

在宅ケア活動における「連携」の意義

— K訪問看護ステーションにおける実践を通して —

永 田 千 鶴

要 約

在宅ケアが有効に機能するためには、関連機関・専門職間の「連携」が必要不可欠である。本稿ではその連携の意義について、訪問看護ステーションの実践を例に考察した。

在宅ケア活動においては「専門領域をどうとらえ、実践するか」が大きな問題となる。たとえ、時間やエネルギーを費やしたとしても、広く「地域」を視点に「専門性の尊重」と「協調」を基にした「連携」を図ることが、専門職自身の満足感を生み、意欲を育て、在宅ケアの質の向上につながると言える。

又、「地域在宅サービスのシステムづくり」が連携の最終的な目標であるが、実践することで、①真のニーズに基づいた在宅サービスを迅速・円滑に提供でき、②利用者が在宅サービスに対する意識を変え、積極的に利用できるようになり、③それぞれの在宅サービスの質を高め、④利用者の利益を最優先した上での⑤専門性を尊重した役割分担により、在宅ケアがより効果的に機能するのであり、ここに連携の意義が認められる。

1. はじめに

人口の高齢化や疾病構造の変化による長期慢性疾患の増加、核家族化を含む家族構成の変化を背景に、在宅ケアの推進は、わが国において重要な施策となっている。在宅ケアとは「地域で生活している疾病や障害（高齢化に伴う障害も含む）を持つ人やその家族を対象に、保健・医療・福祉関係などの

専門職や非専門職の人々がそれぞれのケアを提供すること⁽¹⁾」であり、その目指すものは、人間としての生活が保障されたケアを提供することで個人の生活の質、あるいは生命の質を高めることと言える。

在宅ケアは、1990年の高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン）、91年の老人訪問看護制度、94年の新ゴールドプラン策定により急速に活発化している。今後、公的介護保険の導入に向けて、在宅ケア施策は益々推進され、それに携わる機関・専門職の数も膨大となることが予測できる。そのような状況の中、在宅ケアが有効に機能するためには、関連機関・専門職間の連携は必要不可欠である。

そこで、在宅ケアを担う一機関であるK訪問看護ステーション（以下Kステーションという）の在宅ケア活動の実践を例に、連携の意義について考察し、報告する。

2. 訪問看護の概要

日本での最初の組織的な訪問看護活動は、1892年に同志社の京都看病婦学校で学んだ看護婦が行った「社会事業として疾病と貧困に苦しむ人びとの家庭を直接訪問して、看護の手を差しのべる巡回看護⁽²⁾」だったと言われるが、訪問看護が全国的に活発化する契機になったのは、90年後の1982年、老人保健法制定時に新設された診療報酬「退院患者継続看護・指導料」により病院からの訪問看護が法的根拠を持つてからである。

訪問看護には、医療機関の看護婦が行うもの、訪問看護ステーションが行うもの、保健活動として保健所や市町村が行う訪問指導、さらに民間経営の訪問看護など様々な形態のものがある⁽³⁾。（図表1⁽⁴⁾）

現在の訪問看護ステーションは、1991年10月に老人保健法の一部が改正され、創設された「老人訪問看護制度」に基づき、翌年4月から老人訪問看護ステーションとして開設された。この制度は、「医療機関や薬局とは別の独立した機関である訪問看護を行う事業者に医療費が直接支払われるという新たな仕組みであり、また看護職が管理者となる機関が設立されるという非常に

図表 1 訪問看護制度のいろいろ

実施施設等・法律	保健所・保健センター等の訪問指導		老人訪問看護ステーション（事業者は公益法人等）	訪問看護ステーション（同左）	老人保健施設の訪問指導	病院・診療所（保健医療機関）の訪問看護	
	地域保健法 精神保健法 母子保健法 結核予防法等	老人保健法第19条（訪問指導事業）	老人保健法第46条（老人訪問看護制度） 公費負担医療制度		老人保健法	老人保健法第17条	健康保険法等
財源	公費	公費	公費5割と各種保険者負担5割、利用者の定額負担：250円	各種保険者負担金と利用者の定率負担（1割、2割、3割）	公費5割 保険者負担5割	老人診療報酬（7割） 公費（3割） 一部自己負担	各種保険者負担 利用者の定率負担
診療報酬等			<div><老人訪問看護療養費> ①基本療養費 看護婦等5,300円/日 准看護婦4,800円/日 ②管理療養費 1日 7,000円 以後 2,900円 12日以上 38,900円 ③情報提供療養費 （月1回）1,500円 ④ターミナルケア療養費 12,000円 ⑤退院時共同指導加算 2,800円 ⑥老人訪問看護末期基本療養費4回/週以降は1日6,300円（看護婦）</div>	<div><訪問看護療養費> ①基本療養費 看護婦等5,300円 准看護婦4,800円 ②管理療養費 第1日目 7,000円 第2日目以降 2,900円 12回/月を限度とする ③情報提供療養費 1,500円 ④ターミナルケア療養費12,000円 ⑤退院時共同指導加算2,800円</div>	<div><退所施設療養費> ①退所前訪問指導 4,000円 （1回のみ） ②退所後訪問指導 3,300円 （2回まで） ③退院時共同指導 1,200円 ④退院時指導 3,900円</div>	①寝たきり老人訪問看護・指導料 看護婦等：530点 准看護婦：480点 ②寝たきり老人末期訪問看護・指導料 週4回以降 看護婦等：630点 准看護婦：580点 ③老人退院前訪問指導料 420点 ④老人退院時指導料 160点 ⑤老人退院時共同指導料（1600点 00140点） ⑥退院患者継続訪問指導料 360点 ⑦栄養指導 530点 ⑧薬剤管理 550点 ⑨訪問衛生指導 350点 ⑩訪問リハビリ 530点	①在宅患者訪問看護・指導料Ⅰ 550点 ②精神科訪問看護・指導料Ⅱ 160点 ③退院時指導料 160点 ④栄養指導 530点 ⑤薬剤管理 550点 ⑥訪問衛生指導 350点 ⑦訪問リハビリ 530点
従事者	保健婦等	保健婦、看護婦、PT、OT、 歯科衛生士、 栄養士等	保健婦、看護婦、准看護婦、PT、OT	同左	同左及び相談指導員等	保健婦、看護婦、准看護婦、PT、OT、 管理栄養士、薬剤師、 歯科衛生士	保健婦、看護婦等
利用者	地域住民	40歳以上	疾病、負傷等により家庭において寝たきり又はこれに準ずる状態にある老人（医師が治療の必要の程度につき、基準に適合していると認めた者）	疾病、負傷等により家庭で継続して療養を受ける状態にある者（主治医が治療の程度につき、基準に適合すると認める者）	退所予定の者、退所者	在宅寝たきり老人等	居宅において療養を行っている通院困難な者
サービス内容	保健指導、療養看護方法に関する指導、家族支援、諸制度の紹介と導入、ケアコーディネーション等	療養・看護方法に関する指導、家族支援諸制度の紹介、痴呆の指導、家庭改造に関する指導等	病状観察、清拭、洗髪、褥瘡の処置、カテーテル管理、食事、排泄介助、リハビリテーション、家族の介護指導、その他医師の指示による医療処置等	同左	必要な在宅療養指導	療養上必要な看護又は療養上の指導、医師の指示による医療処置	医師の指示による看護。社会復帰指導
利用料	なし	なし	1回につき250円 訪問にかかる往復交通費 その他利用料	訪問看護療養費の低率負担（本人は保険の種類により1割と2割、3割、家族は3割） 交通費等は同左	訪問にかかる交通費	外来1月の一部負担1,020円と訪問にかかる交通費	社会保険の自己負担と訪問にかかる交通費
導入方法	保健婦等が地域住民の健康ニーズを把握して訪問する	40歳以上の地域住民の健康ニーズにより保健婦等が訪問する	①ステーションまたはかかりつけの医師に申し込む ②医師の指示書の交付を受けてステーションとサービスの契約をする	同左	退所判定会議等が必要と判断した場合訪問する	医療機関に申込み個別契約をする	
回数	特に制限なし	おおむね月1回	週3日、ただし、悪性腫瘍末期患者、難病患者等はその限りでない	同左	――	週3回まで。ただし急性期および、悪性腫瘍末期患者や難病患者等はその限りでない。 ・歯科衛生士は月4回まで・管理栄養士は月1回、薬剤師は月2回	
主治医の連携	保健所長、主治医の指導・連携で実施 診療情報提供料(A) 130点	主治医との連携と指導のもとに実施 診療情報提供料(A) 130点	①かかりつけの医師の指示書の交付を受けて実施 訪問看護指示料300点/月 特別訪問看護指示料100点 ②訪問看護計画書により連携	同左	――	該当医療機関の診療に基づいて実施	

在宅看護の手引き書編集委員会編『在宅支援ハンドブック』（1996.4.1現存）

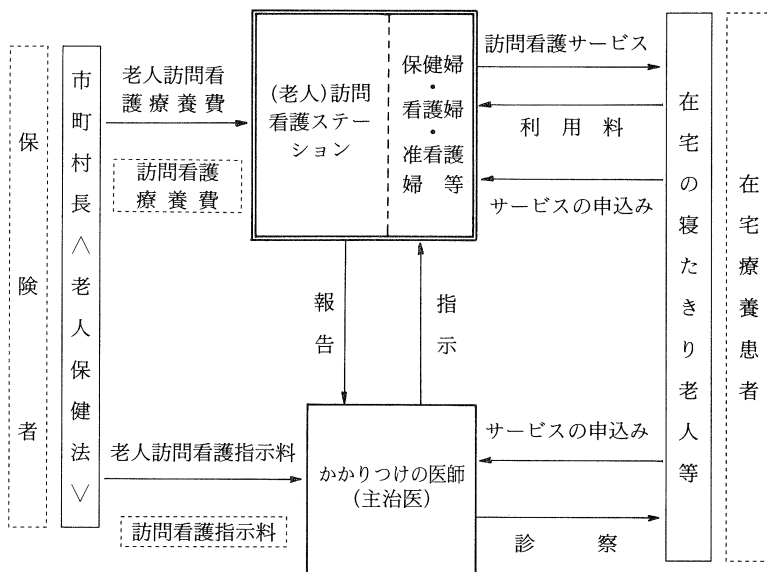
画期的なもの⁽⁵⁾であった。当初、65歳以上の老人のみを対象としていたが、94年に健康保険法の一部が改正され65歳未満の者も対象となり、年齢制限はなくなった。

1996年6月末現在で1398カ所(厚生省老人保健課による⁽⁶⁾)指定されている訪問看護ステーションの設置主体は、地域の医師会、看護協会、医療法人、自治体などである。

訪問看護は有料で、制度開始以来、老人の場合1日につき利用料は250円であるが、94年から対象となった老人以外の者は、1割～3割の自己負担がある。週3回を限度に利用できるが、末期癌患者や神経難病患者はこの限りではない。96年4月から特別指示書が認められ、末期癌患者や神経難病患者以外の者も2週間の期限で回数の制限がなくなった。

老人訪問看護制度及び訪問看護制度の仕組みを図表2⁽⁷⁾に示す。

図表2 老人訪問看護制度及び訪問看護制度のしくみ



内は訪問看護制度である

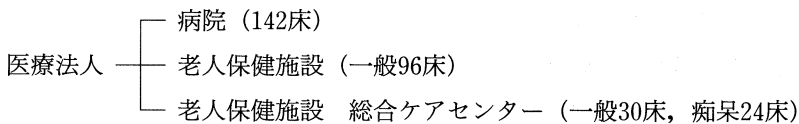
訪問看護ステーションが行う訪問看護とは「かかりつけの医師の指示に基づいて、訪問看護婦が家庭に訪問し、介護に重点をおいた看護サービスを提供する。具体的には、病状観察、清潔の保持、体位交換、食事・排泄の介助等の療養上の世話と褥創の処置、留置カテーテルの交換や管理等、医療上の看護処置、リハビリテーション、療養環境の整備、家族や本人への療養方法も指導を行う⁽⁸⁾。」とあり、欧米諸国のように「医療技術型訪問看護⁽⁹⁾」としてではなく「介護型訪問看護⁽¹⁰⁾」として開始されたのである。

3. Kステーションの背景

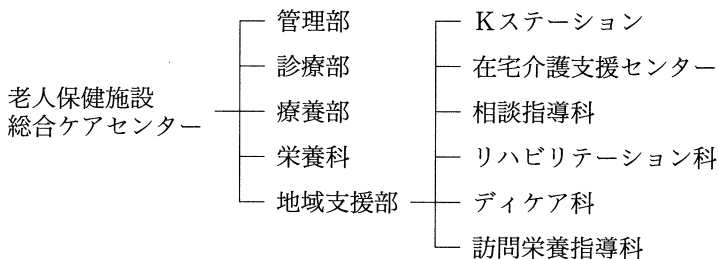
Kステーションは熊本県熊本市の東部に位置する。熊本県高齢福祉課の『高齢者関係資料集』（1996年10月）によれば、熊本市は人口約64万人の九州の中核都市で、高齢化率13.5%、特別養護老人ホーム12、養護老人ホーム6、軽費老人ホーム5、有料老人ホーム2、老人病院28、一般病院102、診療所519、デイサービスセンター21、老人保健施設11、在宅介護支援センター21施設とあり、訪問看護ステーションは17カ所（97年4月1日現在⁽¹¹⁾）指定されている。

Kステーションは、87年に開始した某医療機関（77年開院、142床、診療科目：整形外科、理学診療科、内科他）からの訪問看護の実績を基に93年3月31日に老人保健施設（89年2月に開設）内に開設された。病院、老人保健施設、在宅介護支援センター（91年10月に開設、以下在介という）に併設といった恵まれた環境にある。95年4月1日からは訪問リハビリテーション（以下訪問リハビリという）も手がけ、同年8月1日に新しく創設された老人保健施設総合ケアセンターの地域支援部として位置づけられ、在宅ケアを総合的に支援する体制が強化されている。Kステーションの背景を図表3～図表5⁽¹²⁾に示す。

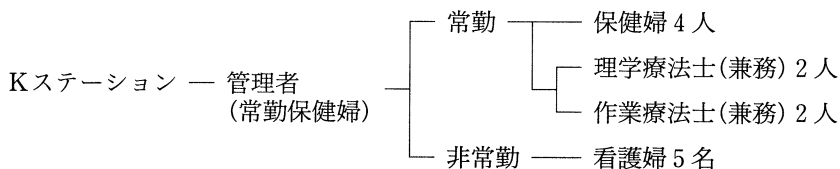
図表3 Kステーションの背景（その1）



図表4 Kステーションの背景（その2）



図表5 Kステーションの背景（その3）



4. Kステーションの活動及び利用者の実態

Kステーションの活動及び利用者の実態を(1)1993年4月～96年3月の4年間の利用者数及び訪問看護件数の推移，(2)性別，(3)年齢分布，(4)傷病名内訳，(5)寝たきり度（障害老人の日常生活自立度判定基準表による，図表6⁽¹³⁾，7⁽¹⁴⁾）(6)主な介護者，(7)訪問頻度，(8)在宅サービスの利用状況，(9)指示書発行医療機関について述べる。（ここでの図表は，Kステーションにおける1993年4月～96年3月の調査によるものであり，その調査に筆者永田も加わっている。）

図表 6 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（厚生省）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋外での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出する頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもうたない

図表 7 ADL の状況（厚生省）

1 移動	a 時間がかかっても介助なしに一人で歩く b 手を貸してもらするなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
2 食事	a やや時間がかかっても介助なしに食事する b おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
3 排泄	a やや時間がかかっても介助なしに一人で行ける b 便器に座らせてもらうなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
4 入浴	a やや時間がかかっても介助なしに一人で行える b 体を洗ってもらうなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
5 着替	a やや時間がかかっても介助なしに一人で行える b そでを通してもらうなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
6 整容 (身だしなみ)	a やや時間がかかっても介助なしに自由に行える b タオルで顔を拭いてもらうなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
7 意志疎通	a 完全に通じる b ある程度通じる c ほとんど通じない

* 判定にあたっては補装具や自励具等の器具を使用した状態であっても差し支えない

(1) 4年間の利用者数及び訪問看護件数の推移

図表8に示すように開設当初一ヵ月の利用者は39人であったが、97年3月現在利用者は77人と倍増している。開設初年度の年間利用者数は70人で、96年度は116人であった。

訪問看護件数も93年度月平均141.9件から96年度月平均429.5件と約3倍に実績を伸ばしている。

(2) 性別

96年度は男性55人47.9%、女性61人52.1%で若干女性が多い。

(3) 年齢分布(図表9)

年齢分布は、80～85歳代が最も多い。

(4) 傷病名内訳(図表10)

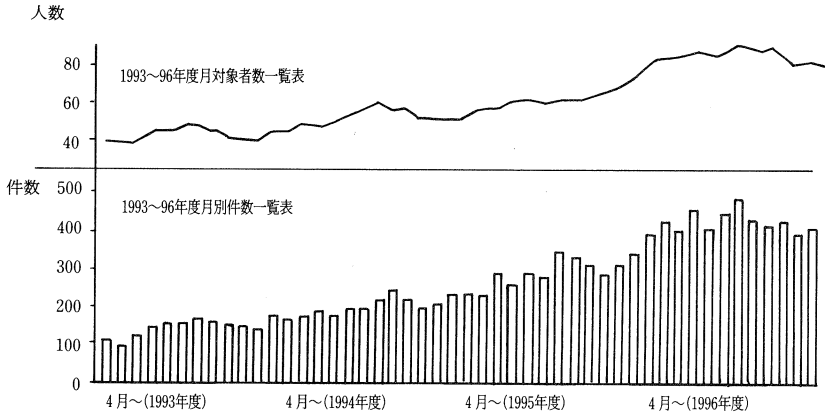
4年間を通して脳血管障害の利用者が最も多く、次いで、96年度はパーキンソン病、心疾患、痴呆の順になっている。

(5) 寝たきり度(図表11)

93・94年度はランクB「座位を保つ寝たきり」の者が40%前後を占め、最も多かったが、93年度と比較すると94年度はランクC「座位を保てない寝たきり」の者が11人増となり、95年度にはさらにランクCの者が増え、順位が逆転し、ランクCが37.2%と最も多くなった。ここから、利用者の障害が重く「寝たきり」である者程訪問看護の必要性が高まると考えられる。しかし、96年度はランクA「屋内での生活は概ね自立している準寝たきり」・Bが増え、順位もランクB・A・Cとなり、障害が比較的軽い者の訪問看護の需要が高まった。これは、ランクCすなわち障害が最も重い者は在宅療養が困難であるため継続できなくなったのか、ランクAのような障害が比較的軽い者に対する訪問看護の必要性が、在宅ケアに携わる専門職や非専門職にも認められ、利用者にも普及しつつあるのか、追究を要する課題である。

図表 8 利用者数訪問看護件数の推移

Kステーションの活動及び利用者の実態（その1）



図表9 年齢分布

Kステーションの活動及び
利用者の実態(その2)

年齢	1996年度	
	人	%
90以上	6	5.1
90～85	12	10.2
85～80	30	25.6
80～75	18	15.4
75～70	24	20.5
70～65	17	12.0
65～60	3	2.6
60～55	7	6.0
55～50	2	1.7
50以下	1	0.9

図表10 傷病名内訳1996年度

Kステーションの活動及び
利用者の実態(その3)

主傷病名	人数	%
CVA	69	59.0
パーキンソン	9	7.8
心疾患	7	6.0
痴呆	5	4.3
骨折	3	2.6
DM	2	1.7
RA	2	1.7
腎疾患	2	1.7
HT	2	1.7
うつ	2	1.7
腰椎疾患	2	1.7
その他	12	10.1
内訳 各…1		
肺繊維症	閉塞性動脈硬化症	
慢性気管支炎	肺炎	
O P L L	脳挫傷	
腸閉塞	H T	
頸損	ホジキン病	
パージャ－病	関節炎	

図表11 寝たきり度

Kステーションの活動及び利用者の実態(その4)

ランク	1993年度		1994年度		1995年度		1996年度	
	人	%	人	%	人	%	人	%
J	12	17.1	9	11.2	8	8.5	12	10.2
A	11	15.7	13	16.2	21	22.3	34	29.1
B	31	44.3	31	38.8	30	32.0	47	40.2
C	16	22.9	27	33.8	35	37.2	24	20.5

(6) 主な介護者（図表12）

4年間を通して妻が最も多く、子供、夫、息子の妻と続く。96年度利用者116人については妻42人、子供26人（娘20人、息子6人）、夫18人、息子の妻17人であり、妻、娘、息子の妻、妹、姪、孫娘といった女性が85人で73.3%を占める。尚、「大阪在宅ケア交流会」が実施した1995年の425人における在宅患者実態調査では、娘、息子の妻、妻、夫の順になっており⁽¹⁵⁾、地域性があるのか興味深い。

図表12 主な介護者

Kステーションの活動及び利用者の実態(その5)

介護者	1993年度		1994年度		1995年度		1996年度	
	人	%	人	%	人	%	人	%
夫・妻	29	41.4	41	51.3	53	56.4	60	51.7
息子の妻	13	18.6	8	10.0	7	7.4	17	14.6
子 供	19	27.1	23	28.8	21	22.4	26	22.4
孫	0	0	1	1.2	3	3.2	1	0.9
母	0	0	0	0	2	2.1	0	0
妹	0	0	0	0	1	1.1	3	2.6
介護者なし	7	10.0	5	6.2	7	7.4	9	7.8
その他	2	2.9	2	2.5	0	0	0	0

(7) 訪問頻度（図表13）

訪問頻度は1994年4月より、原則として週3回利用できるようになったが、それ以前は週2回であった。4年間を通して頻度が週1回の者が最も多く、次いで94年度より週2回、週3回の順となっている。

ここで96年度のランク別訪問頻度を見てみると、ランクC24人では、頻度週1回の者、2回の者はそれぞれ9人で37.5%、週3回の者4人、16.7%で

あった。ランクB47人では、週1回の者23人、48.9%、週2回の者20人、42.6%、週3回の者2人、4.3%、月1回の者が1人、2.1%で、ランクA34人では、週1回の者20人、58.8%、週2回の者9人、26.5%、週3回の者2人、5.9%、2週に1回の者2人、5.9%、月1回の者1人2.9%であった。ランクJ12人では、週1回の者9人、75%、2週に1回の者1人、8.3%、月1回の者2人、16.7%で、週2回以上の者はいない。これらのことから、障害が重くランクCやランクBの「寝たきり」の者程訪問頻度が高くなる傾向にあるが、ランクA「準寝たきり」の者でも週2～3回利用する者が30%以上いること、又ランクC「一日中ベッドで過ごす寝たきり」の者でも、37.5%の者は週1回の利用で在宅療養を継続できていることがわかる。よって、訪問頻度は、家族の介護能力や一人暮らしといった利用者の背景や他の在宅サービスの利用状況、又利用者及び家族の訪問看護サービスに対する意識（何度も来られるのは気の毒、気を使うなど）や姿勢（積極的に利用するか否かなど）に大きく影響されると考えられる。

図表13 訪問頻度

Kステーションの活動及び利用者の実態(その6)

回 数	1993年度		1994年度		1995年度		1996年度	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ターミナル	0	0	1	1.2	2	2.1	3	2.5
月1回	9	12.8	3	3.8	4	4.3	3	2.5
月2回	6	8.6	4	5.6	6	6.4	2	1.8
週1回	49	70.0	56	70.0	41	43.6	62	53.0
週2回	6	8.6	11	13.8	31	33.0	38	32.5
週3回	0	0	5	6.2	10	10.6	9	7.7

(8) 在宅サービスの利用状況

1996年度のステーション利用者116人のうち、訪問看護以外の在宅サービス利用状況は図表14の通りである。

図表14 在宅サービス利用状況

Kステーションの活動及び利用者の実態(その7)

種 別	1996年度	
	人数	%
1 デイサービス	22	18.8
2 デイケア	50	42.7
3 ホームヘルパー	36	30.8
4 ショートステイ	9	7.7
5 移動入浴	9	7.7
6 訪問リハビリ	17	14.5
7 給食サービス	6	5.1
8 訪問指導	10	8.5
9 機能訓練事業	4	3.4
10 その他	5	4.3
11 重複サービス	52	44.4
12 受けていない	15	12.8

利用率が最も高いのは「デイケア」で50人、42.7%を占める。次いで「ホームヘルプサービス」36人、30.8%、「訪問リハビリ」17人、14.5%と続く。訪問看護以外に2つ以上重複して在宅サービスを利用している者52人、44.4%で、又、訪問看護以外に在宅サービスを利用していない者は15人、12.8%であった。

96年度のランク別在宅サービスの利用状況を見ると、重複してサービスを

利用している者はランクCでは24人中11人、45.8%、ランクBは47人中22人、46.8%、ランクAは34人中16人、47.1%、ランクJは12人中3人、25%であった。訪問看護以外に在宅サービスを利用していない者はランクC・B・A・Jの順に4人、5人、3人、3人となっていた。これらのことから、障害が重く「寝たきり」の者程在宅サービスを多く利用しているとは限らないことがわかり、在宅サービスの利用率は、訪問頻度と同様に家族の介護能力や一人暮らしといった利用者の背景、他の在宅サービスに対する利用者及び家族の意識（「お上の世話になりたくない」など）や姿勢に影響されると推測される。

(9) 指示書発行医療機関

指示書発行医療機関数は1993年度13医療機関から96年度29医療機関と増え、Kステーションは地域開業医の評価を受けつつあると言える。

5. Kステーションの在宅ケア活動及び連携の実際

前記のようにKステーションは、病院、老人保健施設、在介に併設、といった恵まれた環境にあるが、開設当初からその機能を十分果たしているとは言えなかった。それは、月平均利用者数や月平均訪問看護延べ件数の推移からも理解できる。

月平均利用者数を各年度で比較すると、93年度40.7人、94年度47.8人で約17%の伸び、95年度54.3人と96年度78.4人では44.3%の伸びである。月平均訪問看護延べ件数は93年度141.9件、94年度197.9件で39.5%の伸び、95年度291.9件と96年度429.5件では47.1%の伸びである。

以上のことから、後半の伸び率が著しい。これは、Kステーションが、法人から与えられたノルマ「月平均訪問看護延べ件数3人で200件」を達成するのに、開設直後から努力しているにもかかわらず、業績が伸びないこと、又スタッフ間の満足感が得られないことから、原因を検討し、得た解決策、以下述べる「連携の充実」を実践した結果が数字にも表れたためと筆者は考えている。

そこで(1)Kステーションの取り組みを図表15に示し、特に連携に関連した①連絡会、②ミーティング、③ケースカンファレンス、④訪問リハビリ、⑤地域支援部の活動、⑥懇談会、⑦その他、⑧取り組みの評価について述べ、次いで、(2)事例における実際の在宅ケア活動を紹介し、1つの事例について①事例紹介、②日常生活動作（前掲障害老人の日常生活自立度による、以下ADLという）の状況、③ニーズは何か、④必要な在宅サービスは何か、⑤実際のサービス内容、⑥この事例の問題点、⑦連携の実際、⑧事例の評価について述べる。

図表15 K訪問看護ステーションの取り組み

1993年 3月31日	老人訪問看護ステーション設立
10月	法人と外部主治医と行政を交え、懇談会を開催 第1回
1994年 7月	在宅保健福祉サービスニーズ調査の実施
10月	65歳以下の在宅療養者も追加対象
11月	懇談会開催 第2回
1995年 4月	訪問リハビリテーション開始
7月	主治医の訪問看護に対する意見・要望を知るアンケート調査の実施
8月1日	老人保健施設総合ケアセンター開設同時に地域支援部発足 訪問看護ステーションへ改名
9月	家族ふれあい会参加
10月	懇談会開催 第3回
11月	ステーション内ミーティング回数増加
12月	クリスマス会開催
1996年 2月	法人内医師とケースカンファレンスを開始（週1回）
4月	24時間・緊急時連絡体制開始
5月	地域交流フェスティバル開催
5月	運動会開催
開設当初～	K訪問看護ステーション連絡会議開催（月1回）

(1) Kステーションの連携の取り組み

① 連絡会

開設当初より継続しているステーションの連絡会は、毎月の活動報告を中心に運営的なものから、懇談会の企画・実施について、事例検討、統計調査報告など様々な議事について検討している。頻度は月1回で、メンバーは理事長をはじめ、事務局長、施設長、在介、MSW(医療ソーシャルワーカー)、PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ステーション関係者と法人全体として取り組み、毎回20名程度の参加である。

② ミーティング

職員構成が常勤5名、非常勤5名の半数ずつで、一堂に会する機会が少ないため、月1回から週1回と頻度を増やし、集まりやすい昼休みを利用して行っている。ここでは連絡事項の他、「ちょっと聞いてよ」コーナーを設け、スタッフが抱える様々な悩みや問題について対応している。

③ ケースカンファレンス

開設当初よりKステーションの母院との連携はスタッフ個々に行っていたが、1996年2月より内科・整形外科・理学診療科・脳外科の各診療部門別に分け、週1回20分程度行っている。ここでは、何よりも医師とのコミュニケーションが図れ、スタッフにとって勉強の場ともなり、安心感を生み出している。

④ 訪問リハビリ

1995年4月開始の訪問リハビリは、チームを組んで行うため、情報を共有し、役割分担を調整しながら支援している。機能は改善しなくとも、ADLの向上、意欲の出現、精神的安定などの効果があり、Kステーションの質の向上に大きく貢献している。

⑤ 地域支援部の活動

地域支援部には、在介、相談指導科、リハ科、デイケア科、訪問栄養指導科、ステーション各部が集まり、療養者や家族の様々なニーズに、迅速・適切に対応できるようになっている。部内での事例検討や勉強会の実施で専門

職間の理解が深まり、在宅療養に関しての共通の認識がもて、情報の共有化が可能である。例えば、Kステーション利用者が緊急時に問題なくショートステイの利用ができるなど、他の在宅サービスの導入が容易になるといったメリットがある。

その他、地域への働きかけとして、老人会や婦人会に呼びかけた「ふれあいの会」の中で在宅ケア活動の実際を寸劇にして披露したり、95年12月のクリスマス会では家族との懇談の場を設けたり、96年5月には「地域交流フェスティバル」を開催したり、活発な動きを見せ、この時の痴呆の講演会をきっかけに「痴呆老人を支える家族の会」が発足したのである。又、施設利用者対象の運動会や夏祭りなどの行事にもKステーションが企画の段階から加わり、内部の連携を充実させるとともに、Kステーション利用者にも参加を促し、利用者や家族間の交流、社会参加の場作り、在宅サービスの利用普及などの効果を見せた。

⑥ 懇談会

開設初年度より年1回、主治医、県のステーション関連部門、保健センター、法人内の関連部門とKステーションスタッフにより懇談会を開催している。会は二部に分かれ、一部では、利用状況や研究発表、アンケート調査の報告などを行い、主治医や行政から意見・要望などアドバイスを貰っている。二部は懇親会で、大いにコミュニケーションを図っている。初年度は参加者15名の小さな会であったが、96年度には35名と増え、意見交換も活発となり、充実した会に成長しつつある。

⑦ その他

法人以外の主治医との連携は、月に1回会合を持っている。又、高齢者サービス調整チーム（以下調整チームという）の開催を積極的に働きかけ、連携を深めるとともに在宅ケア活動の質の向上に努めている。

⑧ 取り組みの評価

以上のような取り組みから、評価として次のような効果がまとめられた。

- i, Kステーションの実績が伸び、サービスの質が向上した。
- ii, 法人内

だけでなく地域の開業医や行政の評価を受けるようになった。iii, 事例検討などで、専門職間の理解が深まり、共通の認識が持てた。iv, 他の在宅サービスの利用が容易になった。v, 在宅療養者及び家族のイベント参加が増え、交流が深まった。vi, Kステーションスタッフの在宅ケアに対する充実感や満足感が増し、意欲が向上し、チームワークが十分とれるようになった。

(2) 事例における在宅ケア活動（連携）の実際

① 事例紹介⁽¹⁶⁾

氏名：H氏，63歳，男性

病歴：45歳時に配偶者が死亡し、左官業をして子ども3人を育ててきた。1987年53歳時に脳動脈瘤のクリッピング術施行。麻痺はなく復職。3年後の56歳時に脳梗塞発症したが、麻痺・失行などは問題なく、視野狭窄及び白内障による視力低下のため、身体障害者手帳3級を持つ。

生活保護を受給し次女と暮らしていたが、93年60歳時に次女が独立し、一人暮らしとなる。96年1月民生委員から「生活が難しいようだ」と在介に相談があり、ホームヘルプサービス（以下ホームヘルプという）を導入し、生活全般のフォローを受けていた。2月主治医から訪問看護の依頼があり訪問看護を開始するが、3月5日ホームヘルパー（以下ヘルパーという）訪問時の入浴後、一過性脳虚血発作（以下TIAという）と思われる意識消失を認め、緊急入院となる。2週間後に退院し、在宅療養を再開したが、入院前から服薬や食事が不規則で、金銭管理が困難など様々な問題があるため、5月31日調整チームで検討し、調整しながら在宅療養を継続していた。

96年7月頃から健忘症状が目立ち始め、12月にガスの消し忘れを3回認め、家族の協力が得られないことから、今後長期の在宅療養の継続が困難との判断で、在介を通し、老人ホームへの入所を勧めたところ、H氏、娘の同意を得て、97年2月申請手続きを行った。

3月某日突然胸部症状を訴え、主治医より内服薬が処方されたが、4日後急性心筋梗塞による急性心不全で残念ながら自宅で永眠される。発見者はその日たまたま訪れた長男、次女、親戚の者であった。

② ADL の状況

寝たきり度はランク A-1 で寝たきり度判定基準による H 氏の ADL 状況は、【移動】—自立、【食事】—自立、【排泄】—自立、【入浴】—自立、【着替え】—自立、【整容】一部介助、【意思疎通】—自立であり、時間がかかって も 1 人でいき、自力で外出可能であった。

寝たきり度をランク A-1 と判断した理由を述べると、上に述べた ADL 状況からは、独居で何とか生活しているが、実際の生活場面では、【移動】＝動作緩慢で視力低下もあり、屋内外で転倒し、窓ガラスを割り負傷するなど危険な状況である。【食事】＝食べたり食べなかったりと不規則で、又、食事動作自体にも視力低下のため指示を要す。【排泄】＝H 氏は認めないが、失禁は明らかである。【入浴】＝意識消失があったことから看護職訪問時に入浴介助。【着替え】＝視力の問題で洋服の前後ろがわからず、指示を要す。【意思疎通】＝当初主治医からも痴呆はないとコメントがあり、スタッフも認識できなかったが、健忘症状が目立つようになってからは、繰り返し説明したり、紙に書いたり、確認の電話をするなどの工夫が必要になった。

その他服薬・金銭管理など、ほぼ毎日何らかの支援を必要とし「独力で外出する」が、「日常生活はほぼ自立している」とは言えず、「準寝たきり」のランクとした。

③ ニーズは何か

H 氏の要望は「一人暮らしを守りたい」であり、K ステーションとしてはニーズを i, 健康管理の徹底 ii, ADL の維持 iii, 食事の確保 iv, 金銭管理など生活の確立 v, 社会との交流や子どもとの関係を良好に保つ 5 つとして把握した。

④ 必要な在宅サービスは何か

H 氏のニーズに対応するために、以下のサービスが必要と考えられた。

- i, 健康管理（服薬管理含む）→定期的受診、訪問看護。
- ii, ADL の維持→訪問看護、デイサービス。
- iii, 食事の確保→ホームヘルプ、給食サービス。

- iv, 金銭管理・生活の確保→在介, 訪問看護, ホームヘルプとの連携。
- v, 社会交流や子どもとの関係を良好に保つ→在介, 訪問看護, ホームヘルプ, デイサービス, 民生委員, 近隣の方や親戚・子どもとの連携。
- ⑤ 実際のサービス内容

サービスの週間プログラムは, 図表16, 17の通りである。

図表16 H氏へのサービス週間プログラム(その1)

訪問看護開始当初

	月	火	水	木	金	土	日
AM	デイ サービス	訪問看護			ホームヘルプ		
PM		ホームヘルプ			訪問看護		

図表17 H氏へのサービス週間プログラム(その2)

高齢者サービス調整チームで検討後

	月	火	水	木	金	土	日
AM	訪問看護	ホームヘルプ	デイサービス	ホームヘルプ	訪問看護		
PM	給食サービス		給食サービス		給食サービス	給食サービス	

- i, 訪問看護：週2回。状態観察, 異常の早期発見・早期対応, 服薬管理, 受診支援, 外出支援, 入浴支援, 整容支援, 保健指導, 金銭管理の一部, 朝食の準備, 環境整備など。
- ii, ホームヘルプ：週2回。買い物, 食事の準備(数回分), 掃除, 服薬管理, 金銭管理の一部など。
- iii, デイサービス：週1回。入浴, 昼食, レクリエーションを楽しむ。
- iv, 給食サービス(民間)：週4回の夕食。
- v, 訪問指導：月1回。痴呆に対するアプローチを精神科医とともに受けていた。
- vi, 在介のフォロー：在宅サービスの調整, 金銭管理, 保護課ケースワーカー, 民生委員, 子どもとの連携など生活全般の支援。

⑥ この事例の問題点

H氏は実際、一人暮らしをしており、慣れた道だと一人で外出できるので、寝たきり度は、ランクJー2レベル（生活自立）と多くの人が判定するかもしれない。しかし、H氏が持つ潜在的な危険を考慮し、H氏に起こりうる危険を予防するために訪問看護、ホームヘルプ、給食サービス、デイサービス、訪問指導、在介による継続的フォローと様々なサービスを提供している。しかし、このようなサービス展開でも、健康管理、転倒の予防、食事の確保、失禁に対するケア、金銭管理は十分に行えず、服薬が不確実のため血圧が不安定であったり、転んで負傷したり、食べ物がなかったり、尿臭が強く不衛生になったり、金銭管理についても1週間100円前後での生活を余儀なくされたり、多くの問題を抱え、結局はH氏の生命を救うことができず、支援の限界を感じるケースである。

又、調整チームで、毎日支援型ホームヘルプの必要性を提案したが、「一人で暮らし、近くの店へ買い物にも行けるから、そこまで必要ない」といった意見が多数を占めた。現実には、週2回のホームヘルプでH氏の生活援助を十分に行うことは困難で、在介の週1回のフォロー、訪問看護での家事支援の実施やホームヘルプでの健康管理もやむを得ない状況であり、ここに後述する「看護と介護」の専門性の問題も上げられる。

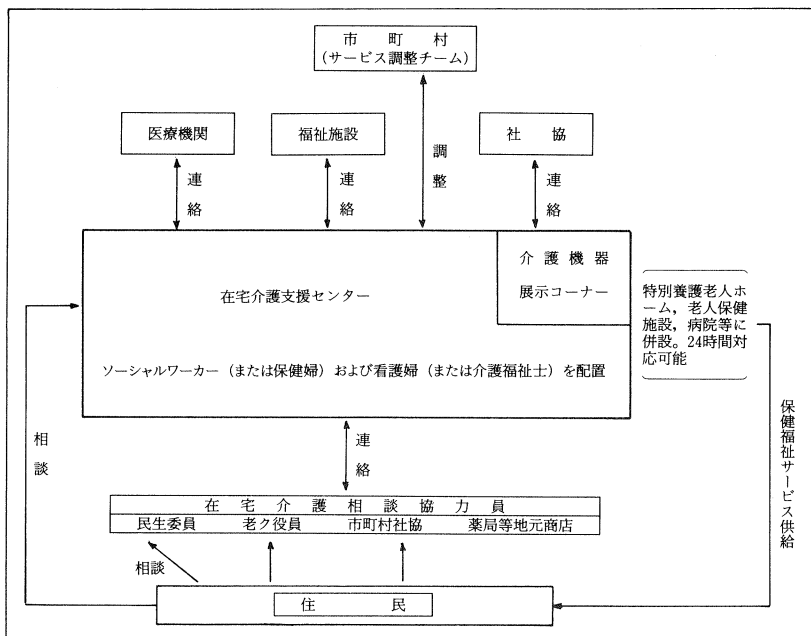
⑦ 連携の実際

i, 在介との連携

ここで在介の機能について述べると、「在宅の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、ニーズに応じた各種のサービスが受けられるように行政やサービス提供機関との連絡調整等を行う場⁽¹⁷⁾」（ケースマネジメント機関として位置づけることができる⁽¹⁸⁾）であり、事業内容としては「在宅介護に関する各種の相談に対し、電話相談、面接相談等により、総合的に応じること⁽¹⁹⁾」「要援護老人を抱える家族等からの相談や在宅介護相談協力員からの連絡を受けた場合、これらの者に対し、訪問等により在宅介護の方法等についての指導、助言を行うこと⁽²⁰⁾」などが上げられて

いる。在介のシステムを図表18⁽²¹⁾に表す。

図表18 在宅介護支援センターのシステム



資料：シルバー新報編『在宅介護支援センターハンドブック'93』環境公害新聞社、1992年、11頁

H氏の在宅ケア活動において、在介がマネジメント機能を担っていたと言える。民生委員から相談を受けた在介がホームヘルプの提供を調整し、健康上の問題を医師へ連絡したことから訪問看護が導入された。Kステーションは在介からH氏の詳細な情報提供を受け、初回は合同訪問し、その後も必要時には合同訪問したり、Kステーションから在介への情報提供も日常的に行われた。さらに在介の働きかけで調整チームが開催され、今後の在宅ケア活動の検討がされた。

それぞれの専門職・機関が在宅ケアを実施する中で、何か問題が起これば在介に報告し、在介は必要な所にその情報を流し、連携が図られる。子どもや近隣住民、民生委員などとの連携も中心になって行い、必要時その他の関連機関にも協力を要請をした。

在介は、一つのケースに在宅サービスをマネージメントし、うまく機能すれば、そのケースに対しフォローアップ段階に入り、その後は常時関わっている専門職・機関から連絡を受け、動くことが多い。H氏の場合、問題が多く複雑であったため、在介が中心になってフォローし、緊急時にも頻回に対応した。その日1日を生活することが難しいH氏が、約1年間在宅療養を継続できたのは、在介が頻回に、柔軟に、的確に即応したことが大きいと言える。

ii、医師との連携

H氏は健康上の問題を多く持っていたため主治医との連携は不可欠であった。月2回の定期受診他、緊急時の受診支援はKステーションの役割で（Kステーション不在時には、在介が対応）、主治医にH氏の病状や服薬状況他、日常生活状況、家族との関係についても報告した。TIA発作を起こしたときや薬の飲み過ぎで意識レベルが低下したときも円滑に医学的フォローを受けることができた。

iii、ホームヘルプとの連携

Kステーションと最も密に連携を図ったのはホームヘルプである。前記のようにH氏はホームヘルプ週2回、訪問看護週2回利用していたのでH氏の生活に深く関わっており、日々変化するH氏の問題・ニーズに対応するためにはきめ細やかな連携を要した。H氏宅に1冊の情報ノートを置き、連絡事項を記入する他、電話での連絡も多かった。（この情報ノートは、H氏を支援する専門職・非専門職の全ての者が目を通す。）

例えば服薬管理について、Kステーションが訪問時に1週間を4日分と3日分に分け、月曜日に4日分を1回分ずつ箱にセッティングする。飲み過ぎを予防するために4日分以外は持ち帰り、残りの3日分は、金曜の朝一番に来訪し与薬する。ヘルパーは来訪時、まず薬箱を見て内服が正確か否かを確認し、飲み忘れていれば内服させ、飲み過ぎていれば在介かKステーションに連絡する。飲み過ぎが原因で意識レベルが低下したときもヘルパーが発見し、連絡を受けたKステーションが緊急訪問・受診支援し、大事に至らなかった。

入浴や朝食準備については、週2回Kステーションが対応していたが、約1時間半の訪問時間内で健康チェック、服薬管理、朝食の準備、入浴支援を実施するのは困難であることから、入浴後の風呂掃除や数日分の朝食の冷凍など、ホームヘルプで配慮してくれた。Kステーションも専門性にこだわらず、環境整備（ごみ出し、掃除、布団干しなど）として家事も行い、生活に必要なものが切れればノートを使ってヘルパーに依頼したり、洗濯については、Kステーションスタッフが洗濯機をまわし、ヘルパーが干すということもある。そのような支援が、H氏の生活を約1年間支えたのである。

iv, デイサービスとの連携

デイサービスのスタッフも服薬管理を支援し、デイサービス中に認めた健康上の変化を逐一連絡してきた。Kステーションも健康状態について医師から得た情報を伝えている。

v, 保健センター保健婦との連携

調整チーム実施以来、月1回の頻度でH氏を訪問し、痴呆に対するアプローチを精神科医とともに行い、その情報や支援に当たってのアドバイスを関連機関に行った。Kステーションは、月1回情報提供書を送付する他必要時電話連絡している。

vi, その他

アパートの管理人、民生委員、近所の電気屋、ガス屋などには事ある度に電話し、対処してもらっている。

⑧ 連携の評価

この事例において、結果的にはH氏の生命を救うことはできなかったが、H氏をとりまく在宅ケア活動は、その連携により十分に機能を果たしたと考える。なぜならば、連携がなければ、約1年間という長い期間、在宅療養を継続することはできなかったと推測できるからである。

問題があるとするならば、まず、実際のサービス内容で、回数の制限により訪問看護週2回（緊急時は週3回以上となる）、ホームヘルプ週2回、デイサービス週1回、在介のフォロー週1回で支援したが、もし毎日支援型のホー

ムヘルプを導入できれば、訪問看護は週1回でその目的を果たし、在介の定期的なフォローは必要なかったと考える。つまり、ホームヘルプの代用で訪問看護や在介のサービスを提供しており、H氏にとっては、毎日支援型のホームヘルプサービスこそがニーズに適したサービスと言えよう。連携がうまく機能したために上記のサービスで代用できたが、真のニーズに結びついた在宅サービスの提供とはなっていないのである。

又、H氏の家族の協力を得る努力が必要とも考えられるが、「家族」というインフォーマルな支援の活用は、「介護する」という意欲が無い者に説得や押し付けをすべきではないと筆者は考えている。

6. Kステーションの実践における連携の問題点及び連携の意義

「専門領域をどうとらえ、実践するか」が在宅ケア活動における連携の大きな問題だと考える。以下、Kステーションの実践から連携の問題点及び意義について考察し、述べる。

(1) Kステーションの取り組みから

まずKステーションの実践で、取り組みを紹介したが、そこでは、ステーション内部での連携、法人内での連携、行政、地域開業医を含む地域との連携について述べた。連携に伴う活動に対して、訪問看護ステーションとして、訪問看護ステーションの領域としてどこまで取り組むか否か、という問題がある。というのも、訪問看護ステーションは、先にも述べたように「独立した機関である」から、経営的な問題がある。件数をこなすことを重視し、採算ベースとして3人で200件と言われる中、日常の業務に追われ、ゆとりがない。よって、連携に伴う活動は、さらに時間やエネルギーを費やすが、その活動には、診療報酬として算定できる費用はほとんど無いのである。しかし、敢えてKステーションが連携に取り組んだ大きなきっかけは、地域に根ざした訪問看護ステーションを目指すものの、利用者が増えなかったり、在宅療養は継続できても利用者の生活の質は改善できなかったり、スタッフの充実感や満足感の欠落は明らかであり、一生懸命やればやるほど、虚しさが残っ

たからだと考える。手さぐりで見出した解決策がこの「連携の充実」への取り組みであった。

まず連絡会、ミーティング、ケースカンファレンスなどKステーション内、又法人内での連携であるが、時間と回数を要したものの、連携が円滑に図れるようになり、チームワークがとれるようになったばかりでなく、Kステーションに対する理解が深まり、「認められた」と認識できたことで、スタッフ間の意欲をも育てたことは大きな効果である。

懇談会については、当初参加者が少なく、多額の経費を使ってまで実施する意味を十分理解できなかったが、回数を重ねる毎に手応えを感じることができ、継続することの大切さを痛感した。

地域支援部としての活動は、時間外に話し合うことが多く、時間とエネルギーを費やしたが、内部の連携の充実だけでなく、何よりも行事に参加した利用者が大変喜び、満足し、生活の質も改善傾向となったことが、スタッフの支えとなり、次回への意欲につながったと言える。

いずれにしても結果として、当初予想できなかった「実績の伸び、質の向上」他、たくさんの効果を生じ、たとえ時間やエネルギーを使ったとしても、その大きな効果から連携の意義を認めることができる。

(2) H氏の事例から

次にH氏の事例であるが、ここでの連携の大きな問題は、「看護と介護」の専門性をどうとらえるかにあったと考える。

1987年社会福祉士及び介護福祉士法が制定され、「介護」の専門領域について議論されるようになった。「介護とは、高齢者や障害者に対して行ういわゆる『身の回りの世話』をさすようになり⁽²²⁾」、「看護」とは、昭和23年に制定された保健婦助産婦看護婦法に規定されている2つの働き「診療の補助」と「療養上の世話」である。「療養上の世話」とは「生活援助⁽²³⁾」であり、「身の回りの世話」とほぼ一致し、よって「家政を除けば介護業務の大半は看護に包括される⁽²⁴⁾」のだが、「医学の進歩発展や看護婦不足、高齢化社会の進展に伴う病弱・障害老人の増加といった社会的背景により『看護』から『介護』

が枝分かれした⁽²⁵⁾」，と考えられているのである。

H氏の事例で、訪問看護において、家政をも含む「身の回りの世話」を「看護」として展開しており、その必要性は提供できる在宅サービスの内容からも大いにあったと判断する。又、ホームヘルプにおいても「看護」と見なされる「服薬管理」や「健康チェック」にも携わり、「介護」を展開していたのである。

しかし、ただ看護職や介護職がその専門性を越えて、又、重なり合って業務を展開できたことだけで、H氏が在宅療養を継続できたのではない。看護職も介護職もお互いの専門性を十分理解し、尊重し、連携を図っていたからこそできたのである。例えば、食事の準備について、ヘルパーから時間をかけず簡単に調理できるよう幾度かの助言があり、服薬管理については、ヘルパーにも容易に管理できるように配慮されていた。活用していた情報ノートにはお互いを労う言葉が記されている。すなわち、お互いの専門性を理解した上での連携により、絶対的な信頼の中、「協調」が行われていたと言える。

「介護と看護の専門性の確立と協調は、高齢化社会が進む中で与えられた新しいテーマ⁽²⁶⁾」であり、在宅ケア活動においては避けられないものである。連携を図ることで、どんなに在宅療養が困難なケースであっても、その人が望む家庭で、できる限り長く、人間として、その人らしく生活でき、又、上記テーマを追求できるならば、その連携の意義は大きいと言える。

7. 今後の課題

在宅ケア活動は、方針と実践が伴わない、つまり、医学的に最良な方法が、在宅療養者や家族の意向や背景に添わず、やむを得ず別の方法をとる場合が多いなど、様々な問題点にぶつかる。しかし、それらの問題点は、連携を深めることで、改善・解決が可能であり、最善の方法がとれると考える。

訪問看護ステーションだけでは、在宅ケアを支えることができないのは明らかであり、「訪問看護ステーションが利用者に対してよりよいサービスの提供を考えるならば、地域内のさまざまな在宅支援サービスと連携を進め、地

域ケアの一貫としてのサービスを提供していくシステムを構築していかなければならない⁽²⁷⁾。」し、「しかもこれは、行政主導で構築するのではなく、実際に在宅の現場に日常的アプローチをしているさまざまな職種の人々が連携して築き上げることが重要だし、効果的・効率的でもある⁽²⁸⁾。」と鎌田は述べており、まさにKステーションの実践は、活動の範囲は狭いが、このことを証明していると言える。

以上のことから、他の在宅サービスとの連携は、より充実した在宅ケア活動を実践するための大きな要であることがわかったが、在宅サービスを提供するにあたっての課題として、(1)在宅サービスの内容・マンパワーの充実とともに、例えば回数の制限から、ホームヘルプの代用で訪問看護を提供するといったことではなく、真のニーズに結びついた在宅サービスが、迅速・円滑に提供できること、(2)Kステーション利用者の実態「ランク別在宅サービスの利用状況」からも推測できる「お上の世話にはなりたくない」といった利用者が、権利として在宅サービスを利用できるように意識を変革すること、(3)それぞれの在宅サービスの特徴を最大限に生かし、質を高め、又、格差をなくすこと、(4)多種の在宅サービスを提供する場合、利用者の利益を優先したマネージメントを実施し、その人にとって適切な役割分担を明確にすることで、最善のサービスを提供すること、(5)それぞれの在宅サービス提供者の役割分担は、その専門性を尊重するが、役割分担をする上で、利用者に弊害を起こさないことなどが上げられる。

これらの課題についても、地域ケアを視点においた連携を強化することで解決可能と考えられ、上記の課題を解決できる「地域在宅サービスのシステムづくり⁽²⁹⁾」が連携の最終的な目標と言え、連携の意義は大きい。

8. 終わりに

以上、連携の意義について述べてきたが、今後の方向性として「介護福祉の専門性の確立」を強調したい。在宅ケア活動における実践を基に、「連携」「専門性の尊重」「協調」「福祉の視点」をキーワードに介護福祉の専門性を明

確にしたい、その試みにより「地域在宅サービスのシステムづくり」に貢献できればと考えている。

本稿では(1)訪問看護の概要(2)Kステーションの活動及び利用者の実態(3)Kステーションの在宅ケア活動及び連携の実際についてまとめ、評価し、(4)連携の意義について考察し、(5)在宅サービスの提供に関し、今後の課題について提案した。

注

- (1) 杉本正子，眞船拓子『在宅看護論』廣川書店，1997，p5。
- (2) 高橋政子，『写真でみる近代看護の歴史 先駆者を訪ねて』医学書院，1984，p19。
- (3) 野村陽子「訪問看護制度をめぐる法的概要」『看護』1995，10月，第47巻第12号，p70。
- (4) 在宅介護の手引き書編集委員会，『在宅支援ハンドブック』1996，7月，p19。
- (5) 野村陽子前掲「訪問看護制度をめぐる法的概要」p72。
- (6) 日本訪問看護振興財団編，『訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル』第3版，日本看護協会出版会，1996，p12。
- (7) 野村陽子前掲「訪問看護制度をめぐる法的概要」p78。
- (8) 前掲『在宅看護論』p48。
- (9)，(10) 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』前掲，p34。
- (11) 熊本市訪問看護ステーション連絡会
- (12) 永田千鶴他「寝たきり度を有効的に活用するための課題」『月間総合ケア』1997，1月，VOL1.7，no.1，p43。
- (13)，(14) 山本和儀「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準と今日の状況」『月間総合ケア』前掲，p7,8。

- (15) 赤星伸一「在宅療養患者の実態調査から」『月間総合ケア』1997, 3月, VOL1.7,no.3,p14。
- (16) 永田千鶴他前掲「寝たきり度を有効的に活用するための課題」p44～45。
- (17) 古川孝順・佐藤豊道・奥田いさよ編『これからの社会福祉⑩介護福祉』有斐閣, 1996, p69。
- (18) 白澤政和『在宅介護支援センターに学ぶケースマネジメント事例集』中央法規, 1995, p27。
- (19), (20) ミネルヴァ書房編集部編「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」『社会福祉小六法』, ミネルヴァ書房, 1996, p240。
- (21) 前掲『在宅介護支援センターに学ぶケースマネジメント事例集』p28。
- (22) 一番ヶ瀬康子, 井上千津子, 鎌田ケイ子, 日浦美智江『介護概要』ミネルヴァ書房, 1996, p10。
- (23) 前掲『介護概論』, p12。
- (24) 前掲『介護概論』, p15。
- (25) 前掲『介護概論』, p12。
- (26) 前掲『介護概論』, p19。
- (27), (28), (29) 山崎摩耶「地域ケアとの連携」社団法人全国訪問看護事業協会編『訪問看護ステーション つくりかた・運営のしかた』厚生科学研究所, 1995, p35。

* 本稿で紹介したK訪問看護ステーションの実践は「訪問看護ステーションコスモピア熊本」におけるものである。