

地域・在宅基礎知識

1回目

在宅医療の歴史と目的



在宅看護の歴史

貧しい人々への訪問活動は、キリスト教と同じくらい古くから存在する。キリスト教のあらゆる歴史を通じて「**病人を訪問することは重視すべき宗教上の義務**」と考えられていた。

英国で飢餓の40年代と言われる時代に、飢饉で苦しむ貧しい人々の家への奉仕訪問活動をしていたナイチンゲールは、

「奉仕活動には、よい訪問が不足している」
 「施すだけでは役に立たない」
 「私が彼らを看護する**すべを知っているなら**」

病める人、苦しむ人を癒す仕事を人生の目標に定めたと24歳(1844年)春の日記に記している。

ナイチンゲールの姿勢

1858年、**ウィルヒョウ**が『**細胞病理学**』を著し、近代医学を方向づけた翌年、ナイチンゲールの『**看護覚え書**』には、『**細胞病理学**』について「**病理学の発展は非常に大きい**が、**病状の変化の兆候を観察する術[art]**についての知識は変わっていない」と、人々の関心が医学ばかりに向き、看護に向かっていないことを嘆いている。

パスツールやコッホ、北里柴三郎らが医学的新発見をして診断や治療の方法が専門的なものへ傾いていった時代に、ナイチンゲールの視点はいつも患者という「**ひとりの人間**」に向けられていた。

「**病気の看護ではなく、病人の看護というところに注目してほしい**」
 「**これは看護と医学との違いのひとつ**」と述べている。医学進歩を横目に見ながら、ナイチンゲールの関心は、人間に目を向けていた。

ナイチンゲールの考え

ナイチンゲールは「**病院は文明の中間段階にすぎない**」という考えがあり、病院に代わるものとして「**患者自身の家庭において、健康と回復の最善の機会が与えられるべき**」と考えていた。

在宅看護の第1の要素は実際に看護することであるが、技術の提供ばかりでなく、療養者の精神生活面まで支援し、生活態度の変革を目指し、そのためには看護実践力、訪問術、教育力が必要である。

在宅看護であればこそ得られるものに生きがいがあり、それは通常の何気ない生活のなかにあり、病人は生活の日常性を保持し、主体性を自覚できる。Home Nursing という「家」と「看護」を結びつける新しい言葉を生み出し、在宅看護の概念を作っていた。

ナイチンゲールの格言の解釈

- 私は、すべての病院がなくなることを望んでいる。

健康とは、平和な世界では「ヒトのあるべき姿」であり、基本である。

そのような平和な世界から見れば「病院は不健康な象徴」である。

「すべての患者が健康と回復への最善の機会を与えられる」ような、病院を必要としない社会にすることを最終目標にしていた。

日本の在宅医療の歴史

在宅医は患者に期日を予告し、定期的に訪問を行う。この診療形態は多くの医療機関で「定期往診」と呼ばれてきた。

1970～1980年代にかけ、自宅での継続的な医療を提供しようとする、意識の高い臨床医が各地に現れた。

佐藤 智(白十字病院・東京都), 早川一光(堀川病院・京都府), 黒岩卓夫(ゆきぐに大和総合病院・新潟県), 今井 澄(諏訪中央病院・長野県), 増子忠道(柳原病院・東京都), などである。

そして、「定期往診」は1986年に「訪問診療」として保険診療に位置づけられ、その技術的な意義が報酬として結実した。

地域・在宅基礎知識

2回目 (暮らしと地域)



地域とは

地球全体でみると、アジア、ヨーロッパなどは1つの地域と捉えられる。それら地域も、国、地方自治領域、市町村などの単位として考えられるため、地域という言葉に明確な定義はないといえる。

日本の医療行政では、おおよそ中学校区(中学生が通学する居住地の範囲)を「地域」と捉えることが多い。

当在宅看護概論は、これら国土数値情報のほか、個人の通勤等のライフステージや、通院・入院等の健康レベルの違いを考えた地域と捉えるべきであろう。したがって、**個人が多様なつながりをもって暮らす一定の時間と空間の範囲**が「地域」といえよう。

人々の暮らす地域の多様性

人々の暮らす地域には、気候、政治、生活様式、価値観、健康観など、地域の特性は実にさまざまである。

在宅看護における地域の特性を知る手がかりとして、次の切り口で多様性を考える。

1. 地域の人口構成の多様性
2. 地域の産業構造の多様性
3. 地域の住民文化の多様性
4. 地域の人口密度の多様性

在宅医療(看護)対応の優先度

人口ピラミッドの形を比べると、片品村は高崎市よりも明らかに60歳以上の高齢者の割合が大きくなっており、25~44歳の割合が小さいことがわかる。

片品村は、高齢者の人口割合が大きく、高齢者の生活支援や健康を支えるサポートが必要であることは明らかである。また、25~44歳の生産人口割合が明らかに小さく、将来に渡って高齢者を支える機能が低いということが推測される。

事実、片品村は高崎市よりも高齢化のスピードが速く、高齢者の健康維持や介護などのニーズが大きい地域と判断でき、医療機関も少なく、在宅看護サービスの優先度を高くして対応が進められている。

4. 地域の人口密度の多様性

人々が多く集まれば、健康ニーズも多くなり、そのニーズに対応するためのサービス資源も整備されていく。

人口過密部ではサービスの種類や数が多いが、その反面、需要も多いため、個々の必要なサービスを効果的に組み合わせる必要が生まれる。

一方、過疎化した地域では健康ニーズはあっても十分なサービス資源が整備されていない場合がある。しかし、過疎部では冠婚葬祭を地域住民で連携することが多く、地域のつながりの強さを利用して限られたサービスを効率よく利用することができる。

地域包括ケアシステムと地域共生社会

地域包括ケアシステムとは

超超高齢社会となった日本では、高齢者や疾患・障害を持つヒトなど、あらゆるヒトが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられることができるよう、市町村が中心となって、住居・医療・介護・生活支援・介護予防が一体的に提供されるシステム(しくみ)のことである。

住居・医療・介護・生活支援・介護予防の各サービスを提供する専門職は、専門職どうしのつながりを維持しながら、地域の特性や実情に応じ、個々の対象者に一体的に機能することが求められる。



地域包括ケアシステムの構成要素

ヒトはそれぞれ生き方や価値観には個別性があり、その家族も同様に個別性がある。本人や家族のニーズが支援者に十分に伝わっている場合は、図に示された鉢に生える葉は、本人・家族の思いを吸い上げて成長する。しかし、本人・家族の思いは、時間とともに変化したり、地域社会に合わなくなる場合もあり得る。そのため、支援者は常に十分なコミュニケーションを取り、関係者の特徴を把握しつつ臨機応変にこのシステムの構成要素を機能させる必要がある。



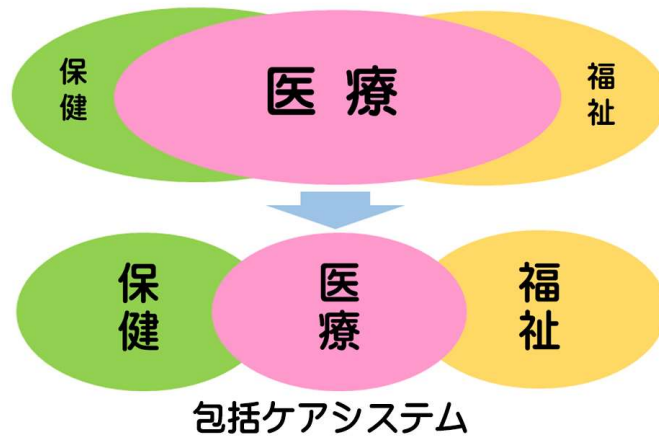
地域包括ケアシステムの推進



支えている4つの「助」をバランスよく連携させて推進していく。

1. **自助** 自分自身を支え、自分らしくその地域で暮らすこと。
(自費で健康管理や介護予防などをする)
2. **互助** 個人的な人間関係により助け合って暮らすこと。
(家族・隣人などインフォーマルな社会資源を活用する)
3. **共助** 制度化された相互扶助で支えられながら暮らすこと。
(医療・介護・年金制度などフォーマルな社会資源を活用する)
4. **公助** 税による負担で成立する公的な制度を活用して暮らすこと。
(生活保護・人権擁護・虐待対策などを活用する)

これまでの医療の位置づけ



地域・在宅基礎知識

3 回目 (在宅医療の対象者)



A. 地域・在宅医療の対象者

在宅医療の対象者は、地域で暮らす全てのヒトである。

在宅医療の目標

在宅医療の対象者である個人が、地域の様々な人間関係のなかで、健康の維持増進、疾病悪化予防、住み慣れた地域での生活の継続など最後(命が尽きる)まで自分らしく生きることを支援することにある。



小児の在宅医療の課題と展望

- ・医療機器、医療ケアが必要な子どもに対応できない福祉制度
- ・医療と福祉の連携の壁
- ・子どものための支援の仕組みが、複雑で未整理
- ・小児在宅医療を実践する医師や看護に必要な知識と技術



成人期の在宅医療

成人期は、社会の中心として活躍しながら、同時に仕事をしたり家庭や子どもを持つなどのライフイベントの多い世代であり、自身の生活においても変化の大きい時期である。

- **労働** 雇用形態・専業主婦世帯と共稼ぎ世帯・仕事時間
- **結婚・出産** 婚姻件数低下・晩婚化・出産年齢の高齢化
- **活動・休息** 運動習慣の低下・睡眠状況の悪化
- **健康面** 生活習慣病・悩み・ストレス → 25～59歳が高い
- **価値観** 生活の質の満足度 → 25～59歳が低い

メンタルケアや健康管理が重要な時期



老年期の在宅医療

老年期とは65歳以上の人々を対象と考える。

日本は、超超高齢社会を迎え、医療・介護への需要は増加し、療養の場が病院施設から自宅等の暮らしの場に移行しつつある。

治療・療養に対する価値観や療養場所の多様化等もあり、高齢患者やその家族がが意思決定する機会が増加している。しかし、加齢や認知症に対する理解不足や判断能力の低下により倫理的課題が生じやすい。そのため、看護職が意思決定を支援する重要性がますます高まっていると言えよう。

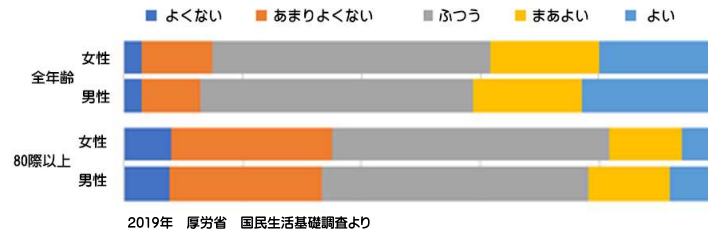


地域における健康レベルの多様性

健康の意識

国民生活基礎調査では、自身の健康について「よい・まあよい・ふつう」と回答したヒト（入院以外）は男女とも85%を超えている。

年齢が上がるにつれて「あまりよくない・よくない」の割合が増加し、80歳を超えると30%以上を占める。



地域に暮らす疾患や障害を持つ人々について(2)

通院者

厚労省の統計によると、通院者には次の傾向が認められる。

- 通院者率は男性より女性が高い
- 年齢が上がるほど通院率も上昇する
- 疾患の第1位は男女とも高血圧症
- 第2位以降は男性は糖尿病、歯科、眼科
- 女性は脂質異常、眼科、歯科、腰痛



地域に暮らす疾患や障害を持つ人々について(3)

地域の障害者数

在宅で暮らす障害者（児）の数は多く、次の傾向がみられる。

- 身体障害の方が420万人を超える
- 身体障害では65歳以上の方が70%を超える
- 知的障害の方は96万人程度
- 知的障害では65歳未満の方が80%を超える

精神障害者の外来受診者数は390万人程度あり、そのうち約37%が65歳以上の高齢者である。

自宅で暮らすことが困難な方は地域の施設などに入居している場合もあり、地域には多くの障害者が暮らしている。



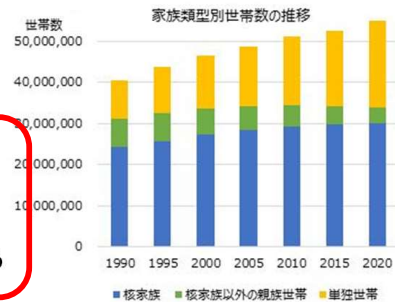
1. わが国における家族の現状

家族という呼び名は、「配偶者・血縁関係者・婚姻関係者」に該当する人物や、精神的な結びつきがある人物を指す場合もあり、この言葉の使用に決まりがない。使用する範囲は個人の判断に委ねられている。

世帯の状況

2019年の統計によると、全国の世帯数は約5179万世帯で、次の傾向が認められる。

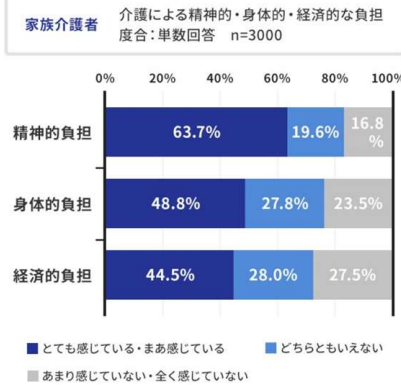
- 一世帯当たりの構成人数は年々減少
- 単独世帯が最も多い(28.4%)
- 単独世帯では、女性だけの世帯が65%
- 高齢者世帯が全体の約30%を占める
- 児童のいる世帯は全体の約22%を占める



介護の状況

要介護者からみた主な介護者の続柄は、**54.4%** と半数以上が同居家族で、次のような傾向がみられる。

- 介護者は配偶者が最も多い (23.8%)
- 次いで子が20.7%、子の配偶者が7.5%
- 介護者の性別は女性65%、男性35%
- 介護者年齢は男女とも約70%が60歳以上
- 介護や看護のための離職者は年間10万人
- 離職者の約80%が女性である
- 介護者の不安は「認知症対応」が最多
- 要介護5だと1日半分以上介護に付く
- 家族介護はストレスが自覚しづらい



C. 地域に暮らす対象者の理解と看護

地域の特性の理解と看護

- ・環境と対象者の特徴
- ・その地域の社会資源

家族のライフステージの理解と看護

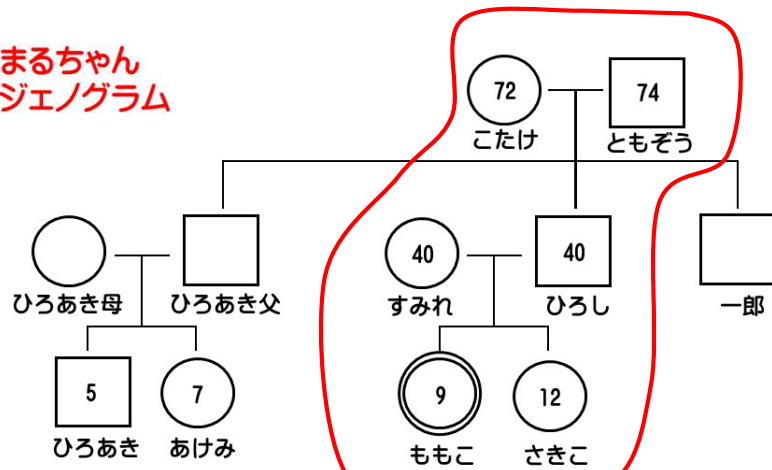
- ・対象者のライフステージの理解
- ・対象者の家族のライフステージの理解

対象者の理解からつながりをつくる看護

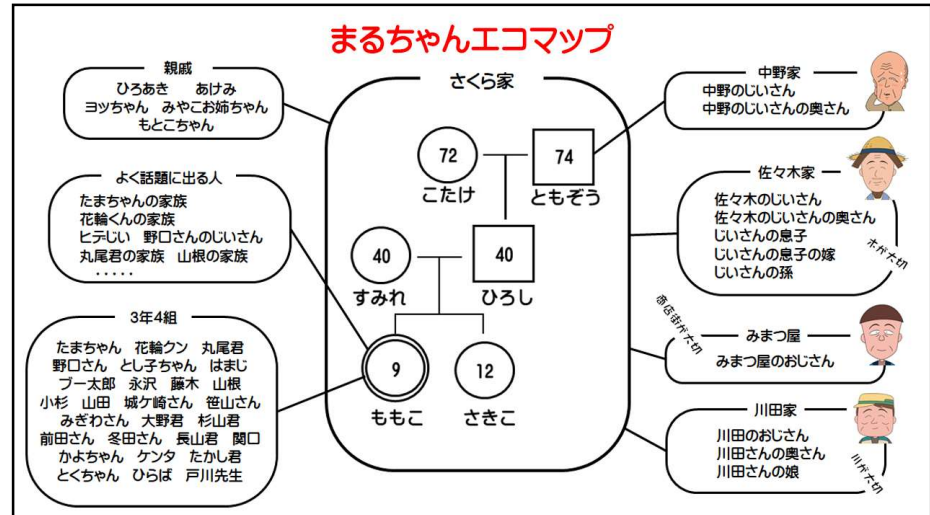
- ・在宅看護が動き出すためのつながりを作る
- ・そのつながりを支える
- ・看護師の役割を理解する

ジェノグラム
 エコマップを
 活用

まるちゃん ジェノグラム



まるちゃんエコマップ



4回目 (暮らしを支える看護)

- A. 暮らしを支える地域・在宅看護
- B. 暮らしの環境を整える看護
- C. 広がる看護の対象と提供方法
- D. 地域における家族への看護
- E. ライフステージに応じた看護
- F. 暮らしにおけるリスクの理解
- G. 地域での暮らしにおける災害対策



A. 暮らしを支える地域・在宅看護

- 病気や障害を抱えて生活を送るヒトが増えている。
- 地域を基盤とした「地域包括ケアシステム」が生まれた。
- 従来の病院完結型から、地域完結型の体制転換が図られた。
- 住み慣れた地域において健康維持・増進、疾病予防のほか、疾病・障害での療養生活の継続と終末期ケアまでを支える。

B. 暮らしの環境を整える看護

環境整備の4つの目的

- | | |
|----------|----------------------|
| 生活空間を整える | ヒートショック予防・転倒のリスク整備など |
| 食を整える | 生活と健康に合った食事を考える |
| 排泄を整える | 便秘対策を考えて整える |
| 人間関係を整える | 家庭環境が認知機能低下を助長する |

C. 広がる看護の対象と提供方法

健康に対する人々のニーズ
看護の実践方法の広がり

ヘルスプロモーションに携わる
保険制度を超えた社会資源
看護の提供方法の多様化

人々の健康ニーズに応える看護
健康ニーズを支える看護の実践

ニーズに前向きに支援する
情報を提供したり、個人に合った情報発見や
判断の支援をするプラットフォームを考える。

D. 地域における家族への看護

家族成員それぞれの状況に関心をもつ
多様な家族を受け入れる

家族は対象者の介護者ではない
家族のあり方は多様であり、対象者
や家族の価値観や信念に向き合う
家族には、もともと課題を解決しよ
うとする力がある

思いを尊重したセルフケアの力を高める

E. ライフステージに応じた看護

誕生から死までのライフステージ

- | | |
|-------|--------------------------------------------------------------|
| 誕生 | 妊娠中から産後にかけて心身や家族関係に難しい問題が起きやすい。 |
| 乳幼児期 | 在宅医療が必要な新生児は年々増加している。 |
| 学童期 | 子どもの気持ちの理解は困難。話しやすい環境を用意してみる。 |
| 思春期 | 家族は抑うつ状態になってしまうことが多い。
「楽しいと思えること」「生き甲斐」を見出せる支援が必要。 |
| 青年期 | 心の成長はバラツキが大きく、家庭での抱え込みが懸念される。
ニーズが潜在化することへの配慮が必要である。 |
| 壮年期 | 生活や職業は多様で、生活も各人の価値観などで影響される。
「生活基盤を守る」「家族の重圧を受け止める」などが必要。 |
| 老年期 | ADL低下によっておきる症候群を十分理解する。できるだけ運動をし、言葉かけや他者との面会を増やす配慮が必要になる。 |
| 死(終末) | 最期まで尊厳を尊重した医療を目指す。対象者の意思決定を基本とし、チームによる全人的なケアをする。 |

F. 暮らしにおけるリスクの理解

暮らしにおけるリスクの種類

- ・発生頻度の高いできごと
 - ・季節によるリスクの特徴
 - ・影響の大きいできごと
- 転倒・誤嚥・誤飲・窒息・感染症・病気の悪化など
 夏季の熱中症・冬季の低温火傷など
 各種障害による火災・自然災害の避難困難など

G. 地域での暮らしにおける災害対策

暮らしと災害

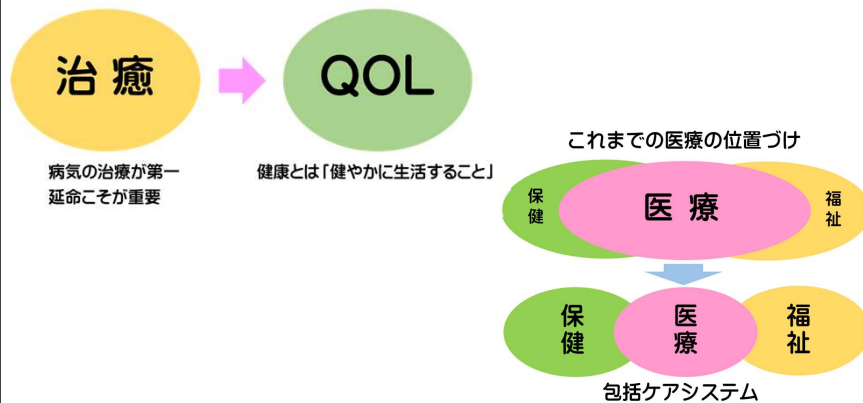
- ・災害の大規模化
 - ・災害が暮らしに与える影響
 - ・災害への事前の備え
 - ・災害時の避難
 - ・災害対策における地域・在宅看護の役割
- 「命を守る」ため、避難勧告が出たら逃げる
 停電や断水などを想定した対応を考える
 普段から飲料水や非常食などを備蓄する
 公表されている「ガイドライン」を参照する
- 地域との連携がなくては多くの命は救えない
 多くの関係者とともに取り組む

地域・在宅基礎知識

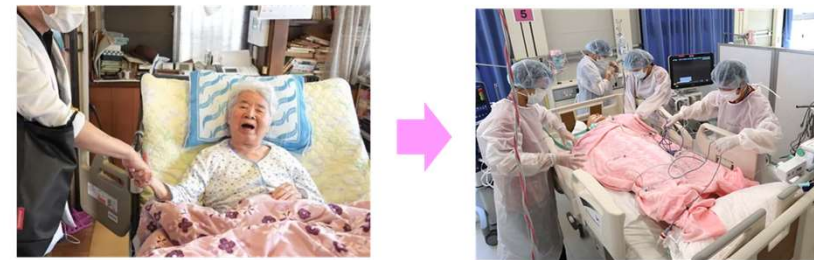
5 回目 (在宅医療の実践と連携)



医療の目標の変化



入院で悪化する対象者

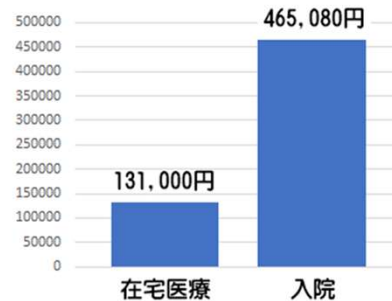


入院というイベント

- ⇒ 不穏 ⇒ 鎮静剤 ⇒ 身体拘束 ⇒ 点滴 ⇒ 禁食 ⇒ 精神状態増悪
- ⇒ 食事困難 ⇒ 胃ろう造設 ⇒ 廃用症候群増悪
- ⇒ 褥瘡 ⇒ 肺炎 ⇒ 終末期ケア

在宅医療の経済的状況

在宅医療は医療経済の面からも語られることが多い。
ざっくり言うと、1カ月の療養費は、入院の場合は約46万円、在宅の場合は約13万円と3分の1である。
勿論、介護サービス費など他にもかかるが、少なくとも医療保険から消費される医療費は少なくすむ。
患者の状態増悪予防と療養費削減が、国が推し進めている大きな理由である。



在宅で可能な治療や処置

- 注射・点滴・採血など
- ベッドサイド臨床検査
- 経管栄養
- 呼吸の管理
- 生活ケア
- 在宅リハビリ
- 在宅緩和ケア・終末期ケア
- 自宅での看取り



ホスピスケア

1967年に英国人医師のシシリー・ソンドース博士がロンドン郊外の聖クリストファー・ホスピスで始めたのがホスピスの起源とされている。末期患者との交流の中から、死にゆく人がどうしたら安らぎを覚えるかを考え、ホスピスケアのあり方として5つの事を強調した。

- (1) 患者を一人の人間として扱う
- (2) 患者の苦しみを和らげる
- (3) 不適切・不必要な治療や検査はしない
- (4) 家族のケアもする
- (5) チームでケアにあたる



エリザベス・キューブラー=ロス



Elisabeth Kübler-Ross
1926.7.8 - 2004.8.24

アメリカ合衆国の精神科医。死と死ぬことに関する書『死ぬ瞬間』(1969年)の著者として知られる。
スイスのチューリッヒに生まれる。父親が医学部進学に反対で、自ら学費を捻出するため当初は検査技師をしていた。
その後、1957年、31歳の時にチューリッヒ大学医学部を卒業。1958年学業をさらに続け、アメリカにわたった。

病院が死にかけている患者を扱う態度に愕然とさせられる。そこで、病気の患者をどう扱うべきなのかという一連の講義を始めた。これが、1961年の死と死ぬことについての講義につながっていく。

- ・何をしたかよりも大切なことがあります。それは心を込めて行ったかどうかです
- ・やりたいことをやればいいのです。貧乏になるかもしれないけど、毎日を全身全霊で生きることが出来ます
- ・じっとしているだけでは成長はありません。苦痛や病氣、喪失に立ち向かうからこそ成長するのです。
- ・神様だってあなたに背負えない試練は与えたりしません。

死の受容に関する段階

第一段階	否認	hinin
第二段階	怒り	ikari
第三段階	取引	torihiki
第四段階	うつ状態	utuzyoutai
第五段階	受容	zyuyou

Hituzy
↓
ひつじ

● 自宅での看取り

「看取り」とは、「人生を全うする最期の時期を看病する・息を引き取るところを見守る」と考えることは間違いではないが、これが全てとは言い切れない。「看取り」は「人生の最終段階に携わることそのもの」を指していると考えられる。

医療・介護は、「人生は必ず終わりの時期がくる」という認識のもと発展してきた。これは日常生活の延長線上のことだが、本人はもちろん家族にとっても経験がなく、不安に思ふ時期となる。訪問看護師はこうした時期の方々を支える職種でもある。

「病院ではない、ふだんの生活の場所」で、少しでも穏やかに過ごすため、看取りの時期に生活の場所に訪問し「看取りをされる人」「看取りをする人」の両者を支援するものであると考えられることもできる。



地域・在宅基礎知識

6 回目 (関係する制度と活用)



日本の社会保障制度

四つの制度

1. 社会保険制度 公的年金・医療保険・雇用保険
労災保険・介護保険
2. 社会福祉制度 児童福祉・高齢者福祉
母子福祉・障害者福祉
3. 公的扶助制度 生活保護
4. 公衆衛生 予防接種・公害対策・伝染病予防
上下水道整備・動物保護



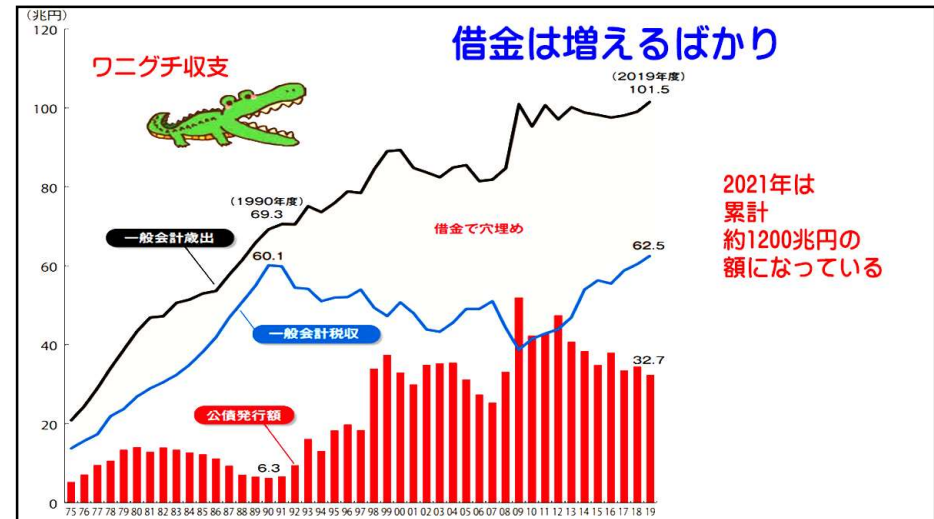
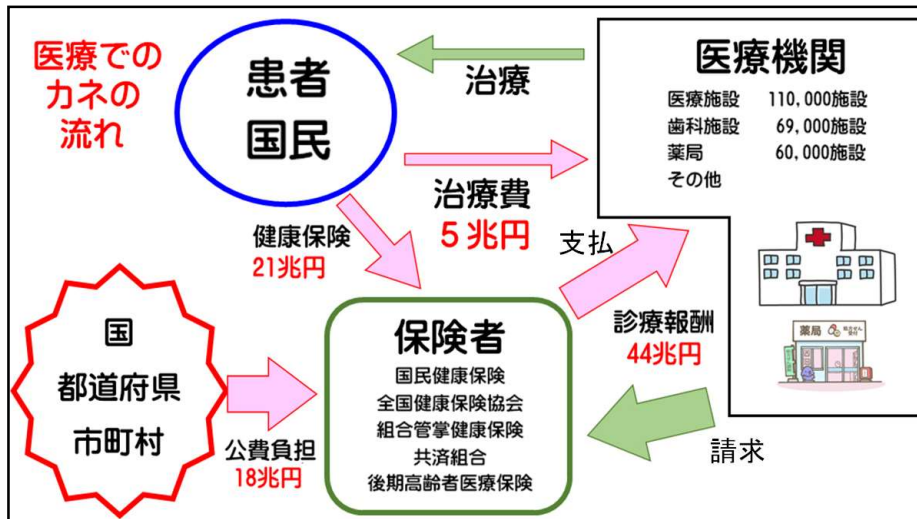
医療保険

基本的に**国民全員が加入**することになっている。
 年齢を問わず利用できる。
利用限度はなく、事前に認定を受ける必要もない。
 誰でも健康保険証を提示すれば利用できるのも、最も身近な保険だといえる。
 病院で病気やケガの治療を受ける際に利用するイメージが強いが、訪問診療や訪問看護などでも利用できる。

盲腸(虫垂炎)の治療費(都市別)

順位	都市	費用	入院日数
1	ニューヨーク(アメリカ合衆国)	152~440万円	1~3日
2	パリ(フランス)	22~97万円	3日
3	マドリッド(スペイン)	48~91万円	4日
4	ロンドン(イギリス)	74万円	2日
5	ローマ(イタリア)	69~73万円	3日
6	ジュネーブ(スイス)	27~70万円	3日
7	バンクーバー(カナダ)	66万円	3日
8	シンガポール(シンガポール)	34~43万円	3日
9	デュッセルドルフ(ドイツ)	35万円	3日
10	(一般例)(日本)	30万円	6~7日

「世界の医療と安全2010」(東京海上日動作成)より抜粋



日本が抱える医療問題

日本では**国民皆保険制度**のもと、あらゆる人が質の高い医療サービスを受けることができている。しかし、医療は深刻な課題に直面している。

●代表的な医療の問題

診療報酬の削減からくる高度医療開発の遅れ
 医師・看護師不足の深刻化
 薬価見直しによる新薬開発の遅れ
 検査報酬見直しによる診断精度の低下
 一般病院の4割が赤字経営
 介護制度へのしわ寄せなど

在宅医療推進の背景

古くから患者や家族の要請で医師による往診は行われていたが、急性疾患への一時的な対応にすぎなかった。

在宅医療が制度上認められたのは1992年のことで、その背景には高齢社会に伴う疾病構造の変化や慢性疾患の増加があった。慢性疾患療養者は、病院や施設で生活することが一般的だったが、いわゆる**ノーマライゼーション**の思想によって、**住み慣れた地域や自宅で療養する重要性が認識**されはじめた。

一方で、高齢者の生活困難を入院医療によって解決しようとした、いわゆる**社会的入院への解決策**としても、在宅医療の普及推進が国家的方策となった

介護保険制度

1990年代の日本は、寝たきりや認知症など、要介護高齢者の増加や介護期間の長期化、核家族化や介護者の高齢化など、高齢者問題が深刻化しつつあった。

そこで、**高齢者の介護を社会全体で支えあう仕組み**として、医療保険制度の代わりになる新たな社会保障制度として、介護保険制度が2000年4月から始まった。

破綻しつつある医療保険制度とは異なり、**介護保険制度は、市区町村が保険者**となって運営し、国、県、医療保険者、年金保険者等が共同して支える仕組みになっている。

また、介護保険制度は、**できる限り在宅で自立した日常生活をおくることを目指す**制度となっている。

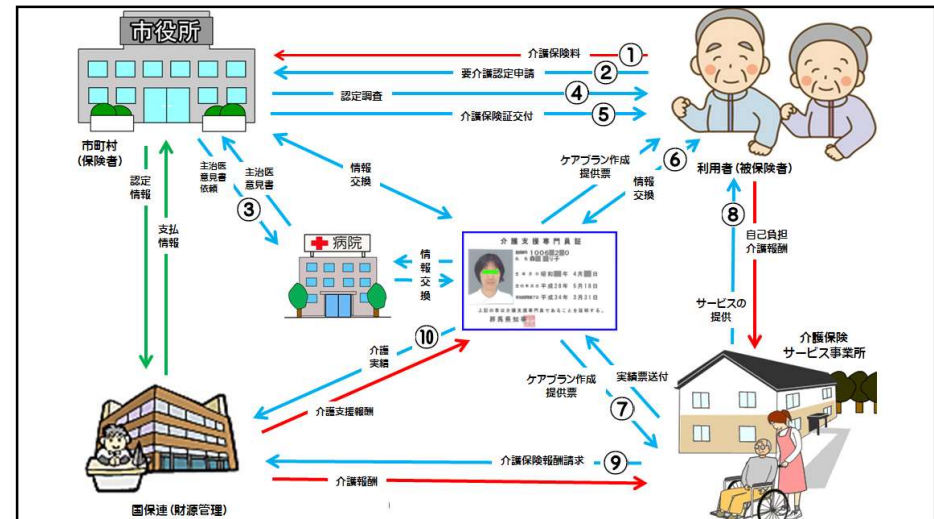
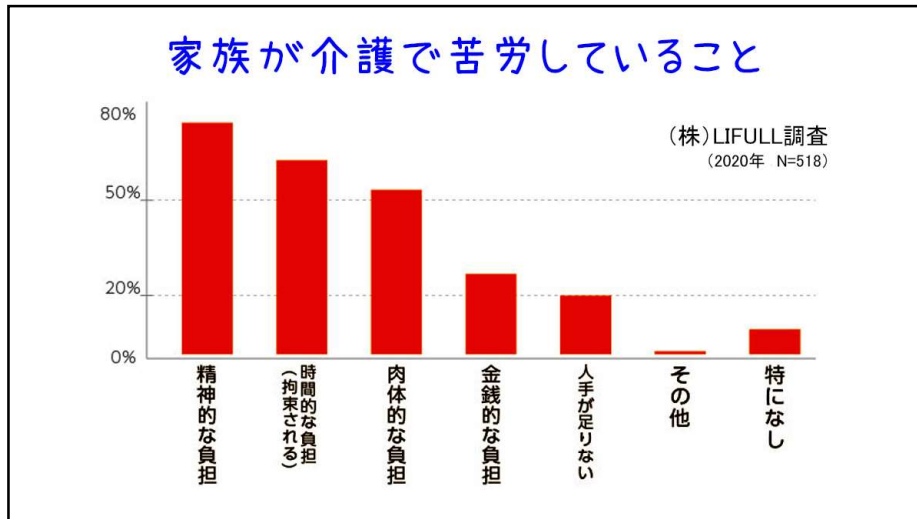
介護保険制度の特徴

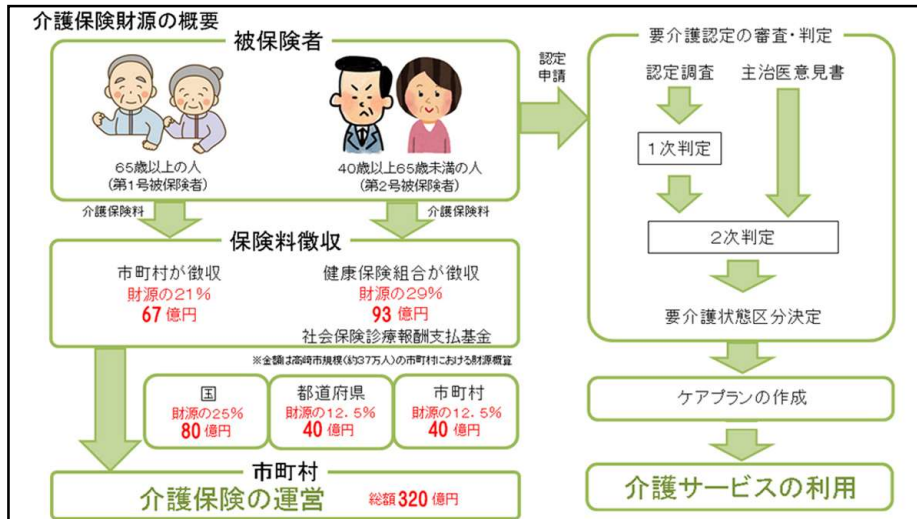
介護保険制度は、介護が必要となった高齢者とその家族を社会全体で支えていくしくみ。

その**仕組みの特徴**は3つ。

1. 利用者の医療行為ではなく、**自立支援**を目指す。
2. 利用者が**サービスを選択**して利用する。
3. 給付と負担の関係が明確な「**社会保険方式**」を採用。







急増する在宅医療のニーズ

厚生労働省「社会医療診療行為別調査」によると、人工呼吸器や中心静脈栄養などの特別な処置を必要とする在宅医療患者は増加傾向にある。最も増えているのが「在宅人工呼吸指導管理」で、2008年の12,357件と比べて、2014年は24,293件もの処置が行われている。在宅で人工呼吸器を付けている年齢層は、0歳～19歳が最も多く、次いで20～39歳、後期高齢者の多い在宅医療だが、若年層は特別な処置が必要になるケースが多い。

また、在宅医療を受けている患者の大半は75歳以上の後期高齢者で、最も多い患者の年齢層は85歳以上である。内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」によると、高齢者の55%が「自宅で最期を迎えたい」と思っており、これに対して病院で最期を迎える選択をした割合は28%であった。この結果にも在宅医療の需要の高さが見て取れる。

年	患者数
2005年	64800
2008年	98700
2011年	110700
2014年	156400
2017年	180100

新規開設が増えている訪問看護事業

世界に類を見ない速さで高齢化が進行する我が国において、社会保障政策の最重要課題の一つが持続可能な医療・介護の制度設計である。その中でもとりわけ重要なのは在宅ケアの基盤整備であり、団塊の世代が後期高齢者となり高齢化率が30%を超える2025年までに残された時間はもうない。

1992年に、訪問看護事業が始まって30年が経過した。疾患を抱えた方が地域で暮らし続けられるように、地域包括ケアを構築し、訪問看護や定期巡回・随時対応サービス、看護小規模多機能型居宅介護など日帰りサービスや宿泊サービス等も含めて、地域で暮らし続けることを支援する看護サービス全般を視野に入れた事業展開がされてきた。

年	数
H22	5,864
H23	6,032
H24	6,590
H25	7,153
H26	7,903
H27	8,745
H28	9,525
H29	10,305
H30	10,884
R1	11,580

訪問看護事業所と訪問看護ステーション

介護保険の事業には、**訪問看護**と**訪問看護ステーション**の2種類がある。**訪問看護**は、健康保険法の保険医療機関である病院や診療所が「みなし指定」としてサービス提供を行う場合の事業名称。**訪問看護ステーション**は、介護保険法の事業所指定を受けサービスを提供する。

サービスの報酬は、右表に示す通り訪問看護より訪問看護ステーションの方が、高く設定されている。

	訪問看護	ステーション
20分未満	262点	310点
30分未満	392点	463点
30～60分未満	567点	814点
60～90分未満	835点	1117点

人員配置基準は、訪問看護の場合は看護資格者は適当数であり、訪問看護計画書を作成する正看護師が1名いれば診療補助の空き時間にサービスを行うことができる。一方、訪問看護ステーションの場合は、常勤換算職員数で最低2.5人以上の看護資格者が必要となる。リハビリテーションを訪問看護サービスとして行う場合は、訪問看護ステーションのみが実施することが可能。

訪問看護事業所の開設

- ①開設の目的や方針を決め、法人を設立
- ②市町村・都道府県への開設の事前協議
- ③開設資金を確保する
- ④事業計画を立て、事業所設置、備品や物品の準備、職員を確保する
訪問看護ステーション人員基準は、**看護資格者常勤換算で2.5人配置**
- ⑤書類を整備する
 - ・県市町村等との文書 ・利用者との契約書 ・重要事項説明書
 - ・訪問看護記録書、指示書、看護計画書、看護報告書、情報提供書等
 - ・会計経理記録・設備備品に関する記録
 - ・運営規程・事業所パンフレット・サービス提供のための各種マニュアル
- ⑥賠償責任保険に加入する
- ⑦上記文書を整え、指定申請書を提出する
介護保険法に基づく指定申請と、健康保険法に基づく指定がある。
- ⑧加算等体制の届出 ⑨業務管理体制の届出

訪問看護事業所の運営

訪問看護とは

看護師などが居宅を訪問し、主治医の指示や連携により行う看護をいう。病気や障害があっても、医療機器を使用しながらでも、居宅で最期まで暮らせるように多職種と協働しながら療養生活を支援する。

訪問看護の内容

主治医と密に連携し、心身の状態に応じて以下のような看護を行う。身体的・精神的な看護、入退院についての相談、必要に応じた在宅ケアサービスの紹介、関連機関との連携などにより、対象者の希望に沿った療養生活を叶えるための様々な支援や調整を行う。

- ・健康状態のアセスメント
- ・日常生活の支援
- ・心理的な支援
- ・家族等介護者の相談や助言
- ・医療的ケア
- ・病状悪化防止
- ・入退院時の支援
- ・社会資源の活用支援
- ・認知症者の看護
- ・精神障害者の看護
- ・リハビリテーション
- ・重症心身障害者の看護
- ・エンドオブライフケア（終末期ケア）など

