

チーム医療とスキルミックス



国際医療福祉大学大学院教授
医療福祉経営専攻、医学研究科公衆衛生学専攻
武藤正樹

国際医療福祉大学三田病院 2012年



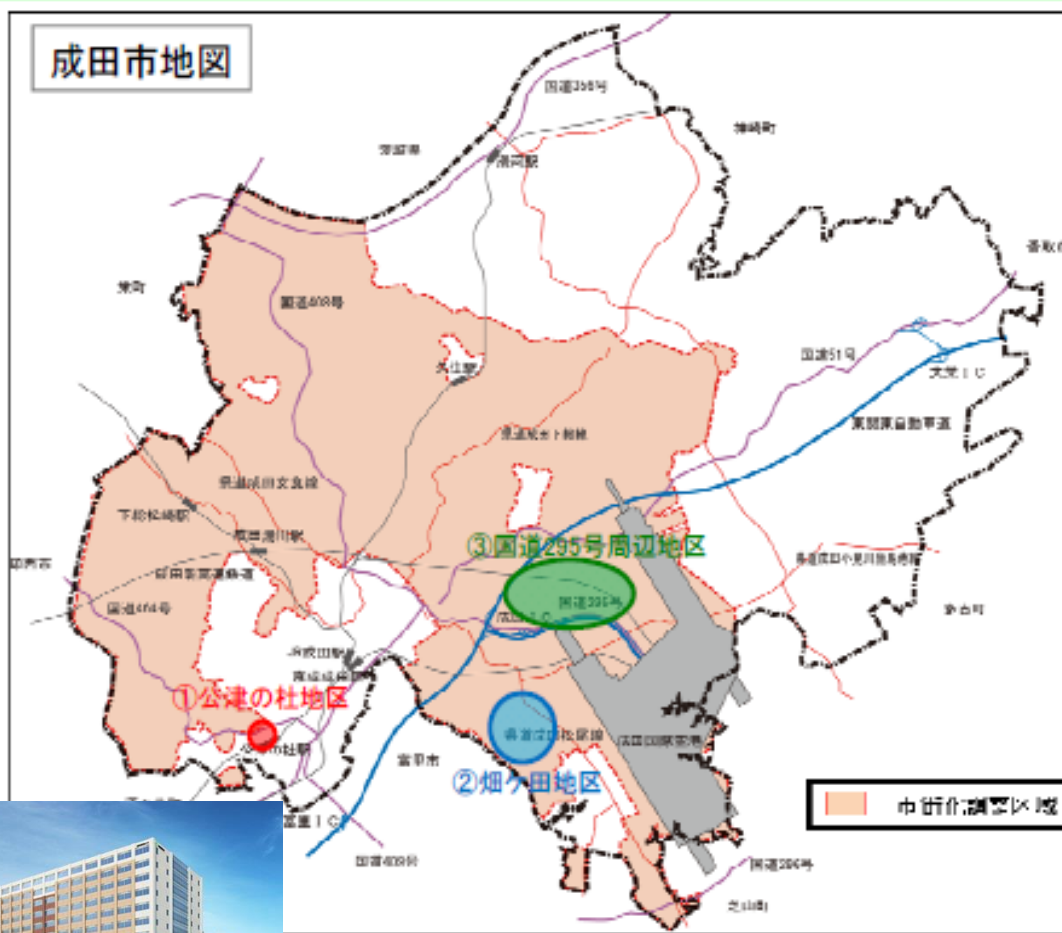
JCI認証取得



国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
- (当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グランド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



2017年4月医学部開講



国際医療福祉大学医学部
2017年4月開校



2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定



2018年4月、国際医療福祉大学
心理・医療福祉マネジメント学科
大学院(h-MBA, MPH)

目次

- パート1
 - 診療報酬改定と栄養・食事
- パート2
 - チーム医療と栄養・食事
- パート3
 - 地域包括ケアシステムと栄養・食事
- パート4
 - スキルミクスとは？
- パート5
 - スキルミクスと看護特定行為



パート1

診療報酬改定と栄養・食事



中医協・入院医療等調査評価分科会より

2016年診療報酬改定の基本的視点

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点
 - 医療機能に応じた入院医療の評価
 - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
 - 地域包括ケアシステム推進
 - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 外来医療の機能分化
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

7対1の要件の
見直し

中医協診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会



診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

| 氏名 | 所属 |
|-------|-------------------------------|
| 安藤 文英 | 医療法人西福岡病院 理事長 |
| 池田 俊也 | 国際医療福祉大学大学院 教授 |
| 池端 幸彦 | 医療法人池慶会 理事長 |
| 石川 広己 | 社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長 |
| 香月 進 | 福岡県保健医療介護部 理事 |
| 神野 正博 | 社会医療法人財団董仙会 理事長 |
| 佐柳 進 | 特定医療法人西会 昭和病院長 |
| 鳴森 好子 | 公益社団法人東京都看護協会 会長 |
| 筒井 孝子 | 兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授 |
| 藤森 研司 | 東北大学大学院 医学系研究科・医学部 医療管理学分野 教授 |
| 發坂 耕治 | 公益財団法人 岡山県健康づくり財団 理事 |
| 本多 伸行 | 健康保険組合連合会 理事 |
| 武藤 正樹 | 国際医療福祉大学大学院 教授 |

○：分科会長

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長:
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度1回
平成24年度3回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

7対1病床の要件見直し

看護師配置

平均在院日数

重症度、医療・看護必要度

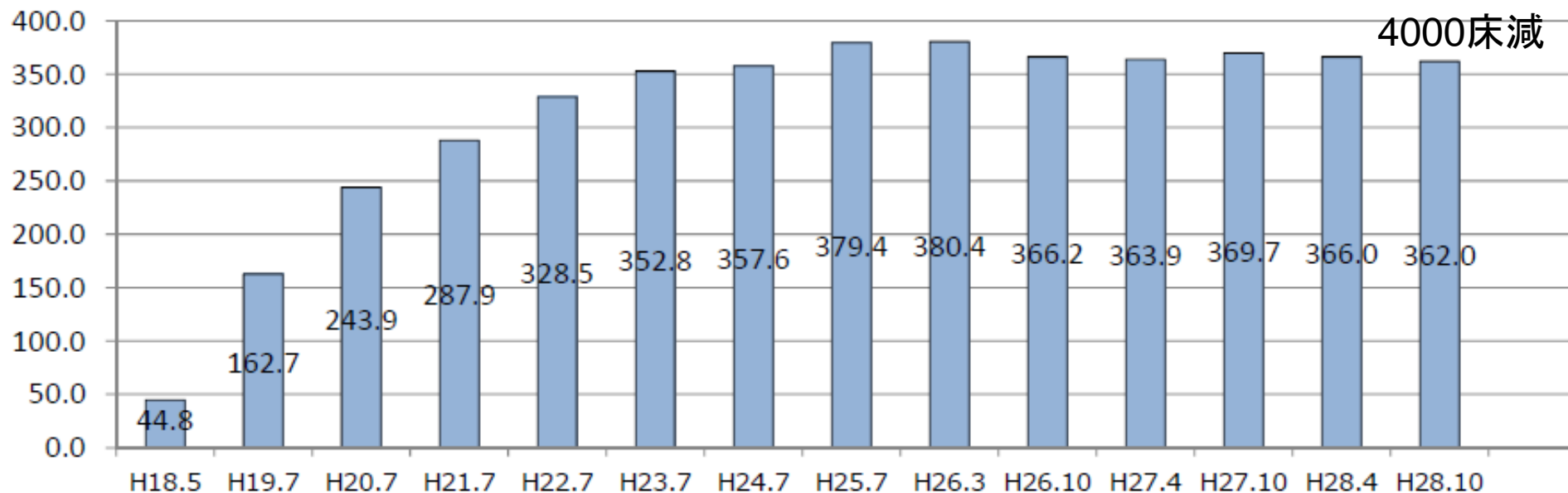
在宅復帰率

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。

届出病床数(千床)

4000床減



[H18.4]
7対1入院
基本料創設

[H20.4]
重症度・看護
必要度の導入

[H24.4]
重症度・看護必要度
該当患者割合基準の見直し
(10%→15%)
平均在院日数要件の見直し
(19日→18日)

[H26.4]
重症度、医療・看護必要度
A項目の見直し
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]
重症度、医療・看護必要度
A・B項目の見直し／C項目の追加
該当患者割合基準の見直し
(15%→25%)
在宅復帰率の見直し
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なること、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

出典：保険局医療課調べ

重症度、医療・看護必要度の見直し

A項目、B項目の見直し

A項目(モニタリング及び処置等)

| 現行の項目 | → | 見直しの方向性 |
|-------------|-------------|---------------------------|
| 創傷処置 | 定義の見直し② | 創傷処置 |
| | | 褥瘡処置 |
| 血圧測定 | 削除① | |
| 時間尿測定 | 削除① | |
| 呼吸ケア | 定義の見直し(削除)③ | 呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外) |
| | | 喀痰吸引のみ |
| 点滴ライン同時3本 | (不変) | 点滴ライン同時3本 |
| 心電図モニター | (不変) | 心電図モニター |
| シリンジポンプの使用 | (不変) | シリンジポンプの使用 |
| 輸血や血液製剤の使用 | (不変) | 輸血や血液製剤の使用 |
| 専門的な治療・処置 | | 専門的な治療・処置 |
| ①抗悪性腫瘍剤の使用 | (不変) | ①抗悪性腫瘍剤の使用 |
| | 追加④ | ②抗悪性腫瘍剤の内服 |
| ②麻薬注射薬の使用 | (不変) | ③麻薬注射薬の使用 |
| | 追加④ | ④麻薬の内服・貼付 |
| ③放射線治療 | (不変) | ⑤放射線治療 |
| ④免疫抑制剤の使用 | (不変) | ⑥免疫抑制剤の使用 |
| ⑤昇圧剤(注射)の使用 | (不変) | ⑦昇圧剤(注射)の使用 |
| ⑥抗不整脈剤の使用 | (不変) | ⑧抗不整脈剤の使用 |
| | 追加④ | ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴 |
| ⑦ドレナージの管理 | (不変) | ⑩ドレナージの管理 |

B項目(患者の状態)

| 現行の項目 | → | 見直しの方向性 |
|-------|------|---------|
| 寝返り | (不変) | 寝返り |
| 起き上がり | (不変) | 起き上がり |
| 座位保持 | (不変) | 座位保持 |
| 移乗 | (不変) | 移乗 |
| 口腔清潔 | (不変) | 口腔清潔 |
| 食事摂取 | (不変) | 食事摂取 |
| 衣服の着脱 | (不変) | 衣服の着脱 |

項目の追加 赤字

項目の削除 青字

定義の見直し 紫字

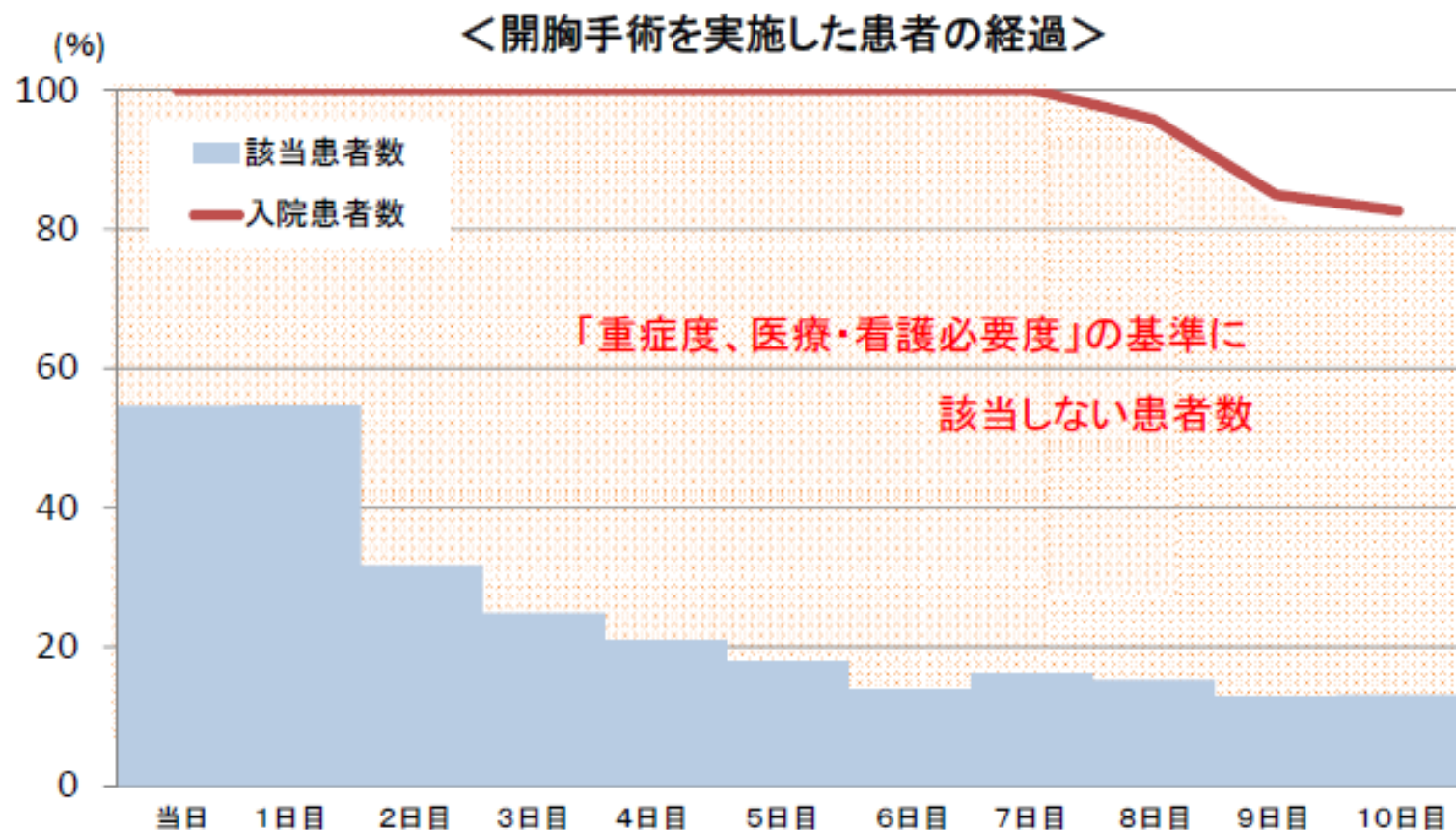
(前回改定)

A項目2点以上かつB項目3点以上の
該当患者割合が15%以上

A項目、B項目は
正しく急性期の
患者を反映して
いるのか？

開胸手術実施患者の術後の経過について

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。



早期離床、早期経口摂取の ERASプログラムと重症度、 医療・看護必要度とは 矛盾する

早期離床、早期経口摂取は
A項目、B項目の点数を下げる

ERAS

(Enhanced Recovery After Surgery)

周術期早期回復プログラム



Henrik Kehlet外科教授(コペンハーゲン大学)

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 3

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

| | | プログラム | ERAS(イーラス) | 従来(非ERAS) |
|----|----|-------------------|---|--|
| 術前 | 1 | 入院前カウンセリング | 従来からの説明に加え、目標の明確化(退院目標、社会復帰の目標等)をする。患者の目標や要望を医師のみならず薬剤師、栄養士等チーム全員で共有。 | 病気の進行度、治療の内容(手術方法)、危険性等の説明等。 チーム全体での共有が不十分。 |
| | 2 | 腸管の前処置なし | 下剤を出来るだけ使用しない。 下剤を使い手術をしたほうが良いというのには科学的な根拠はない。 | 手術しやすいよう、下剤を投与し腸の中を空にする。 |
| | 3 | 絶食見直し | 絶食を見直すことで、患者は口渴空腹感を和らげるため、リラックスできる。 薬だけに頼らない。 | 前日から絶食。点滴で栄養補給(スタッフの業務増) |
| | 4 | 前投薬なし | 絶食を見直したり、下剤を軽くすることで、患者の不安を取る。ERASでは患者自身が歩いて手術室へ行く。 | 術前の患者の緊張を解くため、唑啉薬を使用。 前投薬(睡眠薬)の過剰により、呼吸停止や血圧低下等の事故のリスクあり。 |
| 術中 | 5 | 胃管留置なし | ERASでは覚醒前に手術室で抜去。 胃管を留置しないことで、呼吸合併症のリスク、術後の悪心・嘔吐を誘発する刺激を低減。 | 腹部手術の後に胃管の留置(鼻から胃まで管を挿入)が日常的に行われていた。 |
| | 6 | 硬膜外鎮痛 | 痛みが完全に取れる。 早期の食事提供を考慮し、腸の動きを妨げない。 離床を促進する。 | 全身的な麻薬の投与。 (術後の悪心・嘔吐を誘発する) |
| | 7 | 短時間作用型麻酔薬 | 早期覚醒。 離床および経口摂取促進のため、効果発現が速やかに持続時間が短い麻酔を使用。 | 長時間作用型の麻酔薬が主流であった。 覚醒が不良。 |
| | 8 | 輸液、塩分の過剰投与・摂取を避ける | 輸液、塩分の過剰投与・摂取を避けることで、腸の動きをよくし、術後の回復を早める。 | 点滴による水分補給では水分過剰になり、腸の動きが悪くなったり、傷の治りが遅くなったりする。 |
| | 9 | 小切開・ドレーン留置なし | 小切開により、傷が小さくなり、痛みも少ない。 ドレーン留置は感染機会を増強させ、痛みも増強させるので行わない。 | 腹部の手術後、主に出血や縫合不具合の監視のためにドレーンを挿入していた。 |
| | 10 | 体温管理・温風式保温 | 手術室で低体温にならないよう努める。(低体温にならないことで、出血量や輸血量を減らすことができ、術後回復が早いと考えられている。) | 保温の意識が低かった。 |

術前点滴のかわりに経口補水液



周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

早期経口摂取 (Early Feeding)

術後

| | | | |
|----|---------------|--|--|
| 術後 | 11 離床促進バス | ERASは「動ける、食べれる、痛くない」手術。 看護師や理学療法士のサポートのもと、患者に当日又は翌日から歩行を開始させることで、体力回復を促す。 | 従来は「動けない、食べられない、痛い」手術。 患者は術後は寝たきり、管だらけで、除痛も不十分であることから、数日は歩くことができなかった。 |
| | 12 麻薬非使用の鎮痛薬 | モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤は使用しない。沈痛は非ステロイド性抗炎症薬やアセトアミノフェンを使用する。 | モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤使用が通常。 |
| | 13 悪心・嘔吐予防 | 術中から悪心・嘔吐を予防する薬剤を使用。 患者にとって耐え難い悪心・嘔吐は早期の離床、早期の食事を遅らせるだけでなく、合併症の原因にもなる。 | 麻薬系の薬剤や吸入麻酔薬を使用のため、悪心・嘔吐の出現が多かった。 |
| | 14 腸管蠕動運動促進 | 積極的に腸を動かす。 動かすために早期経口摂取をする。場合によっては、腸管蠕動促進薬を使用する。 | 積極的に腸を動かさなかった。 |
| | 15 カテーテル早期抜去 | 手術中なるべく胃管やドレーンを入れないようにする。 入れた場合も早期に抜去するよう心がける。尿道カテーテルや点滴も早く抜去するよう心がける。 | カテーテル早期抜去を心がけなかった。 |
| | 16 周術期経口栄養 | 術前にはなるべく直前まで食事をし、術後はなるべく早く食事を開始。例えば、術後1日目から固形食。術後食は早期に形態・量をアップ。 | 術前・術後、長期にわたる絶食と、点滴による栄養補給が続く。 |
| | 17 予後・順守状態の調査 | 患者の術後を調査・追跡、フィードバックし、ERASのレベル向上を目指す。 | 必ずしも行われていなかった。 |

術後早期経口摂取パス導入による経口補水療法の効果

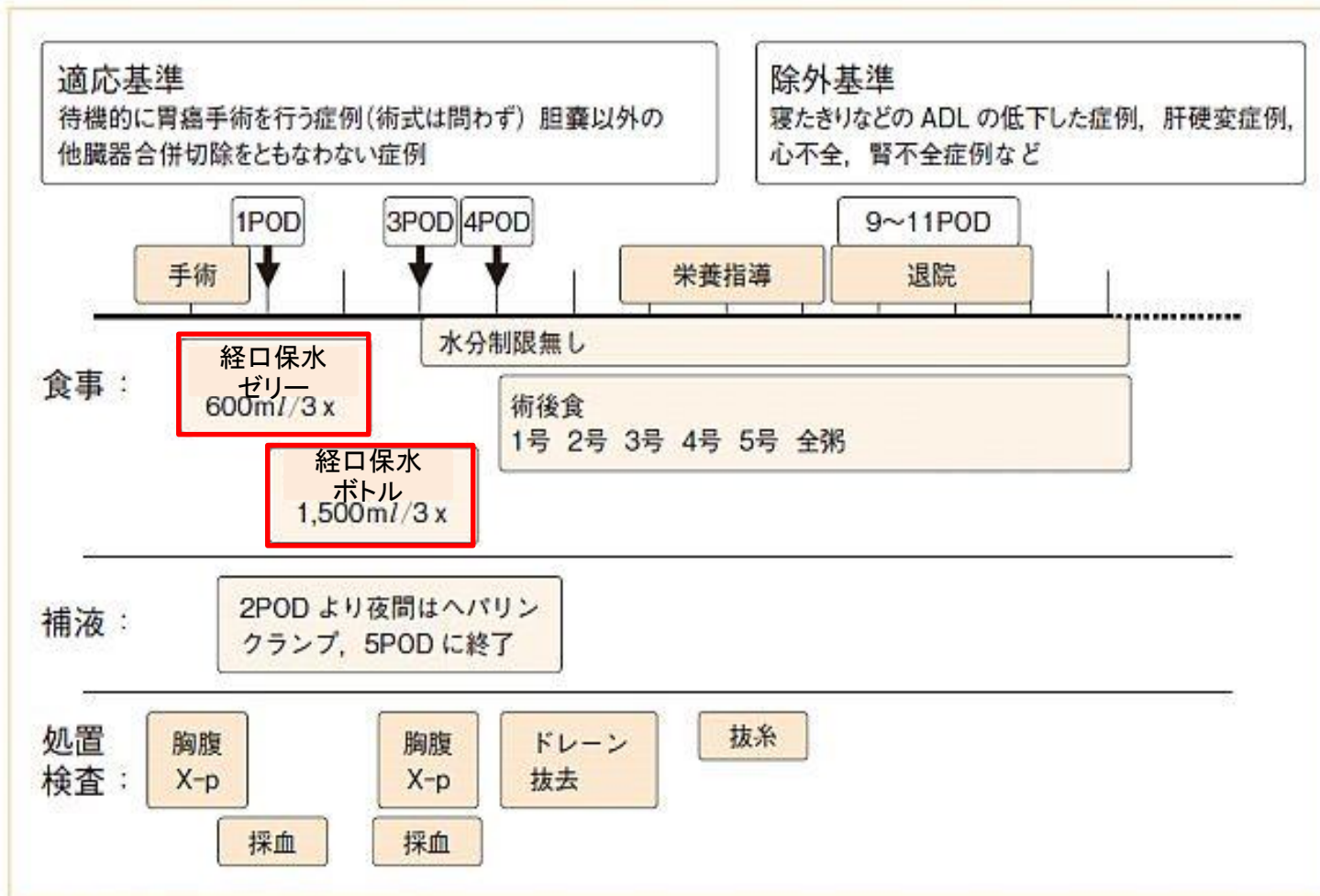


図1 胃癌術後クリニカルパスの概略

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 7

手稲溪仁会病院（札幌）での周術期早期回復プログラム(ERAS)導入事例

2011年9月より大腸がん手術において
周術期早期回復プログラム(ERAS)を導入し、
注目すべき成果を上げている

1 在院日数の短縮化

平均で3.1日短縮術後の回復力アップ・早期退院を実現！

3.1日短縮

2 医療費の削減

1入院あたり平均約20万円の削減 限りある医療費を有効に活用！

約20万円削減

患者の窓口負担（3割負担の場合） 約5万85百円削減

3 薬剤費の軽減

1症例あたり平均8,300円の削減 1日あたりの平均単価が21,000円向上

8,300円軽減

4 手術後の再入院

※2011年8月～2014年3月現在

※ERASに起因する再入院

0件

周術期早期回復プログラム "ERAS"

Enhanced Recovery After Surgery

ERASの報道状況

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 15

【産経新聞_2014年2月26日】

【文藝春秋_2014年5月10日】

産経 Health

直前まで食事、早期離床…

術後の早期回復「ERAS」

40歳以上の約半数に「認知症」

「認知症」は高齢化に伴って増加している。その中でも、40歳以上の若年認知症は、約半数に達している。その原因として、脳血管障害や脳外傷、脳炎、アルコール依存症、薬剤性認知症などが挙げられる。また、糖尿病や高血圧、脂質異常症などの生活習慣病も、認知症のリスクを高める要因となっている。早期発見と適切な治療が、認知症の進行を遅らせる鍵となる。

【産経新聞_2014年2月26日】

手術の苦痛を取り除く最新メソッド

手術の苦痛を取り除く 画期的メソッド

谷口英喜 国際医療福祉大学教授

食べられない、痛い、動けない
空腹に耐えながら手術を待つ、沢山の管（カテーテル類）の痛みで眠れない—そんな入院生活が変わろうとしている。北欧で生まれた新しい術前術後ケア方法「ERAS」が日本でも中規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である神奈川県立保健福祉大学の谷口英喜教授（栄養学・専門は麻酔科学）が、その劇的な回復効果を解説する。

これまで入院といえはつづの苦痛が患者にあるとした。それは、食べられないこと、動けないこと、沢山の管（カテーテル類）の痛みで眠れないこと、痛み止めは、傷が痛いと訴えて初めて与えられる、病棟のベッドでは寝たきり。術前も術後も長時間食事制限され、水も清尿に飲めない。入院前は元気だったのに、家に戻って来たなら認知症になったり、車いす生活になる。手術はうまくいったはずなのに、退院したらなぜか日常生活レベルが低い。どうしてこんな状態になるのかある。それは、手術前の一晩、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安を感じるために鎮痛剤を打ったり鎮眠剤を多用することが多くありました。鎮痛剤の使用は呼吸停止や血圧低下の危険が多。

手術前の一晩、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安を感じるために鎮痛剤を打ったり鎮眠剤を多用することが多くありました。鎮痛剤の使用は呼吸停止や血圧低下の危険が多。

そのため喉に管をいれます。その時に胃に残留物があると嘔吐してしまい、下手をすると肺に入って誤嚥性の肺炎になる。その心配から日本では、最低でも十二時間は絶飲食にして胃を空っぽにするのが術前ケアの基本になっていました。

しかし絶飲食には、いくつもの弊害があります。まず、食物が通らないと、腸管機能が低下してしまふ。腸管は食物が通過することによる刺激で免疫機能が通っています。腸管も、食事により常刺激を受けておかないとインスリンが分泌されにくくなるのです。すると手術後の血糖値は糖尿病ではなくても上昇し「サージカル・ティアペデス（外科的糖尿病）」になる恐れもある。その結果、手術後の合併症が増加しました。

「たぶん、手術前の一晩、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安を感じるために鎮痛剤を打ったり鎮眠剤を多用することが多くありました。鎮痛剤の使用は呼吸停止や血圧低下の危険が多。」

国際医療福祉大学病院
外科 鈴木裕先生

BUNGEI SHINBUN 2014. 5 (181)

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

| A モニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|---|----|----|----|
| 1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) | なし | あり | / |
| 2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く) | なし | あり | / |
| 3 点滴ライン同時3本以上の管理 | なし | あり | / |
| 4 心電図モニターの管理 | なし | あり | / |
| 5 シリンジポンプの管理 | なし | あり | / |
| 6 輸血や血液製剤の管理 | なし | あり | / |
| 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理 | なし | | あり |
| ⑪ 無菌治療室での治療 | なし | / | あり |
| 8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度) | なし | / | あり |

| B 患者の状況等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|-----------------|------|-------------|------|
| 1 寝返り | できる | 何かにつまればできる | できない |
| 2 危険行動 | ない | / | ある |
| 3 診察・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | / |
| 4 移乗 | できる | 見守り・一部介助が必要 | できない |
| 5 口腔清潔 | できる | できない | / |
| 6 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 7 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |

| C 手術等の医学的状況 | 0点 | 1点 |
|-----------------------------|----|----|
| ① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度) | | |
| ② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度) | なし | あり |
| ③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度) | | |
| ④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度) | | |

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

C1得点が1点以上の患者

パート2

チーム医療と栄養・食事



ソーシャル
ワーカー



医師



看護師



臨床
検査技士



薬剤師



NST

栄養サポートチーム

言語聴覚士



栄養士



歯科医師・歯科衛生士



NSTラウンド



栄養サポートチーム加算の概要

栄養サポートチーム加算(週1回)

200点

[概要]

栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した他職種からなるチームが診療することを評価したもの。

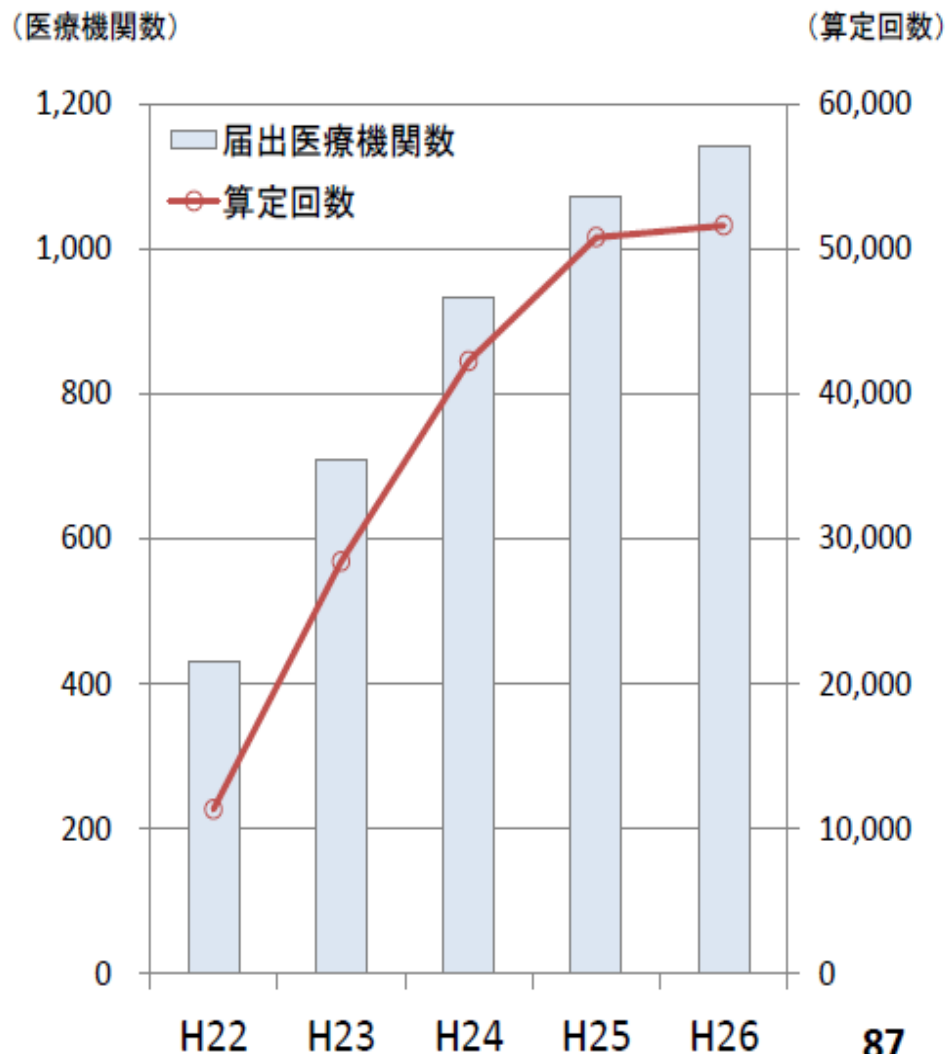
[算定要件]

- ・回診及びカンファレンスの実施
 - ・栄養治療実施計画の作成
 - ・退院時等の指導
 - ・様々なチーム医療の連携
- 等

[施設基準]

- ・専任の配置が必要な職員
医師・看護師・薬剤師・管理栄養士
- ・配置されることが望ましい職員
歯科医師・歯科衛生士・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・言語聴覚士 等

＜栄養サポートチーム加算の算定回数・届出医療機関数＞



がん患者の食欲低下と栄養食事指導

- がんによる化学療法中の患者の多くに食欲低下がみられる。
- こうした患者には、症状等に応じたきめ細かな食事の工夫と指導が必要である。

がん化学療法中の入院患者102名のうち、67名(66%)に食欲低下がみられ、その原因は食欲不振、嘔気、味覚変化等であった。

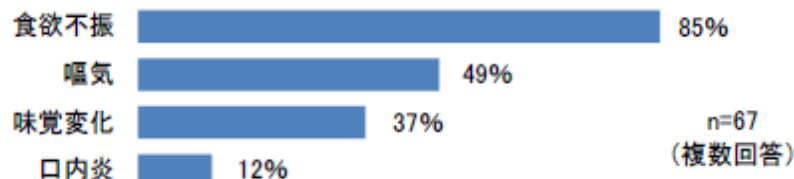


図 食欲低下の理由

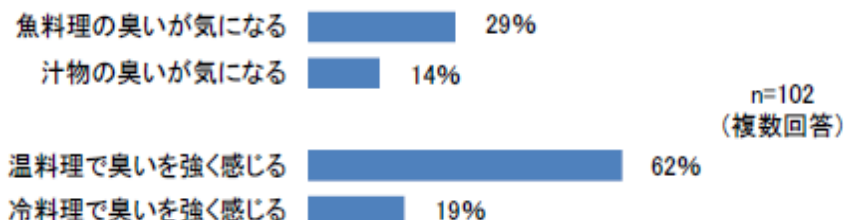


図 嗅覚の変化や温度による臭いの感じ方

(出典: 山田千夏ら. 日本農村医学会雑誌. 60(2), 59-65, 2011)
(図は保険局医療課で作成)

表 化学療法中の食事の工夫及び指導の例

| | |
|----------------|--|
| 悪心・嘔吐 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 頻回に少量ずつ分けて食べる。 ・ 刺激の強い食事や油分の多い食事は控える。 ・ 冷たく口当たりの良いものやレモンなどを使用する。 ・ 吐き気が強いときは、食事を休み水分摂取を促す。 ・ いろいろな食品を使わず、シンプルな料理にしてみる。 ・ 同じものを続けて食べない。 |
| 味覚異常 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 味を感じない場合は、味を濃くしてみる。 ・ 塩、醤油味を苦く感じる場合(や金属のような味がする場合は)、塩、醤油を控え、だし味や味噌味を利用してみる。レモンなどの柑橘類を使用してみる。 ・ 食べ物が全体的に苦く感じる場合は、甘みを強くしてみたり、キャラメルなどで口直しをしてみる。 ・ 甘みを強く感じる場合は、砂糖やみりんは控えて、塩味や醤油味を使用してみる。レモンなどの酸味やスパイスを利用してみる。 |
| 口腔粘膜炎 (口内炎) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の硬度を減らし、軟らかいものにする。 ・ 極端に熱いものや刺激の強いものは控える。 |
| 食欲不振 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 食べたい時に、好みの食べたい物を食べる。 ・ 少量ずつ盛りつけて、品数を増やす。 ・ 主食をパンや麺類にかえてみる。 ・ ゼリー状のもの、冷たいもの、香りの良いものを利用する。 ・ 栄養補助食品を利用する。 |

(出典: 小林由佳ら. 静脈経腸栄養. 28(2), 627-34, 2013)

きめ細かな個別支援が必要

がん患者への栄養食事指導の効果

- 放射線治療を受けるがん患者への個別の栄養食事指導により、栄養状態やQOLが改善するとされている。

A ランダム化比較試験

【対象者】 放射線治療を受ける消化器がん又は頭頸部がん外来患者60名(平均61.9±14.0歳)

【方法】 対象者を**介入群**(放射線治療開始時から管理栄養士による個別栄養食事指導を定期的実施)又は**対照群**(小冊子による栄養情報の提供等、通常ケアを実施)のいずれかにランダムに割り付け、放射線治療開始後12週間の体重増加量やQOLスコア増加量等を比較

管理栄養士の個別栄養食事指導により、体重管理及びQOLに有益な効果

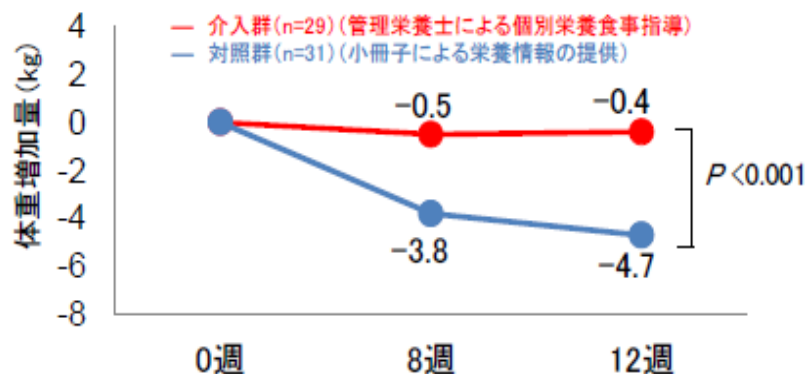


図 体重の変化

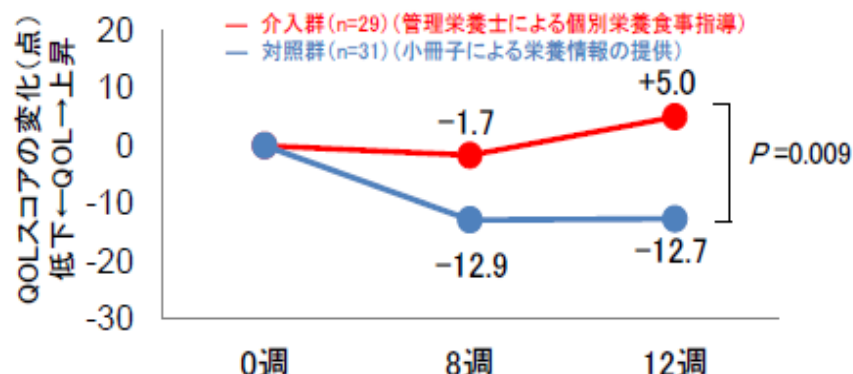


図 QOLスコアの変化

(出典: Isenring EA et al. *Br J Cancer* 2004; 91: 447-52.) (図は保険局医療課で作成)

B 文献評価(システマティックレビュー)

【内容】 放射線治療を受ける頭頸部がん患者に対する栄養的介入が患者の栄養状態やQOL等に与える効果について、Pubmed、EMBASE、Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)、CINAHLを用いて、関連のランダム化比較試験を検索・精査し、データを抽出、評価。

「管理栄養士による個別栄養食事指導は、一般的な栄養アドバイスなどに比べて、放射線治療を受ける頭頸部がん患者の栄養状態、QOL等に有益な効果をもたらす。」

(出典: Langius JA et al. *Clin Nutr* 2013; 32: 671-8.)

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充①

- ▶ がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養の患者に対する治療食を、個別栄養食事指導（外来・入院・在宅患者訪問）の対象に含める。

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする患者

※ 腎臓食、肝臓食、糖尿食等



【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

《対象者》

厚生労働大臣が定める特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

糖尿病透析予防管理指導料



血液透析

糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

1. ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、**糖尿病性腎症第2期以上の患者**(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。

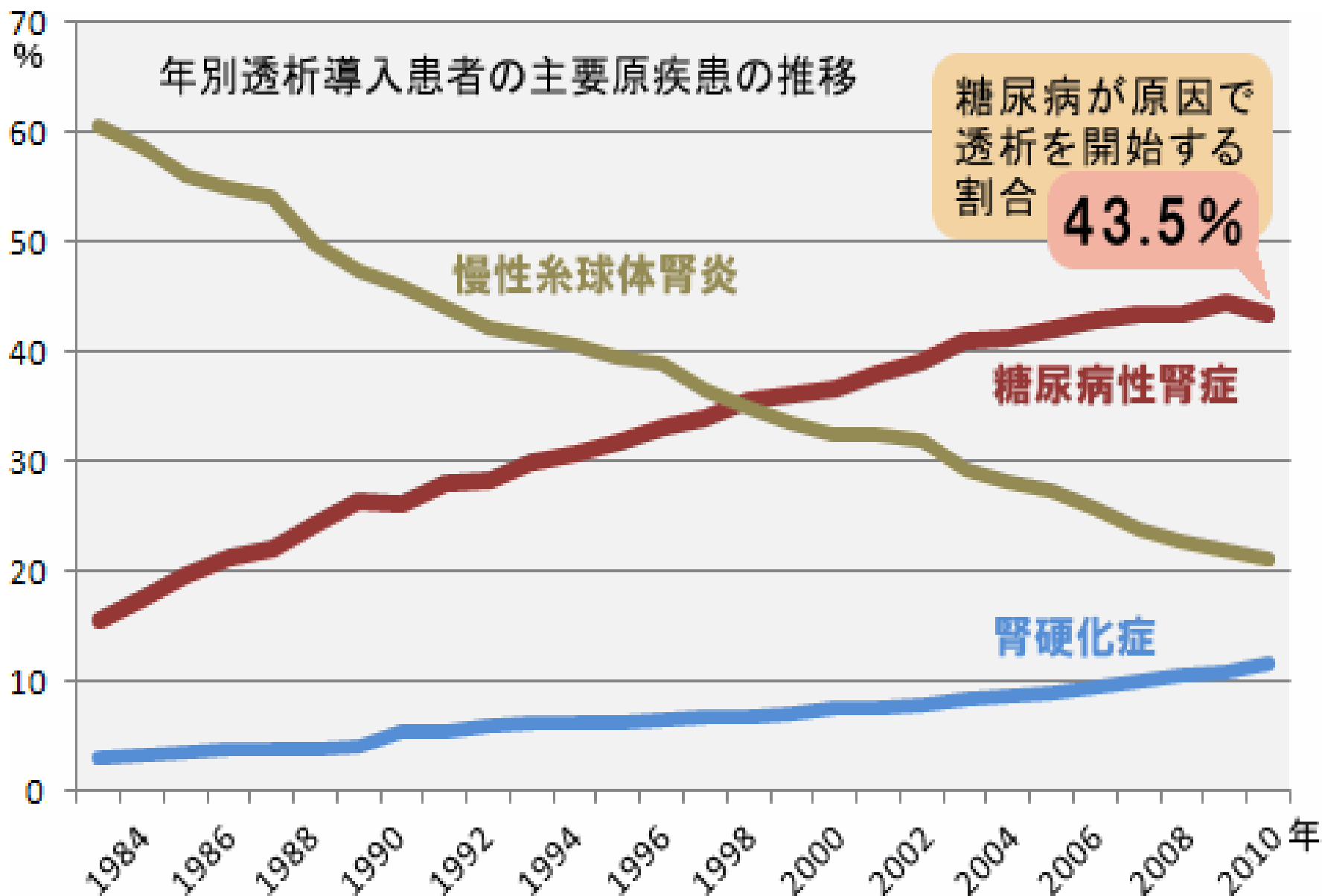
- ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
- イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
- ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

- ② 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。

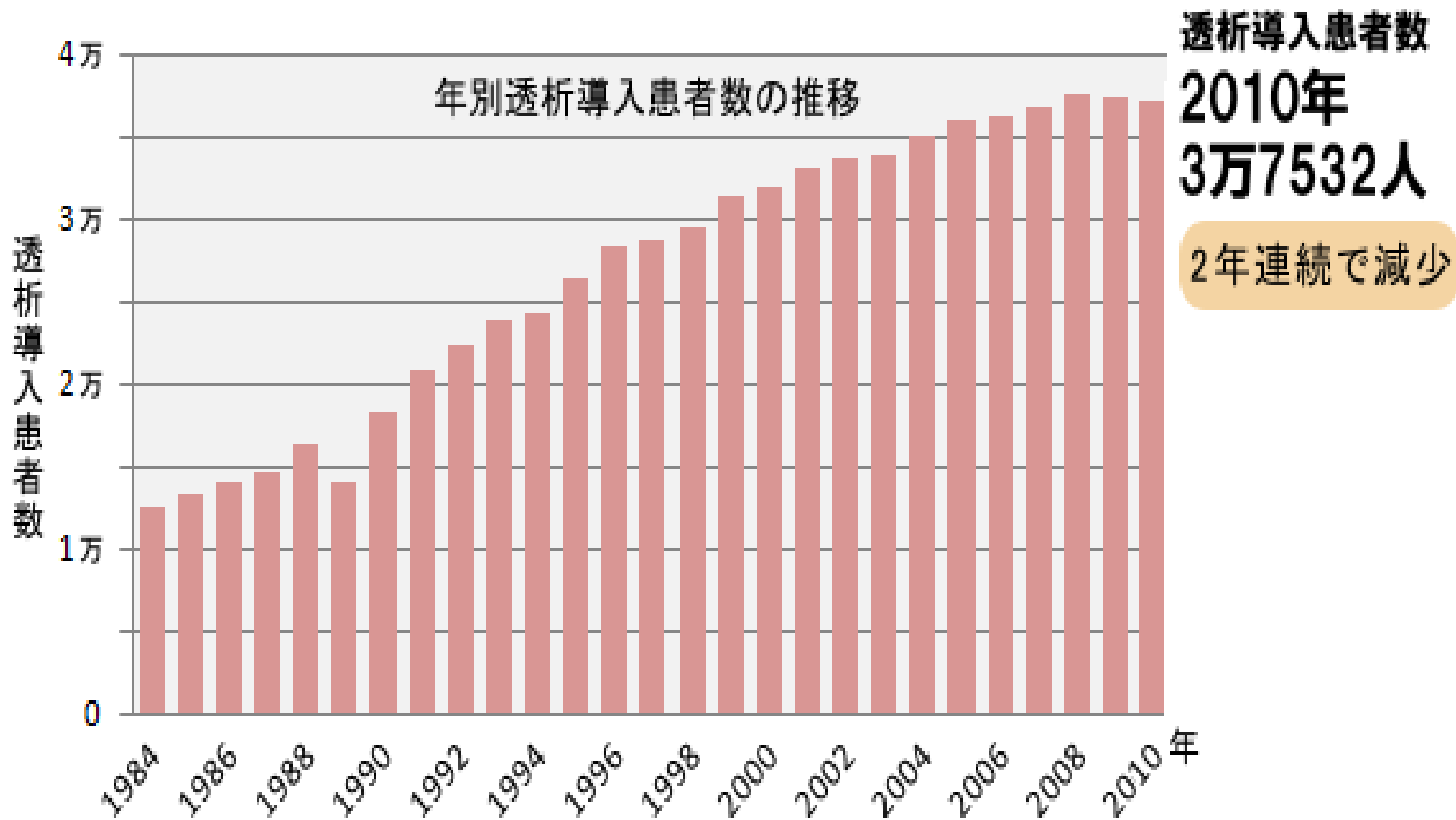
と。

- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。
- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

糖尿病性腎症による透析導入



年別透析導入患者数推移



糖尿病症腎症

- 透析医療費 1兆円
 - 糖尿病性腎症による透析7万人
 - 毎年1万人増えている
 - 一人当たり年間550万円
- 糖尿病性腎症による累積透析患者数
 - 10万2788人(2010年末)
 - 糖尿病腎症による透析医療費は年間、およそ5600億円

透析予防診療チーム

- 透析予防診療チームとその業務

- 専任の医師、専任の看護師(又は保健師)、管理栄養士

- 日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」に沿った個別指導等

- 患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等

- リスク評価と指導計画策定

- 成果報告

- HbA1cが改善または維持された患者の割合
- 血中クレアチニン値またはeGFRが改善または維持された患者の割合
- 血圧が改善または維持された患者の割合

2018年診療報酬改定と栄養士

入院時支援加算と栄養管理

入院前からの支援の機能強化(イメージ図)

従来

外来

入院

外来(地域、在宅)

検査・治療

療養の支援

退院調整

- 治療方針の説明

- 検査・治療内容の説明
- ✓ 持参薬の確認

- 入院生活の説明
- ✓ 患者情報(入院前のサービス利用等)の確認
- ✓ 療養上のリスクアセスメント(転倒・転落、褥瘡、認知症等)

- ✓ 退院支援スクリーニング

治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでいたので、

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、

入院前からの支援の機能強化

外来

入院

外来(地域、在宅)

検査・治療

療養の支援

退院調整

外来において、
 ・入院生活のオリエンテーション
 ・患者情報や持参薬の確認
 ・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を事前に実施

患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - ≪ 許可病床数200床以上 ≫
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
 - ≪ 許可病床数200床未満 ≫
 - ・ 専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

- 入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。
- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
 - 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
 - 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
 - 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
 - 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
 - 8) 入院生活の説明
- (※)要介護・要支援状態の場合のみ実施

届出医療機関数及び算定回数

| | 届出医療機関数 | 算定回数 |
|---------|---------|--------|
| 入院時支援加算 | 1,863 | 10,581 |

【新設】入院時支援加算 | 200点 (退院時1回)

新設！

算定対象

- 自宅等（転院する患者以外）から入院する**予定入院患者**
- 入退院支援加算を算定する患者

支援内容

入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立てる。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた**患者情報の把握**
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ **栄養状態の評価**
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

③ 栄養食事指導料（指導に対する加算）

対象

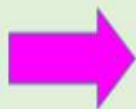
1. 厚生労働大臣が定める**特別食**を必要とする患者
2. **がん患者**
3. **摂食機能**もしくは**嚥下機能が低下**した患者
4. **低栄養状態**にある患者

算定要件

医師の指示に基づき**管理栄養士**が栄養指導を行った場合に算定できる。

入退院支援センターでの患者の流れ

外来で入院予約



患者総合支援センター

受付



面談



検査・手術・治療などの説明や病歴や入

院までの経過、日常生活の状況、アレルギーの有無など伺います。

事務員 が入院当日の必要物
品や病 院の設備などについ
て説明 します。

多職種で情報共有



専任の看護師をはじめ、薬剤師、栄養士、医療ソーシャルワーカーなど多分野の専門職が関わります。

入退院支援室
看護師



病棟看護師



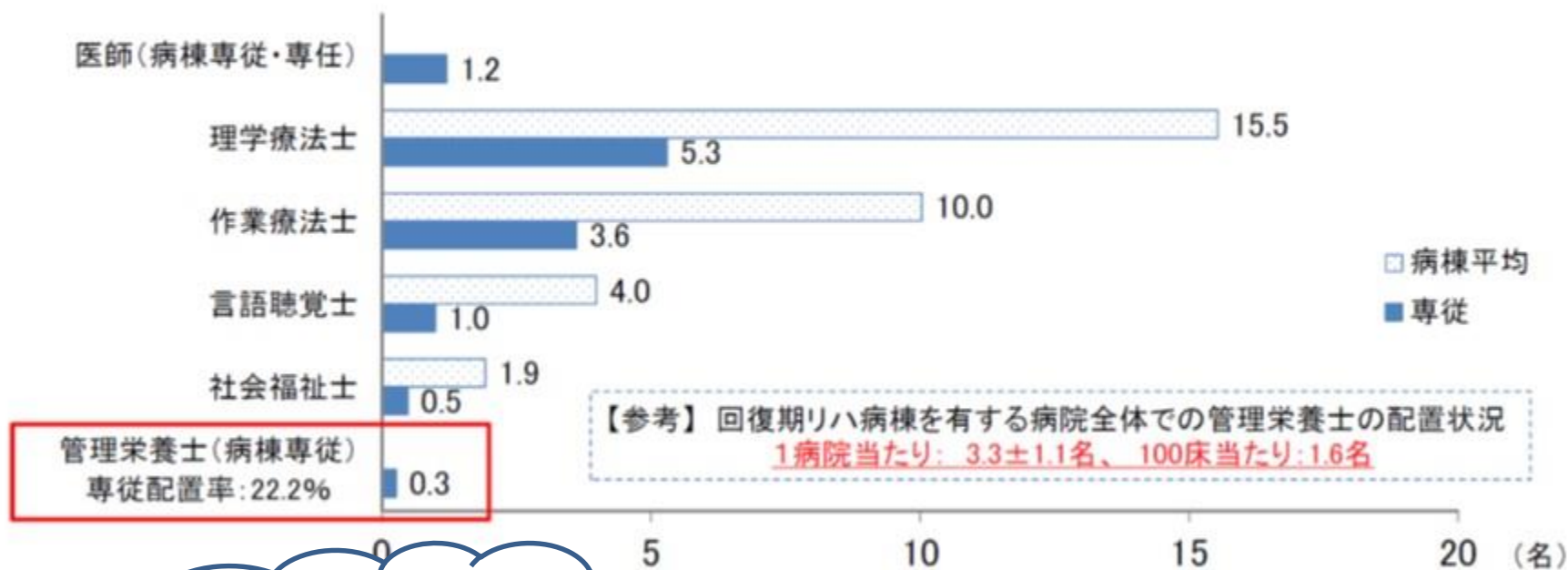
入院病棟の看護師と情報を共有します。

2020年診療報酬改定と栄養士

回復期リハビリ病棟への管理栄養士の配置

回復期リハビリテーション病棟における職員配置の状況

- 回復期リハビリテーション病棟(調査対象:1,058病棟)の職員配置数をみると、管理栄養士の平均配置数は1病棟当たり0.3名であった。病院全体の配置数でみると、1病院当たり3.3名(100床当たり1.6名)であった。
- 回復期リハビリテーション病棟のうち、管理栄養士を専従で配置している病棟は22.2%であった。



値は平成20年度調査結果に基づく。回復期リハ病棟1病棟当たりの平均病床数:45.8±9.5床
 ※ 理学療法士については、内数としての病棟専従者に加えて1病棟当たりの平均配置人数も記載
 回復期リハ病棟における主な人員配置(看護師を除く)の状況

出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

入院基本料1では
管理栄養士の配
置実績82%

- 専任管理栄養士の病棟配置が努力義務である入院料1を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、82.0%である。
- 管理栄養士の病棟配置の要件がない入院料2～4を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、約50%である。

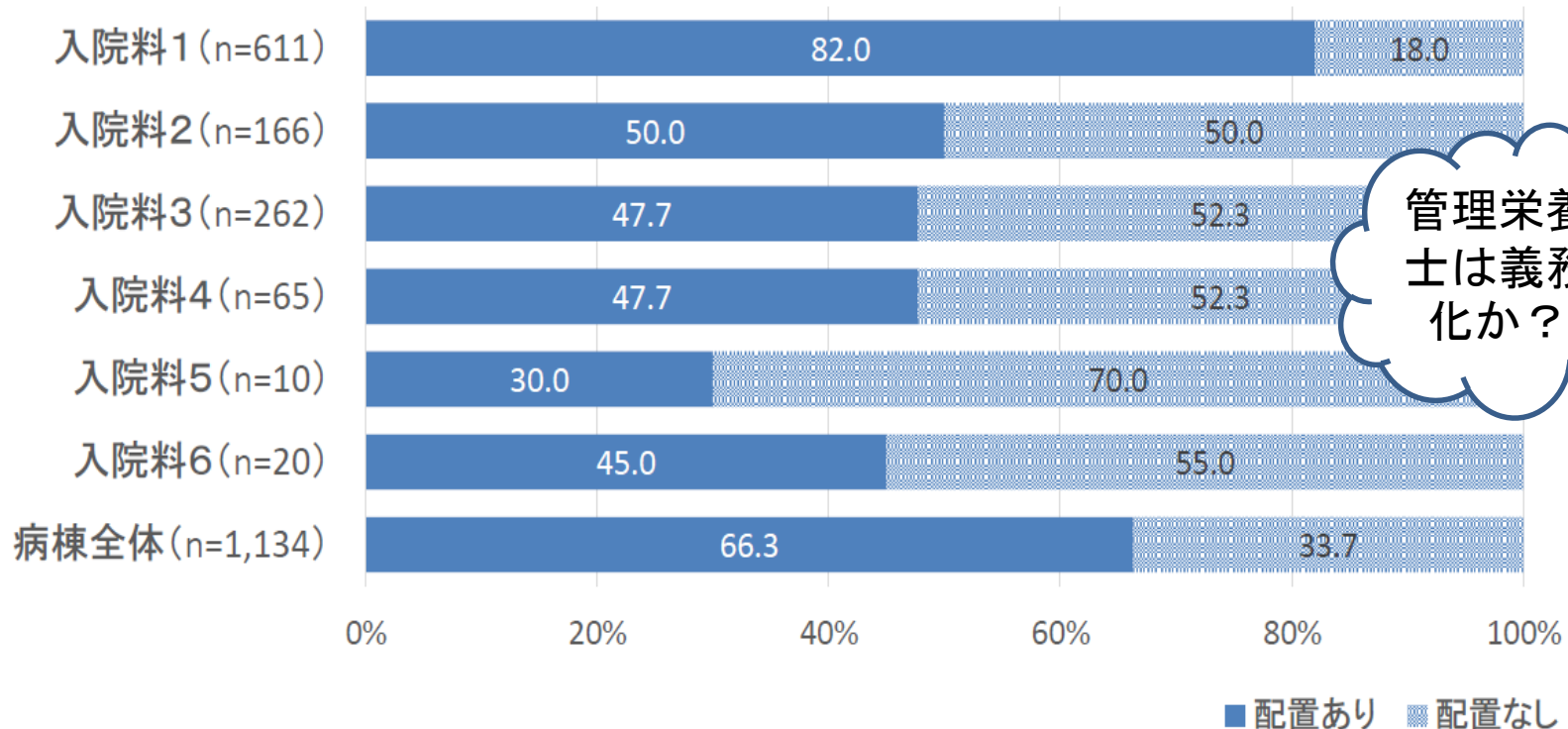
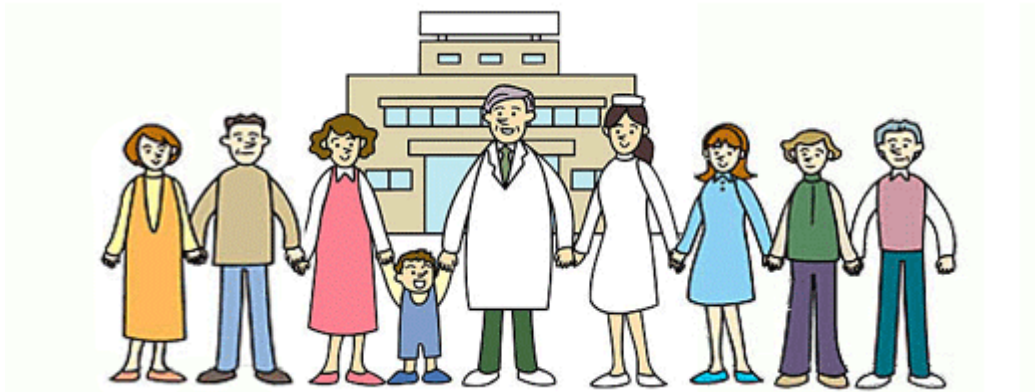


図 回復期リハ病棟入院料別の専従または専任管理栄養士配置状況

パート3

地域包括ケアシステムと 栄養・食事



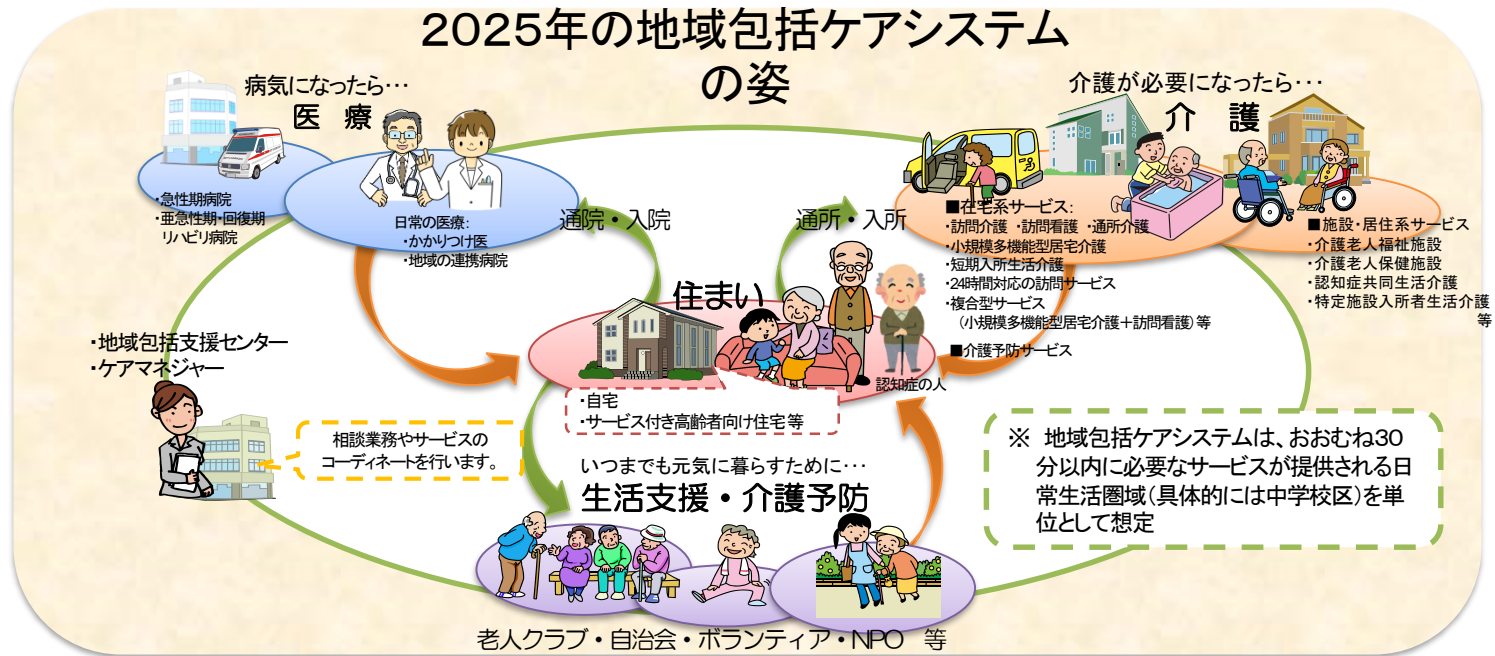
地域包括ケアシステムとは

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

地域で医療・介護・生活支援
のパッケージを届ける

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ますようになります。
- 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。



人口1万人、中学校区、駆け付け30分圏域

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マネジメントを組み込むことが必要
 - 食と栄養が健康の基盤

地域包括ケアシステム
から「栄養」がすっぽり
抜けている！？

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 東京都昭島市

管理栄養士・臨床栄養師 佐藤 悦子

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

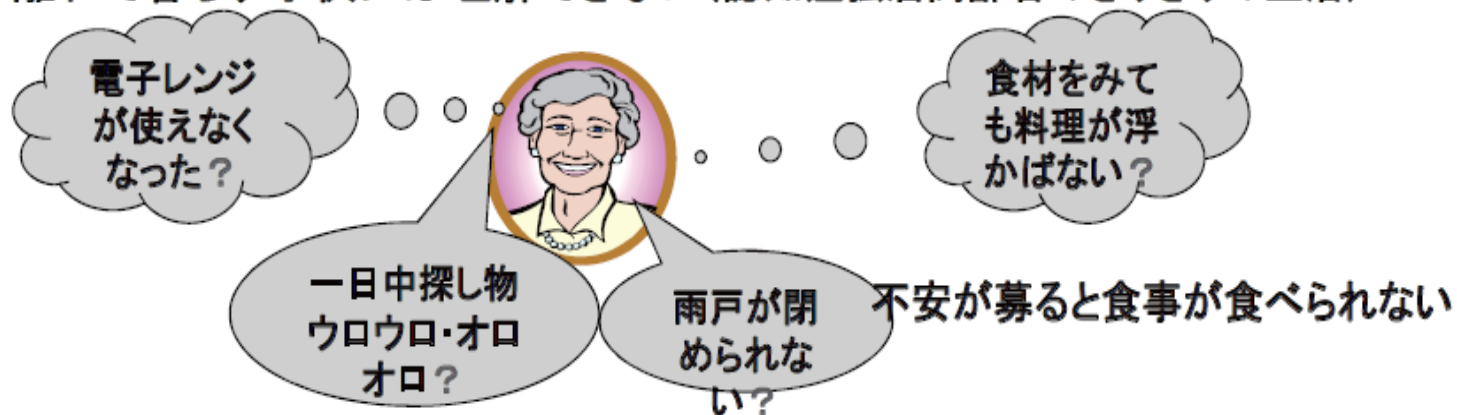
<栄養ケアマネジメントのヒント>

- ◆ 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とう

(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

2. 地域高齢者の実態から 見えるニーズ

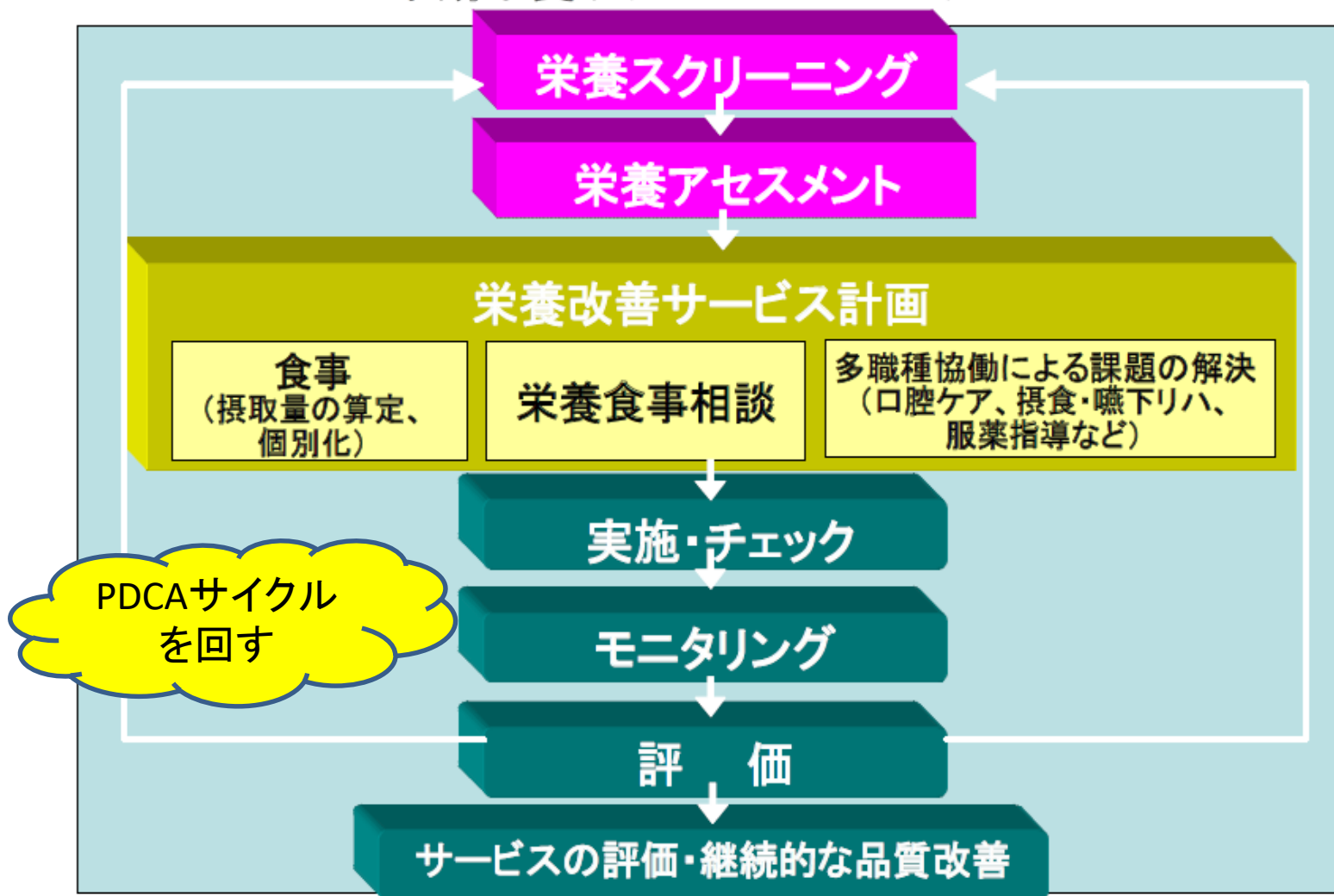
1) 地域高齢者の実態

- 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

まず現場を見ること
栄養アセスメントを
行うこと

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)

在宅療養患者への訪問栄養食事指導

- 在宅療養患者への訪問栄養食事指導により、体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、ADL及びQOLも改善。
- 在宅療養患者の栄養上の主な課題は、体重や間食の管理、誤嚥の予防など多様である。

[研究参加者]

在宅療養中の高齢者男女62名
(平均76.2±9.6歳、要介護度3.0±1.6)

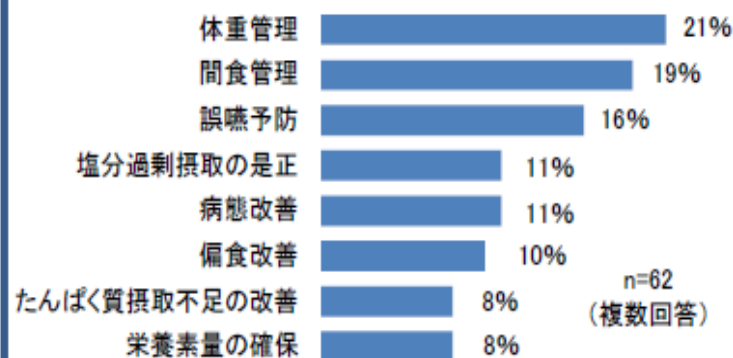


図 研究対象者における訪問指導時の栄養上の主な課題及びニーズ

なお、在宅訪問栄養食事指導が新規の患者では、「誤嚥予防」と「病態改善」のニーズがそれぞれ50%であった。



管理栄養士による
訪問栄養食事指導
(1.6±0.7回)

指導継続者
53名

脱落者
9名

介入後
(3か月後)



体重、BMIが有意に増加し、栄養状態、ADL及びQOLも改善

表 継続群の介入時と介入後の比較

| | 介入前 | 介入後 | P値 |
|-------------------------|-----------|-----------|------|
| 体重(kg) | 50.1±10.3 | 51.0±10.1 | 0.01 |
| BMI(kg/m ²) | 21.2±3.4 | 21.4±3.2 | 0.01 |
| 栄養状態[NMA®](点) | 20.1±4.4 | 21.1±3.6 | 0.05 |
| ADL[Barthel Index](点) | 52.4±32.7 | 54.7±32.2 | 0.01 |
| QOL下位尺度(点) | 44.8±7.2 | 46.7±6.7 | 0.05 |

平均±標準偏差, n=53

MNA®: Mini Nutritional Assessment®

「QOL下位尺度」はSF-8のMH(心の健康)

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充②

- 指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う。

【外来・入院栄養食事指導料※1】

(概ね15分以上) 130点

※1 入院栄養食事指導料1は130点、2（有床診において、当該有床診以外の管理栄養士が指導を行う場合）は125点



【外来・入院栄養食事指導料※2】

イ 初回（概ね30分以上）
260点

ロ 2回目以降※3（概ね20分以上）
200点

※2 入院栄養食事指導料2のイは250点、ロは190点とする。

※3 入院栄養食事指導料については「2回目」

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！

介護



栄養士



通院 通所



訪問介護
・看護



自宅・ケア付き
高齢者住宅

住まい

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

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

パート4 スキルミクスとは？



スキルミクス (Skill Mix)

- スキルミクスの日本語訳
 - 「職種混合」、「多能性」と訳されている
 - 最近では、「多職種協同」とも訳されている
- スキルミックスとは
 - もともとは看護職における職種混合を意味していた
 - 看護スキルミクス
 - 看護師、准看護師、看護助手というように、資格、能力、経験、年齢などが異なるスタッフを混合配置することを指していた

スキルミクス

- 最近では、その概念が拡張されて、医療チームの中でそれぞれの職種の役割の補完・代替関係を指したり、ひろくは多職種ของทีม内部における職種混合のあり方や**職種間の権限委譲・代替、新たな職能の新設**などを指し示す概念となっている。

スキルミックスの概念の歴史

- スキルミックスの概念は1990年代に医師不足、看護師不足に悩んだOECD諸国で、その養成にも維持にも時間とコストがかかるこれら職種の在り方や機能が議論された結果、生まれた概念である。
- スキルミックスは現在の日本でも避けては通れない議論となっている。

医師と看護師のスキルミックスの例

- 特定集団の機能強化(Enhancement)では看護師主導のプライマリヘルスケア、とくに慢性疾患を管理のほうが、従来の医師主導より良い結果が出ているとの報告もある。
- OECD諸国のスキルミックスの例
 - 看護師への限定的処方権、検査オーダー権
 - 一定の条件下での看護師による死亡診断の承認

ナース・プラクティショナー (診療看護師)

医師と看護師のスキルミクス



ナース・プラクティショナー (NP)

- NPの歴史

- 1965年のコロラド大学で養成が始まる

- 僻地での医療提供を目的

- 現在NPは看護師人口の4%、15万人が働く

- ①小児、②ウイメンズヘルス(女性の健康)、③高齢者、④精神、⑤急性期など5領域
- 救急、家族、新生児などの領域

- NPの業務範囲

- プライマリーケア、予防的なケア、急性期及び慢性期の患者の健康管理、健康教育、相談・助言など

- 限定された薬の処方や検査の指示を出す権限も州によっては認められている。

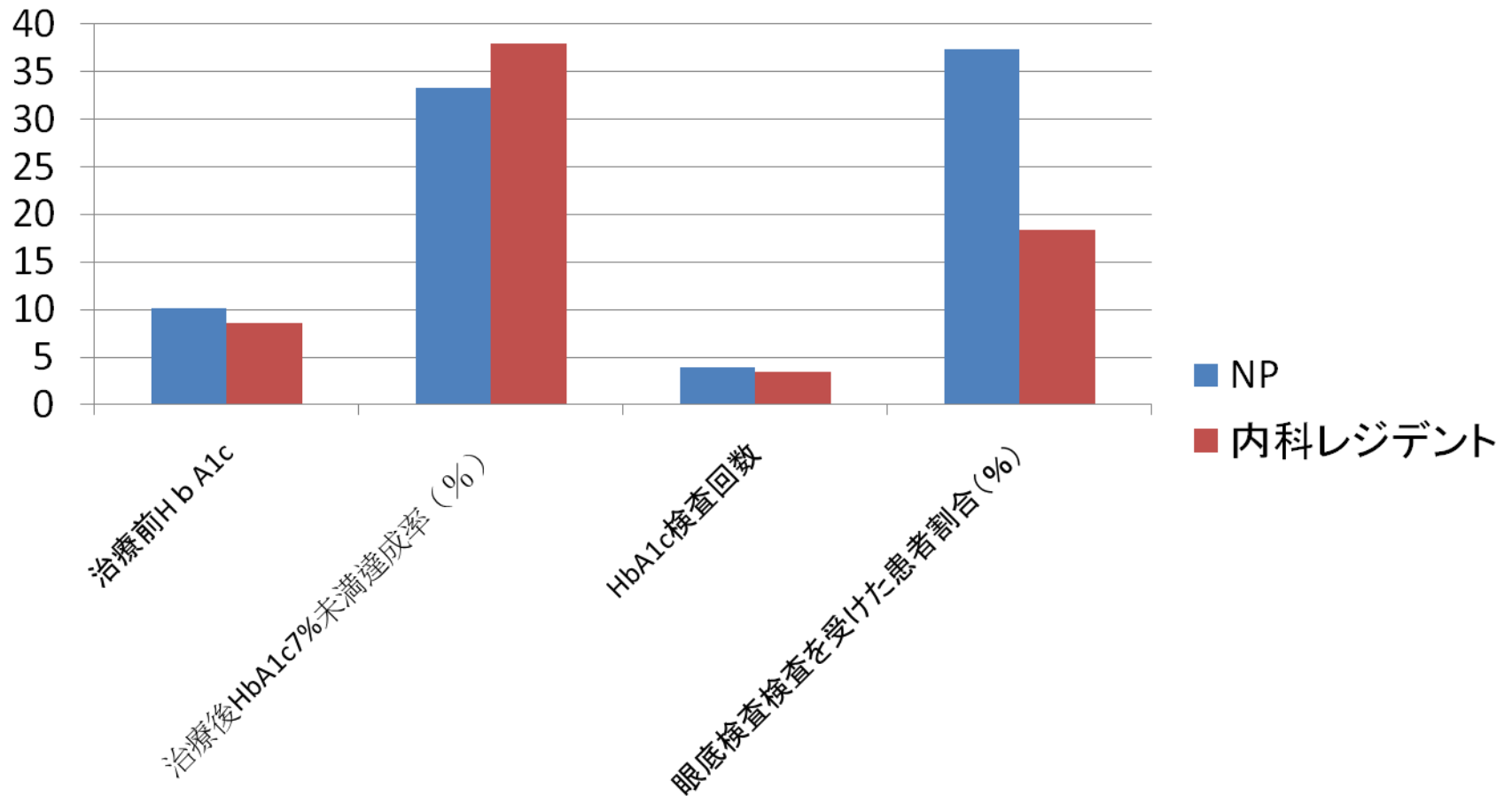
NPの業務

- **フィジカルアセスメント**
 - 患者の正常所見と異常所見の判別を行う
- **検査オーダー、処方**
 - 急性期や慢性期の健康管理では、感染や外傷患者、糖尿病や高血圧患者に対し、医師とあらかじめ協議したプロトコールに基づいて、NPは診断に必要な臨床検査やレントゲン検査の指示を出し、その結果を分析し、必要な薬剤の処方や処置の指示を出す
- **患者健康教育、カウンセリング**

NPの臨床パフォーマンス評価

- NPと内科レジデントの臨床パフォーマンス比較評価
 - ミシシッピ大学医療センターKristi Kelley 博士ら
NPと内科レジデントの比較
 - NPクリニック受診患者47例
 - 内科レジデント受診患者87例
 - 評価項目
 - 血糖値、血圧値、脂質コントロール、アスピリン療法、眼底検査、微量アルブミン尿およびACE阻害薬の使用など糖尿病管理と糖尿病合併

NPと内科レジデントの評価



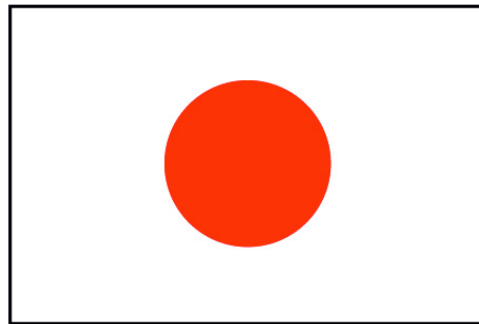
NPの評価

- 「ナース・プラクティショナー, 医師アシスタント, 助産看護師 の政策分析」
 - 連邦議会技術評価局 (OTA) 1985年
 - 「NPのケアの質は医師と同等であり, 特に患者とのコミュニケーション, 継続的な患者の管理は医師よりも優れている」
 - 「過疎地住民, ナーシング・ホーム在院者, 貧困者など医療を受ける機会に恵まれない人々にNPは有効である」

米国のNPの養成

- NPの養成課程
 - 大学院の修士課程
 - 独自の養成校
 - 9ヶ月のコース
- 入学条件
 - 高卒以上、登録看護師(RN)
 - 病院や診療所の実務経験(数年)
- カリキュラム
 - 最初の4ヶ月
 - 学校内で講義と実習、とくに診断のための診察技術の訓練
 - 後半5ヶ月
 - 病院や保健センターでの実習を行う

我が国における スキルミックスの現状



日本版ナースプラクティショナーは
実現可能か？

| NP養成大学名 | NPプログラムの特徴 | 開始年 |
|-------------|--------------------------|-------|
| 大分県立看護科学大学 | 慢性期NP(老年/小児) | 2008年 |
| 国際医療福祉大学 | 慢性期/周術期 (周術期は2010年開始) | 2009年 |
| 聖路加看護大学 | 小児/麻酔 (麻酔は2010年開始) | 2009年 |
| 東京医療保健大学東が丘 | クリティカル | 2010年 |
| 北海道医療大学 | プライマリ・ケア | 2010年 |
| 聖マリア学院大学 | 家族 | 2010年 |

国際医療福祉大学大学院

NP養成コース

- 国際医療福祉大学大学院修士課程
 - 「自律して、または医師と協働して診断・治療等の医療行為の一部を実施することができる高度で専門的な看護実践家を養成する」
 - 「NPの実践家としての能力獲得のために、演習・実習を重視した」
- カリキュラム
 - 1年目は講義と演習が中心
 - 病態機能学、臨床薬理学、臨床栄養学、フィジカルアセスメント学、診断学演習など外来患者の疾患管理に必要な知識と方法について学ぶ。
 - 3つのP(フィジカルアセスメント、ファーマコロジー、パソフィジオロジー)
 - 2年目からは医療現場での実習カリキュラム
 - 国際医療福祉大学の関連の三田病院(東京港区)や熱海病院(静岡県熱海市)でマンツーマンで医師につき、医師の指示の下で、診療の具体的なやり方を学ぶ
 - 生活習慣病患者の外来での生活指導、退院後のフォローアップ
 - 学習領域は代謝性障害と循環器障害が中心

国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス)
ナースプラクティショナー養成講座1年生





国際医療福祉大学三田病院で学ぶ
ナース・プラクティショナー養成コース2年生

パート5

スキルミクスと看護特定行為




日本版スキルミクス

看護特定行為の導入



「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」
(座長:有賀徹・昭和大学病院院長)



医療介護関連一括法成立 (2014年6月18日)

看護特定行為(保助看法改正)

看護特定行為制度の概要

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助(例えば脱水時の点滴(脱水の程度の判断と輸液による補正)など)を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支える看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の大きな狙いのひとつ。
- 本制度は2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(医療介護一括法)の中の保助看法の改正に基づく。

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

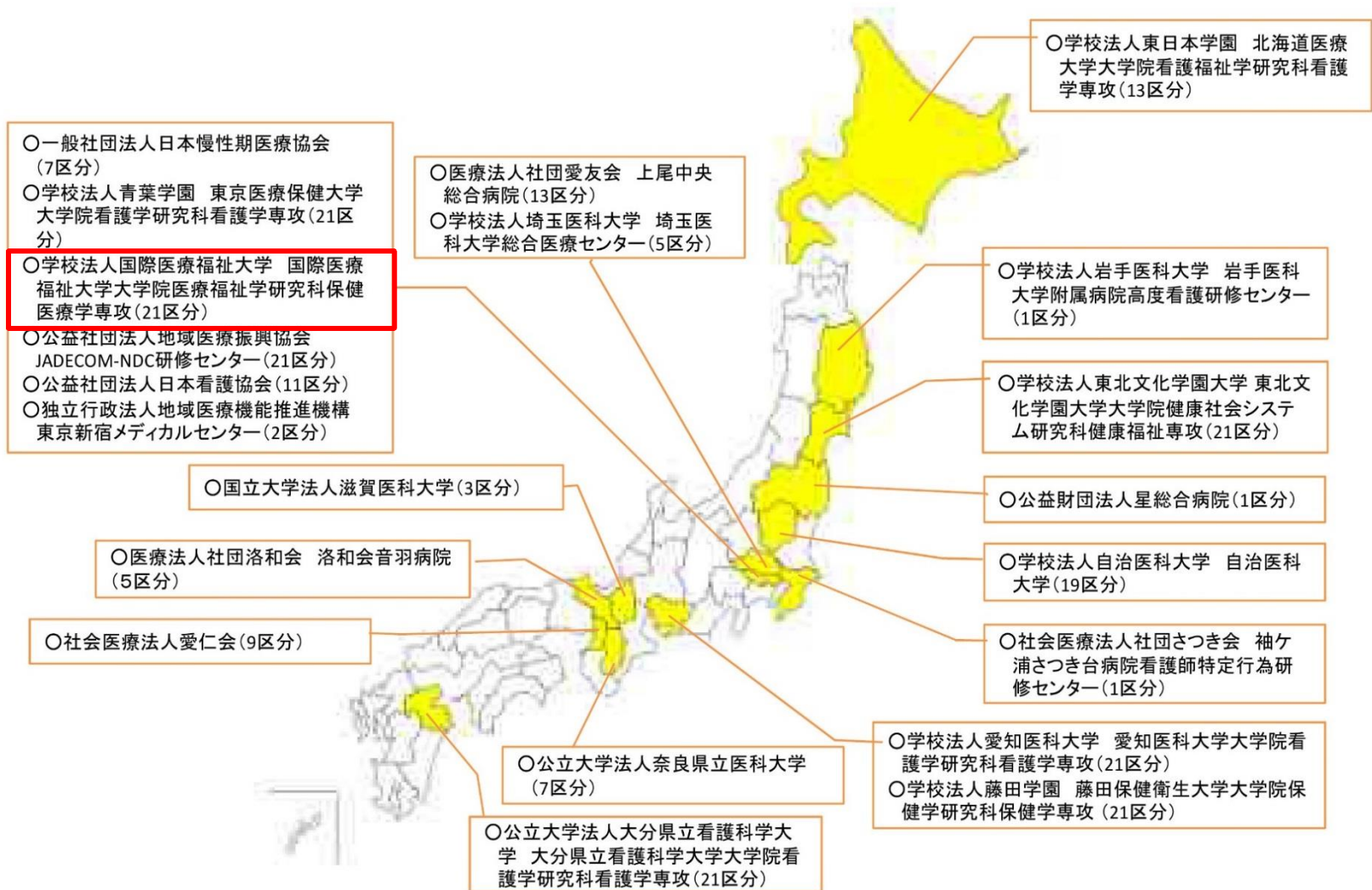
| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整 |
| 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 |
| 人工呼吸器からの離脱 | |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 気管カニューレの交換 |
| 循環器関連 | 一時的ペースメーカーの操作及び管理 |
| | 一時的ペースメーカーリードの抜去 |
| | 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 |
| | 大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整 |
| 心嚢ドレーン管理関連 | 心嚢ドレーンの抜去 |
| 胸腔ドレーン管理関連 | 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更 |
| | 胸腔ドレーンの抜去 |
| 腹腔ドレーン管理関連 | 腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。) |
| ろう孔管理関連 | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 |
| | 膀胱ろうカテーテルの交換 |
| 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連 | 中心静脈カテーテルの抜去 |
| 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 |

| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------|--|
| 創傷管理関連 | 褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 |
| | 創傷に対する陰圧閉鎖療法 |
| 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 |
| 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 |
| | 橈骨動脈ラインの確保 |
| 透析管理関連 | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |
| | 脱水症状に対する輸液による補正 |
| 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与 |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | インスリンの投与量の調整 |
| 術後疼痛管理関連 | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 |
| | 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 |
| | 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 |
| | 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 |
| | 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 抗けいれん剤の臨時的投与 |
| | 抗精神病薬の臨時的投与 |
| | 抗不安薬の臨時的投与 |
| 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整 |

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)

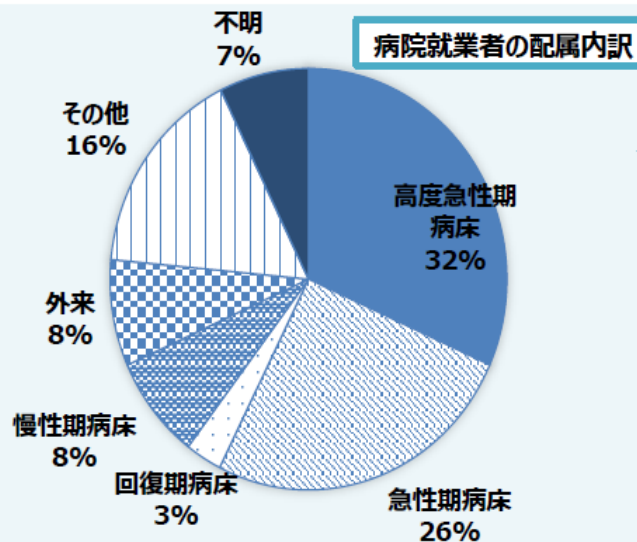
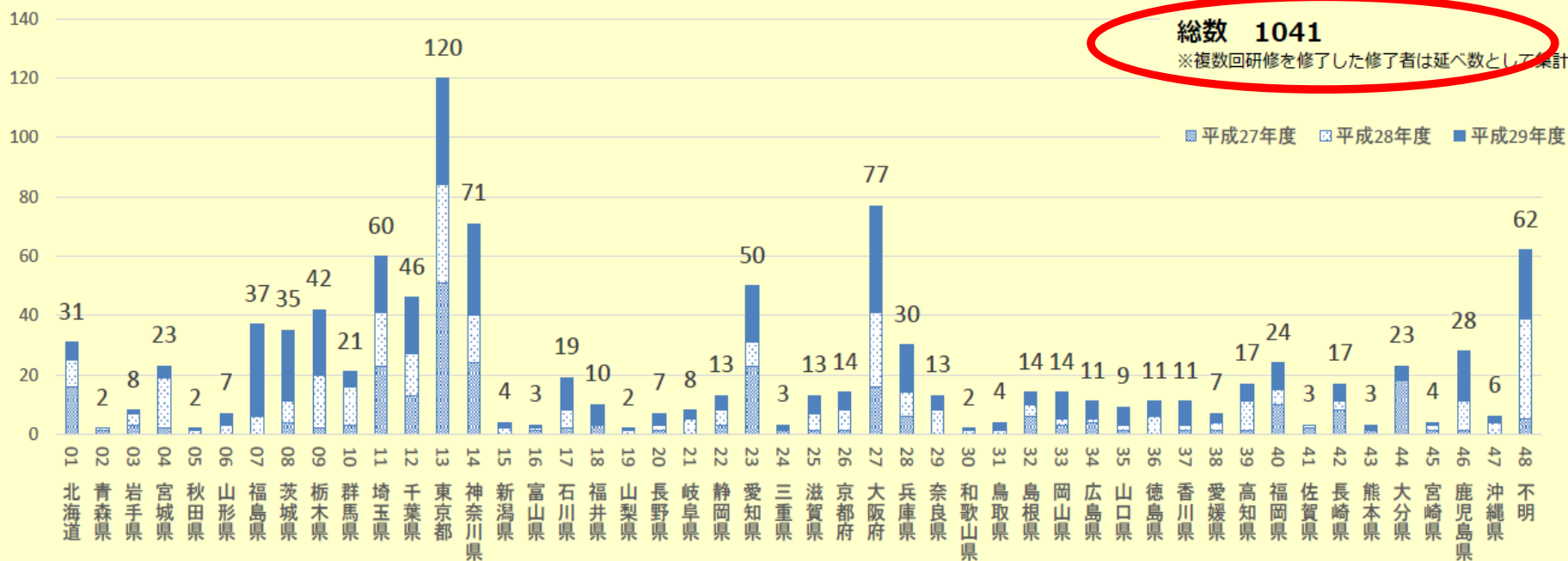
特定行為研修を行う指定研修機関

現在、130施設



都道府県別 特定行為研修修了者就業状況

(平成30年3月現在 看護課調べ)



【就業場所別修了者数】

| 就業場所 | 修了者総数 | 割合 | 2017年度修了者 | 2016年度修了者 | 2015年度修了者 |
|------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 病院 | 870 | 84% | 373 | 270 | 227 |
| 診療所 | 11 | 1% | 2 | 4 | 5 |
| 訪問看護ステーション | 47 | 5% | 29 | 14 | 4 |
| 介護施設 | 15 | 1% | 6 | 5 | 4 |
| その他 | 36 | 3% | 10 | 8 | 18 |
| 不明 | 62 | 6% | 23 | 34 | 5 |
| 総数 | 1041名 | 100% | 443名 | 335名 | 263名 |

特定行為研修

「共通科目」

看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能であって、全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修



「区分別科目」

看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能であって、特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修

【別紙】共通科目の各科目及び区分別科目

共通科目

| 共通科目の内容 | 時間数 |
|-------------|-----|
| 臨床病態生理学 | 45 |
| 臨床推論 | 45 |
| フィジカルアセスメント | 45 |
| 臨床薬理学 | 45 |
| 疾病・臨床病態概論 | 60 |
| 医療安全学 | 30 |
| 特定行為実践 | 45 |
| 合 計 | 315 |

区分別科目

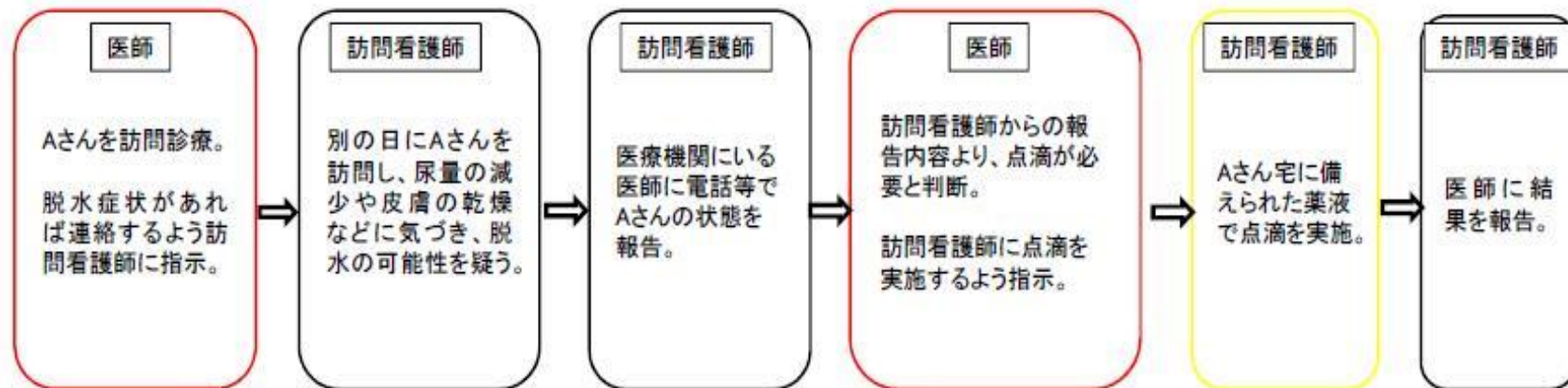
| 特定行為区分 | 時間数 |
|-------------------------------------|-----|
| 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 22 |
| 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 63 |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 21 |
| 循環器関連 | 45 |
| 心嚢ドレーン管理関連 | 21 |
| 胸腔ドレーン管理関連 | 30 |
| 腹腔ドレーン管理関連 | 21 |
| ろう孔管理関連 | 48 |
| 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連 | 18 |
| 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連 | 21 |
| 創傷管理関連 | 72 |
| 創部ドレーン管理関連 | 15 |
| 動脈血液ガス分析関連 | 30 |
| 透析管理関連 | 27 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 36 |
| 感染に係る薬剤投与関連 | 63 |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | 36 |
| 術後疼痛管理関連 | 21 |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 | 60 |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 57 |
| 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | 39 |

<留意事項>

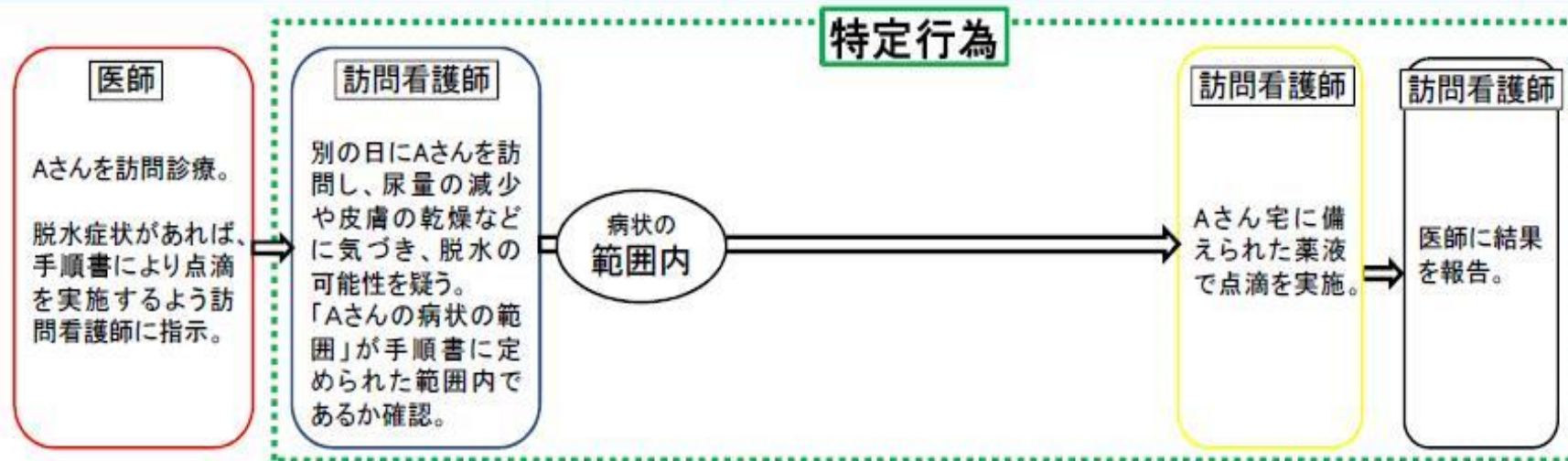
- 各指定研修機関において必要と考える専門的な内容について、各指定研修機関の判断により特定行為研修の内容に追加することは差し支えない。
- 共通科目の各科目及び区分別科目の時間数には、当該科目の評価に関する時間も含まれる。

在宅療養中の脱水をくり返す患者Aさんの例

研修を修了していない訪問看護師の場合



研修を修了した訪問看護師の場合



(イメージ)

手順書

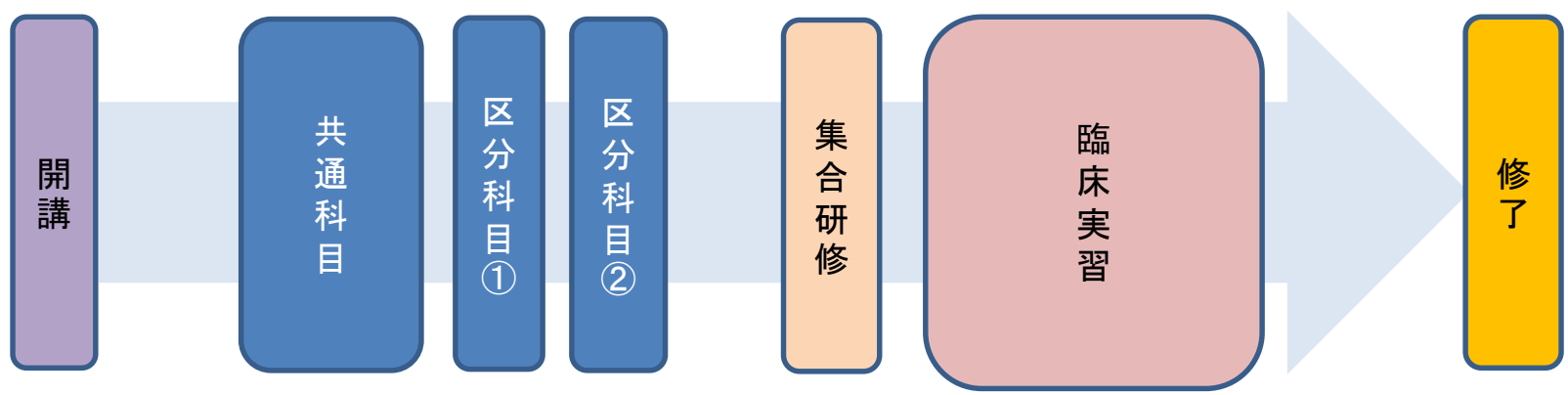
- 患者の病状の範囲： 経口摂取量の低下や排尿回数の減少があり、皮膚のツルゴールの低下を認める
- 診療の補助の内容： 病状の範囲に合致する場合は、輸液による補正を実施
- 病状の範囲逸脱時の連絡体制： 手順書による指示を行った医師に連絡する
- 行為実施後の医師への報告方法： 手順書による指示を行った医師に実施結果を報告する

シミュレーターを使った実習



日本慢性期医療協会 看護師特定行為研修例

eラーニング



4月から9月 10月から翌年3月

国際医療福祉大学三田病院の特定 看護師さん(循環器)



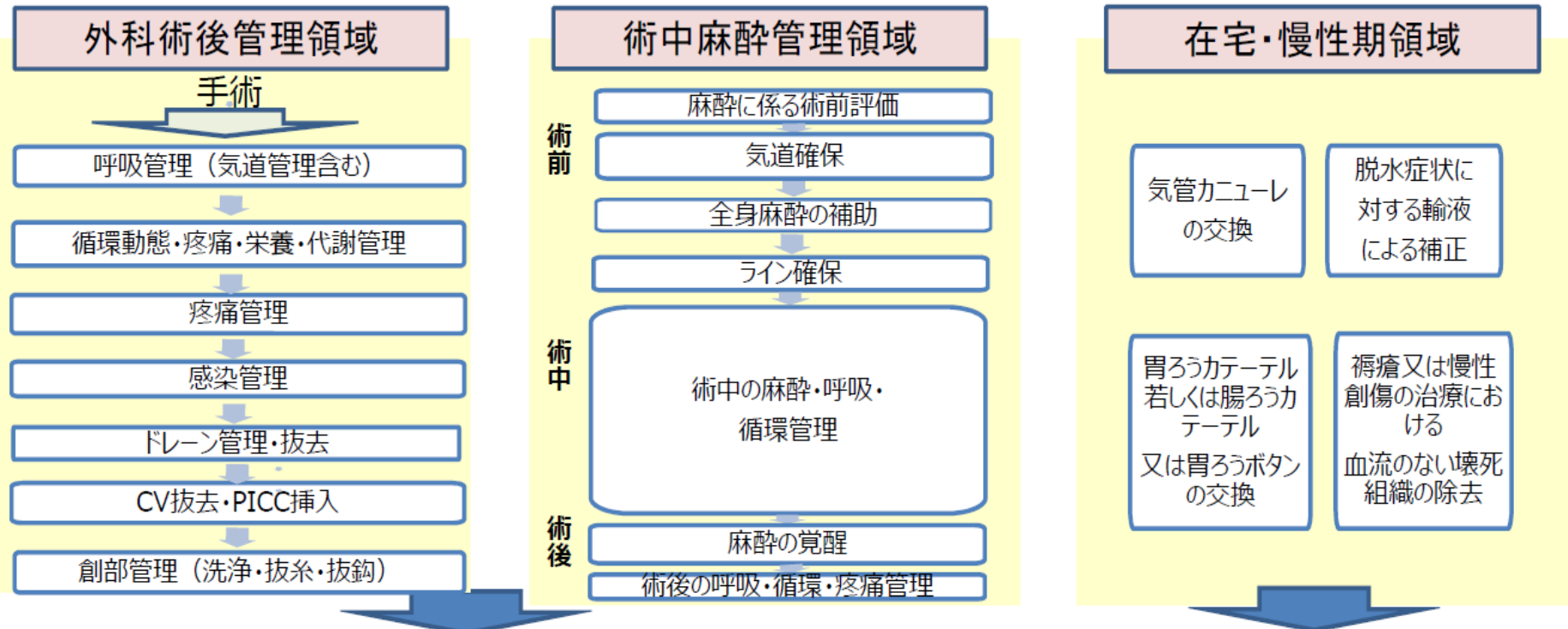
鶴巻温泉病院の看護特定行為

- 特定行為の看護師さんが褥瘡・ろう孔管理で大活躍



特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、週7時間程度の時間がこれに相当する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
- 特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む。）における業務分担が進むことが期待される。



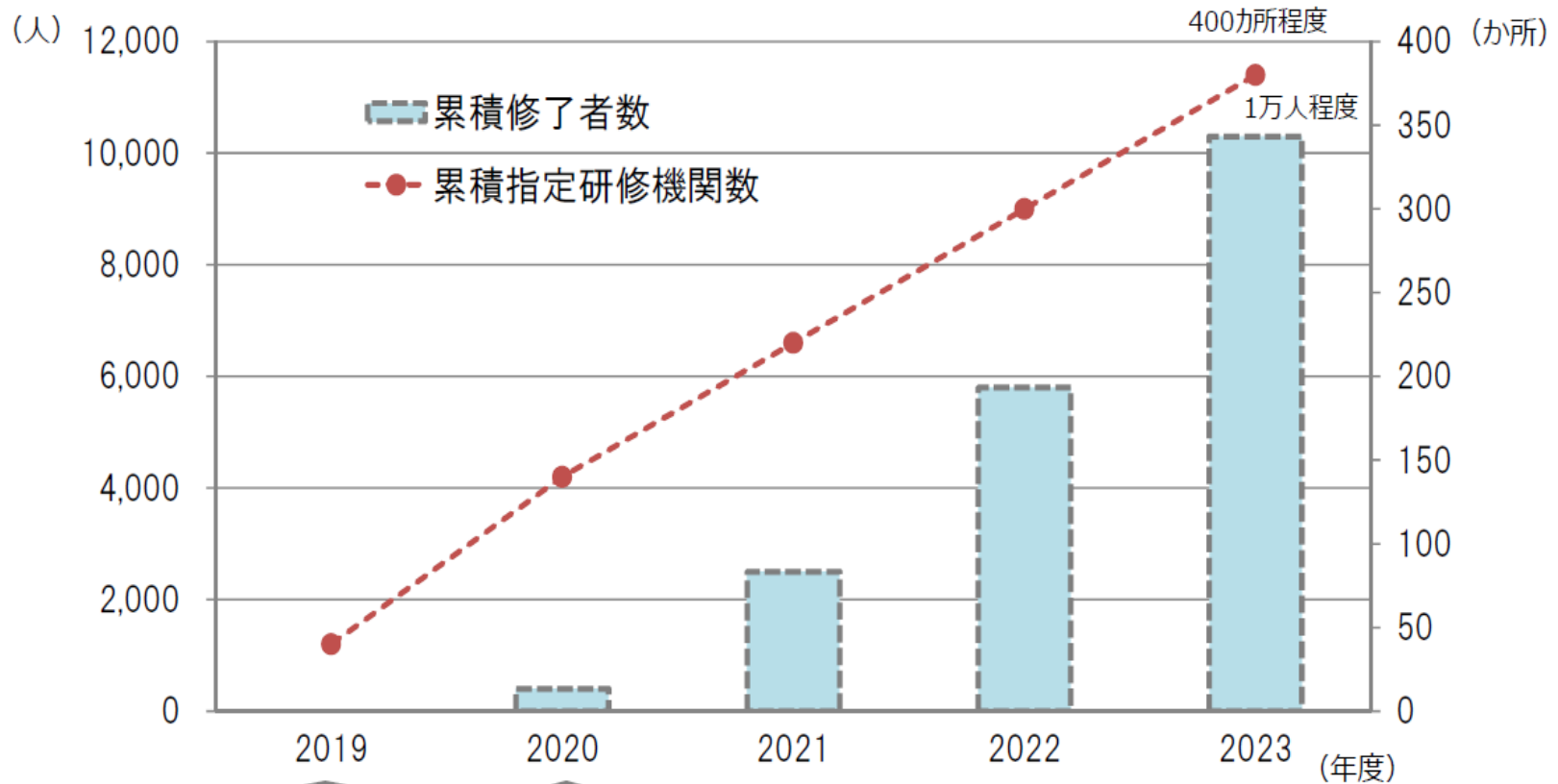
外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

在宅・慢性期領域において、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する患者に柔軟な対応が可能に。

特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

○ 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



省令改正 (パッケージ研修創設)
パッケージ研修を実施する
指定研修機関の申請開始

パッケージ研修
開始

特定行為看護師を 2024年までに 1万人まで増やそう！

現在、医政局看護課
と指定研修機関、指
導者、研修修了者の
実態調査中



すべての大学病院
が特定行為の指定
研修機関へ！

次期2020年診療報酬改定で
さらなるチーム医療とスキルミクス
評価を！

今日のまとめ

- ・チーム医療に求められるのはアウトカム
- ・チーム医療からスキルミクスへ
- ・看護特定行為に注目しよう！
- ・2020年診療報酬は働き方改革改定になるだろう

2040年～医療&介護のデッドライン



2040年—— 医療&介護の デッドライン

武藤正樹 国際医療福祉大学大学院 教授
MASAKI MUTO

2040年——団塊世代700万人が
死に場所難民になる
超高齢化社会
そのピークまであと20年

2040年に向かう“潮流”に沿って、
今後どのような地域・医療・介護の体制が構築されていくか、
医療機関と介護施設は今後どの方向に舵を切るべきか——

医学通信社



- 団塊世代“大死亡時代”の航海図
- 武藤正樹（国際医療福祉大学大学院教授）著
- 2019年11月 刊行予定
- 予約受け付け中
- 1800円

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
mutoma@iuhw.ac.jp