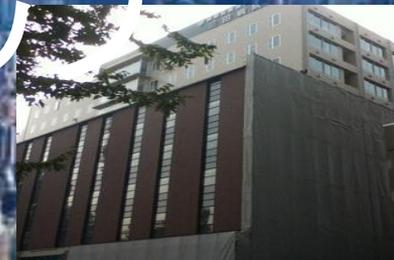


2025年へのロードマップ

～地域包括ケアと訪問看護～



国際医療福祉大学大学院教授
参議院厚生労働委員会調査室客員調査員
武藤正樹

目次

- パート1
 - 医療介護一括法と地域包括ケアシステム
- パート2
 - 地域包括ケアシステムと訪問看護ステーション
- パート3
 - 訪問看護ステーションの
大規模化・多機能化へ向けて
- パート4
 - 在宅医療と臨床検査
- パート5
 - 米国の訪問看護サービス



パート1

医療介護一括法と地域包括ケア

地域医療・介護一括法成立可決(6月18日)

医療

基金の創設：医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度：医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想：都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

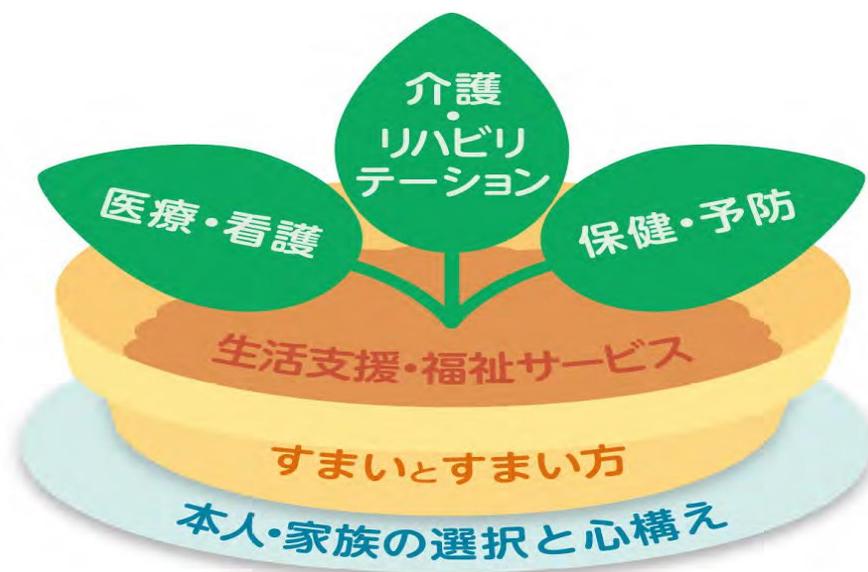
所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

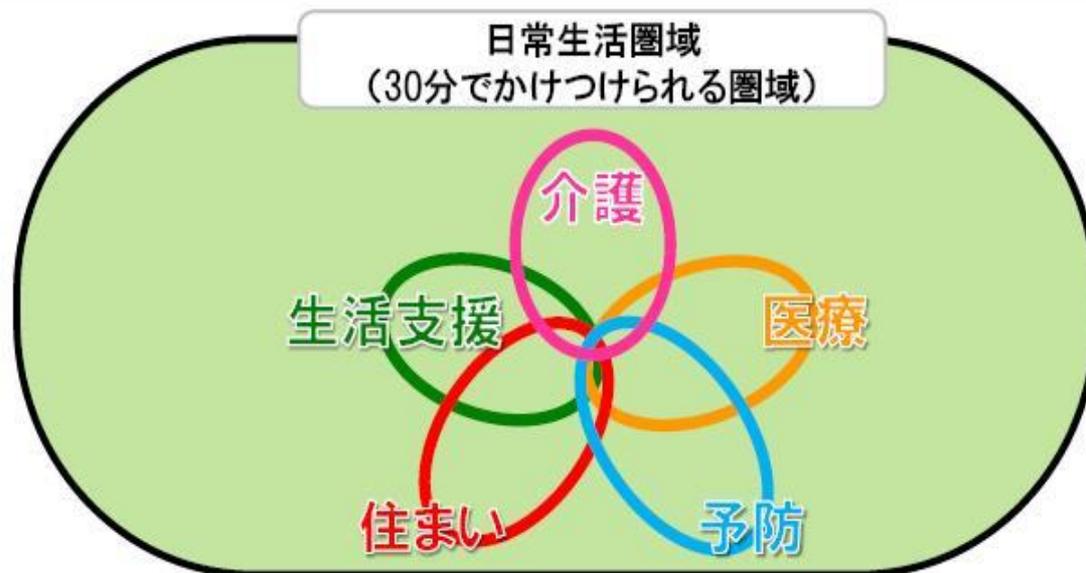
医療介護一括法では 地域包括ケアシステムが 最大の政策課題



地域包括ケアシステムとは

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム

地域包括ケアシステムについて



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

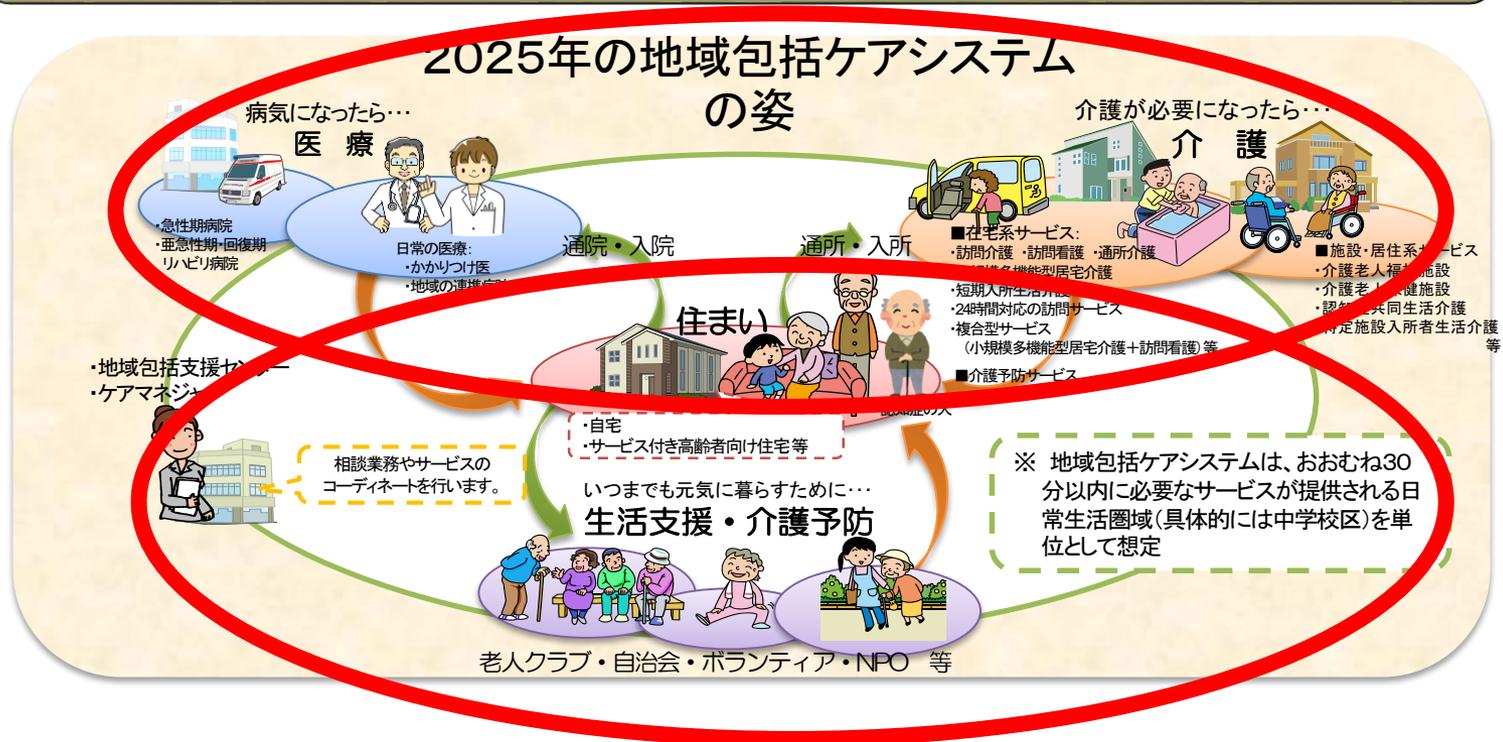
・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、持ち家のバリアフリー化の推進

平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

地域包括ケアシステムと 訪問看護ステーション



5月14日衆院厚生労働委員会

地域包括ケアシステムの構築が本法案の中心課題

地域包括ケアシステムのイメージ

医療

在宅医療等
訪問看護



介護

・グループホーム
・小規模多機能
・デイサービス
など



通院 通所

地域包括支援
センター・
ケアマネジャー



相談業務やサービスの
コーディネートを行
います。



自宅・ケア付き
高齢者住宅 住まい

訪問介護
・看護



生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスなど

※地域包括ケアシステムは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定

地域包括ケアシステムと訪問看護

地域包括ケアシステムに導入された
「24時間対応サービス」と「複合型サービス」に
訪問看護は根幹サービス



地域包括ケアを支える新規サービス①(2012年4月より) 24時間対応の定期巡回・随時対応サービス

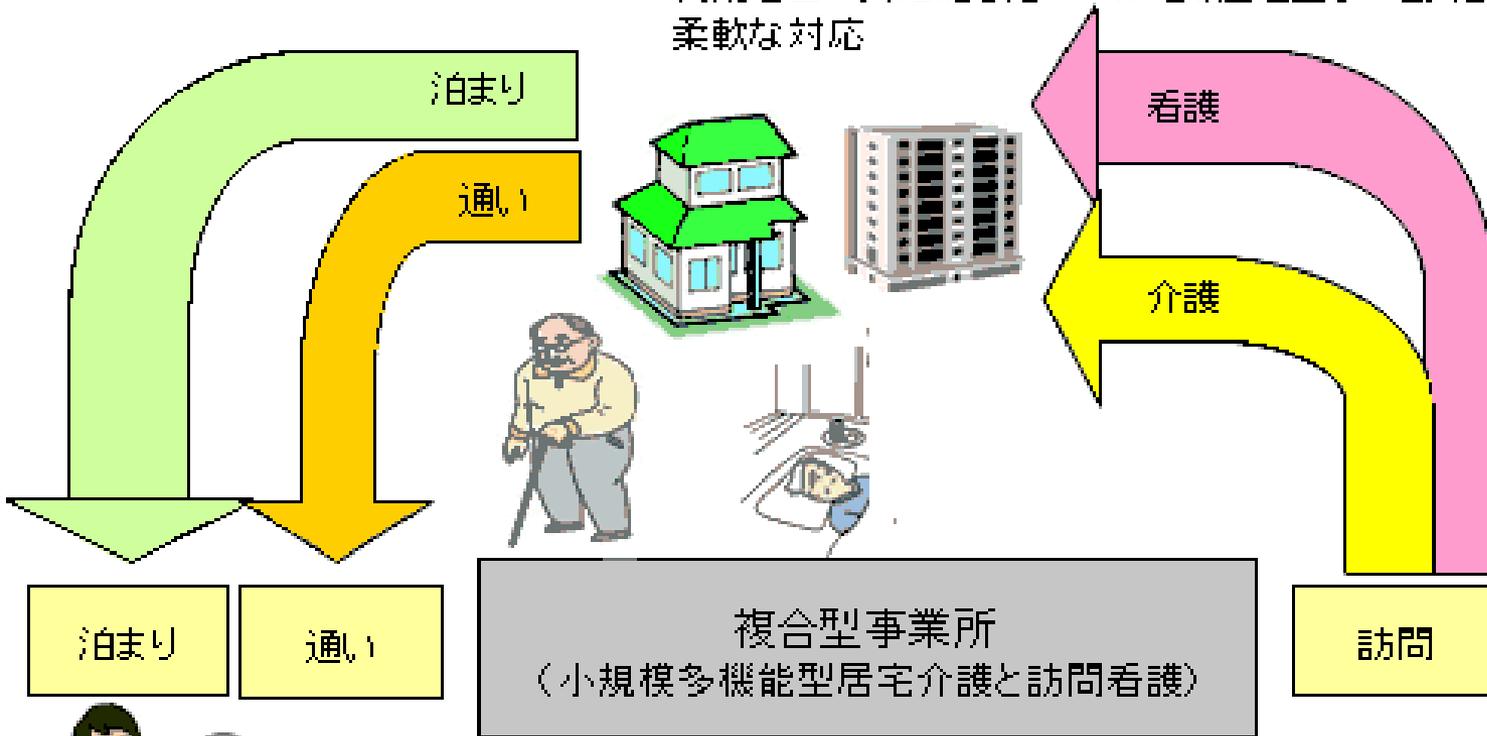


地域包括ケアを支える新規サービス②(2011年5月)

認知症の人にやさしい複合型サービス

利用者ニーズに応じた
柔軟な対応

※地域密着型サービスとして位置づけ



サービス事業所数 78 保険者90
事業所
利用者数約
1400人
(2013年10月)

看護師確保、
訪問看護との
連携の
確保が課題



- 要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護サービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする。
- 別々に指定したサービスを提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネージャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能。
- 事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能



訪問看護事業所の 現状と課題

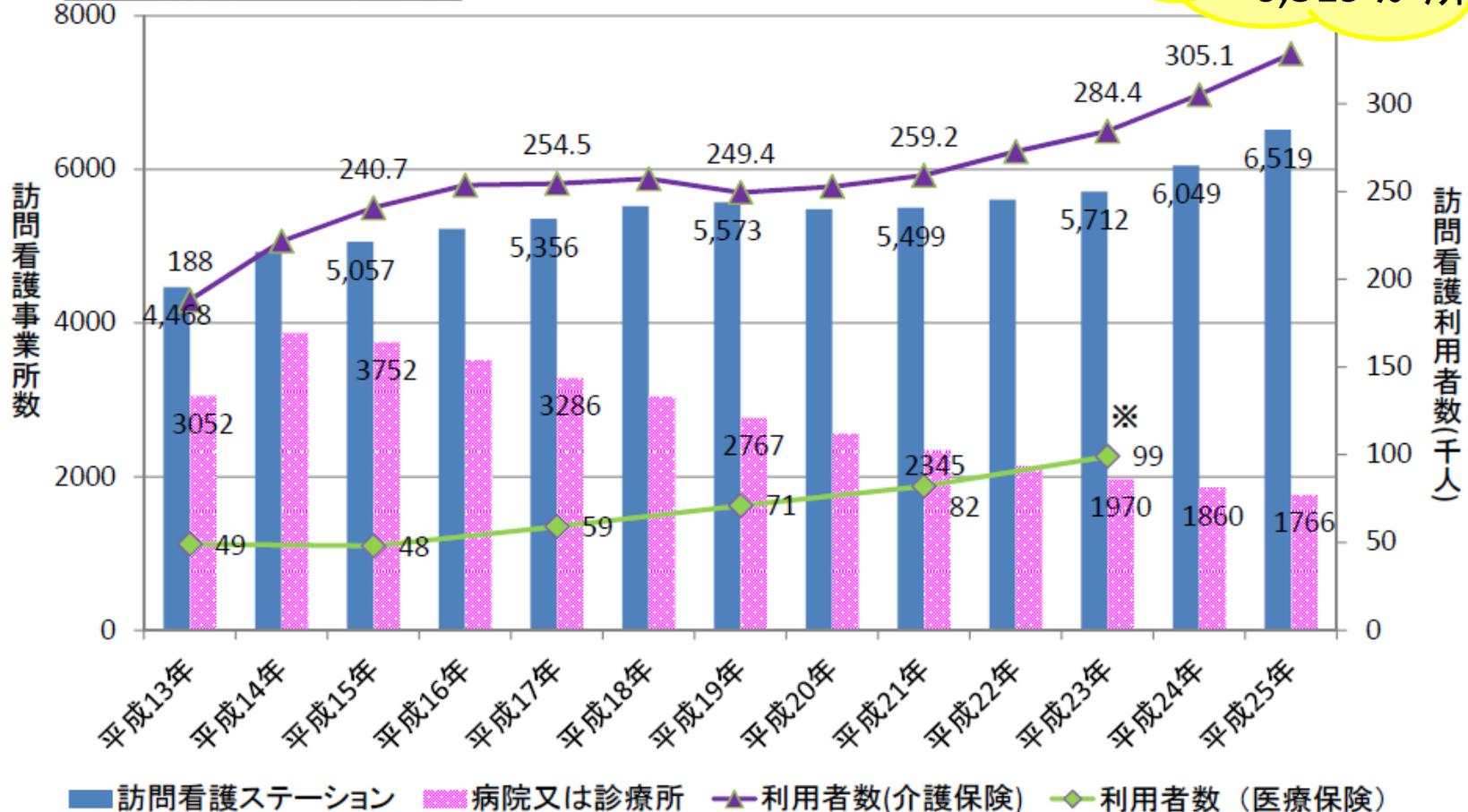


訪問看護事業所数の推移

訪問看護
事業所
6,519 か所

○ 訪問看護ステーション、および利用者数は近年増加傾向である。

■ 訪問看護事業所数の年次推移



出典:厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年4月審査分)

※医療保険「保険局医療課調べ」(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

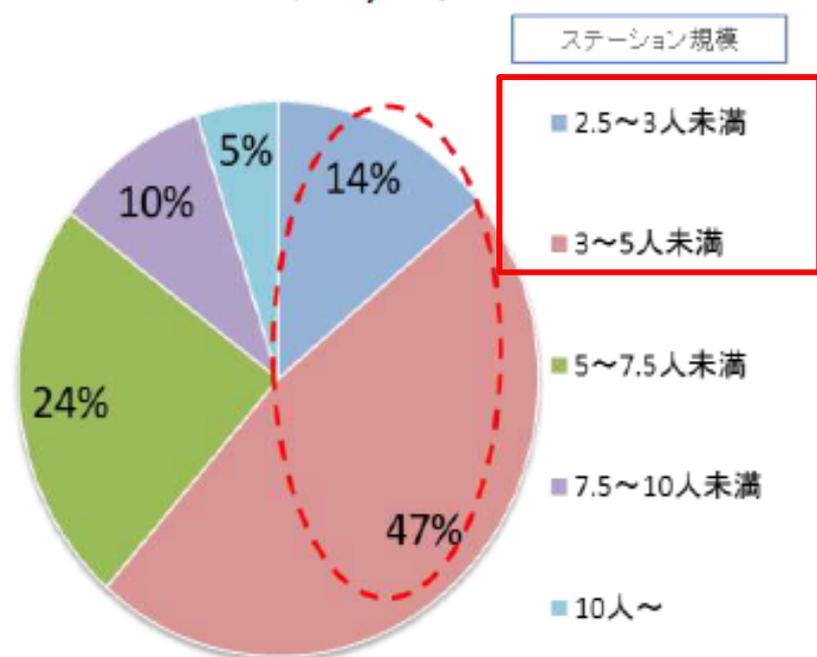
訪問看護ステーションの規模別状況

中 医 協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 1 1 (改)

中 医 協 総 - 2
2 3 . 1 . 2 1 (改)

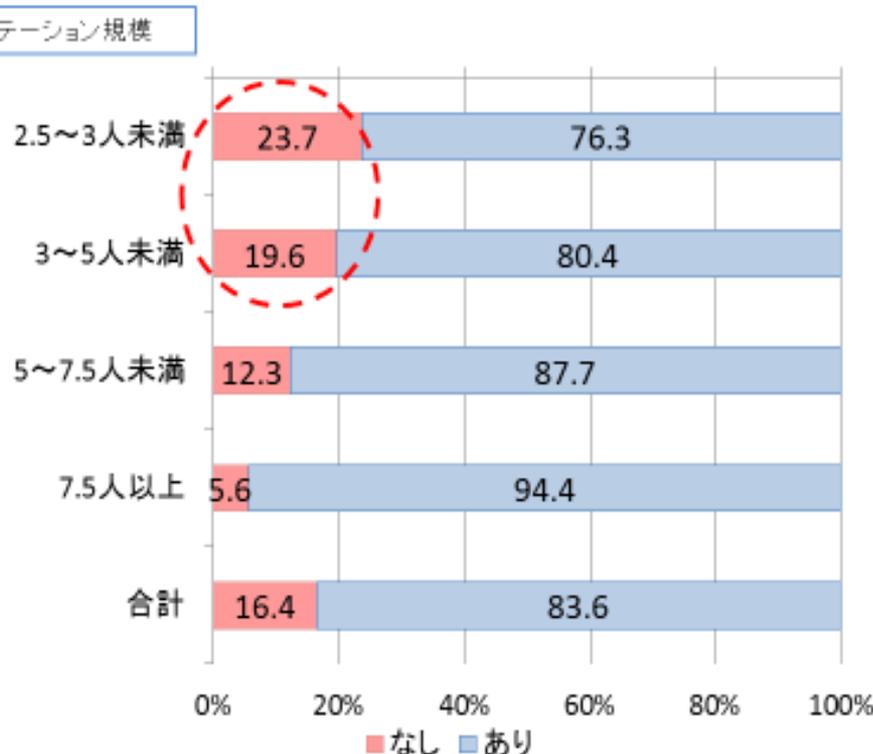
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60% (参考) 1事業所当たり看護職員数: 約4.3人
- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低い。

■ 職員※数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

■ 職員※数規模別にみた24時間対応体制の有無 (N=1,696)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

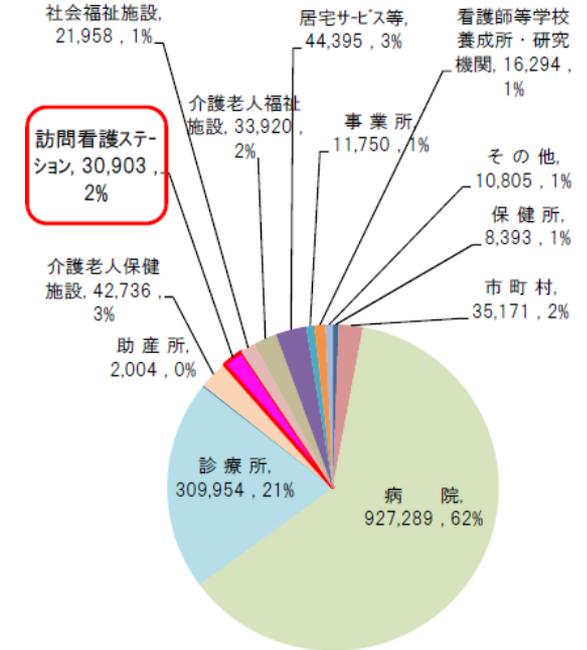
訪問看護の体制は脆弱 抜本的な人材確保策と大規模化が急務

2025年には51万人分の訪問看護の供給が必要(厚労省「社会保障・税一体改革で目指す将来像」より)
 現状:訪問看護職員は **約3万人** ⇒2025年には **少なくとも 約5万人**の訪問看護職員が必要

現状1: 訪問看護職員は全就業看護職員のうち **2%**

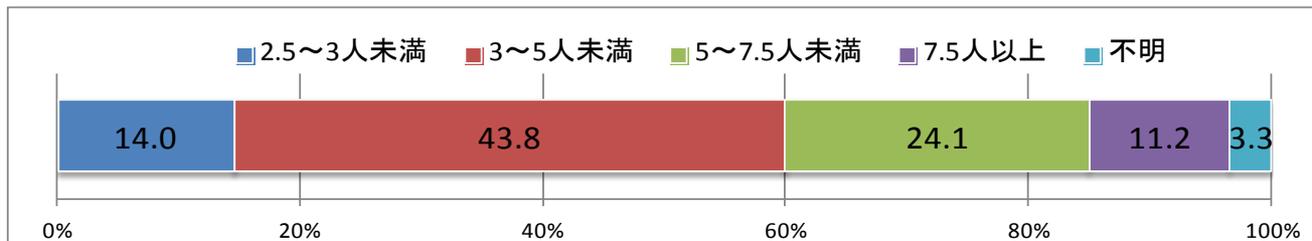


看護職員就業場所別の就業者数(平成23年)



厚生労働省医政局看護課調べ

現状2: 訪問看護ステーションの約6割は、看護職員**5人未満**の小規模事業所



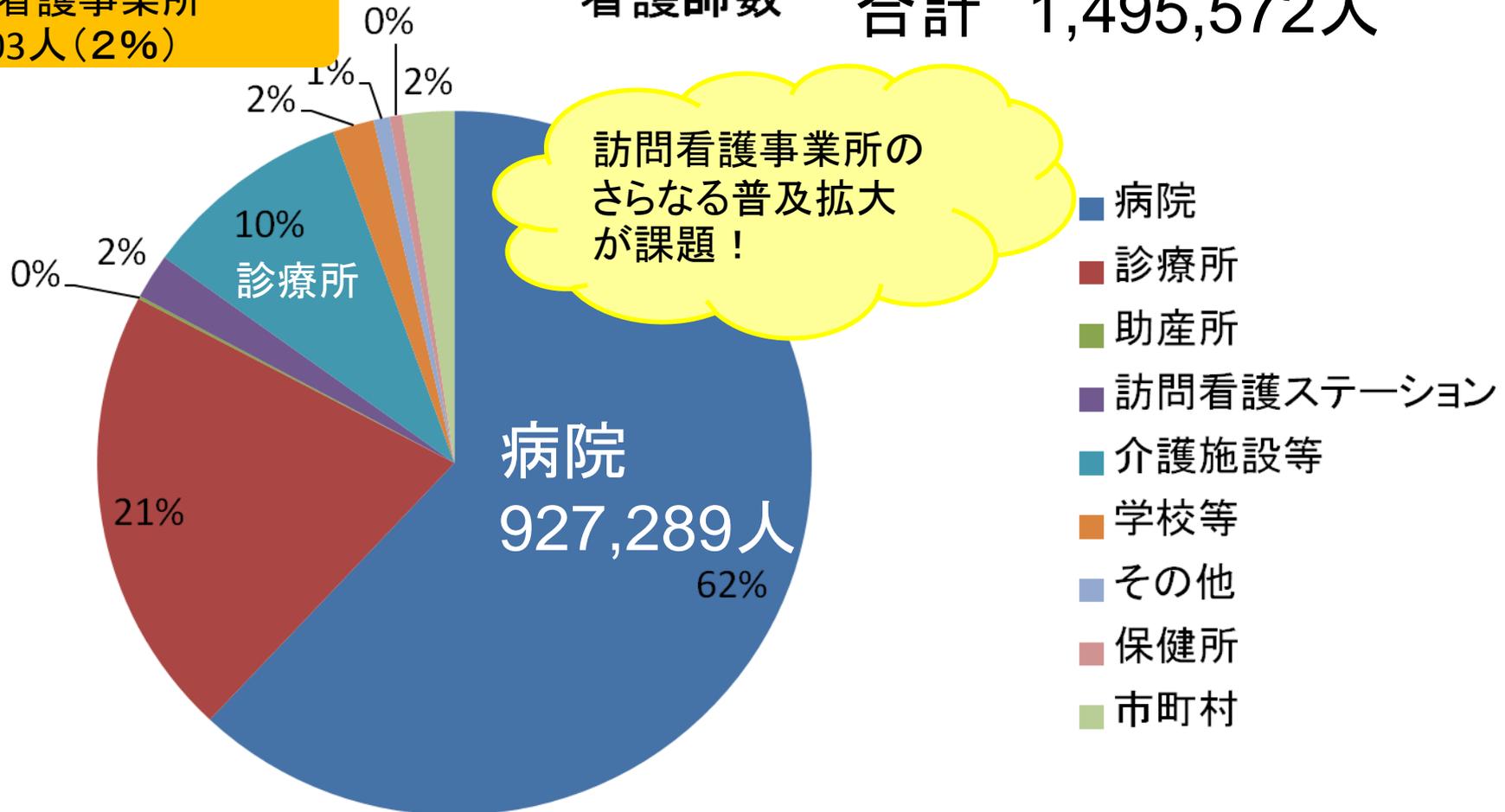
【出典】平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金「訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

就業場所別看護師数(2011年)

厚労省医政局看護課調べ

看護師数 合計 1,495,572人

訪問看護事業所
30,903人(2%)



訪問看護事業所の
さらなる普及拡大
が課題！

訪問看護職員の処遇(給与)の状況

【非管理職の給与】

- 看護職としての平均経験年数の違い(訪問看護師16.5年>病院看護師12.8年)にかかわらず、訪問看護ステーション看護師の基本給は病院看護師の基本給よりも約7,000円低い
- 夜勤手当等の諸手当を加えた平均税込給与総額では、月額給与格差は約20,000円に拡大する

【管理職・中間管理職の給与】

- 看護職としての平均経験年数はほぼ同じだが、訪問看護ステーション看護師の基本給は病院看護師の基本給よりも約36,000円、税込給与総額において約26,000円低い

表 看護職員の月額給与比較(2009年9月分)

【非管理職】

	平均基本給額	平均税込給与総額	平均年齢	平均経験年数
訪問看護ステーション(n=23)	241,700円	306,728円	42.0歳	16.5年
病院(n=2,167)	248,743円	325,956円	35.5歳	12.8年
差額	-7,043円	-19,228円		

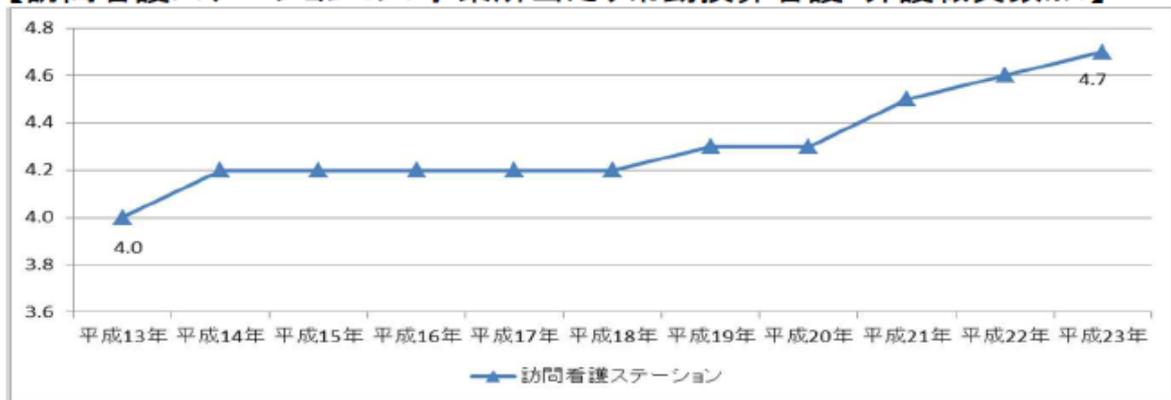
【管理職・中間管理職】

	平均基本給額	平均税込給与総額	平均年齢	平均経験年数
訪問看護ステーション(n=21)	288,488円	395,722円	45.6歳	22.5年
病院(n=817)	324,852円	421,004円	46.3歳	23.9年
差額	-36,364円	-25,282円		

(参考) 訪問看護事業所の規模と経営状況について

- 訪問看護ステーションの1事業所当たりの従事者数は近年微増傾向で、1事業所当たりの常勤換算看護・介護職員数※1は4.7人である。
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%で、事業所の規模が大きくなるほど収支の状況が黒字になる傾向がある。

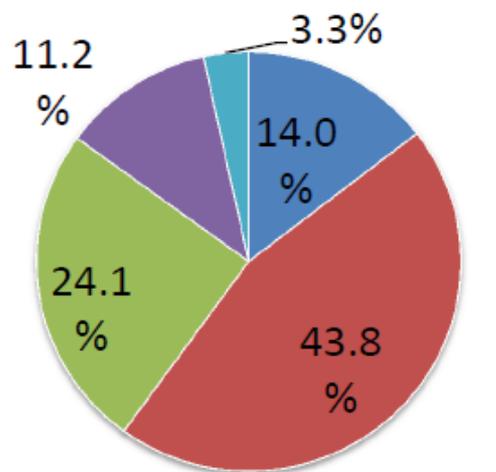
【訪問看護ステーションの1事業所当たり常勤換算看護・介護職員数※1】



※1 保健師、助産師、看護師、准看護師、介護職員

出典: 介護サービス施設・事業所調査

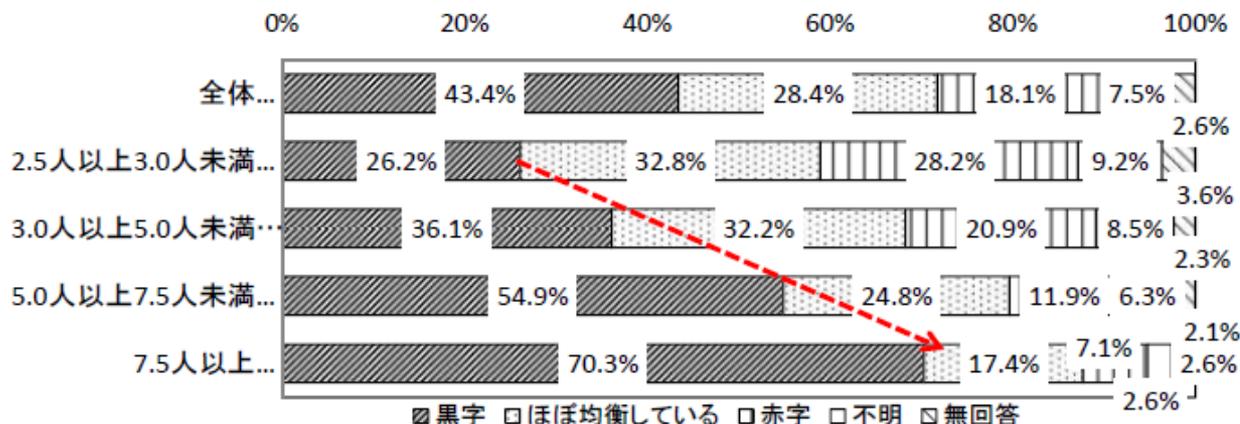
【看護職員数の規模別にみた事業所数の構成】



(N=1,340)

- 2.5人以上～3人未満
- 3人以上～5人未満
- 5人以上～7.5人未満
- 7.5人以上
- 不明

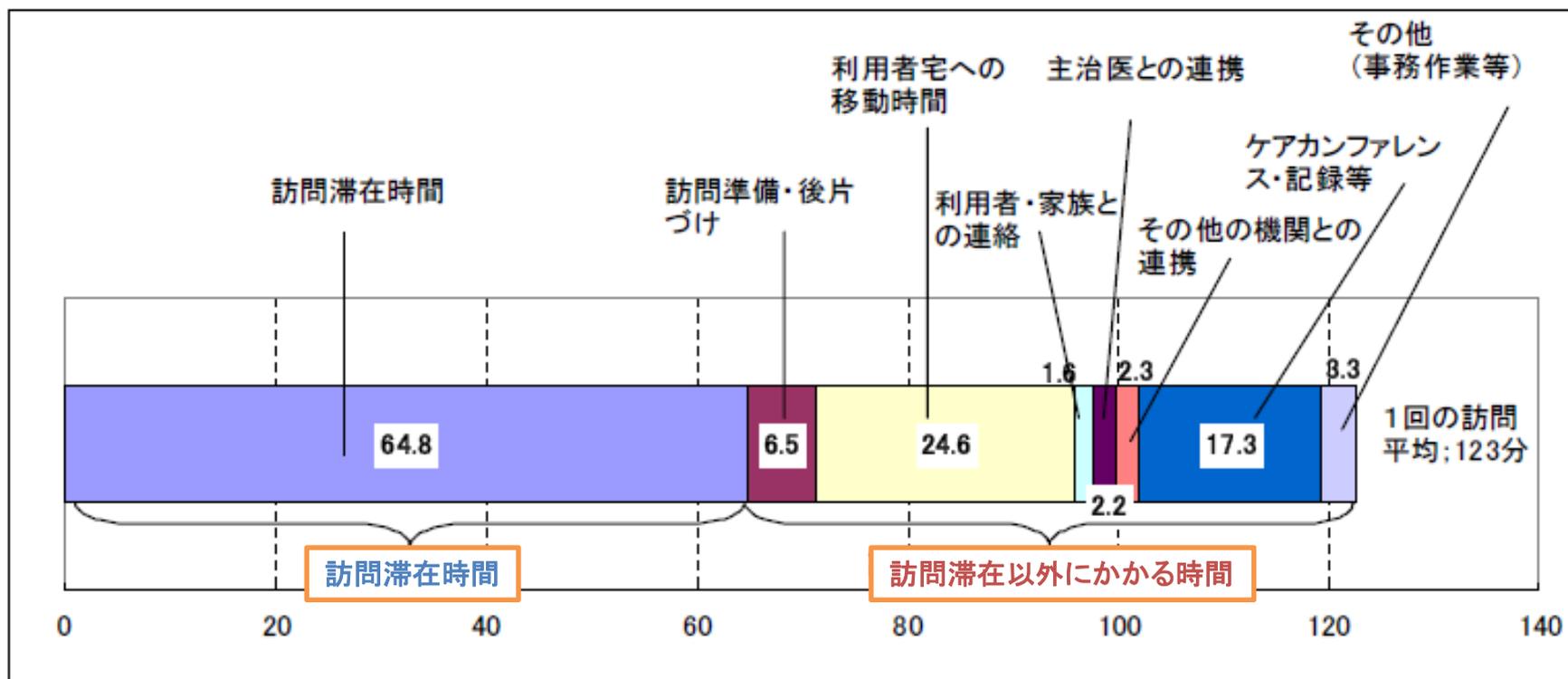
【看護職員数の規模別にみた収支の状況】



収益を上げるためには訪問回数を増やすことが必要だが、訪問以外の周辺業務の時間が多く、効率的な運営ができていない

- 利用者1人あたり1ヶ月にかかる訪問看護労働投入量を調査した結果、訪問1回あたりに換算すると、利用者宅に平均65分滞在している。その他に、準備・移動・記録・ケアカンファレンス等に58分要している。
- 利用者宅での滞在時間に対して、訪問以外の時間が同程度かかっている。

図 訪問1回にかかる訪問看護労働投入時間



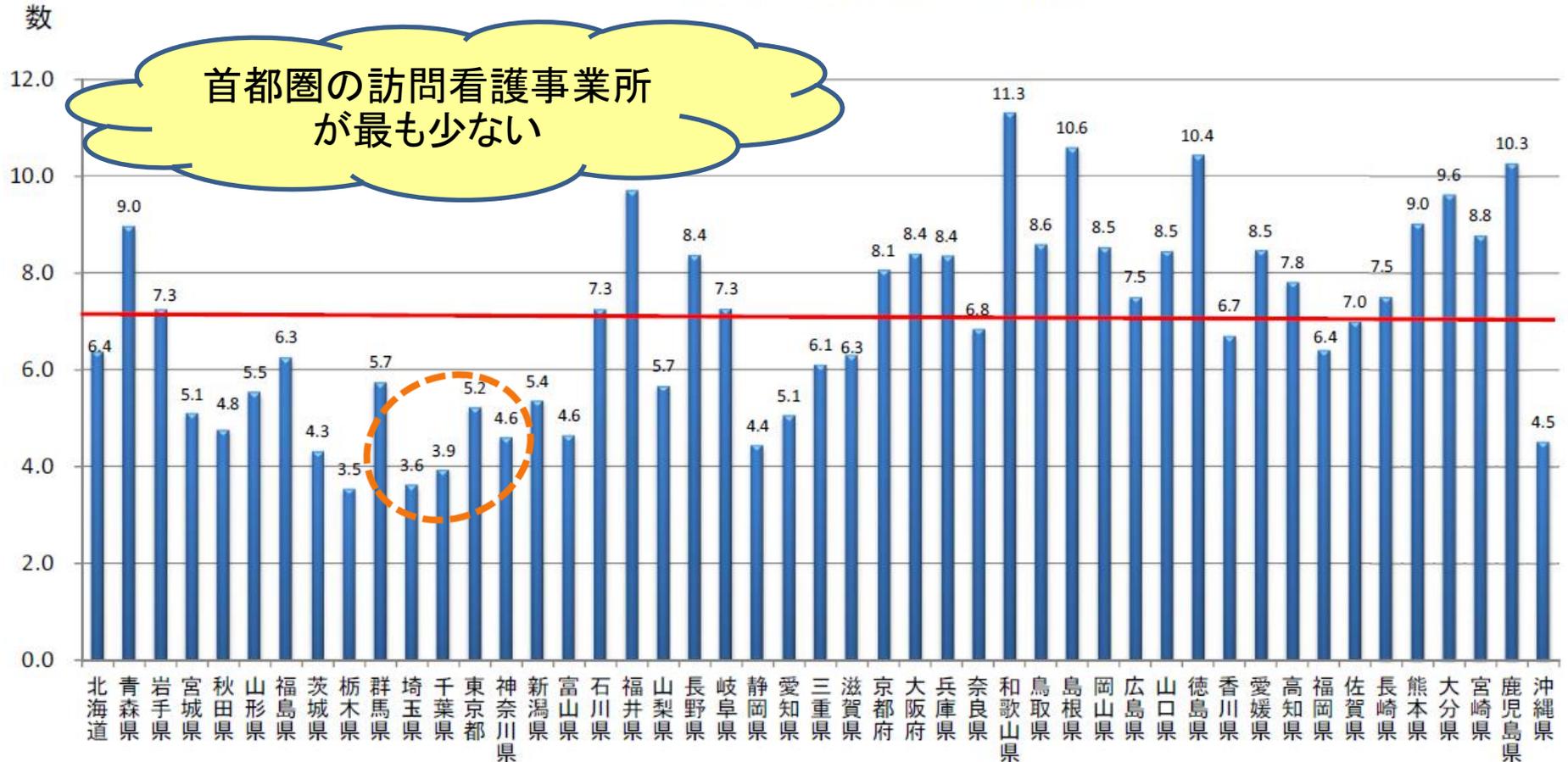
N=190

【出典】全国訪問看護事業協会「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業」
(平成14年度老人保健事業推進費等補助金) 23

人口10万人あたりの都道府県別訪問看護事業所数

- 人口10万人あたりの訪問看護ステーション設置数は都道府県によって大きな開きがある
- 特に、今後急速に高齢化が進行する東京都および周辺県で全国平均を下回る設置数になっており、今後の需要増に対応できない可能性がある

人口10万人あたりの訪問看護事業所数



日本の訪問看護の現状

①訪問看護の利用者ニーズは増加、多様化、複雑化している。

- ・小児、ガン、神経難病、精神科疾患等が増えている
- ・医療処置を必要とする利用者が増えている。

②訪問看護事業所規模は小さく、業務は非効率、スタッフの負担が大きい

③事業所規模が小さいほうが経営状況が悪く、24時間対応ができていない

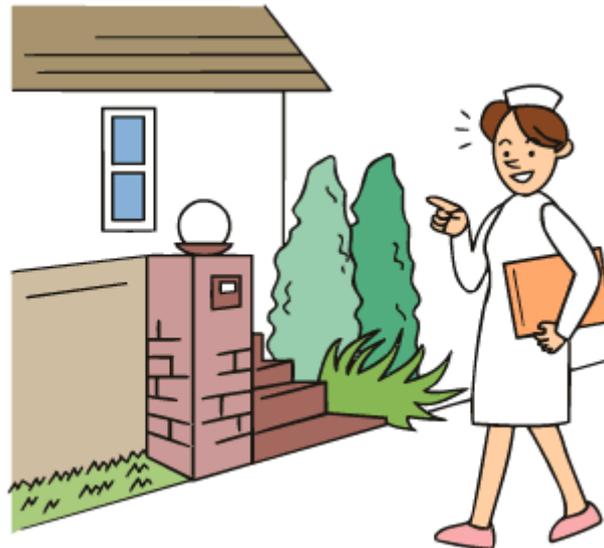
④訪問看護に従事する人材が極めて不足している。

しかし③のため、事業所の自助努力のみで新たに採用・教育することも困難

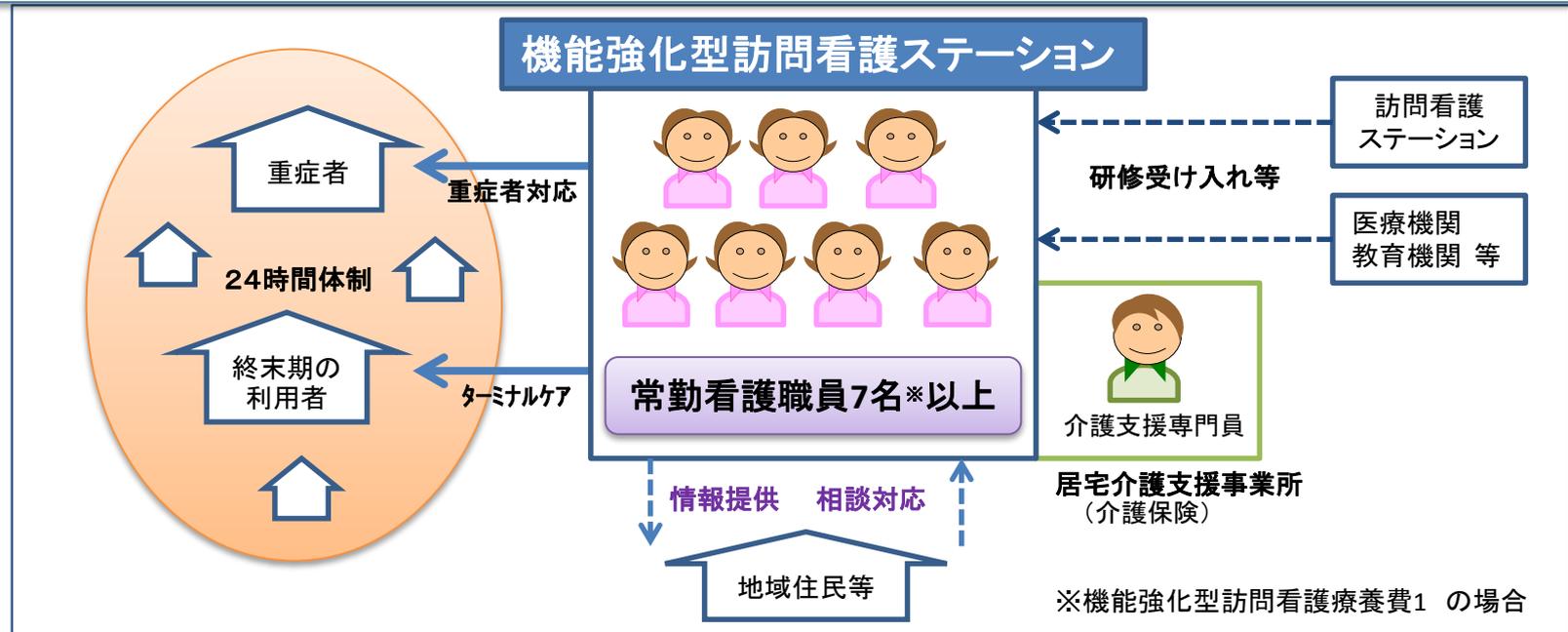
⑤訪問看護に対するニーズは24時間対応、重度化対応、柔軟な訪問であるが、現状の規模のままでは対応できない可能性が大きい

パート3

訪問看護ステーションの 大規模化・多機能化へ向けて



平成26年度診療報酬改定 機能強化型訪問看護ステーションの評価



(1) 24時間体制・看取り・重症者対応

- 24時間対応体制（24時間対応体制加算を届け出ていること）
- 重症者の受け入れ件数（特掲診療料の施設基準等・別表7に該当する利用者数）
- 年間看取り件数（ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計）
- サービスを安定的に提供しうる看護職員配置（常勤看護職員数）

(2) 医療・介護のケアマネジメント機能

- 居宅介護支援事業所を設置していること（同一敷地内）
- 介護保険の利用者中、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について当該居宅介護支援事業所がケアプランを策定していること

(3) 地域の在宅療養環境整備への貢献

- 人材育成のための研修を実施していることが望ましい
- 地域住民等に対する情報提供や相談支援を行っていることが望ましい

<報酬類型は2パターン>

機能強化型訪問看護管理療養費1
12,400円（月の初日の訪問に対して）

常勤看護職員：7人以上
ターミナルケア療養費等の算定数合計：20件以上／年
重症者（別表7の該当者）受け入れ：10人以上／月

機能強化型訪問看護管理療養費2
9,400円（月の初日の訪問に対して）

常勤看護職員：5人以上
ターミナルケア療養費等の算定数合計：15件以上／年
重症者（別表7の該当者）受け入れ：7人以上／月

※上記以外の算定要件は1・2に共通

地域包括ケアシステム構築に向けた看護の強化

1. 在宅・介護領域の看護人材の確保と育成

- 在宅・介護領域に携わる医療職の確保は、介護職の確保と同様に、国・自治体・事業者・職能団体が連携協力して取り組むべき課題
- 訪問看護職員は現在約3万人。2025年(約51万人分の訪問看護サービスが必要;厚労省推計)に向け、単純計算でもあと2万人のマンパワーが必要

【日本看護協会の取り組み】

- 多様な看護人材(新卒、潜在、病院看護師など訪問看護未経験者)の参入を促進する教育カリキュラムおよび研修体系の提案
- 人材確保・育成に向けた政策提言と情報発信

2. 訪問看護事業所の基盤強化

- 小規模な訪問看護事業所ほど24時間対応や看取りが少なく、経営が不安定
- 24時間365日の安定的なサービス提供には大規模化・多機能化の推進が必要

【日本看護協会の取り組み】

- 機能強化型訪問看護ステーションの設置促進と広報活動
- 複合型サービス等の普及促進

訪問看護ステーションの統合事例

平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「訪問看護事業の機能集約および基盤強化促進に関する調査研究事業」(川村佐和子、聖隷クリストファー大学大学院)

事例

- A地域は、A市(人口約80万人、高齢化率21.5%)の中心部に位置し、市民のおよそ30%(人口約25万人、世帯数10万世帯)が居住する都市機能が集中した地域
- A市のA社会福祉法人は、市内に7か所の訪問看護ステーションを経営
- 7か所中2か所のA訪問看護ステーションとB訪問看護ステーションについては赤字経営が続いており、その地域で利用者の伸びが見込めないことから、この二つの訪問看護ステーションを継続して経営していくことは困難であると判断した。

事例

- B訪問看護ステーションがある地域では、狭い地域に3つの訪問看護ステーションが競合しており、新規利用者の獲得が難しい状況
- A 訪問看護ステーションは、在宅ターミナルや、頸椎損傷、難病等の医療依存度が高い利用者が増えていたが、職員数が不足し、夜間の携帯当番回数が多いなど、職員の負担が大きいことが問題

訪問看護ステーションの統合による効果

- 看護職員数(常勤換算)
 - 13.0人→11.1人
- PT・OT数
 - 2.0→2.8人
- 事務職員
 - 1.4人→0.9人
- スタッフの負担
 - 緊急時の携帯当番
 - 1人あたりの回数が統合前の最大10回から統合後は2～5回に減少しており、負担は減少
 - 緊急時の夜間携帯当番
 - 1人あたりの当番回数が減少し、負担が大きく軽減された。また、看護職員が増えたことで、職員の急な病気等による休みにも対応することが可能になった。

利用者数の変化

- 利用者数
 - 介護保険利用者は130人と変化なし
 - 医療保険利用者は統合前の2事業所合計45人から50人に増えた
 - 利用者像が多様化し、がん・小児・終末期の利用者への訪問が増えた
 - 統合後は新規利用者を断ることなく訪問調整ができるようになった。

経営収支の改善

- 経営状況は、統合前と比較して統合後は事業収益が増加
- 全体として収支は統合前に1か月238万円の赤字であったものが、統合後には1か月143万円のプラスに転じている。

図1 統合前の各ステーションの状況と統合後の状況とその成果

2007年9月

同一法人 Aステーション

- 従事者数(常勤換算)
看護職員：9.5人
PT・OT・ST：2.0人
事務職等：1.0人
- 利用者数(/月)
介護保険：92人
医療保険：32人
- 収支(/月)：▲233万円
- 課題：新規利用者を増やせない／新規事業の実施が困難

同一法人 Bステーション

- 従事者数(常勤換算)
看護職員：3.5人
PT・OT・ST：0.8人
事務職等：0.4人
- 利用者数(/月)
介護保険：37.5人
医療保険：13.3人
- 収支(/月)：▲5万円
- 課題：経営効率が悪い
(※値は利用者比で按分)

2007年
10月統合

2008年9月

統合 Cステーション

- 従事者数(常勤換算)
看護職員：11.1人
PT・OT・ST：2.8人
事務職等：0.9人
- 利用者数(/月)
介護保険：130人
医療保険：50人
- 収支(/月)：143万円

統合による効果

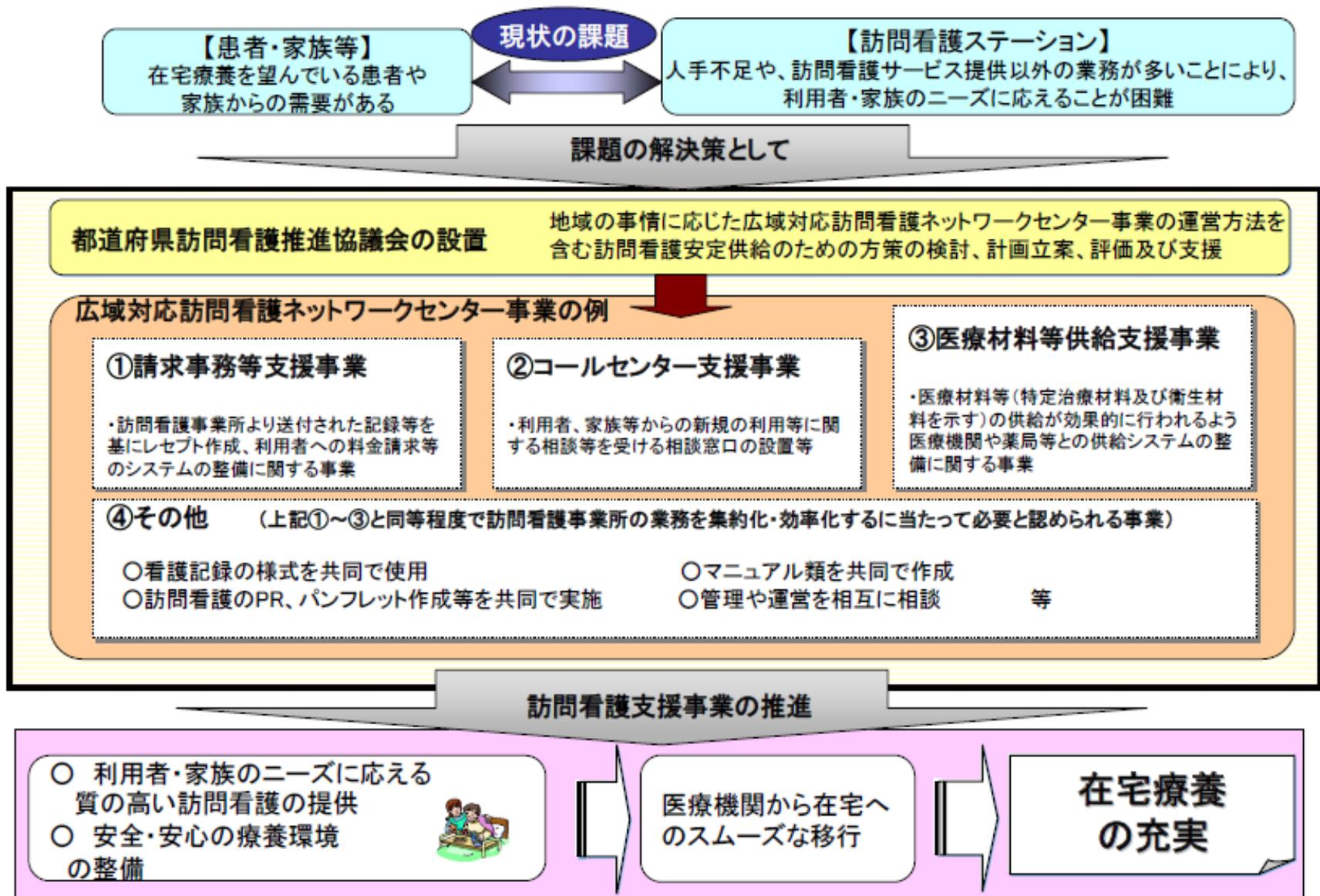
- 経営の効率化
 - 収益の増加
- 利用者へのサービスの向上
 - ① 新規利用者の多様化
 - 小児
 - 神経難病
 - 終末期ケアを要する者
 - がんで症状コントロールを要する者等
- 職員の力量向上・負担軽減
 - ① 研修参加の増加
 - ② 専門領域をもつスタッフ増加
→ 全体の看護の向上
 - ③ 夜勤携帯当番回数の減少
 - 統合前
ステーションA：5回/月
ステーションB：10回/月
 - 統合後：2～5回/月
 - ④ 休暇取得の増加
- その他
 - 療養通所介護の開始
 - ショートステイを計画

訪問看護ステーションの支援事業

訪問看護ステーション支援事業

- 2009年から2012年までに訪問看護支援事業を国が予算化して行った
 - ①訪問看護ステーションの報酬請求業務支援
 - ②電話相談業務(コールセンター)支援事業
 - ③医療材料等供給業務支援等のサービス
- 平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業」報告書

図表 4 訪問看護支援事業の概要



(1) 請求事務等支援事業

- 訪問看護ステーションは請求事務作業を単独で実施している
 - 訪問看護サービスは診療報酬と介護報酬が複雑に入り組んでいて煩雑
 - 請求事務は訪問看護ステーションの負担
- 訪問看護ステーションがネットワークを形成し請求事務や記録の共有などを行った
 - 2009年度にこの事業を開始した香川県においては、広域対応訪問看護ネットワークセンターを県の看護協会内に設置し、センターを拠点として複数の訪問看護ステーションをネットワーク化して、請求事務や看護記録の共有、グループウェアを通じた意見交換、マニュアル共有などを行うシステムを構築して、効果を挙げている。

(2) コールセンター支援事業

- 訪問看護ステーションでは、利用者や病院、ケアマネジャー等からの相談について、個々のステーションが独自に対応している
- 個別対応であるため、地域内でステーションの受け入れ可否の状況や得意分野の情報が共有されていない。
- このため、適切なステーションへの紹介もできず、また小規模ステーションでは、訪問を行う日中は事業所が無人になるので、訪問看護の依頼の電話があっても対応ができないことなどが課題

(2) コールセンター支援事業

- コールセンター
 - 訪問看護の相談窓口を地域で一本化し、受け入れ調整機能を果たすセンター
- 病院滞在型のコールセンター支援事業(大阪府)
 - 病院内に滞在型のコールセンターを設置し、地域の訪問看護ステーションに関する情報を一元管理しながら、病院から在宅へのスムーズな退院支援に活かした
 - コールセンターに情報を集約することで、利用者ニーズにあったステーションを紹介できるようになった
 - 病院内にコールセンターを設置することで、病院看護師にとっても退院調整や訪問看護等について知ることができ、新規利用者の確保に加えて病院関係者に対する退院支援や訪問看護に関する普及啓発につながったという

(3) 医療材料等供給支援事業

- 在宅医療における医療材料等の在庫問題
 - 「医療機関では、消費量が少ないにも関わらず箱単位で購入せざるを得ないため、医療材料等の使用期限が過ぎてしまうなどの無駄が生じる」
 - 「利用者にスムーズに医療材料等が届かない」
 - 「訪問看護ステーションが必要なときに対応できない」等の課題
- 医療材料等の供給ネットワーク
 - 医療機関や地区薬剤師会、薬局等と連携した供給システムを構築
 - 医療材料等を効率的に利用者に供給するためのシステムを構築する事業が行われることとなった

(4) その他

- 共同でホームページを作成
- マニュアル類の共同作成、パンフレット等の作成、PR 支援、看護記録の共同利用
- これらの共同作成、利用は請求事務等支援事業やコールセンター支援事業などと組み合わせて行っている地域が多い。
- コールセンター事業の周知も兼ねたパンフレットを作成してコールセンターの利用につなげる
- 請求事務等支援業務の一環として訪問看護ステーションネットワークシステムを構築し、マニュアルの作成や看護記録の共有を行うなど、複数の事業を有機的に組み合わせて実施している場合も多い

在宅物流支援 ～医薬品卸の新たな役割～



東邦薬品グループの試み

注目される在宅医療

・ 急性期 入院短縮 病床削減



慢性期・回復期・終末期

(在宅へシフト)

在宅医療

在宅療養支援診療所(在支診)

・ **在宅医療を必要とする人数** (厚労省発表資料より)

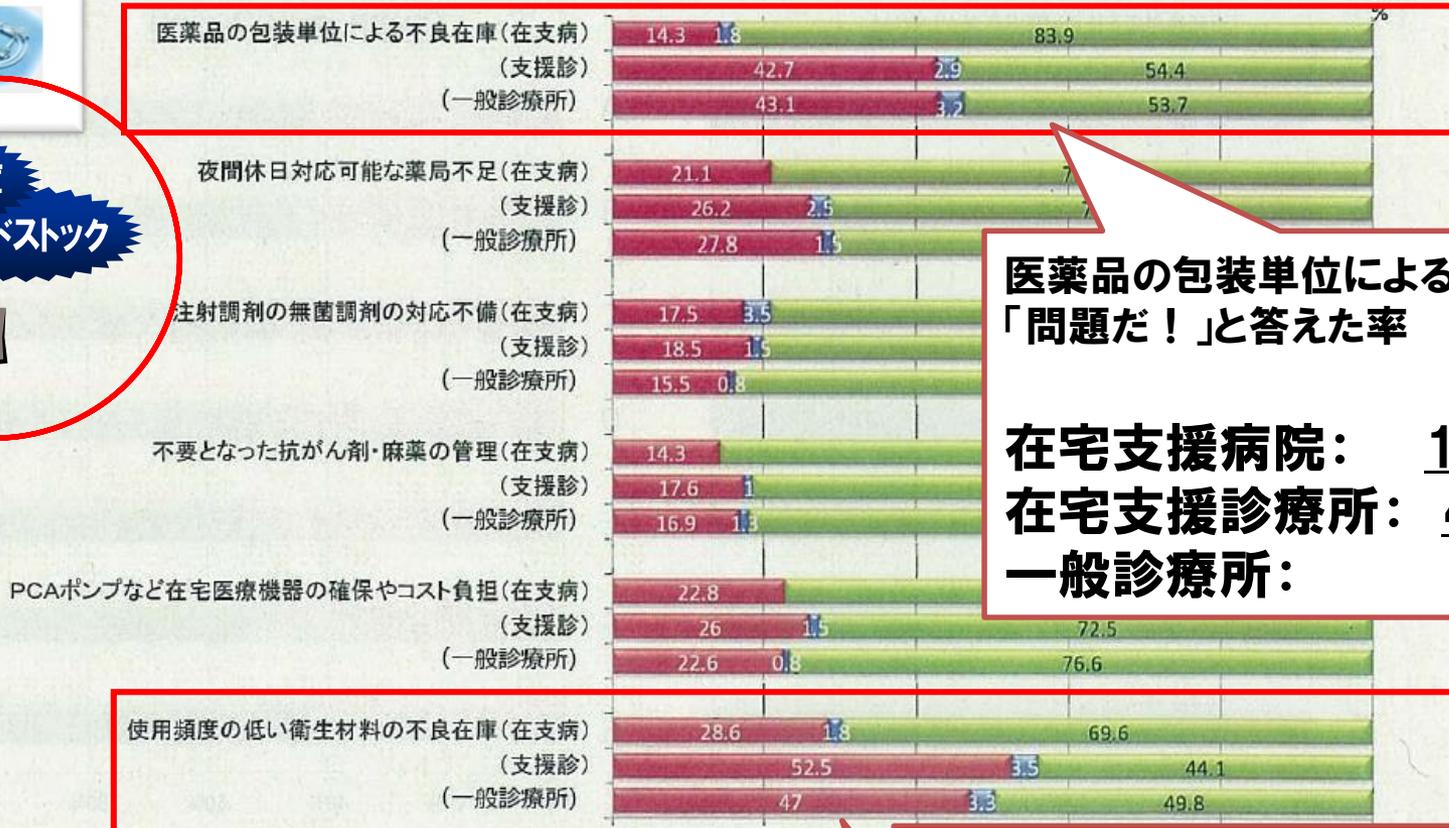
現在**12万人** ⇒ 2025年に**29万人**

在宅の医薬品・医療材料供給も変わらなければならない！

在宅医療を行う上での障害: 効率的な在宅医療への障害①



過剰在庫
テッドストック



医薬品の包装単位による不良在庫
「問題だ!」と答えた率

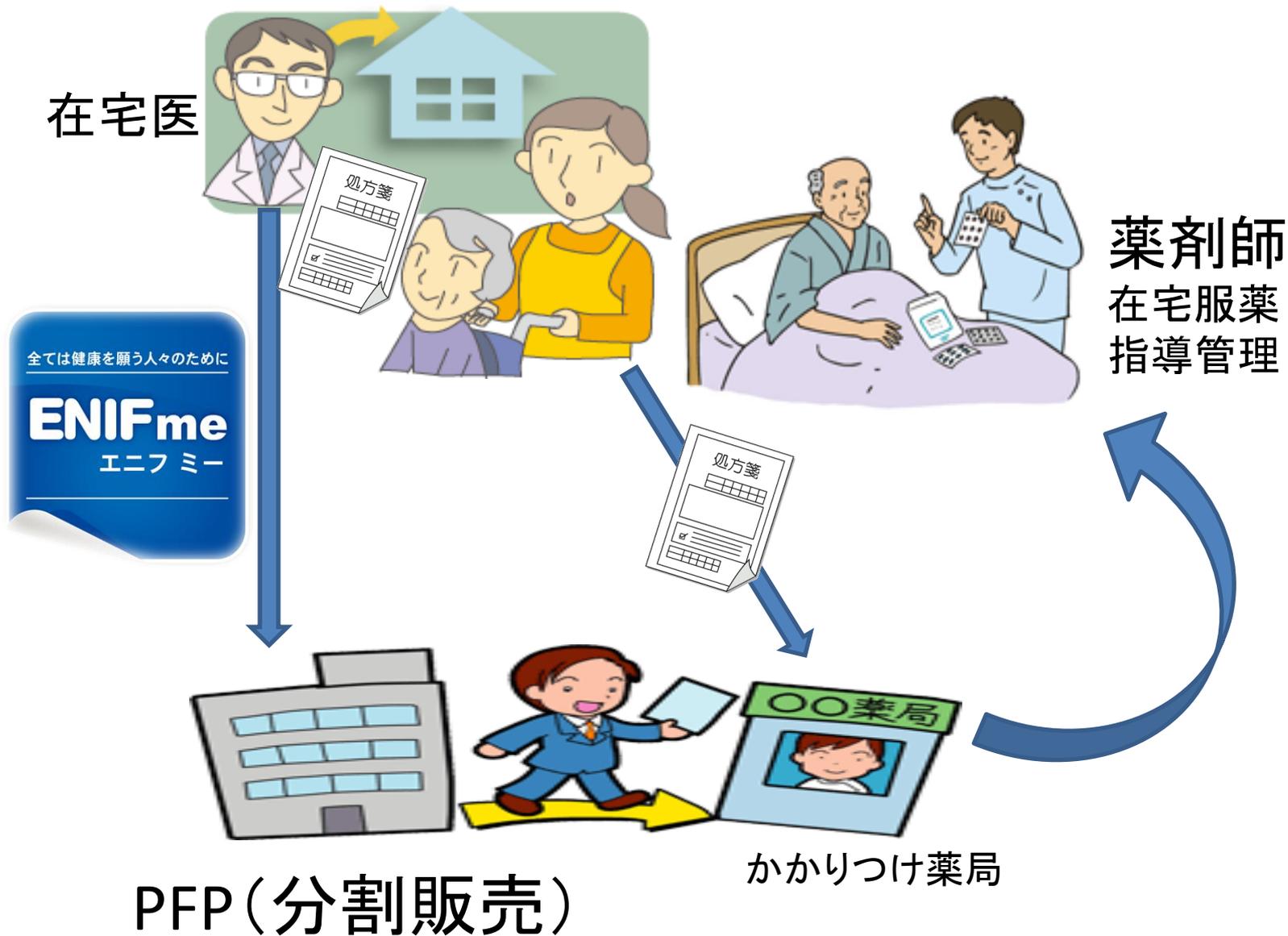
在宅支援病院: 14.3%
在宅支援診療所: 42.7%
一般診療所: 43.1%

使用頻度の低い衛生材料の不良在庫
「問題だ!」と答えた率

在宅支援病院: 28.6%
在宅支援診療所: 52.5%
一般診療所: 47.0%

在宅医療は診療所、薬局が中心となり患者様一人一人に合わせた医療を行うため新たな問題が生じております。特に効率的な在宅医療を行う上での障害として、半数の診療所が医薬品・医療材料の不良在庫を挙げています。

医薬品の分割販売



在宅医療を行う診療所・保険薬局へ向け 医薬品・医療材料分割販売(PFP事業)

- 医薬品分割販売
 - 錠剤などは1シート単位、
塗り薬・目薬などは1本
単位から医薬品等を購
入できる仕組み
 - **東邦薬品のPFP事業**
 - PFPとは”Pharmacy for
Pharmacies(薬局のため
の薬局)
 - 全国約10,000軒以上の
保険薬局に商品を発送
 - 取扱品目(医薬品・医療
材料)はおよそ4,000品目



しかし、医療材料の分割販売が
問題だった・・・



2010年 1月～ 法的解釈を確認



H-MBA
伊藤大史くん
(東邦薬品)

⇒ 「前例がない」
「医療材料には分割という概念すらない」



国際医療福祉大学大学院の先生方に調査協力
(医療材料の供給問題に関する資料や議論がないか)

中医協で活発な議論
在宅医療を推進するにあたり、**医療材料の供給は問題！**

行政ご担当者：

「分割そのものは不可ではないけれども製造に該当する行為については、販売当事者は行えないと聞いている」

「そもそも製造業者が少量包装することが望ましい」

「必要な表示、添付文書等が必要」

中央社会保険医療協議会保健医療材料専門部会議事録より

在宅医の求めに応じた 分割販売が可能に

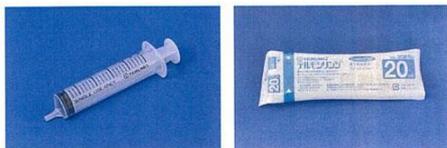
医療材料の分割販売も

2012年12月1日から始まった！

- 5000品目の医療材料を分割して配送する

在宅医療を支援する医療材料分割販売

● 輸液・輸血



▲シリンジ



▲留置針



▲輸液セット

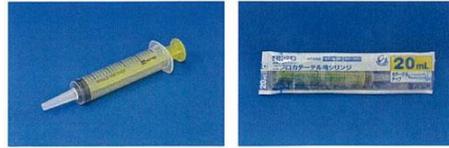


▲輸液セット



▲ポート用注入針

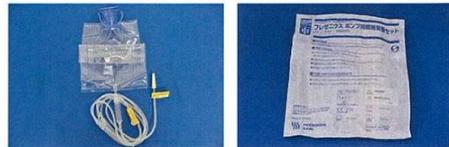
● 経管栄養



▲シリンジ



▲栄養セット

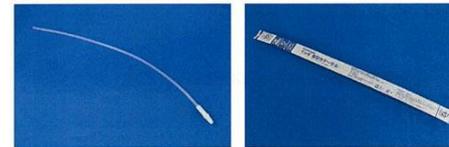


▲栄養セット

● 吸引・排液



▲バルーンカテーテル



▲吸引カテーテル

● 気道確保

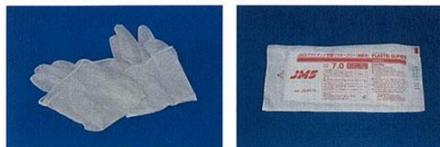


▲気道切開チューブ

● 麻酔 (麻酔器除く)

● 縫合

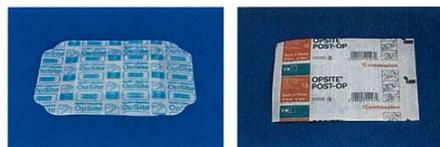
● 手袋



▲検査・検診・処置用

● 固定・保護

● 消毒・洗浄・創傷処置



▲ドレッシング

● その他

● 滅菌関連

● 廃棄

(廃棄容器)

● 切開・切除

● 生検・採取

● 呼吸・

麻酔器管理

● 血糖測定

● 気管切開

● 感染対策

● 圧迫・固定

・サポート

● バイト

ブロック

● エアウェイ

実際に送られてきた分割材料

トンボ針2個 (¥72)



各〔都道府県
保健所設置市
特別区〕衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課長
（公 印 省 略）

医療機器の分割販売について

今般、在宅医療の現場において医療機器が使われる機会が多くなっており、これに伴い、在宅での療養を行っている患者の状態に応じて必要な量の医療機器を小包装単位で供給することが求められております。このため、医療機器販売業者における販売等の際の取扱いを下記のとおり示したので、御了知の上、貴管下の関係業者に対して周知徹底をお願いします。

記

- 1 医療機器販売業者において、医療機器の直接の容器又は直接の被包を開き、小包装単位で供給する行為（以下「分割販売」という。）は、特定の需要者の求めに応じて行う場合に限って認められる。

ただし、広く一般に対し、販売等を行うために、あらかじめ分割する行為は、薬事法（昭和 35 年法律第 145 号。以下「法」という。）第 13 条第 1 項に規定する製造行為（小分け製造）に該当する。

医療材料の「分割販売」に貢献した 伊藤大史さんは社長賞を授与！



在宅医療では処置が多い 医薬品と医療材料、医療機器をセットで使う



酸素吸入、気管
切開口からたん
吸引、気管切開
カニューレ交換

静脈点滴栄養

胃ろうチューブ
から経管栄養

じょく瘡処置
膀胱留置カテ交
換処置

医療処置	看護	医療機器	衛生材料	消毒薬	薬剤	特定保険医療材料
胃瘻管理	チューブ交換 チューブの固定 注入前後の観察、確認 注入中の姿勢の確保	スタンド (ポンプ)	イルリガートル 連結チューブ、テープ カテーテルチップ Yガーゼ、シリンジ、綿球	消毒薬	表面麻酔薬 経腸栄養剤	栄養用カテーテル
呼吸管理	気管カニューレ交換 Yガーゼ交換 人工呼吸器の回路交換	酸素吸引器	Yガーゼ、ガーゼ、綿球 吸引チューブ カニューレ、シリンジ	消毒薬	表面麻酔薬	気管カニューレ
吸入	吸入器のセッティング	吸入器	嘴管、チューブ シリンジ	消毒薬	吸入薬	
吸引	吸引 タッピング、体位ドレナージ	吸引器	吸引チューブ アルコール綿	消毒薬		
点滴静脈内注射	刺入部の観察、注入開始 へパロック 輸液後の観察	スタンド	点滴セット、針、テープ アルコール綿 ディスプレイのシリンジ	消毒薬	抗生剤、生食	血液凝固阻止剤
褥創処置	洗浄、ドレッシング 体位変換		滅菌ガーゼ ドレッシング剤、テープ		生食、軟膏	皮膚欠損用創傷被覆材(1月)
膀胱留置カテーテル	カテーテル交換 陰部洗浄		シリコンカテーテル 畜尿袋		表面麻酔薬	膀胱留置用カテーテル

*医療機器、衛生材料、消毒薬は在宅指導管理料の診療報酬点数の中に含まれており、請求できない。

*薬剤料、特定保険医療材料は別途に請求できる

在宅医の要望に応じて医薬品と医療材料の詰め合わせを配送 （「オンデマンド・リパッケージング」）



新たな財政支援制度における対象事業（案）

「○」をつけているものは、国と関係団体との協議を踏まえ地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる新たな事業

① 病床の機能分化・連携

ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備や、病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等の医療提供体制の改革に向けた施設及び設備等の整備

(例)

ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備

- 精神科長期療養患者の地域移行を進め、医療機関の病床削減に資するため、精神科医療機関の病床のデイケア施設や地域生活支援のための事業への移行を促進するための施設・設備整備
- がんの医療体制における空白地域の施設・設備整備
- 地域医療支援病院やがん診療連携拠点病院等の患者に対する歯科保健医療の推進 等

※病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備(ただし、平成26年度は回復期病床等への転換など現状でも必要なもののみ対象とすることとし、平成27年度から都道府県において地域医療構想が策定された後、更なる拡充を検討する。)

② 在宅医療(歯科・薬局を含む)の推進

在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業等の在宅医療(歯科・薬局を含む)の推進に資する事業

(例)

【在宅】○在宅医療の実施に係る拠点の整備

- 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援
- 在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成、在宅医療推進協議会の設置・運営
訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施
- 認知症ケアパスや入退院時の連携パスの作成など認知症ケア等に関する医療介護連携体制の構築
- 認知症疾患医療センター診療所型における鑑別診断の実施
- 早期退院・地域定着支援のため精神科医療機関内の委員会への地域援助事業者の参画支援

【歯科】在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備

- 在宅歯科医療連携室と在宅医療連携拠点や地域包括支援センター等との連携の推進
- 在宅で療養する疾患を有する者に対する歯科保健医療を実施するための研修の実施
- 在宅歯科医療を支援するための設備等の整備

【薬局】○訪問薬剤管理指導を行おうとする薬局への研修や実施している薬局の周知

- 在宅医療や終末期医療における衛生材料や医療用麻薬等の円滑供給の支援 等

新たな基金
904億円

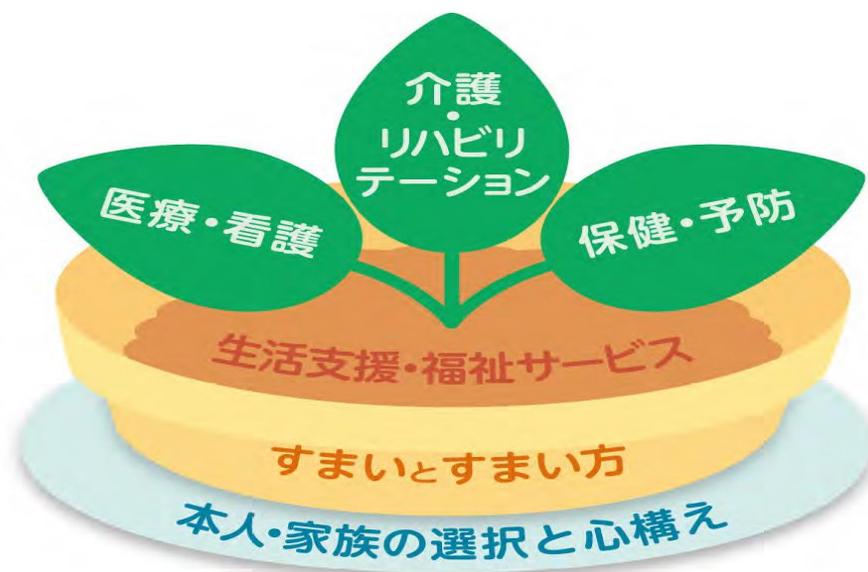
在宅における衛生
材料の供給支援

「オンデマンド・リパッケージング」

在宅医療における物流支援を
新たな基金事業として
提案してはどうか？

パート4

在宅医療と臨床検査



地域包括ケアシステムと POCT(ポイント・オブ・ケア・テストイング)

POCTの定義

- 「POCTとは被検者の傍らで行われる検査、あるいは被検者自らが行う検査であり、検査時間の短縮および、その場での検査という利点を有する検査である。そして迅速かつ適切な診療・看護、疾病の予防、健康管理など医療の質、QOLおよび満足度の向上に資するための検査である」
- 臨床現場即時検査
 - 日本臨床検査自動化学会「POCTガイドライン」

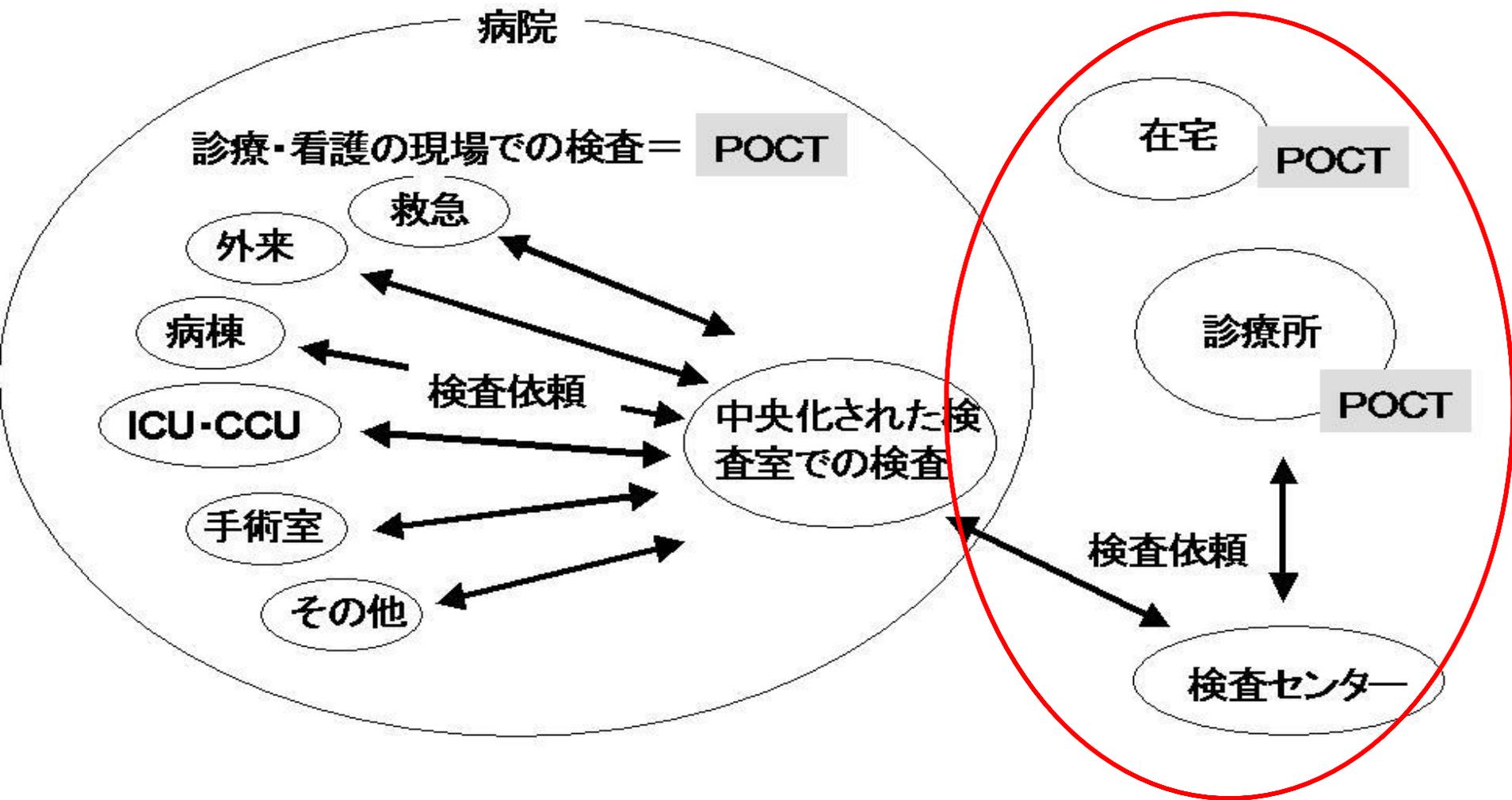


図 1. POCT の位置づけ

臨床検査は、中央化された検査室や検査センターで行われる大規模な検査と診療・看護の現場で行われる小規模なPOCTがある。

表1. POCT対象の疾患・病態と検査項目（検体検査）

疾患・病態	目的	検査項目
糖尿病	治療モニター	血糖, HbA1c, 尿中アルブミン(腎症)
急性心筋梗塞	診断、治療モニター	トロポニン, 脂肪酸結合蛋白 ミオグロビン, CK-MB
心不全	診断、病勢把握	脳性ナトリウム利尿ペプチド 心房性ナトリウム利尿ペプチド
妊娠	診断	ヒト絨毛ゴナドトロピン(尿)
悪性腫瘍	治療モニター 抗癌剤副作用モニター	各種腫瘍マーカー 血球算定(CBC)
内分泌疾患	治療モニター 腫瘍摘出術時モニター	甲状腺ホルモン、性ホルモンなど インスリン、副甲状腺ホルモンなど
てんかん	治療モニター	各種抗てんかん薬血中濃度
気管支喘息	治療モニター	血中テオフィリン濃度
不整脈、心不全	治療モニター	血中ジギタリス濃度
感染症	診断	インフルエンザ, ロタウイルス, アデノウイルス 肺炎球菌, レジオネラ菌、髄膜炎菌など
炎症	診断、治療モニター	CBC, C反応性蛋白
肝疾患	治療モニター	AST, ALTなど
腎疾患	治療モニター	尿検査、尿素窒素、クレアチニン
心臓弁置換術後、血栓症	治療モニター	プロトロンビン時間
心臓手術時、腎透析中	抗凝固剤の効果、副作用	全血凝固時間

在宅医療における
POCT(ポイント・オブ・ケア・テストイング)
の現状と有用性の検討

神戸常盤大学保健科学部看護学科
畑吉節末先生

訪問看護ステーションへの アンケート調査

- アンケート調査は2010年に全国の訪問看護ステーションを対象に行われた
- 訪問看護の現場からは「POCTがあればこんなことが防げた」という声が、以下のように多数寄せられた。

アンケートから

- 「遷延性意識障害の患者さんで、胃ろうの患者さんが、水分・栄養管理がされているのににもかかわらず、痩せや脱水症状で日に日に状態が悪くなってきた。結局、救急搬送された病院で高血糖であることが分かった」
- 「お年寄りで熱はなく風邪症状だけの方が翌日、救急搬送された先で重症肺炎が見つかって5日後に亡くなってしまった。検査をしていれば無症候性肺炎を見抜くことができたのでは？」

アンケートから

- 「食欲低下のみで本人の自覚症状もなかったが、結果的に入院して調べたらCRPが20もあった」
- 「状態から脱水や電解質異常を疑ったが、客観的な検査データがあればもっと適切な処置ができたと思う」
- 「高Na血症、低Na血症や脱水などが早期に分かれれば食事や水分対応で入院しなくても済んだと思う」

アンケートから

- 「じょく瘡の悪化でアルブミン値など栄養評価をしたかったが、主治医から指示を出してもらえなかった」
- 「休日・夜間の主治医との連絡がとれず、緊急時の検査がその場でできれば治療開始も早まったのではと思った」
- 「水中毒で緊急入院した例があった。POCTをしていればもっと早く発見できて入院に至らなくても済んだと思えた」

アンケートから

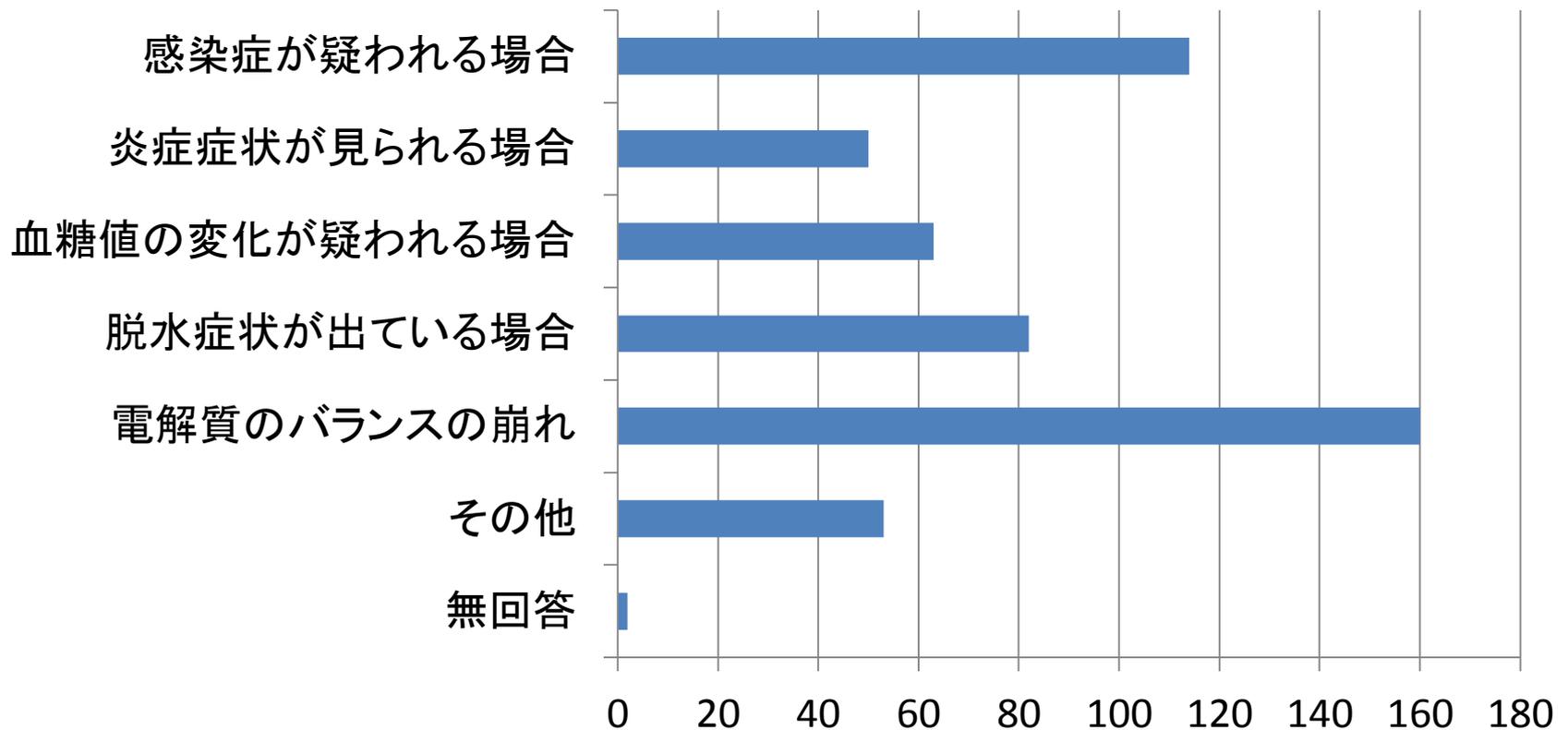
- 「病院から『とにかく連れて来て・・・』と言われて検査目的で受診し、『この値なら在宅で様子を見る』と言われて、大変な思いをして病院まで連れていったのにも思った。在宅で検査ができれば患者さんにも負担がなかったのにも思った」
- 「在宅酸素療法の方で、貧血のため酸素飽和度があてにならなかった。その場で血液ガスが取れたらと思った」

アンケートのまとめ

- 訪問看護ステーション利用者で検査を必要とする利用者の割合は67%にも達する
- 検査が実際に必要になる場面としては、電解質インバランス、感染症、脱水、血糖値異常、炎症症状の順に多い
- 実際に実施している検査項目としては血糖、CRP、血算、感染症、凝固、収容マーカー、投与薬剤のモニタリング、心筋マーカーの順に多い
- 検査の実施頻度は不定期が最も多いが、それをのぞけば月に1回程度、週に1回程度である
- 検査場所は利用者の自宅、つぎに主治医の病院、診療所の順であった。

検査の実際の場合

回答数



畑吉節末「在宅医療におけるポイント・オブ・ケア・テストの現状と有用性の検討」
2011年より

地域包括ケアシステムにおける POCTの活用へ向けて

- 在宅に係わる医師ばかりでなく多職種がPOCTを活用する道を切り開くこと
- まず訪問看護師とPOCTの関係については、かかりつけ医の指示待ちではなく、かかりつけ医と看護師との間で事前に包括的に定められたプロトコールの範囲の中で、看護師もPOCTを自ら活用する道を切り拓くことが必要

看護師とPOCT

- 地域医療介護総合推進法では看護師の「特定行為」とその研修が法制化された
- 特定行為には看護師による臨床検査や画像診断のオーダーとそのアセスメントの項目もあって、在宅におけるPOCTの訪問看護師による活用の道が期待されている。

診療の補助における特定行為(案)

※本資料において、「歯科医行為」の場合は「医師」を「歯科医師」と読み替えるものとする。

アセスメントと
検査オーダー

＜特定行為とは＞

- ・行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があることに加えて、
- ・予め対象となる病態の変化に応じた行為の内容が明確に示された、特定行為に係るプロトコールに基づき、看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為

行為番号	行為名 ※すべての特定行為は医師又は歯科医師の指示の下に行うものである。	行為の概要
2	直接動脈穿刺による採血	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈、上腕動脈、大腿動脈等を穿刺し、動脈血を採取した後、針を抜き圧迫止血を行う。
57	気管カニューレの交換	医師の指示の下、プロトコールに基づき、気管カニューレの状態(カニューレ内の分泌物の貯留、内腔の狭窄の有無など)、身体所見(呼吸状態など)や検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、留置している気管カニューレを交換する。
59	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	医師の指示の下、プロトコールに基づき身体所見(呼吸音、一回換気量、胸郭の上がりなど)及び検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)、レントゲン所見など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、適切な部位に位置するように、経口・経鼻気管挿管チューブの深さの調節を行う。
60	経口・経鼻気管挿管の実施	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し経口・経鼻気管挿管を実施する。
61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、気管チューブのカフの空気を抜いて、経口または経鼻より気道内に留置している気管挿管チューブを抜去する。抜管後に気道狭窄や呼吸状態が悪化した場合は、再挿管を実施する。
62	人工呼吸器モードの設定条件の変更	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(人工呼吸器との同調、一回換気量、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、酸素濃度や換気様式、呼吸回数、一回換気量等の人工呼吸器の設定条件を変更する(NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)を除く)。



パート5

米国の訪問看護サービス

包括支払い方式(HHA/PPS)

訪問看護P4P



Visiting Nurse Service of New York

ニューヨークに約70ある在宅ケアエージェンシーのうち
非営利団体としては最大の組織。

ニューヨーク訪問看護サービス (VNSNY) の事業規模とスタッフ

• 訪問看護サービス

- ケアの対象は、新生児から95歳以上の高齢者まで。自立、回復期リハビリ状態、要介護者、終末期まで。
- 毎日約31,000人への訪問を、総勢12,330人のスタッフが提供している
- 1年間でのべ11万人以上の患者に、220万件訪問(2005年実績)

• スタッフ

- 看護師(2505人)、リハビリセラピスト(695人)、ソーシャルワーカー(594人)、ヘルパー(5777人)、栄養士(136人)、医師、心理療法士など

• ICT

- 多職種チームをコーディネートするためにICT化が必須
- ICT機器によって、文書整理・集計・サマリー作成作業など大幅に省力化した。自社「ペンタブレット」を開発

ニューヨーク訪問看護サービス Visiting Nurse Services of NY (VNSNY)

- 1893年、2人の若い看護師が、貧しい人たちの結核のために設立した。
 - リリアン・ウォルドとマリー・ブリュスター
- 以来120年、今ではニューヨーク中から近郊までカバーし、ニューヨークに約70ある在宅ケア事業所のうち、非営利団体としては最大。



VNSNYの創始者リリアンが、近道をするため マンハッタンのビルの屋上から患者宅を訪問



1890年代のマンハッタン

そして現在のVNSNYの 訪問看護師さんたち



訪問看護サービスの質評価

VNSNYでは訪問看護サービスの
質評価に注力

訪問看護サービスの質評価と改善

- ①プロセス測定
 - ケアマネジメントの文書化
 - 糖尿病ケア、創傷ケア、心不全ケア
 - ケア提供のモニター(14日ごとにケア手順遵守のモニター)
- ②アウトカム(成果)測定
 - 急性期病院への入院率(1～3日、同4～60日、61～120日ごとに測定)
 - 日常生活動作の改善率(入浴・清潔、移動、歩行、経口による服薬)

入院率の改善の例

- 在宅ケアの患者のうち、急性期病院に入院した率は、全国では28%のところ、NYは44%とかなり高かった
- 目標設定は「在宅ケア患者の入院率を5%下げる」(これでメディケア15億ドル節約の見込み)
- 退院後14日以内の再入院が多い
- これまで患者(家族)、病院、開業医、在宅ケア機関の4者の方向性がばらばらなためにうまくいかないのので、退院後14日間、この4者を結びつける活動を、ナースプラクティショナーがナースと連携して実施。
- 具体的には、確実に服薬できるような調整、2週間以内に医師の診察、リスクアセスメントをして結果によって訪問間隔を早めていくことや、遠隔医療(テレヘルス)でバイタル管理を密に行うことを実施
- これらの活動によってVNSNYは目標の「在宅ケア患者の入院率を5%下げる」ことに成功。

米国の訪問看護サービスの 診療報酬支払い方式

HHA／PPS(訪問看護包括払い)

訪問看護P4P

HHA／PPS (Home Health Agency/Prospective Payment System)

訪問看護包括支払い

- 包括期間
 - 60日を1期間として包括支払いを行う
- 診断群
 - 22の診断群と12のその他診断群から診断群を選ぶ
- 3種類レベル
 - 臨床的重症度レベル(3段階)
 - 機能障害度レベル(3段階)
 - 訪問頻度(60日以内に14回以内、14回以上)
- 153のケースミックス
 - 診断群とレベルの組み合わせで153の包括支払いグループを設定

22診断群

- 1 全盲と視力障害
- 2 血液疾患
- 3 がんと一部の良性腫瘍
- 4 糖尿病
- 5 嚙下障害
- 6 歩行障害
- 7 消化器疾患
- 8 心疾患
- 9 高血圧
- 10 神経系疾患1
 - 中枢神経障害と麻痺
- 11 神経系疾患2
 - 末梢神経障害
- 12 神経疾患3
 - 脳卒中
- 13 神経疾患4
 - 多発性硬化症(MS)
- 14 整形疾患1
 - 下肢障害
- 15 整形疾患2
 - その他整形疾患
- 16 精神疾患1
 - 躁病、うつ病
- 17 精神疾患2
 - 変性疾患および器質精神疾患
- 18 呼吸器疾患
- 19 皮膚疾患1
 - 外傷、火傷、術後合併症
- 20 皮膚疾患2
 - 皮膚潰瘍、その他皮膚病変
- 21 気管切開ケア
- 22 尿道瘻、膀胱瘻ケア

訪問看護P4P

訪問看護の質に応じた支払い方式

P4P: Pay for Performance

P4Pの定義とは？

- P4P (Pay for Performance)とは高質のヘルスケアサービスの提供に対して経済的インセンティブを、EBMに基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質のヘルスケアサービスへの改善プロセスを促すことにある。(Institute of Medicine 2006年)
- 主として米国・英国・カナダ・オーストラリアで導入が進んでいる
- 最近では韓国、台湾でも導入された

訪問看護P4P

- 2008年から2年計画のCMSデモンストレーションプロジェクトが始まった
- 7州(コネチカット、マサチューセッツ、イリノイ、アラバマ、ジョージア、テネシー、カリフォルニア)の在宅ケアエイジェンシー567箇所を対象
- オアシス質指標によるエイジェンシーのポイント・レイトイング
- パフォーマンス指標の得点ポイントに応じた報酬
 - 上位20%の高得点群
 - 上位20%の改善群上位

訪問看護の質評価指標

- 急性期病院への入院率
- 救急外来受診率
- 入浴の改善
- 移動の改善
- 車椅子への移乗の改善
- 服薬コンプライアンスの改善
- 手術創の改善

Sample measure: Hospitalization

Agency	Year 1	%ile	Baseline	Change	rank	%ile	
A	16	100%	18	-2	-11%	TOP 20% performance (3)	
B	18	95%	15	3	20%		
C	18	90%	21	-3	-14%		
D	19	85%	19	0	0%		
E	20	80%	20	0	0%	9	20%
F	21	75%	25	-4	-16%	5	60%
G	22	70%	29	-7	-24%	2	90%
H	23	65%	24	-1	-4%	8	30%
I	24	60%	30	-6	-20%	3	80%
J	25	55%	28	-3	-11%	7	40%
K	27	50%	31	-4	-13%	6	50%
L	29	45%	43	-14	-33%	1	100%
M	30	40%	27	3	11%	10	10%
N	31	35%	37	-6	-16%	4	70%
O	32	30%	34	-2	-6%	BOTTOM 30% performance (4)	
P	35	25%	32	3	9%		
Q	36	20%	40	-4	-10%		
R	42	15%	41	1	2%		
S	42	10%	50	-8	-16%		
T	43	5%	46	-3	-7%		

•(1) High performance winners: agencies with **top 20% performance**

•(2) High improvement winners:

(Excludes:

– Agencies already in top 20% performers (3)

– Agencies in bottom 30% performers) (4)

top 20% improvement

(no payment to agencies with no improvement)

2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2013年4月発刊**

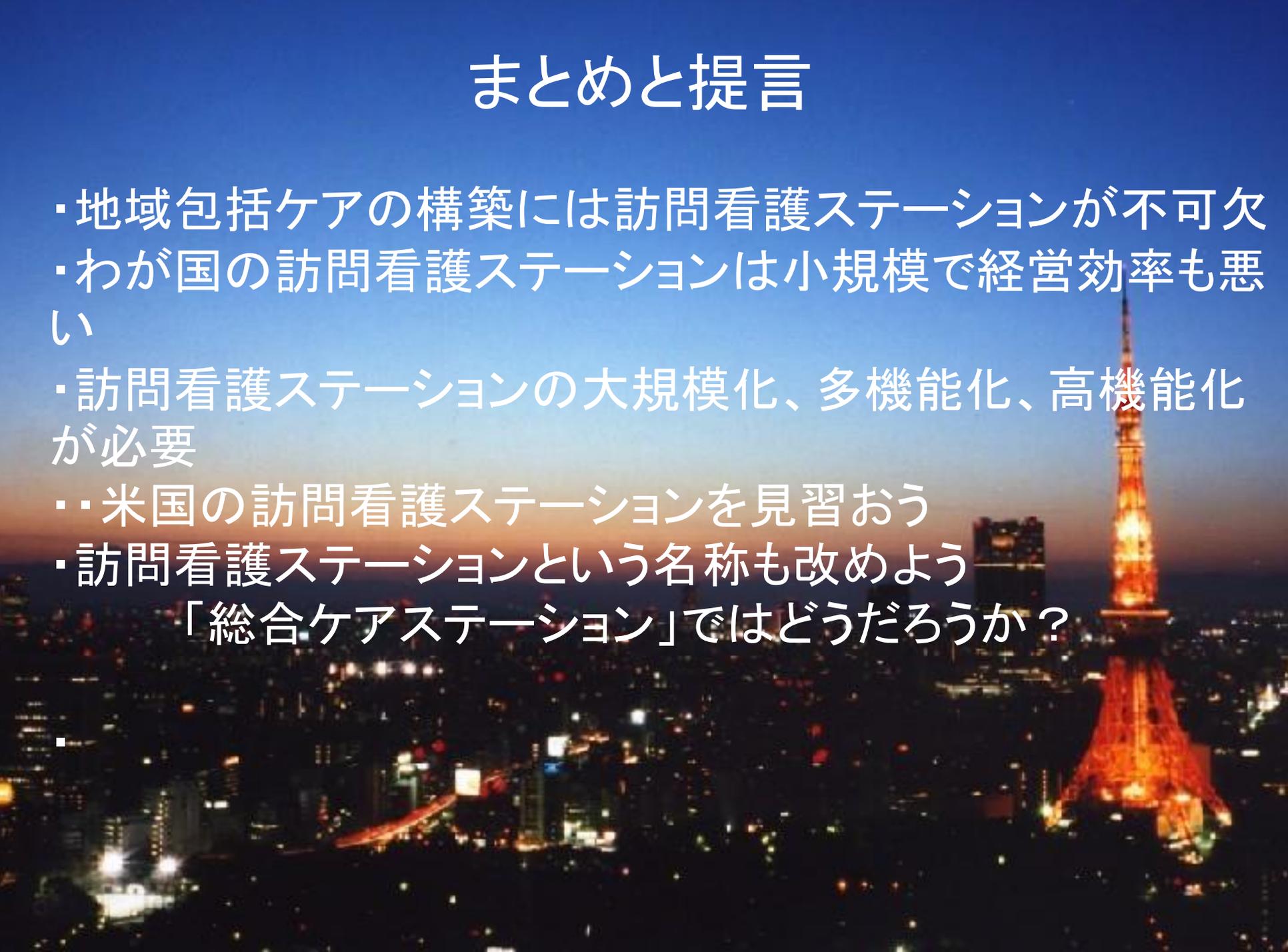


これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

まとめと提言

- ・地域包括ケアの構築には訪問看護ステーションが不可欠
- ・わが国の訪問看護ステーションは小規模で経営効率も悪い
- ・訪問看護ステーションの大規模化、多機能化、高機能化が必要
- ・米国の訪問看護ステーションを見習おう
- ・訪問看護ステーションという名称も改めよう
「総合ケアステーション」ではどうだろうか？



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp