

第17回 日本在宅薬学会
学術大会
2024.07.15

在宅医療をアップデートしよう。

－質的向上と医療DXについて－

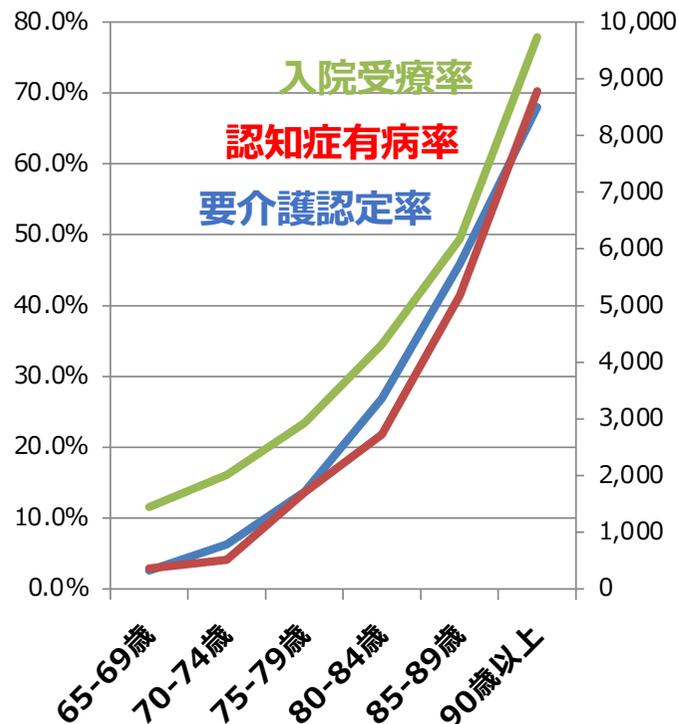
桜新町アーバンクリニック
遠矢純一郎

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

- ▶ 住所：東京都世田谷区 2009年開設
- ▶ 外来：**プライマリケアを中心とした家庭医療を実践** 内科医3、心療内科2
- ▶ 在宅医療部：医師11、看護師16、薬剤師1、OT2、PT2、MSW2、ケアマネ2
- ▶ 在宅患者数 **500名**（うち施設100名）、新規在宅患者の**40%**は末期がん
- ▶ 年間**160名**を看取り、在宅看取り率は**80-90%**
- ▶ **訪問看護部、看護小規模多機能、デイサービス、世田谷区認知症在宅生活サポートセンター**
- ▶ 法人内に**5カ所**（世田谷区2、神奈川県3）の在宅療養支援診療所があり、**約3,000名**の在宅患者への訪問診療をおこなっている



後期高齢者（75歳以上）の特徴



75歳を超えると、

- 病気で入院する割合
- 要介護状態になる割合
- 認知症を発症する割合

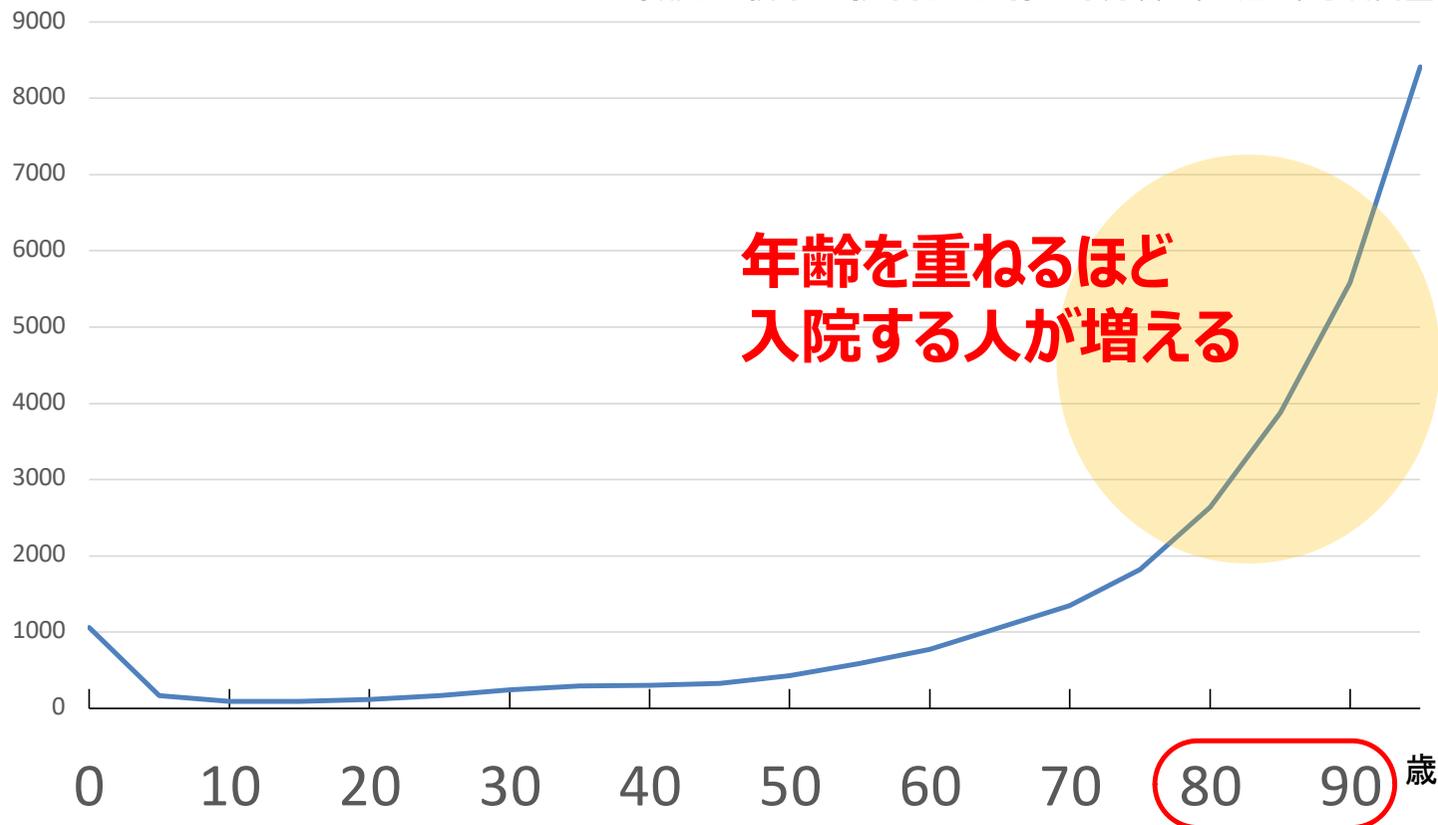
が急激に増加していく

要介護認定率：社会保障人口問題研究所将来人口推計及び、介護給付費実態調査（H24）
認知症有病率：筑波大附属病院「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（H24）
入院受療率：患者調査（H23）

入院しているのは、ほとんど後期高齢者



年齢別入院率（人口10万対） 厚労省 平成26年患者調査



高齢者は入院によるダメージが大きい



リスク

入院関連機能障害

急な入院で混乱しやすい

環境変化によるストレス
せん妄・認知機能低下

病院ではベッドに寝たきり

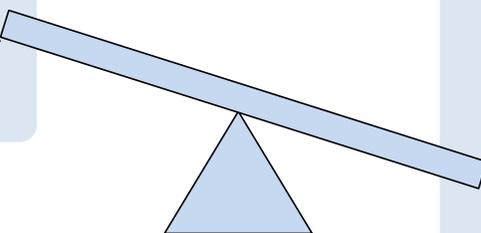
廃用性症候群
低栄養の進行



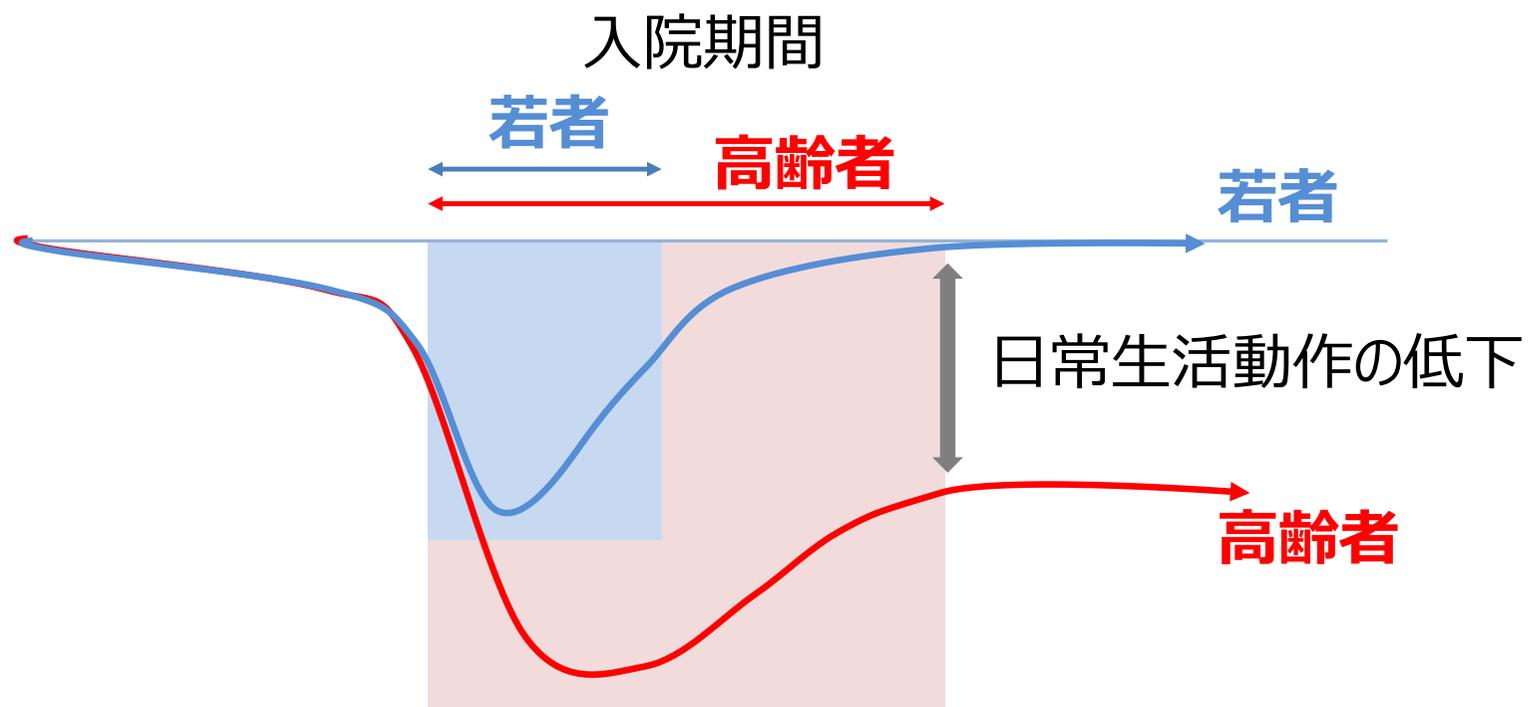
ますます衰弱が悪化

メリット

**急性期疾患
治療**



入院そのものが大きなリスクとなる



高齢者は入院期間が長くなりやすく、
入院自体によるダメージからなかなか回復できない

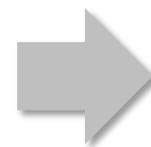
JAMA. 2011 PMID: 22028354.

医療の目標の変化



治癒

病気を治す
ことのみ



**生命の尊厳
人生の質**

病気や虚弱さを
抱える生活を
ささえる



身近なかかりつけ医の重要性

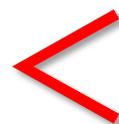


専門医



かかり
つけ医

病気や臓器別
の管理



病気や生活など
全人的な健康管理

救急搬送は増加の一途、その多くは高齢者の軽症事例

救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、8年連続の増加となり、過去最多となった。



10年間で
 ・救急出動件数は約97万件(約19%)増加
 ・搬送人員は約73万人(約15%)増加

(注) 1 平成10年以降の救急出動件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。 5
 2 各年とも1月から12月までの数値である。

搬送患者の年齢別内訳



搬送患者の重症度別内訳



資料:総務省消防庁 救急・救助の現況

高齢者による搬送内訳

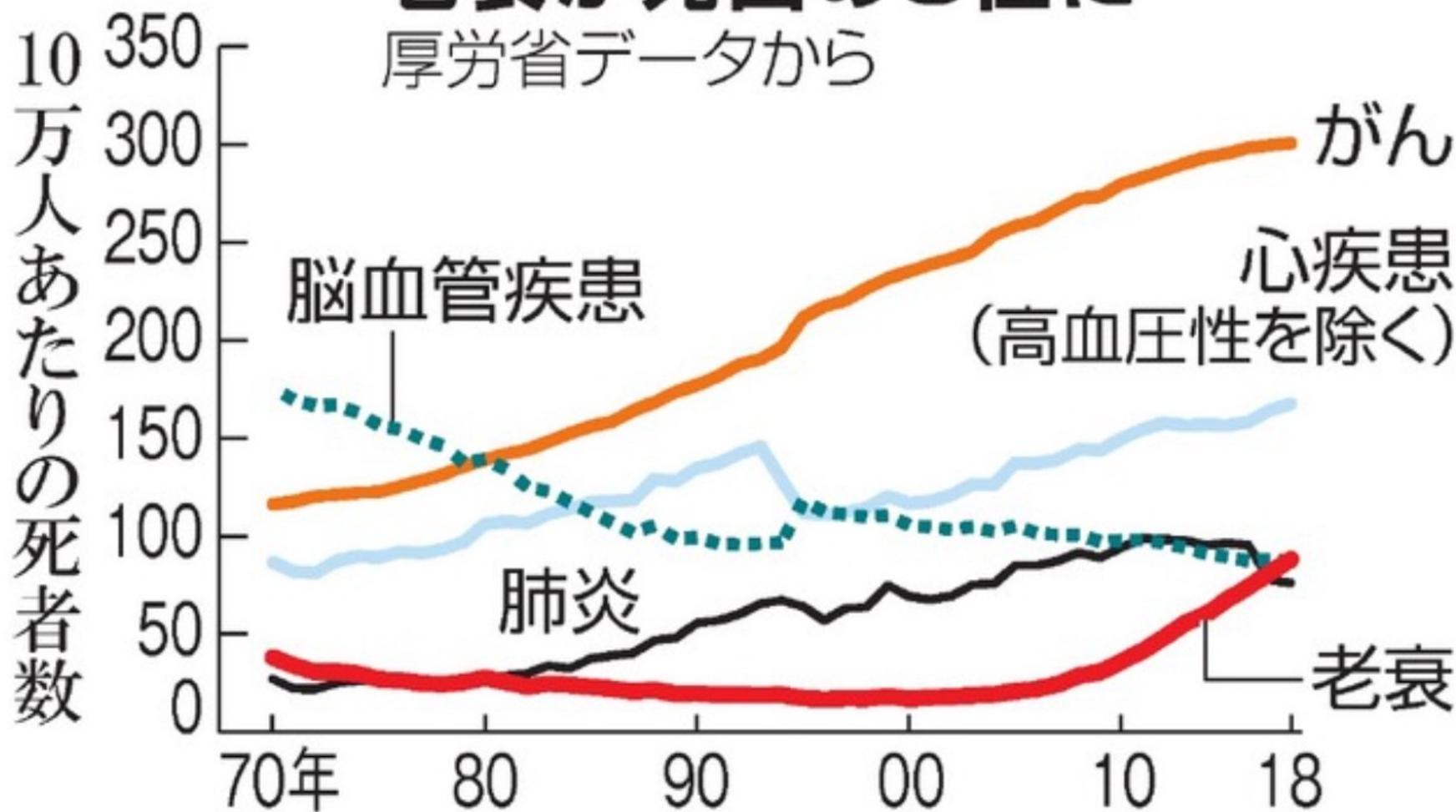
※「自宅・外出先など」からの搬送が対象



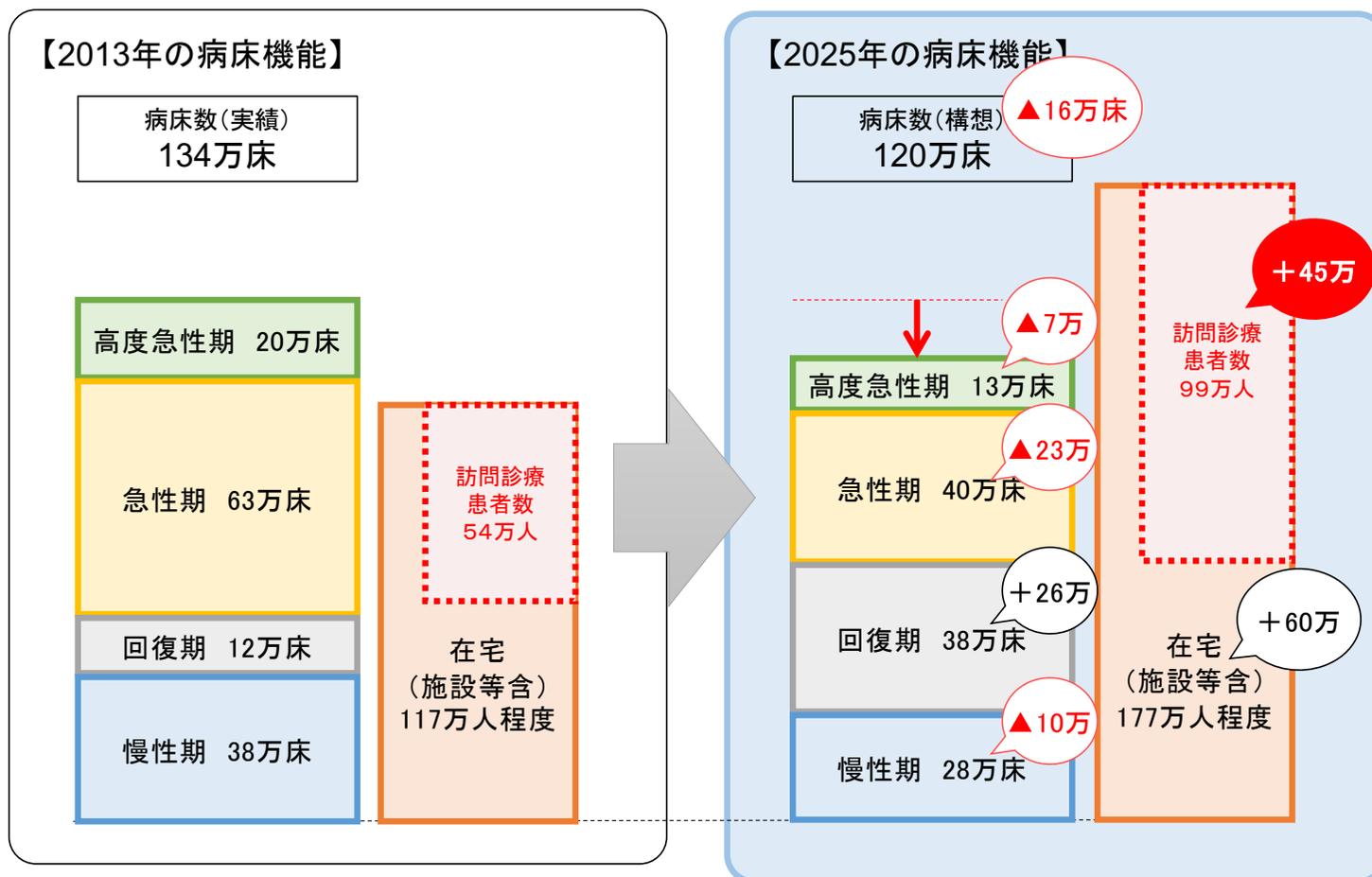
資料:東京都福祉保健局 地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療に関する検討委員会(H29)

老衰が死因の3位に

厚労省データから



今後医療のメインストリームは訪問診療に

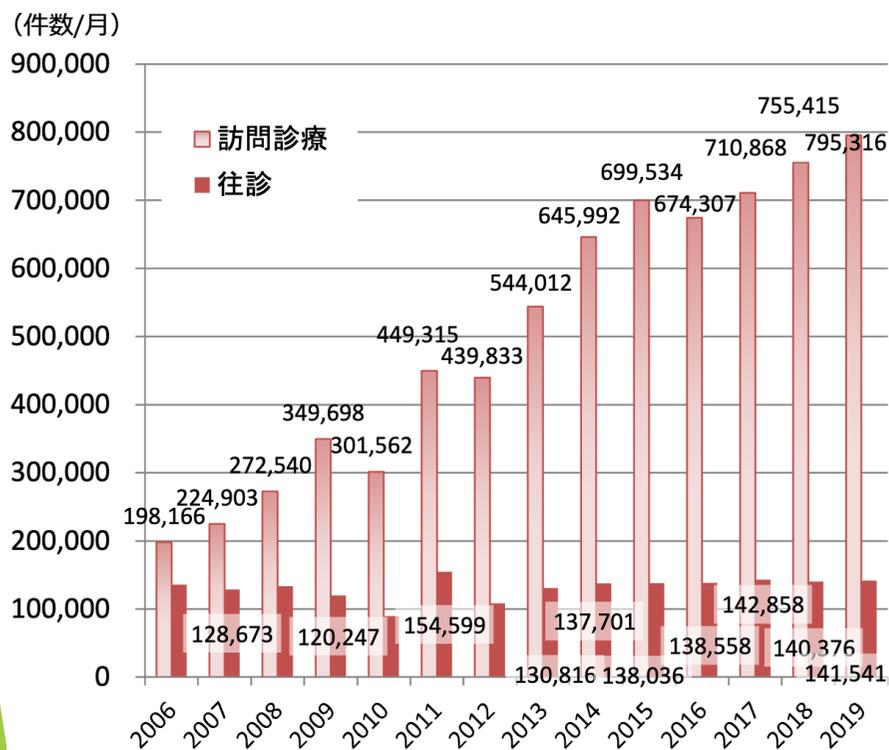


出典 各都道府県の地域医療構想から独自に集計(2017.3)、2013年訪問診療患者数は社会医療診療行為別調査より、2025年訪問診療患者数は当社推計

在宅患者数は大幅に増加、9割は後期高齢者

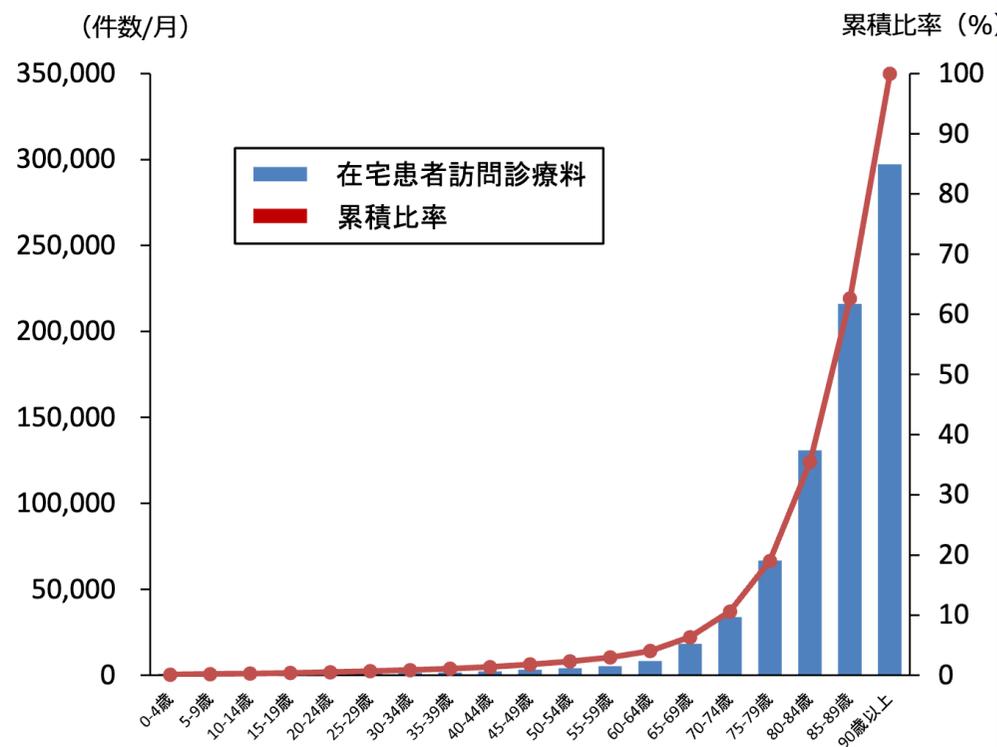
訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の件数の推移



出典：社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

在宅患者訪問診療料における年齢階級別分布



出典：2019年社会医療診療行為別統計（6月審査分）第3表をもとに作成

在宅医療 定期訪問と臨時往診

在宅医療介入の目的

- **急変予防**→合併症や事故を予防する
- **入院回避**→急変や増悪時に迅速に対応する
- **早期退院**→入院中から介入し、早期退院を目指す
- **終末期対応**→意思決定支援、在宅緩和ケアを行う

在宅での急性期対応こそが、
在宅医療の重要な役割である



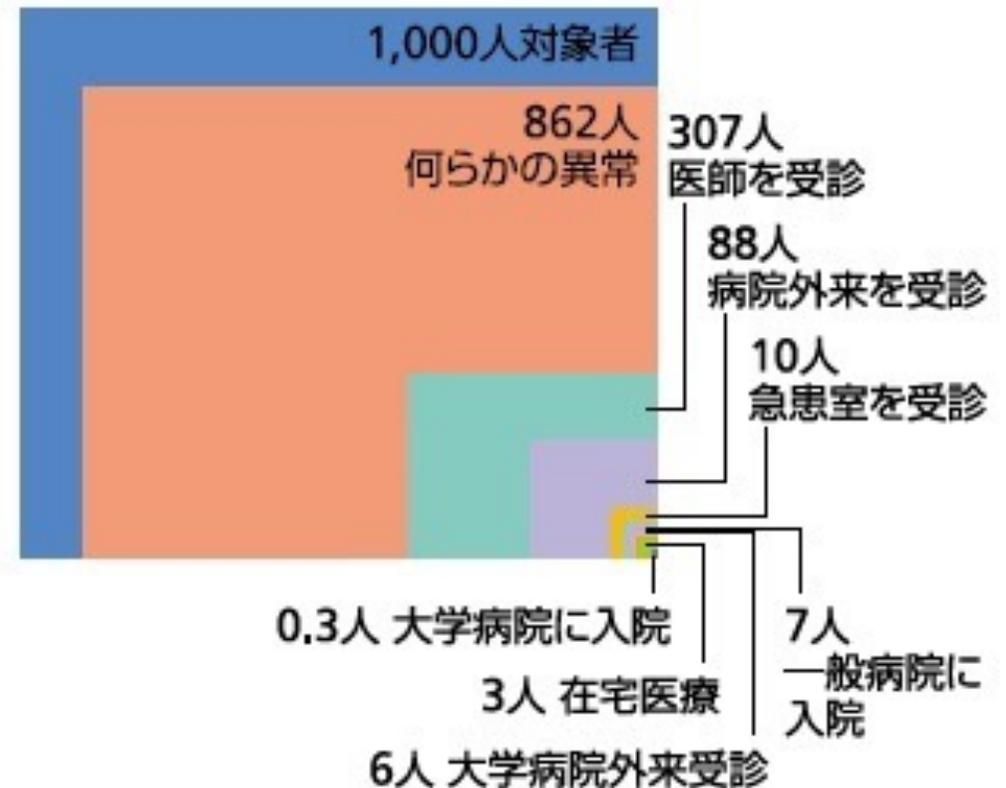
在宅医療の現状と課題

- ▶ 在宅医療患者数の増加と医療度合いの高度化
- ▶ 急性期対応や在宅入院、在宅緩和ケアのニーズが増大
 1. **24時間対応可能なチーム医療体制の構築が必要**
 2. **プライマリケア・在宅医療の役割を明確化&義務化**
 3. **多職種連携におけるタスクシフト**
 4. **地域連携先との十分な情報共有**
 5. **在宅入院をしっかりと社会実装する**

日本人の健康問題の発生頻度と対処行動

- ▶ 健康状態に異常が生じた際、医師を受診するのは35.6%
- ▶ うち入院になるのは、2.4%
- ▶ 在宅医療は、1.0%
- ▶ **96.6%が外来診療で完結**
(病院28.7%、**診療所71.3%**)
- ▶ 6割以上は医療機関を受診してない
- ▶ **OTCでの対処は45%**にのぼるという結果も。(Takahashi et al 2013)

出典: Tsuguya Fukui et al. (2005) "The Ecology of Medical Care in Japan" Japan Medical Association Journal Vol.48 No.4, pp163-167.



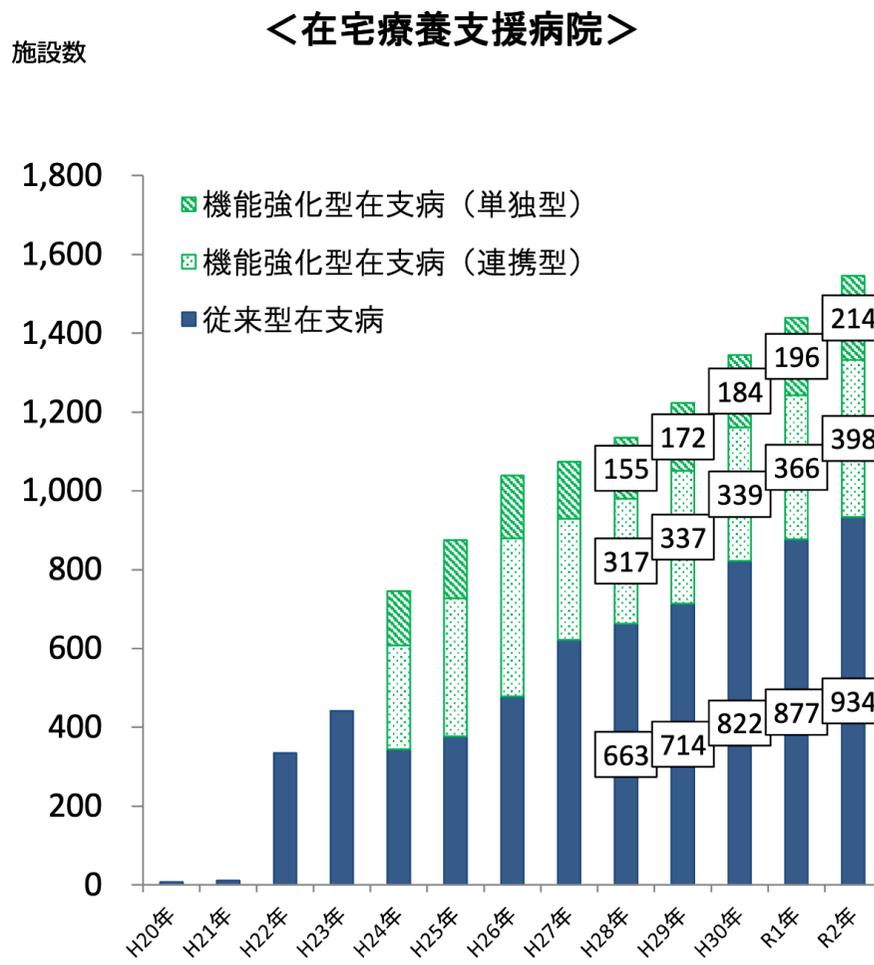
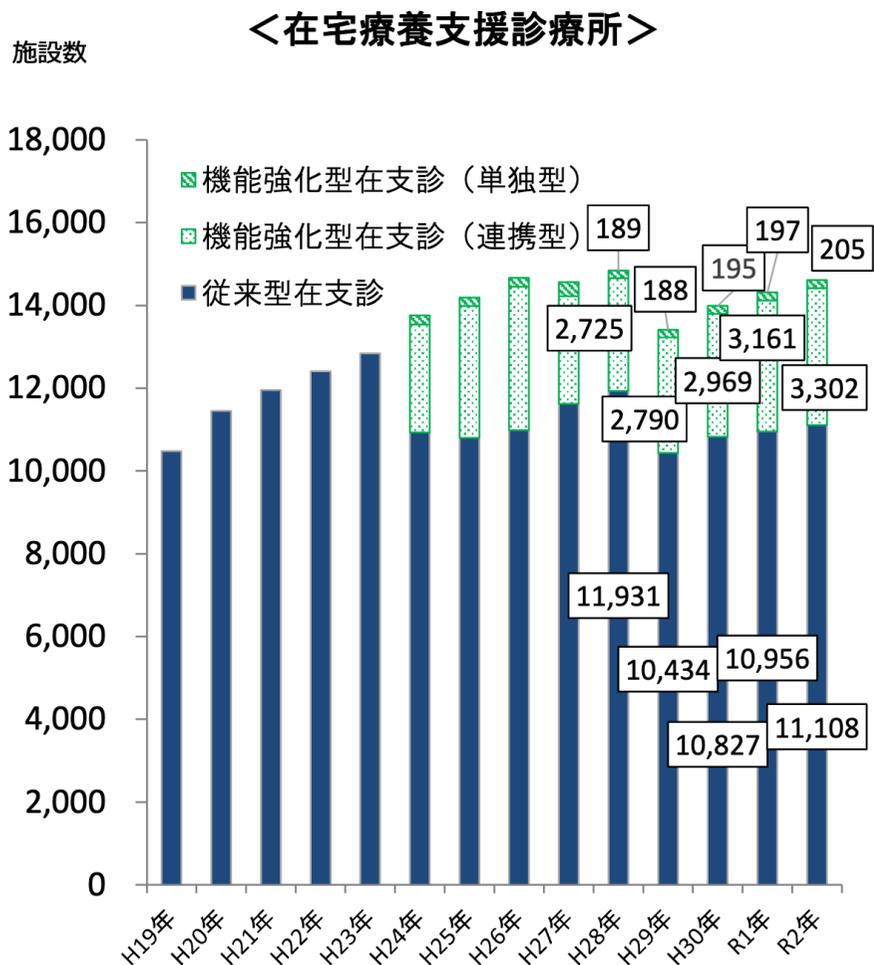
かかりつけ医の定義

かかりつけ医機能

1. 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
身近で、何でも相談できて、まるごとずっと診てくれる
2. 通常の診療時間以外に診療を行う機能
いつでも相談できる、急病時にも対応してくれる
3. 入退院時に必要な支援を提供する機能
いざというときに、病院と連携して助けてくれる
4. 居宅等において必要な医療を提供する機能
在宅医療にも対応する
5. 介護サービス提供者等と連携して必要な医療を提供する機能
地域の介護職（ケアマネや介護施設など）と連携する

「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」が、2023年の通常国会で成立した。

在宅療養支援診療所は近年横ばい、在宅療養支援病院は増加傾向

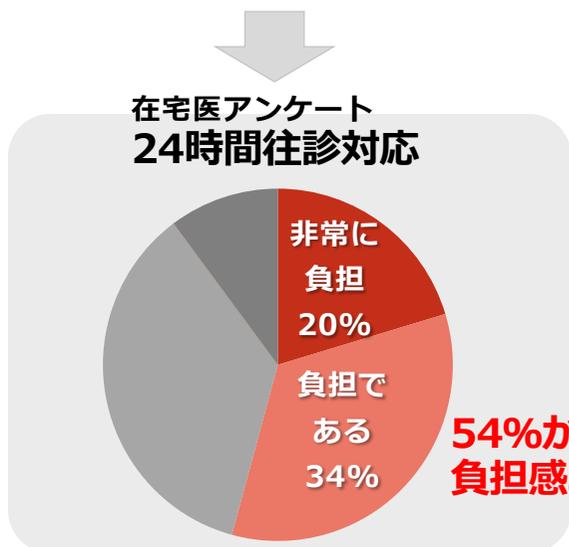


出典：保険局医療課調べ

在宅医療、最大の課題

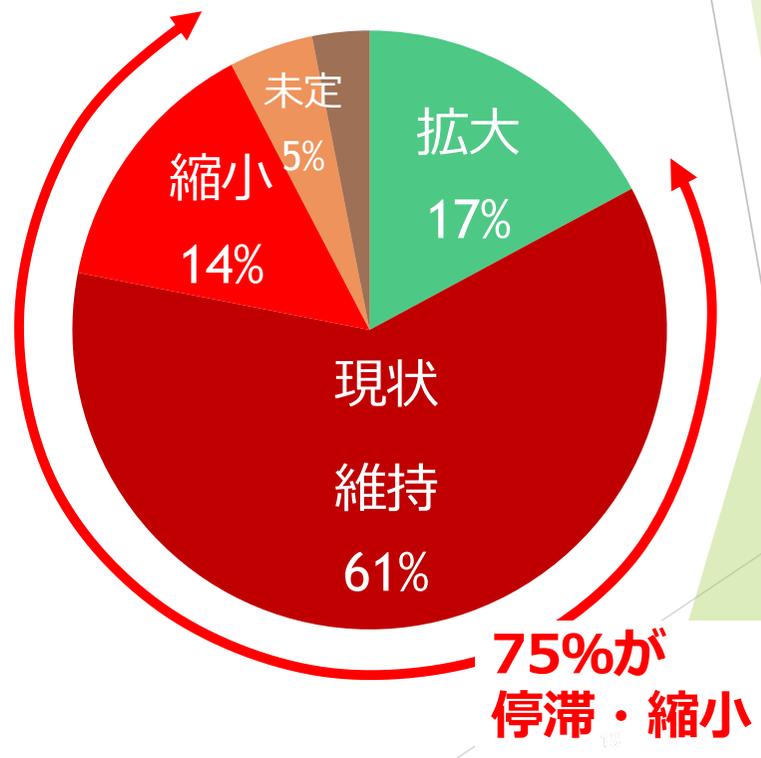
在宅医が
1人だけの診療所

68.9%



「在支診・病の緊急コール・往診体制等に関する調査」2013.6メディアヴァ調査

在宅医療、今後の展開



「診療所の在宅医療機能に関する調査」日医総研、2011年

かかりつけ医機能が発揮される制度整備について

地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ

<慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ>

※報告を求める具体的な機能については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討（診療所に加え、医療機関が病院の場合も検討）。

かかりつけ医機能 ※①～⑤は機能の例示	①外来医療の提供 (幅広いプライマリケア等)	②休日・夜間の対応	③入退院時の支援	④在宅医療の提供	⑤介護サービス等と連携
A診療所	◎	○	◎	◎	◎
B診療所	◎	○	○	○	◎
C診療所	◎	◎	◎	◎	◎
D診療所	◎	×	×	◎	◎
E診療所	◎	○	×	○	◎
F診療所	◎	—	×	—	◎
G診療所	—	—	—	—	—



地域の医療機関は、①～⑤の機能の有無や、これらをあわせて担う意向等を報告。

都道府県は、①～⑤の機能をあわせて担う医療機関を確認。



協議の場において、各医療機関の①～⑤を担う意向を踏まえつつ、地域で不足している機能を充足できるように、支援や連携の具体的な方法を検討。

◎：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を単独で提供できる

○：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を他の医療機関と連携して提供できる

×：当該機能の提供が困難な場合がある

—：当該機能を担う意向がない

※他院を支援する意向も報告

不足する機能の協

やはり最大の課題は24時間365日対応

【都道府県は、地域における不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表】

<具体的な方策>

◆病院勤務医が地域で開業し地域医療を担うための研修や支援の企画実施（例えば在宅酸素療法、在宅緩和ケア、主治医意見書の書き方等）

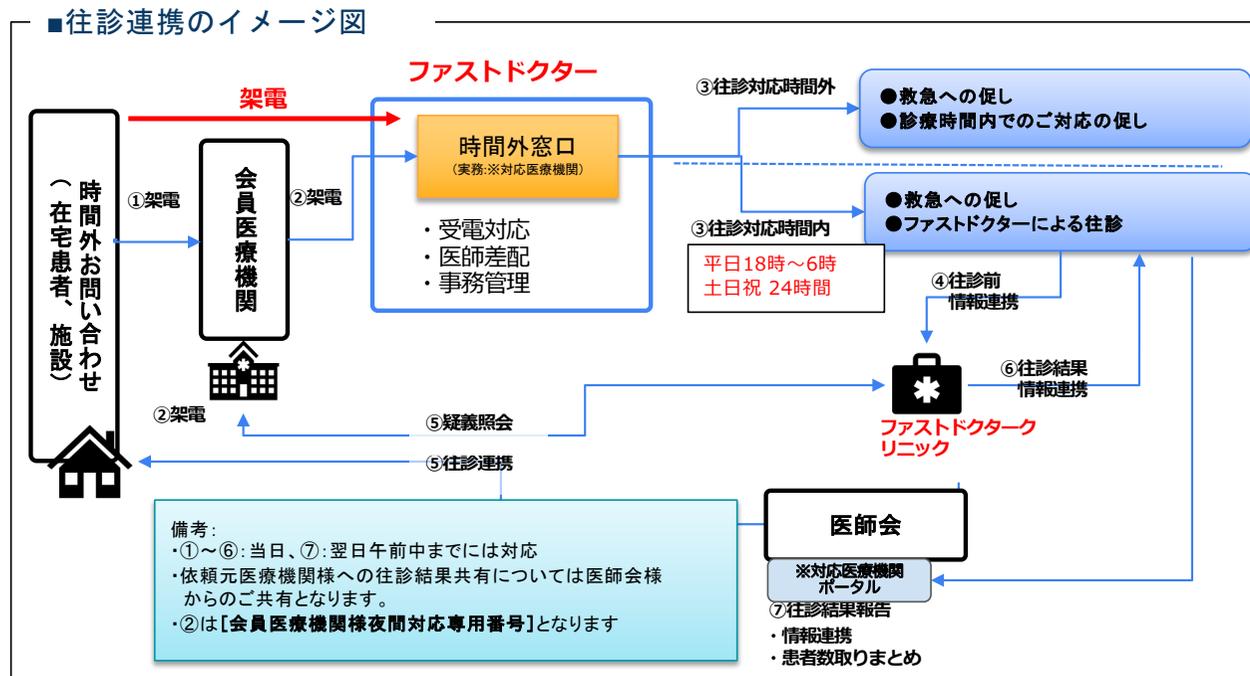
◆地域で不足する機能を担うことを既存又は新設の医療機関に要請

◆医療機関同士の連携の強化（グループ診療、遠隔医療等）

◆在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療の拠点の整備

◆地域医療連携推進法人の設立活用

在宅医療の24時間対応を外部委託する（世田谷区）

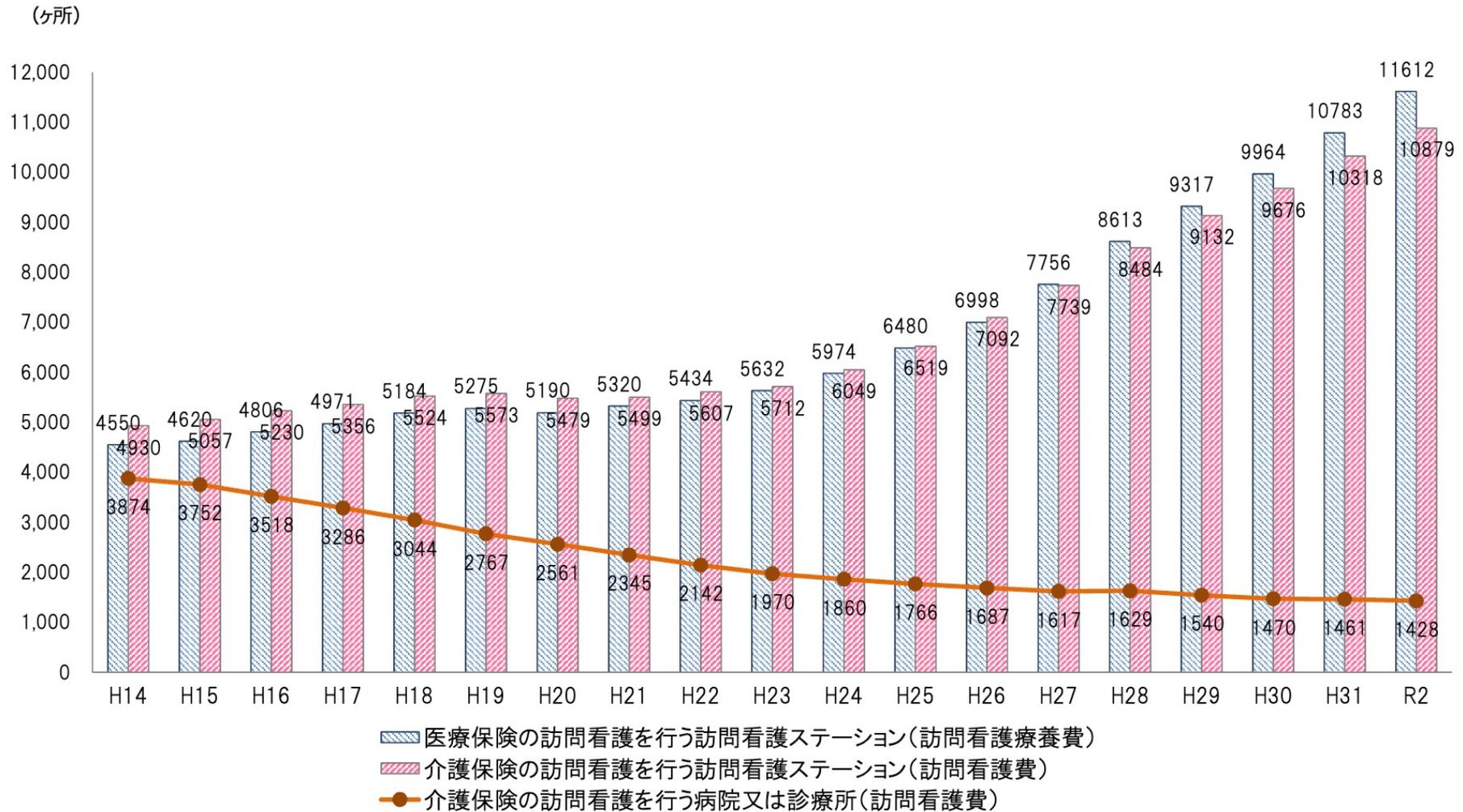


ご依頼の流れ



- ▶ 東京都による東京都在宅医療推進強化事業
- ▶ 在宅医療の24時間体制を確保するために、世田谷区医師会がファストドクターと提携
- ▶ 平日夜間や土日祝の終日、時間外の臨時コールや緊急往診を代行する
- ▶ 情報共有の仕組みが確立されていない
- ▶ 看取り加算などが算定できない
- ▶ 地域とのつながりが無い外部の医療機関に緊急時対応を丸投げすることの不安

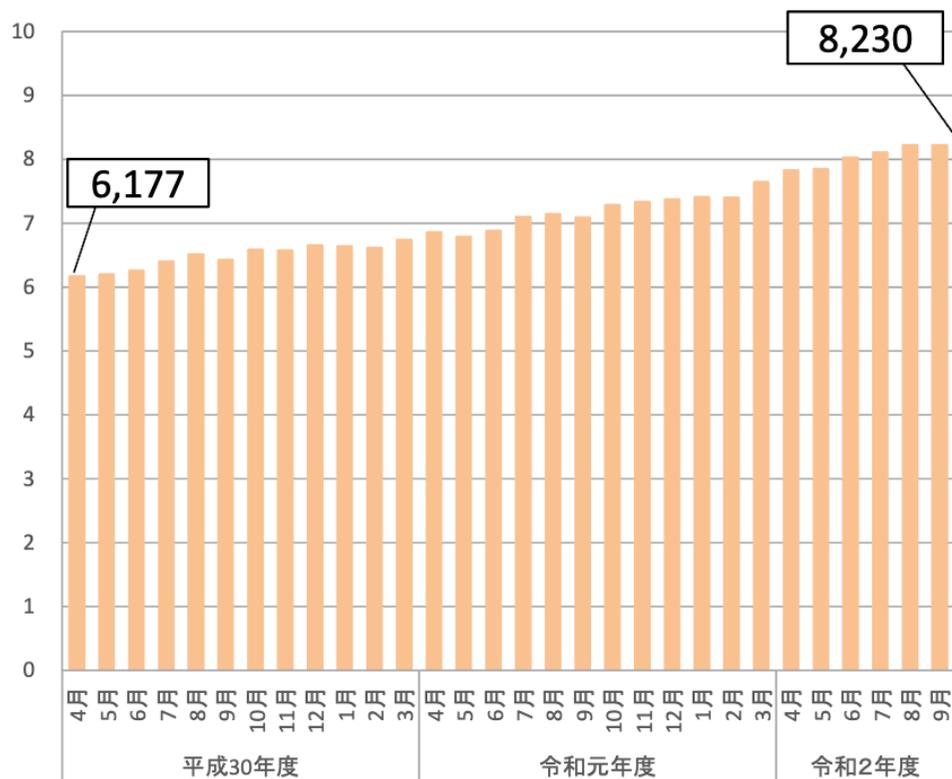
訪問看護ステーションの数は年々増加傾向



在宅業務を実施している薬局も増加傾向

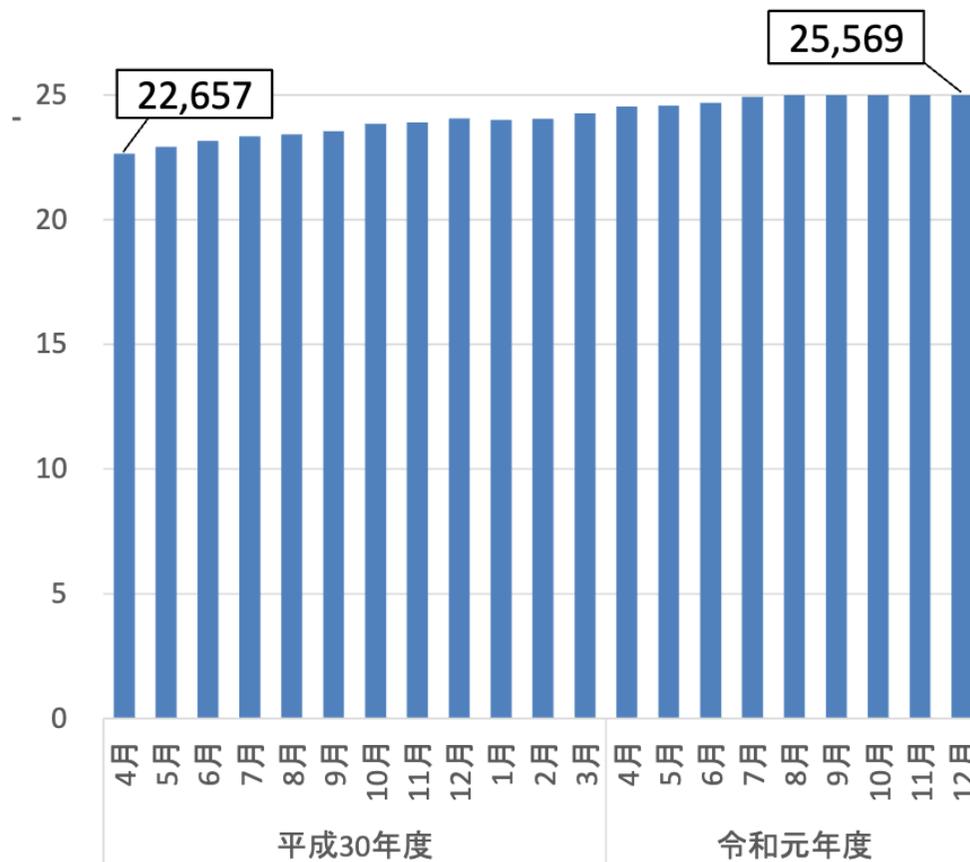
在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

薬局数(千)



居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)

薬局数(千)

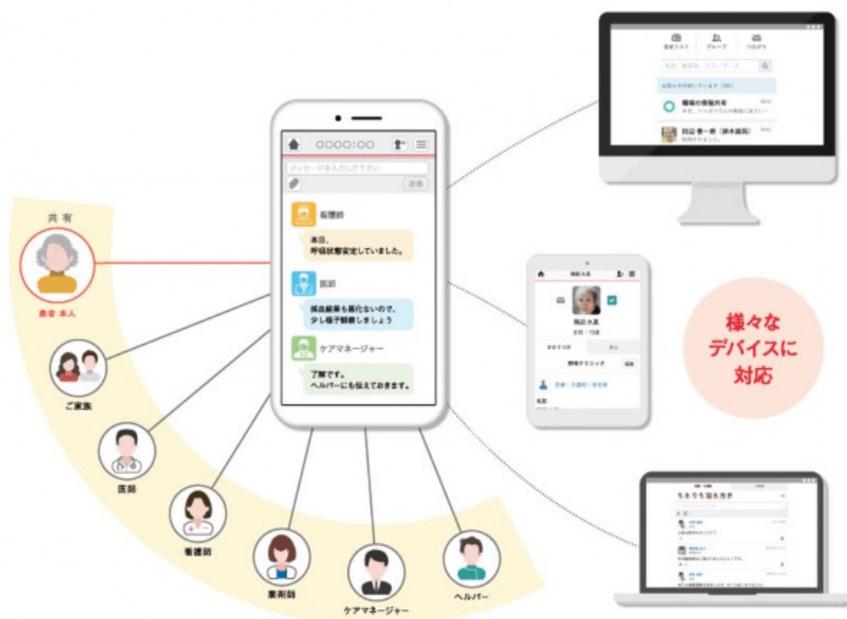




**多職種連携に欠かせない情報共有のICT化
－有用で持続可能なICT連携の実践**

ICT地域連携システム“MedicalCareStation”による情報共有・連携

MedicalCare STATION



地域の多職種間の連携のために
チーム全員で作成・共有する
地域カルテ

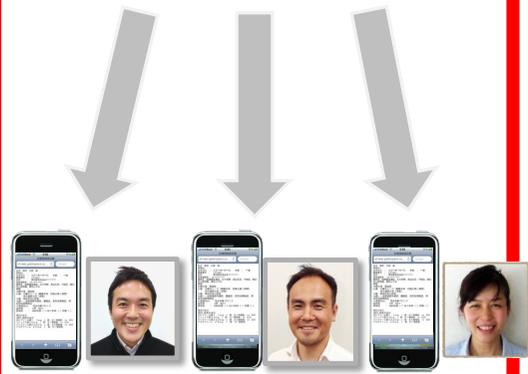
- ▶ 医療介護専用SNS
- ▶ 世田谷区医師会が採用
- ▶ クリニック、薬局、訪看ステーション、ケアマネ、介護事業所、高齢者施設、病院などが参加
- ▶ 参加は招待制、利用は無料
- ▶ 写真や動画、ファイルも送れる

- 地域とのチーム医療やケアを充実させる
- 電話やFAXを減らし、連携の手間やコストを軽減する

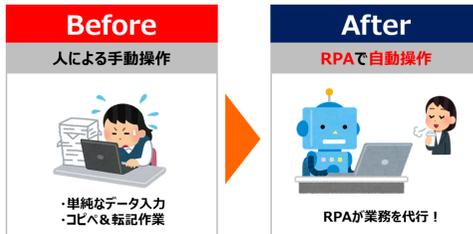
地域連携システム最大の課題

院内院外2つのシステム、どうすれば継続可能な情報共有ができるか

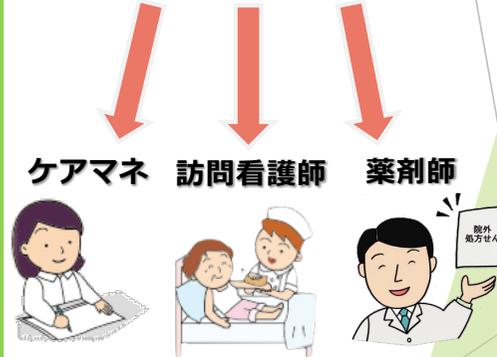
院内連携



電子カルテから地域連携システムに自動投稿



地域連携



地域連携先もパソコンやスマホで閲覧可能

RPAにより電子カルテからMCSへの転記を自動化

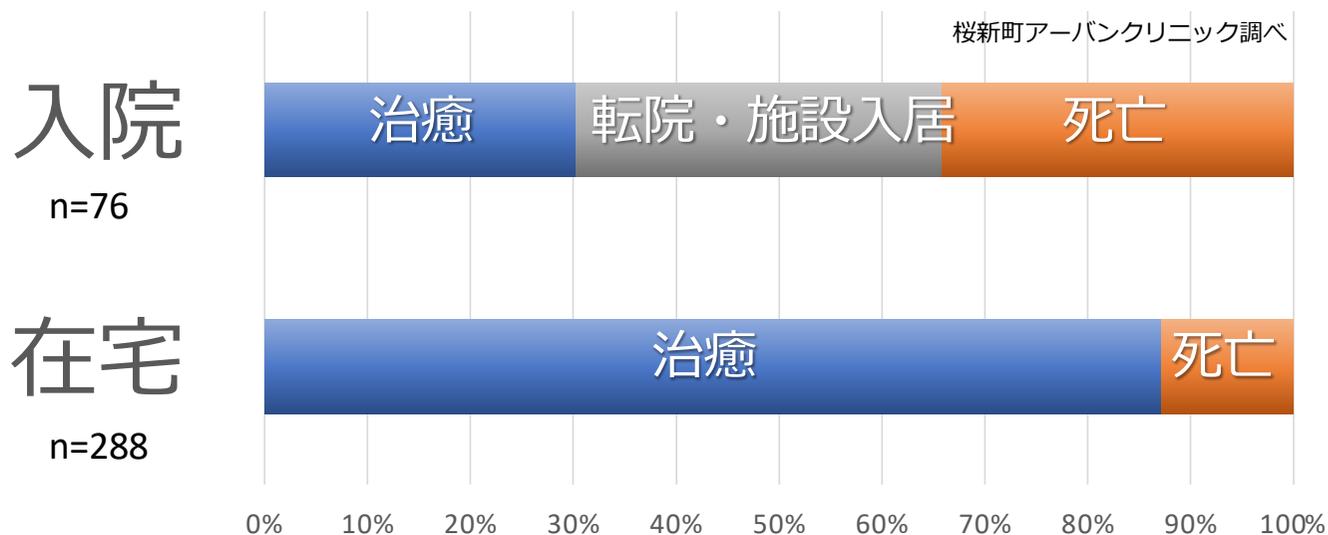
在宅における急性疾患（在宅入院）を地域連携チームでささえる

1. 在宅での急性疾患治療を行う場合、本人、家族、訪問看護、訪問薬剤師、ケアマネ、介護職らとともに**急性期治療チームを形成**する
2. **ケース毎に異なるチームの力量を把握し、役割分担**して、治療やケアの実施や状態評価、報告と方針や指示の更新を行っていく
3. 急性期治療の期間、地域の多職種が統合的な動きができるように、**標準化された事前指示（クリティカルパス）**が必要

肺炎在宅治療パス



在宅患者の肺炎治療 在宅 vs 入院



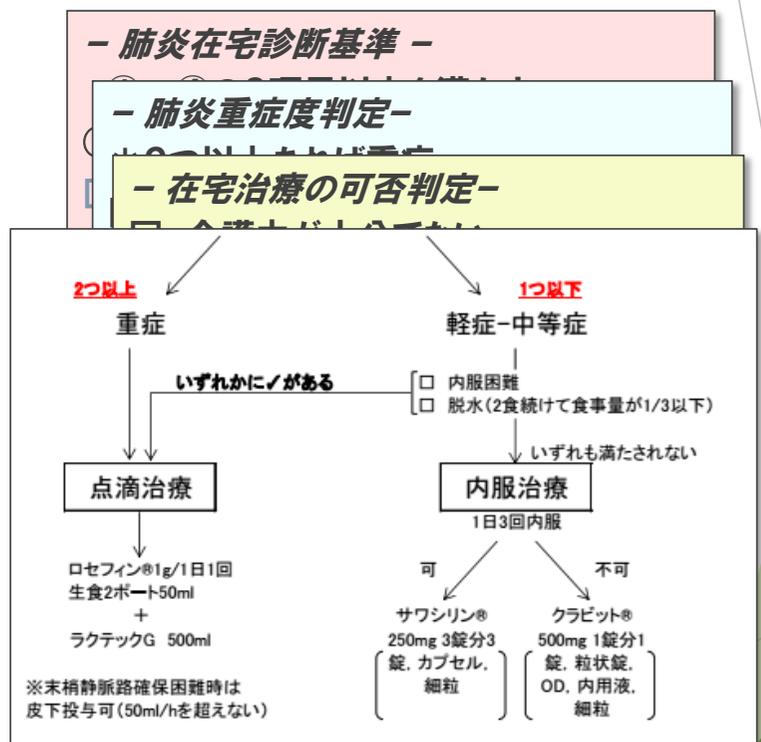
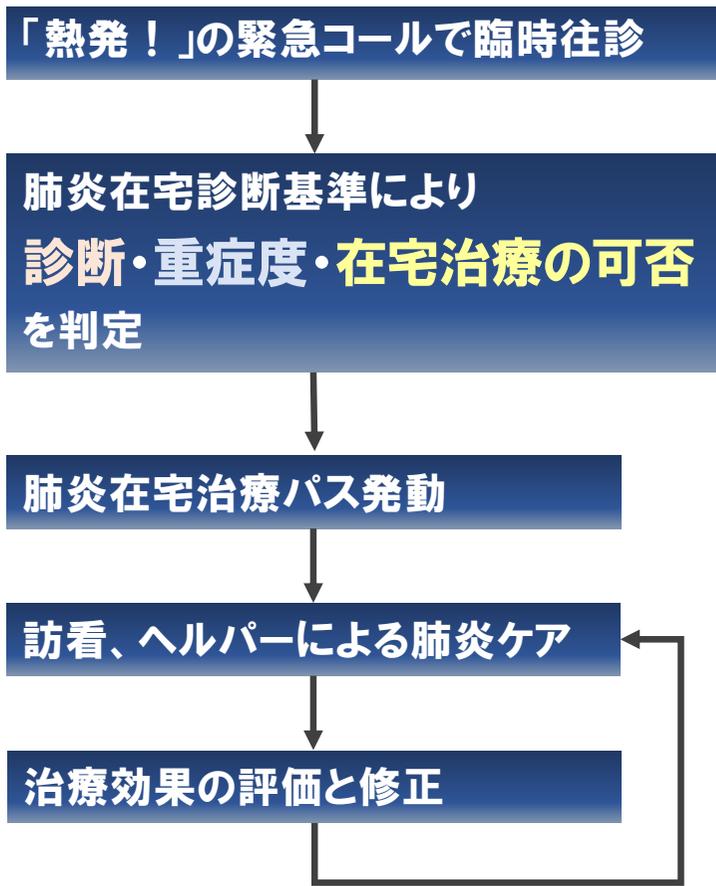
在宅治療の治癒率が高い理由

- ・在宅の方が初動治療が早い
- ・自宅でも点滴、吸たん、ネブライザーなど病院と変わらぬ処置が可能
- ・家族による密度の高いケアが出来る
- ・普段の生活動作が継続され、入院に伴うせん妄やADL低下を防げる

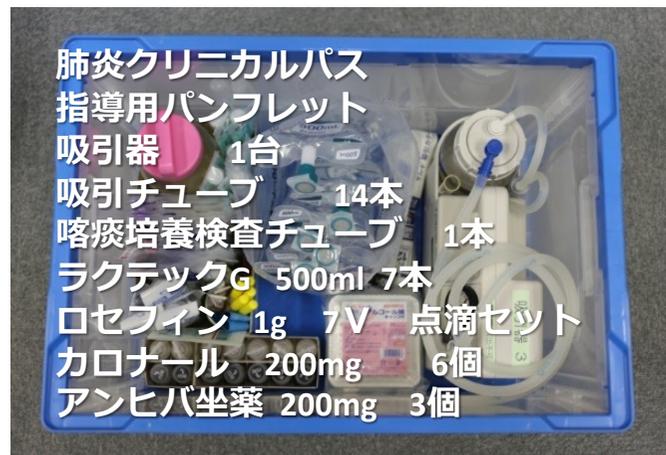
肺炎在宅治療パス 治療とケアを統一化

肺炎在宅治療パス				患者氏名	オ	訪問ステーション	月 火 水 木 金 土 日					
				医師名		ケアマネージャー						
月日	/ ()	/ ()	/ ()	月日	/ ()	/ ()	/ ()					
経過	1日目 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪看	2日目 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪看	3日目 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪看	経過	4日目 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪看	5日目 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪看	6日目 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪看					
治療 知覚	<input type="checkbox"/> 在宅での治療についての理解と同意がある <input type="checkbox"/> 薬剤へのアレルギーなし <抗菌薬> <input type="checkbox"/> OTRX(ロゼフィン®)1g+生食50ml <input type="checkbox"/> AMP/PC(ワツル®)250mg3錠分3 <input type="checkbox"/> LVFX(ラシパ®)500mg1錠分1 <補液> <input type="checkbox"/> フナツツG 500ml <吸入療法> <input type="checkbox"/> 在宅酸素 L <input type="checkbox"/> 酸素調節指示 SpO2 %以下で Lずつ増量 SpO2 %以上で Lずつ減量 <内服薬> <input type="checkbox"/> すべて続行 <input type="checkbox"/> 一部続行() <input type="checkbox"/> すべて中止 <対症薬> <input type="checkbox"/> 発熱時(37.5度以上、6時間以上あけて反復可) <input type="checkbox"/> 加フェル(200mg)2錠 <input type="checkbox"/> アムレバ(200mg)1錠			<input type="checkbox"/> 在宅での治療を継続する <input type="checkbox"/> 入院加療を行う(経過) <抗菌薬> <input type="checkbox"/> OTRX(ロゼフィン®)1g+生食50 <input type="checkbox"/> AMP/PC(ワツル®)250mg3錠分3 <input type="checkbox"/> LVFX(ラシパ®)500mg1錠分1 <補液> <input type="checkbox"/> フナツツG 500ml <吸入療法> <input type="checkbox"/> 在宅酸素 L <input type="checkbox"/> 酸素調節指示 SpO2 %以下で Lずつ増量 SpO2 %以上で Lずつ減量 <内服薬> <input type="checkbox"/> すべて続行 <input type="checkbox"/> 一部続行() <input type="checkbox"/> すべて中止 <対症薬> <input type="checkbox"/> 発熱時(37.5度以上、6時間以上あけて反復可) <input type="checkbox"/> 加フェル(200mg)2錠 <input type="checkbox"/> アムレバ(200mg)1錠			<input type="checkbox"/> 在宅での治療を継続する <input type="checkbox"/> 入院加療を行う(経過) <抗菌薬> <input type="checkbox"/> OTRX(ロゼフィン®)1g+生食50 <input type="checkbox"/> AMP/PC(ワツル®)250mg3錠分3 <input type="checkbox"/> LVFX(ラシパ®)500mg1錠分1 <補液> <input type="checkbox"/> フナツツG 500ml <吸入療法> <input type="checkbox"/> 在宅酸素 L <input type="checkbox"/> 酸素調節指示 SpO2 %以下で Lずつ増量 SpO2 %以上で Lずつ減量 <内服薬> <input type="checkbox"/> すべて続行 <input type="checkbox"/> 一部続行() <input type="checkbox"/> すべて中止 <対症薬> <input type="checkbox"/> 発熱時(37.5度以上、6時間以上あけて反復可) <input type="checkbox"/> 加フェル(200mg)2錠 <input type="checkbox"/> アムレバ(200mg)1錠			<input type="checkbox"/> 在宅での治療を継続する <input type="checkbox"/> 入院加療を行う(経過) <抗菌薬> <input type="checkbox"/> OTRX(ロゼフィン®)1g+生食50 <input type="checkbox"/> AMP/PC(ワツル®)250mg3錠分3 <input type="checkbox"/> LVFX(ラシパ®)500mg1錠分1 <補液> <input type="checkbox"/> フナツツG 500ml <吸入療法> <input type="checkbox"/> 在宅酸素 L <input type="checkbox"/> 酸素調節指示 SpO2 %以下で Lずつ増量 SpO2 %以上で Lずつ減量 <内服薬> <input type="checkbox"/> すべて続行 <input type="checkbox"/> 一部続行() <input type="checkbox"/> すべて中止 <対症薬> <input type="checkbox"/> 発熱時(37.5度以上、6時間以上あけて反復可) <input type="checkbox"/> 加フェル(200mg)2錠 <input type="checkbox"/> アムレバ(200mg)1錠		
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 喀痰検査(一般細菌) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 肺理学療法 <input type="checkbox"/> 吸引器あり (体位ドレナージ) <input type="checkbox"/> 口腔ケア			検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 喀痰検査(一般細菌) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 肺理学療法 <input type="checkbox"/> 吸引器あり (体位ドレナージ) <input type="checkbox"/> 口腔ケア						
	指導 看護ケア	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 肺理学療法 <input type="checkbox"/> 吸引器あり (体位ドレナージ) <input type="checkbox"/> 食事摂取方法確認-指導			指導 看護ケア	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 肺理学療法 <input type="checkbox"/> 吸引器あり (体位ドレナージ) <input type="checkbox"/> 食事摂取方法確認-指導						
	観察 記録	体温 / 度 血圧 / mmHg 脈拍 / 回/分 SpO2 % (室内気/nasal L) 呼吸数 / 回/分 喀痰量 食事量	体温 / 度 血圧 / mmHg 脈拍 / 回/分 SpO2 % (室内気/nasal L) 呼吸数 / 回/分 喀痰量 食事量	体温 / 度 血圧 / mmHg 脈拍 / 回/分 SpO2 % (室内気/nasal L) 呼吸数 / 回/分 喀痰量 食事量	体温 / 度 血圧 / mmHg 脈拍 / 回/分 SpO2 % (室内気/nasal L) 呼吸数 / 回/分 喀痰量 食事量	体温 / 度 血圧 / mmHg 脈拍 / 回/分 SpO2 % (室内気/nasal L) 呼吸数 / 回/分 喀痰量 食事量	体温 / 度 血圧 / mmHg 脈拍 / 回/分 SpO2 % (室内気/nasal L) 呼吸数 / 回/分 喀痰量 食事量	体温 / 度 血圧 / mmHg 脈拍 / 回/分 SpO2 % (室内気/nasal L) 呼吸数 / 回/分 喀痰量 食事量				
MEMO		MEMO	MEMO	MEMO	MEMO	MEMO	MEMO					

肺炎在宅治療パス 治療と連携のフロー



肺炎在宅治療パス 効率化、省力化、標準化を実現



肺炎 げきたい スケジュール		名前						
	1日目 (/)	2日目 (/)	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	
患者向け治療パス								
症状	熱がでます 咳・痰がふえます							
治療	<ul style="list-style-type: none"> ● 抗生剤の治療をします <ul style="list-style-type: none"> □ 内服 □ 点滴 ● 血痰と痰の検査をします ● 熱がでたら解熱剤を使います [] ● 痰が出せない時は吸引器を使います (パンフレット③) ● 呼吸が辛い時は酸素を投与します							
生活上の注意	<ul style="list-style-type: none"> ● 口の中を清潔にします (パンフレット③) ● 咳鳴しないように食べ方や食べものに注意します (パンフレット③) ● 痰をうまく出すために、こまめに体の向きを変えます (パンフレット③) ● 効果的な呼吸法を練習します (パンフレット③) ● 熱に応じて掛け物や衣類を調整します (パンフレット③) ● 入浴は止めて清潔にしましょう 							
訪問予定	□ 往診 □ 初診	□ 往診 □ 初診	□ 往診 □ 初診	□ 往診 □ 初診	□ 往診 □ 初診	□ 往診 □ 初診	□ 往診 □ 初診	

パンフレット① 吸引方法

- ① 吸引機の電源を入れる
- ② 吸引カテテルをつなげる
- ③ 利き手でパルルの中央? 反対の手? テルの根?
- ④ ゆっくり鼻・口へ入れる
- ⑤ カテテルを引く回引き抜き

指導用パンフレット

パンフレット③ 飲み込みやすい食事の内容

食べ物の工夫

- 柔らかく煮たおかず(軟菜)
- お粥
- ミキサー食、粒のないお粥
- とろみをつけた汁物・ジュース
- ゼリー

とろみの付け方

- ① 飲み物をスプーンで混ぜながら、少量ずつとろみ剤を入れる
- ② 数分置く
- ③ とろみの付き方を確認する

飲み込みやすい食べ物?

- サラサラの水
- パサつくもの(ゆで卵の黄身など)
- 弾力の強いもの(こんにやくなど)
- 喉にはりつくもの(もち、のり、わかめ)
- 粒が残るもの(ピーナッツ、大豆)
- 繊維の強いもの(ごぼう、ふき)

肺炎在宅治療パス 地域ケアをひとつに

地域向けパス説明会の開催：

訪問看護師、訪問薬剤師、ケアマネージャー、歯科医、
歯科衛生士、理学療法士、言語聴覚士など多職種が参加



参加費 無料

在宅における肺炎治療

～『在宅版肺炎クリニカルパス』を活用した多職種連携～

高齢者の肺炎による死亡率は成人の1000倍以上!!といわれ、超高齢社会においては肺炎診療の重要性は高まる一方です。入院によるデメリットが大きい高齢者にとって、在宅で肺炎を治療できればという思いで、『在宅版肺炎クリニカルパス』を考案しました。

肺炎は兆候を見逃さないこと、日々の予防が大切ですが、肺炎を“撃退”するためには、ご家族の協力はもちろんのこと、訪問看護師、ケアマネージャーなど多職種の連携が不可欠です。今回は皆で意見交換できればと思います。奮ってご参加をお待ちしています。

地域力 UP

日時	1月22日(木) 18:30～20:30 (受付18:00)
場所	桜新町アーバンクリニック在宅医療部 事務所 世田谷区用賀2-15-5 朝日生命用賀ビル2階
定員	40名 ※定員になり次第締め切らせていただきます
締切り	1月19日(月) ご予約はFAXで03-5716-5221

第一部 在宅での肺炎診療 18:30～19:20

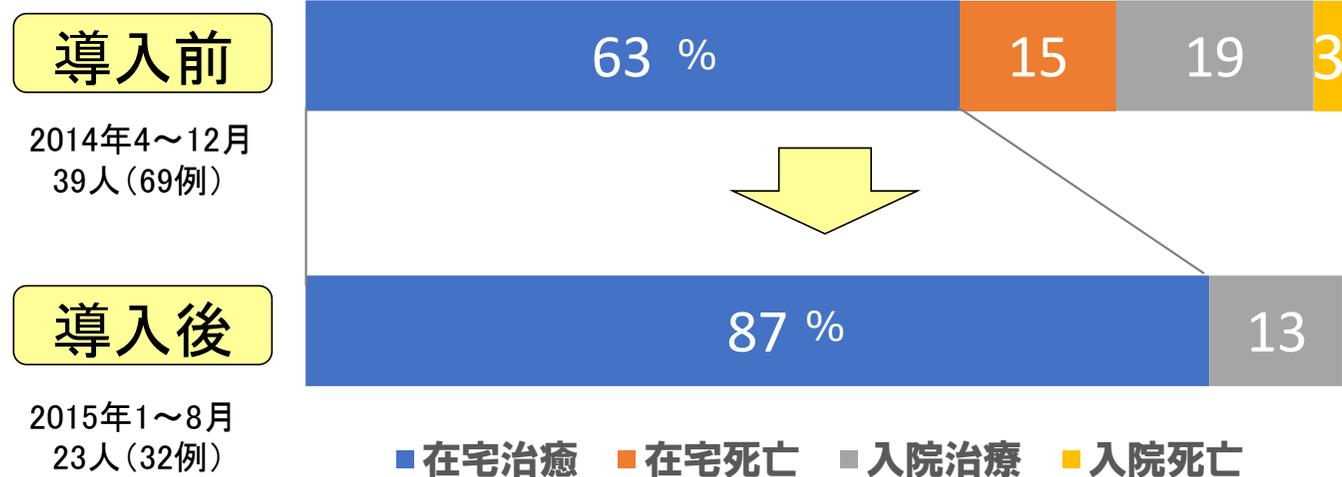
“検査できないのどうやって肺炎と診断するの？” “肺炎なら入院した方が良いのでは？” という疑問を解決しながら訪問診療ならではの『肺炎の診かた』を一緒に学びましょう。

五味 一英 医師 (桜新町アーバンクリニック)

第二部 『在宅版肺炎クリニカルパス』 19:20～20:30

実際の肺炎治療の流れをパスを通して確認し、皆さんでグループワークを行いましょう。セミナー後からすぐに使える、誰でもわかりやすいパスを伝授します。

肺炎在宅治療パスの導入効果



在宅での治癒率が63%→87%に改善

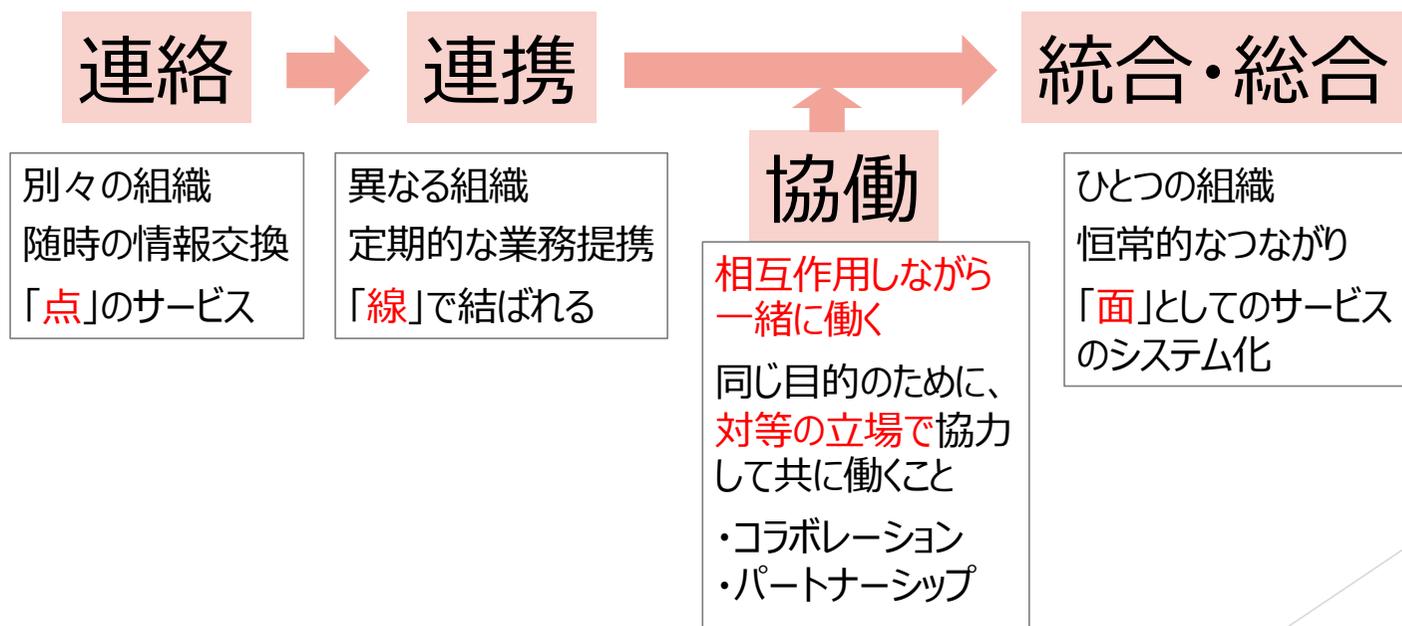
在宅緩和ケアサポートパス

標準倍率 1.0 (100%)		標準倍率 1.0 (100%)		標準倍率 1.0 (100%)		標準倍率 1.0 (100%)	
導入期		維持期		看取り期		看取り期	
<p>モルヒネの設定量など</p>		<h2>治療</h2>					
<p>症状の程度をスコア化</p>		<h2>病状評価</h2>				<p>予後予測ツール</p>	
<p>本人や家族の病状認識、希望</p>		<h2>家族支援</h2>				<p>家族の介護力や負担を評価</p>	
		<h2>教育</h2>					
		<h2>ケア</h2>					
		<h2>介護サービス</h2>				<p>サービス導入や環境整備のチェック</p>	

多職種連携と多職種協働

連携：お互いに連絡をとり、協力してモノゴトを行うこと

協働：同じ目的のために、対等の立場で協力して共に働くこと



高度化する在宅医療に求められること

医療ニーズの高い在宅患者 ↑

- 院内グループ診療による24時間体制
- ICT化による地域連携の強化



情報共有だけでは、**統合的なサービス提供が困難**



在宅医・薬剤師間で
どのようなコミュニケーションが必要なのか

薬局↔クリニック間で届いていなかった情報

クリニックから薬局へ

- ▶ 看取りのこと
- ▶ 処方箋以外の情報
- ▶ 特に緊急対応した際の処方理由
- ▶ 薬剤師にどこまで求めているか

薬局からクリニックへ

- ▶ 薬剤師の体制
- ▶ 薬局の在庫のこと
- ▶ 麻薬って在庫も扱いも大変なこと
- ▶ 訪問時の工夫

お互いが少しずつ
心を折り合っているような状態？

訪問薬剤管理指導の報告書

クリニックが助かる報告

- ▶ 残薬は数ではなく、**何月何日分まであるのかを記載**
- ▶ **今回初めて出た薬は、効果、副作用のアセスメントを**

例) 臨時処方でラキソベロンが出た患者さんに、その夜薬剤師が訪問。
その場で内服介助し、服薬状況のチェック

➡翌日電話で排便確認したのち、報告をもらった

- ▶ 患者さんが医師の説明をどう受け取っていたかなど、**医師側には話さないような内容**を聞き取ったら必ず報告を！
- ▶ 医師・看護師は、自分たちが見えていない情報が知りたい
- ▶ **なにげない日常の会話**もACPに関わることなので記載
- ▶ 上記ACP関連の発言や、服薬指導の内容は、**ニュアンスが命。**
発言そのままの言葉で書くことも必要

疑義照会

薬剤師さんからの声

- ▶ いつ先生がクリニックにいるのか、わからない
- ▶ 先生にニュアンスを伝えたいのに、事務さんから伝えてもらうと、うまく伝わっていないことがある
- ▶ そもそも電話するのってストレス
- ▶ 患者さんが目の前で待っているときに先生につながらないと困る
- ▶ **夜間に訪問して疑義が生じてもクリニックが閉院していると電話が繋がらない**

院内の声

- ▶ それは薬剤師側で考えていいのに、と思えることを聞かれると残念
- ▶ 疑義照会のついでに、薬剤師さんが取ってきてくれた自分たちの知らない情報を一緒に報告してくれると嬉しい
- ▶ 事務側では、その疑義照会が急ぎなのか判断不能

疑義照会

往診クリニックでの疑義照会の取り扱い

- ▶ 電話は基本的に事務さんが取り、各医師につなぐ
日中医師がクリニックにいることはほとんどない
- ▶ 医師に直接疑義照会がくると医師薬剤師以外の職種にその変更点が申し送られないこともある
- ▶ 院内薬剤師が疑義照会をすべて受けているところもある
- ▶ PBPMなど取り決めているクリニックもある
Protocol Based Pharmacotherapy Management (プロトコールに基づく薬物治療管理)

当院での取り組み

- ▶ 現場からスマホ経由で処方箋FAXし、同時に薬局に電話して処方意図を伝える
- ▶ 必ずその疑義が急ぎなのか、電話を受けたものが確認する
- ▶ 18時以降も必ず疑義照会に対応できるように、
緊急電話番号（24時間対応）を処方箋に記載
- ▶ 各スタッフは業務用スマホを支給されLINEアカウントもあるので、LINE連絡可能

院内の声

どんな情報があれば薬剤師さんは動きやすいんだろう

訪問頼みたいけど、いまだこの薬局がどのくらい余裕あるのかな

特に注射の麻薬類の処方はずっとバタバタしてしまって、、、

薬剤師さんたちの声

Drに疑義照会するほどではないが、聞いてみたいことがある

日々どんな診療を行っているのか垣間見れたら、自分たちのできる事を考え直すチャンスになる

薬局同士の交流はあまりない

診療所⇔薬局 薬局⇔薬局
新たな連携の足がかりになる場の提供

顔の見える関係づくり

連携薬局とクリニックのチームワークを高める

➡ クリニックの朝の申し送り+勉強会に参加

- ・ 緊急性はないが伝えておきたいこと、質問など直接話せる場の提供

➡ クリニック+薬局のML作成

- ・ 地域や業務の有用な情報を共有できるプラットフォーム

➡ 連携薬局の往診同行受け入れ

- ・ 病状把握や担当医の処方意図などを共有
- ・ 院内スタッフとの役割の相互理解
- ・ 患者への薬剤師を含めたチーム医療の意識付け

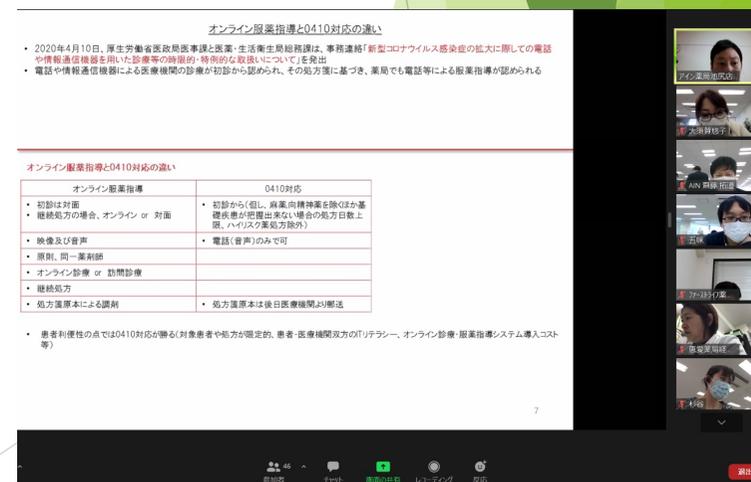
オンライン服薬指導と0410対応の違い

- ・ 2020年4月10日、厚生労働省医政局医事課と医薬・生活衛生局総務課は、事務連絡「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」を発出
- ・ 電話や情報通信機器による医療機関の診療が初診から認められ、その処方箋に基づき、薬局でも電話等による服薬指導が認められる

オンライン服薬指導	0410対応
・ 初診は対面	・ 初診から(但し、医薬品・医薬品を除く)か薬
・ 継続処方の場合、オンライン or 対面	・ 建設患者は処方箋を有しない場合の処方日数上限、ハイリスク薬処方除外)
・ 映像及び音声	・ 電話(音声)のみで可
・ 原則、同一薬剤師	
・ オンライン診療 or 訪問診療	
・ 継続処方	
・ 処方箋原本による調剤	・ 処方箋原本は後日医療機関より郵送

- ・ 患者利便性の点では0410対応が勝る(対象患者や処方箋が限定的、患者-医療機関双方のITリテラシー、オンライン診療・服薬指導システム導入コスト等)

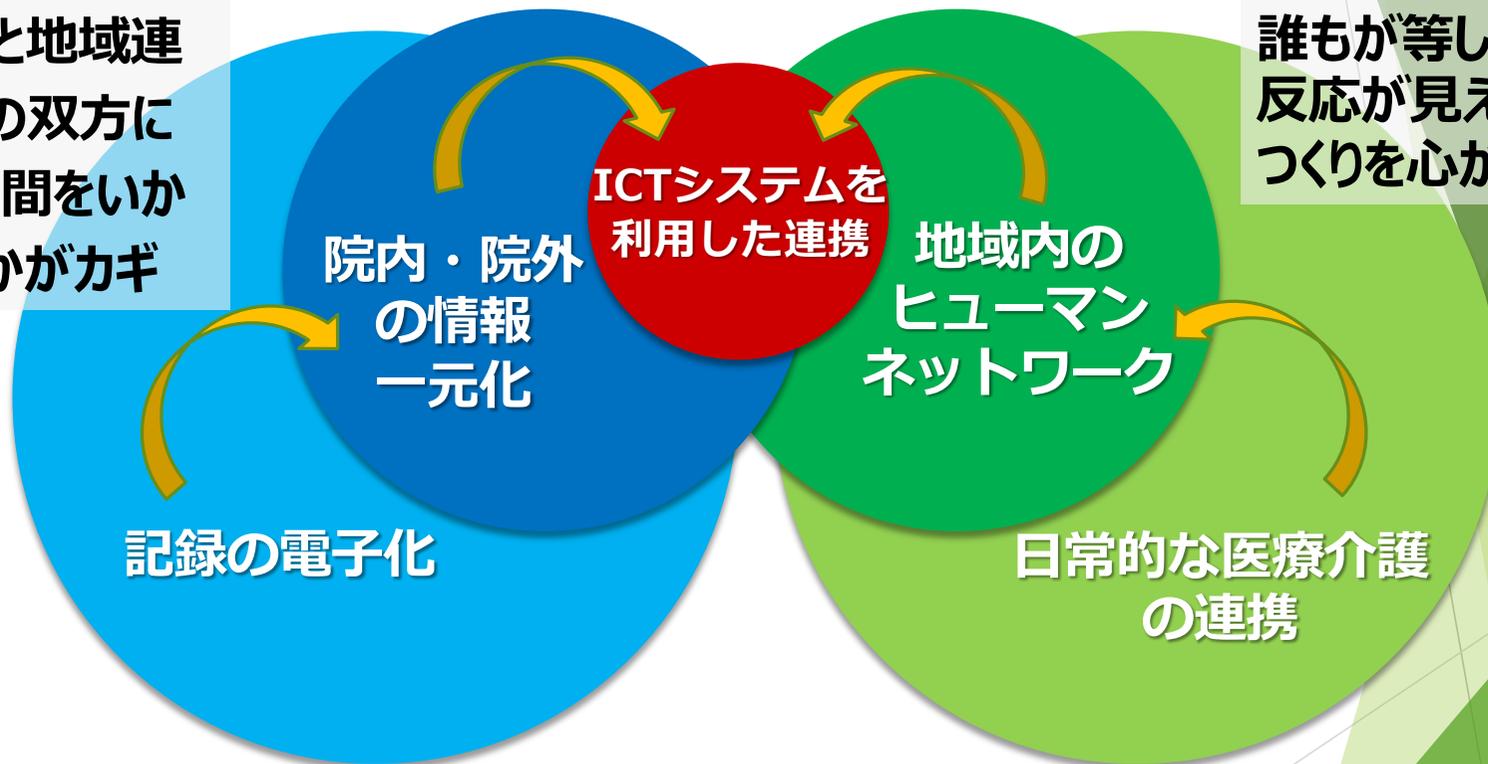
7



地域連携のICT導入へのステップ

電子カルテと地域連携システムの双方に入力する手間をいかに減らせるかがカギ

誰もが等しく発言でき、反応が見えるような場づくりを心がける



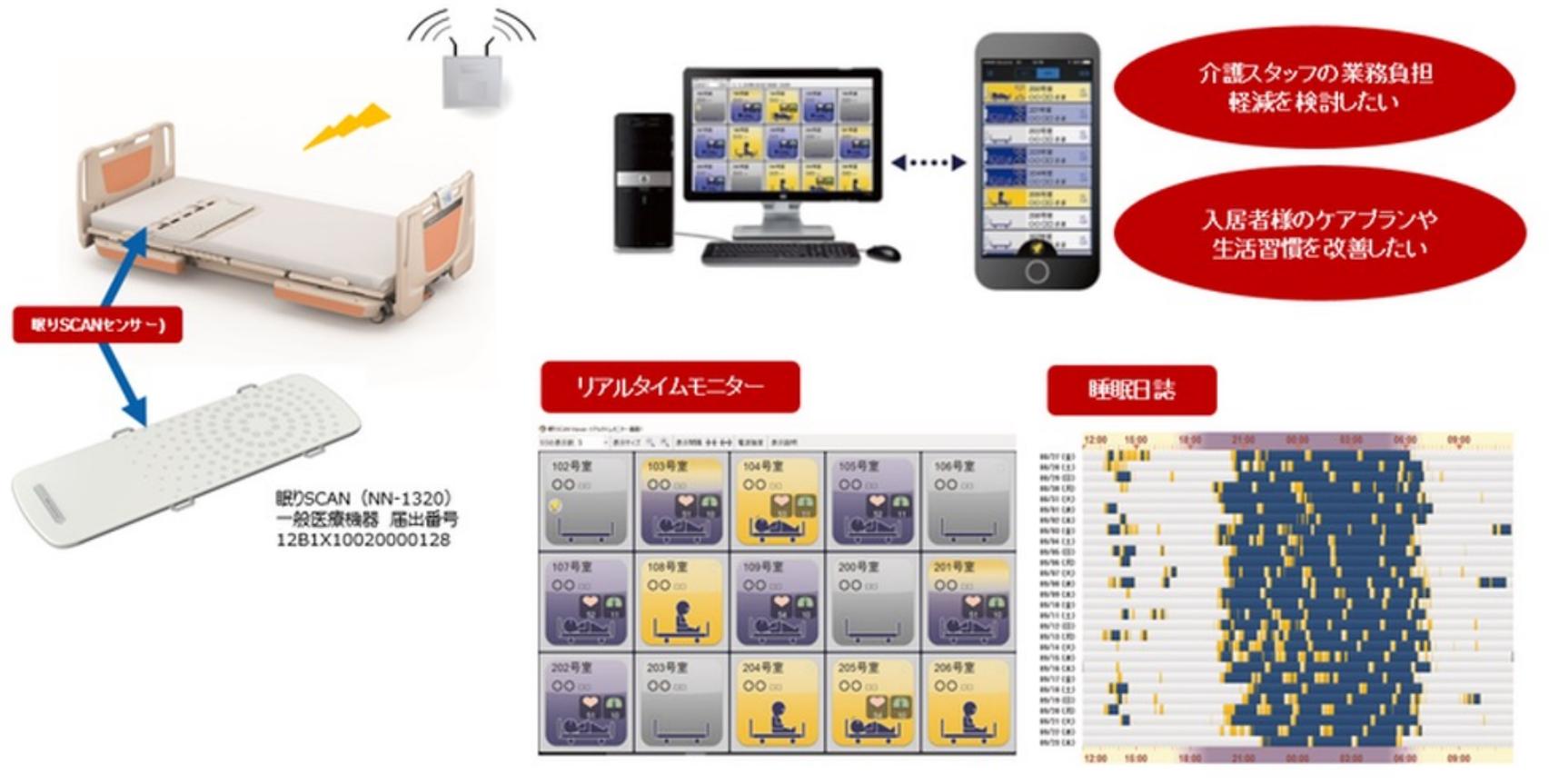
院内のシステム構築

地域連携体制の構築



テクノロジーが拓く在宅医療の進化 -センサー、ポータブル装置、ロボット、AI-

眠りスキャン ファクトに基づく治療やケア

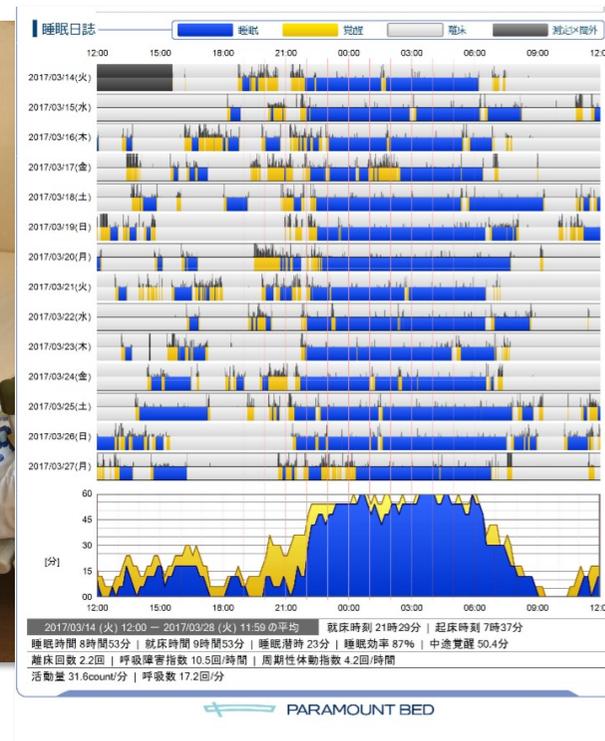
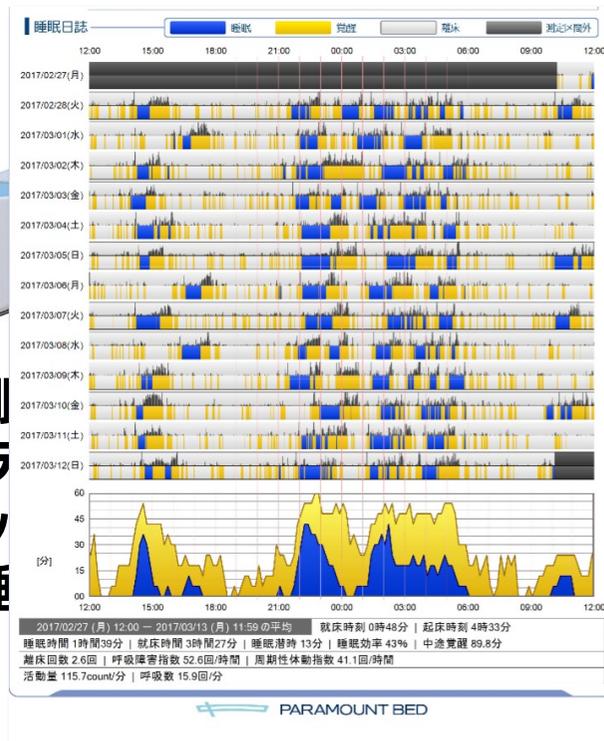


眠りスキャンによる夜間の睡眠状況の把握

■ 80代男性 日中の眠気が強い

■ 90代女性 夜間不眠の訴えあり

・ 目
パラ
マツ
で睡



実際の状況を人手をかけずに把握できる、見える化により患者家族と共有しやすい

POCUS : point-of-care US (超音波)

- ▶ 2010年、ポケットサイズのエコーが登場
- ▶ スマホやタブレットをディスプレイとするタイプが主流に
- ▶ 価格は1台 20-100万円程度
- ▶ その場で画像共有できる機種では、遠隔診療や教育用としても有用
- ▶ AIによるプローブ操作ガイダンス機能を有するものも登場し、エコーを看護師が排泄や褥瘡などのケアに活かす動きが活発化



排尿ケアで

ポータブルエコーが
役立つ場面

- 膀胱内の尿量を測定し、排尿自立を促す
- 残尿測定で溢流性尿失禁を早期に発見できる
- 膀胱留置カテーテル挿入後の位置確認を可視化できる
- 膀胱留置カテーテルの屈曲や閉塞を判断できる

排便ケアで

ポータブルエコーが
役立つ場面

- 排便ケアorトイレ誘導のタイミングを評価できる
- 便の性状や形状を評価し排便ケア方法や下剤を選択できる
- 残便エコーで排便ケアの継続看護ができる

褥瘡ケアで

ポータブルエコーが
役立つ場面

- 表面から観察できない部分を診る
- 発赤とDTI(深部組織損傷)を見分けたい
- 壊死組織に覆われている褥瘡の深さを知りたい
- ポケット褥瘡の辺縁を知りたい

マニュアル作成ツール



英語論文を日本語要約してくれるAI chatpdf

Chat with any PDF

Join millions of students, researchers and professionals to instantly answer questions and understand research with AI

Drop PDF here

Browse my Computer From URL

<https://www.chatpdf.com/>

Impact of dementia on cancer discovery and pain 1 / 8

PSYCHOGERIATRICS
The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society
doi:10.1111/j.1479-8301.2010.00344.x PSYCHOGERIATRICS 2011; 11: 6-13

ORIGINAL ARTICLE

Impact of dementia on cancer discovery and pain

Shuji IRTANI,^{1,2} Mizuho TOHGI,¹ Hiroaki MIYATA¹ and Gen OH¹

¹Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Nagoya University, Aichi; ²Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital, and ³Departments of Healthcare Quality Assessment, Graduate School of Medicine, University of Tokyo, Japan

Correspondence: Dr Shuji Irtani MD PhD, Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Nagoya University, 65 Tsurumai, Showa-ku, Nagoya, Aichi 466-8501, Japan. Email: irtanish@nagoya-u.ac.jp

Received 21 September 2010; accepted 16 November 2010

Abstract
Background: Dementia is clinically noted to influence both reporting and experience of cancer pains. However, no systemic evaluation of this aspect has been reported. The aim of the present study was to retrospectively evaluate how dementia modified the cancer discovery process, frequency of cancer pain reports and analgesic-narcotic use at a large psychiatric hospital.
Methods: We reviewed all the records of cancer patients with and without dementia treated at the surgical ward of Matsuzawa Hospital from 1993 to 2004. Psychiatric diseases other than dementia, brain metastasis and alcoholism, as well as leukaemia and skin cancer, were excluded. Patients' communicativeness as to pain was ascertained from nursing records.
Results: A total of 134 cancer patients with and without dementia (50 demented and 84 non-demented) were included. Demented patients were accidentally discovered to have cancer (48%) or by an unexpected unfolding of clinical signs (44%), whereas most non-demented patients (83%) voluntarily sought medical evaluation ($P = 0.000$). Overall, 76% of non-demented patients had cancer pains (stages I and II, 64%; stages III and IV, 84%), whereas just 22% of demented patients had cancer pains (stages I and II, 16%; stages III and IV, 26%; $P = 0.000$). Non-demented patients showed stage-dependent requirements for both non-narcotic analgesics (stages I and II, 64%; stages III and IV, 84%) and narcotics (stages I and II, 0%; stages III and IV, 41%). Demented patients required much less analgesics (stages I and II, 11%; stages III and IV, 13%), with only one stage IV patient requiring narcotics ($P = 0.000$).
Conclusion: Dementia greatly modifies the cancer discovery process, reduces prevalence of cancer pain and analgesic requirement.

Key words: analgesic, cancer, dementia, pain.

INTRODUCTION
The impact of dementia on pain and its management has been reported mainly in the context of under-reporting, underdetection and undertreatment.¹⁻⁴ Regarding the phenomena of reduced pain complaints and subsequent low requirement of analgesics, the question arose whether an alteration in pain experience in the demented individuals was reflected or whether this was a result of a decline in the patients' ability to communicate about their pain.⁵ It was suggested that dementia influenced both the experience and reporting of pain in elderly individuals.⁶⁻⁹ Parnelle *et al.* reported that in the elderly with mild to moderate cognitive impairment, their pain complaints are as valid as those of the non-demented elderly.⁸ More specifically, as to pain experience, Alzheimer's disease (AD) patients appeared to perceive less pain intensity and pain affect than non-demented elderly, despite the fact that both groups had equal sensitivity regarding pain stimuli and pain thresholds.¹⁰ Scherder *et al.* repeated pain assessments on AD patients daily for 4 weeks, and 2 months later for 5 days and confirmed the foregoing finding.¹¹

© 2011 The Authors
Psychogeriatrics © 2011 Japanese Psychogeriatric Society

Dementia and cancer pain

Chat

Hello and welcome to this informative PDF file on the impact of dementia on cancer discovery and pain management. This study aims to evaluate how dementia influences the reporting and experience of cancer pains, as well as the use of analgesic-narcotics in patients.

- How does dementia affect the process of cancer discovery in patients?
- What were the findings regarding the frequency of cancer pain reports in patients with dementia compared to those without?
- How was the use of analgesic-narcotics different in cancer patients with dementia versus those without dementia?

日本語で

この研究は、認知症ががん発見や疼痛管理に与える影響を評価することを目的としています。

1. 認知症は患者のがん発見プロセスにどのような影響を与えるか？
2. 認知症の患者とそうでない患者との間ではがん疼痛の報告頻度に関する結果は何か？
3. 認知症のあるがん患者と認知症のないがん患者との間で、鎮痛薬や向精神薬の使用に違いはあるか？

日本語で800文字程度に

この研究は、認知症ががん発見プロセスや疼痛報告、鎮痛薬の使用にどのような影響を与えるかを評価することを目的としています。認知症の患者はがんを偶然発見されることが多く（48%）、また予期せぬ臨床症状の発現によって診断されることもあります（44%）。一方、認知症のない患者のほとんどは自発的に医療評価を受けます（63%）。認知症の患者ではがん疼痛の報告が少なく（ステージIおよびIIで16%、IIIおよびIVで26%）、鎮痛薬の必要性も非常に低いことが示されました。一方、認知症のない患者はがん疼痛の報告が多く（ステージIおよびIIで64%、IIIおよびIVで84%）、鎮痛薬や向精神薬の使用も段階に応じて異なりました。認知症の有無ががん患者の疼痛報告や鎮痛薬の使用に及ぼす影響について、貴重な知見が得られた研究であると言えます。

YouTubeを日本語要約してくれるAI YouTube Summary

YouTube Summary with ChatGPT & Claude

YouTube Summary with ChatGPT & Claude is a free Chrome Extension that lets you quickly access the summary of both YouTube videos and web articles you're consuming. Save time and learn better with this free Chrome Extension.

 Add to Chrome (Free)

 Add to Safari (Free)



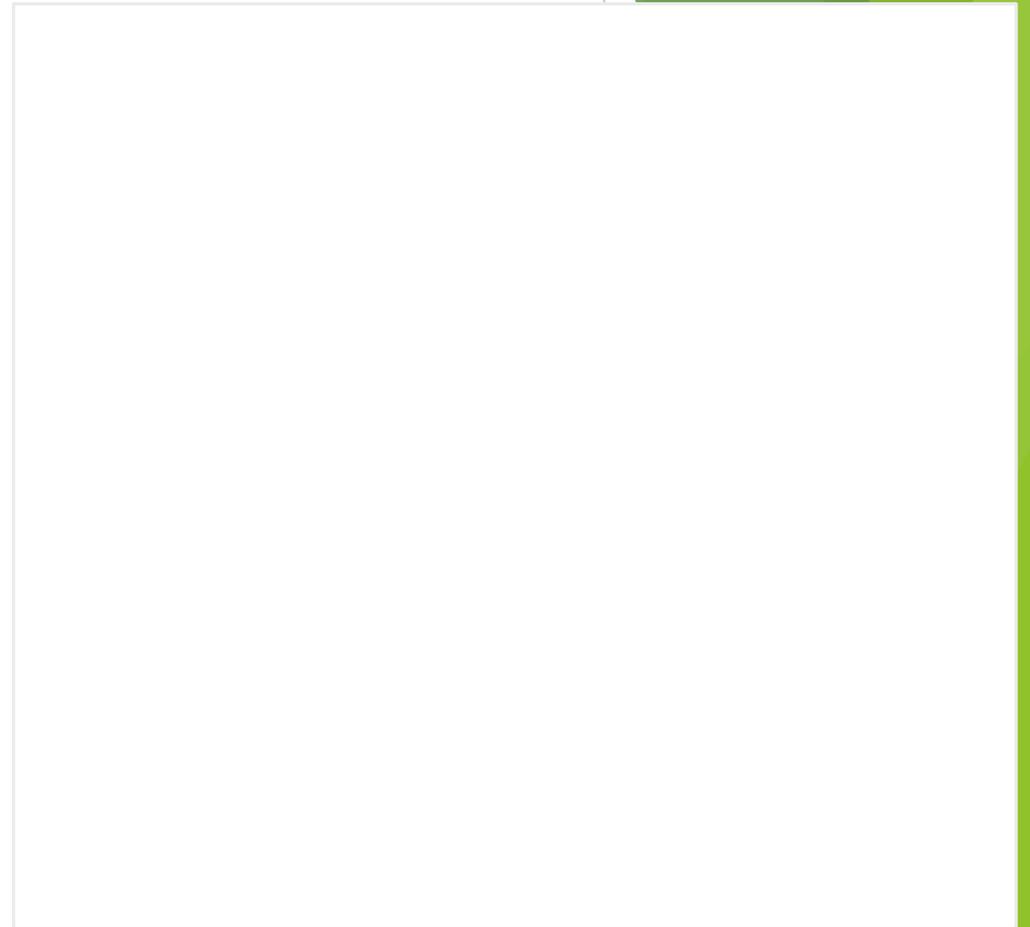
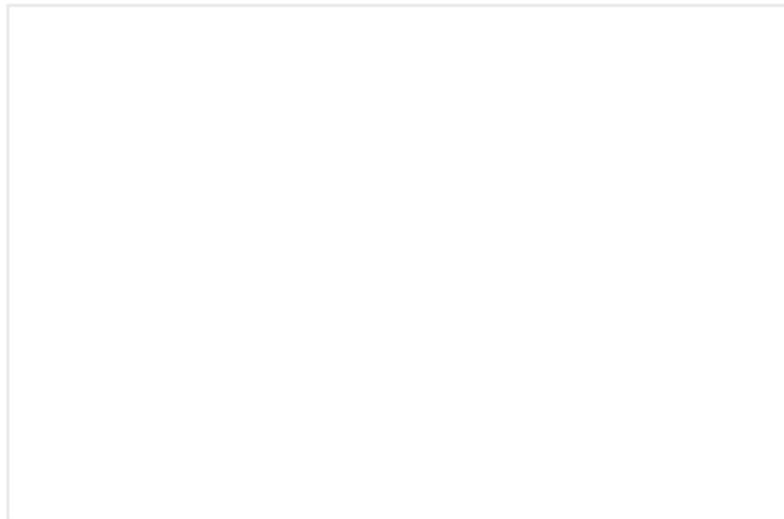
Glasp

YouTube Summary with ChatGPT & Claude

Chrome Extension



<https://glasp.co/youtube-summary>



Perplexity 検索に特化したAI

perplexity | 1m 認知症の緩和ケアとは

New Thread

Home Discover Library Sign in Sign Up

認知症の緩和ケアとは

Sources

- 認知症の人のエンドオブライフ・ケア | 健康長寿ネ... | tyojyu.or • 1
- 認知症に対する緩和ケア——和らげるべき苦痛... | manseiki • 2
- 認知症の緩和ケア - J-Stage | jstage.jst • 3

View 2 more

Answer

認知症の緩和ケアとは、認知症患者の身体的・精神的苦痛を和らげ、生活の質を向上させることを目的とした包括的なケアアプローチです。以下にその主な特徴と重要な点をまとめます：

- 包括的なアプローチ：
認知症の緩和ケアは、診断直後から終末期まで、疾患の全経過を通じて適用されます²。身体的苦痛だけでなく、行動・心理症状（BPSD）や急性期の苦痛も含めた総合的なケアを提供します²。
- 身体的苦痛への対応：
認知症末期では、食不振や嚥下障害が最も多く見られる症状です（70%以上）²。また、肺炎による発熱、咳、痰、呼吸困難などの呼吸器症状や、長期臥床に伴う褥瘡なども主な苦痛の原因となります^{1 2}。
- 苦痛の評価：
重度認知症患者は言葉で苦痛を伝えられないため、客観的な評価スケールを用いて息づかい、表情、発声、体の硬直などを観察し、苦痛を評価します¹。
- コミュニケーションの重視：
認知症患者の57%が孤独を感じているとされ、言語的・非言語的コミュニケーションを通じて、患者を孤独から守ることが重要です¹。

適切な食事サポート：

- 痛みへの対応：
認知症患者の痛みは見落とされがちですが、適切な評価と対応が必要です。痛みによる

Diagram: 身体的なもの (痛みの原因)、精神的なもの (不安、抑うつ、苦悶感)、社会的なもの (仕事、人間関係、経済的困窮) → 苦痛 → スピリチュアルなもの (人生の意味、死生観) → さまざまなものが苦痛の原因となる

認知症の緩和ケア (認知症の緩和ケアの重要性、緩和ケアの目的、緩和ケアの提供体制、緩和ケアの提供体制)

認知症 plus 緩和ケア (症状緩和とスピリチュアルベインへの対応、認知症の緩和ケアに関する最新情報)

認知症の緩和ケアに関する最新情報 (認知症の緩和ケアに関する最新情報)

終末期・あなたの一言が患者さんを苦しめる (終末期・あなたの一言が患者さんを苦しめる)

早期発見・早期治療で生きる (早期発見・早期治療で生きる)

Generate Image

GPTs : ChatGPTにPDFなどの資料を学習させて、特化したAIを作成できる Generative Pre-trained Transformers

パキロピッド併用禁忌薬チェック GPT >

心不全の緩和ケア GPT >



心不全の緩和ケアガイドラインに基づき、臨床的な悩みに答えます
作成者: JUNICHIRO TOYAMA

ChatGPT にメッセージを送る

本製品の読み替（診断替や薬剤をお送りする前）に以下の項目について確認および必要に応じて各種検査（腎機能、肝機能等）を実施し、患者の状態を確認してください。
※特許に該当する薬名には本製品の表示は致しません。

項目	確認事項	対応	備考	
禁忌薬	本剤の併用禁忌薬	○	○	本剤の併用禁忌薬です。
	本剤の併用禁忌薬	○	○	本剤の併用禁忌薬です。本剤との併用は厳禁です。併用が必要な場合は、併用禁忌薬の併用は厳禁です。
	併用禁忌薬	○	○	本剤の併用禁忌薬です。
併用薬	併用薬	○	○	併用薬です。
	併用薬	○	○	併用薬です。
併用薬	併用薬	○	○	併用薬です。
	併用薬	○	○	併用薬です。
併用薬	併用薬	○	○	併用薬です。
	併用薬	○	○	併用薬です。

青海社

ホスピス緩和ケア白書 2020

心不全の緩和ケア

心不全のハンデミックに備えて

編集 木澤 義之 神戸大学医学部附属病院 緩和ケア科部長
志真 善夫 兵庫医科大学 緩和ケア科 部長
高宮 有介 昭和大学 緩和ケア科 部長
恒藤 鏡 伊藤大学 緩和ケア科 部長
宮下 光令 東北大学 緩和ケア科 部長
山崎 肇郎 大阪大学 緩和ケア科 部長
監修 菅野 康夫 けいけい病院 緩和ケア科 部長
山口 崇 聖隷聖心病院 緩和ケア科 部長

青海社

心不全の緩和ケア GPT >

心不全患者さんの歩きたいというニーズに応えるためのリハビリについて教えてください

心不全患者さんの歩きたいというニーズに応えるためのリハビリについて、以下のようなポイントが重要です。

- 患者のニーズに基づくリハビリ計画の立案:
 - 患者の動作や運動負担に関するニーズを抽出し、評価のうえプログラムを立案・実施します。患者の状態やニーズは日々変化するため、これに応じてプログラムを調整することが重要です。
- 低強度から始める運動療法:
 - 運動療法は低強度から開始し、血圧、脈拍、息切れ、倦怠感などの変化に注意しながら進めます。可能であれば心肺運動負荷試験（CPX）を行い、嫌気性代謝閾値（AT）を用いた運動処方望ましいとされています。
- 運動療法の内容:
 - 有酸素運動を中心に実施し、運動負担を患者の心機能や骨格筋の状態に応じて調整します。また、患者が安心して運動を続けられるよう、理学療法士がマンツーマンでサポートし、リスク管理を行います。
- 非運動的アプローチの併用:
 - 全身倦怠感や軽度の息切れ、不安などにより「運動」が難しい場合は、ストレッチやマッサージ、温熱療法などの非運動的アプローチを併用することも有効です。
- 心理的サポート:
 - 患者が運動に対する不安を感じる事が多いため、理学療法士が日常的に患者と接しながら、心理的サポートを行うことも重要です。

テグレートール、

これらの薬

したがつて 剤を服用中

ChatGPT

心不全の緩和ケア GPT にメッセージを送信する



在宅医療のさらなる向上のために

在宅医療は何を実現できているのか？

「生活をささえる」視点で、医療にできること

- 栄養・食支援
- 排泄支援 便秘、頻尿、失禁
- ADL維持改善
- 転倒予防、骨折予防
- 孤立への対応
- 認知症・BPSDへの対応
- メンタルチェック（抑うつなど）
- 本人のQOL
- 家族の介護負担度の評価と軽減

在宅医療のアウトカムとは？
質の高い在宅医療を
どうやって評価する？

在宅医療のアウトカム

医療面の評価

- ▶ **看取り数（看取り率）** → 多職種チームケアの総合成績
- ▶ **電話再診、臨時往診の件数** → 急変を抑制する
- ▶ **入院・救急搬送の頻度** → 入院を減らす
- ▶ **イベント（肺炎、転倒）発生数とその後の再発防止策**

入院関連機能障害による高齢者へのダメージが
介護度を進行させたり、再入院のリスクが高まったり、
その後の予後も悪化させる (Kenneth 2011)

入院を抑制するには、

- ① **日常の医学管理の質** → 急変を予防する
- ② **急変時の在宅対応力** → 早期対応、在宅治療
- ③ **終末期の意思決定支援** → 望まない延命や入院を減らす

の3つが必要であり、在宅医療の機能を包括的に評価する

在宅医療の質の向上のための方策

疾病管理の向上

- 心不全
 - 緩和ケア
 - 認知症、神経難病（パーキンソン病、ALSなど）
 - 低栄養、転倒、せん妄、BPSD、摂食嚥下、便秘などのリスク評価と対策
- 慢性期の管理
急性増悪時の対応
生活支援
などを体系的に学べる仕組みが必要
- リスク評価や改善、維持のための多職種連携プログラム

在宅医療の幅を広げる

- 在宅急性期治療
 - 小型医療検査機器
 - 専門医へのコンサルテーション
 - ACP（意志決定支援）
 - 多職種連携のコミュニケーション
- できるだけ病院受診や救急搬送を減らす
 - 在宅入院（急性期治療）の質を上げる
 - センサーデバイスによる遠隔モニタリング
 - 本人の意思を尊重する
 - 24時間体制を多職種でささえる

在宅医療に対する薬剤師の関わりへの期待

1. 老年医療、新たな在宅医療ニーズへの対応

- ・ QOLや終末期を重視した薬物治療方針
- ・ ポリファーマシーや服薬管理困難への対応
- ・ 在宅がん治療や心不全緩和ケア、急性疾患への薬剤提供（24h）

2. 患者宅や介護施設での医療や看護を安全に行う

- ・ 本人や家族、介護士による服薬や医療対応のエラーを減らす
- ・ 医療機関との密な連携による処方や服薬管理の徹底

3. 院内・院外の情報共有、連携

- ・ ICT地域連携システムによる情報共有やコミュニケーション
- ・ 在宅肺炎治療・緩和ケアパスによる医療とケアの統合
- ・ 地域の薬局間の横連携、規模・機能別の役割分担