

平成21（2009）年度

公益法人 在宅医療助成 勇美記念財団
在宅医療を推進するための会 報告書

目次

委員名簿

第一回	5月15日	意見交換「在宅医療における多職種連携」～いま何が問題か～	3
第二回	6月26日	「在宅医療のモデルを求めて」	6
第三回	7月24日	「地域包括ケア」	20
第四回	9月18日	「在宅医療と多職種連携～看護師の立場から～」	25
第五回	10月16日	「在宅医療と多職種連携～薬剤師の立場から～」	46
	11月23日	「在宅医療推進フォーラム」中間報告	70
第六回	12月18日	「在宅医療と多職種連携～歯科医師の立場から～」	74
第七回	1月29日	「在宅医療と多職種連携～ケアマネジャーの立場から～」	90
第八回	2月26日	「在宅医療における教育問題」	100
第九回	3月12日	「千葉県柏市における包括的な在宅医療推進プロジェクト」	124

「平成21年度在宅医療推進のための会」参加委員名簿

	氏名	所属	役職
1	あしの よしかず 蘆野 吉和	十和田市立中央病院	院長
2	いのくち ゆうじ 猪口 雄二	社団法人 全日本病院協会	副会長
3	おおしま しんいち 大島 伸一	国立長寿医療センター	総長
4	おおしま ひろこ 大島 浩子	国立長寿医療センター研究所 在宅医療推進のための看護・介護プロジェクト	長寿看護・介護研究室長
5	おおた ひでき 太田 秀樹	医療法人 アスミス	理事長
6	おおはし えいじ 大橋 英司	医療法人社団 大橋内科胃腸科	院長
7	かわい まこと 川井 真	社団法人 農協共済総合研究所	主任研究員
8	かわしま こういちろう 川島 孝一郎	仙台往診クリニック	院長
9	きたざわ あきひろ 北澤 彰浩	JA長野厚生連 佐久総合病院 地域ケア科	医長
10	くろいわ たくお 黒岩 卓夫	医療法人社団 萌気会	理事長
11	くわはら なおゆき 桑原 直行	秋田組合総合病院 脳神経外科・地域連携室	科長・副室長
12	☆さとう あきら ☆佐藤 智	一般社団法人 ライフケアシステム	会長
13	しまぎ けんじ 島崎 謙治	政策研究大学院大学	教授
14	すずき たかお 鈴木 隆雄	国立長寿医療センター研究所	所長
15	すずき ひろし 鈴木 央	鈴木内科医院	副院長
16	たしろ たかお 田城 孝雄	順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座	准教授
17	たなか しげる 田中 滋	慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科	教授
18	たにみず まさと 谷水 正人	四国がんセンター	外来部長
19	つじ てつお 辻 哲夫	東京大学 高齢社会総合研究機構	教授
20	つちはし まさひこ 土橋 正彦	土橋医院	院長
21	とうま あさこ 当間 麻子	医療法人偕行会 在宅医療事業部	部長
22	のだ ひろし 野田 広	国立長寿医療センター	運営局長
23	はぎた ひとし 萩田 均司	有限会社メディフェニックスコーポレーション	代表取締役
24	はっとり まりこ 服部 万里子	服部メディカル研究所	所長
25	はながた てつお 花形 哲夫	山梨県歯科医師会	理事
26	はなぶさ ひろお 英 裕雄	医療法人社団 三育会 新宿ヒロクリニック	院長
27	ひらはら さとし 平原 佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所	在宅サポートセンター長
28	★わだ ただし ★和田 忠志	医療法人財団 千葉健愛会	理事長

★座長、☆相談役

(50音順・敬称略)

厚生労働省

氏名	所属	役職
1 おおたけ てるお 大竹 輝臣	厚生労働省 医政局 総務課	課長補佐
2 おかもと こうじ 岡本 浩二	厚生労働省 大臣官房	参事官
3 おの たいち 小野 太一	厚生労働省 保険局 医療課	保険医療企画調査室長
4 かさまつ じゅんや 笠松 淳也	厚生労働省 医政局	保健医療技術調整官
5 たけだ としひこ 武田 俊彦	厚生労働省 保険局	国民健康保険課長
6 なかの しげふみ 中野 滋文	厚生労働省 医政局 総務課	課長補佐
7 ふじわら ともこ 藤原 朋子	厚生労働省 大臣官房	企画官（老健局併任）
8 みやじま としひこ 宮島 俊彦	厚生労働省	老健局長

（50音順・敬称略）

第一回 5月15日 「参加者意見交換」

第1回 勇美記念財団「在宅医療を推進するための会」

委員意見交換 在宅医療における多職種連携～いま何が問題か～

報告 和田忠志

第一回は、委員の方々に自己紹介をして頂きました。また、これから一年間で行う各会議の議題を決定するために、「在宅医療における多職種連携」に関して、問題点の指摘や意見の提示を頂きました。この日に出して頂いたご意見は概ね次のようなものでした。

(1) 今後のわが国における在宅医療の必要性とそのありかたについて

- * これからのわが国において、在宅医療はどうしても必要な医療形態である。医療の変化の大きなうねりが日本中で起こっているが、このなかで、在宅医療をよりよい形で普及・定着させることを、急いで、かつ慎重に行う必要がある。在宅医療の量的な整備とともに、それをどう体系化し、どう質的に担保していくのかが重要な課題である。
- * 今後のわが国の医療においては療養病床を削減し、在宅医療を正しい形で推し進めていかななくてはならない。この方針には大変批判もあるが、どうしても行わなくてはならない改革であろう。
- * これまで医療は病気やけがを治すことを主体に展開してきた。しかし、治らない疾患や障害を持っていても、その人を「支えていく医療」がある。そもそも、「医療崩壊」も、支える医療への転換期であることを分かっていない医師たちがいまだに治す医療を行おうとして自分たちの首を絞めているものと認識できる。
- * 「治す医療」の概念は、実は国民的な概念であり、国民的な医療に関する意識改革が必要であろう。
- * ものごとの解決に当たっては、「目指すべきものの共通理解」が必要である。まずそこを共有しない限りは、連携も生じない。問題を共有することがスタートである。もちろん、基本的には気づいた人がやる、ということだ。問題点は動的なもので時とともに動くが、それを気づいた人がやる。そして、情報を共有する。ここで重要なのがコミュニケーションである。
- * 地域の在宅医療の先進例を見ていくと、そこには、必ず決定的な要素としてリーダーがいて、よい方法論をもっている。これを、今後、どう言語化し、普遍化していくかが課題であろう。

(2) 地域包括ケアについて

- * 在宅医療のための多職種連携ではなくて、地域包括ケア、地域ケアのための多職種連携である。多職種連携の上位概念が地域包括ケアである。
- * 現在、行政的に考えられている地域包括ケアは、現在4千ヶ所程度ある在宅介護支援センターを、一万ヶ所くらいにして、中学校区に一つくらいとし、その相談事業の下に医療連携機能、介護調整機能、生活支援機能などを付与するというものである。
- * 介護施設でも、居住系サービス事業所でも、旧来の住宅でも、医療や介護をできる限り「外付けサービス」化していくことが、構想されている。

- * 地域包括ケアにはコーディネーター機能が必要である。コーディネーターには二つある。ひとつは、医療連携のフレームワークを作るにあたり、様々な交渉を行うコーディネーター。もう一つは、個別の利用者の退院支援やケースのマネジメントを行うコーディネーター。医師会の役員や病院長などがその役割を担うことが多い。一人二人と利用者の連携を実施しているうちに、連携のネットワークが太くなっていく。そういうパスファインダーのような役割を担う。

(3) 専門職間の様々な壁について

- * 多職種連携においては、コミュニケーションが非常に重要だと認識される。
- * 在宅ケアを担う様々な職種があるが、それぞれが、受けてきた教育や職能が異なるばかりでなく、言語体系とか論理の体系まで異なっている。有効な多職種連携のためにはこのことを認識することが重要である。
- * 職種内部の温度差に対応することは困難で、「対応の標準化」ではなく、「地域の拠点」でものごとを行うのがよい。核になる提供体制とその周囲がきちんと連携することが基本的なあり方であろう。

(4) 教育や専門職養成の問題について

- * これまで医師に求められてきたのはサイエンスをベースにした活動であり、いま、医師はサイエンスと技術でほとんど完全に洗脳されてしまっている。そのツケが大きく出ている。
- * イギリスやアメリカでは学生教育の段階から多職種のチーム連携を学んでいる。これは日本の重要な課題であろう。
- * 介護職が医療のことが分からない、医療をできないということは問題である。介護職が医療のことをできると、かなり進展があるのではないか。専門職の職能範囲を見直す必要があるのではないか。フィンランドには、保育士と介護福祉士と准看護師と簡単なリハビリテーションスタッフをかねたような多機能介護職の例がある。

第二回 6月26日 「在宅医療のモデルを求めて」

プレゼンテーション

黒岩卓夫氏

太田秀樹氏

■ 在宅医療は多職種協働で推進する



四輪駆動で 展開する在宅医療

医師・歯科医師・看護師・薬剤師

キャタピラで 邁進する在宅ケア

職能・職域を超えた連携

グループホーム・小規模多機能型施設 での看取りに関するアンケートを通して

富山宗徳（医療法人アスミス生いき診療所 院長）
高橋誠一（東北福祉大学総合福祉学部社会福祉学科 教授）
稲葉亜希子（医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所新松戸 管理栄養士）
福地将彦（医療法人アスミス蔵の街診療所 院長）
吉野浩之（群馬大学教育学部 准教授）
太田秀樹（医療法人アスミス 理事長 おやま城北クリニック 院長）

目的

グループホームや小規模多機能型施設が増加しているが、そこで提供されるサービスの質には不安も残り、急変時ではもとより、小さな健康問題へどのように対応するのか、さらには看取りまで望まれ戸惑いも多い。そこで、看取りまでも支える役割を担うにはどうしたらよいか、グループホームや小規模多機能型施設での医療に関して、アンケート調査を行い、課題を明らかにした。

方法

1. 調査対象

茨城県グループホーム協議会、茨城県小規模多機能ケアホーム連絡会の協力を得て、茨城県内のグループホーム214ヶ所、小規模多機能型施設21ヶ所の職員を対象に行った。

<アンケート調査>

調査期間：平成19年8月15日～9月27日

調査票は、茨城県グループホーム協議会、小規模多機能型施設協議会の会報に同封していただく方法で各施設10部ずつ郵送した。回収は同封の返信用封筒に施設ごとに郵送いただいた。

<アンケート送付数、回収率>

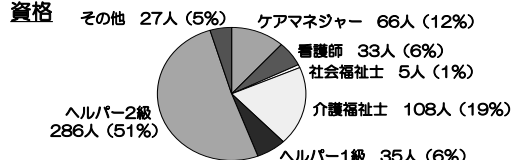
	送付件数	回収件数	回収率	総回収枚数
グループホーム	214ヶ所	72ヶ所	33.64%	459枚
小規模多機能型施設	21ヶ所	2ヶ所	9.52%	

2. 集計・分析方法

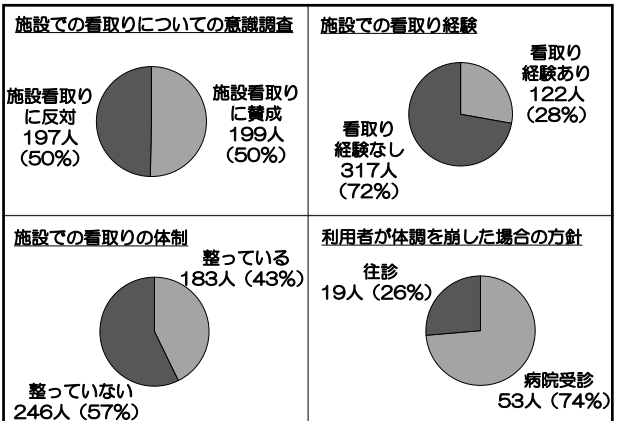
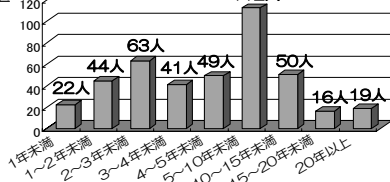
集計は、単純集計と設問間のクロス集計を実施した。統計解析には、独立性を検定するために χ^2 乗検定を用い、5%有意水準で有意差を求めた。

結果

資格



勤務年数



職種経験年数と、回答者自身が医療的ケアを行うことについて

	特に問題ない	必要であれば 仕方がない	出来れば やりたくない	反対	計
5年未満	21 (10.14%)	128 (61.84%)	46 (22.22%)	12 (5.80%)	207
5年以上	32 (17.39%)	115 (62.50%)	25 (13.59%)	12 (6.52%)	184
計	53	243	71	24	391

職種経験年数と、施設にて、点滴・吸痰・褥瘡処置など医療的ケアが行われることについて

	賛成	反対	わからない	計
5年未満	84 (39.81%)	33 (15.64%)	94 (44.55%)	211
5年以上	108 (56.25%)	38 (19.79%)	46 (23.96%)	192
計	192	71	140	403

職員の看護師の有無と、施設での看取りに賛否について

	賛成	反対	計
看護師がいる	117 (47.95%)	127 (52.05%)	244
看護師がいない	78 (53.42%)	68 (46.58%)	146
計	195	195	390

提携する訪問看護ステーションの有無と、施設での看取りの賛否について

	賛成	反対	計
提携ステーションあり	74 (64.91%)	40 (35.09%)	114
提携ステーションなし	120 (44.78%)	148 (55.22%)	268
計	194	188	382

今後、施設での看取りをどうお考えですか

	今後も続けて いきたい	機会があれば 看取りに取り組みたい	今後は 行いたくない	計
5年未満	22 (11.46%)	77 (40.10%)	93 (48.44%)	192
5年以上	35 (19.55%)	98 (54.75%)	46 (25.70%)	179
計	57	175	139	371

施設において、あなたが、点滴を受けている利用者のみ、吸痰を行う、褥瘡の管理、軟膏を塗布するなどの行為を行うことについての意識調査

	特に問題ない	必要であれば 仕方がない	出来れば やりたくない	反対	計
往診が 受けられる	40 (11.30%)	217 (61.30%)	70 (19.77%)	27 (7.63%)	354
往診が 受けられない	15 (28.30%)	33 (62.26%)	5 (9.43%)	0 (0.00%)	53
計	55	250	75	27	407

施設にて、点滴・吸痰・褥瘡処置など医療的ケアが行われることについての意識調査

	賛成	反対	わからない	計
看取り経験あり	63 (53.39%)	9 (7.63%)	46 (38.98%)	118
看取り経験なし	137 (44.48%)	65 (21.10%)	106 (34.42%)	308
計	200	74	152	426

施設にて、点滴・吸痰・褥瘡処置など医療的ケアが行われることについての意識調査

	賛成	反対	わからない	計
施設看取りに 賛成	119 (61.03%)	12 (6.15%)	64 (32.82%)	195
施設看取りに 反対	66 (34.02%)	56 (28.87%)	72 (37.11%)	194
計	185	68	136	389

まとめ

茨城県内のグループホーム214ヶ所、小規模多機能型施設21ヶ所の職員を対象にアンケート調査を行った。

① グループホーム等小規模施設における看取りガイドライン必要
② グループホーム等小規模施設への訪問診療・往診の充実重要
③ 介護職に可能な医療的ケアを再検討→胃糞管理 痰吸引等

わかったこと

① 往診が受けられるだけでは看取りの促進には不十分
② 職員に看護師がいることだけでは看取りの促進に不十分
③ 訪問看護ステーションとの連携は看取りの促進因子
④ 施設での看取り経験者は医療的ケア・施設看取りに積極的
⑤ 施設看取りに賛成の職員に、医療的ケアに積極的（抵抗ない）

結語

グループホームや小規模多機能型施設での医療に関して、アンケート調査を行った。

職種経験年数により医療・看取りに対する意識が変化する。介護の専門職としてよい経験を重ねられる環境整備が必要。

職員に看護師がいること・往診が受けられることだけでは看取りの推進要件にならない。

介護士との良好なコミュニケーションを保つことが大切で、押し付けてない医療的知識の伝達が必要。

訪問看護ステーションとの連携が施設看取りの推進要件。

外付けの訪問看護サービスが、なぜ終末期医療の実施に重要な因子となっているか、さらに検討を要する。

謝辞

本研究は、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により行いました。アンケート送付にご協力いただきました茨城県グループホーム協議会、茨城県小規模多機能ケアホーム連絡会の皆様にも改めて感謝致します。

栄養

- HIP 研究会 <http://www.hi-p.org/kiyaku/index.html>

- PDN <http://www.peg.or.jp/index.html>

栄養管理を通して、多職種協働による地域ケアを目指す

- 地域 NST（高岡の事例） <http://www.ekinan-clinic.com/nst/nst.html>

褥瘡

- 日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会

<http://www.sasj.net/zaitaku-jokusou/office/cgi/dsp.cgi?information>

痛み

- 緩和ケア オレンジサークルアワード

<http://www.jpap.jp/medical/project/OrangeCircle/scene/index.html>

「在宅緩和ケアとちぎ」

＞ JPAP (Japan Partners Against Pain) <http://www.jpap.jp/index.html>

＞ 1993年、アメリカで“Partners Against Pain:PAP”という取り組みが始まりました。この活動は、医療従事者、患者/ご家族、ソーシャル・ワーカーなど痛みに関わるすべての人を“痛みに立ち向かう仲間”であると考え、それぞれに必要なかつ正しい情報を提供し、立場を越えて皆で疼痛治療の向上を図っていかうという考えのもと始められました。私達はその考えに賛同し、日本にふさわしい方法で同様の取り組みを実現すべく、本会を「Japan Partners Against PainR: JPAPR」と名づけました。「オレンジサークル」は、緩和ケアチームの皆さんでつくるサークルです。医師、看護師、薬剤師等がそれぞれの専門知識を活かし、共に取り組みながら、少しでも患者さんを痛みから解放し、自分らしく生きることを手助けしていく。JPAPRでは、このような緩和ケア活動に取り組んでいる医療従事者を、チーム単位で募集しています。

認知機能

- 認知症 群馬認知症アカデミー

<http://happytown.orahoo.com/ninchi/>

NPO 法人 地域認知症サポートブリッジ

<http://www.dsbridge.or.jp/index.html>

平成21年度
在宅医療推進のための会
第2回研究会

在宅医療の モデルを求めて

医療法人萌気会 理事長
黒岩 卓夫
平成21年6月26日

1

医師はいかにして在宅医になるか

- 1、はじめに(在宅医の時空間)
- 2、縦の連携への気付き
- 3、ライフサイクルのなかでの在宅医療への出会い
- 4、おわりに
(国民がどこでも出会える在宅医療に)

2

ライフサイクルとしての在宅医療への出会い

- 1、記憶としての在宅医療
- 2、体験としての在宅医療
- 3、仕事としての在宅医療
- 4、理念もしくは心情としての在宅医療
- 5、希望(新しいコミュニティ)としての在宅医療
- 6、私としての在宅医療

3

ケア(介護・医療)の評価

居心地の良さ — 安心 — 家族性
居場所の良さ — 仲間 — 地域性
今日1日の満足 — 希望 — 精神性

↑
医療

4

高齢者(認知症も含め)ケアの理念

安心
仲間
希望

} 尊厳

5

- 全国津々浦々でも、国民の誰でも在宅医療(ケア)が選択肢となる社会(国)をめざす。
- 国民の誰もがどこに住んでいても在宅医療(ケア)を受ける権利を法で定めることをめざす。

6

憲法25条

- 1、すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
- 2、国はすべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

憲法13条

すべての国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

7

在宅ケアの普遍性を良寛の看取りで検証する

- 1、良寛の死と看取り
- 2、人間良寛 托鉢(乞食)僧
医師への訴え
病者の夜
- 3、貞心尼との交流
希望を喪わなかった良寛
- 4、良寛の看取りの現代性
良寛をとりまく人のネットワーク

・死
・隱棲(僧にあらず俗にあらず)
・帰郷
・放浪
・出家(閉じこもり・修行)
・挫折(放蕩・離婚)
・塾生
・生誕

良寛の生涯の折り節

9

老い

老いが身のあはれを誰に語らまし

杖を忘れて帰る夕暮

(良寛)

いさこくに 我が身は老いん
あしびきの

国上の山の 松の下いほ

(良寛)

五合庵から乙子神社へ

10

良寛を看取った人

遍澄 僧・弟子
貞心 尼僧・弟子
由之 弟・俳人
第十代木村元右衛門と妻
住まいと介護の
提供者

「昨夜丑時分、丸薬を服候。
夜中四たびうらへ参り候、
初めはしづりて少々くたり、
二、三度はさつさとくたり、
四度めは少々くたり候、
腹いたみ 口の中辛く 且つ
酔く候。
今朝はみなよろしくなり候」

(医師 宗庵への手紙
前年 8月 16日)

12

「この夜らの
いつか明けなむ
この夜らの
明けはなれなば
おみな来て 尿を洗はむ
こいまろび
明かしかねけり
長きこの夜を」

(前年 11月 木村家裏屋にて)

14

半夏、 茯苓、 桃仁、
陳皮、 山梔子、
黄芩、 黄蓮、 山藥、
松、 耳十、 生姜、
合わせて一味を
煎服して

13

かたみとて
何か残さむ 春は花
山ほととぎす
秋はもみぢ葉
ふる雪の ふる雪の
降るとはすれど
積むとはなしに
その雪の その雪の…

16

秋はぎの
花のさかりも過ぎにけり
ちぎりしことも
まだとげなくに
(貞心へ)
わが命
幸くてあらば春の野の
若菜つみつ
行きて逢ひみむ
(由之へ)

15

良寛のネットワーク
子どもと遊ぶ
識者との交流
血縁者との交流
村人への托鉢(僧)

18

良寛の居心地・居場所
五合庵
山の中腹 40歳〜59歳
乙子神社
側庵 平場 59歳〜69歳
木村家
裏屋 69歳〜74歳(死亡)

良寛をケアした人たち

木村家 老人ホーム
家の人たち ケアワーカー
遍澄 ケアマネージャー
貞心 ?
由之 同居しない家族
木村元右衛門と家族・使用人
医師(複数)

「良寛をめぐる医師たち」

藤井正宣著 考古堂

藤沢一斎	杉本春良
小越仲珉	中原元讓
原田鵲齋	大関文伸
原田正	富取北川
鈴木桐軒	
中川立生・立篤父子	
桑原祐雪・祐順父子	

究極の良寛のメッセージ

21

文政13年(死ぬ前年)
秋の夜 踊り明かした 良寛
その年 七月体調悪く

いとどしく

老いにけらしも この夏は

わが身 一つの寄せ所なき

しかしその七日後 夜明かしの盆おどりに
女装して良寛は踊った

風は清し 目はさやけし終夜

踊り明かさむ 老いの名残りに

そして八月二十五日

知人への礼状に添えて

もろともに 踊り明かしぬ 秋の夜を

身を病きの 居るも知らずて

すがた(良寛)

医師はいかにして在宅医になるか

1、はじめに（在宅医の時空間）

去る20年9月23日に開かれた「全国在宅医療支援診療所連絡会」第1回世話人会の開会の挨拶での発言の要旨をまとめたものである。

0)、在宅医療を推進するには常に全医師へのアピールが必要である。

1)、在宅をやる医師とやらない医師と分けない。

2)、今医師が病院にいるか診療所にいるかは問わない。

3)、具体的に在宅医にならなくても、たとえば臨床研修での生々しい体験が1医師の記憶に刻印されるだけでも意味があると考えた方がよい。

4)、在宅医の地域での連携は、横の連携だけでなく、年齢差による縦の連携の意味を認識し、活用することが大切ではないか。

5)、縦の連携とは先輩・後輩、親・子などがあるが、医療への技能、人生経験、人柄の違いなどが患者との関係の幅や深みをつくることができる。

また勤務体制に柔軟性をもたらす昼間、夜間、休日などの役割分担、病状や緊急性への適切な対応などを可能とするものである。

6)、在宅医への認知や参加は、医師1人1人のライフサイクルのなかで選択肢となることを期待すべきである。

2、縦の連携への気付き

在宅医のライフステージ論を考えてさせてくれたエピソードやモチベーションを提示したい。

1)、まず自分が今元気ではあっても71才になり、後継者へのバトンタッチが急がれ、それを繋ぐ過程にあるということ。

2)、知人に父・子である医師2人が在宅（もちろん外来も）で良好なカップルになっている姿。老先生は昼間や休日など、若手は昼間以外に夜間など厳しい時間帯を担っている。在宅療養支援診療所の届出はしていないが、在宅看取りは年間20件を越す。若手医師はこの土地で4代目になる。

3)、昨年長岡市にて行なわれた「在宅ケアを考えるシンポジウム」の反省会で若い医師が、自分たちは夜間を受けてもいいから、年輩の医師にも在宅を担ってほしいと提言してくれた。

4)、昨年9月20日NHK総合TVで“村へ来たれ！医学生よ。医師の苦悶”を見て感じたこと。

このなかで“村へ来たれ”に応えられず、都市の大病院を選択した1医学生への苦悶も語られているが、私は進路の選択よりもこうした体験こそが必要だと思った。農村の老人の姿や一人暮らしの老人を訪問するといった体験（もちろんバックに佐久病院があるのだが）だけで1医師の将来を決めることは期待しなくてもいいと思った。

5)、萌気園診療所15年間に出入りした医師たちを評価して。その数は多くないが30才前後から50代に及ぶ医師たちである。

①、萌気に来てから在宅ケアにかかわり、そのまま勤めている医師。常勤3、パート2

- ②、萌気に在宅医療の研修を求めてやって来て 2 年間勤務の後、他所で在宅をやっている医師 4 人
- ③、在宅医には無理ということをやめてもらったり、やめた医師 2 人
なお萌気は積極的に研修を受容れていないし、臨床研修医も来ていない。

3、 ライフサイクルのなかでの在宅医療への出会い

1)、記憶としての在宅医療

医学生時代の学校外での体験は何事も重要である。農村やへき地、都市でも陽の当たらない場所、生活に困窮している海外など、医師をめざす自分を眺めることができる。こらに子どもの時、祖母が往診を受けていたといった記憶でも大切だと思う。

佐久病院関連の診療所で働く医師と学生との交流、農村での老人たちとの交流もそれが学生の生涯をその時点で動かす力はなくとも、記憶としての在宅医療として十分意味がある。

私も学生時代サークル活動として佐久病院にやってきた。まだ戦後の貧しさと希望の交錯する時期、信州の農村医療と働き盛りの若月先生の印象は、それから 12 年後越後の雪深い土地での地域医療にとびこむ芽になったと思う。

2)、体験としての在宅医療

公的な研修である卒後臨床研修も大切である。しかし 1 ヶ月の地域医療研修は期間・内容とも充実しているとはいえない。とりわけ在宅医療に関しては、在宅医療のプログラムにバラツキが大きすぎ、指定病院の院長や指導医自身が在宅医療に無経験・無知・無関心の場合も少なからず存在する。

3)、仕事としての在宅医療

診療所からの在宅医療を考えれば、在宅への医師の意識の変化は、外来中心の仕事であっても老人が増えてくる環境の中で、老人の通院が困難となれば、医師が患者の住む所へ出掛けて行くというのも自然な流れであり、この往診が在宅医の第一歩である。

在宅医療は外来医療の延長と考えるのが理想的にも納得できるのではないだろうか。この基本を確認した上で、現在の制度的な多様な在宅ケアが存在し、さらに医師の使命を制度で保証するために、24 時間対応の“在宅療養支援診療所”の制度もできたと思う。

また中小病院からの在宅医療も展開されている。ただ病院を基点としているため、急変したり看取りとなると入院でといった対応になりやすい。とりわけ医師不足から夜間など入院患者を診るだけで精いっぱいであれば、夜間往診する医師を確保するのは困難との事情もあり、患者や家族が希望しても、在宅看取りは困難になる。

これら在宅医療へのかかわりはいまだ発展途上といった段階であるが、いずれにせよ仕事としての在宅医療が実践的に問われている。

4)、理念もしくは心情としての在宅医療

本論Ⅱの 1) で「記憶としての在宅医療」を論じた。ここでは学生の見学体験を例に挙げれば、学生にとっては見学体験の記憶が理念的に深められる場合も

ある。

当然書物からの情報や TV の映像などからも十分思索の対象になるはずである。

医師になって早くから在宅医療をめざして研修や勤務をはげみ、若い年齢で在宅医療にとびこみ立派な仕事を斬新な発想で展開している若い医師たちも珍しくはない。体験からというよりも理念的確信派とみてもよい。

私の経験からすれば、まだ戦後の社会情勢のなかで、大学に社会医学系のサークルも幾つかあった。たとえば社会医学研究会、セツルメント、ソビエト医学研究会、キリスト医学連盟などが学生の意識を育ててくれた。

私が佐久病院に見学に行ったのも、ソ医研での農村医療、へき地医療、医療制度の勉強などが先行的刺戟を与えてくれたと思う。

5)、希望（新しいコミュニティ）としての在宅医療

在宅医療は地域社会の崩壊、家族の変遷、生活感の迷走の交錯のなかで、高齢者や障がい者などの生活の場、そして看取りの場を訪れ、あるいはその場をつくりながら歩きまわっている。

家族が介護者であることをねがい、家族が無理であれば家族に代るものを求め、そのひとの安心や尊厳を守るために微力を尽し、自宅、グループホーム、小規模拠点、ケア付老人ホームやケアハウスに出入りする。そんな毎日を、そして 24 時間対応をめざして仕事をするのは、地域に新しいコミュニティを創る営みにもなっている。なぜなら人は人との繋がりを常に求めている以上、崩壊すればそれに代る新たなコミュニティをつくる以外に展望はないからである。

私が会長をつとめる「NPO 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク」は、その目標として“安心して子育てができ 老いても障がいがあっても自分らしく暮らすことができる コミュニティの創造”としている。

おわりに（国民がどこでも出会える在宅医療に）

この論稿のタイトルを「医師はいかにして在宅医になるか」としたが、むしろ「医師はいかにして在宅医療に出会えるか」とした方がわかりやすいかもしれない。

在宅ケアで医療の横の連携すらまだまだという現状であるが、この横の連携に縦の連携を加えることによって、織物ではないが、しっかりした面の連携が形成されるのではないか。

また横の連携の意味と縦の連携の意味は異なったものであり、縦の連携は医師の生涯のどのステージでも関わることと、世代の積み重ねをプラスに吸収することが可能である。ここに 1 人の医師の歩みのなかで、どこかで、いつでも在宅医療に出会え、また参加できる柔軟性のある社会構造をつくるのが大切ではないだろうか。それは国民の権利として法制化されるべきものと考え。

平成 21 年 6 月 26 日

黒岩 卓夫

希望を喪わぬ 良寛の最期

天保二年正月六日、良寛の死を木村家の裏住まいで看取った者は、肉親の唯一の生き残りともいえる弟由之、貞心尼、弟子であった、遍澄そして木村家の人たちであった。

良寛はその前年の夏から、急に体調を崩した。もっともその二年程前から、時々おとずれる腹痛を感じてはいた。

八月のある日、良寛は寺泊の医師宗庵に病状を書いて知らせた。

「昨夜五時分、丸薬を服候。夜中四たびうらへ参り候、初めはしぶりて少々くんだり、二、三度はさっさとくんだり、四度めは少々くんだり候、今朝はみなよろしくなり候」

要するにしぶり腹で裏急後重ということであろう。こうした苦しみが、越後の冬へともちこされ、徐々に悪化していったのであるが、良寛は、この夏の暑さがすぎれば、なんとかなるだろうと思っていた。

秋になっては、一進一退の病状であったが、少し軽快に向かったときなどは、貞心尼の草庵を訪れようとするが、途中で倒れてしまう。そのとき、

秋はぎの花のさかりも過ぎにけり

ちぎりしこともまだとげなくに

と詠んでいる。約束したことが実行できず残念だが、何とかそれを果たしたいという心を貞心尼に伝えたものと思われる。貞心尼は良寛の生きることへの一つの希望であった。

十一月に入るや、一層激しい下痢や腹痛におそわれるようになった。

「この夜らの いつか明けなむ

この夜らの 明けはなれなば

おみな来て 尿を洗はむ

こいまるび 明かしかねけり

長きこの夜を」

この詩を読むと、これは良寛でなくても誰でもよい。いわば三重の苦しみをうたっている病者のうたである。老いた病苦、もはや自由の効かないわが身、そして夜。

夜はいつ明けるだろう、長い長い夜。夜が明けたらいつも世話をしてくれる女性がきて自分のたれ流した尿をしまつしてくれるだろう。

全身の痛みや腹のいたみをなんとかしてほしいという希望もさることながら、この夜が早く明けてほしい、この夜さえなければ、という良寛の悲しい気持ちをうたったものである。

現在では、多くの良寛研究者は、良寛の病気を直腸癌と推定しているが、病状や年齢から当然と思われる。良寛はこの死病と闘いながら、年末近くなってもまだ死がすぐ近くまで来ていると思っていなかったようである。

弟由之が自らの脚気で見舞いにこられないことがわかると、

わが命幸くてあらば春の野の
若菜つみつつ行きて逢ひみむ

と歌を送っている。

そして食事も薬も殆んどとれなくなってからも、

うちつけに飯絶つとにはあらねども
且つやすらひて時をし待たん

あづさゆみ春になりなば草の庵を
疾く出て来ませ逢ひたきものを

と貞心尼のはげましの手紙にこたえている。

そして薬は、半夏、茯苓、桃仁、陳皮、山梔子、黄芩、黄蓮、山藥、松、耳十、生姜、
合わせて一味を煎服していたという。

こうして年が明けるや、良寛の容態は急変し、三日間の嗜眠状態がつづき、正月六日の
夕暮、雪の降る中、良寛はその一生を終えた。

良寛の枕元に残された歌は、

ふる雪の ふる雪の 降るとはすれど
積むとはなしに その雪の その雪の・・・

そこでぷつぷつと筆は折れている。

一方良寛の辞世の句としては、

かたみとて 何か残さむ 春は花
山ほととぎす 秋はもみぢ葉

裏をみせ 表をみせて 散るもみぢ

の二句といわれている。確かに良寛らしい辞世の句と思われる。良寛の生死観がここに
こめられているとも言われている。

私たち医療にたずさわる者は、生病老死とつき合う中で、死病とのかかわりがクロー
ズアップされている。ターミナルケアともいわれているが、いったい何が問題となっ
ているのだろうか。

良寛のように、少年の頃から思うことあって出家し、道元の曹洞禅を修し、老荘の思
想に傾倒し、また羅漢の姿にもなじんだ宗教者が、迎える死に何の苦悩があろうかとも
思われる。

しかし良寛は同時に詩歌の世界に生きることから自然へのかかわりだけでなく、生涯
人の心の陰陽にふれ人を恋う心を喪わなかった。ここで恋うというのは、何も貞心尼へ
といった狭い意味ではない。良寛の感性が老いても枯れることなく瑞々しく豊かさを喪
わなかったということであろう。

勿論、良寛はすでに、七十歳近くなる頃自分は長く生きすぎている、この老躯をいかにしまつしたものか思案していた。この頃までに良寛が親しみ頼りにしてきた親族や友人が次々と他界した。解良叔間、維馨尼、馬之助の妻、妹のむら子、破了和尚、亀田鵬齋などであったし、また由之以外血縁も殆んどこの世にはいなかった。

こうした人との別れが、良寛にとっては老いであったし、自分の死を受け入れて行く道程でもあった。

なにごともみな昔とぞなりにける
花になみだをそそぐけふかも

われながらうれしくもあるかみ仏の
居ますみ国にゆくと思へば

一方では、貞心尼へは、

いついつと待ちにし人は来たりけり
今はあひ見て何か思はむ

ターミナルケアの権威となっているキューブラロス女史は、自分の死を知った病人が死へ向かう過程を五段階に分けて整理しているが、そのどの段階でも、病人の希望を喪ってはならないと述べている。

高僧は自分の死を予言するとか、誰それは大往生をとげたとか、生き残った者たちの死者へ投げる言葉はいろいろある。それはどうでもいいことである。医療者からみれば、痛みはとれるものならとってやりたい。日常のいとなみを手伝ってあげたいと願うものである。

その点では、良寛の時代と根本的にちがうは、鎮痛法の開発位のものではないだろうか。

良寛は生死を超越した人生を歩みながら、己の肉体の死は最後まで信ぜず、春になればまた元気になり、いろいろな人に歌もつくってやりたい、書も書いてやりたいと思いながら息をひきとった。

人間良寛として、希望を最後までいだいて死を受容していったのではないだろうか。その点では、良寛をとりまくチームによる、ターミナルケアは成功したとみることができる。

(ゆきぐに大和総合病院院長　くろいわ・たくお)

第三回 7月24日 「地域包括ケア」

プレゼンテーション

田中滋氏

地域包括ケア研究会報告書 —今後の検討のための論点整理—

- 2009年7月24日
- 在宅医療推進のための会
- 慶應義塾大学 田中 滋

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

1

歴史：研究会と介護政策

- 1994：高齢者介護・自立支援システム研究会
→1997介護保険法
- 2003：高齢者介護研究会
「2015年の高齢者介護」
→認知症・2006改正および報酬改定
- 2008～：地域包括ケア研究会
→2012を経て2025に向かう道筋

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

2

研究会メンバー(2008)

- 河口洋行 国際医療福祉大学大学院准教授
- 高橋紘士 立教大学教授
- 田中 滋 慶應義塾大学大学院教授
- 田村満子 有限会社たむらソーシャルネット代表
- 辻 一郎 東北大学大学院教授
- 筒井孝子 国立保健医療科学院福祉サービス部
福祉マネジメント室長
- 野中 博 医療法人社団博腎会野中医院院長
- 本間 昭 東京都老人総合研究所認知症予防対策室長
- 松本 均 横浜市健康福祉局高齢健康福祉部介護保険課長

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

3

報告書の位置づけ

- 目標：2025年
- 作業目的：第5期介護保険事業計画期間以降における医療・介護・福祉の一体的提供に向けた論点整理
 - 作業副次目的：2012年までになすべきこと
- 環境：費用急増、高齢者多様化、地域格差
- 提案：地域包括ケアシステム(住宅＋生活上の安全・安心・健康)、日常生活圏域
- cf. 低所得高齢者のすみか

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

4

地域包括ケアシステムの在り方

- 地域包括ケアシステムの定義(案)
 - ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制
 - 日常生活圏域≒中学校区

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

5

地域包括ケアシステムの在り方

- 住民・利用者側からのイメージ
 - 30分以内、24時間365日
 - 住民の様々な状況に対応するサービス
 - 急病・病態急変・虐待・引きこもり・孤立
 - 認知症：権利侵害・財産管理・服薬管理・食事摂取確認

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

6

地域包括ケアを提供するための前提①

- 役割分担の確立
 - 補完性原理：自助→互助→共助→公助
「自助と互助」≠「共助と公助」の補完
人生と生活の質を豊かに
 - 互助を推進する取り組みの必要性：都市
 - 多様な人間関係による互助：見守り
 - 「学習する文化」「学びのプロセス」
- 利用者の選択と権利の保障
- 質の評価・監査・監視

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中道

7

地域包括ケアを提供するための前提②

- 地域性の尊重と計画の在り方
 - 各地域の状況の把握(地域資源と生活文化)
 - 市町村が地域ケア体制整備構想を策定
 - 地域密着型：市町村の自由度・対象の拡大
- 地域包括支援センターの役割の拡張
 - 介護予防事業、相談、権利擁護が中心
 - 認知症ケア、リハビリについてもサービス・コーディネートの主体
 - 人材育成、定員増、ITシステム導入

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中道

8

地域包括ケアシステムを支えるサービス 1. 基盤となるサービス

- 個人の選択と権利を保障するサービス
 - 家族とサービス提供者との契約という現状
 - 「後見爆発」現象
 - 成年後見人への医療行為に関する同意権の付与
- 住宅に係るサービス
 - 前提：居住環境が整備された住宅の選択
 - 高齢化の実態をふまえた計画の必要性
 - 低所得者に対する居住場所の確保

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中道

9

地域包括ケアシステムを支えるサービス 2. ケアサービス①

- 介護サービスの体系
 - 施設・在宅・居住系でよいか
 - 施設＝通所介護＋訪問介護＋訪問看護＋配食の連続保障 cf. 介護時間の長さ
 - 地域生活に密着した小型拠点への転換
 - 巡回型＋夜間対応型訪問介護
 - 地域シェアが事業存続に与える影響

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中道

10

地域包括ケアシステムを支えるサービス 2. ケアサービス②

- 外部サービスの利用
 - 施設：医療サービス外付け・入所前との連続性
 - 病院：介護事業者による外付けサービス
 - リハビリテーションサービスの外付け化
- サービスの量の確保
 - 居住系サービスの必要量
 - 総量規制の維持もしくは見直し
 - 参酌標準の意味や機能

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中道

11

地域包括ケアシステムを支えるサービス 2. ケアサービス③

- 居住環境の整備
 - 施設における個室ユニット化の推進
 - 地域ごとの多様性：都市部の面積基準
 - 利用者ごとの多様性：夫婦
 - ユニット型以外の施設における個別ケア
- 認知症を有する者に対するサービス
- 予防サービスを介護保険の1事業から健康寿命、特定保健指導とリンクするように
cf. 和光市「保険料の還元」

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中道

12

地域包括ケアシステムを支えるサービス 2. ケアサービス④

- 予防サービス
 - 認知症：早期の適切な診断の推進
 - 認知症予防・認知機能維持・うつ予防
 - うつ、閉じこもりに対する取り組み
 - 介護予防は重度者にも有効
 - 身体機能低下予防としてのリハビリ
cf. 医療版小規模多機能
 - 一般高齢者施策からの体制整備

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 道

13

地域包括ケアシステムを支えるサービス 2. ケアサービス⑤

- 看護サービス
 - 量的確保についての計画作成
 - 訪問看護師と病院看護師の連携
 - 訪問看護における医療保険と介護保険の関係
- リハビリテーションサービス
 - リハビリテーションの利用制限と給付上限
 - リハビリ機能を重視した在宅療養支援診療所
 - 地域包括支援センターへの専門職配置

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 道

14

地域包括ケアシステムを支えるサービス 2. ケアサービス⑥

- 訪問診療などのサービス
 - 量的確保についての計画作成
 - 在宅医療の推進、有床診療所活用
 - 多様な専門職種の参加による医療
 - 身体合併症をもつ認知症を有する者への対策
 - 看取りの場所
 - 医療ニーズの把握の手法の開発および共有
標準的なシステムの開発とデータベースの構築

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 道

15

地域包括ケアシステムを支えるサービス 3. 地域住民によるサービス

- 地域住民による見守り等
 - 地域におけるネットワークの構築
 - 安否確認システムを活用したITツールの整備
 - 生活援助の役割についての検討
- サービス選択のための仕組み
 - 24時間体制の地域サービス・ステーション構築
 - 住民およびサービス資源の情報を蓄積した情報管理システム
 - サービス選択の判断を行なうシステム

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 道

16

地域包括ケアシステムを支える人材①

- 介護職員の確保、専門性の向上
 - 医療、介護、保育等の関係領域の基礎職種の統合
 - 処遇や給与の確保：キャリアラダー
 - ジレンマ：専門性向上と労働供給の制約要因
 - 男性職員の定着および高齢者の採用
 - 機械化、ロボットの活用

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 道

17

地域包括ケアシステムを支える人材②

- 介護支援専門員について
 - 利用者の選択の権利を保障するための機能
 - × サービス調整役
 - 医療系サービスへの理解促進
 - 利用者の入通院時業務の位置づけ
 - 院内：多職種連携による生活支援の援助計画
 - 退院後のケア空白防止：退院前カンファレンス
 - 他職種と連携した研修機会の充実

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 道

18

地域包括ケアシステムを支える人材③

- 医療関係者等について
 - 「支える」医療
 - 在宅医療の教育の在り方の再検討
 - 「総合力」の評価
 - 認知症に対する理解の促進
- 行政職員について
 - 自治体職員の役割の拡大
 - 専門性の向上、人事システムの見直し

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

19

地域包括ケアシステムを支える人材④

- 地域包括ケアのマネジメント
 - ノウハウ、地域のリーダーの確立
 - 勉強会や会議による継続的なシステムの構築
- 住民の主体的な参加と学習
 - 市民の自発的な地域社会への参加
 - インフォーマルケア：社会的規範
 - 認知症を有する者を支える地域資源の養成
 - 人材の発掘・ネットワークの構築
 - 地域支援事業交付金の活用

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

20

地域包括ケアシステムを支える 介護報酬・地域サービスの評価①

- 居宅・施設を通じた介護報酬の見直し
 - 施設でのケアと居宅でのケアを中立的に
 - 居宅サービスを包括払いに再編成
- サービスの質に着目した介護報酬体系
 - Value Based Purchasingに基づく報酬体系
 - 構造、経過、成果の3層を評価
 - アセスメント、状態像に応じたケアプランニングと介入、バリエーションへの対応

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

21

地域包括ケアシステムを支える 介護報酬・地域サービスの評価②

- サービスの質に着目した介護報酬体系
 - 総合評価＝パフォーマンスの評価
 - 標準化されたケアの明示と適切なケアの実施
 - 在宅復帰実現と在宅生活支援
 - 専門家による評価システム
 - 住民参加型モニタリングシステム
 - 事業者規制の適切な実施

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

22

地域包括ケアシステムを支える 介護報酬・地域サービスの評価③

- 地域サービスの評価
 - 地域包括ケア圏域におけるサービスの質の評価
 - 地域独自のパフォーマンスの設定
 - ケア環境の改善度合、地域力の増大度合
 - データ収集の仕組み
 - 自治体別の新たな報酬の仕組み

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

23

おわりに

- 「ケア付コミュニティ」
- ゴールドプランに匹敵する新たなプランの策定
- 2009年度
 - 地域包括ケアシステムに関する検討
 - 地域包括ケアを支える人材に関する検討

07/24/2009 版権 慶應義塾大学田中 滋

24

第四回 9月18日

「在宅医療と多職種連携～看護師の立場から～」

プレゼンテーション

当間麻子氏

第4回「平成21年度在宅医療推進のための会」(2009.9.18)

在宅医療と訪問看護

医療法人借行会在宅医療事業部

訪問看護認定看護師 当間麻子

全国の訪問看護ステーション数

	2008.4	2009.6
指定事業所数	5,875	5,850
活動事業所数	5,570	5,605
休止事業所数	305	245
サテライト数(再掲)	153	227

2009.5
請求事業所は
5,469事業所

(日本訪問看護振興財団調査:都道府県への
FAX調査結果)

全国の療養通所介護事業所数

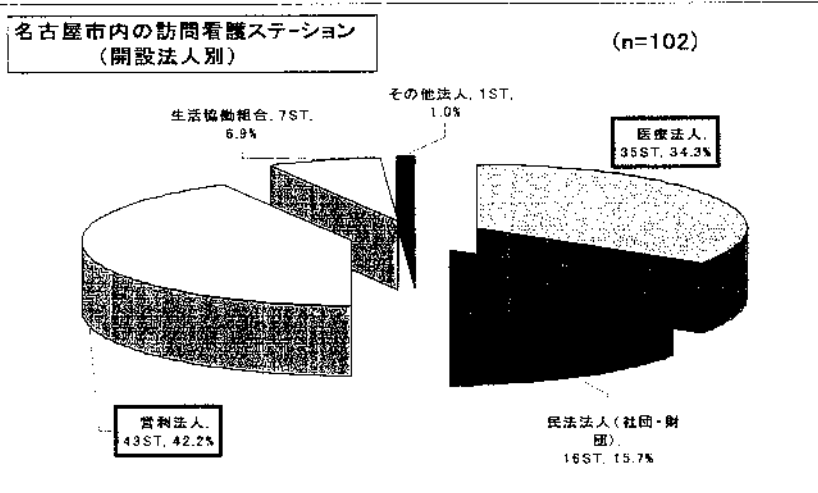
	2008.4	2009.4
指定事業所数	57	68
休止事業所数	55	4

2009.5
請求事業所は
62事業所

(療養通所介護推進ネットワークWAM調査)

愛知県内・名古屋市内訪問看護ステーション現状 (H18.4)

愛知県内では、医療法人が43.0%、営利法人が32.5%



名古屋市医師会調査 08.12 (n=51)

1. 利用者90～100名以上の訪問看護ステーション 4箇所(8.0%)
(精神・リハビリが主なステーション2事業所を除く)
2. 4箇所のステーションは、全て医療法人
3. 常勤看護師が5名以上いるステーションは、8箇所
4. 調査に協力していないステーションは、殆どが営利法人

医療法人偕行会訪問看護ステーション概要 (①~③2008年度平均)

	きょうりつ(中川区)		のりたけ(中村区)	
①利用者数	133.2名	(介)68.8名(51.7%)	60.7名	(介)32.6名(53.7%)
		(医)64.4名(48.3%)		(医)28.1名(46.3%)
②訪問回数	1,034.2回	(介)428.6回(41.4%)	556.8回	(介)235.7回(42.3%)
		(医)605.6回(58.6%)		(医)321.1回(57.7%)
③主治医	法人内主治医 57.6%	他病院・診療所 42.4%	法人内主治医 7.8%	他病院・診療所 92.2%
その他	在宅療養支援診療所 5箇所と連携		在宅療養支援診療所 2箇所と連携	
スタッフ 2009.9	管理者 1名 常勤看護師 8名(主任 2名) 非常勤看護師 8名(換算 6.8名) 計 15.8名 PT&OT 常勤換算2.7名 事務 常勤換算1.6名		管理者 1名 常勤看護師 4名(主任 1名) 非常勤看護師 5名(換算 3.7名) 計 8.7名 PT&OT 常勤換算0.2名 事務 常勤換算0.7名	

偕行会訪問看護ステーションの特徴

1. 2006年4月、療養通所介護開設(H16年度からモデル事業実施)
2. 同時に、ステーション4箇所を2箇所に統合(95年から訪問看護)
3. 医療保険対象者が多い(小児・障害者・難病・人工呼吸器・がん等)
(利用者数の47.7%,訪問件数の58.2%)
4. 法人に居宅介護支援事業所(200~210名)・在宅療養支援診療所
5. 中村区「のりたけ」は、9割以上が法人外の医療機関の紹介
7. 年間の看取り ここ3年間、それぞれ10~15名(がん・非がん半数)
8. 訪問看護認定看護師 2名
9. 退職者が不在(転勤者除く),全員が法人外から採用
10. 非常勤から正職員へ
11. 研修体制・休暇の充実

療養通所介護事業所 さくら

1. 定員5名・週3日営業
2. 利用者14名

介護保険	障害	小児
9名	1名	4名
* 難病・脳血管障害・がん等 * 人工呼吸器2名・気管切開・在宅酸素・IVH等	* 気管切開 * 遷延性意識障害	* 染色体異常 * 人工呼吸器3名・気管切開1名
15,000円・10,000円	保険請求不可	

3. 介護保険対象者は、集中的にケアし、老健ディケアへ
4. 赤字経営 ⇒ ステーションの収益で

多死時代への対応＝在宅医療の推進

1. 在宅療養者への看護の提供
 1. 在宅(多様な居住の場)での看取りの推進
 2. “がん”“難病”など、重度者の在宅移行と看取り



看取り,在宅医療に対応できるステーションを増やす
 訪問看護師を増やす,教育の充実
 認定看護師・管理者の育成

2008年受療行動調査より

(1)入院患者：今後の治療・療養の希望(総数)

	2008年	2005年
完治するまでこの病院に入院したい	45.9% ① (8.9ポイント低下)	54.8%
自宅から病院や診療所に通院しながら、治療・療養したい	23.8% ② (7.3ポイント上昇)	16.5%

①特定機能病院・大病院・中小病院・療養病床を有する病院全ての病院でポイントが低下している

②特定機能病院・大病院・中小病院・療養病床を有する病院全ての病院でポイントが上昇している

(2)退院の許可が出た場合の自宅療養の見通し(複数回答)

	2008年	2005年
自宅で療養できる	50.0% ① (8.4ポイント上昇)	41.6%
自宅で療養できない	33.0% ② (4.5ポイント低下)	37.5%

	自宅で療養できる		自宅で療養できない	
	2008年	2005年	2008年	2005年
特定機能病院	66.6%	60.8%	18.5%	17.6%
療養病床を有する病院	39.0%	27.9%	43.9%	51.7%

国民の意識

2038年には、年間死亡者数が170万人(2015年140万人)

病院で死亡する人80万人(現在)

53%にあたる90万人は、自宅や自宅でない居住の場で看取りが必要

H16年度 自宅の看取り12.4%+施設2.1%=14.5%

がん患者は、6%のみ 心疾患等は23%



1) 2005年日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査で、

自宅で過ごしたいと思うは、全体の83.3%

* 自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う 63.3%

* 自宅で過ごしたいし、実現が可能と思う 20.0%

2) 「2015年の高齢者介護」調査

どんなに虚弱になったとしても、60%の人は自宅に住み続けたい

3) 平成17年度「在宅療養普及及び技術評価に係る調査」

すでに在宅医療を受けている患者の60%以上が、最期を迎える

場所として居宅を希望している

4) 平成16年度厚生労働省終末期医療に関する調査等検討会

自宅以外の場所で療養したい理由(痛みを伴う末期状態)

家族の介護などの負担が大きいから・・・83.5%

緊急時に迷惑をかけるかもしれないから・・・45.7%

最期に痛み等に苦しむかもしれないから・・・25.2%

訪問看護ステーションと“看取り”

1. 1事業所の死亡者数は、年間平均13.0人(介護8.4人、医療4.6人)
そのうち、在宅死は41.4%
2. 年間36人件(月3人)の死亡者がいるステーションは、全体の6%のみ
3. 年間死亡者数が多いステーションほど、
 - 1) 全利用者に占める死亡者数が多い
 - 2) ターミナルケア加算の届出・在宅療養支援診療所との連携がすすんでいる
 - 3) 事業所規模(職員数・利用者数)が大きい

(H19年度高齢者のターミナルケア・看取りの充実に
関する調査研究事業、全国訪問看護事業協会)

訪問看護ステーションにおける在宅看取り件数の推計

(①…平成17年度在宅死亡者数は、132,702人)

1. 1事業所当り、年間の在宅看取り数は5.4人
全国で年間約3万人(5480事業所)……①の2.7%
2. 在宅以外の死亡者数は、1事業所当り7.6人
全国で年間約4万人が在宅以外で死亡
3. 全国で年間約10万人が訪問看護を受けずに、在宅で死亡
……①の83.9%

(H19年度高齢者のターミナルケア・看取りの充実に
関する調査研究事業、全国訪問看護事業協会)

在宅医療における訪問看護の役割

1. 在宅導入期のかかわり(移行期)・・・退院調整看護師との連携
2. 慢性期のかかわり(維持期)・・・長期に在宅療養が継続できる
かかわり,悪化の予防,自立への支援,介護力のエンパワメント
3. 急性期のかかわり・・・合併症等の早期発見(フィジカルアセスメント)と対応,治療の場の意思決定,家族指導
4. 終末期のかかわり・・・過剰な医療のない、尊厳ある穏やかな看取りと死を受容できる(本人・家族)かかわり

高齢者のターミナル期において訪問看護師が行う支援

1. 日常生活の支援(食事,移動・外出,排泄,清潔)
2. 症状の緩和
疼痛緩和,新たに出現する症状への対応,
医療的ケアの実施と調整,非薬物的ケアの実施
3. 看取りに関する意思決定と介護技術の支援
4. 利用者への死の準備支援
5. 家族への死別の準備支援
6. 死亡時の支援
7. 在宅ケア体制の形成・他機関との連携

(H19年度高齢者のターミナルケア・看取りの
充実に関する調査研究事業・・・別紙参照)

現在の訪問看護ステーション収支の特徴

- 事業損益(3ヶ月分)が赤字のステーションが全体の31.6%
特に、小規模のステーション(職員数・述べ訪問件数・利用者数が少ない)ほど、赤字割合が多い。

○ 黒字事業所の経営努力

- * 非常勤職員を多く雇用,職員一人当たりの給料を低く設定
一人当たりの訪問件数を多くする,大規模化
- * 看護の質が高く、利用者・訪問回数が多い,待遇も適切は少ない

サービスの質の確保、人材確保 ⇒
常勤比率を上げる & 適正な給与が必要

現場でのRNの役割(米国)

* Hospice Manager(所長)

対外活動(薬局との話し合い、他施設とのかかわりなど)、全てのチームのまとめ役、人事相談など、患者ケアにはほとんど関わらず、運営、マネジメントの役割が大きい

* Patient Care Manager(主任クラス、スーパーバイザー)

患者が紹介されたら、地域別に配置し、適切な資料とコンサルティングを担当RNとMSWに提供する。事務所に常において、担当RNのケアにおける相談係りの役割が大きい。

* Case manager(担当RN)

患者ケアプラン・訪問スケジュールなどをチームメンバーに管理・指導する。実際のケアを提供する。

専門性の境界・役割分担

1. 各職種における専門性の境界・役割分担がそれぞれ厳しく教育されている ⇒ 看護師がやるべきこと(診療の補助行為と療養上の世話の監督)が明確になっている。
2. カウンセリングや家族の問題等について、看護師はソーシャルワーカーやチャプレンにすぐまわし、より良い疼痛管理のために時間をさく。
3. メディケアの規定:ホスピスナースの担当末期患者は最大15人まで、ソーシャルワーカーは最大30人まで、それ以上は違反でマネジャーの違反となる。

仏国の在宅医療・訪問看護へのインテンティブ

- 利用者負担は、病院3割 在宅1割
- 訪問看護師は公務員で雇用、病院と給与や処遇が同じ
- さらに人員が必要な時は、契約した開業看護師に応援依頼

ボランティアの存在

- 訓練されたボランティアがいる
- 掃除・食事などの日常生活の介助から、音楽演奏などのレクリエーション活動に至るまで多岐にわたるサービスを提供

超高齢社会を見据えた在宅での看取り体制を整えるために

(日本看護協会平成22年度診療報酬改訂に関する要望書より)

1. 医療保険による訪問看護サービスの安定的な供給の確保

- 1) 訪問看護基本療養費の回数制限の撤廃と単価の引き上げ
- 2) 訪問看護管理療養費の算定日数制限の見直し

- * 計画的な訪問看護で対応できない利用者が増えている
- * 頻回な訪問看護が必要な患者の増加(医療処置・自立度等)
- * 週4日以上の訪問看護が可能な対象者が限られている
(がん末期、難病等厚生労働大臣が定めた疾病のみ)
- * 訪問看護管理療養費は月12回以上は算定できない

2. 医療保険と介護保険における評価の齟齬を解消

1) 複数名の訪問看護の評価(介護保険は21年度改定で算定可)

利用者の身体的理由や暴力・迷惑行為、疾患の重症度等

- * 人工呼吸器装着者・がん末期等、利用者の負担の軽減

2) 重症者管理加算の算定制限撤廃

医療: 月4日以上の訪問で算定する

介護: 訪問看護の回数に関わりなく算定できる

3) 同一日に2か所の訪問看護STが訪問する場合の評価

医療: 現行では認められていない

介護: 認められている

- * 頻回な訪問が必要な利用者には、サービス提供が必要
- * ステーションの規模が小さい、約半数の市町村には未設置

4) 同一日における訪問診療と訪問看護の併算定

医療: 「特別な関係」かつ指示書交付関係の場合、算定できない

* 無報酬のサービスにならざるを得ない

介護: 訪問診療と時間帯が別であれば算定できる

5) ターミナルケア療養費の算定要件見直し

医療: 在宅での看取りしか算定できない

介護: 死亡診断を目的に医療機関に搬送し、24時間以内に死亡が
確認された場合は算定できる

介護保険と医療保険

	介護保険		医療保険
報酬	20分未満	285単位	概ね30分から90分 2時間以上で、オプション料金 連日訪問看護を提供すると、1日 7,381円(30日)の報酬
	30分未満	425単位	
	30分以上60分未満	830単位	
	60分以上90分未満	1,198単位	
夜間	夜間の訪問時は、「加算あり」		「加算なし」
他	営業日・外でも報酬は同一		営業日以外は、オプション料金を 設定
自己負担	1割		3割(重度障害児・者でも都道府 県・市町村の大多数に自己負担 がある)

訪問看護師と病院看護師の給与・手当

	病 院	ステーション
勤務時間	40時間 夜勤勤務時間を含む	40時間 待機時間を含まない
夜勤・待機 手当	* 2交替で1回 17,000円～20,000円 * 病院でそのまま勤務 を継続すれば給与は 上がる	* 1時間200円で土・日含む7日 ／月＝24,600円 病院から転職すると、殆どは給 与が下がる

訪問看護師を増やす為に ⇒ 病院看護師に引けをとらない給与・休暇を保障 ⇒ 人件費のアップ ⇒ 報酬改定と同時に、大規模化し、スケールメリットを出さないと事業の継続が困難

利用者の自己負担増加 ⇒ 利用者離れ ⇒ 医療保険対象者の自己負担軽減(介護保険と同様に1割へ)

施設への訪問看護

現状の契約形態では
増えない！！

1. 施設との契約による訪問看護(特別養護老人ホーム・グループホーム)
 - * 同法人で実施しているステーションがあるが少ない(実数?)
 - * アピールしても契約の申し込みがない
 - * ステーションの人員に余裕がない
2. 高齢者専用住宅や民間の居住の場としての住宅
 - * 株式会社等が訪問看護・介護・居宅・福祉用具等の在宅サービス関連事業所を併設
3. 老人保健施設への訪問看護は認められていない

訪問看護ステーションの活性化対策

1. ステーションの大規模化
2. 小規模ステーションへの支援

H21年度「訪問看護支援事業」

統合による大規模化,1事業所の大規模化

メリット:1)家賃や委託費等の固定費の削減,事務の人的費の削減

2)スタッフの効率的配置(特に、常勤看護師)

3)専門知識の充実と蓄積・・・看護の「質」の向上

3)緊急当番,土・日出勤等,職員の負担軽減,休日・処遇の保障

4)拡大する利用ニーズへの拡大・・・利用者増,潤沢な経営

5)研修の機会拡大・・・長期研修にも対応化

6)新規事業の展開

デメリット:1)訪問計画の煩雑化

サテライトの設置

2)訪問の交通所要時間増,スタッフの通勤時間増

3)統合による運営・考え方等、管理者やスタッフ間のズレ

訪問看護ステーションのサテライト

平成8年4月 過疎地域等の訪問看護ステーションの設置を促進
する為に認められる



平成12年4月 訪問看護の一層の設置を推進する為に、地域要
件が緩和された

患家が散在している、交通が不便、その他の地域の
実情において、サテライトの設置が認められる。



各都道府県において、設置判断にバラツキがある

平成21年度から 「訪問看護支援事業」始まる

1. 21年度予算 3.2億 国庫補助10/10
2. 訪問看護サービスの安定的な供給を維持し、在宅療養環境の充実を図ることを目的とする。
3. 訪問看護ステーションでは、利用者への訪問以外の周辺業務（請求事務・TEL・相談等）が多く、職員の負担が大きい。
4. 「広域対応訪問看護ネットワークセンター」を設立し、訪問看護ステーションの周辺業務を集中して行う。
（請求業務・医材料、衛生材料の一括購入・利用者からのTEL等）

「広域対応訪問看護ネットワークセンター」

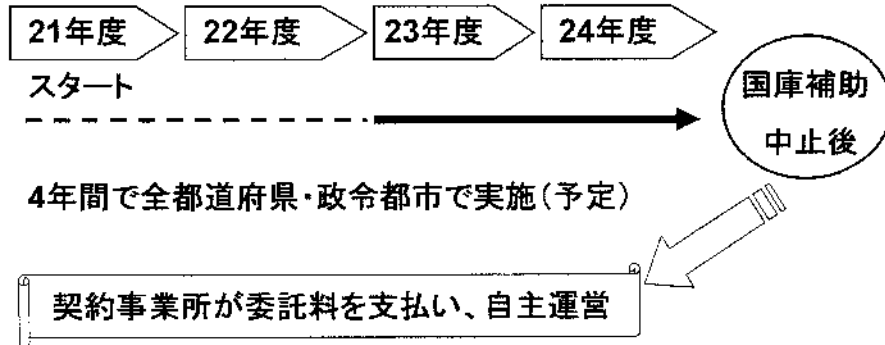
○ 実施主体

都道府県・政令都市が実施主体 ⇒ 関係団体等へ委託

今年度モデル事業の取り組み10箇所余りのみ

都道府県・政令都市の消極性

○ 実施スケジュール



○ がんと老衰(虚弱高齢者)看取りの場所

	病院死	がんの病院死
アメリカ	41%	38%
オランダ	35%	28%
日本	85%	93%

- 日本 がん患者の在宅期間 107.1日
- 非がん患者の在宅期間 782.4日



在宅サービスを活用したケアプランが必要！

諸外国の在宅における看取りのデータ

	スウェーデン	オランダ	フランス	日本
総人口	903万人	1,632万人	6,087万人	12,776万人
高齢化率	17.3%	13.8%	16.4%	20.0%
80歳以上の人口割合	5.3%	3.4%	4.4%	4.4%
平均寿命	男 78.4歳	男 77.2歳	男 76.7歳	男 78.6歳
	女 82.8歳	女 81.6歳	女 83.8歳	女 85.5歳
子どもとの同居率	5%	8%	17%	50%
高齢者単独世帯	41%	32.5%	32%	15%
看護師数/1000人	10.6人	14.2人	7.7人	9.0人
訪問・地域看護師	4.2人	2.7人	2.2人	0.4人
在宅死亡率	51.0%	31.0%	32%	13.4%

看取りが増えている訪問看護ステーション例

1. 佐賀県訪問看護ステーション(療養通所介護を併設)

在宅の看取り	がん	非がん
07年度	6	7
08年度	12	8
09年8月迄	11	8

看護師(常勤換算9.8名)

常勤看護師 5名

非常勤看護師 10名

* 管理者が訪問看護認定看護師

医療機関との連携

近隣に、佐賀大学病院・佐賀県立病院好生館・社会保険病院あり

常時、5~6箇所の在宅療養支援診療所と連携

小児(NICU退院児)・精神・高齢者までの訪問看護を実施

療養通所は3床定員・週4日

グループホーム1箇所と契約

2. 総合花巻病院訪問看護ステーション

保健師 1名(管理者:緩和ケア認定看護師)

在宅の看取り	がん	非がん
08年度	8	14
09年8月迄	10	6

常勤看護師13・非常勤3名(常勤換算15.0)

(主任:訪問看護認定看護師1名)

PT 3名・ST 1名・OT1名

介護職員 3名 事務員 2名

利用者数 19~200名/月(介護:医療=8:2)

訪問件数 960~1,000件/月

訪問看護師時医療機関 32ヶ所,主治医65名

居宅介護支援事業所 26箇所,ケアマネ52名

療養通所介護 H19年開設 定員4名40~50件/月

在宅医療推進の為には、

1. 訪問看護ステーション数の増が必要

* 小規模STではなく、大規模STが必要、サテライト設置の自由化

* ケアマネジャーとの連携

2. 訪問看護師数の増が必須

常勤看護師を病院と同等の給与・待遇で採用できる報酬

現在、半数の非常勤を1/3から1/4で運営できる報酬

(但し、利用者の自己負担の増はなし)

3. 看取りができるステーションが必要

報酬の重点化

4. 医療ニーズに対応できるステーションが必要

5. 介護職との協働をすすめるために、STに介護職の人員配置も一案

訪問看護ステーションの管理者 ⇒ 教育の課題

社会システムにおける
訪問看護の将来像の構築と事業計画

地域のステーションの
代表者としての役割



地域における訪問看護ステーションの
位置づけの明確化と基盤整備

ステーションの代表者
としての役割



訪問看護ステーションの管理・運営

ステーションの管理者
としての役割

自分のところは、どのような訪問看護ステーションにするのか！
経営的基盤をどのように確立し、どのように発展させるのか！

- 2015年の年間死亡数は、推計140万人,重度者の在宅移行促進
- 2015年の訪問看護利用者数(現状:28万人 ⇒ 90万人)

経営戦略の検討

小規模から
大規模へ転換

経営の
安定化

人材確保

訪問看護師 9万人の確保
(現状:2.7万人)

在宅移行支援の機能強化
在宅移行ハイリスク支援機能の強化

在宅ターミナルへの対応
多様な居住の場での看取り

中・重度者を支える療養(通所・泊り)機能の充実

自宅・介護福祉施設・認知症対応型共同生活介護・介護老人保健施設・
特定施設入居者生活介護・福祉ホーム・高齢者向き有料賃貸住宅

図表22 高齢者のターミナルケアにおける訪問看護師が行なうケアの一覧表

ターミナル開始前	食事	移動・外出	排泄	清潔	疼痛緩和	新たな出現する症状への対応	症状の緩和		非薬物的ケアの実施	意思決定と介護技術の支援	利用者への死の準備支援	家族への死の準備支援	死亡時の支援	在宅ケア体制の形成・他機関との連携
							医療的ケアの実施と調整	症状の緩和						
ターミナル開始前	食事	移動・外出	排泄	清潔	疼痛緩和	新たな出現する症状への対応	症状の緩和	医療的ケアの実施と調整	意思決定と介護技術の支援	利用者への死の準備支援	家族への死の準備支援	死亡時の支援	在宅ケア体制の形成・他機関との連携	
維持期	低下している経口摂取能力を把握し、対応方法を考える	移動能力と危険を把握し、維持回復のためにリハビリや機器を駆使する	スムーズな排便と排泄に併う苦痛の緩和のための緩和剤の使用	本人の症状に合わせて排泄方法を選択する	積極的に薬物を調整し、在宅での疼痛緩和体制を確立する	呼吸器作用への薬物投与や挿入予防・ケア等を行う	使用中の薬物を把握し、必要に応じて再調整する	非薬物的なケアで利用者の安楽を確保する	家族と関係を作り、今後の意向等を相談する	希望に沿った在宅生活を営み、実現できるような働きかけ	家族の思いを傾聴し、別れの迎え方をともに考える		個別の状況に合わせて在宅ケアチームと物品を整え、協働して対象者受け入れを準備する	
悪化期	食べられない、水を飲めない	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる	経口摂取能力を低下させる
臨死期	意識低下で食べられず、循環器の悪化による無尿	安楽な体位など、最終希望を伝える	可能な経口摂取を支援する	最後まで清潔なケアを行うこと、OOLを高く保つ	増強する薬物を予測し、積極的に薬物を調整する	増強する薬物を予測し、積極的に薬物を調整する	増強する薬物を予測し、積極的に薬物を調整する	増強する薬物を予測し、積極的に薬物を調整する	増強する薬物を予測し、積極的に薬物を調整する	増強する薬物を予測し、積極的に薬物を調整する	増強する薬物を予測し、積極的に薬物を調整する	増強する薬物を予測し、積極的に薬物を調整する	増強する薬物を予測し、積極的に薬物を調整する	増強する薬物を予測し、積極的に薬物を調整する

第五回 10月16日

「在宅医療と多職種連携～薬剤師の立場から～」

プレゼンテーション

萩田均司氏

薬剤師の在宅医療

～薬の管理・考え方・見方から緩和ケア・BPSD、多職種連携まで～

薬剤師・介護支援専門員
萩田均司

有限会社メティフェニックスコーポレーション
薬局つぼめファーマシー

安心と希望の医療確保ビジョン

- 在宅医療を推進する観点から、地域における薬局機能がより一層発揮できるよう、医薬品等の供給体制や医薬品の適正使用のための服薬支援体制の確保と充実

平成20年6月18日 厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン」より

日本薬剤師会 高齢者・介護保険等検討会の動き

- 服薬支援マニュアル改訂
- 体調チェックフローチャート
- 地域薬剤師会在宅医療連携ツール作成
- サポート薬局アンケート
- 介護保険制度の手引き改訂

その1～その5、書類関係のフォーマットをHPで会員に公開

在宅服薬支援マニュアル その1・考え方

時代背景と制度のポイント

日本薬剤師会
職能対策委員会
高齢者・介護保険等検討会

最終更新日：2009年9月

暮らしを見る

日常生活・活動観察の
チェックポイント

※「薬剤師による食事・排泄・睡眠・運動を通じた体調チェック・フローチャート～解説と活用～」より

日本薬剤師会作成・在庫→各都道府県・支部薬剤師会より購入可能



食事

食欲
味覚
嚥下状態
口腔内清掃
口渇
吐き気
胃痛
など

排泄

尿の回数、出具合
便の回数、出具合
汗(状態)
など

運動

ふらつき
転倒
歩行状態
めまい
振るえ
すくみ足
手指の状態
麻痺
など

睡眠

睡眠の質、時間
日中の頻眠
不眠の種類
など

認知領域

失認、失行、言語障害(失語)
見当識障害、判断力低下、記憶障害など

薬剤師の在宅医療

- 処方せんによる調剤・・・患者の状態に合わせた調剤上の工夫
- 薬剤服用歴の管理
- 薬剤等の居宅への配送
- 居宅における薬剤の保管・管理に関する指導
- 使用薬剤の有効性に関するモニタリング
- 薬剤の重複投与、相互作用等の回避
- 副作用の早期発見、未然防止と適切な処置
- ADL・QOL等に及ぼす使用薬剤の影響確認
- 使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への助言

薬剤師の在宅医療

- 麻薬製剤の選択および疼痛管理とその評価
- 病態と服薬状況の確認、残薬および過不足薬の確認、指導
- 患者の住環境等を衛生的に保つための指導、助言
- 在宅医療機器、用具、材料等の供給
- 在宅介護用品、福祉機器等の供給、相談応需
- 不要薬剤等の廃棄処理、廃棄に関する指導

薬剤師の在宅医療

これらの事を行っているが、
薬学的管理・指導
と
服薬介助
とが混同されている。
その結果、薬剤師の訪問が
単なる“宅急便屋さん”と思われて
しまう。

薬剤業務に関する倫理

薬剤師綱領

一、薬剤師は国から付託された資格に基づき、医薬品の製造、調剤、供給において、その固有の任務を遂行することにより、医療水準の向上に資することを本領とする。

一、薬剤師は広く善き衛生をつかさどる専門職としてその職能を發揮し、国民の健康増進に寄与する社会的責務を担う。

一、薬剤師はその業務が人の生命健康にかかわることに深く思いを致し、絶えず善学、医学の成果を吸収して人類の福祉に貢献するよう努める。

日本薬剤師会

薬剤師の

“みる”

とは？

医師・歯科医師のみる

……診る

心察

看護師のみる……見る

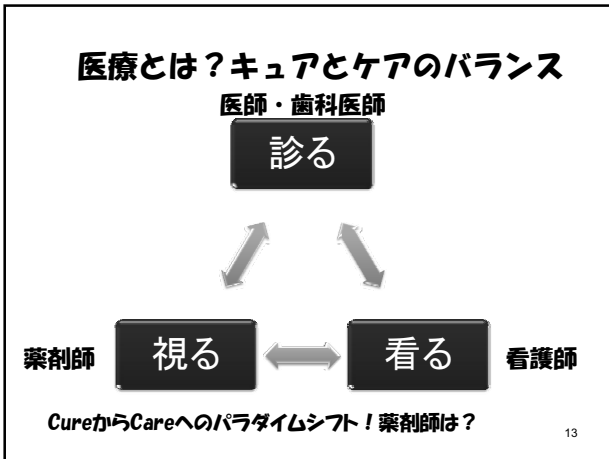
看護る

薬剤師の“みる”は？

薬剤師は
分析化学者として

視る

視る・・・調査する 診る・・・診察 見る・・・世話



従って薬剤師の在宅医療は・・・

在宅患者に対して薬剤師の五感を用いて、適切に分析し使用される薬物が生体内でその役割を果たす事を“視て”“分析し”、期待される薬効を確認し、または、期待されない有害事象を早期に発見し的確に他職種と連携することにより、薬物療法の医療を患者の居宅において行うことである。単なる、薬物の配送や服薬介助とは違う。

高齢者に対する薬剤師の役割

薬剤師が関与し、患者さんにきちんと服用していただくことにより患者の病状、ADL、そしてQOLを改善または維持する。

そのために行うこと

【1】服用状況が悪い場合、その理由を探り、改善対策を行う。(服薬支援)

【2】患者の病状、ADL、そしてQOLに薬が与える影響をアセスメントする。

※各論にて解説

【1】服用状況が悪い主な理由とその対応策

飲まない(飲めない)理由	対応策
①残薬や併用薬が多くなりすぎ整理がつかなくなった為、飲めない。	残薬を重複や相互作用、併用禁忌などに留意しながら整理する。
②何の薬か理解していない為、飲まない。	薬効を理解できるまで説明。またその理解を助けるための服薬支援する。
③薬の副作用が怖い為、飲まない	副作用について、恐怖心をとりつつ対応策を話し合い、納得して服薬できるようにする。
④特に体調が悪くない為、飲まない。(自己調整)	基本的な病識や薬識を再度説明し、服用意義を理解していただく。
⑤錠剤、カプセル、又は粉薬が飲めない。	患者ごとの適切な服用形態の選択と医師への提案。嚥下ゼリー、オブラート、簡易懸濁法などの導入提案。

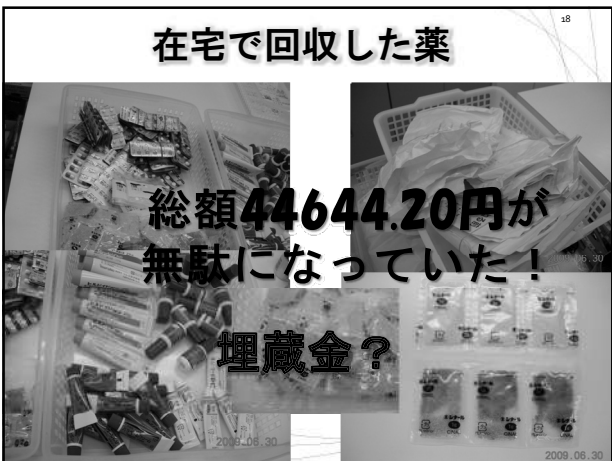
① 残薬や併用薬が多くなりすぎ整理がつかなくなった為、飲めない場合

対応策

まずは残薬整理

残薬整理における留意事項

- 薬の重複、相互作用、併用禁忌、一包装した場合の吸湿性の有無をチェック。
- 直射日光、高温、多湿を避けるなど保管場所、保管方法の適切化。
- 患者の状態と能力に応じた管理方法を模索。



薬局つばめファーマシー在宅医療基本方針



宮崎県庁

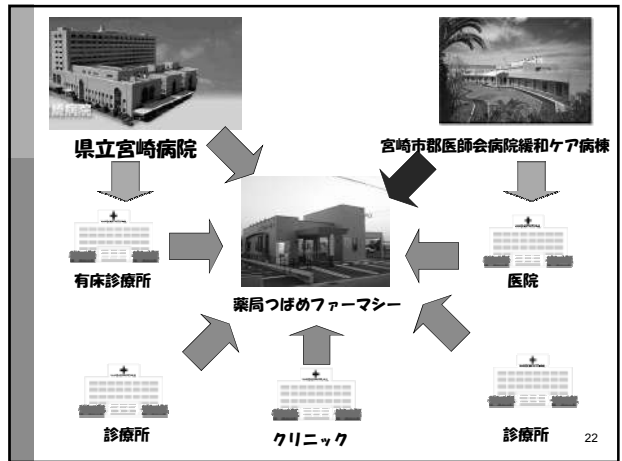
- 医薬品によるADL低下がないかきめ細かく管理し、医師・歯科医師と連携を密にする。
- 在宅において患者に関わる医師・歯科医師・看護師・介護支援専門員・その他サービス事業者との連携を密に行う。
- 患者本人の利益を第一に考える。
- 介護支援計画の作成
- 薬物療法において患者が適切に薬物療法を行っているか管理指導を行う。
- 医療廃棄物の適切な処理を行なう



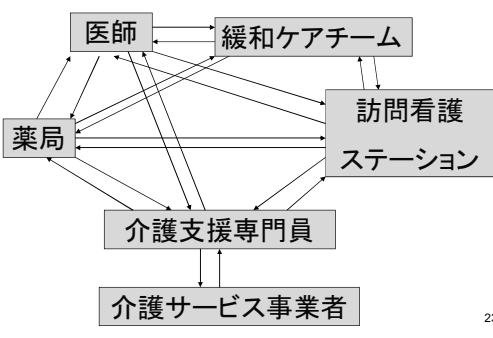
Tsubame Pharmacy



薬局内風景

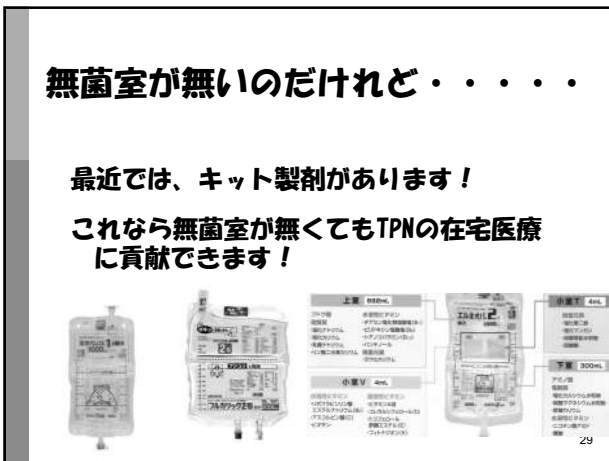
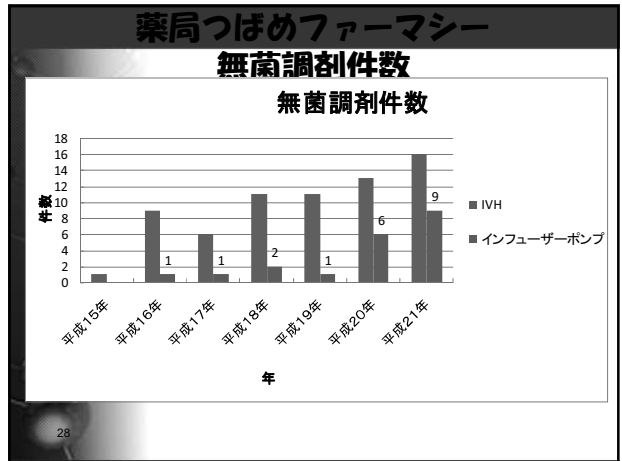
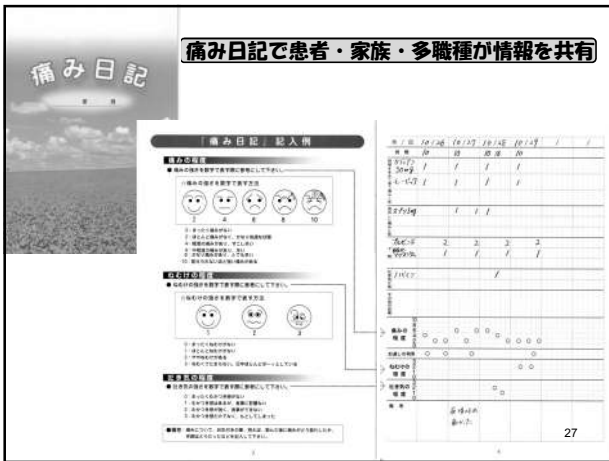


主な在宅医療の相関



TPN調剤と在宅管理







院内でのカンファレンス風景



退院時カンファレンス



サービス担当者会議

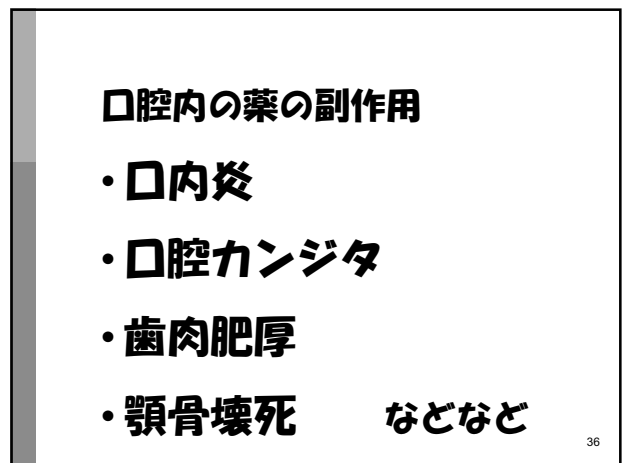
33



日経メディカルCancerReview 2008. 6



のぞいてみよう口の中



口腔内の薬の副作用

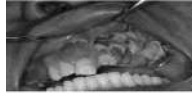
- ・口内炎
- ・口腔カンジタ
- ・歯肉肥厚
- ・顎骨壊死 などなど

36

歯科医師もお薬手帳を活用

ビスフォスフォネート系薬剤

(内服・注射剤)で顎骨壊死の副作用報告



侵襲的歯科処置(抜歯、インプラント等)に服用薬剤の確認が必要

お薬手帳で服用中薬剤の確認ができれば、安心して治療できる!

37

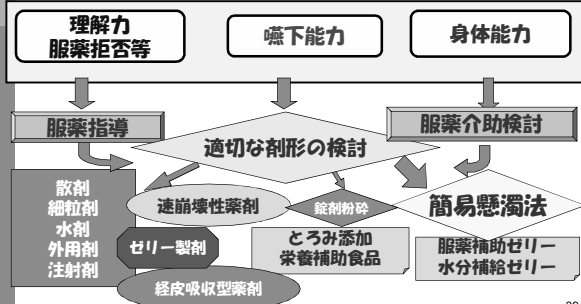
グループホームでの薬剤管理



38

服薬に関する因子の評価と計画の流れ

実際に服薬の場面に参加し、患者様の服薬状況をより詳細に把握でき、評価と計画を行うことにより、適切な服用形態の選択へつなげることができる。



39

高齢者の薬物療法における留意点

服用状況の改善を目指し、適切な服用が治療に結びつく手助けをする

日本薬剤師会 在宅服薬支援マニュアル
その2・訪問の役割より一部抜粋

40

残薬の確認と整理の実例 (長野県薬剤師会 事例)



患者Aさん(女性)

複数科を受診。多剤服用。訪問介護員が入っているが、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、B両方の病院の処方薬を合わせて一包化し整理。
これにより服用状況も改善。

41



個々の患者の能力に応じた薬の管理方法

患者の残存能力を考慮すること。過剰な服薬支援は能力を落とす場合もある。

一包化

ピルケース

ホワイトボードと磁石

投薬カレンダー

ティッシュ箱に仕切りを入れて手製のピルケース作成

2週間投薬カレンダー

43

見え方への配慮

薄い色、細い文字は見えない方は多い

朝 朝

カタカナは、ひらがなよりも文字がつぶれず読みやすい

あさ アサ

太く大きい文字、濃いバックで白抜きなら見えるという方はいる

朝 朝月

朝 卓月

44

一包化・カレンダー式調剤

45

管理例

(定期はカレンダー、頓服は効能を大きく記載)

46

残薬整理、多剤管理のためのお薬手帳の利用

通院困難でも、主治医以外に受診するケースはあるので、在宅においても、お薬手帳の活用は必須

【お薬手帳の利点～持ち歩くミニカルテとしての機能】

- 重複、相互作用、併用禁忌を防ぐことができる。
- 時系列で、薬の管理ができる。
- 処方歴が一目瞭然なので、診察の助けになる。

47

何の薬か理解していない為、飲まない場合

対応策

薬効を理解できるまで説明、およびその理解を助けるための服薬支援をする。

理解して飲むほうが絶対よく効くし、服用状況もよくなる。

コンプライアンスの向上というよりもアドヒアランス※の向上を意識する。

※アドヒアランスとは、患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けることを意味する。

従来、医療者は「医療者の指示に患者がどの程度従うか」というコンプライアンス概念のもと患者を評価してきた。したがってその評価は医療者側に偏り、医薬品の服用を規則正しく守らない「ノンコンプライアンス」の問題は患者側にあると強調されていた。

しかし実際の医療現場では、コンプライアンス概念で乗り越えられない治療成功への壁が存在した。そこで、患者自身の治療への積極的な参加(執着心: adherence)が治療成功の鍵であるとの考え、つまり「患者は治療に従順であるべき」という患者像から脱するアドヒアランス概念が生まれた。このアドヒアランスを規定するものは治療内容、患者側因子、医療者側因子、患者・医療者の相互関係という点でコンプライアンスとは大きく異なる。例えば服薬アドヒアランスを良好に維持するためには、その治療法は患者にとって実行可能な、服薬を妨げる因子があるとすればそれは何か、それを解決するために何が必要かなどを医療者が患者とともに考え、相談の上決定していく必要がある。(2007 日本薬学会HPより)

48

理解度を助けた服薬支援の例 (神奈川県 K薬局事例)

【73歳 男性 独居】
H17.3脳梗塞を発症し、右側片麻痺あり。器質性人格障害、高血圧など既往歴あり。
眠剤と安定剤は服用できているが、それ以外の薬は興味がなく、ほとんど服用できていなかった。

問題点の整理と対策


問題点1) 粉より錠剤の方が服用しやすいが、大きい錠剤は服用しにくい。
→大き目の錠剤は飲みやすいように半割。

問題点2) 興味のある薬しか服用しない。
→実は「興味がない」のではなく、「何の薬かわからない」のではないかと考え、興味を持ってもらえるように、薬の服用方法と薬効が一目で分かるように分類。

問題点3) 右側片麻痺
→片麻痺でも取りやすいように分包。 次ページ写真参照

49

理解度を助けた服薬支援の実例(続き)



結果

服用状況が劇的に改善。
新規の「ハルナールD」も日数分全て服用。

「何の薬か、いつ飲むのかが一目でわかるので、これなら薬を飲むことができる。」(患者コメント)

※介護支援専門員からも賞賛
→このあと、「担当者会議」への出席要請があった。(信頼の獲得)

(神奈川県 K薬局 提供写真)

50

薬の副作用が怖い為、飲まない場合

対応策

副作用について、恐怖心を取りつつ対応策を話し合い、納得して服薬できるようにする。

特に体調が悪くない為飲まない、という自己調整の場合

対応策

基本的な病識や薬識を再度説明し、服用意義を理解していただく。

51

錠剤、カプセル、又は粉薬が飲めない場合

対応策

服薬に関する因子を評価し、患者ごとの適切な服用形態の選択と医師への提案する。嚥下ゼリー、オブラート、簡易懸濁法などの導入も検討課題となる。

理解力 服薬拒否等 嚥下能力 身体能力

服薬指導 適切な剤形の検討 服薬介助検討

散剤 速崩壊性薬剤 錠剤粉砕 簡易懸濁法
細粒剤 ゼリー製剤 とうもろこし添加栄養補助食品 服薬補助ゼリー
水剤 経皮吸収型薬剤 水分補給ゼリー
外用剤 注射剤

52

服用状況改善と薬効、副作用チェックのまとめ

- 薬は飲まなければ効果が出ない。きちんと飲んでもらうための工夫を！
- しかし、飲ませればよいというものではない。アドヒアランスを高めることを大切に。
- 基本的な患者への支援となる「残薬チェック、管理方法の策定、投与方法の策定」には**薬剤師の専門知識が必要**。


53

簡易懸濁法

- ・ 錠剤・カプセル剤やコーティング破壊した錠剤をカップ内の温湯(55℃)に入れ、かき混ぜて放置すると崩壊懸濁する
- ・ 懸濁した薬液をティスペンサーに吸い取る
- ・ ティスペンサーを経管栄養チューブの先端に取り付け、薬液を注入

↓

チューブ通過！閉塞の回避



54



症例1

- ・ 昭和17年生れ 67歳 男性 OKさん
- ・ 妻と2人暮らし
- ・ 大腸癌・小腸穿孔・骨髄転移・癌末期・余命2'3か月
- ・ 食事は、水を飲む程度、固形物は食べられない。
- ・ 人工肛門・ウロバッグ・腹腔内のドレンの3つのパウチ使用
- ・ 高カロリー輸液 (MRIポート埋設)
- ・ 塩酸モルヒネの持続注入

・ 医師・訪問看護ステーション看護師・薬剤師の
在宅医療チーム

57



症例2

- ・ 昭和4年生れ79歳、男性 SYさん
- ・ 骨肉腫、肺転移、癌性疼痛、リンパ浮腫、
下肢筋力低下、歩行障害
- ・ 終末期、平成21年7月14日没
- ・ 食事は可能。終日ベッド上で過ごす。
- ・ 緩和ケア、じょくそう管理
- ・ テュロテツMTパッチ、オキノーム、
ア+ペインの硬膜外ブロック持続注入

・ 医師、訪問看護ステーション看護師、薬剤師、介
護支援専門員、家族(妻・娘3人・孫)

60

10ml/h 持続注入するインフューザーポンプ

インターリンクのプラスチック針を使用

レスキューに使用するためにシリンジに充填無菌パックして家庭の冷蔵庫に保存

レスキューに使用するオキシコドン散薬⁵¹

フェンタニルパッチ

薬剤師の緩和ケア服薬指導

ポイント

1. 使用する鎮痛剤が医療用麻薬（強い鎮痛薬と説明することが多い）で適切に使用すれば安全あること
2. オピオイドによる不安や疑問を解消する
3. オピオイド製剤ごとの特性、使用上の注意点を説明する。
4. 副作用が発現すること。それについても十分な配慮と対策をとること。
5. 除痛効果を見ながら使うため患者自身の評価が重要であり、患者ごとの必要量が異なること
6. 使用するオピオイド鎮痛薬が「最後の手段」でないこと。
7. 患者に疑問や質問がないかを確認する。
8. 以上の情報を多職種で共有し対策を講じる。

62

薬剤師の視点 「薬」が先に来る思考回路

薬 → 一方的、画一的な伝達 → 患者
薬: 薬効、副作用、相互作用
患者: 薬歴には薬剤師の伝えたい内容が羅列

患者の暮らしは見えてこない!

薬の副作用や効能効果、注意点を患者に伝えることだけにとらわれると一方通行になりやすい。

患者の暮らし → 患者の暮らしを把握するための質問 → 薬
患者の暮らし: 食事、排泄、睡眠、移動（運動機能）
薬: 薬効、副作用、相互作用が影響してはいないか?

この思考回路であれば在宅医療を行う!

日常生活で使う言葉から、患者の「暮らしの質」が守られているかを聞き取ろうとすることが重要。（薬により暮らしに影響を受けてはいないか？と常に疑ってみる）⁶³

握手 & 挨拶から、さまざまな情報が得られる

64

**Point1 「患者をよく見ること」で出来る副作用チェック
五感で見える**

- ①挨拶のときに
反応、返答、笑顔度、聴力
目、唇、顔色、口内状態、口臭、体臭(尿・便)
- ②握手したときに
手の湿り気、カサカサ度、皮膚状態
握力、関節拘縮
手の振るえ(パーキンソニズム)
- ③歩行時観察
歩行状態(パーキンソニズム、ふらつき)
- ④食事時に観察
介助状態や食事内容、嚥下状態、食欲、振るえ

65

Point 2 暮らしを見る

日常生活・活動観察のチェックポイント

※「薬剤師による食事・排泄・睡眠・運動を通した体調チェックフローチャート～解説と活用～」より
日本薬剤師会作成・在庫→各道府県・支部薬剤師会より購入可能

食事

食欲
味覚
嚥下状態
口腔内清掃
口渇
吐き気
胃痛
など

排泄

尿の回数、出具合
便の回数、出具合
汗(状態)
など

運動

ふらつき
転倒
歩行状態
めまい
振るえ
すくみ足
手指の状態
麻痺
など

認知領域

失認、失行、言語障害(失語)
見当識障害、判断力低下、記憶障害など

66

食事

これらから想像される症状

- 胃炎、胃潰瘍
- 嚥下障害
- 口内や舌の乾燥
- 味覚異常
- 嘔吐
- 抑うつ

など

薬剤の関与を考えてみる

67

排泄

これらから想像される症状

- 頻尿
- 尿閉
- 便秘
- 下痢
- 発汗異常

など

薬剤の関与を考えてみる

68

睡眠

これらから想像される症状

- 覚醒、睡眠障害
- 興奮、不穏
- 日中の傾眠
- せん妄、幻覚、悪夢

など

薬剤の関与を考えてみる

69

運動・日常生活動作

これらから想像される症状

- 筋弛緩作用
- パーキンソン症候群 (ふるえ、歩行困難、嚥下不良)
- 起立性定血圧
- 眼振

など

薬剤の関与を考えてみる

70

パーキンソン病と薬剤性パーキンソニズムの鑑別

	パーキンソン病	薬剤性パーキンソニズム
原因薬剤	なし(悪化の原因にはなる)	あり
病気の進行	非常に緩徐	比較的速い
振戦の性質	静止時に目立ち規則的	姿勢、動作で誘発・増強
筋固縮	歯車様	鉛管様または歯車様
症状の左右差	初期には偏側性	通常は両側性
運動障害	無動、寡動、小歩、突進、すくみ	動作の遅さと少なさが目立つ
初発症状	振戦が多い	歩行・運動障害が多い

薬事 1999. 6 71

①パーキンソン症候群の原因となる主要な薬物とドパミンD₂レセプターへの結合親和性

薬物名	主な効能効果	ドパミンD ₂ レセプターへの結合親和性 (nM)
クロロプロマジン	精神分裂病ほか	10.0
フルフェナジン	精神分裂病ほか	3.0
ペルフェナジン	精神分裂病ほか	3.3
トリフロペラジン	精神分裂病	3.9
チオリダジン	精神分裂病ほか	9.3
プロクロルペラジン	精神分裂病ほか	13.3
ハロペリドール	精神分裂病ほか	22.4
クロルプロチキセン	精神分裂病ほか	11.6
チオチキセン	精神分裂病	1.7
ピモジド	精神分裂病ほか	1.7
チアプリド	精神興奮、ジスキネジアほか	249
スルピリド	胃・十二指腸潰瘍、精神分裂病ほか	48.5
メトクロプラミド	消化管機能調整、悪心・嘔吐	67.0
ドンペリドン	胃炎、消化管機能調整、悪心・嘔吐	0.7
タレボプリド	胃潰瘍	20.7
シサプリド	胃炎、消化管機能調整、悪心・嘔吐	216
フルナリジン	脳血流障害	112
シンナリジン	脳血流障害	955

参考資料: CLINICIAN 94No432. 澤田康文他より引用 72

症例 81歳 女性 症状: 排尿障害あり

16種類

①シムベラミンD錠0.25mg	1T
エチカーム錠0.5mg	1T
分1 朝食後	
②エブランチルカプセル15mg	2C
ガスリックD錠10mg	2T
分2 朝・夕食後	
③アムロジンド錠5mg	1T
プロブレス錠4	1T
分1 朝食後	
④テルネリン錠1mg	1T
パキシル錠10mg	1T
ドンパド錠10mg「EMEC」	1T
ヒベルナ錠25mg	1T
グリノラート錠25mg	1T
分1 夕食後	
⑤チニスリン錠 5mg	3T
ムコスタ錠100 100mg	3T
⑥融化マグネシウム	1.5g
ラックビー錠	3g
ガスモン錠5mg	3T
分3 毎食後	

エチカーム・テルネリン・ヒベルナの抗コリン作用による副作用を疑い、3剤の中止を提案

エチカームとヒベルナは中止に。(テルネリンは続行)

結果: 尿の出が良くなったし、よだれもひどいため、ウブレチドを中止提案

中止後: よだれは減らないが、尿の出は順調のまま

73

症例 81歳 女性 続き

16種類

直近: 「立位が取りにくい」と介護士

↓

テルネリンの中止を再度提案

↓

テルネリン中止に

↓

結果: 立位は完全ではないが、関節拘縮の悪化も無くテルネリンは中止のまま
最初と比べると16種類が11種類に減、
でも体調の悪化無し

11種類

①シムベラミンD錠0.25mg	1T
ジルテック錠10 10mg	1T
分1 朝食後	
②エブランチルカプセル15mg	2C
ガスリックD錠10mg	2T
融化マグネシウム「ケンエー」	1g
分2 朝・夕食後	
③プロブレス錠 4mg	1T
分1 朝食後	
④パキシル錠10mg	1T
グリノラート錠25mg	1T
分1 夕食後	
⑤ムコスタ錠100 100mg	3T
ジオフェルミン	3g
ガスモン錠5mg	3T
分3 毎食後	

74

まとめ

「薬を見て、患者を見ず」
「検査値を見て、暮らしを見ず」
「バイタルサインをチェックして、顔色の変化に気付かず」
にならぬように。

じっくり一人ひとりの患者さんを観察し、暮らしを把握することを忘れてはなりません。これこそが、高齢者への薬物療法における最大の留意点です。

75

ケアヴィレッタナチュライふ恒久

高齢者等共同住宅
訪問介護ナチュライふ
通所介護ナチュライふ
訪問看護ステーション夢
居宅支援事業所つぼみ



コインランドリー
喫茶菜ちゅうらふ
配食サービス

76



NKさん T. 4年生まれ 94歳



78

ディメンシアバランスを検討して処方を行った症例

NKさん T. 4年生まれ 94歳

病名: ①老人性認知症の悪化、左大腿骨頸部骨折、寝たきり状態

②骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折、腰痛症、変形性股関節症

③うつ血性心不全、狭心症、胃潰瘍、両変形性膝関節症

治療経過

平成20年転倒により左大腿骨頸部骨折を負われ手術をされたものの極端にADLが低下し、ほぼ寝たきり状態になった。また、骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折を伴う腰痛症および両変形性股関節症、両変形性膝関節症、による膝疼痛もみられ高度な下肢浮腫をきたしている心不全(BNP352)や高カトウム血症(K6.4)を伴う腎不全が悪化。さらに老人性認知症の悪化により、昼夜逆転、職員への暴行暴言、引っ掻き、ベッドやサイドテーブルを箸や入れ歯でたたくなど不穏も大変著しい。表皮剥離も絶えない。

処方

ゾフルス(4)1T 1x、アロシール(100)1T 1x、パリエット(10)1T 1x、エビスタ(60)1T 1x、ラシックス(40)1T 1x、マーロックス3.6g 3x、フェルム1c 1x、アレロク(5)1T 1x、アーガメントゼー50g 2x、酸化マグネシウム1.5g 3x、ニューレプチル細粒10%0.02g 2x、リスパダール内服液1mg/ml 1ml頓用、ニトログラムTTS

平成21年4月8日 ケアウィレットナチュライズ恒久入居

4月9日 入れ歯を投げる(数回)

4月10日 食事がおいしいを連発

4月11日 独語、ベッドをたたく、椅子を倒す、トイレ介助拒否

ベッド上で起きる寝るを繰り返す、便失禁

4月12日 夕食時離床・食事拒否、独語、ベッドの下に座り込む

4月13日 不穏、独語、おかし投げ、それぞれ食器を動かす、介助拒否

4月14日 不穏、介護者を箸でつついたり、フォークで叩く、味噌汁を投げる、その後自室へ戻り閉じこもる(臥床)

4月15日 不穏・種やかの繰り返し、独語、上半身バジャマを脱いでいる、感情失禁(泣く)

失禁、手を叩く、独語、ベッド欄を叩く、朝「まだ起きない」と離床拒否

4月23日 不穏時リスパダール1mg/ml 1ml服用開始

5月8日 セロクエル(25)1T 1xV.D.S 開始

5月12日 セロクエル(25)2T 2x

5月18日 セロクエル(25)3T 3x

6月8日 セロクエル(25)4T 3x(1-1-2)

セロクエル4Tのあとは、多少不穏あるものの全体に落ち着く。リスパダール内服液頓用は、ほとんど使用していない。

DBCシート

～尾道市医師会作成～

項目	陽性	陰性	合計
陽性症状	15	8	23
陰性症状	9	9	18
体幹バランス	6	3	9

上記A・B・Cをなし・軽度・中度・重度で合計点数で評価し、バランスをみるシート

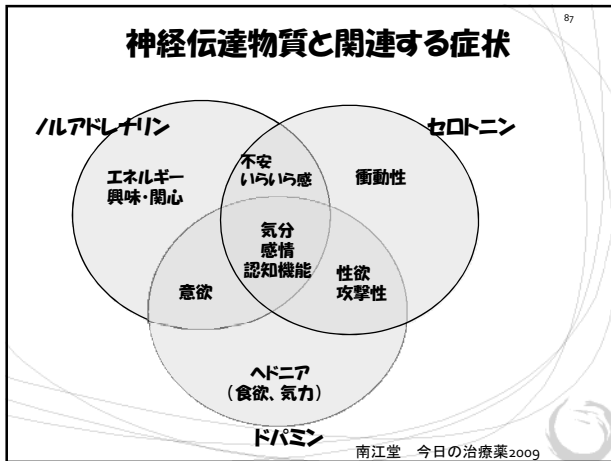
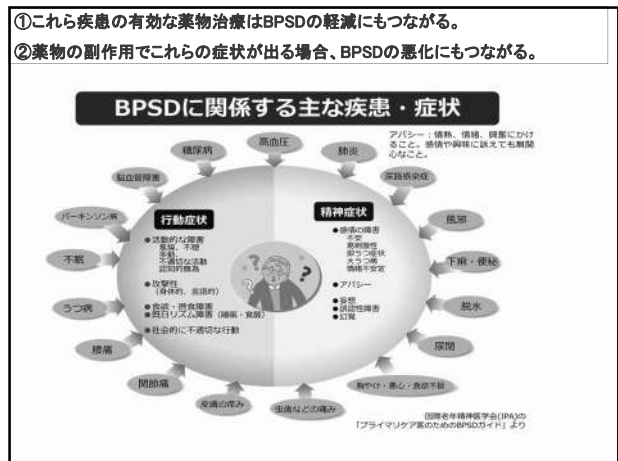
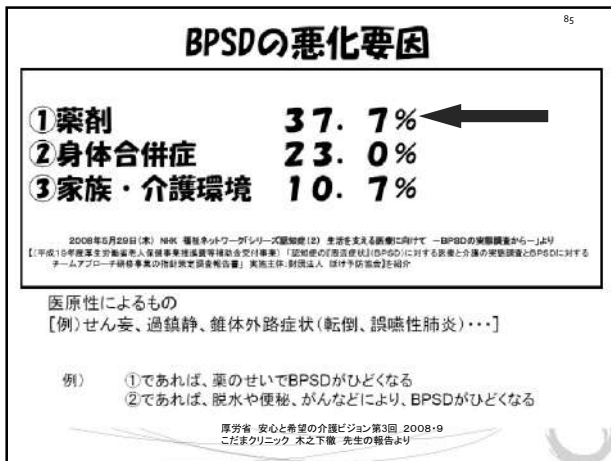
セロクエル投与前後のDBCシート (尾道市医師会作成)

NKさん T. 4年生まれ 94歳

	投与前	開始後	増量後
A 陽性症状	15	16	8
1. いらいら 怒り 大声 暴力	3	2	1
2. 介護抵抗 入浴拒否	3	2	1
3. 帰宅願望 外出拒否	1	1	1
4. 不眠	2	1	0
5. 徘徊	2	1	0
6. 自己顕示 コール頻回	2	2	1
7. 集り	1	1	1
8. 妄想 幻覚 独語	2	3	2
9. 神経質	1	2	1
10. 盗み 盗食 大食 異食	0	2	1
B 陰性症状	9	9	6
1. 食欲低下	1	0	0
2. あまり動かない	0	2	1
3. 昼寝 傾眠 発話低下 無表情	3	2	2
4. うつ状態 (否定的発言 自殺)	3	3	2
5. 無関心 (リハビリ等不参加)	2	2	1
C 体幹バランス	6	3	1
1. 体幹傾斜	0	0	0
2. 易転倒性	3	2	1
3. 小刻み歩行	1	0	0
4. 嚥下不全 むせる	2	1	0
5. 突進 振眠 (PD)	0	0	0

BPSDの有病率





認知症に関連する疾患(症状)と対応等の関係例

88

疾患(症状)名	対応と下巻
認知症と関連しやすい状態	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤性せん妄: 原因となっている薬剤の投与により、せん妄・認知症増悪などの改善が見込まれる。 うつ病: うつ病の治療を行うことにより、抑うつ症状や認知機能改善の改善が見込まれる。
治療可能な認知症	<ul style="list-style-type: none"> 正常圧水頭症、慢性硬膜外血腫: 外科的治療により脳への負担を軽減すると、認知症や歩行障害、失禁などの改善が見込まれる。
予防可能な認知症	<ul style="list-style-type: none"> 多発性脳梗塞による脳血管性認知症: 生活習慣改善、基礎疾患の治療により、認知症の進行の予防が見込まれる。また、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬を予防し、現状より認知症の重症化を遅延させる。
薬物のエフェクトによりCOOLの効果が可能な認知症(症状)	<ul style="list-style-type: none"> ビック病: 薬物認知症(薬物性認知症)の発症により、周辺症状の減少が見込まれる。
アルツハイマー病による周辺症状	<ul style="list-style-type: none"> 昼夜逆転: 介護員がサービスマン(サイバーズ)の活用により生活リズムを改善することで、周辺症状の減少が見込まれる。 物忘れ妄想: 介護者における対応方法を教育しておくことで、妄想症状発生時のトラブルの予防が見込まれる。

H20.6.5第3回認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

高齢者に多い症状と、原因薬剤

89

起立性低血圧
すべての降圧薬、利尿薬、抗狭心症薬、β遮断薬、睡眠薬、精神安定剤、抗うつ薬、抗精神病薬 抗ヒスタミン薬、レボドパ、パーロテル

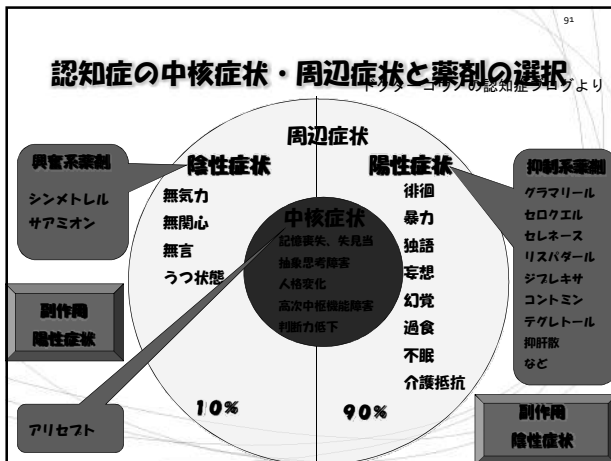
便秘
コチン(リンコテ)、麻薬性鎮痛薬、利尿薬、抗コリン薬、リスモダンR、ワソラン、アダラート、抗精神病薬、抗うつ薬

尿失禁
利尿薬、催眠薬、精神安定薬、抗精神病薬、フラジミン、ラベタロール、β遮断薬、リチウム(多尿による)

パーキンソン病
抗精神病薬、アルドメット、レセルピン、フィンペラン、抗めまい薬

薬事 1999. 6

- ## 認知症の症状
- 90
- 認知症の症状には、**周辺症状と中核症状がある!**
 - 認知症の周辺症状には、**陽性症状と陰性症状がある!**
 - **アリセプトは、中核症状に効く!**
 - **陽性症状と陰性症状では使用する薬が異なる。**



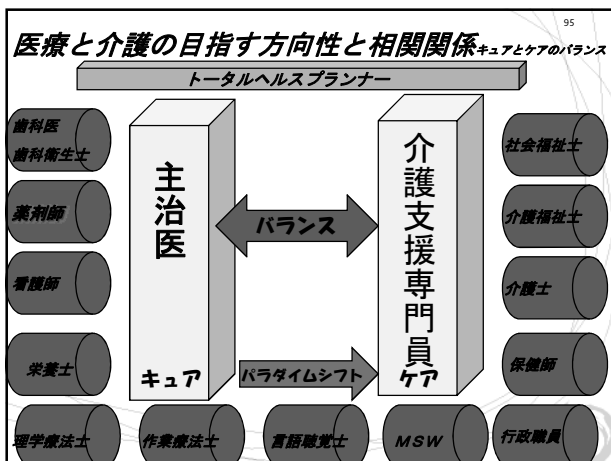
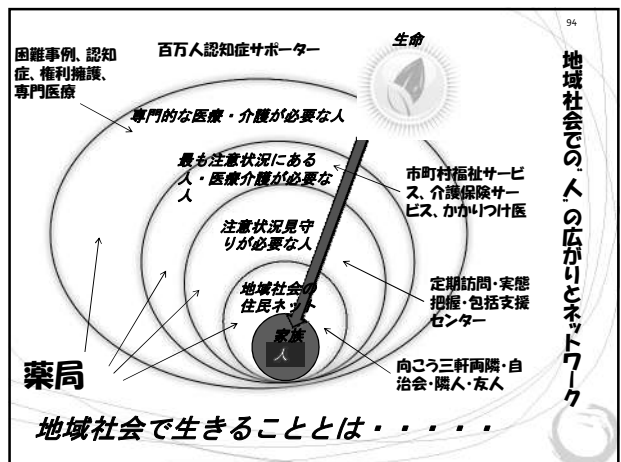
92

まとめ

- 認知症には、中核症状と周辺症状がある。
- 問題行動は周辺症状によるが、陽性症状と陰性症状がある。
- 薬は、陽性症状・陰性症状をよく見極めながら使用しないといけない。
- アリセプトの増量は、陽性症状を助長することがある。増量後陽性症状が増強した場合は減量も検討。
- 陽性症状と陰性症状のバランスを確認するためにはDBCシートが有用である
- 陽性症状と陰性症状が混在する場合は、双極性障害の考慮が必要。安易な抗うつ薬の処方ではかえってマイナスである。

93

薬剤師の“連携”



96

解決には多職種連携が必要

- ・ 味覚異常・・・医師、歯科医師
- ・ 口渇・・・医師、歯科医師
- ・ 義歯不具合・・・医師、歯科医師、歯科衛生士
- ・ 嚥下困難、嚥下障害（誤嚥の多発）・・・医師、歯科医師、言語聴覚士、栄養士、歯科衛生士
- ・ 胃炎、胃障害、胃潰瘍・・・医師
- ・ 環境因子（部屋が暗い、食卓の高さが合わない）・・・ケアマネ、福祉住環境コーディネーター
- ・ うつ・・・専門医の紹介
- ・ 喫煙過多・・・医師、禁煙外来、禁煙サポート薬局



宮崎キュアケアネットワーク

多職種が、メーリングリストを通じて意見交換・情報提供を行い、在宅医療を推進するネットワーク

医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護ST看護師・理学療法士・MSW・介護支援専門員・地域包括支援センター職員・NPO職員などが参加

今後の方向性

- 小地域ごとのオフ会により顔の見える関係作り
- 職種ごとの分科会
- 困った時のお助けマンの役割
- 職種間の垣根をなくす

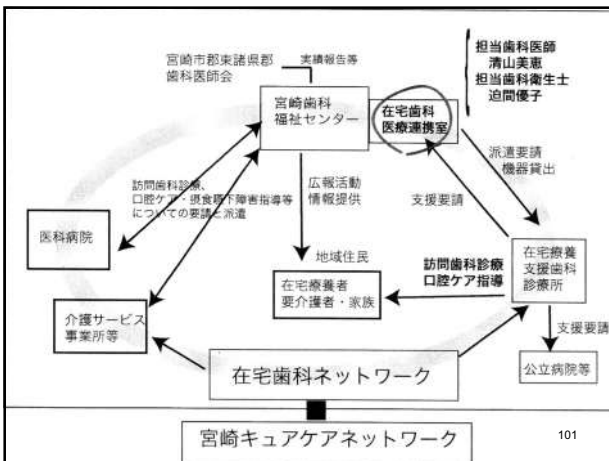
99

宮崎キュアケアネットワーク

ML内での議論内容・成果

- 自己紹介
- 訪問歯科診療について
- 飲む人も飲まない人も / ミニケーションするために趣味の話題
- 在宅での歯科医、薬剤師の方々の存在はありがたい
- 日南地区での連携の状況
- アンケート集約
- 在宅でVH管理の方、70歳未満の方の高額療養費制度
- 平成21年度第3回宮崎県緩和ケア研修会の締め切り迫る
- 医師より患者の嚥下能力診断VEの依頼。

100





患者情報

105

処方について

106


ADL維持・向上について

107


まとめ

108

岡島



松坂



よ

**在宅医療では
9回裏の抑えよ、先発完投であいたい!**

109

滋賀県における在宅医療の現状

- 伝統的に在宅看取りが多く、年間の全死亡者のうち自宅で死亡する人の割合が14.2%と、全国平均の12.2%よりも高い。
- しかしながら、全体の死亡者数のうち在宅での看取り数を示す「在宅看取り率」は、がん疾患死亡者が7%であり、心疾患での死亡者が25%や脳血管疾患の死亡者16%よりも極端に少ない状況にある。

110

医療資源の状況 (2007年12月時点)

	全県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
病院数	61	16	14	8	12	4	4	3
緩和ケア病床数	76	20	20		16	20		
診療所数	956	262	238	75	136	99	106	40
在宅療養支援診療所数	55	21	9	3	8	3	9	2
(対人口10万人)	4	6.4	2.9	2	3.4	1.9	5.5	3.8
訪問看護ステーション数	61	14	12	7	9	6	9	4
薬局数	414	102	93	40	62	56	40	21
麻薬小売業者数	198	54	40	18	41	13	19	13
夜間対応薬局数	154	46	28	24	31	10	9	6
クリーンベンチ設置	3		2				1	

111


『滋賀県薬剤師会』における在宅ケアの現状 ①

- 現実的には在宅患者を訪問する機会も少なく、経験も不足していることが多い
- 実際には終末期の訪問を行っている薬局は少数である
- 特に終末期では多種職との連携が重要であり、その中では麻薬に対する数々の問題についてリーダー的役割を求められる
- 滋賀県では麻薬応需薬局がまだ全体の6割に満たない

112

『滋賀県薬剤師会』における在宅ケアの現状 ②

- 麻薬処方箋(特に終末期の)が市中に出回ればきちんとした薬学的な終末期のケアまでできる状況にはなっていない




- とりあえず地域(各支部単位)で応需できるように、その体制づくりに取り組んだ

113

『滋賀県薬剤師会』における在宅ケアの現状 ③

- 麻薬に関する知識、終末期に関する知識はかなり膨大であり、すべての会員に伝えることは困難である
- 麻薬処方箋を拒む薬局が発生する可能性がある



- 「終末期の麻薬処方箋を応需する、滋賀県では麻薬処方箋を拒まない」ことを目的とした

114

すなわち

「医療圏ごとに数名の“リーダー薬剤師”を養成し、そのリーダーを中心に応需できるネットワーク」を構築することにした

115

多職種連携を目的としたカリキュラムづくり

・一般の薬剤師が終末期在宅医療に参加するためには、薬学的知識のみでの習得では様々な困難が発生することは、容易に予測することができた。



・薬学的な疼痛コントロールのみに固執しないカリキュラムづくりであり

・在宅総論・終末期における患者心理・疼痛管理を主たる目的としてカリキュラムを作成した

116

①在宅総論

連携する多職種として

- ・医師（医師も訪問診療を得意とする医師だけでなく、緩和ケア病棟の医師や緩和ケアを受け持つ精神科医など）
- ・訪問看護師
- ・ヘルパー
- ・ケアマネ
- ・退院調整看護師

それぞれの立場から終末期の現場と薬剤師に期待することをご教示いただいた

117

②疼痛管理

・麻薬をはじめ鎮痛補助剤や化学療法など終末期医療に必要な薬学的知識を、広く習得した

118

③終末期における患者心理

・緩和ケアの現場にいる看護師や地域医療の最前線で看取りを経験した患者家族と主治医のディスカッションなどを体験した

119

「在宅ホスピス薬剤師」認定にかかる 研修カリキュラム ①

講義テーマ	講師
オリエンテーション	
① ホスピスの背景について	健康開発介護推進委員(南部振興局地域健康福祉部) 金剛 良浩
② 医師の立場として在宅医療とは ア) 医療的な在宅現場での特性 イ) 医師側からの在宅における薬剤管理	くろづ外科病院院長 遠藤 郁
③ 訪問看護の立場として ア) 在宅現場での薬剤管理 イ) 薬剤師に求めること	高島市訪問看護ステーション所長 武内 美英子
④ 介護支援専門員の立場として ア) ケアプランにおける薬剤管理 イ) 薬剤師に求めること	本会会員 辻 孝範
⑤ ヘルパーの立場として ア) 高齢者介護の現場における薬剤管理 イ) 薬剤師に求めること	青祥会アンレス(地域包括センター) 岸本 洋子
⑥ 退院調整時における終末期医療について (退院調整看護師より)	滋賀県大府病院内継続看護室(化学療法部) かん看護専門看護師 岩田 聖子
⑦ 退院調整時における薬剤管理について ～緩和ケアの実態～	滋賀県立成人病センター-薬剤部 大辻 貴司
⑧ 居宅療養管理指導料の算定について	本会常務理事 木村 昌義

120

「在宅ホスピス薬剤師」認定にかかる 研修カリキュラム ②

研修テーマ	講師	
オリエンテーション		
② 疼痛管理について	① 麻薬法規について	滋賀県健康福祉部医薬務課業務室 守田 勝俊
	② 緩和ケアとオピオイドについて	健康開発介護推進委員(大津赤十字病院 薬剤部) 富田 国男
	③ 鎮痛補助薬、NSAIDについて	健康開発介護推進委員(大津赤十字病院 薬剤部) 富田 国男
	④ 麻薬の管理について	本学会員 澤田 幹仁
	⑤ 化学療法について	滋賀県立成人病センター薬剤部 大辻 貴司
③ 終末期における患者心理について	①精神科医の立場から	京都大学附属病院精神科神経科 香月 晶
	②緩和ケアの場から	滋賀県立成人病センター 緩和ケア科主任部長 堀 泰祐
	③看護士の立場から	グौरイス記念病院ホスピス部長 岡田 幸子
	④薬剤師の立場から ～在宅における病院薬剤師	健康開発介護推進委員(グौरイス記念病院 薬剤部) 古武 まゆみ
	⑤患者を取り巻く家族心理について	患者家族

121

在宅ホスピス研修会スケジュール ①

時間	4月27日	6月1日	6月29日
10:00	あいさつ	川端会長	
11:00	受講にあたって	木村委員長	滋院調整時における薬剤管理について I-①
11:30	自己紹介	受講生	滋賀県立成人病センター薬剤部がん専門薬剤師 大辻 貴司
12:00			訪問看護の在宅薬剤管理指導を通して薬剤師に求められること I-②
12:30	ランチ	ランチ	ランチ
13:00	ホスピスケアの背景について I-①	滋賀県南部振興局(若狭保健所) 金岡 良浩	滋院調整時における薬剤管理について II-①
13:30	麻薬法規について II-①	滋賀県健康福祉部 医師業務課 守田 勝俊 氏	本学会員 澤田 幹仁
14:00	緩和ケアとオピオイドについて II-②	大津赤十字病院 薬剤部 富田 国男	滋院調整時における患者心理について III-①
14:30	緩和ケアとオピオイドについて II-②	大津赤十字病院 薬剤部 富田 国男	滋院調整時における患者心理について III-①
15:00			滋院調整時における患者心理について III-①
15:30			滋院調整時における患者心理について III-①
16:00	レポート整理	レポート整理	レポート整理

122

在宅ホスピス研修会スケジュール ②

時間	7月27日	8月24日
10:00	滋院調整時における終末期医療について(滋院調整指導員より) I-①	滋賀県立成人病センター 化学療法部 がん看護専門看護師 菅田 悠生
11:00	介護支援専門員の立場としてケアプランにおける薬剤管理(薬剤師に求めること) I-②	介護支援専門員(本学会員) 辻 孝範
11:30	緩和ケアの場から II-②	エビデンスの基盤から、ナラチアの医薬へ～患者の物語を聴く(特別講演)
12:00	ランチ	ランチ
12:30	緩和ケアの場から II-②	エビデンスの基盤から、ナラチアの医薬へ～患者の物語を聴く(特別講演)
13:00	ヘルパーの立場として高齢者介護の現場における薬剤管理(薬剤師に求めること) I-③	患者を取り巻く家族心理について II-②
13:30	ヘルパーの立場として高齢者介護の現場における薬剤管理(薬剤師に求めること) I-③	患者を取り巻く家族心理について II-②
14:00	ヘルパーの立場として高齢者介護の現場における薬剤管理(薬剤師に求めること) I-③	患者を取り巻く家族心理について II-②
14:30	ヘルパーの立場として高齢者介護の現場における薬剤管理(薬剤師に求めること) I-③	患者を取り巻く家族心理について II-②
15:00	ヘルパーの立場として高齢者介護の現場における薬剤管理(薬剤師に求めること) I-③	患者を取り巻く家族心理について II-②
15:30	ヘルパーの立場として高齢者介護の現場における薬剤管理(薬剤師に求めること) I-③	患者を取り巻く家族心理について II-②
16:00	レポート整理	レポート整理

123

緩和ケア病棟の見学



在宅ホスピス研修会



124

さて、この研修会で我々が習得したものは

地域ごとにリーダー的な薬剤師を配置し、麻薬を応需する薬局薬剤師の終末期医療の参画は

- (1) 一人で終末期医療に参画する
- (2) リーダー薬剤師と一緒に終末期医療に参画する
- (3) 自分で行くことに自信が持てない時はリーダーの薬剤師にお願いする



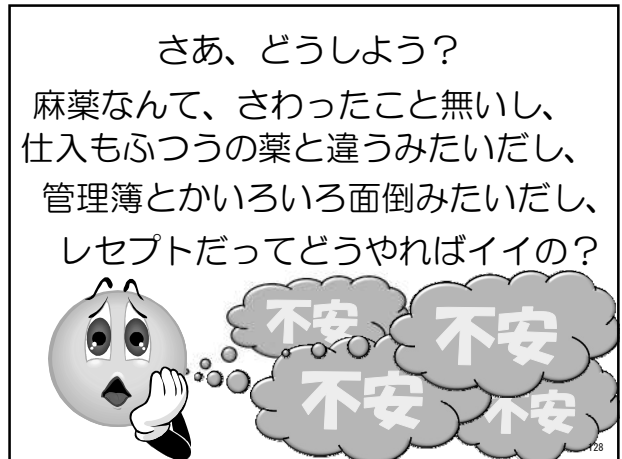
このことで終末期の麻薬処方箋を必ず地域で受付かつ、終末期医療に参画し、ついで地域の多職種と連携できる体制の構築を可能にした

125


今後の課題

- ・今後、薬剤師会としては多職種の団体に対して連携ができるシステムの構築を目指すためにアプローチをし、現場で実践できるシステムとして行きたい
 - ・また、薬剤師に対してフォローアップ研修を行い薬学的知識以外のあらゆる研鑽を継続的に研修できるシステムとして行きたい
- (本年2月に「緩和ケアにおけるスピリチュアルケアを考える」と題したスピリチュアルケアの研修会を行った)

126



患者プロフィール



Aさん：81歳（男性）独居。
4年前から狭心症で循環器内科に通院中だった。
昨年5月、朝食後に吐血し、〇〇病院に救急車搬送。食道がんからの出血と診断後退院、自宅療養中。
今年5月、頸部の痛みが強くなってきたため、〇〇病院からの依頼で△△診療所で疼痛緩和治療を受けることとなった。

ADL：筋力低下のため、ふらつきがあり昼間は横になっていることが多く、仙骨部にじょくそうがある。
家族は娘さんが2人市内に住んでいるが、それぞれ家庭を持っている為、あまり援助は期待できない。
退院時より訪問看護のサービスを受けている。

併用薬：ティーエスワン、タガメット、ムコスタ、ゲンタシン軟膏

H20年5月8日処方

Rp. 1)	ロキソニン錠60mg セルベックスCap. 50mg 分3 毎食後	3T 3C 5日分
Rp. 2)	ボルタレンサポ25mg 疼痛時	1個 10回分

H20年5月12日 処方

Rp. 1)	ハイペン錠200mg 分2 9時, 21時	2T 5日分
Rp. 2)	(麻)オキノーム散0.5% 分2 9時, 21時	1g 9日分
Rp. 3)	ロヒプノール錠1mg 分1 就寝前	1T 5日分
Rp. 4)	ラキソセリン液0.75% 便秘時、5滴/回	10ml

☆お薬チェック表

日付	お薬の名前	使った時間	使った数
5/8	オキノーム散	21時	1
5/8	"	9時	1
5/8	"	15時	1
5/8	"	21時	1

①

☆日々の体調チェック表

毎日体調をチェックしましょう。その他、気になる事があればお薬の欄には以下の痛みを参考に数字をチェックし、

- 痛みがまったくない
- わずかに痛みがある
- はっきりと痛みを感じる
- かなりの痛みがあり、たまらない
- 痛みが原因で寝ていない

残薬チェック

日付	痛み	排便	むかつき	眠気	メモ
5/8	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	20時 排便
5/8	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	
5/8	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	
5/8	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	
5/12	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	21時 排便
5/12	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	
5/12	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	
5/12	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	
5/12	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	
5/12	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	
5/12	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	
5/12	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	
5/12	0-1(2)3-4	ありなし	ありなし	ありなし	


②

5/12 ~ 5/15
①②の内容を毎日電話で聞き取りし、5/15にDr.に報告。

5/16の訪問時にチェック表を回収。

5/19 TELチェック内容

- 「オキシコンチン服用で痛みはほとんど感じない。」「重苦しい感じは残る。」
- 「昼も夜も眠い」 → 痛くない時も1日1回オキノーム散を服用していた。→ 痛い時のみ服用する。
- 「夜トイレにおきる回数減りうれしい。」
- 「お通じは1日1回で量は少ない。」



訪問看護師との連携

5/8オキノーム散の処方連絡。
1日4回まで服用可(うち2回9時、21時は定期服用)眠気→転倒の危険、便秘、吐き気注意。

↓


5/12オキシコンチン錠定期となる。オキノーム散頓用を連絡。

↓

体調変化あったら連絡してもらおうよう話す。

↓

痛み・眠気・便秘の状態・じょくそうの具合等連絡くれる。



本日の総まとめ

薬剤師は、患者を“見る”視点から科学的に在宅医療に関わっている

在宅医療は医師・介護支援専門員の二大ツインタワーを中心に多職種連携により確実にうまくまわる。キュアからケアへのパラダイムシフト
このパラダイムシフトについて行けない薬剤師はまだ多い

“薬は薬剤師から”が基本。麻薬・医療材料・衛生材料・・・

全国各地いろいろな連携がある

在宅医療のみの専門薬局が適切であるかどうかの議論は別に置いて、在宅医療を行っている薬局・薬剤師がそろそろ全国で手をつなぐ時期が到来しているのではないだろうか。



11月23日

勇美記念財団「在宅医療推進フォーラム」
「在宅医療を推進するための会」中間報告

プレゼンテーション

和田忠志

平成21年度
在宅医療推進のための会
中間報告

2009年11月23日
財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
平成21年度 在宅医療推進のための会
和田忠志

在宅医療推進のための会
中間報告

- 第1回 5月15日(金) 意見交換
- 第2回 6月24日(金) 講演 黒岩卓夫氏 太田秀樹氏
- 第3回 7月24日(金) 講演 田中滋氏
- 第4回 9月18日(金) 講演 当間麻子氏
- 第5回 10月16日(金) 講演 萩田均司氏

この中間報告は、講演者の述べた内容、および参加者から寄せられた意見の要点を整理したものです

第1回:在宅医療における多職種連携
～いま何が問題か～

- ◆「在宅医療の多職種連携」の前に、上位概念として地域包括ケアがある
- ◆専門職によって見方や価値観、言語が異なり、コミュニケーションの問題が大きい
- ◆連携には、「コーディネーター機能」が必要である
- ◆「目指すべきものの共通理解」が必要である

第1回:在宅医療における多職種連携
～いま何が問題か～

- ◆チームアプローチを、イギリスのように早期から専門職に教育する必要があるのでは
- ◆専門職の職能範囲を見直す必要があるのではないかとフィンランドの多機能介護職の例がある
- ◆職種内部の温度差に対応することは困難で、「対応の標準化」ではなく、「地域の拠点」でものごとを行うのがよい
- ◆「医療は治すもの」という国民的な概念の問題だ

第2回:医師はいかにして在宅医になるか

- ◆すべての医師が在宅医療を行う素地をもっている
- ◆在宅医療をしているかどうか、診療所か病院にいるか、や、世代の違いを超えて、在宅医療との接点を見出したい
- ◆記憶としての在宅医療、体験としての在宅医療、そして、仕事としての在宅医療、いずれでもよい、すべての医師が、在宅医療に参入できる、そういう社会構造を作りたい

第2回:医師はいかにして在宅医になるか

- ◆どこに住んでいても、どんな人も、在宅医療を受ける権利があり、国がそれを義務として保障すべき
- ◆国民は死を恐れているし、死を遠ざけようとしている。死の教育において、「在宅ケアの現場」は非常に有力である

第3回：地域包括ケア

- ◆地域包括ケアは、まず「住宅を基本」と考える
- ◆「安全感、安心感、健康」を中学校区の大きさを保障する
- ◆歩く、自転車、車椅子で30分の圏内に24時間365日の包括ケアを提供する

資料「地域包括ケア研究会」報告書(田中滋氏座長)

第3回：地域包括ケア

- ◆「巡回型」と「夜間対応型」で生活の場にケアを持ち込む
- ◆「外部サービス」と「内部サービス」の組みなおしを検討
- ◆「予防サービス」を健康寿命や特定保健指導とリンク
- ◆訪問看護サービスの普及
- ◆リハビリテーションを限度基準枠外で提供してはどうか
- ◆新しい枠組みの職能を有する介護職を作ってはどうか
- ◆将来、居宅・施設ともに介護報酬を見直す必要があらう

第4回：訪問看護の現状

- ◆訪問看護ステーションは介護保険施行後11年で1000程度増え、5850登録があり、実働は6469。療養通所介護は68登録、実働は62。
- ◆訪問看護師の数は3万人弱で、その半数がパート、人口あたり地域看護師数はスウェーデンの1/10
- ◆大規模訪問看護ステーションが、労務的にも合理的で採算性も良い
- ◆医療保険と介護保険制度の齟齬のために、特に若年者に対して、適切な看護が提供しにくい現状

第4回：訪問看護の現状

- ◆訪問看護師の役割は、フィジカルアセスメントと病状判断、治療の意思決定の支援、緩和ケアでの本人・家族への関わり、などが大きい。医師との意見の調整も困難だが重要な役割
- ◆訪問看護師の他職種との境界については整理が必要
- ◆「オペレーションマネジメント」と「経営収支」の困難は分けて考えるべきで、経営は「事業所単位」ではなく「経営体」として考えるのがよい
- ◆訪問看護ステーション経営の現状は実は分かりにくい

第5回：在宅医療と多職種連携 ～薬剤師の立場から～

- ◆薬剤師は調剤のみならず、製造や供給にも携わる
- ◆訪問して服薬の実際や疑問を解く
- ◆緩和ケアでの麻薬注射液の調剤や、痛み日記の活用
- ◆口の中をのぞいてみる⇒歯科医師との連携
- ◆副作用への不安の除去、実際の副作用への対応
- ◆麻薬、医療材料、衛生材料まで対応するのが理想

第5回：在宅医療と多職種連携 ～薬剤師の立場から～

- ◆薬剤師は調剤のみならず、地域の中に溶け込んで行きたい
- ◆「主治医」と「ケアマネジャー」のバランス、即ち、「キュア」から「ケア」へのシフトの連携の中で、力を発揮したい
- ◆できれば「長期間かかわっている患者さん」に在宅医療で継続的に関わりたい

第5回：在宅医療と多職種連携
～薬剤師の立場から～

- ◆高カロリー輸液製剤以外の輸液等は、訪問指導での供給が認められていない
- ◆地域包括ケアの中で、中学校区で「在宅医療」と「在宅介護」を供給するとき、薬局も存在することが望ましい
- ◆ケアマネジャーがもっと薬剤師のことを知るとよい
- ◆病院薬剤師が退院時カンファレンスに出席するとよい

在宅医療推進のための共同声明

2009年11月23日

11団体

一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会
NPO法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
NPO法人 日本家庭医療学会
NPO法人 日本ホスピス緩和ケア協会
NPO法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会
日本在宅医学会
日本在宅医療学会
日本在宅ケア学会
日本プライマリ・ケア学会 (50音順)

本11団体は、在宅医療を誠実に実践し、そのあり方について真摯に探究してきた専門職集団である。この11団体が、このたび一堂に会し、これまでの実践的蓄積と討論をふまえ、次の声明を採択した。

在宅医療推進のための共同声明 2009年11月23日

- ◆ 市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
- ◆ 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切にしたい医療を目指す。
- ◆ 医療・福祉・介護専門職の協力と連携によるチームケアを追求する。
- ◆ 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
- ◆ 療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
- ◆ 日本に在宅医療を普及させるために協力する。
- ◆ 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する。

第六回 12月18日

「在宅医療と多職種連携～歯科医師の立場から～」

プレゼンテーション

花形哲夫氏

第6回「平成21年度在宅医療推進のための会」
 歯科医師の立場から
「高齢者の在宅歯科医療を考える」

山梨県歯科医師会
 花形 哲夫

日本歯科医師会は、歯科医療を「食」や「会話」という人間の生活の根幹に関わる医療、すなわち「生きる力を支援する生活の医療」として位置づけています。

生きる力を支援する歯科医療とは

口腔に関する疼痛や不快症状を軽減し、最期まで口から食べることを支援し、口腔機能の低下に起因する肺炎等の全身疾患を予防し、元気な時の会話、顔貌・表情を維持するための医療

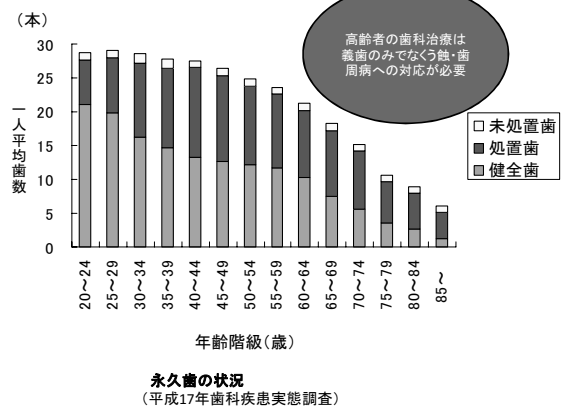
*** これまでの高齢者歯科医療 ***

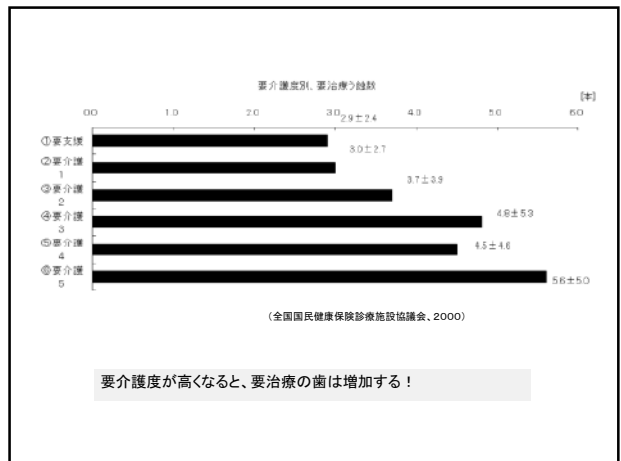
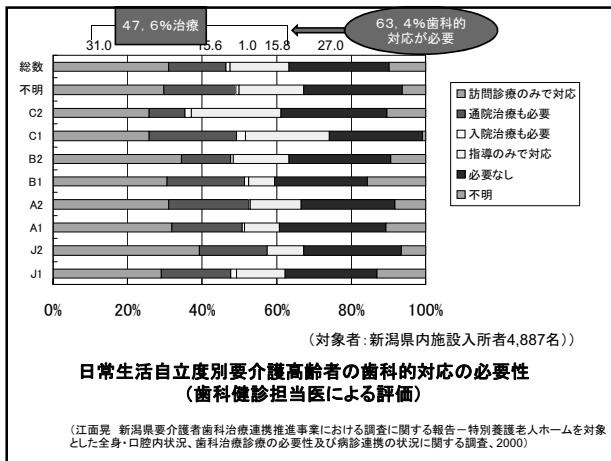
- ① 歯の喪失した者が多くなか、う蝕・歯周病・義歯などに対するものが中心でした。つまり器質的な治療が中心でした。口腔という領域を構成する歯・口唇・舌・顎関節など、そして機能を支える筋群や神経血管など、口腔という消化器の疾患や障害に対する歯科領域における機能的治療が十分に提供されていなかったのではないのでしょうか。
- ② 診療所中心の外来診療であり、訪問診療は適切に提供されていないのではないのでしょうか。

- 1、在宅歯科医療を
 求める社会的背景
- 2、高齢者の歯科医療と
 在宅歯科医療の現状
- 3、高齢者の歯科医療
 と在宅歯科医療今後

**1、在宅歯科医療を求める
 社会的背景**

- ・高齢者の口腔の状態
- ・在宅歯科医療・口腔ケアの必要性



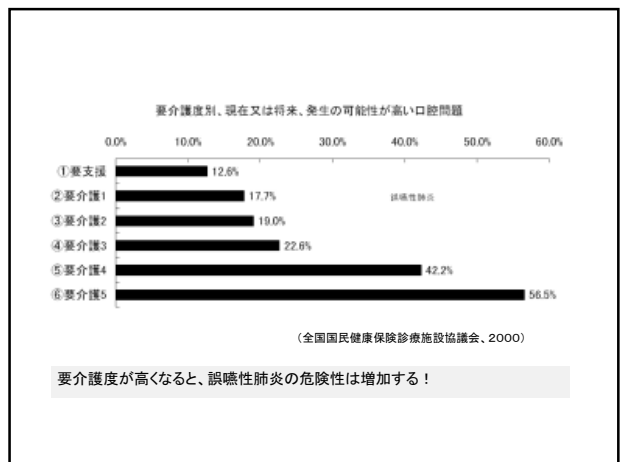


要介護高齢者の摂食嚥下障害
 北海道における摂食・嚥下障害を有する患者推計数
 (平成17年度要介護高齢者に対する 摂食嚥下障害対策
 実態調査報告書:北海道)

病院: 505/580病院、介護老人福祉施設261/270施設、介護老人保健施設140/148施設、介護支援専門員1032名/3269名

全国推計
782,410人
 (2006年3月、要介護(要支援)認定者数 4,322,708人)

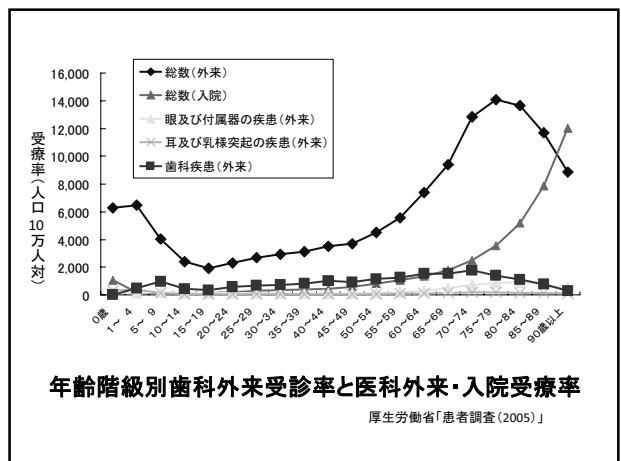
要介護認定者数に占める割合34,849/192,551=18.1%



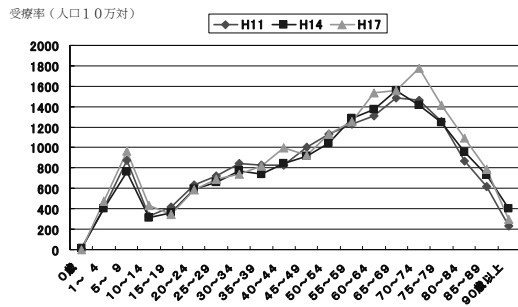
2、高齢者の歯科医療と在宅歯科医療の現状

- ・高齢者の歯科医療
- ・在宅歯科医療調査結果
- ・訪問歯科診療・口腔ケアの事例
- ・訪問歯科診療・口腔ケアの効果

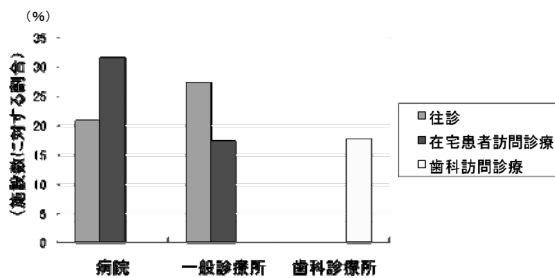
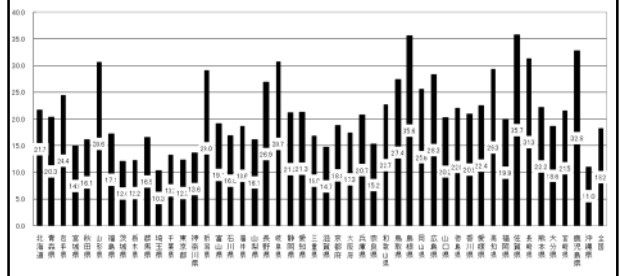
在宅歯科医療における多職種連携・協働
 口腔領域の情報提供と共有が不可欠



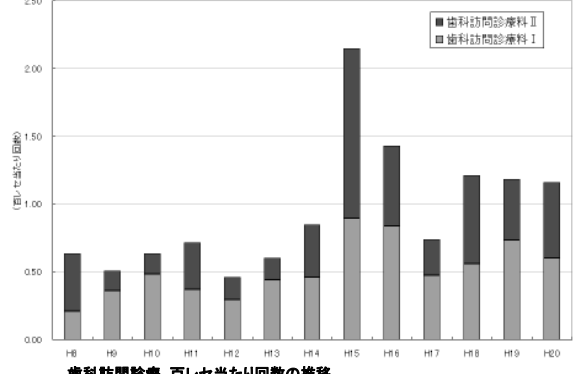
歯科疾患の受療率の推移 患者調査より



在宅医療実施診療所率 (%)

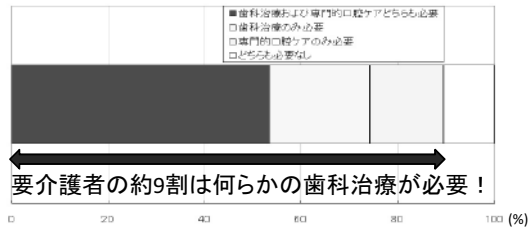


在宅医療サービスの実施状況(平成17年度)
「医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」



要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)平成14年
(対象:要介護者 368名 平均年齢81歳)



しかしながら実際に歯科受診した要介護者は約27%!
在宅歯科医療における需要・供給体制の間に差がある。

平成17年 国勢調査・人口動態調査・医療施設調査・介護保険事業報告

総人口	127,767,994
要介護者	4,323,332 (3.4%)
歯科診療所数	66,732
在宅医療実施歯科診療所	12,147 (18.2%)
訪問(患者+患者以外)	153,648 (要介護者の3.6%)
訪問歯科衛生指導	74,907 (要介護者の1.7%)
居宅療養管理指導	62,672 (要介護者の1.4%)
(歯科衛生士含む)	

要介護者の約9割の方が歯科治療・口腔ケアが必要と言われている中で、需要の面から考えて充足していない!

訪問歯科診療に関する課題項目(歯科医療機関)

- 必要な機材・設備に係わる負担
- 診療環境、患者の状態等により十分な治療や全身管理が行えるか不安
- 訪問診療のための人員確保に係わる負担
- 訪問歯科診療を行う時間的余裕がない
- 訪問歯科診療報酬体系が複雑
- 患者の訪問歯科診療のニーズが十分把握できていない
- 診療報酬上の評価が低い
- 他の医療機関や施設等との連携が十分でない
- 患者本人や家族の協力が得にくい

*有効回答のあった577施設(調査票送付数:無作為抽出した632施設)のうち、訪問歯科診療の実施の有無に関わらず、訪問歯科診療の課題について回答のあった施設を集計

(平成21年度医療課調べ)

在宅医療推進のための医科歯科連携ワークショップの開催

- 平成19年2月18日
- 会場: 日本歯科医師会
- 日本歯科医師会と日本プライマリ・ケア学会との合同ワークショップ



医科歯科連携ワークショップからみえてきたこと

参加者(医師)からあがった在宅歯科医療を進める上での問題点

1. 医師は咽頭部や舌には興味を示すが、その他のことはあまり関心がなく、よくわからない。
2. 歯科医師が訪問診療しているのを知らない。
3. 伝聞・美談めいた話は聞いたことがあるが、頻度は少ない。
4. 歯科治療の効果を体験した医師はいないのでは？

医科歯科連携ワークショップからみえてきたこと

解決のためのキーワード

1. 口腔ケアクリティカルパス
2. 地域連携クリティカルパス
3. カンファレンス(退院時カンファレンス)
4. NST(Nutrition Support Team)
5. 回復期からのリハビリテーション
6. 医療計画

日本歯科総合研究機構設立記念シンポジウム ～医療連携による新たな歯科保健医療を求めて～

平成19年8月2日(木)

1. 特別講演 (14:10～)

「国際情勢と日本の外交」
齊藤 邦彦氏 (元駐米大使)

2. パネルディスカッション (15:00～)

「医療連携の取り組みの現状と将来」
コーディネーター: 石井 拓男 日本歯科総合研究機構研究部長

天本 宏氏 (日本医師会常任理事)
前沢 政次氏 (日本プライマリ・ケア学会会長)
黒岩 卓夫氏 (在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク会長)
清野 裕氏 (日本糖尿病協合理事長)
大久保 満男 (日本歯科医師会会長)

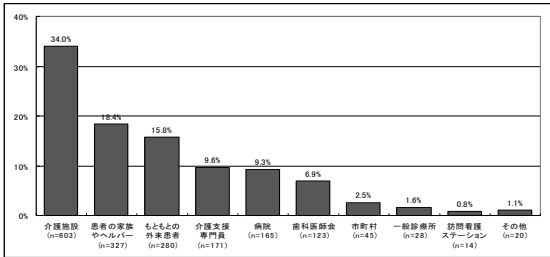
在宅歯科医療に関する調査 ～在宅療養支援歯科診療所～

平成21年4月時点での届け出数 3,700施設
(歯科診療所の5.5%)
平成20年 医療施設調査 歯科診療所 67,779施設

調査票の発送数	3,525
調査票が配達できなかったもの	3
調査対象者数	3,522
回収数	2,305
有効回収数	2,304
有効回収率	65.4%

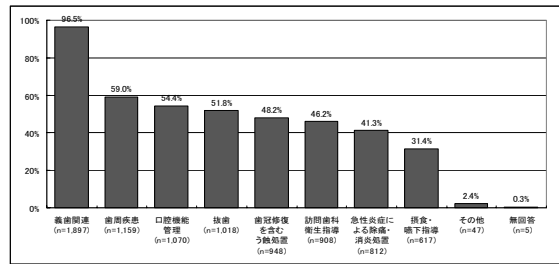
日本歯科総合研究機構

在宅歯科医療の依頼（もっとも頻度の多いもの）
 (n=1,776 ◎印の回答があった施設 無回答を除く)



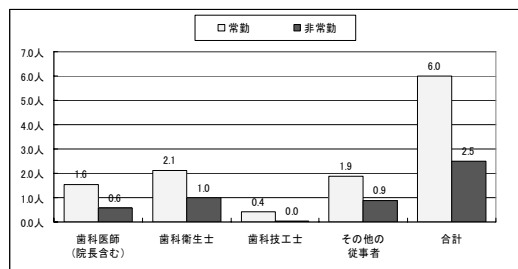
在宅歯科医療の依頼の中で最も頻度の多いものを見ると、「介護施設」が34.0%で最も多く、次いで「患者の家族やヘルパー」が18.4%、「もともとの外来患者」が15.8%、「介護支援専門員」が9.6%、「病院」が9.3%、「歯科医師会」が6.9%、「市町村」が2.5%、「一般診療所」が1.6%、「訪問看護ステーション」が0.8%となっている。最も頻度の多い在宅歯科医療の依頼は「介護施設」であり、全体の1/3を占めている。

患者宅の診療内容で頻度の高い処置
 (n=1,966 (◎印+○印) 患者宅へ訪問している施設 複数回答)



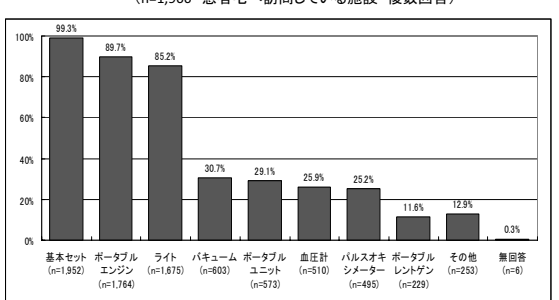
患者宅での在宅歯科医療は、「義歯関連」が群を抜いて高い割合を示した。さらに複数回答も含めて集計すると「義歯関連」に次いで「歯周疾患」が多い結果であった。また患者宅での「抜歯」の頻度も比較的高かった。

平均従事者数 (n=2,298 無回答は除く)



届け出診療所の平均常勤従事者数は、「歯科医師」は1.6名、「歯科衛生士」は2.1名、「歯科技士」は0.4名、「その他の従事者」は1.9名で、「合計」の平均常勤数は6.0名(中央値5名、最頻値4名)であった。

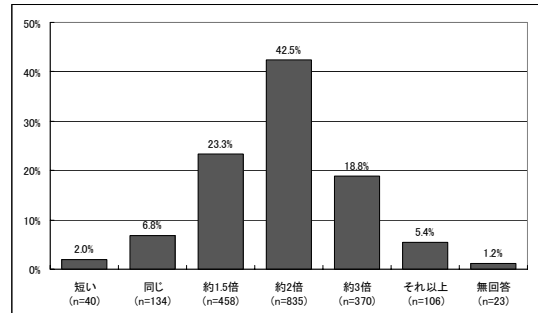
患者宅へ常時持参していく機器
 (n=1,966 患者宅へ訪問している施設 複数回答)



「基本セット」が99.3%で最も多く、ほぼ全員が常時持参している。次いで「ポータブルエンジン」が89.7%、「ライト」が85.2%となっており、これらの機器が8割を超えている。その他の機器は常時持参している割合が極端に低くなるが、「バキューム」30.7%、「ポータブルユニット」29.1%、「血圧計」25.9%、「ハルスオキシメーター」25.2%、「ポータブルレントゲン」11.8%となっている。

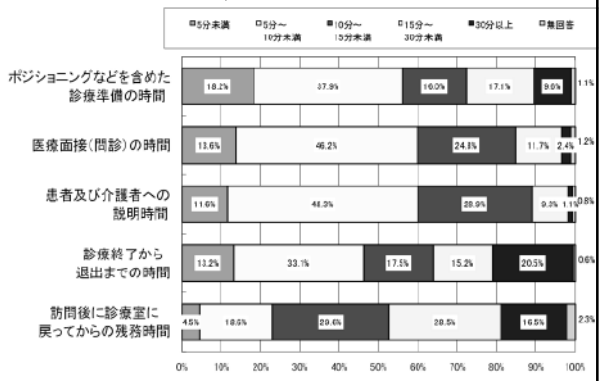
歯科治療本体は、外来で行う
 同一診療にかかる時間と比較すると

(n=1,966 患者宅へ訪問している施設)



在宅歯科治療の治療本体以外にかかる時間

(n=1,966 患者宅へ訪問している施設)



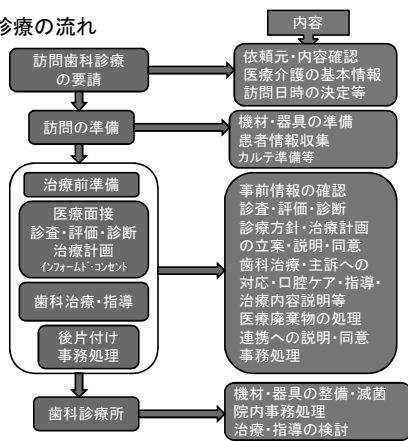
在宅(訪問)歯科医療の事例

在宅歯科医療に必要な条件

- ・暮らしの場での歯科医療の関わり方心理面での配慮
- ・限られた診療環境での安全な歯科医療
- ・高次医療機関・他職種との連携協働
- ・経済的裏付け

生活の場での診療

訪問歯科診療の流れ



訪問診療車・機材



在宅歯科医療器具




事例1


- ・ 74歳 男性
 - ・ 歯科訪問診療依頼時の主訴: **むし歯を治したい。口から安全に食べたい。**
 - ・ 現病歴: H19年10月 **脳内出血**により、右片麻痺、摂食・嚥下障害、構音障害等をきたし、経鼻経管栄養にて対応している。退院時、意識は鮮明であり、喀痰は困難で嚥下障害の状態であった。
- 日常生活自立度:
 障害高齢者の日常生活自立度:「C1」
 認知症高齢者の日常生活自立度:「自立」
 要介護度区分は要介護5

・全身所見：機能障害は脳内出血による右片麻痺、摂食・嚥下障害、構音障害、感染性疾患：MRSA
 血圧；107/70mmHg、脈拍80回/分、SpO2；98.0%、
 栄養状態は血中Alb；3.1、BMI；15、2


総合検査報告書(生化学検査)
 (血液検査)




・処方箋



2008-06-27 口腔診査



口腔機能評価



初診時 口腔内診査・摂食嚥下機能評価結果


口腔内状態	7 7 76 4 21 12 457 P 6 1 C 右下口腔前庭：食渣(+)、歯垢(+)-舌苔(+) 軟口蓋：右カーテン兆候(+)
口腔機能	口腔周囲筋の問題点：口唇閉鎖不全、流涎(+) RSST : 1回；15秒 改訂水飲みテスト : 3点 フードテスト : 4点 言語機能 : オーラルディアドコネシス；「ハ」「タ」「カ」発音問題あり 「ハ」：1.1回/秒「タ」：1.2回/秒 「カ」：1.1回/秒
食事の状況	経鼻経管栄養 観察評価上の問題：水分でむせる

訪問指導計画書 N・S様

作成日平成20年 6 月
 利用者(家族)あるいは依頼者の確認(サイン)
 作成者 歯科医 藤本 大志

<p>★利用者の疾病の状況</p> <p>脳内出血の発症による口腔周囲筋の機能低下による、咀嚼・嚥下障害がある。 口腔内が汚れている。 ＊本人(家族)あるいは依頼者の要望 口のせを清潔に保ち、口から安全に美味しく食事をしたい。</p>	<p>★ケア目標</p> <p>・口腔・歯周病治療 ・口腔内を清潔に保つ ・摂食・嚥下機能に維持・改善</p>																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>問題点</th> <th>ケア目標と項目</th> <th>誰が</th> <th>どのように</th> <th>いつ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>口腔内の清掃が不十分(歯垢・食渣；口臭)</td> <td>口腔内を清潔に保つ 口腔衛生・清掃指導 口腔清掃・粘膜ケア 含嗽方法 専門的口腔ケア</td> <td>介護者 訪問看護師 歯科衛生士</td> <td>歯・歯肉結核、特に歯垢を歯ブラシを用いて行う。ベッド上で介助者が介助する。 口腔衛生・清掃指導</td> <td>食前・食後 1回/週</td> </tr> <tr> <td>口腔機能低下が見られる。(口唇・舌・頬咽頭部・嚥下機能・頸部・上肢機能低下)</td> <td>機能面を考慮した口腔ケア、上肢を含めたリハビリを行い、摂食・嚥下機能の維持・向上を図る</td> <td>介護者 作業療法士 歯科衛生士・理学療法士</td> <td>体調にあわせ、自身を促しながら、口唇・舌・口腔周囲筋の体操・マッサージ、構音訓練を行う。アイスマッサージ、横訓練、上肢の体操を行う。</td> <td>食前・食間 1回/週</td> </tr> <tr> <td>食事を口から摂るのが難しい 水にむせる。</td> <td>摂食・嚥下機能の維持・改善を図る 姿勢・摂食方法・食形態 嚥下反射を促す。</td> <td>医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士</td> <td>平常時の姿勢は、自己唾液処理を鑑み体幹角度35°、摂食訓練時は60°で右肩・頭部にクッションを置き、体幹を左に傾ける。喉頭は舌背面を喉に平行に保ち圧迫させない。呼吸等体調に合わせて一口量、ペースに気をつける。食形態は均一な形態、水分はとろみをつける。</td> <td>食事時 1回/月 1回/週</td> </tr> </tbody> </table>	問題点	ケア目標と項目	誰が	どのように	いつ	口腔内の清掃が不十分(歯垢・食渣；口臭)	口腔内を清潔に保つ 口腔衛生・清掃指導 口腔清掃・粘膜ケア 含嗽方法 専門的口腔ケア	介護者 訪問看護師 歯科衛生士	歯・歯肉結核、特に歯垢を歯ブラシを用いて行う。ベッド上で介助者が介助する。 口腔衛生・清掃指導	食前・食後 1回/週	口腔機能低下が見られる。(口唇・舌・頬咽頭部・嚥下機能・頸部・上肢機能低下)	機能面を考慮した口腔ケア、上肢を含めたリハビリを行い、摂食・嚥下機能の維持・向上を図る	介護者 作業療法士 歯科衛生士・理学療法士	体調にあわせ、自身を促しながら、口唇・舌・口腔周囲筋の体操・マッサージ、構音訓練を行う。アイスマッサージ、横訓練、上肢の体操を行う。	食前・食間 1回/週	食事を口から摂るのが難しい 水にむせる。	摂食・嚥下機能の維持・改善を図る 姿勢・摂食方法・食形態 嚥下反射を促す。	医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士	平常時の姿勢は、自己唾液処理を鑑み体幹角度35°、摂食訓練時は60°で右肩・頭部にクッションを置き、体幹を左に傾ける。喉頭は舌背面を喉に平行に保ち圧迫させない。呼吸等体調に合わせて一口量、ペースに気をつける。食形態は均一な形態、水分はとろみをつける。	食事時 1回/月 1回/週	
問題点	ケア目標と項目	誰が	どのように	いつ																	
口腔内の清掃が不十分(歯垢・食渣；口臭)	口腔内を清潔に保つ 口腔衛生・清掃指導 口腔清掃・粘膜ケア 含嗽方法 専門的口腔ケア	介護者 訪問看護師 歯科衛生士	歯・歯肉結核、特に歯垢を歯ブラシを用いて行う。ベッド上で介助者が介助する。 口腔衛生・清掃指導	食前・食後 1回/週																	
口腔機能低下が見られる。(口唇・舌・頬咽頭部・嚥下機能・頸部・上肢機能低下)	機能面を考慮した口腔ケア、上肢を含めたリハビリを行い、摂食・嚥下機能の維持・向上を図る	介護者 作業療法士 歯科衛生士・理学療法士	体調にあわせ、自身を促しながら、口唇・舌・口腔周囲筋の体操・マッサージ、構音訓練を行う。アイスマッサージ、横訓練、上肢の体操を行う。	食前・食間 1回/週																	
食事を口から摂るのが難しい 水にむせる。	摂食・嚥下機能の維持・改善を図る 姿勢・摂食方法・食形態 嚥下反射を促す。	医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士	平常時の姿勢は、自己唾液処理を鑑み体幹角度35°、摂食訓練時は60°で右肩・頭部にクッションを置き、体幹を左に傾ける。喉頭は舌背面を喉に平行に保ち圧迫させない。呼吸等体調に合わせて一口量、ペースに気をつける。食形態は均一な形態、水分はとろみをつける。	食事時 1回/月 1回/週																	

在宅歯科治療



要介護者・介護者への口腔ケア・訓練指導



- ・何故、口腔清潔保持が大切なのかを理解してもらう
- ・介護力、介護負担(独居・老老介護)を考慮した指導
- ・実行出来ることを一步一步行う
- ・誤嚥等のリスクへの配慮

ケアカンファレンス 在宅支援連絡帳・口腔ケアカレンダー



日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
口腔ケア																															
経口摂取																															
嚥下																															
嚥下造影																															

嚥下造影検査・説明



嚥下造影検査・説明



「口から安全に食べたい」という強い希望により在宅歯科診療を開始し、多職種の連携のもとに一部経口摂取が可能となった。さらに総合病院の地域連携室を活用し嚥下造影検査を行う事により適切な摂食・嚥下方法を診断し一部経口摂取を行った事例です。

事例2

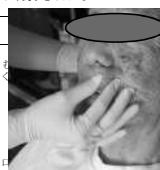
- ・ 74歳 男性
- ・ 歯科初診月：平成19年8月
- ・ 歯科訪問診療依頼時の主訴：**入れ歯が合わず、食事が飲み込みにくい。**
- ・ 現病歴：平成19年3月某大学病院にて**筋萎縮性側索硬化症**と診断された。
- ・ 日常生活自立度：障害高齢者の日常生活自立度：B1、認知症日常生活自立度：自立、
- ・ 全身所見：上下肢の筋力低下あり、呼吸筋力低下も始まっている。
 血圧：138/82mmhg 脈拍：75回/分 SpO₂：97%
 血液検査：血中alb 4.0g/dl, BMI：17.5

初診時の口腔内診査、摂食・嚥下機能評価


口腔内状態	口腔内所見：歯周疾患(+) 口腔清掃状態：残存歯の歯間部、歯頸部に歯垢の沈着(+) 舌苔の付着(+) 口腔乾燥：(+)
-------	--

訪問指導計画書 事例1様

作成日平成19年 8 月
利用者(家族)あるいは依頼者の確認(サイン)
作成者 歯科医師名 担当歯科衛生士名

<p>★利用者の疾病の状況</p> <p>前葉腺性副腎皮質症による口腔周囲筋の機能低下による、咀嚼・嚥下障害および構音障害</p> <p>★本人(家族)あるいは依頼者の要望</p> <p>口の中を清潔に保ちたい、むせないように美味しく食事をしたい。</p>	<p>★ケア目標</p> <p>口腔内を清潔に保つ 摂食・嚥下機能に維持</p>	
 <p>いつ</p> <p>食間 食事中</p>	<p>誰</p> <p>介護士 科衛生 訪問者 ・</p>	<p>頻度</p> <p>2回/1日 毎食時</p> <p>毎食後 訪問時</p>
<p>グ指導 義歯の取り扱</p> <p>を用いて、歯・舌・粘膜の汚 る。義歯は食後に外して洗浄 は外して保管する。 主士は、訪問時に専門的口腔 行う。</p>		

舌接触補助床の装着




機能的形態付与前の
義歯でのフードテスト

残留有り

残留無し

治療経過：症状の進行に伴い11月中旬摂食嚥下機能が更に低下した為、全身状態(入院時における血液検査：血中alb 2.6g/dl等)を考慮して高次機能病院において食道瘻を増設した。


退院後の歯科訪問診療時の再診査において、歯冠破折また口呼吸等による口腔内乾燥があり、痰および舌苔の付着が顕著であったので、歯の修復処置および口腔ケア指導において、保湿剤の使用・唾液腺マッサージおよび口腔内を保湿しての口腔ケア、口唇・舌を中心に口腔周囲筋の機能維持を目的とした機能訓練・指導を継続した。



治療経過：症状の進行に伴い11月中旬摂食嚥下機能が更に低下した為、全身状態(入院時における血液検査：血中alb 2.6g/dl等)を考慮して高次機能病院において食道瘻を増設した。

退院時、在宅療養時の情報の共有の必要性を再確認した事例です。

多職種との連携を行うにあたり、口腔内の状態を維持するために、入退院時・在宅療養時の情報の共有の必要性を再確認した事例です。



在宅での嚥下機能評価



頸部聴診法
(スクリーニング検査)



嚥下内視鏡検査(VE)

職種間の連携 口腔領域の情報の提供と共有



口腔情報提供書
口腔情報提供書

入退院時・在宅療養時の情報の共有

- ケアカンファレンスへの参加
- 情報提供書・在宅支援連絡帳の活用

集団的口腔衛生指導・自立支援



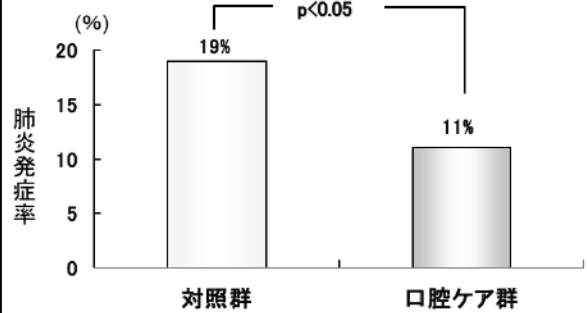
口腔機能向上プログラム

- 口腔機能の大切さ、自らの口腔機能について指導
- 維持・改善方法の提示
- 食事指導

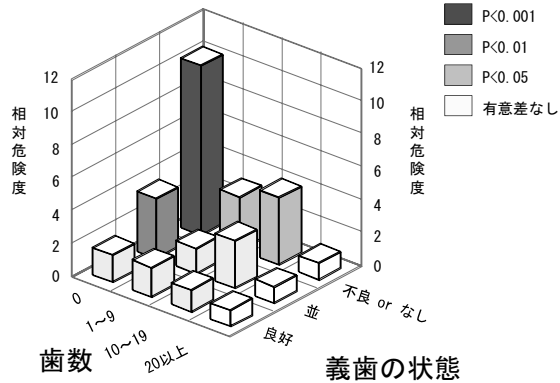


在宅歯科医療・口腔ケアの効果

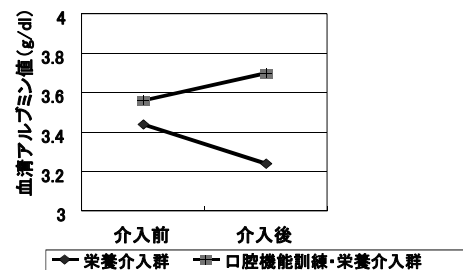
要介護者に対する専門的口腔清掃の効果 (2年間の肺炎発症率)



Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H. Lancet 354(9177), 515, 1999.

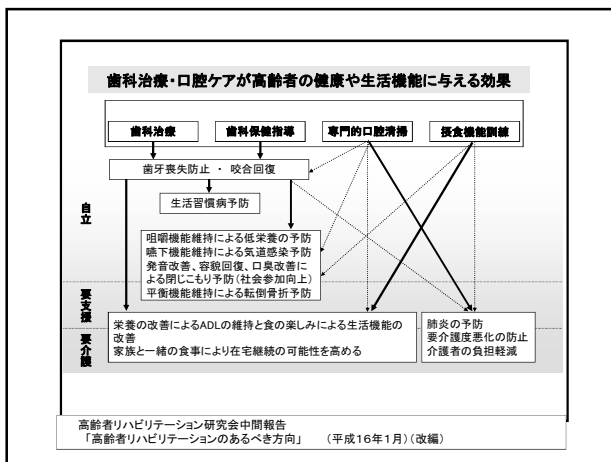
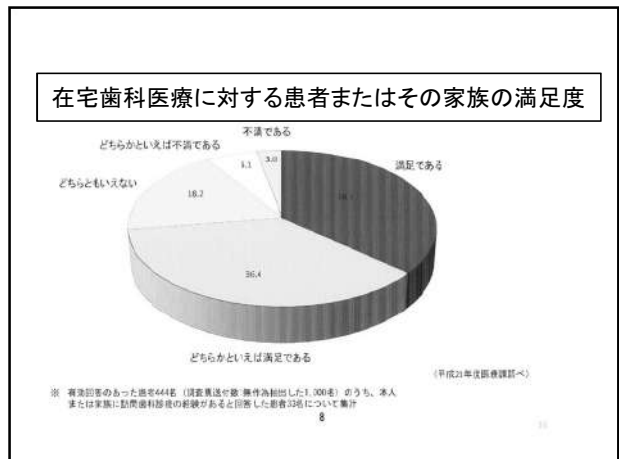
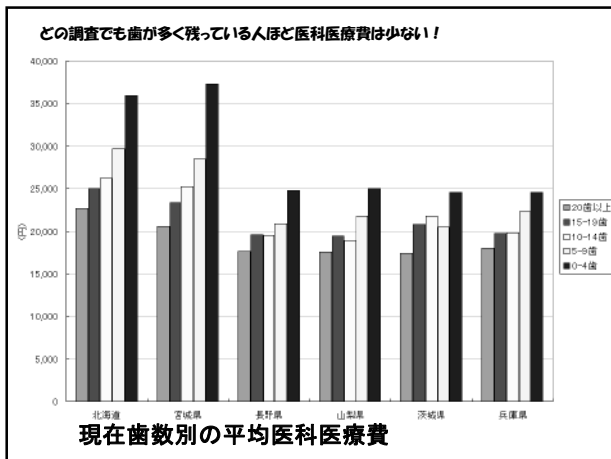


咀嚼機能喪失（咬合崩壊）が身体的健康悪化に寄与する相対危険度
(新潟大学データ)



栄養介入と口腔機能訓練の効果(血清アルブミン)

(Kikutani T et al.: Gerodontology 23, 93-98, 2006)



3. 高齢者の歯科診療と在宅歯科医療今後

- ・在宅歯科医療推進のための対策
- ・在宅での高度医療を受ける患者さんへの歯科治療の必要性が高くなる
- ・終末期ケアにおける歯科からの支援体制が必要となる

在宅歯科医療推進のための対策

- ・通院が困難で在宅療養の依存度の高くなる中で、歯・口腔の問題は多くなる。
- ・誤嚥性肺炎予防と摂食・嚥下障害への対応の要請が増加する
- ・認知症高齢者の増加、独居や老・老介護の現場が増加する

↓

歯科医療
口腔機能の維持管理、口腔ケア
必要性が益々、増大する

↓

在宅歯科医療を担う歯科医師・歯科衛生士の養成が急務であり、地域医療連携の更なる推進が求められる

- 1 かかりつけ歯科医機能としての在宅歯科医療の推進
- 2 在宅療養支援歯科診療所の役割の確立
- 3 地域医療連携体制のさらなる整備

平成19年度 東京都8020運動推進特別事業
(社)東京都歯科医師会
在宅歯科医療研修会

- ・地区歯科医師会 : 7ブロック毎に2回の在宅歯科医療研修会を開催

- 8020運動推進特別事業
在宅歯科医療研修会
- 介護保険研修会
- 摂食・嚥下に関する研修会
- 歯の健康力推進歯科医師等養成講習会



平成20年度 歯の健康力推進歯科医師等養成講習会

厚生労働省委託事業（平成20年度）

【目的】

高齢期・寝たきり者などに対する在宅歯科診療、口腔ケアなどのプロフェッショナルケアについて専門性をもつ歯科医師・歯科衛生士を養成する

【在宅歯科診療施設整備事業】

歯の健康力推進歯科医師等養成講習会を受講した歯科医師を対象として、在宅歯科診療を実施する医療機関に対し、在宅歯科医療機器の設備を整備するために必要な支援を行う

開催地	受講人数
北海道	51名
宮城県*	57名
神奈川県*	53名
愛知県*	53名
京都府*	55名
徳島県*	57名
長崎県*	60名
熊本県	56名
8ヶ所(合計)	442名

※印は、報告書に未提出のため、登録数

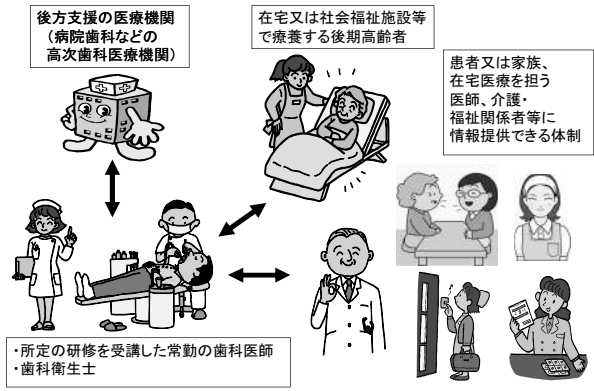
在宅療養支援歯科診療所

- 後期高齢者の在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所

【主な施設基準】

- 所定の研修を受講した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 歯科衛生士が1名以上配置されていること
- 患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保する
- 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

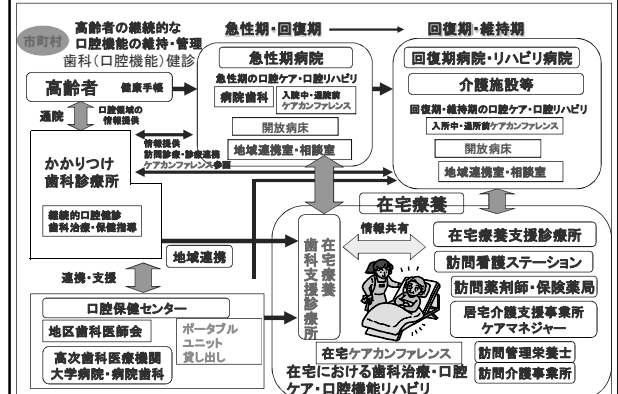
在宅療養支援歯科診療所

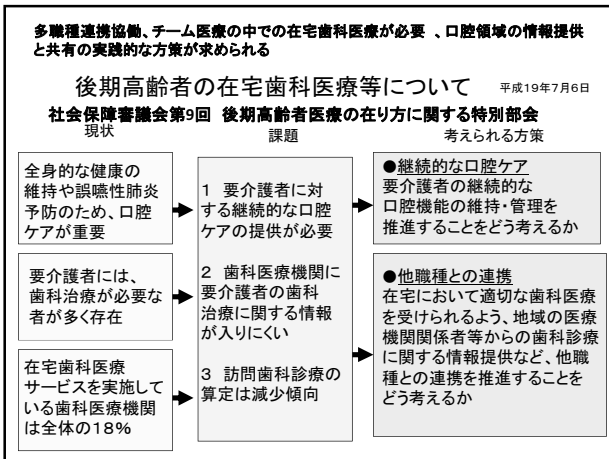
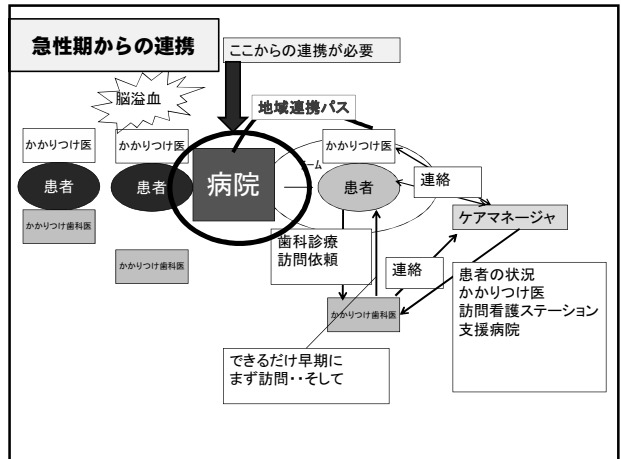
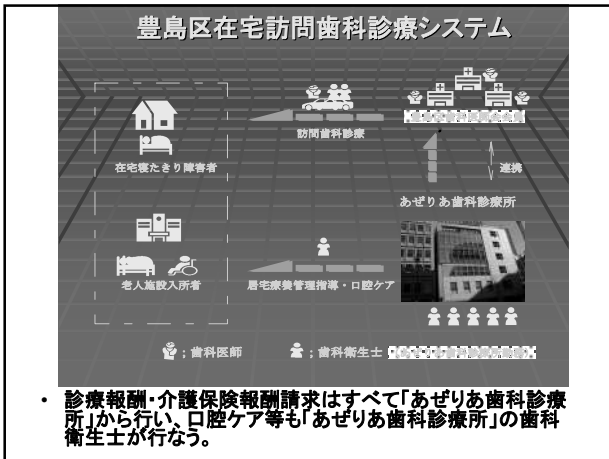


在宅療養支援歯科診療所

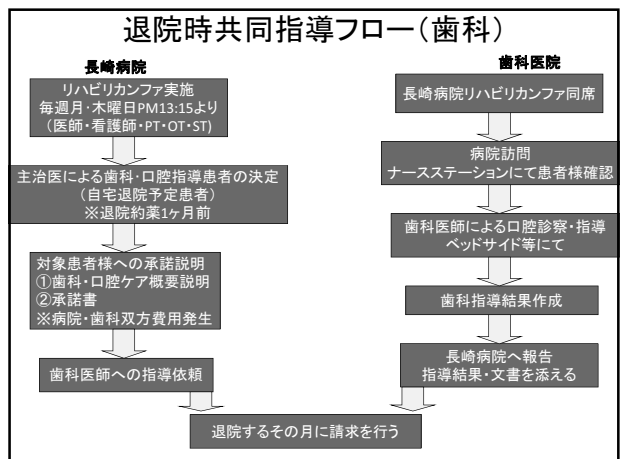
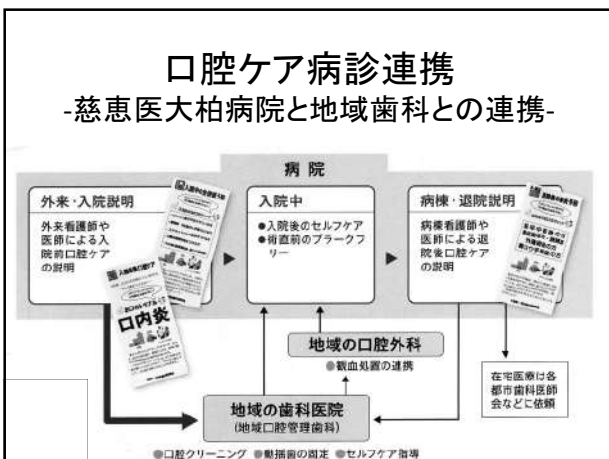


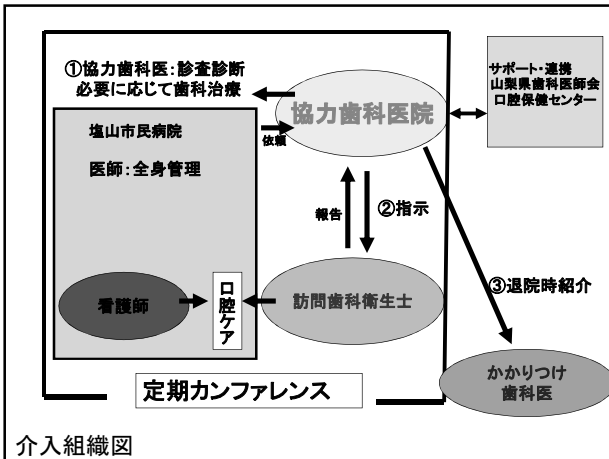
地域医療連携(口腔領域の情報提供)





病診・診診・多職種連携





在宅での高度医療を受ける患者さんへの歯科治療の必要性が高くなる

ハイケア在宅医療の進歩

医療技術などの進歩により、従来は病院のみで行われてきた医療行為が在宅の場で行われるようになってきている (在宅ハイケア)

- 在宅自己注射 (インスリンなどの自己注射)
- 在宅自己腹膜灌流 (腹膜透析)
- 在宅血液透析 (血液透析)
- 在宅酸素療法 (酸素濃縮器、液体酸素による酸素投与・HOT)
- 在宅中心静脈栄養法 (中心静脈栄養)
- 在宅成分栄養経管栄養法 (経管栄養チューブ、胃瘻などによる)
- 在宅自己導尿 (自己導尿カテーテルによる排尿)
- 在宅人工呼吸 (小型人工呼吸器による呼吸管理)
- 在宅持続陽圧呼吸 (IPPBを用いた夜間無呼吸症の治療など)
- 在宅悪性腫瘍患者指導管理 (モルヒネなどによる総合的管理)
- 在宅自己疼痛管理 (微量注入ポンプによる鎮痛剤の投与管理)
- 在宅気管切開患者指導管理 (気管切開、気道管理) など

在宅での高度医療を受ける患者さんへの歯科治療の必要性が高くなる

ハイケア在宅医療の進歩

医療技術などの進歩により、従来は病院のみで行われてきた医療行為が在宅の場で行われるようになってきている (在宅ハイケア)

多職種連携・協働により 在宅歯科医療が可能

- 在宅自己注射 (インスリンなどの自己注射)
- 在宅自己腹膜灌流 (腹膜透析)
- 在宅血液透析 (血液透析)
- 在宅酸素療法 (酸素濃縮器、液体酸素による酸素投与・HOT)
- 在宅中心静脈栄養法 (中心静脈栄養)
- 在宅成分栄養経管栄養法 (経管栄養チューブ、胃瘻などによる)
- 在宅自己導尿 (自己導尿カテーテルによる排尿)
- 在宅人工呼吸 (小型人工呼吸器による呼吸管理)
- 在宅持続陽圧呼吸 (IPPBを用いた夜間無呼吸症の治療など)
- 在宅悪性腫瘍患者指導管理 (モルヒネなどによる総合的管理)
- 在宅自己疼痛管理 (微量注入ポンプによる鎮痛剤の投与管理)
- 在宅気管切開患者指導管理 (気管切開、気道管理) など

在宅医療推進会議

国立長寿医療センター
総長 大島 伸一

国立長寿医療センター総長が召集し、わが国における看取りまでを行える在宅医療を推進するための方策について、関係者の意見を聴くための会。
会議の意見を基に、在宅医療推進方策について、国立長寿医療センター及び関係機関・関係者が実施すると共に、必要に応じて、制度に反映させる等のために政策提言を行う。

- 日本在宅医学会
- 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- 日本家庭医学医療学会
- 日本プライマリケア学会
- 日本ホスピス・在宅ケア研究会
- 全国在宅医療推進協会
- 尾道市医師会
- 全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会
- 全国国民健康保険診療施設協議会
- 日本訪問看護振興財団
- 在宅医療助成 勇美記念財団
- 長寿科学振興財団
- 関係者
- 日本老年医学会
- 日本医師会
- 日本歯科医師会
- 日本薬剤師会
- 日本看護協会
- 国立がんセンター
- 佐藤 智 顧問
- 黒岩 卓夫 会長
- 白浜 雅司 理事
- 小松 真 会長
- 産野 吉和 理事
- 神津 仁 理事長
- 片山 壽 会長
- 米満 弘之 会長
- 山口 野 特別顧問
- 佐藤 美穂子 理事
- 住野 勇 会長
- 小林 秀真 理事長
- 前沢 政次 北大教授
- 大内 尉義 東大教授
- 天本 宏 理事
- 池主 憲夫 常務理事
- 飯島 健典 常務理事
- 小川 忍 理事
- 的場 元弘 室長

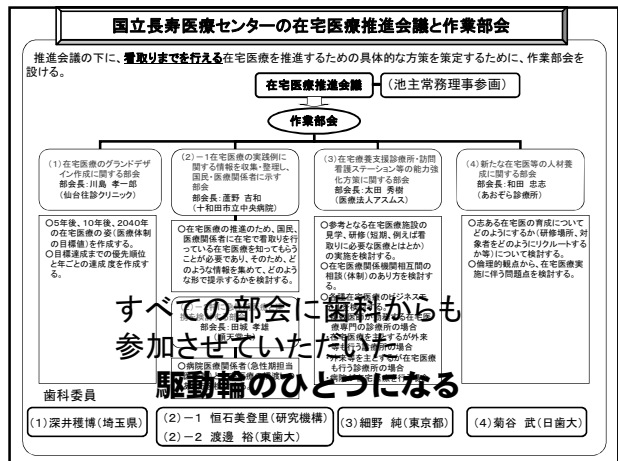
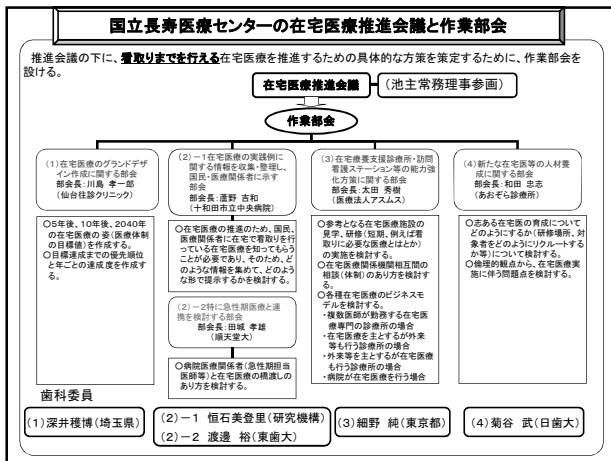
在宅医療推進会議

国立長寿医療センター
総長 大島 伸一

国立長寿医療センター総長が召集し、わが国における看取りまでを行える在宅医療を推進するための方策について、関係者の意見を聴くための会。
会議の意見を基に、在宅医療推進方策について、国立長寿医療センター及び関係機関・関係者が実施すると共に、必要に応じて、制度に反映させる等のために政策提言を行う。

あらゆる職種で形成 までにはない形

- 日本在宅医学会
- 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- 日本家庭医学医療学会
- 日本プライマリケア学会
- 日本ホスピス・在宅ケア研究会
- 全国在宅医療推進協会
- 尾道市医師会
- 全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会
- 全国国民健康保険診療施設協議会
- 日本訪問看護振興財団
- 在宅医療助成 勇美記念財団
- 長寿科学振興財団
- 関係者
- 日本老年医学会
- 日本医師会
- 日本歯科医師会
- 日本薬剤師会
- 日本看護協会
- 国立がんセンター
- 佐藤 智 顧問
- 黒岩 卓夫 会長
- 白浜 雅司 理事
- 小松 真 会長
- 産野 吉和 理事
- 神津 仁 理事長
- 片山 壽 会長
- 米満 弘之 会長
- 山口 野 特別顧問
- 佐藤 美穂子 理事
- 住野 勇 会長
- 小林 秀真 理事長
- 前沢 政次 北大教授
- 大内 尉義 東大教授
- 天本 宏 理事
- 池主 憲夫 常務理事
- 飯島 健典 常務理事
- 小川 忍 理事
- 的場 元弘 室長



- ### 高齢者の口腔保健の向上の為の方策
- | | |
|--|--|
| <p>・ 現状・課題</p> <ol style="list-style-type: none"> 患者・住民への対応 <ul style="list-style-type: none"> 歯科診療体系(複数回受診) 「あきらめ」と食品選択による受容 在宅歯科診療の認知度 歯科医療提供体制 <ul style="list-style-type: none"> 歯科診療所の歯科医師数と外来を中心とした診療体系 要介護高齢者の歯科治療の経験 在宅歯科診療に関わる診療報酬体系 地域保健医療システム <ul style="list-style-type: none"> 医科、歯科連携 介護分野、歯科連携 | <p>・ 今後の対応</p> <ol style="list-style-type: none"> 患者・住民への対応 <ul style="list-style-type: none"> 歯科医療の技術進歩 口腔保健と全身の健康、QOLのエビデンス ニーズとディマンドに関する研究 市町村レベルの相談窓口の設置
(求めれば必ず応じてくれる安心体制の整備) 歯科医療提供に関する情報公開(ホームページ等) 歯科医療提供体制 <ul style="list-style-type: none"> 在宅歯科診療に従事する歯科医師数の増加 都道府県格差、地域格差の是正(地域別数値目標) 歯科医師間の連携体制(センター) 要介護高齢者に関わる研修体制 地域保健医療システム <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療チームの一員(共通の言語を持つための研修) 介護分野、歯科連携 |
|--|--|




「在宅歯科医療に終わりはありません。」

疾病は治癒しても障害は残り、生活上支障があるので支援が必要となります。特に高齢者においては、いくつかの疾病が複合しているので、完全に健康な状態に戻ることは極めて少ないのです。我々は他の医療・介護スタッフと共に連携チームの一員として、「食べる・話す」などの高齢者の生活を支援し、健やかな老いを送れるように支えていくことが重要だと思います。「顔が見える医療」そして「また痛かったら連絡してください。」と言って、チームから去るのではなく、看取りの歯科医療・口腔ケア。「昨日食べたご飯がおいしかった。そう言って亡くなりました。最期までケアありがとうございました。」そう言っていたらに……

「歯科医療の基本的使命・・・

- ・いつまでも、安全に美味しく口から食事ができる。
- ・健康寿命を平均寿命に近づける。」

課題は多い・・・
ご清聴ありがとうございました。



第七回 1月29日

「在宅医療と多職種連携～ケアマネジャーの立場から～」

プレゼンテーション

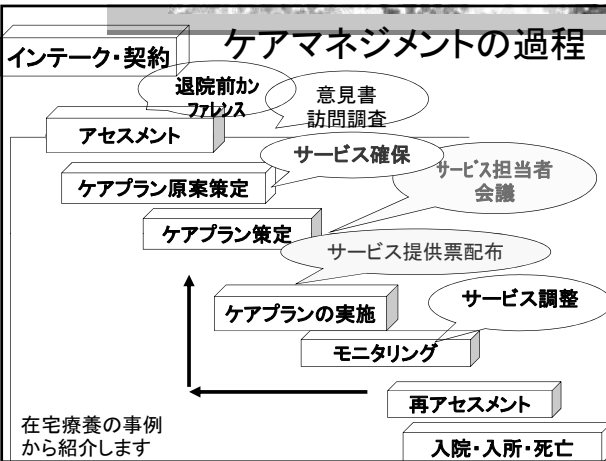
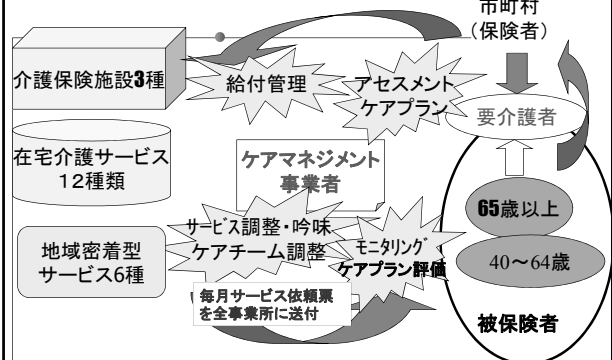
服部万里子氏

在宅医療の推進に向け ケアマネジメントの視点から

立教大学コミュニティ福祉学部
NPO渋谷介護サポートセンター
服部万里子

介護保険制度の仕組みとケアマネジメント

介護サービス事業者



事例：脳梗塞片麻痺の独居

健側の手の手術あり

- 75歳、独居、脳梗塞後遺症、右麻痺、女性
- 脳梗塞で救急入院、リハビリ病院に転院して、退院した。右(上肢下肢麻痺)、室内は装具と杖、手すりですり歩行できるが、屋外は1人では外出困難
- 起き上がりはベッド柵につかまり起き上がる。床からの立ち上がりは出来ない。
- 排泄(手すり必要)・食事は自力でできる。
- テーブル拭きはできるが、風呂のスノコや狭いトイレ・部屋の掃除機は身の回り以外できない。
- 20年来のマンションで近隣と仲良い、コーラスや絵画の趣味がある。家族は遠方の妹と弟のみ

退院後のケアプラン(要介護2)

- 在宅で暮らし続けたい
- 自分でできることを広げる、できないことは援助を受ける
- 当面は買い物同行、入浴、調理の下ごしらえ、掃除のできないところ、洗濯の一部に援助を受けながら、自分でできるように工夫する
- 趣味や友人との交流は続けたい

本人の意向を尊重しリハビリ病院と連携し自宅での生活を安全にできる支援する。転倒予防、再梗塞の予防をし自分でできる生活の組み立てをおこなう

退院後のサービス計画

週2回通院リハ
週3回訪問介護
週1回訪問看護リハ

- リハビリで機能回復し、生活の範囲を広げる→通院リハビリ・訪問看護の在宅リハビリで屋外へ歩行訓練
- 送迎は介護タクシー利用。
- 転倒予防し、できる家事を増やす→屋外歩行、買い物はヘルパー同行、生協併用、調理の下ごしらえ、昼は配食サービス、掃除は一人ではできるところは工夫し、できないことは援助、洗濯は自分でするためスノコ改修
- 入浴はできることを広げて入れるようにする→手すり、着替え、入浴方法の指導、ヘルパーが一部介助、床にスノコやシャワー椅子、
- 健康管理、再発予防→近医で投薬、服薬管理、栄養水分管理・自己管理
- 遠方家族が季節の準備、近隣緊急時支援、通報装置

退院2ヶ月で要支援2への予防プラン

- 区分変更却下、不服申請却下
- 本人の希望は在宅生活継続したい、リハビリでよくなりたい、できないことは援助受けたい
- 金は年金が月に18万円のみ

リハビリを継続し回復に努める。
 外出や通院を自力でできることを目標に、
 一部援助を活用して自力生活の工夫をする。
 一人で暮らせるように転倒や、再梗塞を予防する

友人、近隣、自費活用して自立支援に向けた予防サービス計画

- 通院は近隣援助でタクシー利用す、コーラス仲間のお迎えを組み合わせ、雨天はヘルパー介助
- 買い物はヘルパー依頼と生協、掃除は自費ヘルパー
- ヘルパーによる、調理下ごしらえで、一人で暖めなどできるよう支援する:家事自立訓練
- 自宅の予防訪問リハビリで、入浴、家事の自力を目指す、自主トレーニングは継続する
- 風呂は移動、着替え、湯準備、シャワーは自力行うようにし、ヘルパー一部援助で入り、自力入浴に近づける
- 近医通院、服薬、栄養、水分、自己管理する

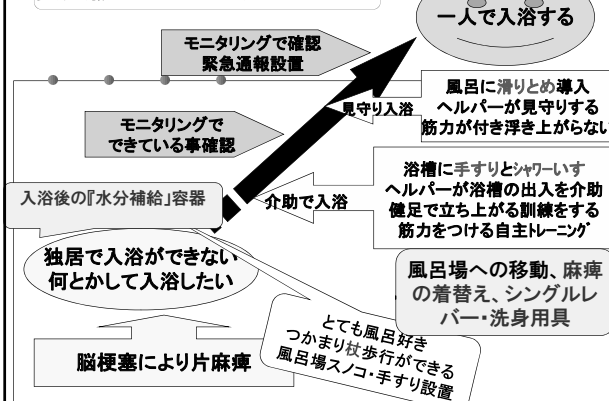
市町村への働きかけ

- リハビリ退院後の患者会への参加を通じて生活工夫や訓練の励まし、先輩の意見
- マンションの会計担当し、建て替えの借入資料作成→近隣との協働関係
- ボランティアによるパソコン練習→メール使用
- コーラス発表会で組長への意見→組長が利用者宅を何件も訪問→独自サービス開発につながる
- 特定高齢者施策の機器訓練を要支援にも利用させてほしいと働きかけ→自主GPで継続訓練、メニューはリハビリ病院が作成

本人の希望:1人で入浴したい

- つかまり歩行できるが不安定
- 健側(左)の手で座位で着替えは出来るが、ファスナーやボタンは出来ない
- 言語の構音障害は改善してきた、自信付く
- 風呂場は狭く、風呂桶は据え置き式で高い。→すのこ、手すり入れた
- 脳梗塞の治療薬を服用でき、血圧も落ち着いている

要支援2のケアプランプロセス



段違いで低い物干しと、市販の洗濯干しの改良を行い、当初から片手で洗濯物を干す事ができた(妹の協力)



患側(右)の手のひらが握りこむのを伸ばす為の
 自宅で行う毎日行う手のひら伸ばしのリハビリ(弟が作成)



当初は作業療法士から訓練、渋谷区の独自予防訪問介護をうけ
 ヘルパー共に調理を行い、一人ができることが増えた



22年1月のサービス担当者会議・今年目標を検討



障害の状態をサービス・環境・思考 等との関係性で可變的に捉える

- 生物学的な障害と環境調整・サービスや機器を利用して生み出される機能は異なる
- その障害を通常の状態における機能と、環境調整し、機器やサービスを活用して生み出された機能で捉える
- 事例:通常は入浴機能の障害があるが、手すりをつけ、風呂を変更し、ヘルパーが見守りすると入浴ができる

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

事例:2

要介護5の認知症の終末期チームケア

- 平成12年より要介護5で、当初は歩けないのに外に出ようとする等が日々あった。8年経ち101歳になり、虚弱で、寝返りできない、排泄は失禁状態、昼夜逆転、70歳娘の介護負担が大きい。誤嚥・脱水危険・褥創予防との闘い
- 褥創予防、肺炎予防、誤嚥を予防して水分・食事をとる。往診・訪問看護・訪問入浴・訪問介護・床ずれ防止用具貸与
- 終末ケアは経管・胃ろうしない在宅で看る

ケアプランの目標は介護者支援 して、終末ケアを提供する

- 往診→ボランティアによる薬とり
- 訪問看護週2回で健康、体調、全身管理
- 訪問介護週3回、9時間で介護者支援を位置づけ、身体介護、体位交換、手・足浴、水分補給、話しかけ、栄養補給、抱いて起こして座位とるなど・・・介護者の休息
- 訪問入浴、週1回
- 介護者は夜間添い寝で24時間介護

本人:ここに居て良いの・・・
 家族:在宅で看とりまでケアしたい

- 寝返りできない、拘縮、麻痺なし、老衰、認知症状ある、昼夜逆転、
- 褥創できやすい・・・マット3回変更
- 誤嚥の危険あり・・・起こして飲ませる、エンシア
- 常時失禁あり、・・・オムツとパット併用
- 抱えて座位をとる、体位変換30分ごと
- 訪問入浴、手足浴、全身清拭
- いつも、話しかける、スキンシップ
- 介護負担軽減・・・心理的支援、どのような状況でも相談し対応する体制

家族を支えて最後まで在宅で

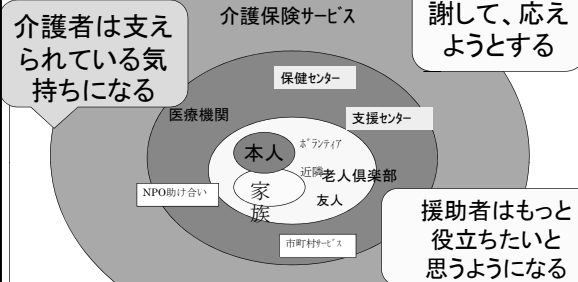
- ケアマネジャーはいつでも家族と連絡できる体制をとる
- 医師と訪問看護師を連携して、口から誤嚥なく飲水する、食事食べやすい物を、適宜介助する
- オムツ交換、陰部洗浄、体位変換・・・便を手でなすりつけるのを予防
- 昼夜逆転・出来るだけ昼間は起こす(15分でも)

往診後に説明聞くが薬を取りにいけない
 訪問入浴の車を40分駐車できない

家族を近隣と友人とボランティアが
 支える

- 近隣が駐車場を提供してくれる
- ボランティアが診療所に薬を取り、届けてくれる
- 友人が訊ねてきて、一緒に要介護者の部屋でおしゃべりする

介護者が趣味の音楽を聴きに行く間に
 ヘルパーが介護を変える



介護者は支えられている気持ちになる

利用者は感謝して、応えようとする

援助者はもっと役立ちたいと思うようになる

利用者支援の地域へのかかわりで地域が変わる
 ヘルパー3級で無償ボランティアの育成で支える

〇〇ヘルパーさんからの
 メッセージ

2年前の秋、お母様の誕生をお祝いしに伺った日のことを今想い出しています。
 ○〇さまのお勧めで昔の懐かしい歌を何曲も歌わしていただいたところお母様が身を乗り出して笑顔で私の声に耳を傾けてくださったことがとても印象に残っています。
 そして、その時のお母様との記憶写真を今大切にしています。
 永川さよしファンの○〇さんの穏やかで爽やかなお人柄がどんなか、お母様に安らぎを与え続けたことか。
 ご逝去の知らせを受けてお母様の最後のお別れに伺ったところ、お葬はとても美しく、なんの苦しみも感じず平穏のうちに天寿をつとめて最後を迎えられたご様子を知ることが出来ました。

100歳のことを「上寿」じょうじゅといいますが、○〇様との「一期一会」を通じて、それは正に「夙縁」であるとの感銘を深くしました。
 ○〇サービスが、在宅介護を通して価値あるめぐり合いを体験できたことに心から感謝いたします。
 本当にありがとうございました。



〇〇さあへん
 ありがとうございます。
 お知り合いになれて、
 楽しかったです。

〇〇〇〇さんから
 いただいたお手紙のご紹介です。

shibuya
 H19.10.18

前 終
 秋も深まり、時々寒い夜毎日となりました。いつも、大変、お世話様です。
 お祖母様は、すっかり元気になり、肺の腫瘍も消え、「ごろごろ」と云うのも以前より減り、ほとんど咳込むこともありません。
 私も気持ちも楽になり、ほっとしました。この調子だと10月27日の誕生日も有名な誕生日で大変ですな。
 さて、先日いただいたコスモスは、外の出ましたら、次々に咲いて、美しい。アガハ様が喜んでよく助かっています。
 コスモス畑には、桜がっつりですね。

また、別な日に新着書籍へ行かれたときの様子を
 の手紙でいただきました

前 終
 新宿御苑に行ってきました。平日にもかかわらず、秋の風景を楽しんで帰りました。
 日本庭園など日本人の心を捉えています。
 落葉のしゅうたんをサクサクと気持ちのよい時間でした。
 また、是非、行きたいと思います。
 さて、母は体調の持ちも悪く、心配な状態にもならず、元気にしています。母は知らず知らずで「ありがとう」とか、「ずっつと一緒にいましょう」とか、私とは、よくコミュニケーションがとれています。
 私の笑顔のひとことです。
 これからも一日一日を大切に、過ごしたいと思っています。

■ ○〇さまお疲れさまでした。もちろん金メダルです。
 専中お月見申上げます。
 母もこのころ体調もよく、昨日も入浴が出来て気持ちも良いことでしょう。
 中 終
 介護では、私は自分で自分に金メダルを贈りたいと思っています。


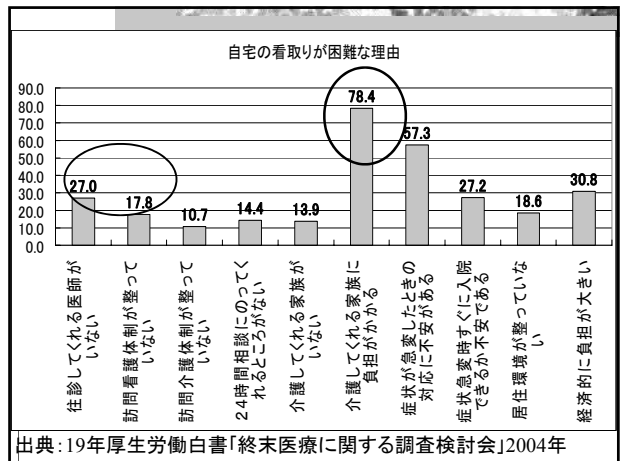
ケアマネジャーさんからのメッセージ

〇〇さんとの出会いと介護の輪

介護保険が始まったときから要介護5で、101歳で亡くなる時も要介護5でした。主治医の先生、訪問看護師さん、ヘルパーさん訪問入浴や福祉用具やボランティアさん、ご近所の方々に応援頂き、〇〇さんにふさわしい人生をおくられました。最後まで口から食べ、お風呂に入り、襦ろう1つ無い美しい姿でした。〇〇さんがいつも笑顔で、「おかあさん」と声をかけ寄り添い、頻りにして一緒に時間をすごされました。・・・ガツリするのはと心配したのは、杞憂でした。お世話になった社会福祉協議会のボランティアに登録したと聞き、やったね！と喝采です。

良い介護は人を幸福にします。そして、介護の輪をひろげます。ケアマネジャーとして9年半、良い出会いと、在宅ターミナルケアの真髄を見せて頂いた事、感謝いたします。

〇〇さん
ありがとうございます。
お知り合いになれて、
しあわせでした。

高齢者専用住宅の独居が不可になった事例-1

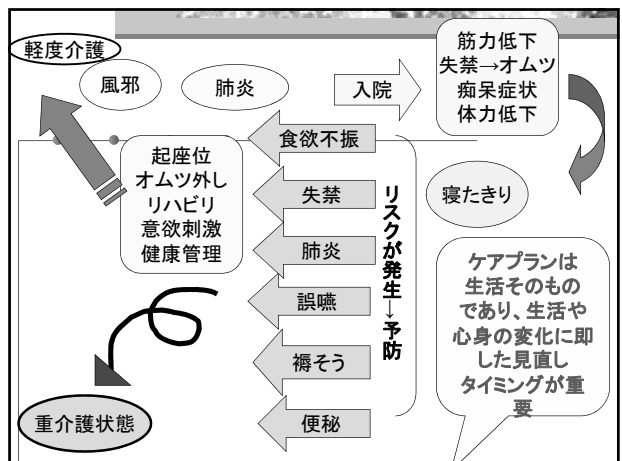
- 女性独居・要介護2・掃除の仕事で長年勤務後、定年退職し、シルバーピア入所、歩行状態悪化で要介護2
- ヘルパーによる買い物援助と調理介助、洗濯、食事、排せつは自力、通所介護週2回はシルバーカーで移動
- 物忘れが出始めて、書類の確認など困難な傾向
- 急性膀胱炎の発熱でエレベータで失禁、住民苦情あり
- 市町村にLSAからサービス増加の依頼あり、限度利用していない。ケアマネジャー・ヘルパー・通所も本人もいまの状態を継続を希望する。
- LSAは毎日のサービス入れないと不安とのこと

高齢者専用住宅の独居が不可になった事例-2

- 急性膀胱炎で入院し、区分変更し、夕方30分のサービス導入した。
- 住宅管理者から地方の親族に退所相談の呼び出し
- 基幹型在宅介護支援センターにより、特養待ちのあいだに、老人保健施設の短期入所利用になる。
- サービス担当者会議では、在宅可能の意見あるも、親族は施設が安心とのこと
- ショートのまま入所：老健では本人やることない・・・車いすです立つこと禁止され・トイレ移動困難

男性介護者と作る地域ネットワーク 渋谷の創設

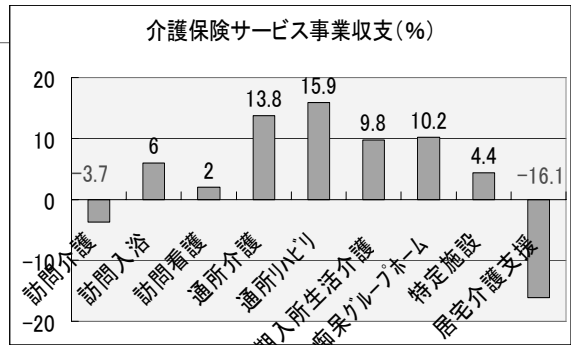
- 目的：男性介護者の孤立化や不安をとともに考え、解決する地域ネットワーク作り
- 内容：3ヶ月に1回、公民館などに集まり、10分できる簡単電子レンジ活用料理
- 介護に関するおしゃべり、相談、情報提供
- 男性介護者が直面する課題を共に考える
- 気楽なサロンとして運営する。
- 世話役服部万里子・NPO渋谷介護サポートセンターが支援。参加自由、会費は年会費2000円 相談や情報提供・食事材料代・助成研究めざす



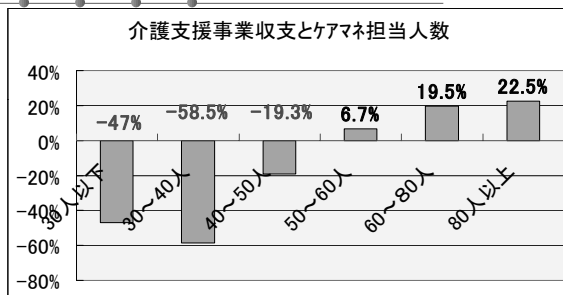
ケアマネジメントの改革のために
サービス提供者からの独立性
書き方チェックや減算指導より
ソーシャルワークとしての専門性を
構築するよう育成する



介護保険事業の収支状況(平成13年)



ケアマネジメントは50件では赤字



一部事業者には職業倫理の問題が懸念—ケアマネジメント

- ケアマネジャーが所属のサービスを優先して付ける、変更に応じない、所属のサービスを受けないとケアプランを作らない
- ケアマネジャーがヘルパーや看護婦を兼務していると苦情が言いにくい—モニタリング機能不全
- ケアマネジャー自身も悩んでいる

必要な情報やサービスが提供されない、自社の営業に走る

一部事業者には企業倫理の問題が懸念—訪問介護

- 必要でも介護報酬の少ないサービスは受けない—良心的企業が赤字になる
- 「調理でも見守りしながらする」と身体介護を要求、解釈でどうにでもなってしまう
- サービスの売り込みをする、なき落とす脅す、事業所の文句を言う
- ・無理なスケジュールを組んだり、すぐに変える事業所も問題あり

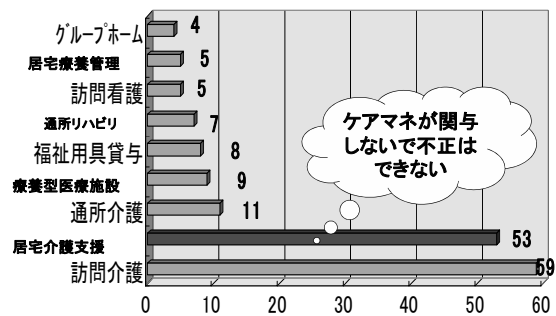
短時間サービス断る、利用者と交渉し延ばす、土日しない、新規のため人をすぐヘルパー交代

ケアマネ事業所の調査より

1事業所のケアマネジャーは1.61人
男性15.7%、女性83.8%:42.6歳
95.7%がサービス事業所等の併設
事業所平均の利用者は74.4人
ケアマネ平均の利用者は42.7人
ケアマネの資格で看護師36.2%、介護福祉士で28.7%……これで6割
7月のケアプラン変更率は24.2%
サービス担当者会議は14.6%

13年7月厚生労働省が長
寿社会開発センターに委託
して調査…全国2000の居
宅介護支援事業所

取り消し2番目が居宅介護支援



入浴のケアプラン

- 1案: ヘルパーによる入浴介助
- 2案: 看護師による入浴介助
- 3案: 通所介護で入浴介助
- 4案: 住宅改造・福祉用具導入・出来ることを広げる・できないところを援助する

入浴の自立支援につなげるには

ケアマネジャーの現状と課題

少ないケアマネ報酬
多様な業務内容
在宅困難の増加

減算による
業務負担の
増加

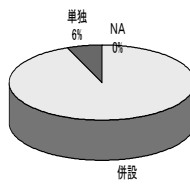
地域の協力
体制・サービス
量の不足

ケアプラン
エックのが書
き方指導

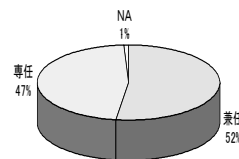
利用者・家族の
無理解や個別状況

ケアマネ事業所の94%がサービス併設・ケアマネの52%がサービス兼務

居宅介護支援事業所(東京都)15年調査1009件



東京都介護支援専門員の勤務状況(1716人調査)

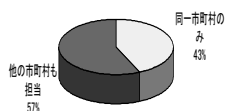


20年3月三菱総研で併設88.9%・常勤専従61%

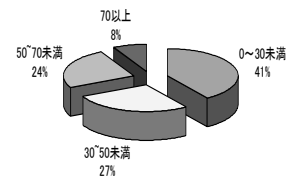
東京都が実施した居宅事業所・ケアマネ個別調査(15年9月)

事業所の所在地以外の市町村も担当しているのが57%、担当件数は50件以上が32%

ケアプラン担当地域(N=995事業所)



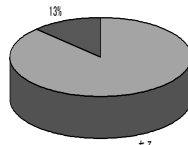
15年7月担当者数(N=1716人)



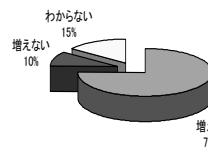
東京都が実施した居宅事業所・ケアマネ個別調査(15年9月)

ケアマネ業務が負担になったことありが87%、精神的負担は75%増えた

介護支援業務が負担になったこと

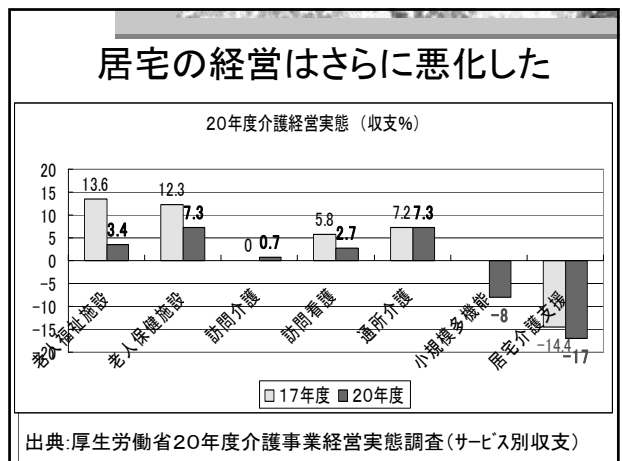
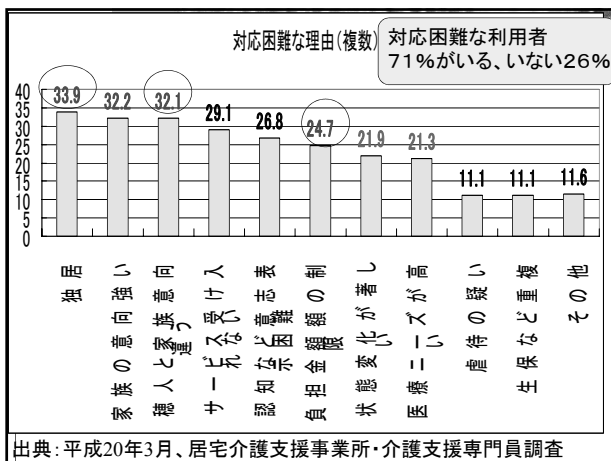
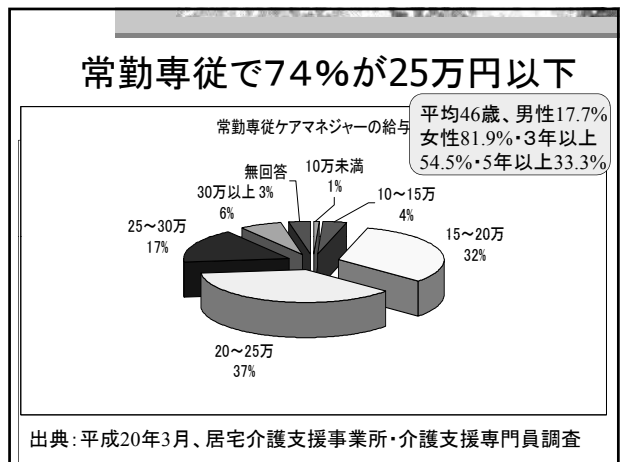
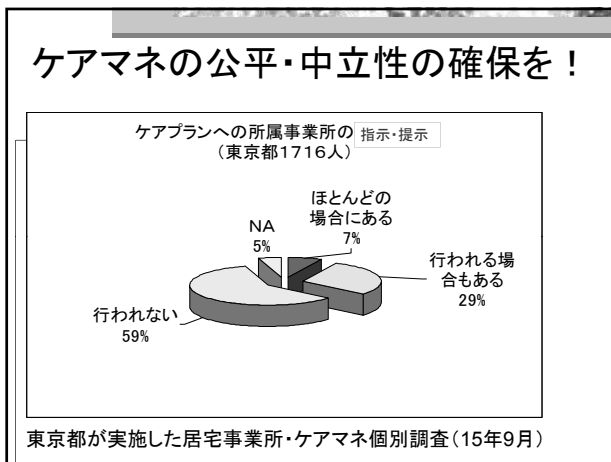
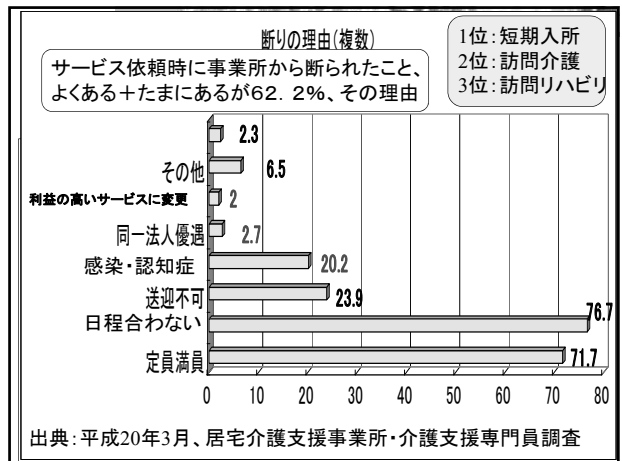
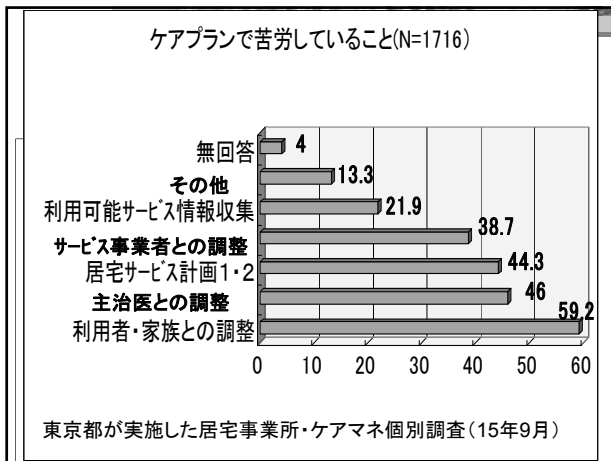


改訂に伴う精神的負担(N=1605人)

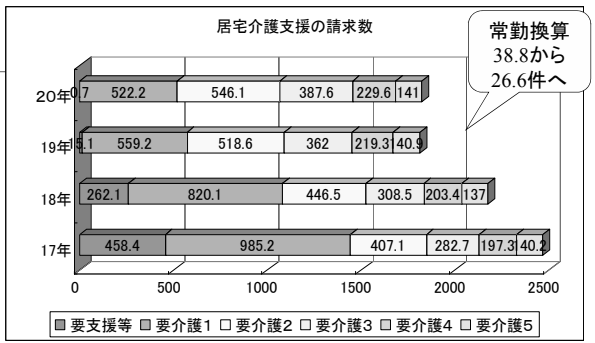


■増えた ■増えない □わからない

東京都が実施した居宅事業所・ケアマネ個別調査(15年9月)



ケアプラン請求数は25%減少



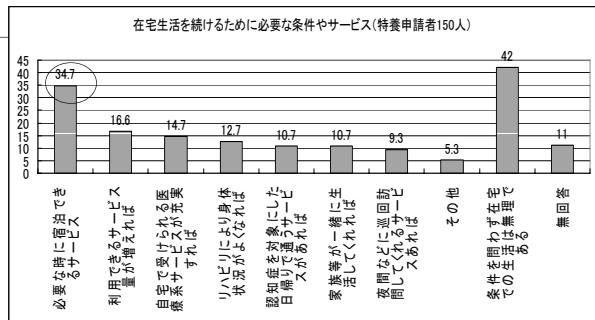
出典:各年厚生労働省:介護給付費実態調査9月、20年は7月審査

普通の高齢者が自宅から移住し
集団生活でまとめて介護する
⇒効率的とは提供者の論理で
高齢者のニーズと異なる



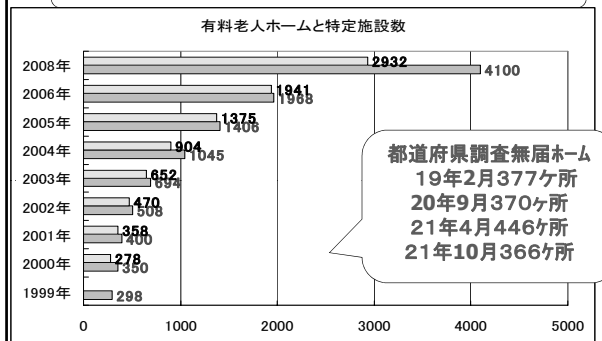
ホームレスや住宅困窮対策は住宅・生保・支援必要
普通の高齢者が在宅で暮らせる工夫

特養申請者へのアンケート 何があれば在宅生活可能か？



出典:平成20年高齢者福祉計画・介護保険事業計画アンケート:さいたま市

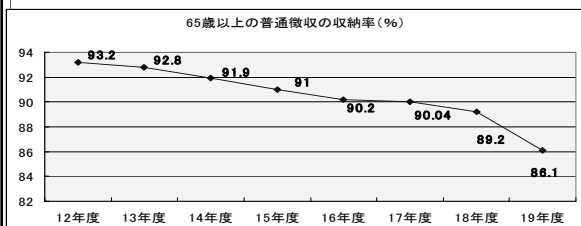
介護保険で急増する有料老人ホーム



出典:有料老人ホーム:厚生労働省 社会福祉施設等実態調査より、特定施設:厚生労働省 介護サービス・施設事業所調査より

やめてはいけない低所得対策

- 高齢者世帯の年収200万円以下は43%
- 養護老人ホームをなくしてはいけない



法改正と課題と服部の意見

- ケアマネジメントの質と専門性の確保
- とことん在宅支援とそのための地域への係わり、市町村への働きかけ強化
- 在宅で介護者がいなくても暮らせるため生活全体のケアマネジメント
- 包括支援センターは包括的は地域支援に特化する
- 予防プランはケアマネジャーが作成
- まともな仕事ができる介護報酬改定
- 星の数ほどサービス事業所が連携し地域を支える

第八回 2月26日 「在宅医療における教育問題」

座長

平原佐斗司氏

プレゼンテーション

藤井博之氏

新木一弘氏

老年医学とチームアプローチ

チームアプローチ教育の歴史
北米ミシガンからの発信
ミシガンネットの取り組み

東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所
在宅サポートセンター/研修センター 平原佐斗司

Interprofessional Educationに関する論文

Distribution of Year of Publication			Country				
Year	Broad	Focused		Focused	Broad		
1969-80	10(5%)	2(4%)	USA	37	70%	170	78%
1981-85	8(4%)	2(4%)	UK	11	21%	26	12%
1986-90	15(7%)	2(4%)	Canada	3	6%	9	4%
1991-95	56(26%)	21(40%)	Australia	1	2%	8	4%
96-2001	128(59%)	26(49%)	Norway	1	2%	1	<1%
Totals	217	53	Malta			1	<1%
			Saudi Arabia			1	<1%
			Turkey			1	<1%

ほとんどのIPEに関する論文は1990年以降、北米を中心に発表されている。

A Critical Review of Evaluations of Interprofessional Education

Interprofessional Educationに関する論文

Care Sector Distribution		Career stage and Location			
Category	Frequency (%)	Career stage	Frequency	Broad	
Hospital-based	104 (48%)	Pre-qualification	55 (25%)	Higher education institution	29
Community-based	87 (40%)			Service setting	11
Mixed	10 (5%)			mixed	15
Not clear	16 (7%)	Post-qualification	150 (69%)	Higher education institution	13
				Service setting	134
				mixed	3
		Mixed	12 (6%)	Higher education institution	5
				Service setting	3
				mixed	4

IPEに関する論文は、病院と地域の卒業後の実践教育としてスタートした。

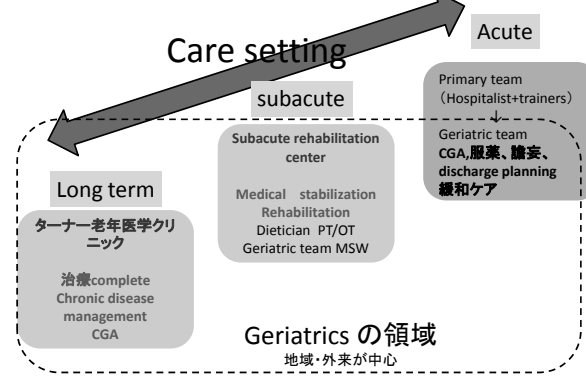
A Critical Review of Evaluations of Interprofessional Education

米国の老年医学フェローシップの特徴

Geriatrics fellow ship (1or 2 year)	
Internal Medicine	Family Medicine
Medical school	

1. 高齢者医療の専門知識
2. 厳格な機能分化
3. 地域中心(⇔日本は病院中心の研修)
4. 多職種によるチーム医療

ミシガン大学の老年医学フェローシップ



ミシガン大学病院



ミシガン大学老年医学センター(ターナークリニック)

1997年



医師(老年科医)、看護師、ソーシャルワーカーがチームで患者と家族を診察(初診に2時間を要す)

それぞれの診察の直後に、医師・看護師・ソーシャルワーカーが、ミニチームカンファレンスを行い方針を決定



2007年



Interdisciplinary careに関する米国老年医学会の立場宣言

2000.1

- 1 IDCは、複雑な併有疾患を有する高齢患者の多様なニーズに対応する。
- 2 IDCは、老年症候群に対する医療の過程と結果を改善する。
- 3 IDCは、医療システムの改善と介護者の負担軽減に寄与する。
- 4 IDCの研修と教育は、高齢者の医療ケアに当たる者に有効である。

高齢者を支える学術的チームアプローチ推進ネットワーク(通称ミシガンネット)

1992年～2000年の9年間にミシガン大学老年医学センターに毎年20名の多職種専門職が参加した。このセミナーの卒業生を中心として、2002年5月に高齢者ケアの多職種による学術的チームアプローチを推進するために、「高齢者を支える学術的チームアプローチ推進ネットワーク(ミシガンネット)」というNPOを設立。会員は全国に100名余。

【理事メンバー】

【理事長】 辻彼南雄 ライフケアシステム・メディカルディレクター(医師)
 【副理事長】 亀井智子 聖路加看護大学看護学部教授(看護師)
 【事務局長】 加瀬裕子 早稲田大学人間科学学術院教授(ソーシャルワーク)
 【理事】
 田中耕太郎 山口県立大学社会福祉学部教授
 Ruth Campbell 元ミシガン大学ターナークリニック・ソーシャルワーク部長(ソーシャルワーク)
 Mariko Abe Fouk ミシガン大学ターナークリニック臨床ソーシャルワーカー(ソーシャルワーク)
 神山裕美 山梨県立大学人間福祉学部准教授(ソーシャルワーク)
 平原佐斗司 梶原診療所 在宅サポートセンター長(医師)
 西和子 有限会社介護けやき研修センター所長(介護福祉士)
 秋山弘子 東京大学高齢社会総合研究機構教授(ソーシャルワーク)

ミシガンネットの活動

高齢者ケアにおけるチームアプローチを推進する諸活動を行う

- ・ 2002年～2006年 ～チャレンジブログを中心としたセミナー～
 - 清里(軽井沢)セミナー(毎年夏)
 - 学生セミナー(聖路加)(毎年春)
 - チームカンファレンス東京(随時)
- ・ 2007年～2008年:ミシガン認知症セミナーを開催
 - 2007年 日米の認知症専門家交流 日本から20名がミシガン訪問
 - 2008年 ミシガン大学の認知症ケア専門家を日本に招き交流
 - 2008年2月 認知症セミナー BPSDのチームアプローチ
- ・ 2009年 ベストフレンドアプローチ
 - ベストフレンドアプローチの翻訳
 - ミシガン大学から専門家を招いて、シンポジウム開催

清里セミナー

2002年～2005年



ファシリテーターによるふりかえり



チーム作りを推進する体験的学習プログラム(チャレンジプログラム)

医師、看護師、ケアマネ、心理職、社会福祉士、介護福祉士、リハビリ職などの多職種が参加

軽井沢セミナー

2006年秋



チャレンジプログラム(チームビルディング)



医師、看護師、ケアマネ、心理職、社会福祉士、介護福祉士、リハビリ職、ボランティアコーディネーターなどの多職種が参加



学生へのチームアプローチセミナー

於 聖路加看護大学



チャレンジプログラム(チームビルディング)



高齢者ケアとチームアプローチについてのレクチャー

看護、社会福祉、リハビリ、心理職の学生、初期研修医らが参加

高齢者への学際的チームアプローチの向上を目的とした保健医療専門職学生合同老年学教育プログラムの効果

- プログラムの概要
 - 3日間、チャレンジプログラム、フェーンレクチャー、事例検討等
 - 16名(社会福祉8名、看護6名、心理1名、政策1名)
(この年の参加者には医学生はいなかった)
- 学際的チームアプローチの価値、効果の認識、自身貢献とスキルを評価(6カ月後までの中期的評価で有意差のあった項目)
 - 他の専門分野の視点の理解の困難さ
 - チームカンファレンスはプロセスを重視する
 - 学際的チームアプローチは、ケア提供をより効果的にする
 - チャレンジプログラムはチーム作りにも有効である

亀井智子ら 聖路加看護大学紀要 2005.3

ミシガン認知症ケアセミナー

2007年8月



日米認知症ケアセミナー
(ミシガン大学)



認知症終末期ケアのグループ



日本の認知症ケアについて

ミシガン認知症ケアセミナー



Fairfill Center
(クリーブランド)



ピーターホワイトハウス氏



ナオミ・フェイル氏ご夫婦
(クリーブランド)



タクズリービルディング(メモリーケア)



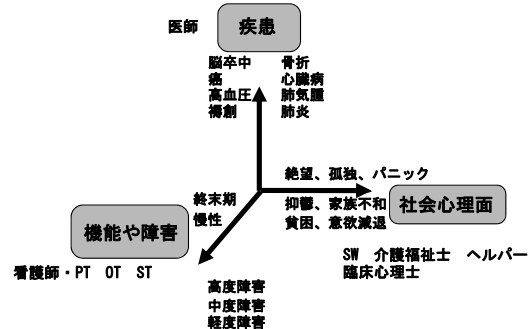
アーバーホスピス

チームとは

チームとは、一致した共通の目標や規範をもち、協同で仕事をする一団の人の事を指す。

チームには、明確な目標、リーダー、そして円滑なコミュニケーション(五感と言葉を通して、「思考」と「感情」を共有するプロセス)が必要である。

高齢者ケアの多面性とチームアプローチの有効性



最大のアウトカムを得る!

老年病の分野でチームアプローチが推奨される積極的理由

- 1 高齢者と家族の医療的、社会的、心理的ニーズにより対応できるようになる。
- 2 高齢者の健康とQOLを向上する。
- 3 チームメンバーの知識と技能の分かち合いを増大する。
- 4 専門職、ボランティア、家族に対する認識と支援を増大する。
- 5 高齢者ケアに関わる仕事をより豊かで、楽しいものとする。

ルース・キャンベル氏

チームアプローチの困難な点

- 1 チームワークには、計画をたてるのにより多くの時間を要する。
- 2 専門や立場が違うために、意見の対立が起こりやすい。高齢者ケアを成功させるためには、よりよいチームをつくることに労力を費やさなければならない。

結 論

まとめ

1. チームアプローチ教育は、北米、英国を中心に卒後の実践者教育から始まった？
2. 高齢者ケアにおけるチームアプローチの有用性は確立している。
3. チームアプローチは各専門職教育の中に位置付けられるべきものである。
4. 高齢者ケアにおけるチームアプローチの推進をはかるミシガンネットの活動を紹介した。

課 題

1. 教育法の確立
(チームアプローチは大切ということは分かったが、どのように実践、教育していくかは未確立。)
2. 卒前(Pre-qualification)教育の体系化が必要
(実践教育の土台づくり)

在宅医療推進のための会
多職種連携の教育問題

地域医療の現場から IPEを考える

2010年 2月26日
柳原リハビリテーション病院
藤井博之

自己紹介

- 1981年 千葉大学医学部卒業
- 1984年 みさと健和病院
- 1989年 みさと健和団地診療所所長
- 1997年 健和会臨床疫学研究所所長
- 2001年 まちかどひろばクリニック
- 2005年 柳原リハビリテーション病院院長
- 医療技術論・医療史
- リハビリテーション医療・在宅医療
- 共著書：
 - ・『佐久病院史』（勁草書房1999）
 - ・『今日の在宅診療』（医学書院2002）
 - ・『戦後日本病人史』（農文協2002）
 - ・『日本の医療の質を問いなおす』（医学書院2006）
 - ・『保健医療福祉のくせものキーワード事典』（医学書院2008年）

テーマ

- 地域医療でIPEが必要
- 実践例、先進例

Interprofessional Education

- *"Interprofessional Education occurs when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care"* , CAIPE 2002

● CAIPE : Centre for the Advancement of Interprofessional Education, UK

事例

- 無言のSOS、専門家に届かず
江戸川区の7歳虐待死
- 2010/2/16 asahi.com

事例

- 医療ミス 骨折手術で主
婦死亡 埼玉県三郷市
- 2002/8/23 毎日新聞

事例

Bristol Royal Infirmary事件

- 1988-1995年の先天性心疾患小児の手術で、術後死亡が**2倍**
- 報告書は**チームワーク**やリーダーシップの欠如、サービス部門の**split**、内部での**問題軽視**を指摘

事例

Victoria Climbié 事件

- 2000年2月UK、8歳だった彼女は、叔母とその愛人の**虐待**により、浴室で凍死した。
- 虐待者だけでなく、**ソーシャルワーカーにも有罪が宣告**された初の事例
- 社会サービス、警察、医療機関など多数が関わっていたが、**虐待死を防げなかった**。



なぜ IPE が必要なのか

- 急性疾患から慢性疾患へ**
- 多重問題**ケースが増加している
- 対人援助の技術、組織、制度が**複雑化**している
- 社会の中で**軋轢・葛藤**が増えている

IPE に何が求められているか

- どう理解するか、**現状を共有**する
- 職種のアイデンティティと**相互尊重**
- 協働、互いに**守りあう**ためのスキル

IPE に何が求められているか

- どう理解するか、**現状を共有**する
- 職種のアイデンティティと**相互尊重**
- 協働、互いに**守りあう**ためのスキル

「医師・患者関係」モデル

Szasz, S. & Hollander, M. H.

モデル	能動-受動	指導-協力	協同作業
医者	患者のためにしてやる	患者に指令	患者の自立を助ける
患者	対応不能	協力者	医者に助けられた協同
場面	昏睡・麻酔・急性外傷など	急性病	慢性病
原型	親-幼児	親-一年長児	成人-成人

杉原英一「患者と患者と病院と」P46より改変

IPE に何が求められているか

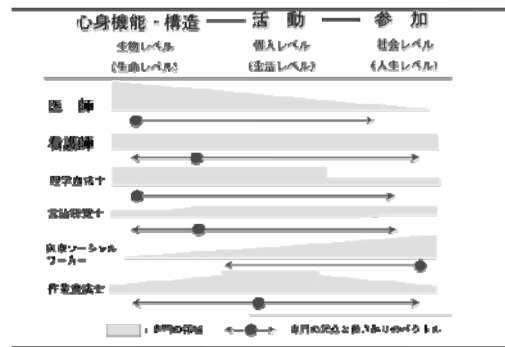
病期と当事者-援助者関係のモデル

病期	指内容	場所	専門職・患者関係	チーム
救命救急	救命	救急室・手術室・ICU	親-幼児的	集権的
病棟医療：急性疾患	疾患の治療	急性期病棟	親-一年長児的	やや分権的
リハビリテーション	生きる力の回復	リハビリ病棟など	親-一年長児から成人-成人へ	おおいに分権的
外来医療：慢性「疾患」	危険因子のコントロール	通院施設	成人-成人	分権的？ 本来は分権的？
地域ケア	生活支援	患者の家・生活場面	成人-成人	分権的？ むしろ分権的？

藤井啓之助「今日の在宅医療」2002,医学書院

IPE に何が求められているか

- 現状をどう理解するか、**共有**する
- 職種のアイデンティティと**相互尊重**
- 協働、互いに**守りあう**ためのスキル



● 大嶋伸雄教授（首都大学東京）による

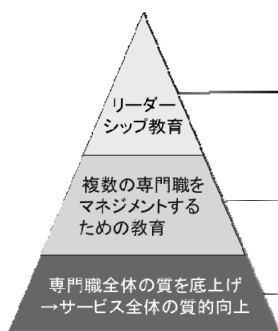


図 連携教育の目的別階層構造

● 大嶋伸雄教授（首都大学東京）による

IPE に何が求められているか

- 現状をどう理解するか、**共有**する
- 職種のアイデンティティと**相互尊重**
- 協働、互いに**守りあう**ためのスキル

「連携」現場で起こっていること

④ 専門職間相互の **制約** Constraints
④ 専門職間の **衝突** Conflict
④ **調整** 機能Coordinateの不足・欠如

Inter-professional Workを進めるための障害
(Audrey Leathard 1994)

1. 異なる教育と専門の背景（文化）
2. 専門的役割の希薄化への不安
3. 組織の相違
4. 報酬のための競争
5. 互いのサービスサポートの欠如
6. 専門職としての均一性の欠如
7. 乏しいコミュニケーション

• 大嶋伸雄教授（首都大学東京）による

Inter-professional Education を進めるための障
害
(Audrey Leathard 1994)

1. 異なる、または両立しない目標
2. 専門職制度
3. 専門性の背景（文化）
4. 専門用語
5. 分離した専門教育～定型化
6. 乏しいコミュニケーション

• 大嶋伸雄教授（首都大学東京）による

実践例の紹介

対人援助のワークショップ

1997～2005,

健和会臨床疫学研究所, みさと健和病院,
柳原病院ほか

実践例の紹介

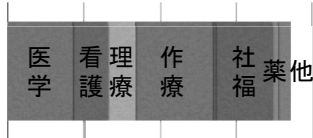
専門の異なる学生で構成された **グループ** が
地域医療現場での **フィールドワーク** を通じ、他の
専門職の **視点** に触れ、各々の専門性を **再認識** し、
患者の **暮らし** ・求められる保健医療福祉サービスのあり方について
認識を深める。

実践例の紹介

- スタッフ：**ファシリテータ**、現場協力者、事務局
- 参加者募集・選考：専門の異なる3～5名のグループを構成。事前に実施要項配布、読書会テキストを通知
- 初日：オリエンテーション、自己紹介、読書会
- 2～3日目：診療録からKey Staff をリストアップし、現場をめぐって **インタビュー**。可能なら当事者宅も訪問。患者像、患者と各専門職間の関係について **討論**、報告を準備。
- 最終日：全体で **発表** 会、交流会

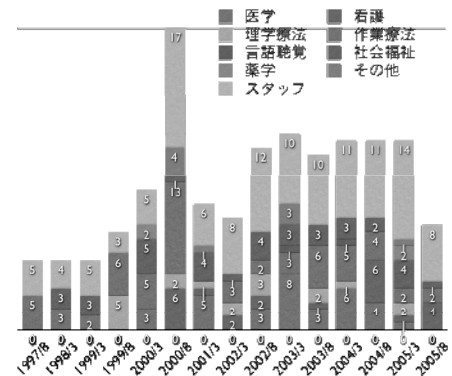
実践例の紹介

186人が参加、129人のスタッフ



※在宅医療助成勇美記念財団の援助をいただいた。

参加者数とスタッフ数の推移



ルールは3つだけ

- 当事者に迷惑をかけない
- 現場に迷惑をかけない
- お互いに迷惑をかけない

●参考資料：ファシリテータ・ヒント集

本プログラムの意義を明らかにするための解析

解析対象：第8～11回WS参加者計63名の終了直後の感想文(自由記載)

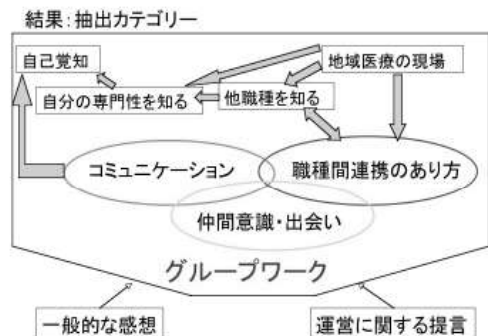
専門内訳：医学20、作業療法16、社会福祉13、理学療法5、看護3、他6

KJ法により解析

すべての記載項目を抽出し、カテゴリー化を実施

解析実施者：医師、医学・看護・作業療法・社会福祉系教員、プログラム参加者

高屋敷由美、藤井博之、大嶋伸雄「地域における医療関係職種学生合同実習から参加者が得たものは？～卒前医学教育における職種間連携の教育の意義～」『医学教育』第37巻第6号、2006年



高屋敷由美、藤井博之、大嶋伸雄「地域における医療関係職種学生合同実習から参加者が得たものは？～卒前医学教育における職種間連携の教育の意義～」『医学教育』第37巻第6号、2006年

先進例の紹介 : United Kingdom

- DH (保健省) が、保健・医療・福祉の専門職教育で、2006年に **IPEを義務化**
 - 単一の大学では多様な領域の学生の演習ができない場合、**複数の大学の連携**によってIPEのプログラムを実施している→ (効果) むしろ常態化
 - 各大学で **特色あるIPE**のプログラム作りを行なっている
- 大嶋伸雄教授 (首都大学東京による)

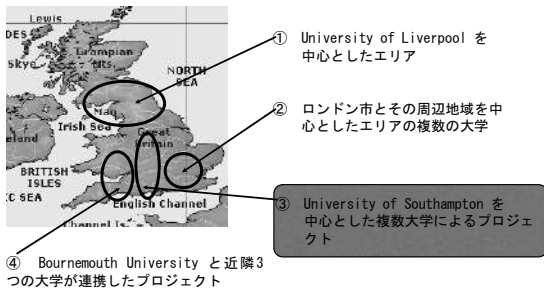
先進例の紹介 : United Kingdom

● **CAIPE**: UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education, 1987~, a charitable organisation which promotes interprofessional education for health, social care and the related professions.

大嶋伸雄教授 (首都大学東京による)

先進例の紹介 : United Kingdom

・ 2002~2007年 英国内でIPE推進の4つのLeading edge siteが選ばれた: 3億4千万円の国家予算

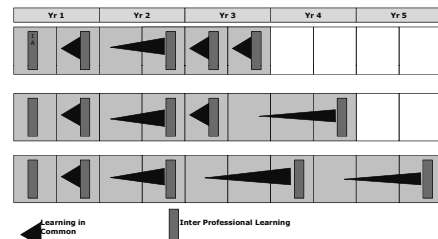


大嶋伸雄教授 (首都大学東京) による

先進例の紹介 : United Kingdom

異なる修業年限とUnitの配置

各学科は異なる修業年数であるが、卒業までに通算8週間このプロジェクトに時間を供出する。卒業年次までバランス良く4つのユニットが配置されている。



大嶋伸雄教授 (首都大学東京) による

先進例の紹介 : United Kingdom
New Generation Project

- サウサンプトン大学の3学部5学科と、ポーツマス大学の2学部3学科、そしてHampshire and IOW地域の保健医療福祉職の生涯教育組織の協働によるプロジェクト
- 実践現場としては、18のNHS機関 (病院や診療所、施設などを含む)、3つのソーシャルサービス機関 (福祉事務所)、7つの独立・ボランティア組織 (日本の社会福祉法人立の施設やサービスもここに含まれる)

大嶋伸雄教授 (首都大学東京) による

先進例の紹介 : United Kingdom
Common learning : 4つのUnitとGroup

- Unit 1: Campus-basedで大学の各学科教員が指導にあたる。入学間もない11月と、3月にそれぞれ1週間ずつ配置される
- Unit 2~4: Practice-basedで、協力機関にて現場指導者の指導の下、2週間ずつ実施される
- Group: 約10名1グループで最低5職種の学生により構成。1~2人のファシリテーターが配置。
注) ファシリテーターは現職者

大嶋伸雄教授 (首都大学東京) による

先進例の紹介：United Kingdom

UK vs. Japan 専門教育における実習時間の比較

	医学	看護	PT/OT	SW
UK	80-90週	2300時間	1000時間	200日
Japan	50-60週	1035時間	540-810時間	180-270時間

※表本文「保健医療福祉の専門職を一緒に教育する」連関医学界新聞

先進例の紹介：International interprofessional Conference
All Together Better Health
the Karolinska Institute & the Health University in Linköping, 2008

📍 **無保険の移民** 親子が病院を受診したときの医療チームの対応 (カナダ：バンクーバー総合病院)

📍 新米の医師が **ER** の夜勤をする時のシステム作り (USA：ロサンゼルス市の救急病院)

📍 **被虐待** 児童早期発見のための特別チーム (UK：ロンドン市内の複数の病院を巡回)

📍 大嶋伸雄教授 (首都大学東京による)

先進例の紹介：我が国での動向

- 1962年 雑誌「病院」が「人間関係」特集。座談会でチームという言葉を使用
- 1963年 日本リハビリテーション医学会設立。チームワーク、チーム診療、チーム医療、組織医療など
- 1965年 理学療法士・作業療法士資格化
- 1960年代 看護領域で「チーム医療」(主に単一チーム)、臨床検査技師など
- 1970年代 リハビリテーション、プライマリケア領域で「チーム医療」(主に医師と他職種)
- 1987年 社会福祉士・介護福祉士資格化
- 1995年 医学中央雑誌のキーワードとして「チーム」が独立
- 1998年 診療報酬「老人リハビリテーション総合計画評価表」480点
- 1999年 日本リハビリテーション連携科学学会設立
- 2000年 高齢者介護保険制度(ケアマネジメント制度化)
- 2005~2008年 文科省G.Pにおいて「連携」をキーワードとした大学数の増加

2008年 日本保健医療福祉連携教育学会 (JAIPE) 設立
2009年 JAIPE機関誌「保健医療福祉連携」発刊

大嶋伸雄教授 (首都大学東京による)

課題

📍 そもそもの目的を社会全体で確認する

📍 保健・医療職のみでなく社会福祉、教育、保育などに **拡大** する
📍 基礎教育で正規の課程に取り入れ、早期に **必修化** する。

実習の充実 を並行して進める必要あり!

📍 卒後教育で継続的・縦断的に取り組む。上司や管理者が **障壁** になる構造あり!

📍 **基盤** 的な開発・研究を進める
教育者の能力開発 Faculty Development,
協働のマネジメント Interprofessional Management,
諸分野にまたがった発展史



• ありがとうございました。

地域医療に関わる医療人の養成

文部科学省高等教育局医学教育課長
新木 一弘

平成22年2月26日(金)第8回「平成21年度在宅医療推進のための会」



本日のお話

- チーム医療の推進に関する政府決定
- 医療費と医療従事者の現状
- 医学部の教育
- 看護学部の教育
- 薬学部の教育
- 歯学部の教育
- 大学院教育の充実

文部科学省 MINISTRY OF EDUCATION, CULTURE, SPORTS
SCIENCE AND TECHNOLOGY JAPAN

本日のお話

- チーム医療の推進に関する政府決定
- 医療費と医療従事者の現状
- 医学部の教育
- 看護学部の教育
- 薬学部の教育
- 歯学部の教育
- 大学院教育の充実

文部科学省 MINISTRY OF EDUCATION, CULTURE, SPORTS
SCIENCE AND TECHNOLOGY JAPAN

チーム医療推進に関する閣議決定等①

- 規制改革推進のための3か年計画(再改定)
(平成21年3月31日閣議決定)
- 内閣総理大臣指示
(平成21年5月19日経済財政諮問会議)
- 経済財政改革の基本方針2009
(平成21年6月23日閣議決定)
- 「ナースプラクティショナー(専門性の高い職務が可能な看護師)の必要性」に関する調査審議の今後の進め方について
(平成21年8月7日構造改革特別区域推進本部 評価・調査委員会取りまとめ)

3

チーム医療推進に関する閣議決定等②

- 規制改革推進のための3か年計画(再改定)
(平成21年3月31日閣議決定)

重点計画事項

1 医療

(4)医師及び他の医療従事者の供給体制の在り方の検討

① 医師と他の医療従事者の役割分担の推進

イ 専門性を高めた職種の導入【平成20年度検討開始】

海外においては、我が国の看護師には認められていない医療行為(検査や薬剤の処方など)について、専門性を高めた看護師が実施している事例が見受けられる。上記の「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめの内容を踏まえると、早急にこのような海外の事例について研究を行い、専門性を高めた新しい職種(慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど)の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。

4

チーム医療推進に関する閣議決定等③

内閣総理大臣指示(平成21年5月19日経済財政諮問会議)

看護師の役割の拡大は、「経済危機克服のための有識者会合」や「社会保障国民会議」の提言でもある。厚生労働省において、専門家を集め、日本の実情に即して、どの範囲の業務を、どういう条件で看護師に認めるか、具体的に検討していただきたい。

5

チーム医療推進に関する閣議決定等④

経済財政改革の基本方針2009(平成21年8月23日閣議決定)

第2章 成長力の強化

6. 規制・制度改革

- ・ 医師と看護師等との役割分担の見直し(専門看護師の業務拡大等)について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめる。

6

チーム医療推進に関する閣議決定等⑤

「ナースプラクティショナー(専門性の高い職務が可能な看護師)の必要性」に関する調査審議の今後の進め方について(平成21年8月7日構造改革特別区域推進本部評価・調査委員会取りまとめ)

評価・調査委員会においては、本提案について、これまでの調査審議を通じ下欄のような事項を指摘しているところであり、規制所管省庁においては、当該専門家会議における検討に際し、当該指摘事項について十分に考慮の上、提案者の要望に最大限応えるよう努めるべきである。

7

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について

平成19年12月28日
各都道府県知事宛厚生労働省医政局長通知

- これを受け、平成20年6月に各都道府県公立大学長宛てに文部科学省より通知を発し、周知・徹底を依頼したところ。

良質な医療の継続的な提供のため、医療関係法令等に認められている業務範囲の中で、各医療機関の実情に応じて、関係職種間で適切に役割分担を図り、業務を行うことが重要。

役割分担の具体例

書類作成等、ベッドメイキング、院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送、薬剤の投与量の調節、静脈注射、救急医療等における診療の優先順位の決定、入院中の療養生活に関する対応、患者・家族への説明、採血、検査についての説明、薬剤の管理、医療機器の管理 など

医師、医療関係職、事務職員間で適切に役割分担を図る。

看護師等による静脈注射の実施について

- 平成18年3月から、看護師等による静脈注射の実施状況について毎年度実施調査を実施
- 平成21年度は、個々個別のケースを問うものではなく、各大学病院における実施方針の有無等について調査を実施

○調査結果(平成21年10月現在) ※ () 内は平成20年10月現在の実施状況
(21年度は調査内容を変更したため、20年度調査における「原則看護師が実施」+「医師・看護師の区別なく実施」の割合と比較)

	看護師が実施する方針を持つ部署(診療科)		
	異状針等によるルート確保・注射	留置針によるルート確保・注射	側管注
国公私計	89.3% (51.6%)	82.9% (37.2%)	83.8% (55.0%)
79			

診療に従事する大学院生の処遇改善について

- 上記と同じく、平成18年3月から、大学院生の診療従事状況等について毎年度実施調査を実施

調査結果を踏まえ、以下について要請 (平成20年6月30日 高等教育局長通知)

大学院生等が診療業務の一環として従事している場合には、労働災害保険の適用が可能となる雇用契約を締結するなど適切な対応が必要

○調査結果(平成21年10月現在) ※ () 内は平成20年10月現在の実施状況

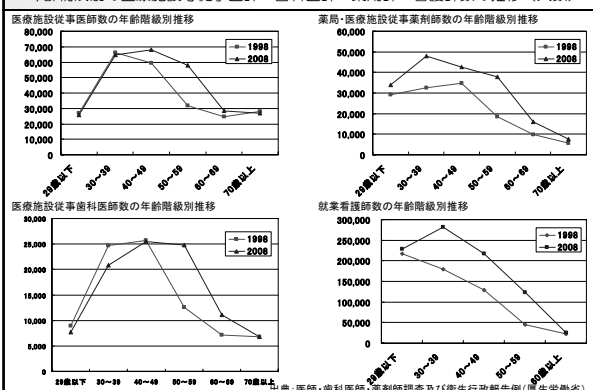
	医学系大学院生の総数	うち診療に従事している人数	
		雇用関係なし	雇用関係あり
国公私計	17,759人 (19,122人)	8,039人 (8,360人)	38.1% (44.9%)
79			61.9% (55.1%)

本日のお話

- チーム医療の推進に関する政府決定
- 医療費と医療従事者の現状
- 医学部の教育
- 看護学部の教育
- 薬学部の教育
- 歯学部教育の充実

文部科学省 MINISTRY OF EDUCATION, CULTURE, SPORTS, SCIENCE AND TECHNOLOGY JAPAN

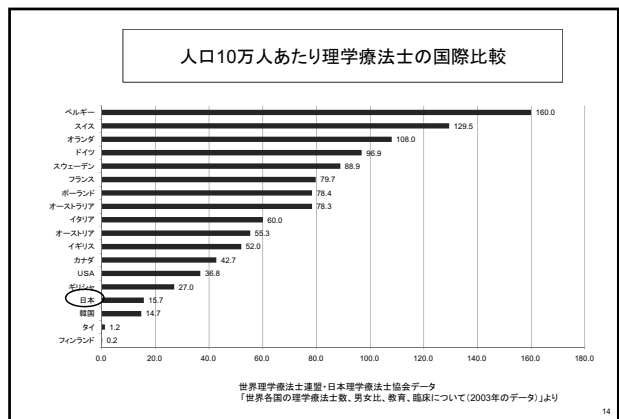
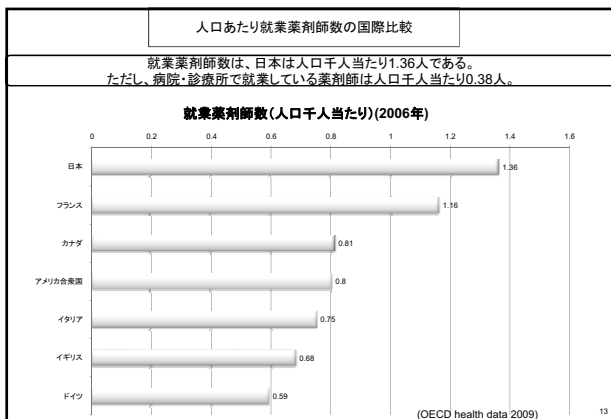
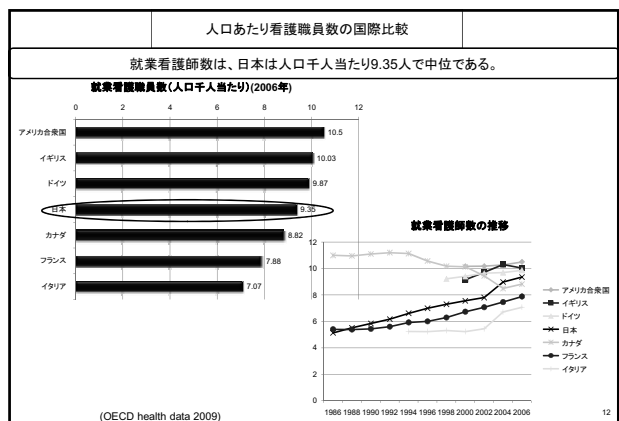
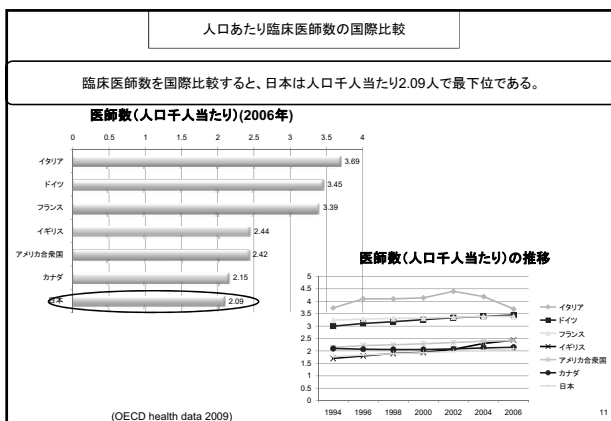
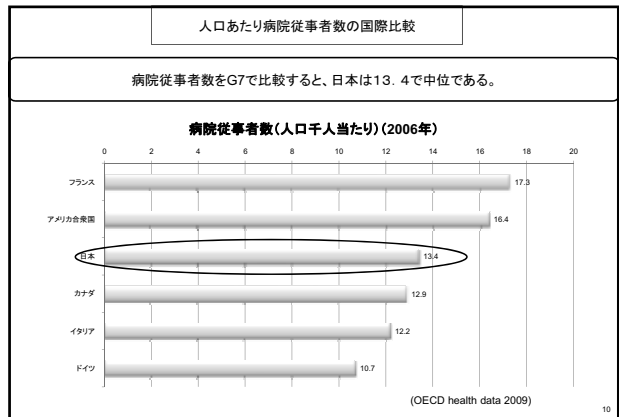
年齢構成別の医療施設等従事医師・歯科医師・薬剤師・看護師数の推移(人数)

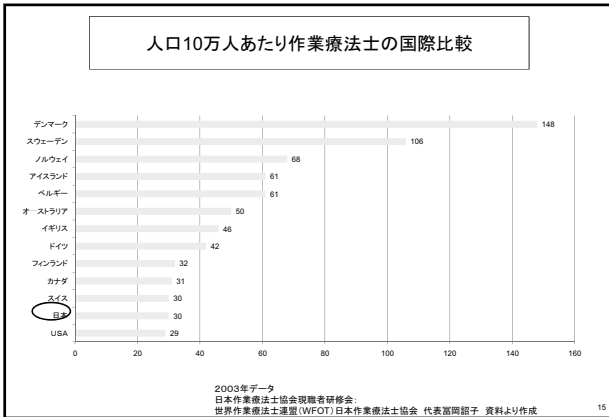


医療提供体制の各国比較(2005年)

国名	医師数 (病床百床当たり)	医師数 (人口千人当たり)	看護職員数 (病床百床当たり)	看護職員数 (人口千人当たり)
日本	14.3 (2004)	2.0 (2004)	63.2 (2004)	9.0 (2004)
ドイツ	40.3	3.4	115.1	9.7
フランス	45.6	3.4	103.1	7.7
イギリス	61.6	2.4	232.7	9.1
アメリカ	75.9	2.4	233.0 (2002)	7.9 (2002)

(出典)「OECD Health Data 2007」
 ※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で割って算出した数値である。
 ※ 日本看護協会の調査による看護職員数(2004年)は、この数値に近似的である。
 注：看護職員数：Nurse(認定看護師、助産師、その他)の総数、Nurse(認定看護師)は、この数値に含まれていない。
 フランス：急性期病床、長期病床、長期療養、精神科、その他の病床。イギリス：NHS(国民保健)と非NHS(民間)の病床を指す。
 アメリカ：AMA(American Medical Association)に登録されている全職員の総数

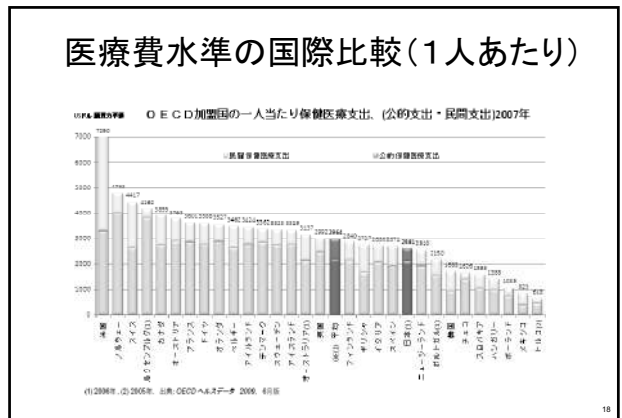
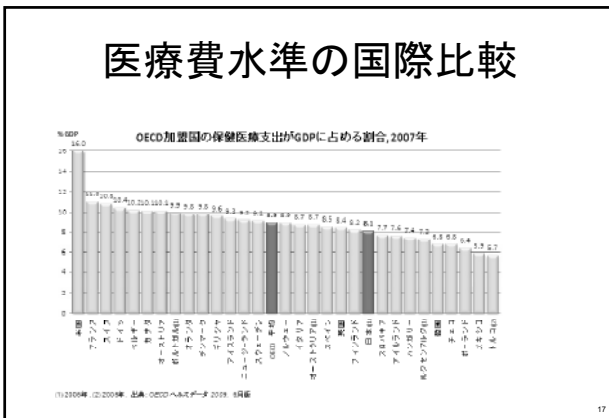




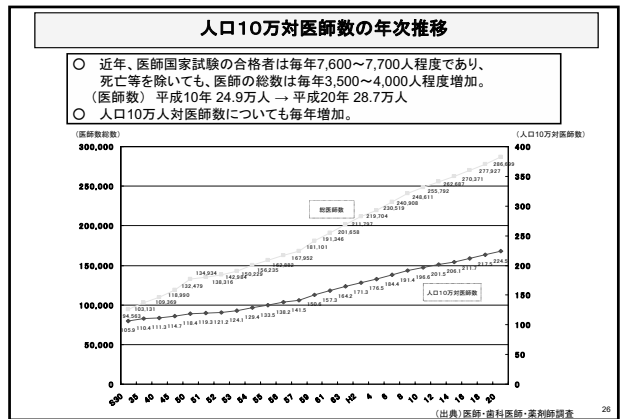
病院ごと職員配置の例

病院名	ドイツF病院	フランスH.D病院	国立T病院
病床	924	329	367
平均在院日数	7.79日	4.86日	15.8日
医師(人)	289.5	241	67
レジデント		インターン96	9
看護師	684.2	1146	327
看護助手			3
パラメディカル(PT,OT等)	301.5	15	55
栄養士			3
ハウスキーパー	8.2		
その他	483.1	326	42
職員/病床	1.9	5.54	1.4
看護師/病床	0.74(看護助手を含む)	3.48(看護助手を含む)	0.9

(厚生労働省保健局医療課調べ)



- ### 本日のお話
- チーム医療の推進に関する政府決定
 - 医療費と医療従事者の現状
 - 医学部の教育
 - 看護学部の教育
 - 薬学部の教育
 - 歯学部の教育
 - 大学院教育の充実
- 又部科学省 MINISTRY OF EDUCATION, CULTURE, SPORTS, SCIENCE AND TECHNOLOGY JAPAN



都道府県別にみた人口10万人対医師数

○都道府県別に見て、人口10万人対医師数は最小で146.1(埼玉県)から最大で299.4(徳島県)。(人口10万人対従事医師数で見ると、最小で139.9(埼玉県)から最大で279.2(京都府)。)

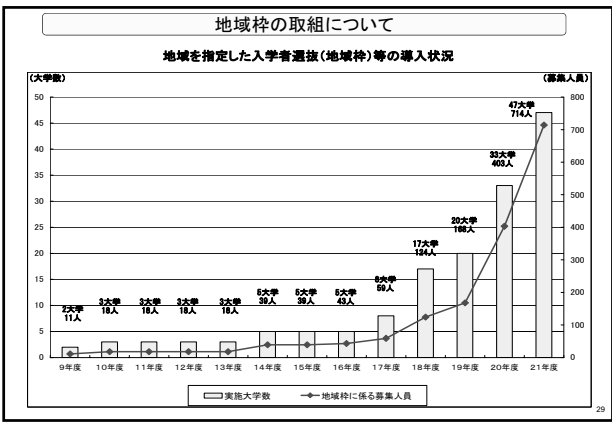
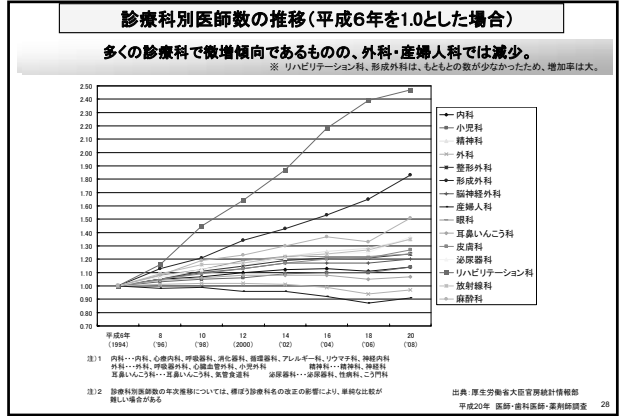
都道府県	平成10年		平成20年	
	(総医師数)	(従事医師数)	(総医師数)	(従事医師数)
全国	196.6	224.5	212.9	224.5
北海道	192.8	224.9	213.7	225.8
青森	185.3	184.1	175.4	185.9
岩手	165.8	181.9	178.3	243.3
宮城	194.7	218.2	204.6	209.2
秋田	177.1	208.2	185.6	192.7
山形	177.2	210.4	193.5	201.0
福島	187.5	190.3	183.2	206.4
茨城	126.9	142.1	133.7	148.8
栃木	181.0	211.1	200.9	209.1
群馬	187.9	208.1	200.1	227.4
埼玉県	114.5	146.1	133.0	151.9
千葉県	128.3	147.1	151.0	177.6
東京都	254.4	296.6	277.4	246.3
神奈川県	194.2	185.3	181.3	234.3
新潟	168.8	187.5	174.4	201.7
山梨	207.6	240.0	226.6	286.2
長野	233.5	239.7	243.5	239.8
岐阜	187.1	226.0	216.0	264.2
愛知	180.8	211.8	203.7	244.4
三重	171.9	205.0	196.4	236.6
滋賀	126.8	144.2	177.8	217.4
京都府	137.7	184.0	176.4	225.7
大阪府	175.0	194.8	183.4	218.5

人口10万人対医師数の平成10年→平成20年の増加率

全国	114.2%	(196.6 → 224.5)
東京	112.2%	(264.4 → 296.6)
大阪	112.4%	(228.9 → 257.2)
愛知	109.8%	(175.0 → 194.8)

(参考)総医師数 全国平均・・・224.5人
最大都道府県・・・徳島県(299.4)
最小都道府県・・・埼玉県(146.1)
最大と最小の差は、約2.0倍

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部 平成20年「医師・歯科医師・薬剤師調査」



平成22年度医学部入学定員の増員について

1. これまでの経緯

○平成18年の「新医師確保総合対策」により医師不足が深刻な都道府県(青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重)について各10名、平成19年の「緊急医師確保対策」により全都道府県について各5名などの入学定員の増員を実施。

○「経済財政改革の基本方針2008」を踏まえ、平成21年度の入学定員を8,486人に増員。

2. 平成22年度の医学部定員増

平成22年度の医学部入学定員については、以下の枠組みで360人増の8,846人に増員。

①地域の医師確保の観点からの定員増 313人
都道府県が地域医療再生計画に基づき奨学金を設け、大学が地域医療を担う意思を持つ者を選抜し地域医療等を教育を実施。

②研究医養成のための定員増 17人
複数の大学と連携し、研究医養成の拠点を形成しようとする大学で、研究医の養成・確保に学部・大学院教育を一貫して取り組む各大学3人以内の定員増。

③歯学部入学定員の削減を行う大学の特例による定員増 30人
歯学部を併せて有する大学が当該歯学部の入学定員を減員する場合の定員増。

※増員期間は平成31年度までの10年間

医学部(医学科)入学定員の推移

※入学定員には編入入学定員を含む。私立大学の入学定員は募集人員を記載。

区分	国立(42校)	公立(8校)	私立(29校)	合計(79校)
昭和56年4月 ピーク時の定員	4,580	660	3,040	8,280
○昭和57年9月 閣議決定 ○平成9年6月 閣議決定				減490 減160
平成19年4月 削減後の定員	4,090	655	2,880	7,625
○平成18年8月 新医師確保総合対策: 医師不足県において、10名を限度として、暫定的な定員増を容認 等 ○平成19年8月 緊急医師確保対策: 全都道府県において、5名(北海道は15名)を限度として、暫定的な定員増を容認 等				増369 増271
平成20年4月	4,165	728	2,900	7,793
○平成20年6月 閣議決定「経済財政改革の基本方針2008」これまでの閣議決定(※)に代わる新しい医師養成の在り方を確立する。 (※)「 地域を指定した入学者選抜(地域枠)を導入することにより、今後の必要な医師養成について を検討する。」 ※緊急医師確保対策による増員分を含む。				
平成21年4月	4,528	787	3,171	8,486
○平成21年6月 閣議決定「経済財政改革の基本方針2009」「地域枠、診療科目、病院・診療所間の医師の偏在を是正するための効果的な方策及び医師人材確保対策を講ずる」				
平成22年4月	4,793	812	3,241	8,846

民主党マニフェスト(抜粋)

3 年金・医療

22. 医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する

【政策目的】

- 医療従事者等を増員し、質を高めることで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供する。
- 特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する。

【具体策】

- OECD平均の人口当たり医師数を目指し、医師養成数を1.5倍にする。

新成長戦略(基本方針) 2009年12月30日(抜粋)

2. (2)ライフ・イノベーションによる健康大国戦略

【主な施策】

○医師養成数の増加

○勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保

○医療・介護従事者間の役割分担を見直す

35

医学教育モデル・コアカリキュラム(抄)

A 基本事項

3 コミュニケーションとチーム医療

(3)チーム医療

一般目標:

チーム医療の重要性を理解し、医療従事者との連携を図る能力を身につける。

到達目標:

- 1) 医療チームの構成や各構成員の役割、連携と責任体制について説明し、チームの一員として参加できる。
- 2) 自分の能力の限界を認識し、他の医療従事者に必要に応じて援助を求めることができる。
- 3) 保健、医療、福祉と介護のチーム連携における医師の役割を説明できる。
- 4) 地域の保健、医療、福祉と介護活動とそのネットワークの状況を説明できる。

注)医学教育モデル・コアカリキュラムとは、医学部生が卒業前までに履修すべき学習内容を定めたもの。

医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告書(文部科学省:平成19年12月改訂)

36

臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について

文部科学省・厚生労働省の合同で設置した「**臨床研修制度のあり方等に関する検討会**」において、**臨床実習の充実を図るなど、医学教育のカリキュラムの見直しを行うことが提言**(平成21年2月18日)

平成21年2月～「**医学教育カリキュラム検討会**」(座長:荒川正昭新潟県健康づくり・スポーツ医学センター長)を設置し、検討

検討の趣旨

- モデル・コアカリキュラム作成、臨床実習開始前の共用試験導入を踏まえ、医学教育は着実に改善
- 臨床実習の内容・程度に格差があり、国家試験対策から6年次の臨床実習が形骸化
- 臨床系教員の多忙化による指導体制への影響、研究活動の停滞が深刻
- 医師不足問題への対応、臨床研修制度の見直しの方向性を踏まえ、卒前・卒後教育を一貫して見通した医学教育の改善を図る必要

平成21年5月1日に「**臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について**」をとりまとめ

32

「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について」(平成21年5月1日)の概要

◆基本的診療能力の確実な習得と将来のキャリアの明確化

臨床実習を系統的・体系的に充実させ、診療チームの一員として、患者に接し、診断・治療の判断ができる基本的な能力や医療人としての基本的姿勢を確実に身に付けるとともに、自らの将来のキャリアを明確に見通すことができるようにする

●5・6年次等の臨床実習の必要最低単位数(例えば50単位)を明確化(大学設置基準の改正等)

●臨床実習の充実の観点からの到達目標の明確化、内科、外科等の基本科目の充実、多くの診療科との連携を要する救急、総合診療、産科、周産期、小児、精神医療等の体系的教育の重視

◆地域の医療を担う意欲、使命感の向上

入学者選抜、医学教育、卒後教育を一貫した明確な理念の下、地域医療機関等と連携し、多様な現場に触れ、患者や地域の人々に接し実感させる機会を系統的に設け、患者等から信頼されるコミュニケーション能力や、地域の医療を担う意欲、使命感を高める

●卒前・卒後教育を一貫して担う大学が、全学的な体制の下、地域医療機関等と一体となって、地域全体で医師を養成・確保するシステムの構築を推進

●地域の医師確保のための地域枠や、医師不足診療科等の医師養成重点コースの設定等の推進

◆基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養

基礎と臨床の有機的連携により、進展著しい生命科学や医療技術の成果を生産を通じて学び、常に自らの診断・治療技術等を検証し磨き続け、日々の診療の中で患者や疾患の分析から病因や病態を解明するなどの研究マインドを涵養する

●研究者養成の重点コース、MD-PhDコース等や、研究室配属など実際の研究に携わる機会を推進

●基礎と臨床を関連付けた横断的、統合的な教育の重視

33

◆学習成果を生かす多面的な評価システムの確立

共用試験、医師国家試験それぞれが整合性をもって各段階で求められる能力を適正に評価し、臨床実習をはじめとする学習成果を生かす多面的な評価システムを確立する

- 共用試験の位置付けを明確化し、統一的な合格基準を設定、合格者に一定の証明書を発行
- 実習段階で可能な医行為を考慮し、必要実習内容等の実施履歴体系的記録・蓄積システムを構築
- 国家試験が臨床能力を適切に評価できるものとなるよう強く要請

◆医学教育の充実に必要な指導体制の強化

臨床実習の充実など医学教育の改善の実現のため、地域医療機関や関係地方自治体等との連携を深めながら、教育、研究、診療を担う大学教員の勤務環境を改善し、指導体制を強化する

- 大学設置基準に定める最低必要教員数の拡充を検討
- 医師不足が深刻な診療科等の環境整備や医療補助職員の配置等によって教員の勤務環境を改善

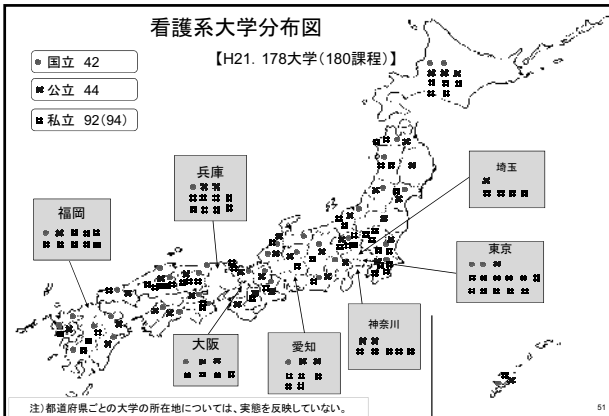
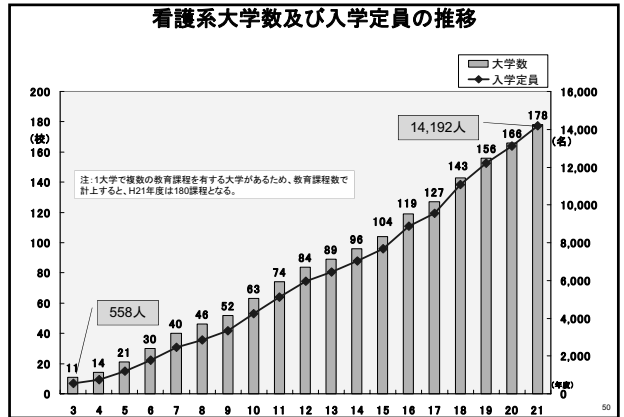
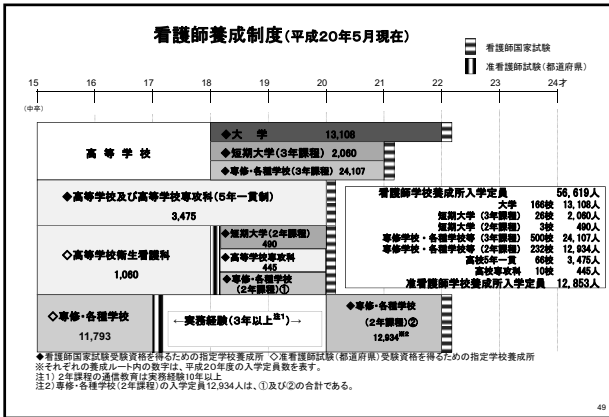
今後の検討

- 今後は、中央教育審議会、モデル・コアカリキュラム改訂に関する連絡調整委員会での検討が必要
- 文部科学省・厚生労働省が連携し、卒前・卒後を一貫して見直し、改革進捗の検証の場の設置を要請

34

本日のお話

- チーム医療の推進に関する政府決定
- 医療費と医療従事者の現状
- 看護学教育
- 教育内容の改善
- 大学院教育の充実



- ### 保健師助産師看護師法等の改正について
- 受験資格の改正(保健師助産師看護師法改正関係)
 - 保健師国家試験の受験資格について、文部科学大臣の指定した学校における修業年限を6ヶ月以上から1年以上に延長すること。
 - 助産師国家試験の受験資格について、文部科学大臣の指定した学校における修業年限を6ヶ月以上から1年以上に延長すること。
 - 看護師国家試験の受験資格を有する者として、文部科学大臣の指定した大学において看護師になるのに必要な学科を修めて卒業した者を明記すること。
 - 保健師、助産師、看護師及び准看護師の研修等
 - 保健師助産師看護師法改正関係
 - 保健師、助産師、看護師及び准看護師は、免許を受けた後も、臨床研修その他の研修を受け、その資質の向上を図るよう努めなければならないものとする。
 - 看護師等の人材確保の促進に関する法律改正関係
 - 看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針に定める事項について、看護師等の研修を明記すること。
 - 国の責務について、看護師等の研修等を明記すること。
 - 病院等の開設者等の責務について、イ) 新規採用看護師等に対する臨床研修その他の研修の実施及びロ) 看護師等が自発的に研修を受けるための配慮を明記すること。
 - 看護師等の責務について、研修を受けること等を明記すること。
 - その他
 - 改正法は、平成22年4月1日から施行すること。
 - 保健師国家試験及び助産師国家試験の受験資格等に関する経過措置を設けること。

看護実践能力育成の充実のための大学卒業時の到達目標(抄)

Ⅲ 卒業時到達目標とした看護実践能力の構成と卒業時到達度
 Ⅳ 群 ケア環境とチーム体制整備機能

16) 看護職チーム・保健・医療・福祉チームでの協働・連携

- 利用者の個別ニーズを充足する連携・協働
- チームの一員として自覚と責任ある行動
- ヘルスケアサービス利用支援

看護学教育の在り方に関する検討会報告
 (文部科学省：平成18年3月28日)

大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会(文科省)

<検討内容>

- 看護学基礎カリキュラムの在り方
- 今後の看護学教育の在り方とその質の保証方法
- 看護系大学院における高度専門職業人養成の在り方

<検討会委員>

◎座長 ○副座長

秋山正子 株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション代表取締役・統括所長
 倉田雅子 納得して医療を選ぶ会事務局長
 小山真理子 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科教授

<現在までの経過>

第1回 3月31日 座長・副座長選任後、自由討議
 第2回 4月20日 有識者からのヒアリング後、自由討議
 第3回 5月11日 有識者からのヒアリング後、自由討議
 第4回 5月25日 第一次報告骨子案について検討
 第5回 6月25日 第一次報告案について検討

◎学生課程における今後の看護学基礎カリキュラムの在り方について(第一次報告(8月18日))

◎座長 ○副座長
 秋山正子 株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション代表取締役・統括所長
 倉田雅子 納得して医療を選ぶ会事務局長
 小山真理子 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科教授
 坂本すが 社団法人日本看護協会副会長
 佐藤弘毅 白川大学長
 高田邦昭 群馬大学医学部長
 富野康日己 順天堂大学医学部長
 ◎中山洋子 福島県立医科大学看護学部長
 西澤寛俊 社団法人全日本病院協会会長
 ◎菱沼典子 聖路加看護大学看護学部教授
 羽生田俊 社団法人日本医師会常任理事
 平沢美恵子 日本赤十字看護大学教授
 前野一雄 読売新聞東京本社編集委員
 宮崎美砂子 千葉大学看護学部教授
 松尾清一 名古屋大学医学部附属病院長
 村嶋幸代 東京大学医学部研究科教授
 横尾京子 広島大学大学院保健学研究科教授(敬称略)

第一次報告(概要①)

検討の背景

- あらゆる看護ニーズに対応できる看護専門職養成を目指して、学士課程では看護学の基礎を体系化して教授。
- 保健師・看護師国家試験受験資格取得を卒業要件。
- 平成4年「看護師等の人材確保に関する法律」施行後、看護系大学が急増している。

54

第一次報告(概要②)

大学における看護学教育の課題

- 学士課程で学生が身につけるべき事項の明確化
- カリキュラムが過密化
- 実習施設の確保が困難となっている。
- 社会環境の変化により、実習内容が制限

54

第一次報告(概要③)

今後の大学における看護系人材養成の在り方

1) 大学における看護系人材養成の基本方針

- 学士課程段階では、長い職業生活において応用力のある看護系人材の養成を目指す。
 - <教育内容の見直しの方向性>
 - ・教養教育を充実
 - ・自発的な能力開発が継続できる素養や研究能力
 - ・看護専門職の基礎を教授
 - ・就労後の研修に効果的に接続できる教育内容

54

第一次報告(概要④)

今後の大学における看護系人材養成の在り方

2) 大学における保健師及び助産師教育の在り方

- 保健師教育の大学による選択制の導入
- 社会のニーズに応じた保健師・助産師教育の充実

54

第一次報告(概要)

今後の検討課題

- 「新たな看護学基礎カリキュラム」の具体的な内容やその質の保証の在り方
- 今後の保健師教育・助産師教育の内容やその質の保証の在り方
- 看護系大学院における高度専門職業人養成の具体的な在り方

54

検討会の今後の検討課題について

検討課題

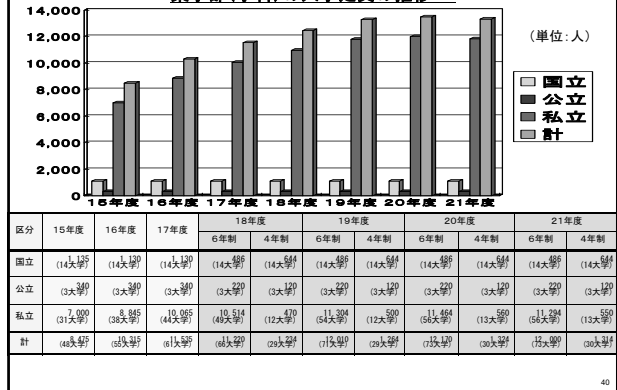
- (1)「新たな看護学基礎カリキュラム」の在り方
 - (2)看護学教育の質を保証する分野別評価(方法、実施体制等)
 - (3)今後の保健師教育・助産師教育の内容やその質の保証
 - (4)看護系大学院における高度専門職業人養成
- (1)及び(2)については、委託調査研究
看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム導入に関する調査研究

55

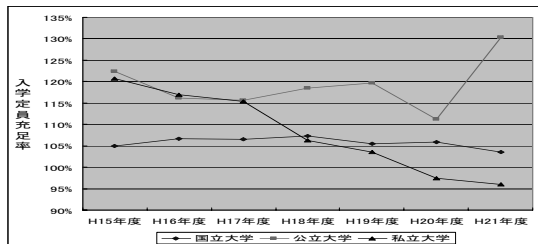
本日のお話

- チーム医療の推進に関する政府決定
- 医療費と医療従事者の現状
- 医学部の教育
- 看護学部の教育
- 薬学部の教育
- 歯学部の教育
- 大学院教育の充実

薬学部(学科)の入学定員の推移

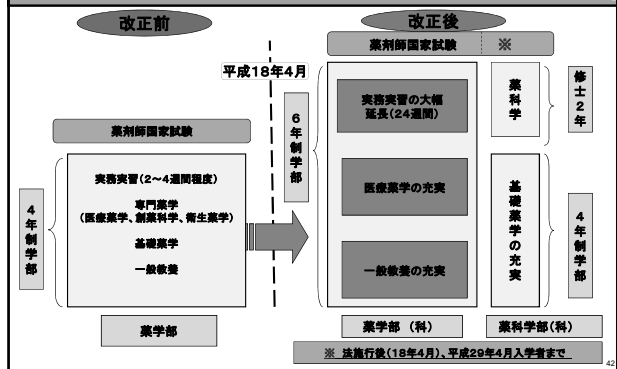


入学定員充足率の推移



	H15年度	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度
国立大学	104.93%	106.67%	106.56%	107.33%	105.43%	105.81%	103.53%
公立大学	122.35%	116.18%	115.59%	118.53%	119.71%	111.18%	130.33%
私立大学	120.66%	116.87%	115.34%	106.25%	103.51%	97.40%	95.94%
合計	118.77%	115.80%	114.18%	106.68%	104.08%	98.40%	97.32%

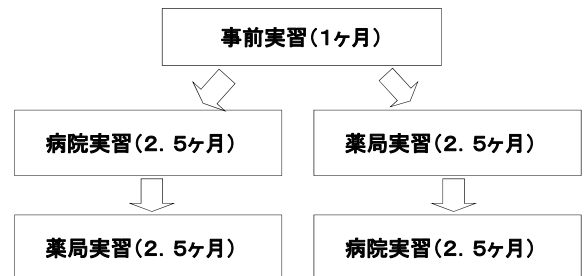
薬剤師養成のための薬学教育の改善・充実



6年制薬学教育カリキュラムの概略図

	1年次 (平成18年度)	2年次 (平成19年度)	3年次 (平成20年度)	4年次 (平成21年度)	5年次 (平成22年度)	6年次 (平成23年度)
	(教養教育、薬学基礎教育、薬学専門教育、実務実習)					
4	○ 一般教養の充実	○ 医療薬学の充実	○ 実務実習	○ アドバンスト実習・科目	○ 卒業研究	○ 卒業研究
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
1						
2						
3						
(月)						

6年制薬学教育における実務実習の流れ(H22年度より開始)(全体で約6ヶ月)



- 病院実習、薬局実習どちらを先に行ってもよい。
- 病院実習と薬局実習の実習内容に重複がある場合には、どちらかを履修していれば免除可能。

薬学教育モデル・コアカリキュラム(抄)

A 全学年を通して「ヒューマンズム」について学ぶ (3)信頼関係の確立を目指して

一般目標:

医療の担い手の一員である薬学専門家として、患者、同僚、地域社会との信頼関係を確立できるようになるために、相手の心理、立場、環境を理解するための基本的知識、技能、態度を修得する。

【チームワーク】

到達目標:

1. チームワークの重要性を例示して説明できる。
2. チームに参加し、協力的態度で役割を果たす。(態度)
3. 自己の能力を認識し、必要に応じて他者に援助を求める。(態度)

注)薬学教育モデル・コアカリキュラムとは、薬学専攻が卒業時までに修得すべき学習内容を定めたもの。

【日本薬学会 薬学教育カリキュラムを検討する協議会
(日本薬学会：平成14年6月作成)】

58

薬学系人材養成の在り方に関する検討会

目的

平成18年度からの新制度下における薬学系大学の人材養成の在り方に関する専門的事項について検討を行い、必要に応じて報告をとりまとめる。

委員

(◎:座長、○副座長)

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| ○市川 厚 (武庫川女子大学薬学部長) | 竹中 登一 (アステラス製薬株式会社代表取締役会長) |
| ○井上 圭三 (帝京大学薬学部長) | 永井 博弼 (岐阜薬科大学特別任用教授) |
| 生出泉太郎 (社団法人日本薬剤師会副会長) | ◎永井 良三 (東京大学大学院医学系研究科教授) |
| 太田 茂 (広島大学薬学部長) | 長野 哲雄 (東京大学大学院薬学系研究科教授) |
| 北澤 京子 (日経BP社 日経メディカル編集委員) | 橋田 充 (京都大学大学院薬学系研究科教授) |
| 北田 光一 (社団法人日本病院薬剤師会常務理事) | 平井みどり (神戸大学医学部附属病院薬剤部長・教授) |
| 倉田 雅子 (納得して医療を選ぶ会事務局長) | 正木 治恵 (千葉大学大学院看護学研究科長) |
| 小林 資正 (大阪大学大学院薬学系研究科長) | 村上 雅義 (財団法人先端医療振興財団常務理事) |
| 高柳 元明 (東北薬科大学理事・学長) | 望月 正隆 (東京理科大学薬学部教授) |
| | 望月 眞弓 (慶応義塾大学薬学部教授) |

45

薬学系人材養成の在り方に関する検討会第一次報告について (平成21年3月23日)

平成18年度から行われている新薬学教育制度のもとでの大学院については、学部段階の教育研究が行われる中で、必要となる研究内容が明らかになることから、その詳細については、今後検討が必要である(薬学教育の改善・充実について 平成16年2月18日中央教育審議会答申)とされていたため、「薬学系人材養成の在り方に関する検討会」を設置し、その教育の在り方と具体的な方策について第一次報告としてまとめた。

今後の薬学系大学院教育の基本的な考え方

(1) 現行薬学教育においては、薬剤師養成を目的とする6年制学部と薬学に関する多様な分野に進む人材養成を目的とする4年制学部が併存し、それぞれの大学院の目的は以下の通り。

6年制の学部を基礎とする大学院

・臨床的課題を対象とする研究領域を中心とした高度な専門性や優れた研究能力を有する薬剤師等の養成に重点をおいた教育研究を行うことを主たる目的とする。

4年制の学部を基礎とする大学院

・創薬科学等をはじめとする薬学領域における研究者の養成に重点をおいた教育研究を行うことを主たる目的とする。

(2) 薬学系大学院としての役割や機能を十分認識し、国際的通用性・信頼性のあるものとするため、入学定員の設定など教育研究活動について格段の工夫が必要。

46

薬学系大学院教育の充実のための具体的方策

(1) 教育内容・方法等の充実

6年制の学部を基礎とする大学院

・臨床現場での実践的な教育活動、当該専門領域に係る学術的な知識や研究能力等を体系的に習得させるための教育プログラムが必要。

・医療機関・薬局等関連施設との連携が必要。

4年制の学部を基礎とする大学院

・研究者に求められる創薬科学等の研究遂行に必要な基本知識や技術を体系的に習得させるための教育プログラムが必要。

(2) 教育研究組織の在り方

・体系的な教育課程の編成とそれを支える教員の教育指導研究能力の向上が重要。

・教員については、それぞれの大学院が設定する教育内容に応じて、適切に配置することが適当。

(3) 入学者の質の確保

・実効性のある入学者選抜の工夫、求める学生像や教育を受けるために必要な水準等を示した入学者の受入れ方針(アドミッションポリシー)の明確化が必要。

(4) 修了者の進路先の開拓・確保

・医療現場や医薬品の研究・開発企業等の連携強化、修了者の知識・技能のアピール、活躍できる環境や場の拡大に向けた取組が必要。

(5) その他

・大学院評価の在り方について今後検討が必要。

47

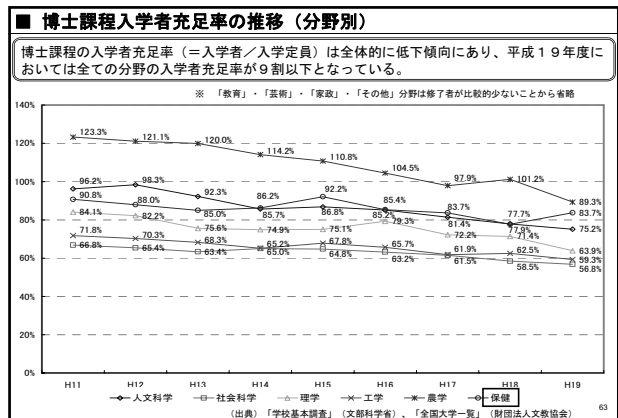
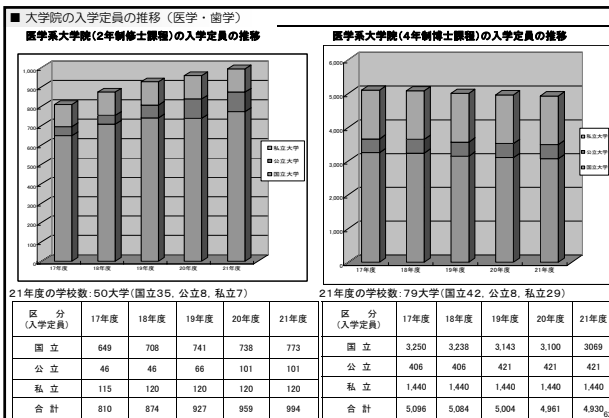
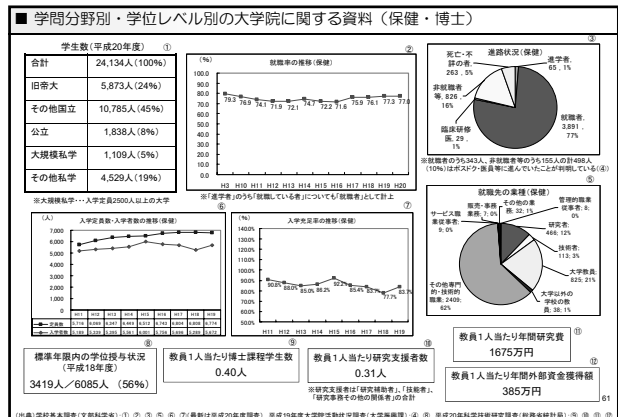
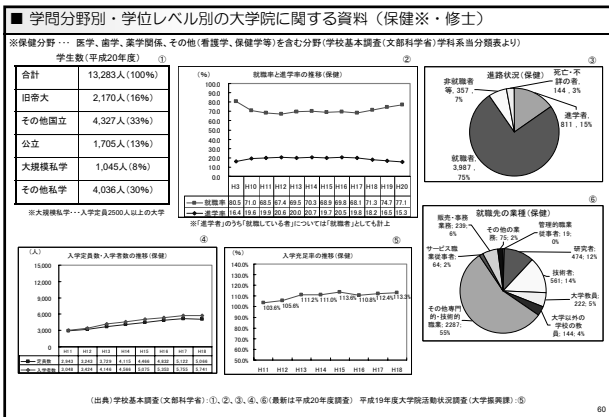
薬学教育改革の課題と現状

1. 共用試験の実施<薬学共用試験センター>
平成21年12月より本格実施
2. 長期実務実習の実施(平成22年度開始)
実務実習施設の確保及び指導体制の確立、
実習経費の高騰と財政的支援
3. 第三者評価の実施<薬学教育評価機構>
評価基準の作成、評価者の育成
4. 大学院教育の在り方
教育内容及び人材育成の目的の明確化
5. 6年制薬学教育の質の保証と規模
入学定員の急激な増加による質の低下への懸念、
創薬など研究者不足への懸念

48

本日のお話

- チーム医療の推進に関する政府決定
- 医療費と医療従事者の現状
- 医学部の教育
- 看護学部の教育
- 薬学部の教育
- 歯学部の教育
- 大学院教育の充実



終わりに

又部科学省 MINISTRY OF EDUCATION, CULTURE, SPORTS, SCIENCE AND TECHNOLOGY JAPAN

- ## まとめ
- 在宅医療にはチーム医療が不可欠
 - チーム医療を支える人材の養成
 - ・重要性、知識技能に関する教育=全員で医療と生活を支える
 - チーム医療実施体制整備と文化醸成(人、組織、運用)
 - ・協働のための組織内体制整備(情報共有:カンファレンス)
 - ・地域の保健医療福祉関係者全員でチームを構成
 - 患者-医療人関係の改善・充実と啓発
 - ・コミュニケーションと患者家族の参加

第九回 3月12日

「千葉県柏市における包括的な在宅医療推進プロジェクト」

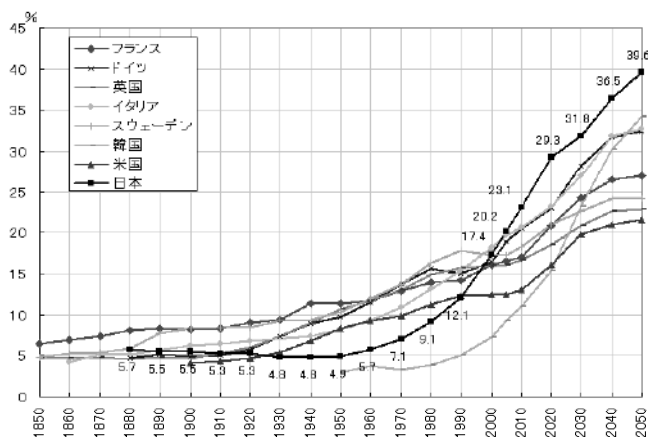
プレゼンテーション

辻哲夫様

(参考資料)

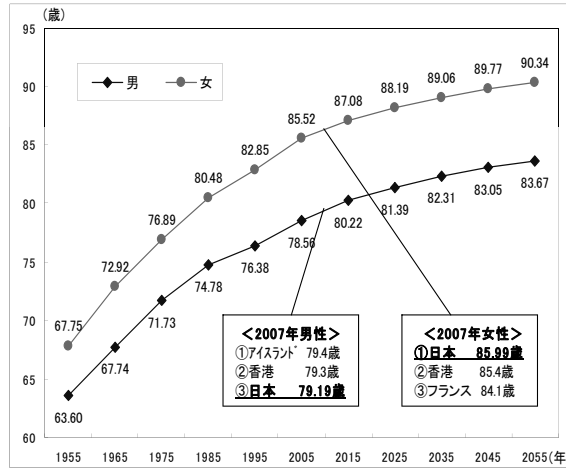
東京大学高齢社会総合研究機構
辻 哲夫

主要国における人口高齢化率の長期推移・将来推計



(注) 65歳以上人口比率。1940年以前は国により年次に前後あり。ドイツは全ドイツ。
日本は1950年以降国調ベース(2005年迄は実績値)。諸外国は国連資料による。
日本推計は「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)推計値)」
(資料) 国立社会保障・人口問題研究所「人口資料集2008」、国連「2008年改訂国連推計」

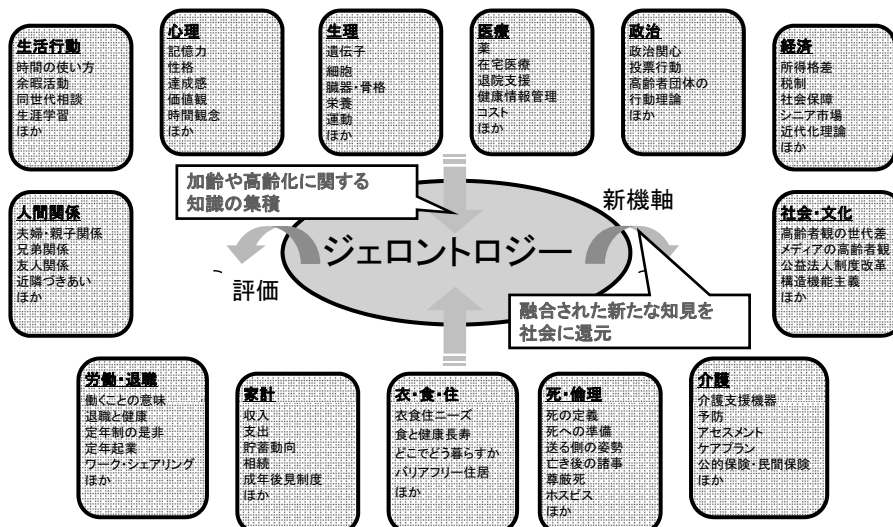
○平均寿命は伸び続ける。女性は2055年、90歳に到達。



資料: 2005年までは厚生労働省「完全生命表」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2006年12月推計)」の死亡中位仮定による推計結果

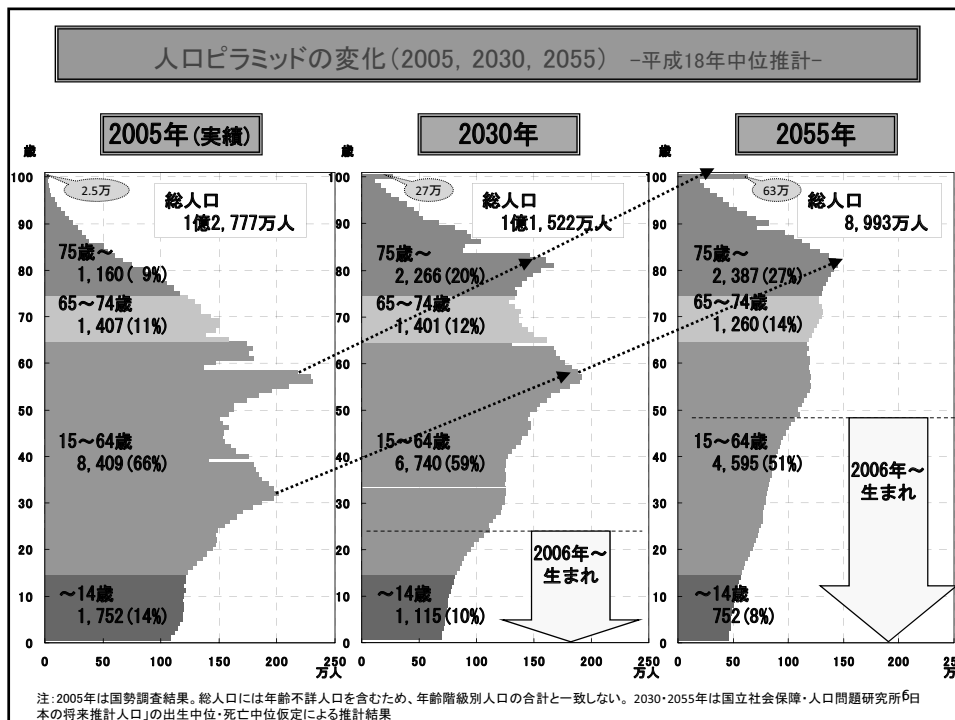
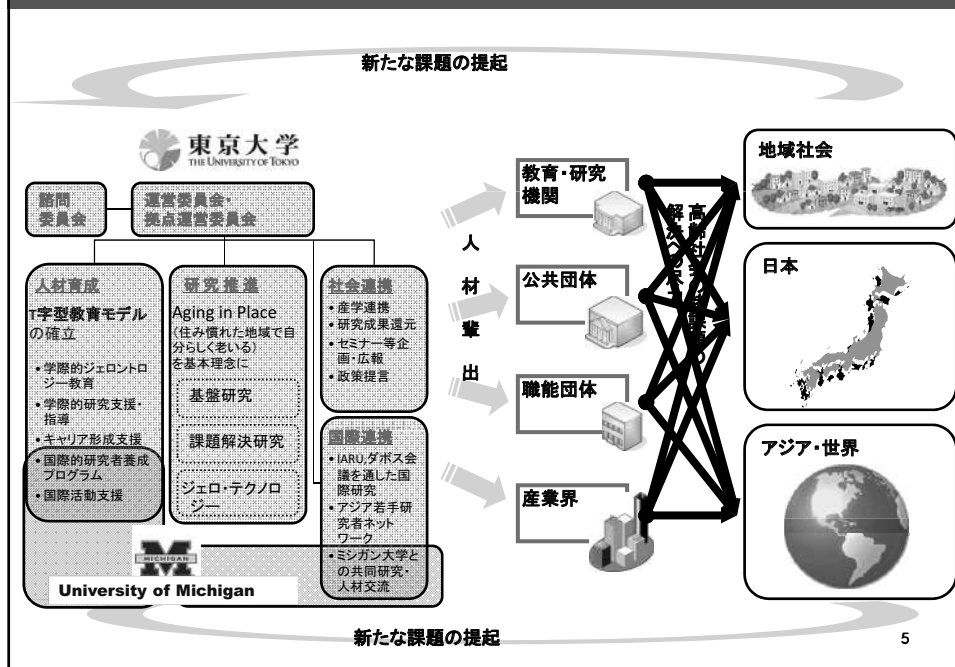
資料: 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」

ジェロントロジーが関連する多彩な領域

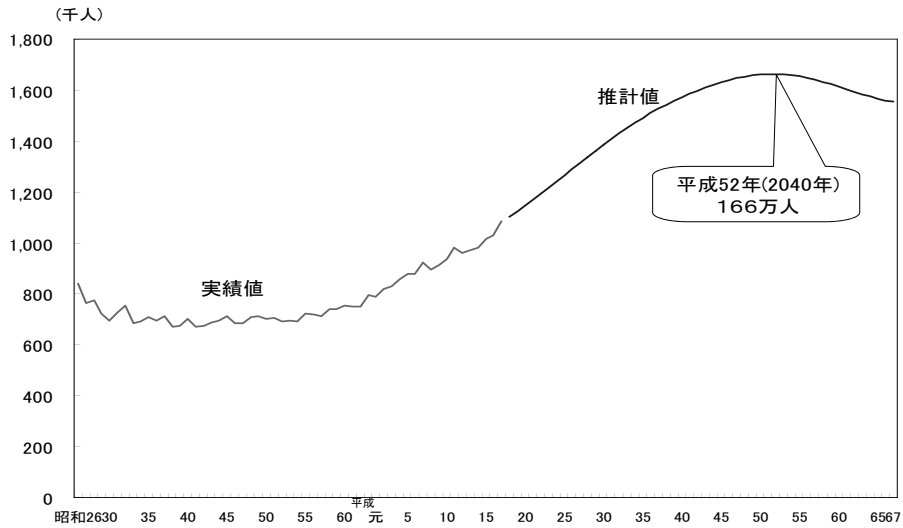


ジェロントロジー(老年学)の定義: 医学、生物学、心理学、社会学、法学、経済学、工学などを総合して加齢現象や老化にかかわる諸問題の解決を追求する学際的な学問分野

今求められる日本・アジア・世界のジェロントロジー教育研究拠点



死亡数の年次推移



資料) 平成17年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成18年以降は社会保障・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)

高齢者介護施策の現状と課題 ①

1. 介護保険制度の定着

- 高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、介護保険制度を平成12年(2000年)より実施。
- 実施後約7年が経過し、当初約150万人だった利用者が在宅サービスを中心に約200万人増加するなど、介護保険サービスは、身近なサービスとして国民に定着してきている。

2. 介護保険制度の見直し

- 介護保険の総費用の増大や、今後の認知症や一人暮らしの高齢者の増加といった課題に対応するため、主に平成18年4月より、介護保険制度の見直しを実施。
 - ・ 高齢者数の急速な増加
→ 「予防」を重視したサービスモデルへ転換
 - ・ 認知症高齢者の急速な増加
→ 認知症に対応したサービスモデルへ転換
 - ・ 高齢者世帯の急速な増加
→ 単身高齢者に対応したサービスモデルへ転換

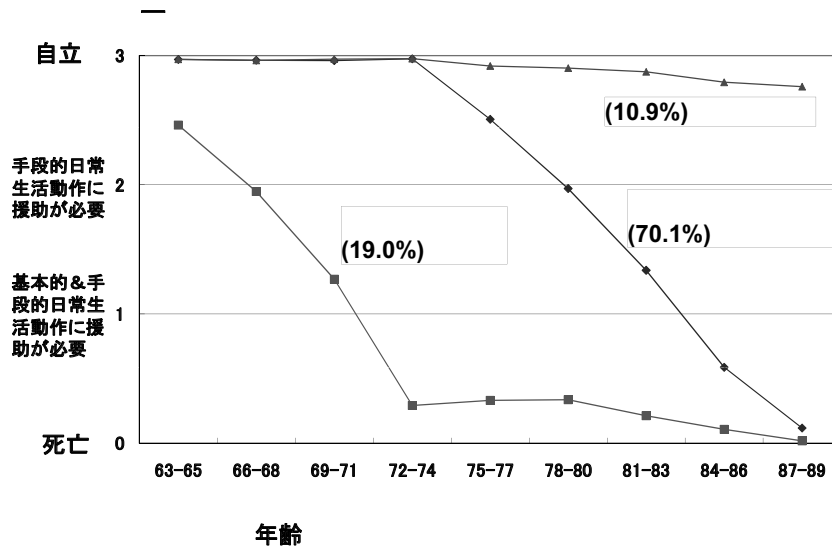
認知症高齢者数の増加

	2002年	2015年	2025年
認知症高齢者数 (万人)	149	250	323
65歳以上人口に占める割合 (%)	6.3	7.6	9.3

高齢者の世帯形態の将来推計

	2005年	2015年	2025年
一般世帯	4,904 万世帯	5,048	4,964
世帯主が65歳以上	1,338 万世帯	1,762	1,843
一人暮らし (高齢世帯に占める割合)	386万世帯 28.9%	566 32.2%	680 36.9%
夫婦のみ (高齢世帯に占める割合)	470万世帯 35.1%	614 34.8%	609 33.1%

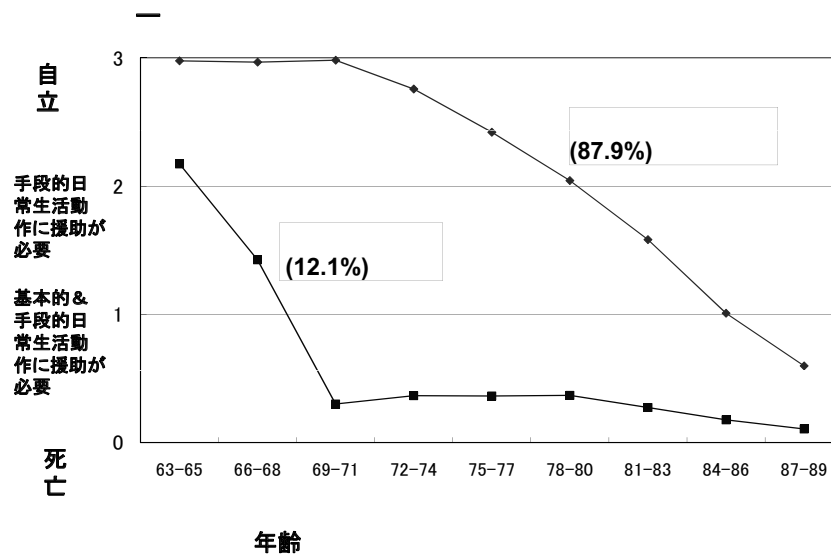
2-② 機能的健康度の変化パターン【男性】 (…理念の背景・補足)
 ー全国高齢者20年の追跡調査(N=6,000)



資料) Akiyama et al (2008) アメリカ老年学会2008年年次大会

11

2-② 機能的健康度の変化パターン【女性】 (…理念の背景・補足)
 ー全国高齢者20年の追跡調査(N=6,000)

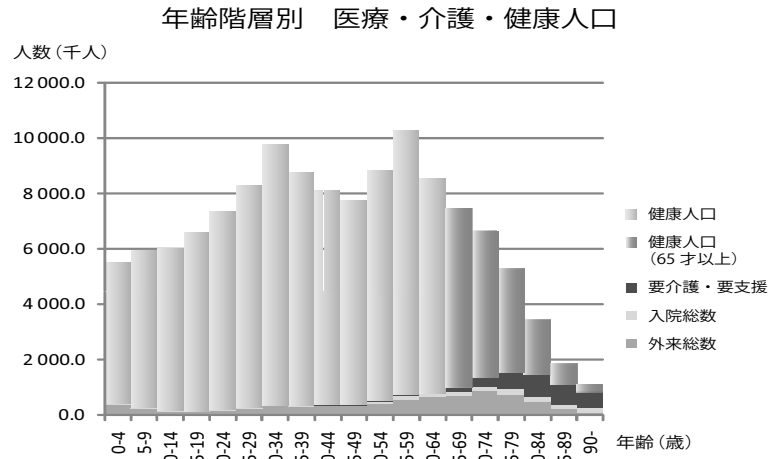


資料) Akiyama et al (2008) アメリカ老年学会2008年年次大会

12

高齢化社会の課題と対策

・ 高齢者の健康状態



13

高齢者介護施策の現状と課題 ②

3. 介護保険制度見直しの主な内容

(1) 介護予防の推進

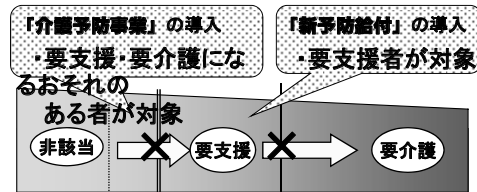
○ 高齢者ができる限り、介護を必要としない、あるいは重度化しないようにすることを目指し、「新予防給付」や「介護予防事業」の導入など、予防重視型システムへの転換を図っている。

○ 例えば、「体力をつける」「口と歯の健康を守る」「健康的に食べる」ことなどを目的に、個人個人の体力や状態に合わせた介護予防教室や個別指導などが各地域で行われている。

(2) 地域ケア体制の整備

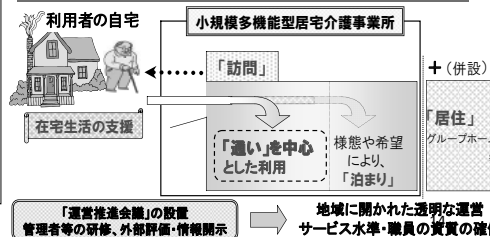
○ 認知症高齢者や一人暮らし高齢者が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、「地域密着型サービス」の創設や、「地域包括支援センター」の設置等による「地域ケア体制」の整備を進めている。

介護予防システムの確立



地域密着型サービス(小規模多機能型居宅介護)

○小規模多機能型居宅介護とは
「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供し、在宅生活の継続を支援→どのサービスを利用しても、なじみの職員によるサービスが受けられる



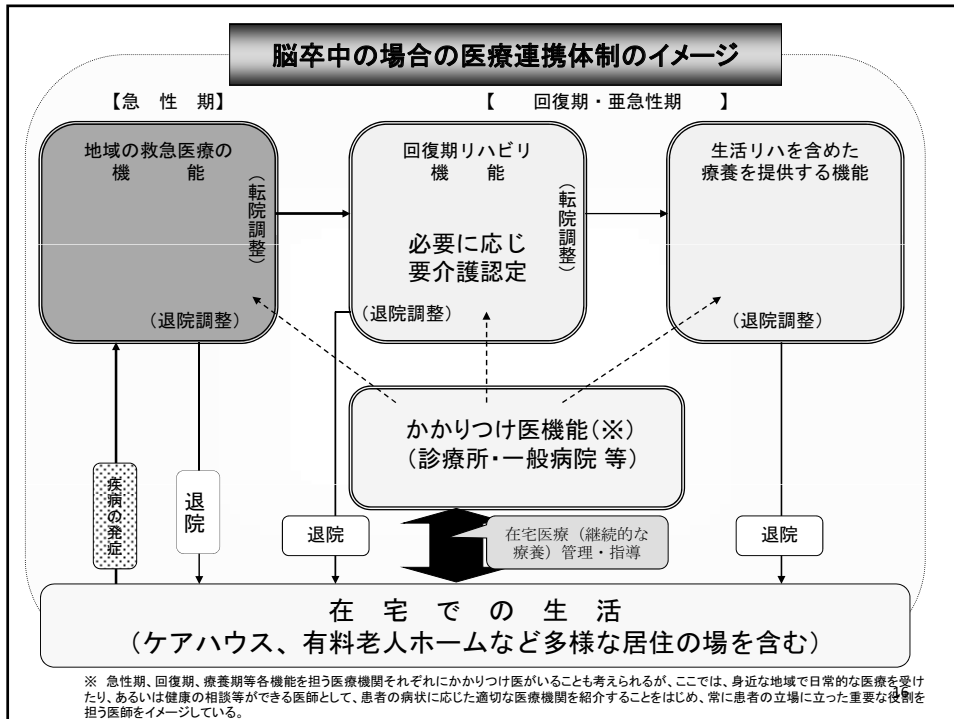
【日本】お年寄りの姿の変遷

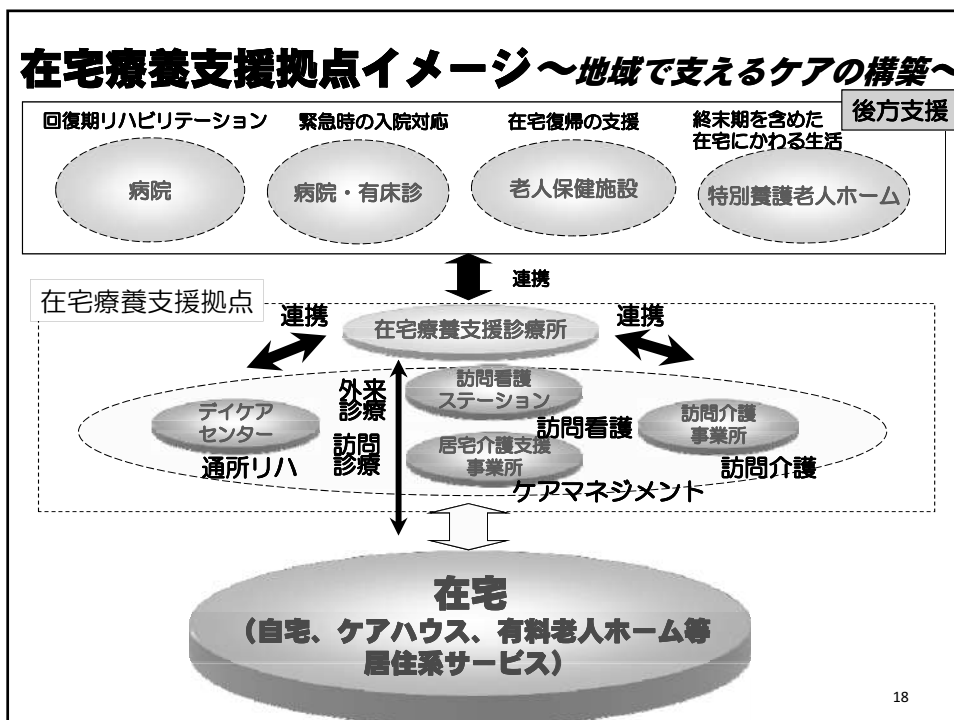
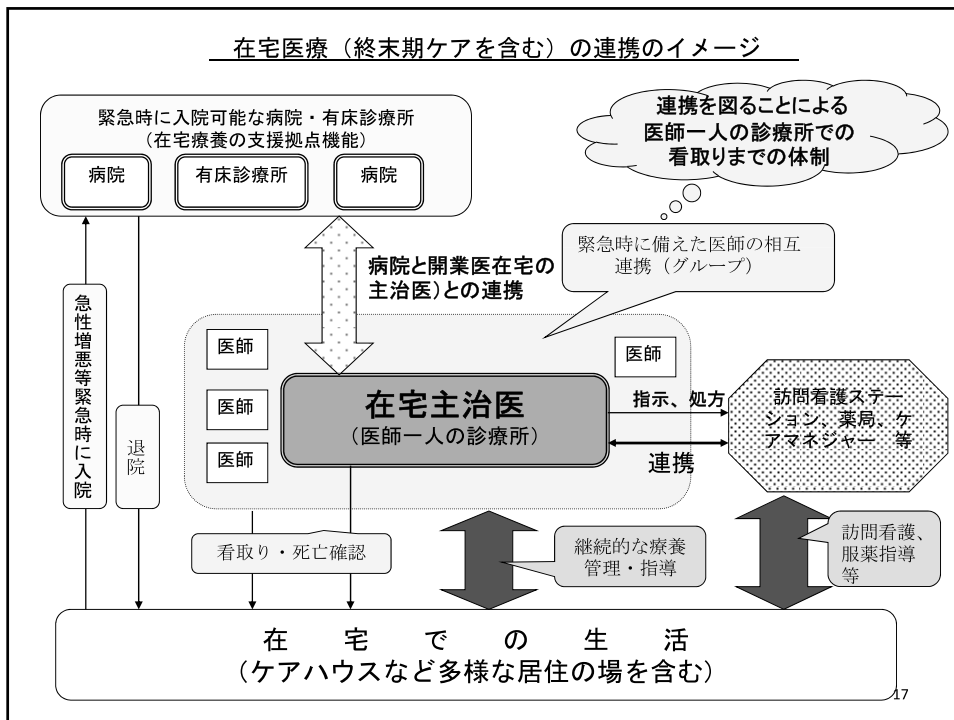


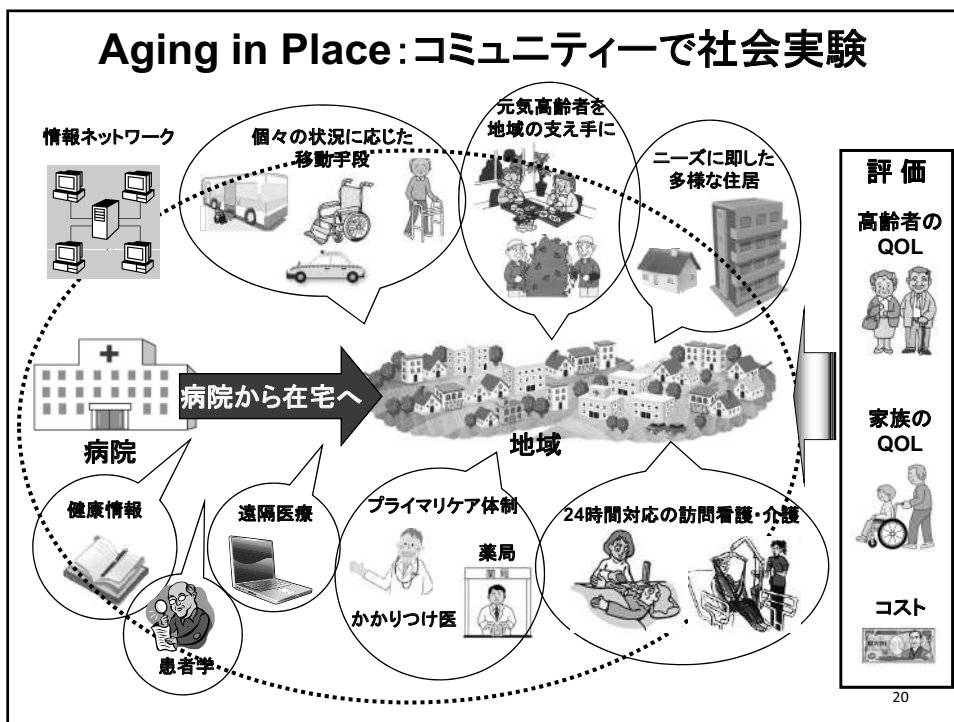
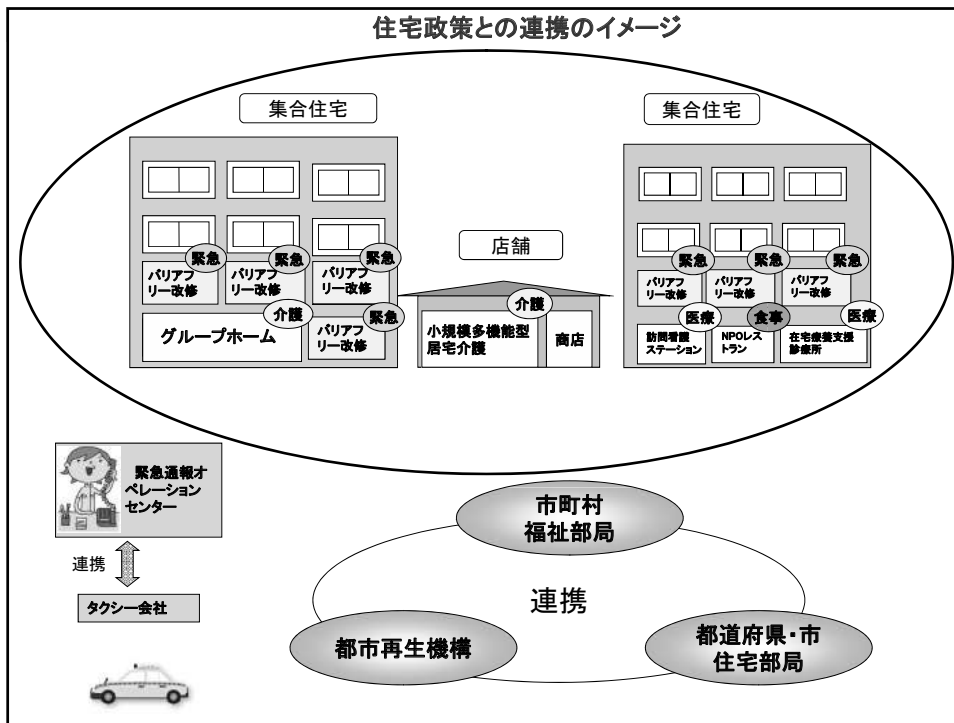
1年10ヶ月「寝たきり」
だった菊川さん(松原市で)

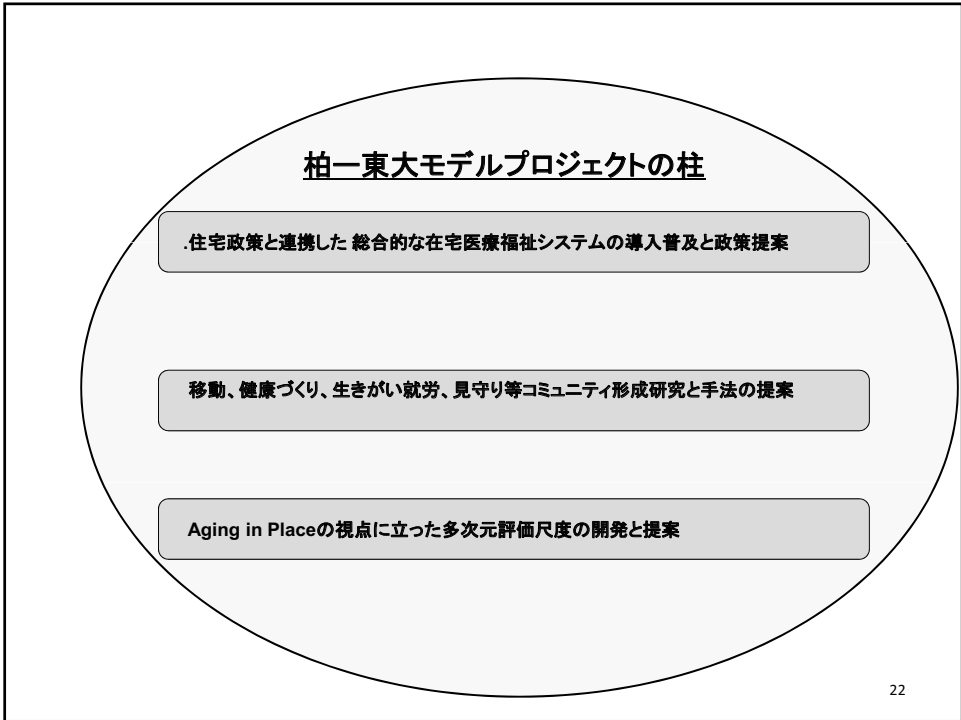
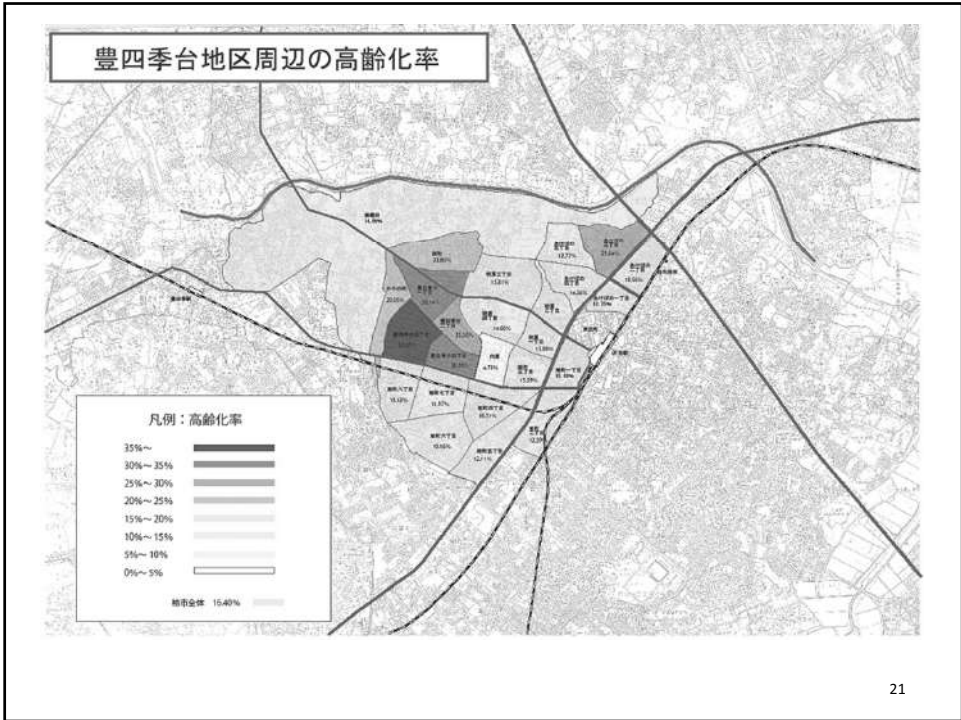


15

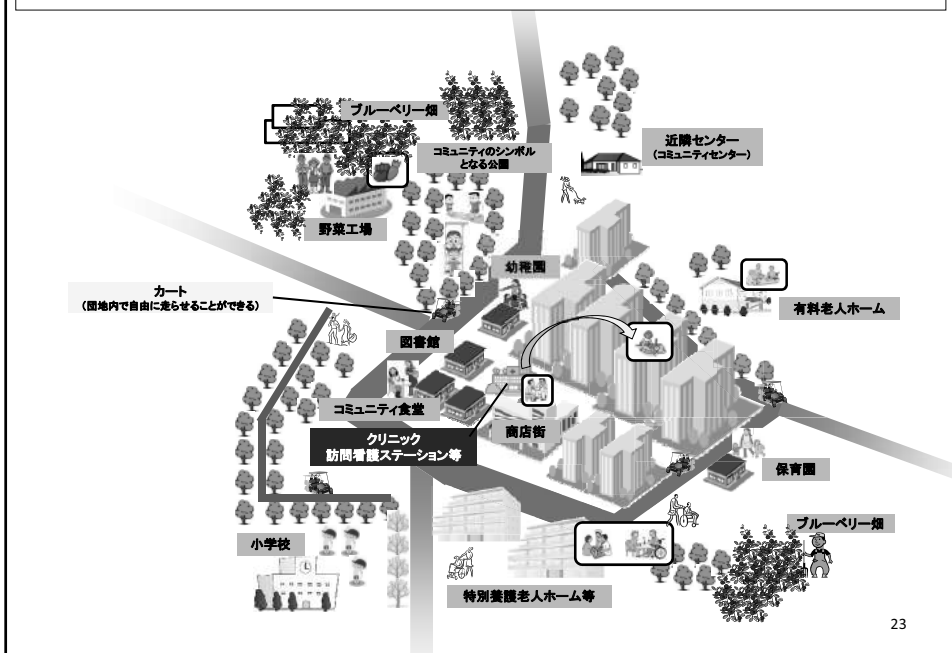








超高齢化社会対応型のまちづくり: コンセプトマップ



“楽しく働く・遊ぶ” 場づくりの視点②⇒団地・周辺地域で



地域医療再生計画概要

(Ⅰ) 東京大学への寄附講座の設置

[在宅医療従事者(マンパワー)の確保・育成、在宅医療の研究・普及等]

- 汎用性のある教育・研修プログラムの開発及び関連する研究
 - 特任教員2名
 - 在宅医療(認知症治療、在宅での看取りを含む)に関する研究の推進
 - 在宅医療の標準化、普及・導入方策の研究
 - 在宅医療を支える機器や住宅等の研究
 - 教育研修プログラムの短期的効果、妥当性の検討
- モデル的な在宅医療システム導入のためのコーディネート
 - コーディネーター1名
 - フィールド調整
- 在宅医療従事者(医師、看護師、ケアマネージャー等)への研修の実施
 - 講師(現場の第一線で活躍する医療従事者)の招聘
 - 受講手続き、授業運営に関わる事務(事務補佐設置)
- 学会の開催等による関係者等への情報発信
 - 在宅医療に関する学会の開催(年1回)
 - 国際会議の開催(H25年度までに1回)

25

(Ⅱ) 人材育成(研修)の実践研修部門の確保とシステム化

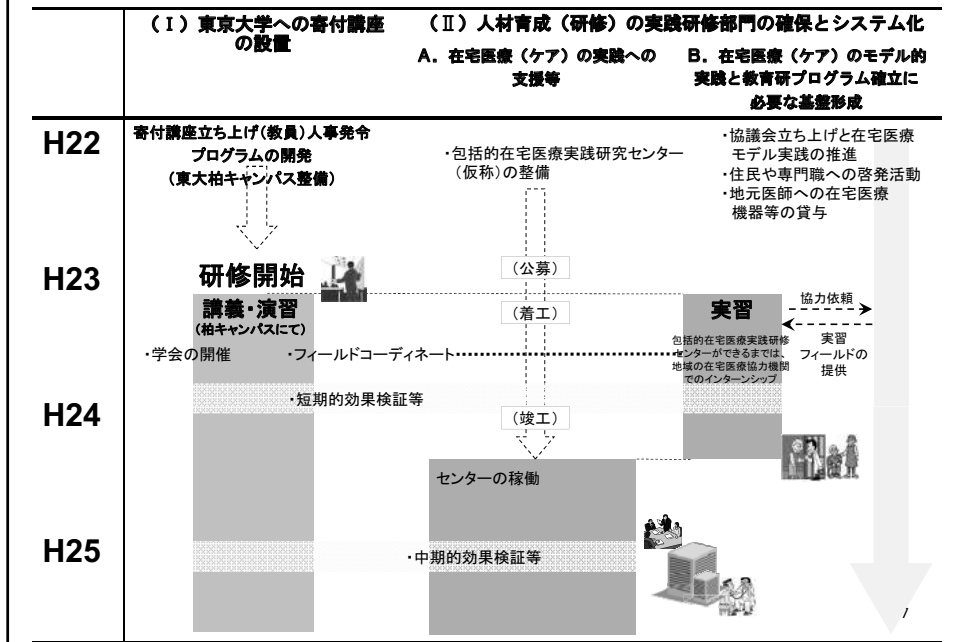
A. 在宅医療(ケア)の実践への支援等

[包括的在宅医療実践研修センター(仮称)の設置・運営と教育・研修の実践]

- 柏地域における包括的在宅医療実践研修センター(仮称)の設置・運営
 - (※誘致した医療法人等の民間団体が設置する医療・看護機関の一部に、包括的在宅医療実践研修センターを組み込む)
 - 医療・看護機関設置に対する医療法人等への助成
 - 包括的在宅医療実践研修センター(仮称)の借り上げ
 - 臨床指導者の設置
 - 本格的な在宅医療(ケア)にかかる教育研修プログラム及び在宅医療(ケア)システムモデル確立手法に関する研究
 - 教育研修プログラムの中期的効果、妥当性の検討と本格的な研修プログラムの作成(開業医等への全国展開を目指した研修プログラム及び医師の後期研修制度等に組み込まれた研修教育プログラムの開発)及び在宅医療システムモデル確立手法の作成を目的とする研究
 - 上記に関わる在宅医療についての研究
- #### B. 在宅医療(ケア)のモデルの実践と教育研修プログラム確立に必要な基盤形成
- (協議会の設置・運営等)
 - 大学、地区医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、医療・福祉関係者、地域住民、行政機関等で構成し、在宅医療(ケア)のモデル的实践や、教育研修プログラム確立が円滑に行われる基盤を整備し、在宅医療の推進を図るための総合調整や各種の事業を実施
 - 協議会の設置運営
 - 地域住民、関係専門職種に対する在宅医療啓発・広報のための各種イベントの開催
 - 地区医師会、歯科医師会等職能団体への研修会・勉強会開催
 - かかりつけ医等への医療機器や情報機器の貸与事業への助成
 - 医療機器、情報機器の導入費の助成
 - 医療機器、情報機器のメンテナンス費の助成

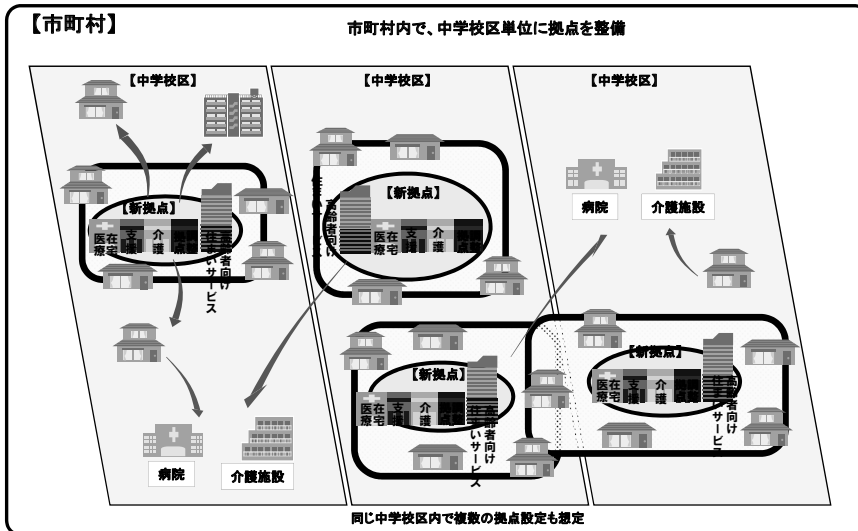
26

地域医療再生計画（東大ー柏モデル）スケジュール



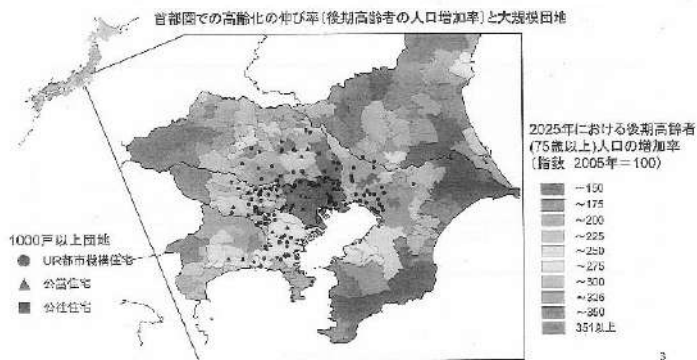
医療・福祉・介護サービスの提供拠点整備と、住宅バリアフリー化の一体的計画的展開が市街地における高齢者の在宅生活の継続を実現する(整備イメージ)

- 新提案のポイント：
- ①在宅医療を含めた連携の拠点整備
 - ②「シルバー交番」的な調整機能を持ったもの
 - ③バリアフリー住宅でできる限り継続居住
 - ④中学校区単位の連携システム
 - ⑤市町村単位での計画
- ③弱ったら、まず同一地区内の高齢者向け住まいサービスに移動



高齢化の進展と大規模団地の関係

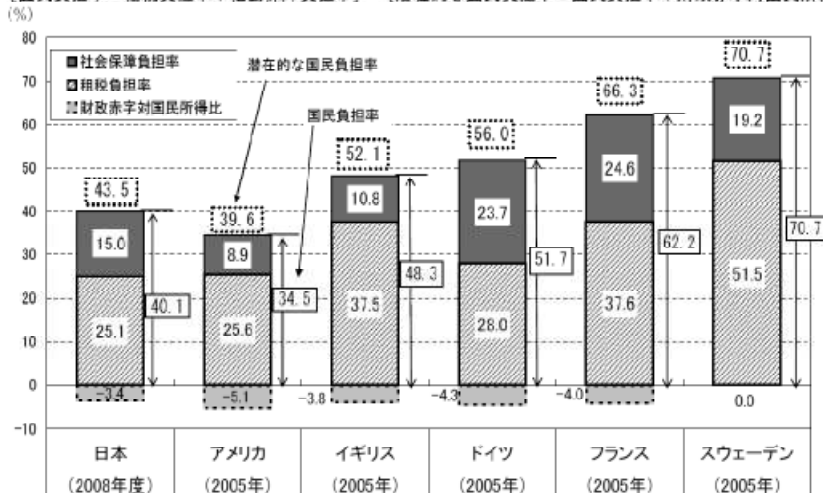
- ・今後高齢化が急速に進展するのは大都市近郊地域。
- ・当該地域は、公的賃貸住宅団地の立地と重複する(高度経済成長期での大都市への人口流入に対応した大規模団地の立地)



29

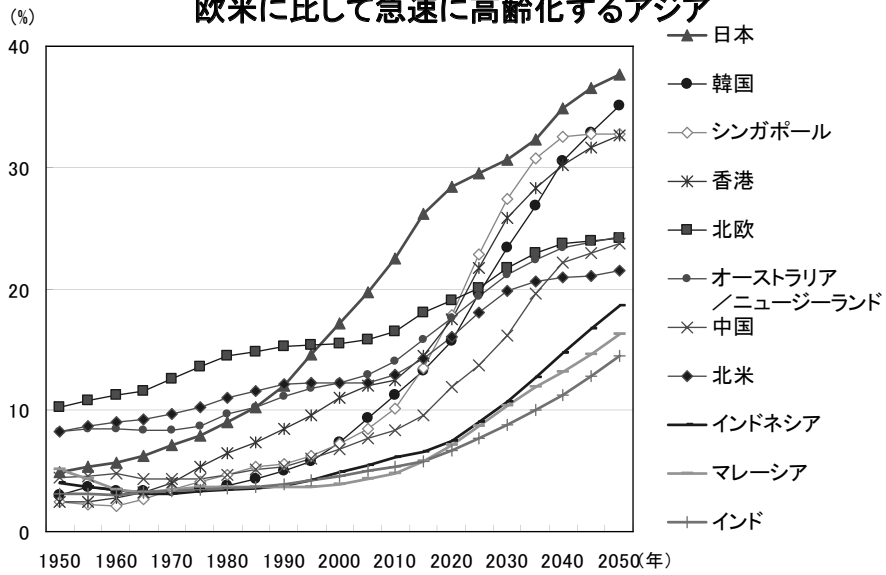
国民負担率の国際比較

[国民負担率=租税負担率+社会保障負担率] [潜在的な国民負担率=国民負担率+財政赤字対国民所得比]



(注) 1. 日本は2008年度(平成20年度)見直し。諸外国は2005年実績。
2. 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。
【諸外国出典】"National Accounts"(OECD)、“Revenue Statistics”(OECD)等

欧米に比して急速に高齢化するアジア



注 Source: World Population Prospects The 2006 Revision Population Database (<http://esa.un.org/unpp/>)