

## 特別寄稿

### 在宅看護学分野の動向と今後の展望

#### The trends and prospects for the future of home-care nursing

片倉 直子

Naoko Katakura

神戸看護学会誌1巻1号創刊、おめでとうございます。記念すべき初刊に寄稿することになり、大変光栄に思います。この度、在宅看護学の教員の立場から、その分野の動向と今後の展望を述べさせていただきます。

2012年度に診療および介護報酬同時改定が行われ、地域包括ケアシステムの構築を促進するために、24時間ホームヘルパーや訪問看護の支援を可能にする「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や、2014年度の診療報酬改定で大規模な訪問看護ステーションを評価する「機能強化型訪問看護ステーション」等が創設されました。あちこちで地域包括ケアシステムの話がされ、時代は在宅ケアへ追い風と考え、営利法人の訪問看護ステーション数が増えたのもこのころからです。それまで5000件超で伸び悩んでいた訪問看護ステーションが、2012年4月に6502ヶ所、2013年に7042件、2014年に7473件、2015年に8241件、2016年に9070件と、急激な伸びをみせています。在宅ケア・医療に、わが国は大きく舵取りを始めたこと、2012年頃はのんびり思っていました。

私自身、訪問看護師の経歴の方が病院勤務より長いので、これまで病院の診療報酬に興味を持っていませんでしたが、2014年度の診療報酬改定を見て、初めて、国の強い意志を察することになります。「社会保障制度改革国民会議」で提示された2025年に向けた病床再編の図は、2014年現在の病床編成と比較し、2025年に高度急性期病床の減少を示して

います。ここでトリッキーだと感じたのは、2014年の急性期病床は「看護必要度7対1」と表示されているのに対し、2025年は「高度急性期病床」としか示されていないことでした。ある看護系の商業雑誌で、「これは看護師減らしだ。急性期病棟において在宅復帰を進めながら在院日数を減らすには、さらに手厚い看護が必要なはずなのに、それと逆のことをしているのだから、看護師がますます過重な労働をすることになる。」とありましたが、これに看護の職能団体などが続いていた記憶が私にはありません。また、病院にお勤めの方はよくご存じですが、「重症度・医療・看護必要度」の要件が2014年度から導入され、2016年度にはさらに高度な医療を要する患者が病床に一定程度占めないと、看護必要度7対1の算定ができなくなりました。この患者の重症度等に関する情報は、当該病棟で働く看護師が毎日記録しています。

そして、急性期を含む全種の病院の診療報酬に、「在宅復帰率」が導入されました。つまり、在宅復帰する退院患者が占める割合が、診療報酬に反映されるシステムが導入されたのです。2014年度は「在宅復帰率」は75%でしたが、2016年度は80%に引き上げられました。したがって、看護必要度7対1で働く看護師は、人員の増加も望めないうえに今まで以上に重度の患者にケアを提供し、なおかつ在宅への早期退院を求められており、重度の患者のケアをしていることを証明するために、毎日、その記録をつけていると推測します。ちなみに、診療報酬上

で定めている「在宅復帰」は、自宅に退院の他、亜急性期の患者が療養する「地域包括ケア病棟」「回復期リハビリテーション病棟」、在宅復帰機能を強化した「療養病棟」「介護老人保健施設」「有床診療所」を含んでいます。

病院がこのような状況になっていれば、病状が安定しない患者が、急性期病床から「在宅復帰」をしていることが容易に予測できると思います。そのような患者を引き受ける社会資源の一つである訪問看護ステーションは、当然、医療依存度の高い、重度な利用者（在宅サービスの業界では、利用時に契約をするので、患者ではなく利用者として表します）にケアを提供できなければなりません。短い期間で退院してきますから、「明日、退院前カンファレンスを行います。」と病院から声がかかれば、すぐに対応できる余力が必要です。なぜなら、声がかかった際に訪問看護の予約でいっぱいだったら、病院からの依頼を断らなければならないからです。また、治療の見込みがない利用者は、急性期医療の対象になりませんので、看取りも在宅で行われるようになることが予想されます。先に述べた「機能強化型訪問看護ステーション（機能強化型1・2）」は、こうした期待に応えるべく、2014年度の診療報酬に創設されました。2016年度には、重症心身障害児への訪問看護を評価するために一部改定がなされています。現行の「機能強化型訪問看護ステーション（機能強化型1）」の算定要件の概要は、①常勤看護職員数7人以上、②ターミナルケアまたは重症児の受入れ実績（ターミナルケア件数年間20件以上、またはターミナルケア件数年間15件以上かつ重症児利用4人以上、重症児利用6人以上、のいずれかを満たす）、③高度な医療を要する（末期の悪性腫瘍や神経難病など）利用者数月10人以上、④利用者の病変に24時間対応可能、⑤ケアマネジメントの事業所を同一敷地内に設置、⑥休日、祝日等も含めた計画的訪問看護の実施、⑦地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修実施です。機能強化型2は、これより少ない人数、件数等で算定要因が設定されています。2015年9月時点で、「機能強化型1」を算定している訪問看護ステーションは、全国で131件（約1.66%）、「機能強化型2」は171件（約2.07%）です。兵庫県に「機能強化型1・2」合わせて、17件の機能強化型訪問看護ステーションがあり、全国的には多い地域です。しかし、病床編成の勢いから

考えると、全国的にも兵庫県においても、在宅復帰を担うのに十分な件数とは思えません。2016年9月現在、24時間ホームヘルパーや訪問看護の支援を可能にする「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を提供できる事業所の件数は、全国で908件（訪問看護ステーション全体の約10.01%）、兵庫県33件、神戸市11件です。2015年の訪問看護ステーション件数は兵庫県が465件、神戸市が141件であることを考えると、これもすべての利用者が得やすいサービスとは言えません。機能強化型訪問看護ステーションは常勤看護師や年間看取り件数の確保の難しさ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は利用者確保の難しさのために、実施できる事業所が増えない現状があります。

今まで以上に短い在院日数で急性期病院から退院する患者を、訪問看護ステーションが十分に対応できなくなると、そのような患者は「地域包括ケア病棟」「回復期リハビリテーション病棟」、在宅復帰機能を強化した「療養病棟」「介護老人保健施設」「有床診療所」等に移行せざるを得なくなります。訪問看護ステーションも、重度な利用者や看取りが増えることで、十分な看護が提供できず、再入院を依頼する状況が増えてくるかもしれません。もう少し意地悪な見方をすると、自宅療養をするために重度な患者へ退院調整や退院指導をすることは大変手がかかることから、急性期病院が患者や家族の意向を尊重する以前に、「地域包括ケア病棟」「回復期リハビリテーション病棟」、在宅復帰機能を強化した「療養病棟」「介護老人保健施設」「有床診療所」等への移行を積極的に勧める可能性もあります。病院も在宅医療を提供する医師も事業所も、この過渡期を何とか凌いで、在宅医療を必要とするすべての人が望む適切な医療を受けられるようにしなければいけません。診療報酬や介護報酬の大胆な改定は、政治の意図する方向への舵取りの一つではありますが、方向が変わることは別のところにしわ寄せが来ることも意味します。良い方向へ舵が取られるのを、今こそ患者・利用者の利のために、踏みとどまる医療専門職の努力が求められているかもしれません。

ところで、医療・介護報酬は、2008年以降、訪問看護を含む在宅医療のプラスの改定率を示してきました。しかし、2015年の介護報酬は、マイナスの改定率になりました。あわせて、2015年に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」

で、2016年度から3年間で社会保障関係費の増加を、高齢者増加分に相当する1兆5000億円程度に抑えることが示されました。1年で5000億円に抑えなければいけません、2017年度予算要求は、すでに6400億円になっています。年度途中で、高額抗がん剤「オプジーボ」の薬価が削減されたことは、記憶に新しいと思います。厚生労働省も必死です。現在、第6次医療計画が進行中ですが、このまま社会保障関係費が増加していけば、2018年度からの第7次医療計画は、医療業界へかなり厳しい状況をもたらされると思います。介護保険事業も同様です。

1990年半ば、ミシガン州立大学に訪問看護事業所等、在宅医療に関する視察研修にいったことがあります。この頃、アメリカは訪問看護が盛んに行われ、我が国の在宅看護学領域も、その活動を参考にしていました。優れたテキストが沢山あり、私も大学院生時代に抄読しました。ホームケアのクリニカル・ナース・スペシャリスト課程もありました。神戸市看護大学大学院に、今年度在宅看護専門看護師課程が新設されたのに伴い、アメリカのテキストを参考にしようと探しましたが、絶版になっていた（しかもその古本がかなりの高値になっていました）、新しいテキストがなかったりで、とても不思議に思っていました。2016年3月に、ワシントン大学看護学部へ、高度実践看護師教育の勉強に行くと、その理由がわかりました。ホームケアのクリニカル・ナース・スペシャリスト課程がなくなっていたのです。ナース・プラクティショナーやクリニカル・ナース・スペシャリストが、患者の家庭を回ることもありません。訪問看護はありましたが、急性期病院を退院後、2回か3回までしか週1回の訪問の保険が通りません。それも家族の介護が確保された上です。家族介護者がいない場合は、保険のきかないヘルパーを頼むか、高齢者介護施設の入所の選択だけです。訪問看護にも、財源の削減が及んでいました。

この状況を知った時、財源確保や節約を考えていかなないと、いつかわが国も訪問看護サービスがなくなってしまうかもしれないと危機感をもちました。そもそも、自宅を訪問してケアを提供することは、時間的にも経済的にも病院や施設に比べて、効率が良くないのです。今は、看護必要度7対1病棟を減らそうと考えていますが、もっと社会保障関係費の

財政が厳しくなってきたら、国は訪問看護や医師の訪問診療サービスに、かなりの制限を設けるかもしれません。地域包括ケアシステムを確立するためには、そのような事態だけは絶対に避けなければなりません。

2015年の神戸市の平均自宅死亡率は17.3%で、全国1位の東京都23区の18.4%について高い割合です。神戸市は在宅医も訪問看護ステーションも件数が多いですし、関東から引っ越してきた私から見ると活発な活動をしていると思います。もとより、病院から円滑に在宅療養に患者が移行できていなければ、活発な活動は成り立ちません。在宅における保健医療福祉の先進と言っても過言ではない神戸にある、神戸看護学会から、効率的な在宅医療システムを発信していけるように、微力ながら私自身も学生教育や研究を通して努力していきたいと考えています。