

総論 1 及び
各論 1地域包括ケアシステムにおける
訪問看護への期待と役割

日本在宅ケアアライアンス議長
全国在宅療養支援診療所連絡会会長
新田 國夫

到達目標

地域包括ケアシステムにおける訪問看護師への期待および医師をはじめ訪問看護を取り巻く多職種との連携から訪問看護の役割について理解する。

概要

- 学ぶ内容
 - ・地域包括ケアシステムにおける多職種連携
- 地域において伝達する内容
 - ・自地域での地域包括ケアシステムの仕組み
 - ・訪問看護の役割
 - ・多職種連携

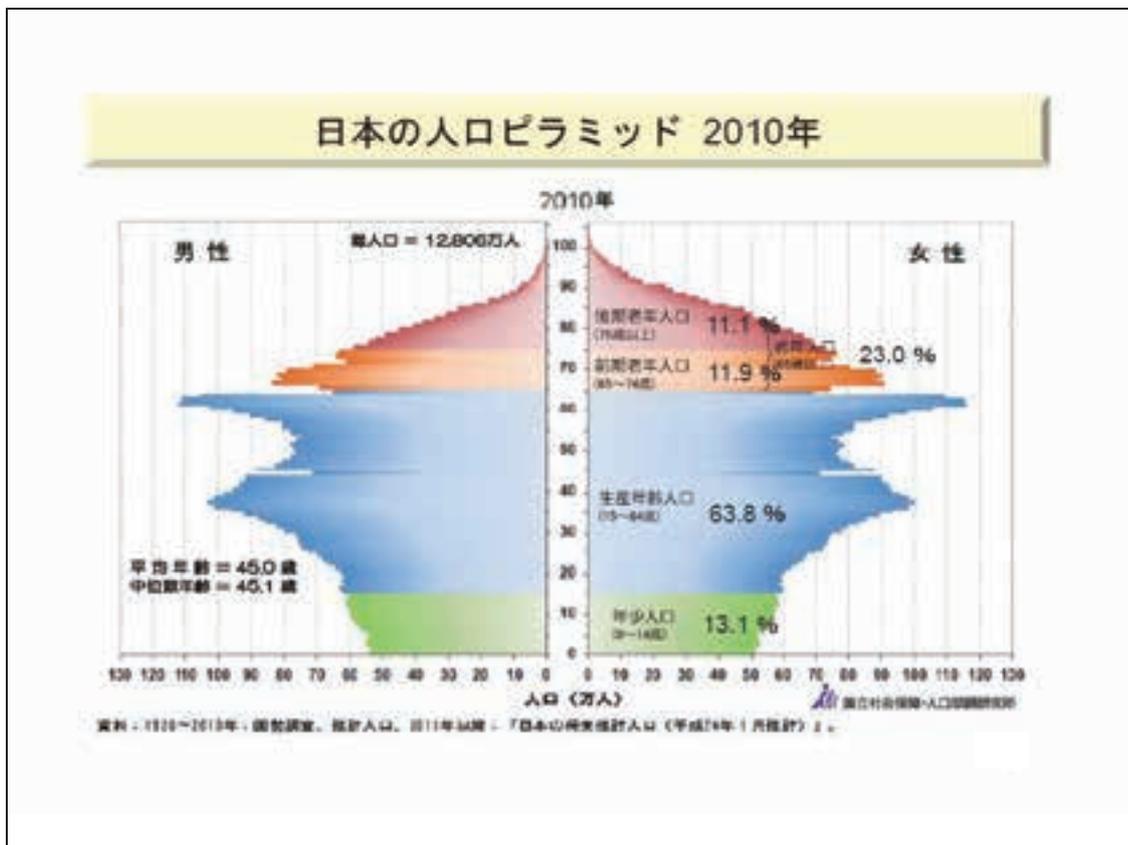
『地域包括ケアシステムにおける 訪問看護への期待と役割』

日本在宅ケアアライアンス
議長 新田 國夫

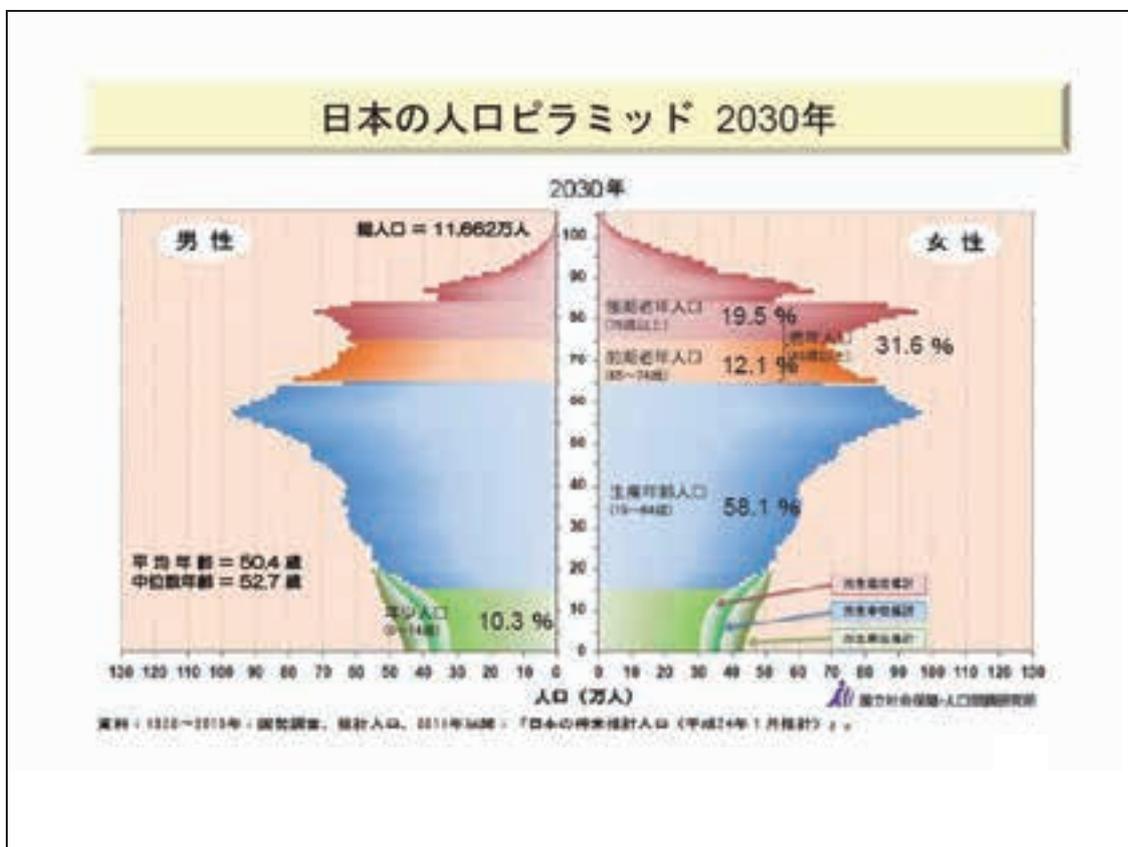
介護保険法の本質理解（一部条文抜粋）

第一条（目的）	加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態、これらの者が尊厳を保持し、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、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付金等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする
第二条 第二項（保険給付）	保険給付は、要介護状態の軽減または悪化防止、医療との連携に充分配慮して行わなければならない
第二条 第三項	保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適正な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならない
第二条 第四項	保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない
第四条	加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリ・福祉サービスを利用し、その有する能力の維持向上に努める

介護保険第2条第2項には保険給付は、要介護状態の軽減、又は悪化防止、医療との連携にて充分配慮して行わなければならない。さらに第3項には被保険者の心身の状況、置かれている環境に応じて、適正な保険医療サービス、及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならないとしている。現在、地域包括ケアシステムの原点である介護保険が果たす役割の中に、多職種連携が明確に位置付けられている。医療との連携で充分配慮することは、訪問看護との連携体制を築くことで要介護の軽減、悪化防止につながり、必要事項であると言っても良い。



2010年の人口構成である。65歳以上が23%を占める。2010年においては前期高齢者、後期高齢者が同一比率を示している。



2030年になると後期高齢者の比率は前期高齢者より多くなり、高齢者人口は31.6%と予想される。

日本の超高齢社会-2030年何が起こるのか？-

- 1)後期高齢者の急増
11.5% → 20.0%
- 2)単身高齢者世帯の急増
23.0% → 38.0%
- 3)都市部での高齢人口の急増
全国平均 35%増
東京都 40%増
首都圏（平均） 70%増
- 4) 死亡者数の急増
110万人/年 → 170万人/年
- 5) 要介護高齢者の急増
16% → 23%
- 6) 認知症高齢者の急増
300万人 → 600万人

高齢社会の基礎知識 国利長寿医療研究センター研究所 鈴木隆雄 参照

2030年の日本の超高齢社会は後期高齢者が約20%と急増し、単身高齢者は38%となる。全国平均35%増に対して東京都は40%増、首都圏は70%増になる。死亡者数は170万人/年、要介護の高齢者は23%、認知症高齢者は急増する。

前期高齢者 VS 後期高齢者

前期高齢者（65～74歳）

- ・健康度が高く活動的
- ・社会的貢献度（プロダクティビティ）も高い
- ・就労意欲が高く欧米に比し就労率が高い

後期高齢者（75歳以上）

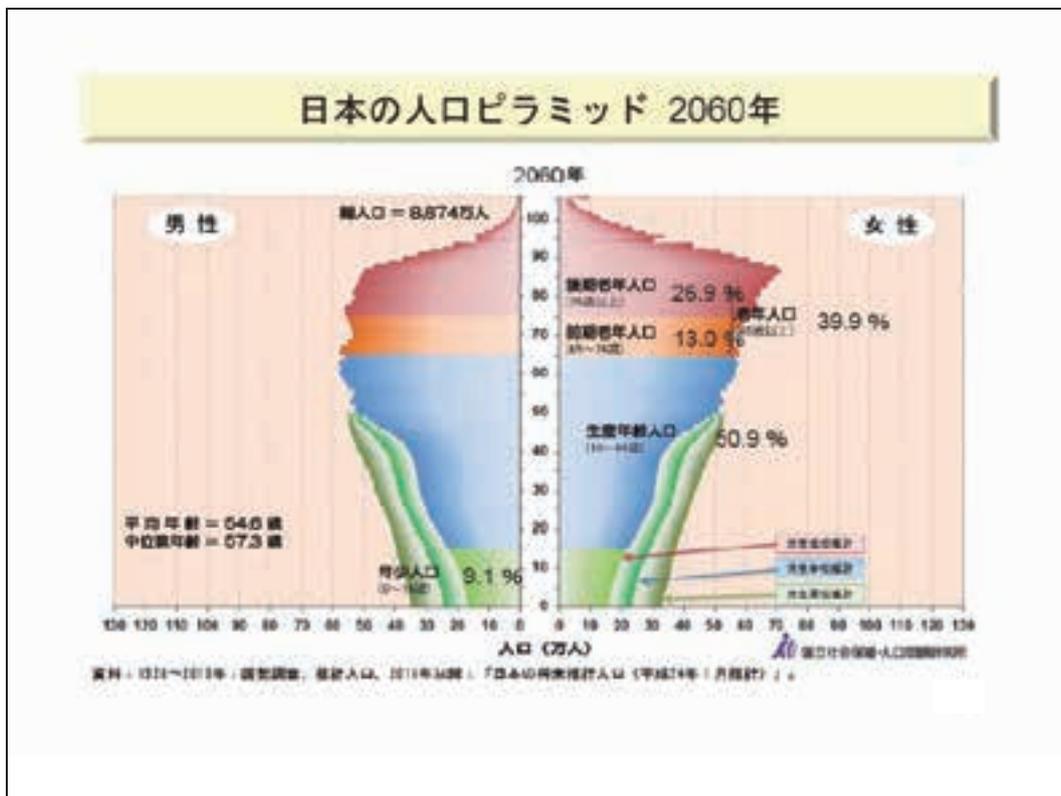
- ・心身の機能の減衰が顕在化
- ・老年症候群、虚弱、認知症が増加
- ・医療機関受診の割合が高い（85.8%）
- ・要介護認定者の割合が高い（86.4%）

要介護認定者数(厚労省2010)

	認定者数 (千人)	高齢者全体に 占める割合(%)	要介護認定者に 占める割合(%)
前期高齢者	654	2.3	13.6
後期高齢者	4.152	14.3	86.4

高齢社会の基礎知識 国利長寿医療研究センター研究所 鈴木隆雄 参照

前期高齢者は健康度も高く活動的であり、社会的貢献度が高い。さらには就労意欲が高く、日本は欧米に比し就労率が高い。しかしながら、後期高齢者になると、心身機能の減衰が顕在化し、老年症候群、虚弱が増加する。医療機関受診の割合は85.8%となり、要介護認定の割合が高くなる。要介護認定者は前期高齢者では要介護認定者に占める割合は13.6%に対して後期高齢者は86.4%になる。



2060年、65歳以上は40%となり、後期高齢者は27%を占めることになる。さらに生産年齢人口は50%近くとなる。

日本・高齢者の居住の場

- 高齢者の**8割以上**は持家世帯
65歳以上の持家率は85.7%
- 高齢者の**9割以上**は在宅
第1号被保険者2,751万人のうち2,646万人(96%)が在宅
- 要介護の高齢者も**約8割**が在宅
要介護認定者453万人のうち348万人(77%)が在宅介護

	持家	非持家
29歳以下	12.5%	87.5%
30歳代	43.1%	56.9%
40歳代	70.2%	29.8%
50歳代	80.3%	19.7%
60歳代	84.7%	15.3%
70歳以上	86.0%	14.0%
(別掲)65歳以上	85.7%	14.3%

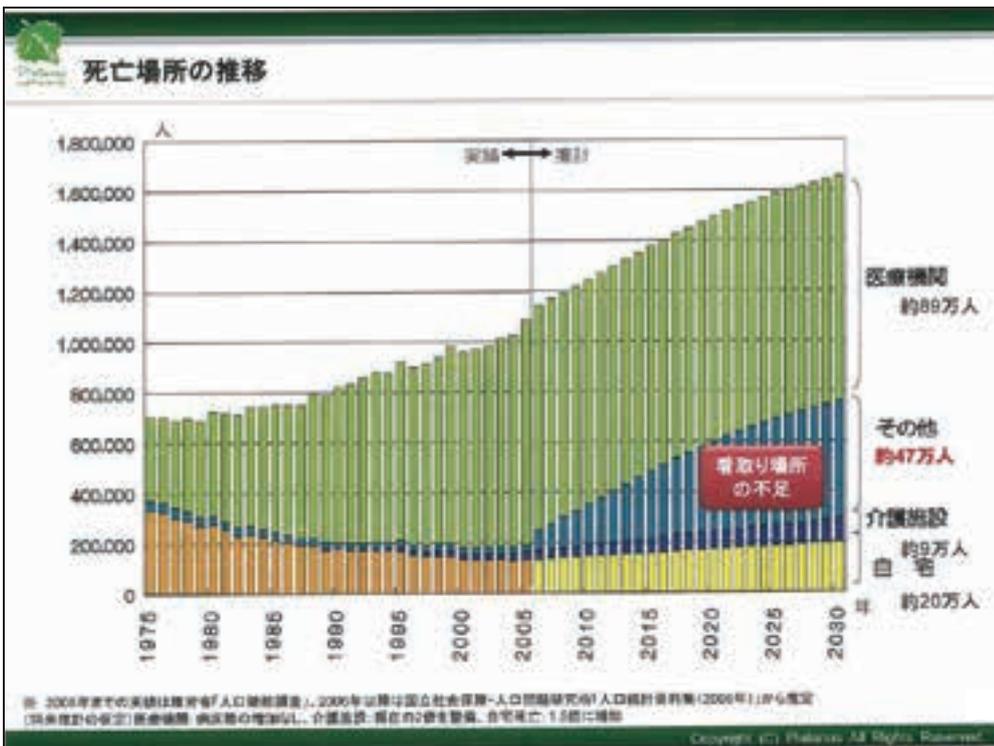
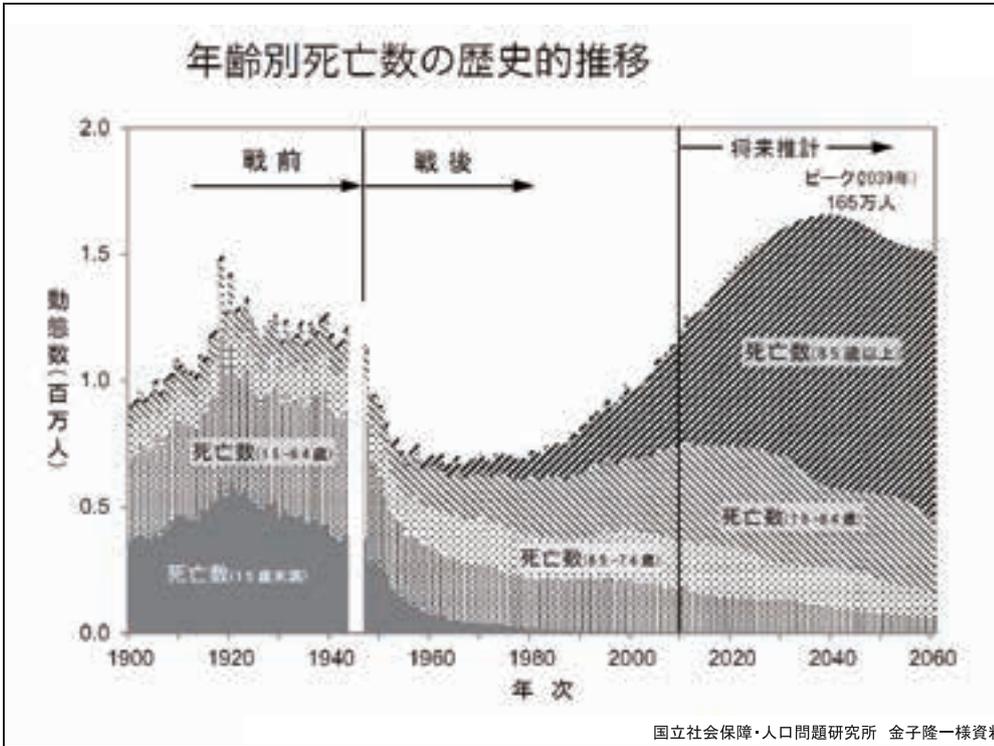
第1号被保険者数 2,751万人

要支援・要介護認定者以外の者 2,298万人(84%)	要支援・要介護認定者 453万人(16%)
在宅 2,298万人(84%)	在宅 348万人(12%)
	施設等 105万人(4%)

①第1号被保険者数、要支援・要介護認定者数については、平成19年度介護保険事業状況報告より、平成19年度末の数値。
②施設等入所者数については、平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況より、介護保険3施設の在在所者数及び認知症 対応型 共同生活介護、特定施設入所者生活介護の利用者数の合計。

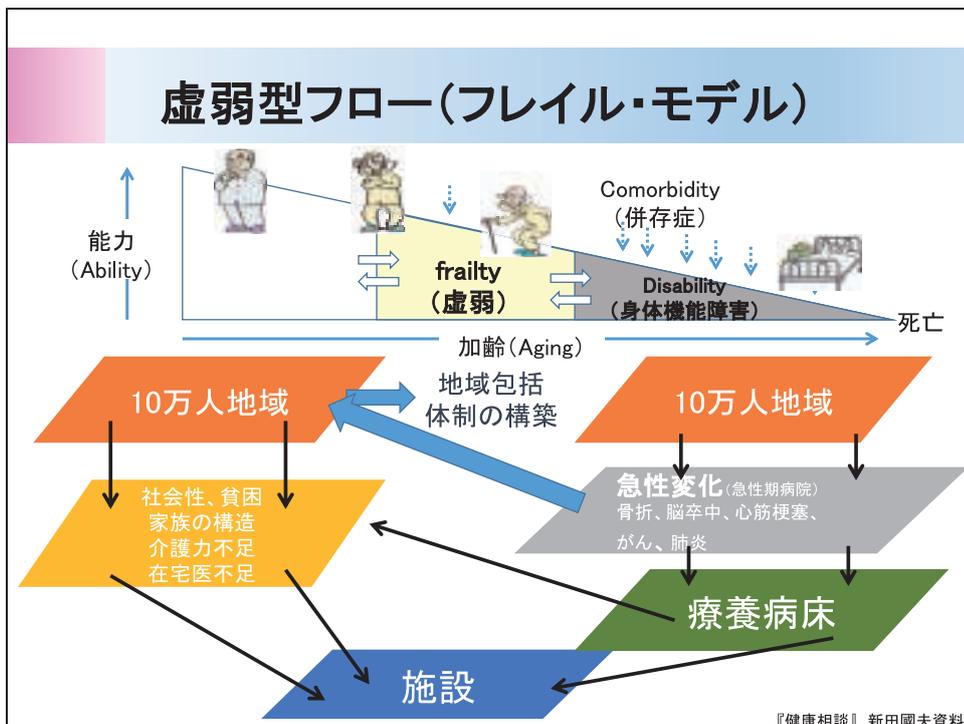
現在の日本の高齢者の居住の場を示したものである。

持家率は高く、50歳以上は80%を超えている。第1号保険者の96%が在宅で生活している。要介護、要支援者は16% 453万人であり、そのうち在宅生活者は348万人(12%)である。要支援、要介護認定者453万人中で施設等に居住している人は4%の105万人である。

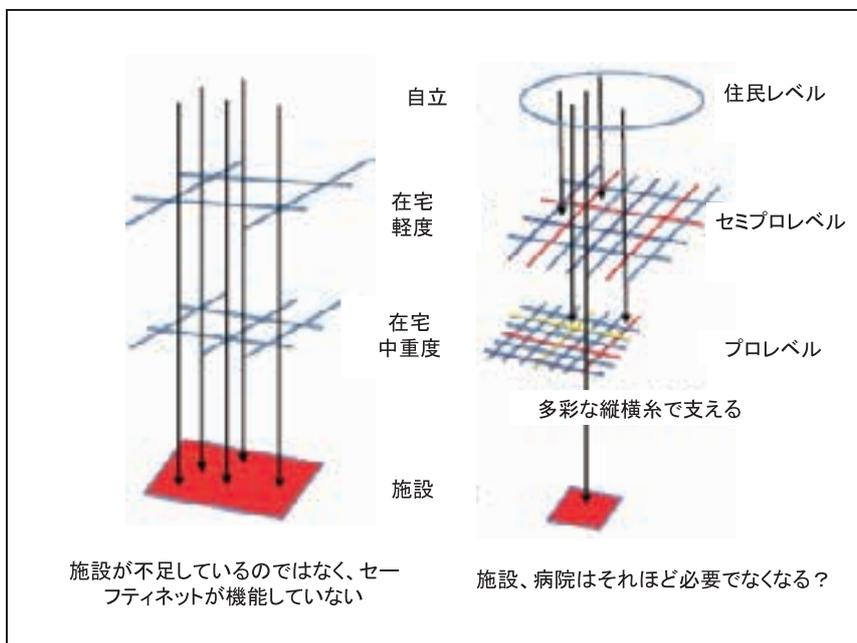


年齢別死亡者数の歴史的推移を見てみると、1940年代以前は15歳から64歳が15歳未満の死亡数と同様に多くを占めている。1940年から15歳以下の死亡率が減少し、その後65歳から74歳が同率に存在し、75歳から84歳が増大していく。同時に病院死亡率は1950年代から在宅死亡と逆転する時代になる。この構図を見ると65歳以上の高齢社会の登場と考えるよりも、75歳以上の死亡率の増大と考えるのが正しい。65歳から74歳の死亡率は多少の差はあれ、1940年以前と比較しても一定の比率を持つ。75歳以上の死亡率の増大は、死亡前には必ず医療の関わりがあり、それ以前の医療の関わり方が重要な視点となる。1950年代以前には、在宅の医療のあり方に満足し、在宅死はその帰結であった。その後の医療の進歩は75歳以上の死亡場所を大きく変えている。10年以後さらには大きな変化を与える。今後は85歳以上の死亡率が50%をしめる時代となる。

1950年代から2010年までの医療のあり方は先端医療の発展が進み、高度医療が役割を果たしてきた。85歳以上の医療は治す事も重要であるが、生活を支える医療へと更に変化する。



虚弱型モデルを地域の構図と照らし作成した。地域の構図は10万から5万程度で考えてみたい。生活があり、年を重ねる中で、急性変化をもたらす構図、さらには慢性に虚弱から要介護になる認知症の様な構図がある。脳卒中、心筋梗塞、がん、骨折等にて急性変化をきたし入院するが、入院医療の目的はたとえ障害を持ったとしても今まで住み慣れた地域に帰すことである。又は慢性に徐々に虚弱状態となった時に、社会性の常識、貧困、家族の構造から介護力不足などの条件がつけられ、施設、療養型病床への道をたどることも少なくない。



左の構図は現在の構図でもある。住民レベル、セミプロレベル、プロレベルが各層にわたり網の目の様になっていれば、施設に入ることはなくなる。施設が不足しているのではなく、各層のセーフティネットが機能しないからである。右の図のごとく、住民レベルのセーフティネットは生活レベルでの住民同士が支える仕組みである。所謂、互助の仕組みを確立する事である。セミプロ組織は様々なNPOを含めて住民が研修を経て見守る体制を作り上げる。介護保険制度では、認知症などの見守りに限界がある。プロレベルに必要な職種は看護師である。医療的知識を持った看護師が、医療介護の中心となり、住民を支える仕組みが必要である。今後、85歳以上の死亡率が50%を迎える時代、誰もが医療的問題を抱えている。生活を支える医療が網目の様に地域に成立しない限り、この地域は成立しない。

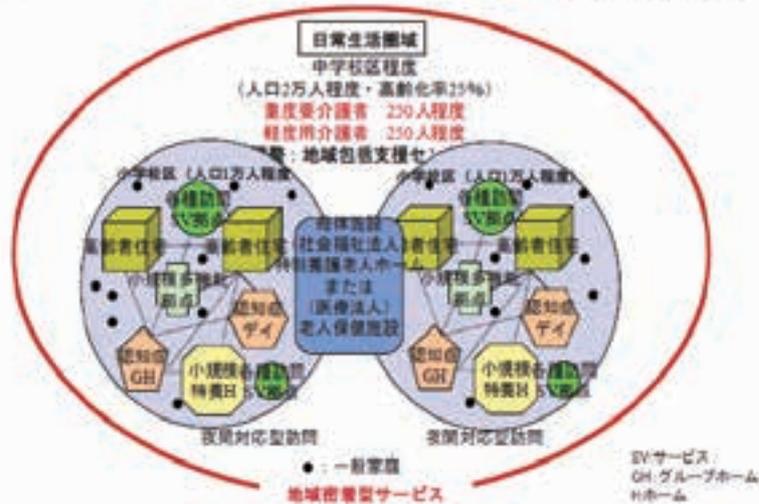
「地域包括ケアシステム」と「住まい」との関係

前提条件：適切な住まいの確保（所与の条件ではない...）

+

地域包括ケアシステム

高齢化率 25%： 1中学校区2万人で 500人の要介護高齢者を支える仕組み
 高齢化率 30%： 同上 600人の要介護高齢者を支える仕組み



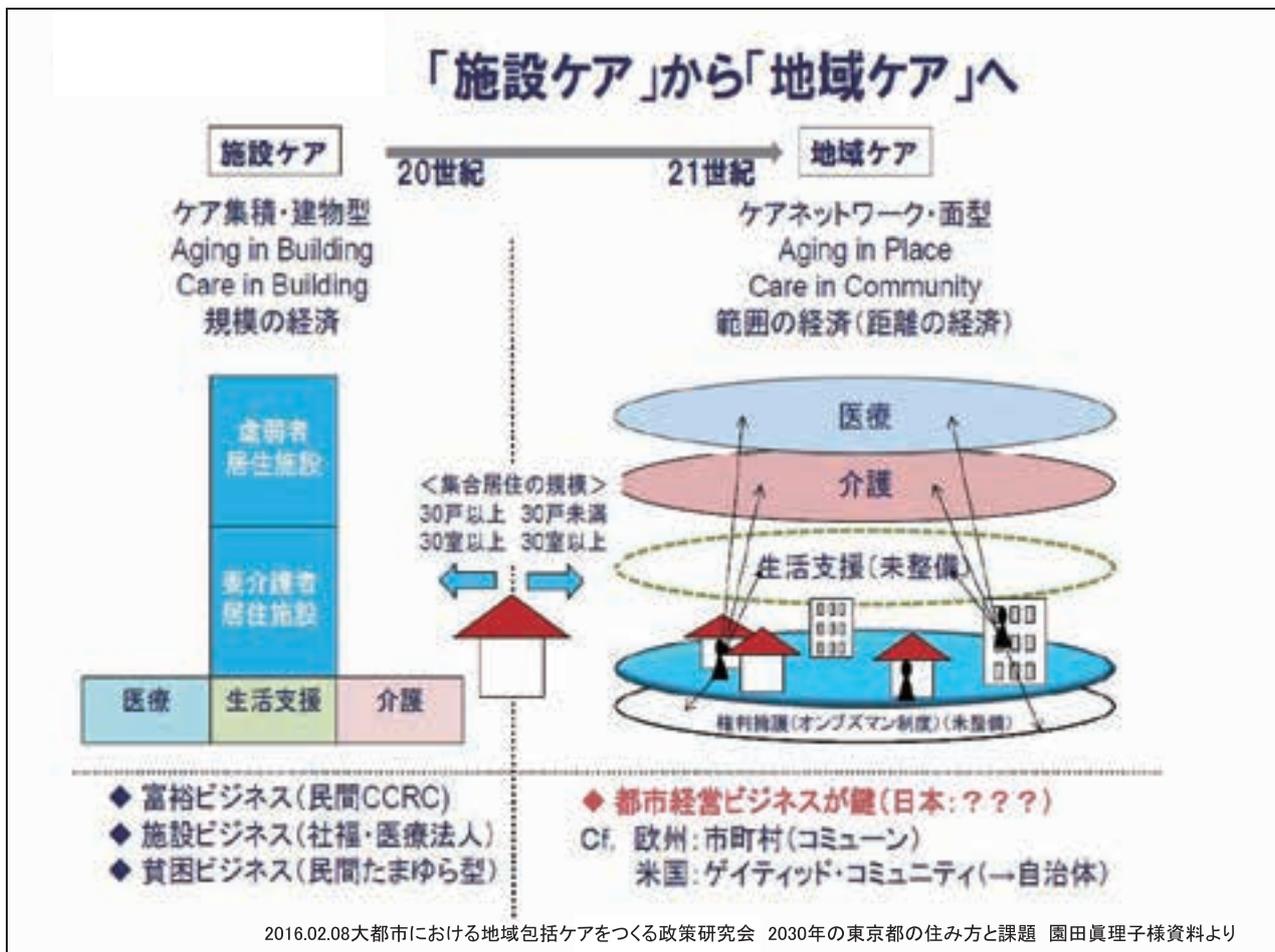
2016.02.08大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会 2030年の東京都の住み方と課題 園田眞理子様資料より

地域をさらには精密にデザインすれば高齢化率 25%、10 万から 1 中学校区 2 万人でデザイン 500 人を支える仕組みであり、さらには小学校区になれば 1 万人の住民の中で 250 人の重度介護者、250 人の軽度介護者を支える仕組みが、それぞれの地域の特性を踏まえて作る仕組みが地域包括ケアシステムある。

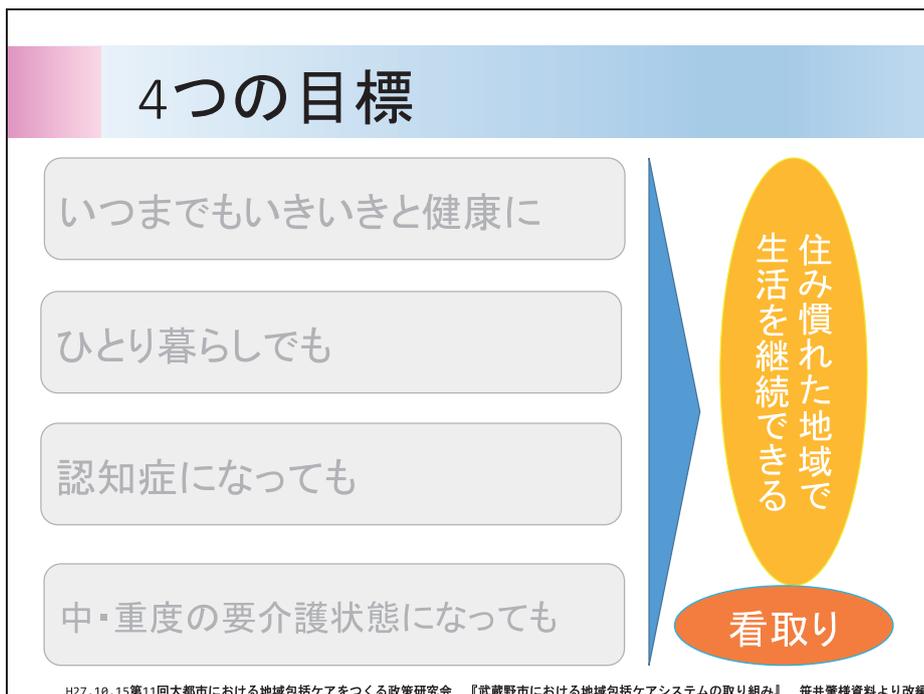
＜進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」＞



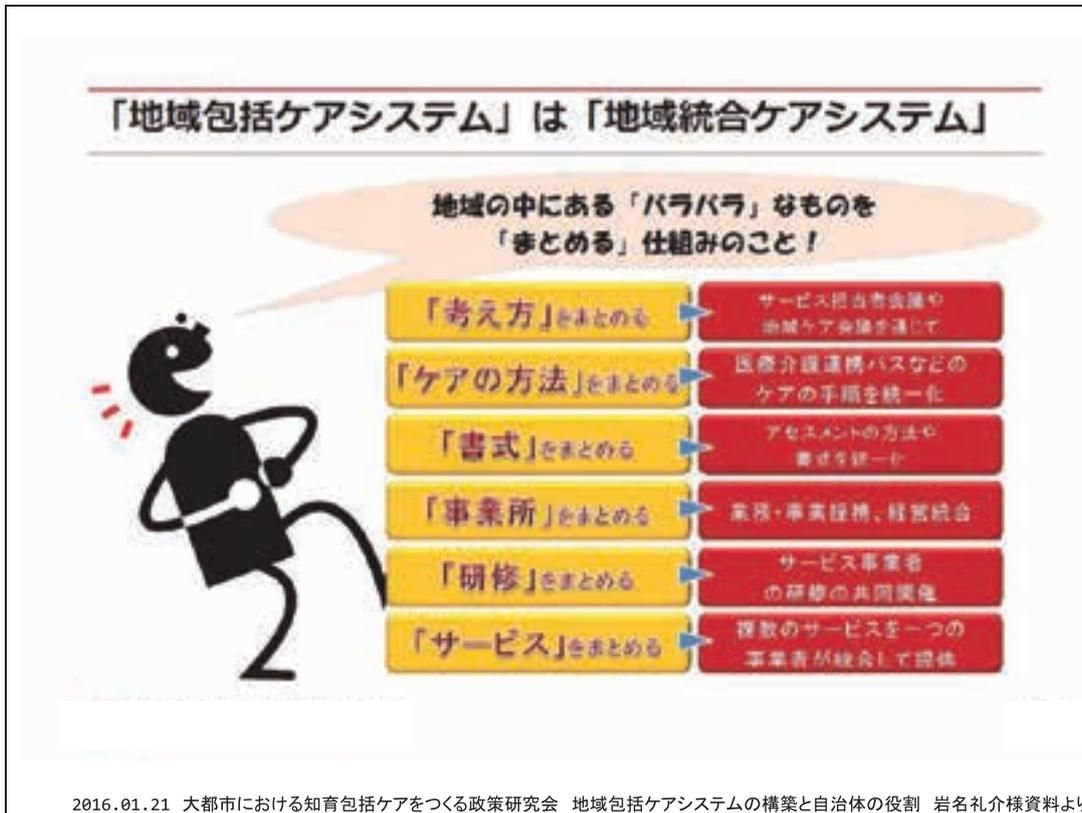
地域包括ケアシステムの成立のためには、こうした時代状況における本人の選択特性の心構えが必要であり、家族も又、本人の選択を最大限重視した覚悟と心構えが求められる。そのためにはそれぞれの個々の状況に応じた住まい方があり、住まいに対して訪問看護を含めた多職種のサービスが自立支援に向けた共通規範、目標へ向かっておこなわなければならない。この構図は一人一人の構図でもあり、地域の構図でもある。この植木鉢の完成は誰にでも必要である。



20世紀型システムは居住施設とケアが一体となりその中に医療が介入した施設ケアを中心としたシステムであった。少数の人が、その中に閉じ込められた世界とも言える。21世紀型は地域社会の中の住民が暮らすようシステムを作る事である。そこには、医療、介護、生活支援の全てがネットワーク、面型システムであり。20世紀型の施設ケアシステムのシステムよりは多くの課題を伴っている。顔の見える関係は最大の重要テーマである。



面を作るには地域の指標が求められる。これは武蔵野市、国立市の指標である。いつまでも生き生きと健康に、一人暮らしでも、認知症になっても、中・重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で生活を継続できる、又結果として看取りまで行う事ができる町を目指している。



そのためには地域が統合されるシステムの構築を必要とする。現在地域にあるバラバラなものをまとめる仕組みである。サービス担当者会議、地域ケア会議を通じて、考え方をまとめる。医療連携パスなどを参考にし、ケアの手順をまとめる。アセスメントの方法や、書式の統一化により書式をまとめる。サービス事業者の研修を通じて考え方をまとめる。

大都市地域包括ケア「いくつかの断片」宮島俊彦氏資料より

地域包括ケアシステムの課題

- ① 保健・予防ができているか
- ② 自立支援に資するサービスになっているか
- ③ 在宅の重度者支援、看取りができるか
- ④ 生活支援・福祉サービスにどう取り組むか
- ⑤ 住まいと住まい方は適切か

・本人と家族の関係をどう考えるか

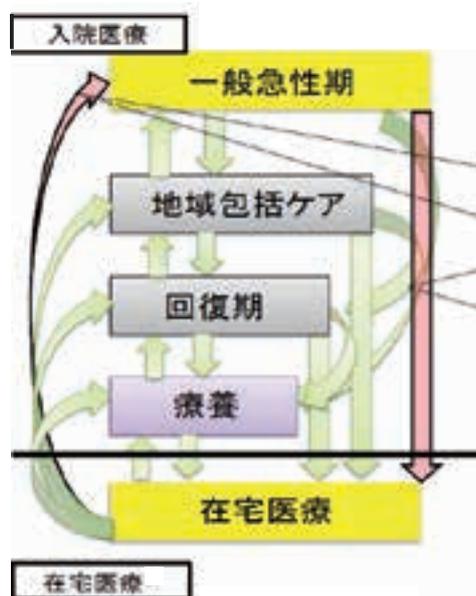
現在、地域包括ケアシステムの課題は、本人と家族の関係をどう考えるか。その人にあった住まい方と住まいは適切かどうか。住まいとは匂いと音がして、その人に応じた居心地の良さが求められる。地域包括は保健、予防ができているか、自立支援に資するサービスになっているか、在宅の重度者支援、看取りができるかどうかなど地域でそれぞれ把握し課題に取り組む。

「フレイルモデル」における4つのフェーズからみた一連のアプローチ施策



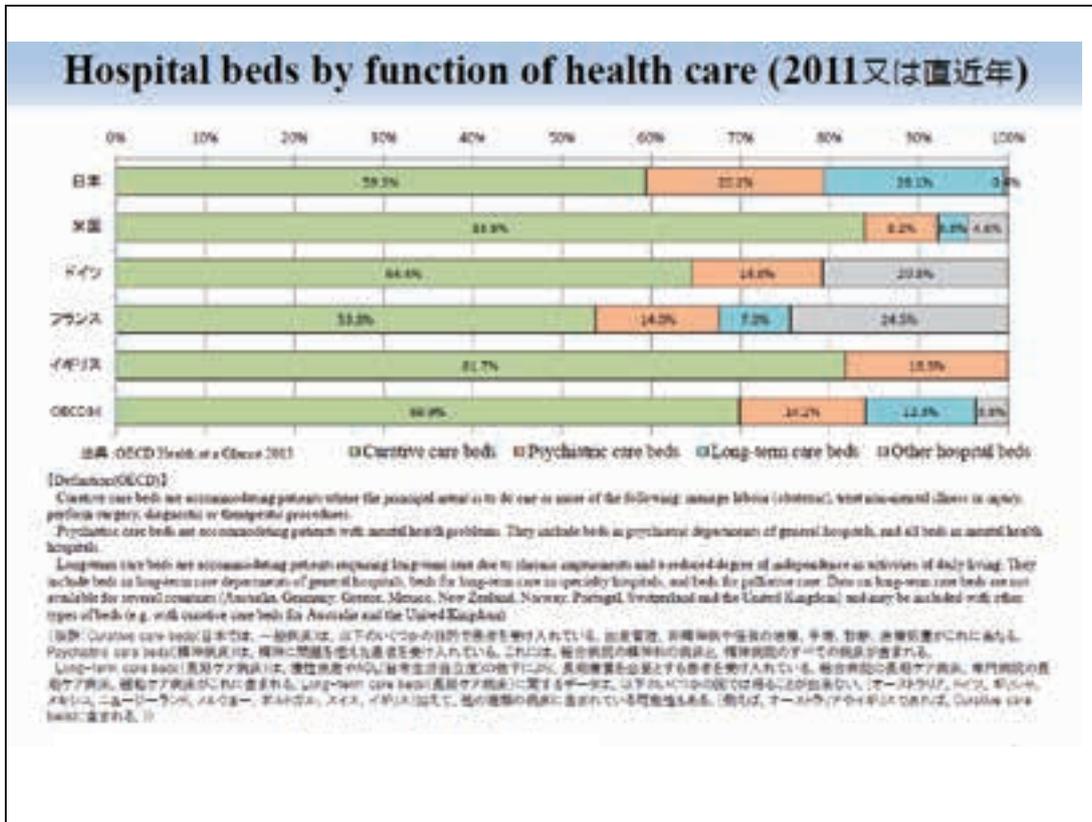
高齢者の80%近い人は虚弱から要介護状態になる。虚弱の前には早期予防が重要である。そのためには、しっかり歩く、動く、しっかり噛んで食べる、社会性を高く保つために社会参加の機会を増やすことである。要支援・要介護1になると自立支援型となり、リハビリ、口腔ケア、栄養管理、外へ出る事でIADLを改善、自立機能を回復し、要介護を少しでも遅らせる。要介護3以上は住まいも含めたトータル・ケアシステムが求められ、多職種の連携が求められる。

現在の医療構造

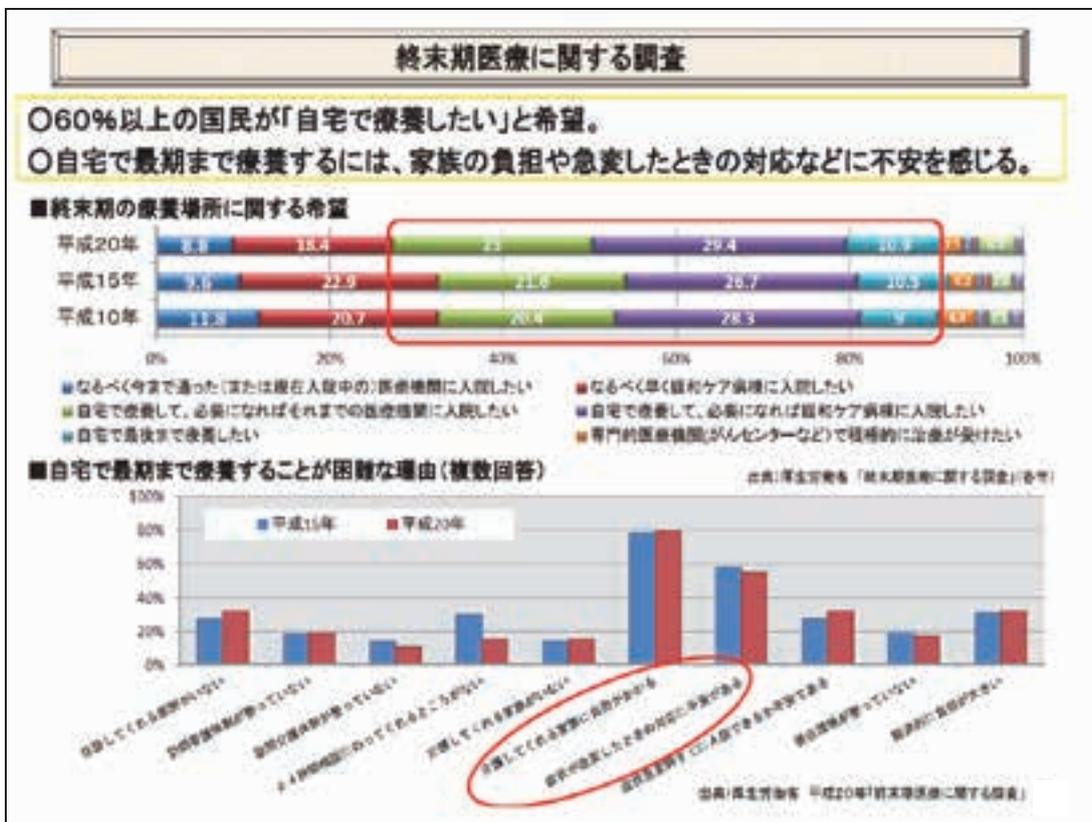


要支援・要介護者に対する入院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業 兵庫県立大学大学院経営研究科 簡井孝子 様資料より

日本の病院構造は急性期、地域包括ケア病棟、回復期病棟、療養病床と多様な病院構造を持っている。戦後の日本における医療のあり方から現在の構造が構築された。



日本の特徴は長期療養のベッド数が多い。1950年以後、高齢者は社会的入院と言われる入院を多く経験してきた。この構造はスライド10に述べた社会構造と同様である。地域社会が構築されない限り、変化はないだろう。長期病床の問題は病院の問題ではなく地域包括ケア体制の構築に委ねる事になる。



60%以上の国民が自宅で療養したいと希望している。しかしながら、介護してくれる家族に負担がかかる。病状が悪化した時の対応に不安があるとしているのは、24時間の在宅医療体制の問題にある。

在宅に帰す時に困難な患者とは

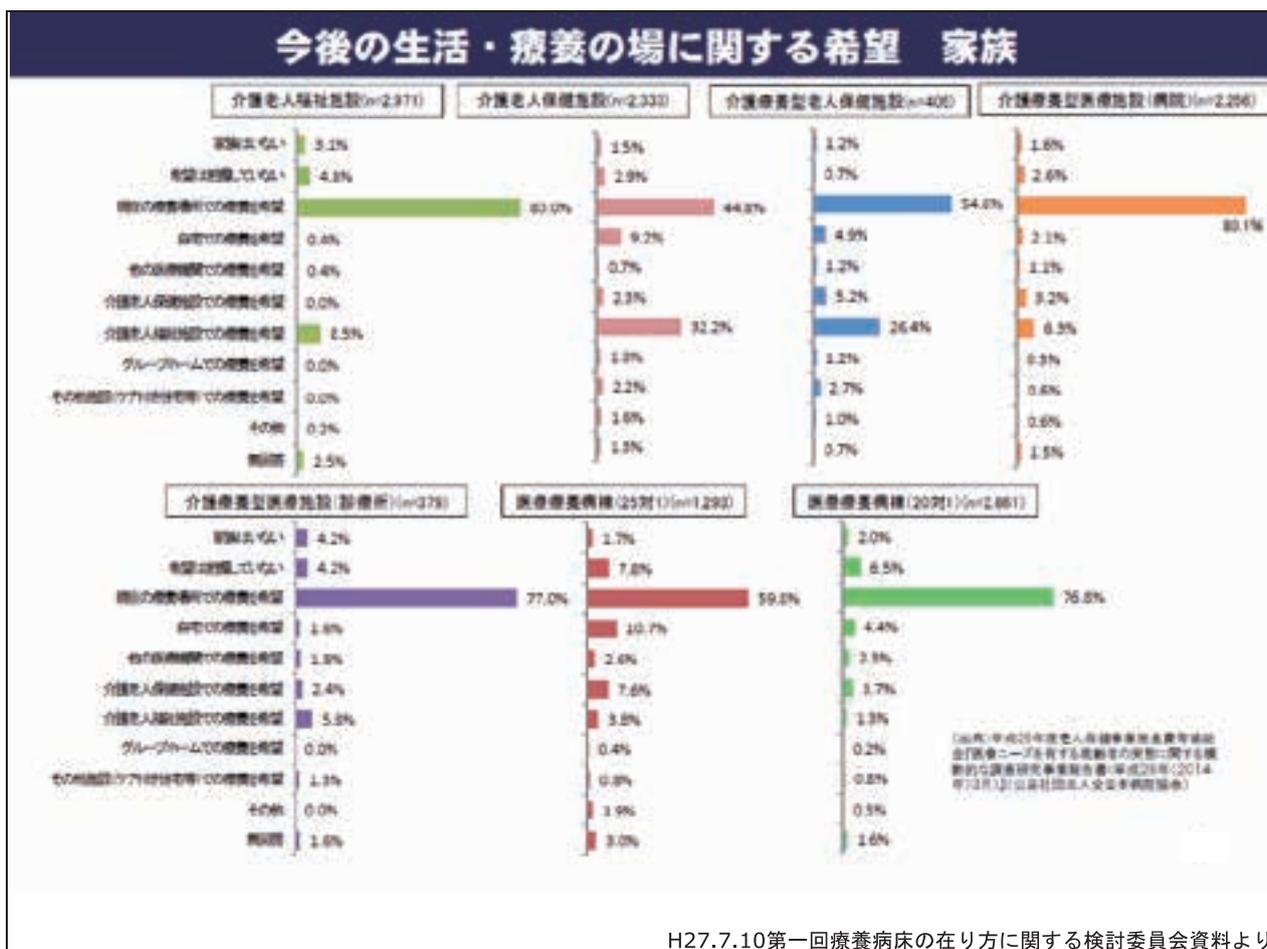
1.社会的要因

高齢世帯、独居世帯、家族の負担、
長期介護、医療保険、介護保険

2.病態医療ニーズ要因

頻回な医療と介護

在宅に帰すことが困難な要因の中で社会的要因は、高齢世帯・独居世帯・家族の負担・長期介護・医療保険・介護保険が挙げられる。しかしながら今後、この問題は解決する人口構造にならない。とすれば、たとえ独居、高齢世帯でも帰ることが可能な体制の作りを考えなければならない。



H27.7.10第一回療養病床の在り方に関する検討委員会資料より

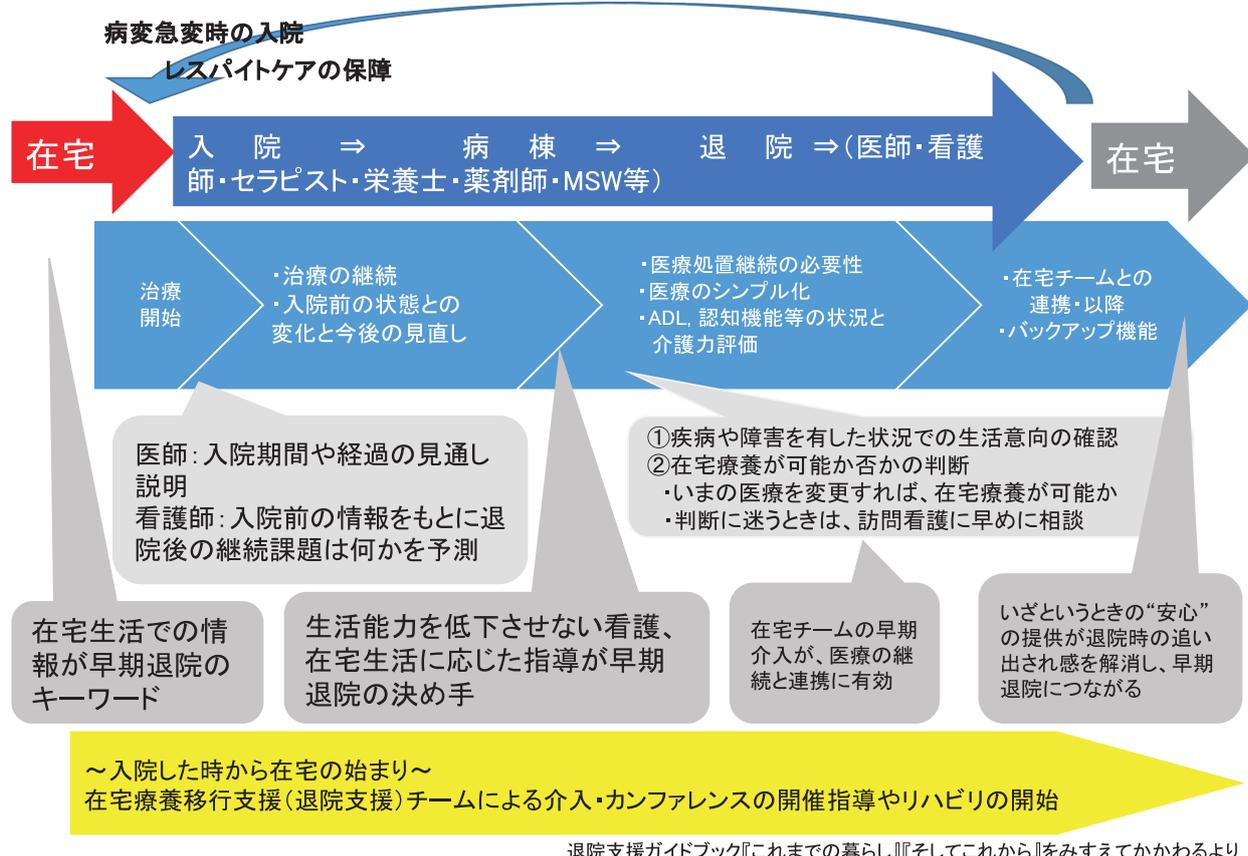
このグラフは施設に現在居住している人の家族の希望はそのまの居場所を求めている。この問題は、介護保険成立時の家族が介護を考える時代は終わりを見せている。

最後まで地域で生活するためには

- 個人の状態や特性に応じた支援
 - 地域のあらゆる主体が一体となり体系的に取り組む必要
- 75歳以上の生活の質の維持・向上
 - 慢性疾患の管理
 - 苦痛除去、重度化の防止
 - 高齢者の入院は1日2%の体力低下を招く
- 医療・介護保険サービス
 - 住まい ■ 生活支援 ■ 生きがい 具現化
 - 楽しみ ■ ふれあい

最後まで地域で暮らすためには個人の特性に応じて支援するために、地域のあらゆる主体が一体となり体系的に取り組む必要がある。75歳以上の生活の維持・向上のために、慢性疾患の管理、苦痛除去、重度化の防止、高齢者の入院は1日2%の体力低下を招く事から、早期に退院し重度化の防止に努める、住まい、生活支援、生きがいを具現化し、楽しみふれあいを作り上げる事である。

望ましい継続看護



退院支援ガイドブック『これまでの暮らし』『そしてこれから』をみすえてかかわるより

在宅生活での情報が早期退院のキーワードになり、入院時の治療継続時、入院前の状態像との変化、今後の見直しが検討され、生活能力に応じた低下させない看護が早期退院の決め手となる。入院患者に外泊時より訪問看護が導入され、退院後の生活については退院日に入ることにより、その日から必要な医療、介護を含めて検討する。家族にとっては初めてのことが多く、丁寧な家族の役割と介護保険等のサービスが検討される。医療対応が必要な場合は特別訪問看護指示書により2週間の訪問看護が提供されることもある。在宅チームの早期介入が、医療の連携と継続に必要である。医療がシンプル化され、ADL、認知機能等の状況と介護力が評価され、生活の意向の確認が求められる。かかりつけ医と訪問看護師が共同して医療依存度が高い人に対応する。退院後は速やかに訪問介護、福祉用具などの介護サービスを利用できるようケアマネジャーと相談し進めていく。

外来と在宅の時間配分

- ◆ 医師の行う在宅医療の基本構造は
 - ① 定期的な診療(訪問診療)
 - ② 24時間対応
 から構成される

- ◆ かかりつけ医が「訪問診療」の時間を確保する方法に
 - ① 午前外来の後、午後に訪問診療の時間帯を設定
 - ② 午前と夕刻の診療の間の時間帯に訪問診療を設定などの方法がある。

- ◆ 在宅患者が少数であれば、訪問診療を行う時間帯の設定は週に1～2回程度

日医かかりつけ医機能研修制度 平成28年度応用研修会
『かかりつけ医の在宅療養・緩和医療』 資料より

かかりつけ医の行う在宅医療の基本構造は定期的な訪問診療と24時間対応で構成される。かかりつけ医が訪問診療を確保する方法に午前外来の後、午後に訪問診療の時間帯を設定。あるいは午前と夕刻の診療の間の時間帯に訪問診療を設定することがある。在宅患者が少数であれば、訪問診療を行う時間帯は週1ないし2回程度である。

看護師連携による24時間対応

- ◆ 「看護師連携による24時間対応」は、医師が一人である場合には、有力な方法である

- ◆ 主要な具体的対応としては、訪問看護ステーションに「ファーストコール」を受け持ってもらおう

- ◆ そのためにも、スキルの高い看護師を地域で養成することが重要な課題となる

日医かかりつけ医機能研修制度 平成28年度応用研修会
『かかりつけ医の在宅療養・緩和医療』 資料より

24時間対応が問題になる。夜間休日以外医師が日中に外来や検査や処置をしている時、看護師との連携が重要である。自院の訪問看護、訪問看護ステーションの訪問看護師の対応が可能であれば24時間対応は可能である。看護師連携は診療所医師が一人である場合には有力な方法である。

具体的対応としては訪問看護にファーストコールを受け持ってもらおう。そのためには、スキルの高い看護師を地域で養成することが重要な課題である。

訪問看護師への期待と役割

～訪問看護とは～

対象者が主体性を持って健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようにする。対象者が自らできない状況では、訪問看護従事者によって、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、あるいは疾病や障害による影響を最小限にとどめる。また安らかな終末を過ごすことができるように支援する。そのために具体的な看護を提供したり指導をして、健康や療養生活上の種々の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整をする。

『地域包括ケアシステム』「訪問看護師の役割」佐藤美穂子様より

訪問看護とは対象者が主体性を持って、健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようにすることである。健康概念は障がいを持って、社会に参加し個人にとっての暮らしができることである。健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、保持、増進、回復を図り、疾病や障がいによる影響を最小限にとどめる。人生の最後まで寄り添うことが必要である。そのために具体的な看護を提供することが求められる。療養生活上の種々の相談に応じ、必要な資源の導入、調整をする。看護師への期待と役割は大なるものがある。

日常の療養支援

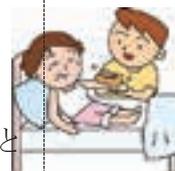
誤嚥性肺炎が軽快した例

- 87歳女性。小脳梗塞後、誤嚥性肺炎を時々併発していた。
- 2014年6月に激しい咳嗽・心室頻拍発作のため、S病院へ救急搬送・入院。検査にて嚥下機能の低下を認めた。
- 患者が在宅療養を希望したため、当診療所へ紹介され退院。
- 摂食・嚥下機能評価を行い、訪問歯科による口腔ケア・嚥下リハおよび訪問ヘルパーによる食事介助を導入。
- その後、誤嚥を認めることなく経過し、家族との生活を楽しんでいる。



特別養護老人ホームから在宅へ移行した例

- 97歳女性。2014年7月、特別養護老人ホーム入居中に発熱・脱水症状あり、T病院へ入院。しかし解熱後も経口摂取不良が続き、点滴の継続が必要であった。
- 患者は、老人ホームではなく当診療所のもとの在宅療養を希望。
- 中心静脈ポート留置術を施行し、9月に退院して在宅医療を開始。
- 現在もIVH及び持続導尿を継続。最期は家族と過ごせるよう関係者と合意している。



頻回の誤嚥性肺炎が軽快した例

特別養護老人ホームから在宅へ移行した例を示しておく