

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 6 No. 2

March 2006

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 2424-0052

看護科学研究 編集委員会

編集顧問： (五十音順)		近藤潤子 (天使大学長)
		中山 巖 (大分大学長)
		樋口康子 (日本赤十字看護大学長)
		前原澄子 (京都橘大学看護学部長)
編集委員： 委員長 (五十音順)	草間朋子 (大分県立看護科学大学)	
	江崎一子 (別府大学)	
	太田勝正 (名古屋大学)	
	柏崎 浩 (国立健康・栄養研究所)	
	正木治恵 (千葉大学)	
	三宅晋司 (産業医科大学)	
幹事	稲垣 敦 (大分県立看護科学大学)	
英文校閲：	Gerald Thomas Shirley (大分県立看護科学大学)	
事務局：	定金香里 (大分県立看護科学大学)	
	高波利恵 (大分県立看護科学大学)	
技術協力：	伴 信彦 (大分県立看護科学大学)	

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文：	2名
	総説：	1名
	資料・報告：	2名
	短報：	1名
	トピックス：	1名

看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。他の雑誌等に投稿していないことを確認するために、所定の用紙に署名する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、短報・トピックスは1ヶ月、その他の投稿原稿は2ヶ月以内に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものととして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、看護科学研究編集委員会に所属する。

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿は速やかに再投稿すること。返送の日より6ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から6ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWW ページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物における biomedical 研究(実験的治療を含む)は、ヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に従い、関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文中に記載すること。
- 2) 調査研究などについては、調査・研究上の倫理的原則に則った発表であることを明示すること。
- 3) 資料の目的外使用については、調査などの責任者の許可を得たことを記載すること。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

E-mail: jjnhs@oita-nhs.ac.jp

表1 投稿区分

カテゴリー	内容	字数
原著 (original article)	独創的な研究論文および科学的な観察	5,000 ~ 10,000
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	5,000 ~ 10,000
短報 (short note)	独創的な研究の短報または手法の改良提起に関する論文	≤ 3,000
資料/報告 (technical report)	看護・保健に関する有用な資料・調査報告	5,000 ~ 10,000
トピックス (topics)	海外事情、関連学術集会の報告など	≤ 5,000
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	≤ 2,000

執筆要項

1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角3封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書きし、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

看護科学研究編集事務局

2. 提出原稿の内容

1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。

(例)大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtab1

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キーワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論文本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル: すべての図表のタイトル

3) 要旨

原著、総説、短報、資料・報告については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15文字以内でつけて下さい。

3. 原稿執筆上の注意点

1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外のソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。文章は、スペースを入れたり段落としをせず、全てべた打ちにして下さい。

図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、MSゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint,

Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS,

TIFF, JPEG, PDF

2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123…)を使用して下さい。

全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例)① VII ix © ★ ※ 『 【 “ No. m² kg ½ (株) 職 ☞

3) 句読点

本文中では、「、」と「。」に統一して下さい。句読点以外の「」 「,」 「:」 「;」などは、すべて半角にして下さい。

4) 章・節番号

章・節につける番号は、1. 2. …、1.1 1.2 …として下さい。ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

5) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。また特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限りです。

(例: 雑誌の場合)

神田貴絵(2004). カザフスタン共和国セミパラチンスク地域における保健医療の現状と国際協力の課題: JICAによるプロジェクトに短期参加して. 大分看護雑誌 5, 11-15.

Laukkanen JA, Kurl S and Salonen R (2004). Systolic blood pressure during recovery from exercise and the risk of acute myocardial infarction in middle-aged men. Hypertension 44, 820-825.

(例: 書籍の場合)

高木博文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). *Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War*. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), *Gender issues across the life cycle*, pp107-123. Springer, New York.

(例: 電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. 大分看護科学研究 1, 6-10. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf)

日本造血細胞移植学会 (2002). 平成14年度全国調査報告書. http://www.jshct.com/report_2002/index.html

本文中では、引用文の最後に(草間 2004) または(Kusama 2004)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(草間・甲斐 2004) または(Kusama and Kai 2004)、3名以上の場合は(草間 他 2004) または(Kusama et al 2004)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(甲斐 2004a)、(甲斐 2004b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所引用する場合はカンマで区切ります。

(例)「乳がんや大腸がんの80%は食事の内容を変え
ることで予防できる」(Cummins and Bingham
1998a, Rosen et al 2000)とする最近の報告・・・

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(草間 2004)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じます。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

(2005年3月11日改定)

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 6, No. 2 (2006年3月)

目次

資料

- 訪問看護ステーション実習における学生の看護技術経験の実態 27
大村 由紀美、秦 桂子、時松 紀子、中村 喜美子

トピックス

- アメリカ Case Western Reserve Universityにおける看護アセスメント学教育の受講を経験して 33
松尾 恭子
- 大分県立看護科学大学 第7回看護国際フォーラム
- 「在宅看護の質向上のために」(Dr. Elizabeth A. Madiganの講演から)..... 37
藤内 美保
- 大分県立看護科学大学 第7回看護国際フォーラム
- 「わが国における訪問看護の現状と課題」(山田雅子先生と山崎摩耶先生の講演から) 41
工藤 節美

特別寄稿

- 大分県立看護科学大学 第7回看護国際フォーラム
- 韓国における介護保険制度導入にむけた在宅看護政策の転換について 45
柳 好信、金 基玉、平野 互、草間 朋子

訪問看護ステーション実習における学生の看護技術経験の実態

Nursing techniques that university students experienced during clinical practice at visiting nurse's stations

大村 由紀美 Yukimi Ohmura

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 地域看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

秦 桂子 Keiko Shin

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 地域看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

時松 紀子 Toshiko Tokimatsu

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 地域看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

中村 喜美子 Kimiko Nakamura

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 地域看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2006年1月18日投稿, 2006年1月25日受理

要旨

1週間の訪問看護ステーション実習において、学生は1人の療養者に平均2.8回訪問をし、対象は主に循環器系疾患の療養者や高齢者であった。70%以上の学生が経験した看護技術は、バイタルサインの観察、オムツ交換、体位変換、清拭といった療養上の世話に関する看護技術と褥創ケア、関節可動域訓練といった診療の補助に関する看護技術であった。学生が経験した看護技術の中で、実習に出るまでに習得度が低いものは、褥創ケア、排便、胃ろう・腸ろうの管理の看護技術であった。学内演習で習得していた看護技術であっても、実習場面では学生1人で実施する機会は少なかった。手順を覚えただけでは在宅場面で実際に援助することが難しい可能性が考えられる。在宅で看護する場合には、対象者の個性やその場に合わせた援助する観点をもたせるよう今後もさらに指導を深めることが必要である。

Abstract

During clinical practice for one week at visiting nurse's stations, university nursing students visited client's homes an average of 2.8 times. Often they visited the elderly, or clients having circulatory diseases. More than 70% of students practiced nursing techniques concerned with recuperative care such as the observation of vital signs, changing diapers, the client's posture lying down, and bed baths, and nursing techniques concerned with assisting diagnosis and treatment in such areas as caring for bed sores and training clients in moving the joint regions. They underwent training in nursing techniques such as the management of bed sores, the management of gastric fistula and intestinal fistula, and disimpaction that they could not acquire from in-school education. Even when they acquired a nursing technique during in-school education, most students did not perform it alone at clinical practice. This may indicate that they cannot nurse a client on a visit just by remembering the procedure. It is necessary from now on to deepen instruction so that university nursing students will have a point of view that allows them to apply care that matches the individuality and needs of the client.

キーワード

訪問看護ステーション、看護実習、学内演習、看護技術

Key words

visiting nurse's stations, nursing clinical practice, in-school education, nursing techniques

1. はじめに

医療の高度化や患者の高齢化、重症化、入院期間の短縮等により看護業務は多様化している。一方で、看護系大学が増加する中、大学教育における看護技術教育を強化する動きが高まっている。平成14年に厚生労働省では「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」を設置し、看護基礎教育における看護技術習得に係る課題や

臨地実習における看護技術の到達目標について検討した(厚生労働省2003)。また、平成14年及び16年に文部科学省は「看護学教育のあり方に関する検討会」を設けて大学卒業時の到達目標を設定し、看護実践能力育成の充実に向けた提案を行っている(文部科学省2002, 2004)。本学でも、これらの検討会等で示された到達目標を達成するため

に学内演習や看護技術チェックプログラムを導入して看護基礎教育における看護技術の習得に力を入れているところである(藤内 他 2004)。

また、在宅医療の推進に伴い高度な看護技術の提供が求められ、在宅看護に係る看護師にもよりいっそう高度な能力が求められている。保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の改正により平成9年度から、看護師教育に在宅看護論が取り入れられ、多くの教育施設で訪問看護ステーション(以下、St)での臨地実習を行っている(石垣 他 2005)。しかし、看護系大学におけるSt実習や学内演習の実態に関する報告は少なく、特にSt実習の実態は必ずしも明らかでない。そこで、今回、本学のSt実習を終了した学生から実習で経験した看護技術等を中心に情報収集し、Stで効果的な実習を行うための学内演習のあり方を見直す基礎資料とすることとした。

本学におけるSt実習及び学内演習の概要は次のとおりである。すなわち、本学のSt実習は地域看護学実習の中に位置づけ、地域看護学実習は4年次の5～6月に県下全域で一斉に行われ、各学生は同一保健所管内でSt1週間、市町村保健センター2週間、保健所1週間の計4週間の実習を行っている。St実習では、県下約30カ所のStの協力を得て、1Stあたり学生2人を配置している。学生は1週間のSt実習期間中に2回以上の継続訪問が可能な療養者1人を受持ち、看護計画の立案から評価までを行っている。なお、訪問は看護師と同行訪問を原則としている。

一方、学内演習「地域生活援助論II」は、地域看護学実習直前の4月に行われ、学生を2つのグループに分けて、「地域看護診断」と「家庭訪問の展開」をローテーションで学習させている。「家庭訪問の展開」では訪問看護も含めた在宅での基本的看護技術を習得させており、入浴介助や車椅子移動、新生児の計測方法といった具体的な看護技術や、ペーパーペイシエントを用いた看護過程の展開、家庭訪問時や健康相談時のロールプレイ等を取り入れている。

2. 調査方法

本年6月に地域看護学実習を終了した4年次生81人を対象に、無記名の自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、1) St実習での訪問対象者(療養者)と疾病等、2) 訪問先で実施した看護技術項目と実施状況、3) 実習前に行った学内演習に対する評価等である。訪問した療養者の疾患は、ICD-10を参考に分類した。看護技術項目は、平成15年3月の厚生労働省「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」(以下、報告書)で提示された、「臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準」(以下、看護技術の水準)を参考に作成した。報告書では、看護技術を、環境調整技術、食事援助技術、排泄援助技術、活動・休息援助技術、清潔・衣生活援助技術、呼吸・循環を整える技術、創傷管理技術、与薬の技術、救命救急処置技術、症状・生体機能管

表1. 訪問看護ステーション実習で行う可能性のある基本的看護技術項目

項目	小項目数	単独で実施できる技術	指導者と一緒に実施できる技術
環境調整	2	環境調整 シーツ交換	
食事援助	5	食事介助 食生活指導	経鼻胃チューブ挿入 経管栄養法 胃ろう・腸ろう管理
排泄援助	10	便器・尿器介助 オムツ交換 失禁ケア 膀胱留置カテーテルの管理	膀胱留置カテーテル挿入 洗腸 導尿 摘便 ストーマケア 膀胱洗浄
活動・休息援助	5	体位変換 車椅子移送 歩行・移動の介助	ストレッチャー移動 関節可動域訓練
清潔・衣生活援助	9	入浴介助 部分浴介助 清拭 陰部ケア 洗髪 口腔ケア 整容 寝衣交換	沐浴
呼吸・循環	7	酸素吸入療法の管理 (HOT) 気道内加湿法(吸入) 口腔・鼻腔内吸引	体位ドレナージ 酸素ボンベ操作 気管内吸引 人工呼吸器装着中のケア
創傷管理	3	褥創ケア	創傷処置 包帯法
与薬	6	与薬	坐薬 点滴静脈内注射 中心静脈栄養法の管理 (IVH) 注射 輸液ポンプ操作
救命救急処置	1	意識レベルの観察	
症状・生体機能管理	6	バイタルサイン観察 身体計測 症状・病態の観察 採尿	血糖測定 採血
安全管理	1	医療事故予防	
安楽確保	2	電法 良肢位保持	

表2. 訪問看護ステーション実習で訪問した療養者と回数

訪問対象者	人数	訪問延べ回数	訪問回数					回答なし
			3-6	7-10	11-14	15-18	20	
訪問療養者	444	661	13.6	23.7	37.3	16.9	6.8	1.7
受持ち療養者	人数	訪問延べ回数	訪問回数					回答なし
			1	2	3	4	5	
受持ち療養者	46	167	3.4	44.1	33.9	11.9	5.1	1.7

注) 受持ち療養者は訪問療養者の内数である。

理技術、感染予防の技術、安全管理の技術、安全確保の技術の計13のカテゴリーに分類し、具体的な看護技術として86項目を設定している。本調査では、この中から在宅看護で実施頻度の低いと考えられる看護技術や感染予防等の複数の看護技術に共通して必要な項目を除き、表1に示す12カテゴリーの57項目を選定した。報告書では、各看護技術の実施水準を、1) 教員や看護師の助言・指導により学生が単独で実施できるもの(以下、単独で実施できる技術)、2) 教員や看護師の指導・監視のもとで学生が実施できるもの(以下、指導者と一緒に実施できる技術)、3) 学生は原則として看護師・医師の実施を見学する(以下、見学)の3段階に区分しており、本調査でもこの実施水準に従い実施状況を把握した。回答が得られた59人を分析対象とした。

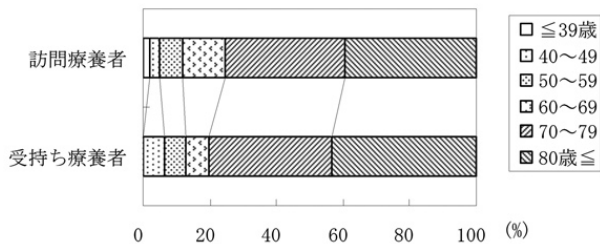


図1. 訪問看護ステーション実習で訪問した療養者の年齢

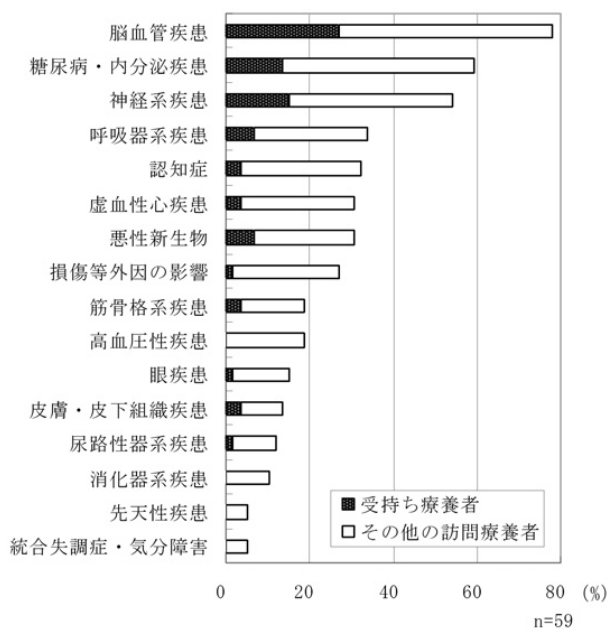


図2. 疾病分類別にみた訪問療養者の割合

3. 結果

3.1 訪問看護ステーション実習における訪問の状況

Stにおける1週間の実習期間中、一人の学生が訪問した延べ回数は3〜20回、平均11.4回であり、約60%の学生が11回以上の訪問を経験していた(表2)。看護過程の展開を経験した受持ち療養者への訪問は平均2.8回であり、1回だけの訪問だった学生は2人(3.4%)と、ほとんどの学生が2回以上継続して訪問していた。

学生が訪問した療養者444人を年齢別にみると、70歳台が35.9%、80歳以上が39.4%と、70歳以上が75.3%を占めていた。受持ち療養者の年齢は、70歳台が39.0%、80歳以上が39.0%と70歳以上が78.0%であった(図1)。

訪問療養者のうち脳血管疾患の療養者を訪問した学生は78.0%、同じく糖尿病・内分泌疾患59.3%、神経系疾患54.2%であり、脳血管疾患78.0%、虚血性心疾患30.5%、高血圧18.6%を合わせた循環器系疾患の療養者に多く訪問していた。受持ち療養者では、脳血管疾患27.1%、神経系疾患15.3%、糖尿病・内分泌疾患13.6%であった(図2)。

3.2 訪問看護ステーション実習で学生が経験した看護技術

学生が経験した看護技術は、清潔・衣生活援助技術、病状・生体機能管理、活動・休息援助技術、排泄援助技術の順に多く、これらの4カテゴリーについては90%以上の学生が経験していた。一方、救命救急、安全管理について経験した学生は10%未満であった(図3)。

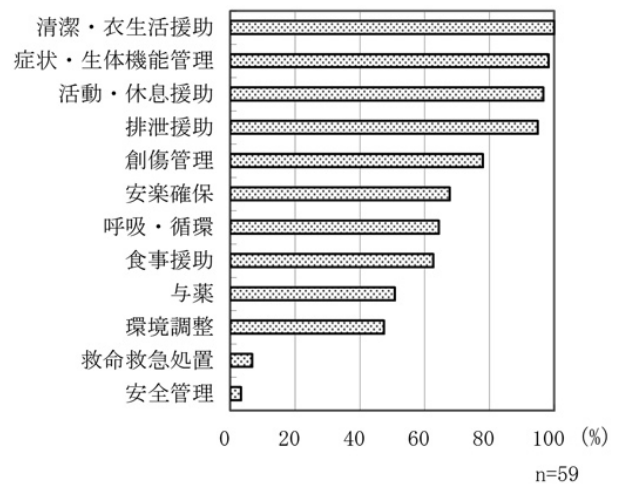


図3. 訪問看護ステーション実習で学生が経験した看護技術

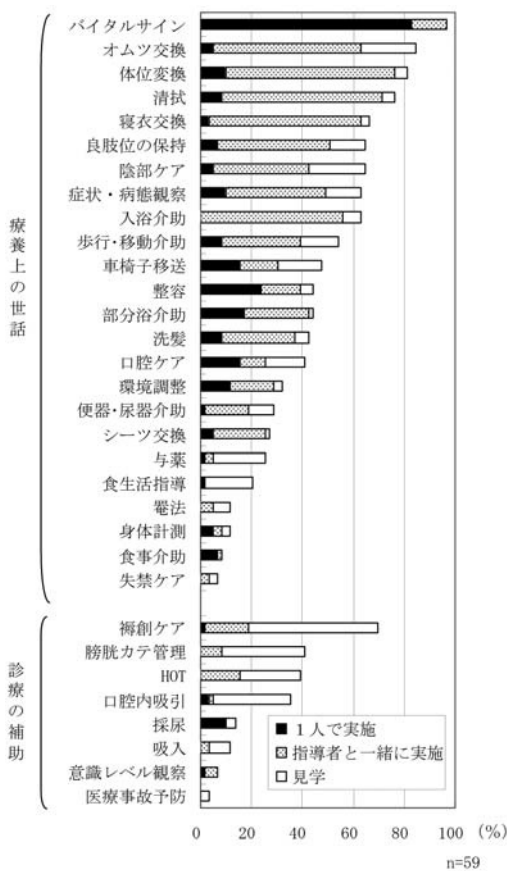


図4. 単独で実施できる看護技術についての学生の経験率

看護技術の実施水準別に学生の経験した看護技術を見ると、単独で実施できる技術を経験した学生の割合は、バイタルサインの観察96.6%、オムツ交換84.7%、体位変換81.4%、清拭76.3%であった(図4)。しかし、実際に訪問で学生が単独で実施した看護技術は、バイタルサインの観察が83.1%、整容23.7%、部分浴介助16.9%であった。学内演習「地域生活援助論II」の演習項目である技術の実習での実施率は、入浴介助62.7%、車椅子移送47.5%であった。

指導者と一緒に実施できる技術を見ると、関節可動域訓練71.2%、摘便55.9%、浣腸47.5%、胃ろう・腸ろうの管理45.8%の順に多かったが、全20項目中13項目は20%未満の経験率であった(図5)。また、血糖測定、関節可動域訓練、創傷処置、浣腸、胃ろう・腸ろうの管理等の技術は、指導者と一緒に実施するよりも見学が多かったが、中には一人で実施したと回答している学生もいた。単独で実施できる技術に比べ、指導者と一緒に実施できる技術を実際に実施した学生は少なかったが、

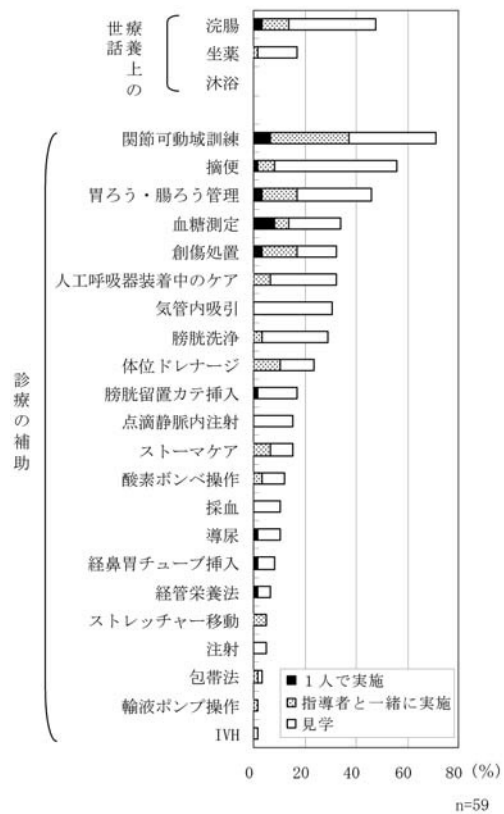
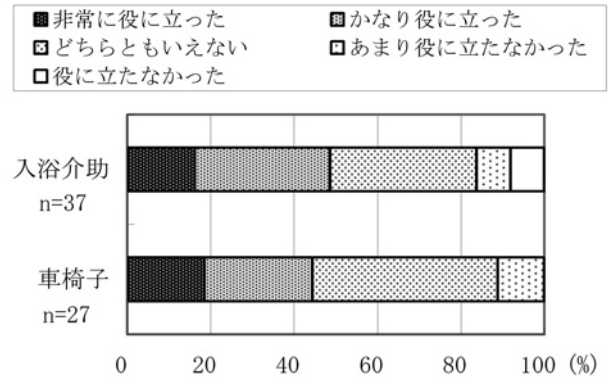


図5. 指導者と一緒に実施できる看護技術についての学生の経験率



注) nは訪問看護ステーション実習で経験した学生数

図6. 学内演習の評価

見学も含めると単独で実施できる技術、指導者と一緒に実施できる技術ともに、ほぼ全ての項目をSt実習中に経験していることが分かった。

3.3 学内演習の評価

入浴援助、車椅子移動の2項目について、学内演習がどの程度役に立ったか尋ねたところ、2項目ともに実習で経験した学生の約50%が「非常に役に立った」あるいは「役に立った」と回答した(図6)。

4. 考察

実習では一人の療養者に対して継続訪問を行い看護過程を展開させるようにしているが、実習受け入れ側のご協力もあり、1週間あたり一人の療養者に平均2.8回の訪問を行うことができ実習環境は整えられていると考える。今回、学生が訪問した療養者の75%が70歳以上であり、脳血管疾患等の循環器系疾患の療養者が多かった。これは、Stの利用者は70歳以上が78.1%で、循環器疾患が最も多いという全国調査と同様の傾向であった(日本看護協会 2004)。

学生が経験した看護技術は、脳血管疾患をもった療養者や高齢者が多い特徴から療養上の世話に関するものが多かった。また、これまでの学内演習や病棟実習で経験している看護技術であっても学生が単独で実施することは少なく、診療の補助についてはほとんどの学生が見学のみで実施していなかった。見学が多い理由として、療養者の安全安楽の観点から同行した看護師が実施する場合が多いこと、病棟と在宅での環境の違いに配慮した対応が難しいことから学生単独で実施できるレベルには至っていないこと等が推測される。文部科学省から提示された前述の大学卒業時の到達目標の中には、看護技術実施過程における危険性(リスク)の認識とリスクマネジメントを意識して行動する能力が重要とあり、在宅看護の技術の実施においては、看護職者の下で適切・安全に実施することとされている。しかし、単独で実施できる技術については実施できる能力を身につけさせることが望ましいと考える。

実習直前の学内演習で行った入浴介助、車椅子移送については、ほぼ半数の学生が実習で経験しており、学生の評価からも演習項目として適当と考えることができる。演習では、左片麻痺のある療養者の入浴介助を行う一事例を設定し、手順を記載した評価票を用い、学生2名で自己評価と他者評価をするようにしている。車椅子移送は3年次までの学内演習で習得し、入浴介助は3年次までの病棟実習で経験する学生が多いが、療養者のADL、援助の場や利用できる物品の違いから、在宅での援助方法に戸惑う学生も多い。今後は、学生が自分の力で考え在宅で応用できるような意識づけと、様々な場面設定をしてディスカッションさせる時間を設ける等の工夫が必要と考えられ

る。

St実習で学生が経験した看護技術の中で、褥創ケア、胃ろう・腸ろうの管理や摘便の看護技術は、他領域の学内演習や病棟実習等で3年次までに習得度が低い看護技術であり、学内演習「看護過程の展開」に取り入れる必要がある。しかし、これらの看護技術を学内演習に取り入れるには、物品の準備や時間的な問題等があり、今後さらに検討が必要である。これらの看護技術は学内演習だけで習得できるものではなく、まず基本的な知識、実施手順などを正しく理解させ、臨地実習の経験を通し、学びを深めさせていくことが重要である。医療依存度の高い療養者が増加している背景から、学内演習でこれらの複数の診療の補助を必要とする療養者の事例を設定し、看護計画の立案を通して在宅で医療を受けながら生活する療養者と家族の支援方法を学ばせることも重要であると考えられる。

今回、厚生労働省から提示されている看護技術項目のうち、ほとんどの看護技術を経験できる機会があった。多くの学生が経験している看護技術は、3年次までの学内演習や病棟実習ですでに習得している技術が多いが、すでに習得できている看護技術についても、単に手順だけではなく、在宅での応用や個別性にあわせて援助するという観点をもたせるよう指導していくことが必要である。

今後、効果的な学内演習をすすめるために、今回の調査結果を踏まえ、実習で経験する機会の多い項目を中心に、他領域の演習とつながりを持ち、学生が効率的に学習できるよう取り組む必要がある。そして、学生によって、経験や習得度に差があるので、学生の看護技術の習得状況については個々に評価を行うことも重要と思われる。学生に卒業時までには到達すべきレベルを認識させ、各実習段階における学生の成長や看護技術の習得度が明確になるよう、各領域と連携して評価システムを系統化していくことが重要である。

引用文献

石垣和子, 山本則子, 井上洋士(2005). 平成16年度木村看護教育振興財団補助事業「在宅看護論」の教育推進に向けた調査研究報告書, p6.

厚生労働省(2003). 看護基礎教育における看護技術教育のあり方に関する検討会報告書. <http://>

www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0317-4.html

文部科学省(2002). 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて. 看護学教育のあり方に関する検討会報告. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm

文部科学省(2004). 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標. 看護学教育のあり方に関する検討会報告. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/15/toushin/04032601.htm

社団法人日本看護協会(2005). 2004(平成16年度)訪問看護・家庭訪問基礎調査, pp221-224. 財団法人日本訪問看護振興財団, 東京.

藤内美保, 関根剛, 玉井保子, 姫野稔子, 小林みどり, 神田貴絵, 安部恭子, 伊東朋子(2004). 看護基本技術能力向上のための技術チェックプログラムの実施: 大分県立看護科学大学の取り組み. 看護教育46(1), 8-12.



著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学 地域看護学研究室
大村 由紀美
ohmura@oita-nhs.ac.jp

アメリカ Case Western Reserve Universityにおける看護アセスメント学教育の受講を経験して

松尾 恭子 Kyoko Matsuo, MSN, RN

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 成人・老人看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2005年4月27日投稿, 2005年5月27日受理

キーワード

看護アセスメント学、カリキュラム、臨地実習、アメリカ合衆国

Key words

nursing assessment, curriculum, clinical practice, USA

1. はじめに

昨年(2004)アメリカのオハイオ州にある Case Western Reserve University の看護学部(以下、ケース大学)で、筆者が関心をもっている看護アセスメント学(Nursing Assessment)教育について学ぶ機会を得た。日本の今後の臨地実習のあり方を考える機会となったので報告する。

2. オハイオ州の看護学部の実習時間数

ケース大学看護学部における実習時間数は、4年間で1620時間(Case Western Reserve University 2004a)であり、実習にかなりの時間をさいている。オハイオ州で看護師の業務や看護学生に対する教育については、オハイオ州看護協議会(State of Ohio Board of Nursing)により定められており "Prelicensure Nursing Education Programs Leading to Licensure as a Registered or Practical Nurse" において看護教育についての規則が定められている。オハイオ州には23校(表1)の看護学部があり、大学教育における看護学の臨地実習の1校あたりの平均時間数は830.5時間(State of Ohio Board of Nursing 2003)であった。この平均からみると、ケース大学は約2倍の臨地

実習を行っている。実習時間の最低時間数に関しては、規則で定められていない。ちなみに日本の指定規則に定められている実習時間数は、23単位、1035時間(門脇 他 2004)である。

3. 講義と学内の技術実習と臨地実習の連動

ケース大学看護学部学士課程のカリキュラムを表2に示す。ここで、特筆すべきは、教室で行われる講義と実習室での技術教育、臨地実習が同時期に進行し、お互いに連動している科目が多いことである。講義・実習室での技術教育・臨地実習が連動して行われている科目を表2に赤字で示した。今回、筆者は、1年次後期(春学期)に行われているアセスメント学の講義・実習室での技術教育・臨地実習の全過程に参加した。

4. アセスメント学の教育

アセスメント学は、1年の春学期に集中的に3週間(2004年の7月26日~8月13日)行われていた。1年次の秋学期に臨床看護実践の基礎が終了しており、アセスメント学は、1年次後期の最後に行われる科目であった。この3週間の間に、教室での講義、実習室での技術の講義と実技、臨地実

習が行われていた。週間スケジュールを図1に示す。教室で講義を受けた直後に講義で受けた技術を実習室で学び、土日にホー

表1. オハイオ州の看護教育プログラム別の学校数 (State of Ohio Board of Nursing 2003 改)

年度	プログラム	学士	準学士	専門学校
2002		23	29	8
2003		23	29	6

*この表には記載していないが、オハイオ州には、日本の准看護師教育に相当するプログラムや認定看護師のプログラムもある。

表 2. ケース大学看護学部の学士教育カリキュラム (Case Western Reserve University 2004b 改)

	1 年次	単位	2 年次	単位	3 年次	単位	4 年次	単位
秋 学 期 〔前 期〕	学問の基礎	1	成人看護学 I	5	両親と新生児の健康	4	看護の課題と倫理	2
	臨床看護実践の基礎	3	薬理学	2	小児と思春期の健康	4	看護情報科学	1
	生物学の原理	3	加齢と健康	2	基礎統計	3	広域保健	3
	解剖学と生理学	4	地域参加演習 II	1	地域参加演習 IV	1	地域看護学実習	5
	記述法	3	化学生物学	3	教養科目	3	保健看護学	3
	教養科目	3	教養科目	3				
	Total	17	Total	16	Total	15	Total	14
春 学 期 〔後 期〕	看護情報科学入門	2	医学微生物学	4	急性期看護 II	4	看護管理	3
	アセスメント学	3	精神医学 / 精神看護学	4	救急看護	4	老人看護概論と管理 *	9
	栄養学	2	学	5	看護研究	3	成人期の救急看護 II *	9
	分子生物学総論	3	成人看護学 II	5	地域参加演習 V	1	小児期の救急看護 *	9
	地域参加演習	1	地域参加演習 III	1	情報科学	2		
	教養科目	3	成長発達	3	教養科目	3		
	教養科目	3						
Total	17	Total	17	Total	17	Total	12	

* 選択科目

ムワークとして自主練習を重ね、課題毎のテストを実習室で受ける。このテストに合格しなければ、臨地実習でその技術を実施することはできない。

4.1 講義及び実習室

講義・学内実習・臨地実習は、それぞれ別々の教員が行っているが、講義を担当している教員がリーダーとなり総括していた。実習の過程で、わからないことや実習中の悩みなどがある場合は講義担当の教員にメールを送り、教員は次の講義のときにその質問に答えていた。このことが、講義と臨地実習でのつながりを深めていると感じられた。講義は、5回のテストを行い評価していた。講義の評価点が全体の50%を占めている。

実習室で行われる技術教育は、講義で学んだことを前提として教授するようにはなっていたが、中にはスケジュールの調整が困難な項目もあり、講義よりも先に教授することもあった。学生は、予習を行い講義中も学内実習中も積極的に質問し、意欲的に取り組んでいる姿勢が印象的であった。テストが繰り返されることや臨地の実践がすぐに行われるために、学生は常に能動的に学習している。また、LRC (Learning Resource Center) が実

習室の隣にあり、ここではパソコンを使って、点滴の滴下数の計算等のドリルを行っていた。実習室での評価は、アセスメント学全体の30%であった。

4.2 臨地実習

実習では、1病棟に学生8人が配置されており実習指導者が大学から1名指導にあたり、学生1人が患者1人を受け持ってケアを行う。実習指導を行っている教員は、患者に口頭で臨地実習の目的について説明を行ない受け持ち患者から口頭で了承を得ていた。オハイオ州看護協議会では学生の実習に対して、患者のインフォームド・コンセントに関する事、学生が行えることや行ってはいけないことについての規定 (State of Ohio Board of Nursing 2005) はあるが、患者に対して同意書は要求してはいない。そこで口頭での説明により同意を得ている。

受け持ち患者に対する看護の展開に関しては、入院期間が日本に比べて短いので同じ患者を連続して実習期間内に受け持つことは困難である。実習の開始の時間に病棟内のカンファレンスルームで朝のミーティングを1時間行い、実習指導を

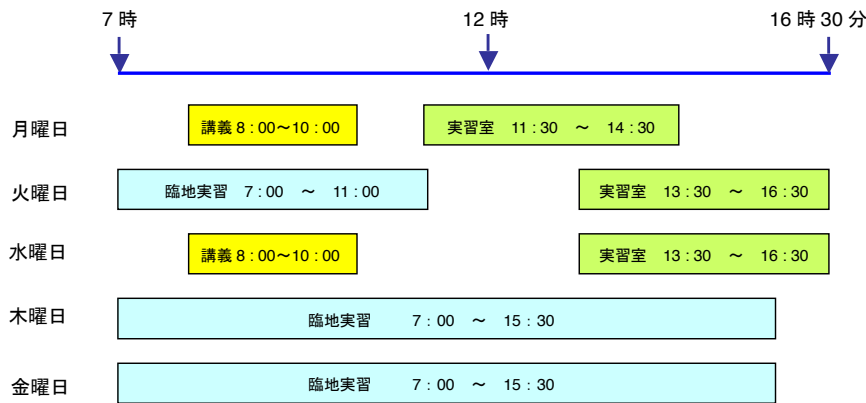


図1. ケース大学看護学部におけるアセスメント学の週間スケジュール

行っている教員が毎回のように新しい患者の説明を行っていた。カルテは電子カルテを使用しており、スタッフの看護師が毎日サマリーを記入しているので、日毎に受け持ち患者の変更があった場合にも学生は現在の患者の状況を容易に把握できるようになっていた。

今回参加した実習では、1週目はまだ講義が進んでいないため、前期の臨床看護実践の基礎で修得したバイタルサインを実施し、2週目からは実習室で技術チェックを受けたことを患者の同意を得て実施していた。

オハイオ州看護協議会では、責任の所在が明確に規定されている。看護学生の実習指導に関して「教員やインストラクターの指定した看護課題に関して1回のみ実行することができる」ことや「実地指導者は、2人の学生の実習を充分指導できるような状況でなければ、一度に2人以上の指導はできない」などと書かれた規定がある (State of Ohio Board of Nursing 2005)。実際に学生が患者にケアを行うときは、教員が直接指導を行っていた。実習は実際に行うケアの他に日々の記録があり、実習の評価は記録や行動を含めて20%であった。

5. 看護技術教育を大切にされた教育内容

このアセスメント学実習に参加している間に Academic Program の長である Dr. Narsavage と話を持つ機会を得た。そのときに、筆者は、ケース大学は臨床実習時間数が多いことや、実習が講義と連動している科目が多いことが印象的であったことを話した。Dr. Narsavage は、「臨床における技術教育を大事にしています。Skill is trust、正

確な技術を提供することによって人々の信頼を得られると考えています。」と話された。アメリカの社会における看護師の地位向上に対する努力や看護教育のアウトカムの一つとして、考えさせられる話を聞くことができた。

6. アセスメント学の実習に対する学生の感想

実際に実習しているケース大学の1年生の方々に実習についての感想を聞くことができた。「講義のテストも受けて、実習室のテストも受けて、土日はホームワークで学習して練習してくるので、毎日がすごくハードで疲れるけど、実習は困難ではありません。大丈夫です。」と話す学生が多かった。講義と実習の連動は、教育効果を高めると先行文献 (Petrini 2000) にはあるが、学生に対する自己効力感を伴うことも実感できる機会となった。

7. おわりに

アメリカと日本の看護教育の歴史、実習施設と大学との違いなどを考えると、直ちにアメリカの教育システム導入することは難しいとしても、学生がもっと効力感の持てる教育カリキュラムを構築することは、どこの国の教育者も同じではないかと考える。学習環境は、それぞれの国や学校で様々であるが、理解しやすい教授方法を開発し探求していくことが、大学としての責務である。

引用文献

Case Western Reserve University (2004a). Bachelor of science in nursing (BSN). <http://fpb.cwru.edu/BSN/index.shtml>

Case Western Reserve University (2004b). Bachelor of science in nursing (BSN): Course curriculum. <http://fpb.cwru.edu/BSN/curriculum.shtml>

門脇豊子, 清水嘉代子, 森山弘子 編(2004). 看護法令要覧平成16年度版, pp82-113. 日本看護協会出版会, 東京.

Petrini MA (2000). アメリカにおける看護学以外の
の学士号取得者向けの集中型看護教育プログラム
-学部教育レベル. Quality Nursing 6, 551-567.

State of Ohio Board of Nursing (2003). Annual
reports from Ohio prelicensure nursing education
programs executive summary June 30, 2002
through July 1, 2003. pp2-5. <http://www.nursing.ohio.gov/pdfs/AnnualExecSummary.pdf>

State of Ohio Board of Nursing (2005). Chapter 5
Prelicensure Nursing Education Programs Leading
to Licensure as a Registered or Practical Nurse,
adopted Law and Rules. pp29-37. <http://www.nursing.ohio.gov/pdfs/NewLawRules/CHAPT-5.pdf>



著者連絡先

〒870-1201

大分市大字廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学 成人・老人看護学研究室

松尾 恭子

matsuo@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 第7回看護国際フォーラム

「在宅看護の質向上のために」(Dr. Elizabeth A. Madiganの講演から)

藤内 美保 Miho Tonai

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2006年1月16日投稿, 2006年1月30日受理

キーワード

米国、在宅ヘルスケア、ナースプラクティショナー、看護の役割

Key words

the United States of America, home health care, nurse practitioner, role of nursing

1. はじめに

日本は、先進国でも類を見ないスピードで高齢化が進み、医療費も31兆円に達し、社会問題の1つとして取り上げられている。このような中で、平均在院日数の短縮化等が求められ、保健・医療・福祉における在宅ヘルスケアの重要性がますます増加しているにも関わらず、受け皿としての地域の医療環境整備の遅れなどに伴う在宅ヘルスケアの課題は山積している。

「在宅看護の質向上のために("Advancing Home Care Nursing: Issues and Trends")」をテーマに平成17年11月5日、大分県別府市で開催された第7回看護国際フォーラムでは、米国オハイオ州のCase Western Reserve UniversityのElizabeth A. Madigan先生から、米国における在宅ヘルスケアの歴史と活動等をご紹介いただいた。米国では、現在、上級実践ナースとしてナースプラクティショナー(nurse practitioner, 以下NP)が在宅ヘルスケアの第一線で自律的な活躍をしている。本稿は、Madigan先生の講演を中心に、米国における1) 在宅ヘルスケアの歴史的背景、2) 在宅ヘルスケアの実際、3) 在宅ヘルスケアの展望の3点を紹介する。

2. 米国における在宅ヘルスケアの歴史的経緯

2.1 在宅ヘルスケア事業の始まり

米国で在宅ヘルスケアが開始されたのは、20世紀初頭で、当時、ニューヨークには戦争から逃れてきた多数の移民が居住していた。彼らは言葉や宗教のために差別され、仕事もなく、居住する

貧民街は、脆弱なインフラ、伝染病が多発する町であった。このような状況の中、看護師のLillian Waldが資本家の財政支援を得てHenry Street Settlementsを設立し、移民コミュニティにヘルスケアを提供したのが米国における在宅ヘルスケアの始まりである。主な活動は、健康増進および疾病予防活動、特に母子の死亡率を低下させることであった。Henry Street Settlementsは、現在も米国最大の在宅ヘルスケアの提供施設として訪問看護サービスを行なっている。

2.2 在宅ヘルスケア事業の発展

Waldのリーダーシップにより訪問看護師協会が設立され、看護師によって管理・経営されている訪問看護施設の数は大都市を中心に増加した。一方、農村部における在宅ヘルスケアは、地元自治体の保健当局により実施され、保健当局は郡、countyレベルで、公衆衛生活動を主体とし、伝染病対策プログラムを実施してきた。1980年代以前は、在宅ヘルスケアはヘルスケア部門のごく一部分に過ぎず、訪問看護師協会と保健当局がその役割を担ってきたが、1980年代の法改正により、営利事業者が在宅ヘルスケアに参入するようになった。これにより、利益追求を目的とした事業の参入により、これまで提供されてきた質の高いケアが蔑ろにされ、非営利団体の活動が抑制されるのではないかと懸念された。1980年代以降の20年間の事業所数やサービスの種類、患者数などには大きな変化が見られている。1980年は保健当局によるサービス提供が最も多く、次に訪問看護師協会であったが、1997年には営利

事業所が激増し、全事業所の半分以上を占めた。1997年の連邦政府による在宅ヘルスケアの縮小政策により、事業所数、サービスの種類は減少したが、存続した事業者は主に営利事業所であった。

一方、病院が在宅ヘルスケアに影響を与えた。1980年当時はほとんど関心を示していなかった病院が在宅ヘルスケア事業に関心をもつようになり、1980年～1997年の間に在宅ヘルスケア事業を行う病院数は激増し、現在も依然として在宅ヘルスケア産業で大きな割合を占めている。

2.3 在宅ヘルスケアの利用者と保険制度

在宅ヘルスケアを受ける患者数も1980年から高い伸びを示し、1982年の患者数は40人（人口千対）であったが、1997年は108人と増加した。1997年以降は減少傾向にある。この患者数の変化には、米国における複雑な健康保険制度が関与している。米国では健康保険供給源は公的保険と民間保険の2つがある。公的保険には連邦政府のもとに全国規模で行われている高齢者および障害者を対象にメディケアと呼ばれるものと、低所得者を対象にして州のレベルで実施されているメディケイドがある。民間保険は雇用に基づき、職を得ている勤労者およびその家族が加入できる。しかし、保険料の負担増大のため、自営業者、中小企業の被雇用者および農家などの約三分の一は保険に加入していない。

在宅ヘルスケアに対する支払いの半分以上がメディケアによるもので、在宅ヘルスケア事業所およびサービス受給患者数の劇的な増加に対応するため、1997年に連邦政府は、在宅利用者のためのメディケア制度、在宅ヘルスケアに対する支払制度を変更した。1997年以前は、サービス事業者は訪問ごとに支払いを受領していたが、1997年に定額償還方式の新制度が開始され、2001年に完全実施された。新支払制度の一環として、標準化された評価データを用いたOASISを制定した。OASISは、在宅ヘルスケアの加入時、入院時、ホスピスやナーシングホームのような別の場所に移動した時、退院後在宅ケアを受ける時、死亡時などの重要なポイントおよび少なくとも60日毎に収集されたデータは、支払いを決定する際、また質向上のために利用されるシステムである。新制度導入の結果、サービス事業者は1996

年の最多の10,444件に対し、2001年は6,861件と35%も激減し、サービス受給患者数もメディケア受給者10万人につき、3600人が2500人に減少した。さらに訪問回数も一人あたりの平均訪問回数は74回から29回に減少した。新制度を評価する専門家もいるが、一方では十分なケア提供が施されているかの不安も生じさせている。しかし、2003年には再び在宅ヘルスケア事業所は増加して7,200件以上存在し、多くの事業所が純利益を出していることは注目すべき点である。

3. 在宅ヘルスケアの実際

3.1 在宅ヘルスケアに関するスタッフおよびサービス

これまで、在宅ヘルスケアの実務を担当しているのは2年、3年あるいは4年の看護基礎教育を受け国家試験に合格した看護師（RN）であり、基礎教育の上にさらなる訓練や技能を取得することは特に要求されていなかった。しかし、退院の早期化により、在宅ヘルスケアにおいて継続的観察や処置を必要とする高度な知識や判断力、専門的な医療技術、卓越した指導力が要求されるようになり、NPが関わらなければならない機会が高まった。つまり、在宅ヘルスケアへのNPの関わりが患者に対する利便性のみならず、医療費の節減をもたらしたとされている。

在宅ヘルスケアは、点滴、静脈内注射、筋肉内注射、創傷ケアなどのような専門技術を要するケアや患者の包括的な評価や患者への教育指導を行うことが要求されており、患者の状態把握や教育指導に多くの時間が費やされている。患者・家族に対し、観察すべき兆候、食事療法、日常生活動作の許容範囲、医師の補助を必要とすべき時期の判断、投薬や病気とどうつきあうかなどの指導が行われている。看護師が一人で家庭を訪問し、適切にさまざまな状況に対応できる適応力、柔軟性、そして想像力を備え、傷つきやすい患者に看護サービスを提供することが求められる。

看護師以外に、理学療法士や作業療法士、医療ソーシャルワーカー、言語病理学者が訪問する。身の回りの世話は主に在宅医療補助者、在宅ヘルスケア補助者が行い、これらの補助者は看護師や物理療法士の監督の下で活動する。その他、民間の派遣業社が医薬品などの注入療法の実施や医療

機器・車椅子の提供など人や物の支援サービスを行っている。

3.2 在宅ヘルスケアを受ける患者

在宅ヘルスケアを受ける患者の70%が65歳以上で、循環器系疾患、内分泌の障害(主に糖尿病)が主な疾患である。訪問の具体例を紹介する。

具体例 (1): 心不全の高齢者

退院直後から在宅ヘルスケアサービスを受けており、在宅ヘルスケアの看護師が1週間に3回の頻度で2週間訪問し、その後週2回の訪問を3週間継続した。訪問回数に関する規則はないため、個々の看護師、およびサービス提供事業所が訪問回数を決定している。訪問した看護師は患者の兆候の確認を行い、投薬管理および慢性疾患に対する心理社会的問題点に関する指導をして、サービスを終了した。

具体例 (2): 人工股関節手術を受けた高齢者

退院後、リハビリテーションのため専門施設で10日間入院し、在宅ケアに移行した。在宅では理学療法士や介護助手が入浴介助を行い、理学療法士は患者の関節運動の指導や在宅環境の安全性の評価を行った。4〜6週間は、週に2、3回訪問し、杖を使って屋外の歩行ができるようになれば在宅ケアは終了となる。

以上のようなさまざまな支援プログラムが整備されているが、患者の状態が同様でも、州によって提供されるサービスが異なることが大きな課題である。また低所得者のメディケイドの場合、サービスの種類や内容も当然変わってくる。またシステムが断片化しており、個々のサービス間の連携を取ることは非常に困難で複雑である。

4. 在宅ヘルスケアの展望

4.1 今後期待されるテレヘルスシステムの導入

米国の高齢化予測では、2050年までに全人口の20%が65歳以上になると考えられている。慢性疾患の増加等により在宅ヘルスケアの増加が予測されている。このような状況がある一方で、看護師不足の問題がある。この問題を解決する方法として、テレヘルスシステムにより訪問の補完を可能にするシステムが検討されている。テレヘルスはシンプルなものから複雑なものまでであるが、最も簡単なものはHealth BuddyやHealth Heroと

呼ばれるコンピュータシステムである。これは、一連の質問に対して毎日患者が電話で応えるもので、とくに受け取る側の人手を必要としない。回答はコンピュータで分類され、これを看護師が判断し、必要な場合には訪問するというものである。複雑なシステムとしては、インターネットを利用して画像や音声でバイタルサインや、息づかい、創傷、あるいは薬品の服用などを観察するもので、受け取る側の人手が必要である。訪問とテレヘルスのバランスをうまくとっていくことが重要である。この判断を行うために求められる能力として、医学や看護の専門的知識・技術だけでなく、コミュニケーション能力やカウンセリング技術、また短時間で必要な情報を収集しアセスメント、問題解決を行うことができるために豊かな臨床経験が必要である。

4.2 在宅ヘルスケアの対する評価システムの確立

在宅ヘルスケアに対して投入した費用と効果の評価を行い、在宅ヘルスサービスの品質保証を確保していくことが求められている。その1つに、ホームヘルスコンペアというサイト (www.medicare.gov) が存在している。このサイトでは、エージェンシーの実績、例えば、ある地域では30%の患者が歩行できるようになったが、ある州では37%、全国平均は38%というような効果が公表され、患者や家族はその情報を見ることができる。今後は、実績対価に基づく料金改革の取り組みを行い、財政的な動機づけを実施し、良質のケア提供をする所には金銭的支援を与える仕組みを検討しているが、現在は実績指標がまだ確立されていない。

5. おわりに

米国では州によって在宅ヘルスサービスが異なったり、アクセスなどの課題はあるものの、看護師が中心となって在宅ヘルスサービスを体系的に提供し、患者や家族との相互の信頼関係を確立しケア提供側、受け手側双方に満足感をもたらしている。この満足感の要因の1つは、米国では看護師が処方権をもつなどの裁量権があり、特に農村部などに居住し継続的ケアが必要な対象に対して適切な処方ができるNPが存在するからである。これは医師との協力関係が発展的な理解のも

とに形成されてきた結果であろう。米国では、単に個々人の行為の連携プレーといった協力関係ではなく、在宅ヘルスケアにおいて共通の目的に向かい協働して問題解決しようとする協力関係であり、それが相乗的な効果となって、よりよい成果をあげているものとする。日本では1992年に最初の訪問看護ステーションが開設されてからまだ10年余りしかたっておらず、100年以上もの在宅ヘルスケアの歴史をもつアメリカと肩を並べるには至っていない。日本の在宅ヘルスケアが発展するためには、看護師の裁量権の拡大は特に重要であり、そのための教育プログラムの開発と実現に向けての医療関係者や行政との話し合いを積極的に進めていくことが必要である。

Madigan 先生は講演の最後に、「アメリカ人は、病気の時も最期の時も、自宅に居たいと願望している。在宅での療養がよりよくできるため、看護師は、社会からサポートとプレッシャー受けながら、中心的な役割を果たす職種であり、最も信頼される職業人であり、看護師の未来は明るい」と言われた言葉は、日本の看護職者に大きな勇気を与えてくれたと感じる。



著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 看護アセスメント学
研究室
藤内 美保
tonai@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 第7回看護国際フォーラム

「わが国における訪問看護の現状と課題」(山田雅子先生と山崎摩耶先生の講演から)

工藤 節美 Setsumi Kudo

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 地域看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2006年3月13日投稿, 2006年3月27日受理

キーワード

在宅ケア、訪問看護、訪問看護師、介護予防

Key words

home health care, visiting nursing, home care nurse, care prevention

1. はじめに

「在宅看護の質向上のために」をテーマに第7回看護国際フォーラムが平成17年11月5日に別府ビーコンプラザ国際会議場で開催された。今回のフォーラムでは、海外からは高度実践看護専門職としてナースプラクティショナーが活躍している米国と、ナースプラクティショナー育成に向けて取り組みを始めた韓国の在宅看護の研究者各1名を招聘し、講演をいただいた。また、国内からは厚生労働省医政局看護課在宅看護専門官の山田雅子先生と全国訪問看護事業協会理事の山崎摩耶先生に日本の訪問看護に関する国の政策及び実際の活動をふまえた今後のあり方について講演をいただいた。特に、山田先生の「訪問看護に関するわが国の政策」、山崎先生の「日本における訪問看護の現状と課題」は、地域で活動する看護職者にとって貴重な資料となり得るものであった。以下に、その概要をまとめたので紹介する。

2. 訪問看護に関するわが国の政策(山田雅子先生, 厚生労働省医政局看護課在宅看護専門官)

2.1 医療行政改革における在宅医療の位置づけ

医療制度改革のもと、社会保障審議会医療部会において在宅医療に関する検討が行われ、中間とりまとめ(「今後の医療提供体制の方向性」平成17年8月)の中で地域における医療機能の分化・連携の推進や在宅医療の推進等が打ち出された。

医療機能の分化・連携の推進については、医療計画の中に在宅医療に関する具体的な内容が盛り込まれることとなった。また、在宅医療の推進については、i)終末期を含めた在宅医療の体制整備、

ii)在宅医療に関する情報を積極的に提供するための環境整備、iii)訪問看護サービスの充実・普及、薬局・薬剤師の積極的関与、医療機関における退院調整機能の促進、iv)在宅医療に関する指標を医療計画の中に取り入れる等の内容が提示された。

在宅医療の体制整備では、「病気が治ってから在宅へ」ではなく「病気が治る前に在宅へ」という医療体制づくりとそれに伴う意識改革の重要性が打ち出された。医療機関における退院調整は、今回新たに看護の機能として位置づけられたものであり、在院日数が短期化する中で綿密な退院計画を立案し、十分な支援と情報提供を行った上で退院してもらうことを目指している。

在宅医療に関する指標としては、訪問看護ステーション数、訪問看護師数、訪問診療医数、在宅死亡者数等が考えられている。

2.2 訪問看護推進事業

医療提供体制の改革では、入院医療の適正化と在宅医療の推進が重要課題である。在宅医療を進める上で訪問看護の充実がきわめて重要となり、平成16年度から開始した訪問看護推進事業では、各都道府県の訪問看護推進協議会設置、訪問看護の推進モデル事業、医療型多機能サービスの展開等が検討されている。平成17年度の取り組み状況は、訪問看護推進協議会の設置は47都道府県中27カ所、在宅ホスピスケア研修は12カ所、24時間ケアを提供する訪問看護推進支援モデル事業はわずか2カ所で、予算額7億8000万円の3分の1も執行していない状況である。これらは、在宅ケアの現場に本事業が十分に周知されていないことによると考えられる。

2000年に公的介護保険制度がスタートし行政レベルでも様々な在宅サービスが行われているが、訪問看護についての取り組みは手薄である。その要因の一つとして、都道府県庁に難病、障害者、精神保健、高齢者、母子保健等の訪問看護の全ての対象者をカバーし調整する担当者がいないことがあげられる。しかし、活発な都道府県では各々の部署からスタッフを集め、プロジェクトチームを編成し、訪問看護全体について取り組みを開始している。また、訪問看護推進支援モデル事業や医療型多機能サービスを行いたい訪問看護ステーションはあるが、事業主体である都道府県が実施の意思表示をしなければ現場には予算配分されないという仕組みになっていることも問題である。

2.3 時代に対応した在宅医療・訪問看護のあり方

2.3.1 介護予防

寝たきりや認知症等の要介護状態を予防する取り組みが重要であり、「介護予防」は介護保険制度や健康づくり対策の大きなテーマになっている。2006年度の介護保険制度改正では、予防重視型システムが中心となり地域包括支援センターを新設し、予防活動が展開される。予防という概念が具体的に看護の中に打ち出され「予防の訪問看護」として実施される。

2.3.2 高齢者に対する医療・福祉施設の機能分化

高齢者の医療・介護全般の課題として、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療機関の機能分化があげられる。この3施設は、当初は異なった役割・機能をもってスタートしたが、現状では非常に似かよった施設になっている。特に、特別養護老人ホームは、生活の場であって治療の場ではないというコンセプトでつくられた施設であるが、入所者の多くが何らかの疾患をもち、経管栄養、人工肛門、酸素吸入等のケアを必要としている。それにもかかわらず、看護師数は少なく、入所者100人に対して看護師3人という施設基準である。このため、経管栄養の場合、朝・昼・晩にケアが必要となるが、基準通りに看護師の勤務を組めば昼食時しか看護師がいないとことになる。経管栄養は医行為にもかかわらず、朝食時と夕食時は無資格者に医行為を行わせるのかという問題も発生する。この他にも、老衰等で静かに亡くなっていくことをサポートする看取りケアの充

実も期待されており、看護師の配置数を増やし看護の質を向上させる必要がある。

2.3.3 訪問看護ステーションの機能拡大

現在の訪問看護は利用者の自宅を訪問するだけの制度であるが、今後は訪問看護ステーションにおいてケアを実施し相談に応じたり、障害児・障害者に対して学校や職場への訪問看護を行う等の機能拡大をはかっていく必要がある。さらに、在宅療養者の実態を最も把握している訪問看護ステーションの看護師が医療機関の退院調整を支援すること等も検討されている。

3. 日本における訪問看護の現状と課題(山崎摩耶先生, 社団法人全国訪問看護事業協会理事)

3.1 わが国の高齢化と在宅ケア

2005年のわが国の高齢化率は20%に達し、2007年以降は人口減少が進み、世帯類型を見ても単身世帯が全世帯の半数を占めると推測され、同居家族による高齢者介護は期待できない。

少子高齢社会の先進国ではいずれも、保健医療や福祉サービスは病院施設型から地域・在宅型へと移行している。わが国においても1982年の老人保健法制定以来、病院の急性期医療と慢性期療養機能の分化、中間施設や訪問看護制度が創設された。また、2000年の介護保険法の施行により高齢者を対象とした長期ケアシステムが確立し、ケアマネージャーによるケアプランに基づいた在宅ケアが民間サービス機関によって提供されてきた。高齢化の進展とともに在宅ケアシステムの構築が進められる中で、在宅ケアの中核的サービス機関である訪問看護ステーションは1992年に制度化され、地域で在宅療養をする対象者の自宅を訪問し、患者や家族の看護ニーズに対応している。訪問看護ステーションは看護職が開業でき、運営に自律的な力を発揮できることから、看護職の役割と機能拡大に寄与する画期的な制度でもある。

3.2 わが国の訪問看護システムと現状

3.2.1 訪問看護事業の変遷

1982年、老人保健法により高齢者の訪問指導が老人保健事業として全市町村で事業化され、保健師・看護師による訪問指導が始まった。医療機関からの訪問看護に対しても退院患者継続看護指導料が診療報酬として算定され、これにより訪問

看護が保険適用となった。1992年の老人保健法の改正により指定老人訪問看護制度で独立した訪問看護ステーションが誕生し、1994年には医療保険も適応となった。これにより在宅が「医療提供の場」として法制度的にも位置づけられ、年齢や疾病に関わらず国民誰でも訪問看護を受けられるシステムとなった。2000年には公的介護保険制度の開始により、訪問看護は介護保険からも給付を受ける仕組みとなり現在に至っている。

3.2.2 訪問看護活動

2005年4月現在、訪問看護を行っている施設は訪問看護ステーション、医療機関からの訪問看護を合わせて5557カ所である。開設主体は医療法人が約半数、次いで看護協会、医師会、社会福祉法人等の法人と営利法人となっているが、営利法人の開設が漸増傾向にある。看護師等の従事者は全体で約35000人となっており、いずれの施設も平均従事者数5人程度と小規模である。利用者数は約34万人でその82%は介護保険の対象者で、悪性新生物や難病、小児や精神障害者等の医療保険対象者はまだ18%と少ない。

3.3 介護保険制度の改革

2000年にスタートした公的介護保険は5年目を迎え、制度改革が進められているところである。この改革で特徴的なことは、目的規定の中に「尊厳を保持して、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう保健医療サービスを給付すること」、「高齢者の尊厳」を明記したことである。

見直しのポイントとして、i) 予防重視型（新予防給付）システムへの転換、ii) 施設給付のうちホテルコストと食費は自己負担、重度者の入所に転換、iii) 地域包括支援センターの創設、iv) 地域密着型サービスの創設、v) 情報開示やケアマネジャーの資格更新等のサービスの質向上、vi) 医療と介護の機能分担と連携強化（重度者の医療・看護対応やターミナルケア）がある。

今後の訪問看護ステーションには、要介護状態にさせないための介護予防、医療ニーズのある重度者への看護、ターミナルケア等の幅広いサービスが求められている。具体的には、地域密着型サービスをはじめ、24時間対応サービス、訪問看護に加えてデイケア（通所介護）や訪問介護等、多機

能を合わせもつ事業所として新しい展開が期待されている。

3.4 医療提供体制の改革による入院期間短縮化と訪問看護

医療保険財政の観点からも医療提供体制の改革が進められており、在宅医療へとシフトしつつある。2006年4月改定の診療報酬でも入院費の削減、在宅医療の拡充を後押しする報酬の増額や新しい仕組みの構築が検討されており、訪問看護に追い風となっている。入院患者の退院調整も重要視され、今後は入院医療から早期に在宅へと継続する仕組みの確立や医療と介護の連携・効率化の体制も導入される。入院日数が短縮化され、様々な医療処置や医療機器（人工呼吸器等）を必要とする在宅患者が増加しており、今後ますますこの傾向は進むことが予測される。

また、死因の第1位である悪性新生物の患者が末期を家で過ごし、安らかな死を迎えることに対するニーズも広がっており、これらを担う訪問看護は地域の医療供給体制の中核的サービスとなりつつある。

3.5 訪問看護の課題

3.5.1 訪問看護の質向上と人材確保

全就業看護師127万人の内、訪問看護に携わる看護師はわずか3万人に過ぎない。しかし、今後も増加が予測される在宅患者の状況をふまえると、約10万人の訪問看護師が必要となる。医療機関においても不足している看護師を、訪問看護領域へどのようにして労働移転するかが大きな課題である。また、先端の高度医療現場からの在宅患者の退院は訪問看護技術の質的向上も求められ、訪問看護領域の質と量の拡充が急がれている。日本看護協会の認定看護師制度においても17分野の一つに訪問看護が位置づけられ、専門的な知識及び技術に関する教育が行われている。今後は、医師や介護職等の在宅ケアを支える職種とのスキルミックスや看護職の裁量権の拡大等、職種間の制度の再考が必要である。

3.5.2 訪問看護ステーションのビジネスモデル転換

平成17年度現在、全国に5557カ所の訪問看護ステーションが開設されている。しかし、いずれも看護師数5～6人程度の小規模施設である。また、訪問看護ステーションの経営については、介

護保険制度以降は事業所数の伸び悩みや休止・廃止も出てきており、開設から3年以内で休止する施設42.6%、開設から3年以内で廃止する施設36.5%となっている。今後は事業の多機能化や地域密着サービスとしての24時間体制整備に向けて、管理者の経営能力向上やサポートシステム、マーケティング、訪問看護ステーションの規模の拡大等が必要である。

3.5.3 訪問看護の評価

最近の10年間を見ても訪問看護について多数の調査研究が見られるが、それらの**Outcome**や知見を共有する仕組みが十分に整備されていない。特に、利用者・家族と看護サービスの費用対効果や訪問看護を評価する指標等に関する検討が不十分である。今後は、訪問看護を社会にPRすること、さらにどのような内容・どのような方法を用いて訪問看護を評価するか等を検討することが必要である。

3.5.4 診療報酬や介護報酬、公費サービスなど支払いシステムの再構築

訪問看護は保険収入と自費対応で事業が成り立っているが、患者のニーズの変化に対応していない現行の報酬算定システムの再構築が急務である。

4. おわりに


今回の講演を聞き、訪問看護を取り巻く状況は社会情勢を反映し、目まぐるしく変化しており、地域の人々の生活の場である在宅(家)で、看護を提供する訪問看護は時代とともにあるサービス(川越 他 2005)であるということを再認識した。

1992年に老人訪問看護制度により訪問看護ステーションが創設されてから早13年が経過した。ようやく訪問看護という言葉が社会に定着し、その重要性が認知されてきたところである。訪問看護に携わる看護職は専門的な知識・技術の提供のみにとどまらず、幅広い視点から政策や法律・制度等の動向を把握し、それを地域社会や日々の看護活動に反映させることが重要である。山崎先生の「現代は訪問看護に追い風、今後の展望は明るい」、山田先生の「看護には制度に先んじて何をやるかが問われる、まずは行動を起こすことから」というお話からも、訪問看護には次代を担う、新

たな役割・機能が期待されている。その期待に応えるためにも、訪問看護を通して培ってきた経験、創造力、行動力を地域ケアシステムの中で十分に発揮し、看護職者ひとり一人がその専門性や自立性を高めるために努力していくことが必要だと考える。

引用文献

川越博美, 山崎摩耶, 佐藤美穂子(2005). 訪問看護研修テキストステップ1-(1), p2. 日本看護協会出版会, 東京.



著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学 地域看護学研究室
工藤 節美
kudo@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 第7回看護国際フォーラム

韓国における介護保険制度導入にむけた在宅看護政策の転換について

Policy alternatives on developing a home health care system for long-term health care insurance system in Korea

柳 好信 Hosihn Ryu

高麗大学校看護大学 Korea University

金 基玉 Gioak Kim

国立保健医療科学院 政策科学部 National Institute of Public Health

平野 亙 Wataru Hirano

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 Oita University of Nursing and Health Sciences

草間 朋子 Tomoko Kusama

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2006年2月20日投稿, 2006年3月14日受理

要旨

韓国では人口高齢化の進行に伴う老人保健・福祉対策として、2007年から老人療養保障制度の導入が計画されている。老人療養保障制度は日本の介護保険制度と類似点が多いが、制度を実現するためには、在宅看護事業の現状と問題点の分析、問題解決のための課題検討が必要である。そこで、韓国における在宅看護事業の現状と問題点を分析した結果、韓国には包括的かつ組織的な在宅看護サービスを提供するために必要な法制度が整備されておらず、地域社会を中心とする在宅看護事業を行なう機関・施設とマンパワーが不足していることが示された。利用者中心の在宅看護サービスを展開するために、以下の4つの政策課題を提言した。1)国家的次元での明確な家庭看護の政策ビジョンと方向性の確立、2)地域社会を基盤とする家庭看護センター運営のための法制度の確立、3)在宅看護施設及びマンパワーのインフラ構築、4)在宅看護事業のためのモデル事業の推進。

Abstract

Presented here are policy alternatives for understanding home health care for the long-term health care insurance system which is being developed for elderly people starting 2007. The summary of issues concerning home care nursing under the long-term care insurance system include; 1) absence of comprehensive and systematic policy in home health care delivery systems; 2) absence of community based home health agencies that are considered as the community residents in general. In order to overcome these problems and issues, policy alternatives of home health care should 1) establish a comprehensive home health care policy for homebound persons; 2) establish the foundations for home health care nurses and community based home health care systems; 3) establish home health care facilities and infrastructure; and 4) promote research and development concerning home health care. Conclusively, a home health care system should be built on a comprehensive policy vision based on health policy, especially long-term care insurance system in the near future. Every homebound resident's service has to be constructed systematically under suitable facilities considering the consumer characteristics and health conditions. By doing this, the consumer based comprehensive community home health care delivery system can be constructed in view of the long-term health care insurance system for elderly people.

キーワード

老人療養保障制度(韓国)、介護保険制度(日本)、在宅看護政策、看護マンパワー、インフラ構築

Key words

Korea, home health care, long-term health care insurance system, infrastructure, consumer based home health care

1. 序論

韓国政府は、保健福祉政策として医療保障制度改革（1994年）、「21世紀保健医療発展総合計画」（1998年11月）、「新しい世紀の保健福祉2010」（1999年12月）等を発表し、さらに、積極的な脱貧困と急速な低出産・高齢化傾向に対応するため、公共保健医療の拡充、供給者中心から利用者中心の先進国型保健医療体系構築などの政策方針を設定した（保健福祉部 2004a）。

韓国における65歳以上人口の割合は、2010年の10.7%から2030年には23.1%に達すると予測され、中進国の中で高齢化を迎える唯一の国として、老人保健対策の整備が急務となっている（保健福祉部 2004a）。また、福祉に対するニーズの増加、健康リスク要因の増加、脳血管疾患・がん・高血圧・認知症等の慢性退行性疾患の増加等の問題を抱え、韓国政府は老人福祉の具体的な実践方針の作成を迫られている。

老人医療問題と関連して、国民健康保険財政の赤字も大きな問題となっている。診療報酬の引き上げと健康保険給付期間の延長、給付範囲の拡大、老年人口及び受診率の急増等によって、国民健康保険の財政は支出が収入を超え、深刻な問題となってきた。2000年7月に施行された医薬分業の

前後に数回行なわれた診療報酬引き上げと外来患者の増加により、2001年以後、健康保険の赤字はさらに深刻の度を増した。また、2001年以後健康保険財政の中で老人医療費の占める比率は約25%を上回っている（国民健康保険公団 2004）。

このような健康保険財政の赤字の解決と増加する国民の福祉ニーズに応えるために、韓国政府は、日本と同じ社会保険型の老人療養保障制度の導入を考えている。その最初の段階として「公的老人療養保障推進企画団」を構成し（2003年3月）、財源調達方策及び管理運営体系、対象者評価、判定基準、給付及び療養報酬体系、施設とマンパワー養成等に対する政策を提示した（保健福祉部・公的老人療養保障推進企画団 2004）。2004年8月に発表された老人療養保障制度公聴会の資料によると、日本で2000年から施行されている介護保険制度と内容及び運営体系がかなり似ていることが分かる（Ikegami and Campbell 2002）。

韓国の老年人口の割合は日本の1960年のレベルであり、老人保健医療問題を体系的に管理できる老人保健法等の法令もいまだ整備されていない（表1）。すなわち、増加する老年人口に関わる保健問題の需要的側面、老人保健問題を解決するための政策的側面、在宅看護等のマンパワー及び

表1. 日本と韓国における老人福祉関連政策の展開

日本		韓国	
1963年	老人福祉法制定		
1973年	老人福祉法改定で老人医療費無料化		
1983年	老人保健法施行		
1986年	長寿社会福祉大綱策定	1981年	老人福祉法制定
1988年	福祉ビジョン策定		
1989年	高齢者保健福祉推進10カ年戦略(ゴールドプラン)策定		
1990年	福祉8法改定	-	-
1991年	老人訪問看護制度の創設: 訪問看護ステーション(VNSS)		
1994年	VNSS サービス全年齢に拡大	1994年	医療機関 家庭看護モデル事業実施
	21世紀福祉ビジョン策定	1995年	保健所 問保健事業(地域保健法)
	新ゴールドプラン策定	2000年	医療機関 家庭看護制度(医療法)
1997年	介護保険法(LTCI)制定	2003年	大都市保健所 訪問保健モデル事業実施/老人公的療養保障推進制度企画団設立
1999年	ゴールドプラン21策定		
2000年	公的介護保険制度施行	2004年	老人療養保障制度(案)公聴会実施
2003年	健康増進法施行	2008年	老人療養保障制度施行(計画)

施設の不足等の問題点を充分検討しないまま、日本の介護保険制度をそのまま導入すると、施行時に大きな難点となることが予想される。日本で介護保険制度が導入されるまでの保健医療の背景と発展過程、問題点等 (Murashima et al 2002, Campbell and Ikegami 2003, Ikegami et al 2003) を考察することで、韓国における在宅看護事業の定着と発展のための示唆を得られると考えられる。

日本の訪問看護制度は、老年人口の急増と保健医療ニーズの増加に対処するために、総合的、具体的なビジョンをもって長期計画を樹立し、発展してきた。表1に示すように1988年に老人福祉ビジョンの長期的な枠組みを作り、老人保健法を改正し、3年間に全国17か所の訪問看護事業所のモデル事業を実施した後の1991年に、現在の訪問看護制度を導入した (Murashima et al 2002)。その結果、看護師が運営権をもつ法人型の訪問看護ステーションは現在全国で5,000か所を超える等、介護保険のインフラ構築も進めてきた。

韓国で老人療養保障制度の導入を進めるに当たっては、(1)政府の計画通り老人療養保障制度を導入する場合、その実行が可能であるか、(2)在宅看護事業の現状と問題点は何か、(3)これらの問題を解決するための先決課題は何か等の問題点を真摯に検討しなければならない。そこで、本論文では、韓国における在宅看護事業の現状と問題点を分析し、今後の課題を記述することとする。

2. 韓国における老人療養保障制度の概要

韓国政府は、老人療養保障制度導入のため、2004年8月11日に公聴会を開いた。そこで公表された老人療養保障制度の基本的な目標は、(1)療養保護を必要とする高齢者を包括する「普遍的な体系」、(2)サービスの権利性・選択性を保障できる「利用者中心」のサービス体系、(3)国家、家族、地域社会等「多様な主体の参加」システムの構築、(4)「社会的連帯」による療養保護費用確保の体系、(5)家庭及び「在宅福祉優先」、予防とリハビリを重視する体系、(6)ケアニーズに対応するサービス提供、保健医療と福祉サービスの効率的な提供のためのケア・マネジメント体系等である。これらの目標は、日本の介護保険制度の主な目的として示された、介護が必要な高齢者を包括する普遍的な「ケアの社会化」(socialization of care)、地方自治体の支援と責任拡大、利用者の選択権強化と事業者の競争原理、老人保健福祉費用の共同負担、保健と福祉サービス統合等の内容と類似している (Campbell and Ikegami 2003)。また、サービス施設と内容に関しても、表2に示すように、日本における施設と在宅サービスの内容を大部分導入している。

一方、老人療養保障企画団から提示された老人療養保障制度の推進方針は、(1)認知症・脳血管疾患等のため療養している高齢者の自立生活を保障し、家族の負担を軽減するための社会的支援システムを確立する、(2)政府・地方自治団体・保険者・民間等の役割分担による層状的な支援システムを構築する、(3)療養保護の必要な高齢者がサービスを選択し、利用できるよう施設・マンパワーをバランスよく計画的に拡充する、(4)供給主体として多様な民間事業者が積極的に参加できるよう制度的支援を強化し、療養産業市場と雇用の拡充を推進する、(5)老人療養保障の費用を高齢者、家族、現役世代、事業者等全国民が連帯して負担するとともに政府も適切な公費を負担する、(6)施行までに十分な準備期間を確保し、施設等基盤整備状況を考慮し段階的に拡大する、などとされ

表2. 韓国における家庭看護事業所で活動している家庭看護師数

事業機関	機関数	活動家庭看護師数	比較
病院級以上	98	236	
地方公社 医療院	7	14	
診療所	4	10	
韓医院	1	3	
保健医療院	1	2	
保健所 (大都市 訪問保健 モデル事業)	14	41	臨時職看護師としてモデル事業に参加
総計	125 (111)箇所	306名* (265名)	

資料: 家庭看護師会内部資料(2004)

*全国246保健所中の14大都市保健所で家庭看護師を採用し、モデル事業を実施中

() 内は、モデル事業に参加している臨時職看護師を除いた人数

ている(保健福祉部 2004a)。

このように韓国で準備している老人療養保障制度の基本方針とサービス内容は、日本の介護保険制度と類似している。しかし、日本は1994年に社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会が公的介護保険の創設を提起してから6年後の2000年4月1日、本格的に事業を実施したが(Campbell and Ikegami 2000)、すでにその前の老人保健法制定時から、老人保健制度が体系的に発展してきたことに注目しなければならない。韓国の老人療養保障制度は、日本の介護保険制度が基本であり、今後、当制度実施のためには、老人療養関連施設とマンパワーのインフラ構築が何より重要な課題であるため、まず本論では在宅看護事業の現状と問題点を分析した後、解決すべき課題を提示する。

3. 韓国の在宅看護事業の現状と課題

韓国の現行の在宅看護事業は、全ての人々が利用可能な先進国における家庭看護事業や現在韓国において計画中の老人療養保障制度の基本目標であるサービスの利用形態とは異なっている。すなわち、病院を早期退院した患者を対象に医療機関が中心となって実施する家庭看護事業と、医療利用の枠外に置かれている基礎生活保護者に対して保健所が実施する訪問保健事業であり、利用者が一部の選択的な対象者に限られた不十分な制度であるために、政府は2003年から2年の予定で大都市での訪問看護モデル事業を実施し、訪問看護の発展方策を模索している(保健福祉部・韓国保健産業振興院 2004)。

本章では老人療養保障制度導入のため、現在進行している3分野、すなわち医療機関で実施されている家庭看護、保健所で行なっている訪問保健及び大都市での保健所訪問保健モデル事業の各々における在宅看護の現状と問題点を要約する。

3.1 医療機関が中心となって実施される家庭看護事業

医療法施行規則第54条(医療法改定、1990年1月)の業務分野別看護師として、家庭看護分野の専門看護師が新設され、さらに、2003年11月には医療法施行令が改定され、家庭(専門)看護師が10種類の専門看護師の中に含まれるようになった。これに伴い、2003年11月以前は、1年課程の600時間の履修が資格取得の要件であったが、

それ以後は家庭看護専門の教育機関で33単位を履修した後、専門看護師の国家試験に合格した者のみに資格が与えられるように資格要件が強化された(保健福祉部告示、2003年11月)。家庭看護事業に対する法的根拠は医療法第30条であり、医療機関の外部で行なわれる医療行為に含まれることになった(医療法改定、2000年1月)。また医療法施行規則第22条が新設され、家庭看護の対象者、業務の範囲、家庭看護の担当者等家庭看護事業の細部事項が明らかにされた。しかし現行法では、医療機関が実施する家庭看護事業だけが認定されているだけで、地域社会を対象にした家庭看護事業は、法的には認められていない。医療機関の行なう家庭看護事業は、保健福祉部が韓国保健社会研究院に依頼し、2回のモデル事業の形で行なわれた結果定着したものである。1次モデル事業(1994年9月～1996年12月)は、4ヶ所の3次診療機関(延世医大セブランス病院、江東誠心病院、原州キリスト病院、嶺南大医療院)で実施され、2次モデル事業(1997年5月～2000年12月)は市・道知事を通して申請した全国の37ヶ所の病院で実施された。1・2次モデル事業の評価では、家庭看護は医療費節減効果、病床回転率、利用患者の利便性が高く、国民の医療ニーズに応え利用患者の満足度が向上する等の成果が立証された(保健福祉部 2004a)。

現在、家庭看護事業所を設置している病院は98ヶ所で、そこで実践活動を行なっている家庭看護師数(2004年4月現在)は236人であり、1事業所当たり平均2.4名(2名～16名)の家庭看護師が働いている。公共機関では7ヶ所の地方公社医療院で各2名ずつ計14名、8ヶ所の保健医療院で16名、4ヶ所の医院で計10名、1ヶ所の漢医院3名、および、14ヶ所の大都市訪問保健モデル保健所で計41名、合計125ヶ所で306名の家庭看護師が活動している(表2)。

地域社会を対象にした家庭看護事業の制度化は、6市を中心として推進されてきた。1993年7月ソウル市で初めて家庭看護モデルセンターが設立され、その後、光州市、大丘市、大田市、春川市、仁川市の看護師会等に拡大して、地域社会における在宅患者管理のための家庭看護モデル事業が実施された。この事業により、1993年度は54名の患者に857回の家庭看護サービスが提供され、

1998年度には359名の患者に3,435回の家庭看護サービスが提供された(黄 他 2003)。また、量的な増加ばかりではなく、目に見えない対人サービスの質的な成果もかなり高まったと報告されている(Ryu et al 2000, 黄 他 2003)。1995年度からはソウル市の支援で、法定対象者及び医療保護対象者など保健医療利用の枠外にいる住民達に家庭看護サービスが提供されるようになり、患者のQOL向上に大きく役立つと評価された。しかし、地域社会における家庭看護事業は、法的根拠がないままに大部分がすでに終結し、現在は看護師会を中心に、一部の事業所だけが事業を実施しているにすぎない。地域社会を対象にした家庭看護の利用者は、主に病状の維持及びホスピスケアを目的としたもので、脳血管疾患、高血圧、筋骨系疾患、褥瘡患者が多く、長期的管理が必要とされる在宅患者が多かったこと(Ryu et al 2000, 柳 他 2003)から考えると、長期療養保障制度の導入を意図している現時点で、地域社会を対象とした家庭看護事業の制度化が最も緊急性の高い課題である。

3.2 保健所の訪問保健事業

韓国の保健所の訪問事業は、地域保健法第9条第11項の「家庭、社会福祉施設を訪問し行なう保健医療事業」に基づいて実施されている。地域保健法を根拠とする訪問看護は、「訪問保健」とよばれ、訪問する看護師は、家庭看護師のような特別な資格を必要とせず、看護師免許と保健看護師資格証をもつ看護師の中で、保健機関に勤務した経歴が1年以上の者が訪問を実施できる。最近の調査によると、訪問保健担当者の平均年齢は約40歳で、実務の経験は10年を超えているが、訪問保健に従事した経験は平均30か月であり、1年

未満の訪問保健担当者も3分の1いる。調査当時、訪問保健事業部署で勤務する訪問看護師の有する専門資格をみると、家庭(専門)看護師14.0%、精神保健(専門)看護師8.9%、保健教師3.2%、助産師2.8%であった(朴・柳 2001, 柳 他 2003)。このように保健所の訪問保健事業を担当する訪問看護師は、訪問看護が専門ではなく、保健所内の人事異動により短期間配置されている人々であり、専門的な家庭看護サービスが提供されていない現実の背景にはこのような構造的な制約が存在している。

訪問保健業務を担当している訪問看護のマンパワーの現状をみると、週1回以上家庭訪問を実施している訪問保健担当者数は1機関当たり平均2.5名で、訪問保健担当者が1名の保健所が全国の28.6%、2名の保健所が25.4%あった(朴 他 2001)。1保健所当たりの対象人口が最大のソウル市の保健所25ヶ所の場合、1保健所当たり平均5〜7名の訪問保健担当者が配置されている(計175名)が、1保健所当たりの対象人口数が平均45万人程度であることを考えると、現在の訪問保健担当者の人数では、基礎生活保護の対象者の半分も管理できないのが実態である(柳 他 2003)。現在、全国246ヶ所の保健所で訪問保健事業を担当している人員は、常勤看護師884名(臨時職201名)で、保健所に勤務している看護職者全体(2001年; 2,797名)の約30%である。ただし、保健福祉部の内部資料(保健福祉部 2004b)によると(表3)、保健所の訪問看護師884名と、保健支所の看護師419名、保健診療員1,892名を全部含めて約2,874名を訪問保健マンパワーとして取り扱っている。しかし、保健支所、保健診療所に努めている看護職者の業務は訪問保健のみではないので、

全国の保健所で実際に活動している訪問看護師は約900名程度と見込まれる。とくに、保健所の訪問保健担当者は、訪問看護を専門に行うのではなく、保健所内の人事異動に伴って保健看護の部署に配属となった者である。

大都市の保健所では4〜5名、市・郡単位の保健所では1〜2名の保健看護師が訪問保健業務を担当しており、大部分の保健所が、最少の保健看護師を訪問保健業務に配置し、名

表3. 韓国において活動中の訪問看護師及び保健看護師数(保健機関別)

保健機関	機関数*	保健看護人員		比較
		訪問看護師	保健看護師	
保健所	246	884 + (201)	2,797	(201)名は臨時職 2,797名中には訪問看護師 884名が含まれる
保健支所	1,267	-	419	
保健診療所	1,892	-	1,892	
総計	3,410	884 + (201)	5,108	

*資料: 保健福祉白書 (保健福祉部 2004b)

目上だけの事業を行なっているのが現状である。また、訪問看護サービスを担当している部署も、保健所によって異なる。訪問保健事業を受ける対象者の特性は、単独世帯と障害者世帯が48.5%であり、残りの51.5%は慢性疾患等の疾患をもっている世帯である。対象世帯の経済的特性としては、78.5%が基礎生活保護の対象者である。訪問保健の対象者の罹患疾患は高血圧(13.7%)、糖尿病(13.4%)、脳血管疾患(13.4%)、関節炎(13.2%)、認知症を含む精神疾患(12.2%)等である(柳他2003)。

保健所の訪問保健事業の問題点は、マンパワーの不足、訪問保健業務以外の業務の付加、福祉サービスとの連携不足、社会福祉士との情報交換不足、訪問看護プログラムの非効率的運営、保健所管理者の訪問看護に対する認識不足、訪問看護サービスと訪問保健事業の連続性の欠如、訪問看護師の勤務条件、訪問看護に対する住民の認識不足、健康増進業務との区分の難しさ、訪問看護事

業の予算不足、訪問看護師の能力不足等である(柳他2003)。

韓国の訪問看護は日本と比べると、マンパワーと事業運営権に対する法的根拠が異なっており、事業の内容にも大きな差がある。日本の訪問看護は、運営主体と財源の多様性があり、サービスは主に在宅患者に対する家庭看護サービスであるのに対して、韓国は地域保健法(1995)による保健所を中心とした訪問保健事業と、医療法(2000)による医療機関を中心とする家庭看護事業である。保健所訪問保健事業と医療機関に属する家庭看護事業の特性とサービス内容の違いは表4に示すとおりである。これらの事業については、事業内容と特性、専門分野と資格要件などに対する全面的な検討が必要であろう。現在、公的老人療養保障制度で検討されている在宅患者管理のための看護サービスを提供するためには、まず既存の訪問看護事業の内容に対する包括的な検討が必要であり、先進諸国の多様な家庭看護事業の類型を把握した

表4. 韓国における家庭看護と訪問保健の差異

	家庭看護 (医療機関が実施する家庭看護事業)	訪問保健 (保健所の実施事業)
関連法	○ 医療法第30条 ○ 医療法施行規則22条	○ 地域保健法9条12項
担当者資格	○ 2003年11月専門看護師公示以前: 看護師免許証を持ち、家庭看護専門教育機関で、1年課程(600時間)を履修して、保健福祉部長官が認めた者 ○ 2003年11月専門看護師公示以後: 看護師免許証を持ち、家庭看護専門教育機関で33以上の単位取得後、国家試験に合格して、保健福祉部長官が認めた者	○ 看護師免許証と保健看護師資格証を持つ看護師で、保健機関に勤務した経歴が1年以上の保健看護師
運営主体	○ 病院・医院等の医療機関(民間、国公立)	○ 保健機関(保健所等)
財源	○ 国民健康保険	○ 公共保健事業費(租税)
報酬体系	○ 交通費(6,350 won) + 基本訪問料(20,200 won) + 個別行為料	○ 無料
対象者	○ 個人患者中心 ・ 入院後早期退院患者 ・ 慢性疾患患者(高血圧・糖尿・癌等) ・ 慢性閉鎖性呼吸気疾患患者 ・ 産婦及び新生児、脳血管疾患患者 ・ その他、医師及び韓医師依頼患者等	○ 脆弱家族中心 ・ 基礎生活保護対象 ・ 低所得世帯 ・ 障害者世帯 ・ 老人世帯 ・ ホスピス及び精神疾患世帯 ・ 慢性疾患患者世帯等高危険世帯
事業目的	○ 入院代替サービスで入院治療の連続性維持 ○ 患者及び家族の便宜を高める ○ 患者の医療費負担の軽減 ○ 病床回転率を高める ○ 国民医療費の節減等	○ 脆弱家族の自己管理(self-care)能力増進 ○ 地域診断による地域保健事業の遂行 ○ 医療利用の死角地帯の解消 ○ 日常生活活動に支障のある住民の保健サービス接近性を高める
主サービス内容	○ 処置的看護、教育、相談等家庭看護サービス提供	○ 脆弱住民の健康管理 ○ ケース管理者の役割 ○ 相談、教育、予防、健康増進及び疾病管理等、包括的保健看護サービスの提供 ○ 地域社会資源の連携及び依頼

後に、韓国に適用可能な制度とインフラの構築にむけた検討が必要と考えられる。

3.3 大都市の保健所における訪問保健モデル事業

韓国政府は、医療利用の難しい階層の医療へのアクセスを高めると同時に、低所得層の住民の健康管理を目的に、訪問看護事業の機能と役割を強化するため、大都市の14ヶ所の保健所を対象に2003年から2004年まで2年間のモデル事業を実施し、その後、全国的に拡大するように準備している(保健福祉部・韓国保健産業振興院 2004)。政府の国民健康増進総合対策(2002年4月)と政府公約(2003年3月)等によって慢性疾患患者に対する大都市の訪問保健事業の支援策が講じられ、国費(50%)と市費(50%)を含め、特別市では1億5千万ウォン(4ヶ所)、広域市でも1億5千万ウォン(10ヶ所)等、総額20億ウォンをモデル事業費として支援した。この事業費は主に人件費に対する支援で、最低4〜5名以上を新しく採用すること、家庭専門看護師を新規人員の50%以上確保すること等で、全事業費の50%以上を人件費として支出するように規定した。モデル事業に参加した14ヶ所の保健所では、計61名の臨時の家庭専門看護師を新規採用した。本モデル事業の目的は、現在の訪問保健事業の活性化である。具体的には、訪問保健事業の必要性を検討するとともに、体系的な事業モニタリングと評価を実施し、大都市保健所訪問保健の実施体系を改善することである。現在モデル事業に参加している14の保健所の訪問保健組織は、地域保健課、保健指導課、保健課、医薬課等、多様であり、13の保健所では約12坪程度の独立した訪問保健室を確保し運営しているが、効果的な訪問保健事業の運営規模は平均22.3坪ぐらいが適切であると報告されている。訪問保健事業の対象者は、訪問看護サービスの難易度を表す訪問頻度に基づいて、(1)集中管理群、(2)定期的管理群、(3)監視管理群及び(4)自己管理群の4群に分類し管理するよう指導されている(保健福祉部 2004c)。集中管理群(1群)は、平均週1回程度のサービスを必要とする家庭看護対象者である。2003年度モデル事業の期間中、第1群の対象者に対する総訪問件数は726回で、対象者全体の訪問件数30,931の10.6%に過ぎなかった(保健福祉部・韓国保健産業振興院 2004)。

2年間の大都市の保健所の訪問保健モデル事業の成果は大変大きいと評価され(保健福祉部・韓国保健産業振興院 2004)、これを契機に、1洞当たり1名の(家庭)看護師を配置する保健所が増えている。しかし、洞単位で訪問看護師を配置する場合には、家庭看護サービス対象者に対するケアの範囲が拡大することになり、今後、導入を予定している老人長期療養保険との重複サービスの問題や、サービスから漏れる対象者が生じる恐れもあり、サービス対象の住民側からはもちろん、供給者である保健所にとっても大きな混乱が起こる可能性がある。

公的老人療養保険制度で計画している在宅サービスの内容は、日本の介護保険で提供しているサービスの内容と類似している。しかし、日本の訪問看護は、運営主体、財源、運営方法などそれぞれ多様であり、サービスの内容面で見ると、家庭看護サービスを提供している点では、韓国の医療機関で行なわれている家庭看護と類似している。韓国の公的療養保険制度で計画している在宅患者管理の目的を達成するためには、現在、法的根拠、サービス内容、資格基準などが異なる訪問保健と家庭看護がともに含まれるようにすることと同時に、現在日本の介護保険制度で実施されている訪問看護ステーション、すなわち地域社会を対象にした家庭看護事業が制度の圏内で運営されることが必要と考えられる。

4. 韓国で導入予定の公的老人療養保障制度

日本の経験によると、長期療養サービス制度は、療養サービスに関わるマンパワーと施設インフラの構築がもっとも重要であり、事業管理の公正さ(fairness)、対象者の範囲(coverage)、提供されるサービス内容(benefits)、療養サービスの伝達体系、保健と福祉の連携体制、費用管理(cost control)などが事業の成否を決める重要な要素であることが強調されている(Ikegami and Campbell 2002)。

韓国公的老人療養保障企画団の公聴会発表では、公的老人療養保障制度のサービス対象者は65歳以上とし、その後45歳以上まで拡大すること、対象者も重症以上の老人から軽症老人まで拡大する方針が示された。すなわち、第1段階の2007年〜2008年では最重症の老人(但し農漁村及び扶

助対象者は重症以上)、第2段階の2009～2010年には重症以上の老人(但し農漁村及び扶助対象者は軽症以上)、第3段階の2011～2012年には65歳以上の軽症老人まで拡大し、第4段階の2010年以後は65歳以上の軽症認知症と45歳以上の老人性疾患対象者まで全面的に拡大される予定である(保健福祉部・公的老人療養保障企画団 2004)。

公的老人療養保障制度の目的は、高齢者に対する福祉と医療・保健を、治療、療養、リハビリ、予防など統合的な保健医療福祉サービス体系に改変し、利用者中心の新しい療養システムを構築することである。計画では、第1段階は看護サービスと福祉サービスの二元構造で始まり、第2段階では看護と福祉を統合サービスとして発展させることになる。また、主要課題として(1)保険者など管理運営の主体と地方自治団体、健康保険団体との役割の明確化及びモデル事業の基本体系の構築、(2)評価判定と関連する評価項目の選定と機能障害の等級化の問題、(3)具体的な給付サービスの種類、範囲、水準の決定、(4)療養施設の地域バランスを考慮した配置と在宅・施設サービスのインフラ拡充および保健医療福祉の連携システム構築の方策が提示された。

5. 老人療養保障制度の下での在宅看護の政策的課題提言)

韓国における新しい老人療養保障制度体系の構築にあたって、日本の経験を参考にした在宅看護の政策課題を以下のとおり提示する。

1) 国家的次元での明確な家庭看護の政策ビジョンと方向性の確立

老人療養保障制度で企画している第1段階の対象者は、今までの公共保健事業の優先管理対象者である65歳以上の基礎生活保護対象者である。彼らは現在医療保護の対象者で訪問看護事業の優先的な受け手である。老人療養保障制度が新しく導入されることによって、重複サービス利用の問題と排除される対象者(医療利用の枠外に置かれる対象者)の問題

が発生する可能性が高い。したがって、保健所の訪問保健事業と老人療養事業の役割分担を国レベルで確立すべきである(表5)。

2) 地域社会を基盤とする家庭看護センター運営のための法制度の確立

現在法的根拠をもって実施されている在宅看護事業は、医療機関が実施する家庭看護と保健所の訪問保健などに限定され、一部の対象者だけに家庭または訪問サービスが提供されている。したがって、地域社会に住む一般高齢者と慢性疾患を持つ地域住民が、病院に入院しなくても家庭看護サービスを受けられるようにするためには、家庭看護センターの開設が必要であり、そのための法律基盤が早く構築されるべきである。その場合、日本の制度と同様に、開設権は法人、事業運営権は必ず資格を持つ家庭看護師、開設許可をする法人は非営利法人とする必要がある。これは施設は国家がもち、運営権を民間が持つことにより、経営の効率化と事業の質管理が期待できるからである。

表5. 日本と韓国の在宅看護事業の類型別現況

事業類型	日本			韓国			
	開設年度	財源	事業所数(該当年度)	事業類型	開設年度	財源	事業所数
訪問看護ステーション(VNSS)	1992	健康保険** (介護保険)	277 (1993)	地域社会を対象にした家庭看護事業所***	法的根拠なし	-	4 (2004)***
			822 (1995)				
			2,048 (1997)				
			3,570 (1999)				
			4,354 (2000)				
5,227 (2002)							
病院所属訪問看護	1983	健康保険	2,731 (1990)	病院による家庭看護	2000 (1994)	健康保険	4 (1994)
			3,347 (1993)				38 (1997)
			3,416 (1996)				148 (2005)
市町村訪問指導*	1983	老人保健事業費	3,300 (2003)	保健所訪問保健	-	公共保健事業費	246 (2004)
民間事業訪問看護	1983	本人負担	少数	-	-	-	-
全体	11,070 箇所 + 民間			全体	375 箇所		

*日本における保健師の訪問指導に狭義の在宅看護は含まれないが、韓国との人員配置比較のため計上してある。

**2000年4月1日から大部分の利用者は介護保険の適用を受ける。

***地域社会中心家庭看護事業所は韓国の看護界で使われた用語で、日本の訪問看護ステーションと類似したモデルである。6市(ソウル、大田、仁川、大丘、釜山、江原道)の看護師会を中心に1992年からモデル事業を実施してきたが、医療機関の実施する家庭看護に対する医療法が制定されてから閉鎖された。現在はソウル大と延世大の看護大学と大田市、江原道所属で家庭看護市範事業を運営している。

****保健支所で勤務している422名の看護師と1,839名の保健診療員(保健福祉部 2004b)を訪問看護マンパワーとしてみているが、かれらの主業務は訪問看護ではない。

3) 在宅看護施設及びマンパワーのインフラ構築

多様な運営モデルと体系を持ち、全国的な需要水準に見合う施設の供給とマンパワーのインフラが構築されてはじめて、制度の実施が可能になる。普遍的サービスの提供を基本目標としている本制度の特性上、サービス利用ができない地域または対象者が発生すると制度の実施は困難になる。施設またはマンパワーの効率的な構築方策としては、(1)看護施設を公的療養保険制度の財政で支援し、運営権は民間が持つようにして、民間運営者の参入を積極的に誘導し、最小の投資で効率的な運営方を模索する、(2)医療機関の参入を積極的に誘導し、医療機関の家庭看護事業所を増やす。そのために医療機関の家庭看護事業所は健康保険財政と公的療養保険財政の二元構造を持つようにする。(3)保健所の関与を積極的にし、保健所による在宅看護サービスの提供が専門的にできるように別の訪問看護ステーション制度を作る。(4)家庭専門看護教育機関及び定員を拡大し、経歴者及び有休看護職者を積極的に活用する。

4) 在宅看護事業のためのモデル事業の推進

在宅看護事業は、韓国家庭看護師会、韓国家庭看護学会、大韓看護協会、医療機関、または保健所などを拠点とし、多様な運営形態のモデル事業を実施して、効率的なモデルを選定し拡大策を策定する(表6)。2005年度の第1段階では、保健所を拠点に1保健所当たり1訪問看護センター(計242)と、総合判定のための訪問看護事業所を運営し、同時に地域社会を対象にした家庭看護モデル事業(計242以上)を運営する。2006年度の第2段階では医療機関で事業を拡大し、医療機関で実施する家庭看護事業所と地域社会を対象にした家庭看護事業所など多様な運営形態と組織をモデル的に運営し、2007年から第3段階に入る。事業運営モデルの例としては、(1)日本の訪問看護ステーション、(2)ソウル市で実施している地域を中心とした家庭看護事業モデル、(3)現在、大都市で実施中の洞単位の地域訪問看護モデル、(4)医療機関で実施する家庭看護モデルなどがある。多様な運営主体と体系で、公共と民間の参入を積極的に誘導しながら、在宅サービスの提供を多様化して利用者の選択権を保障し、質が高い在宅看護サービスを提供する。

表6. 韓国における長期療養サービスと保健所訪問保健サービス

	長期療養サービス (在宅看護サービス)	保健所 訪問保健サービス
専門人員	家庭看護師	保健所保健看護師
関連法	老人療養保険法(仮称)	地域保健法
財政	長期療養保険 租税 + 社会保障	租税
事業目的	在宅老人患者の看護	脆弱家族健康管理 予防保健事業
主サービス内容	家庭看護サービス	予防及び健康増進など 国家保健政策事業
運営主体	家庭看護事業所 医療機関 保健所	保健所
管理対象者	65歳以上老人患者	基礎生活保護対象世帯 次上位階層 障害者等慢性疾患世帯など 障害者等慢性疾患世帯など

引用文献

Campbell JC and Ikegami N (2000). Long-term care insurance comes to Japan. *Health affairs* 19(3), 26-39.

Campbell JC and Ikegami N (2003). Japan's radical reform of long-term care. *Social policy & administration* 37(1), 21-34.

保健福祉部(2004a). 2004保健福祉白書. 保健福祉部, Seoul.

保健福祉部(2004b). 保健所訪問人力、保健支所、保健診療院現況(保健福祉部内部資料), Seoul.

保健福祉部(2004c). 2004保健所訪問保健事業案内. 保健福祉部, Seoul.

保健福祉部, 公的老人療養保障推進企画団(2004). 公的老人療養保障体系の最終報告. 保健福祉部, 2004年2月18日. 保健福祉部. <http://www.mohw.go.kr/>

保健福祉部, 韓国保健産業振興院(2004). 2003年大都市訪問示範事業評価報告書. 保健福祉部, Seoul.

黄那美, 朴性愛, 金尹玉, 文英任, 朴貞淑, 柳好信, 李系淑(2003). 地域社会での家庭看護接近性提高方策 - 'ソウル市看護師会' 家庭看護事業分析を土

台に-. 韓国家庭看護学会誌10(1), 5-14.

Ikegami N and Campbell JC (2002). Choice, policy logics and problems in the design of long-term care systems. *Social Policy & administration* 36(7), 719-734.

Ikegami N, Yamauchi K and Yamada Y (2003). The long term care insurance law in Japan: Impact on institutional care facilities. *International Journal of Geriatrics Psychiatric* 18, 217-221.

家庭看護師会内部資料(2004). 家庭看護事業所開設医療機関現況及び活動家庭看護師数, Seoul.

国民健康保険公団(2004). 2003健康保険統計年報. 国民健康保険公団, Seoul.

Murashima S, Nagata S, Magilvy JK, Fukui S and Kayama M (2002). Home care nursing in Japan: A challenge for providing good care at home. *Public Health Nurs* 19(2), 94-103.

朴貞好, 黄糯米, 尹順英(2001). 家庭訪問看護事業の拡大及び定着のための長期発展方案、保健福祉部健康増進基金、ソウル大学看護大学、韓国保健社会研究院. 保健福祉部, Seoul.

朴恩淑, 柳好信(2001). 保健看護師の健康増進事業の遂行現況と役割拡大方案研究. *大韓看護学会誌*31(4), 712-721.

Ryu H, Lee S, Moon H, Whang N, Park S, Park J, Choi H, Jung Kee S, Han S and Lim J (2000). A preliminary study for evaluating on demonstration project of community-based home health care nursing services by the Seoul Nurses Association. *Journal of Korean Academy of Nursing* 30(6), 259-273.

柳好信, 李淑子, 朴恩淑, 朴英株(2003). 地域社会における寝たきりとリハビリ患者の管理体系構築のための訪問看護サービス model の開発. 保健福祉部, Seoul.



著者連絡先

〒870-1201

大分市大字廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学 保健管理学研究室

平野 互

hirano@oita-nhs.ac.jp