

博士論文

訪問看護をめぐる看護政策の変遷と課題 (Changes in Nursing Policy and Issues Related to Home Visit Nursing)

2024年3月

立命館大学大学院先端総合学術研究科
先端総合学術専攻一貫制博士課程

中西 京子

立命館大学審査博士論文

訪問看護をめぐる看護政策の変遷と課題
(Changes in Nursing Policy and Issues Related to
Home Visit Nursing)

2024年3月

March 2024

立命館大学大学院先端総合学術研究科

先端総合学術専攻一貫制博士課程

Doctoral Program in Core Ethics and Frontier Sciences

Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences

Ritsumeikan University

中西 京子

NAKANISHI Kyoko

研究指導教員：美馬 達哉教授

Supervisor : Professor MIMA Tatsuya

博士論文要旨

訪問看護をめぐる看護政策の変遷と課題

立命館大学大学院先端総合学術研究科

先端総合学術専攻一貫制博士課程

ナカニシ キョウコ

中西 京子

本論文の目的は、1991年に訪問看護制度が創設されたことにより、看護職の働き方や役割がどのように変化したのかを看護政策の変遷をとおして明らかにする。そして、訪問看護という実践の登場が看護学・看護教育にどのようにディシプリンとして取り入れられたかを考察する。

1990年代までの医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」医療であった。ほとんどの看護師は、病院に勤務し、治療が中心となることから、医師の指示に基づく「診療の補助」が主となる看護に従事し、「療養上の世話」を行っていた。

しかし、高齢期の患者が中心となる時代の医療は、病気と共存しながらQOLの維持・向上を目指す、住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で支える「地域完結型」医療に変化してきた。そして、介護保険制度の開始以降の「地域完結型」医療を支えるのが、訪問看護である。

訪問看護は、看護師が主体となって「療養上の世話」を行うなかで、必要とされる「診療の補助」を行っていくことが求められる。

2014年「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化され、研修を受けた看護師であればより高度な医療処置を行うことができるようになった。看護師の裁量の範囲が拡大すれば、当然その看護業務の中で負う基本的責任の範囲も拡大している。

また、教育においては、人口の高齢化・疾病構造の変化等の時代の変化により、看護教育改革がおこなわれ、看護教育カリキュラムも第1次改正から第5次改正まで行われた。このカリキュラム改正で特に注目すべき点は、第3次改正で「在宅看護論」という科目が登場し、第4次改正で、「在宅看護論」がさらに発展的に地域で生活している人々への看護として、マネジメントを含めた実践が強化された。そして、第5次改正で、地域看護学の視点を含んだ「地域・在宅看護論」に名称が変更した。すなわち、看護師の役割が施設内看護から地域へと拡大していることを意味しており、訪問看護師は、地域包括ケアシステムの構築への貢献として、地域住民や地域の医療従事者との連携を強化し、医療と生活をつなぐ専門職として地域全体を見据えた役割の発揮が期待されている。

訪問看護の制度化は、今まで雇用者としての立場であった看護師に、起業家としての道を開いた。すなわち、地域に根ざした訪問看護事業所として、地域づくりに貢献できる役割を担える力量が発揮できる。当然、ここには責任を伴う。この責任を負うことが、地域住民からの信頼につながり、訪問看護が地域で生活している人々にとって身近な存在へと繋がっていくのである。

本論文の結論としては、看護師の業務である「療養上の世話」と「診療の補助」との位置関係が、介護保険制度以降に変わってきたことを示した。すなわち、本論文で示した訪問看護の役割としての「地域をマネジメントする」といった機能が重要ではないかと考える。また、看護基礎教育に関しては、

「地域をマネジメントする」ことのできる看護師としての教育を重視した改革を進めていくことが必要である。

Abstract of Doctoral Thesis

Changes in Nursing Policy and Issues Related to Home Visit Nursing

Doctoral Program in Core Ethics and Frontier Sciences
Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences
Ritsumeikan University

ナカニシ キョウコ
NAKANISHI Kyoko

The purpose of this paper is to clarify the history of the problems in home nursing by considering the establishment of the home nursing system, which enabled nurses to become managers for the first time.

This development acted as a catalyst for transformations in nursing practices that extended beyond the realms of "medical care (療養上の世話)" and "medical assistance (診療の補助)". Subsequently, it is examined how the advent of the practice of home nursing was incorporated into nursing science and nursing education as an academic discipline.

Until the 1990s, medical care was "hospital-centric" based on the premise of life-saving, life extension, cure, and rehabilitation. The majority of nurses were employed in hospitals during this period, and their primary role was to assist with medical treatments as directed by doctors, providing what is commonly referred to as "medical care."

However, medical care has evolved from being primarily focused on hospital settings to encompass the care of individuals in their local communities and homes, especially for elderly patients. This shift represents a transition from a "hospital-centric" approach to a "community-centric" approach to medical care. The emphasis is on supporting the overall quality of life (QOL) of individuals as they live with various health conditions in their communities. In addition, home-visit nursing supports "community-centric" medical care since the start of the long-term care insurance system.

In home nursing, nurses are required to take the lead in providing "medical care" and to provide necessary "support for medical care."

In 2014, the "Training System for Nurses Pertaining to Specific Acts" was enacted into law, allowing trained nurses to perform more advanced medical procedures. As a nurse's level of autonomy and decision-making authority expands, fundamental responsibilities within the scope of nursing practice also broaden.

In the field of education, nursing education was reformed due to changes in the times such as the aging of the population and changes in the disease structure. This curriculum was also reformed from the first revision to the fifth revision. Firstly, it introduced the subject of "home-based nursing theory" in the third revision. Secondly, it further developed "home-based nursing theory" in the fourth revision, placing a stronger emphasis on nursing practices related to individuals living within the community, including aspects of management. In the fifth revision, the name was changed to "community and home-based nursing theory" including the viewpoint of community nursing. This

change signified a broadening of the nursing role from institutional care to community care. Home nurses are expected to play a professional role that can manage and support entire communities, helping individuals live more comfortably and safely in their familiar environments and homes.

The institutionalization of home care has paved the way for nurses, who have been in the position of employers, to become entrepreneurs. In other words, as home care facilities rooted in the community, they have the capacity to contribute to community development. Of course, there are responsibilities involved here. This responsibility leads to trust from local residents, and home care becomes a familiar presence for people living in the community.

In conclusion, this paper highlighted how the positioning of nurse's duties, encompassing both "medical care" and "medical assistance" has changed since the long-term care insurance system. The fact that "managing the community" as the role of home-visit nursing shown in this paper is the essence of nursing, and necessary to add this role as nursing work. Furthermore, with regard to basic nursing education, it is necessary to promote reform emphasizing education as a nurse who can "manage the community."

目次

序章	1
第1章 在宅医療の変遷と訪問看護	9
はじめに	9
第1節 訪問看護の歴史	9
1. 訪問看護制度創設前(1880年代～1990年まで)	
1-1 訪問看護の萌芽期(派出看護・巡回看護)	
1-2 公衆衛生看護としての訪問看護	
1-3 医療機関における訪問看護(1965年～1980年代)	
2. 訪問看護制度創設後(1991年以降)	
第2節 訪問看護と看護教育の変遷	15
2-1 明治期の看護婦教育	
2-2 大正期の看護婦教育	
2-3 昭和期(戦後)の国家資格として統一されるまでの看護婦教育	
第3節 訪問看護と看護教育課程の改革	19
3-1 第1次改正	
3-2 第2次改正	
3-3 第3次改正	
3-4 第4次改正	
3-5 第5次改正	
第4節 小括	26
第2章 訪問看護の現状	33
はじめに	33
第1節 訪問看護制度について	33
第2節 訪問看護事業所の開設について	35
第3節 訪問看護事業所の現状について	36
3-1 訪問看護ステーション数および利用者の推移	
3-2 訪問看護ステーションの規模および看護職の人数の推移	
第4節 医療保険と介護保険の2つの制度に基づく訪問看護	39
4-1 診療報酬改定と訪問看護	
4-2 介護報酬と訪問看護	
4-3 訪問看護ステーションの報酬・経営	

第5節 小括	47
第3章 特定行為研修制度の政策過程	52
はじめに	52
第1節 チーム医療推進会議の概要	53
1-1 チーム医療推進会議のメンバー	
1-2 チーム医療推進会議の検討議題	
1-3 第1回から第10回の会議における議論	
1-3-1 「診療の補助行為」について医師と看護師の対立がなぜ起こるのか	
1-3-2 第1回会議から第10回会議における全体的な概観	
第2節 チーム医療中での看護職の位置 —「日本医師会」対「日本看護協会」および「日本医師会」対「日本看護系学会協議会」「日本看護系大学協議会」の対立—	56
2-1 医師のライバルとしてのミニ医師の存在	
2-2 医師以外の他職種の見解	
2-3 看護師側は医師の主張するミニ医師を作りたいのか	
2-4 研修制度での教育ではなく大学院教育の必要性	
第3節 看護職の専門職化を阻むもの	61
3-1 チーム医療という議論	
3-2 看護職の専門職化を阻むもの	
第4節 特定行為研修制度の現状	64
第5節 小括	66
第4章 看護師の裁量の範囲の拡大と法的責任	74
はじめに	74
第1節 看護師の法的責任の変遷	75
1-1 「診療の補助」に関する法的責任	
1-2 「療養上の世話」に関する法的責任	
第2節 訪問看護師の裁量の範囲の拡大と法的責任	80
2-1 「診療の補助」に関する法的責任	
2-2 「療養上の世話」に関する法的責任	
2-3 法的責任が問われてくる訪問看護特有のその他の業務	
第3節 小括—看護師の医療行為と法的整備の課題—	84
第5章 在宅看護においてマネジメントはどのように扱われてきたのか	88
—看護基礎教育における在宅看護に関する教育の変遷から—	
はじめに	88

第1節 看護教育カリキュラムの変遷	89
1-1 「在宅看護論」の新設——1996（平成8）年の第3次改正の概要から	
1-2 「在宅看護論」の位置付けの変更——2008（平成20）年の第4次改正の概要から	
1-3 「在宅看護論」の名称の変更——2022（令和4）年の第5次改正の概要から	
第2節 教科書にみるマネジメントに関連する記述内容の特徴	99
2-1 老年（老人）看護学の教科書	
2-2 在宅看護論の教科書	
2-3 看護管理の教科書	
第3節 考察	101
3-1 看護基礎教育の変遷からみた在宅看護	
3-2 教科書からみたマネジメントに関連した教育内容	
第4節 小括	104
終章 訪問看護の課題と今後の方向性	112
引用文献一覧	120
参考文献一覧	129

序章

本論文では、1991年に訪問看護制度が創設されたことにより、看護職の働き方や役割がどのように変化したのかを看護政策の変遷をとおして明らかにする。そして、訪問看護という実践の登場が看護学・看護教育にどのようにディシプリンとして取り入れられたかを考察する。

本論文の研究対象である訪問看護は、1991（平成3）年、老人保健法が改正され、65歳以上の高齢者を対象とした老人訪問看護事業が法的根拠を得て始まった。そして、この事業所では看護師が初めて管理者になることができるようになった。また、1992（平成4）年の第2次医療法改正に伴い、居宅が在宅医療提供の場として認定されたことにより、居宅における医療、すなわち在宅医療の普及推進が国家的方策となり、現在では、地域包括ケア¹⁾の重要な一要素となっている。地域包括ケアシステム²⁾の取り組みの制度的な推進については、2006（平成18）年の介護保険制度改正において、地域包括支援センター³⁾や地域密着型サービス⁴⁾を創設するなどの第一歩が踏み出され、2012（平成24）年の改正により、介護保険法第5条（抄）に国及び地方公共団体の責務として包括的に推進することが位置づけられた。そして、2013（平成25）年に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（プログラム法）において「地域包括ケアシステム」の文言が明文化された（厚生労働省 2014: 11）。

このように超高齢多死社会を見据えた医療提供体制において、入院医療から在宅医療へと医療の在り方がシフトし、地域包括ケアの時代へと変化してきている。訪問看護ステーションはこの地域包括ケアシステムの一部を担っており、訪問看護への期待は大きい。

齋藤訓子は、「地域包括ケアにおける看護職とは、プライマリ・ケアの実践者であり、制度を超えたトータルケアコーディネータとケア質管理者である」（齋藤 2018: 29-30）と述べている。そして、プライマリ・ケアについて葛西龍樹は、次のように定義している。

プライマリ・ケアとは、日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分を患者中心に解決するだけでなく、医療・介護の適正利用や予防、健康維持・増進においても利用者との継続的なパートナーシップを築きながら、地域内外の各種サービスと連携する調整のハブ機能を持ち、家族と地域の実情と効率性（優れた費用対効果）を考慮して提供されるサービスである（葛西 2014: 6）。

また、斜森亜沙子らの調査では、プライマリ・ケア機能をもつ診療所の看護師が担うべき四つの役割を挙げている。すなわち、個人及びその家族の健康を守る役割、人々が住み慣れた場所で安心して療養でき最期を迎えることを支援する役割、地域の健康問題に対処する役割、そして診療所をマネジメントする役割である（斜森・森山 2015: 104-107）。これらは、在宅医療において、地域を“病棟”とみなす訪問看護は必要不可欠であることから、訪問看護師の役割は大きい。

ここで、訪問看護についての定義を確認しておく。

日本看護協会訪問看護検討委員会の定義によると、訪問看護とは、「対象者が在宅で主体性をもって健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようになることを目指し、訪問看護従事者は、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、あるいは疾病や障害による影響を最小限にとどめる。また、安らかな終末を

過ごすことができるように支援する。そのために、具体的な看護を提供し健康や療養生活の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整を図る」ことである（日本訪問看護財団 2017: 4）。

また、2000(平成12)年に施行された介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）第8条4項により、「『訪問看護』とは、居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助を行う」と明確に規定されている。

訪問看護に関するの先行研究では、まず草野淳子らによる、在宅において訪問看護師が行う医療的ケア児への看護の実践に関する論文が挙げられる。ここでは、「訪問看護師は、退院前に詳細な情報収集を行い、多職種と連携することで退院後の継続看護の導入を工夫し、ケアや看護の実践により主養育者の負担を軽減し、体調悪化を見極めるアセスメントの視点を伝えていた」「言葉でのコミュニケーションが困難な児の表情から気持ちを読み取り、児の力を発見し、その力を伸ばそうと試みていた。また、児の反応や興味関心、体調に合わせて遊びを実践し、児のサインを読み取り、遊びの選択と調整を繰り返していた」（草野ほか 2022: 92-93）というように、訪問看護師の看護の実践が明らかにされている。

また、富安眞理らの、経験年数の異なる訪問看護師が訪問した在宅療養者とその家族を支えるための看護実践内容の構成要素を検討した研究では、【パートナーシップ】【自立支援】【看護判断】【経験的学習】については共通した看護実践内容の構成要素であったが、【多職種連携】は新人の訪問看護師には該当しなかったことを報告している（富安・山村: 2009）。

富安らのいう看護実践内容の構成要素と草野らのいう医療的ケア児への看護の実践には、共通性がみられる。富安らの【パートナーシップ】は、草野らのいう「主養育者の負担を軽減し、体調悪化を見極めるアセスメントの視点を伝えていた」と、【自立支援】は、「児の力を発見し、その力を伸ばそうと試みていた」と、【看護判断】は、「退院前に詳細な情報収集を行い」や「児の表情から気持ちを読み取り、児のサインを読み取り」と、【経験的学習】は、「遊びの選択と調整を繰り返していた」と合致する。また、新人の訪問看護師には該当しなかった【多職種連携】は、「多職種と連携することで退院後の継続看護の導入を工夫」に相当する。

それぞれの論文により表現は異なるが、訪問看護師の実践内容の共通性が窺える。そして、この看護実践内容は、「対象者が在宅で主体性をもって健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようになることを目指した看護の実践」であるという日本看護協会訪問看護検討委員会の訪問看護の定義と、合致していると考えられる。

看護業務は、1948(昭和23)年7月30日に制定された保健婦助産婦看護婦法（以下、保助看法という）第5条において「療養上の世話⁵⁾」と「診療の補助⁶⁾」と規定されている。しかし、地域包括ケアの時代において、保助看法や介護保険法に規定されている「療養上の世話」と「診療の補助」という表現のみでは表しきれないほど、看護業務の内容は拡大し、大きく変容している。この看護師の業務に関する定義は、保助看法制定以降、一度も改正されていない。また、保健師、助産師も同様である。

野村陽子は、訪問看護制度の課題として「保助看法を前提としていることから医師の指示に基づき看護を行う制度となっているが、実態は形骸化しているのではないか」（野村 2015: 305）と指摘している。地域包括ケアにおいて、看護師が在宅という現場で自律した看護を行うためには、これまでの業務内容に加えて「マネジメント」という機能が重要ではないかと考える。

ここで、「マネジメント」に関する用語について整理しておく。

マネジメントは、組織の目的達成のために、計画、組織化、指揮、統制のプロセスを繰り返し、よりよい状態を目指し、またよい状態を保つための活動である（上泉ほか編 2018）。日本看護管理学会は、看護管理について、「臨床現場における看護管理は、患者や家族に安心で安楽なよりよい看護を提供するために、看護職員が医療にかかわる他職種とよく連携をとり、環境条件を整え、なるべく早く社会復帰できるよう支援するにあたり、それらが円滑に実践されるよう、看護管理者が全体を組織化し、調整し、統制を行う一連の過程である」（日本管理学会 2021：56-57）と定義している。

したがって、地域包括ケアの時代において看護師に必要とされる「マネジメント」機能には、①組織目標を達成するために看護管理者が行う組織マネジメント、②患者やその家族に行うケアのマネジメント、③多職種間の専門性を発揮しながら適切な看護サービスを選択し提供するチーム活動としてのマネジメント、④地域で包括的に行なうマネジメントすなわち「地域をマネジメントする」などの複数の機能が含まれると考えられる。

たとえば、白十字訪問看護ステーション・白十字ヘルパーステーションの秋山正子統括所長は、地域包括ケアの実践事例について次のように記述している。

Aさんは40代の男性です。30代後半の弟さんは多動性がある自閉症で、人とのコミュニケーションがうまく取れず、障害認定を受けながら、両親、とくに母親の強い庇護のもとで暮らしてきました。弟さんは、養護学校を卒業後、地域の作業所に通いながら、一定の規則的な日課はこなせる状態です。一家4人で暮らしていたある日、一家の精神的な大黒柱である母親が高熱で緊急入院し、蜂窩織炎から菌血症となり、あっという間になくなってしまいました。経済的な大黒柱の父親はショックを受け、お通夜の席で脳梗塞を起こし、緊急搬送されました。

このとき、弟さんのほうは障害福祉課が緊急で動き、ある施設にショートステイし、その後は入所となりました。この間に兄であるAさんのとった行動というのが、あちこちの相談窓口で怒鳴り散らす電話をかけ、訪ねていった先で地団駄を踏み、声高に何かを訴えるというもの。しかし、その主張はうまく伝わらずに終わり、多くの人々は「うちは関係ない」「よそへ行って」という対応を取りました。

いつも怒っているAさん、よく行く喫茶店のママさんに「あそこに行ってみたら」と勧められた先が、暮らしの保健室でした。当初は、こちらでも怒鳴り散らしてばかり。「区役所に行ってもらちが明かない」「ここなら何とかしてくれると喫茶店のママが言った」「自分は区議会議員を知っているの、区役所のやつらを黙らせることだってできる！」といった内容です。

しかし、よくよく解きほぐすように聞いていくと、「頼りにしていた母親が病院に殺された（亡くなった）。父親も倒れて要支援になった」「弟は施設で何とかしてもらっている」「俺は仕事に行っている時も、親父のことが気になってしょうがない。転んで倒れていたらどうしようかと思う」「すべて俺に責任がかかるんだ、どうしてくれる？」そして、「誰かこの状況を肩代わりしてほしい」ということでした。

暮らしの保健室をオープンしたばかりの頃でしたのでご近所情報にはまだ疎かったため、40年この地でお店を開いているお隣のお菓子屋さんにも話を聞いてみることに。すると

……。『あの家のことはよく知ってるよ！障害の子を抱えて、お母さんは苦勞して育てていたんだよ。あの子はコーラが好きでね、散歩の最後はごほうびに、いつもうちの自動販売機でコーラを買うんだよ。だからね、あの子のために右端っことはコーラにして変えてないの。……。急にお母さんが亡くなって、お父さんも倒れちゃって、あの家も大変だね』。お父さんは病院から退院するときに地域包括支援センターにつながり、要支援認定を受け、ケアマネジャーがついている様子。そこでケアマネさんにも話を聞いてみることにしました。また、弟さんに対しては、区役所の障害福祉課が動いている様子です。そこで障害福祉課に問い合わせました。すると、困った相談を窓口で受けていたのは社会福祉協議会でもあったのです。ちょっとした困りごとの相談ということで、Aさんからの頻回の電話に対応していました。

これらの情報を集めるなか、地域ネットワークを作れないかと考えました。ちょうど、年末に弟さんを一時帰宅させたいというお父さんの希望があったので、Aさんも交え、必要な介護支援、そのときにどんな資源が活用できるかを話し合う場をもつことに決めました。

その前にまずAさん抜きで、関係者に集まってもらいました。集まった方々には、Aさんのことで火の粉がかぶらないように、お互いにけん制し合う姿勢が見えます。障害福祉課の方も「なんで集まるの？」と怪訝な表情です。

はじめにAさんがどんなふうにも、個々の窓口で訴えているのかをざっくばらんに話してもらいました。するとあの怒鳴り散らしや、刃を向けるような言葉に皆が傷ついていることがわかり、一瞬まるで同志のような雰囲気になりました。ただ、そのなかで、「弟に隠れて目立たなかったけれど、Aさん自身に発達障害が疑われ、彼も支援を受ける立場の状態ではないか？」という声が挙がりました。そして、お母さんが亡くなった時点で、弟の後見人は兄であるAさんになったが、実質は軽い脳梗塞で後遺症が少ないけれど要支援状態のお父さんが担っている現状も浮き彫りになってきました。

顔と顔を合わせ、ある意味、地域ケア会議に相当するこの場は、皆が置かれている職域を超え、保身に終始した状態から脱し、互いにできることを考え、Aさん一家を“丸ごと”とらえるアプローチが始まる端緒となったのです。

ご近所さんから発信されたSOS。インフォーマルな地域の互助の動きです。それをフォーマルサービスにつなげる役割が欠かせません。まずAさん一家を丸ごと見るところから始めましたが、これぞまさしく地域包括ケアです。今では、一人暮らしとなったAさん。障害認定を受けたあとに就労支援を受け、それなりに自立し、成年後見（保佐の状態）で司法書士がついた状態で穏やかに暮らしています。（秋山 2016: 556-557）

この事例は、訪問看護ステーションにおいて「暮らしの保健室」を開設し、療養相談を実施している訪問看護師の実践である。2014（平成 26）年の診療報酬で機能強化型訪問看護管理療養費が創設され、その際に在宅療養を支援する看護職の人材育成と地域住民への療養相談が要件に入れられている。

訪問看護師は、AさんおよびAさんの家族を理解するために、40年この地で店を開いている隣の菓子店に話を聞くことや、ケアマネジャー、障害福祉課、社会福祉協議会への問い合わせを行いながら、地域ケア会議を開催し、看護の方向性を見出していった。地域の資源を検索し、その地域で暮らす人々の関係性を探り、顔と顔を合わせて話し合える場を設定し、適切な支援を見

出していく過程は、まさに地域をマネジメントするという実践である。それらは、上記の③多職種間の専門性を発揮しながら適切な看護サービスを選択し提供するチーム活動としてのマネジメント、および④地域で包括的に行なうマネジメントすなわち「地域をマネジメントする」の2点に該当すると考えられる。

一方で、労働環境や人員確保をめぐる問題がある。日本看護協会は、平成19年度の訪問看護業界全体でみた離職率は、15.0%であったと報告している。そして、看護職員全体の給与水準は、他の医療関係職種と比較して低い水準にあり、さらに訪問看護師の平均給与は、病院勤務看護職員と比較して税込総額で約4万円低いことを報告している（日本看護協会 2023）。

訪問看護師を対象にした離職の要因分析に関する研究で、吉田美穂らは、離職を考えたことがある者が約4割あり、離職を考えた理由は、【管理者としての責任と苦悩】【身体的精神的な負担感】【人間関係のストレス】【ケアへの不安】【業務システムへの不満】【仕事と家庭の両立困難】【訪問看護師への不適応】であると報告している（吉田・古城 2015）。柴田慈子らは、訪問看護師が離職を考える要因の1つとしてサポート体制が関連していること、離職を考えた時には職場内・外両方によるサポートが役立っていること、訪問看護ステーションでは職場内に比べて職場外サポートの活用が低いことを指摘している（柴田・川名 2013）。また、上元達仁らは、訪問看護師の就業継続及び離職に関わる要因として、同僚からの支援、自律性ややりがい、生活と仕事の両立、判断などの仕事の負担感を挙げている（上元・大西 2022）。

これらの研究結果から分かるように、離職の要因として、個々の身体的、精神的、家庭的問題とともに、職場環境要因が大きく影響していることが窺える。谷垣静子らは、訪問看護師が働き続けられる職場環境要因について、療養者のケアについて話し合う機会と時間があること、家庭の事情により生じる事態に柔軟な勤務対応をしていること、ステーション管理者は相談しやすいことを挙げている（谷垣ほか 2017）。このように労働環境をめぐる問題は、病院勤務とは異なる、訪問看護ステーションならではの問題として考えていく必要がある。そこには、本論文の第4章でとりあげる業務の拡大と関連する責任の増大も関連しているだろう。

訪問看護制度が創設されたことにより、看護職の働き方や役割がどのように変化したのか。訪問看護という実践の登場が、看護学・看護教育にどのような変化をもたらしたのか。本論文ではこのような問いを立てながら、看護政策過程として、1948年の保助看法の制定以来67年ぶりに、看護師の業務拡大を議論の俎上に載せた看護制度改革の一つである「特定行為研修制度」に着目し、看護職の役割や働き方の変化を分析する。そして、看護教育制度において、訪問看護制度の創設と看護基礎教育との関連を考察する。

本論文において「看護制度」とは、法律に基づく種々の規定を含めた内容を看護制度と捉え、「看護政策」とは、看護制度を創設または、改変していく政治過程と捉える（野村 2015）。また、「訪問看護」については、訪問看護事業所による訪問看護として論じる。

本論文の構成は、以下のとおりである。

第1章では、訪問看護制度創設前と後の2期に分け、訪問看護の歴史的変遷を教育とマネジメントに着目して分析する。訪問看護制度は、1991年の老人保健法改正により老人訪問看護ステーションとして制度化された。その後1994年に対象を老人以外にも拡大し指定訪問看護制度となる。さらに2000年4月の介護保険法の施行により、訪問看護は介護保険、医療保険双方に対応できる制度となった。この制度化は、今まで雇用者としての立場であった看護師に、起業家としての道が開けたという意味においても重要な変化としてとらえることができる。この訪問看

護の出現が、看護業務や看護教育にどのような影響をもたらしたのかについて述べる。

第2章では、厚生労働省・日本看護協会・全国訪問看護事業協会等の報告書から訪問看護の現状を分析する。現在、訪問看護ステーションの届け出数は1万4千カ所を超え、訪問看護を担う看護職員数は約6万8千人と全看護職員の約4%とまだまだ少ない現状である。訪問看護事業所の規模としては、常勤換算5人以上の事業所が2021年では45.2%を占め、徐々に規模が拡大してきているが、まだまだ小規模な施設が約半数以上を占めており、地域偏在もある。このように現状を分析することから、現在の訪問看護のかかえる問題点を明らかにする。

第3章では、2014年に創設された特定行為研修制度についての政策過程を分析する。この制度について看護師側は、高度な医療処置を行う専門の看護職の実現であり、看護職の社会的認知度の向上を目指すものとして期待していた。しかし、国家資格としての「特定看護師」は見送られ、高度な医療処置を実施可能にする研修制度となった。この過程における議論では、訪問看護に新しく求められるはずのマネジメントはほとんど議論されず、「診療の補助」の範囲をどこまで拡大するのかについてのみの攻防にとどまった。この政策決定の過程でどのような議論がなされ、変更となった要因は何であったのかを明らかにする。そこから訪問看護に求められているものは何かを検討する。

第4章では、2000年の保健師助産師看護師法の一部改正以降の法制度の変化を、訪問看護師の裁量の拡大と責任に着目して分析する。裁量の範囲の拡大は、当然のことであるがその基本的責任の範囲の拡大を意味する。それに伴い、看護業務に関連した医療事故により看護職が法的責任を問われることが増えてきている実態がある。在宅においても医療依存度の高い人々が増えている現状では、医療事故のリスクも高くなる。訪問看護師が、起こりうる医療事故への法的責任が重くのしかかっている現状にどう対処していくのかは大きな課題であり、マネジメント力が問われているといえる。ここでいうマネジメントは、①組織目標を達成するために看護管理者が行う組織マネジメントに相当する。本章では、看護職が関わった医療過誤判例を通して、看護職の法的責任がその時代時代でどのように扱われてきたのか、看護職が法的責任をどのように負ってきたのかを検討する。また、訪問看護師の過失が取り上げられた初めての1事例とインシデント・アクシデントの想定事例を基に、訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大に注目し、その法的責任が重くなっている実態について明らかにする。

第5章では、看護基礎教育の変遷の中で、在宅看護における教育の変遷からマネジメントがどのように扱われてきたのかを明らかにする。看護教育カリキュラム改正の変遷を「在宅看護論」の出現から「地域・在宅看護論」に至る名称の変更を主軸にみることで、看護教育にどのような変化をもたらし、看護学としての発展にどのような影響をもたらしたのかを検討する。また、在宅看護の出現は、訪問看護師の役割である地域をマネジメントしていく学問として体系化することの可能性と限界を検討する。

終章では、看護制度及び看護教育の課題を俯瞰し、今後の展望として看護教育への方策を述べ、地域包括ケアにおける訪問看護の課題をまとめる。在宅医療の推進によって、医師主導型の医療から多職種協働の医療へと移行し、看護職の裁量や責任の範囲も拡大している。看護の専門職としての自律性が時代に応じて変化しつつあることを見据えて、看護業務の必要不可欠な一要素としてのマネジメントを付加しつつ、看護制度及び看護教育をいかに変えていくか等の課題を考察する。

なお、本論文が分析対象とする資料は、厚生労働省、日本看護協会、全国訪問看護事業協会等

の報告書、チーム医療推進会議の議事録及び会議資料、看護基礎教育の充実に関する検討会の議事録、看護基礎教育検討会の議事録、カリキュラム改正時に看護基礎教育で用いられていた在宅看護論、老年（老人）看護学、看護管理のテキストである。

【注】

- 1) 地域包括ケアとは、「医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される」という考え方である（厚生労働省近畿厚生局）。
- 2) 地域包括ケアのしくみ（ネットワーク）を「地域包括ケアシステム」といい、2025年を目途に構築することを目指している（厚生労働省近畿厚生局）。
- 3) 地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設（介護保険法第115条の46第1項）。
- 4) 地域密着型サービスとは、今後増加が見込まれる認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等が、出来る限り住み慣れた地域で生活が継続できるように、市町村指定の事業者が地域住民に提供するサービスである。2006年4月の介護保険制度改正により創設された。

具体的には、地域の特性を活かし、その地域に添ったサービスを提供するために、市町村が事業者の指定や監督を行う。施設などの規模が小さいので、利用者のニーズにきめ細かく応えることができると期待されており、事業者が所在する市町村に居住する者が利用対象者となっている（長寿科学振興財団 2019）。

- 5) 療養上の世話（assist of activities of daily living life）とは、診療の補助（「診療の補助」の項参照）とともに保健師助産師看護師法第5条・第6条に規定された看護師・准看護師の業務である。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、傷病者若しくはじょ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」と規定されている。

療養上の世話は、療養中の患者に対して、病状の観察をしながら食事や排泄、更衣、清潔の保持、移動、活動と休息、環境整備などの日常生活に対する援助であり、看護師の臨床的判断により実施される。療養上の世話は、患者が受けている生活行動の制約や制限に対して、自立に向けた援助として行われる。診療の補助が医師の指示を必要とするのに対して、療養上の世話は、行政解釈からすれば医師による指示を必要としない。しかしながら、その実施には、治療方針との整合性を必要とし、食事形態や安静度、清潔保持の方法などの決定や変更について、医師の意見を求めることもある。看護職には、患者に最適な療養上の世話を実施するために、医師の意見を求めるべきかどうかの判断も含め、病態や治療に関する医学的知識に基づいた適切な判断と技術が求められる（日本看護科学学会・看護学学術用語検討委員会）。

- 6) 診療の補助（nurse's role in helping examination and treatment）とは、医師または歯科医師が患者を診察・治療する際に看護師・准看護師が行う補助行為であり、診療に伴う苦痛緩和、症状出現の予測、状態変化への対応なども含む。

診療の補助は、療養上の世話とともに看護師・准看護師の業務として保健師助産師看護師法（第5条・第6条）に規定されており、看護職者の独占業務（同法第31条・第32条）である。看護職者が行う補助行為は、医療行為全般にわたり、患者の生命や身体に危険をもたらす

おそれのある医行為の代行をも含む。しかし、医師の指示があればどのような医行為も看護職者が行い得るわけではない。指示に対して、その行為を医師が行うべきか、自ら行っても問題の生じない行為であるかどうかを判断することが求められる。指示の内容、患者の状態、看護職者自身の力量、行為による侵襲の程度、薬剤の種類などを考慮するとともに、その行為が患者にどの程度の危険をもたらす可能性があるかを見極める専門的判断が必要である。診療の補助行為の法的責任は、医師、看護職者ともに生ずる（日本看護科学学会・看護学学術用語検討委員会）。

第1章 在宅医療の変遷と訪問看護

はじめに

本章では、在宅医療の変遷として、訪問看護に焦点をあて、訪問看護制度創設前と後の2期に分け、訪問看護の歴史の変遷を教育とマネジメントに着目して概観する。時期を2期に分けた理由は、この訪問看護制度では、保健師または看護師が管理者となって老人訪問看護ステーションを運営・経営することが可能となったという点から歴史的に大きな転換期であったからである。

『令和5年版高齢社会白書』によると、65歳以上人口と15～64歳人口の比率を見ると、昭和25年には65歳以上の者1人に対して現役世代（15～64歳の者）12.1人がいたのに対して、令和4年には65歳以上の者1人に対して現役世代2.0人になっている。今後、高齢化率は上昇し、現役世代の割合は低下し、令和52年には、65歳以上の者1人に対して現役世代1.3人という比率になると見込まれている（内閣府 2023）。このような社会構造の変化において、日本の医療財政や医療システムを守っていくにあたり、今後ますます在宅医療の充実が望まれている。

日本の医療においては、古くは患者や家族の要請により医師による往診が行われていた。しかし、それは急性疾患への一時的な対応であった。1992年の第2次医療法改正に伴い、居宅が在宅医療提供の場として認定された。その背景には、人口構造の変化に伴う疾病構造の変化や慢性疾患患者の増加、さらには、医療技術の発展によって、従来救命できなかった病態でも命をつなぐことが可能となったことがある。一方で、何らかの医療的ケアを必要とする療養者も増加傾向となった事等がある。このような背景から、居宅における医療、すなわち在宅医療の普及推進が国家的方策となっていった（太田 2018）。

在宅医療とは、病気や加齢による身体の衰えなどによって、医療機関への通院が困難となった場合に、自宅や高齢者向けの施設などの「生活の場」に医師や看護師などが訪問して、診察や治療、健康管理などを行うことをいう。在宅医療を受けることができる「生活の場」とは、自宅だけでなく、特別養護老人ホームやグループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などである。具体的には、医師をはじめ、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、訪問介護員（ホームヘルパー）など、さまざまな医療や介護の専門職が連携して定期的に患者の自宅などを訪問し、チームとして患者の治療や介護を24時間対応で行っていく活動である。在宅医療には、医師が訪問して診察や経過観察を行う訪問診療や往診のほか、看護職が訪問してケアを行う訪問看護、理学療法士や作業療法士が行う訪問リハビリテーションなどが含まれる。このように、在宅医療の現場では、さまざまな多職種が関わることになるが、そのなかでも、ケアの要となるのは訪問看護師である（齋木実 2018）。

したがって、本章においては、訪問看護に焦点を当てて論じることとしたい。第1節では、訪問看護の歴史を訪問看護制度創設前と後の2期に分けて概観する。第2節では、訪問看護と看護教育の変遷を通して、資格と訪問看護との関連について述べる。第3節では、訪問看護と看護教育課程の改革について、訪問看護が看護教育にどのような影響をもたらしているのかについて述べる。

第1節 訪問看護の歴史

1 訪問看護制度創設前(1880年代～1990年まで)

1-1 訪問看護の萌芽期（派出看護・巡回看護）

訪問看護は、1888(明治 21)年¹⁾2月、有志共立東京病院看護婦教育所（現・慈恵看護専門学校）を卒業した看護婦²⁾ (Trained Nurse) が、派出看護婦の形をとって社会に第一歩を踏み出したのがその始まりであった(松田 1996)。「1888(明治 21)年 11月 14日付の『東京日々新聞』には派出看護について、『愛宕下の慈恵病院は、其主眼とする所多くの看護婦を養成して、中等以上の病家のために右の便利を謀るに在れば、何人にてても申込次第看護婦を派遣すべし。此の看護婦は実際病人の取扱になれ居るは勿論、病床日記を記録する等都て医者 of 書生を頼み置くと同じく、其雇料は一日僅かに五拾銭なりと云へば、此上の便利はなかるべしと思はる』とう記事がある」(日下 2014: 130)。また、亀山美知子は、「京都では明治二三、四年ごろになると『紳士豪商の間に、病気見舞いとして看病婦を贈ることの流行を初めた』という」と記述している(亀山 1983: 95)。

このように最初の派出看護は、富裕階級層を対象に派遣された派出看護婦によって行われていたことが伺える。

派出看護婦会について山下麻衣は、「患者もしくは病院と直接的に契約を結び、所属看護婦を病院、診療所、家庭に供給する経営体であった」(山下 2017: 67)と記述している。

1891(明治 24)年 11月に桜井女学校看護婦養成所出身の鈴木雅子によって、貧困者向けに「慈善看護婦会」が設立された。規定は、次に示す通りである。

看護婦及産婆は左の格に応じて費用を要す。一等一日金七拾銭、二等一日金五拾銭、三等一日金三拾銭、四等一日金二拾銭。

但食料及往復の入費は委託者の負担とし寝具は都合にて此方より携帯せしむることもあるべし。

伝染病の看護には格別として左の入費を要す。一等一日金壹円、二等一日金七拾五銭、三等一日金五拾銭。

派出看護婦を病者看護の外他の雑用に使役することを堅く謝絶す。

重病の患者にて連夜看護を為すときは一昼夜内に少なくとも六時間以上病室を離れ休息せしむる事。

派出看護婦は本会より請求する時に非れば切りに病家を外出せざる制規となす。

派出看護婦は医師の指揮なくして病症の軽重を口外せざる制規となす。

医部又は病家の請求によりては無報酬にて慈善看護婦又は産婆を派出する事あるべし。

「慈善看護婦会」『中外医事新報』第二八六号 明治二五年二月

(亀山 1983: 95-96)

亀山は、「この慈善看護婦会は、病院を離れて自営で行われたものの中では、最も早いものの一つと考えられる。看護業務が独自の採算性を持った点で評価される」(亀山 1983: 96)と述べている。また、山下も、「大関や日本で初めて派出看護婦会を開始したとされる鈴木雅子は、看護史研究では、『開拓期派出看護婦』と位置づけられ、専門職業人として高く評価されている」(山下 2017: 68)と述べている。

しかし、貧困者に対して無料で派出することにより経営が困難となり、1895年に「東京看護婦会」と改称し低料金での運営を中止している。そしてその後、派出看護婦はその斡旋組織であ

る看護婦会を中心に次第にその数を増し、大正末ごろまでは病院・診療所所属の看護婦よりはるかに多い数で看護婦界の主流をしめ、病人を抱えた家庭で看護婦は重要な役割を果たしていた。

しかし、1900年頃からは、派出看護婦の看護の質の低下や営利本位に傾きすぎたこと等の多くの問題を抱え、1947(昭和22)年11月30日制定の職業安定法(法律141号)第32条により有料職業紹介事業が禁止され、派出看護婦会の存続ができなくなり、看護婦の家庭への派遣は実質的に衰退していった。

また、派出看護とは別に貧困家庭への訪問看護としては、京都看病婦学校(同志社病院と一緒に設立された看護学校:1887年開校)の社会事業として行われていた巡回看護がある。徳川早知子は「我が国訪問看護事業の萌芽期として、新島襄、J. C. ベリー、リンダ・リチャーズ等によって始められた京都看病婦学校、同志社病院において我が国の訪問看護制度前史は始まり、1982年、ヘレンE. フレーザによる看護教育カリキュラムに位置づけられた一連の巡回看護活動をわが国訪問看護の源流と考える」(徳川2015: 81)と結論付けており、訪問看護の先駆けであったといえる。これは、キリスト教的色彩が強く、欧米の看護を導入して「巡回看護」の教育を行い、実習の形で貧困家庭を対象に訪問看護が実施された。しかし、この訪問看護は創始者の離日、同志社病院と看護婦学校の閉鎖により定着はしなかった(野村1996)。

この時期の疾病構造としては、急性感染症の流行が課題としてあり、訪問看護は貧困層への看護活動と富裕層への看護活動が混在していた時代であった。

歴史的には、派出看護の経営者も、今日の介護保険制度での訪問看護の経営者と同じように見えるが、これは、家に赴くという点での表面的類似であって、本質的に異なる。前者は、家政婦と連続的なもの、あるいはミッション系での社会貢献であって、後者は、地域(ないし地域の中核都市)に病院があることを前提としたうえで、地域包括の医療システム全体の一部となっている。その意味で、両者の社会的な位置づけや文脈は、本論文で扱う「訪問看護」とは異なるものである。また、産婆についても1882(明治15)年当時、産婆の資格は、従来営業者認定、各府県免許、内務省産婆営業免許と3種に大別され(川島2014)開業しており経営者として同様に見えるが、歴史的経緯としても資格制度や養成制度においても「訪問看護」とは異なるものである、本論文では論じない。

我が国に全国統一の助産婦、看護婦、保健婦の資格制度ができたのは、1899(明治32)年の産婆規制(のちに助産婦規則)、1915(大正4)年の看護婦規則、1941(昭和16)年の保健婦規則によってであった(清水2009)。看護婦の資格規定に関しては、1900(明治33)年に全国ではじめて東京府で看護婦規則が制定された。その理由について山下は、「第一に伝染病の流行および医療施設の増加により、様々な要請形態による看護婦が誕生しつつあったこと、第二に、そのことに関連して特に派出看護婦、速成看護婦、私立の施設で養成された看護婦が技能・年齢・風紀の面で問題が多いとされたこと、第三に、看護婦職業は地理的移動の範囲が広がりつつあるため、ある程度の資格統一を要することなどであった」(山下2017: 18)と記述している。その後、29の府県が看護婦規則を制定している。そして、1915(大正4)年に内務省令「看護婦規則」が制定され、全国統一したものとなった。

1-2 公衆衛生看護としての訪問看護

1923(大正12)年9月1日に関東大震災が起こった時、急増した貧困層の医療需要に応じるため、1924(大正13)年1月より済生会病院が被災地区に巡回看護事業を開始し、家庭訪問を行い、

患者の処置や妊産婦への衛生指導などを行っていた。

1927(昭和 2)年 10 月、聖路加国際病院訪問看護部（後に公衆衛生看護部と改名）に平野みどりが着任し、健康の増進と疾病の予防を目的とし、築地産院と連携して、乳幼児健康相談と家庭訪問を行う公衆衛生看護事業を始めた。

1928(昭和 3)年には日本赤十字社でも日赤社会看護婦が養成され訪問看護を行っている。

1930(昭和 5)年 8 月より、大阪朝日新聞社会事業団公衆衛生訪問婦協会が、アメリカで公衆衛生看護を学んだ保良せきを筆頭とする 4 名の訪問婦によって地区訪問婦活動を開始した。保良は、公衆訪問看護事業の目的を、「(1) 保健に関して必要な知識を与えること、(2) 健康上有害なる家庭生活および社会状態の改善について指導すること、(3) 家庭及び社会の安寧、福利増進を目的とする運動に協力すること、(4) 公衆衛生の発達を促し、その実行のために、これらの目的とする教育事業に参加すること」(雪永 1970: 42)として健康教育に尽力した。山下は、保良について、「日本の看護婦に、『病気にならないようにするための知識』を内容とする『健康教育』を妊産婦を中心として広く中産階級以下の人々に対して伝えていくために、その役割を實踐できる場を自らの能力で開拓した看護婦であり、経営者でもあった」(山下 2017: 156)と記述している。この保良の事例は、あくまでも「大阪朝日新聞社会事業団公衆衛生訪問婦協会」という経営体の長としての役割を担っていたという経営者という位置づけであり、地域包括の医療システムの一部を担うという本論文で扱う「訪問看護」の事業所の管理者とは異なるものである。

1932(昭和 7)年、内務省は結核予防施設として 10 年間で 650 カ所(昭和 17 年度 26 カ所)の「結核相談所」を設置し、後の保健婦活動につながる「結核巡回看護」を実施することを、衛生局長名で府県知事に通達した(日下 2014: 132-133)。

この時期は、肺結核や性病の蔓延、乳児死亡率が非常に高いことから、看護婦は、患者宅を訪問し疾病予防の指導、妊産婦や乳幼児を対象とした健康診査・健康相談、育児指導等の訪問看護を行っている。また、保健婦の制度のない時代であり、看護婦や産婆の有資格者が、工場や、学校、警察(当時衛生行政は警察の所轄)、健康相談所に雇われて保健指導に従事することになり、保健婦の前身の誕生の時期であった(名原 2009)。

1937(昭和 12)年に「保健所法」が制定され、保健婦が公的な身分で働く職種として位置づけられ(名原 2009)、公衆衛生対策が強化された。野村陽子は、「第 1 号となった東京市保健館では、乳幼児・妊婦・学童・結核患者・伝染病患者に対する訪問指導が聖路加国際病院公衆衛生看護部から移った保健婦たちによって始められた。その後、保健所では既にあった結核予防相談等の各種健康相談所を統合して、全国的な保健所網の確立が進められ、保健所保健婦の活動が全国に展開されていった」(野村 1996: 346)と記述している。

1945(昭和 20)年 8 月 15 日、日本政府はポツダム宣言を受諾し、連合国軍最高司令官総司令部(GHQ/SCAP。以下 GHQ)による日本占領が開始され、戦時の諸制度は全面的に改革されてゆく(木村 2012)。

1947(昭和 22)年に「保健所法」が改正され、GHQ による指導で保健所が公衆衛生看護活動の拠点となり、保健所保健婦が地域住民に衛生教育や予防活動などの訪問指導を実施し(佐藤 2009)、保健婦の活動としての公衆衛生看護が脚光を浴びることとなっていった。

1-3 医療機関における訪問看護(1965 年～1980 年代)

1965 年頃から脳卒中後遺症などによる、「寝たきり老人」が社会問題となりこれらの「寝

たきり老人」を対象に、病院や診療所の訪問看護が始まった。京都市西陣の堀川病院は、西陣地区の高齢者に対して1965(昭和40)年に訪問看護の提供を開始した。

1971(昭和46)年には、東京都東村山市の東京白十字病院が市の委託を受けて「寝たきり老人の訪問看護やリハビリテーションを始めている。北里大学病院では、総合相談部を中央診療系の中に設置し、看護職と医療ソーシャルワーカー(Medical Social Worker 以下MSW)で退院患者への訪問看護等の活動を行っている。

1974(昭和49)年、東京都立府中病院は、難病患者の訪問看護を開始している。

1975年代になると、まだ診療報酬には算定されてはいなかったが、病院のなかで先駆的に取り組むところが増えてきている。具体的な取り組み内容は、日大板橋病院では、1975(昭和50)年にホームケア相談室を看護部の中に設置し、病院の利用者に対し、訪問看護、療養相談、個別教育相談、患者会支援、電話相談、受診相談、院内各部署との連携活動等がある。また、川崎市立井田病院では、1982(昭和57)年に保健医療部を開設し、専任の保健師3人、MSW2人で近隣の訪問看護を実施し、同時に在宅酸素療法を受けている患者の会等を組織した等がある(村嶋・永田・春名2002)。

1983(昭和58)年2月1日に老人保健法(昭和57年8月17日法律第80号)が施行され、第19条により訪問指導が制度化された。訪問指導とは、疾病、負傷等により、家庭において寝たきりの状態にある者またはこれに準ずる状態にある者について、保健婦その他の者を訪問させて行われる保健指導のことである(日下2014:137)。また、診療報酬に「老人医療の部」が創設され、「退院患者継続看護・指導料」として老人の訪問看護に診療報酬が新設された。最初は1回100点(1000円)と安く、また退院後6か月以内という制限付きであった。その後、1986(昭和61)年に精神科訪問看護・指導料、1988(昭和63)年に在宅患者訪問看護・指導料、1990(平成2)年に退院患者継続訪問看護指導料、退院前訪問看護指導料(老人)と改訂され、病院の訪問看護が急速に増加していった(村嶋・永田・春名2002:16)。しかし、医療機関からの訪問看護について野村陽子は、「看護職不足や関係者の理解を得ることの難しさなどから実施する機関数はあまり伸びず、1990年では、全体の1割にも満たない医療機関で行われるだけであった。また、医療機関の訪問看護は、その医療機関に受診している患者に限られることから訪問看護を受けられない患者も多い」(野村2015:225)ことを問題として指摘している。

以上のような先駆的な医療機関による訪問看護や保健婦による訪問指導が、今の訪問看護の基になっているといえる。

2 訪問看護制度創設後(1991年以降)

1991(平成3)年の老人保健法の改正により、老人訪問看護制度が創設され、1992(平成4)年4月から老人訪問看護ステーションの設置が始まった。これは、老人訪問看護事業を疾病、負傷等により、寝たきりの状態にある老人またはこれに準ずる状態にある老人に対し、家庭において看護婦等が療養上の世話または必要な診療の補助を行う事業とした。また、市町村長は指定老人訪問看護事業所から指定老人訪問看護を受けたときは、その老人医療受給者に対し、老人訪問看護療養費を支給することになった。これにより65歳以上の高齢者を対象とした老人訪問看護事業が法的根拠を得て始まった(日下2014:137)。この制度創設のねらいは、在宅の寝たきり老人等への訪問看護を拡大し、福祉との連携のもとに在宅医療の推進を図ることであった。そして、ここで特筆されることは、医師以外の職種である保健師あるいは看護師が管理者の事業所に社

会保険料を財源とした療養費が支払われる仕組みの制度化であり、これは医療政策の歴史的観点から見ても大きな変化であった。また、1992(平成4)年、医療法が改正され、「居宅」が「医療提供の場」と明記された(日下 2014: 137)。

1994(平成6)年6月29日交付の健康保険法等の一部を改正する法律により、訪問看護の対象を老人以外にも拡大し、指定訪問看護制度となり、一般の在宅療養者への訪問看護が拡大した。これ以後、「老人」を削除して訪問看護ステーションという呼称が用いられるようになった。

2000(平成12)年介護保険法(平成9年12月17日法律第123号)の施行により訪問看護は介護保険、医療保険の双方に対応できる制度となった。介護保険法第8条4項に、「この法律において、『訪問看護』とは居宅要介護者(主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。)について、その居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助をいう」と訪問看護が明確に規定された(日下 2014: 137-138)。

また、1990年、日本看護協会訪問看護検討委員会は、訪問看護とは、「対象者が在宅で主体性をもって健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようになることを目指し、訪問看護従事者は、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、あるいは疾病や障害による影響を最小限にとどめる。また、安らかな終末を過ごすことができるように支援する。そのために、具体的な看護を提供し健康や療養生活の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整を図る」(日本訪問看護財団 2017: 4)と定義している。

2009(平成21)年3月に、訪問看護に関連する3つの団体が設置した訪問看護推進連携会議³⁾が中心となって、「訪問看護10ヵ年戦略」(在宅ケアの最前線! ~明日の在宅ケアを考えよう~)を作成し、これを指針として、日本の訪問看護の推進をしてきた。それから5年が経過し、訪問看護をめぐる状況が大きく変化したため、「訪問看護10ヵ年戦略」を見直し、再編し、2025年に向けて訪問看護が目指す姿とその達成に向けた「訪問看護アクションプラン2025」を策定し4つの大項目にまとめている。その内容の1つ目は、訪問看護の量的拡大として、住み慣れた地域で安心して健やかに暮らせるように、全国どこでも、必要な時にいつでも訪問看護を利用できる体制を整備することである。2つ目は、訪問看護の機能拡大として、訪問看護の提供の場を拡大し、自宅への訪問だけでなく、介護施設など生活の場への訪問を拡大するとともに、重症度の高い利用者への対応や予防・相談機能など、訪問看護の機能を拡大することである。3つ目は、訪問看護の質の向上として、健康の維持・回復、生活や穏やかな人生の最終段階を支える視点を持つ訪問看護師の育成を強化し、また、多職種と協働してケアチームの一員として、その役割を發揮できる力を強化することである。4つ目は、地域包括ケアへの対応として、それぞれの地域にあった地域包括ケアシステムの構築のために、地域住民・行政・他事業所・多職種等と協働して取り組むことである(日本看護協会ほか 2013: 8)。

訪問看護ステーションは少しずつ増加傾向を示しており、逆に病院からの訪問看護は、減少傾向になっている。また、自宅以外の多様な居住系施設への委託契約による看護活動も開始し、施設への訪問も拡大してきている。

以上のように、訪問看護制度創設前から後の変遷をみると、時代の変化とともに訪問看護の役割が拡大していることが窺える。訪問看護師は、住み慣れた地域や自宅で、より快適で安全な生活ができるように医療と生活の両面から支えていくことが重視される。さらには、地域包括ケアシステムの構築への貢献として、地域住民や地域の医療従事者との連携を強化し、医療と生活を

つなぐ専門職として地域全体を見据えた役割の発揮が必要とされているといえる。

第2節 訪問看護と看護教育の変遷

本節では、明治期から大正期、そして昭和期（戦後）の「保健婦助産婦看護婦法」が制定されて以降、国家資格として統一されるまでの看護教育の変遷を通して、資格と訪問看護との関連について述べる。

2-1 明治期の看護婦教育

我が国で最初に組織的な看護教育が開始されたのは、1885(明治18)年10月である。有志共立東京病院看護婦教育所は、高木兼寛がイギリスのナイチンゲール看護婦訓練学校を視察し設立した学校である。「17歳以上25歳以下、身元引受人があること」を条件に入学試験を行い、1888(明治21)年5名の卒業生を出した。卒業生は、病院内の看護と派出看護、救護活動をおこなった(川島ほか 2014: 211)。また、1891(明治24)年卒業後、派出看護婦として働いていた平野鑑は、看護婦による最初の著書といわれている『看病の心得』(明治29年)を著している。緒言には、「一層慈愛なる職務の眞味を解すると同時に又世の婦人が家庭教育の一として必ず脩め置くべき一業務たることを深く悟れり、依って未だ斯る必要の業務あるを知らざる同胞姉妹をして多少之に眼を注ぎ一家の衛生を重んぜしめんと欲し看護法の大要を記述する」(平野 1896: 5)とあり、家庭看護の重要性が記述されている。

1886(明治19)年9月、宣教師として帰国した同志社英学校校長の新島襄と医師ペリーが京都看病婦学校を開設した。初期の規則では、入学資格は年齢30~40歳、就学期間は2年間であった。1888(明治21)年6月に4名が卒業し、うち2名は学校に残り助手と婦長を兼任した。1892(明治25)年以降、家庭に出向いての派出看護や貧民に対する無料の巡回看護等を本格化させ、高い評価を得ていた(川島ほか 2014: 213)。

1886(明治19)年11月、櫻井女学校の分校に看護婦養成所が付設された。看護の指導は、イギリス人のアグネス・ヴェッチがあたった。修業年限は2年、1回生は8名(うち6名が卒業)であった。後に、東京看護婦会会頭になる鈴木雅子や、派出看護婦会を設立し『実地看護法』(明治41年刊)を著した大関和らがいる(川島ほか 2014: 215)。この著書は、派出看護婦としての実践を基にして記述されており、看護に関する見解や方法として貴重なものといえる。

1890(明治23)年4月、日本赤十字病院看護婦養成所において看護婦の養成を開始した。同社の看護婦養成は当初、学業1年半、実務練習2年の計3年半の課程であり、主に帝国大学医科大学別科の卒業生である医員が教員となった。卒業生は、派出看護婦会や支部の監督下に設けられた外勤部に所属するなどして、平時は地域医療に貢献し、戦争や災害に際して召集を受け、救護活動に携わった(川島ほか 2014: 217)。

この時期の女子教育は、1891(明治24)年、中学校令が改正され、「今まで学校教育としての位置づけがなされていなかった高等女学校が、中学校と同格として位置づけられ」(佐々木 2005: 139)、ここに始めて正式に、女子は中等教育の地位を確保した。女性の役割は、結婚して子供を産み育てるという良妻賢母の考え方が根付いていた時代であり、職業を持つ女性が下層社会には存在しても、中流以上の社会ではこの良妻賢母の考え方が期待されていた。また、病人の世話を他人に委ねることを恥としてきた日本社会において、「家庭内の健康維持の問題は女性の役割であり、特に病人の看護については家庭看護が主流である」(佐々木 2005: 142)という根強い

考え方がある中で、ナイチンゲール方式を取り入れた看護婦養成が始まったことは、近代看護教育の始まりとして、意義のある時期であったといえる。しかし、「その身分を確立するものは何もなく」（佐々木 2005：155）、1900(明治 33)年東京府が看護婦規制を制定したことによって看護婦の検定試験制度が導入され、無資格者による看護が禁止となった。制定の理由は、「第一に、伝染病の流行および医療施設の増加により、さまざまな養成形態による看護婦が誕生しつつあったこと、第二に、そのことに関連して、特に派出看護婦、速成看護婦、私立の施設で養成された看護婦が技能・年齢・風紀の面で問題が多いとされたこと、第三に、看護婦職業は地理的移動の範囲が広がりつつあるため、ある程度の資格統一を要すること」（山下 2017：18）などであった。いずれにしても、この時期は、全国的に看護師に関する統一された教育はなく、資格制度も存在しなかったのである。

2-2 大正期の看護婦教育

1915(大正 4)年、無免許を厳しく取り締まるため国としてはじめて「看護婦規則」が制定された(佐々木 2005：183)。この規制によると、看護婦免許を取得するには「年齢 18 歳以上(満 16~17 歳)で、①地方長官の指定した看護婦学校または講習所を卒業した者、②地方長官の行う看護婦試験(いわゆる検定試験)に合格した者」の 2 通りのコースとなった(氏家・福本 2014：78)。この規則制定の背景として、日下修一は、「日清戦争・日露戦争の中で、看護婦に対する国民の認識・関心が高まったこと、軍部の中での看護婦の需要の高まりに伴い、看護婦の資質の維持の必要性があったこと、日露戦争などで夫を失った女性の増加に伴う、看護職等へ就業の増加があった」(日下 2014：131)と記述している。

そしてこの制定に伴い、1915(大正 4)年 8 月 28 日に“私立看護婦学校看護婦講習所指定標準の件”という内務省訓令が出され、看護婦教育所及び教育課程の基準が示された。看護婦学校の基準としては、教育年限が 2 年であること、入学資格は高等小学校卒または高等女学校 2 年以上の課程を終えた者であること、主要学科は医師によって教育されることなどが規定され、この指定を受けた学校講習所の修了者には無試験で免許が与えられた(佐々木 2005：186-187)。この指定認可を受けた学校は、1916(大正 5)年に日本全国で 75 校あり、医学校附属病院、日本赤十字社病院、府県立病院の学校講習所が主で、都市に集中していた。1926(大正 15)年には 152 校に増えた。一方で、地方には指定養成施設が少なく、私立病院や医院、派出看護婦会に住み込み見習い看護婦として働きながら短期の講習会に通う者や、独学で看護婦検定試験に挑戦し、免許を取得して看護婦になった者も多くいた(氏家・福本 2014：80)。

この時期の看護教育は、国によって看護婦教育が制度化され、教育課程も標準化された。しかし、看護婦の資格取得のルートは「指定看護婦養成所卒業」と「看護婦の検定試験に合格した者」という二つのルールが作られた故に、専門的な教育という意味においては大きな差が生じていたといえる。

また、戦争により傷病兵への看護の必要性から看護婦の需要が増大したことや、病院数の増加から需要に対する供給の不足が生じたことにより、看護教育の年齢の引き下げや教育水準までも下げて安易な教育をすることとなっていった。これらのことに影響され、看護教育自体が文部省の学校教育から分離していくこととなっていった。

2-3 昭和期(戦後)の国家資格として統一されるまでの看護婦教育

戦後、連合国軍最高司令官総司令部（以下 GHQ）による医療・保健分野への改革の要請により、1945(昭和 20)年 9 月に「公衆衛生に対する覚え書」を発表し、わが国の保健・医療機構の抜本的な改革を命じ、看護改革もその一連の政策として進められた(川島 2014: 8)。看護教育界においては、公衆衛生福祉局（以下 PHW）の看護課長であったオルト大尉によって看護婦法及び看護教育の再建策が練られた(佐々木 2005: 239)。

1948(昭和 23)年 7 月、「保健婦助産婦看護婦法」が制定された。それまでは、看護婦は「看護婦規則」(1915 年制定)によって、助産婦は「助産婦規則」(旧法「産婆規則」: 1899 年制定)、保健婦は「保健婦規則」(1941 年制定)とそれぞれに免許資格、業務内容等が規定されていた。「保健婦助産婦看護婦法」は、この 3 種の看護職(看護婦、助産婦、保健婦)の資質を全国的に均一な水準に向上させ、もって医療および公衆衛生の普及・水準向上を図ることを目的として、教育を一元化しようと試みた基本法であった。しかし、ここに改めて 2 種の看護婦が浮上した。甲種看護婦及び乙種看護婦に区別され、甲種看護婦は医師の指示の下に、乙種看護婦は甲種看護婦の指示の下にといった従属関係が規定された。甲種看護婦とは戦前に東京慈恵医院看護婦教育所や日本赤十字社看護婦養成所などの流れを汲む。乙種看護婦とは戦前、簡易教育法によって看護婦の免許を取得できるようにした方法そのものであり、主には開業医や家庭に派遣されていた看護婦の流れを汲む(佐々木 2005: 252-253)。そして、1949(昭和 24)年 5 月、「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」が交付された。この指定規則は、学校や養成所の指定に関する必要事項を定めたものであり、これによって看護婦の教育が事実上、国家水準で実施されるようになった(表 1-1 甲種看護婦養成所学科課程(昭和 24 年)参照)。

1951(昭和 26)年 4 月、「保健婦助産婦看護婦法」が改正され、甲種、乙種看護婦が一本化され、看護婦に名称が統一となった。しかし、看護婦の入学要件が高学歴となり、供給が間に合わないため、暫定的に看護師を補助する准看護婦制度が新設されることとなった。

1951(昭和 26)年 8 月に改正された保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則は、以下のとおりである(表 1-2 看護婦学校養成所学科課程(昭和 26 年)参照)

保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則を改正する省令（昭和二十六年八月十日 文部省・厚生省令第一号）

保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則（昭和二十四年／文部／厚生／省令第一号）を次のように改正する。

（この省令の趣旨）

第一条 保健婦助産婦看護婦法（昭和二十三年法律第二百三十三号。以下「法」という。）第十九条第一号若しくは第二号、第二十条第一号若しくは第二号、第二十一条第一号若しくは第二号又は第二十二条第一号の規定に基づく学校又は養成所（以下「学校又は養成所」という。）に対する文部大臣若しくは厚生大臣（以下「主務大臣」という。）の指定又は法第二十二条第二号の規定に基づく養成所（以下「准看護師養成所」という。）に対する都道府県知事の指定に関しては、この省令の定めるところによる。

2 前項の学校とは、学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条又は第九十八条の規定による学校及びこれらの学校に附設する同法第八十三条の規定による学校をいう。

第二条、第三条、第四条、第五条、第六条 中略

(看護婦学校養成所の具備すべき要件)

第七条 法第二十一条第一号の学校又は同条第二号の看護婦養成所(以下「看護婦学校養成所」という。)は、左の各号に掲げる要件を具備しなければならない。

- 一 入学又は入所の資格は、学校教育法第五十六条に該当する者又は免許を得た後三年以上業務に従事している准看護婦であること。
- 二 修業年限は、三年以上であること。
- 三 教育の内容は、別表三⁴⁾に定めるもの以上であること。
- 四 別表三に掲げる各教育内容を教授するのに適当な教員を有し、且つ、そのうち三人以上は看護婦たる専任教員とし、三人のうち一人は教育に関する主任者であること。
- 五 学生の定員は、各学級につき十五人以上六十人以下であること。
- 六 各学年につき一以上の専用教室を有すること。
- 七 実習室、試験室及び調理室を有すること。但し、試験室及び調理室は、それぞれ適切な他の室と兼用してもよい。
- 八 教育上必要な器具、器械、標本、模型、図書等を有すること。
- 九 主たる実習施設は、常に生徒定員の二倍以上の入院患者を有する目算があり、内科及び外科の病室を有し、且つ、小児科の病室、産婦人科の病室及び伝染病室(結核病室を含む。以下同じ。)のうち一種以上を有すること。
- 十 主たる実習施設においてなすことができない実習については、他の適当な実習施設においてなさしめることができること。
- 十一 適当な寄宿舎の設備を有すること。
- 十二 管理及び維持の方法が確実であること。

(看護行政研究会編 2014: 1506-1508)

看護婦養成所学科課程のカリキュラム(昭和22年～昭和24年)は、表1-1に示したとおりである。

1949(昭和24)年5月「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」が交付されたときのカリキュラムと1951(昭和26)年8月に改正されたカリキュラムを比較すると、教育学、社会福祉、統計などの教養科目の増加及び看護学が95時間と増加している。看護学は、公衆衛生看護概論や看護倫理の科目が新設され、看護師の専任教員が教授することとなった。また、各臨床医学と看護法に関しても時間数が増加しているが、教えるのは、臨床実習との関連も踏まえて、各病院等の医師と看護師が多く時間を担当している。そして、総時間数のうち臨床実習時間の占める割合は、昭和24年カリキュラムは78%～85%、昭和26年カリキュラムは80%と大きな変化はみられない。

以上のことから、1951(昭和26)年8月に改正されたカリキュラムは、教養科目が増え、看護師の専任教員が看護学の一部を教授する方向に向かっているものの、科目名は、外科学・内科学という医学のカリキュラムからの名称が用いられているように医学モデルである(森田ほか: 2018)。そして、主要な科目は、医師が教授するとされており、しかも実習が全時間数の8割以上を占めるといったように、施設内(病院)看護を中心とした教育カリキュラムであったことが窺える。

この時期は、看護職の資格を「保健婦助産婦看護婦法」の制定により国家資格として統一し、それによって看護教育カリキュラムも統一化され、看護教育としての基盤が作られたといえる。しかし、教育内容は、疾患を中心とした医学モデルが基となり、しかも主要な科目は医師が教授することとされている。訪問看護という視点の教育は、公衆衛生看護学概論が10時間あるのみで、全く存在しなかったといえる。

第3節 訪問看護と看護教育課程の改革

1951(昭和26)年の看護教育課程カリキュラム以降、看護師の看護教育課程は2023年現在まで5回改正されている。そこで、本節では、看護教育課程の第1次改正から第5次改正の過程を、改正の趣旨及び改正の要点を基に述べ、「訪問看護」が改正のいつの時期から扱われるようになったかを明確にする。なお、本論文の主旨から、看護師養成所3年課程を中心に述べることにする。

3-1 第1次改正

1967(昭和42)年12月、保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則改正が行われた。改正の趣旨及び改正の要点については以下のとおりである。

○保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の一部を改正する省令の施行について(昭和四二年一二月二五日)(文大病第四八九号・医発第一六〇一号)

1 改正の趣旨

今回の改正は、近年の医療、看護の進展および看護教育のすう勢にかんがみ、教育内容の向上を図るため、保健婦助産婦看護婦学校養成所(以下「学校養成所」という。)の指定基準および看護婦学校養成所(三年課程)の教育課程を改訂するとともに、学校養成所に係る指定申請、変更承認申請および定期報告に関する事項を簡素化し、報告の徴収に関する規定等の整備を行なったものである。

2 改正の要点

- (1) 学校養成所の指定基準を別紙1のとおり改めたこと。
- (2) 看護婦学校養成所(三年課程)の学科目、授業時数等その教育内容を次のように改めたこと。

ア 授業科目を便宜、「基礎科目」と「専門科目」とに大別した。

イ 「基礎科目」に「物理学」、「生物学」、「外国語」および「体育」を、「専門科目」に「病理学」および「衛生法規」を新たに加えた。

ウ 「専門科目」中「医科学概論」を「医学概論」に、「解剖生理」を「解剖学」と「生理学」とに、「栄養」を「生化学(栄養学を含む。)」に、「薬理」を「薬理学(薬剤学を含む。)」に「細菌学」を「微生物学」に、「衛生(個人衛生・公衆衛生概論)」を「公衆衛生学」にそれぞれ改め、「精神衛生」を「看護学」に含めた。

エ 「専門科目」中「看護学」を「看護学総論」、「成人看護学」、「小児看護学」および「母性看護学」の四体系に分類した。

オ 「専門科目」中「看護学」について医師、看護婦の区分による授業時間数の明示は行なわないこととし、各学校養成所の自主的判断に委ねることとした。

カ 「専門科目」中「看護学」の実習については、週数による規定を時間数による規定に改めるとともに、これを「看護学内訳」の表に含め、病室その他の実習と外来実習の区分を廃止し、病室実習を中心に必要に応じ適宜外来実習等を加え効果的に行なうこととした。

キ 「特別食調理室」実習については、各看護学の実習において適宜行なわせることとした。
(看護行政研究会編 2014: 130)

教科内容は、表 1-2 のとおりである。

1951(昭和 26)年と 1967(昭和 42)年の教育課程を比較すると、今回の改正カリキュラムは、一般教養科目としての基礎科目と看護を行うに必要な専門科目とに大別されている。従来のカリキュラムの専門教科目 1,150 時間のうち看護学 690 時間を差し引くと 460 時間であったのに対して、改正カリキュラムでは、基礎科目 390 時間、専門科目 330 時間であり合計すると 720 時間ということから、一般教養科目と専門科目の時間数が増えており、一般教養及び専門的知識を高めようと考えられていることが窺える。そして、人間の成長発達段階が骨子に据えられ、専門科目として「看護学」が独立し、臨床実習が各学科目の授業に組み込まれた。そして、「看護学総論」、「成人看護学」、「小児看護学」、「母性看護学」の 4 領域の看護学構成となった(森田ほか 2018)。

今まで医師が主となって教えていた医学モデルに基づく看護法から、看護の視点からの教育を充実させることで、看護学の体系化が図られたといえる。また、看護学の中に臨床実習が含まれたことから、実習がそれぞれの看護学の教科目に位置づけられ、従来のカリキュラムでは総時間数に占める実習が 8 割であったのに比して、今回のカリキュラムでは講義 48%、実習 52%と改正され、実習自体も勤務としての扱いではなく教育としての位置づけとなった。

この 1 次改正は、看護教育は看護職によって行うことを基本とし、4 領域の看護学が構成されたことから、看護学としての体系化が図られた。この点においては、看護界にとっては大きな改正であったといえる。一方で、「訪問看護」の視点から見ると、これに関連する科目は存在せず、「成人保健」に精神衛生を含む、「成人看護学」及び「小児保健」と「母性保健」に保健所等実習を含むという文言があり、それぞれの看護学の保健といった部分で公衆衛生看護学の内容を一部含める程度であったと考えられる。

3-2 第 2 次改正

1989(平成元)年 3 月、保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則改正が行われた。これは 1967(昭和 42)年の第 1 次改正から 20 年以上が経過しての改正であった。

改正の趣旨及び改正の要点については以下のとおりである。

○保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の一部を改正する省令の公布について
(平成元年四月二七日)(文高医第一七一号・健政発第二四八号)

第一 改正の趣旨

今回の改正は、人口の高齢化、疾病構造の変化、医療の高度化、専門化、在宅医療の推進など看護職員を取り巻く環境が著しく変化し、看護職員に求められる能力や役割が拡大してきていることを受けて、それにふさわしい教育内容とすることを目的とし、保健婦、助産婦、看護婦及び准看護婦の学校養成所の指定基準等を改正するものである。

第二 改正の要点等

1 教育課程の改正

(3) 看護婦課程(三年課程・二年課程)

ア 教育課程の総時間数を三年課程については三三七五時間から三〇〇〇時間とし、二年課程については二二五〇時間から二一〇〇時間とした。

イ 授業科目を「基礎科目」、「専門基礎科目」及び「専門科目」に大別した。

ウ 「基礎科目」のうち、「人文科学」、「社会科学」及び「自然科学」については、それぞれ二科目を教授することとした。

エ 「専門基礎科目」については、従来の「専門科目」のうち、「看護学」の基礎となる科目を整理した。

(ア) 「解剖学」と「生理学」を統合して「解剖生理学」とした。

(イ) 心の発達と心のはたらきに関連する要因を理解するため「精神保健」を科目立てした。

オ 「専門科目」については、従来の「看護学総論」の科目の名称を変更して「基礎看護学」とし、社会のニーズに応え老人に対応できるよう「老人看護学」を科目立てして、「成人看護学」、「小児看護学」及び「母性看護学」とあわせて五つの体系とした。

カ 学校養成所ごとの特殊性が出せるよう「選択必修科目」を設け、「専門基礎科目」及び「専門科目」から科目を選択して講義又は実習を行うこととした。

キ 実習は臨地実習のみとし、校内実習及び演習は講義に含めることとした。

ク 従来、男性と女性を区別していた教育内容について、男女の区別をなくした。

(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6650&dataType=1&pageNo=1)

教科内容は、表 1-3 のとおりである。

第2次改正は、人口の高齢化、医療の高度化、在宅医療の推進など看護職員に求められる能力や役割が拡大していること等の時代背景を受けて行われた。科目は、基礎科目、専門基礎科目、専門科目に分類され、看護教育の主流となる専門科目においては、基礎看護学のほかに、看護の対象をライフサイクルで捉えるという考えから、成人看護学、老人看護学、小児看護学、母性看護学という5領域が新たに設けられた。特に、老人看護学が新設されたことは、日本における高齢化社会を反映しているものといえる。

総時間数は、ゆとり教育が反映され、従来の 3,375 時間から 3,000 時間に減少している。また、実習時間の占める割合も 35%と減少している。この 3,000 時間は、他の学問領域と同程度の時間数であったことから、過去の看護教育がいかに過密カリキュラムであったかを示すものでもあったといえる(森田ほか 2018)。

この第2次改正は、改正の趣旨に「在宅医療の推進」といった文言は出てきているが、科目としては、高齢化社会を反映して老人看護学は登場しているが、訪問看護に関連した科目は、存在していない。

3-3 第3次改正

1996(平成8)年8月、保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則改正が行われた。この改定の基

本方針は、1989(平成元)年の第2次改正から10年未満と期間が短く、時代のニーズに応えるために必要な改正であったことが窺える。在宅医療や精神保健等、国民のニーズの拡大への対応として、「在宅看護論」や「精神看護学」が新設された。

改正の趣旨及び改正の要点については以下のとおりである。

○保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の一部を改正する省令の公布について
(平成八年八月二六日)(文高医第二七八号・健政発第七三〇号)

第一 改正の趣旨

今回の改正は、高齢化の進展、医療の高度化・専門化、少子化等の看護を取り巻く環境の急速かつ大幅な変化に伴い、看護職員の基礎教育においても科学的思考を基盤とした看護の実践力、保健・医療・福祉全般にわたる広い視野と高い見識、幅広く深い教養と豊かな人間性を養うことが必要とされていること等に対応し、保健婦学校養成所、助産師学校養成所及び看護婦学校養成所のうち学校教育法第五六条に該当する者を教育する課程を設けるもの(以下「看護婦学校養成所(三年課程)」という。)の教育課程、専任教員の数その他の指定基準等を改正するものである。

第二 改正の要点

1. 教育課程の改正

(3) 看護婦学校養成所(三年課程)

- ア 「基礎科目」、「専門基礎科目」及び「専門科目」をそれぞれ「基礎分野」、「専門基礎分野」及び「専門分野」に改めた。
- イ 基礎分野は、「人文科学」、「社会科学」、「自然科学」等の中から科目を設定するものとし、「科学的思考の基礎」と「人間と人間生活の理解」とした。
- ウ 専門基礎分野は、「解剖生理学」、「生化学」、「栄養学」、「薬理学」、「病理学」及び「微生物学」の内容を含むものとして「人体の構造と機能」及び「疾病の成り立ちと回復の促進」とし、「公衆衛生学」、「社会福祉」及び「関係法規」の内容を含むものとして「社会保障制度と生活者の健康」とした。
- エ 専門分野においては、在宅療養者に対する看護ニーズの増大に対応して「在宅看護論」を新設するとともに、精神の健康の保持増進と精神障害者の看護を修得できるように従来の「成人看護学」の一部、「精神保健」の内容等を統合して「精神看護学」を新設した。

(看護行政研究会編 2014: 133)

教育内容は、表1-3のとおりである。

第2次改正と第3次改正の看護教育課程を比較してみると、第3次改正では基礎分野・専門基礎分野と分けられ、それぞれの科目設定が各学校の自由裁量により特徴が出せるようになっている。また、単位制の導入(単位の基準は大学設置基準に準拠)により、看護専門学校と大学との単位互換性が可能となった。1996年では、看護系大学の数は46校と少なく専門学校等での教育が大半を占めていた。その後大学数は急増し、2020年には274校となっている。このカリキュラム改正が大学教育への変更への引き金となったとも考えられる。

専門分野においては、高齢化社会の進展を受けて「在宅看護論」が、またストレス社会の背景

を受けて「精神看護学」が新設され、基礎看護学、在宅看護論、成人看護学、老年看護学、小児看護学、母性看護学、精神看護学と科目が7領域となり、実習もそれぞれの看護学に位置づけられた。また、従来の実習は、病院が中心であったことから「臨床実習」であったが、看護の実践の場が在宅や保健施設など多岐にわたることから「臨地実習」に改められた。このように教育内容の充実が図られたにもかかわらず、総時間数は3,000時間から2,895時間に減少しており、ゆとり教育の弊害として、看護実践能力が問われるという結果にもつながっていった。

以上のことから、この第3次改正は、訪問看護に関連した科目として、「在宅看護論」が出現し、看護の実践が施設内から在宅へと移行したカリキュラム改正として、注目すべき改正であったといえる。

3-4 第4次改正

2008(平成20)年1月、保健師助産師看護師学校養成所指定規則改正が行われた。

改正の趣旨及び改正の要点については以下のとおりである。

○保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令の公布について(抄)
(平成二〇年一月八日)(一九文科高第六五九号・医政発第〇一〇八〇〇八号)

1. 改正の趣旨

我が国の看護をめぐる環境は、急速な少子高齢化の進展、医療技術の進歩等大きく変化してきており、看護職員には、より患者の視点に立った質の高い看護の提供が求められている。一方で、看護業務の複雑・多様化、国民の医療安全に関する意識の向上等の中で、学生の看護技術実習の範囲や機会が制限される傾向にある。

こうした中、厚生労働省において平成十八年三月から全九回にわたり「看護教育の充実に関する検討会」を開催し、看護をめぐる現状と課題、保健師教育・助産師教育・看護師教育(以下「看護基礎教育」という)それぞれの現状と課題、充実すべき教育内容並びに専任教員の資質の向上等について検討を行い、平成十九年四月には、看護基礎教育それぞれのカリキュラム改正案や、その実施に関する教員及び実習指導者に係る事項を中心とした報告書がまとめられたところである。

また、文部科学省において「大学・短期大学における看護学校教育の充実に関する調査協力者会議」を設置し、厚生労働省における検討会の動向に呼応して保健師助産師看護師学校養成所指定規則を改正した場合の大学・短期大学への適用課題等について検討を行い報告書が取りまとめられたところである。

今回の改正は、これらを踏まえ、看護を取り巻く環境の変化に伴い、より重要性が増していると考えられる教育内容の充実を図り、保健師、助産師、及び看護師(以下「看護師等」という。)学校養成所における生徒及び学生の看護実践能力を強化するため、看護基礎教育のカリキュラム改正等を行うものである。

(看護行政研究会編 2014: 145)

2. 改正の概要

(3) 看護師教育について

① 全ての看護実践の基盤となる内容を強調して学ぶことができるよう、基礎看護学を教

育内容とする専門分野Ⅰを設けた。また、専門分野Ⅱを設け、対象の発達段階等に応じた看護の実践を学ぶこととした。さらに、基礎分野、専門基礎分野、専門分野Ⅰ及び専門分野Ⅱで学習したことを、臨床実践に近い形で学習し、知識・技術を統合させるため、統合分野を設けた。

- ② 基礎分野において学習する「人間と人間生活の理解」を「人間と生活・社会の理解」に改めた。
- ③ 専門基礎分野において学習する「社会保障制度と生活者の健康」を「健康支援と社会保障制度」に改めた。
- ④ 専門分野Ⅰを新たに設け、「基礎看護学（臨地実習含む）を学ぶこととした。
- ⑤ 専門分野Ⅱを新たに設け、「成人、老年、小児、母性、精神看護学（それぞれ臨地実習を含む）」を学ぶこととした。
- ⑥ 統合分野を新たに設け、「在宅看護論、看護の統合と実践（それぞれ臨地実習を含む）」を学ぶこととした。
- ⑦ 統合分野を設け、「看護の統合と実践」を含めたことに伴い、単位数の総計を三年課程においては九三単位以上から九七単位以上とした。

（看護行政研究会編 2014: 146）

教育内容は、表 1-4 のとおりである。

『看護基礎教育の充実に関する検討会報告書』によると、看護師教育の「基本的考え方」として、「近年の医療環境の変化に対応するため、看護師により一層求められる基本的な資質について明確にする方向で改正を行った。具体的には、看護の対象者を健康を損ねている者としてのみとらえるだけでなく、疾患や障害を有している生活者として幅広くとらえて考えていくこと、また看護を実践する局面や対象として、終末期や障害を含めて考えていくこと、保健・医療・福祉制度の下で、他職種と連携・協働し、チーム医療の中で看護の役割を果たしていくことといった内容を強調した」と記載がある（厚生労働省 2007）。第 4 次改正のねらいは、安心安全な医療の再構築に向けた看護師等の資質向上及び臨床実践能力の強化であった。専門分野の構造化を図り、「在宅看護論」が看護の統合と実践に位置づけられ、臨床実践に近い環境での学習の推進が図られた。また、この報告書において、「在宅看護論」は、「地域で生活しながら療養する人々とその家族を理解し、在宅での看護実践の基礎を学ぶ内容とした。また、終末期看護も含め、在宅での基礎的な看護技術を身につけ、他職種と協働する中で看護の役割を理解する内容とした。そして、チーム医療及び他職種との協働の中で看護師としてのメンバーシップ及びリーダーシップを理解すること、看護をマネジメントできる基礎的能力を身につけること」と記入されている（厚生労働省 2007）。

第 4 次改正において注目すべき点は、前回の改正で新設された「在宅看護論」をさらに発展させて、地域で生活している人々への看護としてマネジメントを含めた実践が強化されたことである。今までの訪問看護をさらに発展させた改正であったといえる。

3-5 第 5 次改正

2020(令和 2)年、保健師助産師看護師学校養成所指定規則（昭和 26 年文部省・厚生省第 1 号）の一部を改正する省令が公布され、2022(令和 4)年 4 月 1 日から適用となった。改正の趣旨

及び改正の概要については以下のとおりである。

○保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令の公布について(通知)(令和2年10月30日)(／2文科高第666号／医政発1030第15号／)(各都道府県知事・各都道府県教育委員会教育長・各国公私立大学長あて文部科学省初等中等教育局長・文部科学省高等教育局長・厚生労働省医政局長通知)

1 改正の趣旨

少子高齢化が一層進む中で、地域医療構想の実現や地域包括ケアシステム構築の推進に向け、人口及び疾病構造の変化に応じた適切な医療提供体制の整備が必要である。また、医療・介護分野においても、AI(Artificial Intelligence:人工知能)、IoT(Internet of Things:モノのインターネット)等の情報通信技術(ICT)の導入が急速に進んでいる。これらの変化に合わせて、患者をはじめとする対象のケアを中心的に担う看護職員の就業場所は、医療機関に限らず在宅や施設等へ広がっており、多様な場において、多職種と連携して適切な保健・医療・福祉を提供することが期待されており、対象の多様性・複雑性に対応した看護を創造する能力が求められている。こうした中、厚生労働省において平成30年4月から10回にわたり「看護基礎教育検討会」を開催し、現在の教育実態を踏まえ、将来を担う看護職員を養成するための看護基礎教育の内容と方法について検討を重ね、令和元年10月に、カリキュラム改正案や教育体制及び教育環境について報告書がとりまとめられた。また、文部科学省においては、「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」を開催し、厚生労働省における検討会の動向に呼応して、保健師助産師看護師学校養成所指定規則(昭和26年文部省・厚生省令第1号。以下「規則」という。)の適用に関する課題と対応策について検討を行い、令和元年12月に報告書がとりまとめられた。今回の改正は、これらを踏まえ、保健師学校養成所、助産師学校養成所、看護師学校養成所及び准看護師学校養成所における教育内容の充実を図るため、カリキュラムを定める規則について、所要の改正を行うものである。

2 改正の概要

(3) 看護師学校養成所カリキュラムの見直し

- ① 総単位数を現行の「97単位」から5単位増の「102単位」とする。
- ② 教育内容の区分について、「専門分野Ⅰ」「専門分野Ⅱ」「統合分野」の区分を1つにまとめて「専門分野」とする。
- ③ 「基礎分野」の区分の教育内容である「科学的思考の基盤」及び「人間と生活・社会の理解」の単位数について、現行の「13単位」から1単位増の「14単位」とする。
- ④ 「専門基礎分野」の区分の教育内容である「人体の構造と機能」及び「疾病の成り立ちと回復の促進」の単位数について、現行の「15単位」から1単位増の「16単位」とする。
- ⑤ 「専門分野」の区分の教育内容である「基礎看護学」の単位数について、現行の「10単位」から1単位増の「11単位」とする。
- ⑥ 「専門分野」の区分の教育内容である「在宅看護論」について、名称を「地域・在宅看護論」に改めるとともに、規定順を変更し、基礎看護学の次に位置づけ、単位数を現行の「4単位」から2単位増の「6単位」とする。
- ⑦ 「専門分野」の区分の教育内容である「成人看護学」「老年看護学」の臨地実習の単位

数について、現行それぞれ「6単位」と「4単位」であったものから「合計4単位」とする。

- ⑧ 「専門分野」の区分の臨地実習について、総単位数の23単位から各教育内容の単位数の合計17単位を減じた6単位については、学校又は養成所が教育内容を問わず実習単位数を自由に設定することができることとする。

(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc5425&dataType=1&pageNo=1)

教育内容は、表1-4のとおりである。

教育内容の区分が、専門分野と統一されている。このことに関して『看護基礎教育検討会報告書』によると、「教育内容として「看護の統合と実践」が創設されて約10年が経過し、その意義が浸透したこと、「専門分野Ⅰ」、「専門分野Ⅱ」、「統合分野」は必ずしもこの順で一方向的に学ぶのではなく、教育の実態から双方向的に往来しながらの学習もあり得ることから、各養成所が教育理念や目標に合わせてカリキュラムを編成しやすくなるよう、「専門分野Ⅰ」、「専門分野Ⅱ」、「統合分野」の区分を1つにまとめて「専門分野」とした」と記述されている(厚生労働省 2019)。また、総単位数が現行の「97単位」から5単位増の「102単位」になっている。これはまず、基礎分野で1単位増、専門基礎分野で1単位増、専門分野の基礎看護学で1単位増となっており、情報通信技術（ICT）の活用やコミュニケーション能力の強化及び臨床判断能力の基盤を強化するための講義・演習の充実等が目的とされている。そして、従来の「在宅看護論」が対象者及び対象者の療養の場の多様化に対応できるよう、「地域・在宅看護論」に名称変更となり、現行の4単位から2単位増の6単位となり内容の充実が図られた。

第5次改正で注目すべき点は、「在宅看護論」から「地域・在宅看護論」という名称の変更である。なぜ名称変更が必要であったのかについては、看護基礎教育検討会の議事録を検討し第5章で述べることとしたい。

第4節 小括

訪問看護制度創設の前を訪問看護の萌芽期、公衆衛生看護としての訪問看護、医療機関における訪問看護と3期に分けて検討した。

訪問看護の萌芽期では、家庭に赴いて行っていた派出看護や巡回看護は、教育内容や資格取得に関して統一された規定はなく、家政婦的な役割を担うものあるいは社会貢献的なものとして位置づけられ、本論文で扱う「訪問看護」とは異なるものであった。

公衆衛生看護としての訪問看護では、肺結核や性病の蔓延、乳児死亡率が非常に高いことから、看護婦は、患者宅を訪問し疾病予防の指導、妊産婦や乳幼児を対象とした健康診査・健康相談、育児指導等の訪問看護を行っていた。また、保健婦の制度のない時代であり、看護婦や産婆の有資格者が、工場や、学校、警察、健康相談所に雇われて保健指導に従事するなど、保健婦の前身の誕生の時期であった。その後、1947(昭和22)年に「保健所法」が改正され、GHQによる指導で保健所が公衆衛生看護活動の拠点となり、保健所保健婦が地域住民に衛生教育や予防活動などの訪問指導を実施し、保健婦の活動としての公衆衛生看護が脚光を浴びることとなっていった。

医療機関における訪問看護では、1965年頃から脳卒中後遺症などによる、「寝たきり老人」が社会問題となりこれらの「寝たきり老人」を対象に、病院や診療所の訪問看護が始まった。京都市西陣の堀川病院や東京都の白十字病院が訪問看護を開始し、その後急速に医療機関からの訪

問看護が広がっていった。この医療機関の訪問看護が、今の訪問看護の基になっているといえる。しかし、看護職不足や関係者の理解を得ることの難しさなどから実施する機関数はあまり伸びず、1990年では、全体の1割にも満たない医療機関で行われるだけとなり、また、医療機関の訪問看護は、その医療機関に受診している患者に限られることから訪問看護を受けられない患者も多いこと等の問題があった。

訪問看護制度は、1991(平成3)年老人保健法の改正により老人訪問看護ステーションとして制度化され、その後1994(平成6)年に対象を老人に限定せず全年齢層に拡大した訪問看護制度が施行され、2000(平成12)年4月の介護保険法の施行により、訪問看護は介護保険、医療保険双方に対応できる制度となった。この制度化は、今まで雇用者としての立場であった看護師に、起業家としての道を開いたという意味においても重要な変化としてとらえることができる。そして、訪問看護師は、住み慣れた地域や自宅で、より快適で安全な生活ができるように医療と生活の両面から支えていくことが重視される。さらには、地域包括ケアシステムの構築への貢献として、地域住民や地域の医療従事者との連携を強化し、医療と生活をつなぐ専門職として地域全体を見据えた役割の発揮が必要とされているといえる。

ここで、助産師についても少しふれておきたい。助産師は、これまで看護職の中で唯一独立開業し、助産業務を自立して実践できる職業であるとされてきた。助産所はその開業実践の場であり、医療法第2条に「助産師が公衆又は特定多数人のためその業務(病院又は診療所において行うものを除く)を行う場所をいう」と定められている。訪問看護ステーションの管理者になれる者は、保健師あるいは看護師と規定されている。ここには訪問看護との違いがあるといえる。

一方で、看護教育の変遷を概観すると、統一された資格制度が存在しなかった明治期から、大正期は、戦争による看護婦の需要の増大や、病院数の増加から需要に対する供給の不足が生じたこと等により、看護教育の年齢の引き下げや教育水準までも下げて安易な教育を行うような方向へと進んでいった。そして、戦後の教育改革を経て、1948(昭和23)年7月、「保健婦助産婦看護婦法」が制定し、3種の看護職(看護婦、助産婦、保健婦)の資質が全国的に統一された。しかし、ここに改めて2種の看護婦が浮上した。甲種看護婦及び乙種看護婦に区別され、甲種看護婦は医師の指示の下に、乙種看護婦は甲種看護婦の指示の下にといった従属関係が規定された。

1949(昭和24)年5月には、「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」が交付され、これによって看護婦の教育が事実上、国家水準で実施されるようになり、看護教育としての基盤が作られた。

1951(昭和26)年4月には、「保健婦助産婦看護婦法」が改正され、甲種、乙種看護婦が一本化され、看護婦に名称が統一となった。しかし、看護婦の入学要件が高学歴となり、供給が間に合わないため、暫定的に看護婦を補助する准看護婦制度が新設されることとなった。

1951(昭和26)年8月に「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」が改正された。教育内容は、疾患を中心とした医学モデルが基となり、しかも主要な科目は医師が教授することとされ、訪問看護という視点の教育は、全く存在していなかった。

その後、人口の高齢化・疾病構造の変化等の時代の変化により、看護教育改革がおこなわれ、看護教育カリキュラムも1967(昭和42)年の第1次改正から2020(令和2)年の第5次改正まで、5回の改正が行われている。

このカリキュラム改正で特に注目すべき点は、訪問看護制度が創設されてから5年後の1996(平成8)年の第3次改正で「在宅看護論」という科目が登場したことである。その後、2008(平

成 20)年の第 4 次改正では、「在宅看護論」がさらに発展的に地域で生活している人々への看護としてマネジメントを含めた実践が強化された。そして、2020(令和 2)年の第 5 次改正で、地域看護学の視点を含んだ「地域・在宅看護論」という名称の変更がおこなわれている。すなわち、看護師の役割が施設内看護から地域へと拡大していることを意味しており、加えて地域包括ケアシステムの構築への貢献として、地域住民や地域の医療従事者との連携を強化し、医療と生活をつなぐ専門職として地域全体を見据えた役割の発揮が期待されているといえるだろう。

「訪問看護」に関連したカリキュラム改正は、第 3 次改正から第 5 次改正で扱われており、この改正の過程において検討された議論等については、第 5 章において述べていくこととしたい。

【注】

- 1) 年号表記は、西暦（元号）を原則とし、全章において統一した。
- 2) 2001(平成 13)年、保健婦助産婦看護婦法第 153 号において、“保健婦、助産婦、看護婦” という名称から、“保健師、助産師、看護師” と改正した。よって名称については改正以前の名称においては「婦」で記入した。
また、客観的に述べる場合は、現在の呼称である「師」を原則用いた。なお全章においても同様とした。
- 3) 訪問看護推進連携会議：国民の安全・安心な在宅療養生活の実現や訪問看護のさらなる推進を目指して、「公益社団法人日本看護協会」と「公益財団法人日本訪問看護財団（当時、日本訪問看護振興財団）」と「一般社団法人全国訪問看護事業協会」が設置したもの。
- 4) 別表三とは、保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の看護婦学校養成所（三年課程）の教育内容が規定されたものである。

表 1-1. 看護婦養成所学科課程のカリキュラム《1947(昭和 22)年～1949(昭和 24)年》

甲種看護婦養成所学科課程 (昭和22年)				甲種看護婦養成所学科課程 (昭和24年)			
学科	学科目	時間数	備考	学科	学科目	時間数	備考
学 科	解剖生理学	90		学 科	解剖生理学	90	
	病理学細菌学及び消毒法	70			細菌学	45	
	看護学	585	*内訳の通り		化学	45	
	栄養学及び食餌療法	120			公衆衛生	30	
	薬理学及び調理法	45			栄養及び食餌療法	45	
	衛生学	50			栄養		
	物理学及び化学	45			食餌療法		
	衛生統計	20			薬物学	30	
	衛生法規	15			薬物学		医師による
	社会学大意及び医療社会事業	30			調剤法		薬剤師による
	教育及び心理	45			看護学	595	*内訳の通り
					社会学	15	
					心理学	30	
	合計	1,115	他に語学(外国語を含む)、音楽、体育、その他の教養科目を教授すること		合計	925	他に語学、音楽、体育、その他の教養科目を教授すること
看 護 学	看護学内訳			看 護 学	看護学内訳		
	看護史及び看護倫理	20			看護史及び看護倫理	30	
	一般基礎看護法	100	一般医療器械取り扱い法及び患者運搬法を含む		看護学理論及び実地	135	
	看護管理法	15			内科学及び看護法	60	40：医師による 10：看護婦による
	内科学及び看護法	50			外科学及び看護法(整形外科学及び手術室勤務を含む)	105	一般外科 40：医師による 35：看護婦による(内10：手術室勤務) 整形外科 15：医師による 15：看護婦による
	外科学及び看護法	80	整形外科学、救急法及び綱帯法を含む		小児科学及び看護法	45	25：医師による 20：看護婦による
	小児科学及び看護法	45			産婦人科学及び看護法	45	25：医師による 20：看護婦による
	産婦人科学及び看護法	45			伝染病学及び看護法(結核、性病及び寄生虫病を含む)	75	一般 15：医師による 15：看護婦による 結核 15：医師による 10：看護婦による 性病10 寄生虫病10
	伝染病学及び看護法	45	結核を含む		皮膚泌尿器科学及び看護法	15	
	皮膚泌尿器科学及び看護法	30			眼科学及び耳鼻咽喉科学	30	
	眼科学及び看護法	15			精神病学及び精神衛生	30	
	耳鼻咽喉科学及び看護法	20			理学療法	15	
	歯科学及び看護法	10			職業的調整	10	
	理学療法	15					
	臨床診療介補技術	33	試験室検査法を含む				
	手術室勤務技術	15					
	総合症例研究	15					
精神病学及び看護法	30	優性及び精神衛生を含む					
合計	585		合計	595			
科目	週	備考	科目	週	備考		
(病室その他の勤務)臨床実習	内科	15		(病室その他の勤務)臨床実習	内科	16~20	
	外科	15			外科	16~20	
	小児科	15			小児科	15	
	産婦人科	12			産婦人科	16	産科：12 婦人科：4
	伝染病科	10			伝染病(結核含む)	10	
	手術室	10			手術室	10	
	調理室	8			調理室	8	
	精神病科	3	選択科目とすることができる				
	小計	88			小計	91~98	
(外来勤務)臨床実習	内科	4		(外来勤務)臨床実習	内科	3	
	外科	4			外科	2	
	小児科	4			小児科	3	
	産婦人科	4			産婦人科	2	
	皮膚泌尿器科	3			皮膚泌尿器科	2	
	眼科	3			眼科	2	
	耳鼻咽喉科	3			耳鼻咽喉科	2	
	歯科	2					
	理学療法科	2					
	精神病科	3					
その他	8						
小計/合計	40	/128週 (5,632時間)	小計/合計	16	/107~115週 (4,700~5,060時間)		
総合計		6,747時間	総合計		5,625~5,985時間		

看護行政研究所編集「平成26年版看護六法」大3編資料第2基本法令の改正経緯 保健師助産師看護師学校養成所指定規則を参考に作成

表 1-2. 看護教育課程のカリキュラム<1951(昭和 26)年~1967(昭和 42)年>

看護婦学校養成所学科課程 (昭和26年)				看護婦教育課程 (昭和42年) (第1次カリキュラム改正)					
学科	学科学目	時間数	備考	科目	時間数			備考	
					講義	実習	計		
学 科	医科学概論	15		基礎科目	物理学	30		30	
	解剖生理学	90			化学	30		30	
	細菌学	45			生物学	30		30	
	化学	45			統計学	30		30	
	教育学	30	教育心理を含む		社会学	30		30	
	心理学	30			心理学	30		30	
	精神衛生	15	精神身体医学を含む		教育学	30		30	
	統計	15			外国語	120		120	
	社会学	30			体育	60		60	
	社会福祉	20	社会保険、社旗保障及び社会事業について教授する事		合計	390		390	
	衛生	50			医学概論	15		15	
	個人衛生	20			解剖学	45		45	
	公衆衛生概論	30			生理学	45		45	
	栄養	45	食餌療法を含む		生化学(含む栄養学)	45		45	
	薬理	30			薬理学(含む薬剤学)	30		30	
	看護学	690	公衆衛生看護論を含む		病理学	45		45	
	合計	1,150時間以上			微生物学	45		45	
看護学	看護学内訳			公衆衛生学	30		30		
	看護史	20	保健婦及び助産婦に関する歴史を含む	社会福祉	15		15		
	看護倫理(職業的調整)	20		衛生法規	15		15		
	看護原理及び実際	135		合計	330		330		
	公衆衛生看護概論	10	保健婦事業の原理及び実際の概論を教授する事	看護学内訳					
	内科学及び看護法	90	60:医師による 30:看護婦による	看護学総論	150	210	360		
	外科学及び看護法(整形外科学及び手術室勤務を含む)	110	一般外科 40:医師による 40:看護婦による(内10:主術室勤務) 整形外科 15:医師による 15:看護婦による	看護概論	60		60	看護史及び看護倫理を含む	
	小児科学及び看護法(新生児を含む)	60	40:医師による 20:看護婦による	看護技術	90	90	180		
	産婦人科学及び看護法(母性衛生及び助産法概論を含む)	70	50:医師による 20:看護婦による	総合実習		120	120		
	伝染病学及び看護法(結核及び寄生虫病を含む)	80	50:医師による 30:看護婦による	成人看護学	495	1,170	1,665		
	眼科学、歯科学及び耳鼻咽喉科学(口腔衛生を含む)	40		成人看護概論	30		30		
	精神病学及び看護法	25	15:医師による 10:看護婦による	成人保健	60		60	精神衛生を含む	
	皮膚泌尿器科学(性病を含む)	15		成人疾患と看護	405	1,170	1,575		
	理学療法	15		内科疾患と看護	135	435	570	伝染性疾患/寄生虫病を含む	
				精神科疾患と看護	30	90	120		
				外科疾患と看護	90	330	420	救急処置及び手術室実習を含む	
				整形外科疾患と看護	45	90	135		
			皮膚科疾患と看護	15		15			
			泌尿器科疾患と看護	15	45	75			
			婦人科疾患と看護	30	45	75			
			眼科疾患と看護	15		15			
			耳鼻咽喉科疾患と看護	15		15			
			歯科疾患と看護	15	90	135			
			保健所等実習		45	45			
			小児看護学	120	180	300			
			小児看護概論	15		15			
			小児保健	30		30			
			小児疾患と看護	75	180	285	保健所等実習を含む		
			母性看護学	120	210	330			
			母性看護概論	15		15			
			母性保健	75	210	315	保健所等実習を含む		
			母性疾患と看護	30		30			
			合計	885	1,770	2,655			
			総合計	1,605	1,770	3,375時間			
(病室その他の勤務)	科目	週	備考	専門科目(看護学)					
	内科	16							
	外科	16							
	小児科	12							
	産婦人科	14	産科(分娩室):8 (新生児室):2 婦人科:4						
	伝染病(結核含む)	10							
	手術室	10							
	特別食調理室	4							
	小計	82週以上							
	(外来勤務)	内科	3						
		外科	2						
		小児科	3						
		産婦人科	3						
		皮膚泌尿器科	2						
		眼科	2						
		耳鼻咽喉科	2						
		歯科	2						
保健所		1							
小計/合計		20週以上	/102週以上 (4,488時間)						
総合計				5,638時間					

出典) 週刊医学会新聞 第 2188 号 1996 年 4 月 22 日「各施設の自由裁量を大幅に増やす看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会を終えて」現行カリキュラムと改正案(看護師 3 年課程)表、及び『看護六法』看護師等養成所の運営に関する指導要領 別表 3 を参照し作成。

表 1-3. 看護教育課程のカリキュラム《1989(平成元)年～1996(平成8)年》

科目	1989(平成元)年(第2次カリキュラム改正)		分野	1996(平成8)年(第3次カリキュラム改正)					
	科目	時間数		教育内容	単位数	時間数			
基礎科目	人文科学 2科目	60	基礎分野	科学的思考の基礎	13				
	社会科学 2科目	60		人間と人間生活の理解					
	自然科学 2科目	60							
	外国語	120							
	保健体育	60							
	小計	360 (12%)		小計	13(13%)	(12%)			
専門基礎科目	医学概論	30	専門基礎分野	人体の構造と機能	15				
	解剖生理学	120		疾病の成り立ちと回復の促進					
	生化学	30							
	栄養学	30							
	薬理学	45							
	病理学	75							
	微生物学	45		社会保障医制度と生活者の健康	6				
	公衆衛生学	30							
	社会福祉	30							
	関係法規	30							
	精神保健	45							
	小計	510 (17%)		小計	21 (23%)	(17%)			
専門科目	基礎看護学	300	専門分野	基礎看護学	10				
	看護学概論	45		在宅看護論	4				
	基礎看護技術	195		成人看護学	8				
	臨床看護総論	60		老年看護学	4				
	成人看護学	315		小児看護学	4				
	成人看護概論	15		母性看護学	4				
	成人保健	30		精神看護学	4				
	成人臨床看護	270							
	老人看護学	90							
	老人看護概論	15							
	老人保健	15							
	老人臨床看護	80							
	小児看護学	120							
	小児看護概論	15							
	小児保健	30							
	小児臨床看護	75							
	母性看護学	120							
	母性看護概論	15							
	母性保健	30							
	母性臨床看護	75							
		小計		945 (32%)			小計	36(39%)	(35%)
	臨床実習	1035			臨床実習		23		
	看護	135			基礎看護学		3		
成人看護学	630		在宅看護論	2					
老人看護学	135		成人看護学	8					
小児看護	135		老年看護学	4					
母性看護	135		小児看護学	2					
			母性看護学	2					
			精神看護学	2					
	小計	1035 (35%)		小計	23(25%)	(36%)			
計		2850	計		93	2895			
必須選択科目		150							
総計		3000	総計		93	2895			

出典) 週刊医学会新聞 第2188号1996年4月22日「各施設の自由裁量を大幅に増やす看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会を終えて」現行カリキュラムと改正案(看護師3年課程)表、及び『看護六法』看護師等養成所の運営に関する指導要領 別表3を参照し作成。

表 1-4. 看護教育課程のカリキュラム<<2008(平成 20)年~2020(令和 2)年>>

看護教育課程 2008(平成20)年(第4次改正)				看護教育課程 2020(令和2)年(第3次改正)			
分野	教育内容	単位数	時間数	分野	教育内容	単位数	時間数
基礎分野	科学的思考の基礎	13		基礎分野	科学的思考の基礎	14	
	人間と人間生活の理解				人間と人間生活の理解		
	小計	13(13%)			小計	14(13%)	
専門基礎分野	人体の構造と機能	15		専門基礎分野	人体の構造と機能	16	
	疾病の成り立ちと回復の促進				疾病の成り立ちと回復の促進		
	社会保障医制度と生活者の健康	6			社会保障医制度と生活者の健康	6	
	小計	21(22%)			小計	22(22%)	
専門分野 I	基礎看護学	10		専門分野	基礎看護学	11	
	臨地実習	3			地域・在宅看護論	6	
	基礎看護学	3			成人看護学	6	
小計	13(13%)		老年看護学		4		
専門分野 II	成人看護学	6			小児看護学	4	
	老年看護学	4			母性看護学	4	
	小児看護学	4			精神看護学	4	
	母性看護学	4			看護の統合と実践	4	
	精神看護学	4			臨地実習	23	
	臨地実習	16			基礎看護学	3	
	成人看護学	6			地域・在宅看護論	2	
	老年看護学	4		成人看護学	-		
	小児看護学	2		老年看護学	4		
	母性看護学	2		小児看護学	2		
精神看護学	2		母性看護学	2			
小計	38(39%)		精神看護学	2			
統合分野	在宅看護論	4		看護の統合と実践	2		
	看護の統合と実践	4		小計	12(12%)		
	臨地実習	4		総合計	97	3,000時間以上の講義・実習を行う	
	在宅看護論	2					
	看護の統合と実践	2					
小計	12(12%)		総合計	102	単位の計算方法は、大学設置基準第二十一条第二項の規定の例による		

出典)『看護六法』看護師等養成所の運営に関する指導要領 別表3を参照、第5次カリキュラムに関しては、
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc5425&dataType=1&pageNo=1 を参照し作成。

第2章 訪問看護の現状

はじめに

本章では、厚生労働省・日本看護協会・全国訪問看護事業協会等の報告書を基に訪問看護の現状を分析する。

内閣府『令和3年版高齢社会白書』によると、我が国の65歳以上人口は、昭和25年には総人口の5%に満たなかったが、昭和45年に7%を超え、さらに、平成6年には14%を超えた。高齢化率はその後も上昇を続け、令和2年10月1日現在、28.8%に達していると報告している（内閣府 2021）。また、『令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査（報告）』によると、「病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき」、最期を迎えたい場所を自宅としている一般国民の割合は43.8%であり、医療機関としている割合が41.6%であった。一方、それまでの医療・ケアを受けたい場所は、自宅が27.3%であり、医療機関が54.8%であった（厚労省 2022: 40-43）。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。令和2年度末現在の要介護（要支援）の認定者数は、682万人で、この21年間で約2.7倍となっており、今後日本は高齢多死社会を迎えることから、在宅医療の需要は引き続き増加する傾向にあるといえる（厚生労働省 2023）。こうした中、近年の医療政策は在宅医療の推進を掲げ、寝たきりの高齢者や認知症高齢者、終末期にある方が在宅での療養生活を希望した場合、安心して生活ができるような社会資源の整備がすすめられており、なかでも訪問看護ステーションの果たすべき役割はますます増大している。そこで、この章においては、訪問看護制度創設以来、訪問看護ステーションがどのような状況で推移しているのか現状を述べる。まず、第1節では、訪問看護制度の概要について述べる。第2節では、訪問看護事業所の開設における基準について述べる。第3節では、訪問看護事業所の現状として、訪問看護ステーション数および利用状況の推移、訪問看護ステーションで働く訪問看護師数の推移について述べる。第4節では、医療保険と介護保険の2つの制度に基づく訪問看護、および経営状況について述べる。第5節は、訪問看護の現状を分析する。

第1節 訪問看護制度について

本節では、1991年に創設された訪問看護制度の概要について述べる。

1982（昭和57）年に老人保健法¹⁾（昭和五十七年八月一七日法律第八〇号）が公布され、老人保健事業の「訪問指導」が市町村で開始となった。1991（平成3）年10月に老人保健法の改正により老人訪問看護制度が創設され、1992（平成4）年4月1日から在宅の寝たきりの老人等に対して、老人訪問看護ステーションから訪問看護が実施されることとなった。

老人保健法等の一部を改正する法律の老人訪問看護制度の創設及び定義については以下のとおりである。

○老人保健法等の一部を改正する法律の施行について（平成三年一〇月四日）（厚生省発老第六〇号）

四 老人訪問看護制度の創設

心身の機能の低下した状態にある在宅の老人に対する総合的なケアの体制を整備するた

め、在宅の老人が都道府県知事の指定する老人訪問看護事業を行う者から看護サービスを受けたときには、老人訪問看護療養費を支給する制度を導入することとされたこと。その概要は以下のとおりであること。

(一) 老人訪問看護事業の定義

疾病、負傷等により、寝たきりの状態等にある老人（主治の医師が必要と認めたものに限る）に対し、その者の家庭において看護婦等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助（保険医療機関等、特定承認保険医療機関等又は老人保健施設により行われるものを除く。以下「老人訪問看護」という）を行う事業をいうものであること。（厚生労働省 1991）

この制度創設のねらいは、在宅の寝たきり老人等への訪問看護を拡大し、福祉との連携のもとに在宅医療の推進を図ることであった。訪問看護制度の特徴は、看護師が管理者となることとされており、また診療報酬や介護報酬を直接受け取ることができる点であった。要するに、医師以外の職種である看護師が管理者となる事ができる事、そして、その事業所に社会保険料を財源とした療養費が支払われる仕組みが制度化されたことである。これは、今まで被雇用者としての歴史しか持てなかった看護師にとっては大きな変化であった。

日本看護協会発行の『協会ニュース』（1991年10月15日発行）には次のような記載がある。

老人保健法改正が、九月二十七日の衆議院本会議で成立した。この法律改正により老人訪問看護制度（訪問看護ステーション）は平成四年四月一日から始まることの本決まりになった。

本会は、従来から本部、各支部・都道府県看護協会ともに、高齢者等を対象とした訪問看護に意欲的に取り組んできた。潜在看護職の発掘、訪問看護婦養成講習会、継続研究、訪問看護教育カリキュラムの作成など看護職の育成のほか、各種相談や訪問看護事業などである。これにより、地域における看護サービスが拡充しつつある。今回の老人訪問看護制度の創設によって、本会もいっそう積極的に訪問看護に取り組めるようになるものと期待している。

（日本看護協会 1991）

この記事からも分かるように、看護界としての期待の大きさを窺うことができる。

1994（平成6）年10月1日から健康保険法等の改正により、老人医療の対象外の在宅の難病患者、障害児者などの療養者に対しても、訪問看護ステーションから訪問看護が実施できるようになった。そして、老人保健法・健康保険法などに基づく訪問看護サービスは、老人医療受給者のみでなく、すべての年齢の在宅療養者に訪問看護が提供できるように拡大し、指定訪問看護制度となった。この健康保険法の改正については以下に示すとおりである。

○健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について（平成六年九月九日）（厚生省発保第九〇号）

第二 改正の内容

(2) 在宅医療の推進

イ 難病患者、末期のがん患者等、居宅において継続して療養を受ける状態にある者であつ

て、その病状が安定している等の状態にある者に対し、看護婦(士)、保健婦(士)、准看護婦(士)、理学療法士又は作業療法士が療養上の世話その他の必要な診療の補助(保険医療機関、特定承認保険医療機関又は老人保健施設によるものを除く)を行う事業を行う者であって都道府県知事の指定を受けたもの(指定訪問看護事業者)について、被保険者が指定訪問看護を受けた場合には、保険者は訪問看護療養費を支給するものとしたこと。

(厚生労働省 1994)

1996(平成8)年11月に国会へ介護保険法案が提出され、約1年にわたって審議され、1999(平成11)年12月に可決され、介護保険法は、2000(平成12)年4月に施行となった。

この制度創設の背景には、高齢化の進行により、要介護高齢者の増加や介護期間の長期化、老老介護の増加等、それまでの老人福祉・医療制度だけでは補えない介護ニーズがますます増えていき、これらの状況を改善するためにも、地域で協力体制を引き、適切な介護サービスを利用できるようにする必要がある。これより訪問看護は介護保険、医療保険の双方に跨る制度となった(全国訪問看護事業協会 2019: 2)。

2008(平成20)年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律の施行により、老人保健法が廃止となり、老人保健法による老人医療制度は、高齢者の医療の確保に関する法律による後期高齢者医療へ移行となり、老人訪問看護も後期高齢者医療制度へ引き継がれた。

以上のように、訪問看護は、介護保険法、健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律により規定され、それぞれのニーズに適した看護サービスが提供されている(壬生・日當 2017: 55)。

訪問看護のサービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができ、看護ステーションから訪問看護を提供する場合は、医師からの「訪問看護指示書」²⁾が必要となる。訪問看護は、訪問看護師等が療養生活を送っている方の住まいに訪問して看護を行うサービスであり、本人や家族の思いに沿った在宅療養生活の実現に向けて、専門性を発揮し、健康の維持・回復等、生活の質の向上(QOLの向上)ができるように、予防から看取りまで支えることである。そして、そのサービスの具体的な内容は、食事や排泄等のさまざまな療養上の助言、健康状態の管理、心身の健康状態や障がいの状態を観察、状態に応じた助言や緊急対応、予防的支援を行うことである。さらに、医療的ケアが必要な重度の方に対しては、主治医と連携を強化し、医療処置や医療機器の管理・指導も行い、最後まで、その人らしく尊厳のある生活を送ることができるように支援していくこと等である。

第2節 訪問看護事業所の開設について

本節では、訪問看護事業所の開設における、基準について述べる。

1991年の老人保健法の改正に伴い、寝たきりなどの在宅高齢者を対象に訪問看護制度が創設され、看護職者が居宅で看護を提供する事業所を開業することが可能となった。1994年には健康保険法などの改正に伴い訪問看護の対象者が拡大され、すべての在宅療養者が訪問看護を利用できるようになった。さらに、2000年には介護保険法が施行され、訪問看護は介護保険制度の居宅サービスとして位置づけられた。

介護保険法に基づき、訪問看護ステーションを開業するためには「人員基準」「設備基準」「運営基準」の3つの指定基準(「介護保険法」第70条「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」(厚生省令第80号))を満たすことが必須であり、各都道府県知事から「指定居宅サービ

事業者」の指定を受ける必要がある。介護保険の指定を受けると、医療保険の指定訪問看護事業所としてもみなされ、介護保険・医療保険の双方からサービスを提供することができる。

開設するにあたって指定訪問看護ステーションは、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室を設けるほか、指定訪問看護の提供に必要なカルテ庫、面談室、手洗い場（感染予防）、事務机・椅子、面接室用のテーブル・椅子、パソコン、プリンター、電話機、FAXなどの設備及び備品等を備えなければならない。

設置主体には、医療法人や社団・財団法人などの団体や企業などの営利法人がある場合と看護師などによる独立開業の形態をとる場合がある。

人員配置基準として、保健師、看護師または准看護師を常勤換算³⁾で2.5人以上（うち1名は常勤）の配置が必要である。常勤換算とは、事業所の週の所定労働時間をもとにして行う。例えば、週40時間勤務が常勤1人とする場合は、週20時間の者は、0.5人となる。32時間以下の場合は32時間を基準とする。また、管理者について、「常勤管理者は専従かつ常勤の保健師または看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者」と定められており、常勤管理者は、1.0として常勤換算ができる。そして、この他にも事業所の実情に応じて、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置し専門的なりハビリテーションを訪問看護として提供できるが、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、常勤換算には含まれない。助産師については、医療保険の扱いで、助産師によるサービスを提供することができる。健康保険法の指定訪問看護事業のみを行う場合は、助産師も常勤換算の2.5人に含むことができる。（日本訪問看護財団 2020, 2021）

第3節 訪問看護事業所の現状について

本節では、訪問看護ステーション数および利用状況の推移、訪問看護ステーションで働く訪問看護師数の推移について述べる。

3-1 訪問看護ステーション数および利用者の推移

在宅医療の担い手として訪問看護が拡大する中、訪問看護ステーション数の推移をみると、1993年に277カ所であった訪問看護ステーションの数は、介護保険が制度化された2000年には4,730カ所と増加している。しかし、新ゴールドプランによる設置目標5,000カ所には達していない。そして、10年後の2010年には5,731カ所と微増状態であったが、2022年の時点では、14,304カ所となり2012年以降の10年間で約2.5倍、と増加している（全国訪問看護事業協会 2022）。この増加に転じた要因として、『平成29年版看護白書』では、「2012年の診療報酬・介護報酬同時改訂であろう。退院当日あるいは外泊時の訪問看護基本療養費、退院直後2週間限定の特別指示書⁴⁾による医療保険での訪問看護、専門性の高い看護師との同行訪問など、それまで療養費が発生しない現場で先駆的に行なわれていた、対価のないいわゆるボランティアでの実践を評価したことと、介護保険との整合性を図ったこと」（日本看護協会 2017: 3）との記述がある。

一方で、人口10万人当たりの都道府県別訪問看護ステーション数をみると、全国平均7.0に対し和歌山県は12.1と一番多く、栃木県は4.0と最下位であった（日本看護協会・日本訪問看護財団・全国訪問看護事業協会 2013: 4）。このことから地域による格差があることは否めない現状であることが窺える。利用者ニーズの多寡や分布、交通インフラの整備状況など様々な要

因を勘案し、地域に合った改善策を検討して行く必要がある。

訪問看護ステーションの利用者については、介護保険と医療保険の対象者であり、介護保険の訪問看護の対象者は、第1号被保険者と第2号被保険者の人である。第1号被保険者は、65歳以上で、要支援・要介護と認定された人である。また、第2号被保険者は、40歳以上65歳未満で、16特定疾病疾患⁵⁾の対象者で要支援・要介護と認定された人である。介護保険で訪問看護を利用する場合は、本人・家族が、主治医に訪問看護を依頼し、医師が必要であると認めれば、居宅介護支援事業所のケアマネジャー等のケアプランに訪問看護を組み入れてもらう。その後、依頼を受けた訪問看護ステーションは、主治医から「訪問看護指示書」²⁾を受けて、ケアプランに沿った訪問看護計画に基づいて訪問看護が実施される。

医療保険の対象者は、小児から高齢者までを対象とするが、年齢において条件が伴う。特に、要介護・要支援の認定を受けた者については、本来、介護保険が優先となるが、厚生労働大臣が定める疾病等⁶⁾や精神科訪問看護が必要な者（認知症は除く）や病状の悪化等により特別訪問看護指示期間⁴⁾にある者は、医療保険で訪問看護が提供される。したがって、重症心身障害児者等に対しては、医療保険で訪問看護の提供を行う。医療保険で訪問看護を利用する場合は、介護保険と同様に、本人・家族が、主治医に訪問看護を依頼し、医師が必要であると認めれば、訪問看護ステーションは、主治医から「訪問看護指示書」を受けて、訪問看護計画に基づいて訪問看護を実施することとなる。

訪問看護ステーションの利用者数の推移では、介護保険の利用者は、2001年188,000人から2016年422,500人と2.24の増加率である。また、医療保険の利用者は、2001年48,900人から2015年171,000人と3.5の増加率である（日本看護協会 2017: 4）。そして、2021年では、介護保険利用者は、約64.1万人、医療保険の利用者は、38.0万人と医療保険、介護保険ともに増加傾向である（厚生労働省 b 2023: 66）。

訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、「神経系の疾患」「悪性新生物」を含めると、75%以上を占めている。小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケアに該当する者の割合は、平成23年に比べて令和3年は約2.3倍になっている。介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年度は特に増加している（厚生労働省 b 2023: 72-75）。

以上のように、訪問看護の利用者は、医療依存度の高い重度・最重度の割合が増加しており、緊急時の対応など24時間対応体制が必要な利用者が増加しているといえる。医療依存度の高い対象者に対して、訪問看護師は、「療養上の世話」を行いながら「診療の補助」を行う上での主体的な判断力および技術力がより求められるようになってきている。このような医療依存度の高い療養者への対応策として、訪問看護師に特定行為ができるような体制整備に向けての政策については、第3章で述べていきたい。また、これに伴い看護師の役割が拡大する事への責任がより重くなっていることに関しては第4章で述べていきたい。

3-2 訪問看護ステーションの規模および看護職の人数の推移

厚生労働省の『介護サービス施設・事業所調査』によると、訪問看護事業所の開設（経営）主体の構成比は、2012年10月時点では「医療法人」36.0%、「営利法人（会社）」32.6%、「社団・財団法人」12.0%、「社会福祉法人」8.1%である。この構成比を2007年10月時点の状況と比べると、「営利法人（会社）」の占める割合が21.0%から32.6%へと上昇し、「医療法人」が

42.8%から36.0%と減少している。2021年10月現在では、「営利法人（会社）」が59.2%、「医療法人」が21.9%、「社団・財団法人」が6.7%と営利法人が約6割を占めており（厚生労働省2007, 2012, 2021）、設置主体が営利法人へと変化していること分かる。なお、営利法人の開設が可能となったのは介護保険制度が開始された2000年の1年前で、1999年からであり、看護師又は保健師が設立した営利法人も増えつつある（佐藤 2002: 13）。

訪問看護事業所の看護職員（看護師・准看護師・保健師・助産師）数は、厚生労働省『衛生行政報告例』によると、2004年では、看護職員総数1,210,633人のうち訪問看護ステーションへの就業者は、26,434人（2.1%）であった。2010年では、看護職員総数1,470,421人のうち訪問看護ステーションへの就業者は30,301人（2.1%）であったが、2020年では、看護職員総数1,659,035人のうち訪問看護ステーションへの就業者は67,848人（4.0%）と増加してきている（厚生労働省 2004, 2010, 2020）。

次に、訪問看護事業所の規模についてみる。事業所の規模は、人員配置基準で示される。すなわち、看護職員（看護師、保健師、准看護師）2.5人以上から3.0人未満、3.0人以上から5.0人未満、5.0人以上から7.5人未満、7.5人以上の4段階で示され、5.0人未満の事業所は小規模の施設として示されている。

2012年度の調査によると、看護職員（常勤換算）数2.5人以上3人未満の事業所16.7%、3人以上5人未満が42.3%、5人以上7.5人未満が24.6%、7.5人以上が12.3%であり、小規模な事業所が全体の約6割弱を占めていた。小規模事業所の抱える課題として、「規模が小さいほど24時間対応加算⁷⁾が少なく、規模が大きいほど、要介護度の高い利用者や難病や末期のがん等の利用者が多く、重度の利用者への対応ができており、看護師1人あたりの訪問件数、夜間・深夜・早朝訪問が多い」と報告している（全国訪問看護事業協会 2014）。2022年の届け出では、全訪問看護ステーションのうち、88.8%が24時間対応体制加算を届け出ているが、規模が小さくなるにつれて届出の割合が少なくなっている（厚生労働省 b 2023: 総-2: 87）。訪問看護ステーションの小規模事業所の抱える課題は依然継続しているといえる。一方で、看護職員規模（常勤換算）別の訪問看護ステーション数・割合とも、常勤換算5人以上が増加傾向を示しており、2022年度の調査では、常勤換算5人以上の事業所が46.6%を占めており（厚生労働省 b 2023: 総-2: 77）、徐々に規模が拡大してきている。この要因としては、2014年度の診療報酬改定によって機能強化型の訪問看護管理療養費⁸⁾が創設されたことがあげられる。機能強化型訪問看護ステーション1と2は、ターミナルケアの実施や重症児の受入れを積極的におこなう手厚い体制を評価するものである。また、機能強化型訪問看護ステーション3は2018年の診療報酬改訂時に新たに追加された形態で、地域の訪問看護の人材育成等の役割を重点的に評価するものである。このようにそれぞれに算定要件が定められており、要件を満たした場合に「機能強化型訪問看護療養費」が加算される仕組みになっている（表2-1）。2022（令和4）年7月時点で機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、機能強化型1が477事業所、機能強化型2が245事業所、機能強化型3が113事業所である（厚生労働省 b 2023: 総-2: 79）。

訪問看護を担う看護師が、国の需給推計において、2025年に最大約12万人必要である（厚生労働省 2019）としている。しかし、2020年時点では訪問看護ステーションで働く看護職は、約6万8千人であり、微増状況にあるものの今後ますます訪問看護ステーションの規模の拡大化およびそれに伴うマンパワーの確保が課題となるが、ここには、第4章で述べる看護職の役割拡大にともなう法的責任の負荷が関連しているといえる。

第4節 医療保険と介護保険の2つの制度に基づく訪問看護

訪問看護の制度化により、訪問看護事業者は医療保険・介護保険とそれぞれの2つの制度に基づく利用者に対して訪問看護を行うことになった。そして、医療保険に基づく診療報酬は2年ごとの改定、介護保険に基づく介護報酬は3年ごとの改定であり、毎年のごとく訪問看護関連報酬の見直しが行われることによる複雑性が増している状況である。

本節では、訪問看護と診療報酬、介護報酬および経営状況について述べる。

4-1 診療報酬改定と訪問看護

診療報酬は、医療保険に基づく医科診療報酬、歯科診療報酬、調剤報酬、薬価、材料価格などで構成されており、その価格は全国一律で1点10円で点数化されている。診療報酬点数表において在宅医療として区分されている項目は、在宅患者診療・指導料、在宅療養指導管理料、薬剤料、特定保健医療材料料である。これには、往診、訪問診療、訪問看護、訪問栄養食事指導、在宅酸素療法指導管理など、在宅療養生活全般にかかわるさまざまな医療行為や技術が含まれている（石垣・上野 2012: 31）。

医療保険からの訪問看護は、訪問看護基本療養費とそれに対する加算⁹⁾、訪問看護管理療養費とそれに対する加算、訪問看護ターミナルケア療養費、訪問看護情報提供費と4つで構成され、1日あたりの金額を円で示されている。この4つの療養費について次に説明する。

訪問看護基本療養費は、原則、利用者1人に対して週3日を限度として算定でき、5,550円/1日（保健師、助産師、看護師）である。また、(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)と区分があり(Ⅰ)は同一建物居住者以外を算定対象とし、(Ⅱ)は特別養護老人ホームや有料老人ホーム、マンションなどの同一建物居住者、(Ⅲ)は在宅療養に備えて入院患者が外泊する際を算定対象としているものである。そして(Ⅰ)(Ⅱ)は、「厚生労働大臣の定める疾病等の利用者や、医師の指示として、一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある場合に交付する特別訪問看護指示書に基づく場合には、週4日以上の基本療養費や1日に複数回の訪問看護を実施した場合の加算を算定することが可能である（福井ほか編 2022: 216）。

訪問看護管理療養費は、従前からの区分と機能強化型(1・2・3)(表2-1)とに類型化されていて、指定訪問看護ステーションにおける安全な訪問看護の提供体制が整備されており、訪問看護計画書や訪問看護報告書の主治医への提出等の当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に算定することができる(厚生労働省近畿厚生局 2021: 35)。また、24時間対応体制加算や退院支援指導加算¹⁰⁾等の加算を算定することができる。

訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものである(厚生労働省近畿厚生局 2021: 45)。

訪問看護情報提供費は、市町村等、学校等、保険医療機関等に対して情報提供するものである。訪問看護情報提供療養費1は、指定訪問看護ステーションと市町村及び都道府県（以下「市町村等」という）の実施する保健福祉サービスとの有機的な連携を強化し、利用者に対する総合的な在宅療養を推進することを目的とする。訪問看護情報提供療養費2は、利用者が児童福祉法（昭和22年法律第164号）第39条第1項に規定する保育所等、学校教育法（昭和22

年法律第 26 号) 第 1 条に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部(以下「学校等」という)に通園又は通学するに当たって、当該学校等における生活を安心して安全に送ることができるよう、訪問看護ステーションと学校等の連携を推進することを目的とする。訪問看護情報提供療養費 3 は、利用者が保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院(以下「保険医療機関等」という)に入院又は入所し、在宅から保険医療機関等へ療養の場所を変更する場合に、訪問看護ステーションと保険医療機関等の実施する看護の有機的な連携を強化し、利用者が安心して療養生活を送ることができるよう、切れ目のない支援と継続した看護の実施を推進することを目的とするものである(厚生労働省近畿厚生局 2021: 43-45)。

診療報酬の改定は 2 年ごとに行われており、改訂の経緯について、ここでは訪問看護との関連により評価されたことを中心に述べる。

2000(平成 12)年度改定では、基本的考え方として在宅医療の充実を行うことが掲げられ、在宅医療の質の向上と効率化を図るため、在宅患者訪問診療料等の引上げ、在宅医療機器の価格の適正化、そして在宅患者訪問看護・指導料¹⁾については、保健師、助産師または看護師による場合(週 4 日目以降(新設) 630 点)・同一日に複数回の訪問があった場合の加算(1 日複数回訪問した場合の加算(新設) 250 点)が新設された(厚生労働省 2000)。

2004(平成 16)年度改定では、在宅医療の充実を図る観点から、重症者に対する複数回訪問看護(1 日 2 回訪問の場合 250 点から 450 点)、1 日 3 回以上訪問の場合(新設 800 点)、在宅終末期医療の評価の充実(在宅患者訪問点滴注射管理指導料(1 週につき)(新設) 60 点)等(厚生労働省 2004)が図られた。

2006(平成 18)年度改定では、質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点を基本方針とし、在宅医療に係る評価としては、次の 5 点が改定内容として示された。

- ①新たに在宅療養支援診療所を設け、これを患家に対する 24 時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24 時間往診及び訪問看護等を提供できる体制を構築する。
- ②入院から在宅療養への円滑な移行のために、在宅療養支援診療所の医師や訪問看護を行う看護職員等の多職種が共同して行う指導については、評価を引き上げる。
- ③重症度、処置の難易度等の高い患者に対する訪問看護については、評価を引き上げる。
- ④在宅療養支援診療所が関与する場合に、在宅におけるターミナルケアに係る評価を引き上げる。
- ⑤特別養護老人ホームの入所している末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所に係る医師が訪問診療を行うことやその指示に基づき訪問看護等を行うこと等について、新たに評価を行う。

(厚生労働省 2006)

この改定で「在宅療養支援診療所」が整備され、「在宅療養支援診療所」は在宅療養者の 24 時間の窓口として、必要に応じて他の医療機関と連携を図りつつ、往診・訪問看護等を提供できる拠点として位置づけられた。

2008（平成 20）年度改定では、医療機関と在宅医療の連携を強化することを意図した改訂が行われている。訪問看護の推進に向けては、「24 時間体制の訪問看護の推進」「退院前後の支援の充実」「利用者の状態に応じた訪問看護の提供」「終末期の支援体制の充実」の 4 点が評価された。

24 時間体制の訪問看護の推進として、訪問看護基本料（看護師の場合：訪問看護基本療養費 5,300 円から 5,550 円、在宅患者訪問看護・指導料 530 点から 555 点）が引上げられ、また 24 時間電話対応や緊急訪問ができる体制の充実として、24 時間対応体制加算 5,400 円（月 1 回）が新設された。

退院前後の支援の充実として、在宅療養上必要な指導を、退院前及び退院日に実施することで、安心して在宅療養を開始できるように、退院時共同指導加算 6,000 円（末期の悪性腫瘍の患者等には 2 回まで算定可）、退院支援指導加算 6,000 円（対象：末期の悪性腫瘍の患者等）が新設された。

利用者の状態に応じた訪問看護の提供として、人工呼吸器を使っている者に長時間にわたる訪問看護を提供できるように、長時間訪問看護加算 5,200 円（2 時間を超えた場合、週 1 日に限り加算）が新設され、頻回の吸引等が必要な状態にある気管カニューレを使っている者、重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者に対して、頻回の訪問看護を提供できるように、特別訪問看護指示書が 1 ヶ月に 1 回から 2 回に変更された。

在宅で終末期を過ごす上での様々な不安や病状の急激な変化等に対し、細やかに電話対応や訪問看護ができるための体制の充実として、ターミナルケア療養費が 12,000 円/15,000 円から 20,000 円、在宅ターミナルケア加算が 1,200 点/1,500 点から 2,000 点と新設された（厚生労働省 2009）。

2012（平成 24）年度改定では、「急性期医療等の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減」「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実」が重点課題とされ、特に退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実について評価された（厚生労働省 2012）。

2014（平成 26）年度改定では、「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療充実等」が掲げられ「医療から介護へ」「施設から在宅へ」のシフト、「在宅復帰」への誘導が図られた。また、「在宅医療の要」となる訪問看護を充実させるため、24 時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、高い機能をもつ訪問看護ステーションとして、機能強化型訪問看護ステーションが創設され（福井ほか編 2022：87）、訪問看護ステーションの大規模化へ向けての推進が図られた。

2016（平成 28）年度改定では、「地域包括ケアシステムの推進」「医療機能の分化・強化、連携」が重点課題とされた（厚生労働省 2016）。また、医療ニーズの高い患者が安心して入院医療から在宅医療に移行することを支援するため、医療機関（病院・診療所）からの在宅患者訪問看護・指導料が 555 点（週 3 日まで）から 580 点に引き上げられた（福井ほか編 2022：221）。

2018（平成 30）年度は診療報酬と介護報酬の同時改定が行われ、この改定では、「医療機能の分化・強化、連携」「医療と介護の役割分担と切れ目のない連携」を着実に進めること、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築、あらゆる世代の国民一人ひとりが状態に応じた医療を受けられることの必要性が示された。そして、医療機関同士や訪問看護事業所、保険薬

局などとの連携の重要性が増していることから、地域包括ケアシステムの役割を担う、かかりつけ医に手厚い評価が行われ、看護師や薬剤師、ケアマネジャーなどの多職種連携、医療連携にも手厚い配分が行われた。また、医療機関に勤務する看護職員の研修や人材交流の受け入れ、重症の在宅療養患者の訪問看護の提供といった地域における訪問看護提供体制確保に資する一定の役割を担う訪問看護ステーションを、機能強化型訪問看護管理療養費 3 (8,400 円) として評価することとなった (福井ほか編 2022: 56, 厚生労働省 2018)。この研修システムの構築により、施設内 (病院) 勤務の看護師は、訪問看護ステーションに研修に行くことにより在宅医療の現状を学び、入院時から在宅復帰を目標とした看護援助の必要性を考慮した看護援助の提供に繋げることができる。

2020 (令和 2) 年度改定では、「健康寿命の延伸、人生 100 年時代に向けた全世代型社会保障の実現」「医療従事者の負担軽減」「医師等の働き方改革の推進」が示された。また、機能強化型訪問看護療養費の人員配置基準に看護職員の配置を 6 割以上とする要件が追加された。この要件によって、機能強化型訪問看護ステーションにおける重症患者の受け入れという役割をより発揮できる改正となった (福井ほか編 2022: 87, 厚生労働省 2020)。

2022 (令和 4) 年度改定では、これまでの改定の流れを継承しながら、新型コロナウイルス感染症への対応や、感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携等の対応を行うことが重要であることが示された。訪問看護に関しては、「2 つの訪問看護ステーションが連携して 24 時間対応を行う体制の評価拡大、機能強化型訪問看護ステーションのさらなる機能強化をめざした施設基準見直し、専門性の高い看護師 (認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了看護師) の評価充実、退院当日の訪問看護の訪問看護ターミナル療養費でのカウントによる不合理是正など、医療機関の機能分化・強化と連携をさらに推進する取り組みの評価」 (福井ほか編 2022: 57) が行われた。

以上のような 2 年ごとの改訂により、訪問看護の体制強化に向けた評価が行われている。特に、2022 年度の診療報酬改定では、認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者による専門性の高い看護師の訪問看護に対する評価として、専門管理加算 (1 回/月 2,500 円) が創設されたことは、これからの訪問看護への期待が大きいことが窺える。特定行為研修に関しては、第 3 章で制度の政策過程を詳しく述べることとする。また、特定行為研修制度による看護師の役割拡大は、法的責任とも大きく関与し、責任も付加されることとなる。このことに関しては、第 4 章で述べる。

4-2 介護報酬と訪問看護

介護保険法は、増加する高齢者の介護は家族の自助努力のみではなく、医療と福祉を統合した社会保険方式による「介護の社会化」を理念とし、2000 (平成 12) 年から施行された (石垣・上野 2012: 8)。

そして、それぞれの保険の適用についての考え方は次のとおりである。

- ① 介護保険の被保険者であって要支援・要介護と認定されている利用者に対しては原則として介護保険での訪問看護を行う
- ② 要支援・要介護者であっても、次の場合は医療保険の訪問看護が適用される
・末期の悪性腫瘍や難病等で厚生労働大臣が定める疾病等に該当する場合

- ・急性増悪等で、頻回な訪問看護が必要であると医師が判断し、特別訪問看護指示書を交付した場合
 - ・認知症以外の精神疾患で精神科訪問看護指示書により訪問を行う場合（ただし、認知症の利用者で精神科在宅患者支援管理料を算定する場合は医療保険）
 - ・入院中の患者の外泊時に訪問看護を実施する場合
- ③ 40歳未満や要支援・要介護認定を受けていない利用者への訪問看護は、医療保険が適用
（福井ほか編 2022: 214-215）

介護保険における訪問看護は、主治医が交付する訪問看護指示書を受けて実施する。介護保険サービスの利用にあたっては、介護支援専門員（ケアマネジャー）が利用者からの相談により作成するケアプランに基づいて行う。そして、要支援1、要支援2の利用者に対する介護予防訪問看護費と要介護1から要介護5までの利用者に対する訪問看護費に分けられる。（図2-1）

介護報酬では、サービス内容と時間に応じた基本サービス費と、利用者の状態に応じたサービス提供や事業やステーションの体制に対する加算・減算がある。基本サービス費は、20分未満、30分未満、30分以上1時間未満、1時間以上1時間30分未満という時間数によって報酬額が違っており、それぞれ、313単位、470単位、821単位、1125単位に設定されており、1単位は10円として計算される（表2-2）。

また、加算については、看護体制強化加算や24時間対応体制加算（緊急時訪問看護加算）等の看護ステーションの体制を評価した加算がある。他の加算としては、「夜間・早朝」「深夜」に訪問した場合の加算、看取りを行った場合のターミナルケア加算、2人以上の看護師が訪問した場合の複数名訪問加算等がある。

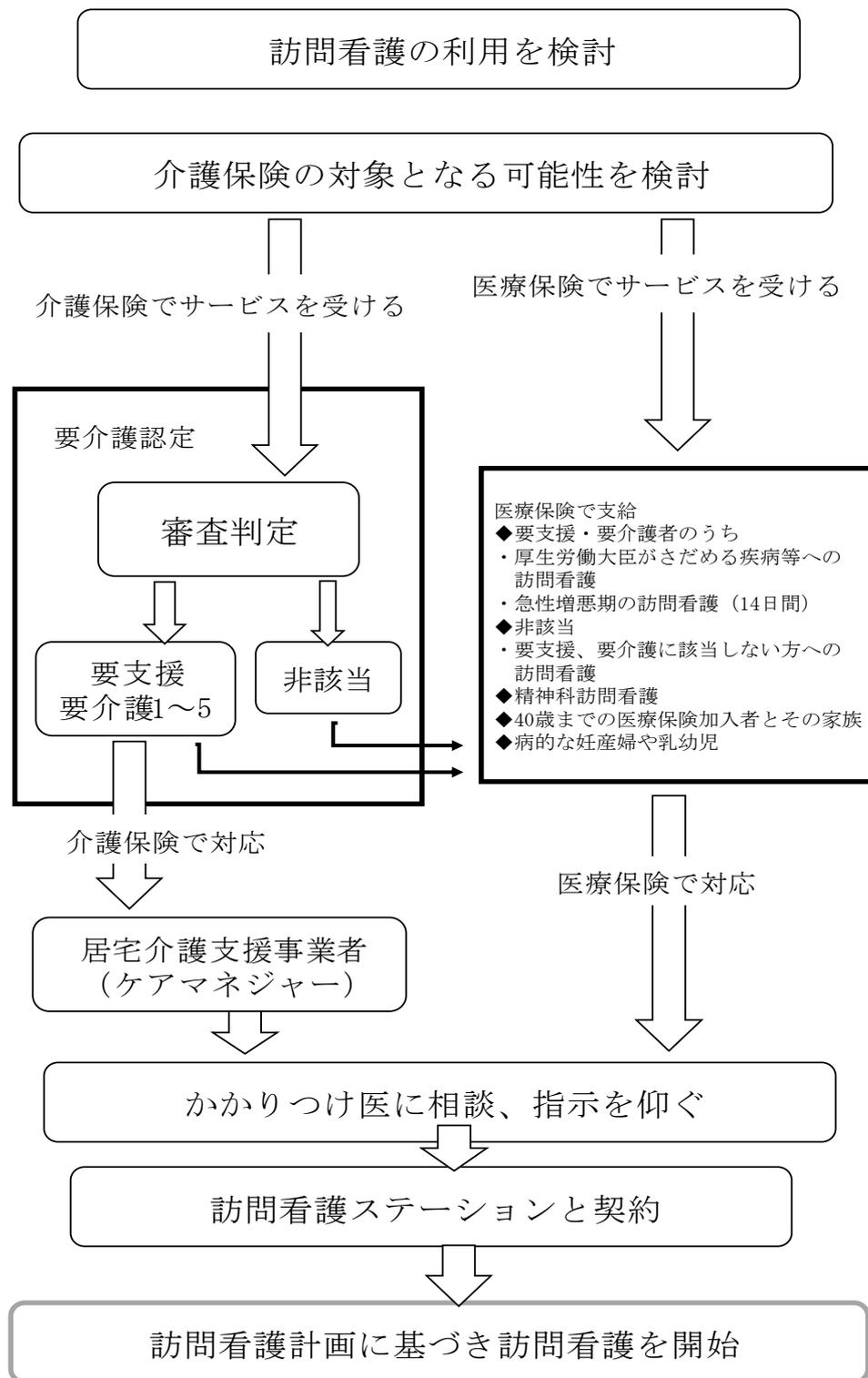


図2-1 訪問看護のしくみ

出典：一般社団法人 静岡県訪問看護ステーション協議会『訪問看護活用ガイド2022年度版』P4

表 2-1. 機能強化型訪問看護ステーション

要件項目 / 型	機能強化型 1 *1)	機能強化型 2 *1)	機能強化型 3 *2)
月の初日の管理療養費	12,830 円	9,800 円	8,470 円
看護職員の数・割合*3)	常勤 7 人以上 (1 人は常勤換算可) 6 割以上	常勤 5 人以上 (1 人は常勤換算可) 6 割以上	常勤 4 人以上 6 割以上
24 時間対応	24 時間対応体制加算の届出+休日・祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受け入れ	月 10 人以上	月 7 人以上	・精神科重症患者 ・複数のステーションが共同して訪問する利用者：月 10 人以上
ターミナルケア・重症児の受け入れ	①ターミナルケア前年度 20 件以上 ②ターミナルケア前年度 15 件以上+重症児常時 4 人以上 ③重症児常時 6 人以上	①ターミナルケア前年度 15 件以上 ②ターミナルケア前年度 10 件以上+重症児常時 3 人以上 ③重症児常時 5 以上	
介護・障害サービスの計画作成	①居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置+特に医療的な管理が必要な利用者の 1 割程度にサービス計画作成 ②特定相談支援事業所または障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置+利用計画の作成が必要な利用者の 1 割程度に計画作成		
地域における人材育成等	・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、ステーション、住民等に対する情報提供または相談の実績		・医療機関やステーションを対象とした研修 (年 2 回) ・ステーションや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の勤務実績
医療機関との共同			・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者 (1 割以上)
専門性の高い看護師の配置	専門性の高い看護師の配置が望ましい (認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者)		

*1) 機能強化型訪問看護管理療養費 1・2 は 2014 年度の診療報酬改定で創設された。

*2) 機能強化型訪問看護管理療養費 3 は 2018 年度の診療報酬改定で創設された。

*3) 2020 年度の診療報酬改定で人員配置基準に看護職員の配置を 6 割以上とする要件が追加された。

『令和 4 年度改訂対応診療報酬・介護報酬のしくみと考え方』P218 表 11 を基に作成

表 2-2. 訪問看護費（基本報酬）

実施者		訪問看護費 (要介護 1～5)	介護予防 訪問看護費 (要支援 1～2)	備考
保健師 看護師	20 分未満	313 単位	302 単位	週 1 回以上、 20 分以上の訪 問看護が実施 されている事 等の要件あり
	30 分未満	470 単位	450 単位	
	30 分以上 1 時間未満	821 単位	792 単位	
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	1125 単位	1087 単位	
理学療法士・作業療法士・言語療法士		293 単位	283 単位	1 回は 20 分以上

1) 病院・診療所からの訪問看護の場合は、別途単位数の設定あり 1 単位 10 円

2) 准看護師の場合は、保健師・看護師の単位数の 90/100 を算定

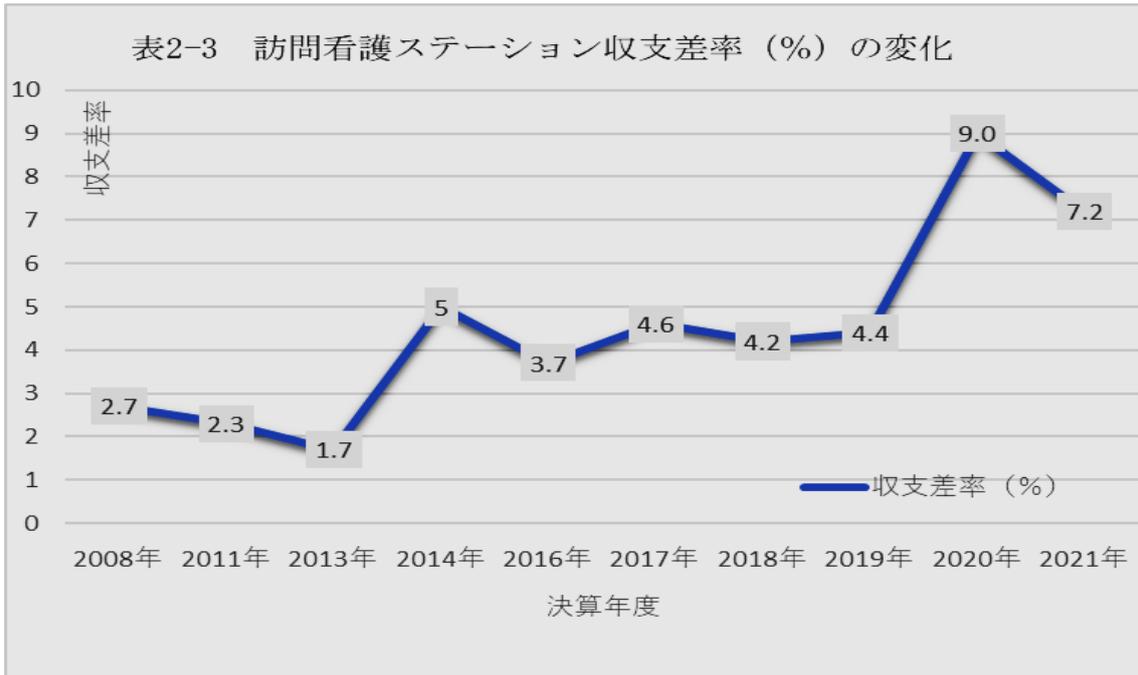
3) 2018 年度の介護報酬改定で、要支援者と要介護者への訪問看護の提供内容が異なることから、基本報酬の単位数に差が設けられた。

出典：福井・齋藤・小野田（2022）：221 表 14 を基に著者作成

4-3 訪問看護ステーションの報酬・経営

全国訪問看護事業協会が 2007（平成 19）年 6 月に実施調査した訪問看護ステーション経営概況緊急調査報告書によれば、収益は、医療保険が約 3 割、介護保険が約 7 割を占めていた。事業費用の内訳は、給与費が 80.6%、経費が 12.1%と費用のほとんどが人件費の業態であった。2007 年 3 月分の事業損益では、赤字の事業所が全体の 31.6%であった。特に小規模のステーション、具体的には職員数が少ない、利用者数が少ない、延訪問回数が少ないほど赤字の割合が高くなっている。一方で、黒字の事業所は、非常勤職員を多く雇用し、職員一人あたりの給与費を下げ（職員一人あたりの給与費は、黒字ステーションで 336 千円、赤字ステーションで 377 千円）、職員一人あたりの訪問回数を多くして、収支を黒字にしていた（全国訪問看護事業協会 2008）。

表 2-3 に訪問看護ステーションの年次別収支差率の変化を示した。収支差率は、利益がどれぐらいかを見る指標として用いられている。2014 年度以降、約 4%台を維持し 2020 年以降上昇が見られている。2014 年度は診療報酬の改定により機能強化型訪問看護ステーションが創設され、訪問看護ステーションの大規模化へ向けての推進が図られたことが一要因としての上昇とも考えられる。表 2-4 に令和 4 年の訪問看護ステーション数を示した。これを見ると、全国の訪問看護ステーション数は、2022 年 4 月 1 日現在 14,304 件であり、1 年間の新規開設数は、1,806 件である。しかし、廃止数は 490 件、休止数は 242 件という現状である。以上のことから勘案すると、訪問看護ステーションの経営は、小規模ステーションにおいては、厳しい状況が依然と続いている現状であることが窺える。



出典：介護事業経営概況調査（平成20年度～令和2年度）を基に著者作成

表2-4 2022年 訪問看護ステーション数

令和4年4月1日現在の計 (届出数・休止数は年度末 現在累計数、4月1日指定 を含む)			令和3年度中の新規並 びに廃止数合計			対前年との増減数			令和3年4月1日時点の計			令和3年度 内、開設 年度中の 廃止数
稼働数	届出数	休止数	新規数	廃止数	休止数	稼働数	届出数	休止数	稼働数	届出数	休止数	
14,304	14,762	458	1806	490	242	1,301	1,303	2	13,003	13,459	456	33

出典：一般社団法人全国訪問看護事業協会 令和4年度 訪問看護ステーション数 調査結果 令和4年6月16日 より一部抜粋

第5節 小括

訪問看護の現状として、2021年の訪問看護の利用者の内訳をみると、介護保険の利用者は、約64.1万人、医療保険の利用者は、38.0万人である。2040年には、団塊の世代が90歳以上となり、またその子どもの多くも65歳以上となることから、少子高齢・多死時代のピークを迎えるといわれている。そのため、訪問看護を担う看護師は、国の需給推計において、2025年に最大約12万人必要である（厚生労働省2019）と報告している。現在、訪問看護ステーションの届け出数は1万4千カ所を超え、訪問看護を担う看護職員数は約6万8千人と全看護職員の約4%とまだまだ少ない現状である。一方で、『平成30年版看護白書』によると、「長期ケアを担う訪問看護ステーション・介護施設における看護職員は、医療機関での経験を活かすことのできる40代から50代のベテラン層が多く、新任の看護職員は30代から50代、子育て期の職員が半数を占めている。自宅のある地域に近接した事業所・施設を選択し、勤務形態も非常勤・常勤を希望により選択していることが把握されている。これが、長期ケアの資源として有効に

機能する看護職員の実態であり、地域に根付いてキャリアを継続する看護職員の新たな姿が定着していることを示している」（日本看護協会 2018：28）と報告している。このような強みを生かすことも必要であろう。

訪問看護事業所の規模としては、常勤換算 5 人以上の事業所が 2022 年では 46.6%を占め、徐々に規模が拡大してきているが、まだまだ小規模な施設が約半数以上を占めており、地域偏在もある。2013 年に、全国訪問看護事業会、日本訪問看護財団、日本看護協会の 3 団体で構成する訪問看護推進連携会議で、「訪問看護アクションプラン 2025」を策定し、その中では、①訪問看護の量的拡大、②訪問看護の機能拡大、③訪問看護の質の向上、④地域包括ケアへの対応の 4 つを軸とした指針が示されている（全国訪問看護事業協会 2021）。今後は、ますます訪問看護ステーションの大規模化が推進されることによるマンパワーの確保が課題となる。しかし、ここには第 3 章および 4 章で述べる看護師の役割拡大と法的責任との関連も出てくるであろう。さらに、現在まで診療報酬、介護報酬の改定により訪問看護の充実に向けた評価が行われてきているが、経営状況をみると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。

2022（令和 4）年度から新設された、専門性の高い看護師による訪問看護における専門管理加算は、全訪問看護ステーションの 3.2%が届け出ており、なかでも機能強化型訪問看護ステーションが多く届け出ている（厚生労働省 2023）。今後の在宅医療等の推進を図っていくために、厚生労働省は、特定行為研修を受けた看護師を 2025 年までに 10 万人養成することを目標に掲げている（日本看護協会 2020：2）が、まだ特定行為研修制度が十分活用できていない現状がある。このことについては、第 3 章で述べていくこととしたい。

【注】

- 1) 老人保健法は、2006（平成 18）年の医療制度改革のなかで全面的な改正が行われ、2008（平成 20）年改正法の施行により法律名も老人保健法から「高齢者の医療の確保に関する法律」に改称している。
- 2) 訪問看護指示書とは、在宅療養している患者さんに対して主治医が訪問看護を必要と判断した際に、患者が選定する訪問看護ステーションに対し交付するもの。訪問看護ステーションは、この指示書に基づいてサービスを提供する。
厚生労働省が定めた訪問看護指示書の様式（書式）は、表 2-5 に示したとおりである。
- 3) 常勤換算とは、そのステーションに従事する、看護職員（保健師、看護師、准看護師）を常勤として換算すると何人分であるかを算出したもの。常勤換算は、1 週間の所定労働時間を元に算出する。算出する式は下記の通りである。

「職員の勤務延べ時間数」÷「常勤職員の所定勤務時間数」＝常勤換算数

（例）

常勤勤務が週の所定労働時間が 40 時間（1 日 8 時間、週 5 日間で勤務）と就業規則を定められている事業所 A

- ・ A 看護師 常勤 40 時間
- ・ B 看護師 常勤 40 時間
- ・ C 看護師 非常勤 25 時間
- ・ D 看護師 非常勤 10 時間

職員の勤務延べ時間数 115 時間 ÷ 常勤職員の所定勤務時間数 40 時間 = 2.8 人
(小数点第二位以下切り捨て)

- 4) 特別訪問看護指示書とは、訪問看護が、週 3 回まで利用できない方で、急性増悪等で週 4 日以上の頻回な訪問看護が必要となった場合に、主治医から訪問看護指示書とは別に特別訪問看護指示書で対応できる。医療的管理を必要としない重症心身障害者等の方が、急性増悪等の場合にこの特別訪問看護指示書で対応する。特別訪問看護指示書は、基本的に月 1 回、最長 14 日間。
- 5) 16 特定疾患とは、① 末期のがん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る） ② 関節リウマチ ③ 筋萎縮性側索硬化症 ④ 後縦靭帯骨化症 ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症 ⑥ 初老期における認知症 ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病 ⑧ 脊髄小脳変性症 ⑨ 脊柱管狭窄症 ⑩ 早老病 ⑪ 多系統萎縮症 ⑫ 糖尿病性神経障害 糖尿病性腎症 糖尿病性網膜症 ⑬ 脳血管疾患 ⑭ 閉塞性動脈硬化症 ⑮ 慢性閉塞性肺疾患 ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症である。
- 6) 厚生労働大臣が定める疾病等とは、① 末期の悪性腫瘍 ② 多発性硬化症 ③ 重症筋無力症 ④ スモン ⑤ 筋萎縮性側索硬化症 ⑥ 脊髄小脳変性症 ⑦ ハンチントン病 ⑧ 進行性筋ジストロフィー症 ⑨ パーキンソン病関連疾患 ・ 進行性核上性麻痺 ・ 大脳皮質基底核変性症 ・ パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 3 以上であって、生活機能障害度が II 度又は III 度のものに限る） ⑩ 多系統萎縮症 ・ 線条体黒質変性症 ・ オリーブ橋小脳萎縮症・シャイ・ドレーガー症候群 ⑪ プリオン病 ⑫ 亜急性硬化性全脳炎 ⑬ 後天性免疫不全症候群 ⑭ 頸髄損傷 ⑮ 人工呼吸器を使用している状態及び急性増悪期の場合 ⑯ ライゾゾーム病 ⑰ 副腎白質ジストロフィー ⑱ 脊髄性筋萎縮症 ⑲ 球脊髄性筋萎縮症 ⑳ 慢性炎症性脱髄性多発神経炎である。
- 7) 24 時間対応加算とは、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合であって、緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制にあるものとして地方厚生（支）局長に届け出た指定訪問看護ステーションにおいて、看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月 1 回に限り所定額に加算する。（厚生労働省近畿厚生局 2021: 37）
- 8) 機能強化型訪問看護ステーションとは、2014 年の診療報酬改定時に創設された訪問看護ステーションの形態のことである。当時は、看護師 5 名以下の小規模ステーションが半数以上を占めており、24 時間対応を含むオンコール業務や、小児や人工肛門・人口膀胱の合併症を有する利用者への看護など、専門性が高い分野における対応力が不足していた。このような問題への対応と、少子高齢化に備えるべく、地域での訪問看護充実化の一環として、機能強化や大規模化の必要性がでてきた。機能強化型訪問看護ステーション I と II は、ターミナルケアの実施や重症児の受入れを積極的におこなう手厚い体制を評価するもの。III は 2020 年の診療報酬改訂時に新たに追加された形態で、地域の訪問看護の人材育成等の役割を重点的に評価するもの。それぞれに算定要件が定められており、要件を満たした場合に「機能強化型訪問看護療養費」が加算される仕組みになっている。（福井・齋藤・小野 2022: 216-217）
- 9) 診療報酬は、厚生労働省によって医療行為ごとに点数が決められている。その診療報酬の中

で、一定の要件を満たすこと、例えば時間帯や難易度、手厚さ、負担の大きさなどを考慮して点数が上乘せされる。このことを加算という。

- 10) 退院支援指導加算とは、厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、指定訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に初日の指定訪問看護の実施日に1回に限り訪問看護管理療養費に加算するもの。
- 11) 在宅患者訪問看護・指導料とは、医療機関（病院・診療所）が、在宅で療養を行っており「通院が困難な患者さん」の状況に基づいて訪問看護・指導計画を作成し、その計画に基づいて定期的に保健師・助産師・看護師又は准看護師が訪問し、看護又は療養上必要な指導を行った場合に、1日に1回を限度として点数を算定する。

表2-5 訪問看護指示書
訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入所者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)		
入所者住所	電話 () -		
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態		
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.	
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2
		認知症の状況	I II a II b III a III b IV M
	要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
	褥瘡の深さ	NPUAP分類 III度 IV度 DESIGN分類 D3 D4 D5	
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ) 日に1回交換 8. 留置カテーテル (部位 : サイズ) 日に1回交換 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()	
留意事項及び指示事項			
I 療養生活指導上の留意事項			
II 1. リハビリテーション (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて) 1日あたり 20・40・60・() 分を週 () 回 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他			
緊急時の連絡先 不在時の対応			
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)			
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション名) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)			

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

介護保健施設名

住 所

電 話

(F A X)

介護保健施設医師氏名

事業所名

殿

出典：訪問看護指示書の様式（令和3年）厚生労働省

(<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Fcontent%2F12404000%2F00755870.docx&wdOrigin=BROWSELINK>)

第3章 特定行為研修制度の政策過程

はじめに

本章では、2014（平成26）年に法制度化された看護師の特定行為研修制度が、3年半にわたるチーム医療推進会議での検討の結果、特定看護師制度から特定行為研修制度へと変更となった政策決定の過程でどのような議論がなされ、変更となった要因は何であったのかを明らかにする。

看護業務の範囲である「診療の補助」と「療養上の世話」についての解釈は、様々な検討が進められ、看護職の裁量の範囲が拡大している。看護職の裁量の拡大に関する制度変更として、2002（平成14）年に、「看護師等による静脈注射は診療補助行為の範疇である」という厚生労働省の法解釈の変更がなされた（平成14年9月30日付け厚生労働省医政局長通知）。2003（平成15）年には「療養上の世話」には医師の指示は必要ないとするを明確にした通知が出された（平成15年3月24日付け厚生労働省医政局通知）。2006（平成18）年には「保健師助産師看護師法」（昭和23年法律第203号、以下保助看法）の一部改正により、処分を受けた看護職に対する罰則規定の強化と再教育の徹底等が定められた。2007（平成19）年には「薬剤の投与量の調整」「緊急医療等における診療の優先順位の決定」「入院中の療養生活に関する対応」「患者・家族への説明」等も診療の補助の範疇に入るものとして明確にされた。そして2014（平成26）年6月に「医療介護総合確保推進法」の1つとして保助看法が改正され、「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化され、より高度な医療処置が研修を受けた看護師にできるような方向へと変更となった（中西2016）。

一方で、他の職種では、2004（平成16）年3月23日厚生労働省告示第121号による「救急救命士法施行第21条第3号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する器具」（平成4年厚生省告示第18号）の改正により、2004（平成16）年7月1日より救急救命士による気管内チューブによる気道確保の実施が可能となった。また、2014（平成26）年4月から介護福祉士の業務として喀痰吸引等（喀痰吸引及び経管栄養）が位置づけられた。これにより介護職員等が都道府県等の研修を修了し、都道府県知事の認定を受け、認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けることで喀痰吸引等ができることとなった（三菱総合研究所2013）。

厚生労働省は、2007（平成19）年に「医師及び医療関係職種と事務職員等との間等での役割分担の推進」の通知を出している。この中では、事前に処方された薬を患者の状態を見て投与する、救急のトリアージなどで看護師が専門性を発揮して活躍することなどが、チーム医療推進という観点からますます重要視されている。また、2008（平成20）年に打ち出された「安心と希望の医療確保ビジョン」には、職種間の協働、チーム医療の充実、医師と看護師との協働の充実等の記述がある。さらに2009年3月には、規制改革推進のための3カ年計画が閣議決定された。この内容は、専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができるいわゆるナース・プラクティショナー¹⁾など）の導入について、医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含めて検討するというものであった。そして、2009（平成21）年5月19日、経済財政諮問会議において、当時の麻生総理大臣から舛添厚生労働大臣に、「看護師の役割の拡大は、『経済危機克服のための有識者会合』や『社会保障国民会議』の提言でもある。厚生労働省において専門家を集め、日本の実情に即して、どの範囲の業務をどういう条件で看護師に認めるか、具体的に検討していただきたい」と指示が出された。それを受けて、

2009（平成 21）年に「チーム医療の推進に関する検討会」が設置された。この検討会において、看護師の実施可能な行為の範囲拡大が重要なテーマとなり、2010（平成 22）年 3 月 19 日、医師の包括的指示にもとづいた一定の範囲内の特定医行為を実施できる「特定看護師（仮称）」の導入が盛り込まれた報告書が発表された。この報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行うことを目的に 2010（平成 22）年 5 月 12 日「チーム医療推進会議」が設置された。さらに、この下位組織とし、看護師の業務検討を主とする「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ（以下 WG とする）」が 2010（平成 22）年 5 月 26 日に設置され、看護師以外のほかの医療職の業務検討を主とする「チーム医療推進方策検討 WG」が 2010（平成 22）年 10 月 4 日に設置された。その後、3 年半にわたる議論は、「特定看護師（仮称）」から「看護師特定能力認証制度」、そして「特定行為に係る看護師の研修制度」へと二転三転と変化している（表 3-1）。

看護学者の南裕子は、『医療に従事する多種多様な医療スタッフが、それぞれの高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも、互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供していく』といったチーム医療へと時代が変化しており、このなかで、『特に看護師の場合は、チーム医療のキーパーソンとなるため、専門的な能力のある看護師が自立的に判断できる機会を拡大し、看護師が行う行為の範囲を拡大していく』ことが求められている」と述べている（南 2011: 5）。したがって、この変更過程を検証することは、今後の看護職の「専門職化」を検討するうえで、看護教育への一定の示唆を与えるものであると考えられる。

以上のことから、本章においては、3 年半にわたる『チーム医療推進会議』において、「特定看護師（仮称）」から「看護師特定能力認証制度」が議論された第 8 回～第 10 回の変化に焦点を当て、第 1 回から第 10 回までの会議録を検討し政策決定過程において、医師と看護師の認識のずれが何に起因しているのか、変更に至った要因を明らかにしたいと考える。

第 1 節 チーム医療推進会議の概要

チーム医療推進会議は、現状の医療において看護師の業務範囲の拡大が生じていることを前提として、その範囲及び指揮命令の在り方について議論された。本節では、その概要について述べる。なお、分析対象とする資料は、第 1 回から第 10 回までの「チーム医療推進会議」の議事録及び会議資料とする。

1-1 チーム医療推進会議のメンバー

「チーム医療の推進について」（平成 22 年 3 月 19 日チーム医療の推進に関する検討会とりまとめ）を受け、様々な立場の有識者から構成された。チーム医療推進会議の初回メンバーは、医師 5 名、歯科医師 1 名、看護職 2 名、薬剤師 1 名、理学療法士 1 名、放射線技師 1 名、地域医療を育てる会 1 名、大学教授（医療政策、法学）2 名の 14 名²⁾であったが、第 2 回目から「チーム医療推進のための看護業務検討 WG」の座長（有賀徹、昭和大学医学部救急医学講座教授）、第 3 回目から「チーム医療推進方策検討 WG」の座長（山口徹、虎の門病院院長）が加わり 16 名で開催された。

1-2 チーム医療推進会議の検討議題

「チーム医療推進会議（以下会議と略す）」は全 20 回開催され、下位組織としての「チーム医

療推進のための看護業務検討 WG」の会議は 36 回開催されている。会議の議題の内容を見ると、第 1 回～第 9 回までは「特定看護師（仮称）」として検討されているが、第 10 回では「看護師特定能力認証制度」と新たな制度案となり、第 17 回では「特定行為に係る看護師の研修制度」へとさらに変更している。

1-3 第 1 回から第 10 回の会議における議論

1-3-1 「診療の補助行為」について医師と看護師の対立がなぜ起こるのか

そもそもなぜ医師の立場と看護師の立場で「診療の補助行為」について議論がわかるのであろうか。それは、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 17 条において、「医師でなければ医業をしてはならない」と、医師による業務独占が法律によって規定されているからである。このことについて山本隆司²⁾は、つぎのような発言をしている。

法律の中には「医師の指示」としか書いてなくて、「包括的指示」という言葉も法律の中には出てこないのです。その意味では、法律上、全く一般的な言葉しか出てきませんので、もしもこれをもう少し具体化する必要があり、何か法的な裏づけを必要とするというのであるとすると、このワーキンググループ等で議論していただいて、その上で、もし必要であれば法制度を考え直すことになるのではないかと思います。（「第 3 回チーム医療推進会議議事録」2010 年 10 月 29 日）

また、島崎謙治²⁾は、つぎのような発言をしている。

看護師以外のほかの職の場合は、その業務の中身が非常に特化という用語があるかもしれませんが、法律上の職務の範囲が、かなり明確に決まっています。例えば OT にしても、PT にしても、薬剤師さんにしても、管理栄養士さんにしても、こういう仕事を行う職種だということで特定されています。それに対して看護師の場合は、「医療の補助」行為という、非常に融通無碍というか、非常に「雑駁」な中身なのです。要するに、他の職種と異なり、どこまでだったら医師の指示の下にできるか、それを個別具体的に明らかにしていく作業がどうしても必要になってくると私は思います。（「第 4 回チーム医療推進会議議事録」2011 年 1 月 17 日）

以上の発言によれば、保助看法第五条において看護師の業務は、「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うこと」と規定されていることとなる。その上で、薬剤師等の職種は法律上の職務の範囲が明確であるが、看護師は「診療の補助」といったあいまいな表現であるがゆえの対立となり、今後は法制度の見直しが必要であるとされている。

1-3-2 第 1 回会議から第 10 回会議における全体的な概観

ここでは第 1 回から第 10 回までの会議の全体的な概観について説明する。

第 1 回会議においては、チーム医療とはいったい何なのか、なぜ特定看護師（仮称）の検討がこの会議の中心となっているのか、特にチーム医療の中でどの立場がイニシアティブをとるのか等についての意見交換が中心となっていた。

第2回会議においては、各々の立場から意見交換が行われ、特にそれぞれの立場から縄張り争い的な論争も聞かれている。たとえば藤川謙二²⁾からは、「医師の分野に首を突っ込まず、看護師の仕事は患者の心に寄り添うことなのだからそのことをもっと専門的に勉強してほしい。理学療法士や薬剤師や放射線技師は自分の専門分野からはずれたことはしていない。それは、プライドを持って行っているからである」といった発言もあった。この視点から、「チーム医療の中での医師の包括的指示とは何か」について議論が行われた。

第3回会議においては、「チーム医療推進方策検討WG」「チーム医療推進のための看護業務検討WG」それぞれの座長から、各WGでの検討報告を受けて議論が行われている。特に医師会の医師からは、医師会独自の調査結果とWGの調査結果が異なることについて問題提起がなされた。

第4回会議においては、第3回会議に引き続いて「チーム医療推進のための看護業務検討WG」の報告から、特定看護師（仮称）の業務範囲や教育・研修の内容、医行為の捉え方、包括的指示の在り方等に関する意見交換が行われている。

第5回～第7回会議においては、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」から特定看護師（仮称）の養成の調査試行事業及び試行事業の報告、及び試行事業申請施設である佐伯中央病院及び鶴見の太陽から小寺隆元副院長、甲斐かつ子副院長兼看護局長、飯塚病院から鮎川勝彦副院長・須藤久美子看護部長、養成機関から大分県立看護科学大学大学院の福田広美准教授、日本看護協会から洪愛子常任理事、日本看護協会研修学校認定看護師教育課程の溝上祐子課程長・中田論集中ケア学科主任教員が出席し、出席者各々の立場からの報告後、意見交換が行われている。

そして、今までの議論としては次のようにまとめられている。「診療の補助」の部分について、専門的な臨床実践能力を有する看護師に対して業務範囲を拡大する必要がある。しかし、特定の医行為は特定看護師（仮称）しか実施できないとした場合、実際に具体的な指示などに基づいてさまざまなことをしているという調査結果から考えると、特定看護師（仮称）しかできないとすると、現場が混乱してしまう。したがって医療安全の確保を十分に図るとともに、医療現場が混乱しないように十分に事態を配慮しながら、この枠組みを構築していく必要がある。医療現場においてチーム医療を推進し、良質な看護サービスを提供するためには、枠組みの構築と併せて、看護業務の在り方、基礎教育、その他コメディカルの方たちとの役割分担について検討していかなければいけない（第15回チーム医療推進のための看護業務WG資料）。

以上のことを踏まえて引き続き意見交換が行われている。

第8回の会議では、特定看護師（仮称）業務試行事業の実施2施設により、参考人として日本医科大学武蔵小杉病院の院長・看護部長・指導医の内科教授・事業実施対象の看護師長、藤沢市民病院より、指導医の医長・看護部長・対象看護師が出席している。また、「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」より特定看護師（仮称）の考え方（案）が提出され、これには、「業務独占」とはしないこと、「名称独占」とはしないこと、認証の方法としては、2年間のカリキュラムを経て修得した能力の認証と8か月程度のカリキュラムを経て修得した能力の認証とすることが明記されていた。これらの試行事業及び特定看護師（仮称）の考え方（案）が議論された。

以上のように第1回から第8回の会議においては、特定看護師（仮称）制度の施行にあたって、調査及び試行事業等を試みながら、実施に向けて業務範囲や教育・研修等の具体的な内容に関する検討が行われていた。

第9回の会議において「看護師特定能力認証制度骨子（案）」が提出され、特定の医行為（以

下「特定行為」という)が診療の補助の範囲に含まれることを明確にすることと、その実施方法を看護師の能力に応じて定めることにより、医療安全を十分に確保しながら、看護業務をより広い範囲に展開していくために保助看護師法を改正してもよいのではないか等について議論された。

また、この会議での資料として、日本医師会からチーム医療推進会議座長宛てに「特定看護師(仮称)問題について」の意見書が、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本放射線技師会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会の連名で提出されている。この意見書の内容は、「1. 国民や患者が望む制度なのか、2. 侵襲性の高い医行為および難しい判断を伴う医行為は医師が行うべき、3. ミニ医師ではなく看護師にしかできない業務を究めるべきである、4. 看護師が安全に実施可能な診療の補助行為の整理について、5. 看護職以外の医療関係職との関係について、6. 具体的指示と包括的指示について、7. 法制化による影響等について」の7項目であり、特定看護師(仮称)という新たな国家資格の創設への問題提起であった。

この結果を受け、第10回会議においては、前回に引き続き「看護師特定能力認証制度骨子(案)」についての議論が行われた。そして、この会議に日本看護系大学協議会会長より厚生労働省医政局長宛てに「看護師特定能力認証制度骨子案」についての要望書が提出されている。この要望書は、看護師特定能力認証制度から大学院を想定していると思われる2年間程度の教育という文言を外してほしいという内容であった。また、日本看護系学会協議会会長からチーム医療推進会議座長宛てに意見書が提出されている。この意見書には、「看護師特定能力認証制度骨子案」は、特定行為の定義と範囲、必要とされる能力が不明瞭であり、このまま性急に法制度化の議論が進み、12月の社会保障審議会医療部会に諮られることは反対であると記されていた。

第2節 チーム医療の中での看護職の位置 —— 「日本医師会」対「日本看護協会」および「日本医師会」対「日本看護系学会協議会」「日本看護系大学協議会」の対立

本節では、医師の職能団体である「日本医師会」と、看護師の職能団体である「日本看護協会」ならびに看護学研究の学術的発展を目的とする「日本看護系学会協議会」、看護学教育の充実・発展及び学術研究の水準の向上を目的とする「日本看護系大学協議会」との対立した意見を明らかにし、チーム医療の中で他職種が看護職をどのように見ているのか、どのような位置にあるのかについて述べていく(図3-2)。

2-1 医師のライバルとしてのミニ医師の存在

医師会側の意見として、藤川謙二は、つぎのように発言している。

専門看護師というカテゴリーを少しわかりやすくすれば、新たな特定看護師という表現もいらない。医師会の中では保助看法で十分拡大すればやっていけるのではないかという意思を持っています。(「第1回チーム医療推会議 議事録」2010年5月12日)

藤川は、医師の看護師のレベルに対する考えを日本医師会調査³⁾を基につぎのように説明している。

「現在看護職員が実施していない医行為について」、その理由はどうかということで、「技術や知識が不足しているから」が約5~6割です。「法律の問題」が7~8割、「マンパワー

の問題」が1～1.5割、「必要と思わないから」が2割前後です。（「第3回チーム医療推進会議 議事録」2010年10月29日）

また、藤川は、つぎのように述べている。

最近、特に小児科には女性医師が多いのですが、小児科の急患がたくさん来たときに非常に大変だということです。医師が患者を診ても急変する場合がありますので、家族からの要望が非常に多いです、それを忙しいということで、果たして特定看護師（仮称）が医師の不足分、最善のトリアージやプライマリー・ケアを代われるかということ、私は荷が重いのではないかと思います。医師の代わりをするほどトリアージができるのかということです。（「第6回チーム医療推会議 議事録」2011年4月18日）

我々日本医師会が言っていることは、看護師の全体的なレベルアップによって医療安全を高めると同時に、医師の負担を軽減することです。一部の看護師にしても、結果的にその看護師がいない場合はできませんから、同じ5年、7年の経験を持つ看護師であれば、すべて標準的な看護レベルを上げてやっていくほうが、最終的にどういったナースをへき地医療に送っても、救急医療の現場や災害医療に送ってもできるのではないのでしょうか。そういう全体的なレベルアップをしたいというのが、我々日本医師会の主張です。（「第6回チーム医療推会議 議事録」2011年4月18日）

医師側は、経験を増やして全体のレベルアップをしていくことは必要であるが、新たな資格を作る必要はないという考えである。

また、つぎの藤川の発言から医師が看護職をどのようにみているかが理解できる。

心のケアを、看護師さんたちにもっともっと勉強していただきたい。宗教のことから、さまざまな人間学、哲学のことを勉強していただきたい。患者さんに非常にリスクを伴うテクニカルな問題は、医師に任せていただいて結構なのです。私は、何らそこに背伸びをする必要はないと思います。樽を知るの精神が大切です。それが我々医師会の本来の意見です。（「第2回チーム医療推進会議 議事録」2010年7月16日）

医師法としては、第17条に「医師でなければ医業をなしてはならない」と。その医業とは何かというと、平成17年7月26日医政局長通知で「医業とは、当該行為を行うにあたり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ、人体に危害を及ぼし、また危害を及ぼす恐れのある医行為を反復継続する医師をもって行うことである」と、これをまずしっかりと共通認識として持つておかなければいけない。医師法が厳然とあるということです。・・・それは一般の人が聞いたときに、「そんな看護師さん、できるの、患者が死ぬかもしれないような危険なことをさせるの、それはどういう法律的根拠なの」という三段論法で質問が飛んで来ることがあります。これは認識しておく必要があると思います。・・・法律であるように、患者さんの生命に危険を及ぼすようなことはしてはならないと厳然と

ある法律を、無視してはできませんよということを提言しているのです。（「第7回チーム医療推進会議 議事録」2011年6月1日）

検査ひとつにしても同意が要る。手術や麻酔もさまざまな同意が要るわけです。そのときに2つの同意のどちらかを取るとするならば、一般の国民であれば、医師がいるなら、当然医師にしてほしいとなってくると思います。あくまでも国民にリスクを伴い、侵襲性の高い危険な医行為は、医師が必ずすべきだという日本医師会のスタンスは全然変わっていません。・・・いまうまくいっている日本のチーム医療の中で、特定看護師（仮称）が医師に連絡をせずに危険な行為をして医療事故をおこし、早く助けに来てくださいという事態が全国の医療機関で起こることは、絶対に避けなければいけないと確信しています。（「第7回チーム医療推進会議 議事録」2011年6月1日）

以上より、医師は、あくまでも医師法第17条に規定されているとおりであり、看護師に医療行為をさせることはできない。また、患者への安全と責任において反対である。一般の国民もこのことは納得している。看護師が、医療行為をするのであれば、医師国家試験を受けて医師の資格を取得するのが当然ではないかと日本医師会は主張している。医師側は、特定看護師（仮称）という、今まで法的規制によりできなかった医療行為を行うことのできるミニ医師が新たに誕生することへの懸念と医療安全への懸念を表現しているといえる。

2-2 医師以外の他職種の見解

ここでは、参加者の理学療法士、放射線技師の意見を以下に示す。

理学療法士の立場として、半田一登²⁾は、つぎのような発言をしている。

論議が何で看護師さんの包括的指示だけなのか。チームを考えたときに、包括的指示をどうするのかという問題を看護業務だけではなくて、もっと幅広く捉えていただかないと、私はチームとしては成立しないと思います。（「第1回チーム医療推進会議 議事録」2010年5月12日）

放射線技師の立場として、北村善明²⁾は、つぎのような発言をしている。

今回の看護業務実態調査を行う中で調査表の項目を見ると、他職種に影響する項目内容が多数含まれていることが窺えます。この調査表は、それで医師・看護師が主となっていることに危惧を覚えています。医療施設で多くの専門職が働いていることで、それを考えれば調査対象をもう少し広めると、ただ聴取調査を行うとなっていますが、それで本当に十分なのかどうかと思っています。・・・「医師が実施すべき」「看護師一般」「特定看護師」しかなくて、これに加えて「他職種、専門職種が行ったほうがいい」という項目も加えるべきではないか。（「第2回チーム医療推進会議 議事録」2010年7月16日）

医師以外の他職種からは、チーム医療というのであれば、看護職だけではない。看護職だけが突出して業務を拡大させるのはおかしいのではないかと。看護職だけに限定せずに他職種と足並

みをそろえて考えるべきではないかといった指摘があった。

2-3 看護師側は医師の主張するミニ医師を作りたいのか

ここでは、会議録の中の看護師の立場の発言から、看護師側の主張について以下に述べる。中山洋子²⁾は、チーム医療における看護師の役割をつぎのように述べている。

看護師の仕事というのは曖昧でわかりにくいと言われているように、全体的なことを見て、その中で医師の指示を受けて医行為をしていく形をとっていて、医行為だけの問題ではないのです。そういう意味では、チーム医療の推進というときにも、看護師がこれまで果たしてきたタイルの目地みみたいな役割、医療の複雑さの中で、いろいろな種類の治療と職種が入ってくる中で、看護師はそれをつないでいく役割をこれまでも担ってきました。チーム医療の中ではその役割は重要になってくると思います。この医行為も、その中で拡大していくのだと思うのです。そういうことから考えると、状況判断をして、本当にこの患者にこのことをすることが適しているかどうかということの判断抜きに、この医行為があるわけではないのです。医行為だけ前面に出るけど、なんとなく医師から指示を貰って、その行為だけをするような形になるのですが、そうではなくて、患者のトータルな状況の中で判断し、医行為が拡大していく。（「第3回チーム医療推進会議 議事録」2010年10月29日）

また、医行為についての考えを中山は、つぎのように述べている。

私たち看護師というのは、看護しながら医行為をします。今回の論点としては、医行為にフォーカスを置かれて論議をされているところが、私たち教育者としてはとてもなじみがない考え方です。例えば能力の認証といったときに、特定の医行為の能力の認証ではなくて、それはケアとキュアと看護をしながらの看護業務ですので、常に看護と医行為を連れていく。だから、医行為の能力認証ではなくて、そういう面での能力認証は必要だと思っています。（「第9回チーム医療推進会議 議事録」2011年11月18日）

特定看護師（仮称）業務試行事業で対象となる看護師の養成に関わった日本看護協会の洪愛子常任理事は、医行為の範囲をつぎのように述べている。

実際に日本看護協会で行った教育を、18名が修了しております。認定の資格を取ってから10年、あるいは認定看護師の資格だけではなくて、専門看護師の資格を取得された方も、この18名の修了者の中にいらっしゃいました。その方たちが今回の医行為として挙げられているものを、いままでの教育でできるかということ、それぞれ自己学習はしているのですが、やはり系統的な学びをしていないので大変不安であるというところから、今回、養成調査試行事業では病態学、病態生理学、薬理学を強化して、その内容に沿った教育が行われました。それを修了されて、実際に医行為の習得が部分的にはできたのではないかと。ただし、その医行為の範囲については、領域によっては大変幅が広いということがあります。そのことに関しては今回3施設が、段階的に個々が実際にどのレベルを取得

しているかということもみつつ、いきなりすべての医行為を場に広げるのではなくて、場を限定したり、業務の範囲もいま挙げている習得しているであろう医行為の部分的なものから進めていくことが、「段階的な事業の実施体制」という所で書かれておりますので、そういった点もご理解いただければと思います。（「第6回チーム医療推進会議 議事録」2011年4月18日）

以上のことから考えられる看護師側の主張は、ミニ医師を育成するのではなく、ある一定の医学的知識や実務経験を前提に、包括的な医師の指示を受け、医行為を行うことができるスペシャリストを育成することである。すなわち、現在の「看護師」「保健師」「助産師」という国家資格をもった看護職に「特定看護師（仮称）」という新たな資格を有した看護職が加わるということである。その為に教育としては、特定の技能を研修によって補うのではなく、高等教育として系統的に学んでいく大学院教育によって高度実践看護師の育成を図りたいという考えである。

2-4 研修制度での教育ではなく大学院教育の必要性

特定看護師（仮称）の教育について、藤川は、つぎのように述べている。

大学院を卒業して特定看護師（仮称）の業務で来た学生より、現実に優れている看護師が全国の現場にはいるのです。救命センターなどは特にそうです。・・・そういう救命救急や手術場での専門の看護師というのは、私も数多く知っています。後から出てきた人たちを特定看護師（仮称）ということで位置づけても、現場ではその肩書きよりも実力は違うわけです。実際にできる人はいっぱいいます。大事なのは、いま現実にできる人たちをどうきちんとするかです。（「第6回チーム医療推進会議 議事録」2011年4月18日）

日本医師会は、大学院教育ではなく、現在の看護師をレベルアップするための研修が必要であると述べている。しかし、日本看護協会の坂本すがは、つぎのように述べている。

基本的には患者さんの安全と、それから行う者の信頼といえますか、それをきちっとゴールにさせていただきたいと思います。そのために大学院教育というものが、これだけの事をやっていくことにおいては大変重要であるということで、大学院教育をすべきであるというふうに思います。（「第7回チーム医療推進会議 議事録」2011年6月1日）

また、専門看護師⁴⁾を教育している大学の日本看護系大学協議会の野嶋佐由美会長は、つぎのように述べている。

現在、出されている2年の教育課程に関しては反対と思っています。私どもは1995年以来、専門看護師の育成に取り組み、いまは68の大学院で172の教育課程、11の看護専門領域で育成をしています。そういうふうに専門看護師が生まれています。昨年3月の報告書では、特定看護師は修士課程修了を要件とするとされていまして、私どもは特定看護師というのは高度実践看護師のグローバルスタンダード、世界水準を満たすものだというふうに考えてまいりました。そしてチーム医療の推進、看護の役割拡大は非常に重要

で、今日、お話ししていただいたような実践が広がっていくことは、とても大事だと思っています。(「第8回会チーム医療推進議 議事録」2011年10月12日)

認証する能力に関してはこれまで検討もされていないこと、あるいは教育に関しても8カ月と2年、その教育内容は同等であると書かれていることからしても、今回はまだ能力認証、あるいは国家資格等々に関してはもう少し議論が必要であろうと思っております。今回は日本看護系大学協議会及び日本看護系学会協議会から座長に意見書がいていると思しますので、38の看護系学会協議会、126の私立看護系大学からのご意見ですので、是非重く受け止めていただきたい。(「第10回チーム医療推進会議 議事録」2011年12月7日)

看護系大学協議会においては、大学院教育を、厚生労働省の指定を受けたカリキュラムで実施することに関しては、大学院教育の危機的な状況でありますので、大学院を想定していると思われる2年課程に関しての教育を見直してほしいという要望がきております。「厚生労働省の指定を受けたカリキュラムを修了すること」のみになっておりますが、ここに「大学・大学院などの学校教育法で規定する教育機関に養成課程を置く場合には、教育認定は文部科学大臣の所管とする」と入れていただきたいと思っております。(「第10回チーム医療推進会議 議事録」2011年12月7日)

以上の議論からは、日本看護系学会協議会および日本私立看護系大学協議会の教育についての考えは、医師の補助者として医行為を行う看護師の養成ではなく、体系的に看護学に基づいた医行為ができる人材を養成できる教育として、大学院の教育が必要であるということを述べている。また、大学院教育に関しては、日本看護協会も同様な考えである。しかし、日本看護系学会協議会と日本看護系大学協議会は、日本看護協会とは、少し考え方が異なる。それは、野島の「特定看護師というのは高度実践看護師のグローバルスタンダード、世界水準を満たすものである」という発言からもわかるように、特定行為のみに特化した能力認証の教育は、「診療の補助」行為を限定するのみであり、高度専門職業人の育成を目指す看護系大学院の教育とは、趣旨が異なっているということを強調している。すなわち、研修を受けることで医行為の能力認証を行うような制度への反対意見を述べている。このことは、後の、ナース・プラクティショナー(以下NP)の考え方の相違にもつながっている。

第3節 看護職の専門職化を阻むもの

本節では、第2節で述べた対立した意見を基に、チーム医療とは何か、そして、チーム医療における看護職の役割の拡大に伴う看護職の専門職化について考察する。

3-1 チーム医療という議論

『チーム医療の推進に関する検討会報告書』において、チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」(厚生労働省2010)と記述されている。しかし、第1回の会議から、チーム医療とは何か、なぜ特定看護師(仮

称)の議論がこの会議の中心であるのか等、チーム医療の中でどの立場がイニシアティブをとるかについての議論が中心となっていた。特に医師からは、「医師の分野に首を突っ込まず、看護師の仕事は患者の心に寄り添うことでありそのことをもっと専門的に勉強してほしい」といった意見があり、一貫して特定看護師(仮称)を新たに作ることへの反対意見であった。一方で看護師は、「医療の複雑さの中、チーム医療の中ではつないでいく役割は重要になってくる。この医行為も、その中で拡大していくのだと思う」と述べている。細田満知子は、『チーム医療』という認識と実践の要素にはお互い相いれない部分があり、それが『チーム医療』を一層困難にしている(細田 2001: 89)という。この会議においての医師及び他の医療職の意見からは、医師を中心とした今までの日本の医療体制に対する保守的な考えが根強いことが伺えた。そしてこの考えは、看護師の役割拡大への大きな障壁になっていると考える。また細田は、『チーム医療』が必要であることを誰もが認めていながら、その定義について職種横断的で包括的な議論があまりされてきていなかった(細田 2001: 89)とも述べている。今回の3年半という長きにわたるこの会議において、各職種間の意見交換が行われたことは、看護職のチーム医療における役割を明確にする点で意義深いといえる。

3-2 看護職の専門職化を阻むもの

第8回の会議において、「チーム医療推進のための看護業務検討WG」より特定看護師(仮称)の考え方(案)が提出されている。それによると「業務独占」や「名称独占」はしないこと、認証の方法としては、2年間のカリキュラムを経て修得した能力の認証と8か月程度のカリキュラムを経て修得した能力の認証とするといった内容であった。これは、最初に考えられていた特定看護師(仮称)という新たな枠組みの構築という考えから大きく変更されている。

この背景には、医師会の意見が大きな影響を与えていた。さらに、第9回の会議では、「看護師特定能力認証制度骨子(案)」が提出された。そこでは、特定行為が診療の補助の範囲に含まれることを明確にすること、その実施方法を看護師の能力に応じて定めることにより、医療安全を十分に確保しながら、看護業務をより広い範囲に展開していくことで、補助看法を改正してもよいのではないかという議論が行われた。しかし、日本医師会などからチーム医療推進会議座長あてに「特定看護師(仮称)問題について」といった意見書が、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本放射線技師会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会の連名で提出されており(図3-1)、この意見書が、制度の変更に大きく関わっていったものと考えられる。

日本医師会は、最初から一貫して特定看護師(仮称)を作ることに反対の意見であった。特定看護師(仮称)は、今までできなかった医療行為を行うことができるいわばミニ医師であり、医師にとっては、ライバルとなり得る存在である。一方で、日本看護協会は、ミニ医師を育成するのではなく、ある一定の医学的知識や実務経験を前提に、包括的な医師の指示を受け、医行為を行うことができるスペシャリストを育成したい。すなわち、医行為は、療養の世話を専門化していく中の一部であり、そのためには大学院において、教育していく必要があることを強調している。以上より、日本医師会と日本看護協会及び日本看護系学会協議会の対立は、両者のかみ合わない議論が要因となったのではないかと考える(図3-2)。

宝月理恵は、アンドリュー・アボットの専門職論をつぎのようにまとめている。

学問的専門知を動員し、社会に認められた支配管轄権を得るためには、具体的な社会的権利要求とそれに対する反応が必要になる。つまり専門職間の競合は、公衆というオーディエンスの前で行われることになる。支配権をめぐる権利要求は、アボットによれば、①国家的・法的システム、②世論、③職場の3つの領域において申し立てられうる。

(宝月 2010 : 129)

今回の「チーム医療推進会議」について、この3領域から考えてみたい。まず「国家的・法的システム」領域においては、特定看護師という新たな国家資格の創設という権利要求だったものが、最終的には特定研修制度の創設という結果になった。当初の申し立ての基盤には、現場でのチーム医療では看護師の業務拡大が生じているという「職場」領域での現状が存在したと推定される。ここでは、看護職がつぎのような発言をしている。「看護師がこれまで果たしてきたタイトルの目地みたいな役割、医療の複雑さの中で、いろいろな種類の治療と職種が入ってくる中で、看護師はそれをつないでいく役割をこれまでも担ってきました。チーム医療の中ではその役割は重要になってくると思います。」タイトルの目地のようなつなぐ役割つまりマネジメント機能が、看護職の役割として非常に重要であり、役割拡大を議論するときに必要な内容であったと考えられる。ここに示すマネジメントの機能は、最初の分類でいえば、③多職種間の専門性を発揮しながら適切な看護サービスを選択し提供するチーム活動としてのマネジメントであるといえる。また、『チーム医療の推進に関する検討会報告書』の基本方針に、看護師の役割として「チーム医療のキーパーソン」と表現されている(厚生労働省 2010)。しかし、このことは他者に見える形で表現されず、医師を含めた他の医療職を説得できず、結果として同意を得ることができなかった。さらに、この会議の委員である藤本晴枝²⁾は、特定看護師という国家資格とするのかどうかについての意見交換で、次のように述べている。

患者というか、医療を受ける側の立場から申し上げますが、医者の場合は医師という国家資格があって、その上にいまは認定医、専門医ということで、各学会の制度があります。それは患者から見て、わかりやすいのです。今回の看護師の場合、看護師という国家資格があり、またさらに特定看護師という国家資格ができたとして、そしてまた認定看護師、専門看護師という看護師もいると、わかりにくい。・・・(中略)

国民にとってのメリット・デメリットということであれば、あまり変わらない。国家資格であっても、そうでなくても、患者が受ける利益としては変わらないと私は思います。

(第9回チーム医療推進会議 議事録 2011年11月18日)

さらに、藤本は、国民のニーズについて、次のように述べている。

先ほど「国民のニーズ」という言葉が何度か出ました。私個人が日本国民全部を代表するわけではないのですが、もちろん安全性というのは、ニーズとしてもものすごく高いものがあります。もう1つは、やはり納得のいく説明とか、自分たちが感じている疑問に丁寧に答えてもらうことが、いまはニーズとしてすごく高いのです。というのは、病気やけがを治療して完全に治って社会復帰するという方の場合、ある一定の期間は専門職にお任せ

で治療してもらおうという形でもいいのですけれども、これから先、どうしても病気を抱えたまま生きていかなければならない、あるいは病気の状態が改善するためには、生活習慣等々を変えていかなければならないとなると、やはりそこには今よりも、もっと密接な医療者とのコミュニケーションであったり、相談であったりということが必要になってくると思います。(第14回チーム医療推進会議 議事録 2012年10月24日)

一般市民の代表としての藤本氏は、新たな国家資格は、国民からは理解しにくく、かつ国民が受ける利益に変わりはないと述べている。さらに、国民のニーズは、安全性はもちろんのこと、納得のいく説明を求めていることを強調していた。アボットのいう「世論」領域においては、患者や一般市民という観点から考えると、医療関係者による資格制度の議論は、医師と看護師関係の中での縄張り争いとしか見え、患者や一般市民には理解しがたく、また、国民不在の議論には納得できるものではなかったと考える。

第10回の会議では、看護師特定能力認証制度から2年間程度の教育という文言を外してほしいという「看護師特定能力認証制度骨子案」への要望書を日本看護系大学協議会会長より厚生労働省医政局長あてに提出している。これは、2年という期間の類似性から「研修」と「大学院教育」が混同されることを避け、看護職の役割拡大での大学院教育の独自の必要性を明確に示すためと考えられる。看護師の立場からの申し立てとしては、「専門職化」は、能力習得だけではなく体系的知識を身につけていくことで、複雑化していく在宅医療の現場のニーズに対応できることにつながる、とされてきた。だが、この点も医師に主導された「職場」領域、さらに「世論」領域からみれば、技術・手技の研修＝能力習得と大学院教育＝地位という二つのうちの後者を重視する看護師の一方的な考えに見えていたともいえる。

第4節 特定行為研修制度の現状

本節では、これまで述べたような経過をたどって2015(平成27)年10月1日に施行された特定行為研修制度の現状について述べる。

特定行為に係る看護師の研修制度については、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年法律第83号)により、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号。以下「法」という。)の一部が以下に示す通り改正された。

保健師助産師看護師法(昭和二十三年法律第二百三十三号)(抄)

第三十七条の二 特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない。

2 この条、次条及び第四十二条の四において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- 一 特定行為 診療の補助であって、看護師が手順書⁵⁾により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして厚生労働省令で定めるものをいう。
- 二 手順書 医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として厚生労働省令で定めるところにより作成する文書又は電磁的記録(電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子

計算機による情報処理の用に供されるものをいう)であって、看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲及び診療の補助の内容その他の厚生労働省令で定める事項が定められているものをいう。

三 特定行為区分 特定行為の区分であって、厚生労働省令で定めるものをいう。

四 特定行為研修 看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修であって、特定行為区分ごとに厚生労働省令で定める基準に適合するものをいう。

五 指定研修機関 一又は二以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う学校、病院その他の者であって、厚生労働大臣が指定するものをいう。

(厚生労働省、特定行為に係る看護師の研修制度)

厚生労働省医政局長(医政発 0317 第 1 号 平成 27 年 3 月 17 日 一部改正 平成 29 年 11 月 8 日)から各都道府県知事あてに発出された「保健師助産師看護師法第 37 条の 2 第 2 項第 1 号に規定する特定行為及び 同項第 4 号に規定する特定行為研修に関する省令の施行等について」の文書には、「この新たな研修制度は、看護師が手順書により行う特定行為を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことを目的としている」と明記されている。

特定行為は、診療の補助であり、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる行為であると保助看法に規定され、表 3-2 に示すような 21 の特定行為区分と 38 の特定行為が定められている。

特定行為研修を行う指定研修機関は、2022(令和 4)年 8 月現在で 338 機関あり、年間あたり受け入れ可能な人数(定員数)は 4,811 人となっている(表 3-3)。

特定行為研修の修了者数は、医政局看護課の調べによると、2022(令和 4)年 9 月現在で 6,324 名である。特定行為区分別にみると、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の研修を開講している指定研修機関がもっとも多く、次いで「動脈血液ガス分析関連」「呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連」が多い(厚生労働省 2022: 6)。

特定行為研修修了者の就業状況を表 3-4 に示した。病院への就業は 74.4%、訪問看護ステーションへの就業は 4.7%、介護福祉施設への就業は 0.7%である(厚生労働省 2022: 8)。この結果をみると、在宅医療等を支えていく看護師を養成していくことを目的として創設された研修制度であるにもかかわらず、訪問看護への就業については少ない現状にある。しかも、特定行為研修修了看護師を 4 人以上配置している施設は、看護師数 400 人以上の大規模施設が多いという結果(厚生労働省 2022: 12)から、小規模施設から、研修を受講させることへの困難さが窺える。

訪問看護ステーションの管理者のうち、将来、事業所職員に特定行為研修を受講させたいと回答したのは 52.0%(1,022 件)であった。また、受講させたい区分は、「創傷管理関連」が最も多く、次いで「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」、「ろう孔管理関連」「栄養・水分管理に係る薬剤投与関連」であった。特定行為研修を受講させたい理由は「看護職員のスキルアップやキャリア支援」が 94.2%で最も多く、次いで「利用者の QOL 向上」70%であった。受講させたいと思わない理由は「職員数に余裕がない」「受講希望者・該当者がいない」に加えて「制度が良く分からない」「指定研修機関が近くにない」「主治医の理解や協力を得ることが難しい」という周知に関した理由があった。特定行為研修修了者の特徴について、年齢別人数(年齢は令和 3 年 12 月

末時点)は、41歳以上が約63%を占め、病院・診療所に就業する修了者の61.5%が主任・リーダー等以上の職位であり内36.7%が師長以上である。認定看護師の取得状況については47.1%が取得し、専門看護師を取得しているのは1.3%、診療看護師を取得しているが9.2%であった。また、研修終了後、過去1年間における就業先において特定行為を実施していない者の割合は、31.6%であった。理由としては、「就業先で特定行為研修修了者が活動できるような体制がない」が最も多く52.8%であった。特定行為を実施するにあたり困難を感じていることは、「特定行為研修制度について周知すること」が最も多く53.6%、次いで「修了者自ら手順書を作成しなければならない状況がある」が38.3%であった(厚生労働省 2022: 10-11)。

以上のことから、特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加し、研修修了者も増加傾向にはあるが、全看護職員の0.4%と少なく、訪問看護ステーションへの就業ではなく院内内の施設にとどまっており、しかも、研修修了後も修了者を効果的に活用できていないことや、この研修自体の認知度はまだまだ低い現状であることが明らかとなった。また、富田真佐子らは、訪問看護師を対象とした全国調査において、特定行為を行う看護師の業務量の増加、リスクや安全管理の問題があり責任が重いこと、研修受講に関する受講費用の高さや研修期間が長期にわたることによる受講のしにくさ等の課題があること指摘している(富田ほか 2021)。今後は、研修受講への保障や安全性への対応も必要であろう。安全性へのリスクについては、第4章の法的責任とも関連しているといえる。

また、現在検討が進められているNPについては、日本看護協会が推進している。NPの養成教育は2008年に大分県立看護科学大学で開始され、日本NP教育大学院協議会の認定を受けたNPは572名(2021年4月現在)に達している(草間 2021)。しかし、看護師を対象とした調査結果では、認知度は低くまた、NPを志望する看護師も13.9%に留まっていた(中原ほか 2021)。また、日本看護系大学協議会がNP教育課程に関するアンケート調査を行った結果、今後の開講を希望しているのは7.7%のみの大学であり、その理由として、大学としてNP教育課程を開講する支援体制がないこと、NP教育のできる教員がいない(または少ない)こと、教員の負担が大きいこと、専門看護師の教育を実施しておりNP教育課程を開講する余力がないこと等であった(日本看護系大学協議会 2021)。聖路加国際大学は、DNP(Doctor of Nursing Practice)を開講し、博士号を持った高度実践の変革者を養成しており、NP教育とは異なる。NPの教育課程に関する意見は、看護教育界においてもさまざまであるといえる。

第5節 小括

2014年に法制度化された特定行為研修制度は、3年半にわたるチーム医療推進会議での検討の結果、最初は「特定看護師制度」という看護師の新たな国家資格の案であったものが、最終的には「特定行為研修制度」という研修制度となった。この政策決定の過程に注目し、変更の要因は何であったのかを検討した。

特定看護師(仮称)について、医師側は医行為のできるミニ医師の出現と捉えた。看護師側は、ミニ医師を育成するのではなく、ある一定の医学的知識や実務経験を前提に、包括的な医師の指示を受け、医行為を行うことができるスペシャリストの実現と捉えた。すなわち、看護師主体で行う「療養上の世話」と同様に、看護師主体で特定行為ができる新たな国家資格を持つ「特定看護師」である。そして、この認識の相違が日本における医師-看護師間の権力関係を背景に、役割拡大=診療の補助の拡大ということに特化した議論となり、お互いの職域をめぐる利害の対

立へと繋がっていった。さらに、日本看護系大学協議会及び日本看護系学会協議会が強く望んでいる大学院課程での教育による国家資格化は、看護職の地位の向上、専門職化を目指すものであったが、医師や他の医療職の理解を得ることはできなかった。一方で、これらの議論は、患者や一般市民には医師と看護師関係の中での縄張り争いとしかみえず、理解しがたく、また、国民不在の議論には納得できなかったといえる。

結果的に、特定行為研修制度として法制度化され、「特定行為は診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして厚生労働省令で定めるものをいう」と記された。このように特定行為は、法律上において、「診療の補助」としての業務に位置づけられたのである。

川村佐和子は、看護業務における特定行為の位置づけとして、次のように述べている。

看護師の業務とは、患者の生活の質の向上をめざして（療養）生活モデルで療養上の世話をを行い、その過程で必要な診療の補助を行うものです。そのなかで、とくに特定行為を行うということは、診療の補助行為のうち特定行為とされた38の行為について、「方法」と「できる業務」が社会化され、看護師の業務範囲が広がり、より利用者の利便性を上げることに繋がるということでしょう。（川村 2015: 458）

特定行為研修修了者の看護師たちは、定期的な気管カニューレの交換により安心して自宅で暮らすことに繋がっている事例や、特別養護老人ホームでは、不要な受診・入院を減らすことができた事例等について報告をしている（橋口 2019: 812, 大嶋・藤田 2019: 823）。

第2章で述べたように、訪問看護の対象者は、医療的ケアを必要としている人々が増えてきている。そして、訪問看護の提供の場である在宅や地域においては、施設内看護と違い医師が常駐しているわけではない。医療的ケアの必要な方や夜間の急変への対応などにタイムリーに必要な処置が行えることで、外来受診や急変・入院の減少や、より快適な生活の継続に繋がっていく。

このように法的に位置づけられた特定行為により、安全に提供できることはもちろんであるが、この看護師の役割拡大は、当然のことではあるが、責任も付加されたこととなった。このことについては、第4章で述べていきたい。

この研修制度の創設後8年が経過した現状をみると、研修修了者も増加傾向にはあるものの、全看護職員の0.4%と少なく、目的とした訪問看護の分野ではなく、修了者の約7割が病院内の施設にとどまっており、しかも修了者を効果的に活用できていないことや、この研修自体の認知度がまだまだ低い現状である。加えて、訪問看護師の調査からは、安全性への懸念や責任の重さへの不安、研修受講費の高さや長期間の研修による経済的支援の必要性等の課題も指摘されている。

今後は、看護職が患者や一般市民のニーズに応えることができるように、在宅医療の現場である訪問看護ステーション等におけるニーズ調査等の研究や、特定行為研修を受けた看護師が、国民にどのような利益をもたらすことができるかについての検証が必要となる。そして、看護職が訪問看護の現場において、自立して高度な看護実践を行うことができることを広く知ってもらうための広報も必要となるであろう。

平成23年11月18日

チーム医療推進会議
座長 永井良三 殿

<チーム医療推進会議構成員>

日本医師会常任理事 藤川 謙二

日本歯科医師会副会長 宮村 一弘

日本薬剤師会副会長 山本 信夫

日本放射線技師会理事 北村 善明

日本理学療法士協会会長 半田 一登

<チーム医療推進方策検討

ワーキンググループ構成員>

日本作業療法士協会会長 中村 春基

意見書

特定看護師（仮称）制度について、12月の社会保障審議会医療部会に諮ることは、時期尚早であり、反対であります。

現在、「特定看護師（仮称）養成調査試行事業」及び「特定看護師（仮称）業務試行事業」が行われており、これらの試行事業について、きちんと検証し、その結果を踏まえて、必要かどうかをじっくり議論していくべきであります。

「チーム医療推進会議」での十分な議論を経ず、医療関係者や国民の合意なきままに、法制化を急ぐことには問題があります。国民の生命にかかわる重大な問題であり、引き続き時間をかけて、チーム医療全体のあるべき姿について慎重に検討していくことを強く求めます。

以上

図 3-1 各団体からの意見書

(第9回チーム医療推進会議 参考資料3 (2017年7月25日取得,

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001w5xo-att/2r9852000001w6ds.pdf>)

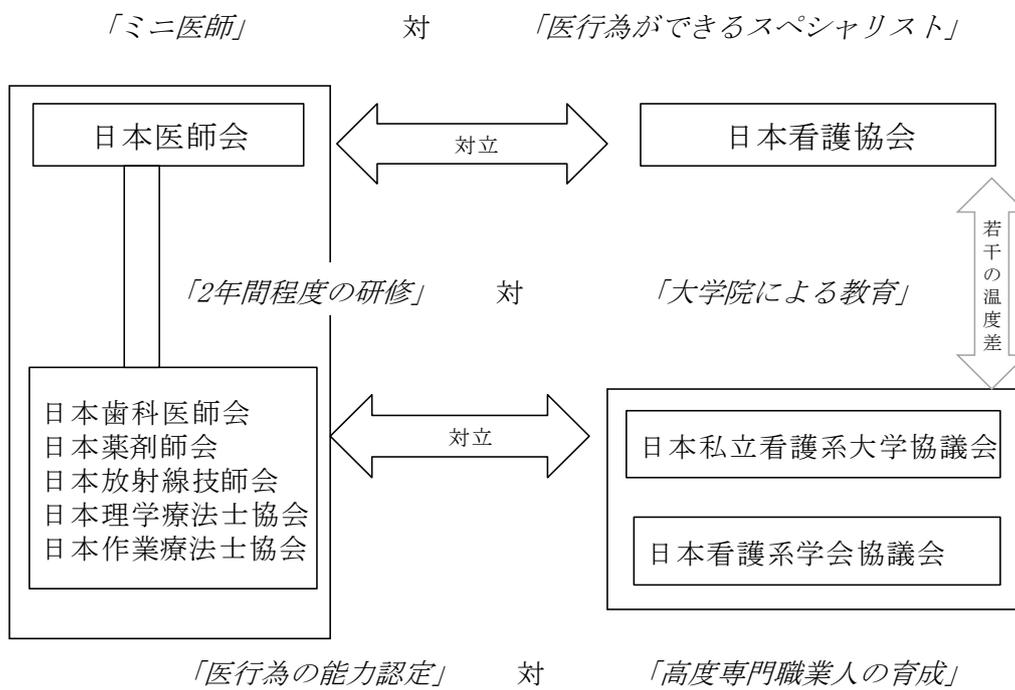


図 3-2 対立の構図

表 3-1. 「特定看護師（仮称）」に関連した経緯の概要

年 月 日	内容
2007年12月	医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」
2008年6月	「安心と希望の医療確保ビジョン」〈医療従事者の数と役割—職種間の協働・チーム医療の充実—医師と看護職との協働の充実〉
2008年	看護系大学ナースプラクティショナー（NP）教育の開始
2009年3月31日	閣議決定 「規制改革推進のための3カ年計画（再改定）」
2009年5月19日	経済財政諮問会議 内閣総理大臣指示「厚生労働省において、専門家を集め、日本の実情に即して、どの範囲の業務を、どういう条件で看護師に認めるか、具体的に検討していただきたい。」
2009年6月23日	閣議決定 経済財政改革の基本方針2009 医師と看護師等との役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）について。
2009年8月28日	「チーム医療の推進に関する検討会」が設置
2010年3月19日	医師の包括的指示にもとづいた一定の範囲内の特定医行為を実施できる 「特定看護師（仮称）」の導入が盛り込まれた報告書を発表
2010年5月12日	「チーム医療推進会議」が設置
2010年5月 ～2013年10月	「チーム医療推進会議」 第1回～第20回 の開催
2014年6月	保健師助産師看護師法の一部改正により「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化
2015年10月1日	「特定行為に係る看護師の研修制度」の施行

表 3-2 特定行為一覧

特定行為区分の名称(21 区分)	特定行為(38 行為)
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
	人工呼吸器からの離脱
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入
創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理

特定行為区分の名称(21 区分)	特定行為(38 行為)
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時の投与
	抗精神病薬の臨時の投与
	抗不安薬の臨時の投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

【出典】厚生労働省 特定行為に係る看護師の研修制度

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>)

表 3-3 特定行為研修を行う施設の種別別指定研修機関数(令和 4 年 8 月現在)

大学	大学院	大学病院	病院 (診療所含)	医療関係 団体等	専門学校	総計
32	17	52	216	20	1	338 機関
9.47%	5.03%	15.39%	63.90%	5.91%	0.30%	100%

【出典】厚生労働省 2022 年度 特定行為研修シンポジウム特定行為研修制度の現状と今後の方向性 資料より

表 3-4 特定行為研修修了者就業状況

n=3,790

就業場所	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護福祉施設	教育機関	その他	未就労	不明
就業者総数	2821	46	179	27	47	26	15	629
割合	74.4%	1.2%	4.7%	0.7%	1.2%	0.7%	0.4%	16.6%

【出典】厚生労働省 2022 年度 特定行為研修シンポジウム特定行為研修制度の現状と今後の方向性 資料より (令和 3 年度「看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業」にて調査)

【注】

- 1) ナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner, NP) とは、主にアメリカ合衆国においてみられる、上級の看護職である。一定レベルの診断や治療などを行うことが許されており、臨床医と看護師の中間職と位置づけられる。

(2017年7月25日取得, <https://ja.wikipedia.org/wiki/ナース・プラクティショナー>).

- 2) 「チーム医療推進会議」の構成員は、以下の14名である。

太田秀樹(全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長)、小川彰(全国医学部長病院長会議会長)、北村善明(日本放射線技師会会長)、堺常雄(日本病院会会長)、坂本すが(日本看護協会副会長)、島崎謙治(政策研究大学院大学教授)、永井良三(東京大学大学院医学研究科教授)、中山洋子(日本看護系大学協議会会長)、半田一登(日本理学療法士協会会長)、藤川謙二(日本医師会常任理事)、藤本晴枝(NPO法人地域医療を育てる会理事長)、宮村一弘(日本歯科医師会副会長)、山本信夫(日本薬剤師会副会長)、山本隆司(東京大学大学院法学政治学研究科教授)。

- 3) 第3回チーム医療推進会議 資料7: 藤川謙二委員提出資料 日本医師会調査「看護職が行う医行為の範囲に関する調査」結果 平成22年10月日本医師会

(2017年10月10日取得, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000vh2d.html>).

- 4) 専門看護師とは、看護師として5年以上の実践経験を持ち、看護系の大学院で修士課程を修了して必要な単位を取得した後に、専門看護師認定審査に合格することで取得できる資格である。審査合格後は専門看護師としての活動と自己研鑽の実績を重ね、5年ごとに資格を更新する。2016年12月現在、1,883人の専門看護師が全国で活動している。(公益社団法人 日本看護協会 資格認定制度)

(2017年7月25日取得, <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>).

- 5) 手順書とは、医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるために、その指示として作成する文書であって、「看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲」、「診療の補助の内容」等が定められているものである。

具体的に、手順書の記載事項としては、以下の事項となる。

1. 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
2. 診療の補助の内容
3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者
4. 特定行為を行うときに確認すべき事項
5. 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制
6. 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法

なお、「3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者」とは、その手順書を適用する患者の状態を指し、患者は、医師又は歯科医師が手順書により指示を行う時点において特定されている必要がある。手順書の具体的な内容については、1から6の手順書の記載事項に沿って、各医療現場において、必要に応じて看護師等と連携し、医師又は歯科医師があらかじめ作成することになっている。また、各医療現場の判断で、記載事項以外の事項やその具体的内容を追加することもできる。

(厚生労働省特定行為に係る看護師の研修制度) (2023年7月26日取得, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>).

第4章 看護師の裁量の範囲の拡大と法的責任

はじめに

本章は、看護師の法的責任の変遷をたどり、訪問看護ステーションにおける看護師の裁量の範囲の拡大に伴う看護師の負っている法的責任の現状について考察する。

人々の健康を担う看護師は、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和するという基本的責任を果たす役割がある。

ここには当然、生命の安全を保証する法的責任が課せられている。実際、看護師の業務は保健師助産師看護師法(以下、保助看法)第5条により「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助を行うことを業とする」と規定されており、その内容については、日本看護協会による「看護業務基準集」で基準が示されている¹⁾。一方で、保助看法第37条において、「診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をし、その他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない」と医行為を行うことは原則禁止されている。他方で、「医師あるいは歯科医師の指示があった場合」、「臨時応急の手当」が必要な場合は医行為を行うことが許されているが、この原則禁止されている「医行為」の内容については、禁止される「医行為」なのかなど扱いが非常に曖昧な部分も少なくない。

そのようななか、環境の変化や国民の意識の変化、そして医療システムや社会保障システムの変化を受けるかたちで、看護業務の範囲、すなわち「診療の補助」と「療養上の世話」の解釈については、様々な検討が進められている。2000(平成12)年には保助看法の一部改正により、看護職にも守秘義務が課されるようになった²⁾。2002(平成14)年には静脈注射は「診療の補助行為の範疇として取り扱うべきもの」となり、2003(平成15)年には「療養上の世話」には医師の指示は必要ないとする通知が出されている。2006(平成18)年の保助看法の一部改正により、処分を受けた看護職に対する罰則規定の強化と再教育の徹底等が定められた³⁾。また、2007(平成19)年には、「薬剤の投与量の調整」「緊急医療等における診療の優先順位の決定」「入院中の療養生活に関する対応」「患者・家族への説明」等も診療の補助の範疇に入るものとして明確にされた。そして、第3章において述べたとおり、2014(平成26)年6月に「医療介護総合確保推進法」の1つとして保助看法が改正され、「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化され、研修を受けた看護師であればより高度な医療処置を行わせることができるような方向へと進んでいる(図4-1参照)。看護師の裁量の範囲が拡大すれば当然その看護業務の中で負う基本的責任の範囲も拡大する。それに伴い、看護業務に関連した医療事故により看護職が法的責任を問われることが増えてきている現状がある。

近年の医療政策は在宅医療の推進を掲げ、寝たきりの高齢者や認知症高齢者、悪性疾患の末期にある方が在宅での療養生活を希望した場合、安心して生活ができるような社会資源の整備がすすめられている。その中でも在宅医療を担う訪問看護ステーションの果たすべき役割はますます増大しているといえる。訪問看護ステーションとは、自宅で療養する人びとに対し、訪問看護サービスを提供する事業所のことである。また、訪問看護師とは、ここで従事している保健師・助産師・看護師・准看護師のことである。訪問看護の役割が増大する今日の社会状況のもとで、特に訪問看護ステーションで働く看護師は、一人で訪問し看護援助を行うことから、病院等における施設内看護とは異なる訪問看護特有の「個人の責任の重さ」がある。植原

理恵らの訪問看護ステーションへの就労意思の調査によると、就労意思なしの主要因は、「単独での訪問による負担感」であることを報告している（檜原・真継 2014）。また、日本看護協会による訪問看護ステーションへの実態調査は、訪問看護の業務に関する負担感について「一人で判断する責任が重い」が 72.5%、「医療事故を起こさないか不安である」が 71.9%であったことを報告している（日本看護会 2015: 53）。以上のことから単独での訪問による負担感は、個人の責任として重くのしかかり、このことが訪問看護ステーションへの就職を阻む、あるいは離職の一要因となっているといえる。特に、入院日数の短縮により医療依存度の高い人びとが在宅での療養者として増加してきており、看護業務の裁量の範囲が拡大することにより、医療事故を引き起こすリスクも高まり、実際に医療事故が生じて法的責任を負うような場面に繋がっていくことが考えられる。

看護師の責任に関する先行研究では、看護師に関する判例について、診療補助業務の法的責任、療養上看護業務の法的責任、看護業務等の法的責任をめぐって詳細な検討がなされている（管野 1987: 151-272; 管野 1988: 1-138; 管野 1989: 1-104; 大西 2007: 79-115）が、いずれも病院に勤務する看護師を対象とした判例が多くを占めている。訪問看護に関しては、訪問看護ステーションにおけるリスクマネジメントに係る報告書（三菱UFJ リサーチ&コンサルティング 2013）やインシデントやアクシデントの発生実態を明らかにした研究（緒方ほか 2006）はあるものの、訪問看護師の責任について論じたものはみあたらない。

2001（平成 13）年 10 月から厚生労働省が国立病院や特定機能病院等のヒヤリ・ハット事例を収集・分析し、情報提供する「医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）」を実施している⁴⁾。その後、医療法施行規則（昭和 23 年厚生労働省令第 50 号）第 12 条に基づき、2004（平成 16）年 10 月から、国立高度専門医療センター、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法に基づく大学の付属施設である病院、特定機能病院について日本医療機能評価機構に対し、医療機関内における事故その他の報告を求める事案の報告が義務付けられた。もっともそうした報告義務は、病院の看護師のみが対象となっている。

以上のように、看護師の法的責任に関する先行研究では、病院の看護師のみの場合がほとんどである。したがって、訪問看護師の法的責任について論じるのは看護業務の裁量の範囲が拡大した今日では意義があるものと考えられる。

そこで、第 2 章で訪問看護の現状について述べたのに対して、本章第 1 節では、看護師が関わった医療過誤判例を通して、看護師の法的責任がその時代時代でどのように扱われてきたのか、看護師が法的責任をどのように負ってきたのかを検討する。第 2 節において、訪問看護師の過失が取り上げられた初めての 1 事例とインシデント・アクシデント⁵⁾の想定事例を基に、訪問看護ステーションにおける看護師の裁量の実態として拡大し、その法的責任が重くなっている状況について考察する。第 3 節において、看護師の医療行為とその法整備の課題について考察する。

第 1 節 看護師の法的責任の変遷

医療過誤については例えば、医事法学者である手嶋豊の『医事法入門』において、「医療事故とは、医療によって生じた不良転帰全般をいい、こうした不良転帰のうち、医療関係者に責任を帰すことができるものを、医療過誤という」（手嶋 2015: 213）と定義されている。また、『看護事故予防学』では、「判例で求められる注意義務は、事故当時の医学・看護学の実践の水準で問

われる。これはその時代や地域、さらには施設での医療状況などの条件によって影響される。このことから判例にはその時代の看護職の置かれた状況や地位が反映されているであろうと解釈できる」とある（土屋ほか 2003: 194）。したがって、本節においては、看護職がその時代時代どのように扱われてきたのか、看護職が法的責任をどのように負ってきたのかを、看護職が関わった医療過誤判例を通して考えてみたい。

看護業務である①「診療の補助」に関する法的責任と、②「療養上の世話」に関する法的責任に分けて以下に述べる。

看護師が行いうる業務、あるいは行えない業務として日本看護協会は、絶対的医行為、相対的医行為、療養上の世話と区分して記述している（日本看護協会 1997）。絶対的医行為は、医師または歯科医師が行う医行為であり、医師法第 17 条に規定されており、診断、処方、治療方針の決定などの医学的判断行為および高度の知識・技術を要する医行為である⁶⁾。相対的医行為は、医師の指示により看護職者の知識、技術で行うことができる医行為である。この相対的医行為が、①「診療の補助」にあたり、保助看法第 5 条に規定されている。しかし、相対的医行為の範囲について保助看法ではなんら規定はなく、解釈上問題となっていた静脈注射という薬物を直接血管内に投与する業務については、2002（平成 14）年に診療の補助行為の範疇となった⁷⁾。また 2007（平成 19）年には薬剤の投与量の調節、救急医療等における診療の優先順位決定等についても明確に示されることとなった。②「療養上の世話」は、保助看法第 5 条に規定されており、看護職者の知識、技術で主体的に行う看護行為のことであり、2003（平成 15）年に「療養上の世話」には医師の指示は必要ないとする通知が出されている。そして、2014（平成 26）年 6 月に「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化され、より高度な医療処置が研修を受けた看護師にできるようになった。（図 4-1）

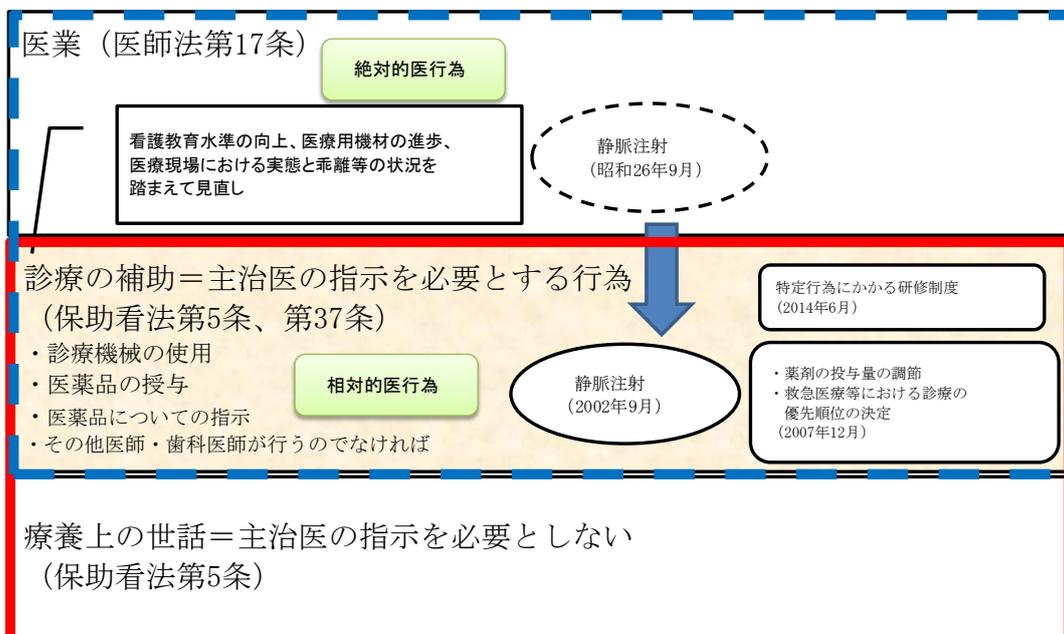


図4-1 看護師の業務範囲に関する法的整理

上記の実線部は看護業務を示す。

（出典）特定行為に係る看護師の研修制度 厚生労働省ウェブサイト 看護師の特定行為研修の概要について 資料P10参照にて 一部改編

なお、看護職の呼称に関しては、呼称変更前の判例については、当時使用されていたとおりの

呼称とした⁸⁾。

1-1 「診療の補助」に関する法的責任

まず、「診療の補助」に関する法的責任が問われた判決をみていく。

看護師の誤薬に関わる事例として、1927年の睡眠剤誤薬事件がある。看護婦が駆中剤チモールのつもりで誤って睡眠剤ジアールを調剤投薬したため患者が中毒死した事故で、調剤の資格なく経験の乏しい看護婦に漫然と処方せんを交付して薬剤投与を命じた医師に不法行為責任があるとして損害賠償の支払いを命じた事例(高松地判昭和二年十二月三日司法研究報告書十八輯四号二二四頁)である(菅野 1989: 15)。土屋は、「昭和初・中期の判例では、医師は頭(判断し指揮監督する)、看護師はそれに従って補助行為をなす手足であり、手足である看護師が事故を起こしても訴訟対象にはならず、頭である医師の指導監督義務違反のみが問われた」(土屋ほか 2003: 195)と記述している。この時代において、看護師は、看護師の業務である「診療の補助」に関して、責任を負っていないといえる。

次に、1969年の麻酔薬過量事件は、看護師2名の過失が問われた事例である。これは、斜視矯正手術につき婦長から処置書を渡され麻酔注射を命ぜられたK看護婦は、注射すべきネンブタール50mgは注射液1ccにあたることを調べたが黒板に書くのを怠り、また分量の説明もせずに注射の実施をY看護婦に依頼したところ、Yが「50ミリ全部ね」と問い「うん」というKの返事を得て50ミリリットルと誤信して注射したため、患者を呼吸麻痺により死亡した事故で、Y看護婦は刑事責任を問われたが、ただYだけの過失ではなくKの過失も競合していることを考慮し刑を軽減された事例(福岡高宮崎支判昭和四四年一〇月二三日 法務総合研究所・医療過誤に関する研究七九頁)である(菅野 1989: 33)。

この事例に関して土屋は、「看護師Yは病棟配置直後でネンブタールを一度も注射したことがなかったので、50mgが何ccに含まれているか知らなかった。そこで、依頼した看護師Kに確認しなければならなかったのにあいまいな問いかけしかしなかった。また、注射ラベルの50mg/mlの表示を解読できなかったが、これを手がかりに確認することが可能であったのに怠り、安易な即断に基づいて過量を静脈注射してしまった。看護師Kはたとえ一般の注射について看護師間で信頼し合う習慣があったとしても、劇薬の麻酔薬の注射をほかの看護師に依頼すべきではなかった。もし依頼するのであればはっきりと何ccであるかを伝えるべきであり、また看護師長の指示に基づき黒板に明記すべきであった」(土屋ほか 2003: 198)のために、看護師Yの刑事責任がこの判決では軽減されたものと解説している。

1976年の北大電気メス器誤接続事件は、看護師のみの過失が問われた事例である。手術を介助する看護婦が、電気メス器の準備の際にケーブルの接続を誤ったために、患児の下腿にⅢ度の熱傷を負わせた事例である。看護婦・医師は業務上過失傷害罪で起訴されたが、看護婦は罰金刑、医師は無罪となった(札幌高判昭和五一年三月一八日判例時報八二〇号三六頁)。土屋は、「本草案で初めて信頼の原則⁹⁾が適用され、看護師のみに過失が問われることとなった」(土屋ほか 2003: 200)とこの判決の位置づけを説明する。「信頼の原則とは、行為者がある行為をなすにあたり、相手方が適切な行動をとるものと信頼するのが相当である場合には、たとえその相手方の不適切な行動によって悪結果が発生したとしても、それに対しては責任を負わないという考え方である」(菅野 2002: 28)。従来の医師主導型の医療から、それぞれがそれぞれの役割に対して責任を果たし、相互の信頼性の上で行っていくものであるという考えである。

2010年4月30日（医政発0430第1号）厚生労働省医政局長より、医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進についての通知が都道府県知事あてに出されており、質の高い医療の提供のためにそれぞれがそれぞれの役割に対して責任を果たし、相互の信頼性の上で行っていくという方向へと徐々に変化していていることが伺える。

また、診療の補助業務として、「業務の範囲を超えるもの」であった静脈注射は、厚生労働省医政局長通知（平成14年9月30日付け医政発第0930002号）により、「診療の補助行為の範疇として取り扱うべきもの」と行政解釈されることとなった（厚生労働省2002）。さらに、2007年には、厚生労働省「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」の中で、「医師と看護師等の医療関係職との役割分担」として、医療安全の確保の視点から、個々の医療機関等ごとの状況に応じ、個別の看護師等の医療関係職の能力を踏まえた適切な業務分担を行うことなどを条件に、「薬剤の投与量の調整」「静脈注射」「緊急医療等における診療の優先順位の決定」「入院中の療養生活に関する対応」「患者・家族への説明」等が役割分担の例として挙げられており、「診療の補助」に関する業務範囲が拡大していることが伺える。以上のように看護師の「診療の補助」に関する業務は、看護教育水準の向上や医療用機材の進歩、医療現場における実態との乖離等の状況を踏まえて見直しが行われている。しかし、このような業務範囲の拡大は、患者の生命に直結する重大な責任を負うことでもあり、看護師に重くのしかかる状況を生んでいるといえる。

1-2 「療養上の世話」に関する法的責任

次に、「療養上の世話」に関する法的責任が問われた判決をみていく。

1956年の湯たんぼ火傷事件は、看護師の過失なしとなった事例である。X(女性)は昭和三一年一月一九日 Y 病院に入院し、翌二〇日午後二時から四時まで全身麻酔のうえ妊娠中絶および卵管結紮の手術を受けた。手術後、看護婦 H が患者 X の付添婦として雇われた I とともに X を病室に運び、X の足許から握りこぶし一つほど離れた位置に湯たんぼを置き、その取扱いを I に任せたとこ、X は熟睡中に湯たんぼで足に第Ⅲ度の熱傷を負った(京都地判昭和四〇年一月一四日 医療過誤民事裁判例集二八〇一頁)という事例である(菅野 1988: 76-77)。土屋は、「この事案は、湯たんぼの世話を付き添い人に任せたことが過失であるか否かが争われた。この当時は看護師の主たる業務は『診療の補助』であり、療養上の世話は付き添い人がするのが実情であった。判決においてもこの病院は完全看護制度¹⁰⁾を採用しておらず、看護師としての職務は医師の指示に基づく患者のための医療行為に限られていたので、患者の身のまわりの世話は看護師の職務に属さないことを認定し、看護師に過失はないと判断した。判決の趣旨からみて、昭和30年代になっても看護師は医師の補助者としかみられず、療養上の世話は看護師の独自の業務とは解釈されていない」(土屋ほか 2003: 196)と判決の趣旨について述べている。

1984年の褥瘡裁判は、家族が市に対して損害賠償請求の訴訟を起し、一審は敗訴したが、控訴審で市が慰謝料を支払うことで和解成立した事例である。61歳の女性が脳出血で市立病院に入院したが、褥瘡が発症し、機能回復訓練にも支障を来し、かつ褥瘡からの出血により死亡した。褥瘡は予防できるのに、医師・看護婦はこれを怠ったとして夫が提訴した(名古屋地判昭和五九年二月二三日 名古屋高裁和解昭和六〇年一月一日 年報医事法学三号三二頁)。

看護の専門家である松村悠子は、褥瘡裁判に対する証言者として、看護師が行った援助に対して次のように考察している。

・・・B病院における患者に対する看護を看護記録と医師のカルテ等から推察すると、死亡時までの間に、左右の耳漏、口内炎、むし歯、肺炎、気管支炎、尿路感染症、腎盂炎、膀胱炎、そして腸骨および仙骨部の褥瘡と常識では考えられない程の合併症にむしばまれ、いかに生命力が消耗していったかという過程が淡々と何事でもないかのように記録されている。これらの合併症はすべて看護の結果と考えることができるものばかりであり、いかに低いレベルの看護(?)であったかについて今さらいうまでもないことである。しかも基準看護体制¹¹⁾を取りながら、何の知識も技術ももたない夫である原告に看護をゆだねていたことに疑問も持たなかった看護婦達の意識構造は一体どのようなものであったのか、私は怒りさえ覚える。しかもこれらの実情分析の結果に対し「相当高度な看護と推測できる」という裁判官の考えに私は自尊心を激しく傷つけられたものである。(松村 1988)

また、裁判後の看護師たちの批判的な反応を次のように記述している。

・・・こうした私の証言動機と行動は必ずしも看護婦仲間から受け入れられるものではないことを承知していた。裁判後の反応は私の事前の予測をはるかに超えるものとなった。その反応をいくつかを紹介させていただくと、①看護は医師の指示を受けて行うべきもので、医師会からいづれ釈明をもとめられるでしょう。②褥瘡は起こり得る必須の合併症である。絶対つくらなくてすむ等ありえない。③理論と実際はちがう。実践を知らない人の言うことを信じられては困る。④基準看護をとっていたら看護レベルが下がるのは当然で褥瘡予防は無理なこと。⑤看護婦が看護婦の敵になるなんて裏切り者だ。(松村 1988)

この褥瘡裁判について橋本久子は、昭和 60 年 10 月 13 日付毎日新聞に、『『床ずれは看護怠慢』という見出しで大きく報道され、看護界に大きな反響をもたらした』と述べている(橋本 2001)。土屋は「この事件をきっかけにして療養上の世話が看護の主体的な業務であることの確認、さらには看護記録のあり方の検討や褥瘡研究などに発展した」(土屋ほか 2003: 201)と述べている。

こうした橋本や土屋の褥瘡裁判に関する説明を踏まえれば、この褥瘡裁判を契機として、看護職自身が看護の専門職としての責任について自覚し、法的責任に対する考え方も一転させるものとなったのではないかと考える。

2003 年には『新たな看護のあり方に関する検討会報告書』の中で、①看護職は療養生活支援の専門家としての的確な看護判断に基づく看護技術を提供すること、②「療養上の世話」には医師の指示は必要ないが、看護職は医師への相談の要否について適切に判断できる能力・専門性を養う必要があること、③看護職は医師の指示内容の適切性や自らの能力との整合性を判断し、必要に応じて疑義を申し立てること、等が示された(厚生労働省 2003)。判決後、実に 20 年以上経過し、「療養上の世話」については、医師の指示を必要としない看護師独自の業務(図 4-1)としての責任が明確に示されたといえる。

第2節 訪問看護師の裁量の範囲の拡大と法的責任

本節では

、訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大に伴う法的責任について、訪問看護師の過失が取り上げられた初めての事例とインシデント・アクシデントの想定事例を基に考察する。第1節での分析をふまえて、看護業務である①「診療の補助」に関する法的責任と、②「療養上の世話」に関する法的責任について述べ、加えて、③訪問看護ステーションに特有の法的責任が問われるその他の業務について検討する。

2-1 「診療の補助」に関する法的責任

在院日数の短縮により、医療依存度の高い人が在宅での看護の対象者として多くなっており、診療の補助に関する業務の増大による裁量の範囲が拡大している現状がある。

以下の判例は訪問看護師の過失が取り上げられた初めてのケースである¹²⁾。

訪問看護師による不適合輸血事件（平成17年(い)第30603号）であり、医師は罰金50万円、業務停止1年、訪問看護師は、罰金20万円、業務停止1月の処分が下されている。

「本件は、医師が輸血に際して自宅療養中の患者の血液型を十分確認しないまま、血液型の異なる輸血用血液を日本赤十字社に発注して患者宅に届けさせ、訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師は、患者宅に届けられた血液型が診療録等に記載された患者の血液型と一致しているか確認しないまま輸血したため、不適合輸血によりショック死させた事案である」（飯田 2012: 139（千葉簡裁略式平成17・6・9 刑事医療過誤Ⅲ139））

本来、安全性から考えると輸血は施設及び人材の整った医療機関等において実施されるものである。この判例では、実施前に医師・看護師の両者で血液製剤が適合かどうかの確認がおこなわれていないことが問題であったと考える。これは第1節で述べた麻酔薬過量事件でも十分な確認が不十分であったことが問題とされた点では、不適合輸血事件の趣旨と同様といえる。

一方、輸血開始後5分間は特に注意深く患者の状態を観察する必要があるが、その対応ができていなかったこと、本人及び家族への輸血の必要性和副作用に関する説明と同意がきちんとなされていたのか等が本件事案で争われていたかは不明である。在宅において輸血を実施するにあたっては、医師・看護師の監視下による医学的管理を保証することではじめて可能となる。しかし、在宅においては、本事例のように医師が不在の状況での援助が行われることが多く、看護師の裁量の余地が大きいため法的責任が先鋭的に問われてくると考える。

次にインシデント・アクシデントの想定事例から考えてみたい。

次の事例は、上野桂子の『訪問看護ステーション事故事例作成検討事業 平成16年度報告書』において、①各訪問看護ステーション管理者より過去5年間に起こった事故またはヒヤリハット事例、②保険会社で保有する過去3年分の事故データから特徴的な事故類型を参考に作成した想定事例である（上野 2005: 42）。

事例1：90歳代 女性 数年前から寝たきり 全面介助が必要

利用者家族から「チューブが抜けてしまったので、入れてほしい」との連絡を受け、訪問看護師が利用者宅を訪問した。経鼻胃管栄養における栄養チューブ挿入後、胃内容物を吸

引すると吸引物は出てこなかった。次に、注射器で空気を2～3回送ったが、胃部で聴診器によって気泡音が聞き取れなかった。5回目ですうやく弱い音を確認した。訪問看護師はこれを胃部における音と考え、チューブが胃内へ挿入できたと判断した。利用者の吐き気の訴えはあったものの、栄養剤の注入を開始し、利用者宅を後にした。数時間後、利用者は39℃の発熱をきたし、家族が救急車で病院へ運んだ。医師の診察の結果、胃チューブが胃内に挿入されず気管内に挿入された事実が判明し、肺炎と診断された。家族から訪問看護ステーションに連絡があり、管理者と担当看護師は病院に行き謝罪を行った。取扱代理店に事故発生の状況を報告した（上野 2005: 50）。

この事例1のように、栄養チューブの交換や他にも導尿カテーテル交換による出血等の事故は多くみられる。訪問看護終了後救急車で入院となっているように、気がかりとなることがあった場合、施設内のように何度も観察に行くことはできない。予測される対応を家族に指導することが必要となる。現在、8割弱の訪問看護ステーションが24時間対応を行っており、特に医療依存度の高い人が在宅での看護の対象者として多くなっていることから、医療機器等の夜間のトラブルの発生による訪問も増加している。また、小規模のステーションほど、職員一人が24時間オンコール対応を行う回数も多く、特に3人未満の零細なステーションでは月平均15.6日夜間携帯を持参して自宅に待機しており、訪問看護師にかかる負担が非常に大きい状況である（日本看護協会 2008）。

こうした状況の中、2014年6月に「医療介護総合確保推進法」の1つとして保助看法が改正され、「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化された¹³⁾。この制度の目的は、2025年に向けて在宅医療を支えていく看護師を養成していくことであるといわれている。藤内美保らは、「この制度の成立により、1948年の保助看法の制定以来67年ぶりに看護師の業務拡大に関する改革に手がつけられた」と述べている（藤内・山西 2015）。

他方、第1節で述べた電気メス器誤接続事件は、この危険を予測して行動することができていなかったために問題となった事例である。また、在宅では予測した対応について家族への説明義務が求められる。そのため、法改正による看護師の業務拡大は、訪問看護師の緊急時や急変時における判断が、利用者の生命と直結しており、適切に対応を予測し行動することが看護師として求められることになる。その結果、施設内看護の場合よりも法的責任は、重く問われることとなる。

2-2 「療養上の世話」に関する法的責任

施設内看護と訪問看護との大きな違いは、訪問看護の提供の場は、患者のプライベートな場であり、ケアの受け手のテリトリーの中でケアを実施していくという点である。

療養者の生活の場に入るということは、施設内と違い個々の環境がすべて違う。二階堂一枝らによる調査結果では、療養上の世話に関する事故は全体の31%を占め、その中でも入浴中、歩行中の転倒事故が多いことを報告している（二階堂ほか 2004）。

以下の事例でみてみよう。

事例2：70歳代 女性 認知症（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa）要介護2 日常生活動作は、一部介助が必要であり、廃用症候群による筋力低下を認める。訪問看護師は、

いつもと同じように入浴介助を行っていたが、タオルを取ろうとして利用者に「動かないでくださいね。ちょっとこのまま待っていてくださいね」と声をかけ、一瞬利用者から目を離した。その時利用者がシャワーチェアから立ち上がろうとしたのか、足を滑らせて浴槽のへりに頭を軽く打って転倒した。事故直後、訪問看護師は、落ち着いて利用者の意識レベルと顔色を確認し、寝室に移動し臥床させて、血圧や脈拍を測定し打撲部の状況を観察し異常がないことを確認した。また状況を家族に説明し、謝罪を行うとともに主治医及び訪問看護ステーションの管理者に報告した。30分程様子を見たが、意識レベルなどの異常の徴候がなかった。再度血圧測定などにより異常がないことを確認し、家族に利用者に変化があればすぐに訪問看護ステーションに連絡を入れてもらうことを依頼し退室した。夕方、訪問看護師は家族に状態を確認し、変化がないことを聞き、主治医と管理者に報告。翌朝も状態を確認し、以後訪問時にも観察を継続した（全国訪問看護事業協会編 2013: 133）。

事例2のような入浴介助においては、認知症高齢者の理解度を把握し、どこまで自力でできるのかを見極め、環境を整えてから入浴という介助を行っていくが、基本的なケアは施設内であれ在宅であれ変わるものではない。しかし訪問看護特有なものといえば、それぞれの家庭の環境の違いによるリスクを観察し、判断し、調整する力であると考え。ここに療養上の世話における訪問看護師の責任があり、この判断を誤れば、この事例のような転倒という事故に繋がり、この判断に対して民事上の法的責任が課されることになる。

2-3 法的責任が問われてくる訪問看護特有のその他の業務

以下では、訪問看護ステーションに特有の法的責任について考える。

第一に、訪問時間が決まっていることが特徴としてあげられる。訪問看護は、本人との契約に基づいて行なわれる。すなわち訪問時間、および看護内容による滞在時間も決められている。この決められた時間を守ることができないということは、契約違反という民事上の法的責任が問われるということになる。

以下の事例でみてみよう。

事例3：訪問看護師は、訪問1件目が終了後、次の訪問のため急いで自転車で移動していた。自転車で移動中に、広い道路から狭い道路に出たところ、前を横切った被害者（60歳代・女性）の自転車の後輪に追突した。被害者は乗っていた自転車と共に転倒し、左肩を打撲した。被害者に出血がないこと、頭部外傷のないことを確認し、謝罪した後、救急車を要請する必要のないことを双方で確認した。医師の診察については、被害者はかかりつけ整形外科の受診を希望したので、そのようにした。また、受診に際しては、「このまま自転車で、一人で行くことができる」とのことであったので、双方の住所・連絡先を確認して別れた。同時に、事故後すぐに管理者に連絡し、事故の報告とともに、2件目の訪問先へ遅れる旨の電話を入れてもらうことを依頼した。翌日、管理者は被害者宅に謝罪とお見舞いを兼ね、お見舞品を持参して訪問した。けがの状態を確認し、取引代理店に事故発生の状況を報告した。1か月後に、2回の受診で完治したことを確認した（全国訪問看護事業協会編 2013: 198）。

本事例は、訪問看護に関する事例ではなく、訪問看護に向かう中で遭遇しうる事故である。

訪問看護ステーションにおける事故の傾向についてしてみると、訪問看護における事故に関して、二階堂らの調査では、介護保険制度施行3年経過後の事故の総数は245件で、そのうちインシデントの占める割合は79.2%、アクシデントでは20.8%であり、事故の内訳は①看護者自身の事故、②ケアに関する事故、③医療処置に関する事故、④その他に分類され、看護者自身の事故が全体の40%を占めていたと報告している（二階堂ほか 2004）。訪問看護は、約束した時間に訪問し援助を終えなければならない。そのため、訪問看護では施設内と異なり事例3のようなケースでは、他の看護師がカバーに入ることはできない。事例のような場合、次の訪問先に遅れることを連絡し、必要であれば他の看護師を調整しなければならないこととなる。

在宅における事故に関する調査によると、「遠隔地（片道25Km以上）が多いので、緊急時の対応に不安がある。」「冬季の訪問看護移動時の自転車運転事故への不安がある。」と移動に関する不安の報告がある（石井 1997）。また、令和3年度長寿科学政策研究事業による訪問看護事業所を対象とした事故の発生率と発生件数に関連する事業所要因についての研究によると、事故の発生状況として「移動中の交通事故」が16.9%であった（柏木・森岡 2021）。訪問看護は、1回の訪問時間は30分から1時間半程度と訪問時間が契約で決まっており、その時間に事故のために利用者宅に行くことができないということであれば、契約している責務を果たすことができない。このことが訪問看護における大きな違いの一つであるといえる。

第二に、訪問看護師は、一人で訪問し急変した場合も一人で対応しなければならないということである。

平山香代子は、「訪問看護師は、療養者宅へ一人で訪問して看護ケアを行うことから、孤独になりやすい職場環境にあり、特に困難と感じる事例に遭遇しているときに強く《孤独感を抱えている》傾向にある。『担当看護師だけが訪問をしていたときは、訪問をしていない同僚や所長が“そんなの知らない”っていう感じだったの』と、同僚や管理者から〈見離された感〉があり、『最初はやっぱり自分だけが変わらないかと思いました。みんなは違うかもって思うし、みんなには話せないじゃないですか。困っている状況は話せても、こういう、自分の悪いところみたいなのは話せないですよ。“困難なんだ！”って思いました。守秘義務があるから、家族に話すわけにもいかないから、結局自分で持っているんです』と、〈困っていることを独りで抱えている〉状況であった。」と一人で関わることの困難な状況について報告している（平山 2008: 10）。

また、光本いづみらの訪問看護師の仕事負担感や就業継続意思の調査において、仕事内容は負担が大きいと思うかの設問に、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答した者は合わせて72.5%であり、仕事負担感と業務内容との関連では、「就業前に考えていた仕事内容との相違」「任されている仕事の多さ」「判断を必要とする場面の多さ」「複雑な看護技術の多さ」を感じている人ほど仕事の負担感を大きいと考えていることが示されている（光本ほか 2008）。

施設内であれば設備や機器が整った状況で、「ちょっと手を貸して」「一緒に確認して」といえば誰かが駆けつけてくれる。また何かおかしいことがあれば「それ大丈夫？」とアドバイスをしてくれる先輩の存在もある。このように施設内は、看護体制としてチームで関わり、急変した場合でも医師や看護師等に助けを求めることができる環境である。しかし、在宅において

は、事例2のように、一人で訪問し、転倒という緊急事態が生じた場合も冷静に判断し、一人で対応しなければならない。そのため、一人での訪問中の事故についての法的責任は一人で負うことになる。重要なのは、この一人で判断し対応するということが、施設内看護師にはない訪問看護師の業務としての役割の重さを特徴づけるものとなっている点である。

第三に、訪問看護制度の特徴として、看護師が管理者であるという点である。

今まで看護師という職業上の性質として被雇用者としての歴史しか持てなかった看護師にとっては、訪問看護という看護形態の登場は大きな意義がある。管理者は、訪問看護師としての実践力はもちろんであるが、労務管理、経営、対外的な交渉、スタッフの教育、他の医療従事者との調整、地域への働きかけ等々多くの役割を有する。訪問看護ステーションの管理者のやりがい構成する要素として、松原みゆきは、「訪問看護ケアの提供から得られる喜びを基盤とし、スタッフから得られる喜び、よい評価をされる喜び、全てのことを采配できるおもしろさ」であると述べている（松原 2014: 39）。しかし半面、上記のどの事例にも共通しているように、医療事故が発生すれば、管理者は利用者への謝罪はもちろんのこと、賠償責任についても問われる。特に訪問看護ステーションは、小規模の施設が多いことから経営にも影響し、風評被害による地域での営業ができなくなることも考えられる。このように管理者としての法的責任は非常に大きいといえる。そのため、事故発生時の備えとして、日本訪問看護財団が開発した総合保険制度があり、賠償責任保険、業務従事者傷害保険、感染症見舞金保障、個人情報漏えい賠償責任保険といった保険制度が活用できるようになっている。

『老人保健健康増進等事業 訪問看護ステーションにおける安全性及び安定的なサービス提供の確保に関する調査研究』によると、調査期間の直近3カ月間において、「医療事故（インシデント）」は平均0.6回、「ヒヤリハット」は平均1.6回、「利用者や家族からのクレーム」は平均0.5回であり、「1回以上」の有無でみたところ、「医療事故」は「あり」が15.8%、「ヒヤリハット」は36.8%、「利用者や家族からのクレーム」は24.6%であったと報告されている。そして、損害賠償保険の加入状況は、看護職員の規模別を問わず「有り」が89.7%を占めていた（三菱UFJリサーチ&コンサルティング 2013）。この結果から勘案すれば、運営管理上からも事故発生時の備えとしての保険制度の活用は重要であろう。

第3節 小括——看護師の医療行為と法的整備の課題

本章においては、看護師の法的責任の変遷をたどり、訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大に伴う法的責任の現状について述べた。

特に在宅医療を担う訪問看護ステーションの看護師と施設内の看護師との違いは、以下の5点が特徴として考えられる。

1. 訪問看護師は、複数の訪問看護の場所を時間に縛られながら移動する必要があるため、現場以外での災害たとえば交通事故のリスクを背負っている。
2. 訪問看護の提供の場は、患者のプライベートな場であり、ケアの受け手のテリトリーの中でケアを実施していくため、個々の環境の相違によるリスクを観察し、判断し、調整・実施する力が求められる。この判断を誤れば、事故に繋がり、この判断の重さが法的責任と関わっている。
3. 訪問看護師は、訪問に訪れたその場で、一人で判断し、適切な対応が求められることから、緊急時や急変時における判断が、利用者の生命と直結しており、判断の重さが法的責

任と関わっている。

4. 在院日数の短縮により、医療依存度の高い人が在宅での看護の対象者として多くなっており、診療の補助に関する業務の増大による責任の範囲が拡大している現状がある。
5. 訪問看護ステーションの管理者は、医療事故が発生すれば管理者としての法的責任が非常に大きく、経営責任も問われる。

上記に示した1, 4, 5の特徴は、「マネジメント」機能として、①組織目標を達成するため看護管理者が行う組織マネジメント機能のことを示している。また、2, 3の特徴は、②患者やその家族に行うケアのマネジメント機能のことを示しているといえる。

2022年の時点において14,304カ所の訪問看護事業所があり、常勤換算5人以上の事業所が46.6%を占め、徐々に規模が拡大してきている。そして、約6万8千人（全看護職員の4%）の看護職が働いているが、訪問看護ステーションの看護師の数はまだまだ十分とはいえず、確保には大きな課題を抱えている。看護職員常勤換算数が少ないことが事故発生件数の増加に関連している（柏木・森岡 2021）ことから、個々への負担は大きいものと考えられる。

訪問看護ステーションへの就職を阻む一要因に「責任の重さ」が関連していることは述べた。しかし、医師の指示の下での「診療の補助」業務が、これまではグレーゾーンな部分で行われていたものが、第3章で述べた特定行為研修制度が法制度化され、法的に位置づけられた行為として安全性を確保できたといえる。この法的に位置づけられた特定行為により看護師の役割拡大は、当然のことではあるが、法的な責任も明確化された。特に在宅医療を担う訪問看護師は、病院勤務の看護師と異なり、生活モデルで療養上の世話をを行い、その過程で必要な診療の補助を行う。特定行為研修制度が法制化されたことと、訪問看護の法的責任とが相まって、訪問看護の法的責任がさらに重くなってきたといえる。

大西邦弘は、「看護師は、保助看法三七条のもとで医師の指示により相対的医行為を行うことができるが、自らの知識・経験に照らし合わせて医師の指示内容に疑問を有する場合には、再度医師に指示内容を確認すべき義務がある。・・・このように解することによって、看護師の責任の『専門家責任』への途が開かれることになる」（大西 2007: 112-113）と述べている。

これからの在宅医療を支える訪問看護師として、役割拡大に伴う責任を負うことは、看護専門職としての覚悟が必要であるといえる。

【注】

- 1) 日本看護協会は、1995年に公表した「看護業務基準」を改訂し、「看護業務基準（2006年度改訂版）」を作成。看護業務基準とは看護職の責務を記述したものであり、基準は看護実践のための行動指針及び実践評価のための枠組を提示している。その内容は看護という職種の価値観と優先事項とを反映している。したがって、看護業務基準は保健師助産師看護師法で規定されたすべての看護職に共通の看護実践の要求レベルを示すものである（日本看護協会、2007）。
- 2) 保健師助産師看護師法 第四十二条の二 「保健師、看護師又は准看護師は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。保健師、看護師又は准看護師でなくなった後においても、同様とする。第四十四条の三 第四十二条の二の規定に違反して、

業務上知り得た人の秘密を漏らした者は、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。

2 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。」と規定されている。

- 3) 保健師助産師看護師法 第十五条の二「厚生労働大臣は、第十四条第一項第一号若しくは第二号に掲げる処分を受けた保健師、助産師若しくは看護師又は同条第三項の規定により保健師、助産師若しくは看護師に係る再免許を受けようとする者に対し、保健師、助産師若しくは看護師としての倫理の保持又は保健師、助産師若しくは看護師として必要な知識及び技能に関する研修として厚生労働省令で定めるもの（以下「保健師等再教育研修」という。）を受けよう命ずることができる。」と規定されている。
- 4) 患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”としたりする経験を有する事例。具体的には、ある医療行為が、(1)患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、(2)患者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合等を指す(厚生労働省 2000)
- 5) インシデント(ヒヤリハット)とは、思いがけない出来事「偶発事象」であり、これに対して適切な処理が行われないと事故となる可能性がある事象である。アクシデントとは、医療従事者が行う業務上およびそれに起因する事故の総称。過失が存在するものと、不可抗力(偶発)によるものの両方が含まれる。インシデント(ヒヤリハット)には気づかなかつたり、適切な処理が行われないと、障害を引き起こし「事故」となる(上野 2005: 3)
- 6) 医師法第十七条は「医師でなければ、医業をなしてはならない」と規定し違反者に3年以下の懲役若しくは100万円以下の罰金を科している(同法第31条1項)。この規定は医業独占規定と呼ばれ、医師に医業を独占させることで国民の生命や健康の安全を確保するための規定である。
- 7) 静脈注射は、昭和26年9月15日医取第517号通知により、医師又は歯科医師が自ら行う業務であつて、看護師の業務の範囲を超えるものでであるとされていた。その後50年以上当該解釈が維持されていたが、多くの病院で看護師が静脈注射を実施していることから、実態調査を基に検討会が開催され、厚生労働省医政局長通知(平成14年9月30日付け医政発第0930002号)により、看護師による静脈注射は保助看法第5条の診療の補助の範疇とされることとなった。
- 8) 平成13年(2001)の法律第153号で、“保健婦、助産婦、看護婦”という名称から、“保健師、助産師、看護師”と改正。この背景には、助産師資格を男子に開放すべきという要望がきっかけとなり、性別によって専門職の資格名称が異なる職種は看護職だけであったこと、また男女共同参画社会の推進という時代の流れもあり、専門職にふさわしい名称として保健師、助産師、看護師に改正。
- 9) 信頼の原則について、西原春夫(1969)『交通事故と信頼の原則』参照。信頼の原則自体は、もともとは交通事故の事案で過失責任を限定し処罰範囲を限定しようと導入された考え方。それが、刑事医療過誤事件にも適用されたもの。
10. 11) 1950(昭和25)年に「完全看護」という看護独自の診療報酬点数が誕生した。しかし、この言葉は、「入院したら看護職がなんでもしてくれる」、また「入院したら看護職が何でもしなければならぬ、家族には何もしてもらってはいけない」という誤解を生み、1958(昭和33)年に「基準看護」という言葉を用いて、入院患者に対する看護要員の配置数により入院料の加算を類別することとなった。その後、「入院料」に含まれていた「室料」と「看護料」が

区別されその類別も増えていった。2000(平成12)年の診療報酬の改定により、「看護料」から「入院基本料」へ移行している(上泉 2018: 186)。

- 12) この判例以降に関しては、以下の様な損害賠償事例(東京地裁平成29年12月15日判決(平成27年(ワ)第637号))が1件見られたが、棄却されている。

事案の概要としては、亡P1(平成27年2月10日死亡。以下「亡P1」という。)が、訪問看護サービスの提供を受けていた診療所に勤務していた看護師である被告に対し、亡P1に投与する経管栄養剤を半固形状のものから液体状のものに変更することを被告が強引に決定したため、亡P1がその摂取により誤嚥性肺炎を発症したなどと主張して、不法行為による損害賠償請求権に基づき、慰謝料300万円の支払を請求した事案である。

- 13) 第3章において述べているが、平成27年3月13日に、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令(平成27年厚生労働省第33号。以下「特定行為研修省令」という。)が公布され、同年10月1日(ただし、指定研修機関の申請に係る規定は、同年4月1日)から施行されることとなった。この新たな研修制度は、看護師が手順書により行う特定行為を標準化することにより、今後在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことを目的としている。

第5章 在宅看護においてマネジメントはどのように扱われてきたのか ——看護基礎教育における在宅看護に関する教育の変遷から——

はじめに

本章では、看護基礎教育¹⁾における在宅看護に関する教育の変遷から在宅看護においてマネジメントはどのような機能として扱われてきたのかを明らかにする。

在宅看護とは、自宅やそれに準じた環境で療養生活をしている新生児から高齢者までを対象に、保健・医療・福祉のあらゆる面から生活の質（Quality of Life：QOL）を高めるため、本人および家族に対し、看護を提供することである（河原ほか編 2009）。すなわち、いかなる疾病や障害を持っていたとしても、人々が過ごしたい場所で、その人らしい生き方を支えることを目指す看護の総体が在宅看護であり、訪問看護²⁾は在宅看護のひとつの活動手段として位置づけられる（壬生・日當 2017）。

高齢者を社会全体で支え合っていく仕組みとして、介護保険制度は2000年に施行され、これまで時代に応じた改正が行われてきている。我が国の高齢化率は、『令和3年度版高齢社会白書』によると、2020（令和2）年10月1日現在、28.8%に達している（内閣府 2021）。また、厚生労働省による『令和4年度 人生の最終段階における医療に関する調査』では、自宅での療養希望者は約5割弱おり、病気や障害があっても自宅で生活したいと考えている。高齢多死社会を迎える今後において、在宅医療の需要は引き続き増加する傾向にあるといえる（厚生労働省 2022）。

近年の医療政策では在宅医療の推進が掲げられ、寝たきりの高齢者や認知症高齢者、終末期にある方が在宅での療養生活を希望した場合は安心して生活ができるような社会資源の整備が進められている。このような状況の中、日本における医療提供体制は、病床機能分化や在院日数の短縮、在宅療養の推進など、従来の病院完結型から地域完結型へとシフトし、看護職の役割や働き方にも変化が生じている。1987（昭和62）年の『看護制度検討会報告書』において、21世紀に向かって期待される看護職者としては、多くの職種と協力しながら患者が最適な療養生活を送れるよう調整役となり、良いリーダーシップを発揮できることと記述されている（厚生省健康政策局看護課監修 1987）。また、2008（平成20）年の「安心と希望の医療確保ビジョン」において、これからの看護師には、医師や他のコメディカル、他の職員等や患者・家族とのコミュニケーションを円滑にする役割等が求められるほか、在宅や医療機関におけるチーム医療の中で、自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であると記述されている（厚生労働省 2008）。

これからの看護職は、専門性を活かしながら、多職種が連携・協働できるよう調整役としての役割を担い、チーム医療においてリーダーシップを発揮できることを期待されているといえる。これには、マネジメントする能力が求められるだろう。ここでいうマネジメントは、③多職種間の専門性を発揮しながら適切な看護サービスを選択し提供するチーム活動としてのマネジメントのことである。

第1章の第3節で看護教育課程の変遷について述べたが、看護基礎教育の領野では、1996（平成8）年の第3次改正において「在宅看護論」という新たな科目が新設された。この背景には、「健康に問題のある高齢者の増加や、医療施設への入院よりも生活の場である在宅で過ごしたいという療養者の希望があるなど、これまで主に医療機関で行われていた看護が、療養者の自宅で行われるようになり、看護を提供する場が変化したこと」（木下 1997： iii）がある。このこと

から、施設内みの看護から地域で対応できる実践能力の教育が重要視され始めたことが窺える。2008（平成 20）年には看護教育カリキュラムの第 4 次改正が行われた。この新カリキュラムにおいて、「在宅看護論」は統合分野に位置づけられた。統合分野とは、基礎から専門分野までの各看護学での学習を統合する分野ということである。すなわち、施設内看護から、地域で暮らす療養者に対する継続した看護や地域の生活者の立場に立った健康支援の在り方を学ぶ統合科目として位置づけられた。そして、保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令（令和 2 年文部科学省・厚生労働省令第 3 号）が 2020（令和 2）年 10 月 30 日付けで交付され、第 5 次改正が行われることとなった。この背景には、地域医療構想の実現や地域包括ケアシステム³⁾の推進に向けた取り組みがある。主な改正として、「在宅看護論」が地域に暮らす人々の理解とそこで行われる看護についての強化を目的に「地域・在宅看護論」に変更されることとなった。このように、第 4 次改正で統合分野に位置づけられていた「在宅看護論」は、第 5 次改正では「地域・在宅看護論」に名称が変更され、単位数も増えて、より内容が充実されることとなったのである。

先行研究から「在宅看護論」の教育上の問題として柳原清子らは、地域看護の考え方で幅広く教授されていたものが、「在宅看護論」が柱立てされたために、むしろ対象が狭められ、地域の健康な人々への支援が教育として抜け落ちてしまう可能性を生み出してしまったと報告している（柳原ほか 2000: 71）。木下由美子は、「在宅看護論」を学んでいても、その知識を育て対象者に役立てるまでに至っていないのが現状である等の問題を指摘している（木下 2009: 515）。また、魚里明子らは、地域実習の課題として、ヘルスケアシステムを含めて地域看護管理の視点が弱いことを指摘している（魚里ほか 2011: 27）。このように「在宅看護論」の教育方法に関する報告から、「在宅看護論」の教育には多くの課題があることが窺える。

そこで本章では、看護教育カリキュラムの変遷における「在宅看護論」が新設された第 3 次改正および「在宅看護論」の科目としての位置づけが変更となった第 4 次改正、「地域・在宅看護論」と科目名が変更となった第 5 次改正に着目する。方法としては、社会ニーズとともに「在宅看護論」が教育制度の中でどのように変化し、訪問看護の担い手としての看護師にどのような影響を及ぼしたのかを検討会議事録及び報告書、改正時に使用された教科書等の記述をふまえて検討する。なお、看護師 3 年課程のカリキュラムを主としていることから、文部科学省の 2017（平成 29）年 10 月に大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会より出された「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」については、本章では取り扱わないこととする。

第 1 節 看護教育カリキュラムの変遷

看護教育カリキュラムは、保健師助産師看護師学校養成所指定規則⁴⁾の第 2 条から第 4 条に学校養成所の指定基準の一つとして規定されているもので、指定規則は文部科学省と厚生労働省の共同省令となっている。第 2 条には保健師課程、第 3 条には助産師課程、第 4 条には看護師課程について規定されているが、本論文においては、看護師の教育課程を中心に述べる。また、これまで 1967（昭和 42）年の第 1 次改正⁵⁾、1988（平成元）年の第 2 次改正⁶⁾、1996（平成 8）年の第 3 次改正、2008（平成 20）年の第 4 次改正、2020（令和 2）年の第 5 次改正が行われている。各改正における特徴として、第 1 次改正では、今までの医学モデルによる疾患別の看護教育から看護学の体系化が図られた。第 2 次改正では、高齢化社会への対応として老人看護学が新設され、看護学が小児・成人・老人・母性とライフサイクル別に分類された。第 3 次

改正では、1992(平成4)年に制度化された訪問看護サービス⁷⁾に対応するために「在宅看護論」及び精神の健康の保持増進の重要性から「精神看護学」が新設された。また、4年間で保健師・看護師の教育を行う統合カリキュラム及び看護師・助産師の教育を行う統合カリキュラムが新たに示された。第4次改正では、各専門分野の構造を変更し、教育内容の充実を図っている。ここで、「在宅看護論」は今までの学びを統合する分野として位置づけられた。第5次改正では、「在宅看護論」の名称が「地域・在宅看護論」に変更され、地域が強化された。

本節では、「在宅看護論」が新設された第3次改正と「在宅看護論」の位置づけが検討された第4次改正、「在宅看護論」の名称の変更が行われた第5次改正を中心に順次述べていく(表5-1, 5-2, 5-3)。

1-1. 「在宅看護論」の新設 ——1996(平成8)年の第3次改正の概要から

高齢化と長期慢性疾患患者の増加、医療の高度化と専門化、高学歴社会という社会背景の中で、看護への優秀な人材確保の必要性から、第3次カリキュラム改正が行われた。この改正により、教育科目から教育内容に表記を改め、時間表記から単位表記となり、総時間数 3,000 時間から 93 単位 (2,895 時間) に変更された。「在宅看護論」が新設され、成人看護学に含まれていた精神看護学が独立した科目となった。また、看護師養成所の施設・設備・教員の基準が改正され教育の充実が図られた。さらに、これまでの3つの課程に加えて、施設内の看護と地域の看護とを視野に入れ、4年間で保健師・看護師の教育と看護師・助産師の教育を行なう統合カリキュラムが新たに示された(表5-1)。

改正の背景となった検討会は、1994(平成6)年12月にまとめられた『少子・高齢社会看護問題検討会報告書』の提言を具体化するために開催された「看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会」である。この検討会において9回にわたる検討の結果、『看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会中間報告書』にまとめられた。

『少子・高齢社会看護問題検討会報告書』に我が国の看護をめぐる状況の変化として次のような点があげられている。

(1) 高齢化と長期慢性疾患患者の増加に伴って、在宅医療のニーズに対応した訪問看護サービスの拡充や人々のセルフケア能力を高める教育的な働きかけの必要性が高まってきたこと、(2) 医療の高度化・専門化の進展に伴って、看護には従来にもまして緻密な観察、的確な判断と技術が求められ、また患者の精神的緊張や不安の緩和、患者や家族が自分の意思を表現することの支援の必要性が高まってきていること、(3) 18歳人口の急激な減少と高学歴志向のなかで、看護の分野に優秀な人材を確保するためには、養成施設を魅力あるものとする必要があること等である。(厚生省 1994)

上記の記述から、このような看護をめぐる状況の変化に対応するには、看護基礎教育の充実が必要であることが指摘されているといえる。主な改正の内容として在宅看護に関連した内容では、教育内容を充実するために「在宅看護論」を新たに設定し、看護の場の拡大に対応する形で訪問看護ステーション等を実習施設としたことに特徴がある。また、「看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会」において、検討過程の議論として、新たに新設された「在宅看護論」と従来の「老人看護学」の名称変更について次のようなことが述べられている。

「在宅看護論」については、名称を「地域看護学」にするという意見があったが、看護師課程は地域で療養する人々とその家族を理解し、在宅での看護の技術を学ぶことが目的であることから「在宅看護論」という教育内容で表示することとなった。

「老年看護学」については、名称を従来の「老人看護学」のままでよいという意見と「高齢者看護学」にしてはどうかという意見があった。法文上では「老人」という言葉を用いている場合が多いが、学問上では「老年」を用いる傾向がある。「高齢者」にすると現行の発達段階で区分している「成人看護学」、「小児看護学」等、他の領域の看護学と馴染まないため「老年看護学」とする。(厚生省 1994)

また、保健師課程の議論については、以下のような記載がある。

これからの保健婦は保健所、市町村の行政の場だけでなく事業所・学校・病院・福祉施設等の様々な場で活動を展開していくことが期待されている。このようなことから行政を中心とした公衆衛生看護のみを限定的に教育することには問題があるという意見があった。(厚生省 1994)

ここで注目したいのは、「在宅看護論」という名称である。本論文において、看護師課程に焦点を絞っているが、当然ながら保健師課程に関しても議論されている。特に従来の考え方として、看護師は病院（施設内）における看護、保健師は地域における看護といった役割分担があった。しかし、看護師も在宅看護を担うようになり、看護師教育に地域看護という視点が必要となってきた。従来の看護師教育では、母子保健や成人保健といったそれぞれの専門科目の中の一部として、また保健師教育では公衆衛生看護学として教育されていた（表 5-4）。この 3 次改正により看護師課程では「在宅看護論」が新設され、保健師課程では「公衆衛生看護学」から「地域看護学」へと変更になった。なぜこの名称となったのか、「在宅看護論」であり「在宅看護学」ではない。在宅看護の技術を学ぶ科目であるという考えであり、保健師教育との違いを明確にしたかったのではないかと意図も感じられる。また、今回の改正により発達段階別に組み立てられた母性看護学・小児看護学・成人看護学・老年看護学、症状別の精神看護学に、看護の場を考慮した「在宅看護論」が加わったことは、各看護学との関連性を明確に示したものととも考えられる。

以上のことから、この改正により新設された「在宅看護論」は、公衆衛生看護学から切り離された側面と看護学から既実践されていた訪問看護活動を発展させたという側面を持ち合わせており、看護学の一分野としての発展の過程といえるのではないだろうか。それは、新カリキュラムで示された専門領域（表 5-1）が、基礎看護学・在宅看護論・成人看護学・老年看護学・小児看護学・母性看護学・精神看護学と 7 領域として明確化されたことから看護学の発展に向けて大きな転機となったカリキュラム改正であったといえる。

1-2. 「在宅看護論」の位置付けの変更 ―2008（平成 20）年の第 4 次改正の概要から

改正の背景となった検討会は、2003（平成 15）年の「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」、2003（平成 15）年の「医療提供体制の改革のビジョン」、2007（平成 19）年の「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」である。

2003（平成 15）年、看護基礎教育の内容の充実の必要性から、厚生労働省は、医療提供体制の改革のビジョンを提示した。これを受けて 2006（平成 18）年、看護基礎教育の充実に関する検討会を設置し、全 9 回の会議を実施し、報告書としてまとめた。看護基礎教育の充実に関する検討会において、「在宅看護」について、どのような議論がされたのか、1996（平成 8）年の第 3 次改正から 2008（平成 20）年の第 4 次改正に至るまでの経緯を看護基礎教育の充実に関する検討会の議事録から概観する。

看護基礎教育の充実に関する検討会のメンバーは、学習院大学経済学部遠藤久夫教授を座長とした 18 名⁸⁾である。検討会の第 1 回は、看護をめぐる現状と課題についてのフリートーキングが行われている。第 2 回から第 3 回は、看護教育をめぐる現状と課題について、保健師教育、助産師教育、看護師教育それぞれの立場からの意見交換が行われている。第 4 回は、充実すべき看護師教育、保健師教育、助産師教育の内容について検討されている。第 5 回から第 6 回では、これまでの議論の中間的なとりまとめ（案）についての意見交換がなされている。第 7 回では、ワーキンググループでの検討結果の報告、第 8 回は、看護基礎教育カリキュラム改正案が提示され、第 9 回では、看護基礎教育の充実に関する検討会まとめが行なわれている。

看護師 3 年課程における教育内容の改正は、1 点目は専門分野の構造の変更、2 点目は各分野における教育内容の充実、3 点目は演習の強化、4 点目は単位数及び時間数の充実である。1 点目の専門分野の構造の変更については、『看護基礎教育の充実に関する検討会報告書』に次のように述べられている。

全ての看護実践の基盤となる内容を強調して教授できることが可能となるよう、基礎看護学を教育内容とする専門分野Ⅰを設けた。また、専門分野Ⅱにおいては対象の発達段階等に応じた看護を実践することを学ぶこととし、さらに、基礎分野、専門基礎分野、専門分野Ⅰ、専門分野Ⅱで学習したことを、より臨床実践に近い形で学習し、知識・技術を統合させることを目的として統合分野を新たに設けた。（厚生労働省 2007）

2 点目の各分野における教育内容の充実では、統合分野について、次のように述べられている。

統合分野は、「在宅看護論」と「看護の統合と実践」を教育内容として新たに位置づけた。

「在宅看護論」は、地域で生活しながら療養する人々とその家族を理解し、在宅での看護実践の基礎を学ぶ内容とする。また、終末期看護も含め、在宅での基礎的な看護技術を身につけ、他職種と協働する中で看護の役割を理解する内容とした。

「看護の統合と実践」は、基礎分野、専門基礎分野、専門分野Ⅰ、専門分野Ⅱで学習した内容をより臨床実践に近い形で学習し、知識・技術を統合する内容とした。具体的には、卒業後、臨床現場にスムーズに適応することができることを目的とし、各看護学で学んだ内容を臨床で実際に活用していくことができるよう、チーム医療及び他職種との協働の中で看護師としてのメンバーシップ及びリーダーシップを理解すること、看護をマネジメントできる基礎的能力を身につけること、医療安全の基礎的知識を修得すること、災害直後から支援できる看護の基礎的知識について理解すること、国際社会において、広い視野に基づき、看護師として諸外国との協力を考えることができること等の内容を含むとした。（厚生労働省 2007）

この統合分野の説明から、マネジメント機能については、③多職種間の専門性を発揮しながら適切な看護サービスを選択し提供するチーム活動としてのマネジメントに関する内容であると考えられる。

第4回の会議において、菊地令子⁸⁾は「在宅看護論」の教育について以下のようなことを述べている。

病院や診療所、福祉施設や在宅において地域連携クリティカルパスを用いた体制が求められている中で、看護師も病院の中においても退院調整など退院後のことを考えたケアをする必要があります。また、訪問看護師として役割をとる場合のケアコーディネーションなどの知識習得が必要になると思います。(中略) 看護師の教育の中で在宅看護論をもう少し強化する必要があるのではないかと思います。(「看護基礎教育の充実に関する検討会第4回議事録」2006年7月21日)

第7回の会議において、小山真理子⁹⁾は、「在宅看護論」が統合分野に位置づけられた意図について以下のようなことを述べている。

専門分野Ⅱは成長発達と精神の切り口になっていますが、在宅看護論はどの発達段階にあってもよしということ。在宅という切り口は場なのです。ですから専門分野Ⅱとは切り口が違うということ。専門分野Ⅱの内容を勉強した後に、どこの場であっても、どの発達段階であれ、どのような人であってもいいけれども、在宅で全て統合する場としての看護実習というのがあるのではないかと、統合に位置づけられています。(「看護基礎教育の充実に関する検討会第7回議事録」2007年2月5日)

以上の経過から報告書としてまとめられたものを基に、2008(平成20)年、指定規則改正が行われた(表5-2)。この改正で、教育内容を基礎分野、専門基礎分野、専門分野Ⅰ(基礎看護学)、専門分野Ⅱ(成人・老年・小児・母性・精神看護学)、統合分野(在宅看護論・看護の統合と実践)の5分野に分類し、各分野での教育内容の充実が図られた。また、看護基礎教育の技術項目の卒業時の到達度が明確化された。この新カリキュラムにおいて、在宅看護は「在宅看護論」として統合分野に位置づけられた。統合分野は、基礎から専門分野までの各看護学での学習が統合されるという、看護基礎教育において学習の最終段階の学びとなる分野である。すなわち、施設内看護から、地域で暮らす療養者に対する継続した看護や地域の生活者の立場に立った健康支援の在り方を学ぶ統合科目として位置づけられた。また、統合分野に位置づけられた「看護の統合と実践」の内容は、看護管理、医療安全、災害看護学、国際看護学といったものである。

第4次改正において「在宅看護論」が統合分野に位置づけられた意図は、上記の小山委員の発言からも分かるように、在宅看護の対象者が年齢別、疾患別、症状別という枠組みを超えて生活の場で療養しているすべての人であること。もうひとつは看護サービスの提供方法として利用者ひとり一人に固有の医療・福祉チームが成立しており、その中で看護師がさまざまに役割を変えながら関わっていくということである(山田2008)。そのために、上記の菊地委員の発言にあるように、教育内容を充実させること、在宅での基礎的な看護技術を身につけ他職種と協働する

中で看護の役割を理解すること、チーム医療及び他職種との協働の中で看護師としてのメンバーシップ及びリーダーシップを理解すること、看護をマネジメントできる基礎的能力を身につけることが、「在宅看護論」として強化する必要性があることとして示されたと考える。

また、保健師助産師看護師国家試験出題基準（平成30年度版）において、「在宅看護論」は、小児・認知症・精神疾患・難病等の特徴的な状況にある在宅療養者、及び医療管理を必要とする在宅療養者への看護を体系的に問う項目、療養の場の意向や地域包括ケアシステムにおける多職種連携と看護について問う項目が、整理・追加されており、今後の地域包括ケア時代に向けて、重要な位置づけとなっているといえる。このように「在宅看護論」は、マネジメント機能としての③多職種間の専門性を発揮しながら適切な看護サービスを選択し提供するチーム活動としてのマネジメント、および④地域で包括的に行なうマネジメントすなわち「地域をマネジメントする」の視点が包含された内容となったといえる。

1-3. 「在宅看護論」の名称の変更 —2022（令和4）年の第5次改正の概要から

看護基礎教育検討会は、現在の教育実態も踏まえ、将来を担う看護職員を養成するための看護基礎教育の内容と方法について、2018（平成30）年4月12日の第1回から10回にわたって検討を重ね、その結果を報告書としてまとめている。検討会の構成員は、国立社会保障・人口問題研究所の遠藤久夫所長を座長とした全23名⁹⁾である。また、具体的な教育内容や方法等の検討については、この検討会の下に保健師、助産師、看護師、准看護師ワーキンググループが設置され、議論されたものを検討会に出し、さらに検討が深められている。

第1回目は、看護基礎教育を取り巻く現状と課題について検討された。

まず、1つ目の議題として、検討会の構成員である山田雅子⁹⁾から、保健師の教育について次のような質問が出ている。

先ほど資料の中で、前回の改正時に地域看護学が公衆衛生看護学に変更になりましたという説明がありました。（中略）これから看護師が地域でどンドン働いていくという姿にならざるを得ない。それは、誰もが疑いのない変革を遂げる必要があると思いますが、それに対応できる看護師教育を考える上で、地域看護をどのように考えていくのかということを検討するに当たり、その保健師が科目の名称を変えて対応したということについての経緯を知りたいと思いました。（「第1回看護基礎教育検討会議事録」2018年4月12日）

この質問に対して、村嶋幸代⁹⁾は、次のように答えている。

保健師教育の基幹となる科目は、長らく、公衆衛生看護学でした。しかし、それが、平成9年から21年までは、地域看護学という名称に変更され、内容も、保健師と看護師を一体的に教育する、在宅看護と公衆衛生看護の両方を行うようになった時期がございました。それが地域看護学です。その後、保健師教育の科目名称が、再度、公衆衛生看護学に戻ったのです。このときの公衆衛生看護学は、地域のいろいろな課題を分析して抽出し、それに対する解を出す。つまり、地域をどんなふう育てていけばいいかということ、地域課題の分析と統合を含めて行い、施策化を含めて考えていく。また、地域に住む一人一人の問題を出し、その共通点を束ねて地域の課題を見出していくという方法が公衆衛生看護には求めら

れていると思います。（「第1回看護基礎教育検討会議事録」2018年4月12日）

そして、村嶋は、看護師教育に対して、次のような発言をしている。

看護師がこれから地域で多様に働くというのは当然のことだと思います。そのための看護師の基礎素養として、ぜひ地域看護学を入れていただきたい。つまりこれから訪問看護ステーションを開こうとするに当たっても、地域のマーケティングをして立地条件を見るだとかが看護師に必要なになります。そういうことを含めて、看護師教育の中に地域アセスメントをする能力の育成が絶対に必要だと思います。そういう意味では、看護師教育の中に地域看護学を何らかの形で位置づけていただきたい。現行の在宅看護論は、臨床看護の過程への延長でございますので、もっと地域の人々やいろいろな組織と渡り合いながら、この人は、現状ではなかなか在宅で看ることができないけれども、何か手立てを講じて実現していくという能力が、看護師には必要です。例えば呼吸器をつけている子供さんが学校に行くようなときにいろいろな手伝いが必要ですが、それをいろいろな組織とかけ合って実現していく、そういう能力が看護師に必要なだと思います。（「第1回看護基礎教育検討会議事録」2018年4月12日）

以上の村嶋の発言は、看護師教育において、現行の在宅看護論では、あくまでも今までの臨床看護（施設内看護）の延長であり、訪問看護師として地域をアセスメントできるためには、地域看護学としての教育が必要であることを述べている。そして、保健師教育は、やはり公衆衛生看護学の視点が必要であることを強調しているといえる。

また、池西静江⁹⁾は、看護基礎教育に公衆衛生的な要素が含まれる内容の教育が薄くなってきている現状について次のような発言をしている。

先ほどから公衆衛生看護学、地域看護学のところで、平成元年のカリキュラムまでは、例えば〇〇保健、小児保健とか、母性保健とかがあったのですが、3次改正のカリキュラムでなくなりました。そのころから、看護基礎教育に保健的な要素が薄くなってきているのです。（中略）村嶋先生が先ほどのお話の中で地域看護学を看護師基礎教育に任せるといった話が出てきていたのですが、あの段階では看護師にそれをという話は具体的ではなかったとは思っているのですが、ただ、そういう意味でもう少し看護職に保健指導を行う、あるいは健康の保持増進にかかわる能力をつけていかなければいけないと思います。（「第1回看護基礎教育検討会議事録」2018年4月12日）

井伊久美子⁹⁾は、看護師教育の拡充について次のような発言をしている。

地域包括ケアという流れの中でひとり暮らしをどう支えるかというようなことが起こっています。このことに対応するには、一部の専門性の高いナースがそれができればいいのではなくて、ほとんどの看護師にそういったことに対応することができる能力が今後求められるというのが看護師を取り巻く現状と課題の一番重要なポイントで、いわば患者像がどのようになっているのか。これに対して、看護師の基礎教育としてどのぐらい基礎的な部分

を教えるのかということをしっかり捉えるべきではないかと思います。（中略）

患者の看護の対象者の変化と、それともう一つ、地域包括ケアという流れの中ではやはり場が広がるわけですので、今、医療安全とは言わず患者安全と言うのだそうですけれども、いわば療養者安全というようなことも含めて学ぶべきことは大変多くなっておりまして、教育の拡充ということは検討しなければいけないと思います。（「第1回看護基礎教育検討会議事録」2018年4月12日）

一方で、中島由美子⁹⁾は、在宅の現場の看護師のほうから考えた現状と課題について次のような発言をしている。

在宅から見ると、現在の看護、基礎教育はやはり急性期の患者の看護が中心なのかなという印象を持っています。実習もそのような状況ではないかと考えるんですけども、長く実習をやって最後のころに来る学生さんは、なかなか今、木澤先生がおっしゃったように疾患にこだわってしまって、患者のニーズ、目の前にいる患者さんに何が必要かというところが捉えにくくなっているのかなという印象を持っています。あとは、同時にどうしても老衰の方とか、複数疾患を持って在宅で療養している方等の人生の終末期の援助についての学びが少なく、それと同時に在宅や介護施設におけるケアを学ぶ機会も少ないか、もしくは表面的であるので、なかなか在宅、もしくは地域で暮らせる患者の像がすごく狭いかなと思っています。（「第1回看護基礎教育検討会議事録」2018年4月12日）

次に、2つ目の議題として、「将来を担う看護職員に求められる能力とは何か」について意見交換が行われている。その中で、井伊は、在宅領域に関する教育について次のように発言している。

在宅領域に関する教育の増加というのは特に不可欠だというふうに思っております。それは、これまでのそれぞれの委員の皆さんの御発言も同様のことです。それで、病院と違って、そこに行けば一定の患者さんがいるのではなくて、そもそも出掛けていくことに時間と労力と能力が必要だというのが在宅領域の学習の特徴ですので、そういったことをどう保障するのか。かつ、行ったら一人で判断しなければいけないという現実はどう向き合うのか。そのときに、アセスメント能力とか、それから将来的につけるべき臨床推論能力のもとを基礎教育の中でどのように充実させるか、付加するかということが非常に重要だと思っています。（「第1回看護基礎教育検討会議事録」2018年4月12日）

酒井郁子⁹⁾は、専門職連携実践能力について次のような発言をしている。

いろいろな報告書等に、看護職はチームのかなめであり、看護職は調整役をしなければいけないというような文言がよく出るんですけども、半分間違っていて半分合っているといますか、専門職連携実践能力は看護職だけではなくて、全ての健康関連専門職が必ず持たなければいけない能力とされています。ですので、これは同じ内容で、本来であれば健康関連専門職が学び、お互いにお互いを理解する能力、患者さんの療養目標を共有して役割分

担をしていく能力、それから先ほどから言われている患者さんとのコミュニケーション能力、これらは全て専門職連携実践能力とされているものです。（中略）

チーム運営力とか、専門職連携実践能力とか、そういうことを考えたときに、看護学校であればそのカウンターパートとなる学校ですね。相手校、そこをきちんと見出していくというようなことも非常に重要になってきます。（「第1回看護基礎教育検討会議事録」2018年4月12日）

山田は、在宅看護を教えている立場から、次のような発言をしている。

先ほど井伊構成員がおっしゃった、在宅看護は出掛けていくというのが大きな特徴とおっしゃいましたが、私は在宅看護学を教えている身としては、それもそうなのですが、むしろ外来で患者さんを診る、あるいは病棟で退院されていく方を診る、救急外来で受診する患者さんを診る。全てにおいて、この人は在宅に戻っていく、家で生活することを維持していくために今、一瞬医療があるというような中で、どう生活を見据えて看護するのかというのが在宅看護だと思っているので、あらゆる医療現場で、今、仮に在宅看護と言っていますけれども、そういう生活を軸足に置いた看護ができる力というのは必要なんだろうと考えています。（「第1回看護基礎教育検討会議事録」2018年4月12日）

太田秀樹⁹⁾は、訪問看護について次のような発言をしている。

訪問看護は自宅に行くものだというイメージをお持ちなのかもしれないんですけども、その本質的なことというのは老人施設であっても同じで、私の整理というのは治療の場における看護と、暮らしの場における看護というふうに2つ大きく分けています。

（中略）

暮らしの場の看護、そして治療の場の看護というふうに大きくざっくり分けて、今は暮らしの場での看護の議論の中に老人施設があったり、グループホームがあったり、自宅があったり、サ高住があったりということです。それで、今後人口構造が変化しますから、将来独居の認知症などというのはどんどん増えてくるわけでして、自宅にいれば幸せかというところという問題でもないんですね。その人にとって一番適切な療養の場がどこかと考えたときに、老人施設であるかもしれない、グループホームであるかもしれない。場合によっては、地域力があれば自宅かもしれない。そこで提供する看護、これが訪問看護の本質的な姿だろうと思っています。（「第1回看護基礎教育検討会議事録」2018年4月12日）

以上のような発言から、現在の教育は、急性期の看護すなわち施設内看護が中心となっており、これからの教育は、地域で暮らしている人々の健康を維持管理し、療養生活を安心して送ることができるような幅広い教育が必要である。そして、在宅という場に一人で訪問し、判断も一人で行うことからアセスメント能力や臨床推論能力の充実のためには、教育時間の増加が必要である。また、チーム運営力とか、専門職連携実践能力も学ぶ必要があるのではないかと。といった内容の意見が多くみられている。

第7回検討会において、看護師ワーキンググループにおける検討状況について、看護師ワーキ

ンググループ座長を務める山田から、次のように検討状況の説明がなされた。

「在宅看護論」ですが、生活者に関する看護という視点から、全ての領域の根本に当たると考えまして、統合分野の位置づけのみではなく、教育の初期段階「基礎看護学」の次に位置づけております。また、「在宅看護論」という名称につきましては、今回の見直しでは教育内容の枠組みは原則維持する方向で検討されておりますために、現行のままといたしております。ただ、それにつきましては、地域を意識するという意味で、地域看護学を看護師教育に盛り込むべきという意見もございましたように、「地域」という名称を用いてはいかがかという一部の御意見もありました。（「第7回看護基礎教育検討会議事録」2019年1月30日）

この「在宅看護論」の名称の変更に関しては、「地域」という文言にこだわった意見が3名の構成員から出ている。

在宅という言葉のイメージというのは、自宅を思い浮かべる方が多いのではないかと考えておりますので、「地域」がついたほうが現実を正しく表すのではないのでしょうか。実際に、病院完結型医療から地域完結型医療というパラダイムシフトも語られておりますので、「地域」をつけられたほうが2030年の日本社会の高齢化の中で、在宅看護というのがより明確に伝えられるのではないかと思います（太田秀樹⁹⁾）。

在宅看護論だけではなくて、学生が人々の暮らす地域での看護を把握するために「地域・在宅看護学」という名称にしてはいかがかという意見を述べさせていただきます（菱沼典子⁹⁾）。

今回の考え方が生活者に対する看護という視点から、全ての領域の根本に在宅看護論という考え方であるのであれば、在宅という点でとらえるのではなく、これまでこの検討会で御意見があったように、生活の包括性や継続性をとらえて看護の根本として展開していく内容ということであれば、やはり「在宅看護論」ではなく「地域」という名称をつけて、かつ「地域・在宅看護学」としたほうがいいのではないかと思います（春山早苗⁹⁾）。

これらの意見を踏まえ、看護師ワーキンググループでの討議の結果について、第9回の検討会で山田から次のような説明がなされた。

在宅看護論は、生活者に対する看護という視点から全ての領域の根本に当たると考えられ、教育の初期段階から学ぶ重要性が改めて確認されたことから基礎看護学の次に位置づけました。また、療養者を含めた地域で暮らす人々を対象と捉える趣旨を明確にするため、名称を「地域・在宅看護論」に変更し、対象者及び対象者の療養の場の拡大を踏まえ、3年課程では現行の4単位から2単位増の6単位、資料1-5にあります2年課程では、現行の3単位から2単位増の5単位といたしました。（「第9回看護基礎教育検討会議事録」2019年9月12日）

この説明に対して村嶋は、次のような発言をしている。

私も、地域・在宅看護論になってしまったことは大変残念に思っております。地域看護学は、今までの蓄積があり、かつ、地域でどのように看護職が活躍していくかということの基盤になるものでございます。看護師の中には、訪問看護を経験し、その上でいろいろなニーズを考えて、起業していく、それも訪問看護だけに限らず、地域にいろいろな拠点をつくっていく、暮らしの保健室を含めて、地域のいろいろな方を集めて、そこで地域のニーズを把握しながら新しいことを興して活躍していく、そういう方々が増えております。

(中略)

ぜひベースとして地域看護学というのを立てていただきたかったと思いますし、実習が、在宅看護論が2単位、地域・在宅看護論も2単位というのはやはり不足だと思います。せめて1単位か2単位増やして、今まで開発されてきた果実を入れて、地域看護学にして単位数を増やしていただきたいと思います。(「第9回看護基礎教育検討会議事録」2019年9月12日)

以上のような意見交換を経て『看護基礎教育検討会報告書』としてまとめられた(厚生労働省2019)。特記することとして、「在宅看護論」は「地域・在宅看護論」へと名称が変更となり単位数が2単位増加した。また留意点として、「地域で生活する人々とその家族を理解し、地域における様々な場での看護の基礎を学ぶ内容、地域で提供する看護を理解し、基礎的な技術を身につけ、多職種と協働する中での看護の役割を理解する内容、地域での終末期看護に関する内容も含むもの」というように、「地域」が強調されて示されている。「専門分野Ⅰ」、「専門分野Ⅱ」、「統合分野」の区分は、を「専門分野」として1つにまとめられた。「地域・在宅看護論」は、基礎看護学の次に明記されたことにより、低学年次から高学年次を通して学んでいく科目として位置づけられることとなった(表5-3)。

第2節 教科書にみるマネジメントに関連する記述内容の特徴

本節では、1996年の第3次改正で「在宅看護論」が新設されたこの時期に発刊された教科書において、マネジメントがどのように記述されているのかを検討する。

1997(平成9)年発行の在宅看護論の教科書(松野1997)、1993(平成5)年発行の老人看護学の教科書(須河内ほか1993, 中島1993, 吉田・前田1993)、1997(平成9)年発行の老年看護学の教科書(中島1997)、1998(平成10)年発行の看護管理の教科書(今村1993)から、マネジメントに関連する記述部分を抜き出し、表5-5に整理した。在宅看護論の教科書に老年(老人)看護学の教科書を加えた理由は、第2次改正時に新設された老人看護学及び第3次改正で名称変更となった老年看護学は、高齢化の進展に伴う看護職の場の多様性といった社会の変化に伴うもので、在宅看護論との関連性があることからである。また、1998(平成10)年発行第6版の看護管理の教科書に関しては、1996年の第3次改正において、基礎看護学の留意点に「チーム医療・看護ケアにおける看護師としての調整とリーダーシップおよびマネジメントができる能力を養えるような内容」が明記されたことから、比較の対象として用いた。

2-1. 老年（老人）看護学の教科書

1993（平成 5）年出版の老人看護学の教科書に共通しているのは、「看護職間の情報の伝達、連携」「他職種との連携」「有機的な連携」という記述からもわかるとおり、「連携」という言葉であった。第 3 次改正で「老年看護学」と改正されたことを受け、1997（平成 9）年改訂の老年看護学の教科書においては、「ケアチーム」、「ケアマネジメント」、「ケアマネジメント能力」といった記述が追加されている。これは、②患者やその家族に行うケアのマネジメントのことを示しているといえる。

この教科書のはしがきには、次のような記載があった。

今回は、1996（平成 8）年 3 月に公開された新たなカリキュラム改正の内容を受けて、「老年看護学」と改め、初版からの姿勢を保持しつつ、大幅な改定を行った。本書が、「在宅看護論」の参考書として使われることも配慮しているつもりである。（中島 1997： 2）

本書では、在宅サービスの概要説明にある訪問看護ステーションについての記載等、随所に療養の場としての在宅が意識されていることから、「在宅看護論」の参考書としての活用にも配慮した内容となっていることが窺える。

2-2. 在宅看護論の教科書

1997（平成 9）年発行のテキストの内容を概観する。まず、在宅看護論のテキストにおいて訪問看護、在宅看護、地域看護、公衆衛生看護の関連が位置づけられている（図 5-1）。すなわち、訪問看護は在宅看護の一部分を占め、公衆衛生看護と在宅看護は地域看護に包含されている。第 1 章、地域保健医療福祉という項目では、歴史的変遷及び地域看護と在宅ケアの違いが説明されている。第 2 章では、在宅看護活動という項目で、在宅看護と訪問看護について、各種専門職との連携の必要性が述べられている。第 3 章では在宅看護の方法論、第 4 章では在宅看護の技術と具体的な援助の方法論が述べられている。第 5 章では地域ケア体制と在宅看護という項目でケアコーディネーションという言葉が見られた。在宅看護の場で必要とされる技術についての記述はもちろんのことであるが、在宅看護の歴史的変遷、社会資源やサポートシステムの活用を含めた「ケアコーディネーション」、「ケアマネジメント」といった記述があった。

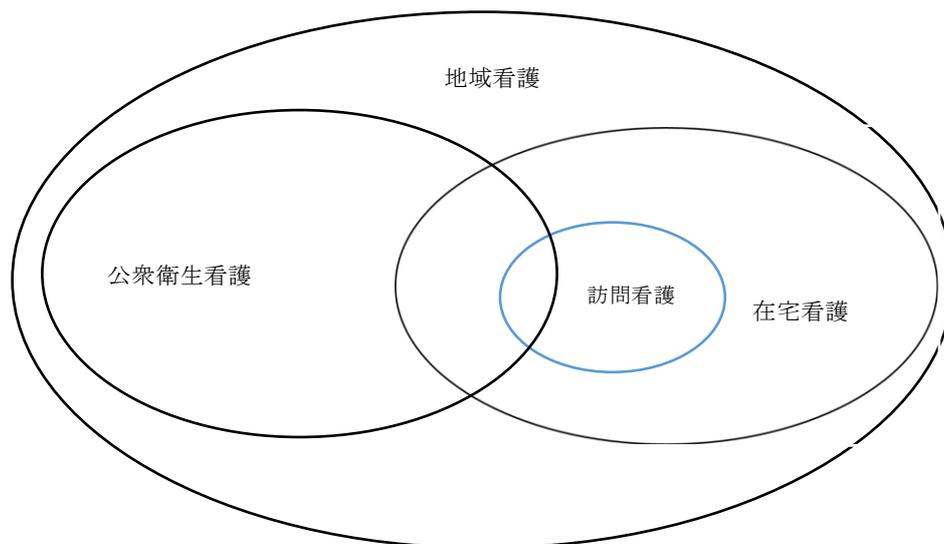


図5-1 在宅看護と訪問看護の位置付け
 【出典】木下由美子編著 (1997) 『在宅看護論』 P4 図1-2 地域と在宅看護

2-3. 看護管理の教科書

看護管理の教科書は、「病院管理と看護の機能」という趣旨のもとに、1975年に第1版が発行されており（今村 1998: 1）、今回は資料として、第6版の教科書を用いた。第6版改訂の序に次のような記述がある。

看護の管理・運営は、看護そのものの展開によるだけでなく、病院の機能別分化や健康保険の診療報酬制度、コンピューターなどの情報機器の導入などによっても影響されている。また、社会的には高齢化社会に突入し、看護の活動が地域へと展開する機運が広がってきた。今回の改訂では、これらの事情をふまえて再検討を加えるとともに、新たに「医療ソーシャルワーク」の章を設けて、進展する医療社会事業について概説した。（今村 1998: 3）

改訂された第6版はあくまでも病院管理を中心とした内容であり、「管理」という言葉は用いられているが、「マネジメント」という言葉はどの章にも用いられていない。また、「連携」といった言葉も使用されず、医師との協調、栄養士との協調、ハウスキーパーとの協調といった、病院という施設内における特定の職種のみとの協調といった表現が用いられ、今回の改訂に加えられた医療ソーシャルワーカーとの協調が唯一、地域を意識した内容となっている。

第3節 考察

ここまで、看護教育カリキュラムの変遷を通して、「在宅看護論」が新設された第3次改正と「在宅看護論」の位置づけが検討された第4次改正、名称の変更が行なわれた第5次改正を中心に概観した。また、改正に伴い関連する在宅看護論、老年（老人）看護学、看護管理の教科書それぞれから、マネジメントに焦点を絞って記述内容を抽出した。以上の内容を踏まえて、第3節では本章の考察を行う。

3-1. 看護基礎教育の変遷からみた在宅看護

看護教育カリキュラムの変遷から「在宅看護論」をみると、高齢社会を背景とした社会の変化や疾病構造の変化が、看護教育に老年看護学の確立という変化をもたらし、施設内看護から在宅・地域での看護すなわち在宅看護へと変化していった。このことは、従来の看護師は病院、保健師は地域という役割分担の考えを変えることとなる。地域の中で、看護師は在宅看護すなわち訪問看護を実践し、保健師は公衆衛生看護を実践していく。今後は、看護師・保健師の役割として、④地域で包括的に行なうマネジメントすなわち「地域をマネジメントする」という考えがますます重要となる。そこでは、③多職種間の専門性を発揮しながら適切な看護サービスを選択し提供するチーム活動としてのマネジメントとして、多職種間の連携が常に問われる課題であり、看護職のマネジメント力がより一層求められる。

第3次改正において専門領域が、基礎看護学・在宅看護論・成人看護学・老年看護学・小児看護学・母性看護学・精神看護学と7領域として明確化されたことは、看護学の発展への大きな転機となったカリキュラム改正であったといえる。しかし、「在宅看護論」のみが「学」という名称ではない。村松静子は、在宅看護論の教科書のまえがきに以下のように記述している。

在宅での看護が、知識体系の「学」としてではなく「論」として位置づけられた理由の一つに、その機能がめまぐるしく変化していることがあげられる。看護は、看護者が自らの目と手を駆使して、その受け手にしっかりと向き合うことで成り立つ。在宅看護の現場では、看護師は、自分一人であるからこそ、その一挙一動が周囲に影響を与える。そのなかで、多職種との連携・調整も必要不可欠となる。しかも看護を提供する環境が、その場その場で大きく異なるところに在宅看護の難しさがある。実はそこがおもしろいところでもある。(村松 2002)

村松のいう「その場その場で大きく異なる」とは、まさに生活の場である地域で、生活している人々を対象として展開される看護であり、個々への対応が重要視される。そのために学問としての一般化が難しいことを述べていると考える。しかし、この個々への対応こそが、④地域で包括的に行なうマネジメントすなわち「地域をマネジメントする」ということではないかと考える。

山田雅子は、共著『訪問看護と介護』の中で、在宅看護について、次のように述べている。

在宅看護に限る話ではないのですが、看護ケアというものは、1つのことをやっても、その裏にいくつもの意図があるものです。そのいくつもの意図を説明できるか、できないかで、価値が決まってくるのではないのでしょうか。それは、表面上は見えないので、意識して言葉に出さないとはいけません。「私たちは在宅看護をしています」と言っても、ほかの領域の人には誰もその中身は理解できないので、何をやっているか、何を意図しているのか、それを受けるとどうなるのか、ということ、看護を知らない人たちに伝えていくための手段が「学」にすることなんだろうと思います。(萱間ほか 2015: 934)

「在宅看護論」を学問とするには、看護師が自分の仕事について自分の言葉で説明できることが必要であり、この作業の積み重ね、知の蓄積により「在宅看護学」へと繋がっていくものと考え。

第4次改正では、名称は「在宅看護論」としてそのまま引き継がれているが、各看護学の学びを統合する科目として統合分野に位置づけられた。この意図は、在宅看護の対象者が年齢別、疾患別、症状別という枠組みを超えて生活の場で療養しているすべての人であり、各看護学での学びを統合する科目であるということである。すなわちこれは、看護基礎教育の最終学年で学ぶことを意味している。それだけ科目としての重要性が強調されたといえるだろう。

2020(令和2)年の第5次改正では、「在宅看護論」は「地域・在宅看護論」へと名称が変更された。そして、生活者に対する看護という視点が強調され、全ての領域の根本に当たると考えられ、教育の初期段階から学ぶ重要性が改めて確認された。そのため、基礎看護学の次に位置づけられ、1年次から最終学年を通して学ぶ科目となった。

保健師課程では「地域看護学」から2011(平成23)年の改正において「公衆衛生看護学」へと以前の名称に変更されている。このような変更は、地域包括ケアシステムの構築を視野に入れたものであることはいまでもない。第3次改正時に「在宅看護論」は、保健師課程の公衆衛生看護学から切り離された側面と看護学から既に実践されていた訪問看護活動を発展させた側面を持ち合わせていることと述べた。実は、ここが問題であったと考える。柳原清子らは、「在宅看護論」に健康な人々への支援すなわち健康の保持・増進や疾病予防の視点が入っていないことを指摘している(柳原ほか2000)。このことについては、検討会の議事録からも同様の意見が数多く出されていた。在宅看護という地域を中心に実施される看護において、当然ながら健康の保持・増進や疾病予防の視点が抜け落ちていることが、「在宅看護論」のジレンマとしてあり、第5次改正の変更につながっていったといえる。

科目名の変更に関しては、「在宅」という言葉では居宅という狭い範囲をイメージしてしまいがちであり、地域全体を見ながら看護を展開していく視点が必要であるということから「地域」を付加した科目名へと変更になった。そして、看護の対象が「生活しながら療養する人々」から「地域で生活する人々とその家族」となった。すなわち、在宅看護の対象者が地域で生活する人々へと広がったのである。だが、そうであれば、地域看護学をなぜ保健師課程の教育に入れなかったのか、保健師課程との関連から意図的な何かがあったのか、ここが疑問として残るところである。

以上より、「在宅看護論」の新設から「地域・在宅看護論」という名称の変更を主軸に看護教育カリキュラム改正の概要をみると、看護学という学問としての確立という視点よりも、時代の変化とともに求められる看護職の役割を考慮し教育内容が変更されているということが明らかになった。しかし、この「在宅看護論」という科目の出現は、看護学の一分野の発展の過程へと繋がっていくのではないかと考える。

3-2. 教科書からみたマネジメントに関連した教育内容

繰り返しになるが、本論でいうマネジメントは、①組織目標を達成するために看護管理者が行う組織マネジメント、②個々の看護師が行うケアのマネジメント、③多職種間の専門性を発揮しながら適切な看護サービスを選択し提供するチーム活動としてのマネジメント、④地域で包括的に行なうマネジメントすなわち「地域をマネジメントする」ことを指している。それらは、そ

の時々、個々の状況に応じて実践されていくものである。

「老年(老人)看護学」、「在宅看護論」の教科書におけるマネジメントに関する記述をみると、ケアマネジメント及び多職種連携に関する内容にとどまっていた。すなわち、②患者やその家族に行うケアのマネジメント、③多職種間の専門性を発揮しながら適切な看護サービスを選択し提供するチーム活動としてのマネジメント機能のことを示ものであった。

一方で「看護管理」の教科書には、病院管理を中心とした内容であり、「管理」という言葉は用いられているが、「マネジメント」という言葉はどの章にも用いられず、病院という施設内における特定の職種のみとの協調といった内容の記述であった。そして、「在宅看護論」と同じ統合分野に位置づけられた「看護の統合と実践」の「看護管理」の教科書(2006年発行第8版)は改変され、対象者に提供するケアマネジメント、看護職員を人材として総括・管理し、組織としての看護サービスをマネジメントするなどの記述すなわち、①組織目標を達成するために看護管理者が行う組織マネジメント、および②患者やその家族に行うケアのマネジメントについての記述であることを示す。しかし、新実絹代は、看護基礎教育において「看護管理」は教育内容や実施割合等が多様であることを明らかにしており、教育の標準化の必要性を示唆している(新実 2021)。

以上のことから、1996年の第3次改正で「在宅看護論」が新設されたこの時期に発刊された教科書の記述からは、在宅看護が、④地域で包括的に行なうマネジメントすなわち「地域をマネジメントする」とした視点での記述は不十分であった。

壬生寿子らは、「在宅看護は疾病や障害の有無にかかわらず、全てのライフステージ期の人々を対象にすることから、在宅看護教育では臨床看護、公衆衛生看護など広い視野を培うことが重要な要素である」(壬生ほか 2017: 59)と「在宅看護論」の課題を述べている。第4次改正では、「在宅看護論」という名称はそのまま引き継がれ、各看護学の学びを統合する科目として位置づけられていることから、横断的に各看護学の学び深めていくといった意図があったと考える。しかし、第5次改正において、「在宅看護論」は「地域・在宅看護論」に変更し、1～3年次まで通して学ぶ科目に位置づけられた。また、看護の対象が「生活しながら療養する人々」から「地域で生活する人々とその家族」となった。すなわち、在宅看護の対象者が地域で生活する人々へと広がったのである。しかし、そうであるならば、看護師課程のカリキュラムに「地域看護学」がなぜ入らなかったのかが疑問として残る。今後は、「地域・在宅看護論」の教育の効果の検証を踏まえ、学問としての体系化の検討が今後もさらに必要ではないかと考える。

第4節 小括

本章は、看護基礎教育における在宅看護に関する教育の変遷から在宅看護においてマネジメントはどのように扱われてきたのかを明らかにすることを目的として検討した。その結果、次のことが明らかとなった。

看護教育カリキュラム改正の概要を「在宅看護論」の出現から「地域・在宅看護論」という名称の変更を主軸にみると、学問としての確立という視点よりも、時代の変化とともに求められる看護職の役割を考慮し、教育内容が変更されているということが明らかになった。「在宅看護論」を学問とするには、看護師が自分の仕事について自分の言葉で説明できることが必要であり、この作業を積み重ね、知を蓄積していくことにより「在宅看護学」に貢献できると考える。したが

って、「在宅看護論」の出現は、看護学の一分野の発展の過程へと繋がっていくものと考えられる。

科目名の変更に関しては、「在宅」という言葉では居宅という狭い範囲をイメージしてしまいがちであり、地域全体を見ながら看護を展開していく視点が必要であるということから、「地域」を付加した科目名へと変更になった。これにより、看護の対象が「生活しながら療養する人々」から「地域で生活する人々とその家族」となった。すなわち、在宅看護の対象者が地域で生活する人々へと拡大しているのである。

だが、そうであれば、地域看護学をなぜ看護師課程の教育に入れなかったのかである。この点については、保健師課程のカリキュラム変更が影響していることが考えられる。表 5-4 は、在宅看護論を中心に看護師課程と保健師課程のカリキュラム変更を表したものである。保健師課程は、公衆衛生看護学から地域看護学に変更された後、また公衆衛生看護学に戻されてきている。鈴木育子らは、「1996 年の第 3 次改正において、看護師・保健師統合カリキュラムが導入されたことにより、看護系大学での在宅看護論の位置づけと教授法は多様を呈した」（鈴木ほか 2015: 28）と報告している。このように、保健師課程との関連からの切り分けがうまく作用しなかったことが一因として考えられる。

さらに、「在宅看護論」の教科書を見ると、マネジメントについての記載内容は、②患者やその家族に行うケアのマネジメント、③多職種間の専門性を発揮しながらチーム活動としてのマネジメントについては多くの記述があった。しかし、④の地域で包括的に行なうマネジメントすなわち「地域をマネジメントする」とした視点においては不十分な記述であった。今後「地域・在宅看護論」としての教育内容が検討されていく必要があると考える。

表5-1 看護教育課程 1996(平成8)年(第3次改正)

分野	教育内容	単位数	時間数/留意点	
基礎分野	科学的思考の基礎	} 13		
	人間と人間生活の理解			
	小計	13(14%)	360 (12%)	
専門基礎分野	人体の構造と機能	} 15		
	疾病の成り立ちと回復の促進			
	社会保障医制度と生活者の健康	6		
	小計	21 (23%)	510 (18%)	
専門分野	基礎看護学	10	チーム医療・看護ケアにおける看護師としての調整とリーダーシップおよびマネジメントができる能力を養えるような内容	
	在宅看護論	4		
	成人看護学	8		
	老年看護学	4		
	小児看護学	4		
	母性看護学	4		
	精神看護学	4		
	小計	36(39%)		990 (34%)
	臨地実習	23		
	基礎看護学	3		
	在宅看護論	2		
成人看護学	8			
老年看護学	4			
小児看護学	2			
母性看護学	2			
精神看護学	2			
	小計	23(25%)	1035 (36%)	
	計	93	2895	
	総合計	93	2,895時間	

出典) 週刊医学会新聞 第2188号 1996年4月22日「各施設の自由裁量を大幅に増やす看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会を終えて」現行カリキュラムと改正案(看護師3年課程)表、及び『看護六法』看護師等養成所の運営に関する指導要領 別表3を参照し作成。

表5-2 看護教育課程 2008(平成20)年(第4次改正)

分野	教育内容	単位数	留意点
基礎分野	科学的思考の基礎	13	
	人間と人間生活の理解		
	小計	13(13%)	
専門基礎分野	人体の構造と機能	15	
	疾病の成り立ちと回復の促進		
	社会保障医制度と生活者の健康	6	
	小計	21(22%)	
専門分野 I	基礎看護学	10	
	臨地実習	3	
	基礎看護学	3	
	小計	13(13%)	
専門分野 II	成人看護学	6	
	老年看護学	4	
	小児看護学	4	
	母性看護学	4	
	精神看護学	4	
	臨地実習	16	
	成人看護学	6	
	老年看護学	4	
	小児看護学	2	
	母性看護学	2	
	精神看護学	2	
	小計	38(39%)	
統合分野	在宅看護論	4	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看護論では地域で生活しながら療養する人々とその家族を理解し在宅での看護の基礎を学ぶ内容とする。 ・在宅で提供する看護を理解し、基礎的な技術を身につけ、他職種と協働する中での看護の役割を理解する内容とする。 ・在宅での終末期看護に関する内容も含むものとする。
	看護の統合と実践	4	チーム医療及び他職種との協働の中で、看護師としてのメンバーシップ及びリーダーシップを理解する内容とする。看護をマネジメントできる基礎的能力を養う内容とする。
	臨地実習	4	
	在宅看護論	2	
	看護の統合と実践	2	
	小計	12(12%)	
総合計		97	3,000時間以上の講義・実習を行う

出典) 週刊医学会新聞 第2188号 1996年4月22日「各施設の自由裁量を大幅に増やす看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会を終えて」現行カリキュラムと改正案(看護師3年課程)表、及び『看護六法』看護師等養成所の運営に関する指導要領 別表3を参照し作成。

表5-3 看護教育課程 2020(令和2)年(第5次改正)

分野	教育内容	単位数	留意点
基礎分野	科学的思考の基礎	14	
	人間と人間生活の理解		
	小計	14(13%)	
専門基礎分野	人体の構造と機能	16	
	疾病の成り立ちと回復の促進		
	社会保障医制度と生活者の健康	6	
	小計	22(22%)	
専門分野	基礎看護学	11	
	地域・在宅看護論	6	<ul style="list-style-type: none"> ・地域・在宅看護論では、地域で生活する人々とその家族を理解し、地域における様々な場での看護の基礎を学ぶ内容とする。 ・地域で提供する看護を理解し、基礎的な技術を身につけ、多職種と協働する中での看護の役割を理解する内容とする。 ・地域での終末期看護に関する内容も含むものとする。
	成人看護学	6	
	老年看護学	4	
	小児看護学	4	
	母性看護学	4	
	精神看護学	4	
	看護の統合と実践	4	チーム医療における看護師としてのメンバーシップ及びリーダーシップの発揮や 多職種との連携・協働 を学ぶ内容とする。看護をマネジメントできる基礎的能力を養う内容とする。
	臨地実習	23	
	基礎看護学	3	
	地域・在宅看護論	2	
	成人看護学	4	
	老年看護学		
	小児看護学	2	
母性看護学	2		
精神看護学	2		
看護の統合と実践	2		
総合計	102	単位の計算方法は、大学設置基準第二十一条第二項の規定の例による	

出典) 第5次改正カリキュラムは、厚生労働省 看護基礎教育検討会報告書 令和元年10月15日
 (https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc5425&dataType=1&pageNo=1) を参照し作成。

課程 改正年	1951(昭和26)年 指定規則改正	1967(昭和42)年 第1次改正	1971(昭和46)年 保健師課程 (第1次改正)	1989(平成元)年 第2次改正	1996(平成8)年 第3次改正	2003(平成15)年 厚生労働省 医政局長通知	2008(平成20)年 第4次改正	2011(平成23)年 保健師課程 (第5次改正)	2022(令和4)年 第5次改正
看護師3年課程	公衆衛生看護概論	記載なし		記載なし	在宅看護論	保健師・看護師統合カリキュラム 地域看護学 看護師等養成所の運営に関する指導要領について(通知) (平成15年3月26日)(医政発第0326001号)(各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知)	在宅看護論		地域・在宅看護論
保健師課程	公衆衛生看護		公衆衛生看護論	公衆衛生看護学	地域看護学		地域看護学	公衆衛生看護学	公衆衛生看護学

*保健師・助産師・看護師の養成課程を合わせ、3年6カ月以上で国家試験受験資格が同時にできる制度の新設
【出典】『看護六法』看護師等養成所の運営に関する指導要領、平成19年「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」、令和元年「看護基礎教育検討会報告書」を参照し作成

表 5-5 教科書におけるマネジメントに関連する記述

教科書	出版社（発行年）	記述内容
老人看護学	金原出版(1993年)	・看護職間の情報の伝達、連携
	廣川書店(1993年)	・他職種との連携
	医学書院(1993年)	・システムを充実させつつ有機的な連携
老年看護学	医学書院(1997年)	・ケアチームの存在 ・ケアマネジメントの存在 ・ケアマネジメントの能力
	医学書院(1997年)	・各種専門職との連携 ・各種専門職の役割・主体性を理解し、互いに密接な情報交換によって連携 ・ケアコーディネーション ・ケースマネジメント
在宅看護論	医歯薬出版(1997年)	・ケアマネジメントの能力 ・ケアマネジメントの理解 ・ケアマネジメントのプロセス ・ケアマネジャー ・ケアマネジメントと社会資源、公的介護保険
看護管理	医学書院(1996年)	・病院の管理 ・医師と看護婦(士)の協調 ・看護婦(士)と栄養士の協調 ・看護婦(士)とハウスキーパーの協調 ・看護婦(士)と医療ソーシャルワーカーとの協調

【注】

- 1) 看護基礎教育とは、免許取得前の卒前教育のことを指す。
- 2) 訪問看護については、日本看護協会訪問看護検討委員会が 1990 年に次のように定義している。

「対象者が在宅で主体性をもって健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようになることを目指し、訪問看護従事者によって、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、あるいは疾病や障害による影響を最小限に留める。また、安らかな終末を過ごすことができるように支援する。そのために具体的な看護を提供したり指導をして、健康や療養生活上の種々の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整をする。」（日本訪問看護振興財団編 2002）
- 3) 2015（平成 27）年 4 月に介護保険法が改正され、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続することができるようにするために、介護・医療・生活支援・介護予防を充実させるための取り組みとしての、地域包括ケアシステムの構築が掲げられた。
- 4) 保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則は 1949（昭和 24）年 5 月 20 日に公布された。この内容は戦前の国民医療法の保健婦助産婦看護婦令による養成所指定規則を引き継いだものであった。その後 1951（昭和 26）年の保健婦助産婦看護婦法改正に伴って指定規則は同年 8 月 10 日大幅に改正され、これが現在の指定規則の原型となっている。
- 5) 第 1 次改正は、教育内容が大幅に見直されている。これまでの教育時間総数は 5,077 時間で、そのうち病室や外来での実習が 3,927 時間を占めていたが、この改正で総時間数を 3,375 時間に減少し、臨床実習を看護教育の 1 つの方法として各看護学に組み込み、実習時間数も 1,770 時間と大幅に減少させている。この改正の背景には、医療制度調査会の答申があり、ここで看護を健康の保持増進、疾病予防か疾病の回復、リハビリテーションまでを含み、また、看護の対象を身体的・心理的・社会的存在とするものであることが位置付けられたことから、専門科目として看護学を独立させた改正が行われた。
- 6) 第 2 次改正は、1987（昭和 62）年に取りまとめられた看護制度検討会報告書を受けたものとなっており、具体的な教育内容の検討は、1988（昭和 63）年に設置された看護婦等学校養成所教育課程改善に関する検討会で行われている。この改正の背景としては、人口の高齢化、医療の高度化、在宅医療の推進など看護職員に求められる能力や役割が拡大していることを受けて行われている。看護師課程の総時間数は 3,375 時間から 3,000 時間に短縮され、実習は臨地実習のみの時間数として実習時間を 1,770 時間から 1,035 時間にしてゆとりを持った教育内容としている。基礎医学系の教育は、専門科目から専門基礎科目と位置づけ、専門科目は看護学のみとし、基礎看護学を他の対象別看護学の基礎とするとともに老人看護学を新設している。また、男性と女性を区別していた教育内容を共通としたものとしている。
- 7) 1991（平成 3）年 10 月に老人保健法の改正により老人訪問看護制度が創設され、1992（平成 4）年 4 月 1 日から在宅の寝たきりの老人等に対して、老人訪問看護ステーションから訪問看護が実施された。
- 8) 看護基礎教育の充実に関する検討会構成員 18 名は、以下のとおりである。

浅田匡（早稲田大学人間科学学術院教授）、石垣靖子（東札幌病院理事）、榮木実枝（東京大学医学部附属病院看護部長）、遠藤久夫（学習院大学経済学部教授）、太田博子（佼成看護専門学校副校長）、菊池令子（社団法人日本看護協会専務理事）、草間朋子（大分県立看護科

学大学長)、小山真理子(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科長)、坂本すが(東京医療保健大学医療保健学部看護学科長)、坂本憲枝(消費生活アドバイザー)、武弘道(全国病院事業管理者等協議会会長、川崎市病院事業管理者)、西澤寛俊(社団法人全日本病院協会副会長)、羽生田俊(社団法人日本医師会常任理事)、堀内成子(聖路加看護大学看護学部長)、南裕子(国際看護師協会会長、日本学術会議会員)、村嶋幸代(東京大学大学院医学系研究科教授)、村田幸子(ジャーナリスト)、山内豊明(名古屋大学医学部保健学科教授)。

9) 看護基礎教育検討会の構成員 23 名は、以下のとおりである。

安藝佐香江(医療法人社団永生会法人本部統括看護部長、みなみ野病院看護部長)、井伊久美子(公益社団法人日本看護協会 副会長)、池西静江(一般社団法人日本看護学校協議会 会長)、井村真澄(元公益社団法人全国助産師教育協議会 会長)、江崎喜江(大阪府病院協会看護専門学校 副学校長)、遠藤久夫(国立社会保障・人口問題研究所 所長)、太田秀樹(一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長)、釜范敏(公益社団法人日本医師会 常任理事)、木澤晃代(日本大学病院 看護部長)、木村元(一橋大学大学院社会学研究科 教授)、酒井郁子(千葉大学大学院看護学研究科附属専門職連携教育研究センター センター長)、中島由美子(医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園 所長)、中谷祐貴子(岡山県保健福祉部長)、前田彰久(富山県厚生部長 ※第7回まで)、中西亜紀(高槻市医師会看護専門学校 教務部長)、額賀修一(全国看護高等学校長協会 副理事長)、馬場武彦(一般社団法人日本医療法人協会 副会長)、春山早苗(自治医科大学看護学部学部長/教授)、菱沼典子(一般社団法人日本看護系大学協議会 理事)、福島富士子(東邦大学看護学部学部長/教授)、藤田京子(蕨戸田市医師会看護専門学校 副校長)、村嶋幸代(一般社団法人全国保健師教育機関協議会 監事)。

終章 訪問看護の課題と今後の方向性

本章では、看護制度及び看護教育の課題を俯瞰し、今後の展望としての看護教育への方策を述べ、地域包括ケアにおける訪問看護の課題をまとめる。在宅医療の推進によって、医師主導型の医療から多職種協働の医療へと移行し、看護職の裁量や責任の範囲も拡大してきた。看護の専門職としての自律性が時代に応じて変化しつつあることを見据えて、看護業務の必要不可欠な一要素としてのマネジメントを付加しつつ、看護制度及び看護教育をいかに変えていくか等の課題を考察する。

在宅医療は、1960年代において急性期疾患に対し医師が往診する「古典的な在宅医療」から、1970年～1980年代「現在の在宅医療」が発祥し、1991年以降から2012年の介護保険下での高齢者世帯を支える在宅医療となった。そして、患者の療養の場が「医療機関から暮らしの場」へ移行している現在では、地域包括ケアの重要な一要素となっている。在宅医療において、地域を“病棟”とみなす訪問看護は必要不可欠であることから、訪問看護師の役割は大きい。

訪問看護は、明治時代の派出看護や巡回看護に始まったとされているが、あくまでも家政婦あるいは社会貢献としてのものであり、本論文で述べた訪問看護とは異なるものである。昭和初期の公衆衛生看護としての訪問指導や京都堀川病院や東京白十字病院等の病院を拠点とした地域住民への訪問看護は、現在の訪問看護の起源ともいえるだろう。

1991(平成3)年に老人保健法の改正により老人訪問看護制度が創設された。また、1992年の第2次医療法改正に伴い、居宅が在宅医療提供の場として認定された。その背景には、人口構造の変化に伴う疾病構造の変化や慢性疾患患者の増加、さらには、医療技術の発展によって、従来救命できなかった病態でも命をつなぐことが可能となったことがある。一方で、何らかの医療的ケアを必要とする療養者も増加傾向となった事等がある。

その後1994(平成6)年の健康保険法等の一部を改正する法律によりに対象を老人以外の全年齢層に拡大し、2000(平成12)年4月の介護保険法の施行により、訪問看護は介護保険、医療保険双方に対応できる制度となった。介護保険法第8条4項に『訪問看護』とは、居宅要介護者(主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認められたものに限る。)について、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助をいう」と訪問看護が明確に規定された。

一方で、保健師助産師看護師法(以下、保助看法)における保健師、助産師、看護師の業務規程をみると、次のように規定されている。すなわち、「保健師は、厚生労働大臣の免許を受けて保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者をいう。助産師は、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう。看護師は、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行なうことを業とする者をいう」である(看護行政研究会編 2014: 3)。

保助看法は1948(昭和23)年に制定されて以来75年間の間に何度と一部改正が行われてきている。しかし、この業務規程に関しては、改正されていない。

1990年代までの医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」医療であった。ほとんどの看護師は、病院に勤務し、治療が中心となることから、医師の指示に基づく「診療の補助」が主となる看護に従事し、「療養上の世話」を行っていた。しかし、老齢期の患者が中心となる時代の医療は、病気と共存しながらQOLの維持・向上を目指す、住み慣れた地域や自

宅での生活のための医療、地域全体で支える「地域完結型」医療に変化してきた。そして、介護保険制度の開始以降の地域完結型医療を支えるのが、訪問看護である。したがって、医師の指示に基づく「診療の補助」が主となる看護ではなく、看護師が主体となっていく「療養上の世話」を行うなかで、必要とされる「診療の補助」を行っていくことが求められてきたのである。

山田雅子は、介護保険制度の導入による看護師の役割の変化について次のように述べている。

看護職が在宅患者の包括的ニーズに対応する「コーディネーション型訪問看護」からケアマネジャーが立案するケアプランの一部として役割を果たす「役割分担型訪問看護」への転換だ。

(中略)

歴史的にみれば、訪問看護経験者がケアマネジャーとなり、ケア全体をマネジメントする立場をとるのが自然な流れであったが、介護保険制度上の事情から、看護職がケアマネジメント業務から分断されてしまった。

訪問看護をしながらケアマネジメントするという多機能性を、看護職は本来兼ね備えた職種であったことを思い出し、その価値を再評価するのであれば、歴史をさかのぼり、「包括的に対象を見る視点」と「包括的に介入していく技術」へと看護が回帰していく方向性を明確に示す必要があるのではないだろうか。(山田 2015: 900)

この山田の問いかけは、自立した看護職として、医師の補助や決められた計画を実施するだけでなく、地域を包括的にみとうえで主体的に判断して責任をもって行う、すなわち「地域をマネジメントする」という役割が必要となってきたことを意図している。

第3章において、今まで医行為として医師が行っていた行為を看護師の「診療の補助」行為とする看護業務の拡大に向けた「特定看護師(仮)」制度の政策過程について分析した。特定看護師(仮称)について、医師側は医行為のできるミニ医師というライバルの出現と捉え、看護師側は高度な医療処置を行う専門の看護職の実現と捉えた、という両者の認識の相違が、日本における医師-看護師間の権力関係を背景に、役割拡大=診療の補助の拡大ということに特化した議論となり、お互いの職域をめぐる利害の対立へと繋がっていった。さらに大学院課程での教育による国家資格化は、看護職の地位の向上、専門職化を目指すものであったが、医師や他の医療職の理解を得ることはできなかった。一方で、これらの議論は、患者や一般市民には理解しがたく、医師と看護師関係の中での縄張り争いとしかみえず、また、国民不在の議論には納得できず、国民のニーズとは大きくかけ離れていた。

以上のような経過を経て創設された、特定行為研修制度であるが、創設後8年が経過した現状をみると、研修修了者も増加傾向にはあるものの、全看護職員の0.4%と少なく、目的とした訪問看護ではなく、修了者の約7割が病院内の施設にとどまっており、しかも修了者を効果的に活用できていないことや、この研修自体の認知度がまだまだ低い現状にある。加えて、訪問看護師の調査からは、安全性への懸念や責任の重さへの不安、研修受講費の高さや長期間の研修による経済的支援の必要性等の課題も指摘されている。

訪問看護の提供の場である在宅や地域では、施設内看護と違い医師が常駐しているわけではない。医療的ケアの必要な方や夜間の急変への対応など、タイムリーに必要な処置を行うことができることで、外来受診や急変・入院の減少、より快適な生活の継続に繋がっていく。このよう

に法的に位置づけられた特定行為により、安全に提供できることはもちろんであるが、この看護師の役割拡大は、当然のことではあるが、責任も付加されることとなった。

訪問看護の現状については、第2章で述べたが、2021年の訪問看護の利用者の内訳をみると、介護保険の利用者は、約64.1万人、医療保険の利用者は、38.0万人である。2040年には、団塊の世代が90歳以上となり、またその子どもの多くも65歳以上となることから、少子高齢・多死時代のピークを迎えるといわれている。そのため、訪問看護を担う看護師は、国の需給推計において、2025年に最大約12万人必要であると報告している。

2022年の時点において14,304カ所の訪問看護事業所があり、約6万8千人（全看護職員の4%）の看護職が働いているが、訪問看護ステーションの看護師の数はまだまだ十分とはいえず、確保には大きな課題を抱えている。また、看護職員常勤換算数5人以上の事業所が2022年では46.6%を占め、徐々に規模が拡大してきているが、まだまだ小規模な施設が約半数以上を占めている。看護職員常勤換算数が少ないことが事故発生件数の増加に関連している（柏木・森岡 2021）ことから、個々への負担が大きいものと考えられる。

訪問看護ステーションへの就職を阻む一要因に「責任の重さ」が関連していることは述べた。しかし、医師の指示の下での「診療の補助」業務が、これまではグレーゾーンな部分で行われていたものが、第3章で述べた特定行為研修制度が法制度化され、法的に位置づけられた行為として安全性を確保できたといえる。この法的に位置づけられた特定行為により、この看護師の役割拡大は、当然のことではあるが、法的な責任も明確化された。特に在宅医療を担う訪問看護師は、病院勤務の看護師と異なり、生活モデルで療養上の世話をし、その過程で必要な診療の補助を行う。特定行為研修制度が法制化されたことと、訪問看護の法的責任とが相まって、訪問看護の法的責任がさらに重くなってきている。しかし、この法的責任を負うことについて、責任付加というマイナス面で捉えるのではなく、看護職として自己判断ができる裁量の拡大というプラス面で捉え、ひいては地域で生活している人々に訪問看護に携わる看護職の役割の理解を促し、協働する多職種からの信頼を得ることもつながっていくものと考えられる。

2022（令和4）年度から新設された、専門性の高い看護師による訪問看護における専門管理加算は、全訪問看護ステーションの3.2%が届け出ており、なかでも機能強化型訪問看護ステーションが多く届け出ている。今後の在宅医療等の推進を図っていくために、厚生労働省は、特定行為研修を受けた看護師を2025年までに10万人養成することを目標に掲げているが、まだ特定行為研修制度が十分活用できていない現状がある。

また、現在、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療・処方のできるナースプラクティショナー（NP）についての議論が進められている。日本看護協会及び日本NP教育大学院協議会は、その必要性から推し進めているが（草間 2021）、その認知度や看護師及び教育者からの期待度に関しては、反対意見も多いのが現状である。

一方で、看護教育の変遷を概観すると、統一された資格制度が存在しなかった明治期から、戦争による看護婦の需要の増大や、病院数の増加から需要に対する供給の不足が生じたこと等により、看護教育の年齢の引き下げや教育水準までも下げて安易な教育を行うような方向へと進んでいった大正期、そして、戦後の教育改革を経て、国家水準として統一された資格制度となっていった経緯がある。

その後、人口の高齢化・疾病構造の変化等の時代の変化により、看護教育改革がおこなわれ、看護教育カリキュラムも第1次改正から第5次改正まで行われた。このカリキュラム改正で特

に注目すべき点は、第3次改正で「在宅看護論」という科目が登場し、第4次改正で、「在宅看護論」がさらに発展的に地域で生活している人々への看護としてマネジメントを含めた実践が強化された。そして、第5次改正で、地域看護学の視点を含んだ「地域・在宅看護論」に名称の変更がおこなわれたことである。

看護教育カリキュラム改正の概要を「在宅看護論」の出現から「地域・在宅看護論」に至る名称の変更を主軸にみると、学問としての確立という視点よりも、時代の変化とともに求められる看護職の役割を考慮し、教育内容が変更されていた。しかし、「在宅看護論」の出現は、看護学の一分野の発展の過程へと繋がっていくものと考ええる。

また、科目名の変更に関しては、「在宅」という言葉では居宅という狭い範囲をイメージしてしまいがちであり、地域全体を見ながら看護を展開していく視点が必要であるということから、「地域」を付加した科目名へと変更になった。これにより、看護の対象が「生活しながら療養する人々」から「地域で生活する人々とその家族」となった。すなわち、在宅看護の対象者が地域で生活する人々へと拡大しているのである。

だが、そうであれば、地域看護学をなぜ看護師課程の教育に入れなかったのかであるが、この点については、保健師課程との関連からの切り分けがうまく作用しなかったことが一因として考えられる。

さらに、「在宅看護論」が新設された年代の教科書として、関連する「在宅看護論」「老年（老人）看護学」「看護管理」の教科書をみると、個々の看護師が行うケアのマネジメント、多職種間の専門性を発揮しながらチーム活動としてのマネジメントについては多くの記述があった。しかし、教科書の記述からは、在宅看護が地域を包括的にマネジメントするとした視点においては不十分な記述であることが明らかになった。今後、さらに「地域・在宅看護論」としての教育内容が検討されていく必要がある。

以上のような教育改革は、看護師の役割が施設内看護から地域へと拡大していることを意味しており、訪問看護師は、住み慣れた地域や自宅で、より快適で安全な生活ができるように支える専門職として、地域を包括的にマネジメントできるような役割を果たせることが重要であろう。そのためには、看護の求められている役割が変化した状況に対応した教育内容の検討が必要である。

山田雅子は、「保健師助産師看護師法が示す看護職の業務の表現は、これまで大きな改訂がないまま今日に至っているが、看護職の働き方が時代背景によって大きく影響を受けるのであれば、病院の世紀が終焉を迎えた今の時代に相応しい看護職の働き方を、今、自分たちで問い直す意味は大きいのではないだろうか」（山田 2015: 901）と述べている。

保助看法による看護師の業務規定では、対象者について「傷病者若しくはじょく婦」と記載されている。しかし、『看護基礎教育の充実に関する検討会報告書』では、「看護の対象者を健康を損ねている者としてのみとらえるだけでなく、疾患や障害を有している生活者として幅広くとらえて考えていくこと、また看護を実践する局面や対象として、終末期や障害を含めて考えていくこと」（厚生労働省 2007: 14-15）とある。訪問看護の対象者は、地域で療養しながら生活する人々とその家族である。そうであるならば、この保助看法の規定そのものに齟齬があることになる。今後、看護の対象者に関しての改正が必要になるであろう。そして、「診療の補助」と「療養上の世話」だけにとどまらない「地域をマネジメントする」といった機能が重要ではないかと考える。

また、看護基礎教育に関しては、「地域をマネジメントする」ことのできる看護師としての教育を重視した改革を進めていくことが必要ではないかと考える。

本研究の意義は、病院中心から在宅中心へと医療の在り方がシフトしたことにより、地域で自律した看護を行うためには、保助看法に規定されている看護業務の「療養上の世話」と「診療の補助」に加えて、マネジメントの実践が必要であるということを検討することができた点である。さらに、看護教育カリキュラムの検討により、看護業務の必要不可欠な一要素としてのマネジメントを付加することの重要性を提案したこと、及び「在宅看護論」の出現が、看護学の一分野の発展への過程に繋がっていくことを指摘したことについては、独創的であるといえる。

表6-1 訪問看護及び看護教育の変遷

年代	人口動態・疾病構造	年	訪問看護の変遷	年	看護教育の変遷
1860	人口：3,500万人 ・急性感染症流行 (天然痘・コレラなど)	1888 1891 1892 1899	産婆による家庭分娩が地域の看護活動となっている 派出看護婦会の創設 鈴木雅子、「慈善看護婦会」設立し看護事業を開始 京都看護婦学校の実習生が巡回訪問活動を実施 東京市内に民間経営の派出看護婦会が急増		
1900	人口：5,000万人 ・慢性感染症流行 (結核・性病) ・乳児死亡率大(1918) ・結核死因 第1位(1935)	1918 1919 1920 1923 1926 1927 1928 1930 1934 1936 1937 1938 1941	東京賛育会で「巡回産婆事業」 「結核予防法」の制定により結核患者に対する訪問看護・指導 乳児院・児童相談所等の保健婦による乳幼児家庭訪問 済生会病院で震災被災者に対する巡回看護活動 小児保健所で妊産婦や乳幼児を対象に訪問看護や巡回産婆を行う 聖路加国際病院で乳幼児の健康相談、訪問看護を開始 日本赤十字社の日赤社会看護婦の活動の開始 大阪朝日新聞社会事業団の公衆衛生訪問婦協会活動の開始 母子愛育会、愛育班活動で訪問看護を行う 東北更新会が農村部で保健婦による栄養改善、乳幼児の保健指導 「保健所法」の制定により乳幼児・結核・伝染病患者等への訪問指導 「国民健康保険法」の制定により国保組合で保健婦による疾病予防活動を行う 「保健婦規則」の制定により保健婦の名称・養成の一本化		
1945 戦後	戦後のベビーブーム 平均寿命(1947) 男性：50.06 女性：53.96 出生数：269万7000人(1949) ・乳児死亡率低下 ・結核死亡激減 ・脳卒中死因第1位(1951)	1945 1947 1948 1958	児童福祉法、結核予防法等の改正により公衆衛生看護活動の充実 「保健所法」の改正 「保健婦助産婦看護婦法」の制定 米国のGHQによる指導で、保健所が公衆衛生活動の拠点となり、保健所保健婦が衛生教育・訪問指導を実施 国民健康保険法の改正で全国的に国保保健婦の疾病予防活動が展開	1949	保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則交付
1960	合計特殊出生率2.0(1960) 死亡数安定時代 人口1億人超える 施設内死亡21.9%(1960) 3大成人病死亡50.7%(1965)	1961 1963 1965 1966 1969 1971	国民皆保険 「老人福祉法」の制定 京都の堀川病院で訪問看護を開始 精神衛生法が改正され、保健所保健婦による精神障害者の訪問指導が行われる 成人病予防活動に保健婦活動の重点が移行 東京の東村山市で白十字病院委託による寝たきり老人の訪問看護指導事業を開始		
1970	施設内死亡37.5%(1970) 高齢化率：7.1%(1970) 70歳以上の患者の入院割合9.4% 平均寿命(1970) 男性：69.31 女性：74.66 未婚率急上昇	1973 1974 1974 1975 1976 1978 1979	老人医療費の無料化 東京の新宿区で寝たきり老人等の訪問看護事業を開始 東京の日大板橋病院で在宅療養者の訪問看護を開始 横浜市で保健所を中心とした非常勤看護婦による寝たきり老人の訪問看護事業 全国ホームケア研究会が発足、訪問看護の研究・普及を行う 厚生省で在宅老人家庭看護訪問指導事業を創設し、市町村が試行 上記事業は全国214市町村へ広がった		1967 保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則改正 (第1次改正)
1980	高齢化率：9.1%(1980) 70歳以上の患者の入院割合26.6% 施設内死亡57.0%(1980) 痴呆・寝たきり老人の増大 3大成人病死亡61.9%(1980)	1980 1982 1983 1986 1987 1988 1988	病院の訪問看護は157病院で実施 「老人保健法」の制定で寝たきり老人の訪問指導が市町村の事業となった 老人診療報酬に「退院患者継続看護・指導料」が新設 診療報酬に「精神科訪問看護・指導料」が新設 1,423病院(14.5%)で訪問看護を実施 「介護福祉士及び社会福祉士法」の制定 診療報酬で「退院患者継続看護・指導料」を改称して「寝たきり老人訪問看護・指導料」、「在宅患者訪問看護・指導料」の新設 訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業を11市町村で開始 訪問看護婦養成講習会(20日間)が始まる		1989 保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則改正 (第2次改正)

年代	人口動態・疾病構造	年	訪問看護の変遷	年	看護教育の変遷	
1990	高齢化率:13.5%(1990) 70歳以上患者入院の割合38.8% 平均寿命(1993) 男性:76.25 女性:83.51 要介護高齢者数200万人(1993) 施設内死亡 73.6%(1995) 出生数:118.7万人(1995) 合計特殊出生率 1.46(1993)	1991	老人保健法の改正により「老人訪問看護制度」が創設	訪問看護制度の創設	1992	看護婦等人材確保の推進に関する法律の施行
		1992	第2次医療法改正 在宅医療の推進			
		1994	高齢者対策の新ゴールドプランで訪問看護ステーションの設置目標を設定(5,000) 健康保険法の改正により「訪問看護制度」が創設 (老人)訪問看護療養費改定 訪問看護に関する研修・相談を各都道府県ナースセンターで実施 1994年12月 「少子・高齢社会看護問題検討会報告書」			
		1994	財団法人日本訪問看護振興財団設立 (老人)訪問看護療養費改定			
		1995	社団法人全国訪問看護事業協会設立			
		1996	過疎地の従たる事業所設置始まる (老人)訪問看護療養費改定			
		1997	在宅保健福祉サービス総合化モデル事業を14カ所で実施する 生活習慣病(1997)			
		1998	老人訪問看護ステーション指定数は2,973カ所			
		1999	営利法人の訪問看護事業参入 訪問看護実施病院38,863(41.6%)			
		1996	高齢化率:15.1%(1996) 平均寿命(1996) 男性:77.01 女性:83.59 合計特殊出生率1.39(1997) 高齢化率:15.7%(1997) 70歳以上患者入院の割合45.8%(1999)			
2000	介護保険法施行 ゴールドプラン21 健康日本21					
2001	保健婦助産婦看護婦法改正 ・2003年4月より保健師・助産師・看護師と名称を変更 厚生労働省発足					
2003	「新たな看護のあり方に関する検討会」の報告書					
2005	障害者自立支援法施行 介護保険法改正					
2006	在宅療養支援事業所創設 「訪問看護認定看護師」の誕生 ・介護保険制度における療養通所介護の制度化 ・自宅以外の多様な居住系施設への委託契約による看護活動の開始 ・介護保険制度の訪問看護で介護予防訪問看護が開始 ・医療保険で在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションが連携し、24時間体制で訪問看護を行い看取りまでの対応が求められるようになる ・介護サービスの情報公開制度の開始					
2008	高齢者の医療の確保に関する法律施行:老人保健法廃止 ・後期高齢者医療制度における訪問看護が開始					
2009	「訪問看護10カ年戦略」開始					
2010	介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(改正介護社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正)					
2000	高齢化率:17.3%(2000) 平均寿命 男性:77.64 女性:84.62 合計特殊出生率1.36 施設内死亡 78.4%(2001)			2005	高齢化率:20.0%(2005) 平均寿命 男性:78.53 女性:85.49 合計特殊出生率1.26 予防重視型システムへの転換(2006年) 特定健康診査・特定保健指導の開始(2008年)	訪問看護の発展
		2010	高齢化率:23.1%(2010) 平均寿命 男性:79.64 女性:86.36 合計特殊出生率1.37 「医療機関」で死亡する者77.3%(2014)			
		2012	「在宅専門看護師」認定開始 ・介護職員の喀痰吸引等の研修開始 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護(地域密着型サービス)の実施 ・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)の実施			
		2013	障害者自立支援法が障害者総合支援法に改正			
		2014	医療介護総合確保促進法「地域包括ケア」の構築 (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 等)			
		2015	特定行為に係る看護師の研修制度開始			
		2017	地域包括ケア強化法			
		2018	人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン			
		2020	高齢化率:28.4%(2020) 平均寿命 男性:84.95 女性:91.35			
		2010	高齢化率:23.1%(2010) 平均寿命 男性:79.64 女性:86.36 合計特殊出生率1.37 「医療機関」で死亡する者77.3%(2014)	2011	介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(改正介護社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正)	
2012	「在宅専門看護師」認定開始 ・介護職員の喀痰吸引等の研修開始 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護(地域密着型サービス)の実施 ・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)の実施					
2013	障害者自立支援法が障害者総合支援法に改正					
2014	医療介護総合確保促進法「地域包括ケア」の構築 (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 等)					
2015	特定行為に係る看護師の研修制度開始					
2017	地域包括ケア強化法					
2018	人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン					
2020	高齢化率:28.4%(2020) 平均寿命 男性:84.95 女性:91.35					

(注) 2001(平成13)年の法律第153号で、「保健婦、助産婦、看護婦」という名称から、「保健師、助産師、看護師」と改正している。よって名称については「婦」で記入。

【出典】 系統看護学講座 統合分野 在宅看護論、医学書院2019年P418-421 [表1 保健・医療・福祉の動向と訪問看護の歴史]を基に作成

謝辞

本論文の執筆にあたり、多くの方々よりご指導とご協力、ご支援を頂きましたことに、深く感謝の意を表します。

立命館大学大学院先端総合学術研究科の諸先生、諸先輩には、懇切丁寧にご指導を頂きました。とりわけ、美馬達哉教授には、訪問看護という実践の登場を看護業務の必要不可欠な一要素として位置づけることへの視座をいただきました。心から感謝を申し上げます。

また、同学科教授故立岩真也先生、小泉義之先生、松原洋子先生、小川さやか先生には、本論文の作成にあたり適切なお助言を賜りました。ここに深謝の意を表します。

引用文献一覧（五十音順）

- Abbott, A., 1988, *The System of Professions : An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: The University of Chicago Press.
- e-Gov 法令検索「昭和二十六年文部省・厚生省令第一号保健師助産師看護師学校養成所指定規則」
(2023年3月9日取得, <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=326M50000180001>).
- 秋山正子, 2016, 「地域包括ケアって?——地域丸ごとの前に、家族丸ごと、そして継続的に」
『訪問看護と介護』医学書院, 21(7): 556-557.
- 石井トク, 1997, 「在宅ケアにおける医療事故の把握と訪問看護婦の注意義務についての分析」
『文部省科学研究費補助金研究成果報告書』.
- 石垣和子・上野まり編, 2012, 『在宅看護論』南江堂.
- 今村榮一, 1998, 『系統看護学講座 別巻8 看護管理』医学書院.
- 飯田英男, 2012, 『刑事医療過誤Ⅲ』信山社.
- 上野桂子, 2005, 『訪問看護ステーション事故事例作成検討事例 平成16年度報告書』.
- 魚里明子・森田智子・中世古恵美・神山幸枝, 2011, 「統合カリキュラムにおける地域看護学実習の学習成果と課題」『関西看護医療大学紀要』 3(1): 18-28.
- 氏家幸子・福本恵, 2014, 「看護教育の変遷」日本看護歴史学会編『日本の看護のあゆみ—歴史をつくるあなたへ』日本看護協会出版会, 74-102.
- 大嶋玲子・藤田洋子, 2019, 「特集 特定行為研修修了者がいる在宅現場が見たい 特別養護老人ホームからの入院・受診の負担が減りました」『訪問看護と介護』医学書院, 24(11): 822-825.
- 太田秀樹, 2018, 「Q1 在宅医療とは」, 日本医事新報社. (2023年8月23日取得,
<https://www.jmedj.co.jp/premium/hmanage/data/0101/>).
- 大西邦弘, 2007, 「看護師役割論の観点からみた看護過誤をめぐる裁判例の検討——最近の・重要裁判例を中心に」『広島大学法学会』 30(4): 79-115.
- 緒方泰子・橋本廸生・福田敬, 2006, 「在宅ケアにおける適切なリスク管理に向けた基礎研究」
『医療と社会』 15(3): 23-36.
- 葛西龍樹, 2014, 「地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題」『医療経済研究』 26(1): 3-26.
- 萱間真美・川村佐和子・村嶋幸代・山田雅子, 2015, 「在宅看護学の誕生に向けて——実践を体系化し、新たな実践を生む「学」の役割」『訪問看護と介護』医学書院, 20(11): 925-934.
- 柏木聖代・森岡典子, 2021, 『実証研究に基づく訪問看護・介護に関連する事故および感染症予防のガイドライン策定のための研究 訪問看護事業所における看護従事者の事故の発生率と発生件数に関連する事業所要因 日本の全国調査データの二次解析』令和3年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学政策研究事業.
(2023年7月1日取得, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/157593>).
- 上泉和子著者代表, 2018, 『系統看護学講座 統合分野 看護管理 看護の統合と実践①』医学書院.
- 上元達仁・大西麻未, 2022, 「日本の訪問看護師の就業継続及び離職に関わる要因の文献検討——過去10年間の文献から」『日本医療・病院管理学会誌』 59(2): 78-85.
- 亀山美知子, 1983, 『近代日本看護史 I 日本赤十字社と看護婦』ドメス出版.
———, 1984, 『近代日本看護史 IV 看護婦と医師』ドメス出版.

- 川島みどり, 2014, 「戦後看護の夜明け——保健師助産師看護師法制定 65 年の歴史」日本看護歴史学会編『日本の看護のあゆみ——歴史をつくるあなたへ』日本看護協会出版会, 8-26.
- 川島みどり・川原由佳里・高橋みや子・芳賀佐和子, 2014, 「看護の草創期」日本看護歴史学会編『日本の看護のあゆみ——歴史をつくるあなたへ』日本看護協会出版会, 210-224.
- 河原加代子著者代表, 2009, 『系統看護学講座 統合分野 在宅看護論』医学書院.
- 川村佐和子, 2015, 「地域における特定行為の意義」『訪問看護と介護』医学書院 20(6): 456-460.
- 管野耕毅, 1987, 「診療補助業務の法的責任——看護事故判例の研究 (1)」『医事学研究 2 号』151-272.
- , 1988, 「療養看護業務の法的責任——看護事故判例の研究 (2)」『医事学研究 3 号』1-138.
- , 1989, 「看護業務等の法的責任——看護事故判例の研究 (3)」『医事学研究 4 号』1-104.
- , 2002, 『看護事故判例の理論』信山社.
- 看護行政研究会編集, 2014, 『平成 26 年版 看護六法』新日本法規.
- 木下由美子編, 斎藤康子・白井京子・原田礼子他著, 1997, 『在宅看護論』医師薬出版株式会社.
- 木下由美子, 2009, 「在宅看護論 10 年の振り返り——教育評価と今後の課題」『看護教育』50(6): 511-515.
- 木村哲也, 2012, 『駐在保健婦の時代』医学書院.
- 草野淳子・神野桃子・高野政子, 2022, 「訪問看護師が行う医療的ケア児への看護の実践に関する文献検討」『日本小児看護学会誌』31: 87-93.
- 草間朋子, 2021, 「日本における診療看護師 (NP: ナース・プラクティショナー) の現状」『日本創傷・オストミー失禁管理学会誌』25(3): 499-505.
- 厚生労働省, 1991, 『老人保健法等の一部を改正する法律の施行について 平成三年一〇月四日厚生省発老第六〇号』. (2023 年 5 月 23 日取得,
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta3973&dataType=1&pageNo=1).
- , 1994, 『健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について 平成六年九月九日厚生省発保第九〇号』. (2023 年 5 月 20 日取得,
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb0142&dataType=1&pageNo=1).
- , 1994, 『少子・高齢社会看護問題検討会報告書』. (2018 年 7 月 2 日取得,
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/510.pdf>).
- , 2000, 『中央社会保険医療協議会 2000 年 3 月 1 日 平成 12 年度社会保険診療報酬改定等の概要』. (2022 年 8 月 30 日取得,
<https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/iryou/307.pdf>).
- , 2002, 『看護師等による静脈注射の実施について (医政発 0930002)』平成 14 年 9 月 30 日.
- , 2004, 『中央社会保険医療協議会 平成 16 年度社会保険診療報酬改定等の概要』. (2022 年 8 月 30 日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/02/tp0219-1/dl/5.pdf>
- , 2006, 『中央社会保険医療協議会 平成 18 年 2 月 15 日 平成 18 年度診療報酬改定の

- 概要について』. (2022年8月30日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/s0215-3.html>).
- , 2009, 『社会保障審議会(医療保険部会) 第32回社会保障審議会医療保険部会 平成21年7月15日』. (2023年8月31日取得,
<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryoku/detail?gno=10003>).
- , 2012, 『平成24年度診療報酬改定について 平成24年度診療報酬改定の基本方針 平成23年12月1日 第50回社会保障審議会医療保険部会』. (2023年8月31日取得,
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/iryohoken15/index.html).
- , 2016, 『診療報酬改定について——平成28年度診療報酬改定』.
(2023年6月1日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106602.html>).
- , 2018, 『診療報酬改定について——平成30年度診療報酬改定』.
(2023年6月1日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106602.html>).
- , 2020, 『診療報酬改定について——令和2年度診療報酬改定』.
(2023年6月1日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106602.html>).
- , 2007, 『介護サービス施設・事業所調査 平成19年』. (2023年5月20日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html>).
- , 2012, 『介護サービス施設・事業所調査 平成24年』. (2023年5月20日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html>).
- , 2021, 『介護サービス施設・事業所調査 令和3年』. (2023年5月20日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html>).
- , 2008, 『介護事業経営実態調査 平成20年度』. (2023年6月10日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/78-23.html>).
- , 2011, 『介護事業経営実態調査 平成23年度』. (2023年6月10日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/78-23.html>).
- , 2014, 『介護事業経営実態調査 平成26年度』. (2023年6月10日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/78-23.html>).
- , 2017, 『介護事業経営実態調査 平成29年度』. (2023年6月10日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/78-23.html>).
- , 2020, 『介護事業経営実態調査 令和2年度』. (2023年6月10日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/78-23.html>).
- , 2019, 『医療従事者の需給に関する検討会——看護職員需給分科会中間とりまとめ 令和元年11月15日(金)』. (2023年6月15日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000567572.pdf>).
- , 2020, 「訪問看護 社保審一介護給付費分科会第182回(R2.8.19)資料3」.
(2023年6月30日取得, <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000661085.pdf>).
- , 2022, 『令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果につ

- いて(報告) 令和5年6月2日 第99回社会保障審議会医療部会』。(2023年8月20日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001103155.pdf>).
- a, 2023, 「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会(第3回) 令和5年5月18日(木) 資料-1参考」。(2023年8月31日取得,
[001104699.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/001104699.pdf) (mhlw.go.jp)).
- b, 2023, 「中央社会保険医療協議会 総会(第549回) 令和5年7月12日 在宅について総-2, 総-2参考」。(2023年8月31日取得,
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00196.html).
[001120008.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/001120008.pdf) (mhlw.go.jp). 総-2: 1-166.
[001120009.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/001120009.pdf) (mhlw.go.jp). 総-2参考: 1-79.
- , 1993, 『介護給付費等実態調査——平成5年度介護給付費実態調査の概況』。(2023年5月1日取得, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>).
- , 2000, 『介護給付費等実態調査——平成12年度介護給付費実態調査の概況』。(2023年5月1日取得, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>).
- , 2006, 『介護給付費等実態調査——平成18年度介護給付費実態調査の概況』。(2023年5月1日取得, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>).
- , 2011, 『介護給付費等実態調査——平成23年度介護給付費実態調査の概況』。(2023年5月1日取得, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>).
- , 2012, 『介護給付費実態調査——平成24年度介護給付費実態調査の概況』。(2023年5月1日取得, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>).
- , 2014, 『介護給付費実態調査——平成26年度介護給付費実態調査の概況』。(2023年5月1日取得, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>).
- , 2002, 『看護師等による静脈注射の実施について 医政発 0930002 平成14年9月30日』。(2023年9月26日再取得,
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6758&dataType=1&pageNo=1).
- , 2007, 『医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について 医政発第1228001号 平成19年12月28日』厚生労働省ホームページ。
(2023年9月26日再取得,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000025aq3-att/2r98520000025axw.pdf>).
- , 2010, 『チーム医療の推進について——チーム医療の推進に関する検討会報告書』(2017年1月8日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/d1/s0319-9a.pdf>).
- , 2022, 『2022年度 特定行為研修シンポジウム——特定行為研修制度の現状と今後の方向性』1-37。(2023年7月10日取得, [poi2022.pdf](https://www.nurse.or.jp/poi2022.pdf) (nurse.or.jp)).
- , 「特定行為に係る看護師の研修制度——看護師の特定行為研修の概要について 資料」。(2023年6月1日取得,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>).
- , 2004, 『衛生行政報告例』。(2023年8月31日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/36-19a.html>).
- , 2010, 『衛生行政報告例』。(2023年8月31日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/36-19a.html>).

- , 2020, 『衛生行政報告例』. (2023年8月31日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/36-19a.html>).
- , 2003, 『新たな看護のあり方に関する検討会報告書 平成15年3月24日』.
(2013年5月1日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html>).
- , 2003, 『看護師等養成所の運営に関する指導要領について(通知) 平成15年3月26日
医政発第0326001号 各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知』.
(2023年8月7日取得 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6785&dataType=1).
- , 2006, 『看護基礎教育の充実に関する検討会』(2018年7月2日取得,
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127309.html).
- , 2007, 『看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 平成19年4月16日』.
(2018年7月31日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>).
- , 2008, 『安心と希望の医療確保ビジョン』(2020年11月27日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf>).
- , 2019, 『看護基礎教育検討会報告書 令和元年10月15日』(2021年12月8日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf>).
- , 2022, 『令和4年度 人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果につ
いて(報告) 令和5年6月2日第99回社会保障審議会医療部会』.
(2023年8月20日取得, <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001103155.pdf>).
- , 2014, 『地域包括ケアシステムの構築に関する事例集——地域包括ケアシステムの考
え方』. (2023年9月15日取得,
<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/chiiki-houkatsu/>).
- 厚生労働省近畿厚生局, 2021, 『訪問看護療養費の取扱いの理解のために 令和3年度』厚生労働
省近畿厚生局. (2022年8月30日取得,
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/kango/3nenndohoumonnk
angorikainotameni.pdf](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/kango/3nenndohoumonnk
angorikainotameni.pdf)).
- 厚生労働省近畿厚生局, 『地域包括ケアをご存じですか?』. (2023年9月15日取得,
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/tiikihoukatsu/documents/minipamph.pdf>).
- 厚生省健康政策局看護課, 1996, 「看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会中間報告
書について」『看護教育』37(5): 346-367.
- 厚生省健康政策局看護課監修, 1987, 『看護制度検討会報告書——21世紀へむけての看護制度の
あり方』第一法規.
- 齋木実, 2018, 「高齢者と在宅医療」『日本内科学会雑誌』107(12): 2478-2487.
- 齋藤訓子, 2018, 「地域包括ケアの中の看護職とは何か」『保健医療社会学論集』29(1): 25-32.
- 佐々木秀美, 2005, 『歴史にみる我が国の看護教育——その光と影』青山社.
- 佐藤美穂子, 2002, 「訪問看護の現状とグランドデザイン——訪問看護の変遷」『看護研究』35(1):
3-14.
- , 2009, 「看護職の活動の場の拡大」保健師助産師看護師法60年史編纂委員会編『保健
師助産師看護師法60年史——看護行政のあゆみと看護の発展』日本看護協会出版会, 220-229.
- 清水嘉与子, 2009, 「保健師助産師看護師法60年史総論」保健師助産師看護師法60年史編纂委

- 員会編『保健師助産師看護師法 60 年史——看護行政のあゆみと看護の発展』日本看護協会出版会, 2-8.
- 柴田慈子・川名ヤヨ子, 2013, 「訪問看護師が離職を考える理由と職場内・サポート体制との関連」『了徳寺大学研究紀要』7: 113-120.
- 静岡県訪問看護ステーション協議会, 2022, 『訪問看護活用ガイド 2022 年度版』一般社団法人静岡県訪問看護ステーション協議会. (2023 年 8 月 31 日取得, <https://www.shizuoka-vnc.jp/news00434.html>).
- 鈴木育子・石津仁奈子・佐藤正子, 2015, 「統合分野における在宅看護論教授法と実習指導の課題と方向性——過去 6 年間の在宅看護論に関する文献検討」『足利工業大学看護学研究紀要』3(1): 27-35.
- 須河内トモエ・鶴コトミ・西尾篤人・山元寅男, 1993, 『看護テキスト 老人看護学』廣川書店.
- 全国訪問看護事業協会編, 2013, 『事件事例から学ぶ訪問看護の安全対策 第 2 版』日本看護協会出版会.
- 全国訪問看護事業協会, 2008, 『訪問看護ステーション経営概況緊急調査報告書 平成 20 年 3 月』. (2023 年 6 月 1 日取得, <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h19-6.pdf>).
- , 2014, 「日本の訪問看護 現状と 2025 年に向けた課題」. (2023 年 6 月 20 日取得, http://www.mcw-forum.or.jp/image_report/DL-jissen/20141115/02-ito.pdf).
- , 2019, 『訪問看護 10 カ年戦略報告書 平成 21 (2019) 年 3 月』社団法人全国訪問看護事業協会. (2023 年 6 月 1 日取得, <http://www.nurse.or.jp/home/mynurse/pdf/10nen.pdf>).
- , 2021, 『訪問看護ステーションニュース 160 号 訪問看護ステーションの大規模化について 2021 年 5 月号』社団法人全国訪問看護事業協会. (2023 年 6 月 1 日取得, <https://www.zenhokan.or.jp/new/new1716/>).
- , 2022, 「訪問看護ステーション数調査 令和 4 年 6 月 16 日」一般社団法人全国訪問看護事業協会. (2023 年 6 月 1 日取得, <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r4-research.pdf>).
- 谷垣静子・乗越千枝・長江弘子・仁科祐子・岡田麻里, 2017, 「訪問看護師が働き続けられる職場環境要因の検討」『厚生指針』64(79): 14-20.
- 長寿科学振興財団, 2019, 「地域密着型サービスとは」健康長寿ネット. (2023 年 9 月 17 日取得, <https://www.tyojyu.or.jp/net/kaigo-seido/chiiki-service/chiiki-service.html>).
- 土屋八千代・山田静子・鈴木俊夫編, 2003, 『看護事故予防学』中山書店.
- 手嶋豊, 2015, 『医事法入門 第 4 版』有斐閣アルマ.
- 徳川早知子, 2015, 「京都看病婦学校における訪問看護活動——J. C. ベリーと 3 人の宣教看護婦による地区活動について」『Human Welfare』, 7 (1) : 71-84.
- 富田真佐子・佐藤千津代・鈴木浩子・村田加奈子・渡部光恵, 2021, 「特定行為研修制度に対する訪問看護師の認識——訪問看護ステーションへの全国調査から」『日本看護科学会誌』14: 250-258.
- 富安眞理・山村恵美子, 2009, 「訪問看護師が訪問した在宅療養者とその家族をささえるための

- 看護実践内容の構成——質的調査による検討」『日本健康教育学会誌』17(4): 260-267.
- 内閣府, 2021, 『令和3年版 高齢社会白書』日経印刷. (2022年8月30日取得,
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/03pdf_index.html).
- , 2023, 『令和5年版 高齢社会白書(全体版)(PDF版)』. (2023年8月10日取得,
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/05pdf_index.html).
- 中島紀恵子, 1993, 『系統看護学講座 専門19 老年看護学』医学書院.
- , 1997, 『系統看護学講座 専門19 老年看護学』医学書院.
- 中西京子, 2016, 「訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大と法的責任」『Core Ethics』12: 237-248.
- 中原未智・日高未希恵・酒井一夫, 2021, 「診療看護師(NP)の認知度と期待に関する調査——看護師を対象として」『日本看護科学会誌』41: 211-219.
- 斜森亜沙子・森山美知子, 2015, 「わが国のプライマリ・ケア機能を担う診療所における看護師の担うべき役割と必要な能力」『日本プライマリ・ケア連合学会誌』38(2): 102-110.
- 名原壽子, 2009, 「保健師60年のあゆみ」保健師助産師看護師法60年史編纂委員会編『保健師助産師看護師法60年史——看護行政のあゆみと看護の発展』日本看護協会出版会, 154-170.
- 檜原理恵・真継和子, 2014, 「病院看護師の訪問看護ステーションへの就労意思に関する実態と関連要因」『大阪医科大学看護学科雑誌』4: 60-67.
- 新実網代, 2021, 「看護基礎教育における『看護管理学』教育の実態調査」『日本管理学会誌』25(1): 272-278.
- 二階堂一枝・篠原裕子・松村幸子・木下安子, 2004, 「訪問看護におけるインシデント・アクシデント及び予防・対応策の実態——介護保険法施行後3年を経たN市訪問看護ステーションの調査から」『新潟青陵大学紀要』4: 237-261.
- 西原春夫, 1969, 『交通事故と信頼の原則』成文堂.
- 日本看護協会, 1991, 『協会ニュース 1991年10月15日発行』日本看護協会.
- , 1997, 『看護職の社会経済福祉に関する指針 医療事故編』日本看護協会出版会.
- , 2007, 『看護業務基準集 2007年改訂版』日本看護協会出版会.
- , 2008, 「平成18年度 訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携に関する研究」社団法人日本看護協会.
- , 2015, 『2014年 訪問看護実態調査 報告書』公益社団法人日本看護協会医療政策部.
- , 2017, 『平成29年版 看護白書』日本看護協会出版会.
- , 2018, 『平成30年版 看護白書』日本看護協会出版会.
- , 2020, 『令和2年版 看護白書』日本看護協会出版会.
- , 2023, 「訪問看護の伸び悩みに関するデータ 医療計画の見直し等に関する検討会 平成23年7月13日」. (2023年9月17日取得,
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001jlr7-att/2r9852000001jlv6.pdf>).
- 日本看護協会・日本訪問看護財団・全国訪問看護事業協会, 2013, 『訪問看護アクションプラン 2025 ——2025年を目指した訪問看護』一般社団法人全国訪問看護事業協会.
- 日本看護協会訪問看護検討会, 1990, 「訪問看護の必要性和その機能」
- 日本看護管理学会学術活動推進委員会編, 2021, 『看護管理用語集』一般社団法人日本看護管理学会, 東京都.

- 日本訪問看護財団, 2017, 「チーム医療推進協議会『第2回研修会』 シンポジウム:『地域包括ケアシステムでのチームアプローチ』訪問看護の立場から」公益財団法人日本訪問看護財団, 1-28. (2022年8月30日取得, [ea1179038653b4f3e2c0debefb525c7a.pdf](https://www.jvnf.or.jp/ea1179038653b4f3e2c0debefb525c7a.pdf) (team-med.jp)).
- , 2020, 『こんにちは! 訪問看護です』公益財団法人日本訪問看護財団. (2022年8月30日取得, https://www.jvnf.or.jp/homon/_1_4.html).
- , 2021, 『日本の訪問看護のしくみ』公益財団法人日本訪問看護財団. (2022年8月30日取得, https://www.jvnf.or.jp/global/Structure_of_the_Visiting_Nursing_system_in_Japan_JP.pdf).
- 日本看護科学学会. 看護学学術用語検討委員会. n.d. JANSpedia-看護学を構成する重要な用語集-. 療養上の世話. (2023年9月27日取得, <https://scientific-nursing-terminology.org/terms/assist-of-activities-of-daily-living-life/>).
- 日本看護科学学会. 看護学学術用語検討委員会. n.d. JANSpedia-看護学を構成する重要な用語集-. 診療の補助. (2023年9月27日取得, <https://scientific-nursing-terminology.org/terms/nurses-role-in-helping-examination-and-treatment/>).
- 日本私立看護系大学協議会, 「ナースプラクティショナー(NP)教育課程に関するアンケート調査」 (2023年12月27日取得, <https://www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2021/06/NPsurveyReport.pdf>).
- 壬生寿子・日當ひとみ, 2017, 「在宅看護の変遷からみる在宅看護教育の今後の課題」『産業文化研究』, 26: 49-61.
- 野村陽子, 1996, 「近年の訪問看護の歴史——制度化の経緯を中心に」『訪問看護と介護』医学書院, 1(5): 344-350.
- , 2015, 『看護制度と政策』法政大学出版局, 東京.
- 橋口倫宏, 2019, 「特集 特定行為研修修了者がいる在宅現場が見たい 在宅療養者さんに安心を届けたい」『訪問看護と介護』医学書院, 24(11): 807-815.
- 橋本久子, 2001, 「ケアの質と法的責任——褥瘡裁判を通して」『九州大学紀要』8(1): 153-160.
- 日下修一, 2014, 「地域・在宅看護」日本看護歴史学会編『日本の看護のあゆみ—歴史をつくるあなたへ』日本看護協会出版会, 130-138.
- 平野鑑編・佐藤保閑, 1896, 『看病の心得』佐藤春. (2023.5.29 取得, <https://dl.ndl.go.jp/pid/834257/1/5>).
- 平山香代子, 2008, 『療養者への援助に困難をきたしている訪問看護師の体験構造 財団法人在宅医療助成勇美記念財団2008年度完了報告書』.
- 福井トシ子・齋藤訓子・小野田舞, 2022, 『診療報酬・介護報酬のしくみと考え方』(第6版), 日本看護協会出版会, 東京.
- 藤内美保・山西文子, 2015, 「大学院修士課程における診療看護師(NP)養成教育と法制化」『看護研究』148(5): 410-419.
- 宝月理恵, 2010, 『近代日本における衛生の展開と受容』東信堂, 129.

- , 2012, 「戦後日本における歯科衛生士の専門職化 ——口腔医療をめぐる支配管轄権の変容から」『保健医療社会学論集』23(1): 85-95.
- 細田満和子, 2001, 「『チーム医療』とは何か ——それぞれの医療従事者の視点から」『保健医療社会学論集』12: 88-101.
- 松田誠, 1996, 「慈恵病院派出看護婦考」『東京慈恵会医科大学雑誌』111(1): 109-122.
- 松野かほる, 1997, 『系統看護学講座 在宅看護論』医学書院.
- 松原みゆき, 2014, 「訪問看護ステーションの管理者のやりがいと困難を構成する要素」『日本赤十字広島看護大学紀要』14: 37-46.
- 松村悠子, 1988, 「看護婦の社会的責任」『北海道大学医療技術短期大学部紀要』10(1): 123-131.
- 三菱総合研究所, 2013, 『介護職員等喀痰吸引等制度の安全管理体制等の運用状況に関する調査研究事業』平成 25 年度厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 研究成果報告書, 株式会社 三菱総合研究所. (2023 年 6 月 1 日取得, https://pubpjt.mri.co.jp/pjt_related/roujinhoken/jq143u0000001m5-att/h25_09.pdf).
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング, 2013, 『老人保健健康増進等事業 訪問看護ステーションにおける安全性及び安定的なサービス提供の確保に関する調査研究』平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金 研究成果報告書, 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社. (2023 年 6 月 1 日取得, https://www.murc.jp/uploads/2013/05/koukai130621_c2.pdf).
- 光本いづみ・松下年子・大浦ゆう子, 2008, 「訪問看護師の仕事負担感や就業継続意思と業務特性との関連」『産業医科大学雑誌』30(2): 185-196.
- 南裕子, 2011, 「これからの看護の課題 ——次世代看護職に期待する 石川県立看護大学開学 10 周年記念講演」『石川看護雑誌』8: 1-7.
- 森田敏子・魚崎須美・早川佳奈美・細川つや子・上田伊佐子, 2018, 「看護基礎教育と看護継続教育の歴史の変遷からみた専門職としての看護キャリア形成」『徳島文理大学研究紀要』95: 95-114.
- 村嶋幸代・永田智子・春名めぐみ, 2002, 「訪問看護の現状とグランドデザイン 訪問看護一病院から訪問看護ステーションへ」『看護研究』医学書院, 35(1): 15-23.
- 村松静子編集, 2002, 『新体系看護学 在宅看護論』メヂカルフレンド社.
- 柳原清子・長谷部史乃・柳澤尚代, 2000, 「在宅看護論教育のこれからの課題」『日本赤十字武蔵野短期大学紀要』13: 69-74.
- 山下麻衣, 2017, 『看護婦の歴史一寄り添う専門職の誕生』吉川弘文館.
- 山田雅子, 2008, 「看護教育の新カリキュラムにおける在宅看護論の位置付けと今後の方向性」『訪問看護と介護』13(1): 12-16.
- , 2015, 「在宅看護これまで来た道 明治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.
- 雪永政枝, 1970, 『看護史の人びと』メヂカルフレンド社.
- 吉田美穂・古城幸子, 2015, 「A 県訪問看護師の離職意識の現状と影響要因」『新見公立大学紀要』36: 113-117.
- 吉田時子・前田マスヨ, 1993, 『標準看護学講座 老人看護学』金原出版.

参考文献一覧（五十音順）

- 有賀徹・中村恵子, 2010, 『(対談)「特定看護師(仮称)」とは何か? 新時代のチーム医療推進に向けて』へるす出版新書.
- 有賀徹・岩澤和子・木澤晃代, 2015, 『(鼎談)「特定看護師」研修内容と実像、そして期待される役割』へるす出版新書.
- 小林美希, 2016, 『ルポ看護の質——患者の命は守られるのか』岩波新書.
- 合田典子・大室律子・細越幸子・西山智春・鈴木良子, 2003, 「教育における規制緩和——看護教育の立場から」『岡山大学医学部保健学科紀要』14: 95-101.
- 川村佐和子・島内節監修 日本訪問看護振興財団編, 2002, 『訪問看護管理マニュアル』日本看護協会出版会.
- 田村やよひ, 1995, 「少子・高齢社会看護問題検討会設置の背景と趣旨、および検討の経緯」『看護展望』20(6): 18-53.
- 藤内美保・山西文子, 2015, 「大学院修士課程における診療看護師(NP)養成教育と法制化」『看護研究』148(5): 410-419.
- 中村順子・木下彩子, 2009, 「全国看護教育機関における在宅看護論の看護過程教育に関する調査研究」『日本赤十字秋田短期大学紀要』14: 35-41.
- 橋本やよひ, 1977, 「京都における派出看護—その「職業」確立過程について」『日本看護協会調査研究報告』公益社団法人日本看護協会, 4: 113-127.
- 福祉医療機構, 2000, 『リスクマネジメントマニュアル作成指針』.(2023年6月1日取得, risk_0824_1.pdf (wam.go.jp)).
- 福本恵, 2008, 「保健師教育の変遷と今日的課題」『京都府立医科大学雑誌』117(12): 947-955.
- 平成24~26年度日本地域看護学会地域看護学学術委員会, 2014, 「日本地域看護学会委員会報告 地域看護学の定義について」『日本地域看護学会誌』17(2): 75-84.
- 増田容子, 2007, 「在宅看護論教育における教育内容の現状と教育の方向性——看護専門学校担当教員の重要視度調査」『九州看護福祉大学紀要』9(1): 7-15.
- 真継和子・竹村淳子・山内栄子・小林道太郎・森山文則, 2012, 「看護学教科書にみるチーム医療に関する内容の分析」『大阪医科大学看護研究雑誌』2: 81-86.
- 美馬達哉, 2014, 「医療専門職論再考 陰謀のセオリーを超えて」『現代思想』42(13): 90-106.
- 山田雅子, 2020, 「看護教育カリキュラム改正と在宅看護」『訪問看護と介護』25(3): 220-223.
- 山村恵美子・田中悠美・稲垣優子・酒井昌子, 2015, 「在宅看護論実習における学び——対象の理解と在宅看護実践の特性に焦点をあてて」『聖隷クリストファー大学看護学紀要』2(3): 41-51.
- 吉川洋子, 2003, 「日本の看護教育の歴史的検討と今後の課題」『島根県立看護短期大学紀要』8: 77-86.