



— 健やかに老い、安らかに眠るために —
**長寿医療制度(後期高齢者医療制度)に対する
日本看護協会の声明**

平成20年4月から開始された、75歳以上が対象の後期高齢者医療制度。初日に名称が「長寿医療制度」と変えられたり、保険証が届かなかつたり、制度の複雑さもあり、保険料負担への不安など高齢者医療の混乱が指摘されています。

社団法人日本看護協会(会長・久常節子)は、後期高齢者医療制度創設の本質に立ち戻り、高齢者の尊厳を守り総合的な療養生活を支援する職能団体の立場から、4月14日付けで、「長寿医療制度(後期高齢者医療制度)に対する日本看護協会の声明」を公表いたしました。

声明の中では、新制度について「退院から在宅での看取りまで、切れ目なく安心して必要な医療が受けられるようになるための基盤整備の第一歩である」と、制度の始まりであることを指摘。さらに、20年度の診療報酬改定における訪問看護のさまざまな加算などの評価が、多職種連携による支援体制や訪問看護機能の充実を後押しすること、また、職能団体として本制度の整備に参画し、国民が願う「健やかに老い、安らかに眠る」ことが実現できる社会づくりに貢献したいと、表明しています。

報道関係者におかれましては、本会の趣旨にご理解をいただき、さまざまな機会にご紹介いただきますよう、よろしくお願いいたします。

<関連資料>

■ ニュースリリース

2008年2月28日「平成20年度診療報酬改定に関する日本看護協会の意見」

<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2008pdf/20080228-1.pdf>

■ 要望書

2007年9月20日「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子案についての意見」

<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2007pdf/20070914.pdf>

長寿医療制度(後期高齢者医療制度)に対する 日本看護協会の声明

平成20年4月より長寿医療制度(後期高齢者医療制度)が実施されました。社団法人日本看護協会(以下本会という。)は、高齢者の尊厳を守り、暮らしの中での総合的な療養支援を強力に推進する立場から、以下のことを表明します。

1. この制度の創設は、慢性疾患やターミナル等の高齢者が必要な医療を、外来・入院、そして退院から在宅での看取りまで、切れ目なく安心して受けられるようになるための基盤整備の第一歩であると考えます。
2. 特に、在宅療養の支援については、住み慣れた地域で身近な人に囲まれて最期を迎えたいという希望を実現できる24時間365日のスムーズな多職種連携による支援体制が求められています。
3. このたびの診療報酬改定においては、生活の場へ出向いて療養を支援し、安らかに尊厳のある死を支える訪問看護の技術が評価され、「訪問看護基本療養費」や「ターミナル療養費」が拡充されるとともに、「24時間対応体制加算」、「長時間訪問看護加算」、「後期高齢者終末期相談支援療養費」等が新設されました。このような見直しは、全国の各地域における医師、薬剤師等多職種との連携強化と、訪問看護機能の一層の充実を後押しするものであります。本会は、この期待に応え、訪問看護のさらなる発展のために訪問看護推進事業を強力に進めて参ります。
4. 訪問看護の拡充策を確実に進めることによって、介護保険制度との連携を含めた長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の更なる整備に参画し、国民が願う「健やかに老い、安らかに眠る」ことが実現できる社会づくりに貢献します。

以上

後期高齢者医療の在り方に関する日本看護協会の意見

1. 後期高齢者が 24 時間 365 日安心・納得できる訪問看護の拡充
2. 多様な居住の場における看取りの推進と地域連携、施設体系の整備
3. 終末期等における過剰な医療の見直し

1. 後期高齢者が 24 時間 365 日安心・納得できる訪問看護の拡充 【資料 1】

【1】 24 時間体制・ターミナルケアを提供する訪問看護ステーションの適正な評価

訪問看護に係る現行の制度では、1)24 時間体制の加算が低い、2)夜間・早朝の緊急訪問の加算がない、3)ターミナルケアの評価が低い、4)週 4 日以上 of 訪問看護は対象者が制限される、等により、医療ニーズが高い終末期等の後期高齢者への、十分なサービスの提供が困難である。訪問看護ステーションの質と量の拡充に向けて、24 時間体制で医療ニーズの高い利用者を看護する事業所が適正な評価を受ける必要がある。

【2】 訪問看護ステーションにおける衛生材料*の常備

薬事法に規定されている衛生材料の取り扱いを緩和し、処置の実施者である訪問看護師が常備する。*生理食塩水、キシロカインゼリー、消毒液、尿道カテーテル、点滴セット等

【3】 訪問看護の裁量を拡大

- 「療養上の世話」に関する医師の指示を解除し、栄養摂取や清潔の保持など療養指導を看護師の裁量とする。
- 緩和ケアの疼痛管理において、麻薬投与の包括指示に関するガイドラインの策定を行う。
- 往診による死亡診断が困難な実態を踏まえ、看取りの諸制度の見直しとガイドラインの策定を行う。

【4】 拠点訪問看護ステーションの設立、かかりつけ訪問看護ステーションの推進

- 拠点訪問看護ステーションは、後期高齢者の疾病管理を担う拠点機関として、市町村を単位として、24 時間体制で専門性の高い看護職を配置、一定の薬剤・特定保険医療材料を管理し、かかりつけ訪問看護ステーションへのコンサルテーションや困難事例への対応を行う。
- かかりつけ訪問看護ステーションは、拠点訪問看護ステーションにより振り分けられた後期高齢者の、疾患の管理や家族への相談・指導を実施する。

【5】 訪問看護を担う人材の養成

- 訪問看護の質の向上に向けて、研修体制を整備する。
- 訪問看護認定看護師を活用する。

2. 多様な居住の場における看取りの推進と地域連携、施設体系の整備【資料 2】

【1】 在宅移行支援の評価

病院から在宅へ切れ目ない安心の療養生活が送れるよう、病院と診療所・訪問看護等の連携を推進する。入院当初から在宅ケアまでの地域連携クリティカルパスの開発と普及、病院の退院調整部門の拡充、退院当日の居宅への訪問看護を実施可能とする。

【2】 小規模の療養生活支援ホーム（ナーシングホーム）の創設

疾患の管理が必要な場合でも、施設でない、自宅のような暮らしと看取りの場が必要である。療養通所介護の機能を拡大し、医療ニーズが高い利用者を中心に看取りまで受け入れる。

【3】 急性増悪時の後方病床の整備

家族の介護負担や急変時の対応の必要性を鑑み、高齢者や家族が負担なく自宅での看取りが可能となるまで当面の間、有床診療所等に在宅ターミナル高齢者の入院要請への体制整備を行う。

3. 終末期等における過剰な医療の見直し 【資料 3】

【1】 過剰な医療の見直し

後期高齢者の心身の特性を踏まえ、合併症の予防、苦痛の緩和など、QOL 向上に寄与する総合的ケアの視点を重視する。後期高齢者は医療と介護のニーズを併せもつことから医療保険と介護保険の一体的運用について具体的な検討を行う。

【2】 受益者参加型の療養計画

療養計画の策定には、看護師及び後期高齢者・家族を含め、個別性を尊重しニーズに応じた療養が選択できるようにする。かかりつけ訪問看護ステーションが、療養方針の選択に係る情報提供と意思決定の支援を提供する。

以上

参考資料

社団法人 日本看護協会

【1】24時間体制・ターミナルケアを提供する訪問看護ステーションの評価

○ 持続点滴や尿道留置カテーテルのトラブル、認知症による不穏行動など、医療ニーズの高い利用者は夜間に訪問看護が必要な場合が多い。医療保険の「24時間連絡体制加算」は、1月につき2,500円（介護保険「緊急時訪問看護加算」は5,400円）。サービスに見合った報酬ではなく、経営上、24時間体制をとることが困難。

○ ターミナルケアとは、終末期の医療処置、水分・栄養管理、排泄コントロール、痛みの緩和のための療養指導、本人・家族への心理的サポート、死後の処置、遺族への精神的支援などである。

※訪問看護の「ターミナルケア加算」は15,000円だが、医師の「在宅ターミナルケア加算」は、看取りに立ち会うと100,000円

【2】訪問看護ステーションにおける衛生材料※の常備

○ 褥瘡の処置、尿道留置カテーテルの交換、点滴など、処置をする看護師が、薬事法により衛生材料を管理できないことにより、患者負担の増大と迅速な処置対応の阻害による在宅医療の質の低下をきたしている。夜間の尿閉、点滴のつまりなどのトラブルが発生した場合、訪問看護ステーションに衛生材料を常備していないため、すみやかに的確な対応を行うことが困難。救急車で病院に搬送する例もある。

⇒薬事法に規定されている衛生材料の取り扱いを緩和し、処置の実施者である訪問看護師が常備できるようにする必要がある。

※衛生材料：生理食塩水、キシロカインゼリー（尿道カテーテル交換に使用）、消毒液、尿道カテーテル、点滴セット等

【3】 訪問看護の裁量を拡大

- 訪問看護指示書には、療養生活に関する指示は出していない。「療養上の世話」に関する医師の指示を解除し、栄養摂取や清潔の保持など療養指導を看護師の裁量とする。
- 緩和ケアの疼痛管理において、麻薬投与の包括指示に関するガイドラインの策定を行う。
- 往診による死亡診断が困難な実態を踏まえ、看取りの諸制度の見直しとガイドラインの策定を行う。

※ その他の訪問看護の評価における課題

- 退院調整の評価が低い。認知症や医療機器を装着したまま退院となる神経難病、がん末期の患者等、在宅に向けた退院指導が1回(6,000円)しか算定できない。2回目以降は無償となっている。
※医師の場合は10,000円2回まで算定可
- 退院当日の訪問看護が認められていない。重症度の高い患者(がん末期、神経難病等)には無償で実施している実態がある。
- 週4回以上の訪問の対象者が限定されている。
インシュリン注射、胃ろう・経管栄養・吸引・吸入等のケアは、毎日訪問が必要

【4】 地域連携の推進 ⇒ 拠点訪問看護ステーション※の設立

かかりつけ訪問看護ステーションの推進

【説明】

地域包括支援センターと拠点訪問看護ステーションが連携する。

一人ひとりの高齢者をかかりつけ訪問看護ステーションが担当し、疾患の管理や家族への相談・指導などを行う。地域包括支援センターでは、年1回の生活機能評価を義務付け、全ての後期高齢者について健康状態と医療・介護ニーズの把握・対応を行う。事前指示書(リビング・ウィル)により、高齢者の尊厳(意思決定)を確認する。

拠点訪問看護ステーションとそれらの情報を共有し、かかりつけ訪問看護ステーションが支援を提供する。後期高齢者は困ったときに、気軽に相談や看取りの意思決定に対する支援を受けることができる。

※拠点訪問看護ステーション

- ①後期高齢者の疾病管理を担う機関として、各市町村に拠点訪問看護ステーションを設置する。
- ②地域包括支援センターと連携し、後期高齢者をかかりつけ訪問看護ステーションに振り分け、疾患の管理や家族への相談・指導を実施する。
- ③拠点訪問看護ステーションには、認定看護師・専門看護師等の専門性の高い看護師を配置する。かかりつけ訪問看護ステーションへのコンサルテーションや、困難事例に対応する。
- ④拠点訪問看護ステーションは24時間体制をとり、一定の薬剤・特定保険医療材料を管理する。

【5】 訪問看護を担う人材の養成

○在宅医療の推進と質の向上に向けて、人材育成が喫緊の課題。訪問看護師が認知症やターミナルケア等後期高齢者のニーズに対応できるよう、研修体制の整備を行う。

○訪問看護認定看護師の活用 … 現在18名が活躍中(2006年度開始)

在宅医療の推進には、訪問看護の拡がりが重要

【資料1】

○訪問看護ステーションが実施するケア

「病状観察・医療処置等」、「療養上の世話・予防」が中心。

○利用者への具体的な医療処置

バイタルサインのチェック、栄養・排泄・呼吸・心理面など全身状態のアセスメント、経管経腸栄養、人工肛門・人工膀胱の管理、膀胱留置カテーテルの交換・導尿、点滴・注射、褥瘡の予防処置・創傷処置、人工呼吸器・酸素療法の管理、モニター測定機器の管理、リハビリテーションなど。

○ターミナルケア

訪問看護ステーションは、ターミナルケア(終末期の医療処置、水分・栄養管理、排泄コントロール、痛みの緩和のための療養指導、本人・家族への心理的サポート、死後の処置、遺族への精神的支援等)を実施。

訪問看護の推進を阻む要因
訪問看護に対する評価が低いため、経営が成り立たず、人事管理(採用・定着)も難しいことから、事業の開始・継続が困難。

○訪問看護ステーション事業所数

平成17年は5,309カ所であり、ゴールドプラン21策定時の目標9,900カ所の約5割しか到達していない

看護職は後期高齢者の在宅医療や終末期医療において、人間らしさを尊重した生活を支援する上で欠かせない存在。

(在宅ケア先進国では、在宅医療は看護職が中心)

高齢者やその家族に寄り添い、療養生活の具体的な支援や精神的サポートを行う訪問看護の包括的ケアは重要

ターミナルケアを提供しているのは看護職



適正な評価による訪問看護の拡充を！

訪問看護ステーション看護職員数と利用者数の推移



※看護師数には保健師、助産師を含む。

出典:介護サービス施設・事業所調査

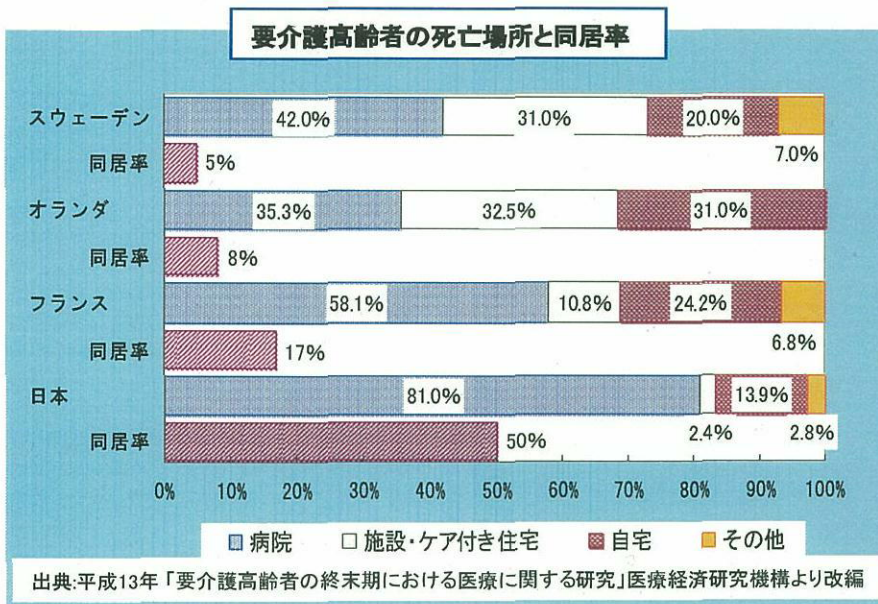
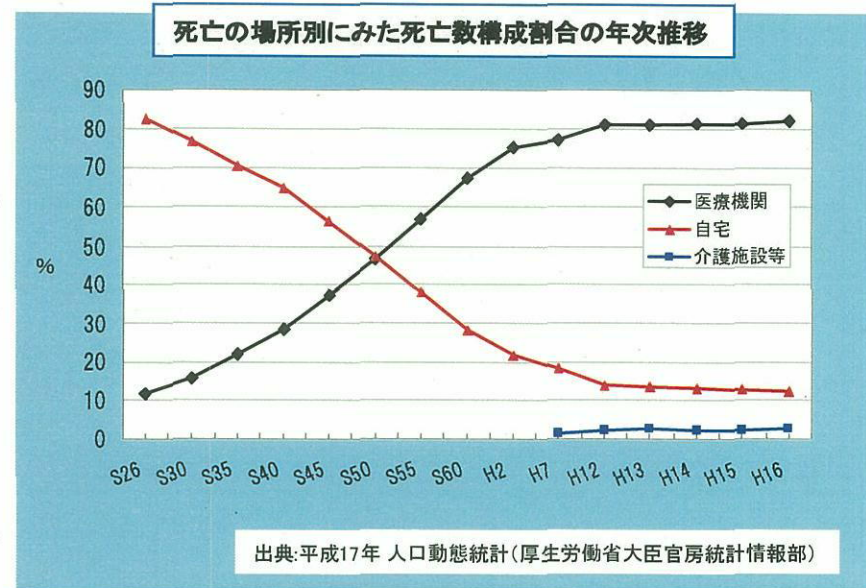
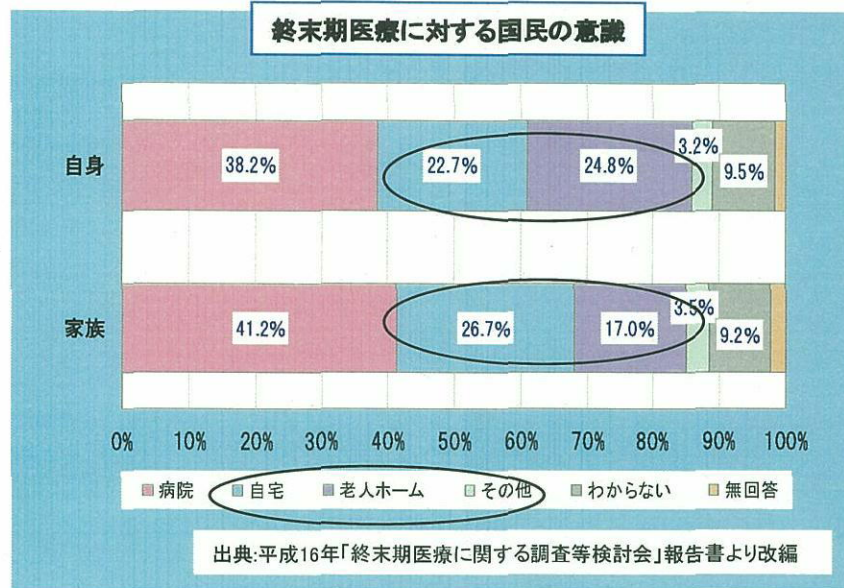
高齢者が自宅以外で生活できる居住と看取りの場の充実

⇒ 医療ニーズが高い利用者を対象とした

療養通所介護の機能の拡大

- 訪問看護ステーションに、通所、ショートステイ、入所機能を持つ小規模の療養生活支援の場(ナーシングホームなど)を併設し、ケアハウス、グループホームで看ることが困難な医療ニーズの高い利用者を中心に、看取りまで受け入れる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受け、介護保険の適用とする。
- ナーシングホームでは、介護保険施設のような医師の配置を設けず、看護職が施設長となる。かかりつけ医の訪問診療を外部サービスとして、費用の適正化を図る。

【資料2】



- 国民のおよそ5割が終末期の療養場所として「病院以外」を希望。
- しかし、昭和52～53年を境に、「医療機関」における死亡が「自宅」における死亡を上回り増加の一途。
- 「介護施設等」における死亡は依然として少数派。

- わが国では核家族化による独居高齢者・老老世帯の増加により、介護力のない世帯が増加。
- 他の先進諸国では同居率が低くても在宅死の割合は高い(オランダでは同居率8% 在宅死31.0%)。

- 訪問看護利用終了者(入院・入所を含む)で死亡した者(利用者全体の38.7%)のうち自宅での死亡は48%

平成17年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書 日本訪問看護振興財団

在宅医療では、医療と介護の両方について、ケアニーズを持つ高齢者が多い。
しかし、現行の保険制度では、身体の状態に応じて医療保険と介護保険を使い分ける必要があり、国民にとって複雑で非常に分かりづらい体系である。

65歳以上の要介護認定者の場合、診療は医療保険、介護は介護保険。訪問看護は介護保険優先だが、厚生労働大臣の指定する特定疾病患者、がんターミナル患者と急性増悪により医師から特別訪問看護指示書が交付された患者(2週間に限る)については医療保険で算定する。

【例】ターミナルケアの算定要件

- ・死亡前2週間以内に複数回の訪問看護、24時間以内にターミナルケアを実施(医療保険)
- ・死亡前24時間以内にターミナルケアを実施、24時間体制、訪問看護記録書への記録(介護保険)

過剰な医療により、高齢者のQOLの低下をきたしている。

- ・90歳代の認知症高齢者に、身体拘束をしながら透析治療を継続する。
- ・誤嚥性肺炎の高齢者は管理の簡便性だけを目的とした胃管や胃ろう留置により表情が乏しくなる。一口でも経口摂取へ移行することにより、「口から食べる」楽しみ、喜びで表情が明るくなる。
- ・本人の意思が明確でないまま、医療処置を開始せざるを得ない救急医療の現状。リビングウィルがないため家族も延命治療に疑問を持ちつつ意思決定ができない。



過剰な医療を制限し、国民にとって分かりやすい報酬体系を導入。

後期高齢者の心身の特性を踏まえ、合併症の予防、苦痛の緩和など、QOL向上に寄与する総合的ケアの視点を重視した報酬体系とする。