

大分県立看護科学大学 第7回看護国際フォーラム

「わが国における訪問看護の現状と課題」(山田雅子先生と山崎摩耶先生の講演から)

工藤 節美 Setsumi Kudo

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 地域看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2006年3月13日投稿, 2006年3月27日受理

キーワード

在宅ケア、訪問看護、訪問看護師、介護予防

Key words

home health care, visiting nursing, home care nurse, care prevention

1. はじめに

「在宅看護の質向上のために」をテーマに第7回看護国際フォーラムが平成17年11月5日に別府ビーコンプラザ国際会議場で開催された。今回のフォーラムでは、海外からは高度実践看護専門職としてナースプラクティショナーが活躍している米国と、ナースプラクティショナー育成に向けて取り組みを始めた韓国の在宅看護の研究者各1名を招聘し、講演をいただいた。また、国内からは厚生労働省医政局看護課在宅看護専門官の山田雅子先生と全国訪問看護事業協会理事の山崎摩耶先生に日本の訪問看護に関する国の政策及び実際の活動をふまえた今後のあり方について講演をいただいた。特に、山田先生の「訪問看護に関するわが国の政策」、山崎先生の「日本における訪問看護の現状と課題」は、地域で活動する看護職者にとって貴重な資料となり得るものであった。以下に、その概要をまとめたので紹介する。

2. 訪問看護に関するわが国の政策(山田雅子先生, 厚生労働省医政局看護課在宅看護専門官)

2.1 医療行政改革における在宅医療の位置づけ

医療制度改革のもと、社会保障審議会医療部会において在宅医療に関する検討が行われ、中間とりまとめ(「今後の医療提供体制の方向性」平成17年8月)の中で地域における医療機能の分化・連携の推進や在宅医療の推進等が打ち出された。

医療機能の分化・連携の推進については、医療計画の中に在宅医療に関する具体的な内容が盛り込まれることとなった。また、在宅医療の推進については、i)終末期を含めた在宅医療の体制整備、

ii)在宅医療に関する情報を積極的に提供するための環境整備、iii)訪問看護サービスの充実・普及、薬局・薬剤師の積極的関与、医療機関における退院調整機能の促進、iv)在宅医療に関する指標を医療計画の中に取り入れる等の内容が提示された。

在宅医療の体制整備では、「病気が治ってから在宅へ」ではなく「病気が治る前に在宅へ」という医療体制づくりとそれに伴う意識改革の重要性が打ち出された。医療機関における退院調整は、今回新たに看護の機能として位置づけられたものであり、在院日数が短期化する中で綿密な退院計画を立案し、十分な支援と情報提供を行った上で退院してもらうことを目指している。

在宅医療に関する指標としては、訪問看護ステーション数、訪問看護師数、訪問診療医数、在宅死亡者数等が考えられている。

2.2 訪問看護推進事業

医療提供体制の改革では、入院医療の適正化と在宅医療の推進が重要課題である。在宅医療を進める上で訪問看護の充実がきわめて重要となり、平成16年度から開始した訪問看護推進事業では、各都道府県の訪問看護推進協議会設置、訪問看護の推進モデル事業、医療型多機能サービスの展開等が検討されている。平成17年度の取り組み状況は、訪問看護推進協議会の設置は47都道府県中27カ所、在宅ホスピスケア研修は12カ所、24時間ケアを提供する訪問看護推進支援モデル事業はわずか2カ所で、予算額7億8000万円の3分の1も執行していない状況である。これらは、在宅ケアの現場に本事業が十分に周知されていないことによると考えられる。

2000年に公的介護保険制度がスタートし行政レベルでも様々な在宅サービスが行われているが、訪問看護についての取り組みは手薄である。その要因の一つとして、都道府県庁に難病、障害者、精神保健、高齢者、母子保健等の訪問看護の全ての対象者をカバーし調整する担当者がいないことがあげられる。しかし、活発な都道府県では各々の部署からスタッフを集め、プロジェクトチームを編成し、訪問看護全体について取り組みを開始している。また、訪問看護推進支援モデル事業や医療型多機能サービスを行いたい訪問看護ステーションはあるが、事業主体である都道府県が実施の意思表示をしなければ現場には予算配分されないという仕組みになっていることも問題である。

2.3 時代に対応した在宅医療・訪問看護のあり方

2.3.1 介護予防

寝たきりや認知症等の要介護状態を予防する取り組みが重要であり、「介護予防」は介護保険制度や健康づくり対策の大きなテーマになっている。2006年度の介護保険制度改正では、予防重視型システムが中心となり地域包括支援センターを新設し、予防活動が展開される。予防という概念が具体的に看護の中に打ち出され「予防の訪問看護」として実施される。

2.3.2 高齢者に対する医療・福祉施設の機能分化

高齢者の医療・介護全般の課題として、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療機関の機能分化があげられる。この3施設は、当初は異なった役割・機能をもってスタートしたが、現状では非常に似かよった施設になっている。特に、特別養護老人ホームは、生活の場であって治療の場ではないというコンセプトでつくられた施設であるが、入所者の多くが何らかの疾患をもち、経管栄養、人工肛門、酸素吸入等のケアを必要としている。それにもかかわらず、看護師数は少なく、入所者100人に対して看護師3人という施設基準である。このため、経管栄養の場合、朝・昼・晩にケアが必要となるが、基準通りに看護師の勤務を組めば昼食時しか看護師がいないということになる。経管栄養は医行為にもかかわらず、朝食時と夕食時は無資格者に医行為を行わせるのかという問題も発生する。この他にも、老衰等で静かに亡くなっていくことをサポートする看取りケアの充

実も期待されており、看護師の配置数を増やし看護の質を向上させる必要がある。

2.3.3 訪問看護ステーションの機能拡大

現在の訪問看護は利用者の自宅を訪問するだけの制度であるが、今後は訪問看護ステーションにおいてケアを実施し相談に応じたり、障害児・障害者に対して学校や職場への訪問看護を行う等の機能拡大をはかっていく必要がある。さらに、在宅療養者の実態を最も把握している訪問看護ステーションの看護師が医療機関の退院調整を支援すること等も検討されている。

3. 日本における訪問看護の現状と課題(山崎摩耶先生, 社団法人全国訪問看護事業協会理事)

3.1 わが国の高齢化と在宅ケア

2005年のわが国の高齢化率は20%に達し、2007年以降は人口減少が進み、世帯類型を見ても単身世帯が全世帯の半数を占めると推測され、同居家族による高齢者介護は期待できない。

少子高齢社会の先進国ではいずれも、保健医療や福祉サービスは病院施設型から地域・在宅型へと移行している。わが国においても1982年の老人保健法制定以来、病院の急性期医療と慢性期療養機能の分化、中間施設や訪問看護制度が創設された。また、2000年の介護保険法の施行により高齢者を対象とした長期ケアシステムが確立し、ケアマネージャーによるケアプランに基づいた在宅ケアが民間サービス機関によって提供されてきた。高齢化の進展とともに在宅ケアシステムの構築が進められる中で、在宅ケアの中核的サービス機関である訪問看護ステーションは1992年に制度化され、地域で在宅療養をする対象者の自宅を訪問し、患者や家族の看護ニーズに対応している。訪問看護ステーションは看護職が開業でき、運営に自律的な力を発揮できることから、看護職の役割と機能拡大に寄与する画期的な制度でもある。

3.2 わが国の訪問看護システムと現状

3.2.1 訪問看護事業の変遷

1982年、老人保健法により高齢者の訪問指導が老人保健事業として全市町村で事業化され、保健師・看護師による訪問指導が始まった。医療機関からの訪問看護に対しても退院患者継続看護指導料が診療報酬として算定され、これにより訪問

看護が保険適用となった。1992年の老人保健法の改正により指定老人訪問看護制度で独立した訪問看護ステーションが誕生し、1994年には医療保険も適応となった。これにより在宅が「医療提供の場」として法制度的にも位置づけられ、年齢や疾病に関わらず国民誰でも訪問看護を受けられるシステムとなった。2000年には公的介護保険制度の開始により、訪問看護は介護保険からも給付を受ける仕組みとなり現在に至っている。

3.2.2 訪問看護活動

2005年4月現在、訪問看護を行っている施設は訪問看護ステーション、医療機関からの訪問看護を合わせて5557カ所である。開設主体は医療法人が約半数、次いで看護協会、医師会、社会福祉法人等の法人と営利法人となっているが、営利法人の開設が漸増傾向にある。看護師等の従事者は全体で約35000人となっており、いずれの施設も平均従事者数5人程度と小規模である。利用者数は約34万人でその82%は介護保険の対象者で、悪性新生物や難病、小児や精神障害者等の医療保険対象者はまだ18%と少ない。

3.3 介護保険制度の改革

2000年にスタートした公的介護保険は5年目を迎え、制度改革が進められているところである。この改革で特徴的なことは、目的規定の中に「尊厳を保持して、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう保健医療サービスを給付すること」、「高齢者の尊厳」を明記したことである。

見直しのポイントとして、i) 予防重視型（新予防給付）システムへの転換、ii) 施設給付のうちホテルコストと食費は自己負担、重度者の入所に転換、iii) 地域包括支援センターの創設、iv) 地域密着型サービスの創設、v) 情報開示やケアマネジャーの資格更新等のサービスの質向上、vi) 医療と介護の機能分担と連携強化（重度者の医療・看護対応やターミナルケア）がある。

今後の訪問看護ステーションには、要介護状態にさせないための介護予防、医療ニーズのある重度者への看護、ターミナルケア等の幅広いサービスが求められている。具体的には、地域密着型サービスをはじめ、24時間対応サービス、訪問看護に加えてデイケア（通所介護）や訪問介護等、多機

能を合わせもつ事業所として新しい展開が期待されている。

3.4 医療提供体制の改革による入院期間短縮化と訪問看護

医療保険財政の視点からも医療提供体制の改革が進められており、在宅医療へとシフトしつつある。2006年4月改定の診療報酬でも入院費の削減、在宅医療の拡充を後押しする報酬の増額や新しい仕組みの構築が検討されており、訪問看護に追い風となっている。入院患者の退院調整も重要視され、今後は入院医療から早期に在宅へと継続する仕組みの確立や医療と介護の連携・効率化の体制も導入される。入院日数が短縮化され、様々な医療処置や医療機器（人工呼吸器等）を必要とする在宅患者が増加しており、今後ますますこの傾向は進むことが予測される。

また、死因の第1位である悪性新生物の患者が末期を家で過ごし、安らかな死を迎えることに対するニーズも広がっており、これらを担う訪問看護は地域の医療供給体制の中核的サービスとなりつつある。

3.5 訪問看護の課題

3.5.1 訪問看護の質向上と人材確保

全就業看護師127万人の内、訪問看護に携わる看護師はわずか3万人に過ぎない。しかし、今後も増加が予測される在宅患者の状況をふまえると、約10万人の訪問看護師が必要となる。医療機関においても不足している看護師を、訪問看護領域へどのようにして労働移転するかが大きな課題である。また、先端の高度医療現場からの在宅患者の退院は訪問看護技術の質的向上も求められ、訪問看護領域の質と量の拡充が急がれている。日本看護協会の認定看護師制度においても17分野の一つに訪問看護が位置づけられ、専門的な知識及び技術に関する教育が行われている。今後は、医師や介護職等の在宅ケアを支える職種とのスキルミックスや看護職の裁量権の拡大等、職種間の制度の再考が必要である。

3.5.2 訪問看護ステーションのビジネスモデル転換

平成17年度現在、全国に5557カ所の訪問看護ステーションが開設されている。しかし、いずれも看護師数5～6人程度の小規模施設である。また、訪問看護ステーションの経営については、介

護保険制度以降は事業所数の伸び悩みや休止・廃止も出てきており、開設から3年以内で休止する施設42.6%、開設から3年以内で廃止する施設36.5%となっている。今後は事業の多機能化や地域密着サービスとしての24時間体制整備に向けて、管理者の経営能力向上やサポートシステム、マーケティング、訪問看護ステーションの規模の拡大等が必要である。

3.5.3 訪問看護の評価

最近の10年間を見ても訪問看護について多数の調査研究が見られるが、それらの**Outcome**や知見を共有する仕組みが十分に整備されていない。特に、利用者・家族と看護サービスの費用対効果や訪問看護を評価する指標等に関する検討が不十分である。今後は、訪問看護を社会にPRすること、さらにどのような内容・どのような方法を用いて訪問看護を評価するか等を検討することが必要である。

3.5.4 診療報酬や介護報酬、公費サービスなど支払いシステムの再構築

訪問看護は保険収入と自費対応で事業が成り立っているが、患者のニーズの変化に対応していない現行の報酬算定システムの再構築が急務である。

4. おわりに


今回の講演を聞き、訪問看護を取り巻く状況は社会情勢を反映し、目まぐるしく変化しており、地域の人々の生活の場である在宅(家)で、看護を提供する訪問看護は時代とともにあるサービス(川越 他 2005)であるということを再認識した。

1992年に老人訪問看護制度により訪問看護ステーションが創設されてから早13年が経過した。ようやく訪問看護という言葉が社会に定着し、その重要性が認知されてきたところである。訪問看護に携わる看護職は専門的な知識・技術の提供のみにとどまらず、幅広い視点から政策や法律・制度等の動向を把握し、それを地域社会や日々の看護活動に反映させることが重要である。山崎先生の「現代は訪問看護に追い風、今後の展望は明るい」、山田先生の「看護には制度に先んじて何をやるかが問われる、まずは行動を起こすことから」というお話からも、訪問看護には次代を担う、新

たな役割・機能が期待されている。その期待に応えるためにも、訪問看護を通して培ってきた経験、創造力、行動力を地域ケアシステムの中で十分に発揮し、看護職者ひとり一人がその専門性や自立性を高めるために努力していくことが必要だと考える。

引用文献

川越博美, 山崎摩耶, 佐藤美穂子(2005). 訪問看護研修テキストステップ1-(1), p2. 日本看護協会出版会, 東京.



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 地域看護学研究室
工藤 節美
kudo@oita-nhs.ac.jp