

2025年へのカウントダウン ～地域包括ケアと多職種連携～



国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹



2016年1月

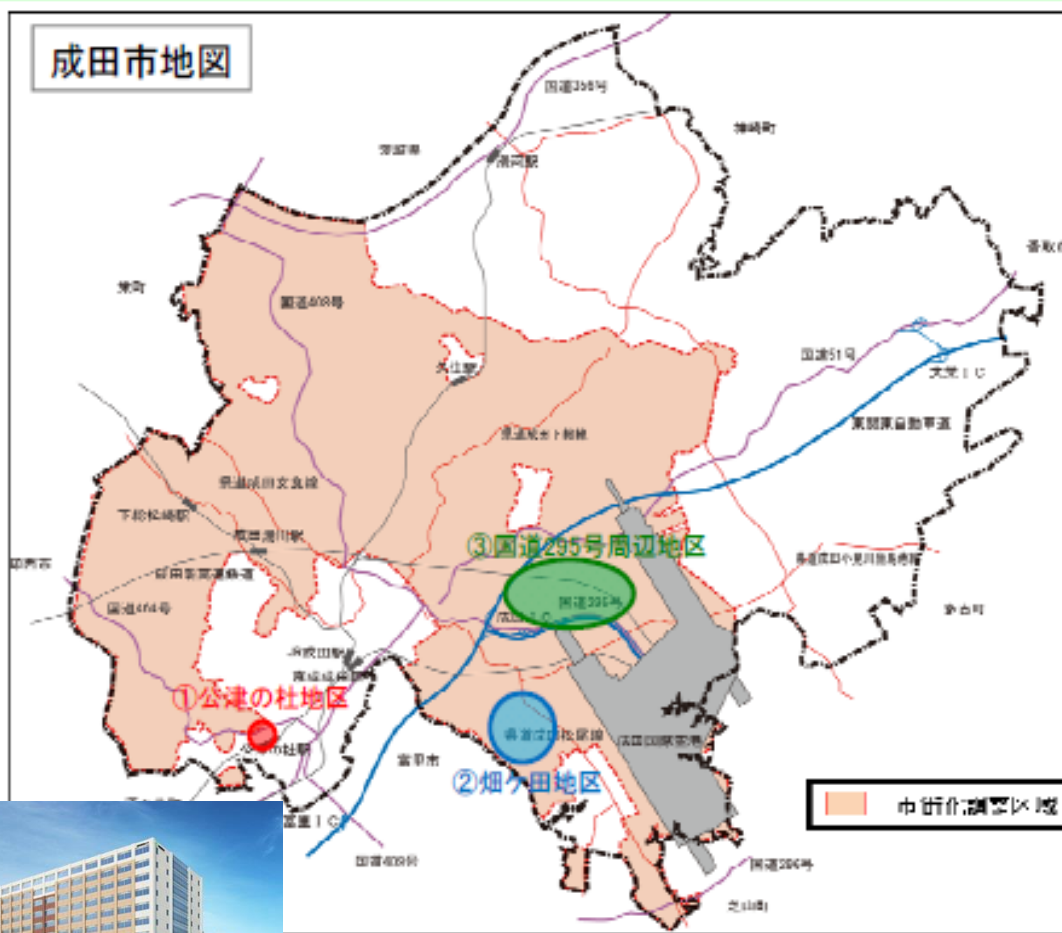
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グランド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



2017年4月医学部開講

目次

- パート1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域包括ケアシステム
- パート3
 - 在宅医療・介護連携推進事業
- パート4
 - 地域包括ケアシステムと診療報酬改定



パート1 国民会議と医療介護一括法



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された。
- 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)

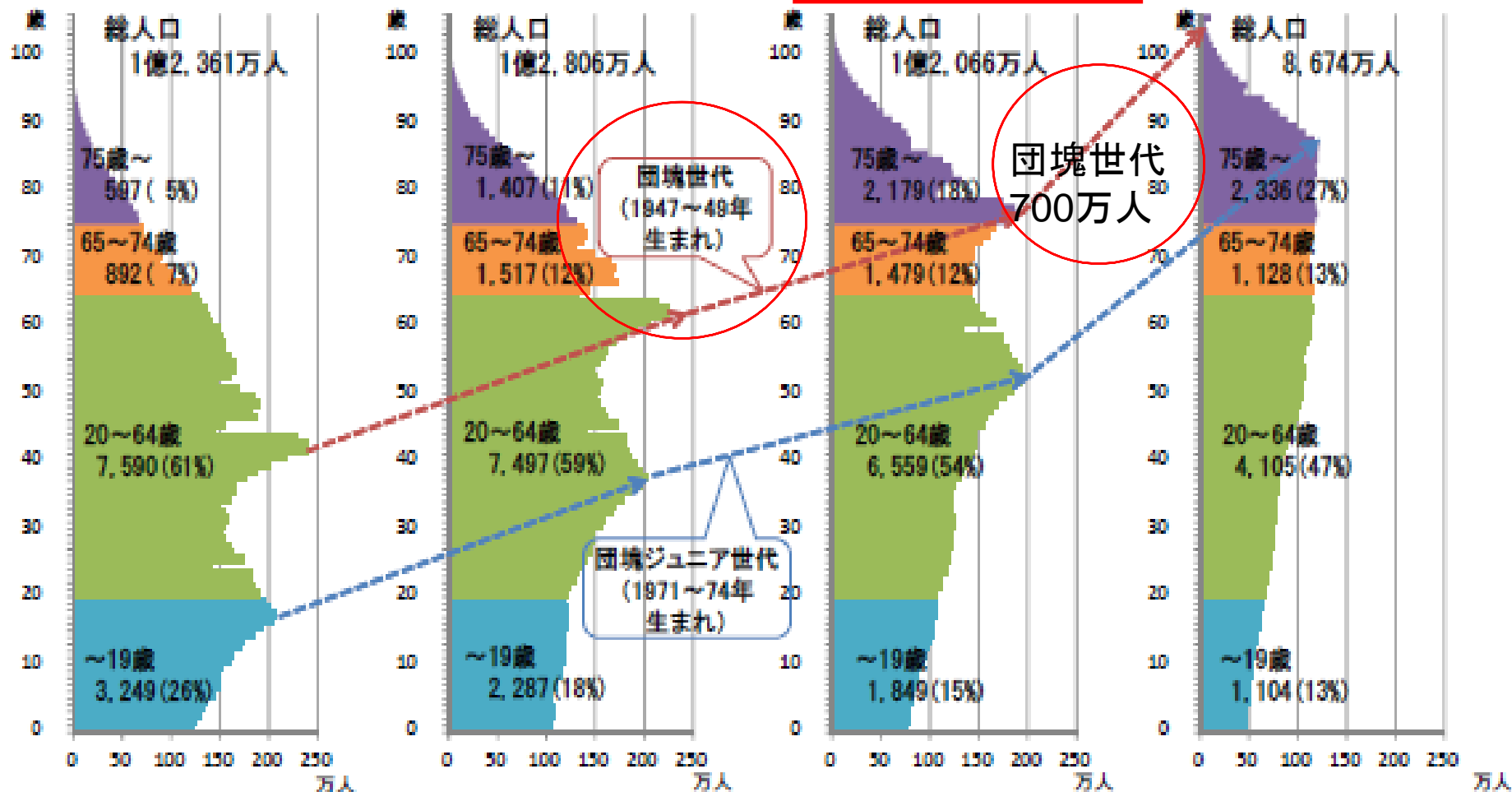
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

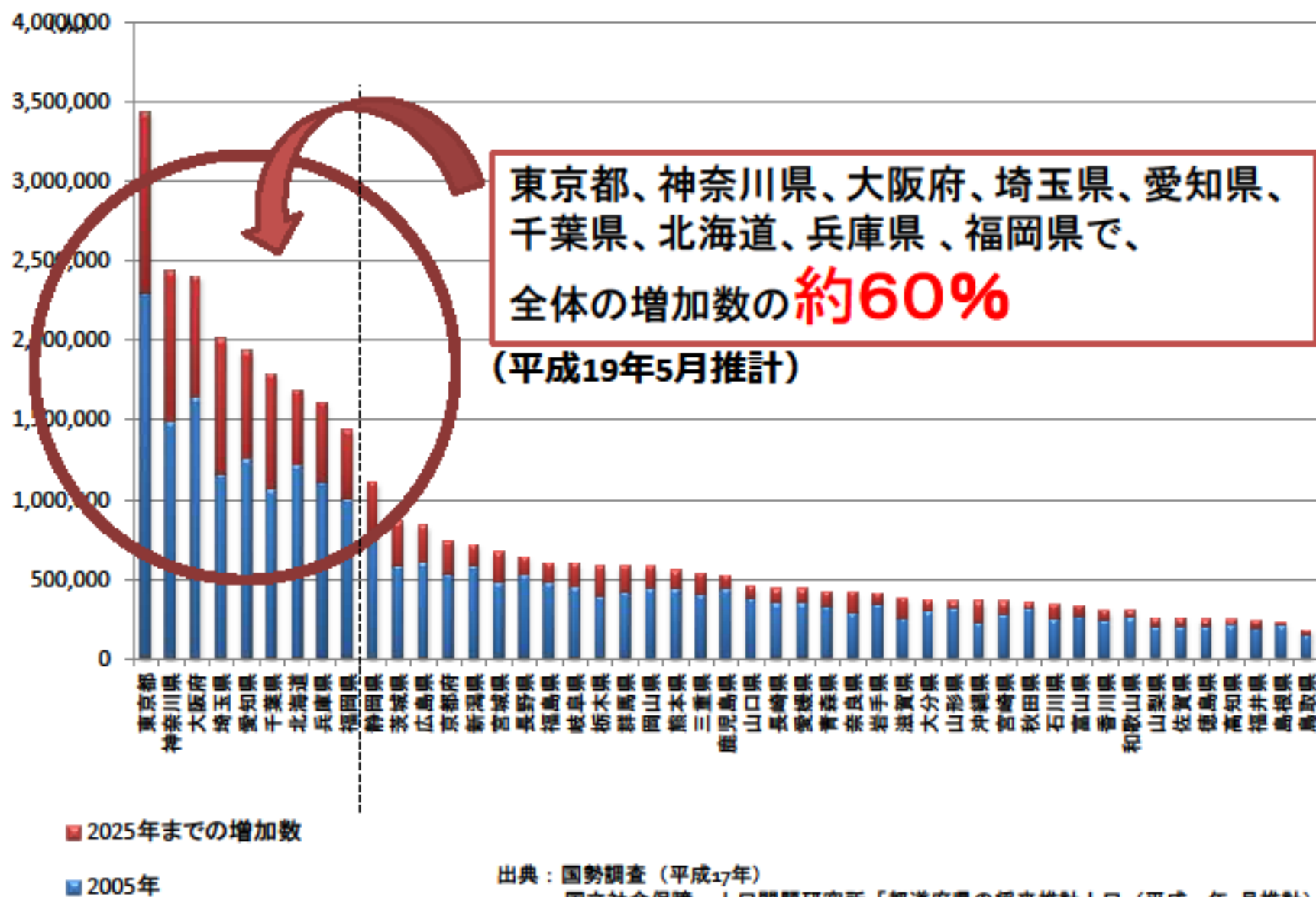
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)

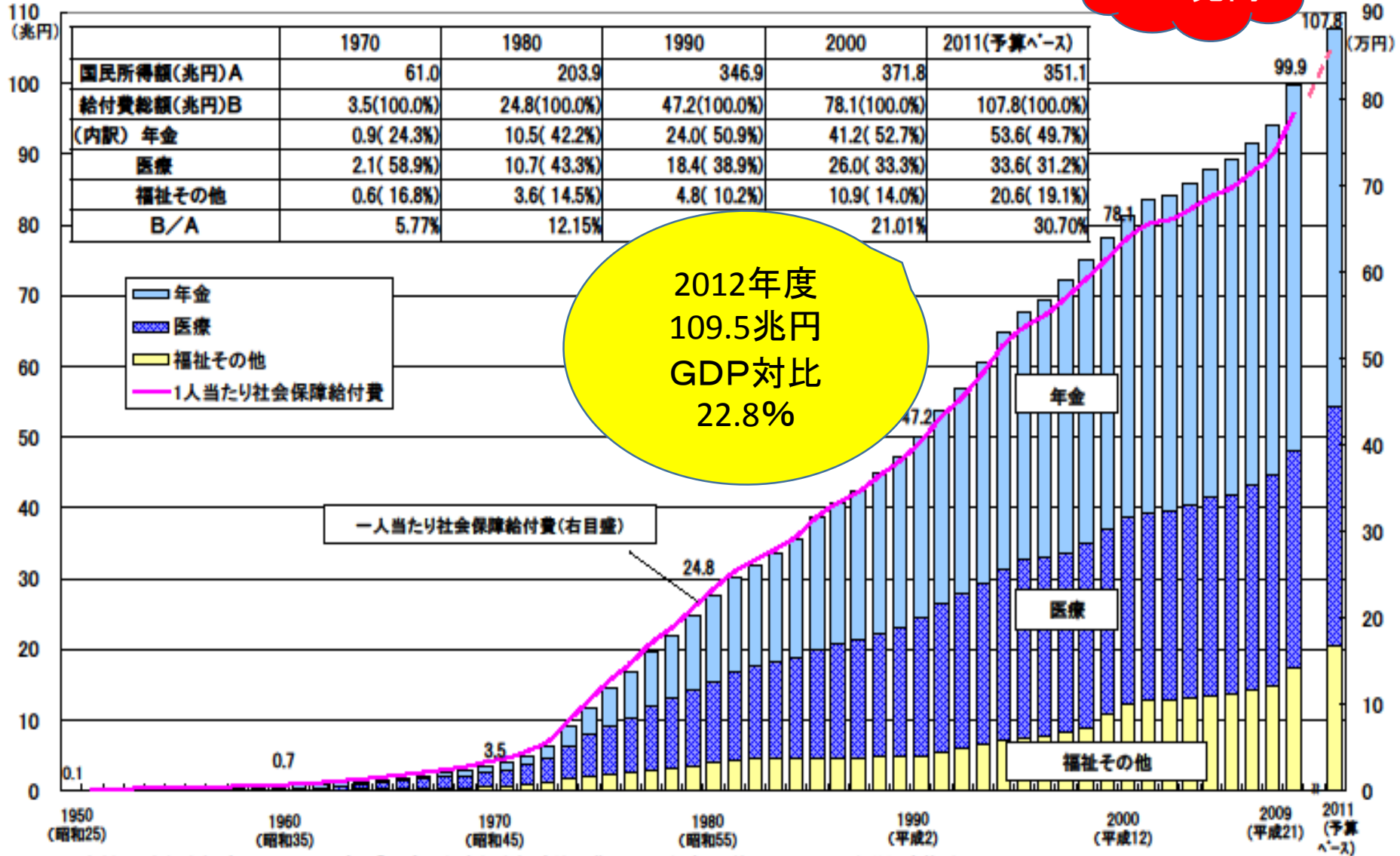


都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



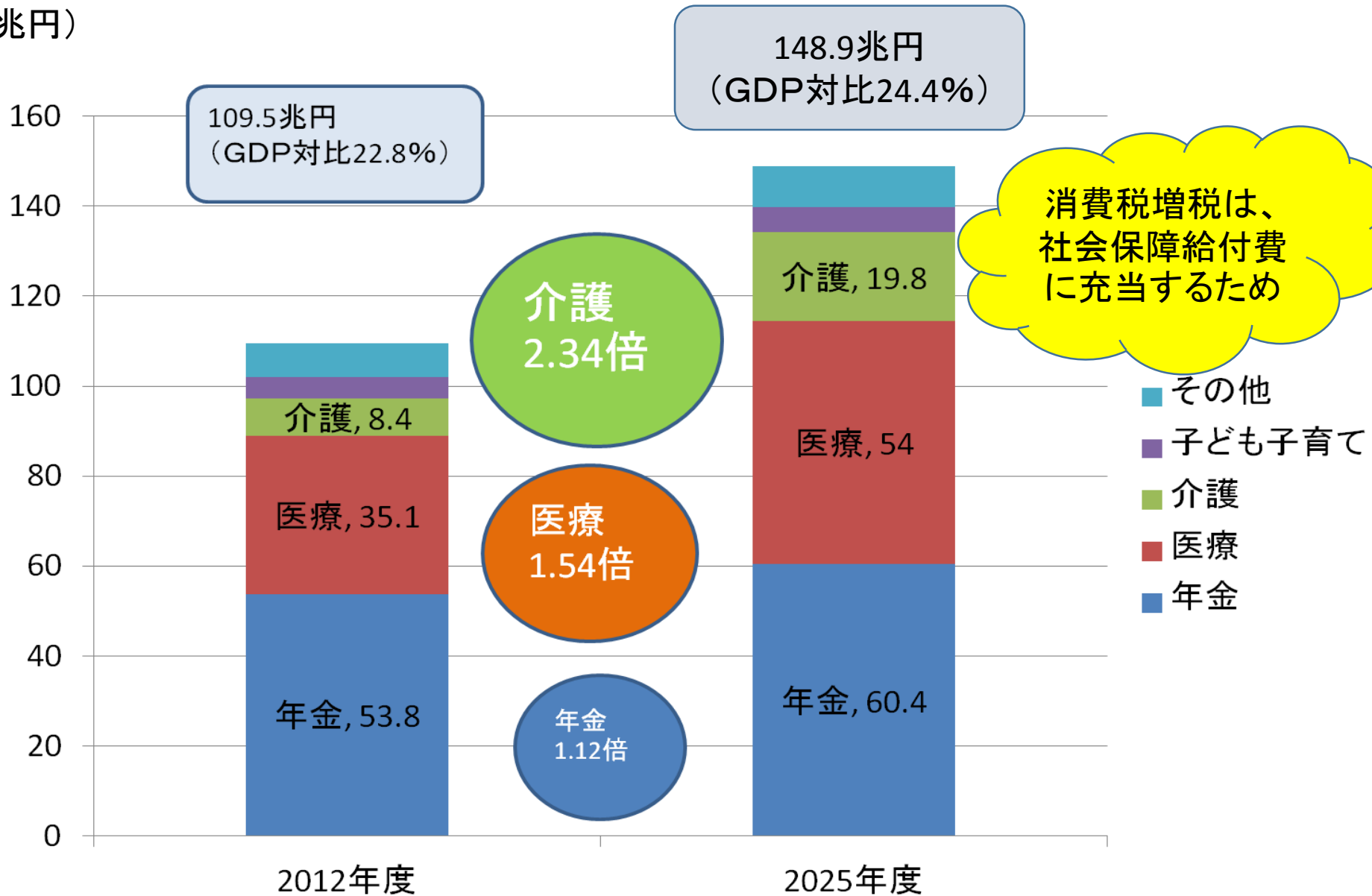
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

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。

社会保障給付費の見通し

(兆円)



地域医療介護一括法



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

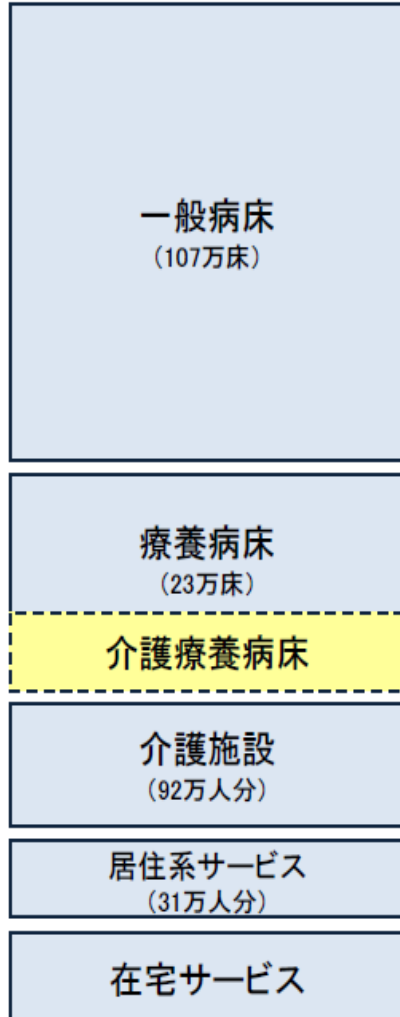
国民会議報告のポイント

- 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

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

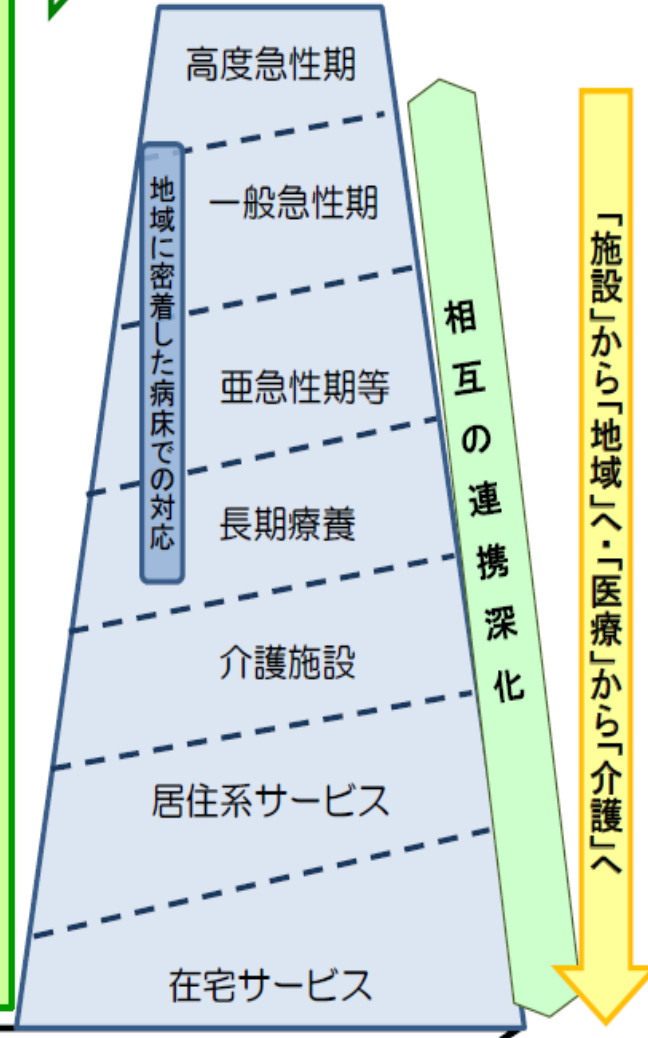
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

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

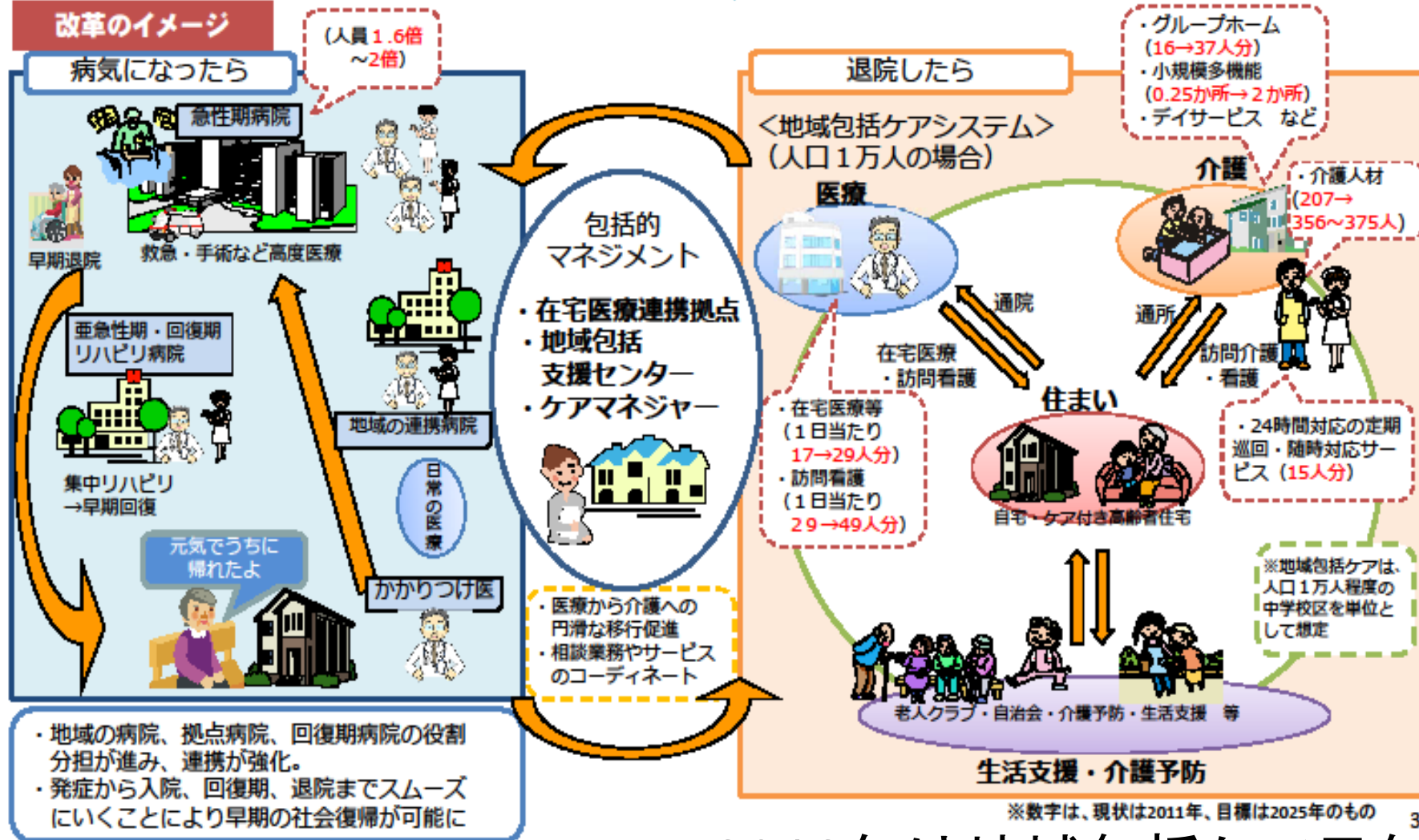
改革の方向性 ②

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

地域医療・介護一括法成立可決(2014年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)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年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」

パート2

地域包括ケアシステム



地域包括ケアシステムとは

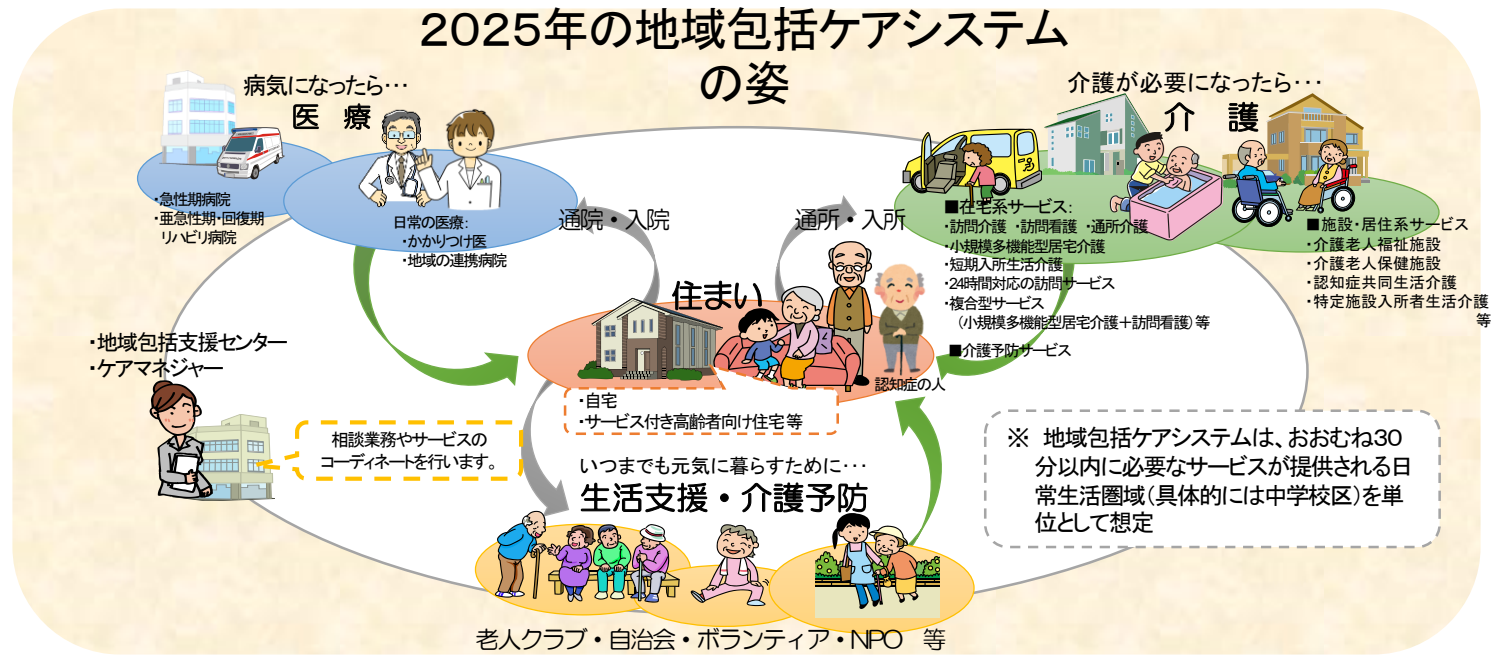
介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム



Aging in Place

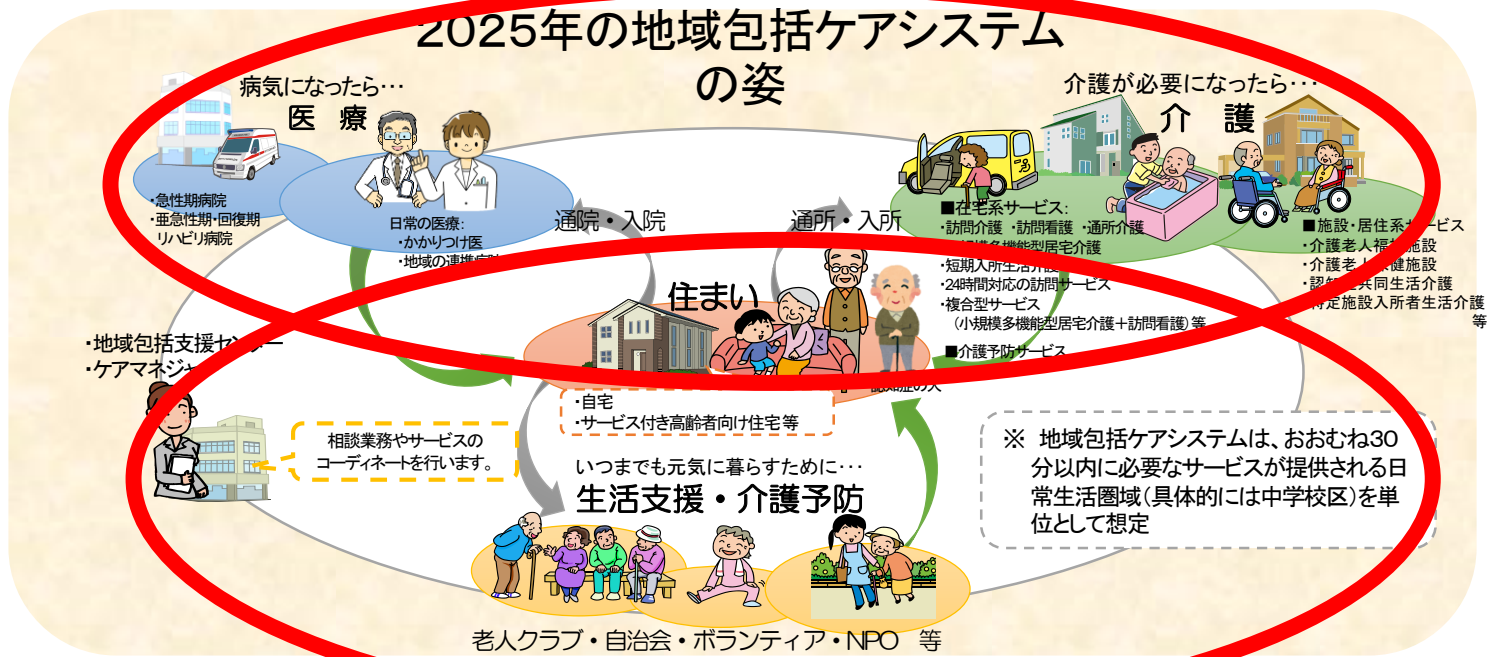
平成25年 地域包括ケアシステム

- **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システムの実現**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ります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



平成25年 地域包括ケアシステム

- **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システムの実現**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ります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



地域包括ケアシステム が必要な2つのワケ

- ① ケアサイクル論
- ② 団塊世代の死に場所探し

① ケアサイクル論



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

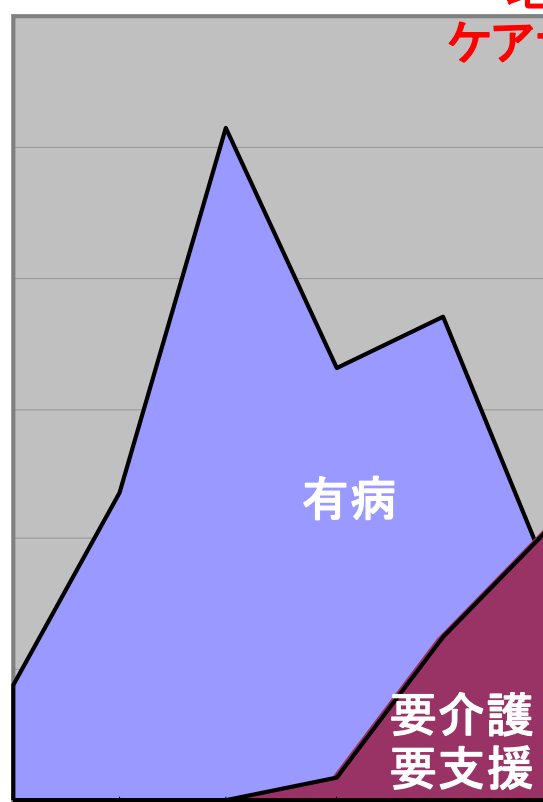
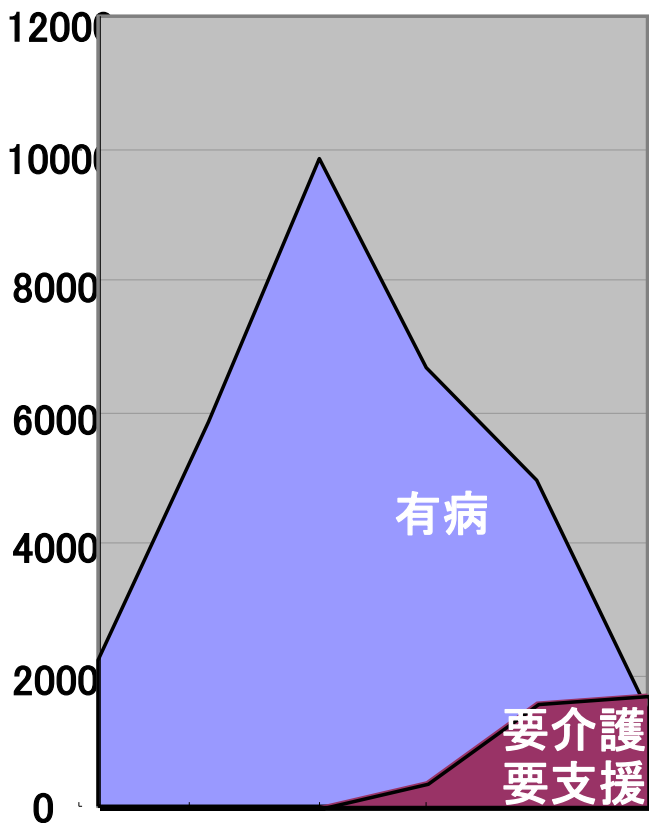
有病・要介護・要支援者人口10万当たり

2010年

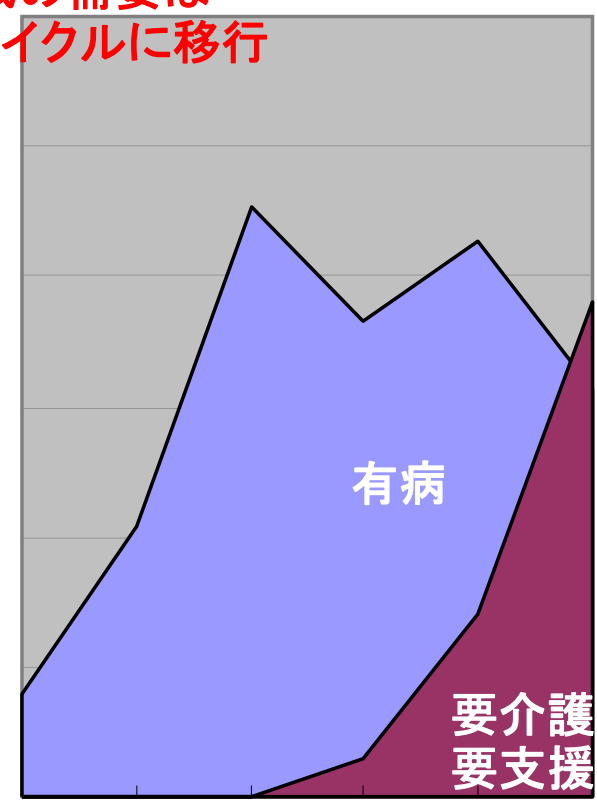
2030年

2060年

人



地域の需要は
ケアサイクルに移行



0~14 15~44 45~64 65~74 75~84 85~ 0~14 15~44 45~64 65~74 75~84 85~ 0~14 15~44 45~54 55~64 65~74 75~84 85~

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

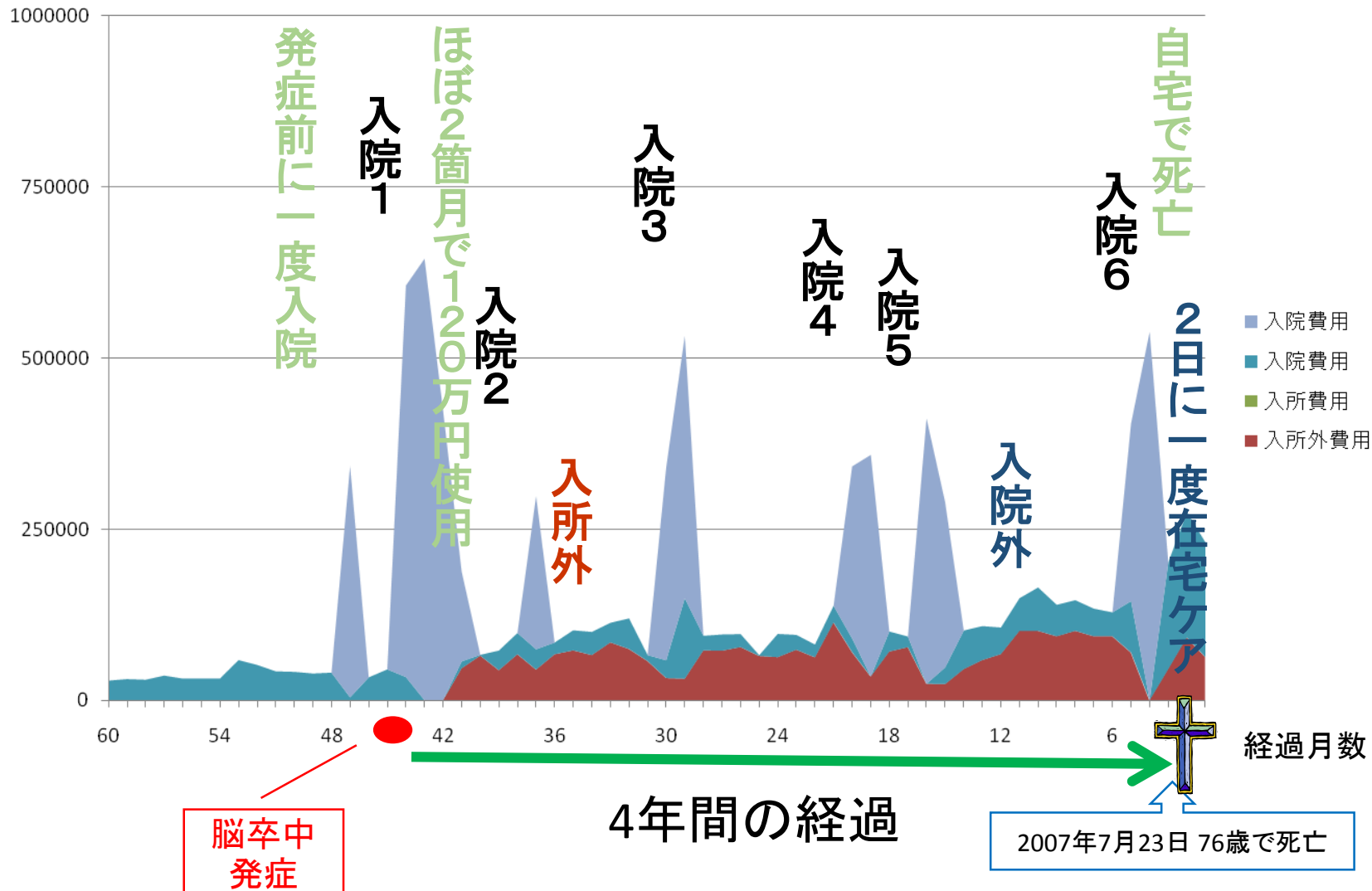
ケアサイクルを見てみよう！

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

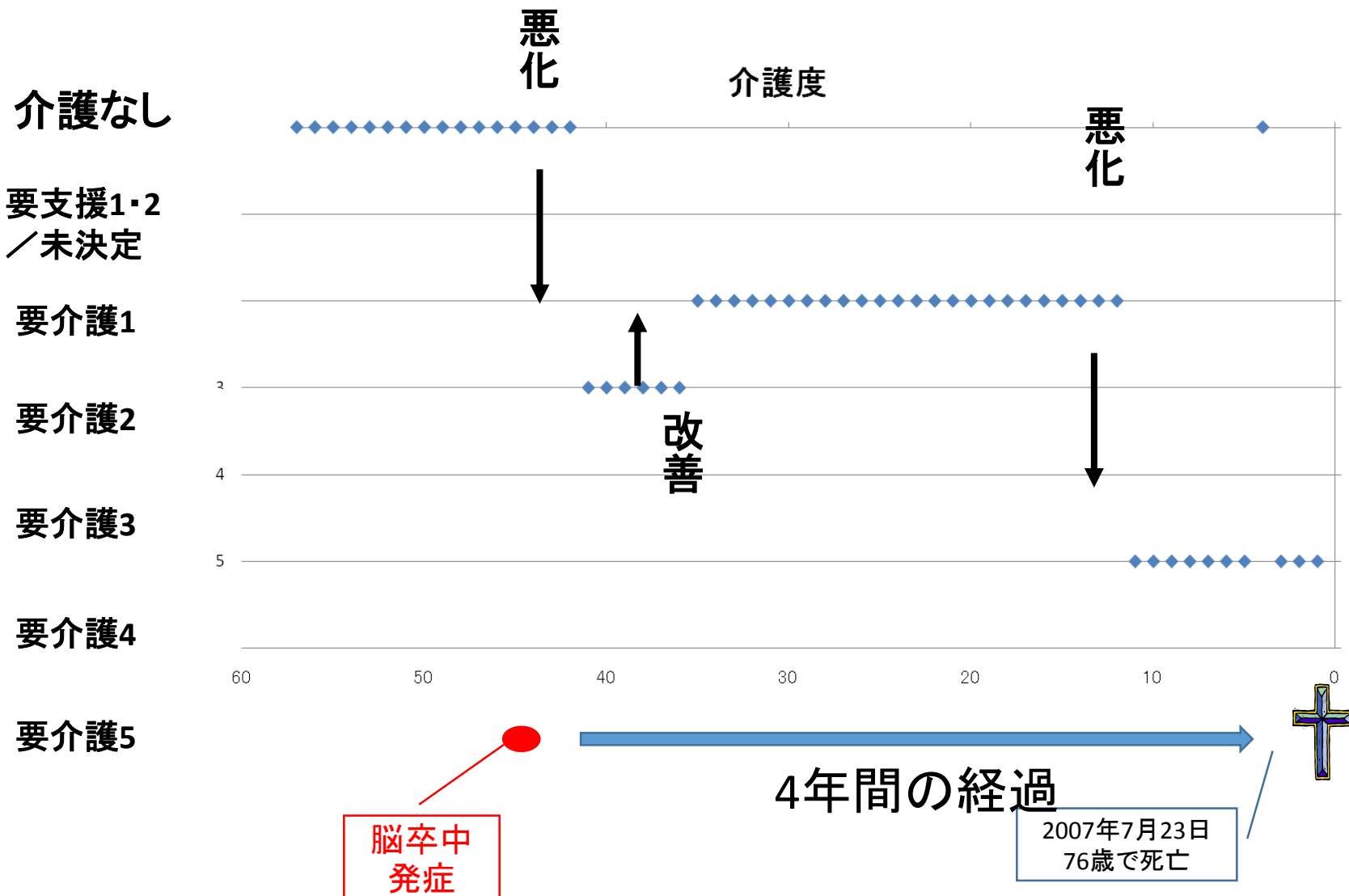
費用(円)

1ヶ月個人単位請求額



No.48 死亡前60ヶ月間の介護度推移

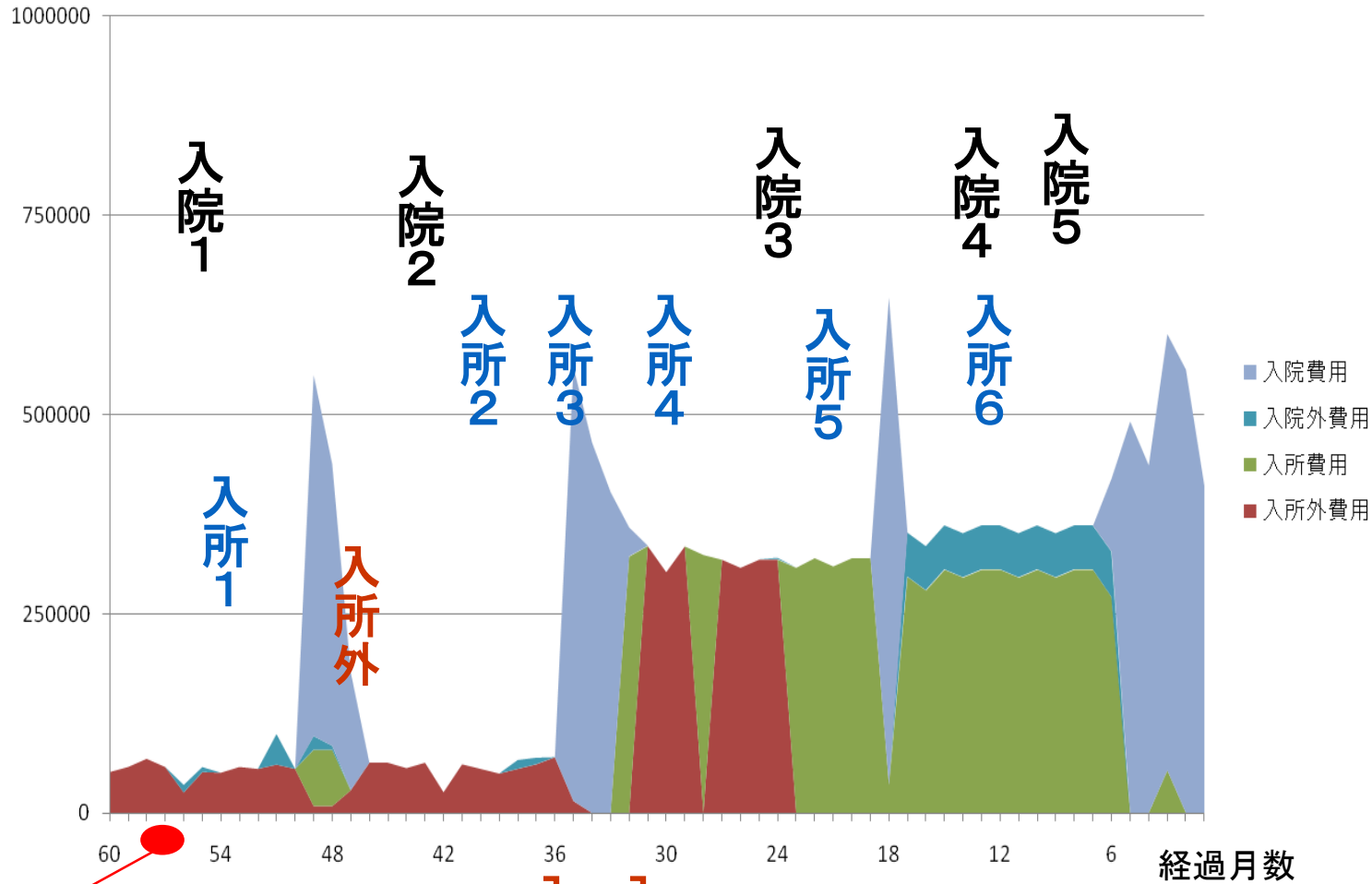
76歳男性／介護主病名：脳卒中



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)



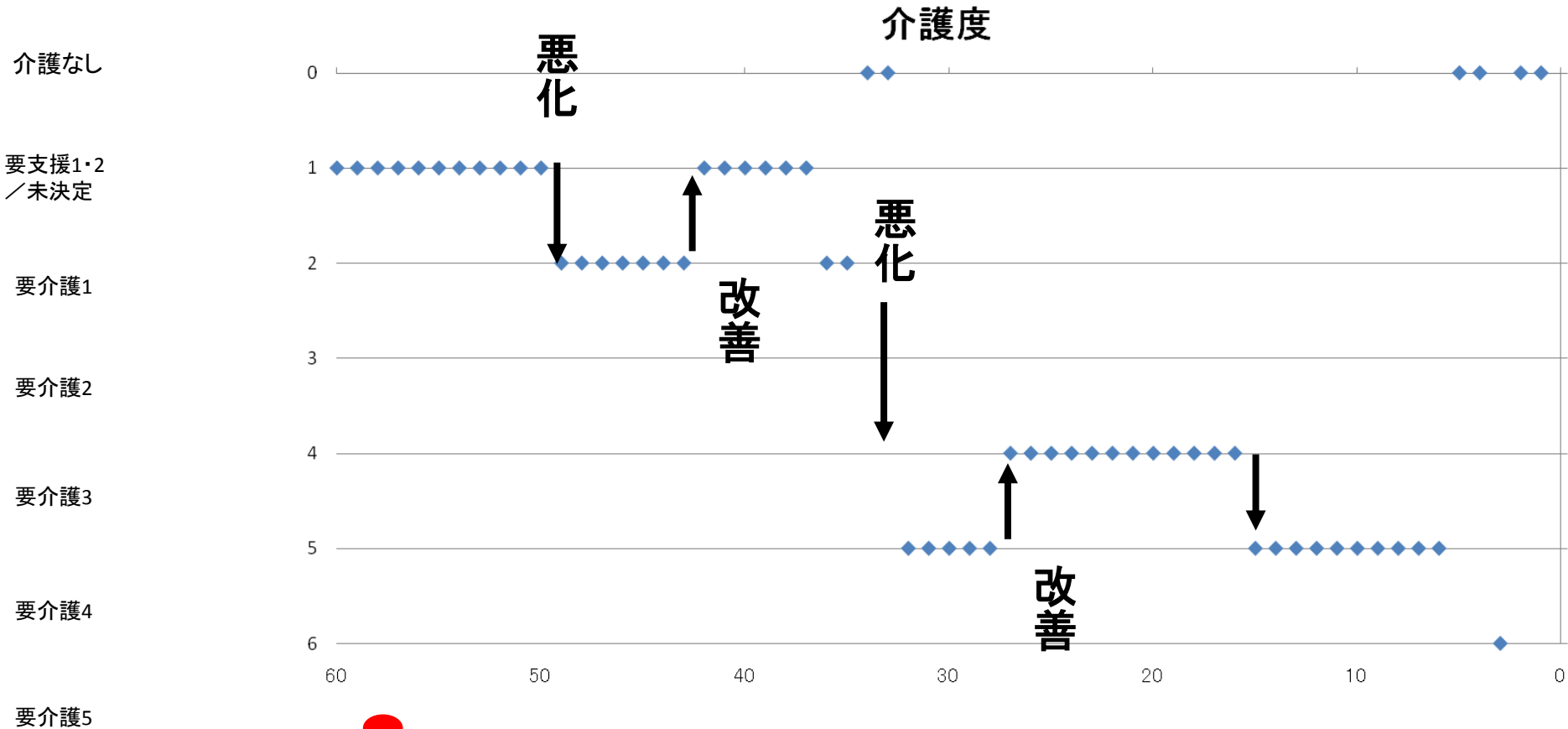
脳卒中
発症

入所外
入所外

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

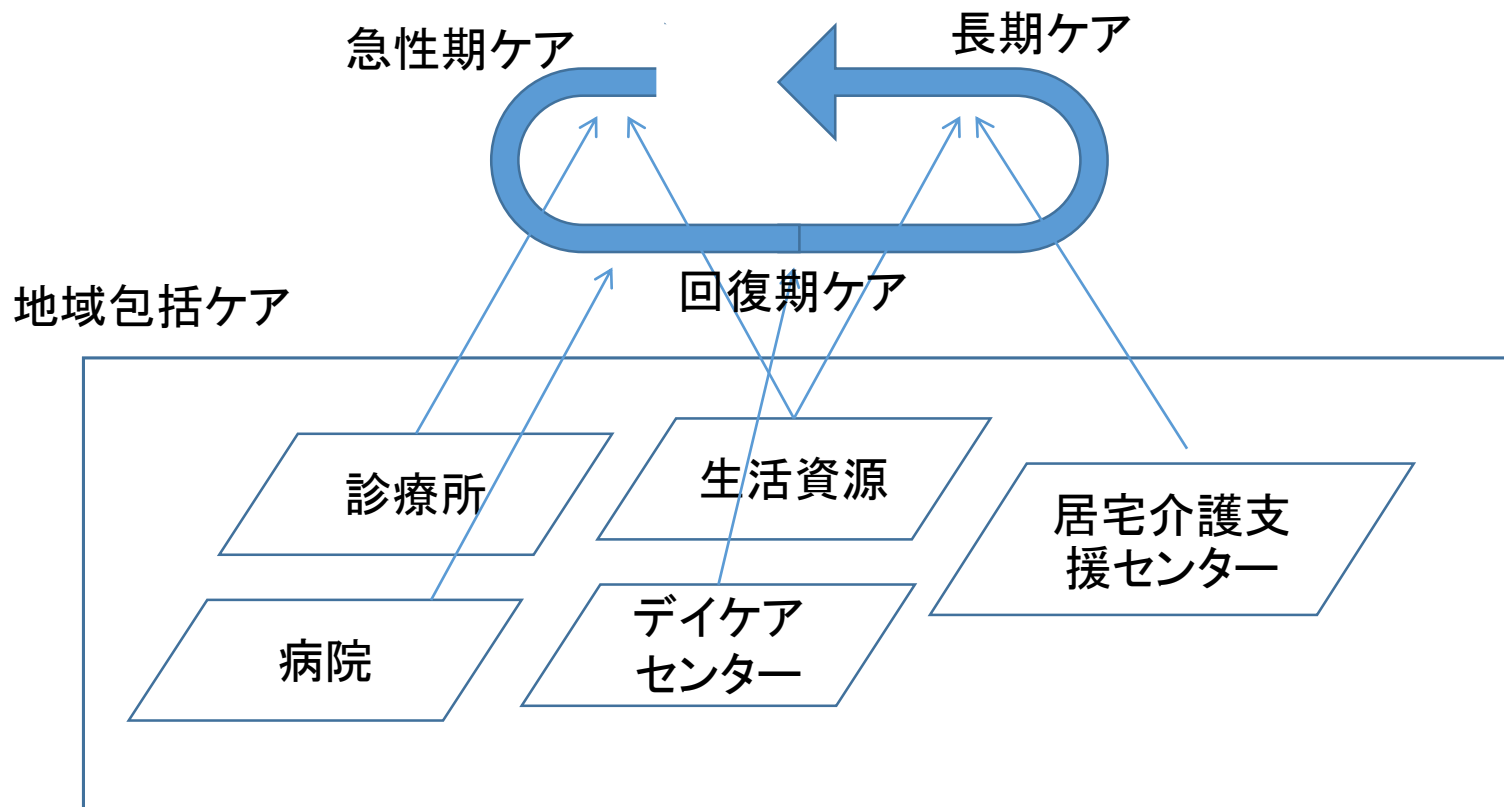


脳卒中
発症

2007年7月25日
91歳で死亡

ケアサイクル

男性は死亡するまでに3~5回、
女性は5~7回のケアサイクル
を繰り返す



医療・介護のケアサイクル

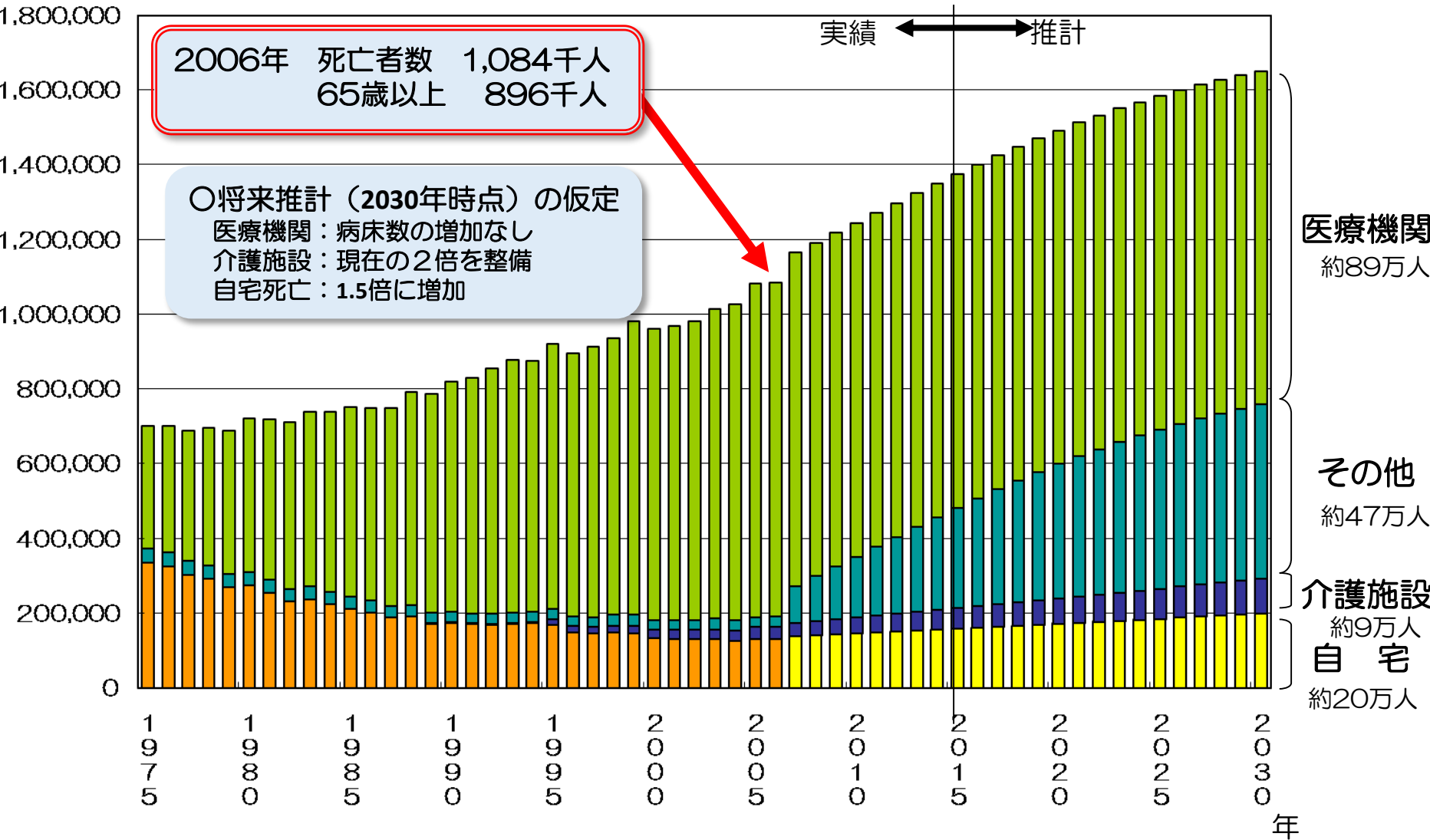
- 後期高齢者で医療・介護は不可分、医療と介護のケアサイクルを循環する
 - 男性は死亡するまでに3～5回のケアサイクル、
女性は5～7回のケアサイクルの回転がある
- 医療保険と介護保険は75歳以上は統合しては？
- 統合した上で、支払方式は医療・介護包括支払方式「地域包括ケア払い」にしては？
- でも、保険者は誰がになう？

②団塊世代の 死に場所探し



死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計

人



【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

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

「お看取りくん」アプリが必要！

～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」
- 患家に急いだら、なんとお坊さんが先に来ていた！
- お看取りくんアプリ
 - 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

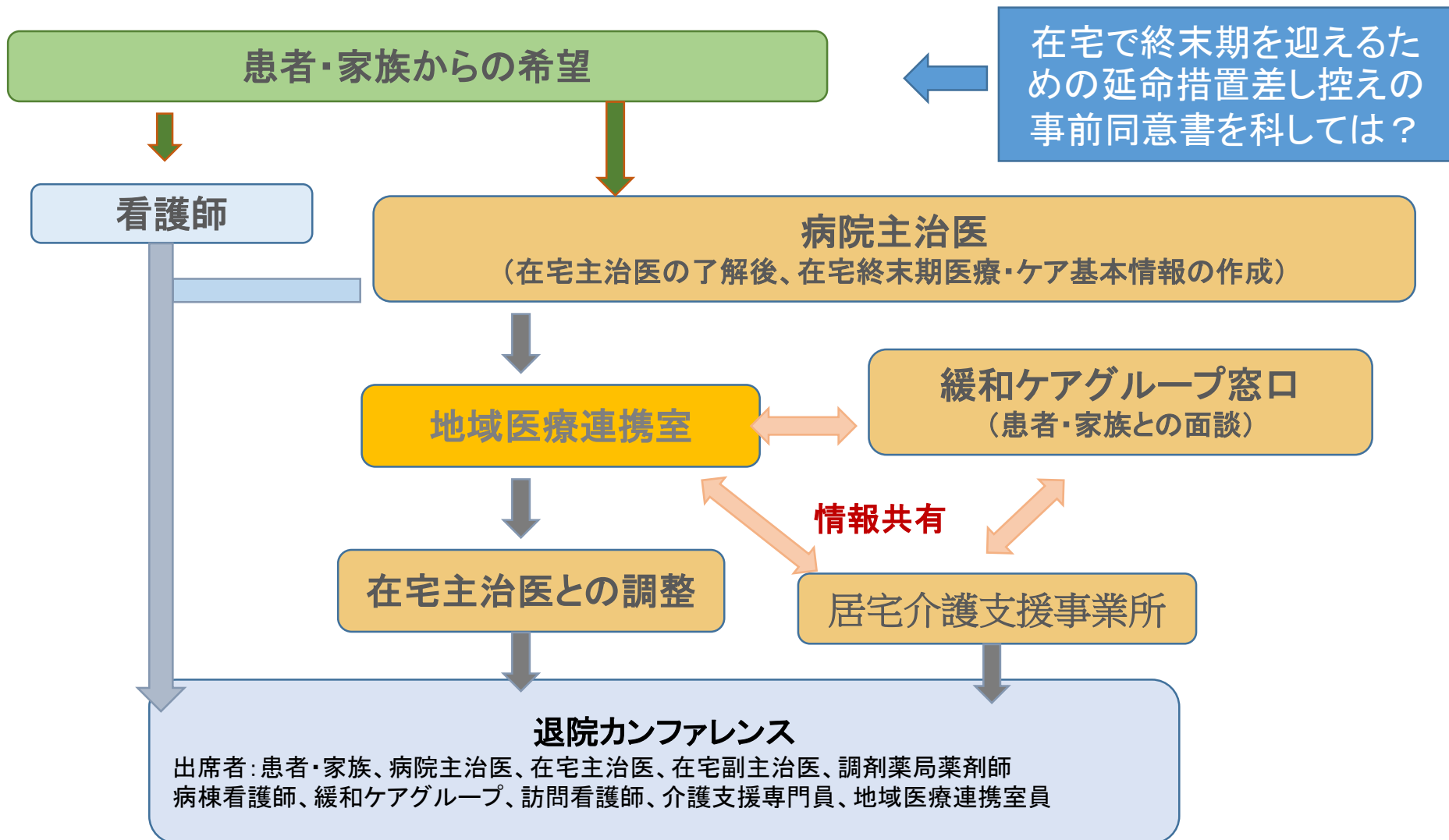
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

- 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

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 []

主たる介護人： [] 続柄 [] TEL [] FAX []

かかりつけ医（主治）： [] TEL [] FAX []

副かかりつけ医（主治）： [] TEL [] FAX []

副かかりつけ医（主治）： [] TEL [] FAX []

連携病院：病院 TEL [] FAX []

連携病院サポート医：科 []

担当看護師 []

在宅介護支援所： []

介護保険 無 有 要介護 1 2 3 ケアマネージャー名 []

家族構成（介護相談窓口および決定権者を記入下さい）
[] **終いに対する対応**

終いに対する対応（本人・家族）

- 最後まで自宅
- 最後は連携病院
- 状況により判断

緊急連絡先 []

かかりつけ医→副かかりつけ医 1→副かかりつけ医 2→救急外来

診断：主 [] 癌 転移： []

副 1. [] 2. []

3. [] 4. []

既往歴： []

臨床経過： []

治療歴：1. 手術 有 ([]) 無 []

2. 抗癌剤 有 ([]) 無 []

在宅移行時における病状の問題点 []

予後に影響を与える因子 []

臓器不全（心、腎、肝、他 []）

栄養状態： []

出血（消化管 []、他 []）

腹水： []

他： []

予後予測： [] ヶ月

連携病院への通院：必要 毎、不要

インフォームドコンセント **告知について**

告知：本人、家族（ [] ）

内容 []

本人： []

家族： **告知理解度について**

精神的サポート 要 不要

告知理解度 [] 療養から死への不安点 []

本人：十分 [] 不十分 []

家族：十分 [] 不十分 []

療養方針 []

- 全身状態の管理
 - PS (performance status) 0、1、2、3、4 []
 - 栄養：経口 [] 非経口 []
 - 留置カテ：有 ([])、無 []
 - 排泄：自力 []、介助 []
 - 褥瘡：有 [] 無 []
 - 口腔ケア：有 [] 無 []
 - その他のケア内容 []
- 投薬内容 [] **疼痛管理について**
- 疼痛管理 []

無 有 投与経路 経口 経静脈 座剤 他 []

麻薬 []

NSAIDs []

訪問看護（指導ならびに実行状況）

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

介護

 - ヘルパー 有 [] 無 []
 - デイサービス 有 [] 無 []

入力者 []

自動入力 []

病院担当医 []

病院担当Ns []

緩和グループ担当者 []

ケアマネージャー []

在宅かかりつけ医 []

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	11W 3月25日	11W 3月26日	12W 3月28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	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	脱水・浮腫	脱水・浮腫	脱水・浮腫 腹水貯留 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回分		ロキソニン3回分
他			
補液	①ホアアト500ml オキシコドン注 100ml/1000ml ②320cc/2回分	①ホアアト500ml オキシコドン注 100ml/1000ml ②320cc/2回分	①オキシコドン注850ml オキシコドン注 100ml/1000ml ②320cc/2回分
(検査)	(IVHホアア) 自己病下	(IVHホアア) 自己病下	(IVHホアア) 自己病下
(病状説明)			
他	NS上気管炎とIVHホアアの使用法を確認(理路)	添付添付シニア721ml 自己病下	BD118/92 P84 K1369 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	排便回数3回	排便回数3回
清拭	1回600ml	1回600ml
入浴		1回600ml
精神面	安定	安定
他	体温37.0℃/40.0℃ あきか若狭止 KT37.0℃ P.00 BD100/60 SpO2 98%	呼吸数20回/分 呼吸音良好 血圧118/92 P84 脈拍72 P.00 呼吸数20回/分 呼吸音良好 血圧118/92 P84 脈拍72 P.00 呼吸数20回/分 呼吸音良好

(訪問介助) 記載者		

項目	13W 3月29日	14W 3月30日	15W 3月31日	16W 4月1日	17W 4月2日
問題点(特記事項)		15時血圧80/60 21時低下 経口摂取減少	21時一時的に80/60 低下 経口摂取減少	←	17時4時 永眠

(一般状態) 記載者	藤田	藤田	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	脱水・浮腫	脱水・浮腫	脱水・浮腫 20時救急車で 市立病院まで搬送 入院

(投薬) 記載者	上田	藤田	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/1000ml ②320cc/2回分	←	←
(検査)	例注ラジウム100μg (IVHホアア) 自己病下	←	←
(病状説明)	家族から「再入院してほしい」と連絡あり	←	←
他	市立病院外科に搬送入院紹介状記載	←	←

(訪問看護) 記載者	上田
食事	ビーチ- 水分少量摂取
排泄	排便回数3回
清拭	全身清拭
入浴	1回600ml
精神面	安定
他	体温37.0℃/40.0℃ あきか若狭止 KT36.5℃ P.00 R120/60 BD108/60 SpO2 98% 脈拍89回/分 下半身浮腫 体幹清 意識良好 脱水良好 尿量良好

(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**
頑張りよう!



出所: 中川彦人

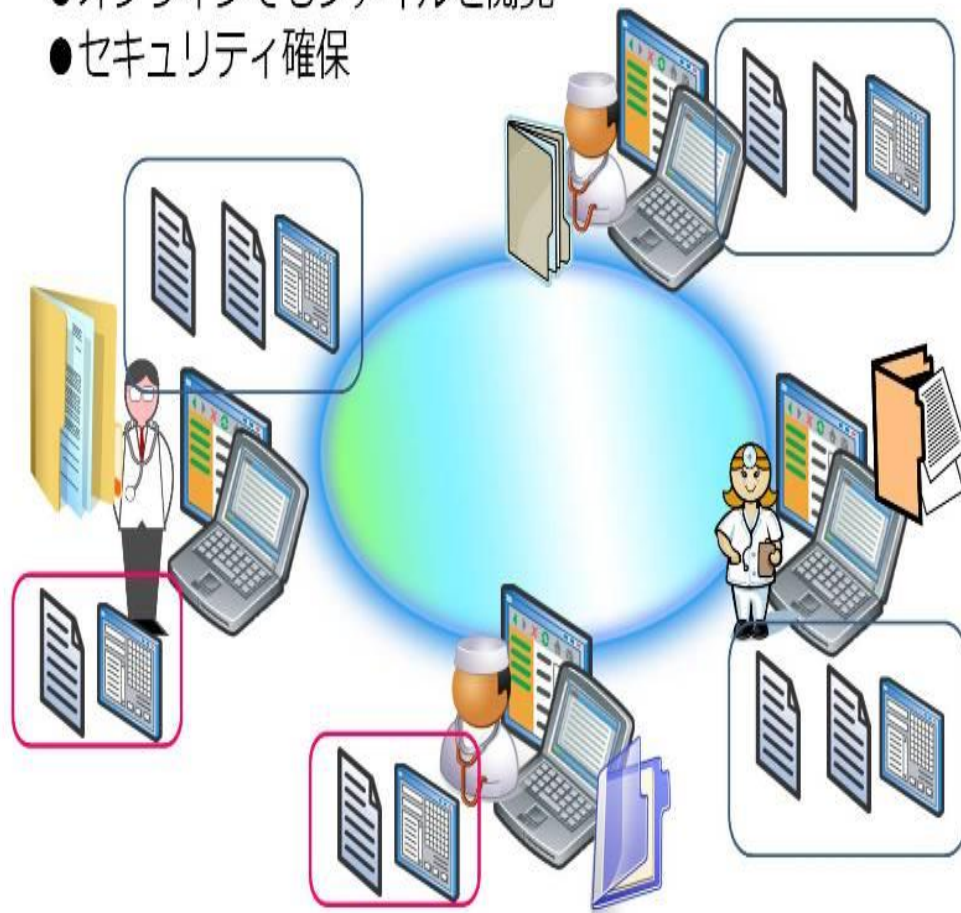
マイクロソフトGroove

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

日単位ウィンドウの表示

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

ワークスペース メンバ

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

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

チャット

よく使う機能

ファイル

ディスカッション

予定表

画像

194 KB

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

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
デスカンファレンスに発展

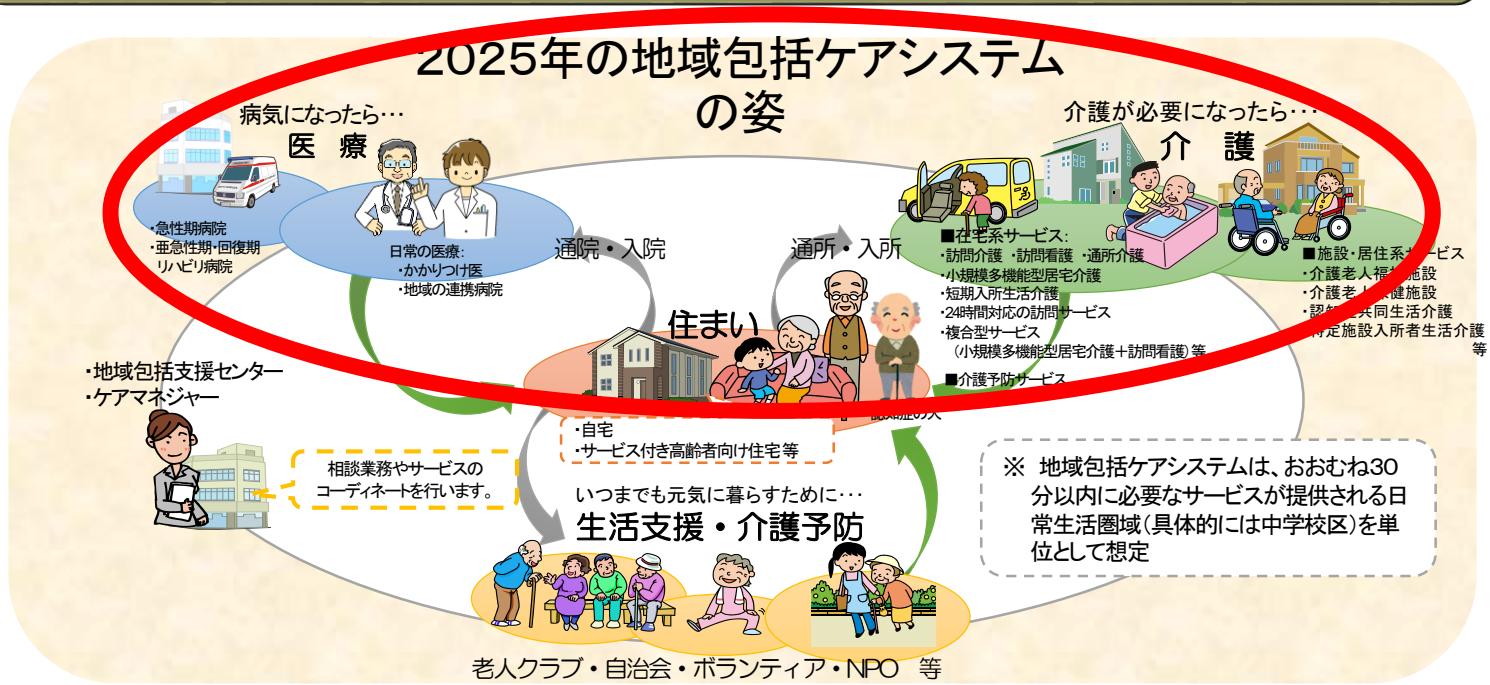
パート3

在宅医療・介護連携推進事業



平成25年 地域包括ケアシステム

- **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システムの実現**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ますようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性にに基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



地域包括ケアシステムにおける在宅医療と介護連携

新しい地域支援事業の全体像

<現行>

介護保険制度

<見直し後>

【財源構成】

国 25%

都道府県
12.5%

市町村
12.5%

1号保険料
21%

2号保険料
29%

【財源構成】

国 39.5%

都道府県
19.75%

市町村
19.75%

1号保険料
21%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付
(要支援1~2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

介護予防事業

又は介護予防・日常生活支援総合事業

○ 二次予防事業

○ 一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業

○ 地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業

○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多
様
化

充
実

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
(要支援1~2、それ以外の者)

○ 介護予防・生活支援サービス事業

・ 訪問型サービス

・ 通所型サービス

・ 生活支援サービス(配食等)

・ 介護予防支援事業(ケアマネジメント)

○ 一般介護予防事業

包括的支援事業

○ 地域包括支援センターの運営

(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)

○ **在宅医療・介護連携の推進**

○ **認知症施策の推進**

(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)

○ **生活支援サービスの体制整備**

(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業

○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

地域支援事業

在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組について

- 本事業の円滑な実施のため、市区町村の行政組織内に、在宅医療・介護連携の推進に関する業務についての担当部署を決定し、市区町村が主体的に協議を進め、取組を実施していくことが重要。
- 地域の実情やそれぞれの取組の専門性に鑑みて、(ア)から(ク)のそれぞれについて、委託が可能であるが、委託する場合においても、市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業の全体の取組を管理・調整していくことが必要。
- 本事業を推進するにあたっては、市区町村が、その取組の開始前から、地域における医療・介護関係者と連携して行うことが重要。また、本事業の取組における成果物の周知等においても、医療関係者への周知は郡市区医師会等、介護関係者への周知には地域包括支援センター等の協力を得ながら、幅広く関与していくことが重要。
- また、本事業の取組は、複数の市区町村による実施が効果的・効率的であると考えられる場合は、共同実施が可能。

● 在宅医療・介護連携 推進事業の事業項目

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

(イ) 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

(カ) 医療・介護関係者の研修

(キ) 地域住民への普及啓発

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

(参考) 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」による改正後の介護保険法

第115条の45第2項

市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一～三 (略)

四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）

五、六 (略)

第115条の45の10

1 市町村は、第115条の45第2項第4号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

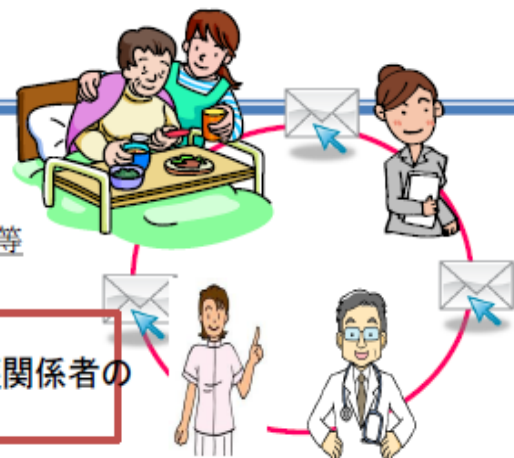
2 市町村が行う第115条の45第2項第4号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

3 都道府県は、市町村が行う第115条の45第2項第4号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する必要な協力をすることができる。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援を行う。

※情報共有ツール:情報共有を目的として使用される、情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス等



ポイント

- 既存の情報共有ツールの改善や、情報共有ツールを新たに作成する場合は、医療・介護関係者の双方が利用しやすい様式等になるよう考慮する。

実施内容・方法

1. 情報共有ツールの作成

- (1) 地域における既存の情報共有ツールとその活用状況を把握し、その改善等や新たな情報共有ツール作成の必要性について、関係する医療機関や介護サービス事業者の代表、情報共有の有識者等からなるWGを設置して検討(※地域の実情に応じて、既存の情報共有ツールの改善でも可)。
- (2) 作成又は改善を行う場合、WGにおいて、情報共有の方法(連絡帳、連絡シート、地域連携クリティカルパス、ファックス、電子メール等)や内容等を検討し、情報共有ツールの様式、使用方法、活用・手順等を定めた手引き(利用者の個人情報の取り扱いを含む)等を策定。
※ 実際に情報共有ツールを使用する地域の医療・介護関係者等の意見を十分に踏まえること。

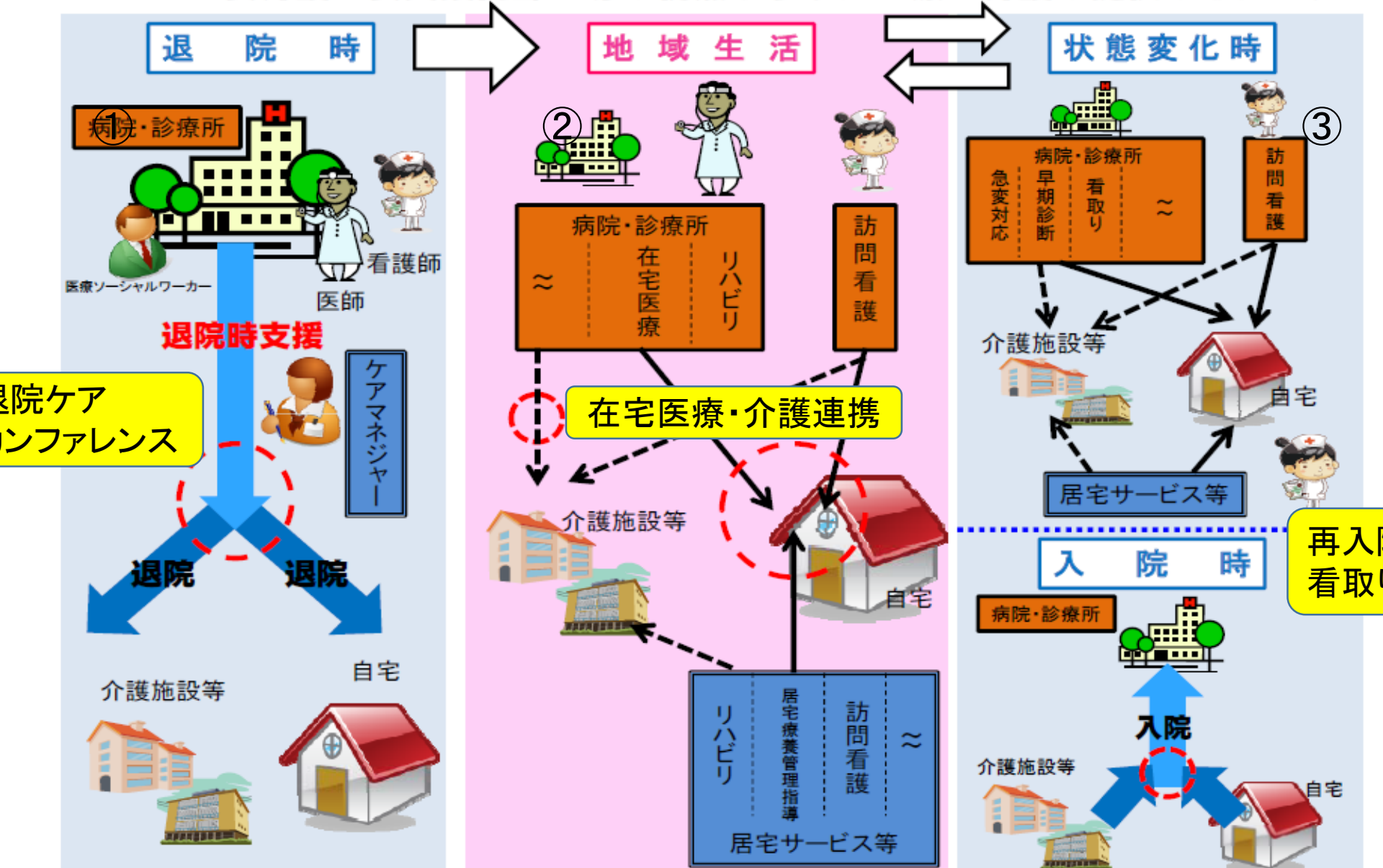
2. 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

- (1) 地域の医療・介護関係者を対象に、使用方法の説明等、情報共有ツールの導入を支援するための研修会を開催や、情報共有ツールの使用方法や情報共有の手順等を定めた手引き等を配布。
- (2) アンケート調査、ヒアリング等によって、情報共有ツールの活用状況とその効果、うまく活用できた事例やできなかった事例等について把握し、改善すべき点がないかなどについて検討。
- (3) 必要に応じて、情報共有ツールの内容や手引き等を改定し、関係者に対し、十分周知。

留意事項

- 職員の交代時期を考慮し、例えば、定期的に医療機関等や介護事業所で実際に従事する職員に対して手引きを周知するよう配慮する。

要介護・要支援高齢者等の視点からみた医療・介護の提供のイメージ



市区町村の「地域医療支援事業」で「在宅医療・介護連携ICT予算化」が全国で始まっている

市区町村と郡市医師会との協力が必要

高度にセキュアな SNSを用いた 新たな在宅医療・介護コミュニケーション

メディカルケアステーションの試み



伊東学 氏

今、在宅連携に
SNSが注目！

在宅ケアで行われるコミュニケーション



今までの情報共有は...

電話

- スピーディー(状況次第)
- △1:1の伝達
- ×記録が残りにくい
- ×通じない、気遣い

カンファ・担当者会議

- 大人数に伝達
- 記録の集結
- ×集まる場所と時間

FAXや書類

- 記録を残しやすい
- △1:1の伝達
- ×一方通行になりやすい

連絡ノート

- 記録の集結
- 患者・家族も参加
- 大人数に伝達
- ×患者宅に行かないとわからない



良い所だけ集めた仕組みを「ICT」で作れるのでは

ICTで出来ること



メール・メーリングリスト・一般的なSNS

- 大人数に伝達は可能
- 記録を残しやすい
- △スピーディーさは電話より劣るが
時間を気にせず連絡できる
- △患者・家族参加に工夫が必要



× 紙媒体が電子媒体になり
情報漏洩など情報管理に
大きな問題が生じる

医療に特化したクラウド型のSNS

- 大人数に伝達できることで情報を共有できる
- 記録が残せるうえに 情報管理(セキュリティー)も万全
- 時間を気にせず連絡・書き込み出来るうえに アラート機能により
スピーディーさを損なわない
- 患者・家族が参加する仕組みがある
- クラウド型のため、いつでもどこでも閲覧可能
- 導入コストが基本無料

医療・介護関係者向けヘルスケア 専用SNSの提供開始について

～ソフトバンクテレコム、日本エンブレース、JRCエンジニアリングの3社は、
医療・介護関係者と患者・家族をつなぐSNSを提供し、医療・介護現場のIT化を支援～





連携事例 専門職間における連携

SoftBank LTE 10:29 45%

MedicalCareNet

設定 ホーム



小林 孝樹子

看護師
7月4日(水)午後13時31分 - 5人 取消

薬局小林です。7/8カンファレンスに参加させていただきます。
よろしくお願ひ致します。



東郷 清児

医師
7月2日(火)午後7時51分

山田さん。
了解いたしました。早めに確認しておきます。



山田 涼子

介護福祉士
7月2日(火)午前11時42分 - 7人 了解!

7/2(火)8:00? グレースケア山田
ご本人よりお話ありました。「先週から頭と身体がフラフラして安定しない、左胸の脱力感が強く、右手首も痛みを感じる」「18:30頃から何も口にしないせいか、朝起床してから目眩のような気持ち悪さがある」との事でした。夜は水分もトイレへ行きたくなるのであまり摂らないようにしているとお話ありました。
それと、昨日訪看さんも確認されているとの事でしたが、左胸内くるぶし周辺に5cmほどの発疹?内出血?のようなものがありました。痒みはなく、痛みは患部を押すと若干痛みがあるとの事でした。
以上、ご確認をお願い致します。



東郷 清児

医師
7月2日(火)午前5時38分

了解しました。調整いたします。



山田 涼子

介護福祉士
7月1日(月)午後7時50分 - 5人 了解!

グレースケア山田です。カンファレンス柳本・山田参加します。
宜しくお願ひ致します。ご自宅にて開催ですよね?



山本 悦子

医師
7月1日(月)午後7時53分 - 5人 了解!

サービス担当者会議を開く予定です。日程は7月8日(月)18:00~です。お知らせが遅くなり出席できない方もいらっしゃると思いますが、できるだけのご参加をお願いいたします。
今回は、 様のこ状態が変化している中で、素早い情報共有と対応が求められることになっておりどうしていったらよいかということ、またケアの内容について等検討したいと思っています。

SoftBank LTE 10:30 45%

MedicalCareNet

設定 ホーム



西本 洋美

医師
7月18日(火)午後3時24分 - 3人 取消

突然の連絡で言葉もできません。ご冥福をお祈り申し上げます。



日澤 暎子

医師
7月16日(火)午前12時13分 - 4人 了解!

突然のことでとても残念です。ご冥福をお祈り申し上げます



東郷 清児

医師
7月16日(火)午前11時49分

先ほど日赤で亡くなられたそうです。



山田 涼子

介護福祉士
7月15日(月)午後3時7分 - 1人 了解!

7/15(月)8:00~11:00~グレースケア山田
ご本人より「先週土日は呼吸苦あり酸素吸入をしていた。夜間眠れなく、東郷先生より処方して頂き、眠剤を服用して数時間は眠れた。今朝4時頃から、吐き気が続いている。気持ち悪い。呼吸が苦しい。」との訴えあり。
ベット上で右側臥位になって口元に嘔吐時様のビニール袋あり。少量の唾液を嘔吐した形跡あり。車椅子へ移乗してテーブルのところへ移動 「吐きたい」との事で、ビニール手袋をして舌の刺激をしても唾液と鼻水のみ出て来ない。口腔ケア(全介助)、湿タオルにて洗面する。
上記の症状が軽減せず、水分・食物摂取、服薬も困難と判断して9:00に東郷先生へ連絡 症状を報告する。昨日処方した薬 マイスリー(眠剤)- オプソ(呼吸苦を抑える薬)とノバミン(オプソを服用した際に出る副作用の吐き気止め) ノバミンを(処方箋では1日朝・夕食後となっているが)食前で良いので服用する様指示頂く。
昨日処方した薬を服用して、通常の薬は服用出来なければ服用しなくて良いとの指示あり。

ノバミンを服用 その後、アイソトニックゼリー100ccと水分100cc摂取 水多めのお粥+梅干しを茶碗に軽く1杯摂取 食後にオプソを服用する。
吐き気と呼吸苦は続いている。ご本人より繰り返し同様の質問される場面や少し前に行った事を忘れてしまっている事がありました。会話は出来る物の呼吸苦が続いているので辛い様子あり。
全身の脱力が強く、全介助にて移乗等実施。
11:00に入浴介助の予定をベット上にて全身清拭実施 呼吸苦と疲労感強い為、短時間で実施する。
朝訪問した時よりは吐き気は治まっている様子でしたが、午後の息子様の報告によると継続されている様です。



東郷 清児

家族との連携

SoftBank LTE 8:45 38% SoftBank LTE 8:33 70%

MedicalCareNet

設定 ホーム



東郷 清見

医師
7月15日(水) 午後8時17分

今回は、睡眠薬の中でも筋弛緩作用の弱いとされていますマイスリー(1錠5mg、2錠まで可)を寝る前と、呼吸が苦しい時に使用する医療麻薬のオプソ(1包5mg 1時間以上あけて4回まで可)を処方致しました。

掛川さんの現在の状態でしたら、これらの薬による呼吸への影響は、それほど気にされなくても大丈夫だと思います。

また、オプソ使用に伴う吐気予防にノバミンを朝夕で処方致しています。

その後体調はいかがでしょう？

休み明けに早めにお伺いする予定で考えておりますが、病状が心配な時や薬についてご質問等ございましたら、いつでもご連絡ください。

7月14日(日) 午後5時32分 1人 了解



東郷先生にご連絡をし、急遽、お薬を処方して頂きました。先ほど薬局の方に自宅まで届けて頂きました。今、母は眠りについています。今夜は、薬を活用しながら、様子を見たいと思います。

東郷先生、休暇にも関わらず、ご対応頂き、どうもありがとうございました。

7月14日(日) 午後12時19分 3人 了解



ALS協会のマニュアルNOS p10「肌の上に枕を置き、頭をのせる」に従い対応

7月14日(日) 午後12時14分 4人 了解



MedicalCareNet

設定 ホーム



7月23日(月) 午後9時12分 2人 了解

本日、13:30の食事時と16時頃に嘔吐するなど、吐き気と息苦しさが続いています。

15:00にオプソ1包とノバミン1錠を服用しました。

体の調子が悪く、体力も低下し、力が抜けてしまっていることから、現在は、これまでできていたリモコンの操作もままならない状態です。

7月15日(月) 午後1時56分 2人 了解



昨夜(日曜日)は、2日続けて不眠状態が続いていたので、午後5時頃と真夜中に1錠ずつマイスリーを服用しました。おかげさまで、合計で6時間ほどは眠っておりました。

一方、息苦しさは、本日(月曜日)になっても続いており、吐き気も伴うことから、朝9:00にオプソとノバミンを1錠ずつ服用し、11:00頃にオプソを服用し、様子を察しています。

現在の状態ですが、苦しくて、具合が悪く、食欲もなく、体力がない、などの体調不良を本人は訴えています。今朝のお風呂はヘルパーさんにベッド上で体を拭いていただき、洗髪も行っていただきました。



東郷 清見

医師
7月15日(月) 午後8時17分

今回は、睡眠薬の中でも筋弛緩作用の弱いとされていますマイスリー(1錠5mg、2錠まで可)を寝る前と、呼吸が苦しい時に使用する医療麻薬のオプソ(1包5mg 1時間以上あけて4回まで可)を処方致しました。

掛川さんの現在の状態でしたら、これらの薬による呼吸への影響は、それほど気にされなくても大丈夫だと思います。

また、オプソ使用に伴う吐気予防にノバミンを朝夕で処方致しています。

その後体調はいかがでしょう？

休み明けに早めにお伺いする予定で考えておりますが、病状が心配な時や薬についてご質問等ございましたら、いつでもご連絡ください。

7月14日(日) 午後5時32分 1人 了解



東郷先生にご連絡をし、急遽、お薬を処方して頂きました。先ほど薬局の方に自宅まで届けて頂きました。今、母は眠りについています。今夜は、薬を活用しながら、様子を見たいと思います。

東郷先生、休暇にも関わらず、ご対応頂き、どうもありがとうございました。

豊島区および豊島区医師会の取り組み



- ①在宅医療連携推進会議
- ②在宅医療コーディネーター研修
- ③在宅医療地域資源マップ
- ④在宅医療相談窓口
- ⑤在宅難病患者訪問診療事業
- ⑥在宅医等相互支援体制構築事業
- ⑦在支診/病院グループの作成
- ⑧勇美記念財団による助成事業
- ⑨医歯薬三師会のMCS利用契約
- ⑩在宅推進講習会、PC講習会



豊島区医師会 土屋淳郎先生

→ **MCSの利用**

MCS、いつでもどこでも




- 訪問診療先でiPadを使う
- 出先の病院でスマートフォンから確認
- 自院診察室のPCで診察の合間に



SNSで変化したこと

- 多職種が同じ場で、フラットな立場でディスカッションが可能となった
 - ケアマネの9割以上が「医師に相談しにくい」と言う
- 在宅医療の専門職以外の人たちが連携チームに加わるようになった
 - 病院スタッフ、行政、保健所、福祉用具、保険薬局、ボランティア、友人、家族など
- 招待メンバーは、誰でもいつでも情報共有が可能
- 他のメンバー同士のやりとりが分かるようになった
- 訪問前の状況チェックができるようになった。
- メンバー間の信頼感が増した
- 介護職やケアマネの不安感が減った
- 医療職、介護職のモチベーションが高まった。




なによりもSNS
はローコスト！

パート4

地域包括ケアシステムと 診療報酬改定

- ①在宅療養支援病院・診療所
- ②機能強化型訪問看護ステーション
- ③かかりつけ薬局・薬剤師

2016年診療報酬改定の 基本的視点

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点
 - 医療機能に応じた入院医療の評価 
 - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
 - 地域包括ケアシステム推進
 - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 外来医療の機能分化
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

①在宅療養支援診療所・ 病院



在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可。ただし、それぞれの医療機関において過去1年間に緊急の往診を4件以上、看取り2件以上を実施していること。

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

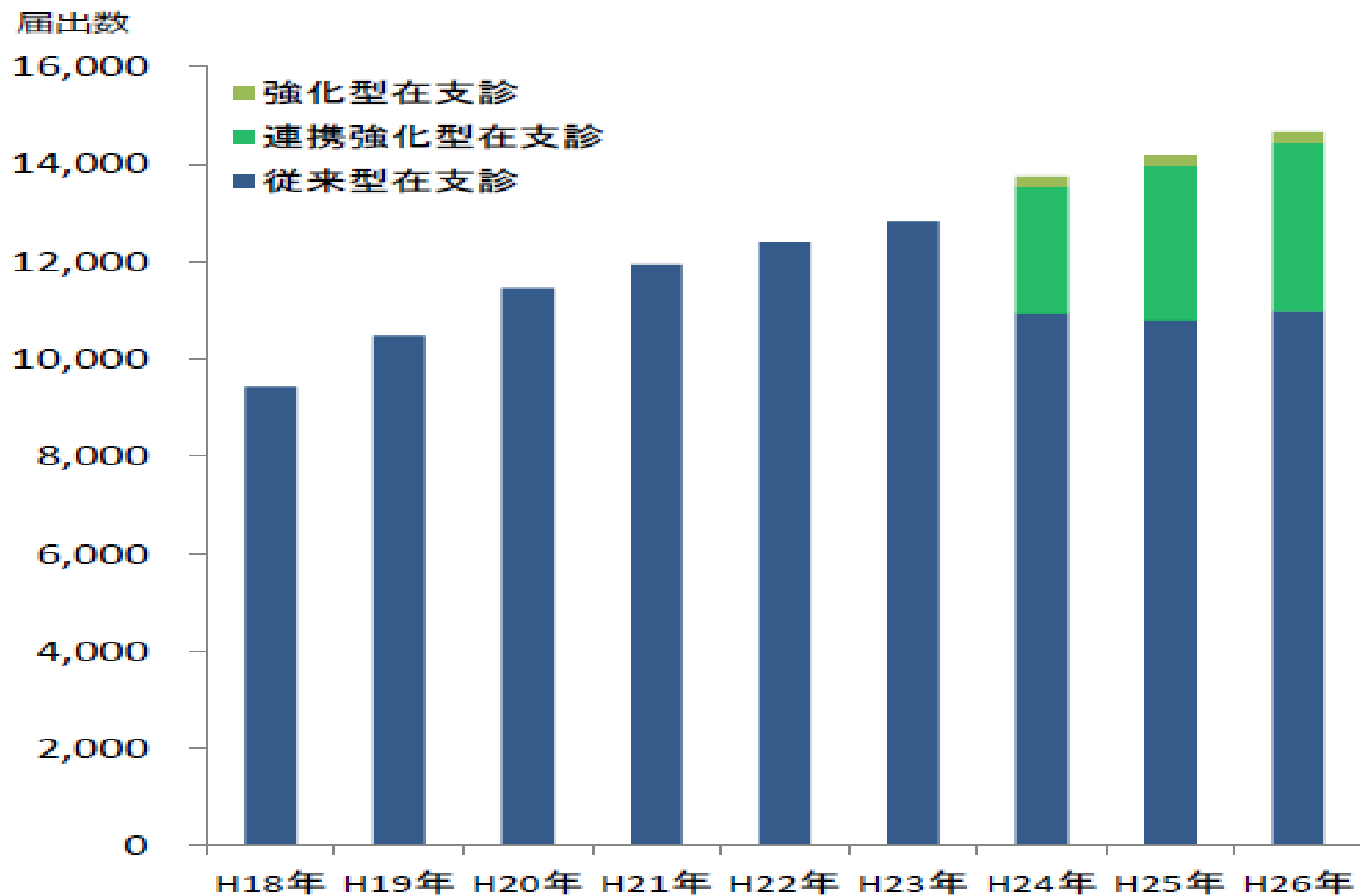
在宅療養支援診療所



湘南なぎさ診療所



<在宅療養支援診療所届出数>



東京都で第1号の在宅療養支援病院 医療法人財団厚生会古川橋病院

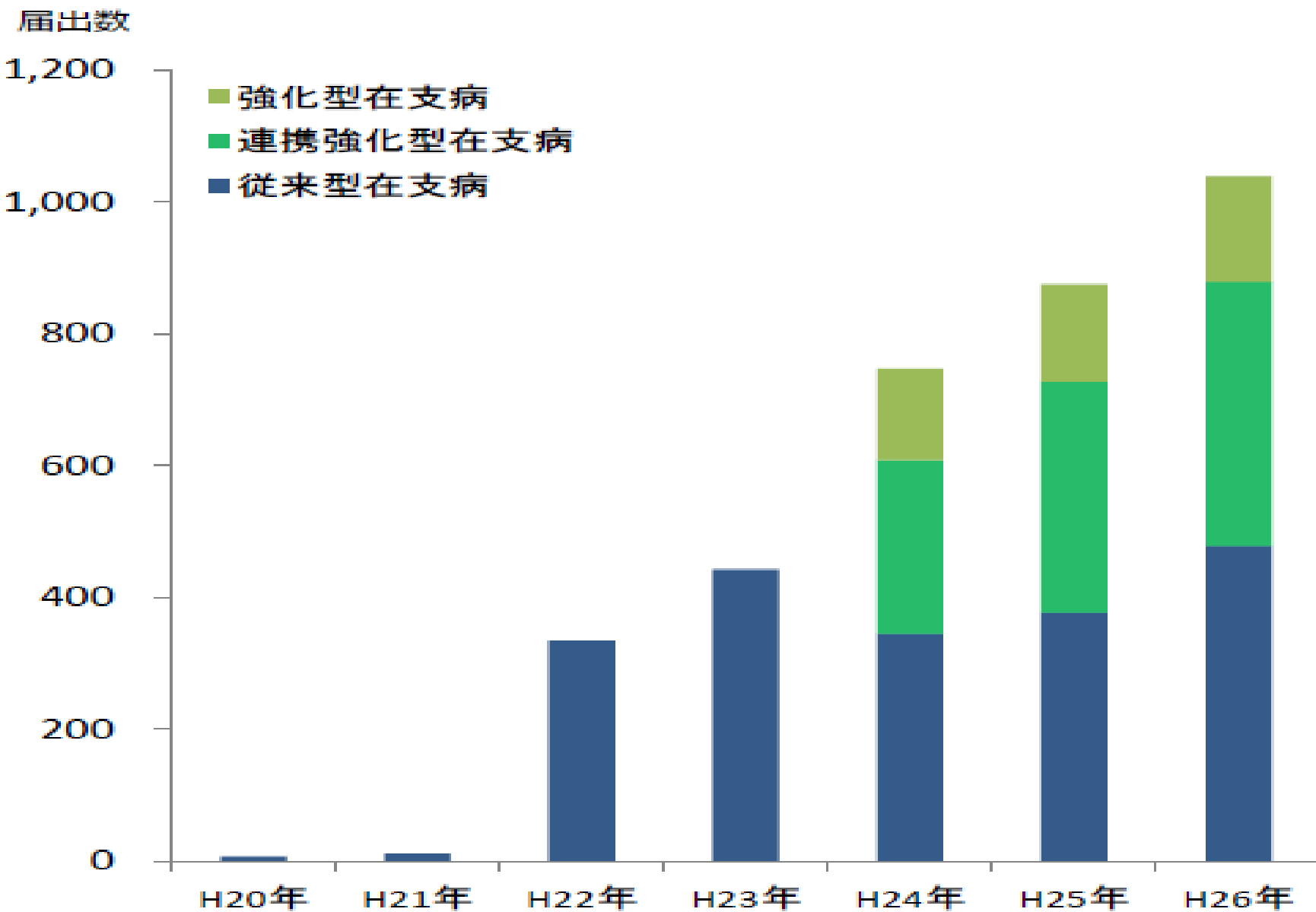
- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
 - 一般病床 49床
 - 介護老人保健施設 40床
 - 介護予防機能訓練施設 20名
 - 居宅介護支援事業所
 - 健診センター



鈴木先生



<在宅療養支援病院届出数>



2016年診療報酬改定へ 向けて 在宅医療



2015年11月11日中医協総会

在宅医療を専門に行う 医療機関について

規制改革会議

「在宅診療を主として行う診療所の開設要件の
明確化」

1. 在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めていない趣旨

- 健康保険法第63条第3項において、療養の給付を受けようとする者は、保険医療機関等のうち、自己の選定するものから受けるものとする（いわゆるフリーアクセス）とされている。
- この前提として、被保険者が保険医療機関を選定して療養の給付を受けることができる環境にあることが重要であり、健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。（法令上、明確に規定された要件ではない）
- なお、在宅医療を専門に行う保険医療機関を認めた場合は、当該地域の患者の受診の選択肢が少なくなるおそれ、当該保険医療機関の患者が急変時に適切な受診ができないおそれ等が考えられる。

2. 外来応需の体制確保の指導

- 厚生局における保険医療機関の指定申請の受付の際などに、必要な場合は、健康保険法の趣旨から、外来応需の体制を確保するよう指導を行っており、在宅医療を専門に行う保険医療機関は認めていない。
- しかし、全国一律の運用基準や指針ではなく、厚生局によって、指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。

<参考>

○健康保険法

第63条 被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。

一～五（略）

2（略）

3 第一項の給付を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから受けるものとする。

一 厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所（第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定を受けたときは、その除外された病床を除く。以下「保険医療機関」という。）又は薬局（以下「保険薬局」という。）

二・三（略）

○「被災地の医療機関等に対する診療報酬上の緩和措置について」（平成23年9月7日 中医協 総-8）

・周囲に入院医療機関が不足している等、やむを得ない場合には、当該医療機関において外来を開かず、在宅医療のみを行う場合であっても保険医療機関として認めることとする。〔現在は、福島県内のみ利用可能〕

第253回中央社会保険医療協議会（H25.10.30）における主なご意見

<在宅医療専門の医療機関には問題があるとの意見>

- 互いに顔が見えて気心の知れた、かかりつけ医の機能の延長としての在宅医療が望ましい。かかりつけ医が在宅医療を担うのが一番よく、在宅医療を主とした医療機関でも、外来のノウハウを持つべき。
- 在宅専門医療機関の一部は、いわゆるサクランボ摘みのところがある。つまり軽症者をたくさん集めて、掛け合わせれば大きな利益が得られる。でも、重症者にはなかなか対応してくれないことがある。

<在宅医療の供給体制を確保することを優先すべきとの意見>

- 現実に、診療所の少数の医師が24時間在宅での対応をするのは医師の負担が大きすぎる。訪問診療の提供には、いろいろな形態があってよい。
- 在宅医に外来を求めることで、在宅医療全体のキャパシティが減ってしまう。在宅医療のニーズは増えるが、供給体制が十分に賄えないので、当面は今のまま進んでよい。

<主治医・かかりつけ医の機能の充実を図るべきとの意見>

- 在宅医療、訪問医療を含めて、主治医、かかりつけ医機能をどうやって充実させていくかというほうに議論を集中させたほうが、得策ではないか。
- 在宅医療が、今のかかりつけ医・主治医の機能とどのように連携するべきかを考える必要がある。在宅医療専門機関とかかりつけ医・主治医機能を別々のものとして考える必要はない。

在宅専門の
診療所を解禁！

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -③】

在宅医療専門の医療機関に関する評価

骨子【1-4 (3)】

第1 基本的な考え方

在宅医療の提供体制を補完するため、外来応需体制を有しない、在宅医療を専門に実施する診療所に関する評価を新設するとともに、現行の在宅療養支援診療所との関係を整理する。

第2 具体的な内容

1. 健康保険法第63条第3項に基づく開放性の観点から、保険医療機関について、外来応需の体制を有していることが原則であることを明確化した上で、例外として、在宅医療を専門に実施する場合であって、以下の要件を満たす場合には保険医療機関として開設を認めることとする。

第2 具体的な内容

1. 健康保険法第 63 条第 3 項に基づく開放性の観点から、保険医療機関について、外来応需の体制を有していることが原則であることを明確化した上で、例外として、在宅医療を専門に実施する場合であって、以下の要件を満たす場合には保険医療機関として開設を認めることとする。

[開設要件]

- (1) 無床診療所であること。
- (2) 在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定していること。
- (3) 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、地域医師会（歯科医療機関にあっては地域歯科医師会）から協力の同意を得ている又は(2)の地域内に協力医療機関を2か所以上確保していること。
- (4) 規定した地域内において在宅医療を提供していること、在宅医療導入に係る相談に随時応じていること、及び医療機関の連絡先等を広く周知していること。
- (5) 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- (6) 診療所において、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等の体制を整えていること。
- (7) 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

在宅医療を提供する医療機関とその評価 に関する論点②

○ 往診・訪問診療を専門に行う場合における、在宅医療への報酬体系についてどう考えるか。

➤ 特に、保険医療機関が往診・訪問診療を専門に行うに当たって、患者への質の高い医療サービスを担保するため、どのような点に着目した評価を行うべきか。

在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

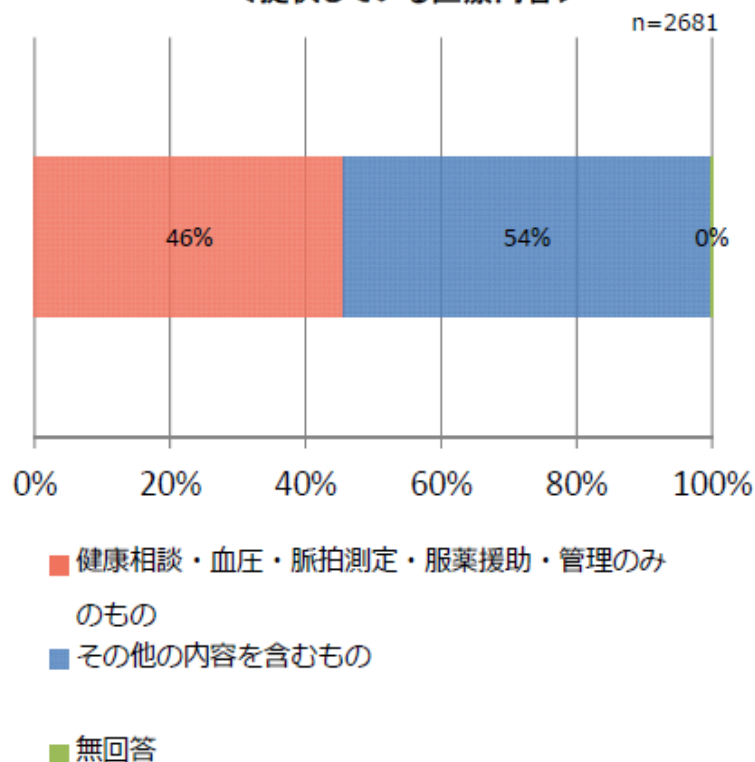
別表7、8を用いた患者重症度に応じた評価

患者の診療状況について①

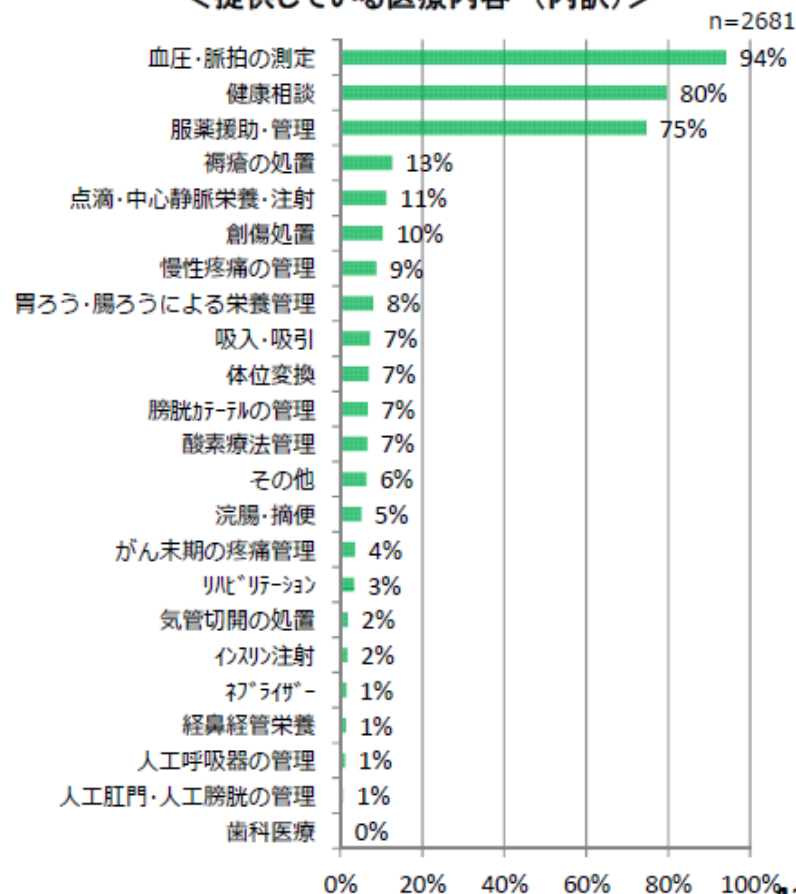
＜提供している医療内容＞

○ 在宅患者全体の45%程度は調査項目のうち「健康相談」「血圧・脈拍の測定」「服薬援助・管理」のみに該当する一方、残りの55%は「点滴・中心静脈栄養・注射（約11%）」等何らかの処置・管理等を実施されている。

＜提供している医療内容＞



＜提供している医療内容（内訳）＞



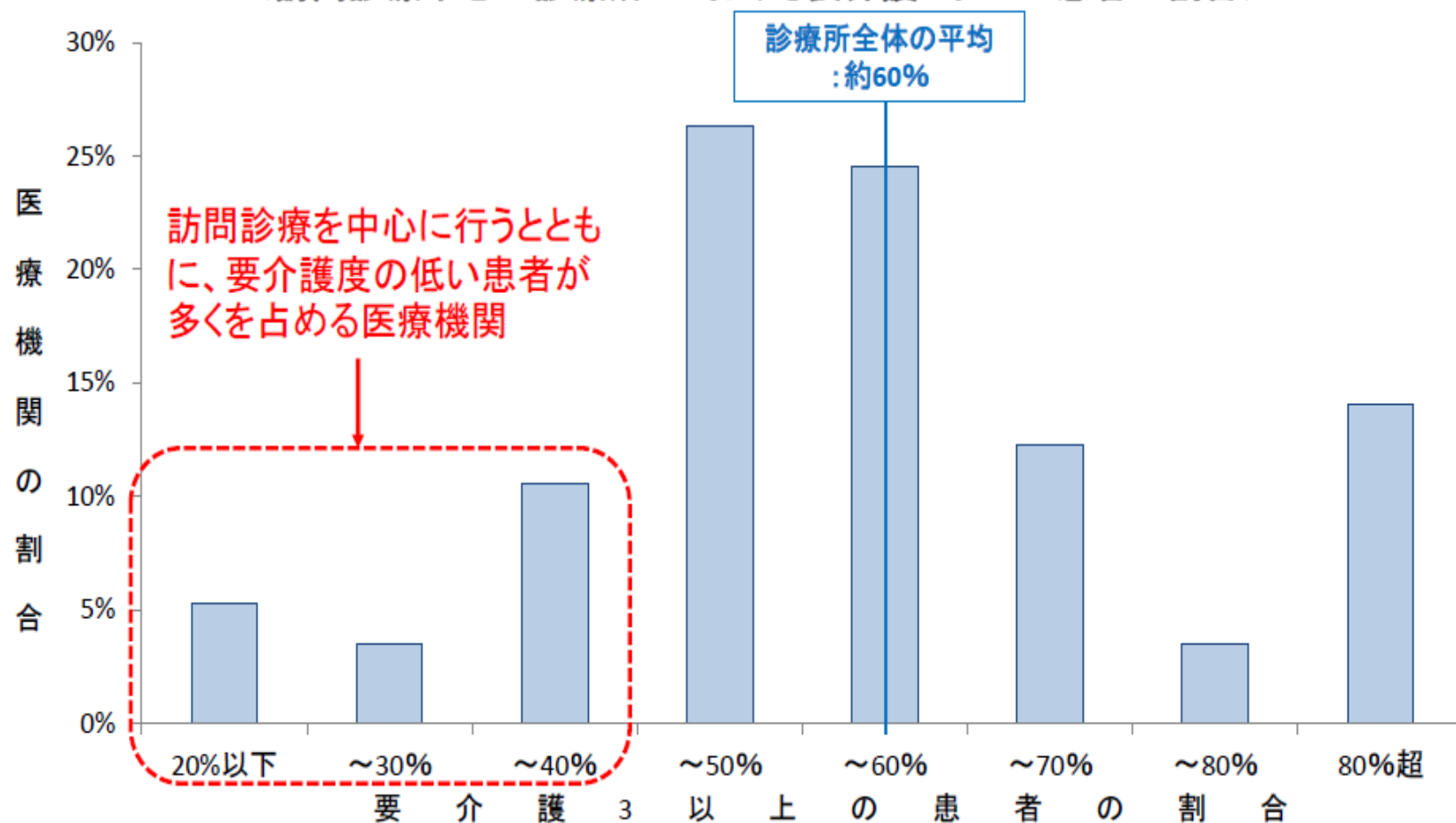
※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同一建物患者の人数にあわせて重み付けして集計

出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

訪問診療を中心に診療を行っている診療所の特性④

- 訪問診療を行っている医療機関全体において、要介護3以上の患者割合の平均は約60%であったが、訪問診療を中心にしている医療機関の中には、要介護度の低い患者が多くを占める医療機関がみられた。

<訪問診療中心の診療所※における要介護3以上の患者の割合>



長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等

○ 在宅医療等において、長期にわたって医学管理の必要性が高いと評価されている疾病・処置等として、以下の様な項目が挙げられている。

		別表7※	別表8※※	左記の他医療区分2・3のうち長期に渡る管理を要する状態等
長期にわたって医学管理の必要性が高い疾病・処置等	継続的な医学管理が必要な処置等	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の使用 	<ul style="list-style-type: none"> 中心静脈栄養 気管切開 持続陽圧呼吸療法 気管カニューレ/留置カテーテルの使用 自己腹膜灌流 経管栄養等 自己疼痛管理 人工呼吸 酸素療法 血液透析 自己導尿 人工肛門/人工膀胱 	<ul style="list-style-type: none"> 中心静脈栄養 人工呼吸器 気管切開等 酸素療法 経腸栄養 透析
	長期に渡る療養が必要な疾病	<ul style="list-style-type: none"> スモン 多系統萎縮症 球脊髄性筋萎縮症 多発性硬化症 進行性筋ジストロフィー症 副腎白質ジストロフィー 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 重症筋無力症 パーキンソン病関連疾患 亜急性硬化性全脳炎 脊髄性筋萎縮症 後天性免疫不全症候群 ハンチントン病 ライゾーム病 頸髄損傷 プリオン病 脊髄小脳変性症 末期の悪性腫瘍 	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍 褥瘡(真皮を超える) 肺高血圧症 	<ul style="list-style-type: none"> スモン 筋ジストロフィー 多発性硬化症 筋萎縮性側索硬化症 パーキンソン病関連疾患 その他の難病 悪性腫瘍 褥瘡 脊髄損傷等
	短期的に病態が増悪した状態等		<ul style="list-style-type: none"> 点滴注射 	

その他 別表7・8に該当しない又は医療区分1に該当する状態

※別表7:在宅患者訪問診療料において週4回以上の訪問診療が可能 ※※別表8:退院時共同指導料において、特別な管理を要する状態等として評価

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

同一建物減算

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

- 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		-		-	
病床	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点

区分		機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
		病床有		病床無		-		-	
病床		処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点	1060点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点	840点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②

- ③ 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

現行 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)	
同一建物居住者以外の場合	4,600点
同一建物居住者の場合※1	1,100点



改定後 (在総管：機能強化型在支診（病床なし）)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	5,000点	4,140点	2,640点
月2回以上訪問している場合	4,200点	2,300点	1,200点
月1回訪問している場合	2,520点	1,380点	720点

現行 (在総管：在支診)	
同一建物居住者以外の場合	4,200点
同一建物居住者の場合※1	1,000点



改定後 (在総管：在支診)			
	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
重症患者（月2回以上訪問）	4,600点	3,780点	2,400点
月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

②機能強化型訪問看護ステーション

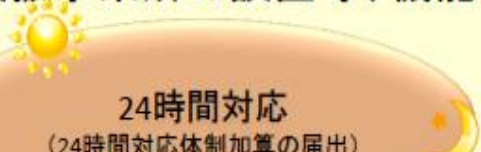


在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

機能強化型訪問看護ステーションの評価

- 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。

24時間対応
(24時間対応体制加算の届出)



常勤看護職員
機能強化型訪問看護管理療養費1: 7人以上
機能強化型訪問看護管理療養費2: 5人以上


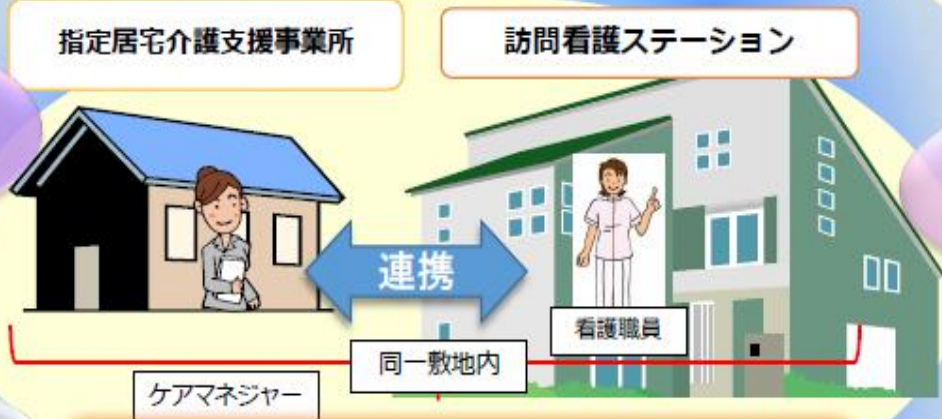
ターミナルケア
(ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計)

機能強化型訪問看護管理費1: 20以上/年
機能強化型訪問看護管理費2: 15以上/年



重症度の高い患者の受け入れ
(別表7※の利用者数)

機能強化型訪問看護管理費1: 10人以上/月
機能強化型訪問看護管理費2: 7人以上/月

休日・祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施

居宅介護支援事業所の設置 (同一敷地内)
(介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)

○訪問看護ステーションの、特に医療的な管理が必要な利用者について、適切なタイミングで医療保険・介護保険の訪問看護が提供できる。
○ケアマネ事業所の利用者について、医療が必要となった際、ステーション看護師への相談や連携がよりスムーズに行える。

情報提供・相談・人材育成
地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施

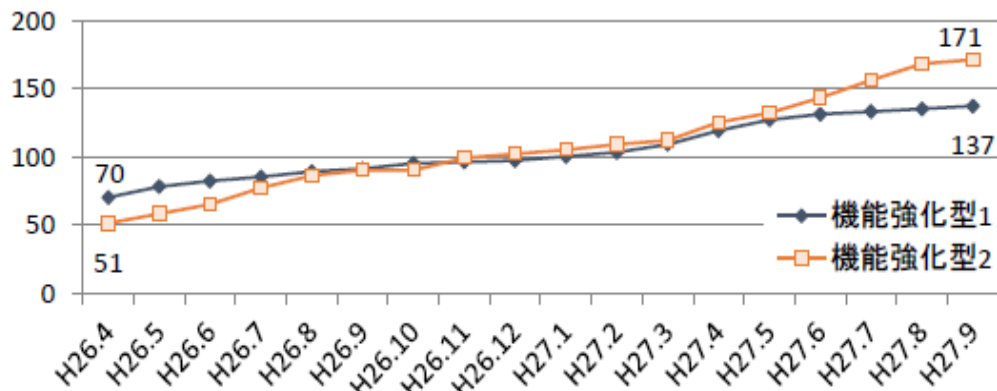
※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ核小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭髄損傷、人工呼吸器を使用している状態



機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成27年9月時点で機能強化型1が137事業所、機能強化型2が170事業所であり、機能強化型1に比べ機能強化型2の届出数が多い。
- 大都市部で届出が多い傾向があり、届出がない県も6県ある。

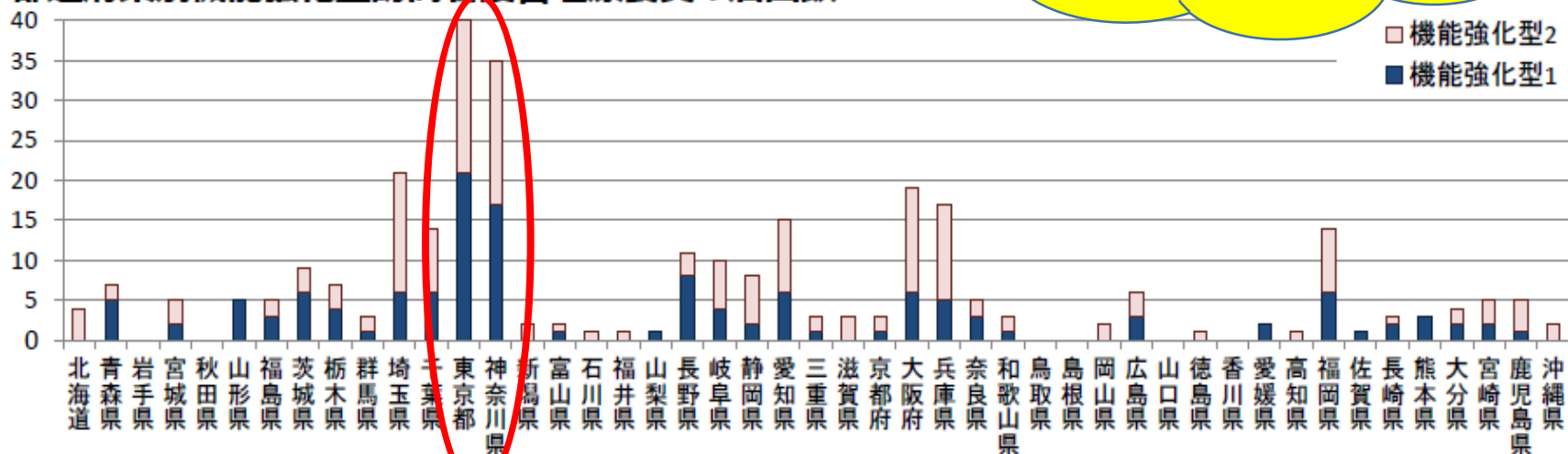
■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型訪問看護管理療養費1	機能強化型訪問看護管理療養費2	計
137	171	308

全国7739訪問看護ステーションの4%

■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数



機能強化型 訪問看護ステーションと次期改定

①看取り要件

②医療ニーズの高い小児の受け入れ

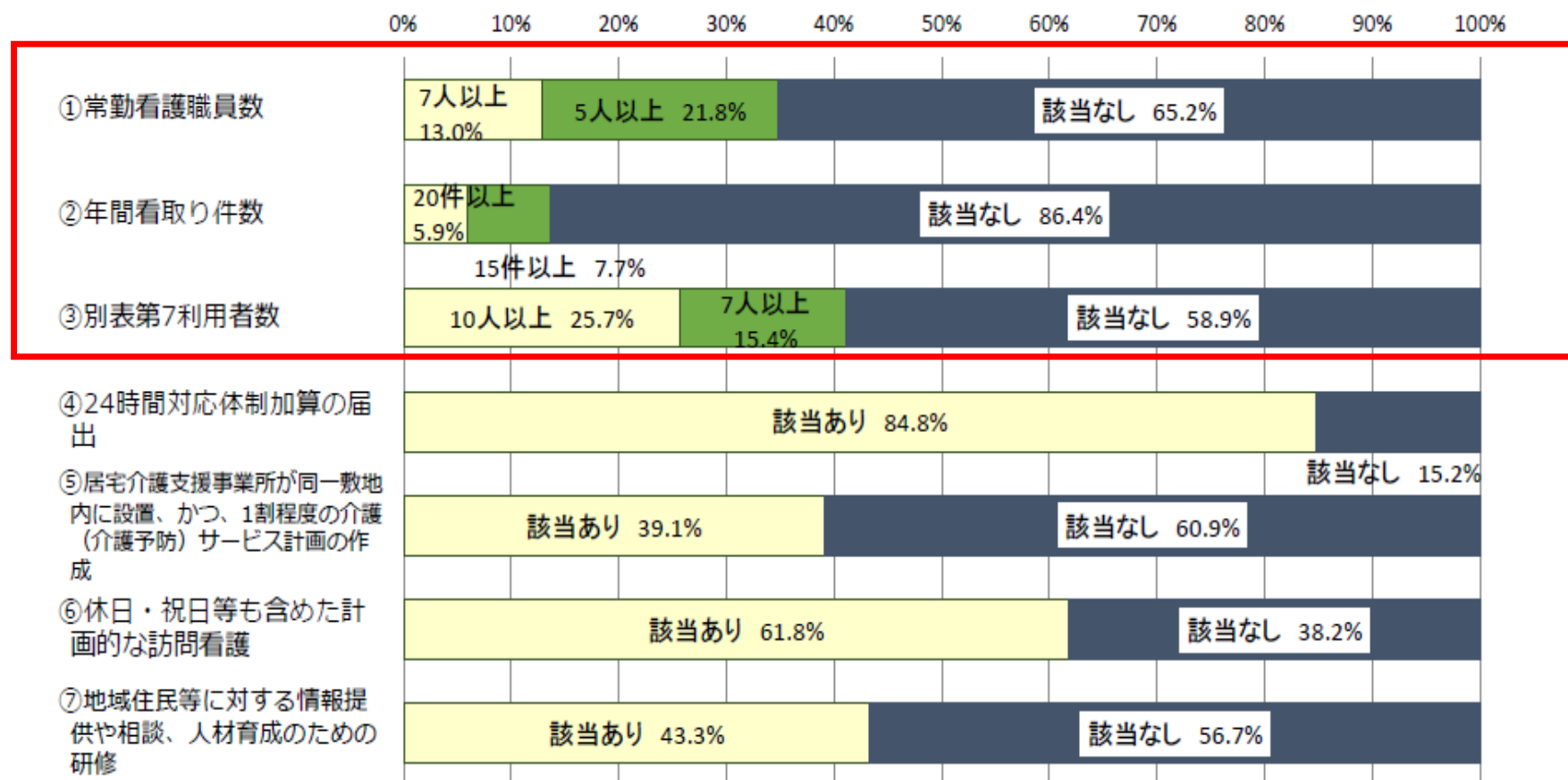
①看取り要件



機能強化型を届け出ない理由②

- 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがない訪問看護ステーションでは、機能強化型訪問看護ステーションの施設基準で求められている項目のうち、年間看取り件数の要件を満たしていない事業所が最も多い。

■ 機能強化型訪問看護管理療養費を算定したことがないステーションの要件別の算定状況 (n=1,366ステーション)



出典：平成28年診療報酬改定に関するアンケート調査
(平成27年 社団法人全国訪問看護事業協会)

※調査対象：全国訪問看護事業協会会員訪問看護ステーション(4,436か所)
※調査期間：平成27年4月

訪問看護ステーションにおける看取り状況

- 訪問看護ステーション1か所当たりの年間合計看取り件数は、機能強化型1は平均約30件、機能強化型2は平均約20件、機能強化型以外は平均約5件である。
- ターミナルケアを実施しているも、在宅がん医療総合診療料を算定している利用者は、現在は看取り件数に含まれていないが、含めた場合は看取り件数が増加する。

■ 1ステーション当たりの年間看取り件数

	看取り件数 ※	
	現行の計算方法	仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
平均値	8.7	9.2
1) 機能強化型1のみ	31.4	32.5
2) 機能強化型2のみ	20.3	21.3
3) 1)、2)以外	5.1	5.5
中央値	4	4
標準偏差	11.7	12.1

	現行の計算方法		仮に、在宅がん医療総合診療料（医療機関で算定）対象患者を含めた場合
調査対象のうち、看取り件数が年間15件を上回るステーション数	137	+8%	148

※看取り件数：平成26年4月1日～9月30日の看取り実績から年間合計を推計したもの

出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の状況調査」を保険局医療課にて再集計

在宅がん医療総合診療料

保険医療機関と訪問看護ステーションが共同で実施する場合には、保険医療機関において一括して算定する。

【概要】

- 末期の悪性腫瘍の患者に対し、計画的な医学管理の下に、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上であり、かつ、訪問診療及び訪問看護の回数が週1回以上。

※ 訪問看護ステーションがターミナルケアを実施しているも、本項目の算定利用者は、訪問看護ステーション側では報酬を算定しない。

在宅がん医療総合診療料患者を含めて20人

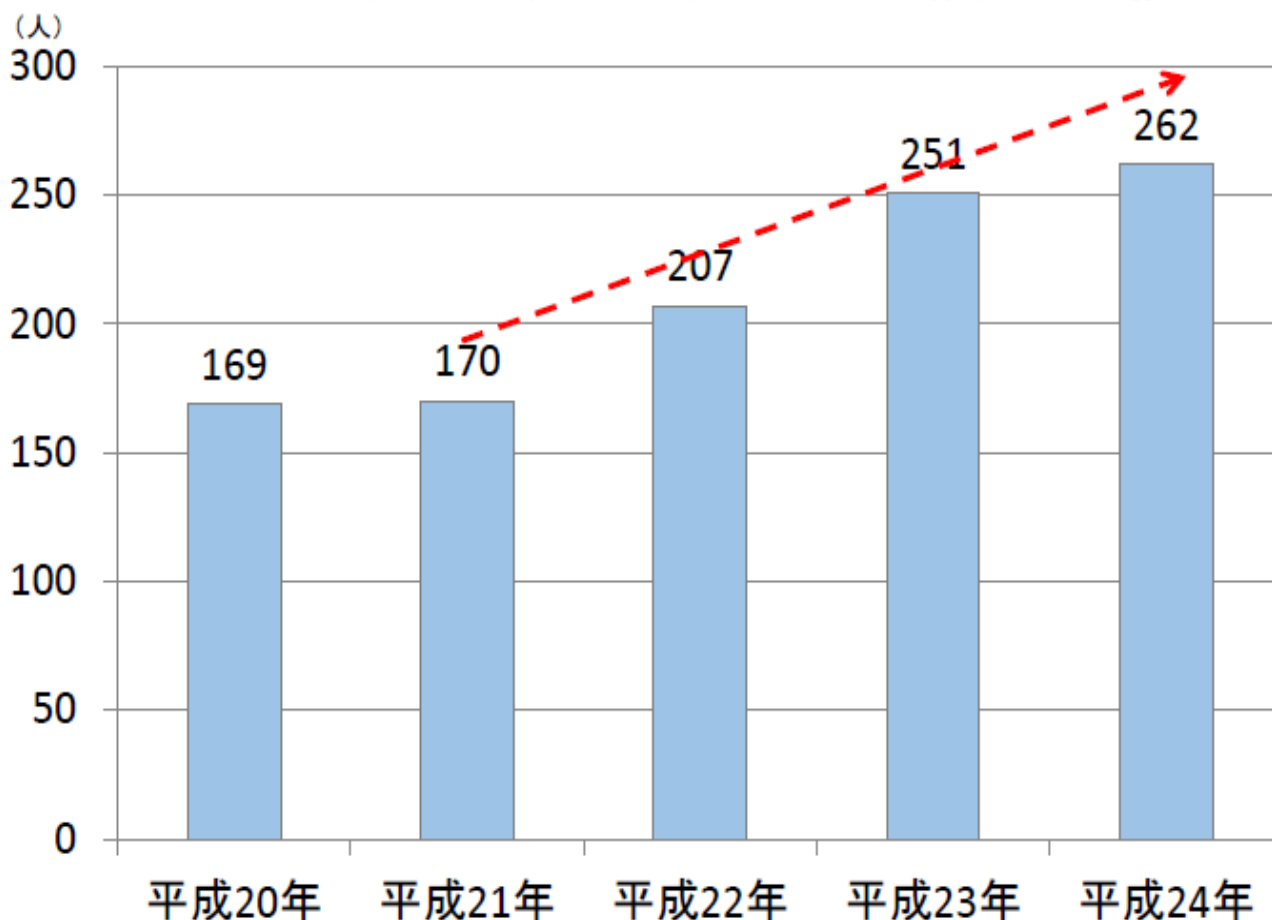
②医療ニーズの高い 小児の受け入れ



NICUにおける長期入院児の推移

○ 新生児特定集中治療室(NICU)における長期入院児(1年以上入院している児)の数は増加傾向にある。

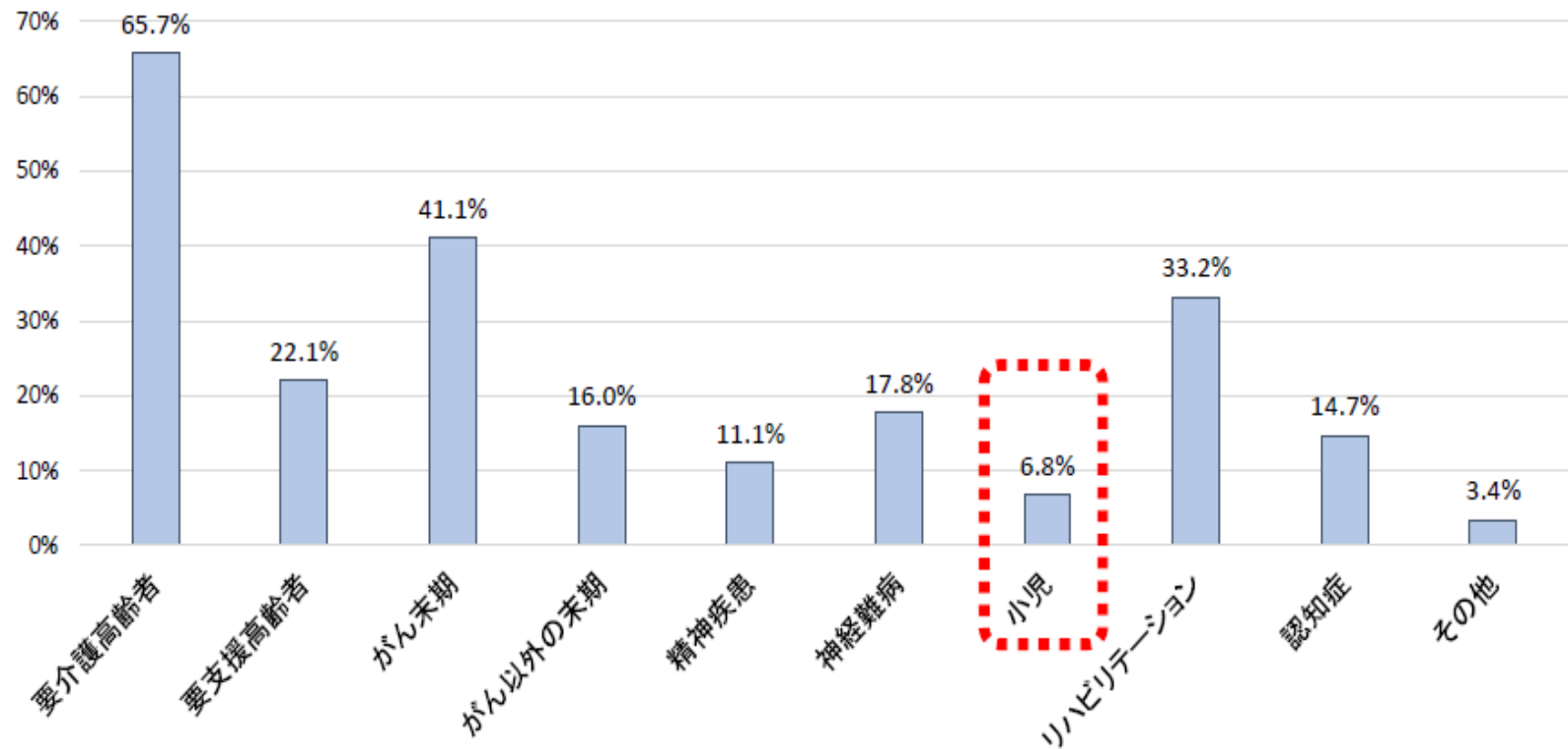
<NICUにおける1年以上の長期入院児数の年次推移(全国推計)>



訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性

○ 高齢者やがん末期、神経難病等と比べ、小児を得意分野とする訪問看護ステーションは少ない。

■ 訪問看護ステーションが得意としている利用者の特性 (n=443) (複数回答)



出典：東京都訪問看護支援検討委員会報告書（平成25年3月）

※調査対象：東京都内の訪問看護ステーション（管理者票）

機能強化型訪問看護ステーションの 要件

- ターミナルケア件数を合計した数が年に 15 以上、かつ、超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上
- 超・準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上

③薬局・薬剤師と在宅医療



葉山のタカノ薬局の岡豊香さん

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

残薬について

期投薬の増加等により、飲み忘れ、飲み残しや症状の変化により生じたと思われる
残薬(調剤されたものの服用・使用されなかった薬剤)が生じるケースが見られる。



残薬薬剤費
400億円

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とは・・・」

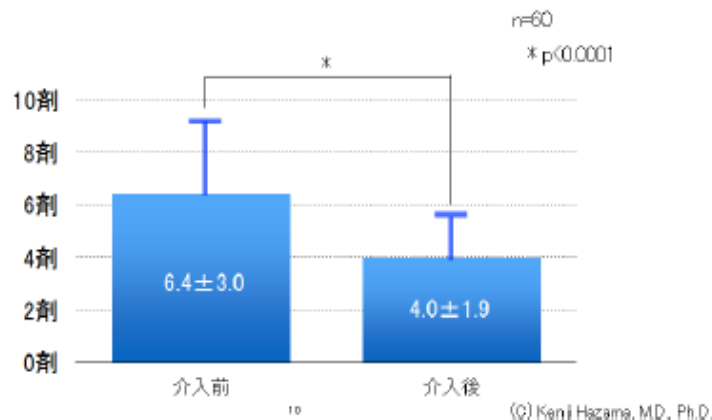


(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

在宅業務で医師と薬剤師の連携による評価

○医師と連携して薬剤師が在宅訪問を行うことで、投薬数や薬剤費が減少。

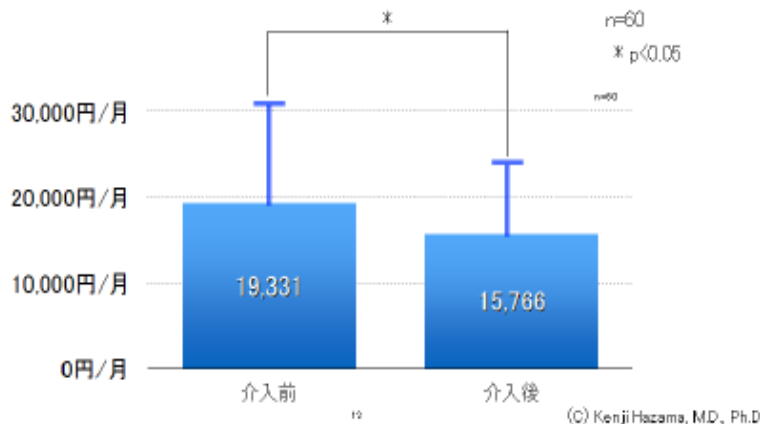
1人あたりの投薬数の変化



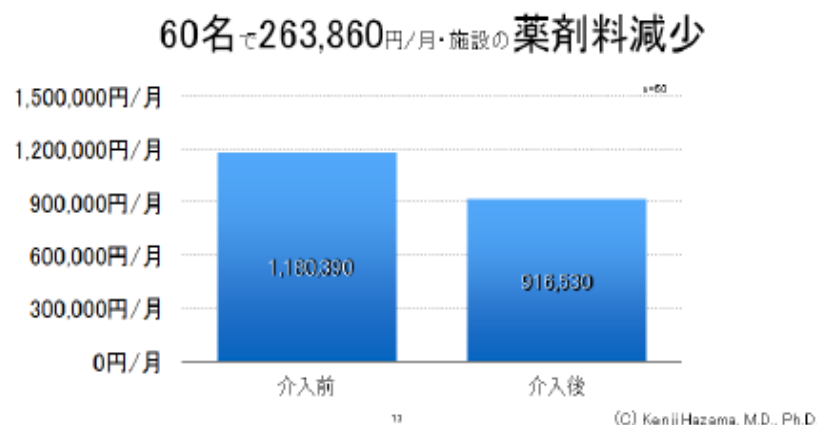
医師の訪問診療に薬剤師が同行した後、次回医師の訪問診療の前に薬剤師が単独で訪問して、薬学的に患者の状態を確認し、そこで得た情報を医師にフィードバックした結果

- 介護付き有料老人ホームの患者
対象 60名 (男性13名、女性47名)
平均年齢 87.1 ± 7.5歳

1人あたりの薬剤費の変化



施設全体の薬剤費の変化



※平成26年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究」シンポジウムより「薬局薬剤師が取り組むチーム医療～介護施設における共同薬物治療管理～(ファルメディコ株式会社 狭間研至)」

特養での多職種連携



フロアでの申し送り



ケアカンファレンス

多職種から薬剤師への承認(acknowledgement)



医師・看護師による 薬剤師の在宅医療講習会



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



バイタルサイン採集の基本手技を看護師が教える

アイン薬局さんの在宅訪問(夕張)



夕張市立診療所の多職種カンファ



患者のための 薬局ビジョン

～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

2015年10月23日

厚生労働省

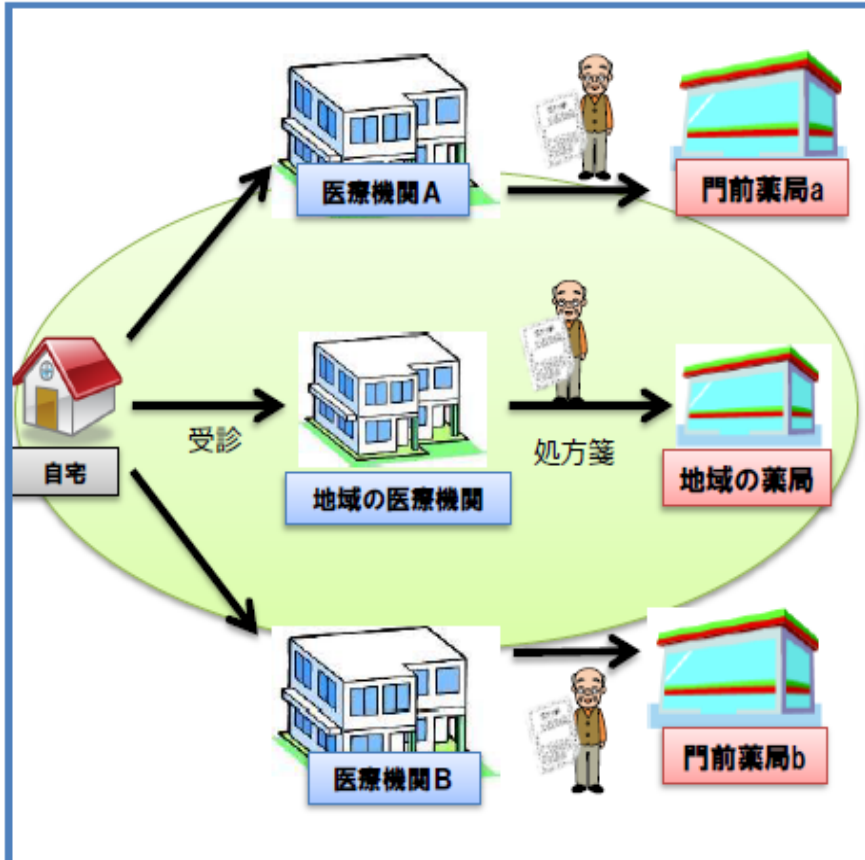
医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

○薬局の薬剤師が専門性を発揮して、ICTも活用し、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を実施。

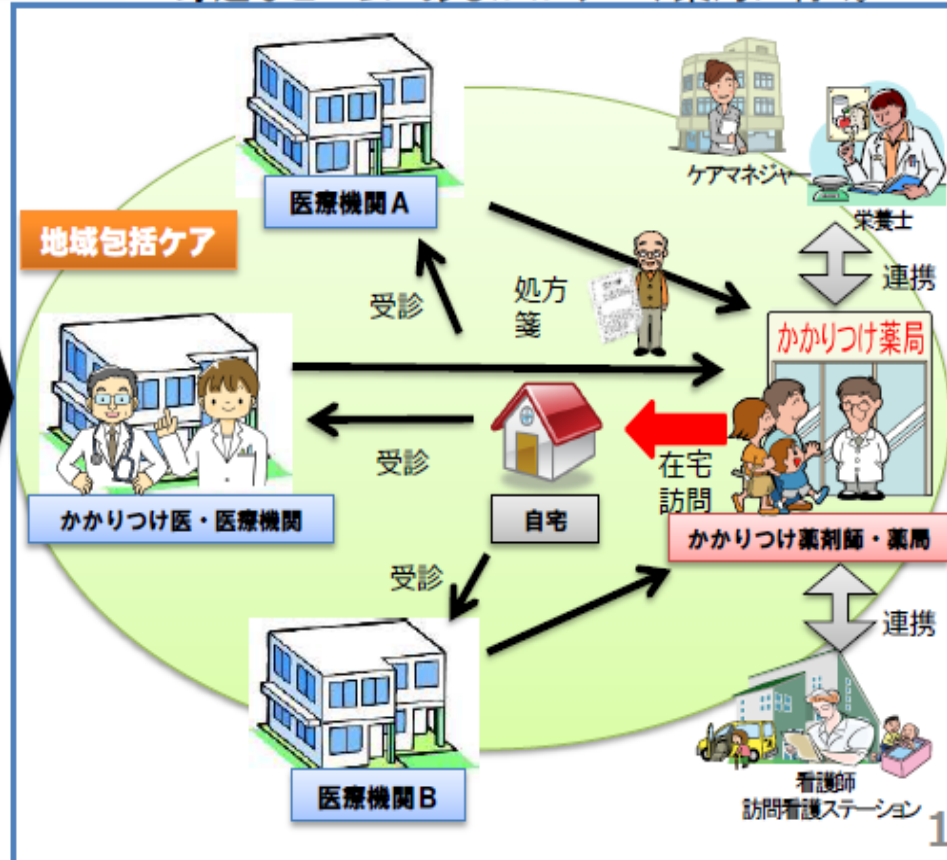
○これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

今後の薬局の在り方(イメージ)

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



今後 患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

薬局再編の全体像

～ 立地 から 機能 へ～

現状

57,000薬局あるが、門前中心に医薬分業のメリットを実感しにくいとの声

様々な医療機関からの処方箋を受付

特定の診療所からの処方箋を受付

特定の病院からの処方箋を受付

面分業

門前薬局を含め、すべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことを目指す

診療所門前

中小病院門前

大病院門前

2025年まで

すべての薬局を「かかりつけ薬局」へ

かかりつけ薬局

- ・ ICTを活用し、服薬情報の一元的・継続的把握
- ・ 24時間対応・在宅対応
- ・ 医療機関をはじめとする関係機関との連携

+

- ・ 健康サポート機能
(地域住民による主体的な健康の維持・増進の支援)

※健康サポート薬局として活動
(日常生活圏域ごとに必要数確保)

- ・ 高度薬学管理機能
(抗がん剤等の薬学的管理)

2035年
まで

- 団塊の世代が要介護状態の方が多い85歳以上に到達
- 一般的な外来受診はかかりつけ医が基本となる

立地も地域へ

既に地域に立地

建替え時期等を契機に立地を地域へ移行

日常生活圏域でのかかりつけ機能の発揮

かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～ 対物業務 から 対人業務 へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・ 処方箋受取・保管
- ・ 調製(秤量、混合、分割)
- ・ 薬袋の作成
- ・ 報酬算定
- ・ 薬剤監査・交付
- ・ 在庫管理

- ・ 処方内容チェック
(重複投薬、飲み合わせ)
- ・ 医師への疑義照会
- ・ 丁寧な服薬指導
- ・ 在宅訪問での薬学管理
- ・ 副作用・服薬状況の
フィードバック
- ・ 処方提案
- ・ 残薬解消

- 医薬関係団体・学会等で、
専門性を向上するための
研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、
患者の同意の下、**検査値
や疾患名等の患者情報を
共有**
- 医薬品の安全性情報等の
最新情報の収集

専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

2015年12月4日中医協総会

調剤報酬について



調剤報酬改定のポイント

ポイント1. かかりつけ薬剤師・薬局の評価

- かかりつけ薬剤師の評価／かかりつけ機能を有する薬局の評価（基準調剤加算）

ポイント2. 対人業務の評価の充実

- 薬剤服用歴管理指導料の見直し
- 継続的な薬学的管理
- 減薬等のための処方内容の疑義照会に対する評価
- 調剤料の適正化

ポイント3. いわゆる門前薬局の評価の見直し

- 調剤基本料の適正化／未妥結減算／かかりつけ機能を有していない薬局の適正化

ポイント4. 高齢者の多剤処方

かかりつけ薬剤師指導料

- 患者が選択したかかりつけ薬剤師が、患者に対して服薬指導等の業務を行った場合の評価の新設
 - (新) かかりつけ薬剤師指導料 70点
- 算定要件
 - 患者の同意の上、かかりつけ薬剤師として服薬指導等の業務を実施した場合に算定する。
 - 患者の同意については、患者が選択した保険薬剤師をかかりつけ薬剤師とすることの同意を得る

かかりつけ薬剤師指導料

- 算定要件

- 薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があり、同一の保険薬局に週32時間以上勤務しているとともに、当該保険薬局に半年以上在籍していること
- かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の業務を行っていること
 - 適切な服薬指導等
 - 薬剤情報の一元的、継続管理
 - 患者が受診している全ての保険医療機関の情報把握
 - 患者から24時間相談に応じる体制
 - ブラウンバック

選ぶ条件

「ですから、彼女より私のほうがキャリアが長いんですから」



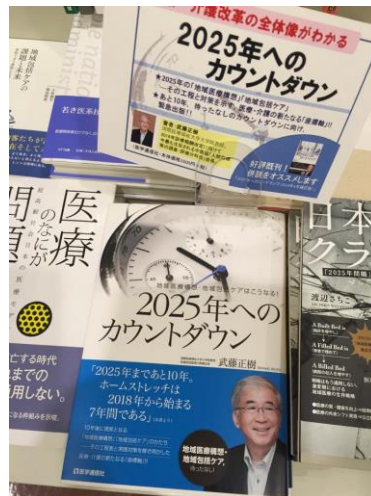
2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



まとめ

- ・2025年へ向けてカウントダウンが始まった
- ・地域包括ケアシステムの理解にはケアサイクル論を
- ・団塊世代の大量死問題と終末期ケア連携
- ・SNSを利用した在宅医療・介護情報連携に注目
- ・地域包括ケアシステムには多職種連携が必須



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