

第6回 一緒に考えよう「いつまでも松が丘で暮らすために」

在宅療養を支える医療・福祉サービスの利用

企画・概要説明：岩下清子

訪問看護の実際・質疑：吉野愛生子（福来訪問看護ステーション管理者・看護師）

城光寺文治（吾妻地域包括支援センター所長）

大倉みゆき（吾妻地域包括支援センター相談員）

<概要>

1. 在宅療養を取り上げた理由
2. 現在の時代状況
3. 本日の会の目的
4. 在宅療養を支える医療・福祉サービスの種類
5. 今回、訪問看護を取り上げた理由
6. 訪問看護が福祉系の介護保険サービスと異なる点
7. 訪問看護の可能性
8. 訪問看護師が行っていること
9. 訪問回数と時間
10. 訪問看護の実施主体
11. 訪問看護の利用相談と利用申し込み

<訪問看護の実際>

<質疑>

—参考資料と補足説明—

平均在院日数の国際比較

在宅における看取り関連データ(国際比較)

長期療養施設の再編成

訪問看護の歴史

医療保険による訪問看護と介護保険による訪問看護

訪問看護実施機関の数と訪問看護利用者数(全国)

<概要>

1. 在宅療養を取り上げた理由

「いつまでも松が丘で暮らすために」という Yui のテーマを、在宅療養を支える在宅医療・福祉サ

ービスという側面に焦点を当て、皆さんと一緒に考えたい。その理由は、

- ・「いつまでも松が丘でくらしたい」という願いを脅かす最大の要因は、健康を害し自立した生活が困難になること。
- ・病院では入院期間が制限され、余儀なく自宅で療養せざるを得ない状況が広がっていること。しかもその自宅とは、老々世帯、高齢者の一人暮らし。

2. 現在の時代状況

かつて、自宅で死亡することが普通であった時代があった。1951年には、自宅で死亡した人が82.5%、医療機関で死亡した人が11.7%であったが、1977年に医療機関で死亡した人の数と自宅で死亡した人の数が逆転。2009年には医療機関が80.8%、自宅が12.4%となった。しかし最近になって、医療機関で死亡する人の割合が減少し始め、自宅、老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホームなどでの死亡が増加しつつある。

医療保険財源のひっ迫を背景に、診療報酬により在院日数の短縮を誘導し、在宅医療を推進してきた結果、一般病院の入院期間は制限され、在院日数はどんどん短くなっている。一般病床を退院し、引き続き医療と介護を必要とする患者の受け皿になってきた療養病床もまた、長期入院が難しくなっている。

病院に変わって、介護施設(介護保険対応)や有料老人ホームが長期療養及び看取りの場になりつつあるが、それとて料金の面や、利用料の低い施設は入所待機者が多いなど、利用上の問題がある。

治療法の選択から最期の迎え方まで、療養全般を医療の専門家にお任せし、医療機関で死亡することが当たり前と考える時代を、私たちは生きて来た。そして今になって、余儀なく自宅で療養せざるを得ない状況が広がっている。

3. 本日の会の目的

健康上の問題を抱えていても出来るだけ自立した生活を維持し、穏やかな最期を迎えたい。出来れば最期まで松が丘で安心して暮らしたい。その願いをかなえるための在宅医療・福祉サービスの上手な活用の仕方を、訪問看護に焦点を当て、訪問看護師と地域包括支援センターの相談員をお招きし、皆で一緒に学ぶ。

4. 在宅療養を支える医療・福祉サービス

医療保険：訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ

介護保険：居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、訪問介護（ホームヘルパー）、デイサービス、デイケア、ショートステイ、訪問入浴サービス、福祉用具貸与、住宅改修

5. 今回、訪問看護をとりあげた理由

- ・訪問看護サービスは、在宅療養を支えるサービスとして一定の成果を上げている。しかし、訪問看護の歴史は浅く、訪問看護を利用した経験を持っている人が身近に少ない。そのため、訪問看護とは何なのか、なぜ在宅療養に有用なのかということが、あまり知られていないと思われる。
- ・所沢は（東京と比べ）在宅医療体制全般が整っておらず、従って訪問看護ステーション、訪問看護師の数も少ない。全国には、訪問看護の利用拡大が訪問診療などの在宅医療サービス拡大のけ

ん引力になって来た地域は少なくない。

6. 訪問看護が福祉系の介護保険サービスと異なる点

- ・要介護者・要支援者への訪問看護は、介護保険サービスの一つでケアプランに位置づけられる(ただし厚生大臣が定める特定の疾患や、病状の急性憎悪時については、医療保険が適応される)。このほかに医療保険による訪問看護もあり、年齢を問わず、要介護認定を受けていない高齢者でも利用できる。
- ・医師の指示が前提であり、医師との連携のもとに実施される(医師の訪問看護指示書に基づき実施され、実施結果は医師に報告される)。

7. 訪問看護の可能性

- ・訪問看護は、要介護認定を受けていなくても、あるいは要介護状態でなくても利用することができる。術後や持病が悪化した時など、訪問看護師の助言により療養生活を改善することが、結果として介護予防につながることもある。
- ・訪問看護は、その利用者が暮らす生活の場に出向いて提供されるサービスである。悪化防止や回復、介護などについて、日常生活に即した具体的な助言を得ることができる。
- ・在宅における患者・家族—訪問看護師の関係は、病院における患者—医療者関係とは大きく異なり、本人・家族の主体性が前提となる。
- ・在宅療養を支える多様な職種(主治医、ケアマネジャー、ホームヘルパー、リハビリ関連職種など)と連携して実施されるサービスである。訪問看護師は、これら複数の職種をつなぐ要になりうる。
- ・通院が困難な時、主治医の指示を受けた訪問看護師により、自宅で医療処置を受けることができる。
- ・訪問看護実施機関が、病気の急変など緊急時の24時間対応ができる体制を取っていれば患者・家族は在宅療養に安心感を持つことができる。
- ・訪問看護実施機関が、医師との連携により看取りを行う体制を整えていれば、最期を自宅で迎えたい(看取りたい)という希望を叶えることができる。

8. 訪問看護師が行っていること

健康状態の観察 病状悪化の防止・回復 療養生活の相談とアドバイス リハビリテーション
点滴、注射などの医療措置 痛みの軽減や服薬管理 緊急時の対応
主治医への情報(健康状態など)提供 離れて暮らす親族への情報提供 家族による看取りの支援 エンゼルケア(死後の処置) 等

9. 訪問回数と時間

介護保険の場合：ケアプランに沿って行われ、一回の訪問は20分、30分、1時間、1時間半の4区分がある。全額自己負担で、介護保険の支給限度額を超えて利用回数・時間を増やすことは可能。

医療保険の場合：通常週3回までで、1回の訪問は30分から1時間半程度。病状によっては、週4日以上、1日複数回の訪問、2か所以上のステーションからの訪問、複数名の訪問看護も可能。本人や家族と相談して決める。

10. 訪問看護の実施主体

訪問看護の実施施設は、訪問看護ステーションと病院・診療所である。訪問看護の約9割は、訪問看護ステーションが担っている。

訪問看護ステーションは多様な形がある→独立型、病院・診療所併設、病院などを設置する医療法人が設置、特別養護老人ホームなどを設置する社会福祉法人が設置、その他

11. 訪問看護の利用相談、利用申し込みはどこで、誰に？

利用相談は、訪問看護ステーション、かかりつけ医、病院の主治医、入院先の病院の地域連携室、地域包括支援センター、ケアマネジャーなど。介護保険による訪問看護の利用申し込みはケアマネジャー。要介護認定を受けていない人の訪問看護は医療保険適用であり、その利用申し込みは主治医または訪問看護ステーション。

<訪問看護の実際>

訪問看護はどう役立つのか、訪問看護利用の経緯、訪問看護指示書を出している医師、訪問看護師と医師との関係、福祉職との連携、離れて暮らす家族との関係、など

- 診療所（かかりつけ医）に定期的に通院しているが、通院が困難になった。
- 専門医に定期的に診てもらっているが、遠くて通院が困難になった。
- 病院を退院し自宅に退院することになったが、引き続き医療処置を受ける必要がある。
- 病院に入院中であるが、自宅に帰りたい。自宅で看取りたい。
- 在宅療養中であるが、一人暮らし(あるいは高齢者世帯)なので、病気の急変時の対応に不安がある。
- 介護保険によるサービスを利用して在宅療養しているが、医療面の心配があるので、訪問看護を追加したい。

<質疑>

- 入院中(通院中)の病院は遠く、近くにかかりつけ医を持っていない。それでも訪問看護は利用できるか。
- かかりつけ医は持っているが訪問診療を実施していない場合はどうか。 その他。

—資料と補足説明—

平均在院日数の国際比較 (2003年)

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
病床全体	36.4	10.9	13.4	7.6	6.5
急性期病床	20.7	8.9	5.6	6.7	5.7

在宅における看取り関連データ(国際比較)

	スウェーデン	オランダ	フランス	日本
高齢化率	17.3%(2005)	13.8%(2003)	16.4%(2005)	20.0%(2005)
80歳以上人口の割合	5.3%(2004)	3.4%(2003)	4.4%(2004)	4.4%(2003)
子との同居率	5%	8%	17%	50%
高齢者単独世帯率	41%	32.5%	32%	15%
人口千人対就業看護師数	10.6人(2004)	14.2人(2005)	7.7人(2005)	9.0人(2004)
(再)訪問看護師、地域看護師数	4.2人	2.7人	1.2人	0.4人
在宅死亡率	51.0%	31.0%	24.2%	13.4%

長期療養施設の再編成

○病院の医療療養病床(医療保険対応)：早期退院に向けた医療処置、機能訓練を行う。原則として1～3か月。年齢制限なし。

○介護を必要とする高齢者のための施設(介護保険対応)

- ・特別養護老人ホーム:要介護者のための生活施設。
- ・介護老人保健施設：65歳以上の要介護者を対象にリハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設。3か月から1年程度。
- ・病院・診療所の介護療養病床：長期療養を必要とする要介護者に対し、介護・医療等を提供する。

2017年4月末に介護療養病床を廃止(3～6年の経過措置あり)し、2018年4月に介護医療院法定化。介護医療院は、長期的な医療と介護の両方を必要とする高齢者を対象に、「日常的な医学管理」、「看取りやターミナルケア」等の医療機能と、「生活施設」としての機能を提供する施設(介護保険対応)。

I型：重篤な身体疾患を有する者、身体合併症を有する認知症高齢者等(要介護4、5)。

II型：I型に比し、容態が比較的安定した者(要介護1～5が)。在宅復帰を目指す。

医療外付け型：医療施設+有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)

介護療養病床、介護老人保健施設は、介護医療院への転換が想定されている。

訪問看護の歴史

今日の訪問看護につながる

1971年 先駆的な試みとして、東村山市白十字病院にて寝たきりの高齢者を対象に訪問看護サービス開始

1974年 新宿区、板橋区にて区の事業として訪問看護を開始

1988 退院患者宅への訪問看護師の訪問に、「退院患者継続看護・指導料」として診療報酬が支払われるようになる。

1991年 老人保健法改正により、在宅の寝たきり老人等を対象とする訪問看護制度化。

1992年 訪問看護ステーションより老人訪問看護が行われるようになる。

1994年 健康保険法改正により、全年齢の在宅療養者に訪問看護が提供できるようになる。

2000年 介護保険法の実施。介護保険サービスの一つとして、訪問看護が位置づけられる。

医療保険による訪問看護と介護保険による訪問看護

訪問看護は介護保険によるものと医療保険によるものがある。要介護・要支援認定を受けている人は介護保険が優先する。ただし、厚生大臣が定める特定の疾病（末期の悪性腫瘍、難病など）、および精神科訪問看護については医療保険対応となる。

介護保険による訪問看護の利用者でも、病状が悪化し医師が特別訪問看護指示書を交付した場合は、医療保険対応となる。指示書の有効期間は14日間。この期間を過ぎると介護保険に戻る。

介護保険の被保険者でない人は、医療保険対応となる。また、要介護認定を受けていない高齢者も、医療保険で訪問看護を利用することができる。この場合訪問看護の利用は、ケアマネジャーではなく主治医または訪問看護ステーションに直接申し込む。

訪問看護ステーションの訪問看護は、介護保険によるものが約7割、医療機関による訪問看護は、医療保険によるものが75%を占めている。

訪問看護実施機関の数と訪問看護利用者数(全国)

	訪問看護ステーション	病院・診療所
介護保険による訪問看護実施施設数(2016年)	8,571	1,597
医療保険による訪問看護実施施設数(2016年)	8,613	4,284
1月あたり訪問看護利用者数(2015年)	558,183	66,661
介護保険による (%)	69.3%	24.8%
医療保険による (%)	30.6%	75.1%

2017年4月1日現在の訪問看護ステーション数 9,735 か所