

在宅における医薬品管理の実例



患者Aさん(女性)

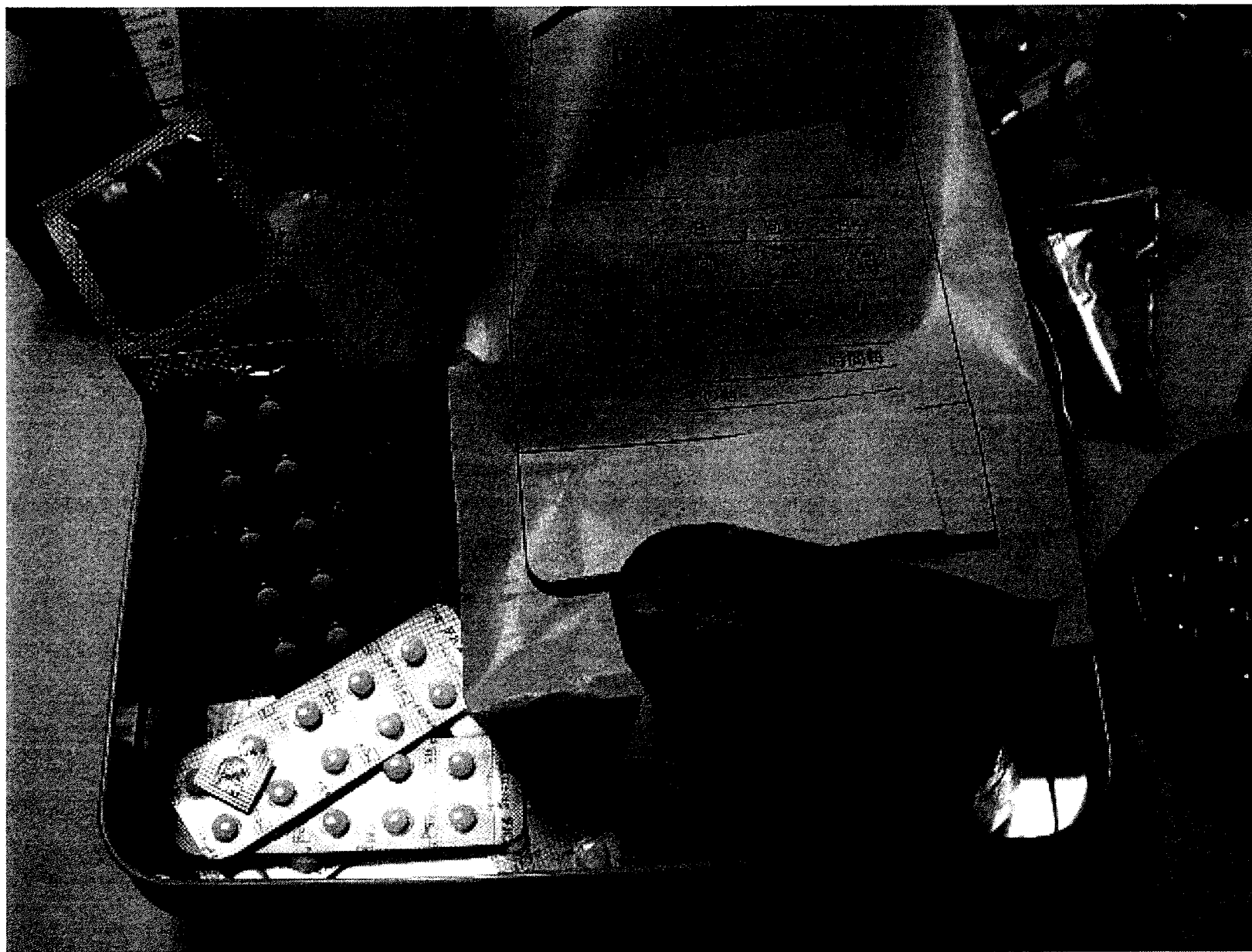
病院(心療内科)

処方薬 7種類

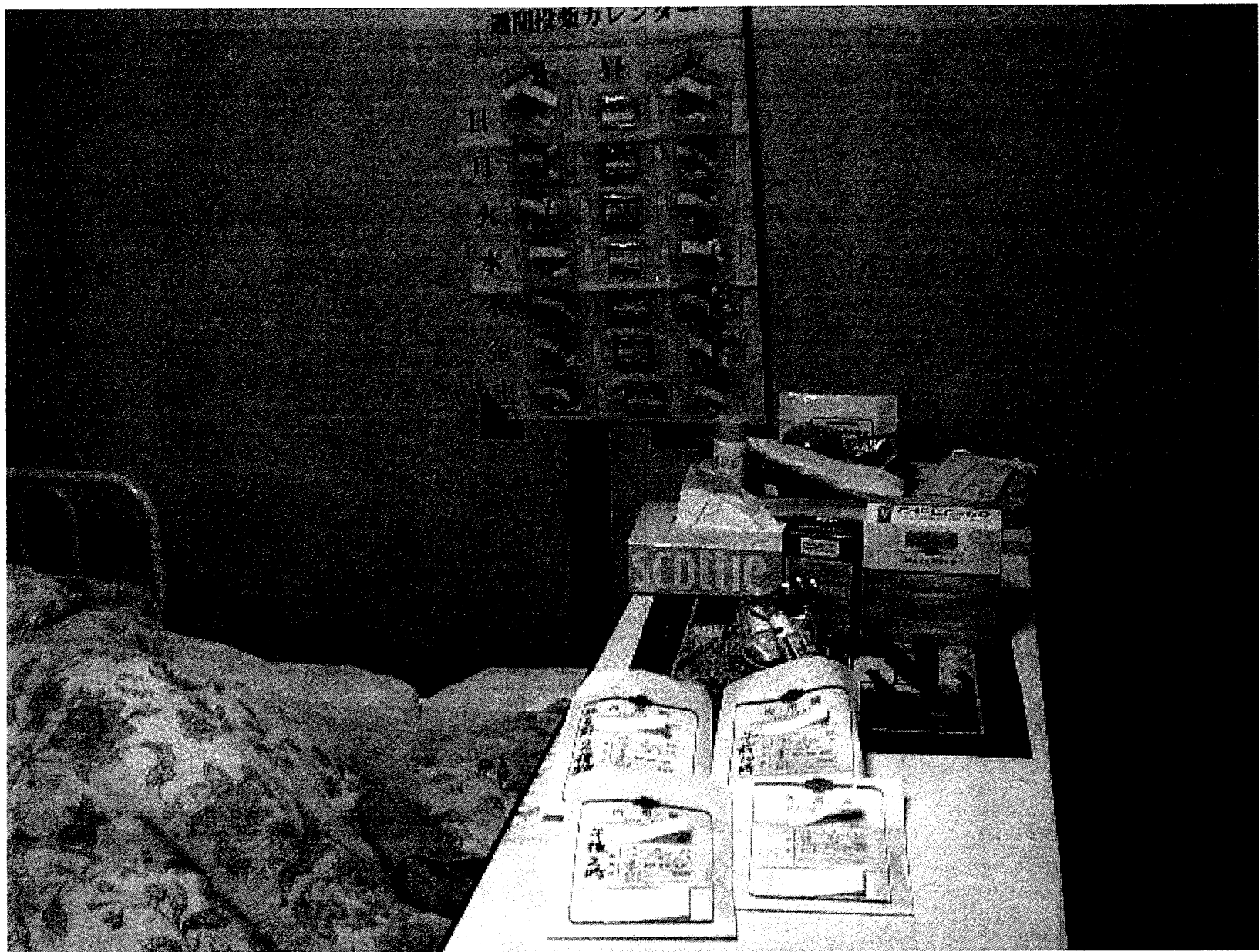
診療所(内科)

処方薬 4種類

介護ヘルパーは入っているが、薬は自己管理にてこのような状態だった。



73日分の処方薬をはじめ、これまで服用していた薬剤も雑多に混在していた。



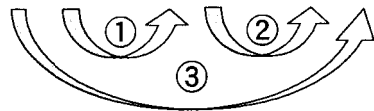
後日、他科受診で14日分が処方される。処方医に疑義照会を行い、73日分の処方薬も合わせて一包化した。

保険薬局の収支状況

○ 平成14年度のマイナス改定による影響が大きく、保険薬局の収支状況は依然として回復していない。
 ※平成14年度改定 → 診療報酬本体 ▲1.3% (医科・歯科・調剤 一律▲1.3%)

〔保険薬局の収支状況〕 ※1施設あたり

		平成13年6月	平成15年6月	平成17年6月	①		②		③	
					平13 → 平15		平15 → 平17		平13 → 平17	
						伸び率		伸び率		伸び率
収入	保険調剤	966.8 万円	932.4 万円	1,222.1 万円	▲ 34.4 万円	▲ 3.6 %	289.7 万円	31.1 %	255.3 万円	26.4 %
	保険調剤以外	94.9 万円	59.1 万円	50.0 万円	▲ 35.8 万円	▲ 37.7 %	▲ 9.1 万円	▲ 15.4 %	▲ 44.9 万円	▲ 47.3 %
	介護保険	-	1.3 万円	1.5 万円	-	-	0.2 万円	15.4 %	-	-
費用	給与費	189.1 万円	176.1 万円	234.0 万円	▲ 13.0 万円	▲ 6.9 %	57.9 万円	32.9 %	44.9 万円	23.7 %
	医薬品費	688.3 万円	654.0 万円	853.5 万円	▲ 34.3 万円	▲ 5.0 %	199.5 万円	30.5 %	165.2 万円	24.0 %
	その他	96.2 万円	96.1 万円	114.2 万円	▲ 0.1 万円	▲ 0.1 %	18.1 万円	18.8 %	18.0 万円	18.7 %
収支差		88.1 万円	66.7 万円	71.8 万円	▲ 21.4 万円	▲ 24.3 %	5.1 万円	7.6 %	▲ 16.3 万円	▲ 18.5 %
					平成14年度改定 ▲1.3%		平成16年度改定 ±0.0%		平成14年度改定 ▲1.3% 平成16年度改定 ±0.0%	



後期高齢者医療の在り方に関する意見書

1. 医療ニーズが高い後期高齢者が利用しやすい安心・納得できる訪問看護の拡充
2. 在宅医療の推進における地域連携体制の整備
3. 終末期等における過剰な医療の見直し

1. 医療ニーズが高い後期高齢者が利用しやすい安心・納得できる訪問看護の拡充

【1】24時間体制・ターミナルケアを提供する訪問看護ステーションの評価引き上げ

訪問看護に係る現行の制度では、1)24時間体制の加算が低い、2)夜間・早朝の緊急訪問の加算がない、3)ターミナルケアの評価が低い、4)週4日以上訪問看護は対象者が制限される、等により、医療ニーズが高い後期高齢者や終末期への、十分なサービスの提供が困難である。訪問看護ステーションの質と量の拡充に向けて、24時間体制で医療ニーズの高い利用者を看護する事業所が十分な評価を受ける報酬体系が必要である。

【2】訪問看護ステーションにおける衛生材料*の常備

薬事法に規定されている衛生材料の取り扱いを緩和し、処置の実施者である訪問看護師が常備する。*生理食塩水、キシロカインゼリー、消毒液、尿道カテーテル、点滴セット等

【3】訪問看護の裁量を拡大

- 「療養上の世話」に関する医師の指示を解除し、栄養摂取や清潔の保持など療養指導を看護師の裁量とする。
- 緩和ケアの疼痛管理において、麻薬投与の包括指示に関するガイドラインの策定を行う。
- 往診による死亡診断が困難な実態を踏まえ、看取りの諸制度の見直しとガイドラインの策定を行う。

【4】拠点訪問看護ステーションの設立、かかりつけ訪問看護ステーションの推進

- 拠点訪問看護ステーションは、後期高齢者の疾病管理を担う拠点機関として、市町村を単位として、24時間体制で専門性の高い看護職を配置、一定の薬剤・特定保険医療材料を管理し、かかりつけ訪問看護ステーションへのコンサルテーションや困難事例への対応を行う。
- かかりつけ訪問看護ステーションは、拠点訪問看護ステーションにより振り分けられた後期高齢者の、疾患の管理や家族への相談・指導を実施する。

2. 在宅医療の推進における地域連携体制の整備

【1】在宅移行支援の評価

病院から在宅へ滞りなく療養生活が継続されるよう、病院と診療所・訪問看護等の連携に係る評価を見直す。入院当初から在宅ケアまでの地域連携クリティカルパスの開発と普及、病院の退院調整部門の評価等を行い、退院当日の居宅への訪問看護を可能にする。

【2】急性増悪時の後方病床の整備

家族の介護負担や急変時の対応の必要性を鑑み、患者や家族に負担なく自宅での見取りが可能となる当面の間、有床診療所などに在宅ターミナル高齢者の入院要請への体制整備を行う。(例)看取り入院の評価など

3. 終末期等における過剰な医療の見直し

後期高齢者の心身の特性を踏まえ、合併症の予防、苦痛の緩和など、QOL向上に寄与する医療・看護を重視した診療報酬体系とする。

以上