

訪問看護 これまでと、これから

山田 雅子

抄 録

目的：わが国の訪問看護の歴史をたどりながら、少子超高齢社会におけるこれからの看護実践のあり方について考察する。

概要：日本における訪問看護の源流を派出看護と駐在保健婦の活動から考察し、次に現在の訪問看護に近いと考えられる、医療機関からの訪問看護の発祥に触れた。その後、医療保険および介護保険制度による指定訪問看護事業の発展プロセスについて、診療報酬および介護報酬の変遷を軸に、そこから読み取れる訪問看護の役割の変遷について考察した。

保険制度のなかで経済的な評価を受け始めた1980年代の訪問看護から今日に至るまで、訪問看護の役割は、在宅療養の総合的なコーディネートから始まり、家族指導型訪問看護、家族支援型訪問看護、医療ニーズ対応型訪問看護、そして再び総合的なコーディネートの役割に戻ってこようとしている。この30年余りに及ぶ「共助」としての訪問看護の発展プロセスをたどることで、これから求められる地域包括ケアシステムの構築に向けて私達看護職が取り組むべき課題を知ることができる。それは、住民自らの「自助」力を高め、隣近所の「互助」の意識を高めていくことであり、その実現に向けてできることは、医療保険や介護保険制度に基づく「共助」の仕組みから、看護職自身が抜け出し、住民ニーズに目を向けて、自由な発想で多様な形をなす訪問看護をつくっていくことなのではなからうか。

キーワード：訪問看護、地域包括ケアシステム、診療報酬、介護保険、歴史

I. 緒 言

第二次世界大戦後の日本においては、強い経済成長に後押しされながら、多くの医療機関（病院および診療所）が各地に設置され、国民皆保険を達成するほど人々の生活の身近なところに医療が位置づけられてきた。しかしその病院も、「病院の世紀の理論」の著者である猪飼（2012）によると、「病院という医療供給システムが効果的であるとされ、その普及が強く押し進められてきた20世紀、すなわち“病院の世紀”はすでに終焉を迎えようとしている」と指摘した。

2013年（平成25年）当時の就業看護職員数は1,537,813人であり、その8割を超える看護職が医療機関に勤務している。終焉を迎えた“病院の世紀”ではあるが、いまだ看護職の活躍の場は医療機関内にあるのが現状だが、“病院の世紀”にとって代わる医療のあり方として地域包括ケアシステムの構築が急がれている現在、看護はその役割と機能をどこにシフトさせていくことが求められて

いるのであろうか。

超高齢社会の特徴として、年間の死亡者数が毎年約10万人規模で増加し続けており、2042年（平成54年）のピーク時には年間166万人の死亡が見込まれている。戦後、病院の増床とともに死亡場所も自宅から病院に大きく転換したわけであるが、今後は、病院以外の在宅や介護保険施設などにおいても、積極的に看取りに関与していく必要性は疑いようがない。諸外国の統計では、訪問看護など地域で働く看護職の割合と在宅死亡率には強い関連が示され、また、国内においても訪問看護利用者が多い都道府県の在宅死亡率が高くなる傾向が強く示していることを考えると、“病院の世紀”が終焉を迎えたこれからの時代に生きる看護職は、訪問看護やそのほかにも地域で活躍する場を増やし、人々の生活のなかで看護に関与していくことが求められよう。

ここでは、わが国の訪問看護に注目し、卒後30年間にわたり在宅看護にかかわり続けている筆者の経験や見聞を交えながら、その歴史を概観し、地域包括ケア時代の訪問看護のあり方について考察する。

II. 訪問看護の発展の経緯

1. 生活の場に赴く看護としての派出看護

看護史研究会（1983）によると、「わが国では、江戸時代から往診による在宅治療と肉親や使用人による家庭内看護が、人々の生活に深く根をおろしていたので、富裕な人ほど在宅看護を望む傾向が強かった。日本に初めて生まれた訓練を受けた看護婦は、この特権富裕層の需めに応じて家庭へ派出し、傷病者のベッドサイドケアに従事した。したがって、わが国の近代看護活動は派出看護の形で広がったといえる」とある。戊辰戦争当時、一部傷病兵を収容して看病する施設において、女性看病人の存在があったと述べつつも、教育を受けた看護婦⁽¹⁾による活動は、必要とされる患者宅に赴いて看護を提供するシステムから広がっていったと整理されている。このことから、訪問看護を生活の場に赴く看護活動ととらえるなら、病院が少なかった時代に海外で専門教育を受けた日本の看護婦たちが、まず、訪問看護という方法で家庭に看護を届けたのが日本の組織的な看護活動の祖と考えるとよいのではなかろうか。

明治20年（1887年）ごろ、欧米で先進的な看護教育を受けて帰国した者たちが、看護婦を養成する学校の立ち上げに関与し、[明治17年（1884年）の有志共立東京病院看護婦教育所（現、慈恵看護専門学校）、次いで2年後には京都看病婦学校および桜井女学校附属看護婦養成所]そこで教育訓練を受けた看護婦たちが病院や患者宅へ赴き看護を提供したのである。これは、病院に収容されている傷病兵などにつき添っていた看病婦とは異なる流れで発展していったとされる。

しかし、その時代の訪問看護は、現在のものとは様相が違っていた。その象徴的な出来事として大隈重信が大けがを負った際の自宅での医療、看護のようすを取り上げてみよう。先に引用した「派出看護婦の歴史」に紹介されているエピソードを抜粋すると、当時外務大臣であった大隈重信が路上で襲われ足に大けがを負った事件について、「当時日本第一級の臨床医が立会いのもと、自宅にて下肢切断の手術を行い、その際、教育を受けた看護婦は、手術の器械を出し、麻酔薬を投与し、その後3か月間にわたり術後の回復につき添った」という。その仕事ぶりを「周到綿密、細心誠意、医師の指示を得て機を誤らず、病者の意を汲んで声なきに聞き、形無きに見て、動作し、万事至らないことがなく」と大隈の妻が褒め讃えた記録が残っているという。この出来事から考えられることは、急性で重傷な患者の医療や看護までが患者の家で展開され、看護婦は患者宅に寝泊まりしてまで看護したということである。

2. 生活の場に赴く看護としての公衆衛生看護

生活の場に赴く看護のもうひとつの視点として、公衆衛生看護の歴史をたどってみたい。1937年（昭和12年）

に保健所法が制定され、人口12～13万人に対して1か所の割合で保健所を設置し、そこに保健婦を配置したとされる。そこでは戦争という国難に向け、兵力を確保する目的で、国民の健康を管理する拠点としての機能と役割を担うこととなる。保健所で活躍する公衆衛生看護を担う看護師教育は、保健所法制定の以前から、日本赤十字社、ついで、聖路加女子専門学校によって開始された。聖路加女子専門学校は、1927年（昭和2年）に東京築地に開校され、その3年後には、1年間の研究科を本科の看護教育に組み入れ、公衆衛生看護教育を含めた4年制の看護基礎教育を始動させた（聖路加国際大学学術情報センター大学史編纂・資料室委員会ブックレットワーキンググループ、2015）。そこで養成された保健婦の前身であるブラウナース（制服の色が茶色だった）たちは、聖路加国際病院近隣の、出産後の母子を対象にした健康相談や家庭訪問、結核患者の相談、その他、健康な食生活のための料理教室、乳児の衣類の作り方教室などを開催した。他にも母親健診、父親学級、性病予防、予防接種、会社や工場に赴いての工具の健康管理など、いまでいう母子保健、産業保健、感染症などの健康危機管理に関連する多様な事業を幅広く展開していたことが分かる。

先述の1937年（昭和12年）保健所法が公布された後は、国が掲げた健民健兵政策の主旨で保健婦駐在制が敷かれた。木村（2012）は、高知県駐在保健婦経験者の話から、当時の駐在保健婦の活動について詳細に記述している。彼女たちは、役場、公民館、警察官が駐在していた建物、農協の事務所などの場所を拠点として、受け持つ複数の町村を徒歩、自転車、スクーターなどで巡回し、ときには道なき道を進みながら、人々が暮らす集落を訪ね、結核、母子衛生、受胎調節指導、性病、急性伝染病、寄生虫、ハンセン病、精神衛生、成人病といった、いわゆる「ゆりかごから墓場まで」を対象とした看護活動を展開した。1942年（昭和17年）当時の駐在保健婦は1,119人で、実に保健師の19.3%が駐在していたことになる。

戦後は米国の占領地としてGHQの指導のもと、保健所整備が進み、保健婦による公衆衛生看護の拠点は保健所となった。それとともに駐在保健婦は役割を終え、最終的には、1997年（平成9年）地域保健法の完全実施に伴い駐在保健婦制度は廃止された。

3. 病院と連携した訪問看護の始まり

これまでに取り上げた派出看護も駐在保健婦も医療機関とは別の仕組みで活動していた。それに対して、現在のように医療機関と強い連携をもつ訪問看護は、いつから実践されていたのであろうか。

第二次世界大戦直後の医療機関からの訪問看護のようすが文献に残されているので紹介したい。前述の聖路加女子専門学校は、戦後、聖路加国際病院と共に米国に接収され、学校と病院はそれぞれ他の場所にその機能を移すことを余儀なくされた。病院では、公衆衛生看護を学

んだブラウンナースたちが、院内に組織されていた公衆衛生看護部を拠点に訪問看護を展開していたが、終戦直後からは、近隣の24床の小規模病院に拠点を移した病院と共に、訪問看護もそこに拠点を移し活動を続けたのである。そのときのようすが、当時実際に訪問看護を実践していた保健婦自身が記述している。その保健婦は戦前から戦後の長きにわたり、日本の訪問看護の歴史を記録に残した。その仕事ぶりを象徴する記事を以下に引用する。

「その頃、虫垂炎や鼠径ヘルニアの手術は日帰りでした。麻酔がかかったまま、戸板や担架に乗せて家へ帰したわけです。その日のうちに第1回目の訪問が始まります。(中略)翌日、そっと横向けにします。3日後に上半身を起こす。5日目に私たちは浣腸管を担いでその家へ行って浣腸をします。7日目は医師と一緒に行って頂いて抜糸という状況でした。(松下, 1999)」

24床の小規模病院には多くの患者が受診していたが、手術後であっても入院するベッドが確保できなかったためそのまま自宅に帰し、そこで訪問看護が術後管理を行ったようすをうかがい知ることができる。松下はまた、訪問看護に関するデータ化にも力を注いでいた。それによると、1960年(昭和35年)当時の慢性疾患患者への訪問看護滞在時間は、1訪問あたり平均19分33秒であり、その長さは年々長期化していったという。1976年(昭和51年)には76分37秒までとなった要因を松下は、支援内容の項目が増え複雑化したためとしながらも、その時間はホームヘルパーたちと協働することで短縮化でき、看護婦はより多くの家庭に訪問すべきであると考えていたようである(松下, 1999)。このことは、現在の看護と介護の連携のあり方にも通用する、ひとつの問題提起であるといえよう。

4. 訪問看護と診療報酬

1) 病院からの訪問看護の経済的評価

病院所属の看護職が、訪問看護を行ったことに対する経済的評価は、戦後しばらく経ってからの1983年(昭和58年)まで待つことになる。それは診療報酬の1項目として、退院後の65歳以上の高齢者へ訪問看護したことに對する「退院患者継続看護・指導料」であった。筆者は1986年から前述のブラウンナースが活躍してきた聖路加国際病院公衆衛生看護部で訪問看護に従事していた。その当時、聖路加国際病院長であった日野原重明と先輩保健婦であった荻野文は、「訪問看護の技術」という本を執筆し、『「長期入院」から「在宅療養」への切り替え』がいくつかの病院や行政単位で試みられている[京都堀川病院(1965年)、東京白十字病院(1971年)、日本板橋病院(1974年)など]が、その「在宅ケア運動」がさかんになるためには、『「訪問看護」に対する経済的な裏付けが充分でないことが隘路となっているのが現状』と指摘していた(日野原ら, 1986a)。このときの訪問看護の報

酬化を受け、当時の訪問看護を担っていた看護職たちは、来る高齢化社会に向け自分たちが担う役割の重要性をさらに強く意識していたように感じられた。

しかし報酬化されたとしても、それは担い手の給与を賄うにはあまりにも少ない点数であり、対象者の要件や訪問回数などの制限も大きかった。1980年の人口の高齢化率はまだ9.1%であったが、すでに国民医療費が毎年1兆円ずつ増加しており、脳卒中、がん、心臓病といった長期療養を必要とする慢性疾患患者の増加が社会保障上の課題であり、政府も入院中心の医療から在宅療養、在宅ケアへ移行していく必要性を唱え、各種政策を講じていた。しかし、一方では70歳以上の老人医療費無償化が図られ(1973年)、人々の医療へのアクセスが容易になり、「病院のサロン化」や「社会的入院」が問題視され始めた時代でもある。病院での死亡者数が自宅での死亡者数を上回るのもこの時期であった。このころは、自宅で寝たきり者を介護するよりは、医療機関に入院したほうが患者・家族にとっては負担が少なかった時代であり、訪問看護に少しばかりの診療報酬が割り当てられたとしても、「在宅ケア運動」の推進に及ぼす影響は極めて少なかったといえよう。

2) 老人医療のなかから生まれた訪問看護事業所

その後、老人保健法(1982年)が制定され、1992年(平成4年)の同法改正の際に、訪問看護を医療機関から都道府県の指定を受け、独立した事業所がつくられていった。一事業所あたりの看護職員は常勤換算で最低2.5人とされた。またサービス提供に対する報酬は、訪問看護そのものに対する訪問看護基本療養費に加え、事業所運営経費として訪問看護管理療養費を合わせて請求するという2階建ての特徴的な構造となった。

具体的には、65歳以上の高齢者を対象に、週に2日、1日1回を限度に老人訪問看護基本療養費4,700円、1か月あたりの老人訪問看護管理療養費2,400~20,000円、訪問看護情報提供療養費1,000円を請求できるとされ、利用者の自己負担は、1回あたり250円と定められた。

それまで少ない報酬で訪問看護を提供していた医療機関は、この時点で老人訪問看護事業所の指定を受け始めることとなったが、医療機関からの訪問看護活動が終わったということではない。医療機関所属の看護婦が訪問看護したことを評価する在宅患者訪問看護・指導料は、訪問看護事業所設置後もずっと診療報酬点数表に継続して存在し続けることとなる。

2年後の1994年には健康保健法改正により、年齢制限のない訪問看護制度となり、老人訪問看護事業所から「老人」の2文字が外された。診療報酬としては、週に3日まで1日あたりの訪問看護基本療養費5,000円等と定められた。

3) 介護保険でも利用できる訪問看護事業所へ

次に訪問看護事業所が大きな転換期を迎えるのが介護保険法施行の2000年(平成12年)である。このときから

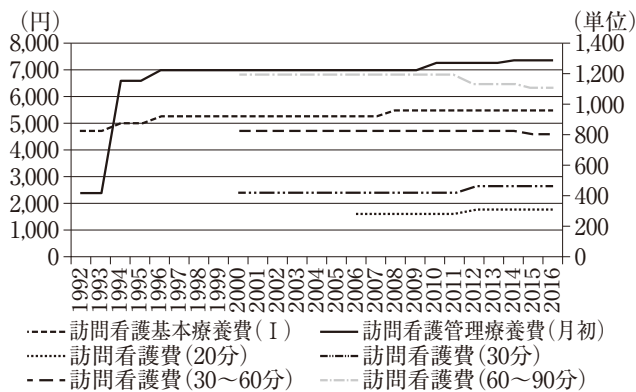


図1 訪問看護事業所における訪問看護療養費（医療保険）と訪問看護費（介護保険）の推移

訪問看護事業所は、医療保険と介護保険の2つの制度に基づく唯一のサービス事業所として位置づけられ、2つの制度を利用者の状況に応じて柔軟に使い分けながら人々の生活を幅広く支える役割が期待された。

たとえば、診療報酬と介護報酬の柔軟な活用について説明すると、要介護高齢者は医療的に安定している場合、月に数回程度の計画的な訪問看護を行い、病状観察や悪化予防などの看護を介護報酬の仕組みのなかで提供することができる。しかし、その者が肺炎等で体調を崩す場合などは、利用上限額が定められている介護報酬ではなく、一時的に診療報酬を利用することによって、頻回な訪問看護を可能とする仕組みになっている。医療機器を装着して生活している者やがん末期患者などは、年齢的に介護保険の被保険者であったとしても、はじめから医療保険の仕組みで訪問看護を利用できると定められている。

診療報酬は2年ごとの改定、介護報酬は3年ごとの改定となっていたため、訪問看護事業運営に携わる多くの者たちは、ほぼ毎年のように訪問看護関連報酬の改定作業に多くのエネルギーを割くことになる。診療報酬と介護報酬の改定の経緯を図1に示した。診療報酬としての訪問看護療養費は1日あたりの金額を円で表し、介護報酬としての訪問看護費は滞在分数で区切られて、金額は単位で示されている。

4) 経済評価の拡大と報酬制度の複雑化

図1には、主たる報酬のみを取り上げて推移を示したに留まるが、その他の各種加算については一般社団法人全国訪問看護事業協会20周年記念史（全国訪問看護事業協会、2015）で知ることができる。最近の特徴を挙げておこう。訪問看護に求められる24時間体制については、1996年（平成8年）から評価されているが、2008年（平成20年）からは、電話対応のみならず、必要時に臨時に訪問できる体制を整えていることについて上乗せし24時間対応体制加算として評価された。また退院当日の看護は、入院先の医療機関で入院基本料としてその日の看護に対する費用を請求しているため、別途訪問看護事業所

が訪問したとしても訪問看護療養費を請求することはできなかったが、これも同年、退院支援指導加算として請求可能となった。1992年訪問看護事業創設当時は、こうした加算項目がまったくなかったが、2015年（平成27年）までには16種類にわたる加算項目がつくられてきた。また、診療報酬と介護報酬では、同義の加算であっても制度が違えば名称も異なる場合が多く混乱したが、近年整理されてきている。しかしながら、訪問看護事業所が取り扱う報酬全体を理解するには複雑すぎて、新しく訪問看護事業に参入したいと考える者のひとつの大きな壁となっていることは確かである。

このような長いときを経て訪問看護1回あたりの平均単価は上昇しており、訪問看護事業所に経営的安定をもたらした。近年訪問看護事業所数が急増しているという現象の背景には、訪問看護の経済的評価の高まりが無関係ではない。しかしながら2014年（平成26年）現在の1事業所あたりの平均看護職員数は4.7人であり、小規模であることは長年変わりが無い。小規模事業所の経営は不安定なところが多く、地域における訪問看護機能の基盤はいまだ脆弱であるといえる（福井ら、2013）。

5. 訪問看護の役割の変遷

これまでみてきたように、現在の超高齢社会を見越して戦後構築されてきたわが国の訪問看護制度であるが、制度化以前からその必要性を認識し、自律的に訪問看護を展開してきた医療機関があったことを紹介した。制度化以前の訪問看護は、こうした志の高い医療者たちのボランティア精神に支えられて育てられたといっても過言ではない。長年在宅ケアの重要性を指摘し続けている日野原重明は、訪問看護が初めて経済的評価を受けた当時に、すでに訪問看護の役割の重要性を次のように説明していた。「こと家庭における実際のケアに関しては、プライマリ看護の原則によって看護婦がその指導性をとらなければならない、また看護婦は医師と患者・家族との間の調整役ともならなくてはなりません、とりわけ何らかの理由によって患者が複数の医師の指導を受けるようなばあいには、その間の調整役としての看護婦の役割は非常に重要になってくるわけです（日野原ら、1986b）」すなわち、患者のみならず、家族も含めて病期や治療全体のことと生活全体のことをみてケアをコーディネートすることこそ訪問看護への役割期待があったことを示していたことになる。

しかし当時を振り返ると、訪問頻度は決して多くはなく、家族介護者の介護を代行する機能は極めて少なかった。そのため、訪問看護のかかわりは家族介護者への指導が中心となっていたが、その後の制度化に伴い、訪問回数が増加するとともに、家族介護者の役割の一部代行や、24時間相談に応じる機能が強化された。しかしそれでも、ひとり暮らし高齢者や老々介護世帯を支えるためには、長い時間軸にスポット的にかかわる訪問看護では

十分な支援にはなり得なかったのである。

介護保険によるサービス提供が始まり、訪問看護の仕事は大きく変化した。そのひとつに、訪問介護事業と連動した変化を挙げておきたい。訪問介護事業所数の推移をみると、2000年以降の事業所数が伸びていないのが分かる(図2)。訪問介護事業所の設置目標数は、ゴールドプラン21では9,900か所と掲げられたが遠く及ばなかった。一方で訪問介護事業所数が勢いよく増加し、それまで入浴等の療養上の世話を主として行ってきた訪問看護事業所は訪問介護事業所との差別化ができず、利用者にとっては訪問看護を利用するメリットがみえにくかったのではないであろうか。期を同じくして医療機関における入院日数短縮化が全国的に強化され、それに関連して医療ニーズの高い在宅療養者が増加した。その流れで訪問看護もがん末期、難病、障がい児・者、精神科疾患といった医療ニーズの高い患者への訪問看護の機能強化が図られていった。

介護保険法施行後の2つ目の変化として、訪問看護が介護支援専門員によって立案されるケアプランの一部分になったことを挙げておきたい。介護保険以前も訪問看護の仕事をしてきた看護師たちにとってそれは、ケア・コーディネーション機能をフォーマルな立ち位置で発揮できなくなったことを意味し、介護保険開始後に訪問看護を開始した看護師にとっては、包括的にかかわることは訪問看護の仕事ではないと理解した者も少なくないであろう。介護保険施行後、ケア・コーディネーション機能は制度上、介護支援専門員に集約された。もちろん看護職が介護支援専門員として役割を果たすことは可能であったが、始まってみれば、居宅介護支援専門員は非看護職が大半を占めるようになっていた。介護支援専門員の仕事は、包括的アセスメントに基づくケアプランの立案、各種サービス調整、利用者の状態およびサービス提供に関するモニタリング、給付管理と幅が広い。さらに現在必要とされる地域包括ケアシステムを実現するためには、そればかりではなく、医療、介護、生活、予防、住まい、住民の心構えの醸成といった広い視野をもちながら、地域全体をマネジメントしていく力が求められている。

しかし現在の介護支援専門員の実践力に対する評価は厳しく、地域包括ケアシステムに向けたまちづくりへの参画は極めて希薄といわざるを得ない。こうした現状から、地域で看護を展開する看護職たちは、今後、どのように役割を変えて住民ニーズにこたえていくことができるのであろうか。

Ⅲ. これからの訪問看護

いかなる疾病や障がいをもとうとも、その人がすごしたい場所ですごすことを目指す看護の総体を在宅看護ととらえるならば、訪問看護は在宅看護のひとつの機能と

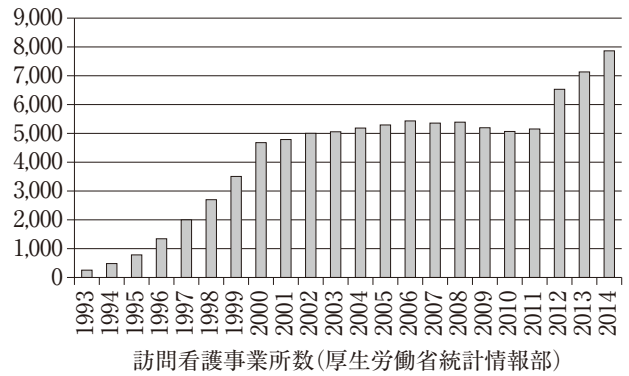


図2 訪問看護事業所数年次推移

表1 訪問看護の制度と期待される役割の変遷

年	制度の変遷	訪問看護のかたち	主な訪問看護の役割
1983	診療報酬改定にて病院からの訪問看護が評価	退院後の限られた期間	在宅療養の総合的なコーディネート 家族指導型訪問看護
1992	老人保健法に老人訪問看護事業が位置づいた	寝たきり老人のみ 週に3日	家族支援型訪問看護
1994	健康保険法改正にて指定訪問看護事業所が位置づいた	子どもから高齢者まで 週に3日を基本に それ以上も	同上
2000	介護保険法施行	利用者の年齢、疾患等によって医療保険と介護保険双方の制度にまたがる訪問看護	医療ニーズ対応型 訪問看護
2014	医療介護総合確保推進法「地域包括ケア」の実現	定期巡回随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護事業など訪問看護の多機能化 看取り、在宅小児などの取り組み	在宅療養の総合的なコーディネート

して位置づく。また、医療機関の入院患者を対象者とした退院支援、退院調整、そして訪問看護は歴史と共に形を変えてきたことを概説した(表1)。

人口の高齢化に向かい、在宅ケアを推進する方向性は早くから提唱されていたにもかかわらず、訪問看護の数と質の整備には、このほか時間を要したうえに、今後膨れ上がるとされる訪問看護ニーズの充足には遠く及ばない状況が続いている。そこには、医療機関で働く大多数の看護職員の間には在宅看護の発想が根づかなかったことと関連していると筆者は考えている。退院支援の強化や地域包括ケアシステムを目指して病院看護職員の役割を模索することをとおして、これからは加速度的に在宅

看護の視点のある看護職が増加することを期待したい。

在宅看護の視点のある看護師たちは、医師や介護支援専門員が立案した治療計画やケアプランに従うのではなく、多様な教育背景をもった多種の専門職が、多様な価値観を有する患者や一般の人々を包括的にケアしていくことができるような、縦方向にも横方向にも連携を強化し、共に考え役割を重ね合わせながら、そこにある限りある社会資源をどのように活用すれば最大の力を発揮するのかを考えて、自らの役割も広げながら「完全な統合（筒井，2014）」を目指すことがいまでできることと考えられている。

訪問看護の機能は、介護保険制度のなかでも多機能化が図られ、看護職が他の専門職や地域住民と協働するモデルが展開され始めている。また「暮らしの保健室」や「ホームホスピス」といったインフォーマルな看護活動も始まった（山田，2015）。前人未到の超高齢社会に向かうわれわれの前には道はない。江戸時代から看護を築いてきた多くの先輩たちがそうであったように、歩みながら道をつくるのであるならば、制度のなかの訪問看護に収まるのではなく、制度を超えた訪問看護をどのように育てていけばよいかを模索する必要がある。

「互助」で生まれた訪問看護が保健政策における「公助」を担い、その後医療保険や介護保険に基づく「共助」に整理された。そしていまの時代に求められているのは、その「共助」の枠からはみだした地域住民のニーズに看護がどのようにこたえるのかということである。みなで考え、地域ごとの最善を目指す、自由闊達な看護実践が求められている。

注

(1) 看護師および保健師の名称は、2002年以前は看護婦および保健婦であった。本稿では、扱う時代に合わせることを原則としてそれぞれ使い分けるようにした。

引用文献

福井小紀子，上野桂子，齋藤訓子，他（2013）：訪問看護の基

盤強化に関する調査研究事業報告書，平成24年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業：157。

日野原重明，荻野 文（1986a）：訪問看護の技術：「在宅ケア」を支える看護の理論と実際。現代社白鳳選書，243，現代社，東京。

日野原重明，荻野 文（1986b）：訪問看護の技術：「在宅ケア」を支える看護の理論と実際。現代社白鳳選書，244-245，現代社，東京。

猪飼周平（2012）：病院の世紀の理論。有斐閣，東京。

看護史研究会（1983）：派出看護婦の歴史。勁草書房，東京。

木村哲也（2012）：駐在保健婦の時代1942-1997。医学書院，東京。

松下和子（1999）：私の歩いた看護の道50年；諸体験からの学び。看護，51（4）：6。

聖路加国際大学学術情報センター大学史編纂・資料室委員会ブックレットワーキンググループ（編）（2015）：聖路加と公衆衛生看護。聖路加看護大学ブックレット3，2-3，聖路加国際大学，東京。

筒井孝子（2014）：地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略：integrated careの理論とその応用。47，中央法規出版，東京。

山田雅子（2015）：在宅看護これまで来た道；明治の時代から在宅看護実践と制度の変遷を振り返る。訪問看護と介護，20（11）：896-902。

全国訪問看護事業協会（2015）：一般社団法人全国訪問看護事業協会20周年記念史；訪問看護の未来に向けて。一般社団法人全国訪問看護事業協会・有限会社訪問看護共催会，116-121。

参考文献

保健師助産師看護師法60年史編纂委員会（編）（2009）：保健師助産師看護師法60年史。日本看護協会出版会。

山田雅子，佐藤直子，小野若菜子，他（2014）：映像で感じ、考える、これからの在宅看護論 第5巻 ささまざまな看護の実践。ビデオ・バック・ニッポン，東京。

Home Visit Nursing The Past and the Future

Masako Yamada

Graduate School of Nursing Science, St Luke's International University

Purpose : To trace the history of home visit nursing in Japan and discuss how nursing should be practiced in the future in Japanese society, which has remarkably low birth rate and high aging.

Summary : The discussion covered how the concept of home visit nursing came into being in Japan, with the activities of dispatch nurses and resident public health nurses in the past. Then, the history of home visit nursing from medical institutions is discussed. Finally, regarding the process of designated home visit nursing care development under the national health insurance and nursing care insurance systems, the discussion also focused on changes in medical service fees and nursing care service fees, in addition to changes in the role of home visit nurses that could be deduced from those changes.

I discuss the evolution of the role of home visit nursing since the 1980s, which is when it first underwent economic evaluation as part of the health insurance system, until the present. It started as a way to carry out comprehensive coordination of home care and later specialized into home visit nursing care for family guidance, support, and other medical needs. Currently, it is returning to a role that is once again more focused on comprehensive coordination between medical needs and needs on the life of patients and caregivers such as family member, care workers and neighbors. Tracing the development of home visit nursing as “a collaborative activity” during the last 30 years will allow us to identify the problems that need to be resolved by nurses as we work towards building a comprehensive community care system that will be required in the future. Increasing local residents' ability to help themselves and increasing the awareness regarding the need to provide “helping each other” to neighbors are needed. As one of the nurses also local residents, rather than a nursing business as part of based on the health insurance and long-term care insurance systems, it is necessary to shift to a creation of a visiting nursing system that includes a diverse variety of forms based on free-minded thinking.

Key words : home visit nursing, comprehensive community care service, medical service fees, long-term care insurance, history