

平成 10 年度厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

介護保険実施に伴う保健婦活動のあり方に関する研究

主任研究者 植田 悠紀子
(国立公衆衛生院 公衆衛生看護学部長)

平成 10 年度厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

介護保険実施に伴う保健婦活動のあり方に関する研究

研究組織

| | |
|-------|---------------------------|
| 主任研究者 | 植田 悠紀子（国立公衆衛生院 公衆衛生看護学部長） |
| 班員 | 鳩野 洋子（同 主任研究官） |
| | 丸山 美知子（同 室長） |
| | 山田 和子（同 主任研究官） |
| | 田中 久恵（山梨県立看護大学 教授） |

総括研究報告書

介護保険実施に伴う保健婦活動のあり方に関する研究

主任研究者 植田 悠紀子 国立公衆衛生院 公衆衛生看護学部長

研究要旨 介護保険制度の実施を前に、自治体の保健婦が従来より担ってきた活動と介護保険制度とが有機的に連動することは、今後のよりより地域サービスの提供の上で重要であることから、家庭訪問指導と総合相談窓口の活動を取り上げ、地域の状況を把握し、介護保険制度との関連を検討した。この結果、家庭訪問については、介護保険制度の対象とならない人々に対する健康問題の予防、自立支援、生活の質の向上のための活動が従来通り必要であるが、介護保険該当となる人々に対しても、現在行っている自立支援や家族の健康管理等の援助、地域生活への援助等が保健婦の役割として必要であると考えられた。また、総合相談窓口体制も同様に、介護保険制度の準備が進められている範囲では、閉じ込めりや虚弱な高齢者、精神障害者、難病患者等の受け入れ窓口とはならず、総合的な窓口体制が必要であるとともに、小規模町村では、サービスの提供体制の整備が急務であることが明らかになった。

研究組織

植田悠紀子 国立公衆衛生院
公衆衛生看護学部・部長
鳩野 洋子 同 ・主任研究官
丸山美知子 同 ・室長
山田 和子 同 ・主任研究官
田中 久恵 山梨県立看護大学・教授

体ではモデル事業を行い条件整備を進めているところであるが、高齢者や障害者が介護を必要としない状態を長く保ちつつ質の高い生活を送るための従来の保健婦活動が、介護保険に伴う事業量に追われて、実質的に減退するのではないかという不安が否めない。

そこで本研究では、介護保険制度導入に伴う保健婦活動の変化に照らし、介護保険制度下の保健婦活動のあり方について明らかにするために、保健婦活動のうち家庭訪問指導と総合相談窓口事業を取り上げ、次の2方向から検討を行った。

はじめに

介護保険制度の下では、従来から保健婦が担ってきた地域保健活動と介護保険制度に基づく業務とが有機的に連動することが重要である。介護保険制度の実施に向けて、各自治

1. 介護保険認定非該当者の重症化予防のた

めの活動に関する検討

2. 総合相談窓口と介護保険制度の有機的な連携に関する検討

本報告では、結果の活用の便を考え、2つの研究結果を分けて報告する。

その1

介護保険認定非該当者の重症化予防のための活動に関する検討

A. 研究目的

自治体の保健婦による家庭訪問指導は、住民の年齢や健康状態を限定せず必要に応じて幅広く実施されてきている。このため、介護保険制度による訪問看護に移行できる部分は多いとはいえないが、介護保険体制との連携によって、相互に効果を上げ得ることが期待される。

高齢化社会においては、介護もさることながら、高齢者の自立を保ち、生活の質を保障するための支援がさらに重要である。特に介護保険制度の下では、保険対象となり経済的な保障を受けることを利益とする考え方も成り立ち、高齢者自身や家族の価値観が問われることになるため、これまで以上に高齢者の生活の質の確保と人々の自助努力を促す活動が展開されなければ、保険制度自体が破綻を来しかねない。

本研究では、保健婦の家庭訪問事業に焦点を当てて、介護保険の適用を受ける人々に対する訪問指導および介護保険認定で非該当となる人々の重症化を予防するための訪問指導を検討し、継続あるいは強化すべき支援を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 平成10年度の介護保険事業計画策定において介護保険該当非該当の判定（要介護度一次判定）を40歳以上の全住民を対象として実施した3県（三重・高知・福岡）の協力を得て、県下から次の人口規模ごとに自治体を任意に選定した。

自治体数は、各2自治体を計画したが、人口規模に該当する自治体数が少ない県もあり、26自治体となった。

- ①5千人未満：6自治体
- ②5千人以上2万人未満：6自治体
- ③2万人以上5万人未満：6自治体
- ④5万人以上10万人未満：4自治体
- ⑤10万人以上：4自治体

2. 26自治体を対象に、平成11年2月に郵送質問紙調査を実施した。

調査票Ⅰ（自治体の状況）

保健婦長または主任者に回答を依頼した。

内容：人口、65歳以上人口割合、保健婦数、既に行われている保健福祉サービス、要介護度一次判定の結果（要介護度別人数、うち保健婦の訪問対象者の人数）

調査票Ⅱ（家庭訪問対象個人票）

平成10年度の保健婦の家庭訪問対象の中からABCの区分ごとに5事例につき、それぞれの担当保健婦に回答を依頼した。

A：平成10年度の介護保険事業計画策定において介護保険該当と判定されたひと

B：介護保険該当と判定されなかったが保健婦からみて何らかの介護が必要なひと

C：介護保険該当と判定されなかった独居高齢者または高齢者のみの世帯のひと

内容：対象者の概況、現在利用しているサービス、必要と考えられるサービス、初回から現在までの訪問の目的、

初回から現在までに行った保健婦の活動内容、介護保険導入後もこの対象に対して保健婦が訪問で果たすべきと考える活動内容

3. 調査結果をもとに、介護保険制度のもとでの要介護者の重症化予防、介護保険の対象とならない独居高齢者等の支援のための保健婦活動のあり方を検討した。

C. 研究結果

1. 調査対象自治体の概況

調査対象26自治体のうち、22自治体の回答が得られた。

なお、今回の調査は研究方法の項で述べたように、介護保険該当非該当の判定を40歳以上の全住民に行った自治体を対象とし、要介護度別の人数や人口に対する割合、うち保健婦の訪問対象者の人数等を明らかにして、介護保険制度下での活動の条件としてのモデルを得る意図があった。しかし、調査を実施した結果、各自治体の判定事業に際しての事情が異なるために判定結果の集計や比較を行うことは不相当であると思われた。そこで、次の2項を述べるにとどめる。

1) 65歳以上人口の割合(表1)

人口規模別の自治体数を表1に示した。

人口規模が小さいほど65歳以上人口の割合が高く、介護保険制度の対象者が多いことが示された。

2) 保健福祉サービスの実施状況(表2)

自治体が既に実施している保健福祉サービスを、表2に人口規模別の自治体数で示した。

介護に関しては、訪問介護・通所介護・ショートステイは人口規模に関わらず対象自治体の全数が実施しており、訪問入浴介護も多く実施されていたが、ナイトケアサービスは実施自治体なかった。

表1 対象自治体の65歳以上人口割合(人口規模別)

| 人口規模 自治体数 | 5千 未満 (6) | 2万 未満 (4) | 5万 未満 (6) | 10万 未満 (3) | 10万 以上 (3) |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|
| - 9 % | | | | | 1 |
| 10-14 | | | | 2 | 1 |
| 15-19 | | 2 | 2 | | 1 |
| 20-24 | | 1 | 4 | 1 | |
| 25-29 | | | | | |
| 30-34 | 3 | 1 | | | |
| 35-39 | 1 | | | | |
| 40-44 | | | | | |
| 45- | 1 | | | | |
| 不明 | 1 | | | | |

看護に関しては、訪問看護ステーションや病院からの訪問看護はほとんどの自治体で実施されていたが、行政による訪問看護事業は3割と少なかった。

保健医療の専門的な支援は、かかりつけ医による管理・指導や訪問や通所でのリハビリテーションは6割以上が実施していたが、歯科医・薬剤師・栄養士による支援の実施は半数以下であった。

生活環境整備に関しては、住宅改修費・福祉用具貸与・緊急通報装置の設置は全数またはほぼ全数の自治体が行っており、福祉用具購入費の支給も7割が実施していた。

日常生活の支援は、給食・配食を7割が実施している他は余り多いとはいえない状況であった。

これらの結果に自治体の人口規模による差は認められなかった。

2. 保健婦の訪問活動の状況

自治体ごとに、次のA、B、Cに該当する事例各5事例につき回答を依頼したが、自治体の訪問状況により得られる事例数が異なり、集計対象としては計228事例が得られた。

A: 介護保険事業計画策定において介護保険

表2 自治体における保健福祉サービスの実施状況（人口規模別）

| 保健福祉サービス | 人口規模 (自治体数) | 計 (22) | 5千 | 2万 | 5万 | 10万 | 10万 |
|---------------------------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | 未満 (6) | 未満 (4) | 未満 (6) | 未満 (3) | 以上 (3) |
| 1. 行政による訪問看護事業 | | 7 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 2. かかりつけ医による管理・指導 | | 13 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 |
| 3. かかりつけ歯科医による管理・指導 | | 9 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 4. 訪問薬剤管理・指導 | | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 5. 訪問介護（ホームヘルプサービス） | | 22 | 6 | 4 | 6 | 3 | 3 |
| 6. 通所介護（デイサービス） | | 22 | 6 | 4 | 6 | 3 | 3 |
| 7. 訪問入浴介護 | | 18 | 4 | 3 | 5 | 3 | 3 |
| 8. 訪問リハビリテーション | | 14 | 4 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| 9. 通所リハビリテーション（デイケア） | | 14 | 1 | 3 | 5 | 2 | 3 |
| 10. ショートステイ | | 22 | 6 | 4 | 6 | 3 | 3 |
| 11. 住宅改修費 | | 21 | 6 | 4 | 5 | 3 | 3 |
| 12. 福祉用具貸与 | | 21 | 5 | 4 | 6 | 3 | 3 |
| 13. 福祉用具購入費の支給 | | 16 | 5 | 3 | 4 | 2 | 2 |
| 14. 訪問看護ステーション・病院等からの訪問看護 | | 19 | 5 | 4 | 5 | 2 | 3 |
| 15. 訪問栄養指導 | | 8 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 16. 難病等の訪問診療事業 | | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 17. 訪問歯科診療事業 | | 10 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 18. 訪問歯科指導 | | 11 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| 19. ナイトケアサービス | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20. 配食・給食（非営利） | | 16 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 21. 緊急通報装置の設置 | | 22 | 6 | 4 | 6 | 3 | 3 |
| 22. 寝具洗濯乾燥（非営利） | | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 23. 紙おむつ支給 | | 12 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 24. 理美容サービス | | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 25. タクシー券支給 | | 13 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| 26. 移送サービス | | 7 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 27. ボランティア | | 13 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 |
| 28. その他の在宅支援（非営利） | | 8 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 |

該当と判定されたひと（99事例）

B：該当と判定されなかったが保健婦からみ

て何らかの介護が必要なひと（55事例）

C：該当と判定されなかった独居高齢者また

は高齢者のみの世帯のひと（74事例）

1) 群別にみた訪問対象者の状況

各自治体において任意に選択された事例であり、集計結果に各群の状態を代表する意味はないが、概観した結果は次のようであった。

性別：各群とも女性が多いが、特にB群では8割が女性であった。

昼間独居状態：C群に多いのは当然ながらB群においても6割が昼間に家族の支援が得

られない状況であった。

受療状況：B群・C群は8割以上が通院しており、通院と往診を足すとA群に劣らない医療需要があった。

日常生活の自立度：B群の6割、C群の8割以上が自立していた。

痴呆性老人の自立度：A群の半数は何らかの問題があると判断された。B群、C群においても何らかの問題があると思われる対象が含まれていた。

生活意欲：A群<B群<C群の順に生活意欲が認められ、A群では意欲がほとんどないと感じられる事例が2割あった。

外出時の環境上の問題：本人の症状や付き添いの必要性などの問題を指すが、A群では6割がかなりある状況であった。

居住環境上の問題：かなりあり・少しありを足すと、A群・B群とも7割台、C群では5割強であった。

2) 訪問対象者が現在受けているサービス
(表3)

自治体における保健福祉サービス (表2参

照)のうち、訪問対象者が現在受けているサービスは、表3の「現」の欄で示したとおりであった。B群でも、訪問介護、通所介護、ショートステイ等が比較的多く使われていた。C群でも半数は訪問介護を受けており、また配食・給食、緊急通報装置の設置等が他群よりも多かった。

3) 訪問対象者に必要と思われるサービス
(表3)

表3 訪問対象者が現在受けているサービス(現)および必要と思われるサービス(必)事例数に対する%

| 保健福祉サービス | 訪問対象 (事例数) | | A群 (99) | | B群 (55) | | C群 (74) | |
|---------------------------|---------------|------|------------|------|------------|------|------------|-----|
| | 現 | 必 | 現 | 必 | 現 | 必 | 現 | 必 |
| 1. 行政による訪問看護事業 | 19.2 | 5.1 | 7.3 | | 10.8 | | | |
| 2. かかりつけ医による管理・指導 | 63.6 | 7.1 | 36.4 | 1.8 | 33.8 | 2.7 | | |
| 3. かかりつけ歯科医による管理・指導 | 6.1 | 7.1 | 3.6 | | 2.7 | 2.7 | | |
| 4. 訪問薬剤管理・指導 | 3.0 | 6.1 | 3.6 | 3.6 | 1.4 | 1.4 | | |
| 5. 訪問介護(ホームヘルプサービス) | 56.6 | 15.2 | 40.0 | 20.0 | 50.0 | 18.9 | | |
| 6. 通所介護(デイサービス) | 37.4 | 25.3 | 36.4 | 32.7 | 23.0 | 33.8 | | |
| 7. 訪問入浴介護 | 26.3 | 10.1 | 3.6 | 5.5 | 2.7 | | | |
| 8. 訪問リハビリテーション | 21.2 | 16.2 | 1.8 | 9.1 | | 1.4 | | 1.4 |
| 9. 通所リハビリテーション(デイケア) | 9.1 | 19.2 | | 18.2 | 1.4 | 8.1 | | |
| 10. ショートステイ | 23.5 | 37.4 | 20.0 | 9.1 | 4.1 | 18.9 | | |
| 11. 住宅改修費 | 16.2 | 18.2 | 1.8 | 25.5 | 8.1 | 24.3 | | |
| 12. 福祉用具貸与 | 36.4 | 7.1 | 10.9 | 5.5 | 4.1 | 1.4 | | |
| 13. 福祉用具購入費の支給 | 26.3 | 8.1 | 5.5 | 5.5 | 5.4 | 9.5 | | |
| 14. 訪問看護ステーション・病院等からの訪問看護 | 39.4 | 15.2 | 5.5 | 5.5 | 8.1 | 8.1 | | |
| 15. 訪問栄養指導 | 1.0 | 6.1 | 1.8 | 7.3 | | 6.8 | | |
| 16. 難病等の訪問診療事業 | 4.0 | 2.0 | | 1.8 | | 1.4 | | |
| 17. 訪問歯科診療事業 | 7.1 | 9.1 | 1.8 | 1.8 | | | | |
| 18. 訪問歯科指導 | 4.0 | 9.1 | 3.6 | 3.6 | | 1.4 | | |
| 19. ナイトケアサービス | | 10.1 | | | 1.4 | 2.7 | | |
| 20. 配食・給食(非営利) | 10.1 | 10.1 | 12.7 | 9.1 | 25.7 | 29.7 | | |
| 21. 緊急通報装置の設置 | 9.1 | 12.1 | 10.9 | 25.5 | 18.9 | 36.5 | | |
| 22. 寝具洗濯乾燥(非営利) | | 6.1 | | 5.5 | | 9.5 | | |
| 23. 紙おむつ支給 | 22.2 | 5.1 | 1.8 | 3.6 | 1.4 | | | |
| 24. 理美容サービス | 3.0 | 9.1 | | | | 4.1 | | |
| 25. タクシー券支給 | 11.1 | 8.1 | 3.6 | 10.9 | 4.1 | 18.9 | | |
| 26. 移送サービス | 11.1 | 15.2 | | 14.5 | | 14.9 | | |
| 27. ホランティア | 7.1 | 21.2 | 1.8 | 25.5 | 1.4 | 23.0 | | |
| 28. その他の在宅支援(非営利) | 6.1 | 6.1 | 9.1 | 3.6 | 10.8 | 5.4 | | |

A群：平成10年度の介護保険事業計画策定において介護保険該当と判定されたひと

B群：介護保険該当と判定されなかったが保健婦からみて何らかの介護が必要なひと

C群：介護保険該当と判定されなかった独居高齢者または高齢者のみの世帯のひと

(現)：対象者が現在利用しているサービス

(必)：現在利用していないが必要と考えられるサービス

現在利用していないがこの対象者に必要であると保健婦が判断するサービスは、表3の「必」の欄で示したとおりであった。A群では、ショートステイの利用がもっと必要であり、通所介護、訪問介護もさらに対象を増やす必要が示された。また、ボランティアの導入ももっと必要であると判断されていた。B群についても、通所介護、訪問介護の必要が多く、現在1.8%しか利用できていない住宅改修費が約4分の1の対象者に必要であると考えられており、緊急通報装置の設置、ボランティアの導入も同様であった。C群では通所介護が高く、現在受けている人々に加えると半数以上に必要であるとされていた。住宅改修費、緊急通報装置の設置も必要性が高く、配食・給食は現在でもかなり利用されているが、さらに多くの対象者に必要であると考えられていた。ボランティアの導入も、現在は1.4%であるが、4分の1近くの対象者に必要であるとみなされていた。

4) 保健婦による家庭訪問の目的(表4)

初回から現在まで、対象事例を保健婦が訪問した目的を複数回答で求めた。訪問の主目的については、次の如く説明した。

問題発生予防：現在、直接的なケアの提供の必要はないが、虚弱であったり疾病を持っている等の理由で、ケアが必要な状態になる危険性が高いため、予防的な処置の必要性の確認を目的とした訪問

ケア計画立案：退院直後などにより、他機関等も含めた地域でのケアが必要と考えられるため、今後のケア計画作成を目的とした訪問

状況把握：他所から問題の所在の可能性について情報が入ったため、状況を把握することを目的とした訪問

直接ケア提供：医療処置や日常生活の援助等のケアを直接提供することを目的とした訪問

表4 訪問の主な目的(複数回答)
事例数に対する%

| 主目的 訪問対象 (事例数) | A群 (99) | B群 (55) | C群 (74) |
|----------------------|------------|------------|------------|
| 1. 問題発生予防 | 51.1 | 56.4 | 45.9 |
| 2. ケア計画立案 | 52.5 | 25.5 | 23.0 |
| 3. 状況把握 | 86.9 | 89.1 | 79.7 |
| 4. 直接ケア提供 | 33.3 | 20.0 | 5.4 |
| 5. 教育・相談 | 63.6 | 60.0 | 45.9 |
| 6. モニタリング・評価 | 42.4 | 23.6 | 2.7 |
| 7. 緊急対応 | 17.2 | 16.4 | 6.8 |
| 8. 生活状況確認 | 71.7 | 63.6 | 64.9 |
| 9. 病状確認 | 53.5 | 32.7 | 24.3 |
| 10. 各種サービス導入 | 72.7 | 56.4 | 36.5 |
| 11. 閉じこもり・ 生きがい対策 | 35.4 | 34.5 | 35.1 |

A・B・C群は表3を参照

教育・相談：本人・家族等に対する療養上・日常生活上の教育や相談を行うことを目的とした訪問(家族関係調整のための訪問も含む)

モニタリング・評価：ケアの提供状況をモニタリングし、調整の必要性等の検討を目的とした訪問

緊急対応：緊急事態が生じたため、その対応を行うための訪問

生活状況確認：食事摂取、服薬や安全確認等の日常生活状況の確認を行うための訪問

病状確認：病状が不安定のため、頻回の観察や介護者支援のための訪問(ターミナル、退院直後の場合等)

閉じこもり・生きがい対策：生活意欲等が低い状況があり、閉じこもり予防など、QOLの向上を目的とした訪問

各種サービス導入：活用可能なサービスについて情報を提供したり、サービス調整を目的とした訪問

各群に共通して多かったのは、状況把握、生活状況把握、教育・相談で、各種サービス導入はA群・B群に多かった。

5) 訪問対象者に対する保健婦の活動内容
(表5)

観察・アセスメント：各群とも最も多く、いずれも9割前後の対象者に行っていた。

医療上のケア：服薬管理の3割弱が比較的多い。A群に対する医療処置の提供は事例の12%で行われていた。

生活上のケア：手つづき・申請代行がいずれの群の事例に対しても2~3割で行われていた。

リハビリテーション：日常生活動作の訓練がB群でも3割近い事例に行われていた。

社会参加支援：教室等への参加のすすめは各群とも3割以上の事例に行われており、特にB群では半数近くに行われていた。

指導：療養指導、日常生活指導は各群ともに半数以上の事例に行われていたが、特にB群では7割以上に行われていた。

心理的援助：精神的支援は各群とも半数以上の事例に行われていたが、カウンセリング的対応は3割前後にとどまっていた。

調整：関係機関連絡・調整が多く、特にA群では7割以上の事例に行われていた。法内の社会資源導入・調整もA群では半数以上に行われていたが、B群でも4割の事例に行われていた。

家族に対する活動：A群では健康観察、生活観察、精神的支援、情報提供等が多く行われており、B群に対してもA群より割合は低いが同様の項目が比較的多く行われていた。

6) 介護保険制度導入後も保健婦が訪問で果たすべきと考える活動(表5)

介護保険制度が導入された後も、重症化予防のために自治体の保健婦が訪問で行うべきであるとする活動は、表5の「継続」欄に示した。

回答は、健康観察、生活観察、精神的支援、

療養指導、関係機関連絡・調整に集中した。健康や生活の観察は、各群とも6~8割と高く、他の項目も半数以上の事例に対して、必要と判断されていた。

家族に対する活動では、健康観察、精神的支援、カウンセリング的対応に回答が集中した。特に、A群の家族に対する精神的支援は6割以上の事例で、介護保険制度の実施後も自治体の保健婦の活動として行うべきであると判断されていた。

表5の「活動」欄(現在行っている活動)と「継続」欄(介護保険導入後もこの事例に対して保健婦が訪問で果たすべきと考える活動)を照合して、活動<継続となる項目を介護保険制度下で必要であり強化すべき活動ととらえると、本人に対してはA群、B群に対する精神的支援、C群に対する関係機関連絡・調整がわずかの差であるがあげられた。一方、家族に対しては各群の家族への精神的支援、カウンセリング的対応、B群家族に対する健康観察があげられた。

D. 考察

1. 自治体の保健婦の地域保健活動

保健領域に限らず専門的な活動は、問題現象の把握→解決すべき問題の分析→活動ニーズの把握→活動計画→実施→効果判定・計画の修正→実施・・・というプロセスを辿り問題現象の解決を目指すことはいうまでもない。

このプロセスの中で、行政組織における保健婦の果たす役割は、現在、将来を通して、次のように要約されている¹⁾。

- ・地域住民の生活をトータルに捉え、個別の対応を行うだけでなく、地域全体を総合的に把握する
- ・保健事業を実施し、直接的なサービスの提供者であるとともに、地域の健康問題を保

表5 訪問対象者に対する保健婦の活動内容（活動）および介護保険導入後も保健婦が訪問で果たすべきと考える活動（継続）（複数回答）
事例数に対する%

| 活動内容 | 訪問対象 (事例数) | A群 (99) | | B群 (55) | | C群 (74) | | |
|------------------|---------------|----------------|------|------------|------|------------|------|------|
| | | 活動 | 継続 | 活動 | 継続 | 活動 | 継続 | |
| I 本人 に対して | 観察 アセスメント | 健康観察・ニーズアセスメント | 89.9 | 74.8 | 90.1 | 81.8 | 91.1 | 73.0 |
| | | 生活観察・ニーズアセスメント | 93.9 | 60.6 | 92.7 | 67.3 | 86.5 | 66.2 |
| | 医療上のケア | 医療処置の提供 | 12.1 | | 5.5 | | 0 | |
| | | 主治医同行 | 11.1 | | 10.9 | | 2.7 | |
| | | 緊急対応 | 13.1 | | 14.5 | | 8.1 | |
| | | 服薬管理 | 29.3 | | 29.1 | | 25.7 | |
| | 生活上のケア | 生活上のケアの提供 | 32.3 | | 21.8 | | 10.8 | |
| | | 手つづき・申請代行 | 31.3 | | 21.8 | | 28.4 | |
| | リハビリテーション | 関節可動域訓練 | 22.2 | | 12.7 | | 4.1 | |
| | | 日常生活動作訓練 | 37.4 | | 27.3 | | 10.8 | |
| 社会参加支援 | 外出同行 | 14.1 | | 9.1 | | 6.8 | | |
| | 教室等への参加のすすめ | 32.3 | | 47.3 | | 29.7 | | |
| 指導 | 情報提供 | 55.6 | | 54.5 | | 41.9 | | |
| | 療養指導 | 60.6 | 42.4 | 76.4 | 65.5 | 54.1 | 54.1 | |
| | 日常生活指導 | 60.6 | | 72.7 | | 62.2 | | |
| 心理的援助 | 精神的支援 | 53.5 | 52.5 | 61.8 | 69.1 | 62.2 | 66.2 | |
| | カンパニック的対応 | 34.3 | | 29.1 | | 31.3 | | |
| 調整 | 関係機関連絡・調整 | 72.7 | 57.6 | 58.2 | 56.4 | 48.6 | 50.0 | |
| | 法内の社会資源導入・調整 | 55.6 | | 41.8 | | 28.4 | | |
| | 他の社会資源導入・調整 | 24.2 | | 5.5 | | 6.8 | | |
| II 家族 に対して | 観察 アセスメント | 健康観察・ニーズアセスメント | 64.6 | 49.5 | 30.9 | 32.7 | 18.9 | 17.6 |
| | | 生活観察・ニーズアセスメント | 61.6 | | 30.5 | | 14.9 | |
| | 医療上のケア | 医療処置の提供 | 1.0 | | 1.8 | | 0 | |
| | | 主治医同行 | 3.0 | | 1.8 | | 0 | |
| | | 緊急対応 | 8.1 | | 9.1 | | 2.7 | |
| | | 服薬管理 | 16.2 | | 5.5 | | 2.7 | |
| | 生活上のケア | 生活上のケアの提供 | 15.2 | | 3.6 | | 2.7 | |
| | | 手つづき・申請代行 | 30.3 | | 18.2 | | 6.8 | |
| | 社会参加支援 | 教室等への参加のすすめ | 28.3 | | 20.0 | | 8.1 | |
| | 指導 | 情報提供 | 52.5 | | 30.9 | | 21.6 | |
| 療養指導 | | 44.4 | | 23.6 | | 10.8 | | |
| 日常生活指導 | | 36.4 | | 21.8 | | 10.8 | | |
| 心理的援助 | 精神的支援 | 64.6 | 65.7 | 32.7 | 38.2 | 18.9 | 29.7 | |
| | カンパニック的対応 | 39.4 | 41.4 | 18.2 | 27.3 | 9.5 | 16.2 | |
| 調整 | 家族関係調整 | 21.2 | | 14.4 | | 12.2 | | |

A・B・C群は表3を参照

健計画及び保健施策等へ反映させる

- ・ 予防的活動により地域全体の健康水準を向上させる
- ・ 社会資源システム等を住民の参加を得て発展させる
- ・ 地域の健康問題を総合的に捉え、それらの問題に対し、優先順位を決定し、施策化し解決策を生み出し実施する
- ・ 住民及び関係者との共同作業として企画や施策化を行う

これらの役割と照らし合わせて考えると、自治体の保健婦の地域保健活動には、次のような特性が要求されているといえよう。

問題現象の把握や解決すべき問題の分析に際しては、対象者の健康や医療の問題にとどまらず、個人や家族の生活の質、地域社会の中の位置づけ、さらにはその個人の存在が地域社会にもたらす影響等を相互の関係の中で明らかにする。

活動ニーズの把握に際しては、個人の問題解決のための活動ニーズにとどまらず、問題の普遍性や特異性を判断し、地域として解決が必要な他の問題との相互関係を含み、地域に必要な活動のニーズを明らかにする。

活動計画の策定や実施に際しては、保健婦としての訪問計画等の個の対応にとどまらず、地域の保健計画に取り込み自治体の施策に反映させる。また、そのための活動を、対象者やその周辺の人々を含んだ地域住民と、問題を共有し、解決のための目的の共有を図り、行政と地域住民との役割、それぞれの専門家と地域住民との役割の分担の上で進める。

効果判定に際しては、問題を持った個人の状況の好転にとどまらず、活動によって地域条件がどのように変化したか、同種の問題の発生が予防される体制ができたか、あるいはは問題の発見や解決が容易になったか等を指標

として、活動参加者全体で結果を共有する。

2. 介護保険認定該当者に対する保健婦の家庭訪問指導

平成10年度に実施された要介護認定モデル事業の結果では、要介護度2、3度がほぼ同割合で計43%を占め、4、5度が21%と、中程度が多い全国データが示された²⁾。

本研究では、前述の如く比較する結果が得られなかったが、実際の認定作業ではモデル事業より軽度の割合が高くなるのではないかと思われる。が、いずれにしても介護保険の該当者の中でも、中程度あるいは軽度の要介護度に対しては、より重度にしないための予防的介護が必要である。

今回の結果でも、保健婦の家庭訪問の主な目的(表4)にみるように、A群に対しては状況把握、各種サービス導入、生活状況確認教育・相談が6割以上の対象事例に行われていた。また、介護保険導入後も保健婦が訪問で果たすべきと考える活動(表5)でも、本人に対して健康観察、生活観察、関係機関連絡・調整、精神的支援等が、家族に対して精神的支援、健康観察、カウンセリング的対応があげられていた。

状況の把握や確認の視点は、前述のような自治体の保健婦の役割に即したものであり、介護保険サービスとして行われる訪問看護、訪問介護とは異なる角度によるものである。また精神的支援は、訪問対象者の状況で述べたように、A群では、保健婦からみて生活意欲がほとんどないと感じられる事例が2割あり、B、C群に比べて生活への意欲が乏しくなりがちである。外出が困難であることから、家族の介護は得られていても生活の質に関しては支援が十分とはいえず、介護保険制度下でも生活の質の保障には手が廻らないのが実状であろう。現在受けていないが訪問対

象者に必要と思われるサービス（表3）でも、ショートステイ、通所介護、ボランティアの導入がもっと必要であるとしており、A群の対象者に対して、保健婦は家から外に出ること、外から人を導入することの必要性をあげていた。在宅で療養する人々を地域に出すこと、人との交流の機会を作ることは病気や障害を持つ人々を地域社会のメンバーとして位置づけるためにも重要なプロセスである。

家族に対する働きかけも、保健婦が自らの役割であると認識している事柄の一つである。介護保険制度を用い家族の介護を物理的に支援することは重要であるが、加えて、家族が自信をもって積極的に介護し、その経験を地域に還元して自らの活動を意義あらしめるための援助は、地域の高齢化がますます進む中で、健全な地域社会を構成するために不可欠である。

自治体保健婦のもつこれらの役割を明確にし、介護保険制度による種々のサービスの地域における実状を勘案して、介護保険認定該当者に対しても自治体保健婦による家庭訪問活動を何らかの形で継続することが、今後の健康な地域づくりにとって極めて重要であるといえよう。

3. 介護保険認定非該当者に対する保健婦の家庭訪問指導

介護保険を受けることを望みながら非該当とされる人々は、6割が日常生活が自立しているが、8割以上が通院医療を必要とし、7割以上が居住環境上に問題があり、6割が昼間は独居となる状態にあった。

本人や家族が介護保険の受給を望まない場合は、自立に対する明確な価値観があると推測されるが、申請しながら非該当となる場合には、自立度が高いことを介護保険制度の利用に関してマイナスと受け取る人が出ること

が危惧される。特に家族のそのような考え方は、本人の自立への意欲をそぎ、家族の支援の質にも影響すると考えられる。非該当となった対象者が、自立への意欲を失わず、介護保険該当者に移行しないために、積極的な支援が必要である。

現在B群にも訪問介護、通所介護、ショートステイ等がかなり使われていたが（表3）、現在わずかの事例しか利用していない住宅改修費、緊急通報装置の設置、ボランティアの導入が25%の対象者に必要であると考えられている等、自立を保持・促進するための支援は、今後B群にこそ需要度が大きいと考えられる。

介護保険導入後も保健婦が訪問で果たすべきと考える活動（表5）は、A群と同じ項目があげられた。特に割合が高いのは健康観察で、健康状態の変化によって自立度が低下し介護保険該当となる恐れが大きく、いち早く健康問題を把握あるいは予測し、対応する必要が重視されていた。

介護保険による訪問看護・介護の対象とならないこれらの人々に対しては、自治体保健婦による訪問活動が、集団指導等の他の地域活動と有機的に連動し、計画的に展開されることが重要である。

自立を助け積極的に健康問題の予防をするためには、ほとんどが医療を受けていることから、医療機関をコアにした支援体制も検討する必要があるだろう。

4. 独居高齢者または高齢者のみの世帯に対する保健婦の家庭訪問指導

独居高齢者や高齢者のみの世帯は、家族による介護保険申請がなされにくく、介護保険制度の適用からはずれる恐れがあると考えられることから、本研究では特にC群として調査を行った。C群は、一人で生活が可能であ

る人が多く自立度が高いことおよび昼間独居状態にあることは当然であるが、B群と同様に8割以上が通院医療を受けており、5割が居住環境上の問題を有していた。

3群のうちで最も生活意欲が認められ、生活の質に関しても、比較的良好に保たれる状況にあると考えられるが、それを阻む環境上や健康上の要因に対して、支援が必要である。C群の半数は訪問介護を受けており、配食・給食、緊急通報装置の設置等、生活の保持や安全に関して、他群よりもサービスの利用度が高い点は、既に保健婦その他の行政による支援をかなり受け入れていることが伺われた。しかし、通所介護やボランティアの導入なども加えて、現在ある程度実施されているサービスも、さらに多くの対象者が必要としていると判断されていた(表3)。

C群においては、止むを得ず独居や高齢者のみで生活している場合と、何らかの価値観をもって積極的にこの世帯形状を選択している場合とがあり、一概にはいえないが、生活意欲や自立度が保たれる点において、このような生活が維持できるように支援することが必要である。地域のサービスの情報が行き届かなかったり、利用するための手続きがわからない等の理由でサービスの利用度は高いとはいえないが、A、B群と同様のサービスを必要に応じて気軽に利用できるような配慮が重要であろう。

5. 地域における保健福祉サービスの充実

介護保険制度の導入に向けて、保険で提供されるサービスの地域格差が問題となっている³⁾。市町村によっては、保険制度実施に間に合うように整備するのは困難である場合や、自治体でともかくも準備はしても、利用者側の地理や環境的な条件から、住民が平等に利用できる体制にならない場合等、多くの例が

考えられる。本研究で調査した対象では、人口規模による差は特に認められなかった。サービスの項目のみの有無で内容にまでは踏み込んでいないため、どの程度の需要を満たし得るサービスであるかを判断するには至らないが、人口規模の小さいほど65歳以上人口の割合が大きく(表1)、従って介護保険の対象となる人々の割合も大きいことを考え合わせると、人口規模の小さい地域にこそ、介護保険サービスのメニューが質・量ともに豊富に準備される必要があることは明白である。

結果で述べたように、介護に関してはナイトケアサービスが今後の問題であろう。24時間の支援は、行う側も受ける側も負担が大きいが、先進的な地域もあり、各地域や個々の対象者に合った方法を考える必要がある。

保健医療の専門的な支援は、医師の関わりは多いが、その他の専門職種においては、まだ十分とはいえず、地域を把握している保健婦が専門的支援組織づくりをプロデュースする必要がある。

生活環境整備は、メニューはできているところが多いが、実際の利用はこれまでみてきたように、まだ行きわたってはならず、日常生活の支援も細部にわたってはまだまだこれから考えられるメニューも多いと思われる。

地域におけるこれらの保健福祉サービスは、その成り立ちを振り返ってみると、個々の実際事例から保健婦その他の関わりを持った人々によって提起された問題が動機となって、地域での普遍性が認識され、施策化へ結びついていったものである。ある地域での実践例から他の地域に波及した場合も多いが、その際もそれらの問題が地域に存在することを明らかにした人々がいたからこそ、施策化に至ったと考えられる。このような視点を持って地域活動を展開するのが自治体保健婦の役割

であり、介護保険導入後もこの役割は変わらない。

E. 結論

自治体の保健婦が従来より行ってきた家庭訪問指導は、対象の如何に関わらず、行政組織における保健婦の果たす役割に添って実施されてきた。

本研究の結果から、介護保険認定該当者に対しては、より重度にしないための予防的活動として、健康観察、生活観察を中心とした訪問が必要であり、地域の支援体制づくりを目指した関係機関連絡・調整を行い、かつ家族に対して精神的支援、カウンセリング的対応を行うことが必要であると考えられた。

特に、保健婦からみて生活意欲がほとんどないと感じられる事例もあり、ショートステイ、通所介護、ボランティアの導入など、家から外に出ること、外から人をいれることがもっと必要であると考えられた。

自治体の保健婦の持つ役割を明確にし、介護保険制度によるサービスの地域における実状を勘案して、介護保険導入後は介護保険認定該当者に対しても、自治体保健婦による家庭訪問活動を継続することが、今後の健康な地域づくりにとって極めて重要である。

介護保険認定非該当者に対しては、本人や家族の自立への意欲を促し、介護保険対象へと移行することを予防する活動が必要である。

健康観察を重点に重症化予防を図るとともに、集団指導等の他の地域活動と有機的に連動して、計画的な支援を行うために、自治体の保健婦の訪問活動を増強する必要がある。

独居高齢者または高齢者のみの世帯に対しては、これらの対象者が家族による介護保険申請がなされにくいいため、介護保険制度の適用からはずれることのないように、状況を把

握する必要がある。また、最も自立度が高く生活意欲があるグループであることから、自立の保持・増進に助けとなるサービスの利用を促進し、地域社会との交流を促して、閉じ込めを予防する活動が重要である。

以上の対象者を支える地域における保健福祉サービスは、地域格差が大きく、介護保険実施に向けて、まだ多くの問題を残している。今回の調査では、人口規模による差は認められなかったが、人口規模が小さいほど高齢化が進んでおり介護保険の対象となる人々の割合も多いことから、人口規模の小さい地域にこそ介護保険サービスのメニューが質・量ともに豊富に準備される必要がある。ナイトサービスや保健医療の専門職種との関与、ボランティアの導入など、まだ不十分である領域について、その地域なりの充実が必要であり、保健婦のきめ細かい情報把握とシステムづくり活動の一層の強化が重要である。

F. 研究発表

本年度はない

G. 知的所有権の取得状況

該当するものはない

文献

- 1) 湯澤布矢子, 池田信子, 小林良二他. これからの行政組織における保健婦活動のあり方に関する研究. 厚生省保健医療福祉地域総合調査研究事業, 平成8年度研究報告書: 1997; 3
- 2) 武部 隆. 中程度の要介護が43%占める一介護保険の98年度認定モデル事業一. 厚生福祉: 1999年2月3日号, 2-3
- 3) 丸山実子. 介護サービス、埋まらぬ地域差一厚生省の97版老人保健福祉マップ. 厚生福祉: 1999年1月13日号, 2-4

その2

総合相談窓口と介護保険制度の有機的な連携に関する検討

A. 研究目的

市町村の規模によって、実施されている相談窓口の体制は異なってくると思われる。地域の中でケアニーズのある人々をまず受け止め、ケアサービスに繋いでいく機能としての総合相談窓口体制の開設状況を調査し、市町村のタイプ毎にシステム、実績、組織などを比較検討する。そのことにより介護保険法との関連において、対象外の住民に対する総合的な相談体制のあり方について考える。

B. 研究方法

1. 望ましい総合相談窓口体制の概念図の作成

ケアコーディネーションの機能に関する研究班の研究結果¹⁾に基づき、望ましい総合相談窓口体制を、資料1(巻末)の様な概念図として描いた。

総合相談窓口における「総合」とは、現在一般的に、次の2つの立場で用いられていると考えた。

- ①乳幼児から高齢者まで、年齢を問わず、障害の程度を問わず、あらゆる住民のケアニーズに応えるための窓口
- ②ある特定の領域(例えば高齢者、精神障害者等)について、保健・医療・福祉の諸サービスが一体的に提供できるための窓口(この場合当然ながら自らニーズを表出できない人や、近隣苦情等当事者でない住民からの相談など潜在している問題にも対応する)

また「総合相談窓口」体制とは、単に相談のみに終わることなく、窓口の後方に、問題解決を図るための詳細なアセスメントを行い、具体的にサービスを提供したり、関係機関に繋げていく、「在宅ケアシステム」がその背景に存在することを意味する。従って、「総合相談窓口」の行われる場合は、必ずしも物理的に同一の施設、場所でなければならないわけではなく、「相談」から「ケアアセスメント」、「サービスの提供」、「モニタリング・評価」の一連の過程が行われることが組織的に(場、マンパワー配置、予算措置)保障されていればよいと考えた。

2. 調査票の作成

1. の概念図に従い、現在地域で行われている各種相談体制について、上記①としての「総合相談窓口」及び、②ケアニーズのある下記の(A)～(G)の7領域毎に保健医療福祉の一体的相談窓口体制のありなしの、2側面から実態を明らかにするために、質問形式の調査票を作成した(資料2:巻末)。

- (A) 要介護高齢者(介護保険の対象者を想定)
- (B) 閉じこもり・虚弱高齢者
- (C) 近隣苦情・多問題家族等相談
- (D) 精神障害者
- (E) 難病患者(含身体障害者)
- (F) 心身障害児
- (G) その他の母子保健問題(育児不安、思春期問題、虐待等)

3. 調査の協力依頼

①地域ケアのコーディネーション研修受講生

平成5年度から厚生省が日本公衆衛生協会に委託して実施している、「地域ケアのコーディネーション研修」の平成10年度(61名)及び、9年度(47名)東日本ブロック研修受講生、並びに受講生で組織している地域ケア政策研究会の平成10年度集会の参加者(82名)の中から次の基準により調査を依頼した。協力依頼は保健所及び市町村の保健婦とし、同一職場から出席者が複数いる場合は、共同して、又は1名に、また保健所の場合は管内の情報のある適当な市町村を選別してもらうか、当該市町村の保健婦に記入を依頼してもらった。政令市区については、区又は市の全体を対象とした。

②山梨県市町村

山梨県内64市町村について、管轄保健所をとおして、調査の依頼をした。

③東京都区部、多摩地域

東京都23区、多摩地域31市町の、地域保健・福祉の全域を統括する部署の保健婦に回答を依頼した。

4. 調査の回収数

回答が得られた市町村は、①については81市町村、②は50市町村(回答率78.1%)、③の特別区12(52.2%)、多摩地区18(58.1%)であった。

5. 集計解析

①～③のそれぞれは調査の依頼方法が異なるが、今回は回収データの全てを合計し、市区町村の規模、タイプ別に検討をおこなった。同一市町村から複数回答のあったところを整理し、表1のように、合計162市区町村について、集計解析を行った。集計には秀吉for Windows(社会情報サービス(株))を用いた。また今回の調査では、窓口が開設されていない地域では、当該事項の質問に関して、回答すべき情報を持っていない場合(=その殆どが実施していない)、不明としたものが多かった。データの読み、解析をする際に、「不明」データも、「実施していない、できていない」と見なし、「不明」回答も生かした。

C. 結果

1. 全てのケアニーズに対応する「総合相談窓口」の

設置状況(図1)

1) 総合相談窓口の有無

「ある・準備中」と回答しているものが「政令市区」で多く(区で64%、政令市で75%)、次いで「村」、「町」、「市」の順で、「市」が最も少なく20%である。

2) 開設年度(表2)

あるとしたところの開設年次をみると、特段最近増加しているという傾向はなかった。

3) 設置主体(図2)

その殆どは市区町村が設置主体で、公設民営、民営はわずかであった。

4) 担当職員(図3)。

保健婦のみで行っているところは「村・町」に圧倒的に多く、「政令市区・市」ではケースワーカー、看護婦等他職種と協働しているところが半数近い。

5) 介護保険制度発足後の相談体制(予定)(図4)。

現行のままとしたところが全体では17%程度で、殆どのところは現状ではわからないと答えていた。

2. 各領域別の相談窓口体制の有無

1) 高齢者に対する相談

(1) 介護保険の対象高齢者に対する相談体制(図5)

自治体:殆どの市町村で、窓口ありと答えており「政令市区」は100%であるが、村では自治体が窓口を開設していないところがあった(8%)(図5)。又その開設部署は「村・町」、「政令市」の80%程度が保健福祉の統合部署であるが、「特別区」では約半数が福祉部署であった。保健部署と答えていたところが10~20%あった(図6)。在宅介護支援センター(以後「在介センター」とする)は3/4に設置されていた(図7)。在介センターは政令市区、市の殆どで設置されていたが、村ではないところが半数にもなる。在介センターの性格は、「政令市」では全てが民営であり、「市」においても民営が多かった(82%)。「特別区」は64%が公設民営である(図8)。

(2) 閉じこもり高齢者に対する相談(図9)

閉じこもり虚弱高齢者を対象とした相談窓口が開設されていないと答えたところは殆どなく、大部分のところでの公的機関が相談を受け留めているが、規模が大きくなるほど在介センターでも相談を受け留めている。

(3) 近隣苦情などその他の相談の受け止め(図10)

閉じこもり・虚弱高齢者と同じく、規模が小さいほど市町村のみで受けているところが多く、在介センターの関わりは少ない。

(4) 高齢者に対する相談窓口の総括(高齢者総合相談窓口)

以上(1)~(3)のことから要介護高齢者のみならず、ケアニーズを持つあらゆる高齢者に対する相談窓口体制を総括すると(図11)、総合的、一体的な相談体制ではないところが「村・町・市」の約10%程度にみられた。規模の大きい自治体程、市町村、在介センターの両者でおこなっており、規模が小さい程自治体のみで実施している。

2) 精神障害者(図12)

自治体のみで実施しているところは「村・町」で多く(70~80%)、「政令市・区」の半数は地域病院でも相談の補完している。「市」の15%が相談を受けておらず、保健所以外には相談の場がないと回答していることは注目すべき点である。「政令市・区」で「保健所のみ」と回答しているところは、基本的には「市町村のみ」と同等と思えるが、その保健所および相談部署の組織的違いもあるかと思われる。

3) 難病患者(図13)

2)の精神障害と殆ど同じ傾向であるが、地域病院等の相談機能がやや少ない。

4) 心身障害児(図14)

2)、3)と殆ど同様の傾向であるが、より市町村規模による格差が大きく認められる。

5) その他の母子保健問題(図15)

4)の心身障害児と殆ど同様の傾向である。

4. 窓口での相談後の対応

図16~23の表側は調査表作成の時点で、1. サービスの提供を行う、2. 関係機関に繋ぐ、3. 相談のみで終わる、の3選択肢から単数回答をしてもらう予定であったが、多くの自治体で複数回答をしており、相談にくる住民のケースバイケースで、その対応が異なる場合も多いことが考えられた。従って複数回答を、1. サービスの提供までおこなっている、2. サービスの提供をおこない、関係機関に繋ぐ場合もある、3.)サービスの提供、関係機関に繋いでいるが、相談のみで終わる場合もある、4. 関係機関に繋ぐのみ、5. 相談のみで終わる、の5単数回答に加工した。

1) 高齢者

要介護高齢者に対しては、自治体、在介センターともに、規模が小さいほど、サービスの提供まで行っている、または関係機関に繋ぐところまで行っている割合が高いが、規模の大きい「政令市・区・市」では直接的

にサービス提供まで行うことは少なく、相談のみで終わる場合も見られており、相談内容、要望が多様なことが伺える(図16、17)。

閉じこもり・虚弱高齢者、その他の高齢者の相談後の対応は、要介護高齢者と殆ど同様の傾向であるが、「村」を除いて、サービスの提供につながることはやや少なく、また相談のみというところも認められる(図18、19)。

総じて高齢者相談の後の対応としては、別の部署に繋がっているところが多いが、村では相談機能とサービス提供が一体的におこなわれている、ということが出来る。

2) 精神障害者、難病等、心身障害児、その他の母子

いずれもサービスの提供、連携を行う、と回答したところは小規模町村で多い傾向は高齢者と同様である。また自治体で直接サービスの提供をするまでにはいわず、他の機関に繋げるのみ、相談を受けるのみが多くなっている(図21~23)。精神・難病では「市」は相談後の対応が他の自治体より不十分と見受けられた。

5. 相談窓口体制の評価

1) 高齢者(図24~27)

高齢者への相談体制は、公的機関では約70%が、“評価できる”~“まあまあ評価できる”としているが、在介センターに対する評価は、市町村によってばらつきが認められる。要介護高齢者からその他の高齢者相談まで、「市」は、他の自治体と比べて、相談窓口の評価が低い。

2) 精神障害者、難病等、心身障害児、その他の母子

高齢者相談と比較して、いずれもあまりできない”、”殆どできない”割合が高く、その傾向は精神・難病で「市」に特に著しい(図28~31)。またいずれの項目でも不明回答が多いが、市町村では精神、難病は保健所が分担しており、「政令市区・市」では高齢者と母子等の所管部署が違い、それぞれに情報を持っていないことがうかがえる。

6. 情報機能の一本化(住民のケアニーズ情報の集約化)

1) 高齢者

要介護高齢者では、担当部署で分散管理されており(54%)、“情報が一元化されている”ところは全体では30%であった。自治体のタイプ別では、一元化されているところは、特別区(43%)、政令市(35%)、町(33%)の順で「村」が最も低かった(21%) (図32%)。閉じこもりやその他の相談では、要介護高齢者に比して、情報が集約されにくく傾向がある。全体を通して、「町」が他の村・市

に比して“情報が一元化している”割合が高い(図33、34)。

2) 精神障害者、難病等、心身障害児、その他の母子

難病、精神では“一元的に集約されている”割合が低く”、“各部署に分散”、“殆ど集約されていない”が多い。この場合も「町」が、“一元的に集約されてる”と答えていたところが他のタイプの自治体に比して多い。

7. 相談窓口体制に影響を及ぼす要因

1~6までみてきたように、相談体制の有無、実施状況、成果は市町村の形態別で様々である。そこで相談窓口体制に影響を及ぼす要因として、①自治体のタイプ、②行財政指数、③保健婦の担当人口、④保健婦の配属部署、⑤高齢化率、⑥出生率の6つのアイテムをとりあげ、a. 相談窓口の有無、b. 相談後の対応、c. 相談窓口の評価、d. 情報の一元化の4領域について、相談窓口の種類(A~G)毎に、その影響の強さを、数量的に算出した。各アイテム間の相関がかなり高いので(表5)、数量化解析は行わず、各アイテムのカテゴリーに対して平均値からの偏差を算出した。有意差は χ^2 検定により行った。

図40~43及び表4から、a. 相談窓口の有無、b. 相談後の対応、c. 相談窓口の評価、d. 情報の一元化の4領域について、窓口の種類毎に有意な関連要因を総括したものが表6である。

現在地域で行われている相談窓口を、1. 介護保険対象者である高齢者(市町村が実施主体)を中心にした窓口と、2. 介護保険以外の、ケアニーズのある住民(多くの県で保健所の役割)に対する窓口の2つに大別すると、介護保険法がらみの体制整備は、比較的行財政力のある大都市、政令市区で推進されているが、高齢者の内でも保険対象外の閉じこもり・虚弱高齢者にまで手がかけられているのは保健婦の担当人口の小さい小規模町村であるといえる。また精神・難病など従来から保健所の役割とされていた対象については、小規模の自治体では、町村の保健婦が対応してきており、逆に大規模な自治体(=市)では、これらの対象者には十分な手がかけられていないことが推察される。

D. 考察

1. 総合相談窓口の意義

平成12年度から開始される介護保険法の体制づくりの一環として、申請窓口が整備されつつあるが、一方新しい地域保健法体制下における、住民のあらゆるケアニーズを受け留める場としての総合相談窓口の設置も併せて推進することが勧奨されてきている^り。かねてより、プライマリーな健康問題は市町村、精神障害者、難病患者や身体障害者に対する支援は保健所という役割分担の元に、地域保健活動が展開されてきた

が、これも一応の原則論であって、地域の実情によって、市町村、保健所との分担、連携の度合いは様々である。さらにその後のサービス提供機関への引継、継続支援、サービスの評価等、必ずしも一貫した体制が確立されているとはいえない実態である。また、平成14年を目途に難病患者の支援活動も市町村に移行する趨勢にあり、精神障害者への支援体制と併せて、ケアニーズのある住民はまず市町村が受け止める方向にある。住民の保健の領域のこのような状況の中で、保健と福祉の一体的なサービス供給体制が不可欠な高齢者については、介護保険法の開始という時間的な制約もあり、他の領域とは一応切り離して検討せざるを得ない状況にある。しかしながら、(ライフサイクルを通しての一貫性のある、障害の種類、程度を問わず)あらゆる住民に対する健康障害の予防、セルフケアへの支援という公衆衛生、看護の理念、目的に沿った保健活動体制の中での相談窓口のあり方について明確にすることも、今この時期においては緊急的課題といえることができる。

今回の調査では、全てのケアニーズに対応するという意味での「総合相談窓口」の設置状況は政令市区で60～70%、市町村では20～30%であるとの回答が得られたが、その内容を点検すると、必ずしも全てのライフステージを対象とした窓口ではなく、かなり高齢者を中心にした窓口体制のことであると思われた。

2) 要介護高齢者に対する相談窓口体制

高齢者に対する相談窓口は、介護保険制度開設に向けての準備もあってか、いずれの形態の市町村においても90%以上が窓口が設置されており、概ね介護保険を想定した窓口は整備されているといえることができる。中でも政令市区等財政力のある自治体では、相談後の対応等内容的にも評価できる。また保健福祉が統合されている市町村では情報も一元化されている。

3) 介護保険対象外高齢者に対する相談窓口

本研究班は平成9年度厚生科学研究において、東京都S区の総合相談窓口(40歳以上の在宅ケアニーズのある人々を対象)を訪れた住民の相談内容を調査した^{2,3)}。その結果、①介護保険の対象となることが想定される群と、②介護保険対象外の寝たきり・閉じこもり予防群、③これら以外の近隣苦情や他問題家族、老人虐待など介護保険等通常の窓口には上がってこない種々の潜在化した問題、の3つに大別されることがわかった。本調査でもこの3つの領域の相談を想定し調査したが、②、及び③については日頃これらを視野に入れた保健活動を行っているところと、そうでないところとは、窓口に対する意識が異なって、回答も必ずしも共通の認識の上での回答ではないことが推測され、多くの市町村は介護保険への対応で目一杯と思われ

た。しかし本調査を実施することにより、住民の相談に様々なレベルの問題があることに関して、注意を喚起した教育的効果があったことが評価できた。

介護保険の対象外(閉じこもり等)に対する相談窓口は、「村」、などあまり財政力はないが、保健婦の担当人口が適正で、個別的にきめ細かい活動が出来ているところでは相談体制もあり、その後の問題解決への支援も行われていることが伺えた。また多くの自治体で情報を一元的に集約することも、保健婦の担当人口が小さいが故に可能であることもいえた。しかし相談後の対応については「政令市区等の財政力のあるところで評価ができ、小規模町村ではサービスメニューも不足がちであると思われた。

4) 精神障害・難病等に対する相談窓口の現状と問題点

「村」、「保健婦の担当人口が少ない」、「高齢化率が低い」自治体で窓口が充実しているといえた。一方窓口に対する評価は特に「市」、「財政力が高い」ところで低い。

ケアニーズを持つ精神・難病患者、身体障害者・児に対する相談支援は、従来から主として保健所の役割とされてきたが、市町村の側からみると、保健所から発信した連携は十分とはいえない。規模の小さい町村では、今までも母子から高齢者まで、いろいろな相談を一元的に実施してきており、従来の相談が既に総合相談的体制であったといえる。しかし民間など多面的なサービス提供機関が不足していることが窺え、相談機能の充実より、サービスの供給体制の整備が必要と思われた。精神・難病等介護保険対象外のケアニーズを基人々に対する相談体制は、特に規模の大きい「市」においては、不十分であるといつてよい。平成13年度を目途に、精神障害者や難病患者への在宅ケア支援事業は市町村に移行することがいわれている。元々地域に定着していなかった支援システムを、新たに市町村実施という新しい体制の中で、根付かせることは容易なことではない。従来から先駆的な保健所を中心に、行われてきた精神障害者や、難病患者、心身障害児に対する個別支援や支援ネットワークシステムの方法論が、市町村移管に当たり、スムーズに移行し、且つ実施されてこなかった地域にも波及して行くためには、今までの活動の評価を集大成することが必要である。更に介護保険法の開始の時点で、場はどこにせよ、寝たきり予防、あらゆるケアニーズに対応するための機能としての「総合相談窓口」の体制整備が急務である。

引用・参考文献

- 1) 北川定謙、他：地域ケアコーディネーションの機能に関する研究. 地域保健における保健婦等の活動に関する研究 班報告書. 115-129, 1997
- 2) 田中久恵、他：寝たきり予防を主軸にした保健活動の評価. 地域保健における保健婦等の活動に関する研究班報告書. 26-38, 1997
- 3) 田中久恵、他：総合相談窓口におけるケア・コーディネーション機能に関する研究. 平成9年度「地域保健における保健婦等の活動に関する研究報告書」. 275-289

研究協力者

佐藤京子、金丸洋子(山梨県立看護大学)
長谷部史乃(日本赤十字武蔵野短期大学)

表1 調査依頼先と回答市町村

| | 合計 | 村 | 町 | 市 | 区 | 政令市 |
|-----------------|-------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| 全体 | 162 (100.0) | 24 (14.8) | 57 (35.2) | 55 (34.0) | 14 (8.6) | 12 (7.4) |
| 地域ケアコーディネーション研修 | 80 (100.0) | 8 (9.9) | 25 (30.9) | 35 (45.7) | | 12 (13.5) |
| 山梨県市町村 | 50 (100.0) | 15 (30.0) | 30 (60.0) | 5 (10.0) | | |
| 東京都特別区 | 14 (100.0) | | | | 14 (100.0) | |
| 東京都多摩地区 | 18 (100.0) | 1 (5.6) | 2 (11.1) | 15 (83.3) | | |

地域ケアコーディネーション研修生で、所属が山梨県、東京都の場合はそれぞれの地域に算入した。

図1 総合相談窓口の設置状況

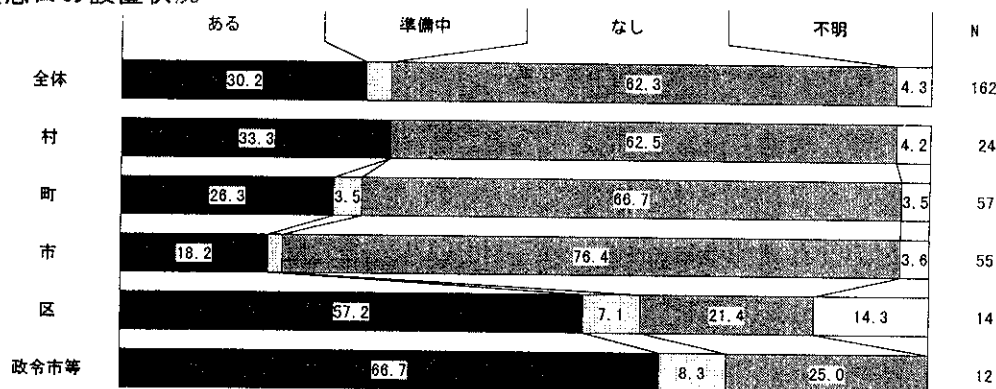


表2 総合相談窓口開設年度

| | 合計 | 平成6年度以 | 平成7年度 | 平成8年度 | 平成9年度 | 平成10年度 | 不明 |
|------|------------|-----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|
| 全体 | 56 (100.0) | 13 (23.2) | 8 (14.3) | 9 (16.1) | 10 (17.9) | 6 (10.7) | 10 (17.9) |
| 村 | 9 (100.0) | 2 (22.2) | 1 (11.1) | 1 (11.1) | 1 (11.1) | | 4 (44.4) |
| 町 | 17 (100.0) | 1 (5.9) | 1 (5.9) | 3 (17.6) | 4 (23.5) | 5 (29.4) | 3 (17.6) |
| 市 | 12 (100.0) | 6 (50.0) | 2 (16.7) | | 2 (16.7) | 1 (8.3) | 1 (8.3) |
| 区 | 10 (100.0) | 3 (30.0) | 1 (10.0) | 2 (20.0) | 2 (20.0) | | 2 (20.0) |
| 政令市等 | 8 (100.0) | 1 (12.5) | 3 (37.5) | 3 (37.5) | 1 (12.5) | | |

図2 総合相談窓口の設置主体

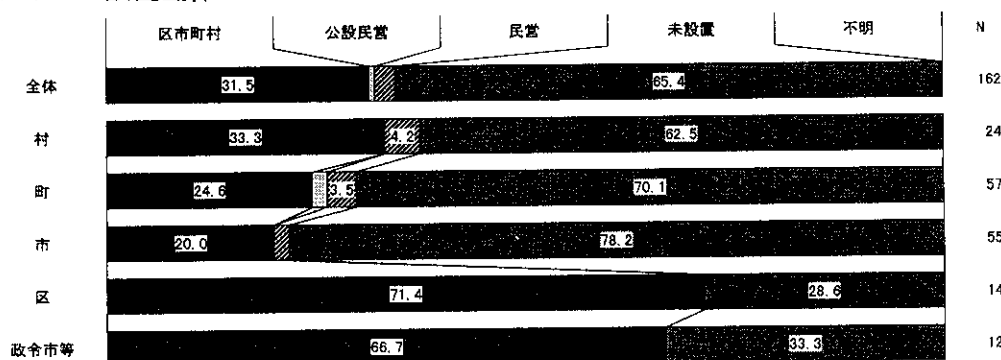


図3 総合相談担当職員

