

図1-1 事例 1

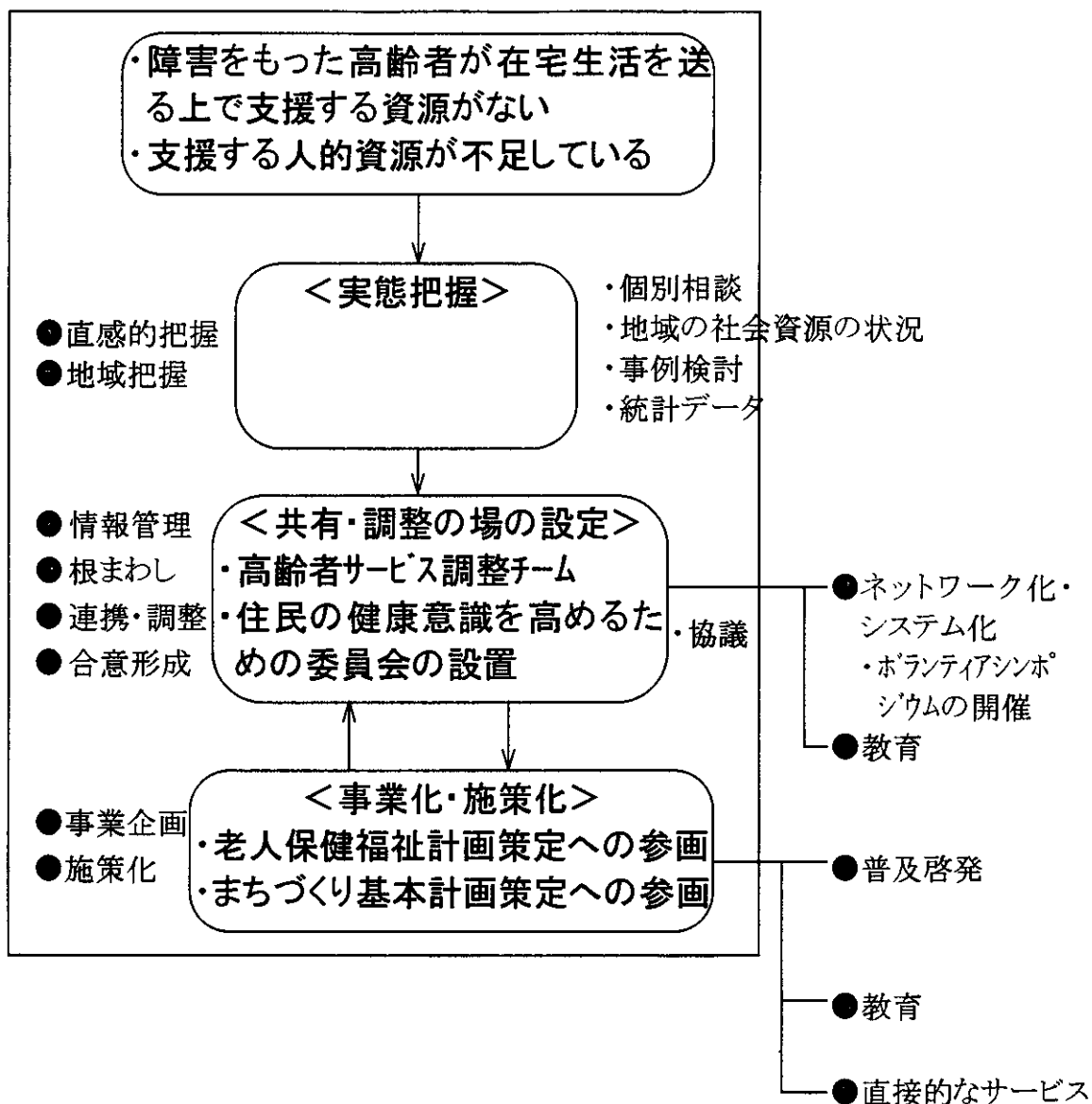


図1-2 事例 2

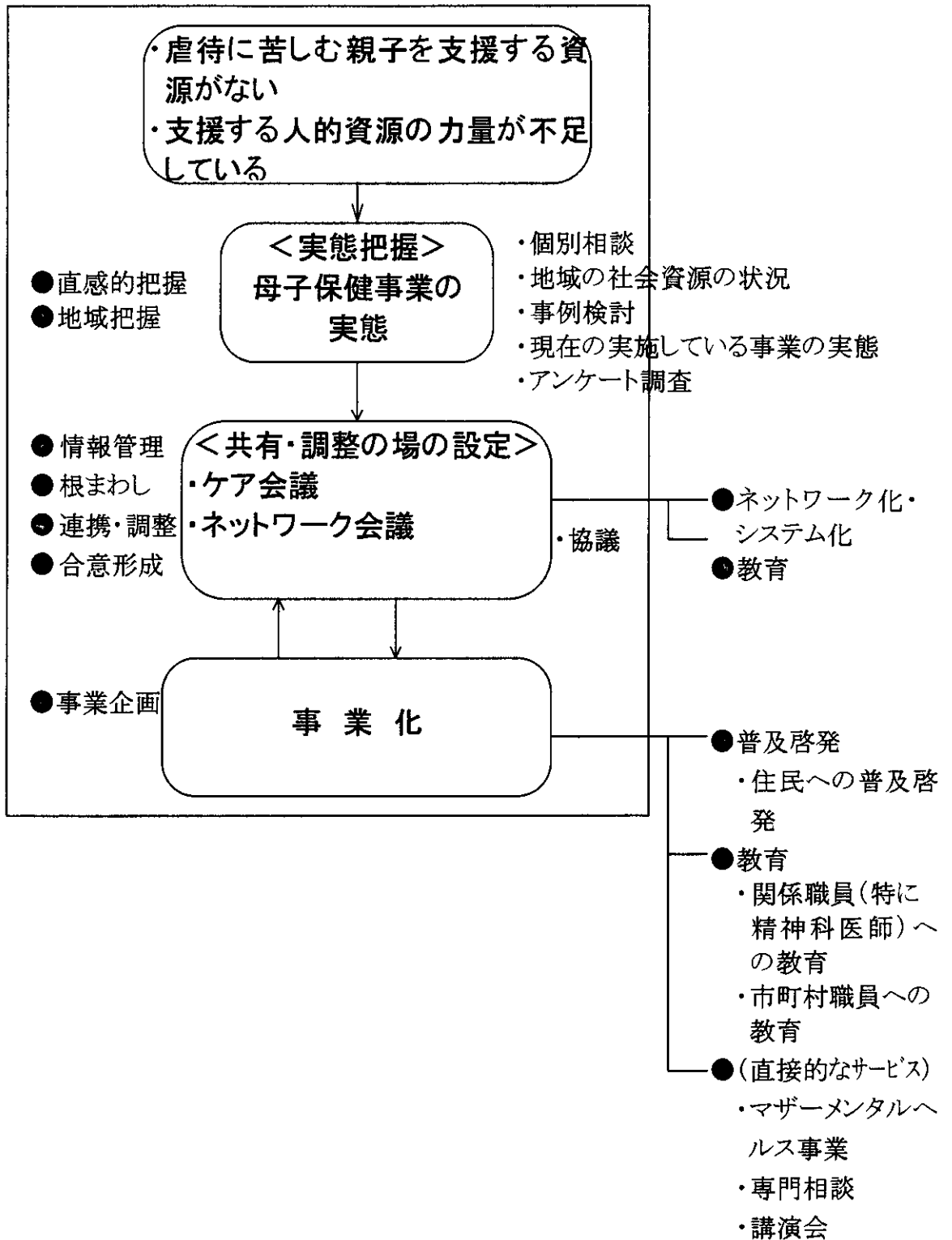


図1-3 事例 3

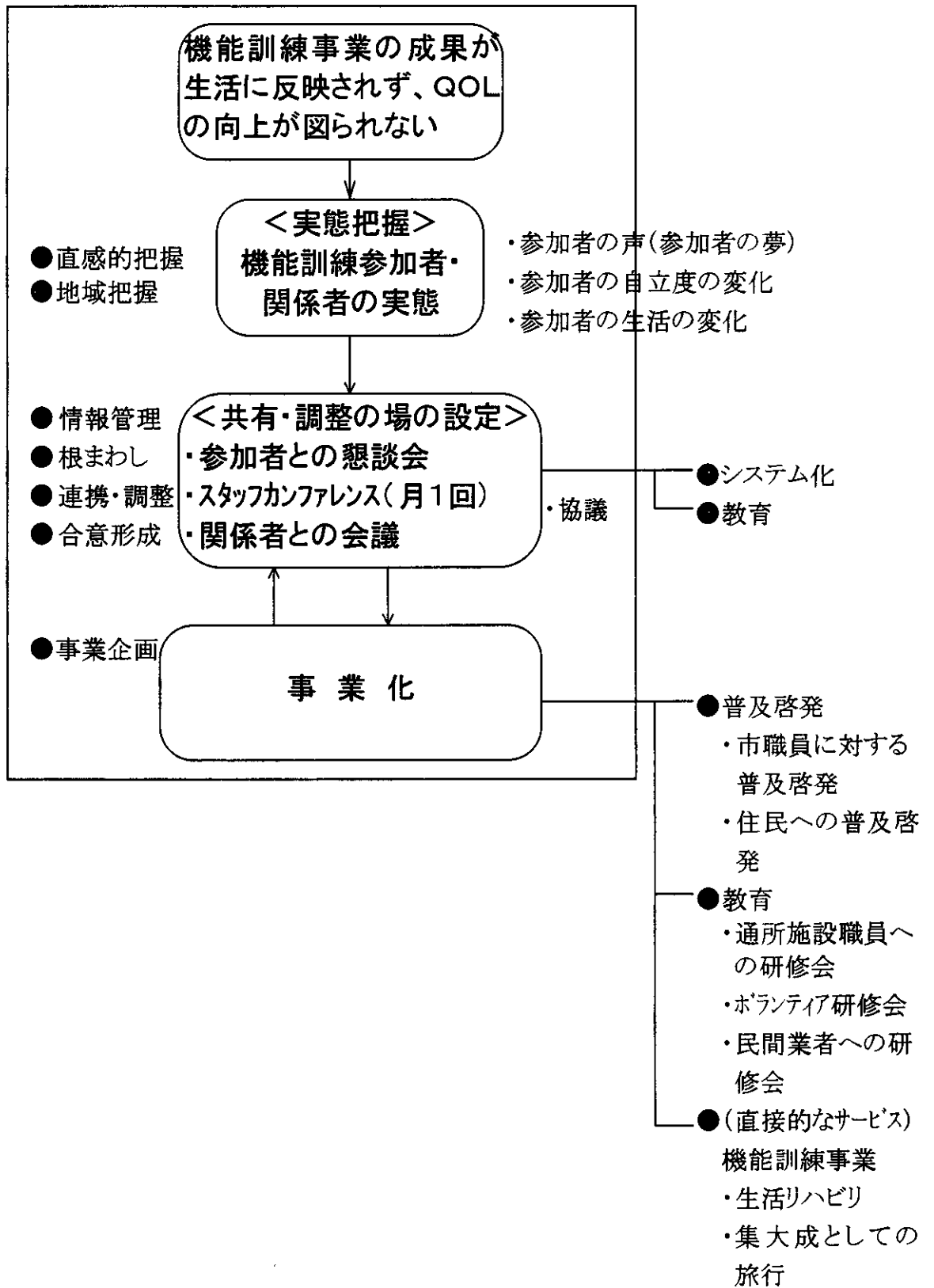


図1-4 事例4

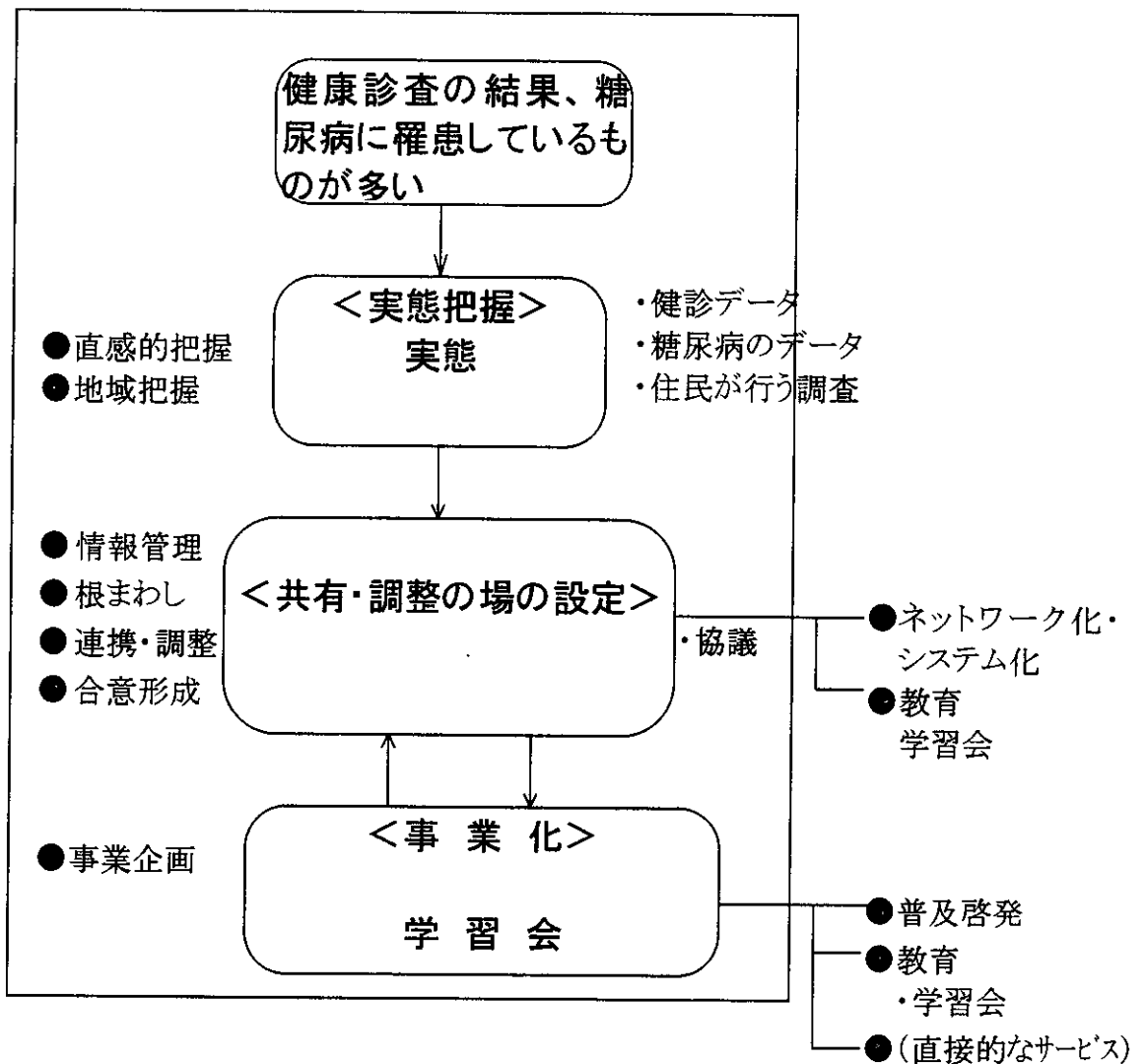


表4 新しい活動枠組みによる4事例の総括

事例1	事例2	事例3	事例4
<p>① 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 主体化と自立を志向したケアネットワーク</p> <p>2 共生の場の維持・拡大</p>	<p>② 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 医療的ケアを加味したケアの提供→症状悪化、障害悪化の予防</p> <p>2 共生の場の維持・拡大</p>	<p>③ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 地域福祉を目標としたバリアフリー教室</p> <p>2 共生の場の維持・拡大</p>	<p>④ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 地域福祉を目標としたバリアフリー教室</p> <p>2 共生の場の維持・拡大</p>
<p>⑤ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 情報の共有</p> <p>2 住民及び関係者間の関係性の維持・発展</p>	<p>⑥ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 関係機関と協働してのニーズ調査、実態調査の実施</p> <p>2 住民及び関係者間の関係性の維持・発展</p>	<p>⑦ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 関係機関と協働してのニーズ調査、実態調査の実施</p> <p>2 住民及び関係者間の関係性の維持・発展</p>	<p>⑧ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 関係機関と協働してのニーズ調査、実態調査の実施</p> <p>2 住民及び関係者間の関係性の維持・発展</p>
<p>⑨ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 先駆的サービス提供</p> <p>2 地域のサービス提供者の資質の向上</p> <p>3 各種サービスのモニタリング</p> <p>4 サービス開発</p>	<p>⑩ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 先駆的サービス提供</p> <p>2 地域のサービス提供者の資質の向上</p> <p>3 各種サービスのモニタリング</p> <p>4 サービス開発</p>	<p>⑪ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 先駆的サービス提供</p> <p>2 地域のサービス提供者の資質の向上</p> <p>3 各種サービスのモニタリング</p> <p>4 サービス開発</p>	<p>⑫ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 先駆的サービス提供</p> <p>2 地域のサービス提供者の資質の向上</p> <p>3 各種サービスのモニタリング</p> <p>4 サービス開発</p>
<p>⑬ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 共助の住民意識の醸成</p> <p>2 住民・関係者の共同参画によるまちづくり</p>	<p>⑭ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 共助の住民意識の醸成</p> <p>2 住民・関係者の共同参画によるまちづくり</p>	<p>⑮ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 共助の住民意識の醸成</p> <p>2 住民・関係者の共同参画によるまちづくり</p>	<p>⑯ 地域福祉の向上を図る活動</p> <p>1 共助の住民意識の醸成</p> <p>2 住民・関係者の共同参画によるまちづくり</p>

Ⅱ. 21世紀の保健福祉対策に従事する保健婦(士) の配置のあり方に関する研究

目 次

I. 緒言	27
II. 方法	27
1. 用語の定義	27
2. 要支援および要介護非認定者に必要な保健サービス	28
3. 推計の範囲	29
4. 基本的な推計方法	29
5. 市町村への調査	30
6. 保健婦活動状況に関する推計	32
III. 結果	33
1. 市町村への調査	33
2. 平成10年度介護保険モデル事業において、「自立」「要支援」と判定された事例	35
3. 平成10年度介護保険モデル事業において、「自立」あるいは「要支援」と判定された事例の保健サービスおよび福祉サービスの利用	37
4. 保健婦活動状況などに関する推計結果	42
5. 増員必要保健婦数の推計	43
IV. 考察	45
1. 必要保健婦数の推計方法	45
2. バイアスの評価	46
3. マンパワー充実の必要性	47

21世紀の保健福祉対策に従事する保健婦(士)の配置のあり方に関する研究

I. 緒言

介護保険制度が2000年(平成12年)4月から実施される予定である。これにより、種々の介護、福祉サービスが、要介護認定を経て要介護者等(介護認定審査を受け認定された者)に対して提供されることとなる。そこで、新制度の下では、従来福祉サービスを利用していた人や、また新規に申請をした人の中で、要介護ではなく要支援と認定されたり、また要援護状態であっても非該当とされたりすることにより、本人が希望する介護保険によるサービスを受けられない例が多数発生することが予想される(文献1)。

従来から、要介護者や虚弱者に対しては、介護・福祉サービスとともに、保健サービスも提供されていた。保健婦(士)(以下、「保健婦」と略す)などによる保健サービスは、本人や家族等との間で相談関係を築き、不安や不満を解消するように支援し、関係機関や関係職種間の調整を行い、またより重症化することを未然に防ぐなどの機能を果たしてきた。しかし、従来は、重度要介護者事例などへの対応に追われ、虚弱者に対するサービスは必要と感じながらも、十分に対応できない状況があった。介護保険制度の実施により、要介護者への必要サービスは他職種により充実するため、その分、保健婦は保健サービスの比重を虚弱者にシフトさせることができると考えられる。また、前述のような、要支援や非該当とされた人たちに必要十分な代替的サービスを提供し、不満を解消することは、介護保険制度の維持のためにも非常に重要なことである。

そこで、介護保険制度下において、要援護が必要にもかかわらず非該当とされた人たちへの必要な保健サービスを充足させるためには、現在と比較してどの程度の保健婦の増員が必要となるかを明らかにし、介護保険制度実施後に円滑にそれらの人たちへの保健サービスが提供されることをこの研究の目的とした。

II. 方法

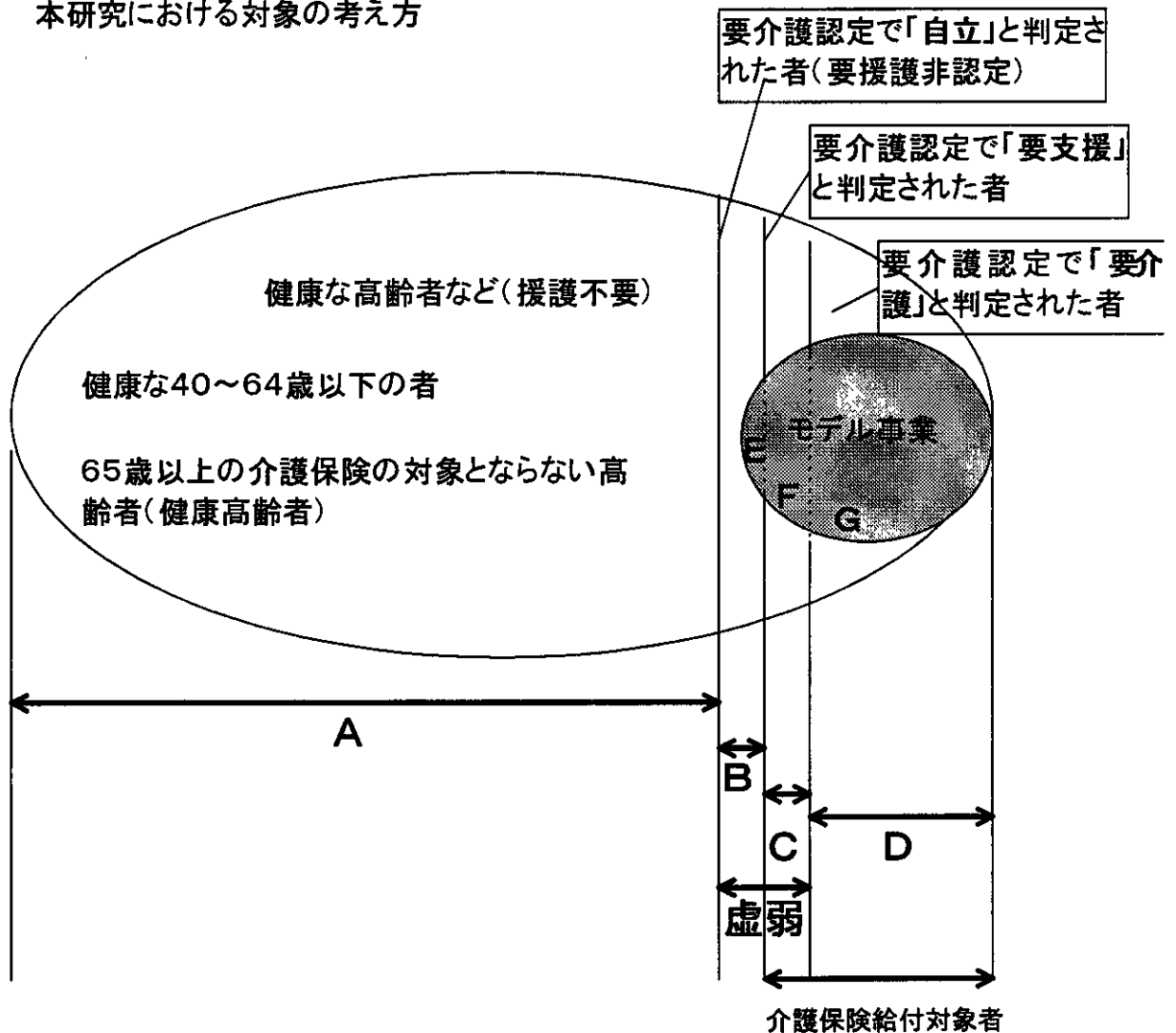
1. 用語の定義

本研究の対象の考え方を図1に示す。「要支援」(図1のC)および「要介護」(図1のD)とは、介護保険制度による1次判定さらに2次判定を経て、それぞれ要支援、要介護と認定される人と、この研究では定義する。

「要援護」とは、日常生活活動(ADL)に何らかの障害があり援護を必要とする人と定義する。そして、「非該当要援護」(図1のB)とは、要援護でありながら、介護保険制度では要支援や要介護とは認定されない人とした。なお、要支援と要援護非認定を合わせて、「虚弱」(図1のBおよびC)とした。また、要援護に該当しない元気な人を「援護不要」(図1のA)とした。

以上をまとめると、すべての人について、「援護不要」、「要援護非認定」、「要支援」、「要介護」のいずれかに分類されることになる。

図1 本研究における対象の考え方



2. 要支援および要援護非認定者に必要な保健サービス

平成10年度高齢者介護サービス体制整備支援事業(以下、介護保険モデル事業とする。)において、「自立」および「要支援」と判断された事例(在宅分)の現在利用している保健サービスおよび福祉サービス、今後より望まれる保健サービスを把握した。現在利用している保健サービスについては、種類(訪問指導、健康相談、健康教育、機能訓練、グループ活動、その他)と頻度を、福祉サービスはホームヘルプ、デイケア、デイサービス、その他とした。今後、より望まれる保健サービスは、保健婦が判断したものとした。

3. 推計の範囲

この推計では、上述の要支援および要介護非認定の人に対する、訪問指導、健康相談、健康教育、機能訓練、グループ活動に関する必要保健婦数を扱うこととした。なお、訪問指導、健康相談、健康教育、機能訓練は、老人保健法に基づく各事業を想定した。また、グループ活動については、機能訓練修了者や機能訓練事業とは別に行われる、生活リハビリ教室や、自主グループ活動などの保健サービスを想定した。

4. 基本的な推計方法

推計は、基本的に高齢者(65歳以上)人口1万対で行った。

次式のように、まず高齢者分について、各サービス必要延べ件数から現状の延べ件数を減じ、今後増加させるべきサービス提供件数を求めた。それに、各サービス被指導1件当たりの保健婦活動時間、高齢者人口1万人当たりの当該要介護の人数及び介護度判定に関する調整係数を乗じて、それをサービスの種類、要介護度毎に合計し、今後増加させるべき年間保健婦延べ活動時間を求めた。それを間接業務時間を減じた保健婦1人当たりの年間総労働時間で割り、さらに若年者へのサービス分を加えて調整して増員必要保健婦数を求めた。

なお、この推計は種々の仮定を前提として行ったため、厳密な精度での推計は困難であると考え、基本的に有効数字1桁程度の精度の推計を目指したが、計算途中での桁落ちを防ぐため、また参考のために有効数字2桁以上の表示を行っている。

$$M = \sum_{sr} [(K_{1sr} - K_{2sr}) \cdot T_s \cdot J_r \cdot E_r] \cdot \frac{1+Y}{L(1-C)} \quad \dots\dots(1)$$

M : 増員必要保健婦数(老人人口1万対人)

K_{1sr}: 各サービス、各要介護度の人への必要延べ件数
(高齢者分、年間、高齢者人口1万対)

K_{2sr}: 各サービス、各要介護度の人への現状延べ件数
(高齢者分、年間、高齢者人口1万対)

s : サービスの種類
(訪問指導、健康相談、健康教育、機能訓練、グループ活動)

r : 要介護度(要支援、要介護非認定)

T_s : 各サービスの被指導1件当たりの保健婦活動時間

J_r : 高齢者人口1万人当たりの当該要介護者数

E_r : 介護度判定に関する調整係数

L : 年間総労働時間(時間)

C : 間接業務時間割合

Y : 若年者(40~64歳)の必要サービス量の高齢者の必要サービス量に対する比

ここで、各サービス、各要介護度の人への必要延べ件数および現状延べ件数は次式により求めた。

$$K_{nsr} = P_{nsr} \cdot H_{nsr} \quad \dots\dots(2)$$

n : 必要=1、現状=2

P_{nsr} : 当該要介護度の人の中での、当該サービス必要または現状として利用している人の割合

H_{nsr} : 当該サービスの必要または現状として利用している頻度(年間)

5. 市町村への調査

(1) 調査

上記基本的推計方法の中の、高齢者人口1万人当たりの当該要介護度者数(J_r)、当該要介護の人の中での当該サービスの必要または現状として利用している人の割合(P_{nsr})、当該サービスの必要または現状として利用している頻度(H_{nsr})等を把握するために市町村への調査を実施した。

対象は、全国の3255市町村(東京特別区を含む)から1/20の割合で無作為に抽出した162市町村とし、1999年(平成11年)2月下旬に郵送法にて実施した。

調査内容は、高齢者実態調査によって把握された要介護度毎の人数、介護保険モデル事業における要介護度別人数、また、自立、要支援と判定された各事例について、現在利用している保健サービスの種類と頻度、また今後望まれると保健婦が判断するサービスの種類および頻度、また高齢者実態調査の実施方法などである。

なお、高齢者実態調査は、介護保険事業計画の策定などの基礎資料とするため、1998年度(平成10年度)に原則的に全国のほぼすべての市町村で実施された調査である。要援護高齢者に該当することが判明している人以外の高齢者から要援護高齢者に該当する可能性がある高齢者を選定することを目的とした高齢者一般調査と、要介護状態等に該当する可能性がある人を対象として要介護度及び状態像並びに介護サービスの利用意向に係る人数分布を把握することを目的とした要援護高齢者需要調査が行われている(文献2)。また、市町村によっては、同様の調査を若年者(40~64歳)を対象としても行っている。調査方法や調査票のひな形を厚生省が提示しているが、調査の詳細は市町村によって異なる。

また、介護保険モデル事業とは、高齢者実態調査と同様に1998年度に、要援護

高齢者を対象として、各市町村から在宅者 50 人、施設等入所者 50 人を抽出し、実務上の課題や対応策に関する調査研究を介護保険制度施行に反映させることを目的として、コンピュータによる1次判定および要介護度認定審査会による2次判定を試行して、要介護度を判定したものである。

(2) 要支援、要介護者割合の推計

高齢者実態調査によって把握された、65 歳以上の要支援者数とその市町村の 65 歳以上人口から、高齢者人口当たりの要支援者割合と要介護者割合を求めた。具体的には、まず各市町村毎に割合を求め、次に平均値を求めた。なお、これらの割合は、その質問への有効回答全市町村についての集計と、精密な調査方法を実施した市町村のみの集計とを行った。精密な調査方法で実施した市町村とは、高齢者一般調査を悉皆で実施し、かつ、要支援高齢者調査は、高齢者一般調査によって判明した要支援高齢者を追加し、かつ要支援者全員を対象に実施した市町村とした方法である。また、若年者についても、同様に、要支援者割合と要介護者割合を求めた。

(3) 介護保険モデル事業での自立、要支援、要介護者割合の推計

介護保険モデル事業の結果、自立、要支援、要介護と判定された人の割合を求めた。前項と同様に、まず各市町村毎に割合を求め、次に平均を求めた。なお、これらの割合はその質問への有効回答全市町村についての集計と、精密な調査方法を実施した市町村についてのみの集計とを行った。なお、ここでの精密な調査方法を実施した市町村とは、モデル事業対象者を要支援者などから無作為に抽出し、かつ、モデル事業への対象者の参加率が8割以上の市町村とした。

(4) 各保健サービスの利用状況および必要状況

介護保険モデル事業の結果、各市町村で自立および要支援と判定された事例について、訪問指導、健康相談、健康教育、機能訓練、グループ活動の各保健サービスを現在利用しているか否か、利用している場合には、利用頻度を問い、また、今後望まれると保健婦が判断する保健サービスの種類および頻度を尋ねた。なお、利用頻度に関しては、週1回程度、月2～3回、月1回程度、2～3か月に1回、年2～3回、年1回の6段階の選択肢とし、次のような年間当たり回数に換算した。

週1回 → 年 52 回 月2～3回 → 年 30 回 月1回程度 → 年 12 回
2～3か月に1回 → 年 5 回 年2～3回 → 年 2.5 回 年1回 → 年 1 回

(5) 高齢者人口1万人当たり要支援、要支援非認定者数の推計

要支援者数の推計には、上記の高齢者実態調査によって把握された要支援者割

合を基礎にして、厚生省介護保険事業計画・基盤整備チームによる資料(文献3)に記載されている1次判定で要支援と判定された人数と2次判定で要支援と判定された人数の比を調整係数として乗じて求めた。これは高齢者実態調査の要支援の判定は介護保険制度におけるコンピュータによる1次判定に相当し、最終的な要支援は介護度認定審査会による2次判定結果に相当すると考えたためである。

一方、要援護非認定者数の推計には、まず、介護保険モデル事業の結果による自立者数の要介護者数に対する割合を求めた。次に、この割合を、高齢者実態調査による全高齢者人口に対する要介護者割合に乗じて、さらに前述の要支援者と同様に1次判定人数と2次判定人数調整係数を乗じて要援護非認定者割合の推定値とした。なお、詳細は市町村によって異なるものの、基本的に介護保険モデル事業の対象者は、高齢者一般調査で要援護高齢者に該当する可能性がある高齢者に近似的であると考えられ、介護保険モデル事業の対象者に選定されながら、判定結果が自立となった人は、概ね要援護非認定者に相当すると考えた。

6. 保健婦活動状況に関する推計

(1) 各保健サービスの所要時間

各保健サービスの所要時間に関しては、まず、保健婦(士)活動調査の結果(文献4)から各サービスの年間当たり所要時間を求め、それに全国の保健婦(士)数(文献5)を乗じて、延べ保健婦活動時間を求めた。次に、平成9年度老人保健事業報告(文献6)および平成8年保健所運営報告(文献7)、平成6年保健所運営報告速報(文献8)より各サービスの被指導者数を求めた。なお、保健所運営報告は、母子保健事業による訪問件数を把握するためにのみ使用した。最後に各サービスの延べ保健婦活動時間を、各サービスの被指導者数で除して、各サービスの被指導1件あたりの保健婦活動時間を求めた。なお、老人保健事業報告は、政令市分も含まれているため、保健婦(士)活動調査の結果および全国の保健婦(士)数は、政令市以外の市町村分と政令市分について、各サービスの年間当たり所要時間と保健婦数とを乗じてそれぞれの延べ保健婦活動時間を求め、その和を、被指導者で除した。すなわち、下式の通りである。

$$T_s = \left(\sum_j S_{sj} \cdot N_j \right) / (R_s + U_s) \cdots \cdots (3)$$

T_s : 各サービスの被指導1件あたりの保健婦活動時間

s : サービスの種類(訪問指導、健康相談、健康教育、機能訓練)

S_{sj} : 保健婦1人当たり各サービスの年間当たり所要時間

N_j : 全国の保健婦数

- j: 一般市町村もしくは保健所政令市
R_s: 各サービスの老人保健事業報告による全国の年間被指導者数
U_s: 保健所運営報告による全国の年間被指導者数(訪問指導のみ)

(2) 保健婦の年間総労働時間および間接業務時間割合

保健婦(士)活動調査の結果(文献4)から、年間総労働時間(L)および間接業務時間割合(C)を求めた。

III. 結果

1. 市町村への調査

(1) 回収率

市町村への調査は、97 市町村より回収され、回収率 60.0%であった。

(2) 回答市町村の概況

市町村の総人口は、831 人から 2,602,421 人であったが、回答市町村のおよそ8割が総人口3万人までの市町村であった。

介護保険導入後の保健事業に対する意識においては、「導入前より充実強化される」と答えたのは 18.6%、「導入前と同程度である」としては、54.6%、「導入前より縮小される」と答えたのは 5.2%であった。「全くわからない」が 19.6%であったが、半数以上が同程度以上と答えていた。

人口規模別にみると、「導入前より充実強化される」と答えた市町村は、人口規模の大きいところで多く、小さいところで少ないという傾向があった。

(3) 高齢者の実態調査について

1) 高齢者一般調査

65 歳以上を対象とした高齢者一般調査については、すべての市町村が実施しており、そのうちおよそ7割の市町村が悉皆調査にて実施し、2割が無作為抽出で実施していた。40~64 歳を対象とした調査を実施した市町村は6割であり、無作為抽出で行ったところが最も多かった。

2) 要介護高齢者実態調査

ほとんどの市町村(97.6%)が悉皆調査にて実施していた。

3) 要介護度判定

要介護高齢者実態調査で、要介護度の判定まで調査を実施したのは4割の市町村であった。要介護高齢者実態調査を対象者全員に実施し、さらに 65 歳以上の要介護度を判定した市町村の調査結果の在宅分を表1に示した。要介護度の分類の

うち、占める割合が最も多いのは、「要介護度1」であり、次に「要支援」、「自立」であった。

表1 要援護高齢者実態調査(在宅分)の要介護度の結果

	自立	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
人数(人)	2,271	2,784	4,148	2,101	1,221	734	533
割合(%)	15.2	18.7	27.8	14.1	8.2	4.9	3.6

要支援者割合(65歳以上の要支援者の、その市町村の65歳以上人口に対する割合)は、この質問項目に関する有効回答全市町村の集計では、市町村数51、平均2.1%であった。また、精密な調査を行った市町村のみの集計では、市町村数26、平均2.0%であった。以下の推計では、精密な調査を行った市町村の集計値である、2.0%を使用する。

要介護者割合(65歳以上の要介護者(要介護1～5の合計)の、その市町村の65歳以上人口に対する割合)は、有効回答全市町村の集計では、市町村数51、平均6.7%であった。また、精密な調査を行った市町村のみの集計では、市町村数26、平均6.7%であった。

若年者(40-64歳)での要支援者割合(40-64歳の要支援者の、その市町村の40-64歳人口に対する割合)は、有効回答市町村は2市町村のみであり、平均0.012%であった。(それら2市町村の要支援者数は、40～64歳人口2000人弱の市町村で0人、同該当年齢人口4000人強の市町村で1人であった。)

また、若年者での要介護者割合は、同様に有効回答市町村は2市町村のみであり、平均0.13%であった。(それら2市町村の要介護者数は、同様に該当年齢人口2000人弱の市町村で2人、同人口4000強の市町村で6人であった。)なお、若年者について有効回答のあった2市町村とも、精密な方法で調査が行われていた。

(4)平成10年度介護保険モデル事業について

1)対象の選定

対象の選定方法については、「種々の条件を考慮して選んだ」が最も多く、全体の約半数の50カ所であった。また、「要援護者などから無作為に選んだ」は約4割であった。

2)介護保険モデル事業の介護認定結果

市町村の介護保険モデル事業の要介護認定結果は、表2のとおりである。「自立」は8.1%、「要支援」は9.6%で、「要介護1」は18.8%、「要介護2」は19.9%、「要介護3」は20.0%、「要介護4」は12.6%、「要介護5」は6.8%で、「要介護」に認

定されたのは78.1%であった。

これは、人口別にみても、また、高齢化率別にみてもほぼ同様の傾向であった。また、今回の調査結果は、厚生省がまとめた全国の介護保険モデル事業における要介護認定結果とほぼ同様な結果であったと言える。

表2 平成10年度介護保険モデル事業の介護認定審査数

	自立	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	再調査等
審査数 (件)	344	405	795	844	847	533	289	137
割合 (%)	8.1	9.6	18.8	19.9	20.0	12.6	6.8	3.2

介護保険モデル事業において、自立と判定された割合は、有効回答全市町村の集計では、市町村数 92、平均 7.7%であった。また、精密な調査を行った市町村のみの集計では、市町村数 36、平均 10.3%であった。

同様に、要支援者割合は、有効回答全市町村の集計では、市町村数 92、平均 8.0%であった。また、精密な調査を行った市町村のみの集計では、市町村数 36、平均 10.6%であった。

要介護者割合は、有効回答全市町村の集計では、市町村数 92、平均 84.3%であった。また、精密な調査を行った市町村のみの集計では、市町村数 36、平均 79.1%であった。

要支援非認定者割合の推計は、介護保険モデル事業での精密な調査を行った市町村の結果から、自立者／要介護者比は、 $10.3/79.1=0.13$ となる。これを高齢者実態調査による要介護者割合 6.7%に乗じて、要支援非認定割合は、 $6.7\% \times 0.13 = 0.87\%$ と推計された。

2. 平成 10 年度介護保険モデル事業において、「自立」「要支援」と判定された事例

平成 10 年度介護保険モデル事業の介護認定審査において、要介護度「自立」と「要支援」に判定された 578 事例について、年齢、性別、自立度、痴呆度、現在利用している保健サービスおよび福祉サービス、今後望まれる保健サービスは以下のとおりであった。

1) 年齢

対象事例の年齢階級別の状況は、表3に示すように、70 歳以上が多く、全体の 85.3%になっていた。64 歳以下は 11 人(1.9%)であった。「自立」と判定された人の約半数が 80 歳以上であった。年齢階級別の状況を、人口規模別、高齢化率別にみ

たが、特に差はなかった。

表3 年齢

	総数	50～ 54歳	55～ 59歳	60～ 64歳	65～ 69歳	70～ 74歳	75～ 79歳	80～ 84歳	85～ 89歳	90～ 歳	無回 答
自 (人)	286	1	0	1	15	34	64	79	48	19	25
立 (%)	100	0.3	0	0.3	5.2	11.9	22.4	27.6	16.8	6.6	8.7
要 (人)	292	2	5	2	33	43	69	59	61	17	1
支 (%)	100	0.7	1.7	0.7	11.3	14.7	23.6	20.2	20.9	5.8	0.3
援											
計 (人)	578	3	5	3	48	77	133	138	109	36	26
(%)	100	0.5	0.9	0.5	8.3	13.3	23.0	23.9	18.9	6.2	4.5

2) 性別

対象事例の性別の状況は表4に示すように、男性143人、女性401人で、女性は男性の2.8倍であった。「自立」と「要支援」別に見ても全体と同じ傾向であった。

表4 性別

	総数	男性	女性	無回答
自 (人)	286	61	195	30
立 (%)	100	21.3	68.2	10.5
要 (人)	292	82	206	4
支 (%)	100	28.1	70.5	1.4
援				
計 (人)	578	143	401	34
(%)	100	24.7	69.4	5.9

3) 日常生活自立度

対象事例の「自立」「要支援」別の日常生活自立度を表5に示した。「自立」ではJランクが多かったが、「要支援」では、「自立」と比較するとAランクの割合が増えている。

表5 自立度

	総数	Jランク	Aランク	無回答
自 (人)	286	149	70	67
立 (%)	100	52.1	24.5	23.4
要 (人)	292	156	109	27
支 (%)	100	53.4	37.9	9.2
援				
計 (人)	578	305	179	94
(%)	100	52.8	31.0	16.3

4) 痴呆度

痴呆度の状況については、表6に示した。「自立」の中に 36 人、「要支援」の中には、43 人に痴呆が認められ、「自立」と「要支援」全体では 79 人であった。そのほとんどが痴呆度Ⅰ度であったが、「自立」の中には、痴呆度Ⅲが 2 人いた。

表6 痴呆度

	総数	なし	I	II	III	無回答
自 (人)	286	216	29	5	2	34
立 (%)	100	75.5	10.1	1.7	0.7	11.9
要 (人)	292	238	28	15	0	11
支 (%)	100	81.5	9.6	5.1	0	3.8
援						
計 (人)	578	454	57	20	2	45
(%)	100	78.5	9.9	3.5	0.3	7.8

3 平成 10 年度介護保険モデル事業において「自立」あるいは「要支援」と判定された事例の保健サービスおよび福祉サービスの利用

1) 「自立」と判定された高齢者に提供される保健サービス

現在、保健サービスを受けているのは、75 事例(26.2%)であった。各保健サービスの現在の利用事例数と保健婦が今後保健サービスが必要であると判断する事例数について、表7に示した。「自立」と判定された高齢者に最も多く必要とされる保健サービスは、訪問指導とグループ活動であった。また、グループ活動と機能訓練は、現在以上に多くの回数が必要と判断していた。

各保健サービスの利用状況と今後必要なサービスの種類と頻度については、以下のとおりである。

表7 保健サービスの現在の利用頻度と保健婦の判断する今後必要なサービス

		の頻度(「自立」)						事例数	
		総数	週1回	月2～3回	月1回	2～3か月に1回	年2～3回	年1回	
訪問指導	現在利用	47	1		5	8	20	13	
	今後必要	92	3	2	19	18	30	20	
健康相談	現在利用	14			5	1	6	2	
	今後必要	46	1	2	17	8	13	5	
健康教育	現在利用	12					5	7	
	今後必要	33			1	3	8	21	
機能訓練	現在利用	10	1	3	3	3			
	今後必要	36	10	14	6	5		1	
グループ活動	現在利用	3	2	1					
	今後必要	74	19	26	17	6	5	1	

(1) 訪問指導

保健婦による訪問指導を現在受けていたのは、47例で、「自立」の高齢者の16.4%であった。今後、訪問指導が必要であると保健婦が判断したのは、92例(32.2%)で、現状の約2倍の事例であった。訪問指導の現状の頻度は、現在は年2～3回から年1回が多い。今後必要な頻度は、およそ3割が年2～3回であり、残りの7割は月に1回から年1回に分散していた。

(2) 健康相談

現在、健康相談を利用しているのは14例(4.9%)であった。今後必要とされたのは、46例(16.1%)であり、現状の3倍以上であった。頻度は、現状も、保健婦の判断においても、月1回程度と年2～3回の2つの段階に集中する傾向があった。

(3) 健康教育

健康教育を利用しているのは、12例(4.2%)で、今後必要な事例は33例(11.5%)、新たに必要事例は、21例(7.3%)であった。サービスの頻度では、どちらも年1回から年2～3回で、保健サービスの中では、最も少ない傾向にあった。

(4) 機能訓練

現在機能訓練を利用しているのは10例(3.5%)で、今後必要な事例は36例(12.6%)であった。利用頻度については、現状は月2～3回から2～3か月に1回程度が多かったが、月2～3回から週1回で、現状のおよそ2倍以上の回数を必要としていた。

(5) グループ活動

グループ活動をしている事例は、保健サービスの中で最も少なく、3例で全体の1.0%であった。しかし、保健婦は74例(25.9%)に必要であるとしており、そのうちの71例(24.8%)は新たにグループ活動への参加が望まれる事例であった。頻度は、

現状も、保健婦の判断においても週1回から月2～3回と他に比較して多く、機能訓練とともに、保健サービスの中で最も頻度を要するものであった。

2)「要支援」と判定された高齢者に提供される保健サービス

「要支援」と認定された292例のうち、105例(36.0%)がいずれかの保健サービスを受けていた。各保健サービスの現在の利用事例数と保健婦が必要と判断する事例数について、表8に示した。「要支援」と判定された高齢者の最も多くの事例に必要とされるサービスは訪問指導で、ついでグループ活動と機能訓練であった。また、機能訓練とグループ活動は、表8に示したように、サービス提供の頻度についても多く必要としていた。今後、保健サービスを必要とする事例数は、現在の2.2倍であった。「自立」と認定された事例に比較すると、機能訓練を利用している事例の比率が高くなっているところが特徴的であった。

各保健サービスの利用状況と今後必要なサービスの種類と頻度については、以下とおりである。

表8 保健サービスの現在の利用頻度と保健婦が判断する今後必要なサービスの頻度(「要支援」)

		事例数						
		総数	週1回	月2～3回	月1回	2～3か月に1回	年2～3回	年1回
訪問指導	現在利用	72	1	3	8	19	20	21
	今後必要	107	11	5	25	24	23	19
健康相談	現在利用	15			6	1	5	3
	今後必要	57	2	2	17	9	23	4
健康教育	現在利用	10		1	1	1	4	3
	今後必要	18			4	3	7	4
機能訓練	現在利用	38	15	11	7	3	1	1
	今後必要	70	33	22	9	5		1
グループ活動	現在利用	9	1	1	4	1	1	1
	今後必要	71	20	20	16	5	8	2

(1) 訪問指導

「要支援」の高齢者に提供されている保健サービスの約6割の72例(24.7%)が保健婦による訪問指導であった。訪問指導を必要と保健婦が判断したのは、107例(36.6%)で、そのうち現在利用している事例は、67.3%であった。訪問指導は、月に1回程度から2～3か月に1回くらい必要としているが、現状は、年2～3回を中心として分散していた。

(2) 健康相談