

厚生科学研究費
補助金事業

平成11年度健康科学総合研究事業

寝たきり予防活動推進のための方策研究報告書

平成12年 3 月

主任研究者

田 中 久 恵

(山梨県立看護大学)

平成11年度厚生科学研究費補助金(健康科学総合研究事業)

「寝たきり予防活動推進のための方策に関する研究」報告書

研究組織

主任研究者	田中久恵(山梨県立看護大学)
共同研究者	平野かよ子(国立公衆衛生院)
	鳩野洋子(同上)
	山田和子(同上)
	長谷部史乃(日赤武蔵野短期大学)
	佐藤京子(山梨県立看護大学)
	金丸洋子(同上)

目 次

はじめに	田中久恵	1
1. 寝たきり予防活動推進のための方策に関する研究（総括）		3
2. 全国市町村における寝たきり予防活動の実施状況と推進のための方策		7
田中久恵(山梨県立看護大学)		
佐藤京子(同上)		
金丸洋子(同上)		
平野かよ子(国立公衆衛生院・公衆衛生看護学部)		
鳩野洋子(同上)		
山田和子(同上)		
長谷部史乃(日本赤十字武蔵野短期大学)		
3. 閉じこもり高齢者の実情及び閉じこもりの出現頻度		23
田中久恵(山梨県立看護大学)		
佐藤京子(同上)		
金丸洋子(同上)		
4. 地域高齢者の閉じこもりの状況とその背景要因の分析		41
－外出行動に着目した分析－		
鳩野洋子(国立公衆衛生院・公衆衛生看護学部)		
田中久恵(山梨県立看護大学)		
5. 虚弱老人の閉じこもり予防を目的としたサービスの利用者の特徴と効果		53
－サービス利用者と非利用者の日常生活状況の比較から－		
鳩野洋子(国立公衆衛生院・公衆衛生看護学部)		
田中久恵(山梨県立看護大学)		
山田和子(国立公衆衛生院・公衆衛生看護学部)		
6. 訪問看護ステーションにおける寝たきり予防サービスの課題		67
長谷部史乃(日本赤十字武蔵野短期大学)		
田中久恵(山梨県立看護大学)		
7. 寝たきり・閉じこもり予防支援のためのアセスメント票		
1) 標準版		83
2) 圧縮版		85

はじめに

高齢者の自立支援、並びに介護支援が国民的課題になって久しくなりますが、いよいよ介護保険法の本格的実施の時期を迎えました。この体制が無事に継続運営できるためには、今後益々増えてくる高齢者が、寝たきりにならないで、いきいきと豊かな生活を送ることができるための方策を強力に推し進めることが重要であることの認識は急速に高まっています。そしてこのことを推進していく人材として、保健婦に熱い期待が寄せられています。また国は、介護保険法の実施に合わせて、「介護予防」を政策として打ち出してまいりました。

本研究班は平成5年度より、寝たきり予防を主軸にした保健婦活動のあり方について、研究を重ねて参りました。その中でわかったことは、保健婦は老人保健法の施行以前から、また、施行以後は更に強力に、要介護状態にある高齢者、難病患者等に対しては、ケアコーディネーションの役割を、寝たきりのハイリスク高齢者に対しては、リハビリ事業を展開したり、地域のグループにつなげる等の活動を実施してきているということです。しかしながら、地域に対して責任を持つということは、本来は多様な地域のケアニーズをトータルに、構造的に把握することが必要である筈なのに、縦割りの事業主導の考え方(事業の実働部隊で、企画へ参画していない)、(需要数に対する)保健婦のマンパワー不足、組織的位置付け、管理的ポストへの配置がない等、多くの隘路があって、地域全体を掌握していない、従って地域全体をカバーする事業展開になっていない状況にあることが明らかになりました。

介護保険法が要介護状態にある全ての高齢者を対象としている、という点で、介護保険事業もサービスのひとつとして、地域のケアニーズを総体として捉えて、事業展開をしていくためには、上にあげたいくつもの隘路を解決していくと同時に、従来の保健婦活動のあり方に大きな転換、改善、或いは発想の転換が必要ではないかと感じてきております。

平成11年度は、寝たきり予防に視点を置いた保健婦の活動のあり方として、様々な段階のケアニーズを地域全体として把握すること、及び寝たきり・閉じこもりの関連要因を明らかにし、予防のための方策を検討することを課題といたしました。

全国規模の調査、及びいくつかの市町村を対象とした調査など、介護保険関係で多忙な地域の保健婦様方に多大なご協力をいただきました。やっと報告書に仕上げましたので、ご協力のお礼を兼ねて送付させていただきます。日常の活動に少しでも参考になればと念じております。まだいきいき予防活動の事例集等、解析途中で今回の報告書には掲載できない研究もあり、検討不十分な部分も多々あるかと思えます。どうぞ忌憚のない意見をお寄せくださいますようお願いいたします。

平成12年3月31日

平成11年度厚生科学研究費補助金(健康科学総合研究事業)
「寝たきり予防活動推進のための方策に関する研究」班
主任研究者 田中久恵 (山梨県立看護大学)

寝たきり予防活動推進のための方策に関する研究

主任研究者 田中久恵

I. はじめに

介護保険制度の実施を目前にして、濃厚な介護・看護を要する高齢者や障害者に対する、最適な在宅介護サービスを提供する仕組みとしての制度に懸ける期待は大きいですが、一方では今後、益々増強する高齢社会において、寝たきりにならない、しないための方策が極めて重要であるとの認識も高まっている。本研究班は平成5年から、在宅介護支援体制の中で、地域保健活動が果たす役割は、ケアニーズがある全ての人々に対するケアコーディネーターの役割と、同時に閉じこもりがちな虚弱高齢者などを寝たきりにしない活動を推進していくことであることを、先駆的な取り組みをしている地域の活動を素材に研究的に示してきた。

保健婦はかねてより老人保健法に基づく訪問指導事業をてこに、寝たきり予防を主軸にした地域保健活動を展開してきているが、マンパワー配置等様々な隘路があり、全国的にみてその取り組みにはかなりの格差が認められる。市町村においては介護保険法の体制整備に忙殺され、寝たきり予防までは手がまわらないというのが実態と思われる。また、寝たきり予防活動は方法論的に確立していないという現状も、取り組みが遅れているとされる理由の一つであろう。

そこで今年度は、1) 虚弱・閉じこもり高齢者の地域分布、2) 定義、ケアニーズの構造、3) 対象者把握の方法、4) アセスメント票の開発、5) 効果的な支援の方法及びその効果、6) 地域における寝たきり予防活動の実施状況及び活動を推進又は阻害する要因、7) 介護保険との連携上の課題、など寝たきり予防事業を推進していく上で必要な事項を総合的且つ構造的に捉えるにおける視点で研究を行った。

II. 研究方法及び結果

1. 全国市町村における寝たきり予防活動の実施状況と推進のための方策

【方法】全国市町村を対象とし、寝たきり予防活動の実施状況について、県保健所の保健婦長に対して（政令市・特別区は保健指導を所管する本庁部署の婦長）、管轄市町村の状況を調査した（市町村数 2,334：回答率＝72.3%、政令市・特別区 54：回答率 77.1%）。

【結果】

- ① 全国市町村の63%で保健婦主導の寝たきり予防活動が実施されていた。最も多く実施されていたのは政令市特別区で、次いで市、町、村の順であった。住民主体活動は、保健婦主導の活動が先導していると思われ、保健婦主導、住民主体の活動の薄いところでは、福祉などその他の部署の活動が補完していた。
- ② 保健婦主導の活動に促進的に働く要因として、保健婦の高齢者担当人口が少ない、管理的職位の保健婦がいることがあげられた。寝たきり閉じこもり予防の対象者を全数把握しているところは村が最も多く、次いで町、市の順であった。
- ③ 全体では65%の市町村で介護保険部署に保健婦が配属されていたが、配置されていないところは村、町に多く、市、政令市区で高かった。全体としてみると保健婦業務の分担方法は、規模の大きな自治体では、専門領域専任制が多く、町村は業務と地区担当を兼ねている形態であったが、人数配分は市町村ごとで千差万別で、更に介護保険法の施行により、一層分担方法は複雑な様相を呈してきた。
- ④ 市町村で、実施している寝たきり閉じこもり活動の事例を収集した（市町村数1,467、2,318事例）。また保健所の難病患者への寝たきり予防活

動の取り組み事例も収集した(418か所中383)。これらについては、活動事例集として、検索可能な媒体で現場に提供していく予定である。

2.閉じこもり高齢者の実状及び出現頻度

【方法】Y県T市における高齢者保健福祉実態調査(平成10年度：一般高齢者1990、虚弱414、寝たきり90、施設133)を基に、データベースで提供を受けた資料を結合、加工し集計解析を行なった。一定地域における条件(家族形態、地域環境等)別に出現頻度を算出し、寝たきり・閉じこもりに関連する要因を抽出した。

【結果】T市における要介護度の高い高齢者(自立度B、C)は3.7%、閉じこもり高齢者は6.5%であった。山間地と市街地など生活環境で家族形態、人々の健康行動に若干の差が認められた。

3.地域高齢者の閉じこもりの状況とその背景要因の分析

【方法】S県H町(人口25,000 高齢者人口割合19.8%)の65才以上の高齢者(独居、夫婦のみ世帯、高齢世帯は全数、その他の世帯は1/2抽出)に対し、昨年度開発した独居高齢者閉じこもりアセスメント票を、地域特性も加味して汎用性のあるものに改正し、これを用いて日常生活実態調査を実施した。

【結果】閉じこもりの出現率は6.6%、閉じこもりの要因として、山側に住んでいること、家の周囲が坂道という環境条件、友人の有無、歩行障害の有無、生活の規則性が強く関連していることがいえた。

4.虚弱高齢者の閉じこもり予防目的としたサービスの利用者の特徴と効果

【方法】M県S町(人口8,691人、高齢者人口割合19.6%)のウィークサービス利用者118名と、非利用者116名(非利用者と同じ地域内ではほぼ同数を選定)、を行った。3の研究と同様に、昨年度開発した独居高齢者閉じこもりアセスメント票を、汎用性のあるものに改正し、これを用いて日常生

活実態調査を実施した。

【結果】ウィークサービス利用者は高齢、身体的に虚弱、配偶者がいない女性に多く、外出先も町内会、老人会、ウィークサービスなどフォーマルなものが多いのに対し、非利用者では比較的健康度が高く、配偶者がいる、外出先は友人、知人宅等の違いがみられた。また利用者のほうにいきいき度がやや高く、ウィークサービスなど公的に提供されるサービスは、外出の場、人との交流の場の少ない人々にとって有効といえる。

5.訪問看護ステーションにおける寝たきり予防サービスの課題

【方法】東京都S区の公設民営「訪問看護ステーションK」の利用者(65歳以上全例215例)及びその家族90について生活状況、訪問看護援助内容を担当看護婦に調査した。

【結果】訪問看護は、(1)ADL、(2)基本的精神機能、(3)生活維持管理能力、(4)高度精神活動の維持改善の機能がある。J、Aランク(21.9%)にある利用者は独居、家族介護者がいないなどであり、(4)に対する働きかけの効果がみられ、B、Cランク(78%)は主として(1)～(3)を中心にケアがされ、改善は望めない場合でも、家族支援、ハイテクケア等により悪化を防止することに寄与している。訪問看護サービスは、B→A等のランクアップ、B→C等のランクダウン防止に大きく寄与しており、利用者と家族の社会的生活の拡大に重要な関わりをもっているといえた。介護保険における訪問看護は予防的視点で活用されることが有益であり、介護保険の対象者も含めて、特にステーションの看護対象外になる可能性のある高齢者については、身近な地域の中で社会的生活の拡大を促す場の確保が必要である。

III. 考察

以上のような研究結果から、次の点を考察した。

1.閉じこもりの定義

寝たきりのハイリスクとしての閉じこもり・虚弱高齢者について、本研究において身体的条件の

ほかに、家族形態、友人関係、住居、地理的生活環境、精神心理的条件が関与していることがわかり、自力では外出の場、人との交流の場がもてない人々への公的役割が大きいと思われ、これらの多様なニーズに対応した支援方法を開発・考案し適応していくことが必要であるといえる。

2. 閉じこもりアセスメント票の提示

1)を踏まえて、昨年度開発した一人暮らし閉じこもりアセスメント票に、改良を加え、汎用性のある閉じこもり予防アセスメント票を提案した(巻末、標準、圧縮版)。

3. 閉じこもりの出現頻度及び把握方法

介護保険法の成立に伴い、寝たきり者の頻度については実態調査等により、ほぼ全数把握されていると考えてよい。一方本調査で、寝たきり予防の対象者を全数把握できているとした市町村は本研究で全国平均 24%にすぎず、他は各種事業の限られた範囲での対象把握に留まっており、目の前にいる対象者にもみ対応している実態が推測された。本研究により人口25,000と34,000の二つの地域における閉じこもり率は6.6~6.0%という数値を得た。予防事業計画策定に当たり、地域における閉じこもり者をトータルに、且つ構造的に捉えることに寄与できると考える。

4. 寝たきり・閉じこもり予防活動の推進

保健婦による寝たきり予防活動の推進が望まれているが、62%の市町村が何らかの形で保健婦主導の寝たきり予防、閉じこもり予防の活動を行っていることがわかった。活発な市町村では、保健婦の担当する高齢者人口が適切な量である(=保健婦の配置数が多い)、保健婦を統括するリーダーの職位が管理的なポストに位置付けられていることがいえた。保健婦活動を組織的に推進し、活動の質・量の充実を図るに際して、保健婦のマンパワー配置、職位の向上が不可欠の要素といえる。

5. 寝たきり予防活動の地域事例の情報提供

市町村で取り組んでいる活動について、その内容、ユニークな取り組みを紹介してもらった。検索しやすい形で提供する予定であり、今後地域での活動計画に向けて参考になるものと思われる。

6. 訪問看護の寝たきり閉じこもり予防・介護予防機能

看護ニーズが高いJ、A、看護が導入されているからこそB、Cランクを維持している等、従来から訪問看護が果たしてきた寝たきり・閉じこもり予防、介護予防の機能が明らかになり、介護保険体制下での訪問看護の機能の維持、寝たきり・閉じこもり予防事業との連携が重要であることがいえた。複数、民間サービス事業者の手で介護サービスが提供される状況の中で、介護、看護サービスの違いを認識・評価できる機構が公的機関として必要であり、それぞれの地域でこの機能があるかどうかの点検が課題である。特に心身の高齢者に対する支援が介護保険事業、介護予防事業等介護という名のもとに、どちらかという福祉主導で行われつつある現状で、今まで果たしてきた医療・看護・保健の機能を再評価することが必要であることを痛感する。

IV. 結論

1. 市町村の 62%で保健婦主導の寝たきり閉じこもり予防活動が実施されており、住民の主体的な活動には、保健婦主導の活動が先導している。保健婦の活動を促進する要因として、保健婦の担当人口、管理的職位があげられる。
2. 閉じこもり出現率として、2市町の調査から、6.0~6.6%を得た。
3. 閉じこもりに関与する条件として、身体的条件の他に山間地、坂、家族形態、友人があげられた。
4. 訪問看護ステーションの活動は寝たきり予防、QOL向上に寄与している。

全国市町村における寝たきり予防活動の実施状況と推進のための方策

田中久恵、佐藤京子、金丸洋子（山梨県立看護大学）、平野かよ子、鳩野洋子、山田和子（国立公衆衛生院・公衆衛生看護学部）、長谷部史乃（日本赤十字武蔵野短期大学）

研究要旨：全国市町村における寝たきり閉じこもり予防活動の実施状況を、管轄する保健所保健婦長に対して調査した（政令市・特別区は本庁主管部署）。回答を得た 2,488 市町村について保健婦主導の寝たきり閉じこもり予防活動の実施状況及び活動を促進または阻害する要因を検討した。全体の 62%の市町村で保健婦による何らかの寝たきり予防活動が行なわれており、保健婦主導の活動は住民主体の活動を先導していると思われる。活動を促進する要因として、①市町村規模（政令市区>市>町>村）、②保健婦の最上職位、③人口（高齢者）に対する保健婦の割合があげられた。1,467 市町村から、活動の事例の報告があった（2,318 事例）。活動を特徴、内容によって類別化し、検索できるスタイルで提供する予定である。

A. 研究目的

介護度の高い高齢者に対しては、介護保険法の施行により一応の対策が講じられたとすることができる。一方、ますます増強する高齢社会の中で、寝たきりにならない、しない方策を強力に推進することの方がより重要であることの認識も高まってきている。しかしながらその具体的な取り組みについては、地域格差も大きいことが推察され、方法論的にも試行錯誤の段階である。そこで、全国市町村における寝たきり・閉じこもり予防の活動状況を調査し、活動を促進または阻害する要因を明らかにして、今後の地域における予防対策に資することを目的とする。合わせて生き生きした活動事例を収集・提示することにより、活動計画のヒントになることを期待した。

B. 研究方法

平成 11 年度は介護保険制度実施の準備期間で、市町村が多忙であるとの認識から、全国市町村の寝たきり・閉じこもり活動の状況を、市町村の保健事業を支援する立場にある県保健所の保健婦長に依頼し、郵送によるアンケート方式で調査した。政令市・特別区（以下「政令市区」とする）については複数ある保健所、保健センターも、本庁の高齢者保健指導を担当する保健婦長に一括してたず

ねた。県保健所管轄市町村数は 3,229、回答を得た市町村数は 2,434（回答率:75.3%）、政令市区 70、回答数 54（回答率 77.1%）であった。県保健所 474 か所中、回答のあったは保健所 361 か所（76.1%）であった。

寝たきり・閉じこもり予防の対象は、概ね介護保険法の対象外の高齢者とした。調査項目は、①保健婦設置数、②介護保険・保健予防部署保健婦配置状況、③保健婦の業務分担方法、④介護保険、介護保険対象外高齢者の相談窓口、⑤寝たきり・閉じこもり予防活動の対象者把握、⑥寝たきり予防の実践活動事例、⑦難病等の保健所における寝たきり予防活動の実際について、等であった。集計解析は「秀吉 for Windows」（（株）社会情報サービス）を用いた。

（倫理面への配慮）

地域の活動事例に関する研究であり、住民の個人情報に抵触するような情報は収集していない。また、保健所を介しての情報収集でもあり、特定の市町村の活動を個別に評価することは避けた。

C. 結果

1. 都道府県別の回答状況

全国平均では 77%の市町村の情報を入手できたが、県別にみると最高 100%、最小はM県 21%と回

答率にかなりの開きが認められた(表1)。

2. 保健婦の配置状況及び業務の担当方法

1) 全保健婦

(1) 保健婦1人当たり担当人口

保健婦総数は地域保健福祉業務を担当する保健婦とし、保育所、職員厚生関係担当保健婦を除いた。保健婦1人当たりの人口は市町村の形態で大きく異なり、市、政令市区で平均7,300～8,300、1人当たり最大30,289、最小271であった(表2)。

(2) 保健婦業務の担当方法

領域専任制、地域担当制をとっている市町村が各々10%ずつあったが、75%の市町村で、専門領域及び地域担当を併任する方式をとっていた(図1)。

(3) 市町村における精神障害・難病等の保健相談

介護保険法の実施に伴い、高齢者の介護相談窓口体制は整備されつつあるが、従来から主に保健所の役割とされている精神・難病等の保健事業は近々市町村に移管されることになっており、介護相談とあわせこれらの人々に対する相談体制は関心のあるところである。町村では約半数が実施していたが、市では1/4であった(図2)。

2) 成人高齢者保健予防事業担当保健婦

(1) 他の業務との分担の方法

寝たきり・閉じこもり予防活動等、高齢者保健事業を担当する保健婦(以下「予防担当」という)の、他の業務との分担方法は、図3のように市、政令市区では20～40%が専任制をとっているが、町村では70～80%が母子保健業務と兼務であった。また、全保健婦に対する予防担当の占める割合も市町村の規模、保健婦の配置数により様々であった(図4)。

(2) 予防担当保健婦1人当たり担当高齢者人口

(1)に示したように、兼務する業務内容、種類、配置保健婦数等により、1人の保健婦が高齢者保健事業にかけられる時間配分は、100%～数パーセ

ントまで様々な数値を取るものと思われるが、ここでは、専任、兼務にかかわらず単純に1人の予防担当保健婦の担当する高齢者数を算出した(表3)。全国平均1,384人であるが、市町村間で、また各市町村内でもかなりの格差が認められた。

3) 介護保険担当保健婦

(1) 介護保険担当保健婦配置数

町村の38～40%が介護保険業務に保健婦を配置していなかった。介護担当保健婦の配置は全体として平均1.18人で兼務の地域が専任制をとっている地域より若干多く配置されているが、いずれの形態でも1人配置が60～70%に及ぶ(表4)。

(2) 予防担当との業務分担

成人高齢者保健と兼務は町村に多く、30～40%、専任制をとっているところは市・政令市区に多かった(65～70%)(図5)。

(3) 介護担当保健婦1人当たり高齢者人口

地域的に予防担当とほぼ同様の傾向を示しているが、1人配置が多く、受け持つ高齢者人口も予防担当より多くなっている(表5)。特に専任制ではこの傾向は強く、受け持ち人口はかなり大きい(図6)。保健婦を配置していない地域では、予防担当保健婦の受け持ち人口のパターンが兼務と似通っており、配置が明文化されていないだけで、実質的には保健分野の保健婦が関わっていることが推察できる(図7)。

4) 保健婦の最上職位

市町村における保健婦の最も高い職位をたずねた。政令市区では56%が課長職以上で残りは係長職である。村では逆に45%が管理的な職位に就いておらず、課長職はわずか3%であった。町、市では45～60%が係長職である(図8)。

3. 寝たきり・閉じこもり予防活動

1) 実施状況

(1) 市町村別

保健婦主導の活動が行われているのは、政令市

区>市>町>村の順に高く、政令市区では83%に達する。最も低い村でも約半数が行っていた。次いで他部署（恐らく福祉、社会福祉協議会等）が市、町、村で36～38%、政令市区では若干低く30%であった。住民が主体的に実施しているところは保健婦主導の地域と相関する傾向を示し、政令市区で32%、村では8%であった。住民主体の活動は、保健婦主導の活動が先行していることが伺える（図9）。そのような活動は行われていないとした地域は、村、町、市の順に多く18～14%、政令市区では6%であった。管轄保健所が市町村の活動に関する情報を持っていないと回答した地域としては、村、町、市の順に多く、村の15%が情報がなくわからないと答えていた。

地域で展開されている実施主体別の活動について重複を考慮し、

- i) 保健婦主導&他部署&住民主体
- ii) 保健婦主導&他部署
- iii) 保健婦主導&住民主体
- iv) 他部署&住民主体
- v) 保健婦主導のみ
- vi) 他部署のみ
- vii) 住民主体のみ

の7群に分け、その分布をみた（図10）。i)群、v)群が多いのは政令市区、市の順で、村が最も少なかった。i)+ii)はほぼ同率で、住民主体活動が少ないところは、他の部署の活動が補完しているといえる。

(2) 保健婦配置数と取り組み状況の関係

保健婦1人当たり受け持ち人口（図11）、及び予防担当保健婦1人当たりの高齢者人口（図12）との関係を見ると、両者とも同じような傾向を示しているが、一定の範囲内では受持ち人口の多少に関わらず、保健婦主導の活動は市>町>村の順に多かった。しかし、保健婦1人当たり2,000未満、高齢者人口500未満の担当人口がかなり小さい市では、100%保健婦主導の活動が行われており、担当人口が極めて多い村では、殆ど保健婦主導の活動はできておらず、他部署の活動がそれを補完し

ている様子が伺えた。

(3) 保健婦最上職位との関係

いずれの市、町、村においても課長職以上の保健婦がいるところで、保健婦主導の活動が多くみられ、次いで係長、主任の順に多い。一般職のみの地域では保健婦主導の取り組みの割合が低いが、市で他部署の活動が多いことが特徴的である（図13）。

2) 対象者把握の方法

寝たきり閉じこもり予防活動の対象者として、全数把握がされているのは村が最も多く36%、次いで町23%、市16%、政令市区13%であった。逆に、政令市区の83%が各種の保健予防事業から把握しており、市町でも同様の傾向であった（図14）。全数把握している500市町村について、その方法をみると（図15）、保健婦の訪問が村で最も多く（46%）、政令市区、市、町では実態調査であった。政令市区では把握しているところの全てが実態調査を行っていた。

3) 相談の場

介護保険申請相談窓口の場をたずねた（図16）。合わせて介護保険対象外の相談を受け止めている窓口の有無を聞いた（図17）。介護保険の窓口として、90%以上の市町村が直営の相談窓口を設置している。基幹在宅介護支援センターの整備は政令市区が最も高いものの、30%程度に留まり、村との差も10%程度であった。一方民間の在宅介護支援センターが人口規模の大きい市、政令市区の約半数で相談の場となっていた。介護保険の対象とならない高齢者（寝たきり閉じこもり予防）に対しての相談窓口は、村、町では介護保険と同じ場が60～70%、政令市区、市では別の部署をあげているところが70～90%であった。規模の大きな地域では、保健婦の業務が介護保険と予防事業と別部署であるのと連動して、相談窓口も別に行われてことが推察される。

4. 寝たきり閉じこもり予防実践事例

1) 市町村

寝たきり閉じこもり予防活動ありとしたところに、その活動の内容（名称、開始の契機、目的プログラム、対象、規模等）を紹介してもらった。1,467市町村について合計 2,318 事例の報告があった。

1 市町村で複数の活動事例が出されたところもあって、平均 1.6 件、政令市区は複数の行政地区があるため平均 6.3 件であった。（表 6）

2) 保健所の難病等を対象とした寝たきり予防活動

1)と同様の内容の活動を、難病について収集した。県保健所 364 政令市区 54 ヶ所、計 418 ヶ所のうち、383 件の報告があった。

D. 考察

1. 保健婦主導の寝たきり閉じこもり予防活動

保健婦は老人保健法に基づく訪問指導事業において、単に個別に家庭を訪問し、看護介護ニーズの高い高齢者に対する看護指導をするだけではなく、寝たきり閉じこもりにしないことを目標に、機能訓練事業や地域のいろいろなグループに繋げる活動を展開してきた。本研究班の先行研究において、訪問看護制度を先駆的に実施している地域において、放置すれば寝たきりになる恐れのある高齢者が、濃厚な看護介護の必要な高齢者の 4～5 倍も存在し、これらの対象者に保健婦は寝たきりにしない活動を精力的に展開していた 1)。特に、訪問看護制度（訪問看護ステーションによる）が創設されてからは、訪問指導事業は、主に寝たきり予防に主力を注ぎつつあり、介護保険法の施行によりこの活動に対する期待は更に高まってきている。しかしながら、訪問指導事業の実績は、需要数をカバーするにはほど遠い等の指摘もあり、地域の中で、保健婦の閉じこもり予防活動はあまり評価されていない状況にある。今回の調査で、全国平均で 62%の自治体が、保健婦主導の寝たきり閉じこもり予防活動を何らかの形で実施していることがわかった。とりわけ人口規模が大きく組織的な対応ができる形態の政令市区が多かった（83%）。 今回の調査では、予防活動が需要をど

の位充たしているかは明らかにできなかったが、閉じこもりとして健康上はさしたる問題はなくても、家に閉じこもりがちの高齢者まで含めると、相当多くの高齢者が存在することが想定されるが、これらのすべてに直接的、個別的に保健婦が関わることは、保健婦数が充足したとしても妥当な方法とは思えない。活発な地域ほど他の福祉領域や、住民主体の活動もみられており、また保健婦の活動が薄いところでは福祉など他の部署が補完している。保健婦主導の活動のある地域と、住民主体の活動とはパラレルであることから、まず保健婦の取り組みが先導することが必要といえる。九島らは、地域の様々な形態のグループ活動を分析する中で、住民主体のグループ形成に保健婦の果たす触媒的機能の重要性を述べている 2)。今後は保健婦の寝たきり閉じこもり予防活動に果たす専門的役割及びその効果について明らかにし、住民主体の活動を促進させる方法論を確立することが課題である。

2. 保健婦主導の活動の促進要因

保健活動の実績と人口対保健婦数は相関することは、今までの研究で示してきた 3,4)。本研究でも、保健婦主導の予防活動があるとした市町村は、保健婦 1 人当たりの人口が小さく、特に成人高齢者予防事業担当の保健婦の担当高齢者人口が少ない傾向があるという結果を得た。しかしながら対象とする高齢者集団が大きい中で、実際には、保健事業専任といえど、1～2 人程度の配置にとどまり、多数を配置しているところは、当然母子関係事業も含め、兼務体制という状況では、実質的に専ら高齢者の予防業務に当たれる時間数はかなり小さなものであることが推察される。介護保険事業実施の体制づくりがされるに当たって、保健婦の増員があった市町村は少なく、更に現体制の中で介護保険業務に専任または兼務で配置されている。更に介護保険事業に合わせて、寝たきり予防対策が「介護予防事業」として、福祉主導で行われることになった。保健婦が寝たきり閉じこもり予防にどこまで個別対応をするか（保健婦が何

人必要か)は論議のあるところであるが、少なくとも医療・看護ニーズのある虚弱・閉じこもり高齢者に対する、保健婦の関わりの重要性は先駆事例でも示されており、住民主体の活動に発展させていく上でも、一定数の保健婦の配置が必要である。

更に今回の調査で、保健婦の職位として、課長、係長など管理的ポストが配置されている自治体ほど、保健婦主導の予防活動が実施されている率が高いということが明らかになった。保健婦が期待される活動を進めていく上で、組織的な対応ができるための条件整備が必要であるといえる。

3. 寝たきり閉じこもり予防の対象者把握

本研究班の2研究において、閉じこもり高齢者の地域における頻度を推計したが、おおよそ6~7%の対象者がいると想定される。対象をどのように把握しているか、が事業実施計画上重要なポイントであるが、今回の調査で、自治体規模の小さい村の36%が全数把握していると回答していた。その方法としては、保健婦の訪問、実態調査が半々であった。規模の大きい市、政令市区では全数把握は難しく15%程度にとどまっていた。把握方法としていずれの市町村でも各種の保健事業をあげているが、目の前にいる対象者に即時的に対応するのみで、事業評価の上で実績が地域の需要数をどの位カバーしているかの判断は難しい。寝たきり閉じこもり予防事業は、対象とする高齢者が自らにニーズを自覚していないことの方が多い。また提供できるサービスメニューを明確に提示することの見合いの中で、ニーズ調査、意向調査等で名前を特定して対象者を把握することができる。このような状況の中で効果的な予防活動を計画するためには、介護保険計画策定に当たり実施した実態調査等既存の資料を有効活用し、各々の地域の寝たきり閉じこもりの実態をトータルに把握することが必要と思われる。

4. 保健婦の業務分担と活動評価

老人保健法に基づく訪問指導事業の中で、訪問

看護事業を進めてきた市町村は早くから、福祉との連携、配属など保健婦の業務分担、或いは所属する部署に変化を来たしてきたが、地域保健法の施行を契機にして、全国的に市町村の保健婦の業務分担の方法が大きく変化した。加えて介護保険法の施行により、より一層福祉との連携が強まり、福祉と統合した部署に配属される保健婦も多くなっている。

平成9年度に厚生省保健指導室が行なった保健婦(士)活動領域等調査によれば、介護保険法を見越して福祉部門に配属されている割合は、全体では5.4%であるが、福祉機関・施設に配置されている保健婦の割合は20.7%(その殆どは高齢者関係)、と多く、企画調整部門に比べて直接サービス提供門への配置が主であった5)。

今回の調査では、寝たきり閉じこもり予防活動を評価するために、介護保険業務、母子保険業務などとの関係、人員配分などを調べたが、一定のパターン化した傾向は発見できなかった。介護保険、母子、近々に移管される精神難病、結核と多様な専門領域と地区担当制度を、保健婦の頭数で切り分けて分担していると推察され、市町村毎に千差万別の様相を呈していた。高齢者のケアニーズは連続的であるが、配置部署が異なることは、お互いの仕事の理解を深め、共通の事業評価に至らない、という問題が指摘されている。

こうした状況の中で、福祉との関係において保健婦の役割・専門性を明確にすることが求められているが、一方で配置部署の違いに関わらず、保健婦総体としての地域保健福祉に果たす役割・機能を明確にし、実績を示していくことも課題になっている。

総合的な保健婦業務の分担方法のあり方については本研究の論題から外れるが、効果的で住民に支持される予防活動は、トータルな保健婦業務の中で考えられるべきと思う。そうした意味でも保健婦が組織的に自分達の業務を計画、評価する上で、管理的職の設置は不可欠である。

5. 寝たきり閉じこもり予防活動の実践事例

市町村の寝たきり閉じこもり予防活動事例 2,318、保健所における難病を対象とした寝たきり予防活動の実践事例 383 について情報収集した。

この資料については、活動の特徴等により、類型化し、検索可能な媒体を用いて地域に提供していく予定である。また、活動の特徴と関連する要因について検討し、報告の予定である。

E. 結論

1. 全国市町村における寝たきり閉じこもり予防活動の実施状況について、管轄保健所を介して調査し、2, 488 市町村の情報を得た。
2. 市町村の 63%で保健婦主導の寝たきり閉じこもり予防活動が実施されており、実施率は政令市・特別区>市>町>村の順に多かった。
3. 住民の主体的な活動には、保健婦主導の活動が先導しており、保健婦活動の薄いところは福祉など他の部署の取り組みが補完していると思われた。
4. 保健婦の活動を促進する要因として、保健婦の担当人口が少ない、管理的職位の保健婦がいることがあげられる。
5. 寝たきり閉じこもり予防活動の対象者把握は充分には行なわれておらず、地域の特徴を踏ま

えた寝たきり閉じこもりの実態を構造化して捉えることが先決と思われた。

6. 効果的な予防活動を推進するためには、他の保健福祉部署との、相互理解、情報交換が可能な業務分担制が必要と思われた。
7. 閉じこもり予防の実践事例を収集した。検索可能な媒体で提供する予定である。

引用文献・参考文献

- 1) 田中久恵、岩澤和子、鳩野洋子、湯澤布矢子、宮川るみ、松村久代：在宅ケアシステムにおける訪問指導事業の機能.日本公衛誌,41(10)：445,1994
- 2) 九島久美子、鳩野洋子、田中久恵、他：住民主体型のグループ育成をめざした保健婦活動のあり方に関する研究.保健婦雑誌,55(3),194-200,1999
- 3) 田中久恵、石井享子、斎藤泰子、鳩野洋子：全国市町村における訪問指導事業の実績評価に関する研究.日本公衛誌,43(10)：Ⅲ-364,1996
- 4) 斎藤泰子、田中久恵、長谷部史乃、鳩野洋子、石井享子：在宅高齢者ケアシステムの成立条件.日本公衛誌,44(10)：983,1997
- 5) 半澤節子：福祉部門への配属の広がりから考えるこれからの市町村保健婦（士）活動.保健婦雑誌、654(11),950-954,1998

表 1

保健婦主導の寝たきり予防活動ありと回答した市町村

都道府 県名	全市町 村数	全市町村			村			町			市			政令市特別区		
		合計	あり	%	合計	あり	%	合計	あり	%	合計	あり	%	合計	あり	%
全体	3299	2488	1539	61.9	468	244	52.1	1488	921	61.9	478	323	67.6	54	45	83.3
1 北海道	215	160	120	75.0	22	15	68.2	106	78	73.6	29	24	82.8	3	3	100.0
2 青森県	67	53	38	71.7	18	13	72.2	28	21	75.0	7	4	57.1	-	-	-
3 岩手県	59	43	25	58.1	12	8	66.7	22	11	50.0	9	6	66.7	-	-	-
4 宮城県	72	15	15	100.0	-	-	-	13	13	100.0	1	1	100.0	1	1	100.0
5 秋田県	70	50	20	40.0	8	3	37.5	35	13	37.1	6	4	66.7	1	-	0.0
6 山形県	44	40	24	60.0	4	4	100.0	24	12	50.0	12	8	66.7	-	-	-
7 福島県	92	83	26	31.3	24	12	50.0	49	12	24.5	8	-	0.0	2	2	100.0
8 茨城県	85	53	25	47.2	9	2	22.2	30	16	53.3	14	7	50.0	-	-	-
9 栃木県	50	49	32	65.3	2	1	50.0	35	23	65.7	11	7	63.6	1	1	100.0
10 群馬県	70	53	26	49.1	22	7	31.8	24	14	58.3	7	5	71.4	-	-	-
11 埼玉県	92	85	42	49.4	10	3	30.0	36	18	50.0	39	21	53.8	-	-	-
12 千葉県	81	67	62	92.5	4	4	100.0	37	34	91.9	25	23	92.0	1	1	100.0
13 東京都	63	26	20	76.9	1	1	100.0	1	1	100.0	11	8	72.7	13	10	76.9
14 神奈川県	40	33	26	78.8	1	-	0.0	15	14	93.3	14	9	64.3	3	3	100.0
15 新潟県	113	91	56	61.5	29	17	58.6	46	27	58.7	15	11	73.3	1	1	100.0
16 富山県	36	29	23	79.3	6	3	50.0	15	12	80.0	8	8	100.0	-	-	-
17 石川県	42	21	15	71.4	5	4	80.0	13	9	69.2	3	2	66.7	-	-	-
18 福井県	35	31	25	80.6	5	4	80.0	20	17	85.0	6	4	66.7	-	-	-
19 山梨県	64	62	39	62.9	18	11	61.1	37	22	59.5	7	6	85.7	-	-	-
20 長野県	121	120	69	57.5	67	36	53.7	36	22	61.1	16	10	62.5	1	1	100.0
21 岐阜県	100	92	68	73.9	27	21	77.8	53	39	73.6	11	8	72.7	1	-	0.0
22 静岡県	76	31	9	29.0	1	-	0.0	19	6	31.6	9	1	11.1	2	2	100.0
23 愛知県	91	69	46	66.7	9	5	55.6	33	21	63.6	24	17	70.8	3	3	100.0
24 三重県	69	69	49	71.0	9	6	66.7	47	34	72.3	13	9	69.2	-	-	-
25 滋賀県	50	36	14	38.9	1	-	0.0	31	11	35.5	4	3	75.0	-	-	-
26 京都府	45	27	18	66.7	-	-	-	18	13	72.2	8	5	62.5	1	-	0.0
27 大阪府	47	19	15	78.9	-	-	-	3	2	66.7	13	10	76.9	3	3	100.0
28 兵庫県	91	68	50	73.5	-	-	-	50	37	74.0	16	12	75.0	2	1	50.0
29 奈良県	47	38	24	63.2	17	10	58.8	14	9	64.3	7	5	71.4	-	-	-
30 和歌山県	51	30	16	53.3	4	1	25.0	21	11	52.4	4	3	75.0	1	1	100.0
31 鳥取県	39	15	12	80.0	2	2	100.0	12	9	75.0	1	1	100.0	-	-	-
32 島根県	59	52	26	50.0	6	2	33.3	38	20	52.6	8	4	50.0	-	-	-
33 岡山県	79	73	58	79.5	12	6	50.0	51	44	86.3	9	8	88.9	1	-	0.0
34 広島県	89	69	34	49.3	3	1	33.3	57	25	43.9	6	5	83.3	3	3	100.0
35 山口県	57	56	27	48.2	5	4	80.0	37	16	43.2	13	6	46.2	1	1	100.0
36 徳島県	50	34	20	58.8	5	1	20.0	27	17	63.0	2	2	100.0	-	-	-
37 香川県	44	42	32	76.2	-	-	-	38	29	76.3	4	3	75.0	-	-	-
38 愛媛県	71	23	17	73.9	3	2	66.7	14	10	71.4	5	4	80.0	1	1	100.0
39 高知県	54	50	25	50.0	18	7	38.9	23	11	47.8	8	6	75.0	1	1	100.0
40 福岡県	100	51	32	62.7	3	1	33.3	34	21	61.8	12	8	66.7	2	2	100.0
41 佐賀県	49	49	34	69.4	5	2	40.0	37	27	73.0	7	5	71.4	-	-	-
42 長崎県	81	32	19	59.4	1	1	100.0	26	15	57.7	3	2	66.7	2	1	50.0
43 熊本県	95	84	35	41.7	20	6	30.0	54	26	48.1	9	2	22.2	1	1	100.0
44 大分県	59	42	21	50.0	10	3	30.0	25	12	48.0	6	5	83.3	1	1	100.0
45 宮崎県	45	33	12	36.4	6	-	0.0	20	7	35.0	6	4	66.7	1	1	100.0
46 鹿児島県	97	93	71	76.3	9	7	77.8	71	53	74.6	13	11	84.6	-	-	-
47 沖縄県	53	47	21	44.7	25	8	32.0	13	7	53.8	9	6	66.7	-	-	-

表2

保健婦当り人口

	合計	2000人未 満	2000人～	4000人～	6000人～	8000人～	10000～	不明	平均	標準偏差
全体	2488 100.0	678 27.3	964 38.7	424 17.0	197 7.9	109 4.4	94 3.8	22 0.9	3836	3498
村	468 100.0	300 64.1	142 30.3	17 3.6	1 0.2		1 0.2	7 1.5	1845	1223
町	1488 100.0	373 25.1	761 51.1	248 16.7	70 4.7	17 1.1	8 0.5	11 0.7	3175	1721
市	478 100.0	5 1.0	61 12.8	156 32.6	106 22.2	72 15.1	75 15.7	3 0.6	7311	5734
政令市 区	54 100.0			3 5.6	20 37.0	20 37.0	10 18.5	1 1.9	8458	1834

図1 保健婦業務の担当方法

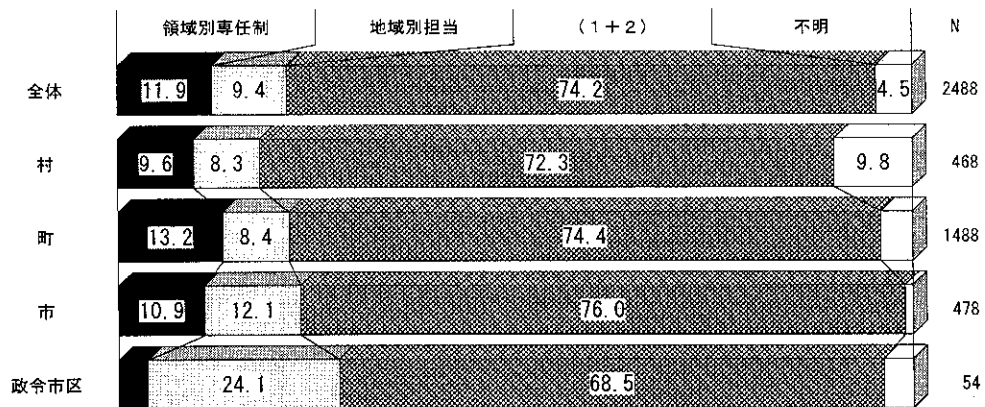


図2 市町村における精神障害・難病等の保健相談

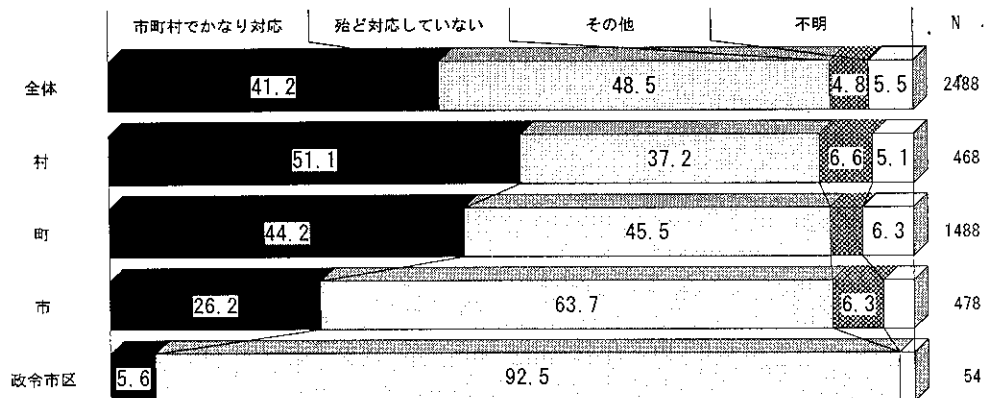


図3 成人高齢者担当保健婦

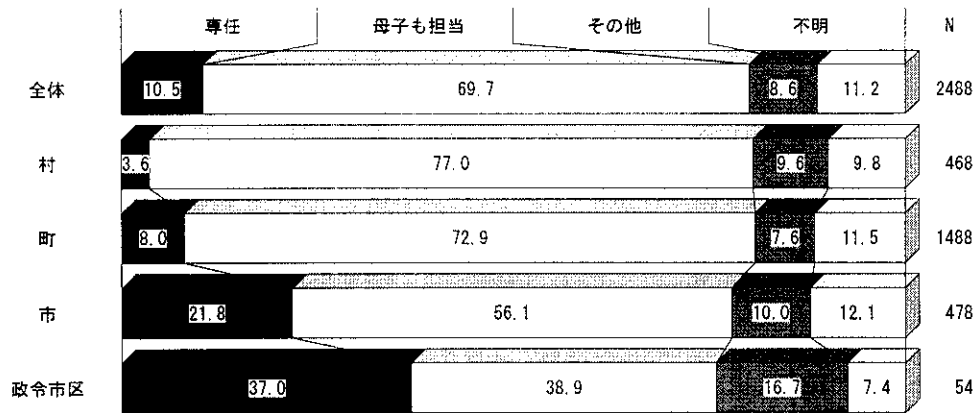
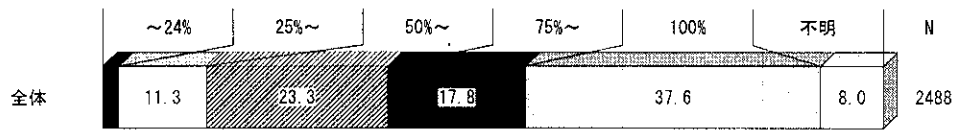


図4 成人高齢者予防事業担当



縦軸：成人高齢者担当の全保健婦に対する割合

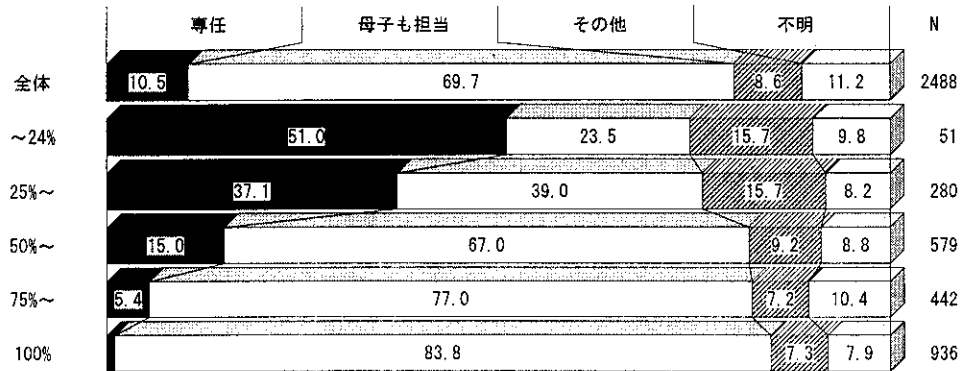


表3 成人高齢者保健予防事業担当保健婦1人当たり高齢者人口

	合計	500未満	500~	1,000~	1,500~	2,000~	配置なし・不明	平均値	標準偏差	最大値 最小値
全体	2488 100.0	391 15.7	917 36.9	458 18.4	207 8.3	316 12.7	199 8.0	1384	3904	
村	468 100.0	205 43.8	175 37.4	23 4.9	13 2.8	6 1.3	46 9.8	605	403	3384 63
町	1488 100.0	184 12.4	675 45.4	294 19.8	110 7.4	114 7.7	111 7.5	1032	677	7846 83
市	478 100.0	2 0.4	67 14.0	130 27.2	74 15.5	171 35.8	34 7.1	2274	2140	27227 129
政令市区	54 100.0			11 20.4	10 18.5	25 46.3	8 14.8	10463	24753	103761 1001

図5 介護保険担当保健婦

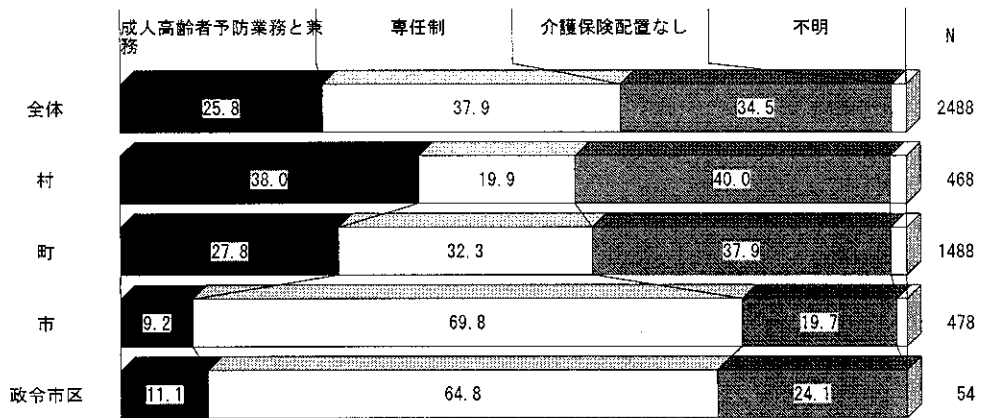


表4 介護保険担当保健婦数

	合計	0	1人	2人	3人～	5人～	10人～	不明	平均	標準偏差
全体	2488	727	1075	319	175	51	10	131	1.18	1.84
	100.0	29.2	43.2	12.8	7.0	2.0	0.4	5.3		
成人高齢者 予防業務と兼 務	642		371	137	100	30	4		1.96	2.62
	100.0		57.8	21.3	15.6	4.7	0.6			
専任制	942		674	172	70	20	6		1.55	1.45
	100.0		71.5	18.3	7.4	2.1	0.6			
介護保険配 置なし	858	727						131		
	100.0	84.7						15.3		

表5 介護保険事業担当保健婦1人当たり高齢者人口

	合計	-500未満	500～	1,000～	1,500～	2,000～	配置なし・ 不明	平均値	標準偏 差	最大値 最小値
全体	2488	128	252	216	188	846	858	4471	11246	
	100.0	5.1	10.1	8.7	7.6	34.0	34.5			
村	468	83	97	52	30	19	187	957	700	4497 90
	100.0	17.7	20.7	11.1	6.4	4.1	40.0			
町	1488	45	151	159	151	418	564	2120	1384	15692 209
	100.0	3.0	10.1	10.7	10.1	28.1	37.9			
市	478		4	4	7	369	94	8827	6451	42268 775
	100.0		0.8	0.8	1.5	77.2	19.7			
政令市 区	54			1		40	13	40743	54396	238358 1178
	100.0			1.9		74.1	24.1			

図6 介護保険担当保健婦の配置状況

介護保険担当保健婦1人当たり高齢者人口

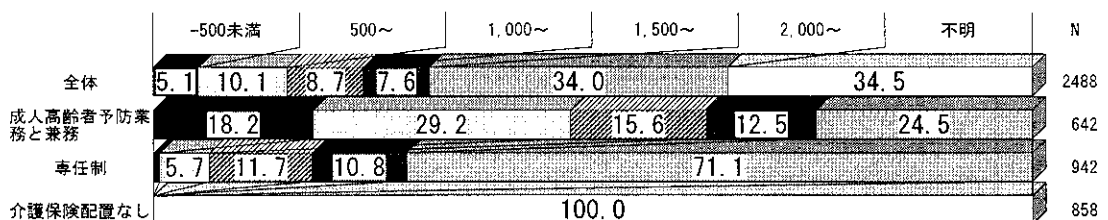


図7 介護保険担当保健婦の配置状況

高齢者保健担当保健婦1人当たり高齢者人口

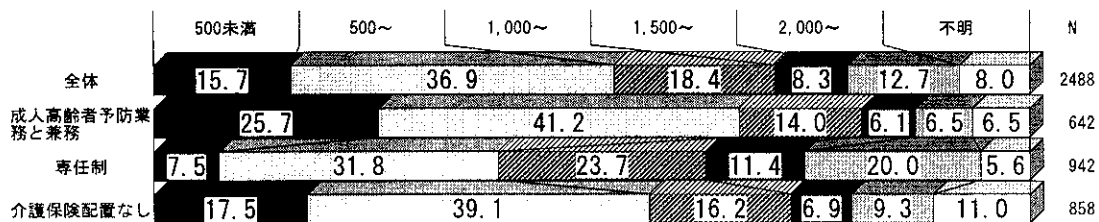


図8 保健婦の最上職位

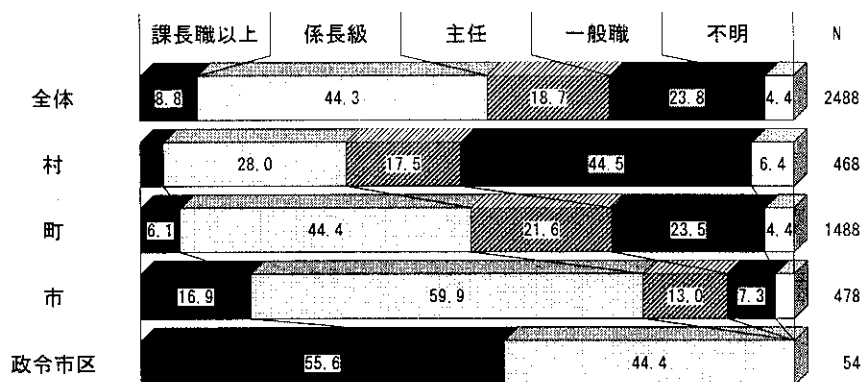


図9 寝たきり・閉じこもり予防活動実施状況

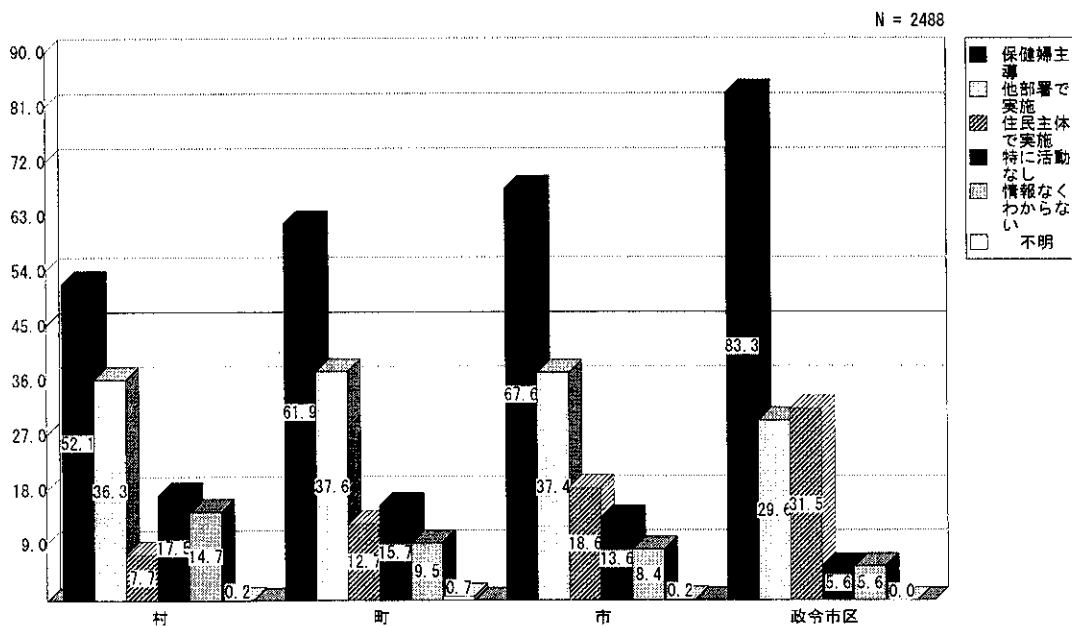


図10 寝たきり予防活動実施状況

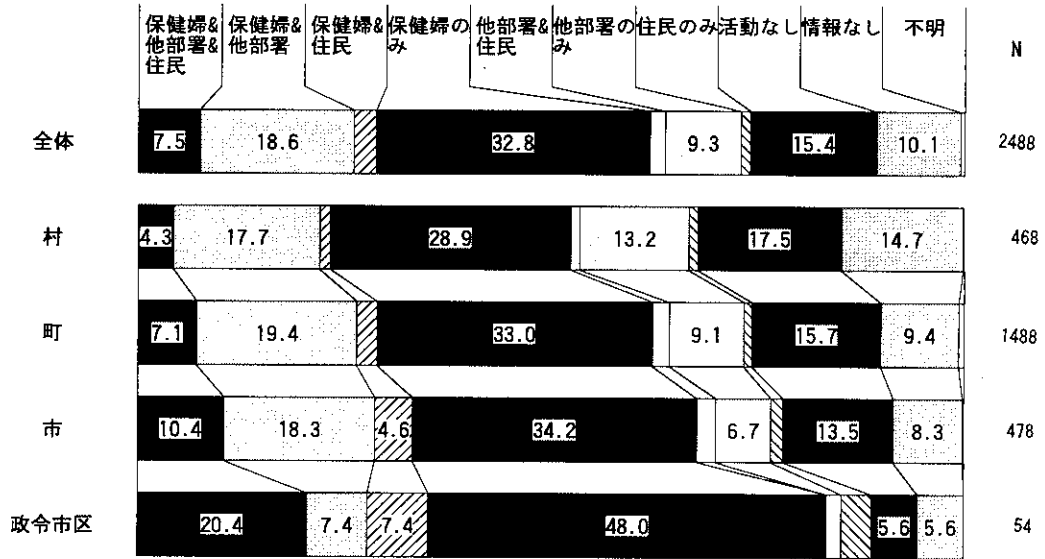


図11 寝たきり予防活動実施状況：保健婦1人当人口

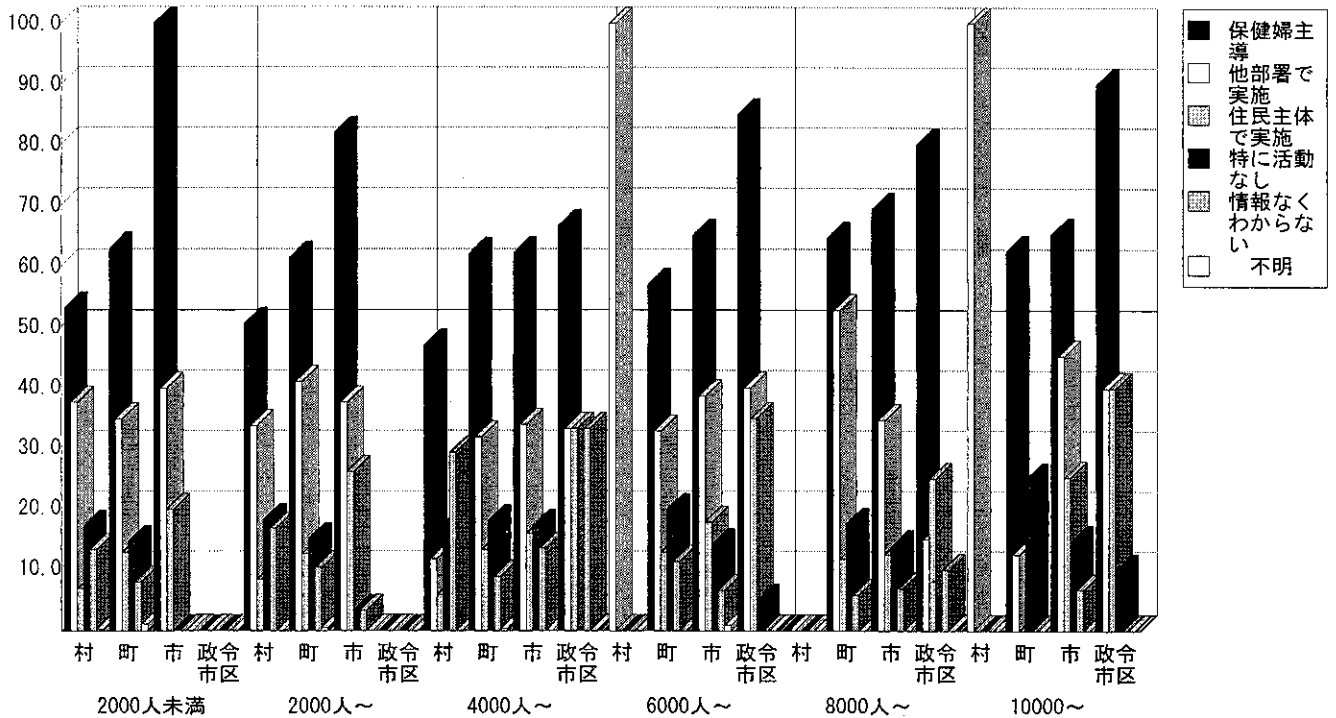


図12 寝たきり予防活動実施状況：予防担当保健婦1人当高齢者人口

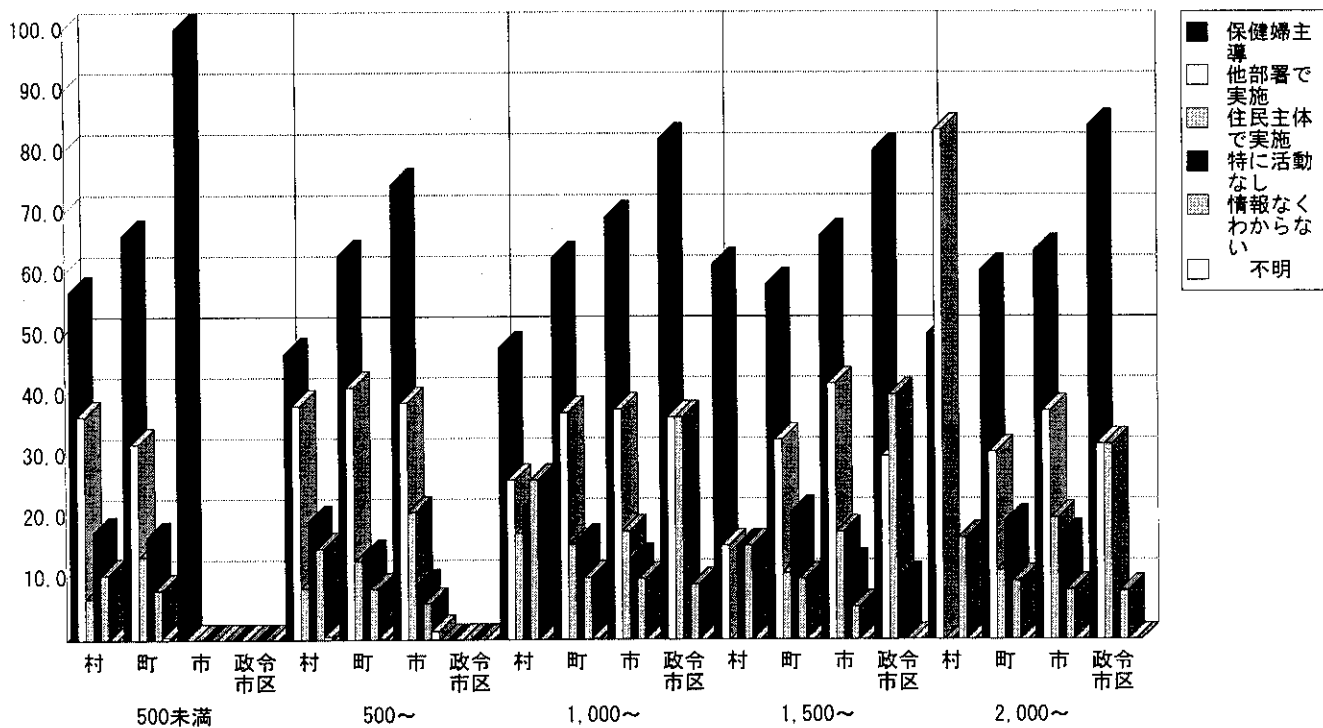


図13 寝たきり予防活動実施状況：保健婦最高職位

