

格差に挑む、北海道民医連訪問看護事業の15年

「語り継ぎたい訪問看護実践」を確信に、次の飛躍へ

北海道勤労者在宅医療福祉協会 太田 眞智子

はじめに

北海道民医連には、7法人で22の訪問看護ステーションがあります。北海道は広大な面積を有し県連としては最も大きく、札幌で開催する研修会に、最も遠い根室市の訪問看護ステーションから、片道8時間かかり、前泊・後泊での参加となります。

道内の市町村は、180万都市の札幌と10万人以上の中核都市の9つを除くと過疎が進み、人口減少と高齢化の進行が深刻になっています。65歳以上が住民の半数を超える「限界集落」は、9パーセント(2010年)から10年後には4倍になり、高齢化率は22.9パーセント(2007年)から2035年には36.4パーセント、最高で70パーセントにおよぶ地域もあると予測されています¹⁾。

「半径4キロ内に50人以上が居住して容易に医療機関を利用できない」と定義される「無医地区」は、地区数でも人口でも全国に比べて突出しています。また医療費が全国一高いことでも知られています。広大な無医地区の存在や介護基盤サービスの不足の中で生活し療養する利用者に向き合い、懸命に寄り添い実践した「訪問看護ステーションの15年」を確信にすると同時に、訪問看護事業の今後の展望・課題を考えたいと思います。

I. 道民生活の苦難—北海道民医連総会方針から

社会保障の切り捨て政策や不況の中で、雇用の不安定は道民の生活に深刻な影響を与えています。道内の年間自殺者は、1998年から11年間連続で増えています。自殺の原因は、健康問題(39.9パーセント)と経済生活問題(27.3パーセント)が上位をしめています。企業の倒産件数は2008年は743件で、

過去5年間で最悪です。生活保護世帯数も14万6177世帯で、保護率は過去最高の2.6パーセントです。

格差や貧困は子どもから高齢者まで広がり、「塩と砂糖だけで1カ月生活し、JRの駅で動けずにいた25歳の青年」「室温10度で暮らす高齢者」「学校給食が唯一の食事という子どもたち」など、深刻さを増しています。

また難病医療や小児・産科を担う公立病院、自治体病院の縮小・廃止・統合が相次いでいます。このことは街の存続に直結する問題になり、「公立病院を守れ」「自分の町で子どもを生み育てたい」「長期に療養できる病院がない」と住民運動が沸き起こっています。

「保険証がない」「医療費が高くて受診できない」など、「患者になれない」実態が広がり、国民健康保険証がなく手遅れで死亡した人は、北海道民医連事業所内で2009年だけでも4人いました。

特別養護老人ホームの待機者は2万2420人と増加し、入所したくても利用料が高く、入所できない問題が生じています。高齢者の生活は月5万円以下で暮らす国民年金受給者が多く、「寒冷地の緊急生活影響調査」でも暖房をつけず厚着でしのぐ方が多数いて、孤独死も後を絶ちません。

生活や療養をトータルに保障する仕組みや制度が不十分で、病院や施設も不足しています。利用者を単独でとらえるのではなく、世帯単位で格差の深刻さをとらえ、生活と療養を総合的に支援する視点が重要です。

II. 北海道民医連の訪問看護ステーションの歴史

1. 訪問看護事業の歴史的な流れ

訪問看護ステーションは、1992年に「老人保健

法」の改正に伴い「老人訪問看護事業」が制度化され、1994年には「健康保険法」改正で、高齢者だけでなくすべての在宅療養者に対して訪問看護が提供できるようになりました。2000年には新しい社会保険制度である「介護保険制度」の開始により、介護保険からも給付を受ける仕組みになり、現在に至っています。

2002年の医療法改正では、入院日数の短縮化に加え、在宅重視の政策が打ち出され、訪問看護の需要も急速に高まってきました。

2008年10月時点の全国の訪問看護ステーション数は5896カ所で、従事する訪問看護師も2万7071人。「ゴールドプラン21」で提起された、訪問看護ステーションを「2006年までに9900カ所に」は程遠い開設状況です。

北海道内の訪問看護事業は246事業所（2010年4月）で、訪問看護師は1808人（2009年10月）です。北海道内の訪問看護ステーションの設置状況は、北海道総合在宅ケア事業団（第3セクター）、民間医療法人、株式会社、有限会社、市町村直営、NPO等を含め、251カ所のサブステーション、16カ所の広域訪問看護ステーションが事業展開しています。近年は利用者の重度化に対応し、小規模の訪問看護ステーションを統合しています。大規模化で24時間365日営業するところが増えていきます。

医療提供体制の改革は、入院医療の適正化と在宅医療推進が課題で、在宅医療を進めるうえで訪問看護の充実に向け、2004年から各都道府県に訪問看護推進協議会を設置し、訪問看護推進モデル事業や医療型多機能サービスの展開を推進しています。

2007年4月には在宅支援診療所が創設され、在宅医療の拡充と24時間365日サービス提供の仕組みづくりが進められています。2008年の診療報酬改定では訪問看護の提供の場が、施設、住宅系サービスにも拡大し、医療機関との連携に新たに報酬が加わっています。2009年の介護保険報酬改正でも同様の改正が行われ、さらに居宅療養支援事業が加わり、在宅の相談業務が事業として制度化されました。このように訪問看護実践の場は多様な場と機能に変化しています。

一方で利用者側の要求としても、入院治療では根本的に解決できない場合、本来の生活の場であ

る自宅で療養し、生活の質(QOL)の高い時間を希望する利用者が増加しています。

訪問看護を取り巻く状況は、社会情勢を反映して目まぐるしく変化し、時代の要請の中で在宅医療や介護とともに大きな期待が寄せられています。

2. 訪問看護の特徴

川村佐和子聖隷クリストファー大学教授によると、訪問看護の特徴は、①患者と家族の生活が尊重されなければ、必要なケアが生活の中に組み込まれない、②患者の日常ケアの大部分を担っているのは家族である、③患者・家族と医療者の間に物理的距離がある、④訪問看護は多くの職種と連携して行われると整理しています²⁾。

川島みどり日本赤十字看護大学学部長は、生活について「人間が単に生命を維持するだけではなく、人間らしく豊かに生きたいという要求をもち、これを実現し、かつ持続することにより、内面的な充実感をもって生きていくことができる過程の総称」と述べています。生活の場に入っていくことは「相手が主役」であり、一方的な指導は受け入れられないことを理解することが大切です³⁾。

訪問看護師は、家族を含めた関係を粘り強く構築し、利用者の生活や価値観を理解し、ケアの主体者になるように働きかけ、利用者の願いの実現のために様々な連携をつくり、実践する能力が求められます。

3. 北海道民医連の訪問看護事業

(1) 第1期 訪問看護ステーション制度化前

北海道民医連は、1949年に設立した北海道勤労者医療協会（以下北海道勤医協）を母体として、6圏域に法人を展開しています。北海道勤医協では、1964年ごろから往診や訪問看護の活動が行われています（北海道勤医協看護雑誌）。

1970年代に入り、道北、道南、道東と法人を相次いで設立し、「全職員参加の症例検討」「慢性疾患管理」など、患者の生活や労働実態を深めるとりくみが、全職種で旺盛にとりくまれました。道南勤医協では、「ひどい褥瘡に緑膿菌が繁殖し、背中一面が緑色になっている患者」に訪問看護を行い、改善した事例が報告されています。

1975年からとりくんだ「寝たきり老人実態調

査」は、「体の小さな妻が寝たきりの夫を毛布の上に乗せ、引きずって移動する」など、「高齢で寝たきりになることへの不安」や、「介護実態の悲惨さ」の告発をしながら、約10年間続きました。1997年に北海道勤医協札幌病院では、全介助の患者への訪問看護を継続し、家族の一番の要求だった「入浴サービスの制度」を実現させました。

1985年には十勝勤労者医療協会（以下十勝勤医協）が加わり、各法人で相次いで病院開設や診療所の事業展開を行い、北海道民医連が実践の場・内容ともに大きく前進した時期です。

厚賀診療所では、地域訪問で受診できない患者や要介護者の実態を明らかにし、「診療所の廊下を長くしよう」を合言葉に、在宅訪問が活発に行われました。「寝たきり患者」が訪問看護で意欲が高まり、病状が安定した多くの実践が寄せられました。

北海道勤医協中央病院では、40代で4人の子どもを抱える直腸がん末期の女性の「残された時間を少しでも家族と過ごしたい」という願いに応え、訪問看護を行い、夫に丁寧な療養指導を繰り返し、8カ月の在宅療養を支援しました。痛みが治まると子どもに靴下を編み、掃除や調理をするなど、「どこまでも妻であり母である」患者から、要求に寄り添う実践の大切さを学びました。

道東勤労者医療協会桜ヶ岡医院では、受診を中断していた70代女性に外来待合室で声をかけると、「寝たきりの夫の世話に追われ、具合が悪くても病院にかかれなかった」と泣き崩れたことから、夫婦の療養を訪問看護で支えました。

十勝勤医協では、神経難病で総胆管がん末期の患者の「家に帰りたい」という願いに保健師と連携し、片道13キロを外来業務の合間をぬって「自分たちを必要としているときはいつでも行こう」と、約5カ月間訪問看護や往診を続けました。

以上これら述べてきた訪問看護の実践はすべて病院の持ち出しであり、訪問看護の公的補償の必要性を訴えました。このような各地での粘り強い実践的たたかいの中で、1980年に歌志内市で、北海道初の訪問看護制度が実現されました。その後、1982年に老人保健制度が成立し、在宅患者への継続看護指導料として診療報酬がつき、外来からの訪問看護が全国で広がりを見せました。

この初期の訪問看護実践は、地域の中で埋もれている実態を明らかにするとりくみであり、患者の立場で療養を支援するためには、「制度改善に結びつける」という受け継がれるべき民医連看護の本質があります。

（2）第2期 訪問看護ステーション創設期

1990年代は高齢化社会危機論など、医療や社会保障政策の切捨て政策が進行します。この医療構造改革を推進する流れの中で、1992年訪問看護ステーションが制度化されます。制度化した2年後から、北海道内で相次いで民医連の訪問看護ステーション設立が進みました。また特別養護老人ホーム、老人保健施設、老年期病棟など、新たな事業にもとりくみ、北海道民医連が本格的に高齢者医療や介護事業へ踏み出した時期です。

1997年に、はじめて「全日本民医連訪問看護ステーション交流集会」が開催されました。北海道から、かりぶ訪問看護ステーション（いつくしみの会）が特別発言として「訪問看護ステーションと医療機関からの並行給付を禁じる通知」に対し、その役割、地域の設置状況の違いなどから、並行給付の必要性を発言しました。

介護保険制度実施を目前にし、住み慣れた地域で豊かに生活したいという、当たり前の要求をあきらめている実態告発が相次ぎ、「家族介護の負担・経済的問題」や「介護が受けられず、人間らしく生きる権利が奪われている実態」が報告されています。また「どんな病態でも在宅療養は可能」（北海道勤医協）と、看護実践が進みました。

訪問看護ステーション開設によって、地域住民の実態が明らかになり、地域の拠点として様々な実践が豊かに広がりました。

（3）第3期 介護保険制度の開始

2000年から介護保険制度が実施されました。介護保険開始当時、制度の不十分さや混乱の中で、訪問看護師が中心的にケアマネジャー業務（居宅支援事業）を担い、兼務をしながら在宅利用者を支えました。

訪問介護、通所系サービス、介護支援センター、グループホーム、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護など、介護事業開設に積極的にとりくみ、民医連が医療から在宅分野へと大きく広がりを見せた時期です。

独居・老々介護など、介護力不足と、医療過疎・経済格差など、北海道内の地域住民の困難さが深刻になり、ほかのサービスや関係機関と協働する実践が豊かに広がりました。

2006年の介護・診療報酬のダブル改定後は、訪問看護師不足から、訪問看護事業の統廃合やサテライト化、みなし訪問看護への変更が行われています。2008年からは重度化の流れの中で、北海道勤労者在宅医療福祉協会やオホーツク勤労者医療協会で、訪問看護ステーションの大規模化や365日営業が進んでいます(表1=69頁)。

Ⅲ. 語り継ぎたい訪問看護実践の特徴

第23期の訪問看護所長会議では、各訪問看護ステーションの歴史を振り返り、「語り継ぎたい事例」を出し合いました。訪問看護の実践としては、以下の8つの特徴がありました(詳細は、収録集を編集集中です)。主に第3期の民医連らしい訪問看護実践事例について報告します(表2)。

1. 事例A 困難でも自己決定を守る在宅看取りの実践

(1) 救急車で2時間の道のりを耐えて帰宅

60代のAさん(女性)は、直腸がん末期で肝転移があり、麻薬にて疼痛コントロールされ、バルンカテーテルとC Vカテーテルが挿入されています。いつ急変があるかわからないと、家族にも話がされていました。意識が朦朧とする中で「家に帰りたい」と言った言葉で、娘が退院を決断しました。退院当日に訪問看護の依頼があり、自宅のある市内で唯一の病院と連携しながら、疼痛管理と医療処置のために連日複数回の訪問を行いました。状態悪化の中でも「病院に行きたくない」と話す母

表2 実践の内容

1	利用者理解を深め、信頼関係を構築する
2	意欲を引出し、専門職と連携し生きる力を高める
3	自己決定を支え、守る
4	介護者に寄り添い介護力を高める
5	変化を見逃さず、生活を再構築する
6	地域ネットワーク、他職種連携のリーダーシップで要求をかなえる
7	理解力に合わせた、療養指導の工夫
8	利用者の実態から、代弁者になる

親に、娘は「最後まで家でみます」との意志を強くしました。

(2) 24時間の在宅医療体制がない

Aさんの暮らす根室市は医療過疎の町で、最後まで終末期を自宅で過ごすための在宅医療体制はありません。夜間の急変時は、救急車でS病院へ搬送することになっていました。S病院と消防所との連携会議を行い「呼吸が止まってから」救急車を要請し、病院搬送して死亡確認することにしました。帰宅後5日目、血圧低下や下顎呼吸があり、最期のときが近づいていることを家族に説明し、同日夜間救急車を要請し死亡されました。

(3) 地域ネットワークづくりを進展させて

その後、数例のターミナル事例経験の中で、家族から「何とか運ばないで置いてやれないか」と希望が出され、訪問看護師は在宅看取りができる地域に整備していくために、どうしたらできるか地域の中で共に考えたいと決意を新たにしました。「最後は病院」があたりまえの根室市で、関係機関が「在宅看取り」について考える機会をつくり、積極的に働きかけました。

市主催の地域フォーラムや地域ケア会議で、「在宅看取り時の地域的なあり方についてのお願い」「在宅看取りによる尊厳の保持」、市主催の地域フォーラムも、「在宅看取り」について開催されました。事例検討を一緒に行う中で、消防署からも「今日の状態」「変化があればいつでも連絡がほしい」と、積極的に連携し利用者・家族の願いを受け止めたいという意識の変化がありました。

このような中で、2010年7月S病院院長から懇談の依頼があり、地域で当番体制をとり、訪問看護と連携し看取りが近づいたときは24時間以内の日中往診を行い、家族と訪問看護で看取りをし、日中に死亡診断ができるように確認しました。

利用者の願いに寄り添い、最期のときの自己決定を守りきる様々な働きかけが、地域ネットワークを前進させました(根室・エトピリカ)。

表 1

年代	事業所の開設	制度変化	備考
1992年		訪問看護 S T 制度化 (老人)	
1994年	きくすい・とまこまい・よいち一 道勤、神楽ほほえみポート一 道北、ほ っとらいん一十勝	(難病・末期がん)	特養(かりふあつべつ) 介護支援センター稜北
1995年	ひがし・きたふれあい・にし一 道勤、 かりふ一いつくしみ、ひまわり一 道北		老年期病棟(道勤)
1996年	稜北一 道南		介護支援センターひまわり
1997年	柏ヶ丘一 道勤・ほっとらいん柳町一 十勝	全日本民医連ステ ーション交流集会	
1998年	とうべつ・うたしない一 道勤、千代台 一 道南、東光ぬくもりポート一 道北	難病医療有料化	
1999年	つきさむ・おたる・くろまつない一 道勤、はまなす一 道南、エトピリカ 一 道東、ひだまり一十勝、たんぼ ぼ 一オホーツク		在宅支援センター柳町
2000年	みなみ・むろらん(サブ)・うらか わ(サブ)一 道勤、宗谷さわやかポ ー ト一 道北	介護保険制度開始	各地でケアマネ業務始まる
2001年	千代台廃止一 道南、さくら一 道北	老人医療 1 割負担	札幌在宅事業部事業開始(道勤) (在宅総合センター化)
2002年	しのろ・めいえん・室蘭独立一 道勤 ひだまり閉鎖一十勝	老人医療費定率	リハビリ職の配置(道北)
2003年	北白石・もみじ台一 道勤、すこやか 一 道東	健康保険本人 3 割	リハビリ職(札幌圏) グループホーム東苗穂コスモス
2004年	手稲あけほの・寿都(サブ)みなみ 独立一 道勤、ほっとらいん西南・ほ っとらいん白樺(名称変更)一 十勝、 さくら・ひまわり一 道東		
2005年	ほっとらいん白樺閉鎖し西南へ統合 一 十勝		
2006年	厚賀(サブ)北白石廃止し柏へ統合 一 道勤	介護保険予防の導入	公立病院の縮小・廃止
2007年	芦別(サブ)東光ぬくもりポートへ 神楽ほほえみポート統合		勤医協在宅事業開始
2008年	ひがし・たんぼぼ(365)めいえん統 合		365日24時間の広がり
2009年	きくすい・つきさむ(365)柏統合、 もみじ台かりぷと統合		
2010年	きた・にし・みなみ(365)		

2. 事例B医療過疎の中での地域ネットワークで、生活を再構築する

(1) 「病院に行っても何も変わらない」

Bさんは、食道裂肛ヘルニアで内服治療中ですが中断し「病院に行っても何も変わらない」、[大儀だしタクシー代がかかって大変]「子どもなんか当てにしていない」と、何年も入浴せず何に対しても拒否的で投げやりな対応でした。唯一導入されていた訪問介護サービスには、強い口調で要望を出し怒鳴るなどの行動が見られ、行政や包括センターで繰り返し事例検討がされていた方でした。

(2) 働くこともできなく、娘・息子との音信も途絶えて

Bさんは77歳で道北の漁村で生まれ。中学卒業後水産加工工場に勤め、表彰されるほど一生懸命働いた方です。結婚し1男1女を設けますが、50歳のとき夫がアルコール依存症と躁うつ病で就労できなくなり、娘・息子や兄弟ともほとんど行き来のない生活で、生活保護を受給することになりました。築36年になる公営住宅は浴室もなく、床はゆがみ、ネズミが住み着いています。

(3) 心を開くために粘り強くかかる

保健師やケアマネジャーが、訪問看護導入を説得し開始となりました。当初は、訪問を拒否し自宅に入れてもらえないことが繰り返しありました。立ちくらみや動機・微熱・下肢の浮腫などがあり、「家にいるためには、受診や入浴が必要」と繰り返し伝えました。主治医にも情報提供し、受診にも同行し本人の不安と一緒に確認し病状の安定に努めました。

Bさんが暮らす北海道最北の稚内市は、サービス基盤が乏しく「訪問入浴サービス」の事業所がありません。訪問時は、1リットルのペットボトル4本にお湯を入れて持参し、清拭や足浴をし、本人との信頼関係作りが心がけられました。このような中で、夫の話をして涙を流すなど、少しずつ心を開いていきました。

(4) 地域ネットワークの中で生活の再構築

地域ケア会議や訪問介護事業所職員と、Bさんのつらさや変化を、丁寧に繰り返し情報を共有しました。地域ケア会議で事業所連携について、保健師とともに入浴できない実態を訴え、通所サー

ビス事業所に交渉し月1回入浴させてもらえることになりました。馴染みのヘルパーやケアマネジャー、保健師と入浴援助をし、関係者が皆でBさんを支える援助をしてきました。

現在はW病院へ定期受診し、病状は安定しています。約2年経過し「今日も体拭くってかい」と言いながら「自ら脱衣をする」、「訪問日にお湯を沸かし待っている」などの変化が見られています。経済的な問題や認知症の進行など、今後も継続的な支援が必要です。地域ネットワークの中で支援していきたいと思います(稚内・宗谷さわやかポート)。

3. 事例C 理解力に合わせた、療養指導の工夫、長い時間軸の中で変化をつくる

(1) 「自分で打ちたい」

60代のCさんは、糖尿病でインスリン自己注射導入後に退院された方です。訪問看護で毎日インスリン注射を施行していました。Cさんは精神発達遅滞で、療育手帳を有しています。妻も精神発達遅滞があり、生活保護を受け二人暮らしでした。

退院後の支援で、看護師の手技に興味深く見ており、「自分で打ちたい」との言葉が聞かれました。今後、Cさんが65歳になると医療保険から介護保険となり、生活保護受給世帯のため、毎日の訪問は困難となることも予想されたことから、自己注射の導入をめざすことを目標としました。

(2) 本人の理解力を見極めながら、工夫をした手技の練習

自己注射の指導の工夫として、①針を刺す、②単位合わせ、③注射部位の順番、④物品の準備を細かく分けるなど、手技は1つずつ確認し、ゆっくりと進めることにしました。注射部位の順番については、腹部の絵を描き、ひらがなと数字で示しますが、4カ月たっても獲得はできませんでした。その後、Cさんと話をする中で、左右の概念がないことが分かり、「箸を持つ手、持たない手」で絵を書き注射部位を伝え、間違えずに部位確認が可能になりました。

(3) 旅行に行きたい

精神発達遅滞のCさんに自己注射は困難と思いましたが、利用者が分かる内容で指導の工夫や頑張りを賞賛することを繰り返し、約1年で自己注

射が可能になりました。Cさんは真剣にとりくみ、できないことはどのように援助したら理解できるのか本人と相談し工夫してきました。変化やスピードに対応が困難なC氏を、入院期間などにとられず、毎週1回カンファレンスを行い、指導内容を統一し進めてきました。Cさんは妻と旅行もできて、生活の中で楽しみが増え、現在も在宅生活を継続しています(札幌一柏カ丘)。

IV まとめ

北海道民医連訪問看護の到達として、次代へ引き継ぐ創造的実践を以下の3点にまとめました。(1) 重複した困難を合わせもつ利用者家族に対し、長い時間軸の中で粘り強く変化をつくる。

重複障害(家族状況や重度認知障害から来る生活障害、介護力不足、経済的問題と病状など)を併せ持つ利用者を、世帯単位で受け止め、長い時間軸の中で利用者と同じ向き合い共同して、生活の再構築、生きる力を高める実践を行っています。

(2) 利用者対看護という、狭い枠組みから大きく地域との協働に踏み出した。

地域で生活と療養を支援する上で、訪問看護は1つの資源に過ぎません。他サービス事業所や行政・地域住民も含めたあらゆる資源とともに一人の利用者を援助していくという枠組みの変化(パラダイムチェンジ)⁴⁾の必要に迫られました。格差と貧困の中で、この地域ネットワークが相乗的に横のつながりを強固にして、豊かな援助をつくりだしていることです。

(3) 格差に向き合い、地域資源の中で協働した実践を広げる。

進行する格差と貧困の中で、「自己決定をかなえる代弁者」とし、また「自己決定を守る役割を持つ実践者」として、行政や地域のあらゆる資源に実態を伝え、他職種や住民と協働しネットワークづくりや制度改善へ結びつける実践を行っている。

今看護界では、保健師助産師看護師法の2大看護業務(療養上の世話・診療の補助)の評価をめぐる議論が、巻き起こっています。「診療の補助」を拡大しようという動きの中で、特定看護師(仮称)の養成がすでに始まっています。私は「療養の世話」にこそ、民医連看護の総合性があると考えて

います。生活し健康に生きることを「利用者の立場」で支援しようとするとき、制度改善の視点を持ち、地域の関係機関との協働や、新しい資源を創ることが無ければ、理念である無差別平等で人権を守る実践はできないからです。

おわりに

訪問看護の歴史を振り返りましたが、地域の格差と貧困の実態は、民医連の創設期に似た困難さと共通することを感じます。超高齢化が進行する中で、さらに困難が生み出され加わります。訪問看護実践の歴史で事業の展開を見ると、①訪問看護の制度化、②大規模化、③365日営業などの事業展開の方向に貫かれているのは、いつの時代も要求に添って存在するという点です。

北海道民医連内の所長集団は、第3世代となり悩み励まし合いながら、活気にあふれ前進を集団でめざしています。

全日本民医連の今期総会は、新綱領を定める歴史的な総会となりました。時代が民医連に期待していることを胸に刻み、諸先輩が苦勞し切り開いた実践を土台に、格差と貧困社会のよりどころとして、大胆に柔軟に利用者の要求に基づいて奮闘を続けたいと思います。

引用文献

- 1)大橋晃「北海道の地域医療の現状と展望」『看護と介護』Vol.36、18～23頁、2010
 - 2)川村佐和子「訪問看護婦に求められる資質・能力・技術・教育」『看護』Vol.47、34～44頁、1995
 - 3)「看護学における〈生活者〉という視点」『看護研究』Vol.39、No.5、2006
 - 4)大森純子「〈格差〉に挑む看護職の責務と方法」『インターナショナルレビュー』Vol.33、No.5、44～50頁、2010
- ・金戸洋子『北海道勤医協訪問看護ステーション10年のまとめ』2004
 - ・「北海道民医連の原風景」『北海道民医連30年誌』2008
 - ・「ともに生きる ナースステーションからのレポート」『北海道民主医療機関連合会』1995