



在宅医療における 多職種連携について ～社会保障と税一体改革と地域連携～



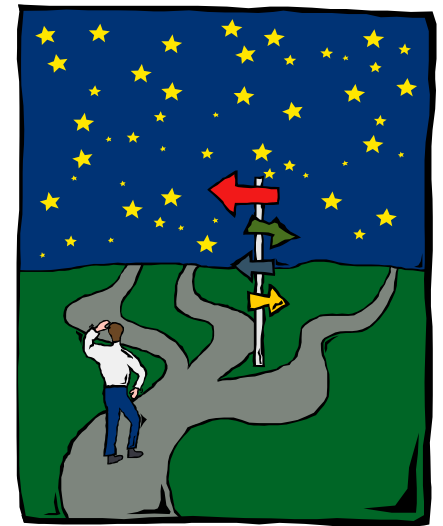
国際医療福祉総合研究所長
国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院
2月13日(月)新装オープン！

目次

- パート1
 - － 社会保障・税の一体改革
- パート2
 - － 医療計画見直しと在宅医療
- パート3
 - － 2012年診療報酬改定と在宅医療支援病院・診療所
- パート4
 - － 在宅医療と多職種連携～退院時ケアカンファレンスと地域連携パス～
- パート5
 - － 在宅医療連携拠点事業
- パート6
 - － 在宅終末期ケア連携



パート1

社会保障・税の一体改革



～いよいよ解散、衆院選挙～

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で始まる

社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年に8%、15年に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

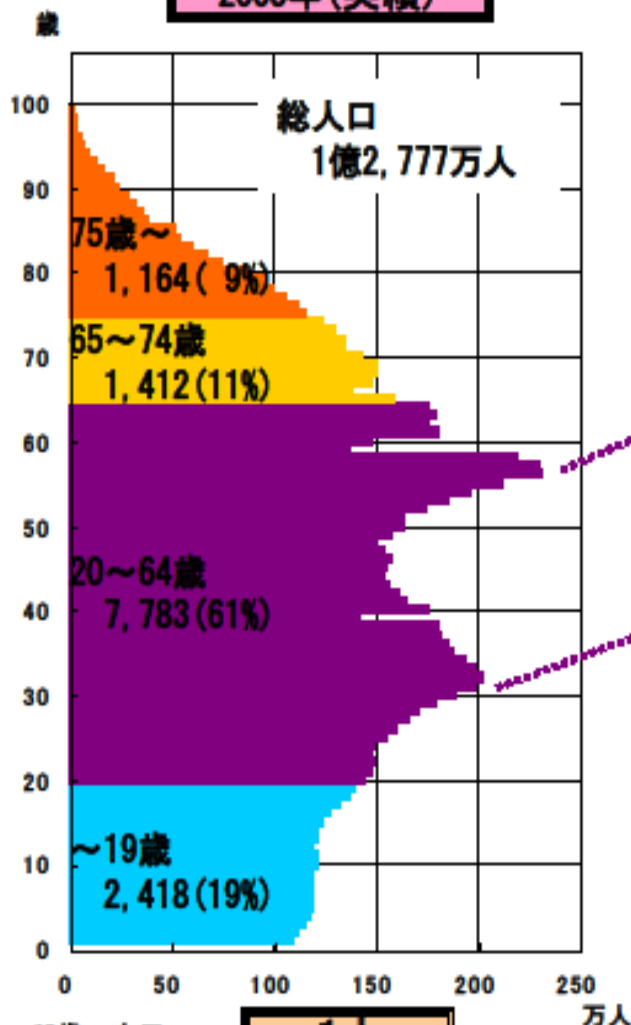


2012年8月10日、参議院を通過

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

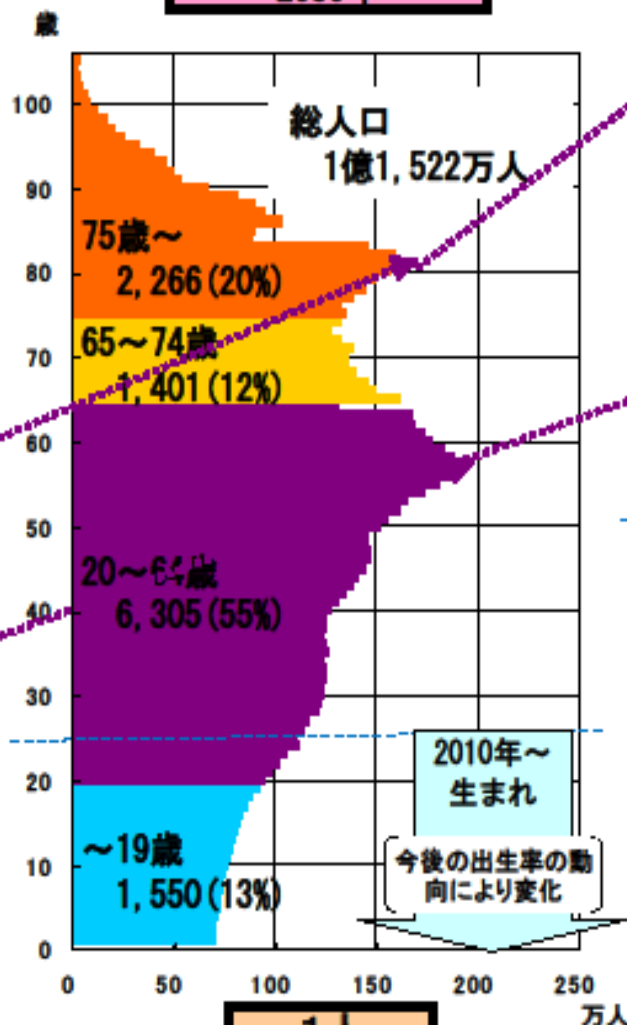
○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定される。

2005年(実績)



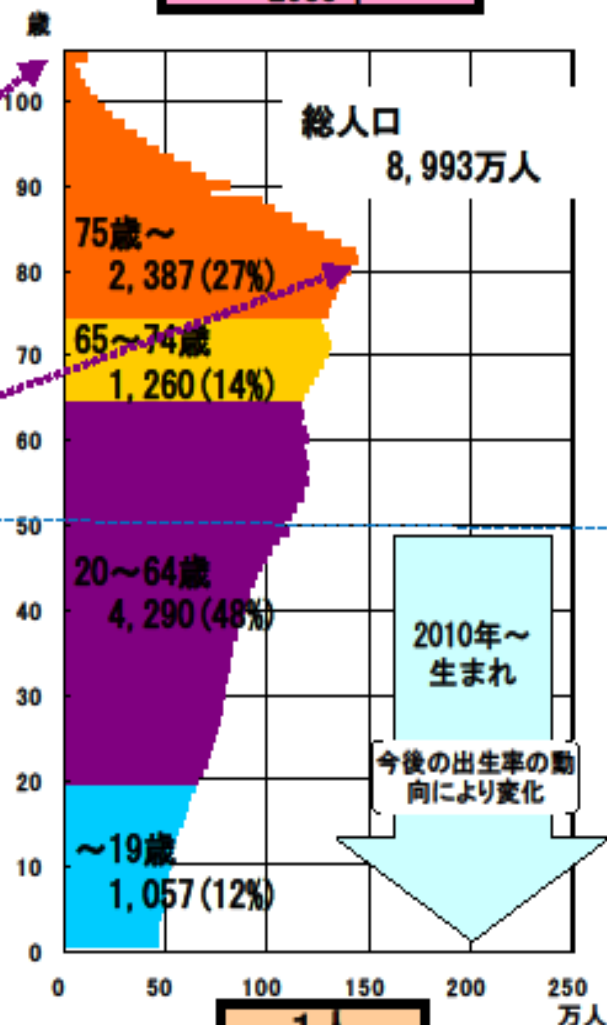
1人
3.0人

2030年



1人
1.7人

2055年



1人
1.2人

注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

団塊の世代の少年時代は「3丁目の夕日」

ALWAYS
三日月の夕日

1195000 全国图书统一书号

[illegible]

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

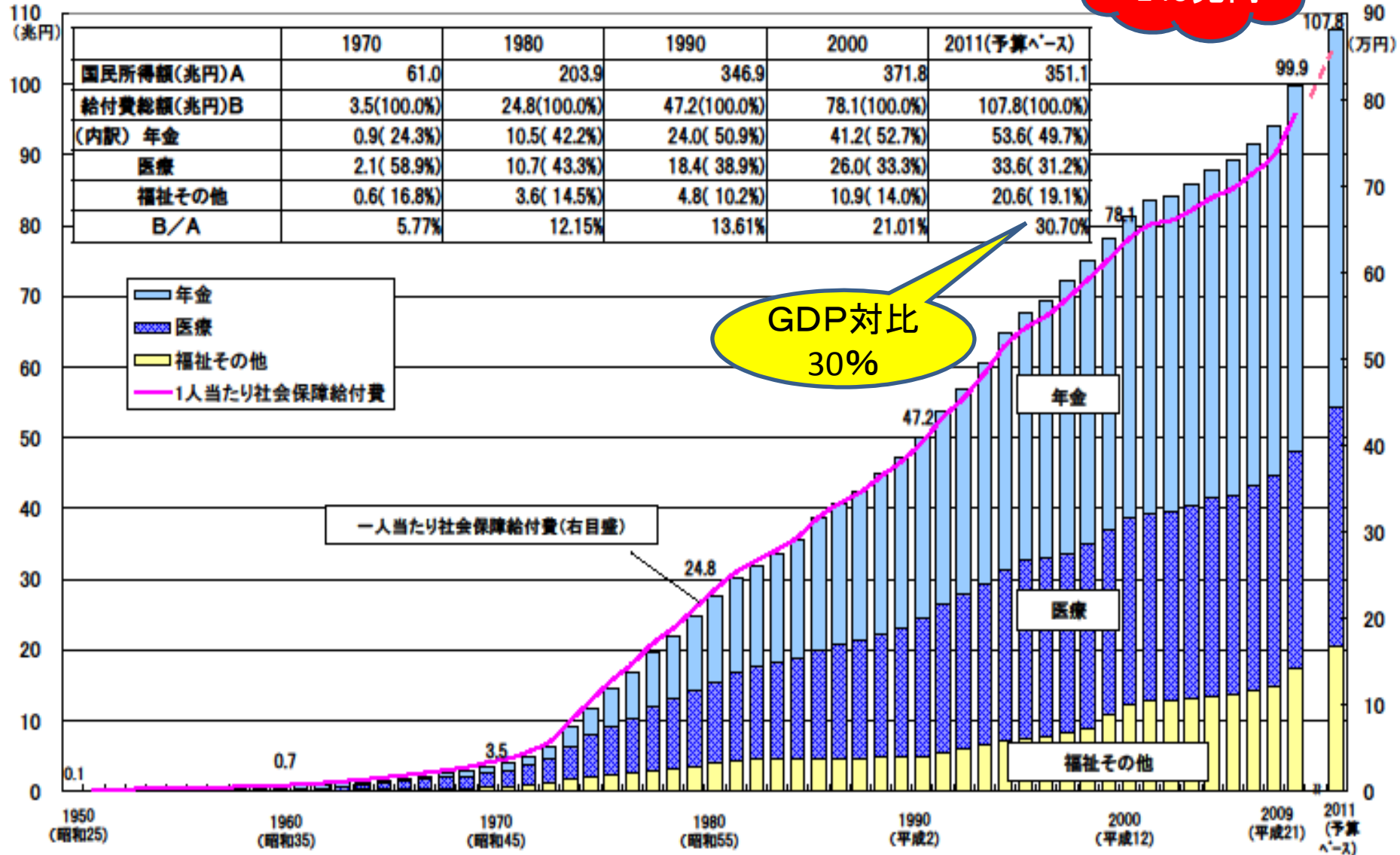
[illegible]

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
140兆円



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

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

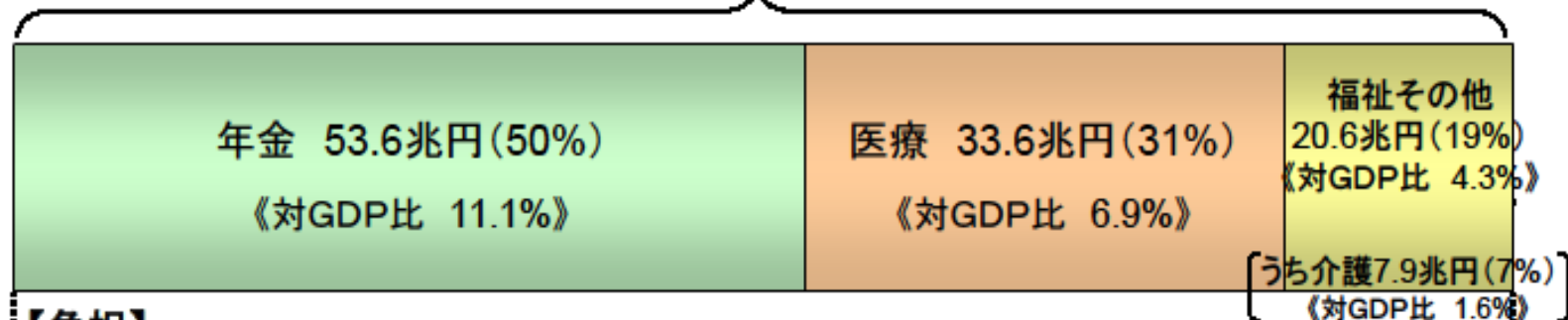
(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

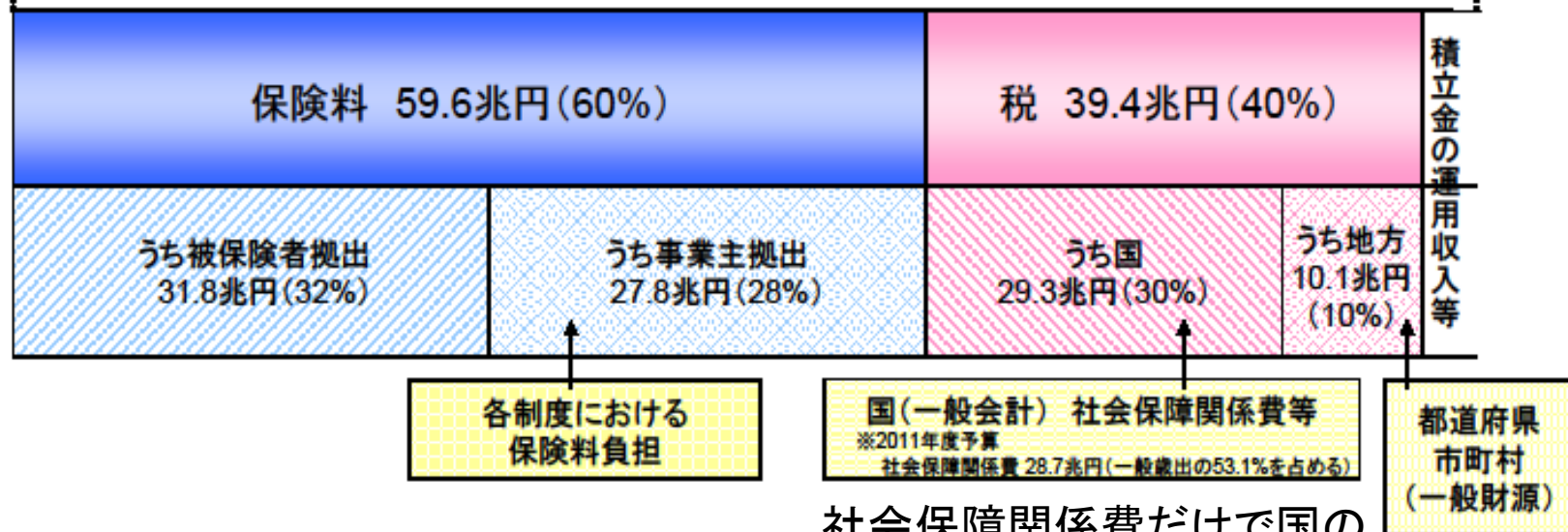
社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

【給付】

社会保障給付費



【負担】

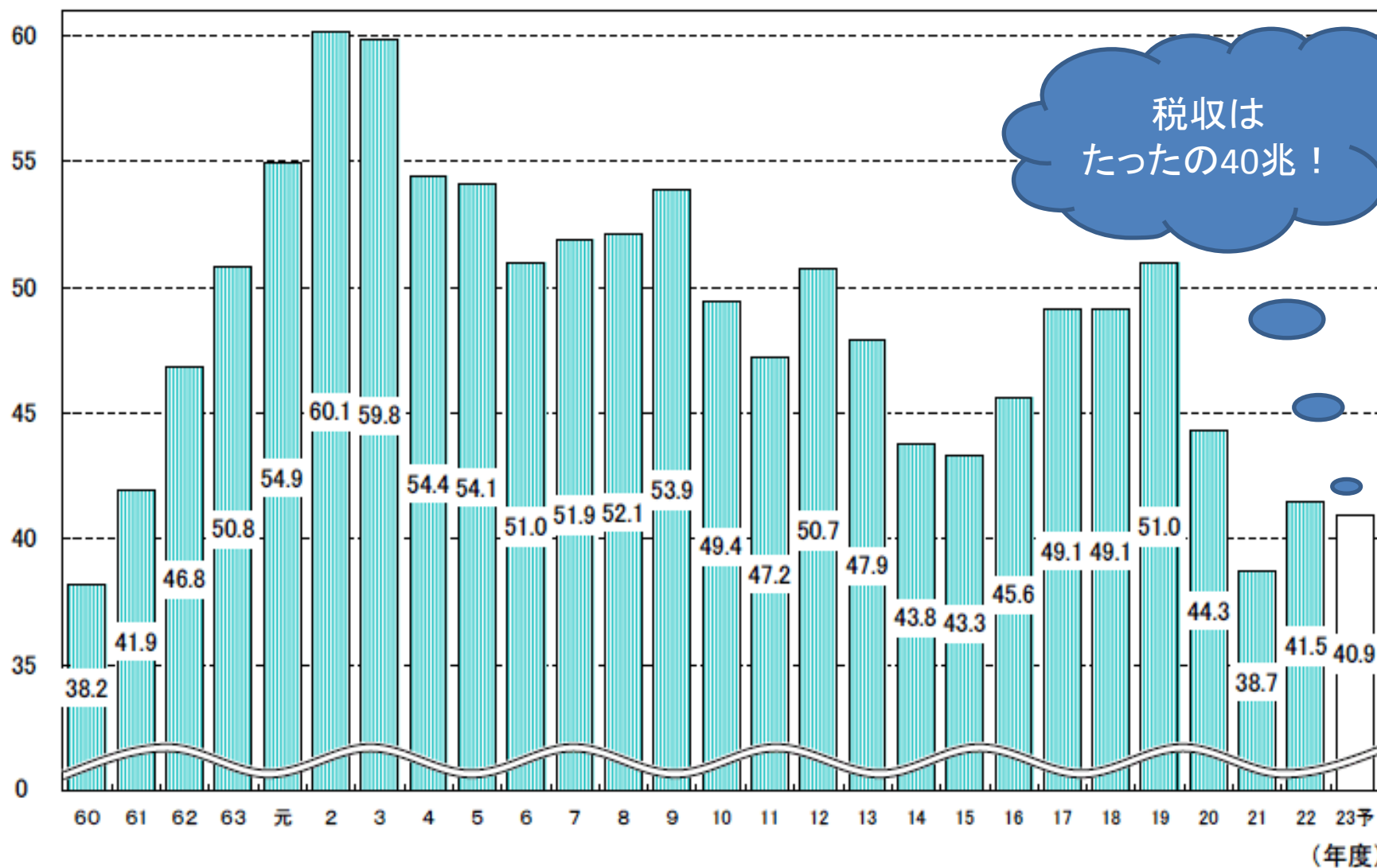


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の
一般歳出の53%を占めている

一般会計税収の推移

(兆円)



消費増税法が成立

そしてついに増税！

しかし、
その前になすべきことは？
医療・介護の徹底した効率化

社会保障・税の一体改革

医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒ 241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))	(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒ 96万人
○認定こども園	358か所(2009年)	⇒ 2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒ 111万人

地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所	⇒ 10000か所
(市町村単独分含む)		
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒ 950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒ 延べ3952万人

【医療・介護】

2011年度

【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度
	医師数	29万人
	看護職員数	141万
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分
【介護】	利用者数	426万人
	在宅介護	304万人分
	うち小規模多機能	5万人分
	うち定期巡回・随時対応型サービス	—
	居住系サービス	31万人分
	特定施設	15万人分
	グループホーム	16万人分
	介護施設	92万人分
	特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))
	老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))
	介護職員	140万人
	訪問看護(1日あたり)	29万人分

一般病床
107万床

2025年度

【高度急性期】	22万床 15～16日程度
【一般急性期】	46万床9日程度
【亜急性期等】	35万床 60日程度
	641万人(1.5倍)
	・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減
	・ 入院の減少(介護への移行):14万人増
	449万人分(1.5倍)
	40万人分(8.1倍)
	15万人分(—)
	61万人分(2.0倍)
	24万人分(1.6倍)
	37万人分(2.3倍)
	131万人分(1.4倍)
	72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%))
	59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))
	232万人から244万人
	49万人分

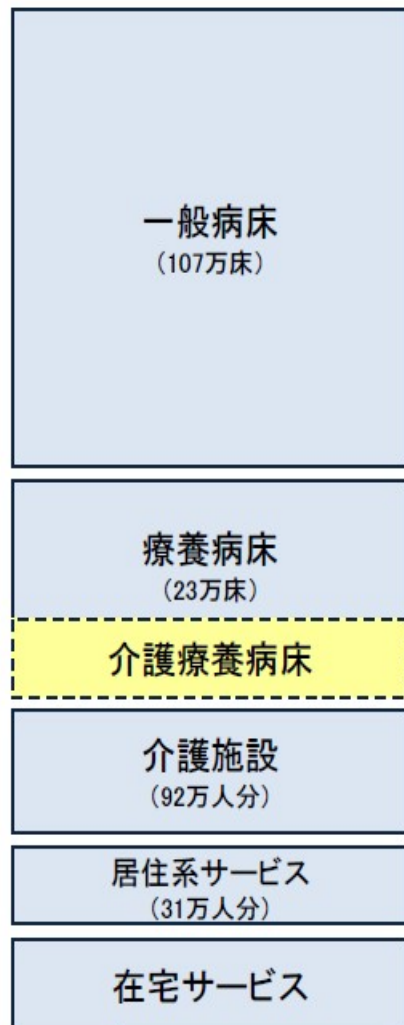
機能分化し
て103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

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

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

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

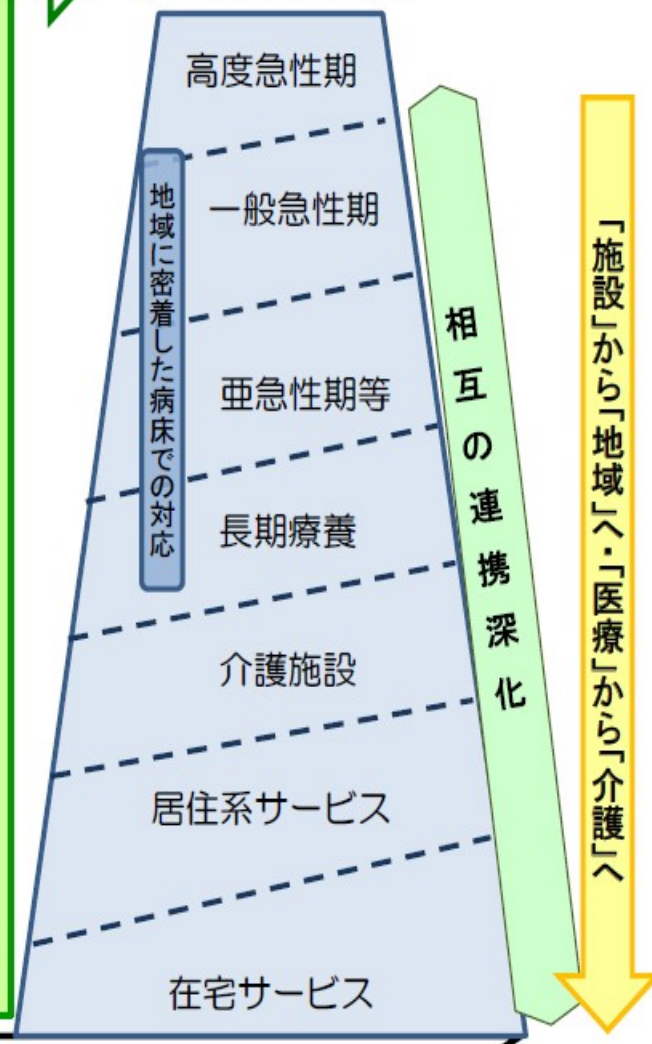
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年
目途法案化)

【患者・利用者の方々】

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

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

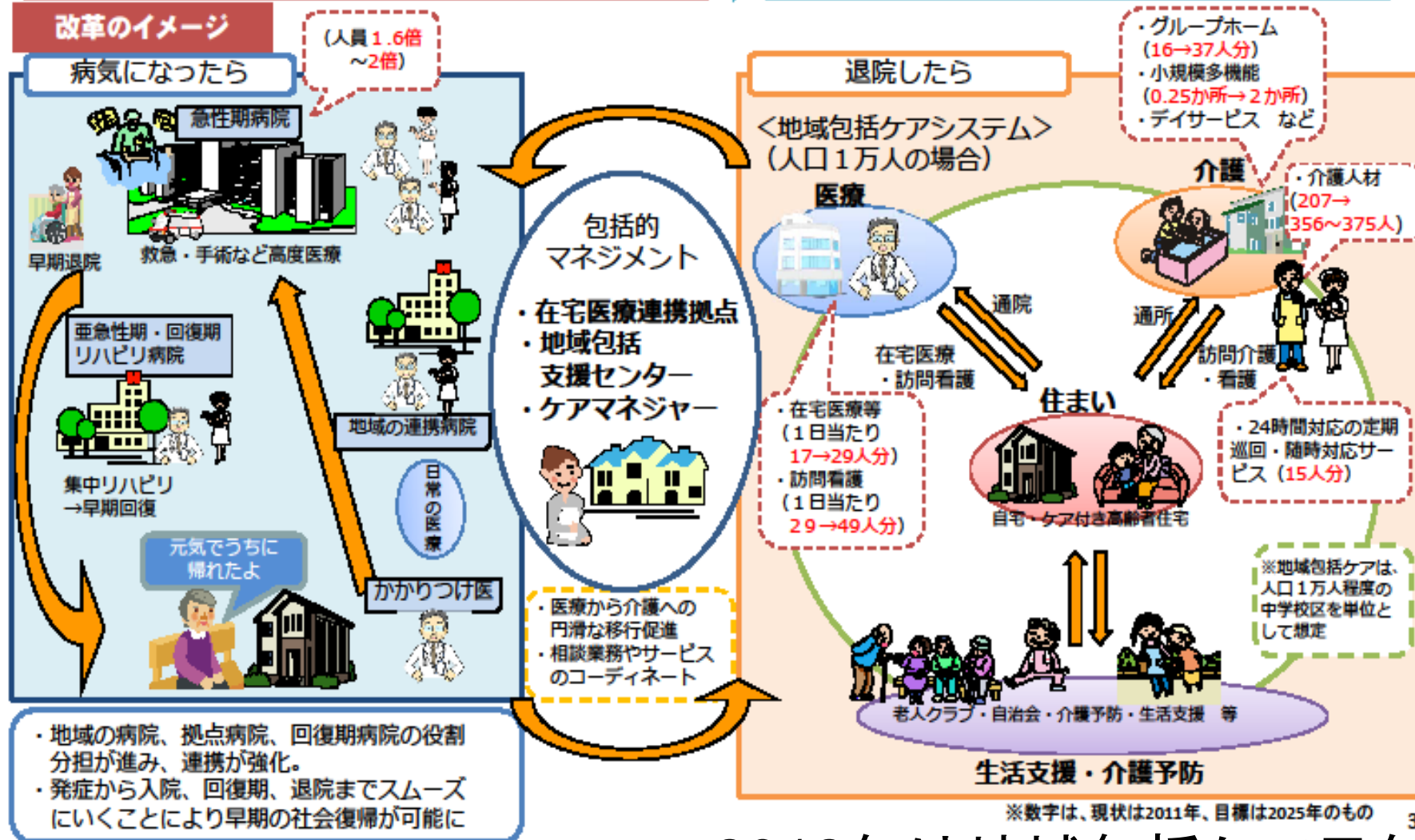
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

2012年は地域包括ケア元年

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

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

方向性

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

報酬改定

診療報酬・介護報酬
同時改定①

診療報酬改定①

診療報酬・介護報酬
同時改定②

診療報酬改定②

診療報酬改定③

診療報酬改定④

診療報酬・介護報酬
同時改定③

2013年

2018年

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

2023年

医療計画

介護
保険事業
計画

介護
保険事業
計画

介護
保険事業
計画

介護
保険事業
計画

介護保険
事業計画

介護
保険事業
計画

介護
保険事業
計画

医療介護のあるべき姿

パート2

医療計画の見直しと在宅医療



2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

現行の医療計画～4疾患5事業～

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

地域連携クリティカルパスが連携ツールとして
地域医療計画作成指針に採用

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

在宅医療に係わる医療体制の 充実・強化



「医療計画の見直しについて」 ～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

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

○在宅医療に係る圏域の設定について

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

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

- ⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、
- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
 - ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
 - ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
 - ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること
- といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
 - － 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
 - － 看取りまで行える医療のための連携体制
 - － 認知症の在宅医療の推進
 - － 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

○北海道

- ・在宅医療を実施する医療機関割合
現状35.2%→目標値38.1%

○山形

- ・主任介護支援専門員研修受講者数
44人(H18)→50人(H24)

○福島

- ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
- ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
- ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局
76.9%(H18) → 81%(H24)
- ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合
84.1%(H18) → 85.9%(H24)

○茨城

- ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合
6%(H18) → 50%(H24)

○東京

- ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)
5自治体(H19) → 全市町村(H24)

○山梨

- ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数
1圏域(H18) → 4圏域(H24)

○福井

- ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区
→5地区(H24)

○福岡

- ・在宅医療を受ける患者数
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)

○佐賀

- ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)

○熊本

- ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
- ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
- ・往診や訪問看護を実施する医療機関数
582(H18) → 640(H24)

- ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
- ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合
82.9%(H18) → 100%(H24)

○沖縄

- ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)
0.46(H18) → 0.82(H24)
- ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)
3.7(H18) → 4.5(H24)

パート3

2012年診療報酬改定と 在宅療養支援病院・診療所



2月10日中医協答申

2012年診療報酬改定率

0.004%アップ

- 2012年度診療報酬改定率
全体 0.004%

- 診療報酬本体部分 1.379%
(5500億円)

- 医科 1.55%(4700億円)
- 歯科 1.70%(500億円)
- 調剤 0.46%(300億円)

- 薬価・材料費

- ▲1.375%(5500億円)

- 薬価改定▲1.26%(5000億円(
薬価ベース6%))

- 材料費改定▲0.12%(500億円
)

- 2012年介護報酬改定率
1.2%

- 小宮山厚労相(12月21
日)

- 「首の皮一枚でもプラス
にするとやってきた」



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

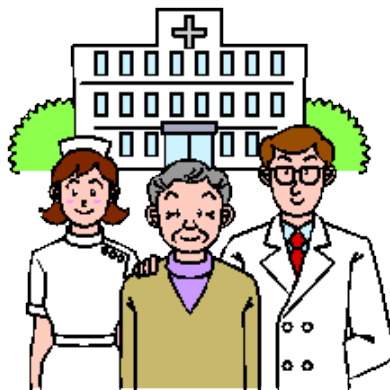


B診療所
(連携先)



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

数

25

20

15

10

5

0

全国平均 10.1

新潟



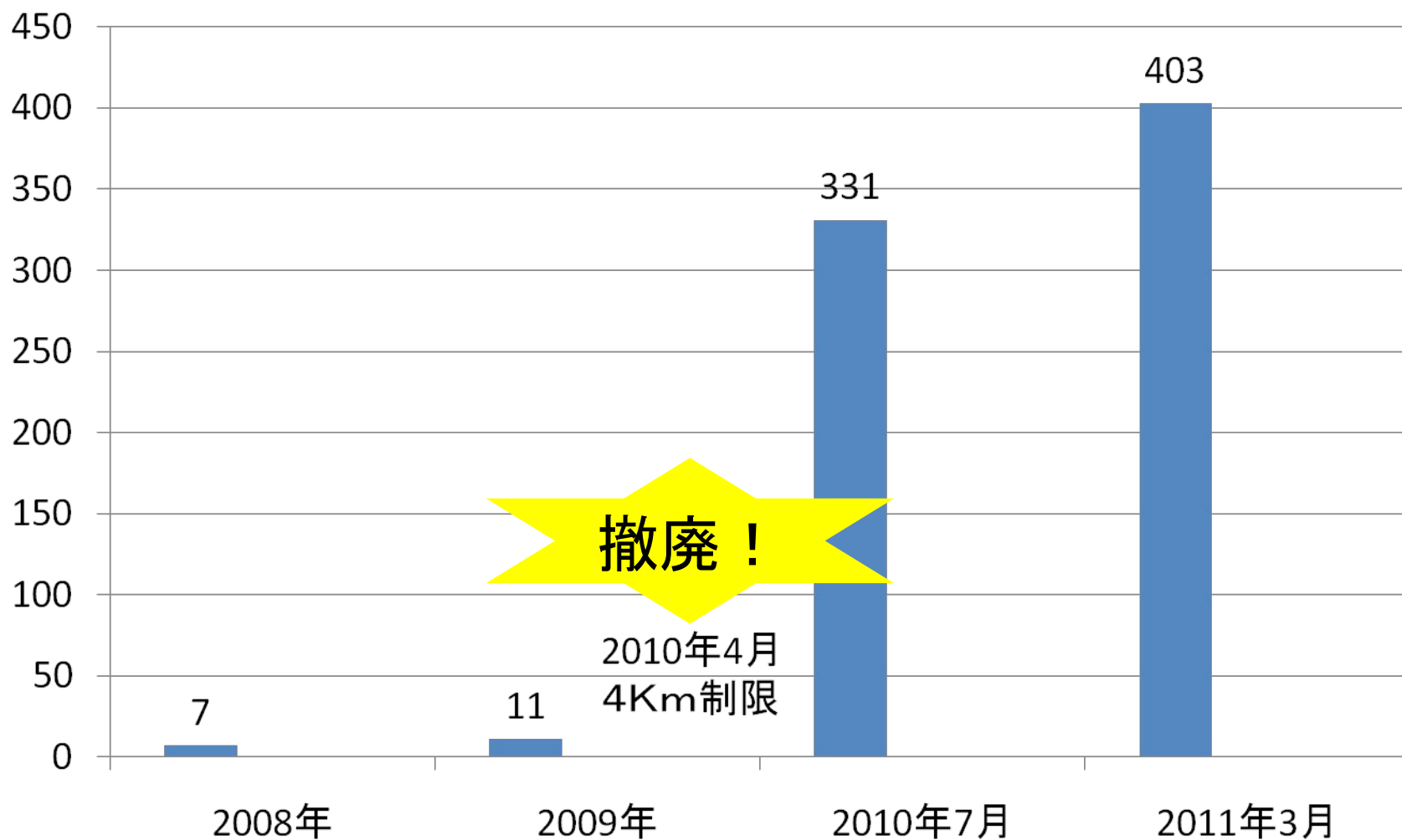
北海道 青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県 福島県 茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県 新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県 岐阜県 静岡県 愛知県 三重県 滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県 鳥取県 島根県 岡山県 広島県 山口県 徳島県 香川県 愛媛県 高知県 福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 大分県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県

保険局医療課データ 平成23年7月

在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

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

在宅療養支援病院数の推移



医療法人財団厚生会古川橋病院

東京都で第1号の在宅療養支援病院

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

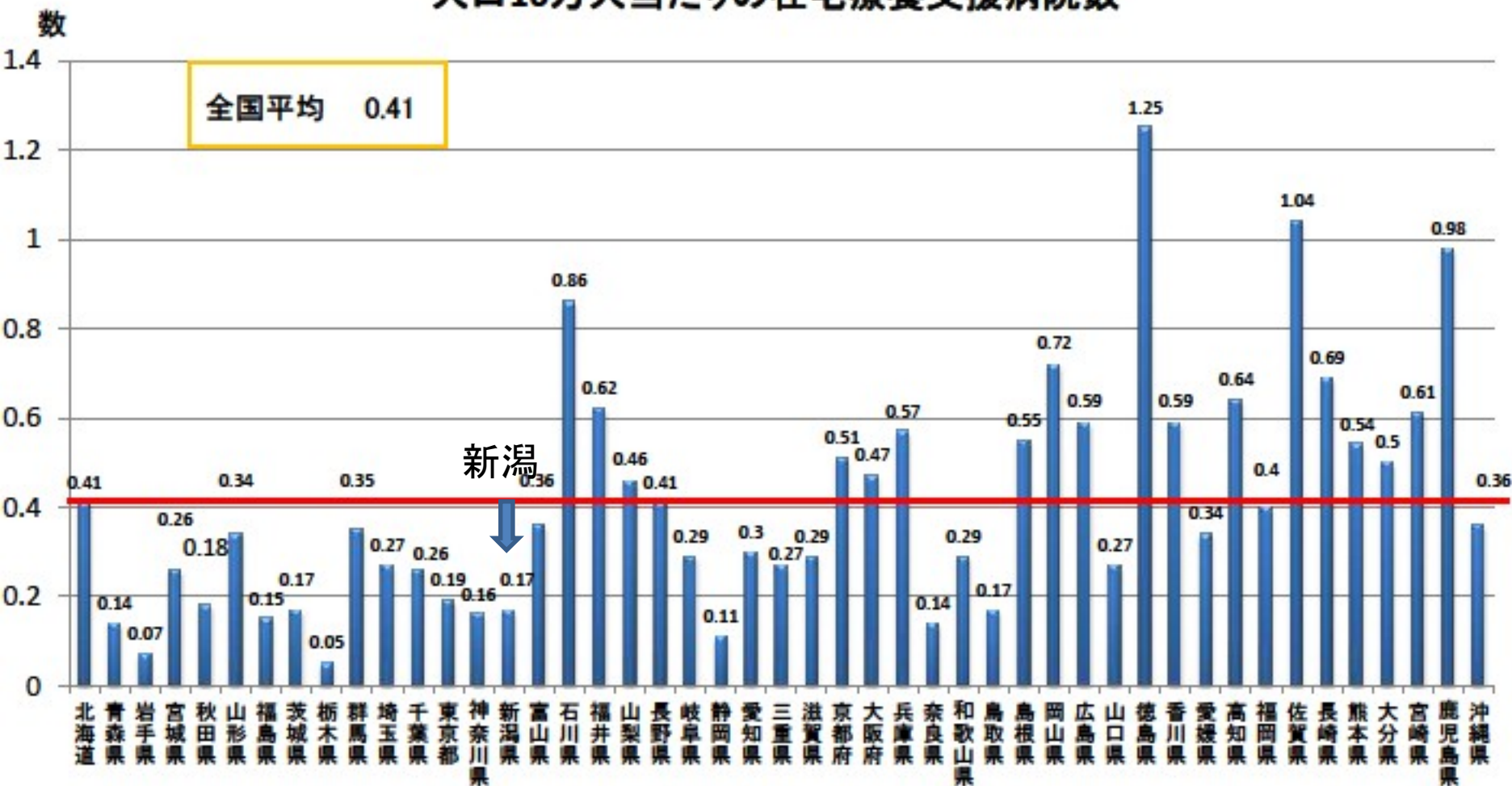


鈴木先生



人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

人口10万人当たりの在宅療養支援病院数

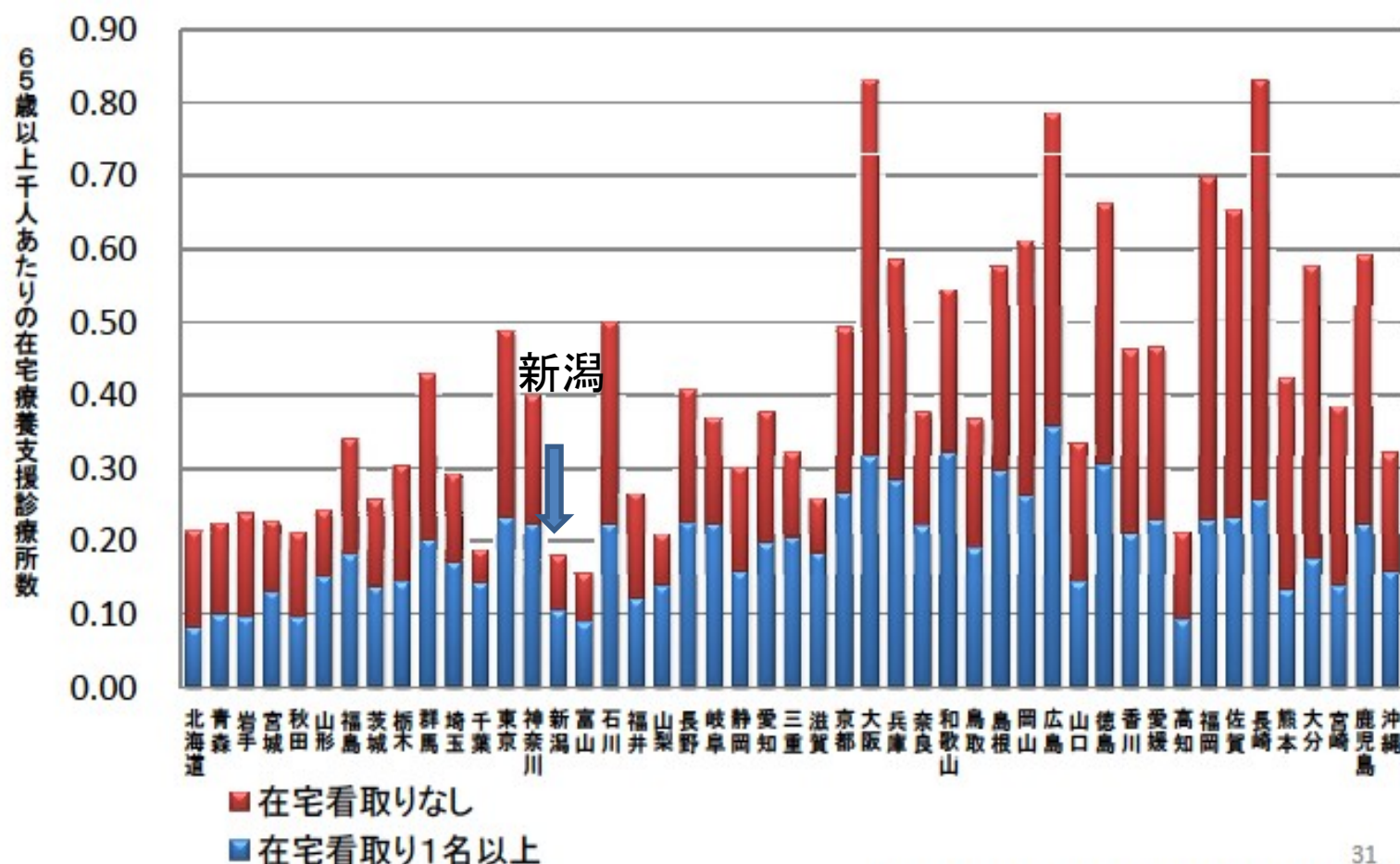


保険局医療課データ 平成23年7月

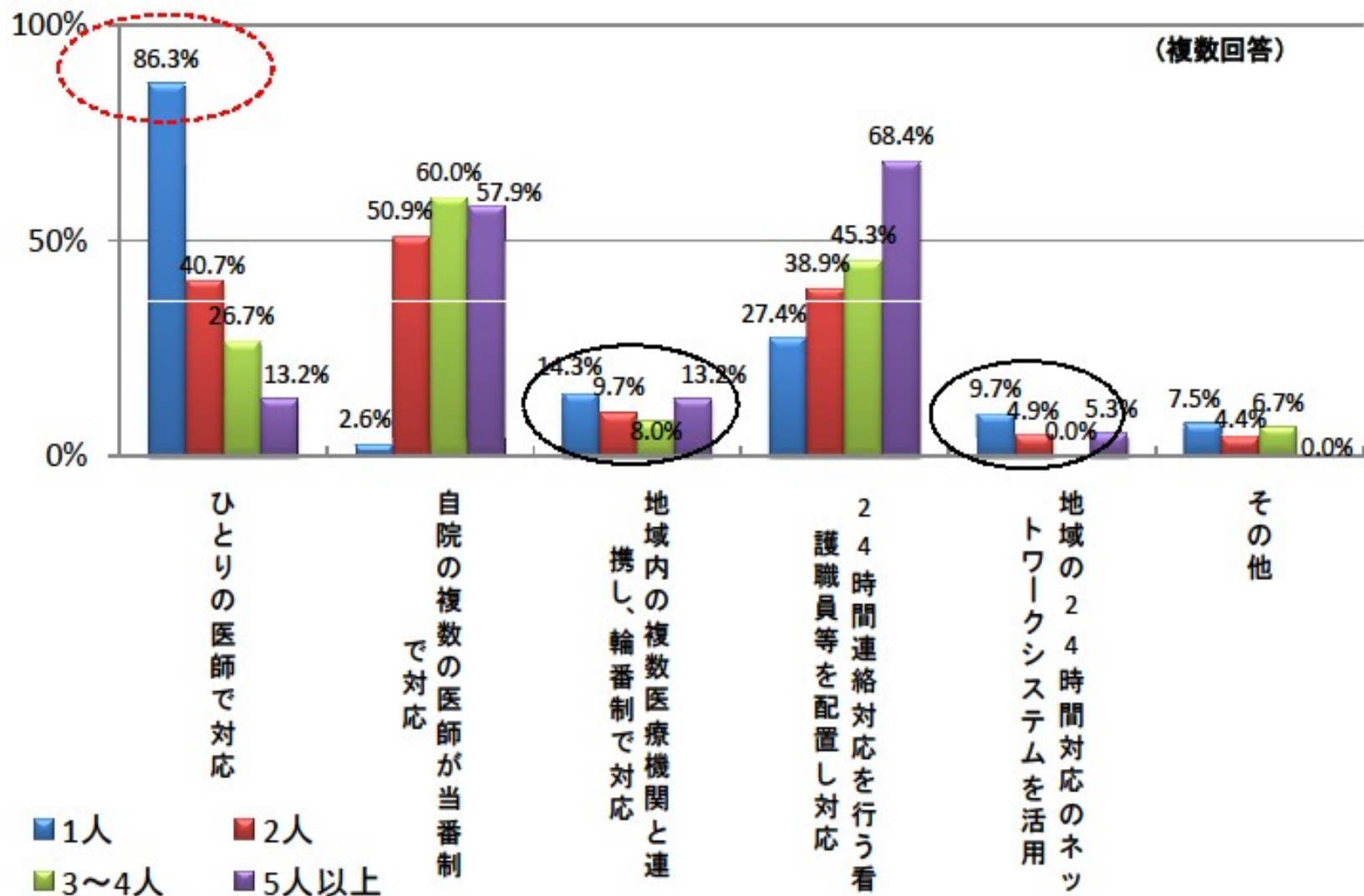
在宅療養支援診療所・病院の 課題と対策

少ない在宅看取りと
機能強化型在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所数(65歳以上千人あたり) ＜都道府県別分布＞



在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制(複数回答)



(n=1,228 無回答を除く)

出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

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

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

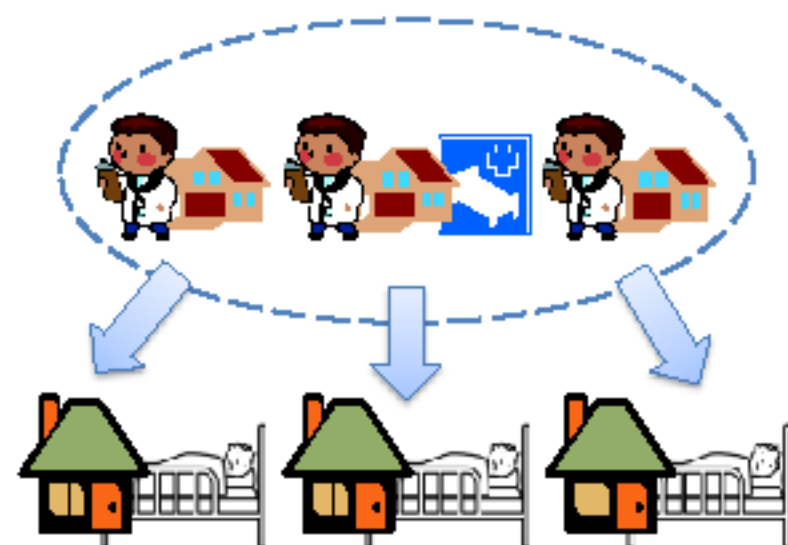
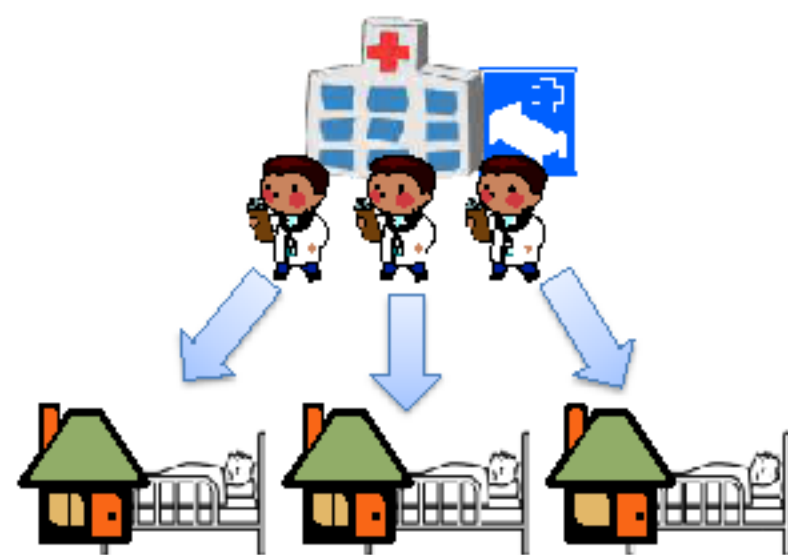


機能強化型
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

機能強化した在宅療養支援診療所・ 在宅療養支援病院等への評価

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

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ(改定後)



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

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

在宅医療に係る医療機関の機能の整理

	在宅療養支援診療所 /病院 (診療報酬)	在宅医療において積極的役割を担う医療機関 (医療計画) ※在宅療養支援病院/診療所の中から 位置づけられることを想定	地域医療支援病院 (医療法)
在宅医療提供 に係る役割	・単独又は連携により、24時間体制で在宅医療を提供	・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 ・ <u>夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援</u> ・災害時に備えた体制構築	・自らの在宅医療提供は必須ではない
在宅療養患者 の入院に係る役割	・入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保	・入院機能を有する場合には、急変時受け入れやレスパイトなどを行う	・ <u>地域の医療機関において対応困難な重症例の受け入れ</u>
多職種連携に係る役割		・ <u>現場での多職種連携の支援</u> ・在宅医療・介護提供者への研修の実施	※ 医療法では、在宅医療の提供の推進に関する支援として、 ・在宅医療提供事業者の連携の緊密化のための支援 ・患者や地域の医療提供施設への在宅医療提供事業者に関する情報提供

医療法に在宅医療に係る医療機関を書き込む！

(参考)在宅医療の拠点

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

パート4

在宅医療と多職種連携

～退院時ケアカンファレンスと地域連携パス～



在宅でお薬カレンダーを説明する薬局の薬剤師さん

在宅医療は究極の連携医療

一病診、診診連携、多職種連携一

- 在宅医療連携



ケアマネジャー

副かかりつけ医
(在宅医療連携医)



かかりつけ医



病院主治医



協力医
(眼科、歯科、
精神科)

看護師、薬剤師、栄養士
理学療法士



在宅医療における薬局・薬剤師の 役割が期待されている！



浜松町大門の清水薬局の清水晴子さん
は薬剤師でありケアマネジャーでもある

「医療提供施設」としての保険薬局

- 改正医療法（2007年）の第1条の2

「病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他医療を提供する施設」とし、「調剤を実施する薬局」を、初めて「医療提供施設」と明記した

- これまでの経緯

- ー 前回97年の第4次医療法改正時は、薬局に関しては、「医薬分業の推進」が地域医療計画の「任意記載事項」として盛り込まれたただけにとどまっていた。
- ー 今回の医療法改正は保険薬局の機能にとっては画期的ともいえる改正

医療計画作成指針(07年7月通知)

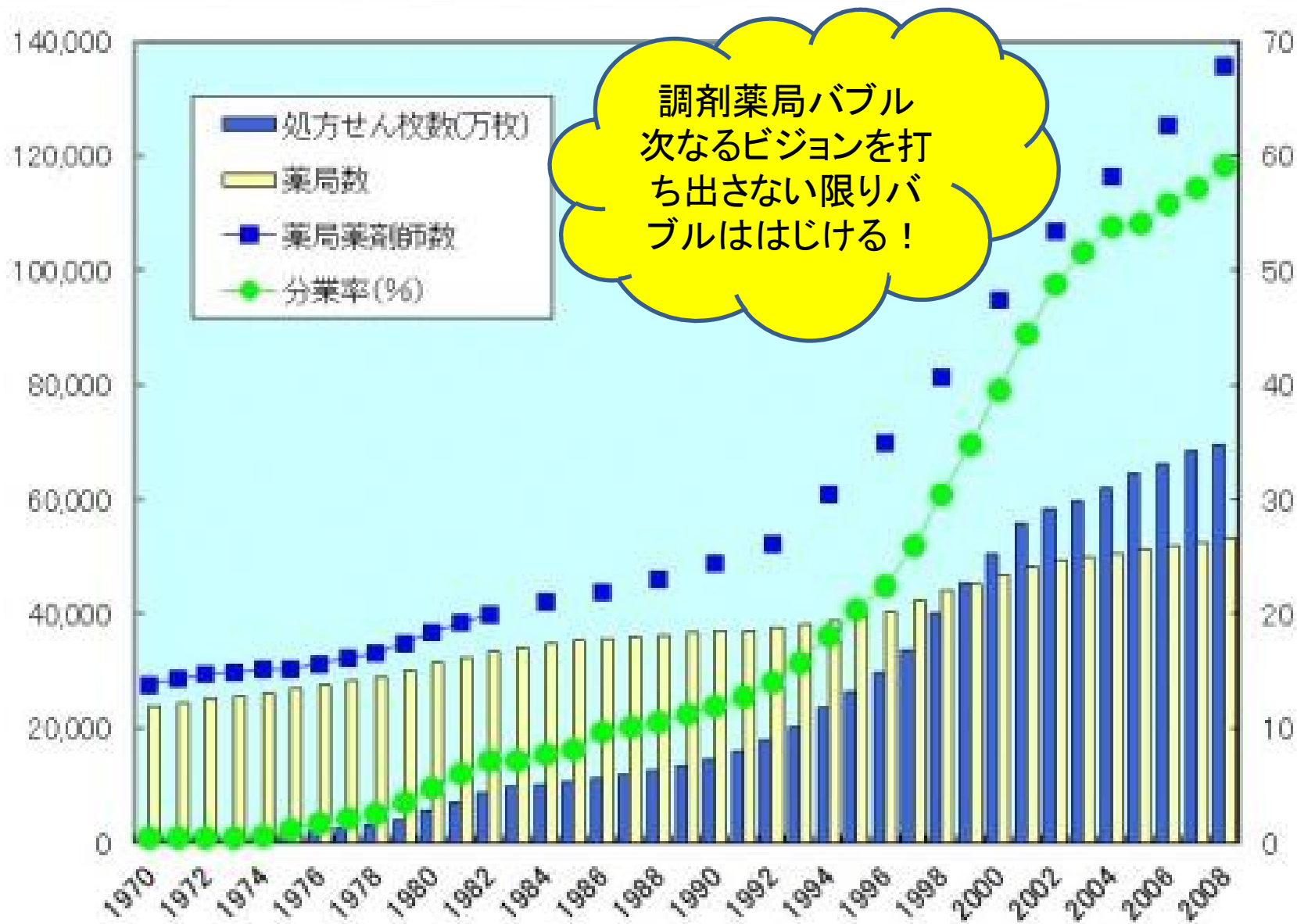
- 「薬局の役割」

- 医療計画の「4疾病・5事業にかかる医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料の供給拠点としての役割を担うことが求められる」
- 「都道府県においては、医療機関と薬局の機能分担および業務の連携によって、時間外においても対応できることなどを計画に記載することにより、患者や住民に対し分かりやすい情報提供の推進を図る」
- 医療計画の案の作成の段階から、都道府県は「調剤に関する学識経験者の団体」すなわち都道府県の薬剤師会の意見を聞かなければならないと規定された。

薬局・薬剤師の機能見直しの背景

- 今日、医薬分業が64%を超え、量的には拡大した。
。
- 保険薬局数も5万3千軒となった。
- 薬学教育が6年生となり、薬剤師の臨床薬剤師としての資質の向上も期待されている
- 薬局・薬剤師を取り巻く環境が大きく変化している
- 新たな薬局と薬剤師の役割が求められている。

薬局数・薬剤師数・処方箋枚数・分業率の推移



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・・・」



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.

医師・看護師による 在宅医療講習会



知識：薬理学・製剤学・解剖生理・病理病態・
TDM・ターミナルケア

技能：バイタルサイン・フィジカルアセスメント

態度：対医療者・对患者コミュニケーション
グリーフケア



バイタルサイン採集の基本手技を看護師が教える

在宅医療と多職種連携

退院時ケアカンファレンスと
地域連携パス

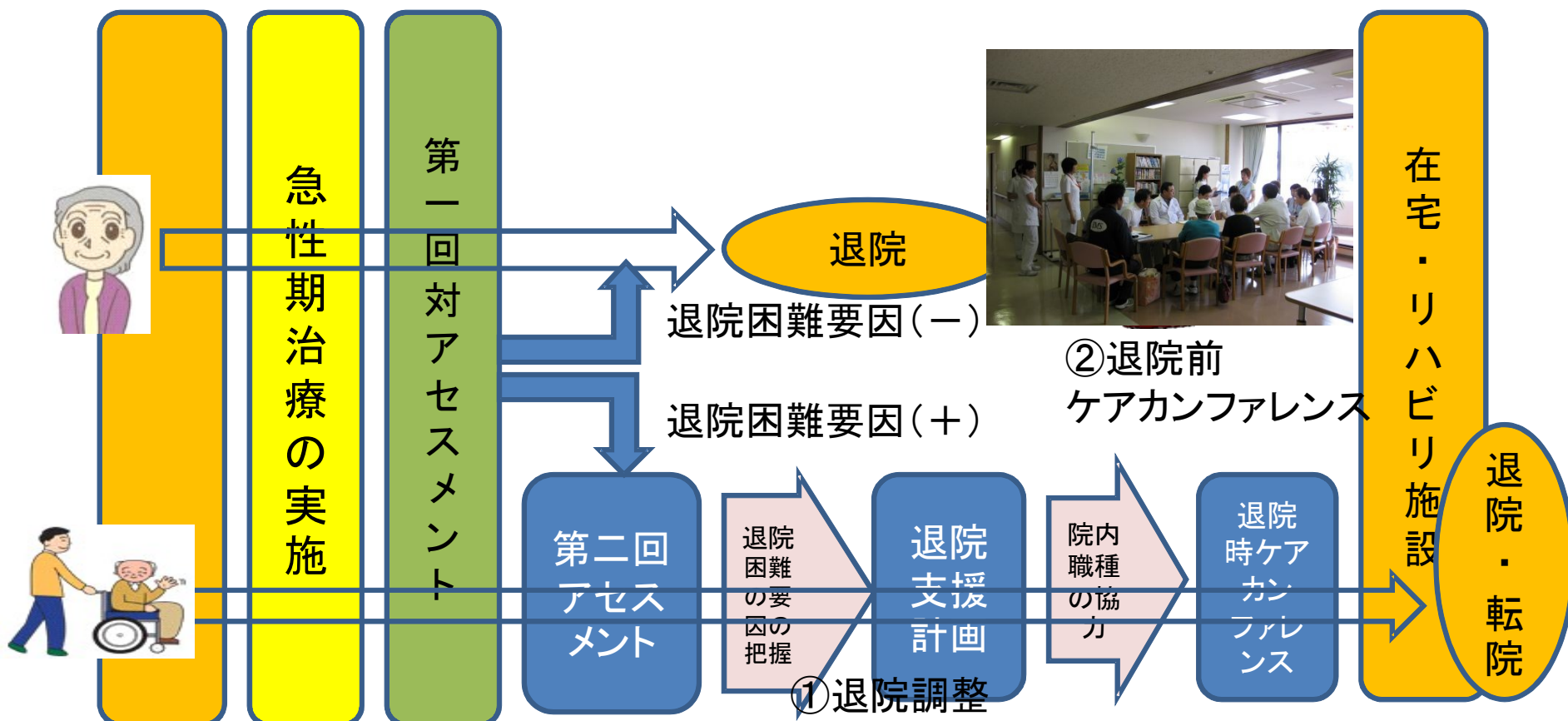
専門職種間の連携の課題

- 地域の中の連携（多職種連携）
 - － 多職種間で患者についての情報交換や話し合いの場が不足している
- 地域の中の連携（同職種間連携）
 - － 病院医師と在宅医、看護師同士など、地域の同職種間での情報共有や交流が不十分
- 多職種連携は顔の見える連携から
 - － 退院時ケアカンファレンス
 - － 地域連携パス

退院支援の流れと退院時ケアカンファレンス

入院

退院患者の約6%は退院困難を抱えている



院内クリティカルパス・地域連携クリティカルパス

退院調整の必要な患者

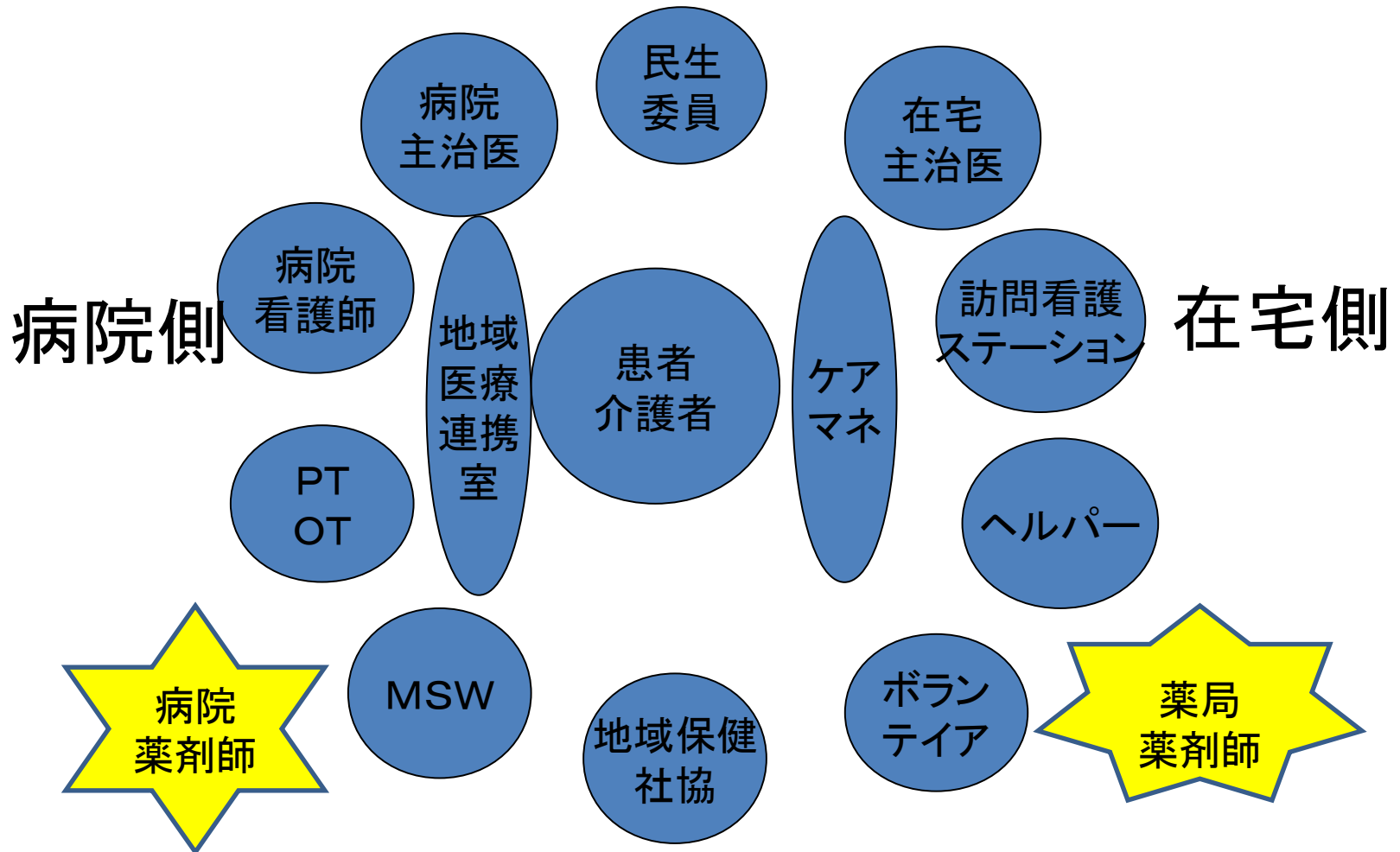
- ①再入院を繰り返している患者
- ②退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者
- ③入院前にくらべ日常生活動作(ADL)が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
- ④独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
- ⑤現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者等。
- * 退院調整の必要な患者の出現頻度
 - － 平成19年度の厚生労働省の老人保健健康増進等事業の調査によると入院患者の約6.3%

退院時ケアカンファレンスの重要性



～尾道市医師会と尾道市民病院～

退院時ケアカンファレンス



在宅で輸液療法を行う がん患者の退院例

- 直腸がんでFOLFOX療法を在宅で行うAさん
 - － 病院で使用している輸液ポンプを在宅でも準備しなければならない
 - － 入院中に服用している抗がん剤や麻薬、輸液セットや注射針などの医療材料も在宅で準備する必要がある
 - － しかし、病院で使用している薬剤や医療材料がそのまま在宅でも調達可能、使用可能かについては、実際に在宅で患者を担当する在宅主治医や訪問看護ステーションとスタッフと意見交換を行う必要がある
 - － 退院時ケアカンファレンスで病院主治医、在宅主治医、病院薬剤師、薬局薬剤師、訪問看護師などが一同に会して患者の情報共有をおこなったり、調達すべき必要な医薬品や医療材料の細かな調整を行う必要がある

FOLFOXで使う注射薬



在宅医療を行う診療所・保険薬局へ向け 医薬品・医療材料分割販売

- 医薬品分割販売
 - 錠剤などは1シート単位、塗り薬・目薬などは1本単位から医薬品等を購入できる仕組み
 - 東邦薬品のPFP事業
 - PFPとは”Pharmacy for Pharmacies (薬局のための薬局)
 - 全国約10,000軒以上の保険薬局に商品を発送
 - 取扱品目(医薬品・医療材料)はおよそ4,000品目
- 医療材料の分割販売も12月1日から始まる！
 - 415品目の医療材料を分割して配送する
- 在宅の物流が変わる！

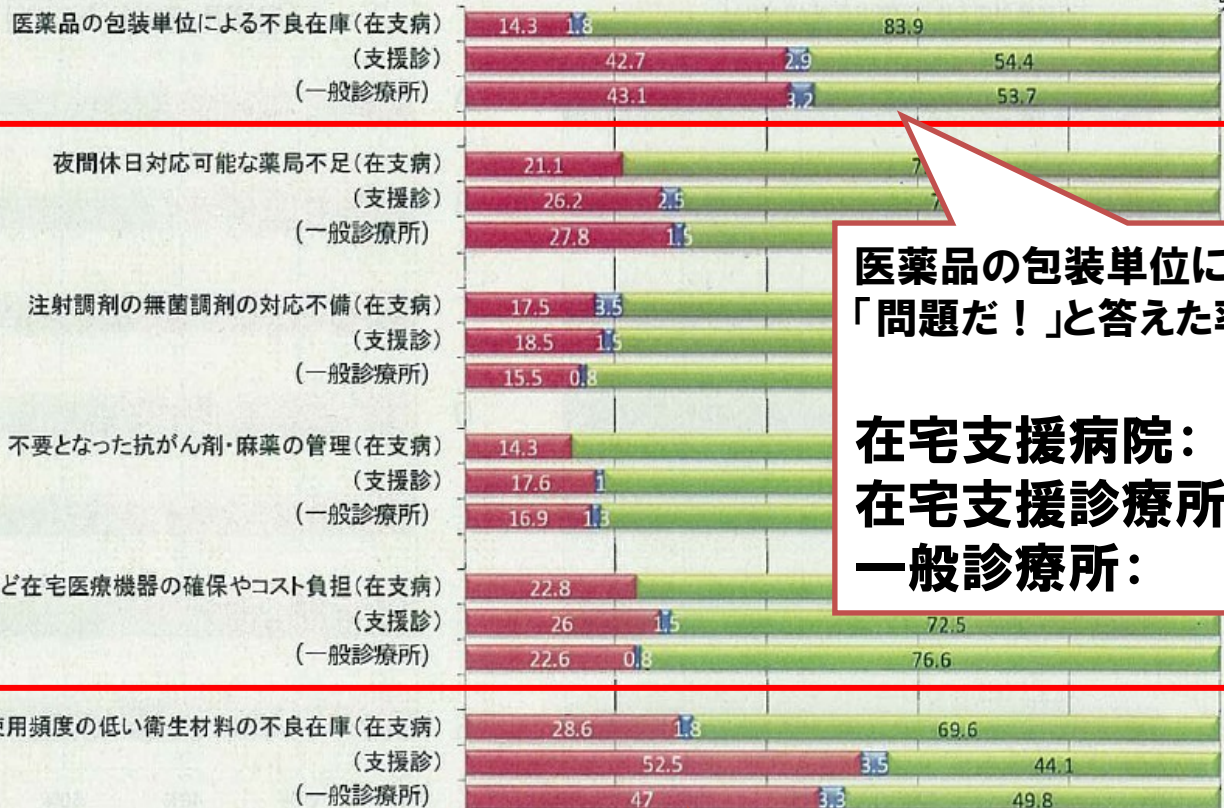


在宅医療を行う上での障害: 効率的な在宅医療への障害①



過剰在庫

テッドストック



医薬品の包装単位による不良在庫
「問題だ!」と答えた率

在宅支援病院: 14.3%
在宅支援診療所: 42.7%
一般診療所: 43.1%

使用頻度の低い衛生材料の不良在庫
「問題だ!」と答えた率

在宅支援病院: 28.6%
在宅支援診療所: 52.5%
一般診療所: 47.0%

在宅医療は診療所、薬局が中心となり患者様一人一人に合わせた医療を行うため新たな問題が生じております。特に効率的な在宅医療を行う上での障害として、半数の診療所が医薬品・医療材料の不良在庫を挙げています。

医療材料 分割販売商品一例

CVカテーテル



ドレッシング材



バルーンカテーテル



カテラン針



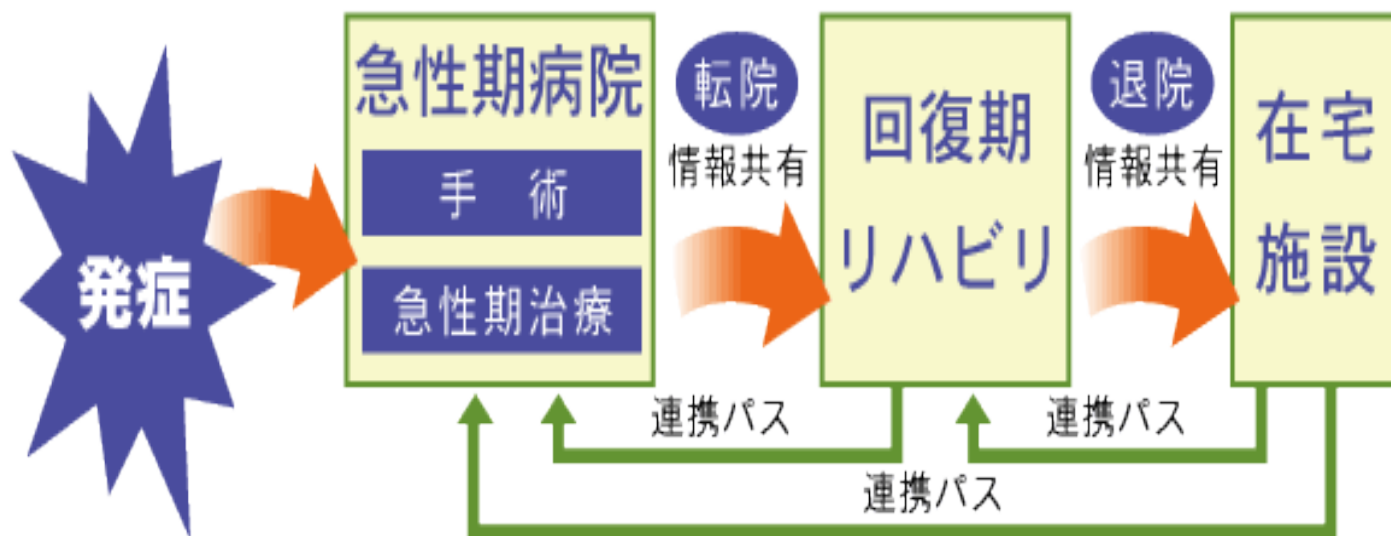
気管切開チューブ



シリンジ



地域連携クリティカルパス



院内のクリティカルパスは多職種で作る

- 日本医療マネジメント学会
主催パス実践セミナー
- グループに分かれて疾病を
選んでパスを作成する
- 医師、看護師、薬剤師など
が参加
- クリティカルパスはチーム
医療の設計図
- 作成体験からチーム医療を
学べる



2010年5月1日 国際医療福祉大学

2006年4月診療報酬改定 地域連携クリティカルパスの新規点数と運用

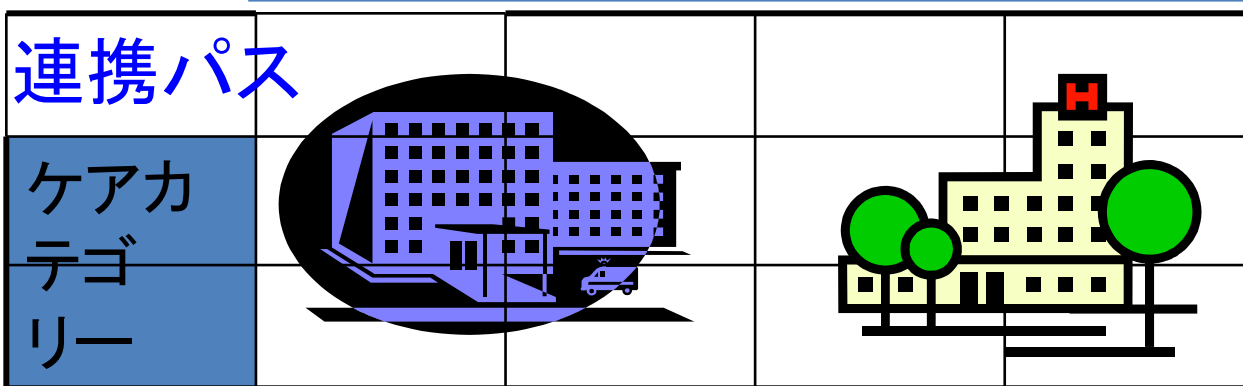
- 地域連携クリティカルパスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的会合



定期的な会合

急性期病院

リハビリ病院



有床診療所
でもOK

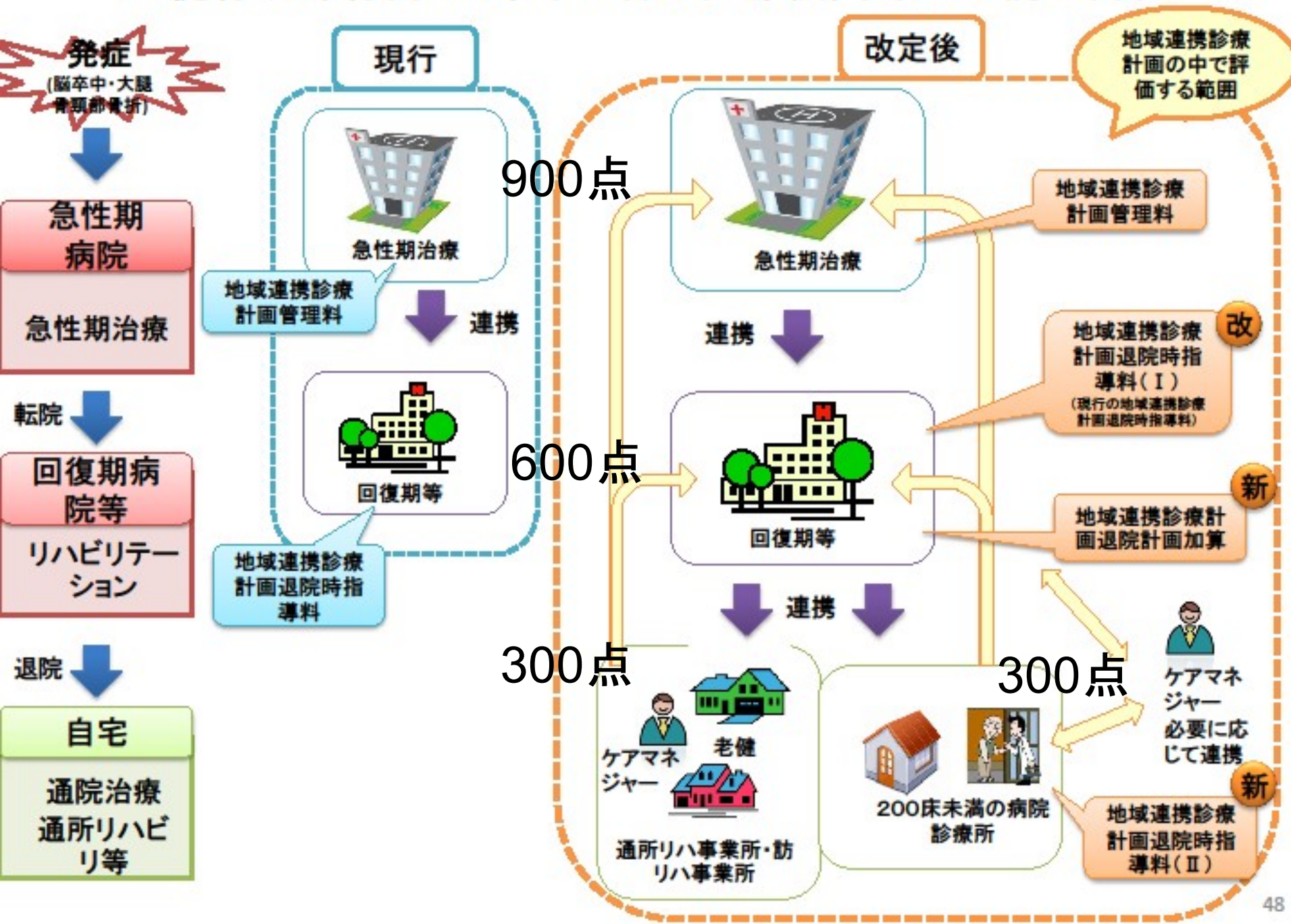
地域連携診療計画管理料
1500点



地域連携診療計画退院時指導料
1500点



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



脳卒中連携パス(患者用)

脳卒中地域連携パス (患者様用) :

様 (脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血)

急性期病院		回復期リハビリ病院			維持期リハビリ病院・施設		
現在の障害を説明します 	3つのリハコースを説明します 	1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	ケアが必要なことを説明します 	療養型病床 ・ 介護老人保健施設 	
☐ 運動の障害 () ☐ 言葉の障害 ☐ 食べることの障害 ☐ 排泄の障害 ☐ 認知の障害 ☐ 意識の障害 ☐ その他	軽度リハコース (1ヵ月) BI 85-100, FIM110-126    	標準リハコース (2ヵ月) BI 55-80, FIM80-109    	重症リハコース (3ヵ月) BI 0-50, FIM13-79    	ケアが必要なことを説明します いろいろな事情で在宅が不可能な方は2つのケアコースでケアがすすむと思います。維持期リハビリ施設で詳しい評価がされます。 標準ケアコース (要少〜要多少介助) 重症ケアコース (全介助)	2つのケアコースを説明します 2-3ヵ月ごとにケアプランをつくり方針を相談します 標準ケアコース (BI 25以上)   		
リハビリが必要であることを説明します  以上の障害でリハビリが必要です。詳しくは評価リハ病院でされます。現在の移動能力で以下の3つのコースでリハビリがすすむと思われます。	詳しくリハ評価 バイセル指数(BI) FIM指数(FIM) いずれかの評価でコースが決まります	排泄訓練 	摂食・嚥下訓練 	コミュニケーション訓練 	在宅 グループホーム ケアハウス 介護老人福祉施設	かかりつけ医の選択 	生活習慣病の指導 
維持期リハ(在宅、入所、転院)のためにいろいろな準備が必要です。主治医や医療相談員に相談しましょう。							
軽度リハコース (1ヵ月) ひとりで歩ける	介護保険の説明 	要介護認定 要支援1, 2 要介護1, 2, 3, 4, 5	家屋調査・改修 	在宅医療 (かかりつけ医) 	訪問診療・訪問リハ 		
標準リハコース (2ヵ月) ひとりで座れる ひとりで立てる	介護保険の申請 	ケアマネジャー決定 	介護指導 	転院入所調整 	通所リハ・訪問看護  		
重症リハコース (3ヵ月) ひとりで座れない	認定調査 	ケアプラン作成 	サービス担当者会議 	在宅介護  			
治療の継続、管理 ☐ 血圧のコントロール ☐ 抗血小板薬 ☐ ワーファリン(PT-INR)		☐ 血糖 ☐ インスリンコントロール ☐ 栄養管理 	インスリン 	☐ 腎臓 ☐ 気管切開 ☐ シャント圧 	※ 経過中に急変した時は急性期病院へ連携します   		

脳卒中地域連携 クリティカルパスの東京都内の事例

メトロポリタン・ストローク・ネットワーク
慈恵医大リハビリテーション医学講座



安保雅博教授

東京都内近郊の脳卒中地域連携ネットワーク構築にむけて



急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)

長嶋茂雄さんと初台リハ



初台リハビリテーション病院



長嶋さんは心原性脳梗塞症だった！
心臓の中にできた血の塊が脳に移って
血管をふさぐのが心原性脳梗塞症。

一般社団法人
「脳卒中地域連携医療パス協会」

- 脳卒中地域連携医療パス協会
 - － メトロポリタンストロークネットワーク研究会から2012年4月発足
 - － 東京23区内統一パスを使用し、ASPを使ったインターネット経由の情報共有を行う。
- 理事長：安保 雅博（東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座教授）

一般社団法人脳卒中地域連携パス協会 市民公開講座

2012年6月30日 全国町村会館



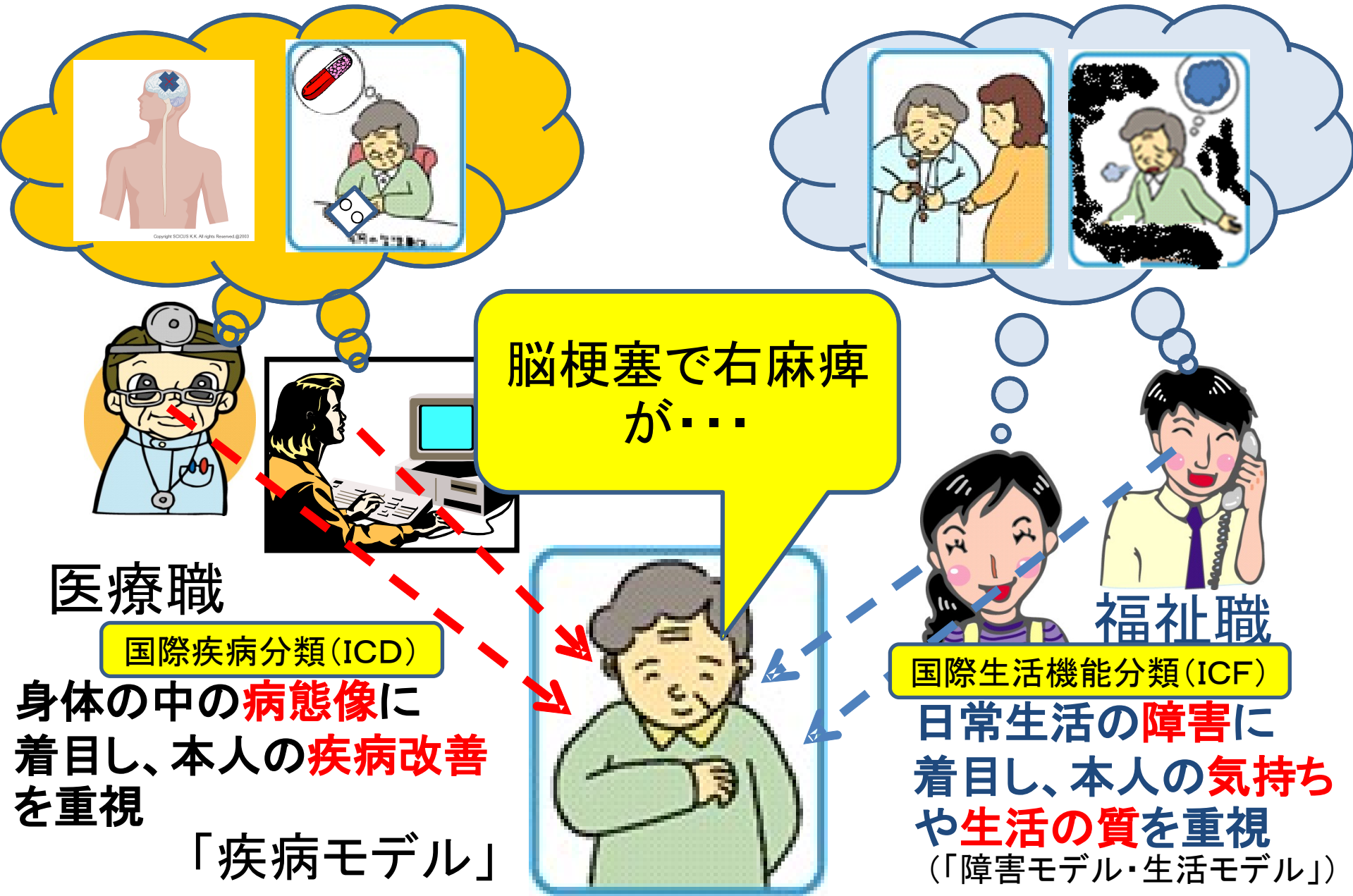
これからの多職種連携は
医療と介護の連携が必要

医療介護連携士の育成

医療と介護のギャップ

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

医療と介護福祉ではモデルが異なり情報も言語も異なる



医療福祉連携士

（日本医療マネジメント学会認定）

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



目指そう、医療福祉連携士！

詳細は日本医療マネジメント学会ホームページから

パート5

在宅医療連携拠点事業

市町村ごとに2000の連携拠点の設置をめざす
！

在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

在宅医療連携拠点事業のイメージ

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



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

情報共有・連携

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

在宅での受入先がわからない

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



- ・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。

3) 効率的な医療提供のための多職種連携

- ・連携拠点到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の例

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。

○診療連携

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。

○救急連携

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との懇親会を開催、知識の共有・交流を図る。

○薬局との連携

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 はじめの一步」、「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

事業スタッフとして雇用した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り組み③-訪問看護ステーション

■(株)ケアーズ白十字訪問看護ステーション

牛込地区在宅医療連携事業進捗

1)暮らしの保健室開設

○2011年7月1日オープン

○健康相談、介護・医療に関する相談、がん相談、お薬相談、医療・介護関係者からの連携に関する相談を受け付けている。

○地域住民向けの勉強会も開催。

○7月～9月累計約120件の来室・相談

○その中には、地域の医療連携を繋ぎなおした事例も含まれている。



2)勉強会の開催

○毎月1回開催しているケースカンファレンスには

病院、診療所の医師、看護師、訪問看護ステーションの看護師、ヘルパー、高齢者総合相談センターや新宿区社会福祉協議会の相談員、介護支援専門員などが参加。

○7月「相談事例から見える連携の課題」

○8月「相談事例に見る地域ネットワークの姿」

○9月「繰り返し相談の事例から見える問題」



■別府市医師会訪問看護ステーション

効果的な医療提供の為、多職種連携を重点に活動。

- ・地域ケア連携システム会議
- ・第1回 拠点事業推進委員会
- ・在宅医療連携交流会、名刺交換会
- ・地域包括支援センター等アウトリーチ
- ・管理者会議、研修会の開催
- ・在宅医療連携拠点事業広報活動
- その他



- ・10/12 訪問看護ステーション管理者会議
- ・10/17 第2回 拠点事業推進委員会
- ・10/18 居宅介護支援事業所管理者会議
- ・10/19 ヘルパーステーション管理者会議
- ・多職種合同研修会(事例検討・シンポジウム)
- ・訪問看護師ヘルパー研修会(ストーマ事例)
- ・在宅医療連携情報提供共通ツール作成
- ・在宅医療連携ガイド作成に向けてアンケート調査
- その他

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】	【調査】	【相談窓口】	【情報の共有と提供】
◆ 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	◆ 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。	◆ 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。	◆ 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。

ICTの
利活用

■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

□ ①在宅チーム医療を担う人材育成事業

要望額 5.5億円

■職能ごとの研修システム構築の目的

○Inter Professional Work(IPW:多職種協働)とは、「患者のために」独立した個が理解し合い、協力し合うチーム医療の形であり、チームメンバーの職能と個性を生かすことが前提である。

○本事業(職能別人材育成)の目的は、在宅医療を担う職能別の研修を展開し、それぞれの専門性知識・技術の習得および専門性の向上を図ることである。

■人材育成の展開

・①・②・③の事業はそれぞれの組み合わせの選択を可とする
・事業終了後は研修内容についての報告書を提出し、今後の事業展開や政策立案に役立てる

①専門職種別研修プログラムの作成

- ・研修プログラムの検討委員会の設置
- ・研修プログラムの開発



②Eラーニングシステム構築

- ・Eラーニングシステムにより、研修プログラムの全国展開



家や職場で
専門知識を修得

③専門的な技術修得のための実技研修

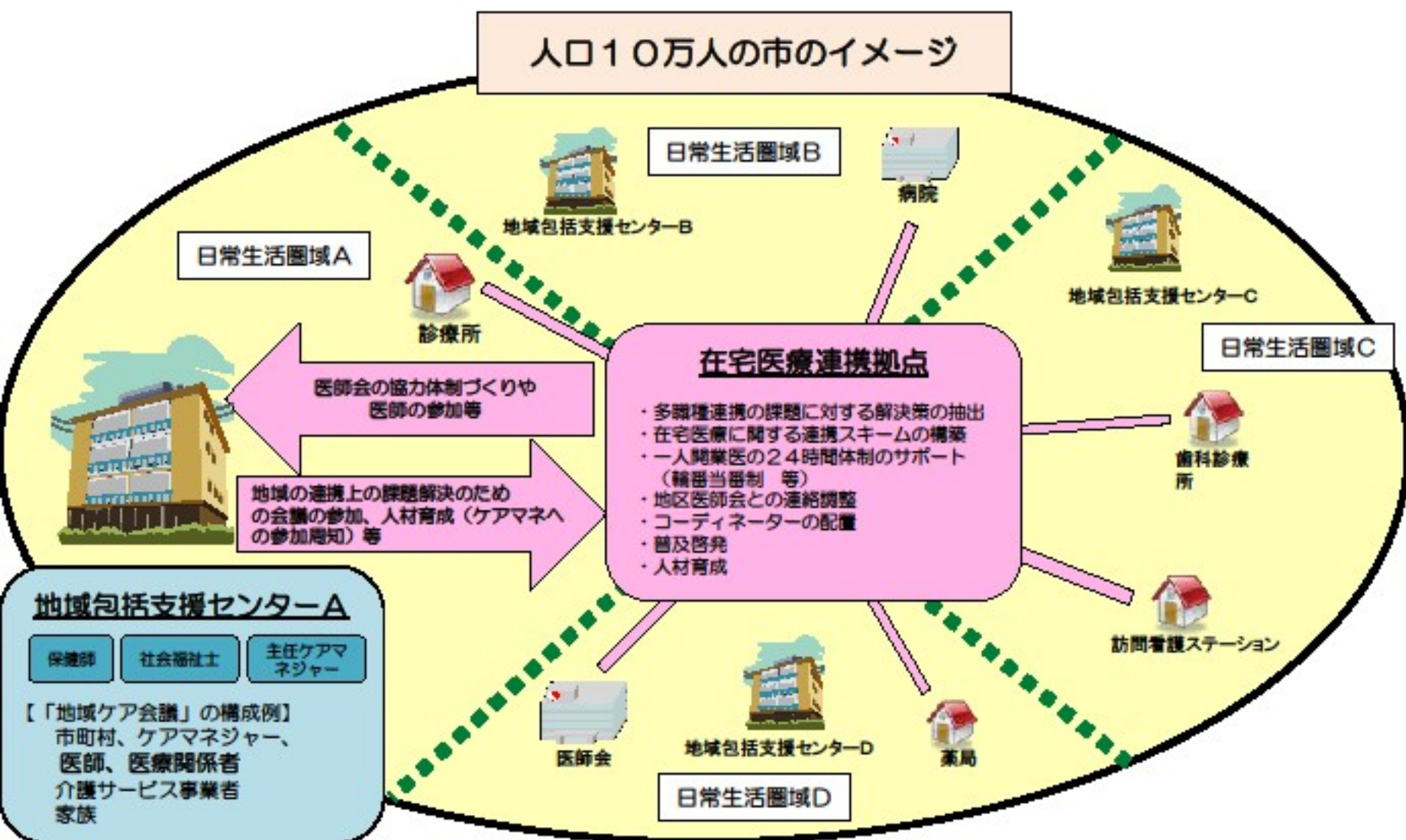
- ・在宅医療提供に必要な専門技術の取得



■職能ごとの研修の概要

職 種	人材育成事業により習得する専門性知識・技術
医 師	定期的・計画的な診療による在宅患者の病状管理に必要な知識・技術の習得
歯科医師	多職種在宅チーム医療に必要な専門的知識や在宅歯科診療の実践的技術の習得
薬剤師	処方されている薬剤の正しい服薬法等について指導助言するための知識・技術の習得
看護師	定期的・計画的な訪問による在宅患者の医療的な処置、ケアを行うための知識・技術の習得
歯科衛生士	多職種在宅チーム医療に必要な専門的知識や在宅患者の口腔機能管理等に係る実践的技術の習得

職 種	人材育成事業により習得する専門性知識・技術
管理栄養士・栄養士	定期的・計画的な訪問による在宅患者の療養上必要な栄養・食事について個々の食生活の状況を踏まえた助言指導するための知識・技術の習得
理学療法士	定期的・計画的に在宅患者を訪問し、必要なりハビリテーションを提供するための知識・技術の習得(単なる機能訓練に留まらず、在宅生活を維持しQOLを向上することを重視する)
作業療法士	
言語聴覚士	在宅患者の受診・受療支援、制度の活用支援、経済的問題の解決支援、家族支援、社会復帰等を行うための知識・技術の習得
社会福祉士 (医療ソーシャルワーカー)	
精神保健福祉士	

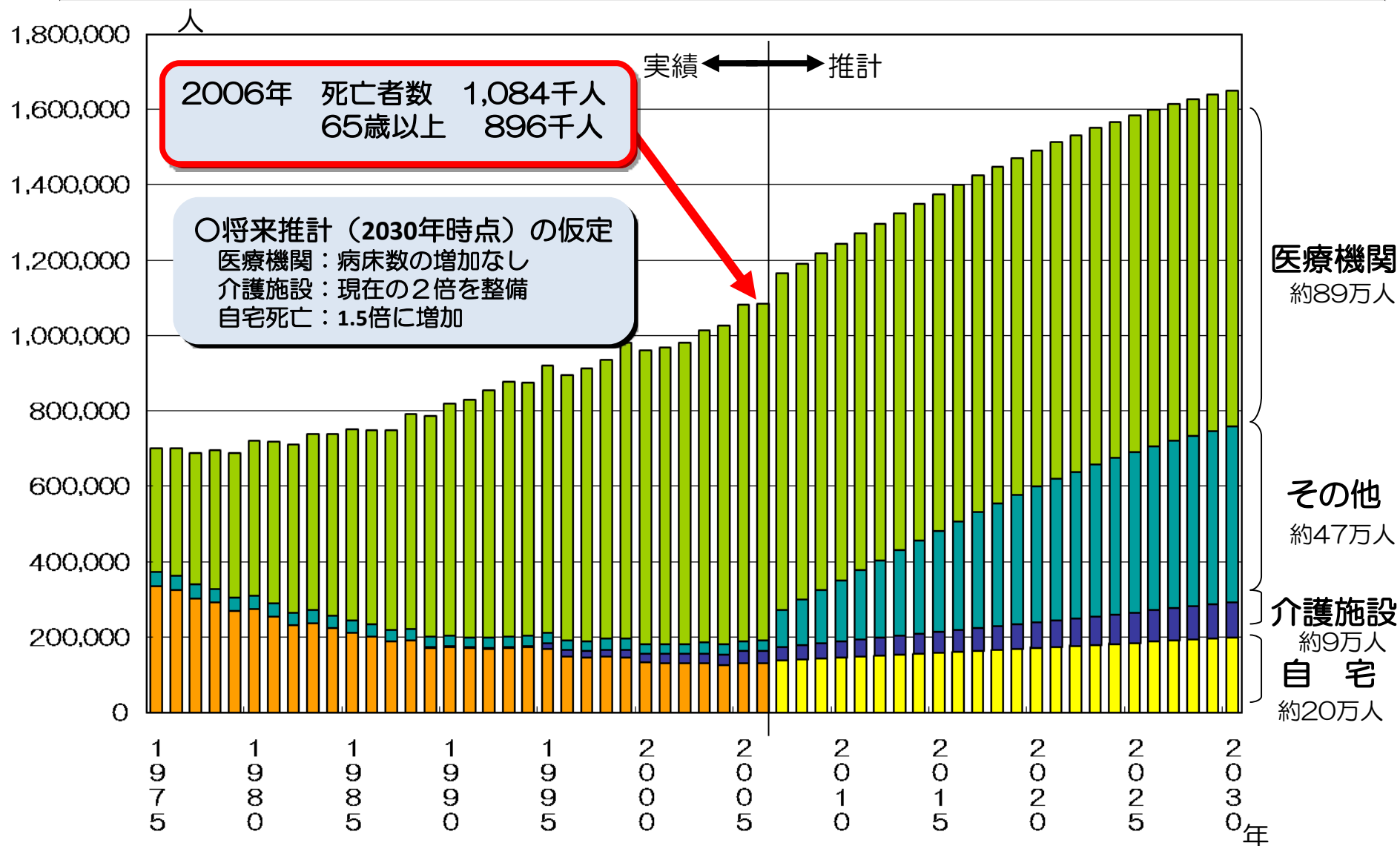


※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

パート6

在宅終末期ケア連携

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】

2006年（平成18年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2007年（平成19年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

病院死には病床が足りない 2030年団塊世代47万人の 「死に場所」が不足



富士の樹海林

地域で支える終末期ケア連携の 仕組みが必要

2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足

在宅お看取りパスが必要

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

新川医療連携懇話会

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



中川先生

The Journal of Palliative Care Community Network

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

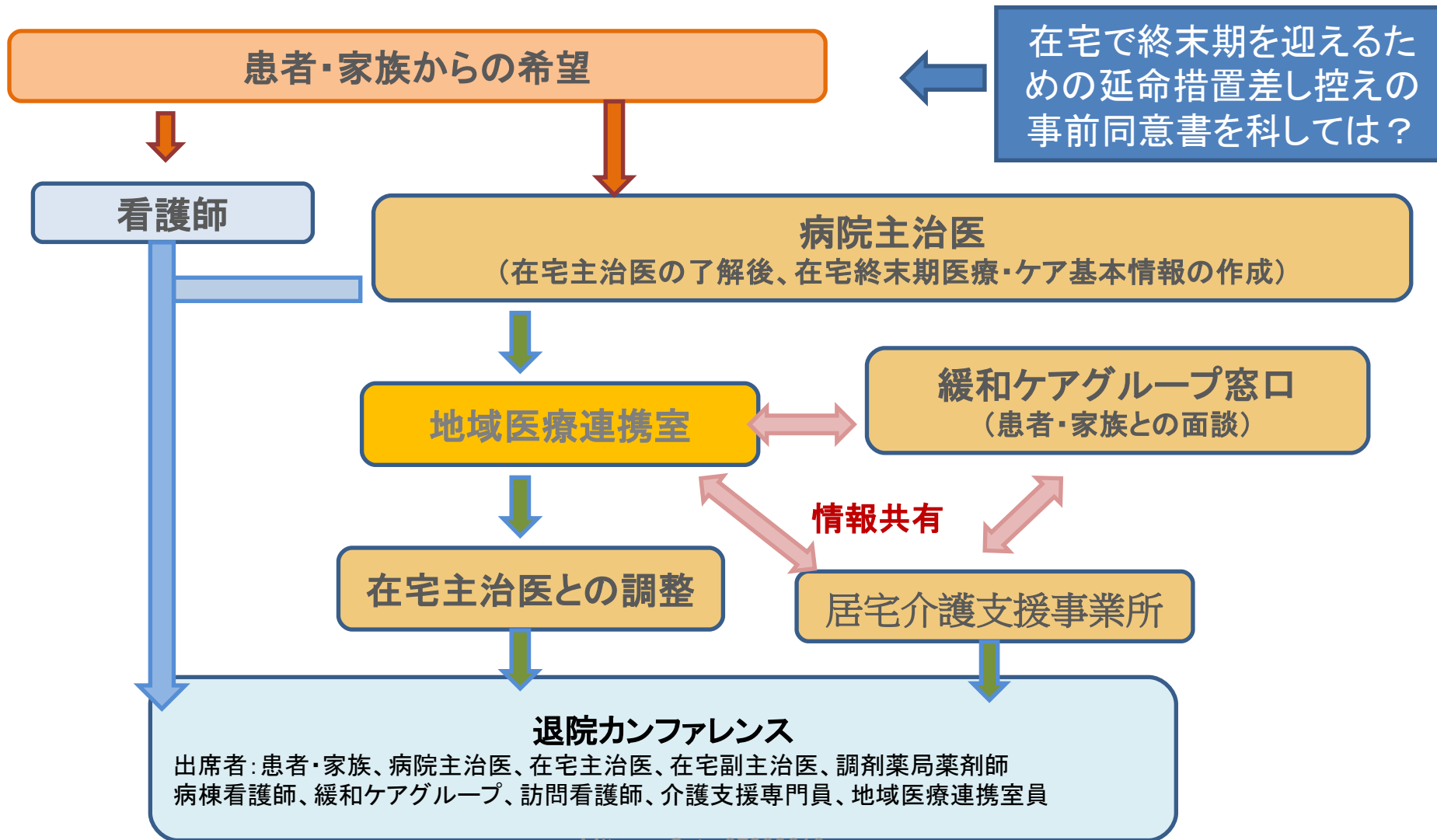
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

- 連携バス導入の経緯等

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



病院入院中・退院前 在宅終末期連携パスの運用フロー



新川地域在宅終末期医療

● 運用基準・留意点

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

様式の統一

在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

(患者名) [] (生年月日) [] 年 [] 月 [] 日生 [] 歳 [] 男 [] 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 []
[] <u>終いに対する対応</u>	インフォームドコンセント
終いに対する対応 (本人・家族) []	告知について []
1. 最後まで自宅 []	告知: 本人、家族 ([])
2. 最後は連携病院 []	内容 []
3. 状況により判断 []	本人: []
	家族: [] <u>告知理解度について</u>
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 [] <u>疼痛管理について</u>
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 ティ) []
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 []
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 []

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

項目	13日	14日	15日	16日
問題点(特記事項)	経口摂取量減少	本日IVHに注入ポンプ導入	意識レベル低下(TELあり)	

(一般状態) 記載者	上田	上田	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	脱水・浮腫	脱水・浮腫	脱水・浮腫	

(投薬) 記載者	上田	上田	上田	
疼痛管理	オキザン(5)IT	オキザン(5)IT	オキザン(5)IT	
麻薬	オキザン(5)IT	オキザン(5)IT	オキザン(5)IT	
NSAIDS	ロキソニン375mg	ロキソニン375mg	ロキソニン375mg	
他				
補液	①ビート500ml オキザン100mg ②ビート500ml オキザン100mg ③ビート500ml オキザン100mg	①ビート500ml オキザン100mg ②ビート500ml オキザン100mg ③ビート500ml オキザン100mg	①ビート500ml オキザン100mg ②ビート500ml オキザン100mg ③ビート500ml オキザン100mg	
(検査)	IVHポートより 自注病下	IVHポートより 自注病下	IVHポートより 自注病下	
(病状説明)				
他	NS上気管と IVHポートを用いた 吸引(理路)	NS上気管と IVHポートを用いた 吸引(理路)	NS上気管と IVHポートを用いた 吸引(理路)	

(訪問看護) 記載者	上田	上田	上田	
食事	水500ml 4P	水500ml 4P	水500ml 4P	
排泄	尿量 364	尿量 364	尿量 364	
清拭	1000ml	1000ml	1000ml	
入浴				
精神面				
他	体温 37.2℃ 4P 血圧 100/60mmHg 心拍数 98bpm 呼吸数 20bpm SpO2 98%	体温 37.2℃ 4P 血圧 100/60mmHg 心拍数 98bpm 呼吸数 20bpm SpO2 98%	体温 37.2℃ 4P 血圧 100/60mmHg 心拍数 98bpm 呼吸数 20bpm SpO2 98%	

(訪問介助) 記載者				

項目	13日	14日	15日	16日
問題点(特記事項)	13日 13時 14日 14時 15日 15時 16日 16時	13日 13時 14日 14時 15日 15時 16日 16時	13日 13時 14日 14時 15日 15時 16日 16時	13日 13時 14日 14時 15日 15時 16日 16時

(一般状態) 記載者	上田	上田	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	脱水・浮腫	脱水・浮腫	脱水・浮腫	

(投薬) 記載者	上田	上田	上田	
疼痛管理				
麻薬				
NSAIDS				
他				
補液	①ビート500ml オキザン100mg ②ビート500ml オキザン100mg ③ビート500ml オキザン100mg	①ビート500ml オキザン100mg ②ビート500ml オキザン100mg ③ビート500ml オキザン100mg	①ビート500ml オキザン100mg ②ビート500ml オキザン100mg ③ビート500ml オキザン100mg	
(検査)	IVHポートより 自注病下	IVHポートより 自注病下	IVHポートより 自注病下	
(病状説明)				
他	NS上気管と IVHポートを用いた 吸引(理路)	NS上気管と IVHポートを用いた 吸引(理路)	NS上気管と IVHポートを用いた 吸引(理路)	

(訪問看護) 記載者	上田	上田	上田	
食事	水500ml 4P	水500ml 4P	水500ml 4P	
排泄	尿量 364	尿量 364	尿量 364	
清拭	1000ml	1000ml	1000ml	
入浴				
精神面				
他	体温 37.2℃ 4P 血圧 100/60mmHg 心拍数 98bpm 呼吸数 20bpm SpO2 98%	体温 37.2℃ 4P 血圧 100/60mmHg 心拍数 98bpm 呼吸数 20bpm SpO2 98%	体温 37.2℃ 4P 血圧 100/60mmHg 心拍数 98bpm 呼吸数 20bpm 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

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

ガンバリます!



パートナー企業
伊藤さん 武藤さん
頑張ろう!



出所: 中川彦人

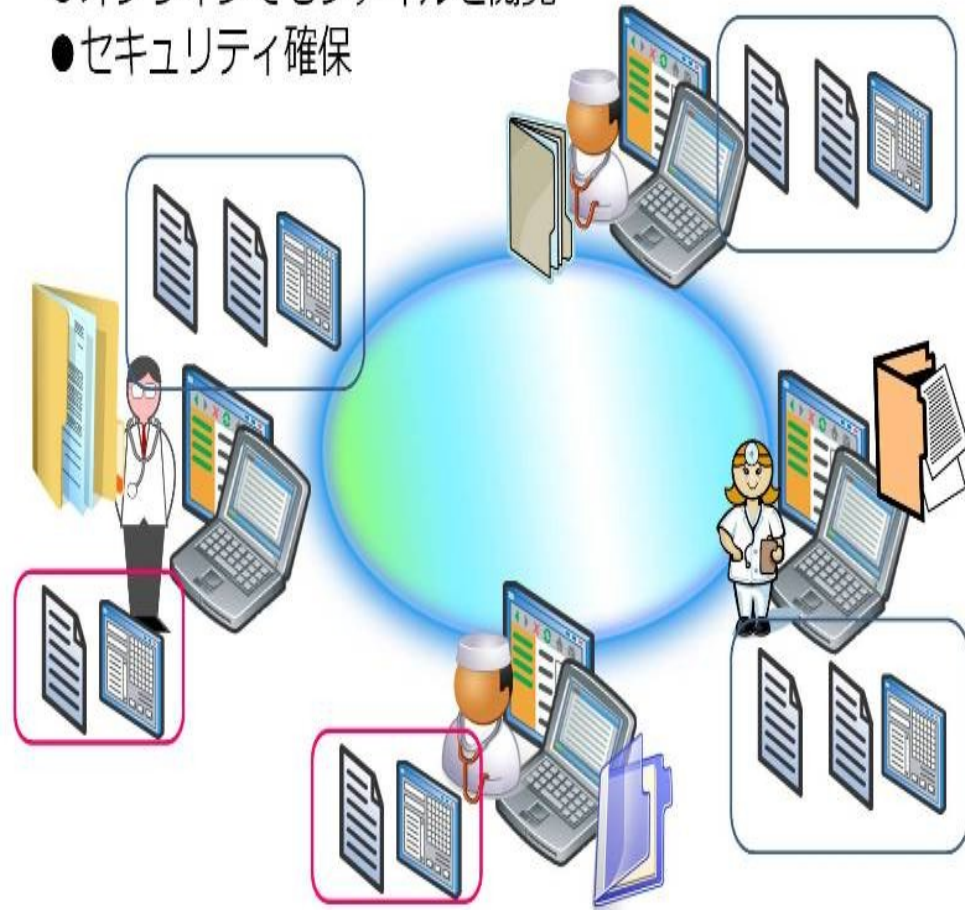
マイクロソフトGroove

Office Groove 2007



インターネット接続

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



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

- ディスカッション - Microsoft Office Groove

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

ディスカッション

新規作成 ▾ ビュー ▾

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

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

ステロイドの併用はどうでしょうか。また、抗生剤投与の必要性はないか。

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
- メーブル薬局
 - 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

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... 日単位ウィンドウの表示

2010年 3月

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	22日 13:30 訪問看護	23日 藤岡主治医 訪問診... 10:30 訪問介護 16:00 訪問介護	24日 シメノドラッグ黒部薬局 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:00 訪問介護	25日	26日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 13:30 訪問介護 17:30 訪問介護	27日
28日	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

金本義昭 殿 - 画像 - 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) ▼

画像

R0011754s 1/20



2010/ 1/12

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
- メーブル薬局
- 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

起動バー - Micros... 金本義昭 殿 - 画像... A 般 CAPS KANA

17:18

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

医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- 好評発売中



まとめと提言

- ・社会保障と税の一体改革は2025年へ向けての医療と介護のグランドデザインへ
- ・診療報酬・介護報酬改定と医療計画が、一体改革の推進エンジン
- ・強化型在宅医療支援病院・診療所、在宅医療連携拠点事業に注目しよう
- ・多職種連携はキーワードは退院時ケアカンファレンスと地域連携パス
- ・在宅終末期ケア連携ネットワークを構築しよう
- ・多職種連携、今日からできること、
コメディカルはやめてメディカルスタッフと呼ぼう。

ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介します

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