

訪問看護と利用者の現状 —訪問看護実践を通して—

飯 盛 茂 子

はじめに

2001年9月、諸外国の65歳以上の人口比率と比べ、日本の19.9%という数字は、スウェーデンやイタリアを抜いてトップとなった、と総務省により発表された。国内でみても2272万人という過去最高の高齢者数である。このように年々増加する高齢者に伴い要介護高齢者が増大してきた。そして、高齢者ができる限り在宅で自立して生活できるように、保健・福祉・医療のサービス連携を中心に総合的な高齢者対策の推進をするべく2000年(平成12年)度より介護保険が導入された。

一方、従来から在宅で看護が必要な方のサポートとして1983年(昭和58年)老人保健法施行によって保健婦の寝たきり老人訪問指導が実施され70歳以上の老人を対象に、医療機関では「退院患者継続看護指導料」として診療報酬が新設された。1991年(平成3年)には、老人保健法の改正により、老人訪問看護制度(老人訪問看護ステーション)が設置され、1992年4月より事業が開始された。1994年(平成6年)には、健康保険法の改正で訪問看護ステーションが設置されて、2000年(平成12年)3月現在の訪問看護ステーション数は4,354ヶ所である。

このように訪問看護の対象者が広がり、内容も充実してきた後、介護保険が導入されることになった。従来より訪問看護を受ける利用者にとって訪問看護にどのような変化があるのか。また、介護保険の導入により、2つの保険の中で利用者が抱える問題があるのではないかと考えた。

今回、実際に訪問看護を実施するなか、訪問看護を受けている利用者やその家族の声に耳を傾けてみた。いろいろと複雑で利用者に理解しにくいといわれている介護保険制度であるが、事例を通してどのような問題があるのか。訪問看護内容と、利用者の負担という点に焦点をあてて考察する。

1. 方 法

平成12年8月1日より9月末日までの間、N市内の訪問看護ステーションNの訪問看護利用者を対象に2～3回/週、1回2～3人の利用者宅に訪問看護を実施、利用者は15人ほどある程度固定していたが、その中で介護保険が導入されて混乱している対象者や支える家族の声より問題を整理し、現行制度に照し合わせながら今回の課題となる点に焦点をあて考察する。

2. 在宅ケアサービスとは

在宅ケアは在宅で生活する健康に障害をもつ個人に対して、多様な支援サービスを医療・看護・保健・福祉の分野の連携で、必要なケアを提供し、調整しながら個人が身体的・精神的・社会的に安定して、生活ができるよう支援する包括的なケアである。その中でも看護職による在宅ケア活動の対象と内容は表1である。

3. 訪問看護とは

1) 訪問看護の定義

「対象者が在宅で主体性を持って健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようになることを目指し、訪問看護従事者によって、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復をはかり、あるいは疾病や障害による影響を最小限にとどめる。また、安らかな終末を過ごすことができるように支援する。そのために具体的な看護を提供したり、指導をして、健康や療養生活上の種々の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整をする。」日本看護協会訪問看護検討委員会報告書(1990年11月)より引用

現在の形態としては、看護職が患者の家庭を訪問して行なう看護活動には、医療機関によるもの、訪問看護ステーションによるもの、保健所や

表1 健康レベルから見た在宅ケアの対象者と看護職による支援活動

レ ベ ル	対 象 者	主となる在宅ケア活動
一次的ケア (プライマリ・ケア)	自覚症状はなく、あっても軽度。発病していないが健康診断などにより、異常が発見された人。既往歴があり再発のおそれのある人	健康相談、家庭訪問による保健指導・訪問指導、健康教育、友の会などの地区組織活動
二次的ケア (セカンダリ・ケア)	疾病・疾病の後遺症・合併症・障害のためにある程度の医療が必要であり、在宅療養を希望する人	訪問看護(医療処置、リハビリテーション含む)、デイケア、デイサービス
三次的ケア (ターシャリー・ケア)	心身の障害が安定した状態、慢性的経過にある人	
終末期ケア (ターミナル・ケア)	疾病や障害、老衰に対し、積極的な治療は行わず安らかな死に向かう人	訪問看護(医療処置含む)、ホスピスケア

(出典：日本看護振興財団編『訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル 3』1999, P.7.)

市町村によるもの、看護職が独自で開設・実施によるものなどがある。

2) 在宅医療のサービス内容

在宅療養生活者の中には、医療依存度の高い人も増えてきており、ポートの埋め込み、腹水排液、在宅酸素療法、CAPD(連続携行式腹膜透析)、中心静脈栄養法、点滴、経管(鼻)栄養法、輸血、自己注射法や気道分泌物の吸引、ネブライザー療法、人工呼吸器、気管カニューレ、胃瘻・腸瘻、人工肛門・人工膀胱(ストーマ)、尿道カテーテル、尿道・膀胱・腎瘻の管理、疼痛(ペイン)コントロール(硬膜外チューブ、持続皮下注射、座薬、内服)、ターミナルケアなど。

3) 訪問看護の主なサービス内容

2)の対象者に対し①症状の観察、②清潔の保持、③褥創の予防と処置、④体位変換、⑤カテーテルなどの管理、⑥リハビリテーション、⑦食事・排泄などの介助、⑧家族の介護指導、⑨主治医の医療処置の介助、など。

4. 訪問看護事例

事例1

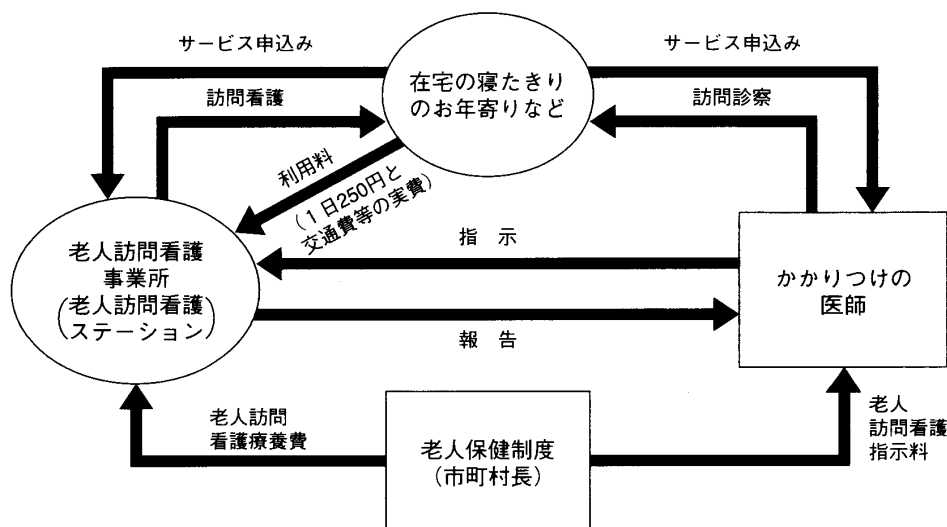
Yさん、要介護度5、訪問看護2回(1回1時間程度)/週、訪問介護3回/週、を主に受けている。リウマチがあり、寝たきり状態。栄養は経腸カテーテルで持続的に注入されている。発語は少なく、「痛い」「やめといて」「ありがとう」など。臥床状態が続いているため肺

炎にもなりやすい。訪問看護の内容は全身清拭、洗髪、手浴、足浴、褥創処置、膀胱洗浄、摘便、経腸カテーテル挿入部の処置、吸引、口腔ケア、全身状態のチェックなどであった。ある日胃潰瘍にて入院。原因ははっきりしていないが、ストレス要因はたくさん考えられる。一時的に入院後、潰瘍も治癒。再度、在宅にてケアを受けることになった。退院後、訪問看護にうかがうと頭髪は皮脂でねっとりしており、頭皮も全体に湿疹ができていた。背部にも褥創、皮膚も弱っていたため、本人が少し掻くと内出血するほどであった。週に2回の訪問看護では介護する家族の負担も大きく、悪化するのではないかと不安の声も聞かれた。

この事例は、医師の特別指示書の提出で2週間、医療保険を適用して毎日の訪問看護とした。

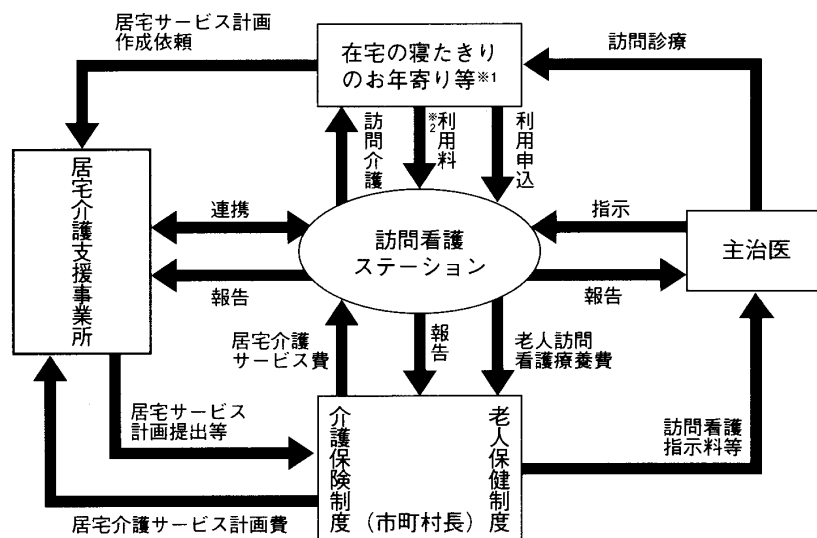
介護保険では全体の利用限度額の中で訪問看護が位置付けられているため、利用枠を越えると本人の実費負担になる。介護保険から医療保険に変更になり、利用者への訪問看護の内容と負担額の違いはどうか、という点について考えてみた。この事例のように介護保険で訪問看護を毎日受けていると、どれほどの違いが出るのか。図1からわかるように、医療保険での訪問看護であれば交通費+250円の実費であるのに対し、介護保険では1割の負担がある。表2から1時間の訪問看護で

介護保険制度導入前 (出典：厚生省『厚生白書』1999, p.427)



介護保険制度導入後 (出典：厚生省『厚生白書』2000, p.435 より改変)

訪問介護制度の概要



- (注) ※1. 在宅のねたきりのお年寄り等で要介護被保険者等は介護保険給付の訪問看護。
 ただし、ガン末期・神経難病等厚生大臣が定める疾病等及び急性増悪期(14日を限度)の患者は医療保険給付。
 ※2. 介護保険に基づく訪問看護の利用料は1割、医療保険では老人医療受給対象者については250円/日+交通費。

図1 介護保険制度前後における訪問看護のしくみ

あると830単位、約8300円の1割830円が負担額となる。その上、居宅療養管理指導料も必要である。表3より医療保険では訪問診療を4回、訪問看護を週2回なので月にして8回とすると、2,120円+2,000円=4,120円の自己負担となる。ところが介護保険であると、医療費は同様であるが、その他に管理指導料が追加になり、訪問看護が1割であると2,120円+2,040円+6,640円=12,920円

の負担額である。当然Yさんのように他にも加算される内容があると表1の加算分がプラスされ、その1割も負担しなければならない。この事例の場合は訪問看護ステーションNからの訪問看護なのでこのような換算になったが、医療施設からの訪問看護であったり、訪問する看護婦が准看護婦であると表2の減額にあるように料金の違いがあり、複雑な料金体系である。単純に計算しただけ

表2 訪問看護ステーションの介護報酬

	医療機関	ステーション
* 30分未満	343単位	425単位
* 30分～1時間未満	550単位	830単位
* 1時間～1時間30分未満	845単位	1,198単位
・理学療法士・作業療法士の場合（時間に関係無く）	—	830単位
【加 算】		
* 支給限度枠内加算 : 夜間・早朝加算 (25%)、深夜加算 (50%)、特別管理加算 250単位 緊急時訪問看護加算: <医療機関> 840単位、<ステーション> 1,370単位		
* 支給限度枠外加算 : 特別地域訪問看護加算 (15%)、ターミナルケア加算 1,200単位		
【減 額】		
* 准看護婦は看護婦の所定点数の90/100		

表3 訪問看護における自己負担費用の違い（平成12年9月当時）

	医療保険	介護保険（報酬制度は単位：約10円）
老人の訪問診療費	1回530円×回数（月4回まで）	1回530円×回数（月4回まで） 居宅療養管理指導料 940円 調剤指導 1100円（2回/月）
訪問看護	1回250円×回数	830単位×回数の1割

表4 要支援者以上でも医療保険が適応される症例

○往 診 寝たきり老人在宅総合診療 診療計画による医学的管理、疾病治療の指導・投薬・検査
○訪問看護 病態が急に悪化した時（2週間以内） 神経難病、癌末期患者（週4日以上）
○介護保険型療養型病床 入院患者の病態が急に悪化した時、転院ができない場合 人工透析、人工呼吸器の装着など複雑な医療行為

でも7,000円近い差額が1月にある。2週間という期限付きではあるが、今回、特別指示書が出され、医療保険による訪問看護に切り替えができたことは金銭的負担がかなり減る。また、家族としても回数を増やせば料金が加算されるとわかりつつも、少ない訪問回数の中で利用者を介護していく不安は大きいであろう。訪問看護にあたるスタッフがスムーズに連携を取ることで、介護保険下でも医療が適応される場合の症例に結びつけることができた事例である。しかしながら、Yさんの事例とは異なり、介護保険下でありながら訪問診療と訪問看護が主な利用事例であれば、要介護認定の取り消しをしたほうが負担額は少なくすむことが明らかである。しかし、2001年1月より医療

費が改正になり、表5のように医療保険における訪問看護においても利用金額が引き上げられた。これは要介護認定を受けず、医療保険で訪問を受けると負担額が少ないことから認定を受けない利用者がある。また、要介護認定の取り消し申請があったためと思われる。基本的に対象となる利用者は介護保険の認定を受けることを考慮して、医療保険も足並みをそろえたと思われるが、Yさんのような事例の場合を考えると250円×14日間＝3,500円の訪問看護費用が8,300円×14日間の3割で34,860円にもなる。そして、診療費も2,120円より3,000円になり、今後はこの上限も撤廃されようとしている。

表5 訪問看護の費用と利用料 (平成13年1月よりの医療費改正後)

	訪問看護の費用	利 用 料	
		支 払 い	金 額
介護保険	介護保険法に基づき、市町村長が訪問看護費として訪問看護ステーションに支払う。主治医の指示に対する費用は原則として、診療報酬において訪問看護指示料として支払われる。	訪問看護を受けるつど、訪問看護ステーションに利用料を支払う。	訪問看護費の1割。このほか通常の事業の実施地域を超えた場合の交通費。
老人保健	老人保健法に基づき、市町村長が老人訪問看護療養費として、訪問看護ステーションに支払う。主治医の指示に対する費用は診療報酬において訪問看護指示料として支払われる。	訪問看護を受けるつど、訪問看護ステーションに利用料を支払う。	① 毎回1割負担、上限1ヶ月3,000円まで。 ② 1日800円で上限1ヶ月4回まで。
医療保険	医療保健法等に基づき、保険者が訪問看護療養費として、訪問看護ステーションに支払う。主治医の指示に対する費用は診療報酬において訪問看護指示料として支払われる。	訪問看護を受けるつど、訪問看護ステーションに利用料を支払う。	訪問看護に要した費用の本人は2割、家族は3割。

* 2001年9月、老人保健における利用者負担額の上限撤廃、及び対象年齢70歳以上より75歳までの引き上げがされようとしている。

事例2

Kさん、97歳。要介護度2。高齢の割には自立度も高く、少し支えられていれば安心して歩行できる。ベッド周囲で生活はされているものの、通所リハビリテーションにもいかれてほぼ身の回りのことはできる。主な介護者は三男の嫁、仕事はしていないが、在宅で介護をしつつ、地域活動をされている。現在は訪問介護および訪問看護サービスの利用実績が少なく、普段の介護を手伝っていただくよりも、短期入所サービスを効果的に使用していきたいという意向である。そのため、要介護2では14日が基本であるが、それ以上に使用したい月があると相談を受けた。

この事例は、訪問通所サービスを短期入所に振替利用する限度日数拡大措置を利用した。そして、次の認定有効期間からは、2倍の限度日数拡大措置が取れるように手続きをする予定である。

1) 振替利用の短期入所サービス

短期入所を支給限度まで利用した後に、さらに短期入所を利用したい場合は訪問通所区分支給限度額枠内で14日まで利用可能。限度日数を超えた部分は一時的にサービス費用の全額を支払い、後から9割還付を受ける。

2) 拡大措置

①要介護更新認定の3・4月前において、短期入所サービスの利用枠(2倍の拡大措置を受けていた場合には拡大後の利用枠)を超える利用がない。②訪問通所サービスの利用実績が、3・4月前それぞれの月において支給限度額の6割未満である。③施設入所の合計日数がそれぞれの月において7日以下である。などの要件を満たす場合は短期入所区分限度日数を拡大できる。

これは振替利用と異なり、通常に保険請求ができる。

要支援および要介護度1～4は

要介護度による限度日数×2

要介護度5は

要介護度による限度日数×1.5

3) 訪問通所サービスと短期入所サービスの支給限度額の一本化

短期入所サービス(ショートステイ)が利用しにくいとの指摘があり、これについては昨年3月に改善された振替措置により、相当程度解決したが、利用者の利便性や選択性を向上する観点から、両サービスの支給限度額について一本化を図り、同じ支給限度額の中でいずれのサービスも利用できる措置とすることを決定されたところである。実施時期については、市町村等の準備期間等を考慮し平成14年1月となっている。拡大措置

として現在、実質的には一本化している状況である。

短期入所サービスに関しては、以上のように制度的な改善が図られている。

5. 現在の訪問看護制度における問題

1) 利用者および介護者の負担

いろいろな医療機器がコンパクトになり、家庭での管理もできる時代になってきた。病院に足を運ばなくても、家庭の中で都合のよい時間に透析をしたり、栄養補給したり、酸素をつけながら外出が可能になるなど、家庭で受けられる医療サービス内容はどんどん広がっている。また、患者にとって慣れた環境での治療は療養という面から考えると施設内で受ける治療・看護より負担が少ないとも思える。しかし、その分、看護婦に代わって介護をする介護者は時間の拘束を受けたり、新しいことを学習したりと大変な思いをして介護している実状である。

介護保険制度が導入され、訪問看護でされてきた内容の一部が介護福祉士・ホームヘルパーで実施されている訪問介護に移行しつつある。今回のN看護ステーションもヘルパーステーションを近年に設立し、従来の訪問看護利用者も訪問介護で対応できる部分は切り替えている。しかし、一方では今まで看護婦だったものが介護職に変わるという点で利用者からは看護婦のほうが良い

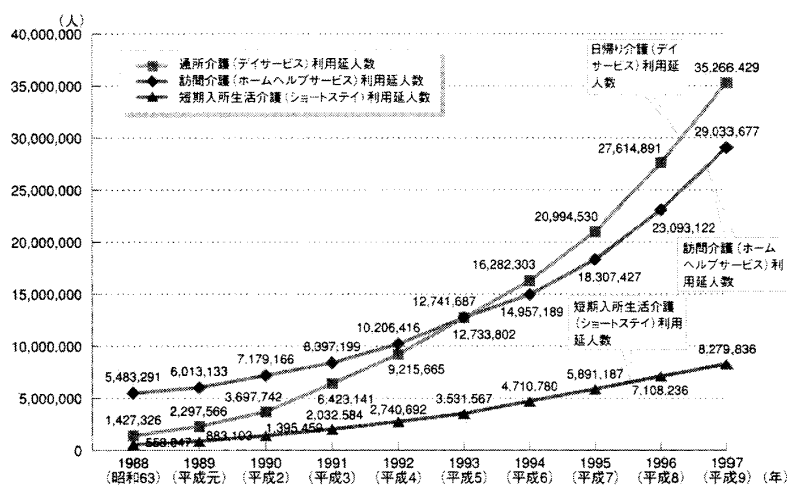
という声も聞かれていた。しかし、料金体系から考えて、訪問看護より利用者負担は少なくなるといこと、介護職も専門的な知識をもっており、全面的な移行ではなく訪問看護と併せて介護していくことも含めケアマネージャーと相談しながら移行しつつある。先に述べたことと関連させると医療行為に関しては看護婦でなければ実施できない。家族は本人に代わって、という点で介護職以上に医療行為を実施できる現状である。そのための負担はとて大きいものであり、料金負担との兼ね合いが難しいところである。

また、在宅サービスの支給限度額に対する利用状況をみると、全国的にも平均利用率は約40%と報告されている。事例としては具体的にあげていないが、年金収入のみの利用者（低所得者）は介護保険の保険料を支払い、その上利用した分の負担となると、負担額を考えただけでもとても利用できない、という声も聞かれた。ましてや13年度10月からは100%の保険料が徴収されることになる。

介護保険制度が導入されて、訪問看護を受ける利用者にとっては費用の負担と介護者の負担がまだまだ大きい。

2) 利用者が選択できるサービスの充実

マンパワーが必要といわれ共働き世帯が増えているにもかかわらず、一方で在宅介護が叫ばれている。図2をみてもわかるように利用状況をみ



資料：(財)長寿社会開発センター「老人保健福祉サービス利用状況地図数値」
 (注) 通所介護(デイサービス)には、老人保健施設通所(デイケア)を含む。

平成12年版『厚生白書』

図2 在宅サービス利用状況の推移

表6 サービスの種類ごとの充足率の状況

2000(平成12)年度

	全市町村 平均充足率	0%以上50%未満 の市町村	50%以上75%未満 の市町村	75%以上の市町村
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	(84%)	340 (12%)	483 (16%)	2,107 (72%)
訪問看護	(65%)	870 (30%)	458 (16%)	1,602 (55%)
通所介護・ 通所リハビリテーション	(72%)	370 (13%)	528 (18%)	2,032 (69%)
短期入所サービス	(76%)	404 (14%)	356 (12%)	2,170 (74%)

※「充足率」

平成12年度版『厚生白書』

・サービス利用を希望している被保険者に対して必要となるサービス量と、供給できると見込まれるサービス量の比率。

表7 新ゴールドプランの進捗状況

年度		1995(平成7)年度予算 ()内は実績	1996(平成8)年度予算 ()内は実績	1997(平成9)年度予算 ()内は実績	1998(平成10)年度 予 算	1999(平成11)年度 予 算	新ゴールドプラン (1999(平成10)年度)
在宅 サ ー ビ ス	訪問介護員 (ホームヘルパー)	92,482人 (95,578人)	122,482人 (118,779人)	151,908人 (136,661人)	167,908人 (157,711人)	178,500人	170,000人
	短期入所生活介護 (ショートステイ)	30,627人分 (33,034人分)	36,727人分 (38,619人分)	44,834人分 (43,566人分)	56,772人分 (49,242人分)	65,000人分	60,000人分
	日帰り介護(デイサービス)/ 日帰りリハビリテーション(デイケア)	8,643か所 (6,401か所)	10,322か所 (7,922か所)	12,084か所 (9,616か所)	15,006か所 (11,458か所)	17,250か所	17,000か所
	在宅介護支援センター	3,472か所 (2,651か所)	4,672か所 (3,347か所)	6,172か所 (4,155か所)	8,564か所 (5,262か所)	10,000か所	10,000か所
	老人訪問看護事務所 (老人訪問看護ステーション)	1,500か所 (1,235か所)	2,300か所 (1,863か所)	3,200か所 (2,559か所)	4,100か所 (3,384か所)	5,000か所	5,000か所
施 設 サ ー ビ ス	特別養護老人ホーム	231,509人分 (233,560人分)	247,109人分 (249,017人分)	262,709人分 (262,961人分)	289,155人分 (279,147人分)	305,000人分	290,000人分
	老人保健施設	165,811人分 (120,298人分)	191,811人分 (147,243人分)	220,811人分 (180,855人分)	249,811人分 (207,595人分)	284,000人分	280,000人分
	介護利用型軽費老人ホーム (ケアハウス)	30,700人分 (16,893人分)	38,200人分 (23,326人分)	51,350人分 (29,529人分)	73,400人分 (37,492人分)	84,900人分	100,000人分
	高齢者生活福祉センター	240か所 (186か所)	280か所 (204か所)	320か所 (227か所)	570か所 (243か所)	800か所	400か所

- (注) 1. 訪問介護員(ホームヘルパー)については、障害者プランで、1996年度において8,000人、1997年度において7,500人、1998年度において8,600人、1999年度において8,700人(累計32,800人)の上乗せが行われている。
2. 日帰りリハビリテーション(デイケア)の実績は、各年度の7月1日現在の数値。
3. 1998年度予算および1999年度予算は、補正予算を含めた数値。

平成12年度『厚生白書』

てみると確かに利用者は増えつつある。しかし、通所サービスも現在は最長で8時間である。その点から考えると、家庭で介護している者は普通に勤務が継続できない状況である。設備に関しても表6・7のようにゴールドプランで掲げられている目標にはまだ到達していない。このように十分なものが整えられていない中で、利用者が選択す

るとい状況にはならず、あらゆる面で利用者中心というわけにはいかない。また、今回の事例としてはあげていないが、住所のトラブルより住宅改修費の支給が受けられなかったケースにも出会った。介護保険下での住所の定義、介護保険と医療保険の取扱いの違いなど、対応が遅れることで利用者が受けられるべきサービスを受けられ

ない状況もある。選択できるサービスの充実と利用者が活用しやすい状況を整えることも大きなサービスにつながる。

3) 訪問看護の内容

訪問看護婦として利用者中心のサービスを考える場合、訪問看護の主な内容としてあげられている内容以上に制度内容や資源活用のための情報提供が大きいと感じた。介護保険制度の内容がはっきりと定まっておらず、変動している状況で利用者の学習もさることながら、居宅サービス提供者の情報キャッチ能力、提供能力で利用者へのサービス内容に違いがある。訪問看護婦として、医療処置的な内容もさることながら、利用者が活用できるサービス内容をいかにすばやく提供できるかも大きな業務内容だと感じた。本来は介護支援専門員（以下ケアマネージャーとする）の業務であるが、日々、直接関わる中ですばやい対応が要求される。また、ケアマネージャーのプランもプランを立てた後には、プランがどのように実践されているのか、そしてサービスを受けている人が満足しているのか、評価された上で再プランされなければいけない本来の業務が、忙しさの中でとてもできているとはいえない。現状では、訪問看護婦を介して利用者より評価をいただき、ケアマネージャーと情報交換する必要があると感じた。

次に、なによりも在宅ケアを充実させるための制度改革に反し、費用的な負担がとても大きいことを痛感した。齊藤弥生¹⁾が「地域介護のビジョン」の中で特養ホームの人气が上昇しているが介護保険が導入されて、在宅より施設のほうが早く条件が整いつつある。入所条件枠が広がったり、費用が安かったり、と本来の人气ではなく、在宅ケアが不十分な点を指摘している。

また、Yさんの事例にも共通するが、入院・退院に関連して看護職間の連携の大切さを感じた。紙面上のやり取りでは理解できない部分があふぶんある。間にケアマネージャーが入ることになるが、実際に訪問する看護婦が入院中の利用者をフォローできたり、臨床の看護婦が退院後の家庭の状況を事前に訪問できたりすることが大切である。看護職も必要性は理解しているが、現状の制度下では困難な状況にもある。介護者の負担を

少なくすることからも、施設看護と在宅看護がスムーズに移行できるように訪問看護婦と臨床看護婦との連携に対する制度をどのようにするかも大きな課題であろう。

最後に、設備を整えることも大切だがケアマネージャーの質や位置付け、報酬についても見直しの必要を感じた。現在ではケアマネージャーは関連事業所に属した上でプランを立てている人がほとんどである。企業体に依存しては利用者に対して公正な目でプランは立てられないと考える。全ケアマネージャーを包括して組織されることが望ましい。

今回、事例の中で現行制度の改善も表記したが、見直しをしつつ改善されているので、より利用しやすい制度にするため、利用者や介護者の声に耳を傾け、また、実際にケアにあたっているスタッフからも情報発信していきたい。

まとめ

今回、訪問看護を実践する中で利用者の直接の声や制度の曖昧さがみえてきた。以下の現状をとらえて、今後の介護保険の動向に関心を持ってみたい。

- 1) 在宅介護における家族への負担（費用、介護内容）が大きくなっている。
- 2) ケアマネージャーだけでなく、日ごろ居宅サービスをするスタッフが情報を持っていないと、対処が遅れていく現状である。
- 3) ケアマネージャーの位置付けについての検討が今後必要である。

また、訪問看護の内容は医療機器を使用し、在宅生活者をサポートしていくという印象が強い。しかし、最新情報をつかんで他職種との連携をスムーズに行う、利用者の状況を判断し、社会資源の活用をすることも大きな役割である。

一方、現在の介護保険制度では在宅を中心にした考え方が先行しているように思うが、在宅がすべてではない。利用者個々のそれまでの生活において家族や親戚との関係があり、在宅を望む人もあれば、望んでいない人もある。最後をどのように迎えたいか、どのように生活をしたいか、家族と本人の意志が確認されたうえで、方向性が考えられるべきである。

在宅サービスを提供する訪問看護婦として、これらのことを念頭におきながら利用者の立場になって考えていきたい。

【参考文献】

- 1) 齊藤弥生「地域介護のビジョン—自分が選んだ“住まい”で暮らしつづけるために—」『保健の科学』、Vol.43(9) (株)杏林書院、2001年、P.686-690
- 2) 日本訪問看護振興財団編『訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル3』、日本看護協会出版会、1999年、P.7
- 3) 厚生省『厚生白書』、1999年、P.427
- 4) 同上書、2000年、P.435
- 5) 財団法人厚生問題研究会編『厚生』、Vol.8、中央法規出版株式会社、2001年
- 6) 山下袈裟男編『在宅ケア論』、(株)みらい、2001年
- 7) 厚生統計協会編『国民福祉の動向』、厚生統計協会、2000年
- 8) 全国保険医団体連合会編『点数表改定・介護報酬のポイント』、2000年
- 9) 土屋一江ほか監『在宅ケア』、学習研究社、2000年
- 10) ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編『援助の基本視点と保健福祉の制度』、長寿社会開発センター、2000年
- 11) 老人訪問看護研修事業等検討会編『訪問看護研修テキスト』、日本看護協会出版会、1998年

The Present Conditions of Visiting Nursing and Clients — On the Base of Visiting Nursing Practices —

Shigeko IIMORI*

2000年4月、介護保険制度が導入され、いろいろな場で制度の問題点が取り上げられている。その中で、在宅サービスという点から訪問看護の実践を通し考察してみた。訪問看護を実践する中、介護保険とどのように連動しているのか。訪問看護そのものの制度も日が浅いことから、内容的にどのように変化があるのか。在宅サービスを受けている利用者やその介護者にとって、どのような負担があるのか。制度の見直しをしながら、事例を通して具体的に考えてみた。

実践をしている中でもどんどん制度の改善があり、訪問看護は医療的なサポートのみならず利用者にとって今、必要な制度・社会資源を選択・提供する大きな役割がある。また、他職種との連携においても、訪問看護を受ける利用者にとっては中心的存在である。また、利用者にとっては在宅を支援するための制度でありながら、意外と負担が大きい。まだまだ、課題はたくさんあり、サービス提供者からも情報発信の必要がある。

キーワード：訪問看護、介護保険、負担、サービス、*visiting nursing*