

． 1 . 13 . 日本看護協会訪問看護検討会
訪問看護の必要性とその機能

(55 . 9 . 25 .)

はじめに

近年，“訪問看護”の名のもとに，地方自治体や病院・診療所の看護婦等が，在宅療養者の家庭に出向き，保健指導だけでなく直接的看護ケアを含むサービスを行なうようになり，この数年の間にそれが急速に広まった。この新たな看護サービスの提供の仕方は，今の保健医療サービスの欠落した部分を埋めようとするもの。今まで保健医療の対象になりにくかった人々，在宅を望みかつ在宅療養の方が適切でありながら余儀なく入院を強いられていた人々，退院後継続ケアが必要とされながら放置されていた人々に，専門的看護サービスを提供しようとするものである。そしてこの試みは，単に今の保健医療サービスの欠落した部分を補うのみならず，保健医療サービス全般の改革につながるものと考えられる。

ところで，今訪問看護を担っている人々は，それぞれ自分たちなりにその必要性を認識してこれを始めたものの，自分たちのしていることの評価，保健医療サービスの中の位置づけ，今後の方向等については，必ずしもまだ明確に意識していないか，あるいはそれぞれの立場でまちまちに考えていると思われる。今やこれらの点について一定の展望を持ち，訪問看護を真に人々に役立つものへと発展させる努力が必要になってきているといえよう。

そこで当検討会では訪問看護をとりあえず次のように定義した上で，現在の保健医療サービスの中に訪問看護を位置づけなければならないのはなぜか，訪問看護を必要としている人とはどんな人たちなのか，訪問看護はそ

の人たちのもつ問題の改善にどう寄与しようとするものなのかを検討し、この報告書をまとめた。

定義：

訪問看護とは、何らかの病気や障害を持つ人々に対して、看護の有資格者がその人の生活の場に出向いて行なう専門的サービスである。そのサービスは、病気や障害を持った人々が“生活している人である”という点を重視し、本人や家族が病気や障害を自ら受け止めそれに対処できるように、その人たちの生活に即した身近なやり方で支援しようとするものである。

訪問看護はなぜ必要か

1 生活の場に即した保健医療サービスの欠落から生じている問題

医療の高度化、社会構造の変化は、人々の健康生活に大きな変化を与えている。治療法の開発、生活水準の向上等によって平均寿命が伸びたことの裏では、何らかの障害や病気をもった老人、ちょっとしたことで健康を損ねてしまう老人が確実に増えている。また、文明病ともいべき成人病や公害病等、発病や治癒のプロセスが緩慢であり、かつ生活の仕方や環境と密接に関係している疾病が増えている。治療技術、医療機器、其の開発は、医療機器や薬の助けによって生命を維持している人々や、生命は救えたものの一生障害を持って生きていかなばならない人々を増やしたという一面を持っている。

これらの人々にとっては、病気や障害が治るまでの期間を非常時としてとらえることは許されない。長期にわたり、まさに病気・障害と付き合っ生活していかなければならない。しかしながら、これらの人々が病気・障害を自ら受け止め、対策をたてていく上で必要な保健医療サービスは、極めて乏しい。

日本の保健医療サービスは、疾病の治療中心に、しかも戦後についていえば、病院内での治療を中心に発達してきた。疾病を治療するための医療技術はどこまでも高度化し、医師はその高度化した技術の駆使にもっぱら関心を寄せている。そして疾病の治療に対する給付を中心とする健康保険制度に支えられた病院経営もまた、同じ方向を志向している。

従って、病院・診療所の医療従事者は、患者が退院したあとどうなるか、外来に通院している患者がどんな生活を送っているか、地域社会に健康上の問題をかかえた人々がどのように存在しているか等について、必ずしも関心を向けておらず、関心を向けたとしても、そういう観点から何かをすることは、極めて難しい。

治療という観点から考えて、“治った”、“これ以上よくなる”、“病院でこれ以上することはない”という判断のもとに、退院という方針が出されたとしても。多くの患者は、障害を残しての、あるいはいつ再発・悪化するかもしれない状態での退院である。引き続き生活行動上の介護や健康管理を必要とし、しかも素人だけでそれを適切に行なうことは困難である場合が多い。ところが、ひとたび退院すると、入院していた病院と近くの開業医との間に連携がないため、治療が引き継がれることが少なく、また医師の往診を頼むことも難しい。ましてや最も必要とされる看護・介護についてのアドバイスを得ることは、ほとんど不可能である。

このように、家庭・地域社会にあって療養生活を続けるためのサービスが欠落していることに加え、患者家族に、病院とはすっかり治してくれるか、さもなくば最期までみてくれるところ、といった考え方が強いことも、退院後の療養生活について適切な対策がとれない一因となっている。その結果、たとえば、適切な訓練を続けられれば機能回復が望めるにもかかわらず放置されてしまったり、家庭での生活への適応がうまくいかず、病状を悪化させてしまうことがある。また、家族が病人をどう介護してよいかかわらず、無駄なエネルギーを費やし疲れてしまい、家庭全体がすっかり混乱してしまうこともある。

他方、ひとたび退院したら再入院がむずかしいことや、病人をみていくことへの不安、その他さまざまな理由で、本人は退院したくても家族がひき取りたがらず、入院が長期化している老人がたくさんいる。長期にわたり老人を受け入れている病院は、あくまで病院であって“生活の場”としての配慮がされておらず、また付添や差額室料が必要な場合も多い。

また、せめて最期は自宅で迎えたい、迎えさせたいと願っている人、病状が小康状態にあるので一時退院したい人、あるいは大体よくなったので早く退院して家で療養したいと思っている人も多いが、介護への不安、病状の変化が予知できず適切な対策がとれないのではないかという不安、救急体制への疑念、一部処置を残している等の理由で、やむなく病院に留まっていることが多い。

退院後に引き続き保健医療サービスが受けられないことから、一方では入院が長期化しており、他方では入院を必要としながら病院が満床で入院できず、入院待機中に病状を悪化させたり、死亡に至る人々もいる。

このほか入院するほどではないが、生活の場での専門的な観察と援助があれば、健康破綻を未然に防いだり健

康水準を向上させる可能性があるにもかかわらず、それが見過ごされている人々がいることを指摘しておくべきだろう。特に老人の場合、加齢による身体機能の変化と疾病によるそれとを区別し、適切な対策をとるには、専門的知識に加え、その老人の日常生活がある程度わかっている必要がある。ところが家族の素人判断で老化のせいと思い治療の可能性があるのに放置されてしまったり、逆にちょっとした病気で過保護になり、老化を早めてしまうことがある。後者の場合、生活指導が重要であるが、外来受診をしても治療に留まり、生活指導まではなしえないのが普通である。生活の場での専門的な観察と援助があれば、ねたきりやおむつ使用の老人はもっと減らせるはずである。

2 訪問看護が必要

以上のべたことは、在宅療養者や老人への、生活の場に即した保健医療サービスがないことから起っている。ことに 1 章に述べるような機能を持った訪問看護の必要性を示すものである。

ところでここ数年来WHOは、医療が高度に発達しても、その恩恵に浴すことのできない人々がたくさんいること、さらには健康上のより身近な、あたりまえの問題がまだまだ解決されていないことに着目し、“プライマリー・ヘルスケア”即ち人々にとって身近な保健医療サービスを優先した保健医療計画をたてるべきだと、各国によびかけている。私たちが考える訪問看護は、プライマリー・ヘルスケアの一部として極めて重要なものであると考える。

むろん訪問看護さえあれば、1にのべたような問題がすべて解決できるわけではない。それには、保健医療サービスシステムの全般にわたる改革が必要である。私たちは、訪問看護を定着させることは、その改革への重要なワンステップであると考えている。

3 訪問看護と福祉サービスとの関係

1では、在宅療養者や老人がかかえている問題を、生活の場に即した保健医療サービスが欠落しているという視点から考察した。この問題を他方では、福祉サービスの視点からも考察する必要がある。

家庭内に病気や障害を持つ者をかかえる家族の、経済的・労力的・精神的負担は大きい。特にねたきり老人の問題は、この面から社会問題化し、行政的には福祉サイドでその対策が考えられはじめた。その一つとして、ねたきり老人訪問看護事業も開始された。

しかしながら、訪問看護婦が実際に老人家庭に出向いてみると、そこには保健医療上の問題もさることなが

ら、家庭内には、それらの解決なしに老人の健康状態をよくすることにまで目が向けられないような、訪問看護以前の問題が山積みしている。このことは老人と限らず、病人・障害者をかかえる家庭の多くに共通することである。

1では、病院を退院できない理由を、生活の場に即した保健医療サービスの欠落という視点から述べたが、実際にはそれに加えて、介護する人がいない、住宅が狭い、障害をもつ人の生活を考えた家のつくりではない、受け入れ体制を整えるにはお金がかかりすぎる等、さまざまな理由が重なっている。

日常生活に人の助けを必要とする在宅者を対象とする訪問看護では、介護者の問題は特に重要である。訪問看護婦は四六時中対象者のそばにいられるわけではなく、そもそも家族やそれに代わる人々がよりスムーズに介護できるよう支援するものであるから、介護者がいなかったり、家族が介護できる状態にないと、訪問看護はたちまちゆきづまってしまう。訪問看護婦の支援が家族の介護力のある程度高めることは可能であるが、それにも限度がある。

家族の介護力は、経済力、人手、情緒的な絆、義務感等に規定され個々に違いがあるが、家族の実情に応じて、家族の介護力を補いあるいは負担を軽減するための福祉サービス たとえばホームヘルパー、給食サービス、器具・用具の貸与、家屋改造費の支給、介護手当の支給 の充実が、在宅ケアをすすめる上で極めて重要である。

これらの福祉サービスは、既にある程度存在しているが、それを活用しようとするとき、いろいろな問題がある。第一に、サービスを受けられる人々が低所得者層に限られているという問題を改善すべきである。第二に、サービスが画一的あるいは支給基準が形式的で、せっかくのサービスが必ずしも生きていないという問題の改善が必要である。

さらには、一時的に入所できる介護施設（ショート・ステイ）や、昼間だけ介護をひきうける施設（デイ・ケア）があれば、在宅療養の可能性はもっと拡大するだろう。

病気や障害を持つ在宅者に対する福祉サービスに関する政策立案及び実施に、訪問看護に携わる看護職者が関与できるようになれば、もっと個々の家族の必要性に応じて、必要なサービスが提供できるようになるだろう。

訪問看護を必要としている人々

医療の高度化，社会構造の変化などにより，在宅療養者の数が増大した。本章では，これらの人々の生活を具体的に表現し，なぜ訪問看護が必要かについてのべる。

1) 一部医療（看護）処置，医療器具の装着・交換，服薬の管理などを必要としている人々

治療技術，医療機器，薬の開発は，医療機器や薬の助けによって生命を維持している人々や，生命は救えたものの一生障害をもって生きてゆかなければならない人々を増したという一面を持っている。これらの人々の中には，医療器具の装着・交換，定期的な注射・処置などを必要とするが，「ねたきりかそれに近い状態である」，「単独での通院が困難」，「病院が遠い」，「通院でかえって病状を悪化させるおそれがある」などの理由で外来での治療を受けられない人々も多い。かといって入院するあるいは入院を継続するほどではなく，また本人のためにも，療養が長びくことを考えると，在宅療養が好ましい。しかしながら，在宅療養に伴う諸問題は，本人や家族だけで適切に対処できるとは言いがたく，やはり医療技術者の介入により在宅療養が継続可能になると考える。いいかえれば，この介入の可能な場合に，人々は在宅療養を選択できるともいえるだろう。

なお，通院治療を受けていても，加えて生活の場に向いての日常生活に即した療養指導があつて，はじめて適切な在宅療養が可能になる人々もいる。

これらの人々の身体状況としては，

- ・人工膀胱，パルンカテーテルなどをつけている
- ・経管栄養をしている
- ・気管カニューレを入れている
- ・酸素吸入の必要がある
- ・瘡がある～褥瘡・損傷・湿疹など
- ・点滴や定期的な注射の必要がある
- ・定期的な服薬により生命機能を維持している

などである。

このような状況にある場合，次のような点に関し，看護職者の介入が必要である。

- ・瘡の手当，器具の装着・交換，その他処置の継続と観察，及びそのための知識・技術の習得（退院患者の場合，病院でやっていた，あるいは教えられた通りではうまくいかず，個々の家庭の実情にあわせたやり方を，新たに習得する必要がある）
- ・処置などに必要な器具・器材の消毒や消毒液などの準備と保管及びそのための知識・技術の習得

・処置などに必要な器具・器材や装具の購入のための情報と助言の必要性

・移動・安楽・安全などのための，日常生活の工夫の必要性

・合併症の予防や急変のための食事療法や服薬の管理の必要性

・瘡があることや器具の装着による心理的な緊張と危険を，専門的判断によってやわらげ，防止する必要性

2) 終末期を在宅ですごす人々

入院により濃厚な治療をうけ，もう，これ以上回復の見込みがないといわれた人々 死の宣告をされた人々

，在宅療養中に徐々に全身が衰弱し，死をむかえる人々に関し，本人や家族が在宅療養を希望するならば，その希望は重視されるべきだろう。その際当然のことながら，在宅での看護・医療が保障される必要がある。この場合，看護職者の介入を必要としている状況としては次のものがある。

・家族に心理的な緊張の持続による心身の過労とストレスがあることから，それを軽減するための支援の必要性

・終末期に対する介護をはじめて体験するにあたって，介護の仕方の工夫や知識の習得

・病状の急変・悪化を予測し，往診など医療の確保への対策の必要性

・死に対する心理的な不安・動揺があることから，精神的支えの必要性

3) 全面介助を必要としている人々

ねたきりまたはそれに近い状態であったり積極的に安静などが必要なため，全面介助を必要とするが，「症状が安定している」，「生理機能の低下である」などの理由で，入院による医療が特に必要でない人々がいる。これらの人々に対しては，介護そのものの量と質が問われていると言えよう。家族内に一定の介護力がある場合，あるいは介護力は乏しくとも本人・家族が希望したり，また経済的な負担や適当な入院施設がないために在宅療養となっている場合があるが，いずれにせよ次のような点に関し，看護職者の介入が必要である。

・介護に関する工夫，技術知識の習得

・今の状態がいつまで続くのか，介護についての見通しが見つからないことなどから，介護者に不安・ストレスがあり，これを軽減するための支えの必要性

・長期間にわたり介護が必要なため，介護の分担や経済的負担などの不満から，家族内・親族間に人間関係の動揺・不調和が生じやすく，その調整の必要性

- ・介護者は24時間の介護に拘束されていることから、活用しうる社会的サービスについての情報が得にくく、またその活用上に支障があることから、この点についての支援の必要性
- ・食事、清潔など身の廻りの世話が惰性に流れやすく、また本人も社会的なふれあいが減少し刺激が少ないため、生活状態の改善の可能性を積極的に追求するための動機づけ
- ・症状の急変・悪化を予測し、往診・入院などの医療の確保への対策の必要性

4) ADL拡大のための訓練を要する人々

脳血管障害、関節や骨などの疾患、難病などにより、麻痺、拘縮、萎縮が生じ、機能障害を起こしている人々がいる。これらの人々にとって、機能回復の可能性があるとしてもその訓練には長い期間を要すること、また日常生活にとり囲まれた場で訓練した方がADL（日常生活行動）の拡大の可能性が大きいことから考えて、一時的には入院により専門的機能訓練を受けるとしても、自己の生活の本拠たる家庭で訓練を続ける方が好ましい。もっとも、適当な施設がない、経済的負担で無理に退院したなどの理由で、十分な専門的訓練を受けないまま在宅している人は多い。

他方、心疾患や呼吸器疾患などの病気で、特に老人では老化が重なって、全身の機能低下がみられる在宅者がいる。かぜ、転んだ、下痢などによる一時的な機能低下も、もともと障害や病気のある人や老人にとっては、過度な安静により機能障害の固定化へとつながりやすい。

これらの人々の多くは、理学療法ともいえる本格的訓練や、努めて歩くとかおむつにたよらないでトイレに行くようにするといったような日常生活上の努力によって、機能の低下防止や回復を、あるいは残された機能をより有効に使いADLの拡大をはかることができる。また積極的な働きかけにより、失われたコミュニケーションの回復をはかることもできる。

しかしながら、このような可能性を追求することは、本人や家族だけでは、次のような理由から困難である。

- ・訓練によって病気を悪化させはしないかと不安になる
- ・訓練のやり方がわからない
- ・本人は訓練の苦痛や回復への見通しがつかないことから、訓練したがない
- ・家族も本人の意欲の乏しさ、疲れ、見通しのなさなどから、訓練を継続する気がなくなっていく

そこで次の点に関し、看護職者の介入が必要である。

- ・身体状況及びそれに応じた訓練のための知識・技術の

習得（病院で訓練を受け退院した患者の場合も、個々の家庭の実情にあわせてやり方を、新たに習得する必要がある）

- ・機能障害に応じた、また訓練のための装具、装置、家屋の改造・改築のための情報と助言
- ・機能拡大への意欲を失わせないよう、本人や家族への動機づけと励まし

以上訪問看護を必要としている状況を、対象者の身体状況の違いにより分類して述べたのであるが、対象者の年齢、家庭内の位置、社会的条件などの違いに留意して考察するなら、また違った側面からそれぞれに固有の問題状況が明らかとなるであろう。

そこで次に、年齢と家庭内の位置を反映したものとして、小児、成人、老人に分けた考察を加えたい。

1) 小 児

21世紀にかけて、今後問題になる子どもの疾患は、先天性奇形や代謝異常症だといわれる。現在でも脳の奇形による脳性麻痺児や生後3か月で糖尿病と診断された乳児が、継続的な看護援助を求めている。また膠原病、若年性関節リウマチ、再増悪をくりかえすネフローゼ、巨大結腸症の手術を受けたダウン症の子ども、また各種の心因性身体症状をあらわして長期入院となる登校拒否児など、疾病をもつ子ども自身はもとより、看護する母親、また家族全体が苦しみを抱えながら生活している場合が少なくない。疾病経過が長期にわたるため、介護についての親の負担が多だけでなく、成長して学齢に達すると、学校生活上かなりの問題が生じてくる。また病気の子どもの看病に母親の関心が集中しすぎることにより、家族内の人間関係に破綻が生じたりする場合もある。核家族化社会の中で、病気の子どもの抱えて苦しんでいる親に、看護上の援助を提供することはもとより、ハンディキャップを持ちながら成長をつづけ、社会生活に適應しようと奮闘している子どもの努力を、地域の中で看護活動を行なう看護職が支える必要がある。

2) 成 人

心筋梗塞や狭心症など虚血性疾患の増加、悪性新生物による疾患は40～60歳代の成人に増加の傾向がある。これらによる死亡の確率は高く、精神的、経済的に一家の大黒柱であり、社会的に重要な地位にある成人においては、家庭的、社会的に重大な脅威を与えている。また元来老人病とされていた脳卒中までも発病年齢が低くな

り、美食・偏食、運動不足からくる糖尿病、肥満症、肝疾患などの増加、そして複雑化・管理化されてゆく社会

生活の中で様々な人間関係のもつれから生じる精神的なストレスと精神疾患など、治療と看護が長期にわたって行なわれなければならない疾病が増えている。自己管理をしながら慢性病と闘い、生計者としてまた社会人としての生活を過ごすことは、核家族化にまつわる諸問題ともあいまって、それはまさに苦渋の毎日といえよう。個人の背景を理解し考慮しながら生活に密着した看護サービスの介入が何よりも大事だといえよう。

3) 老人

平均寿命が73.46歳(男)、78.86歳(女)となり、長寿の時代になってきた。健康で若々しい人生を過ごしたいと思うが、暦年齢と肉体年齢・精神年齢は並行せず、しばしば混乱状態を惹起しやすい。老齢者をとりまく社会は、老齢者のために住みやすい環境ではなく、核家族化、住宅事情、経済事情などにより、同居世帯より老人世帯、同居しても不干涉世帯、途中からの同居世帯が多くなっている。老化による動作緩慢や、感覚器管のおとろえ、心肺機能のおとろえなど、病的なものとの区別がつきにくく、老人自身も生活の方針が立てられなくなり、病的なものと思いついて過保護を求めるあまりに家族をも混乱に巻き込んでいる場合も少なくない。看護を専門とする看護職は、老化現象として起こりやすい身体的変化、心理的变化に精通している。看護職が、老人の生活現場に訪問して、日常生活を知り、家族との関係、身体的な状態などを観察し、医学的な健康状態に関しての主治医の診断を基にして、老人の毎日の過ごし方、老人の接し方、老人の介護法を教え、老人の理解しやすい方法で老人の自発性を促したりすることができる。高齢化社会の到来は、さけて通ることはできない。これを積極的に取り組むための訪問看護は求められている。

なお今回は母子(妊産婦、新生児)についての考察をしていないことをことわっておきたい。母子については従来から母子衛生行政サービスとして、新生児訪問指導がなされてきたが、もっときめ細かな訪問看護を必要としている人々もいると考えるが、この点は今後の検討課題としたい。

訪問看護の業務内容と機能

前章でのべたような人々に対して、訪問看護婦のなすべきことは何か 換言すれば、訪問看護婦は、どんな能力を身につけねばならないのだろうか。現在は、どこ患で訪問看護の対象者として受けいれているか、他職種との関係がどうか等によって、訪問看護婦としてとる

役割の広がり、及びその優先順位のつけ方にはかなりの違いがある。しかし今後このことについて看護職者間で合意を形成していくことは大切なことであり、以下の考え方をそのためのたたき台として提出したい。

なお、以下に用いている項目設定は、第2回ホームケア研究会全国大会において、訪問看護婦等が、事例検討を通して自らの役割を確認し合ったことをもとにしている。

1) 在宅を困難にする問題の予測および判断

在宅をはばむ問題の発生を予測し、また発生した問題状況がどのようなものであるか判断することは、きわめて大切である。在宅をはばむ問題は、身体的状況の変化、精神的問題、家族関係的問題、社会的問題など、多岐にわたる。たとえば、身体的状況の変化については、新たな症状の出現による症状の変化、リハビリ訓練不足や加齢による生理機能低下の結果ADL(日常生活行動)が後退する、というようなことがある。また精神的問題では、病状に対する不安や療養態度の変化など、家族関係上の問題では、介護負担に伴う日常生活への影響や家族内人間関係の悪化、さらに社会的問題では、失業、生活破綻など多くの問題が発生する。看護職としての教育をうけるプロセスで、またその後の専門的経験の中で習得した能力を用いて、上記各種問題の予測、問題状況の把握、問題解決への対応、について適確な判断をすることにより、問題の深刻化を防止し、在宅の継続を可能にすることができる。

2) 対象者のもつ潜在的可能性、また在宅(継続)を可能にする条件および方法の発見

多くの問題があり限界や制約の多いなかでも、どのようにすれば健康度を高め、あるいは病状の回復や安定がはかれ、生活の幅を広められるか、またこじれかけた家族関係を回復できるかなどの可能性を専門的能力により発見するのは、きわめて大切なことである。特に対象となっている個人の特性をふまえ、また対象者の家族ごとに異なる各種条件を認識したうえで、適切な可能性の判断を行ない、それにもとづいて看護活動を展開することは、在宅生活を継続し、また充実する上にきわめて重要なことである。

3) 在宅ケア上必要とされる情報の提供

在宅ケア上必要とする社会資源、健康の改善や療養生活に必要な知識など、対象者や家族が自分で問題解決するための整えとして、活用可能な情報を提供することにより、在宅療養をより安楽にすることができる。医療費や介護手当などの経済的援助を得るための情報、ホーム

ヘルパーやボランティア活用などの介護力補足に関する情報、車椅子やベッドなど各種用具の入手または選択についての情報、ショート・ステイやデイ・ケアなど、施設におけるサービス活用のための情報など、各種の情報は、それが対象者および家族の自立を高めるようにという認識のもとに提供されなければならない。また健康改善のための具体的努力の方法、疾病治療上の留意事項など、医療・看護についての情報提供の重要性は、あらためてふれるまでもなく大切な役割である。

4) 看護技術の、指導・提供

ここでいう“看護技術”は、基本的な生活行動（食事、排泄、清潔、着衣、睡眠）に関する介護技術、治療の継続に伴う技術、リハビリテーションに関する技術、相談技術、病状判断の技術などを言う。訪問看護においては、毎日の介護は、主として家族により提供され、訪問看護婦は、定期的なわずかな訪問時間の中で、これらの看護技術を家族に教え、時に一時的に家族の負担軽減のために代行し、また家族が実施しえない技術を提供する。したがって、重要なことは、家族と看護婦が看護のニーズを共有することであり、ケアの必要性を家族が認識できるよう、またケア意欲が高まるよう働きかけることである。さらにこれらの看護技術を用いての援助のねらいは、もし患者が自分で行なえるような能力を持っていれば自立してできることを目指して働きかけ、それが望めない場合は家族が手伝い、家族と本人の協力により自立できるようにする。それも困難な場合には看護婦が直接援助し、さらに時には往診または外来受診などにより、医師の援助をも必要とする場合がある。どのレベルで安全に在宅療養が維持されるかについての判断は、看護婦に求められる。

たとえば食事の摂取について、重度のパーキンソン病で嚥下障害がしだいに進行している場合、患者がどんな食物ならむせないで飲みこめるか自分で判断し、それを家族に伝え、また積極的に食べた方がよい食品、あるいは薬の効果を低下させる恐れのある避けるべき食物を理解し、自ら食事内容を正しく選ぶようにすることも自立してできるように働きかけなければならない。さらに、時間がかかり疲れても自分で食事が口にはこべる間はその努力をすること、そのような患者を家族が励まし、必要以上に手伝わしてしまわない家族の姿勢を養うこと、また、状況に応じて食事を粥食からきざみ食、さらに流動食へ移行させていくことについて看護婦の助言を得ながら家族が正しく栄養のバランスもとれた食事が用意できること、などのプロセスがある。さらに病状が進行し、

誤飲による肺感染の危険が察知されれば、経口的摂取は中止して、経管栄養に切りかえねばならない。経管栄養に必要な器具の準備、チューブ挿入や固定また消毒、流動食注入法などについて、家族に十分指導し、どこまで家族が自立して安全に行なえるか判断し、できない部分を看護婦がおこない、場合によっては、医師の助言や技術援助をうけることもある。このように食事あるいは栄養摂取ひとつにも、さまざまな段階の方法があり、症状の進行度や家族介護力などに配慮しながら、適切に看護技術を提供する訪問看護活動が必要である。

5) 家族の支え

家族に何らかの形の健康破綻者がいる場合、家族内のストレスは大きい。それが長期に及ぶほど負担が重くなり、家族関係にひずみが生じやすい。看護職がかかわることにより、家族がうっ積している感情を吐露し、ストレスのはけ口ができることは、家族関係の安定をはかる上に大切なことである。したがって、主たる介護者（キイ・パースン）への精神的支え、家族内役割分担の調整、家族のダイナミクスを変えることによる家族関係の調整、などが訪問看護の役割上きわめて大切である。家族を支えることにより在宅療養者を家庭内へ位置づきやすくすることは、在宅ケアを可能にする上で最も重要なことである。

以上のような、訪問看護対象者個々へ直接提供される看護及び対象者を介護する家族への支えのほかに、対象者個人とその介護者を取りまく各種の環境条件を改善することを目的とする、より広い視点に立った看護活動が必要である。実際には、なかなかそこまで手をのばせないのが現実であるが、少なくともより広い役割を認識していることが、そのような働きかけの機会を見出すことになる。また地域の保健婦と連携し、より効果的な方法がとれる場へ問題提起する形で、以下にあげる役割を果たすことができる場合もあると思われる。

6) 家族全体の健康を見守る

訪問看護において、看護職は健康問題に関する専門職であるから、家族メンバー各人から、それぞれの健康上の問題について相談されることが少なくない。家族介護者の健康破綻による在宅療養への影響を防止するためだけでなく、家族全体の健康に常に關心を持ち、健康保持への配慮について適宜助言を与え、また家族の質問に答えることは、保健医療職としての役割である。

7) 看護職者間の啓発

看護職者は、在宅者の看護にかかわることによって、

今まで気づかなかった保健医療ニーズに気づき、あるいは自分たちの看護への姿勢を反省することも多い。この訪問看護を通して気づいたことを、他の看護職者、たとえば病院看護婦、事業所看護職、保健婦、養護教諭などに伝えていく必要がある。と同時に、訪問看護対象者の問題解決にあたって、他の看護職者からの情報や協力を得よう努力すべきである。このような看護職どうしの交流の中で、相互に看護能力の啓発がなされる必要がある。情報の提供、知識・技術の交流など、補いあい、啓発しあう中で、より充実した看護が提供できるようになる。

8) 地域社会への働きかけ

直接の訪問看護対象者が健康破綻をおこしている個人であっても、その人が生活をつづけ、社会に生きて行くためには、社会の人々の理解が必要になる。手段、役割分担、などの議論はさておき、訪問看護婦それぞれの立場の中で、地域社会へ働きかける必要性を認識していることが、働きかけの機会を見い出すことにつながるものと思われる。

9) 社会への問題提起

今の社会は、何らかの疾病・障害を持つ人々や老人が、家庭・地域社会の中で生活するための環境は、まだまだ整っていない。訪問看護婦や家族の努力だけでは限界がある。そのことに関し訪問看護をする中から気づいたことを社会的に問題提起し、よりよい環境作りを、社会の人々や行政によびかけることも大切である。

以上、訪問看護における看護職者の役割を、業務内容として表現したのであるが、患者・家族のかかえる問題の解決に、看護職者はどうかかわり、どう寄与するのかというプロセス及び方法を申出こ考えるなら、また違った項目設定・表現になるであろう。このことについては今後検討を重ねることとし、ここでは、このプロセス・方法を検討する上での基本的な視点だけふれておきたい。

病人及びその家族は、病気が急性期あるいは治癒の見込みがはっきりしている場合、病気をなおすことを中心に考えて、そこに生活を合わせるであろう。そして病院という場では、医療サービスの提供者も受け手も、そのことを当然と考えることが多い。しかしながら、療養が長期にわたる場合、特に生活の場である家庭で療養する場合、日常生活を疾病中山と変えることはむずかしい。むしろ生活を中心に療養の仕方を決めていく必要がある。その際、病人及びその家族が日々の生活を前向きに

意味あるものとして受け止めていくためには、疾病による生活の制約を、ただ制約として消極的にとらえることから一歩進んで、むしろ積極的に残された可能性（生活の許容度）を最大限に活用して、病気と共に生活するという心の持ち方が必要である。

ところが、病人・介護者・家族にとっては、発病あるいは病人をかかえることによってこれまでの生活と違った流れ（リズム）を強制されることは、拒否したいこと、逃れたいことである。何らかの大きな力で元に戻してもらいたいと思いがちである。このような逃避的な姿勢が、自分達の直面している問題をありのままに受け止めそこから積極的に可能性を追求するのを困難にさせ、療養生活や介護を一層“つらいもの”にさせている。“つらさ”を理解してくれる人がいないという孤立感や、家族内の過去のいきさつ等から、当事者だけでこうした状態を乗り越えるのは、なかなかむずかしいことが多い。

看護職者は、専門家として病人・介護者・家族のもつ問題を適確にとらえ自らそれに対処することとあわせ、当人たちが自分達のおかれている現実をありのままに受容し、対処していけるようサポートするという視点は、訪問看護実施上の基本となるものである。

おわりに

この報告書では、私達は訪問看護を保健医療サービスの中にどう位置づけ、どう発展させたいのかということ、第一に今の保健医療サービス全体のマクロな検討、第二に在宅療養をする人々がかかえる具体的な問題状況の検討、第三に訪問看護婦がしていること、しようとしていることの検討という、三つの方向から明らかにしようとした。

私達の検討はまだまだ不十分であるが、上記のことを、訪問看護の実施者、企画関係者、あるいはこれからはじめようとしている人々の間で広く討議してもらうためのたたき台として、あえて公表することにした。というのは、訪問看護発展のための条件作りを対外的に働きかけるに先立って、まず当事者・関係者が、自分達が始めた（始めようとしている）ことについて、確かな展望を持つことが重要だと考えるからである。

なお、訪問看護発展のための条件作りを検討するにあたっては、訪問看護をとりまく外況を分析した本誌掲載論文「訪問看護の現状と課題」を参考にして欲しい。

(1980.6.30受理)

このレポートは、昭和55年6月20、24、27日に開催した訪問看護検討会での討論のまとめである。

討論参加者：

小林富美栄（千葉大学看護学部社会保健学講座，全国ホームケア研究会代表）

季羽倭文子（日大板橋病院訪問看護室，全国ホームケア研究会世話人）

金井 竹子（東京都中野区役所老人福祉課訪問看護係，全国ホームケア研究会世話人）

島田 妙子（東京白十字病院訪問看護係，全国ホームケア研究会世話人）

奥川 章子（東京都立養育院附属病院MSW，全国ホームケア研究会世話人）

新津フミ子（東京都新宿区民健康センター訪問看護係，全国ホームケア研究会世話人）

福沢 政子（日本看護協会専務理事）

岩下 清子（日本看護協会調査研究部，全国ホームケア研究会世話人）

長谷川昭子（日本看護協会調査研究部）

文責：季羽倭文子，新津フミ子，岩下清子