

講演1

# 地域包括ケアの 目指すもの

## ～多職種の協働・連携による 「チームアプローチ」について～



一般社団法人青森県薬剤師会会長

### 木村隆次

場所: 大手町サンケイプラザ  
(301号室～303号室)

日時: 平成30年5月11日(金)  
13:20～14:50

講演1では、青森県薬剤師会の木村会長に地域包括ケアシステムについてお話しいただいた。木村会長は、介護保険制度の見直しが進められ、地域包括ケアシステム構築が図られるようになった背景とその意義について説明。その上で、地域包括ケアが目指しているのは、高齢者などが地域で暮らし続けられるように支え合っていくことだと話した。そのために必要なのが、多職種の協働・連携による「チームアプローチ」であり、その実践の場となる地域ケア会議が大事であるとし、薬剤師も積極的に関わっていく必要性を強調された。

### はじめに

本日は地域包括ケアシステム構築について、国民として何を行うかという観点でお話しします。地域包括ケアが目指しているのは、地域でその人が暮らし続けられるように支えることです。そのために必要なのがチームアプローチで、つまり本

日の演題のサブタイトルが答えであり、このチームアプローチの中には本人も家族も入っています。専門職だけで支えることは無理だというのが結論であり、そのことについて述べていきます。

実は、私は本を3冊出していますが、そのうちの『走り続ける介護保険 今とこれから～2025年をめざして医療・介護の仕組みはこう変わる～』で

地域包括ケアについて書いていますので、興味のある方はご一読いただければと思います。

## 社会保障制度改正と現在

### ●制度改正・報酬改定の議論

介護保険制度は、社会保障審議会介護保険部会で議論されます。基準・報酬を議論するのは、社会保障審議会介護給付費分科会です。私は介護保険部会に第1回目から10年、介護給付費分科会には第1回目から11年いました。その意味では語局的な存在であり、厚生労働省に様々なアドバイスをしています。また、平成12年に介護保険が始まってから、日本薬剤師会の常務理事を務めていたので、医療保険と介護保険を両睨みできる1人ではないかと思っています。さらには、障害者福祉にも関わってきました。

今年4月1日から調剤報酬、診療報酬、介護報酬、障害者制度の報酬、そして薬価が改定されました。それは目的があって変えているわけです。

医療提供体制は、国が基本的な指針を出した上で47都道府県が組み立てることになっており、第7次医療計画が策定されています。各都道府県の今回策定した計画から、従来の5年間計画が6年間計画に変わりました。それは、介護保険事業支援計画を3年に1回策定しているからです。3年と5年では15年に1回しかダブル策定できません。そのため、医療計画を1期6年に変え、1期3年の介護保険事業支援計画を2回転させたところで、医療と介護をしっかり連携させる形に大きく変えたわけです。さらには、医療費適正化計画も一緒にセットされています。ですから都道府県の計画の中では、ジェネリック医薬品がどれくらい推進されるかなどもセットで記載されています。そういう目的があることを認識しておく必要があります。

### ●社会保障の給付と負担

社会保障の給付と負担の状況を2015年度予算ベースで見ると、保険料と税金がだいたい半分ずつです。あとは利用者負担があり、介護は原則1

割、医療は1割、2割、3割です。この負担について、利用者は保険料も含めて払えなくなるのではないかと危惧されています。7年後の2025年の介護保険料は、月8500円～9000円になります。年金の支給額が下がっているのに、介護保険料が上がり、国民健康保険料（税）も上がります。そうになると手取りが減り、高齢者は食べ物を我慢するようになります。必要な栄養が摂れず、虚弱高齢者が増えていくのではないかと懸念されます。

そうならないよう、地域できちんと高齢者を支え、さらには障害を持っている方や子育てをされている方を支えていかないと、医療保険も介護保険も破綻します。そのため、地域包括ケアの一つの目的は、効率的に地域の資源を必要な方につないでいくことなのです。

## 介護保険制度の見直し

### ●地域包括ケアの深化・推進

その目的達成に向け、地域包括ケアの深化と推進を目指すことになりました。そのためには、マネジメントが不可欠です。地域課題をデータ分析し、きちんと地域マネジメントに取り組んで住民の自立支援・重度化防止に成果を上げた市町村には財政的なインセンティブを与える仕組みになりました。インセンティブとは、国から市町村へ評価としての交付金が出されることです。例えば、地域ケア会議をしっかりと開催している市町村は地域包括ケアシステムが早く確立されると国は考えて、そのような仕組みにしたわけです。国は介護予防などの先進事例を集めて方向転換を図りました。埼玉県和光市や大分県をはじめ、全国から様々なモデルを集めて横展開を図ることにしました。

その中で、地域ケア会議では、ケアマネジャーをはじめ、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士などの多職種が個別事例を検討し、自立支援に資するケアマネジメント支援を図ることが重要なポイントになります。これを市町村内の地域包括支援センターごとに行います。

青森県内では、私ども青森県薬剤師会の会員の何人かを地域ケア個別会議に派遣しました。その地域ケア個別会議で、薬剤師の職能を発揮する上で大切なのが利用者本人の生活の場、地域や家族を見る力です。そのためには、教育の仕組みを変えていかなければなりません。「患者のための薬局ビジョン」で示された物から人へ、門前から地域へ、を実現していく必要があります。日本薬剤師会の常務理事を務めていたときに体調チェックフローチャートをつくりましたが、その活用ができていないことも分かってきました。これは青森県だけでなく全国でも同じような状況だと思えますので、地域包括ケアの適切なマネジメントの推進に向けて、薬剤師の力を高める必要性を感じています。

## ●介護保険法等の改正のポイント

昨年6月に介護保険法等が改正されました。地域包括ケアの強化が目的ですが、改正のポイントを見てみましょう。

まず、新たに介護保険施設の介護医療院を創設しました。具体的には、介護療養病床を転換して介護医療院にしていくことが考えられています。いわゆる集合住宅にクリニックを併設するイメージで、かなり高い評価がつかます。ここには医師がいますので、看取りまで行えます。看護師もおり、その横には薬剤師も必要です。在宅医療による各戸訪問から、集合住宅で管理する方向に変わっていくことになるでしょう。

地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進もポイントです。「我が事・丸ごと」の地域共生社会

を地域福祉推進の理念とし、地域包括ケアの目指すべき姿として掲げています。具体的には、介護保険サービスを、高齢者だけでなく、若くして障害をお持ちの方も使えるように改正されました。

保険料と負担割合も見直されました。40歳から64歳までの保険料は総報酬制になりました。利用者負担も単身者の場合で収入が340万円以上の人は2割から3割になり、今年8月から施行されます。

## 地域共生社会に向けて

### ●あらゆる住民が支え合う

今回の介護保険法等の改正が目指しているのは地域共生社会です。ポイントは、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、あらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティーを育成し、福祉などの公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みの構築です。それが「骨太方針2016」に盛り込まれ、厚生労働省に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部が設置されました。

そして、社会援護局で地域力強化検討会を随時行い、中間とりまとめでは、現状認識として少子高齢・人口減少、地域存続の危機などが挙げられ、それに基づいて当面の改革が示されました。共生社会についても記され、目指すところは暮らしと生きがいとともに創る「地域共生社会」とされています。例えば、富山県の富山型デイサービスでは高齢者だけでなく、障害者や子どもなど、多様な利用者が支え合いながら一緒に昼の時間を過ごしています。三重県名張市の「おじゃまる広場」も同様の取り組みです。北海道当別町では共生型地域オープンサロンや地域福祉ターミナル、共生型コミュニティー農園などで高齢者や障害者、子どもなどが支え合いながら暮らしています。そのような取り組みを各地域でも、自らのことと捉えて考えなければならないということです。

### ●健康長寿のための3つの柱

また、目指しているのは健康長寿です。その健



地域包括ケアシステムについて解説する木村会長

健康長寿に向けては、より早期からのサルコペニア（筋肉減少症）やフレイル（虚弱）の予防が必要であり、栄養、身体活動、社会参加の3つの柱が打ち出されています。

まず、栄養では、60歳くらいから食事の仕方を変え、特に65歳を超えたら肉、魚、大豆、卵をたくさん食べてタンパク質を摂る。さらに大切なのは口腔のケアで、入れ歯の手入れや、寝る前のブラッシングとノンアルコールタイプの口腔洗浄剤による口腔の衛生的な管理が大事だとしています。

次に、身体活動では、1日に6000歩、7000歩は歩く、あるいは、歩かなくても足腰を鍛える体操を毎日行うことが大事だとしています。

そして、さらに大事なものは社会参加であり、要するに居場所づくりの重要性が示されています。

この栄養、身体活動、社会参加が揃えば、人生百年が楽しくなりますので、その実現に向けて様々な専門職が関わらなければなりません。

### ●高齢者の生活機能の程度と状態

ここで、高齢者の生活機能の程度と状態について見てみましょう。いま65歳以上の要介護認定審査を行った場合、要介護状態と要支援状態の人は全国平均で18%しかいないのです。残り82%は要介護・要支援ではなく、活動的な状態と少し虚弱状態の高齢者なのです。75歳以上を見ても要介護・要支援は3割で、7割は活動的・少し虚弱な状態の高齢者です。

その活動的な状態をできるかぎり維持していきたいのですが、生活機能の低下が疑われる状態になっていく人も出てきますので、その人を早く見つけてサポートすることが大事になります。青森県では、健康介護まちかど相談薬局で「基本チェックリスト」を用いて生活機能低下発見機能を担っています。これも地域包括ケアのポイントです。つまり、介護保険サービスを使わなくて済むようにすることが、介護保険料の抑制につながるのです。高齢者の状態を見て、専門職に早くつないで支えていく仕掛け、要するに予防（水際作戦）が必要なのです。

### ●認知症と独居高齢者の増加

いま、認知症の人たちが急増し、高齢者の4人に1人が認知症とその予備軍とされています。私どもケアマネジメントを担っている者が一番辛いのは、認知症は家族も巻き込んで大変な状況になっていることです。ですから、認知症の方の早期発見、確定診断、適切なケアのパスがしっかり行われれば、施設に入らなくてもある程度、地域で支えていけることが分かってきています。

さらには、独居高齢者や高齢者夫婦世帯が増えており、地域で30分以内にサービスが届く仕組みが必要になっています。例えば、高齢者の処方箋を薬局へ届け、薬をデリバリーするサービスも必要になってくるのではないのでしょうか。

そして、地方都市ではすでに75歳以上の人口が増えていますが、これからは大都市圏でも75歳以上の人口が一気に増えていきます。

自分に介護が必要になった場合、本人は何を希望しているかの調査結果を見ると、家族に迷惑をかけないのであれば、様々なサービスを使って自宅にいたいということでした。これも地域包括ケアに求められることなのです。

一方で、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅が増えていきます。そして、このような住宅の方が高齢者には便利で暮らしやすいと考え、入所させる家族が増えていきます。しかし、入所すれば、自由に外出できず、友だちにも会えなくなります。本人が望まないサービス利用を強いられないよう、基準省令を改正し、ケアマネジャーは、利用者が複数の指定居宅サービス事業者等の紹介やその事業者等を選択した理由の説明を求めることができること等を説明し、理解を得ることを義務にしました。

## 地域包括ケアシステムの構築

### ●医療提供体制と在宅介護サービスの融合

続いて、地域包括ケアシステムの構築についてお話しします。地域包括ケアシステムのカギとなるのは、医療提供体制と在宅介護サービスをいか

に融合させていくかです。

ここでは、長嶋茂雄さんを例に説明してみたいと思います。長嶋さんは自宅で倒れ、1時間くらいしてから家政婦さんに発見されて救急車で搬送されました。しかし、高度急性期病院へ到着したのは発症後3時間くらい経ってからでした。3日3晩意識が戻らず、その後戻ったものの右完全片麻痺で、まったく動けない状態でした。しかし、初台リハビリテーション病院で過酷なりハビリを行った結果、現在の姿にまで回復しています。

ここで何を伝えたいかということ、発症して1分でも早く専門医療機関につなげられる医療提供体制が大事だということです。これは地域医療構想の中で2年前に各都道府県にセットされ、今年4月からの医療計画に包含されて動いています。つまり、各医療圏域の中で高度急性期病院、急性期、回復期、慢性期病院などの入退院の情報共有がしっかり行われ、連携が図られるようになりました。

次に、長嶋さんが自宅へ戻った後の話ですが、仮に長嶋さんが料理の好きな人であれば自分でつくるでしょう。右麻痺であっても左手に包丁を持って料理するようになります。そこまでリハビリを行いますから、あとは食材を運べばいいのです。その食材を運ぶ生活支援サービス、あるいは食材を買いにスーパーと一緒に付き添うサービスが必要になります。料理をしない人には、配食などのサービスが必要でしょう。要するに、市町村はこれらの生活支援サービスを充実させなければならないのです。法律改正によって市町村が柔軟に取り組めるようになっていますが、実はあまり進んでいません。医療提供体制だけが進んでいて、入院して1週間後に地域に戻されても、生活支援サービスがなく、支え手もないのが現状なのです。整備を急ぐ必要があることから、国は市町村に地域支援事業の充実のため様々なインセンティブを付与しているのです。

#### ●4年前から新しい形への準備

地域包括ケアでは、病気になったときは医療提供体制によって外来で治療を受け、動けなくなっ

たら住み慣れた地域で在宅医療を受けられます。そこでは歯科医師も薬剤師も訪問する仕組みを中学校区ごとに構築することになっています。

この地域包括ケアの構築を決めたのが4年前の法律改正です。国は5年くらい前から着々と進めてきましたが、市町村が追いついていないのが現状です。その核となっているのが、地域ケア会議の充実です。地域ケア会議を行えば行うほど、地域包括ケアシステムが構築されていきます。さらに加速させるために今年4月1日から介護保険制度が見直され、ここに財政的インセンティブを導入しました。4年前からの準備で、医療・介護連携事業、認知症への対応施策、居場所づくりとして地域サロンの開設などが盛り込まれました。しかし、まだ1割くらいの市町村しか動いていません。

#### ●地域包括ケアシステムの定義

地域包括ケアシステムは、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」で定義されており、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」とされています。

この規定を基に、高齢者を支えるために走ってきました。しかし、2015年の「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」では、高齢者に加えて、障害者、子ども、引きこもり、障害のある困窮者、若年認知症、難病患者、がん患者など、より広い地域包括支援体制が提案されています。

#### ●地域包括ケアシステムの目指すところ

この地域包括ケアが目指しているのは、第一に地域生活の継続です。

そのための1点目は、日常生活圏域で必要なサービスを完結することです。それは、たとえ限界集落であっても行わなければなりません。2点目は、個別制度やサービス類型の枠を超えた包括的・継続的支援が行えることです。精神医療を受けている85歳の一人暮らしの男性の例です。ケア

マネジャーは、男性の血糖値が高いなど問題があるので訪問看護師とヘルパーを入れる判断をしました。介護保険では使える給付額の上限が決まっているため、訪問看護の利用回数に限界があり、ホームヘルパーにしたのですが、男性はホームヘルパーを次々と拒否しました。そのような中、地域ケア個別会議で、精神医療の訪問看護は週4回以上、しかも低い自己負担で行える仕組みがあるという提案が訪問看護師からありました。このように、介護保険の仕組み、あるいは地域にある資源だけで解決を図るのではなく、様々な制度を研究してカバーしていく姿勢が大事なのです。また、サービス類型の枠を超える例として、ヘルパーが理学療法士や作業療法士に指導してもらって一緒にリハビリをサポートできるようになれば、毎回リハビリの専門職が行かなくてもリハビリを促すことが可能になります。

3点目は、多職種連携によるチームアプローチの仕組みです。カンファレンスには多職種のスタッフが入ってくるので、そのこと自体がチームアプローチです。またそこで決まったことをチームで動かないとうまくいかないのです。

4点目は、一人ひとりの状態変化に対応した長期継続する伴走型支援ができることです。いろいろモデル事業を行ってみると、情報が途切れていることが分かりました。ある町のケアプランを見ると、ヘルパー事業所が2社入っており、1社は掃除、洗濯を行い、もう1社は病院に付き添うサービスを行っていました。病院に付き添うヘルパーは病院へ連れていだけなので、在宅での生活は見ておらず、情報も持っていません。そのため利用者の状態が悪くても医師には伝わっていなかったのです。これはケアマネジャーの落ち度だといえます。ケアマネジャーは最低、月1回、利用者のところへ行って様子を見て、掃除、洗濯などを行っているヘルパーから情報を得て、必要に応じて医師に伝えなければならないのですが、それが行われていなかったのです。

このようなことがないよう、今回の基準省令改正では、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利

用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものについて、主治の医師や歯科医師、薬剤師に情報提供することがケアマネジャーに義務付けられました。

それで、多くの専門職が集まり、サービスを提供していくことで結果的に制度横断的なサービスマネジメント体制ができあがることとなります。ですから、地域ケア個別会議の出席者は常に「地域生活の継続」と「連携」を頭に置いて参加するように指導しているところです。さらには本人ができることはやっていただくことが一義であり、その上で介護サービスや医療保険を使うという順番で取り組んでいくことを進めています。自助、互助、共助、公助の順番が大切です。

#### ●地域ケア会議の推進

以上、地域包括ケアの構築について簡単にまとめると、市町村にセットされた地域包括支援センターが主催する地域ケア会議を行えば行うほど、地域包括ケアができあがるということです。

この地域ケア会議には、地域ケア個別会議と地域ケア推進会議の2種類があります。ケア個別会議はカンファレンスになります。司会は地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが務め、事例提供を行うケアマネジャーのほか、医師や歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、訪問看護師、作業療法士、理学療法士、社会福祉士などが出席します。事例が説明され、各専門職が質問を行ってその人をどう支えていくかを議論していくわけです。この会議を毎月開催しなくてはならない形になりました。そのため、地域から薬剤師を地域ケア会議に派遣していく仕組みが求められているのです。

国は2025年を地域包括ケアシステム構築のゴールにしているので、あと7年しかありません。毎年進化させているので、地域包括ケア研究会のサイトをご覧くださいと思います。

この地域ケア会議のケア個別会議において、地域課題が発見され、資源がない場合はつくっていく必要があります。資源開発ということであり、

市町村の財政面も含めたレベルのケア推進会議を行い、地域資源として何をつくらなければならないかを、当該市町村の財政も踏まえて決めていく流れになります。

それから、ケア個別会議を行うときには、課題整理総括表などの資料が使われます。薬剤師は、この課題整理総括表の活用方法を勉強するべきです。

## 地域支援事業の充実

### ●医療・介護連携の推進

次に、医療・介護連携の話をしていきます。在宅医療・介護連携事業は市町村の事業です。8事業ありますがその中の研修と情報共有について説明します。

在宅医療・介護連携事業には予算がついていて、地域の医師会や様々な専門職の職能団体が連携し、その会員や職能を持った人たちが集まって勉強会や情報共有する仕組みをつくることになっています。

そこに、在宅主治医がいて、ケアマネジャーや関係者がいて、在宅で看取る体制をつくるわけですが、入退院を繰り返すケースもあるので入退院のルールをつくるのが求められています。青森県内では医療圏域ごとに、患者さんが入院したときにケアマネジャーが情報を持っていき、また院内から情報を持ち帰ってくる仕組みを構築しており、入院時には入院時情報提供シートに情報を記入し、さらにお薬手帳も持っていくことになっています。そして退院時には、ケアマネジャーが医師や医療スタッフに面談して退院調整時の聞き取りシートの項目を全部チェックし、地域へ持って帰ってきてカンファレンスを行って患者さんを支えていく形にしています。このような整備が各都道府県で進められているところです。

### ●看取りと認知症への対応

看取りについては、病院数が足りないため、今後は病院での看取りは困難になります。最近是有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、介護保険施設で看取られるようになってきました。それを支えることも必要になってくるでしょう。

認知症については、薬剤師への認知症対応の研修を義務化し、いま進めているところです。この研修会は国のカリキュラムに則って都道府県ごとに行っていますが、その仕組みづくりでは私ども青森県薬剤師会の健康介護まちかど相談薬局の認知症の早期発見モデルが使われました。

それから私は、薬剤師の皆さんには認知症の前に糖尿病の対策を行ってほしいと話しています。Ⅱ型の糖尿病患者が認知症になりやすいからで、Ⅱ型の糖尿病にさせない、なってもきちんと管理することが認知症発症の抑制につながるのです。

### ●高齢者の居場所づくり

私は高齢者にもっと仕事をしてほしいと思い、働く場を提供する様々な仕掛けをつくっています。その一つが地域サロンで、現役を引退した元気な高齢者に運営してもらうことにしました。このような高齢者の居場所をつくることは大事であり、制度的にも市町村が地域住民主体のサロンをつくれることになっています。しかもサロンのスタッフには、有償ボランティアが認められています。

サロンの一例を紹介すると、青森市と青森市社会福祉協議会が進めている「こころの縁側づくり事業」を活用してマンションに「ふれあい・いきいきサロン萬々」を開設しました。日曜以外の午前11時から午後2時まで無料で開いています。利用者は、自主的におしゃべり、書道やペン習字、マージャン、カラオケなどを行い、また、青森県が進めているロコモティブシンドローム対策用「ロコトレ体操」や、月1回、私の健康講座も開催しています。昼食も管理栄養士が監修して400円で提供しています。なお、弁当持参の方もいます。

## 地域包括ケアはまちづくり

以上の話をまとめると、65歳以上の8割は元気で、その方々に居場所づくりなどに参加してもらい、一方で要介護状態、医療・介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で医療・介護・生活支援サービスなどが受けられる地域づくりが大事だ

ということですが。

サルコペニアやフレイルにも触れましたが、タンパク質が不足すると腕や足の筋肉が衰えて転びやすくなります。同時に、飲み込む筋力も落ちます。そうすると、免疫力が落ち、誤嚥性肺炎を発症したり、腸管粘膜が萎縮してそこから細菌が全身に回って全身感染症になって命を落とす恐れがあります。そうならないためには、徹底的にタンパク質・エネルギーを摂ることが必要です。私は老人クラブの勉強会では卵を1日3個食べましょうとか、豆腐を毎日1丁食べましょうと話しています。仕組みづくりも大事ですが、一人ひとりにアドバイスしていくことも大事だと考えています。

地域包括ケアを進めていけば地域での生活が継続できるようになります。その実現には、本人も家族も専門職も同じ方向を向くことが大事です。つまり、地域包括ケアはまちづくりそのものなのです。それぞれの町には特性があり、それに合わせた形の対策が重要なのです。最後にそのことを強調して本日の話を終えさせていただきます。

## 質疑応答

**質問** 地域ケア会議に出席する薬剤師は、どのように選定されているのでしょうか。

**木村** 青森県には6つの医療圏域があり、薬剤師会の支部、地域薬剤師会もそれに合わせています。ですから、地域ケア会議に出る薬剤師は支部、地域薬剤師会で選出しています。そして、出席に当たっては、青森県薬剤師会が研修を行っています。

**質問** 地域ケア会議に対して、一薬剤師が市町村に働きかけていくことは可能でしょうか。

**木村** 地域ケア会議の主催者は市町村なので、青森県では市町村が地域の職能団体に声がけする仕組みをつくりました。地域ケア会議への出席を働きかける薬剤師や事業者もいますが、その先に見えるものは営業活動であったりします。ですから私どもでは地域ケア会議にフェアに入っていき、きちんと自分たちの職能をいい意味で地域にアピールできるような形にしています。

**質問** 地域包括ケアにおいて、患者さんを地域に戻すときの退院時共同指導で、青森県では薬局はどのように関わっているのでしょうか。

**木村** 退院時共同指導のカンファレンスに薬剤師が出席する仕組みはつくられているものの、薬局薬剤師に働きかけても出席しないことがかなりあります。調剤で忙しいのが理由です。しかし、在宅療養においては病院の中でどのような治療がされたか、在宅療養で留意することなどの情報は必要です。そこで、比較的自由に動けるケアマネジャーが病院内の様々な専門職から患者さんの療養に関する情報を持ってくる仕組みをつくりました。

薬剤師が退院時共同指導に参加すると6000円ももらえるようになっていますが、それでも忙しくて行けないというのが現状です。片手間に関わることには無理があり、退院時カンファレンスに即応できる在宅専門の薬局が必要だと感じています。

そのような状況の中、先ほども紹介したように介護保険のルールブックの中で入院時と退院時に情報シートを作成することになっています。そのシートには薬の情報も記載するようになっていますが、記述するスペースには限界があるので、青森県ではお薬手帳を必ず添付する形にしました。

青森県の人口10万人当たりの薬剤師数は47都道府県中の46番目で、絶対的に不足しています。訪問指導できる薬局を増やそうと様々な事業を仕掛けましたが、対応できる薬局は限られております。薬剤師が3人以上いる薬局でなければ対応できません。青森県だけでなく、全国でもそのような状況があるのではないかと考えています。



質問に答える木村会長