

＜特集「病と共に生きる」を支える＞

地域で生活する要介護高齢者と その家族を支える看護職の役割

大橋 純子*, 江本 厚子

京都府立医科大学大学院保健看護学研究科保健看護学専攻
京都府立医科大学医学部看護学科看護学講座

Role of Nurses in Providing Care to the Elderly and Support to Their Families Living in an Area

Junko Oohashi and Atsuko Emoto

*Graduate School of Nursing for Health Care Science,
Kyoto Prefectural University of Medicine
School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine*

抄 録

介護を必要とする高齢者数は、高齢化率の上昇にともない増加している。京都府下では、2025年以降、高齢化率が50%を超える地域もある。介護保険における要介護度は、高齢になるほど介護度が増しており、介護サービスのうち訪問看護を必要とする割合も増加することが予測される。要介護高齢者が、住みなれた地域で、その人らしく療養生活を行うための医療、生活の支援体制の提供のために、地域包括ケアシステムの構築が進められている。

地域包括ケアシステム構築における看護職の役割には、①多職種との連携、②効率的なサービス提供体制の整備、③訪問看護師の質の向上や育成 ④訪問看護ステーションの新設がある。京都府下では南丹、中丹東で訪問看護に従事する看護師が少ない傾向にある。また、京都府全体の訪問看護ステーション数は平成23年から横ばい状態である。そのため今後は、コンサルテーションや高度な医療技術を持つ看護職の育成に加え、訪問看護ステーションの管理・運営のできる看護職の育成が求められている。

キーワード：要介護高齢者、地域包括ケアシステム、訪問看護ステーション、訪問看護。

Abstract

The number of elderly person who requires nursing care is increasing due to the rise in the rate of aging. It is estimated that the rate of aging some areas of Kyoto Prefecture will exceed 50% by 2025. Thus, the number of elderly in need of care will increase, along with the demand in the number of the home-visitor nurses.

Nurses have the following roles for building a comprehensive regional care system in an area: (1) cooperation within a multidisciplinary team, (2) development of efficient service provision

平成27年 6月15日受付

*連絡先 大橋純子 〒602-0857 京都市上京区清和院口寺町東入の中御霊町410
johashi@koto.kpu-m.ac.jp

systems, (3) improvement and development of the quality of care offered by the home-visitor nurse, and (4) establishment of visiting nursing stations. In Kyoto Prefecture, the number of visiting nursing stations has not increased since 2011. There is a need for more home-visitor nurses trained in consultation and advanced medical technologies as well as nurses capable of management and handling operations of visiting nursing stations.

Key Words: Requiring nursing care, Elderly, Comprehensive regional care system, Visiting station, Visiting care.

はじめに

「どこで人生の最期を迎えたいですか」という質問に対して、「できるだけ自宅で過ごして、必要になれば医療機関に入院したい」「がんになったら、最期は緩和ケア病棟に入って死にたい」など、できるだけ長い期間、在宅で療養したいと思う人は6割以上を占める¹⁾。

本当は、家で亡くなりたいが、家族の負担や緊急時の不安を思うと、家で亡くなることは難しいと考えるようである。今後、私達は自分の希望する場所で人生の最後を迎えることができるのでしょうか。特別養護老人ホームの入居待機者は、現在42.1万人存在する。緩和ケア病棟を含んだ医療機関の数を、今後増やしていくことも、財政的に困難だと言われている。また、我が国では終末期の在宅医療を行えるだけの十分な体制が整った地域は少なく、在宅医療で看取りまで実施している医療機関は多くない。さらに団塊の世代が後期高齢者に達する2025年

以降には、「看取り難民」と呼ばれる人達が、47万人人生じると言われている²⁾³⁾。

希望する場所で療養生活を送ることは、現在の我が国では容易ではないことがわかる。しかし、人生のQOLを考えると、住み慣れた地域や我が家で、誇りと尊厳を失わずに、生活の延長線上で最期を迎えることは、大切な条件である。2011年の介護保険法の改正では、「要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域や自宅で生活し続け、人生最後のときまで自分らしく生きたい」と望む人が、医療や介護など必要なサービスを受けながら、在宅で自立した生活が続けられるように、地域ぐるみで支えていく包括的な施策の推進が、国と地方公共団体の努力義務として課せられた⁴⁾。

そこで本稿では、京都府下の要介護高齢者の現状と課題を概説し、在宅療養を支える地域包括ケアシステムにおける、看護職として求められている役割について考えてみたい。

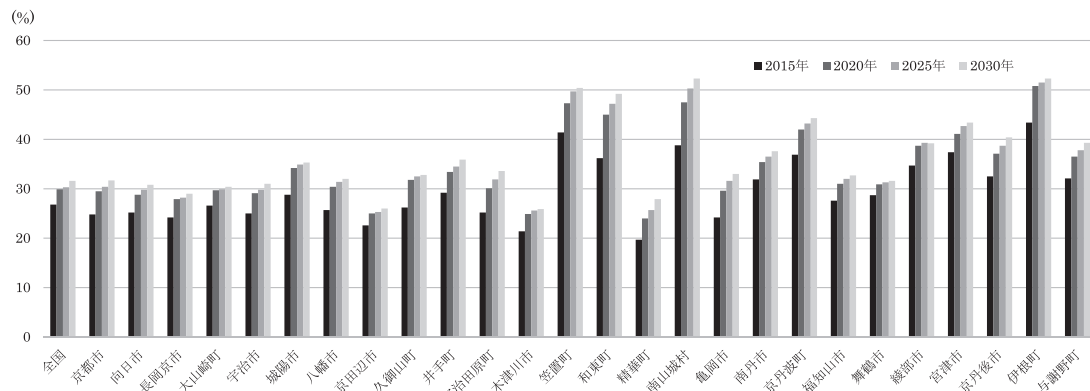


図1 市町村別高齢化率の年次推移 (出典：平成22年国勢調査)

京都府の要介護高齢者の現状と課題

1. 要介護高齢者数の推移

要介護認定率は、70歳代後半で15%、80歳代前半で30%、80歳代後半で50%と年齢が増すほど、要介護認定を受けている人の割合が大きくなっている⁵⁾⁶⁾。このことから、団塊の世代が後期高齢者になる2025年以降には、要介護認定者が莫大な数になることが予測できる。京都府の状況(図1)では、2015年の高齢化率は、京都府全体では25.7%と全国平均(26.8%)と同様に超高齢社会を迎えている。圏域別では、山城南、南丹、中丹、丹後の高齢化率が高く伊根町の43.4%、笠置町の41.4%、南山城村、宮津市、京丹波町、和東町で35%以上と高い状況である。また、2030年までの高齢化率の年次予測では、南山城村、伊根町、笠置町で高齢化率50%以上と急速な高齢化が進むことが予測される。

2. 要介護認定者の割合と在宅療養での課題

京都府の圏域別要介護認定状況を図2に示す。どの地域も介護認定者のうち約60%は、立ち上がりや歩行、排泄、食事、入浴などの日常生活動作(ADL: activities of daily living)および薬の服用、買い物、金銭管理、公共交通機関の利用などの手段的日常生活(IADL: instrumental activity of daily living)の両方に介助を要する割合が高い、要介護2以上の人で占める。京都府全体では55.3%を占め、全国平均の53.3%と同様の結果となっている。残る4割は、要支援1・2と要介護1の認定者で、IADLに何らかの支援を要する人である。要介護度別の割合で多いのは、要介護2の認定者が最も多く20%を占める。では、実際に介護保険の居宅サービスでどのようなサービスが提供されているか図3に示す。京都府下全体では、通所介護、通所リハビリテーションなどの通所サービスが50%を占める。次いで、IADLに関連する介護ヘルパーによる生活援助(訪問介護)が30%、訪問看護

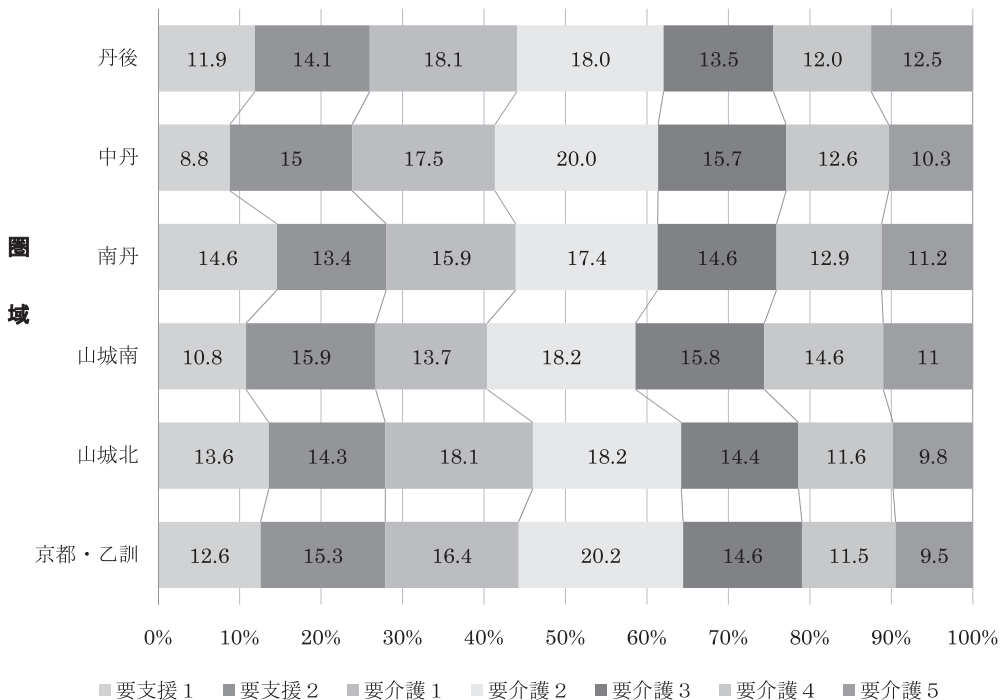


図2 京都府の圏域別要介護認定状況 (出典:平成25年度介護保険制度の実施状況)

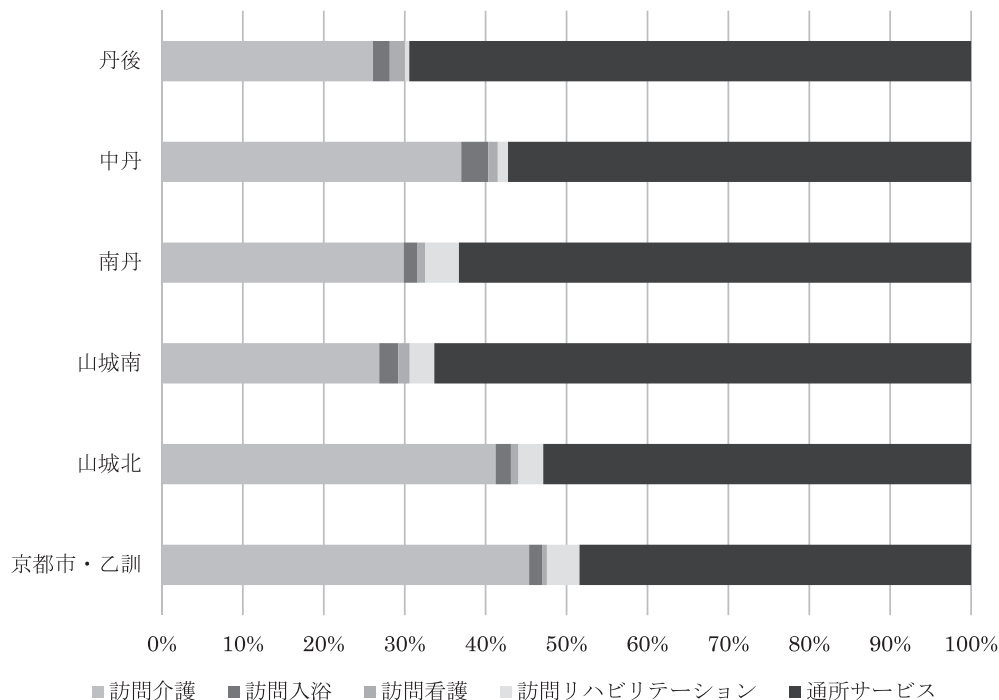


図3 圏域別の介護サービス利用状況 (出典：京都府平成25年度介護保険制度実施状況報告)

師（訪問看護）による在宅酸素や人工肛門，人工膀胱，胃瘻，褥瘡などの身体的管理・処置が10%，次いで，訪問リハビリテーション，訪問入浴となる．訪問介護の具体的内容については，買い物の自立の低下に関連した支援が最も必要となっている．

次にニーズの高いサービスは，清潔の自立の低下に関連した支援である⁷⁾．低下の要因には身体的機能の低下に加え買い物施設がないなどの環境面があると考えられる．在宅での療養環境を考えると病棟での支援と異なり，「社会モデル」の考えを取り入れてアセスメントを行っていく．病棟でのアセスメントに用いる「医療モデル」では，「できない」のは疾病が原因と考えるが，社会モデルでは，「できない」は社会の環境によって作り出されると考える．そのため，看護職は，現在の生活や残存機能に「どのような社会的環境が加わればできるか」に焦点を移し，地域の実情にあった多様なサービスを検討していくことも，地域での在宅療養を支えるために必要となる．

3. 訪問看護ステーションの利用者状況と訪問看護の課題

訪問看護ステーションにおける利用者の要介護度別割合では，要介護度が高い人ほど，訪問看護を利用している(図4)⁸⁾．また，医療の進歩により新しい治療法が生み出され，効果的な治療によって寛解期がもたらされるとともに，医療機器の進歩により在宅で複雑な疾病管理ができるようになった．そのため，高度な医療行為を必要とする在宅療養者も増加している．在宅で行う医療行為では，持続陽圧呼吸療法，酸素療法，導尿，経管栄養療法などがある．在宅医療の高度化にともない，看護職に求められる能力も変化している．療養者のフィジカルアセスメントや高度な医療処置および医療機器のトラブル発生時のアセスメント能力などが求められている．さらに，療養生活において，医療機器の管理の大部分を担っているのは，本人や家族である．そのため看護職は療養者や家族に対して安全管理について指導・説明し，支援体制を検討することが必要となる．

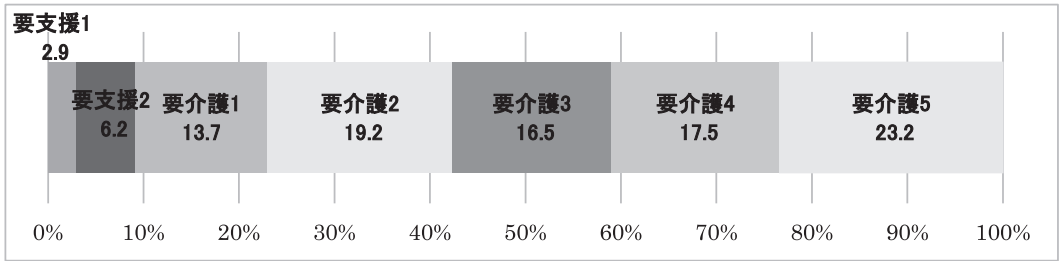


図4 訪問看護ステーションにおける利用者の要介護度別割合（出典：厚生労働省「平成22年介護サービス施設・事業所調査」）

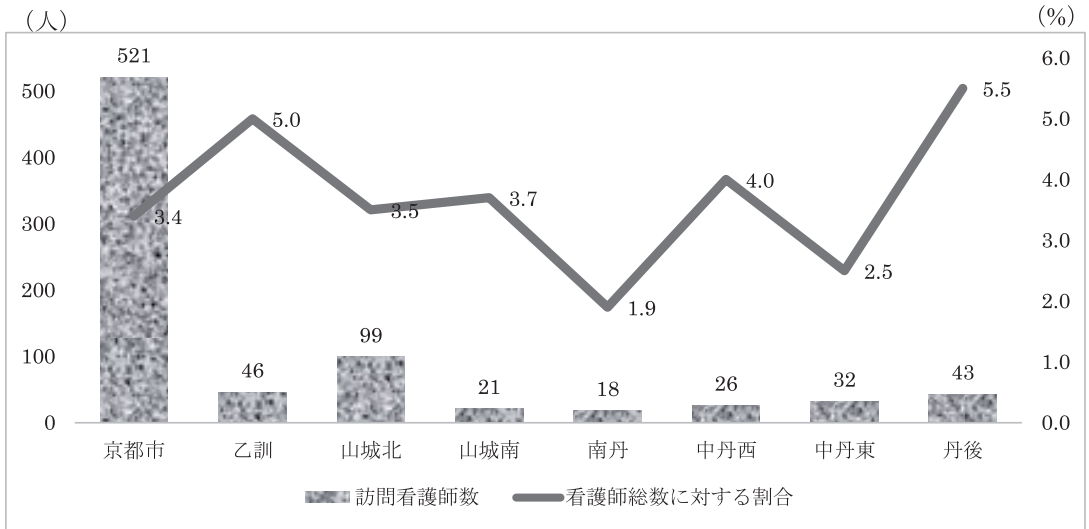


図5 訪問看護ステーションに従事する看護師の状況（出典：京都府医療課「業務従事者届」）

次に現在の訪問看護師数とステーションの数を見てみる。訪問看護ステーションに従事する看護師の割合について京都府下の状況を図5に示した。看護師総数に対する割合では約4%の看護師が訪問看護ステーションに従事しているが、高齢化率や要介護度の高い南丹と中丹東で訪問看護師の従事者数が低い状況になっている。訪問看護ステーションの数は、京都府も全国と同様に横ばい状況である（図6）。訪問看護の利用者数には、都道府県によって格差があり、高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。長野県が最多で、京都府は6番目に利用者数が高い状況⁹⁾からも、訪問看護のニーズの高さがわかる。訪問看護利用者

数と在宅で死亡する者の割合には、高い相関があることが示唆されている⁹⁾。そのため2025年には高齢化率が50%を超える地域もあるため、今後は訪問看護ステーションの増設と訪問看護師の育成、在宅での看取りの機能の強化が、看護職に求められる。

4. 高齢者単独世帯の増加

2025年に向けた高齢者施策を考えるとき、介護力の把握は必要である。2009年には、全国で一人暮らしの高齢者世帯と高齢者夫婦のみの世帯は、全世帯の約20%を占め、2025年には25%に増加する⁹⁾。京都府の状況について、2009年の市町村別の高齢者世帯の割合を図7に示した。京都府では、すでに2009年に、一人暮らし

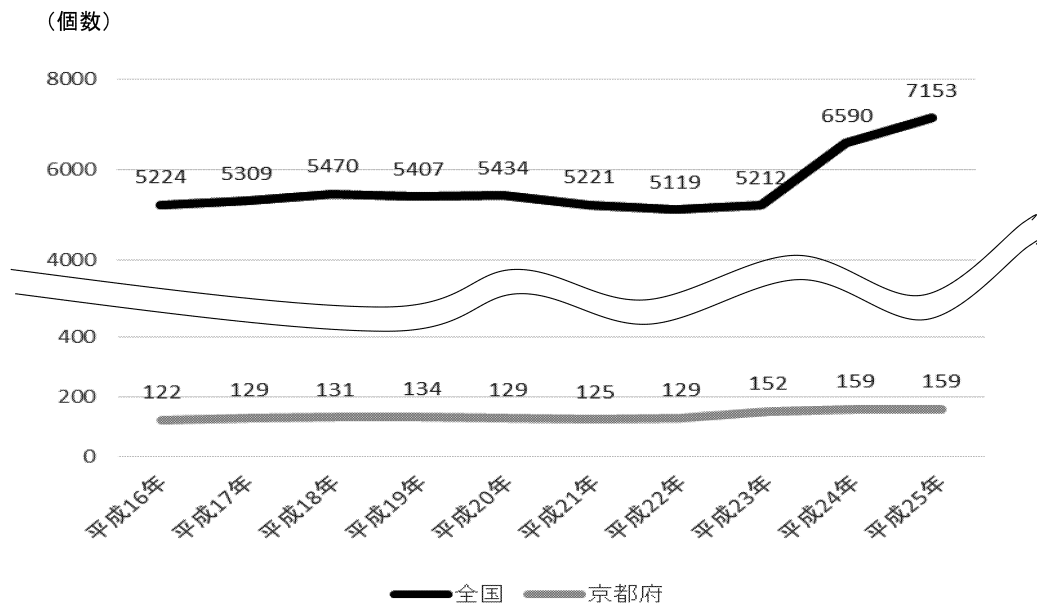


図6 訪問看護ステーション数の推移 (出典：京都府保健統計年鑑)

の高齢者世帯と高齢者夫婦のみの世帯が25%を超えている地域がある。圏域別では山城南、南丹、中丹、丹後で30~35%と高い割合になっている。特にこれらの地域では、地域包括ケアシステムの早急な体制整備の強化が求められる。

5. 認知症高齢者の増加

認知症高齢者の増加が社会的問題となっている。京都府の認知症高齢者で何らかの援助が必要な日常生活自立度Ⅱ以上の人の割合は、全国と同様の傾向を示し65歳以上の約8%を占める。年齢が高くなるほど認知症の発症率も上がり2025年には日常生活自立度Ⅱ以上の認知症の人は、85歳以上の高齢者の4人に一人と推測されている¹⁰。先に示した高齢者単身世帯や高齢者夫婦のみの世帯の増加データと考えあわせると、一人暮らしの認知症高齢者や、本人も家族も認知症である「認認介護」世帯の増加が予測される。さらに、全国調査によると現在、認知症高齢者の50%が在宅で生活を行っており、通所サービスを含めると80%の者が地域で療養生活を送っている¹¹。京都府が平成25年からの5カ年計画で進める「京都府保健医療計画」

の中で、認知症高齢者対策を示す地域で支えるシステムづくりが急がれる。

認知症対策としての地域包括ケアにおける看護職の役割と機能の実際

厚生労働省は2012年に「認知症施策推進5カ年計画(オレンジプラン)」を打ち出し、認知症サポーターの養成など認知症対策のしくみづくりを示すと同時に、人材育成方法や施策の実施・評価などモデル事業による検証が進められている。オレンジプランでは、地域での生活を可能な限り維持できるようにするための初期集中支援の必要性を示している¹²⁾¹³⁾。京都府でも「京都府保健医療計画」の中で、初期集中支援チームの設置による家庭訪問・家庭支援の充実を掲げている。初期とは、原因疾患としての初期ではなく、本人や家族などの「気づきから診断までの時期」のことを言う¹³⁾。認知症の専門医へ受診するまでの期間では、1ヶ月以上6ヶ月未満が20%と最も多い状況であるが、「まだ相談していない」という回答も23%、4人に1人となっている¹⁴⁾。認知症が病気であるという知識は、以前に比べ改善してきているといえる

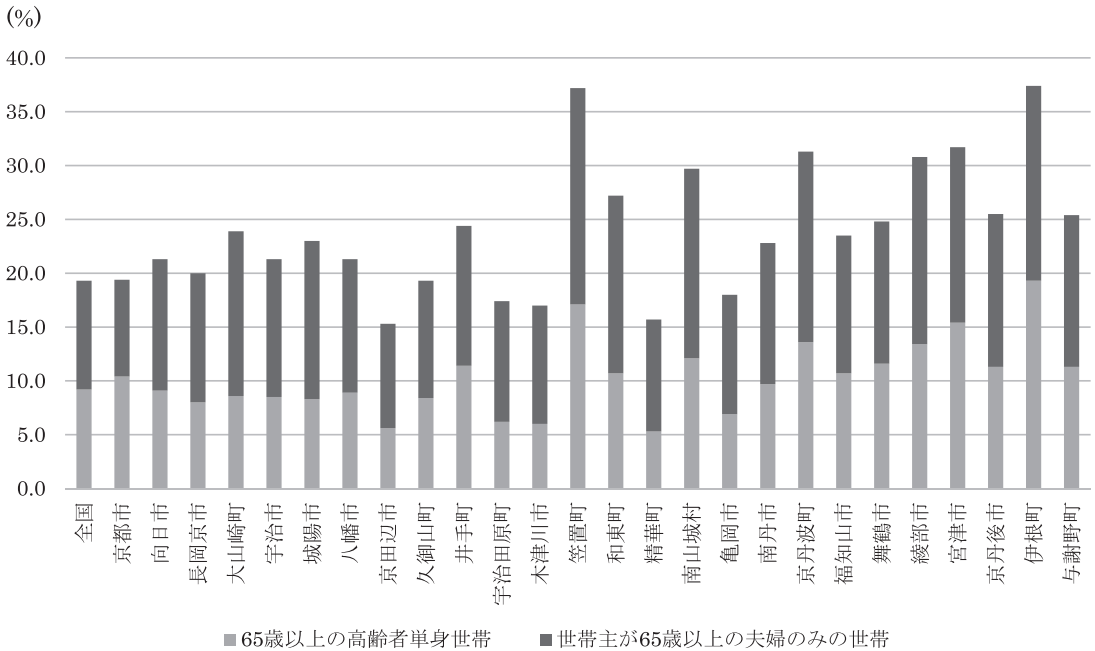


図7 市町村別高齢者世帯の割合 (出典：「平成22年国勢調査」)

が、認知症を疑っても受診行動を起こしていない人もいることが示唆される。

受診行動に繋がらない要因として、3つ考えられている¹⁵⁾。1つめの要因は、認知症を疑っても、家族が診断を受けることを悩み病院への受診ができない場合がある。家族が病気を受け入れるまでの心理段階として、早期は病気を否定したい気持ちが強くある。この時期ほど、医療機関以外の地域の保健師、看護師への相談・助言を受けるなど、受診への決心を後押しする支援が必要だと考える。時には認知症検査などを行い家族に示すことも家族が認知症を受容する手助けとなる。また、相談を受けた地域の保健師や看護師が、医療連携シートを用いて相談内容を家族や本人の同意を得て専門医へ提供している自治体もある。家族が受診目的など伝えられず、効果的な受診ができなかった事象も発生している。高齢者のみの世帯が増加しており、この連携シートを用いることで、受診や入院がスムーズになることが期待されている。2つめの要因は、初回受診を行っても、その後

BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) があり、本人を連れての受診が継続できない場合である。3つめの要因は、「認認介護」などの状態である。認知症の夫婦同士で生活を送っていたり、高齢者夫婦のみの世帯で、子供がその状態を把握しておらず、在宅生活に限界がきている場合がある。さらに、介護保険サービスについての説明が理解できず、サービスを拒否したり、適切に選べない場合もある。このような高齢者夫婦世帯の場合は、民生委員などと協力し定期的な見守り体制を整えたり、看護職が家庭訪問を行い、本人や家の状況を把握し対応方法を具体的にアドバイスしている。また地域包括支援センターや他のサービス機関、子供や親族に同席してもらいケア会議を実施して支援体制の検討を行っている¹⁵⁾。

地域包括支援センターでは、地域の通所施設の職員や看護職と協働し、認知症の者が住みやすい町づくりをめざし活動を行っているところもある。その活動では、認知症の人の地域での買い物行動を容易にするため、スーパーの出入

り口の段差やスロープの状況、店内で手押し車が見えるかを見るため店内の通路の幅の調査を行っている。またスーパーの店員への認知症への理解と対応方法について、例えばレジでの支払いで、病気のため小銭を数えることが困難になっている人など、認知症で発生しやすい症状に対する対応方法の講習会の開催を行い、認知症の人が利用しやすいスーパーのマップづくりに取り組んでいる地域包括支援センターもある。

若年性認知症の増加と家族支援への課題

65歳未満で発症する若年性認知症の増加にともない、介護を担う10歳代、20歳代の若い家族の就学・進学・就職・社会的参加機会が奪われたり、侵害されることが社会問題となってきた¹⁶⁾。高齢者対策と並行して特に家族支援の方法について、医療と福祉が連携しての早急な実態把握と対策が必要と考える。介護と学業、仕事の両立など、年長の介護者に比べ犠牲にしているものが多いことが指摘されている¹⁷⁾。イギリスでは18歳未満の若年介護者をヤングケアラーと位置づけ、1990年代から調査、相談事業や経済的支援、介護をする人たちの生活を専門に支援する施設の設置が進んでいる。特に若年介護者を対象に自己の価値観を見出せるようなストレス改善への取り組みや同時に介護と両立できるよう学業支援や就労支援など、福祉や教育などの専門家が相談に応じるなどが行われている¹⁸⁾。我が国の若年性介護者の全国的な実態調査は、充分なされていない状況である。要介護者を地域で支えていくために、今後の取り組みが必要な課題と考える。

要介護高齢者を支える 地域包括ケアシステム実現に 向けて看護職の役割・機能

日本看護協会が考える地域包括ケアシステムにおける訪問看護の役割は、「住み慣れた地域で在宅療養を最後まで支える」であり、そのための課題として4つ掲げられている¹⁹⁾。①訪問看護・介護領域の看護人材の確保、②訪問看護

事業所の基盤強化、③効率的なサービス提供体制の整備、④看護の質の向上の4つの課題である。

訪問看護サービスは、医療保険と介護保険からのサービスである。介護保険では先のデータで示したとおり、中重度の要介護者、医療ニーズの高い利用者に対応するサービスが求められる。そのため地域包括ケアシステムの根幹をなすサービスと位置づけられており²⁰⁾、介護支援専門員や医師、薬剤師、理学療法士など他職種との連携は欠かせない。連携時の中心的役割を果たすのが、療養者や家族の多くの情報を把握している訪問看護師である。他職種連携では、利用者に対する単独では達成できない共通の目的を達成するため、目標を設定し、目標達成に向け連携を行っていく必要がある。連携を困難にしている理由として、各職種により定義や価値観が異なっていることが指摘されている。そのため、看護職には、問題解決の手法である対象の問題点の明確化や関係機関との問題点の共有、そして測定可能な評価基準の設定などを行う能力が求められる。また、新たな在宅ケアシステムの構築や既存のケアサービスの連携促進を図るために、慢性疾患を管理する幅広い知識や保健・医療・福祉へのコンサルテーションの能力、さらにコーディネーター役割が必要になる。

2025年には、訪問看護師が14万人不足することが推測される²¹⁾。また、先に示した京都府下の訪問看護師数や訪問看護ステーション数が横ばい状態であること、医療ニーズの高い利用者が増加していることなどから示唆されるように、大学教育において、在宅看護の専門的な知識をもつ学生の早急な育成が求められている。在宅看護の現場では、病棟とは異なり、看護師が単独で病状を適切に把握し、アセスメントを行う必要がある。さらに訪問看護ステーションの管理者として、経営・管理・運営の知識も必要となる。そのため、今後は単に訪問看護ステーションに勤務する看護師の人材を確保するという視点ではなく、在宅看護に特化した高度な医療知識を持つ訪問看護の専門教育を受けた

学生を育成していくことが、超高齢社会を迎えている我が国の大学の役割であるとする。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

文 献

- 1) 厚生労働省「終末期医療に関する調査」資料. 2010.
- 2) 厚生労働省「2006年人口動態統計」資料. 2006.
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所「人口問題資料集(2006年度版)からの推計資料. 2006.
- 4) 厚生労働省「平成23年介護保険法改正について」資料. 2011.
- 5) 厚生労働省「介護給付費実態調査報告月報」. 2010.
- 6) 総務省統計局「現在推計人口」2010.
- 7) 認定支援ネットワーク調査結果. 2013.
- 8) 厚生労働省平成24年介護サービス施設・事業所調査. 2013.
- 9) 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室資料. 2011.
- 10) 朝田 隆. 厚生労働省科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業). 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」. 2013.
- 11) 厚生労働省老健局高齢者支援課「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の高齢者数について. 2012; 8月公表資料.
- 12) 厚生労働省. 認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」. 2012.
- 13) 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室「認知症施策推進5カ年計画(オレンジプラン)」. 2012.
- 14) エーザイ株式会社「47都道府県認知症に関する意識・実態調査方報告」エーザイ. 東京, 2012.
- 15) 日本看護協会出版: 理論と実践をつなぐ家族看護21. 「認知症の人々と家族へのケア」. 2013; 11: 1.
- 16) 朝田 隆. 厚生労働省科学研究費助成金(長寿科学総合研究事業)総合研究報告「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」. 2009.
- 17) 日本ケアラー連盟. 多様な介護者を地域で支援するツールの検証および人材養成プログラムの開発等モデル実践に関する調査研究事業報告. 2014.
- 18) 日本ケアラー連盟研修会資料. ヤングケアラーの存在, 見えてくる課題. 2014.
- 19) 日本看護協会医療政策在宅看護課資料. 2014.
- 20) 厚生労働省. 社会保障審議会介護保険部会「介護保険法改正に関する意見のとりまとめ資料」2013.
- 21) 伊藤雅治監修. 訪問看護師需給シミュレーション結果. グローバルヘルスコンサルティングジャパン. 2014.

— 著者プロフィール —

大橋 純子 Junko Oohashi

所属・職：京都府立医科大学医学部看護学科健康増進看護学部門・講師

略 歴：京都大学医療技術短期大学部看護学科卒業

大阪市立厚生女学院保健師課程卒業

京都大学大学院医学研究科修士課程修了

京都大学大学院医学研究科博士後期課程修了

大阪市役所保健師

関西医療大学保健看護学部看護学科講師

専門分野：在宅 予防看護

- 主な業績：1. Junko O, & Toshiki K. Effects of Coaching on Salivary Cortisol Stress Marker in Mothers with Young Children. A Randomized Controlled Trial. JRM 2015; 10(1): 211-216.
2. Junko O, & Toshiki K. Effects of a coaching program for mothers with normal health young children on stress-related outcoms, results from a rondomized controlled trial. Nursing and Allied Health Conference America 2015.
3. Junko O, Toshiki K, Akiko H, & Kanae U. Relationship between emotional intelligence and parenting stress in mothers with normal healthy infants in japan. Nursing and Allied Health Conference America 2015.
4. Junko O, Toshiki K, Akiko H, & Kanae U. An Analytical Model / Emotional Intelligence Quotient and QOL in Mothers with Infants in Japan. JRM 2013; 8(2): 201-211.