

超高齢社会に立ち向かう看護が持つべき技 — 退院支援から考える Transition Support —

山田 雅子¹⁾

これからの医療を支えるシステムとして、在宅医療はもはや無視できない存在となった。ここでは、これまで在宅看護にかかわってきた立場から、その歴史を振り返り、現在の課題を見つめなおし、将来の看護の方向性に関する提言につなげたい。

在宅ケアの歴史

日本の在宅ケアの歴史は、明治時代の派出看護婦に遡ることができる。当時は、裕福な家庭などからの求めに応じて看護婦（まだ資格制度はなかった）が患家に寝泊りして看病等に従事するシステムとされた。いくつかの団体が立ち上がり、派出看護は広がりを見せることになるが、米国をモデルとした近代的な看護活動が地域に広がるのは昭和の声を待つことになる。

1935年（昭和10年）には、聖路加国際病院公衆衛生看護部の先駆的な保健活動をモデルに、東京市特別衛生地区保健館で家庭訪問が開始された。対象者を全区民とし、結核、トラホーム、急性伝染病、花柳病予防、学校衛生、精神衛生、優生学的相談、産業衛生、食品衛生、環境衛生、体育奨励等の保健衛生事業に当たるとされている。任務は疾病の予防、健康の増進などであり、「健康生活の凡てに亘って指導するもの」であり、そのためには、「社会事業施設、病院、学校、方面事務所、町会、警察、医師会、産婆、婦人会等の関係諸機関との統制ある協働に依る」とあるように、当時から地域での看護活動には、多施設・多職種協働の概念が重要だとされていたのである。

近年の在宅ケアの歴史については、介護保険前後で大きく区切ることができる。以前は医療機関と看護師のみのシンプルなチームメンバーで、家族介護者指導型の訪問看護であった。

介護保険以降は、訪問看護以外のサービスも数多く導入され、家族の介護負担は以前に比べて少なくなったように思えるが、多職種、多機関が関わるため、複雑なチームケアの構造となった。介護保険前後のこうした在宅ケアの変貌は、医療にかかわるいくつかの専門職が制度化され、専門分化してきた歴史をともに見ていくことができる。

現在の在宅ケアは、入院期間の短縮化が政策的に押し進められているなかで、退院に向けた準備に十分な時間をかけることができないということが一つの特徴である。また、患者の高齢化と医療技術の進歩、さらには、先ほど述べたように多職種の機能分化に伴った在宅ケアシステムの複雑化などにより、病状、チーム編成、選択肢の多様性といったより複雑な状況で患者や家族は退院というイベントを迎えることになる。

退院支援・退院調整から見たもの

退院支援は、健康障害の状況を患者が理解し、自らがその先の生き方について選択をしていくことができることを支援する活動である。退院支援としてかかわる際には、患者が考えるほど順調な回復が望めないような状況も多いが、そのおかれた状況でどうしたいのかの意思決定を支えていくことになる。時には、希望される療養の場で実施可能な治療にアレンジすることも含まれる。そして退院調整は、患者の意思決定に基づき必要なサービス、物品、費用など具体的な生活に必要な手段を調整することを指すと考えている。退院支援がされないまま退院調整が進められると、患者はその状況に追いつくことができない状況がしばしば見受けられる。

退院調整を担当する看護師にとって、患者本人の思いを聞き出すことや、病状や治療方針がその患者の生活にどのように影響を及ぼすのかをイメージすることは、極めて重要な能力であると筆者は考えている。しかし退院調整看護師の養成に長年かかわってきた中で感じることは、病棟や外来で、患者の生活を知った上での看護ができていないのではないかという感覚である。退院支援なき退院調整が蔓延しているのではないか、他の職種に「よろしく」と投げってしまうことが調整業務だと勘違いしている看護師が多いのではないかということである。特に医療機関内の看護においては、安全管理上、転倒予防策をとるあまりに、患者のADLを下げちゃってはいないか、また経口摂取の可能性を吟味する前に、経管経腸栄養の導入を急いでいないかといった、患者が有する能力を最大限に伸ばしていくという看護本来の機能が弱くなっているのではないかと感じ、危惧している。

1) 聖路加看護大学看護実践開発研究センター、第17回学術大会長

退院支援・調整で看護師がしっかりとかがわることばかり、看護の本質に回帰することの重要性を示唆している。

保健と医療と福祉の役割分担と連携について

昭和初期の地域での保健活動を、家庭訪問という技術に関連して振り返ることができた。当時の家庭訪問と現在の訪問看護の違いについて、考えてみたい。

保健活動の一環として展開されていた家庭訪問は、病院の外にある保健機能が医療のトリアージを行っていた。看護職が地域住民の生活を知る中から必要に応じて医療や福祉につないでいた。その後、日本の経済成長が進むのと同調して、医療機関が増え、国民皆保険となり人々の病院へのアクセスが容易になっていった。人々は何か健康面に不調を感じると、病院に出向き、そこで医療を受けることが普通になった。一方病院は、こうした人々個人のニーズに応える形で、医療のみならず検診などの保健機能も持つようになった。近年では医療法改正に伴い、医療が福祉と連携することにまで期待されるようになった。このようにみると、現在病院の中で展開されている退院支援・退院調整は、医療と福祉をつなぐ機能として重視されていることがわかる。

しかし現代の退院支援・退院調整は、病院にアクセスできる人しか対象にしないという特徴を知っておくことが重要だ。健康課題を抱えている個人がすべて病院を受診するとは限らない。特に高齢者など移動能力が不自由であったり、健康障害である自ら認識しにくい疾患などについては、医療が必要であってもそこにつながりにくい特徴がある。地域における保健機能が弱くなると、こうした医療ニーズがありながら十分なケアが行き届かない人が増えてくることを念頭に置かなければならない。

このように生活の場の集合体である地域の中で起こっている健康課題を拾い上げる機能はどこが担うのか。医療機関を中心とした在宅ケアが進展していくに連れ、地域から健康課題を引き出すといった以前から行われてきた家庭訪問を中核とした保健活動の力が弱くなってきた事実をどのようにおぎなっていけばよいだろうか。

医療が保健、福祉と連携してみえてきたこと

現在の在宅ケアが抱えている課題は、高齢人口の増加に伴う爆発的な医療ニーズにどのようにして応えていくことかが大きなテーマである。入院期間を短縮すること、一つの病院が発症から治療、看取りまでの責任を負うのではなく、各医療機関、事業所などが役割分担をして効率的に必要なケアを提供していく考え方が、現在政府が推進しようとしている地域医療連携のシステムである。この仕組みの場合、医療ニーズを有する患者は、必要な医療を受けるために医療機関や介護保険事業所の間を移動することになる。急性期医療機関から回復期、リハビリ期、終末期といった病期ごとに療養の場を変更することが求められるシステムである。

このような特徴を持つシステムの中で、病期が移行し、それに合わせて療養の場を移行していく患者の支援をしていく看護職がもつべき視点について、二つ課題を提示したい。

一つは、患者が移行していく療養の場の特徴をよく知り、継続すべき医療、看護、介護など、広義のケアがどのように提供されているのかその内容についてさまざまな知見をもつこと、そして移行していく先で行われているケアの質の向上を図るための関わりを行っていくこと。

二つ目は、医療機関にかかることのできた患者は一握りであることをよく知り、これから展開されようとしている地域包括ケアの中で、予防的にかかわっていくことの方法について模索することを挙げたい。

昭和初期にすでに「健康生活の凡てに亘って指導する」活動が、保健活動創世記の看護提供方法として成立していたことにもう一度立ち戻り、今の時代で実施可能な新しい看護と多職種間及び他機関での連携の在り方を模索していくことが、これからの人々の生活を支える大きな力になっていくと考えた。医療と生活の両方が分かる看護師だからこそ、そのプロの技を発揮し、これからの社会ニーズに責任の取れる看護とは何かを考えて実践することが重要なのではないだろうか。