

2 訪問看護

北島 峯子, 吉原 律子

(1) 訪問看護とは

一般に訪問看護のねらいは、「患者、高齢者またはその家族に療養の仕方や看護について助言したり、必要に応じて看護を提供しながらそれぞれの家庭での看護力・介護力、さらにその技術を高め、効果的な在宅ケアが継続できるように側面的に援助する」といわれている。その上で現在訪問看護とよばれているものには大きく3つの種類があるといえる。

(表1) (注2)

中でも老人保健法の改正により1992年から実施された高齢者の「在宅支援」を主とする指定老人訪問看護事業と、1994年健康保険法の改正により実施された「対象を拡大した在宅医療の推進」を主とする指定訪問看護事業（以下、指定老人訪問看護事業とあわせて訪問看護ステーション）が制度化され、訪問看護ステーションは、高齢者の看護・介護から、医療依存度の高い在宅療養者、慢性疾患をもつ長期療養者、または在宅療養を希望する人達への看護サービスの提供機関として大きな役割を担う事になった。

(2) 訪問看護ステーションの機能

訪問看護ステーションは、主治医の指示と本人もしくは家族の申し込みにより開始される独自のサービスシステムをもっている。(図1)そして、様々な状態にある利用者に対し、訪問看護専門(注3)の保健婦・看護婦(以下、訪問看護婦)が自宅に出向き看護サービスを実施する。(表2)

その際、訪問看護婦に求められる基本的姿勢として、1) 日常性の継続(なれ親しんだ生活スタイルをなるべく変えない) 2) 自己決定(提供されるケアや生活環境の変化は可能な限り本人が決定する) 3) 能力活用(現在の能力可能性を見出し可能な限り自立できるよう)がある。この視点をもって個々の看護計画を立案し、実施している。

(3) 長崎市における訪問看護ステーションの状況

現在(1997年8月)長崎市における訪問看護ステーションの開設状況は9ヶ所(設置主体:医師会—1, 看護協会—1, 医療法人—4, 社会福祉法人—2, 宗教法人—1)となり、ほぼ市福祉計画の数の設置をみている。

各設置主体により利用者の背景や実施される訪問看護の内容は同一ではなく、それぞれに特殊性を活かしたものであるといえる。

ここでは主に、開所から3年を経過した当ステーションの利用状況から訪問看護ステーションの活動状況について簡単に述べる。

①利用者:老人保健対象者が全体の70%(のべ117名)、30%(のべ49名)が健康保険対象者である。年齢は1歳から101歳までと幅広い。性別では女性60%、男性40%となっている。

②訪問開始の経緯:協会立という立場から、相談・依頼は多岐にわたり実際の指示書の交付は、病院、診療所とほぼ同

表1 訪問看護（訪問指導もふくむ）の種類と内容

実施機関	保健所、保健センター	市町村	老人訪問看護ステーション （指定老人訪問看護事業者）	訪問看護ステーション （指定訪問看護事業者）	病院・診療所（保健医療機関）		
事業名	保健指導	訪問指導	指定老人訪問看護	指定訪問看護	寝たきり老人訪問看護・指導	在宅患者訪問看護・指導	精神科訪問看護・指導
費用	公費	公費	老人訪問看護療養費（公費5分と各種保険者負担5割、基本利用料）	訪問看護療養費（各種保険者負担と医療保険各法の本人負担）	老人診療報酬（各種保険者負担7割、公費3割、一部自己負担）	社会保険診療報酬（各種保険者負担、医療保険各法の本人負担）	
従事者	保健婦等	保健婦、看護婦、PT、OT、歯科衛生士等	保健婦、看護婦、准看護婦、PT、OT	同左	保健婦、看護婦、准看護婦	同左	保健婦、看護婦
利用者	地域住民	40歳以上で寝たきり又は準ずる状態の者、痴呆性老人、健康管理上必要な者	疾病、負傷等により家庭において寝たきり又はこれに準ずる状態にある老人医療受給対象者（主治医が治療の必要の程度につき、基準に適合していると認められた者）	疾病、負傷等により居宅で継続して療養を受ける状態にある者（主治医が治療の必要の程度につき、基準に適合していると認められた者）	主として退院後病状が不安定な在宅寝たきり老人等	居宅において療養を行っている通院困難な者	精神障害の在宅患者、家族
サービス内容	保健指導、療養看護方法に関する指導、家族支援、諸制度の紹介と導入等	療養・看護力法に関する指導、機能訓練、家族支援、諸制度の紹介、痴呆の指導、家屋改造指導（保健指導）	病状観察、清拭、洗髪、褥創の予防・処置、カテーテル等の管理、食事介助・排泄介助、リハビリテーション、ターミナルケア、家族の介護指導、診療の補助、リハビリテーション看護、社会資源の相談、連携（在宅介護の支援）	同左（精神訪問看護の追加） （在宅医療の推進）	病状観察、カテーテル管理等診療の補助的な要素の多いサービス（外来診療の一環として医療中心に実施）		医師の指示による看護・社会復帰の指導
費用負担	なし	なし	●基本利用料（1日につき） 250円 ●その他利用料 営業日・時間外の訪問看護2時間を超える訪問看護訪問にかかる交通費等	●同左 訪問看護療養費総合計の1割～3割 ●その他利用料 同左	外来1月の一部負担：1,020円/月 訪問にかかる交通費	社会保険の自己負担 訪問にかかる交通費	
回数	特に制限なし	年間平均6～12回だが特に制限なし	通常週3日、ただし悪性腫瘍末期や難病等、急性増悪時等はその限りでない	同左	週3日まで、ただし悪性腫瘍末期や難病等、急性増悪時等はこの限りではない		週3日まで
主治医との関係	保健所長、主治医との連携で実施する	主治医との連携・指導のもとに実施する。	主治医の診察に基づき指示書を看護婦等に提示し、訪問看護を実施する。 訪問看護計画書・報告書により連携する。	同左	当該医療機関の看護婦等に指示し、要点を診療録に記録する。 他の医療機関の看護婦等に指示する場合には診療情報を月に1度提供する。 （原則として同じ医療機関に属している医師と看護婦の連携）		
開始	1937年	1983年	1992年（4月）	1993年（10月）	1983年	1988年	1986年

*保健婦・看護婦・准看護婦と明記しているところは、保健士・看護師・准看護師を含む

図1 訪問看護ステーションのシステム

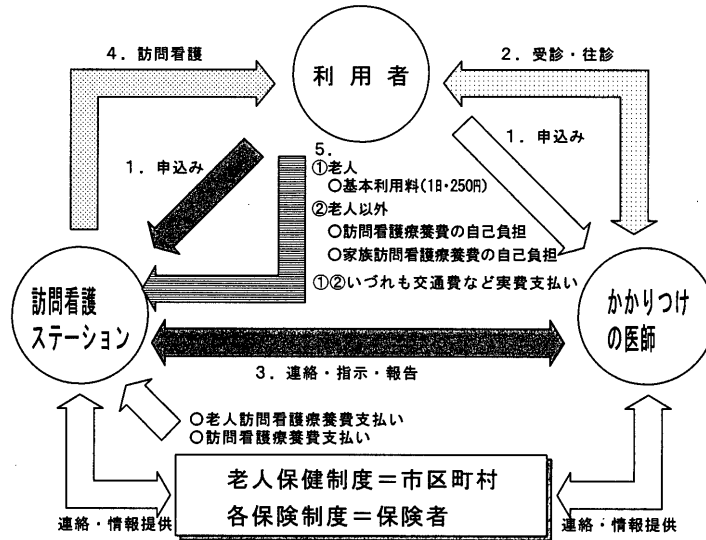


表2 主なサービスの内容

健康相談 ○健康のチェックと助言(血圧・体温・呼吸・脈拍) ○特別な症状の観察と助言 ○心の健康のチェックと助言(趣味・生きがい・隣人とのつながり)	痴呆症の看護 ○痴呆症のケアと相談 ○生活リズムの取り方 ○悪化防止のケア ○事故防止のケア
日常生活の看護 ○清潔のケア ○食生活の援助 ○排泄のケア ○医療環境の整備 ○寝たきり、床ずれ予防のため ○通院、入所、散歩などの付添い ○コミュニケーションの援助 ○終末期の看護	検査・治療促進のための看護 ○慢性疾患(糖尿病・高血圧・肝臓病など)の看護と療養生活の相談 ○床ずれ、その他創部の処置 ○留置カテーテルなどの管理 ○服薬指導・管理 ○その他、かかりつけの医師の指示による処置・検査
在宅リハビリ ○体位交換、関節などの運動 ○日常生活動作の訓練(食事・排泄・移動・入浴・歩行など) ○日常生活用具(ベッド・ホータイトイレ・補聴器・車椅子・食器など)の利用相談	家屋改善のアドバイス ○住宅改造時の相談(居室・廊下・玄関・台所・浴室・洗面所・トイレ・服・玄関・靴など)
精神・心理的な看護 ○不安な精神・心理状態のケア ○生活リズムの取り方 ○社会生活への復帰援助 ○事故防止のケア ○服薬のケア	介護者の相談 ○あらゆる病状、介護、日常生活に関する相談 ○精神的支援 社会資源の使い方相談 ○市区町村の在宅ケア資源 ○近隣の民間企業・社会福祉協議会の資源 ○その他、保健・医療・福祉・看護・介護の資源など

じ数となっている。

③訪問看護の内容：日常生活の援助という一般的看護からリハビリ，痴呆，医療依存度の高い利用者，障害者の生活再建と広範囲，専門的な看護が要求されている。

④訪問看護と連携

- 医師：毎月の報告書，指示書の交付はできるだけ直接会って行っており，これ以外に利用者の状態の変化や，報告の必要性が生じた時は速やかに直接出向くか電話での指示を受けている。
- 保健所，市町村保健婦：利用を開始したらできるだけはやく担当保健婦に連絡をとり，以後各支援サービスのコーディネーター的役割をお願いしている。また毎月の情報提供書では，サービスの必要性に関する情報に加えて，1ヶ月の療養状況を報告している。
- ホームヘルパー，福祉関係職種：利用者の約60%がホームヘルプを受けている現状であり，その際はできるだけ

早い時期にカンファレンスを行い、面識をもつとともに情報の共有と役割の確認を行っている。

- d. 理学・作業療法士：アセスメントならびにリハビリの必要な利用者に対しては行政ならびに医療機関の担当者に依頼、同伴訪問している。
- e. 歯科医師， 歯科衛生士：利用者の口腔内トラブル（えん下障害， 摂食指導をふくむ）については早期に， 訪問看護サマリを提出して訪問診療を依頼し， できる限り同伴し， ケアについては継続， フォローも行ってもらっている。
- f. その他：その他フォーマルな職種として言語療法士， 視能訓練士， インフォーマルには， 地域住民， 民生委員， 友人， ボランティア， 美容師などとも必要に応じて連携している。尚， 連携は， できる限りカンファレンス（現地も含む）や， 面接といった直接会う方法を心がけているが， その他， 文書， 電話， 同行訪問等を定期的あるいは， 必要に応じて実施するなどの体制をとっている。

(4) 訪問看護ステーションの事例紹介

Mさん（85歳， 男性）は肺炎の疑いで入院したが， 本人の強い希望で在宅となった。介護者である妻（82歳）の不安が強く， とりあえず入浴サービスの導入を行ったが， 介護者も高齢なため介護力が期待できないという事で医師より訪問看護の依頼をうけた。初回訪問時のMさんは寝たきりで， バイタル上は安定しているが， すでに褥創が多発しており， 関節拘縮も加わってその痛みから全く動こうとせず， 排泄の交換もままならない状況にあった。

早速， 褥創処置， 排泄管理， 疼痛緩和， 清潔援助の方法を主治医とともに検討し計画立案の上， 週2回の訪問看護と週1回の往診， ならびに緊急時の対応を主治医が行う事で開始となった。当初は痛みやあきらめや， ベッド上で動かされる事からの恐怖から（除々に分っていったのだが……）ケアを強く拒否していたMさんであったが， ケア後の爽快感や褥創の治癒が得られるようになると， 表情にも明らかな変化が見られるようになった。これに伴い妻の不安も少しずつ軽減していった様である。現在， 開始3ヶ月になるが， 時々脱水によると思われる発熱はあるものの水分摂取と点滴補給により大事に至ることなく状態は安定している。

妻の介護負担軽減のため， ホームヘルプの情報提供も行っているが， 妻は「私と一緒に死んでよかとです。」と導入には消極的である。今のところMさんの状態・ADLに大きな改善は期待できず， また妻への介護指導もかえって負担になってはと最小限にとどめ（娘の協力が得られている）できる範囲でと話しており， 現時点では， Mさん夫婦の生活は尊重， 維持されているといえる。

しかし， 妻もふくめ今後の心身の状態の変化， 妻の介護負担については， 予測的にかかわり， 問題点の早期発見， 対応についての細やかな観察とケアが訪問看護婦の役割と考えている。

(5) 訪問看護（ステーション）の課題

訪問看護が制度化され6年が経過したが， 実践の中で， 訪問看護は本来， 看護の重要な要素であることを改めて気づかされている。看護は長い歴史をもつ職業であり， 領域も病院看護から地域看護と広い。いつのまにか病院が看護活動の中心となってはいたが， 時代の流れは， より個に深くかわる訪問看護（広義には地域看護）の必要性が求められていることを， まず看護職全体が理解しなければならない。

幸い， 地域や利用者の中には， 在宅支援サービスの1つとして， 訪問看護の役割が， 徐々に浸透しつつあるが， まだ課題も多い。

第2に連携の問題が云われている。在宅支援の目的は、利用者（及び家族）の生活自立とQOLである。従ってそこにかかわるサービス機関と職種は（もちろん訪問看護婦も）利用者の問題点が一機関、1つの職種で解決できるものではないと認識すべきである。ましてや、一担当者の中で完結されるものでもない。携わる全ての機関と職種が情報を共有し、同じ目的にむかい、問題の解決にむけてそれぞれがどう役割りを果たしていくか、そのプロセスと効果が在宅支援の評価につながるという意識をもって実践にあたるべきである。意識の統一や現実の連携にはかなりの時間を要するのが事実ではあるが、そこからはじめなければ連携は実りはないと感じている。従ってこれは訪問看護だけの課題ではないが、利用者を中心に、積極的なアプローチをしていきたい。

第3に利用者のニーズが、非常に高まっている現状の中で、これに対応するマンパワーの確保が充分ではないということがある。日々の訪問に追われることなく、問題解決へ常にフィードバックのできる仕事のしかたでなければ訪問看護の質の向上にはつながらない。さらに訪問看護婦は専門職として、利用者の状態を観察・把握判断し、実際に看護を提供すると同時に、家族との関係や介護ニーズの把握（予測もふくめて）等をひとりで担うという責任の重さをもっている。しかもその中には、時として人間性を問われる厳しさもあり、訪問看護婦が自分自身と向きあい、悩む事も多い。そのような中、経験を前向きに積み上げていくためのフォロー、経験を共有しあえる環境の必要性を感じる。実務者レベルでの交流会などはステーション設置主体の枠をこえて、訪問看護の質を一定にするのに役立つものであると考えるが、まずは各ステーション毎でとりくむべき問題でもある。

課題の4番目は、在宅医療の推進により増加している医療器機等を中心とした医療依存度の高い利用者への対応がある。これらに対する専門的知識、技術の研鑽も求められており、さらに24時間体制も急がれるとなるとまずは日々のマンパワーと質の確保の充実こそ、最も重要と考えるのである。課題の解決に向けて努力するとともに、看護の力を地域の中に示していきたいものである。

(注1) 継続看護という視点から医療機関の看護婦が退院した患者を対象に行う。訪問看護は1960年から全国的にあったが、制度化されず、無償であった。

(注2) 4つめとして民間やセコムなど企業が行う訪問看護(自己負担)も都市部を中心に行われており、今後増加するものと考えられる。

(注3) 各県の看護協会を中心に訪問看護養成講習会(180~240時間)が行なわれている。

参考文献

- 1) 厚生省・老人訪問看護研修事業検討会、訪問看護研修テキスト、1995
- 2) 平林勝政・訪問看護をめぐる法的諸問題、訪問看護指導者研修会、1995
- 3) 日本看護協会：VISITING NURSING MANUAL、1994
- 4) 早川和生；看護職独自の活動とは何か；看護 VOL47. No10. 1995
- 5) 竹内孝仁；「ケアマネジメント」；医歯薬出版株式会社、1996
- 6) 長崎市老人保健福祉計画；1994年
- 7) 金川克子監修・地域看護学；日本看護協会出版会；1997
- 8) 島内節、健康と生活援助に関する地域看護の概念枠組みと研究；日本看護科学会誌 VOL15, No 1, 1995
- 9) 訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル；日本看護協会出版会、1995