報告：

農村地域における訪問看護を中心とした 在宅ケアシステムの実践

田尻由貴子^{*}、小山和作^{2*}、上村妙子^{2*}、奥村芙美子^{2*}

菊水町は、熊本県の北西部に位置し、古代遺跡で有名であると同時に豊かな自然環境に恵まれた町である。全国の農村地域の状況と同様に、近年高齢化は急速に進展し、このため、町では1973年から高齢者に対する身体的、精神的両面にわたる総合的健康管理の試みを行ってきた。その間、社会福祉協議会や老人会と町の保健婦との連携、加えて、町立病院とそれに併設された町健康管理センターがその連携に加わり、行政のバックアップもあり、訪問看護システムを確立した。更に町立病院と同一敷地内にできた特別養護老人ホームのデイサービスが開始され、在宅ケア支援システムが充実するようになった。在宅ケアのさまざまな計画は訪問看護婦によって主になされたが、医療関係者にとって福祉従事者との協力が必要であったし、更に菊水町の住民（大部分はボランティア活動）がこの事業に参加することが重要であった。ここに、高齢者に対する在宅ケアのシステムをいかにして確立したかについて報告する。

①在宅ケアシステム ②保健・医療・福祉 ③マンパワー

研究の目的と対象

在宅ケアを推進するためには、その地域の医療および福祉の施設の連携はもとより、その地域に働き、住む、医療と福祉の担当者や地域住民の参加（ボランティア活動）等、マンパワーの問題、そして行政の積極的取り組み等が重要である。熊本県菊水町での訪問看護を中心とした在宅ケアシステムを明らかにすることを目的とした。

研究対象となった菊水町は、熊本県の北西部に位置し、古くから古墳の町として有名である。1988年厚生科学研究の一環として行なわれた長寿者の健康調査で、高齢化率は20.8%で県下6位（表1）であり、しかもその中で、65才以上人口に占める88才以上人口は6.1%で4位、さらに、その65歳以上人口の中の元気な（ADLが満点に近い生活能力を持つ）88歳以上老人の人口が2.46%で6位であった。一般に若い人が少なくなったため老人の町と考えられがちだが、長寿者、し

かも元気なお年寄りが多い。同一郡内の他の町の元気長寿率は県平均以下であるのに、菊水町には元気な高齢者が多いということは、古墳が多く発掘される程に古代人に選ばれた快適な風土のせいかも知れない。私達は、さらに高齢者が元気で住みよい町になるように「緑と清流と古墳そして福祉の町」を町政の柱とする行政方針に沿って健康づくりに取り組んでいる。

研究成績

1. 事業実施の背景

菊水町は、1965年頃より過疎化が進むに従い高齢者が多くなり、全人口に占める比率も大きくなった。そのため、その健康管理や福祉対策に積極的に取り組まざるを得なくなった。一例をあげると1972年より社会福祉協議会で「病にかからぬ運動」を展開した。町の保健婦と一体となって、老人クラブごとに、健康相談を実施しており、老人会長や民生委員を通して「〇〇さんが家で寝込んでいる、動けない」と連絡が保健婦にくるようになった。これが現在の寝たきり老人訪問の起こりである。この事業を15年間続け、訪問看護が地域に定着したかに見えた。しかし、行政の壁にぶつかったり、他の種々の問題が生じてきた。行政の問題

^{*} 熊本県菊水町立病院

^{2*} 日赤熊本健康管理センター

（受付：1993年6月14日）

表1. 市町村別各種高齢化率（熊本県下98市町村中上位10位）（％）

①総人口に占める65歳以上人口			②65歳以上人口に占める88歳以上人口			③65歳以上人口に占める元 気な88歳以上人口		
1	天草町	22.3	河内町	8.0	産山村	3.12		
2	倉岳町	21.8	産山町	6.9	南小国町	3.04		
3	有明町	21.6	中央町	6.5	七城町	2.85		
4	栖本町	21.3	菊水町	6.1	中央町	2.65		
5	五和町	21.1	三加和町	5.9	五木村	2.57		
6	菊水町	20.8	鹿央町	5.7	菊水町	2.46		
7	砥用町	20.5	五木村	5.7	砥用町	2.39		
8	河浦町	20.3	阿蘇町	5.6	東陽村	2.31		
9	中央町	20.3	益城町	5.6	高森町	2.30		
10	新和町	20.1	鹿北町	5.5	清和村	2.29		

①昭和62.10.1現在 ②、③昭和61.10.1現在

は担当者との話し合いで解決できたが、寝たきり老人の中には、主治医のいないケースも多く、医療側（医師）の参加の必要性が生じた。医療側の参加を要請した時、菊水町立病院が快く協力することを承諾してくれた。このようにして医師の協力が得られるようになり、寝たきり老人の訪問診療を1986年に開始できた。継続看護は1977年より続行していた。これらの事業をすすめるうちに、町立病院とそれに併設された菊水町健康管理センターとの連携が深まり、1988年に保健と医療が一体となった訪問看護委員会が発足し、学習会を月に1回行ない、患者連絡票や訪問対象者の設定、訪問看護案内等を作成した。その後、訪問看護室が赤字採算ではあるが、住民にとっては、将来しあわせをもたらすことになることを病院運営協議会に報告し理解を得た。さらに町民への積極的啓蒙を依頼した。経管栄養チューブ挿入患者や、脳卒中後遺症患者の退院により町立病院の看護婦、理学療法士による訪問看護、訪問リハビリが開始され、それとともに健康管理センターの保健婦と連携を取りあった定期的な訪問を実施するようになった。また、訪問看護の充実のため看護婦が訪問看護婦養成講習会（20日間、120時間）の研修を8名が受講した。受講生の増加に伴って訪問看護の重要性が訪問看護委員会の一人一人に伝わりその活動が活発化し、職員の訪問看護への理解協力が深まった。町立病院訪問看護の取り組みを病院運営委員会に報告したり、審議会員とともに先進地研修を行ない町当局に当訪問看護室の現在の状況および今後の方針への理解も得た。そして町立病院の一角に訪問看護相談室設置の運びとなった。訪問看護婦専従看護婦を雇い入れると同時に、訪問看護に欠くことのできない機動力強化に訪問看護専用車を購入し、従来保健側（健康管理センター）で行なわれていた寝たきり老人訪問を医療側（町立病院）で行なうようになり、1990年「訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業」の指定を受けて、

表2. 菊水町人口の推移

年	総人口（人）	老人人口（65歳以上）
昭和55	7,320	1,300（17.8％）
60	7,426	1,468（19.8％）
平成元	7,603	1,650（21.7％）
2	7,562	1,669（22.1％）
3	7,524	1,700（22.6％）
4	7,421	1,744（23.5％）

本事業を本格的に取り組むことになった。町の人口は7421人（平成4年3月）（表2）、高齢者人口の割合は23.5％、在宅要介護老人70人、在宅寝たきり老人21人（男6人、女15人）、独居老人139人（男18人、女121人）、老人クラブ数39、会員数は1855人である。医療機関は、公立病院1、一般診療所1、歯科診療所2で、福祉施設は、保育所3、特別養護老人ホーム1、老人福祉センター1、重度身障者施設1である。

2. 菊水町における在宅ケアシステムとネットワーク

1）1990年「訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業」の指定を受け、町立病院とその併設健康管理センターおよび同敷地内の町立特別養護老人ホーム、デイサービスセンターが中心になり、保健と医療と福祉の一体化の中で図1のようなネットワークを作り実践している。

2）医師、看護婦、保健婦、民生委員、施設長、老人会、婦人会等より、菊水町高齢者サービス調整チームが1989年に結成され、その下部組織として1990年に訪問看護事業専門委員会、在宅ケア連絡会を作り相互に連携をとりあって訪問看護の輪を次第に拡げていった。特に後者の連絡会は、在宅ケアの第一線の連携機関で、要介護老人の個々のケースにあったサービスが

提供でき、デイサービスセンター(1989年開始)、機能訓練事業(1991年開始)と効率的に連携を取り、在宅ケアの充実を図った。

3) 菊水町在宅ケア支援システムの構築(図2)

1992年訪問看護ステーションを開設し、次に1993年在宅介護支援センターを町立病院に併設し、保健医療

図1. 菊水町訪問看護等在宅ケア総合推進事業

図2. 菊水町在宅ケア支援システム

福祉の一本化を図った。在宅寝たきり老人等の介護者に対し、在宅介護に関する総合的な相談に応じ、個々のニーズに対応したサービスが容易に受けられるように、連絡調整を行なっている。

4) 住民ボランティア活動

1972年から社会福祉協議会の呼びかけで老人会を対象に「病にかからぬ運動」を開始、地区毎に保健婦が出かけて行って学習会や座談会を行ない、ボランティア活動について意識を高めてきた。その中から相互扶助の声が大になり、明日は我身と考える元気な老人が病弱老人を助けようとシルバーボランティアの話題が盛り上った。1991年社会福祉協議会を窓口とし、玉名保健所の協力を得て、菊水町ボランティア養成家庭看護教室を開催した。対象は菊水町老人会会員70歳以下で、高齢化問題に関心があり、将来ボランティア活動に参加しようとする意欲のある人とした。9回の講座

を終え39名が修了した。そのうちボランティアの登録をされた方が24名あり、早速単身老人の給食サービスの配食、配達の一役を担っている。

5) 菊水町立病院における訪問看護システム

(1) スケジュール (図3)

モデル事業時の訪問看護のシステムは①まず訪問看護依頼申請が訪問看護室に提出される(その窓口としては、家族、民生委員、病院、開業医、老人会長等があげられる)。②申請書を基に地域保健婦と訪問看護婦が同行して調査訪問を行なう。③調査票により訪問看護委員会で検討される。検討の内容は、訪問看護、訪問指導、訪問診療の是非などである。④訪問看護委員会で内定した書類に基づき、町長決裁を受け、訪問看護決定通知書が本人に送付される。⑤検討の結果は主治医に報告され看護内容の指示を受ける。⑥指示書により看護計画を立案し主治医に提出する。⑦訪問看護

図3. スケジュール

図4. 菊水町立病院における訪問看護システム

の実施、訪問看護記録を作成し主治医に報告する。評価を行ない次回訪問看護計画を立てる。1992年12月老人訪問看護ステーションの指定を受けてからは㊦の町長決裁は不必要となった。㊦の主治医報告は月1回報告を行なっている。地域との連携は、かかりつけ医、福祉、地区組織とそれぞれ必要に応じて会合、学習会および交流会を行ない事業を展開している。

(2) 専門スタッフ

町立病院の訪問看護専従3名、外来業務と兼務2名で行なっている（老人訪問看護ステーション開設後は専従2.5名の訪問看護婦）。その他、町の健康管理センター保健婦4名が調査訪問を行なっている。また4名の在宅ケア連絡会のメンバーであるホームヘルパーがいて、本事業に側面的に協力している。

(3) 患者を中心にみたケアの流れ（図4）

患者および家族の情報は全て訪問看護相談室へ収集され訪問看護委員会（通常月1回）で内容検討、ケース検討、訪問看護の内定などを行なっている。患者の急変時や休日、夜間の対応は、オンコール体制をとり、医師の訪問の必要なときは、主治医又は菊水町立病院の医師がこれに対応している。

考 察

1. 菊水町での実践に対する評価

高齢者サービス調整チーム訪問看護専門委員会を設置し事業実施についての指導、助言を受け、近隣市町への事業の調整を行なっている。近隣医師の理解が得られ、協力体制の良いこと、町当局も専門委員会への協力、広報活動、近隣都市へ呼びかけての研修会および事例検討会の開催など協力体制が良いことなどがあげられる。モデル事業終了後は、その活動も、玉名地区在宅医療促進、訪問看護等連絡会の設置へと広がった。近隣市町の関係者との連携もスムーズに行なっている。

2. これからの問題点

対象者が高齢者で在宅ターミナルを希望する例も増

えオンコールによる呼び出しも昼夜を問わなくなったためスタッフへの負担が増大している。病院では診療報酬が合わず財政的に無理が生じてくるであろう。

将来的には、行政と一体となり、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、健康管理センター、デイケア、中間施設等、保健医療、福祉を総合したステーションを設置し、在宅ケアのスタッフを配置し、要介護老人個々にあったサービスが、24時間体制でただちに受け入れが出来るようになれば、在宅ケアシステムが完成できると考えられる。

ま と め

「緑と清流と古墳そして福祉の町」を町政の柱とする熊本県菊水町の在宅ケア総合推進事業を紹介した。町立病院とその併設健康管理センター、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、町立特別養護老人ホームのデイサービスセンターが中心となって、地域との連携を密にして、保健、医療、福祉の一体化の中で地域ケアシステムを完成させた。特に今回は訪問看護システムを中心に報告した。

この研究は平成3年度厚生科学研究費補助事業「農村における在宅障害老人の地域ケアシステムの開発に関する研究」により行なわれたものである。

文 献

- 1) 小山和作：熊本県における高齢者、特に在宅長寿者（88歳以上）の健康、生活の実態に関する調査研究 昭和62年度厚生科学研究費補助事業報告書 10—35, 1988
- 2) 小山和作他：熊本県における在宅長寿者の生活と健康の実態—第1報—：日農誌, 37, 3 562—563, 1988
- 3) 田尻由貴子：訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業 医療の社会化 No. 219. 16—23, 1991
- 4) 小山和作, 田尻由貴子他：農村における在宅障害老人の地域ケアシステムの開発に関する研究（分担研究）—熊本県菊水町訪問看護等在宅ケア総合推進事業について— 平成3年度厚生科学研究費補助金事業報告書 104—109, 1992
- 5) 田尻由貴子：ねたきり老人ゼロ作戦報告書（熊本県）21—40, 1991

Home Health Care System in a Rural Community with Special Reference to Calls at Old People's Home

Yukiko TAJIRI*, Wasaku KOYAMA^{2*}, Taeko UEMURA^{2*}
and Fumiko OKUMURA^{2*}

Kikusui, situated in the northwestern part of Kumamoto Prefecture, is famous for its remains of ancient Japan and at the same time known as a town blessed with the natural environment. As is the case with many other rural areas in this country, graying in population has been progressing at a fast clip here in recent years. To cope with the situation, Kikusui Town has taken upon itself to implement a comprehensive geriatric health care scheme since 1973 that covers not the physical aspect alone but also the mental aspect of the lives of the senior members of the population. During the period, the social welfare council and the societies of old people linked up with public health nurses. Later, the town hospital and its health control center joined with them to establish a home visit system to take care of the aged at home with the support of the government. Further, a nursing home for old people was built on the premises of the town hospital and started the day care services to back up the home care system. Various programs for home care were carried out in the main by visiting nurses. From the standpoint of the medical institution, cooperation with welfare workers was vital. Moreover, it was important for the residents of Kikusui Town to participate in this project. In the present paper, we will report on how the home care system for old people came into being.

* *Public Kikusui Hospital in Kumamoto prefecture.*

^{2*}*Japanese Red Cross Kumamoto Health Care Center.*