

訪問看護の対象の特徴



在宅療養者の特徴

どんな人が対象？

乳幼児から高齢者**すべての人が対象**

- 疾病や障害を持ち、療養しながら
家庭で生活されている方
- 予防的な関わりの必要な方
- 本人だけでなく支えている家族もサポート



対象者の「住まい」とは？

- 自宅だけでなく、グループホームやサービス付き高齢者
向け住宅も居宅に含まれる

在宅看護の対象者

疾病や障害を有す人や生活自立が困難で支援を要する人とその家族である。在宅看護の対象者は、**疾病や障害を持つ本人**だけではなく**その家族**も含まれる。

- ・乳幼児から高齢者までの
全年齢に及ぶ
- ・対象者に関わる全ての障害
や疾患が含まれる



在宅医療が推奨される理由

○国民のニーズの変化

住み慣れた環境でできるだけ長く過ごしたいという思い。

○病床削減の受け皿にしたい

年々増加する**社会保障費**が国の財政を圧迫している。

（国民の暮らしをまもる、医療・年金・福祉・介護などの予算）

2024（令和6）年度国の予算 37兆7,193億円 一般会計の約3分の1

社会保障給付費 137.8兆円

「長期入院にかかる医療費の抑制」「効率的な病床の活用」が可能となる。

2024（令和6）

人口 1億2,380万人

出生 686,173万人

老齡人口の割合 29.3%

合計特殊出生率 1.15

死亡 1,605,378人

死産 15,323人（自然 6,849人 < 人工 8,474人）

婚姻数： 485,092組

婚姻率： 4.0

離婚数： 185,904組

離婚率： 1.55

P208 訪問看護の対象の特徴

利用者の状況	介護保険法	約66万人	(59.7%)
	健康保険法等	約44万人	(39.9%)

利用者総数 1,112,752 人

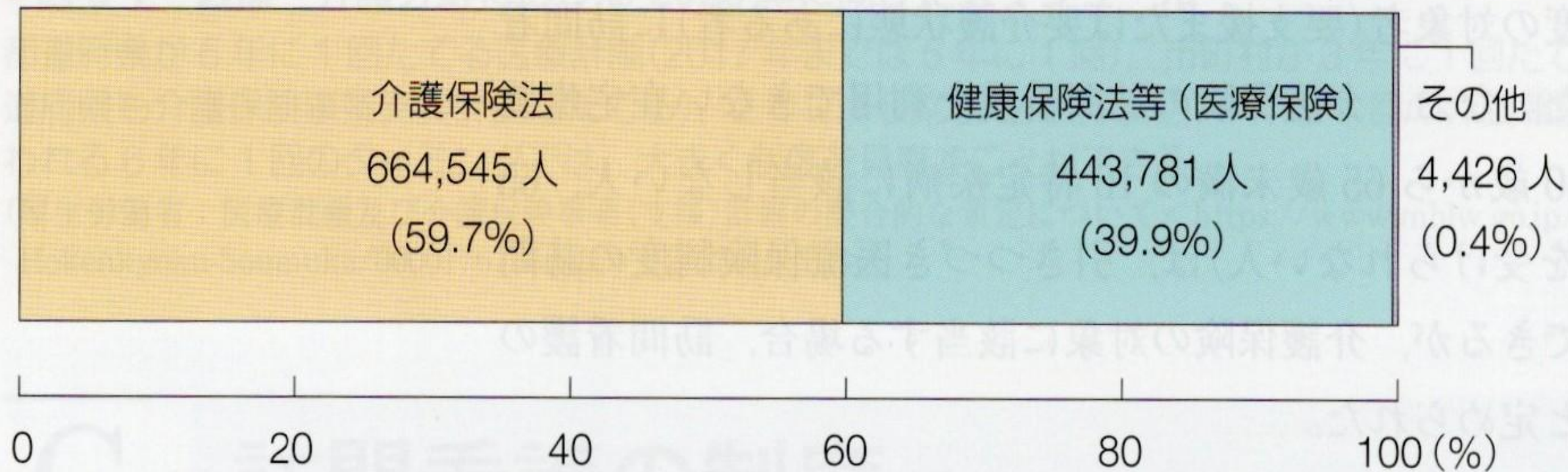
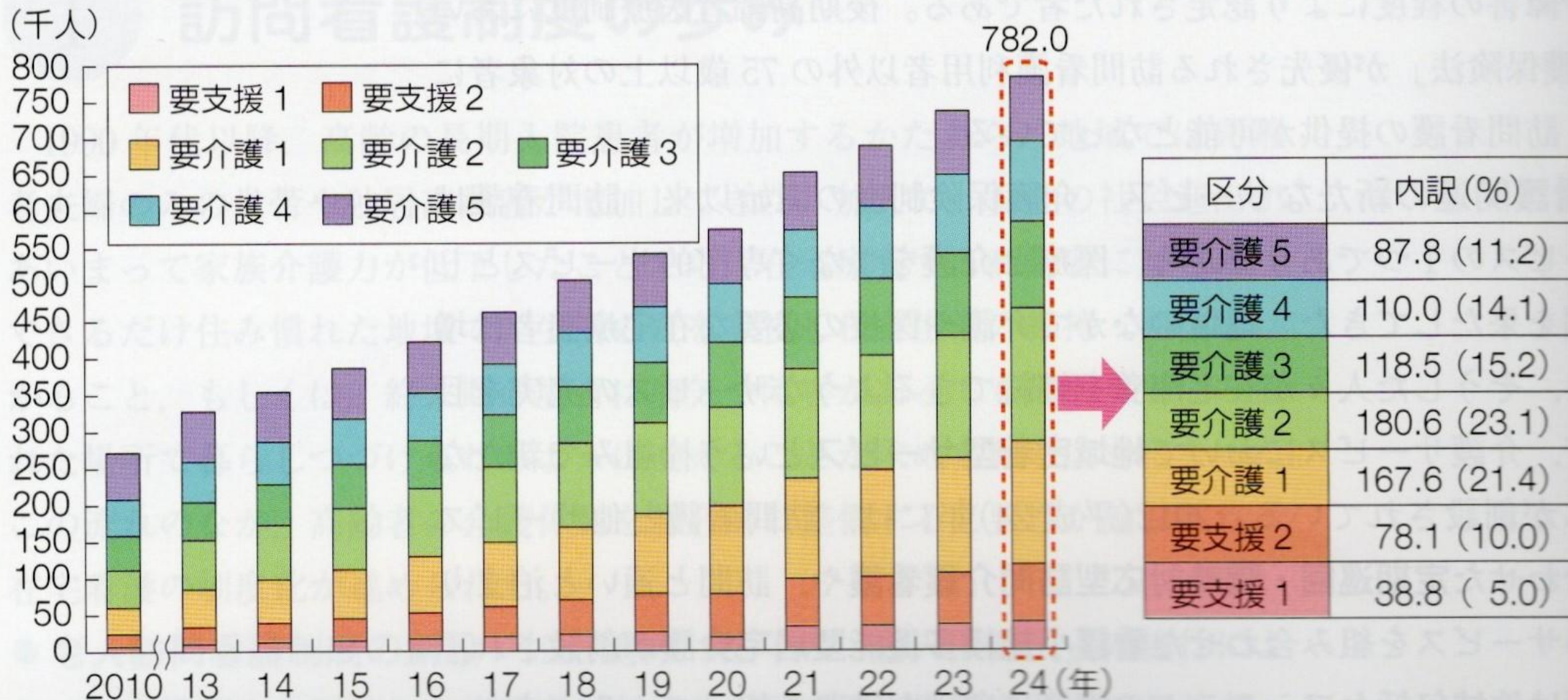


図 6-8 訪問看護ステーションの介護保険・医療保険種別利用者の状況

(厚生労働省「令和5年介護サービス施設・事業所調査」をもとに作成)

P208 介護保険での訪問看護利用者数の推移 利用者は増加傾向 要介護度(～)の者が多い



○ 図 6-9 介護保険での訪問看護利用者数の推移(各年 4 月審査分)

(厚生労働省「介護給付費等実態調査」、「介護給付費等実態統計」をもとに作成)

(1) 疾患からみた対象者の特徴

○訪問看護利用者において、介護保険、医療保険それぞれどのような疾患が多いのか。

総数：

介護保険：

医療保険：

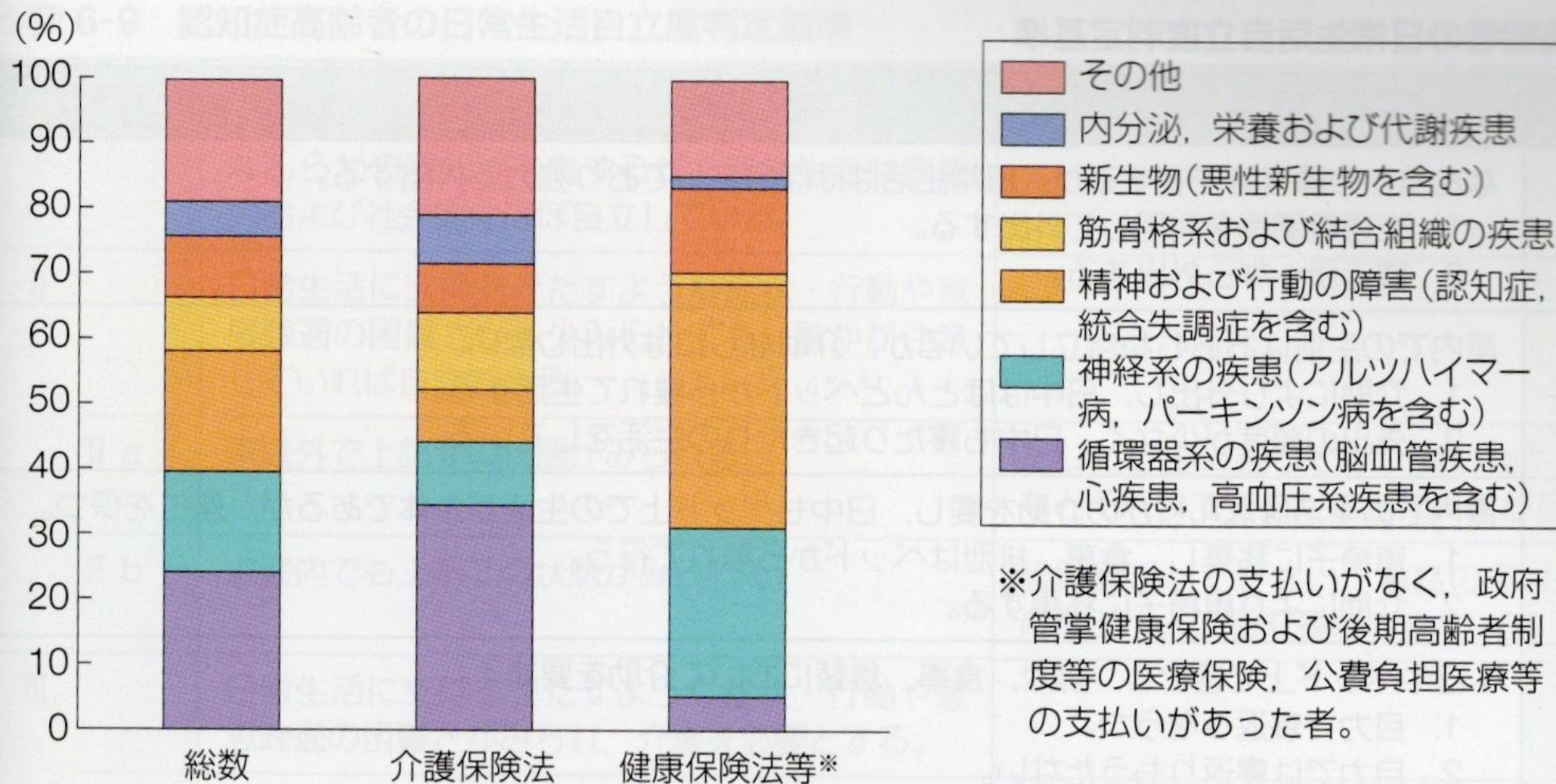


図 6-10 傷病分類別訪問看護ステーション利用者数の割合

(厚生労働省「令和4年介護サービス施設・事業所調査」をもとに作成)

○訪問看護利用者において、介護保険、医療保険それぞれどのような疾患が多いのか。

総数：循環器系疾患（脳血管疾患、心疾患、高血圧系疾患を含む）

精神疾患（認知症、統合失調症を含む）

神経系疾患（アルツハイマー病、パーキンソン病を含む）

介護保険：循環器系疾患

（近年要介護2・1が多くなっている）

医療保険：精神疾患・神経系疾患・悪性新生物

※難病・精神疾患・がんの利用者が多い訪問看護ステーションは医療保険の利用割合が大きくなる。

介護保険

医療保険

P212 表6-10

○65歳以上（第1号被保険者）
要支援、要介護の認定を受けている人

○40～64歳までの医療保険に
加入している人（第2号被保険者）
で「16の特定疾患」に該当し、
要支援、要介護認定を受けた場合

対象

○介護保険の認定を受けていない訪問看護の
対象者（40歳未満の者及び40歳以上の要介護
認定者でない者）

○要介護認定者のうち、末期の悪性腫瘍など
「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当
する場合

○要介護認定者のうち急性増悪などのケース
（特別訪問看護指示書の交付から14日以内）

基本的に1割
※所得により2～3割

負担

0～小学校就学前 2割
※医療費助成のある自治体あり
小学生以上～70歳未満 3割
70～75歳未満 2割 3割（現役並み所得）
75歳～ 1割
2割（一定以上の所得）
3割（現役並み所得）

社会保障制度改革 後期高齢者の窓口負担の割合の見直し **P218**

令和4年9月30日までの
医療費の負担割合

区分	医療費負担割合
現役並み所得者	3割
一般所得者等	1割



令和4年10月1日からの
医療費の負担割合

区分	医療費負担割合
現役並み所得者	3割
一定以上所得がある方	2割
一般所得者等	1割

がん※1	早老症
関節リウマチ	多系統萎縮症
筋萎縮性側索硬化症	慢性閉塞性肺疾患
後縦靱帯骨化症	脳血管疾患
脊柱管狭窄症	閉塞性動脈硬化症
初老期における認知症	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び 糖尿病性網膜症
脊髄小脳変性症	閉塞性動脈硬化症
進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性 症及びパーキンソン病（パーキンソン病 関連疾患）	両側の膝関節又は股関節に著しい変形を 伴う変形性関節症

別表7 医療保険が優先になる19疾病+1の状態

1. 末期の悪性腫瘍	11. プリオン病
2. 多発性硬化症	12. 亜急性硬化性全脳炎
3. 重症筋無力症	13. ライソゾーム病
4. スモン	14. 副腎白質ジストロフィー
5. 筋萎縮性側索硬化症	15. 脊髄性筋萎縮症
6. 脊髄小脳変性症	16. 球脊髄性筋萎縮症
7. ハンチントン病	17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
8. 進行性筋ジストロフィー症	18. 後天性免疫不全症候群
9. パーキンソン病関連疾患（※1）	19. 頸髄損傷
10. 多系統萎縮症（※2）	20. 人工呼吸器を使用している状態 （夜間無呼吸のマスク換気は除く）

原則として医療保険と介護保険は同時に使えない？

- ・医療保険と介護保険には、同種のサービスがたくさんあります。
- ・訪問看護・訪問診療・リハビリなどは、どちらからも提供されているのです。
- ・サービスの目的が同じであるなら、「基本的に**医療保険よりも介護保険を優先する**」というルールがあります。
- ・さまざまな理由から**介護保険の適用外であるときに限って、医療保険サービスを使うことができます。**

要支援・要介護の違い

8段階ごとの認定基準

	受けられるサービス	手続き	段階	状態
軽い			非該当	自立
↓	介護予防サービス 「要介護状態になるのを予防する」 「現状より状態が悪化しないようにする」	地域包括支援センターに行き、介護予防ケアプランを作成	要支援1	基本的にはひとりで生活できる状態だが、部分的な介助が必要
			要支援2	
重い	介護サービス 「日常生活を送るために必要な介護を提供する」	居宅介護支援事業所に行き、ケアプランを作成	要介護1	運動機能の低下だけでなく、思考力や理解力の低下もみられる
			要介護2	
			要介護3	
			要介護4	
			要介護5	

介護が必要になった主な原因

要支援者

①

②

③

要介護者

①

②

③

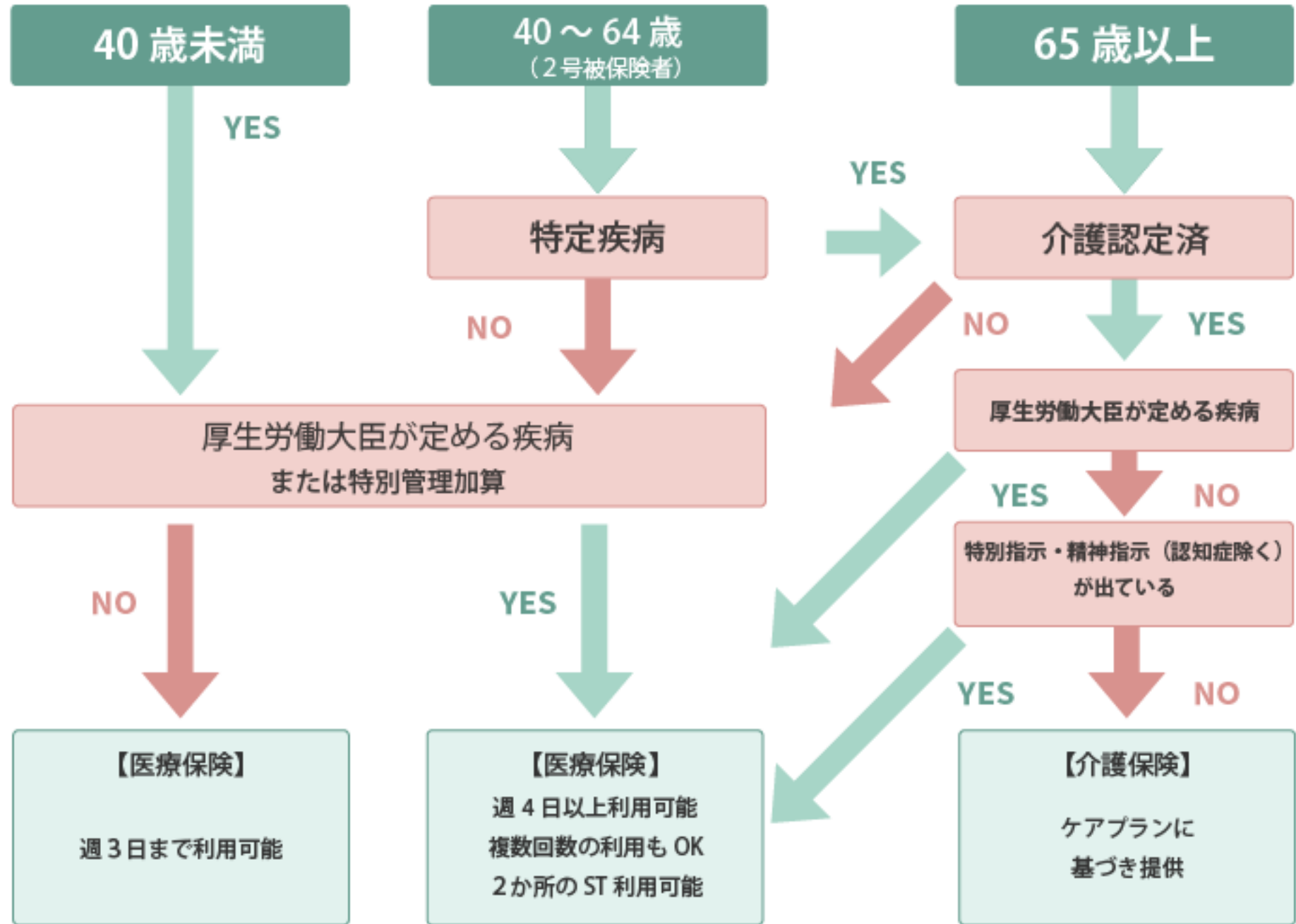


P213

図6-11

利用者の年齢から
みた介護保険と
医療保険の訪問看
護対象者と利用時
間・回数

40歳未満
医療保険
週3回まで



(3) 障害からみた対象者の特徴

障害の程度の指標があると以下のようなものが客観的に判断できる。

○障害の程度

○介助の必要性



○障害の種類にはどのようなものがあるか

障害者の定義：身体障害、知的障害、または精神障害があるため長期にわたり
日常生活、または社会生活に相当な制限を受ける者

「障害者基本法」より

※障害者手帳の取得は任意である

種類	状態	手帳	等級
身体障害	身体機能の一部に不自由があり、日常生活に制約がある状態 (視覚障害、聴覚障害、言語障害、肢体不自由、内部障害の5種類)	身体障害者手帳	1～6級
知的障害	日常生活で読み書きなどを行う際の知的行動に支障がある状態	療育手帳	AまたはB
精神障害	脳及び心の機能や器質の障害によって起きる精神疾患によって日常生活に制約がある状態	精神障害者保健福祉手帳	1～3級

他にも以下のような指標がある

障害高齢者の日常生活自立度

対象者がどれだけ自立した日常生活ができるか

認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者がどれだけ自立した日常生活ができるか

要介護度

介護保険の適応となるための対象者が必要とする介護の度合い

※ これらは訪問看護指示書にも記載されており、状態把握の目安となる

P210 表6-8

障害高齢者の
日常生活自立度
判定基準

利用者
* 介護保険適用
 ランクAが最も多い

* 医療保険適用
介護保険利用者に
比べてランクCの
割合が大きくなって
いる

ランク	判定基準
ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており 独力で外出する。 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、 介助なしには外出しない。 1 日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 日中も寝たり起きたりの生活をしている
ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが 座位を保つ。 1 介助なしで車椅子に移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
ランクC	一日中ベッド上で過ごし、 排泄・食事・着替えにおいて介助を要する。 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

P211 表6-9

認知症高齢者の 日常生活自立度 判定基準

＊ 認知症のある人の
割合は
加齢とともに増加

＊ 80歳以上では
4分の1以上が
ランクⅢ以上の重度

＊ 在宅看護の
8割近くは認知症

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等

(3) 年齢からみた対象者の特徴

○訪問看護を受けている割合が高いのはどのような年齢層か。

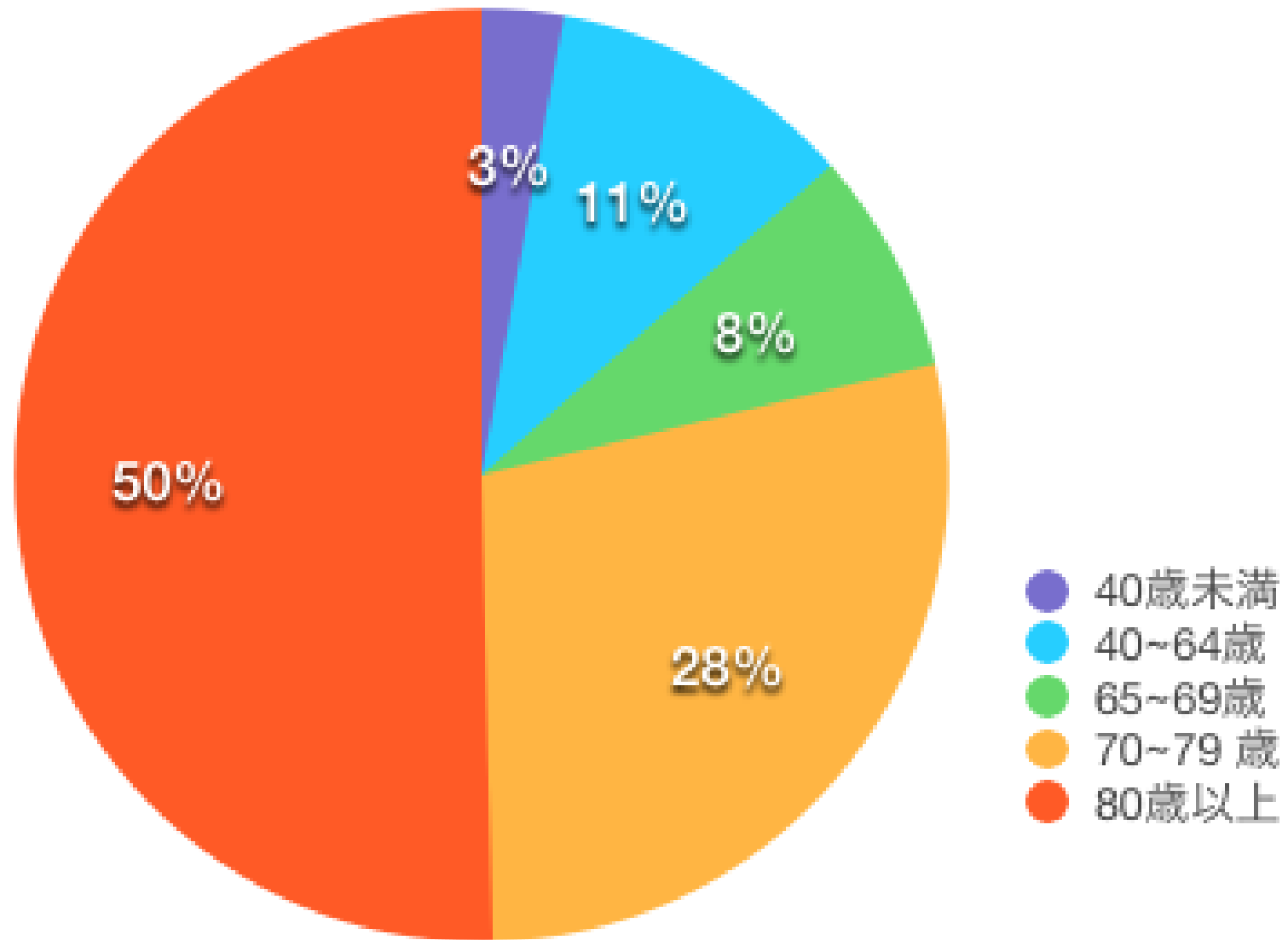
利用者の8割以上は65歳以上の高齢者

2025年問題

○なぜその年齢層が多いのか。

複数の疾患を持っている⇒医療や看護・介護が必要
独居や高齢夫婦世帯の増加による家族介護困難

訪問看護の利用者の年齢



我が国における家族の現状

2024（令和6）国民生活基礎調査

世帯（住居および生計をともにする人の集まり）の状況

世帯総数 5482万5000世帯

単独世帯 （34.6%）

夫婦のみ世帯 （24.7%）

夫婦と未婚の子のみの世帯 （24.1%）

平均世帯人数 2.20人

高齢者世帯 P84~85 図3-22

1720万7000世帯

世帯構造

単独世帯 903万1000世帯
(高齢者世帯の52.5%)

夫婦のみの世帯

749万1000世帯 (同43.6%)

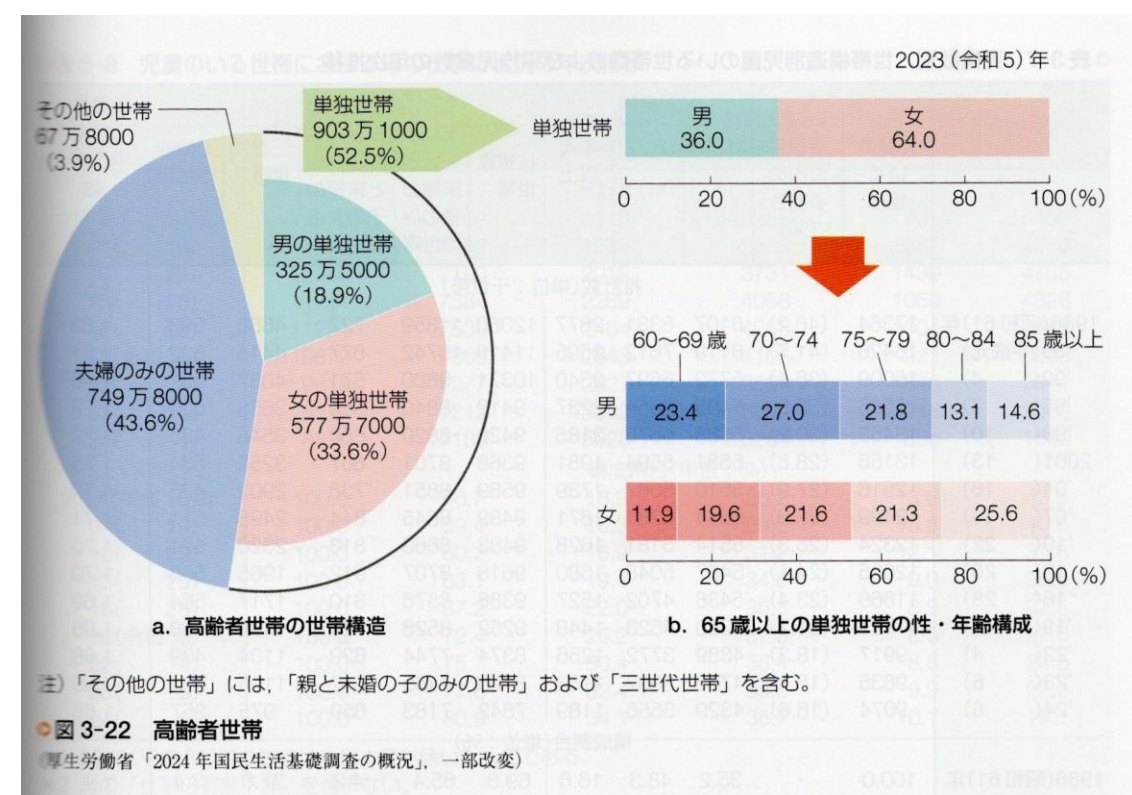
高齢者のみの世帯の増加 全世帯の約3割

高齢者世帯の約半数が単独世帯で暮らしている

児童のいる世帯 907万4000世帯 全世帯の16.6% P84 P86表3-7

核家族 (児童のいる世帯のうち86.4%)

三世代世帯 (同10.7%) 母の仕事ありの割合 80.9%



おもな介護者について

P89

老老介護

認認介護

国民生活基礎調査 令和4年 図3-27

同居（ ）% 配偶者（ ）% 子（ ）% 子の配偶者（ ）%

おもな介護者は（ ）性 男性（ ）% 女性（ ）%

主介護者の（ ）割は（ ）歳以上 男性 75% 女性 76.5%

介護時間 要介護度が増えるほど、介護時間も増える

「必要な時に手を貸す程度」 45.0%

「ほとんど終日」 19.0% 要介護5 63.1%

「半日程度」 11.1%

「2～3時間程度」 10.9%

介護・看護離職 10万6,000人/1年 約75%が（ ）性



超高齢社会の進展と地域包括ケア

地域包括ケアシステムとは...

「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、
住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」

- ・**団塊の世代が75歳以上となる2025年**までに
各地域で構築されることを目指している
- ・**中学校区を単位**（概ね30分以内にサービス提供）
- ・**地域の特性（自主性等）に応じてシステムを**
作り上げていくことが必要とされる

地域包括ケアシステムのイメージ



見守り・配食
買い物など
介護予防事業

訪問看護を行うにあたり 必要なもの

訪問看護指示書 主治医が記載する

訪問看護事業者は 療養者と書面による契約を 結ぶ必要がある

(別紙様式16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと
訪問看護指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)
点滴注射指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	(		歳)	
患者住所	電話 () -										
主たる傷病名		(1)	(2)	(3)							
現在の状況(該当項目に○等)	病状・治療状態										
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.									
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M			
	要介護認定の状況	要支援 要介護 (1 2 3 4 5)									
	褥瘡の深さ	NPUAP分類(★) III度 IV度 DESIGN分類(☆) D3 D4 D5									
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (ℓ/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: サイズ、日に1回交換) 8. 留置カテーテル (サイズ、日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定) 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. ドレーン(部位:) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他()										

留意事項及び指示事項
I 療養生活指導上の留意事項

II 1. リハビリテーション
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先
不在時の対応法
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。)

他の訪問看護ステーションへの指示
(無 有:指定訪問看護ステーション名

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住所
電話
(FAX、)
医師氏名 印

指定訪問看護ステーション 殿

★褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージⅢ):全組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。
★褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージⅣ):骨、腱、筋肉の露出を伴う全組織欠損。
☆褥瘡の深さの分類 D3:皮下組織までの損傷 D4:皮下組織を超える損傷 D5:関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合 | | | | |

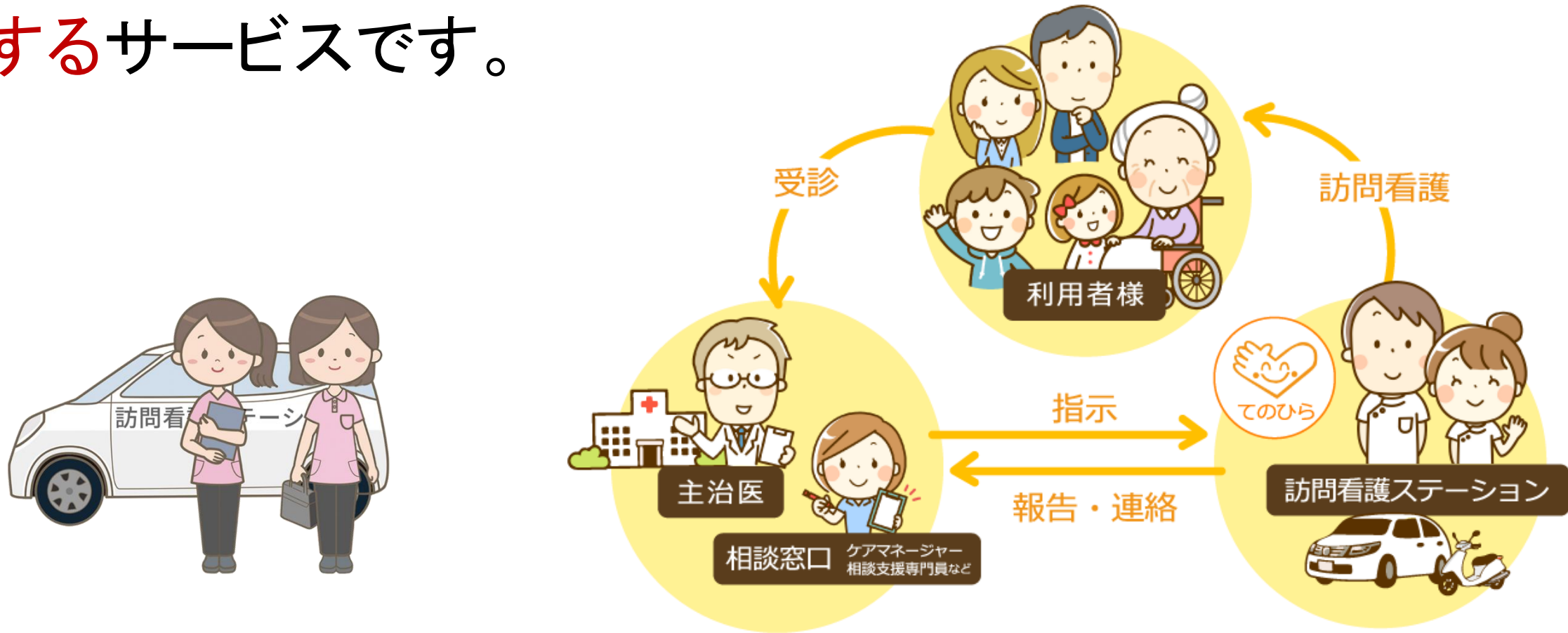
指示書以外からの必要な情報

住まい	自宅かサービス付き高齢者向け住宅等の居宅か
家族構成	独居か家族がいるのか
既往歴	過去になにか病気にかかったことがあるか
内服薬	主治医以外から内服薬を処方されているか
サービス	なにかサービスを利用しているのか
交通手段	急に受診するような場合、どのような形で受診するのか 等々

情報の提供：主治医、家族、ケアマネジャー
病院の地域連携室相談員等

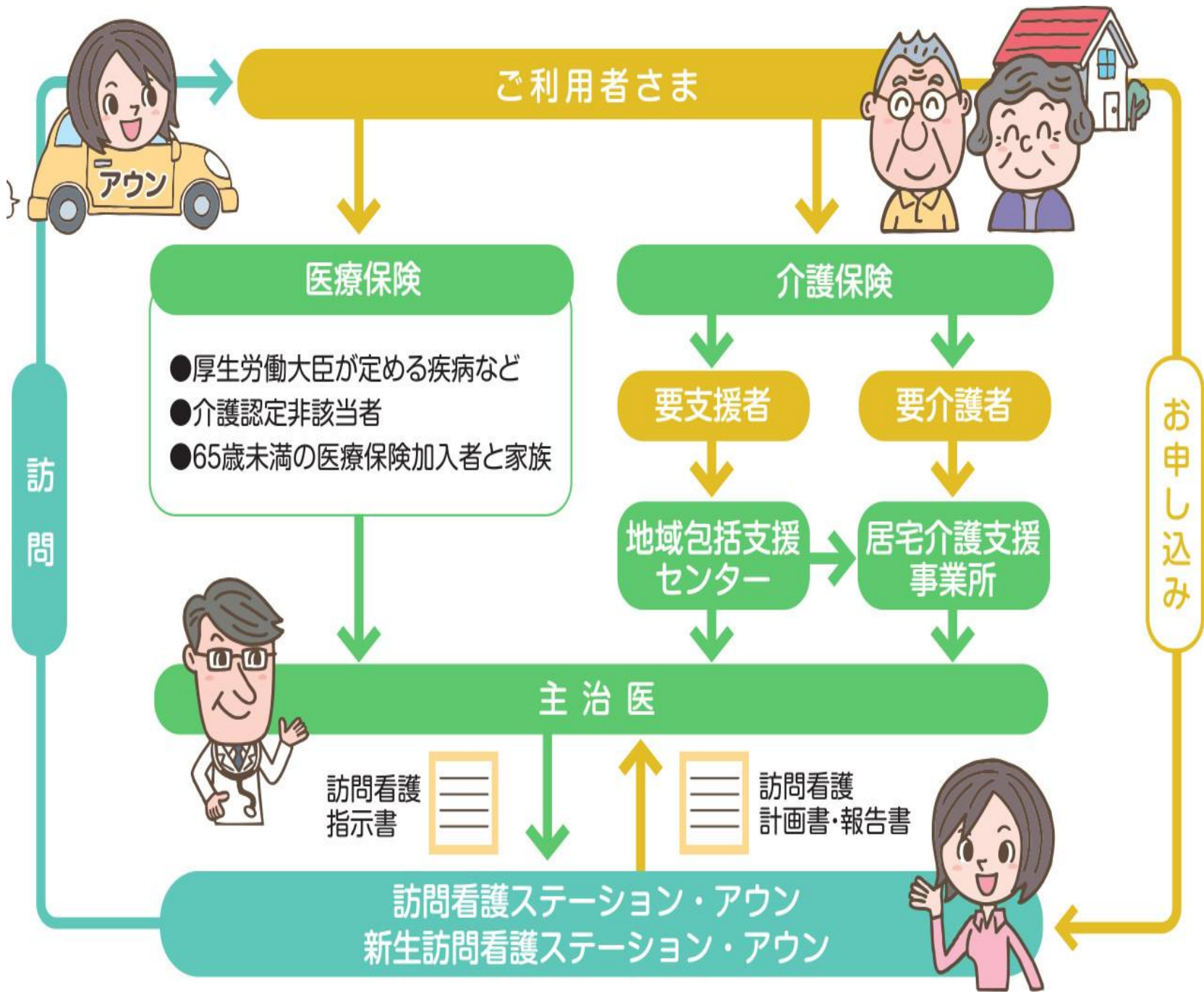


訪問看護：訪問看護ステーションから、病気や障害を持った人が**住み慣れた地域やご家庭で、その人らしく療養生活を送れる**ように、看護師等が生活の場へ訪問し、看護のケアを提供し、**自立への支援を促し、療養生活を支援するサービス**です。



	訪問看護ステーション
管理者	保健師or看護師
看護職員	常勤換算で2.5人以上
保健師 看護師 准看護師	
PT,OT,ST	実情に応じた適当数

・管理者(助産師)
健康保険法の指定訪問看護事業のみを行う場合はなることができる。



健康レベルから見た療養者の特徴

- ①**予防的レベル**: 健康障害が予測され、それを予防する段階
- ②**治療的レベル**: 何らかの疾病がある治療を要するが、入院治療を要さない段階で、病状の悪化を予防し、健康回復を目指す段階
- ③**機能回復と維持のレベル**: すでに何らかの障害を有しており、状態の悪化を予防し、機能回復ないし保持を目指す段階
- ④**終末期レベル**: 安らかな死へ向けての段階

対象者のケアニーズに応じた在宅看護の提供

在宅看護が対象とする患者像

入院期間の短縮化に伴い疾病や障害が治癒、または改善する前に退院をしなければならない現状がある。

- ・医療機関と地域の連携
- ・退院後に生活する場所の確保
- ・多職種介入の効果



急性期治療をする場所と、その後長期にわたる回復や向上へのプログラムを実施する場所は別物である、という考えから「地域医療構想」が作られ『**治す医療**』から『**支える医療**』への医療機能がシフトしていく