

令和5年度 在宅医療関連講師人材養成事業

# 『在宅における訪問看護の役割』

一般社団法人 全国訪問看護事業協会 副会長  
高砂裕子

平成7(1995)年2月1日 南区医師会訪問看護ステーション開設、  
1998年 横浜市社会福祉協議会から作業所への健康相談を開始

平成12(2000)年4月 居宅介護支援センター事業の開始

平成27(2015)年1月 南区在宅医療連携拠点事業 南区在宅医  
療相談室の設置

平成27年12月 機能強化型2訪問看護ステーションの届出

令和元年(2019)横浜市立学校における医療的ケア支援事業  
令和2年(2020)横浜型医療的ケア児・者等コーディネーター事業の開始

全国訪問看護事業協会

2009年 理事  
2014年 常務理事  
2020年 副会長

# 本日のお話

1. 訪問看護ステーションの概要
2. 訪問看護アクションプラン2025
3. 訪問看護ステーションの管理者の役割
4. ICTの活用
5. 訪問看護ステーションの大規模化事例

# 1. 訪問看護ステーションの概要

◆訪問看護ステーション数 増加傾向に！

15,697ヶ所開設（2023年4月1日現在）※1

◆訪問看護従事者数の推移（常勤換算） 増加傾向に！

訪問看護師 約10.0万人(常勤換算 約7.6万人)※2

訪問看護ステーション従事者

約14.9万人(常勤換算 約10.9万人)※2

◆1ステーションあたり従事者（常勤換算） 増加傾向に！

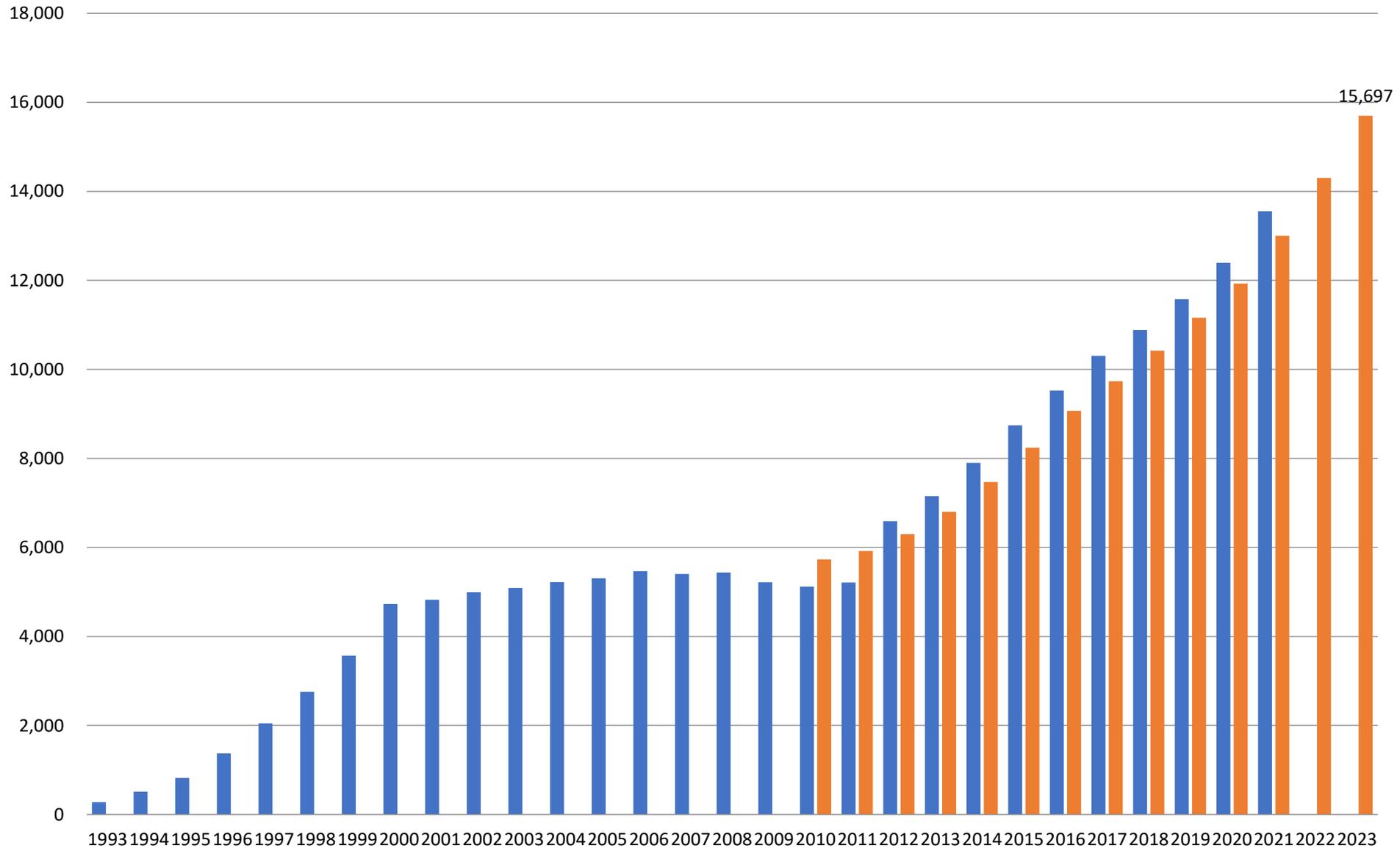
訪問看護師（保健師、助産師、看護師、准看護師） 5.6人※2

従事者合計（ “ +リハビリ職員・事務職等） 8.0人※2

◆訪問看護利用者 約94.5万人※2 増加傾向に！

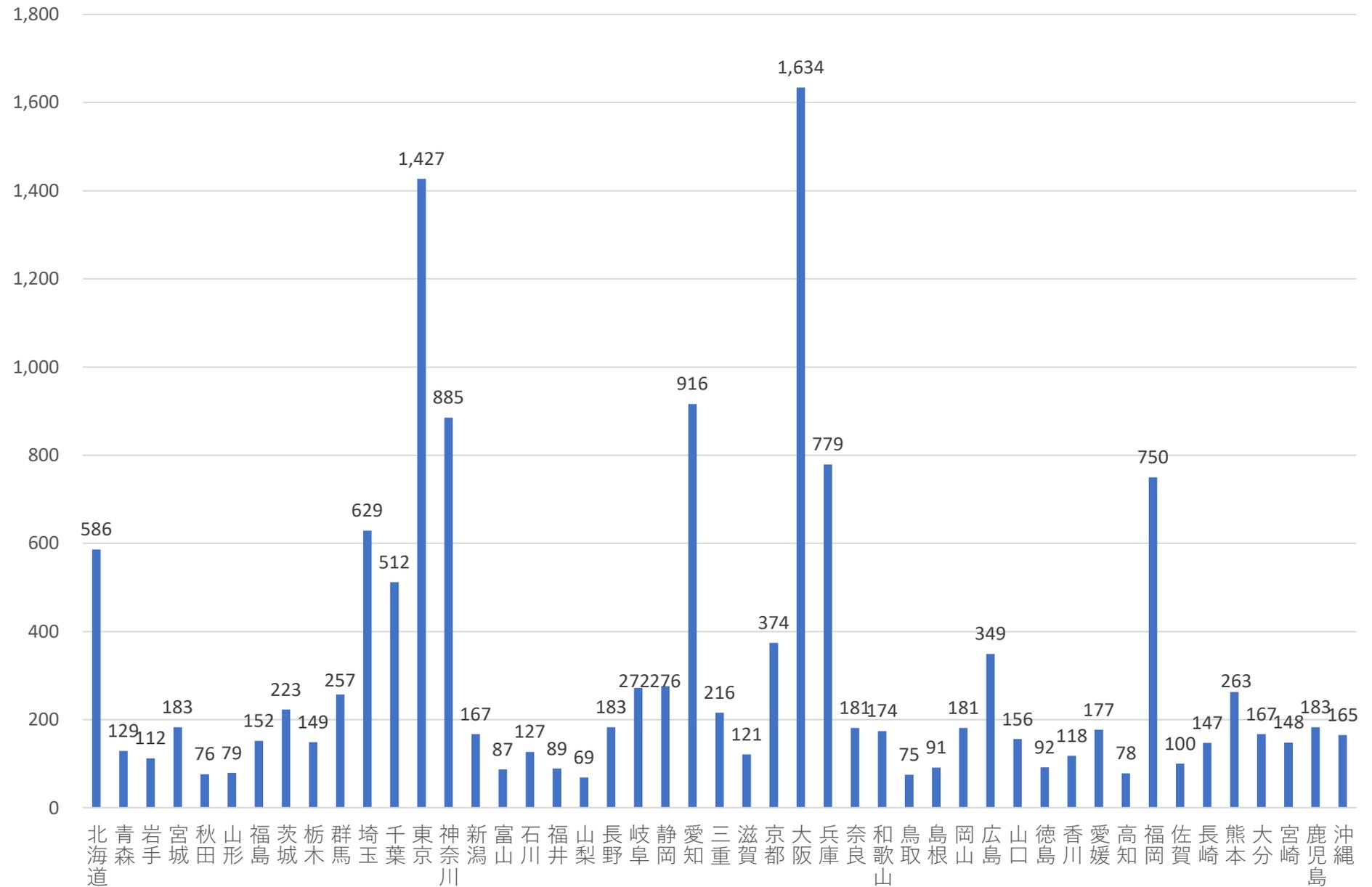
※1 全国訪問看護事業協会,令和5年訪問看護ステーション数調査※2 厚生労働省統計情報部,令和3年介護サービス施設・事業所調査

# 指定訪問看護ステーション数（全国）



青：1993年～1999年 厚生労働省統計情報部、訪問看護実態調査  
青：2000年～2021年 厚生労働省統計情報部、介護サービス施設・事業所調査  
赤：2010年～2023年 全国訪問看護事業協会、訪問看護ステーション数調査

# 2022年指定訪問看護ステーション数（都道府県）



# 訪問看護制度

老人保健法の改正により、1992年に在宅の寝たきりの高齢者等に対して、老人訪問看護ステーションから看護師等を訪問させ、看護サービスを提供することから始まる。

介護が必要な高齢者に対しては、生活の質の確保を重視し、全体的な日常生活の動作能力を維持・回復させるとともに、家族や周辺からの支援によって、住み慣れた地域社会や家庭で療養していくことが大切です。

これにより在宅の寝たきりの高齢者等が訪問看護サービスを受ける機会が拡大され、生活の質に配慮した在宅医療の推進が図られた。

# 訪問看護制度

1995年には、老人保健法の対象外の在宅の難病患者、障害児・者等の療養者に対して、健康保険法により、訪問看護ステーションから訪問看護サービスを提供。

21世紀に向けた良質かつ適切な医療を確保するため、在宅医療の推進が据えられ、健康保険法等医療保険各法に医療を提供する場として“在宅”が明文化。

このことにより、全ての年齢の在宅療養者に対して訪問看護が提供できるようになる。

訪問看護は、在宅医療を推進する方法として、在宅療養を行っている難病患者、重度障害者、末期がん患者等のQOLを確保し、患者の病状に応じた適切な看護を提供し、家庭において、より安定した療養生活を送れるよう支援することを目的としている。

# 訪問看護制度

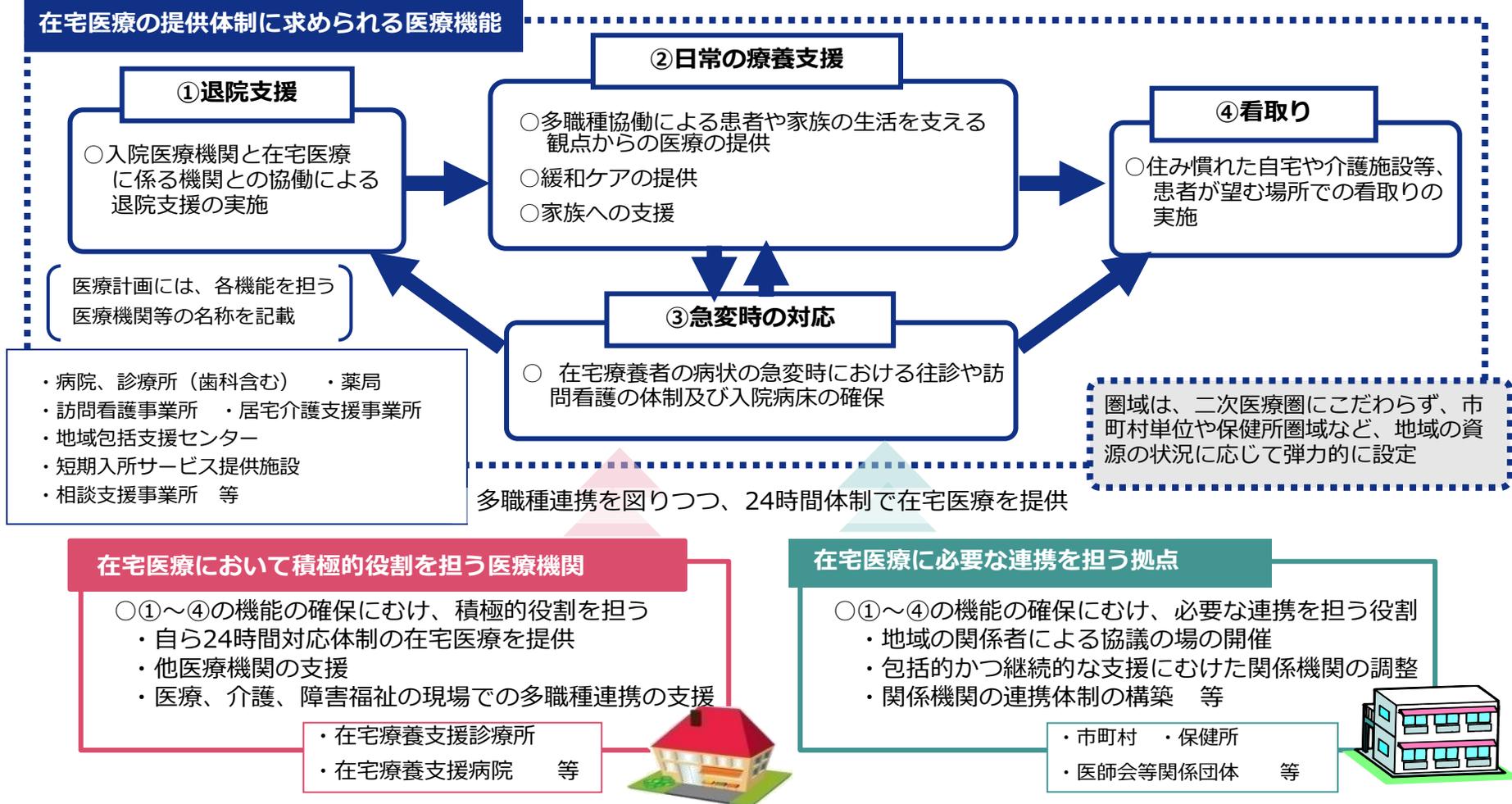
2000年からは、介護保険制度の実施にともない、在宅の要介護者等に対しては、介護保険法に基づく訪問看護ステーションから看護師等が訪問看護サービスを提供することになる。

高齢化の進行とともに、加齢に起因する病気等により、介護を必要とする人が増大し続け、これまでのシステムでは介護問題への適切な対応が困難となった。そこで、介護を受ける状態になっても、できる限り自宅で自立した日常生活を営めるように、真に必要な介護サービスを総合的・一体的に提供する、利用者にとって利用しやすいしくみをめざし、実施された。

# 在宅医療の体制について

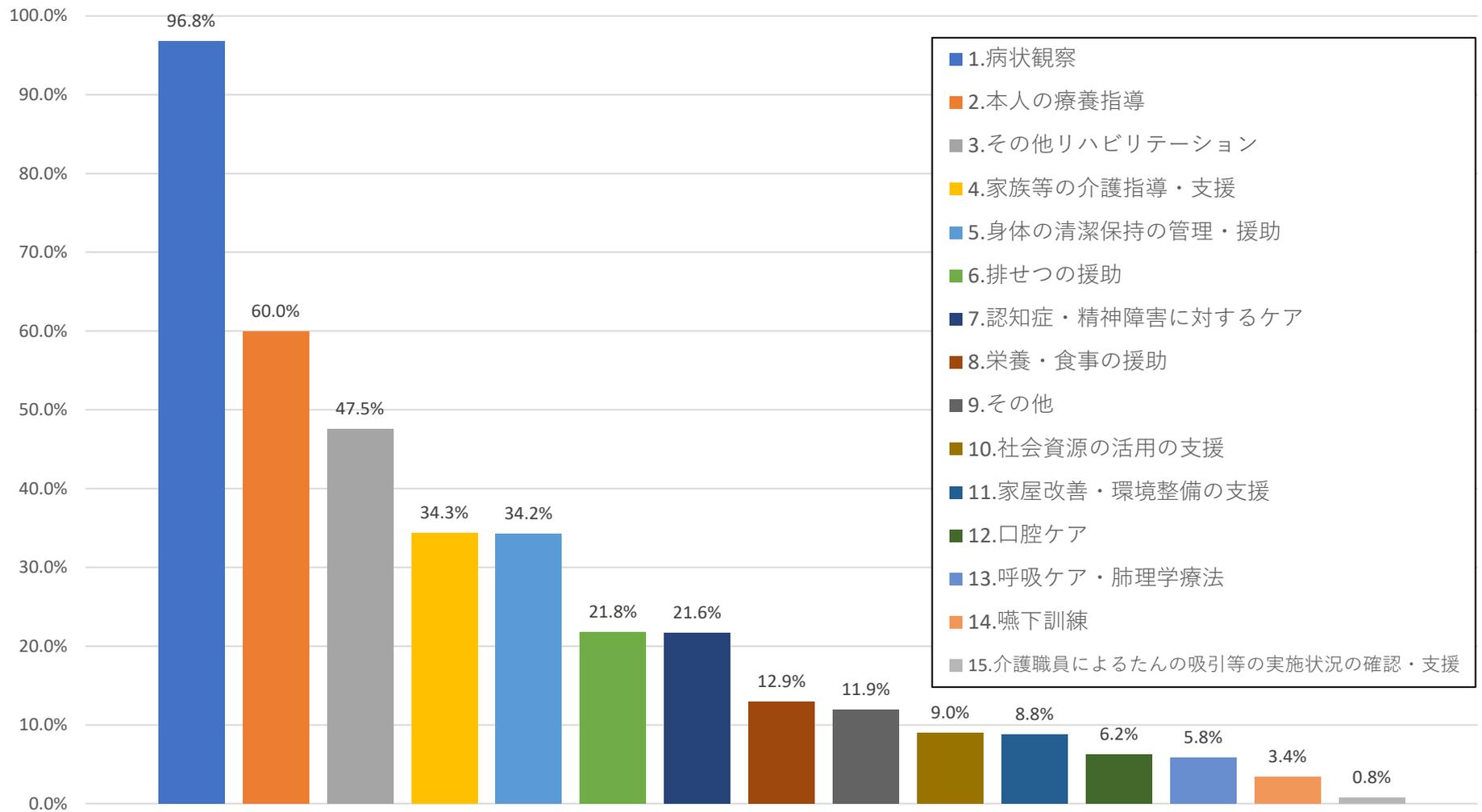
- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



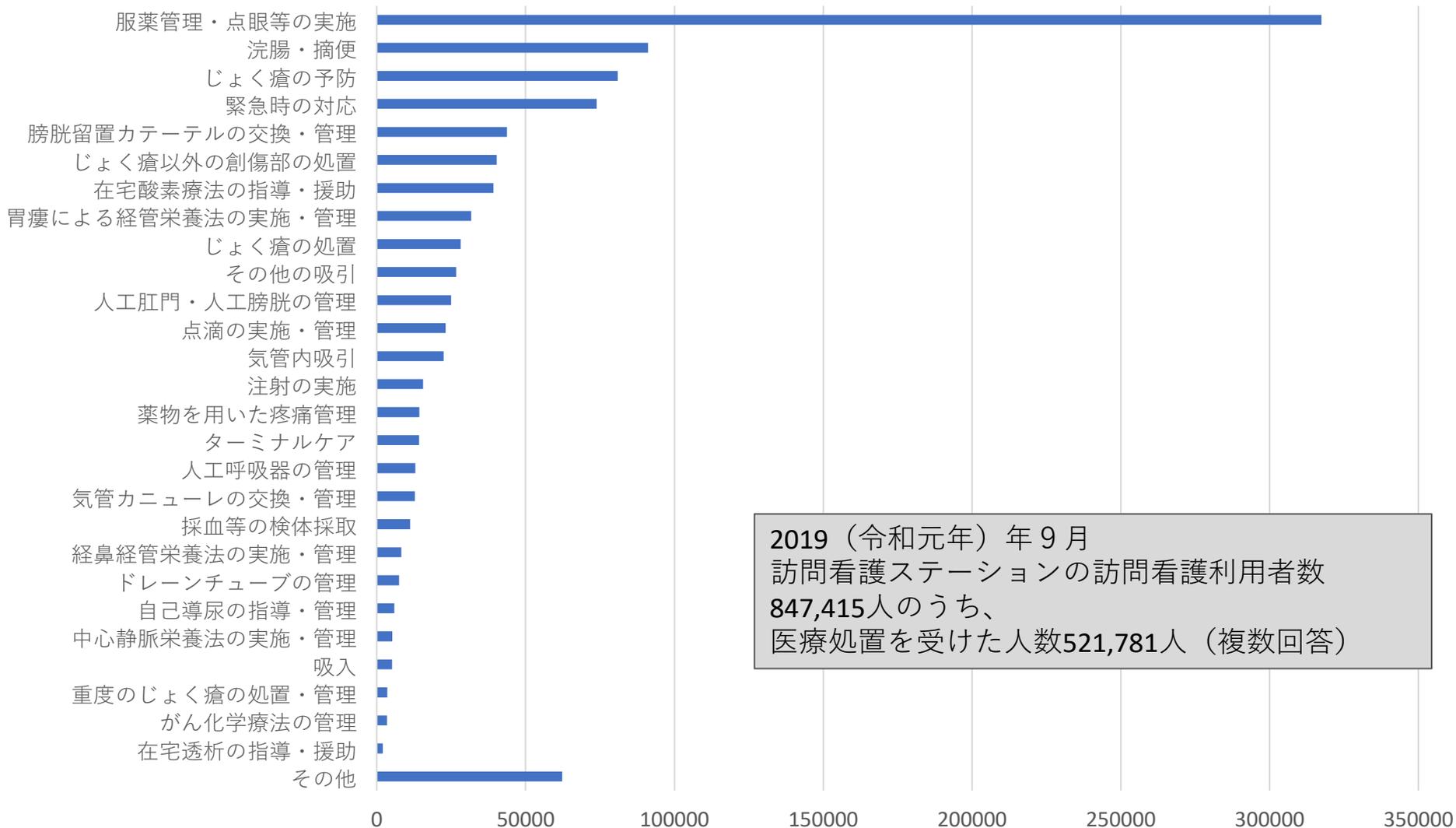
【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

# 訪問看護の内容（複数回答）



9月中に訪問看護の提供あった利用者847,415人の看護内容。（医療処置にかかる看護は全体の61.6%）

# 医療処置にかかる看護内容（複数回答）



2019（令和元年）年9月  
訪問看護ステーションの訪問看護利用者数  
847,415人のうち、  
医療処置を受けた人数521,781人（複数回答）

# 訪問看護

## アクションプラン 2025

2025年を目指した訪問看護

- ◆国民の安全・安心な在宅療養生活の実現や訪問看護のさらなる推進を目指して、公益社団法人日本看護協会、公益財団法人日本訪問看護財団、一般社団法人全国訪問看護事業協会が、訪問看護推進連携会議を設置
- ◆2025年に向けて、訪問看護が目指す姿は「団塊の世代」800万人が75歳以上、後期高齢者になり、今まで経験をしたことがない、超高齢化社会が訪れる。日本全国どこでも24時間365日、いつでも必要な質の高い訪問看護サービスを届ける仕組みづくり
- ◆2025年に向けたアクションプラン
  - I 訪問看護の量的拡大
  - II 訪問看護の機能拡大
  - III 訪問看護の質の向上
  - IV 地域包括ケアへの対応
- ◆国民の皆さまへの訪問看護からのメッセージ 訪問看護をご存知ですか、医療機器を使っても医療処置があっても自宅で生活できます、退院の前からご相談に応じます、自宅で最期まで過ごすことができます

# 在宅療養者の急増・重度化・多様化・複雑化

近年、在宅ケアの対象者は急増し、しかも重度化・多様化・複雑化してきています。訪問看護の利用者も、がん末期患者や人工呼吸器の装着者、チューブ類を使用して生活する人など、**医療ニーズの高い利用者が増えています**。また、重度の障がいのある小児や精神障がいがある在宅生活者、認知症の人など多様化してきていることも最近の特徴です。**人生の最終段階を在宅で過ごすことを希望する利用者も増えています**。

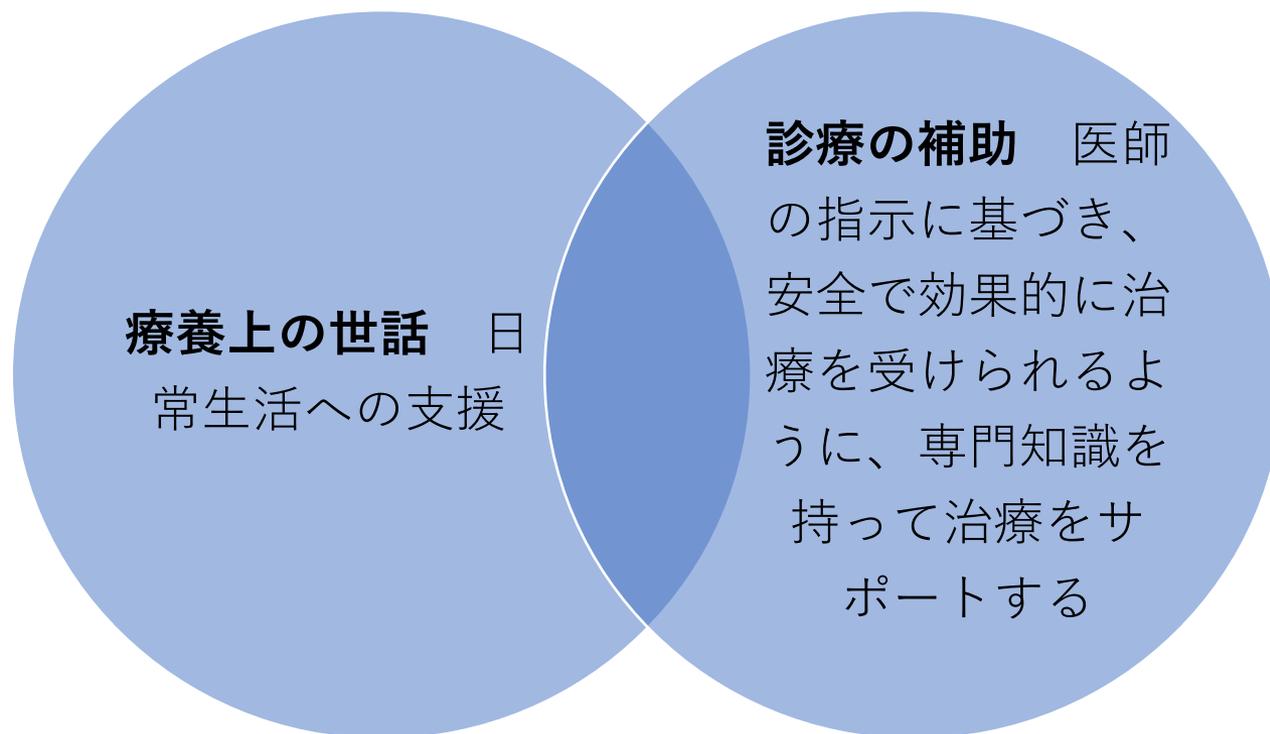
さらに、一人暮らしや高齢者世帯、老老介護、認知介護など家族介護基盤の弱体化も加わり、複雑化した多問題を有する利用者が少なくない状況です。

→ アクションプラン2025の評価と課題

### 3. 訪問看護ステーションの管理者の役割

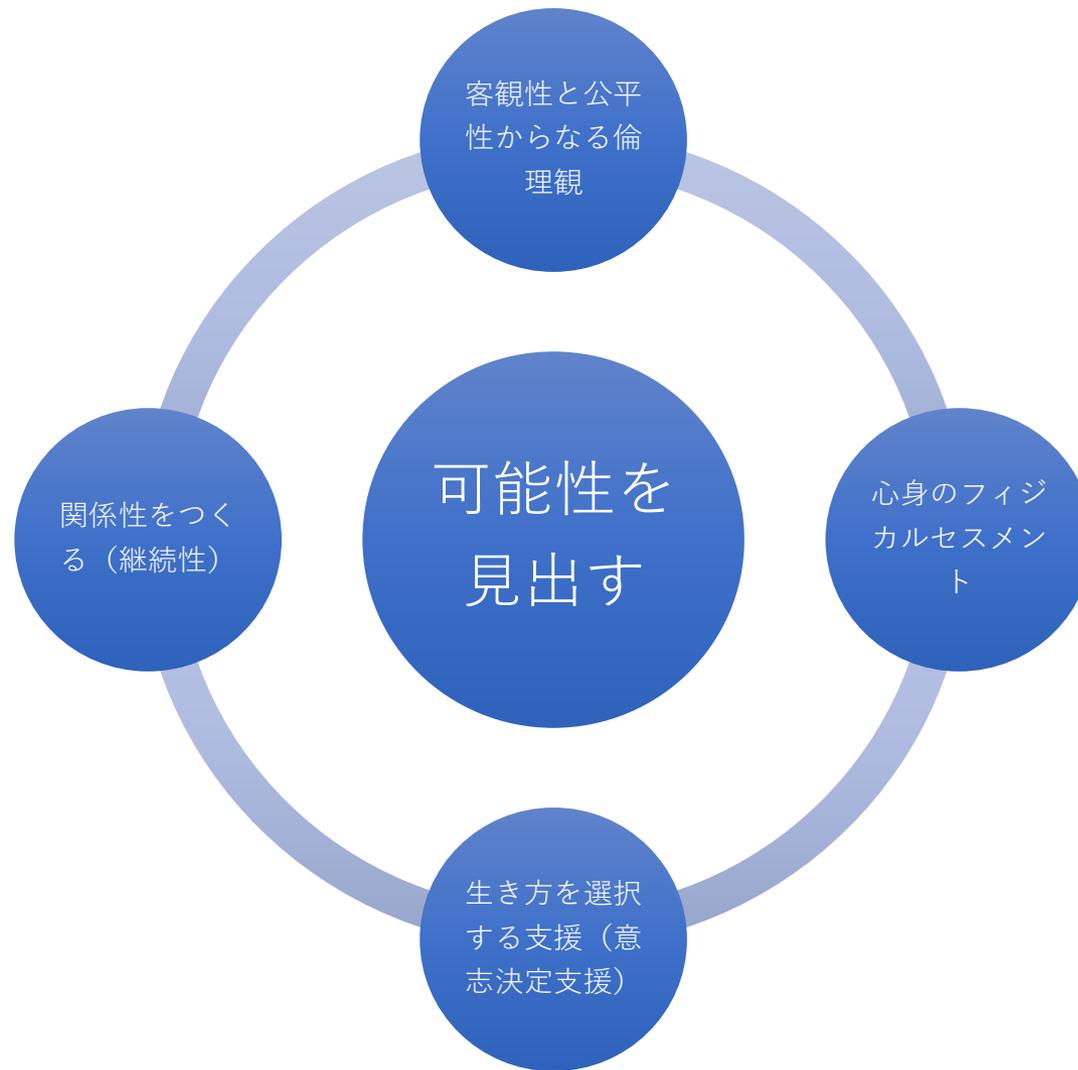
- 1) 訪問看護ステーションを健全かつ安定的に運営する
- 2) 利用者に良質の訪問看護サービスを提供する（訪問看護の質の保証）
- 3) 訪問看護師が訪問看護実践を効果的・効率的（安全に）に行える環境を整備する
- 4) 地域の医療機関（主治医・他の訪問看護ステーションを含む）やケアマネジャー、訪問介護事業所など多職種、他機関との連携が円滑に行えるよう環境を整備する
- 5) 訪問看護指示書に基づいた訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整を行う。また、看護師等が、利用者の病状や心身の状態に応じた適切な訪問看護を行うため、特に医療施設内における場合と異なり利用者の家庭において単独で行う事に十分留意するとともに、慎重な状況判断等が要求される点を踏まえ、主治医と密接かつ適切な連携を図る必要がある。緊急時の主治医への連絡等必要な措置を行うことを支援する

看護とは、あらゆる年代の個人や家族、集団、地域社会を対象とし、そのすべてが最大限の健康を取り戻し、できる限り質の高い生活ができることを目的とした支援的活動。目的は、本来その人が持つ自然治癒力に働きかけ、回復しやすい環境を整え、健康の保持増進や、病気の予防や苦痛の緩和を行い、生涯を通して、その人らしく暮らしていくことができるよう、身体的、精神的、社会的に支援すること。



利用者自身の治療に向けた選択をサポートする相談や、自立に向けた指導、一緒に活動する医療スタッフの調整なども大切な仕事です。

# 良質の訪問看護



# 訪問看護計画の例

目標：心不全のコントロールができ、QOLを重視した日常生活が送れる

- 健康管理：バイタルサイン（Bp,T,P,Spo2,自覚症状・主訴）の測定等
- 症状管理：自覚症状の自己チェックの状況
- 【呼吸困難】に対するケア：適度な活動ができる（リハビリテーション含む）、在宅酸素・麻薬等の使用の支援
- 【浮腫】に対するケア：スキンケア（下肢の浮腫、加齢による皮膚の脆弱化等、潰瘍に対する処置）、福祉用具の活用、
- 服薬管理：薬を飲み忘れない、内服薬の薬効・副作用の理解
- 食事管理：塩分・水分を取り過ぎない
- 体重管理：毎日同じ時間に体重測定、目標体重の確認
- 嗜好品摂取：喫煙・飲酒の摂取によるリスクの説明
- 感染症予防：感冒、上気道感染等、心不全の増悪因子のため
- 協働意志決定
- 看取りのケア
- ケア管理：入浴介助等、感染予防、多職種連携による支援の調整

# 4. ICTの活用（医療DX）

## 第3段階

地域の関係機関との連携  
訪問看護ステーションの自己評価システムの活用  
ICTを活用した在宅看取り、テレナーシング、オンライン資格確認

## 第2段階

訪問看護記録、訪問看護計画書・報告書などの作成  
所内利用者情報などの共有  
訪問看護実績のデータ化

## 第1段階

所内事務書類の作成・管理、レセプト請求（オンライン請求）、インターネットの活用  
訪問看護関連情報の収集、ホームページの作成

# 5. 訪問看護ステーションの大規模化事例

## 訪問看護の推進と質向上のための規模と機能の拡大を必要とする社会（人口構造）の変化

- 国民医療費の増大と財政圧迫、入院期間短縮化
- 在宅医療、在宅看取りニーズの増大（2021年自宅死亡率17.2%）、がんの末期から非がんの末期の方が増加
- さらなる在宅療養者の急増・重度化・多様化（家族機能・生活基盤の変容）・複雑化
- 地域包括ケアシステムの推進→医療と生活支援をつなげるマネジメント機能の強化
- 高齢化の地域格差→人材不足による効果的なサービス提供と専門性の高い人材の育成

## 訪問看護の推進と質向上のための規模と機能の拡大

### 訪問看護ステーションとしての規模&機能の拡大の目的

- 利用者への利益
- 安定的な事業運営
- 職員の定着
- 地域への貢献

★地域の複数の訪問看護ステーションにおいてもネットワーク化で実現可能

4  
つ  
の  
柱

め  
ざ  
す  
姿

具  
体  
策

#### 1.事業所運営の基盤整備

- ①理念・事業計画の職員への浸透
- ②勤務環境の整備・安定した定着率の維持
- ③組織内の役割の明確化
- ④計画的な人材育成
- ⑤ICT・AI・ロボットの活用

- ①の具体策
  - ・法人理念に則った事業所理念を明文化し、職員全員に周知徹底する
- ②の具体策
  - ・ワークライフバランスを考慮した勤務体制にする
  - ・リスクマネジメントを徹底する
  - ・常勤看護師7名以上在籍を維持する
  - ・有給休暇の取得率を高く保つ
  - ・待機当番回数や時間を減らす
  - ・振替休日・インターバル時間を確保する
- ③の具体策
  - ・チームナーシングを実践する
  - ・管理業務に専念できる業務整理をする
- ④の具体策
  - ・キャリアアップできる体制を整備する
  - ・研修体制を充実させる
  - ・専門性の高い看護師の育成体制を整備する
  - ・新卒看護師の受け入れ体制を整備する
- ⑤の具体策
  - ・業務の効率化のためのICT導入し運用する
  - ・黒字の経営状態を維持する

#### 2.利用者の状況に応じた専門的なサービスの提供

- ①24時間365日計画的に訪問できる体制
- ②精神・小児・ターミナル・難病など専門的ニーズへの積極的な対応
- ③意思決定の支援
- ④利用者満足度の向上

- ①の具体策
  - ・休日・祝日・急な退院に対応する
  - ・新規受け入れが容易な体制を整備する
  - ・余裕のあるシフト体制を整備する
- ②の具体策
  - ・小児・精神の療養者に対応する
  - ・ターミナル期にある療養者に対応する
  - ・医療依存度の高い療養者に対応する
  - ・難病等の療養者に対応する
  - ・カンファレンスを定期的に開催する
  - ・ICTを活用する
  - ・専門性の高い看護師を活用する
- ③の具体策
  - ・ACPに基づいた考え方を周知徹底する
  - ・尊厳の守られたケアを提供する
- ④の具体策
  - ・利用者満足度の測定・調査を実施する

#### 3.多職種・他機関との連携

- ①療養者の状態毎に多職種・他機関と連携する体制
- ②入退院の際に、療養者の意向を確認した上で、病院の医師や看護師等と対応方法を共有する体制
- ③サービス担当者会議等への参画

- ①の具体策
  - ・居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所、障害児相談支援事業所と連携を深める
  - ・共同支援を行うためのカンファレンスを開催する
  - ・ACP及び倫理的調整を行う
  - ・カンファレンスや連携等にICTを活用する
  - ・小規模の訪問看護ステーションへの教育的役割を果たす
- ②の具体策
  - ・療養者の尊厳を尊重した、スムーズかつタイムリーな入退院連携を行う
  - ・主治医と連携し、入院先の調整を行う
- ③の具体策
  - ・サービス担当者会議等へ出席し、積極的に情報提供や提案をする

#### 4.誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画

- ①地域住民に向けた相談・情報発信できる体制
- ②施設療養者の情報共有・相談・助言できる体制
- ③地域包括ケアシステムに係る会議への参画
- ④共生社会の実現

- ①の具体策
  - ・地域住民からの相談窓口を設置する
  - ・疾病や障害への理解を促すための学習会などを開催する
  - ・地域に密着したイベントを開催する
  - ・地域住民へのACPの普及活動を行う
- ②の具体策
  - ・施設に対して、その種類・特性を理解した上で相談・助言を行う
- ③の具体策
  - ・市町村、教育機関、行政への政策提言をする
- ④の具体策
  - ・地域の訪問看護ステーションのネットワーク化を図る
  - ・災害時に協力し合える体制を整備する
  - ・行政の行う事業へ協力する
  - ・地域のニーズ・課題に沿った取り組みを行う

## 規模拡大の経緯

・前任管理者の「大規模にした方が業務が広がり、余裕をもって新規を受けられることができる。

急な休みにも対応でき、家庭と仕事の両立が可能になり、仕事を続けることができることで、スタッフが定着する」という考えで規模拡大を目指した。

・スタッフが辞めずに仕事を続けていることに加え、求人で看護師が増えた。

## 規模拡大で可能になったこと

### ①質の高い看護が提供できる

・余裕のある訪問シフトにより、利用者に応じた丁寧な看護ケアが提供できる。

・スタッフの心のゆとりができ、インシデントやアクシデントが減る。

・訪問頻度の多い利用者に対して、自事業所だけで対応できる。

### ②管理者やスタッフが働きやすい環境になる

・看護師1名の訪問件数が減り、負担感が軽減する。

・急な休みへの対応が可能で、家庭との両立がしやすい。

・有給休暇が取得しやすく、退職者が少ない。

・訪問をスタッフに任せ、管理者は管理業務やマネジメントに専念できる。

### ③利用者が増加し、黒字経営となる

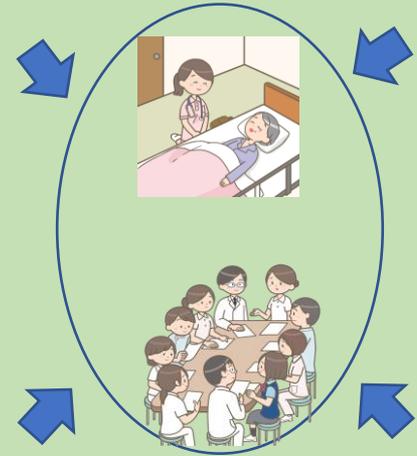
・業務を分割でき、新規利用者を受け入れやすい。

・新規依頼を断らないため、地域のクリニックやケアマネジャーからの依頼が増え、利用者数や訪問件数を伸ばすことができる。

## 特徴的な取り組み

余裕のある  
訪問シフト調整

併設病院の緩和ケア  
病棟・外来との連携



主治医との連携

地域の多職種との連携

・併設病院の緩和ケア病棟や外来との連携が強化され、終末期利用者に対する意思決定支援や看取りの支援が充実した。

・病院－在宅医－訪問看護師－PTのチーム体制による支援が、地域の療養者の安心につながった。

・顔の見える関係づくりを率先して行えるようになった。

# 鍵となるのは看護職の連携調整力・マネジメントスキル・実践能力

地域住民のニーズは**複雑化・多様化**

(疾患、障害、価値観、住まい、家族構成、生活環境、経済力etc.)



地域のサービス資源の **つながり** が不可欠  
各機関・サービスで働く**看護職**は  
**連携調整・マネジメントのキーパーソン**



# 看護職連携ができれば利用者は何処にいても 安心して生活が継続できる





ご静聴、ありがとうございました。