

地域に於ける介護保険導入後の高齢者の健康増進と自立支援のあり方

松戸市健康福祉本部介護支援課
明星 静香

1 はじめに

高齢者保健福祉をめぐる状況は、平成12年度より介護保険制度が導入されるなど今後大きく変わろうとしている中で、本市における高齢者の健康増進と自立支援を支える地域ケアの現状は、基幹型在宅介護支援センターを主軸として、市内12ヵ所の地域型在宅介護支援センターを活動拠点に、高齢者が地域で気軽に相談できる体制づくりに力を注いできた。しかしながら、地域の関係機関や関係団体との連携、行政の縦割から生ずる問題等必ずしも連携がとれているとはいえないものであり、介護保険制度によるサービスはもとより、それ以外の市の保健福祉の介護予防サービスや、地域における生活支援サービス等が如何にきめ細かく提供できるかが、今後の高齢者の自立支援に重要な課題になっている。

2 目的

サービスの必要な高齢者に対して、総合的な保健福祉サービスを提供できるように、基幹型在宅介護支援センターを軸にした松戸市高齢者地域ケアシステムを確立する。

3 松戸市の概要

松戸市は、昭和30年半ばまでは農村主体のまちとして発展し、その後、急速に膨脹する首都東京の住宅需要の受け皿として、新しい市民が全国各地から移り住み、激

しい人口移動と増加を繰り返し、現在人口46万を擁する中都市として、大きな発展をとげてきた。

高齢者の人口は、毎年、前年度の高齢者人口の5%程度増加しており、平成10年の高齢者人口は49,503人、高齢化率10.7%を超え、平成12年は12%と今後も高齢化率は着実に上がり、平成15年には高齢社会と呼ばれる14%を超えるものと予想され、高齢者対応の整備が喫緊の課題である。

4 研究方法

住民参加を重視し委員会を設置し、検討を行った。

実施時期；平成11年10月～12年3月
委員会；市全体の委員会と地区の委員会の二つの委員会を設置

①「松戸市高齢者地域ケアシステム検討委員会」

・構成；実務経験のある医療福祉団体、保健福祉団体、学識経験者、ボランティア団体等15名

・事業内容；①松戸市地域ケアシステムの確立に関すること。

②基幹型在宅介護支援センターの役割に関すること。

③地区検討委員会に関すること等今後のあるべき方向性をまとめた。

②「地区ケアシステム検討委員会」

・市内4地域選定

・構成；在宅介護支援センター職員、地区社会福祉協議会役員、地域を担当している保健福祉センターの保健婦等12名

・事業内容；①地区在宅介護支援センターの役割に関すること。

②地区社会福祉協議会の役割に関すること。

③保健福祉センターの役割に

関すること。

- ④地区在宅介護支援センター、地区社会福祉協議会、保健福祉センター相互の連携に関する事等の役割と連携について

5 結果

<地区在宅介護支援センターの活動と現状>

- ・4カ所とも、開設して長いところで3年、短くて1.5年である。
- ・業務の大半が電話、面接等の相談業務で要介護となった高齢者の介護相談が中心
- ・施設内活動が主、地域活動は少ない。
- ・情報源は、基幹型からの情報と支援センターが独自に把握した情報であり、母体施設からの情報が中心である。
- ・地域への認知度は低い。

<地区社会福祉協議会の活動と現状>

- ・開設；在宅介護支援センターとほぼ同年数である。
- ・活動は、4カ所共通して「ふれあい会食会」や、「ゲートボール大会」、「敬老の集い」等で元気高齢者を対象にした親睦的なイベント事業が主になっている。
- ・地域割；12地区社協の地区割人口に差があり、人口70,000～15,000
- ・構成；町会長や民生委員等各団体の長が構成メンバーであり、人数は30人前後
- ・事業展開は立案から実施まで役員で行っているため、現体制では、現行以上の活動はできない状況
- ・民生児童委員を中心に高齢者の「見守り活動」を実施。但し民生委員の団体の活動であり、地区社協全体の活動になってない。

<保健福祉センターの活動と現状>

- ・市内に3保健福祉センターがあり地域活

動の拠点である。

- ・事業内容；母子から高齢者まで対象は全般であるが、高齢者に関する役割は、40歳以上の健康診査及び、事後指導、地域リハビリ教室等、概ね元気高齢者を対象とした予防活動である。
- ・平成11年に民生局の機構改革があり、健康福祉本部に名称変更。機構面では一本化が図られたが、機能面での連携はこれからの課題である。

<基幹型在宅介護支援センターの現状>

- ・平成11年4月、市役所に基幹型在宅介護支援センターを設置、市内全域の地域在宅介護支援センターを束ねる拠点に位置づけられ、又、平成12年4月からは居宅介護支援事業者の指定も受け、総括的機能を実施している。

<関係機関の相互の連携状況>

- ・モデル事業に共通していた点は、高齢者の個別支援において横の連携が難しくという意見で、個々の団体、組織の活動であり、線の活動になっていない現状。問題がよいよ重大になってから、各機関がかかわっていたことが明らかになる場合が多い。
- ・地域では、保健福祉の関係機関、団体が高齢者支援を行っているが、一同に集まって情報を共有したり、協議し合ったりする場がない。
- ・民生委員は、要援護高齢者の支援活動の中から、多くの情報を把握しているが、どこにつないでよいか分からず、個々で抱えている。等現在の松戸市には、個人の地域情報が一点に集約できるシステムはない。

<「地域ケアシステム地区検討委員会」の課題点のまとめ>

- ・地域に必要なサービス情報を集約し、情報を提供する拠点の確保・保健福祉の関係

者が集まり問題を共有できる連携の場の確保

- ・在宅介護支援センターの周知度が低く、継続的なPRの必要性
- ・関係機関団体等の役割の明確化
- ・地域の中で身近なボランティアができる人材の確保
- ・活動母体である小域福祉圏（地区割）の見直し
- ・高齢者が積極的に社会参加できる体制の見直し

<地域ケアシステムの構築>

①基幹型在宅介護支援センターを軸にした仮称「松戸市高齢者地域ケア会議」の設置

<仮称「松戸市高齢者地域ケア会議」>

・目的；介護予防・生活支援の観点から、高齢者の多様なニーズに対応するため、予防サービスの総合調整や地域ケア体制の確立を図る。

・対象；日常的に何らかの支援を必要とする高齢者

・機能；市全体のサービス調整を図る場

・構成員；ボランティア、民生児童委員、松戸市社会福祉協議会、松戸市福祉公社指定居宅介護支援事業者、指定居宅サービス事業者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、千葉県松戸保健所、地域型在宅介護支援センター等の実務担当者、市長が必要と認めた者 22名

・事業内容；介護予防、生活支援サービスの総合調整介護サービス機関の指導・支援

・実施回数；年3回と専門部会を4回実施

・事務局；基幹型在宅介護支援センター

②地域型在宅介護支援センターを軸にした仮称「地区高齢者地域ケア会議」の設置

<仮称「地区高齢者地域ケア会議」の設置>

・目的；地域の高齢者の多様なニーズに対

応し、生活支援サービスの調整をし、サービスを提供する。

・対象；日常的に何らかの支援を必要とする高齢者

・機能；地域の自主的な活動によるサービスの調整と支援

・構成員；保健、医療、福祉等の各団体、機関から選出された委員で構成、地域サービスの調整と支援

・事務局；地域型在宅介護支援センター

・地域サービス；見守り、ゴミだし、話し相手、外出介助、ふれあいサロン等

<12年度のとりくみ>

11年度の委員会の提言を踏襲して平成12年8月1日に「松戸市高齢者ケア会議」を設置。住民の主体的な活動である地区ケア会議の開設に向け実施計画を検討し、平成13年度から2年間に12カ所を開設する予定に必要な予算の確保等、事務的な作業を推進している。

6 今後に期待できる成果

①高齢者の自立

②保健、医療、福祉面に関する地域の自立

7 実現のための課題点

①情報の収集、提供の一元化

②地域サービスを担うボランティアの人材確保と活動支援

③関係機関、団体の連携、とりわけ社会福祉協議会との連携は重要

8 考察

介護保険が導入されて全国的でも新しい制度の下で、種々とりくみがされている状況にあるが、松戸市においては、高齢者の健康増進、自立支援をめざして、平成12

年度に基幹型在宅介護支援センターを拠点にした地域全体で支え合う「地域ケアシステム」の構築を試みた。8月に市内全域を束ねる「松戸市高齢者ケア会議」を設置し、具体的な実践活動の主体となる「地区ケア会議」の行動計画案を策定中であり、ほぼ成案ができ、平成13年度に市内に3ヵ所設置、14年度中に全地域に拡大設置する予定である。

今後この地域ケアシステムを実現していく上でのキーワードは、大きく分けて、「連携」と「ボランティア」の2点に集約されると考える。先ず1点めは人のながれ、情報のながれのしくみを確立することで、点在している情報の一元化を図る。2点めはボランティア等の人材確保である。システムを作って、実際活動するのは、「人」である。この人材の確保、人づくりは今後の最重要課題と認識する。それぞれの地域のニーズに見合った必要なサービスを調整し、必要なサービスを発掘し提供する。そのための新たな人材の充足も地域自らが確保する地域の自主的な活動の推進であり、いわゆる、地域の自立、高齢者個人の自立への支援である。

特に本市においては、特に公益法人である社会福祉協議会との更なる綿密な連携、協力体制が求められる。

高齢者の施策は介護保険の理念に、社会全体で取り組むことが定義づけられているように、介護保険や、市独自の福祉サービス等、行政の役割において推進していくものと地域住民が主体となって推進していくものに役割が明確にあると思われる。

今回松戸市は整備が遅れているこの地域が主体的に推進する組織づくりに重点をおいて検討を行った。最初から配慮した点は、福祉サービスを利用し、提供する市民側の声を重視し、地域づくりを進めた点である。

キーワードは関係機関の連携とボランティア等の人材確保の2点に大きく集約された。連携については、従来の行政を中心とした、縦割の個人、機関、団体の個々の活動にとどまり勝ちで、お互い横の連携がとりづらく、しくみにあることが明確になった点である。いわゆる、サービス情報、支援する人の情報のながれができてない状況である。又ボランティア等の人材確保も、養成し、活動を支援するしくみが浸透されてなく、喫緊の課題である。

特に松戸市の場合、行政主導で設置、運営されてきた市社会福祉協議会の歴史と現状がある中で、今回改正された地域福祉法に基づく社会福祉協議会のあるべき姿の実現を目標に、ますますの地域活動の活性化を目指したい。

今後の方策としては、当面、地域の専門機関である在宅介護支援センターを軸に、ネットワーク化を図り、推進していく方向にある。

9 文献

- 1) 松戸市高齢者保健福祉計画(平成12年)
- 2) 松戸市介護保険事業計画(平成12年)
- 3) 松戸市地域福祉活動計画
- 4) 平成12年厚生省調査資料「全国高齢者未来モデル事業」

10 謝辞

今回の研究に、多大なるご理解とご指導をいただきました東京都立保健科学大学の飯田恭子先生に深く感謝し、お礼申し上げます。

The Economic Impact of Smoking on Health Manpower

Marshall Smith and Yasuko Iida

Tokyo Metropolitan University of Health Sciences

Abstract

It is a well-documented fact that tobacco use is bad for one's health, often resulting in disabling disease and premature death. Likewise, environmental or second-hand smoke has been found to have a negative impact on exposed persons, especially young children. But it is not such a well-known fact that smoking causes considerable economic loss through rising health costs and loss of productivity. The World Bank has warned that tobacco use causes profound economic losses that should be controlled efficiently and cost-effectively. Such losses have already greatly negatively impacted industrialized countries' health manpower; and will increasingly jeopardize many non-industrialized (developing) countries where tobacco use is on the rise. Tobacco-related deaths, currently at 4 million annually, are expected to increase to 10 million in less than three decades, with 70 percent occurring in developing countries. This paper is an attempt to synthesize personal research with existing reports and other sources on the economic impact of tobacco consumption on health manpower, and from this review conduct analysis and discussion for designing appropriate responses.

Key Words: *smoking, economic impact, health manpower, tax policy*

Introduction

No longer can one deny the strong correlation existing between tobacco use and disease. A study for the American Cancer Society estimated about 2 million people a year die in the industrial world from tobacco-related illness. At present, more than 20 percent of all deaths in these countries are attributed to tobacco, and the figure is rising as researchers discover new links between cigarette smoking and health.¹ The World Health Organization

calculates another 1 million annual deaths for the non-industrialized countries, with these figures growing to an astounding total of 10 million yearly deaths globally by the year 2025.^{2,3} Such projections have led the Head of the World Health Organization, Former Norwegian Prime Minister Gro Harlem Brundtland, to target tobacco control as a top concern.⁴

Every year, medical researchers continue to uncover more ways in which cigarettes harm health. Environmental tobacco smoke, for example, the hot issue in tobacco and health research due to exposure of others, has not only been found to increase the risk among smoking mothers of giving birth to underweight babies, but also of such babies developing acute respiratory infections, asthma and other health problems.⁵ Among these same children a higher incidence has also been found of anxiety, conflicts with other children, immaturity, antisocial behavior and hyperactivity.⁶ The United States Environmental Protection Agency has gone as far as officially classifying environmental smoke as a class A carcinogen.⁷

Diseconomy of Tobacco/Social Costs

Economically speaking, there are some benefits to producers and consumers in the form of immediate profits and pleasure, but these benefits pale in comparison to the surging costs of disease and death from tobacco use. The World Bank has estimated that the world tobacco market produces an annual global loss of nearly US\$200 billion (US dollars used throughout paper).⁸ This amount was estimated by adding up the benefits of production and consumption, then subtracting out direct and indirect costs, as shown in Figure 1. Figure 1 shows the net loss from 1000 tons of tobacco consumption

to be \$27.2 million. This amount was then multiplied by an estimated annual world tobacco consumption of 7 million tons to calculate the \$200 billion global loss.

Goto, Yamaguchi and Watanabe, formerly of the National Cancer Research Institute of Japan, used a Leontief model and stochastic projection of smoking deaths and social costs, through the Markovian process called "Ito process" based on the concept of "smoking morbidity function," to calculate the social costs of tobacco use in Japan in 1990. The amount was \$56 billion. When subtracted from an economic merit of \$28 billion, the resulting net economic loss (diseconomy) was \$28 billion.⁹

In Cambodia, a non-industrialized country, the direct impact that tobacco costs have on families can be clearly determined. The average smoker (the father in most cases) spends 8-17 percent of his meager income on tobacco, making less family funds available for food, medicine and other essentials. Such a widespread practice is a direct cause of increased malnutrition and poor health, and a major contributor to diarrhea being the most common cause of death in children.

Health Interventions

What is the cost-effectiveness of tobacco policy measures? The World Health Organization has developed anti-tobacco policies that have been examined in comparison to other health interventions. Table 2 gives the number of years of life gained from different health interventions that compete for the scarce resources available to a Ministry of Health.

Table 2: Cost per year of life gained from different health interventions (in a country with GDP = US\$2000)

Intervention	US\$ per year of life gained
Prevention	
Anti-smoking	20-40
Measles immunization	15-20
Cervical cancer screening	100-500
Treatment	
Oral cancer	1000
Lung cancer	18000

(Source: World Bank)

An anti-smoking campaign costs between \$20 and \$40 per year of life gained. Compare this to \$18 thousand per year of life gained, for example, from lung cancer treatment.¹⁰ In general, anti-smoking campaigns are among the most cost-effective measures to improve health.¹¹

Tax Policy

Health officials in many countries are turning to higher taxes on cigarettes as another way to discourage smoking and reduce health care costs. For them it is a triple-win situation. First, cigarette taxes bring in revenue. Second, they cut government spending on health care – yielding tens of billions of dollars in saved costs for national economies. And third, national economies enjoy greater productivity from workers who are healthier and require less sick-leave, which yields the largest savings of all.

Although tax increases are usually met by public outcries, polls show that cigarette taxes actually enjoy support, often even among smokers. And, despite the addictive nature of tobacco, raising cigarette prices cuts consumption directly. Fifteen studies reported by the US Centers of Disease Control all concur that averaging out the findings, a 10 percent price rise caused a 4 percent drop in smoking among people over 20 years old.¹²

Even more important, cigarette taxes affect teenagers the most. A 10 percent rise in cigarette prices caused teen smoking to drop a corresponding 10 percent.¹³ About 90 percent of smokers start their habit before they are 20, which is also a time when they have low incomes. On the other hand, teenagers who do not start smoking usually never will smoke.

Tobacco Reduction Program

Even a small decrease in a given nation's population of smokers would show substantial economic and health benefits according to a University of California, San Francisco study appearing in the American Heart Association journal "Circulation". A 7-year program that reduced smoking prevalence in California by only 1 percent per year would result in 63,840

fewer hospitalizations for heart attack and 34,261 fewer hospitalizations for stroke, resulting in a total savings of \$3.2 billion in direct medical costs alone, the California scientists calculate.¹⁴

Such a program also would prevent about 13,100 deaths from heart attack that occur before people reach the hospital.¹⁵ These figures justify significant investment in programs designed to reduce smoking.

Conclusion

The logic behind cigarette taxes is clear. When people smoke, they bill many of the costs to society. Government spending finances the health expenses incurred by smoker's decisions to put themselves at risk, in the form of programs such as medical and health insurance plans and subsidies. Employers pay for days missed from work; and consumers pay for higher insurance premiums. People have the freedom to smoke, but not necessarily to have other people finance the results. Cigarette taxes make smokers pay their own costs.

For the United States, those costs are estimated at \$22 billion in government spending on health care, and \$43 billion in reduced productivity from missed days of work, according to a draft study from the Office of Technology Assessment.¹⁶ The total, \$65 billion, could be covered by a tax rate of about \$2.50 per pack of cigarettes.¹⁷

US health groups estimate that such a tax would not only slash economic loss, but also reduce smoking rates enough to save millions of lives.¹⁸ The message then becomes clear: tobacco consumption causes diseconomy and tobacco control measures and policies are cost-effective. In addition, impressive as these dollar figures are, they greatly underestimate the value of attacking smoking-related disease because they do not include such immeasurable losses as the tragedy of early death and the disruption of families as shown earlier. If those were included, the value of cutting smoking would be even more evident.

¹ Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath Jr C. Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992;339:1268-78.

² Report of a World Health Organization Consultation on statistical aspects of tobacco-related mortality (WHO document TOH/CLH/89), 1989.

³ Peto R et al. *Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000*. Oxford University Press, 1994.

⁴ Dr. Gro Harlem Brundtland, Director-General, WHO: International Policy Conference on Children and Tobacco, Washington, DC, 18 March 1999.

⁵ Bellagio Statement on Tobacco and Sustainable Development. Bellagio Consultation on Tobacco and Development. Bellagio, Italy, 26-30 June 1995.

⁶ Mothers' smoking is linked to child. *New York Times*, 8 September 1992.

⁷ Noah T. EPA declares 'passive' smoke a human carcinogen. *Wall Street Journal*, 6 January 1993.

⁸ Barnum H. The economic burden of the global trade in tobacco. *Tobacco Control* 1994;3:358-61.

⁹ Watanabe S, Goto K, Yamaguchi N. *Economy and diseconomy of tobacco*. Paper presented at the 10th World Conference on Tobacco or Health, Beijing, China, 24-28 August 1997.

¹⁰ Barnum H, op. cit. reference 8.

¹¹ Ratcliffe J, Cairns J, Platt S. Cost effectiveness of a mass media-led anti-smoking campaign in Scotland. *Tobacco Control* 1997;6:104-10.

¹² US Surgeon General, Pan American Health Organization (PAHO) and US Centers for Disease Control (CDC). *Smoking and Health in the Americas* (Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services et al., 1992).

¹³ Sweanor D, NSRA of Canada. The role of excise taxes in preventing tobacco use among young people. Prepared for plenary address of Eighth World Conference on Tobacco or Health, Buenos Aires, 1 April 1992; NSRA of Canada. Annual per capita consumption of cigarettes and real price of tobacco (per 20 cigarettes), Canada, 1950-92. Ottawa, private communication, 15 March 1993.

¹⁴ Glantz S and Lightwood J. Payoff in adult smoking rate decrease. University of California, San Francisco News Archive, 18 August 1997.

¹⁵ Glantz S, op. Cit. reference 14.

¹⁶ US Congress, Office of Technology Assessment (OTA). Smoking-related deaths and financial costs (draft). Washington, DC, September 1985.

¹⁷ Kane H. Cigarette taxes on the rise. *Vital Signs* 1993;116-7.

¹⁸ Former President Jimmy Carter. To save lives, raise funds and cut the deficit: Tax tobacco (letter). *New York Times*, 21 February 1993.

Figure 1: Global economic impact of tobacco (1990 US dollars)

Morbidity and mortality of tobacco consumption

1000 tons of tobacco consumed causes an average of 650 deaths, with an average lag of 25 to 30 years. (Source: US Surgeon General data)

Costs and benefits of tobacco consumption per 1000 tons

Costs for consumers and producers

Direct costs (medical treatment)	\$ 5.6 m	
Indirect costs		
Years of life lost to morbidity	\$11.0 m	
Years of life lost to premature mortality	\$13.2 m	
Total		\$29.8 m

Benefits for consumers and producers \$ 2.6 m

Net loss \$27.2 m

(Source: World Bank)

Total world consumption of tobacco (thousands of tons)

<u>Region</u>	<u>1975</u>	<u>1985</u>	<u>1995</u>
Industrialized	2300	3700	5000
Non-industrialized	2400	2300	2300
World	4700	6000	7300

(Source: FAO)

Calculation of global economic impact of tobacco consumption

$$\begin{array}{lclcl} \text{net loss} & \times & \text{world consumption} & = & \text{global economic cost (diseconomy)} \\ \$27.2 \text{ m} & \times & 7300 \text{ (1995 data)} & = & \$198.6 \text{ billion} \end{array}$$

(Source: World Bank)

研究課題 アトピー性皮膚炎の健康増進のためのアトピーカウンセリングとその人材育成に関する研究

研究協力者氏名 野村有子

所属・役職 野村皮膚科医院 院長

A 研究目的

アトピー性皮膚炎の患者数はここ数年で倍増しており、しかも難治性となっている。その大きな原因の一つは精神的ストレスにあり、心のケアの重要性が近年注目されつつある。その一方で、患者が気軽にストレスや悩みを相談する機会が非常に少ない。そこで、アトピー性皮膚炎について正しい知識を持ったアトピーカウンセラーが、一人一人の患者に精神的なケアを行う事は、病気や治療に対する考え方を前向きにし、さらに、悪化要因の一つでもあるストレスを取り除く上で、非常に効果的であると考えられる。本研究は、これまで本邦には存在しない、アトピーカウンセラーの人材育成と、患者が気軽に利用できるシステム作りを目的とする。

B 研究方法

1 アトピーカウンセラーの必要性の検討

(1) アトピー性皮膚炎とストレスの関係

アトピー性皮膚炎は、慢性的、反復的にかゆみや皮疹が生じる難治性の疾患で、疾患による生活の制限、薬剤による治療、さらに外観のコンプレックス等による精神的ストレスは計り知れないものがある。疾患やストレスは、登校拒否や就職困難、リストラ、家族関係にまで影響を及ぼしている。一方、受験や仕事、人間関係

によるストレスは、かゆみを増長し症状を非常に悪化させる要因の一つであることが注目され、そのメカニズムも解明されつつある。さらに、ストレスの原因を探り精神的なケアを行うことは、治療の上でも重要なことであるが、近年認識されつつある。

(2) カウンセラーの必要性の検討

「3分間診療」とまで言われているとおり、医療現場では一人の医師が大勢の患者を診察するために、投薬が中心の診療になりがちである。限られた時間を有効に使うためにも、ゆっくりと患者の悩みをきいたり、精神的なケアやスキンケアや生活の指導を行う専門のカウンセラーの役割は大きいと考えられる。また最近、アトピービジネスともいわれているとおり、アトピー性皮膚炎の弱みにつけ込んだ商法が非常な社会問題となっている。ステロイド剤の使い方や温泉の利用法など、あらゆる角度から正確な情報を提供し正しい治療やケアをすることは、患者を守る上でも早急に望まれていると思われる。

2 アトピーカウンセラー養成講座の計画と実施

(1) 「アトピーカウンセラー入門講座」

内容 アトピー性皮膚炎の正しい知識とカウンセリングの基礎知識

講師 皮膚科専門医と臨床心理士

時間 13時～16時30分

場所 赤坂カウンセリング研究所

対象 アトピー性皮膚炎に関心があり、将来的にアトピーカウンセラーとして社会に貢献したい方

費用 受講者負担

事務局 アトピーカウンセラー講座事務局
(株)朝日エル内

募集 パンフレットを作成し、事務局より関連団体等に配布する

プログラム

(第1回) オリエンテーション 平成12年6月17日

ストレスとアトピー性皮膚炎の関係、アトピーカウンセラーの必要性、カウンセリングを実施するための基本的なルール

(第2回) 平成12年7月1日

皮膚のしくみとアレルギー、カウンセリングの基本技法

(第3回) 平成12年7月15日

アトピー性皮膚炎の診断と原因、面接のスキルと実習

(第4回) 平成12年7月22日

アトピー性皮膚炎の最新治療、アトピーカウンセリング実技

(2) 実施

初めての入門講座に5名の応募があり、計画に従って講座が開催された。4回の講座で、アトピー性皮膚炎の基本的な知識と、カウンセリングの初歩的な技能を身につけることを目標とした。

(3) 評価

反省会の開催 平成12年12月28日

第4回のアトピーカウンセリングロールプレイをビデオで撮影し、その様子を見ながら、話し

方やその内容について講師より具体的なアドバイスを行った。

(4) アトピー性皮膚炎の患者との実習
平成13年1月20日

野村皮膚科院内で、ストレスについて感心のあるアトピー性皮膚炎の患者を集め、アトピーカウンセラー養成講座受講者5名とグループカウンセリングを施行した。6名の患者を3つのグループに分け、30分ほどアトピーカウンセラーと話してもらい、患者からの評価をもらった。30分では短すぎてもっと話したかった、気軽にいろいろな悩みを打ち明けることができて自分を見つめなおすことができた、またぜひこのような機会がほしい、という意見が多く、非常に高い評価を得ることができた。

3 臨床への応用・アトピーカウンセラーの運営管理システム

(1) アトピーカウンセラーの役割の検討

1 ストレスの解消

アトピー性皮膚炎を悪化させているストレスを認識させその解消法を検討する。

2 アトピー性皮膚炎に関する正確な情報の提供

疾患の原因、性質、悪化因子、治療法などへの理解度の向上に勤める。

3 以上により、疾患や治療に対する前向きな意識を引き出す。

4 専門機関とのパイプ役としての役割

必要に応じて皮膚科、小児科、精神科、心理療法、入院治療等の紹介先をアドバイスする。

(2) カウンセリング方法のマニュアル化

1 カウンセラーの対象者

カウンセリングの経験者、医療従事者、患者本人、患者家族など

2 カウンセリングを受ける対象者

患者本人、患者と家族、家族

3 問題点のチェック方法

受ける対象者へアンケート、性格テスト、医師のチェックシート

4 カウンセリングのプロセスのマニュアル化

患者の主治医とカウンセラーが同じ方向性や方針で対象者の指導をすること2を基本とする。また、プロセスの具体的なマニュアルを作成し、対象者に応じて柔軟に対応できるようにする。

5 人材支援体制と活動環境の整備

定期的にカウンセラー養成講座を開催し、育成に努める。講座を受講した者が実習・活動できる場を提供する。その際の費用負担方法について、基本規定を定める。

6 カウンセリング結果の評価と改善

カウンセリングを受けた者、その主治医、ならびにカウンセラーそれぞれに、カウンセリングの効果の評価してもらう。その評価を分析し、マニュアルや養成講座の内容を改善し、より患者のためになるように努める。

7 システムのネットワーク化による全国展開
インターネットやメディアを利用し、情報を公開する。また、成果を学会等で発表する。

参考文献

宮地良樹・瀧川雅浩編集：アトピー性皮膚炎、皮膚科診療プラクティス6、1999

檜垣祐子他：アトピー性皮膚炎の難治化における心理社会的負荷の関与について、日皮会誌 110：27-34、2000

奥野英美他：成人アトピー性皮膚炎患者の心理・社会的要因の研究、日皮会誌 110、837-851、2000

薬学教育に対する現場からの提案

平井 美津子

key words : 医薬分業、創薬、医療、薬剤師職能、セルフメディケーション、薬学英語、保健医学

1. はじめに

日本の薬学教育は現在過渡期にある。明治以降、医薬分業が法律で定められているのかかわらず、医師会との関わりの中で、薬学教育は化学偏重の創薬中心に発展していった。1980年代の医療法改正に伴い、ようやく医薬分業が本格的に推進され始め、薬学も創薬と医療の2部門から構成されるようになった。それに伴い薬学教育のカリキュラムも大きく再編成され、薬学部6年制問題も浮上してきている。このような状況の中で、現在の薬学教育のどの部分が不十分であるかを現場の声を参考にしながら探り、どういう点を考えていくべきかを提案する。

2. 創薬領域の現状

創薬領域での薬学出身者は研究・開発のみならず、創薬に関わる企業活動の中で薬学の知識を大いに必要とするため、営業や広報活動においても必要とされる。特に会社を代表して医療担当者に医薬品の情報を提供するMR (Medical Representative : 医薬情報担当者) は製薬企業の活動におい

て重要な位置を占めるが、大学卒業後即戦力でMR活動するには知識的に不十分なため、MR認定試験合格を目標に再教育されることになる。

これまで日本では充実した医療保険制度のもとで製薬会社が安定した収益をあげることができたが、引き続き薬価の引き下げで企業収益が悪化している。その上新薬の開発競争が国際的に激化し、現在好調な海外実績を有する武田薬品の例は別として、例えば国内では大手の製薬会社であった大正製薬と田辺製薬が統合するというように、製薬業界の再編が急速に進んでいる。さらに欧米では合併や買収で巨大製薬企業が次々と誕生し、世界二位の市場である日本への進出も強まっている。

長い歴史の中で薬学教育は、その研究開発力の高さから創薬研究者養成の目的は十分果たしてきた。しかしゲノム創薬といった最先端の研究への取り組みに対し、巨額の研究開発費が必要となり、そのため国内企業が生き残るためには世界最大の市場である米国への進出や、画期的な新薬の開発が急務となる。つまり今後海外での研究・開発、さらには営業・広報活動が積極的に行われるようになるであろうし、国内に在籍しても上司が欧米人であることも当たり前のこととなるであろう。

3. 医療領域の現状

最近の医療事故や医薬品使用をめぐるトラブルの多発に伴って、医療の質の向上を求める国民意識が高まり、医療の場における薬剤師職能の重要性が高まってきた。このような社会のニーズに対し、病院や保険薬局では患者の立場に立った質の高いサービス提供のためにさまざまな取り組みがなされてきた。また薬剤師国家試験のガイドラインの変更に伴い、疾病と病態という領域が医療薬学の分野に採り入れられ、その重要性が高まり、薬剤師養成教育の要となる医療薬学の確立が急務となってきた。

医学や看護が主に患者を対象とするのに対し、薬学は患者のみならず病気でない一般生活者をも対象とする。各都道府県毎に大衆薬の販売を許可されている薬種商（その歴史は豊臣秀吉の頃にさかのぼる）や暗黙の了解のもとで大衆薬を売っていた一般販売員（薬剤師免許は持たない）の領域であった一般販売業、いわゆる大衆薬を扱うドラッグストア業界が、薬事法の厳しい監視のもとでここ数年積極的に薬剤師確保に乗り出したことから、薬剤師の活動範囲が一気に広がった。セルフメディケーション (Self Medication : 自己責任による健康管理) の考え方の中で大衆薬は重要な役割を果たし、医療費抑制にも貢献することから、今後さらにこの考えは浸透し、一般生活者自らが大衆薬を選択するためには病気や薬に対する幅広い知識を有する薬剤師の助言

が必要となる。

4. 現状をふまえた上での提案

創薬部門

国内での研究・開発



国際的な視野での企業活動

医療部門

医師会の動きを意識した薬剤師活動



薬剤師独自の医療活動

- ・病院・薬局（对患者）
- ・一般販売業（対一般生活者）

創薬部門では、国内の研究・開発において従来の薬学教育は当初の役割を十分果たしてきた。今後国際的な視野、特に欧米を意識した企業活動がさらに積極的になることから、日本の技術力の高さをアピールするためにこれまでと違った英語教育が必要となる。従来の薬学教育の中で英語教育はあまり重要視されておらず、教養として英米の文学作品やエッセイを読むことが中心であった。しかし現実問題として、これまでの英語教育では論理の組み立てが全く違う専門用語の多い薬学・化学論文を読むには十分な機能を果たしていなかったことは紛れもない事実である。そのためにも必須科目として3あるいは4回生の1年間徹底して薬学・化学英語を修得できるカリキュ

ラムの編成が必要である。さらに選択として半年～1年、できれば国際的な舞台で活躍しているビジネスマンを講師として実際に即した英語を学ぶことが望ましいが、製薬企業を舞台にした内容で組まれたビジネス英語のLL授業もカリキュラムの一環としてあればさらに充実した英語教育になる。

医療部門においては、現場で活躍している薬剤師の英知を集めて医療薬学領域の確立をめざし現在努力がなされている。一方、一般生活者をも対象としなければならない薬剤師は、病気だけでなく健康をテーマにした知識、つまり病気にならないための予防や健康増進などといった保健医学的な知識も必要となることから、将来的に保健医学分野を薬学教育の中に採り入れることも考慮すべきであろう。

5. おわりに

明治以降、理工学部との競合の中で創薬中心に発展してきた薬学教育は、国内的には成功しているといっても過言ではなからう。しかし21世紀は国際的な視野の中で、その技術力を世界にアピールしていかなければならないことから、専門用語の多い薬学・化学英語の修得と専門知識を駆使することのできるコミュニケーション能力の開発を目的とした英語教育が重要となる。

一方、医療部門においてはできるだけ早

く医療薬学を確立し、チーム医療の中で薬剤師独自の医療活動を行うことが望まれる。また病気や薬に関して幅広い知識を有する薬剤師を養成するためにも、保健医学に関する知識の修得も考慮すべきであろう。しかし、この領域が薬学教育の中で独立したカリキュラムとして組まれるためには教員の意識やその重要性の認識の問題もあり今後の課題となろう。

高齢社会における心身障害のケアを担う 人材開発と教育システムの構築

東京都立保健科学大学 高島恭子

東京都立保健科学大学 飯田恭子

A. 研究目的

日本社会の高齢化に伴い、障害者とされる人々も高齢化していることが指摘されている。また、加齢に伴う心身の変化は視力や聴力、足腰の衰え、あるいは脳血管障害等の後遺症としての心身の障害として現れることが多い。こうした中で心身のケアを担う専門職の人材開発の必要性は高まっている。この研究では①心身障害のケアを担う人材の現状、②現在のサービス提供システム、③国際的動向、④必要とされる人材とその育成について明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

文末の参考文献欄における文献を対象として文献調査を行った。

C. 研究結果

①心身障害のケアを担う人材の現状

「今後5か年間の高齢所保健福祉施策の方向～ゴールドプラン21～」、「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略～」等を受け、社会福祉従事職員数は増加している。また、社会福祉の増進に寄与する人材として育成される社会福祉士・介護

福祉士数も増加している。社会福祉士については「専門的知識及び技術をもって、身体上もしくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障があるものの福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行う」（「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条）とされている職種であるが、その受験者数、合格者数ともに増加している。これを合格者の受験資格別構成比で見ると、第5回試験（平成5年3月7日、第1～4回はデータなし）では、福祉系大学等が46.4%、養成施設が51.2%、実務経験5年以上が2.4%であったものが、第12回試験（平成12年1月23日）では、福祉系大学等が66.9%、養成施設が32.1%、実務経験5年以上が1.0%であった。合格者の年齢別構成で見ても、第5回試験（平成5年3月7日、第1～4回はデータなし）では、30歳以下が482名、31～40歳が265名、41～50歳が151名、51～60歳が23名、61歳以上が3名であったものが、第12回試験（平成12年1月23日）では、30歳以下が4,065名、31～40歳が884名、41～50歳が597名、51～60歳が184名、61歳以上が19名であった。ただし、有資格者が職業として社会福祉に携わっているかどうかは確認できなかった。実務経験者だけでなく、教育によって社会福祉の知識を身につけた若い人材が

育ってきている。介護福祉士の資格取得については養成施設を卒業する方法と国家試験を受験する方法があり、養成施設の増加及び合格者の増加により、有資格者は増大している。

②サービス提供システム

心身に障害のある人に対してのケアを行う事業団体は、公営と私営に分けられるが、行政機関、社会福祉協議会、福祉関連団体、福祉関連企業、医療機関、教育機関、NPO 団体など非常に多様化している。また、サービスを行う人も、相談員、民生委員、施設長、生活指導員、職業・作業指導員、セラピスト、心理・職能判定員、介護職員、医療従事者、教員など多様な形で関わっている。その形態も常勤、非常勤パート、アルバイト、自営、ボランティアなど様々である。社会福祉士を対象とした調査では、最近一年間に参加した研修の回数は、0 回から 11 回以上まで様々であり、その内容も権利擁護、ケアマネジメント、専門単位ごとの研修(高齢者、障害者、児童等)、面接技術、社会福祉援助技術など多様である。

③国際的動向

国際的には、1948 年の世界人権宣言以降、1971 年に「知的障害者の権利宣言」において「最大限実行可能な限り (To the maximum degree of feasibility)、他の人々と同じ権利」が宣言され、1979 年に

は国際障害者年のテーマを「完全参加と平等 (full participation and equality)」とすることが、1993 年には「障害者の機会均等化に関する標準規則」が議決されている。障害があっても他の人と同じ権利を有すること、それが機会の均等であることが今日の国連の流れである。2001 年 5 月 22 日、第 54 回世界保健会議にて国際障害分類改訂版 (ICF) が承認された。ICF は健康とそれに関連する諸状態を記述するための統一かつ標準的な共通言語と概念枠組みを提供することを目的とし、健康を構成する要素とウェルビーイングを構成する健康関連要素を定義付けるものである。ICF では、生活機能と障害を、健康状態とそれを取り巻く状況要因との動的な相互作用と捉え、身体機能・構造、個人による課題や行為の実行である活動、生活状況への個人の関与である参加において、個人因子とともに環境因子を位置付けた中で、個人のおかれている状況を分類し情報を整理する。年齢、疾病等の、障害の原因とは関わりなく、健康状態と社会参加を個人因子と環境因子から捉えることには、年齢や性を主としてきたこれまでの福祉の枠組を超える可能性がある。ICF の分類は、本来健康と健康関連のものであるが、保険、社会保障、労働、教育、経済、社会政策、立法のような他領域や、環境をよりよく変えていくのに役立つとされている。

D. 考察

心身のケアを担う人材は、量的増大が進んでいる。社会福祉関連有資格者の増大から、その質を向上させ活用することが国民の福祉の向上に容易につながることが予想される。質的に優れていると考えられる社会福祉士有資格者数も大きく上昇してきており、経験豊かな人材ばかりでなく、経験はまだ浅いが学歴の高い若い人材が増加してきている。サービス提供方法は多様である。就業以降の研修のあり方も多様である。こうした多様性から、経験による蓄積と教育による知識とを融合させる必要性、経験知を共有する必要性、適切なサービスを適切な形で供給する必要性が高まっていると考えられる。サービス提供方法や就業形態の多様性は専門とする分野ごとの閉鎖性や縦割り思考を生む可能性をもつ。しかし、利用者の利便のためには、一つの専門職として意識的に統合されていることが重要である。

国際的には、心身に障害があっても、社会に参加することが生活の質の向上につながるとされ、個人因子と環境因子の双方から障害を捉え、活動や、社会参加を促進し、健康状態を高めることが志向されている。ICFとして改訂された国際障害分類における環境因子と個人因子からの障害の構造理解は、個人因子を主眼にケアするばかりでなく、環境因子を明らかにし変化さ

せることで社会参加に向けてのケアができる人材を求めることとなる。心身の障害をもちながらも生活の質を高めるためには、保健・医療・福祉など各専門職の連携の必要性は当然の事とされているが、ICFは各分野の統一的かつ標準的な共通言語と概念枠組みを提供するものとして開発されたものであり、これを活用できる人材が求められている。これは諸外国との情報交換のためにも必要である。また、自己意思の表現を苦手とする人を対象とする場合のニーズの把握にもICFは役立つと考えられる。こうした国際的動向をうかがいつつ、日本の状況にあったケアのあり方を進める必要がある。

近年社会福祉においては援助の最初の窓口として相談業務が重視されている。しかし実際の援助となるシステムがしっかりとしていなければ相談業務は成立しない。刻々と変化する社会情勢においてニーズと援助との連動性を高める必要があり、相談窓口においてニーズの変化を把握し、システムへとフィードバックできる人材が求められる。また、資格取得後あるいは福祉業務就業以降の研修のあり方は多様であるため自ら学び、状況に応じて実践を修正していく能力も求められている。

E. 結論

高齢社会における心身障害のケアを担う人材は量的に増大したが、個々人の背景、

サービス提供形態、研修の機会などにおいて、非常に多様である。利用者がケアされるばかりでなく活動や社会参加を促進されるためには、この多様性を利用者にとって利点とすることが重要である。そのためには、福祉分野の区別を超えた ICF の応用と、これまでの背景や就業形態を壁とするのではなく相互交流することによってニーズの変化をより包括的に把握し、システムへのフィードバックとできるような問題発見解決型のリカレント教育が必要である。福祉の課題は国際的に共通することも多く、各国の試行とその結果を研究することも有用である。

こうしたことから、心身障害のケアを担う人材には、福祉分野の区別や国家の別を超える共通の言語、概念枠組としての ICF の活用、ニーズと援助システムを連動させることのできる問題発見解決型思考、幅広い視野と国際的な情報収集力及び国内におけるその活用が求められ、こうした人材を開発する、福祉分野の区分にこだわらないリカレント教育の場が必要である。

F. 文献

厚生労働省『厚生労働白書(平成 13 年版)』

(平成 13 年) ぎょうせい

厚生統計協会『国民の福祉の動向・厚生
の指標 臨時増刊・第 48 巻第 12 号・通巻第
755 号』(2001 年) 第 3 編第 13 章

『社会福祉小六法 2001』(2001 年) ミネ

ルヴァ書房

社団法人日本社会福祉士会編『社会福祉士
のしごと(改訂版)資格のとり方とその専
門性』(2001 年) 中央法規 p.154-p.158
社団法人日本社会福祉士会、社会福祉士現
況調査委員会「社会福祉士現況調査報告
書」(平成 13 年 3 月 31 日)

WHO 国際障害分類日本協力センター
『WHO 国際障害分類第 2 版ベータ 2 案
(日本語版)』(2000 年) WHO 国際障害
分類日本協力センター

中野善達編『国際連合と障害者問題重要関
連決議・文書集』(1997 年) エンパワメン
ト研究所

佐藤久夫「ICIDH、ICF の歴史」OT ジャ
ーナル Vol.35 No.9 2001 年 9 月

上田敏「ICF(国際障害分類改訂版)の問
題点と今後の課題」OT ジャーナル Vol.35
No.10 2001 年 10 月

田端幸枝「作業療法における ICF の使用
とその意義」OT ジャーナル Vol.35 No.12
2001 年 12 月

厚生労働省大臣官房統計情報部「平成 12
年社会福祉施設等調査の概況」(平成 12 年
10 月 1 日現在)

[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/
fukushi/00/index.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/00/index.html)

「ICF」

<http://www.who.int/classification-icf-intros-ICF-Eng-Intro.pdf>

介護を担う人材の教育システムの構築
——介護保険制度下における
介護職のためのリカレント教育——

東京都立保健科学大学 関 千春

東京都立保健科学大学 飯田恭子

1.はじめに

第二次世界大戦後、日本人の平均寿命が伸び、また一方で第二次ベビーブーム以降子供の数が継続的に減っているため、高齢者率が急速にアップしている。また、3世代、4世代同居型の家族から核家族化への傾向は、数字上もひと世帯の人数の減少に顕著に表れており、女性の社会進出と併せて家庭内の介護力の低下に少なからぬ影響を与えている。これまで介護のほとんど全てを引き受けてきた女性の負担は重く、また介護者の高齢化も深刻で、これらは「寝たきり」の高齢者を生み出す原因ともなっている。

このような社会環境の変化により、これまで「措置」として行われてきた老人福祉制度や老人医療制度では対応しきれないケースが増え、また今後ますます増加していくものと予想されている。行政は、人生の最後を住み慣れた家で安心して穏やかに過ごすという高齢者の権利を実現するため、家族だけでなく社会全体で高齢者を支える制度として2000年4月に「介護保険制度」をスタートさせた。

2.介護保険制度の運用状況

(1)要介護者から見た介護保険制度

まずはじめに2000年12月に千葉県松戸市が実施したアンケート結果をもとに要介護者から見た介護保険制度の運用状況を考察する。

<松戸市の人口>

	1999年	2004年(予想)
総人口	約464,609人	
高齢者率	11.9%	14.9%
要介護者数	約5,000人	約6,300人

<実施時期> 2000年12月

<目的>要介護認定者の実態と意識を把握し今後の介護サービスの改善等に役立てる

<対象>市全域に住む、在宅で介護保険サービスを受けている要介護認定者

<有効回答数> 1157

<主な質問事項>

- ①要介護、要支援認定に対する満足度
- ②介護保険サービスの利用状況
- ③介護保険制度、各サービスに対する満足度
- ④利用者負担、介護保険料について
- ⑤今後市に期待すること

<アンケート結果>

介護認定については「満足」と「おおむね満足」を合わせると66%で、総じて満足度は高い。

介護サービスの利用状況については、何らかのサービスを「利用している」人