

特 集

地域医療

地域医療における訪問看護の役割

獨協医科大学 看護学部 在宅看護学

熊倉みつ子

はじめに

わが国では、1972年から続いた高齢者医療費公費負担制度を1982年に廃止し、急激に進行する高齢化への対応策として、“施設医療福祉から在宅ケアへの移行”を主題に、高齢者の疾病予防に焦点を当てた老人保健法をスタートさせた。

それと前後して、増大する国民医療費の抑制策として、入院時医学管理料の通減性を強化し短期入院に手厚い保険点数を制定し、入院日数の短縮化が推奨された。同時期に、医療計画を策定して、病床数の規制を盛り込み、急性期以外の患者の在宅療養が推進された。これ以降、わが国では一貫して国策としての在宅療養推進施策が進行している。高齢者のみならず、乳幼児を含めた全ての年齢層の人々の在宅療養が推進され、これらの在宅療養者とその家族を支える在宅医療チームへの期待は大きい。中でも、在宅療養において医療処置を必要とする療養者とその家族、終末期を自宅で過ごしたい療養者と家族等の日々の在宅療養生活を支援する訪問看護事業所（訪問看護ステーション・医療機関の訪問看護部門）と訪問看護師に期待される役割は大きいものがある。

本稿では、地域医療における訪問看護の役割を論じるにあたり、まず、わが国における訪問看護の歴史と訪問看護制度の成立について整理し、その中で、獨協医科大学病院の訪問看護実践についてふれ、訪問看護の現況と地域医療における訪問看護の役割について述べる。

次に、保健師助産師看護師法の学校養成所指定規則において、看護基礎教育の教育内容として、訪問看護を含めた在宅看護がどのように位置づけられ教育されているかを概括し、これからの訪問看護の課題と展望を考えた。

1. わが国における訪問看護の歴史と訪問看護制度の成立

1) 派出看護婦会と巡回看護婦会

わが国で職業としての看護師教育が開始されたのは明

治18年（1885年）であり、有志共立東京病院看護婦教育所が最初である。続いて京都看病婦学校と桜井女学校附属看護婦養成所が開学し、次いで東京帝国医科大学病院や日本赤十字社が看護婦養成を開始した。訪問看護の歴史はこの近代看護の教育が開始された直後に始まっている。

明治24年（1891年）には、桜井女学校附属看護婦養成所の第1回卒業生である鈴木まさにより、慈善看護婦会と言う名称で、わが国初めての派出看護婦会が設置され、看護師と助産師を病院や家庭に派遣して看護を提供する施設がつけられた。料金は4等級に分かれており、貧困者には無料で看護サービスが提供された¹⁾。

翌年の明治25年（1892）には、京都看病婦学校を母体に、病院を基点に巡回看護婦制度が発足した²⁾。これは、婦人伝道師と看護婦が同伴して貧困家庭を訪問するもので、宗教的な基盤を持つ救済活動の一部であった。こうした貧民救済としての巡回看護は、地域における母子保健活動へつながる基盤となった¹⁾。

この後、徐々に病院が整備され、看護は病院内看護中心へ移行していった。特に、1930年以降は、世界的な不景気により、安価な派出婦の需要が高まって、派出看護婦は衰退したと言われている。

2) 戦後の高齢化の進行と訪問看護の歴史

第2次世界大戦後の訪問看護についてみると、この時期の訪問看護で良く知られているのが、昭和40年（1965年）に京都堀川病院が開始した訪問看護活動である。昭和46年（1971年）には東村山市が行政として初めて、寝たきり老人を対象とした訪問看護サービスを開始した。昭和49年（1974年）には東京都新宿区が訪問看護を開始し、板橋区には訪問看護室が設置され、同様の活動が開始された¹⁾。この頃から、地方の病院における独自の活動としての訪問看護に関する報告が散見されるようになった。保険制度上の診療報酬の裏付けもなく、対象者と病院の間で取り交わされる契約による訪問であり、その多くが交通費の実費程度をいただくものであり、

病院のサービスの一環と位置付けられたものであった。

3) 獨協医科大学病院における訪問看護活動

この時期、栃木県内では芳賀赤十字病院が訪問看護活動を開始しており、獨協医科大学病院では、1975年に医療相談部に訪問看護部門を開設し、前述したような無料のサービスとしての訪問看護を開始している。当時は、脳血管疾患等による重症の寝たきりの入院患者の多くが、リハビリテーションを含めた積極的な治療の段階を終えても重度の介護を要するために他院への転院もできず、経鼻経管栄養や尿道留置カテーテルの管理が必要ということから施設入所という選択肢も無く、長期入院を余儀なくされていた。いわゆる“社会的入院”と呼ばれるものである。こうした方々の自宅への退院を実現するためには、大学病院が派遣する訪問看護サービスによる直接的なケアの提供と在宅療養現場での詳細な家族指導が不可欠であった。筆者もこの時期の獨協医科大学病院の訪問看護部門に籍を置いて訪問看護活動に従事していた。入院病棟の主治医や看護師との協力のもとに時間をかけて家族を説得して、自宅退院の方向性が決まると、最初の課題は近隣の往診をしてくれる地域の医師の確保であった。従来からの“かかりつけ医”であっても、「こんな状態の病人を退院させるなんて言語道断！」と怒りをぶつけられることも多々あった時代である。“かかりつけ医”を持たない家族においては、猶のこと往診医の確保は困難であった。「急変時には必ず大学病院で引き受けます」と約束をして何とか引き受けていただいた。続いて発症6か月の症状固定の時期を待って身体障害者手帳の申請を行い、それを活用して車いすや介護用ベッドを借入れ、必要な医療材料の入手ルートを確認し、ホームヘルパーの派遣を申請し、小規模の住宅改修を行う等々、医療ソーシャルワーカーとの連携で社会資源を活用した在宅療養環境の調整を行った。退院時の寝台自動車の手配を行い、当日は家族と共に退院に付き添った。ようやく在宅療養が開始すると、慣れぬ介護に悩む家族を助け、療養生活を成立させるための家族内の人間関係の調整も行った。これは、経鼻経管栄養のチューブ管理を含めた栄養管理、排泄の支援、清潔ケア等の通常の訪問看護技術の実践と並んで、家族の日々の介護実践をサポートするための有効な対応策となった。こうした多様な訪問看護活動が在宅療養者と家族の支援活動として実践され、医療保険上で訪問看護が認められ制度化が進むまでの期間、続けられた。現在は、退院支援活動の一環として、神経難病等の事例を中心に訪問看護を展開している。

4) 医療保険上の訪問看護制度の成立と訪問看護ステーション

昭和57年(1982年)に老人保健法が開始され、昭和58年(1983年)には市町村が老人訪問看護事業を開始した。

昭和61年(1986年)には、精神科訪問看護が制度化され、昭和63年(1988年)には、社会保険診療報酬に医療機関の「退院患者継続看護・指導料」が新設された。

訪問看護提供機関としては、平成4年(1992年)の老人保健法改正により、「介護を必要とする老人が、在宅でも安心して療養生活が送れるよう、かかりつけ医師との連携のもとに訪問看護サービスを提供するシステム」として“老人訪問看護ステーション”が発足した。この時点で初めて、診療報酬の裏付けを持つ病院以外のサービス提供施設が明確に規定され訪問看護制度が成立した。この時点での訪問看護の対象者は、老人保健法の対象者に限定されていた。

平成6年(1994年)には、社会保険診療報酬改定により、“訪問看護ステーション”の対象は、老人保健法対象者以外にも拡大され年齢制限はなくなった。

平成12年(2000年)には介護保険法が施行され、この法の中に居宅サービスの一環としての訪問看護が位置づけられ、医療保険による訪問看護サービスと併せて現在に至っている⁴⁾。

医療機関のサービスとしてスタートした訪問看護活動が、診療報酬上に位置づけられ、在宅看護サービスの制度として広く一般国民に認識されるような変化が最近の20年間に生じたのである。これは、高齢化の進行と国民医療費の急増という社会背景の中で、“施設医療福祉から在宅ケアへの移行”の方針のもとに実現した、国策としての在宅療養推進施策による効果と言える。

2. 訪問看護の現況

1) 訪問看護提供機関の現況

“老人訪問看護ステーション”が誕生して20年が経過したが、現在のわが国の訪問看護提供機関数は充足していない。平成6年(1994年)の新ゴールドプランでは、5年後の平成11年(1999年)には訪問看護ステーション数を5000施設まで拡大を目指したが、高齢化の急激な進行に追い付かず、平成12年(2000年)のゴールドプラン21では、平成16年までに、9900施設まで拡大することを目標として掲げている。しかし、平成23年に一般社団法人全国訪問看護事業協会が行った「訪問看護事業所の基盤強化促進に関する実態調査報告書」では、全国で稼働している施設数は5731施設であり、休止中の施設が231施設であった。平成22年度中に新規

の開設した訪問看護ステーションは383施設、廃止した施設が213施設であり、年度中に新たに休止した施設が98施設であった。新規開設がわずかに上回って全体数が漸増しているが、目標値にはいまだに及ばない現況である。

病院・診療所等の医療機関が行う訪問看護事業は、平成15年には3697施設であったが、徐々に減少し平成23年には1948施設となっている。

訪問看護ステーションの設置主体として、最も多いのが医療法人で40.7%を占め、次いで営利法人が24.5%である。社団法人・財団法人が13.9%であり、社会福祉法人が8.5%である。この他の地方公共団体や、社会保険関係団体、共同組合、NPO法人等がある。近年増加しているのは営利法人である。

栃木県内では、平成24年4月の時点で55か所の訪問看護ステーションが活動している。人口10万人当たりの訪問看護事業所数は、全国平均で6.8施設であるが、栃木県は3.5施設と最も少ない状況にある。特に、県西部は日光市内に1施設、鹿沼市内に1施設と少ない状況にある。

平成23年度の栃木県在宅医療実態調査報告書では、調査対象となった55の全施設が回答しており、24時間連絡体制をとる施設が10.9%、24時間対応体制をとる施設が83.6%であった。定期夜間訪問看護体制をとる施設は7.3%、緊急時訪問看護体制は92.7%が、日曜・祝日の訪問看護体制をとる施設は56.4%と報告されている。

同調査では、栃木県内の訪問看護ステーションの設置主体は、医療法人が19施設34.5%と最も多く、次いで営利法人が14施設、25.5%であり、3番目に多いのが看護協会による8施設、14.5%となっており、この段階で公立の訪問看護事業施設はない。

他県と比して少ない施設数、少ない従事者数の中で、多くの訪問看護ステーションがフル稼働している状況が伺える。

2) 訪問看護利用者の状況

前述した栃木県在宅医療実態調査では、平成23年5月の1カ月間の介護保険法による訪問看護利用者数は約28万6千人であり、平成13年の同時期と比較すると1.5倍の伸びを示している。同じく医療保険による訪問看護利用者数は9万9千人であり、10年間で2倍に増加している。訪問看護利用者総数の概ね7~8割が介護保険法の対象者であり、他が医療保険等の対象者である。訪問看護ステーションとしての活動ではなく、医療機関からの訪問看護では、医療保険の対象者が多く、医療機関

を併設する訪問看護ステーションにおいても、他の訪問看護ステーションに比して医療保険対象の利用者が多い傾向は全国的に共通している。

平成12年(2000年)の介護保険法施行以来、訪問看護の利用者は、医療依存度が高い療養者が増加傾向にある。在宅人工呼吸器療法や在宅酸素療法、経鼻カテーテルや胃瘻による経管栄養法、経静脈栄養法、尿道留置カテーテル法、持続腹膜透析法や経皮経肝胆道ドレナージ法などの事例が訪問看護の対象として増加している状況にある。こうした医療機器の使用に関する管理や家族指導が訪問看護師の役割となり、同時にこうした医療機器を使用した状況での排泄管理や清潔ケア等の日常生活援助が訪問看護サービスとして提供されている。また、最近が高齢者やがんの終末期などの方々の中に、住み慣れた自宅で最期の時を過ごしたいと望む療養者・家族が増加し、在宅診療医との連携のもとで行う“在宅看取り”と呼ばれる事例も急増している現況である。

3. 地域医療における訪問看護の役割

1) 医療処置や終末期ケアが必要な事例だけでなく

訪問看護の機能

前項で述べたように、訪問看護の利用者は、在宅での医療的処置を要する事例や終末期のケアを要する事例が増加している現実がある。こうした課題をもつ在宅療養者と家族は、訪問看護の導入を必要不可欠なものにとらえている。これに反して、障害が軽度で医療的処置の少ない事例では、単価の高い訪問看護ではなく、訪問介護のみを導入して在宅療養を続けていくことを希望する傾向がある。しかし、在宅療養を開始したばかりの時期には、医療専門職である看護職による定期的な観察や家族が行うケアの評価と指導の役割は必要であり、経費を主体に考えて訪問看護の導入を見送る現行の状況は、無視できない問題である。

入院医療から引き続いて在宅療養を開始する事例では、この在宅移行期に継続看護連絡と訪問看護師による在宅療養全般に関する確実なアセスメントと介入ができることが望ましいものである⁵⁾。看護専門職の定期的な訪問により介護予防効果をあげている在宅療養者の例も多く、こうした事例では効果的に訪問看護の利用ができているということになる。

介護保険法の現行制度では、介護支援専門員が、それぞれの事例に合わせて看護専門職者のケアの必要性を認め、訪問看護サービスをケアプランに組み入れなければ訪問看護は成立しない。その上で主治医の訪問看護指示書が出されて、訪問看護が開始できるのである。介護支援専門員の段階で利用者の自己負担を少しでも抑えよう

と、比較的安価な訪問介護の導入でよしとしてしまう傾向は是正されるべきであろう。

在宅療養が円滑に動き始めるまでの時期に、訪問看護を導入して、褥瘡等を含む廃用症候群の予防のためのケアの具体的な方法を家族介護者が身につけ、療養者と家族の生活の質を確保することが必要である。療養者の活動が低下し、家族の手での入浴介助が困難になってから、褥瘡の処置が必要になってから、初めて訪問看護が導入されることが多い現状は変えていかなければならない。

それには介護予防から終末期ケアまでの多様な訪問看護の機能を利用者や家族、介護支援専門員を始め、広く一般の人々に知ってもらう活動が急務である。

2) 在宅療養支援チームのメンバーとしての機能

医療的処置を要する事例や終末期のケアを要する事例では、退院前の在宅療養移行準備段階から訪問看護の導入を決めて対応されていることが多い。この場合は、訪問看護師は退院前のケースカンファレンスの段階から参加することができる。入院主治医、在宅診療医、入院病棟の担当看護師、訪問介護員、ケースワーカー、介護保険の事例であれば介護支援専門員、難病等であれば行政の保健師、医療機器の専門業者等の多職種に療養者・家族を加えて退院後の生活について検討する機会を持つ。住宅改修が必要な場合は、福祉住環境コーディネーターや建築士、必要時には栄養士、理学療法士、薬剤師等が加わって、その事例の在宅療養支援チームが成立することになる。在宅療養開始後も、このチームが、必要時にメンバーを変えながらカンファレンスを持ちながら各自の支援活動を展開することになる。

医療保険を利用した訪問看護であっても、介護保険であっても、人数や職種の差はあるが、保健・医療・福祉の領域を超えて在宅療養を支援するチームは存在し、相互に連携を取り合って活動を続ける。関係職が一堂に会して行うカンファレンスだけでなく、小規模の連絡会、電話やファクシミリの利用、スマートフォンやタブレット等の電子媒体を利用した連絡に加えて、療養者のベッドサイドにおく昔ながら連絡ノート等々、新旧取り混ぜて多様な方策を用いて連携がとられている現況である。

訪問看護師の役割は、これら多様なチームメンバーの中であって、療養者と家族に最も身近な医療職者として、日々の病態を観察し担当医に相談して必要な対応策を実施することが挙げられる。また、看護職として対象者の療養生活の質を向上させるためのケアの実践について多職種の協力を得て実現化することも役割として挙げられる。筆者の知る事例では、人工呼吸器を付けたまま家族との海外旅行を実現させた方、東京ディズニーランドツ

アーやお花見などの小遠足を企画して実施した方、タッチセンサー付きの意思伝達装置「伝の心」を使って同病者と頻繁にメール交換をしている方、同じ装置を活用して俳句を作り投稿している方等々、療養者と家族の生活の幅を広げるための多様な支援が訪問看護師を中心に行われている。

介護支援専門員の介在しない医療保険の事例では、訪問看護師は他職種間の連絡を担当し、サービスの調整を担当する。多くの訪問看護師が介護支援専門員の資格を持ちながら、訪問看護を職としていることから、サービス調整等マネジメント機能に長けている現状があり、それが訪問看護師のケア調整機能を支えているのである。

訪問看護師の役割は、①主治医の訪問看護指示書をもとに、医療職として対象の心身の状況を把握して、安全・安楽に生き甲斐を持って日常の療養生活が送れるようにケアを実施・報告すること。②在宅療養支援チームのメンバー間の連携が機能するように必要な情報の流通を助けること。③療養者・家族の身近な援助者として、他のチームメンバーに当事者の希望や意見を伝達し調整することの3点に集約できる。

4. 看護基礎教育の中の訪問看護

1) 看護師教育課程に「在宅看護論」が規定されるまで
看護師教育課程には、「在宅看護論」の科目名で規定されていることから、ここでは、先ず、「在宅看護」と「訪問看護」の定義を明らかにしておく。

看護大辞典では「在宅看護」は、「在宅の心身障害児(者)、難病患者、寝たきりの人、一人暮らしの高齢者、障害を残したまま退院した人、定期的に医療処置を必要とする人、終末期を家庭で過ごしたい人など、家庭療養で看護を必要としている人たちに対して、従来の生活の場で、各自の生き方、価値観、主体性を尊重しながら行われる援助活動のこと」と定義されている。

家族看護学の立場からは、「在宅看護とは、地域で生活している主に疾病や障害をもつ人を含む1単位としての家族を対象に、看護師保健師、助産師などの看護職がそれぞれ専門の看護を提供すること」¹⁾と定義される。

一方、本稿のテーマである「訪問看護」は「在宅看護」を実践するための方法と位置づけられる。「在宅看護」は看護実践の場を表現し、「訪問看護」は対象の生活の場に出向くというサービス提供の手段を表現したものと言える。訪問看護師が日常の業務として実践するのは「訪問看護」という手段を用いた「在宅看護」であると言える。

ここでは、看護教育課程の表現に従って「在宅看護

論」・「在宅看護学」の科目名で論を進める。

訪問看護の歴史の項で近代看護の教育が始まった明治20年代には、医療機関における看護方法の教育と同時に在宅看護に関する教育が行われ、卒業生たちによる巡回看護や組織的な派遣看護が実践されていたことを述べた。しかし、戦後の看護教育の基盤となっているのは、昭和23年(1948年)制定の保健師助産師看護師法の学校養成所指定規則であり、この法の示す看護師教育課程には「在宅看護」は含まれていない。明治の看護教育にあった巡回看護や派遣看護の発想や理念は、地域看護・公衆衛生看護として、保健師教育課程に組み込まれており、看護師教育課程は疾病や障害を持つ人々を対象とする病院看護主体の構成になっていたのである。疾病や障害を持って在宅で生活する人々、特に医療的なケアを要する人々や看護専門職者の手を必要とする人々を対象に専門的なケアを在宅で提供するという発想は含まれない教育課程になっていたのである。

もちろん、保健師助産師看護師法の学校養成所指定規則にある教育課程の規定は、最低要件であるから、教育機関が独自に設ける科目として「在宅看護」を取り入れていた看護大学等もあった。しかし、多くの3年課程の看護教育機関は、指定の科目だけでも過密な教育課程に追加して「在宅看護」を教育課程に取り入れるゆとりを持たなかった。

昭和57年(1982年)の老人保健法制定による“施設医療福祉から在宅ケアへ”という大転換から10年を経た平成4年(1992年)の第2次医療法改正により、療養者の自宅が医療の場として位置づけられた。それから5年を経て、平成9年(1997年)に、初めて看護師教育課程に「在宅看護論」と「在宅看護論実習」の2科目が必修科目として規定された。このことは、これ以降に看護基礎教育を受ける全ての看護師が、医療・看護の場を医療機関と限定せずに、在宅で提供される医療・看護を前提として看護を学習するということである。その結果として期待されるのは、直接的に在宅看護に携わる訪問看護師のみならず、医療機関に働く全ての看護師も含めて、看護の対象者は全て、其々の自宅での生活が常態であり、必ず自宅へ帰っていく存在としてとらえ、在宅療養を前提として対象にあった看護を考え実施する力を持つことである。

そして平成20年(2008年)からは、「在宅看護論」が“看護の実践と統合”の分野に位置づけられた。看護師教育課程の中の多くの科目を履修し、それを統合して有効な看護実践に結び付けるための科目としての位置付けである。

2) 本学部における「在宅看護学」教育の概要

本看護学部は平成19年(2007年)に開設された。この時点で「在宅看護」に関する教科は、「地域看護学」の名称のもとに、「公衆衛生看護学」と併せて科目構成されていた。

平成25年(2013年)から実施している新カリキュラムでは、これまでの「地域看護学」をwellnessを主体とする「公衆衛生看護学」と健康障害を持つ対象の援助を主体とする「在宅看護学」の2領域に独立させた科目構成としている。

在宅看護学は、医療機関内で行われる急性期の治療に伴う看護方法やその実践を踏まえて、自宅に帰り在宅療養をする療養者とその家族を看護の対象とする看護の領域と位置づけられている。

新しいカリキュラムの「在宅看護学」は、「実践看護学概論Ⅱ」「アセスメント論Ⅱ」「健康障害看護援助論Ⅶ」「健康看護支援・健康障害看護援助論演習Ⅰ」「健康看護支援・健康障害看護援助論演習Ⅱ」「健康看護支援・健康障害看護援助論実習Ⅵ」の6科目の中に組み込まれている。

具体的には、「実践看護学概論Ⅱ」において、在宅療養支援施策としての法制度、療養の場を在宅とする人々を対象の特性と多様性、対象の生活の場で、各自の生き方・価値観・主体性を尊重して実践する在宅看護の基本的な考え方、在宅看護の歴史等を学ぶ。「アセスメント論Ⅱ」では、在宅看護過程の基盤となる在宅療養者の心身の状況を把握するための在宅看護に特有なフィジカルアセスメント、療養生活環境アセスメント、対象家族のセルフケアアセスメント、家族の生活力量アセスメント等を中心課題とする。その後の「健康障害看護援助論Ⅶ」では、在宅における医療処置の特性とそれに伴う看護方法や、対象の生活に合わせた日常生活の援助方法、在宅療養支援に関わる関係職種との連携方法等を講義に演習を交えて構成している。ここまでの学習を基盤に、「健康看護支援・健康障害看護援助論演習Ⅰ」で在宅看護に特徴的な看護過程演習を、「健康看護支援・健康障害看護援助論演習Ⅱ」では、在宅看護に特徴的な看護技術項目の演習を行う。「健康看護支援・健康障害看護援助論実習Ⅵ」では、訪問看護ステーション等を中心に、在宅療養者と家族への看護援助の実際を系統的に体験し、探求するという科目構成である。

この平成25年度からのカリキュラムは、従来の発達段階別の看護学の区分や、治療法別の区分を廃し、健康看護支援と健康障害援助の2方向から看護の対象に働き掛けることを基本におき、急性期、回復期、慢性期、終末期といった病期による対象特性と看護方法から科目を

構成している。この意味で、在宅看護学領域のように、全ての発達段階の対象を受け持ち、予防から終末期までの全ての病期を対象とし、健康障害を持つ療養者と健康な家族を1単位として看護を考える看護領域では、科目構成が分かりやすく整理されてきたことになる。平成25年度入学生が2年次を迎える26年度からの在宅看護学の展開を楽しみに待っている現況である。

3) 訪問看護師養成教育と今後の高度実践看護師への方向性

平成9年(1997年)、看護基礎教育に「在宅看護論」が必修科目として取り入れられたが、現実に訪問看護実践の場で働く訪問看護師の教育は、現在、日本看護協会や都道府県の看護協会が行う「訪問看護師養成講習会」が担っている。こうした講習会は、30日前後の日程で集合教育と実習を組み合わせたものや、e-ラーニングを取り入れたものなど多様な形で展開されている。いずれも、臨床経験3年以上の看護職を条件に、すでに訪問看護に従事している看護師や今後訪問看護師として活動したいという希望をもつ者という条件である。都道府県ごとに年間30~40名程度が受講し、修了証書を受けている。

また、財団法人日本訪問看護財団が行う6カ月間の訪問看護認定看護師教育課程もある。ここでは、医療ニーズの高い在宅療養者・障害者のケースマネジメント並びに専門的看護が提供できる認定看護師の育成と在宅ケア領域でのリーダーシップを発揮できる認定看護師の育成を目的として、演習105時間、実習180時間を含む630時間の教育課程を提供している。

次に、専門看護師(CNS)についてみると、平成19年度(2007年)から平成23年度(2011年)までに、日本看護系大学協議会の認定を受けて全国で8校の看護系大学院が26単位の在宅看護学領域専門看護師(CNS)コースを開設している。平成24年(2012年)には、高知県立大学大学院看護学研究科が、高度実践看護師育成を目指した新制度の38単位からなる在宅看護学領域CNSコースを開設している。

専門看護師コースは、現在、がん看護(56課程)、慢性看護(20課程)、母性看護(13課程)、小児看護(27課程)、老年看護(29課程)、精神看護(30課程)、家族看護(5課程)、感染看護(12課程)、地域看護(8課程)、クリティカルケア看護(21課程)、在宅看護(8課程)の11領域に設けられている。

在宅看護領域は、国策として在宅療養が推進される現在、今後ますます需要が高まっていく領域である。訪問看護実践の場が対象の自宅であり、多くの場合看護師1

名で訪問しての看護実践であることから、専門知識に裏づけられた確かなケア技術に加えて、対象との信頼関係を形成する高度の対人関係形成スキル、その時その場で求められる判断力と実践力、他職種とのきめ細かな連携と制度理解等々が求められる職域である。療養者・家族を対象とした相談対応の技能と実践的指導力、新任者や学生への指導教育力、ケアの質向上を目指すための研究的視座等も不可欠である。こうした点から、CNSや高度実践看護師等の在宅看護領域のスペシャリストの育成が必要とされている現況である。

本学においても、大学院看護学研究科において、38単位の専門看護師コース開設が予定されており、早期の実現を目指して準備がされている。

5. これからの訪問看護

平成4年(1992年)の“老人訪問看護ステーション”の成立に続いて、平成6年(1994年)の老人を対象を限定しない“訪問看護ステーション”が誕生した。訪問看護が保険医療制度の枠組みに組み込まれ、診療報酬の対象となり、看護師が管理者として開設する訪問看護ステーションが制度化されたことで、訪問看護は急激に発展した。平成12年(2000年)の介護保険法の成立により、訪問看護事業所数と訪問看護従事者数共に急増することが期待されたが、介護保険法施行13年目の現在、訪問看護事業所数と訪問看護従事者数共に漸増という段階にとどまっている。訪問看護ステーションの開設地が人口の多い、交通の利便性のある市街地に偏っているという現実と共に、新たに開設しても休業や閉鎖を余儀なくされる経営基盤の脆弱さを考慮しなければならない。山間地や高齢化が進み人口も減少する郊外地域では、訪問看護サービス提供機関を選ぶどころか、訪問看護サービスの確保もままならない状況がある。

一方、サービス提供機関が集中する都市部では、密度の濃い入念なケアを提供することで高い評価を得ている施設も多い。一人暮らしの高齢者が在宅で最期を迎えたいと希望しても、状況が整えば叶えられるほどのサービス提供体制が整えられつつある。

誰もが住み慣れた自宅で療養できる社会の実現のためには、この地域格差の是正は大きな課題である。

世界に類を見ないスピードで高齢多死社会に突入した現在のわが国では、今後も在宅ケア重視の方向性が継続され、急性期医療と急性期リハビリテーション以外は終末期も含めて在宅医療が担うことが自明である。しかし、対象となる人々を在宅で支える家族は、小規模化の一途をたどり、平成24年度(2012年度)の「国民生活基礎調査の概況」で平均世帯構成員数は2.57人となり、65

歳以上の高齢者を含む世帯では1.54人とさらに少ない状況が続いている。急性期以外の慢性期や終末期にある人々が帰る自宅に、これらの人々を支え看取るための人手は限りなく少ないのである。辛うじて同居家族があっても、成人の多くは男女ともに就労し、日中は独居となる療養者が大半である。同居して介護を担うことのできる家族の多くは、高齢の配偶者が介護者となる“老老介護”であり、極端な例は90歳代の療養者を70歳代の子や嫁が介護する“超老介護”という現状である⁶⁾。こうした家族の状況の中で、在宅療養を支援する専門職の需要は拡大する一方である。中でも、在宅療養者と家族の生活を医療専門職として身体的・精神的・社会的側面からアセスメントし、多様な職種との連携の中で、必要なケアを提供しながら療養者と家族の自立をサポートする訪問看護師の役割は、他に代えられないものである。

訪問看護師の職域となる訪問看護ステーションの運営の経済的な安定性を図りながら、在宅看護の遣り甲斐を達成できる有用な人材の確保を目指すことが、現在の多くの訪問看護ステーションの課題となっている。

おわりに

地域医療における訪問看護の役割というテーマをいただき、わが国における訪問看護の歴史と訪問看護制度の成立、訪問看護の現況について述べ、訪問看護の役割について整理することを試みた。現在、訪問看護の分野は、急激な発展を遂げる途上にあり、多くの課題を有していると言える。しかし、現在、“施設医療福祉から在宅ケアへの移行”の国策にそって看護基礎教育の必修科目と

して在宅看護論とその実習が位置づけられ、全ての看護教育機関で在宅看護に関する教育が展開されている。医療や看護の場が、医療機関から自宅という生活の場に移行する中で、戸惑い、不安を抱く療養者と家族を対象とした包括的な支援が求められる今、在宅看護、訪問看護に寄せられる期待は大きい。そして、筆者の知る多くの訪問看護師は、多忙な業務に追われながらも、この仕事に看護師としての大きな遣り甲斐を感じて続けていると話している。こうした訪問看護師の仕事の質の高さは、訪問看護を利用する多くの療養者と家族に高い評価を受けている。看護教育の場に身を置く筆者は、こうした先輩たちの活動に触発され、現行の教育制度から、確実な知識と技術、判断力を備えた熱意ある若手の訪問看護師が続出してくるものと信じている。

文 献

- 1) 渡辺裕子監修：家族看護学を基盤として在宅看護論，日本看護協会出版会，pp6-8，2007.
- 2) 村松静子編著：新体系看護学全書 36 在宅看護論，メジカルフレンド社，pp3-4，2006.
- 3) 角田直枝編：よく分かる在宅看護，学研メディカル秀潤社，2012.
- 4) 山内豊明監：訪問看護アセスメント・プロトコル，中央法規出版，2009.
- 5) 宇都宮宏子：退院支援ナビ，医学書院，2011.
- 6) 上野千鶴子・小笠原文雄：小笠原先生一人で家で死ねますか？，朝日新聞出版，2013.