



今後の薬局業務について ～在宅医療のこれから～

岡田 大樹

Hiroki Okada

笹野 寿基

Hisaki Sasano

要 旨

現在、わが国では、病床数に対して、入院を必要とする高齢者の割合が増加している。その為、医療は病院で治す医療から地域で支える医療に転換しつつある。つまり、在宅介護、在宅医療が浸透しつつあると言える。現在、タイヘイ薬局では、個人宅や施設に訪問して、在宅医療を行っている。実際行っていることは、お薬の服用状況の把握、お薬の管理、他職種との連携である。現在、新しい取り組みとして、バイタルサインの勉強会を行っている。バイタルサインを学び、この先、現場で実践していくことによって、在宅医療の質の向上が望める。このように、薬局業務はめまぐるしい変化を遂げている。この変化に対応できる薬剤師が求められる時代になるだろう。

はじめに

現在、日本は超高齢社会になりつつある。政府の統計によれば、2025年には後期高齢者人口がピークを迎えると想定される。この人口の高齢化により、医療費の急増が懸念される。この問題を解決するのが、これから先の課題となる。そこで、国は地域・包括ケアシステムという、医療と介護のコンビネーションを一層推進している。つまり、医療は病院で治す医療である「病院完結型」から地域全体で治し支える「地域完結型」の医療を提供できる体制の構築を計画している。そのため、これから先の日本の医療状況は、病院から施設あるいは在宅へ高齢者の利用率が切り替わると考えられる。この在宅医療において、薬物治療が基

本となっているが、多くの場合介護士などがケアを行っているのが現状であり、今後薬局薬剤師の関わりに大きな期待が寄せられている。政府は、薬局が地域の医薬品・医療材料等提供拠点として、かかりつけ薬局として貢献、他の医療職との連携のもとでの、チーム医療による在宅医療の質の向上に向けた努力をすべきという意見を挙げている。これは、薬剤師の薬局での役割が大きく変わることを意味し、地域医療において薬剤師が重要な立ち位置になると言える。そのため、薬局での薬剤師の活躍が必要となるだろう。これから、在宅業務の流れ、わが社の在宅業務について述べたいと思う。

2、在宅医療に必要な手続き

①在宅訪問で準備するもの

在宅医療を行うにあたって、下記のことを準備する必要がある。

内容	準備物
訪問時に作成するもの	薬学的管理指導計画書
訪問時に患者に提出するもの	医療保険の場合 個人情報同意書 介護保険の場合 重要事項説明書 契約書 個人情報利用同意書
訪問後に薬剤師が記載するもの	訪問薬剤(居宅療養)管理指導の記録簿 医師への報告書 関連職種(ケアマネージャー、看護師)への報告書 個人情報利用同意書の見直し
その他	領収書 身分を証明するもの(名札など)

②届出内容

在宅医療を行うにあたって、必要な届出内容及び提出先は以下の通りである

	届出内容	提出先
医療保険	在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出	地方厚生(支)局
介護保険 (介護給付)	介護給付費の請求及び受領に関する届け出	国保連合会介護保険係
	居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導それぞれの事業所指定に係る記載事項	都道府県等の介護保険の担当部署
	生活保護法等指定介護期間及び中国残留邦人等支援法指定介護機関指定申請書	都道府県等の生活保護の担当部署

3、個人宅における在宅業務

①個人宅における在宅医療の流れ

個人宅での在宅業務の流れは以下のとおりである。

i)退院時カンファレンスへの参加

退院時カンファレンスには主に在宅医療チーム、病院側のスタッフ、患者の家族が参加する。このとき、患者自身が参加することもある。その中で、薬剤師は患者の服薬状況、持参薬の確認、病状や自宅での生活環境などを把握する。これらを確認、把握することにより、患者により質の高い在宅医療を提供できる。また、在宅で重要となるのが家族の中で介護や薬の管理を行うキーマンを把握しておくことである。家族内での情報を一元化するためにも、キーマンを定め情報を提供していくことが適切な治療を行う上で重要となる。

ii)契約

医療保険と介護保険では、異なる対応が必要となる。医療保険(訪問薬剤管理指導料)では、契約書は不必要であるが介護保険(居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費)では必要となってくる。居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を請求するには、保険薬局と患者との間で、重要事項説明と事前契約が必要となる。このとき、患者の多くが要介護または要支援の状態の高齢者であるため、患者自身の判断能力や意志能力の低下が問題となり、契約を行えないことがある。この際、家族や身元引受人による代理契約が

必要となる。また、身寄りのない⁴高齢者や認知証・精神疾患等で判断能力が低下している人は、成年被見人制度による代理契約が認められている。この成年被後見人の有無や代理契約が可能な人が誰であるかは、担当ケアマネージャーが把握している。その為、独居などで身元引受人が不明な場合は、担当ケアマネージャーに確認することが重要となってくる。

iii)訪問

a)服薬指導

薬が新規で出た場合、服用方法及び使用方法を説明し、副作用の注意喚起を行う。

b)お薬の整理

服用している薬が多い場合、患者の希望に合わせて、一包化を行う。更に薬の服薬コンプライアンス(お薬をきちんと服用できているかどうかの指標)を上げるために、一包化への日付記載やお薬カレンダー・配薬BOXを使用しており、誤薬防止にも役立っている。

c)残薬確認

薬剤師が残薬を確認することにより、服薬コンプライアンスの確認と同時に服薬過誤を防止する。このとき、利用可能な残薬は処方医に問い合わせして、処方削除や処方日数を調節することにより、薬剤費用の削減に努める。また、利用できない残薬は、患者や服薬介助者に理由を説明し、適切に保管又は破棄していくことが必要となる。

d) 患者の体調チェック

体調チェックをすることにより、副作用の早期発見や他職種との連携を行う。体調のみでなく、きちんとお薬の飲み込みができていないかといった服用状況の確認も必要となる。また、ターミナルの患者に対しては、口腔状態を把握し、口腔ケア用品を提供する。

e) 他職種との連携

在宅訪問後、報告書にて残薬や服薬コンプライアンス、患者の体調等及び薬剤師の指導内容について報告する。また、他職種と連携ノートやネット上のカナミック(在宅患者情報共有掲示板)を使用し、患者情報を共有する。また、担当者会議やケアカンファレンスなどへ参加する。どの在宅患者もなんらかの薬を服用しており、薬剤師の関与は必要になると考えられる。

iv) 看取り

残薬を回収し薬局にて処理する。

②タイハイ薬局での実際にあった患者宅における在宅患者の症例


i) 患者背景

性別；女性 年齢；50代
合併症、既往歴；進行性膵尾癌(末期状態)、早期胃癌術後(2011,9,7)、右尾状核出血、脳室内穿破、
特記事項；介護はご主人が行っているが、畑仕事を優先し、介護が出来ていない状況

ii) 処方内容

6/7 初回訪問

初回訪問時に、患者から飲むお薬の量を減らしたいとの希望があった。そこで、薬剤師が医師に減量を提案し、医師の指示で下記のようにお薬が減量となった。(朝、昼、夕、寝る前)の服用数が(9、3、5、5)から(5、0、2、1)へと減量している。減量するにあたって、退院時に処方されていた解熱剤であるカロナールは頓服で服用となっている。また、この初回訪問時に、疼痛緩和のため、痛み止めであるフェントステープとトラマールが追加となっている。

Rp1 ترامセット錠 6T 毎食後・寝る前 (2,1,1,2)		Rp1 プレタール OD錠 100mg 2T 朝夕食後
Rp2 カロナール錠 200mg 8T 毎食後・寝る前		Rp2 クラビット錠 500mg 1T 夕食後
Rp3 プレタール OD錠 100mg 2T 朝夕食後		Rp3 アムロジピン錠 5mg 1T 寝る前
Rp4 クラビット錠 500mg 1T 夕食後		Rp4 リンデロン錠 0.5mg 4T 朝食後
Rp5 アムロジピン錠 5mg 1T 寝る前		Rp1 フェントステープ 1mg 1枚 1日1回
Rp6 リンデロン錠 0.5mg 4T 朝食後		Rp2 トラマール配合錠 1T 疼痛時

6/9

疼痛緩和が出来ていないため、医師の指示でフェントステープ 2mgへ増量。このとき、コンプライアンスが悪かったため、薬剤師が20時に電話にてフェントステープの貼り替え出来ているかどうかを確認している。

6/10

患者からお薬を更に減量したいという要

望があった。薬剤師が医師に減量の提案を行い、医師の指示で更に下記のように減量になっている。

Rp1 プレタール OD 錠 100 mg 1T
朝食後
Rp2 クラビット 錠 500 mg 1T
夕食後
Rp3 アムロジピン 錠 5 mg 1T
夕食後
Rp4 リンデロン 錠 0.5 mg 3T
朝食後
フェントステープ 3mg 増量

6/12

このときから、便秘となりプルゼニドが処方されている。

Rp1 プルゼニド 12mg 1T
夕食後
Rp2 グレースビット 錠 50 mg 2T
朝夕食後
Rp3 アムロジピン 錠 2.5 mg 1T
夕食後
リンデロン 錠 0.5 mg 3T
朝食後
フェントステープ 4mg へ増量

6/13

介護負担軽減のため、フェントステープからフェンタニルに変更。また、疼痛緩和が出来ていないため、トラマール配合錠からオプソ内溶液に変更となっている。

Rp1 フェンタニル 3 日用テープ 8.4 mg 1枚
3日1回
Rp2 オプソ内溶液 10 mg 1包
疼痛時

6/14

この日、訪問看護師から患者の体の動きが良くないが薬による可能性はあるのかという相談が薬局にあった。医薬品メーカーにそのような報告があるか問い合わせ、フェンタニルの熱による吸収増加作用も考慮した結果、体の動きが良くないのは、腫瘍熱でフェンタニルの吸収が上がり効果が強くなっている可能性が考えられたため、解熱剤であるカロナールの服用と水分摂取及びクーラーをつけるなどして、体温を上げないよう情報提供を行った。その後、体の動きは改善された。

6/17

不眠状態が著しくこの日から睡眠導入剤が処方される。

Rp1 ルネスタ 錠 1mg 1T
不眠時

6/19

この日担当者会議があった。内容としては以下のとおりである。このころから嚥下困難になり錠剤の服用が難しくなってきた。その為、カロナール以外の薬も6/24に脱カプセル、粉砕を行うようになっていた。

内容：①フェンタニルの貼り替えを家族から訪問看護師にしてもらう。
②せん妄があり、眠れない。→ご主人が眠れていない
③オプソ内用液を服用して嘔吐(オプソ内用液による副作用の可能性)→トラマール配合錠に変更
④痛みが抑えられていない
⑤嚥下困難になりつつある→錠剤のカロナールから坐薬のアンヒバに変更

6/25

疼痛が悪化したため、急遽ケアカンファレンス*が行われた。主な内容は下記の通りとなる。

内容：疼痛コントロールが必要
フェンタニル 8.4mg→フェンタニル 10.5mgに変更

4施設における在宅業務

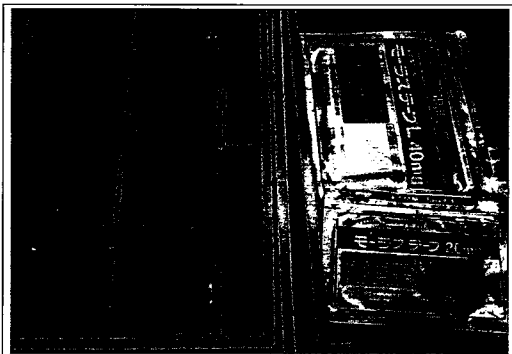
当薬局で行っている施設での在宅業務の内容は以下のとおりである。

①担当学会議への参加

担当学会議へ参加することにより、現状における治療上の問題点を洗い出し他職種と問題点を解決していき、より良質な医療を提供できるように努めている。

②配薬ボックスの配置

施設では、多数の患者に対する薬を保管・管理しなくてはならない。そのため、下図のようにお薬を配薬ボックスに入れることによって、誤薬防止に努めている。また、外用薬や漢方や粉薬の分包品には名前と用法が記載されているシールを張って施設の従業員や患者に対して分かりやすくしている。



③感染症予防の勉強会

当薬局では、薬の調剤・管理指導だけでなく、施設における感染症予防の勉強会を開催している。主な内容は、施設において、集団感染を起こす可能性のある感染症であるインフルエンザ、ノロウイルスに対しての予防対策である。病状の説明や手洗い・うがいの重要性、温度・湿度の管理についてなどの基本的なことから、感染者がでた時の対応や予防接種の勧めなども行う。

④訪問

2週間に1度、定期的に訪問を行っている。訪問することにより、薬に関する情報と生活状況の把握をしている。薬の情報に関しては、服薬自立度、服薬状況、薬の保管状況の確認、副作用発現の確認、併用薬の確認を行い、薬剤変更を医師へ提案している。生活情報の把握に関しては、食事の摂取、嚥下状態、栄養状態を把握することにより、剤形変更の提案を医師に対して行っている。このように、訪問することにより、患者情報を把握し、より良い医療を提供している。

5バイタルサイン

①薬剤師がバイタルサインをとる意義

在宅医療において、バイタルサインには、在宅療養者の状態をとらえる基本となる GoldStandard と呼ばれるものがある。GoldStandard とは、ある程度の技能があれば誰が測定しても適当な値が得られるもので、脈拍、血圧、呼吸数、体温、意識状態、尿量などが挙げられる。薬剤師が在宅医療

においてバイタルサインをとることによって、大きく2つのメリットがある。1つは、副作用発現の確認、もう1つが薬物の効果が発現しているかどうかの確認である。薬剤師倫理規定第6条において、薬剤師は常に医薬品の品質、有効性及び安全性の確保に努めるとある。これらを在宅の現場で実現させるにはバイタルサインを薬剤師がとり、副作用発現の確認や薬物の効果発現の確認をしていく必要がある。在宅において、医師や看護師の訪問も限られた頻度であり、薬剤師が訪問する際にこれらの測定を行い、情報を共有することで、さらに患者の状態を細かく知ることができだろう。

②タイヘイ薬局での取り組み

現在、タイヘイ薬局ではバイタルサインの勉強会を薬局にて行っている。在宅で連携している医師又は看護師を講師として、招きいれている。勉強会では、主に血圧計を使った血圧の測定やパルスオキシメーターを使ったSpO₂(動脈血酸素濃度)や脈拍の測定、聴診器を使った呼吸音の聴診を行っている。これらを測定することにより、患者の血圧、脈拍、呼吸状態が把握でき、もし患者の状態に変化があるならば、医師に対して訪問診療の提案ができる。また、新規で薬が出ていて、患者状態が悪化又は改善していない場合は、薬の副作用や薬の相互作用の可能性を考え、医師に対して処方提案を行い、幅広い薬物療法が実現できる。今現在まだ在宅においてバイタルサインをとっていないが、これから先、バイタルサインの実践導入をする予定である。

6 まとめ

個人宅、施設、バイタルサインの3つの項目に分けてまとめを述べたいと思う。まとめは以下の通りである。

①個人宅

個人宅において、薬剤師は患者のQOL(生活の質)向上のために、他職種と連携し、病床生活と同じクオリティーの医療を提供する必要がある。在宅へ帰る時点から、患者の病気や介護の状態・家での生活について把握し、その生活の中で薬を服用してもらうためにどうしていけばよいかを考えていくことが重要になる。そして、訪問の度に患者の体調や服薬状況を確認し、それまでの薬物治療の評価と今後の計画を立て、その情報を医師や看護師と共有する。

②施設

施設において、薬剤師の主な仕事は、施設内の職員と連携を密にとり、配薬BOXなどを利用して誤薬防止に務め、患者の状態や薬の服用状況などを把握することである。これは薬の剤形変更や副作用の有無を把握し、薬剤師が医師に対して処方提案をすることに繋がる。さらに、感染症予防など薬以外の医療に関する知識にも目を向け、地域医療を担う医療従事者として貢献していく必要がある。

③バイタルサイン

いつも状態を把握できる入院患者と違い、在宅では患者を診る機会は限られている。薬剤師がバイタルサインを見ることにより、患者の客観的データをとり、他職種

と情報を共有することで、今までより多くの情報を得ることが可能になる。それによって、患者の変化を早期に敏感に発見することができ、薬剤師の視点から、相互作用や薬の副作用の可能性を考慮し、医師に対して処方提案をする。このことを行えるようになれば、より質の高い医療の提供につながると考えられる。

7 考察

社会保障制度改革により、今まで以上に在宅医療の利用率が上がると予想される。この中で、私たち薬局薬剤師は、個人宅また施設へと目を向けることが重要になると考えられる。そのため、感染症予防といった薬以外の医療に関する勉強もしていきべきだと考えられる。つまり、薬剤師という医療人としての力が求められるようになると考えられる。また、在宅医療を行うにあたって、医師不足が深刻な問題となっている。そのため、医師不足を補うために、在宅医療に関わる医師以外の職種が医師の負担を軽減する必要がある。これには、医師が訪問する以外の時間に他職種が訪問し、患者の状態変化を医師にフィードバックする必要がある。この中で、薬剤師は副作用発現の確認のため、バイタルサインを読み取っていく必要性が出てくるだろう。それだけではなく、これから先、患者の病状に合わせて、医師に薬の量の変更を提案する必要性も出てくるだろう。このように、今までと違う薬局薬剤師の在り方を考える必要性がある。薬剤師はそのことを胸におき

地域医療の担い手として自覚を持ち業務に励む必要があるだろう。

8 謝辞

本論文の作成にあたり、終始適切な助言して下さった北島孝臣先生に深く感謝致します。また、資料作成の手助けして頂いたタイヘイ薬局メディカルモールおぎ店の方々に感謝の意を表します。最後にこのような機会を与えて下さった株式会社太平に心よりお礼申し上げます。

参考文献

- 1) 公益社会法人日本薬剤師会 在宅医療Q & A 平成25年度版 服薬支援と多職種協働・連携のポイント, じほう2013, pp.2-12.43-44

社会保障改革と在宅介護

備大平 タイヘイM&C
福祉用具専門相談員 上原 謙太
Kenta Uehara

要 旨

我が国の人口は急速な少子高齢化の進行で、様々な問題が示唆されており、その中でも現在の社会保障制度は給付や負担の割合が大きく、様々な目線より改革が必要である。

団塊世代が後期高齢者となる2025年には更に社会保障費は増大すると見られており、政府が示している「持続可能な社会保障」がテーマの中、ここ最近の社会保障費増大の要因となっている介護保険制度の中では『在宅介護』を行う事が負担軽減の為に重要とされているが、より良い『在宅介護』を行う事には様々な課題が山積している。

介護は「自助・公助・共助」がとても重要となる。特に「自助」をより安全・安心・安楽に行い、高齢者の「在宅介護」をより長く行うことで「社会保障費削減」となる為、そして未来ある安心した社会保障制度とする為に、本研究を行った。

キーワード：在宅介護 社会保障改革 少子高齢化 福祉用具

<1.はじめに>

現在、日本は超高齢社会を迎え、少子高齢化等もあり社会保障費が増大している。今後団塊の世代が65歳以上となる2025年を一つのピークとして、高齢者数は増加の一途を辿る事となる。高齢者が医療機関や介護施設を利用する割合を減らし、住み慣れた自宅で生活することは社会保障費の増加を止める重要な役割を果たすと共に、多くの高齢者の望みでもある。しかし高齢者にとっては住み慣れた自宅は危険な点が多く、転倒し、骨折され病院への入院を余儀なくされる高齢者も少なくない。どのようにすれば自宅で安全・安心・安楽に生活を継続できるかを様々な問題を

考察する。具体的には。

<2.問題点1 社会保障費増加について>

-現在の日本は様々な問題点がある。その一つに社会保障費の増加という問題があり、社会保障費増加の原因として主に「①人口減少」「②少子高齢化」「③後期高齢者(75歳以上の高齢者)の増加」という事が挙げられている。①の人口減少や②の少子高齢化は人口統計等を見ても分かるが、支える人口が減り、支えられる人口が増える情勢にあり、大きな課題となっている。現在世界的に高齢社会が問題となっており、日本においては世界でトップレベルの「超高齢社会」となっている。そして日本

を始め、世界的に少子高齢化が進む今日の状況だが、日本でもこの問題に対して様々な視点から対策をとっている。その様々な問題について触れ、改善方法について検討を行った。

現在の日本の人口動向からみて、今後の日本が正常且つ適正な流れに向かう為にも「社会保障問題」には特に慎重に議論していく必要がある。特に日本は現在「超高齢社会」という枠組みに入っており、他のどの先進国・途上国を見ても類を見ないスピードで高齢社会となっている現状があり、社会保障費増加の原因ともなっている。そして我が国の平均寿命は欧米諸国（80歳・81歳）やアメリカ（79歳）等を抑えて世界最長となっている現状があり、日本（83歳）は男女共（男性80歳・女性86歳）に世界最長の平均寿命となっている。その要因の一つとなるのがWHO（World Health Organization・世界保健機関 国際連合の専門機関の1つ）でも示された評価にもあるが、我が国の医療制度は高い技術と行き届いたサービスにより世界第1位と高い評価を得ている事が挙げられ、医療技術の発展は現在の長寿社会の源とも言えることである。それはとても良い事でもあると共に「問題点」ともいえる。それは「③の後期高齢者の増加について」だが、これは非常に素晴らしい事で、日本は医療技術が高く社会保障等環境が非常に良い為に長寿社会となり「③後期高齢者の増加」となっているとと言える。これは世界に誇れることではあるが、病気が何もなく高齢な方は少

ないという現状がある。今後、高齢者が健康ではなく平均寿命の高齢化が進めば、多大な社会保障費がかかってしまう事となり、現在の社会保障制度では賄いきれなくなる危険性が高い。75歳以上の高齢者の現状では介護保険を例にすると65歳以上～74歳までの方の介護保険申請者は約5%だが、75歳以上になると約30%まで跳ね上がる。

介護保険受給者の多くは介護が必要な状態であり、高齢により様々な病気にかかりやすくなる。それにより医療費等の社会保障費も上がっていく。

今後の課題として、長寿社会であるとともに、健康である「健康長寿社会」を目指す必要がある。

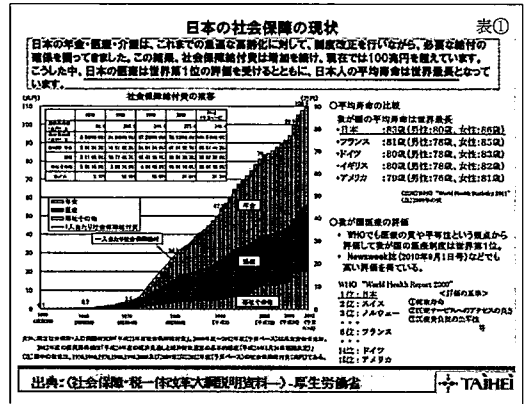


表1

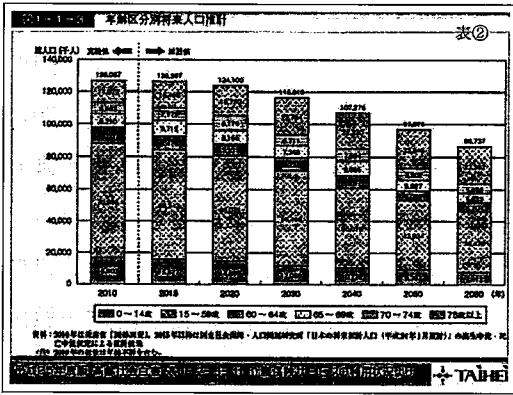


表2

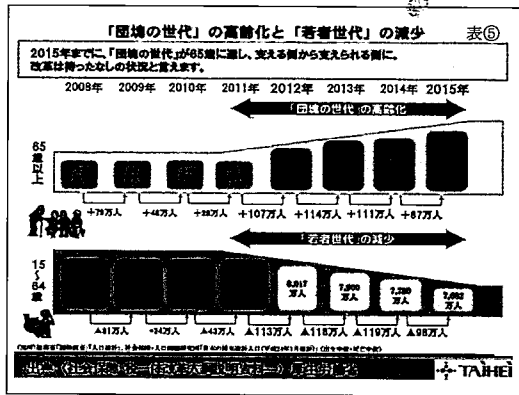


表5

表③ 1-2-3-10 年齢別別府県人口推移

65-74歳		75歳以上	
実数	割合	実数	割合
189	42%	1,110	3,15%
(1.0)	(0.8)	(7.8)	(2.0)

資料：2009年国勢調査「国勢調査」、2005年国勢調査「国勢調査」、人口推計委員会「人口推計委員会（日本の将来人口（平成29年）見直し）」の推計中推計、人口推計委員会「人口推計委員会（日本の将来人口（平成29年）見直し）」の推計中推計

TAIHEI

表3

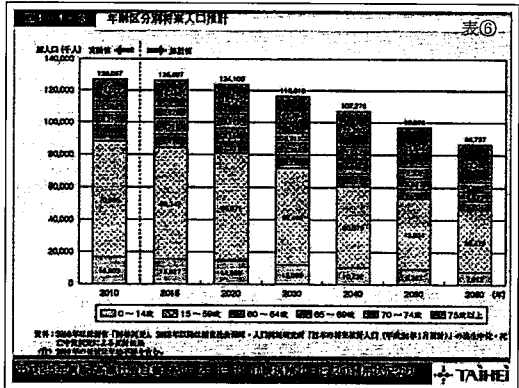


表6

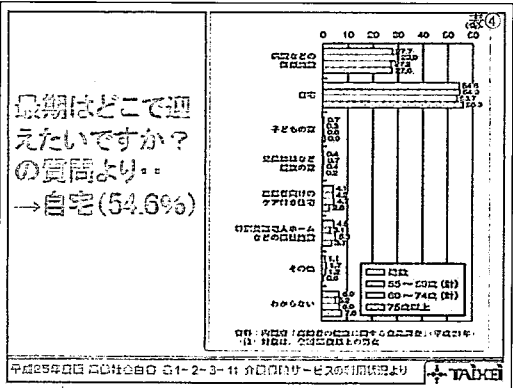


表4

<3. 問題点 2 社会保障費 社会保障費 社会保障費 増加について >

現在我が国の社会保障費は全体で約 110 兆円あるが、福祉関連の内訳では約 20 兆円程で推移している。今後前述した問題により社会保障費が増大していくと見られている。厚生労働省は団塊の世代が 75 歳以上の高齢者のピークとなる 2025 年には社会保障費全体で約 150 兆円にまで膨らむ試算を出しており、様々な分野より見直しが急務となっている。

表⑦に示す通り、「病院・施設・在宅」での一人当たりの社会保障費の比較表である。病気等、様々な理由よりご高齢者が一人での生活が困難で「病院への入院や「施

設への入所をされた際にかかる費用と比較して入院・入所と支出が少ない為、「在宅介護を推奨しており、医療保険・介護保険制度の制度改定を行い、より「在宅介護」がしやすい環境を作っている。

資料である。

結論として、「転倒」をすると「寝たきり」になる確率が高い。という事である。

では何故、転倒が起き、何故、寝たきりになってしまうのかを説明する。

①「けがの原因」について けがの半数は転倒によるもの。(高齢者のけがの原因の55.4%が転倒によるものである。この数字は交通事故のおよそ7倍という数字でもある。)

②「けがの結果」について 転倒した3人に1人は骨折をする。骨粗鬆症などにより。高齢者の骨はもろく、ヒビが入ったり折れやすい。その為、軽微な転倒事故であっても骨折などの重傷になりやすい。

③転倒が起きた場所について、「けがはどこで起きている？」というもの。外出時に転倒し、骨折をしてしまうケースを思い浮かべる事もあるかもしれないが、実際は高齢者が転倒されているのは「住み慣れた自宅」である。(転倒した場所1位 自宅47.3%)

④「介護の原因は？」について

介護が必要になった原因は？というものである。介護が必要になった原因は様々な理由がある。調査の結果、3位に転倒・骨折が入っていた。(1位高齢になるもの、2位脳血管障害)となった。

+ α図面を基に問題点をチェック形式にし、転びやすい個所をお知らせする事で、利用者・介護者へ問題点を再確認して頂く。(電化製品のコード・カーペットの端でのつまずき等)

病院へ入院>老人・特養等施設へ入所>在宅				
項目	費用	費用	費用	費用
入院	約26万円	約9万円	約5,000円 <small>(120.5割増)</small>	約31万円
在宅	約11.8万円	約49万円	約41.6万円	約37.2万円

表7

<4. 問題点3 高齢者の転倒について>

社会保障費の財政難の原因の一つに高齢者の医療費・介護費が多くかかってきている事が挙げられる。その高齢者が「医療・介護」が必要になる「原因」がある。「何故、介護が必要になったか？」を介護する方・介護される方に理解して頂く必要がある。ただ伝えても理解して頂けない事も多い。

福岡県久留米市で高齢者の事故の調査をし、介護者・利用者により分りやすく、市として取り組んでいる事例を今後の改善点と同時に紹介をする。

この資料は市役所や関係機関(デイサービスセンターや医療機関等)に対して広く配布をされており、高齢者の転倒の原因について調査し、事実に基づいて利用者・介護者へ問題点・改善点を伝える事が出来る介護従事者のツールとして用いられている

まずは、利用者・介護者に現在の生活の問題点を理解して頂き、改善が出来る様に専門

家がチームで意向を聞きながらより良い生活の為にディスカッションしていく必要がある。

住み慣れた自宅で生活をし、転倒を防止するために「福祉用具」は不可欠なものである。

介護保険では介護度に応じて限度額があり、その限度額までは1割負担で利用できるサービスがあり、その中での福祉用具「レンタル」もある。その中には介護用ベッドや車いす、歩行器など様々である。そして要支援以上の介護度を持っていれば介護保険福祉用具販売という制度もあり、年間10万円の枠でポータブルトイレやシャワーチェア等の購入も枠内であれば1割の支払いで利用できる。そして、住宅改修制度というものもある。一人生涯20万円を限度に手すりなどの設置がこちらも1割負担で行うことが出来る。(保険者により全額対象にならない場合有)

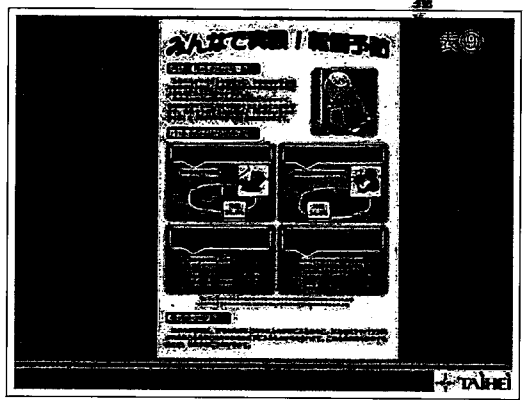


表8

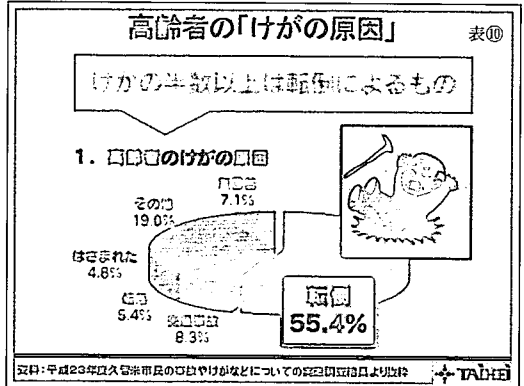


表9

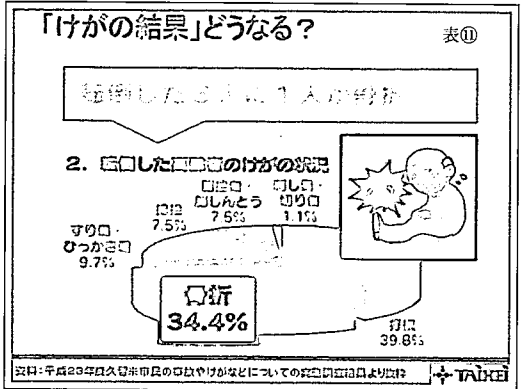


表10

<p>福岡県久留米市の取り組み 表⑧</p> <p>～転倒防止調査について～</p> <ul style="list-style-type: none"> ○調査対象 久留米市在住の満20歳以上の男女 ○抽出方法 住民基本台帳から無作為抽出 ○調査方法 郵送配布－郵送回収 ○調査数 3,500人 ○有効回収数(有効回収率) 1,994人(57.0%) ○調査期間 平成23年9月26日～平成23年10月10日
--

表8

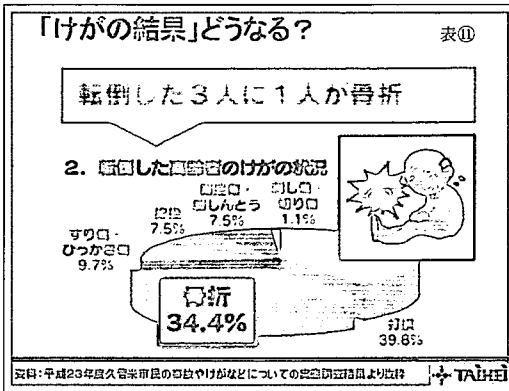


表11

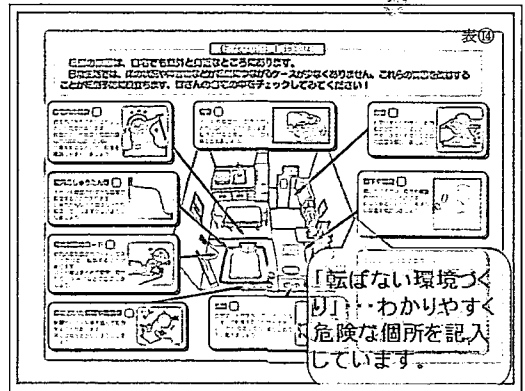


表14

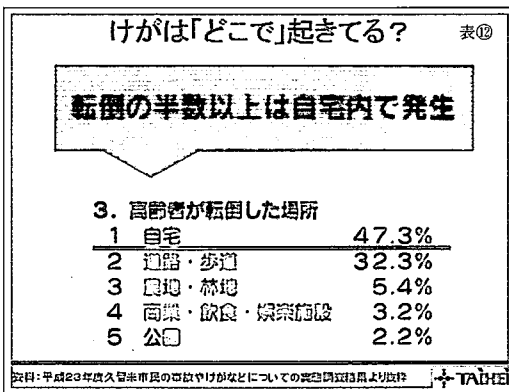


表12

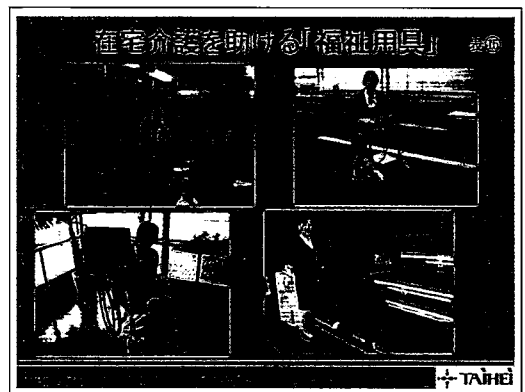


表15

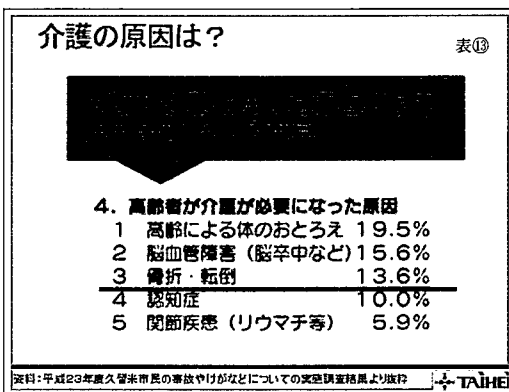


表13

<5. 関係機関との連携 >

この様に多種多様な福祉用具があり、利用者によって商品を選定できるにも関わらず、関わるケアマネージャー、PT・OTの方々と及び関わる介護者への日頃からの私ども福祉用具を扱うスタッフの説明不足もあり、満足いく商品の選定が出来ずにいる事がある。そこで、ケアマネージャーやヘルパーステーション・リハ室等への関係者への勉強会や商品の説明会を行い、関わる介護者へは地域の老人保健施設や社会福祉協議会等で催されている「家族介護教室」等の講師を行い、福祉用具の基礎から、活用方法まで知って頂く機会をつくっている。介護をする側の知識向上にも力を入れ

ている。各職種が連携を図り、相互に知識を出し合う事で、より利用者の生活改善が図れるので、今後も継続して行っていく。各施設での勉強会を行った事でより適切な用具の依頼があり利用者の介護予防に役に立っていると思われる。

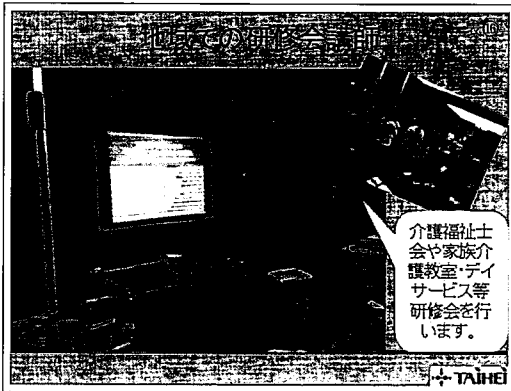


表16

<6.課題>

①関係者（家族や本人、各事業所担当者）が転倒の怖さを理解し、いかに早くセーフティネットを張れるかが課題。

②いかに利用者・介護者が安全に安心して在宅で介護生活が出来る環境整備を作れるか。

<7.結論>

福祉用具を活用する事で高齢者の要介護度が重度になる事を予防でき、在宅での介護を安全に行う方が増える事で結果、社会保障費削減へと繋がる。今後は官民一体となり、「自助・互助・共助・公助」を様々なつながりで連携し、持続可能な社会保障制度とすることが重要である。

「自助・互助・公助・共助」 ～ADL・GOL向上の為に～	
自助	「自らの資産等により自らの生活を 支え、自らの健康は自ら維持」
互助	インフォーマルな相互扶助 近隣助け合い等
共助	社会保険の様な制度化された相互 扶助
公助	公的機関・政治主導での政策によ る援助

表17

参考文献：資料

平成23年度久留米市民の事故やけがなどについての
実態調査結果より

日医雑誌 第122巻・第13号/平成11（1999）年12月
15日 P1965

H20年度地域包括ケア研究会報告書

平成25年度版 高齢社会白書

表1,2,3,11 介護保険サービスの利用状況より

社会保障・税一体改革大綱説明資料-厚生労働省