Nursing now

日本の訪問看護のしくみ

公益財団法人 日本訪問看護財団

はじめに

日本の医療は 1961 年から国民皆保険制度によって提供されており、すべての国民は保険料を支払って各種健康保険に加入し被保険者証さえあれば、自らが自由に病院・診療所を選び、医療費の 1 割～ 3 割負担で医療を受けることができます。

さらに、2000 年には介護保険制度が施行され、おおむね 65 歳以上の高齢者は介護保険の実施者である市町村に保険料を支払って、必要時に要介護認定の審査を受け要介護度等による支給限度基準額の範囲で介護サービスを利用でき、かかった介護費用の 1 割～ 3 割負担で介護を受けることができます。

医療保険でも介護保険でも、対象者の状態等に応じて利用できる訪問看護制度は、慢性疾患や障がいのある在宅療養者にとって、重要な役割を果たしています。

日本の訪問看護サービス提供機関は、主に病院・診療所と訪問看護ステーションがあります。本冊子では 9 割以上のシェアを持つ訪問看護ステーションを中心に、訪問看護制度発展の歴史と制度、実態及び将来展望についてご紹介します。

2021 年 3 月

I 日本における訪問看護制度の経緯

日本の高齢化率は 2065 年には 38.4%に達する見込みであり、高齢者人口は世界でも類を見ない勢いで急激に増加しています。一方で少子化が進み 15 歳以上 65 歳未満の生産年齢人口は減少します。地域では看護・介護を要する在宅高齢者が増加し、また、入院治療の効率化及び在院日数の短縮化が進むために、年齢や傷病を問わず訪問看護サービスが必要となっています。

訪問看護ステーションの創設

1 訪問看護ステーション創設までの経緯

日本では、1920 年代以前はチフスやコレラなど急性伝染病が流行し、隔離病院が建設され、民間経営の「慈善看護婦会」が看護師を病院や家庭に派遣して、急性感染症患者の看病を行ってきました。

1920 年代後半から日本赤十字病院や聖路加国際病院などの看護師が母子や被災者を対象にボランティア的に訪問看護を行ってきました。

1960 年頃から、脳卒中後遺症により、寝たきり高齢者が社会問題となって、在宅の寝たきり高齢者を対象に家庭看護の指導や看護が行われました。

1982 年に制定された老人保健法のもと、1983 年からはじめて病院の退院患者の訪問看護に医療保険の診療報酬が認められました。

1986 年には精神科の訪問看護・指導、さらに 1988 年にはがんや難病などの在宅療養者も対象となり、高齢者に限らず全てを対象に訪問看護・指導が診療報酬で算定できるようになりました。

なお、老人保健法は、2006 年に「高齢者の医療の確保に関する法律」と改題され、後期高齢者（75 歳以上）の医療制度が創設されて、各都道府県に設置する「後期高齢者医療広域連合」が給付することになりました。

訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業から開始

在宅ケアにおける看護の充実のために、厚生労働省は訪問看護のモデル事業を 4 年間実施しました。その内容は、①医学的処置も含めた訪問看護の実施と仕組の検討　②一定の研修を都道府県レベルで実施することなどが含まれました。当該モデル事業実施地域に指定された市町のある 17 府県看護協会は、未就業の看護師等を対象に「訪問看護師養成講習会（120 時間のプログラム）」を開催して訪問看護師を養成しました。

2 指定（老人）訪問看護制度の創設（医療保険）

訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業後、1991 年に老人保健法等の一部改正により指定老人訪問看護制度が創設されて、1992 年 4 月から訪問看護ステーションの訪問看護が始まりました。さらに 1994 年には健康保険法等の一部改正により、指定訪問看護制度が創設され、老人以外の在宅療養者へも訪問看護が提供できるようになりました。

3 介護保険の指定訪問看護制度の創設

1997 年に制定された「介護保険法」が 2000 年 4 月から実施となりました。介護保険制度は、介護が必要になっても、できる限り住み慣れた住まいで自立した生活ができるように、ケアマネジャーが作成するケアプランのもとに必要な福祉サービスや、訪問看護・リハビリテーション等の医療サービスを総合的に利用できる仕組みです。介護保険法の対象者の多くは、長期にわたりケアの必要な疾病や障がいのある要支援者又は要介護者であり、訪問看護による病状や障がい等の観察と適切な看護が極めて重要です。ケアチームのメンバーとして、医療と介護の両方にかかわる看護の特徴を充分に活用し、介護や疾病予防の看護からエンド・オブ・ライフケアまで、チームケアの総合力を高めた活動が期待されています。

4 指定の基準

2000 年 4 月以降、訪問看護ステーションの指定を受けるためには、法律上、健康保険法より優位にある介護保険法に基づき指定居宅サービス事業者の指定を受けなければなりません。介護保険法の指定事業者は医療保険の指定訪問看護事業者とみなされて、医療保険の訪問看護を実施することができます。以下に指定及び運営基準をご紹介します。

◆ 開設者

営利法人、医療法人、社会福祉法人等法人格を有し、介護保険法のもとに都道府県知事等の指定を受けた指定訪問看護事業者（介護保険法で指定居宅サービス事業者の指定を受けると、健康保険法の指定訪問看護事業者とみなされる）

◆ 管理者

訪問看護事業の適切な運営管理ができる常勤の保健師又は看護師

◆ 訪問看護従事者

看護職員（保健師、助産師（医療保険のみ）、看護師、准看護師）を常勤換算で 2.5 人以上配置する。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は適当数配置できる。また事務職員も雇用する。

訪問看護ステーションの施設・設備・備品等

例えば、訪問看護従事者数に応じた必要な広さの事務室、駐車場・駐輪場（訪問車・自転車等）、事務機器、戸棚、訪問看護用衣類・器具・機材、衛生・感染管理用設備・物品、記録類等

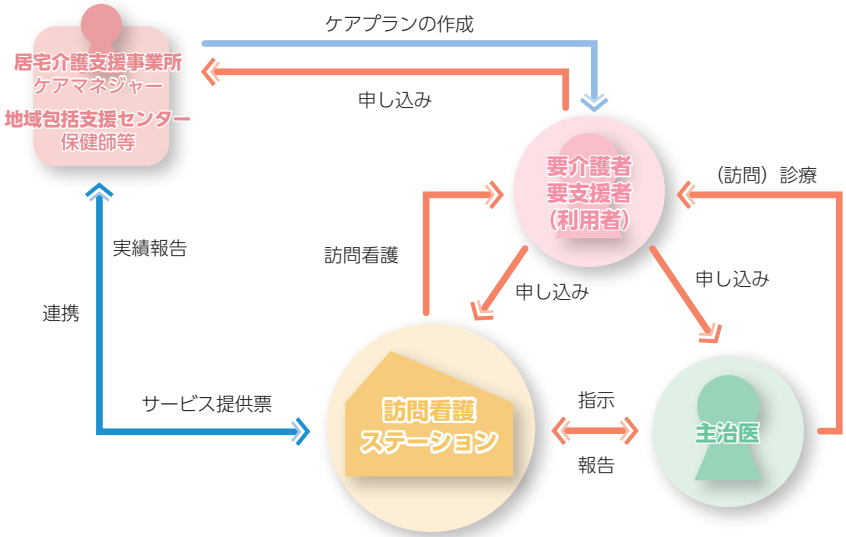
訪問看護ステーションの風景

5 訪問看護提供の仕組み

利用者は訪問看護ステーションまたは主治医に利用を申し込み、主治医が訪問看護の必要を認めて「指示書」を交付すると訪問看護師が利用者を訪問し、状態をアセスメントして利用者の希望を聞き、作成した看護計画のもとに訪問看護を提供します。主治医とは定期的に看護の実施状況を報告し密な連携をとります。

介護保険制度では、介護支援専門員（ケアマネジャー）のケアプランに沿って訪問看護計画を立てて看護を行いますが、必要に応じてケアプランの変更（訪問回数･時間帯･内容等）を相談し、必要な看護を行います。

介護保険制度



Ⅱ 訪問看護の実施状況

1 訪問看護ステーションの設置状況

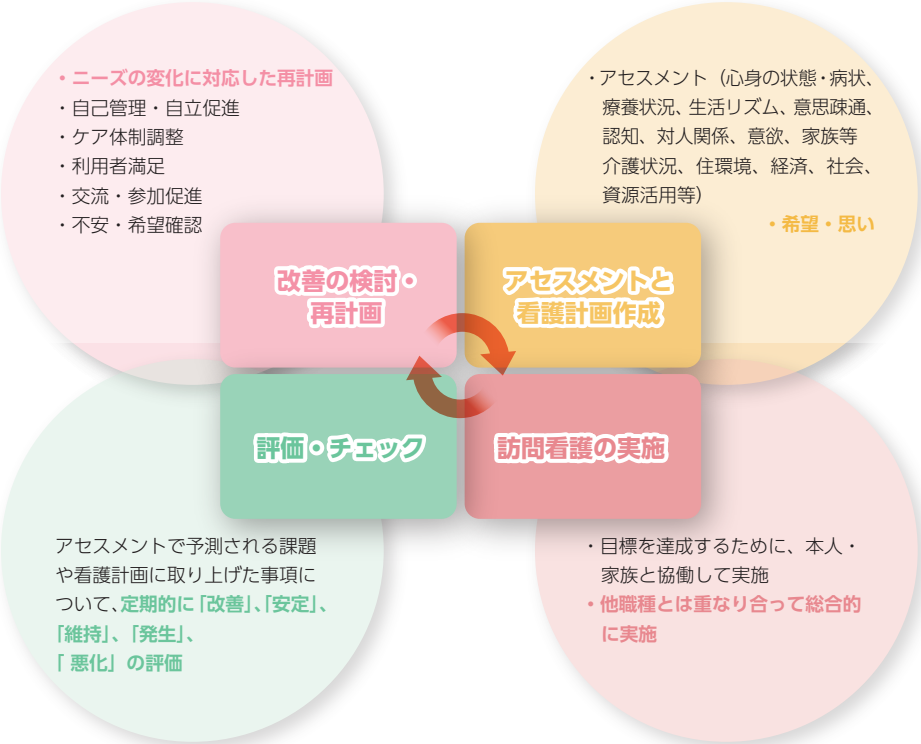
訪問看護を実施している訪問看護ステーションは 12,000 ヶ所を超えていますが、平均すると 1 訪問看護ステーション当たり常勤換算従事者数が 7 人程度（うち看護職員は 5 人程度）です。

2 訪問看護ステーションの看護内容

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沿って計画を立てます。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います。

看護内容としては、病状観察、本人への療養指導、リハビリテーション、家族の介護指導･支援、日常生活の介助（例えば清潔保持の世話）、服薬管理、認知症や精神障がい者の支援、排泄コントロール・支援、褥瘡等予防・創処置などがあります。夜間も含めた緊急時対応は約 10％弱に実施し、自宅での看取りは 2％程度実施しています。

訪問看護の展開過程



3 訪問看護利用者数と費用

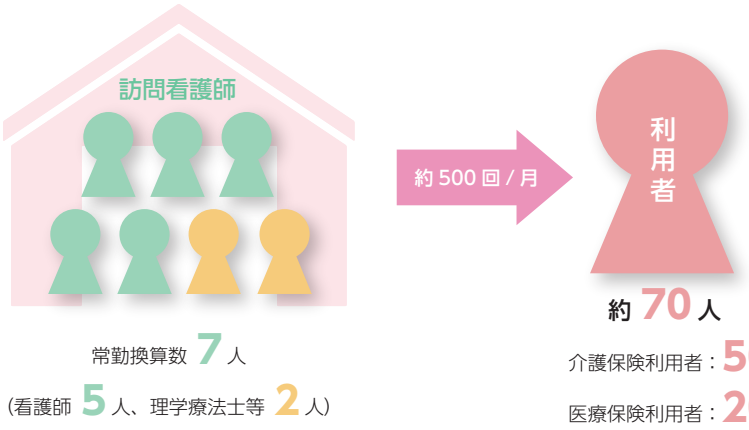
1 訪問看護ステーション当たり平均で約 70 人の利用者があり、1 利用者当たり月に 6 ～ 8 回程度の訪問看護を実施しています。1 回の訪問看護に係る費用は 7,500 ～ 11,000 円（介護保険と医療保険で異なる）です。

4 訪問看護ステーションの経営状況

訪問看護従事者は 1 人当たり 1 ヶ月間に 70 ～ 80 回訪問しており、1 訪問看護ステーションあたりの平均収入は 1 ヶ月 450 ～ 500 万円程度になります。

訪問看護ステーションの収入の 99%は、訪問看護の報酬（介護報酬と診療報酬）であり、訪問看護の利用者数と利用回数に左右される事業で、費用の約 80%は人件費支出となっています。

訪問看護ステーションの経営モデル



収入	4,500,000円（訪問看護の報酬・利用料、その他）
支出	4,300,000円（人件費：3,500,000円、事務所経費等：800,000円）
利益	200,000円

Ⅲ 今後の課題

1 訪問看護の人材確保と質の向上

訪問看護に対する社会的ニーズから 2025 年には 12 万人の訪問看護師が必要と試算されています。看護職員の就労場所別にみて訪問看護ステーションにはわずか 2.5%（約 6 万人）しか就業していません。この現状を改善するためには積極的な人材確保対策、看護職自身の訪問看護に対する意欲を高めるための労務環境の整備、キャリアアップにつながる評価と地位向上が必要です。

また、訪問看護師が安心して訪問看護の仕事に従事できるように、待遇改善に向けた活動やワークライフバランスのとれた働きやすい職場づくりに取り組む必要があります。

さらに、広報活動を強化することで市民への PR など、率先して取り組むことも課題です。

2 ICT 化による業務効率化

2020 年には新型コロナウイルス感染症のパンデミックが表明され、訪問看護ステーションも感染防護具の整備など感染対策と共に、ビデオ通話の活用、オンラインによるケア会議の開催が広がりました。今後、ICT 活用による業務効率化により、生産性向上を一層推進する必要があります。

3 訪問看護サービスの質の向上

訪問看護ステーションでは、訪問看護サービスの質を高め事業の継続発展を目指すために評価に取り組んでいます。訪問看護制度には自己評価が義務付けられていますが、さらに利用者評価、第三者評価、成果の評価などがあります。

利用者評価では、訪問看護師には直接言えないことや表現できないニーズを把握すること、看護サービスや訪問看護師の人間性も含めた評価が得られます。

さらに第三者評価では、ストラクチャー、プロセス、アウトカムを評価して質改善を図ります。訪問看護サービスの成果・効果を評価するためには、客観的アセスメントや評価スケールを用いて根拠に基づく看護を提供し、期待（予測）される心身・療養環境などの状態が改善、維持、あるいは穏やかな最期を迎えるというアウトカム（成果）を評価します。

この成果には看護だけでなく様々な因子が影響するので評価の難しさがあります。PDCA サイクルを意識して研究的に取り組みを行っています。

4 地域包括ケアシステムから、地域共生社会の実現へ

2025年をめどに地域包括ケアシステムの構築

日本は1945年に第2次世界大戦の敗戦を迎え、1947年から1949年生まれをいわゆる「戦後ベビーブーム世代」と言いますが、合計特殊出生率は4.3前後という子供の多い時代を迎えました。この世代が75歳以上の高齢者となる2025年をめどに住み慣れた地域で最期までその人らしく過ごすことができるように地域包括ケアシステムの構築が急がれています。

さらに当該世代が90歳以上となり、子の世代が65歳以上となる2040年には少子高齢・多死社会のピークを迎えると予測されています。

現在、2025年問題を穏やかにクリアするために、各地で地域包括ケアシステムの構築が急がれています。訪問看護は医療保険制度と介護保険制度に亘るサービスであり地域包括ケアの要と言われています。

各地域では、人口の年齢構造や保健・医療・福祉・介護などの社会資源の整備状況、地域の産業、文化などに特徴がみられることから、全国一律で介護保険制度や医療保険制度の改正、報酬改定による給付の抑制、介護職員の処遇改善加算などの対応だけでは困難です。そのため地域包括ケアシステムは、市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域特性に応じて作り上げています。

2040年に向けた地域共生社会の実現

かつての日本は、地域の相互扶助や家族同士の助け合いなど、地域・家庭といった生活の場面において支えあいの機能がありました。しかし、高齢化や人口減少が進みその基盤が弱まっています。2040年をめどに人とのつながりを再構築し、困難に直面しても支えあい、孤立せずにその人らしい生活を送ることができる、地域共生社会の実現を目指しています。

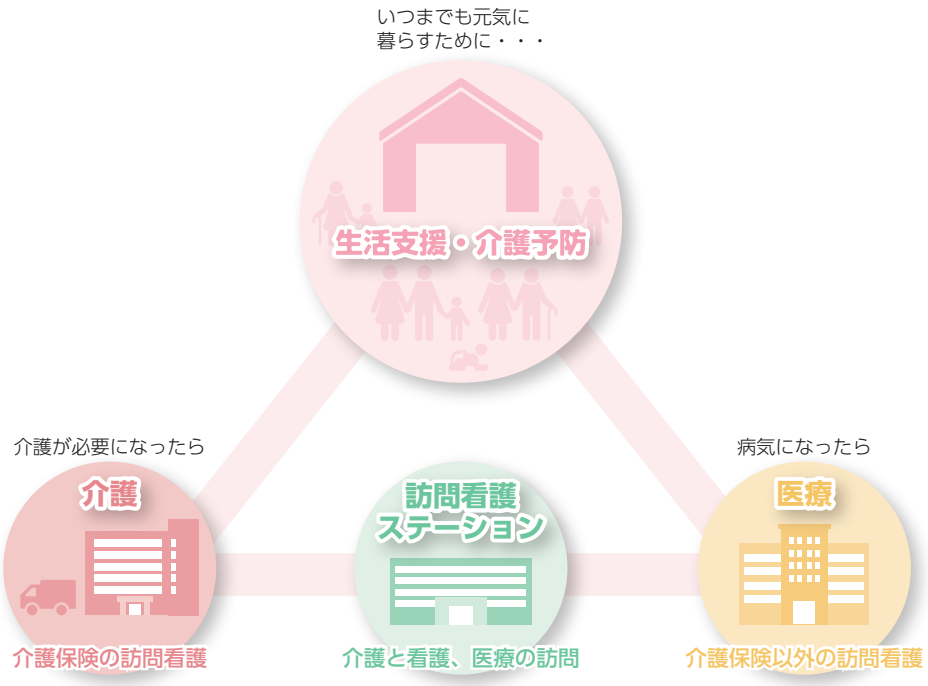
すべての年齢層が共に暮らす地域共生社会の実現に向けて、地域での医療・看護・介護福祉等総合的な支援体制が必要となります。人々ができるだけ、自分の潜在能力を発揮して健康の維持や慢性疾患の悪化予防から最期まで暮らすことができるような看護支援がますます重要となるでしょう。

訪問看護ステーションには、看護職員の他に理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の配置も進んでおり、地域共生社会の実現に不可欠な社会資源の一つとして期待されています。

今後の課題

地域包括ケアシステムの姿

地域包括ケアシステムは、おおむね **30 分以内**に必要なサービスが提供される日常生活圏
（具体的には中学校区を単位として想定）



訪問看護ステーションには、介護が必要になっても、病気など医療が必要になっても、利用者のニーズに合わせて看護やリハビリテーションを提供できる専門職がいます。
地域の健康の番人として、健康相談や介護予防、本人の希望による在宅看取りも行い、最期まで住み慣れた地域（住まい）で暮らすことができるようにサポートします。

Ⅳ 訪問看護の事例

寝たきりから自立した生活を取り戻した A さん

傷病名など	陳旧性肺結核、慢性呼吸不全
介護度	要介護 1
在宅療養の経過	結核の後遺症による慢性呼吸不全が感染症で急性増悪し、在宅酸素療法が導入され、ほぼ、寝たきりの生活となっていた A さん。心配したホームヘルパーの勧めで訪問看護を利用するようになりました。訪問看護師の勧めで、呼吸器専門病院を受診し、適切な治療と呼吸リハビリテーションの結果、在宅酸素療法は不要となりました。 また、訪問看護師の呼吸リハビリテーションや生活指導などにより、外出ができる程、日常生活が送れるまでに回復しました。そして、自己管理ができるようになった現在、呼吸状態が悪化することなく自立した生活を継続しています。
家族構成	独居
利用しているサービス	・訪問看護　1 回／ 2 週　・有償ボランティア　1 回／月 ・訪問介護　1 回／週　・専門病院受診　1 回／ 6 週 ・通所介護（4 時間）　1 回／週　・主治医受診　1 回／月
訪問看護のポイント	**詳細なフィジカルアセスメント（特に呼吸状態の観察）** 高齢者は発熱や脱水、酸素飽和度の低下などに気づかず、自覚した時には既に重症になっている場合があります。少ない訪問回数の中でも、状態の変化に気づき、異常の早期発見や悪化防止への支援など、予防的に関わることが重要です。 **日常生活への支援** 慢性呼吸不全の場合、治療的な呼吸リハビリテーションだけでなく、日常生活における動作の指導が重要です。食事、排せつ、更衣、入浴、歩行、階段昇降など何気ない動作でも、できるだけ楽に呼吸でき、可能な限り寝たきりにならないような支援を行います。 **精神的支援** 本人が持っている能力を発揮して、日々の生活に生きがいを見出せるような支援と「あなたを看 (み) 護 (まも) っている。」というメッセージが重要です。 **緊急時対応** 呼吸困難は生命の危機を感じやすく、特に独居である場合は状態悪化や急変時への対応を考えておく必要があります。緊急時にも対応できるように、24 時間 365 日体制を整えます。

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

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
公式Webサイト：https://www.jvnf.or.jp/