

訪問看護を基盤とした地域共生社会への支援

一般社団法人南区医師会 南区医師会訪問看護ステーション
 管理者 高砂 裕子



要旨

訪問看護制度は、1991年に今後増加する高齢者の在宅ケアを支えるために高齢者を対象に創設された。1994年には、年齢に関係なく在宅ケアすべての方を対象とし、2000年の介護保険の創設とともに、介護保険の対象者も含まれるなど、在宅医療の推進において、地域包括ケアシステムの医療サービスの中核を担う役割を実践している。

訪問看護とは、地域でさまざまな疾患や障がいを持ちながら生活する方への支援を行うことで、対象者は、公的な保険制度を活用する方だけではない。当事業所では、地域の作業所への健康相談事業をはじめとし、居宅介護支援事業、在宅医療連携拠点事業、機能強化型2訪問看護ステーションとしての実践、市立小学校の医療的ケア支援事業、医療的ケア児・者等コーディネーター事業を展開するなど、訪問看護実践から地域全体の共生へと普遍的な形で相談事業に発展し、このような包括的なケアのあり方は、新たな訪問看護の役割モデルになると考えている。

1. 背景と目的

地域で生活を送る方への看護の役割とは？

訪問看護制度は、1991年に今後増加する高齢者の在宅ケアを支えるために高齢者を対象に創設された。1994年には、医療保険の対象である難病や小児をはじめとする障がい者やがんの末期の方など、年齢に関係なく在宅ケア全ての方を対象とする事業所となった。さらに、2000年の介護保険の創設とともに、介護保険の対象者も含まれ、医療制度改革による在宅医療の推進において、地域包括ケアシステムの医療サービスの中核を担う役割を実践している。現在、全国に約1万2000カ所の訪問看護ステーションが存在する。

南区医師会訪問看護ステーション（以後、当ステーション）は、1995年に横浜市南区に区内初めての訪問看護ステーションとして開設された。横浜市南区は、人口約20万人で当時は、高齢化率も横浜市内で最も高い地域であり、開設当初より、行政や医師会、関係機関からご支援をいただき活動している。（図1）

また、利用者は、高齢者の方や難病の方など疾病や障害を持ちながら生活を送る方々であるが、南区は、横浜市内では、商業地域として下町的な地域性を認め、疾病や障害を持ちながら地域で生活を送ることがどんなことか、利用者やその家族から学ばせていただくことがたくさんあった。

訪問看護制度は、高齢者医療保険や医療保険など公的な医療制度に位置づけられている。それ以外のサービスを提供することは、想定していなかった。しかし、訪問看護サービスを提供する中で、ご家族に障がい者の方がおられたり、地域の会合に障がい者の方が参加されていたり、訪問看護の制度上での対象者は、原則通院ができない等の身体状態

にある方であるが、訪問看護サービスが必要な対象者は、地域にもっといのではないかと感じていた。その時に、横浜市社会福祉協議会から地域の作業所への健康相談を行う問い合わせがあった。訪問看護ステーション開設時であり、地域の実態を知りたいという気持ちも強く、作業所への健康相談事業を受託することになった。（表1）

2. 活動内容と成果

看護実践と相談事業の相乗効果が見えてきた！

開設当初から、医療・介護保険制度下で訪問看護を提供するとともに地域の作業所への健康相談を開始した。この健康相談事業は南区で始まり、順次区内や横浜市18区へのサービスへ拡大し、継続している。（表2）

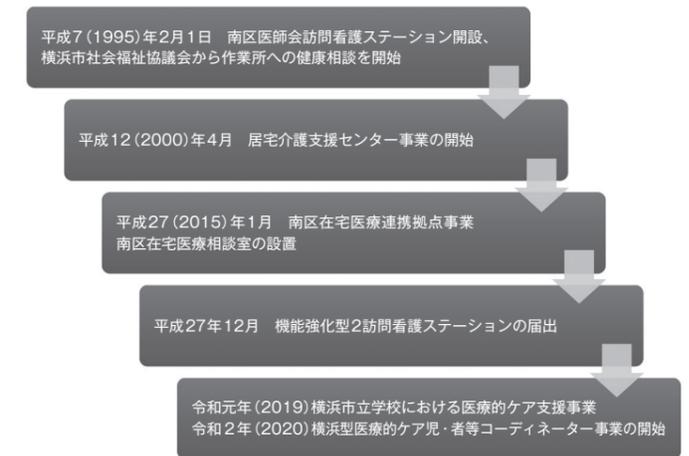
具体的な活動内容は、毎年、横浜市社会福祉協議会（以後、社会福祉協議会）が、作業所へ訪問看護師が行う健康相談事業に参加するか否かの意向を確認する。

その後、希望のあった作業所に健康相談事業を行うための契約を社会福祉協議会と訪問看護ステーションとで交わし、その年の希望のある作業所約5カ所程度に健康相談事業を行う。訪問先の作業所は、毎年同じ作業所を基本としているが、開始時には、年に1回の活動で何ができるか、戸惑いもあった。

作業所では、相談を行う利用者の情報が少なく、まずは、健康診断を年に1回作業所利用者が受けることを勧めた。作業所利用者が、健康診断を受けるようになると、その結果に基づき健康相談を行うようになった。

その結果、生活習慣病などさまざまな疾患がわかり、昼食のお弁当のカロリー計算を行う、お弁当のメニューに関する栄養指導、自宅での食事に関する栄養指導を家族に話す、運動メニューの紹介など、年に1回でも20余年間継続することにより、作業所の利用者や家族が健康に対し興味を持つようになり、安心して地域で生活することが継続できている。昨年度は、新型コロナウイルス感染症の拡大

図1 南区医師会訪問看護ステーションの変遷



があり、健康相談にいつ伺えばよいか迷っていたが、その際に、社会福祉協議会から、施設職員からの新型コロナウイルス感染症に関する不安への相談や新型コロナウイルス感染症の感染対策の学習会への協力の相談があった。初めは、電話相談を想定していたが、感染予防対策を行い、施設職員や利用者、家族を対象とした新型コロナウイルス感染症に対する学習会の開催、数カ所の施設職員を集めた学習会などを実施することができた。しかし、このような医療・介護保険による

表1 訪問看護ステーション（機能強化型2を含む）

事業開始	1995年2月1日
主治医	指示書に基づく
訪問地域	横浜市南区とその周辺の一部の地域
期間	通年24時間対応
担当看護師等	常勤看護師5名、常勤作業療法士2名、非常勤看護師11名、常勤事務職員2名
内容	療養上の世話、診療の補助、リハビリテーション、家族支援 等
機能強化型2 算定要件 (診療報酬)	常勤看護職員数 5人以上、看護職員の割合 6割以上、特掲診療科の施設基準等の別表第七1)に該当する利用者 7人以上/月、①ターミナル件数の合計数前年度 15件以上、②ターミナルケア件数の合計数 前年度 10件以上、かつ、15歳未満の超重症児・準超重症児の利用者数 常時3人以上、③15歳未満の超重症児・準超重症児の利用者数 常時5人以上 ①～③のいずれか

1) 特掲診療科の施設基準等の別表第七に該当する利用者 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症などの神経難病23疾患、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

表2 作業所への健康相談

事業開始	1998年
委託先	横浜市社会福祉協議会
訪問先	作業所 約5箇所への通所者〇名
期間	毎年更新で1年間
担当看護師	常勤看護師、ケアマネジャー兼務
健康相談内容	バイタルサインの測定、健康診断の結果に基づいた相談、ご家族が同席する場合もあり
備考	R2年度は、新型コロナウイルス感染症に対する電話相談、施設での勉強会、数カ所の施設職員との勉強会



施設職員との新型コロナウイルス感染対策の勉強会の様子

訪問看護サービス以外の地域活動が継続できるのは、医療・介護保険による訪問看護サービスの安定的な運営が行われてこそ

活動できる。訪問看護は、開設以来約2000名の方へ訪問看護を届け、一番長い利用期間の利用者は、26年になる。

また、居宅介護支援センターでのケアマネジメントは事業開始後約1000名へ行い、訪問看護とケアマネジメントを一緒に(一体的に)受けたいという利用者や家族からの希望を受け止めている。(表3)

機能強化型訪問看護2の実践では、訪問看護ステーションの大規模化・多機能化が、多様化する利用者への対応のため求められている。しかし、全国的な訪問看護ステーションの従事者の平均人数は、5名程度であり、それぞれのステーションが大規模化・多機能化することは困難であり、訪問看護ステーション同士がネットワークを構築し、地域のニーズに答えることが必要になる。区内15カ所の

表3 居宅介護支援

事業開始	2000年4月
訪問地域	横浜市南区とその周辺地域の一部
指定先	横浜市
対象	要介護者(介護給付)と要支援者(予防給付)
担当ケアマネジャー	常勤看護師2名、常勤作業療法士1名、非常勤看護師1名、非常勤相談員(保健師)1名、非常勤相談員(社会福祉士)1名 常勤換算2名
内容	居宅介護支援(ケアマネジメント)を担当する
特徴	家族内で以前利用があり、他の家族の利用、利用者家族の紹介、訪問看護と居宅介護支援を一緒にお願いしたい

表4 在宅医療連携拠点事業 横浜市南区在宅医療相談室

事業開始	2015年1月
委託元	横浜市医療局 がん・疾病対策課
対象地域	主に南区、18区の区医師会全てに設置
期間	平日の9時~17時
相談員	保健師、看護師、社会福祉士で介護支援専門員資格の有るもの常勤換算2名と常勤事務職員1名
事業内容	多職種連携会議の開催(年2回以上)、事例検討会の開催(年4回以上)、かかりつけ医の在宅医療研修の開催、市民啓発講演会の開催(年1回以上)、市民向け広報の実施
相談者	病院連携室、本人・家族、診療所、ケアマネジャー、地域包括支援センター 等
相談内容	訪問看護の利用、かかりつけ医・訪問診療医の紹介、ケアマネジャーの紹介、関係制度の問い合わせ 等

訪問看護ステーションの連携力を向上し、質の高い、地域住民が望む訪問看護が提供できるよう、毎年区内の訪問看護ステーションが集まり、意見交換やスキルアップ研修を実施している。コロナ禍においては、感染対策を共有することと訪問看護ステーションで新型コロナウイルス感染症が発生した際に、自施設だけで利用者に対する継続的な訪問看護サービスの提供が困難になった際に、区内訪問看護ステーションで連携し、訪問看護サービスを提供することを検討した。(表4)

在宅医療連携拠点事業は、訪問看護で培った在宅医療のネットワークを駆使して相談事業を継続し、年間200件以上の相談実績がある。最も多い相談内容は、医療機関の退院支援担当看護師と地域連携室ケースワーカーから在宅療養への移行支援で、訪問診療医や訪問看護の利用に関する内容である。次に多いのは、在宅療養をなさっている利用者の家族から、訪問診療や往診についての相談と紹介。この相談事業は、当初医療機関や地域包括支援センター、ケアマネジャーなどの専門職を対象としていたが、利用者や家族も対象となり、地域における在宅医療に対するニーズを知る機会になった。(表5)

横浜市立学校への医療的ケア支援事業では、医療的ケア児が、普通校へ通学を希望すると必要な医療的ケアを行うため、家族がお子さんと一緒に付き添って通学することが前提であった。家族にとっては、お子さんが通学することを実現したい一方、他の兄弟・姉妹のお子さんとの時間の確保が困難になったり、従来お子さんのみで通学することを実現したいという希望もあり、開始された事業である。横浜市立小学校の医療的ケア支援事業により2カ所の小学校で自己導尿の支援を毎日行うなど、実績を積み家族と医療的ケア児と一緒に通学するのではなく、一人での通学が可能となった。

横浜型医療的ケア児・者等コーディネーター事業では、医療的ケア児・者の在宅療養

表5 横浜市立学校への医療的ケア支援事業、横浜型医療的ケア児・者等コーディネーター事業

横浜市立学校への医療的ケア支援事業	横浜型医療的ケア児・者等コーディネーター事業
事業開始	2019年4月
委託元	横浜市教育委員会
事業目的	日常的に医療的ケアを必要とする児童生徒が在籍する横浜市立小学校及び義務教育学校に置いて、看護師による医療的ケアを実施することにより、当該児童生徒への配慮及び当該校の支援を行う
対象	医療的ケア：自己導尿、吸引、経管栄養
役割及び業務内容	事前に当該児童が通う学校を訪問し、学校長、医療的ケアをコーディネートする教職員及び当該児童・保護者から、医療的ケアの状況、配慮事項等を確認する

を継続するため、多岐にわたる相談があり、その相談に応えるため関係機関を探し、ネットワークを拡大しながら対応している。相談内容の一つとして、医療的ケア児に関して、共働き世代のご両親が増加しているため、医療的ケア児が通園できる保育園の問い合わせなどが増加し、地域の保育園の情報を関係機関から収集し、通園の可能性のある保育園が見つかるとその保育園に出向きコーディネーターとしてサポートできる医療的ケア児の心身の様子や必要な医療的ケアに関する情報提供を行い、ご両親の療育と就労が継続できる相談を行っている。

日々の訪問看護活動は、地域包括ケアシステムの構築に参画すること、暮らしの場における看護機能の強化を目指し、一人一人の利用者に対しきめ細かい訪問看護を提供することを実践している。その実践が、地域づくりを展開するなど、地域全体の共生へと普遍的な形で相談事業に発展し、ニーズをもつ人々へ不断の支援を継続している。

3. 今後の展望

新たな訪問看護の役割モデル ～包括的なケアの提供～

我が国は、総人口が2010年(平成22年)1億2806万人をピークに減少している。2060年には、8674万人になると予測されている。また、世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみ世帯が増加するなど、今まで経験をしたことがない地域の中で支援を継続している。また、人口や世帯状況などの変化により社会

保障制度全般にわたる構造的な改革が行われている。そして、様々なサービスを利用する方々の価値観も多様化している。制度を活用しその地域の人材を活性化し、その地域の特性に応じた地域包括ケアシステムが創造されている。

この現状で、訪問看護サービスを提供するケア提供者が相談事業を行うことは、地域のニーズを個人からと地域全体から得ることができ、また双方を尊重することにより、利用者の意思決定支援の実践に繋がっていく。利用者の意思決定支援を行う際には、システム間の隙間を埋めるきめ細やかな個別支援が必要である。各々の地域の中でその方らしい生き方の意思決定を支える支援を訪問看護ステーションの看護師が行えることを、このような包括的なケアのあり方は、新たな訪問看護の役割モデルとなり、今後全国に広める必要があると考える。

最後に、訪問看護を基盤とした地域共生社会への支援は、既に様々な形で実践されている可能性もあり、その実態を明らかにするとともに、訪問看護師が、地域包括ケアシステムのメンバーとして、多職種と連携を図りながら、様々な世代の療養者とその家族の、疾病や障がいに関係する実態への取り組みを支え、自らが望む生活を継続できる役割を全うしていきたいと思う。



88歳のお誕生日をみんなでお祝い