

2025年へのロードマップ

～地域包括ケアと訪問看護ステーション～



国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹

目次

- パート1
 - 地域包括ケアと訪問看護ステーション
- パート2
 - 訪問看護ステーション支援事業
- パート3
 - 訪問看護ステーションとPOCT
- パート4
 - 訪問看護ステーションと栄養ケアマネジメント



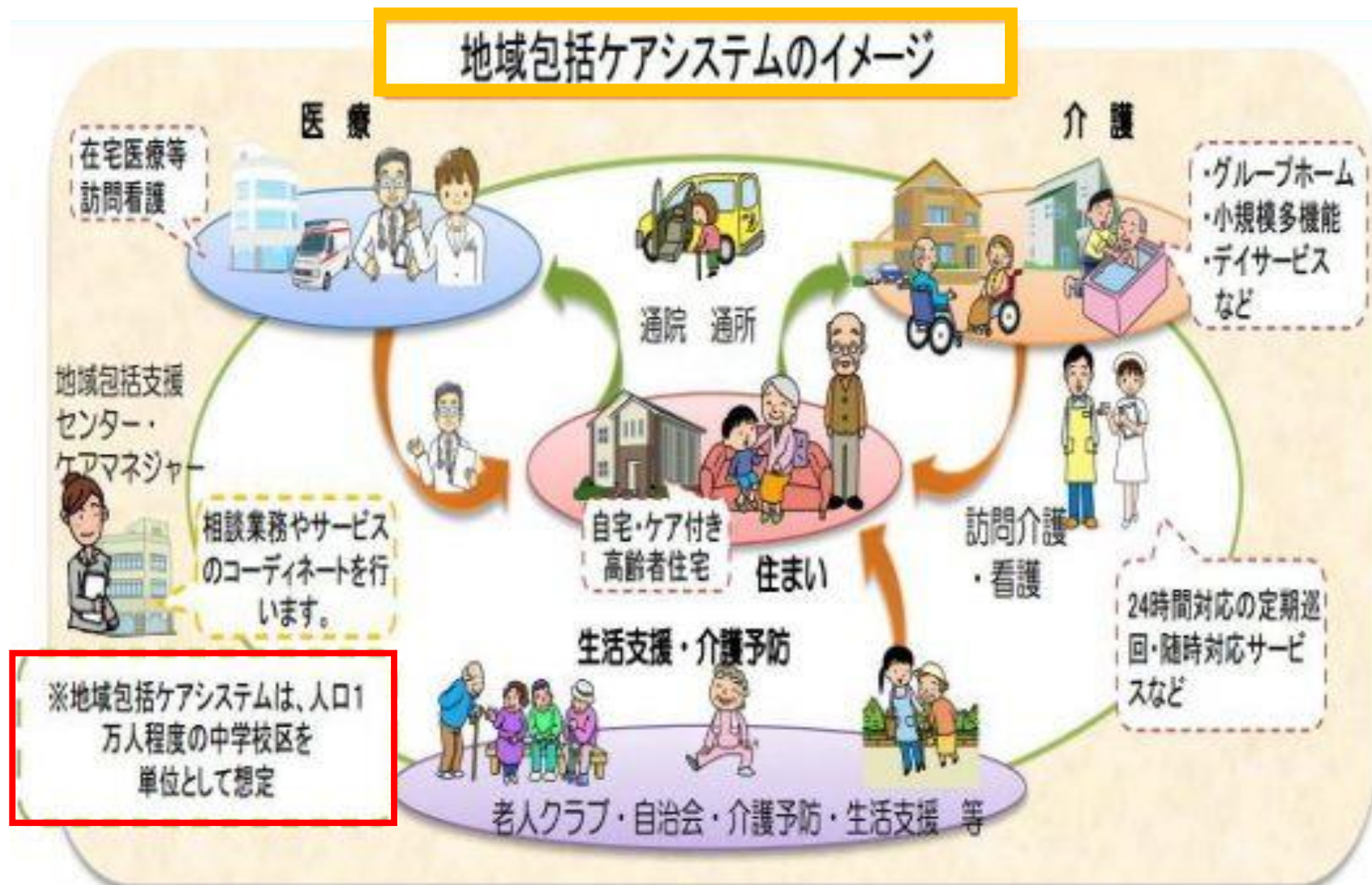
パート1

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

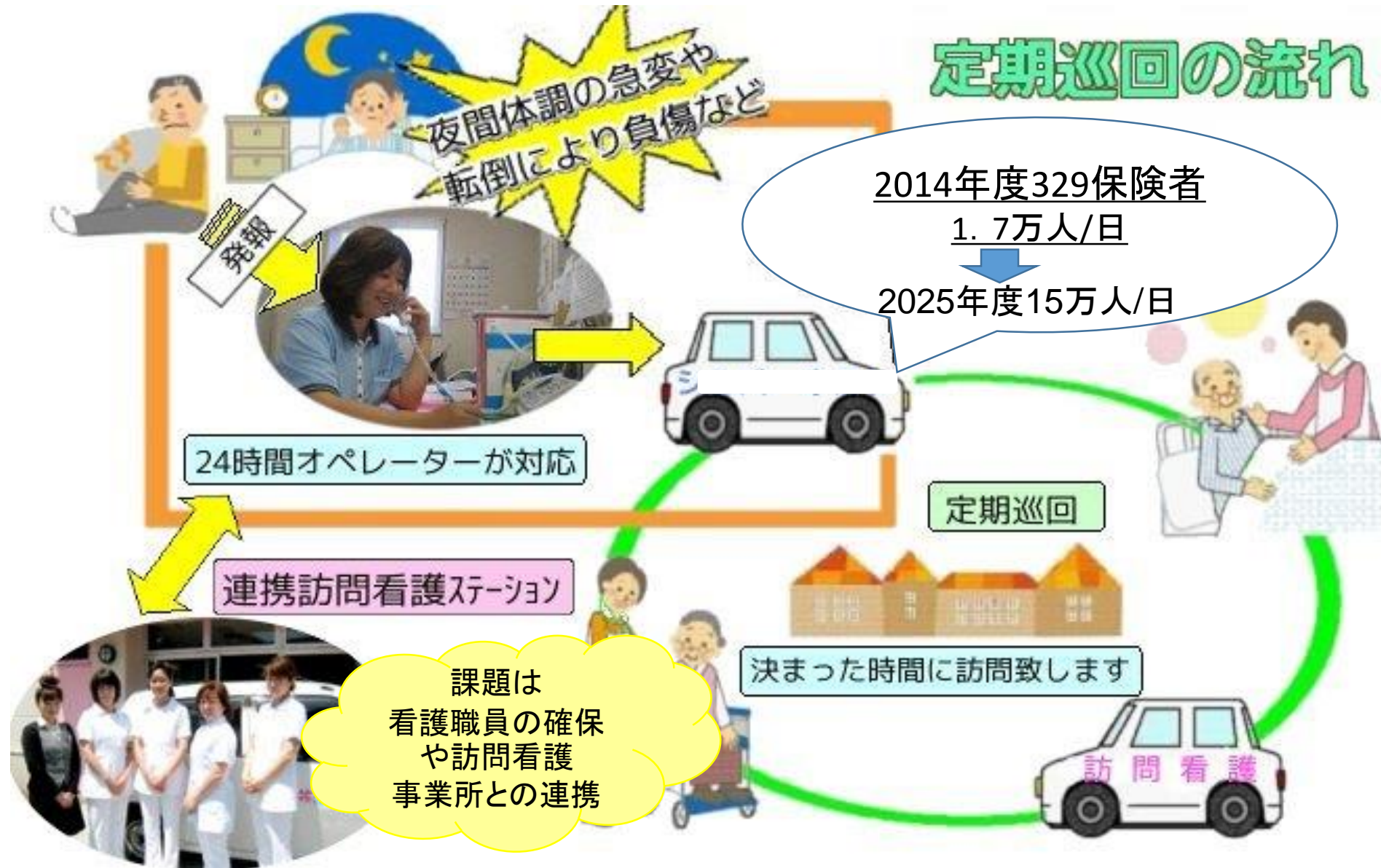
地域包括ケアシステムの構築が本法案の中心課題



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

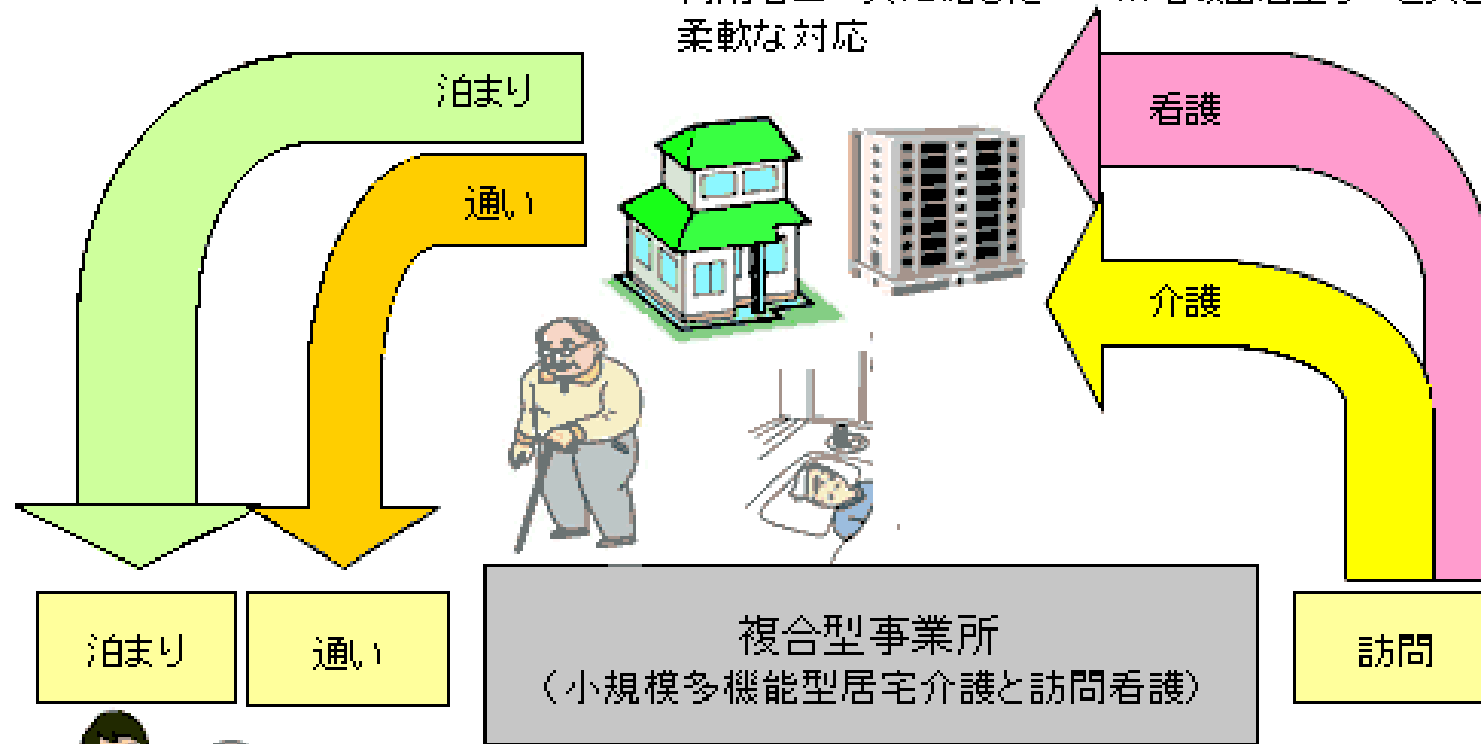
地域包括ケアを支える新規サービス①(2012年4月より) 24時間対応の定期巡回・随時対応サービス



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



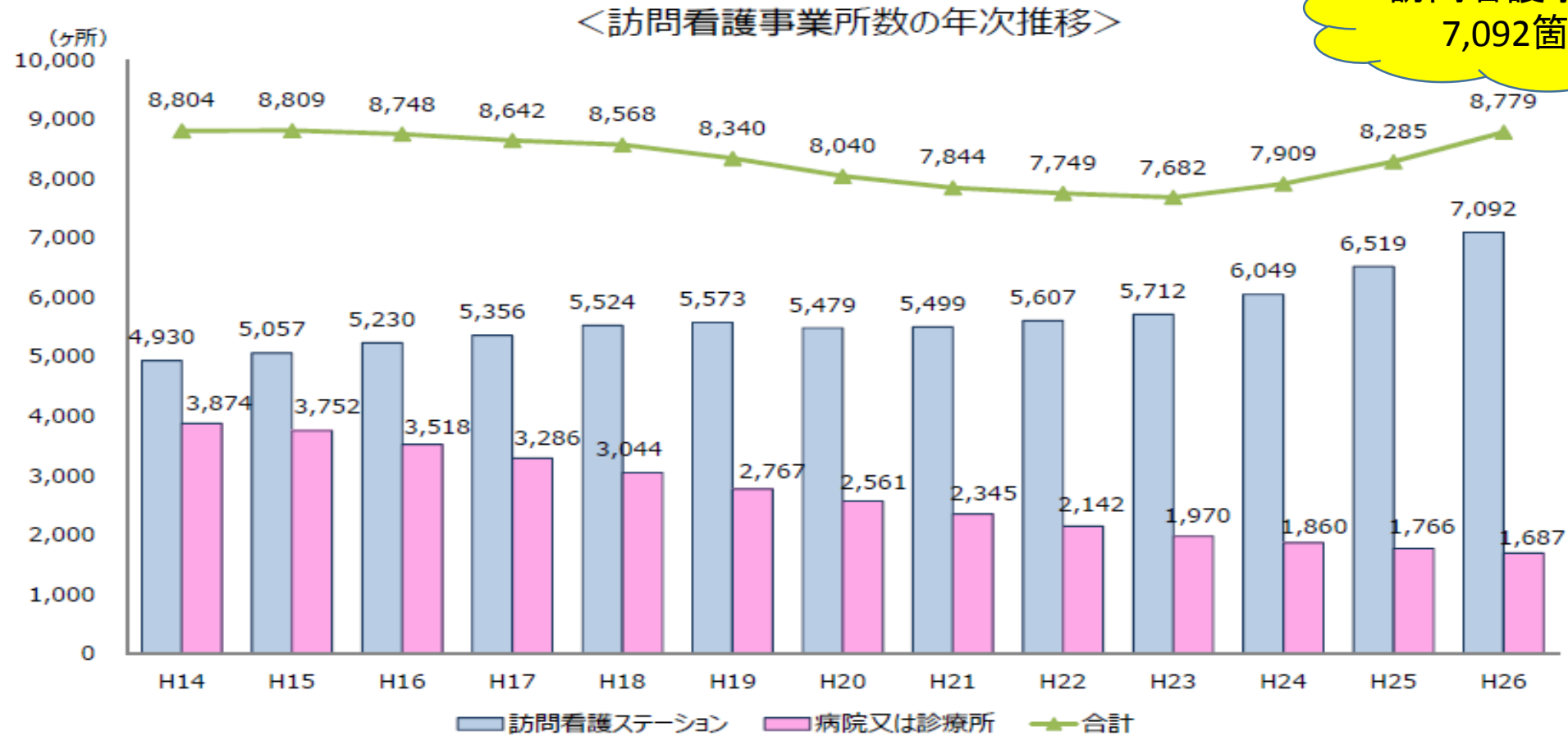
- 要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護サービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする。
- 別々に指定したサービスを提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネージャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能。
- 事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能

訪問看護事業所の 現状と課題



訪問看護の事業所数

○ 訪問看護ステーション数は7,092ヶ所（平成26年4月審査分）と増加傾向にあり、全体の事業所数については近年の増加が著しい。



訪問看護事業所
7,092箇所

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

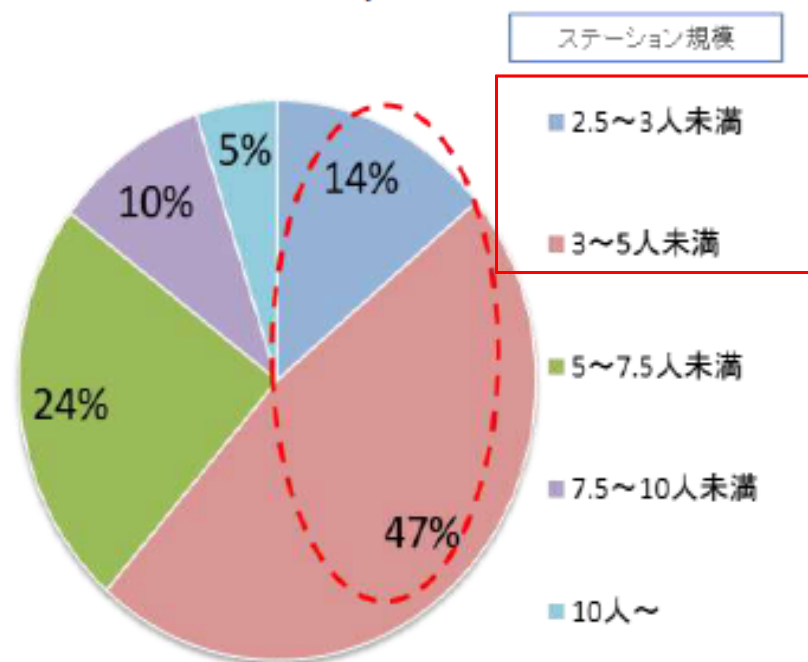
訪問看護ステーションの規模別状況

中 医 協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 1 1 (改)

中 医 協 総 - 2
2 3 . 1 . 2 1 (改)

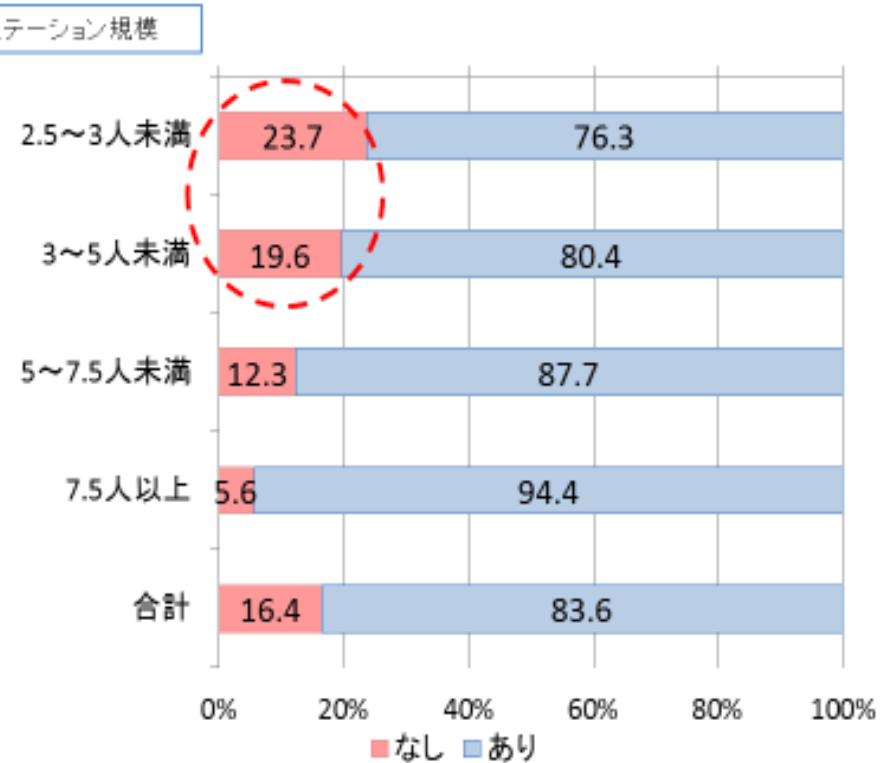
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60% (参考) 1事業所当たり看護職員数: 約4.3人
- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低い。

■ 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

訪問看護ステーションの現状のまとめ

中医協 総-1
23.11.11
(改) 抜粋

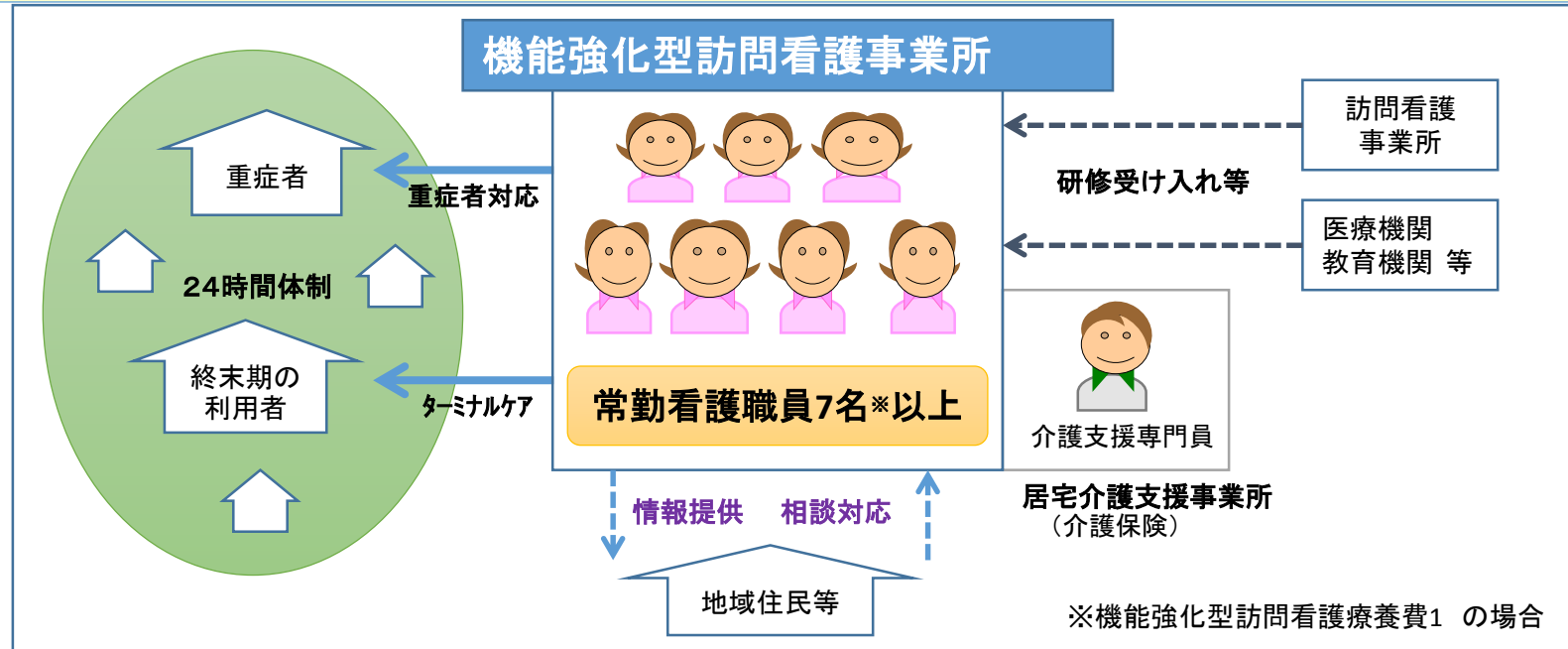
① 訪問看護を必要とする者は増加しており、そのニーズは多様化している。

- ・難病、がん、小児の利用者が増加し、利用者のニーズは多様化している。
- ・医療依存度の高い患者が増加している。

② 小規模な事業所が多く、非効率さやスタッフの負担が課題となっている。

- ・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く、同様に算定者の割合も小さい。
- ・訪問看護ステーション数は微増し、訪問看護を行っている医療機関は減少している。

平成26年度診療報酬改定 機能強化型訪問看護事業所の評価



(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



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

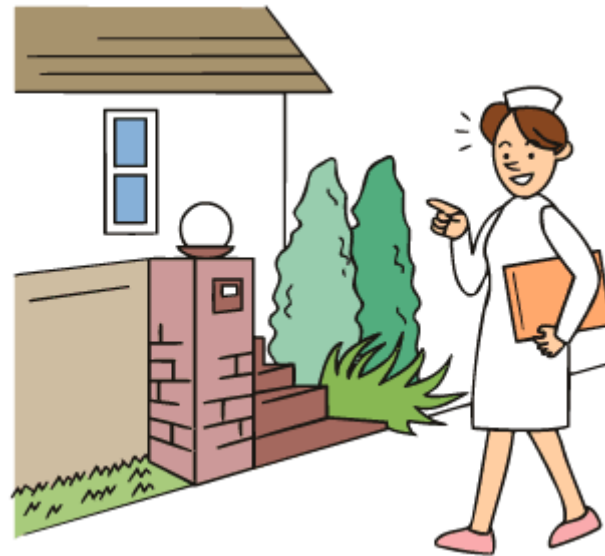
- ICT

- 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

そして現在のVNSNYの 訪問看護師さんたち



訪問看護ステーションの 大規模化・多機能化へ向けて



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運営
- 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)

2008年9月

2007年
10月統合

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

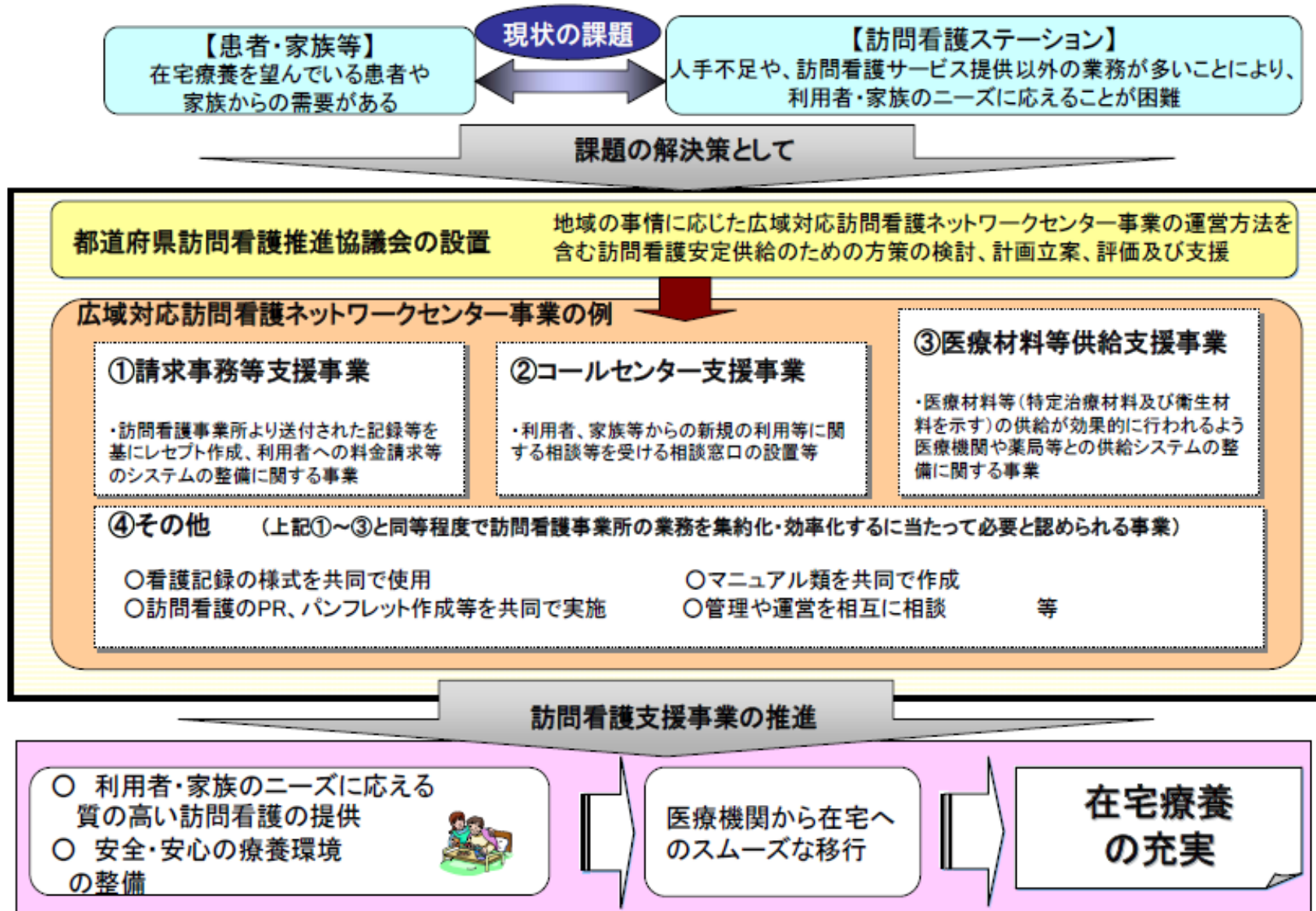
- **経営の効率化**
 - 収益の増加
- **利用者へのサービスの向上**
 - ① 新規利用者の多様化
 - 小児
 - 神経難病
 - 終末期ケアを要する者
 - がんで症状コントロールを要する者等
- **職員の力量向上・負担軽減**
 - ① 研修参加の増加
 - ② 専門領域をもつスタッフ増加
→ 全体の看護の向上
 - ③ 夜勤携帯当番回数の減少
 - 統合前
ステーションA：5回/月
ステーションB：10回/月
 - 統合後：2～5回/月
 - ④ 休暇取得の増加
- **その他**
 - 療養通所介護の開始
 - ショートステイを計画

パート2
訪問看護ステーション
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言う。

(3) 医療材料等供給支援事業

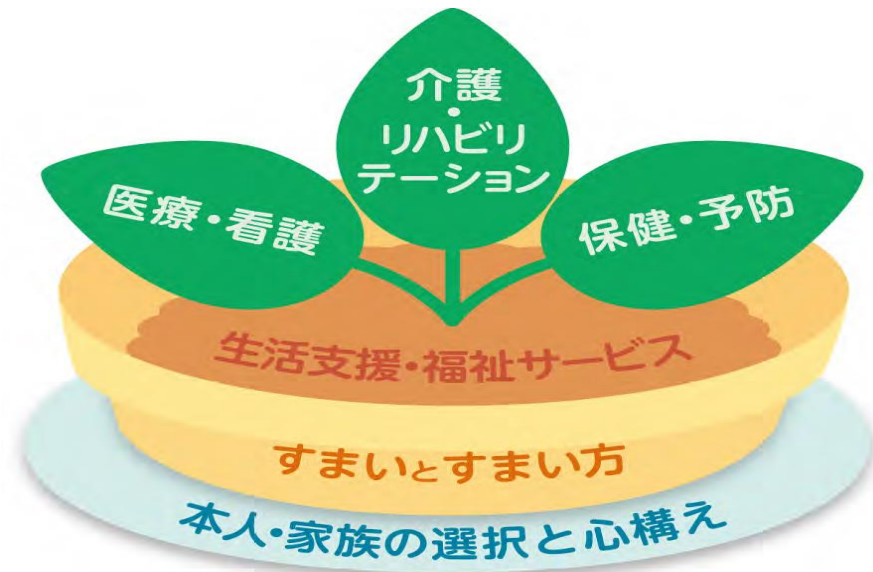
- 在宅医療における医療材料等の在庫問題
 - 「医療機関では、消費量が少ないにも関わらず箱単位で購入せざるを得ないため、医療材料等の使用期限が過ぎてしまうなどの無駄が生じる」
 - 「利用者にスムーズに医療材料等が届かない」
 - 「訪問看護ステーションが必要なときに対応できない」等の課題
- 医療材料等の供給ネットワーク
 - 医療機関や地区薬剤師会、薬局等と連携した供給システムを構築
 - 医療材料等を効率的に利用者に供給するためのシステムを構築する事業が行われることとなった

(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

パート3

訪問看護ステーションとPOCT



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」

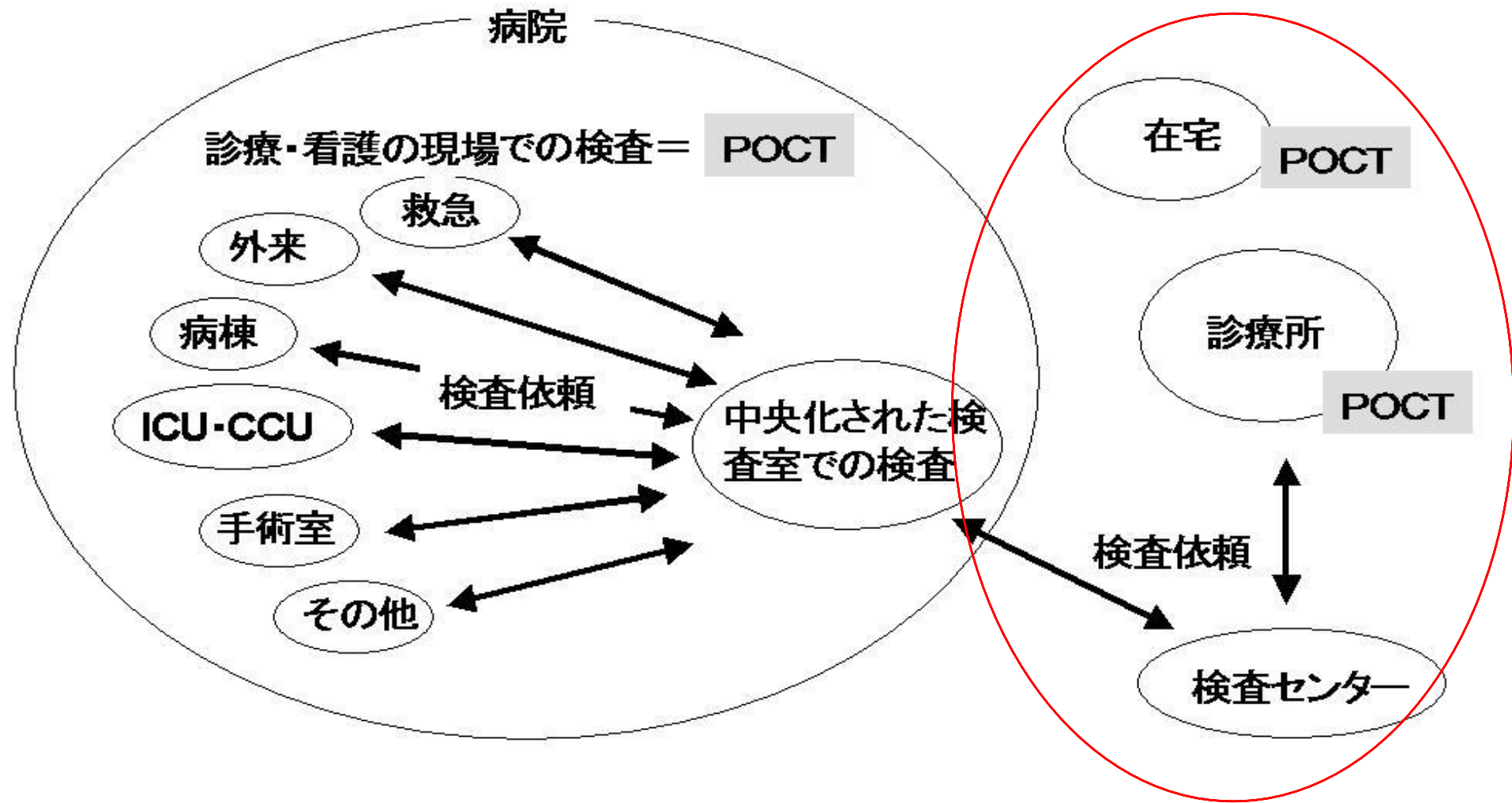


図 1. POCT の位置づけ

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」

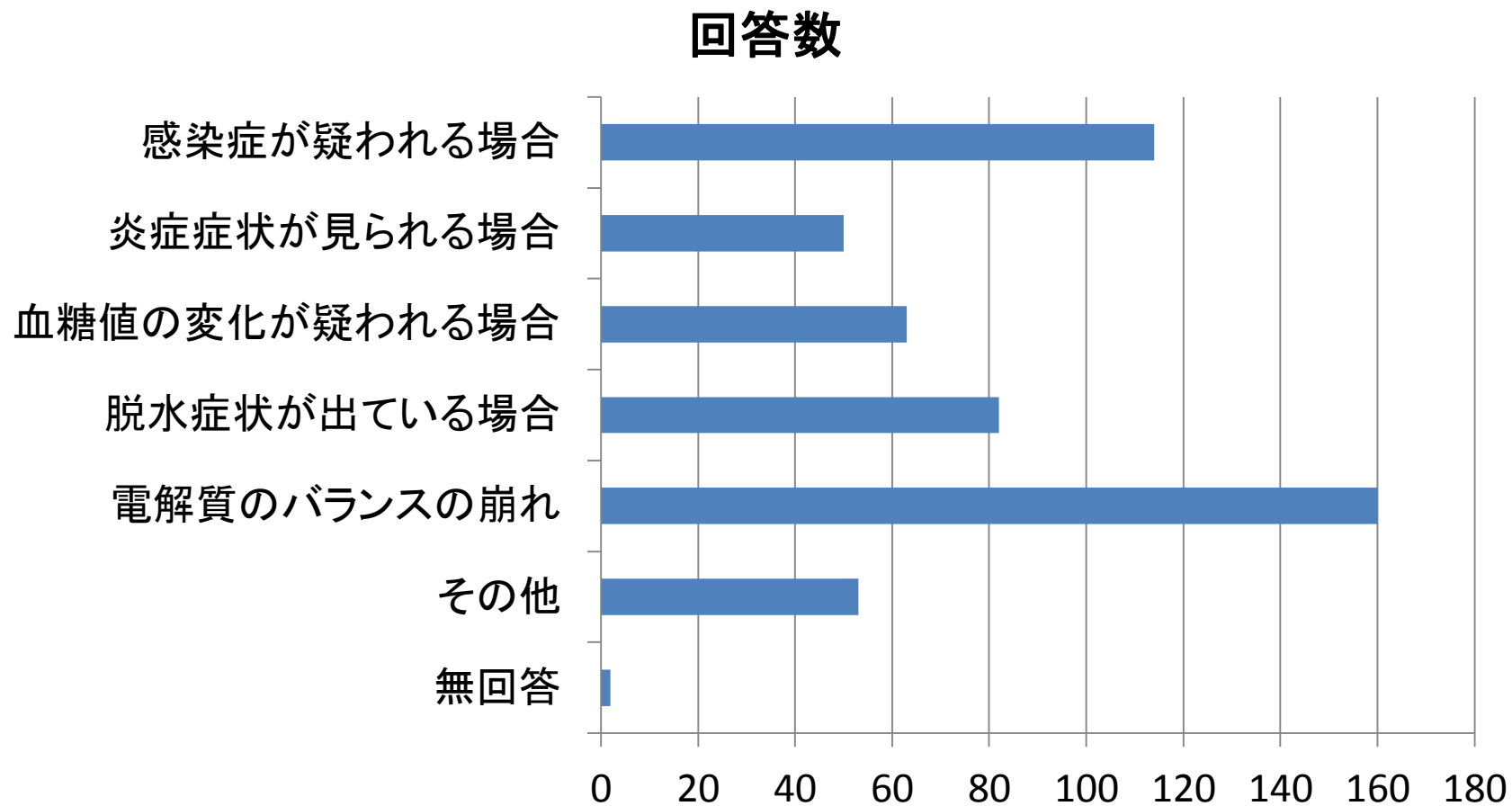
アンケートから

- 「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と考えた。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と考えた」
- 「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考えた」

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



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4 地域包括ケアと 栄養ケアマネジメント

栄養ケア・ステーション活動

地域包括ケアシステムと 栄養ケアマネジメント

- 地域包括ケアシステムにおける栄養ケアマネジメントの必要性
 - 食生活および栄養障害の改善、疾病の再発予防や疾病予防ができ、地域住民が住みなれたところでその人らしい生活を送ることができること
 - 地域包括ケアシステムに栄養ケア・ステーションを組み込むことが必要

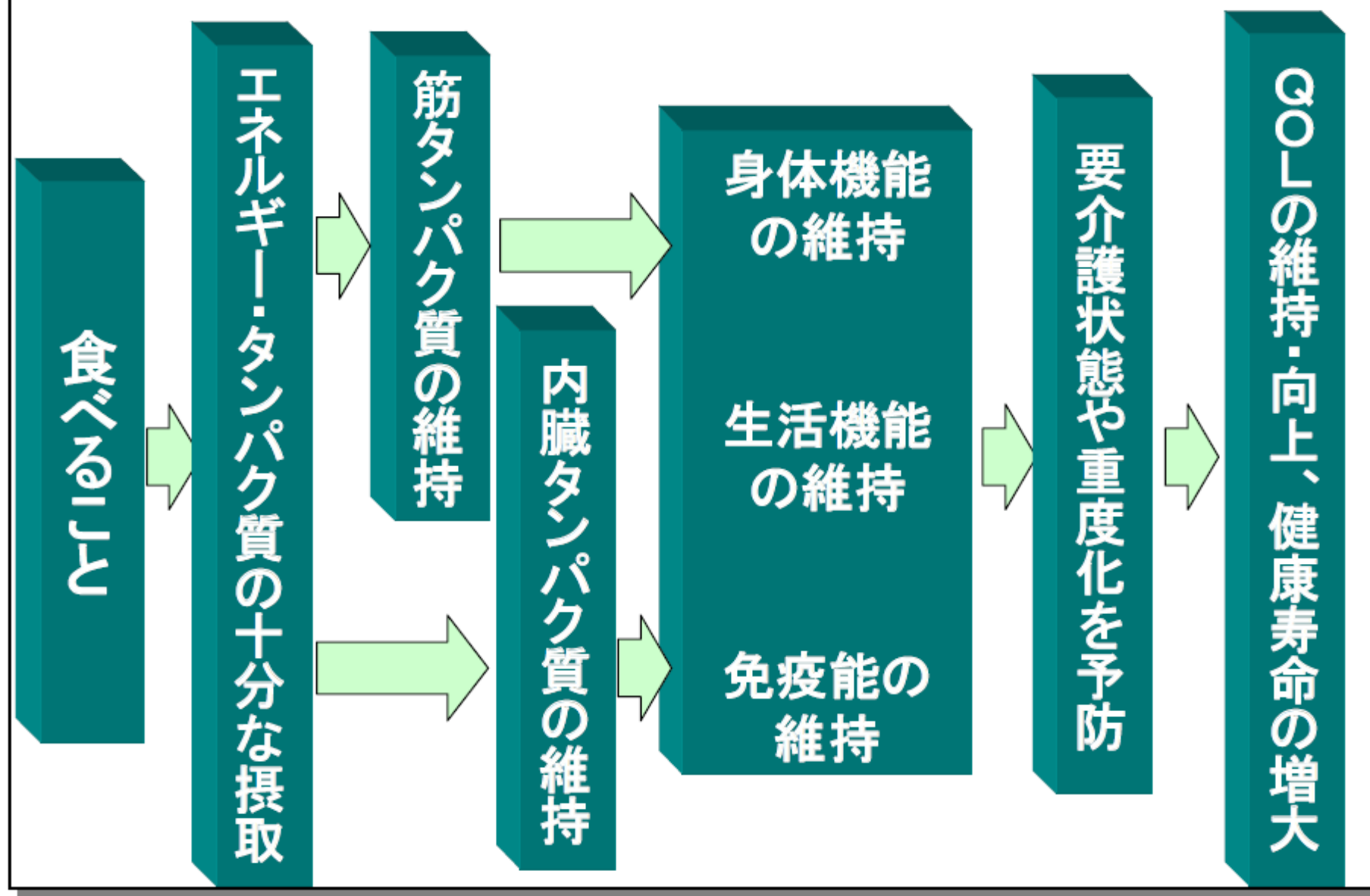
栄養ケア・ステーション



地域包括ケアにおける栄養ケアステーション活動に期待が高まっている

栄養ケア・ステーションは、地域住民のための食生活支援活動の拠点
都道府県栄養士会が運営し、地域の特性に応じた様々な事業を展開

高齢者の「食べること」の意義



栄養ケア・マネジメントの構成要素

～早期栄養ケアのためのシステム～



簡易栄養状態評価表

MNA – SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form)

食事摂取量

過去3か月の
体重減少

移動性

過去3か月の
ストレスと
急性疾患

神経・精神
的問題

BMI

BMIがわから
ない時は、ふくらはぎの周囲長

スコア12~14

低栄養の
おそれなし

セルフケアのた
めの情報提供
(資料1~7)

スコア8~11

低栄養の
おそれあり

低栄養状態の改善に向けた各種サービス

二次予防事業
参加勧奨

管理栄養士
保健師の
個別相談

配食サービス

スコア0~7

低栄養

管理栄養士、
保健師の
個別相談
(必要な場合は
医療機関へ)

老人福祉施設に併設する診療所における

地域高齢者の

「食べること」を支援するシステム作り

～管理栄養士活動の場作りへの挑戦～



社会福祉法人同胞互助会

愛全診療所・居宅療養管理指導

栄養ケアステーション愛全園

管理栄養士・臨床栄養師 佐藤 悦子

東京都昭島市

H23年度¹

はじめに

- 訪問系サービスが進んでいる中で訪問栄養は立ち遅れ、これほど進展しない事業も珍しい。実績がないから法も整わず人も増えない。
- ニーズはある。介護支援専門員が必要性を感じても訪問してくれる管理栄養士が存在しない。
- 何がそのようにさせているのか？事業として進まない課題の原因を追求していく必要がある。
- 栄養が介入すれば食のサービスの支流を担うヘルパーサービスの食事作成業務がやりにくいという考えがないとはいえない。

時代は地域高齢者の「食べること」を支援するシステム作りを求めている。数年の地域活動の取り組みの後、地域高齢者の実態を症例に示し、そこから得られた栄養ケアのポイント報告します。

1. 地域高齢者の症例から見えるニーズ

(1) 低栄養問題

- ① 高齢になれば食は細って当たり前という考えが低栄養を招く
(症例1)
- ② 寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう(症例2)

(2) 認知症利用者の問題

- ① 食材を見ても料理が作れない食の確保のできない
認知症高齢者(症例3)

(3) 医療連携問題

- ① 医療連携ができず命を落としてしまう高齢者(症例4)
- ② 変形な食生活で寝たきりを作ってしまう(症例5)

(4) 難病及び認知症の病態食(療養食・特別食)問題

- ① チームで取り組む弧発性脊椎小脳変性症(症例6)
- ② 人工透析にならないためのチーム連携(症例7)

(5) 外来栄養指導は受けても効果をあげられない(症例8)

**(症例1) 本人も家族も気付かないまま2・3年で
40Kgあった体重が20Kg代になってしまった**

女性 93歳 要介護3 (低栄養)心筋梗塞・うつ・息子夫婦と同居

- ①朝食を高齢者一人で食べている : 息子夫婦が出かけてゆっくり食べる
- ②昼食は一人でちょっと口にするだけ: 作り置き料理には手をつけない
- ③夕食は家族団欒で進む: 朝、昼の食事が粗末になってしまうことなど考えない。

<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆高齢になれば食が細くなって当たり前の考えが低栄養を招く
- ◆食が細くなったら、対象者が納得する栄養補助食品を必要

(症例2)十分な食事が無くても、寝かせっきりでも
家族と住める喜びがある

女性 89歳 要介護4 (低栄養) 褥瘡 息子夫婦、孫と同居
身長140cm 介入時体重24kg BMI12.2(3年前40kg・現在26kg)

・ 隔週でショートステイ利用

- ・ 座位を保ち、
- ・ 食事は自力
で完食



・ 自宅療養の状況



- ・ 朝食と夕食: おにぎりと牛乳のみ
- ・ 昼食: ヘルパーサービスによる
はんぺん入り温かいそば

<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆ 寝たきりで褥瘡を作り、与えられたものを食べ、
ただ、生きながらえることから高齢者を守ろう
- ◆ 食が命をつなぐ大切なことをチームで協力して
家族の意識を変容させることが必要
- ◆ 訪問チームが同じ土俵で食事にこだわらないケアもある

(症例3) 食材を見ても料理が浮かばない(低栄養)

認知症が始まった独居高齢者 女性87歳 要介護4 独居 認知症

◆離れて暮らす子供には理解できない(認知症独居高齢者のぎりぎりの生活)



- ①ヘルパー作成の食事を冷蔵庫から取り出して食べていなかった
- ②宅配サービスの食事がキザミ食だったために料理と認識せず食べなかった

<栄養ケアマネジメントのヒント>: チームで情報の共有を

- ◆一人で食べている状況を観察し、認知症の生活全体を捉える
- ◆認知症の食の確保が命を左右することを肝に銘ずる

(症例4)肺ガン手術成功 退院後、 誤嚥性肺炎で亡くなった(嚥下困難)

男性 73歳 要介護3
身長155Cm 体重35Kg
BMI 14.6
妻と娘と同居

- ①21年11月 肺ガンの大手術後の退院時指導で
「食べられる物は何でも良い」といわれ、家族は訪問介護サービスを選び、シチューやゼリー、トロミをつけた水分をあたえた。
- ②栄養介入前に窒息での死亡の悲報を聞いた
- ③家族はどのような状況下でも口からたべさせたい願望がある。

<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆管理栄養士は食のリーダー、命の危機管理を怠らず、誤嚥や窒息の危険性を真剣に伝えること
- ◆むせない誤嚥の恐ろしさを食事介助スタッフに説明責任を持つこと
- ◆ケアマネージャーと協力して摂食・嚥下機能評価医(医師・歯科医師)につなぎ積極的にチームケアを進めること
- ◆食の責任者として摂食・嚥下障害へのプロ意識を持つ

(症例5) 偏った食事の継続による低栄養 ～妻と娘夫婦の2世帯住宅～ 男性 74歳 要介護4 (低栄養)

- ①脳梗塞後遺症で麻痺が残り、すべてに責任を感じ、家族に迷惑をかけたくない気持ちが強くなり手で食べられる物しか受けず、褥瘡を作るほど偏った食事が継続し習慣化してしまった

朝食のメニュー

レトルト卵いりおじや
南瓜煮つけ

<日中独居> 昼食のメニュー

カステラパン
牛乳

夕食のメニュー

カステラパン
牛乳
柔らかい果物の缶詰め



- ②介護生活が長期に及び頑固な夫に辟易している妻がいる
③コミュニケーションの取れない難事例で仙人のように生きる

<栄養ケアマネジメントのヒント>: 役割を持つこと

◆介護者のつらさを理解した上で、医師に高栄養流動食の処方をしてもらい、多職種と同時訪問を行い、へこたれず改善への道を見つけること 36

(症例6) 難病: 共に戦う 身体障害進行を遅らせるため に

男性 57歳 要介護3 妻と同居

弧発性脊椎小脳変性症(20年10月発症)

＜全訪問チームで支える難病＞

- ①お尻歩き、握力低下、口腔機能低下などある中でさらに病状が悪化するか分からない不安と戦う
- ②いつか造設する胃ろうを受け入れながら、全身状態をベストに保ち進行を遅らせる
- ③介助なしには食べられない食環境で出来ることの食改善

＜栄養ケアマネジメントのヒント＞

◆医療チーム: 栄養剤処方、薬管理、全身状態管理、排尿・排便管理

◆リハビリチーム: 移動・移乗・立位・歩行・排尿・排便自立訓練

◆栄養チーム: 栄養剤の提案、飲料水の提案、献立の工夫の提案、全効果の評価

(症例7) 認知症高齢者：人工透析にならないように

男性 79歳 要介護1 独居

- ① 動機付けが難しく介護度でサービスが限定される
- ② 命に関わる治療食の重大さが理解できず、医師の言葉を都合の良いように受け取る
- ③ 自覚症状の少ない腎疾患、注意事項を余計なお世話と感じる

<栄養ケアマネジメントのヒント>

◆医療チーム：病気の説明、薬管理、全身状態管理、排尿・排便管理

◆リハビリチーム：移動・移乗・立位・歩行・排尿・排便自立訓練

◆栄養・食事チーム：食べ物と体の変化の関係の説明、飲料水の提案、献立の提案、

(ヘルパーと協働) 買い物提案、調理法の提案、全効果の評価、

(症例8) 治療効果をあげるためのより沿った指導 外来栄養指導を受けても効果が現れない

女性 75歳 自立 独居 糖尿病性腎症

- ①効果を期待した現実的な治療食の工夫を求める
- ②医療機関での栄養指導が個人の生活に見合った解釈が出来ていない
(管理栄養士の説明は理解できるが、実際に実施すると迷う)
- ③調理作成(煮物は小鍋一つ、買い物単位での材料の使い方、おいしく出来る減塩食の作り方)になると不安を感じる

<栄養ケアマネジメントのヒント>

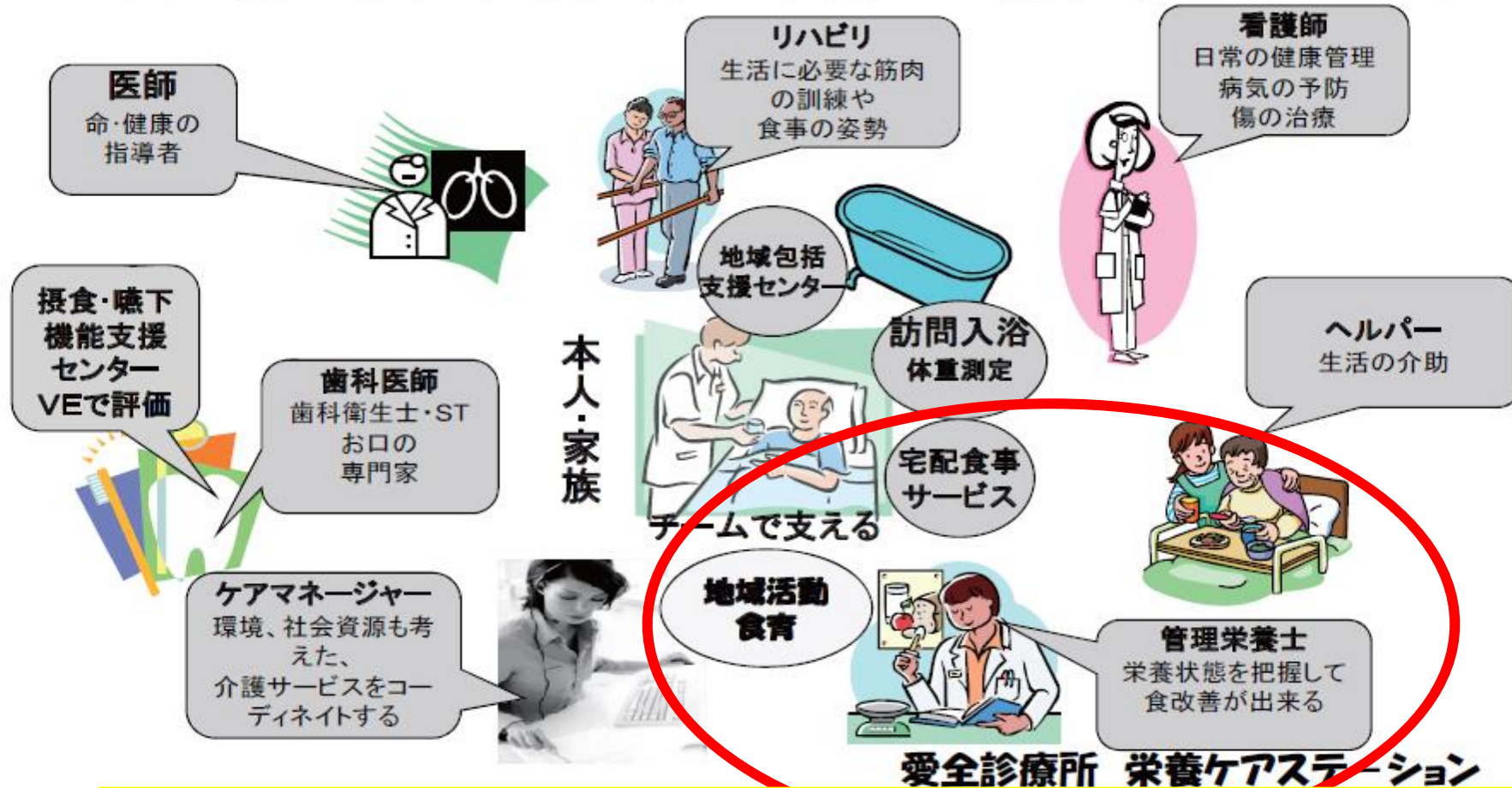
- ◆励ましと励ます効果を表すデータの整理と説明
- ◆透析にならないための運動と食事療法及び身体状況の関係の説明
- ◆栄養・食事チーム:一般のおいしい料理をおいしい減たんぱく、減塩への工夫の
(本人・調理補助・管理栄養士と協働) 仕方を提案し実調理による効果を

2. 地域高齢者の実態から 見えるニーズ

1) 地域高齢者の実態

- ① 地域高齢者の食の課題を知る
- ② 地域高齢者の食環境を知る
- ③ 認知症で独居の地域高齢者を知る
- ④ 義歯が合わない、摂食・嚥下機能障害がある地域高齢者を知る

地域連携の推進連携：管理栄養士が介入すればできる



◆チームケア：連携の要ができれば成功する

(全職種に栄養ケアプラン・経過報告書・評価報告書・栄養ケア提案書を届けている)

◆ケアマネージャーの熱意、アンテナ、習熟度でも左右される



栄養士

地域包括ケアシステムに栄養士と 栄養ケア・ステーションを加えよう！

医療



介護



通院 通所



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

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。

※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

訪問看護ステーションの これから・・・

キーワードは大規模化、多機能化、高機能化
訪問看護ステーションから
「地域総合ケアステーション」へ

在宅医療の充実

■ 在宅医療の提供体制の充実

□ 訪問診療・往診

- ・医師の在宅医療導入研修
- ・24時間体制等のための医師のグループ化

□ 訪問歯科医療

- ・在宅歯科医療連携室の設置支援
- ・在宅歯科医療技術研修

□ 医療機関間の連携体制構築、情報共有等

□ 訪問看護

- ・強化型訪問看護STやST空白地域への設置支援
- ・新任訪問看護師の研修充実、研修機関の集約化

□ 薬局・訪問薬剤管理指導

- ・衛生材料等の供給拠点の設置支援
- ・訪問薬剤管理指導導入研修

■ 在宅医療推進協議会の設置・運営

在宅医療の推進について県内の在宅医療関係者等で協議を行う。

■ 個別の疾患、領域等に着目した質の向上

医療関係者に対する専門的な研修や専門的に取り組む医療機関を支援

- | | |
|------------------|-----------|
| □ 看取り | □ 認知症 |
| □ 末期がん | □ 精神疾患 |
| □ 疾患に関わらない緩和ケア | □ 褥瘡 |
| □ 小児等在宅医療 | □ 口腔・栄養ケア |
| □ 難病在宅医療 | □ リハビリ |
| □ 在宅療養にかかる意思決定支援 | □ 等 |

■ 在宅医療に関する普及啓発

一般住民に対する在宅医療に関する理解を深めるための講演会の実施等

在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携に関する事業

※在宅医療・介護連携のための事業で、右記以外の事業については、地域医療介護総合確保基金を活用することが可能

- ・在宅医療・介護連携のための相談員(コーディネーター)の育成
- ・ICTによる医療介護情報共有 等

※市区町村との役割分担を明確にした上で、都道府県が広域的又は補完的に在宅医療と介護の連携に関する事業を行う場合は、地域医療介護総合確保基金を活用して差し支えない。

介護保険の地域支援事業(在宅医療・介護連携推進事業)での取組 (地域支援事業交付金)

- (ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
- (ウ) 在宅医療・介護連携支援に関する相談の受付等
- (エ) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
- (オ) 在宅医療・介護関係者の研修
- (カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 二次医療圏内・関係市区町村の連携

小児等在宅医療連携拠点事業

平成26年度 151百万円

■背景・課題

- 新生児集中治療管理室(NICU)等から退院し重度の医療的ケアを要する小児等の在宅医療については特有の課題に対応する体制整備が必要

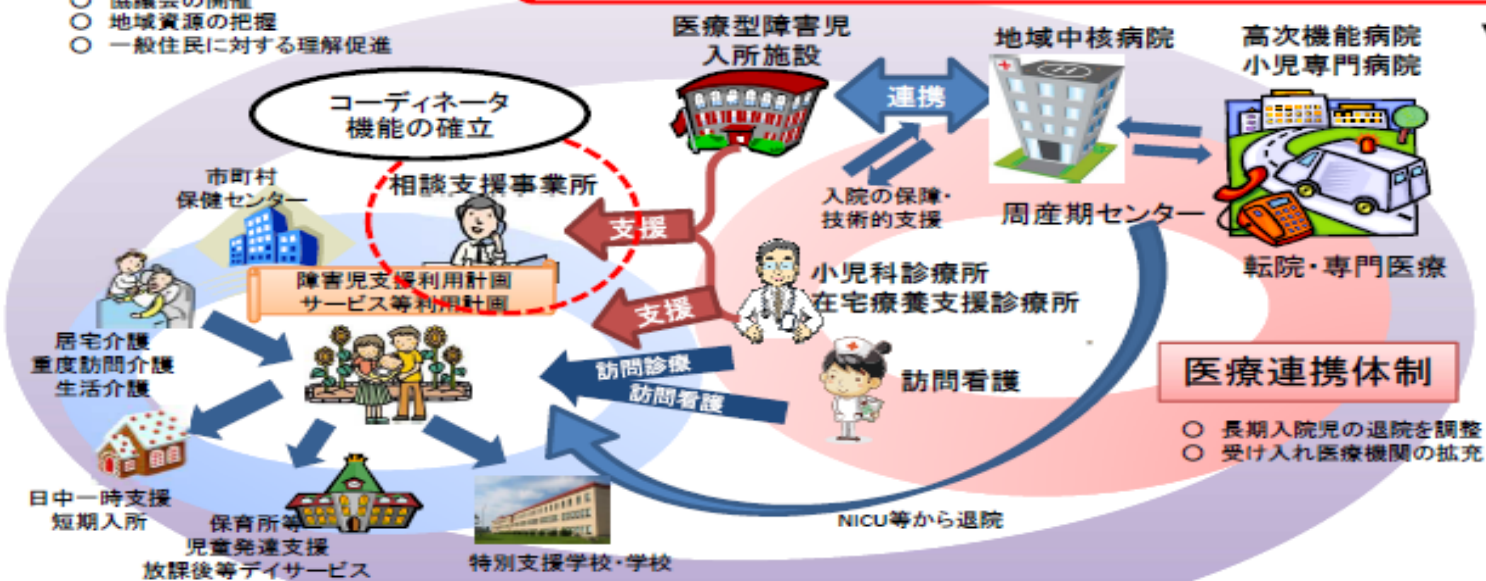
■本事業の目的・概要

- 小児等在宅医療を担う医療機関を拡充（診療所、訪問看護、医療型短期入所施設など）
- 地域における医療・福祉・教育の連携体制の構築
- 医療と連携した福祉サービスを提供できるコーディネータ機能の確立

都道府県による支援

- 協議会の開催
- 地域資源の把握
- 一般住民に対する理解促進

拠点のイメージ： 高次機能病院、在宅療養支援診療所、医療型障害児入所施設など



医療連携体制

- 長期入院児の退院を調整
- 受け入れ医療機関の拡充

地域の福祉・教育機関との連携

- 市町村自立支援協議会などでの医療と福祉との顔の見える関係
- 福祉・教育・行政職員に対する研修、アウトリーチ

地域における包括的かつ継続的な在宅医療を提供するための体制を構築する。

- ① 二次医療圏や市町村等の行政・医療・福祉関係者等による協議を定期的に行う
- ② 地域の医療・福祉・教育資源の把握・活用
- ③ 受入が可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大、専門機関とのネットワークを構築
- ④ 福祉・教育・行政関係者に対する研修会の開催やアウトリーチによる医療と福祉等の連携の促進
- ⑤ 個々のニーズに応じた支援を実施するコーディネータ機能の確立
- ⑥ 患者・家族や一般住民に対する理解促進の取り組み

※ 群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・長野県・三重県・福岡県・長崎県の9都県で実施

訪問看護の課題

【課題】

- 訪問看護の利用者数は年々増加しており、看護サービスを提供する事業所数、職員数も増加傾向にある。
- 重症度が高く、医療的ケアの必要な利用者が増加している。また、小児に対する訪問看護については、0～9歳の利用者数の増加は全体と比べても顕著だが、小児への訪問看護を実施している訪問看護ステーションは多くない。
- 平成26年度改定では、機能強化型の訪問看護ステーションとして、1事業所あたりの人員体制や、重症者の受け入れ、ターミナルケアの実績等に基づく評価を行い、機能の高い訪問看護ステーションの普及を図ってきたところである。



○訪問看護について、重症者等の受け入れ体制の整備や、ターミナルケア等の更なる推進のために、看護の質の評価のあり方や、提供体制についてどう考えるか。