

長年にわたる在宅患者への 訪問看護実践・訪問看護を 推進する看護人材育成と 訪問看護の普及活動

内田 恵美子 氏

株式会社日本在宅ケア教育研究所 代表取締役



要旨

「家庭訪問 注1」は、保健師活動の一環として住民と直接関係性を深めるための支援スタイルである。昭和40年代の市保健師時代は、母子保健法、老人保健法、精神衛生法等に基づいて家庭訪問を行っていた。利用者は未受診者が多く、かかりつけ医もなく、一人で出向く家庭訪問は、個人の倫理観・技能・判断力に負うところが多く、絶えず研鑽とイノベーションを自らに課す必要があった。また、ニーズは家族や近隣者による依頼が多く、本人の合意にもとづかない訪問も多かった。保障制度による看護のため利用者負担はない時代であった。

平成4年に老人保健法、平成6年に医療保険制度、平成12年に介護保険制度において「訪問看護 注2」が制度化・報酬化され自己負担がある訪問看護がスタートした。また営利法人での開業が可能となり、看護界は社会や政策の変革にあった訪問看護の普及・機能・業務の明確化、社会的評価、事業所運営のあり方等探索を図ることが必要となった。(社)日本看護協会は5億円を出捐し「財訪問看護財団」を設立、訪問看護カリキュラムの作成、都道府県看護協会による訪問看護師養成・ケアマネジメント講習会等研修支援、ステーションの設立支援、訪問看護や家庭訪問に関するデータ収集と分析、問題の整理、解決のための政策提言47都道府県看護協会等の賛同を図りその普及に努めた。

現在、(株)日本在宅ケア教育研究所で再び訪問看護を業とする中で、新しい訪問看護の到来と教育の必要性を実感している。

訪問看護のあゆみ

1. 命と暮らしを守る保健師活動：

1969(昭和44)年～1989(平成元年)年

(1) 台風と共にスタート

市保健師として1969年から1989年は、「家庭訪問」「家庭看護訪問指導」「訪問指導」の各事業名で、「住民ニーズに対応する」訪問看護を実践してきた。東京30Km圏内の新興住宅地を抱える市民の訪問看護ニーズは、帰郷せず出産された若い母親からの沐浴ニーズがオープニングでした。新生児の沐浴や指導、母乳の飲ませ方やマッサージ・搾乳等の支援を、台風にあおられながら伺いました。訪問予約日が台風になっても、お母さんはタライに湯を沸かして待っておられたのは忘れられません。

(2) 精神疾患者の訪問看護で挫折、助っ人の要請

種々の症状に悩む精神疾患者(統合失調症、躁病、鬱

病、アルコール中毒症が主でした)の受診サポートや受診後のサポート、対応に困惑する家族への支援、迷惑をこうむっていると不安を訴える近隣住民ニーズへの対応に対処することとなった。未受診・未治療・患者会に不参加の在宅精神疾患患者の方々は、受診拒否や自殺行為も多く、経験が浅い未熟な私は、地域分担制で受け持ち地域ごとに責任をもつ活動のため、先輩の組織的支援は少なくなく対応に苦悩し、埼玉県精神保健センターにかけ合い、医師と心理療法士の現場派遣を依頼し、面接や病状判断、家族支援スキルの指導を取り付け、自分自身と患者さんを何とか立ち直した経験を得、対応できるスキルまでに成長できた。

(3) 軽度障害児の訪問看護と親の会

発達障害を抱えるご両親が、自分たちだけで悩みや辛さを抱え込まないように活動を始めた時代である。子供の発達や疾病の違いがあっても、「地域で生き生きと育てていきたい」という願いを持っていた。その活動

と願いは、行政に種々のニーズを発信し、一般の乳幼児相談や検診に参加しづらいので別途相談にのって欲しい、訪問して育児法を教えて欲しい、障害児保育施設を設けて欲しい、養護学校を設けて欲しい等、日常生活や発達に必要な当たり前の要望であった。当時、埼玉県富士見市の長は自身も障害児を抱え前向きに対応していたので、障害者の発達支援を遊びや友人を通しての刺激による学びが貴重な経験となった。医療的管理の必要な児は施設でケアされていた時代である。

(4) 「老人保健医療総合対策開発事業」モデル事業で「寝たきりゼロ」を予感

1978(昭和53)～1982(昭和57)年には、老人保健制度創設に向けて老人の「家庭看護訪問指導事業」、健康相談事業、健康教育事業、機能回復訓練を一貫して行う「老人保健医療総合対策開発事業」をモデル市の老人保健係長として実践した。高齢者の家庭看護訪問指導は保健師・看護師・理学療法士を雇用・再教育し、地域婦人会・民生委員を通して利用者を把握し、寝たきり・認知症老人に保清、褥瘡処置、ADL・IADL訓練、生活用具の導入、生活範囲の拡大、再発予防等のケアで支援にあたった。

デンマーク、オーストラリア、カナダ、米国の在宅ケア・老人医療研修に参加し、看護と協働するヘルパーの必要性も感じ、「ライフヘルパー120時間研修プログラム」で、30名のボランティアヘルパーを育てた。介護ができ且つ地域の推進役として活動してくれる協力者となり、「埼玉県富士見市の老人保健医療総合対策開発事業総合」は円滑に運営できるようになった。

「家庭看護訪問指導」では、寝たきりから座位を取れるよう理学療法士とリハビリテーションを実践し、30分座位が可能となると「通所訓練」に誘い個別とグループ訓練を健康増進センターで実践した。訓練生が溢れ始めると「卒業生の会」をサポートし、自主運営できるよう老人福祉センターで健康管理とリハビリテーションに取り組むと共に、作業療法での作品を市民祭り等で販売し、売り上げ金を作品用具の購入や旅行費用に積み立てた。明日の生活に光が見えるようになると、「リハビリ友の会」結成を支援し、本人・家族は市民の一員として行政に自分たちの声が反映させるまでになった。この経験は大変貴重で「寝たきりはゼロにできる」と経験的な確信が得られた。

(5) 老人保健法が成立し「訪問指導事業」となる

1983(昭和58)年「老人保健法」が施行され、市の保健事業として健康診査や健康相談・健康教育の疾病予防

から、「訪問指導」、リハビリテーションにいたる総合的な保健サービスの提供を継続したが、「家庭看護訪問指導」は「訪問指導」事業に名称変更され、良く事業名や事業内容を変更するものと国策への認識を深めた。保健師・看護師・理学療法士・ライフヘルパー協同による「個別と集団による生活復帰支援」で運営した時代である。一方、医療機関には老人診療報酬で「退院患者継続看護・指導料」が新設され、医療機関からの訪問看護が制度に乗ったが、近隣市町村内の1医療機関が取り組むのみであった。

2. 看護協会で訪問看護教育の普及：

1989(平成元年)年～1994(平成6)年

公益社団法人日本看護協会の訪問看護開発室長に就任してから、訪問看護検討委員会で、「訪問看護の定義化」や「訪問看護師養成講習会訪問看護カリキュラム120時間」の策定、都道府県看護協会における訪問看護教育担当者へ教育普及の促進を図った。更に、現場から問い合わせの多い、訪問看護師の法的責任領域と医師の医療補助領域を区分した実践的ケア本の出版を計画し「VISITING NURSING MANUAL注3」を発刊した。

高齢化社会に向け国の施策が活発になり1992年老人保健法における訪問看護ステーションの設置が始まった。また看護師等人材確保促進に関する法律が施行され、ナースセンター事業に訪問看護研修が位置づけられると共に、厚労省監修・「老人訪問看護研修テキスト」発刊、訪問看護業務の実務者及び管理者の養成、広く訪問看護事業の開設を促すための「訪問看護ステーション開設運営マニュアル」の発刊、都道府県看護協会主催の訪問看護教育支援、老人保健法及び診療報酬による「訪問看護の実態調査」、「老人訪問看護ステーション経営・管理者研修会」の開催、「全国老人訪問看護ステーション管理者交流会」「看護協会立ステーション無利子500万円設立資金支援」等でその理解や普及、経営支援、将来計画の立案等マネジメントし、厚労省には訪問看護療養費1回10,000円、低金利融資制度等要望した。

3. 国民に必要な時・必要な看護を提供する訪問看護システムの開発や人材育成等を促進するため「財訪問看護振興財団」の創設：

1994(平成6)年～2001(平成13)年

(1) 看護界が出捐し設立した訪問看護振興財団

先進諸国における訪問看護の確立とその普及や看護職の従事率に比し、我が国における疾病や障害を持つ在宅療養者への支援は国民の一部に止まっていた。保障制度や保険制度、自営等における看護職の在宅ケア従事者比率は極端に低く、医療機関に看護職が集中していたため、広く国民や看護界への変革が必要であった。5億円の出捐金拠出を1994年(株)日本看護協会は総会で決定したので設立準備にあたり、「財団法人日本訪問看護振興財団」を設立した。看護職能だけではない市民や経済界の力も借り、「訪問看護の自立」をマネジメントした。

(2) 財団版方式のアセスメントとケアプランの開発、質の評価

1999年には介護保険法制定を前に営利法人の訪問看護事業参加が解禁され、翌年には「介護保険法」の成立により看護職が独立して事業所を運営することが可能となり、その自立と経営能力が問われる時代となった。介護保険のケアマネジメントに向け開発した「財団版 アセスメントとケアプラン」により、医療と介護をつなげる役割は看護職が担う必要性を判断し、マネジメントの普及に取り組んだ。

訪問看護の現場は多様な医療処置を伴うケアが増加すると共に、疾患や障害の種類に関係なく看取りまでを含めた生活の継続が可能となるよう家族を含めサポートする、また多職種とチームで対応する形となってきた。在宅医療機器の改善や向上と共に発生するスキルや知識の獲得、ケアの質の向上、自立運営できるステーション経営の客観的評価が可能となるよう財団立の訪問看護ステーションを東京と大阪に3ステーションを立ち上げ評価に取り組んだ。

4. 看護の自立を目指して再チャレンジ：

2002(平成14)年～2016(平成28)年

(1) 開業の主旨

7：1病床数の転換に向け医療機関の看護職獲得が進む中で、想定したよりも看護職の在宅・地域転職・独立は進まなかった。また介護保険における他在宅サービスに比し伸び率は低く疑問と焦りを感じていた(図1)。



図1 看護利用者数の推移(全国)

* 図1資料：介護保険「介護給付費実態調査」各年5月審査、医療保険「保健局医療課調べ」平成13年のみ8月、他は6月審査分：厚生労働省資料

顧客視点による24時間体制の在宅ケア展開、研究(問題提起・価値の探索)と実践(問題解決・価値の実行)を同一テーブルで行えるシステム作り、疾病の種類や障害の種類を問わない訪問看護の実践、質評価が図れる企業づくりの中で、看護職の変革が図れるか挑戦してみようと志し独立した。個人開業型経営で困難したのが人材の確保と資金である。理想は大きく資金は小さい為、一段一段をよじ登るステップアップ経営を続け、職員の成長と業績の向上を促す経営姿勢は変えないよう努力してきた(図2、図3、図4)。



図2 29.4現在の役員・職員体制：135名



図3 教育ステップと評価



図4 日本在宅ケア教育研究所職員研修のための組織

(2) 研究と実践のシステム作りをめざし400人体制が目標

訪問看護事業所はサテライトを含め8事業所、居宅介護支援事業所6事業所、区委託事業である在宅医療・介護連携推進事業、在宅ケア研究所

研究所併設による研究開発と職員教育事業、健康教育事業、教育事業、医療機器販売事業を役職員135名体制で実施。加えて研究指導・倫理審査委員7名、顧問9名の支援を受け事業を展開している。

27年度の訪問看護事業利用者実人数1,321人、医療保険の利用者35%、介護保険の利用者65%、居宅介護支援の利用者実人数490人である。純利益から研究者の雇用を生み出し研究事業を独立させるには、今後職員400名体制で5%以上の利益を生み出す必要がある。研究(問題提起・価値の探索)と実践(問題解決・価値の実行)を同一テーブルで行えるシステム作りに向けてますますの発展と努力を必要としている。増々の発展努力を必要としている。

過程で看護活動を展開すること。家庭訪問には、保健行政サービスの一環として行われる家庭訪問（訪問指導）と、対象との契約によって成立する訪問看護とがあり区別して持ち入れられることが多い。以下略。錦織正子、看護学辞典コンパクト版、p 113 2006.5.15、(株)日本看護協会出版会

注2 訪問看護：「保健師・助産師・看護師の有資格者が家庭あるいは地域のケア機関・施設等に出向いて行う看護の方法で本人に直接的な看護を行うとともに、家族にも適切な世話ができるよう支援する」ことをいう。看護学辞典コンパクト版、日本看護協会訪問看護検討委員会の定義より以下略、内田恵美子、2006.5.15、p 734 (株)日本看護協会出版会

注3 VISITING NURSING MANUA (訪問看護：高齢者編)：内田恵美子、島内節、有馬千代子、佐藤美穂子編集 社団法人日本看護協会訪問看護開発室 (株)日本看護協会出版会 1993.10.1

注1 家庭訪問(訪問指導、家庭看護訪問指導)：一般的には、明確な目的のもとに、対象である人々の家庭を訪問することをいう。看護職が行う場合には、健康問題を抱えた人々の家庭に出向いて、その