

省特定疾患「難病のケア・システム」調査研究班，平成6年度研究報告，212～216，東京，1995.

- 10) 高齢者介護・自立支援システム研究会：新たな高齢者介護システムの構築を目指して．月刊福祉，(2)：42，1995.
- 11) 栃木一三郎：ドイツにおける公的介護保険の導入とわが国の対応．月刊福祉，(2)：28，1995.
- 12) 二木 立：公的介護保険一辺倒の議論議論に意義あり(上・下)．社会保険旬報，No. 1867，1868，1995.

司会 ありがとうございます。大変充実した中身のことで、お話も盛り沢山だったわけであります。質疑を頂く予定でありましたが、時間の関係がありますので、質疑は最初の4人の先生方のプレゼンテーションが終わったところで、まとめて頂くことに致します。

信楽園病院の中で良いシステムが出来ている、そしてその信楽園病院を中心として、有明福祉タウンという福祉の関係の諸施設がある、そこで良いシステムが出来てきて、いろんな活動をやっている。で、新潟市はですね、要するに行政の立場で、实际的に福祉とか、在宅医療を

どうやったら良いか、具体的な手掛りが難しくて困っていたところに、この有明福祉タウンで行われているいろんなシステムとうまくドッキングして、今、拝見したような、素晴らしい、いくつかの形が作られてきたということだろうと思います。本当はこういう問題は、むしろ小さな地域、小さな自治体の方が先に出来ていって、大きな都市、県庁所在地のようなところは、なかなか難しいのだらうというのが、普通考えられることなんですけれども、今、拝見しておりますと、新潟市はかなり進んだ形で行われているということ、それには堀川先生を中心とする信楽園グループの大きな働きがあったということが伺われると思います。

それでは、この次、それこそ本当に小さな地域でこういう活動をやっていたいておりますお二人にお話を伺いたいと思います。水原郷病院の地域医療科の婦長をやっております、河野美代先生であります。水原郷病院は昭和59年から訪問看護を始めておりますが、その後、神経内科の永井先生の赴任がありまして、大きくその業務の質と広がりが増えただけであります。その辺のことについて、堀川先生のお話と似たような部分も出てくると思いますが、それでは、河野さんお願い致します。

## 2) 看護の立場から

水原郷病院地域医療科 河野美代

Miyo KAWANO

*Suibarago Hospital*

Reprints requests to: Miyo KAWANO,  
Suibarago Hospital,  
Okayamacho 13-23, Suibaramachi,  
Niigata prefecture, 959-23, JAPAN.

別刷請求先:

〒959-21 新潟県北蒲原郡水原町岡山町13-23  
水原郷病院地域医療科 河野美代

当院での訪問看護活動は1984年に保健婦1名、看護婦2名、ケースワーカー1名の専任配置で開始した。1988年6月、病院機能と地域組織をより一層充実させる必要から、健康管理センターの併設が行われ、地域医療科が新設された。現在のスタッフは保健婦3名、看護婦4名、介護福祉士2名で、訪問看護活動を始めとして、日帰り人間ドックや健康教育等の保健活動を実践している。

これまでの訪問看護活動の実績を紹介する。訪問には2人1組がペアとなって専用車3台を使用して毎日6～10件を訪問している。訪問看護を開始した1984年では年間の訪問患者数は17名、訪問延回数77回であったが年毎に患者数は増加し、昨年の1994年では訪問患者数103名、延回数1,574回となった。年齢構成では70才以上が全体の6割以上を占めており、その中でも85才以上の高齢者が23名いた。疾患別に見ると、数年前までは圧倒的に脳血管障害による寝たきり状態や痴呆患者が多かったが、1988年に神経内科医の常勤により神経難病患者（ALSやパーキンソン病等）や、高齢者の転倒による骨折後寝たきり、褥瘡手術後の患者に加えて働き盛り世代の脊髄損傷患者といった整形外科領域の訪問も増加した。このような疾病構造の変化に伴って、当然看護援助内容も高度な技術の提供やケアの複雑化へと変化して来た。訪問開始当初は、主に日常生活援助で在宅での入浴介助やリハビリ訓練だったが、最近では医療依存度の高いケースが在宅へ移行しているため、医療器械管理の具体的指導が必要となった。合併症や異常の早期発見に対する専門職としての、細やかな観察と的確な判断と予測が要求される。更に患者や家族の肉体的、精神的負担は大きく、そのため訪問時間は2時間前後を要する事も多い。

昨年訪問開始10年の節目という事で、介護者へのアンケート調査を実施した。1991年～1993年（平成3年～平成5年）にかかわった142名。回収率は73.2%であった。アンケートの結果から介護者は配偶者が半数を占め女性が男性の4.5倍。年齢も訪問患者と同様高齢で健康に対して不安を感じながら介護している現状であった。病状の変化に合った医療や福祉の臨機応変の対応を求めている。

昨年は更に訪問看護室では介護者の集いを実施した。日頃患者のそばを離れずにいる介護者に数時間ではあるが同じ立場の者が集う事により気分転換や悩みを話し合う場としてこれからも2回程度で計画している。

院内の他部門との連絡や調整は月に1回、訪問看護カンファランスを実施している。参集者は各科医師、PT、在宅介護支援センター、ケースワーカー、特養、老健施

設代表、訪問メンバーである。内容はそれぞれの実績報告やケース検討、新しい情報を提供しあったりと、活発に意見交換を行っている。院外の関係機関との連携について報告する。当院は原則的には往診体制をとっていない為、訪問患者の多くは、地元開業医師にホームドクターをお願いしている。訪問看護決定後早いうちに継続医療依頼文書を送付して定期的な往診依頼をしている。往診結果は診療情報提供書として受ける。訪問中に変化のあった場合は報告し指示をうけたりと連絡を密に取るように心がけている。行政保健婦に対しても情報を早くに提供し、初回時の同行訪問実施やケースカンファランスを行いお互いの役割を確認している。最近は入院中のうちから退院に向けてケースカンファランスを持ち保健・医療・福祉の3者が適切なサービスの基に在宅医療が継続できるように協力体制を組んでいる。更に訪問看護実施している市町村と何らかの定期的な調整会議を持ってケースのニーズに合ったケアの提供へと関係機関と連携し、定期的に評価しながらお互いの役割りを再認識する場となっている。

以上、現在当院で行っている訪問看護の活動内容を実績、院内連絡調整や他部門との協力、院外の関係機関、開業医師や保健・福祉関係者との連携を報告した。

最後に在宅医療をすすめていく上で看護はどう変化していくのか、どう取り組んでいったら良いのかを考えてみる。これからの在宅療養者は医療依存度の高いケースや在宅でターミナルを向えるケースが増加すると思う。入院ケアに近いケアを在宅で提供するためには、医療機関からの訪問は必須である。看護職を含めた院内スタッフが必要に応じて訪問する必要がある。しかし一医療機関だけで支援するには限界があるため関係機関相互の密な連携と協力体制で支援しなければならない。これからは24時間ケアの継続を目指して、医師をはじめとして行政サービスの利用や、在宅介護支援センターの活用に加え、地域のボランティア育成などによりマンパワーの確保が急がれている。このように自分達の枠を越えたネットワークを組む事により、在宅療養者が安心して、安全な生活を送れるよう訪問看護婦として支援してゆきたい。

司会 ありがとうございます。新潟市の場合とスケールこそ違え、院内での健康管理センター、或いは老人保健施設、さらに隣接の特別養護老人ホームなどを含めた、スタッフ連絡会議を持つ。そして、自治体や福祉関係機関と院外、もちろん医療機関を含めてですけれども、調整連絡会議を持って、いろいろと努力をしているという

ことの御紹介になったと思います。在宅医療の中心となるべき看護のあるべき姿というものを、さらに摸索していきたいというお話だったと思います。

それでは3番目に、ゆきぐに大和病院の中嶋純一先生  
お願い致します。

### 3) 地域（在宅）リハビリテーションの効果と今後の課題

国保町立ゆきぐに大和総合病院理学診療科

中嶋 純 一

Effect and Task for the Future of Community Based Rehabilitation (CBR)

Junichi NAKAJIMA

*Department of Rehabilitation, Yukiguni Yamato General Hospital*

The purpose of this treatise is to explore "effect and task" for the future of CBR at Yamato Medical Welfare Centre (YMWC). The rehabilitation at YMWC is offered by rehabilitation department of Yukiguni Yamato General Hospital. We offer seven rehabilitation services to handicapped persons. We offer these rehabilitation services to a resident. We can offer rehabilitation services to all from an infant to the aged, and from a seriously handicapped to temporarily unfit. In case of our CBR, we approach mainly the ADL of a handicapped person, QOL, and social questions like family relations. We must also think that they are able to tell us not only about the handicapped person himself but also about the whole family, when we approach.

The experience of our CBR suggests that not only improvement of a handicapped person's functional and ADL but its also ability to reduce the burden on a family, is important. We are confident that a primary factor of CBR's success is co-operation. We must deepen further co-operation with the all job classification related to handicapped persons, in the future.

---

Key words: community based rehabilitation, co-operation

地域リハビリテーション, 連携

#### (A) 大和町の概要

大和町は新潟県の南に位置し、主な産業を農業とした人口15,300人の町である。人口は20年間はほぼ横這いであるが、年々高齢化の波が押し寄せ、平成5年度には老

齢人口が20%以上となり、全国の平均よりも12～13年早く高齢化が進んでいる。この高齢化社会の問題点を時に高齢者・障害者の生活、介護面より見た場合、大和町でもいくつかの特徴的なことが上げられる。

それは高齢者人口の増加を背景にして、高齢者世帯

---

Reprint requests to: Junichi NAKAJIMA,  
Yukiguni Yamato General Hospital,  
Yamato-machi, Minamiuonuma-gun,  
Niigata, 949-73, JAPAN.

別刷請求先:

〒949-73 新潟県南魚沼郡大和町浦佐4115  
国保町立ゆきぐに大和総合病院理学診療科  
中嶋 純 一