

## 在宅医療

Home Medical Care

第 508 回新潟医学会

日 時 平成 7 年 5 月 20 日 (土)

会 場 新潟大学医学部 有壬記念館

司 会 関根 理 (水原郷病院病院長)

演 者 堀川 楊 (信楽園病院神経内科), 河野美代 (水原郷病院地域医療科), 中嶋純一 (国保町立ゆきぐに大和総合病院理学診療科), 河内 実 (新潟県医師会), 藤本真一 (新潟県環境保健部公衆衛生課)

発言者 永井博子 (水原郷病院神経内科), 高橋 博 (三市中蒲医師会)

司会 高齢化社会と言われまして、また、少子化時代でもあります。そうなりますと当然、医療の質も、形態も変わってきているわけで、医療の現場では、それらに大変苦勞を重ねながら対応してきているわけでありす。その中でも、今日極めて大きな問題となってきたのが、在宅医療でございます。御承知のように、厚生省がゴールドプラン、或いは、現在では新ゴールドプランに移ってきておりますけれども、これのスタートした要点は「寝たきり老人解消作戦」それから「おむつ老人解消作戦」ということであります。と同時に、今までは病院や施設で死をむかえていた人達を、自宅の畳の上で、或いは自宅のベッドの上で、みんなが、家族が看取るような形でやっていけないものかというふうになってきたわけでありす。従来、お年寄りの病氣を持った方々の御世話、全て、医療が面倒を見ておりました。つまり、福祉の分野を医療が全部抱え込んでいて、医療がそのためにパンク寸前の状態であったということがございます。現在のこのゴールドプラン、及び新ゴールドプランの推進と共に、老人保健施設、或いは特別養護老人ホームといった施設の建設は進められておりますけれども、その傍らで、在宅で医療を受け、在宅で福祉を受け、そして在宅のまま死をむかえるという、そういう方向付けもまた、片方では進められてきております。

この新潟医学会では、3 年程前に、やはり「在宅医療」というテーマでシンポジウムが行われておりますが、そ

の頃と比べますと様相は随分変わってきております。おおよそは良い方に変わってきているはずですが、ここら辺りで、もう一度在宅医療の現状と問題点を見つめ直して、将来への展望を話し合ってみたらどうだろうということでございます。こういうテーマを選んでいただきました医学会の関係者の方々に、大変敬意を表したいと思ひます。今日は、5 人の演者の方々に、それぞれのお立場から現状と問題点を御披露していただきまして、そして将来に、何かにつながるような提言といったものが頂ければ幸いです。

最初は医師の立場でということで、信楽園病院の神経内科部長でいらっしやいます、堀川 楊先生にお願い致します。信楽園病院では、おそらく県内で最初に訪問看護、訪問診療というものが始められたわけで。言わば、堀川先生が先覚者ということになります。まあ、地域によってこの在宅医療を推進するやり方というのはいろんな形がありますけれども、少くとも新潟市の市内の病院が行なっているということもありまして、比較的良い形で行われている、或いは比較的和言うのは失礼なので、最も良い形で行われていると申し上げるべきかも知れませんが。そういうことで、堀川先生からまず、医師の立場として、これまでの経緯、或いは現状、そして将来の問題などについてお話し頂きたいと思ひます。よろしくお願い致します。

1) 医師の立場から  
「新潟市における在宅医療と今後の問題」

信楽園病院神経内科 堀 川 楊

Coordinated Home Delivery Health Care System for Elderly  
and Severely Impaired neurologic Patients in Niigata City  
— From the View Point of a Neurologist —

Yoh HORIKAWA

*Department of Neurology, Shinrakuen Hospital*

According to the statics, increase of ratio of old age population and reduction of family scale has also been problematic here in Niigata city. Therefore, it is essential to construct coordinated home delivery health care system for severely impaired elderly patients immediately. Now in Niigata city, the clients can use certain medical or social welfare services, such as treatment at home by doctors, home nursing, home help service by Niigata City Welfare Corporation, and other services at facilities for social welfare for the aged. Although integrated social care system for intractable neurologic patients has been promoted since 1991, when “Niigata City Case Conference for Intractable Disease” was established, that for elderly impaired patients is not sufficient yet. To offer integrated and continued home care services for elderly persons, effective regional case conference should be organized by the members from home nursing station, home care back-up center, regional health center and medical association.

Key words: home health care system, elderly patients, neurologic patients, case conference, integrated social care system

在宅医療, 高齢患者, 神経疾患患者, ケース検討会, 統合的地域ケアシステム

はじめに

信楽園病院で継続医療室を開設した昭和53年頃には、重症患者を在宅で看るという社会的なコンセンサスも方法論もない状態で、暗中模索で在宅医療に取り組んできた<sup>1)2)</sup>。平成3年、在宅介護支援センターが、平成4年、老人訪問看護ステーションがそれぞれ制度化され、平成5年に新潟市福祉公社が発足して、在宅ケアのための諸制度も整備され始めた。

医療技術の進歩と生活レベルの向上により、多くの急性疾患を克服し、幾つもの慢性疾患をコントロールしながら高齢化してきた患者が増える一方、彼らを支える家族の縮小化は年々進み、平成7年には、新潟市の世帯構成員数は、1人世帯、2人世帯が約50%、旧市内の中央地区では60%に達している。高齢化率は全市で14%、中央地区は21%である<sup>3)</sup>。こうした背景を持ち、かつ住み慣れた家での療養を望む患者が脳卒中などで通院不可能となれば、彼らの日々の医療を保障するには、福祉的援

Reprint requests to: Yoh HORIKAWA,  
Department of Neurology, Shinrakuen Hospital,  
Nishiriake-cho 1-27, Niigata City,  
950-21, JAPAN.

別刷請求先: 〒950-21 新潟市西有明町1-27  
信楽園病院神経内科 堀川 楊

助を借りながらの在宅医療の提供が、不可欠である。新潟市内で現在利用できる地域医療の諸制度、さらに今後の超高齢化社会に即応しうる、地域医療システムを育てるための具体的な方法と問題点について述べる。

### 信楽園病院周辺の在宅医療の基盤

信楽園病院で、17年前発足し、最近では若年患者や医療依存度の高い患者を中心に訪問看護を受け持ってきた継続医療室を、平成5年、病院の姉妹施設として新潟市社会事業協会に併設した有明訪問看護ステーションに、平成7年8月、発展的に吸収合併させる。当協会の2つの特別養護老人ホームではショートステイが可能であり、一方の有明園には平成4年、在宅介護支援センター、デイサービスセンターを併設している。

毎週木曜日に開く訪問看護合同連絡会は、訪問看護ステーションの保健婦、看護婦と、介護支援センターと病院のソーシャルワーカー、医師、看護部長、急性期を診る神経病棟、リハビリ病棟、外来の各部長が参加し、訪問対象患者の状況が報告され、院内外のお他職種の人々との連携も含め、次に必要な援助を検討する。

さらにこのメンバーに新潟市役所の保健福祉担当課、保健所、福祉公社の実務担当者、地域の民生委員、市内の他の8カ所の訪問看護ステーションの管理者が加わり、市医師会理事の診療所長に議長を依頼し、3カ月に一度、

訪問看護ステーション連絡会議をもつ。この会議は公的なものではないが、新潟市の高齢者の、保健・医療・福祉三者の実質的な意見交換の場を提供している。

さらに重要な会議は、新潟市役所保健衛生課を事務局として、平成3年に発足した地域に開かれた難病ケース検討会<sup>4)</sup>で、毎月第4火曜日に開かれ、新潟市全域の難病患者の援助を協議する。

地方行政で“保健、医療、福祉の連携”の呼び声がかけて久しいが、1人の患者の問題をめぐる、各部署の実務担当者が集まり定期的に開かれるケースコンファランスは、在宅医療のコーディネート機関として、また共同作業する地域スタッフが連携の方法論を学ぶ教育機関として、重要な役割を果たす。

### 有明訪問看護ステーション及び継続医療室の対象患者と活動状況

平成7年5月1日現在の訪問看護実施対象の実人数は107名、その内訳は例年とはほぼ同じで、脳血管障害55%、神経難病25%、内科、整形外科の疾患20%程度である。

有明老人訪問看護ステーションの、平成6年度の活動状況を表1に示した。地域の多くの医師の協力により、訪問看護の指示書発行医療期間は4病院、17診療所、主治医数は43名であった。1年間の対象患者数は103名で、途中50名が、死亡(29名)や入院(9名)、施設入所(4

表1 有明老人訪問看護ステーション活動状況(平成6年度)

指示書発行の医療機関数	4 病院			
指示書発行の主治医実数	17 診療所			
	43 医師			
対象患者数	103 名			
訪問実施患者数	98 名			
利用終了者数	50 名	死亡	29名	
		入院	9 名	
		老健施設	3 名	
		特養	1 名	
		その他	8 名	
延べ訪問回数	1,619 回	往診のみ	11回	
		死亡後訪問	10回	
		その他	3 回	
			を含む	
	在 宅	入 院	施 設	合 計
生 存	56 (54.4 %)	13 (12.6 %)	5 (4.8 %)	74 (71.8 %)
死 亡	17 (16.5 %)	12 (11.7 %)	0	29 (28.2 %)

名)、状態の安定(8名)で中断または終了している。延べ訪問回数は1,619回で、平成6年4月の保険診療費の増額により、ようやく勤務者の給料分は賄える見通しが立った。

当院からの訪問看護の新規対象患者数は、平成5年度の調査では計137名で、信楽園病院の同年の退院数3,069名中の3.8%である。医療機器の進歩はめざましく、在宅酸素、人工呼吸器や中心静脈栄養などを利用している医療依存度の高い患者も、現在では自宅で安全に保険診療が受けられる。平成5年度の訪問看護対象者の中で、医療機器を装着した患者の人数は、経管栄養・65名、膀胱留置カテーテル・21名、人工呼吸器・3名、中心静脈栄養・7名など、全対象者の約1/3に当たる。対象患者の運動機能のレベルは低く、どうにか1人で歩ける人は1割にも満たない。

対象患者の転帰を見ると、昭和53年から平成5年末までの継続医療室の対象者485人の62%がすでに死亡し、在宅での死亡は死亡者の45%であった。訪問看護ステーションは平成6年度103名の対象者中29名、28%が死亡し、その60%を、診療所の医師、地域の看護職と協力して在宅で看取っている。

### 在宅医療システムが利用できる現行制度によるサービス

在宅の重症患者を援助するときには、地域の医療職、福祉担当者との協力無しには十分にそのニーズを満たすことはできない。現在以下のサービスが利用できる。

- 1) 医療期間(内科・歯科)の入院、外来、訪問診療、訪問看護・リハビリ
- 2) 在宅介護支援センター
- 3) 老人訪問看護ステーション(平成6年10月より、若年難病、1～2級の身障者も)
- 4) ホーム・ヘルプ事業(福祉公社：自治体よりの委託、住民参加型)
- 5) デイサービス、ショートステイ、地域リハビリ、入浴サービス事業等
- 6) 市町村、保健所の看護婦、保健婦の訪問指導事業
- 7) その他、給食宅配制度、ボランティアによる種々の援助など

地域ケアシステムの重要な1つの柱は、診療所、病院からの医師の訪問診療と訪問看護、リハビリテーションなど在宅医療であり、もう1つの柱がホーム・ヘルプ事業である。新潟市では、新潟市福祉公社の貢献が大きい。これは平成5年7月に新潟市の出資金で発足し、高齢者、

障害者、その他日常の手助けを必要とするすべての人々への、家事、介護、入浴の援助を主たる仕事とする。

新潟市の委託事業である公的ヘルプサービス部門には約200人のヘルパーを擁し、600余世帯を支援する。申請者を評価し、適用、援助量を決定するのは、新潟市役所と兼務の職員で、対象者の状態によっては、人道的に必要とあれば365日、原則的には1日2回、最大3回まで援助可能である。併せて、従来独自に活動していた住民参加型在宅福祉サービス「まごころヘルプ」を同居させたことで、公的ヘルプの適用外の患者も毎月100余世帯援助する事が可能になった。巡回入浴サービスも、平成6年度からは業者委託となり、週1回までわずかな自己負担で利用できる。身体障害者ガイドヘルパー派遣も行い、1、2級の身障者の公的機関及び病院への外出を援助している。この福祉公社の発足によって、ホームヘルプ事業は量的に著しく拡大し、真に役立つ制度に質的な発展を遂げた。

### 包括的、継続的地域ケアのためのケースマネジメント

これらのサービスを利用して包括的地域ケアを提供するためには、患者の日常生活能力、家族の援助力、病状、医療依存度、患者の居住地域の医療状態などを具体的に評価し、提供する共同作業を、たとえば以下のように組み合わせる、ケースマネジメントが要る。

- 1) 日常生活の援助を要する患者：障害が比較的軽く、医療は通院で受けられるレベルでも、老人世帯の虚弱な高齢患者、神経難病、身体障害者での単身者、家庭の主婦が患者の場合などは、生活面での援助が必要である。ホーム・ヘルパー、給食・入浴サービス、デイサービス、ボランティアの訪問等が有用。
- 2) 通常の訪問医療と日常生活援助を要する患者：障害が重く通院困難であれば、ホームドクターの往診、看護婦や保健婦の訪問指導、訪問看護、訪問リハビリが必要になる。あわせてホームヘルプ、移動入浴車、ときどきのショートステイを組み合わせる。
- 3) 医療依存度の高い患者：経管栄養、膀胱留置カテーテルによる持続導尿、在宅酸素、人工肛門、喀痰の吸引、気管開窓、在宅人工呼吸管理、在宅中心静脈栄養を必要とする患者には、医療も看護もさらに細心の注意と熟練を要求される。ホームドクターと専門病院の病診連携、遠い地域に住む患者の場合は、専門病院間の連携も必要になる。医療機器の貸し出し、病院や訪問看護ステーションからの重装備の訪問看護、地域保

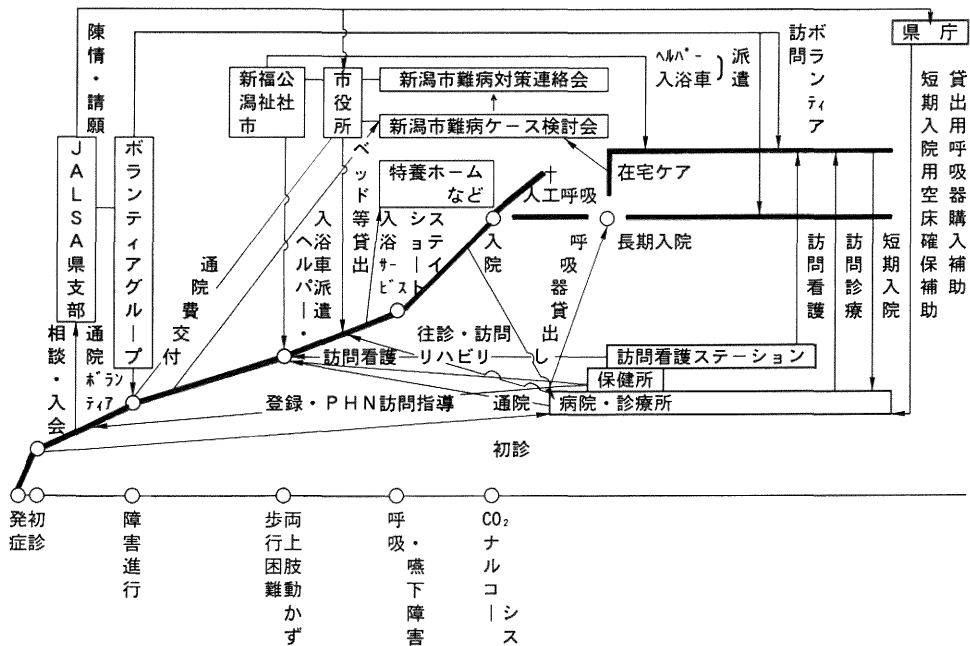


図1 初診からターミナルまで  
—新潟市のALS患者の地域ケアシステム—

健婦の援助、訪問リハビリ、介護者の援助・代替者としてのホームヘルパー、移動入浴車、精神的な支援者としてのボランティアの援助、社会的な短期入院も組み合わせる。

- 4) 在宅での看取り：治療が限界と判断された難治性疾患の患者、何度も入退院を繰り返してきた高齢の末期患者などでは、家で最期を迎えたい、迎えさせたいと思う患者、家族が増えている。ホームドクターの往診、頻回の訪問看護、家族への日常生活の支援があれば、それは可能である。援助者がよく話し合い、緊急時の連絡方法や対応の仕方など、手順と役割分担を細部まではっきりさせておく。

こうして多施設、多職種で1人の患者とその家族を継続して援助するためには、各職場や上述のコーディネート機関を通じての十分な連携が必要で、たとえば最も重度の障害を呈するALS患者の場合、初療からターミナルに至るそれぞれの病期に、種々の制度やサービスをどのように適用させて包括的、継続的医療を提供すべきかを図1にまとめた<sup>4)</sup>。

### 地域ケアシステムの今後の課題

重度の障害や重複した疾患を持つ高齢患者は、今後地域の中で増加の一途を辿る。独居老人、老夫婦2人暮らしで両方が患者というケースは、今でも少なくない。医療と福祉が共同で手当しなければならないこうした患者は、個々の病院や診療所が単独で支えきれものではない。医療サイドで病診連携や、診診連携を確実に実践していくと同時に、各地域に、在宅ケアシステムをもっと意図的に作っていく必要がある。更に必要なことは、コーディネート機関として働くサービス提供者の連絡会議を定例化し、民主的に運営し、地域の問題解決能力を育てて行くことである。

難病患者の統合(integrate)的、包括的、継続的地域ケアにおける新潟市難病ケース検討会のコーディネート機関としての成功は、この会議が市長により承認され、図2のように、ここに患者のニーズを汲み上げるフォーマル、インフォーマルな様々な援助機関の実務者が自由に参加し問題提起することが保証されたことと、新潟市の難病対策の政策を提言する新潟市難病対策連絡会が、ケース検討会の上部機関として、後者の参加者の代表者

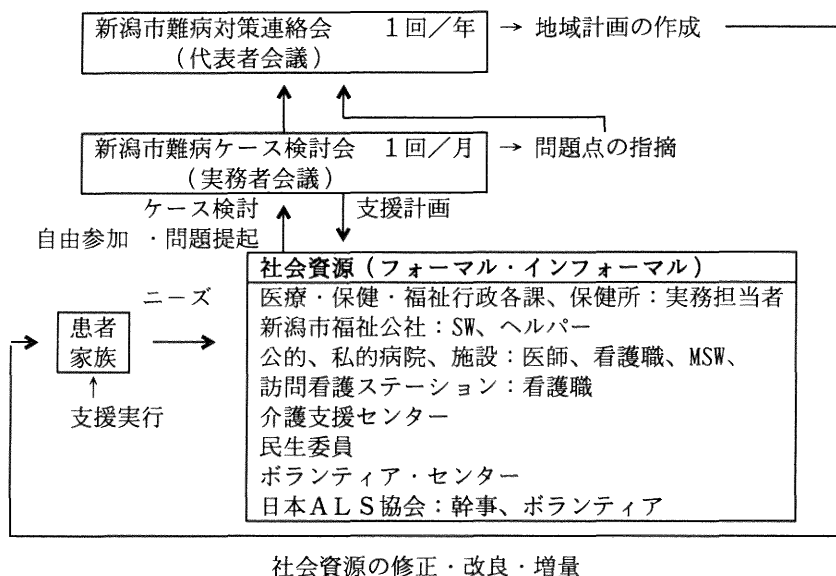


図2 新潟市の難病対策における医療・保健・福祉の連携

により構成される二重構造になっており、ケース検討会で提起された実践上の問題点の解決を、政策の展開により図ることを可能にしたためと思われる<sup>5)</sup>。

高齢者の地域医療についても、同様な統合的システムが求められる。新潟県医師会・在宅ケアシステム整備検討会議の、「新潟県における在宅ケアシステムに関する提言」<sup>6)</sup>では、当面の具体的方法として、各地区医師会がイニシアチブをとり、在宅介護支援センターと、老人訪問看護ステーションを設置し、事務局を作り、両者の機能を有機的に結び付け、地区の高齢者サービス調整チームをその運営委員会として機能させることを提案した。

在宅介護支援センターと訪問看護ステーションに求められている業務は、かなりの部分が重複する。両者を別々に運営するよりも、日常の仕事を地域の実情にあわせて協働出来れば、無駄が省け、経営も楽になる。これまで前者の管轄は県の民生部、後者は環境保健部と異なっていたため共同作業には制約もあったが、今後両部局の統一後は両施設設立の準備段階からその垣根を払って、共同作業を可能にすべきである。

新潟市の各地区毎に、両施設を中心に周辺の病院、診療所、地区保健センター、行政の担当課、民生委員、ボランティアの各実務担当者が地域高齢者サービス調整チーム(昭和62年6月18日、厚生省社会局長、保健医療局長、健康政策局長通知に基づく<sup>7)</sup>)を構成し、その地域の個々

の患者の処遇を話し合う定例のケース検討会を行い、そこから派生する問題点を政策決定に引き上げる全市の代表者会議をその上に組織することが望ましい<sup>5)</sup>。

実施主体を保健所に置く保健所保健・福祉サービス調整推進事業(昭和62年7月1日、厚生省健康政策局長通知に基づく<sup>7)</sup>)も地域によってはすでに機能しているが、この推進会議は前述の高齢者サービス調整チームのチーム会議と内容もメンバーも殆ど同じで、かつての縦割り行政の名残でしか無く、同一地域に併立させる理由は全くない。各地域でよく調整し、責任を負うべき会議を一本化し、地域の要援護者の支援に実際に役立つ、機能的な会議に育てて行くべきである。

こうした行政がイニシアチブをとる地域活動に、医師会や、訪問看護ステーションの機能をいかに引き込めるか、他方、各医療機関が、民間活動として設置し、力を付けてきている訪問看護ステーションを、地域の公共性を持った仕事として、行政サイドにいかにつけて、オーソライズし、連携していけるか、医師会がこうした地域活動に、遠い将来を展望して、十分計画的に指導性を発揮できるかが、新潟市の医療と福祉の真の連携を成功させる鍵ではないかと思う。

在宅医療上の最も大きな経済的問題は、介護費用であろう。1つは患者のケアに家族が無償で提供している介護労働を、経済的にどう評価し支援していくかであり、

表 2 在宅呼吸管理 ALS 患者 6 名の背景と自己負担金額

	K.S.	H.O.	T.S.	H.K.	T.I.	N.K.
性	F	M	F	F	M	M
発病から (月)	120	69	78	144	36	42
人工呼吸から (月)	60	51	54	96	12	12
在宅人工呼吸から (月)	59	50	30	12	10	8
家族人数 (人)	5	7	7	4	2	5
主な介護者	嫁	嫁	夫	嫁	妻	妻
他の介護者	ナース	ヘルパー	娘	娘・他	娘	なし
年収 (円)	800 万	1,000 万	500 万	500 万	280 万	350 万
部屋数 (室)	7	7	8	5	6	8
退院時費用 (円)	100 万	300 万	6.2 万	40 万	15 万	6 万
介護者給料 (円/月)	4.9 万	30 万	2 万	6.3 万	3 万	(-8 万)
呼吸器維持費 (円/月)	0.5 万	2.5 万	0	0	0	0
その他諸経費 (円/月)	4 万	4.5 万	4.5 万	3.1 万	3 万	2.5 万

もう 1 つは介護力の乏しい家族が、外から介護者を求める場合の経済的負担をどう軽減するかである。

表 2 は、病気の中でも最も重度の介護力を必要とする、在宅で人工呼吸管理中の筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 6 名の患者の、家族背景を調べたもの<sup>4)</sup>である。平成 2 年、新潟県が全国に先駆けて貸し出し用人工呼吸器購入の補助<sup>8)</sup>を始めてから、表中矢印より右列の様に、退院時費用は減額したが、患者介護の半分以上を外からの介護者に依頼した家族は、月 30 万円の給料を支払っている。他は家族内で少額でまかなっているが、すでに ALS 患者の半数が同居家族 2 人以下の家庭から発生しており、今後介護力のない重度障害患者の介護問題は、公的介護保険の議論と共に重要な検討課題になると思われる<sup>9)~12)</sup>。

介護力の乏しい患者が在宅療養を希望する場合、夜間及び早朝看護が必要になる。厚生省のモデル事業として、福岡、東京などで民間企業のヘルパーと、訪問看護ステーションの共同作業で 24 時間看護の提供が試みられている。新潟市でも平成 7 年に調査費が予算化された。どのような組織が効率よく提供できるか、早急の検討を要する。家族が縮小化している現在、1 人世帯や 2 人世帯の高齢患者の在宅医療のペースとしての“家”の概念にも、柔軟な発想が要る。ケアハウスのケア体制は整備されているのか、1 人暮らしの高齢者の集合住宅は誰の責任で造るべきか等、一見医療とは無縁に見えるこれらの問題も、今後は視野のうちに置いていく必要がある。

## 参 考 文 献

- 堀川 楊: シンポジウム—在宅医療は可能か— (3) 重症神経疾患患者の地域医療システムについて。新潟医学会雑誌, 107: 571~578, 1993.
- 堀川 楊: 時論—在宅医療を支える地域ケアシステム—信楽園病院継続医療室の実践より。日本医事新報, 3466: 83~86, 1990.
- 長谷川義明他: 新潟市高齢化対策基本計画, 17, 新潟, 1993.
- 堀川 楊: 新潟市の難病ケア・システムと経済的諸問題。厚生省特定疾患「難病のケア・システム」調査研究班, 平成 6 年度研究報告, 294~299, 東京, 1995.
- 白澤政和: ケースマネジメントの理論と実際。中央法規, 東京, 1992.
- 新潟県医師会・在宅ケアシステム整備検討会議: 新潟県における在宅ケアシステムに関する提言。新潟市医師会, 1992.
- 前田信雄: 保健医療福祉の統合。勁草書房, 東京, 1990.
- 堀川 楊, 枝並和子, 湯浅龍彦, 大西洋司, 塩崎 是, 若林祐子: 新潟地区の神経難病対策に関する行政へのアプローチ。厚生省特定疾患「難病のケア・システム」調査研究班, 平成元年度研究報告, 231~238, 東京, 1990.
- 堀川 楊: ALS 各病期における介護問題。厚生

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心の諸施設がある，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