

訪問看護 現状と課題

陽だまり訪問看護ステーション 武藏野サテライト
理学療法士 長坂幸宏

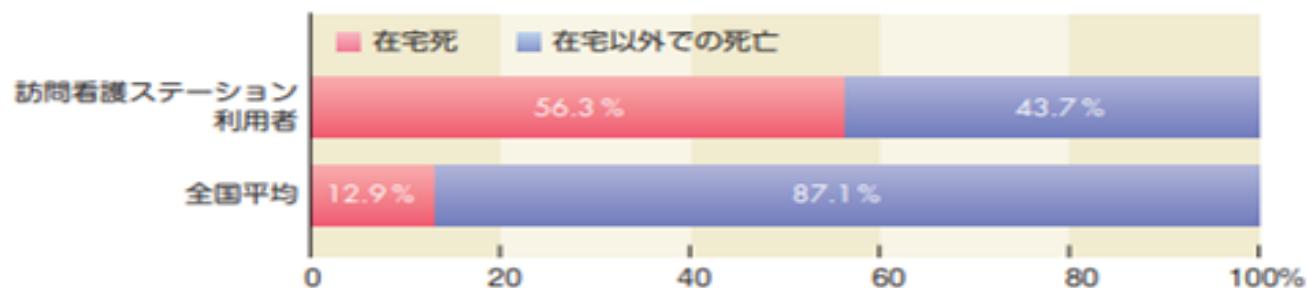
図表8 在宅死亡率と訪問看護師数に関する諸外国との比較

現状

諸外国と比較し、日本における在宅死亡率や人口対訪問看護師数は少ない	スウェーデン 	オランダ 	フランス 	日本 
①面積	449,964 km ²	41,865 km ²	547,030 km ²	378,835 km ²
②総人口	903万人(2005)	1,632万人(2005)	6,087万人(2005)	12,776万人(2005)
③高齢化率	17.3%(2005)	13.8%(2003)	16.4%(2005)	20.0%(2005)
④80歳以上の人口の割合	5.3%(2004)	3.4%(2003)	4.4%(2004)	4.4%(2003)
⑤平均寿命	男性 78.4歳(2005) 女性 82.8歳(2005)	男性 77.2歳(2005) 女性 81.6歳(2005)	男性 76.7歳(2005) 女性 83.8歳(2005)	男性 78.6歳(2005) 女性 85.5歳(2005)
⑥子との同居率	5%	8%	17%	50%
⑦高齢者単独世帯率	41%	32.5%	32%	15%
⑧人口千対就業看護師数	10.6人(2004)	14.2人(2005)	7.7人(2005)	9.0人(2004)
（再）訪問看護師、地域看護師	(4.2人)	(2.7人)	(1.2人)	(0.4人)
⑨在宅死亡率※	51.0%	31.0%	24.2%	13.4%
⑩在宅での医療、看護、介護サービス	地域看護師に簡単な医療と治療を行う権限を与え、地区内での簡単な治療を提供。	一般医の往診、高度な技術をもつ地域看護師が在宅医療・看護を提供する医療チームを設けている地域もあるが、サービス量は全体的に不足がち。	開業看護師は医師の処方箋の下で在宅患者の点滴などの管理を行うことができる。介護・家事援助も並行して利用。	介護保険・医療保険サービスが利用可能。看護サービスは診療の補助として行われる。
⑪死亡前に自宅で受けられるケア	特別住宅と同様に死亡直前のケアが受けられる。	一般医や地域看護師による医療・看護サービス、死亡直前の緊急性の高い短期間に限り、夜間・看護師が泊まり込むサービスもある。	死亡前を特別視せず必要なケアを提供する。ただし1日2時間以上の継続的なケアが必要な段階になると在宅ケアは困難。	主治医の往診や看護師による在宅医療・看護サービスにより対応。

出典：①World fact book 2008、②～⑤OECD Health Data 2007、⑥⑦⑨～⑪医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告」(2002)を参考に厚生労働省にて作成。

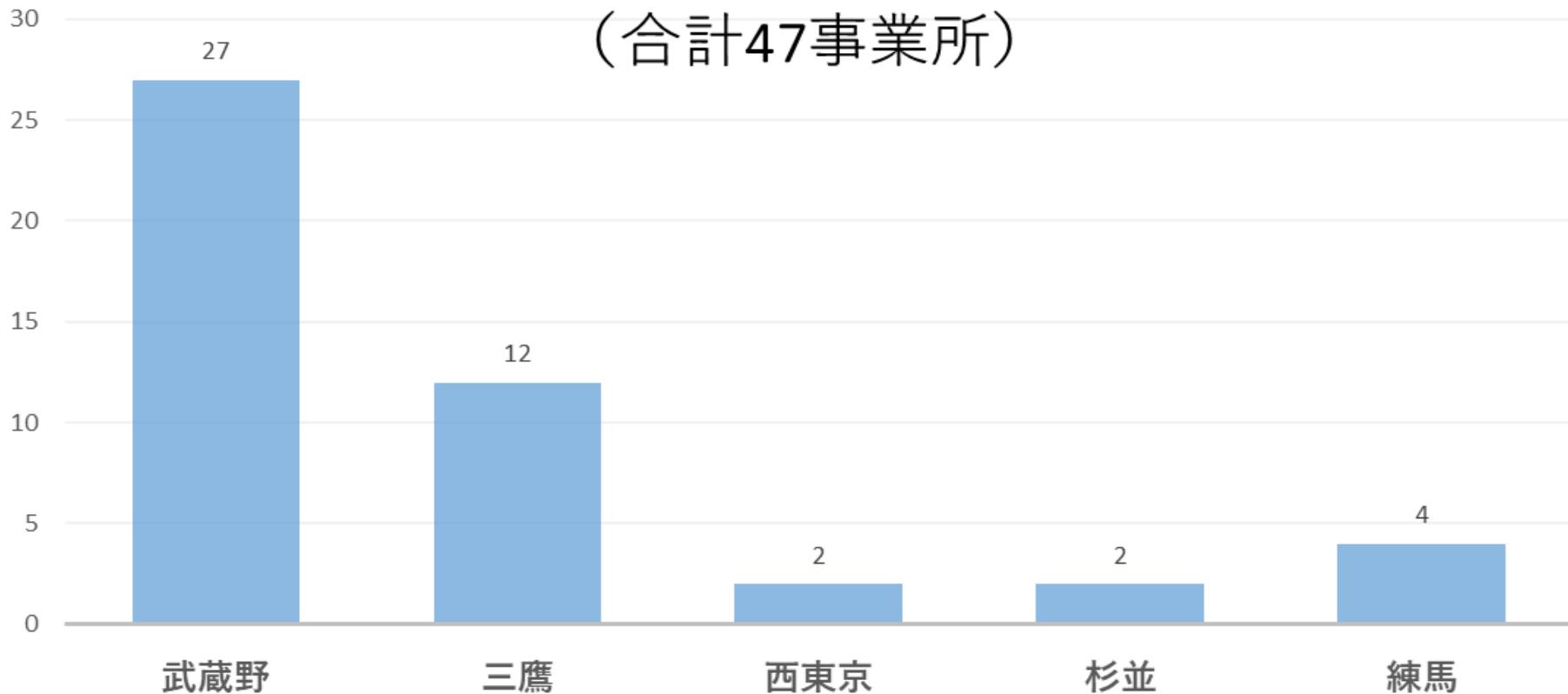
図表9 訪問看護ステーションの利用者の死亡場所



訪問看護ステーション利用者：平成25年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「訪問看護の質確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業～訪問看護ステーションのサービス提供体制に着目して～」
(全国訪問看護事業協会)

全国平均：平成25年人口動態調査(厚生労働省統計情報部)

武藏野市に関する訪問看護ステーション (合計47事業所)



課題

- ・人材の問題
- ・教育の問題
- ・制度の問題
- ・意識、連携の問題

人材の問題

- ・緊急時加算に対応していく為には人材が必要。
 - 人が少ない事業所ではオンコールの対応の日が増える。利用者が多い事業所ではオンコールの日は減るが、1日の対応利用者が増える。負担が増えて離職に繋がる可能性が上がる。
 - 土日の対応を求められるが、土日対応とするとリクルートが困難になる。
 - 人材派遣会社を使うと費用が高い。
 - 看護師は女性が多いため、産休・育休で長期休みが生じやすく、調整が難しい。育児中の職員も多く、子供の体調不良等による急な休みが多い状況である。
 - 就業における職員の価値観の多様化により休暇に対する配慮が多く必要となり、一定職員への負担が大きくなっている。
- ・個人への責任が大きく、専門職が在宅の分野を選ぶことの敷居が高い。
 - 医師にすぐに連絡がとれないことに対する不安。
 - 利用者等から担当を希望されることで、看護師やセラピストが一人で抱え込んでしまい、負担に感じてしまう。

教育の問題

- ・インセンティブ制、直行直帰、担当制

→病院のように近くでみることが難しく、同行もルートなどの関係上OJTが難しい。

少人数のところではOJTに時間を割くことが難しくなる。

→訪問看護は単独での訪問であることから担当制となることが多いが、客観的なケアの評価が難しくなる。

→カンファレンスや連携が希薄になってしまう可能性がある。

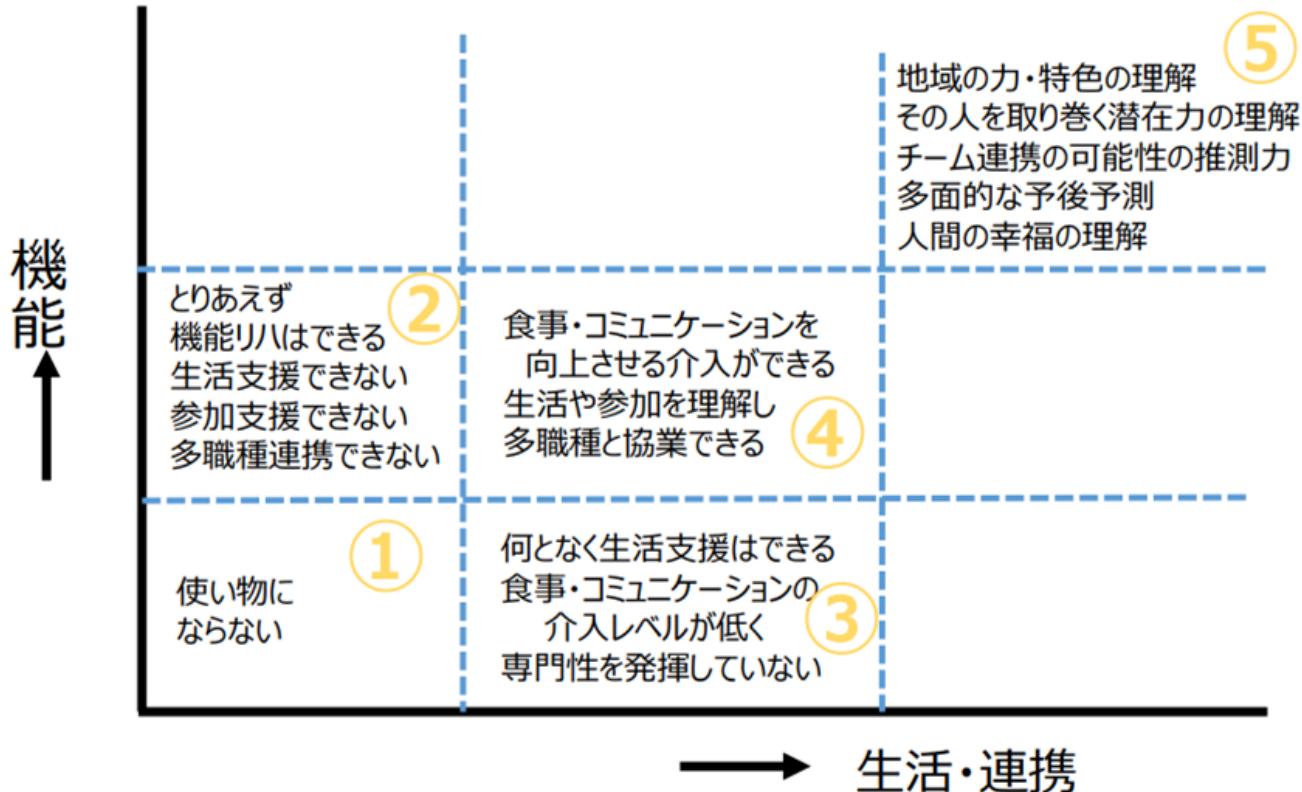
→医学的リハの視点だけでなく、社会リハの視点が必要だが、

社会リハにおいて正しい答えはないので、教育が難しい。

→現状が最善であるかについて考えられる論理的感受性に個人差がある

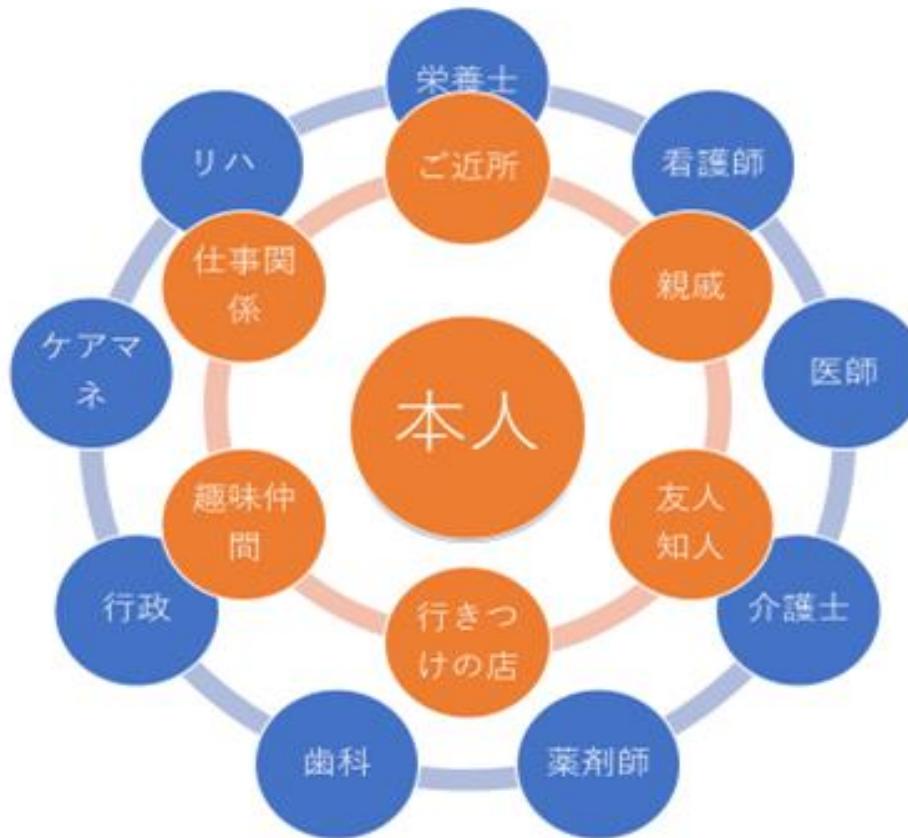
→利用者のニーズを引き出すためのコミュニケーション技術不足

エキスパート訪問STへの道

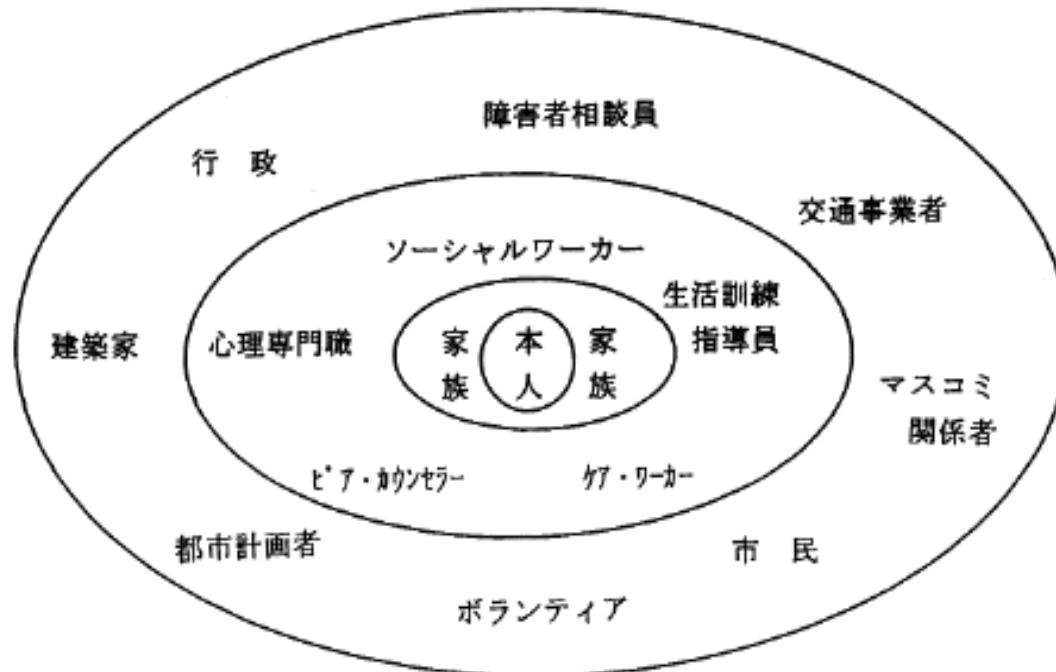


参考資料：「訪問ST講習会」

係わる人



社会リハビリテーション



(財)日本障害者リハビリテーション協会発行
「リハビリテーション研究」
1996年11月(第89号)2頁～7頁

制度の問題

- ・看護体制強化加算の算定

→在宅ケアの重症化に向けての拡充として加算がついたが、加算がつくことで料金が増えてしまい、利用者・ケアマネから敬遠される可能性がある。

- ・看護体制強化加算から人員基準への変更の可能性。

→看護：リハ=6：4の割合：加算の関係でリハ職員の総数は少なくなる可能性がある。

加算のため、存続のため、リハの退職も検討する。

包括的な視点で利用者を見る機会が減る。

→また、退職に向け給与を減らす。このことで良い人材がいなくなる可能性がある。

制度の問題

- ・要介護 1 ・ 2 の総合事業への移行

→1対1で担っていた状態観察やリハビリテーションの部分を総合事業で担うには負担が大きくなるが、担えるか？

○今後、機能強化型訪問看護ステーションでは在宅看取りや24時間緊急対応を行うような利用者を中心に受け入れていく方向へ。看護師の疲弊による離職が予見される

意識・連携の問題

- ・在宅でみる方の重症度が上がっている。
 - しかし退院時カンファレンスなどは必須ではなく、細かい情報が在宅におりてこないため、医学的な管理の難しさを助長している。
 - 事業所内での連携はとれるが、他訪看やデイサービス等との連携は希薄になりがち。MCSもまだ十分に普及されていない印象。

地域でつなぐACP

