

大分県立看護科学大学 第7回看護国際フォーラム

「在宅看護の質向上のために」(Dr. Elizabeth A. Madiganの講演から)

藤内 美保 Miho Tonai

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2006年1月16日投稿, 2006年1月30日受理

キーワード

米国、在宅ヘルスケア、ナースプラクティショナー、看護の役割

Key words

the United States of America, home health care, nurse practitioner, role of nursing

1. はじめに

日本は、先進国でも類を見ないスピードで高齢化が進み、医療費も31兆円に達し、社会問題の1つとして取り上げられている。このような中で、平均在院日数の短縮化等が求められ、保健・医療・福祉における在宅ヘルスケアの重要性がますます増加しているにも関わらず、受け皿としての地域の医療環境整備の遅れなどに伴う在宅ヘルスケアの課題は山積している。

「在宅看護の質向上のために("Advancing Home Care Nursing: Issues and Trends")」をテーマに平成17年11月5日、大分県別府市で開催された第7回看護国際フォーラムでは、米国オハイオ州のCase Western Reserve UniversityのElizabeth A. Madigan先生から、米国における在宅ヘルスケアの歴史と活動等をご紹介いただいた。米国では、現在、上級実践ナースとしてナースプラクティショナー(nurse practitioner, 以下NP)が在宅ヘルスケアの第一線で自律的な活躍をしている。本稿は、Madigan先生の講演を中心に、米国における1) 在宅ヘルスケアの歴史的背景、2) 在宅ヘルスケアの実際、3) 在宅ヘルスケアの展望の3点を紹介する。

2. 米国における在宅ヘルスケアの歴史的経緯

2.1 在宅ヘルスケア事業の始まり

米国で在宅ヘルスケアが開始されたのは、20世紀初頭で、当時、ニューヨークには戦争から逃れてきた多数の移民が居住していた。彼らは言葉や宗教のために差別され、仕事もなく、居住する

貧民街は、脆弱なインフラ、伝染病が多発する町であった。このような状況の中、看護師のLillian Waldが資本家の財政支援を得てHenry Street Settlementsを設立し、移民コミュニティにヘルスケアを提供したのが米国における在宅ヘルスケアの始まりである。主な活動は、健康増進および疾病予防活動、特に母子の死亡率を低下させることであった。Henry Street Settlementsは、現在も米国最大の在宅ヘルスケアの提供施設として訪問看護サービスを行なっている。

2.2 在宅ヘルスケア事業の発展

Waldのリーダーシップにより訪問看護師協会が設立され、看護師によって管理・経営されている訪問看護施設の数は大都市を中心に増加した。一方、農村部における在宅ヘルスケアは、地元自治体の保健当局により実施され、保健当局は郡、countyレベルで、公衆衛生活動を主体とし、伝染病対策プログラムを実施してきた。1980年代以前は、在宅ヘルスケアはヘルスケア部門のごく一部分に過ぎず、訪問看護師協会と保健当局がその役割を担ってきたが、1980年代の法改正により、営利事業者が在宅ヘルスケアに参入するようになった。これにより、利益追求を目的とした事業の参入により、これまで提供されてきた質の高いケアが蔑ろにされ、非営利団体の活動が抑制されるのではないかと懸念された。1980年代以降の20年間の事業所数やサービスの種類、患者数などには大きな変化が見られている。1980年は保健当局によるサービス提供が最も多く、次に訪問看護師協会であったが、1997年には営利

事業所が激増し、全事業所の半分以上を占めた。1997年の連邦政府による在宅ヘルスケアの縮小政策により、事業所数、サービスの種類は減少したが、存続した事業者は主に営利事業所であった。

一方、病院が在宅ヘルスケアに影響を与えた。1980年当時はほとんど関心を示していなかった病院が在宅ヘルスケア事業に関心をもつようになり、1980年～1997年の間に在宅ヘルスケア事業を行う病院数は激増し、現在も依然として在宅ヘルスケア産業で大きな割合を占めている。

2.3 在宅ヘルスケアの利用者と保険制度

在宅ヘルスケアを受ける患者数も1980年から高い伸びを示し、1982年の患者数は40人（人口千対）であったが、1997年は108人と増加した。1997年以降は減少傾向にある。この患者数の変化には、米国における複雑な健康保険制度が関与している。米国では健康保険供給源は公的保険と民間保険の2つがある。公的保険には連邦政府のもとに全国規模で行われている高齢者および障害者を対象にメディケアと呼ばれるものと、低所得者を対象にして州のレベルで実施されているメディケイドがある。民間保険は雇用に基づき、職を得ている勤労者およびその家族が加入できる。しかし、保険料の負担増大のため、自営業者、中小企業の被雇用者および農家などの約三分の一は保険に加入していない。

在宅ヘルスケアに対する支払いの半分以上がメディケアによるもので、在宅ヘルスケア事業所およびサービス受給患者数の劇的な増加に対応するため、1997年に連邦政府は、在宅利用者のためのメディケア制度、在宅ヘルスケアに対する支払制度を変更した。1997年以前は、サービス事業者は訪問ごとに支払いを受領していたが、1997年に定額償還方式の新制度が開始され、2001年に完全実施された。新支払制度の一環として、標準化された評価データを用いたOASISを制定した。OASISは、在宅ヘルスケアの加入時、入院時、ホスピスやナーシングホームのような別の場所に移動した時、退院後在宅ケアを受ける時、死亡時などの重要なポイントおよび少なくとも60日毎に収集されたデータは、支払いを決定する際、また質向上のために利用されるシステムである。新制度導入の結果、サービス事業者は1996

年の最多の10,444件に対し、2001年は6,861件と35%も激減し、サービス受給患者数もメディケア受給者10万人につき、3600人が2500人に減少した。さらに訪問回数も一人あたりの平均訪問回数は74回から29回に減少した。新制度を評価する専門家もいるが、一方では十分なケア提供が施されているかの不安も生じさせている。しかし、2003年には再び在宅ヘルスケア事業所は増加して7,200件以上存在し、多くの事業所が純利益を出していることは注目すべき点である。

3. 在宅ヘルスケアの実際

3.1 在宅ヘルスケアに関するスタッフおよびサービス

これまで、在宅ヘルスケアの実務を担当しているのは2年、3年あるいは4年の看護基礎教育を受け国家試験に合格した看護師（RN）であり、基礎教育の上にさらなる訓練や技能を取得することは特に要求されていなかった。しかし、退院の早期化により、在宅ヘルスケアにおいて継続的観察や処置を必要とする高度な知識や判断力、専門的な医療技術、卓越した指導力が要求されるようになり、NPが関わらなければならない機会が高まった。つまり、在宅ヘルスケアへのNPの関わりが患者に対する利便性のみならず、医療費の節減をもたらしたとされている。

在宅ヘルスケアは、点滴、静脈内注射、筋肉内注射、創傷ケアなどのような専門技術を要するケアや患者の包括的な評価や患者への教育指導を行うことが要求されており、患者の状態把握や教育指導に多くの時間が費やされている。患者・家族に対し、観察すべき兆候、食事療法、日常生活動作の許容範囲、医師の補助を必要とすべき時期の判断、投薬や病気とどうつきあうかなどの指導が行われている。看護師が一人で家庭を訪問し、適切にさまざまな状況に対応できる適応力、柔軟性、そして想像力を備え、傷つきやすい患者に看護サービスを提供することが求められる。

看護師以外に、理学療法士や作業療法士、医療ソーシャルワーカー、言語病理学者が訪問する。身の回りの世話は主に在宅医療補助者、在宅ヘルスケア補助者が行い、これらの補助者は看護師や物理療法士の監督の下で活動する。その他、民間の派遣業社が医薬品などの注入療法の実施や医療

機器・車椅子の提供など人や物の支援サービスを行っている。

3.2 在宅ヘルスケアを受ける患者

在宅ヘルスケアを受ける患者の70%が65歳以上で、循環器系疾患、内分泌の障害(主に糖尿病)が主な疾患である。訪問の具体例を紹介する。

具体例 (1): 心不全の高齢者

退院直後から在宅ヘルスケアサービスを受けており、在宅ヘルスケアの看護師が1週間に3回の頻度で2週間訪問し、その後週2回の訪問を3週間継続した。訪問回数に関する規則はないため、個々の看護師、およびサービス提供事業所が訪問回数を決定している。訪問した看護師は患者の兆候の確認を行い、投薬管理および慢性疾患に対する心理社会的問題点に関する指導をして、サービスを終了した。

具体例 (2): 人工股関節手術を受けた高齢者

退院後、リハビリテーションのため専門施設で10日間入院し、在宅ケアに移行した。在宅では理学療法士や介護助手が入浴介助を行い、理学療法士は患者の関節運動の指導や在宅環境の安全性の評価を行った。4〜6週間は、週に2、3回訪問し、杖を使って屋外の歩行ができるようになれば在宅ケアは終了となる。

以上のようなさまざまな支援プログラムが整備されているが、患者の状態が同様でも、州によって提供されるサービスが異なることが大きな課題である。また低所得者のメディケイドの場合、サービスの種類や内容も当然変わってくる。またシステムが断片化しており、個々のサービス間の連携を取ることは非常に困難で複雑である。

4. 在宅ヘルスケアの展望

4.1 今後期待されるテレヘルスシステムの導入

米国の高齢化予測では、2050年までに全人口の20%が65歳以上になると考えられている。慢性疾患の増加等により在宅ヘルスケアの増加が予測されている。このような状況がある一方で、看護師不足の問題がある。この問題を解決する方法として、テレヘルスシステムにより訪問の補完を可能にするシステムが検討されている。テレヘルスはシンプルなものから複雑なものまでであるが、最も簡単なものはHealth BuddyやHealth Heroと

呼ばれるコンピュータシステムである。これは、一連の質問に対して毎日患者が電話で応えるもので、とくに受け取る側の人手を必要としない。回答はコンピュータで分類され、これを看護師が判断し、必要な場合には訪問するというものである。複雑なシステムとしては、インターネットを利用して画像や音声でバイタルサインや、息づかい、創傷、あるいは薬品の服用などを観察するもので、受け取る側の人手が必要である。訪問とテレヘルスのバランスをうまくとっていくことが重要である。この判断を行うために求められる能力として、医学や看護の専門的知識・技術だけでなく、コミュニケーション能力やカウンセリング技術、また短時間で必要な情報を収集しアセスメント、問題解決を行うことができるために豊かな臨床経験が必要である。

4.2 在宅ヘルスケアの対する評価システムの確立

在宅ヘルスケアに対して投入した費用と効果の評価を行い、在宅ヘルスサービスの品質保証を確保していくことが求められている。その1つに、ホームヘルスコンペアというサイト (www.medicare.gov) が存在している。このサイトでは、エージェンシーの実績、例えば、ある地域では30%の患者が歩行できるようになったが、ある州では37%、全国平均は38%というような効果が公表され、患者や家族はその情報を見ることができる。今後は、実績対価に基づく料金改革の取り組みを行い、財政的な動機づけを実施し、良質のケア提供をする所には金銭的支援を与える仕組みを検討しているが、現在は実績指標がまだ確立されていない。

5. おわりに

米国では州によって在宅ヘルスサービスが異なったり、アクセスなどの課題はあるものの、看護師が中心となって在宅ヘルスサービスを体系的に提供し、患者や家族との相互の信頼関係を確立しケア提供側、受け手側双方に満足感をもたらしている。この満足感の要因の1つは、米国では看護師が処方権をもつなどの裁量権があり、特に農村部などに居住し継続的ケアが必要な対象に対して適切な処方ができるNPが存在するからである。これは医師との協力関係が発展的な理解のも

とに形成されてきた結果であろう。米国では、単に個人個人の行為の連携プレーといった協力関係ではなく、在宅ヘルスケアにおいて共通の目的に向かい協働して問題解決しようとする協力関係であり、それが相乗的な効果となって、よりよい成果をあげているものとする。日本では1992年に最初の訪問看護ステーションが開設されてからまだ10年余りしかたっておらず、100年以上もの在宅ヘルスケアの歴史をもつアメリカと肩を並べるには至っていない。日本の在宅ヘルスケアが発展するためには、看護師の裁量権の拡大は特に重要であり、そのための教育プログラムの開発と実現に向けての医療関係者や行政との話し合いを積極的に進めていくことが必要である。

Madigan 先生は講演の最後に、「アメリカ人は、病気の時も最期の時も、自宅に居たいと願望している。在宅での療養がよりよくできるため、看護師は、社会からサポートとプレッシャー受けながら、中心的な役割を果たす職種であり、最も信頼される職業人であり、看護師の未来は明るい」と言われた言葉は、日本の看護職者に大きな勇気を与えてくれたと感じる。



著者連絡先

〒870-1201

大分市大字廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学 看護アセスメント学
研究室

藤内 美保

tonai@oita-nhs.ac.jp