

奈良県における在宅看護の課題と展望

奥田眞紀子 栗田麻美
奈良県立医科大学医学部看護学科

Problems and Perspectives of Home Care Nursing in Nara Prefecture

Makiko OKUDA Mami KURITA
Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University

要旨

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た取組みが全国で進められている。このような社会情勢の変化の中、在宅看護は、「地域完結型」の医療への変革、「在宅看取り」の体制整備、「自助」「互助」「共助」「公助」の機能強化等の課題解決に向けて多様な役割を担うことが期待されていると考えられる。

そして看護職者は、地域包括ケアシステム構築に向けて、対象とする地域に応じて多層的に重なりあう役割を持つと捉え、各々が自己の立ち位置を確認し、様々な課題に向き合い、ポジティブなチャレンジで役割を担っていくことが求められている。

Abstract

Initiatives are being put forward nationwide with the aim of constructing an integrated community care system as we approach 2025 when the entire baby boomer generation will be in the elderly stages of life (75 years old or older).

Amidst these changes in social conditions, home care nursing is anticipated to provide solution for important issues, such as complete regional type medical treatment, creating a system for end of life care and strengthening functions of self-support, mutual-support, communal-support and public-support.

In preparation for the construction of an integrated community care system the nursing profession has to develop a multi-layered system with overlapping regional unit, and to define their individual tasks, face the problems head on and take on this challenging role with a positive attitude.

I はじめに

団塊の世代すべてが、急激に有病率が上昇する後期高齢者となる 2025 (平成 37) 年が近づく中、限りある医療資源を有効に活用することが必要である。医療機関の機能分化が進み、とりわけ高度急性期医療を担う病院は、治療というその役割をすみやかに果たし、患者およびその家族の安全、安心を担保しつつ、治療を生活に組み込ませながら次の生活の場へ移行することが求められている。その後、患者は、療養者として自宅および自宅以外のすまいなどの「住み慣れた地域」で、医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・予防といったサービスを有効に活用することで、「治療モデル」から「生活モデル」への生活の再構築を行い、「生活の質の向上」を目指している。

地域包括ケアシステムの構築にあたり、場が変化しても「その人」の看護がつながり、その人らしい療養生活を続けることができるために、在宅看護が果たす役割はどのようなことが考えられるであろうか。

本稿では、地域包括ケアシステム構築の過渡期における在宅看護について、「在宅医療を取り巻く社会情勢の課題」と「課題解決に向けた在宅看護の役割」および「地域包括ケアシステム構築のための多層的な看護職者の役割」について考察し、奈良県における在宅看護の課題と展望について概説する。

II 在宅医療を取り巻く社会情勢の動向および課題、その課題解決に対する在宅看護の役割

社会保障制度改革国民会議報告書 (2014) をもとに、在宅医療を取り巻く社会情勢の動向を紐解き、そこから見えた課題とその課題解決に対する在宅看護の役割を考察する。なお、その内容を表 1 に示した。

1. 急速な少子高齢化の進展およびそれに伴う疾病構造の変化による「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への変革の必要性

急速な少子高齢化の進展およびそれに伴う疾病構造の変化は、必要とされる医療の様相に変化をもたらしてきた。平均寿命 60 歳代の社会の医療は、主に青壮年期の患者を対象とした救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が 80 歳を超えている現代では、慢性疾患による受療が多く複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、かつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅において病気と共存しながら望む暮らしの維持向上のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への変化が求められている。

これらの課題の具体的方策の考え方として、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者の QOL の向上を目指す方向性が示された。

この課題に対する在宅看護の役割として医療の機能分化が進む中、より不安なく効率的に在宅療養への移行を行うためには、【在宅療養移行支援の充実】が求められるといえる。在宅療養移行支援に関わる看護職者および病棟看護師は、退院支援・退院調整により医療機関との連携や、生活拠点である施設との連携等、療養の場をまたいで多職種連携が求められている。さらに看護職者は、医療と生活を看る専門職として医療職と福祉・介護職の橋渡しをしながら、他職種から期待されているリーダーシップを積極的に担い、【チーム医療におけるリーダーとしての役割】を果たすことが求められていると考える。

全国一般病床の平均在院日数は 1985 (昭和 60) 年で 36.5 日であったが、2012 (平成 24)

年には17.5日と短縮化が進んでいる。長期入院に伴う機能低下などのリスクを減らし医療費を削減する方向性の政策誘導もあり、今後とも在院日数は短縮することが予測される。

奈良医大附属病院における2014（平成26）年度の平均在院日数は13.9日である。入院期間の短縮が進む中、様々な身体状況や医療処置がある状態で在宅への移行を行う療養者が増加することは必至である。そのため在宅看護は、【多様な療養者への対応技術の向上】が求められ、退院時に医師、病棟看護師、医療機器メーカーの担当者等より、療養者とその家族に応じた知識と技術の移譲を受ける必要がある。また、在宅での支援が開始された後にも、適宜適切な対応ができるための【予測予防に関する看護判断における専門/認定看護師の積極的な関与】が期待される。

地域包括ケアシステムの構築にあたり、情報共有のための【ICTの活用の推進】が謳われているが、在宅看護においても積極的に活用する必要がある。同一療養者の訪問看護を共同で行う際の看護職者間の連携場面における活用を始め、医師との情報共有や、介護をはじめとする多職種との連携においても活用が期待される。

2. 死亡者数の増加および在宅療養希望者の増加による「在宅看取り」の体制整備の必要性

厚生労働省「人口動態統計」では2014年（平成26）年の死亡者数は127万3千人であり、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2012）」では、2025（平成37）年の死亡者数は153万7千人と推計されており、今後多死社会が到来する。

介護施設やサービス付き高齢者向け住宅等を自宅と見なしカウントするか否か、在院日数の減少に伴い入院患者数が増加することで死亡数が増加する可能性があるか否か等の条件から、数値予測は変動すると予測されるが、死亡場所として自宅および自宅やそれに準じた環境が増加することは当面見込まれる。また、2010（平成22）年度の厚生労働省「終末

期医療に関する調査」では、終末期において「自宅で最期まで療養したい」と回答した者の割合は11%で、「自宅で療養して、必要になれば医療機関を利用したい」と回答した者の割合を合わせると60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答している。

死生観・価値観の多様化も進む中、社会保障制度改革推進法（第6条第3号）にも規定されているとおり、「医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」が求められており、「在宅看取りの体制整備」が必要とされている。

これらの課題の具体的方策として、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れたQOD(Quality of Death)を高める医療の推進が挙げられる。どこで、誰と、どのように終末期を過ごし、どのように最期を迎えたいか、多様な選択肢から選べる全うできるための自己決定支援体制の構築と国民の選択における意識の向上への支援が必要とされている。

この課題に対する在宅看護の役割として、【エンドオブライフケアを実現する看護】が求められていると考える。長江（2015）はエンドオブライフケアを、「診断名、健康状態、年齢に関わらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時まで最善の生を生きることができるよう支援すること」と定義し、質の高いエンドオブライフケアの構成要素として、①疼痛・症状マネジメント、②意思決定支援、③治療の選択、④家族ケア、⑤人生のQOLを焦点化、⑥人間尊重、を示している。

奈良県は自宅での死亡割合が全国第1位（17.2%、平成23年）であり、2013（平成25）年度から5年間施行される奈良県保健医療計画においても「在宅医療」の項目の目標として、在宅死亡率第1位の維持を掲げている。希望すれば自宅での看取りがより良い形で実現するための体制づくりは今後の重要な課題といえる。

表1：在宅医療を取り巻く社会情勢の動向と課題、課題解決の方策および課題解決に対する在宅看護の役割

在宅医療を取り巻く社会情勢の動向	課題(必要性)	課題解決の方策	課題解決に対する在宅看護の役割
急速な少子高齢社会の進展およびそれに伴う疾病構造の変化	「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への変革	「医療の機能分化」 「回復期の医療や介護サービスの充実」 「入院期間の短縮化」 「在宅医療・在宅介護の充実」 「地域包括ケアシステムの構築」	【在宅療養移行支援の充実】 【チーム医療におけるリーダーとしての役割】 【多様な療養者への対応技術の向上】 【予測予防に関する看護判断における専門/認定看護師の積極的な関与】 【ICTの活用の推進】
死亡数の増加および在宅療養希望者の増加	「在宅看取りの体制整備」	「QOLを高める医療の推進」 「自己決定支援体制の構築」 「国民の意識改革」	【エンドオブライフケアを実現する看護】 【終末期の療養について自己決定できるための市民啓発活動】 【具体的な支援者と支援方法の提示による意思決定支援】 【心身の疼痛・症状マネジメント】 【家族ケア】 【人生におけるQOLの向上】
医療ニーズの多様化複雑化 「治す医療」から「QOLを重視した「治し支える医療」へ	「自助」 「互助」 「共助」 「公助」 の機能強化	「自助：個人が人生設計能力を高める」 「自助の伸長、互助の推進」 「共助、公助の整備」 「互助：住民および高齢者の主体的活躍へのしくみづくり」	【自助：健康リスクの軽減に向けた自助努力に関する知識の提供】 【自助：多様な選択肢の理解促進による自己決定能力の育成】 【自助：相談、情報取得、住民同士が交流できる機能と場の創出】 【互助：サービス創出への支援および積極的活用】

注)「在宅医療を取り巻く社会情勢の動向」「課題(必要性)」「課題解決の方策」は社会保障制度改革国民会議報告書(2014)を基に筆者作成、「課題解決に対する在宅看護の役割」は筆者作成

そのためには、まず、市民が【終末期の療養について主体的に考え、自身のQOLを考え、自己決定できるための市民啓発活動】を行うことである。そして、在宅療養移行支援時には、療養の場や職種の境界線を越えた地域のチームとして、【具体的な支援者と支援方法の提示による意思決定支援】が必要である。さらに、看護職者は、医療的な知識を持ち、日常生活をケアする専門職としての役割として、今後起こる可能性のある【心身の疼痛・症状マネジメント】【家族ケア】を行うことが求められていると考える。さらに、生活に寄り添った【人生におけるQOLの向上】への看護を行い、多職種と協働しエンドオブライフの実現を目指すことが重要であると考え。

3. 医療ニーズの多様化、複雑化による「自助」「互助」「共助」「公助」の機能強化の必要性

核家族化の進行や高齢世帯の増加、夫婦共働

きの増加による家族親族の支えあい機能の低下、地域の支えあい機能の希薄化によって、在宅医療の形態も「治す」だけではなく、「支え方」のニーズが多様で複雑化している。一方、ネガティブな多問題だけではなく、平均寿命および健康寿命の伸びにより、自分が自分らしく生きられる豊かな自由時間が増えており、その中にある在宅医療においても、よりQOLを重視した「治し支える医療」が求められているといえる。

このような健康長寿を実現するためには、健康で持てる力を最大限に発揮して生きるために個人が人生設計能力を高める必要があり、これらの「自助」を伸長することが求められる。「自助」を基本としながら、高齢や疾病・介護を始めとする生活上のリスクに対しては、「共助」が自助を支え、自助や共助では対応できない公的扶助や社会福祉等の「公助」が補完するしくみとなっている。これらの「共

助、公助」のしくみの更なる整備推進が必要といえる。また、住民主体のサービスやボランティア活動などのインフォーマルな助け合いである「互助」は、多様化複雑化する医療ニーズに対して欠くことのできない重要な資源であり、地域住民および高齢者が主体的な担い手として活躍するしくみとして期待されている。

この課題に対する在宅看護の役割としては、主に「自助」「互助」への働きかけが考えられる。

「自助」に対しては、【健康リスクの軽減に向けた自助努力に関する知識の提供】や在宅療養に関する社会資源の知識提供により【多様な選択肢を自己決定する能力の育成を支援】すること、また、気軽に【相談でき、情報が得られ、住民同士が交流できる機能と場を創出】し、実施すること等が考えられる。

「互助」においては、例えば訪問看護等の公助なサービスではうめられない地域での見守りや声かけを依頼することができる人材を集め、組織化する【サービス創出への支援および積極的活用】等が考えられる。いずれも、地域包括ケアシステムの構築において在宅看護に関わる看護職者に必要とされる役割であるといえるが、とりわけ、機能強化型訪問看護ステーションでは、「地域住民へ情報提供、相談支援」という機能が付加されており、率先した働きかけが必要であると考えられる。

Ⅲ 地域包括ケアシステム構築のための多層的な看護職者の役割

1. 地域包括ケアと医学を基礎とするまちづくり (MBT:Medicine-Based Town)

MBT は Medicine-Based Town の略であり、「医学を基礎とするまちづくり」を意味する、奈良県立医科大学の細井学長が提唱する概念であり、奈良医大の周辺地域において、そのまちづくりを実現しようとするものである。

後藤 (2014) によると MBT は、医療福祉健康に関する様々な機能や情報が病院や施設内、すなわち、建築や敷地の内側に閉じるのでは

なく、広く「まち」の中に展開していくものである。さらに MBT は、人間らしく自律した生活が出来、安心して健康に住まい続けることのできるまちで、一人一人の人間が自らのライフスタイルに応じて選択した医療福祉健康サービスがまちなかの適材適所に効率よく提供され、健康的で文化的な社会生活を送ることが保証されたまちである、と示している。後藤のいう MBT はまさに地域包括ケアシステムの目指すところであるが、今後システムが発展する中で、MBT の構築をどのように融合させていくかを明確に示すことが求められるのではないかと考える。

地域包括ケアシステムにおける医療は、地域により人口動態および医療・介護需要のピークや程度が大きく異なり、医療・介護資源の地域差も大きい実態から、医療・介護のありかたを地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性が確認されている。奈良県立医科大学のある橿原市においても 2015 年 10 月より小学校区あるいは中学校区にある医療、介護施設に「かしはら街の介護相談室 (橿原市地域包括支援センターブランチ)」として地域の拠点を作り、その拠点を中心に住民を含む医療、介護の関係者が顔の見える関係づくりを始め、地域より持ち込まれた相談に対し地域で解決を図る取組みが進んでいる。また、橿原市は、MBT 構想を視野に入れ、奈良県・橿原市・奈良県立医科大学の 3 者が、施設の再編や、インフラ整備、周辺施設整備を含む奈良医大周辺の新しいまちづくりを検討している。

MBT のモデルケースとして、「1 次医療圏としての MBT」「2 次医療圏としての MBT」「3 次医療圏における広域型 MBT」の 3 スケールを提案しており、「1 次医療圏としての MBT」を橿原市域、「2 次医療圏としての MBT」として奈良県中和医療圏 (大和高田市、橿原市、御所市、香芝市、葛城市、高取町、明日香村、広陵町)、「3 次医療圏における広域型 MBT」は、奈良県全体を対象としている。

奈良県立医科大学附属病院 (以下奈良医大と示す) は、奈良県における 3 次医療圏にし

て「特定機能病院」であり、本来であれば高度医療に特化し、「3次医療圏における広域型MBT」の構築を目指すものであるが、奈良県協同病院が母体になったという歴史的経緯もあり、地域医療支援病院もなく医療の機能分化が進んでいない奈良県中和医療圏内においては、基幹病院としても機能している現状がある。具体的には、2014(平成26)年度における奈良医大の外来患者の延べ人数は54万3347人であったが、そのうち奈良県内在住の患者は50万1677人(92.3%)であった。全患者数に占める一次医療圏(橿原市)の患者数は、14万6471人(27.0%)、二次医療圏(中和医療圏)の患者数は、29万8419人(54.9%)であり、全患者数の約4分の1が一次医療圏、約2分の1が二次医療圏の外来患者である。

1) 1次医療圏および2次医療圏におけるMBT

1次医療圏(橿原市)において、奈良医大が橿原市の地域包括ケアシステムの動きに対し、地域住民が気軽に相談を持ち込み、それらをマネジメントするブランチャとしての活動を行う機会はないが、橿原市の住民が治療を終えて在宅療養へ移行する際には、療養者の院内在宅療養移行支援に関わるチーム(主治医、病棟看護師、地域医療連携室看護師、地域医療連携室MSW、外来看護師、医療技術センター(ME担当)、薬剤師、栄養士等)が、橿原市地域包括ケアシステムにおける在宅ケアチームのメンバーの一部として機能することとなる。奈良医大外来患者の橿原市民の占める割合は、27.0%であり、療養者からすると身近な医療施設として認識していると推察される。特に訪問看護の指示書を書いている医師は、地域において療養者を中心とした在宅ケアチームの主治医としての医療の方向性を示すリーダー的役割をおのずと担っている。1次医療圏の身近な距離感において顔の見える関係づくりを進め、在宅ケアチームメンバーの機能を高めることで、療養者の安全、安心を確保した在宅療養移行支援が進み、その結果、再入院の回数も減少し、入院した場合においても、在院日数の短縮につながるの

はないかと考える。

具体的な方略として、転院ではなく自宅に移行するケースが多い診療科は、橿原市の地域包括ケアシステムにおける在宅チームメンバーとして市が主導するシステムづくりに参画し、奈良医大に求められる地域のニーズを拾い上げる必要があるといえる。また、今後MBTにおいてICTシステムの整備が進む場合は、患者情報の適切な共有をすすめるとともに、橿原市内のサービスの使用状況、使用可能状況の情報共有(見える化)が望まれる。

さらに2次医療圏にまで拡大すると、外来患者数は全体の約半分を超えており、また、橿原市および橿原市に隣接する市町村(大和高田市、桜井市、御所市、葛城市、田原本町、広陵町、明日香村:概ね10km以内)からの外来患者数は31万104人(57.0%)であり6割に近づく。つまり、奈良医大を中心に半径10kmの地域に外来患者の約6割が在住していることから、より生活に則した医療を提供するためには、橿原市のみならず、近隣地域の特徴やケアシステム、社会資源にも積極的に関心を示し、担当職者との関係づくりを行う必要があると考える。

しかしながら、1次医療圏および2次医療圏においても「特定機能病院」の本来の役割は、高度な専門的医療が機能することであることから、地域の医療機関との機能分化が適切に行えるように、紹介・逆紹介を推進し、患者の戸惑いや不安が最小限になるような連携を図ることが極めて重要であるといえる。

遊佐(2014a)は、奈良医大の周辺には、急性期病院として指定されているほか、療養型病棟も保持した病院が2施設あり、急性期からのシームレスな転院およびその先の在宅復帰を考える際の、医療機関集積地のモデルケースとしてふさわしいと言え、さらに、米国で進みつつある術後のICTを活用した在宅ケアが、今後わが国で導入されることを想定し、それらを可能にする新しい住宅モデルとしても機能する研究施設として「奈良医大附属病院アネックス」を考えていると示している。

いずれにしても、この取組においては地域市町村、地域自治組織、NPO 団体、他大学・他分野の研究・教育機関との連携が必要である。

2) 3次医療圏における広域型 MBT

遊佐 (2014b) によると、MBT は「特定機能病院」(もしくはそれに匹敵する大病院) がイニシアチブをとり、病院としては高度・急性期医療を提供しながらも、地域との密接な関係をつくり、地域包括ケアに貢献しながら、「医育機関」「研究機関」としての役割を発展させていくものとし、「医学のナレッジ」が、地域にも「特定機能病院」にも蓄積される、共栄型のまちづくりである、としている。3次医療圏における広域型 MBT は、医療情報が蓄積され、研究され、還元されることにより、医学の発展に寄与することを目指しているといえる。

2. 地域包括ケアシステム構築のための看護職者の役割

これらの MBT モデルの構築を視野に入れつつ、地域包括ケアシステム構築に向けて、看護職者においても多層的に役割を捉え、1次層、2次層、3次層の看護職者の役割とその位置づけについて述べる。なお、その内容について図1に示す。

1) 1次層としての看護職者の役割

1次層の範囲を主に日常的な医療の提供範囲である1次医療圏、市町村をイメージし、その役割について、橿原市の例を挙げて考える。

病院看護職者としては、療養者ごとの院内在宅療養移行支援に関わるチーム内のリーダー的役割を担うこと、橿原市の療養者へは、自宅および自宅以外のすまい・施設への積極的訪問を通じて、支援内容の充実および支援の評価を行うことが考えられる。

訪問看護師としては、橿原市にある5つの訪問看護ステーションおよび奈良医大、平尾病院、平成記念病院、橿原リハビリテーション病院等との看護連携を ICT による情報共有とともに強化すること、医療とのかかわりに障壁を感じるとされる介護支援専門員や介護

職者の医療とのパイプ役を意識し支援すること、橿原市内に2カ所ある機能強化型訪問看護ステーションは、医療と介護が相互に学びあい知識技術を共有し、地域の介護支援力の強化をはかる活動を推進すること、市民への在宅療養に関する知識の啓蒙活動を推進することが期待される。この点に対しては奈良医大の看護実践・キャリア支援センターも地域貢献活動として協働参画することができる。

橿原市および橿原市地域包括支援センター、保健所の看護職者としては、それぞれの活動を俯瞰的に捉え、橿原市が追及する地域包括ケアシステムの構築された姿を明確に示し、現在の進行状況や立ち位置を構造的に各看護職者に示すリーダーシップを求めたい。

2) 2次層としての看護職者の役割

2次層の看護職の役割としては、1次層より少し拡大し数か所の医療機関からなる2次医療圏の範囲をイメージした。

外来通院患者、地域の病院や診療所など、医療機関にかかりながら療養を継続する患者に対して、専門看護師や認定看護師が一医療機関のみならず地域のリソースとして機能するように、看護専門外来での直接的なケアの実施や、患者の具体的な事例に基づいた訪問看護ステーション等地域の看護職へのコンサルテーション機能であると考えられる。必要があれば同行訪問等を行い、実際の患者宅への訪問によって自宅での療養環境下での看護について継続的なフォローと連携が可能となる。

また、小児や難病患者の訪問看護においては、医療の高度化により人工呼吸器など医療依存度が高い状態で比較的長期の在宅療養を継続するという特徴がある。訪問看護ステーションでは所属する看護師の経験等からこのような患者の訪問看護について依頼があっても積極的に担えない現状があり、医療依存度の高い小児や難病患者の訪問看護が特定の訪問看護ステーションに集中し、負担がかかる状況が生じている。このような課題に対して、人工呼吸器装着患者等は複数の訪問看護ステ

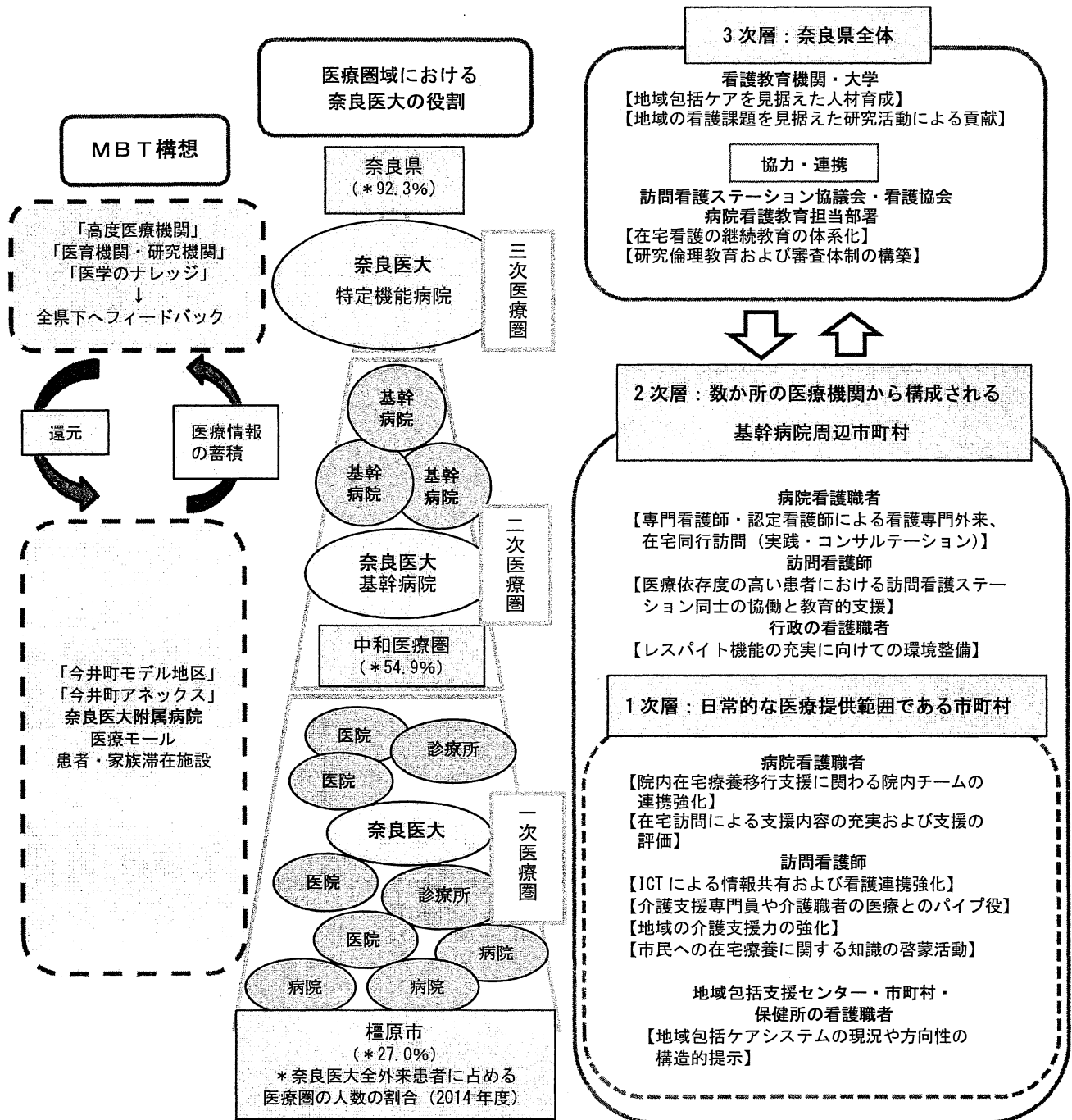


図1：地域包括ケアシステム構築のための多層的な看護職者の役割

ーションからの訪問が可能であるため、経験の豊富なステーションと少ないステーションを組み合わせ、看護連携を図りながら、経験のある訪問看護ステーションがリーダーシップを発揮し、経験の少ない訪問看護ステーションに教育的な支援を行い、地域において地域の看護リソースを育てることができると考える。

そして、保健所や奈良県等の看護職者には行政の強みを活かし、医療依存度の高い患者の療養通所介護事業所等、レスパイト機能充実に向けての環境整備など、地域の実情から必要性の高い社会資源を明らかにし、実現化を目指しての活動を期待したい。

3) 3次層としての看護職者の役割

3次層の看護職の役割としては、2次層よりさらに拡大し県レベルの3次医療圏の範囲をイメージした。

看護教育機関および大学では、地域包括ケア時代を担う看護職者の育成はもちろんのこと、実践に伴うアウトカムやデータに基づき、地域の看護課題を明らかにし、療養者とその家族が暮らしたい暮らしに近づくための方略についてエビデンスとともに示し、地域の看護職者との協働による地域の看護課題を見据えた研究活動による貢献が求められると考えられる。

また、訪問看護ステーションでは、事業所単位では体系化された継続教育が困難な現状や看護研究の基盤となる研究倫理教育および審査等が、病院など医療機関が母体の一部の訪問看護ステーションを除いて困難という体制上の課題がある。このような教育や研究における課題について、訪問看護ステーション協議会、看護協会、病院看護教育担当部署等の各団体が協力の上、在宅看護に関わる教育の現状把握と継続教育プログラムの体系化や研修会の分担の検討など地域の看護職者の継続教育を俯瞰し、それぞれの団体における教育機能を発揮することが期待される。

4) 多層的な看護職者の役割と位置づけ

地域包括ケア構築に向けて、看護職の役割

を多層的に重なりあう役割として捉えた。1次層においては、日常的な医療の場においての各々が所属組織の役割を遂行しつつ、地域の特徴を見極めた看護実践活動を行うこと、2次層においては、各々が所属する組織のみでは解決困難な課題について、リソースの共有や組織が協働しての看護活動など、効率的かつ効果的な看護提供の検討を行うことが考えられる。また、2次層は1次層とは重なりあり、重複して役割を担っていると捉えることも重要である。

3次層においては、看護教育機関や大学等と地域の関係機関等が協働し、1次層と2次層における看護実践から得られたデータや現象から看護行為のエビデンスを明らかにし、研究結果としてフィードバックすることが求められている。さらに、人材育成のための教育を通じて、1次層2次層の役割をサポートする位置づけにあると考えられる。

IV おわりに

社会保障制度改革国民会議報告書(2014)は、人口構成の変化や高齢化等をネガティブに考えるのではなく、様々な課題に正面から向き合い1つずつ解決を図っていくことを通じて、世界の先頭を歩む高齢化最先進国として超高齢社会を充実して生きていける社会づくりを「成熟社会の構築」ととらえてチャレンジしていくことが必要であると示唆している。

現在全国市区町村では、各地域の実情に合わせた地域包括ケアの構築を急ピッチで進めており、地域住民と医療・介護が一体となって日々確実に前進しつつある。その中で、看護職者は自らが所属する組織の看護職者としての立ち位置と、その地域で暮らす生活者としての立ち位置を兼ね備えた視点を持ち、地域で共に暮らしていくために自分たちが今できることを具体的に考えることが必要とされており、その役割はさらに増大すると自覚している。

在宅看護学は、主に「在宅療養移行支援」

「訪問看護」「自宅以外のすまい・施設での看護」に焦点を当て、実践、教育、研究、の体系化をはかっている。在宅での看護は、従来の発達段階別、疾患別の看護に加え、家族介護者も対象者として捉え、場の変化とともに人的・物的環境が複雑に変化し、それに伴う多様な価値観が交錯するすまいで実践している。その実践においては、療養者とその家族が暮らしたい暮らしに近づくための方略をエビデンスとともに示し、療養者とその家族を含む在宅チームメンバーの理解や納得のもとに実行していくことがきわめて重要であり、そのエビデンスをより明確なものにするために、多様な切り口からの研究を一つ一つ積み上げていくことが必要である。在宅看護学は、地域包括ケアの時代における基盤づくりと実践の中から、その価値を明らかにすることが求められている。

【文献】

- 赤羽学、高橋美雪、野田達也 (2015). 奈良県をモデルとした介護保健施設および訪問看護サービスの需要予測. 地域ケアリング, 17 (10), pp71-77.
- 後藤晴彦 (2014). 第1章医学とまちづくりの出会い. 細井裕司, 後藤晴彦 (編), MBT医学を基礎とするまちづくり (p27). 株式会社水曜社.
- 遊佐敏彦 (2014a). 第4章医療・介護・予防の包括的連携. 細井裕司, 後藤晴彦 (編), MBT医学を基礎とするまちづくり (p140). 株式会社水曜社.
- 遊佐敏彦 (2014b). 第4章医療・介護・予防の包括的連携. 細井裕司, 後藤晴彦 (編), MBT医学を基礎とするまちづくり (pp137-138). 株式会社水曜社.
- 橿原市 (2015). 橿原市地域再生計画 (平成25年7月).
<https://www.city.kashihara.nara.jp/chikisozo/chikisaisei.html> (2016年2月1日)

厚生労働省 (2014). 人口動態統計 (平成27年9月)

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei14/> (2016年2月1日)

国立社会保障・人口問題研究所 (2012). 日本の将来推計人口 (平成24年1月推計).

<http://www.ipss.go.jp> (2016年2月1日)

長江弘子 (2015年). 千葉大学看護学部エントオブライフケア看護学.

<http://www.n.chiba-u.jp/eolc/trial/outline/nagae.html> (2016年2月1日)

奈良県 (2013). 奈良県保健医療計画.

<http://www.pref.nara.jp/2740.htm>

(2016年2月1日)

社会保障制度改革国民会議 (2014). 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～(平成25年8月).