



公益財団法人
日本訪問看護財団
Japan Visiting Nursing Foundation

日本访问看护的构成

公益財団法人日本访问看护財団

前言

日本自1961年起，开始依据“国民皆保险制度”提供医疗服务。所有国民只要缴纳保险费、加入各种健康保险、持有“被保险人证”，则可以自己自由选择医院和诊所，享受个人只需负担10%-30%医疗费用的医疗服务。

并且，2000年实施“介护保险制度”，原则上65岁以上的老年人只要向实施介护保险制度的市町村缴纳保险费，必要时接受“认定需要介护”的审查，则可在需要介护度等规定的支付限度标准额的范围内，享受个人只需负担10%-30%介护费用的介护服务。

“访问看护制度”根据接受看护者的状态，既可以使用医疗保险，也可以使用介护保险。对于具有慢性病患和残障的居家疗养者来说，具有重要的帮助作用。

日本提供访问看护服务的机构主要有医院、诊所和访问看护站。本手册以占90%以上市场份额的访问看护站为中心，就日本访问看护制度的发展历史、制度内容、现状以及未来前景作以介绍。

2021年3月

※日语“看护”的中文一般是“护理”，但“护理”也包含了介护的意思。为了区分于“访问介护”，本文直接使用日语的“看护”一词来表达“访问看护”的相关内容。

I

日本访问看护制度的发展过程

日本老年人口比例预计在2065年将达到38.4%，老年人口正以全世界无与伦比的速度在急速增长。而另一方面，由于少子化的加速，15岁以上65岁以下的生产年龄人口在持续减少。社区内需要看护和介护的居家老人日益增加，又因住院治疗的高效化和住院日数的缩短，无论是高龄还是伤病，都需要访问看护服务。

访问看护站的创建

1 访问看护站的创建过程

二十世纪20年代之前，日本流行过伤寒、霍乱等急性传染病，修建了隔离医院，由民办的“慈善看护妇会”派遣看护师到医院和患者家中照看急性传染病患者。

二十世纪20年代后期，日本红十字会病院和圣路加国际病院等医院的眼看护师，以母子和受灾者为对象，开始志愿性地进行访问看护。

1960年左右，因中风后遗症而卧床不起的老年人成为一个社会问题，于是以居家卧床不起的老年人作为对象，开始实施家庭看护指导和看护。

根据1982年制定的《老年人保健法》，1983年起出院病人的访问看护费用首次被认定为医疗保险的诊疗费用。

1986年，精神科的访问看护与指导被纳入保险对象。1988年，癌症和难治性疾病等病患的居家疗养者也被纳入保险对象。不仅限于老年人，访问看护与指导的费用都可以作为保险对象进行计算。

2006年，《老年人保健法》更名为《有关老年人医疗保障的法律》，建立了后期老年人（75岁以上）医疗制度，由各都道府县设置的“后期老年人医疗广域联合”运营。

从访问看护等居家介护综合推进示范项目起步

为了充实居家介护中的看护，厚生劳动省实施了为期四年的访问看护示范项目。其内容包括：①实施也包括医学性措施在内的访问看护和机制探讨 ②以都道府县级别实施的一定培训等。该示范项目指定实施地区的市町所在17个府县的眼看护协会，以未就业的眼看护师等为对象，开办了“访问看护师培训讲习会（120小时课程）”，培养访问看护师。

日本访问看护制度的发展过程

2 指定（老年人）访问看护制度的建立（医疗保险）

访问看护等居家介护综合推进示范项目实施后，1991年，根据《老年人保健法》等的部分修改，建立了“指定老年人访问看护制度”，1992年4月，开始实施访问看护站的访问看护。1994年，又根据《健康保险法》等的部分修改，建立了“指定访问看护制度”，开始向老年人以外的居家疗养者也提供访问看护。

3 介护保险的指定访问看护制度的建立

1997年制定的《介护保险法》于2000年4月开始实施。“介护保险制度”的构成是，依照介护支援专门员制定的介护支援计划，接受看护者可综合性地接受必要的福利服务、访问看护/康复训练等医疗服务，即使在需要介护的状况下，也尽量能在自己住惯的居所自立生活。

《介护保险法》的保险对象多数是患有长期需要介护的疾病或身具残障的需要援助者、需要介护者。最为关键的是通过访问看护，观察接受看护者的病情和残障状态等，为他们提供适宜的看护。我们期待介护团队的成员，能够有效发挥医疗和介护双方面的看护特点，从介护、预防疾病的看护到临终介护，开展提升团队介护综合能力的活动。

4 指定标准

2000年4月以后，依据《介护保险法》（在法律上比《健康保险法》更具优势），要成为“指定访问看护站”，必须得到“指定居家服务经营者”的指定。《介护保险法》中的指定经营者，被视为医疗保险的指定访问看护经营者，可以实施医疗保险的访问看护服务。以下对其指定标准和运营标准作以介绍。

◆ 开办者

拥有营利法人、医疗法人、社会福利法人等法人资格，在《介护保险法》的基础上，得到都道府县知事等指定的指定访问看护经营者（在《介护保险法》中得到“指定居家服务经营者”的指定后，则被视为《健康保险法》的“指定访问看护经营者”）

◆ 管理者

能够妥善运营管理访问看护事业的全职保健师或看护师

◆ 访问看护从业者

以全职人员等量为2.5人以上配置看护人员（保健师、助产师[仅限医疗保险]、看护师、准看护师）。理学疗法士、作业疗法士、言语听觉士可按人数适当配置。另也雇用事务人员。

◆ 访问看护站的设施、设备、备用品等

例如，规模与访问看护从业人数相符的办公室、停车场/自行车停车场（访问用车、自行车等）、办公设备、柜子、访问看护用衣、器械、器材、管理卫生/感染用的设备/物品、记录用品类等

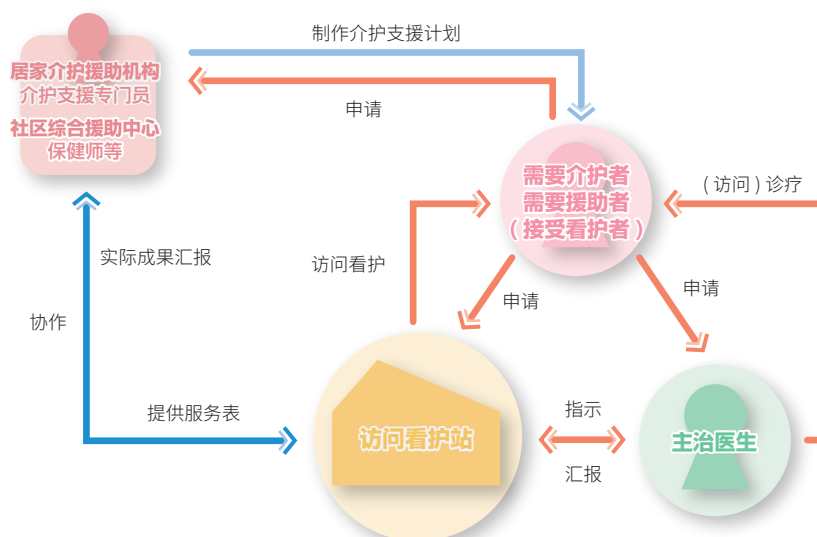


5 访问看护的提供方式

接受看护者向访问看护站或主治医师提出申请，主治医师对访问看护的必要性予以批准并交付“指示书”后，访问看护师会访问接受看护者，评估状态，听取需求，按照制定的看护计划，提供访问看护。访问看护师需要定期向主治医师汇报看护的实施状况，并紧密配合主治医师。

介护保险制度规定，必须按照介护支援专门员的介护支援计划，制定访问看护计划并提供看护。但也可以根据需要，探讨和修改介护支援计划（访问次数、时间段、内容等），提供必要的看护服务。

※ 介护保险制度



II

访问看护的实际案例

A者，从卧床不起到恢复自立生活

伤病名称等	陈旧性肺结核、慢性呼吸功能衰竭												
介护度	需要介护1												
居家疗养的过程	<p>A者患有肺结核后遗症引发的慢性呼吸功能衰竭，因传染病造成急性恶化，采用了家庭氧疗进行治疗后，基本成为卧床不起的生活状态。在一位关心A者的访问介护员的推荐下，A者开始接受访问看护。在访问看护师的建议下，就诊呼吸器官专科医院，经过适宜的治疗和呼吸康复训练后，已不再需要家庭氧疗。</p> <p>另外，在访问看护师的呼吸康复训练和生活指导的帮助下，A者恢复到可以外出的程度，能够进行日常生活。并且已经可以自我管理，呼吸状态也无恶化，一直继续独立生活。</p>												
家庭成员构成	独居												
使用服务内容	<table border="0"> <tr> <td>· 访问看护</td> <td>2周1次</td> <td>· 志愿者（等）</td> <td>每月1次</td> </tr> <tr> <td>· 访问介护</td> <td>每周1次</td> <td>· 专科医院就诊</td> <td>6周1次</td> </tr> <tr> <td>· 通所介护（4小时）</td> <td>每周1次</td> <td>· 就诊主治医生</td> <td>每月1次</td> </tr> </table>	· 访问看护	2周1次	· 志愿者（等）	每月1次	· 访问介护	每周1次	· 专科医院就诊	6周1次	· 通所介护（4小时）	每周1次	· 就诊主治医生	每月1次
· 访问看护	2周1次	· 志愿者（等）	每月1次										
· 访问介护	每周1次	· 专科医院就诊	6周1次										
· 通所介护（4小时）	每周1次	· 就诊主治医生	每月1次										
访问看护要点	<p>详细的身体评估（特别是观察呼吸状态）</p> <p>老年人如果未及时察觉发烧、脱水、氧饱和度下降等状况，等到有所感觉时，病情有可能已经严重。虽然访问次数不多，但也能够察觉到老年人的状态变化，有助于早期发现异常并防止恶化等，对于预防至关重要。</p> <p>协助日常生活</p> <p>对于慢性呼吸功能衰竭，除了治疗性呼吸康复训练以外，日常生活中的活动指导也很重要。即使是进食、排泄、更衣、入浴、行走、上下楼梯等不在意的动作，看护人员会协助接受看护者尽量做到轻松呼吸，尽可能避免卧床不起。</p> <p>精神援助</p> <p>帮助接受看护者发挥自己所具备的能力，在日常生活中寻找人生的快乐。重要的是将“我们在守护（看护）着你”这样的信息传达给他们。</p> <p>紧急时的应对</p> <p>呼吸困难很容易使人感受到生命的危机，特别是独居的情况，有必要事先考虑如何应对状态恶化和突发事件。我们以24小时365天的应对体制，确保随时应对紧急情况。</p>												



公益財団法人**日本访问看护財団**

邮编150-001 東京都涩谷区神宫前5-8-2 日本看护协会大厦5层

官方网站: <https://www.jvnf.or.jp/>