

在宅療養における 訪問看護の役割

公益社団法人日本看護協会 常任理事

齋藤 訓子



日時：平成24年7月12日（木）

10：40～12：00

場所：東京ガーデンパレス「高千穂の間」

講演2では、日本看護協会常任理事の齋藤訓子氏に、在宅療養における訪問看護の役割についてお話しいただいた。

齋藤氏は、訪問看護の現状と課題について説明し、7割以上の国民が在宅療養を希望しているものの環境が整っていないことや、2040年に50万人分の看取りの場が不足する問題などを指摘。その対応に向けては、訪問看護が大きな力を発揮することから今回の診療報酬・介護報酬改定でその充実が図られ、「複合型サービス」が創設されたことを紹介した。そして、卸とも連携し、在宅療養を支える地域社会を構築していきたいと語った。

はじめに

本日は、在宅療養における訪問看護の役割についてお話しします。

訪問看護は、仕組みが難しいこともあってあまり知られていないようですが、今後、在宅医療が医療政策の柱になっていった場合、在宅でも医学的管理が求められるようになります。それに伴い、訪問看護の担う役割も高まっていくという観点から話を進めさせていただきます。

訪問看護の成り立ち

●日本の看護職員は147万人

まず、日本看護協会についてご紹介します。

日本の看護職には保健師、助産師、看護師、准看護師の4つの資格があります。日本の看護職員は病院で約100万人弱が働いており、在宅や介護施設なども含めると147万人になります。働く女性の20人に1人は看護職で、かなり高い割合を占めています。

147万人のうち、日本看護協会に加入しているの

は約65万人で半分弱の組織率です。その日本看護協会の活動もご理解いただきながら、お聞きいただければと思います。

●訪問看護制度の経緯

まず、訪問看護とは何かですが、皆さんの知り合いで訪問看護を利用されている方はあまりおらず、馴染みが薄いかもかもしれません。この制度は終戦後間もなく、行政にいた保健師が公衆衛生の一環として家庭訪問したことが始まりでした。その後、1982年に寝たきりの高齢者が社会問題化し、老人保健法が制定されました。訪問看護は、その老人保健事業の一環として、寝たきり高齢者を対象にスタートしました。

その後、高齢社会が急進展して「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略」が展開され、訪問看護の制度化の提案、すなわち保険適用の提案をしています。それを受けて1992年に老人訪問看護が制度化されて診療報酬が適用され、老人訪問看護ステーションが創設されました。医療保険から、看護療養費として1回いくらかという形で支払ってもらっていました。

その後、寝たきりだけでなく、がんや難病などの継続的な治療は必要だけれども入院ではなく家にいたいという人たちをどうやってケアするかが大きな課題になりました。訪問看護の対象者が高齢者だけでなく、そういった方々にも広がり、2000年には介護保険制度のスタートに伴って介護保険も適用されるようになりました。いわゆる指定居宅サービス事業者になったわけです。

そして2006年からは、予防給付という形で、重症化予防や介護度が悪くならないといった観点から行われる訪問看護に対しても給付されるようになりました。

●医療保険と介護保険の2ケース

このように訪問看護は、医療保険と介護保険の両方にまたがったサービスですが、非常に複雑な制度になっています。

医療保険の訪問看護では、主治医の指示書に基づき、患者さん1人につき週3日を限度としてい

ます。ただし、厚生労働大臣が定める疾病や急性増悪、がん末期などで、3日で足りない場合は、主治医からの特別訪問看護指示書に基づき、2週間を限度に週4日以上が訪問が可能になります。

介護保険では、ケアマネジャーがケアプランを作成しますが、このときにも主治医の指示書と要介護度に応じてケアマネジャーがつくったケアプランに基づいて訪問する形になっています。

ですから、訪問看護は、医療保険では医師の指示、介護保険ではケアプランと医師の指示で行われますので、看護職が自分たちで勝手に訪問することはできません。ただ、訪問看護を入れるかどうかの判断は病院の看護師が行ったり、あるいは地域ではケアマネジャーからの相談があって入っているのが現状です。

●介護保険適用と医療保険適用の区分

訪問看護における介護保険適用と医療保険適用の区分は、かなり複雑になっています。

65歳以上の高齢者には、介護保険が適用されます。これは介護保険優先という原則に基づいているからですが、厚生労働大臣の定める疾病、末期の悪性腫瘍や神経の難病などについては医療保険の適用になります。40歳以上60歳未満では、医療保険の適用になります。ただし、特定疾病に該当する場合は介護保険の適用になります。そして40歳未満には、医療保険が適用されます。

このように、患者さんの状況によって医療保険になったり、介護保険になったりします。介護保険でサービスが入っていても、途中で状態が悪くなると医療保険になったり、医療保険から介護保険に変わったりと制度間を動くことが、訪問看護制度を複雑化させている要因です。

もっとも、訪問看護師はこういったルールを熟知しており、そういった中でいかに適正なサービスが提供できるかを日々判断しながら提供しています。看護の大きな特徴は重症化の予測です。医療を体系的に学んでいますから、今後この方がどうなっていくかを予測し、早めに医師に知らせたり、この薬がおかしいのではないかと薬剤師に相談するなど、様々な調整を行っていきます。



資料を駆使して分かりやすく解説

訪問看護の現状

●伸び悩むステーション数と職員数

次に、訪問看護の現状についてみてみます。

まず、訪問看護を担う訪問看護ステーションの数は、2010年のデータで5119。直近のデータでは、届出自体6500くらいあるのですが、実際に稼働しているのは6000弱です。利用者数も、ここ数年30万人程度で微増の状況です。

なぜ伸び悩んでいるのかというと、1つは訪問看護師の数が伸び悩んでいることがあります。147万人の看護職員のうち、訪問看護で働いているのは現在3万人しかいません。つまり、約30万人の利用者を3万人で支えているわけです。訪問看護職員がもう少し増えないと、これからの高齢社会は支えられないだろうと思います。

そして最も問題なのは、1ステーションの職員数です。国の制度では、常勤換算で1ステーション当たり2.5人以上の看護職員で運営することになっています。実際は、5人未満のところ約半分を占め、10人以上が働いているステーションは7.5%しかありません。

経営状況をみると、職員が少ない小規模事業所ほど経営が苦しく、赤字経営のところも少なくありません。収益のほとんどは人件費となっています。少人数のところのほうが利益率は低いので、規模を大きくして職員を増やし経営を安定化させなければなりません。職員獲得のためには経営

状況を良くする必要があります。利用者がなかなか増えない状況の中で悪循環に陥っています。

医療保険と介護保険では、介護保険で入ってくるほうが圧倒的に多く、介護保険の中で訪問看護はかなり普及してきています。

●医療依存度の高い利用者が増加

一方、利用者の状況をみてみます。①病状は安定しているけれどもときどき血圧などのバイタル測定を行う必要がある軽度者、②安定しているけれども再発の危険がある中度者、③やや不安定で定期的なバイタル測定が必要な重度者、④不安定で常時バイタル測定が必要な最重度者、の4段階に分けて、2000年と2006年を比べると、圧倒的に医療依存度の高い重度と最重度の利用者が増えています。これは医療制度が、在院日数を短くして在宅で療養する方向に転換してきた影響が出てきているのではないかと考えています。

要介護度別でみると、圧倒的に要介護度3以上となっています。どのような病気が多いかというと、医療保険では悪性新生物と神経系疾患、介護保険では脳血管疾患で障害を持っている方が多いのが特徴です。

訪問看護の効果

では、訪問看護を入れるとどんな効果があるのでしょうか。2006年に東大の先生が、長期的な在宅療養で何が問題かを家族などに聞いた研究調査があります。それによると、在宅療養を継続するに当たっての困難な問題として、認知症の疑い、がん末期、糖尿病の生活指導、脱水の可能性、転倒による障害の可能性、筋力の低下、服薬の管理などが挙げられています。中には、本人と家族等の関係がよくないという問題もありました。

こういった家族が抱える問題は、訪問看護を利用することで解消されるというのが効果の一つとして挙げられます。

①がんターミナル期のケア

一つの事例ですが、がんと診断され、余命6か月といわれた70代の男性について、ケアマネジャー

から相談がありました。精神的に不安定で、ヘルパーへの暴言がひどく、ケアを拒絶する。人工肛門やカテーテルの管理もうまくいっていない。訪問看護師が訪問して本人から話を聞くと、治療で治ると期待していたのに思ったような効果が出ていないという不満がありました。そこでいったん病院から距離をおき、不安定な精神状態のケアと人工肛門などの処置について訪問看護師に任せてみることを提案し、ケアマネジャーに訪問看護をケアプランに入れてもらいました。

すると、在宅で療養することで外来でのつらい思いをしなくても済むようになり、通院の負担が減って楽になりました。また訪問看護師が少しマッサージをしたり、話を聞いてあげることで気持ちが安定してきたという効果がありました。

②褥瘡の処置

もう一つ、80代の女性のケースですが、褥瘡、いわゆる床ずれの問題がありました。ラップ療法を行っていたのですが、なかなか良くなりませんでした。この女性はデイサービスやショートステイを利用していましたが、褥瘡の状態が悪くなると介護事業所では受け入れてくれなくなります。そこで、訪問看護はどうかという相談がケアマネジャーからあり、訪問看護師が訪問しました。そして、短期集中的にケアするとともに、同じ体勢でいると悪くなるので、主治医とケアマネジャーに相談して低反発マットレスから体位交換不要のエアマットレスに変更しました。また、高齢者は咀嚼の機能や食欲が落ちて低蛋白のことが多いので、栄養状態のことも考えてヘルパーに食事をきちんとつくってもらうようにしました。

すると、褥瘡は5日～10日間でほぼ治癒し、栄養状態も良くなりました。家族も本人の全身状態が改善したことを目にし、訪問サービスへの抵抗感がなくなったといいます。

③認知症への対応

さらに、80代の認知症の夫婦のケース。夫婦とも高血圧で外来受診しています。認知症もあり、薬を飲み忘れる恐れもありました。要支援から要介護度1に変更になったので、内服管理に訪問看護師に入ってもらえないかという相談があり、ア



熱心に耳を傾ける聴講者

セスメントしました。

すると、ヘルパーがいるときは薬を飲んでいるけれども、それ以外は忘れていた状態だったので服薬管理の体制を見直しました。訪問看護師は自分たちやヘルパーがいなくても何とかケアできる体制を築くため、外の様々なサービスと連携することを考えていきます。ヘルパーが入っていないときの薬の飲み忘れについては誰かを入れてフォローする。それから部屋を片づけられない状況も見受けられました。そうなる転倒のリスクが高まってくるので、部屋の中の衣服の山は近くに住んでいる娘さんに整理・処分してもらいました。訪問に行けないときはデイサービスを入れて、1日1回は必ず誰かがいる仕組みにしました。

以上のように困ったケースでも、訪問看護が入ると全体的な生活をアセスメントしていきますので、非常に効果が出てきます。

ですから、私どもとしては訪問看護を様々な形で使ってもらいたいと思っています。

訪問看護の今後の課題

●自宅での介護を望む

次に、訪問看護の今後の課題を考えてみます。

これからの高齢社会を考えた場合、訪問看護の需要はもっと高まってくると私は考えています。

一つは、国民のニーズです。厚生労働省が介護保険法を改正する際、介護が必要になったときに



聴講者で埋まった会場

どこで療養したいかの意見を募集しました。そのまとめによると、自分の介護が必要になった場合は、住み慣れた自宅で、家族もしくは外のサービスを入れて暮らしたいという回答が7割以上を占めました。一方、両親の介護が必要になった場合も、8割が自宅での介護を希望しています。

つまり、できる限り自宅で、家族や地域の友人などに囲まれて暮らしたいというのが、国民の思いだということです。

● 今後は超高齢・多死社会

それから、中医協に提出されたデータを見ると、現在1年間に亡くなっているのは120万人くらいですが、2040年には年間166万人が亡くなると推計されています。今後ベッドも介護施設も増えないことを前提とした場合、現在自宅で亡くなっているのは約20万人、医療機関で看取れる人数の許容は約91万人、介護施設や有料老人ホームなどは約7万人なので、残り約50万人は容量オーバーです。つまり、死ぬ場所がありません。この約50万人をどこで看取るのが課題です。

病院や介護施設をつくれればいいのでしょうか。これからは少子化の進展によって、マンパワーの確保が問題となります。しかも巨大な投資が必要です。そうすると、その容量オーバー分はできる限り自宅で吸収していかなければなりません。それが、在宅療養へシフトしようとしている理由の一つではないかと思っています。

そして、65歳以上のうちの約10%は認知症になります。2040年に向けて、認知症は400万人になると予測されています。また、国民の2人のうち1人はがんになるといわれています。さらに65歳以上では独居世帯が約4割を占めるようになります。要するに、これからの地域は高齢社会で、高齢者の1割は認知症、4割は独居者で、国民の約半分はがんに罹っている。そういう時代を私たちは迎えるわけで、それをいかに医療と介護で支えていくかということが問われているのです。

ですから、地域で関係職種が連携し、認知症、がん、独居であっても、地域で看取れるようにする仕組みづくりが必要になってきます。

実は、訪問看護の利用が高ければ、在宅での看取りを促進するというデータがあります。47都道府県の高齢者1000人当たりの訪問看護利用者実人数を縦軸に取り、総死亡者に対する自宅死亡の割合を横軸に取ってクロスさせてみると、かなりの相関関係が出ていることが分かりました。病床が少なくといわれている長野県では、1000人当たりの訪問介護利用が非常に高く、自宅で死亡している人が多くなっています。

● 訪問看護の充実を明記

ですから、今回の診療報酬改定や介護報酬改定では、訪問看護にスポットが当たりました。そして訪問看護を進めるため、診療報酬改定の基本方針では、重点課題2の中で「訪問看護の充実について」が明記され、また、介護報酬改定の基本的な考え方でも、「在宅生活時の医療強化に向けた新サービスの創設及び訪問看護」の対応を強化するという項目が盛り込まれました。

その結果、医療保険の訪問看護では、例えば、退院をめざすときに試験的に外泊させることがありますが、これまでは外泊時の入院療養費は病院に入っていたのですが、訪問看護を入れてもいいという仕組みになりました。自宅の療養環境と入院の療養環境はまったく異なります。自宅では家族がいても医療スタッフはいません。まして独居では何か困ったときに誰もいないわけですから、慣れてもらうために試験的に外泊したとき

には訪問看護を使っていいことになったのです。また、退院直後もこれまでは病院にお金が入っていましたが、訪問看護がサポートに入ることが今回の診療報酬改定で認められ、介護保険でも訪問看護の単価の見直しなどが行われました。

●複合型サービスの創設

今回の改定では、在宅生活時の医療機能強化に向けて新たなサービスが創設され、1日複数回自宅に伺っておむつの交換等が行える「定期巡回随時対応サービス」が導入されました。

もう一つは、「複合型サービス」が創設されました。この複合型サービスは、日本看護協会が社会保障審議会などで提案させていただき実現したものです。

在宅療養を長く続けていくとき、認知症やがんの問題がありますから、そういった方でも自宅にいられるサービスをつくっていかねばなりません。しかし現状は、ちょっと悪くなるとすぐに入院です。がんの緩和ケア病棟も待機の状態、しかも1回入ると高齢なのでなかなか退院できません。つまり、在宅療養は中断しがちなのが現状です。

そこで私どもは、どのような状況で困っているかを当事者や関係者にヒアリングし、徹底的に調べて新しいサービスを考えたのです。

困っている問題として、病院側は、介護で疲れてしまった家族のレスパイトのために緊急的に入院してくる問題がありました。在宅で看取ると決意したのはいいのですが、家族が不安定になって結局最後まで支え切れない。それから、がんセンターの場合、動けなくなるのは残り数週間で、そこさえ乗り切れば自宅で看取れるのですが、その数週間を支えるサービスがありません。あるいは、状態が悪くなったとき、生活の場に、タイムリーに医療や看護が入れる仕組みがないという問題がありました。

一方、家族の団体に聞くと、在宅療養で困ったことがあっても誰にも相談できないという問題が挙げられました。あるいは医療依存度が高い人を受け入れてくれるショートステイやデイサービス

がないという問題も指摘されました。いまのショートステイやデイサービスは、がん末期では無理だといって断わられてしまうケースが多いのです。これに対応するサービスをつくれなかと考えました。

それで注目したのが、地域密着型の小規模多機能型居宅介護サービスです。これは非常にフレキシブルなサービスで、通いを中心に、宿泊サービス、それから訪問介護のサービスを入られます。こういうサービスが実はあるのですが、看護配置はあっても非常に薄い状況なので、医療依存度の高い方の利用には難しい面がありました。データをみると、要介護度2くらいの方にしか使われていなかったのです。

そこで、先ほどのちょっと困っているケースの問題を解決していくには、これに訪問看護をプラスしてはどうかということを私どもで提案しました。訪問看護に加えて、訪問介護、通所、宿泊、そして相談です。何か療養上で困ったことがあった場合、私どもに相談してもらえば、私どもを通して医師や薬剤師に聞くことができます。1日24時間のうち60分だけ行くというのではなく、利用者の状況に応じて様々なサービスを組み合わせ、一体的に提供できるサービスをつくらうということで、今回、複合型サービスを提案しました。

●複合型サービスのメリット

これまで、小規模多機能と訪問看護を利用する場合は、別の事業所に契約をしていましたが、今回はこの2つが合わさってできたサービスなので、一事業者から訪問看護も通所サービスも受けられることになりました。一体的なサービスなので、介護と看護の連携がうまくいき、私どものモデル事業では非常にいい結果が出ています。利用者にとっては、馴染みの職員から様々なサービスが一体的に受けられ、毎回ケアプランを直さなくても臨機応変に対応できます。契約事業者も一つなので、余計な手間もかかりません。事業者にとっても、利用者の状況に応じた柔軟な人員基準が可能で、職員間の情報・方針の共有がスムーズであるといったメリットがあります。



齋藤氏に質問する聴講者

このサービスが今年4月から始まりました。現在、サービス導入に手を挙げている保険者は、109市町村あります。これが広まっていくと、状況に応じて自由なサービスを提供できるので、私どもは大いに期待しているところです。

●複合型サービスの効果

このサービスのモデル事業を行ってどんな効果があったかを紹介しますと、一つは急性期病院で治療を終え、食べられないため胃瘻をつけた患者さんがいました。本人と家族がどうしても口から食べたいというので、通所のところで介護と看護によって口の周りのリハビリを行い、次第にプリンやヨーグルトなどが少しずつ食べられるようになり、最終的には胃瘻を閉じました。

もう一つは、在宅で看取りたいという家族の希望があり、医師と相談してなるべくその希望に沿ったケースがあります。調子のいいときは事業所に通い、不安定なときは泊まってもらうことを繰り返しながら家に戻し、訪問看護も入れて、最終的には在宅で看取ることができました。

急性期からいきなり自宅に戻るのには難しいのですが、このサービスを使ってなるべく自宅で療養することに慣れる、あるいは看取れるようにしていくことが、これから大切ではないかと思います。一人で自宅にいるのは不安という場合でも、複合型サービスを利用してもらうと看護師がその人の身体の状態や療養環境をアセスメントしますので、

在宅療養の限界点を高めていくことができます。

●地域看護師を増やす必要性

ただ問題は、サービスを担う人の確保です。

ここで諸外国の状況を見てみると、スウェーデンの在宅死亡率は51.0%で、これを支えている人口千人対就業看護師数は10.6人で、うち訪問看護師・地域看護師数は4.2人です。オランダは31.0%で、14.2人、2.7人。フランスは24.2%で、7.7人、1.2人。それに対し、日本は13.4%で、9.0人、0.4人です。人口千人対就業看護師数は他国と比して少ないわけではないのですが、地域で働く看護師が圧倒的に少ないことが分かります。

先ほどの50万人を自宅で看取るようにするためには地域で働く看護師を増やす必要があります。フランス並みにするには3倍、現在3万人なので9万人を確保しなければなりません。

日本の受給見通しでも、2015年までに4万2400人、2020年までには6万3158人を確保しなければならないと推計されています。

●訪問看護の就業者が少ない理由

ではなぜ訪問看護の就業者が少ないのでしょうか。一つには、処遇が良くないことが挙げられます。病院の看護師と訪問看護の処遇を比べると、ひと月4万円くらいの開きがあります。

それから離職率の問題があります。病院で働く看護師の離職率は、2007年度のデータで12.6%でした。いまは11%くらいになりましたが、看護師の労働は非常に厳しく、育児や介護の支援体制が地域になかったり、夜勤回数の問題や求められるものが大きくなって負担が大きくなっています。そのため、病院で働いている90万人の看護師のうち、1年間に約10万人がその病院を離れているのです。訪問看護の離職率は、これよりさらに高いのです。その要因は、やはり処遇の問題と24時間365日のオンコール体制にあります。小さな事業所では月の半分がオンコールという状況で、訪問看護師にとって精神的に非常にきついものになっています。ここを変える仕組みを考えていかなければならないと思っています。

もう一つは、基礎教育からの流れがあります。看護の基礎教育は、大学や養成所で行っています。その中で、訪問看護や地域看護に取り組みたいと志望する看護学生は2割程度いるのですが、看護教官がまずは病院で働くことを勧めています。そのような実態がありますので、ここの流れも改善する余地があるのではないかと思います。このように、訪問看護を取り巻く様々な課題を整理していかなければならないと考えているところです。

●変わる急性期の医療提供体制

これからは急性期の医療提供体制がこれまで以上に変わっていき、社会保障と税の一体改革で出されたイメージでは、難しい手術などの高度な急性期医療でだいたい2週間前後、一般的な急性期医療の在院日数は9日間だといわれています。介護施設も待機の問題があり、入所が難しくなっています。そうすると、医療ニーズの高い療養者や認知症の高齢者などを中心に在宅医療のニーズは高まっていくでしょう。住み慣れた自宅で、外のサービスを効率的に入れて、いかに最後まで生き切っていくかを考えていく必要があります。

そのため私どもでは、訪問看護を安定的・効率的に供給できる体制にしていかなければならないと考えています。

実は薬事法上の問題があり、訪問看護に医薬品や衛生材料は常備できません。そこは薬局や卸の皆さんとの連携が必要なところですが、訪問看護を受けている患者さんに必要な最低限の医薬品や衛生材料については常備しておける仕組みがあってもいいのではないかと考えています。

その点については、通知が出されて若干のストックは可能になりましたが、麻薬は訪問看護ステーションには置けませんので、夜中に突然激しい痛みを襲われた場合どうすればいいのかについては、様々な検討が必要になってくるでしょう。

おわりに

今回は卸の皆さんには直接関係のある話ではありませんでしたが、訪問看護について話を聞く機

会はあまりないと思いますので、ご意見をいただければと思います。

そしてぜひ、看取り場所のない50万人への対応について、皆さんにもお考えいただければと願っているところです。

また、訪問看護はいろいろなところと連携するのが得意なので、卸の皆さんとも連携し、在宅療養を支える地域社会をともにつくっていただければと願ひ、本日の話を終えさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

質問 医療依存度の高い患者さんや認知症で服薬援助が必要な患者さんへの対応では、看護師さんの専門性も問われると思いますが、より専門性の高い看護職、ナースプラクティショナーの方向性についてはどのようにお考えですか。また、薬局や卸との連携で大切なことは何でしょうか。

齋藤 ナースプラクティショナーについては、現在の日本の医療法制度では創設は難しいのではないかと考えています。国の検討でも医師の指示の下で、ということが明記されており、看護師の業務の範疇をもう少し明確化する必要があります。その医師の指示には具体的な指示と包括的な指示があり、包括的な指示では薬剤師の判断も関わってくるでしょう。そこはチーム医療の中で薬剤師の皆さんの知識と知恵を借りながら進めていくことになるので、顔の見える関係をつくっていく必要があります。

その場合、病院内であれば顔の見える関係はつくりやすいのですが、問題は地域における関係づくりです。スムーズなサービス提供の基盤づくりはまちづくりと同じで、様々な専門家が集まって情報交換を行う必要があります。

その一環として地域ケア会議が設けられ、恐らく自治体単位で行われると思いますので、卸の皆さんもポジティブに参加していただければと思います。私ども看護師も薬の情報は欲しいので、ぜひ卸の皆さんのお力も借りたいと願ひします。