

訪問系サービス運営の課題

—— 訪問看護と訪問介護の実情から ——

福田 幸夫

1. はじめに

1997（平成9）年12月、介護保険法制定により、わが国の高齢者介護に新しいサービス供給体制がうまれることとなり、2000（平成12）年4月から本格的に施行されているのは周知のとおりである。第1表は、要介護度別認定者数の推移であるが、制度発足14年間で、認定者数は2倍以上に伸びている。

訪問看護と訪問介護は、共に居宅サービスの中の「訪問系サービス」に位置付けられ、多くの介護あるいは日常生活上の支援が必要な高齢者を対象とした、核とも言えるサービスとして受け入れられている。

第1表 介護報酬改定の経緯

	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15（'03）年度改定	自立支援の観点に立った居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立 自立支援を指向する在宅サービスの評価 施設サービスの質の向上と適正化	△2.3% （在宅+0.1%、施設△4.0%）
17（'05）年度改定 （同年10月施行）	食費・居住費の自己負担化に伴う介護報酬の見直し 食費・居住費に関連する運営基準等の見直し	
18（'06）年度改定	中重度者への支援強化 介護予防、リハビリテーションの推進 地域包括ケア、認知症ケアの確立 サービスの質の向上 医療と介護の機能分担・連携の明確化	△0.5%【△2.4%】 （在宅平均△1%（軽度△5%、 中重度+4%、施設平均±0% 【△4.0%】 *【 】内の数値は、平成17 年10月改定分を含む
20（'08）年度改定 （同年5月施行）	療養病床の一層の転換促進を図るため、介護老人保健施設等の基準の見直し	
21（'09）年度改定	介護従事者の人材確保・処遇改善 医療との連携や認知症ケアの充実 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	+3.0% （うち在宅分1.7%、施設分1.3%）
24（'12）年度改定	在宅サービスの充実と施設の重点化 自立支援型サービスの強化と重点化 医療と介護の連携・機能分担 介護人材の確保とサービスの質の向上	+1.2% （うち在宅分1.0%、施設分0.2%）
26（'14）年度改定	消費税8%への引き上げに伴う課税費用に対応	+0.63%
27（'15）年度改定	中重度の要介護者や認知症高齢者への対応のさらなる強化 介護人材確保対策の推進 サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築	△2.27%

出典：国民の福祉と介護の動向2015／2016 P.161

3年ごとの定期的な介護保険制度の見直しにより、この両サービスは、時代のニーズや政治的な影響を受けながらも、介護保険制度における居宅サービスの中核として、必要不可欠な制度となっている。第2表は、近年の介護保険報酬改定の経緯である。政治的意図に影響を受けながら、細かな報酬の改定が行われていることがわかる。

2014（平成26）年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法令の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」により、効率的かつ質の高い医療制度体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法令について、所要の整備等が行われることとなっている。当然のことながら、両サービスとも、この動きに大きな影響を受けることは必至な状況にある。

第2表 要介護度別認定者数の推移

(単位 千人)	各年4月末			
	平成12年('00)	17('05)	22('10)	26('14)
総数	2,182	4,108	4,870	5,859
要支援	291	674	・	・
要支援1	・	・	604	825
要支援2	・	・	654	806
要介護1	551	1,332	852	1,115
要介護2	394	614	854	1,029
要介護3	317	527	713	769
要介護4	339	497	630	711
要介護5	290	465	564	605

資料 厚生労働省「介護保険事業状況報告月報」
出典：国民の福祉と介護の動向2015／2016 P.163

これから、訪問看護と訪問介護のこれまでの運営上の課題を整理するとともに、介護サービス利用者にとってよりよい訪問系サービスのあり方を考察していくこととしたい。

2. 近年の医療・福祉関連法改正と訪問系サービス

(1) 医療介護総合確保推進法に伴う、訪問系サービスの動向

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法令の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」は、わが国の医療及び介護について、その概要として、3つの方向性が示されている。

まず1つめは、新たな基金の創設と医療・介護の連携強化である。これは、「地域介護施設整備促進法」に関連した動きである。具体的には、都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業のために、消費税増税分を活用した新たな基金を都道府県に設置するものである。病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等が影響を受けることとなり、訪問介護サービスへの影響も必至である。また、医療と介護の連携を強化するために、厚生労働大臣が基本的な指針を策定することになっている。

2つめは、医療法に関連した、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保を目指すことである。医療機関が都道府県知事に病床の医療機能等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン～地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定することが求められている。また、地域によって深刻化している医師不足の解消を目指して、医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を、法的に明確化したことも特筆される。

3つめは、介護保険法に関連する地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化である。これにより、まず在宅医療・介護連携の推進等の地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、介護保険の財源で市町村の実情に合わせた多様化したサービス提供を目指すものとされている。また、特別養護老人ホームについては、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化されることとなる。低所得者対策として、低所得者の保険料軽減を拡充させる他、一定以上の所得のある利用者の自己負担を1割から2割へ引き上げるとともに、低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する補足給付の要件に資産等を追加することも行われる。

その他にも、診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設したり、医療事故に係る調査の仕組みを位置付けたりすることが盛り込まれている。

(2) 地域包括ケアシステムと訪問系サービス

地域包括ケアシステムの構築は、今回の介護保険制度改正の大きな目玉であると言われている。中でも、予防給付の見直しにより、介護予防訪問介護と介護予防通所介護が、介護保険本体のサービスから、市町村主体で実施する地域支援事業に移行することが目指されている。これは、2015(平成27)年4月1日から2017(平成29)年3月末までに各市町村で実施するという、移行期間が設けられている。各市町村は、この期間内に地域支援事業に移行することを求められているわけであるが、ちなみに福島県内で、平成27年度から移行しているのは、伊達市のみである。人口規模の多い中核市にしても、人口の少ない郡部の町村にしても、地域支援事業の構築自体がこれからの取り組みと位置付けられており、財政負担も伴うことから、ぎりぎりまで介護保険本体での運用を求めているのも、財源確保に不安のある介護保険制度の保険者である自治体の共通の悩みであるものと思われる。

2015(平成27)年度から開始された、既入所者を除いて特別養護老人ホームの入所要件を厳格化したことも、一般マスコミにも大きく報道された。新規入所者を原則要介護3以上に限定することにより、居宅における日常生活に支障の多い中度・重度の要介護利用者の受け皿を確保する狙いがあるが、一方で従来施設入所が可能であった要介護1及び2の人は、居宅生活が困難な場合、入所期間が限定される介護老人保健施設や医療機関への入院に誘導されるか、もしくは、従来の居宅サービスの一層の利用が促進されるものと思われる。その中でも、訪問介護に関する需要も少なからず生まれてくるであろう。

地域包括支援センターの運営に関連の深い地域ケア会議の設置も、今回法定化されているものの、努力義務規定に留まっており、市町村により対応が分かれるようになったことも事実である。また、2015(平成27)年4月から2018(平成30)年末までに、各市町村で実施が求められて

いるものに、「在宅医療・介護連携の推進」があげられている。これは、市町村における地域支援事業の中で、地域の医師会等が主体となって在宅医療連携拠点機能を設置するというものである。医師会は、訪問看護ステーションを設置・運営していたり、行政と協力して夜間・休日応急診療所等の運営を行っているところも多く、訪問系サービスとしての訪問看護に対する期待も大きくなるものと思われる。

加えて、「認知症施策の推進」として、認知症の専門医による鑑別診断等を基に、観察や評価を行い、認知症高齢者本人や家族に対する支援等の初期の支援を包括的・集中的に実施することにより、自立生活のサポートを行う「認知症サポート初期集中支援チーム」を設置するとされている。ここでも、訪問看護や訪問介護が、認知症高齢者の居宅における日常生活維持に欠かせないサービスのひとつとして、需要が高まるものと予想されている。

(3) 新オレンジプランの策定と訪問系サービス

2013(平成25)年度から2017(平成29)年度までに推進を意図して策定された「認知症施策推進5か年戦略(オレンジプラン)」は、第2次世界大戦後の出生増の第1次ベビーブーム世代(団塊の世代)が75歳以上に達する2025(平成37)年を目途として、新たに2015(平成27)年1月、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて(新オレンジプラン)」を策定した。これは、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すことを基本的な考え方としている。

この新オレンジプランは、以下の7つの柱により構成されている。

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

この中で、①と⑤については、行政が、地域の福祉活動における実績のある社会福祉協議会や、福祉サービス提供を長年行っている社会福祉法人等と積極的な連携・協力関係を築いていることを前提としなければ、事業が円滑に実施できないものと思われる。また、②と③及び⑥は、どちらかと言えば医療主導の領域で、地域の医療関係機関や医学部や看護学部等の専門職養成・研究機関等のイニシアティブが期待される。その反面、実施状況によっては、大きな地域格差が生じることも懸念される。④については、介護家族の身体的・精神的な休養を確保するための支援、いわゆるレスパイト・ケアの充実が求められる。訪問看護や訪問介護といった訪問系サービスの充実も、介護家族のレスパイト・ケアの充実の一助になるものと思われる。いずれにしても、この問題にアセスメントが行き渡ることにより、適切なレスパイト・ケアが実現されれば、高齢者の安定した日常生活の維持につながるであろう。⑦については、本人や家族の権利擁護の視点

から、介護保険法における地域支援事業の実施や、民法上の成年後見制度の積極的な活用も、地域単位で実施していかなければならない。ここでは、権利擁護分野で研修や実績を積み重ねてきた社会福祉士に、もっと活躍の場が与えられるとよいと思われる。

(4) 障害者関連施策の動向

2013(平成25)年に精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律(精神保健福祉法)が改正され、精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定が、厚生労働大臣に義務づけされた。これにより、翌年の2014(平成26)年に、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が告示されている。

この指針では、以下の4つの点を中心として定められている。

- ①精神病床の機能分化に関する事項
- ②精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項
- ③精神障害者に対する医療の提供にあたっての医師、看護師その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項
- ④その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の確保に関する重要事項

この中で、特に②と③の分野について、わが国の精神科病院への入院という長期にわたる施設サービスへの偏重により、精神障害者の地域生活移行や社会復帰への支援、権利擁護面での支援が遅れていたことが、国際的にも批判されてきたことも事実である。

2014(平成26)年5月、2015(平成27)年度から2017(平成29)年度までの第4期障害福祉計画を作成するための基本指針の改正が行われている。障害者福祉計画は、障害者総合支援法に基づき、厚生労働大臣が定める基本指針に則して、都道府県・市町村が3か年の計画を策定することになっている。

基本指針の改正にあたり、PDCAサイクルを計画の作成プロセスに導入し、成果目標に関して、福祉施設から地域生活への移行促進、精神科病院から地域生活への移行促進が規定されており、現状では非常に限られた分野の実践しかない訪問看護や訪問介護の充実に期待が寄せられている。

3. 2015(平成27)年介護報酬改定の動き

介護保険法に規定された、3年毎の制度改正の動きの中から、訪問系サービスに関連したものを述べる。

今回の改正は、前回の改正の趣旨を踏まえて、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化、介護人材確保対策の推進、サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築が、基本となる考え方となっている。介護報酬の改定率については、全体で2.27%のマイナスとなっている。

この中で、前述の地域包括ケアシステムの構築に向けた対応として、医療ニーズを持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への居宅生活を支援するためのサービスの充実に重点が置かれている。

る。特に、24時間365日対応の居宅生活のための定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の包括報酬サービスの機能強化を促進する。具体的には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスに共通するものとして、利用者が在宅での生活を無理なく継続できるように積極的な連携体制整備に係る評価を新たな加算として創設している。

また、定期巡回・随時対応型訪問看護介護について、通所介護等の利用日における定期巡回・随時対応型訪問看護介護の減産率を緩和している。小規模多機能型居宅介護についても、訪問を担当する従業者を一定程度配置して、ひと月当たりの延べ訪問回数が一定以上の事業所について、訪問体制強化加算が創設されている。ちなみに、従来の複合型サービスは、「看護小規模多機能型居宅介護」に改称され、中重度の要介護者等の医療ニーズに重点的な対応をしている事業所に対する訪問看護体制強化加算が新たな加算として設けられている。

従来の訪問看護は、在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化することをめざし、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算等の実績により、看護体制強化加算が新設された。また、訪問介護でも、中重度の要介護者を重点的に受け入れ、人員基準を上回る常勤のサービス提供責任者を配置する事業所について、特定事業所加算を新設している。

また、訪問系サービス(訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護)については、集合住宅に居住する利用者へのサービス提供に係る評価が見直され、報酬が10%減算されている。

4. 訪問系サービス運営の課題

(1) 訪問介護

訪問介護は、介護保険法第8条第2項において、訪問介護員(ホームヘルパー等)が居宅において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話をを行うサービスとして位置付けられている、もっともポピュラーな高齢者向けの居宅サービスであるといえる。

特定施設の居室も居宅に含まれることから、従来の居宅や集合住宅以外にもサービス提供の範囲は拡大している。これまでの介護保険法の法改正の度に、直接本人の援助に該当しない家族の利便に関する行為や家族が行うことが適当であると判断される行為の棲み分けが議論を呼んだ。また、日常生活の援助にふさわしくない行為として、訪問介護員等が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為(庭の草むしりやペットの餌やり等)、日常的に行われる家事の範囲を超える行為(家具の移動、大掃除、植木の剪定、季節に特有な料理の調理等)に関して、保険適用のサービスか否かについても、議論が続いている。

前述のとおり、今後は介護保険制度本体から切り離され、市町村が主体となる地域支援事業に移行することが決まっており、各自治体の対応が待たれている。一時期、コムスン事件に代表されるように、事業所による人員配置の虚偽報告や介護報酬の不正請求が問題となったが、自治体の情報提供や経営指導・監督、利潤追求に供しない民間企業従事者の撤退により、サービスの質は、ある程度担保され、安定したサービス提供が行われているとみる向きもある。一時期、たん

の吸引等の医療行為をめぐって、訪問介護員が実施すべきか否かで議論になったが、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できるようになり、2010（平成24）年度から施行されている。

（2）訪問入浴介護

訪問入浴介護は、介護保険法第8条第3項に規定された、居宅を訪問して、浴槽を提供して行われる入浴の介護を行うサービスである。

介護保険制度開始以前は、自治体の委託を受けた民間業者や社会福祉協議会がサービスを提供していた。原則は、看護師資格者1名を含む3名が移動入浴車に浴槽を持ち込んで利用者の居宅に向かうのだが、他の居宅サービスと異なる利用料（介護報酬）の割高感や、自宅での入浴にこだわらなければ、通所介護（デイサービス）での入浴等も選択できること、また、利用者の多い都市部ならまだしも、移動時間のかかる地方では、採算が取れないとして、一定のニーズがあるのにも関わらず、サービス提供から撤退してしまい、実質利用できない地域も存在するのが実情である。また、これも利用者の病状への配慮から、医師の了解がなければ原則利用することができないという点でも、気軽に利用出来るサービスではないというイメージが定着してしまっているものと思われる。

（3）訪問看護

訪問看護は、介護保険法第8条第4項において、看護師等が居宅において（主治の医師がその治療の必要につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービスとして位置付けられている。

次の訪問リハビリと同様、原則医師が必要性を認めて、訪問看護ステーション等に指示を出さなければ利用できないサービスである。医学的対応が求められる居宅の利用者は今後も増加すると見込まれており、前述の「新オレンジプラン」の具体化等認知症高齢者ケアの充実の方向性とも相まって、今後も拡充が見込まれるサービスであるとともに、訪問診療の実施とも併せて、地域社会で日常生活を維持する高齢者にとって、有用なサービスであることに間違いはない。

（4）訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションは、介護保険法第8条第5項に規定され、理学療法士（PT）や作業療法士（OT）が居宅において（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行う理学療法、作業療法、その他必要なりハビリテーションを行うサービスである。

地域によっても取り組みに差があることもあるが、都市部では、整形外科の開業医が、この事業を実施するところが少なくない。運動機能の維持は、高齢者の日常生活上の自立を左右する重要な側面であるために、医学的リハビリテーション以外の分野も含めた上で、高齢者のニーズに相応したサービスの提供体制の確立が求められる。

(5) 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導は、介護保険法第8条第6項に規定された、病院、診療所または薬局の医師、歯科医師、薬剤師等が居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行うサービスである。

上述の医療分野の専門職が利用者の居宅を訪問するサービスであるが、介護保険発足時と比較して、医療法上の往診(訪問診療)の診療報酬が徐々に引き上げられてきたせい、定期的なかかりつけ医師の往診や、関連他職種のネットワークが有機的に作用している地域では、サービスの利用そのものの存在意義が問われることもある。サービスの供給が、利用者のニーズから出発するのではなく、サービス提供者側の事情によりサービスを提供しているという現実も、少なからず存在しているのかもしれない。

(6) 定期巡回・随時対応型訪問看護介護

定期巡回・随時対応型訪問看護介護は、地域密着型サービスに位置付けられており、介護保険法第8条第15項に、①、②のいずれかに該当するものとされている。

- ① 定期的な巡回訪問により、または随時通報を受け、居宅において訪問介護員等により行われる入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話を行うとともに、看護師等により行われる療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービス
- ② 定期的な巡回訪問により、または随時通報を受け、居宅において訪問介護員等により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話を行うサービス

地域密着型のサービスは、市町村の介護保険制度の実施に関する方向性の差異により、地域での取り組みに大きな差があるものと思われる。

(7) 夜間対応型訪問介護

夜間対応型訪問看護介護は、地域密着型サービスに位置付けられており、介護保険法第8条第16項に規定されている。これは、夜間において、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、居宅において、訪問介護員等により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話を行うサービスである。

かつて介護保険制度が開始される以前、コムスンが有限会社として、北九州市の地域の要介護高齢者の居宅を巡回したことが、このサービスのルーツとされる。また、東京都足立区千住地区の地域医療に豊富な実績と経験をもつ柳原病院のスタッフが、夜間に地域の要介護高齢者宅を巡回していたことも知られている。

夜間の巡回利用というサービス形態は、今後とも一定の需要があり、医療との連携や他の地域密着型サービスとの併用によって力を発揮するサービスである。

(8) 看護小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護は、地域密着型サービスに位置付けられており、介護保険法第8条第22項に規定されている。前述のとおり、複合型サービスを改称したものである。訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビ

リテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護または小規模多機能型居宅介護を2種類以上組み合わせることにより提供されるサービスのうち、訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組み合わせにより提供される看護小規模多機能型居宅介護をいう。

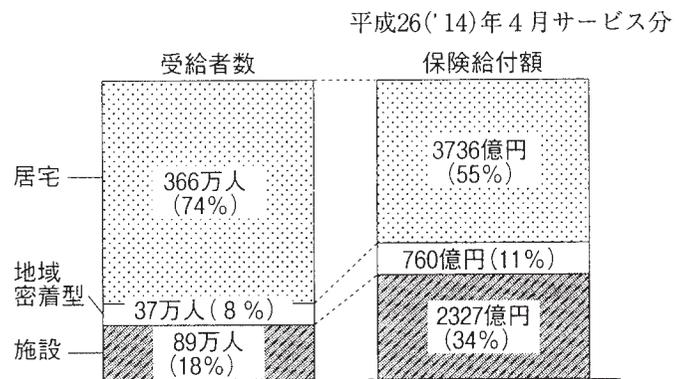
小規模多機能型サービスは、介護用ベッドや入浴設備のある通所介護事業所（デイサービスセンター）等に夜間でも職員を配置することにより、夜間の利用に展開を求めたものである。資源の有効活用という点で注目されたものの、予想に反して、事業所の拡大には結びつかなかったようである。介護報酬上また固定した利用者の確保が比較的困難だったことが影響して、経営の安定化が未知数であるというイメージが定着してしまったのであろうか。既存の居宅サービスの隙間を埋める観点からも、もう少し注目に値するサービスであると思われる。

5. 終わりに

「世界のどの国もこれまで経験したことの無い超高齢社会を迎えるにあたり、介護保険制度を持続可能なものとし、高齢者が安心して生活できる社会の構築に取り組んでいく必要がある。同時に、世界に例をみない速度で進行する超高齢社会にどのように対処するのかを示すことが我が国の国際的使命である。」*1)

内閣府が毎年まとめている「高齢社会白書」では、上記のように、介護保険制度を持続可能なものとする事と、それらの対応が、我が国の国際的使命として取り組むことを明言している。

第1図は、介護保険受給者と保健給付の状況である。居宅サービスの受給者数と施設サービス受給者数の割合に対し、それぞれの保険給付額の割合は、まだまだ施設サービスへの給付額に偏っているという見方がある。今後の市町村単位で構築される地域包括ケアシステムの成否は、訪問系サービスの充実の成果にもよるものであると考えられる。今後も、政治的動向も視野に入れつつ、地域の介護サービスの提供状況を考察していきたいと思う。



資料 厚生労働省「介護保険事業状況報告月報」
 出典：国民の福祉と介護の動向2015／2016 P.163

第1図 受給者数と保険給付額の状況

○引用文献

1) 厚生労働省編、平成25年版厚生労働白書、厚生労働省、2013.9、p.322.1.9-11

○参考文献

- ・厚生労働協会編、国民の福祉と介護の動向2015/2016、2015.9
- ・厚生労働省編、平成26年版厚生労働白書、厚生労働省、2014.8
- ・中央法規編、社会保障の手引(平成27年版)、中央法規出版、2015.3
- ・内閣府編、平成26年版高齢社会白書、内閣府、2014.7
- ・東康祐・渡辺道代編、社会福祉士シリーズ13. 高齢者に対する支援と介護保険制度(第3版)、弘文堂、2015.3
- ・山縣文治・柏女霊峰編、社会福祉用語辞典第9版、ミネルヴァ書房、2013.4

(ふくだ さちお/社会福祉学)