

平成10年度厚生省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業)

訪問看護事業を運営する上での ガイドライン作成

報 告 書

平成11年3月

社団法人 全国訪問看護事業協会

主任研究者 村松 静子

正誤表（p 4）

表－1 在宅看護の視点からみた看護職の活動形態の概要

1. 老人保健法及び健康保険法等に基づく訪問看護

1) 地方自治体からの訪問指導

- ・老人保健法による老人保健事業の1つ
- ・事業の実施主体は市町村
- ・40歳以上を対象
- ・家庭における療養・看護方法等の指導
- ・自己負担なし

2) 保険医療機関からの訪問看護

- ・医療保険及び老人保健の対象
- ・保険医療機関から実施可能
- ・定率（若人）及び定額（老人）の自己負担
- ・週3回の回数制限（癌末期、難病等を除く。）
- ・主治医の指示が必要

3) 指定（老人）訪問看護ステーションからの指定（老人）訪問看護

- ・医療保険及び老人保健（老人訪問看護療養費）の対象
- ・都道府県知事の指定
- ・定率（若人）及び定額（老人）の自己負担
- ・週3回の回数制限（癌末期、難病等を除く。）
- ・主治医の指示書が必要

2. 法律に根拠を有しない訪問看護（保険適用外訪問看護）

1) 類型

- ・非営利（ボランティア）型（法人格を有しない又は特定非営利活動法人）
- ・営利型（株式会社、有限会社等）

2) 実施形態

- ・個人又は組織との契約により実施
- ・対象の設定は自由
- ・長時間滞在型、一定時間による訪問など対象のニーズに併せて自由に設定
- ・価格設定は自由
- ・利用者の主治医等より指示を受ける

正誤表

(p 7 最後の行)

「指定訪問看護事業の実績」→「指定（老人）訪問看護事業の実態」

(p 17)

①厚生省大臣官房統計情報部

：平成9年訪問看護統計調査

：平成7年訪問看護実態調査・老人訪問看護・訪問看護報告

：平成5年老人訪問看護実態調査・老人訪問看護報告

②平成9年度厚生省老人保健推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

社団法人 全国訪問看護事業協会

：介護保険の導入を展望した訪問看護業務分析に関する研究：成果報告書

(p 20)

10) 「医療機器の使用及び管理方法について医師の指示はないことが多い実態からみて」→「医療機器の使用及び管理方法について医師の指示が出されていないことが多い実態からみて」

(p 76) 「老人保険」→「老人保健」

「措置収入」を削除

(p 78) 「老人保険」→「老人保健」

「租税による措置制度」を削除

「措置制度はなくなる。」→「部分的に残ることとなる。」

「13種類」→「12種類」及び居宅介護支援事業

「訪問看護は介護保険で支給されるが、急性増悪時の訪問看護、神経難病、癌末期等に対する週4日以上の訪問看護は医療保険から支給される。」→「支給される方向で検討されている。」

平成10年度厚生省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業)

訪問看護事業を運営するまでの ガイドライン作成

報 告 書

平成11年3月

社団法人 全国訪問看護事業協会

主任研究者 村松 静子

研究委員

主任研究員 村松 静子（在宅看護研究センター）

代 表)

研究員 稲留 佳子（在宅看護研究センター）

代 表 付)

市橋 恵子（在宅看護研究センター）

H I V看護プロジェクト室室長)

入江ゆかり（日本在宅看護システム㈱）

教育研究室室長)

山田 京子（浅草医師会立訪問看護ステーション）

所 長)

鈴木 紀子（看護コンサルタント㈱）

関連事業推進室室長)

中村 義美（在宅看護研究センターおおさか）

代 表)

研究協力者

細井 恵子 伸野佳代子 倉戸みどり

脇添 純子 大澤 紀子 片岡美知子

目 次

I . はじめに ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······	1
A. 問題の背景 ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······	1
B. 問題の所在 ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······	2
C. 本研究の目的 ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······	5
D. 用語の定義 ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······	5
II . ガイドライン作成の手順 ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······	7
A. 日本における訪問看護事業の運営上の問題把握 ······ ······ ······ ······	7
1. 指定訪問看護事業に関する聞き取り調査の結果に基づく分析 ······ ······	7
2. 指定訪問看護事業の関連資料に基づく分析 ······ ······ ······ ······	7
3. 民間在宅看護事業の関連資料に基づく分析 ······ ······ ······ ······	8
B. 諸外国における地域看護のガイドライン関連事項の把握 ······ ······ ······	8
1. 先駆的・独創的な発想で展開する5カ国の関連資料に基づく分析 ······ ······	8
2. 日米間で実施された既存調査の結果に基づく分析 ······ ······ ······	9
C. 総合的分析に基づく日本における訪問看護事業の方向性の予測 ······ ······	9
1. 規制緩和が訪問看護事業に及ぼす影響 ······ ······ ······ ······	9
2. 公的介護保険の導入が訪問看護事業に及ぼす影響 ······ ······ ······	9
3. 生活構造や疾病構造が訪問看護事業に及ぼす影響 ······ ······ ······	10
D. 訪問看護事業の運営に関するガイドラインの枠組み構成 ······ ······ ······	10
1. 不可欠な項目及び掲示指針の検討 ······ ······ ······ ······	10
2. 具体的な記載内容とその配列の検討 ······ ······ ······ ······	10
III . 結果と考察 ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······	13
A. 日本における訪問看護事業の実情分析の結果 ······ ······ ······ ······	13
1. 指定訪問看護事業の運営に関する看護管理者の問題意識 ······ ······	13
2. 指定訪問看護事業を推進する上で検討する事項 ······ ······ ······	17
3. 民間在宅看護事業の運営・管理上の工夫点 ······ ······ ······	22
4. まとめ ······ ······ ······ ······ ······ ······ ······	26

B . 諸外国における地域看護のガイドライン関連事項の分析結果 ······	31
1 . 5カ国から得られた資料の分析結果 ······	31
A) 在宅ケア事業に関するガイドライン～アメリカの場合 ······	31
B) ヘルスケアに要求する事項～カナダの場合 ······	41
C) プロジェクト在宅看護～スウェーデンの場合 ······	47
D) 地域看護業務のための基準～オーストラリアの場合 ······	57
E) 自由開業看護婦制度～フランスの場合 ······	65
2 . 日米間の調査から得られた情報の結果 ······	71
3 . まとめ ······	74
C . 日本における訪問看護事業の今後の方向性 ······	76
D . 運営上のガイドラインの枠組み ······	82
IV . 訪問看護事業運営上のガイドライン ···	83
V . 今後の課題 ······	111
引用・参考文献一覧 ······	115
あとがき ······	117

表　一　覧

表－1 看護職の活動形態及び活動状況の概要	4
表－2 訪問看護ステーション活動の主な変化（1）	18
表－3 訪問看護ステーション活動の主な変化（2）	19
表－4 介護保険の給付対象となるサービス	79
資料	119
1. 指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準	
2. 指定老人訪問看護事業及び指定訪問看護事業を行う事業所に係る特例の取扱い	
3. 訪問看護の運営基準の項目（素案）	

I . はじめに

A . 問題の背景

20世紀後半、わが国は高度経済成長の波に乗り目ざましい発展を遂げた。しかし、1990年代に入り、バブルがはじけ、倒れることは絶対ないといわれてきた金融機関までもが破綻する時代となり、先の見通しの不透明なまま次の世紀を迎えるとしている。このような経済状況から、財政健全化に向け抜本的な構造改革の推進が迫られ、社会保障制度においてもその例外ではなくなった。

国民の救貧が最大の目的であった社会保障も、生活水準が向上した現在、その役割は国民すべてを対象としたものに変化してきたが、今その制度は疲弊を来している。

1961年に発足した国民皆保険制度のお陰で我々は等しく質の高い医療が受けられるようになった。その間、医学・医療技術の進歩も目ざましく、高度医療化はますます進み、国民医療費は上昇し続けた。厚生省は、先頃、1999年には初めて30兆円を超えるという試算をまとめたが、高齢化の急速な進展による老人医療費の割合が年々増大し、このままでは制度そのものの存続をも危ぶまれる状況である。

厚生省は20世紀最後の10余年を、少子・高齢社会を視野に入れた介護・医療・年金の各分野に改革を検討・推進してきた。すでに終盤を迎えるゴールドプラン、新ゴールドプラン。そして、1997年に成立した介護保険法も2000年4月には施行される。しかし、基盤整備の進捗状況は現時点で地域により、サービスの種類により大きな差があり、供給体制不備のままのスタートになりかねない現状だ。

1992年の新ゴールドプランで策定された指定老人訪問看護事業も、1998年11月現在3083ヶ所の訪問看護ステーションが稼働しているが、目標値5000ヶ所には程遠い数である。地域によっては供給過剰となり顧客獲得競争が起こっている反面最も需要の高いはずの過疎地に1ヶ所も無いなどバラツキも大きい。今後規制緩和によって民間企業が参入する可能性も高いがその枠がどこまで広げられるかに期待がかかっている。この事業は、寝たきり老人等にかかりつけ医の指示に基づき、介護に重点をおいた

看護サービスを提供すると謳われている。しかし、医療改革による早期退院、ますます進む施設内の高度医療化は、在宅の療養者にも施設内看護をそのまま持ち込むケースの増加をもたらしている。即ち、器材器具をつけたまま、あるいは終末期の病状の変化が大きく医療者の目が離せないなど、医療依存度の高い療養者が増えているということである。設立14年目を迎える民間の開業看護婦集団・在宅看護研究センターの統計によると、会員の約80%は尿管はもちろんのこと胃瘻、気管カニューレ、人工呼吸器など、ケースによっては複数つけたままの療養生活である。今後行われる医療費の削減などの改革によってこの傾向は更に進むであろう。

また、国民のニーズは多様化し最期は家でと望む人も増えている。少子・高齢社会は高齢者の独居、あるいは高齢者世帯の増加を意味する。高齢になれば健康不安を抱えながら、あるいは最期のときを意識しての生活となる。そのような人を支えるにも看護はなくてはならない存在である。

公的介護保険にむけて、高齢者の自立支援にかかる様々なサービスが整備されつつある。自立支援の要になる訪問看護、訪問介護、訪問リハビリなどの人的サービスの機能は重なる部分も多く、役割機能の明確化は難しい。訪問看護事業の行方は看護の独自機能の明確化を先伸ばしにせず、利用者のニーズに即応する看護の提供ができるか否かにかかっている。そこで不可欠なのが訪問看護事業を運営する上のガイドラインである。

B. 問題の所在

わが国の経済・財政状況は政府が「変化の胎動がみられる」とはいうものの低空飛行を続けている。抜本的対策として各分野の構造改革が推進され、ビッグバンという言葉が氾濫している中、医療・福祉の分野もしかりである。

1997年、健康保険法の改正をスタートとして21世紀にかけて、診療報酬改定での在院日数の短縮、急性期と慢性期医療の役割分担、診療報酬の定額化、高齢者医療保険制度の創設等々、いくつもの改革案が上がっている。これは医療費の適性化、効率化

が最大の目的である。だが、医療・福祉問題は我々の生活に直接影響を及ぼすものである。国民は不安なく、安寧で健康な生活、より快適な環境での生活を求めている。個々それぞれに適したサービスが提供されること、そしてそれらを自分で選択できることを望んでいるのである。改革を推進していかざるを得ない状況は国民誰しもうなづける。しかし、入院・入所・通院・通所・在宅サービスが継続的に得られることと同時に、十分な情報提供・説明がなされ、納得した上で、が大前提である。故に2000年に始まる公的介護保険は、医療・福祉の素人である一般国民には不安因子大であろう。高度医療が施され、より長期化・重症化した療養者が早期退院によって在宅療養を余儀なくされる時代。退院を安心して迎えられる在宅サービスの中でも、訪問看護の充実が国民にとっては必要不可欠となるのは必至である。

1992年に始まった老人訪問看護事業及び訪問看護事業は、その受け皿として大きな意義を持っている。そこで提供される看護業務は、1991年の老人保健法等の一部を改正する法律、1994年の健康保健法等の一部を改正する法律によって示された「指定老人訪問看護の人員及び運営に関する基準」に則っている。しかし、社会情勢や地域差によって、看護に求められるものは常に変化している。訪問看護ステーション利用者は開設当初から比べると介護的看護から終末期ターミナルケア、医療器材器具の管理等医療依存度の高い傾向がみられ、また、時間外対応、24時間対応、一人当たりの訪問回数の増加も見られる。このような傾向は、配置する看護職に、より専門的な知識・技術及びマネージメント能力が求められてくる。また高齢社会のキーワードである「健康寿命」の維持にヘルスケアが求められ、個人の今そして将来の健康生活の問題にも看護職が大きく関与する必要性が生じてくる。

現在、訪問看護事業は上記の訪問看護ステーションのほか、医療機関、自治体、民間事業体などいろいろな組織で、形態も、内容も、質も、提供される看護も様々な状況の中で行われている。（表-1）

看護は継続なくして意味をなさない。そしてその必要性は突然に、あるいは巡回、長時間付き添いなど状況に合わせて変化する。そこで看護に求められるのは統合された判断力のある、変化に耐えうる専門的技術である。

平成7年の厚生白書では看護技術も①医療技術に伴う看護技術の変化②慢性期疾患

表-1 看護職の活動形態及び活動状況の概要

■病院からの訪問看護

- *社会保険診療の1つとして実施する
- *対象の年齢制限はない
- *退院後の家庭療養を支援する
- *短時間の訪問で、回数・距離に制限がある
- *保険規定内の負担になる
- *夜間・休日・時間外対応は限られる

■病院以外の施設・機関からの訪問看護

- *老人診療として、又は機関負担である
- *対象の年齢制限がある
- *家庭での療養・介護を支援する
- *短時間の訪問で、回数・距離に制限がある
- *保険規定内の負担、又は一部自己負担になる
- *夜間・休日・時間外対応は限られる

■在宅介護支援センターからの訪問看護

- *国からの補助金で行われる
- *対象の年齢制限がある
- *家庭での介護を支援する
- *短時間の訪問で、回数・距離に制限がある
- *一部自己負担の場合がある
- *夜間・休日・時間外対応は限られる

■民間型在宅介護を支援する上での訪問看護

- *組織対個人の契約で実施する
- *対象の年齢制限はない
- *家庭介護を行うヘルパーを支援する
- *訪問時間・回数の制限はない
- *組織規定額を全額自己負担する
- *組織として可能な範囲で対応する

■民間型ナース集団による訪問・付添看護

- *組織対個人の契約で実施する（主治医制）
- *対象の年齢制限はない
- *家庭での看護を提供する
- *訪問時間・回数は状況判断により決定する
- *組織規定額を全額負担負担する
- *状況判断により夜間の緊急対応もする

■地方自治体からの訪問指導

- *老人保健法による保健事業の1つである
- *対象の年齢制限がある
- *家庭での療養方法等を指導する
- *短時間の訪問で、回数・距離に制限がある
- *自己負担はない
- *夜間・休日・時間外対応は原則としてしない

■訪問看護ステーションからの指定訪問看護

- *社会保険診療の1つとして実施する
- *対象の年齢枠が拡大されている
- *主治医の指示により家庭での療養を支援する
- *短時間の訪問で、回数・距離に制限がある
- *保険規定内の負担、又は一部自己負担になる
- *夜間・休日・時間外対応は限られる

■民間型派出看護婦会からの付添看護

- *会を通して、個人対個人の契約で実施する
- *対象の年齢制限はない
- *家庭での看護・介護を全面的に実施する
- *依頼者の希望によって実施し、時間等の制限はない
- *紹介手数料、食費等を含めて全額自己負担となる
- *前もっての契約であれば住み込みでも可能である

■ボランティアの訪問看護

- *個人又は組織と個人との契約で実施する
- *対象の年齢制限等は提供する側によって異なる
- *家庭での療養・介護を支援する
- *訪問時間・回数に制限がある
- *交通費等、少額自己負担の場合が多い
- *決まった日時以外は対応できない

■民間型在宅医療を支援する上での訪問看護

- *組織対個人の契約で実施する（医師の指示の下に）
- *対象の年齢制限はない
- *家庭での治療・処置の継続を中心に行う
- *訪問時間・距離に制限がある
- *組織規定額を全額自己負担する
- *夜間・休日を問わず、24時間対応する

患者・高齢の患者の増加と看護技術の変化③技術に支えられた変化の方向と、変化に対応して進展しているとあるが、時代のニーズに即した看護の展開の必要性を示唆している。

21世紀にかけて様々な事業体が参入してくるであろう在宅支援サービス事業。その一翼を担う訪問看護事業では、医療・介護・リハビリ・服薬指導など関連職種と看護の役割機能を明確化し、更にそれらと協調しながら、様々なニーズの変化に対応しうる体制を整備すること。また、専門的な知識・技術を研鑽する機会を持ち質の向上に努め、看護職が主体的に行動できるよう管理体制を整備すること。地域に密着した支援システムを追求することなど幅広い視点での柔軟性を持った能動的なガイドラインを示すことが、今この時期に必要になっている。

C. 本研究の目的

本研究の目的は、わが国における訪問看護事業が民間企業の参入及び公的介護保険導入後もさらに発展していくことをそのねらいとして、現状における指定訪問看護事業に関連する事柄を種々の方法を用いて多角的に分析・検討し、潜在問題及び要検討事項を明らかにした上で、訪問看護事業の価値ある方向性を予測し、その継続性、安定性及びサービスの質の確保という側面から、競争原理の働く時代に即した標準的な訪問看護事業を維持するための運営上のガイドラインを作成することにある。

D. 用語の定義

1) 訪問看護

訪問看護とは、すでに実施されている指定訪問看護事業という狭い範疇のものを指しているのではなく、病院や福祉施設あるいは民間組織など、さまざまな箇所からそれぞれ特徴ある体制で実施されているものを指している。何らかの病気や障害をもつ

人々に対して、看護職が医師の指示のもとで、それらの人々の生活の場へ出向き、その人たちの生活に即した身近な方法で支援する専門的なサービスの提供を目的として実施されている。ほとんどの場合、1回の訪問時間は約30分から2時間位である。

2) 在宅看護

在宅看護とは、施設看護に相対する言葉であり、地域保健看護と専門看護領域で必要とされる高度技術の統合である。主治医との連携の下に、地域保健看護に加えて適切な専門技術を生活の場で提供し、家族や介護者と協力して、病気や障害治療のためのケアを統合的にとらえ、個人個人のニーズや欲求を礎にケアすることに重点を置いている。そのため、ある一定期間、在宅や旅先で付き添って看護を提供したりすることもある。専門的及び総合的な臨床判断、さらには各専門分野の協力は、在宅看護をより一層自主的及び独立した性格のものにする。

3) 地域看護

1997年の保健婦教育カリキュラムの改正によって、公衆衛生看護と在宅療養者に焦点をあてた継続看護とを含む内容とし、今まで以上に大きな概念に位置づけられた。それは、時代の流れに伴って変化し続ける社会情勢、健康問題に関する地域社会及び住民・家族のニーズの変容を加味した看護機能の高度化と役割拡大の可能性も意味している。看護職が関連する諸機関に所属し、それぞれの活動に責任をもちつつ地域看護を推進している。地域看護は、地域全住民の健康に視点を置き、個別性をその基盤にしている。

II . ガイドライン作成の手順

A. 日本における訪問看護事業の運営上の問題把握

まず、指定訪問看護ステーションの管理者に対して運営上で感じている問題意識について調査する。加えて、それらに関連した資料についても目を通し、指定訪問看護の事業推進の実情を把握することにより、運営上の問題を再確認し、運営基準上の要検討事項を抽出する。次に、訪問看護制度の発足に多大な影響を与えたとされる民間在宅看護事業組織の看護婦集団『在宅看護研究センター』の活動に視点を当て、発足時からの管理上での変遷を辿り、その時々の対処法及びその理由について把握し、分析する。その上で、それらの情報をもとに、現状における訪問看護事業の運営上の問題について明らかにする。

1. 指定訪問看護事業に関する聞き取り調査の結果に基づく分析

訪問看護事業者として指定を受け、すでに積極的な活動を続けているステーションの管理者の中で、『在宅看護研究センター』と教育上での繋がりがあり、さらに、抜き打ち的な方法での調査についても対応可能な看護管理者に対し、次の5点について、聞き取り調査を実施する。

- ①訪問看護ステーションを運営していく上で問題となっている点
- ②問題となる理由
- ③その問題にどう対処しているか
- ④どうすれば解決できると考えているか
- ⑤その他、問題となっている点

以上に対する回答の中から、ガイドラインを作成する上に関係していると思われる聴取内容を整理し、問題を明らかにしていく。

2. 指定訪問看護事業の関連資料に基づく分析

まず、全国で実施されている指定訪問看護事業の実績に関する報告書「訪問看

護統計調査」に視点を当て、1993年から1997年までの過去5年間のうち隔年に報告されている活動内容の変化を整理する。次に、最近の関連研究の中から、特に訪問看護事業の運営に影響を及ぼすであろう事項に視点を当てた研究を見出し、その中から、今後、訪問看護事業を推進する上において、検討が必要と思われる事項を抽出する。その上で、ガイドライン作成に役立つ事項を整理し、問題を明らかにしていく。

3. 民間在宅看護事業の関連資料に基づく分析

3年間の訪問看護のボランティア活動を経て、昭和61年度より、看護の将来を予測しながら、先駆的に在宅看護の実践研究及び継続教育に取り組んでいる看護婦集団『在宅看護研究センター』の在宅看護事業の変遷に着目する。そして、運営・管理上での問題出現状況を把握し、その時々の状況の中で必要となった事柄を抽出し、その対応・実施策について分析する。さらに、ガイドラインを作成する上に参考となるであろう事柄について整理する。

B. 諸外国における地域看護のガイドライン関連事項の把握

まず、それぞれの国が自国の社会情勢を鑑みた在宅看護活動を独自に検討し、構築し続けている国の中から、関連情報や資料が比較的入手しやすい国を選択する。そしてそれらの国から収集した資料の中から、訪問看護事業を推進する上に不可欠な運営上のガイドラインの作成に役立つと思われる資料を抽出し、整理する。次に、既存の日米間における調査の結果を活用し、看護婦の看護に対する意識について把握する。その上で、それらの内容や特徴について分析し、日本の訪問看護事業に不足している点や検討を要する点を見出していく。

1. 先駆的・独創的な発想で展開する5カ国 の関連資料に基づく分析

自国の社会・経済情勢や文化等の特性を重視しながら、独自の発想により特有の在宅看護活動を展開している国の中から、関連情報や資料が比較的入手しやすい複数の国を選択する。その上で、インターネットや電話、ファクシミリや郵便

等の通信網を活用し、可能な限り新しい情報や関連資料入手する。さらに、それらの中から、ガイドライン作成に役立つ特徴的な資料を抽出し、関連事項について分析・検討する。

2. 日米間で実施された既存調査の結果に基づく分析

平成8年、在宅看護研究センターが実施した「日米間での看護の諸事項に関する比較研究」の調査データの中から、アメリカと日本の看護婦の看護に対する問題意識の違いについて抽出し、ガイドライン作成に役立つと思われる事項を分析・把握する。

C. 総合的分析に基づく日本における訪問看護事業の方向性の予測

日本における訪問看護活動の実情と諸外国における在宅看護活動の実情とを比較し、これまで得られた情報をもとに、日本における訪問看護事業の発展に不可欠な点について考察する。その上で、日本における現状での訪問看護事業が何らかの形で影響を受けるであろう規制緩和、公的介護保険、生活構造や疾病構造の3点に視点を当て、今後、どのようなことが起こり得るかについて推察する。さらに、それらの情報をもとに、日本における訪問看護事業の向かうであろう方向性についても予測する。

1. 規制緩和が訪問看護事業に及ぼす影響

規制緩和が進む中、1999年度より民間参入が予定されている指定訪問看護事業の実態を把握するとともに、その中で期待される事業推進の方向性について把握する。その上で、規制緩和と訪問看護事業の関係性に視点を当てて考察し、訪問看護事業の本来あるべき姿を検討する。

2. 公的介護保険の導入が訪問看護事業に及ぼす影響

2000年度より導入予定の公的介護保険の全体像を把握するとともに、その中

で期待されている訪問看護の位置付けや役割について再確認する。さらに、在宅看護研究センターにおける在宅看護事業及び訪問看護ステーションにおける指定訪問看護事業の発足当初からの活動状況の変容についても把握する。その上で、それらの情報をもとに、公的介護保険導入後に起こり得るであろう訪問看護事業の実務内容を予測する。

3. 生活構造や疾病構造が訪問看護事業に及ぼす影響

高齢化の進行に加え、変化し続ける人々の生活構造や疾病構造にも着目し、その実情を把握する。その上で、今後、訪問看護事業に求められるであろう事柄の変化について予測する。

D. 訪問看護事業の運営に関するガイドラインの枠組み構成

訪問看護事業の運営上のガイドライン作成に向けて、これまで得られた情報をもとに、ガイドラインの枠組みを構想し、さらに、枠内に配列すべき事項及び記載内容を抽出・検討する。また、それらの掲示方法や配列についても検討する。

1. 不可欠な項目及び掲示指針の検討

訪問看護事業を推進する上で必要な事項及び一定の基準を示す必要のある項目について検討する。さらに、事業の発展性を考慮し、事業の向かうべき方向を示す指針についても検討し、指針と項目の関係性を見出す。

2. 具体的な記載内容とその配列の検討

検討し、必要事項として抽出した事柄について、再度、必要となる具体的な内容を分析・検討する。その上で、ガイドラインとしての示すためのそれらの配列を検討する。

日 本



III . 結果と考察

A. 日本における訪問看護事業の実情分析の結果

1. 指定訪問看護事業の運営に関する看護管理者の問題意識

電話及び直接面接による聞き取り調査に即座に応えた訪問看護ステーションの看護管理者は7名であった。それらの看護管理者が所属しているステーションの設置主体の法人内訳は、看護協会立1、医師会立4、財団法人立1、医療法人立1である。

以下、運営上のガイドラインを作成する上で加味しなければならない看護管理者の問題意識を分析し、整理しながら、順次、考察を進めていく。

- 1) 末期患者の場合は、疾患を問わず、容態変化が大きいため、短時間でも1日に複数回の訪問が必要になることが多い。また、時間外あるいは長時間の付添型看護が必要になることもある。
- 2) 末期患者の場合は、夜間の緊急訪問の可能性が出てくるため待機することの必要性も出てくる。
- 3) 24時間対応については、いろいろ解決しなければならない問題があり、安易には取り組めないのが実情である。

経営面から考えると、一人の対象者に対して小刻みに訪問することは、現状においては不可能であり、その料金設定も難しく、実際には割が合わない。そのため1日複数回の訪問、時間外訪問、付添型看護は、できることなら避けたい看護形態である。夜間の緊急訪問についても同様のことがいえ、労力面からみても、スタッフのスケジュール変更、拘束時間の延長などが必須条件となるため、そのやりくりには困難性が伴ってくる。しかし看護の本質を考えると、それらは看護として不可欠な事柄であるため、前向きに取り組める方策を早急に編み出し、推進せざるを得ない事項と考えられる。

- 4) 患者が重症であればあるほど、主治医との連携や家族との相談、計画的な管理が必要となってくる。

施設同様、在宅においても、対象が重症であればあるほど看護の領分が広くなり、

その役割も責任も重くなってくることは明らかな事実である。そのための管理方法を明示しておく必要性が考えられる。

5) 遠方の病院を退院してくる対象者もあり、退院時の病院訪問は事前準備や二人体制の必要性を考えると困難なことも多い。

6) 大病院志向が強く、訪問看護を受けていても、病院との関係を継続させていたいという意向が強いため、病院受診の同行に際しての人員配置も必要になることがある。この大病院志向は、重症や終末期の患者と家族に多く見受けられる。

都市部の病院へ入院していた患者が退院し、地方にある自宅へ帰る。あるいは、地方の病院へ転院するということは、今後も増える可能性がある。また、大病院志向は今後も当分の間続くであろうことから、それらに対応できるだけの体制をつくっていくことが必要と考えられる。

7) 一人の対象者に主治医以外の他科専門医の受診が必要になることもある。

8) 看護婦側が他科受診の必要性を判断しても、結局は、主治医の判断を待つしかなく、その間症状が悪化することもある。

医療が専門分化している中では、必然的に起こってることである。看護婦の役割機能の再検討等、何らかの対策を練る必要があり、それも早急に解決しなければならない事項と考えられる。

9) 地域に主治医を持つ高齢者は少なく、それ以上に、往診をしてくれる主治医にかかる高齢者は少ない。

10) 往診医が全体的に少なく、また、それらに関する情報も得にくいため、個人から訪問依頼があっても、『指示書』がないため、すぐには訪問できない。往診医を探すのに時間がかかる。

看護婦が携わるケースは、現行法からすると、往診医の存在が不可欠であるが、看護を必要とする個人からの訪問依頼に対して、スムーズに、また即座に対応できるための方策を編み出すことは、それ以上に重要なことと考えられる。

11) 医療処置・管理を要する人が増えているため、家族や介護職では担え切れないケースが目につくようになって来ている。しかし、看護婦は医師の指示がなければ医療処置・管理ができない。

医療処置・管理にはトラブルや不安がつきまとうことから、それらへの対応は不可欠であると同時に、その場での適切な判断・行動が要求される。また、医療器材・機器のトラブルや患者・家族の不安は、24時間の間、いつ起こるかわからない。それらのすべてに対して誰がどのように対応するのか、その責任所在について明らかにしない限り、在宅での医療はすべきではないと考えられる。

- 12) 主たる介護者や家族の状況から判断して、ショートスティの利用が必要と考えても、器材・器具装着者は拒否され、受入先がない。

在宅看護を推進するためには、その関連施設の運営が充実していることが重要で、早急な整備策が必要と考えられる。

- 13) 在宅では、看護婦は一人で対応するため、判断力、決断力など、高いレベルの看護が求められる。また、相談対応や緊急訪問においても対応能力が関係してくる。そのため、職場内研修や外部研修への機会を与えることが必要になる。

- 14) 職員に対しては、そのつど、教育したり、カンファレンスや事例検討会を開催したり、研修会に参加させたりと、看護管理者個人の努力でカバーしている。

- 15) 看護基礎教育の背景の違いや就職動機の違い等から、講義・技術中心の既存の一時的研修だけでは不十分と考える。一貫性のある管理者及び指導者研修が必要と思われる。

職員教育については、事業者及び管理者サイドの自助努力も必要であるが、それ以前に、その教育内容についての具体的示唆が不可欠と考えられる。また、それに関連する種々の継続研修プログラムの構築及び実践教育者の確保が必要と考えられる。

- 16) 事業者や職員自身の研修の必要性に対する問題意識が低く、現状維持でよしとする認識の低さがある。

- 17) 職場内研修の実施や外部研修への機会を与えるだけの人的・経済的余裕がない。訪問看護の質を向上させ続けるためには、事業者として指定する際や指定後の定期的な指導及び職員採用時の意識調査の義務づけ等が必要とも考えられる。また、看護管理者には経営に関する教育も必要と考えられる。

- 18) 記録時間のない状況の中で、提出書類も多いことから、事務処理の合理化が必要になっている。

訪問看護事業が進む中、書類内容の充実と簡略化、提出書類の再検討と事務処理の簡略化が必要になってきていると考えられる。

19) 看護管理者に自己裁量権が与えられている所は、独自の運営、活動、新規取り組み、等、打開策・先行投資的経営感覚を持って動いている。一方、主体的に活動できない所は、利用者にとって必要な看護を提供しようと真剣に取り組めば取り組むほど、その意気込みや意欲が損なわれている。

20) 訪問看護ステーションの競合化が進む中で、その独自性をどう確立していくかが課題になっている。

看護管理者の力量を知った上で、自己裁量の幅を持たせ、特徴あるステーションを築いていけるようにすることも必要と考えられる。

21) 訪問看護ステーションとして、他専門職を採用することは、経営上難しいため、他職種との連携が必要になる。そこには、かなりの時間と労力を要する。

22) 地域、行政、医師、等が、一体となって推進していくことが必要と考える。

23) 関連職種間における情報の共有化、プランの共有化、等、今後、構築しなければならない事柄が多い。

訪問看護ステーションは規模の大小にかかわらず、関連機関及び関連職種との連携を図ることが不可欠と考えられる。

24) 地域によっては治安の悪い所があるが、車の移動や二人体制では経費がかさむ。治安の悪さは、今後さらに進む可能性もあることから、何らかの対応策を編み出していく必要があるものと考えられる。

2. 指定訪問看護事業を推進する上での要検討事項

ここでは、次の3つの資料を分析し、ガイドライン作成上重要であり、引き続き検討していかなければならない事項を整理した。

①『訪問看護統計調査』

②成果報告書『介護保険の導入を展望した訪問看護業務分析に関する研究』

③研究報告書『在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究』

①の資料は、訪問看護ステーションが制度化された当初から、毎年、調査報告・出版されているものであり、隔年ごとのデータを比較することによって、訪問看護活動の変化を読み取ることができる（表－2、表－3）。また、②の資料には、訪問看護業務の方向性が示されている。さらに、③の資料では、今後、訪問看護婦の活動を推進するために整備すべき課題及び条件が示されている。

分析・整理された要検討事項は、（1）～（18）である。

1) 表－2のステーション利用者の経路をみると、自宅からのものが減り、医療機関からのものが確実に増えている。一方、終了後の状況は、自宅ではほぼ平行線をたどり、医療機関の方が徐々に増えている。また、終了後の転帰は、悪化または死亡を総計すると、60%を越えている。医療機関から退院して、直接訪問を希望していくケースが増えているにもかかわらず、再入院せずに、自宅または他の在宅関連施設で死亡しているのである。これらの事柄からは、看護機能が徐々に変化していることが伺える。

2) 表－2の利用者の主な傷病をみると、脳血管疾患が徐々に減り、悪性新生物や呼吸器系の疾患が徐々に増えている。さらに、痴呆が減り、精神分裂病が増えているのが目立つことから、看護の対象が徐々に変化し、症状の重い人に傾いていることが伺える。

3) 表－3の看護内容をみると、日常生活の介助、リハビリテーションが確実に減っている。一方、服薬指導、IVHの管理、在宅酸素療法は増えていることから、看護の対象が、介護との役割分担において徐々に変化していることが伺える。

4) 表－3の利用者一人当たりへの訪問回数をみると、13回以上も増えている。また

表一2 訪問看護ステーション活動の主な変化（1）

	1993年	1995年	1997年
利用者の経路	自 宅	73.8 %	68.6 %
	医療機関	23.3	26.8
	その他	2.9	4.6
利用者の終了後の 状 況	自 宅	12.5	15.3
	医療機関	46.1	48.0
	その他	41.1	36.7
終了後の 転 帰	悪 化	/	39.5
	死 亡	27.5	22.6
利用者の主な傷病	脳血管疾患	49.6	41.5
	神経系の疾患	6.1	9.9
	精神・行動の障害	5.9	6.5
	痴 呆	5.0	4.7
	精神分裂病	/	1.0
	損傷及中毒	4.0	4.7
	悪性新生物	3.2	4.0
	呼吸器系の疾患	3.1	3.8
	皮膚・皮下組織の疾患	0.3	0.6
	症状、徴候及異常臨床・ 異常検査所見	/	0.8
	保健サービスの利用	/	0.3
	特定疾患	/	6.0
	骨密度・構造の障害	2.6	1.2

表-3 訪問看護ステーションの主な変化（2）

		1993年	1995年	1997年
看護内容	病状観察	98.8 %	/	94.6 %
	本人の療養指導	/	78.0 %	72.3
	服薬指導（管理）	30.2	52.4	52.9
	家族の介護指導	68.3	76.6	69.4
	日常生活の介助 食事の介助 排泄の介助 清潔	/ 7.2 26.9 68.7	76.6 / / /	71.0 / / /
	環境整備	16.9	36.8	34.8
	体位変換	23.5	31.2	29.0
	褥創の医療的処置	17.2	22.1	19.5
	カテーテルの管理 I V Hの管理 膀胱洗浄・（導尿）	11.2 / 4.5	/ 0.4 7.0	/ 0.6 6.8
	呼吸管理に伴う処置	/	4.5	4.2
	在宅酸素療法	2.2	3.0	3.8
	検査補助	3.0	6.4	5.5
	介護機器導入時の看護	/	2.8	2.1
	ターミナルケア	/	1.3	1.2
	24時間ターミナルケア	/	0.5	0.4
	リハビリテーション	64.7	64.8	59.8
	他の診療補助	6.8	/	/
	その他	24.7	20.1	22.6
利用者一人当たり への訪問回数	1～8回 9～14回 15回以上	94.4 5.5 0.1	78.9 20.7 0.4	81.7 9～12回 13.2 13回以上 5.1
1回当たりの 看護時間	0.5時間未満 1.5時間以内 1.5～3.0時間以内 3.0時間以上	1.3 71.4 28.4 0.2	1.1 81.5 17.9 0.1	0.5 84.3 14.4 0.2
時間外対応の実施		1.0	7.0	6.7
24時間対応の実施		?	71.8	35.7

1回当たりの看護時間は、0.5時間未満が減り、1.5時間以内や3.0時間以上が増えている。ここからは、看護の形態を多様化していくことの必要性が伺える。

- 5) ターミナル及び医療処置の事例では、看護業務の難度が高く、訪問頻度が高く、時間外ケア割合が高い。また、ターミナル事例と痴呆事例については、難度が高く所要時間が長い。また、ターミナル事例では、連携・管理に要する時間が他事例より多く求められる。
- 6) 訪問看護の業務は、利用者の病状観察と状態の判断、療養に関する利用者と家族への教育、適切な看護介護物品の選定、調達及び準備であり、清拭等のケアの一部は看護職の病状観察の下で、介護職による実施が可能である。しかし、医療処置におけるケア、ターミナル状態へのケア、バイタルサインズ・問題兆候へのケア等、利用者の生命維持に関わるケア実施は、特に看護婦が行わなければならない。
- 7) 時間外に訪問看護を実施した事例は、訪問時の滞在時間、連携・管理時間が総じて長い。これらは、基本的欲求が満たされにくい状態に陥っている者であり、高度な専門性が要求される。
- 9) 「すべて医師が行う」ものと、「看護婦が行える」ものとの、両者の間に存在するグレイゾーンについて、今後、如何なる条件の場合にはどのように対処するのかを話し合い、協同する中での看護婦の行い得る相対的医行為の範囲を確定することが必要になっている。
- 10) 医療機器の使用及び管理方法について医師の指示はないことが多い実態からみて医療機器管理の責任の所在を明確化する必要がある。在宅療養者に致命的な障害を与えることのないよう、安全性の面から各家庭に適合した方法で医療機器の取り扱いについて、家族に指導教育することも訪問看護婦の新たな役割であろう。
- 11) 看護婦は、診療に深く関係する行為の実施にあたって、主治医の判断や方針を正確に理解して、変化する患者の実態に対応して、医師との連絡を取りつつ実施すべきである。医師の指示を効率的に実施に移すためには、医師からの指示を正確に伝達することが要求される。
- 12) 医師からの基準的な指示を行為別にアルゴリズムとして作成したものをそれぞれの地域や機関の協議内容に基づいて修正し、プロトコールとして共有していれば、

これを基に、対象者別の修正を加え、対象患者別に個別指示を作成することができる。これは指示を出す側も受ける側も基本は事前に協議されているので、個別化部分についてだけ、新たに協議すればよく、効率的である。

- 13) 対象の病態が多様化し、医療依存度の高い在宅療養者が増えるに従い、訪問看護婦の教育・研修が必要であり、その能力があると認められた者に許可すべきとの意見も出ている。
- 14) 訪問先でのとっさの判断と処置が求められることから、施設内看護と同レベルの継続看護が必要になる。
- 15) すべての訪問看護婦が高度在宅医療に対応できる能力を整えるのは無理なことから、訪問看護の二層性も考えておかなければならない。今後は、訪問看護ステーション間の連携を図り、それぞれの特性を活かした適切な看護を提供するためのネットワークシステムが必要と考えられる。
- 16) 訪問看護の質を向上させるため、看護の成果を測定し、分析する方法論を開発する必要がある。
- 17) 「訪問看護指示書」は、訪問看護事業における診療に関する指示であり、「看護についての指示ではない」ことを明示することを検討する必要がある。そのためには、看護側もその姿勢を示すことが必要である。
- 18) 中等度の症状の訪問看護事例について、看護機能の経済効果を分析し、患者やその家族の満足度も含めて多面的にその有効性を明らかにしていく必要がある。

3. 民間在宅看護事業の運営・管理上の工夫点

在宅看護研究センターにおける在宅看護事業の変遷をたどる中から、分析・整理された事業推進上の工夫点は、（1）～（33）である。

- 1) 事業推進の趣旨を明確化するために、「設立趣意書」を作成し、文章表現している。また、内容や組織の理念を表現したパンフレットを作成し、看護形態の変更に伴ってパンフレットの内容を改訂している。
- 2) 各年度ごとに「事業内容計画」を文章表現している。
- 3) 業務マニュアル及び実践マニュアルを作成している。
- 4) 雇用する看護婦の経験年数等の条件を変更し、独自の研修プログラムを作成し、研修内容・研修時間を工夫して実施している。
- 5) 管理者が不在の場合は、その代理を決め、役割機能を明確にした上で、各スタッフに提示している。
- 6) スタッフに対し、各年度ごとに「組織図及び事業概要」を示し、部門の役割機能を明らかにしている。
- 7) 看護内容を充実させるために、受け持ち制、チーフ制などその都度変更しながらさまざまな体制を試みているが、常に、最終的な報告を、いつ、どの時点で、誰にしていくか等、報告ルート、責任の所在を明確にしている。そして、部門ごとに業務内容を決定していくにあたり、目標、具体的方法については指針レベルで設定して行っている。
- 8) 常時、必要となる備品や器材を確保している。また、発足当初から、実践研究を継続するための器具も（医療用カメラ、皮膚温計、体圧計、録音テープ、角度計、ストップウォッチ、メジャー等）揃えている。収益事業部門としての株式会社を設立した際は、備品の保守・点検のために器材委員会を発足させ、器材委員が定期的に点検、補充、衛生材料の期限の確認などを確實に実施して行くようにしている。また、看護・介護用品や医療器具の貸し出し業社としての申請をしている。
- 9) 記録物に関しては、記載内容、提出方法、保管方法等についての規定を定めている。
- 10) 職員全員に対して自立と責任を意識させるために、各自の名刺に「開業ナース」

という肩書きと共に、最終卒業学校名及び国家資格N.O.を記載させている。

- 11) 関連機関との連携を図りながら、状況に応じた看護形態を決め、ケアを提供して行けるよう、機会あるごとに、工夫している。
- 12) 訪問看護料などの諸費用については、看護内容から独自に点数化し、パンフレット上でも、分かりやすい説明ができるように工夫している。
- 13) 職員一人ひとりが月ごとに自分の行動目標を設定した上で、活動報告書を作成して、自己評価をつけ加えて提出するようにしている。
- 14) 1年に1回健康診断を実施し、必要があればワクチンの接種も実施している。
- 15) 社会資源に関する情報を提供し、利用者やその家族が選択していくための援助を行うと共に関連職種との連携を図りながら機能していくように、職員一人ひとりが努力している。
- 16) 職場内で、感染防止や看護過誤対策についての規定を定め、独自に作成した看護実践マニュアルの中に明記し、各スタッフが問題出現時に同じ対応が迅速にできるようにしている。事故等が出現した際は、早い時期に会議を開催して、その原因をスタッフ間で再認識できるようにし、再発防止を食い止めるようにしている。
- 17) 利用者や家族の状況に応じて、必要時、関連機関と連絡を取り合いながら進めている。
- 18) 民間組織と公的な組織を区別することなく、また、他の関連職種に関する情報についても紹介し、利用者や家族が選択していく手助けしている。その際、種々の職種が関わるようであれば、互いに連携を図り合いながらケアを進めて行くようにしている。さらに、情報の共有や方向性の確認のために、必要時は、可能な限りカンファレンスの場を設けるようにしている。
- 19) 医療機関とは、電話あるいは文書による状況報告を通して、確認し合う中から、互いの連携を強め、ケアを進めていく上で、より良い関係性を築いていくようにしている。また、再入院する場合には、在宅での状況やその時々の判断について、文書で報告するようにしている。
- 20) 主治医との連携においては、報告や指示受けだけにとどまらないように、看護婦としての判断や看護の方向性、利用者や家族の思いなどを伝えながら、利用者と家

族を中心にして、主治医と看護婦が同じ方向性で関わっていけることをを目指している。そして、指示内容の確認を十分に行い、その結果報告を遅れずに確実にしていくようにしている。

- 21) 入院か在宅か、治療の継続をするのかしないか等、状況を把握した上で、利用者と家族の思いや理解度を十分確認しながら、その説明時期や方法を判断していくようしている。
- 22) 末期の状態や医療依存度の高い状況で地方へ療養場所を移動する場合は、起こり得ることを十分予測した上で、最大限の安全と安楽が保たれるように体制を整え、医療関係者との連携を密にしながら付き添うようにしている。しかし現行法では、違法業務になることから、家族の同意のもとに、主治医に対し「付添看護必要書」の記載を依頼して、急変時は臨時応急の手当てとして行動するようしている。
- 23) 疾患を抱えた独居高齢者に対しては、その人が望む人生を最後まで、納得の上でできる限り安心して送れるように、「独り暮らし」という情況から生じるデメリットの要因を社会資源の導入や活用、情報の提供により補っていくようしている。
- 24) 医療行為を代行する場合には、その旨を記載する所定の用紙を定め、さらにその行為が確実に為されたことを証明できる用紙を作成している。その都度、互いにサインすることを義務づけている。
- 25) 在宅生活が利用者や家族の思いを十分反映した環境となるように、必要とされるサービス内容はどのようなことか、起こり得る問題は何かについて解決していくための計画を立案する。それにあたり、まず方向性を明らかにするための初回訪問を実施し、計画の中には、利用者だけでなく、介護する家族の健康をも考慮した内容を盛り込むようにしている。退院にあたっては、事前に病院を訪問し、病棟スタッフから入院中の利用者と家族の状況に関する情報を得る一方で、退院後の変化、ケアの内容を所定の用紙に記載し、病棟へ届けるか決められた場所へ提出している。
- 26) 年度末に、各家庭に対して、アンケート用紙を送付し、提供している看護内容を評価するための調査を実施している。
- 27) 看護形態や訪問時間、訪問回数については、利用者の希望や状況、ケア内容等から判断し、決定・変更をしている。そのため、それらに関するカンファレンスを持

ち、スタッフ間で意見交換や共通理解を図っていくようにしているが、それらの尺度についてはまだ作成されておらず、検討を続いている段階である。

- 28) 問題が生じた時や行き詰った時など、その部門のチーフや上司との面接の機会を設けている。また活動にあたっては、個々のスタッフの得意分野などが考慮されている。
- 29) 発足当初から、24時間対応は年間を通して毎日実施しており、電話だけではなく必要な時は緊急訪問あるいは一時的に付き添う看護も実施している。
- 30) 職場内で積極的に学習会やシンポジウムを開催し、自己研鑽できるような学習環境や人間関係づくりをめざしている。
- 31) スタッフによる看護用品の開発等をめざしてはいるが、なかなか進まないのが実情であり、さらなる工夫が必要となっている。
- 32) 在宅死を希望するケースが増えていることから、それを可能にするための体制づくりを進めている。例えば、他組織との連携を密に図って行こうとする場合は、どこの組織が中心的な役割を担っていくのかを明確にするようにしている。また、苦痛や新たな症状の出現などにより、利用者や家族が危機的状況に置かれる場合のための緊急訪問体制を整えている。さらに、どのような時、どこの組織が緊急対応可能なかについてもはっきりさせるようにしているが、今後も引き続き検討を重ねて行かなければならない。
- 33) 在宅看護・介護に携わる看護婦及びヘルパーの加入できる損害保険を、海外の保険会社の協力のもとに、1991年、共済制度として確立している。会社の設立、個人開業、ボランティアとして、「保健婦助産婦看護婦法」「介護福祉士法」に則して業務を進めている個人のためのものである。

4. まとめ

訪問看護事業を運営する上で抱えている問題を要約すると、次のようなになる。

1) 社会情勢の変化と共に看護として求められる機能が徐々に変化してきている。訪問看護の業務内容や提供時間さらには看護の形態さえも、個に合わせて多様化せざるを得ない状況が起こっている。特に、容態変化の大きい患者や末期患者、いわゆる重症患者などの在宅看護においては、即対応及び適切な判断・諸技術の提供に加え、医師やその他の関係者との確実な連携、家族の苦悩に対する適時の配慮等、看護婦としての計画的行動と自己責任が問われてくる。そこで問題となるのが次の事項である。

- ①看護婦には能力差があり、専門職としての責任意識や活動範囲にも差がある。
- ②一貫性のある研修、教育体制が整備されていない。
- ③法律上でいう医師一看護婦の指示関係及び内容が不明確であり、また、医師によってそれらの応対にかなりの差がある。
- ④看護管理者の考え方や能力により、看護スタッフの活動が左右され、独自性が発揮できない。

2) 訪問看護事業に望まれること、期待されることは明らかになりつつあるが、さまざまな問題が絡み、組織として対応し切れずにいるところが多い。また、訪問看護ステーションの数は増え続けているものの、その活動の内容や質は不揃いであり、今後大いに懸念される点である。そこで問題となっているのは次の事項である。

- ①24時間対応が求められがらも推進できない理由は、経営上の工夫が足りず、また、看護スタッフのやる気が拒まれている点にある。
- ②事業者及び管理者の教育体制が整備されていない。
- ③組織により看護管理者の自己裁量権がまちまちで、組織間の差が大きい。
- ④即対応ができない理由の1つに、医師一看護婦の指示関係、医療器材の取り扱い等に対する責任の所在の不明確さがある。
- ⑤サービス提供者の業務評価の尺度が明らかになっていない。

3) サービスの継続の必要性が叫ばれながらもなかなか実施されておらず、早急に解決すべき課題になっている。そこで問題となっているのは次の事項である。

- ①病診連携及び施設と地域との連携が不十分である。医師同士、看護婦同士、関係職種間で十分な伝達・連携を図る必要性について、医療者一人ひとりの問題意識が欠けている。
- ②退院や転院時の移動の不安・困難さへの対応に向けての付添の必要性などが理解されていない。
- ③サービスの継続性を考慮した役立つ記録内容が提示されていない。
- ④組織の大きさや役職により上下関係をつけられ、相談や意見交換がなされず、一方的指示関係になることが多い。
- ⑤ショートスティ等、在宅関連施設での医療行為の受け入れがされないところが多いため、必要な時に利用できない。

4) 往診医が決まらず、訪問看護も必要な時に受けられないことがある。また往診が受けられても、医師の対応の仕方や在宅療養に対する考え方方が異なったり、往診医の専門外領域の病状が出現するなどした場合は、在宅看護が継続できなくなることがある。そこで問題となるのは次の事項である。

- ①往診可能な医師、その専門領域、往診可能な地区範囲などに関する情報が明確に提示されていない。
- ②他の専門医への相談や導入が医師以外に与えられておらず、看護婦の判断で必要と思われても行動化できない。
- ③各専門医によるサポートシステムがつくられていない。

5) 事業所としての活動に特徴を持たせてスムーズに、安全に進めるためには、その地域として解決してほしい点がある。そこで問題となるのは次の事項である。

- ①報告書等の提出物が多く、事務処理に時間がかかる。
- ②治安の悪い地域での事故防止対策が明確に打ち出されていない。
- ③在宅ケアに対する住民参加対策が浸透していない。
- ④療養に關係する種々の廃棄物に関する管理対策が不十分である。
- ⑤感染症に関することや在宅死に関することについて、住民の間で語り合える場がほとんど設けられていない。

アメリカ



B. 諸外国における地域看護のガイドライン関連事項の分析結果

1. 5カ国から得られた分析結果

ここでは、先駆的・独創的な発想で在宅看護を展開しているアメリカ、カナダ、スウェーデン、オーストラリア、フランスの5国から入手した資料をもとにガイドライン関連事項を分析した結果を順次示し、考察を進めていく。

A) 在宅ケア事業に関するガイドライン～アメリカの場合

個人の生活に干渉しないという自己責任の精神を重んじるアメリカにも公的医療保障制度はある。老齢・障害年金受給者及び慢性腎臓病患者を対象とするメディケアと低所得者に対する医療扶助のメディケイドである。しかし、高齢化が進むなか、それらの支払いについても困難になってきているのが実情である。また、その他のほとんどは民間保険を中心に行われており、医療保険の適用も受けていない国民が15%以上に達し、さらに増加傾向にある。1990年に掲げた「Healthy People 2000」の期限は残すところ1年、果たしてどこまで達成されるのか。

アメリカについては、在宅医療に関する情報を過去数年間にわたって数多く入手してきたが、ここでは、それらの中の資料のうち、ガイドラインの枠組み及び項目に関する次の5つに着目して、分析・検討を進めた。

- ① カリフォルニア州『ホームヘルスエージェンシーに関する標準規約』
- ② カリフォルニア州『ホームヘルスエージェンシーのための解説的ガイドライン』
- ③ ロードアイランド州『ホームケアエージェンシーの規定』
- ④ テキサス州『ホームヘルス基準』
- ⑤ オレゴン州『ホームヘルスエージェンシーのための管理上の規定』

このアメリカから得られた資料は、訪問看護事業の運営ガイドラインの枠組みを構成する上に非常に参考になるものである。また、規則の掲示内容においても、今後の方向性を示唆している事柄が多く含まれている。以下、作成上役立つと思われる具体的な事項を提示し、順次、考察を進めていく。

1) ホームヘルスエージェンシーに関する解説的ガイドラインの枠組みに、次のような形式のものがある。

規定番号	規 定	研究者へのガイダンス

なく、その都度、追加、補正あるいは示唆が与えられるような形式を決め、事業推進上活用しやすいものにしておく必要がある。

2) エージェンシーは、パートタイムもしくは間欠的な時間を基本として、看護技術やその他の治療的なサービスを、主治医の指示の下に、そのクライアントの住居で行う組織を意味しており、次の6つの形態がある。

- a. 州やその他の地方自治体によって運営されている公的なエージェンシー
- b. 非営利または営利目的で運営されている私的なエージェンシー
- c. 病院の訪問看護室など、組織の構成部門の1つに位置づいている下位部門
- d. 会社の第1段階として設けられた組織で、支部や下位部門に対して運営上の指示を与えること、コントロールを行う場になっている親会社のエージェンシー
- e. 親会社のエージェンシーによって設立され、それぞれの地区を担当する支部
- f. 親会社のエージェンシーと地理的には異なる地域にサービスを提供する下位単位サブユニット

そのエージェンシーがどのような目的により、どのような形態で発足されたのか、また、どのような展開をしようとしているのかについての分類を明らかにしておくことは、その後の活動の適切性を評価する上で役立つものと考えられる。

- 3) エージェンシーとしての方針は書面で示し、手続き上の書式も統一する。
- 4) エージェンシーは、エージェンシーとしての事業方針の下に、運営プログラムを持ち、適切性、有効性、効率性の面から、それを評価しなければならない。それは評価プロセス、政策、管理上の慣習、品質保障について行われ、エージェンシーの活動に関わるヘルス専門家の総合チームによる調査からなり、報告書として残すものである。

エージェンシーとしての事業方針を明確にし、定期的に運営状況を評価することは事業を継続する上で不可欠な点である。また、それらについて書き留めておくことも不可欠と考えられる。

5) エージェンシーは、本物の看護サービスを、登録看護婦の監視とケア計画によつて、または、それらの下で、提供する。

在宅ケアの軸になるのが医療と介護の狭間で進められる看護サービスである。本物の看護サービスとはどのようなものを指しているのか、それはどのような体制のもとに実施されるのかなどについて明確にしておくことが必要であろう。

6) エージェンシーの管理者及び看護管理者は、次に関する責任をもつものである。

a. エージェンシーの管理と運営

b. 経営方針の実施、法、規則に対する対応

c. 理事会と専門諮問委員会、専門職と準専門職間、及び地域などのリエゾンとしての活動

d. 効果的な予算の執行、会計、報告システムの準備と実施

e. 専門諮問委員会の協力を得た、専門技術の開発、基準の確立

f. エージェンシーによって提供されるヘルスケアサービスの範囲について統一するための方針、手順の確立

g. 看護ケア管理の再検討システムを含めた、ケアの質保証のためのプログラムの確立

h. 年間報告書の作成

i. 専門職者及び準専門職員の雇用

j. 理事会、あるいは他の法的機関を構成するための役割を持つ関連部門の職員の雇用

ホームケアエージェンシーには看護を実践する看護婦が不可欠であるが、それだけではエージェンシーは成立しない。そこには看護管理のできる人の存在も同様に不可欠である。つまり、エージェンシーの存続・安定・発展には、経営を一義とした管理体制が整っていなければならぬ。

7) エージェンシーの管理者として非看護職者を置く場合には、看護婦の指示の下に

置かなければならぬ。そして、専門サービスの実践基準や患者ケアサービスの方向性に関連している事柄について責任を持たせなければならない。

この内容からは、アメリカにおけるホームケアエージェンシーに関する考え方とその意味合い、看護婦に与えられている権限について知ることができる。日本の訪問看護事業においても、この点について明らかにしておく必要があるだろう。

8) 常勤のケアスタッフに対してはスーパーバイザーを置かなければならぬ。臨床部門のスーパーバイザーの最小必要割合は次のとおりである。常勤のスタッフが10人増えるごとにそれぞれ1名のスーパーバイザーを必要とする。

常勤に相当するケアスタッフ 臨床部門のスーパーバイザー

1 — 1 5	1
1 6 — 2 5	2
2 6 — 3 5	3
3 6 — 4 5	4
4 6 — 5 5	5

9) 臨床部門のスーパーバイザーは、患者ケアの管理に関する基本的な責任を持ち、エージェンシーの業務時間中はそこに常駐していなければならぬ。その他の時間帯の対処については、個々のエージェンシーの方針により決定する。

10) 6人もしくはそれ以下の常勤スタッフで運営しているエージェンシーにおいて、ケアに対する責任を持っている管理者は、スーパーバイザーとしての役割を担うことができる。しかし9人を越える場合には、この事項は適応できない。

今後、訪問看護機能がさらに変化していく可能性があることを考えると、そこへの対応策を編み出しておく必要のあることがわかる。ここでの内容は、その対応策を編み出す上で、大いに参考にすべきものと考えられる。

11) 個々のエージェンシーは、効果的な看護ケアとそれに関連したサービスのための条件に該当した人材を十分な人数分雇用しなければならない。

この点については、在宅ケアに関するサービスを総合的に扱うエージェンシーなのか、それとも看護あるいは介護等のいずれか一方のサービスを専門的に扱うエージェンシーなのかによって、どうすべきかを決めなければならないだろう。つまり、雇用

者数と効果的なケアとは必ずしも一致しないということも念頭に置いておかなければならぬだろう

12) 個々の職種の部門によって職務分掌が設定されなければならない。各職種固有の規定、業務、権限そして責務が明確に述べられなければならない。

この点は、事業内容を充実させながら推進する上で重要な点と考えられる。

13) 文章化された人事方針は、患者のケアサポートと人事管理について、常勤及び非常勤の職員に指示することになる。その中には、職員への定期的な業務評価についての対策も含まれる。

エージェンシーとしての基本的な方針を職員に提示することは重要であり、提示するだけではなく、口頭で伝達し、認識させることがそれ以上に重要と考えられる。

14) 職場内の研修プログラムは現状に応じて実施される。それらは、エージェンシーによって雇用されたスタッフへのオリエンテーションプログラム、職員の技術向上のための継続教育も含まれる。職場内研修は、疾患の様相、加齢、ケアの手順、職場の指針、感染予防と制御、患者情報の守秘義務、患者と患者ケアに関連した権利等々のニーズに応じて実施されなければならない。

職場内での研修は不可欠であり、プログラムに沿って形式的に進めるだけではなく雇用されたスタッフの背景に合わせて変化させなければならないだろう。

15) 就職時の健康診断は個々の採用予定者に課せられ、医師の診断書を添えて提出することが求められている。職業上、血液や体液の暴露を受けるリスクのあるケアスタッフには肝炎ワクチンの接種が無料で提供されなければならない。また、ワクチンの接種を受けていないことが採用の可否の基準になってはならない。

16) 臨時雇用者の健康診断の必要性は、職員が業務を遂行するのに支障を来さないという証明書に基づいて、各々エージェンシーが決定する。

17) エージェンシーは、感染防止に関する研修と設備の整備を行うと共に感染のリスクのある職員に対するワクチン接種を提供しなければならない。また、感染事故発生に際しての対策マニュアルを常備しなければならない。

職員の健康は重要で、特に感染する可能性のある疾患については注意しなければならないことから、その対処策を講ずると共にその対処法については明示しておく必要

がある。

18) 職員は、患者や居住者と 1 対 1 でかかわることが普通であることから、採用前後 1 週間以内に犯罪に関係した背景がないかを調査する必要がある。

犯罪が多発しているアメリカらしい内容である。日本の現状では書類と面接による選考で可能と思われるが、今後は調査を要することも起こり得るかも知れない。

19) エージェンシーは、エージェンシーとして関与する事項についての責任範囲が明らかになる取り交わし書とは別に、サービスに関する同意書を用意し、サービスの受け手に対してその記載を依頼しなければならない。

とかくあいまいな関係になりがちの日本だからこそ、サービス提供社側と受ける側との間で、書面による契約関係を明らかにしておくことが大切と考える。

20) 個々のエージェンシーは、記録やデータを定期的に報告するためのシステムを統一し、その中で、記録やデータを保持する方略を確立しなければならない。

ホームケアエージェンシーの実態について統計的に把握しておくことは、国として関連システムを構築していく上からも、情勢を見極める上からも必要なことと考えられる。

21) エージェンシーの活動推進のための専門職による諮問委員会または理事会は、管理者の他、医師 1 名、看護職者 1 名、部門内その他専門分野からの代表及びエージェンシーの外部者で構成する。

22) 専門職諮問委員会は、定期的に会合を持ち、専門的な課題及びエージェンシーの年間方針を検討する。

23) エージェンシーは、スタッフを含めた専門諮問委員会や他の下位委員会においてエージェンシーの事業内容、プログラム編成、専門サービスの実践基準、管理マニュアル、等についての年間評価の方法の手順を備えなければならない。

エージェンシーにとっての諮問委員会の設置及びその構成、具体的検討事項については、メリット・デメリット両側面から予測して検討することが必要であろう。

24) エージェンシーは、入院と退院についての適切な方針を定めなければならない。その方針は、次の事項を基に作成される。

a. 患者ケアニーズの入院前後のアセスメント

- b . エージェンシーの持つ能力が患者の医療・看護ニーズに応えられるという予測
- c . 医師の治療計画
- d . 家族の状況、サービスの限界についての拘束力
- e . 患者の継続ケアを保障するための地域サービスや他の社会資源
- f . その他の適切と思われるもの

25) エージェンシーのスタッフは、治療計画の開発を拡大するにあたってケアプランの作成にかかわっていかなければならない。

ケアを継続するための対策の中で最も大切なことは、施設と在宅にかかわる者同士の連携であろう。連携がうまくいかなければ何事もうまくいかないのが実情である。

26) 個々のエージェンシーは、記述された記録の使用への配慮について、ポリシーやマニュアルを持たなければならぬ。また、守秘義務を前提に、法的規定にそった情報公開の基準を決定する。

この内容は非常に細かい規定のように受け取れるが、本来ここまで明記にしておくことが必要なのかもしれない。

27) 患者の権利を守るために、権利条項のコピーを患者あるいは患者の代理人に提示すると共に、オフィスの目立つ場所に権利条文を掲げなければならない。

28) 患者は次の権利を有する。

(a) 尊厳とともに所持品・特性を尊重して扱われる。

(b) 患者あるいは保護者である家族からのすべての苦情に対して調査を受ける。

(c) 告知及び通知を受ける。

④エージェンシーは、快方に向かっている患者に対して助言し、訪問回数も適切にしなければならない。

⑤エージェンシーは、ケア計画の変更について、快方に向かっている患者に対しても、変更する前に助言しなければならない。

(d) ケア計画の立案に参画する。

(e) カルテについては、エージェンシーで守る。

(f) 直接に支払請求がある場合は、事前に、説明を受ける。また、これらについて、何らかの変更が生じた場合は、情報を得てから30日以内に通知を受ける。

- 29) ヘルスケア上での個人の権利に関する情報は、州法規に基づき決定される。サービスを受ける側の権利及び個人情報に関する取り扱いについては十分検討しておく必要があるだろう。
- 30) 登録看護婦は、最初の患者の評価のための訪問をする。また、一定の間隔で、患者への看護の必要性について再評価する。ケア計画と必要な修正をすると共に専門的な看護の能力を要する実質のサービスを供給する。また、適切な予防や回復のための看護手段に着手する。医療上のこと及び改善状況のわかる記録用紙を準備し、サービスを企画し、さらに、医師及び関連職種に対して、患者の状況や必要な事柄の変化を、事前に報告する。看護と関連した事柄の必要性に対応できるよう、患者と家族のカウンセリングを行う。“イン・サービス”の企画に参加し、他の看護に携わっている者を監視・指導する。
- 31) 登録看護婦は、看護介入を始める前の初期訪問で、患者本人の権利について、書面により、通知しなければならない。
- 32) 登録看護婦は、ホームヘルスエイドが患者に対して身体ケアを提供する場合、監督する。また、その質及び適性を監視し、調整するためには、容易に電話連絡ができる。監視訪問の際は、患者のカルテに記載する。ホームヘルスエイドのサービスが提供されている場合、登録看護婦は60日ごとに患者を訪問し、監視しなければならない。
- 33) 正看護婦は、特殊な行為において、医師と登録看護婦を助ける役目をする。看護婦間の役割分担及び具体的な業務についてはどのようにするのか、ガイドライン上ではどこまでうたうのか、また、他組織の他職種との関係をどのように規定すべきかについては、さらに検討を要するものと考えられる。

カナダ



B) ヘルスケアに要求する事項～カナダの場合

カナダは、他国がうらやむほど良いヘルスケア提供サービスを所有していると自負している国である。しかし、経済については、他国同様、危機状況に置かれていることは見逃せない事実である。これまで築いてきたヘルスケアシステムをいかに存続させるか、また、その質を確保しながらどのような改善を図っていくか。カナダにおけるヘルスケアの将来に向けて、着々と検討が進められているのが実情である。いくつかのサービスを効率的・有効的に消費し、限られた財源、人的資源を有効活用する仕組みを各州がプログラム化しようと努力している。この国では、医療関係専門職種のなかで看護婦が人的資源の50%を占めていることから、地域ヘルスワーカー等、トータルヘルスケアシステムのなかでの看護業務の普及が大いに期待されている。

カナダについては関連図書を中心に入手し、ヘルスケアシステムの考え方及び将来展望に視点を当て、それらの情報を得ることを目的として進めた。そこで、ここではそれらの図書のうち、特に次の1冊に着目して、分析・検討を行った。

『カナダにおける地域保健看護』

これは、カナダにおける地域保健看護について幅広く述べられている。大枠は次のとおりである。

パート1 歴史上の観点

パート2 システムとその反映

パート3 サービス

　　調停、役割と状況におけるサービス対策とモデル

　　クライアント

　　家族単位

　　地域と集団

パート4 教育上の問題

　　概念、理論、モデル～カナダの観点

　　重要な技術

　　教育上の手引き

パート5 研究

カナダから得られた図書の中には、興味深い内容が数多く含まれており、カナダ人の健康状態までもがよく見える。また、地域保健看護の中での感染症へのかかわりや看護教育の変容・種々の研究内容、さらには2000年における地域保健看護の展望についても記述されている。しかしここでは、「カナダのヘルスケアに要求される事柄」にのみ視点を当てることにした。以下、ガイドライン作成上役立つと思われる具体的な内容を提示し、順次、考察を進めていく。

- 1) 今後10年余りの間に、より良い防止体制へとほこ先を向けて行くとともに、経済危機の真っ只中に、ヘルスケアシステムの最も重要とされる骨組みのいくつかを維持していかなければならない。
- 2) システムを、現在の手当てと治療から、予防と健康の発展へと動かしていくなければならない。
- 3) 将来に向けてのヘルスケアシステムの検討は、今後も引き続き実施すべきものと改善していくものを区分して進める必要がある。

カナダでは、すでに理想的なヘルスケアシステムを築き上げ、推進してきていることが伺われる。しかし、時代の流れと共に社会情勢が変化していることを読み取り、今後を予測すると、財政削減は免れない。一方、予防と健康をより重視した医療に取り組む必要性が出ている。そこで、これまで築き上げてきたヘルスケアシステムをどのように組み立て直すのかが課題となってきた。課題解決に向けては、最初から構築し直すのではなく、既存のものを生かす形で十分検討し、これまで重要とされてきた事項の骨組みだけは残す方向で進めるべきという考えが示唆されている。

- 4) 医師によるサービス、診察、病院でのケアを利用する際、受診料が穩当であることは、今後も維持しなければならない。

カナダでは、病院の医療費を賄う病院保険と医師の費用を賄う医療保険を包含した健康保険制度が確立されており、すべての州での国民皆保険が達成されている。自国の経済事情も視野に入れた上で、国民の健康に視点を置いた最善策の必要性を示唆している。

- 5) サービスの効果をもっと慎重に評価し、あまり効果のないサービスについては、サービスの無駄を省くために、それを変えていくよう指摘をする必要がある。

サービスは量が揃えばいいのではない。数を揃えても、それが有効に機能しなければ意味がない。サービスの有効性についての評価は、受け手の満足にもつながる。

6) 北方地域へのサービス提供を向上させ、原住民の多大な要求にも応えられる新しい方法を見つけ出す必要がある。

サービスが手薄になりがちな地域に対しても、都市部と同様のサービスが必要である。カナダでは、各民族が持つ伝統や生活を認めながらサービスを提供しようとしている。その新しい方法を見出し、進めることの必要性を示唆している。

7) 救急時ケアについても、より調整された提供ができるよう、さらに検討を進めなければならない。

救急時のケアは、その場所を問わずに必要になるものであることから、提供場所を問わない、つまり、その場所がどこであっても、必要なときにいつでも直ちに提供できるシステムづくりの必要性を示唆している。

8) すべてのヘルスワーカーが、ヘルスケアチームの計画を通して、効率よく、効果的に貢献できるようにしなければならない。

カナダでは、コミュニティヘルスワーカーとしての役割を担う看護婦への期待も高まっている。関連職種がより良い計画のもとに一丸となって、それぞれ最善を尽くし貢献できるようにすることは、ケアの受け手にとっても最善策といえる。

9) 長期ケアのために、より多くの資源を委ねる必要がある。

カナダでは、長期療養型施設のケアに対し、連邦政府の助成が受けられる。老人福祉としてのさまざまな名称の施設ケアについてもその助成体制が整えられているが、それらをさらに充実させるための資源について模索している。在宅ケアを進める上でも、長期ケアの充実を図る方法を編み出すために、さまざまな角度からの資源を発掘し続ける必要があるだろう。

10) 環境汚染のコントロールについては、さらに十分な検討を進める必要がある。

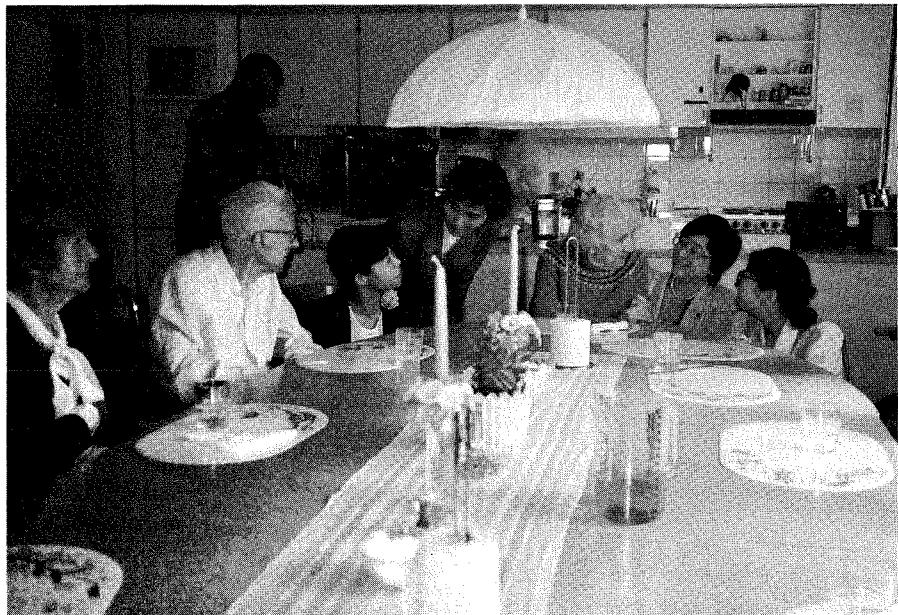
森林等の自然の多いカナダにおいても環境汚染の問題は出現している。環境は人々の心身状況に、さまざまな形で影響を与えることから、常に、良い環境づくりを怠ってはならないだろう。

11) 個人責任対集団責任の役割とその範囲のあり方について、再評価しなければなら

ない。

国民一人ひとりの健康問題を解決するにあたり、個人として、あるいは集団としてどこまでの範囲の責任をどのように負うのかについて、改めて検討する必要性が浮上してきているということであろう。この点も、国の財政危機に絡んで出現してきた内容ととらえられるが、よりよい方向で検討すべきとする方針が打ち出されているものと受け取れる。

スウェーデン



C) プロジェクト在宅看護～スウェーデンの場合

女性の社会進出が世界で最も進んだ国の一であるスウェーデンにおいても、他国同様に財政事情は厳しい。しかし、高齢者サービスなどの社会サービスについては、すべての国民に対して必要なサービスを保障するため、合理化・効率化を図りながらサービス水準を維持し、さらに質を高めるべく努力が続けられている。1992年、「高齢者サービスの実施・責任主体の市への一元化」及び「資源利用の効率化」を目的としてエーデル改革が実施された。これにより、訪問看護とホームヘルプ事業との連携が強化され、より効率的な在宅サービスの提供を行うことが可能になった。そして、社会的入院が大幅に減少した。しかし一方においては、高齢者ケアに対する医師の関与が必要以上に減少するという問題も起きてきた。そんな中での在宅医療の推進、看護婦への医療的期待が増してきているのが、ここスウェーデンである。スウェーデンの高齢者サービスについての情報は数多く入手できたが、ここでは、それらの中の資料のうち、特に次の2冊に着目し、最終的には、*印の箇所に絞って、分析・検討を進めた。

①社会省から発行された『老人福祉政策アクションプラン』

これは、国会に対し政府が提出した1997/1998 第113 の議案の要約である。

冊子の目次及び主要項目は次のとおりである。

目標、傾向及び対策への提案

* 信頼（安心感）、品質及び参画

老人福祉政策の目標

* 政府の提案

老人及び老人福祉の20のQ & A

②県連合で作成された『プロジェクト在宅看護または保障とは何か？』

「在宅看護分野での主要な開発分野を見つけるための8つの観点から見た論議」

「最初に患者のニーズからスタートする…」

目次

まえがき：保障とは何か？

* 在宅看護の集結

ケアの大半が在宅ケアであるナッカ市

どの位人口過疎地域まで在宅ケアが実施できるか

* 末期状態にあるガン患者ケアの経験談

在宅ケアがうまくいくには…心理社会的観点から

治療との限界線は

* ストラテジーと指針が必要な在宅ケア

リハビリのリソースであるホーム

在宅ケアを共通解決することにしたスコーネ地方

* 重要な開発分野であるプロジェクト在宅ケア

プロジェクト在宅ケアの各県の担当者

プロジェクト在宅ケアの参考文献

このスウェーデンから得られた資料は、直接在宅ケアに携わっている看護婦や医師のリーダーからの実態や実情の報告に加え、今後を予測した考え方や意見、要望についてもそのまま言葉として記述されている箇所が多く、説得力がある。また、その中には、訪問看護事業の運営ガイドラインを作成する上で、欠かすことのできないエキスが多数含まれていた。以下、作成上役立つと思われる具体的な記載内容を提示し、順次、考察を進めていく。

- 1) 短期的にみれば、老人福祉の欠陥をいかに是正するかであるが、長期的にみれば新しい人口構成が社会全体を合わせて変えざるを得ないことであり、スウェーデンの老人福祉対策は、いくつかのチャレンジの前に立っている。今日社会のあらゆる分野及びあらゆる年齢の人たちのためのよりよい社会を築くための政策が必要とされる。
- 2) 老人福祉アクションプランは、老人の生活条件及びケア及び福祉の分野での敏速な変化と同時に、県そして自治体と地方における具体的な目標とともに国の老人福祉の目標を示していて、幅広く成果をあげるようなプランである。
- 3) 連帶的社会は、老人の世話をしてくれる社会で、よい老人政策は、安心感、質、

参画に特徴づけられる。人々が安心して歳をとれるようにしてやらなければならぬ。活発で自立した生活を営んでいけることが質であるが、それと同時に看護及び福祉に従事している人たちが良い知識を有し、従事者が十分確保されることも指している。参画ということは、福祉を利用している老人が自分たちの日常生活に影響を及ぼすことができるよう社会が彼らの意見を重視することである。

ここには、福祉大国らしいキーワードがいくつも出てくる。現時点の問題をしっかりととらえつつ今後の問題を予測し、常にそれらの改善に向けて国としてチャレンジし続ける姿勢には独特的の勢いを感じる。老人はもちろん、すべての人々にとって良い社会構築を目指して、安心感とは何か、質とは何か、参画とは何かについて明確に打ち出し、いい意味での変化を敏速に起こそうとしている。この国としての方針、形式に止まらない行動力からは大いに学ぶべきである。

4) 質の向上及び国の対策としての持続性を持たせるために県と医療組織の協力関係を改善する。

5) 在宅治療及び老人専門住宅での医療関係知識を向上させ、また、老人福祉及び老人ケアで重要な意味を持っている部分での医者の参加を、これまでより強化する。

6) 患者の地位が強化され、国民の医療へのアクセスがより改善されるようにする。

医療を受ける立場に立たされる、医療提供者に対しては、診てもらわなければならないという意識が伴い、質問をすることすら避けてしまう人が多いのが実情である。しかしその生活が在宅であれ施設であれ、医療の必要性は変わらない。相互の協力のもとに、どこでも受けられる医療、受ける側が納得できる医療を目指す必要がある。

7) 医師の医学的知識レベルを向上させるために、教育や養成のニーズを調査し、教育内容を再検討する。さらに、老人分野の教育費用を増やし、家族へのサポートを強化し、福祉に従事する職員には、悪い点を報告するという義務を与えなければならない。

ここでは、老人分野及び家族へのかかわり等について、医師の再教育が必要であることを示唆し、実際にどう行動を起こすかまでを示している。それらの中でも、医療関係者ではなく福祉従事者からの評価を得ようとする点からは、国として取り組もうとするその真剣さが伝わってくる。

8) 現在最も重要なことは、医療が技術的及び医療的知識をいかに提供してくれるかということである。スウェーデンの医療制度は、大きな変遷を遂げている最中である。患者の入院日数が短縮され、以前より早く退院するようになった。このような変遷により、在宅看護がこれらのケアの傾向及び方向に大きな意味を占めるようになってきている。

入院日数の短縮、早期退院については、日本でも同じように、今後ますます進んでいくことが予測されている。高度医療を受け、医療器材器具を装着したまま退院する患者とその家族の不安は大変なものであるが、その解消策は思うように進んでいないのが実情である。往診医が24時間いつでも往診し、装着された医療器材を管理する体制が整ったとしても、それらに伴うさまざまな不安や苦痛への対応は難しい。また、介護者も患者同様不安になることが多い。そのような意味から、日本においても同様に、看護婦が主体となる在宅看護活動の充実が大きな意味を占めてくるものと考えられる。

9) 新しく、そして変化した職務、進歩した労働組織、より明瞭なリーダーシップに対応するための職員の知識を向上させなければならない。その知識とは、職員の態度及び対応の仕方も含むものである。

日本では、とかく新しいものや初めてのものが排除される傾向にある。しかし、変動の時代にさしかかった今、職員一人ひとりがこれからの方針性を予測しながら、さまざまな職種や組織と連携を図り、進歩的な歩みができるような教育環境を整える必要があるだろう。

10) 後になってから、密度の高いヘルプ及びケアを提供しなくてもいいように、早期にヘルプを提供しなければならない。

早期対応の重要性に加え、その対応の仕方の適切さがその後の状況を左右することは言うまでもない。そのつど、その後を予測した対応ができるような教育対策が必要と考える。

11) 家族に対し、より充実した、よりもう少し深部に掘り下げたサポートを提供しなければならない。

どの時代においても、家族の存在や意見を重視してきた日本においては、高齢者や

患者を抱えた家族のさまざまな側面からのサポート体制づくりが不可欠であろう。

12) 老人が“たらい回し”にならないように、異なったケア提供組織間のインフォメーションの交換を充実させ、よりよい協力をし合えるようにする。

組織間の連携はいうまでもなく、どこまでも老人の意志を尊重し支えていくようなくみを編み出さなければならないだろう。

13) 末期症状の人たちへのよりよいケアを提供する。在宅ケアは、長期疾病者及び障害者を対象に出発したが、現在では、その半数以上が治療ニーズの高いガンの末期症状患者である。

日本においても、看護の対象は徐々にその傾向を増してきている。医療行為の継続も大切であるが、出現症状や苦痛・心痛、身体の醜状化への対応、患者と共に苦しむ家族への対応がより強く求められる。ガン末期患者の看護、ガン末期患者を抱える家族の支援、さらには在宅死を支えるシステムづくりが必要になっている。

14) 正看護婦は、患者を訪問した場合、その場ですぐ判断して、適切な処置をとれる技術を持ち合わせている。そのため、ソデリア地方では、准看護婦をはずしてすべて正看護婦にした。緊急の事態が起こった時、正看護婦2名で編成されている救急グループは、一人でそれぞれの患者を訪問することができる。

今後は、より高度な技術・判断、緊急時の適切な対応が看護婦個人個人に求められてくることが考えられる。

15) 業務を改善することは非常に大事なことであり、そのためには、特別指導及び心理学者との定期的な会合などの職員へのサポートも必要である。サークル、ディスカッション、テーマを掲げての半日会議、コースなど関係ある全職員がこの改善作業に参加する。会合時のメモは、出席しなかった職員たちにも閲覧できるようにしておく。

業務を改善する際は、目先のことだけにとらわれず、関連職種の助言や意見を受けながら、職員全員で意見を出し合って、十分検討することが必要である。

16) ケアに携わっている職員の指導もある。それぞれの職員に適切な指導をすることが大切である。全職員の個々の能力を十分に生かしてやるべきである。そのためには、生かしてやれるような環境を作り出してやらなければならない。また、問題が

起こったら、管理者は恐れずに新しい解決策をみつけることである。時には間違いをおかしても許せるような、そして上司が常に責任をとってくれるような、職場に安心してやれるような雰囲気がなければならない。

職場環境の確保は、管理者の考え方や姿勢にかかってくることは言うまでもない。ここからは、管理者教育の必要性が浮かんでくる。

17) それぞれの環境にはそれぞれ違ったニーズがあるので、そのニーズに着眼すべきである。組織は、その地方、地区の条件により、全国でいろいろ違った組織にするべきである。大切なことは、患者のニーズを再優先して成果を期待しないディスカッションを持ち、その後どのような資源が必要であるかみて、最後に、どこにその資源があるかみてみることである。

18) ストラテジーはニーズにより異なってくる。つまり、組織が置かれた環境により異なる。そのため、それらの条件に適応させなければならない。ストラテジーを話す時には、態度及びケアイデオロジー、組織、リーダーシップ、経済の4つの分野に着目すべきである。

地域性を考慮した活動の必要性は重要である。そのような活動を位置付け、推進するためには、その地域でのさまざまな角度からの調査が必要になる。既存の資源を見出し、改善し、補充し、そして住民の特徴的なニーズをとらえ、その地域にふさわしいシステムを構築することが必要であろう。

19) 在宅ケアを進める上で大切なことは、全員が考えたようには進まなくても、職員全員がこのプロセスに参加していると考え、参画して自分の意見を言うことなのである。

形式的に参加するのではなく、全員が自分のこととして参加し、発言することが、今、最も求められているように受け取れる。

20) 県の変遷状況とケアの仕方が変わってきつつある県を刺激するために、1997年2月から1998年2月まで、県連合では『プロジェクト在宅看護』というプロジェクトが行われた。それは、在宅ケアにはどのような可能性があるのか、また、どのような限界があるのか、在宅ケアをより拡充するには県はどのようなサポートを必要とするのか、等、在宅ケアについて分析され、議論され、深く掘り下げて研究されて

いくためのプロジェクトである。

このプロジェクトの存在は非常に重要であり、日本においても、その研究班を設けその進め方について検討する必要があるだろう。

21) 普及している形態の基本的在家ケアは、医療または治療が24時間患者の自宅で行われる。この場合、直接医師の参画やニーズではなく、看護婦の知識と能力にかかっているケアである。

看護婦の活動範囲がさらに広がるであろうことを示唆し、そこへ対応するのに値する能力開発の必要性についてもふれている。看護はいつ必要になるかわからない。必要な時即座に対応できる看護が在宅でも求められていいくことを念頭に置いておかなければならぬだろう。

22) ある県から他県へ移った場合の責務管轄をはっきりさせておく必要がある。例えば、判断、アドバイス、対策、家族の役割などについてである。

他県への移動は、日本においても実際に起こっていることであり、今後もさらに増える可能性があることから、その対策を講じておく必要がある。

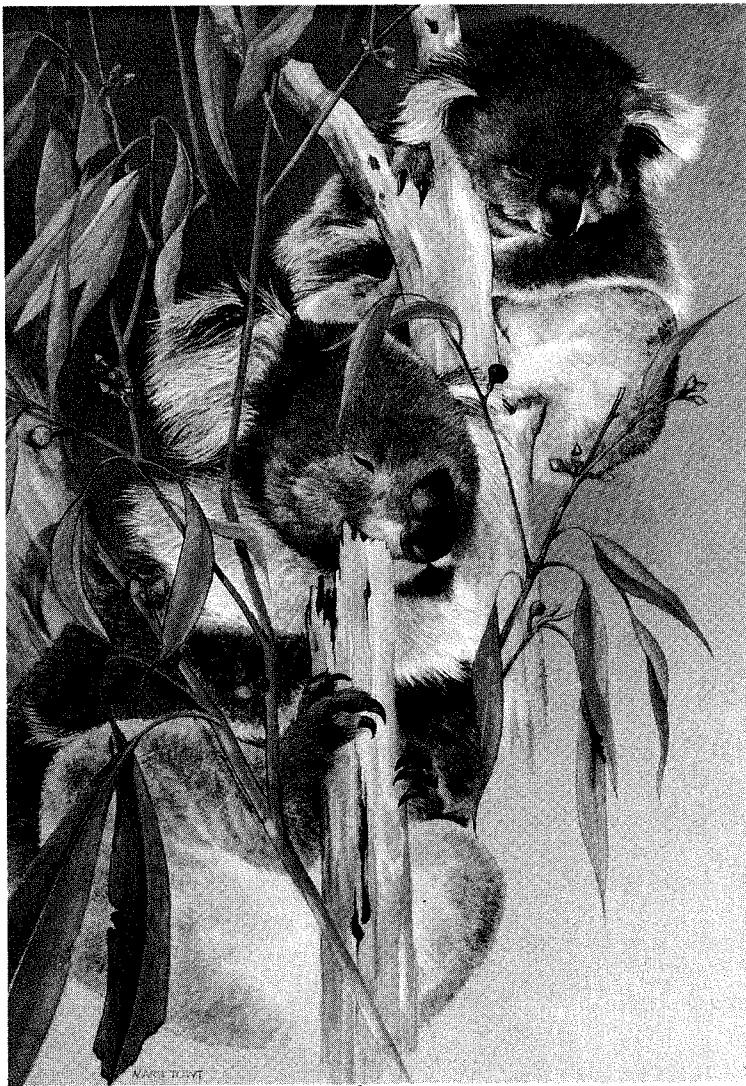
23) 現在、どのような病状の人たちを在宅でケアしているか、また、この3年から5年先には、どのような人たちを在宅看護できるかを調べる必要がある。また、重病の時、国民はどのようなケアを望んでいるかとの回答が入手できるようなアンケート調査を実施すると同時に、アンケート調査及び死者統計をもとに、国民が重病の時、どのようなケアを受けたがっているか『同意会議』の開催が必要である。

ここからは、国民サイドに立った調査とはどのようなものであるかが読み取れる。特に、重病の時、どのようなケアを望むか、どのようなケアを受けたがっているかに視点が置かれ、それらを解決するための対策が立てられようとしている点などは見落とすわけにはいかないだろう。

24) 在宅ケア分野の教育養成をしている小・中学校、高校、集中養成教育をするような機関での教育内容について調査する。

この国では、小学生時代から在宅ケアに関する教育がなされており、その内容調査をして、さらに向上させようとしていることがわかる。本来、在宅ケアの本質、考え方については、幼児期からの教育が必要と考えられる。

オーストラリア



D) 地域看護業務のための基準～オーストラリアの場合

1988年に建国 200年を迎えたばかりのオーストラリアでも、他国同様、高齢化が進み、施設ケアから在宅ケアへと大きな政策転換をしている。高齢化による医療費の高騰に対して入院を削減し、在宅ケアに移行したため、訪問看護やナーシングホームの対象者が重度化し、ケアの充実が課題である。この国の各州では、地域ごとに訪問看護センターを設置し、24時間の訪問看護を自費により行う一方で、在宅看護給付を制度化している。また、看護機能は基本的に独立しており、訪問看護サービスは、クライアントと看護婦の間で契約が交わされ、医師の指示は特に要求されない。在宅地域ケア支援事業に携わる職員の約半数は看護婦である。

ここでは、それらの中の資料のうち、特に次の1冊に着目して、分析・検討を進めた。

オーストラリア地域看護協議会『地域看護業務のための基準』第二版、1997.

これは、オーストラリア地域看護協議会が著作権を持っているもので、オーストラリア全土から集められた8名の看護職メンバーの協力によって作成されている。この作成にあたって参考にされたとされる主な資料は、『カナダにおける看護業務の標準規定』である。

目次は、次のようになっている。

前書き

地域看護についての哲学的な声明書

地域看護の性質、種類

標準1：地域看護婦は、専門家としての役割の責務を果たす

標準2：地域看護婦は、関連職種間において、合法化する相互関係を築き、それを保つ

標準3：地域看護婦は、有効で神聖な看護ケアを提供する

学術用語の用語集

オーストラリアから得られたこの資料は、カナダで用いられている看護業務に関連した資料を参考にして作成されているものである。内容的には、地域看護婦の果たす

べく役割と責任に絞られており、一般的な教育過程に添った形で、行動目標レベルまで詳細に記述されている。むしろ、在宅看護に携わる看護婦の教育に役立てたい資料であるが、その1つ1つの記述内容は、在宅看護のあるべき姿を表現していることから、ガイドラインの中に含む内容を検討する上においては、非常に価値のある資料と思われる。以下、作成上役立つと思われる具体的な内容を整理・提示し、順次、考察を進めていく。

1) 地域で働く登録看護婦は、次の①～⑧のこと信じなければならない。

①人間というものは、肉体的、心理的、社会的、精神的事項、また、そのようなニーズを修得するために、適切な目標を掲げる能力を持った特殊な生き物である。

②個人一人ひとりは、年齢、人種、信念、地理的位置、社会的、経済的地位に関係なく質の高い看護を受ける権利があり、またケアを提供する看護婦から敬意を表され、秘密を守る権利がある。その上個人個人は、自らのライフスタイルを選択し、それに沿った健康のための決定、また、自らの知識、信仰、信念や価値によって、健康のために物事を判断する権利がある。

③社会的生き物としての人間というものは、家族、他の仲間、環境そして個人の健康に影響を及ぼす社会的・生態学的な両方の要因と相互作用し合う。

④看護は社会のニーズに応じて存在する。看護は一人ひとりの人生を通して、その人の健康へつながる理想を保っている。そして、その人の社会的・環境的大脈の中で、その人の健康ニーズや資源に着目する。看護は地域のトータルヘルスケアシステムの不可欠な部分である。このシステムの中で、看護婦は、専門的役割と共に一人の独立した開業医と同様に行動する。例えばヘルスチームの一員として、他の健康の専門分野の活動を調整したり、開業医によって法律上委託された医療行為を実行したりする。

⑤地域看護は個人のため、家族のため、グループ団体のため、また、彼らの日常の場である家庭、仕事、学校や地域センターのために提供される看護である。提供される場所がこのようなため、地域看護には、科学的知識と看護が基となっている規律の才のある応用、そして、温かい姿勢、共感・敬意を重視した人間関係の中で実施されることが要求される。

⑥地域看護の焦点は健康の進歩と維持である。そして、病気の過程で早期発見、介入に着目し、リハビリテーションによって、病気やその進行を防ぎ、個人が独立することにおいて、最高のレベルに到達しその状態を維持できるよう援助する。または、これ以上生きることが不可能な場合は、安らかな死を得られるよう援助する。もし可能であれば、個人、家族、地域の中の団体及びすべての地域が健康ニーズを明瞭にする上で、また、それらのニーズを獲得するための作戦の計画・実施・評価に積極的に参加すべきである。

⑦個人の健康ニーズにおける社会的・生態学的影響の重要性を認識している地域看護婦は、地域での看護は地域の変わりやすい健康ニーズに適応するための敏感な方法・手段を発展させることによって、適切であるということを保証する義務がある。

⑧地域看護婦は、看護業務の標準の発展と実行を通じ、看護ケアの質を進歩させ、維持することを求める。地域看護の実施、教育、経営、研究における進歩と維持は、特に、地域看護に関連する終わりのない発見、取得、知識の批判的な応用と評価、技術と姿勢においての開業医の個人的また職業上の発展を通して高められる。

ここに掲げられているのは哲学的声明文である。人間とはどのようなものか、人間個人の権利とはどのようなものか、看護とはどのようなもので何が求められるのか、地域看護には何が求められ、看護婦はどのようにすればならないのか。看護婦として常に理解しておかなければならないことを掲げておくことは必要と考えられる。

2) 看護は、看護介入を通して人々が最高レベルの健康を獲得し、保持するのを助けることがある。看護は多様な場面での実施が可能であり、その一つが地域である。人々の健康ニーズや期待、実施の場、また雇用機関の命令などは、地域看護婦の役割に影響を及ぼす要因である。これらの要因と関係なく、地域看護の実施において本来の要因が幾らか存在する。それらは①～⑤である。

①看護の焦点は、個人や家族の場合と同じように人々のニーズの明瞭化にある。これは、健康ニーズを明瞭にする上で、看護婦にさまざまな専門分野（流行病学、社会学、統計学）からの規律を応用することを要求する。

②看護婦が働くそれぞれの地域は特有である。地域看護婦は、創造力があり、個人家族、また、地域団体の持つさまざまな慣例や文化・価値観のあり方に適合し、敏感である必要がある。

③作業場が異なり、地域サービスの連携が複雑な時、地域看護婦は広い範囲の専門家や専門家ではない人々と有効に相互作用し合うために、さまざまな人間関係の技術を必要とする。

④地域の中心になるプライマリーヘルスケアワーカーのように、看護婦は、たまにある健康ニーズに応えるのと同様に、地域における健康状況の継続した監視への参加を要求される。

⑤地域の中心となるプライマリーヘルスケアワーカーのように、看護婦は仲間からの後援が十分に受けられない場面ででも働いてもよい。これは、看護婦に自分で自分を方向づけ高いレベルの自主的な職業上の判断を鍛え、いつ、どこで、どのように、その人の援助におけるニーズが獲得できるかについての理解を要求するものである。

ここには地域看護婦の特性が記述されている。地域看護婦としての自覚と責任を促す意味においても、看護の活動範囲の可能性についてふれておくことも必要と思われる。

3) 看護を受けている間に、患者が、宗教上または食事上持続したいことがある場合は、看護婦は、その患者自身の習慣、宗教、また食事のあり方を持続できるような援助を修得するため努力しなければならない。個人の感情と反応に重点を置き、その背景、価値観、信仰、観点、そして、彼らの継続した必要性とふるまい方を理解し、尊重する。

看護を提供する者として個を尊重しなければならないが、どのような態度・姿勢をとるべきかについてはどこまで示すべきか、検討の余地がある。

4) 登録看護婦に義務づけられている法律上の要求や慣例を考慮しながら実行する。雇用されている機関の方針、予定計画や手段に従い、任務が自分の教養や資格以上の知識・技術が必要な場合は、専門家の意見を求めなければならない。
この点については、とかく逸脱行為があることから、示しておく必要がある。

5) 患者の自己決断の権利を守るために行動し、患者に①～④の権利があることを前もって知らせる。

- ①ケアを受け入れるかどうかの決断をすること
- ②処遇ややり方、企画への同意・保留の意思を伝えること
- ③研究生のいる場面での待遇やインタビューを拒否すること
- ④自己に関する種々の記録物に目を通すこと

ケアを受ける側にとって重要な点でありながら、日本ではうやむやになり兼ねない内容であることから、これらの点をどのように位置付け、どのように進めるかについて十分検討しなければならないだろう。

6) 患者の威厳、私的プライバシー、尊厳に関する権利を保ち、守る。研究生の能力が十分に修得されるまで、すべての業務場合において、彼らを監督する。必要であれば、通訳のサービスを得る。

在宅への研修生や研究生の導入は、今後当然のように進められていくものと予測されることから、その体制を整えておく必要があるものと考える。

7) 雇用されている機関の火災安全や技術等、安全性の方針に従い、それらについて明確に述べられるようにしておく。

組織としてのさまざまな角度からの安全管理は重要で、それらにまつわる事項については十分検討し、即、対応できるようにしておかなければならぬ。

8) 看護婦自身の健康と安全を保証するため、また、他人の健康や安全を侵すことを防ぐために、無理のないよう気をつける。病気やけがを防ぐ必要があれば、保護衣や設備を用いる。

職員の健康管理については、個人の限界があることから、組織としても十分な対策を持つ必要がある。

9) 事故、過誤、出来事や苦情などを報告し、資料化する。不安全な業務や職業上適当でない行為については、どこまでも追跡する。

組織としてすべて解決しようとすると無理が生ずることから、組織としての限界を考慮した上で、対応策を編み出す必要があるだろう。

10) 他の看護婦や他の医療専門家による不適当な申し出や決断に挑戦する。例えば、

薬品や処置についての命令、判読しにくい不明瞭な申し出、不適当な要求、個人を害したり、また個人の権利を侵す可能性のある命令などである。

相手の言うなりになるのではなく、看護婦としての自己の判断を示しなさいということである。看護婦に欠けがちな点であることから、何らかの形で強調する必要があるものと考えられる。

11) 自己の能力と持っている資格内で実施し、それ以上の能力を必要とする任務のことは、雇用者に前もって報告する。また、物事が明瞭でない時は、有能な仲間に指導を依頼する。

自己の能力限界を明確にすること、関係者や関連職種と連携を図ることの重要性が示されている。専門職として不可欠な点といえる。

12) 自分が置かれている立場を考慮すると共に同僚の実力を認識し、自分の作業を評価する。また、自己の学習の必要性を評価し、常に、職業上の知識と技術を最先端のものにしておくよう努力する。

自己評価、自己学習の必要性と共に時代の流れに乗り遅れてはならないことが示されている。やはり、専門家として不可欠な点といえる。

13) 看護ケアの質を保つ、または向上させるために企画された活動に参加する。そして、看護研究と看護における知識の向上に貢献する。

看護婦個人の学習の必要性は当然であるが、職業人としての看護婦の地位の向上も不可欠と考えられる。

14) 流行っている健康問題と共に通している関心事や心配事については、前もって報告する。

国としての報告義務内容を明確化しておく必要がある。

15) 退院、転院またはケアの継続を保証するため、その後の援助サービスや必要な資源を確認し、関係者間で協力を結び、適切な機関へサマリーのコピーを送るなど、文書によるケア計画を組織化する。

ケアの継続性は重要でありながら、あまり実施されていないのが実情である。この点については、関係者間においてその必要性の認識を高め、その方法論について早急に見出していく必要があるだろう。

フランス



E) 自由開業看護婦制度～フランスの場合

フランスにおいても、他国同様、高齢者の介護は大きな社会問題の1つになっている。1991年、文化・家族・社会問題委員会による『ブラール報告書』と社会問題監察官ピエール・ショフランを委員長とする委員会から『ピエール・ショフラン報告書』が提出され、高齢者介護のあり方の根本見直しや既存の制度の統廃合を前提とした新しい介護手当制度が提案された。そして、1997年に介護手当が制度化されている。この国では、一定の経験を積んだ看護婦は医師と同じように地域で一人ででも開業することが認められており、この制度に対する国民からの評価は高い。入院代替策や在宅医療の発展、要介護高齢者の増加により、地域での看護ケアの需要が伸びていることから、開業する看護婦は増加している。

フランスについては、社会保障制度に関する資料を中心に入手したが、ここでは、それらの中から、最も興味深い次の1冊について、分析・検討を進めた。

『自由開業看護婦（原文：自由看護婦）』

これは、フランスが1945年頃より、看護婦が個人的に診療所を持ち看護の業で開業することを進めている制度の内容に関するもので、その具体的活動方法や状況、実務内容等を示したものである。

この資料に示された項目は、次のとおりである。

1－職業の定義

2－市場

3－営業手段

4－運営と資金調達

5－法制と金融

6－関係団体

このフランスから得られた資料は、日本の看護婦に夢を与えるものであり、また、今後の在宅看護の進むべき方向を示唆するものもある。その中には、訪問看護事業の運営ガイドラインを作成する上で、参考になる点が多く含まれている。以下、作成上役立つと思われる具体的な記載内容を提示し、順次、考察を進めていく。

1) 資格を有し、その資格に応じて、処方あるいは医学的助言、あるいは割り当てられた固有の役割の応用として、日常的に看護を行う者は、すべて看護業を営む者とみなされる。この他、看護婦は予防医学的活動等のさまざまな保健活動にも参画する。看護婦（夫）は、患者の自宅あるいは看護診療所において、通常の看護技術行為（採血、包帯、点滴…）及び特別看護技術行為を実行する。

「日常的に看護を行う者は、すべて看護業を営む者とみなされる」。ここで述べられていることは当然の事柄であり、そこには、看護業に対する責任と自覚が課されている。その責任と自覚があるからこそ、『自由開業看護婦』という名のもとに、認められているものと受け取れる。

2) 技術行為は、AMI（看護技術行為）と呼ばれ、1992年以降は、AIS（介護看護技術行為）と区別されている。AISは、病人に対する衛生、健康管理、予防医学的看護行為を指し、AMIを含み得る。自由開業看護婦の仕事は、近年、介護を要する老人の介護に力点が移ってきており、時に、独居老人と外の世界を結ぶ唯一のパイプの役目を果たすこともある。障害者に対しては、部分的または全面的自立を目指して社会復帰を援助し、現在の健康状態の維持に努める。

日本では「診療の補助」と「療養上の世話」に分類されており、採血、包帯、点滴などは医療行為にあたるため「診療の補助」業務とされている。しかし、フランスでは、それらを「看護技術行為」と明示している。さらに、「療養上の世話」にあたると思われる「介護看護技術行為」をみると、その行為の範囲が、衛生に加え、予防医学的行為にまで及んでいる。医師と同じように、診療所を持って活動できることが認められている以上、それらの事柄は当然のことといえる。

3) 自由開業看護婦は、患者の健康管理に関する忠告を行い、異なる保健医療関係者及び機関との連携を図る。また、患者の家族、社会的経済状況を考慮に入れて、より広い視点から患者をみなければならない。

自由開業看護婦に求められる活動の方向性を示唆し、その責任の重さを意識させるための内容と受け取れる。一人で開業する看護婦にとっては当然の義務と考えてよいだろう。

4) 朝が早く（6時起床）、終わるのが遅く（夜半）、身体的にも心理的にも厳しい

ものがある。したがって、堅実な使命感を持つことが望まれる。また、寝たきりの患者を介護できる強い精神と身体的健康を保持する必要があり、いかなる状況にも対応できる方法を心得ておくことが望まれる。看護業務は、ほぼ毎日同じようにあって、日曜日に、多少減る。

やるからには、勤務時間の制限から入るのでなく、必要とされる看護を確実に実行する必要性を示唆している内容と受け取れる。ここでは、看護が24時間 365日必要とされていることの意味をも含んでいる。

5) 管理の明確な営業上の概念を有し、社会保障制度に関する豊富な知識を持っておかなければならない。

なぜ開業するのかを明らかにすること、独り善がりにならないことを示唆することによって、看護の発展につながることを求めているものと受け取れる。

6) 自由開業看護婦は、1997年12月31日現在、フランス都市部で4万8千人で、その約50%は一人で開業しており、これは農村部において顕著である。

農村部においては医師や看護婦の数が少なく、また、住民も散在していることが考えられるため、大きな組織より、小回りのきく小さな組織でさまざまな行為のできる自由開業看護婦などの方が存在価値があると思われる。日本では、僻地でのサービスのあり方が課題になっていることから、この制度については、十分参考になる。

7) 自由開業看護婦はフランス本土及び海外県で順調に増えているが、人口の高齢化と自宅療養者の増加に伴い、その需要がさらに増えている。1992年以降、看護婦一人当たりの報酬点数に上限が設定された。1993年には保健支出対策がとられ、1994年以降、看護婦を含むパラメディカルに対する支出が減少している。

看護診療所を拠点として活動していた看護婦が、社会情勢の変化に伴って在宅へも足を延ばさざるを得なくなり、その数が増す一方で起こっている現象ととらえても良いだろう。しかし、この件については、違う角度からの解決策をも編み出すことを考えておかなければならぬだろう。

8) A M I + A I S (看護介護行為) の総数は、1995年から1996年にかけて4%増加しているものの、治療医学の進歩が主たる原因で、看護技術を用いる看護は後退している。かつては、注射で投薬した病気が錠剤で済まされるようになったからであ

る。看護業は、要介護老人の社会復帰、術後患者の介護に向かっているが、その進行速度はゆっくりしている。一方、新しい処置法が出てきたり、緊急を要する看護であったり、処置の複雑さなど、計画的労働は容易ではない。

ここでは、看護業に起こっている変化が述べられている。看護機能は時代の流れと共に変化することを念頭に置き、今後起こり得る事柄についても予測しながら、業務内容や看護形態を設定していくことが必要になってくるだろう。決まったスケジュールによる計画的な活動が困難という点を考えると、そこでこそ、一人開業の柔軟性が功を奏するようと思われる。

9) 2000年の看護婦は、高度な技術を要する看護（透析、化学療法、対症療法的看護等）に、より専門化するであろう。また、都市部では、看護診療所、経費、報酬を分け合う専門民事会社、民事手段会社、（登記していない）事実上の会社の形をとるグループ営業が次第に優位を占めるようになるだろう。

高度な技術が求められれば求められるほど、雇われの立場より、質にこだわり、自らの専門能力を頼りに、すべての責任を一人で担おうとする一人開業看護婦同士のグループ営業が意味をなすものと思われる。

10) 顧客は、都市部・農村部とも高齢者（60%）と子ども（20%）が大半を占めている。人口2500人～3000人当たり、看護診療所1カ所が適当な割合と考えられる。

住民の評判の良さもあり、今後は、高齢者だけではなく、子ども、さらにはすべての年齢層の人々が、専門能力をもち活動的な自由開業看護婦を求めてくることが考えられる。診療所の拠点割合は、その国々の情勢で決定していくしかないだろう。

11) 看護婦が看護婦を雇うのは禁止されている。

看護婦を専門家として明確に位置付け、責任と自覚を与えていていることについては、大いに学ばなければならない。

12) 自由開業看護婦は、自由業のひとつであるから、企業と同様、看護診療所を管理する能力、予算の作成、また、絶えず職業訓練を怠らないようにする必要がある。

日本では、企業というと営利追求イメージを抱く人が多い。しかし、現実には、企業ほどその責任を問われるものはない。そこには決していい加減さは許されない。人々が欲するものを確実に提供しなければならない。自分たちで自分たちを保障してい

く。採算が合ってはじめて事業が継続できるのである。そのような意味合いからすると、ここで述べられていることは、非常に重要な事柄と考えられる。

13) 看護業を営むに際し、自宅の一室または教室を使いたければ、県の建設住宅局に許可を申請しなければならない。

業を営む以上、公私混同は避けなければならないことから、当然のことといえる。

14) 既存の看護診療所を買い取ることもできる。つまり、顧客に自己を紹介する権利の買収である。買収額は、前年度の売上高による。

顧客に自己を紹介する権利の買収、権利が優先される国での徹底した進め方については、いろいろな角度から学んでおく価値がある。

15) 診療報酬点数は、看護行為が看護診療所あるいは患者宅において、夜間または日曜日に為された場合は上乗せされる。また、患者宅への移動に要する費用は、必要かつ医学的に認められる場合、疾病保険金庫の負担になる。

夜間、日曜日における看護業務の必要性が認められていることを意味している。また、患者宅への移動には時間がかかることについても認められている。これらは、今後、訪問事業を推進する上においても、重要な意味をなすものと思われる。

16) 健康保険の使える看護診療所を開く条件として、経験の質と量を規定している。つまり、医療機関で看護全般にわたる3年の経験が必要である。

医療機関において、看護全般にわたる経験をどのように積ませているのか、3年間でどこまでの技術を身につけているのか、非常に興味深いところである。日本においては、卒業後の継続研修について、さまざまな方法論を編み出し、実施していく必要がある。現時点では、3年の臨床経験だけで独立できる看護婦は、ほとんど不在なのではないだろうか。

17) 健康保険を使わない看護婦は、報酬額を節度を持って定めなければならない。

18) 看護婦は、料金を患者に知らせなければならない。料金に関する情報を看護行為の行われる場所に張り出さなければならない。

双方ともに当然のことではあるが、節度を持つということは保険の額相応にしなければならないとか、安価にしなければならないといっているのではなく、実施したサービスに対して妥当な数値ということになるだろう。また、料金については、そのつ

ど確認し合い、サービスの受け手が納得できるような提示をしなければならないだろう。

19) 開業したら、開業の翌月、看護婦免許状を県に登録しなければならない。県外に開業地を変更した場合、3ヶ月以内に、新たに登録しなければならない。登録しなかった場合は、強制的に抹消される。登録はひとつの県にしかできないが、開業地を制約するものではない。2年以上の休業の後再開する者にも同様の義務が課せられる。登録条件は、看護婦免許を所有していることが必要である。

規定通りの手続きを踏むことにより、看護婦であれば、どの地域ででも一人で開業できる。看護婦個人の力量が問われる反面、活動内容に柔軟性があり、住民にとっては強い見方になることが考えられる。

20) 代理看護婦も納税地の県に国家免許状を登録しなければならない。24時間の代理看護は、すべて2当事者間に契約を結ぶ必要がある。開業の条件（3年の経験）は代理の看護婦にも適用される。

看護婦個人個人を専門家として位置付けていることから、看護婦が看護婦を雇うことと禁止し、代理看護婦を置くことを許可していることは見習う点が多い。

21) 自由開業看護婦は、自由な性質の活動を行う。

看護婦に自由な活動を許すということは、その活動価値を認める一方、その責任を明確にしようとしているものと受け取れる。

22) 家族手当及び社会保障保険料徴収組合及び被用者疾病保険初級金庫、パラメディカル従事者年金金庫への加入、公民の義務とされるRC保険への加入が義務づけられている。

開業しようとする看護婦が加入できる保険をつくった上で加入を義務づけるという点では、見習わなければならない。つまり、自由開業看護婦の存在、価値、位置付けが明確にされていることが、この点からも伺える。

2. 日米間の調査から得られた情報の結果

ここでは、1997年に在宅看護研究センターが主体となって実施した日本とアメリカにおける看護事情、看護実践、看護教育、等に関するアンケート調査の結果から、アメリカと日本の看護婦の問題意識の違いについて抽出した。

以下、抽出された事柄の中で、ガイドライン作成上役立つと思われる事項に視点を当て、考察を進めていく。

1) 「あなたは、看護機能が、時代と共に変化していると感じていますか」の問い合わせに対し、アメリカの看護婦は、128人中1名を除く127人が変化していると答えている。一方、日本では、変化していると答えたのが201人中183人に止まっている。アメリカでは、経済が看護に及ぼす影響が高いことを、看護婦として実際に体験していることや、ナースプラクティショナーにまつわる動きなどを体験していることから、時代と共に変化する看護機能を、より一層感じていると受け取れる。

2) 「あなたにとって、看護婦免許はどんな意味を持っていますか」の問い合わせに対しては、両国共に、「専門職としての責任と倫理的責任」を一番にあげている。

アメリカでは州資格のため、勤務地が変わることごとに、その州に申請し取得しなければならない。また、期限付きで研修を受けることが義務づけられている。そして薬の処方箋を切る場合は、氏名とその免許証ナンバーを記載することになっている。一方日本の場合は国家資格であり、一度取得すると、よほどのことがない限り、看護婦としてその業に携わることができる。就職先では免許証の写しを要求するところが多いが、免許証ナンバーを要求されるのは年末の届出の時ぐらいである。看護婦免許が専門職としての責任と相通ずるものがあるのなら、もっと有効活用することを考える必要があるように思える。

3) 「あなたの看護に対する意欲が高められる要因はどんなことですか」の問い合わせに対しても、両国共、「患者が快方に向かう」について最も多く選んでいる。ここで、「所得を得る」や「職名や社会的地位」の要因が選ばれていないことは、看護に対する意欲は内的要因により動機づけられる割合が高いと受け取れる。

看護婦は、提供する看護によって患者が快方に向かうと、より一層看護をしたくなる人が多い。看護婦が看護を十分に行えるような環境整備が必要である。そのことに

よって救われる人は数多くいるものと考えられる。

4) 「あなたが理想とする看護婦の重要な資質はどんなんですか」の問い合わせに対しても、両国共、「優れた臨床の判断力」を第1に選び、「優しさ、ケアリング」を第2に選んでいる者が最も多い。

看護の対象が変化する中で、優しさだけではもはや成立しない看護があることを、看護婦自身が感じ取っている。また、最も重要なのは判断力としながらも、優しさも重要と感じ取っている。看護は在宅においても同じであることを念頭に置いておく必要がある。

5) 「看護機能の中で、あなたが得意としていることは？」の問い合わせに対し、アメリカの看護婦では「情報の収集と明確化」が第1にあげられ、「患者教育」がそれに続いている。一方、日本では「患者や家族の問題を対処する」が第1に、「他の医療従事者や家族との相談業務」が第2にあげられ、「情報の収集と明確化」は第3位にあげられている。そして、「患者教育」を得意とする人は、385人中25人に止まっている。

6) 「看護機能の中で、あなたが苦手としていることは？」の問い合わせに対しては、両国共、約50%の看護婦が「管理やマネージメントにかかわる仕事」と答えている。ここで大きな違いがある事項としては「新しいアプローチを創造していく」「関係者との連携プレー」があげられ、前者は日本46.2%に対しアメリカ21.5%、後者は日本14.6%に対しアメリカ0.8%である。

7) 「看護一般に関して、看護婦として学習する必要がある事柄はどんなんだと思いますか」の問い合わせに対しては、両国明らかに異なっている。アメリカでは「看護と経済」が57.4%、日本では「コミュニケーションやカウンセリング技法」が46%を占めている。

これらからは、アメリカと日本の文化の違い、幼少時の頃の教育の違い、さらには、看護基礎教育の力点の違いなどが浮かんでくる。アメリカはアメリカらしく、日本は日本らしくあればいいのだが、実際には、看護婦に求められる看護機能が大きく変化しようとしている。日本の看護婦は、人間関係の調和を重視しつつも、その他の弱い点や苦手領域を克服できるようにしていかなければならないだろう。

8) 「将来、看護職がさらに発展するために、重要と考えられるアプローチは？」の問い合わせに対しては、両国共通の項目をあげている。第1に「他の医療従事者と連携したネットワークをつくる」第2に「専門職としての看護の基準を保障する」第3に「健康の維持増進に関連し、看護婦が率先して新しい実践を創造する」である。

アメリカにおいても日本においても、看護職は今後さらに発展していくかなければならない。共に、重要と考えられるアプローチをどうすれば実行可能にできるのかを、明らかにすることが早急な検討課題といえる。

9) 「在宅看護の場で、看護婦が長時間付き添った方がいいと思われた状況はどんな状況でしたか」の問い合わせに対し、両国共通している点は、その対象が終末期であり、さらに、そこでの患者・家族の不安ということである。

終末期の患者の看護には長時間付き添うことも必要であり、患者・家族の不安感が強い場合は、特にその必要性が増す。つまり、終末期においては、定期的な短時間の看護だけでは対応し切れないということになる。今後ますます看護機能が変化することを考えると、できないことはしないというのではなく、起こり得るさまざまな状況を考え、そのような時の対応策を編み出しておかなければならぬだろう。

3.まとめ

諸外国における地域看護推進上のガイドライン関連の情報を要約すると、次のようになる。

- 1) エージェンシーとは何をするところかを明示している。
- 2) エージェンシーの位置づけ、組織分類、発足目的などを明確化させ、それらについて、誰でもが把握できるようにしている。
- 3) サービスのあり方、進め方を具体的に提示し標準化を図ろうとする一方で、その責任をエージェンシーに与えて、サービスの質を確保するよう配慮している。
- 5) 報告書を提出させ、エージェンシーの全体像をとらえようとしている。
- 6) 関連職種のそれぞれの役務を明示し、役務分担をする一方、その指示関係を明らかにし、途切れのないサービス提供をしようとしている。
- 7) サービスの受け手に関する情報の守秘義務とその権利、さらには自己決断の権利を尊重することの重要性、家族サポートの重要性についても明示している。
- 8) 看護の本質を示すと共に看護婦のあるべき姿を明らかにしている。在宅に携わる看護婦には何が求められるかについても提示し、教育体制を整えようとしている。
- 9) 在宅ケアを学ぼうとする、あるいは研究しようとする者の行動については監督を要することが明示されている。
- 10) サービス提供者の健康・安全保護の必要性を提示している。
- 11) 長期ケアの重要性、施設と在宅の間、地域から他地域への移動についてもケアの継続性を考慮し、その責務を果たすことの重要性をうたっている。
- 12) 医療の重要性から、医師の知識レベルの向上及びその評価義務の必要性を掲げている。
- 13) 看護婦の資格を重視し、免許状の取り扱い、責任の持たせ方など義務・条件を与える一方で、一人開業やグループ営業などの自由さを与えていた。
- 14) システムの充実に向けてサービス効果を測り、無駄な点は削除している。
- 15) 集団または個人の責任範囲を明確化し、国民の意識調査や教育調査を実施して、その地区の条件の違いを重視しようとしている。

- 16) 在宅ケアの基本を24時間とし、そこでの看護婦の役務を重視している。そのため看護婦の教育については、他関連職種だけではなく心理学者等も含めて実施することの必要性がうたわれている。
- 17) 環境汚染コントロールの重要性を掲げている。
- 18) 国民の評価が高まっている開業看護婦に求められる能力、そこで必要となる職業訓練について掲げられている。
- 19) 看護婦の看護への思い入れの強さは世界共通であり、独居高齢者と外との世界を結ぶ唯一のパイプ役を担えるのが開業看護婦である。看護活動に対する人々の期待は今後も続くことが予測される。

C. 日本における訪問看護事業の今後の方向性

ここでは、日本の訪問看護事業が影響を受けるであろう規制緩和、公的介護保険、さらには、生活構造や疾病構造の3点に視点を当て、それらの情報から、今後の方向性について予測した結果を示す。

規制緩和の波は、金融、流通、情報通信、教育とあらゆる産業に押し寄せている。医療・福祉分野では企業の病院経営参入、ベッドを急性期・慢性期に区分、医療機関の広告規制緩和、児童保育事業への民間参入等がすでに計画・検討の段階にある。そして公的介護保険制度の基盤整備の中で、訪問看護事業への民間参入も2000年にもむけ、緩和の方向に検討が行われている。

現行では、指定訪問看護事業者は老健法または健保法で規定する者、厚生省告示第32号で規定する者という規制の中で、医療法人、社会福祉法人、医師会、看護協会、国、地方公共団体、公益団体その他厚生大臣認定の者などが訪問看護ステーションを開設し、利用者宅に訪問して看護を提供しているが、医療法人による設置が約6割を占め、そのほとんどが医師主導型である。価格は受益者負担が250円で、その他に訪問看護基本療養費、訪問看護管理費等の名目で、老人保険、医療保険から事業者へ支払われている。訪問看護事業は指定業者のほか、医療機関、自治体、民間事業体でも行われており、費用の支払いは、医療保険、公費、または全額負担となっている。それぞれの提供される看護の内容、対象や業務は明確な区分はない。

医療・福祉の世界は国民の健康生活を守るという大義名分から厳しい規制がある代わりに保険収入、措置収入に守られ、市場の競争原理とは全く無関係できた。わが国のすべての局面で構造改革が進められ、医療・福祉にもビッグバンがやって来る。規制緩和は一つには護送船団方式できた分野にも風穴をあけ、市場原理を導入しようというものである。公的介護保険施行時には訪問看護事業も、営利企業、非営利団体を問わず、異業種による経営・運営も認められると予測されている。一方で、医療系サービスは人命に直結することから異業種が参入することへの弊害も懸念されている。1999年2月の医療保険福祉審議会においても医療系サービスの規制緩和に対し意見が分かれているところである。

営利目的を第一義とする民間営利企業がこの分野に参入することに対し、質の担保と評価に不安を訴えるのが反対する大方の意見である。確かに異業種の企業が大量の看護婦を雇用し事業展開した時、他職種との住み分けを明確にした看護独自の機能を発揮し、療養者・家族が望む真の看護を提供できるか、質の低下につながるのではないかという不安はつきまとう。しかし、バブルを経験してきたこれからの消費者が、個に合わない、質の悪いサービスは選択しないことを企業は十分心得ている。経営のノウ・ハウを蓄積した民間が参入することで、サービスの選択の枠が広がり、業者間でコスト競争が促進され、質の向上が図られる可能性もある。市場原理の動かない現事業で質が確保できているか、今後も確保できるか、訪問看護ステーションの聞き取り調査からして疑問が残る。1995年の厚生白書では医療を「サービス業」と謳っている。行政はもちろんのこと福祉もサービス業という意識改革が不可欠であろう。今まで「サービス」「コスト」という認識を持たなかった行政、医療、福祉にこそ今後は経営感覚が、競争に耐えうる力を備える努力が求められる。

時代の趨勢は変わらない。であるならば、官であろうと民であろうと、国民の納得いくサービスが展開されるようなガイドラインのもと、各組織毎の評価基準を設けるとともに消費者の声を吸い上げるオンブズマン制度や第三者の評価機関を設ける等の方法を取り入れることが必要である。

国民の生活の安全を守る医療・保健・福祉はいつでも、どこでも誰でも必要な時に提供されなくてはならない。医療改革によって高度医療が施され、早期退院が促進される、あるいは健康寿命の維持が叫ばれる中、訪問看護事業は、医療と福祉が絡まり人の健康、命の安全・安心に直結する。旧国鉄が民営化された時、廃止される路線が相次いだ。住民の足の確保に第3セクター、あるいはバス路線の新設等でしのいできた。民間参入によって効率性のない過疎地にサービスが流れる構図は描きにくい。反対に都市部では訪問看護に介護、リハビリ、福祉機器などを合体させた事業所が出現し、競争は激化、サービスを独占することも起こりうる。市場原理が動くのは需要と供給のバランスがとれる場合である。現状は需要に供給が追いついていない。1998年12月にはサテライトのステーションが規制緩和されたが、緩和の尺度は非常に狭く、住民の足までにはなっていない。需要に見合った、国民等しく、普遍的、包括的なサ

サービスの供給がなされるためにも、官民一体となって住民の利益に貢献するシステム作りができる、あるいは諸外国で評価されている力量のある看護婦の独立開業など、さらなる規制の緩和が検討される必要がある。

さて、2000年4月から公的介護保険が施行される。老人の保健や福祉サービスは租税による措置制度、医療サービスは健康保険、老人保険などの社会保険制度と2つの異なる制度のもとで行われてきた。しかし、措置制度による福祉サービスは利用者の負担に格差が生じ、医療サービスの現場では治療という本来の目的とは異なる社会的入院などの問題が生じてきた。さらに、進展する少子・高齢社会のなかでそれらの財源確保の限界は明確となっており、増加する高齢者の保険・福祉財源を、安定的に確保し適切なサービス利用を保証するための、新たな社会保険制度の創設となったのである。老人福祉制度と老人保健制度を再編成することで、同様の手続き、負担方法で利用者の選択により総合的に利用できるようになるとして、公的介護保険実施後、この措置制度なくなる。1989年のゴールドプラン、1992年の新ゴールドプランにより10年間の基盤整備が行われてのスタートになるはずだが、残すところあと1年、「保険あってサービスなし」の住民の不安解消に、今各自治体が基盤整備に追われている。この制度のもとでは、一定の基準を満たした法人格を有すれば指定業者になることができるとしている。介護分野にはすでに民間が参入しているが、さらに多くの企業が市場拡大をにらみ、医療サービス事業とされる訪問看護事業への参入も視野に入れて着々と準備を進めている。

公的介護保険の給付対象は在宅では13種類、施設サービスでは3種類である。不透明な部分が多数残るこの保険だが、訪問看護事業にとってどのようなことが起こるのだろうか。（表－4）

訪問看護においての報酬の流れは介護保険と医療保険の2本立てとなる。厚生省は1998年10月に介護報酬の考え方の中間取りまとめを提示した。訪問看護は介護保険で支給されるが、急性増悪時の訪問看護、神経難病、癌末期等に対する週4日以上の訪問看護は医療保険から支給される。1994年に健康保険法の改正で、老人のみだった対象が健康保険の被保険者に広がり、年齢制限なく訪問が可能になって在宅医療が推進された。公的介護保険開始後も現在行われている訪問看護事業と流れは変わらないよ

表－4 介護保険の給付対象となるサービス

	在 宅 サ ー ビ ス	施 設 サ ー ビ ス
要介護者	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護（ホームヘルパー） ・訪問入浴介護 ・訪問リハビリ ・通所リハビリ（デイケア） ・訪問看護 ・居宅療養管理指導（訪問診療） ・通所介護（デイサービス） ・短期入所介護（ショートステイ） ・痴呆対応型共同生活介護 （グループホーム） ・有料老人ホーム等における介護 ・福祉用具の貸与、購入費の支給 ・居宅介護住宅改修費 （手すり、段差解消等）の支給 ・居宅介護支援（ケアプラン作成など） 	<ul style="list-style-type: none"> ・指定介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム） ・介護老人保健施設 （老人保健施設） ・指定介護療養型医療施設 療養型病床群、老人性痴呆疾患療 養病棟、介護力強化病院（施行後 3年以内）
要支援者	同上（痴呆対応型共同生活介護除く）	

うである。

看護業務は、施設、在宅問わず非常に幅広い。特に在宅では、病院で行われる看護が時代の要請とともに継続されるようになり、健康教育から予防・リハビリテーション、ハイテクケアそしてターミナルケアまで、人の身体と心にかかわる機能がある。しかし、介護福祉士、ホームヘルパー、PT、OT等、かつては看護職が行ってきた業務が専門分化して新たな職種を生み出し、公的介護保険の給付対象として訪問看護と並んでいる。

在宅ではキュアよりケア重視、さらに生活重視である。公的介護保険では要介護度により報酬の上限が決まっており、その範囲内でどのサービスを選択するかは利用者自身が決定する。似て否なるサービスの選択基準は提供されるサービスの中身、質が自分の求めるものに適合するかということであろう。たとえば入浴場面、機能訓練場面でヘルパーと看護婦、PTと看護婦の違いが明確に示されることが重要となる。支払われる報酬に約3倍の違いがあり、提供されるものが同じでは誰もが安価な方を選択する。看護の独自機能を明確に打ち出して利用者が納得できるサービスを提供できない限りこの保険での訪問看護の需要は乏しくなる可能性がある。

では医療保険での需要はどうだろうか。医療制度の改革で病診共に様々な変革を求められているのが現状である。医師の過剰時代も来る。今後在家推進の中で医師の訪問診療も促進されるだろう。フランスでは開業看護婦の競争相手は医師だという。日本も同じ状況が起こる可能性もある。膀胱洗浄、呼吸管理、ハイテクケア、ターミナルケアなど医療的ケアに医師が関わるケースが増えることが予測される。バイタルサインが取れる、観察、心理的関わりなど訪問看護婦が提供している「看護」が家庭用医療機器や家族との違い、介護職などの他職種と価格に見合う差が示せないなら他職種へと流れが変わらざるを得ないだろう。

公的介護保険が始まると医療・保健・福祉の枠が取り払われ、民間企業と同じ土俵で事業展開される。現在の訪問看護ステーション、介護支援センター、デイサービスあるいは施設を併せ持ちトータルなサービスを展開させる可能性もあるが、逆に採算性、効率性、差異化の困難性から訪問看護事業への参入を見合わせる可能性もある。

とはいものの、在宅での高齢者特に後期高齢者は、何らかの疾患を併せもって生

活をしている。しかし、看護の対象は必ずしも高齢者の看護ケアだけではなく、年齢に関係なく慢性疾患、難病などの在宅療養者への看護ケア、生活習慣病予防等のヘルスケアと非常に幅広い。今後の社会情勢を考えると訪問看護のニーズはさらに高まることは明白である。

「療養上の世話」と「診療の補助」を商品とする訪問看護事業は、看護婦でなければできない部分を明確にすること、そして価格差に見合う質の向上を図り、看護婦がやった行為が介護職等他職種のそれより「顧客の満足度が高い」という質の保証をすること、上乗せ、横だしなどの付加価値で多様な顧客のニーズに柔軟に応えることなど事業者の創意工夫が可能となるガイドラインの提示が求められる。

D. 運営上のガイドラインの枠組み

日本における訪問看護事業が本来の看護のあるべき姿を保つこと、時代の要請に応じてより発展すること。これらの2本柱を大前提として、これまでのガイドライン作成の手順を踏んだ上で、その枠組みを編み出して行った。その結果は、以下のようにある。

- 1) 第一に、在宅看護の本質を掲げる。
- 2) 日本の訪問看護事業の向かうべき方向を示す内容を指針として掲げる。
- 3) ものごとをある基準にしたがって区分し、最低実施すべき項目として掲げる。
- 4) 項目内容の発展を期しながら一定の方向に導くために、ガイダンスとして、概略的説明を加える。

<在宅看護の本質>

在宅看護とはどのようなものなのか、今後、その機能がどのように変化していくことが予測されるのか。訪問という形で在宅看護に携わる看護婦に求められる専門性とはどのようなもので、どのような意識をもって活動して行かなければならないのか。看護には、看護の提供者とその受け手のニーズや欲求が微妙に絡み合うという難しさがある。そこで發揮されるのが看護のわざと心であり、その本質こそがそこに潜んでいるのである。看護の本質を明らかにしておくことは、今後の訪問看護事業を発展させる上に必ずや役立つに違いない。

<指針>

訪問看護事業は何を求める、何に向かって進めるべきか。その向上・発展を目的とした方向性を明らかにし、事業を展開することが望ましい。

<項目>

看護の本質からずれることなく、あくまで指針に沿って実施すべき項目を打ち出す。

<ガイダンス>

その項目をなぜ掲げる必要があるのか、なぜ重要なのかなどについての概要を説明する。

IV. 訪問看護事業運営上のガイドライン

作成されたガイドライン一式を、次ページから示す。

これまで、「訪問看護事業の運営上のガイドライン作成」を目指して作業を続けてきた。しかし、作業が進むに連れ、『訪問看護事業』という言葉に対して矛盾を感じ始めていた。訪問看護という看護の一形態を事業化するのではなく、地域における本来の看護活動のあるべき姿を明らかにし、それを事業化すべきなのではないかとの考えが強くなったのである。あくまで、この研究作業途上から浮かんだことではあるが、今回の研究テーマは、「地域看護事業の運営上のガイドライン作成」とすべきだったということを、ここに付しておく。

看護は、人々の生活に密着して、必要な時に、直ちに、その場から提供されなければ本来の意味をなさない。だからこそ、施設，在宅を問うのではなく、また、その場にとどまって、同じことを繰り返し行うだけのものでもない。看護の受け手の欲求から起こる生活行動にできる限り沿いつつ変化に対応し、手の温もりをもって提供されるからこそ、看護なのである。

訪問看護事業を運営する上でのガイドライン

(案)

＜在宅看護の本質＞ 在宅看護は、その時代の社会情勢や地域差によって左右されながらも常に進化している。そして社会的入院の見直しや入院期間の短縮等から、これまで病院で行われていた科学技術・医療技術もまた確実になってしまった。そのため、在宅看護に求められる内容が変化し、公衆衛生に重きを置いていた地域保健の看護技術だけではなくなり、高度医療の恩恵により、在宅での看護業務もより独立した性格のものになってしまった。その後、今後はますます一般的な臨床看護技術が進み、在宅での看護業務もより自主的な独立した性格の問題に関連して生じる日常生活上に起くる不安や疑問、高齢者や将来的な健康・病気の問題に対する基盤なくニーズやそれぞれの欲求を明瞭化し、意欲を呼び起こし、関連職種の支援を強化することに価値がある。また、家族や介護者と協力し合い、ケア提供者が予測される。21世紀に向かう在宅生活上の困難に人々が耐え、乗り越えられるには、利用者の年齢や重症度、独居に関する基盤なくニーズや重症状度、高齢医療に關連して生じる日常生活上の問題には、利用者の支障を得ながら家族の支援を強化することにある。そのため、個々のケア効果を最大限上げることにある。その際に欠かせないのが健康状況の継続的なモニタリングと専門的な臨床判断、人間関係の技術とマネジメント能力で、対応形態としては、突然あるいは巡回、長時間付添等が求められる。また、進化する在宅看護には創造力や行動力、専門的要素が求められ続けることが予測されるから、広い視点に立った実践・教育・研究の3本柱を重視しての併合した推進が不可欠である。

手帳工：組織における事業の位置づけと方向性を明確にした上で、その地域にふさわしい業務の進め方を検討・追求する

工 営 目 次

1 <事業所の位置づけ> 事業所を設立した組織自体が非営利型、部門型のいずれなのか。また、設立及び運営方法が単独型、部門型、支部型のいずれなのかを明らかにする。

2 <長期計画> 事業の方針及び事業計画を年単位で立案する。

3 <評価> 事業計画及び実績結果を年単位で評価する。

4 <業務内容の検討> 職員や住民、利用者の意見を聴取し、業務の進め方に反映させる。

5 <事業報告> 記録やデータを含む報告書を作成し、報告する。
事業所の休止または廃止に関しては、理由を添え、その旨を書面で報告する。

* 訪問看護を本業とする組織以外の組織にとって、訪問看護事業を起こす意味合いはどうここにあるのか、また、その事業は組織の中のどのような位置に置かれるのか、組織の中での運営方針・評価方法についてはどうに考慮されるのかについて、発足当初から明確にして、書面に残すことが必要である。

* 組織の理念・目標を含む年間計画と共に年度毎の結果・評価を書面に残すことの大切である。

* 事業の場としてその地域を選んだ理由を明らかにして、地域の実情にふさわしい業務内容の組み立てやサービス提供方法を位置づけるための方針を、地域住民や職員の意見を取り入れて編み出すことを課題とする法論を、

6 <諮問委員会の設置>関連職種及び第三者からの評価・意見が
得られる場としての委員会を設置し、定期的に会合を催す。

* 気さくに意見交換ができる場の設定は、事業の推進に大きな意味を持つ

主旨 II : 看護婦の役割機能の変化に対応し得る管理体制を整備し、訪問看護を推進する事業者としての責務を果たすよう努める

工具	目	ガイドナンス
1 <管理者及び看護管理者の役割>管理者は、次の責任を持つ。	①事業所の全般的な管理・運営 ②経営及び運営方針の設定、法律、規則に対する対応 ③専門諮問委員会及び関連機関、地域との連携活動 ④有効な予算の執行、会計、報告システムの確立と実施 ⑤専門職技術の開発及び業務マニュアルの確立 ⑥サービス範囲の統一のための方針、マニュアルの確立 ⑦ケアの質保証のためのプログラムの確立 ⑧年間報告書の作成及び関係書類の管理 ⑨職員の採用及び健東管理システムの確立 ⑩事業所内の設備・備品の整備及び衛生管理システムの確立	* 訪問看護の主体となる看護婦の役割機能は、昭和23年に制定された保健婦助産婦看護婦法どは様変わりせざる得ない状況に置かれている。これは世界的な動向でもあり、今後もさらに変化し続けるであろうことが予測される。そこで、さまざまな角度から管理体制を整備することにより看護婦に求められる役割機能を明らかにし、より社会の情勢にマッチした意味のある看護の提供を推進できるように心掛けることが不可欠である。
2 <スーパーバイザーの配置>看護ケアの管理に関する基本的な責任を持つスーパーバイザーを組織単位で常駐させる。但し、常勤職員が10名以下の場合は、看護管理者がその役割を担うことができる。		* 変化に対応するそれらの役割機能を担うためには、従事する一人ひとりの看護婦がストレスを持たずに、安心して求められる役務に没頭できる環境を整えることが必要となり、そのための周辺管理が不可欠である。
3 <免許証の掲示>事業所内に看護管理者及びスーパーバイザーの国家免許証を掲示する。		* 新たな役割機能を導入する際には、まずそれらに関連した種々の問題が出現する。出現問題を回避するのではなく、他機関等の支援を受け、問題や考え方を明らかにし、速やかに解決策を編み出すことの方が変化に対応することにつながる。
4 <専門看護サービスの導入>専門領域を持つ看護婦や諸セラピストを雇用し、看護の役割機能を充実する。		
5 <内容の決定>組織としての活動を明確にし、それに沿った業務内容を決定する。		

6 <設備・備品の設置>運営に必要な広さを持つ専用の一室と衛生管理できる設備を設け、必要不可欠な備品等を確保する。

7 <備品の保守・点検>業務推進上使用する備品については、使用前後及び定期的に保守・点検する。

8 <必要書類の作成及び保管>記録物等は、各組織及び事業所ごとに十分検討して作成し、使用後も規定期間保管する。

9 <マニュアルの作成>業務の一貫性を図るためにマニュアルを各事業所ごとに十分検討して作成する。

10 <医療廃棄物の処理>医療廃棄物の危険性を熟知し、地域全体の関連事業所と共に安全な処理方法に基づいて対応する。

11 <衛生材料及び医療器材の保管>ホームサプライセンターの利用又は保管可能な指定を受け、保管場所・方法を明確にする。

12 <看護介護用品・医療機器の貸し出し>利用者や家族の希望による利用については、貸し出し方法を具体的に説明する。

13 <外泊時の支援>入院中の施設の看護婦と連携して、一時外泊の患者の送迎や在宅での看護ケアを提供する。

14 <利用料の請求>契約時及びサービス提供時に、利用者又は家族介護者に対し、内容・金額をその都度説明して同意を得る。

15 <駐車の特例許可>訪問時に使用する車両の訪問先付近への駐車については、届け出により、許可を得る。

16 <組織の評価>組織運営に関する評価表を作成し、それに基づき、管理体制全般について、隨時又は定期的に評価する。

* 訪問看護の事業組織として、看護サービスの充実に向けて、常に前向きに取り組む姿勢が求められる。

* 看護管理者の考え方方が職員の不平や不満を募らせたり、活動に悪影響を与える。看護管理者は、より広い視点に立って、看護はどうあるべきかを追究し続けることが求められる。

* 事業の規模あるいはサービス提供方法や業務内容により必要となる設備・備品が異なるため、保管方法や管理体制は組織単位で検討する。

* 従事する専門職には、それぞれの提供業務に対する責任と自覚が問われる

* 医療廃棄物の処理問題は各事業組織だけではなく、地区単位で対策を立て、適切に解決しなければならない。

* 入院中で、悪化傾向にあたり、医療依存度の高い患者が、一時外泊という形態で、自宅へ帰りたがることがある。しかし、それを断念せざるを得ない状況がある。施設と家庭を行き来しながらその状況に慣れ、不安を解消できることは今後の在宅推進にもつながる。また、そのような状況においては、看護婦の継続性のある適切な対応が不可欠である。

17 <職員の健康診断及び予防接種> 雇用時は医師の診断書を提出させ、その後も規定の予防接種や定期的な健康診断を行う。

18 <看護管理者の代理> 看護管理者が何らかの理由により不在になる時は、両者承諾の下に、その代理を置く。

主旨 III : 関連職種間でオーバーラップする業務の存在を認め、状況判断の下に協調し、各自の責任において業務を共有する

工具	目	ガイドライン
1 <環境整備及び社会資源> 利用者のニーズに沿った生活環境を整え、有効性の高い複数の社会資源を紹介する。	2 <身体ケア及びリハビリテーション> 安楽・安心・有効の視点で実施する。	* 福祉・保健・医療の一体化が進むなかで業務の類似した新職種が誕生していることから、オーバーラップする業務が増え続けている。その場の状況判断は不可欠であるが、そこに携わる者同士の力量・信頼・責任によって、業務を共有することも必要になってきている。
3 <予薬及び症状の緩和> 医師の指示の下に、安全且つ効果的に予薬し、心身ケアを含めて出現症状の緩和に努める。	4 <医療機器・器具の取り扱い> 医師の指示の下に、必要な状況においてのみ使用する。	5 <職務分掌> 個々の職種の職務分掌を設定し、各職種固有の規定、業務、権限、責務を明確にした書面を備える。
主旨 IV : 事故や過誤の発生及び伝染性の高い感染症の新たな出現等については、その都度、直ちに届け出る	1 <事故と届出> 起こり得る事故の防止対策を立て、それに基づいて業務を推進し、事故発生時には直ちに届け出る。	* 院内感染が問題になっている一方で、関連職種が出入りする在宅においても同様のことが起こり得る。また、サービス提供者がその場では一人ということが多いことから、急変・転倒・医療事故等への対応が重要ななる。
2 <感染と届出> 起こり得る感染の予防対策を立て、それに基づいて業務を推進し、伝染性の高い感染症は直ちに届け出る。		

3 <過誤と届出>起こり得る医療・看護の過誤防止対策を立て、それに基づいて業務を推進し、過誤発生時は早期に届け出る。	* 訪問看護事業を充実させるためには、問題出現時の緊急対応、解決、その後の対策が不可欠である。
指針Ⅴ：関連機関や関連職種と合法的な相互関係を築き、協力及び職務分担の下に連携機能の充実を図る	<p style="text-align: center;">指 針</p> <p style="text-align: center;">目</p> <p style="text-align: center;">ガイドライン</p>
<p>1 <市町村等との連携>地域に密着したサービスを提供するたために、市町村の保健・福祉部門、保健所と連携を密にする。</p> <p>2 <ショートステイ等との連携>利用者の自立・家族支援の観点から、在宅支援施設と連携を密にする。</p> <p>3 <民間在宅サービス組織との連携>さまざまなニーズに対応するために、民間組織と連携を密にする。</p> <p>4 <病院等との連携>退院後のフォロー又は再入院に際しては、診療所や病院との連携の下に、治療・処置を継続する。</p> <p>5 <主治医等との連携>利用者の病状及び心身状態に応じた適切なケアを提供するために、連携を密にする。</p> <p>6 <指示内容の確認>診療の補助及び代行業務を適切に遂行するためには、納得できない指示内容については直接確認する。</p> <p>7 <実施結果の報告>指示・依頼された行為については、その結果を、早い時期に、詳細に報告する。</p> <p>8 <栄養指導等の依頼>利用者や家族、介護者に助言や指導が必要な場合は、その専門家に依頼する。</p> <p>9 <会合の開催>同一の利用者にかかわっている機関や職種の間で、時期を見計らって会合を催し、サービスを充実させる。</p>	<p>* 管理者及び職員は、法律上の規定を熟知して行動し、解決困難な事実が出現した際には、協力・連携の下に早急な対応策を講じ、可能性を見出せるよう配慮することが大切である。</p> <p>* 関連職種間では、お互いの業務推進上からの觀察事項や意見・考えを尊重し、情報交換し合える場を設定することがが効果的である。</p> <p>* お互いに役割の限界を認識し、他関連職種への依頼や他資源の活用をスマートに行えるようにする。</p> <p>* 関連機関・関連職種間での一方的な報告は避け、お互いに報告し合う関係を築くことが大切である。</p>

10 <情報及び意見の交流> それぞれの立場で得られた関連情報や意見を述べ合い、ニーズに即したケア提供に役立てる。

11 <適切な資源の活用> 個人個人の欲求が尊重される資源を活用できるようにする。

12 <医療へのアクセス> 在宅での生活を続けるなかで、医療が必要になった時は、機会を逃さず受診させる。

指旨 VI : 末期状態や医療依存度の高い状態で、施設から在宅や地方へスムーズに移転できるための支援システムづくりに参画する

目 頁

1 <移転先の確認> 移転先に関する情報を得、安全性を含めて、その可能性を確認する。

2 <受け入れ体制の整備> 受け入れ側が、病状及び治療・処置・ケアの継続等について把握し、体制を整える。

3 <移送時の手配> 移送を利用する乗物については、家族が所定の手続きをし、同伴する看護婦も電話等で詳細を確認する。

4 <付添看護必要書の記載> 主治医は、付添看護の必要性を認め書類を記載しなければならない。

5 <主治医の責任範囲> 主治医は、それまでの治療の継続及び移送中の与薬の指示、家族への説明、紹介状等に責任を持つ。

6 <看護婦の役割保証> 同伴する看護婦の業務遂行については、免許証番号の提示によりその必要性を認め、身分を保証する。

7 <家族の同意書> 移送に関して、利用者及び家族が同意する旨を記載した書類を持参し、家族代表者がその場で捺印する。

ガイダンス

* 治療や看護は、施設と在宅の場だけで行われているのではない。施設から在宅へ、あるいは施設から故郷の地へと移動する間も継続して行われる。医師と看護婦の両者が同行できることが理想的だが、それでも困難なのが実情である。個を尊重し、在宅を推進しようとする限り、そこで必要な連携・支援システムは不可欠である。

* 咄嗟の変化が起り得る移動に付き添う看護婦には、責任と使命が求められ、移動前の施設での準備・対応がさらに影響を与え、ストレスを増大する。

8 <移送中の急変>移送中の急変については、同伴した看護婦と家族の話し合いで、その対応方法を決定する。		
9 <移転先への引き継ぎ>同伴した看護婦は、主治医の紹介状及び移転先へ必要最小限の引き継ぎをしなければならない。		
指針VII：地域に密着した独創的な看護サービスの遂行体制を追求する		
	項目	ガイドライン
1 <看護職による特例一人開業>個人対個人の契約、あるいは施設対個人の契約による濃厚な看護が必要性が認められた場合、個人の責任において許可される。		* 専門性の高い濃厚な看護が今後増えることが予測され、看護職による一人開業やグループ営業は、看護の質を向上させる上に重要な役割を果すことになるであろう。
2 <事業運営の規程>事業の目的・運営方針に沿った業務の推進方法に関連する事項を組織独自に定める。		* 独創的なサービスを編み出すには、その地域全体の方向性や住民のニーズ、現状を把握し、その特性を見出すことが必要である。
3 <緊急時の対応>地域性を考慮した緊急時の対応方法について明確にする。		* 地域性を組み入れた独創的なサービスの展開は、住民が馴染みやすく納得しやすいことから、効果的である。
4 <独居高齢者への対応>独居高齢者については、起こり得るさまざまな事柄を想定した対応方法を工夫する。		
5 <健康の管理>在宅生活を送る住民一人ひとりの健康維持・增进のため、地域として打ち出した対策を進める。		* 山村・離島等の地域では、特に行政ぐるみの独創的なサービスシステムの構築が不可欠である。
6 <サービスの調整>地域の状況に見合ったサービスを組み立てて提供する。		
7 <地域性の把握>いろいろな角度から地域の特性を見出し、サービスのあり方を検討する。		

8 <医療行為の代行>医師の対応が困難な場合には、連携を密にし、書面での指示の下に、指定された看護婦が、医療行為を行って実施できる。

指針VIII：利用者の欲求の尊重と家族支援の強化の観点を含む契約関係を結び、医療器材・器具導入の必要性を判断し簡素化に努める

項目	目次
1 <意志の尊重>利用者の意志を尊重し、適切なサービスを提供できるよう努める。	* 在宅サービスは、個々の家庭のある方を無視することはできない。サービスの利用者を中心にしてながらも、家族支援を強化する。つまり、在宅では家族が見るべきものという視点からではなく、家族の存在だけに頼らず、地域全体で見るという視点でサービスを進めるべきである。
2 <秘密の保護>正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又は家族等の秘密を漏らしてはならない。	
3 <説明と確認>組織及び業務推進に関する事項、容態変化に関する事項等、必要な事柄については十分説明し、理解を得る。	* 利用者個人個人に合った社会資源を提供するためには、資源の種類や数に加え、その資源の持つ特性が示されなければならない。今後は、利用者とその家族がその特性を知った上で、気に入る資源を選択できるようなマネージメント機構が不可欠になる。
4 <活用の自由>必要と思われる社会資源については、複数の提示と説明にとどめ、選択は利用者とその家族が行う。	
5 <苦情処理>各事業所に苦情を受けるボックス又は関連窓口を設け、その内容について調査しなければならない。	
6 <退院時の引き継ぎ>入院中の心身状況や退院指導内容、理解の程度、必要な処置・ケアについて、十分な引き継ぎを行う。	* 住み慣れた家にはその人なりの生活がある。その生活の場で繰り広げられる在宅看護は、その家庭の雰囲気をできるだけ確保するために、医療器材・器具を取りはずせる状態を見極める。そして、それらを必要以上に置くことを避けるよう配慮し、馴染みのある環境を保つ。
7 <初回訪問の開始>利用者と家族の了解の下に、看護管理者又は看護婦が初回訪問を実施する。	
8 <業務内容の確認・変更>業務内容及びその変更については、口頭又は書面で説明する。	
9 <看護計画の立案と遂行>利用者と家族介護者の協力を得て計画を立案し、それに基づいて遂行する。	* 在宅では、家族の不安や心身疲労が強く、突然に家族介護者が床に伏すことも多いことから、緊急一時的に利用できる施設の存在が不可欠である。

<p>10 <状況の記録>日々の心身変化やそこへの対応、効果等を記録し、計画の評価に反映させる。</p> <p>11 <社会資源活用の協力>状況変化によるサービスの変更や介護を続ける家族の健常維持のために協力すると共に、心身疲労やストレスへの対応策を心掛けける。</p> <p>12 <救援ベッドの確保>利用者の容態悪化や家族の健康障害が起つた時、急遽利用できる施設を確保する。</p>	<p>* 訪問開始前に、訪問看護を提供する組織としての限界を提示する一方で利用者の特性の尊重及び情報説明を受ける権利についても書面で通知する。また、組織と受け手及びその家族介護者・保証人との間ににおいて、口頭による説明の後、書面上で契約を交わすことが重要である。</p>											
<p>指金十IX：看護のケアプラン及び記録内容等から、訪問時間と内容及び訪問回数、サービス形態等の妥当性・適切性を評価する</p>	<table border="1" data-bbox="645 214 1077 1152"> <thead> <tr> <th data-bbox="645 214 645 1152">工員</th> <th data-bbox="645 214 645 1152">目</th> <th data-bbox="645 214 1077 1152">ガイダンス</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="645 1152 645 1981">1 <看護形態の工夫>利用者の状況に合わせた看護ケアを提供するためには、訪問時期や訪問時間の長さ・回数等を工夫する。</td> <td data-bbox="645 1152 1077 1981"> <p>* 訪問件数や訪問回数に重きを置かれているため、ケア内容の評価が見落とされている。実際にはサービス全体の質が重要であり、さまざまな角度からその実情を分析して、今後に役立てる必要がある。</p> </td></tr> <tr> <td data-bbox="1077 1152 1077 1981">2 <訪問時間>訪問時間の長さは、その時間内において不可欠な業務の内容によって決まる。</td> <td data-bbox="1077 1152 1391 1981"> <p>* 訪問時間や訪問回数の変更及びケアプランの変更については、事前にその理由を含めて助言・説明し、納得を求める。</p> </td></tr> <tr> <td data-bbox="1077 214 1077 1152">3 <訪問回数>訪問回数は、利用者の容態やそこから生じるニーズによって決まる。</td> <td data-bbox="1077 214 1391 1152"></td></tr> <tr> <td data-bbox="1077 1152 1077 1981">4 <客観的な評価>訪問時間や回数、業務内容等の妥当性・適切性については、あくまでも客観的な視点から評価する。</td> <td data-bbox="1077 1152 1391 1981"></td></tr> </tbody> </table>	工員	目	ガイダンス	1 <看護形態の工夫>利用者の状況に合わせた看護ケアを提供するためには、訪問時期や訪問時間の長さ・回数等を工夫する。	<p>* 訪問件数や訪問回数に重きを置かれているため、ケア内容の評価が見落とされている。実際にはサービス全体の質が重要であり、さまざまな角度からその実情を分析して、今後に役立てる必要がある。</p>	2 <訪問時間>訪問時間の長さは、その時間内において不可欠な業務の内容によって決まる。	<p>* 訪問時間や訪問回数の変更及びケアプランの変更については、事前にその理由を含めて助言・説明し、納得を求める。</p>	3 <訪問回数>訪問回数は、利用者の容態やそこから生じるニーズによって決まる。		4 <客観的な評価>訪問時間や回数、業務内容等の妥当性・適切性については、あくまでも客観的な視点から評価する。	
工員	目	ガイダンス										
1 <看護形態の工夫>利用者の状況に合わせた看護ケアを提供するためには、訪問時期や訪問時間の長さ・回数等を工夫する。	<p>* 訪問件数や訪問回数に重きを置かれているため、ケア内容の評価が見落とされている。実際にはサービス全体の質が重要であり、さまざまな角度からその実情を分析して、今後に役立てる必要がある。</p>											
2 <訪問時間>訪問時間の長さは、その時間内において不可欠な業務の内容によって決まる。	<p>* 訪問時間や訪問回数の変更及びケアプランの変更については、事前にその理由を含めて助言・説明し、納得を求める。</p>											
3 <訪問回数>訪問回数は、利用者の容態やそこから生じるニーズによって決まる。												
4 <客観的な評価>訪問時間や回数、業務内容等の妥当性・適切性については、あくまでも客観的な視点から評価する。												
<p>指金十X：より広い視点からのケアの継続及び一貫性の重視と、事業の継続及び経営の安定化に向けての対策を講ずる</p>	<table border="1" data-bbox="1077 214 1391 1152"> <thead> <tr> <th data-bbox="1077 214 1077 1152">工員</th> <th data-bbox="1077 214 1077 1152">目</th> <th data-bbox="1077 214 1391 1152">ガイダンス</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1077 1152 1077 1981">1 <継続看護の確立>施設から在宅へ、在宅から施設へ、また、組織間や組織内でも、看護婦同士が密接に連携する。</td> <td data-bbox="1077 1152 1391 1981"></td> </tr> </tbody> </table>	工員	目	ガイダンス	1 <継続看護の確立>施設から在宅へ、在宅から施設へ、また、組織間や組織内でも、看護婦同士が密接に連携する。							
工員	目	ガイダンス										
1 <継続看護の確立>施設から在宅へ、在宅から施設へ、また、組織間や組織内でも、看護婦同士が密接に連携する。												

2 <サービスの検討> 提供しているサービスのある方を多角的に分析・検討し、その有効性と方向性を見極める。	* ケアの一貫性及びケアの一貫性が利用者の心身の回復を助け、満足度を高めることにつながることから、看護職間における継続看護の充実は不可欠な条件となる。
3 <ケアの一貫性> ケアの実施については、組織内外で十分な引き継ぎを行い、一貫性を保ち、その効果を確認する。	* より有効な事業展開は継続及び安定が不可欠である。看護の将来的な役割機能の変貌を展望し、人事・宣伝・経営等について多角的に検討してサービスのあり方にについての発想転換をすることも大切である。
4 <サービスの促進> サービスを促進するための方法論は、組織の独自のものとして、正当範囲内で編み出出す。	
5 <広告・宣伝> 過大な広告・宣伝は避け、その内容が虚偽にわたってはならない。	
主旨	管理者と職員の信頼関係を深めると共に職員一人ひとりの力量を配慮し、安全性を前提とした健康維持に努める
目次	ガイドanceス
1 <感染症の有無> 履用時に提出の健康診断書に、感染症の有無記載を義務づける。	
2 <自己管理の徹底化> 業務上、血液や体液に触れる機会があることや心身疲労・ストレスが溜りやすいことから自主的な健康管理を促す。	* 同職者間でも考え方・健康状態・力量の違いはある。業務を推進しやすいような職場にするためには、職場内での人間関係を重視することが必要である。
3 <保護装具の着用> 感染物の取り扱い、入浴等の介助、夜間対応時等の安全のための装具を着用し、予防する。	
4 <職員の配置の工夫> 個人個人への得手・不得手を把握し、力量内の業務推進が可能な配置をする。	* 高度の技術を身につけていてもそれだけでは解決できないことが存在することから、予防策を講ずる。
5 <勤務体制の整備> 過重な勤務を避け、やりがいや学びを取り入れた勤務体制を整える。	
6 <意見交流> 管理者と職員との意見交流の場を、隨時又は定期的に設ける。	* 在宅看護に携わる職員の心身疲労は大きく、さまざまな方法を駆使した緩和策が不可欠である。

7 <ストレスの解消>職員のストレスを解消するための方法論を編み出し、遂行する。

主旨金十 XII : 必要とされるケアを休祭日を問わず24時間在宅で提供できる方策を編み出し、その推進に努める

項目	ガイダンス
1 <主治医の指導・連携>利用者一人ひとりについて起こり得ることを想定し、指導・連携下において、適切に対応する。	* 必要な時に提供できなければ看護にはならない。そのためには、いつでも対応できる無理のない体制を整えておく必要がある。
2 <家族・介護者への助言・指導>関係職が不在の時に起こり得ることを想定し、可能な範囲内で、助言・指導する。	* 利用者とその介護者が置かれている状況に合わせた必要な看護を提供するには、主治医との連携が不可欠である。
3 <組織内の連携>24時間を通して、必要な時、適切に対応するために、職員間で、適時に十分な情報を交換する。	
4 <24時間の連絡体制>受け手が24時間いつでも連絡がとれる体制を整える。	
5 <緊急対応の体制>緊急対応の必要な状況を事前に把握し、直ちに適切な対応ができる体制を整えておく。	
主旨金十 XIII : 職員一人ひとりの能力を生かすための職場内教育及び規定研修の単位取得の機会を与え、ヘルスケアの視点での早期対応とサービスの質の向上を図る	
1 <研修会への参加>職員に対して、種々の研修会の情報を提供し、計画的に参加させ、その効果を確認する。	* 職員の能力の差や得意領域の違いを把握し、個人個人の持つ力量を生かすことば訪問看護を発展させる意味において重要なため、さまざまな形式での個別尊重型の教育が不可欠である。
2 <実技教育の実施>組織として、実技教育の機会を設け、定期的に実施できるようにする。	* 在宅看護に関する知識・技能・態度を段階を踏みながら身につける。より広い視点から専門性を高めていくことは、個人個人の看護婦にとっても利用者にとっても必要なことであり、サービスの質の向上にもつながる。
3 <現場教育の実施>看護管理者又はスーパーバイザーとの同行訪問により、現場教育を実施する。	* 早期発見及び利用者の残存機能を生かし、病状の進行や容態の悪化を最

- 4 <病状変化の前兆>早期対応ができるために、病状の変化に先立つて生じる前兆を見極められるよう訓練する。
- 5 <生活指導の実施>病状悪化の予防として、生活改善を含んだ指導内容を検討し、実施する。

小限に抑えることが今後さらに重視され、看護の役割機能としても要求されてくることが予測される。

指令 XIV : 他職種との協力の下に、受け手の自立に役立つ医療・支援機器の開発研究を促進する

項目	目	ガイダンス
1 <機器の持つ課題>在宅で使用した場合の各種機器が持つている難点を見出す。	* 医療依存度・重症度を問わず、自立することは利用者の重要な課題である 施設内で使用されている機器を在宅にそのまま導入するには型や騒音、 使用上の複雑さ等、いくつかの問題がある。また、自立支援の観点から の機器の数は未だ限られている。直接ケアを提供する看護婦だからこそ 考えられることもある。	
2 <工夫点の提案>在宅で機器を取り扱う立場の看護婦として、 工夫点を見出す。	3 <開発の協力・支援>効果的な機器の開発に向けての各プロセスにおいて、可能な限り協力する。	

指令 XV : 在宅死を可能にするためのシステムづくりに参画する

項目	目	ガイダンス
1 <家族危機への対応>利用者の容態悪化、死に対する恐怖、家 族の疲労、関連職者間での意見の違い等、危機的な状況が生じ た場合は適切に対応する。	2 <インフォームドコンセント>病状悪化、容態の変化時等にお いては、看護婦であっても、その都度状況の説明を繰り返し、 関係者の理解を求める。	* 終末期の状態に置かれると、在宅で死を迎えたといふ人が増えている しかし、それを叶えるまでは多くの困難さを乗り越えなければならな い。まず、新たな症状や不安の出現である。また、医療行為や常時介護 の必要性、死亡確認、その他のいくつかの問題があることから、ここで 看護婦の役割は不可欠である。
3 <酸素及び機器等の手配>状況により、主治医の了承の下に、 看護婦が必要な医療用品を手配できる。		

4 <付添看護>医療依存度が高く、苦痛症状が出現し、家族の不安が強い場合は、一時的に看護婦が長時間付き添うことがある。

5 <苦痛の緩和>苦痛が強い場合は、医療行為のみに頼らず、本來の看護ケアを十分に提供する。

6 <主治医との連携>病状悪化の前兆及び容態の変化を見極め、主治医と予測を含めた連携を密にする。

7 <死亡確認>主治医により長期にわたって往診又は在宅診療が為され、利用者及び家族等が在宅死を望んでいる場合には、主治医から指定された看護婦が死亡確認できる。

8 <医療器材の取り外し>装着している医療器材は、死亡確認後に主治医の許可をとり、取り外すことができる。

9 <死亡診断書>主治医は、指定した看護婦からの報告を受けた上で、死亡診断書を記載する。

V . 今後の課題

人口の急速な高齢化、一方で進む少子化、家族の形態が多様化する中で、家族観、家族機能も徐々に変化し、地域構造は明らかに変わってきてている。一方、科学技術の進歩に伴って医療がますます高度化し、臓器移植や遺伝子治療が注目を浴び、人間はいかにも生命の頂点を見極めでもしたかのような喜びに浸っている。しかしその陰では、環境汚染や新たな感染症、ストレスの増大など、社会の健康を侵す要因がはびこり、その域を広げてきている。人間社会にとって、今、最も欠けているものは何なのか。何が必要となっているのか。冷静に、客観的に、今後の時代のあるべき姿を考えなければならない時が来ているようだ。地方分権、規制緩和、情報公開、そして、新たに展開しようという公的介護保険。その苦肉の策は、国民の期待と不安を抱えながらも、2000年の導入に向けて、慌ただしく進められている。“必要なサービスを、誰にも気兼ねなく、自ら選択して、スムーズに受けられる”正に理想ではあるが、それを果たすのは至難のわざと言わざるを得ない。国民の意識や価値観はますます多様化しており、もはや一律というわけには行かなくなっているのだ。サービスの種類や数を整えるという形式だけでは対応し切れない。地域性を豊かに、住民の意見に耳を傾け、それらを反映しながら種々のサービスを整備する。そして、サービス提供者の進むべき方向を明らかにし、サービスの最低水準を一定にして展開できるような方策を編み出すことが必要となる。そこで、人々の健康問題に視点を置いた訪問看護事業のあり方、方向性を客観的に分析し、社会情勢に対応し得る看護を改めて考察し、その運営上のガイドラインの作成に着手したこの研究は意義深かったといえる。

今の時代は、経済基調の変化や医療の高度化、それに伴う医療費の増大、難病患者の重症化、生活習慣病の増大、僻地医療の軟弱さ、人々のストレスやフラストレーションの増大、等々からみても、看護機能の内容と範囲はさらに広がり、明らかに変わっていくことが予測できる。つまり、看護婦の役割は変化せざるを得ない状況がすでに起こっているのである。国民の期待を受け、頼りになる訪問看護事業として数を増しながら展開していくには、次に掲げる課題を乗り越えなければならないだろう。

1) 国家資格を持つ看護婦の一人開業を可能にすること

看護婦の一人開業には責任と自覚が求められる。そのため、自立した看護婦でなければ周囲から認められず、一人開業は続かない。看護婦の雇われ意識は、自己責任という面で、どうしても甘えを生み出すものである。一方、自立した看護婦であれば、自己責任と自覚のもとに、そのつどの判断・応用を利かせ、臨機応変に対応し、さまざまな形態での濃厚看護を実施することができる。あくまで互いに雇ったり雇われたりするのではなく、必要経費や収益を分け合い、得意分野を利用し合うグループ営業というのも効果的な開業手法といえる。数多くの対象を見るることはできないが、受け手に満足を与えることはできる。それが一人開業の良さである。できることはする。できることではない。できない時は、自己責任において他の手法を編み出し、迷惑をかけずに実施するからこそ、個人や集団に対し、看護の質を担保するには最良の方法といえるのだ。日本の看護婦も、いずれは諸外国のように、医師と同様に診療所を持ち、看護実践や看護コンサルタント専門の役務を担い、かかりつけ医や専門医、関連職とのパイプ役としての活動をすることは、国民にとって必ずや利益をもたらすに違いない。

2) 看護スーパーバイザーの育成システムを構築し、その適正配置をすること

看護ケアの管理に関する基本的な責任を持つスーパーバイザーは、勢いに乗る訪問看護事業を確実に遂行していくために不可欠な存在といえる。看護機能が変わるものでは、スーパーバイザーにその責任が重くのしかかる。種々の問題出現に対応し、即座に解決し得る能力が求められるからである。本来の看護を介護とは異なる事業として提供していくためには、その役務を担えるスーパーバイザーが育つためのシステムが必要で、また、彼らが活動できるような配置を適正に行うことが重要である。看護婦に欠けているといわれるリーダーシップ、スーパーバイザーはその能力を身につけていることが条件となる。

3) 地域の特性を生かした独創的なサービス体制を推進できるようにすること

‘おらが村意識’とは悪いことばかりを指しているのではない。そこの地域にはその地域の生活様式や追求している理想がある。助け合いの精神が潜んでいる。その地で生まれ、その地で育ち、その地で生活している人々の求めるサービスには類似点

が多い。地域の特性や考え方を抜きに、サービスを組み立てるべきではない。

4) 地域、場所関係なく、サービスが継続されるような仕組みをつくること

人々の生活場所は状況によって変化する。都心部の病院に入院していた人が、地方の病院へ転院する、あるいは地方の家へ帰る等、起こり得ることはいくらでもある。そこで生ずる問題は、それまで受けていたサービスが途切れる事である。例え、ど地へ行っても、どこの施設へ行っても、それまでのサービスを安心して受けられる仕組みをつくることが必須条件である。

5) 医師一看護婦の指示関係及び指示内容に関する問題点を整理し、サービスが確実に提供されるようにすること

医師と看護婦は車の両輪と言われて久しいが、その両輪にはなり得ていないのが実情である。互いにその役務を認識し、助け合いながらも、かばい合うのではない。各々の責任において、実行しなければならないことは実行する。できないことはできないと意思表示をする。あいまいにすることだけは避けるべきである。医療は、在宅においても24時間求められる。誰が、どのような責任のもとに、どのように実施するのか。実施すると言うからには、場所・時間は関係なく、確実に実施すべきである。その実施できる方法論を編み出し、責任のなすり合いだけは避けなければならない。互いに責任ある連携プレーをするための方策が待たれている。

6) 在宅看護の基本を、幼児教育の中に導入すること

看護の基礎教育としての理論・実践だけでは習得し得ないことがある。それは、家族と向かい合い、家庭の温もりを感じ、さらには、寄り添い合う家族の心など、学習としてではなく肌で感じとることである。親の愛情を欲する幼児時代にこそ、親を見ることを通して、自然な形で優しさやその姿勢を教えておきたいものである。

7) 廃棄物の処理方法を徹底化すること

在宅医療・看護が進むにつれて、排泄物や浸出液によって汚染されたオムツやガーゼ、血液などが付着した医療器材・器具の処理が問題になっている。中には、感染の危険のあるものがあり、一般ゴミとして処理できる物、医療廃棄物として処理する物の区分、その捨て方等については、一般の方たちにもわかるように説明・工夫すると共に、確実に処理できるような対策を、国として講じられなければならない時期に来

ている。環境汚染の問題は、今後、重大な問題を引き起こすことも予測される。

8) 業務推進上起こった過誤を徹底追求し、再発を防止すること

各専門職によって推進される医療・看護・介護業務は確実に遂行されるのがあたり前のことである。しかし、どんなに注意を払っていても、絶対に起こらないとは言い切れないのがこれらの業務である。小さなことで気にならないことから、命にかかわることまである過誤。例え、どんなことでも過誤は過誤である。その1件1件をうやむやにせず徹底的に追求し、同じことを二度と起こすべきではない。

9) ガイドラインに沿った事業の到達度を評価すること

ガイドラインがあっても、ほとんどの場合理解されていないことの方が多い。つまり、何かが起こってから始めて、その確認の意味でおもむろに読むというのが一般的な傾向のようである。ガイドラインについては、あくまで内容を熟知した上で、さらにその活動を発展させていく意味において、意見を出し、その内容を追加・変更していくようでなければならない。

引用 · 參考文獻

1. Australian Council of Community Nursing Services. STANDARD FOR COMMUNITY NURSING PRACTICE. ACCNS, 1997.
2. Beckingham, Ann C. & Bererly Witter Dugas. Promoting healthy aging;a nursing and community perspective. St. louis: Mosby, 1993.
3. Board of Nurse Examiners(1995). NURSING PRACTICE ACT, CALIFORNIA
4. Board of Nurse Examiners(1995). NURSING PRACTICE ACT, TEXAS
5. Buss, Helen M. Health Care for the Elderly. Calgary:Calgary Institute for the Humanities, University of Calgary, 1991.
6. CALIFORNIA CODE OF REGULATIONS(1994). Licensing and Certification of Health Facilities, Home Health Agencies, and Referral Agencies.
7. HEALTH DIVISION OREGON ADMINISTATIVE RULES(1994). HOME HEALTH AGENCIES
8. HOME AND COMMUNITY CARE PROGRAM. NATIONAL GUIDELINES. A JOINT COMMONWEALTH AND STATE/TERRITORY PROGRAM, Australian Goverment Publishing Service Canberra.
9. Ida M. Martinson & Ann Widmer. HOME HEALTH CARE NURSING. W. B. SAUNDERS, 1989.
10. INFIRMIERS LIB RAUX 1997, Convention Nationale
11. Kerr, Janet R. & Mary Sirotnik. Canadian Fundamentals of Nursing; 4Th ed. Potter-Perry Mosby, 1997.
12. MIRIAM STEWART. COMMUNITEY HEALTH NURSING IN CANADA. EDUCATIONAL PUBLISHING, 1987.
13. National Association for Home Care. Legislative Blueprint for Action(1994). Washington, D C; National Association for Home Care.
14. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (1997/98), Socialdepartementet
15. Projektet HEMSJUKVÅRD(1997), LANDSTINGS FÖRBUNDET
16. Rules and Reglations for Licensing of Home Health Agencies(1994). California
17. SAN. 03. Infirmière libérale. Code NAF 85. 1G(1998);APCE
18. T. M. MARELLI. Home Health Standards. (1995) . TEXAS

19. 社会保障研究所編：フランスの社会保障，東京大学出版会，1996.
20. 日本在宅看護システム株式会社：訪問看護の将来予測に即応した教育システムの開発研究
その1，報告書（財団法人長寿社会開発センター委託事業），1996.
21. 日本在宅看護システム株式会社：訪問看護の将来予測に即応した教育システムの開発研究
その2，報告書（財団法人長寿社会開発センター委託事業），1997.
22. 村松静子：開業ナース：在宅看護研究センター，1997.
23. 厚生省編：厚生白書（平成10年版），ぎょうせい，1998.
24. 厚生省老人保健保健局監修：老人六法，中央法規，1998.
25. 草刈淳子，他：在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究．研究報告書
(社会福祉・医療事業団助成事業)，1996-1997.
26. 全国訪問看護事業協会：介護保険の導入を展望した訪問看護業務分析に関する研究．成果
報告書（老人保健健康増進等事業），1998.
27. 日本医療企画編：W I B A' 96 平成8・9年版，日本医療企画，1996.
28. 医療経済研究機構編著：医療白書，日本医療企画，1997.
29. 厚生省大臣官房統計情報部：平成5年 老人訪問看護実態調査・老人訪問看護報告.
厚生統計協会，1993.
30. 厚生省大臣官房統計情報部：平成7年 訪問看護実態調査・老人訪問看護・訪問看護報告
厚生統計協会，1995.
31. 厚生省大臣官房統計情報部：平成9年 訪問看護統計調査. 厚生統計協会，1997.
32. 日本看護協会／日本訪問看護振興財団：1996全国における訪問看護・家庭訪問サービス定
点モニター調査，三菱総合研究所，1997.

あとがき

‘規制緩和の波は看護の追い風なるか’ ‘公的介護保険の導入は看護を自立させることができるのか’ 興味津々の21世紀がもうそこまでやって来ております。2001年には、3人の看護婦で設立した看護婦集団『在宅看護研究センター』が設立15周年を迎えることになります。「あなた、看護婦の開業なんて10年早いわよ」と、あの時言われた一言。社会に位置づくまでには正に10年かかりました。いやそれ以上にかかったと言えるでしょう。確かに、私たちの取り組みは早過ぎたのかもしれません。それでも、私のなかには後悔など全くなく、仲間が増え、周囲の後押しによって続けてこられたことへの感謝と満足感があるだけです。

ガンの末期患者さんが言いました。「私だって家に帰りたい。でも、私のように身体の半分が麻痺して、痛みがあり、動けなくなって、管が入っている者が家に帰ったら、いったい誰が看てくれるというんですか。結局は、妻や母や子どもたちが苦しむだけじゃないですか。そうしたら、帰りたいなんて言えないですよ。どうぞ、私のような者でも家へ帰れるようにしてください。そんなシステムをつくってください」入院先の医師や看護婦から、「今だったら帰れる’からと退院を勧められた彼の言葉には、自らの本心とは裏腹の父親としての意思を貫こうとする苦悩が漂っていました。私は、まだその時の彼との約束を果たしてはおりませんが、そのシステムづくりを諦めてしまったわけでもないのです。“必要な時に、必要な看護を、必要なだけ” 提供できるようにしたい。例え、どこの地であっても、どんなに重症であっても、年齢問わず、在宅での看護を希望するのならば、その希望を叶えられるようにしたい。一看護婦である私の気持ちは、今でもその頃のものとまったく変わってはいません。しかし、彼の言葉を耳にしてから、早、15年。その気持ちはあっても、残念ながら私の体力がついて行かなくなってしまいました。それでも、社会の、そして、看護の将来をみつめ続ける看護婦集団『在宅看護研究センター』を先導し、在宅看護の実践と教育を同時進行させて来たことは有益でした。在宅看護のあるべき姿が明確になってきたばかりではなく、「開業ナース育成研修」を修了した70名を超える開業ナースたちが

日本全国に羽ばたき、今こそ、その力を發揮しようとしているのです。

本研究では、今後、官民一体となって推進されるであろう訪問看護事業が、形式だけで進められるのではなく、看護を求める、看護を必要とする一人ひとりの生きざまを支えようとする、そんな看護サービスが提供されることを目指しました。そして、看護は何をするものなのかで止まるのではなく、これからのかの看護のあるべき姿を予測し、そこへ向かって進められる事業であってほしいとの願いを込めてまとめようとした。そのため、諸外国から参考資料を収集するのに多くの時間を要し、続いて、それらを翻訳したものを熟読し、選択するのにその何倍もの時間を費やしました。実際、まとめてしまうと不備な点が目立つのですが、本業をこなしながらの限られた時間の中でまとめていくのは大変なものでした。「一応、できました」というのが私の本音で、決してこれで終わりではありません。今後、さらに追加・変更を繰り返していかなければと思っているところです。

この場をお借りして、訪問看護事業の運営上のガイドラインを作成させていただきましたことに深く感謝致しますと共に、作成に際し、多大なご支援をいただきました多くの皆様方に対して、心より感謝申し上げます。また、このガイドラインが多くの方々の目にふれ、評価をいただきながらも、活用され、訪問看護事業の展開・推進に役立てられることを願ってやみません。

平成11年 3月

在宅看護研究センター

代表 村松 静子

資 料

1. 指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準
2. 指定老人訪問看護事業及び指定訪問看護事業を行う
事業所に係る特例の取扱い
3. 訪問看護の運営基準の項目（素案）

指定老人訪問看護の事業の人員 及び運営に関する基準

(平成四・二・二九 厚令三)
改正 平五厚令八・厚令四八・平六厚令五六

第一章 基本方針

(基本方針)

- 第一条 指定老人訪問看護の事業は老人の生活の質の確保に資する見地から、老人の家庭における療養生活を支援し、その心身の機能の維持回復を目指すものでなければならない。
- 2 指定老人訪問看護事業者は、指定老人訪問看護の事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、他の保健、医療又は福祉サービスとの密接な連携に努めなければならない。

第二章 人員に関する基準

(看護婦等の員数)

第二条 指定老人訪問看護事業者が該当指定に係る老人訪問看護事業を行う事務所（以下「老人訪問看護ステーション」という。）ごとに置くべき看護婦その他の従業者（以下「看護婦等」という。）の員数は、次のとおりとする。

- 一 保健婦、保健士、看護婦、看護士、准看護婦及び准看護士、老人訪問看護ステーションに勤務する保健婦、保健士、看護婦、看護士、准看護婦及び准看護士の一日の勤務延時間数を八で除して得た数が、二・五以上となる員数
- 二 理学療法士又は作業療法士 老人訪問看護ステーションの実情に応じた適当数
- 2 老人訪問看護ステーションの看護婦等は、専ら当該老人訪問看護ステーションに係る指定老人訪問看護を行うことができる者をもって充てなければならない。ただし当該老人訪問看護ステーションが健康保険法（大正十一年法律第七十号）第四十四条ノ四第一項の指定に係る訪問看護事業（以下「訪問看護事業」という。）を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）である場合であって、当該看護婦等が当該訪問看護ステーションに係る指定訪問看護を行う場合（当該看護婦等が当該老人訪問看護ステーション及び当該訪問看護ステーション以外の職務に従事する場合を除く。）その他指定老人訪問看護の提供に支障がない場合には、この限りではない。

(管理者)

- 第三条 指定老人訪問看護事業者は、老人訪問看護ステーションごとに専ら指定老人訪問看護の職務に従事する管理者を置かなければならない。ただし、当該老人訪問看護ステーションが訪問看護ステーションである場合であって、当該管理者が当該訪問看護ステーションの管理者である場合、（当該管理者が当該老人訪問看護ステーション及び当該訪問看護ステーション以外の職務に従事する場合を除く。）は、この限りではない。
- 2 前項ただし書に規定する場合であっては、当該訪問看護ステーションの管理者は、当該老人訪問看護ステーションの管理者と同一の者とすることとする。
- 3 老人訪問看護ステーションの管理者は、保健婦、保健士、看護婦又は看護士でなければならない。ただしやむを得ない理由がある場合には、この限りでない。
- 4 老人訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定老人訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者でなければならない。

第三章 運営に関する基準

(管理者の責務)

- 第四条 老人訪問看護ステーションの管理者は、当該老人訪問看護ステーションの職員を管理し、適切な指定老人訪問看護が行なわれるよう、必要な配慮をしなければならない。

(運営規程)

第五条 指定老人訪問看護事業者は、老人訪問看護ステーションごとに、次に掲げる指定老人訪問看護の事業の運営についての重要事項に関する規程（以下「運営規程」という。）を定めておかなければなければならない。

- 一 事業の目的及び運営の方針
- 二 職員の職種、員数及び職務内容
- 三 営業日及び営業時間
- 四 指定老人訪問看護の提供方法及び内容
- 五 緊急時等における対応方法
- 六 利用料に関する事項
- 七 その他老人訪問看護ステーションの運営に関する重要事項

(勤務体制の確保等)

第六条 指定老人訪問看護事業者は、指定老人訪問看護を受ける者（以下「利用者」という。）に対し、適切な指定老人訪問看護を提供できるよう、老人訪問看護ステーションごとに職員の勤務の体制を定めておかなければならない。

- 2 指定老人訪問看護事業者は、老人訪問看護ステーションごとに、当該老人訪問看護ステーションの看護婦等によって指定老人訪問看護を提供しなければならない。
- 3 指定老人訪問看護事業者は、職員の資質の向上のために、その研修の機会を確保するように努めなければならない。

(設備及び備品等)

第七条 老人訪問看護ステーションには、運営に十分な広さを有する事務室を設けるとともに、指定老人訪問看護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

(衛生管理)

第八条 老人訪問看護ステーションの管理者は、当該老人訪問看護ステーションの設備及び備品等について衛生的な管理に努めなければならない。

(市町村等との連携)

第九条 指定老人訪問看護事業者は、指定老人訪問看護の事業を運営するに当たっては、市町村（特別区を含む。）及び他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

(内容の教示)

第十条 指定老人訪問看護事業者は指定老人訪問看護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族等に対し、その利用手続き、提供方法及び内容等につき説明を行い、理解を得なければならない。

(指定老人訪問看護の提供の開始及び終了等)

第十一条 指定老人訪問看護事業者は、指定老人訪問看護の提供の開始に際し、利用申込者の主治医が発行する老人訪問看護指示書の交付を受けなければならない。

- 2 指定老人訪問看護事業者は、利用申込者が必要とする療養上の世話の程度が重いことをもって指定老人訪問看護の提供を拒んではならない。
- 3 指定老人訪問看護事業者は、利用申込者の病状、利用申込者の居住地と老人訪問看護ステーションの所在地との間の距離等を勘案し、自ら適切な指定老人訪問看護を提供することが困難であると認めた場合には、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。
- 4 指定老人訪問看護事業者は、指定老人訪問看護の提供の開始に際しては、利用申込者の病歴、家庭環境等の把握に努めなければならない。

- 5 指定老人訪問看護事業者は、利用者の病状及び心身の状態について、定期に主治医に指定老人訪問看護の提供の継続の要否を相談しなければならない。
- 6 指定老人訪問看護事業者は、指定老人訪問看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族等に対して適切な指導を行うとともに、主治医に対する情報の提供及び保健サービスまたは福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

(受給資格の確認)

第十二条 指定老人訪問看護事業者は老人訪問看護療養費に係る指定老人訪問看護を受けることを求められた場合には、その者の提示する健康手帳によって指定老人訪問看護を受ける資格があることを確かめなければならない。

(指定老人訪問看護の記録の記載)

第十三条 指定老人訪問看護事業者は、利用者に対して行った老人訪問看護療養費に係る指定老人訪問看護に関し、その者の健康手帳の医療の記録に係るページに必要な事項を記載しなければならない。

(通知)

第十四条 指定老人訪問看護事業者は、老人訪問看護療養費に係る指定老人訪問看護を受けている利用者が次の各号にいずれかに該当する場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を当該利用者の居住地を管轄する市町村長（特別区の区長を含む。）に通知しなければならない。

- 一 正当な理由なしに指定老人訪問看護に関する指導に従わないとき。
- 二 偽りその他不正の行為によって老人訪問看護療養費の支給を受け、又は受けようとしたとき。

(指定老人訪問看護の基本取扱方針)

第十五条 指定老人訪問看護は、寝たきり老人等の心身の特性を踏まえて、利用者の療養上妥当適切に行うとともに、日常生活の充実に資するよう行わなければならない。特に療養上の目標を設定し漫然かつ画一的なものとならないよう、計画的に行なわなければならない。

(指定老人訪問看護の具体的取扱方針)

第十六条 看護婦等の行う指定老人訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 指定老人訪問看護に当たっては、老人訪問看護指示書及び老人訪問看護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。
- 二 指定老人訪問看護に当たっては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解しやすいように指導を行う。
- 三 指定老人訪問看護に当たっては、常に医学の立場を堅持して、利用者の心身の状態を観察し、老人の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して、心理的な効果をあげることができるよう適切な指導を行なう。
- 四 常に利用者の病状及び心身の状態並びに日常生活及び家庭環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行う。
- 五 特殊な看護行為については、これを行ってはならない。

(主治医との関係)

第十七条 指定老人訪問看護事業者は、老人訪問看護指示書に基づき適切な指定老人訪問看護を提供しなければならない。

- 2 老人訪問看護エーションの管理者は、老人訪問看護指示書に基づき適切な指定老人訪問看護が行われるよう、必要な管理をしなければならない。
- 3 看護婦等は、利用者の病状及び心身の状態に応じ適切な指定老人訪問看護を行うため、主治医との密接な連携を図らなければならない。

(老人訪問看護計画書の作成等)

第十八条 看護婦等（准看護婦及び准看護士を除く。）は、利用者ごとに、老人訪問看護計画書及び老人訪問看護報告書を作成しなければならない。

2 老人訪問看護ステーションの管理者は、老人訪問看護計画書及び老人訪問看護報告書に関し、必要な管理をしなければならない。

3 指定老人訪問看護事業者は、主治医に老人訪問看護計画書及び老人訪問看護報告書を提出しなければならない。

(緊急時の対応)

第十九条 看護婦等は、現に指定老人訪問看護を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合には、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

(利用料)

第二十条 指定老人訪問看護事業者は、基本利用料として、老人保健法（以下「法」という。）第四十六条の五の二第二項に規定する厚生大臣が定める額の支払を利用者から受けるものとする。

2 指定老人訪問看護事業者は基本利用料のほか、その他の利用料として、次の各号に掲げる金額の支払を利用者から受けることができる。

一 利用者の選定に係る老人訪問看護ステーションが定める営業時間以外の時間における指定老人訪問看護その他の厚生大臣が定める指定老人訪問看護の提供に関し、当該指定老人訪問看護に要する費用の範囲内において、法第四十六条の五の二第二項に規定する厚生大臣が定める基準により算定した費用の額を超える金額

二 指定老人訪問看護の提供に係る交通費、おむつ代等に要する費用であってその範囲内の金額

3 指定老人訪問看護事業者は指定老人訪問看護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族等に対し、基本利用料並びにその他の利用料の内容及び金額に関して説明を行ない、その理解を得なければならない。

第二十一条以下略

指定老人訪問看護事業及び指定訪問看護事業を行う事業所に係る特例の取り扱いについて

標記については、「指定老人訪問看護事業および指定訪問看護事業を行う事業所に係る特例について」（平成10年11月24日老発第741、保発 141号、老人保健福祉局長・保健局長連名通知。以下「特例通知」という。）によるほか、下記の事項に留意し、その適正な運用について遺憾のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

1. 訪問看護ステーションの特例に係る留意事項

(1) 特例通知2の(1)について

従たる事務所の設置は、主たる事務所の所在する都道府県の区域内であって、効率的な訪問看護事業を行うことが困難である地域において、当該地域の実情を考慮して認めるものであること

(2) 特例通知の2の(2)について

一の訪問看護ステーションに設置できる従たる事務所の数は、管理者が3の(1)及び(2)に示す管理業務等を適切に行える数とし、当該事務所毎に責任者を置くこと。

(3) 特例通知の2の(3)について

従たる事務所を設置する訪問看護ステーションの主たる事務所においては、従たる事務所の配置員数にかかわらず「指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」（平成4年厚生省令第3号。以下「基準省令」という。）第2条に規定する員数を配置することとし、従たる事務所の支援体制が確保されていること。

(4) 特例通知の2の(4)について

従たる事務所の人員配置は、1か所につき利用者数に応じ適正な員数を配置することとされているが、将来にわたって常時基準省令第2条第1項の規定を満たすこととなる場合は、独立した1事務所とすることが望ましいこと。

(5) 特例通知の2の(5)について

従たる事務所の設備及び備品等については、適切な訪問看護を行うことができる必要な設備及び備品等を備えること。

(6) 特例通知の2の(6)について

一体的な運営とは、人事、職員管理、運営が主たる事務所と一体的に行われるものであること

2. 申請、届出等に関する事項

(1) 指定老人訪問看護事業者又は指定訪問看護事業者（以下「指定訪問看護事業者」という。）の指定の申請については、従たる事務所に関する次の事項を記載した書類を添付して行うこと。

① 所在地

② 訪問看護事業の開始年月日

③ 平面図並びに設備及び備品

④ 利用者の予定数

⑤ 職員の氏名及び経歴（看護婦等にあっては、免許証の写しを添付すること。）

⑥ 職員の勤務の体制及び勤務形態

⑦ 所在地を管轄する市町村の意見書

⑧ 従たる事務所の設置の必要性

⑨ 所在地の市町村の要介護老人等の実態、主たる事務所との地理的関係等

なお、すでに指定を受けた訪問看護ステーションが、従たる事務所を設置又は廃止する場合は、変更届により届出を行わせることとし、要件を満たしていると認められたときは届出を受理するものとすること。

(2) 届出を受理したときは、速やかに受理した旨申請者に通知するほか、審査支払機関に関し、訪問看護ステーション（主たる事務所）名、訪問看護ステーションコード番号及び従たる事務

所の住所、名称を通知すること。

- (3) 従たる事務所を設置する指定訪問看護事業者の指定を行うに当たっては、当分の間、事前に当職あて協議すること。

3. 運営に関する留意事項

従たる事務所の運営については、主たる事務所と一体のものとして基準省令の規定に基づき行われるものであるが、特に次に事項の留意し適正な運営に万全を期すこと。

- (1) 管理者は、従たる事務所に係る管理業務についても総合的に行うこと。特に、従たる事務所の職員の管理、訪問看護の指導、衛生管理等について、1月2回程度当地にて行う等適切な訪問看護の実施に万全を期すこと。
- (2) 管理者は、訪問看護の実施状況、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の内容等について報告させる等常に従たる事務所における業務の実施需要を把握し、必要な指導を行うこと。
- (3) 従たる事務所に兼務職員としての看護職員を雇用する場合は、非常勤職員として勤務する日、時間等を定めて雇用契約を行い、勤務時間等を明確にすること。
- (4) 従たる事務所の看護婦等は、定期的に事務所の各種会議等に参加すること。
- (5) 従たる事務所の看護婦等は、訪問看護の実施について必要に応じ管理者の指導を受けること。
- (6) 従たる事務所に看護婦等は、(老人)訪問看護指示書の交付を受けたときは、その旨管理者に報告し、指導を受けること。
- (7) 従たる事務所においても、運営規程の概要及び職員の勤務の体制等を提示すること。

4. その他

この通知は、平成12年3月31日限り、その効力を失う。

訪問看護の運営基準の項目（素案）

※ 運営基準の理解に資するために、現段階で考えられる内容を記載したものであり、今後の審議会での議論を踏まえて変更されるものである。

1. 基本方針

- ・指定居宅サービスたる訪問看護（以下「指定訪問看護」と言う。）の事業は、利用者が要介護状態等となった場合においても、可能な限りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮して、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すものでなければならない。
- ・事業者は、指定訪問看護の事業を運営するに当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

2. サービスの取り扱いに関する基準

① 内容、手続きの説明・同意

- ・事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族等に対し、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他のサービスの選択に必要な重要事項を記した文書を交付して説明を行い、同意を得なければならぬ。

② 提供拒否の禁止

- ・事業者は、正当な理由なく指定訪問看護の提供を拒んではならない。

③ サービス提供困難時の対応

- ・事業者は、利用申込者の病状、当該事業所の事業の実施地域等を勘案し、自ら適切な指定訪問看護を提供することが困難であると認めた場合には、速やかに主治医及び居宅介護支援事業者への連絡を行い、適当な他の指定訪問看護事業者等を紹介する等の必要な措置を講じなければならない。

④ 心身の状況等の把握

- ・事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際しては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、心身の状況、家庭環境、他の保健、医療又は福祉のサービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

⑤ 居宅介護支援事業者等との連携

- ・事業者は、指定訪問看護を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他保健、医療又は福祉のサービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。
- ・事業者は、指定訪問看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族等に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健、医療又は福祉のサービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

⑥ 受給資格等の確認

- ・事業者は、指定訪問看護の提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証（資格者証を含む。以下同じ。）によって、被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定等の有効期間を確かめなければならない。
- ・事業者は、指定訪問看護の提供を求められた場合には、利用者の提示する被保険者証に法第27

条第8項第2号に掲げる事項に係る認定審査会の意見についての記載がある場合には、その趣旨及び内容に沿って指定訪問看護の提供を行わなければならない。

- ・事業者は、看護婦等に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時又は利用者から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

⑦ 要介護認定等の申請に係る援助

- ・事業者は、指定訪問看護の提供の際に、要介護認定等を受けていない者については、要介護認定等の申請が既に行われているか否かを確認し、申請が行われていない場合には、本人の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう、利用者を援助しなければならない。
- ・事業者は、居宅サービス計画が作成されていない場合には、要介護認定等の更新の申請が、遅くとも現在の要介護認定等の有効期間が終了する1か月前にはなされるよう、利用者に対して必要な援助を行わなければならない。

⑧ 現物給付サービスの提供を受けるための援助

- ・事業者は、居宅サービス計画が作成されていない場合には、居宅サービス計画を居宅介護支援事業を行う事業者又は利用者若しくはその家族等が作成すること、及び当該計画を居宅介護支援事業を行う事業者が作成する場合は当該事業者を、当該計画を利用者又はその家族等が作成する場合は当該計画を市町村に対して届け出ることが、指定訪問介護の提供を現物給付サービス（法第41条第6項（法第53条第4項により準用する場合を含む。）の規定により居宅介護サービス費及び居宅支援サービス費が利用者に代わり当該指定居宅サービス事業者に支払われる場合の当該居宅サービス費及び居宅支援サービス費に係る指定居宅サービスを言う。以下同じ。）として受けるための条件であることを説明するとともに、居宅介護支援事業者に関する情報を提供する等現物給付サービスを行うために必要な援助を行わなければならない。

※ 趣旨は、事業者作成の場合と自己作成の場合での、届出の書き分け

⑨ 居宅サービス計画に沿った指定訪問看護の提供

- ・事業者は、指定訪問看護の提供に際しては、居宅サービス計画が作成されている場合には、当該計画に沿った指定訪問看護を提供しなければならない。

⑩ 居宅サービス計画変更の援助

- ・事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合には、居宅介護支援事業者に連絡する等の必要な援助を行わなければならない。

⑪ 現物給付サービスの提供記録の記載

- ・事業者は、現物給付サービスたる指定訪問看護を提供した際には、当該指定訪問看護の提供日、種類及び内容並びに当該指定訪問看護について法第41条第6項又は法第53条第4項の規定により利用者に代わって支払いを受ける保険給付の額その他必要な記録を、利用者が所持する所定の記録書に記載しなければならない。

⑫ 利用料の徴収

- ・事業者は、現物給付サービスたる指定訪問看護を提供した際は、利用料として、当該指定訪問看護について法第41条第4項第1号に規定する費用の額から当該事業者に支払われる居宅介護サービス費又は居宅支援サービス費の額を控除して得られた額の支払を受けるものとする。
- ・事業者は、同一事業所において、指定訪問看護（現物給付サービスである場合を除く。）を提供了際に支払いを受ける利用料の額、法第41条第4項第1号に規定する費用の額、健康保険法第44条第1項に規定する指定訪問看護及び老人保健法第46条の5の2に規定する指定老人訪問看護に要する費用の額の間に、不合理な差異を設けてはならない。
- ・事業者は、第1項及び第2項の利用料のほか、次に掲げる費用の額の支払いを利用者から受ける

ことができる。

- 一 通常の事業の実施地域を超える場合の交通費
- 二 指定訪問看護と不可分なサービスであって、その費用の徴収を認めることが適當と考えられるもの（例：特定の者による訪問看護）
- ・事業者は、前項に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族等に対し、当該サービスの内容及び利用料の金額に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

⑬ 保険給付の償還請求のための証明書の交付

- ・事業者は、指定訪問看護（現物給付サービスである場合を除く。）に係る利用料の支払いを受けた場合には、提供した指定訪問看護の内容、費用の額その他必要な事項を記載したサービス提供記録書を利用者に対して交付しなければならない。

⑭ 健康手帳への記載

- ・事業者は、利用者に対して行った指定訪問看護の提供に関し、利用者の健康手帳の医療の記録に係るページに必要な事項を記載しなければならない。

⑮ 利用者に関する市町村への通知

- ・事業者は、指定訪問看護を受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。
 - 一 正当な理由なしに指定訪問看護の利用に関する指示に従わないこと等により、要介護状態等の程度を増進させたと認められるとき。
 - 二 偽りその他不正の行為によって保険給付の支給を受け、又は受けようとしたとき。

⑯ 指定訪問看護の基本取扱方針

- ・指定訪問看護は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう療養上の目標を設定し、計画的に行わなければならない。
- ・事業者は、自らその提供する指定訪問看護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならぬ。

⑰ 指定訪問看護の具体的取扱方針

- ・看護婦等の行う訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。
 - 一 指定訪問看護に当たっては、主治医との密接な連携及び訪問看護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。
 - 二 指定訪問看護に当たっては、利用者の立場に立って懇切丁寧に行うことを旨とし、療養上必要な事項は理解しやすいように指導を行うとともに、利用者又はその家族等から求められたときは説明を行う。
 - 三 指定訪問看護に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもってその提供を行う。
 - 四 常に利用者の病状及び心身の状態並びに日常生活及び家庭環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族等に対し、適切な指導を行う。
 - 五 特殊な看護等については、これを行ってはならない。

⑱ 主治医との関係

- ・管理者及び責任者（3の①において規定する責任者をいう。以下、両者を合わせて管理者等といふ。）は、主治医の指示に基づき適切な指定訪問看護が行なわれるよう必要な管理をしなければならない。
- ・事業者は、訪問看護の提供の開始に際し、利用申込者の主治医による指示を文書で受けなければならない。

- ・事業者は、主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出しなければならない。
- ・看護婦等は、利用者の病状及び心身の状態に応じ適切な指定訪問看護の提供を行うため、主治医との密接な連携を図らなければならない。
- ・看護婦等は、利用者の病状及び心身の状態について、定期的に主治医に指定訪問看護の提供の継続の要否を相談しなければならない。
- ・事業者は、指定訪問看護の提供の終了に際しては、主治医に対する情報の提供に努めなければならない。
- ・なお、上記にかかわらず当該事業者が病院又は診療所である場合にあっては、主治医による指示を示す文書、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は診療録への記載をもってあてることができる

⑯ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

- ・看護婦等（准看護婦等を除く。以下この条について同じ。）は、利用者の意向、主治の医師の指示及び利用者の療養の状況を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。
- ・看護婦等は、訪問看護計画書の作成に当たって、既に居宅サービス計画が作成されている場合には、当該計画の内容に沿わなければならない。
- ・看護婦等は、訪問日、病状の経過、提供了看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成しなければならない。
- ・看護婦等は、作成した訪問看護計画書の主要な事項について、利用者又はその家族に説明しなければならない。
- ・管理者等は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導、管理をしなければならない。

⑰ 緊急時の対応

- ・看護婦等は、現に指定訪問看護の提供を行なっているときに利用者に病状の急変等が生じた場合には、速やかに主治医への連絡を行い指示を求める等の必要な措置を講じなければならない。

⑱ 同居家族に対する訪問看護の禁止

- ・事業者は、事業所の従事者にその同居家族たる利用者に対する指定訪問看護の提供をさせてはならない。
※例外的に認める必要のある場合については、審議会での議論を踏まえ今後検討

3. サービスの取り扱いに関する基準以外の基準

① 管理者等の責務

- ・病院又は診療所の管理者は、医師、保健婦、保健士、看護婦又は看護士のうちより指定訪問看護の提供に係る責任者を選任し、必要な管理をさせることができる。
- ・管理者等は、事業所の従業者の管理及び指定訪問看護の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を、一元的に行なわなければならない。
- ・管理者等は、事業所の従業者に運営基準を遵守させるため必要な指揮命令を行なうものとする。

② 運営規程

- ・事業者は、事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。
 - 事業の目的および運営の方針
 - 従業者の職種、員数及び職務内容
 - 営業日及び営業時間
 - 指定訪問看護の提供方法、内容、利用料及びその他の費用の額

五 通常の事業の実施地域
六 緊急時等における対応方法
七 その他運営に関する重要事項

③ 勤務体制の確保

- ・事業者は、利用者に対し適切な指定訪問看護を提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務の体制を定めておかなければならぬ。
- ・事業者は、事業所ごとに、当該事業所の従業者によって指定訪問看護を提供しなければならぬ。
- ・事業者は、従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならぬ。

④ 衛生管理

- ・事業者は、指定訪問看護の提供に当たる従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行なわなければならぬ。
- ・管理者等は、事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めなければならない。

⑤ 掲示

- ・事業者は、見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他のサービスの選択に必要な重要事項を掲示しなければならぬ。

⑥ 秘密保持

- ・事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らしてはならない。
- ・事業者は、従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。
- ・事業者は、サービス担当者会議の出席者等に対して、利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者の家族等の個人情報を用いる場合には当該家族等の同意をあらかじめ文書により得ておかなければならぬ。

⑦ 広告

- ・事業者は、事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。

⑧ 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

- ・事業者は、居宅介護支援を行なう事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

⑨ 苦情処理

- ・事業者は、提供した指定訪問看護に対する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、窓口を置く等の必要な措置を講じなければならない。
- ・事業者は、提供した指定訪問看護に関して市町村が受け付けた利用者からの苦情に対し、迅速かつ適切に対応し、かつ、対応の結果を市町村に報告しなければならぬ。
- ・事業者は、提供した指定訪問看護に対する利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第176条第1項第2号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

⑩ 損害賠償

- ・事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害

賠償を速やかに行わなければならない。

⑪ 会計の区分

- ・事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定訪問看護の事業の会計と、その他の事業の会計とを区分しなければならない。

⑫ 記録の整備

- ・事業者は、設備、備品、職員及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならぬ。
- ・事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供に関する諸記録を整備しておくとともに、その完結の日から2年間保存しなければならない。

- 2 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けなければならない。
- 3 指定訪問看護事業者は、主治の医師に次条第一項に規定する訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、指定訪問看護の提供に当たつて主治の医師との密接な連携を図らなければならぬ。
- 4 当該指定訪問看護事業所が指定訪問看護を担当する医療機関である場合にあつては、前二項の規定にかかわらず、第二項の主治の医師の文書による指示並びに前項の訪問看護計画書及び訪問看護報告書の提出は、診療録その他の診療に関する記録（以下「診療記録」という。）への記載をもつて代えることができる。
- （訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成）
- 第五十三条 看護婦等（准看護婦及び准看護士を除く。以下この条において同じ。）は、利用者の希望、主治の医師の指示及び心身の状況等を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。
- 2 看護婦等は、既に居宅サービス計画等が作成されている場合は、当該計画の内容に沿つて訪問看護計画書を作成しなければならない。
- 3 看護婦等は、作成した訪問看護計画書の主要な事項について、利用者又はその家族に説明しなければならない。
- 4 看護婦等は、訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成しなければならない。
- 5 指定訪問看護事業所の管理者は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならない。
- 6 前条第四項の規定は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成について準用する。
- （同居家族に対する訪問看護の禁止）
- 第七十二条 指定訪問看護事業者は、看護婦等に供を行つているときに利用者に病状の急変等が生じた場合には、必要に応じて臨時応急の手当を行うとともに、速やかに主治の医師への連絡を行い指示を求める等の必要な措置を講じなければならない。（緊急時の対応）
- 第七十三条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下この章において「運営規程」という。）を定めておかなければならぬ。

（運営規程）

第七十四条 第八条、第九条、第十一条から第十三条まで、第十五条から第十九条まで、第二十一条、第二十六条、第三十条から第三十九条まで及び第五十二条の規定は、指定訪問看護の事業について準用する。この場合において、これらの規定中「訪問介護員等」とあるのは「看護婦等」と、第八条中「第二十九条」とあるのは「第七十三条」と、第十三条中「心身の状況」とあるのは「心身の状況、病歴」と読み替えるものとする。

（準用）

二 従業者の職種、員数及び職務の内容

三 営業日及び営業時間

四 指定訪問看護の内容及び利用料その他の費用

五 通常の事業の実施地域

六 緊急時等における対応方法

七 その他運営に関する重要な事項

(準用)

第五十八条 第八条から第十四条まで、第十六条から第十九条まで、第二十一条、第二十六条规定(第三十条から第三十五条、第三十六条第一項及び第二項、第三十七条から第三十九条まで、第四十条並びに第四節(第四十八条第一項及び第五十四条を除く)の規定は、基準該當訪問入浴介護の事業について準用する。この場合において、これらの規定中「訪問介護員等」とあるのは、「訪問入浴介護従業者」と、第八条中「第二十九条」とあるのは「第五十三条」と、第十九条中「内容、当該指定訪問介護について法第四十一条第六項(法第五十二条第四項において準用する場合を含む)の規定により利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービス費又は居宅支援サービス費の額」とあるのは「内容」と、第三十一条中「法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護」とあるのは「基準該當訪問入浴介護」と、第三十一条中「設備及び備品等」とあるのは「基準該當訪問入浴介護に用いる浴槽その他の設備及び備品等」と、第四十八条第二項中「法定代理受領サービスに該当しない指定訪問入浴介護」とあるのは「基準該當訪問入浴介護」と、同条第三項中「前二項」とあるのは「前項」と読み替えるものとする。

第四章 訪問看護

第一節 基本方針

第五十九条 指定居宅サービスに該当する訪問看護(以下「指定訪問看護」という。)の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すものでなければならない。

(看護婦等の員数)

第六十条 指定訪問看護の事業を行う者(以下「指定訪問看護事業者」という。)が当該事業を行う事業所(以下「指定訪問看護事業所」という。)ごとに置くべき看護婦その他の指定訪問看護の提供に当たる従業者(以下「看護婦等」という。)の員数は、次に掲げる指定訪問看護事業所の種類の区分に応じて、次に定めるとおりとする。
一 病院又は診療所以外の指定訪問看護事業所(以下「指定訪問看護ステーション」という。)

イ 保健婦、保健士、看護婦、看護士、准看護婦又は准看護士(以下この条において「看護職員」という。)常勤換算方法で、二・五以上となる員数

口 理学療法士又は作業療法士 指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数

二 病院又は診療所である指定訪問看護事業所(以下「指定訪問看護を担当する医療機関」という。)

二 指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適當数置くべきものとする。

2 前項第一号イの看護職員のうち一名は、常勤でなければならない。

(管理者)

第六十一条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、

指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の事業職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

第六十二条 指定訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定訪問看護を行るために必要な知識及び技能を有する者でなければならない。

3 指定訪問看護ステーションの管理者は、保健婦、保健士、看護婦又は看護士でなければならない。ただし、やむを得ない理由がある場合は、この限りではない。

4 指定訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定訪問看護を行るために必要な知識及び技能を有する者でなければならない。

(設備及び備品等)

第三節 設備に関する基準

第六十二条 指定訪問看護ステーションには、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室を設けるほか、指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

(看護婦等の員数)

2 指定訪問看護を行うために必要な設備及び備品等を備えなければならない。

第四節 運営に関する基準

(サービス提供困難時の対応)

第六十三条 指定訪問看護事業者は、利用申込者の病状、当該指定訪問看護事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、自ら適切な指定訪問看護を提供することが困難であると認めた場合

は、主治の医師及び居宅介護支援事業者への連絡を行い、適当な他の指定訪問看護事業者等を紹介する等の必要な措置を速やかに講じなければならない。

(居宅介護支援事業者等との連携)

第六十四条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護を提供するに当たつては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

第六十五条 指定訪問看護事業者は、提供した指定訪問看護に關し、利用者の健康手帳(老人保健法(昭和五十七年法律第八十号)第十三条の健康手帳をいう。以下同じ。)の医療の記録に係るページに必要な事項を記載しなければならない。ただし、健康手帳を有しない者については、この限りではない。

第六十六条 指定訪問看護事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定訪問看護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定訪問看護に係る居宅介護サービス費用基準額又は居宅支援サービス費用基準額から当該指定訪問看護事業者に支払われる居宅介護サービス費又は居宅支援サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

2 指定訪問看護は、事業の運営を行つたために必要な広さを有する専用の事務室を設けるほか、指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。ただし、当該指定訪問看護に係る居宅介護サービス費用基準額又は居宅支援サービス費用基準額、健康保険法(大正十一年法律第七十号)第四十三条第一項に規定する療養の給付若しくは同法第四十四条ノ四第一項に規定する指定訪問看護又は老人保健法十七条第一項に規定する医療若しくは同法

第四十六条の五の二第一項に規定する指定老人訪問看護のうち指定訪問看護に相当するものに要する費用の額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

3 指定訪問看護事業者は、前二項の支払を受けた額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問看護を行つて、適当な他の指定訪問看護事業者等を紹介する等の必要な措置を速やかに講じなければならない。

(指定訪問看護の基本取扱方針)

第六十七条 指定訪問看護は、利用者の要介護状態の輕減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行われなければならない。

4 指定訪問看護事業者は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たつては、あらかじめ、支払を利用者から受け取ることができる。

(指定訪問看護の具体的取扱方針)

第六十八条 看護婦等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

1 指定訪問看護の提供に当たつては、主治医師との密接な連携及び第七十条第一項に規定する訪問看護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当・適切に行なわれる。

2 指定訪問看護の提供に当たつては、懇切丁寧に行うことを目指し、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。

3 指定訪問看護の提供に当たつては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもつて、これを用いて、

4 指定訪問看護の提供に当たつては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもつて、これを行う。

5 指定訪問看護の提供に当たつては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行う。

5 特殊な看護等については、これを行つてはならない。

(主治の医師との関係)

第六十九条 指定訪問看護事業所の管理者は、主治の医師の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理をしなければならない。

第三章 訪問入浴介護

第一節 基本方針

(基本方針)

第四十四条 指定居宅サービスに該当する訪問入浴介護（以下「指定訪問入浴介護」という。）の事業は、要介護状態等となつた場合において、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、居宅における入浴の援助を行うことによって、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図るものでなければならない。

第二節 人員に関する基準

(従業者の員数)

第四十五条 指定訪問入浴介護の事業を行つう者（以下「指定訪問入浴介護事業者」という。）が当該事業を行う事業所（以下「指定訪問入浴介護事業所」という。）ごとに置くべき指定訪問入浴介護の提供に当たる従業者（以下この節から第四節までにおいて「訪問入浴介護従業者」という。）の員数は、次のとおりとする。
一 看護婦、看護士、准看護婦又は准看護士（以下この章において「看護職員」という。）一以上
二 介護職員 二以上

2 前項の訪問入浴介護従業者のうち一人以上以上

2 管理者の管理者）
第四十六条 指定訪問入浴介護事業者は、指定訪問入浴介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならぬ。ただし、指定訪問入浴介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定訪問入浴介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

第三節 設備に関する基準

(設備及び備品等)

第四十七条 指定訪問入浴介護事業所には、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、指定訪問入浴介護の提供に必要な浴槽等の設備及び備品等を備えなければならない。

第四節 運営に関する基準 (利用料等の受領)

(利用料等の受領)

第四十八条 指定訪問入浴介護事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定訪問入浴介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定訪問入浴介護に係る居宅介護サービス費用基準額又は居宅支援サービス費用基準額から当該指定訪問入浴介護事業者に支払われる居宅介護サービス又は居宅支援サービ

ス費用の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

2 指定訪問入浴介護事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定訪問入浴介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定訪問入浴介護に係る居宅介護サービス費用基準額又は居宅支援サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

3 指定訪問入浴介護事業者は、前二項の支払を受ける額のほか、次の各号に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができる。
一 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問入浴介護を行う場合のそれに要する交通費
二 水等に係る費用
4 指定訪問入浴介護事業者は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

（指定訪問入浴介護の基本取扱方針）
第五十条 指定訪問入浴介護は、利用者の要介護状態となることの予防に資するよう、利用者の状態に応じて、適切に行わなければならない。
2 指定訪問入浴介護事業者は、自らその提供する指定訪問入浴介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。（指定訪問入浴介護の具体的取扱方針）
第五十一条 訪問入浴介護従業者は、現に指定訪問入浴介護の提供を行つているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ当該指定訪問入浴介護事業者が定めた協力医療機関への連絡を行つ等の必要な措置を講じなければならない。
（緊急時の対応）
第五十二条 指定訪問入浴介護事業所の従業者の管理者は、指定訪問入浴介護事業所の従業者の管理及び指定訪問入浴介護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行つものとする。
2 指定訪問入浴介護事業所の管理者は、当該指定訪問入浴介護事業所の従業者にこの節の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものと

二 指定訪問入浴介護の提供に当たつては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいようて説明を行う。

三 指定訪問入浴介護の提供に当たつては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもつてサービスの提供を行う。

四 指定訪問入浴介護の提供は、一回の訪問に当たつては、介

五 通常の事業の実施地域

六 サービスの利用に当たつての留意事項

七 緊急時等における対応方法

八 その他運営に関する重要事項

一 事業の目的及び運営の方針

二 従業者の職種、員数及び職務の内容

三 営業日及び営業時間

四 指定訪問入浴介護の内容及び利用料その他の費用の額

第五十四条 第八条から第十九条まで、第二十一条、第二十六条及び第三十三条から第三十九条までの規定は、指定訪問入浴介護の事業について準用する。この場合において、これらの規定中「訪問介護員等」とあるのは、「訪問入浴介護従業者」と、第八条中「第二十九条」とあるのは「第五十三条」と、第三十一条中「設備及び備品等」とあるのは、「指定訪問入浴介護に用いる浴槽その他の設備及び備品等」と読み替えるものとする。

第五節 基準該当居宅サービスに関する基準 (従業者の員数)

第五十五条 基準該当居宅サービスに該当する訪問入浴介護又はこれに相当するサービス（以下「基準該当訪問入浴介護」という。）の事業を行う者が、当該事業を行つう者が、当該事業を行う事業所（以下「基準該當訪問入浴介護事業所」という。）ごとに置くべき基準該當訪問入浴介護の提供に当たる従業者（以下この節において「訪問入浴介護従業者」という。）の員数は、次のとおりとする。

（従業者の員数）
（看護職員 一以上）

二 介護職員 二以上

（看護職員 一以上）

（看護職員 一以上）

（看護職員 一以上）

（看護職員 一以上）

（看護職員 一以上）

（管理者の責務）

第五十六条 基準該当訪問入浴介護事業者は、基準該當訪問入浴介護事業所に専らその職務に従事する従業者の管理者を置かなければならない。ただし、基準該當訪問入浴介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

第五十七条 基準該當訪問入浴介護事業所には、事業の運営を行うために必要な広さの区画を設けるほか、基準該當訪問入浴介護の提供に必要な浴槽等の設備及び備品等を備えなければならない。

一 正当な理由なしに指定訪問介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態等の程度を増進させたと認められるとき。

二 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

(緊急時等の対応)

第二十七条 訪問介護員等は、現に指定訪問介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

第二十八条 指定訪問介護事業所の管理者は、当該指定訪問介護事業所の従業者及び業務の管理を、一元的に行わなければならない。

2 指定訪問介護事業所の管理者は、当該指定訪問介護事業所に対する指揮命令を行なうものとする。

3 サービス提供責任者は、第二十四条に規定する業務のほか、指定訪問介護事業所に対する指定訪問介護の利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行うものとする。

(運営規程)

第二十九条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要な事項に関する規程（以下この章において「運営規程」という。）を定めておかなければならぬ。

一 事業の目的及び運営の方針

二 従業者の職種、員数及び職務の内容

三 営業日及び営業時間

四 指定訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額

五 通常の事業の実施地域

六 緊急時等における対応方法

七 その他運営に関する重要な事項

(勤務体制の確保等)

第三十条 指定訪問介護事業者は、利用者に対し適切な指定訪問介護を提供できるよう、指定訪問介護事業所ごとに、訪問介護員等の勤務の体制を定めておかなければならない。

- 2 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要な事項を掲示しなければならない。
(秘密保持等)
- 3 指定訪問介護事業所の従業者は、正當な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
2 指定訪問介護事業者は、当該指定訪問介護の実務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。
3 指定訪問介護事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。
(広告)
- 第三十二条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに、運営規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要な事項を掲示しなければならない。
- 2 指定訪問介護事業者は、正當な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
3 指定訪問介護事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。
(会計の区分)
- 第三十三条 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
2 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならぬ。
(設備及び備品等)
- 第三十四条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものであつてはならない。
(居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止)
- 第三十五条 指定訪問介護事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対し特定期の事業者によるサービスを利用させるとの対價として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

(苦情処理)

第三十六条 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に関する文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行なう調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従つて必要な改善を行わなければならない。

第三十七条 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
2 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならぬ。
(会計の区分)

第三十八条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに経理を区分するとともに、指定訪問介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

第三十九条 指定訪問介護事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならぬ。
2 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供に関する諸記録を整備し、その

第四十条 基準該當居宅サービスに該当する訪問介護又はこれに相当するサービス（以下「基準該當訪問介護」という。）の事業を行う者（以下「基準該當訪問介護事業者」という。）が、当該事業を行なう事業所（以下「基準該當訪問介護事業所」という。）ごとに置くべき訪問介護員等（基準該當訪問介護の提供に当たる介護福祉士又は法第七条第六項に規定する厚生省令で定める者をいう。以下この節において同じ。）の員数は、三人以上とする。

2 基準該當訪問介護事業者は、基準該當訪問介護事業所ごとに、訪問介護員等のうち一人以上の者をサービス提供責任者としなければならない。
3 指定訪問介護事業者は、基準該當訪問介護事業所ごとに専らその職務に従事する管理者を置かなければならない。ただし、基準該當訪問介護事業所の管理上支障がない場合は、当該基準該當訪問介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。
(管理)

第四十一条 基準該當訪問介護事業者は、基準該當訪問介護事業所ごとに専らその職務に従事する管理者を置かなければならない。ただし、基準該當訪問介護事業所の管理上支障がない場合は、当該基準該當訪問介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。
(設備及び備品等)

第四十二条 基準該當訪問介護事業所には、事業の運営を行うために必要な広さの区画を設けるほか、基準該當訪問介護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

第四十三条 第一節及び第四節（第十五條、第二十二条第一項及び第三十六条第三項を除く。）の規定は、基準該當訪問介護の事業について準用される。この場合において、第十九條中「内容、当該指定訪問介護について法第四十一條第六項（法第五十三條第四項において準用する場合を含む。）の規定により利用者に代わって支払を受けた居宅介護サービス費又は居宅支援サービス費の額」とあるのは「内容」と、第二十二条第二項及び第二十二條中「法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護」とあるのは「基準該當訪問介護」と、第二十条第三項中「前二項」とあるのは「前項」と読み替えるものとする。

(受給資格等の確認)

第十一条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によつて、被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定等の有効期間を確かめるものとする。

2 指定訪問介護事業者は、前項の被保険者証に、

法第七十三条第二項に規定する認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定訪問介護を提供するよう努めなければならない。

(要介護認定等の申請に係る援助)

第十二条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供の開始に際し、要介護認定等を受けていない利用申込者については、要介護認定等の申請が既に行われているか否かを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意向を踏まえて速やかに当該申請を行われるよう必要な援助を行わなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、居宅介護支援(これに相当するサービスを含む。)が利用者に対して行われていない等の場合であつて必要と認めるときは、要介護認定等の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定等の有効期間が終了する三十日前にはなされよう、必要な援助を行わなければならぬ。

第十三条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供に当たつては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十七号)第十三条六号に規定するサービス担当者会議をいう。以下同じ。)等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

(居宅介護支援事業者等との連携)
第十四条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供するに当たつては、居宅介護支援事業者その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、法定代理受領

の終了に際しては、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び

保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

(法定代理受領サービスの提供を受けるための援助)

第十五条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供の開始に際し、利用申込者が介護保険法施行規則(平成十一年厚生省令第三十六号。以下「施行規則」という。)第六十四条各号のいずれにも該当しないときは、当該利用申込者又は

その家族に對し、居宅サービス計画の作成、居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対し届け出こと等により、指定訪問介護の提供を法定代理受領サービスとして受けたことがで

ら、居宅支援サービス費用基準額から当該指定訪問介護に係る居宅介護サービス費用基

額又は居宅支援サービス費用基準額から当該

の利用者から支払を受けた利用料の額と、指定

サービス費又は居宅支援サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

2 指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護を提供した際にそ

の利用者から支払を受けた利用料の額と、指定

サービス費又は居宅支援サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

(居宅サービス計画に沿ったサービスの提供)

第十六条 指定訪問介護事業者は、居宅サービス計画(施行規則第六十四条第一号ハに規定する計画を含む。以下同じ。)が作成されている場合は、当該計画に沿つた指定訪問介護を提供しなければならない。

(居宅サービス計画等の変更の援助)
第十七条 指定訪問介護事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係るサービスの提供に当たつては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

(身分を証する書類の携行)
第十八条 指定訪問介護事業者は、訪問介護員等に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

(サービスの提供の記録)

第十九条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供した際には、当該指定訪問介護の提供日及び内容、当該指定訪問介護について法第四十一条第六項(法第五十三第四項において準用する場合)

(指定訪問介護の具体的取扱方針)

第二十三条 訪問介護員等の行う指定訪問介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一 指定訪問介護の提供に当たつては、次条第一項に規定する訪問介護計画に基づき、利用

者が日常生活を営むのに必要な援助を行う。

二 指定訪問介護の提供に当たつては、懇切丁寧に行うこととを旨とし、利用者又はその家族

に対し、サービスの提供方法等について、理

解しやすいように説明を行う。

三 指定訪問介護の提供に当たつては、介護技

術の進歩に対応し、適切な介護技術をもつてサービスの提供を行う。

四 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はそ

の家族に対し、適切な相談及び助言を行う。

(訪問介護計画の作成)

第五十条 サービス提供責任者(第五条第二項に規定するサービス提供責任者をいう。以下この条において同じ。)は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の

計画を作成した際には、利用者又はその家族にそ

の内容を説明しなければならない。

2 前項の訪問介護計画は、既に居宅サービス計

画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿つて作成しなければならない。

3 サービス提供責任者は、第一項の訪問介護計

画を作成した際には、利用者又はその家族にそ

の内容を説明しなければならない。

4 サービス提供責任者は、訪問介護計画作成後

ににおいても、当該訪問介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護計画の変更を行うものとする。

5 第一項から第三項までの規定は、前項に規定する訪問介護計画の変更について準用する。

(同居家族に対するサービス提供の禁止)

第二十五条 指定訪問介護の提供をさせてはならない。

(利用者に関する市町村への通知)

第二十六条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

○厚生省令第三十七号

介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)第四十二条第一項第二号並びに第七十四条第一項及び第二項の規定に基づき、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を次のように定める。

平成十一年三月三十一日

厚生大臣 宮下 創平
指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

目次

第一章 総則(第一条～第三条)

第二章 訪問介護

第一節 基本方針(第四条)

第二節 人員に関する基準(第五条・第六条)
第三節 設備に関する基準(第七条)

第四節 運営に関する基準(第八条～第三十九条)

第五節 基準該当居宅サービスに関する基準
(第四十条～第四十三条)

第三章 訪問入浴介護

第一節 基本方針(第四十四条)

第二節 人員に関する基準(第四十五条・第四十六条)

第三節 設備に関する基準(第四十七条)
第四節 運営に関する基準(第四十八条～第五十四条)

第五節 基準該当居宅サービスに関する基準
(第五十五条～第五十八条)

第四章 訪問看護

第一節 基本方針(第五十九条)

第二節 人員に関する基準(第六十条・第六十一条)

第三節 設備に関する基準(第六十二条)
第四節 運営に関する基準(第六十三条～第七十四条)



