

在宅看護の変遷からみる在宅看護教育の今後の課題

壬生 寿子 日當ひとみ

I. はじめに

日本は高齢化率が26.7%（2015年）から30%へと増加する2025年に向けて、少子高齢化が急速に進行し、さらに国民の70%以上は人生の最終段階においても、病状が安定している限りにおいて自宅での生活を望んでいることから、在宅医療・看護・介護の需要は今後ますます増加することが予測される。このため、制度改革が進められ、入院から在宅医療の充実を図り、住み慣れた生活の場で、必要なサービスが受けられ、安心して自分らしい生活の実現のための地域包括ケアシステムの構築を推進している¹⁾。このような現状の中で、在宅医療の一端を担う在宅看護は、保健・医療・福祉を統合した包括的ケアとして、人々が望む、生活の質・人生の質（QOL）の維持・向上を目指すことを目的に看護を提供する重要な役割がある。看護は環境を整え、健康を維持していくことに寄与することが根底となる考え方である。看護の対象である人間は、絶えず変化する周囲の環境から影響を受けながら生活を営んでいる。人々が生活する在宅という環境の中で、「生きる」こと「生活を支える」ことを視点に置き学習することをねらいとしている在宅看護教育は、今後ますます対象者の多様なニーズに応えていくために、その重要性は大きくなっていくものと考えられる。

本稿ではこれまでの在宅看護のあゆみを振り返り、今後に求められる在宅看護教育に対する課題について考察する。

II. 在宅看護の変遷と社会背景

1. 在宅看護の変遷

看護の歴史を振り返り、今日の在宅看護を考えると、「温故知新」の言葉がふさわしい。在宅看護は新しい概念ではなく、むしろ看護の原点であり、かつ日本が迎える超高齢社会に対応する新しい看護の形でもある²⁾。また、中世ヨーロッパにおけるキリスト教の広まりのときも、教会に病人や老人などを救済するための救療施設がつくられ、医者は常駐せず、女性信者や修道士による看護が行われていた。さらに布教が進み、信者が多くなると、信者の家々を訪ねて看護を提供するという、訪問看護のような活動がされていた³⁾。このことから、在宅看護は看護の長い歴史の中で、展開されてきた活動である。そして、1884年、有志共立東京病院看護婦教育所（後の東京慈恵会医科大学）を高木兼寛が設立したところから在宅看護教育が始まり、1886年京都看病婦学校が創設され、日本で最初の巡回訪問看護事業が開始された。1891年には派出看護婦が訪問し、看護を提供していた。1935年に東京市に特別衛生地区保健館が設立され、保健館は日本初の保健所となった。その後、保健師事業が全国的に浸透し、1937年に保健所法、1948年に保健師助産師看護師法（以後、保助看法）が制定された。1970年代後半から継続した看護を視野に入れた訪問看護活動へとつながり、そして高齢社会に向けての対策が本格化して行った。1982年に「老人保健法」が成立し、医療福祉施設から在宅ケアへの移行の

動きが進み「老人訪問看護事業」が開始された。1986年に老人保健法の改正で、「老人保健施設」が新設され、1987年には介護福祉士法が成立した。保健・医療・福祉の連携による活動のために、1990年に高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）が開始し、1992年には高齢者を対象とした「老人訪問看護制度」が新設され、「老人訪問看護ステーション」が始動した。そして、1994年には社会保険診療報酬改正により、訪問看護の対象の年齢制限がなくなり、全てのライフステージ期の対象者へ拡大が図られ「訪問看護ステーション（訪問看護事業所ともいう）」となった。1995年21世紀福祉ビジョンとして、「新ゴールドプラン」が開始され、訪問看護ステーションの設置目標を5,000か所とした。ゴールドプラン開始10年後の2000年に「ゴールドプラン21」を実施し、介護保険法が施行された。また、国民健康づくり運動として「健康日本21」が開始され、認知症・介護予防対策もとられた。訪問看護ステーションの設置が5,300か所となった。また、2001年には中央省庁再編により厚生省と労働省が統合され厚生労働省となった。2008年には老人保健法が廃止され、新たに「高齢者の医療の確保に関する法律（以後、高齢者医療確保法）」が施行され、老人ホーム、高齢者介護保険施設などの療養者に対する訪問看護が診療報酬に規定された⁴⁾。在宅看護の主たる活動としての訪問看護活動は2009年に訪問看護に関連する3団体（日本看護協会、日本訪問看護財団、全国訪問看護事業協会）が設置した「訪問看護推進連携会議」が中心となり、「訪問看護10カ年戦略」（在宅ケアの最前線！～明日の在宅ケアを考えよう～）を作成し、これを指針として、日本の訪問看護の推進をしてきた。しかし、訪問看護をめぐる状況が大きく変化し、2014年に「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（以後、医療介護総合確保推進法）」が成立したため、「訪問看護10カ年戦略」を見直し、2025年に向けて訪問看護が目指す姿とその達成に向けた「訪問看護アクションプラン2025」を策定し、訪問看護関係者のみならず、行政・在宅関係事業者・国民など幅広い人々と連携し、活動を推進している⁵⁾。これからの、地域包括ケア時代を支えていくための在宅看護の果たす役割は大きい。（表1）

2. 在宅看護が必要とされる社会背景

1) 少子高齢社会到来による年齢構成の変化

日本は1975年ごろから出生率が低下し始め、人口構造に変化が起こってきた。合計特殊出生率が2001年に1.33が2005年には1.26に低下したが、2013年には1.43まで回復した。出生数が減少していることは、2010年の14歳以下の人口1,680万人が2030年以降は1,204万人に減少すると推測される。高齢者については、高齢化率が高まり、65歳以上の高齢化率は1985年の10.3%が2005年には20%を超え、2030年には31.6%、2055年には39.4%になると予測されている⁶⁾。平均寿命（男性80.79歳、女性87.05歳：2015年）は延長し、人口構造は社会保障制度を考える際に大きな影響を与える。何人の現役が1人の高齢者を支えているかの比率をみると、1990年には現役5.8人で高齢者1人を支えていたが、2010年には2分の1の2.8人となった。今後2050年には1.3人で1人を支えることになり、騎馬戦型（3人で1人を支える）から肩車型（1人が1人を支える）になると推計される。人口と人口構造の変化は、社会保障の内容に影響を及ぼしているだけでなく、生活水準や消費水準、経済状況、疾病構造などにも影響を与えている⁷⁾。

表1 在宅看護の変遷と社会背景

西暦(年)	厚生行政・経済・社会状況	看護行政・教育・活動の動向
1884		有志共立東京病院看護婦教育所派遣看護開始
1886		京都看病婦学校が巡回看護事業を開始
1935		東京市の保健館から訪問指導婦の活動開始
1947	日本国憲法施行	保健所法改正
1948		保健師助産師看護師法施行
1961	国民皆保険制度導入	新生児訪問、3歳児健診制度創設
1963	老人福祉法施行	京都堀川病院で訪問看護活動を開始
1982	老人保健法施行	老人保健事業の「訪問指導」が市町村で開始
1984		訪問看護実施病院（768カ所）
1985	第一次医療法改正（地域保健医療総合計画）	
1990	高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）	
1992	第二次医療法改正	老人訪問看護制度新設 「老人訪問看護ステーション」始動
1994	社会保険診療報酬改正	「訪問看護ステーション」の対象の拡大
1995	新ゴールドプラン開始 障害者福祉政策（ノーマライゼーション7カ年戦略）	（目標：訪問看護ステーション 5,000カ所）
1997	介護保険法公布	看護師養成課程に「在宅看護論」を規定
1998	第三次医療法改正	訪問看護ステーション設置数（2,973カ所）
2000	ゴールドプラン21実施 介護保険法施行	訪問看護ステーション設置数（4,994カ所）
2002	第四次医療法改正	
2005	障害者自立支援法施行	訪問看護ステーション数（5,726カ所）
2006	在宅療養支援事業所創設	「訪問看護認定看護師」の誕生
2007		「在宅看護論」が看護の統合と実践に位置づけ
2008	高齢者の医療の確保に関する法律施行：老人保健法廃止	
2009		「訪問看護10カ年戦略」開始
2012		「在宅専門看護師」認定開始
2013	障害者自立支援法が障害者総合支援法に改正	訪問看護ステーション数（6,745カ所）
2014	医療介護総合確保推進法制定：地域包括ケアシステムの構築	訪問看護ステーション数（7,640カ所） 「機能強化型訪問看護ステーション」創設 「訪問看護アクションプラン2025」策定

2) 生活習慣病などの慢性疾患の増加による疾病構造の変化

高齢者の増加に伴い、生活習慣病などの慢性疾患患者が増えている。1950年には脳血管疾患が死因の第1位を占めていたが、現在では、悪性新生物、心臓病、脳血管疾患を合わせた生活習慣病が死因の約6割を占めている。生活習慣病はこれまでの成人病対策としての早期発見・早期治療に重点を置いていた対策に加え、生活習慣の改善による発症予防を促進していく方針を新たに導入した疾患概念である。生活習慣病に対する発症予防の具体的な施策として、壮年期死亡の減少、健康寿命（疾病や障害による生活障がいのない期間）の延長と生

活の質の向上を目的に、2000年に21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）が開始され、2013年には健康日本21（第2次）が進められている⁸⁾。世界保健機関（WHO）が発表した2015年の世界保健統計によると、日本の健康寿命は74.9歳で世界第1位、第2位がシンガポール73.9歳、第3位は韓国73.2歳で上位3位がアジアが占めている⁹⁾。

3) 医療費支出の増大による社会的課題への対応

国民医療費は、1995年には1人当たり年間2,700円、総額2,388億円だったが、2013年には1人当たり年間31万4,700円、総額40兆610億円に増大した。年齢階層別では1人当たり、45歳～64歳で27万7,200円、65歳以上では72万4,500円、さらに75歳以上では90万3,300円である。特に疾患別にみると、悪性新生物3兆3,792億円、高血圧疾患1兆8,890億円、脳血管疾患1兆7,730億円、糖尿病1兆2,076億円、虚血性心疾患7,503億円で、合計すると8兆9,991億円に上り、医科診療医療費の31.3%を占めている。このような状況の中で、いかに医療費を抑制するか社会的課題になっている。そこで、医療の進歩による新しい治療法が生み出され、日帰り手術など、入院しなくても複雑な疾病管理ができるようになり、さらに早期退院を可能にし、在院日数の短縮などの対策がとられている。さらに入院診療費を患者1人に対する一連の医療行為を一括して評価して診断別に設定された額を支払う「包括医療費支払い制度（DPC）」への転換が図られている。医療費の抑制策や在院日数の短縮により、在宅での療養をせざるを得ない社会環境も出現してきている¹⁰⁾。

4) ノーマライゼーションの考え方が普及

ノーマライゼーションの考え方は、1950年代、デンマークのバンク・ミケルセンが「障がいのある人たちに、障がいのない人々と同じ生活条件をつくり出すことを『ノーマライゼーション』という」と述べ、1980年代に日本にもノーマライゼーションの理念が浸透し、障害者福祉施策も大きく転換していった。1970年に成立した心身障害者対策基本法は、このノーマライゼーションの理念が盛り込まれ、保健・医療・福祉・教育・労働などの連携を強調し、1993年障害者基本法へと改正された。また、2001年にWHOはこれまでの国際障害分類（ICIDH）による機能形態障害、能力障害、社会的不利という障害を改め、国際生活機能分類（ICF）を採用した。ICFでは、ICIDHの対象者のマイナス面である「障害の程度」からプラス面である「生活機能」の視点に転換した¹¹⁾。これを踏まえ、2011年に障害者基本法の抜本的改正が実現し、成立した。その間、2005年に障害者自立支援法が成立したが、この法律は利用者負担が原則1割の公益負担であったことで、障害者の生活に深刻な影響を与えたため、見直しの動きが広がり、2012年に障害者自立支援法の改正法として、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」が制定された¹²⁾。障害者保健福祉施策は、ノーマライゼーションの理念を制度に導入することにより充実が図られ、身体障害、知的障害、精神障害別のサービスのしくみの一元化が図られた。

5) 地域包括ケアシステムの導入

超高齢化が進む日本は、社会保障制度や財政制度を含むあらゆる制度について、将来的に持続可能な改革を行うことが求められている。2013年に社会保障制度改革国民会議報告書では、社会保障制度改革に関する基本的な見解を示すとともに、特に医療・介護分野における

改革の道筋を具体的に提言した。提言の中には、「国民のニーズと現在のサービス提供体制のミスマッチを解消するためには、病院・施設から地域・在宅へという流れを進めることが必要であり、そのために、医療の見直しと介護の見直しは一体となって行われるべきであり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワークとしての地域包括ケアシステムづくりを推進していくことを求めている」と示されている¹³⁾。「地域包括ケアシステム」は2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域社会で包括的な支援・サービス提供体制の実現をねらいとしている。この社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえて、2014年に「医療介護総合確保推進法」が成立した。その提案理由として「地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、必要な医療および介護の総合的な確保を推進する」ためとし、そのために改正が必要とされた法律は医療法、保助看法、介護福祉士法等の19の法律が改正された。改正された法律のうち、看護に関連する内容は下記の2点であった¹⁴⁾。

①ナースセンターへの届出制度の創設（看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正）

看護師の人材確保のためには看護師の養成、看護師が働き続けられる環境づくり、離職者の復職支援を三本柱に、それぞれ進められることが必要である。医療法改正の中で、看護の分野におけるワーク・ライフ・バランスの推進に関し、日本看護協会が行っている取組みなどを踏まえた医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムが創設された。ナースセンターへの届出制度は復職に向けたさまざまなサービスの提供が可能となり、人材確保につながる。

②特定行為に係る看護師の研修制度の創設（保助看法の改正）

2025年に向けて、医療の需要は増大するとともに、高度化・複雑化が進んでいる。そのような中で質が高く安全な医療を提供するためには「チーム医療」を推進し、各医療従事者が高い専門性を発揮しつつ、業務を分担しながら連携することにより、患者の状態に応じた適切な医療を提供していくことは不可欠である¹⁵⁾。さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師または歯科医師の判断を待たずに、手順書（プロトコール）により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していくことが必要となった。このため、難易度の高い行為を「特定行為」とし、手順書により実施する場合は、法に基づく特定行為研修制度を受けなければならない。そして、その研修内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことを目的に2015年10月に創設された。「特定行為」とは、診療の補助行為のうち、実践的な理解力、思考力および判断力ならびに高度かつ専門的な知識および技能が特に必要とされる38の行為を特定した。

Ⅲ. 看護師養成課程における在宅看護教育の変遷

日本は急速な高齢化が進行し、疾病構造の変化、人々の医療に対する価値観の変化している中で、全てのライフステージ期の対象者に必要な医療・看護を提供していくためには、これまでの病院、施設中心の療養の場には限界があり、地域・在宅に移行していくことが急務となっている¹⁶⁾。このような状況を背景に、「訪問看護ステーション」となった。在宅医療・看護へのニーズが高まり、在宅看護に従事する看護師を育成のため、1994年「少子高齢社会看護問題検討会報告

書」に基づき、看護師養成課程に「在宅看護論」が新設されたが、まだ学問体系が構築されているとは言い難いとの意見から、「在宅看護論」として規定された¹⁷⁾。さらに、2000年には介護保険法が施行により、高齢社会に向けた基盤整備が推進され、地域・在宅で生活する対象者に病院施設からの退院後も切れ目のない、良質で適切な保健医療サービスの提供ためには、地域・在宅で活動できる看護師の養成が必要となった。そして、在宅看護論は、生活の場である地域で、小児から高齢者まで全てのライフステージ期の人々や人工呼吸器装着などの医療依存度の高い人々、難病・障害を持つ人々、さらには人生の最終段階を在宅で過ごすことを希望する人々を対象に展開される看護の専門分野として設けられた。

看護教育は基礎分野（科学的思考の基盤、人間と生活・社会の理解）と専門基礎分野（人体の構造と機能、疾病の成り立ちと回復の促進、健康支援と社会保障制度）を看護学の基礎として学習している。2007年に保健師助産師看護師学校養成所指定規則の看護基礎教育のカリキュラムが改正され、基礎看護学を専門分野Ⅰ、臨床実践能力の向上を図るために、成人看護学、老年看護学、精神看護学、母性看護学、小児看護学の看護学を専門分野Ⅱとした。そして、各看護学および在宅看護論の基盤となる内容を強調した学びができるように、在宅看護論は6つの看護学を統合した「統合分野」として位置づけられた。在宅看護論は他の看護学での学びを統合し、理論と実践で学びを深めることで習得が可能となる専門分野である。また、臨地実習は、対象者には多職種によるチームが関わっていることを理解し、その中での看護師の役割を学び、医療のみならず、保健や福祉でも役割を担うことが求められている観点から、保健医療福祉との連携・協働を通して看護を実践できる能力を養う必要があるとされ、多様な場での実習をすることとした。

在宅看護は主に地域に基盤をおき、個人と家族に対して展開される看護活動のための「個人を対象とする臨床看護の視点」が求められる、さらに、在宅療養者が適切なサービスを受けられるようにシステムや政策を実践に移す活動としての「集団を対象とした公衆衛生看護の視点」の理解も必要である。集団を対象にする公衆衛生看護は看護学のほか公衆衛生学、社会学、疫学などの保健に関する知識を統合して、地域で過ごす、すべての人々の健康の保持増進のため、集団に焦点を当てた保健師主体の看護活動である。在宅看護論は個人を対象とする臨床看護と集団を対象とした公衆衛生看護の幅広い学習が求められる。(図1) 地域で生活しながら療養する人々とその家族を理解し、在宅での看護実践の基礎を学び、人生の最終段階における看護も含め、在宅で必要な看護技術を身につけ、多職種と協働する中で役割を理解する内容となった¹⁸⁾。そして、1997年に規定された看護師養成課程での「在宅看護論」を学んだ最初の学生は、介護保険制度が施行された2000年に社会へ巣立った。そして、さらなる「専門性の高い看護の実践」を目指すために、看護師の職能団体である日本看護協会は1994年に専門看護師（Certified Nurse Specialist：CNS）、1995年に認定看護師（Certified Nurse：CN）制度を発足した。現在、「認定看護師教育課程」21分野、「専門看護師教育課程」13分野を認定している。2006年に「訪問看護認定看護師」が誕生した。専門看護師養成は全国164校の大学院の修士課程の中で、高度実践看護師教育課程として開講し、在宅看護関連では2016年4月現在「在宅看護分野」12校、「地域看護分野」7校である¹⁹⁾。また、2016年1月現在、全国の専門看護師は1,678名、認定看護師は15,817名が登録している。そのうち、2015年4月現在、全国で活躍する専門看護師は1,466名、認定看護師は14,172名であるが、その多くが病院で勤務している。地域で活躍する地域看護専門看護師は25名（1997年6月分野認定）、在宅看護専門看護師は22名（2012年12月分野認定）、そのうち訪問看護ステーションに勤務している地域看護専門看護師4名、在宅看護専門看護師10名である。また訪問看護

認定看護師（2006年7月認定）は438名が訪問看護ステーションで勤務している²⁰⁾。

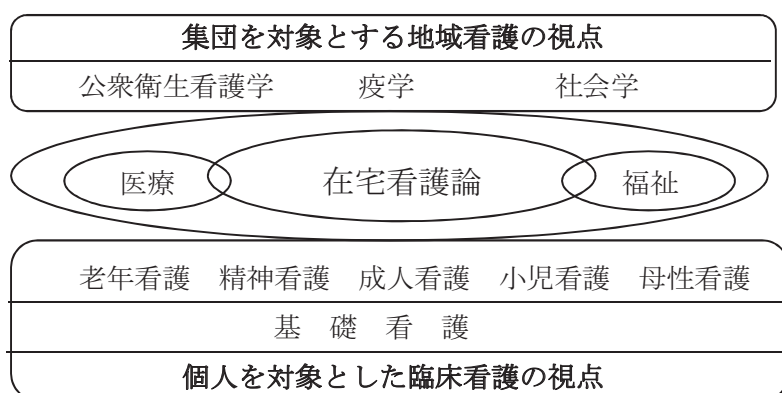


図1 看護教育における在宅看護論の位置づけ

IV. 訪問看護制度と訪問看護ステーション

1) 訪問看護制度の特徴

在宅看護の活動手段としての訪問看護は根拠法に基づく活動であり、1983年に高齢者に対する「訪問指導」として、生活支援型のサービスを中心に開始された。その後、医療保険制度や介護保険法などによる「訪問看護」に発展した。訪問看護とは「保健師・助産師・看護師の有資格者が訪問して看護する活動であり、在宅や地域その他施設等に出向いて行う看護の方法である」（日本看護協会訪問看護検討委員会，1990年）とされている。1982年に老人保健法が制定され、1992年「老人訪問看護ステーション」が始動し、居宅は法的に在宅医療の場として位置づけられ、1994年に訪問看護の対象年齢制限がなくなり、老人の2文字が外れ、「訪問看護ステーション」と名称が変更され、訪問看護・在宅医療の制度化が進んだ。訪問看護を規定する法律は介護保険法、健康保険法、高齢者医療確保法であり、年齢や要介護認定の程度、疾病の状態により、それぞれのニーズに適した訪問看護サービスが提供されている。そして、単に患者の生活の場に看護を提供することだけではなく、その対象者が自分の居場所で、身体的、心理的、社会的にできるだけ良い健康状態で生きていくことに価値を置いた包括的な支援である。活動は病院や診療所からも行われているが、主に訪問看護ステーションが活動をしている。

訪問看護は24時間365日切れ目のない質の高い訪問看護サービスを提供できる仕組みを作ることが重要である。2009年に訪問看護に関連する3団体が、「訪問看護10カ年戦略」を2014年に医療介護総合確保推進法が成立したため、見直しをし、2025年に向けて訪問看護が目指す姿とその達成に向けた「訪問看護アクションプラン2025」を策定した。その内容は、①訪問看護の量的拡大（住み慣れた地域で必要時いつでも訪問看護を利用できる体制整備）、②訪問看護の機能拡大（在宅への訪問に限らず、介護施設など生活の場への訪問、重症度の高い療養者、小児とその家族への対応や予防・相談機能など、訪問看護の機能の拡大）、③訪問看護の質的拡大（健康の維持・回復、人生の最終段階を支える視点を持つ訪問看護師の育成の強化。多職種と協働して在宅ケアチームの一員として、その役割を発揮できる力の強化）、④地域包括ケア

システムへの対応（地域住民・行政・多事業所・多職種等と協働し、それぞれの地域にあった地域包括ケアシステムの構築）の4つの大項目に沿い、地域で暮らし続けることを支援することを目的に活動している²¹⁾。また、2012年に介護保険に「複合型サービス」のサービスが誕生した。これは介護保険サービスの小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせたサービスであり、2015年に「看護小規模多機能型居宅介護」と改名され、看護師の活動が広まってきている。

2) 訪問看護ステーションの特徴と現状

(1) 訪問看護ステーションの特徴²²⁾

①実施主体：地方公共団体、医療法人、社会福祉法人、厚生労働大臣が定める者（公的医療機関の開設者、地域の医師会、各県の看護協会など）および民間企業である。②人員・設備および運営基準：開設時に常勤換算2.5人の看護職（うち1人が常勤）で都道府県の認可を受けて開設できる。③従事者：保健師、看護師、助産師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士である。④サービス内容：保助看法が定める療養上の世話、かかりつけ医の指示による診療の補助業務、看取り支援、今後特定行為研修終了看護師による特定行為などを提供する。⑤対象者：乳幼児から高齢者まで、すべてのライフサイクル期にある人々である。

(2) 訪問看護ステーションの動向

訪問看護の対象者を老人に限定した老人訪問看護制度が新設され、老人訪問看護ステーションが始動した。在宅の寝たきり高齢者に対して、主治医の包括的な指示書に基づき、看護サービスを提供することは、看護職が独立して事業所を起業できることで注目され、2年後には対象が高齢者以外に拡大し、訪問看護ステーションとして活動してきた。1995年に訪問看護ステーションの目標数を5,000としたが、1998年には2,973、しかし、介護保険制度制定の2000年には4,994に増え、2012年の診療報酬・介護報酬同時改正以後の2014年4月時点では7,473と順調に増加している。しかし、2012年現在で、訪問看護に従事する看護職員数は約3万人、就業看護職員数の2%程度である。これからの介護保険利用者数のみの伸びを比例させても、2025年には約5万人必要であり、さらに、医療保険による訪問看護（小児・精神等）も加わり、小児専門の訪問看護ステーションも存在するようになった。訪問看護のニーズの高まり、安心・安全なサービスの提供、人生の最終段階への対応としての「看取り」の増加等への対応をしていくためには、さらに多くの訪問看護師が必要となる。しかし、訪問看護ステーションの66.3%が2.5人～5人以下の小規模ステーションが多い現状である²³⁾。小規模訪問看護ステーションでは、少ない人員で看護を提供していくことで、ステーションの破たんや訪問看護師の健康障害を起こしかねない状況にある。このような背景から、訪問看護は24時間365日どのような状況にでも対応し、安定的にサービス提供が実施できる体制で機能することが重要であることから、今後のニーズに対応していくために、「機能強化型訪問看護ステーション」が創設された。機能強化型訪問看護ステーションには常勤看護職員5～7名、24時間対応体制などのさまざまな条件が提示されている²⁴⁾。訪問看護ステーションの運営も変化しつつある。

V. 考 察

1. 在宅看護の変遷からみる教育の重要性

在宅看護の変遷をたどると、看護の長い歴史の中で展開されて来た活動であり、新しい概念ではなく、むしろ看護の原点として、日本がこれから迎える、超高齢社会に対応する新しい看護の形でもある。そして、これまでの時代の変化とともに、制度改革に対応しながら看護活動を推進してきた。在宅看護は地域で生活する、生活し続けることを支援し、人々が望むQOLの維持・向上することを目的に、本人・家族に提供される看護活動である。日本は今、団塊の世代すべてが後期高齢者（75歳以上）となる2025年を視野に、地域包括ケアシステムを構築することを目指し、全国で取り組みが進められている。このことから、実践においては病院では「外来―入院―退院時に向けての移行準備としての在宅療養移行支援」として、看護職の役割がある。退院支援とは退院後にどこで、どのような療養生活を送るかを自己決定するための支援であり、退院調整をする必要がある。退院調整とは患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向をふまえて、環境・人・物・経済的問題などを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程と定義されている²⁵⁾。がん患者の医療や慢性疾患の高齢者への対応など、入院から外来へシフトしてきていることから、看護職には在宅療養をマネジメントする能力も求められている。2012年の診療報酬の改定では、病棟と地域連携室等の退院調整部署との退院支援と退院調整の役割分担と協働が具体的に示された。これからは、地域包括ケアに向けて、退院支援・退院調整・在宅療養移行支援として取り組むことが必要であると考ええる。人口の高齢化に向かい、在宅ケアを推進する方向性は早くから提唱されていたにも関わらず、訪問看護の量と質の整備には、時間を要したうえに、今後膨れ上がるとされる訪問看護のニーズの充足には遠く及ばない状況が続いているのは、医療機関で働く大多数の看護職の間に在宅看護の発想が根づかなかったことと関連していると考えられている²⁶⁾。今後、資格を持ち病院・診療所で勤務する「地域看護専門看護師」「在宅専門看護師」「訪問看護認定看護師」の有資格者がリーダーシップを発揮し、在宅看護の視点のある看護職が増加していくことを期待したいと考える。また、教育機関でも病院実習の中で、病院で行われている退院支援・退院調整・在宅療養移行支援の取り組みへの体験を通して、入院時から退院後の「生活の視点」を視野にいれた学習は、新卒訪問看護師の育成につながる要素と考える。また「自宅」や「自宅以外のすまいや高齢者・障害者施設」での訪問看護師の役割や健康の維持・増進を支える公衆衛生看護活動の中での保健師の役割など、地域包括ケアシステムの構築において、「生活モデル」のもと、その根幹を支えうる看護職の役割に大きな期待がかかると思われる。この社会情勢の変化の中で、人々のニーズに応えられるような質の高い、専門性が発揮できる看護職の育成は重要であると考ええる。しかし、地域包括ケアシステムの充実に向けて、在宅看護の担い手不足が課題としても挙げられている。そのための、医療介護総合確保推進法の制定に関連した、看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正による「ナースセンターへの届出制度」の創設や保助看法の改正による「特定行為に係る看護師の研修制度」の創設は在宅看護人材育成支援事業とし、重要な役割を果たすものと考ええる。川村²⁷⁾は在宅における特定行為の意義について、看護師の業務とは患者の生活の質の向上を目指して「生活モデル」で療養上の世話をを行い、その過程で必要な診療の補助をおこなうものであり、その中で38の特定行為を行うということは、その行為について「方法」と「できる業務」が社会化され、看護師の業務が広がり、より利用者の

利便性を上げることにつながる。さらに、在宅の特定行為の特徴は、生活を見る視点を欠かすことができない点、実施の安全性を考えるとという点や「予防」と「回復」の可能性を重要視する点などがあると述べている。今後、看護師の受講が促進され、制度創設の目的である在宅医療の推進につながっていくものとする。

2. 訪問看護師育成に対する教育の充実

医療改革の進展に伴い入院期間の短縮化が進み、人々が在宅で医療を受けつつ、入院と同じように看護サービスを受けられるようにすることが求められている。いかなる疾病や障害を持っていたとしても、人々が過ごしたい場所で、その人らしい生き方を支えることを目指す看護の総体が在宅看護であり、訪問看護は在宅看護のひとつの活動手段として位置づけられる。訪問看護制度が創設されたことで、医療福祉施設から在宅への方向性が示され、訪問看護ステーションは増加傾向にある。しかし、人材不足の現状があり、訪問看護師の育成は重要な課題である。この課題に取り組む動きとして、千葉県看護協会と千葉大学が協働で「新卒看護師育成プログラム」を開発し活動を始めた。その成果とともに、新卒看護師を訪問看護ステーションで育成する動きが全国に広がっている。しかし、過去5年間で新卒看護師を採用した訪問看護ステーションは2.5%という調査結果が報告され²⁸⁾、まだ、新卒看護師の採用は低迷しているが、教育プログラムの整備や訪問看護ステーションでの指導者の育成を進めることで、増えて行くものとする。また、教育機関において臨地実習の時期を2年次の早い時期に在宅に触れさせることのできる“ふれあい実習”を導入したことの効果を挙げている報告もある²⁹⁾。このような報告から、今後、新卒訪問看護師の育成が少しずつ進むと推測される中、教育機関においても、1年次の基礎看護実習で病院の特徴や患者と触れ合うことで、看護について感じ取っていることから、在宅療養者との早い時期での触れ合い体験は在宅看護のイメージ作りにつながるものとする。そして、訪問看護ステーションでの受け入れには、教育プログラムの整備や対象者の生活や地域を含めた視点に立った基礎教育の検討が必要であり、訪問看護ステーションと教育機関とが連携し、協力体制を強化していくことが重要であるとする。さらに「訪問看護アクションプラン2025」の実施内容の4項目の中の③にあげられている「訪問看護の質の向上」の一つに、基礎看護教育への対応強化を挙げ、訪問看護ステーションの実習において、実習指導者の配置人数を増やし、看護学生への指導力を向上することを挙げている。また、訪問看護師の8割が40～50歳を占める訪問看護ステーションが若手看護師を採用し、訪問看護師を育成している報告³⁰⁾などから、訪問看護師の高齢化も現実の問題として挙げられていることもあり、訪問看護ステーションを支える若手訪問看護師の育成が急がれるものと思われる。さらに、「機能強化型訪問看護ステーション」の創設は訪問看護の機能強化であり、制度上でも訪問看護ステーションの大規模化や多機能化が誘導されているが、大きな課題のひとつに人材確保がある³¹⁾。“訪問看護は経験を踏んだベテランの看護師でなければできない”という既成概念にとらわれず、入院から在宅療養へとケアを提供することを意識して、看護師個々が自己研鑽することが重要とする。

3. 在宅看護の質向上のための今後の課題

在宅看護を担う訪問看護師養成のための教育として、各都道府県の看護協会において1999年に厚生労働省から示された「訪問看護師養成講習会カリキュラム」や2004年に日本看護協会（訪

問看護検討委員会)が示した「新たな訪問看護研修カリキュラム ステップ1」「訪問看護eラーニング」など訪問看護師養成研修を実施している。さらに、2011年に訪問看護財団では訪問看護師の継続教育として、「訪問看護師OJTガイドブック」を発行している。訪問看護ステーションは独立して運営管理を看護職が行っているため、役割期待が大きくなる中、継続教育の体系化と各訪問看護ステーションでの教育体制作りは、訪問看護の質が問われることにつながり、重要な課題であると考ええる。また、専門性の向上のために、専門看護師(CNS)の養成は日本看護協会と日本看護系大学協議会の認可を受けた高度実践看護師教育課程が設置された大学院修士課程を修了後、日本看護協会が個々の専門看護師の認定を行い、さらに認定看護師(CN)は日本看護協会が独自の講座を開講し、認定している。2016年4月現在、全国の164校の大学院で高度実践看護師教育課程開講のうち「がん看護」が73校と最も多く、次いで「精神看護」41校、「老年看護」38校、「小児看護」32校などである³²⁾。そして、全国で在宅看護に関連の「地域看護専門看護師」は25名、「在宅看護専門看護師」は22名、そのうち訪問看護ステーションに勤務している地域看護専門看護師4名、在宅看護専門看護師10名、また「訪問看護認定看護師」は438名が訪問看護ステーションで勤務している。従事者数は決して充足しているとは言えないが、4年制の看護系大学が増える中、専門看護師の育成が推進されていくと思われる。2016年4月現在、全国164校の大学院を47都道府県別で見ると、東京都が16校と最も多く、次いで愛知県・兵庫県9校、大阪府・福岡県8校、青森県は2校、1校の県は7県で、1県あたりの平均は3.5校であった³³⁾。大学院の設置は大都市に集中の傾向にあるが、各地域に大学院を設置することは、教育環境が整う中で、就業しながらの学習の機会も得られ、看護職の質の向上や卒業生の地元定着につながるものと考ええる。また、看護の質の向上には、「看護研究」は欠かせないものと考ええる。在宅看護の発展とともに在宅に関する研究は増加してきている。日本在宅看護学会誌、日本在宅ケア学会誌の2015・2016年に掲載された論文内容には「訪問看護ステーションに関する内容」「訪問看護師の継続教育、人材育成」など訪問看護ステーションに直接関連する内容や「介護との連携に関する内容」のほかに「在宅ターミナルケア」に関する研究が多く、「がん」は死因の第1位を占め、在宅での看取りや緩和ケアに関心が寄せられ、患者・家族へのケアの必要性が広く認知されて来ているものと考ええる。さらに、大学院の高度実践看護師教育課程開講の中で「がん看護分野」が最も多いことも反映されているものと推察される。そして、研究を通して、在宅看護の質の向上をさせていくことは、全ての在宅療養者の生活の質・人生の質の向上につながるものと考ええる。

VI. 結 論

在宅看護の変遷をみると、在宅看護は看護の長い歴史の中で展開されて来た活動であり、住み慣れた環境の中で、人々が望むQOLの維持・向上を目的に、提供される看護活動であることから、日本がこれから迎える、超高齢社会に対応するための「地域包括ケアシステム」構築への看護職の果たす役割が大きいことは明確である。そのための在宅看護教育における今後の課題として、下記の3項目が結論として考えられた。

1. 在宅看護は疾病や障害の有無にかかわらず、全てのライフステージ期の人々を対象にすることから、在宅看護教育では臨床看護、公衆衛生看護など広い視野を培うことが重要な要素

である。

2. 在宅看護の質の保障のための人材育成は重要であり、訪問看護ステーションの若手訪問看護師の積極的な採用、育成はこれからの超高齢・多死社会における地域包括ケアシステム構築に貢献できる。そのためには教育機関と訪問看護ステーションとの連携は必須である。
3. 在宅看護を担う看護職の専門性の向上は看護の質向上につながり、訪問看護師のキャリアディベロップメントには在宅看護に関わる専門看護師・認定看護師の育成も課題のひとつである。

【引用文献】

- 1) 厚生省の指標，増刊国民衛生の動向，2016/2017. Vol.63 No.9, 厚生労働統計協会
- 2) 石垣和子・上野まり，在宅看護論－自分らしい生活の継続をめざして－，南江堂，p5, 2017
- 3) 茂野香おる著者代表，系統看護学講座 基礎看護学 [1] 看護学概論，医学書院，p5, 2016
- 4) 臺 有佳他，ナーシング・グラフィカ 在宅看護論－地域療養を支えるケア－，p12-13, 2016
- 5) 日本看護協会・日本訪問看護財団・全国訪問看護事業協会，訪問看護アクションプラン2025－2025年を目指した訪問看護－，2013
- 6) 総務省統計局「国勢調査」，国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2012.1推計）」
- 7) 8) 前掲1)
- 9) 健康寿命と平均寿命の国際比較，world health statistics 2016
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/backdata/1-2-1-02.html> (2017.1.20検索)
- 10) 前掲2)，p16-19
- 11) 前掲4)，p164-165
- 12) 福田素生著者代表，系統看護学講座 専門基礎分野 社会保障・社会福祉，医学書院，p176-188, 2016
- 13) 社会保障制度改革国民会議報告書－確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋－，2013.8
<https://www.kantei.go.jp/ip/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo/pdf> (2017.1.30検索)
- 14) 日本看護協会編，平成26年版看護白書，地域包括ケアシステムと看護，p12-17, 2014
- 15) 日本看護学校協議会共済会，Will next Vol5 No2 第10号，p12, 2017
- 16) 前掲3) p148
- 17) 日本訪問看護財団，訪問看護のあゆみ：日本訪問看護財団20周年記念，2015，p32
- 18) 厚生労働省，看護基礎教育の充実に関する検討会報告書，2007.4.16
- 19) 日本看護系大学協議会，高度実践看護師教育課程審査要項，p213, 2016
- 20) 日本看護協会ホームページ，都道府県別専門看護師登録者数，2016
<http://www.nurse.co.jp/about/index.html> (2017.1.15検索)
- 21) 前掲5) p8-13
- 22) 厚生労働省，指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準，2016.3

- 23) 鈴木絵里, 訪問看護師の養成を推進, 日本看護協会出版会, コミュニティケア, Vol.17 / No.09 215号, p10-17, Aug.2015
- 24) 前掲14), 看護がリードする病床機能分化と地域包括ケアシステム, p33-43
- 25) 宇都宮宏子・山田雅子(編), 在宅療養移行支における看護ケアのマネジメント, 看護がつながる在宅療養移行支援, 日本看護協会出版会, p11-19, 2014
- 26) 山田雅子, 訪問看護 これまでと, これから, 聖路加看護学会誌Vol.No1, p7-8, july2016
- 27) 川村佐和子, 地域における特定行為の意義, 訪問看護と介護, 医学書院, Vol.120, No6, p456-460, 2015
- 28) 山田雅子・川添高志, 全国訪問看護事業協会研究事業「新卒看護師のための訪問看護事業所就業促進プログラム開発に関する調査研究事業報告」, p34-35, 2014
- 29) 木下由美子他, 2年次の在宅看護実習(ふれあい実習)における学生の学び, 看護教育, p155-159, 2008
- 30) 並木奈緒美, 看護協会ステーションによる新卒看護師の人材育成, 日本看護協会出版会, コミュニティケア, Vol.17 / No.09 215号, p26-29, Aug.2015
- 31) 前掲14), p47
- 32) 33) 日本看護系大学協議会, 平成28年度会員校大学院一覧資料, 2016.4.1現在
<http://www.janpu.or.jp/campaign/file/glist.pdf> (2017.1.20検索)

【参考文献】

- 1) 栗田麻美・奥田真紀子, 奈良県における在宅看護の変遷と現状, 奈良看護紀要Vol.12, 2016
- 2) 中村順子・木下彩子, 全国看護教育機関における在宅看護論の看護過程教育に関する調査研究, 秋田赤十字看護大学・秋田赤十字短期大学, 2009年
- 3) 増田容子, 在宅看護論教育における教育内容の現状と教育の方向性, -看護専門学校担当教員の重要視度調査-九州大学看護福祉大学紀要Vol.9, No1, p7-15, 2007
- 4) 菊池ひろみ, 看護系大学の在宅看護分野における看護技術教育の到達度と方法の明確化, 札幌市立大学, 科学研究費助成事業 研究成果報告書, 2011-2013
- 5) コミュニティケア編集部, 地域で生きる“専門看護師・認定看護師”のワザ, 日本看護協会出版会, コミュニティケア, Vol.17 / No.17, 213号, 10-17, 2015
- 6) 訪問看護ステーションの事業運営に関する調査詳細, 厚生労働省, 2011
www.mhlw.go.jp/iken/affer-service-vol15/dl/2.pdf (2017.1.20検索)
- 7) 世界保健機構ICF国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-, 中央法規, 2008
- 8) 秋山正子, 在宅ケアの不思議な力, 医学書院, 2014
- 9) 金子 光編著, 初期の看護行政-看護の灯たかくかかげて-, 日本看護協会, 1992
- 10) 平尾真智子, 資料にみる日本看護教育史, 看護の科学社, 2016
- 11) 日本看護歴史学会編, 日本の看護のあゆみ, 日本看護協会出版会, 2014