

参考資料

社団法人 日本看護協会

【1】24時間体制・ターミナルケアを提供する訪問看護ステーションの評価

○ 持続点滴や尿道留置カテーテルのトラブル、認知症による不穏行動など、医療ニーズの高い利用者は夜間に訪問看護が必要な場合が多い。医療保険の「24時間連絡体制加算」は、1月につき2,500円(介護保険「緊急時訪問看護加算」は5,400円)。サービスに見合った報酬ではなく、経営上、24時間体制をとることが困難。

○ ターミナルケアとは、終末期の医療処置、水分・栄養管理、排泄コントロール、痛みの緩和のための療養指導、本人・家族への心理的サポート、死後の処置、遺族への精神的支援などである。

※訪問看護の「ターミナルケア加算」は15,000円だが、医師の「在宅ターミナルケア加算」は、看取りに立ち会うと100,000円

【2】訪問看護ステーションにおける衛生材料※の常備

○ 褥瘡の処置、尿道留置カテーテルの交換、点滴など、処置をする看護師が、薬事法により衛生材料を管理できないことにより、患者負担の増大と迅速な処置対応の阻害による在宅医療の質の低下をきたしている。夜間の尿閉、点滴のつまりなどのトラブルが発生した場合、訪問看護ステーションに衛生材料を常備していないため、すみやかに的確な対応を行うことが困難。救急車で病院に搬送する例もある。

⇒薬事法に規定されている衛生材料の取り扱いを緩和し、処置の実施者である訪問看護師が常備できるようにする必要がある。

※衛生材料:生理食塩水、キシロカインゼリー(尿道カテーテル交換に使用)、消毒液、尿道カテーテル、点滴セット等

【3】 訪問看護の裁量を拡大

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

※ その他の訪問看護の評価における課題

- 退院調整の評価が低い。認知症や医療機器を装着したまま退院となる神経難病、がん末期の患者等、在宅に向けた退院指導が1回(6,000円)しか算定できない。2回目以降は無償となっている。
※医師の場合は10,000円2回まで算定可
- 退院当日の訪問看護が認められていない。重症度の高い患者(がん末期、神経難病等)には無償で実施している実態がある。
- 週4回以上の訪問の対象者が限定されている。
インシュリン注射、胃ろう・経管栄養・吸引・吸入等のケアは、毎日訪問が必要

【4】 地域連携の推進 ⇒ 拠点訪問看護ステーション※の設立

かかりつけ訪問看護ステーションの推進

【説明】

地域包括支援センターと拠点訪問看護ステーションが連携する。

一人ひとりの高齢者がかかりつけ訪問看護ステーションが担当し、疾患の管理や家族への相談・指導などを行う。地域包括支援センターでは、年1回の生活機能評価を義務付け、全ての後期高齢者について健康状態と医療・介護ニーズの把握・対応を行う。事前指示書(リビング・ウィル)により、高齢者の尊厳(意思決定)を確認する。拠点訪問看護ステーションとそれらの情報を共有し、かかりつけ訪問看護ステーションが支援を提供する。後期高齢者は困ったときに、気軽に相談や看取りの意思決定に対する支援を受けることができる。

※拠点訪問看護ステーション

- ①後期高齢者の疾病管理を担う機関として、各市町村に拠点訪問看護ステーションを設置する。
- ②地域包括支援センターと連携し、後期高齢者がかかりつけ訪問看護ステーションに振り分け、疾患の管理や家族への相談・指導を実施する。
- ③拠点訪問看護ステーションには、認定看護師・専門看護師等の専門性の高い看護師を配置する。かかりつけ訪問看護ステーションへのコンサルテーションや、困難事例に対応する。
- ④拠点訪問看護ステーションは24時間体制をとり、一定の薬剤・特定保険医療材料を管理する。

【5】 訪問看護を担う人材の養成

○在宅医療の推進と質の向上に向けて、人材育成が喫緊の課題。訪問看護師が認知症やターミナルケア等後期高齢者のニーズに対応できるよう、研修体制の整備を行う。

○訪問看護認定看護師の活用 …… 現在18名が活躍中(2006年度開始)

在宅医療の推進には、訪問看護の拡がりが必要

○訪問看護ステーションが実施するケア

「病状観察・医療処置等」、「療養上の世話・予防」が中心。

○利用者への具体的な医療処置

バイタルサインのチェック、栄養・排泄・呼吸・心理面など全身状態のアセスメント、経管経腸栄養、人工肛門・人工膀胱の管理、膀胱留置カテーテルの交換・導尿、点滴・注射、褥瘡の予防処置・創傷処置、人工呼吸器・酸素療法の管理、モニター測定機器の管理、リハビリテーションなど。

○ターミナルケア

訪問看護ステーションは、ターミナルケア（終末期の医療処置、水分・栄養管理、排泄コントロール、痛みの緩和のための療養指導、本人・家族への心理的サポート、死後の処置、遺族への精神的支援等）を実施。

訪問看護の推進を阻む要因

訪問看護に対する評価が低い、経営が成り立たず、人事管理（採用・定着）も難しいことから、事業の開始・継続が困難。

○訪問看護ステーション事業所数

平成17年は5,309カ所であり、ゴールドプラン21策定時の目標9,900カ所の約5割しか到達していない

看護職は後期高齢者の在宅医療や終末期医療において、人間らしさを尊重した生活を支援する上で欠かせない存在。
（在宅ケア先進国では、在宅医療は看護職が中心）

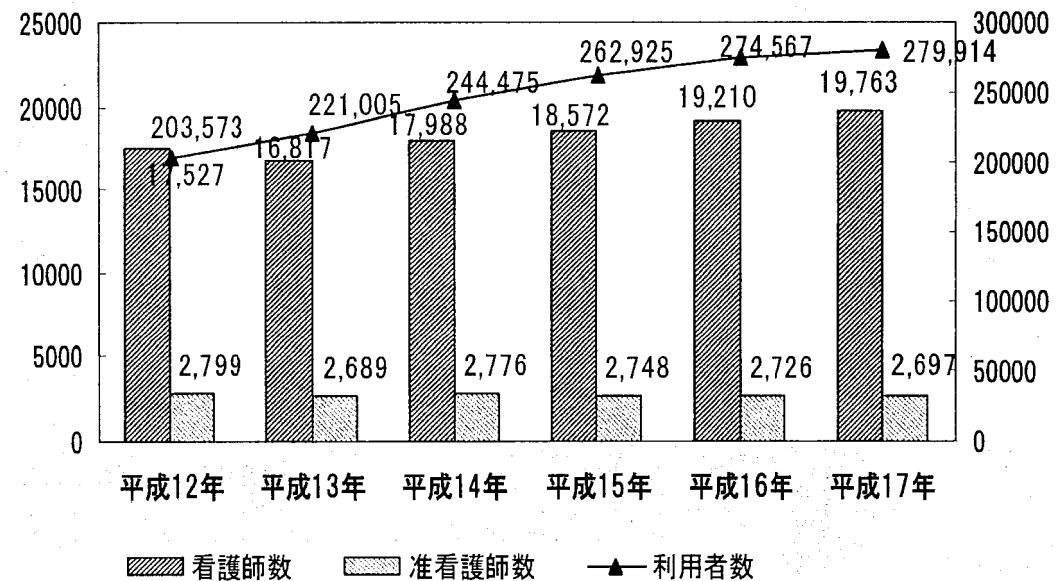
高齢者やその家族に寄り添い、療養生活の具体的な支援や精神的サポートを行う訪問看護の包括的ケアは重要

ターミナルケアを提供しているのは看護職



適正な評価による訪問看護の拡充を！

訪問看護ステーション看護職員数と利用者数の推移



※看護師数には保健師、助産師を含む。

出典：介護サービス施設・事業所調査

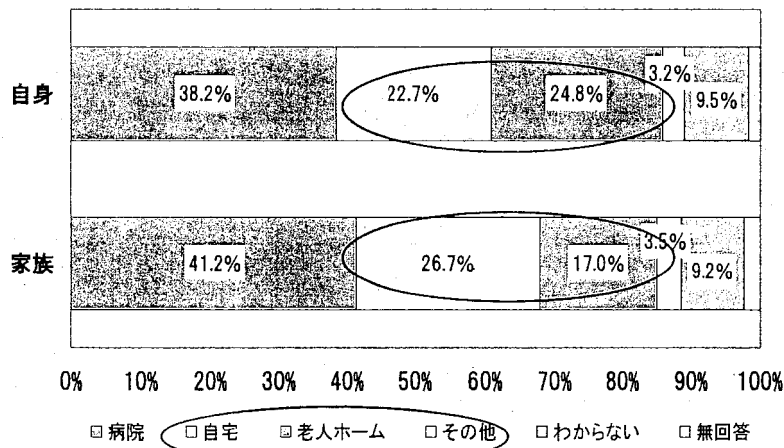
高齢者が自宅以外で生活できる居住と看取りの場の充実

⇒ 医療ニーズが高い利用者を対象とした

療養通所介護の機能の拡大

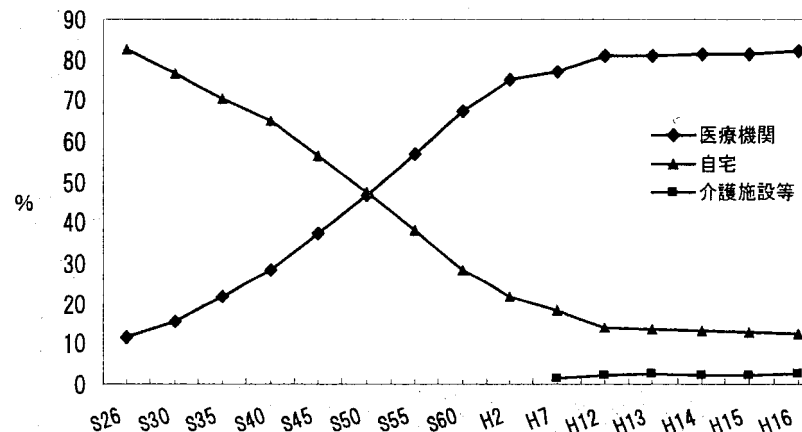
- 訪問看護ステーションに、通所、ショートステイ、入所機能を持つ小規模の療養生活支援の場（ナーシングホームなど）を併設し、ケアハウス、グループホームで看ることが困難な医療ニーズの高い利用者を中心に、看取りまで受け入れる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受け、介護保険の適用とする。
- ナーシングホームでは、介護保険施設のような医師の配置を設けず、看護職が施設長となる。かかりつけ医の訪問診療を外部サービスとして、費用の適正化を図る。

終末期医療に対する国民の意識



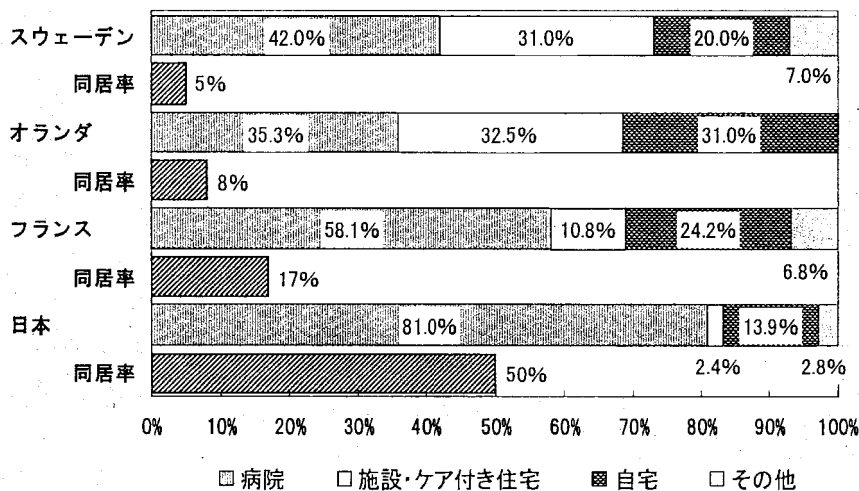
出典:平成16年「終末期医療に関する調査等検討会」報告書より改編

死亡の場所別にみた死亡数構成割合の年次推移



出典:平成17年 人口動態統計(厚生労働省大臣官房統計情報部)

要介護高齢者の死亡場所と同居率



出典:平成13年「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究」医療経済研究機構より改編

- 国民のおよそ5割が終末期の療養場所として「病院以外」を希望。
- しかし、昭和52～53年を境に、「医療機関」における死亡が「自宅」における死亡を上回り増加の一途。
- 「介護施設等」における死亡は依然として少数派。

- わが国では核家族化による独居高齢者・老老世帯の増加により、介護力のない世帯が増加。
- 他の先進諸国では同居率が低くても在宅死の割合は高い(オランダでは同居率8% 在宅死31.0%)。

- 訪問看護利用終了者(入院・入所を含む)で死亡した者(利用者全体の38.7%)のうち自宅での死亡は48%

平成17年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書 日本訪問看護振興財団

在宅医療では、医療と介護の両方について、ケアニーズを持つ高齢者が多い。
しかし、現行の保険制度では、身体の状態に応じて医療保険と介護保険を使い分ける必要があり、国民にとって複雑で非常に分かりづらい体系である。

65歳以上の要介護認定者の場合、診療は医療保険、介護は介護保険。訪問看護は介護保険優先だが、厚生労働大臣の指定する特定疾病患者、がんターミナル患者と急性増悪により医師から特別訪問看護指示書が交付された患者（2週間に限る）については医療保険で算定する。

【例】ターミナルケアの算定要件

- ・死亡前2週間以内に複数回の訪問看護、24時間以内にターミナルケアを実施（医療保険）
- ・死亡前24時間以内にターミナルケアを実施、24時間体制、訪問看護記録書への記録（介護保険）

過剰な医療により、高齢者のQOLの低下をきたしている。

- ・90歳代の認知症高齢者に、身体拘束をしながら透析治療を継続する。
- ・誤嚥性肺炎の高齢者は管理の簡便性だけを目的とした胃管や胃ろう留置により表情が乏しくなる。一口でも経口摂取へ移行することにより、「口から食べる」楽しみ、喜びで表情が明るくなる。
- ・本人の意思が明確でないまま、医療処置を開始せざるを得ない救急医療の現状。リビングウィルがないため家族も延命治療に疑問を持ちつつ意思決定ができない。

過剰な医療を制限し、国民にとって分かりやすい報酬体系を導入。

後期高齢者の心身の特性を踏まえ、合併症の予防、苦痛の緩和など、QOL向上に寄与する総合的ケアの視点を重視した報酬体系とする。

後期高齢者医療における医薬品の適正使用と安全管理について

平成 19 年 3 月 9 日

日本薬剤師会

1. 高齢者における薬物治療の特性と留意点

- ① 加齢とともに複数の疾病を合併する割合が高くなり、使用薬剤数が増加する。また、複数の医療機関や診療科を受診する確率が高くなる。
- ② 高血圧など生活習慣病の罹患率が高く、長期にわたり薬物治療を受ける患者が増加する。
- ③ このため、副作用が発生しやすくなるとともに、重複投薬や薬物間の相互作用の危険性が高くなる。
- ④ また、腎臓機能、肝臓機能などの生理機能の低下により、薬物の作用が増強したり、副作用が発生しやすくなる。
- ⑤ さらに、視覚・聴覚機能の低下、認知症の増加、嚥下障害等を考慮すると、服薬の自己管理が困難となり、調剤工夫等による服薬援助が必要になる。

2. 医薬品の適正使用と安全管理のための取り組み

薬剤師としては、高齢者における薬物療法の特徴に留意し、薬物が有している作用や副作用に注目するなど、薬学的観点から医薬品の適正使用と安全管理のために、以下のような取り組みが不可欠である。

また、薬局においては、地域住民が休日・夜間等を含めていつでも利用可能となるよう、体制の整備・充実に努める。

(1) 入院医療

- ・ 使用薬剤数の増加に伴い副作用が発生しやすくなるため、副作用の未然回避や重篤化回避への対応をはじめ、副作用の発生時にも早期対応が可能となるよう、他の医療関係者と連携して、病棟での患者の服薬状況や身体の状態を常に観察する。

- ・ 退院時においては、入院中の使用薬剤等に関する情報提供を行い、退院後の医薬品の適正使用が確保されるよう薬局との連携を図る。

(2) 外来医療

- ・ 複数の疾病の治療において、複数の医療機関や診療科を受診する確率が高くなることに起因する重複投薬や相互作用を防止するためには、患者毎の使用薬剤の一元的管理が不可欠である。そのため、医療機関等との連携を図りつつ、どこの医療機関を受診しても同一の薬局で調剤を受ける、いわゆる「かかりつけ薬局」・「かかりつけ薬剤師」として活用されるよう体制整備を進める。

(3) 在宅医療

- ・ 患者の居宅や福祉施設では、使用薬剤の管理が十分に行われていない場合が多い。そのため、薬剤の保管状況や適切な服薬状況の確認と併せて、適切な服薬援助の必要性などが、入院医療や外来医療の場合とくらべてより一層高くなることから、他の医療職種等と連携を図りながら、かかりつけ薬局の活用方策を推進する。
- ・ 在宅での緩和ケアの推進にあたり、医療用麻薬の適正使用および管理の徹底を図る。また、経管栄養療法、高カロリー輸液療法にも対応できる薬局機能の整備・強化を進める。

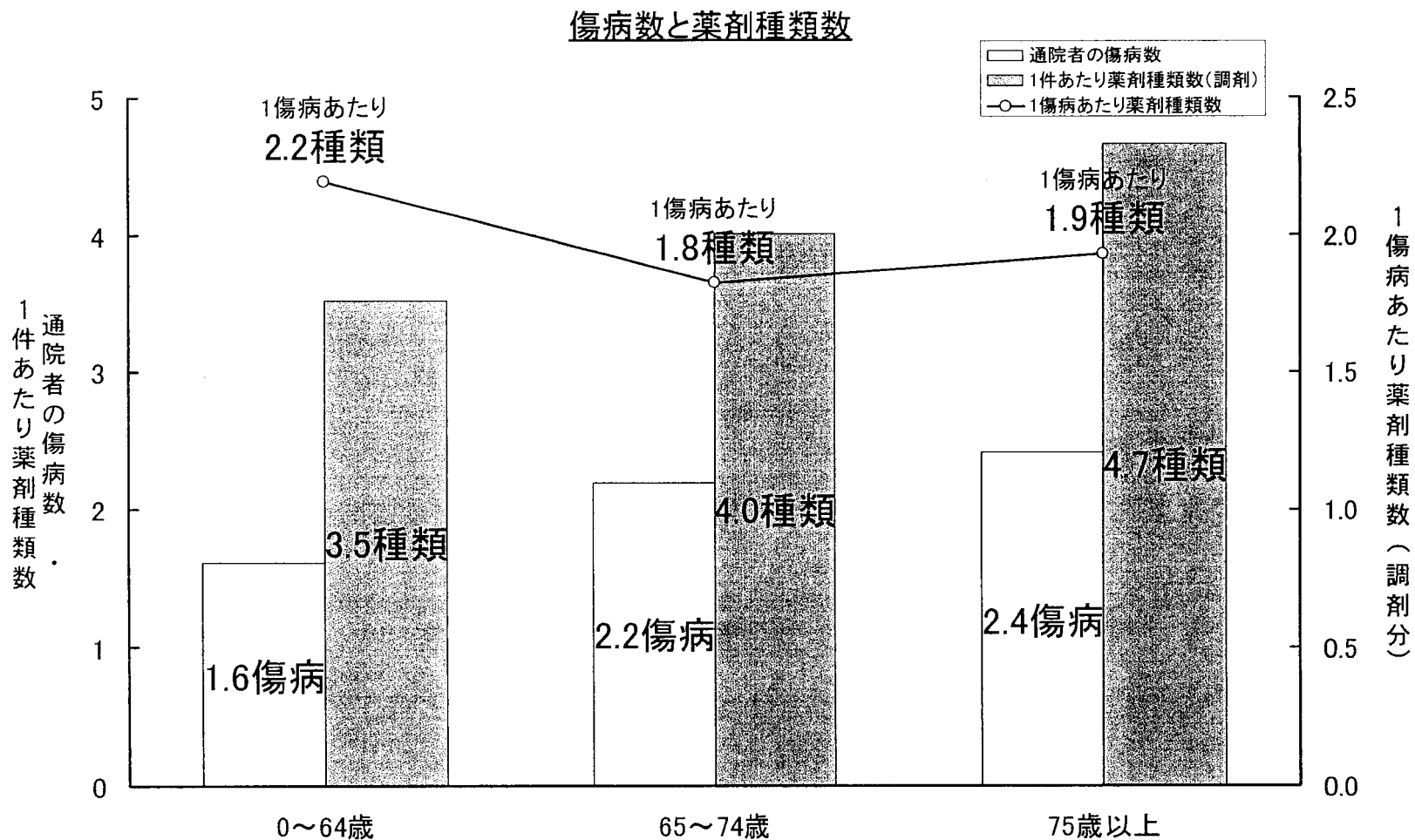
3. 後期高齢者医療制度における診療報酬・調剤報酬の在り方

後期高齢者医療制度の診療報酬（調剤報酬）については、後期高齢者の薬物治療上の特性を踏まえ、特に、前項に示した業務の適切な評価が必要である。

また、後期高齢者における医薬品の適正使用と安全管理が十分に担保され、医療上必要な医薬品が確実に患者に提供できる診療報酬（調剤報酬）体系となるような制度設計が求められる。本質的には出来高払い方式であることが望ましく、経済的な視点のみによる医療費の適正化については強く反対する。

傷病数と薬剤種類数

- 加齢にともない、「通院者の傷病数」および「1件あたり薬剤種類数(調剤分)」はともに増加傾向にある。
- しかし、1傷病あたり薬剤種類数で見ると、年齢差による違いはほとんどない。(むしろ、高齢者のほうが1傷病あたり薬剤種類数は少ない)



1) 通院者の傷病数：平成16年国民生活基礎調査(厚生労働省大臣官房統計情報部)
 2) 1件あたり薬剤種類数(調剤分)：平成16年社会医療診療行為別調査(厚生労働省大臣官房統計情報部)

各国の一人当たり入院外薬剤費の比較

	高齢者 (65歳以上)	高齢者以外	合計
イギリス (2004)	89,154円 ※60歳以上 (413£)	20,446円 (95£)	34,855円 (161£)
ドイツ (2005)	111,307円 (756€)	32,997円 (224€)	49,243円 (334€)
アメリカ (2004)	204,572円 (1759\$)	57,103円 (491\$)	75,711円 (651\$)
日本 (2004)	105,234円	23,755円	39,629円

イギリス : DoH, Prescriptions dispensed in the community: Statistics for 1994 to 2004 - England [NS] (<http://www.dh.gov.uk/Home/fs/en>)及び
Mid-2004 Population Estimates (<http://www.statistics.gov.uk/>) より算出 ※イギリスのみ高齢者は60歳以上

ドイツ : GKV-Arzneimittelindex Stand:Juli2006 Areneiverbrauch nach Altersgruppen2005より

アメリカ : Prescription Medicines-Median and Mean Expenses per Person With Expense and Distribution of Expenses by Source of
Payment: United States, 2004 (<http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb>) より算出

日本 : 平成16年度国民医療費並びに平成16年度社会医療診療行為別調査における入院外の投薬及び在宅の薬剤料比率より推計
(「高齢者」の薬剤構成比として、社会医療診療行為別調査の老人保健法の適用を受ける者(72歳以上)を利用して試算している。)

*「高齢者」はイギリスは60歳以上、それ以外の国は65歳以上としている

* 為替レートは日銀金融市場局毎月発表為替相場状況の通貨別2006年1~12月平均。1米ドル=116.3円、1英ポンド=216.1円、1欧ユーロ=147.3円

* 欧米各国では入院の薬剤費は医療費に包括されており算出不可能なため各国の一人当たり入院外薬剤費の比較とした