

訪問看護の現状と課題

長谷川 昭 子*

◀ 内 容 ▶

- はじめに
I 訪問看護の出発
II 訪問看護の現状
III 訪問看護の推進
IV これからの訪問看護
おわりに

はじめに

訪問看護ということばを耳にして久しい。京都堀川病院で、現在の訪問看護の前身である、在宅患者への訪問活動が開始されたのは1965年にさかのぼる。以来17年、形態は様々であるがあちこちの自治体や病院・診療所でも始められるようになり、おそらく今後も地道に定着の歩を進めていくように見える。

東京都の場合を見ても、1971年に東村山市が同市内の東京白十字病院に訪問看護を委託したのを端緒に、1980年4月現在では都内23区41市町村のうち17区10市の自治体にまで急速に広まった。これは1960年代後半からの高度成長に伴い、福祉行政の充実が叫ばれ、末端の行政機構にまで浸透したことが一因でもある。東村山市は「訪問看護制度の背景と経緯」の中で、「特に福祉問題については市の重点施策として取り組んで」おり、とりわけ老人問題については「きめ細かな対策が必

要」と考え、ねたきり老人やその家族は様々な問題を抱えているが「訪問看護を行う事により、かなりの部分について改善の可能性はある」¹⁾ということから実施にふみきったと記している。

そしてこれら訪問看護事業は地域住民にすこぶる好評を博した。自治体によっては住民が中心になって請願運動を起こし、予算化に成功したところもある。住民には期待をもって見られ、福音をもたらしたことは事実である。

しかし、これら現在実施されている訪問看護事業が、サービスを受ける住民やまた実施側にとって、まったく問題がないとは言いきれない。実情をつぶさに見れば細かな、けれども訪問看護活動の伸長を左右するような問題を内包しているようにも思える。訪問看護が地域の中に根を下ろしはじめて10余年たった今、ここで現在の訪問看護活動の実情と問題点を把握し整理することは、今後この活動の広がりが予想されるだけに、必要な作業であろう。

そこで本稿では1977年～78年（一部1980年）に

*はせがわあきこ／日本看護協会調査研究部

かけて主に都内近郊で聞きとった訪問看護の実施 今後さらなる発展に向けて、いくつかの提示を試
状況を参考にしながら、それらの現状をさぐり、 みたいと思う。

I 訪問看護の出発

訪問看護の現状を探る前に、訪問看護が広まるに至った必然性やそのいきさつについて簡単にふれておきたい。ただし、このことはこれまでも度々論じられているので²⁾、ここではごく簡単に述べるにとどめたい。

1 在宅療養の必然性

訪問看護が始まるには、それが始められるだけの必然性があった。以下その3点について述べる。

1) 在宅療養者の漸増

1978年の厚生省「厚生行政基礎調査報告」は、全国に38万人もの在宅ねたきり病人のいることを伝えている。年齢別では6～17歳に5,000人、18～59歳に4.7万人、60歳以上では32.8万人に及ぶ。60歳以上の者にねたきり者が多いことはかねてより度々指摘されてきたが、17歳未満の若年層にも少なからずいることがわかる。世帯割合では1000世帯中10.8世帯に在宅ねたきり病人がいる。これらの病人の8割以上は6ヶ月以上就床し、1/3が入浴、排泄、食事など生活面で全介助を要するという。

この調査からはねたきりになった原因疾患名は不明であるが、すでに報告されている幾多の資料から推測すると、高齢者の場合は脳血管疾患や高血圧性疾患が多く、若年者層では、先天性の身体障害が多いと考えられる³⁾。

またこの調査では6歳以上の常時ねたきり者しか対象にしていないので、6歳未満のねたきり患児やまたねたきりまではいかないねたりおきたり

表1 国別平均在院日数

		一般病院	精神病院	結核療養所
日 本	1975	42.2	525.8	337.7
カ ナ ダ	1974	9.9	255.3	92.7
フ ラ ン ス	1974	15.8	—	—
フィンランド	1975	11.0	169.8	25.4
デンマーク	1970	12.8	118.7	30.2
ノルウェー	1975	11.1	266.3	64.7
ス イ ス	1971	15.8	253.5	116.4
チェコスロバキア	1975	13.6	125.7	66.0
アメリカ合衆国	1975	8.1	127.4	72.7
イスラエル	1075	7.8	219.7	—
アイスランド	1973	—	79.8	—
西 ド イ ツ	1975	16.7	229.3	81.0
オ ラ ン ダ	1975	15.5	387.8	64.3
ビ ル マ	1975	—	100.0	—
スウェーデン	1974	12.9	102.5	48.1
アイルランド	1975	—	—	68.0

注：World Health Statistics Annual(Vol. III)に計上されている総入院日数を総入院患者数で除したものである。

資料：日本看護協会『看護白書』1980年より再引

している者、及びねこむほどではないが病気をもつ者——たとえば結核患者や精神障害者——などを含めると、在宅療養者は相当数に上ると予測される。

このように在宅療養者が増加したのは、長期間にわたって治療を要する慢性疾患がふえたこと、ならびに病院が満床であることが理由にあげられる。

わが国の平均在院日数は他国に比類なく長く(表1)、傷病別では慢性疾患に長い。ちなみに上位は精神障害、リウマチなどの筋骨格系疾患ならびに脳卒中・高血圧などの循環器系疾患が占めている⁴⁾。慢性疾患は高齢者に多く、ベッドは、70

表2 東京都特別養護老人ホーム定員数

施設数	定員	実人員	入所待期者 ^注
51	5,031人	4,868人	1,037人

注：福祉事務所によって入所該当者と認定された者
資料：東京都老人福祉課「月報」昭和55年4月

歳以上の老人によって実に22.3%も占有されている⁵⁾。

このベッドの回転率の悪さは、希望しても入院できず在宅療養を余儀なくさせられる人々を生み出した。と共にこの回転率を少しでも上げるため、急性期を過ぎた患者や、一定以上の回復は難しいと思われる患者を退院させるようにもなってきた。これらの患者の中には、入院治療サービスより、むしろ看護ケアを中心とする特別養護老人ホームに入所した方が適切な者もいるだろう。しかし、この特養も満床で、東京都の場合では(表2)のように入所待機者は定員の20%に及んでいる。このように病院も、特養も満床であることが、自宅に患者がいざるを得ない一因になっているのである。

そしてこの在宅療養者の数が今後増加するだろうことは想像に難くない。人口の高齢化を迎え、高齢者層の有病率並びに就床率が増加することはすでに指摘されている。また医学はさらに発達し、死亡率はさらに低下するだろうが、慢性的に病を抱える人々は逆に増えることも十分考えられる。そして生活水準の向上や高管理社会の増長が、その代償として私たちにストレスによる神経症や公害病を与えないという保証もなく、在宅で病む人々も出るかもしれない。このように在宅療養者は現在もたくさんいるが、将来も減少することなく巷間を満たすといわねばならない。

2) 介護者の不在化

昨今の高齢人口の増加はそれに伴って高齢者世

帯の増加をもたらした。前掲「厚生行政基礎調査」では、男65歳以上、女60歳以上の高齢者で構成する世帯は2,027世帯で全体の5.9%であり、うち「単独世帯」いわゆる1人暮らし世帯と、「夫婦のみの世帯」がほぼ半数づつを占めている。こうした世帯では、いったん病気になったら介護者はいないか、いたにしても高齢で介護者としては無理である。高齢者世帯数は1965年を100とすると、1978年には254と急激に増えており、今後も増加が予測される。これを考え合わせると介護力が不足していると思われる世帯は現在も、将来も少なくないといえるだろう。

一方、老人の中には、もちろん1人暮らしや夫婦のみで生活している者ばかりではない。子ども夫婦や孫と生活している者も数多い。実際に65歳以上人口の約半数は「三世帯世帯」で生活している。しかし、三世帯で生活していれば、病気になっても介護力の心配はないかといえ、必ずしもそうではない。

かねてからよく指摘されているように昨今では就労する女性が増加している。この女性の就労は、家族に病人が出て常時介護に当たれない現状を生み出した。しかし、病気が長期化したり、ねたきりになった場合など、病人をそのままにしておくわけにもいかず、やむなく職を去る女性は少なくない。全国社会福祉協議会の調べでは、ねたきり老人の介護にあっているのは圧倒的に女性が多く9割を占め、この中で「嫁」は38.6%おり、また介護者全体の12.1%はやむなく退職した者であるという⁶⁾。女性の自主的な就業に加え、低成長下、年金支給年齢の引き上げなど、女性が生活のために働かねばならない要因は跡を絶たない。介護者の9割が女性であることの問題は別に譲るとして、今後家族に病人が出たら、嫁や妻や

娘が介護に当たるのはかなり難しいと言わなければならない。

このように、1人暮らしであろうと、夫婦や、また三世代で生活していようと、全体として家庭内の介護力だけに頼るのは無理がある家族が出てくるだろう。

3) 医療技術の発達

周知のように、昨今の医療技術の発達はめざましい。かつてなら死を覚悟しなければならなかったものも、研究開発された医療機器を用いることで延命できた例も少なくない。たとえば極度な呼吸困難に陥った場合は気管切開をして気道を確保し、人工呼吸器と吸引器により生命を維持することができる。また嚥下障害が強いときには、経管栄養により栄養分の摂取ができる。しかも最近では、本来なら入院生活を余儀なくされるはずのところ、患者や家族がそれらの機器の扱いを習得することで、在宅療養を送れるようになってきた。ただし、これにはやはり医師や看護職の管理下であることが原則であり、一定期間ごとの経過観察が必要なのはいうまでもない。ある筋委縮症の患者は、献身的な家族と主治医と看護職らの援助のもと「呼吸は人工呼吸器と吸引器で、食事は経管栄養で、亡くなるまでの11ヶ月間在宅で療養生活を送ったという⁷⁾。

このように医療機器の開発とその使用により、かつては考えられなかった在宅療養の可能性が出てきたことも忘れてはならない。ただしこれはごく一部の人に限られており、また、患者や家族の精神的疲労はかなり大きいようだ。

以上のように現状では在宅療養者が多く、患者にとっても家族にとっても様々な問題があることがうかがえる。訪問看護が始められたのは、こうした事実がまず前提としてあったことが大きい。

2 訪問看護への期待

訪問看護の開始にはそうした事実に加え、それを具体化させる潮流があった。一つは住民パワーであり、もう一つは看護職の熱意である。

1) 住民の声

訪問看護が自治体事業として始められるには、住民からのねばり強い要求があったことを忘れてはなるまい。杉並区を例にとれば、老人問題の切実さを身をもって体験した主婦グループ「杉並老後をよくする会」が、長年にわたり区議会に陳情してきた成果にほかならない。足立区でも1974年に「足立区医療をよくする会」が発足し、同会老人医療保障に関する請願書には「国と自治体の責任と費用負担で、ねたきり老人訪問看護体制を設け、訪問看護料を保障すること」と明記されている。またこの他豊島区、練馬区、立川市、板橋区、北区などでも、住民からの請願が出されたという。

こうした要求の声に、当の老人たちはかなりの期待を寄せている。ある老人クラブの会長は、多くの老人は区の無料老人検診があることも福祉条例があることも知らない、区報も字が細かくて読めない、民生委員も受持ち世帯が多く細かなところまで目をくばれないと述べ、「これからどれだけの人が病気になり、福祉をうけなければいけないのかということに心配する結果、こういう老人のねたきりの問題をとりあげていただいたことについては、私も非常に協力しなければならない気持ちで毎日をくらししておるものです」と言っている。そして「今こそほんとうに皆が力をひとつにして、頑張って組織化して力強いものに育てあげ⁸⁾」よと呼びかけた。

2) 看護職の熱意

看護職が在宅療養者に目を向け始め、その人々

の健康回復に積極的に取り組もうと始めたのは、いくつかのきっかけがあった。

その最も原初的なものは、退院後また病状が悪化してしまう患者や、褥瘡をかかえながらも通(入)院治療することなく自宅で悶々としている患者を、看護職が日々の仕事の中で見るに見かね、やむにやまれない気持ちで、援助の手をさしのべてしまったということである。一例をあげるなら、むさしの共立診療所では、「他病院退院後1週間で褥瘡のできた患者がいた。最初は医師が週1度往診し、看護婦も介助で同行していたが、褥瘡がひどくなったので、看護婦だけで毎日行くようにした。その時計画を立てる必要性を感じ、責任者を決め、受け持ち制にした⁹⁾」という。また、堀川病院でも、往診に同行していた看護婦が、在宅脳卒中患者に『治るでしょうか』『どうしたらいいでしょうか』と問われ、『もう一度歩いてみたい』と言われて、ただ『おだいに』とその家を辞することができなくなり、『なんとかしましょう！ 放ってはおけない¹⁰⁾』と感じ、『私たちが家で入浴させますから』と(医師に)真顔で言い実践¹¹⁾し、「半歩でもの会」という患者組織を

結成したと記されている。訪問看護は地域のニーズに目をつぶりきれなかった看護職によって、自然発生的に始まったのである。

またもう一つには数年前より看護界で看護の継続性、総合性ということが広く言われてきたことがあげられる。このことはおおまかにいえばこれまで看護という仕事が「治療の補助に大きなウェートがかかって」きたものを何とか脱却し「いわゆる看護、ケア的役割に重点をおいた看護をしよう¹²⁾」と、いう前提のもと、「一人の患者が医療機関の中にいるときでも、家庭にいるときでも、継続した看護計画によって看護がおこなわれる¹²⁾」ように、地域の看護職も医療機関看護職も連携をとり合って態勢を作っていこうというものである。こうした理論的うしろだてが、看護職が訪問看護に取り組むのを正当なものと自認させ、促進させたのである。

訪問看護を実際に開始に結びつけたのは、こうした住民の要望と、看護職のそれを吸い上げようとする意欲とであり、両者は相まって実現に寄与したといえるだろう。

Ⅱ 訪問看護の現状

では、あちこちで広まってきた訪問看護は今、どのようなになっているだろうか。ここでは、自治体実施の場合と、病院・診療所など医療機関実施の場合と大きく二つに分け、それぞれみていくことにする。

なおここでは前者は、東京都下各区市の「訪問看護実施要綱」と、そのいくつかの区市の訪問看護担当者への聞き取りをもとにする。また、後者については、全国ホーム・ケア研究会が1979年10

月～1980年3月にかけて国立病院を除く全国100床以上の一般病院2,488と、全日本民主医療機関連合会加盟の病院・診療所(歯科・耳鼻咽喉科を除く)354を対象に行なった「訪問看護の実施状況調査」の調査結果を中心として、そのほかそれから病院・診療所のうちいくつかの施設(総)婦長から聞きとったことも合わせながらみていくことにする。

東京都訪問看護事業運営要綱

1. 目 的

訪問看護事業は療養を必要とする老人のいる家庭に対し、日常生活上の看護等の専門的な援助を行うことにより、これら老人の健康の管理と日常生活を改善し、もって老人福祉の増進に資することを目的とする。

2. 実施主体

事業の実施主体は区市町村とする。

3. 実施方法

この事業は、区市町村が必要な職員を確保し、関係機関の理解と協力を得て行うものとする。ただし、やむを得ない場合には、区市町村はこの事業のうち供与するサービス内容及び訪問対象者の決定を除いた事業の一部を適当と認める地域医療機関等に委託することができる。

4. 訪問対象者

この事業の訪問対象者は、65歳以上のねたきり老人で、訪問看護が必要と認められるものとする。

5. 対象者の決定

区市町村長は、訪問看護を受けようとする者の申請に基づき、訪問者である看護婦等の調査結果を参考にし、対象要件に該当するか否かを審査のうえ、対象者を決定する。

6. 業務内容

訪問者の行う業務は、次に掲げるものとし、その内容は別表に掲げるとおりとする。訪問者はこのうち必要と認められるものについて実施に指導するものとする。ただし、検査及び治療は行わない。

(1) 療養生活上の看護

- ア、基本的看護
- イ、疾病による特異な看護
- ウ、介護者に対する援助

(2) 療養生活を改善するための機能回復訓練

- ア、合併症予防
- イ、起坐の訓練
- ウ、日常生活動作訓練
- エ、歩行訓練

7. 訪問者

訪問対象者に対する訪問は、免許を有する看護婦、保健婦、作業療法士及び必要に応じ医師が行うものとする。

8. 訪問回数

訪問対象者に対する訪問回数は、当該老人の身体的状況等を勘案して決定する。この場合、原則として月2回以上とする。

9. 関係機関との連携

実施主体は、この事業を行うにあたっては常に対象者の主治医、福祉事務所、保健所等の関係機関との連携を密にするものとする。

10. その他

事業の実施主体は、訪問看護対象者台帳（様式1）訪問看護日誌（様式2）及びその他必要な帳簿を整備するものとする。

附 則

この要綱は、昭和51年4月1日から適用する。

1 自治体実施の場合

<現 状>

まず、(表3)のように1971年度に東村山市で初めて実施されて以降、年間1区市位の数でポチポチ開始されていたものが、1977年度からは急速

表3 東京都下訪問看護事業実施状況 1980年4月現在

区	市	開始時期 年月日	事業名	実施方法 ^{注)}	要員	訪問対象者	認定方法	事業内容	訪問回数
1	東村山市	1971.12.1	老人訪問看護 指導事業	病院委託方式 (東京白十字 病院)	病院職員(常) 看護婦1人 保健婦2人 PT3人 医師1人	60歳以上の老人 福祉手当受給者	申請に基づき調査	・療養生活上の看護 ・リハビリ	原則として 月2回以上
2	東大和市	1973.10.1	老人訪問看護 指導事業	病院委託方式 (東京白十字 病院)	病院職員(常) 看護婦1人 保健婦2人 PT3人 医師1人	60歳以上の老人 福祉手当受給者	〃	看護の指導及び必要な 援助	月2回
3	小平市	1974.9.10	ねたさきり老人 医師訪問事業	医師会委託方 式(南台病院)	病院職員(常) 看護婦2人 PT1人 医師3人 (MSW1)	65歳以上の老人 福祉手当受給者	〃	・褥瘡の予防及び手当 ・ADL	月2回
4	新宿区	1974.12.1	福祉医療事業	直接サービス 方式	看護婦(常)4 PT(非)1	①65歳以上のね たさきり老人 ②重度心身障害 者	〃	・基本的看護及び援助	月2回以上
5	杉並区	1975.8.1	ねたさきり老人 家庭訪問保健 指導事業	潜在看護婦委 託方式	保健婦(委)5 看護婦(委)9 PT(委)2	おおむね60歳以 上の常時臥床者	〃	・褥瘡の予防及び手当 ・拘縮の予防等 ・清拭 ・ADL訓練	月2回
6	品川区	1977.4.1	在宅ねたさきり 老人家庭訪問 看護事業	潜在看護婦 委託方式	看護婦(委)13 PT(非)2	おおむね65歳以 上のねたさきり老 人	〃	・療養生活上の看護 ・リハビリ	原則として 月2回
7	板橋区	1977.5.1	在宅療養者 訪問看護指導 事業	潜在看護婦 委託方式	看護婦(委)32 PT(非)10	在宅療養者 (老人福祉手 当受給者等)	〃	・療養生活上の看護指 導 ・介護者への援助 ・リハビリ	原則として 月2回以上
8	立川市	1977.5.20	ねたさきり老人 家庭訪問保健 指導	直接サービス 方式+潜在看 護婦委託方式	保健婦(常)1 看護婦(委)10 PT1	○65歳以上の ねたさきり老人	〃	・褥瘡の予防及び手当 ・拘縮の予防 ・清拭 ・ADL訓練	月2回以内

注) 常勤職員が実施している場合は直接サービス方式として、非常勤職員実施や委託の場合は潜在看護婦委託方式とした。

区	市	開始時期 年月日	事業名	実施方法 ^(注)	要員	訪問対象者	認定方法	事業内容	訪問回数
9	豊島区	1977. 6. 1	ねたさきり老人訪問看護指導事業	直接サービス方式+潜在看護婦委託方式	保健婦(常)19 看護婦(委)5	65歳以上のねたさきり老人	申請に基づき調査	<ul style="list-style-type: none"> 療養の予防及び改善 拘縮の予防及び改善 清拭 ADL訓練 人間関係の調整 	月1回以上
10	小金井市	1977. 7. 1	ねたさきり老人訪問看護事業	潜在看護婦委託方式	看護婦(委)8	おおむね65歳以上のねたさきり老人	〃	<ul style="list-style-type: none"> 療養生活上の看護 リハビリ 	原則として月1回以上4回以内
11	三鷹市	1977. 7. 22	ねたさきり老人訪問看護事業	潜在看護婦委託方式	看護婦(委)3 医師(委)1	65歳以上の在宅ねたさきり老人	〃	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活上の看護 	月2回以上
12	大田区	1977. 8. 1	ねたさきり老人訪問看護指導事業	潜在看護婦委託方式	看護婦(委)13 PT(非)4	65歳以上の常時臥床者	〃	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活上の看護及び援助 	月2回
13	江戸川区	1977. 12. 1	ねたさきり老人訪問看護指導事業	潜在保健婦委託方式	看護婦(委)7	60歳以上の常時介護を必要とするねたさきり老人	〃	<ul style="list-style-type: none"> 療養生活上の看護指導 療養生活を改善するための相談・指導 	随時
14	足立区	1978. 1. 4	ねたさきり老人訪問看護事業	医師会委託方式	医師会所属看護婦	65歳以上の在宅ねたさきり老人	〃	<ul style="list-style-type: none"> 看護及び指導 	おおむね月2回
15	文京区	1978. 6. 1	老人訪問看護事業	潜在看護婦委託方式	保健婦(非)1 看護婦(非)3 看護婦(委)5 PT(非)1	老人福祉手当受給者	〃	<ul style="list-style-type: none"> 訪問医による診査及び指導 看護及び指導 リハビリ 	原則として月2回
16	中野区	1978. 6. 1	ねたさきり老人訪問看護事業	直接サービス方式+潜在看護婦委託方式	保健婦(常)2 看護婦(常)1 保健婦(非)3 看護婦(非)4 PT(非)1 看護助手(非)1	65歳以上のねたさきり老人	〃	<ul style="list-style-type: none"> 保健及び看護の提供 リハビリ 	原則として週1回
17	練馬区	1978. 7. 1	ねたさきり老人訪問看護指導事業	潜在看護婦委託方式	看護婦(委)30 PT(非)4	おおむね65歳以上のねたさきり老人	〃	<ul style="list-style-type: none"> 療養生活上の看護指導 リハビリ 	月2回
18	府中市	1978. 10. 1	老人訪問看護事業	潜在看護婦委託方式	看護婦(委)4	65歳以上のねたさきり老人	〃	<ul style="list-style-type: none"> 療養生活上の看護 リハビリ 	月2回

訪問看護の現状と課題

19	狛 江 市	1978.10.1	臥床老人訪問 看護事業	潜在看護婦 委託方式	看護婦(委)1 PT (非)1	おおむね65歳 以上の老人	〃	〃	・療養生活上の看護 ・リハビリ	月4回以内
20	多 摩 市	1979.6.1	在宅老人訪問 看護指導事業	直接サービ ス方式+潜在 看護婦委託 方式	保健婦(常)1 看護婦(常)3	65歳以上の ねたきり老人	〃	〃	・療養生活上の看護	月2回
21	日 野 市	1979.7.1	ねたきり在宅 老人家庭訪問 看護指導事業	直接サービ ス方式+潜在 看護婦委託 方式	保健婦(常)1 〃 (非)1 看護婦(非)6	65歳以上の 在宅ねたき り老人又は ねたきり老 人のおそれ ある在宅老 人	〃	〃	・看護方法の指導 ・療養方法の指導	月2回以上
22	港 区	1979.7.1	在宅ねたきり 老人訪問保健 指導事業	潜在看護婦 委託方式	保健婦(非)2 看護婦(委)9 PT (非)1	65歳以上の ねたきり老人	〃	〃	・看護方法に関する指 導 ・療養方法に関する指 導 ・リハビリ	原則として 月2回
23	北 区	1979.8.1	ねたきり老人 (在宅)訪問看 護指導事業	潜在看護婦 委託方式	看護婦(委)10	ねたきり老人 (在宅の老人福 祉手当受給者等)	〃	〃	・療養生活上の看護指 導 ・リハビリ	原則として 月2回以上
24	墨 田 区	1979.9.1	ねたきり老人 訪問看護指導 事業	潜在看護婦 委託方式	看護婦(委)6	在宅する65歳 以上の常時 臥床者	〃	〃	・療養生活上の看護指 導 ・リハビリ	月2回以上
25	葛 飾 区	1979.10.1	在宅老人家庭 訪問看護事業	潜在看護婦 委託方式	看護婦(委)14	おおむね65歳 以上の在宅療 養者	〃	〃	・療養看護 ・リハビリ	月2回
26	世 田 谷 区	1979.11.1	在宅寝たきり 老人家庭訪問 看護指導事業	潜在看護婦 委託方式	看護婦(委)13	65歳以上の在 宅寝たきり老 人	〃	〃	・日常生活の看護指導 ・看護技術の提供 ・ADL訓練 ・介護者への援助	原則として 月2回
27	目 黒 区	1980.1.1	老人訪問看護 指導事業	潜在看護婦 委託方式	看護婦(委)15	おおむね65歳 以上の在宅老 人	〃	〃	・日常生活上の看護 ・介護者への援助 ・リハビリ	原則として 月2回

に伸び年間7, 8区市で実施されるに至っている。都老人福祉課の話では「今後新たに事業開始する自治体に対して、都の定めた実施要綱にそってれば、人件費補助はもちろんする。自治体数で考えると、実施しているのは半数位だが、人口で考えると都全体の8割の人々が実施自治体に住んでいる。この分でいくと、数年後にはほぼ全体がカバーされるのではないか¹³⁾」と話しており、都下全区市で実施されるのも遠くないと予測される。

実施方法は潜在看護婦に委託する方法をとっている自治体が最も多い。うち潜在看護婦が非常勤職員の身分になっているのは中野区・日野市で、一部非常勤職員としているところは文京区・港区である。区の常勤看護婦だけで担う直接サービス方式をとっているのは新宿区のみである。また、東村山市、東大和市は東京白十字病院に実施を委託しており、小平市も市医師会に委託し、実施は南台病院がしているが、いずれも病院が実施機関であるとはいえ、市の定めた実施要綱に制約されており、自治体実施といった色彩が濃い。

訪問対象者は都の実施要綱どおりに65歳以上のねたきり老人としている区市が多い。年齢の枠を設けずに在宅療養者としているのは板橋区のみである。

看護内容、訪問回数とも都の規定と大差ない。区市の職員が訪問要員となっている新宿区、中野区ではやはり訪問回数が多い。

また1980年度の都の定めた訪問看護基準料金は1回当たり5,000円であるが、どの区市も多少の差こそあれほぼこれに近い料金を定めている。概してどの区市も「東京都訪問看護事業運営要綱」にそうところが大きい。

<特長>

①まず何よりも、これまで保健医療サービスの

恩恵に浴することなく社会的に日陰に置かれていたねたきり老人に対して、光をあてたことは特筆されねばならない。サービスからかけ離れたところにいる1人1人を訪問看護を通して保健医療に結びつけ、表現は悪いが老人の健康の全体の底上げに寄与したといえるだろう。訪問看護は福祉を充実する方策の一つとして必要とされ、始められたのである。

②(潜在看護婦委託方式のところでは)訪問看護婦は、その自治体の保健婦やヘルパーと連携をとり協力し合いながら活動できる。たとえば初回訪問は保健婦と同行し、2回目からは訪問看護婦が1人で訪問する。また、必要に応じてヘルパーの派遣依頼をしているところが多い。

③訪問看護と自治体の実施している他の福祉サービスを結びつけやすい。たとえば、入浴サービス、給食サービス、ギャッジベッド貸与、貸おむつサービス、生活保護支給、心障手帳交付などである。

<問題>

サービスの問題点

①対象がほぼ「65歳以上のねたきり老人」に限定されており、それ以外の年齢層の者はサービス対象にならない。これはそもそも、この事業が「療養を必要とする老人」を対象に「老人福祉の増進に資することを目的」に開始された経緯による。この目的に照らせば、老人以外の層が対象にならないのも無理ないともいえなくはない。

しかし、前述のように若年層にもねたきり病人は少なくなく、そのような層では「疾病も多様であり、家庭看護上の問題も、老人よ

りさらに深刻である場合もある¹⁴⁾」という指摘もある。自治体実施の場合は老人以外の層への訪問までは手が回らないのが実情といえる。

- ②しかも、対象となるねたきり老人の多くは各自治体のねたきり老人名簿から選ばれることが多く、この名簿に登録されるのはねたきり状態が6カ月を越して自己申請により老人福祉手当を受給している者がほとんどである。これでいくとねたきりの期間が6カ月未満の者は登録されず、訪問対象とはなり得ない。

しかし、機能回復訓練などは、ねたきり期間の短い人ほど回復が早く、ねたきり早期者の発見と対応こそが、ねたきりを防ぐ最大のポイントである。1976年に東京都老人総合研究所の実施した小金井市における「潜在ねたきり老人調査」では、ねたきり老人で市に未登録の者は46.2%に上っており、また1978年の「東部地域ねたきり老人実態調査」では、ある地区で実際に発見されたねたきり老人75人のうち、登録者は僅かに11名であった。このように、ねたきり老人名簿から対象者を選ぶ方法では、ごく限られた人々——すなわち顕在化したニードにしか対応し得ていないといえるだろう。

- ③看護内容は各自治体の実施要綱では、患者、家族への指導が中心に定められており、また実際もそれが多く、処置を要する医療依存度の高い患者へのケアはあまりなされない。ただし、これは福祉部で行なっている特徴でもあり、あながち問題とはいえない。

- ④大部分の自治体で訪問回数が制限されており、ニードはあっても、頻回なサービスができない。

ほとんどの自治体では東京都の要綱どおり「原則として月2回」と規定している。ただし、この回数は、東京都もまた各自治体も月2回分の訪問についてだけしか予算化していないということであり、そもそもは訪問件数を押さえて少なく予算化しているという問題にいきつく。

実際には対象者の症状に合わせて訪問頻度を変えている自治体もあるようだが、規定のような2週間に1度の訪問看護では、患者にとっても訪問がその場限りのものになりがちであり、またそのことは逆に経過がゆるやかでそれほど頻回な訪問を必要としない者しか対象になれないというひずみをもたらすのではないだろうか。

- Q ⑤医療機関や他職種（医師など）との結びつきが困難であり、また連携に配慮を要する。

まず、自治体実施の場合窓口が区市役所なので緊急時の訪問にすぐ応じられず、急変時の入院希望にも応じられない。

一方医師の中には訪問看護を快く思わぬ者も少なくなく、「医師の職域を侵さないように」「気分を害さないように」訪問看護婦は気を配っているという。その上主治医のいない患者には主治医をつけることから始めねばならず、患者を医師にスムーズに結びつけるのはなかなか容易ではない。

実施する訪問看護婦にとっての問題

潜在看護婦への委託方式のところでは、委託という身分で正式の職員でないため、次の問題が生じている。

- ①看護婦の健診が不十分である。

委託後訪問開始前の健診はあるが、以後定

期的な健診はない。また訪問途中交通事故や業務中感染にあっても、保証はない。

②訪問開始前に研修はあるが、内容・時間ともに不十分であり、また委託後に能力を高められるような研修会や事例検討会への参加は準備されていないところが多い。

ちなみに訪問開始前の研修としては、杉並区の場合12時間の研修の中に老人病の現状、老人の心理、老人福祉行政、理学療法の実技、作業療法の実技、看護技術が内容として盛り込まれている。しかし、日進月歩する保健医療の分野では、どれ一つをとっても習得するにはかなりの時間を要すると思われる。とりわけ、長年臨床を離れていた者にとっては、研修への期待も大きくそれだけに不満も大きいようだ。「リハビリについての知識が乏しくもっと時間をかけてじっくり知りたい¹⁵⁾」という声をあちこちで耳にした。

＜改善すべき点＞

以上様々な問題があるが、次いで今後どのように改善していったらよいか考えてみたい。ただし、現在自治体の実施形態の中で潜在看護婦への委託方式が最も多く、また今後もこの形態が増えると思われるので、ここでは自治体実施の場合とはいっても、潜在看護婦への委託方式を前提に話をすすめたい。また細かな実施方法上の問題となると多々あるので、ここでは次の5点にしばらくしたい。

①訪問看護婦の身分保障

前述したように現在では訪問看護婦への身分保障があいまいである。労働安全衛生法では、雇用者の従業員に対する年1回以上の健康診断を義務づけているが、訪問看護婦はあくまで委託身分であるため、適用の対象にはならない。しかし、業務内容からしても感染の危険度は高く、あちこち

訪問することで交通災害等の危険性も生まれる。

1977年の厚生省「厚生行政基礎調査報告」によれば、潜在看護婦の就業希望は53.8%とかなり高い。今後訪問看護を潜在看護婦の就業先として定着させていくためにも、そこで働く看護婦の身分保障を整えていくことが緊要である。実力と意欲のある看護婦を集めるためにこれはまずもってなされなければなるまい。具体的には中野区のように区の非常勤職員として、健診もし、万一事故時には労働災害補償保険法の適用も受けられ、報酬も訪問1件当たり〇〇円という賃金扱いではなくて、それよりもっと高額な給与扱いにしていくことが良策と考えられる。しかし、現在の委託体制を全員非常勤に一括にもっていくのは難題であるので、委託の場合でも最低次の2点を速やかに整備すべきものとして挙げたい。

①最低年1回の健康診断の実施

②業務中の事故への労働災害補償保険法の適用

②研修内容の充実

現場を長期間離れていた訪問看護婦は、いざ訪問看護に従事するとなると不安ととまどいを持つ。これに応えるには訪問開始前の研修内容を充実させることが良策と思う。無論これらの不安を乗り越えるには、自分自身を練磨することも大切ではあるが、自己の伸長を促す上でも外側からの刺激は不可欠といえる。

訪問開始前の研修内容はこれまでほとんどの自治体で行なってきたような老人の家庭看護の実際——食事、排泄、清拭などの方法の指導方法に加えて、重点として機能回復訓練に関するプログラムをおり込むとよいと思う。地域の老人看護についてはこれまでの看護教育でも手薄であり、しかしながら今最も必要とされている分野であるだけに、是非とも充実させてほしいものである。そし

訪問看護の現状と課題

てその実施方法は時間をかけて見具体的にすすめられることを望みたい。高齢ではあっても患者や家族に最後まで生きる望みを持たせ、機能回復させる努力を促すことは重要だろう。

他方、すでに訪問看護を行なっている看護職に対して、研修会や事例検討会への参加が必要である。そこでは新しい看護技術や用具を知得するばかりでなく日頃の業務を見つめ直し、問題点の発見やそれらの解決の糸口を見い出すこともあるかもしれない。また、参加した訪問看護婦同士情報交換し、悩みを相談したり、ともに考えることもあるだろう。訪問看護婦同士横の連携を強靱にしていくことで、訪問看護の質の向上にも結びついていくものと思う。

そしてそれらすでに訪問看護を行なっている看護職の研修の中には、家族関係の捉え方に関することを一つ盛り込んでほしいと思う。自治体の訪問看護はその目的が家族が患者を適切に看護していけるように援助することにあるためか、家族の看護が十分でなかったり、またその意欲が薄い場合など、看護職は暗にその家族を非難する向きが見られる。これは実は訪問看護婦がそれらの患者・家族にかかわっても、事態が好転しなかったり、またどのように援助したらいいかわからない時のいらだちや自分自身への不満を、家族への非難にすりかえているようにも思われる。

この家族への非難は、「人間関係の調整が必要」という言葉に現われる。確かに中には訪問看護婦の調整により、患者・家族が本音を言い合い、しこりがとれ家族が積極的に看護するようになったり、また家族や親類などが問題解決に向けてコミュニケーションをかわす機会を持つようになることも少なくない。しかし、「調整が難しい」と言われる中には、看護職からみて不潔で常軌を逸し

た看護方法と見えても家族はそれなりに精一杯工夫して看護している（と自覚している）場合も少なくない。また介護者が嫁の場合では、長年にわたる嫁姑間の確執が根にあることが多く、それを第三者の訪問看護婦の説諭で解消することは稀とも思える。そしてまた、訪問看護婦と家族がどんなに努力しても、他の福祉サービス、たとえばヘルパーの派遣、給食サービス、入浴サービス、おむつサービスなどがなければ、患者の状態を好転させられない例もある。すなわち介護者が高齢であったり、介護が長期にわたって介護者に疲労が蓄積していて、それ以上介護をすることが無理と思われる場合である。

このようなことを十分汲んで看護職は、訪問看護は必要なサービスの一つではあるが、これがすべてではないこと、ならびに患者と介護者との人間関係は画一的に型通りに考えないように十分慎重に処するべきであろう。訪問前の研修には、こうした家族関係の指導に関する事項が必要不可欠と思われる。

以上、研修内容の充実について述べたが、加えて、その研修は多くの看護職に利用されることが大切である。現状では、訪問看護婦が自治体の職員の場合は、各県やその自治体ならびに職能団体等が実施する研修に参加できるが、委託身分の者はできないことが多い。しかし現実には委託身分の看護婦が訪問にあたっている場合が多いのであるから、研修会の内容が訪問看護に関するものであれば、それらの者も参加できる態勢が必要と思う。

③主治医との連携

自治体実施の場合問題なのは、急変時に医療と結びつけにくいという点である。しかし高齢者で、しかも脳卒中後遺症の患者であれば、いつ急変す

るとも限らず、その時対応してくれる医師や緊急入院を受けてくれる医療機関を確保しておくのは不可欠である。現在では、急変時には自治体の保健婦が「近くの医療機関にかなり凶々しくねじこむ」ことが多いようだ。「主治医との連携を密にするのはとても大事なこと」、「常日頃近くの医療機関の婦長と、連絡をとりあって懇意にしておく¹⁶⁾」とも聞いた。けれどもこの方法では保健婦の人間性に頼ることが大きく、人が変わればまた0からのやり直しということになる。

そこで今後は訪問看護と医療との結びつき、現段階ではまず主治医との連携をさらに強めていくことが必要と思う。急変時や、急変の予測される時には訪問看護婦と主治医とが連携を取り合い、主治医が速やかに患者に対応できることを望みたい。そして入院が必要な場合には、主治医の勤務先に空きベッドがあればそこに入院することも考えられよう。ただ主治医は開業医であることが多く、ベッドを有しないので、それを勘案して自治体があらかじめ、訪問看護対象者が急変した場合受け入れる契約病院を設けておくことも必要である。この契約病院については現在の救急医療体制に酷似しているが、是非必要と思われるので、各自治体で検討されることを希望したい。

④ねたきり早期者への訪問

現在の訪問対象者の枠以外にも、訪問看護の必要な者が多数いることはすでに述べた。各自治体が要綱を定めた時には、対象となるねたきり老人を選定する基準が他になく、手がかりとして、6カ月以上臥床者と条件づけ、また、65歳以上という年齢は東京都の実施要綱に従ったのではないかと思われる。しかし訪問看護が定着してきた現段階からはこれを改め、臥床期間や年齢の規定を撤廃することが必要だろう。1980年6月都下自治体

の訪問看護事業関係者の集会で、ある自治体保健婦は「目の前にねたきり者がいるのに、65歳になっていないからといって、65歳になるまで何もせず、拘縮がすすむのをみているわけにはいかない」と述べていた。また、他の自治体からも、対象年齢の拡大（ひき下げ）を要望する声が強かった。現実には、運用で65歳以下の老人に訪問したり、ねついで間もない者に訪問することもあるようなので、実態に合うように規定を作りかえていくことが必要と思う。これには訪問件数を増やすための予算増が必要なのはいうまでもない。

そして、それら訪問の必要な時期にある患者の発見には、その地域を担当している自治体の保健婦や、民生委員などから情報を提供してもらうことが是非とも必要である。ここに福祉部門と連携が持ちやすいという自治体実施の特長が生かせるのではないだろうか。

2 病院・診療所実施の場合

<現 状>

全国ホームケア研究会の調べでは、訪問看護を実施している病院は96、診療所は58である。ただしこれらの中には、ごく試験的に実施したり、ある特異な事例を追跡したというような例も含まれていると思われる(表4)。

対象者の年齢は65歳以上の者が病院でも診療所でも圧倒的に多いが、他の年齢層にもだいたい均等にばらついている(表5)。

主な看護内容は、ほとんどの病院・診療所が「疾病や看護内容についての指導・助言」をしているが、自治体実施の場合と違って「注射、検査、諸処置など」をすることが多いことも注目される(表6)。

訪問看護の体制については、実施している病院

訪問看護の現状と課題

表4 訪問看護実施施設数

対 象	施設			計
	病院	有床診療所	無床診療所	
国立病院をのぞく全国100床以上一般病院	73	0	0	73
民医連加盟病院・診療所	26	16	40	82
その他 ²⁾	0	1	1	2
計	99	17	41	157

注1) 肢体不自由児施設3を含む

2) あらかじめ訪問看護を実施していることが分っている施設に調査票を配布し、回収したもの

表5 最近1年間の訪問対象者の年齢構成(重複回答)

回答施設数: 病院92, 診療所52

年 齢	施設	
	病 院	診 療 所
15歳未満	629	10
15～40歳	561	34
40～65歳	528	201
65歳以上	1,979	952
計	3,697	1,197

表6 訪問看護の内容(重複回答)

活動内容	施設	
	病院	診療所
疾病や看護方法についての指導・助言	91	51
直接的・具体的な看護サービス	84	48
注射・検査・諸処置など	63	47
看護用具の紹介や工夫	71	33
医師との連絡調整	79	34
家族間の諸問題へのかかわり及び家族の健康管理	65	31
社会資源の活用と助言	67	39
その他	12	4

のうち約半数が、また診療所では、7割が「正式に位置づけられている」にすぎず、実施者も外来や病棟と兼任体制をとる者が多い(表7, 8)。訪問看護が病院や診療所のサービスとしてきちんと位置づくのはかなり難しいことを物語っている。

また訪問看護による収入は、患者より少額徴収するところは5病院にすぎず、「一切ない」病院・診療所が大部分を占める(表9)。

表7 訪問看護の実施形態

	病 院	診 療 所
正式に位置づけられている	51	40
正式ではない	48	17
不 明	0	1
計	99	58

表8 訪問看護の実施者(重複回答)

病院: 回答施設数 81

資格	計	保健婦	助産婦	看護婦	准看護婦	その他
計	485	75	36	175	138	61
専任常勤	} 77	11	0	35	13	11
〃非常勤		0	0	5	0	2
兼任常勤	} 408	63	36	133	125	44
〃非常勤		1	0	2	0	4

診療所: 回答施設数 47

資格	計	保健婦	助産婦	看護婦	准看護婦	その他
計	284	14	0	124	124	22
専任常勤	} 8	0	0	5	2	0
〃非常勤		0	0	1	0	0
兼任常勤	} 276	14	0	112	112.5	22
〃非常勤		0	0	6	9.5	0

表9 訪問看護による収入

	病 院	診 療 所
患者から	4	0
往診料 ¹⁾	9	6
委託費 ²⁾	7	4
患者から+委託費	1	0
その他	1	1
一切なし	76	47
不 明	1	0
計	99	58

注1) 処置料, 再診料含む

2) 公的な各種補助金をうけて行なっているもの

<特 長>

①治療を要したり、器具を装備しているような医療依存度の高いケアができる。

現在入院患者の中には患者や家族が医療器具を扱ってそれを管理する態勢があれば退院

できる者も決して少なくない。宮城県看護協会の調べでは、入院患者が退院できない理由のうち、10.2%は「定期的な交換が必要」及び「褥瘡などの）処置が必要」だからという¹⁷⁾。病院・診療所実施の場合、医療機関が実施主体であるために、この点医療サービスを提供できる。

②訪問対象者はその病院や診療所の外来や入院患者であるので、そのもとで継続してケアを受けられる。看護職の側からしてもこれまでの経過を知っているので看護計画も立てやすい。また患者の主治医もその病院や診療所にいるので、看護職と医師との連携もとりやすい。

③急変時に主治医の往診や入院がしやすい。緊急時の連絡が直接病院・診療所に行くので、看護婦の訪問や医師の往診もスムーズに行なわれ、自治体実施に比べるなら入院もしやすい。

④訪問看護婦は新しい看護・医学知識及び看護技術などつねに接触できる場にいる。そしてそれらを吸収し、力を身につけることができる。

<問題>

サービスの問題点

①何らかの形で受診した者しか訪問看護の対象にならず、外来受診をしていない患者はサービスを受けられない。

②専任の訪問看護要員を確保することが難しいため訪問看護婦は、外来や病棟などとの兼任が圧倒的に多く、他の看護職や患者へしわよせされる。特に診療所では、ただでさえ看護職の人数が少ないので、専任の訪問看護婦を

捻出することが難しく、また、経営上新たに雇うのも負担が大きい。実際、民医連所属の診療所では「専任体制はまだまだ¹⁸⁾」という。ある診療所では、看護婦が訪問に出る間パート看護婦を雇っているが、これは例外の部にはいる。

③保健婦や自治体の福祉サービスとの連携がとりにくい。

病院・診療所実施の場合でも、患者や家族が、在宅療養生活をうまく送れるようにするには、地域の保健婦との協働態勢や、自治体の福祉サービスの活用が大きな要となる。病院・診療所の看護婦は患者に必要な福祉サービスに結びつけたりするとき、連携の必要性を感じてはいるが、実際スムーズな連携システムの稼働しているところは少ないようだ。

実施者にとっての問題点

訪問看護に要する経費はほとんど病院負担であり、病院経営上も赤字である。中には患者から料金を取っているところもあるが、訪問看護婦の人件費や他の衛生材料費には充当できず、いずれにせよ赤字になる。

訪問看護のニーズも十分に認識し、またその意欲もあるが、結局この収入の裏づけがないために、実施するのに二の足をふんでいる病院・診療所は多い。

<改善すべき点>

病院・診療所実施の場合、財源のないことが発展をこぼむ大きな要因になっている。社会保険の中に点数化されることが理想ではあるが、実現の日まで現状のままで行くわけにもいかない。当面の打開策として次の方法を考えたい。すなわち、県や市町村から補助金を受けるということである。

現実に県から補助金を得て訪問看護を実施しているところもあり、また各自治体から補助金を得ている医療機関のあることはすでに述べた。十分ではないにしても財源を確保すればその財源によって医療機関全体の看護要員を増やすことができ、病棟や外来から訪問要員を割愛しなくてもすむことになる。他の部門にしわ寄せされた形での訪問看護は、基本的にはやはり問題があると言わざるを得ない。そのようにして確保した財源で、少しでも専任体制をとる糧になることを望みたい。

以上、自治体実施の場合と病院・診療所実施の場合の特徴について述べてきた。これを簡単にまとめる次のようになる。

自治体実施の場合は福祉の所轄で始まっているだけに福祉的色彩がかなり濃い。これまで医療サービスの恩恵に浴することもなく社会の片隅で生活していた人々に、健康回復の機会を与え、保持していけるように支え、また、必要な他のサービスに結びつけているその活動は人間の健康権の重大さを再認識させる意義深いものである。

しかしその反面、行政事業であるために活動がかなり制約されていることも見逃せない。現状では訪問看護を必要としていながらも、そのサービスを受けられない患者で出てくる。また、潜在看護婦委託方式をとっている自治体が多いが、彼女たちへの健康管理面での処遇は不十分である。

そしてまた現在のところ、東京都では事業実施している自治体数はふえ、自治体の事業予算もふえてはいるが、低成長下時代の今後どのような予算削減の影響を受け、事業縮小や廃止にならないという保証がないのも気がかりなことである。

他方、病院・診療所実施の場合は、医療機関で受けるサービスと同質かまたはそれに近いサービスを在宅療養者に提供することができる。そして緊急時にも対応しやすい。反面訪問看護の専任態勢をとることや、自治体の福祉部門と連携をとることがなかなか難しく、十分なサービスが行なえない問題も出てくる。経費の裏付けがないことも大きな問題である。

Ⅲ 訪問看護の推進

以上のようにいくつかの問題を内包しながらも、訪問看護は広まってきた。この動きを国や関連団体、そして出発を支えたあの住民や看護職はどのようにみているだろうか。今後訪問看護の行く手にも大きく影響することなので検討してみたい。

1 厚生省

厚生省社会局長は1978年4月、各都道府県知事ならびに指定都市市長に対して、「老人保健医療総合対策開発事業について」通知を出した。それによればこの事業は「老人の心身の状況に応じた

一貫性のある老人保健医療対策を推進し」「今後の老人保健医療対策の効果的な運営に資する」ために行なわれるものであるという。実施主体は市町村であり、事業内容は老人の健康教育、健康診査、健康相談、在宅老人家庭看護訪問指導、医療費の支給、在宅老人機能回復訓練、その他の7項目にわたっている。

厚生省がこうした事業を推進するようになったのは、実はその根底に1977年10月に老人保健医療問題懇談会のまとめた「今後の老人保健医療対策のあり方について」という意見書があった。意

見書では「老人の適正な保健医療の確保向上のため」国及び地方公共団体は責任を負うべきことをまず説き、国民が積極的に協力をすることを明記している。そして保健医療対策の実施主体は市町村であり、老人保健サービスを充実するには在宅療養のための条件整備が重要であると述べる。そのため「既存の家庭奉仕員派遣制度等の在宅福祉サービスの拡充に加え、保健婦等が老人の家庭を

訪問し、本人や家族に対し療養上の生活指導や看護指導を行う等の施策を実施すべき」ことを強調した。1978年4月に通知された「老人保健医療総合対策開発事業」がこの意見書を受けていることは疑いないだろう。

ここではそうしたいきさつをふまえた上で、この事業の大きな目玉である在宅老人家庭看護訪問指導事業についてだけみていくことにする。

在宅老人家庭看護訪問指導事業実施要綱

1. 目的

この事業は、在宅ねたきり老人等の家庭を訪問し、その家族に対し看護方法等の指導を行うとともに、当該老人に対し必要かつ適切な療養方法、機能回復訓練方法の指導等を行い、もって老人の保健衛生と福祉の向上を図ることを目的とする。

2. 実施主体

この事業の実施主体は、市（特別区を含む）町村とする。

3. 訪問対象者

訪問の対象者（以下「対象者」という）は、おおむね65歳以上の在宅ねたきり老人又は、ねたきりになるおそれのある在宅老人で、その家族に対し看護方法等の指導を行う必要があり、かつ当該老人に対し、療養方法、機能回復訓練方法の指導等を行う必要があると認められる者とする。

4. 訪問保健婦

訪問指導を実施する者は、原則として保健婦とする。

5. 対象者の選定

(1) 市町村長は、対象者を把握したときは訪問保健婦に当該老人の家庭を訪問させ、次に掲げる事項を調査のうえ報告させるものとする。

ア 訪問指導の必要度

イ 必要とする指導の内容

ウ 必要とする訪問回数、期間

エ 訪問指導希望の有無及び受入条件

オ ねたきり等の状況、既往病歴、現病歴（受療状況を含む）、生活環境、栄養状態

カ 世帯の所得の状況

キ その他必要な事項

(2) 市町村長は、上記(1)の調査内容を審査し、訪問の優先度を考慮のうえ主治医があるときは主治医と協議して、訪問指導を実施する対象者（以下「実施対象者」という。）を選定するものとする。

6. 訪問指導の実施

(1) 市町村長は、上記5により実施対象者を選定したときは、訪問保健婦に当該対象者の訪問指導を実施させるものとする。

(2) 訪問保健婦は、訪問前にあらかじめ上記5の調査結果を勘案のうえ訪問指導計画をたてて適切な指導を実施するものとする。

(3) 訪問指導を行うに当たって、実施対象者に主治医があるときは、その指示を受けて実施するものとする。

7. 訪問指導の内容

訪問指導の内容は、次のとおりとする。

(1) 看護方法に関する指導

訪問看護の現状と課題

清拭，体位交換，拘縮予防，褥瘡の予防等の方法に関する指導

(2) 療養方法に関する指導

食事・栄養の指導，生活指導等

(3) 機能回復訓練方法に関する指導

(4) その他の指導

8. 訪問指導の回数

実施対象者に対する訪問指導は，当該対象者の病状等を勘案のうえ，おおむね月2回程度を標準として行うものとする。

9. 報告及び記録の整備

(1) 訪問保健婦は，訪問指導の実施状況等について市町村長に報告するとともに，主治医があるときは随時主治医に連絡するものとする。

(2) 訪問指導の実施内容については，在宅老人家庭看護訪問指導記録票に記録して事後の訪問指導に資するものとする。

10. 関係機関等との連携

この事業の実施に当たっては，地域医師会，保健所，医療機関，福祉事務所，ホームヘルパー，民生委員等と緊密な連携を図るものとする。

11. 研修

市町村長は，訪問保健婦に対し，事業実施上の基礎的知識，技術に関する研修を実施するものとする。

12. 都道府県及び保健所の任務

都道府県及び保健所は管内の市町村においてこの事業が実施される場合は，当該市町村に対して適切な指導監督を行うとともに，必要な協力を行うものとする。

実施要綱によれば，訪問の対象者は「おおむね65歳以上の在宅ねたきり老人又は，ねたきりになるおそれのある在宅老人」で，「その家族に対し看護方法等の指導を行なう必要があり，かつ当該老人に対し，療養方法，機能回復訓練方法の指導を行なう必要があると認められる者」となっている。これは前述した東京都の定めた対象者と同じである。また，この事業の目的にも関することであるが，この事業は事業名そのものからわかるようは，「指導」が中心であり家族がねたきり老人等を介護できるようにしていくことをねらいと

している。それゆえ，業務内容も下のように指導が主である。これも東京都下自治体実施の内容とさほど変わるものではない。訪問回数の「おおむね月2回程度」も同じである。これらのことは，実績を踏襲した感が強い。しかし訪問要員は前の意見書が示したように「原則として保健婦」であり，ここは東京都や他の自治体の定めた「看護婦，保健婦」と異なる。厚生省の話では，「指導が主の仕事なので看護婦より保健婦の方が適切と考えた¹⁹⁾」とのことだが，実際すでに都下をはじめとして各地の自治体で看護婦による訪問看護が軌道に乗っていることを考えれば，実情を無視した発想と言わざるを得ない。

また，その訪問看護をする保健婦は「市町村職員の保健婦でもよいし，潜在保健婦を雇い上げて要員にあててもよい。市町村の実情に合わせた方法をとるのがよい²⁰⁾」と厚生省では考えてきた。

この前者の方法の背景には市町村保健センター

訪問指導の内容

(1) 看護方法に関する指導

清拭，体位交換，拘縮予防，褥創の予防等の方法に関する指導

(2) 療養方法に関する指導

食事・栄養の指導，生活指導等

(3) 機能回復訓練方法に関する指導

(4) その他の指導

構想がある。1978年度より厚生省は国民の健康づくり政策をうち出し、それを推進する拠点として、市町村に保健センターを設置することを決めた。また時機を重ねて国保保健婦を市町村へ身分移管もしている。厚生省の考えには市町村保健センターの活動要員にこの身分移管した国保保健婦をあて、そして訪問看護事業を担当させようという意向があったと思われる。しかし、市町村保健婦が直接訪問看護事業を担うとはいっても、国の補助対象保健婦数は数年来横ばいであり、国が真剣に要員確保を考えたとは考え難い。現員数のままの事業開始では、保健婦の業務に負担がかかるのは目に見えていよう。当の市町村保健婦自身も、かねてより、次のような不安を寄せている。すなわち、保健婦はこれまで「個を通して地域全体をみる」という活動をしてきたし、今後も大切な仕事になるだろうが、この事業がすすめられると、「個のみを追い求めるようになり」、「(地域全体の) 予防活動や公衆衛生活動はどうなっていくのか(なおざりにしろというのか²¹⁾)」という危惧である。

一方、後者の雇い上げ保健婦を要員にあてるという方法はどうかといえば、これも予算面から難しさがうかがえる。(表10)のように、訪問看護事業の予算は少しずつ増加はしている。国としてもねたきり老人を放置できず、何らかの対策を講じる必要性を感じてのことだろう。しかし、1市町村当たり600万円未満の補助単価でしかなく、し

表10 在宅老人家庭看護訪問指導事業の予算^{注)}

年度	実施市町村数	予 真 額	1市町村当たり補助単価
1978	56	7,280万円	390.0万円
1979	112	17,982.2万円	578.0
1980	140	25,807.5万円	592.5

注) 老人健康相談事業の予算も含む

かも老人健康相談事業経費を含み、そして訪問看護事業実施に関わる運営経費も含んでいるとなると、厚生省のいう雇い上げの保健婦の件費を捻出するのも容易ではない。

以上みてきたように国の始めたこの事業は、各自治体ですでに実施されている訪問看護を後押ししたものであり、その点大いに評価も期待もできるが、事業実施にあたって様々な条件を未整備・未確認のまま始動した感が強い。国が高齢化社会の到来についてあちこちの分野で対策を練っていることは多々知見できるがその目玉ともいべきこの事業は不十分な条件下で、しかも今後もその条件整備がされるのかどうかもあいまいなままで——とりわけマンパワーの確保面で——すすめられたといえるだろう。

2 日本医師会

訪問看護に対する日本医師会の反応は、当初かなり高圧的であった。1976年日本看護協会の発行した『看護白書』に、訪問看護事業を制度化していく必要性が述べられているのに対し、日本医師会は同年9月次のように真っ向から反駁した。

訪問看護制の意図するところは医療の中において医療と看護を並列的に置こうとするものであり、究極的には医療の主体性への挑戦を受けとめられる。

看護婦が医師から離れて指示することは明らかに医療行為であり、医師法違反²¹⁾。

次いで翌年8月には厚生大臣あてに勧告書を出し、「看護婦は病院で充足することが第一義的でなければならず、病院看護婦も不足している現状のもとで訪問看護をすることは「病院機能を将来低下させる恐れがある」と厳しく批判した。そして訪問看護は国保や保健所の保健婦活動を充実

させることで解決すると結んでいる。

このような頭ごなしの反対は、訪問看護を行なうことで看護職が医療の分野で幅をきかせるようになり、ひいては、過去長年にわたって医師が他の保健医療職に対して誇っていた優位性が揺さぶられるのを恐れたためと思われる。

しかしこうした反対声明が唱えられていた一方で、中にはそれ以前から訪問看護を積極的に推し進めようという医師がいたことも事実である。高崎市では1972年から、小平市では1974年から、三鷹市では1977年から、始められている。高崎市の場合では市医師会が訪問看護の必要性を強硬に主張し事業開始のはこびになったとき。また反対声明が出された1977年でも、いくつかの自治体医師会は協力的であった。

たとえば東村山市医師会では同年3月の定期総会で、当市で実施している訪問看護事業に、「文字通り協力献身する」ことで満場一致の賛成を得ている。この期、同市医師会長は「おそまき乍ら、当医師会が此の仕事と正面からとり組み、市及び東京白十字病院と力を併せて歩こうという機運に達したことを慶ぶ²³⁾」と記している。

また同年12月の「東部地域ねたきり老人実態調査報告集会」で、足立区医師会副会長は「私たち医師も積極的に取り組まねばならない重要な課題である²⁴⁾」と言い、実際翌1978年1月から、足立区医師会は区の訪問看護事業を受託したのであった。

ところで日本医師会が「医療総合対策²²⁾」を公表し、老人専門のパラメディカル職種（訪問看護婦等）の必要性をうたったのは1969年にさかのぼる。しかしその場合の訪問看護は「医師の主体性の中で医療機関から出た患者を医師のオーダーの中で訪問看護(傍点筆者)」することを目途とした

ものであった。それを考えるなら、上記のようにいくつかの自治体の医師会が受託した訪問看護事業はパラメディカル職種との協力が必要であることは認知してはいるものの、やはり医師の主体性のもと、すなわち医師が中心になるのを前提とした形を構想しているといえるだろう。

1977年に反対を表明して以降、日本医師会は訪問看護について見解を表明してはいない。これは『看護白書』発刊後のマスコミの訪問看護をとり上げるブームが去り、マスコミや社会に対する反対攻勢を示す必要性が現在ではないことも一面ではあるだろう。しかし、うがった見方をするならば、高齢化社会の到来を迎え、ねたきり老人が相当数に上っており、何らかの対策を具体的にすすめていく緊要性を痛感したのではないかと推察され、また医師の主体性のもとであるなら看護職などのパラメディカル職種との協力の上訪問看護をすすめていくのもその一策であり、時代の流れを受けとめているのではないと思われる。

最近では1980年1月に、老人ケアの新しいあり方を検討するため日本医師会で「ねたきり老人問題委員会」が発足し看護職もメンバーの一員に加わった。これも日本医師会の考えが全体的に少しづつ柔軟になってきているあかしにもみえる。

訪問看護に対する日本医師会全体の動きは数年前と変わってきていると言えるだろう。

3 民 医 連

民医連が「訪問看護制度の確立をめざす民医連の方針²⁵⁾」を打ち出したのは、1976年7月のことである。「方針」は、事実としてねたきり老人や難病などの在宅患者が増加し、患者や家族から訪問看護の切実な要求があったこと、ならびに医療従事者の側も予防—治療—リハビリという一貫性

をもったサービスの必要性を痛感してきたことを、前段に述べている。そしてこれら在宅患者、とりわけねたきり老人への訪問看護は緊急課題であり、実施責任は国と自治体にあることを強調している。そして訪問看護を実施する際の基本的考え方として次の6点をあげた。

- ① 健康権の総合保障の一環として行なわれるものである。
- ② 医療の中で看護の一貫性が保持されなければならない。
- ③ 地域ぐるみでとりくむため、地域に住民主体の協議会方式の体制をつくり、また関連機関とのつながりを持つ必要がある。
- ④ 訪問看護を担当する医療従事者の確保と養成を充実していかなければならない。
- ⑤ 制度上、財政上の保障に国が責任を持つべきである。自治体ごとに実施するにしてもいづれ全国一本の制度にさせる必要がある。
- ⑥ 費用負担は社会保険を原則とし、その実施までは公費負担とする。

民医連としては当時いくつかの加盟医療機関が訪問看護をすでに始めていたこともあり、それを後押しし、また他の医療機関も実施できるようにするためこうした制度化への提言をしたのである。

「方針」が出されて3年後、民医連加盟医療機関の行なう訪問看護はいくつかの質的發展をみせた。民医連自身の総括によれば、実施医療機関がかなり広がり、全体380余のうち250カ所が実施している。医療機関内で正式な業務として位置づくようになり、徐々に他職種も参加するようになった。もともと訪問対象者はねたきり老人だけではなかったが、あらゆる疾病をもった患者が対象になっている。7割近い医療機関が、他の医療機関や保健所、福祉機関と連携がとれるようにな

ってきた。そして今後は最大の課題でもある保険点数化にむけて、「広範な世論にし、運動にしていくのと同時にやはり着実な医療実践を²⁶⁾」していくことが必要不可欠であると述べている。

このように民医連では、地道に活動をつみ重ね、地域に定着していった。これから先看護職員の数の少ない診療所などで、いかに専任体制を組むか、またPT、OTや福祉関係者などいかに連携をとり合っていくか、など課題は多いが、訪問看護を広め、質を發展させてきたこれまでの業績は評価されなければならないだろう。

4 住民——患者・家族

これまでに訪問看護を受けた住民や家族からは、実に多くの感謝と心からの賞讃と發展を願う声が出されている。ある病院看護婦は、ねたきり老人への訪問を始めた当初は、「『病院の看護婦は忙しいのだから自宅まで来てくれなくてもよろしいです』と閉鎖的で患者に対しても早く死んでくれた方が助かると考えていた家族も、(家族間の)交流会の中で他の家庭を知り、好意的になって、食事や看護についても関心を持つようになった²⁷⁾」という。

また、家族にとって日常の患者の身の回りの世話は労力を要することである。なかでも最も困っていて、しかも実際するとなると負担が大きいものとしてよく指摘される、入浴や洗髪も、訪問看護婦によってなされるようになり、そのうち家族自身ができるようになった例をよく耳にする。かつて筆者は、ある病院の訪問看護に同行したことがあったが、家族の手伝いを受けながら洗髪を終えた時、患者が「ああさっぱりした、気持ちまできれいになったようだ」と語った言葉がひどく印象的であった²⁸⁾。家族にとっては、看護の方法も

わからずに不安を抱えていることも多く、また、四六時中患者の世話に追われ心身共に疲れている人も数限りない。ちなみに老人介護者の意識調査をみると、清拭や褥瘡ならびに機能回復訓練などの方法がわからずに困っているという者は1/4に及び、介護者の健康状態も「少し疲れている」人を加えると「疲れている」人は6割弱に及ぶ²⁹⁾。このような状態のもとで、専門の知識や技術をもつ看護職が訪問してくれると方法も知得でき、何よりも心強い。ある患者は「夫が手を出すと（看護に不慣れで手荒いため）激しく拒否していたが訪問指導の結果上達し、しだいに（夫を）受け入れるようになり看護者（夫）も手際のよい体位交換、シーツ交換を実施してみせるようになった³⁰⁾」という。

1979年7月の日本看護協会主催のシンポジウム「みんなで医療を考える」の「老人の健康分科会」でも、老人の在宅療養を快適にするような「老人介護を考える会」の発足が、満場一致の賛同を得たが、これも訪問看護への期待を裏づける一つの証左とみてよいだろう。

5 看護職

ここ数年、日本看護学会の地域看護分科会では、発表者が演題に訪問看護活動を取り上げる傾向が強い。とりわけ1978年9月ソ連のアルマ・アタでWHOのプライマリー・ヘルスケアについての国際会議が開かれ、訪問看護がその一つの方法と保健医療関係者に受けとられてからは、翌1979年の地域看護分科会のテーマに「プライマリー・ケアと看護」が選ばれ、シンポジウムでも「老人の訪問看護サービスは、わが国の看護界の歴史の上でも一つの画期的な活動といえますが、プライマリー・ケアの理念からも意義深いものと言えます³¹⁾」

と述べられた。そしてその時の他の発表演題にも、プライマリー・ヘルスケアと訪問看護との関連が色濃く出ている。また他の看護関係雑誌をみても、訪問看護に関する論文—活動報告、事例報告、実態（ニード）調査、介護者の意識調査、さらなる発展への提言などはあらゆるところに散見できる。訪問看護についての看護職の関心は相当高いと言ってよい。

そして、こうして始められた訪問看護に看護職の賭ける意欲は限りなく大きい。ある病院看護婦は、在宅でも入院中と同質の看護が求められていると述べ、「その要求に応える看護は患者の生きている喜びにつながり、看護の質的向上にもつながる」、そして「私達看護婦の持続して看護を追求するエネルギーともなった³²⁾」と力説した。また、病院勤務経験があって現在は自治体の訪問看護を受託している看護婦達も、かつては患者退院の時家族に、「経管栄養の方法を教えて、一般的な看護の方法を教えて、それで私もけろりとしていた」が、今は「何か通り一遍のところがあったんじゃないかな」と恥じ、「こういう看護もあるんだということを私は訪問して初めて知ってよかったですと思いました³³⁾」と口々に語っている。

それゆえに、とりわけ病院・診療所勤務の看護職からは、社会保険の中に訪問看護料金の制度化を要望する声強い。社会保険の中に点数化されることで多くの医療機関が実施にふみきったり、すでに実施しているところでは拡充していくことを望んでのことである。1980年3月1日東京民医連の看護活動研究集会でも、活動を拡充するには制度化されていないと限界があり、1日も早く制度化を望む声があちこちで聞かれた。日本看護協会でも、1976年度から、社会保険診療報酬の改訂に関する要望書の中に訪問看護料の新設をもちこ

んできた。このように訪問看護は看護職にとって働く機能の空間的拡大、質的向上をもたらすものであり、点数化はそれを促進させる鍵になっていると考えているようだ。

このように各界の動きをみてくると、訪問看護に対する考えは、その立場により微妙に異なるが、大勢として、推し進めようという気運が感じられ

る。訪問看護の推進を主張するのは、住民だけでもなければ、看護職だけでもなく、現段階ではもはや住民と医療関係者全体を取り込む運動になりつつあるといえるだろう。そして各界が立場の差こそあれ、これを認めたということは、施設中心の現在の医療供給体制が、現実になんばつつではあるが確実に変わっていく胎動に他ならない。

Ⅳ これからの訪問看護

以上訪問看護の現状とそれをとりまく各界の考えについて大まかに見てきた。一言でいうなら現状に問題点はあるが、全体として推進の気運は強いということである。

そこで以降では、これから訪問看護が、様々な方面からの協力を得ながら拡充されていくにあたって、押さえておくべき基本的考え方についてくつか述べてみたい。

1 在宅療養の社会的認知

前章で筆者は在宅療養の必要性が各界で認められ、現在の施設中心の医療供給体制が変わりつつあると述べた。しかし、とはいえ、現段階では在宅療養は保健医療サービスの中の一つの柱には十分なり得てはいない。外来→入院→退院→在宅という一連の保健医療サービスの流れの中で“市民権”を確立していくためにも、社会全体が医療サービスのあり方について、さらに深く考えていく必要がある。

そもそも療養はその人自身への生活と決して無縁のものではない。とりわけ慢性疾患患者の場合は、長年にわたって病気とつき合っていかなければならず、その人にとって病気は人生の前提条件になっているともいえる。それだけに療養をその

人の生活からまったく遮断して考えることは適当とはいえず、少なくとも療養の場を患者が選択できることが必要であろう。現在では、幾多の看護関係雑誌の事例紹介などから、家庭で療養を望む者が多いように見られる。できることなら自分が長年慣れ親しんだ生活の場で、家族とも一緒に過ごしたいという願いは、実にもっともであり、中でも末期を家庭で過ごしたいというのは、人間としての死のあり方を考えると、当然のことといえるだろう。

このように、家庭を療養の一つの場と考えるように、広く社会の認識を改めていくことがまず必要であり、そのため看護職としては、在宅療養を希望する患者や家族を積極的に援助していくことが必要だろう。

2 他の保健医療福祉サービスとの連携

これまですでに多方面から訪問看護への高い評価が寄せられているが、しかし訪問看護さえあればすべて住民の健康を守れるというものではない。訪問看護は確かにその一翼を担ってはいるが、それだけで疾病予防をし、患者の健康を回復させることはできない。訪問看護は他の一連の保健医療サービスならびに福祉サービスの中の一つであり、

それらのサービスが有機的に結びついた上でこそ、はじめて効果的なものになる。

例えば、必要に応じて、自治体のホーム・ヘルパー制度や、入浴・給食・貸オムツサービスなどを活用すべきである。また、数は僅少であるが家族の負担を軽減させるため、家族が外出・旅行・休息をとる時に老人などをあずかって看護してくれるショートステイホームを利用することも考えられてよい。そして対象者が通院できる状態になったら機能回復訓練のためにデイ・ケアを行なう施設に通所することも取り入れていってよいだろう。加えて、訪問看護を行なう立場から、それらの施設の増設と整備を国や自治体に要求していくのも必要なことであり、また立場を生かした説得力のある要求となろう。

3 保健婦との相互信頼と役割分担

訪問看護が自治体と病院・診療所と異なる実施主体で行なわれていることはすでに述べた。それぞれは試行錯誤を重ねながら今に至っており、また修正する余地も残している。

しかし看護職の中には、自分のかかわっている実施方法の訪問看護のあり方をベストと思い、それ以外を認めないばかりか否定する向きも少なくない。これは相手の実施方法の短所面を拡大解釈し、自分も含めてそれぞれが試行錯誤段階であることを十分認識し得ていないためだろう。現在訪問看護活動が定着してきた時期であるだけに狭い価値観にとらわれることなく、相互に相手を認め合い、その上でよりよい方法を築くための真摯な批判こそが望まれる。

このあつれきは、訪問看護を実施している、いわば自治体と医療機関間、あるいは自治体の中でも民生部所轄のところと衛生部所轄のところの間

のことであるが、一方、これに加えて従来行なわれてきた保健婦による家庭訪問活動とこれらの訪問看護活動とのあつれきも決して小さくない。

そもそも保健婦の家庭訪問は「保健婦活動のなかでも、もっとも特色のある、しかも基本的な働きをするといわれる³⁴⁾」。保健婦は地域住民に病気や異常が出ると、家庭訪問をし、患者や家族の生活環境の中にその原因を見い出し、そして生活の中で解決していく方策を探る仕事をしてきた。いわば、患者とその家族を地域の中の一つの単位と捉え、一人の患者を入口として背後に広がる地域全体の問題まで視野に入れてみてきたといえる。よく言われる個から全体の把握である。訪問看護の始まる前は、この家庭への訪問は、保健婦の専売特許という観が強かった。

ところが各地で訪問看護が広がり看護婦が地域にはいっていくようになり、それが地域住民に両手を挙げて迎えられるようになると、これまでの保健婦の足場が揺さぶられると思ったようだ。

「看護婦に在宅患者の看護はできない」「不十分だ」という声や、また保健センター構想が伝えられた1978年には「保健婦は保健センターで訪問看護（処置をすることなどごく狭義の訪問看護内容をさす——筆者注）をさせられるのではないか³⁵⁾」という危惧が出された。これらの言葉の裏に保健婦の優位性を守ろうとする気持ちがあることは否めない。

しかしながら、患者を中心に考えるなら保健婦と看護婦とは結して拮抗するものでなく、在宅者へのサービスがまだまだ少ない現状では共に必要なものであると考えたい。

保健婦は行政に働く唯一の保健医療専門職として、患者の必要に応じて関連機関・施設に結びつけることができる。そして訪問看護婦のよき相談

援助者にもなり得るだろう。

他方、訪問看護婦はそれよりも、むしろ保健婦の苦手という実際のケア処置や器具の交換や細かな療養指導をすることができ、極言すれば患者の療養生活をいかに快適にするかという点に焦点をあてた仕事をしている。一人の患者に保健婦と訪問看護婦の両者が関わると、患者をめぐる情報の交換ができ、患者にとって必要で的確なサービスをすることができる。そしてこうした複合サービスは患者や家族が健康回復するのを一層促進できるのは言うまでもない。看護職それぞれがお互いに活動を認め合い、相手を「活用する」ことが大切と思う。

4 多様なあり方

現在の訪問看護は実施主体も様々で、またその方法も多様である。これは患者のニーズが種々それぞれに異なっているためであり、患者のニーズに目を向けるなら、多様な方法があるのはむしろ当然のことといえる。どの方法がいいのかという議論もあるが、それぞれニーズがありそれに応えている現状下では、ここでの即断は避けたい。ただし、多様なあり方があってよいとはいえ在宅でケアするのが効果的なのはどのような患者なのか、そしてどのような場合ならできるのか、確認しながらすすめることが重要なのは言うまでもない。

今後当分の間は自治体実施のものも、医療機関実施のものも、ともに増えていくだろうと思われる。しかし、筆者は、今後医療機関実施のものが拡充していても、現在自治体で実施している福祉的な訪問看護形態は、やはり残して発展させなければならないと考える。今後ますます高齢化社会の到来を迎え、医療サービスよりも看護を必要とする層はふえるだろうし、医療機関では十分対応

できないことも多くなると推測されるからである。

そしてそれに加え、今後は看護職が訪問看護を行なう組織を作りそれが病院や自治体の訪問看護を請け負う方法も考えられてよいと思う。すなわち外国のような訪問看護協会の設立である。

米国には、一定地域の訪問看護を一手に引き受けている訪問看護協会が全国的に存在する。この協会は、訪問看護による収入と各種の寄付によって運営される利益を追求しない民間団体である。地域内の病院と密接な連携を取っており、対象者は病院の退院患者が多い。この協会には、訪問看護婦の他、PT、OT、SWなども所属しているが、運営責任者は看護婦である。

訪問看護料は、メディケア、メディケイドなどつまり公費から、患者の加入する民間保険会社から、あるいは患者や家族から直接支払いを受ける。しかし、支払い不能な人々にも無料で訪問することもあるという。

勤務形態も融通がきくようで1日1件の訪問で2時間勤務ということもあるようだ³⁶⁾。

わが国の場合でも、施設に常勤として働くのは難しいが、もう少し自由な融通のきく勤務形態であれば、働ける看護職は数多い。潜在看護婦が自治体の訪問看護を受託し、週に何日か働いているのはそのよい例である。将来はこれらの人々が訪問看護協会に登録して、訪問看護に従事する方法も考えられるのではないだろうか。

おわりに

以上訪問看護の現状と今後の課題について記してきた。今後在宅者へのサービスを拡充することは、(高齢化社会を迎えるにあたり、社会全体の要請である。現状の施設収容型の医療システムから脱却し、多様なあり方を指向する時機にきている

といえそうだ。

そしてもう少し広い観点からみるなら、訪問看護サービスは、次に述べるようなノーマライゼーションの一環として捉えることが必要と思う。この思想は従来の福祉政策思想を根底から揺さぶるといわれ、保健医療サービス従事者にとっても示唆されるところは大きい。

社会福祉事業の対象者を特殊視し、隔離的に処遇するようなやり方を改めて、身障者も身体の自由のきかない老人も、できるかぎり住み慣れた近隣の環境のもとで生活ができるようにすべきであり、そうすることが本人の福祉にとって好ましいとの考えである³⁷⁾。

この考えの背後には身障者や身体の不自由な老人等が何%か混在する状態こそノーマルだという考えがある。具体策としては「地域コミュニティの中での在宅ケアの重視、統合教育の推進、住環境・労働環境の改善」などが指摘されている。そしてこれらは相互に関連しており、一つ一つは他の要素がなければ十全に成り立つものではない。

ところで最近、入院患者に対する様々な調査がなされ、入院の必要がないのに入院している患者の多いこと、すなわち病床の占有について関心が高まっている。前にあげた宮城県看護協会の調査では、医師や看護婦からみて入院患者の7.7%が退院可能な患者であるという。そしてそれらの患者が退院できない理由をみると、「家族の受け入れが悪い」と判断されたものが6割を占める。ただし「家族の受け入れが悪い」とは言え、これは看護婦が判断した見方なので、中には「住居が狭い」ため退院させられない家族も相当含まれていると思われる。実際、家庭で老人が介護されている場合でも、「住居が狭い」と意識している家族は都市部で75.5%を占めているという³⁸⁾。このよ

うに現状では全般に住居が狭く、老人の生活空間を家庭の中に確保するのは容易ではない。しかも一たん寝こんだらもとにもどるのはなかなか難しく、そのために部屋さくことになるのと他の家族へのしわよせも大きくなる。「自宅に退院させたいとは思っても、できない理由は、内因としては老人と家族との人間関係がうまくいっていないことがあるが、外因としては、この住居の狭さがかなり大きいだろう。」老人がこれまで慣れ親しんだ家庭で生活や療養ができるようにするため今後の住宅政策は十分に検討されなければならない。筆者はいわゆる同居論者というわけではない。実際どうすればよいのかは、個々それぞれの家族が決めることである。しかし、自宅療養を望む患者や家族がいることも事実であり、それが現在の住宅事情でできない場合も少なくないのである。このような現実をふまえて、述べていることをあえておことわりしておく。

住宅政策の一例をあげると自治体によっては、老人と同居するために家を増改築する者には、自治体が融資をすることになっているが、これをさらに押しすすめ融資額の上限の引き上げや、件数をふやすことをはかる必要がある。そしてこの政策のPRも怠ってはなるまい。また、今後国や住宅公団ならびに公社などが住宅を設計する際には、是非とも老人が住めることを前提に、部屋割りや、廊下や階段の傾斜や手すり等に細かく気を配った設計が望まれる。現在身障者世帯用の住宅や老人専用室を設けた住宅がぼつぼつ建てられているが、今後伸ばしていきたい方向と思う。

そして長期的には環境整備という点からは住宅を整えるばかりでなく、道路の広さ、信号の数やその“青”の時間の長さ、ならびに公園や公共施設などを、老人や、そしてまた子ども、妊婦、身

障者などのペースに合わせて、地域社会全体を設計し直すことも忘れてはならない。

他方、老人の健康はまず生きがいを持つことから、よく言われるが、その最適な方法として高齢者の雇用を促進することも大切なことである。その際、勤務内容や勤務時間、作業環境などをある程度変えることも必要と思う。

このように老人が地域社会の中で生活していける方法を、あらゆる面から考えることが大切である。そしてその時には老人や身障者などハンディを持つ人々を健常人が支えるという考え方ではなく、そうしたハンディを持っている人々に逆に健常人が支えられることが多いことも銘記すべきである。私達は高齢でありながら最後まで社会に貢献し、哲学を持って生きぬいた人を身近にたくさん知っている。その人々から学ぶことはまさに書物の及ぶところではない。また、多くの人が認めるように子育ての知恵など老人に教えられることはしばしばである。ハンディとはそもそも相対的なものであり、相互に学び合うことは実に多いのだ。こうしたノーマライゼーションの思想は立って、今後の福祉や保健医療政策が進められることを、筆者は望みたい。

訪問看護はすべてではない。それで在宅のねたきり病人すべての問題が解決するわけではない。しかし人々が人間らしい生活を望みそれを追求するのを、支え、励まし、そして実現に結びつけ得る重要な一翼ではある。訪問看護を看護の自立の手段などと狭く捉えるのではなく、もっと大きな観点から、社会全体のありようを模索し、多くの人にとって住みやすい生活環境を築いていく一つの着実な試金石であると信じたい。

(1980・6・12受理)

注

- 1) 東村山市『ねたきり老人訪問看護』東村山市福祉部・福祉事務所 1977年
- 2) 日本看護協会編『看護白書』日本看護協会出版会 1980年を参照されたい。
- 3) 厚生省『患者調査』1978年の「傷病大分類・性・年齢階級別にみる全国推計患者数」、同「傷病大分類・性・年齢階級別にみた入院患者受療率（人口10万対）」などから推測した。
- 4)5) 同上『患者調査』
- 6) 全国社会福祉協議会・全国民生委員児童委員協議会『老人介護の実態』全国社会福祉協議会 1979年
- 7) 在宅看護研究会『在宅患者の訪問看護サービス』日本看護協会出版会 1976年
- 8) 東部地域ねたきり老人実態調査懇談会『だまって見てはいられない その2』東部地域ねたきり老人実態調査懇談会 1978年
- 9) むさしの共立診療所婦長談 1977年11月
- 10) 城ヶ野美美子「堀川病院の外来看護」『保健婦雑誌』32巻6号 医学書院 1976年、
- 11) 早川一光「訪問看護と病院の歩み」『保健婦雑誌』32巻1号 1976年
- 12) 日本看護協会編『看護白書』日本看護協会出版会 1976年
- 13) 東京都老人福祉課談 1980年6月
- 14) 季羽倭文子「病院における訪問看護」『よりより保健医療サービスをすすめるために——地域保健医療検討委員会報告——』日本看護協会 1980年
- 15) 横浜市旭区訪問看護婦談 1977年11月
- 16) 日立市保健婦談 1977年12月、杉並区保健婦談 1977年1月
- 17) 宮城県看護協会『宮城県における訪問看護需要調査』宮城県看護協会 1980年
- 18) 1980年3月東京民医連第11回看護活動研究会の発表より
- 19)20) 厚生省老人福祉課担当者談 1980年6月
- 21) 『日医ニュース』1976年9月5日号
- 22) 日本医師会『国民医療年鑑』1970年版
- 23) 同前『ねたきり老人訪問看護』
- 24) 同前『だまって見てはいられない その2』
- 25) 『民医連新聞』1976年8月1日号
- 26) 「座談会訪問看護の質的發展と制度化の道」『民医連医療』87、民医連出版部 1979年
- 27) 佐藤美千子「高齢患者への訪問看護活動」『第10回日本看護学会集録』日本看護協会出版会 1980年

訪問看護の現状と課題

- 28) 脳卒中後遺症患者への同行訪問より 1977年8月
- 29) 生形早苗「在宅ねたきり老人介護者の意識調査について」『保健婦雑誌』34巻9号 医学書院 1978年
- 30) 池田小夜子「ケースの笑顔にやりがいを感じて」『保健婦雑誌』34巻6号 医学書院 1978年
- 31) 鎌田ケイ子「老人ケアの立場から」第10回日本看護学会シンポジウムでの発言より
- 32) 加藤淑子「看護の継続性における訪問看護の役割について」『第10回日本看護学会集録』日本看護協会出版会 1980年
- 33) 「座談会 ねたきりの人もともに生きているんだ！」『保健婦雑誌』36巻3号 医学書院 1980年
- 34) 「座談会 家庭訪問と訪問看護を考える」『生活教育』22巻6号 生活教育の会 1978年
- 35) 東京都保健所保健婦談 1977年, 及び1978年「第10回自治体に働く保健婦の集い」での発言などから
- 36) サンフランシスコ訪問看護協会 ハミルトン氏の講演より 1980年6月
- 37) 丸尾直美「福祉ノーマライゼーションの提唱」『週刊社会保障』34巻1070号 社会保険法規研究会 1980年
- 38) 宗像恒次他「老人の介護行動に関する研究」『日本看護協会調査研究報告No.11』(社)日本看護協会 1979年

The Present Condition of Visiting Nursing Service and Its Problems

Akiko Hasegawa*

Visiting nursing service used to be available at only a few hospitals and clinics. Since entering the 1970s, however, it has become a nation-wide service available at hospitals, clinics and the city and ward offices throughout the country. And it has become one of the national tasks. This service will definitely continue to grow in the future. The purpose of this paper is to trace the background of the visiting nursing service, to identify the problems it now faces, and to make a few suggestions for the future. To determine the present status of visiting nursing service, we first checked the pamphlets and other literature outlining this service available at city and ward offices in and around Tokyo and interviewed key persons engaged in this service. We then conducted field surveys on hospitals with more than 100 beds scattered throughout the country, and hospitals and clinics belonging to the All Japan League of Democratic Institutes.

The visiting nursing service currently available has the following features.

Since cities and wards offer visiting nursing service as part of their general welfare service, they have no trouble coordinating it to other welfare programs but has difficulty cooperating with hospitals. Due to lack of government funds, visiting service is restricted to it to bed-ridden old-aged patients only twice a month. Visiting nurses are not on regular payroll but are hired on a commission basis and paid separately every each visit they do. Their position is not a secure one, nor are they adequately trained.

Hospitals and clinics provide visiting nursing service to patients who have been discharged from hospital or are receiving medical care at home. They work very closely with family doctors in providing patients with consistent nursing care from the moment they are hospitalized, leave it and return home to convalescence. Hospitals and clinics, however, tend to limit their visiting nursing service to their own patients and have troubles keeping full-time visiting nurses. They are also faced with the problem of forcing hospitals and clinics to bear most of the financial burden, because patients are rarely required to pay for the service they receive.

For the present and the future, the following measures should be taken to develop the visiting nursing service ;

1. To improve coordination with other welfare programs.
2. To work out ways of providing visiting nursing service at this stage, since home patients' needs are varied.
3. To share responsibilities with regular public health nurses in providing nursing service at patients' homes.

* Research Department, JNA