

なぜ、今、

在宅看護か？

住みなれた場所で、安心・安全に暮らし続けるには

公益財団法人笹川保健財団 会長

喜多悦子 著



もくじ

はじめに	2
1 病院で働いている人	4
2 看護師とは	9
3 日本の看護（師）教育	17
4 看護師の自立、看護の自立性 ―看護の中の専門性	25
5 不老不死、健康とは？	35
6 プライマリー・ヘルスケア Primary Health Care (PHC)	40
7 高齢社会とプライマリー・ヘルスケア (PHC)	46
8 在宅／訪問看護師	52
9 「日本財団在宅看護センター」ネットワーク	58
おわりに	61
参考	62

はじめに

世間ではあまり話題に上っていないようですが、2024年は「医療」「介護」「障害福祉」の三制度が改定される年です。

医療は2年ごと、介護と障害福祉は3年ごとの改定なので、6年に一度は三つの制度が同時に改定されるのです。

これについて、保健医療専門家、とりわけ経営者的な立場の方々はやや危機感を持っています。なぜなら、現在「第8次医療計画」や「医師の働き方改革」が進行しており、加えて有史以来の超高齢化社会と予測よりも早いペースでの少子化・人口減少など、日本が誇る国民皆保険制度を含め、今まで通りの保健医療・福祉サービスの継続に黄色信号が出ているからです。

しかし、これは本来、医療・介護・福祉サービスのエンドユーザーである国民一人一人が深刻に考えなければならないことだと思います。

なぜなら、日本の医療・介護・福祉に費やされる社会保障関係費は増加の一途を辿っていますが、保険料を支払うべき人口が減少しているため、制度を維持するには国民の負担を引き上げる必要があるからです。

今のままでは、これまで通りに保健医療サービスを利用していただけないのです。

では、どうするか？です。

解決策の一つが、高齢者の健康状態の維持や生活面を含めた支援を、看護師に委ねることです。

私たち「日本財団在宅看護センター」の仲間が目指しているのは、国の地域医療構想と高齢者急性期医療ニーズをも踏まえ、地域の病院、開業医、歯科医、薬剤師、リハビリテーション専門家、栄養関係者、介護関係者などあらゆる保健医療資源と連携し、高品質の在宅看護を拡充することで、人々に安心と安全を保障できる体制をつくることです。

在宅医療・看護なら、利用者は外出用の服や靴、交通費などを用意することなく、訪問してくれる医療保健・福祉専門家を部屋着やパジャマで待てばよいのです。

何より、利用者が住みなれた自宅や地域で医療保健サービスが受けられ、何かあればすぐにかかりつけ在宅／訪問看護師に連絡できるのです。

人生の最終章において重要なACP (Advance Care Planning = 将来の医療やケアについて、本人を主体に家族や近しい人、医療・ケアに関わる人々、チームが繰り返し話し合って本人の意思決定を支援する取り組み) も、在宅で行えます。

このような取り組みこそが、いわゆる地域包括ケアシステムであり、世界が推進するプライマリー・ヘルスケアなのです。

私たちは、日本のすみずみまで看護の力を活用して、誰でも、いつでも、どこでも、安心で安全な、基本的な医療サービスを受けられる地域社会を構築したいと願っています。



病院で働いている人



私たちは病気になったり大けがをしたりした時、まず近くの病院や医院に行きます。

しかし、病院や医院さえあれば、病気やけがは治るのでしょうか？

皆さんが求めているのは、病院や医院という建物ではなく、その中で働いている専門家でしょう。

では、病院や医院があって、医師がいれば病気やけがは治るのでしょうか？

ご存じかもしれませんが、外科医はヨーロッパ中世の床屋から発生しています。

16世紀のヨーロッパは宗教改革とルネサンスの時代ですが、戦争が多かったため、外科医が必要でした。

フランスで国王の侍医になり「近代外科の祖」と呼ばれるアンブロワーズ・パレ(1510年-1590年)も、もともとは床屋でした。

当時、銃創には沸騰した油を注いでいたそうです。ある時、油を使い切ってしまったパレは、ありあわせの軟膏(当時は卵白とワセリンなどを混ぜていた)を治療に用いました。「もし効かなかったら…」と一晩中ハラハラしていましたが、うまくいった! 出血は止まったのです。しかも、沸騰した油に比べるとほとんど苦痛がなかったため、パレは次第に名声を得ました。それから、大けがで大出血している血管を直接縛ること(血管結紮法)も始めました。消毒という手段のない時代に、大きな傷の中に手を突っ込んで血管を縛ったのですから感染症も多かったかもしれません。しかし、名声を博したパレは近代外科の祖です。そのパレが残した言葉に「我包帯す、神、癒し賜う」というものがあります。病気やけがのいくらかは、自然に治るものもありますよ、と突っ込みますか?

大昔は、一人の医師が内科も外科も小児科も、すべての病人に対処しました。現在でも、いわゆる開発途上国の、とてもひなびた所では何でも一人でやらなければならないのですが、通常は細かい専門分野に分かれています。むしろ、現在は分かれ過ぎていて受診する際に戸惑いますね。それを解消するために「総合診療科」なども生まれましたが、どこにでも存在するわけではありません。

では、病院では医師以外にどんな職種の人々が働いているのかを考えたことがありますか?

まずは、医師です。歯科医師もいますね。

次に、看護師です。産科があれば助産師もいます。

それから、血液や尿を採取して検査する臨床検査技師、心電図やレントゲン、CTやMRIなどの検査を行う放射線技師もいます。

リハビリテーションを行う理学療法士も必要ですし、眼科や耳鼻科や歯科には、それぞれの分野を専門とする技師もいます。

人工透析の機器や、心臓の手術に使用することがある人工心肺などの大掛かりな装置を調整する臨床工学技士もいますが、手術室では麻酔が効いているので、誰が誰なのか分かりませんね。

最近では、病院で天寿を全うすることはほぼなくなりましたが、不幸にして亡くなってしまったら病理解剖の医師や技師にお世話になることもあります。もっとも、本人がこのような専門家にごあいさつできることはありませんが。

ほかに、通常の受診では外来受診の最後に会計窓口で支払いを済ませ、薬局で薬をもらいます。廊下をウロウロしていると案内の方にお世話になることもありますね。

では、これらの人々がそろえば病院は機能するでしょうか？

病院には、いろいろな薬や多種多様な消耗品を不足なく使えるよう調整する人も必要ですし、受付、経理、救急対策を統括する事務職も必要です。

それから輸血！血液の管理は本当に大変です。

また、入院すれば食事がありますので、栄養士や調理師も必要です。

そして、清掃を担う人や、24時間で機能しなければならない電気・水・空調、それにデータ処理の管理者、さらに、病院という誰もが自由に訪問できる施設の治安を守る警備員も必要です。

最近では、地域の保健医療関連活動（開業医や薬局、訪問／在宅看護事務所、リハビリテーション施設、介護関連事務所）や、行政の福祉関係との連携を行う部署も大事です。

支払いや転院先を相談する部門、さらに苦情処理部門、それを越えた法的な部門を担当する専門家として弁護士も必要かもしれません。大きな病院では外国人対応のスタッフもいます。

また、通常の病院は医学部・医科大学のように、基礎医学教育や研究機能を完備していませんが、大学などと連携した研究もあり、研究職が常在する病院もあります。

では、一番たくさん働いている職種は何だと思えますか？

看護師です。

一般社団法人全国公私病院連盟による「令和4年 病院運営実態分析調査の概要」(2022年6月調査)によると、病床100当たりの職員総数は189.9人で、つまり入院患者100人に対して職員は約2倍必要ということです。

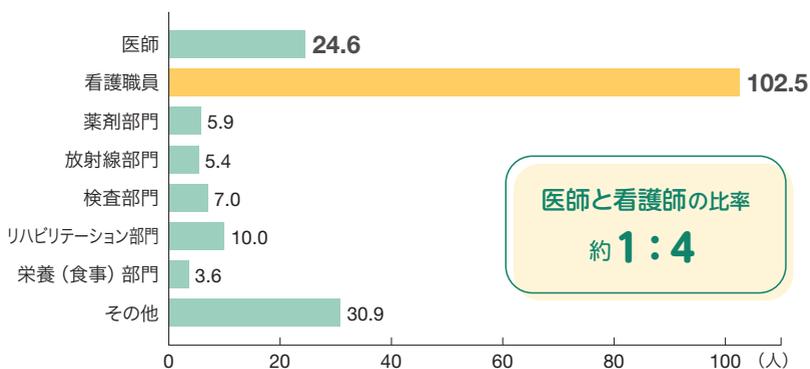
職種の内訳を見ると、医師24.6人、看護職員102.5人です。医師は入院患者数の4分の1であるのに対し、看護師は患者数と同じだけ必要ですから、医師対看護師の比率は、約1対4です。

それ以外の職種では、薬剤部門5.9人、放射線部門5.4人、検査部門7.0人、リハビリテーション部門10.0人、栄養(食事)部門3.6人です。

その他30.9人は事務関係職だと思えますが、おそらく、警備員や清掃関係は大多数がパートスタッフなので、この統計には含まれていないのかもしれない。

私たちは、医師の診療を受けるために病院に行きますので、自ずと主役は医師ですが、実は病院の医療活動の中で大多数を占めているのは看護師なのです。

一般病院における100床当たり職種別職員数



出典：一般社団法人全国公私病院連盟／「病院運営実態分析調査の概要（令和4年6月調査）」

ところで、日本では「看護職」と呼ばれる職種に、看護師、准看護師のほか、助産師と保健師も含まれます。助産師や保健師になるためには看護師資格が必須であり、特別の機能を持った看護職ともいえます。特別に言及しなければならないことがない限り、ここでは「看護師」という名称を用います。

では、看護師とは何をする人でしょうか？

そうです！ 看護です。

では、看護とはどんな仕事でしょうか？





看護師とは



看護とは、患者の健康と福祉を促進・維持するための専門職である看護師が行う仕事です。

その前に、「患者」とは誰のことでしょうか？

広辞苑や広辞林といった大きな辞書には、「患者」とは「病気やけがのために医師に診てもらう人」などとあり、医者から見た言葉と注が付いていることもあります。

英語の辞書には、「医師に診てもらう」とは記載していませんが、「病気やけがで治療を受けている人」とあります。

つまり、病気やけががなければ、そして、そもそも病院や開業医、診療所などを受診しなければ「患者」とは呼ばれず、単に病気のある「〇〇さん」に過ぎません。

では、「病氣」とは何でしょうか？

再び大きな辞書「広辞苑」を開きます。

そこには、「びょう・き【病氣】①生物の全身または一部分に生理状態の異常を来し、正常の機能が営めず、また、諸種の苦痛を訴える現象」とあります。

そうそう、看護師とは何をする人か？でした。

看護の仕事は非常に多岐にわたっています。私たちは、看護師といえば、医師と一緒に「病氣」を「治療」している人と、ぼんやり納得しています。しかし、実は看護の中には、そのような患者の世話（ケアともいいます）だけでなく、医師の医療行為とは独立した、看護独自の仕事もたくさんあるのです。

入院経験のある方はお分かりかと思いますが、24時間の病院生活で医師と接する時間は、通常ごく短いものです。手術や特殊な検査に医師が関与していることもありますが、通常の入院では、医師との接触時間は限定的です。それは医師が嫌がっているからではなく、機能的な責務の分業の結果により短時間なのだと、私は理解しています。

その代わりというわけではありませんが、看護師の仕事の多くの時間は、患者のすぐそばで行われています。

そして、一見、雑談にも見えるコミュニケーションの中から、患者の悩み、不安、疑問を汲み取り、看護の在り方に反映させると同時に、必要なことは主治医に伝えます。

治療上の疑問や予後（病氣や治療の見通し）、その心配や悩み、退院後の暮らし方や食事の取り方など、もろもろの疑問や困りごとを聞いてくれるのは、多くの場合、看護師です。

というより、患者と直接、そして長い時間接しているのは看護師なのです。

さらに、入院中でも外来受診でも、医師の仕事である、診断と治療の決定と実践がはかどるように、患者には見えないところでいろいろと準備をし、物事を円滑に回しているのも、実は看護師です。

このように言うと、「それは看護の本務ではありません」とお叱りを受けることもありそうですが、上手に紛れ込ませてある、あるいは押し付けられているのかもしれない。

とにかく、忙しい病院や医療施設が円滑に機能するためには、看護師の役割が大事なのです。

その昔、女性が家庭で受け持ってきた、やらざるを得なかったもろもろのこと(家事ともいいます)や、子育てを「見えない仕事 (invisible work)」と呼んでいました。それと同一視してはいけませんが、何となく、境界領域的なややこしい仕事を看護師に押し付けているというか、仕事の流れから、そのようなニッチな仕事を迅速に片付けてくださるベテラン看護師に助けられて毎日が過ぎていました。

それは今風に言えば、病院が超ブラック産業であった50年以上前、私が新米医師だったころのことですが、おおむね15歳以下程度の子どもの多種多様な病気とその家族に関わり、時には不幸な死を看取ることもある中で、医師業務の周辺を固めてくださっている看護師のサポートをしっかりと認識できるようになると、ひとまず一人前でした。

最近では、大概の大人は男女にかかわらず、どこかで働いていますが、それでもなお家事と呼ばれてきた仕事の多くは女性が担っていることも多いようです。病院の中にも、まだ「看護師がやって当然!」と思われている見えない仕事があるのではないかと、私は密かに危惧しています。

ここまで、「医療」とか「看護」という表現をしてきましたが、通常、私たちが受ける医療では、医師と看護師が連携して行う活動や作業がとても多く、「医療は医師」、「看護は看護師」と簡単には割り切れません。

実は、看護師の行う業務は、1948年に制定された「保健師助産師看護師法」第五条で次のように定められています。

「この法律において『看護師』とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」

これを厳密に解釈すると、看護師が受け持っている多くの業務は医師の指示を受けなければならないということになります。

この法律は、終戦後にGHQの看護課長として来日し、日本の看護制度改革を推進したグレース・E・オルト（1904年－1978年）らによって整備されたものです。

日本の看護をレベルアップするには教育から改革すべきとの考えのもと、それまできちんとしていなかった看護教育制度が固まったことは大きな進歩でした。

しかし、実際には昔の考え方を引きずっている人々が当時の看護を支えていたわけですから、制度が理想的であってもなじまなかったのでしょう。結局、1951年に2度の制度改革がなされました。

ただ、改正後の制度がすべて悪いとは思いません。

第二次世界大戦（1939年－1945年）以前から、6年間の教育期間が決まっていた医学部に対し、3年間の訓練的教育だった看護師による医療への関与を、少し厳しく規定することで、守られたものも多いと思います。

とはいえ、終戦後から現在では、医療や看護の中身、その教育や研修の在り方は激変しています。そうした状況で、未だに改正された制度がネックになり、看護師の自立した活動の足を引っ張っている！というところが大きいように、私には思えます。

その理由です。

日本看護協会は、看護とは「あらゆる年代の個人や家族、集団、地域社会を対象とし、そのすべてが最大限の健康を取り戻し、できる限り質の高い生活ができることを目的とした支援的活動」と定義しています。

そして、看護の目的は「本来その人が持つ自然治癒力に働きかけ、回復しやすい環境を整え、健康の保持増進や、病気の予防や苦痛の緩和を行い、生涯を通して、その人らしく暮らしていくことができるよう、身体的、精神的、社会的に支援すること」としています。

さらに、看護の仕事とは「患者さんの日常生活への支援（「療養上の世話」）や、医師の指示に基づき、安全で効果的に治療を受けられるように、専門知識を持って治療をサポートすること（「診療の補助」）です。また、患者さん自身の治療に向けた選択をサポートする相談や、自立に向けた指導、一緒に活動する医療スタッフの調整なども大切な仕事」とあります。

どうでしょうか？

法律で決まっていることですが、「医師の指示に基づき、安全で効果的に治療を受けられるように」と定義され、そして「診療の補助」と表現されています。



では、世界的には看護や看護師はどのように考えられているのでしょうか？

私の個人的な経験ですが、途上国の紛争地のような、通常の社会インフラが機能していない地域の保健医療や健康状態はとても悲惨です。

しかし、そのような中でも、有るか無きかの保健知識を持っている人がいます。

日本の看護師のようなきちんとした教育訓練は受けていませんが、例えば欧米のNGOから、極めて初歩的な保健知識を伝達された、現地では村の「保健ボランティア」などと呼ばれている「女性」が一人でも存在すると、その集団の妊婦や赤ん坊の健康状態はかなりマシになるのです。こうした保健関連の女性長老のような存在の必要性は、私の中にずっとあります。それが現在の仕事の原点かもしれません。

もう一つ、子ども時代の私的な記憶があります。

私の故郷は、今では世界的にも有名な宝塚市ですが、1940年代の第二次世界大戦ごろは、ひなびた農村でした。

私が育った地域には1軒の開業医しかなかったので、病人はその医院しか頼るところはありませんでした。その医院で、近隣の人々のあらゆる健康上の困りごとに対処していたのはお産婆さんでした。子ども心に、体格の良いその中年女性のお産婆さんの自転車が見えると、何となくホッとしていたような記憶があります。

さて、現在の世界の看護師についてです。

国際的な組織として国際看護師協会 (International Council of Nurses ; ICN) があります。1899年にイギリス、アメリカ、ドイツの看護師らが設立し、2022年8月現在で135カ国の看護師協会が所属しています。日本看護協会は主要なメンバー国の一つです。

このICNによる「ICN看護師の倫理綱領」では、看護師の役割、職務、

責任、行動、専門的判断のほか、患者、看護ケアやサービスを受ける人々、協働者およびその他の専門職との関係について、倫理的指針を示しています。

少々長くて難しいのですが、「看護」とは何か、「看護師」をどう考えるかについての世界基準なので引用します。

「前文

19世紀半ばに体系化された看護が発祥して以来、看護ケアは公平で包括的な伝統と実践、および多様性の尊重に深く根ざしているという認識のもと、看護師は一貫して次の4つの基本的な看護の責任を意識してきた。すなわち、健康の増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和と尊厳ある死の推奨である。看護のニーズは普遍的である。

看護には、文化的権利、生存と選択の権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することが、その本質として備わっている。看護ケアは、年齢、皮膚の色、文化、民族、障害や疾病、ジェンダー、性的指向、国籍、政治、言語、人種、宗教的・精神的信条、法的・経済的・社会的地位を尊重するものであり、これらを理由に制約されるものではない。

看護師は、個人、家族、地域社会および集団の健康を、地域・国・世界の各レベルで向上させているその貢献に対し、評価され、敬意を持たれる存在である。看護師は、自身が提供するサービスと他の保健医療専門職や関連するグループが提供するサービスとの調整を図る。看護師は、敬意、正義、共感、応答性、ケアリング、思いやり、信頼性、品位といった看護専門職の価値観を体現する」

なかなか格調高い内容です。

さらに、**綱領の基本要素（日本看護協会の訳では基礎領域）として、看護師が担うべき責任も明記されています。**

こちらも格調高く、難しい言葉が連なっていますので、私なりに要約すると次のような内容になります。

「看護師の責任は、現在も将来も看護ケアが必要な人（々）に対し、人権、個人の価値観や宗教的信念を尊重し、必要な時期にインフォームド・コンセントの概念を鑑み、患者個人や家族に適切で科学的な情報を的確に提供すること、そして個人情報を守秘、プライバシー、機密性を、ソーシャルメディアを含むすべての媒体に対しても厳守しつつ社会に対する責任を果たし、公平な医療資源と社会的正義を提唱し実践すること」

難しい内容です。そして、大変な仕事です。

看護師とは、思いやりはもちろんのこと、倫理、人権、公平性、正義といった、ほんの少し近づきたい、難しそうな、日常ではあまり意識されていない概念にも配慮しつつ、専門性を発揮して人間中心のケアを提供し、安全な医療文化を促進するとともに、技術や科学が適正に活用され、人権と安全が全うされる社会を目指すのです。

忘れてはならないのは、看護師自身の権利も人権の一部であり、きちんと守られるべきと謳っていることです。

多様な人々と、時には一対一で対決しなければならないこともある看護という厳しい仕事。だからこそ、その責務遂行を守る仕組みの重要性を明記しておきたいのです。

看護師は大変な仕事ですね。

では、看護師はどんな教育を受けているのでしょうか？



日本の看護（師）教育



歴史を振り返ります。

漢方医学が主流だった日本において、初めて近代西洋医学の講義が行われたのは1857年のことですから、明治維新まで約10年という幕末です。

この年、下田条約（1854年締結の日米和親条約を補う）が、アメリカ総領事タウンゼント・ハリスと、下田奉行・井上清直、中村時万の間で調印されています。

実はその時、ハリスは体調を崩しており、日本側に看護婦の派遣を要請しています。余談ですが、この時に派遣されたのが『お吉物語』で知られる斎藤さちでしたが、たった3日で解雇されています。さちは看護婦ではありませんでしたから…。

それはさておき、長崎において初めて近代西洋医学を教え、西洋式附属病院を開設し、身分を問わず病人を診療したのは、オランダの海軍軍医ポンペ・ファン・メールデルフォールト（1829年－1908年）でした。たった一人で化学、物理学、生理学、解剖学、臨床医学、さらに刑死遺体を用いて人体解剖を教えたポンペは、後に「近代西洋医学教育の父」と称えられました。

ポンペが長崎奉行所西役所で初めて近代西洋医学を教えた1857年11月12日は、長崎大学医学部の創立記念日となっています。

ポンペは日本に滞在した5年間で61人に卒業証書を与えています。

明治政府も、日本における医学教育の仕組みを整えるため、1874年に医師法と医療制度の基となる「医制」を定めました。

一方、日本の看護教育の始まりはそれほど明確ではないようです。

いくつか名前が出てくる初期の看護婦養成所としては、1885年に開校した「有志共立東京病院看護婦教育所」、1887年に開校した「京都看病婦学校」、1890年に開校した「日本赤十字社看護婦養成所」があります。

日本初となる看護師教育機関は、現在の慈恵看護専門学校の前身である有志共立東京病院看護婦教育所です。

創始者の高木兼寛（1849年－1920年）は、1869年に東京医学校（現在の東京大学医学部）の初代校長に就任したイギリス人医師ウィリアム・ウィリス（1837年－1894年）に師事しました。

高木兼寛はとても優秀で、1875年にロンドンのセント・トーマス病院医学校に留学すると、最優秀学生の表彰を受け、英国外科医、内科医、産科医の資格と、英国医学校の外科学教授資格を取得しています。

高木兼寛は、国民病ともいわれた脚気の原因が栄養不足であることを指摘した人物として知られていますが、日本で最初に看護学校を設立した人物として、もっと評価されるべきだと思います。

高木兼寛は、セント・トーマス病院で近代看護の創始者であるフローレンス・ナイチンゲール（1820年5月12日－1910年8月13日）が開設した看護学校の存在を知ります。ナイチンゲール看護学校とその卒業生の活躍、特にセント・トーマス病院での看護師による患者中心のケアに感銘を受けた高木兼寛は、帰国後に本格的な看護師教育を目指します。そして、鹿鳴館の花と呼ばれた大山捨松ら上流階級の女性たちで構成された「婦人慈善会」の後援を得て開校したのが、有志共立東京病院看護婦教育所です。

アメリカから長老教会宣教師の看護師 M. E. リードらを指導者として招き、本格的な看護教育を始めました。3年後に第1回卒業生として5人を送り出していますので、教育は3年制でした。

当時の日本の医学界はドイツ医学一辺倒で、どちらかといえば理論や研究に重点が置かれていました。高木兼寛は臨床第一、患者本位のイギリス風医学を広めるため、1881年に民間医学団体「成医会」と、成医会講習所を設立、さらに翌1882年には貧困者のための有志共立東京病院を設立します。そして1887年には、有志共立東京病院を東京慈恵医院と改称して自ら院長となり、患者中心医療を進めました。後の慈恵医科大学です。

こうして、日本の医学と看護の教育史を振り返ると、看護教育は医学教育に対し30年ほど遅れているに過ぎません。30年の差など何とでもなるような気がしますが、**現在に至るまで、医師と看護師、医療と看護に対する社会的評価には差があります。**私はその要因として、次の二つがあるように思います。

一つは、簡単に言えば「ジェンダー」です。

主に男性が関与してきた医学や医療に対し、女性が引き受けてきたのが看護です。この件は私ごときが簡単に扱えるものではないので、これ以上は触れません。

ですが、小さな脱線をお許してください。

私が、40年以上にわたる国際保健稼業で垣間見た多くの国々では、やはり医師と看護師の間には格差やヒエラルキーがありました。そこには、そもそも男性の仕事だった医師という職業と、そもそも女性の仕事と考えられてきた看護師という職業についてのジェンダーの問題があると思われました。とはいえ、イスラム圏では多くの看護師が男性で、それでもやはり医師が優位だったので、ジェンダーよりは職業的格差でしょうか。

もう一つは、歴史的な経過です。

「医学の父」と呼ばれたヒポクラテスは紀元前460年ごろに生まれ、近代看護の創始者ナイチンゲールは1820年に生まれました。ここには2200年余りの年月の差があります。医学の世界では2000年余りの間、多様な人々が多様な活動をし、失敗もありましたが素晴らしい成果を積んできたのです。そうして受け継がれてきた効果的な手法で病気やけがを治してきました。

一方、看護がいささかでも学問的に認知され、近代看護といわれるようになったのはナイチンゲール以後、まだ200年弱です。長い年月の中で「医学」と「看護」の認知度や知名度に差が生まれたことは仕方がないと思います。

さて、現代に話を戻します。

2020年12月31日現在の、日本における医師の総数は33万9,623人、その約95.3%に当たる32万3,700人は病院や診療所で働いています。

行政や産業医が4,196人、無職が1,998人です。医師になるには6年の医学部もしくは医科大学教育が必要で、現在82大学です。

一方、**看護師および准看護師の免許**を持っている人は、2020年現在で約240万人です。日本の総人口が1億2,570万人とすると、**免許保有者は何と人口の約52人に1人**です。

そんなにたくさんの看護師免許を持った人がいるのに、いつもどこかで**看護師不足!**と叫ばれているのは、**実働している看護師および准看護師約160万人**に対し、**実働していない「潜在看護師」と呼ばれる人々が70～80万人**もいるからです。なぜか? についてはまた後ほど。

日本国内の看護師数の状況 (2018年末現在)



出典：厚生労働統計協会『国民衛生の動向』ほか

いわゆる正看護師になるには、国家試験を受け、厚生労働大臣の認可が必要です。しかし、看護師国家試験を受ける資格を獲得する経路が、複雑とは言いませんが、実にさまざまです。

大きな病院では何百人もの看護師が働いており、皆同じように見えますが、資格取得までにはさまざまな経路があります。

基本的に教育は文部科学省の管轄下にあります。看護教育においても、4年制の看護大学もしくは総合大学の看護学部（国立42、公立51、私立207）計300大学／学部、3年制の短期大学（私立13）、専修学校（私立9）、5年一貫校（公立26、私立54）計80校は文科省の管轄下にあります。これに加え、厚生労働省の管轄下に最も多くの看護師を養成している3年制の看護専門学校が777校あります。

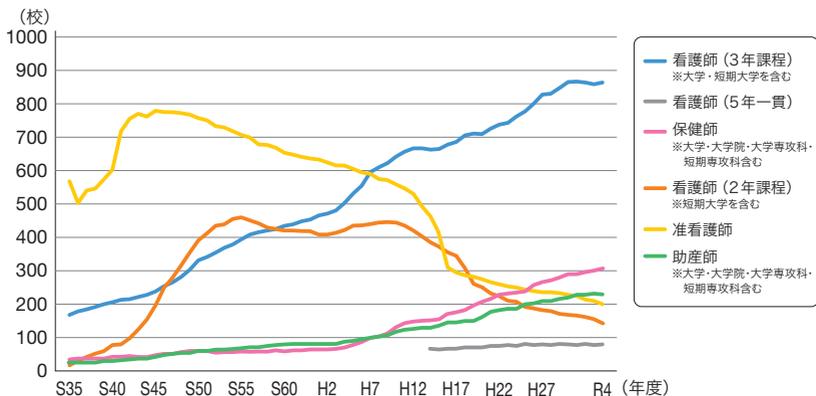
その他、准看護師学校もありますが詳細は省きます。

いずれにせよ、医学教育が文科省、実務の医療は厚労省が管轄するのと同じですが、看護師の場合は、養成課程が多様なのです。

とはいえ、一見、教育訓練の違いが日常の業務に支障を来していることはないように見えます。それは管理者の配慮や管理と、個々の看護師の努力によるものと、私は思っています。

近年は高学歴を志望することが多く、准看護師学校などの准看護師養成校は減少しており、現状では、看護師になるには、高校卒業後4年制の大学教育を受けるか3年制の専門学校に入るかのどちらかに集約されつつあるといえます。

看護師等学校養成所施設数の推移



出典：看護師等学校入学状況及び卒業生就業状況調査

日本の看護教育のその後をなぞります。

日本の看護を支えてきたのは3年制の専門学校でした。しかし、第二次世界大戦後に日本を管理したGHQの公衆衛生福祉局長であったクロフォード・F・サムス大佐（後に准将）、看護課長のオルト大尉（後に少佐）らにより、看護の教育や実践制度が改善しました。

GHQの指示により、1946年には聖路加女子専門学校（現・聖路加国際大学）と日本赤十字女子専門学校（現・日本赤十字看護大学）が合同教育を行い、1952年には高知県立大学看護学部が日本で初めて4年制の看護教育を始めました。

そして、1964年には聖路加看護大学が私立として初めて看護学部の4年制教育を始めました。以降、4年制看護大学がぽつぽつと生まれましたが、100大学になるまで約30年かかっています。しかし、その後は続々と4年制看護大学、学部が誕生しています。

このように、医学の大学教育に比べると看護の大学教育はかなり遅かったと言わざるを得ません。ところが、2000年代初頭以降、急激に看護大学が増えたのです。

大学の建物というハードの整備に対して、その中で行われるべき教育というソフトが伴っていたのかという懸念は、当時、看護教育に携わる機会を得、また、図らずも学長を仰せつかった身としては否定できません。

質の良い学生を求めること以上に、質の良い教員を求めることの難しさ、そして多くの看護系教員が専門学校出身であったことから、実務としては極めて優れた看護が行われていたことは紛れもない事実で、日本の看護界が誇るべきことですが、「大学とは何か？」が、いまひとつ明確では

ないまま、その立派過ぎる「実務」を守ることに追われ過ぎてきたように思います。

大学は知性と教養を涵養し、すぐに結果の出ない研究にも勢力を注ぐべきところとすれば、少し立ち止まって考えるべき時期が必要ではなかったか？と内心忸怩たる思いと反省しきりです。

しかし言い訳ですが、徐々に、そして近年は急速に、看護教育の中身とその成果である看護実践の質が改善されてきたことを実感しています。





看護師の自立、看護の自立性 —看護の中の専門性



日本の保健医療制度は、おしなべて申しますと世界で一番優れていると、私は自信を持って言えます。ただし2024年3月現在の今までは…と、付け加える必要も感じます。優れた保健医療制度を今後も適切に維持していくには、思い切った改革が必要だと考えています。

その理由です。

日本の医療制度は、明治維新以降、政府がトップダウンで行って来ました。そしておおむねそれはうまくいって来ました。近年では、中央性に加え県や市町村という地方自治体も関与していますが、そのような行政側による施策は、すべからく税金が資源です。こうした中、高齢社会で税金が必要な世代が増えている状況に対し、税金を払う世代は減少しつつあります。行政的な工夫だけでは限界があると、私は感じます。

これを打開する方法として、次の二つのアプローチが考えられます。

まず、高齢者が「あれもこれもしてほしい」と、わがまま三昧に希望するのではなく、どう頑張っても他者のお世話にならないと生きていけない人が増えていくことを理解し、そして、それはどこかの誰かの話ではなく、やがて自分もそうなることを自覚しなければなりません。

日本の2022年の総人口は1億2,494万7千人です。そのうち、65歳以上人口は3,623万6千人で、全体の29.0%です。

一方、同年の1日平均在院患者数は112万5,743人、1日平均外来患者数は125万7,558人ですから、ある1日に、病院に入院したり外来を受診したりしている人は、全人口のわずか2%ほどなのです。その集団が、福祉や医療費をたくさん必要としているのです。

ただし、高齢者のすべてが病人ではありません。多くの高齢者は、何とか自立することを心掛けています。しかし、日々衰えていく体力、できなくなっていくことを実感すると、心配事が増えていくことは事実です。

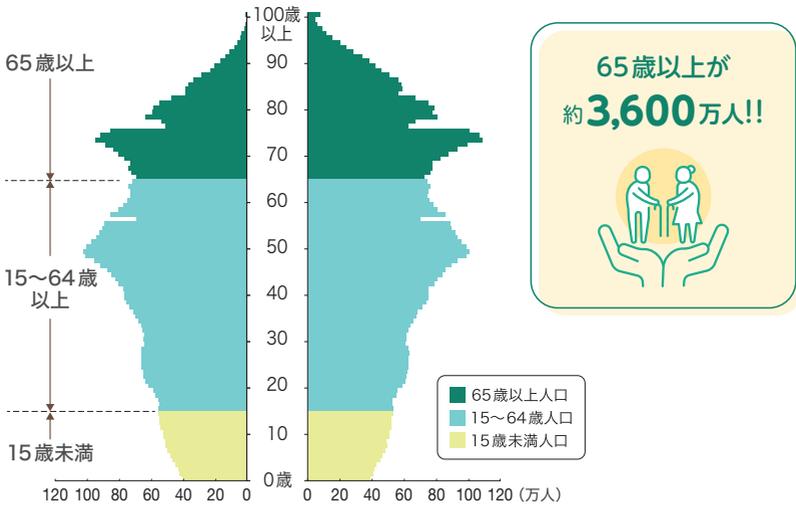
しかも、これは病院で治療する「病気」とは違います。日々の生活の中で少しずつ増していく不自由さであって、病院に行けばすっかり回復したり、元気いっぱい青年時代に戻れたりするわけではありません。

それは分かっていますが、それでも何とかならないか…なのです。

実際、高齢者一人一人はそれなりに頑張っている方も多いのですが、生物としての機能劣化は万人に共通です。

このように「病気ではないが、決して元気いっぱいではない」といった、健康平均値のようなものがあるなら、50～60点程度の人々が今や4,000万人にもなってきた！ということです。

日本の人口ピラミッド (2022年10月1日現在)



参考：総務省統計局HP「人口推計 (2022年 (令和4年) 10月1日現在)」

一体、誰がどうすればよいのでしょうか？

私は、地域における基本的な保健衛生に対し、**看護師や保健師、助産師の関与を求めたいのです。**

ただし、これを実現するためには、「看護師は診療の補助」としてきた日本の長い歴史を突破し、自立した活動ができるようにしなければなりません。

看護師には医師と異なる専門性として、人々の生活において適切な対応を行う責任があります。それをどのように行うか？ なのです。

医師という、病気を診療する専門家とは異なる、生活上の世話という専門性に重点を置けば、生活支援は可能ではないでしょうか。特に、高齢者の身体障害を、看護師がもう少し自由裁量権を持って支援すること。そのために多少の訓練や教育が必要なら、それを早急に取り入れるべきだと、個人的には考えています。

しかし、明確にしなければならないのは、看護師は医師の代わりではなく、医師がすべき医療、医師にしかできない手技操作は医師が行うべきだという点です。

また、昨今、盛んに言われている医師の働き方改革のために、看護師が忙しい医師の代わりに何かを行うこともしてはなりません。

看護師は、看護師にしかできないことに加え、看護師が行った方がよいことを含め、地域社会の保健医療状況を守り、人々の健康を「看(み)・護(まも)る」責任を果たしてほしいのです。

個人的に、看護師の社会的立場を擁護するつもりはありません。社会のために看護師が貢献し、その結果、看護師の立場が強くなる…。それが世の中の流れなら、それがいいのです。

では、なぜ看護師が自立性を持った活動をすべきなのでしょう？

それは、住民の健康、地域の保健衛生状況、日本が誇ってきた国民皆保険制度を、よりよく維持するため、ということに尽きます。

著しい高齢化など人ごとのように言える時代は終わった日本社会です。そして、高齢者がとぼとぼと歩いて、あるいは公共交通機関を利用して通院できる距離に、医療施設や開業医が存在しない地方医療の現場、医師不足の過疎地が増えています。

そこで、日本で実働している看護師約160万人と、潜在看護師約70～80万人、合計240万人(国民の約50人に1人は看護師免許を持っています)を、活用させていただけばよいのです。

日本には、2008年の時点で人口1,000人を切った市町村が24あり、人口5,000人未満の市町村が232あります。しかし、それらの市町村にも

看護師免許を持った人々は数名存在します。その人々の知識や経験を活用し、少し離れた病院や開業医と連携すれば、医療過疎地の住民も安心できるはずです。看護師の地方展開…、難しいでしょうか？

医師の指示のもとに、という縛りある中で「未だ道遠し」の感も無きにしもあらずですが、看護界の指導者たちは、認定看護師、専門看護師、特定看護師、さらに、現在では欧米で増えつつあるナース・プラクティショナー（nurse practitioner = 直訳すると「看護実践家」ですが、適切な日本語訳が決まっていないので、以下NPと略）など、看護師の自由裁量権を拡大するための取り組みを進めています。

■ 看護師のより高度な専門性と裁量権拡大に向けた資格や制度

繰り返しますが、「看護」は私たちの心身の状態が正常＝健康とされる範囲を逸脱したら、つまり病気になったら、ほぼ100%の人が何らかの恩恵を受ける活動です。そして、それを担っているのが看護師です。

入院経験のある方は「フンフン、そうそう」と納得されるかと思いますが、街の中、家の中でもそうあるのが地域の看護活動です。それはこの後で説明しますが、なぜ看護の仕事を、専門性やさまざまな状況、「医師の指示」という縛りがあるとはいえ、一定の自立性や自律性を持って行えるようにしたいとの意向が出てきたのでしょうか。

考えてみてください。

看護は医療の中で、医師と一体化して行う活動とともに、看護師独自で行う機能もたくさんあります。医学の進歩とは、一方的に医師が担当する部分だけが進歩してきたのではなく、看護師が担う部分も当然、激しく変化・進化しています。

たとえば良くないかもしれませんが、医師の医療行為は、明治、大正、昭和、平成、令和と刻々と変化しているのに対し、看護はずっと昭和のままということはあり得ないのです。新たな医学、看護学の進歩に合わせて看護も変化していくべきで、看護教育はすっかりとは申しませんが、かなり変化してきています。しかし、実践の場では、まだ昭和的な部分が多いのです。

歴史を振り返れば、日本の看護師教育の多くが民間の医師経営者が持つ医療施設で、あまり高い経費をかけずに、実践で「医師の役に立つ」ように行われてきたことがあります。そのあたりは、ほとんどが男性であった医師と、ほとんどが女性であった看護職を取り巻くジェンダーの問題でもあったように思います。

現在、日本のジェンダー開発指数は世界の中でも底辺に位置しています。そのことを思えば、現在勢いを増している看護職の自立・自律への、あえて申しますが「闘い」は、社会を変えることにつながるかもしれないと期待します。

ちょっと脱線しましたが、「医師の指示」の下にしか動けなかった看護師の自立・自律の闘いは、まだ始まったばかりです。

看護職（看護師、保健師、助産師）の職能団体である日本看護協会が、「看護師が真に自立し、機能的にも自律性を持った専門家」を目指した最初の仕組みは1994年の「**専門看護師制度**」で、「**認定看護師制度**」が1995年のことでした。

どちらも実務経験5年以上、前者は看護系大学院で2年の修士課程を終えること、後者は「所定の教育機関」で6～12カ月の研修を終え、日本看護協会の審査を受けることとなっています。

専門看護師は、学問性を求める修士課程と合体していることから、どちらかといえば学問的に一段と高いレベルを目指していると理解できます。現在は14分野（がん、急性・重症患者、精神、感染症、地域、家族支援、老人、在宅、小児、遺伝、母性、災害、慢性疾患、放射線）に広がり、これらの分野で専門看護師となった者は、実践・相談・調整・倫理調査委・教育・研究に相応の役割を持つことが求められます。

認定看護師は21分野（感染管理、糖尿病、乳がん、皮膚・排泄ケア、認知症、小児救急、緩和ケア、摂食・嚥下障害、慢性心不全、がん化学療法、脳卒中リハビリテーション、慢性呼吸器疾患、集中ケア、訪問看護、透析看護、救急看護、手術看護、がん放射線療法、がん性疼痛看護、新生児集中ケア、不妊症看護）について実践・指導・相談の役割を担うとされています。

どちらにも「実践」が入っていることを見ると、看護とはあくまでも実務的な医療活動が主体と考えられているのでしょう。

厚労省によると、専門看護師数は3,155人、認定看護師数は2万3,260人（2022年12月現在）です。就業看護師数約130万人からすると微々たる人数のようですが、それでもこれらの資格、制度の導入、発展を思えば、一步一步の発展は歴然としています。

さらに、**認定看護管理者**という資格もあります。こちらも日本看護協会が運営する制度で、1998年に発足しました。制度の目的は次のように明記されています。

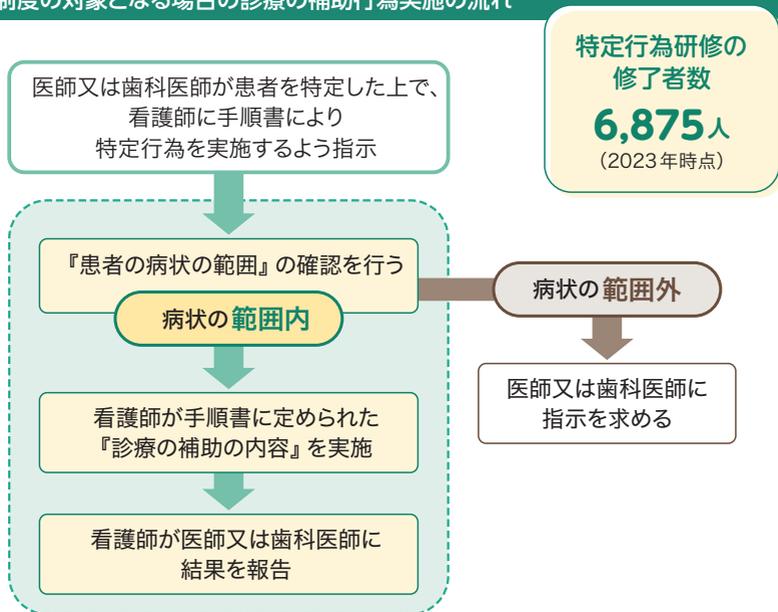
「多様なヘルスケアニーズを持つ個人、家族及び地域住民に対して、質の高い組織的看護サービスを提供することを目指し、看護管理者の資質と看護の水準の維持及び向上に寄与することにより、保健医療福祉に貢献します。」

日本看護協会の資料によると、2023年12月末時点で登録者数は5,258人となっています。

この三つの「資格」が、日本看護協会や看護教育界が主体となって動いてきたのに対して、厚労省がイニシアチブを取っている「**特定行為に係る看護師の研修制度**」というのもあります。

日本の人口は2010年を境に減少を続け、2025年には国民の5人に1人が後期高齢者（75歳以上）という、人類史上初の超高齢化社会に突入します。厚労省は、増加し続ける医療ニーズに対処するには在宅医療の拡充が必要だとし、そのためには個々の熟練看護師に加え、医師または歯科医師の判断や指示を待たずとも、手順書により一定の診療補助（例えば脱水時の点滴…脱水程度を判断し輸液を行う）を行える看護師の養成が必要

制度の対象となる場合の診療の補助行為実施の流れ



出典：厚生労働省HP「制度の対象となる場合の診療の補助行為実施の流れ」

と判断したのでしょうか。

そのような特定行為の手順書の策定と実践のための研修制度が創設されました。

2023年時点で、厚労省の「特定行為研修を修了した看護師数（特定行為区分別）」によると、特定行為研修修了者数は6,875人で、中でも「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の行為区分を受講した看護師が最も多い5,611人となっています。

■ 在宅などでも活躍できる看護師の育成

1995年、認定看護師制度が創設された当初は、医療が高度専門化するのに並行してレベルの高い看護を実践できる看護師が必要であるとされ、そのため各分野の認定看護師教育でもそれぞれの分野の専門に特化した教育が実施されました。

しかし、実際の保健医療の場はそれほど単純ではありません。一人でいくつもの病気を抱えている、特に高齢者になれば複数疾患や慢性疾患を基礎に、あれこれ不具合を持つ方ばかりともいえます。ですから、ある分野だけ、急性期（病気になって間もない時期、病状が安定せず集中的な医療介入が必要な時期、一般的には病気発症や入院から2週間程度）だけというわけにはいかないのです。つまり急性期から慢性期（病状が比較的安定している時期、時には治癒困難で病気の進行がゆっくりの時期をいうこともある）だけでなく、さらには在宅での療養も含む、あらゆる場で必要とされる看護を的確に実践できる看護師が求められるようになってきました。

このような状況から、認定看護師制度の改革などを含め、教育訓練内容が見直されつつあるようです。

加えて、近年、**ナース・プラクティショナー (NP)** という新しい名称が現れています。端的に言うと、これまでの看護師業務より幅広い「医療行為」を行える看護師のことです。

アメリカでは、1960年代からの、特に医師のいない地域で始まったとされていますが、日本のNPは、大学院の診療看護師養成課程修了者、つまり修士号を持ち、一般社団法人日本NP教育大学院協議会が行う認定試験に合格することで、一定の診療を行うことができる看護師を指します。日本では2010年度から資格認定試験が始まっており、アメリカなどで資格を取る人も多くすでに700人近いNPがいますが、問題は、まだ国の認可が下りていないことです。

NPは、看護の知識や技術に加え、相当量の医療知識と基礎医療技術を修得しています。今後、病院や在宅医療現場での医師不在時の対応、医師と多職種の調整など、さまざまな活動を担うものと期待されています。

看護師の資格・制度

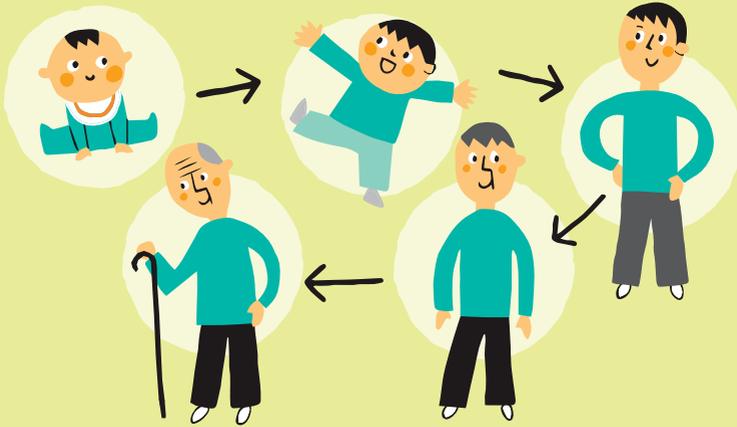
名称	専門看護師	認定看護師 認定看護管理者	特定看護師(※)	ナース・プラクティショナー (NP)
種類	資格	資格	制度	資格
運営主体	日本看護協会 日本看護系大学協議会	日本看護協会	厚生労働省	日本NP教育大学院協議会

(※) 特定行為に係る看護師の研修制度

もう一つのアプローチは、医療看護を行う側ではなく、それを受ける側、つまり「住民側」の考え方ですが、これについてはもう少し後に説明します。

5

不老不死、健康とは？



2024年1月1日、能登半島を大きな地震が襲いました。

その石川県では、2022年現在で19の市町村の半数が高齢化率30%を超えており、そのうち最も高いのは52.8%の珠洲市です。テレビの報道で住民から、「若い人といっても50代だから…」との発言も聞かれました。2人に1人が高齢者という状況は、珠洲市に限ったことではなく、日本の多くの地方の近未来です。

2023年の日本人の平均寿命は、男性が81.05年、女性は87.09年でした。コロナ禍の影響もあり、前年よりも平均寿命が短くなっていますが、それでも世界最長の平均寿命国の一角であることは事実です。

また、各国の「年齢中央値（平均年齢）」を見ると、日本は近年、48歳を超えています。

多くの開発途上国では、平均年齢が18歳以下というところもありますから、日本だけでなく、欧米や台湾はかなり年老いた国といえます。

繰り返しますが、私たち人間は100%死を迎えます。

しかし、どのくらい長く生きるのか、もっと正確にいうと、どのくらい長く健康で生きられるのかによって人生計画は異なります。

では、「健康」とは何でしょうか？

世界保健機関（WHO）の憲章の前文には、世界中が認知している健康の定義があります。

「健康とは、身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、たんに病気あるいは虚弱がないことではない」

ここでいう「完全に良好な状態」とは、現実にはあり得ないものです。

なぜなら、視力や聴力も含め、健康についてはどこもかしこもまったく問題ない。ニキビもシワもシミも白髪もない。そして精神面では、どんな心配事も悩みもなく、夫婦あるいはパートナーとはルンルンで、けんかなど考えもしなければ、職場でもハッピーで、上司や同僚、スタッフとも100%友好的で建設的な関係。生活上あるいは社会的な心配事もゼロ…。

そんなことはあり得ません。とても難しい状態です。病気ではないとか、健康診断で異常がなかったから健康だ！といった簡単なものではないのです。

さて、本来、長寿は祝福されるべきことだったのに、なぜ、問題になってきたのでしょうか？

赤ん坊というのは、ハイハイをしてお座りをし、つかまり立ちをして、ひとり歩きをし、やがてスキップをしたり、ジャンプをしたりするようになります。加齢はその逆の変化です。

だんだんと体力が低下する、昨日までできていたことが今日ではできなくなる。いつしか歩行速度が遅くなり、大きな踏切や横断歩道を渡り切れなくなり、階段の上り下りが苦痛になってちょっと怖くなる。瞬間的に人や物をよけられなくなり、電車やバスが揺れると倒れそうになり、長い時間立っているのが苦痛になり、出かけるのがおっくうになる。

はっきり認知症と診断されなくとも、物忘れは日々増えていき、忘れたことも忘れてしまう。時には失禁したりもする。白髪やシワが増えることなどは取るに足りない加齢現象だと分かる。

時期の早い遅いは違っても、すべての人に生じる機能的な衰えが社会生活を困難にします。

知的機能や精神面の柔軟性も低下し、身の周りの変化や複雑な社会状況に適応できなくなる…。

そう、すべての生物は年を取り、そして死に至ります。どんな人も死を免れることはありません。

しかし、仕方がないと諦められない人もいます。有名なのは秦の始皇帝です。史上初めて中国統一を成し遂げた有能な為政者でも、思うようにならなかったのが加齢と死でした。

部下の徐福という人物は、始皇帝のために不老不死の靈薬を求めて日本に來たといわれています。

でも、考えてみてください。あなたは「あと500年は確実に死ねない!」と言われたら幸せですか?

多くの高齢者は、何か具合が悪いことを感じた場合、その原因を見つけて(診断)、それを取り除き(治療)、元通りの健康状態に戻れるとの前提で、つまり、若い時の一次的な病気の診療と同じ気持ちで病院を訪れがちです。

もちろん、不調の原因が分かり、対処できる手段があれば、やがて不調は消えます。

しかし、すっかり元の状態に戻るとか全快することは、本当はめったにありません。

それでも、私たちは多少の不都合にはなれてしまいます。例えば、薬を飲み続けなければならないなら、本当の意味で全快とはいえませんが、日常生活に不都合がなければ、まあよいと受け入れますよね。

一方、病気の原因を取り除けない、がんが大きくなる、感染症が重くなるなど、治療しても病気の進み方が激しい場合は、残念ですが命を失います。あるいは日常生活に支障が生じるような障害が残ることもあります。

その昔、医学の父と呼ばれたヒポクラテスは、科学に基づく医学の基礎を作り、「これが起こればその後にはこれが起こる」と、病気の経過すなわち予後を読んで指示したことで人気があったそうです。他にも、きれいな空気や温かさといった生活環境に関心を持ち、適宜指示をした初めての医師であったともされています。

おや? この考え方と似たことを提唱した人がいますね。

そう、近代看護の創始者であるナイチンゲールです。

ヒポクラテスは、紀元前5世紀という大昔の時代の人ですが、ナイチンゲールは、たった200年ほど前にイギリスの上流階級に生まれた女性です。病気のメカニズムも原因も分からない時代のヒポクラテスと、かなり基礎医学が進んできた19世紀のナイチンゲールが同じような考え方を持ったことに、ちょっと感動します。

21世紀の現代には、当たり前のように抗菌薬や抗がん剤、CTやMRIが存在しますが、そのような手段がなかった紀元前5世紀や19世紀に、注意深く生と病を見つめ続けた2人の人物が同じような考え方を持ったということ、もう一度思い返してみたいものです。





プライマリー・ヘルスケア Primary Health Care (PHC)



病気があれば、それを見つけて治すために医療施設に行きます。

一方、血液や尿、心電図やレントゲン、エコーやCT、MRIなどの検査結果が正常範囲に収まっていて、はっきりとした病気はないけれど、何となくあちこちの調子が悪い…。

昔は、サッサと歩けたし、タッタと走れたし、正座もできたし、すっと立てた。でも、今はできない。それが高齢者の多くです。

だからといって、明確な病気がないので名医の診察を受けても状態は変わりません。

病気を治すことが主務の医師たちは、高齢者に「お年ですから諦めてください」とは絶対に言いません。

うっかりそんなことを言ったら、患者の逆鱗に触れることもあるでしょう。しかし、それは紛れもない事実で、生物である以上、人間は老いや死を

避けることはできません。どんな人でも、生まれた日から何十年か先の死に向かって生き始めるのです。

ここでお伝えしたいのは、**医師に委ねるべき病気のことではなく、自分でできる予防や、健康維持のためのちょっとした努力**についてです。

20～30年前のように、高齢者があふれるほどではなく、国の経済状況もますますといった時代なら、多少無駄であっても、念のため検査をしたり、多めの薬や湿布を処方したり、時には念のため入院したとしても、国も個人もやっていけました。むしろ、それが住民のニーズを満たし、医療者側にもメリットを生んでいました。

また、そのころの日本は医療に対しフリーアクセスでした。いつでも誰でも、受診したい病院や医療施設に行けました。しかも、日本中どこでも、同じ医療は同じ金額でした。こんな夢のような国を、私は日本以外に知りません。

そして多くの病院は民間経営です。民間は営利を考えなければやっていけませんから、少しサービスをしても、無駄をしても、住民の要望に応えることが大切でした。むしろそれで回っていたのが日本の経済であり保健医療サービスで、住民も病院も、双方に満足感がありました。

でも、そんな時代は終わりました。

では、これから心配事や不調がある時はどうすればよいのでしょうか？

私は、自分の健康に対する考え方を少し変えてみることをおすすめします。

聞きなれない言葉かもしれませんが、「プライマリー・ヘルスケア」(PHC)について説明します。

第二次世界大戦の後、たくさんの国連機関が生まれました。

健康や保健医療を司るのは、1948年に設立された世界保健機関（WHO）です。本部はスイスのジュネーブにあり、2023年現在で194カ国・地域と2準加盟地域で構成されています。

毎年5月、ジュネーブで開催される世界保健総会（日本なら厚生労働大臣など、加盟国の保健医療の責任者が集まる集会）で、さまざまな保健事項が議論され、方向性が決められています。

もちろん医療の在り方や新たな手技についても議論されますが、決して「医療（病人を治療すること）」のための集会ではなく、世界の「保健（人々の健康を守ること）」についても扱っています。医療は保健の一部です。

WHOは設立に際して作られた憲章の前文で、「健康とは、身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、たんに病気あるいは虚弱がないことではない」としています。

そしてWHOは、世界の人々の健康を損なう多様な問題に立ち向かってきました。近年の新型コロナウイルスのパンデミックにおいても、その始まりも終わりもWHOが宣言しています。

そのWHOの特筆すべき業績は、天然痘を地上から撲滅したことでしょう。1959年にその撲滅を目標に掲げ、1980年に地球上からこの病気を一掃したことを宣言しました。人類が意図して根絶できた唯一の病気です。それは、天然痘を発病している人と接したか、発病者の周囲にいて感染の危険性がある人のすべてに、種痘という予防接種をして回った、壮大な人海戦術の成果でもありました。

感染症は防げる、病気を予防することができると、人類は自信を持ちました。1970年代まで、世界の、とりわけ子どもたちの大きな死因は感染症でした。

そして、1977年のWHO総会で、「2000年までにすべての人々に健康を」(HFA)という大きな目標が掲げられました。翌1978年には、アルマ・アタ(現在のカザフスタン共和国)でHFA達成のための戦略としてプライマリー・ヘルスケア(PHC)に関する国際会議が開催されました。

現在、世界中が追い求めている「持続可能な開発目標」(SDGs)のアイコンをご存じでしょうか? 17のゴール、169のターゲット、232の指標から構成されています。



実は、この壮大な開発目標に先立ち、2001年の千年紀が変わる年に、国連で策定された「ミレニアム開発目標(MDGs)」というものもありました。これらの開発目標は、いずれも世界中の人々の健康を改善・維持・向上させることを目指しているのですが、そのルーツは1978年のアルマ・アタでのPHC会議にあるといえます。

2001年の千年紀が変わる年に、国連で策定された「ミレニアム開発目標(MDGs)」というものもありました。これらの開発目標は、いずれも世界中の人々の健康を改善・維持・向上させることを目指しているのですが、そのルーツは1978年のアルマ・アタでのPHC会議にあるといえます。

1978年9月6日～12日の間、アルマ・アタに集まった143カ国と、WHOとユニセフを含む67組織・団体の代表は、前年のWHO総会で満場一致で合意された「すべての人々のために健康を」を達成するための戦略として「プライマリー・ヘルスケア(PHC)」の実践に賛同しました。

10項目からなるPHC宣言の第6項目には、以下のような説明があります。「プライマリー・ヘルスケアは、実用的で科学的に有効で、かつ社会的に受け入れられる方法や技術に基づき、地域社会において個人や家族が積極的に参加することを通じて誰もが普遍的に利用でき、いかなる発展段階にある地域や国でも維持できる経費で提供できる必要不可欠なヘルスケアである」

さらに、次のようにも記されています。

「プライマリー・ヘルスケアは、国のヘルスケア制度の中で中心的機能を担う主要部分であるだけでなく、地域社会の総合的・社会的・経済的發展の一翼でもある。プライマリー・ヘルスケアは個人、家族、地域が、最初に接するレベルであり、できるだけ人々の居住また就労場所に近づき、継続して行う保健活動の第一段階をなす」

何のことか分からない…ですよ？

簡単に言えば、**自分の健康は、まず自分で考え、かつ、守ることが必要**ということです。

他人任せにするのではなく、まず、自分が自分の健康をどう考え、何ができるか、どう実践するかを決めましょう！ということです。

日本は、1961年に導入された国民皆保険制度により、いつでも誰でも、比較的安く医療サービスを受けられるようになりました。

ちょっと鼻水が出ただけでも、勤務先の運動会でちょっと腰が痛くなっただけでも、病院を受診することが可能です。国がリッチなので、医療施設も整っていました。しかし、世界は違います。

PHCの条項の後の方には、次のようなことも記されています。

「健康を守ることは医療任せではなく、生活環境や社会的条件にも大きく影響されることから、PHCは地域社会（の全容）にも焦点を当て、その地域の特定の健康ニーズ、その地域で最も必要とされる保健サービスがきちんと提供されるべきこと、そして地域住民がそれに関与していることで**地域全体の健康が向上する**」

さらに、「基本的な保健サービスの普及とは、すべての人々に公平なサービスが行われること」だとしています。

そして「重要なことは治療だけではなく、健康促進、病気の予防だが、それは生活習慣の改善や予防接種などで達成できる」こともあるとしています。

アルマ・アタ宣言から、世界は今も地域に密着した包括的で基本的なヘルスケアを目指すべき「理念」として、PHCを求め続けています。

PHCは難しいことではなく、誰もができそうなことですが、達成するのはなかなか困難です。当初は、開発途上国のためにと思われましたが、現在では世界中が行うべきと考えられています。

PHCは、決して病院に行っははいけないとしてはいません。しかし、自分の健康はまず自分でよく考えること、そして誰もが公正な保健サービスを受ける権利があることを理解しておくべきだとの考えです。

では、日本の高齢社会においてPHCはどのように活用すればよいのでしょうか？





高齢社会と プライマリー・ヘルスケア(PHC)



日本は、「国の金持ち度」を示すGDP（国内総生産＝一定期間内に国内で生産された財とサービスの付加価値の合計額）が、2023年度にアメリカ、中国、ドイツに次ぐ4位となりました。

また残念なことです。過去30年間、日本の経済発展状況は芳しくなく、2022年の「1人当たりの金持ち度」は、38カ国中21位で、G7の中では最下位です。

経済発展は停滞し、円安が進行する中、高齢化社会は一段と進んで生産性よりもヘルスケアニーズが増えています。このような状況の中で、今まで通り何でもかんでも医療施設や医者任せにすることはあり得ないのです。しかし、それはそれとして、個々人の健康を守ることは、健やかな人生を全うする上で必須の事項です。

では、どうしたらよいのでしょうか？

偉そうに言えることではないかもしれませんが、現在の日本は有史以来、つまり、**人類が初めて経験する高齢化社会**にあります。

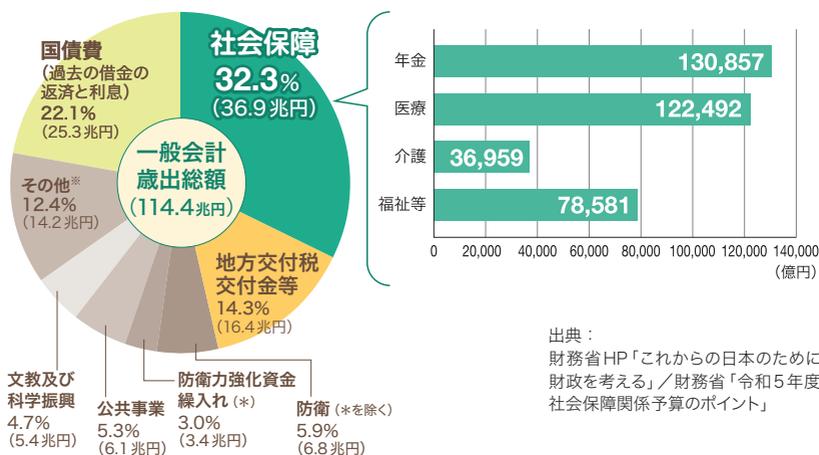
こうした状況に、いかに上手に対処するのか。その道を作ることは、世界中が高齢化に向けて進んでいる中、とても重要な国際貢献になるでしょう。

しかし、です。

2023年度の日本の歳出（使ったお金）総額114.4兆円という中、保健医療費を含む社会保障関係費が36.9兆円（32.3%）、借金とその利息を返すための国債が25.3兆円（22.1%）、合わせて62.2兆円（54.3%）を占めます。

あなたの家の収入が114万円で、医療と福祉と借金返済に、収入の半分以上の62.2万円を費やしていると考えてください。ちょっとドキッとしませんか？

2023年度 一般会計歳出の構成および社会保障関係費の内訳



出典：
財務省HP「これからの日本のために財政を考える」／財務省「令和5年度社会保障関係予算のポイント」

*「その他」には、新型コロナウイルス感染症及び原油価格・物価高騰対策予備費（3.5%（4.0兆円））
ウクライナ情勢経済緊急対応予備費（0.9%（1.0兆円））が含まれる。

収入についてみると、国の場合は歳入といますが、収入の根幹である税金としての収入は69兆円(60.7%)、特別公債が29兆円で建設公債が6兆円、合わせて31%です。公債とは、言い換えれば国の借金ですから、収入の1/3が借金ということになります。

支出(歳出)の中で大きな割合を占める社会保障関係費の中の医療費ですが、2021年度は65歳以上の高齢者が全体の約60%を使っています。一方、文教及び科学振興費、つまり子ども・若者への教育費は5.4兆円と、たった4.7%しか使えていないのです。家の収入の114万円中、5万円強しか教育費がないという状況です。このまま次世代に借金を押し付けて、国はやっていけるでしょうか？

もちろん、高齢者を見捨てろと言っているわけではありません。

高齢者は、健康水準が低下しているとはいえ、すべてが病人ではないのです。それにもかかわらず、高齢者が使っている医療費が多いのは、**健康水準の低下という状態に対し、やや無駄な医療手段や投薬がなされ過ぎて**いるからともいえるのです。

私は、1980年代以降、国際保健分野に関わり、たくさんの開発途上国の保健医療現場を経験しました。若いころには、小児科医、検査医として、近年は国際保健や看護教育への関わりの中で、相当数の先進国医療の現場を見学しています。

30～40年前の、いわゆる開発途上国と呼ばれる国々では、首都圏に一つはある大病院を除いて、1日のしかるべき時間に機能している医療施設はほぼないと言ってもよいほどでした。そしてその病院ですら、誰もが受診するには遠い場所にあるという状況でした。

健康を守るための手段として保健医療サービスを楽しむことは人間の

基本的人権です。しかし、世界の多くの地域では、それは夢のようでもありませんでした。

そのころ、国際保健分野で働いていた専門家がまとめた、医療を妨げる理由は次の三つでした。

一つ目は、**文化人類的要因**です。例えば、妊娠や分娩の際に受診することを、一族の長老や地域の権力者（男性）が許可しないなどです。

二つ目は、病院や診療所が遠いにもかかわらず、道がない、または移動の手段がない。仮に車があってもガソリンがない、またはお金がない、運転手がないといった、**地理的・物理的な社会的問題**です。

三つ目は、病院、医療施設が24時間機能していない、ようやく病院にたどり着いても医師がいない、看護師や助産師がいない。医療に必要な機材や消耗品もないという、**専門性の問題**です。

しかし、どんな途上国の、どんな貧しい村落にでも、人々は暮らしています。そして、そのような地域では、保健ボランティアと呼ばれている人々の献身的な活動が地域の保健状態を維持していました。治療的なものはほとんどなく、予防的といえるささいなことが、人々の健康を守っていました。

それがPHCなのです。

今後の日本の地域保健は、PHCの考えに基づき、看護師が中心となって行う社会にしていく必要があります。

その可能性についてお話しします。

まず取り組むべきなのは、高齢者の健康維持のための予防活動です。

高齢者向けの健康相談を通じて、「自分の健康は自分で守る、予防する」という意識を高めてもらい、治すべき病気は早期発見して対処することです。

そのために、具体的には生活習慣の改善や予防接種プログラムを、地域内の高齢者が連帯して自主的に企画することが求められます。何か不調が生じた時は「すぐに病院」ではなく、地域ぐるみで工夫する。つまり、PHCの範囲で対応するのです。そして、**その時の相談相手は「地域看護師」**です。

次に、多くの人を持っているであろう慢性疾患や、完全には元に戻らない不具合への対策です。高齢者は、健康上の慢性的な課題を複数持っていることが多いものです。そして、それらはたとえ通院をしても、すっかり回復して30代、40代の健康状態に戻ることはありません。

これらに対しても、地域のPHC活動が対応できる余地は大いにあります。例えば、健康管理を在宅／訪問看護師に委ねることで、不要な薬や必要以上の薬の服用で生じる副作用「ポリファーマシー（多剤服用）」の予防も可能です。

さらに、万が一発病しても、在宅／訪問看護師を活用すれば、住みなれた地域や自宅で生活を継続することは、たいていの場合可能です。もちろん、PHCの範疇であっても、必要な際には地域在宅医療を活用することは可能です。しかし、これらの活動の主体はあくまで地域の人々、地域の高齢者にあります。つまり、地域の高齢者が、「自分たちの健康や自分たちの地域は、自分たちが守る」という意識を持たれることが大事なのです。それが、先進国のPHCの実践です。

そしてその際、専門家としてお手伝いをするのが、地域で在宅看護を実践している看護師たちです。

例えば、認知症ケアについてみてみましょう。

どの地域でも高齢者の認知症は増加しています。これに対し、地域ぐるみの対応をしているところが皆無というわけではありませんが、全国どこでも一定の仕組みが稼働しているとはいえません。それぞれ地方自治体を含む地域の中に、認知症に関心のある方、対応に熱心な方がいる場合は、その方の機能の範囲で対策がなされているところもあります。

これを、全国的に地域住民を中心としたPHCサービスとして、早期の認知症検査や、「あれ?」と思うレベルの方のフォローやサポート、そして負担になり過ぎない介護教育を通して、地域全体に認知症の問題とその対応を啓発するのです。

あくまでも主体は住民です。

なぜなら、認知症になる人もその家族も、皆、住民だからです。普段の生活の中でできる支援に、できるだけたくさんの住民が関与するのです。こうした地域活動の主な担い手に、高度な専門性を持つ医療者は必要ではありません。より困難で医療的介入が必要になった際には、医療施設が関与する必要が出てきますが、ほとんどの期間は地域の中で行います。

本書58ページから述べる「日本財団在宅看護センター」ネットワークでは、こうしたPHCの理念を持って活動を繰り返しています。





在宅／訪問看護師



では、地域の訪問看護師の機能は何でしょうか？

急激に高齢化が進んだ日本では、病気の治療が主務である医療施設で高齢者を扱うことは非効率的で、高齢者の目的にも合致しません。健康水準は低下しているけれど、はっきりと「〇〇病」と診断できないのが高齢者です。

これまでの在宅／訪問看護師は、本人の希望があって、悪性腫瘍など不治の病で在宅療養をする方のケアを行っていました。最近では、より若年者や「医療的ケアの必要な子ども」のお世話も増えており、年齢は新生児から100歳以上の人まで幅が広がっています。

在宅療養が増えた理由は二つあります。

一つは、個人的な願望です。

予後が芳しくないと分かった後、住みなれた自宅や地域で人生を全うしたいと希望される方が増えています。

もう一つは、在宅療養を増やすことで、世界的に突出して多い病床数を減らし、終末期に至るまで先端機器を、言葉を選ばずに言えば濫用するような高額医療を減らしたいとの行政側の意図もあります。全体として医療費が下がれば、保健医療に関わる国の出費、ひいては国民が支払う税金も下げられるという、少し儚い国レベルの意図ですが、これはそれほどうまくいっていません。

なぜなら、在宅診療を進めるためには、個人の自宅で行う適切な医療や看護が必要だからです。特に、診療時だけではなく、病人や家族が自宅での療養にどのように向き合えばよいのかについて、住宅事情や家族構成をも視野に入れ、必要な指導を行える看護師が必要です。

その在宅／訪問看護師の数が不足しています。

病院であれ、個人の自宅であれ、看護は看護です。

しかし、周囲に医師やその他の専門家が常在し、診療のための装置や機器が整備された病院や医療施設で、チームの一員として行う看護は、いわばホームグラウンドでの試合です。

一方、すべての住まいが別々で、診療用の設備がほとんど備わっていない各家庭での看護は、いわばアウェーでの試合です。

しかし、だからといって看護のレベルを下げることはあり得ませんし、むしろ、より広範な知識と技術、そして家族を含めた周囲との対話力や判断力が求められます。

通常、あるご家庭を訪問する際の看護は一人の病人が対象ですが、にぎやかなご家庭の場合、数名の相手をしながら看護行為をこなすというのはよくあることです。

一方、増えつつある独居高齢者の対応では、看護行為だけでは済まず、身の回りの安全や衛生管理など、さまざまな作業を余儀なくされることもあります。

実際に、ある病人が病院から在宅に切り替える際は、病院の病棟、外来の地域連携室、地域のケアマネジャー、在宅療養における主治医やリハビリの専門家など、多様な職種と連携したカンファレンスから始まります。そして多くの場合、退院に先立ちご自宅を訪問し、受け入れの整備から行います。

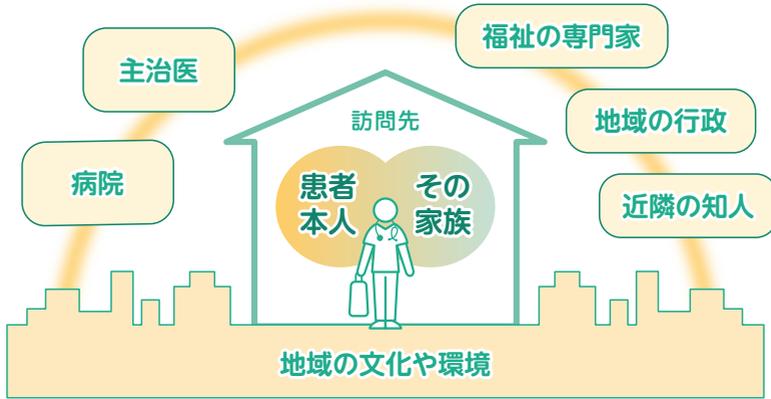
在宅看護において、病状が安定した病人なら、訪問する看護師はその健康状態をモニタリングし、何か問題があればそれを見付けて対処すればよいのですが、そのような病人は実際には多くはないようです。

在宅で療養する人も主治医を持つので、在宅でケアする看護師はその主治医や病院と連携しながら活動します。

病院看護師は、一つの施設の中の、ほぼ見知った保健医療専門家の中で仕事をしますが、訪問看護師は地域社会において、ケアする人の自宅で本人やその家族との密接な関わりに加え、近隣の知人、地域の行政、福祉の専門家との交流、さらに、地域の文化や環境にも通じている必要があります。それが、在宅療養者にとって最適なケアの提供につながるからです。

とにかく、地域で働く訪問看護師は忙しい。

在宅看護における連携イメージ



規定以外の仕事も多く、責任範囲が広いにもかかわらず、収入がとびきり良いわけではない。これから日本が超高齢社会になる前に、地域保健の担い手として増えてほしい最も重要な保健医療スタッフですが、今のところ約160万人の実働看護師中、訪問看護師は7万人ほどと、とても少ないのです。

では、なぜ訪問看護師が増えないのでしょうか？

まず、訪問看護の重要性や看護師の責務が、住民の間だけでなく、保健医療関係者や行政の職員などに十分理解されていないことが挙げられます。その背景には複数の要因がありますが、一つは、専門職として十分に認知されていないことがあります。

看護は、高度な専門性を要するものから、比較的易しそうに見えるものまで、千差万別です。こうした中、病人をケアする際の専門性が、他の医療職と比べ安易に見られているように思えます。

つまり、看護師の責務、役割、貢献が十分に理解されていないのです。また、その重要性や役割に関する情報が適切に伝わっていないことも課題です。

最初にお伝えしたように、大病院の中では看護師が最大多数ですから、その専門集団の中での活動なら何も不自由がないため、あえて外の社会に打って出る必要がなかったのでしょう。

近年、訪問看護師が地域社会に出てみると、一般の人々にほとんどなじみがなかったことが分かりました。町の薬局が認知されているのに対して、看護師の事務所は、まだ十分足場が固まっていないようです。

さらに、病院という閉鎖社会の中では最大多数を占めていたこともあり、普段は他の専門職との連携がそれほど深くなくても、必要に応じて連携することが可能でした。

しかし地域に出て、在宅での看護において他の専門職を要する場合、自分関係性を作らなければ、誰もやってはくれません。

初期の訪問看護事務所では、そのような連携が不十分である場合も無きにしもあらずですが、必要な専門家同士の相互理解は、実践を踏めばあつという間に解消します。

最大の問題は、行政レベルで在宅看護師や訪問看護師の活動が認知されていなかったことかもしれません。

行政にその存在を認知されない限り、予算やリソースの分配にカウントされません。地域での看護の役割が見え始めていますが、もっとスピードアップする必要があります。

いずれにせよ、これらの問題を解消できるのは、地域で活動している看護師自身です。

そのためには、良い情報を発信し、地域の人々を啓発し、看護の役割や重要性を理解してもらうことです。メディアを活用した広報やイベント、セミナーも必要ですが、個人的には、メディアに出る看護はあまりにも情緒的過ぎると感じます。もっと科学的な面から看護を紹介していきたいものです。

看護師の立場や看護の重要性がより広く理解され、尊重される環境を整えるには、次のようなことが求められます。

<p>職種間の コミュニケーション 強化</p>	<p>医師、看護師、他の医療関係者とのコミュニケーションを強化し、職種間での理解を深めるための取り組みが必要です。連携の促進や共同の目標設定が有益です。</p>
<p>予算とリソースの 適正な分配</p>	<p>看護に必要な予算やリソースが確保され、適正に分配されるよう、行政や医療機関において政策や計画を見直す必要があります。</p>
<p>専門性の強調</p>	<p>看護の専門性や貢献度を強調し、専門職としての地位向上を図る取り組みが必要です。</p>



「日本財団在宅看護センター」 ネットワーク



日本財団は、地域に根差した在宅看護サービス事業所を運営・経営できる看護師の育成を目的に、笹川保健財団を助成先として、2014～2021年に「日本財団在宅看護センター起業家育成事業」を実施しました。7年間で108人の看護師が参加し、2024年4月現在で29都道府県、161の「日本財団在宅看護センター」関連事業所が稼働しています。

この事業は「看護師が社会を変える!」と、大々的な看板を掲げています。

日本財団のホームページにも、次のような意気込みが記されています。

https://www.nippon-foundation.or.jp/what/projects/home_nursing



政府の2022年版「高齢社会白書」によると、2021年10月時点で高齢者人口は3,621万人を超え、日本の総人口に占める65歳以上の割合は28.9%に達しています。急激に進む高齢化の中で、政府の医療政策は、これまでの病院中心の医療サービスから在宅でのケアへと移行しつつあります。日常生活の中で行われる在宅医療においては、生活を整えるという役割を持つ「看護」の役割はさらに重要なものとなります。

また、「終末期を自宅で過ごしたい」という希望を持つ方も多く、在宅看護へのニーズは高まっています。

しかし、国内で看護師として働く約150万人のうち、訪問看護に従事する人は約4万人です。

笹川保健財団等との協力により、緩和ケアや訪問看護の専門家であるホスピスナースの育成に取り組んできたことから、看護師を中心とする全国的な在宅看護サービスの担い手育成及びネットワーク作りを目指し、本事業に取り組んでいます。

医師の指示を受けて動くのが当たり前と考えられていた看護師が独立して、地域の医療と介護を結び付け、国民の健康管理を積極的に支える存在となることが、高齢社会で予測される様々な課題を解決する第一歩となります。

2014年、日本財団からの資金援助を受けて始まったこの事業は「日本財団在宅看護センター」の看板のもとに開設し、地域での在宅看護とそ

の基礎にあるPHCの普及の重要性を理解し、各地に自分の事務所を開き、継続的に経営できる「起業家」としての看護師を育成するものでした。成果としての各事務所は、看護師が中心となって、地域包括制度の中の在宅医療を担うものです。自立していますが、当然、地域にある医療施設や介護施設等とは連携しつつ、地域住民の入退院や健康管理をはじめとするPHCの考え方を普及していくことを目的としています。

医療施設から退院した患者のフォローに加え、徐々に生活力・生存力が低下する高齢者を対象に、予防から看取りまで地域のニーズに応えるケアを提供したいのですが、まだ理想通りには動いていません。

しかし、そもそも脆弱企業体で経済的に破綻する訪問看護事務所が稀ではない業界ですが、このネットワークからは1軒も経済的破綻は出ていません。

この事業で大切なのは、管理者ができるだけ早く実務の訪問看護を離れ、管理経営に回ることです。

さらに、理学療法士や作業療法士、薬剤師、栄養士など、専門家との連携を実践しつつ、24時間365日稼働すること。そして、地域内の各種医療施設や診療所、開業医、地域包括支援センターや介護・老人保健施設、リハビリテーション施設とも連携することが求められます。

最近では、地域の福祉事務所との連携や、助産師スタッフを雇用しての母子支援にも進出しています。



参考資料

一般社団法人全国公私病院連盟
「令和4年 病院運営実態分析調査の概要 (令和4年6月調査)」
<https://www.byo-ren.com/pdf/r4gaiyou.pdf>

おわりに

日本では、1961年に国民皆保険が成立し、「誰でも」「いつでも」「どこでも」、比較的安い費用で必要な医療を享受してきました。

一方で、ちょっとした不調でもすぐに病院を受診できるため、多くの国民が医療費を濫用してきたともいえます。しかし、日本はこれから人類史上初の超高齢社会を迎えます。つまり、それだけ医療・年金・福祉などの社会保障関係費を必要とする場面が増えるということです。

日本が経済的に豊かであれば大きな問題はなかったかもしれません。しかし、国の財政状況が厳しく、少子高齢化で国民の社会保障負担率が高くなるこれからは、何でもすぐに病院に行くのではなく、「自分の健康は自分で守る」という意識が必要です。

そして、日々の生活の中で、国民の健康維持を助けるのは、生活支援をも責務とする看護師です。

医師にしかできない医療はもちろん必要です。しかし、保健・医療・福祉の幅広い分野で一人一人に寄り添い、健康を守る看護師の存在は非常に大きなものです。また、看護師の活用を通して、不必要な医療や過剰な医療を防ぐことは、本当に必要な時に必要な医療をきちんと受けられる体制にもつながります。

「看護」の可能性を広げ、「誰でも」「いつでも」「どこでも」安心できる地域社会を作る。私たちはそれを望んでいます。

これからの時代は、国民一人一人が年とともに衰える健康状態を抱えて長く生きなければなりません。

こうした社会に必要な人材こそが、日々の生活に伴走してくれる看護師なのです。

事業所における訪問看護の相談受付からサービス開始までの流れ

事業所への訪問看護の利用に関する相談者

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 本人・家族 ② 近所の住民・民生委員 ③ 居宅介護支援事業所
(ケアマネージャー) ④ 地域包括支援センター ⑤ 自立支援事業所 | <ul style="list-style-type: none"> ⑥ かかりつけ医 ⑦ 病院
(MSW / 退院支援看護師 / 主治医) ⑧ その他
(訪問看護ステーション連絡協議会・
社会福祉協議会・グループホーム等) |
|--|---|

利用相談を受けた後の流れ

事業所側で介護保険の **要介護・要支援認定を受けているか** 確認します。

介護認定を受けている場合

- ① 担当のケアマネがいる
担当ケアマネに連絡をしてもらおうか、事業所から連絡
- ② 担当のケアマネがいない
希望を確認して、適当な事業所を紹介する
↓
要支援なら包括支援センター、要介護なら居宅支援事業所との契約・計画立案
↓
主治医を確認し
指示書の発行を依頼
↓
サービス担当者会議を開催
↓
訪問看護事業所と契約して
サービス開始

介護認定を受けていない場合

- ① 介護認定が出そうな見込みがあれば、介護保険申請を促す
居宅支援事業所を紹介。
代理申請
↓
以後は認定を受けている場合と同様
- ② 介護認定が出る見込みがなさそうな場合
主治医を確認し、医療保険での訪問看護の利用の可能性を相談
↓
主治医による
指示書の発行を依頼
↓
訪問看護事業所と契約し、
サービス開始
(医師が必要ないと判断するようなら、代替サービスを検討)

医療保険での利用適応者の場合

利用適応者の条件

- ▶ 40歳未満：医師が必要と認めた人
- ▶ 40歳以上65歳未満：介護保険の特定疾病に該当しない人
- ▶ 65歳以上：介護保険の特定疾病に該当しない人・精神科訪問看護利用者

1 要介護・要支援の人の場合

担当ケアマネに情報照会と相談



主治医に確認し指示書の発行を依頼



訪問看護事業所と契約し、サービス開始

2 要介護・要支援認定がなく、医療単独での介入の場合

主治医に確認し指示書の発行を依頼



訪問看護事業所と契約し、サービス開始

在宅看護の依頼を受けることが多い順番（例）

訪問看護の場合

- | | |
|---------------------|-----------------|
| ① 居宅介護支援事業所のケアマネジャー | ④ 障害者相談支援専門員 |
| ② 医療施設の地域医療部門 (MSW) | ⑤ 付き合いのある主治医 |
| ③ 地域包括支援センター | ⑥ 利用者家族 |
| | ⑦ 市の保健センター（保健師） |

①～⑦の依頼者による電話での問い合わせに事務が対応し、後に管理者か訪問看護管理者が詳細な情報を得ます。

看護小規模多機能型居宅介護の場合

最も多いのが上記②からの依頼です。入院に至ったイベントで、元の生活スタイルに戻れない利用者に関する相談です。

③については、共生型での受け入れとなる旨を説明します。

なぜ、今、在宅看護か？

住みなれた場所で、安心・安全に暮らし続けるには

2024年6月5日 初版発行

著者 喜多 悦子

発行 公益財団法人 笹川保健財団

〒107-0052

東京都港区赤坂1丁目2番2号 日本財団ビル5階

TEL : 03-6229-5377 FAX : 03-6229-5388

<https://www.shf.or.jp/>



笹川保健財団
SASAKAWA
Health Foundation