円を充てる
 - 地方の負担分を含めた基金の総額は約904億円
 - **機能分化・連携を進める医療機関への補助財源**とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事業も補助対象とする予定
 - 地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるようにする方針

基金制度

- 基金の補助対象事業
 - 都道府県が新たに策定する地域医療ビジョンを達成するための医療機関の施設・設備整備事業
 - 在宅医療を推進するための事業
 - 介護サービスの施設・設備整備を推進するための事業
 - 医師、看護職、介護職を確保するための事業
 - 医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業

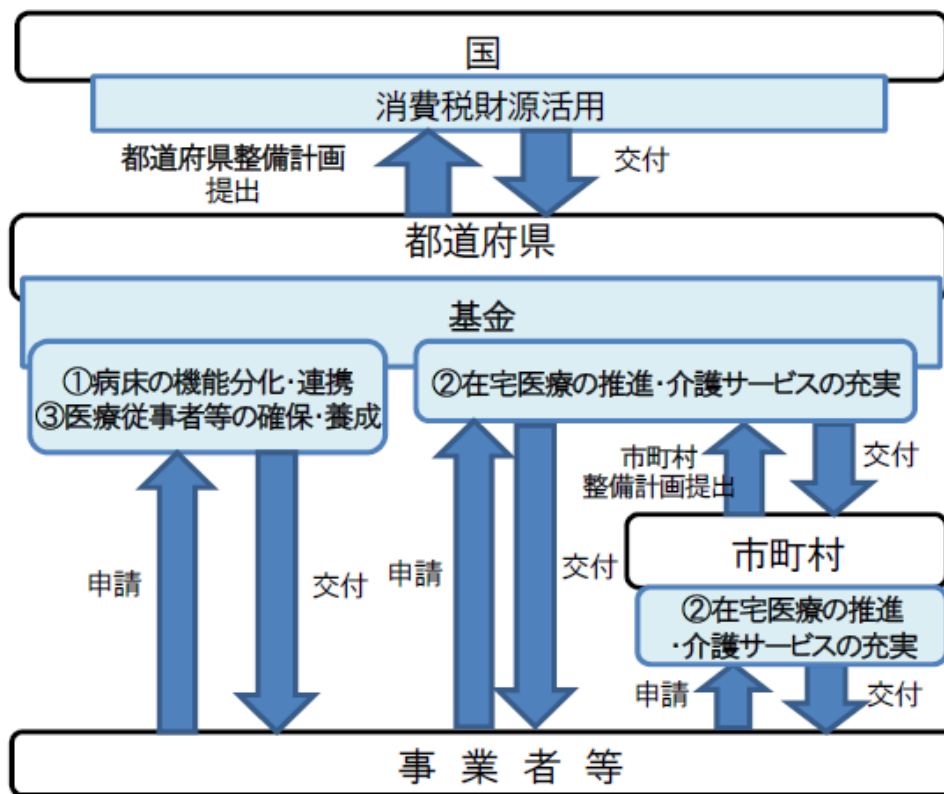
[参考]

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度：公費で904億円
消費税増収活用分544億円
その他上乗せ措置360億円

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。
- このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。
- 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した整備計画に基づき事業実施。
- ◇ この仕組みについては、平成26年通常国会へ提出予定の医療・介護の法改正の中で、「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設けることを検討。
- ◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療ビジョンの策定後に更なる拡充を検討。

【新たな財政支援制度の仕組み(案)】



地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み(案)

- ①国は、法律に基づく基本方針を策定し、対象事業を明確化。
 - ②都道府県は、整備計画を厚生労働省に提出。
 - ③国・都道府県・市町村が基本方針・計画策定に当たって公平性、透明性を確保するための協議の仕組みを設ける。
- ※国が策定する基本方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求める旨を記載するなどの対応を行う予定。

新たな財政支援制度の対象事業(案)

- 1 病床の機能分化・連携のために必要な事業
 - (1)地域医療ビジョンの達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
 - (1)在宅医療を推進するための事業
 - (2)介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 3 医療従事者等の確保・養成のための事業
 - (1)医師確保のための事業
 - (2)看護職員等の確保のための事業
 - (3)介護従事者の確保のための事業
 - (4)医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業 等

■国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3

(2)

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

スケジュール(案)

- 3月3日 全国医政関係主管課長会議(都道府県)
※会議後も適宜情報提供
- 3月20日 都道府県新基金担当者会議
- 4月中旬 第1回都道府県個別ヒアリング(26年度の事業として想定している内容、基金の規模感等)
- 5~6月 第2回都道府県個別ヒアリング(26年度の事業の検討状況、27年度の規模感等)
- [以下は6月頃に法律が成立した場合(国会審議により変更があり得る)]
- 7月 国に協議会設置、総合確保方針の提示
交付要綱等の発出(交付要綱等の発出から都道府県計画の提出まで1~2か月程度を想定)
- 9月 都道府県が都道府県計画を策定
- 10月 都道府県へ内示
- 11月 交付決定

医療介護一括法案
5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

衆議院 厚生労働委員会

地域包括ケアシステムにおける 看護師、薬剤師の役割と課題

平成26年5月13日(火)

国際医療福祉大学大学院 武藤正樹

医療福祉の多彩なエキスパートを育てる。



国際医療福祉大学
INTERNATIONAL UNIVERSITY OF HEALTH AND WELFARE

地域包括ケアシステムの構築が本法案の中心課題

地域包括ケアシステムのイメージ

医療

介護

在宅医療等
訪問看護



通院 通所



・グループホーム
・小規模多機能
・デイサービス
など

地域包括支援
センター・
ケアマネジャー



相談業務やサービスの
コーディネートを
行います。



自宅・ケア付き
高齢者住宅 住まい

訪問介護
・看護



24時間対応の定期巡回・
随時対応サービス
など

生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

※地域包括ケアシステムは、人口1
万人程度の中学校区を
単位として想定

地域包括ケアシステムと看護師

地域包括ケアシステムに導入された
「24時間対応サービス」と「複合型サービス」に
訪問看護は根幹サービス



地域包括ケアを支える新規サービス①(2012年4月より) 24時間対応の定期巡回・随時対応サービス

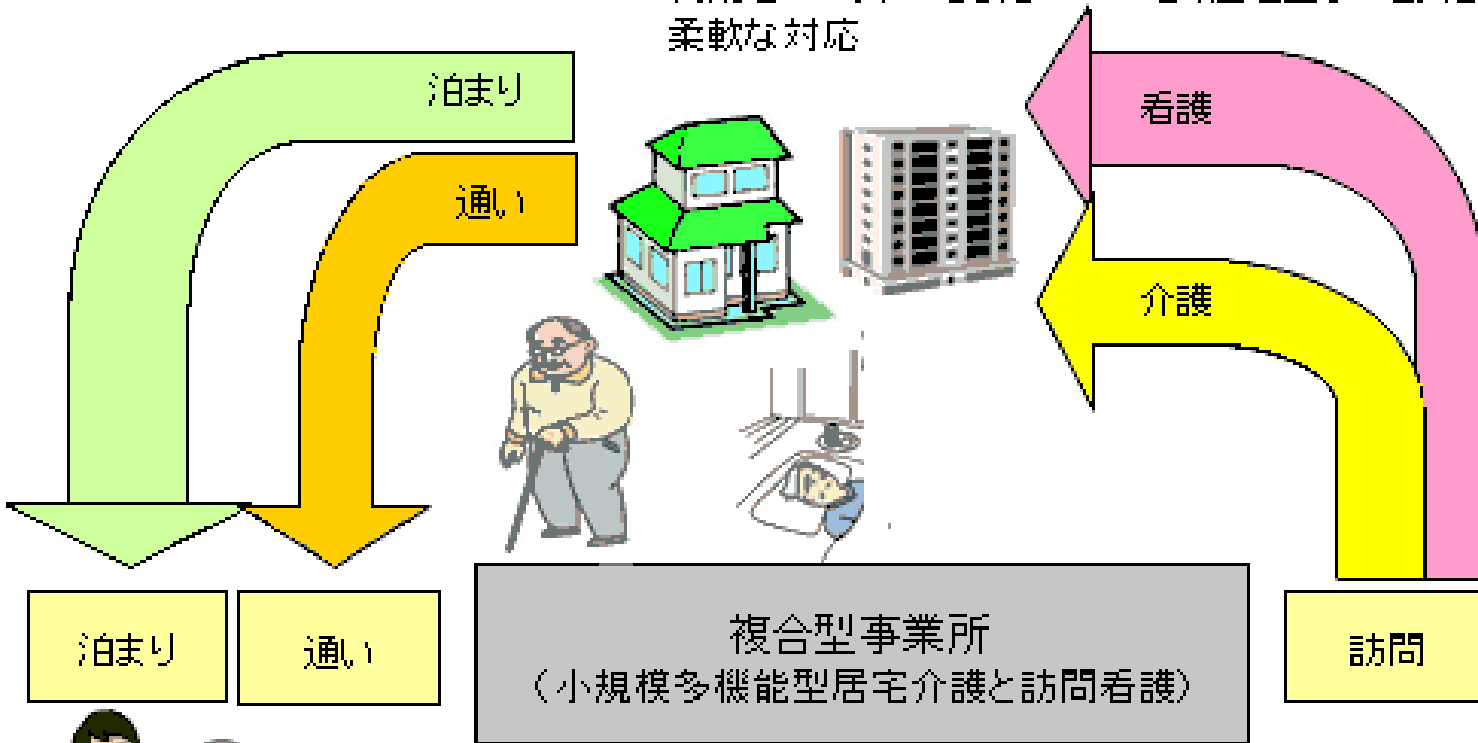


地域包括ケアを支える新規サービス②(2011年5月)

認知症の人にやさしい複合型サービス

利用者ニーズに応じた
柔軟な対応

※地域密着型サービスとして位置づけ



サービス事業所数 78 保険者90
事業所
利用者数約
1400人
(2013年10月)

看護師確保、
訪問看護との
連携の
確保が課題



- 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。
- 別々に指定したサービスを提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネー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



訪問看護事業所の 現状と課題

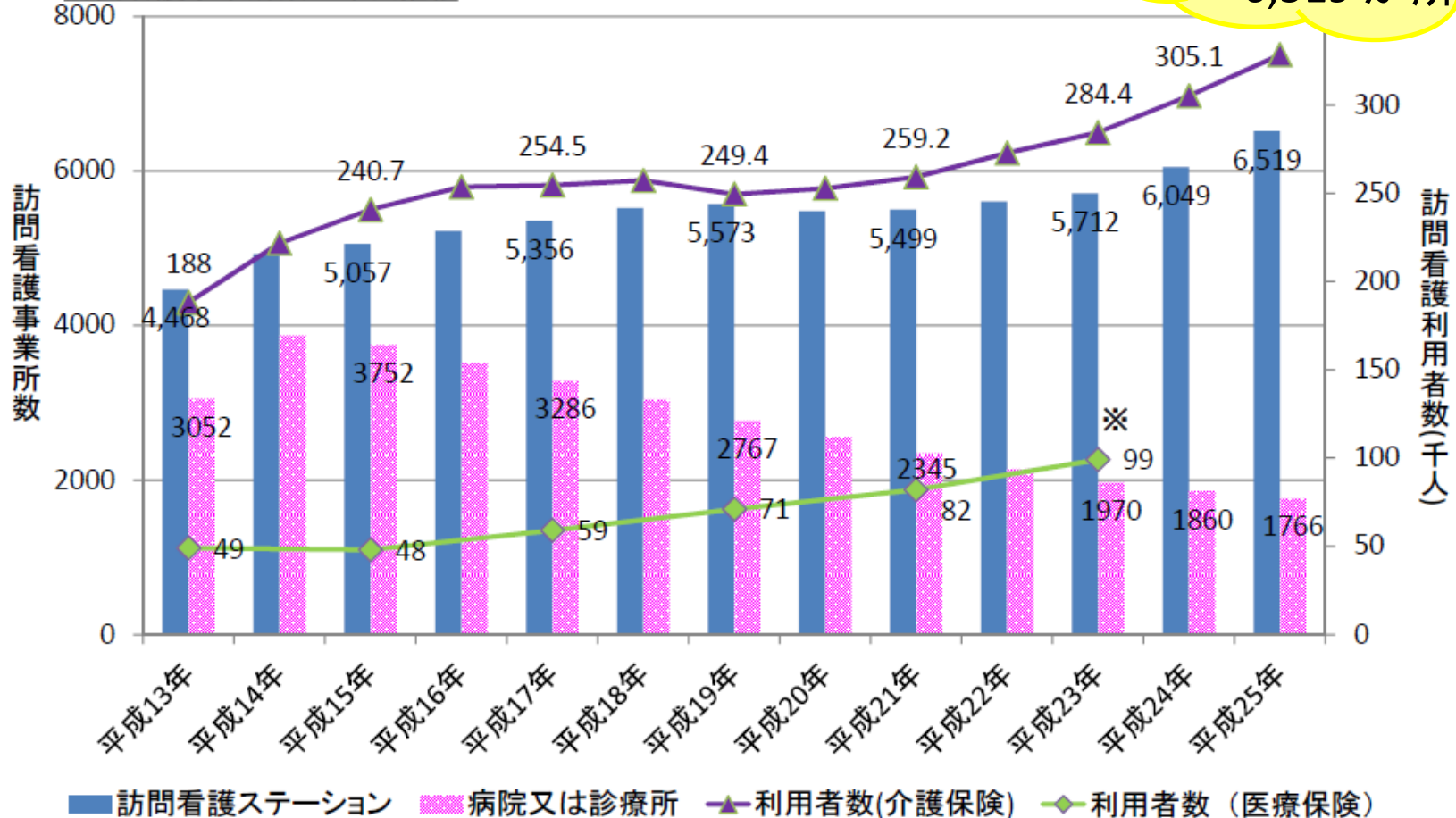


訪問看護事業所数の推移

訪問看護
事業所
6,519 か所

○ 訪問看護ステーション、および利用者数は近年増加傾向である。

■ 訪問看護事業所数の年次推移



出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

※医療保険「保険局医療課調べ」(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

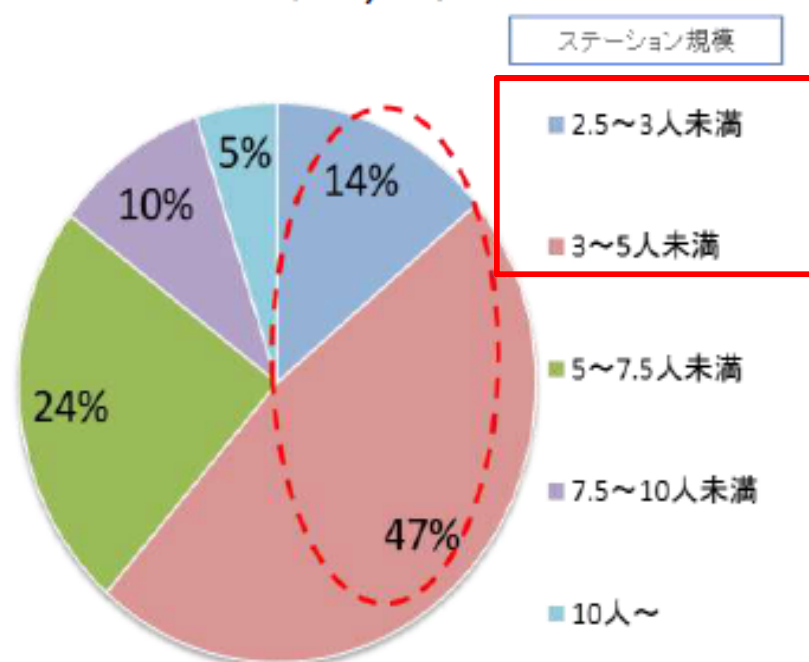
訪問看護ステーションの規模別状況

中 医 協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 1 1 (改)

中 医 協 総 - 2
2 3 . 1 . 2 1 (改)

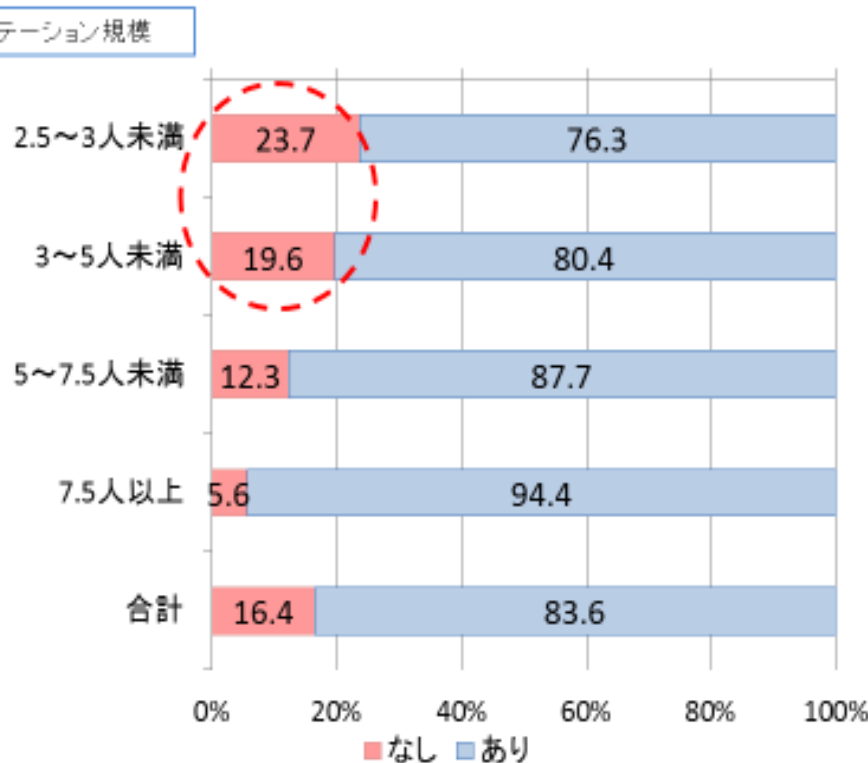
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60% (参考) 1事業所当たり看護職員数: 約4.3人
- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低い。

■ 職員※数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

■ 職員※数規模別にみた24時間対応体制の有無 (N=1,696)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

訪問看護ステーションの現状のまとめ

中医協 総-1
23.11.11
(改) 抜粋

① 訪問看護を必要とする者は増加しており、そのニーズは多様化している。

- ・難病、がん、小児の利用者が増加し、利用者のニーズは多様化している。
- ・医療依存度の高い患者が増加している。

② 小規模な事業所が多く、非効率さやスタッフの負担が課題となっている。

- ・小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低く、同様に算定者の割合も小さい。
- ・訪問看護ステーション数は微増し、訪問看護を行っている医療機関は減少している。

訪問看護職員の処遇(給与)の状況

【非管理職の給与】

- 看護職としての平均経験年数の違い(訪問看護師16.5年>病院看護師12.8年)にかかわらず、訪問看護ステーション看護師の基本給は病院看護師の基本給よりも約7,000円低い
- 夜勤手当等の諸手当を加えた平均税込給与総額では、月額給与格差は約20,000円に拡大する

【管理職・中間管理職の給与】

- 看護職としての平均経験年数はほぼ同じだが、訪問看護ステーション看護師の基本給は病院看護師の基本給よりも約36,000円、税込給与総額において約26,000円低い

表 看護職員の月額給与比較(2009年9月分)

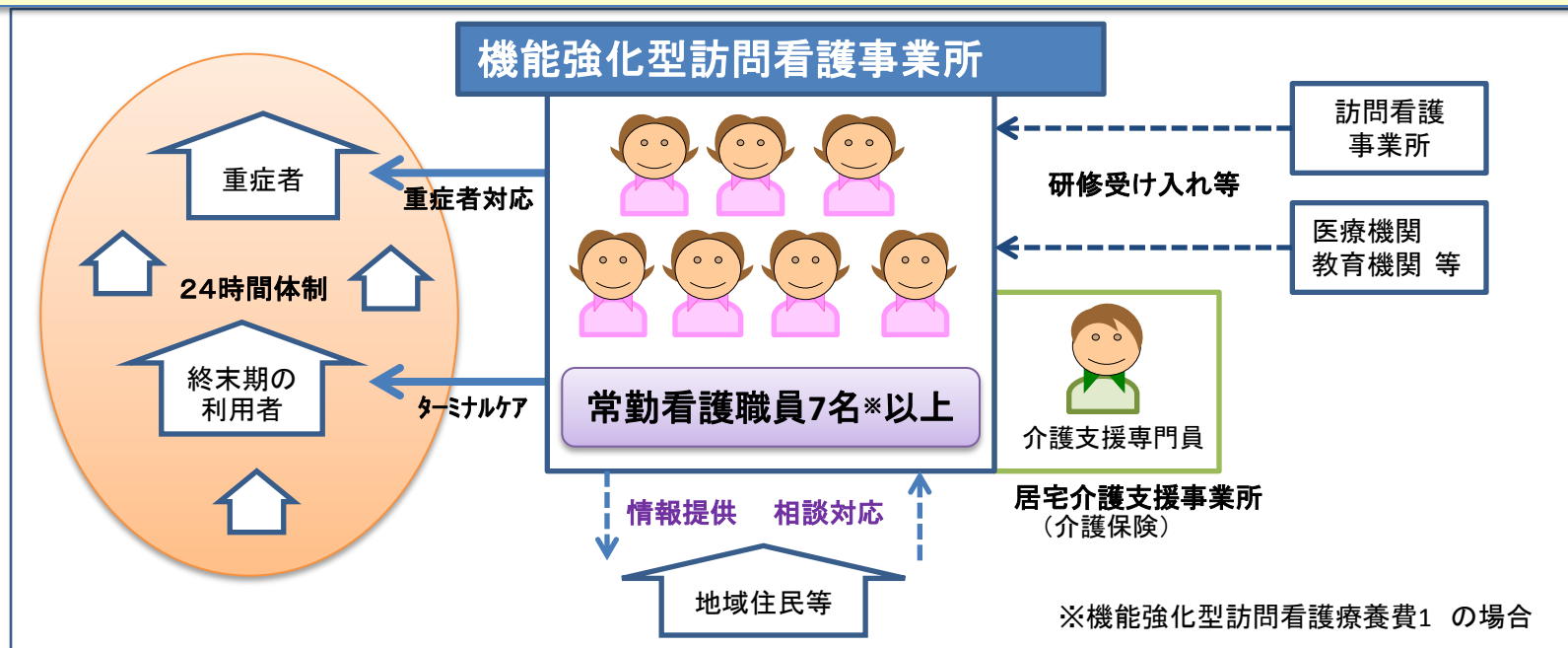
【非管理職】

	平均基本給額	平均税込給与総額	平均年齢	平均経験年数
訪問看護ステーション(n=23)	241,700円	306,728円	42.0歳	16.5年
病院(n=2,167)	248,743円	325,956円	35.5歳	12.8年
差額	-7,043円	-19,228円		

【管理職・中間管理職】

	平均基本給額	平均税込給与総額	平均年齢	平均経験年数
訪問看護ステーション(n=21)	288,488円	395,722円	45.6歳	22.5年
病院(n=817)	324,852円	421,004円	46.3歳	23.9年
差額	-36,364円	-25,282円		

平成26年度診療報酬改定 機能強化型訪問看護事業所の評価



(1) 24時間体制・看取り・重症者対応

- 24時間対応体制 (24時間対応体制加算を届け出ていること)
- 重症者の受け入れ件数 (特掲診療料の施設基準等・別表7に該当する利用者数)
- 年間看取り件数 (ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計)
- サービスを安定的に提供しうる看護職員配置 (常勤看護職員数)

(2) 医療・介護のケアマネジメント機能

- 居宅介護支援事業所を設置していること(同一敷地内)
- 介護保険の利用者中、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について当該居宅介護支援事業所がケアプランを策定していること

(3) 地域の在宅療養環境整備への貢献

- 人材育成のための研修を実施していることが望ましい
- 地域住民等に対する情報提供や相談支援を行っていることが望ましい

<報酬類型は2パターン>

機能強化型訪問看護管理療養費1
12,400円 (月の初日の訪問に対して)

常勤看護職員: 7人以上
ターミナルケア療養費等の算定数合計: 20件以上/年
重症者(別表7の該当者)受け入れ: 10人以上/月

機能強化型訪問看護管理療養費2
9,400円 (月の初日の訪問に対して)

常勤看護職員: 5人以上
ターミナルケア療養費等の算定数合計: 15件以上/年
重症者(別表7の該当者)受け入れ: 7人以上/月

※上記以外の算定要件は1・2に共通

ニューヨーク訪問看護サービス



Visiting Nurse Service
of New York



ニューヨーク訪問看護サービス (VNSNY) の事業規模とスタッフ

• 訪問看護サービス

- ケアの対象は、新生児から95歳以上の高齢者まで。自立、回復期リハビリ状態、要介護者、終末期まで。
- 総勢19,060人のスタッフが平均1日35,000人への訪問サービスを提供している(2012年実績)
- 年間で延べ15万人の患者に、242万件訪問(2012年実績)

• スタッフ

- 正看護師(2,608人)、リハビリセラピスト(616人)、ソーシャルワーカー(580人)、ヘルパー(11,976人)、他の職種(栄養士、医師、心理療法士など154人)多職種によるサービス提供

• ICT活用

- 多職種チームをコーディネートするためにICT化が必須
- ICT機器によって、文書整理・集計・サマリー作成作業など大幅に省力化した。自社「ペンタブレット」を開発

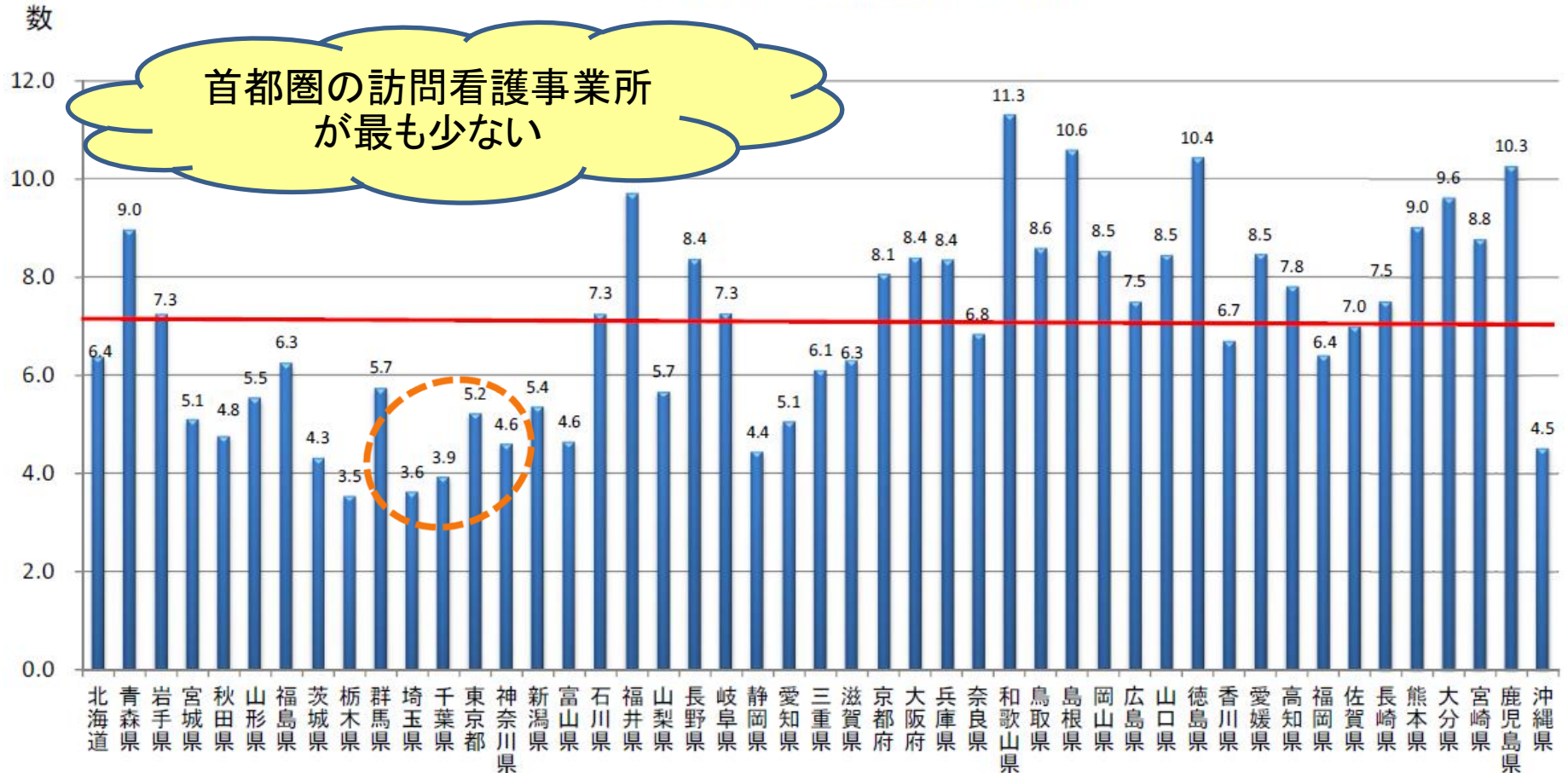
出典:2014 Visiting Nurse Service of New York
(www.vnsny.org/)



人口10万人あたりの都道府県別訪問看護事業所数

- 人口10万人あたりの訪問看護ステーション設置数は都道府県によって大きな開きがある
- 特に、今後急速に高齢化が進行する東京都および周辺県で全国平均を下回る設置数になっており、今後の需要増に対応できない可能性がある

人口10万人あたりの訪問看護事業所数

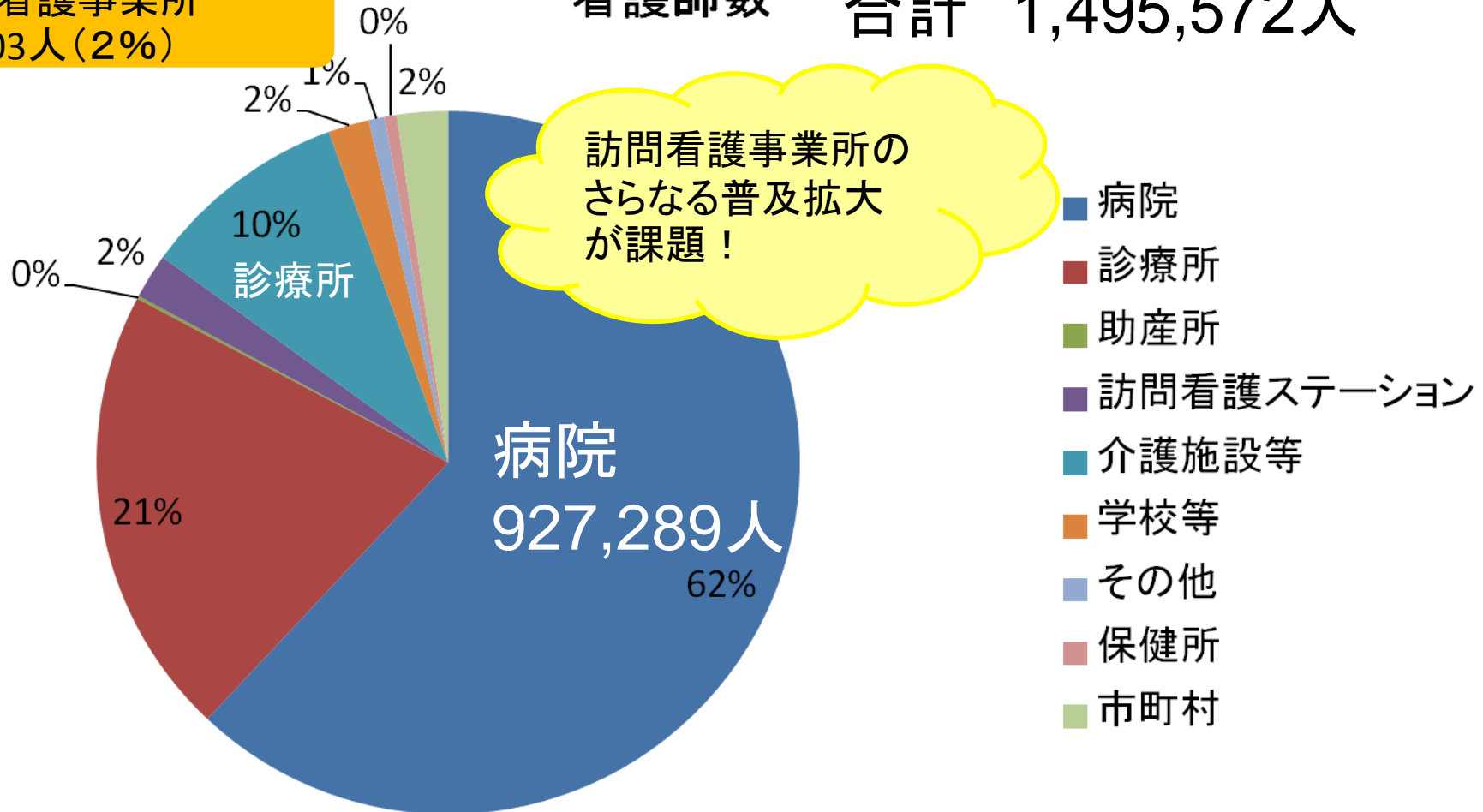


就業場所別看護師数(2011年)

厚労省医政局看護課調べ

看護師数 合計 1,495,572人

訪問看護事業所
30,903人(2%)



診療の補助における特定行為(案)

※本資料において、「歯科医行為」の場合は「医師」を「歯科医師」と読み替えるものとする。

特定行為の在宅看護でのフル活用を！

＜特定行為とは＞

- ・行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があることに加えて、
- ・予め対象となる病態の変化に応じた行為の内容が明確に示された、特定行為に係るプロトコールに基づき、看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為

行為番号	行為名 ※すべての特定行為は医師又は歯科医師の指示の下に行うものである。	行為の概要
2	直接動脈穿刺による採血	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈、上腕動脈、大腿動脈等を穿刺し、動脈血を採取した後、針を抜き圧迫止血を行う。
57	気管カニューレの交換	医師の指示の下、プロトコールに基づき、気管カニューレの状態(カニューレ内の分泌物の貯留、内腔の狭窄の有無など)、身体所見(呼吸状態など)や検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、留置している気管カニューレを交換する。
59	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	医師の指示の下、プロトコールに基づき身体所見(呼吸音、一回換気量、胸郭の上がりなど)及び検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)、レントゲン所見など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、適切な部位に位置するように、経口・経鼻気管挿管チューブの深さの調節を行う。
60	経口・経鼻気管挿管の実施	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し経口・経鼻気管挿管を実施する。
61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、気管チューブのカフの空気を抜いて、経口または経鼻より気道内に留置している気管挿管チューブを抜去する。抜管後に気道狭窄や呼吸状態が悪化した場合は、再挿管を実施する。
62	人工呼吸器モードの設定条件の変更	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(人工呼吸器との同調、一回換気量、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、酸素濃度や換気様式、呼吸回数、一回換気量等の人工呼吸器の設定条件を変更する(NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)を除く)。



地域包括ケアシステムと 薬局・薬剤師の役割と課題

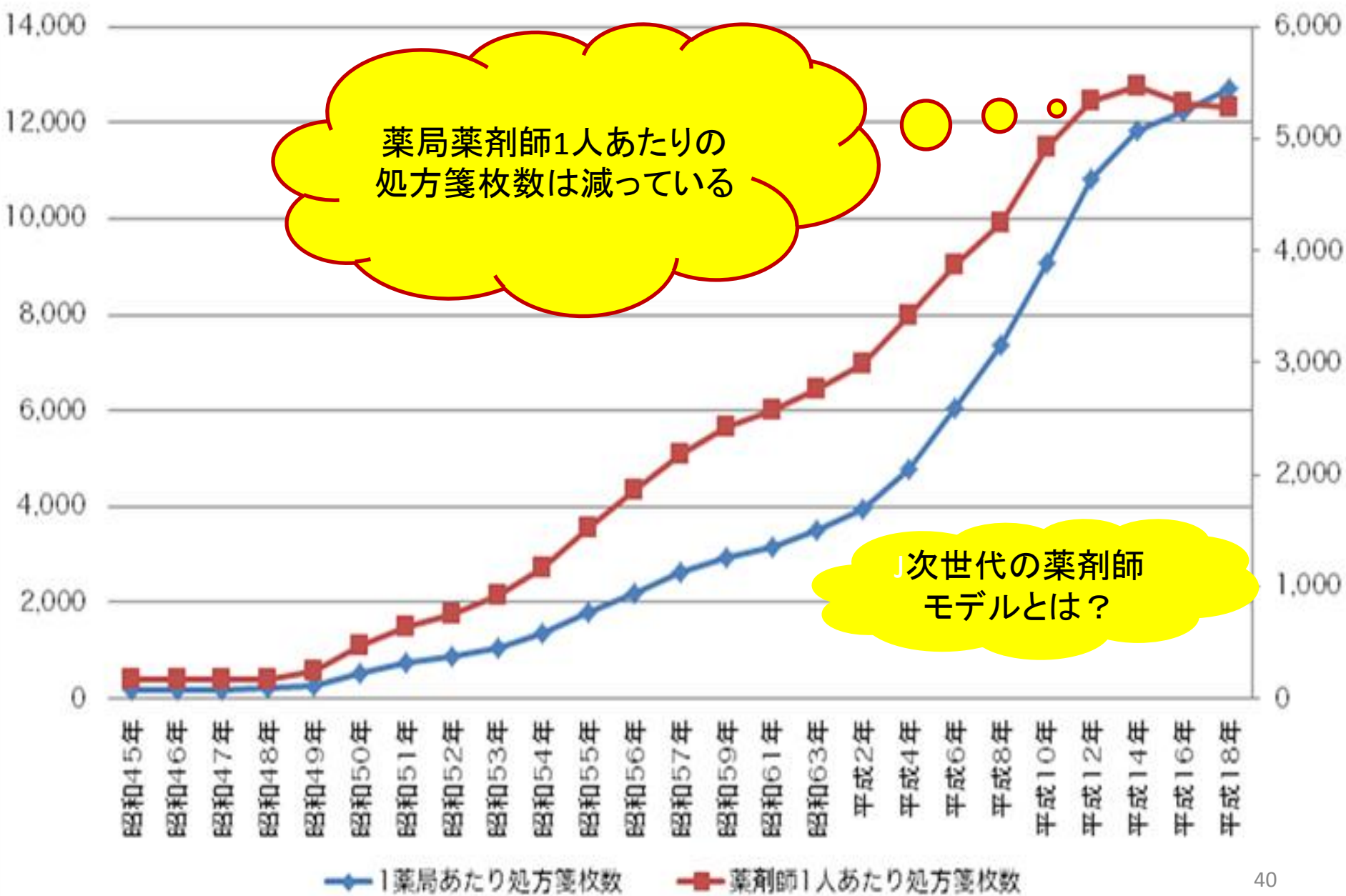


薬局・薬剤師を取り巻く環境の変化

- 今日、医薬分業が66%(2012年)を超え、量的には拡大した。
- 保険薬局数も56、516(2012年)となった。
- 保険薬局に働く薬剤師も14万人近くになった。
- 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
- 地域における新たな薬局と薬剤師の役割が求められている



1薬局あたり処方せん枚数と薬剤師1人あたり処方せん枚数



薬局薬剤師1人あたりの
処方箋枚数は減っている

次世代の薬剤師
モデルとは？

在宅医療における薬剤師の役割・課題・取り組み

役割

処方せんに基づき患者の状態に応じた調剤（一包化、懸濁法、麻薬、無菌調剤）
患者宅への医薬品・衛生材料の供給
薬歴管理（薬の飲み合わせの確認）
服薬の説明（服薬方法や効果等の説明、服薬指導・支援）
服薬状況と保管状況の確認（服薬方法の改善、服薬カレンダー等による服薬管理）
副作用等のモニタリング
在宅担当医への処方支援（患者に最適な処方（剤型・服用時期等を含む）提案）
残薬の管理、麻薬の服薬管理と廃棄
ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有
医療福祉関係者への薬剤に関する教育



在宅患者への最適かつ効率的で安全・安心な
薬物療法の提供

残薬の確認と整理の実例

長野県薬剤師会 事例

残薬薬剤費
400億円



患者Aさん(女性)

複数科を受診。多剤服用。訪問介護員は入っているが、薬は自己管理にて整理がつかない状態。

A病院(心療内科) 処方薬 7種類

B診療所(内科) 処方薬 4種類

在宅訪問時に驚くほどの飲み残しが出てくることは多い。
残薬整理は訪問初期段階の最重要課題。



【対応】

処方医に疑義照会を行い、A病院とB診療所から交付された処方せんの薬を合わせて一包化し整理。
これにより服用状況も改善。

在宅での薬剤師業務 ～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・・・」

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

特養での多職種連携



フロアでの申し送り



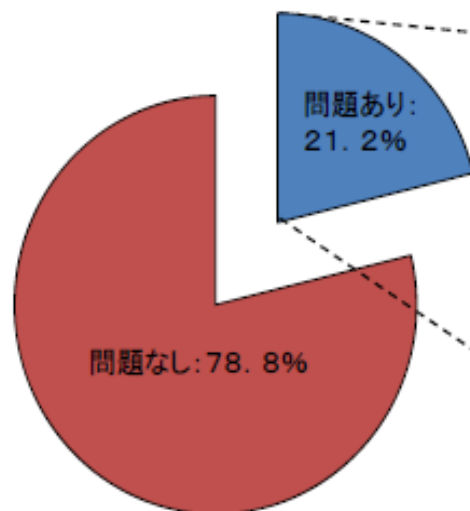
ケアカンファレンス

多職種から薬剤師への承認(acknowledgement)

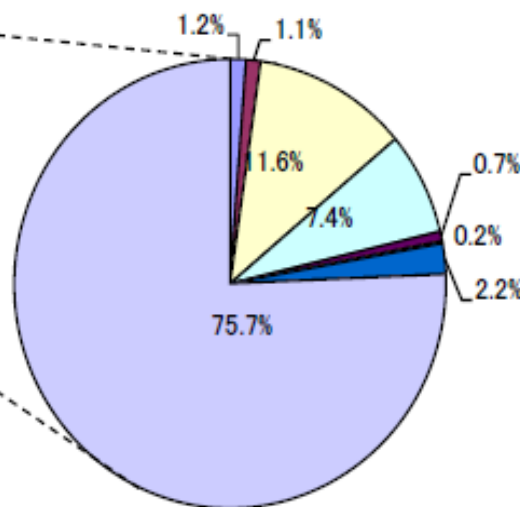
(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

高齢者向け住宅・施設の入所者における 薬剤関連の問題

施設側からみて、薬学上問題があるとされた入所者の割合



問題の内訳 (N=2,286)



- 複数の医療機関から同じ薬が重複して処方されていた
- 相互作用のおそれのある薬の投与があった
- 習慣的に薬の飲み忘れをしていた
- 本人の嚥下能力に薬の形状が適していなかった
- 習慣的に薬を飲みすぎていた
- 処方内容と患者の食習慣が合っていない
- 薬による副作用の発症があった
- 服用している薬への理解が不足していた

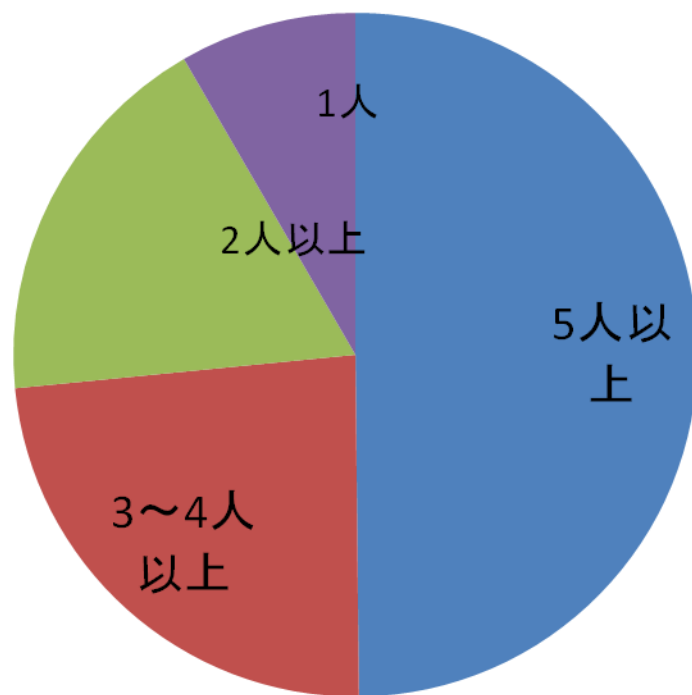
【誤薬のリスク】※施設側の意見

- ・眠前薬、点眼薬は介護職の人に与薬してもらっている(誤薬のリスク)。
- ・実際に服薬を介助する介助員の知識が足りないと思われること。介護員の質の問題。
- ・現場(介護職)が内服に関する知識が乏しいため、内服介助の際の危機感(誤薬、飲み忘れ、副作用など)が大きい。介護職も利用者一人ひとりの内服に興味を持っていただく必要がある。
- ・長期入所の人朝の薬は赤、昼の薬は青、夕の薬は黒、就前は緑でわかりやすくしているが、短期入所の方は薬局ごとに赤を夕にしたり、黒を朝にしたりして、かえって間違いやすい。
- ・管理については服薬まで全て看護師が行えないため、配薬ミスがどうしても起こってしまっている。

出典)平成21年度老人保健事業推進費等補助金「地域薬局による在宅服薬支援(在宅医療・居宅療養)における薬物治療の向上及び効率化のための調査研究」



在宅患者訪問薬剤管理指導を 過去1年間に算定した薬局割合は16.2%



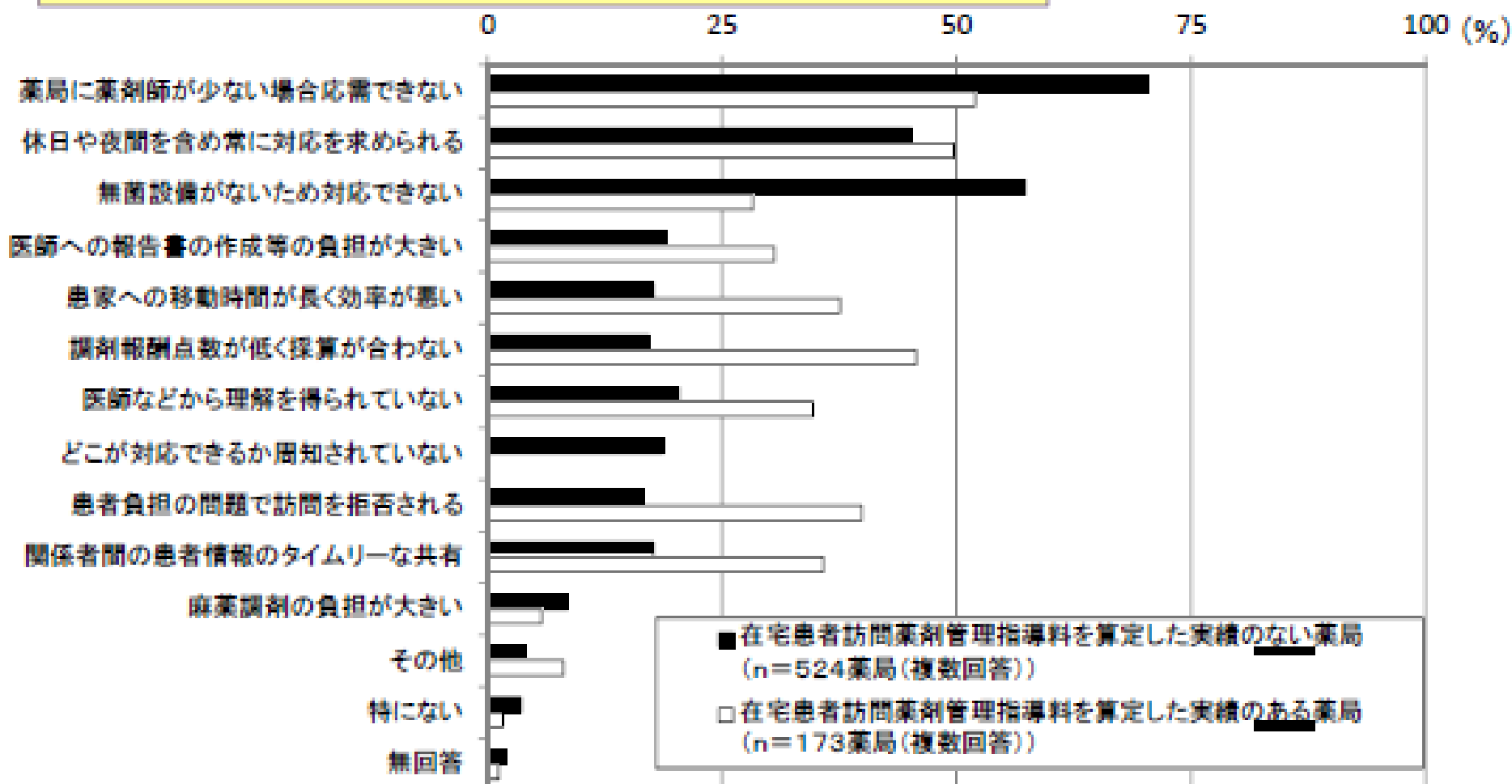
算定薬局の常勤薬剤師数 (%)

- 「薬局のかかりつけ機能に係る実態調査」(厚生労働省委託事業、2012年7月)
 - 2011年9月調査
 - 701件の回答(回答率70%)
 - 在宅患者訪問薬剤管理指導を過去1年間に算定した薬局割合は16.2%

薬局が在宅医療・介護に関わる上での課題

○ 薬局が在宅での薬学的管理指導に積極的に関わっていく上で、多くの課題が指摘されている。

在宅医療・介護における薬学的管理指導を推進していく上での課題



■ 薬物療養提供体制強化事業

25年度予算 40百万円

■ 背景・課題

- 抗がん剤など使い方が難しい薬を用いた治療や適切な服薬指導などについて、誰もが安心して在宅で受けられるよう、薬の専門家である薬剤師がチーム医療の一員として、訪問や相談、情報提供をスムーズに行うための体制を整備しつつ、薬に関する正しい理解を促進・普及し適正使用を図るなど、地域での適切な薬物療法を推進する。

■ 事業の目的・概要

- 具体的には、実施主体である都道府県が中心となって地域の実情に応じて選択できるような形で複数メニューを国が提供し、モデル的な事業実施を通じて、地域住民に対する適切な薬物療法の推進・普及を図る。【委託先：都道府県(再委託可)】

具体的な課題

- ・在宅における医薬品の飲み残し
- ・患者の服薬状況等にきめ細かく対応できていない
- ・衛生材料、介護機器等の提供に関し、地域に密着した薬局の活用が進んでいない

在宅で使用される抗がん剤、無菌製剤等使用方法の難しい医薬品、医療機器等が在宅医療に急速に普及

- ・特定の薬局で地域全体への在宅医療提供には限界
- ・緊急処方への対応が不十分

一般用医薬品を含めた医薬品等使用に関する消費者理解が乏しく、医薬品の適正使用の推進が不十分

そこで

「薬物療法提供体制強化事業」のメニュー

◎ 関係職種が一体となった効率的な薬物療法の提供

- 薬物療法に関する医療職種間の事前取決めに基づく薬剤師による投与量調整等を実施するための体制整備
- 薬剤師が訪問看護師や介護福祉士に同行し薬物療法に関する必要な情報を提供
- 相談窓口としての薬局機能を活用した医療機器、衛生材料、介護機器等に関する情報提供

◎ 抗がん剤等在宅提供支援

- 看護師、介護福祉士等に対する抗がん剤・麻薬の安全使用研修、地域内の薬局間の抗がん剤、麻薬等の在庫融通、退院時の服薬指導に関する医療機関と薬局との連携

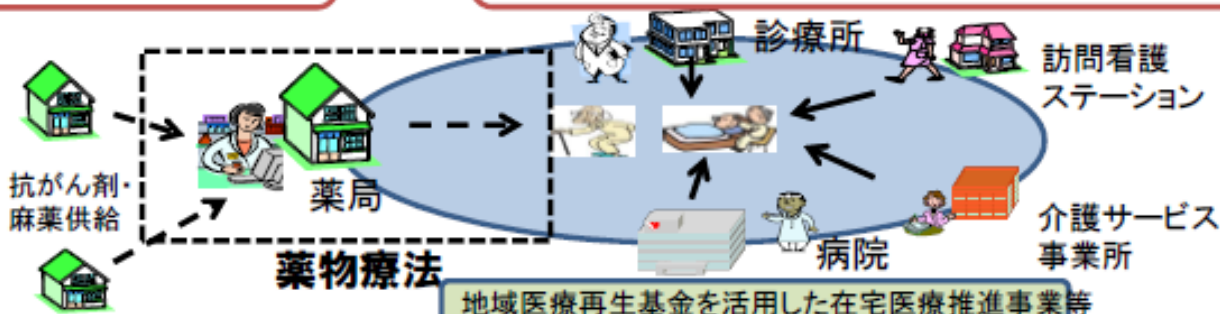
◎ 地域に応じた在宅薬局体制確保

- 在宅医療対応可能な薬剤師による夜間休日の輪番制、薬局間の連携・協力による在宅医療の提供

◎ 医薬品の適正使用の推進

- 医薬品の正しい理解の促進・普及、お薬手帳活用等による医薬品適正使用推進

経費の性質：委託費
委託先：都道府県(再委託可)
箇所数：8箇所
使 途：謝金、旅費、消耗品費、印刷製本費等



在宅でも抗がん剤治療 (FOLFOX) を 行う例も増えてきた



武藤正樹

これからは地域包括ケアにおける 医師と薬剤師のCDTM(共同薬物治療管理)が必要

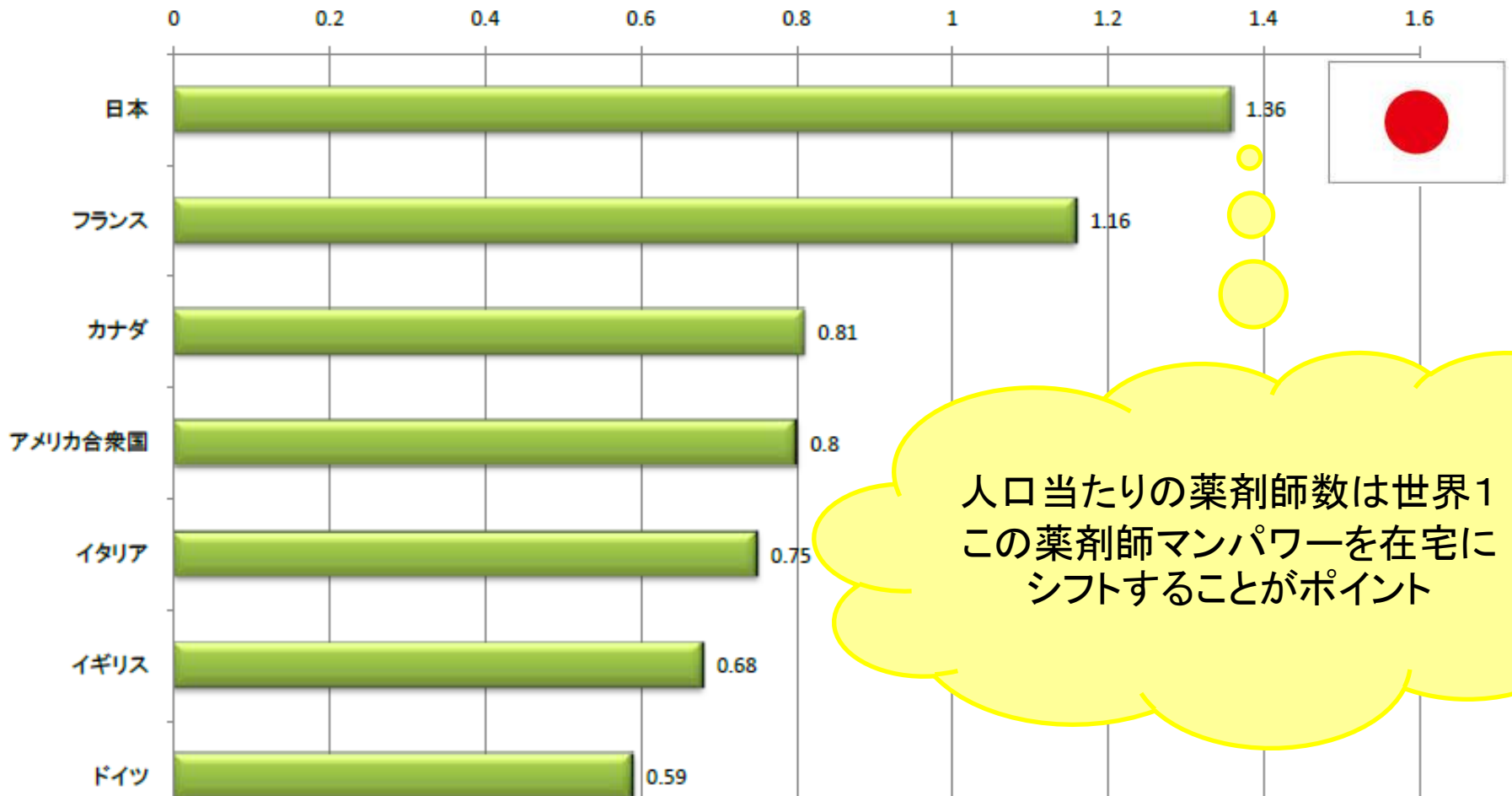
- CDTMの定義(「米国臨床薬学会(ACCP)の定義」)
 - 「一人以上の医師と薬剤師の間の共同実務契約(CPA)であり、その契約のなかで、資格を付与された薬剤師は、プロトコールとして規定された内容に沿って働き、患者を評価し、薬物治療と関連する臨床検査を指示し、医薬品を投与し、投与計画を選択し、開始し、モニタリングし、継続し、修正するなどの専門的な責務を担うことが許される。」
- 薬剤師の行為、行動の順序を指導し、役割、手続き及び従うべき決定基準を示す(プロトコール)
 - ある一定の状況の下では、薬剤師に処方権や検査オーダー権を移譲することもできる。
 - 薬剤師がワクチン接種を行うところもある。
 - 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

地域の薬局薬剤師の
役割拡大

人口あたり就業薬剤師数の国際比較

就業薬剤師数は、日本は人口千人当たり1.36人である。
ただし、病院・診療所で就業している薬剤師は人口千人当たり0.38人。

就業薬剤師数(人口千人当たり)(2006年)



人口当たりの薬剤師数は世界1
この薬剤師マンパワーを在宅に
シフトすることがポイント

医師、看護師、薬剤師の多職種連携で 花開かせよう地域包括ケアの花



咲かそう、地域包括ケアの花！



パート2

地域包括ケアシステムが必要なワケ



地域包括ケアには
ケアサイクル論が最適

長谷川敏彦氏（元日本医科大学教授）

ケアサイクル

診療所

在宅

病院療養病床

訪問通院

長期ケア

医療・福祉

加齢

福祉施設

慢性期ケア

高齢者に必要な



回復期ケア

リハ病院

死亡

末期ケア

緩和ケア施設

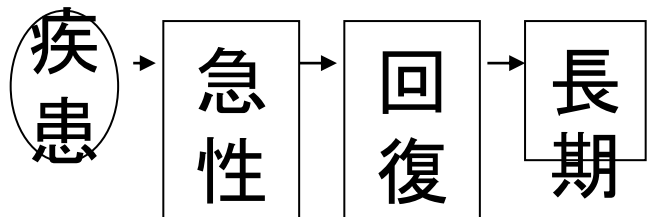
急性期ケア

医療

病院

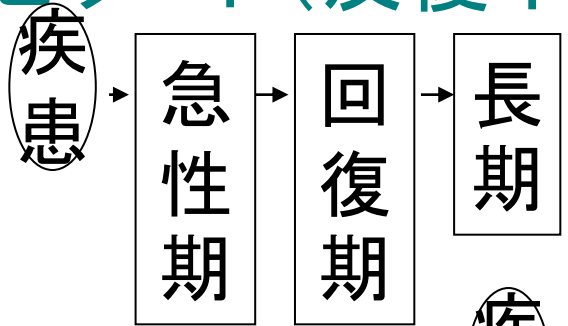
この患者の
ケアの視点から
見て

第1回ケアエピソード(突入イベント)

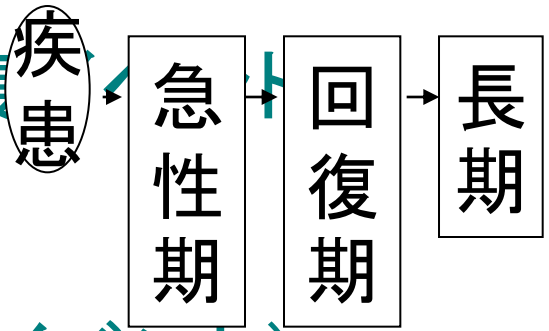


第2回ケアエピソード(反復イベント)

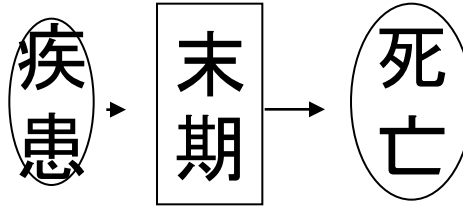
非疾患もありうる



第3回ケアエピソード(反復イベント)



最終ケアエピソード(反復イベント)



長期ケア期に突入後も次々と継続ケアフローは発生する

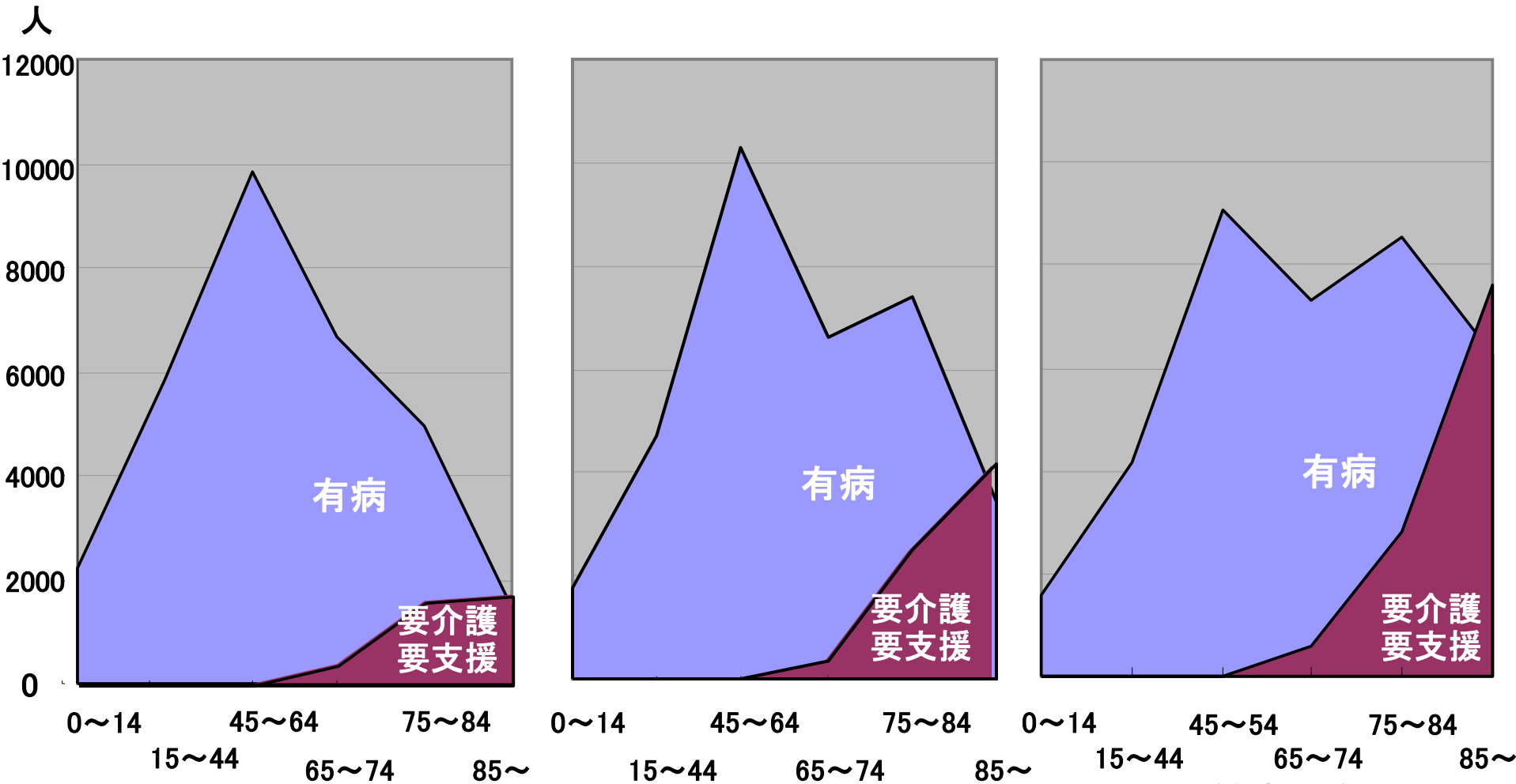
医療・介護需要の変遷

有病・要介護・要支援者人口10万当たり

2010年

2030年

2060年



長谷川敏彦氏資料より

一人の患者・要介護者の
個表を時系列で繋いだもの

例

76歳男性／脳卒中

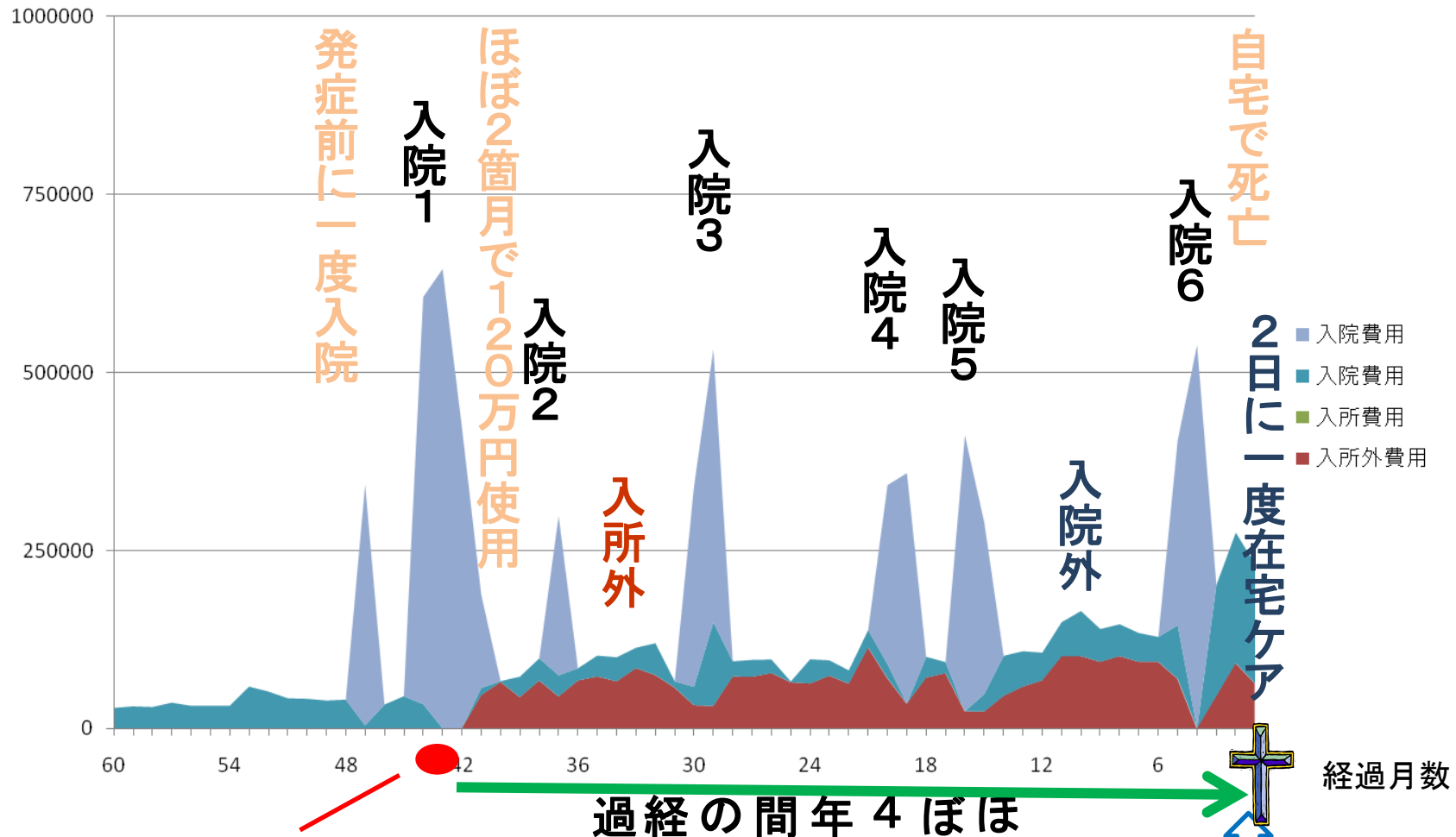
ケアサイクルを見てみよう！

No.48 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

76歳男性／介護主病名：脳卒中

費用(円)

1ヶ月個人単位請求額



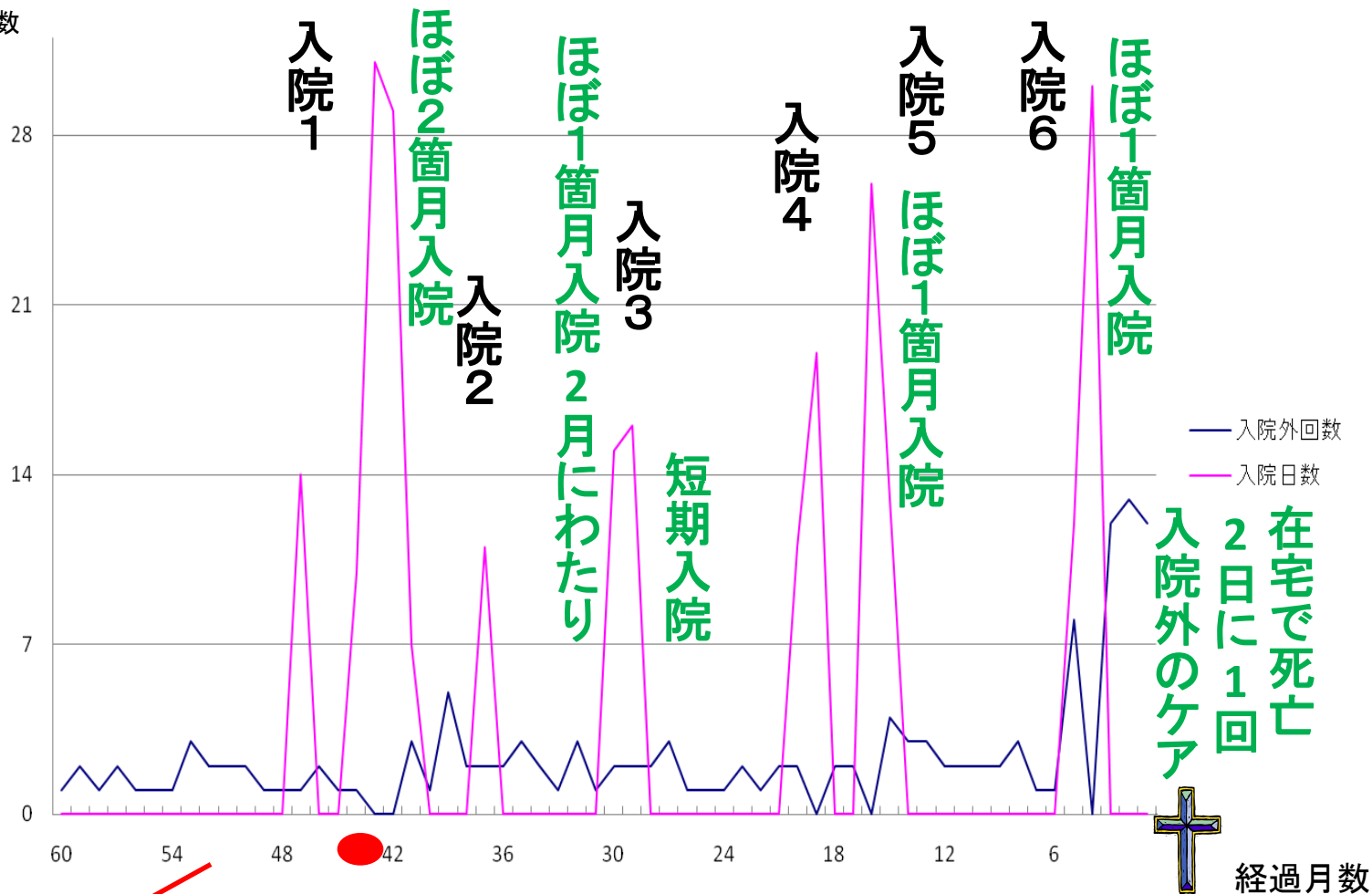
脳卒中
発症

2007年7月23日 76歳で死亡

No.48 死亡前60ヶ月間の入院外回数・入院日数

76歳男性／介護主病名：脳卒中

入院日数／入院外回数

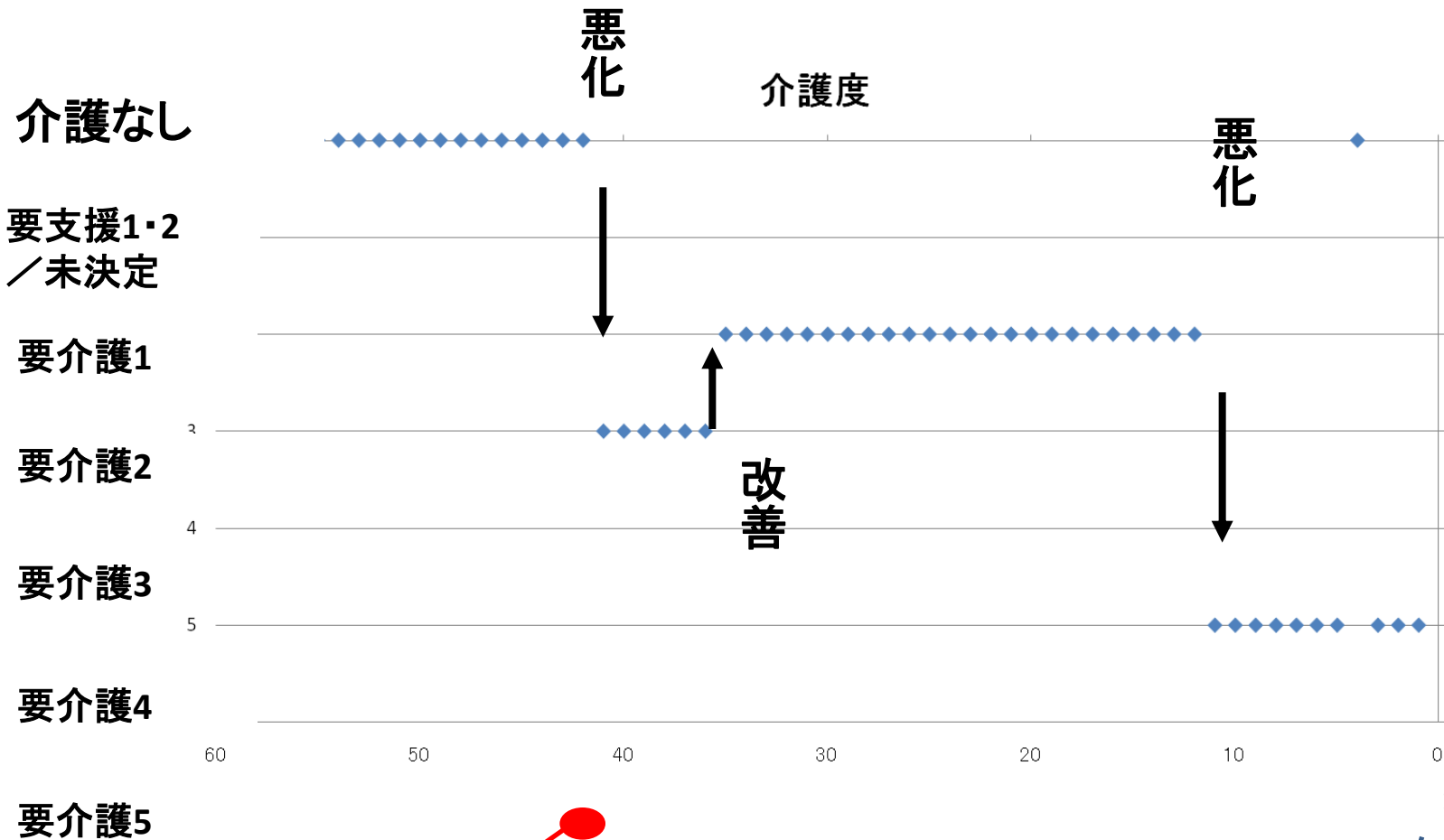


脳卒中
発症

2007年7月23日 76歳で死亡

No.48 死亡前60ヶ月間の介護度推移

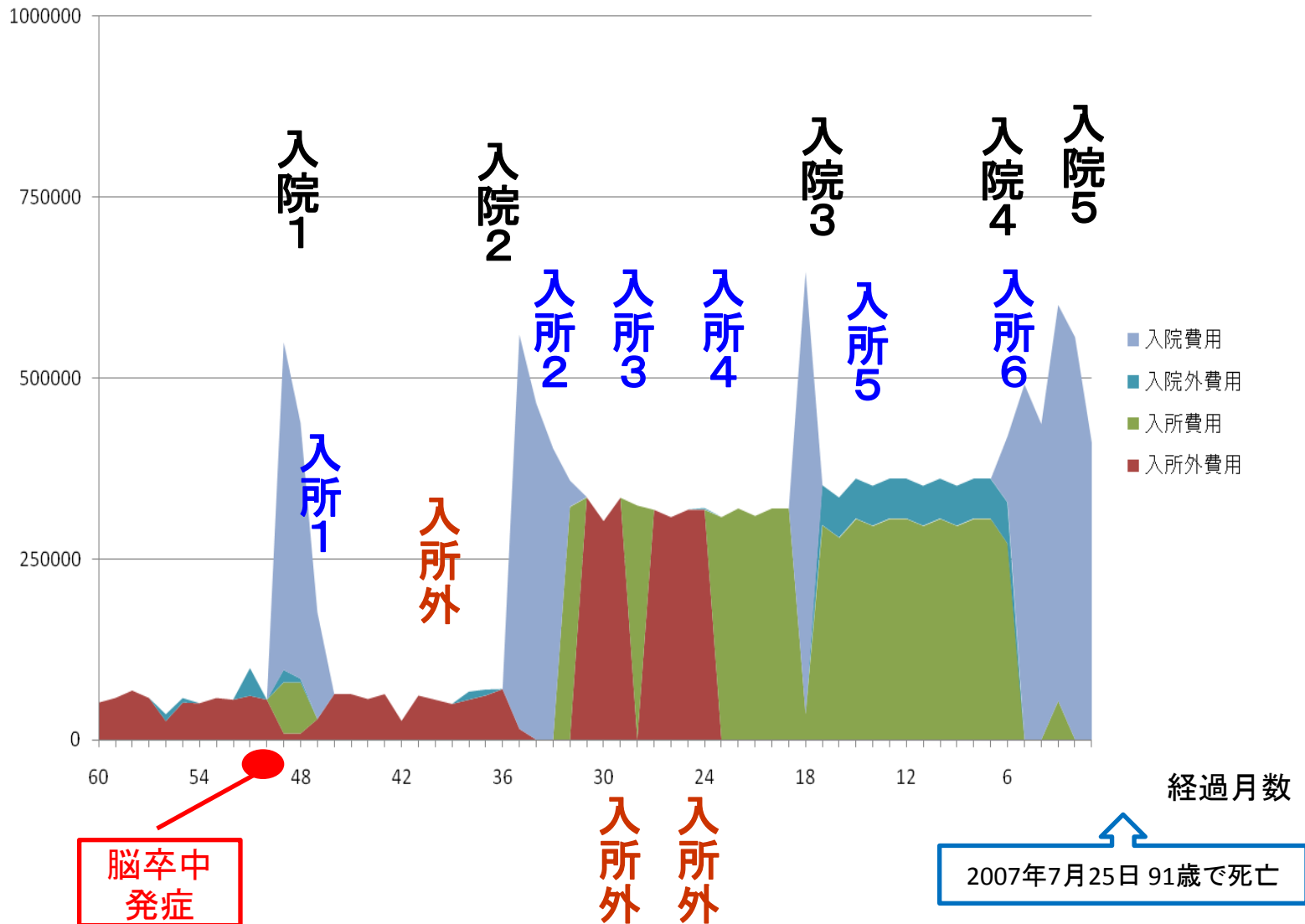
76歳男性／介護主病名：脳卒中



No.49 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

91歳女性／介護主病名：脳卒中

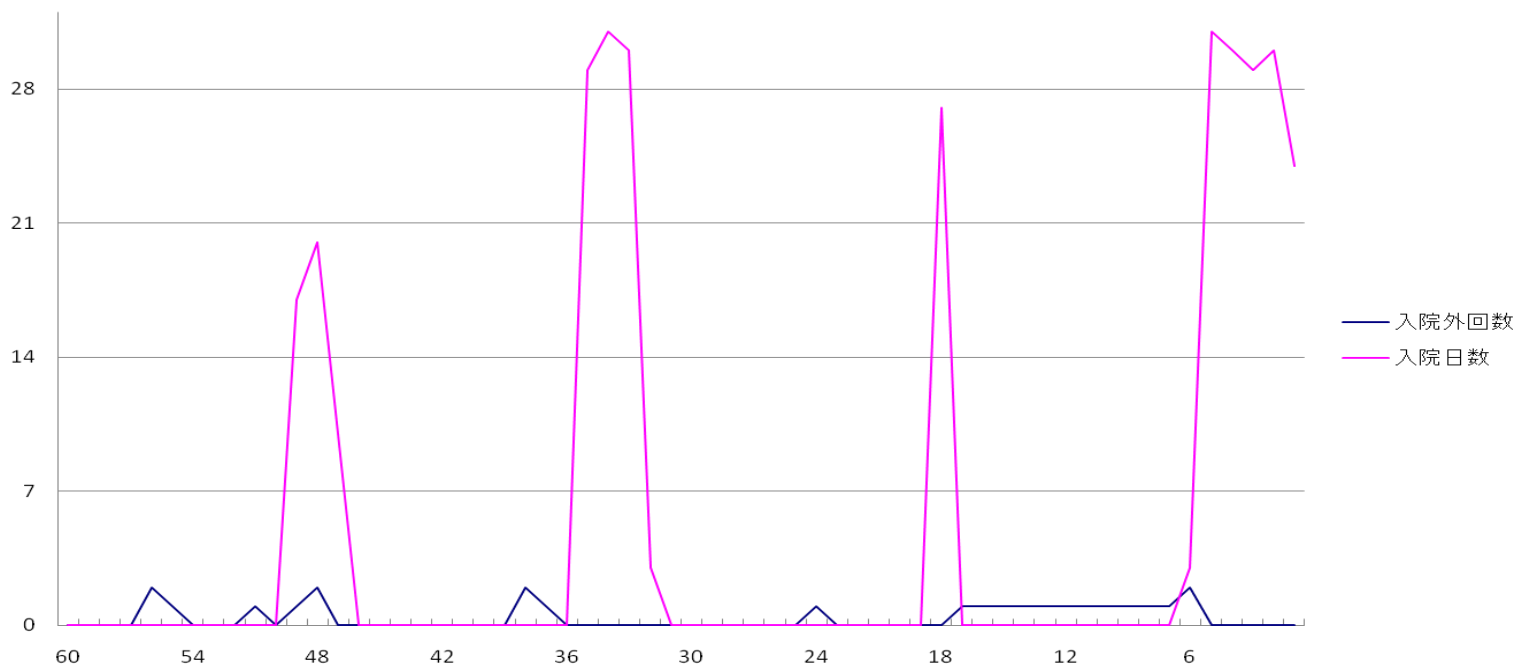
費用(円)



No.49 死亡前60ヶ月間の入院外回数・入院日数

91歳女性／介護主病名：脳卒中

入院日数／入院外回数

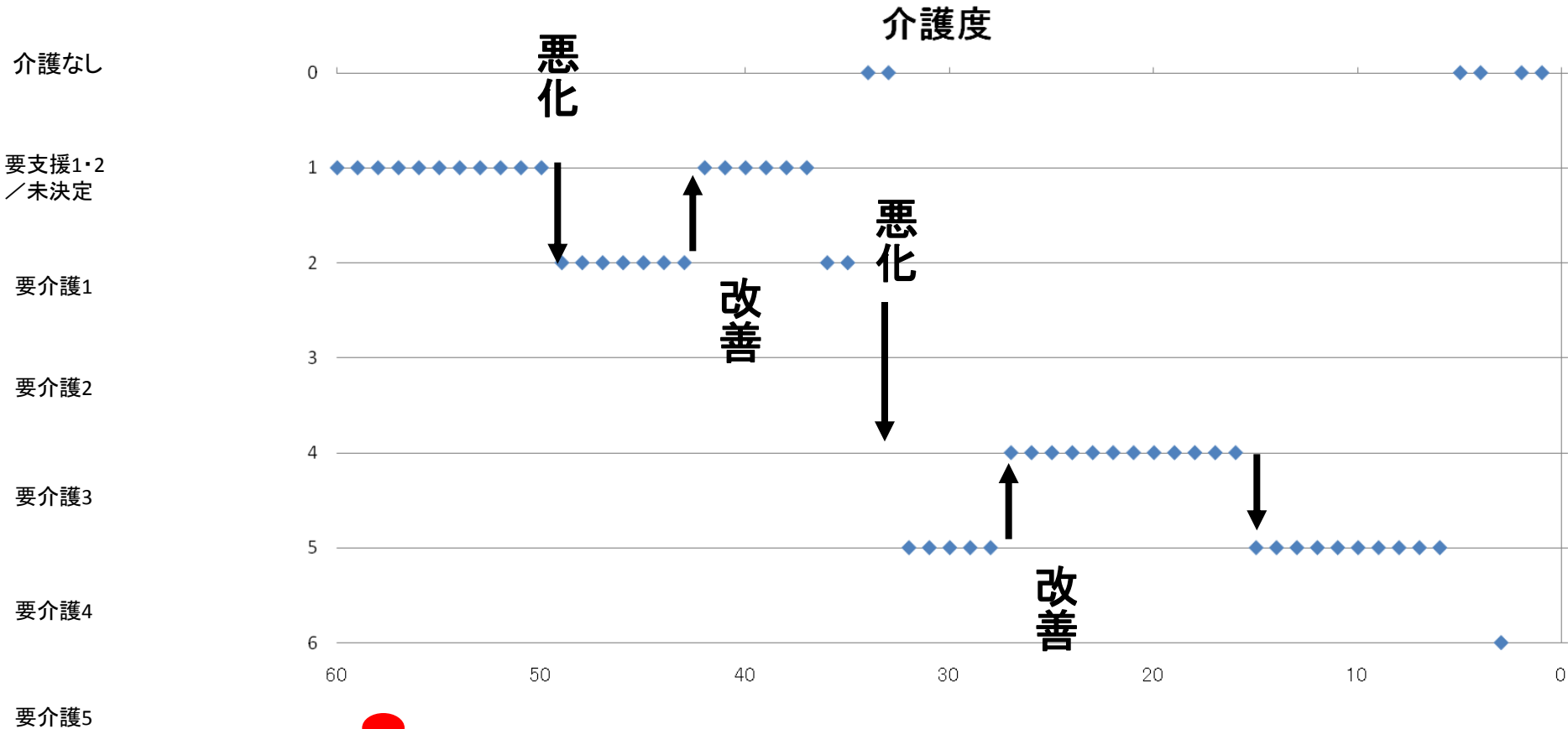


脳卒中
発症

経過月数
2007年7月25日 91歳で死亡

No.49 死亡前60ヶ月間の介護度推移

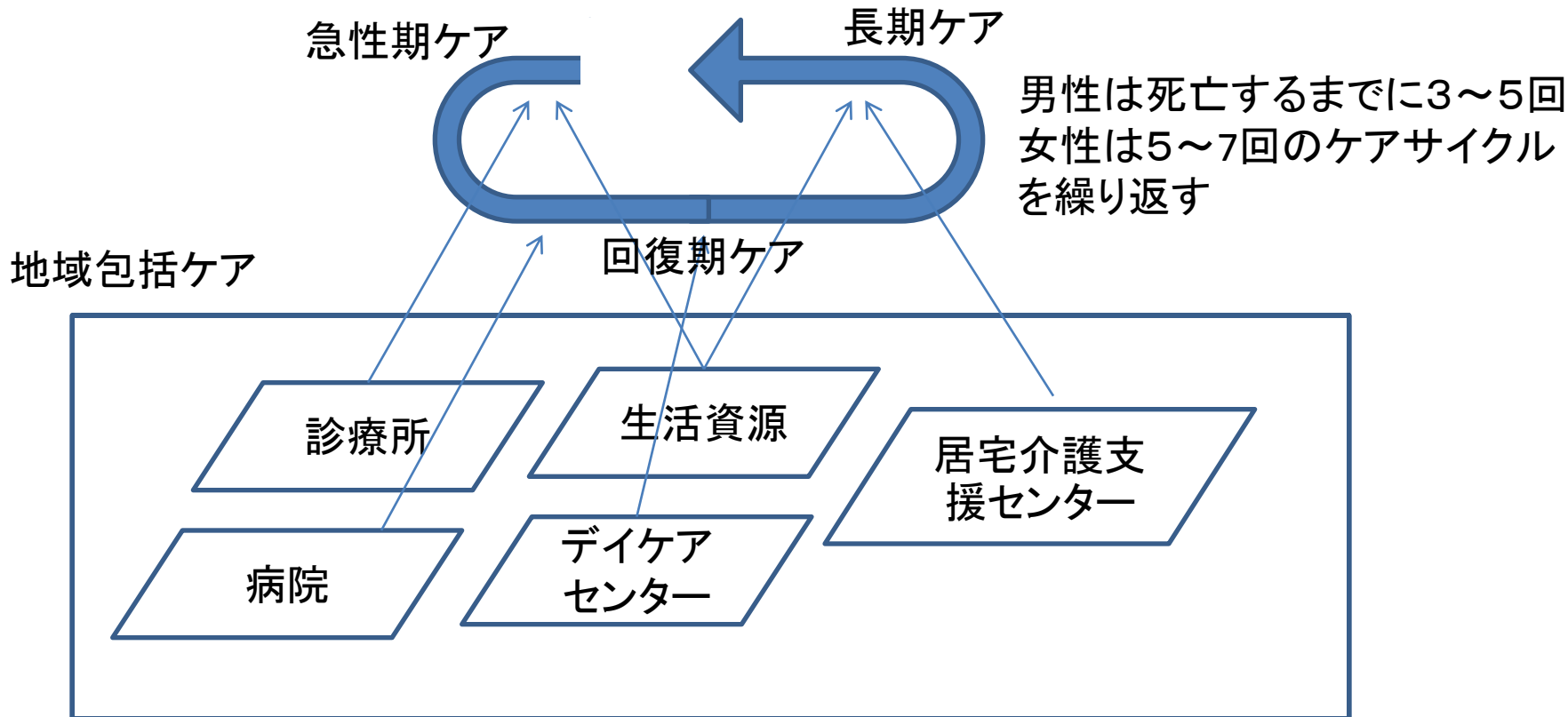
91歳女性／介護主病名：脳卒中



脳卒中
発症

2007年7月25日
91歳で死亡

ケアサイクル



地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのイメージ

医療

在宅医療等
訪問看護



介護

・グループホーム
・小規模多機能
・デイサービス
など



通院 通所



地域包括支援
センター・
ケアマネジャー



相談業務やサービス
のコーディネートを行
います。

※地域包括ケアシステムは、人口1
万人程度の中学校区を
単位として想定



自宅・ケア付き
高齢者住宅 住まい

訪問介護
・看護



24時間対応の定期巡回・随時対応サービスなど

生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

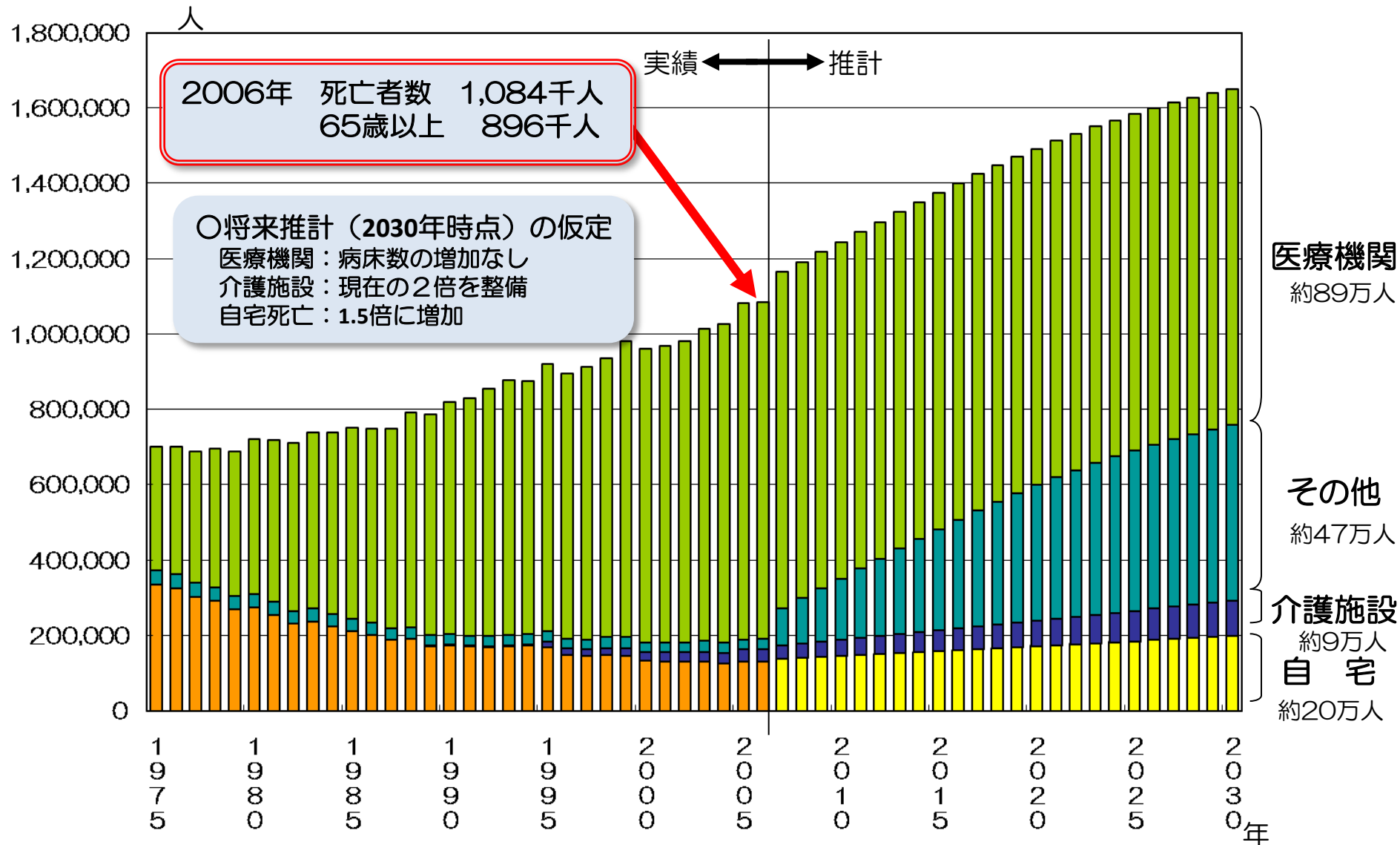
医療・介護のケアサイクル

- 後期高齢者で医療・介護は不可分、医療と介護のケアサイクルを循環する
 - 男性は死亡するまでに3～5回のケアサイクル、
女性には5～7回のケアサイクルの回転がある
- 医療保険と介護保険は75歳以上は統合しては？
- 統合した上で、支払方式は医療・介護包括支払方式「地域包括ケア払い」にしては？

もうひとつのワケ、 団塊世代の大量死時代



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

※介護施設は老健、老人ホーム 36

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

坊さんに先を越された話

- 新潟の田舎で在宅看取りをした経験
- ある夏の夜、在宅で看取りを希望していた家族から電話
 - 「そろそろ亡くなりそう、早くきてください」
- 患家に急いたら、なんとお坊さんが先に来ていた！
- 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

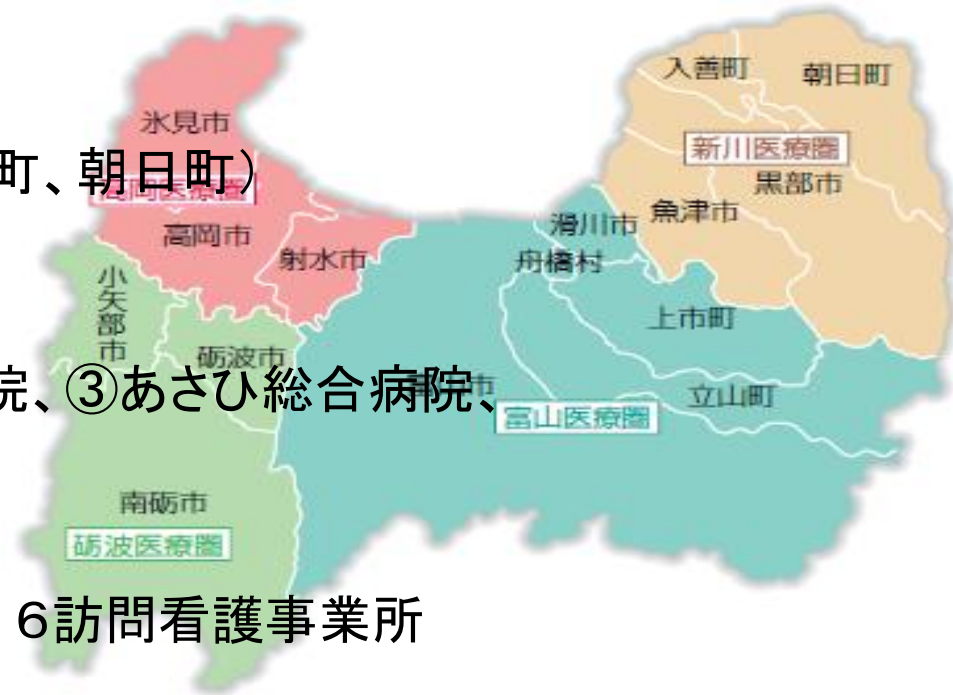
- ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院

- 主な在宅対応医療機関

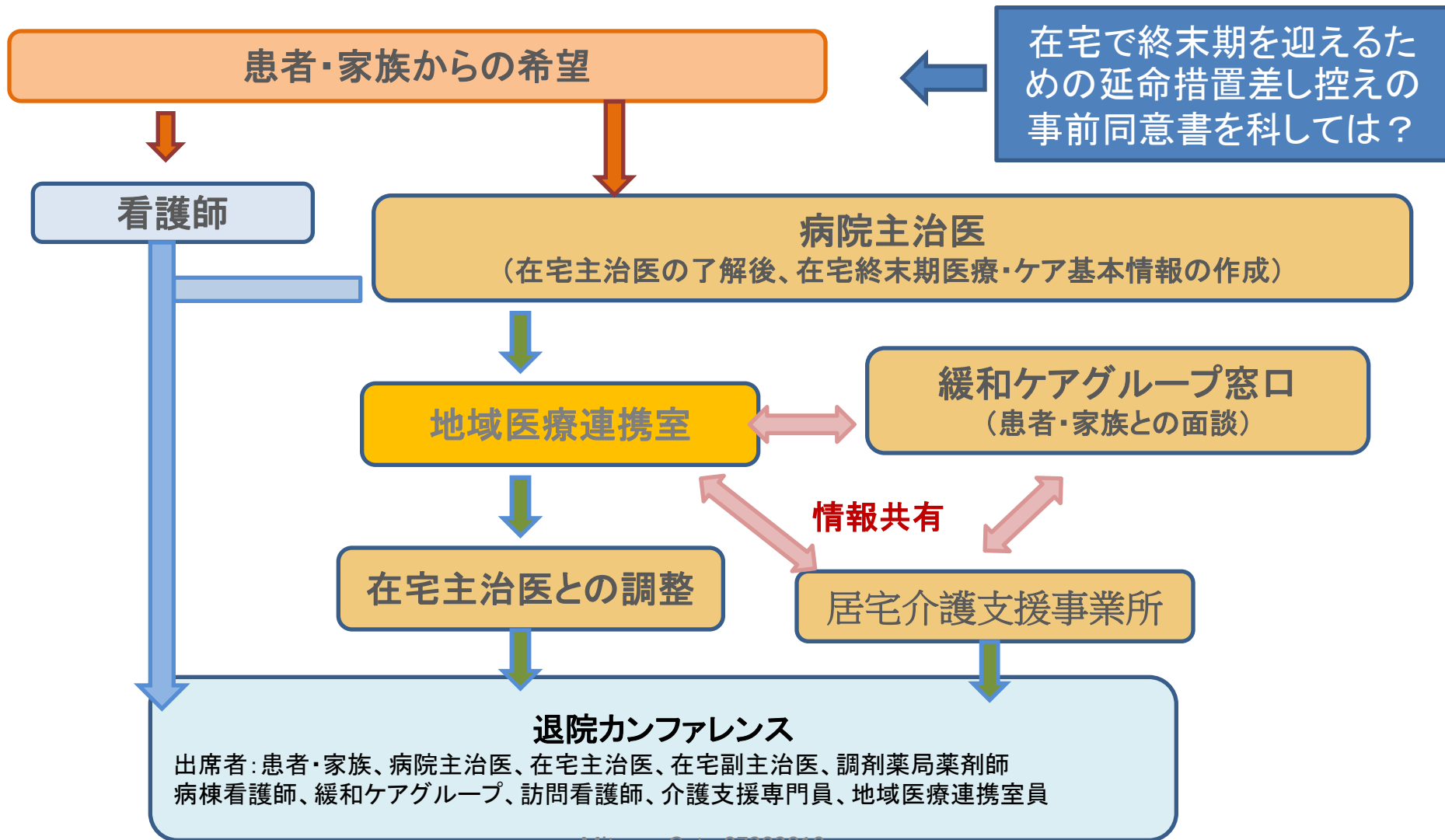
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

- 連携パス導入の経緯等

- ① 在宅での終末期医療のニーズ増加
- ② かかりつけ医単独での医療限界
- ③ 平成17年4月新川圏域8診療所からなる協議会設立
- ④ 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

(患者名) [] (生年月日) 年 [] 月 [] 日生 [] 歳 [] 里・女 []	
住所 [] TEL []	臨床経過: []
主たる介護人: [] 続柄 [] TEL [] FAX []	治療歴: 1. 手術 有 ([]) 無 ([]) 2. 抗癌剤 有 ([]) 無 ([])
かかりつけ医 (主治): [] TEL [] FAX []	在宅移行時における病状の問題点 []
副かかりつけ医 (主治): [] TEL [] FAX []	予後に影響を与える因子 []
副かかりつけ医 (主治): [] TEL [] FAX []	臓器不全 (心、腎、肝、他 [])
連携病院: 病院 TEL [] FAX []	栄養状態: []
連携病院サポート医: 科 []	出血 (消化管 []、他 [])
担当看護師 []	腹水: []
在宅介護支援所: []	他: []
介護保険 無 [] 有 [] 要介護 1 [] 2 [] 3 [] ケアマネージャー名 []	予後予測: [] ヶ月
家族構成 (介護相談窓口および決定権者を記入下さい) []	連携病院への通院: 必要 [] 毎、不要 []
[] 終いに対する対応	インフォームドコンセント []
終いに対する対応 (本人・家族) []	告知: 本人、家族 ([]) 告知について
1. 最後まで自宅 []	内容 []
2. 最後は連携病院 []	本人: []
3. 状況により判断 []	家族: [] 告知理解度について
緊急連絡先 []	精神的サポート 要 [] 不要 []
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 []	告知理解度 [] 療養から死への不安点 []
診断: 主 [] 癌 [] 転移: []	本人: 十分 [] 不十分 []
副 1. [] 2. []	家族: 十分 [] 不十分 []
3. [] 4. []	療養方針 []
既往歴: []	1. 全身状態の管理
	1. PS (performance status) 0、1、2、3、4 []
	2. 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 []
	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) []
	1. 口腔ケア 有 [] 無 []
	2. 入浴 自宅 [] サービス (自宅 デイ) []
	3. 褥瘡処理 有 [] 無 []
	4. 清拭 指導 [] 家族 [] ヘルパー []
	5. 他 []
	介護
	1. ヘルパー 有 [] 無 []
	2. デイサービス 有 [] 無 []
	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 []

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					
PS						PS					
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	13 W 3月29日	14 W 4月5日	15 W 4月12日	16 W 4月19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) 浮腫 尿300ml

(投薬) 記載者	藤田	上田	藤田
疼痛管理	疼痛+NSAIDs		疼痛+NSAIDs
麻薬	オキシコドン(5)IT		オキシコドン(5)IT
NSAIDs	ロキソニン(3)合		ロキソニン(3)合
他			
補液	0.9%NaCl 500ml オキシコドン注 100ml 100ml 100ml 100ml 100ml	0.9%NaCl 500ml オキシコドン注 100ml 100ml 100ml 100ml	0.9%NaCl 850ml オキシコドン注 100ml 100ml 100ml 100ml ホアア注入 100ml/h
(検査)	IVHホアア(1F) 自注病下	IVHホアア(1F) 自注病下	IVHホアア(1F) ホアア注入 100ml/h
(病状説明)			
他	NS上服薬と IVHホアアの用法 を確認(理路)	添付添え 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 有効
精神面	安定	安定
他	体温37.0℃ 血圧100/60 脈拍70 呼吸数18 SpO2 98%	体温37.0℃ 血圧100/60 脈拍70 呼吸数18 SpO2 98%

(訪問介助) 記載者		

項目	13 W 3月29日	14 W 4月5日	15 W 4月12日	16 W 4月19日
問題点(特記事項)		15血圧80/60 21(低下) 経口摂取低下	21(一時的) 15(低下) 経口摂取低下	15(4時) 永眠

(一般状態) 記載者	藤田	上田	藤田
PS	4	4	4
栄養状態	Poor		
精神状態	正常・安定		
身体所見	腹水・浮腫		20時夜急変で 市民病院受診 入院

(投薬) 記載者	上田	藤田	上田	藤田
疼痛管理				
麻薬				
NSAIDs				
他				
補液	①オキシコドン注 850ml オキシコドン注 100ml 100ml 100ml ②オキシコドン注 14単位 ③オキシコドン注 14単位			主治医藤田の 小児科内急変で の急変で市民病院 救急室で処置中 だった。
(検査)	①オキシコドン注 100ml/h ②オキシコドン注 100ml/h ③オキシコドン注 100ml/h	④オキシコドン注 100ml/h ⑤オキシコドン注 100ml/h	⑥オキシコドン注 100ml/h ⑦オキシコドン注 100ml/h	
(病状説明)	家族から「再入院 してほしい」と連絡 あり	入院日14月20 AM11時血圧 110/70(左)と 説明	20時血圧80/60 21(低下)と 15(低下)とTELあり 17(急変)で市民 病院へ入室した	説明あり
他				

(訪問看護) 記載者	上田
食事	ビーチ- 水分少量摂取
排泄	排便 364
清拭	全身清拭
入浴	1000ml 有効
精神面	安定
他	体温37.0℃ 血圧100/60 脈拍70 呼吸数18 SpO2 98%

(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

Microsoft Office

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

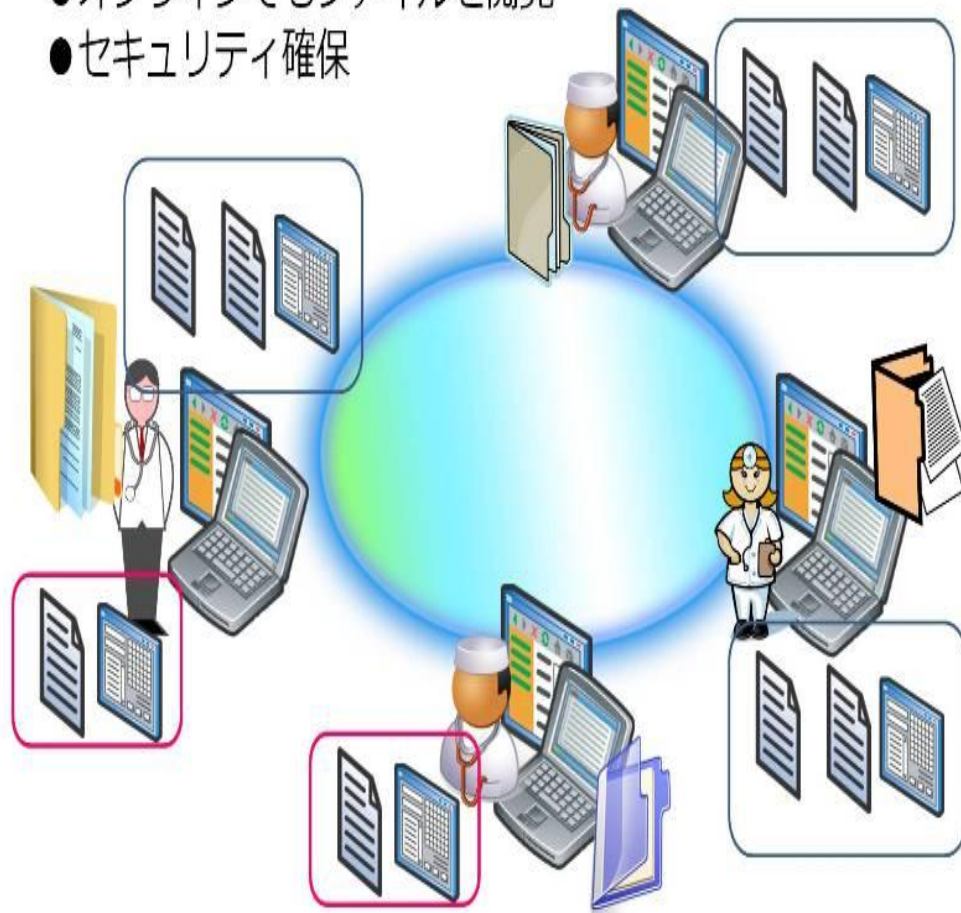
マイクロソフトGroove

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

ワークスペース メンバ

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。

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

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

出所: 中川彦人

- 予定表 - 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)

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

194 KB

出所: 中川彦人

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

ディスカッション

予定表

画像

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3

地域包括ケアシステムと自治体の役割



地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～千葉県柏市の取組～

行政と医師会の協働による
在宅医療の推進と医療介護連携

～自治体の概要～

千葉県柏市

●地域概況

千葉県の北西部に位置する柏市は、下総台地を中心として市街地や里山を形成する都心のベッドタウン。

また、つくばエクスプレス等鉄道3路線が通るとともに、手賀沼などの自然環境、手賀の丘公園やあけぼの山農業公園などの緑にも恵まれ、都会の街並みと自然の豊かさが調和。

●人口 404,949人

●高齢化率

65歳以上 21.86%

75歳以上 9.03%



あけぼの山農業公園



つくばエクスプレス



手賀沼



手賀の丘公園
(じゃぶじゃぶ池)

柏市における在宅医療推進の取り組み

在宅医療を推進するため、行政（柏市）が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合う体制を構築し、関係作りとルール作りを行う。

<推進体制>



<在宅医療を推進するための取り組み>

- ① 在宅医療従事者の負担軽減の支援（主治医・副主治医システムの構築，医療・看護・介護の連携体制の確立，情報共有システム等）
- ② 効率的な医療提供のための多職種連携（在宅医療チームのコーディネート，在宅医療を行う診療所・訪問看護の充実）
- ③ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
- ④ 在宅医療に従事する人材育成（在宅医療研修の実施）
- ⑤ 上記を実現するための地域医療拠点の整備



～取組の概要～ 平成21年度より開始

取組の経緯

(実施主体) 柏市(東京大学、UR都市機構との共同研究)

(背景・地域の課題)

● 都心のベッドタウンである柏市は、今後の急速な都市部の高齢化を見据えて、市が主導して産学官が一体となり「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を発足。研究会を重ね、市民向けシンポジウムを開催し、平成22年に三者協定を締結。

- ・ 将来、高齢化が急速に進行(20年後には75歳以上人口が、2.17倍に急増(2010年 約3万人 → 2030年 約7万人))
- ・ 独居高齢者、高齢夫婦のみの世帯の増加(20年後には約1.5倍)
- ・ 75歳以上人口の増加に伴い、今後は在宅における訪問診療に対するニーズが増加

(取組のポイント)

- 行政が中心となって、多職種(医師会等)と連携し、在宅医療を推進。
- 医療・看護・介護の関係団体が、多職種連携のルール作りなどについて議論するために会議を開催し、関係作りやルール作りを進め、高齢化が進行する将来においても住民が住み慣れた地域で暮らせることを推進。
- 以下の取組みを推進
 - ・ 在宅医療従事者の負担軽減の支援
 - ・ 効率的な医療提供のための多職種連携
 - ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
 - ・ 在宅医療に従事する人材育成(在宅医療研修の実施)
 - ・ 上記を実現するための地域医療拠点の整備

取組に係る財源

平成24年度在宅医療連携拠点事業補助金

● 補助額 6,348千円(事業運営に関する経費) (補助率 国10/10)

20



取組に必要なネットワーク

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会
- 病院関係者
- 訪問看護連絡会
- 介護支援専門員協議会
- 地域包括支援センター
- 在宅リハビリテーション連絡会
- 在宅栄養士会
- 東京大学高齢社会総合研究機構、UR都市機構



医療・看護・介護の関係団体が集まる連携WGの様子

取組の効果

- 医療・看護・介護をトータルで提供することにより、住み慣れた我が家にて、ずっと暮らすことができる。
- 多職種団体が参加することにより、効果的に関係作りやルール作りを行うことができる。
(「点」ではなく「面」としての事業展開)
- 関連団体との連携により、住民に対しても在宅医療に関する啓発が推進。
 - ・主治医－副主治医制試行症例：22症例
 - ・在宅医療研修受講者：50名
 - ・市民啓発：約1,600名 等 ※すべて平成24年度実績




今後の展望

- 市内全域における「主治医－副主治医システム」の体制整備と多職種連携ルールの確立

※主治医・副主治医システム…主治医（患者を主に訪問診療する医師）と副主治医（主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師）とが相互に協力して患者に訪問診療を提供するシステムであり、医師の負担軽減を図るもの21

7月21日大学院ゼミで、 柏プロジェクトを見学

柏市豊四季台団地
昭和39年(1964年)開発



地域包括ケア
の見える化

団地の一角のサ高住
と地域包括支援センター
訪問看護ステーション、
在宅医療支援診療所
など

柏地域医療連携センター

- 三師会事務局が入る柏地域医療連携センター
- 常駐するのは市の職員



東京大学高齢社会総合研究機構 学術支援専門職員 木村清一さん

- もと柏市保健福祉部長、2011年度より現職
- 2009年、木村さんと辻哲夫さんとの出会いが
柏プロジェクトを生んだ



第1. 柏プロジェクトとは何か？

- 2009(平成21年)年6月
三者での研究会が発足。
以降研究会を重ね、市民向けシンポジウ
ムを3回開催(7月、9月、2月)
- 2010(平成22年)年5月
三者協定を結ぶ、WG設置。
各WGが毎月1回ほど開催して課題の検討を
進めた
- 2011(平成23年)年6月28日
構想策定・プレスリリース。

「高齢社会の定心で豊かな暮らし、まらの
あひだ」を三者で議論し、実現していこう!



柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会
[柏市・UR都市機構・東京大学]

柏プロジェクトとは？



木村清一さん

柏市

UR都
市機
構

東京
大学



辻哲夫さん



豊四季台地域高齢社会総合研究会

豊四季台地域包括ケアシステムのイメージ

在宅医療と生きがい就労を実現し、平成26年初旬に豊四季台団地で地域包括ケアシステムの具体的な構築を目指す。

→ 国の政策を具現化するモデルをつくる。

■ 将来の豊四季台地域のイメージ

在宅で医療、看護、介護サービスが受ける体制が整い、いつまでも在宅で安心して生活できる



○ 植物栽培ユニット



○ サービス付き高齢者向け住宅

○ 24時間対応の在宅医療・看護・介護サービス



地域の中に多様な活躍の場があり、いつまでも元気で活躍できる



○ くるみ幼稚園

○ 地域医療拠点

地域拠点ゾーン

四季の道

(自転車歩行者専用道)

○ コミュニティ食堂

○ 特養 柏こひつじ園



なぜ柏プロジェクトは 取り組まれたのか



老朽化が進む豊四季台団地は一部で建て替えも始まっている（千葉県柏市）

これからの都市部の高齢化が急速に進む。都市は現役世代の生活を前提に「つくられてきた面が強い。高齢者も安心して住み続けることができるまちはどうあるべきか。生きがいを持って働ける場の提供、入院しなくて済む医療・介護システムづくりなど、総合的な新しいまちづくりの取り組みが一部で始まっている。

65歳以上が40%
東京のベッドタウンとして発展した千葉県柏市。市内にある豊四季台団地は日本住宅公団（現・UR都市機構）が1960年代に建設した4千戸以上ある大規模団地だ。現在は老朽化が進み、65歳以上の住民が40%を占める超高齢化地区となっている。

理想の高齢社会像探る

この団地の建て替えを機に、高齢化社会のモデル的なまちづくりプロジェクトが2009年から進んでいる。柏市と東京大学高齢社会総合研究機構、UR都市機構による事業だ。子どもたちを地域で育てる「かいわいアカデミー（仮称）UR仮称プロジェクト」は新プロジェクトの一つ。学童保育を塾を一体化したような「風変わり」な子どもの居場所をつくる計画で、主な担い手は地域の高齢者だ。教員OBも活用し、子どもの指導や送迎・事務などに当たっている。早ければ今年中

の開設を目指す。市内の塾と市などが共同で具体化を検討。単なる塾ではなく、社会が未来に向かって「続いていくためにはどうすればよいか」といった視点から環境問題なども学んでいる。

豊四季台地域ではほかに、定年退職後などの高齢者に無理なく働いてもらう場をつくる計画が動いている。休地を活用した農地で農作業に従事したり、そこで収穫した農作物やその加工品の販売に携わったり

住民が主導して、高齢化対応のまちづくりを進めているところもある。千葉県船橋市の高根台団地。ここも東京のベッドタウンとして1960年代に日本住宅公団が4千戸を超える規模で開発した。2000年ごろ建て替え計画が開始した。豊四季台自治会が「高齢になっても住み続けるには高齢者支援施設が必要」とUR都市機構に要望し、話し合いを重ねた。自治会が求めたのは小規模多機能型と呼ばれる介護施設（東京・新宿区）に加え、高齢者認知症の高齢者ホーム、住民のなまめ併せた一の家が09年に、事務局長の小池

千葉・柏「豊四季台地域」

柏市豊四季台地域の超高齢化社会まちづくり計画概要

方針	方策	内容
いつまでも在宅で安心して生活が送れるまち 地域包括ケアシステムづくり	在宅医療にかかる医療者の負担を軽減する仕組み構築	主治医と主治医が対応できないときの副主治医が協力して在宅患者を診る 24時間対応できる訪問看護や訪問介護の充実など
いつまでも元気で活躍できるまち 高齢者の生きがい・就労の実現	在宅医療を担う医師の増加と質の向上 情報共有システムの構築 在宅医療の普及啓発 地域医療拠点の設置	開業医のための在宅医療研修プログラムを構築 医師、看護師、介護職を結ぶ患者情報共有システム 市民向け在宅医療講座を実施、講座修了者を推進委員に 在宅患者に主治医や副主治医などを紹介
地域の子育て支援	休耕地を利用した農業など	農業者が出資した組合組織が高齢者を雇用し、農作業や農作物の販売・加工を担ってもらう
地域の食環境を改善	高齢者の生活を支援	元気な高齢者が虚弱高齢者の掃除、洗濯、外出の付き添いなど支援 学童保育と塾が一体化した放課後の子供の居場所で高齢者が子供を指導 子供一時預かり所、子育て相談センターで高齢者を活用
		高齢者の好みにも合う食事を提供するコミュニティレストランを設立し、高齢者も雇用

(注) 柏市、東大、UR都市機構でつくる「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」のまちづくり案から

働く場提供
介護・医療
まちづくり

子ども拠点で指導役
在宅のまま効率的に
公園に住民の声反映

行政施策と市民活動のコラボレーションこそ地域社会を創る

①. 超少子高齢社会に対応するまちづくり

① これから後期高齢者が激増する
団塊の世代が75歳を越える
2025年までが勝負です



② とくに都市部の高齢化が顕著となる
従来の延長線上の対応では困難となることが
明らかです

**市民の誰もが住み慣れた地域で安心して暮らすためには、
市民自身の新たな老い方と地域が主体となった包括ケア
システムの構築が必要です**

7つの条件が同時進行して、 大きな必然を生んだ



1. まちの高齢化の現状と課題が明らかになっている
2. 現状からまちの将来に危機感を持つ人が多い
3. まちの地域特性を活かした市民活動が活発である
4. 行政組織内部に、協働や連携の体制がある
5. 行政施策の形成や推進を通じて大学や学術研究機関との
つながりがある
6. プロジェクトの事務局機能を持つ新たな行政組織を設置した
7. 首長が長寿社会に強い関心を持ち、様々な場面で「夢」を
語っている



新たな方向「長寿社会のまちづくり構想」が誕生

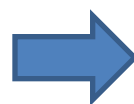
地域包括ケアシステムとセカンドライフの新しい働き方の実現をめざす

柏プロジェクトの始まり <在宅医療システムの例>

力点となる
ポイント

・初期段階・意識醸成期 (平成21年2月～平成22年3月)

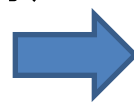
三者による研究会の発足
高齢社会に関するデータの収集と分析
市民啓発として3回のシンポジウム
市内連携づくりと医師会への働きかけ



・データ分析資料作成
・人脈づくりに東西奔走

・第1段階・方針確認期 (平成22年4月～8月)

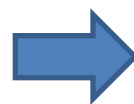
三者による協定書の調印(5月13日)
医師会と市役所との話し合い(医療WG)



・PJ専門部署の新設置
・基本方針の検討
・あるべき姿の徹底議論

・第2段階・連携形成期 (平成22年9月～)

医師会をはじめとする各職種団体同士の
意見交換と意思決定の場(連携WG)



・問題点の抽出と解決策
・各専門職への相互理解

・第3段階・事業実績期 (平成23年5月～)

在宅医療実地及び多職種連携研修(平成23年5月～10月)
在宅医療総合研修プログラム・動機づけコース(平成24年3月～)
試行WGでモデル作業 (平成23年11月～平成26年3月)
情報共有システムの試行(平成24年1月～)
顔の見える関係者会議 (平成24年6月～)
在宅医療拠点の稼働 (平成26年4月～)
サービス付き高齢者住宅オープン(平成26年5月～)



・事業に意見の反映
・各種事業の進捗管理
・成果と教訓の明確化



市町村の決意が重要（あるべき姿を描く）

＜在宅医療システムの例＞

住民の安心・安全な暮らしを支えるために、住民に必要な医療・看護・介護・福祉・予防の支援を市町村自ら円滑にコーディネートし、日常生活圏域におけるサービス提供体制を創る。

そのために

柏市福祉政策課
を創設！

① 自治体の目標・方針として「そのまちのあるべき姿」を明確に共有したうえで、連携のコーディネーターとしての役割を果たす決意が重要である。

② 自治体における医療・介護の連携を推進し、誰もが生きがいを持って暮らせるまちづくりのため、行政内部に専任組織の確立が必須条件となる。



取り組みの進め方とそのポイント

柏市福祉政策課

<在宅医療システムの例>

① 組織上の担当すべき部署の決定

2~3か月

専門部署設置がベスト

- ① 部長を中心に検討するとベスト
- ② 医療と介護担当部署は必須

② 関係団体や機関への要請 訪問しての事業説明・協力の依頼

1~2か月

特に医師会・歯科医師会・薬剤師会

要請を行う前に

- ① 取り組みの目的や連携の役割
- ② 団体・機関に期待することを明確
- ③ 管理職が中心に要請活動計画

③ 連携推進会議の設置 (地域包括ケア 会議、在宅医療・介護連携会議など)

研修会・シンポジウム・医療WG設置

市町村における

- ① 連携体制組織図の作成
- ② 医療・介護資源の把握と可視化
- ③ 地域住民のニーズ把握等

④ 課題の検討及び解決策の検討

6か月位

研修会・連携WG設置・外部講師・視察

- ① 検討会開催前後のフォロー必須
- ② 検討資料作成の工夫が大切

⑤ 事業計画・活動計画の策定

アクションリサーチ手法・事業の実施PDCA

⑥ 計画の実施

⑦ 事業進捗・評価・計画修正



事業を進めるうえで注意したいこと

～みんながあるべき姿を共有し、役割分担して進める～

1. 行政の意思決定が遅い
常に大切な報・連・相

2. 情報提供に慎重すぎる
資料や情報は常に公開

3. 不要不毛な議論が多い
常に事前説明と事後報告

「稟議」と「根回し」は重要な武器

あるべき姿を
常にイメージ





みなさんへ
メッセージ

行政職員の役割は大きい！

＜職員の新たな行動力が地域を支える＞

1

市の方針やあるべき姿に基づいた市民との協働を実践する幹部職員が、いつも先頭に立って動いている

2

事業や取り組みを通じて町会・自治会などの各種市民団体と行政職員が信頼関係にある



3

常に事業の財源確保と効率化に知恵と工夫を凝らしている

4

地域活動には行政が取り組みをしっかりと支える「事務局的な機能」を受け持っている

＜求められる今日の行政施策＞

- ・市民による支え合いの活動
- ・新たな行政の支援と役割
- ・地域健康・医療体制の再構築
- ・自立都市としての施策展開



みなさんへ
メッセージ

協働・連携を創りだす

＜協働・連携体制を生み出すための職員の心構え＞

- ① 常に「信頼関係」を醸成する努力を行う
- ② 何度でも「繰り返し」一貫して呼びかける
- ③ 団体機関の間柄を捉えた対応を行う
- ④ あらゆる場面を利用して親交を深める
- ⑤ 行政は、取り組みを陰で支える真のコーディネーターになることをめざす



⑨. 全域で地域包括ケアシステムを構築する

医療・看護

- ・地域医療拠点の設置
- ・医師のグループ化(主-副主治医制等リスクヘッジの仕組み)
- ・後方支援ベッドの検討
- ・訪問看護の機能強化の検討

介護

- ・多機能型医療・介護サービス拠点の展開
- ・医療を含めたケアマネジメントの質の向上

予防(生きがい)
・いきがい就労
・健康づくり・介護予防(環境
未来都市の取組等)

「Aging in Community」の実現



生活支援(支え合い)

- ・見守り・配食等のサービス提供のあり方
- ・生活に関する相談機能
- ・生活支援・在宅ケアに関する情報提供の仕組みづくり

日常生活圏域
ごとに取り組む



住まいと住まい方

- ・身体状況等に応じた住まい選びの相談機能
- ・自宅で住みきれ構造を備えた住まいへの改修の普及

インフォーマル・ケアにつなげる人づくりの手法検討

在宅医療の普及啓発とコミュニティ形成

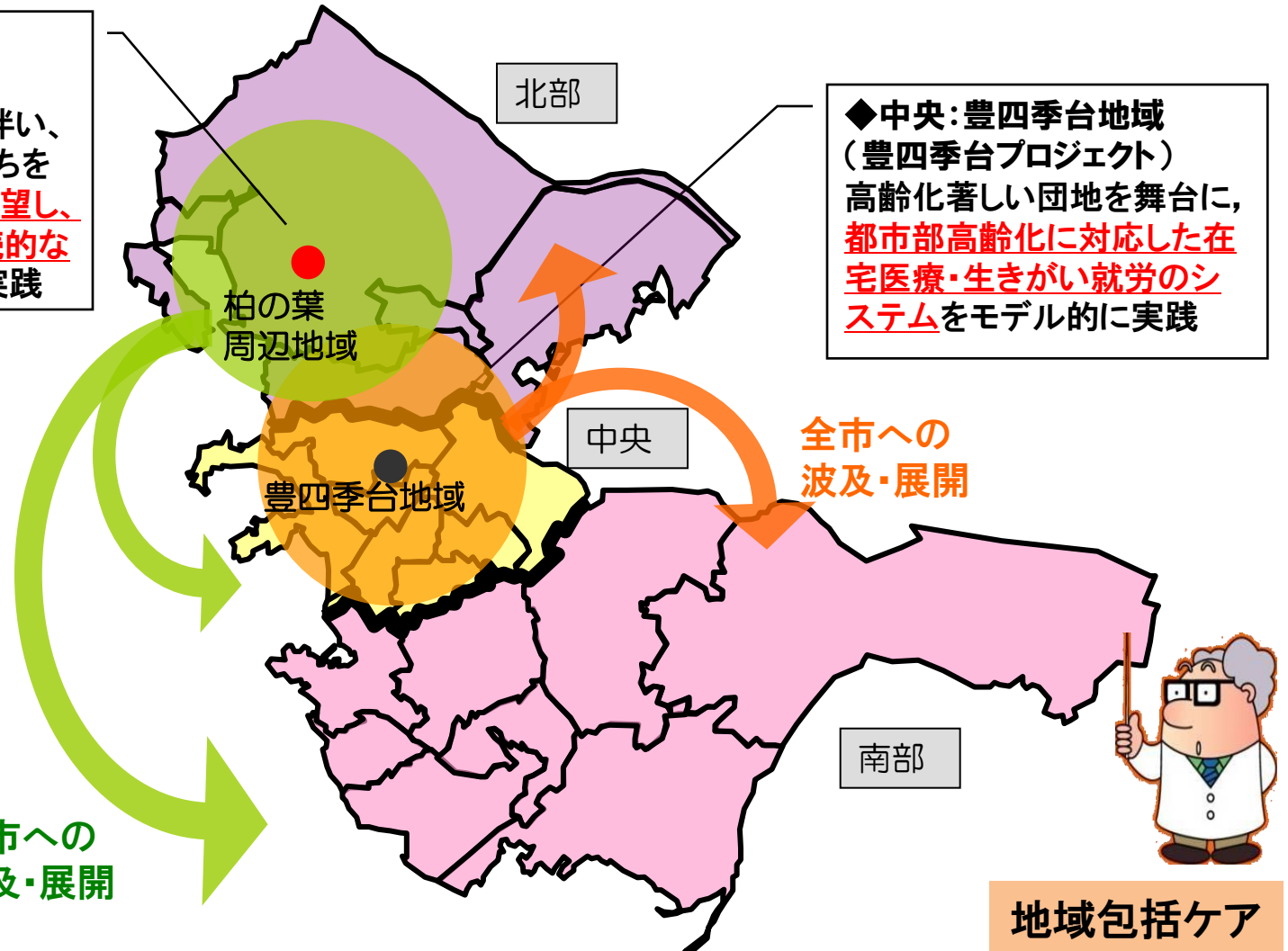
医療・介護保険制度のあり方／自治体の担うべき役割の再考へ

柏市における取り組みの展開イメージ

柏市は、超高齢社会への進行の段階に応じた健康安全な都市を目指す

◆北部：柏の葉周辺地域
(健康未来都市)
鉄道開通や住宅開発に伴い、人口が流入・増加するまちを舞台に、超高齢社会を展望し、健康に主眼をおいた持続的なまちづくりをモデル的に実践

◆中央：豊四季台地域
(豊四季台プロジェクト)
高齢化著しい団地を舞台に、都市部高齢化に対応した在宅医療・生きがい就労のシステムをモデル的に実践



健康づくり

全市への
波及・展開

全市への
波及・展開

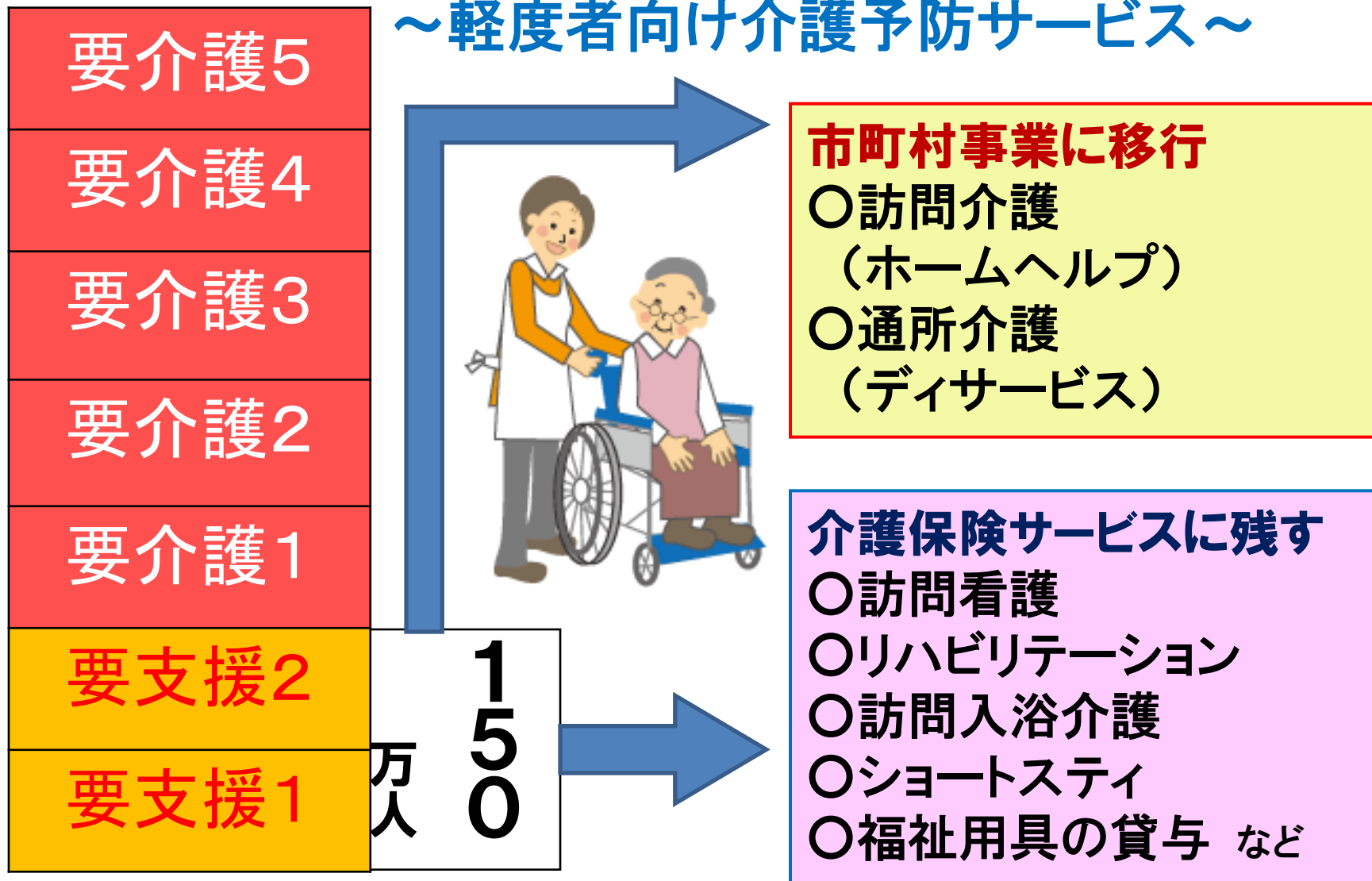
地域包括ケア

地域の特徴に沿ったモデル事業を実施・得られたノウハウは全市へ展開

介護保険制度改正が行われる

要支援サービスの市町村移管が決まる

～軽度者向け介護予防サービス～



柏市における取り組みの位置付け

年齢

豊四季台地域プロジェクト

いつまでも元気で活躍
できるまち

いきがい就労の創生



歩く・食べる・社会参加を通じた健康づくり
(健康寿命の延伸)

環境未来都市プロジェクト
(柏の葉地域)



いつまでも在宅で安心
して生活できるまち

- ・在宅医療の推進
- ・地域包括ケアの
モデルの可視化



健康

虚弱

要支援

要介護

自立度

就労セミナー修了者による社団法人設立

528名のうち、350名が参加して様々な活動をはじめた
毎月新規加入者が増えている

<名称>

セカンドライフファクトリー

(略称: SLF)



平成25年4月1日設立

- ①グループ活動
- ②プロジェクト
- ③研修・セミナー事業
- ④受託事業

植木屋さん元気塾

趣味講座

保育補助員
養成講座

定期的な
学習会

生活支援家事
援助講座

農業塾

倶楽部活動

そしてセカンドライフ・プラットフォーム設置

柏市が委託事業化



コアメンバーによる運営協議会

(仮)セカンドライフ応援センター (セカンドライフプラットホーム)

市がH26・27の2ヵ年、セカンドライフファクトリーに委託※サポーターは有償ボランティアを想定(参考:かしまインフォメーションセンター)



情報の集約
有機的連携の仕組みを構築
ホームページの作成・運営

多様な選択肢を発信

サポーターによる プランニング&マッチング

サポーターの育成・配置
啓発紙の作成・配布
セミナー等の企画・実施
社会参加の効果検証

気軽にアクセス

センター:市役所か柏駅周辺
ランチ:近隣C 等

ターゲット層

リタイヤ層
(主婦層)
(現役50歳以上)

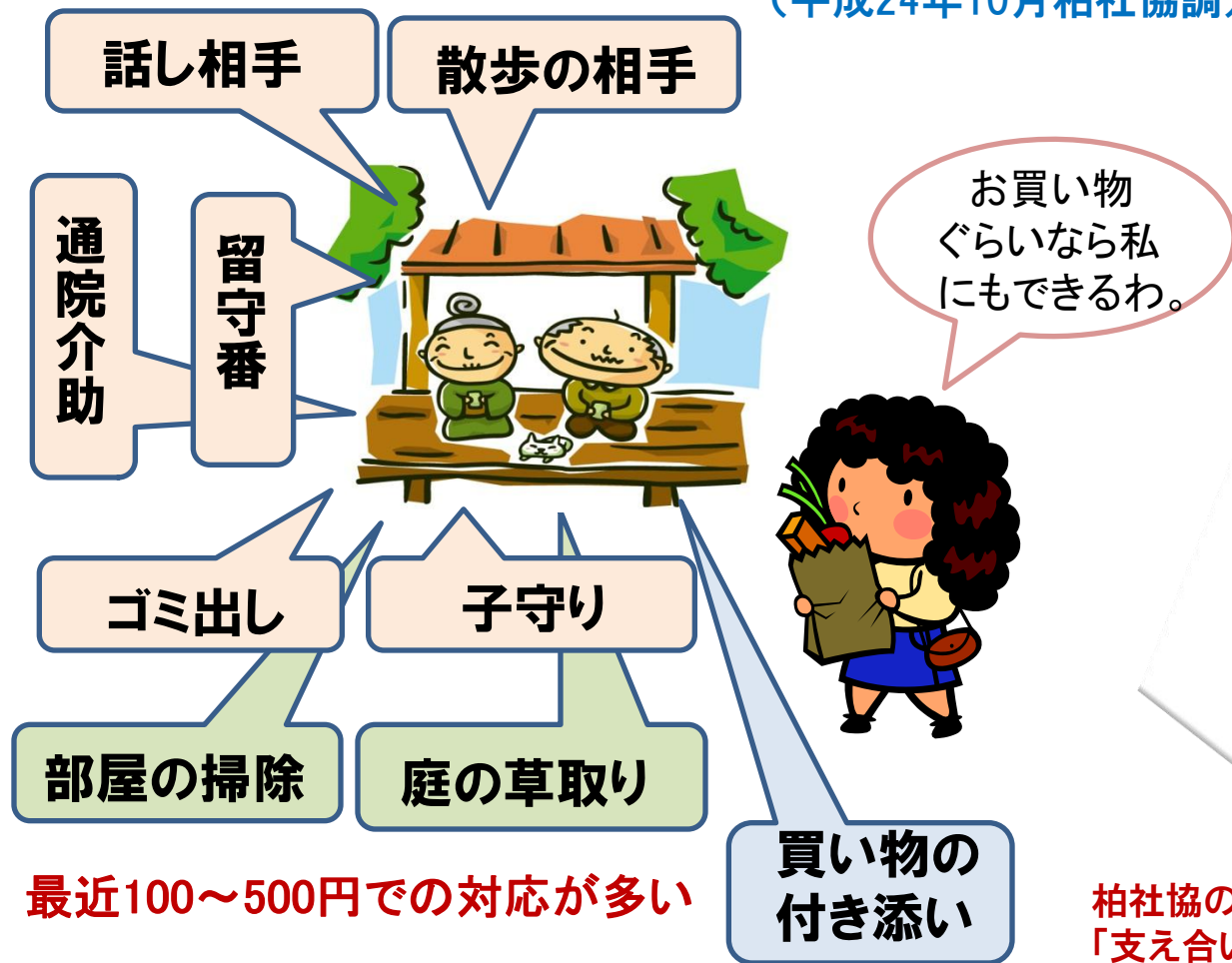
作図: 柏市

柏市で年々増えつつある市民活動・その1

最近町会や自治会で身近な福祉活動が盛んになっている

～市内**221**か所で活動している～

(平成24年10月柏社協調)



最近100～500円での対応が多い



柏社協の地域活動計画でも「支え合い活動」が中心です

柏市で年々増えつつある市民活動・その2

有償ボランティアの助け合い事業も活発に活動

営利目的ではない低料金サービスが特徴

柏市内で14団体が活動しています

＜利用できるサービスの例＞

- ・掃除・洗濯・買い物・窓ふき・ゴミ出し
- ・草取り・植木の剪定
- ・押入れの整理・換気扇の掃除
- ・浴室の清掃・台所の清掃
- ・簡単な大工作業・障子張り・襖張り
- ・網戸張り・子守り・留守番・家事全般
- ・介護全般・通院介助・国内外の旅行
付き添い・送迎・車いす送迎
- ・話し相手・朗読・代筆
- ・入退院支援・葬祭手伝い・役所や金融
機関の手続き



利用料金は1時間600～1000程度ですが会員になることが必要な場合があります

柏市非営利団体連絡会
連絡先: 7134-9538

パート4

医療と介護を結ぶ人づくり

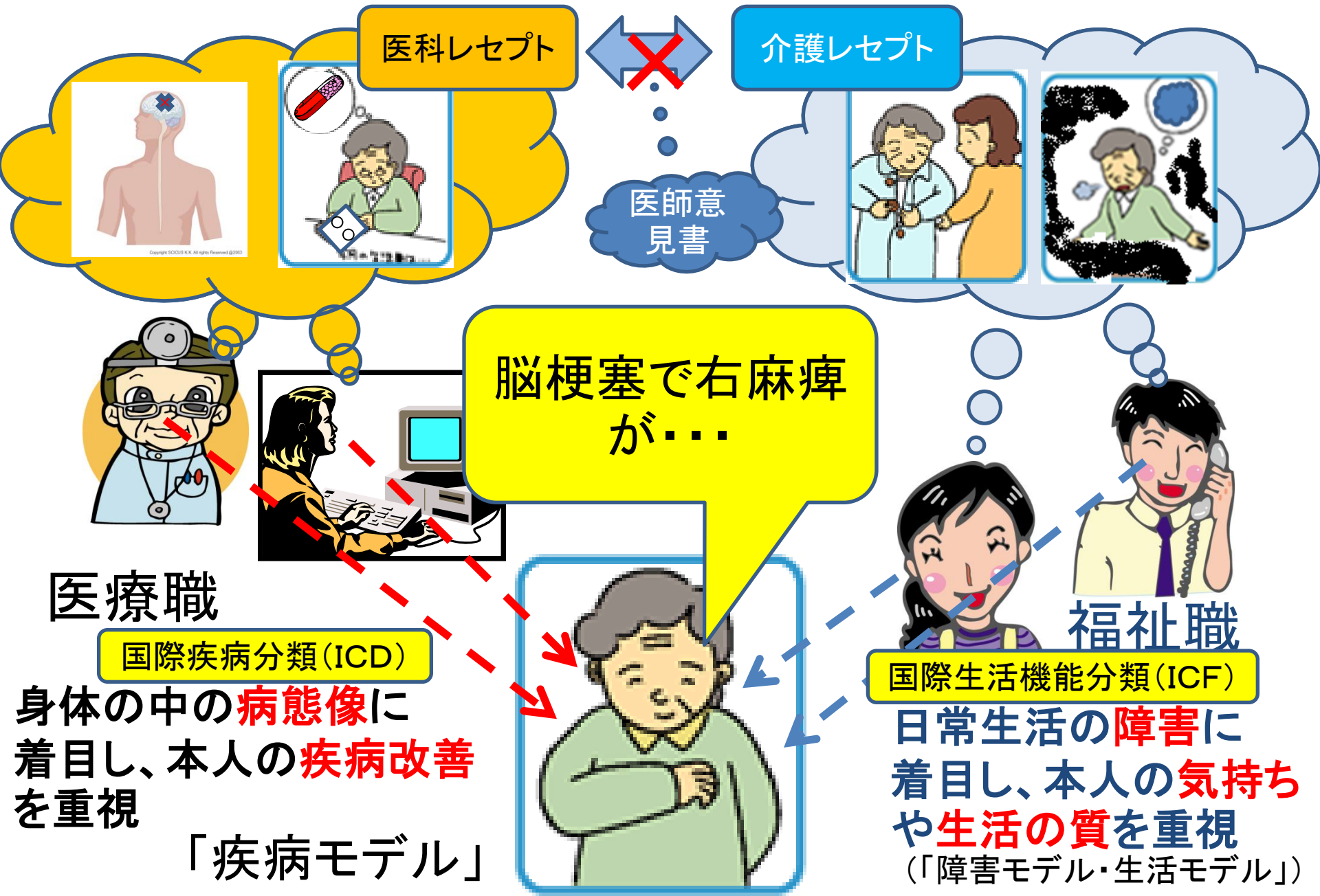


地域包括ケアシステムでは 医療と介護の連携が大きな課題



医療と介護の連携

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



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

「医療福祉連携士」 ～医療と介護福祉を結ぶ人材育成～



日本医療マネジメント学会

医療福祉連携士

- 日本医療マネジメント学会は学会認定の医療福祉連携士制度を創設した
- 目的
 - 地域の急性期医療機関から在宅までの切れ目のないサービスを効率的に提供し、
 - 患者にとって最適な連携を推進するため、
 - 医療と福祉を連携コーディネートする「医療福祉連携士」の育成と認定制度を創設する

医療福祉連携士

- 病院などの地域医療連携室や、地域の包括支援センタ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
- 2011年からスタートし、現在までに学会認定の初の「医療福祉連携士」がこれまで200名が誕生
- 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

研修科目（共通科目）

○講義

- 1 地域医療連携概論
- 2 医療政策・関係法規概論
- 3 診療報酬制度概論
- 4 福祉連携論
- 5 ケアマネジメント論
- 6 病院運営概論
- 7 医療情報システム概論
- 8 クリティカルパス概論
- 9 クリティカルパス演習Ⅰ
- 10 クリティカルパス演習Ⅱ

- 11 地域連携クリティカルパス概論Ⅰ
- 12 地域連携クリティカルパス概論Ⅱ
- 13 地域連携クリティカルパス演習Ⅰ
- 14 地域連携クリティカルパス演習Ⅱ
- 15 在宅医療概論
- 16 カウンセリング概論

○地域連携の実習

- 1 地域医療連携実習
- 2 地域連携クリティカルパス実習

○フォローアップ研修

* すべての座学と実習を履修すること。

* 座学1コマ :90分 実習1コマ:6時間

専門科目

医学系科目

○座学

- 1 臨床医学概論Ⅰ
- 2 臨床医学概論Ⅱ
- 3 臨床医学概論Ⅲ
- 4 臨床医学概論Ⅳ
- 5 臨床医学概論Ⅴ
- 6 臨床医学概論Ⅵ
- 7 臨床看護概論
- 8 地域看護概論

○実習

- 1 臨床医学実習Ⅰ（急性期病院）
- 2 臨床医学実習Ⅱ（回復期病院）
- 3 臨床医学実習Ⅲ（地域診療所）
- 4 保健行政実習（保健所、保健センター）

社会・福祉系科目

○座学

- 1 医療福祉論
- 2 精神保健福祉論
- 3 退院支援論Ⅰ
- 4 退院支援論Ⅱ
- 5 地域移行支援論
- 6 福祉制度論
- 7 福祉施設論
- 8 在宅介護論

○実習

- 1 介護療養型施設実習（入所施設）
- 2 在宅福祉実習（地域包括支援センター）
- 3 福祉行政実習（福祉事務所、自相等）
- 4 居宅介護支援施設実習

* 座学は全て、実習は2つ以上を履修すること

認定試験

- 受講資格者が学会が主催する研修会において、必要な科目を履修することにより、受験資格を得る。
- 学会以外が主催する研修会や講義の一部を学会主催の科目として認定することもできる。
- 受験希望者は個別に学会に受験資格の認定を受けるために必要な手続き(書類等の提出)を行う。
- 認定試験は受験資格にかかわらず、全ての科目から出題される。

研修日程と場所

- 研修場所

- 日本医科大学教育棟2階(東京)、実習は各地

- 研修日程

- 共通科目 7月31日(土)、8月1日(日)、28日(日)、29日(日)の4日間

- 専門科目(医学系) 9月11日(土)、12日(土)の2日間

- 専門科目(社会・福祉学系科目) 9月25日(土)26日の2日間

- 課題講習 10月23日(土)、24日(日)の2日間

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」を取得

五稜郭病院の保健師・尾関さん(38)が、日本医療福祉センターが主催する「医療福祉連携士」を取得した。医療と福祉、介護との連携・調整をより効果的に行うために、両者の役割をより人目につく。

(取材地：函館)

同学会が主催する「医療・福祉・介護の連携を促す地域の医療と福祉連携のあり方」を目的とした研修会に参加した。尾関さんは「医療と福祉の連携を促す」という目的を達成するために、地域を巻き込んで取り組むことが重要だ、という。よりスキルアップを図るため受験した。

「医療・福祉・介護の連携を促す」という目的を達成するために、地域を巻き込んで取り組むことが重要だ、という。よりスキルアップを図るため受験した。

「医療・福祉・介護の連携を促す」という目的を達成するために、地域を巻き込んで取り組むことが重要だ、という。よりスキルアップを図るため受験した。



修了証を手に「医療福祉連携士の認知度が広がれば」と話す尾関さん

地域包括ケア築きたい

内目
道2人

昨年7月には、東京でも初となる「医療福祉連携士」の取得者として、尾関さんは「医療と福祉の連携を促す」という目的を達成するために、地域を巻き込んで取り組むことが重要だ、という。よりスキルアップを図るため受験した。

「医療・福祉・介護の連携を促す」という目的を達成するために、地域を巻き込んで取り組むことが重要だ、という。よりスキルアップを図るため受験した。



咲かそう、地域包括ケアの花！

まとめと提言

- ・地域包括ケアシステムの構築が医療介護一括法案の最大政策課題
 - ・後期高齢者の保険制度は、ケアサイクルを考慮して、医療・介護一体型、包括型で！
 - ・地域包括ケアシステムには地域のまちづくりの視点が必要
- 地域包括ケアには自治体の地域開発プロデュース力が試される
- ・医療と介護を結ぶ現場の人材、医療福祉連携士の養成が必要

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
- **2013年4月発刊**



これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

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)