Nursing now

訪問看護がつくる地域包括ケア

～データからみる「訪問看護アクションプラン2025」の今～

公益財団法人 日本訪問看護財団

発刊にあたって

戦後ベビーブーム世代（1947 年～1949 年生まれ）がすべて 75 歳以上となる 2025 年。さらに超高齢社会（高齢化率 36.1％）となり多死社会を迎える一方で、労働人口が急減（少子化の加速）する 2040 年。

しかし、各地域では、人口の年齢構成や保健・医療・福祉・介護・教育などの社会資源の整備状況、産業、文化などは様々です。

そのため、国は医療や介護保険制度の改正・報酬改定による給付の抑制、年金受給開始年齢の選択の繰り上げなど、全国一律の仕組みだけでは 2025 年を乗り切ることが困難なことから、市町村や都道府県が率先して地域特性に応じて作り上げていく「地域包括ケア」の構築を進めています。また、地域医療構想など、人口動態や疾病構造の変化に対応した医療提供体制が整備されつつあります。

さらに 2025 年以降 2040 年を乗り切るためには、要介護状態になる前の健康な高齢者の介護予防や健康寿命を延ばすこと、乳幼児、児童、子育て中の親、障がい者に広がり、さらに災害等を含めた地域づくり（まちづくり）へと発展して「地域共生社会」の実現をめざしています。

「訪問看護アクションプラン 2025」は、「訪問看護推進連携会議」を構成する 3 団体（日本看護協会・全国訪問看護事業協会・日本訪問看護財団）が地域包括ケアシステムの構築に向けて、2014（平成 26 年）年に策定しました。本財団でもアクションプランに沿って、毎年様々な事業を実施してきました。

このたび、2025 年までの中間地点に立って、全国的な訪問看護をめぐるデータをもとに訪問看護の現状を取りまとめました。進捗状況を共有し、これから 2025 年に向けて共にアクションプランを進めましょう。

2019（令和元）年 12 月 1 日

公益財団法人　日本訪問看護財団

【目次】

Ⅰ．データからみる「訪問看護アクションプラン2025」の今 ～5年が経過して～ …… 2～10
はじめに …… 2
1. 訪問看護の量的拡大 …… 3
2. 訪問看護の機能拡大 …… 6
3. 訪問看護の質の向上 …… 8
4. 地域包括ケアへの対応 …… 10
Ⅱ．地域包括ケアの実現に向けて（本財団機関紙「ほうもん看護」連載記事より） …… 11～18
・地域共生社会を支えるこれからの訪問看護・研究の知見と今後の研究課題を交えて考える …… 11
・妊娠・出産・育児期までの切れ目のない継続ケアの提供を目指して …… 12
・地域包括ケアに取り組む保健師の活動と訪問看護師への期待 …… 13
・訪問看護師倍増に向けた日本看護協会の検討状況 …… 14
・医療機関の訪問看護と訪問看護ステーションの看看連携 …… 15
・人口減少地域における地域包括ケアと看取り …… 16
・田中滋先生に聞く「地域包括ケアの今とこれから、訪問看護への期待」 …… 17～18

Ⅰ データからみる「訪問看護アクションプラン 2025」の今 ~5 年が経過して~

はじめに

地域包括ケアシステムとは、**「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第 2 条）」**とされます。

戦後ベビーブーム世代がすべて 75 歳以上の高齢者になる 2025 年に向けて、地域包括ケアシステムは、各地域のケア体制やつながりづくりを目指しています。

「訪問看護アクションプラン 2025」は、来るべき 2025 年を目指した訪問看護のあるべき姿とその達成に向けたアクションプランをまとめた内容となっています。

2012（平成 24）年以降訪問看護ステーションは増加が目立ち、主として精神科訪問看護やリハビリテーション看護、小児訪問看護を提供するなどの特徴もみられるようになりました。介護保険制度では、居宅介護支援事業所や看護小規模多機能型居宅介護、療養通所介護などを併設する訪問看護ステーションも散見されます。「まちの保健室」などを開設して地域活動を行う訪問看護ステーションも増えています。

市町村の在宅医療体制の構築では、訪問看護ステーションには 24 時間体制、小児訪問看護の実施体制、ターミナルケア実施体制が求められています。

訪問看護の質向上や機能拡大を図って、健康維持・悪化防止から在宅移行支援、在宅療養生活支援、緊急対応、看取りまで、地域包括ケアの担い手としての役割がますます期待されています。

訪問看護アクションプランの項目は図のとおりです。

訪問看護アクションプラン 2025　概要

Ⅰ　訪問看護の量的拡大

1. 訪問看護事業所の全国的な整備
   - ●地域偏在の解消　●24 時間 365 日体制の整備
   - ●規模の拡大
2. 訪問看護師の安定的な確保
   - ●目標 15 万人　●新卒訪問看護師の確保
   - ●処遇改善とワークライフバランス（WLB）
3. 医療機関と訪問看護ステーションの看護師の相互育成
   - ●人材育成システムの構築　●人事交流の機会

Ⅱ　訪問看護の機能拡大

1. 訪問看護の提供の場の拡大
   - ●介護施設やグループホーム及び学校等の訪問看護
2. 訪問看護事業所の機能の拡大
   - ●機能強化型訪問看護ステーションを二次医療圏に 1 か所以上
   - ●療養通所介護の拡充
   - ●住民への予防活動等
3. 看護小規模多機能型居宅介護の拡充
4. 訪問看護業務の効率化
   - ● ICT 活用による多職種との情報共有
   - ●業務効率化

Ⅲ　訪問看護の質の向上

1. 健康の維持・回復、生活や穏やかな人生の最終段階を支える視点を持つ専門家の育成
   - ●対応充実
     在宅ターミナルケア、緩和ケア、認知症、精神科疾患、重度心身障害児、退院支援等
2. 看護の専門性を発揮して多職種と協働
   - ●多職種と共に学び、考える場づくり
3. 訪問看護ステーション管理者のマネジメント力の向上
   - ●管理者研修の充実
4. 看護基礎教育への対応強化
   - ●教育機関との協力体制　●在宅看護論の実習指導力向上

Ⅳ　地域包括ケアへの対応

1. 国民への訪問看護の周知
   - ●訪問看護の機能・役割の情報発信
2. 地域包括ケアシステムの構築
   - ●地域ネットワークづくり　●市町村の事業や会議への参加
3. 地域での生活を包括的に支援する訪問看護ステーションの機能強化
4. 訪問看護の立場からの政策提言
   - ●計画策定プロセスへの参加
   - ●地域特性にあった政策提言

1．訪問看護の量的拡大

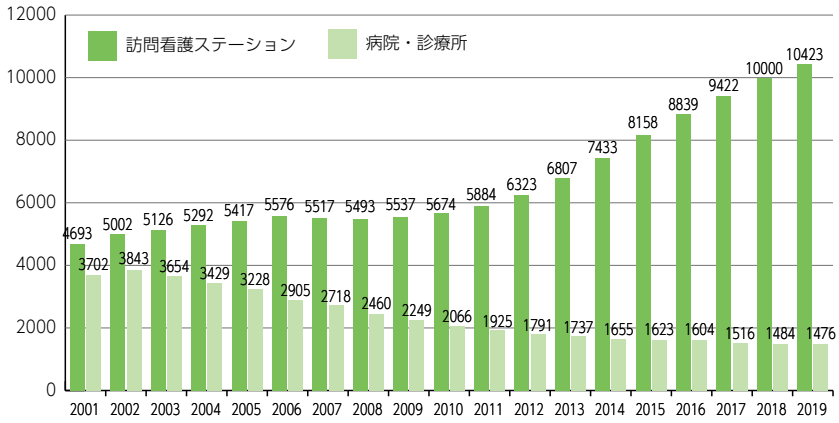
1）訪問看護ステーションの全国的な整備

○訪問看護ステーションの開設数は2012（平成24）年から増加し、病院・診療所の訪問看護は微減傾向にあります。

訪問看護ステーション数は、10,423か所となっています【図表1】。

○訪問看護ステーションの開設は、全国平均で1.83倍まで増加していますが、各県により最大3.6倍、最小1.3倍のばらつきがあります【図表2】。

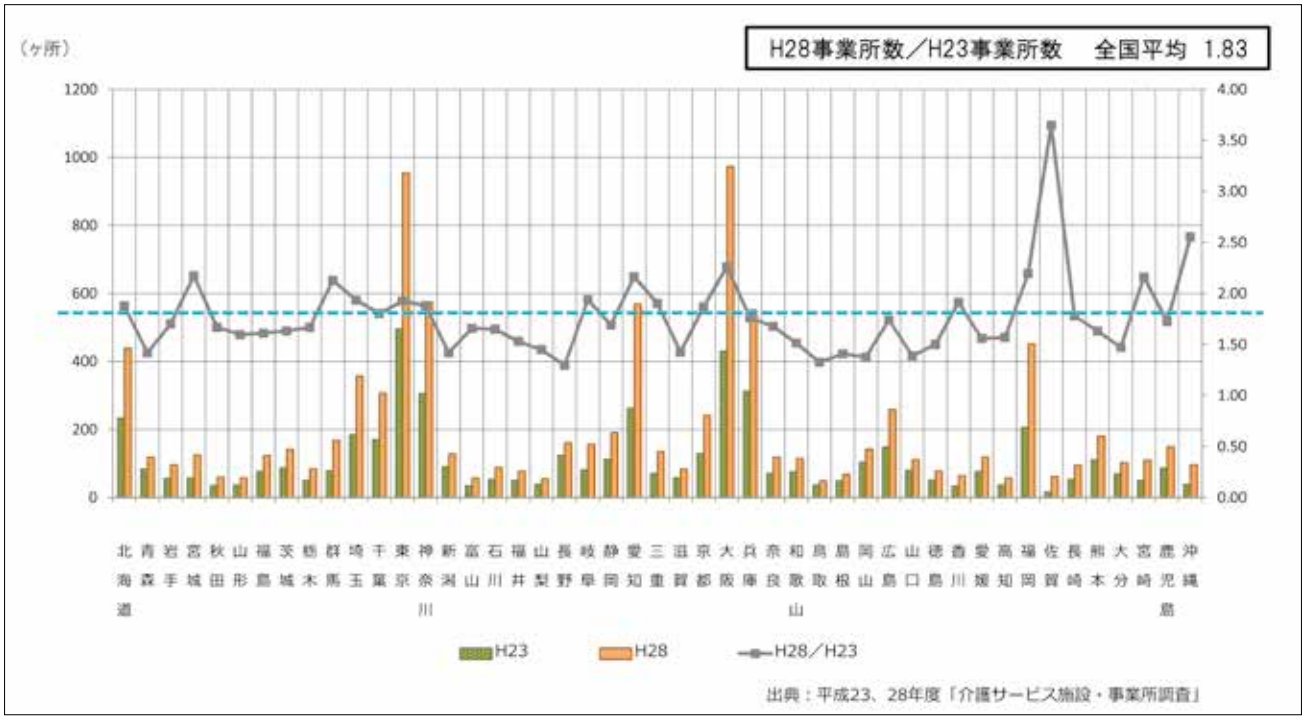
【図表1】介護保険制度における訪問看護事業所数の推移



※2019年は６月審査分で表示しています

厚生労働省「介護給付費実態調査月報（各年９月に請求した訪問看護事業所件数）」より作成

【図表2】平成23年と平成28年の訪問看護ステーション数及び増加率



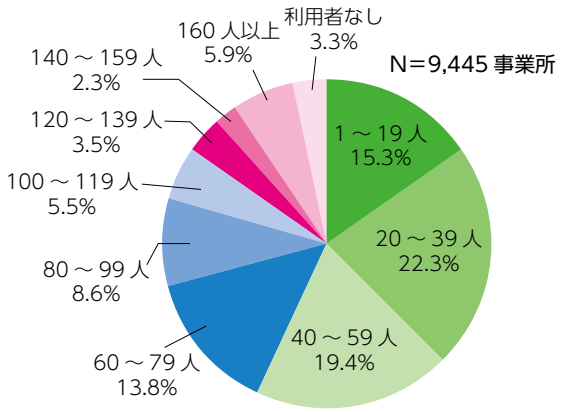
厚生労働省「第370回中医協総-5」より抜粋

○24時間365日体制は約80～90%が達成しています（介：緊急時訪問看護加算届出87%、医：24時間対応体制加算80%）が、緊急時夜間等の訪問看護師の働き方など体制整備が課題です（厚生労働省「第370回中医協総-5，在宅医療（その4）」）。

○2017（平成29）年7月改正の第7次医療計画において、疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の現状把握のための「別表11　在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例」では、急変時対応の指標として「24時間体制をとっている訪問看護ステーション数、従事者数」が例示されています（厚生労働省医政局地域医療計画課長通知　平成29年3月31日）。

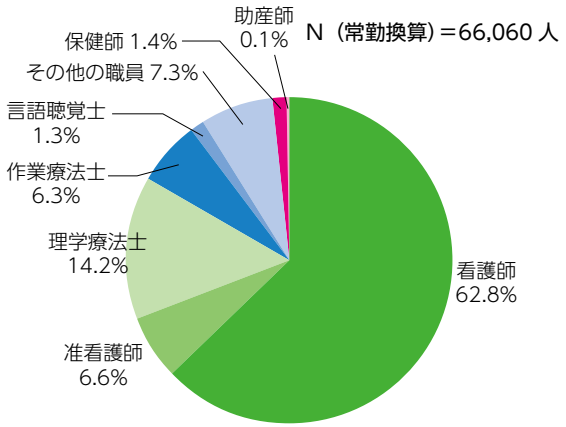
○利用人員別にみると利用者数39人までの規模の訪問看護ステーションが約4割を占めておりますが、利用者100人以上の訪問看護ステーションが17%強となり、ある程度規模の拡大が図られています【図表3】。

【図表 3】利用人員階級別事業所数の構成割合



厚生労働省「平成 29 年介護サービス施設・事業所調査」より作成

【図表 4】訪問看護ステーション　職種別職員割合（常勤換算）



厚生労働省「平成 29 年介護サービス施設・事業所調査」より作成

2）訪問看護従事者の安定的な確保

(1) 訪問看護ステーションの従事者

○ 2017（平成 29）年の常勤換算従事者は 66,060 人です。内訳は常勤者 51,098 人、非常勤者の常勤換算数で 14,963 人となっています。訪問看護従事者の職種別職員割合では、看護職員が 70%強でそのうち看護師が 62.8%で最も多く、理学療法士・作業療法士及び言語聴覚士は約 22%でそのうち理学療法士が 14.2%です。看護師に次いで理学療法士が多くなっています【図表 4】。

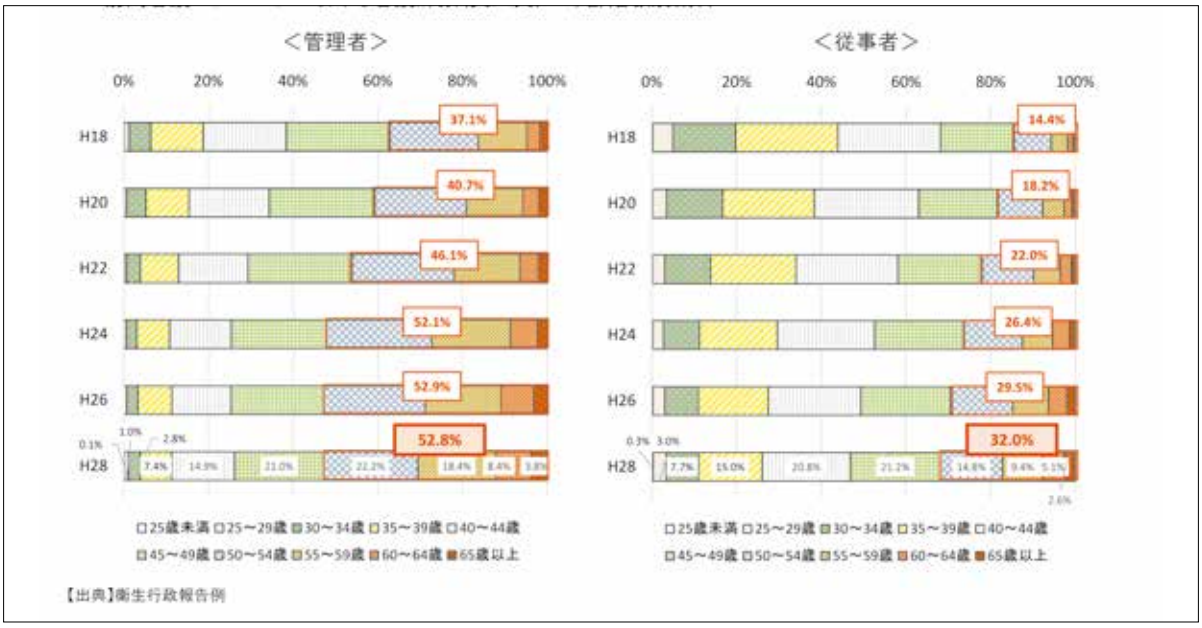
○訪問看護従事者のうち管理者の年齢階級別割合では、2006（平成 18）年に 50 歳代が 37.1%でしたが、2016（平成 28）年には 52.8%となっています。従事者も、50 歳代は 14.4%から 32.0%に増加しています【図表 5】。

考察

訪問看護師の確保対策として、新卒から雇用して育成する、子育て中の看護師の就業促進を図るなど、大規模訪問看護ステーションの取り組みもあります。人生 100 年時代を迎え、70 歳以降も働く意向を持つ高齢者も増えています。高齢になっても役割を持って働きたい看護職には心身の機能に応じた働き方の開拓など、看護職員は貴重な社会資源であり、有効に活用する戦略も必要です。

訪問看護人材育成では、病院と訪問看護ステーションの相互研修による育成や人事交流も進めています。

【図表 5】訪問看護ステーションにおける看護師の年齢階級別割合



厚生労働省「第 419 回中医協総-1」より抜粋

(2) 訪問看護従事者の需要

○訪問看護の需要について、第 7 期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込みから、2017（平成 29）年には 48 万人ですが、2020 年には 59 万人、さらに 2025 年には 71 万人で、今後 47％の増加が予測されます【図表 6】。

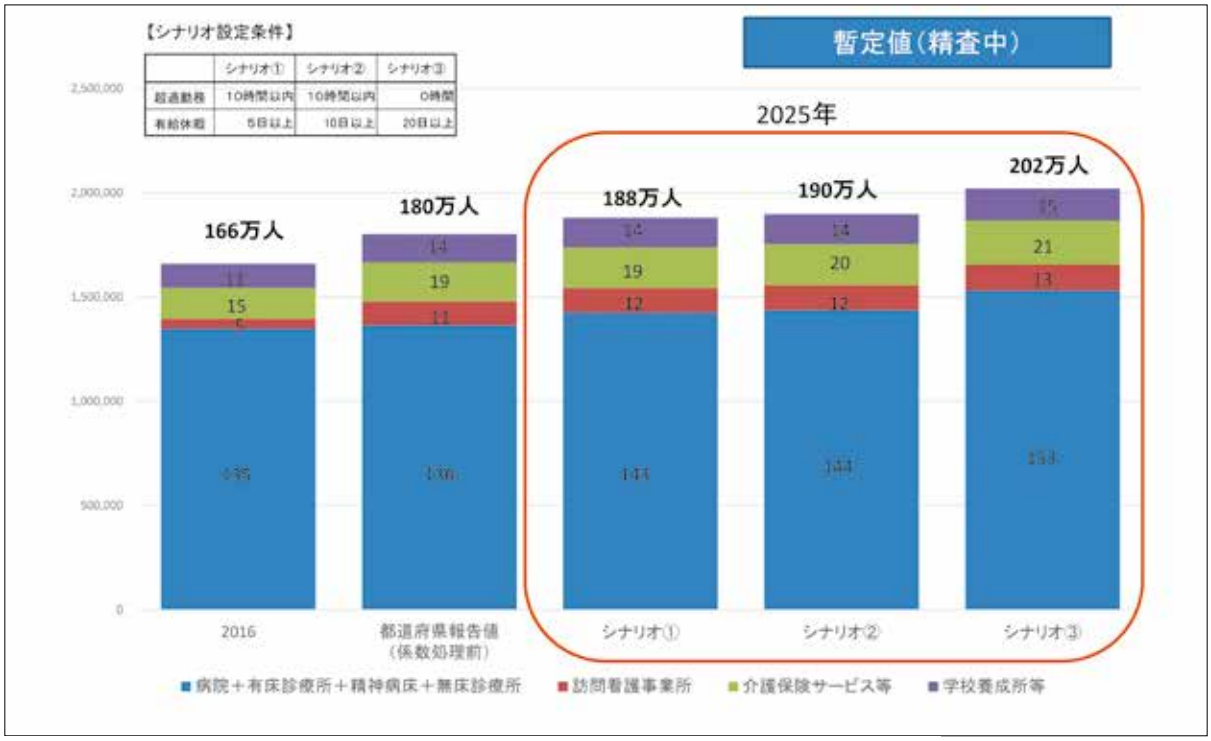
【図表 6】第 7 期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

○ 介護サービス量	平成29(2017)年度 実績値 ※1	平成32(2020)年度 推計値 ※2		平成37(2025)年度 推計値 ※2	
在宅介護	343 万人	378 万人	(10%増)	427 万人	(24%増)
うちホームヘルプ	110 万人	122 万人	(11%増)	138 万人	(26%増)
うちデイサービス	218 万人	244 万人	(12%増)	280 万人	(28%増)
うちショートステイ	39 万人	43 万人	(9%増)	48 万人	(23%増)
うち訪問看護	48 万人	59 万人	(22%増)	71 万人	(47%増)
うち小規模多機能	10 万人	14 万人	(32%増)	16 万人	(55%増)
うち定期巡回・随時対応型サービス	1.9 万人	3.5 万人	(84%増)	4.6 万人	(144%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	0.8 万人	2.1 万人	(172%増)	2.9 万人	(264%増)
居住系サービス	43 万人	50 万人	(17%増)	57 万人	(34%増)
特定施設入居者生活介護	23 万人	28 万人	(21%増)	32 万人	(41%増)
認知症高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ	20 万人	22 万人	(13%増)	25 万人	(26%増)
介護施設	99 万人	109 万人	(10%増)	121 万人	(22%増)
特養	59 万人	65 万人	(11%増)	73 万人	(25%増)
老健（＋介護療養等）	41 万人	43 万人	(7%増)	48 万人	(18%増)

厚生労働省「第 75 回介護保険部会・介護保険制度をめぐる状況について」より抜粋

○厚生労働省の看護職員需給分科会の中間まとめによると、超過勤務 10 時間以内で有給休暇 5 日以上取得とする場合は、2025 年に訪問看護事業所の看護職員は 12 万人（暫定値）が見込まれています。ワークライフバランス（WLB）を考えるなど、有給休暇を 20 日以上とした場合は 13 万人必要と推計されています【図表 7】。

【図表 7】医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会　中間とりまとめ（概要版）



厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会・第 12 回看護職員需給分科会」資料より抜粋

2. 訪問看護の機能拡大

1）訪問看護提供の場の拡大

○介護保険の認知症グループホームでは、がん末期等や精神科疾患のある方、特別訪問看護指示書が交付された方は医療保険の訪問看護が提供できます。また、事業所間の契約により訪問看護ステーション（又は病院・診療所）が「健康管理」を行っています。

○特別養護老人ホームや認知症グループホームではがん末期または精神科疾患の方に訪問看護ステーション（又は病院・診療所）の訪問看護によるターミナルケアが 2018（平成 30）年から報酬上評価されています。

○訪問看護の提供の場は「居宅」ですが、自治体によっては医療的ケア児の地域生活支援から義務教育諸学校等との契約で訪問看護を活用する事例もあります。

2）訪問看護事業所の機能拡大

（1）機能強化型訪問看護ステーションの配置

医療保険で機能強化型訪問看護管理療養費の算定ができる「機能強化型訪問看護ステーション」は、都市部を中心に微増傾向にあります。2018（平成 30）年診療報酬改定で新設された機能強化型訪問看護ステーション（機能強化型訪問看護管理療養費 3）も 58 か所になっています【図表 8】。

参考

機能強化型訪問看護ステーションの人員体制

機能強化型訪問看護管理療養費 1：常勤看護職員 7 人以上、機能強化型訪問看護管理療養費 2：常勤看護職員 5 人以上、機能強化型訪問看護管理療養費 3：常勤看護職員 4 人以上

【図表 8】機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

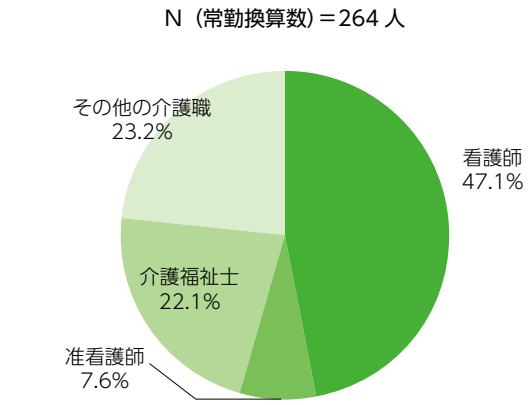
機能強化型訪問看護管理療養費1	244
機能強化型訪問看護管理療養費2	246
機能強化型訪問看護管理療養費3	58
計	548

厚生労働省「第 422 回中医協総-1」より抜粋

（2）療養通所介護

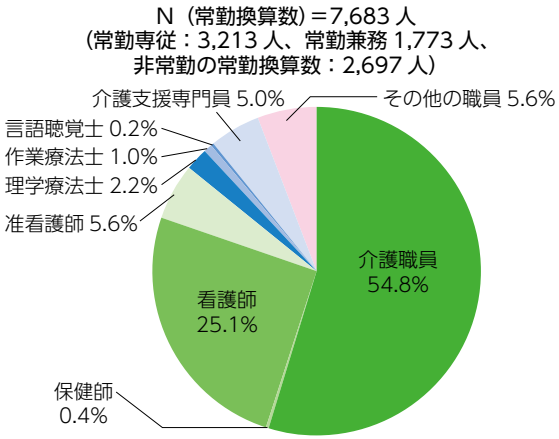
療養通所介護は、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ要介護者の通所サービスとして、2006（平成 18）年に開設が始まり、2012（平成 24）年からは主に重症心身障害児者を支える児童発達支援事業等の重指定を受けて、すべての年齢層に対応しています。事業所数は 87 か所です（厚生労働省「介護給付費等実態統計 令和元年 6 月審査分」）。なお、2018（平成 30）年の介護報酬改定により療養通所介護事業所は地域共生社会の実現を目指し定員が 18 名以下と拡大しています。看護師の割合が多く 47.1％です【図表 9】。

【図表 9】療養通所介護・児童発達支援事業等
職種別職員割合



平成 30 年度「日本訪問看護財団　在宅療養のサービス基盤としての療養通所介護事業の実態調査調査」より作成

【図表 10】看護小規模多機能型居宅介護
職種別職員割合



厚生労働省「平成 29 年介護サービス施設・事業所調査」より作成

(3) 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）

2012（平成 24）年に小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスが創設され、2015（平成 27）年に「看護小規模多機能型居宅介護」と改名されました。2018（平成 30）年にはサテライト看多機が創設され、基準緩和により診療所の参入が認められました。地域包括ケアシステムを推進するサービスとして期待されており、整備するために開設時の補助金が設定されています。なお、人員基準を満たせばみなし指定訪問看護事業者として訪問看護を行うことができます。訪問介護、訪問看護、通所介護、お泊りが 1 か月の包括報酬で提供されます【図表 10】。事業所数は 581 か所です（厚生労働省「介護給付費等実態統計 令和元年 6 月審査分」）。

参考

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

2012（平成 24）年から単身・要介護者を支えるために、訪問介護と訪問看護が一体化（又は連携）して実施する地域密着型サービスが始まっています。事業所数は 962 か所（看護介護一体型：334 か所、訪問看護ステーションとの連携型：628 か所）となっています（厚生労働省「介護給付費等実態統計　令和元年 6 月審査分」）。なお、一体型の場合は人員基準を満たせばみなし指定訪問看護事業者として訪問看護を行うことができます。

3）訪問看護業務の効率化

訪問看護ステーション内の事務効率化としては、看護師が入力した記録から保険請求まで行う訪問看護業務支援ソフトも広がっています。モバイル端末の活用で利用者情報が確認できるため、24 時間対応も便利です。

一方、訪問看護ステーション外との連携は、多職種連携システム（メディカルケアステーション等）を活用することで地域連携ができるようになりました。訪問看護データの活用と訪問看護の生産性を上げるためにも ICT の導入が必須です。また、サテライト事業所とは Web 会議なども行われています。

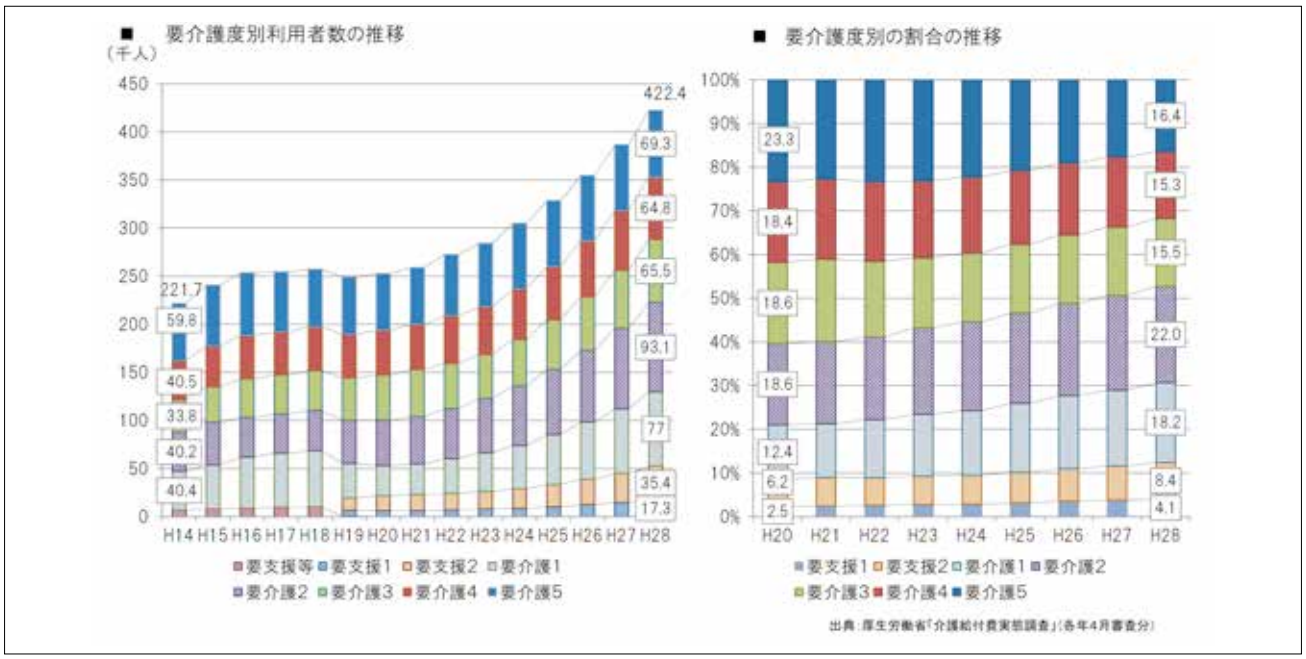
3. 訪問看護の質の向上

1）健康の維持・回復、生活や穏やかな人生の最終段階を支える視点を持つ専門家の育成

○介護保険と医療保険の利用者の割合を見ると約 7 割が介護保険利用者で 3 割が医療保険利用者です（厚生労働省「平成 29 年介護サービス施設・事業所調査」）。

○要介護度別にみると、要介護 1，2 の割合が増加傾向にあり、要介護 5 は減少傾向にあります【図表 11】。

【図表 11】訪問看護ステーション利用者の介護度別割合の推移

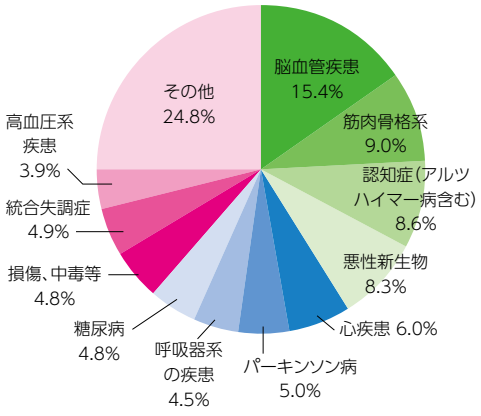


厚生労働省「第 142 回社会保障審議会介護給付費分科会参考資料２」より抜粋

○疾病別では、脳血管疾患、筋肉骨格系、認知症、悪性新生物等です。利用者の実態等から、脳血管疾患、認知症者、がんなど在宅ターミナルケア、精神科疾患、重症心身障害児者（小児）などの在宅療養を支える訪問看護の質向上が重要となっています【図表 12】。

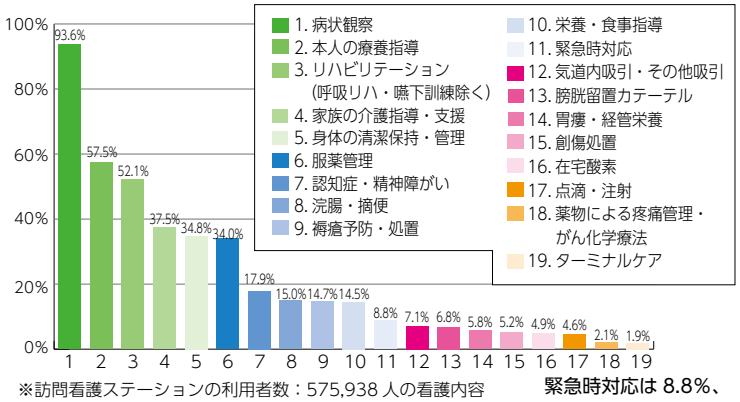
○看護内容は、病状観察、本人の療養指導、リハビリテーション、介護指導、身体の清潔等です。訪問看護の内容で医療処置については、服薬管理が最も多く、浣腸・摘便、褥瘡の予防、緊急時対応、膀胱留置カテーテルの交換・管理、褥瘡以外の創傷部の処置が挙げられます【図表 13】。

【図表 12】訪問看護ステーション利用者の傷病別内訳



厚生労働省「平成 28 年介護サービス施設・事業所調査」より作成

【図表 13】訪問看護の内容（複数回答）



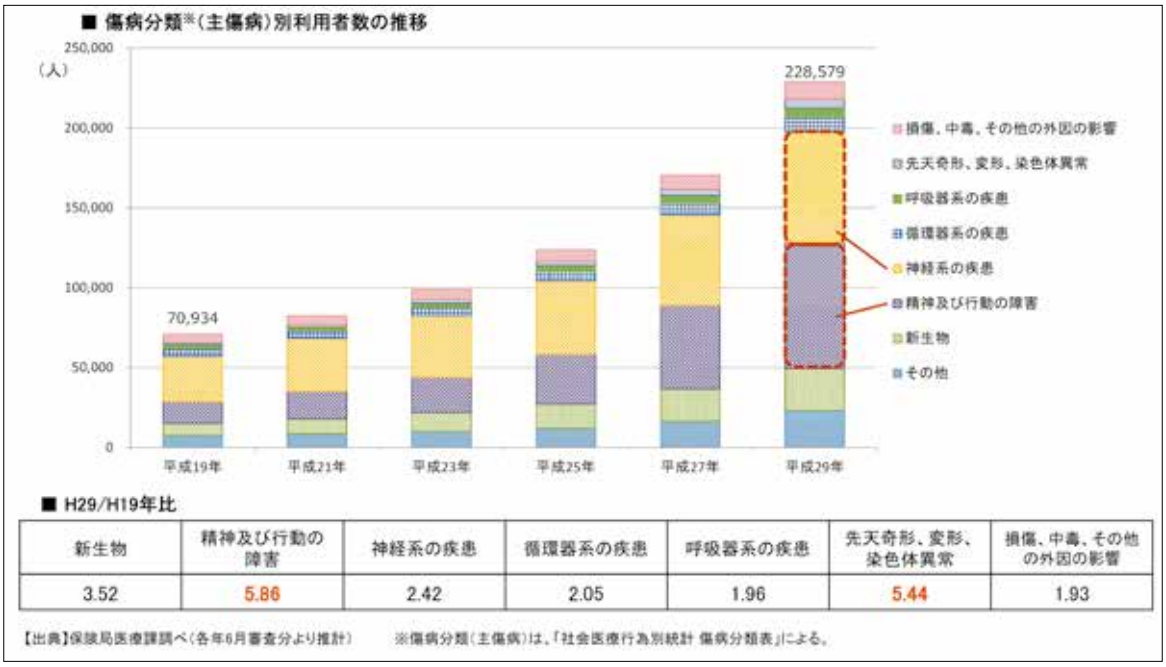
※訪問看護ステーションの利用者数：575,938 人の看護内容（医療処置に係る看護は全体の 60.6%）

緊急時対応は 8.8%、ターミナルケアは 1.9%

厚生労働省「平成 28 年介護サービス施設・事業所調査」より作成

○ 2017（平成 29）年の医療保険の訪問看護利用者は 228,579 人で、主傷病では「精神及び行動の障害」と「神経系の疾患」がそれぞれ 3 割以上を占め、1 割が「新生物」です【図表 14】。
○主傷病について 2007（平成 19）年から 2017（平成 29）年の 10 年間の増加率をみると、特に「精神及び行動の障害」と「先天性奇形、変形、染色体異常」が 6 倍弱と増えています【図表 14】。

【図表 14】訪問看護ステーション利用者の主傷病の推移



■ H29/H19年比

新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
3.52	5.86	2.42	2.05	1.96	5.44	1.93

【出典】保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計）　※傷病分類（主傷病）は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

厚生労働省「第 419 回中医協総-1」より抜粋

○小児（15 歳未満）の訪問看護の利用者は増加しており、特に 2011（平成 23）年以降著しく増加しています。基準告示第 2 の 1（別表第 7 ※1 及び別表第 8 ※1）に該当する者の割合は 2011（平成 23）年に比較して 2.7 倍です（厚生労働省「第 419 回中医協総-1」資料より）。※1 P12 参照

2）訪問看護師の専門性の発揮と多職種との協働～研修制度や看護基礎教育から～

訪問看護の対象者及び看護の内容から、ターミナルケア・緩和ケア、認知症ケア、精神科疾患の在宅療養者のケア、小児訪問看護など、専門性の高い技術や知識が求められます。また多職種連携も重要となります。

2019（令和元）年 10 月 28 日現在、全国の訪問看護認定看護師は 651 人、在宅看護専門看護師は 52 人です（日本看護協会認定部作成「都道府県別認定看護師登録者数」、「都道府県別専門看護師登録者数」）。

2015（平成 27）年 10 月から特定行為研修制度は施行されました。研修修了者数は、2019（平成 31）年 3 月現在で 1,685 人に上ります（厚生労働省「第 23 回 看護師特定行為・研修 部会」資料）。

2020（令和 2）年 4 月から、特定行為をパッケージ化した「在宅・慢性期領域パッケージ」※2 が始まります。

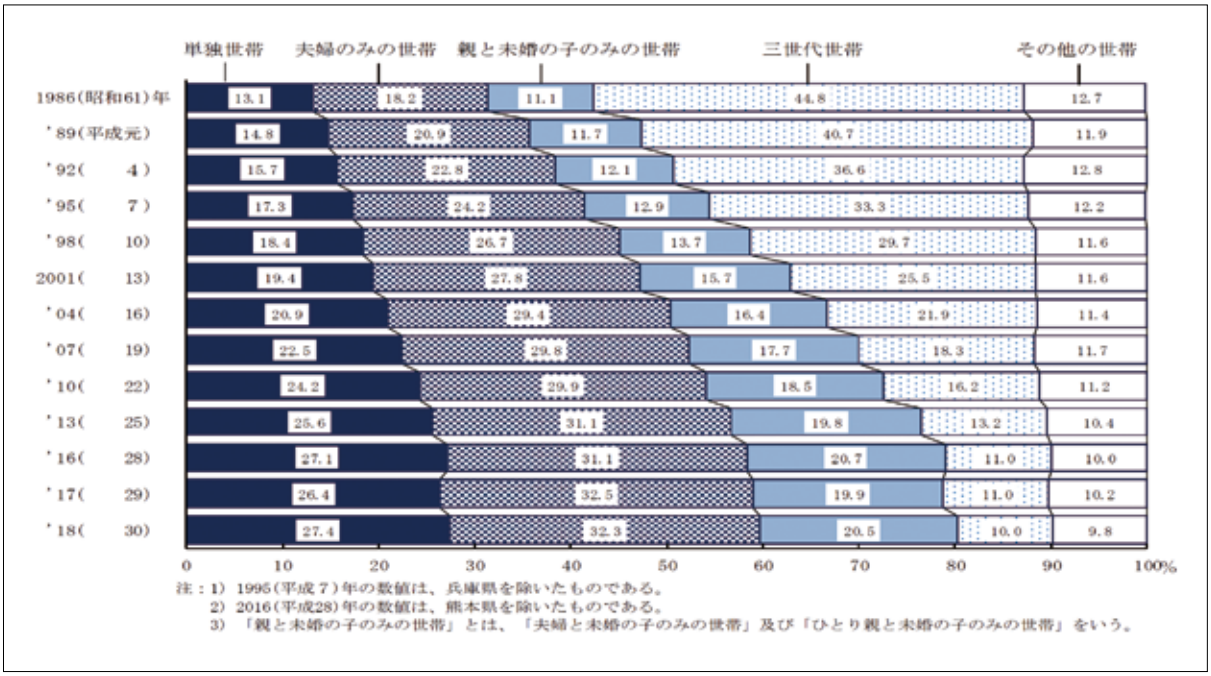
日本看護協会は認定看護師制度を再構築し、認定看護師制度を基盤に特定行為研修を組み込んだ認定看護師制度に移行しています。現行の認定分野名「訪問看護」は「在宅ケア」と分野名が変更され、カリキュラムの内容も変更されます。※2 P11 参照

2019（令和元）年 10 月 15 日に厚生労働省は「看護基礎教育検討会報告書」を公表しました。看護基礎教育をめぐる現状や課題、将来の看護職員に求められる能力を検討し、保健師、助産師、看護師及び准看護師の看護教育の内容と方法が見直されました。見直された看護師養成所指定規則については、看護師 3 年課程が 2022 年度より適用され、看護師 2 年課程は 2023 年度より適用されます。総単位数は 97 単位から 102 単位に充実し、看護師教育の専門分野において、「在宅看護論」が「地域・在宅看護論」に名称変更となり、4 単位から 6 単位に充実します。臨地実習でも「地域・在宅看護論」と名称変更されます※3。※3 P14 参照

4. 地域包括ケアへの対応

今後 2042 年をピークに増え続ける 65 歳以上の高齢者の世帯構造について、1986（昭和 61）年と 2018（平成 30）年を比較すると、三世代世帯は 44.8％から 10.0％に減少し、夫婦のみの世帯が 32.3％、単独世帯が 27.4％、親と未婚の子のみの世帯が 20.5％と増加しています【図表 15】。

【図表 15】65 歳以上の者のいる世帯構造の年次推移



厚生労働省「平成 30 年国民生活基礎調査」概要より抜粋

地域包括ケアシステムの構築に貢献

一人暮らしの高齢者や高齢者夫婦世帯、重度の心身障がいのある方が増えてきます。どう地域で支えあうか、最期まで支援していくかが大きな課題となります。地域特性に応じて、訪問看護師は様々な機能を発揮しつつあります。例えば、まちの保健室や認知症カフェなどを訪問看護ステーションに併設したり、自治会や老人クラブに出向いて健康づくり・健康相談にかかわっています。また、療養通所介護や児童発達支援事業、看多機、ホスピスや有料老人ホームなどを開設して看護の必要な方を支えています。

これからも地域住民の健康ニーズを把握して、様々な看護関連サービス・事業所を開発し、保健師や助産師、医療・介護・福祉関係者等多職種と協働して地域包括ケアづくりを推進したいものです。

政策提言

訪問看護ステーションは看護師や理学療法士等医療の専門職の集まった事業所です。地域住民が気軽に健康相談できる場所としての機能を発揮することにより、健康寿命の延伸や介護予防、生活習慣病や認知症の予防・重症化予防、入院期間の短縮などに貢献します。予防の視点での訪問看護ステーションの活用を提言しましょう。

前述した「第 7 次医療計画」の在宅医療計画においても訪問看護ステーションを位置付けて整備されるように提言しましょう。

2040 年を展望し、どこに住んでいても病気や障がいがあっても、看取りの時期を迎えるときも、訪問看護を活用しながら「一人でも大丈夫」と希望と安心を持って暮らせる地域共生社会の実現をめざしたいものです。

訪問看護を知ってうまく活用していただくこと

訪問看護ステーションを病院の看護師などにもっと PR して連携していただく必要があります。本財団は、2019（令和元）年 5 月から日本看護協会や全国訪問看護事業協会等とともに「Nursing Now」キャンペーンを始めています。本財団のホームページに訪問看護の普及のための動画や小冊子を掲載していますのでご活用ください（表紙裏参照）。

第262号 （平成9年3月4日 第三種郵便物認可） Japan Visiting Nursing Foundation 2019年7月15日 ほうもん看護 (2)

地域共生社会を支えるこれからの訪問看護：研究の知見と今後の研究課題を交えて考える

東京大学大学院医学系研究科 高齢者在宅長期ケア看護学分野 山本則子・野口麻衣子

今後の訪問看護の展開を考えていくには、研究を進め、訪問看護の見える化を行っていく必要がある。訪問看護の研究に関する現状や課題、今後の展望などを、教育研究者の立場から東京大学大学院の山本則子氏、野口麻衣子氏に解説いただく。

はじめに

1992年に訪問看護制度が高齢者を対象として誕生して以来、30年近くになろうとしている。この間、保健医療制度には大きな変化があった。特に地域包括ケアシステムの導入は、看護師の役割を大きく拡げるインパクトをもつように思われる。そのような中で、本稿では、訪問看護の今後の発展に向けて、これまでの研究知見と今後の研究上の課題を交えて検討したい。2013年に日本訪問看護財団、全国訪問看護事業協会、日本看護協会の三団体が発表した「訪問看護アクションプラン2025」では、「訪問看護の量的拡大」「機能拡大」「質の向上」「地域包括ケアへの対応」を4つの柱に据えて論じている。2025年まであと6年、折り返し点の今、これらの柱に沿って考える。

訪問看護の量的拡大

「アクションプラン2025」が出された2013年に約7000件であった訪問看護ステーションは2018年度には1万件を超しており、ステーションの大規模化も進み、量的拡大は進んでいるが、さらなる拡大が求められる。訪問看護人材の確保は常に課題であり、参考になる研究的知見も見られる。例えば、訪問看護師の人材確保に関する海外の研究では、訪問看護師定着の予測因子として、常勤であること、職場満足度が高いことがあげられている。また、ケアの質が高いこと、多様な利用者を担当していること、自分の仕事の意味を感じていることなどが、看護師の就業継続意向に関連していた。ケアの質の向上の取り組みは、訪問看護の量的拡大にも寄与すると考えられる。また、訪問事例を大切に振り返ることも有用であろう。筆者らの研究室でも、多忙な勤務の中でも可能な、ケアの意味を振り返る事例検討会や事例研究の方法を開発している。

人材確保に関するその他の取り組みには、病院看護師の出向制度、病院・診療所からの訪問看護の拡大などがある。新卒の訪問看護従事者を育成する取り組みも拡大しつつあるが、これも評価研究により、必要な教育内容や教育モデル等のエビデンスをつくり進める必要がある。

訪問看護の機能拡大

人口構造の変化、地域包括ケアシステム整備、医師の働き方改革などの社会の動きの中で、看護師の各種機能拡大の検討は加速している。今や、訪問看護師の活動の場は医療・介護保険下だけにとどまらず、拡大を遂げている。地域での看護師の新たな取り組みには、個別の看護師のもつ技能や背景と地域のニーズにより、「拠点型」や「アウトリーチ型」など多様なスタイルがあることがヒアリングからわかった。どのような地域ニーズのもとでどのような役割機能が求められているか、地域での看護活動の成果はどのように検証できるのか、研究的な取り組みが必要と考えている。

一方、看護師の特定行為研修が2015年に開始され、訪問看護の領域でも特定行為研修修了者の活用が取り組まれている。2019年度から新たに特定行為のパッケージ化がはじまり、「在宅・慢性期領域」のパッケージ（4区分8行為）が訪問看護にとっては重要である。修了者の活動内容に関する調査報告では、在宅領域で勤務している修了者はまだごくわずかだが、パッケージ化により増加することが考えられる。これについても、各種データを分析しつつ検討を進める必要がある。

訪問看護の質の向上

訪問看護の質保証は、訪問看護ステーション数が拡大し、多様な背景の母体法人が訪問看護サービスを提供するようになった昨今、特に重要である。事業所のケアの質が高いと看護師の就業継続の意向が高いなど、訪問看護の質は、訪問看護の量的・質的拡大とも大きな関連をもっている。訪問看護の質評価については、訪問看護が制度化された当初から日本看護協会等による枠組みづくりの取り組みがあったが、日々の実践に結びついた形での質評価・質保証のシステムはまだ発展途上である。

米国では、各事業所で利用者の状態変化について経時的にデータ収集し公表することが義務づけられたが、データ収集開始年と4年後を比較すると、ケアの質の向上が見られたという報告があり、活動実績に関する公表が質向上の動機づけになる可能性が考えられる。ベンチマーク等を含めた質保証のシステムづくりと普及は、研究的な視点も入れ込みつつ開発されると良いのではないだろうか。この際、筆者らはこれまで、訪問看護の質指標開発等を行ってきたが、地域包括ケアシステムのもとで病院・施設・居宅間を移動する高齢者のケアの継続性を考えると、訪問看護以外の療養の場でも汎用可能な質評価指標をもつことが、今後は求められよう。

また、専門性の高い看護職の技能の積極的活用も今後の課題だろう。専門性の高い看護職がいる事業所は、いない事業所よりも利用者の褥瘡、尿失禁・尿カテ感染、便失禁、うっ血性潰瘍の状況が改善されていることが報告されている。日本でもWOC・緩和ケア認定看護師の同行や相談は点数に反映されているが、もっと幅広い専門性の高い看護職が介護保険施設等多様な場で活躍できる仕組みをつくり、データで検証しつつ拡大することが求められよう。

他職種に訪問看護の効果を定量的に示していく必要もある。韓国では、介護保険のデータを用いて、訪問看護を利用すると、利用しない人たちに比べて入院が少ないという研究が発表されている。日本でも、国や行政が所有している大規模データを用いて訪問看護の効果を可視化する取り組みが求められる。

地域包括ケアシステムへの対応

前述したように、地域包括ケアシステムのもとで看護師の活躍の場を拡大する試みが各地で広がっている。2018年度の診療報酬改定で「機能強化型訪問看護管理療養費3」も加わったが、これには地域の看護職へ の教育や地域住民への情報提供が算定基準にあげられている。

看護の機能を地域社会で効果的に活用するために、事業所間、看護職間のネットワーキングが重要である。例えば、東京都文京区では、訪問看護師と保健師が中心となって交流会を立ち上げ、地域の看護職及び在宅領域の多職種が定期的に集まっている。デイサービス・保育園・学校などに勤務する看護職とのつながりが構築され、在宅療養者の日々の支援に役立てられている。地域住民を支える機能は看護だけでなく、地域包括支援センターや各種介護保険事業所、病院などに勤務する多くの職種がともに担っている。地域単位で健康を捉え、その中で最大の貢献ができる訪問看護としてのあり方を、事例などで知見を積み重ねつつ模索していくことが求められるだろう。

おわりに

これまで訪問看護は、医療依存度が高くADLの低下した状態の人々を支える役割が特に認識され、そのような場合に看護の力を十分に発揮してきた。しかし、本来看護とはもっと広く活用できるはずのものである。医療依存度やADLにかかわらず、疾患や障がいなどによりさまざまな「生きにくさ」を抱えた人々のために、自分らしく生き抜く方策をともに考えられる職種である。地域共生社会のなかで「生きることを支える」職種としての役割の拡大にむけて努力していきたい。

MEMO

特定行為に係る看護師研修制度「在宅・慢性期領域パッケージ」

●訪問看護師が現在行っている医療処置が特定行為としてパッケージ化されている。

区分別科目名	特定行為名	時間数	教育方法	研修の選択
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	・持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 ・脱水症状に対する輸液による補正	5 11	講義 演習 実習	選択可※ 必須
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	・気管カニューレの交換	8	講義・実習	必須
ろう孔管理関連	・胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ・膀胱ろうカテーテルの交換	16 –	講義・実習 –	必須 –
創傷管理関連	・褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の徐去 ・創傷に対する陰圧閉鎖療法	26 –	講義・実習 –	必須 –
時間数合計			61（※選択した場合66）	

日本看護協会看護研修学校「2020年度在宅領域の看護師対象特定行為研修募集要項」より

妊娠・出産・育児期までの切れ目のない継続ケアの提供を目指して

公益社団法人日本助産師会副会長 安達久美子

訪問看護師と同じように、生活の場で活動を広げている他職種の1つが助産師である。公益社団法人日本助産師会副会長の安達久美子氏に助産師を取り巻く現状や課題、また、地域における助産師の活動、訪問看護師との連携等をご紹介いただく。

日本助産師会とは

公益社団法人日本助産師会は、1927（昭和2）年に、最初の助産師職能の全国組織としての日本産婆会が設立されたことに始まり、92年が経ました。現在、約1万人の会員で構成されています。本会は、次世代を担う子どもたちを安心して産み育てられる社会を目指し、妊娠・出産・育児に対する支援および女性の健康支援に対する活動を行っております。

子育て環境の現状と課題

少子化といわれてから数十年が経ち、現在は慢性化した少子化時代ともいえます。乳幼児と関わったことがまったくなく、ご自分のお子さんが誕生して初めて赤ちゃんを抱っこするという人が大半を占めるという現状にあります。そのため、オムツ交換、授乳、沐浴、赤ちゃんが泣いたときの対応など、初めて経験することを、母親は出産後間もない時期から行わなければならず、短期間に育児の知識や技術の習得を迫られます。

今は情報化社会ですので、子育て情報もすぐに手に入ります。しかし、それは一般論であり、必ずしも自分の目の前にいる子どもへの回答ではありません。そのことが、さらに母親たちを混乱させてしまいます。

現在、出産年齢は上昇し、第1子の母親の平均年齢は30・7歳、出生総数全体の28・5％が35歳以上となっています。[1] 出産年齢の上昇は、出産後の身体の回復に影響を与えることになります。また、これまで出産後の子育てにおいて、最も身近な支援者であった祖父母世代も高齢となり、支援をお願いすることが難しい状況も起きています。さらに、男性の育児休業制度の取得率は上昇傾向にあるものの、未だ7・5％[2]となっています。

慢性化した少子化社会では、子どもへの関心や理解が低下し、社会全体で子どもを温かく見守り、子育てをしていくことが難しくなってきているようにも感じます。子どもの夜泣きについて、ご近所からクレームを言われたり、「虐待ではないか？」と通報されたりというケースもあります。マタニティ・ハラスメントも、周囲の無理解が背景にあります。

母親に負担が集中し、独りで子育てを行う「ワンオペ育児」「孤育」という言葉も登場しました。初めての育児に対する不安や心配、目の前にいる子どもにどう対応していけばよいのかわからないというストレスは、心を不安定にし、「産後うつ」「産後の母親の自殺」「子ども虐待」といった深刻な問題へと発展しています。

本会の活動

1）産後ケア

産後ケアは、産後間もない時期から概ね4か月頃までの母子を対象に、宿泊型、デイサービス型、アウトリーチ型の3つの形態で、母子のニーズに合わせて、助産師が中心となってケアを提供しています。ケアの内容は、授乳支援、育児の知識や技術の習得の支援、身体的休養のサポート、心理的なサポートなどです（図1）。

前述のように、母子を取り巻く子育ての問題は、深刻化、複雑化しています。そのためにも、子育てのスタートから、母親とその家族が安心して子育てを行える環境整備が急務となっています。しかし、残念ながら、産後ケア事業の実施は、384市町村（約3割）にとどまっており、今後実施の予定がないとしている市町村は3割あり、[3] 地域格差が生じています。

本会では、全国どこでも産後ケアが受けられるよう、産後ケアを法的に位置づけること、安全と質の担保のために、宿泊型サービスを提供する産後ケアセンターを法的に位置づけ、その設置基準や運営指針を整備すること、予算措置の拡充を国に要望しています。

図1 産後ケアの様子 世田谷区立産後ケアセンター

2）地域における助産所の有効活用

これまで、助産所は「出産」の場所としての役割を担ってきましたが、現在では出産のみならず、安心して産み育てられる子育て拠点としての役割を地域の中で担っています。したがって、妊娠、出産、子育てとそれに関連する事業を展開することで、母子とその家族を包括的に支援できないかと日々、検討を重ねています。

最近では、NICUを退院した、医療的なケアが必要なお子さんへの訪問看護を、助産所に隣接した訪問看護ステーションが行っていることもあります。ステーションにはNICUでの勤務経験がある助産師も多くいますので、看護ケアの提供と同時に、子育て支援を含めた助産師の専門性を発揮することができると考えています。

助産所は医療法で定義や施設基準等が定められていますが、医療施設ではありません。その点を逆に活かし、保健や福祉といった視点からも活動を広げていくことができるのではないかと思っています。図2に示したように、助産所は小規模ではありますが、多様な役割機能をもつことで、地域の母子の身近な拠り所になることが可能です。妊娠期から継続してケアを提供できるのが、助産所の特徴です。現在、国や各地方自治体に、助産師と助産所の有効活用について協力いただけるよう、制度や予算措置などの要望を続けています。

図2 助産所の多様な機能

助産所が提供する小規模多機能包括的ケア・サービス
神奈川県横浜市金沢区 山本助産院

- **妊娠・出産**：妊婦健診／入院分娩／2週間健診／1ヶ月健診／乳児健診／自宅分娩
- **育児支援**：母乳マッサージ／育児相談／乳児健診／自宅訪問指導
- **健康教育**：・マタニティクラス ・ヨガ、エクササイズ ・赤ちゃんマッサージ ・産着づくり など
- **妊娠期支援事業**（DVシェルター訪問）
- **産後母子ケア事業**：・デイケア（日帰り） ・ショートステイ（宿泊） ・アウトリーチ（訪問型母乳相談）
- ネウボラ型施設
- **助産所**
- **支援者派遣**：産前産後ヘルパー派遣／育児支援ヘルパー派遣／養育支援ヘルパー派遣
- **訪問看護ステーション**：NICU、小児病棟からの退院・在宅支援
- **助産師の育成**：実習・研修生受入れ／講師派遣
- **地域コミュニティ支援**：親と子のつどいの広場

ともに地域へ

地域において、在宅療養を支えていらっしゃる訪問看護師の皆様と私たち助産師は、住民の身近なところで、継続的に支援を行うという役割において共通しているように思います。生活の場で継続支援を行うことが、一人ひとりの個別性に応じたケアの提供を可能にするのだと考えています。今後、地域を支える専門職同士として、協働できることを一緒に検討していけるとありがたいです。

文献

1）厚生労働省：人口動態調査 人口動態統計確定数 出生，2016
2）厚生労働省：平成29年度雇用均等基本調査，2018
3）みずほ総研：産後ケア事業の現状及び今後の課題並びにこれらを踏まえた将来の在り方に関する調査研究報告書，2018

小児の訪問看護利用者の状況（訪問看護ステーション）

MEMO

●2017(平成29)年の小児訪問看護利用者数は14,415人で、2015(平成23)年と2017(平成29)年を比較すると、2.7倍に増加している。
●15歳未満の小児訪問看護の対象者56.3%が、基準告示の第2の1（別表第7、別表第8）に該当する。

（1）特掲診療料の施設基準等「別表第7」に掲げる疾病等の者

●末期の悪性腫瘍 ●多発性硬化症 ●重症筋無力症 ●スモン
●筋萎縮性側索硬化症 ●脊髄小脳変性症 ●ハンチントン病
●進行性筋ジストロフィー症
●パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））
●多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）
●プリオン病 ●亜急性硬化性全脳炎 ●ライソゾーム病
●副腎白質ジストロフィー ●脊髄性筋萎縮症 ●球脊髄性筋萎縮症
●慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ●後天性免疫不全症候群 ●頸髄損傷
●人工呼吸器を使用している状態の者

（2）特掲診療料の施設基準等「別表第8」に掲げる者

1	在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、又は、気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2	在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、又は、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
3	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4	真皮を越える褥瘡の状態にある者
5	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

厚生労働省「第419回中医協総-1」より

地域包括ケアに取り組む保健師の活動と訪問看護師への期待

公益社団法人日本看護協会　常任理事　鎌田久美子

訪問看護師と同じように地域で活動をしている保健師。公益社団法人日本看護協会の鎌田久美子常任理事に、地域が抱える健康課題、保健師と訪問看護師との連携等について紹介いただく。

はじめに

わが国の平均寿命は世界最高水準に達していますが、こうした長寿化を国民の安心につなげるとともに、高齢者の多様な社会参加を促進するためには、健康寿命を延伸することが重要であります。

少子高齢社会に伴う急激な社会の変化から、健康課題が複雑化・多様化するなか、人々が地域で安心・安全に暮らすことのできる地域共生社会の実現が求められています。その基盤となるのが、地域包括ケア体制の構築・推進であり、健康なまちづくりです。

地域共生社会の基盤としての地域包括ケアは、市町村の地域包括ケア体制を軸に、母子保健や働く人々への支援等も含め、全世代を対象にしたものであることが必要です。

地域包括ケアの構築・推進は市町村の責務であり、医療機関や訪問看護ステーション、各種事業所の看護職、県・県保健所の保健師、職能団体等と市町村保健師との連携・協働は不可欠です。

看護職がその専門性を発揮し、住民・患者の全体像を捉え、地域においても質の高い医療・看護の提供が可能となる仕組みの構築を行うためには、看護職が相互の役割を理解し、医療機関、施設、自治体等さまざまな場で連携・協働し取り組むことが求められます。

看護職が目指す地域包括ケアシステムとは

本会では2015年に看護の将来ビジョンを公表しました。「いのち・暮らし・尊厳をまもり支える」ために、看護職は医療と生活の視点をもち、保健・医療、福祉をつなぎ、「療養する高齢者、子どもを産み育てる人々、子どもたち、障がいのある人などを含むすべての人々の生活を支える」としました。本会は、看護職が目指す地域包括ケアの姿は、どのような健康状態であってもその人らしく暮らすことのできる社会の構築であり、全世代型の地域包括ケアシステムであることを明確にしました。

地域包括ケアにおける保健師活動

保健師は「公衆衛生看護学」を基盤とし「ヘルスプロモーションの理念」に基づいて、住民及び地域を継続的かつ多面的に捉えて、住民の生活と健康との関連を考察し、予防活動も含めた地域保健活動を展開することが求められる専門職です（平成24年度地域保健総合推進事業、地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書　平成25年3月）。

保健師には「地域診断のもと、健康課題を分析し、予防的な視点も加えて、地域の特性に応じた健康なまちづくりや健康課題の解決を図ること。各種の計画策定にも参画し、必要な関係者と連携し、人材を育成し、地域の人々や関係者とともに、PDCAに基づき地域の包括的なケアシステムを構築していくこと」が求められています。

また、わが国の医療保険制度においては、75歳に達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動します。その際、切れ目のない支援を行うことが望ましいことから、今後、各自治体において、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」に取り組むこととなっています。

一方、高齢化の進展に伴い人工透析の開始年齢も高くなってきており、生涯を通じた重症化予防はますます重要になっています。こうした状況を踏まえ、高齢者一人ひとりを医療・介護・保健等必要なサービスに結びつけるとともに、地域の健康課題に対応した健康づくりの場における支援メニューの創設を行うために、医療・介護・保健のデータヘルス計画等を策定し、保健事業の方向性を示すことが求められています。

地域包括ケアの推進における保健師の役割を、都道府県と市町村で大別すると、次のことがいえます。すべての世代、あらゆる健康状態の人を対象とした地域包括ケア体制の構築を目指すところは同じですが、都道府県保健師は広域的な視点から市町村を支援し、県全体の政策につなげる役割があり、市町村保健師は身近な立場から住民に直接支援を行い、そこで得られた課題を解決するために、市町村の施策に反映する役割を期待されています（図）。

病院看護師・訪問看護師への期待
～在宅療養生活のQOLをあげるために～

看護業務の大きな役割として「療養上の世話」があります。医療の高度化・専門化が進む一方で、生活重視型医療に転換するこれからの看護においては、「生活（くらし）」の営みを整えること」にきわめて高い専門性が期待されています。急性期病棟においても、医療処置が必要なまま退院する患者の療養生活上の課題は何か、どんな情報を伝えれば病院と地域で切れ目ない医療ができるのかを、訪問看護師等他の医療職に看護の視点で伝え、在宅支援計画に看護の情報が反映されていることが望まれます。

また、在院期間が短縮しているなか、退院後も医療処置が必要な患者のQOLをあげるためには、病院看護師と訪問看護ステーションの看護師が相互の役割を理解し、シームレスな連携が求められます。患者にとって身近なケアの提供者である看護職相互の連携は、「病院から在宅への一貫したケアの継続」の鍵となることから、看護職が所属組織内にとどまらない、広い視野をもったネットワークづくりが重要です。

訪問看護の人材確保

高齢化の進展により2025年には約100万人の在宅医療ニーズが見込まれ、さらに地域医療構想下での病床機能分化・連携により、約30万人の追加需要も想定されています。

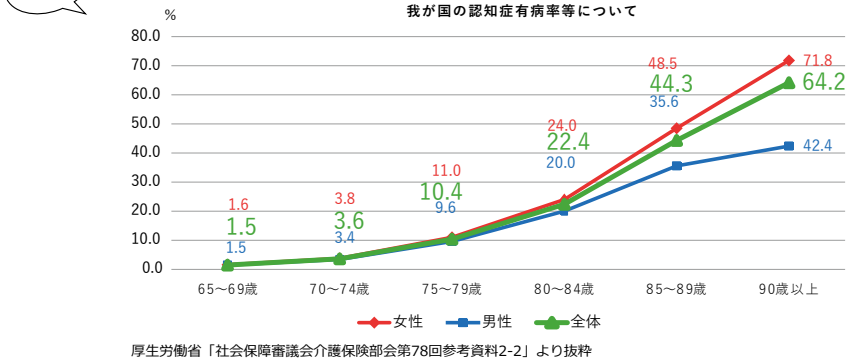
看護職員需給分科会において、2025年に向けて訪問看護職員数は12万人必要と試算され、現在4・7万人の訪問看護職員数から少なくとも倍増、ないし、それ以上の人材確保が必要な状況です。

本会では、引き続き訪問看護師倍増策の最終検討をしております。

図　地域包括ケア推進における保健師の役割の例

MEMO

認知症施策推進大綱（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）



厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会第78回参考資料2-2」より抜粋

●認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活が過ごせる社会をめざし、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防(※)」を車の両輪として施策を推進する。

※予防とは「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味。

●「認知症の有病率」
高齢になる程上昇し、80歳以上では女性の方が高い。全体の有病率をみると、85～89歳で44.3%、90歳以上では64.2%となっている。

訪問看護師倍増に向けた日本看護協会の検討状況

―訪問看護の人材確保に関する検討委員会答申より―

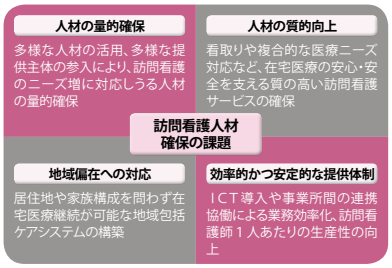
公益社団法人日本看護協会常任理事　荒木暁子

公益社団法人日本看護協会では、重点事業として「訪問看護師倍増策の検討」を掲げ、検討委員会を設置された。委員会の検討結果を、日本看護協会常任理事の荒木暁子氏にご報告いただく。

看護職員需給分科会において、２０２５年に向けて訪問看護職員数は12万人必要と試算され、現在４・７万人の訪問看護職員数から、少なくとも倍増、ないし、それ以上の人材確保が必要です。今後、在宅医療介護の需要は増えますが、多くの地域では医療・介護の担い手となる生産人口は減少し、人口増減の割合は地域差が大きく、各地域の２０２５年の状況を踏まえた訪問看護提供体制の検討が必要です。

２０１８年度、日本看護協会では重点事業として訪問看護師倍増策の検討を掲げ、訪問看護の人材確保に関する検討委員会（委員長：齋藤訓子副会長）を設置しました。ここでは、都道府県看護協会訪問看護担当者会議（２０１９年２月28日）において、検討委員会での検討結果を委員長である齋藤副会長が報告したので、その内容を要約してお伝えします。

図　訪問看護人材確保の具体的方策を検討する４つの視点



❶訪問看護の安定供給に向けた基盤整備

以下の４点が検討されました。

1)訪問看護ステーションの大規模化の推進

現在、常勤換算６人未満の事業所が66％（２０１５年介護サービス施設事業所調査）と、小規模事業所の割合が高い現状があります。事業所の大規模化により、24時間対応、看護師の労働負担軽減、研修機会の確保等が可能となり、結果として利用者の安定的かつ質の高いサービス提供につながっているという傾向があります。よって、報酬・制度上の評価や自治体事業において、引き続き「大規模化の支援・推進」を強化することが求められます。

2)訪問看護管理者のマネジメントスキル強化

事業所の理念や価値観の明確化、働きやすい就労条件の整備は、管理者の力量に拠ります。現行の指定要件における管理者要件は「適切な知識や技術を持っている者」という抽象的な表現です。これは、起業のしやすさにもつながりますが、一方で、訪問看護や管理の経験がない看護師が管理者として就任すると、運営に苦慮するケースが見られます。サービスとして基本的な質を担保し、人材の確保・定着をはかるためにも、管理者のマネジメントスキルを強化することは重要です。

3)多様な提供体制の推進

現在訪問看護を実施する医療機関は全体の３・９％、実施件数は訪問看護ステーションの１／３です。ステーションの大規模化に取り組む一方、地域の医療ニーズや医療資源の状況によっては「医療機関からの訪問看護」を増やしていく方策として、医療機関からの訪問看護提供・支援の要件化やインセンティブの検討も必要となります。

4)地域の実情に即した訪問看護モデル

従事者・利用者とも減少する地域では、そもそも大規模化も困難であり、それぞれの地域の条件の違いを考慮したモデル、例えば法人化、事業所間連携による体制確保、業務効率化策の提示が必要です。

❷訪問看護の人材確保の具体的方策

図にある４つの視点で検討しました。

1)人材の量的確保

多様な人材の活用、多様な提供主体の参入により、訪問看護のニーズ増に対応しうる人材の量的確保について検討しました。

課題としては、転職・起業の参入障壁が高く、訪問看護に興味関心がある看護職は一定割合いるが、新卒も含め実際に参入する看護師が少ない、起業し経営者となるハードルが高い、病院との処遇や労働条件の差などがあります。

委員会では、現行の訪問看護ステーションの人員基準引き上げ、管理者要件化、医療機関からの訪問看護提供促進策としては重要です。病院への要件化などについて検討しました。意見として、大規模化を推進しなければ、事業所の体廃止が多くなり、サービス提供が安定しない状況が続くだろうというものがありました。しかし一方では、人員要件の引き上げによる小規模事業所の淘汰、新規参入減少が起こり、供給量はさほど増えないのではないかという意見も聞かれました。

2)人材の質的向上

看取りや複合的な医療ニーズ対応など、在宅療養の安心・安全を支える質の高い訪問看護サービスの確保に向け、管理者のマネジメントスキル向上の方策について、管理者研修の受講率が３割程度にとどまり、小規模事業所ほど受講率が低く、外部研修への派遣も困難であることなどの課題を踏まえて検討しました。

管理者研修は必要であり、訪問看護３団体の実施する管理者研修の活用等、全国で研修を受講できる研修体制整備が必要であるなどの意見がありました。

3)効率的かつ安定的な提供体制

大規模事業所ほど収支差率がプラスとなり、小規模事務所の立ち上げでは初期投資や運用コスト負担があり、ＩＣＴの導入や活用が難しい状況にあります。また、事務職や看護補助者とのタスクシェアリング・タスクシフティングなどにより看護師が看護業務に集中できる環境を整備することも重要です。小規模経営主体の統合や再編などは、理念や価値観の違いから難しい現状もあり、ＩＣＴや地域内・法人間の連携による業務効率化などを推進することが必要です。

4)地域偏在への対応

看護師不足の地域では、遠隔看護の検討、複数事業所間や医療機関等との連携による訪問看護提供体制の確保、都道府県による訪問看護施策の強化などが議論されました。

❸検討委員会からの提言

２０１８年度末には、日本看護協会長に以下のような提言が提出されました。

主な施策として、1)訪問看護ステーション総合支援事業の創設及び全国展開、2)訪問看護管理者の質確保に向けた管理者要件の明確化と評価、3)医療機関等からの訪問看護の提供拡大、4)地域の実情に応じた訪問看護モデルの提示、です。特に1)は、人材確保と業務効率化の視点で、総合的に訪問看護を支援するワンストップの仕組みが有効ではないかと考えられました。2)の管理者要件については、これまでに訪問看護の職能団体・事業者団体、地方自治体等などで実施している管理者研修の受講がプラスとなり、小規模事務所の長の３割しか受講できていない現状を踏まえ、より身近で手軽に受講できるような全国的な実施体制を確保することが必要です。これらについては、既存のシステムや好事例などのさらなる情報収集及び試行事業などが必要になるでしょう。

現行施策の推進及び見直しとして、1)訪問看護ステーションにおける人材確保・育成力の強化、2)ＩＣＴの利活用の推進、3)人材確保に向けた処遇改善の好事例の横展開、などです。一部自治体等における効果的な取組例の横展開や、既存の支援施策や制度が十分活用できるよう、周知・普及や見直しを図るものです。

日本看護協会では現在、訪問看護人材確保に関する検討委員会での検討、その他、地区別法人会員での議論、内部での需給プロジェクトなどの検討結果などを勘案し、訪問看護師倍増策の最終検討をしております。

保健師助産師看護師学校養成所指定規則　表10

MEMO

●看護師3年課程は2022（令和4）年度より適用され、看護師2年課程は2023（令和5）年度より適用される。
看護師教育の専門分野の「在宅看護論」が「地域・在宅看護論」に名称変更となり、単位数が4単位から6単位に充実する。
※臨地実習でも「地域・在宅看護論」に名称変更となる。

別表三　改正案（第四条関係）

教育内容		単位表
基礎分野	科学的思考の基盤	14
	人間と生活・社会の理解	
専門基礎分野	人体の構造と機能	16
	疾病の成り立ちと回復の促進	
	健康支援と社会保障制度	6

教育内容		単位表	教育内容		単位表
専門分野	基礎看護学	11	専門分野	臨地実習	23
	地域・在宅看護論	6(4)		基礎看護学	3
	成人看護学	6		地域・在宅看護論	2
	老年看護学	4		成人看護学	4
	小児看護学	4		老年看護学	
	母性看護学	4		小児看護学	2
	精神看護学	4		母性看護学	2
	看護の統合と実践	4		精神看護学	2
				看護の統合と実践	2
合計					102（100）

厚生労働省「看護基礎教育検討会報告書」
2019(令和元)年10月15日より作成

医療機関の訪問看護と訪問看護ステーションの看看連携

在宅ケア移行支援研究所　宇都宮宏子オフィス　代表　宇都宮宏子

今後の訪問看護の展開を考えていくには、医療機関の訪問看護との連携が欠かせない。退院支援について病院の訪問看護師の取り組みを中心に、在宅ケア移行支援研究所代表の宇都宮宏子氏に解説いただく。

はじめに

外来看護師や病棟看護師による看護として提供する退院支援[※1]（意思決定支援・自立支援）があってこそ、地域の社会保障制度や資源に適切につなぐ退院調整[※2]が可能になり、患者の「おうちへ帰りたい」を叶えることができます。そこで筆者は、訪問看護の経験をいかし、病院から在宅療養の場への移行支援に取り組もうと、２００２年に出身校の大学病院に戻りました。そして、大学病院での実践値を可視化して〝退院支援の３段階プロセス〟を誕生させました（図１）。10年間の実践を経て、病院の機能や規模、地域支援者との連携・協働を推進したいという思いで独立起業し、今年で８年目になります。

退院支援、そして退院後訪問指導へ

医療の高度化、専門分化が進む中、高齢者が暮らしづらさを抱えながら自分らしく生ききるためには、「治す医療」から「生活に軸足を置いた医療」へと転換する必要があります。後追いの支援ではなく、外来通院時や入院決定時から、暮らしを継続する、人生を遮断しない医療を提供することが求められます。

退院支援の２つの柱は、「意思決定支援（自己決定を支える）」と「自立支援」と考えています。これは新しいことではなく、看護そのものです。そしてこれからは、入院予防を目的とした外来時の支援、在宅療養支援が大切になります。病気や老いとともに暮らし、最期まで生ききることに伴走する看護です。外来、訪問だけではなく、地域のさまざまな場所で働く看護職に求められる役割です。

看護師は退院後の生活を見据えて２つの視点でアセスメントを行い、患者・家族や、在宅支援チームであるケアマネジャーや訪問看護師へと継続して実践できるようにチームアプローチを行うことを推奨してきました。２つの視点とは、「医療情報から考える医療・看護上の検討課題」と、「ＡＤＬ・ＩＡＤＬから考える生活・ケア上の検討課題」です。

疾患の影響は大きいですが、２つに整理してマネジメントを展開することで、第３段階（退院調整）で必要になる社会資源についてもイメージしやすくなります。医療・看護上の検討課題がある患者に対して、退院直後に看護師が自宅や住まいの場に出向き、安定した在宅への着地を目指します。

訪問看護ステーションでは、退院直後の特別訪問看護指示書を活用し、心不全・肺炎を繰り返す高齢者や、退院後に自宅環境での排泄自立を目指す人へ、訪問看護師や理学療法士、作業療法士による訪問看護を提供することで成果が出ています。

２０１６年に新設された「退院後訪問指導料：５８０点」は、医療依存度が高い患者に対して、退院支援や訪問看護師との連携を目的に、病院看護師が自宅へ訪問することが評価されました（図２）。筆者は研修等で、図１の第３段階の継続看護が必要な患者に対して、暮らしの場へ出向くことを推奨してきました。そして、病院でみる患者とは違う、生活者としての強さを発揮している姿に感動する病院看護師が増えてきました。

また、施設へ出向けることから、ある地方の病院では、近隣の特別養護老人ホームからの褥瘡患者に対して、病棟看護師や皮膚・排泄ケア認定看護師が、退院後に施設へ出向き、ケアスタッフや特別養護老人ホームの看護職に、処置方法を指導するだけではなく、限られた資源（マットの種類や衛生材料）でケアを提供する方法を一緒に考え、ケアを提供し、看護・ケアの質をあげることに貢献していました。

退院後に自宅を訪問するということで、暮らしの場をイメージすることが難しかった病院看護師が、入院中にどのような退院支援・退院指導が適切かの学びの場にもなっています。

地域の状況に合わせた看看連携のために

医療資源の少ない地方では、医療機関の訪問看護が、がん患者の看取りまでを支えている実態があります。地域の実情を踏まえたうえで、どのような訪問看護が不足しているのか、訪問看護の人材確保、管理者の教育等、教育機能を地域で確保することも重要です。

専門看護師、認定看護師などの看護スペシャリストを、病院だけではなく、地域の看護・ケアへ貢献できるような取り組みをはじめた医療機関も増えてきました。ある自治体病院では、「ナーシングサポート室」に各領域の専門・認定看護師を所属させて、院内だけにとどまらず、地域の施設や訪問看護ステーションへの出張研修や訪問看護に同行して、地域の訪問看護をサポートしています。

病院医療者は、引き算の医療の経験がありません。重装備な医療から、暮らしの場で継続できる医療へシンプルにアレンジすることを、訪問看護師とともに実践することで、支える医療の本質を体験することになると考えています。

外来看護師と訪問看護師が、月に１回のランチミーティングで情報交換をしたり、事例検討会を繰り返している地域も増えています。

地域医療構想の影響もあり、医療機関が訪問看護に取り組みはじめていますが、地域で歓迎されているものばかりではありません。しかし今こそ、地域に点在している訪問看護機能を有効に活用できるよう、看看連携強化に取り組んでいきましょう。

※1　退院（在宅療養）支援：患者が自分の病気や障害を理解し、これから必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するのか、どのような生活を送るのかを、自己決定するための支援（疾病管理・自立支援）

※2　退院調整（在宅療養コーディネート）：本人の願い・決定を実現するために、家族の意向もふまえ、必要な環境、ヒト、モノを、社会保障制度や社会資源へつなぐマネジメント過程。

図１　退院支援・退院調整の3段階プロセス

STEP1　第１段階　外来（入院決定）～入院後３日以内

退院支援が必要になる患者の把握　病気の理解・受けとめ、どうありたい？
- ●入院（発症）前の生活状況を把握 ➡ すでに在宅支援チームがいれば連携
- ●入院理由・目的・治療計画などから退院時の状態像を予測　暮らしが変わる？
- ●退院支援の必要性を医療者間・患者・家族と共有

STEP2　第２段階　入院３日目～退院まで ➡ 第２・３段階は重なる時期もある

受容支援・自立支援　暮らしの場に帰るためのチームアプローチ
- ●継続的にアセスメントし、チーム（在宅＆病院）で支援
- ●患者・家族の疾患理解・受容への支援　医療選択の場面
- ●「退院後の生活のイメージ」を患者・家族とともに相談・構築　未来の姿
  - ①病状・病態から考える医療・看護上の視点
  - ②ADL・IADLから考える生活・ケア上の視点
- ●経済的・社会的な課題がある場合、MSW・行政などによる支援を検討・実施
  - ➡在宅支援チームとの相談・協働

STEP3　第３段階　必要になった時点～退院まで

サービス調整（退院調整）➡ 在宅支援チームとの協働!
- ●退院を可能にする制度・社会資源との連携調整　インフォーマルな繋がりも大事に
- ●必要時、「退院前カンファレンス」「退院前自宅訪問」を実施
- ●看護の継続が必要 ➡ 訪問看護導入or自院から訪問　安定在宅着地!

図２　退院直後の在宅療養支援に関する評価

医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

退院後訪問指導料	580点（１日につき）
訪問看護同行加算	20点

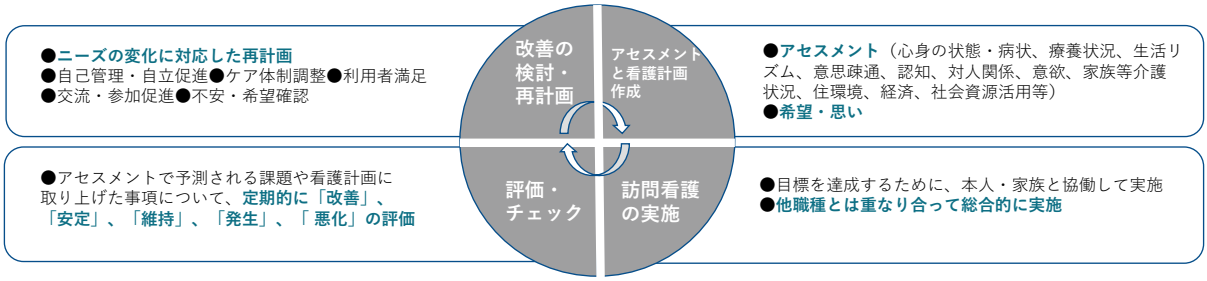
算定要件

① 対象患者：別表8または認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者（ただし保険医療機関を除く。）も算定可能とする。
② 算定回数：退院後１か月以内にかぎり、５回を限度として算定する。
③ 在宅療養を担う訪問看護ステーションまたは他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回にかぎり、所定点数に加算する。

MEMO

訪問看護の展開過程

●訪問看護ステーションでは、入院患者を訪問して退院時共同指導を行い、在宅では状態のアセスメントと希望に添って計画を立てる。
実施後は評価を行い、ニーズの変化に対応した訪問看護を行う。



日本訪問看護財団研修「訪問看護基礎講座」より

人口減少地域における地域包括ケアと看取り

東北大学大学院医学系研究科　保健学専攻　老年・在宅看護学分野教授　尾﨑章子

去る2019年7月27・28日の第24回日本在宅ケア学会学術集会でのシンポジウム「人口減少地域での看取りをどう支えるか」では、さまざまな地域の看取りが報告され、参加者が熱い関心を寄せていた。同学術集会の大会長を務めた東北大学大学院の尾﨑章子氏に地域包括ケアと看取りについて解説いただく。

人口減少時代

令和の時代は人口減少時代といわれています。人口減少は2段階で進むと推測されており、高齢者層が急増する一方で、若年者層が減少する第1段階を経て、高齢者層も減少し、日本の総人口が急速に減少する第2段階に突入します。社会の担い手が不足して人手不足がすべての業種や地域に拡大し、行政サービス機能を失う自治体が多く発生する等、日本社会の様相は今後大きく変わると予想されます。

日本には、山間地域や豪雪地域、離島などのへき地をはじめとして、高齢化と人口減少がすでに進展している地域があります。このような地域に住む人々の多くは、同じ地域で生まれ育ち、働き、老いるという人生を歩んでおられます。しかし、子世代の移動に伴う家族員の減少、社会資源の不足によって、住み慣れた環境で最期を迎えることを断念している（はじめから諦めている）といわれています。

人口規模が小さい地域での在宅看取りは、地理的条件や社会資源の不足などの点から、都市部など人口規模の大きな地域の支援方法を用いることはできません。人口規模の小さい地域で暮らす人々が、望む場所でその人らしい生活ができ、穏やかに最期を迎えることができるために、何が求められているのか考えたいと思い、第24回日本在宅ケア学会学術集会（2019年7月27・28日、於仙台国際センター）で、「人口減少地域での看取りをどう支えるか」というテーマでシンポジウムを開催させていただきました。

ICTの活用

死亡時に、これまで診療にあたっていた医師が遠方にいるなどして、死後診察が困難な場合には、円滑に死亡診断書を交付して埋火葬を行うことができません。このため、住み慣れた場所を離れて医療施設に入院したり、死亡後に遺体を長期保存・長期搬送するなどの事例があるという指摘がなされてきました。

このような現場の声や内閣府による規制緩和の流れを受けて、厚生労働省から「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン（以下、ガイドライン）」が出されました。演者の江崎次朗氏（前厚生労働省医政局／高知県健康政策部）からは、ガイドラインを踏まえ、医師による遠隔診断をサポートする看護師を対象とした研修が開催されるなど、へき地において医師がICTを用いて死亡診断等を行うことができる体制が整いつつあることが紹介されました。本制度はそうした地域において在宅での終幕を望む人々のニーズに即するもので、今後拡大する人口減少地域において、本制度を活用する療養者・家族に対する在宅看護の役割は大きくなるものと考えられます。

山間地域での取り組み

人口減少の進展状況は地域によって大きく異なっており、すでに人口減少の第2段階に進んでいる地域もあります。秋田県は高齢化率、人口減少率は全国一です。2020年の15～64歳人口の割合は52・5％で、これは2045年の全国平均と同値と推測されています。すなわち、秋田県の今は未来の日本を先取りしているといえます。へき地を含む地域では在宅医療や在宅看護を担う人材は依然不足し、より深刻な事態となっています。

中村順子氏（秋田大学大学院医学系研究科）はCOC事業（文部科学省、知の拠点事業）の一環として、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等と連携し、基幹病院がない豪雪山間地帯、過疎地域での在宅ケアネットワークモデルを構築するアクションリサーチに取り組んだ活動を紹介されました。訪問看護時の記録作業を調査し、ICT活用をテーマに地元企業との共同研究を通して、理工学系学生の地域の課題解決に関する経験を育成する取り組みが進んでいます。地縁血縁が強い地域特有の特徴をいかし、いかに、少ない社会資源や人材を効果的な在宅ケアシステム・看取りシステムへと再編していくかは大きな挑戦であり、異分野とのコラボによる新たな価値の創出に絶好のチャンスであるといえます。

外海の島での取り組み

ひと口に離島といっても、①橋でつながっている島、②瀬戸内海などの内海の島、③フェリーで3時間程度の外海の島、④フェリーで10時間以上の絶海の島（例：小笠原諸島）があり、本土（後方病院）からの時間的距離や人口規模、群島の有無等によって求められる医療は異なります。飛行機や高速船など複数の連絡手段があるか否かによって、救急搬送時の対応が変わってきます。

隠岐諸島（島根県）は③のタイプで、本土からの日帰りは可能ですが、悪天候時には船も欠航します。島内には隠岐広域連合立隠岐島前病院の他に養護老人ホーム、特別養護老人ホームなどがあります。白石吉彦氏（隠岐島前病院）からは、隠岐諸島は群島のため地域医療支援プロック制をとり、へき地離島で働く医師の孤独感やストレスを軽減していること、Web型電子カルテ、遠隔画像通信、TV会議システムなどのICT構築を推進し、積極的な情報発信で100名以上の医療系学生を離島研修として受け入れ、多くの人材を確保してきたことが紹介されました。看取りの場所は、2割が在宅、2割が老人ホーム、6割が病院で、島の小さな病院（44床）だからこそ住民との顔の見える関係があり、普段の生活状況や生き方、死生観に沿った医療を提供できる、入院と在宅との行き来の敷居を低くして、その時点での最善を尽くすのが島の医療であると話されました。

絶海の島での取り組み

トカラ列島（鹿児島県十島村）は、鹿児島市から200～300km南の東シナ海に散在する外海小離島7島と5つの無人島で構成される人口約700人の島です。本土から各島まで片道6～15時間を要し、前述の分類では④に該当します。各島の無床診療所に看護師1～2名が常駐し、島外との交通手段である週2～3便の村営フェリーを利用して、医師が各島を巡回診療にあたる医療環境にあります。

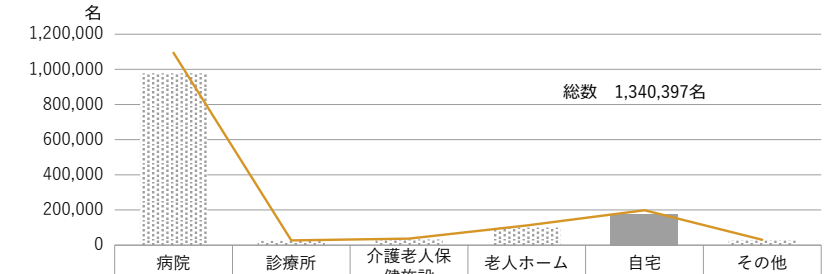
本砥貴子氏（鹿児島県十島村役場）は行政の立場から関係機関と連携して、「常駐医師が不在である小規模離島における看取りに関する事務マニュアル」を作成した経緯を紹介されました。十島村はその限られた医療資源から島内での看取りは不可能と考えられてきました。島民は生まれ育った島を離れ、本土の病院や施設に移り、最期を迎えていました。しかし、「最期まで島で暮らしたい」「島に帰りたい」という島民のニーズに応えるべく、医師不在時に患者が死亡した際の法的解釈や遺体の保存や処置などの対応、遺体搬送時の船舶運航などについて関係機関と協議しながら環境を整えていきました。島民も含め、島全体の合意を得ることが重要であると強調されました。

医師がほぼ不在の日常生活において、島民が看護に期待する役割は多岐にわたります。医療や介護の体制が十分ではない外海の小離島において、看護人材の確保、質の向上は、島内での看取りを実現するための体制の整備に不可欠です。

おわりに

人口減少を迎えた地域は、自然や交通、社会資源の厳しい条件下で、今後の日本が抱える課題に先んじて取り組んでいます。都市部とは異なるそれぞれの地域に根差した生活文化や健康観、死生観に沿った地域包括ケアの構築が模索されていました。人口減少社会では社会資源が急激に減少していきます。こうした課題に、社会全体でどのように対応するかが問われています。

場所別にみた死亡数



	病院	診療所	介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
死亡数	978,260	24,144	33,105	99,910	177,473	27,505
割合	73.0	1.8	2.5	7.5	13.2	2.1

厚生労働省「人口動態統計年表(2017年)」第5表死亡の場所別にみた死亡数・構成割合より作成

MEMO

訪問看護師が在宅看取り支援を行うことが求められている。

●一般国民の60%は自宅で最期まで療養することを望んでいるが、自宅での看取りが実現可能と考えている一般国民はわずか6%となっている。
困難な理由には、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状急変時の対応に不安が大きい」、「症状急変時にすぐ入院できるか不安である」、「往診してくれる医師がいない」、「訪問看護体制が整っていない」などが挙げられた。
一方、実現可能と答えている看護師は37%であった。（以上、平成20年終末期医療に関する調査より）

●グラフ「場所別にみた死亡数」
2017年の死亡数は1,340,397名で、死亡場所で最も多かったのは病院で73.0%、次いで自宅13.2%、老人ホーム7.5%となっている。

大学院課程では、制度上の資格ではないけれどNP養成も行っています。看護師の役割拡大ができるはずですが、ともに地域包括ケアをつくる専門職の役割として、2025年に向けて看護師が活躍していくためにどのようなことが必要でしょうか。

田中：患者像の変化をまず頭に置くべきではないでしょうか。今、入院患者の平均年齢は、急性期病院でも75歳になりつつあり、今後はもっと上がっていきます。そうなると、入院中のケアプランが生活能力を考慮していないと、病気は治ったけれどもADLが低下してしまう、認知機能が低下してしまう入院患者が増えかねません。生活がみられる、人々がどう生きるかをみることができるのは、看護職の強みです。退院後のことを考え、退院後の生活に関わる職種と医師をつなぐことが看護師の仕事として増えていきます。

もう一つは在宅での役割です。2025年を過ぎると、医療の場としても急性期の入院は短くなり、急性期の入院患者総数が減ります。また、医療ニーズがあるのに歩けない等で通院できなくなる人が増えます。すると、入院、外来と並び、在宅が医療の場の3本柱の一つになるでしょう。こうなると、看護師の果たす役割はとても大きくなります。在宅現場でも介護職と医師をつなぐ看護の役割は大きく、特に在宅では看護師の役割は不可欠だと常に唱えています。

意思決定支援における留意点

佐藤：看護師は在宅看取り支援も重要です。特に意思決定支援。家族間の合意形成や医師との橋渡しをしていますが、意思決定支援で気をつけることはございますか。

田中：意思決定支援は、地域の違いや生活環境の違いを踏まえないといけません。全国一律の形はあり得ないでしょう。急性期医療技術の地域差はあってはなりませんが、最期、あなたはどうしたいかについて問う際に、どのように語りかけたら相手が納得するか、会話の仕方、距離感のとり方等には各地域の文化の違いが出てきます。その違いを各地域の看護協会や訪問看護の団体がきちんと伝達していかなければならないですね。

佐藤：確かにそうですね。人口減少地域の看取りを当財団機関紙10月号でも取り上げましたが、地域包括ケアはまさに地域特性に根差すことが重要です。

コーディネーション機能の発揮

佐藤：場を動かすコーディネーション機能についても報告書にも書かれていました。医療と介護保険制度の双方で、全年齢層に対しケアの実務者として地域で活動する訪問看護師が担うこともできるのではないかと思いましたがいかがでしょうか。

田中：これからますます85歳以上の方が増えていくと、介護とは異なる生活支援が不可欠になります。トイレには行けるけれども、重い買い物は運べない等、日常生活の一部が難しくなる。それらの支援は、医療・介護専門職ではなく、地域の互助とビジネスの力が必要です。それらをつなぐにはコーディネーション機能が不可欠といえます。この地域では何が欠けているのか、例えば移動手段や人々が集う場が欠けているのかもしれません。加えて、虚弱段階、要支援段階、要介護を通して人間関係が切れないつながりをつくっていく力がコーディネーションです。これができる人は職種を限定する必要はありませんが、訪問看護師や保健師に大いに活躍していただきたい。

清水：そういうことでは、場を限定する必要もないですね。

田中：そうです。個人では難しいので、拠点があったほうがいいでしょうね。拠点は小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護は強い候補と考えられます。そこに看護師がいるので看多機はいいし、小多機プラス訪問看護も力を発揮するでしょう。

訪問看護をめぐる課題

ビッグデータ化

佐藤：田中先生には、訪問看護が現在抱えている問題についても、ご意見をいただければと思います。まず一つに、訪問看護のデータ化がなかなか進まないことがあります。この30年間の蓄積はいっぱいあって、看取りもたくさんしてきましたが、それがビッグデータ化されていないのが本当に残念です。2021年の介護報酬改定では訪問介護や介護支援専門員のデータ活用が議論されているようですが。

田中：もったいないですね。

佐藤：とにかく紙媒体を電子化するように促しています。

田中：今、音声入力すると文字化する技術が急速に向上してきています。ですから、典型的なところはテンプレート化して、最後は音声入力でいいのではないでしょうか。

間接業務をアウトソーシング

佐藤：また、ある県では、パソコンが苦手な高齢の訪問看護師が肩身の狭い思いをしていると聞きました。

田中：直接業務と間接業務を一緒に論じないほうがいい。間接業務の1Tに対応できない人がいても、法人として進化する技術を活用すれば大丈夫ですよ。

佐藤：ベテランとしての経験を活かしてもらえばいいですよね。

田中：直接業務はプロとして、記録だけは音声を使ってでも作成し、他の間接業務は外部に委託したっていい。契約をきちんとすれば請求業務等のアウトソーシングも可能です。

清水：アウトソーシングしていいものですか。

田中：大丈夫です。個人情報についてきちんと管理できるなら、介護保険法上の制約はありません。ケア記録は自事業所でしなければなりませんが、報酬請求業務は構わない。

佐藤：訪問看護に専念して生産性を上げるために、間接業務はできるだけそうしたいですね。

田中：パソコンがあまり使えない看護師が、高齢患者にとっては最高の看護師というケースもあり得ます。

今後の展望

子ども対策にシフトを

佐藤：最後に田中先生の今の最大の関心事を教えてください。

田中：パソコンがあまり使えない看護師が、高齢患者にとっては最高の看護師というケースもあり得ます。

しかし、2040年で高齢者数はピークアウトします。今私たちが努力している地域包括ケアシステムの仕組みが、看護の力も含めてある程度動きはじめれば、政策づくりのエネルギーは、今度は日本に子どもが増える努力に注がれなくてはいけない。それが新しい花を咲かせる意味です。日本でどのようにしたら子どもが増えるかを皆で考えなくてはなりません。

清水：世界に先駆けて日本はこんな高齢社会になったわけですから、悔いがない時代をつくっていかなければいけないですし、田中先生はその夢を形にしてこられたわけですね。

田中：訪問看護師の地域を支え、観察し、提言する力に期待しています。

佐藤：報告書に「目の前の現実社会が変化しているにもかかわらず、古い考え方や発想で次世代のケアを考えないようにすること」とありますが、お話をうかがうことができて今日は本当にありがとうございました。

田中：ありがとうございました。

620万人です。こういった急激な変化が起きたので、私たちは政策づくりのエネルギーを高齢者が安心して住み慣れた圏域で暮らし、そして生涯を終えること、みじめにならずに尊厳をもって、ゆっくり衰えていって、最後卒業できる社会の構築に力を注いできました。

しかし、2040年で高齢者数はピークアウトします。今私たちが努力している地域包括ケアシステムの仕組みが、看護の力も含めてある程度動きはじめれば、政策づくりのエネルギーは、今度は日本に子どもが増える努力に注がれなくてはいけない。それが新しい花を咲かせる意味です。日本でどのようにしたら子どもが増えるかを皆で考えなくてはなりません。

清水：世界に先駆けて日本はこんな高齢社会になったわけですから、悔いがない時代をつくっていかなければいけないですし、田中先生はその夢を形にしてこられたわけですね。

田中：訪問看護師の地域を支え、観察し、提言する力に期待しています。

佐藤：報告書に「目の前の現実社会が変化しているにもかかわらず、古い考え方や発想で次世代のケアを考えないようにすること」とありますが、お話をうかがうことができて今日は本当にありがとうございました。

田中：ありがとうございました。

地域包括ケア研究会「2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム ―「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会―」
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_17.pdf

ほうもん看護

Japan Visiting Nursing Foundation

公益財団法人 日本訪問看護財団
〒150-0001
東京都渋谷区神宮前5-8-2
日本看護協会ビル5階
電話 03-5778-7001 FAX 03-5778-7009
ホームページURL https://www.jvnf.or.jp/
毎月15日発行 年間購読料 5,000円(送料込)
(会員の購読料は会費に含む)

今月の紙面 2019年11月15日

1・2 特別鼎談 田中滋先生に聞く！ 地域包括ケアの今とこれから、訪問看護への期待
3 Nursing Nowキャンペーンのご紹介／在宅ケア電話なんでもQ&A／箴
4 インフォメーション回覧板／会員募集

季節のたより

山帰来（さんきらい）

日本の旧暦では11月は「霜が降る」ことから「霜月」と呼ばれています。美しく紅葉した秋の落葉色、銀杏の黄金色、さんきらいの青い実も赤く色づいて秋色です。つる性ですのでリースを作って楽しむこともできます

植本厚子

特別鼎談

田中滋先生に聞く！ 地域包括ケアの今とこれから、訪問看護への期待

訪問看護の力を結集して、安心して暮らせるまちづくりに取り組もう

日本看護協会との共催で開催する「日本看護サミット2019・訪問看護サミット2019」のテーマは「看護が創造する地域の未来」。住み慣れた地域で最期まで尊厳ある暮らしを続けるためには、地域包括ケアシステムの推進が不可欠である。サミットに先立ち、地域包括ケアシステムの仕組みづくりに携わってこられた田中滋氏（埼玉県立大学理事長）をお招きして行った鼎談を紹介する。当財団からは清水嘉与子理事長および佐藤美穂子常務理事が参加した。

地域包括ケア研究会での取り組み

佐藤：田中滋先生は、厚生労働省の介護給付費分科会座長をはじめ多岐にわたりご活躍されています。約10年にわたり座長を務められている地域包括ケア研究会で出された「2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム」の報告書（以下、報告書）をベースにして、2040年に向けての変化、どう変わらなければならないか、どう備えるか等、ご意見をうかがうとともに、訪問看護業界に対するメッセージもいただければと思います。

田中：よろしくお願いします。

植木鉢図第1バージョンの誕生

佐藤：まず地域包括ケア研究会の取り組みに関して教えてください。2025年に向けた役割分担や有名な植木鉢図の今についてなどです。

田中：植木鉢図は徐々にバージョンアップして今の図になりましたが、最初の2008年の報告書では五輪の花でした（図1）。「介護」「医療」「予防」「住まい」「生活支援」の5つの要素が重なっている図を描きました。

田中滋氏

清水：その次の段階で、植木鉢図第1分ができました（図2）。これは、立体化したところに特徴があります。業の部分がプロフェッショナルサービスで、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」を取り上げました。基本的に資格をもち、かつプロとしての報酬を得ている人たちの仕事が業の部分に相当します。その下の土の部分は「生活支援・福祉サービス」です。在宅生活の場合は生活支援に加え、一部の方には福祉サービス等の公助が必要でしょう。この土の部分がきちんとしていないと業が生きてきません。そして土は放っておくと流れてしまうおそれがあるので、しっかりとした囲いが必要です。それが「すまいと子まい方」で、植木鉢であらわしました。さらに植木鉢は、放っておくと欠けるかもしれないのでお皿を描きました。お皿は「本人・家族の選択と心構え」で、覚悟をもって事前にきちんと選択をしていくこと、今でいうACPに相当します。この縦の関係が重要で、上台がきちんとしてないと、プロフェッショナルサービスはそもそも入りようがないかもしれない。2013年3月の報告書でこの第1バージョンの植木鉢図を発表しました。その後さらに議論を続けて、2016年に第2バージョンができました（図3）。さて、何が違うでしょう？

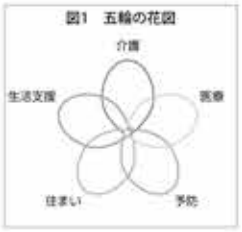


図1 五輪の花図

植木鉢図第2バージョンと大学での取り組み

清水：一つは主にあった福祉が業に移り、もう一つはお皿が本人の選択になりましたね。

佐藤：あと一つは、業にあった予防が土に移っていますね。

図2 植木鉢図第1バージョン

田中：その通りです。

一つ目として、貧しくて一人暮らしで生活が苦しい、虐待を受けている等、医療・介護職だけでは対応が難しいさまざまなニーズがあります。このような人をいかに包摂するかにかかわる重要性を強調するため、コミュニティワークの専門家である福祉を業に移しました。

二つ目が予防で、多くの介護予防は本人の努力が欠かせません。まだ就労中の50代、60代から地域との関係性をつくることなどは自ら行わないといけないので、土のほうに入れました。

最後三つ目は、どのように生きるか、長年連れ添ってきたパートナーを含む本人の選択です。そして、子世代などの家族も心構えをもって本人の選択を見守る必要があります。

これが第2バージョンで、2025年までに各地につくりましょうと宣言しました。この10年で、地域包括ケアシステムを構築しないと、団塊の世代が後期高齢者入りした後の社会を続けることはできないとの意識が自治体にかなり広がり、担当者も増えました。

わが埼玉県立大学にも自治体のファシリテーション技術を支援してほしいという声がかかり、埼玉県内および東京都内の自治体と包括契約を結ぶなど、さまざまな形で援助することにして

佐藤美穂子常務理事

図3 植木鉢図第2バージョン

多元化する社会の社会的包摂

違いを認めて排除しない社会へ

清水：先生のお話の中で、「包摂」という言葉が出てきました。報告書の中にも「社会的包摂」という言葉がありましたが、もう少し詳しくお聞きしたいです。

田中：社会的包摂は国連の用語で、英語ではソーシャルインクルージョンになります。社会からいろいろな理由で不本意に排除されている人を少なくしよう、なくそうという意味です。

排除される理由の一つ目としては貧困があげられます。貧しさが深刻化すると、子どもが満足にご飯を食べられず、学校で虐待を受けるようになってしまいます。

二つ目は、外国籍の方たちです。これからますます日本に居住する外国籍の方が増えます。その方たちを社会的に排除したままだと、社会が分断されて好ましくありません。

三つ目はLGBTのような少数派、また宗教が違う等、その人の主義、信条、生き方によって仲間じゃない、敵だと壁をつくるのも社会的排除です。

これらをすべてひっくるめて、学校でも病院でも介護の場でもいろいろな人がいることを認め、お互いの違いを尊重する、これがソーシャルインクルージョンです。所得階層の存在自体は、医療介護の技術ではどうしようもないにしても、違うことを認めて、共通で人が暮らす場では相手を排除しない、ここに尽きます。

清水嘉与子理事長

佐藤：避けられないものとしての格差の中で、住民とともに過ごしましょうということですね。

地域包括ケアにおける看護師の役割

退院後を見据えたケアと在宅での役割

清水：医師の働き方改革にともない看護師活用による負担軽減が議論されています。特定行為に係る看護師研修制度を推進し、

当財団は Nursing Now キャンペーンに参加しています

（https://www.jvnf.jp/nursing-now.html/）

ナイチンゲール生誕 200 年となる 2020 年に向け、看護職への関心を深め、地位を向上することにより、人々の健康の向上に貢献することを目的に展開されている世界的な活動です。英国の議員連盟が活動をスタートさせ、世界保健機関（WHO）および国際看護師協会（ICN）の賛同の下、英国のチャリティ団体であるバーデット看護信託が事務局となり、世界的に広まっています。

世界では、保健医療制度や人々のニーズが大きく変化しています。看護職がこの変化に対応し、一層活躍するには、看護職が適切に評価され、保健医療政策に影響を及ぼすことが重要であり、そのためのさまざまな条件や環境を整える必要があります。キャンペーンを通じ、看護職が持つ可能性を最大限に発揮し、看護職が健康課題への取組みの中心に立ち、人々の健康の向上に貢献できるよう行動します。

公益財団法人 日本訪問看護財団

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2　日本看護協会ビル 5 階
TEL：03-5778-7001（代表）／公式サイト https://www.jvnf.or.jp/

発行者　公益財団法人　日本訪問看護財団
発　行　2019 年 12 月 1 日
印　刷　三報社印刷株式会社
※文章・イラスト等の無断掲載・複製・複写・翻訳を禁じます。