

北海道地域福祉研究

1995年(第1卷)

北海道地域福祉学会

発刊にあたって

北海道地域福祉学会長

忍 博 次

ある事情で仕方なく、H大学で地域福祉の講義をしなければならない羽目になった。早くから在宅福祉の重要性を説き、地域福祉学会にも参画していながら、知識体系の共通項がはっきりしない地域福祉論なるものの展開はなかなか荷が重い。学問として学生に知識を提供するためには、概念や用語を明確にしなければならない。まず地域福祉の概念から困惑した。いろいろな論文を目にして、オムニバスの、折衷的定義の多いのにいまさらながら驚いている。地域で生活する人々のなんらかの生活困難に対する援助を拾い上げればそういうことになるのであろうか。これでは地域福祉という学問体系を構築することは容易ではない。というよりそれがこれからの社会福祉ということなのであろう。

地域福祉という学問があるのかと問われれば、なぜ地域における福祉、地域による福祉を強調しなければならなかったのか。ただそこから考える外はない。戦後40年の福祉は社会保障を整備し、施設を拡充してきた。高度経済成長は国の責任においてこれらの福祉供給を可能にした。しかし、高度経済成長は地域社会や家族を解体し始めた。われわれのライフサイクルはだれでもいつかは依存していきなければならない時期がある。わが国の分化は多くその責任を家族や近隣地域が担ってきた。その家族が分化し、地域の結合が崩れ、在宅ニーズが噴出するようになった。それなのに在宅ニーズはうち捨てられていた。在宅ニーズに対しては柔軟で総合的なサービスが必要になる。なによりも新しい生活困難に直面する地域の住民が「地域」福祉を要求している。それが地域福祉の実践と研究を求めたと考える。

このように現実的な要求から生まれた地域福祉の学問は、住民の切実な要求に敏感であり、ニーズを生み出しながらも、援助の基盤にならなければならない地域社会の歴史と文化を的確にとらえなければならない。その意味で地域福祉学会の研究は学問のための学問になってはいけないと思う。高いヒューマニズムと地にしっかりと足をつけた住民の生活に密着した研究が求められる。

地域住民が表現するニーズは幅広い。同時に提供しなければならない社会福祉サービスも公私にわたって幅広く複雑である。さらに地域福祉は人々の発達や生活を支え、絆を強固にするコミュニティの再生にも努力しなければならない。かくして学会に参加する研究者・実践家の職種は多様である。いろんな専門家が手を取り合って実践的課題に立ち向かっているのが地域福祉学会の特徴といえる。

ささやかながら学会雑誌が発刊できたということは地域福祉という学際的研究に協働したチームワークの成果と同時にわれわれの志が一步前進した証明である。執筆者、編集委員の皆さんの御苦勞に感謝し、学会の未来に期待したい。

目 次

発刊にあたって

論 文

- 社会福祉協議会活動とケースマネジメント ……………大内 高雄 1
- これからの地域保健 ……………田中 宏之 23
- 地域リハビリテーションと連携 ……………橋本 伸也・田中 敏明 39
- ホームヘルパー養成の課題 ……………吉村 信義 53
- 居室障害者のフェルトニーズに見るサービス供給の課題 ……………横山奈緒枝 67
- 北海道における在宅老人保健・福祉事業の市町村別特性に関する類型化 …………… 85
佐藤秀紀・中嶋 和夫
- 保健医療福祉情報サービスに対する高齢者の不満度に関する要因の分析 …………… 101
中嶋 和夫・佐藤秀紀

実践レポート

- 在宅における介護支援の意義と課題を考える ……………北村久美子 117
- 三笠市の緊急通報システム ……………杉岡 直人 125

研究会報告

- 北海道地域福祉学会の一年 …………… 133

編集後記

社会福祉協議会活動とケースマネジメント

大内高雄（美唄市社会福祉協議会）

連絡先：〒072 美唄市西3条南3丁目6番2号

美唄市総合福祉センター

美唄市社会福祉協議会

電話：01266-2-0770

はじめに

与えられたテーマは、「社会福祉協議会活動とケースマネジメント」である。まさに、今日の課題であると同時に今後の地域福祉システムづくりにおける社会福祉協議会（以下「社協」）の力量が試される物差しである。しかし、筆者はこれを十分に展開する力量に欠けるが、これまで17年間、社協活動に関わってきた立場から、そこにおけるケースマネジメント機能の必要性とその取り組みの可能性にふれ、最後に若干の課題を提起することができればと考えている。そして、今後の実践研究におけるひとつの素材提供になればと思う。

そこで、まず、社協活動をとりまく今日の状況をケースマネジメントの関連でみる。次に地域福祉とりわけ社協活動におけるケースマネジメント導入の必要性を検討したい。そして、筆者が所属する美唄市社協での実践内容を事例として取り上げ、最後に、それらの実践過程で得た意味と若干の課題を整理してみたい。

1. 社協をめぐる近年の動向とケースマネジメント

いま、社協は、切実なソーシャルニーズ（以下「ニーズ」）の主体である住民、とりわけ要介護高齢者とその家族への支援方法や当該自治体との協働関係及び近年の在宅要介護者支援を中心とする政策動向のなかで決断が迫られている。社協は、これまでの活動の評価を踏まえ、高齢化・貧困化する家族介護力に対応する力量形成が問われているといえる。

それは、1990年6月の「老人福祉等社会福祉関係8法」の一連の改正の中で、社協活動を規定する社会福祉事業法第74条に「社会福祉を目的とする事業を企画し及び実施するよう努めなければならない」が追加され、さらに1992年には「社会福祉に関する活動への住民参加のための援助」が加わった。社協は、これまで以上に在宅福祉サービスの運営・実施といった事業的性格が強化されると同時に住民参加に向けた組織的援助が求められている。これらは、1989年3月の福祉関係3審議会合同企画分科会「今後の社会福祉のあり方について」

（意見具申）や1990年1月の中央社会福祉審議会地域福祉専門分科会「地域における民間福祉活動の推進について」（中間報告）等の議論の中からでてきたものである。

一方、社協サイドでは全国社会福祉協議会が中心となり、それに呼応する形で1990年8月に「新社会福祉協議会基本要項」（第1次試案・1991年7月に第2次試案）の策定がすすめられる過程の中で、従来の基本要項に基づく住民主体の原則と民間性ならびにソーシャルアクションを中心とする運動体的性格をどのように継承させていくか、等多くの議論を経て1992年4月に、新社会福祉協議会基本要項（以下「新基本要項」）として示された（注1. この間の議論等については、井岡勉、渡辺剛士、定藤丈弘氏の論文が詳しい）。1994年4月に全国社会福祉協議会は、新基本要項をさらに具体化させたものとして、「事業型社協推進事業」推進の指針を示した。同年、国庫補助として事業型社協推進のために「地域福祉総合推進事業費」が都道府県社協についた。ここでは、「事業」を在宅福祉サービスと住民福祉活動を含んだものとしてとらえ、社協における事業の位置づけを「真に在宅福祉を保障する基

盤の整備」、「福祉コミュニティづくり」「事業型社協の創造」とした。また、それらの実施を通して、中長期的かつ総合的取り組み、住民から見える社協づくり、事業を通しての社協基盤の強化・体質改善、管理運営体制の強化をめざすとしている。さらに、具体的取り組み内容として、①ニーズをサービス等とつなぐ仕組みづくり（ケースマネジメントの仕組みづくり）、②既存事業の改善と開発的役割、③住民参加型サービスの開発・実施、④在宅3点セット（デイサービス、ホームヘルプサービス、在宅介護支援センター）の受託運営の促進、⑤地域福祉推進の専門技術の強化を示した。

なお、ここでの「事業型社協」は、①小地域ネットワーク活動、②公的サービスの受託運営、住民のニーズ公私の社会資源をつなぎあわせるケースマネジメント及び地域福祉活動計画づくり、という三つの部門を展開するのは市区町村社協としている点に特色がある。

さらに、1995年4月9日・10日の「平成7年度都道府県・指定都市社協業務担当部課長会議」では、ホームヘルプサービス、デイサービスは最低限全市区町村社協で実施、在宅介護支援センターなどの整備や早朝から夜間までのサービス体制を早急に取り組む」などとする「在宅サービス3点セットの取り組みへの戦略」が打ち出された。（福祉新聞、1995. 4. 15）ここでの戦略は先の三つのサービスごとに3段階までの現状や目標の目安を設けているところに今回の特色がある。

組織体制の未整備、貧しい自主財源という現状の中では、とかくサービス運営事業にふりまわされてしまい、社協固有機能であるコミュニティワークが二次的になるのではないかという危惧もないわけではない。事業部分の予算化はすすむがコミュニティワーク部門のマンパワー確保では行政との合意形成の課題も少なくない。

しかし、過疎高齢化、財政力弱小、広域及び積雪・寒冷等の地域特性をもち、参入するシルバー産業・企業の少ない本道のような自治体にあつては、前述のような社会福祉法人格をもつ社協が民間性とコミュニティワーク及びケースマネジメント機能を合わせて展開し、体系的整備を目指していかなければ、住民ニーズに対応できない現実にある。

事業型社協展開には前述のような越えなければならない基本的なハードルも少なくない。しかし、社協の今日的状況は、要介護ニーズを抱える住民の問題を直視し、時代的要請に沿いつつ変えるべきものは変える勇気をもたなくてはならないときになっている。特に、介護保険を含む新介護システム導入がタイムテーブルにのりはじめている時代でもある（注2）。単に在宅福祉サービスの受託運営で終わるのではなく、24時間在宅支援に向けたケアワークとコミュニティワークの総合的展開方向が求められる。沢田清方は、「それを（委託事業筆者）を積極的に受け止め、ケアワークの側面をコミュニティワークの展開のベースにするという戦略を組み立てる必要がある。その手法としてケアワークとコミュニティワークを組み合わせた一体的総合的活動スタイルが求められていることになる。真剣なケアワークが追求されていけば、そのことは住民・当事者の「利益の獲得」に繋がっていき、その上に立って組織化を働きかければケアワークにおける努力は生きてくる」と指摘する（注3）。

社協のこれまでの活動原則を重視しつつ、この方法論の総合化の視点は現実的でもあると考えられる。そして、社協活動の直接サービスを中心とするケアワーク部門をきちんと住民の側に立って取り組むということはケースマネジメント機能の展開が不可欠となってくる。

以上のような社協活動をめぐる今日的動向は、同時に地域においてますます増大化している住民の介護ニーズを社会的・組織的に取り組む方向を要請している。社協は、住民ニーズに立脚したコミュニティ形成活動と同時に、現前する住民の健康・生活・介護等の複合的ニーズに対応するケースマネジメント機能の力量がもちえるかどうか、今まさに問われているのである。

2. 社協活動におけるケースマネジメント導入の背景と方向

1) 24時間支援を守備範囲に入れた社協活動

これまでの社協は、従来より住民ニーズの発見と相談援助として各種相談活動・調査活動を実施してきた。そこでは、産業構造の変化による若者の流出、過疎、高齢化、主な介護者の不在、介護力の低下が、要介護高齢者及びその家族の在宅生活困難を生起させていることが明らかになっていった。特に、それが小地域では大きな課題となっており、各種在宅福祉サービスの質・量の不足に加えケースマネジメントが重視されない状況で施設か病院直結型の対応になっていた。

今日の社協活動のポイントは、特に小地域における24時間在宅支援をどう創っていくかという点にあるのではないかと考えている。このことは、とかく社協活動では弱かった個別ケースへの支援活動が重要であることを意味している。すなわち、ホームヘルプやデイサービス、食事サービスといった直接サービスで把握された虚弱・要介護高齢者ニーズの評価と援助計画、援助の実施という一連のプロセスによるケースマネジメント機能の導入である。同時に、それは保健・医療等の他サービスの職種、組織との連携によるチーム（協働）アプローチの実践化が求められている。それが、可能となる条件の一つとして、社協が従来より取り組んできた小地域ネットワークづくりやボランティア活動及びぼけ老人を抱える家族の会などの当事者の組織化にみるインフォーマルサポートが総合化されることがあげられるのである。ここに社協活動の意味を見いだせるのである。

2) 社協の活動実態をふまえた効果的活動展開の方向

ここでは、1993年社会福祉協議会基本調査（注4）から、特に在宅福祉サービス等の活動実態を通して、ケースマネジメント機能が求められている背景を述べてみる。

職員数では、1983年（昭和58年 市町村社協の法制化）の14,105人から1993（平成5年）年の32,034人と2.4倍となっている。特に、ホームヘルプサービスやデイサービスなど在宅福祉サービスに携わる経営事業職員が、8,053人から21,008人と2.6倍に増加している。1993年度（平成5年度）では、一般業務職員と経営事業職員の比率は、1対2（34.4%と65.6%）で、経営事業職員の割合が高くなっている（図1）。さらに、経営事業職員の内訳では、

ホームヘルプサービスが11,758人(56.0%)、デイサービスが3,535人(16.0%)であわせて7割強となっている(図2)。また、公的在宅福祉サービスの受託運営に取り組む社協が増加しており、1993年度(平成5年度)では、特にホームヘルプサービスは2,245箇所(66.6%)は7割近く、デイサービスも537箇所(16.0%)となっている。さらに、在宅介護支援センター(設立準備中を含め32箇所)、訪問看護ステーション(3箇所)などの事業も受託するところも出てきており、地域の在宅福祉サービス実施に大きな位置を占めてきている(図3)。

地域でのケースマネジメント組織でもある高齢者サービス調整チームへの社協関係者の参加も78.6%と約8割を占めている(図4)。この事業は、1987年6月18日、「高齢者の多様なニーズに見合う最も適切なサービスを提供するために、保健・福祉・医療等に係わる各種サービスを総合的に調整、推進すること」を目的に設置されているものであるが、その活性化が大きな課題となっている。要綱中、構成者として社協職員やホームヘルパーなどが入ることになっている。

さらに、それ以外の在宅福祉サービスとして、週5日以上食事サービスが70箇所、週1回以上の入浴サービスが310箇所、移送サービスは519箇所(図5)となっており、この他に、総合相談体制としての福祉総合相談(34.3%)や福祉機器相談(37.8%)を実施している。

以上、これらの在宅福祉サービスの実施運営にあたっては、専任のケースマネージャーの配置や財政、人事、経理処理などの残されている課題も大きい。しかし、在宅福祉サービス利用者の在宅支援の視点と実践においては要介護者ほど、複数のサービスが必要となっており、そのニーズの総合的評価・在宅ケアサービスの調整、援助計画に基づくケースマネジメントなくしては、社協が在宅福祉サービスの実施・運営をしていく存在意味がないと言わざるをえない。

社協が在宅福祉サービスを住民と共に実施運営するという事は、当然、ケースマネジメントの展開を不可欠としているのである。

これが責任ある事業展開をめざす社協のケースマネジメント導入の背景とならざるをえないのである。

3. 社協活動におけるケースマネジメントの可能性

これからの背景を検討するならば、今後の社協活動では、在宅要介護者支援において、ケースマネジメント機能をもちうるか、そしてその力量形成がはかれるかにより真価が問われる時代になってきている。

いま、その条件が整いつつあると考えられる。若干、社協活動におけるケースマネジメント導入の要因について言及してみたい。

その一つは、社協活動の実態をみるとき前述のようにホームヘルプサービスをはじめ食事や入浴サービス、老人デイサービス、さらには在宅介護支援センター等の運営主体としての役割が高まってきていると同時にかなりの社協が担うようになってきている。

今後は、従来からの相談業務におけるニーズアセスメントの強化と問題解決活動をめざすとき、社協のマンパワーが充実強化されれば、有力なケースマネジメント推進組織となりうると考えられるのである。

近年、地域福祉を担う社協職員の視点、力量として、ケースマネジメントの重要性が認識されてきている。例えば、永田幹夫著「地域福祉論」(P154～15)、鈴木五郎著「社会福祉事業方法論Ⅲ」(P145)、小田兼三他編「地域福祉論(社会福祉士・介護福祉士養成講座)」(P145～146)等にページがさかれる時代である。換言すれば、地域福祉の中核的推進組織に働く社協職員の必須の技術となってきたのである。

二つ目は、1991年度より始まった国庫補助による、「ふれあいのまちづくり事業」である。1994年度には320箇所の社協が指定を受けている。当事業は、①ふれあい福祉センターにおける総合相談を通して、ニーズを把握する。②ケースマネジメントをとおしてアセスメントを行った上で、ケアプランを作成し、③近隣の住民やボランティア、民生委員、各種専門家を含めたネットワーク活動と各種の在宅サービスの提供(調整)による援助活動の展開。③既存のサービスでは対応できないニーズには「モデル的、先駆的」なサービスを開発して対応。というような内容になっており、社協が、これらの機能を総合的に活用して社協としての問題解決能力を高め、ニーズに即応する体制を作ることをめざしている。(詳細は「全国社会福祉協議会刊「ふれあいのまちづくり事業推進要領 平成6年度版」を参照)その推進の担い手としては、新たに「地域福祉活動コーディネーター」の配置をうたい、その人件費を国庫補助として付けているほか、社会福祉士の有資格者をあてることをすすめており、ケースマネジメントを行える専門性の高い職員の配置を求めている。

この事業の方針として五つをあげ、その最初に総合相談・援助活動の確立(ケースマネジメント機能の強化)をあげている。そして、住民のあらゆる生活・福祉問題を受け止め、素早く確実に問題解決につなげることとし、ケースマネジメント機能を重視しているのである。

また、その取り組みの活動実績として「既存サービスでは対応できないような相談に対し、社協として対応したケース」「在宅での生活を保ち、施設入所を遅らせることができたケース」「病院からの退院者に対応したケース」等ケースマネジメント実践の積み上げがなされている。(前掲「推進要領」(P32～37))

4. 社協実践におけるケースマネジメントの試みと実際

社協のケースマネジメント実践は、そのキーパーソンとなるケースマネージャーとしての役割をもつマンパワーや調整可能な社会資源のネットワーク等に課題を抱えつつも一歩ずつ取り組まれているのも事実である。

例えば、東京都東村山市社協・老人保健福祉事業の1975年度からの取り組みは、当時「要介護高齢者及び家族の個別ニーズに基づく社会資源のネットワークづくり」をめざし具体的活動をケース活動と呼び実践していた。その後、前田信雄(現聖学院大学教授)はそれら一

連の活動をアメリカを始めとする諸外国の実践研究から「ケースマネジメント」（前田信雄編著「在宅老人の保健福祉活動－東村山市での試み－」全社協 1986年）と評価した。その後、宮田敏行・葛野章は「民間相談機関でのケースマネジメント実践例－東村山市における老人保健福祉事業の活動から－」（「ソーシャルワーク研究」VOL 15 No.2 Summer 1989 相川書房）で、首都圏近郊ベッドタウンの地域特性をもつ東村山市の要介護高齢者支援の事例を報告している。その後二人とも社会福祉士を取得し、事例及び実践を積み上げている。

一方、本道の北見市社協では、1993年度前述の「ふれあいのまちづくり事業」の指定を受けたのを契機にケースマネジメントに着手し、実践が続けられている。（北海道ケースマネジメント研究会編「ケースマネジメントのすすめ－みんなで支える老人福祉」毎日新聞社北海道支社 1994. 12）

このように社協のケースマネジメント実践はその可能性をもってすすめられてきている。そこで、本節では、美唄市社協におけるケースマネジメントの取り組みの実際を通して、その可能性と課題について考えてみたい。ここでは、1992年・93年度の2か年、厚生省老人福祉施設機能強化モデル事業「在宅と特養の連携事業」の指定（社協に事務局を置く）により、ケースマネジメントにより支援したケースを素材に検討したい。

1) 美唄市社協のケースマネジメントにおける支援の実際

(1) 地域特性と契機及び方法

美唄市は札幌市より北に約60kmところに位置する旧産炭地過疎高齢地域である。1994年10月1日現在、人口33,549人（13,246世帯）、65歳以上人口6,724人（20.0%）、老人保健福祉計画目標年度では7,222人（23.9%）が推計されている。

さらに、本市は、寒冷・積雪地帯であり、加えて広域、財政力指数も25%と低い。なお、本市における行政、社協の施策、活動状況は図6・7のとおりである。

このような地域事情を背景として、社協としては、従来とかく住民から見えにくかった社協活動の総括から、総合福祉センター建設を契機に在宅老人デイサービスの併設など、介護問題に焦点をあてた活動に着手することになった。すなわち、1992年度から老人デイサービス（登録150人）と生活支援型の食事サービス（登録110人）を始め、その後ホームヘルプサービス（登録40世帯）、移送サービス等を実施した。これらの実施運営から、高齢者世帯をはじめとする住民の要介護性の現実とチームによる支援（援助・アプローチ）の必要性が認識されてきた。（（ ）内は、1995年4月現在）

現在、本市におけるケースマネジメント実践は、前述厚生省モデル事業を北海道から指定されたことが契機になっている。実施にあたっては、従来よりある美唄市高齢化問題研究会（市長の諮問機関）の中に、「在宅・施設サービス連携の在り方に関する小委員会」を設置（事務局を社協に置く）し、ケースマネジメントの手法により、月1回の定例カンファレンスをベースに実施したものである。ここで検討された事例は、7ケースで、延べ

68回のケースカンファレンス（経過報告のみも含む）がもたれた。ここでの小委員会活動は、ケースの発見・スクリーニング、ニーズの総合的評価（アセスメント）、援助計画（ケアプラン）の策定、援助（ケアプラン）の実施、経過観察（モニタリング）という一連のケースマネジメントのプロセスによった。

事務局としての社協の役割は、ケースの事前情報の収集・課題、変化の整理、関係諸社会資源との連絡・調整、定例・緊急時のカンファレンスの開催、事後のケースレコード及び管理に加え事業の進行・予算執行管理などの庶務機能をも担った。

本テーマの検討にあたって、先の小委員会で取り組んだ一つの事例をとりあげたい。この事例は、痴呆性の一人暮らしで、在宅生活を強く望んだ■■■■さんをケースマネジメントの手法によるネットワーク活動で約1年半支援したケースである。以下に、ケースの概要、ケースマネジメントシートによるケアプランと支援プロセス、社会資源のネットワーク状況及びケース支援から学んだこと等について報告する。

(2) ケースマネジメントによる在宅支援事例

① ■■■■ケースのプロフィールとケースの発見

〔生活・病気・障害の状況〕

一人暮らし。女性。■歳（当時）。生活保護受給。老朽化した一戸建て住宅（借家）に40年来居住。なお、生活歴については、図8のチャートを参照。病歴は、1961年（54歳）より神経痛。76歳のときからパーキンソン氏病と診断される。その後、脳動脈硬化症により痴呆症状がでてくるが、服薬・通院を嫌がる。生活障害としては、自宅より少し離れると帰れなくなる。金銭管理困難。失禁あるが衛生面無関心。調理困難の他は歩行、入浴、服薬要介助。なお、健康、ADL、生活面の現状と問題点については、ケースマネジメントケアプラン表を参照（表1）。

〔ケースの発見とスクリーニング〕

1993年3月、近隣の甥夫婦から、尿失禁、ぼけ症状、通院等で市保健センター保健婦に相談がある。それ以前1985年来、甥と生活保護ワーカー等が施設入所をすすめるが、「絶対にイヤ」と拒んでいた。その後、甥夫婦が世話を続けるが、心身とも疲れ、「何とかならないか」と再度相談がある。同年10月に関係者により打合せを行い、デイサービスの利用に結びつくが、ニーズが複合していることと在宅希望が強いことをふまえ、1994年1月の先の小委員会ケースカンファレンスで検討することになった。

② 支援プロセスと結果

〔ケースの評価と方針〕

ア. 低いADLと痴呆症等から派生する生活困難があるが、従来からの生活保護受給以外に他のサービスとの結びつきが無かった。必要な在宅サービスのケアパッケージを示し、提供した後の生活自律度と甥夫婦の介護負担度を検討する。

イ. 将来的には、施設入所も選択肢の一つとして考えつつも当面、本人が望まぬ施設入所をすすめるのは問題が大きい。当面は、在宅生活継続の方向で支援を検討する。

〔援助内容と支援プロセス〕

ニーズ評価に基づく援助、サービスのパッケージ（ケアプラン）は、表1ケースマネジメントケアプラン参照。また、 ケースをめぐる支援のネットワークと役割分担は表2の通りである。さらに、そのニーズ変化と社会資源利用状況は、表3の ケース支援プログラムを参照されたい。

〔結果〕

ケースマネジメントによる支援の結果、本人は好きな民謡に楽しみを見だし、一方、甥夫婦は、「ばけの家族の会」に参加するなど、 ケースの生きざまを受容し、介護について何とか見通しがもてるようになった。しかし、1994年4月頃より、本人の入退院の繰り返しとADLの低下、住環境の限界がみえてきた。特別養護老人ホームの見学、体験ショートステイの利用等を通して、本人の施設利用への受容と納得により、同年8月入所となる。甥夫婦も店に定休日をつくり、面会の回数も増え、いまは本人も甥夫婦も落ちついた生活ができています。

③ 要約とケース支援が教えること

これらの取り組みは、虚弱・要介護高齢者の地域福祉という基本的視点を踏まえ、従来より社協のもつ連絡調整・地域組織化機能等のコミュニティワークと高齢者サービス調整チームのケースマネジメント機能を強化し、総合化を試みた実践でもあった。そして、ケースマネジメントの手法をもち、ケースと事務局を担う意味を教えられた。

次に、 ケース在宅支援事例から学んだ点について言及しておきたい。

ア. 在宅の虚弱・要介護高齢者及び家族（親族）の複合的ニーズを正面から取り組むケースマネジメントシステムの意義が大きい。

イ. 当事者や一部関係者は、断片的介護困難の事実と直面する時、「大変だ、もうだめだ、病院は無いか、施設は無いか」と、とかく短絡的になることがある。重要なのは、事実の断片的、心情的評価ではなく、生活困難の実態を総合的に協働で分析・評価するという視点であり、それに基づいて援助計画なり支援のケアパッケージが示されるということである。その際、社協実施の週5回の食事の配食、週2回のデイサービスでの身体状況の変化を早期に発見したり等の生活・健康情報の入手及びそれに基づくタイムリーなカンファレンスがもてたことの意義も大きい。

ウ. 在宅生活を支援する社会資源は不足がちである。限界あるサービスも、利用者の意欲、健康状態、自立度の側面から定期的に評価することでより有効に多くの人々が利用できる。例えば本ケースも、週5回のホームヘルパー派遣も3週間が経過した頃から週3回でよくなり、その分、他の必要な住民が利用できることにもなる。

エ. また、提供するケアパッケージの中身は、必ずしも公的サービスだけでは十分でない。

ぼけ老人を抱える家族の当事者組織（「美咲市障害老人と共に歩む会」）の存在で、ぼけ症状をもつ高齢者の理解や受容の仕方の学びや相談や励ましの役割も大きかった。また、何くれとなく訪問したり、安否確認や話相手、道に迷ったときにいっしょに帰ってきてくれるなどのインフォーマルネットワークができたことも大きかった。

なお、この家族の会は、1993年3月社協が「痴呆性老人介護教室」の開催がきっかけとなり、その後、月1回の集いをもち、1994年1月に結成したものである。その後、痴呆性老人のE型デイサービス事業が会員から提起され、同年7月には、市長に設置促進の要望書が出されて、1996年度に実施予定となった。これにより、当事者組織のソーシャルアクションの意義と役割が教えられた。

5. まとめにかえて～その可能性と課題、そして方向～

社協活動とケースマネジメントを論じるにあたり、社協が在宅の虚弱・要介護者及びその家族への支援と実態のある地域福祉を展望するとき、24時間の在宅支援を可能ならしめる役割をいかに果たせるのが最大の関心事にならなくてはならない。いま、社協がアイデンティティーを確立していく方向があるとすれば、従来のコミュニティワーク機能の充実強化と個別要介護者に対するケースマネジメント機能の結合とケアワーク（サービス）機能を担う力量形成が図れるかにかかっているのではないだろうか。

これまでみてきたように、従来の社協実践の積み上げを踏まえ、1990年の法改正、昨今の事業型社協展開方向を考えると、社協活動におけるケースマネジメントの導入は可能だし、そのことが住民の生活と健康を守る地域福祉を強化できると考える。

ついては、社協活動において、真に住民生活を支援する方法でシステムとなりうるその可能性とそこでの課題、そして今後の方向について若干の要素を整理してみたい。

1) 体制に関して

社協のみでケースマネジメントを担えるわけではない。地域福祉展開のポイントである協働と役割分担が明確にされなければならない。美咲市での事例では、高齢者サービス調整チームの機能と社協のもつコミュニティワーク及びケースマネジャーの役割が総合化されて可能になったと考えられる。従来の単にニーズのふりわけに終始した相談活動レベルでは限界がみえている。

今後の方向としては、社協の地域福祉戦略として在宅介護支援センターを拠点とし、そこに入所判定委員会的機能を併せ持つ市町村高齢者サービス調整チームの事務局を社協に委任してもらうことだと考える。何故ならば、ケースマネジメントの実効性は、地域におけるどのようなシステムの中で、誰が、どのような場で、援助計画（ケアプラン）に基づくケアパッケージ化の合意なり権限をもってすすめられるかが不可欠だからである。同時に、高い専門性と人権思想に裏付けられたソーシャルワーカー（社会福祉士等それに準ずる専門職の存在）は重要である。前述の東村山市社協では、ケースマネジメントを担う職員に社会福祉士

資格者が4人配置されている。

2) ケースマネジメントプロセスにおける社協の優位性

(1) ネットワーク機能とソーシャルアクション機能

社協活動でのネットワークとしては、当事者組織や小地域のインフォーマルネットワーク活動がある。また、ボランティアセンターを中心としたボランティアのネットワーク、〇〇推進委員会という組織もある。現状では、必ずしも社会資源は十分ではないし、時には、ホットな住民相互の援助活動が必要なことがある。社協組織におけるケースマネジメント展開では、それらの組織化や調整がスムーズになされる可能性が大きい。さらに、不足したり不備な社会資源について、これら地域住民・ボランティア組織と協働してソーシャルアクションに結びつきやすい利点もあるのである。

(2) ケースの発見とニーズ評価

ケースマネジメントの過程のポイントの一つとして、ケースの発見とニーズ評価がある。特に、ケースの発見には前述の小地域ネットワーク活動が効果的である。社協は、いまや在宅ケアサービスの主要な部分を担ってきている。また、今後増加してくることが予想されている。例えば、美明市社協においてさえも、デイサービス、食事サービス、ホームヘルプサービスあわせて300人のケースが把握されている。特に、デイサービス利用者については、医師の病歴、病状、日常生活面での注意事項まで入ったデータがある。そして、食事サービスは週5回、デイサービスは週1回、ホームヘルプサービスでは週1～6回と、本人や家族の情報収集が可能であり、ケース記録が保管されている。これらがミーティング等で複合的・継続的・チーム援助が必要になったとき、早い時期にケースマネジメントに結びつくのである。この意義は大きいし、社協の武器でもあるからである。

最後に、社協活動の展望においては、今後、虚弱・要介護住民が共に安心して地域で暮らせる条件整備とそのためのシステムをどう築いていくのかが問われている。これまでみてきたようにケースマネジメント機能は、社協におけるコミュニティワークとケアワーク（事業・在宅サービス）を総合化していく接点であり、援助の質、生活の質を保障していく機能をケースマネジメントを通して社協が持ちえるのではないか。いま、この仮説を実証していく努力と社協組織の変革が同時に求められている。

注1 井岡勉「地域福祉時代の社会福祉協議会の課題と実力」社会福祉研究第50号(1991. 4)、渡辺剛士「地域福祉の中核として社会福祉協議会が目指すもの」社会福祉研究第53号(1992. 4)、定藤丈弘「新地域福祉時代と社会福祉協議会の戦略」社会福祉研究第55号(1992. 10)

注2 「公的介護保険は社会保険方式で」官庁速報 時事通信社 1995. 12. 8

注3 沢田清方「社会福祉協議会における地域福祉の方向と課題ーコミュニティワークの一体的展開をー」ソーシャルワーク研究Vol. 21No. 1 SPRING 1995. 4

注4 「1993年社会福祉協議会基本調査報告書」全国社会福祉協議会 1995. 1
本調査は全国3,372箇所の市区町村社協の1992年度実績である。

注5 美唄市社会福祉協議会・美唄市・北海道「在宅・施設サービス連携の在り方に関する小委員会報告－老人福祉施設機能強化モデル事業報告書」1994. 3

表1 事例 ■■■■ ケース ケースマネジメント・ケアプラン作業所

名前 ■■■■	(男・女) M・T・S 40 年 月 日生 (■■歳)				
ケースの概要	基本的なADL状況				
臥床状況	イ. 入浴	ニ. 歩行	ト. 着脱	ヌ. 痴呆	ワ. 聴力
虚弱・痴呆	1. 自分でできる	1. 徒歩伝え歩き	1. 自分で	1. ない	1. 普通
	2. 手助け必要	2. 要介助	2. 要介助	2. 軽度	2. 難聴
	3. 自分でできない	3. 車イス、寝たきり	3. できない	3. 重度	3. 聞こえない
住宅状況 一戸建	ロ. 徘徊	ホ. 立位	チ. 話の了解	ル. 症状	カ. 視力
	1. 完全	1. 普通	1. わかる	1. 良好	1. 普通
	2. 尿失禁	2. 一部介助	2. 少しわかる	2. 通院中嫌がる	2. 大きな文字
	3. 尿便失禁	3. 全面介助	3. わからない	3. 週2回医療を要する	3. 見えない
経済状況 生活保護 (S.36年より)	ハ. 食事	ヘ. 在位	リ. 意志表示	オ.	ヨ. 介護状態
	1. 普通	1. 普通	1. できる	1. なし	1. 世話をする
	2. 要介助	2. 何とかできる	2. 少しできる	2. 在性	2. 介護に援助要
	3. 全面介助	3. できない	3. 表せない	3.	3. 介護できない嫌がる
	現 状		問 題 点		
医療・健康	<ul style="list-style-type: none"> 保健婦訪問世帯 デイ利用のためC病院通院 (膀胱炎、胃などの薬あり) 紙オムツ汚染 (+) 1/25℃病院通院 子宮内膜炎と診断、1週間程度入院必要 食事、好き嫌いなし (デイでは全量摂取) 		<ul style="list-style-type: none"> 服用あるが飲まず 病院ざらい。療養指示、実行せず (理解できない?) 症状訴えることなし (かゆみ、痛み等) 痴呆症状にかかる診断及び程度の医学的診断されていない 		
ADL 介護内容	<ul style="list-style-type: none"> 痴呆あり (S60年頃より) 失禁あり 便意は訴える 清潔、衛生について関心ない 		<ul style="list-style-type: none"> 失見当 (午睡後とくに顕著)、入浴、食事したこと忘れる 尿失禁あり (デイでは、トイレ回数0~1日程度) 清潔、衛生無関心 (下着、とりかえない、デイ利用日観察ではアメ色状態) 整容、身仕たく無関心 (自分では洗髪せず、着替要介護、外出用意全介助) 		
生活・ その他	<ul style="list-style-type: none"> 洗濯、身辺整理等、繁雑 →下着以外、大部分クリーニング業者利用 デイ利用日の人間関係良好 (話づき、人なつこい etc) 1/18 ホームヘルパー派遣 (月・木) 1/20 夕食 (月~金) 社協、食事サービス利用 (600カロリー、¥350) けものづけ得意、民謡 (東北関係) 好き 		<ul style="list-style-type: none"> 洗濯、自分では困難 (洗濯機あるが使い方忘れたといい使用せず、タオル程度は可) 調理、自分ではできず 金銭管理困難 - 生保支給日に訪問業者に不必要に買わせる。例: ミカン3箱、松前、づけ1箱) ←人にあげてしまう 金・物を人にあげたがる 		
主な介護者の 状況等	<ul style="list-style-type: none"> 近隣とのつきあい希薄 甥夫婦、調理等の世話している 生活全般にわたってみている M市の甥が時おり訪問 (?) 地域の福祉関係者より金銭関係を心配して、施設利用について市に働きかけあり 		<ul style="list-style-type: none"> 甥にあたるO夫婦は、朝・夕の食事、水道管理、除雪、洗濯などで疲れていた (デイ利用、ホームヘルパー、食事サービスでひと息がつけたという) H3年、唯一の弟死亡→「オレ、一人ぼっちになった」という 		

住所 本市M町													T E L			H 5 年 1 月 25 日 現在					
記録日	イ	ロ	ハ	ニ	ホ	ヘ	ト	チ	リ	ヌ	ル	ヲ	カ	ヨ	合計	家族構成 (一人暮らし)					
1	H. 5. 1. 25	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	家族構成 (一人暮らし) ※ ○ 本人 △ 子 □ 夫 + 死亡			
2	5. 3. 25	3	2	1	2	2	2	1	1	2	3	1	1	1	2	2	6				
3	5. 8. 23	3	2	1	3	3	1	2	1	1	2	1	1	1	3	2	6				
4	6. 3. 31	3	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	3	2	4				
目 標																援 助			担 当 者		
(1) デイ利用日で、健康状況の観察と、保健婦と情報交換、カンファレンスの実施。早期対応に努める。 (2) 痴呆程度と医学的診断を得る																(1) 心身の状況の変化(週5日)観察、健康チェックバイタルサイン中心に(1/週)健康状態の変化の早期発見と保健・医療との結びつき強化 (2) 通院必要時、介護(ホームヘルパー)要請 (3) 本人の気持ちのタイミングをみて、保健所の精神保健相談につなぐ (4) 保健婦の定期的訪問継続			・社協デイサービス&食事サービスセンター ・市保健センター ・道保健所 ・C病院 ・市高齢福祉課		
(1) 現状での生活状態を受容 (2) 日常生活自立に向けて、長時間かけて働きかける。																(1) デイサービス利用日(毎週火曜日)、本人の気分を尊重(受容)しつつ、身近自立に向けて働きかける (2) 気の合う、仲の良い(利用者)との関係を大事にするよう配慮 (3) 基本的な関わり:イヤな顔、ムットした表情のときは注意			・社協、デイサービスセンター		
(1) 甥の〇夫婦(理容業)をキーパーソンとして、生活障害部分の個別対応に努める。 (2) 王夫婦を孤立、心身疲労の軽減を社会資源利用を通して図る (3) 近隣、関係者がA・Sケースの在宅生活継続の受容と支援に向けて働きかける (4) A・Sケースに係る、保健、福祉、医療等関係者の在宅ケア方針の合意形成に努める																(1) 洗濯、掃除を中心にホームヘルプサービス(2回/週)継続 (2) 夕食5回/週、配食サービスの継続 (3) 本人の生きがいを感じるメニューの開発			社協・デイサービスセンター及び食事サービスセンター		
																(1) 定期的に関係者のミーティングの実施(健康生活面の支援の評価とケアプラン検討) (2) 甥夫婦との人間関係を大事にし、孤立させないよう支援する			関係者全員		

表2 ■■■■ケースをめぐる支援のネットワークと役割分担

所 属 等	関 係 者 等	内 容	備 考
地 域	親 族	<ul style="list-style-type: none"> ・ 除雪、月～金昼食および土日の食事 ・ 朝のストーブの火、薪の用意、見舞い ・ Aさん支援の窓口、検温→保健婦に連絡 	
	近 隣・友人	<ul style="list-style-type: none"> ・ 話し相手、ときに惣菜のおすそわけ ・ 安否確認 	
福 祉 事 務 所	ホームヘルパー等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通院介助 ・ 経済的支援 ・ 火曜、木曜の家事支援 ・ 親族、他スタッフの連絡等 	
保 健 所 保 健 セ ン タ ー	保 健 婦	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケースカンファレンスでの在宅ケア、特に保健面の助言・訪問（必要に応じて） ・ 服薬管理、援助等 ・ 他スタッフへの情報提供 ・ 病院（医師、看護婦）との在宅ケアの連絡調整 ・ デイサービスセンターとの連絡 	
社 会 福 祉 協 議 会	デ ィ サ ー ビ ス セ ン タ ー	<ul style="list-style-type: none"> 1回/週の日中のかわりの中で心身の状況の変化のチェック、養護等 ・ 生活意欲の助長、親族の介護負担の軽減 ・ 服薬の確認、衛生面への働きかけ等 	1回/週 ↓ 2回/週
	食 事 サ ー ビ ス セ ン タ ー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 月～金の配食と服薬の確認 ・ 生活の変化の情報提供 	

表3 ■■■■ ケース 支援プロセス—経過と社会資源利用状況

〈身体、生活との支援の経過〉

〈社会資源の利用状況〉 ○ は社会資源の種類

年月	年齢	身体・生活状況と支援プロセス	医療	福祉	保健等	
S 36.10	54	・生活保護受給（神経痛で働けない）		福祉事務所 ○生活保護 →		
S 58.12	76	・パーキンソン氏病	通院			
S 60	78	・脳動脈硬化症、慢性胃炎、腰痛症生 保担当ケースワーカー施設入所す める（本人拒否）			親族 ← ○（甥）	
H 2.12	83	・緊急通報装置貸与	通院	○緊急通報装置 →		
H 3. 3	85	・近所の甥、市保健婦に相談（尿失禁 あり、通院せず）初回訪問			市保健センター ○保健婦（保健指導） ← (2-3回/週)	
	9	・保健婦、デイサービス利用相談	通院			
	10	・施設入所をめぐり、福祉事務所 （保健課・高齢福祉課）、保健所、 保健センター及び社協とケースカン ファレンス開催 （※当面、在宅ケアの方針確認）	通院 ↑ 通院 ↓		○定期訪問 ←	
	10	・デイサービス初回利用（1回/週）	通院	社協・○デイサー ビス（1回/週）→		
H 5. 1	86	・小委員会のケースカンファレンスに に事例提出			本人及び親族のソーシャルニーズ	
		①ボランティアが除雪サービス		ボランティア ○除雪サービス →		
		②食事サービス（5日/週）		社協・○食事サ ービス →		
		③紙オムツ支給		福祉事務所 ○紙オムツ		
	2	・小委員会のケースカンファレンス （継続ケース）		○デイサービス （週2回）		
		①ホームヘルパーの派遣（通院介助・ 家事援助）→週2回→5回		市 ○ホームヘル パー（週2→5回）→		
		②デイサービス週2回に変更				
		※市保健センター、社協・デイサービ ス及び食事サービスで、情報連絡、 カンファレンスの開催が増える				
		※社協・デイサービスの健康チェック でおりもの多し、通院すすめる→子 宮内膜炎診断	入院 ↓ 強制退院			社協 ○痴呆性老人介護 ← ○教室出席
	3	・小委員会のケースカンファレンス （継続ケース）	通院（ヘルパー介助）			社協・保健所 ← ○ぼけ老人の家族の 集い出席
		※道路で転倒、ろっ骨の痛み訴える ※診断名、打撲、胃潰瘍（良性）、貧 血、精神的に不安定	入院 ↓ 現在			
	7	・入院中のデイサービス利用 老人ホーム見学、ケースワーカー、 同行		老人ホーム ○見学 →		
	7	・ショートステイの利用（体験入所）	退院	老人ホーム ○ショートステイ →		
	7	・血便（潰瘍性）あり再入院	入院			
	8	・病状回復、特別養護老人ホーム入所 ↓ 現在に至る		老人ホーム ○入所措置 →	親族 ← ○訪問面会	

図1 職員数の状況の推移

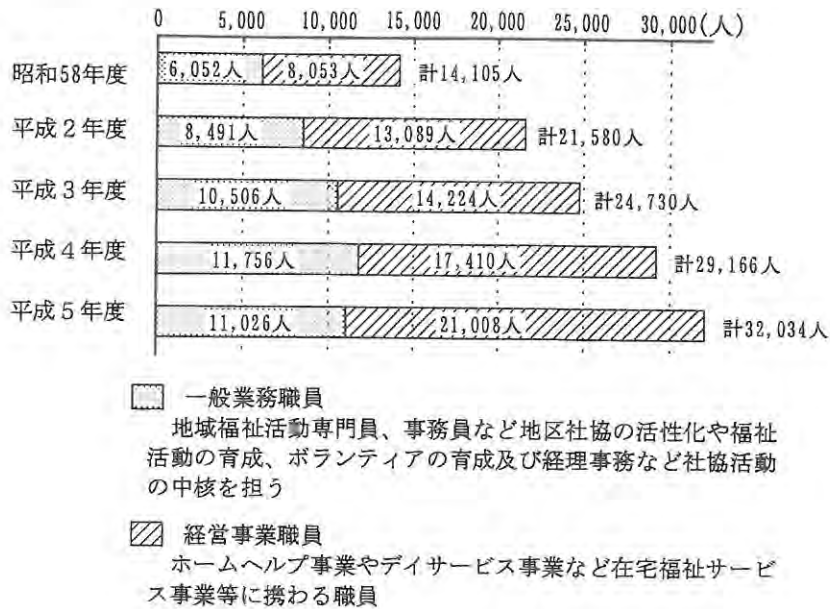
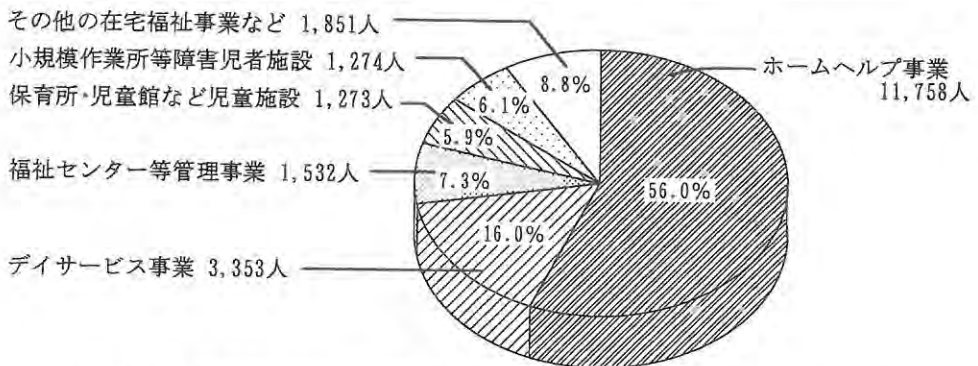


図2 経営事業職員の内訳（平成5年度）



注) ① 一般業務職員は、常勤職員のうち専任、専従職員で算出。
 ② 経営事業職員は、常勤職員のみ。なおホームヘルパーは常勤換算で算出している。

出所「1993年社会福祉協議会基本調査報告書」全国社会福祉協議会 平成7年1月

図3 ホームヘルプ事業とデイサービス事業の受託率の推移（国庫事業の受託率）

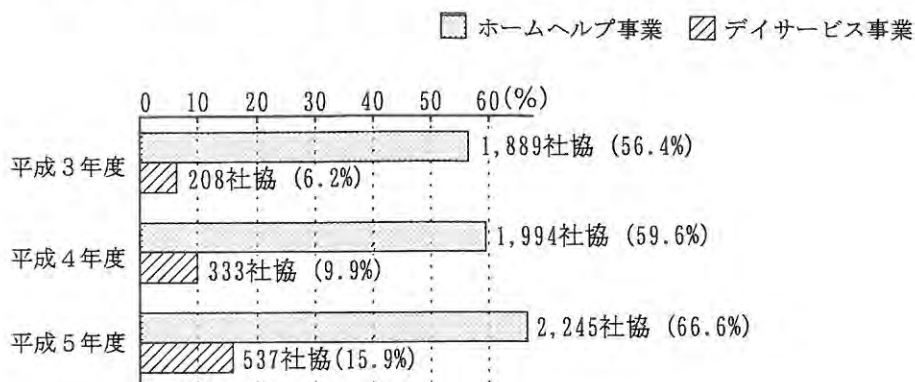


図4 高齢者サービス調整チームへの参加

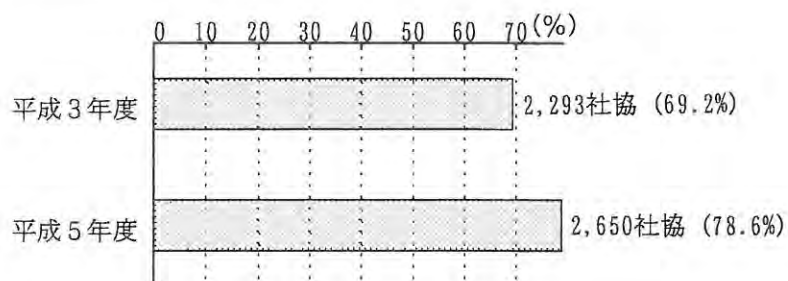


図5 社協が運営する在宅福祉サービスの状況

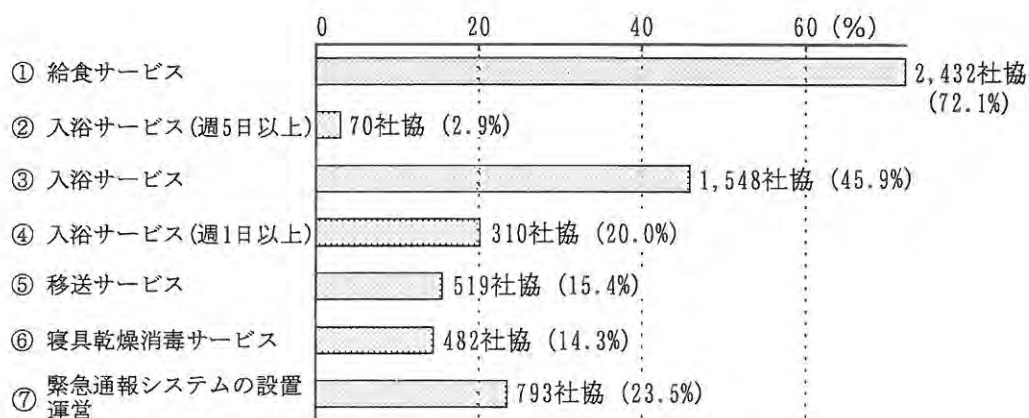


図6 美唄市老人福祉施策の体系 (H6.12現在)

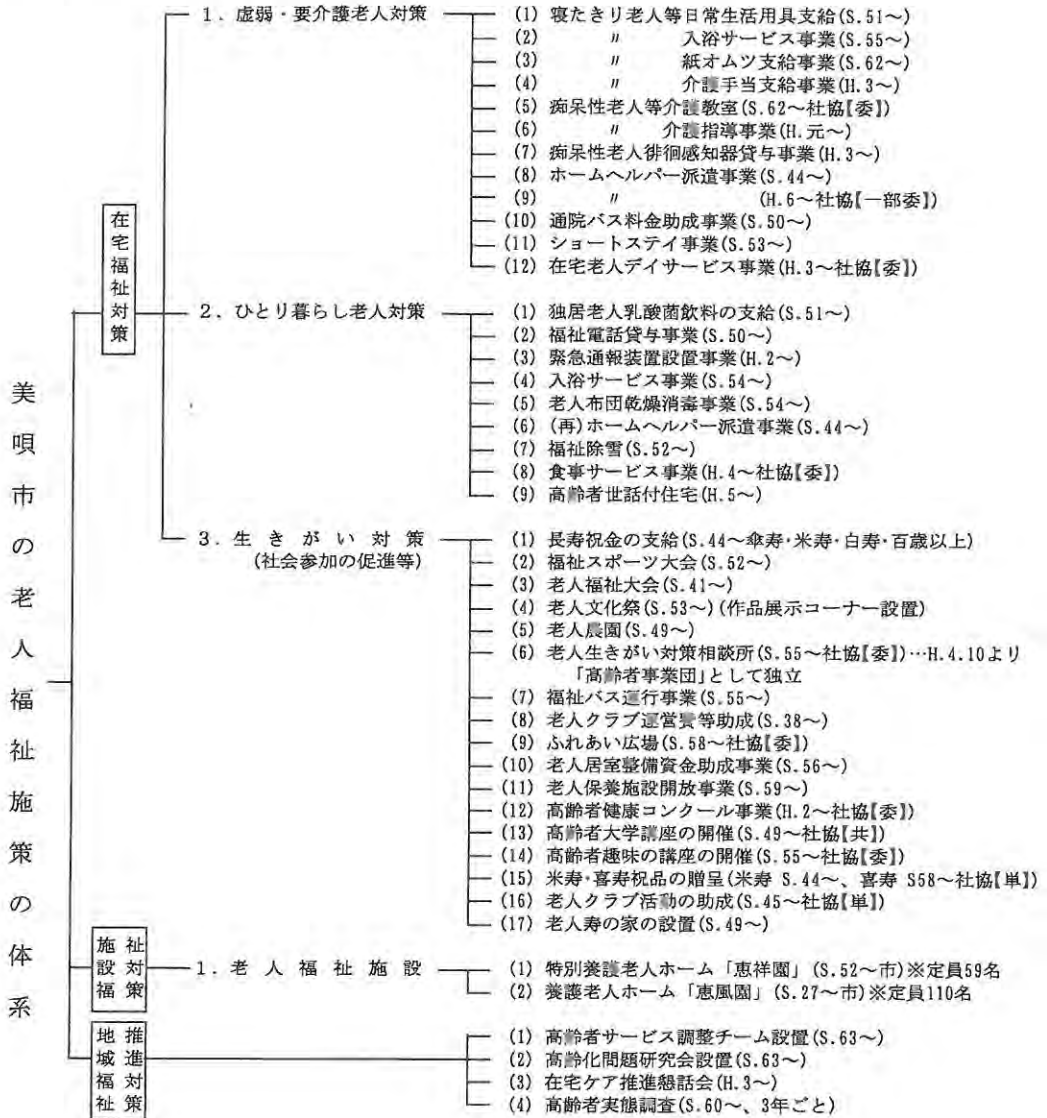


図7

平成7年6月1日現在

美
出
会
唄
・
市
ふ
れ
あ
い
・
老
支
え
合
い
福
の
社
の
策
ま
ち
づ
く
体
系

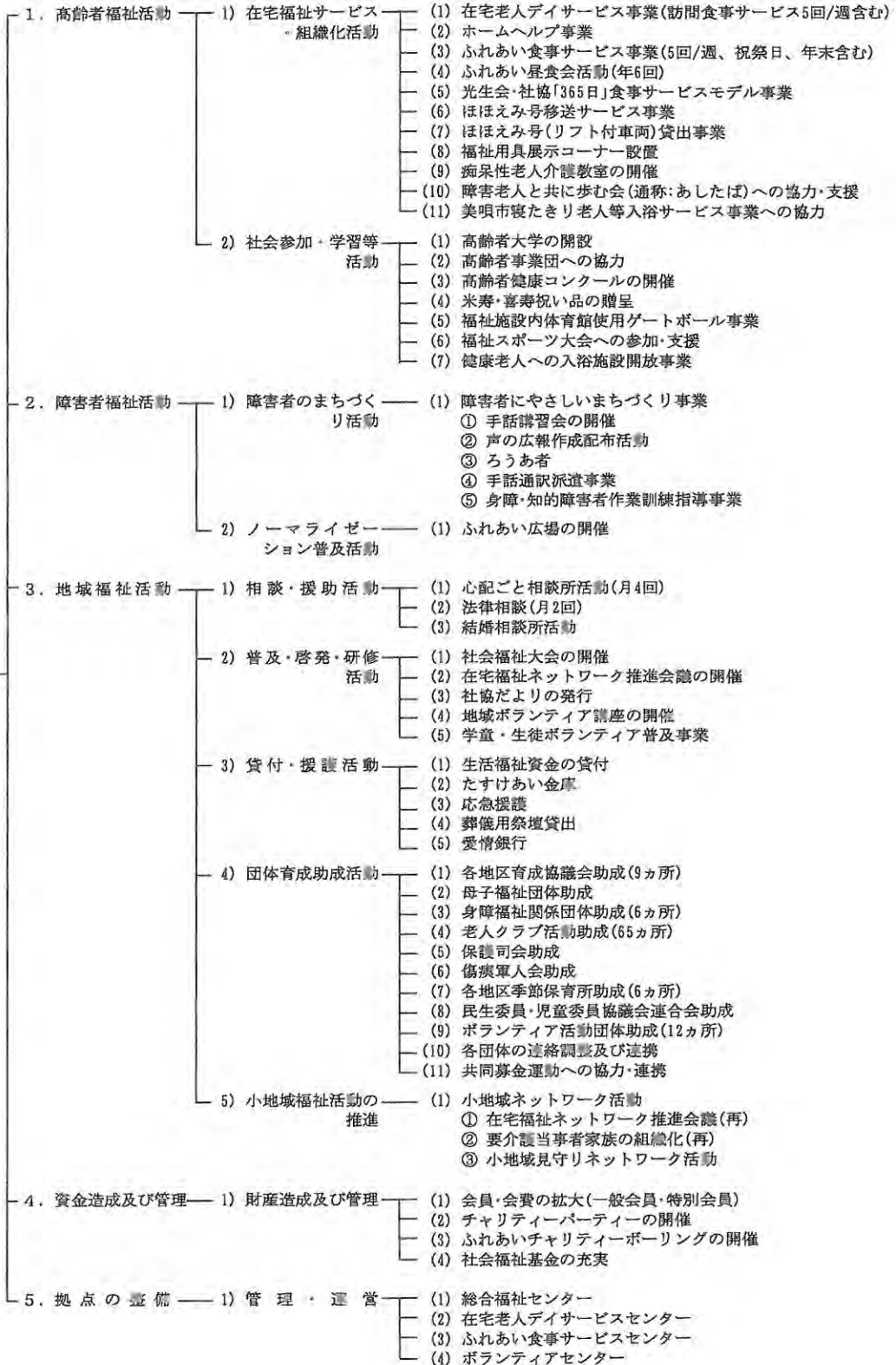


図8 <生活暦チャート> 氏名 ■■■■■

年号	年齢	身体的要因 (病気、入院等)	心理的要因	社会的要因		居住地	備考
				家族	職業・生計		
M40	0					F県に生れる	
T14	18			両親と共に転入 結婚	自家の農業手 伝い 結婚後2人で 道内やカラフ トに行商に歩 く (呉服の古物 商)	K市 K市	
S18	36			夫 死亡		K市	勤労働員で丸太 の下敷になる
S19	37			2人の子 供も病死 再婚	(夫)M釧山坑 内夫	S村 " 本市	
S27	45		夫婦の折り合 い悪い	離婚	日雇い、行商 等をしていた		
S32	50	冬、行商して 足滑らせ怪我					
S36	54	神経痛 (寒くなると 腰痛(+))			生活保護申請		
S58	78	パーキンソン 病 (C病院)					
S60	80	脳動脈硬化症 慢性胃炎					
H2	83	腰痛症 (C病 院)		H3弟死 亡1人き りになる (本人談)			
H4 H5	85	子宮内膜炎、 打撲、胃潰瘍	入院等環境の 変化により精 神的に不安定				

これからの地域保健

田中宏之 (北海道千歳保健所長
兼 北海道保健環境部保健予防課主任技師)

連絡先：〒066 千歳市東雲町4丁目2番地

千歳保健所

電話：0123-23-3175

昨年から今年にかけて、地域保健の分野で新しい法律が二つ誕生した。その一つが「地域保健法」であり、もう一つが「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」である。これらの法律は、どちらもその前身である「保健所法」や「精神保健法」と内容を大きく変えるものとなった。これから、この二つの新しい法律について、誕生の経緯やその内容をみていくことにしたい。

1. 地域保健法

(1) 保健所のあり方に関する検討経緯

昭和12年4月に保健所法が制定された。戦前の保健所事業は、体力管理、母子衛生、結核予防、優生、栄養、勤労衛生と定められていた。終戦後の昭和22年9月には保健所法が全面改正され、保健所業務にさらに環境衛生業務も加えられた。

その後、結核や急性伝染病が減少傾向に転じ、変わって脳卒中、がん等の成人病対策のための全国的組織の設立の動きがあり、保健所に対しても、地域住民により密着した活動が求められるようになった。昭和35年には、保健所活動をそれまでの画一的なものから地域特性を十分踏まえたものとするため、公衆衛生局長通知「保健所の運営の改善について」によって保健所の新たな類型が示された。

昭和40年代に入ると、公害等を始めとする公衆衛生、環境衛生上の諸問題が表面化し、一方では、成人病対策、精神保健対策、母子保健対策等が強化されてきたため、保健所に求められる業務は増大したが、そのための施設、人員の整備については、財政、行政上の制約により思うようには進まなかった。そこで、昭和43年、全保健所に均一な業務を分担させるのではなく、技術水準の向上及び業務の効率化を図るため、集中化できる部門は基幹保健所に集中させ、地方衛生研究所、基幹保健所、一般保健所を系列とする新たな保健指導網を確立するとの案（いわゆる基幹保健所構想）が打ち出された。引き続き、昭和45年には保健所問題懇談会が設置され、2年後、地区（市町村レベル）、地域（数市町村を合わせたレベル）、広域地域（数地域を合わせたレベル）の三段階の地域を想定し、それぞれに保健センターを設置すべきとの基調報告がまとめられた。そして、保健所については、地域保健センター、広域地域保健センター等への脱皮を遂げるため、無秩序に負荷されていた様々な業務を整理するとともに、地域特性に応じた活動の強化を図るべきとされた。その後、昭和53年の国民健康づくり運動の一環としての市町村保健センターの設置等によって、基調報告の考え方が一部具体化されたが、保健所自体の改善強化については必ずしも十分な展開をみないまま、課題として残された。

昭和53年から始まった国民健康づくり運動、昭和57年に制定された老人保健法等によって、市町村レベルの保健活動はその後次第に強化されてきた。しかし、このことによって、特に対人保健サービスの面において、保健所と市町村の効率的な業務分担、機能連携のあり方が、地域保健の新たな課題となってきた。

表一 1 保健所のあり方に関する検討経緯

年 月	国 の 動 き
昭和12年 4月	保健所法制定
22年 9月	保健所法全面改正
35年	保健所の運営の改善（型別、人口別の運営）
43年	基幹保健所構想（未実施）
47年	保健所問題懇談会基調報告（未実施）
53年	市町村保健センターの設置開始
平成元年 2月	「保健所の業務運営について」総務庁勧告
6月	地域保健将来構想報告書 提出
2年 6月	「地域保健活動の充実強化について」通達
5年 7月	地域保健基本問題研究会報告書 提出
6年 6月	地域保健対策強化のための関係法律の整備に 関する法律 可決、成立
7月	同上法公布・施行
12月	基本指針 告示

(2) 地域保健将来構想報告書とニュー保健所構想

平成元年6月、地域保健将来構想検討会から地域保健将来構想報告書が提出された。これは、保健・医療・福祉等の各種サービスの総合化を前提とした地域保健の将来像と、保健所の将来的役割に関する基本的方向について検討されたものであり、その主な内容はつぎのとおりである。

- ・超高齢化社会の到来、国民のニーズの多様化、高度化に対応して、対人保健サービスは、基本的には地域住民に最も身近な市町村レベルで展開されることが望ましく、保健所の役割としては、精神保健対策、在宅ケアの推進等専門的あるいは広域的な対応を要するものを中心に、市町村では実施困難な対人サービスを行うべきこと
- ・保健所の新たな課題として、地域保健医療計画の作成・推進、保健医療情報サービス等に関する諸機能の充実を早急に具体化すること
- ・原則として二次医療圏に一カ所の保健所を選定し、二次医療圏毎の保健医療情報システムの中核として位置づけるとともに、地域保健医療計画の作成、その推進をはじめ、試験・検査の一部や教育・研修の集約的実施等、特定の機能を付与すべきこと

この報告書を受けて、翌年6月、厚生省健康政策局長通知「地域保健活動の充実強化について」が出され、これからの保健所の対人保健業務として、地域保健医療計画の具体化、総合相談事業、広域的・専門的対人保健サービス、総合的な在宅ケアの体制づくり、栄養・運動・休養面からの健康づくり、地域特性に対応した先駆的事业、公衆衛生関係者に対する研

修事業、市町村の保健事業実施に対する指導・援助等の8本の柱が示された。また、在宅医療推進モデル事業や地域保健推進特別事業等が創設され、保健所が今後取り組むべき新たな事業に、予算的な裏付けもなされるようになった（これらを総称してニュー保健所構想とよぶ）。しかし、まだこの時点では、法律そのものを見直すまでには至らなかった。

(3) 地域保健基本問題研究会報告書

平成5年7月、「地域保健対策の基本的な在り方について」が地域保健基本問題研究会から提出された。これは、この後に引き続く地域保健法制定の根拠となった報告書である。この報告書を概観することにした。

『生活大国』の実現を目指し、サービスの受け手の立場に立つことを基本として、生活者主体のサービス、住民の多様なニーズに対応したきめ細かなサービス、地域の個性を生かした保健と福祉のまちづくりを基本的視点に掲げている。今後の改革方策の主な内容はつぎのとおりである。

○市町村における保健サービスの実施体制の整備

- ・住民に身近で頻度の高い保健サービスについては、市町村での一元的な実施ができるよう、都道府県から市町村へとサービスの実施主体を変更すべきである。
- ・精神障害者の社会復帰対策や痴呆性老人対策、歯科保健対策等のうち、身近で頻度の高い保健サービスについては、市町村においても、保健所の協力のもとに実施することが必要である。
- ・市町村保健センターについては、その位置付けを明確化し、地域の社会福祉施設等との連携・協力を行うほか、総合相談窓口の設置、デイ・サービス等の在宅福祉サービスを担う施設との複合的整備の促進、保健婦とホームヘルパーの共通の活動拠点の設置など、保健と福祉の総合的な機能をもったセンターとして整備を進める。

○都道府県の設置する保健所の機能強化

- ・企画、調整、評価、関係機関との連絡調整

医療計画、老人保健福祉計画等の広域的な計画策定に関与するほか、地域における在宅サービスの仕組みなど、保健・医療・福祉のシステムづくりに関する企画や関係機関との連絡調整を行う。また、環境問題、アレルギー問題など、快適な生活環境を実現するための新たな課題への先駆的・モデル的な取り組みを行う。

- ・専門的、技術的又は規制的な業務

精神保健、難病、エイズ対策などの専門的・技術的な業務については、保健所が中心となって実施すべきだが、母子保健事業や老人保健事業などの市町村が実施主体となるものについても、市町村の求めに応じて、専門的な立場から、保健所が協力していくことが必要である。

- ・情報の収集・管理・分析・提供

住民からの相談に総合的に対応できる情報ネットワークの構築について、市町村を支援しつつ行うことが必要である。

- ・市町村に対する技術的な指導・支援

市町村職員に対する現任訓練を含めた教育・研修を実施すべきである。

- ・市町村相互間の連絡調整、市町村の範囲を超えた広域的な業務
- ・管轄区域については、上記のような機能にかんがみ、医療計画、老人保健福祉計画等の圏域との整合性を図るべきである。

○保健所政令市制度の推進

この制度は、意思と能力のある市が保健サービスを一元的に実施する制度として評価できるものであり、今後、可能な限り拡大していくことが望ましい。

○保健・医療・福祉の連携

- ・住民のニーズは複合的なものとなっており、一人一人の住民にとって、どのようなサービスが、どの程度、誰によって提供されるのが最適かを判断し、各種のサービスを組み合わせる必要がある。こうした「ケア・コーディネーション」の機能については、住民に身近なサービスの実施主体である市町村を中心として担うことを基本とすべきである。また、市町村において、総合的な相談に応ずることのできる窓口の機能を充実すべきである。

- ・地域における包括的な保健、医療、福祉のシステムづくりが重要であり、在宅介護支援センター、保健所、福祉事務所、医療機関、薬局、社会福祉施設、老人保健施設、訪問看護ステーション等の機能を地域の実情に応じてネットワーク化していくことが必要である。この場合、例えば二次医療圏において、関係者から成る協議会を設置するなどの方法が考えられる。

○マンパワーの確保・充実

マンパワーの計画的な養成と必要な財政措置、知識及び技術の向上を図るための教育・研修の充実が必要である。

(4) 二つの報告書の比較

地域保健将来構想報告書の中では、保健所は「地域保健の将来像を構築していくに際し、引き続きその中心的役割を担う」存在として位置付けられ、市町村については「市町村による保健活動は一層充実していくべきである」とされるにとどまっていた。ところが、その4年後に出された地域保健基本問題研究会報告書では、「保健や福祉という住民の生活に密着した身近な課題については、最も基礎的な自治体である市町村を中心として取り組む」こととされ、「都道府県（筆者注：都道府県の設置する保健所も含める）の役割としては、市町村がその役割を十分に果たすことができるよう、専門的・技術的な援助・協力をを行うことが必要である。」とされている。専門的・技術的な一部の対人保健業務については、引き続き保健所が行う業務として、この報告書の中でも位置付けられてはいるが、二つの報告書を比

較すると、対人保健サービスの重心移動が、より市町村の側へとその動きを強めていることがわかる。総合相談窓口の設置が、地域保健将来構想報告書では保健所とされていたのが、地域保健基本問題研究会報告書では市町村に変わっていることも、そのような動きを端的に表す一例と言えらう。いずれにしても、対人保健という舞台において、「演者」から「演出家」へと、現在保健所はその役割を変えつつある（変えようとしている）過程にあると言える。

(5) 地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律

地域保健基本問題研究会の報告とそれに基づく公衆衛生審議会総合部会の意見具申を受けて、第129国会に「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律案」が提出され、同法律案は平成6年6月22日に可決・成立した。この法律は、地域保健体制の基本的な枠組みを総合的に規定するため、複数の法律を一括して改正したものであり、保健所法改正（地域保健法制定）関係と権限移譲関係の2つの部分から構成され、市町村を中心とした保健・福祉サービスの総合的な提供体制の整備、保健所の機能の質的強化、マンパワーの確保・充実等を主眼としている。なお、関係する法律は、保健所法の名称変更に伴う改正も含めて全部で45本に及んでいる。施行時期は、権限移譲関係と保健所関係が平成9年度から、その他が平成6年度からの実施となっている。

①保健所法改正関係

ア. 法律の名称の変更 「保健所法」から「地域保健法」へ

保健所法はその名称が示すとおり保健所という行政機関に関する行政組織法的性格を有する法律であったが、今回の改正で名称が改められるとともに、保健所法にはなかった目的規定と基本的理念に関する規定が整備された。地域保健法第2条には「地域住民の健康の保持及び増進を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、我が国における急速な高齢化の進展、保健医療を取り巻く環境の変化等に即応し、地域における公衆衛生の向上及び増進を図るとともに、地域住民の多様化し、かつ、高度化する保健、衛生、生活環境等に関する需要に適確に対応することができるように、地域の特性及び社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に推進されることを基本理念とする。」と規定されている。

イ. 国及び地方公共団体の責務規定の整備

地域保健法第3条では市町村、都道府県及び国の責務を規定している。市町村は「市町村が行う地域保健対策が円滑に実施できるように、必要な施設の整備、人材の確保及び資質の向上等に努めなければならない。」こととされている。具体的には、市町村保健センターなどの拠点の整備、保健婦や栄養士などの人材の確保、職員を保健所等で行われる研修に参加させること等に努めることが求められている。また、都道府県の責務としては、都道府県が行う地域保健対策に必要な施設の整備、人材の確保・資質の向上のほかに、「調査及び研究等に努める」とともに、市町村に対し前項の責務が十分に果たされるよう

に、「その求めに応じ、必要な技術的援助に努めなければならない。」ことが規定されている。具体的には、保健所、精神保健センター、衛生研究所などの施設の整備、医師や保健婦などの人材の確保と研修の実施、地域住民の生活に密着した調査研究、市町村から技術的援助の求めがあった場合の助言等に努めることが求められている。さらに、国の責務としては、地域保健に関する情報の収集、調査研究、人材の養成などのほかに、市町村と都道府県に対し、「必要な技術的及び財政的援助に努めなければならない。」ことが規定されている。地方公共団体による地域特性に応じた施策の展開例の紹介や、地域特性に応じた先駆的・モデル的事業についてその10割相当額を補助する地域保健推進特別事業の実施等がこの具体例となる。

ウ. 基本指針の策定

地域保健法第4条で「厚生大臣は、地域保健対策の円滑な実施及び総合的な推進を図るため、地域保健対策の推進に関する基本的な指針（基本指針）を定めなければならない。」こととされている。この規定に基づき、平成6年12月1日、基本指針が告示された。その主な内容はつぎのとおりである。

○地域保健対策の推進の基本的な方向

- ・生活者個人の視点の重視
- ・住民の多様なニーズに対応したきめ細かなサービス
- ・地域の特性をいかした保健と福祉のまちづくり
- ・快適で安心できる生活環境の確保

○市町村保健センター及び保健所の整備及び運営に関する基本的事項

【市町村保健センターの整備及び運営】

- ・身近で利用頻度の高い保健サービスが市町村において一元的に提供されることを踏まえ、各市町村は、適切に市町村保健センター等の保健活動の拠点を整備すること。
- ・町村は、単独での整備が困難な場合には、共同で市町村保健センター等を整備することを考慮すること。
- ・母子健康センター、国民健康保険健康管理センター、老人福祉センター等の類似施設が整備されている市町村は、これらの施設の充実を図ることにより、住民に身近で利用頻度の高い保健サービスを総合的に実施するという役割を十分に発揮できるようにすること。
- ・市町村は、健康相談、保健指導及び健康診査等の地域保健に関する計画を策定すること等により、市町村保健センター等において住民のニーズに応じた計画的な事業の実施を図ること。
- ・市町村は、精神障害者の社会復帰対策、痴呆性老人対策、歯科保健対策等のうち、身近で利用頻度の高い保健サービスは、市町村保健センター等において、保健所の協力の下に実施することが望ましいこと。

【保健所の整備】

- ・都道府県の設置する保健所の所管区域は、平成8年度末までに、保健医療に係る施策と社会福祉に係る施策との有機的な連携を図るため、二次医療圏又は老人保健福祉圏とおおむね一致した区域とすることを原則として定めることが必要であること。ただし、現行の医療圏が必ずしも保健サービスを提供する体制の確保を図る趣旨で設定されていないことから、二次医療圏の人口又は面積が平均的な二次医療圏の人口又は面積を著しく超える場合には地域の特性を踏まえつつ複数の保健所を設置できることを考慮すること。
- ・人口30万人以上の市は、政令市への移行を検討すること。

【保健所の運営】

- ・専門的かつ技術的業務の推進
 - ・情報の収集、整理及び活用の推進
 - ・調査及び研究等の推進
 - ・市町村に対する援助及び市町村相互間の連絡調整の推進
 - ・企画及び調整の機能の強化
- 地域保健対策に係る人材の確保及び資質の向上並びに人材確保支援計画の策定に関する基本的事項
- ・町村が必要な対策を講じても地域の特性によりなお必要な人材を確保できない場合には、都道府県は、特にその人材の確保又は資質の向上を支援する必要がある町村について、町村の申出に基づき人材確保支援計画を策定するとともに、これに基づき事業を推進すること。
 - ・国は、人材確保支援計画に基づき実施される事業に対し、財政的・技術的援助を実施すること。
- 地域保健に関する調査及び研究に関する基本的事項
- 社会福祉等の関連施策との連携に関する基本的事項
- ・市町村は、ケア・コーディネーションの機能を十分に発揮するため、相談からサービスの提供に至る体系的なシステムの整備及び職員に対する研修の充実を図ること。また、サービスに対する住民の利便の向上を図るため、総合相談窓口を市町村保健センター等に設置するとともに、高齢者の保健、福祉サービスに関する相談、連絡調整等を行う在宅介護支援センターの整備を推進すること。
 - ・住民のニーズに応じた適切なサービスを提供するため、地域における包括的な保健、医療、福祉のシステムの構築が重要である。二次医療圏においては、保健、医療、福祉のシステムの構築に必要な社会資源がおおむね確保されていることから、保健所等は、これらを有効に活用したシステムの構築を図るための検討協議会を設置すること。
- その他地域保健対策の推進に関する重要事項
- ・住民参加型の地域のボランティア及び自助グループの活動が積極的に展開されることが重要である。

エ. 保健所に関する規定の整備

保健所の専門的かつ技術的拠点としての機能を強化し、保健・医療・福祉の連携の促進を図る観点から、保健所の所管区域を見直し、規模の拡大を図ることになった。

オ. 市町村保健センターに関する規定の整備

市町村保健センターを法律に根拠を持つ施設として位置付け（今までは法定化されていなかった）、国庫補助規定を創設し整備の促進を図ることになった。

カ. 小規模町村に対する支援

②権限移譲関係

ア. 都道府県から市町村に対する権限移譲

○母子保健法・児童福祉法関係

- ・母子保健サービスの提供主体を原則として市町村に一元化する。
- ・1歳6か月児健診を市町村事業として法定化する。
- ・専門的な未熟児訪問指導及び養育医療は、引き続き保健所が実施する。

○栄養改善法関係

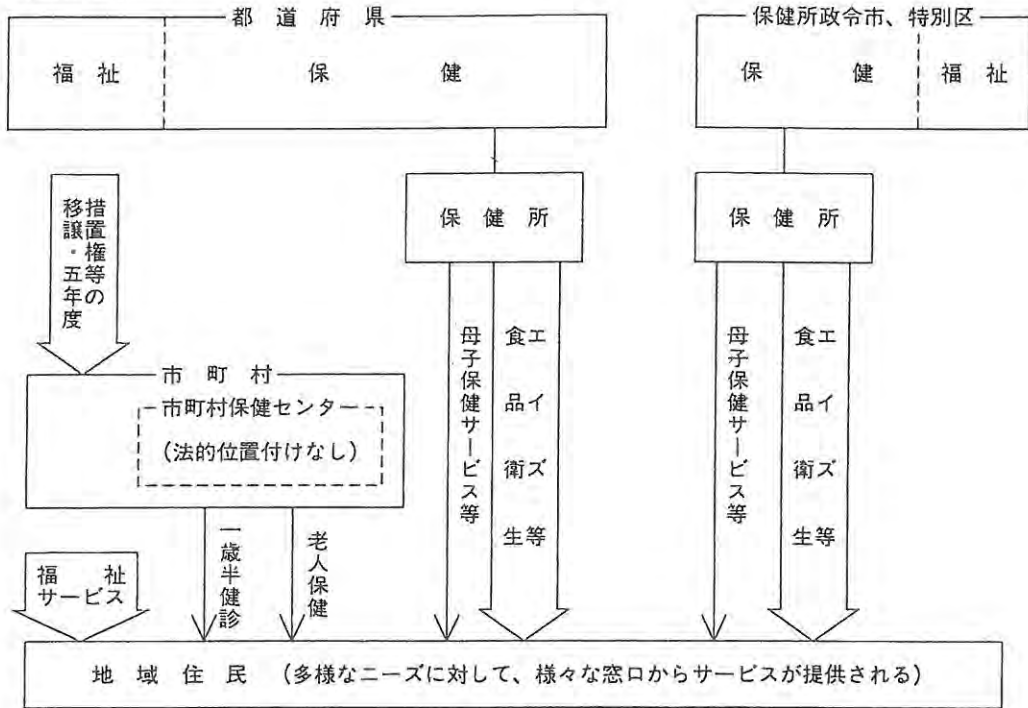
- ・一般的な栄養指導を都道府県から市町村に移譲する。

イ. その他

○都道府県から保健所設置市に対する権限移譲

○国から都道府県・保健所設置市に対する権限移譲

[改正前]



[改正後]

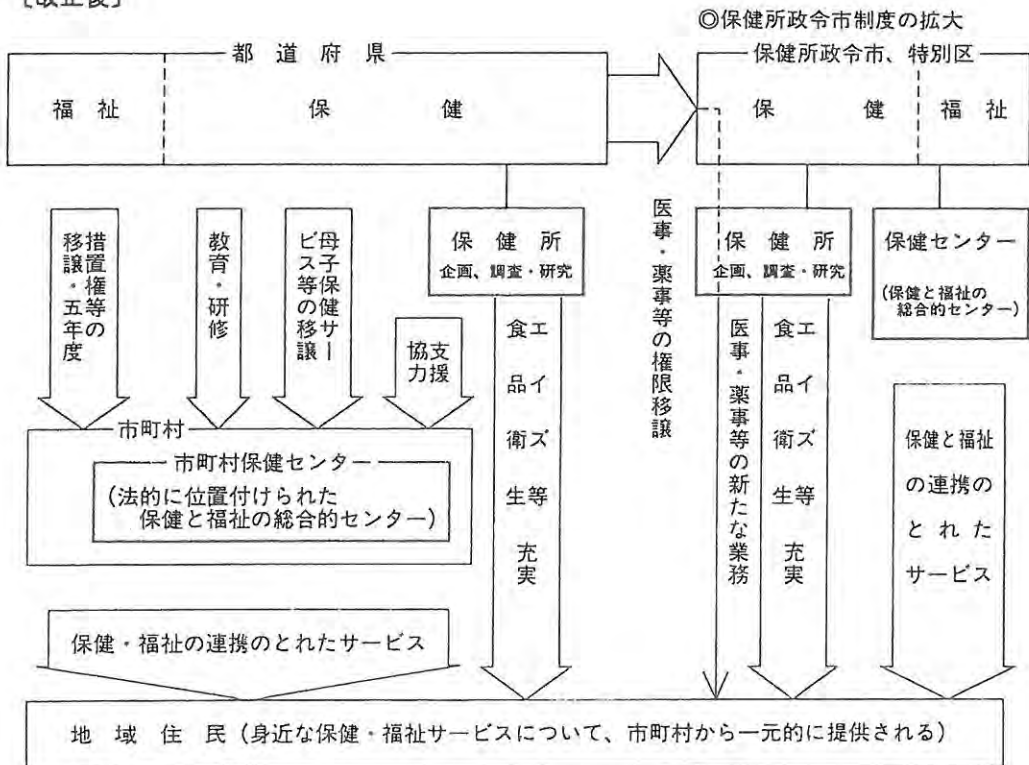


図-1 新たな地域保健の体系

出典：これからの地域保健

表-2 市町村が変わる

	改正前	改正後
1 主要事業	<p>身近な保健サービスの一部</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1歳6ヵ月児健診（予算措置） ・ 予防接種 ・ 老人保健サービス 	<p>赤ちゃんからお年寄りまで生涯をじた健康づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ⑨ 妊産婦・新生児に対する訪問指導 ⑨ 妊産婦健診・乳児健診 1歳6ヵ月児健診（法定化） ⑨ 3歳児健診 予防接種 ⑨ 一般的な栄養指導 老人保健サービス
2 活動拠点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村保健センター（予算措置）（平成5年末 1,215ヵ所整備） ・ 保健所設置市には整備を認めず 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村保健センターを法定化し、保健と福祉の総合的機能を持たせる ・ 補助も法律に基づくものとし、整備を促進 ・ 保健所設置市でも整備を促進
3 福祉との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉サービスについては、平成5年度から市町村で一元的に実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身近な保健サービスを市町村で実施し、福祉と一体的なサービスを提供
4 人材の確保・資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村保健婦数11,525人（平成4年末） ・ 研修の対象は、都道府県の保健婦が中心 ・ 研修内容は、保健等の専門分野が中心 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平成11年度までに、市町村保健婦数を現在の約2倍程度とすることを目指す ・ 市町村の保健婦の研修を充実 ・ 保健などの専門分野だけでなく、福祉などの関連分野も研修
5 小規模町村に対する支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別の支援制度なし ・ 保健婦未設置市町村数 83（平成4年末） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県が小規模町村の人材の確保のための計画を策定・実施 ・ 国は、計画に基づく事業に対し財政的・技術的支援 ・ 早急に保健婦未設置市町村の解消を目指す ・ 小規模町村に対しては、市町村保健センターを優先的に整備

表-3 保健所が変わる

	改正前	改正後
1 事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・結核予防対策 ・精神保健対策 ・母子保健対策（3歳児健診等） ・栄養指導 ・難病対策 ・エイズ対策 ・環境衛生対策 ・食品衛生対策等 	<ul style="list-style-type: none"> ・3歳児健診等の身近な保健サービスは市町村に移譲 ・新たに専門的・技術的・広域的機能を強化 <ul style="list-style-type: none"> ・地域の健康問題に関する調査・研究 ・市町村職員の研修・技術的助言 ・食品衛生監視機動班の整備 ・試験検査機能の強化・集中化等
2 設 置	<ul style="list-style-type: none"> ・人口10万人に1ヵ所を目安 全国で848(平成5年末) 都道府県 631 保健所設置市 164 特別区 53 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所の機能強化と保健・医療・福祉の連携を図るため、保健所の規模を拡大 ・医療圏・福祉圏を参酌して都道府県保健所の所管区域を設定
3 保健所設置市制度	<ul style="list-style-type: none"> ・人口35万人以上の市を個別に指定し、保健所を設置。平成6年4月1日で33市を指定 ・診療所や助産所などの保健医療に関連する事業の届出の受理や許可の権限なし ・市町村保健センターの設置を認めない 	<ul style="list-style-type: none"> ・指定基準を人口35万人以上から人口30万人以上に緩和 ・保健医療に関連する事業の届出の受理や許可の権限を保健所設置市に移譲 ・市町村保健センターの整備を進めるとともに、保健所の規模を拡大
4 人材の確保・資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や保健婦など各種の専門家を配置 ・研修内容は、保健や医療などの専門分野が中心 	<ul style="list-style-type: none"> ・引き続き必要な各種の専門家を配置 ・研修内容を、福祉などの専門分野以外の分野まで拡大

出典：これからの地域保健

2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

(1) 法改正に至った背景

昭和25年に制定された「精神衛生法」は、昭和62年に「精神保健法」に改正され、この法律の目的に「社会復帰の促進」が加えられ、社会復帰施設の制度が創設された。また、平成5年6月に再度改正が行われ、グループホームの法定化や社会復帰促進センターの設置などにより、「精神病院から社会復帰施設へ」という流れをさらに進めて「社会復帰施設から地域社会へ」という新しい流れを形成するという前進をみた。しかし、この時点では、精神障害者の福祉施策は、まだ必ずしも明確な位置付けを与えられていなかった。

平成5年12月に障害者基本法が成立し、精神障害者が身体障害者や精神薄弱者と並んで基本法の対象として明確に位置付けられた。

また、昨年7月には地域保健法が成立し、地域保健対策の枠組みの見直しが行われ、地域精神保健施策の一層の充実が求められることになった。

こうした状況を背景として、精神障害者の福祉施策や地域精神保健施策の充実を図り、適正な精神医療の確保を図るための所要の措置を講じるため、再度法改正が行われることとなった。

「精神保健法の一部を改正する法律案」は、本年2月10日に国会に提出され、可決・成立の後、去る5月19日に公布された。施行期日は、平成7年7月1日とされている。

(2) 精神障害者の福祉についての考え方

精神保健法第3条では、「「精神障害者」とは、精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者を言う。」としており、精神障害者を精神疾患を有する者 (mental disorder, mental disordered) という医学的な概念で捕らえている (精神保健対策の対象範囲)。これに対し、障害者基本法第2条では、「「障害者」とは、身体障害、精神薄弱又は精神障害があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者を言う。」としており、障害者を生活能力の障害 (mental disability, mental disabled)、あるいは生活状態における社会的不利・制約 (handicap) に着目した概念で捕らえている。このような精神障害者は、福祉対策の対象範囲と考えることができる。したがって、精神障害者は、生活面に制限のある障害者であるとともに、疾患を有する患者であるという二面性を有する。

精神保健は、精神障害者を精神疾患を有する者としてとらえ、これには精神障害の発生防止、治療、リハビリテーションが含まれる。一方、精神障害者の福祉は、精神疾患に起因する生活能力の障害や社会的不利・制約に着目して必要な援助を行うことである。精神症状が著しいときは、主として医療が担当し、症状が軽快し、社会復帰を進められる段階となると、医学的管理を受けつつ、福祉の担う部分が大きくなる。このため、精神障害者に対しては、医療、リハビリテーション、福祉が並行し、かつ総合的に実施されることが必要である。この点で、精神障害者については、医療と福祉の一体性がとくに強く求められる。

現在の福祉法制におけるキーワードは「自立生活の援助」や「社会参加の促進のための援助」だが、精神障害者の福祉施策を主要な6項目に整理すると、つぎのようになる。

- ・住まいの確保と身の回りのケア
- ・働く場の確保
- ・総合相談窓口、障害者どうしの憩いの場、家族へのサポート
- ・地域における交流と理解の推進
- ・所得保障
- ・スポーツ、文化、芸術活動への参加の機会の確保

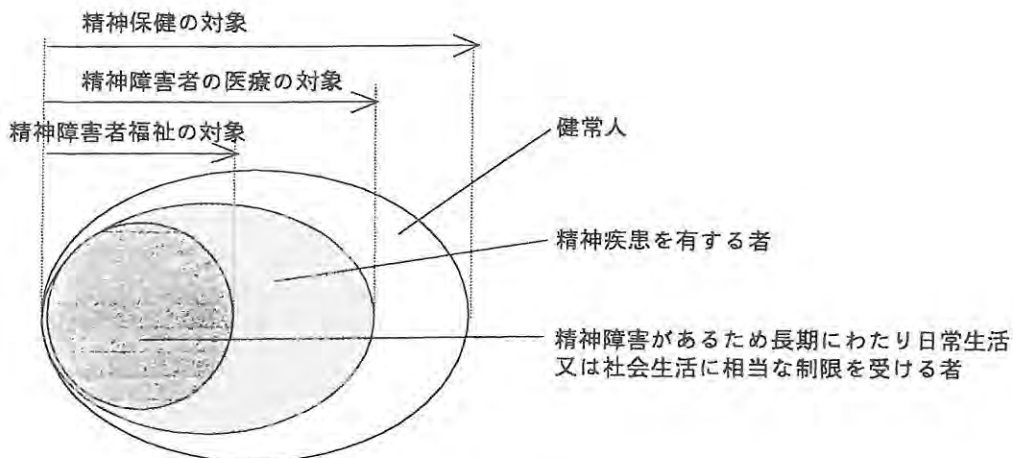


図-2 「精神保健」と「精神障害者の福祉」との関係

(3) 改正の要点

①精神障害者の保健福祉施策の充実

- ・ 法律の題名を「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改めた。
- ・ 法律の目的規定及び責務規定に、「精神障害者等の自立と社会経済活動への参加の促進」を加えた。
- ・ 精神保健センターを「精神保健福祉センター」に、地方精神保健審議会を「地方精神保健福祉審議会」に、精神保健相談員を「精神保健福祉相談員」に改め、精神障害者の福祉に関する相談等を業務に位置付けた。
- ・ 精神障害者保健福祉手帳制度を創設した。（施行時期は未定）
- ・ 正しい知識の普及、相談指導等の地域精神保健福祉施策の規定を整備した。市町村には、普及啓発、相談指導に関する新たな規定が設けられた。
- ・ 精神障害者社会復帰施設として、精神障害者生活訓練施設（援護寮）、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉工場の4つの施設類型を規定した。
- ・ 精神障害者社会適応訓練事業（通院患者リハビリテーション事業）を法律上位置付けた。

②より良い精神医療の確保

- ・ 精神保健指定医の5年ごとの研修の受講を促進する措置を講じた。
- ・ 医療保護入院等を行う精神病院に、常勤の指定医を置かなければならないこととした。
- ・ 医療保護入院の際の告知義務について、精神障害者の症状に照らして告知を延期できる旨の例外規定に、4週間の期間制限を設けた。
- ・ 通院公費負担医療の認定の有効期限を6か月から2年に改めるとともに、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者については、通院公費負担医療の認定を省略することとした。

③精神医療に要する費用の負担

これまでの公費優先の仕組みを保険優先の仕組みに改めることとした。

文 献 (引用順)

- 1) 地域保健将来構想報告書 1989.
- 2) 芝池伸彰. 地域保健活動の充実強化について. 公衆衛生情報. 日本公衆衛生協会 1990 ; 8 : 2-22.
- 3) 地域保健対策の基本的な在り方について 1993.
- 4) これからの地域保健. 東京 : 中央法規出版, 1994 ; 8-47.
- 5) 高橋司. 地域保健法制定とこれからの地域保健体制. 公衆衛生情報. 日本公衆衛生協会 1994 ; 9 : 4-9.
- 6) 地域保健対策の推進に関する基本的な指針 1994.
- 7) 精神障害者の福祉施策研究会中間まとめ 1995.
- 8) 精神保健法から精神保健福祉法へ 1995. (1995.4.22 札幌で開かれた北海道精神病院協会主催の講演会において、吉田厚生省保健医療局精神保健課長が使用した資料)

地域リハビリテーションと連携

橋本伸也（札幌医科大学保健医療学部理学療法学科講師）
田中敏明（札幌医科大学保健医療学部理学療法学科講師）

連絡先：〒060 札幌市中央区南3条西17丁目
札幌医科大学保健医療学部理学療法学科
電話：011-611-2111 内線2972

1. はじめに

近年、リハビリテーション（以下、リハビリと略す）は高齢化対策の重要な柱として認識されるようになり、ねたきり防止対策としての期待も大きい。とくに高齢者の障害原因の大半を占める脳血管障害に対しては、発症早期からのリハビリの適用が必須の時代になってきた¹⁾。

その一方で、早期リハビリによっても重篤な後遺障害が残り、退院して“自宅療養”に至る高齢者に対しては、継続的にリハビリの機会を提供する必要性が高まっている。こうしたニーズに対応するため、保健や福祉領域においてリハビリを援用する指導や、訪問、通所方式の機能訓練が行われており、各地域に定着しつつある。さらに自治体によっては後遺障害を残して退院するケースについて、医療機関から地域の保健福祉関係者への退院情報連絡システムを採って、リハビリを含めた各種の在宅生活支援サービスに速やかにつなごうという取り組みも始まっている。

加えて、最近急増している訪問看護ステーションでは、リハビリ技術者である理学療法士や作業療法士（以下、PT、OTと略す）を確保して訪問リハビリを実施するところも出てきている。またリハビリ部門を有する医療機関から直接、訪問リハビリを行っている場合もあり、その促進の裏付けとなる診療報酬の改訂も図られてきている。

こうした地域や在宅をベースとするいわゆる「地域リハビリ」のメニューが拡大、多様化する中で、リハビリに関わる社会資源の地域格差が広がっているのも確かである。ある地域においては機能訓練事業や訪問指導、訪問看護ステーションや医療機関からの訪問リハビリが行われ、逆にある地域ではリハビリの地域展開が皆無でニーズへの対応に窮する事態が生じている。

他方、従来の課題であったリハビリのマンパワーの量的確保については、PTやOTの養成体制に目途が立ってきており、僅かながらも保健福祉領域のリハビリに専従するケースが増えている。

このような現況において、進行する高齢化に見合う地域のリハビリシステムを推進するためには、制度の枠組みや前提を整理、検討する時期にきていると考えられる。もとよりリハビリが地域で有効に機能するためには、多くの人的・物的資源の整備や、行政や民間機関、あるいは医療、保健、福祉の連携・協力が必要である。課題は多岐にわたるが、本稿では、地域リハビリを焦点に制度環境や関連社会資源の現状と課題について述べ、若干の考察と問題提起を行いたい。

2. リハビリ医療の問題

(1) リハビリ医療

高齢者に限らず、身体動作機能に障害が生じれば原疾患や合併症の治療と併せて、早期にリハビリ医療が確実に提供されなければならない。リハビリ医療は障害に対する直接的

な回復を目指すだけでなく、後遺障害が残る場合に障害がもたらす影響を最小限にとどめるアプローチも含まれる。そこで、必要があれば障害を補い軽減するための補装具の適用指導や、退院後の生活を想定して、活用すべき福祉機器の紹介や家族への介助方法の指導などを行う。一定期間のリハビリによって機能の改善や維持について、ある程度の目途が立てば、あるいは障害が固定して変化が見られなくなれば医療としてのリハビリは終了に至る。

実際のところリハビリ医療の終了の機序についての明確な定義はなされていないが、実状として、加療によっても変化が見えにくくなり障害が固定してくると、退院が方向付けられることが多い。しかし、後遺障害が重度の場合、障害を残しての退院（＝リハビリの終了）について本人や家族の受け入れができず、リハビリを求めて転院を繰り返すケースが少なくない。その場合、障害受容ができないままに機能回復を希求するケースと、障害を抱えた状態では家庭への受け入れが叶わないケースとの2通りに分かれる。あるいは2つの要素が重複する場合もある。

高齢者のリハビリでは老化による基礎体力の低下の問題が背景にあることが多く、リハビリの目標である機能回復の効果が得にくいという現実的な問題もある。一定の効果を得ようとして入院が長期化したり転院を繰り返すうちに、家庭とのつながりが弱まって、退院や家庭復帰が円滑に進みにくいという問題も生じてくる。このため、早期から退院後の生活を想定して、地域の福祉や保健領域の社会資源との連携したアプローチを進めることが必要になる。しかし、こうした協力体制の重要性が認識されながらも、実際にどのようなシステムを希求すべきかについての検討は緒についたばかりである。

医療の問題については、以前から、疾病・病変に対する治療が提供されても、その疾病・病変を抱える「病める人」に対する配慮を欠くことが指摘されてきている。この問題は、疾病の後遺症が残る場合にも同様であり、障害に対するリハビリ医療の適用や指導の配慮を欠いたままに医療が終了することが少なくない。在宅寝たきり老人・障害者のリハビリ経験者は3割といわれている²⁾。

医療におけるリハビリの役割は重要であるとしても、基本的には受診行動がない限りリハビリが適用されることはない。医療機関においてリハビリの処方になかったり、最初から医療につながらなければ患者＝治療の対象ではなくなる。そして、機能の改善が見込めない段階に至ればリハビリ医療は終了する。

こうした側面からみれば、障害に対する関わり方は受動的であり、リハビリ医療には場所的、空間的な限界が含まれていると言わざるを得ない。

また、それ以前の問題として、全ての医療機関にリハビリ施設や専門職種が確保されているわけではなく、リハビリの機会を提供できないままに医療が終了することも少なくない。医療の中ではいまだにリハビリに対する認識が希薄であり、リハビリの普及と整備は依然として課題である。

(2) 退院時指導

仮にリハビリ医療が提供されたとしても、退院時指導が的確に行われなければ、リハビリで獲得された機能は徐々に低下しがちである。リハビリの効果を医療機関の中だけのものにせず、退院後の生活に活かしていくためには、退院時指導の果たす役割は極めて重要である。

退院時指導では、退院先の生活状況に見合う介助方法や福祉用具の活用、住宅改造などのきめ細かい指導が行き届くことが望まれる。あるいは、二次的障害の予防や機能低下を防ぐために継続すべき運動や生活パターンの指導、そして状態が変化した場合の問題への対処方法や、福祉用具を使う場合の保守や破損への対応方法などの助言も併せて行われることが理想である。

しかしながら退院時指導の重要性が認識され、また治療や指導の成果を退院後の生活に反映させることがリハビリの目標であるにも関わらず、診療報酬制度の枠の中では細やかな配慮が行き届かせることが難しくなっている。保険点数が全体的に抑制傾向にある中で確かに改善は図られてきており、平成7年5月現在、老人診療報酬は「老人退院前訪問指導料400点」、「老人退院時リハビリ指導料240点」である。けれども、こうした枠の中で医療ソーシャルワーカーやPT、OT、看護婦らが退院前に家庭訪問したり状況を把握して、本人や家族に退院後の生活や福祉用具の活用、介助などを幅広く、且つきめ細かく個別指導を恒常的に実施するのは困難である。ごく一部の医療機関では積極的に実施されているが採算に見合うものではない。

(3) 通院によるリハビリ

病院から退院後もリハビリを継続する方法として、通院によるリハビリがある。あるいは入院の必要がない場合に、通院によってリハビリを行うことは可能である。むしろ、継続的な身体状況のフォローや動作機能のチェックの方法として積極的に位置づけるべきであるという考え方もある³⁾。

しかし、リハビリ医療の実状として、その医療機関の入院患者を主な対象としており、外来で濃厚なリハビリの機会を提供することは実質的に難しくなっている。リハビリの効果が得やすく緊急性の高い発症早期の患者へのアプローチを優先せざるを得ないという事情や、診療報酬の多寡も影響している。

他方、リハビリを必要とする側でも、個々の家庭事情の中で、通院のための交通手段の確保や、介助の協力者を得ることが難しいという場合も少なくない。核家族化や共稼ぎ世帯が増加している昨今、障害を有する家族のために、通院の便宜を確保することは容易でなくなりつつある。また、寒冷降雪地域では冬期間は外出しにくくなり、外出で体調を崩したくないという要素もある。

そして、障害がある程度固定した段階では、リハビリ医療としての加療効果が得にくく、通院の手間や負担に見合う目立った改善につながりにくいところから、通院リハビリへの誘因も弱まり、年月を経るうちに徐々に医療機関との関係が、途絶えがちになる。

(4) 在宅医療としての訪問リハビリ

近年、長期慢性疾患のニーズに応えるべく、在宅における医療管理体制の整備が進められてきている。また一部の医療機関では、入院治療よりも在宅での医療の提供が適当な場合に、訪問看護の取り組みが図られている。

リハビリにおいても、こうしたニーズに対し、退院後のフォローとしてPTやOTが家庭を訪問してリハビリ指導を行うことが一部の医療機関で実施されている。だがこの場合、その医療機関への入院歴がない状態で新規に訪問リハビリを期待することは実質的に困難である。

他方、訪問頻度を増やして濃厚なリハビリを提供するよりも入院リハビリの方が効率的であり、機器や設備の揃った環境下にリハビリを行うことが望ましいという考え方もある。

しかし、高齢者の中には、医療機関への入院で生活が一変することに拒否的の反応を示す場合もあり、住み慣れた生活環境のもとで、家族に囲まれてリハビリを進める方が効果的なケースも少なくない。

けれども、こうしたケースへの訪問リハビリについては、診療報酬制度による経費の充填の問題がある。確かに、老人診療報酬は「寝たきり老人訪問リハビリ指導管理料500点」、社会保険では「在宅訪問リハビリ指導管理料480点」などに引き上げられて、診療単価だけをみると低廉とは言えなくなっている。しかし、PTやOTが家庭訪問に費やす往復の時間を差し引けば、採算上は訪問リハビリを恒常的に実施するほどのインセンティブに届いていない。一部のリハビリを標榜する医療機関では積極的にPTやOTを家庭訪問させたり、医療ソーシャルワーカーや保健婦を配置して対応させているものの、採算を度外視したサービスとなっているのが実状である。

しかし今後、これらの診療報酬がさらに引き上げられるならば、地域、在宅療養者へのリハビリの機会提供の有力な方途となることが見込まれる。したがってこれからの地域リハビリシステムを検討していくうえでの変数として捉えておく必要がある。けれどもこの前提となる医療機関におけるリハビリ部門の訪問スタッフが充足されたり、あるいはリハビリ部門をもつ医療機関が各地域に偏りなく展開されることへの保証はない。医療機関による訪問リハビリが、社会資源として実効性を備えようになるかどうかは今後の推移に委ねられる。

(5) 退院後の社会資源との連携

障害がある程度固定し、リハビリ医療としての加療効果が得にくく、長期的な機能維持

がリハビリの目標となる段階においては、医療としてのリハビリよりもむしろ、生活の実状に即した福祉や保健の観点からのリハビリの機会提供が求められる。

時宜を得た連携のためには、リハビリを実施してきた医療機関の側から、障害の状況や経過を踏まえて、退院後に通院や通所が可能な最寄りのリハビリ施設を紹介したり、保健事業（機能訓練や訪問指導）を紹介する必要がある。あるいはホームヘルパー派遣制度の紹介、在宅で利用できる制度やサービスの紹介などで、福祉や保健施策につないでいくことも必要である。だが、これらの社会資源の紹介に関わる退院時指導は、医療機関の任意サービスの色彩が濃く、必ずしも確実に行われているわけではない。

このことは、医療機関における医療ソーシャルワークの位置づけにも関わる問題であるが、連携の受け皿となる地域の福祉や保健領域の社会資源の整備に対する需要としても受け止める必要がある。何れにしても退院と同時に社会資源につながる連鎖性の確立については、確実な対策が求められる。この点で「退院情報連絡システム」への期待は大きいですが、連絡システムを手がかりとして何を応えていくかについて、課題をより明確にして方法論を検討していく必要があると考えられる。

3. 保健領域のリハビリ

(1) 機能訓練事業

昭和58年の老人保健法によって、通所訓練方式の「機能訓練事業」が位置づけられ、それまで医療に限定されてきたリハビリが社会サービスの関連で捉えられるようになった。

P TやO Tが関与する機能訓練事業は、“医療としてのリハビリ”を必要としない段階の在宅の障害者にとって貴重な「社会的機能訓練」の場であり、実施主体は市町村である。

この事業の特徴は、個別指導というよりも集団を対象とする機能訓練であり、集団性を活かしたリハビリの実施が望まれる⁴⁾。そして、寡働で家に閉じこもりがちな在宅療養者にとっては、目的をもった外出の機会になるという意義があり、また同じように障害をもって療養している人たちとの情報交換が可能な貴重な機会である⁵⁾。だが、現状では実施施設に通える（自力での外出が可能、または家族に外出介助力がある）ことが前提となっている。送迎に関するバックアップがないことが利用を難しくしており、送迎体制を組んで円滑な利用を図っている市町村もみられる。

(2) 訪問指導事業

老人保健法による「訪問指導」についても実施機関は市町村であり、生活場面の中で本人や家族の抱える問題を直接的に把握し、対策を指導ができる特徴がある。そして、訪問指導においては昭和58年の厚生省老人保健部長通知で、必要に応じてP T、O Tなども協力することとされている。

この事業による訪問対象者の身体状況は多様であり、完全な寝たきり状態に限らず、支

助があれば屋内移動ができたり、介助で外出が可能なケースも含まれる。また、リハビリ医療の経験はあるものの、年月の経過に伴って身体機能低下をきたしていたり、あるいは発症以来リハビリの機会が全くなかったケースも多い。

訪問指導においては、在宅介護や動作機能の問題のほか、浴室やトイレ、玄関などの住宅改造、あるいは福祉用具や補装具の適用や入手、作製など関する相談も多い。こうした広範なニーズに対応するためには、それぞれの関係機関との連携が不可欠である。

このほか、寒冷降雪地域においては、冬期間の外出が困難なために家に閉じ込もりがちで動作機能が低下していくことも看過できない問題であり、訪問指導に対応が求められるニーズとなっている。

リハビリニーズについては、PTやOTの協力を要するケースが多く、これらの専門職種との恒常的な連携体制の確保が課題となっている。そのマンパワーとして他の医療機関に所属するPT、OTに協力要請するだけでなく、恒常的に当該地域の在宅リハビリに関与する専従者の確保が望まれるところである。

この事業の重要な役割は、訪問活動を通じて、医療や福祉のネットワークから外れて問題を抱えたまま地域に潜在している在宅療養者を見いだしていくことである。さらにリハビリを視点にすれば、医療機関や福祉施設のリハビリを利用できない状況にある対象者に対して、在宅の生活場面で直接的にリハビリに関する指導を行えるメリットがある。こうした訪問指導の特徴については再認識する必要がある。

(3) 老人保健施設

老人保健施設は介護と医療の中間的な機能だけでなく、施設または病院と家庭をつなぐ役割を果たすことが期待されて急増している。

しかし、これまでの運営経過によれば、重度障害者の滞留や、病院が退所先になるケースが多いことが問題となっており、有効に機能を果たせていない状況にある。

地域リハビリの観点からは、本来の設置趣旨のように家庭復帰を目標として、一定期間のリハビリで身体機能の改善を図りつつ、家庭の環境調整・整備も併せて指導していくことが望まれる。しかし、現在の職員配置基準では、例えば定数 100名の施設で、こうした役割を中心的に進める職員は、生活指導員1名、およびPTまたはOTが1名となっている。こうしたスタッフ体制の中で、家庭訪問による生活環境の調整や生活動作の獲得など、家庭復帰に向けての積極的な指導を行うことは現実的に困難である⁶⁾。本来の設置目的を果たしていくためには、スタッフを増やして機能強化を図る必要があると考えられる。

(4) 訪問看護ステーション

平成3年に創設された訪問看護ステーション（老人訪問看護制度）は、かかりつけの医師の指示に基づいて訪問看護を行うことを主眼としているが、PT、OTによる訪問リハ

ビリが可能である。

在宅療養では、近在の医院や診療所に通院したり、投薬や往診を受けることが多くなる。そうした場合に医院や診療所が単独でPTやOTを確保して訪問リハビリを行うことは難しく、訪問看護ステーションを介してリハビリの機会を提供できることは貴重である。

しかし、急増する訪問看護ステーションの中で、実際にPTやOTを確保できているケースは少ない。今のところ、実施主体が医療機関の場合に、医療機関との兼務でPT、OTを確保し、訪問指導を実施しているケースが多い。

医療機関からの訪問リハビリと同様に、訪問看護ステーションに関与するPT、OTが今後、どの程度充足されていくかによって、地域リハビリは大きく様相を変える可能性があり、これからの推移を注目する必要がある。

4. 老人福祉領域のリハビリ

(1) 老人福祉施設

老人福祉施設のうち特別養護老人ホームの場合、施設設置基準で機能訓練室が設けられており、利用者のリハビリを行う場が確保されている。だが、これに専従する機能訓練員についての定数配置はされていない。

一部の施設では、PTやOTを非常勤職員として導入し、入所者やデイサービスの外来者を対象に、リハビリの機会を提供している。しかし、多くの場合、生活指導員や寮母が、グループ活動やゲーム指導を通じてリハビリの要素を取り入れる努力を行っており、専門的なリハビリ指導には至っていないのが実状である。

特別養護老人ホームの障害に配慮された設備や施設構造、福祉機器を活用する生活環境の中で、あるいは施設の処遇や生活指導によって、入所前の生活環境ではできなかった動作が自立したり、部分的な介助があれば動作を遂行できるようになるケースが見られる。大勢としてその効果が家庭復帰に至るほどではないとしても、利用者にとっては生活の場であり、生活に結び付いたリハビリの機会が得られるよう、リハビリ専門技術者の恒常的な確保が望まれる。

特別養護老人ホームにおけるリハビリは、一義的には、利用者の処遇と生活指導の一環として実施されるものである。しかし、昨今、施設の設備を援用して、入浴サービスやショートステイを実施したり、あるいはデイサービスセンターや在宅介護支援センターの機能を併設し、地域サービスの拠点として位置づけられてきている⁷⁾。

これらのサービスは、何れもリハビリに通じる側面があり、施設の機能訓練室や設備の有効利用と併せて、事業の拡充を検討する必要がある。

しかし、現実問題として、PTやOTなどのリハビリ専門職種の人員配置について、措置費や運営経費に制度的な位置づけがされておらず、地域のリハビリ資源としての可能性が閉ざされているため、今後の見直しが必要と考えられる。

(2) 在宅福祉関連事業

在宅福祉の代表的な事業であるホームヘルパー派遣事業を通じて、直接的にリハビリ指導を行うことは難しいとしても、対象者の生活動作の援助や介護の中に、リハビリにつながる要素を反映させることは重要と考えられる。ホームヘルパーの援助を通して、リハビリの考え方や方法を生活の場面に浸透させていくためには、こうした技術や知識について研修する体制づくりが必要となる。

また入浴サービスやデイサービスなどについても、リハビリには直接的に結びつかないとしても、サービスの利用に際し、更衣や整容、移動などの付帯動作が必要になってくる。こうした動作の中には姿勢変換やバランス運動が多数含まれており、他動的、自動的に身体活動を促進する貴重な機会となっている。そして、数少ない外出の機会となることの意義も含めて、リハビリに準じた要素が含まれることを評価する必要がある。

ショートステイに関しても、施設で介護を提供して“預かる”だけでなく、必要に応じて積極的に対象者の機能評価を行い、また福祉機器の活用や動作を習得する場として、ショートステイ終了後の在宅生活につながりをもたせていくことも、リハビリに関わる今後の方向性ではないかと考えられる。

個別に、かつ定型的に実施されがちな福祉の諸サービス間の連携を図り、あるいはサービスを提供する場面を在宅から外出、通所、施設利用へと縦横に織りなして、総合的な観点から対象者の抱える問題に取り組める柔軟なシステム作りが求められる。

5. 地域リハビリの関連社会資源

(1) 福祉用具の活用

福祉用具の利用は、日常生活に支障をきたしている障害者や高齢者の自立を図り、あるいは介助負担を軽減するために不可欠であり、普及の促進が重要課題となっている。

福祉用具には、車椅子や杖、歩行器などの移動のための用具をはじめ、特殊ベットやマットなどの寝具や、排泄、入浴、食事など、日常生活に必須の動作を援助するための様々な品目がある。あるいは、足部の変形や機能障害を補い、歩行を円滑にするための下肢装具、聴覚や視覚、コミュニケーションの障害に対応する器具なども福祉用具に含まれており、個々の障害の状況に応じて確実に利用の便宜が得られるようにすることが重要である。

こうした整備や活用がなければ、日常生活の自立に向けて能力を発揮する可能性を閉ざすことになり、不要な負担を本人や介助者に強いることになる。居住環境の物理的な条件の整備や、物的な福祉用具の活用は、身体的なリハビリと平行して促進する必要がある。

福祉用具に関する地域の社会資源としては、福祉事務所や身体障害者更生相談所があるが、入手のための公的助成制度の判定や手続きが主要業務となっているのが実状である。こうした判定や手続きに至る前段階で、これらの物品の活用や普及を図るため、“道具”としての存在自体や、用途の情報を周知していくことが重要である。

公的な入手助成制度として、身体障害者福祉法や老人福祉法の給付・貸与制度などによって経済的負担の軽減が図られているが、適用品目が限られており、実際の適用についても、制度や手続きが複雑に入り組んで分かりにくくなっている。

こうした福祉用具については、紹介や情報提供のほか、障害状況に対して最適な機器・用品の選択の相談や、入手方法、公的助成制度の適用や手続きに関する相談に総合的に対応する機関や窓口の整備が必要である⁸⁾。

また、福祉用具は、障害の程度や使用環境による個人差が大きく、一律に既成の流通品目を適用紹介するだけでは、ニーズに対応することが難しい場合が多い⁹⁾。そして、比較的、価格の高い物品が多く、公的助成制度を利用しても自己負担を要することが多いため、手軽に購入して使い勝手を確認することは難しい。このため、実際に使いこなせて使用目的を充たすものであるかどうかを試用する機会が得られることが望まれる。そこで、各種の品目を実際に手に取って見られるようにし、試用のシステムを整備して、有効性を確認できるようにすることが必要である。

さらに、既成品では対応が困難な場合には、個別の事情に応じて、別作したり既成品の改造や適合調整を行う専門機関の設置も検討すべき課題である。

(2) 居住環境の整備

従来の日本家屋は通路や玄関が狭少で敷居も高く、障害者の居住には不向きな構造が多い。また積雪対策や採光のために床高式の家屋が増えている。だが、歩行能力に問題があったり車椅子を使用している場合には外出を妨げる原因になっている。

一般に家屋の新築にあたっては、老後の身体状況や、障害をきたした時を想定しない場合が多い。理想的には、家屋の新築にあたって、こうした問題にも配慮を尽くした“生涯住宅”の発想を啓蒙していく必要がある。

昨今、高齢者・障害者用住宅のモデル化が進められており、また、障害に配慮した貸与住宅の増設整備も進行している。こうした本格的な専用住宅の整備だけでなく、一般住宅における手すりの配置や、段差の解消といった比較的簡易な工作や、浴室、トイレの改造なども、障害者や高齢者の生活行動の自立に有効な対策となる。

より現実的に、日常生活の自立や介護負担の軽減を図るための住宅改造や工夫を身近なものにしていくことが求められる。実際の障害状況に対して、どのような改造や工夫を行えば良いかについては、そのノウハウを集積して情報提供を図るとともに、身体動作能力を把握したPTやOTの助言を求めたり、具体化にあたる建築業者の協力も欠かせない¹⁰⁾。

こうした改造や工夫のプランニング、段取り、手続きなどについて、相談に対応し具体化を支援する機関や窓口の整備も必要である。

6. 地域リハビリの課題

(1) 重複障害対策

障害は身体動作機能の問題だけでなく、時には視覚障害や聴覚障害、内部障害、あるいは精神障害（痴呆を含む）が合併し、重複障害を呈することがある。しかし、こうした重複障害をきたした場合に、総合的な援助のできる機関や施設がほとんどないのが実状である。

それぞれの個別の障害を専門とする医療機関や福祉施設はあっても、対象以外の障害が重複する場合には受け入れ難くなっている。そして、多くの場合、それらの個別の治療や指導が終了段階に至ったあとに、社会復帰や家庭復帰を想定したリハビリの機会が得られないままに入院を継続したり、究極、“在宅療養”を余儀なくされている。

ケースは少ないとみられるが、こうした援助を実施し、あるいは関係機関による支援のネットワークづくりを調整するための対応窓口の設置が望まれる。

(2) 社会資源活用の円滑化

とくに高齢化対策を中心に、医療、保健、福祉の各領域における施策の充実が推進されてきているが、制度やサービスのメニューが増える中で、実際にどのサービスが適切で利用可能なのかが分かりにくくなってきている。

適切な紹介や相談への対応がなければ、利用可能な社会資源の存在を知らないままに、過剰な負担を抱え込むケースも生じてくる。このため、諸援助制度やサービスの周知を図るとともに、的確な制度紹介や情報提供ができるように、総合的に相談に対応するシステムを確立していく必要がある。

とりわけ、交替できる介護者がいない家庭では、介護や看護、リハビリなどの情報を調べたり検討する余裕がなく、あるいは技術や知識を習得したり相談するための外出自体が困難であることを踏まえ、情報提供や紹介について十分に配慮していくことが望まれる。

また、従来から指摘されてきたように、諸制度やサービスの利用や相談の際には、そのメニュー単位のケース把握になりがちであり、総合的にニーズを把握してケースを軸にした効率的で一貫性のある対応が求められる。今日、保健や福祉、医療の連携体制の整備が重要課題となっているが、対象者のニーズを中心として、必要な制度や領域間の分掌を系統立てて、より具体的で実効性のある社会資源の活用に結びつけていく必要がある。

一般に、諸制度やサービスは利用の申請や相談に応じて適用されているが、潜在化したニーズを積極的に発見し、網羅していくことも今後の課題である。さらに、問題が複雑化して、現行の制度やサービスでは対応が困難であったり、緊急を要する場合に、関係領域の専門家グループが相談に即応したり、総合的な視点から直接的に問題解決を図っていく機関や部署の設置も望まれる。

そしてまた、施策として用意された制度やサービスを点検したり、何れの制度やサービ

スのネットにも掛からない狭間の問題や、逆に、重複する問題を調査し、対策を研究する機能の強化や、専門部署を設置することも必要である。

(3) 問題化の予防対策

高齢化対策のキーワードとなる「寝たきりの予防」のためには、結果的な「寝たきり」だけを対象にするのではなく、幅広く予防の観点に立った緻密な対策が必要である。

「寝たきり」についてはその前提として、病状や治療のためにやむを得ない場合や、「起きる」ことが苦痛をもたらすだけでQOLの向上に結び付かない場合があることを承知しておく必要がある。しかし、本来、能力がありながら「起きる」指導や環境がなく、「寝かせきり」によって“作られた寝たきり”については未然に防止し、積極的に「起きる」ための援助を行わなければならない。

寝たきりの防止のためには、健康に支障を生じている虚弱高齢者や障害をきたしている高齢者について、二次的障害を防いで、廃用症候群の悪循環に陥らせないためのリハビリの適用または援用が肝要となる。

さらに、高齢者だけでなく、中年年齢層の障害者もまた加齢により徐々に機能低下をきたすリスクが強いため、継続してリハビリの機会を提供する体制を整備する必要がある。中年年齢層の障害者は、障害の発生時点でリハビリ医療の機会を得ることが多いが、障害が比較的重度で、医療終了後の在宅療養が長期化する場合、適切なりハビリの継続がなければ、徐々に機能低下をきたして「寝たきり」に近づくことになる。このため、中年年齢層の障害者も、「寝たきり予備状態」にあることを踏まえて、一貫性のある総合的なリハビリの施策で網羅していく必要がある。

こうした対象の範囲を拡大した対応を推進するためには、障害があってもそれなりの健康づくりを図っていくという観点が必要になる。いうなれば、“障害があるなりの健康増進”である。

従来、健康増進は健常者を対象に進められてきた。また、障害の多くは疾病との関わりが強いことから、障害者の健康問題は医療における“患者”の範疇で捉えられる傾向が強かった。さらにいえば“在宅療養”については、問題の発生を予防するための積極的な施策に網羅されることがなかった。こうした状況の人々のために、障害があるなりに残存機能を活かして身体機能を維持し、健康づくりを推進する施策の対応が求められる。

7. おわりに

地域リハビリの展開は、リハビリ医療によってのみ担われるものではなく、地域の保健、福祉をはじめとする種々の社会資源の関与による総合的な生活支援の色彩を伴うものでなければならない。確かにリハビリ医療の技術者であるPTやOTらの果たす役割は大きいですが、目指すところは、障害をきたした人々の生活場面における自立あるいは最大限の生活能力の

発揮である。

地域リハビリの定義について確定的なものはないが、病院や専門施設におけるリハビリに
対置して、通所による機能訓練やリハビリ教室、居宅での訪問リハビリ指導などを総称する
ことが多い。また、医療としてのリハビリではなく、保健や福祉の地域活動をベースとする
住民サービスとしてのリハビリ指導を指す場合もある。さらに、実際の生活場面にリハビリ
の考え方を浸透、普及させることを目指して、地域のリハビリ資源（医療機関や福祉施設、
保健や福祉の関連事業など）が、それぞれに有効に機能していけるように、また、地域の関
係機関の機能の連携や分掌が得られるように、つまり地域自体のリハビリを進めていくこと
の意味合いを主眼に説明される場合もある¹¹⁾。

何れにしても地域リハビリの考え方は、より現実的に社会資源を活用して、リハビリの本
来の理念の実現に近づこうとするものであり、高齢者や障害者をはじめとするの生活場面へ
のリハビリの浸透、普及を目指している。

地域リハビリの方法は定型的なものではなく、地域ごとのニーズや環境の特性があること
や、リハビリ資源の質や量が異なることから、その地域の実状に合わせて、リハビリへの取
り組みを組織化・体系化していくことが求められる。

訪問リハビリ指導の例でみるように、利用する側にとっては内容の似通ったリハビリであ
っても、医療、訪問看護（ステーション）、訪問指導というように提供する制度の枠組みや
趣旨が異なり、また利用者側の費用負担の仕組みも異なって、それぞれの領域ごとに社会資
源との連関性が備わっている。こうした状況の是非は別として、ここでもし保健福祉関係者
が、在宅療養者の問題の多くは退院前後の指導を含むリハビリ医療の不備によって生じると
いう認識を強く持てば、“結局、医療の問題”ということで訪問看護（ステーション）や訪
問指導への指向性は薄れる。逆に医療関係者が、退院後の生活場面における障害の問題は保
健福祉の範疇にあるという観点に立つならば、保健や福祉の地域活動とのフィードバックを
欠くことになる。それぞれの立場が強調されることによって、究極、在宅療養者のリハビリ
ニーズは看過されることになる。こうした弊害を防ぐためには、地域のニーズを主体にして
各領域の相互関係を踏まえた分掌のとり方や連携が極めて重要となる¹²⁾。

そこで改めて強調したいことは、より地域に根ざしたシステムづくりを目指し、地域の実
状に応じてできるところを展望し、社会資源の相互関係の中に積極的に展開を進めるべきで
はないかということである。

キーワード：地域リハビリテーション・連携・訪問リハビリテーション指導

ー引用文献ー

- 1) 二木立他, 1987: 脳卒中の早期リハビリテーション, 医学書院, 19-60
- 2) 今田拓他, 1994: リハビリテーション白書, 医歯薬出版, 240-264
- 3) 大川弥生他, 1995: 外来リハビリテーションの現状と課題, 理学療法ジャーナル 29 (5), 292-299
- 4) 伊藤日出男他, 1992: 地域理学療法マニュアル, 医歯薬出版, 57-61
- 5) 芝原修司他, 1990: 地域リハビリテーションにおけるグループ訓練の課題理学療法ジャーナル 24 (10), 660-664
- 6) 柴田ゆかり, 1991: 老人保健施設における理学療法の役割とその効果, 理学療法ジャーナル 25 (12), 833-838
- 7) 澤村誠志他, 1993: 地域リハビリテーション白書' 93, 三輪書店, 84-85
- 8) 橋本伸也他, 1991: 福祉機器の開発普及の促進に関する調査研究, 北海道ノーマライゼーション研究 No 3, 163-188
- 9) 市川冽, 1995: テクニカルエイドセンター構想をめぐって, 総合リハビリテーション 23 (4), 311-314
- 10) 野村みどり他, 1992: バリア・フリーの生活環境論, 医歯薬出版, 62-82
- 11) 伊藤利之他, 1995: 地域リハビリテーションマニュアル, 三輪書店, 16-24
- 12) 山本和儀, 1990: 21世紀の保健・医療と福祉, エルピス社, 142-160

ホームヘルパー養成の課題

吉村信義（(財)札幌市在宅福祉サービス協会）

連絡先：〒063 札幌市西区24軒1条4丁目6-3

札幌市在宅福祉サービス協会

電話：011-613-4020

1. はじめに

- (1) ホームヘルプサービス事業体のヘルパーの実態を捉えて、ヘルパーの事業史の一端にふれる。
- (2) 社会福祉事業における在宅福祉と地域福祉事業への転換による、ホームヘルプサービスの見直しと現実にふれる。
- (3) ホームヘルパー養成の重要性と認識を考える。
- (4) 今後のホームヘルパー養成の課題についてふれたい。

なお、本編は1994年度北海道地域福祉学会研究大会で発表した論旨を一部修正し加筆した。

2. 札幌市のホームヘルプ活動

(1) 公私のホームヘルプ活動

1995年5月現在、札幌市のホームヘルプ活動を概観すると、公的または私的なホームヘルプ活動を実施している団体は19団体程度と思われる。このうち、札幌市から老人福祉法等にもとづく、業務委託を受けて札幌市が措置決定したケースを実施している団体は、(財)札幌市在宅福祉サービス協会(以下協会)と札幌市が特別養護老人ホームまたは老人保健施設経営の法人等に業務委託をしている、在宅介護支援センターの業務の一環として実施するホームヘルプ事業の9団体である。他は、自主的、任意の活動体としての9団体が有償性の事業を実施しているといえる。協会はその事業体の一つにも数えられ、この中では自助グループの札幌いちご会が最も古く、くらしのコープ助け合いの会(生協活動)、札幌市シルバー人材センターなどがある。

(2) ホームヘルプサービス利用者数

札幌市が委託関係分は、月間約950世帯程度と思われる。うち、「協会」関係分が約700世帯、在宅介護支援センター関係分が約250世帯となる。つまり、各区の福祉事務所の判断によって、協会か介護支援センターにケースを振り分けて委託しているのである。

他の民間活動として、自主、契約的なホームヘルプサービスは、おおむね600~700世帯ではないかと思われる。うち、「協会」の自主関係分は300世帯程度で、「協会」の合計分は約1000世帯となる。

3. ホームヘルプ小史と養成研修の歩み

(1) ホームヘルプ活動のはじめ

森幹郎によれば(注1)世界のホームヘルプ活動は1892年(明治25年)スイスで出産などのための一時的な児童養育のために、ホームヘルパー派遣制度が生まれ、以後老人、身体障害者の家庭支援制度となり、1920年代に西欧・米国などに普及したと言われている。

日本では、1956年長野県が欧米視察の結果を生かした「家庭養護婦派遣事業」が始まりと言われる。次いで、1958年(昭和33年)大阪市が民生委員40周年記念事業で民生委員連

盟に委託して「臨時家政婦派遣事業」を実施。

国が、国庫補助制度を創設したのが1962年であった。以後約33年の歴史を踏む。札幌では翌年の63年に実施している。この年に老人福祉法制定、「家庭奉仕員」の派遣規定が明文化（12条）、しかし、派遣対象に制限があり、「老衰、心身の障害、傷病等の理由で日常生活に支障を来している高齢者の属する要保護老人世帯、内約60％は生活保護需給世帯を占めること」と規定する。

(2) 派遣対象制限規定

派遣対象制限規定は、その後も続き、65年度は、低所得家庭、69年度は派遣回数、週1回以上おおむね2回程度、70年度には家族の支援条件としての「老人の養護を行えない心身状況にある場合」とか、「65歳以上で常時臥床する低所得の者で、日常生活に人手を要し、家族以外の者に介護されているか又は家族が病弱で介護が著しく困難な場合」と対象者と家族の支援事情に厳しい条件が付されていた。つまり、心身の状態が要援護状態の故に当然として介護支援を受けうる制度ではなかったのである。

(3) 派遣対象制限の緩和

72年に身体障害者（67年創設）心身障害児（70年創設）への一体的運営やヘルパー（常勤）の受持ち世帯を6世帯、82年には所得税課税世帯に拡大し、有料化制を実施、派遣回数、1日4時間、週6回、週延べ18時間を最大限度とした。しかし、近年まで、この最大限度が行政規制としてまかり通ってきた。

(4) ヘルパーの養成と基準

82年の派遣対象が本来的な要援護性にのみ着目した改正の行われた年に、ホームヘルパーの養成研修を採用時に70時間実施することとされた。

85年には主任家庭奉仕員制度が任意制として設けられることになる。かつ、業務のアセスメントの重要性が指摘されて、派遣希望時の評価調べ、業務内容の適応性、対応の迅速性、保健・医療との連絡調整が重要視される。

87年にはホームヘルパー業務の質的充実が一層強化されるべきことが方針とされて、360時間研修を導入した。

89年の改正ではヘルパーの業務内容を区分して①家事援助②身体介護③相談・助言の3区分を明示した。初めて身体介護の業務上の質的違いに留意がなされ、採用時研修に加えて、年1回以上の定期研修の必要性を示したことになる。同時に、派遣対象も家族の介護能力制限を緩和して、希望に応えられるよう、ホームヘルプ活動の社会性を位置づける意義ある年であるとともに、高齢者サービス調整チームの活用を示して、介護サービス等における利用者処遇上の最適化の方途である、ケアマネジメントの方策を打ち出したといえる。研修の充実はこうした、処遇上の必要性と不可分に方策が示されてきたといえる。

(5) 90年の社会福祉関係8法の改正

戦後（1945年）以来の社会福祉サービスに在宅福祉サービス・地域福祉サービスを大幅

に導入するものとなり、従来のホームヘルプサービス体制を最も強化すべき施策のひとつとしたのは、90年の社会福祉関係の法の改正といえよう。

名称を家庭奉仕員からホームヘルパーとした。ちなみに、国際ホームヘルプサービス協会では1953年の協議でホームヘルパーと統一していたといわれる。（アメリカは1972年にヘルスイドと改めたといわれている。）

ヘルパーの国際的な共通業務とその水準を目途とする意味を含むのであろうか。以後、93年、チーム運営方式の促進、研修の3級、2級、1級制の段階的研修システムの導入、94年常勤ヘルパーの処遇改善（業務区分の撤廃＝身体介護の常態化）、95年介護福祉士の個人委託が可能になる。つまり、87年制定の社会福祉の専門性を高めるための国家試験制度の発足は、必然的に、ホームヘルプサービス業務のあるべき水準を質実とも示す結果を招来したことを意味していると考ええる。

4. 「協会」の活動とヘルパーの現在

(1) 協会の創立

協会は、90年10月、市民参加の方式でホームヘルプ活動の労力を得て、利用者には有償方式でこれに応え、可能な限り安い価格でサービスを提供することを目的として、主に事務局とコーディネーターからなる利用者と労力提供者であるヘルパー及び関係機関との調整役のための費用を公的な費用で負担しようとする、「札幌市在宅福祉サービス協会」を設立した。翌11月から活動は動きだし、2年間の民間任意団体としてのホームヘルプ活動の展開と同時に14～15時間程度のホームヘルパーとしての研修を実施してきた。2年後、札幌市の行政業務のホームヘルプ活動の受託を受けることも含めて、法人化を決定。1993年3月、財団法人となる。業務委託と自主事業からなるホームヘルプ活動とヘルパーの養成事業を主としてきた。

(2) 機構組織と職種構成（図1・表1）

95年度当初の職員構成は図1・表1のとおり。特記すべきは93年4月協会は、業務受託の際、市嘱託職員であった常勤ヘルパー78人を協会正職員にして引き受けた。その際、4センターに配属させた。95年6月には7センターとなる。センター長の下にコーディネーターとヘルパーからなり、各センターごとの地区管理とする。他に協力員は、協会創立以来、自主事業型で家事型の支援活動を1時間あたり750円の有償方式で実施している要員といえる。登録は95年3月現在で1,300人となっている。

(3) 協力員の活動と研修

協力員の研修志向には3種あり、①は将来常勤またはパートを志向する者、②自主事業の範囲で活動する者。③将来できる時または自らの勉強のために自家のために役立てる。

協会は、92年から市民に広く厚生省通知になるホームヘルパー養成研修事業の3級及び2級課程の事業を実施してきた。（表2）

協力員は上述の目的に応じて毎月40～50人の受講者があり、段階的に研修課程を修了した者である。パート及び常勤者の採用は2級課程（身体介護可能）終了者としている。2級課程終了者で協力員に止まっていて、身体介護を望むものも少なくない。

(4) 常勤・パートヘルパーの現実

本論の主たる報告は、当協会の常勤・パートヘルパーの経験、年齢、学歴、資格、意欲などから、今後のヘルパーの研修のあり方、業務組織のあり方、業務役割のあり方を考えることにある。

1) 年齢構成と経験（表3-1）

さきの委託業務移行時の関係の事情で常勤者に暫定期間の60才代のヘルパーが在勤する（原則停年60歳）。中心は40～50代が79%で50歳代は12年の経験は長いとはいえない。市役所直営時代の採用方法は嘱託で、身分が不安定、母子家庭などの社会的条件を加味した採用方法などが考えられる。今後は年齢分布又は資格取得、経験の有無、知識と技術の専門的要素を考慮することなどが進むと年齢と経験の正比例の関係となると思われる。全道調査比（注2）では50歳代が極く高く、経験年数10年以上で40%高い。

2) 学歴構成（表3-2）

一概にはいえないが、若年層は高学歴化がみられ、有資格群には他の資格＝保育、介護福祉士などがみられることから、今後は相当の変化がみられると思われる。全道調査比（注2）では高卒で4%、大学卒含む短大、専門卒で14%高い。

3) 資格取得（別表3-3）

1級有資格者が高いのは82年、87年の採用時研修終了者とみなされる1級取得者が多いこと。加えて近年の介護福祉士、2級課程終了と採用条件を付していることによる。全道比でも圧倒的な有資格率といえる。

4) 新規採用及び現任研修の状況（平成6年度 表4）

採用時、現任訓練、職場内事例研修当は基礎的な講習として、全道比をはるかに越えるものであるが、現実にはこれらの実習や講義・訓練で充分とはいえないことに課題がある。

※95年3月のホームヘルパー養成研修カリキュラム検討委員会報告書による、改定要旨、3級（40時間→50時間）2級（90時間→130時間）1級（360時間→230時間）は妥当と思われる。

5. ヘルパーの養成と研修の課題

(1) ヘルパーの求め方—登録協力員との関係

協会では常勤ヘルパーの採用を公開の一般応募の方法とパートヘルパーの中から希望する者の選択と二つの方法をとっている。

考え方はより経験と知識及びそれまでの訓練課程の実習者から採りたいことと、より広

い立場から人材を得ようとの考え方にある。

この場合、現行の養成課程の3級及び2級修了者で登録協力員の存在がある。協力員としての実技に参加し経験をj得ている者を評価したいとする考え方があるからである。実質、比率的に多いとはいえない、経験年数に乏しく、精々パート経験を積む課程に属している者と2級研修課程の実施回j転が希望に迫いついていないとの事情によると思われる。(95年は2級課程3コース増設で6コースとなる)

(2) 常勤ヘルパーの採用は現在の需給要関係では年間10人前後なので、有資格者としての学校卒業者及び研修修了者並びに施設・病院当の経験者を得ることが可能といえる。札幌市の買い手市場性など有利な点も多く、95年時の採用も若干名に対し約90人の応募がある。

(3) パートヘルパーの採用

パートも原則的に公開方式で応募しているが常勤とは異なり、研修養成のプールともいえる協力登録員者に多くを期待したいところであるが、単純なプールでは需要にj応えない。

2級課程(介護のできる人材)の研修頻度、研修期間の濃密性など、受講者の要望が変化してjいて、受講者層が二局分解してきているといえる。①は自分の生活にj応じて学習し、ヘルプ活動に参加しない層。②は一日も早く学習し、早急に何らかの職務に従事したいと考える層である。人材の養成の立場からはホームヘルパーの確保の上からは双方の希望にj応じた対応が必要だと思われる。

(4) ヘルパー研修の期待水準—2級か3級か

協会の創立からは3級からの段階的積み上げ方が事業の発足過程からも必然的な動きであった。しかし、筆者は当初の構想が大切だと考えている。つまり、望むべくは介護のできる研修課程の準備と事業目的の双方の連動が大切で、事業着想の当初から、ホームヘルプ活動の多様な目的と完全な対応のできる事業体であるよう考えることが、近い将来の必然的な需要にj応える堅実な方途であると考えている。

なぜなら、ホームヘルプ活動の行き着くところは、自立事業や委託事業の分類にあるのではなく、利用者の多様な要望に確実にj応えることにあることは、いうまでもないからである。

j応えられない部分的な養成では、折角の人材を浪費してしまう危険性がある。例え、ボランティア方式でホームヘルプ活動にのぞむ体制にあっても同様である。一部にはボランティア活動を本物に対する補助的補完的で、不十分なもので許されるとする考えでボランティア体制を考えている人達があるが、これは明らかに間違いであって中途半端な養成では対人サービスにはj応じられない。これでは、ごく限られた状況でのみ活用できる人材をつくることにjしかならない。

(5) 非営利組織の運営と人的構成

筆者は図2のように、登録された人材は提供すべき目的な事業への役割を果たすために、j約束づけられた業務内容にj応じて訓練されて役割を果たさなければjならないから、ごく軽

易な業務から高度な技術と知識や業務目的に応じた心構えで望まなければならないものである。ボランティア活動体の運営も多面的で多層的な活動がそれぞれの局面で準備され、実践されることが本来だといえるだろう。欧米の非営利組織が大きく成長しているのは、組織構成や事業目的と実践内容が極めて高度な知識・技術に支えられた運営組織によっていると同時に多様な人材による組織化がはかられているからだと考えるからである。それ故、人材の養成のあり方も、図3に示すように同一機構内に同時並行的に専門性の高いものから素人性（非専門性領域）の人材まで、常勤性から非常勤性の特質をそれぞれ生かして、それぞれの両面での人材の組み合わせによって、対応すべき対象者へのサービスが図られることが当然とされていると考える。

6. ヘルパーシステムの組織化の課題

ヘルパー小史にもみられるように、ヘルパーの評価や待遇は社会福祉サービスの影の部分（非主体性、被従属的地位）に置かれていた時代があった。しかし、今日は優れたヘルパーの活動なしに介護支援による人間の自立的活動が全うしえないことが明らかになってきた。

自立生活を支援する活動は極めて生活課題が個別的で、全人格的であって総合的視点が必要であり、利用者の自己決定や、創意性の促進の機会を豊かにしようと思えば、支える者の態度や立場もまた、自立や自律が求められ、高い倫理感や責務が求められるし、同時に自らも高めざるをえないし、誇りうるものとしての仕組みが求められる。

(1) チーム性の発足

対象者への欲求に応えるための協力システム、個別的生活の連続性を保つためにも、支援者側もこれに応ずるシステムが必要となる。時に、地域性に根ざした、時間的、空間的な支援のためのチーム制は常勤者、パート、協力員、ボランティア等の組み合わせが求められる。かつ、チームの統合性（力）によって、対象者のニーズに対する包括性・継続性、個別性などのきめ細かな対応が可能となる。

(2) チームリーダーの必要

このことから、必然的に直接的支援当事者間の動きに、リーダーが生まれることが自然だが、常勤ヘルパーの資質や専門性が期待され、組織上高度の運営と処遇上のサービスが求められるので、より優れたリーダー（チーフヘルパー）を作り上げることが必要になるだろう。

(3) コーディネーターとの役割分担

現行の利用者とヘルパー間の調整はチームリーダーの存在によって、内容は徐々にヘルパー側に近いものと関係機関調整役に近いものへの役割が分離する可能性がある。またコーディネーターはスーパービジョンを行う役割を増大し、強化の方向にすすむとも考えられる。チームのまとめ役のチーフヘルパーのコーディネーター性が開かれ、検討されるべきこととなる。

(4) 研修担当の独立性と専門性

養成研修の連続性は不可欠であると思われるから担当のセクションは程度により、分課独立的、専門化することが求められる。その課程と技術の進展は、職員のニーズを受けて強化されることが求められる。

当協の場合、さきの調査では、センター単位で、内容別選択的に研修を望み、医学的基礎知識、老人障害者の心理、実技では事例検討を、実習では内外の視察、介護実技では観察と不調の兆し発見、緊急時の対応介助、家政実技は疾病別献立づくり、と極めて具体的に高度な欲求が多い。(平成7年4月調査) これらを研修システム化することは容易ではないが、大きな課題である。

(5) 管理者を含む総合体制

在宅福祉サービスは臨床的、実践的サービス体制であるから、ヘルパーの研修のみで成果を上げることは不可能と言える。

中間管理のセンター所長の裁量は大きな影響を与える。特に、コーディネーターとの関係は最も大きく、関係機関との支援関係などの調整、ヘルパーとの対応関係と、きめ細かな配慮と適切な指導性が求められる。ケア・マネジメントにおける専門的サービスの選択と人材の派遣なしにケアサービスはありえないからである。

所長、コーディネーター、ヘルパーは、立場こそ異質な存在であるが、対外関係では対利用者、対関係機関との関係、対内的には当事者関係の同一視、共通理解、内容の充実のための精査、努力は一致したものでなければ、本来の役割は果たしえない関係というべきである。必然、相互の総合的な研修体制が求められることとなる。

注1 ホームヘルプサービス(歴史・現状・展望)1972年10月 季刊「社会保障研究」社会保障研究所編

注2 ホームヘルプサービス事業実態調査報告書 1993年3月
財団法人北海道市町村振興協議会 刊
社団法人北海道高齢者問題研究協会研究論文 調査代表 忍 博次

図1 (財)札幌市在宅福祉サービス協会 組織図I 平成7年4月1日現在

理事会	15
理事長	1
副理事長	1
常務理事	1
理事	10
監事	2
評議員会	15

事務局長 — 事務局次長

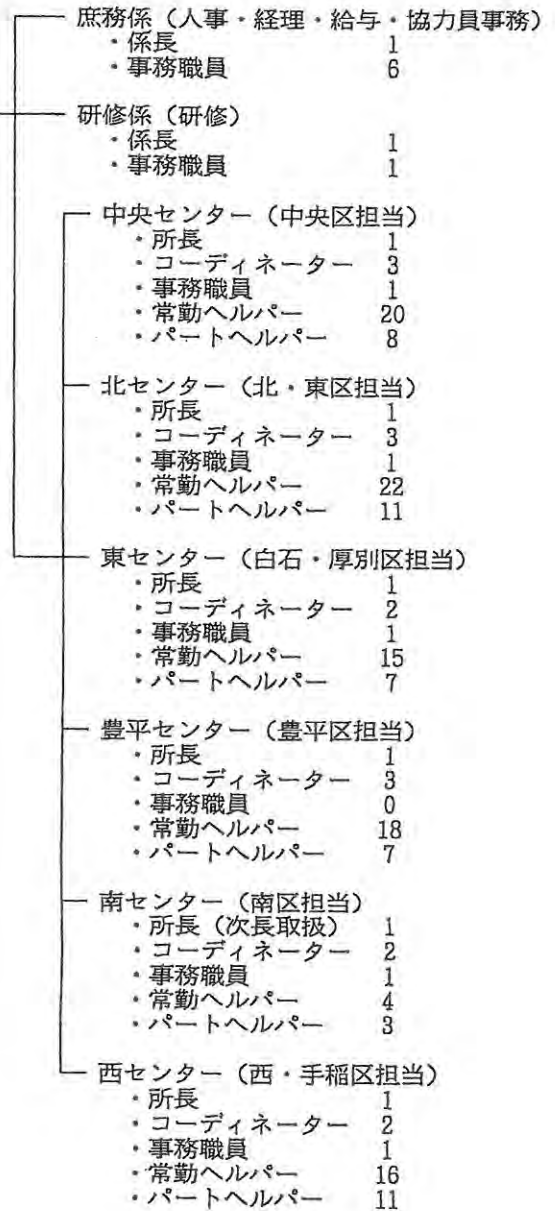


表1 職種別構成

常務理事	1	10	37	179	
管理部門	部長				1
	課長				1
	係長				7
職員	事務	6	21		
	コーディネーター	15			
嘱託職員	1	6			
臨時職員	5				
常勤ヘルパー	95	142			
パートヘルパー	47				

※ (協会員) (1300人)

※協会員に自主事業のみ従事する。

所属は各センターに属し、その下で派遣される。

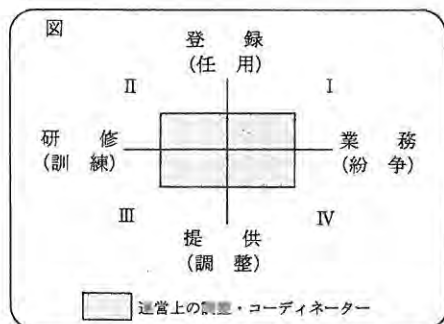
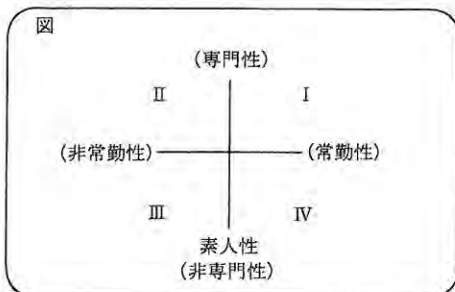


表3-1 常勤ヘルパーのセンター別年令別経験年数 (1994・9・1)

年代 センター	60	50	40	30	20	員数
	(人)(経)	(人)(経)	(人)(経)	(人)(経)	(人)(経)	
中央	1-20	11-12 (7-14) (4-8)	3-4	-	1-6	16
北	4-13	7-9 (2-5) (5-8)	9-7 (5-8.8) (4-5.5)	2-3	1-6	23
東	2-21	8-15.6 (7-16)	3-4.6	1-8	1-6	15
南	-	14-11.7 (6-15) (8-10)	2-6	1-10	2-8	19
西	5-21	4-13	4-8	1-1	1-4	15
計	12-18	44-12	21-6	5-5	6-6	88

注 ()は内数上段は5歳以上、下段は4歳以下 (人)は員数 (経)経験年数

表3-2 常勤ヘルパー学歴構成 (1994・9・1)

学歴 センター	小学	中学	高校	専門	短大	大学	計(人)
中央	-	3	9	2	1	1	16
北	2	1	13	1	6	-	23
東	-	4	7	4	-	-	15
南	-	6	12	1	-	-	19
西	-	3	6	2	4	-	15
計(人)	2	17	47	10	11	1	88
構成比	22		53	25			(%)

表 3-3 常勤ヘルパーの資格調 (1994・9・1)

資格 センター	一級	介護福祉士	保母	二級	総数
中央	12	2	1	1	16
北	17(3)	3	—	3	23(3)
東	9	2	2	2	15
南	15	2	—	2	19
西	11	1	—	3	15
計(人)	64(3)	10	3	11	88

注：二級の中には施設経験の採用者を含む。

() は保母の資格を有するものの内数。

表 3-4 ヘルパー世帯主別調 (1994・9・1)

	世帯主	準世帯主	非世帯主	計(人)
中央	5 (1)	6 (—)	5 (6)	16 (7)
北	13 (1)	4 (—)	6 (3)	23 (4)
東	6 (—)	7 (—)	2 (7)	15 (7)
南	4 (2)	9 (—)	6 (8)	19 (10)
西	4 (—)	4 (—)	7 (7)	15 (7)
計(人)	32 36 (4) 12	36 34 (—)	26 30 (31) 88	88 (35)

注：() はパートヘルパーの員数。

表2 ホームヘルパー養成研修の歩み (1990～1994)

研修実施時期		研 修 内 容			
		初任者研修	3 級 課 程	2 級 課 程	1 級 課 程
平成 二 年 度	1990. 11	10科目16時間			
	1991. 3	7回実施 (修了) 133人			
平成 三 年 度	1991. 4	(継続) 12回実施			
	1992. 3	(修了) 200人			
平成 四 年 度	1992. 4	(継続)	(厚生省基準) 初任者研修修了 課程互換性で編 成 (9+12) 科目 (14+31) 時間 3回実施 (修了) 43人	2級課程実施 3級との互換性 で編成 (16+28+56)時間 (8+7+16)科目 (修了) 79人	
	1992. 8 (3級) 1993. 3	12回実施 (修了) 273人			
平成 五 年 度	1993. 4	12回実施	(継続)		
	1993. 7 1994. 3	(修了) 245人	5回実施 (修了) 194人		
平成 二 年 度	1994. 4	12回実施	7回実施	5回実施	常勤者のうち
	1995. 3	各回40人程度 (修了予定)480人	各回40人 (修了予定)280人	各回30人 (修了予定)150人	1級未修了者 (修了予定)10人

表3-5 パートヘルパー年代別・学歴・介護歴 (1994. 9. 1)

	60	50	40	30	20	計(人)
大卒	—	—	—	1	—	1
短大卒	1	1	3	2	—	7
専門卒	—	—	2	—	—	2
高卒	1	5	12	4	—	22
中卒	—	1	1	1	—	3
計	2	7	18	8	0	35

(センター)

(介護歴)

中央	△109	—	△331 △199 △133△0	△65(4)	—	7
北	—	△87	△(10)△74 △(4)187 △72	—	—	4
東	△922	△495 △171	△29 0 0	0	—	7
南	—	△245 △978	△74 △583 0 △369 △152 △127	△504 △639	—	10
西	—	△207 △369	△6 (1)	△214(0) △404	—	7
計	2	7	18	8	0	35

注：() は介護経験者の年数 △と数字は協力員登録時の活動時間

表4 新規採用者・現任者研修の状況（平成6年度）

1. 新規採用者研修

(1) 常勤ヘルパー・コーディネーター

平成6年4月 講義・施設実習 1週間
 世帯訪問実習 1週間
 合成2週間の研修を実施 常勤10人，CO2人

(2) パートヘルパー

平成6年5月以降 講義・業務概要 1日
 世帯訪問実習 1週間 採用のつど随時実施

2. 現任者研修

(1) コーディネーター

平成6年1月 事例研修等 4回（各回2時間）
 平成6年5～7月 事例研修等 6回（ " ）

(2) 常勤ヘルパー

平成5年6・9月 講義・実習 3回（各回2時間）
 平成6年8・9月 実技研修 3回（ " ）

3. 職場内研修（各センター実施）

月2回程度、定期的に事例研修を主体とした業務研修を実施（1～2時間）

4. その他

(1) 内部研修

平成5年6月 MRSA研修 1回（1時間）

(2) 外部研修・講習会等への派遣

介護機器技術研修（北海道シルバーサービス振興会）
 北海道在宅（社会福祉協議会）

など

居宅障害者のフェルトニーズに見るサービス供給の課題

横山奈緒枝 ((財)高齢者問題研究協会 研究員)

連絡先：〒060 札幌市中央区大通西6丁目北海道医師会館5F

財団法人北海道高齢者問題研究協会

電話：011-222-6727

I. 問題提起と研究目的

現在、わが国の福祉政策の重点は、要介護老人の急増への対応策であり、その大きな柱は在宅福祉施策であるといっても過言ではない。

北海道高齢者保健福祉計画（平成6年2月）によれば、道内の要介護高齢者は平成12年には約25,000名増加すると予測されている。特に、在宅の寝たきり老人は出現率 1.7%の17,117名、在宅の痴呆性老人は出現率 0.7%の 7,336名を予測しており、増加する在宅介護ニーズへの対策が急がれることが理解できる。

さらに、わが国では高度成長期以降、世帯規模の縮小、女性の雇用機会の拡大、扶養意識の変化などが指摘されてきたが、これらは数値では把握できない家庭介護能力の縮小を一層推察させるものである。北海道では人口の高齢化、核家族化に加え、人口の過疎・過密化、農山漁村や産炭地の産業などの難問を抱え、問題はより複雑化しており、各市町村では財政力やマンパワーの限界に苦悩している現状と言えよう。

このような推測される介護ニーズの拡大とサービス供給のキャパシティの限界において、受け手である住民の介護ニーズとサービスがより適切に結びつくことは重要であり、援助のより有効なシステムの構築のためにも検討が急がれる。そして、この受け手のニーズとサービスの適切なマッチングの実施は、公平な在宅福祉施策の実現を助け、また受け手である障害を持つ住民が在宅での生活の質を高めるために不可欠であるとも考える。

よって、この研究の目的は、在宅福祉サービスが利用者のニーズに適合しているか否かを利用者側のサービスへの意見・要望などにより、本人が欠乏を自覚しているニーズに基づき考察することである¹⁾。また、これを通して、援助を要する在宅生活者へのサービスのあり方を考察する。その視点は以下の通りである。

- 1) 介護ニーズの多様化に応じて、在宅福祉サービスの量や内容はどのように提供されているか。
- 2) 在宅福祉サービスを有効に活用するために、在宅ケアシステムはどのような対策が求められるのか。
- 3) 在宅生活の尊重の中で、家族としての役割と生活はどのようになされているのか。
- 4) サービスの実施において、受け手はどのように自らの選択や決定が可能なのか。
- 5) ニーズの多様化によりサービス供給も様々な形態が生じているが、公私分担はどのようになっているのか。

II. 研究対象と方法

調査対象者は、道内大都市のS市と中都市T市、O市を選定した。本調査対象地区の概要は表1の通りある。

表1 調査対象地区の高齢、障害者数

地区	S市T区	T市	O市
各人数			
人口(平成5年) (人)	284,492	49,049	169,803
65才以上人口(平成5年) (人)	27,117	6,979	17,388
寝たきり高齢者 (平成4年)(%)	0.5	8.4	6.1
痴呆高齢者 (平成4年)(%)	0.4	0.8	1.1
高齢者世帯 (平成2年)(人)	8,170	4,214	11,220
高齢化率 (平成5年)(%)	9.5	14.2	10.2
身体障害者数 (平成5年)(人,%)	8,545 3.0	2,047 4.1	4,296 2.5

(寝たきりと痴呆は対65歳以上人口)

S市については、市内でも自立生活運動を求める人達が多く住むT区で行った。S市のT区は、高齢化率9.5%であり(平成5年3月31日現在)、世帯別で見ると市内で高齢単身世帯、高齢夫婦世帯、共に市内で最も多い地域であった。

T市は、高齢化率14.2%、身体障害者の数も4.7%と本調査地区の中で最も高い比率を示した地区であった。第三次産業、第二次産業の割合が高い地区であった。

O市は、高齢化率10.2%、身体障害者の数は2.5%であった。基幹産業は農業であったが、現在は第三次産業の従業者が7割を越え、商業、流通都市としての特徴を示している地域であった。

3地区の主な在宅福祉サービスは、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイの他、緊急通報システム、入浴サービス、除雪サービスなどが見られた。また、各地区の老人保健福祉計画では、総合ケアシステムの確立や在宅ケアの推進が柱として提起されている。この他、S市では寝たきりや痴呆性的高齢者と家族へのサービスの充実や情報提供と相談窓口の充実、T市ではボランティアを含めたマンパワーの拡充、O市では、サービス提供施設の確保などが中心にもりこまれている。

実際の調査の方法は、前述の3地区から(1)在宅生活者で、複数の在宅福祉サービスや介護

援助を受けている障害者計41名を紹介してもらい、面接調査を実施した。対象者の年齢は若年中年～高齢層全般とした。さらに、(2)在宅福祉サービスや介護援助を受けているが身体状態により面接が困難な障害者を紹介してもらい、その介護者(家族)20名に障害者本人に対するものと同様の面接調査と介護者に介護意識を問うアンケート調査を実施した。調査期間は1994年6月～8月であった。なお、アンケート調査は面接調査終了時に用紙を渡し、記載の上返送してもらう方法を用い20名中16名から回収された(80.0%)。

Ⅲ. 調査結果

調査結果は、数値的にもインテンシブな内容であることから統計的処理に馴染まないが、全体の対象者の傾向をつかむため基礎集計をとらえ、その上で、利用者のサービスや在宅生活に関する意見、要望、評価をまとめ、事例検討してみたい。

1. 居宅障害者と介護者の生活と介護実態

(1) 調査対象者の性別・年齢

調査対象となった障害者計61名の性別は、男性33名(54.1%)、女性28名(45.9%)であり、年齢は17才～91才の幅があり、64才以下が29名(47.5%)、65才以上が32名(52.5%)、平均年齢は64.0才であった。介護者20名は、妻13名、娘3名、嫁1名、母3名と全員女性であり、年齢は36歳～84歳(4名不明)、平均年齢は58.9歳であった。

(2) ADL、障害・疾病

調査対象者のADLについては点数化を試みるため姫野式を用いた(7名は指示項目から状態を選択できず点数化できず)。54名の設問項目と選択状態は「水平移動」では歩けるが35名、はうが4名、できないものは14名であった。「食事の時の姿勢」は普通のいすに座る、いすでも畳でも可能なものが合わせて36名、「食事動作」は自立してきれいが32名、「着脱」は脱衣、着衣ともに30名が自立していると回答した。「排泄」については41名が自立していると回答し、54名の姫野式ADLの平均値は100点中53.6点であった。

対象者の病気や障害の内容については、脳血管障害が一番多く22名(36.1%)であった。次いで、白内障など眼疾患が10名(16.4%)、脊椎に関わる疾病や糖尿病、狭心症などの心臓疾患が7名(11.5%)、低血圧・高血圧、脳性マヒが各6名(9.8%)であった。この他、リウマチ、甲状腺に関わる病気が見られた。

(3) 利用・要望するサービス

ADLとサービスを受けている状態は表2の通りである。

表2 調査対象者の概要

	ヘルパー	トイレ	入浴	シャワー	ボランティア	保健婦	看護	緊急	機能
調査対象者54名 ADL70~100 30名	女性53才					○			○
	男性61才	○							
	男性46才	○				○			
	女性56才	○				○			
	女性64才	○							
	男性54才	○							
	女性64才	○							
	男性57才	○							○
	男性53才	○							
	女性50才	○	○						
	男性78才	○	○			○			
	女性66才	○	○			○			
	女性82才	○					○		
	女性90才	○				○			
	男性89才	○				○			
	女性75才	○	○			○			
	男性67才	○				○			
	女性67才	○				○			
	男性74才	○	○			○		○	
	女性69才	○	○			○		○	
	男性72才		○						
	女性68才		○						
	男性68才		○						
	女性78才	○						○	
	男性83才	○	○						
	男性66才	○							
	男性76才	○				○			
	女性73才	○							
	男性88才	○							
	男性88才	○							
ADL40~70 13名	女性45才	○				○			
	男性54才	○	○			○			○
	男性45才								
	女性62才	○				○			○
	男性56才	○				○			
	女性48才	○				○			
	女性35才	○							
	女性64才	○				○			
	女性91才	○	○		○				
	女性72才	○							
	男性65才								
	男性74才					○			
	女性83才	○	○						
ADL0~40 11名	男性64才	○	○			○			○
	男性61才	○		○		○			○
	男性43才	○		○				○	○
	男性63才	○				○			○
	男性17才		○						
	男性55才			○					○
	男性43才	○		○		○			○
	女性68才	○	○		○		○	○	
	女性65才			○		○			○
	男性78才	○		○		○		○	
	男性71才	○		○			○		

サービスの利用状態は、ホームヘルプサービスは全体に渡り利用が高く、ADLが70～100点では、デイサービスや保健婦の訪問が多い。ADLが0～40点と低いものには介護者がいないものがあり、ボランティアの援助を利用しているものが多いことがわかったが、これは本調査においてT地区で自立生活を志向した障害者の存在が反映したものと考えられる。このようなサービスを受けている対象者に、利用したいサービスを聞いたところ、希望の多かったものは「ホームヘルパーの必要に応じた利用」、「送迎サービスの充実」、「住宅改造資金・相談援助の窓口の充実」であった。

(4) 介護者（20名）の担う介護と公的介護

居宅障害者を介護している家族（20名）の介護状態について、援助内容と援助提供主体を公私に分けて見てみると表3の通り（複数回答）である。

表3 援助内容と援助提供主体（介護者20名）

動作内容	介護の必要なもの	主な介護の担い手		
		公的サービス	家族	その他
洗 顔	16		16	
排 泄	15	2	15	
着 脱	19	2	19	
食 事	17	3	16	
入 浴	18	15	14	
洗 濯	18	14	12	
買 い 物	20	3	18	
掃 除	20	9	12	
通院付添い	15	1	11	往診3

公的なサービスと家族が行っている援助を総合して見ると、頻度の多いものや、日中以外に行われる援助はほとんど家族の介護によって担われていることがわかる。つまり、公的サービスは介護者1人では負担の大きい入浴や洗髪という介護、洗濯や掃除という家事の援助に関するものが多かった。

ホームヘルプサービスの頻度や時間は一般的に週に1～2回、時間は1回2～3時間程度、入浴は、介護の必要性の高い項目であり、公的サービスが占める割合が約1/2と、他の項目に比較して高かった。また、入浴に関する公的サービスはヘルパーが自宅で介護するという方法とデイサービスなど施設に行き入浴するというものがあった。入浴回数は週2～3回から月に2～3回という差が見られた。その内、公的援助が受けられるのは週1回程度で、他は家族によって担われており、家族が行っている保清方法はシャワーか清拭であった。

(5) 居宅障害者と介護者からの自由意見

①サービスへの要望

自由に寄せられたサービスへの意見を見ると、ホームヘルプサービスに対するものが多く、ヘルパーの態度や援助の仕方に対するものとヘルパーの雇用や体制に関わるものであった。前者では「決められた時間を守ってほしい」、「家風に合わせてやってほしい」などであった。後者は「派遣時間を長くしてほしい」、「ヘルパーにどこまで頼んだらよいのかわからない」、「人数を増やしてほしい」、「ヘルパーの待遇をよくしてほしい」、「申し込み制で緊急時に利用できない」、「曜日を変えてほしかったが変えてもらえなかった」など、柔軟な対応を求める声が強く、これは介護者にも共通していた。

また、「自分のしてほしいことが言えない」、「気を使う」、「我慢して言わない」など、現状のサービスに不満があっても表出せず、受け身となっている様子がうかがえた。

移送サービスへの要望の特徴は、買い物や通院などの何らかの用事のために単独でこのサービスを求めるものと、デイサービスや入浴サービスなど他のサービスの利用のために必要とするというものであった。また、「付添いがいないため通院できない」、「退院時の移動」、「床屋にも歯医者にも行きたい」など、移送や移送時の付添いの不在が、健康管理に関わるサービスへのアクセスを困難にしていることがわかる。

その他、入浴サービス、除雪サービスなどの利用内容や回数への要望があげられたが、これらは各サービスの現行内容に対する意見と共に、対応を変えてもらうことで利用に通ずるという要望が含まっており、このような意見や要望をとらえる機能が重要と感じられた。

②将来への不安

在宅生活を継続するための不安について自由に語ってもらった。

居宅障害者本人41名からは、健康状態に関わるものが19名(46.3%)であり、病気の進行や身体状態の低下により、在宅生活を続けられなくなるのではないかとこのことを恐れるものが多かった。また、「このまま在宅を続けられるのか」、「施設での生活になるのか」、「行政は対処してくれるのか」など将来の生き場の見通しのなさに伴う不安感が10名(24.4%)から出された。この他、一人暮らしの者から火災や地震などの時に手足が不自由であるため、1人だけで暮らしているので逃げられないのではないかとこの不安が7名(17.1%)に見られた。

また介護者20名からは、介護者の加齢、介護者自身の体調が悪いこと、介護者が不在時どうなるのかという不安が具体的に出された。

(6) 事例にみる居宅障害者を巡る介護実態とサービス適用

ここで前述した基礎集計結果に見られている在宅で暮らす障害者の介護を巡る実態について、生活のダイナミズムをとらえながら事例をもとに考察してみたい。

面接調査では、生活の様子を重視し、1日の時間を追った介護実態、週単位のサービスや援助の状態についてもとらえた。これらの内容は、在宅において生活する各々の個別性を示

す、いわば立体的な対象者像の把握を求めたからに他ならない。

事例A～Cは本人に対する面接、事例Dは介護者への面接である。記述スペースに限りがあるため、介護実態とサービスについてのみ重点的に述べることにする。なお、心身の機能上の能力制限（disability）と社会的価値及び介護・援助の仕組みが作用した後に、存在している課題は社会的不利（handicap）にとらえて図式化した。

〈居宅障害者本人に対する面接から〉

①個別的な援助、対応を求める事例A（インフォーマル介護者なし・1人暮らし・女性・
 ■才・脊椎2分症）

〈概要〉

Aさんは、脊椎2分症で下半身にマヒがあり、人工膀胱である他、慢性肝炎、狭心症、胆石である。車いすでの生活である。ADL、介護実態は次の通りである。

介護内容	援助状態				時間帯 早午午夜 朝前後間	主介護者			援助者 ・ヘルパー ・有償サービス ・機関ヘルパー ・業者 ・友人	handicap ・環境変化による 行動制限—車い すヘルパー利用 における対等係 関の欠如 ・情報収集の不備 (将来の生活) ・サービス利用の要望 ・達成手段の不備
	自立	少 援 助	多 援 助	全 依 存		公 的	家 族	そ の 他		
洗顔	○									
排泄	○									
着脱	○									
食事	○									
入浴	○									
掃除		○			○		○			
買物					配達					

利用しているサービスは、ホームヘルプサービスを週1回、援助内容は自分ではできないところの掃除である。以前週2回であった回数は、自分で家事など可能とみなされ1回に減ったが、本人は2回希望したい気持ちが強かったという。

この他に必要に応じて年に2回程、生協の家事援助やシルバーセンターの家事援助を利用するなど有料のサービスも活用しているが、経済的な制限があり、頻繁には利用できない様子であった。

サービスへの要望は、ホームヘルパーに関しては、①訪問の回数や時間、内容をもっと柔軟に変えてほしい、②「ちゃん」づけして名前を呼ばないでほしい、③非常勤ではなく、正規の雇用をした上で教育もしてほしい、④自分の障害の状態により物の置き場などを指示しているのでこれを守って置いてほしいという内容であった。

今後不安なことは、将来どのようなところで生活するかということである。身体がだめになる前に老人ホームに入りたいと思い、すでに施設を数か所見学に訪れている。実際に申し込みを希望しても、人工膀胱のため入居を断られているという。

〈考察：介護課題とサービス適用〉

ものの置き場所を身体の障害状態に応じて対応してほしいこと、その時の状態に応じて援助してほしいことなどが出され、障害や状態により個別の考慮が必要であることがうかがえる事例であった。

特に、ちゃん付けされた経験などから、援助における対等性を求めていることが理解される。いくつかの苦情が面接の中で出されたが、どこにも届かず対処されていない様子がうかがえた。さらに、ヘルパーが週2回から1回へと変更になっているが、サービス量の適性、変更の適性を受け手もとらえることの難しさが感じられる。

②食事療法を巡り関係者の連携が期待される事例B（インフォーマル介護者なし・娘-10才と同居・男性・■才・右半身マヒ）

〈概要〉

Bさんは、脳橋出血による右片マヒ、右上下肢機能の著しい障害がある。足関節固定補装具とつえにより、散歩や外出も可能である。

受けているサービスは、ホームヘルプサービスを週1回であり、このサービスの回数は自分で決めたものであり、満足していると語った。援助内容は掃除、洗濯、食事（調理）である。

保健婦が年2～3回、栄養士が年2回（保健婦の紹介）訪れている。栄養士が本人が料理する時に参考にできるように、高血圧の人のための料理の指導を行っている（ヘルパーは高血圧の人向けの調理はしていない）。ADL、介護実態は次の通りである。

介護内容	援助状態				時間帯 早午 夜 朝前後間	主介護者			援助者 ・ヘルパー ・保健婦 ・栄養士 ・医師	handicap ・健康管理の情報不足 ・手段の不備 ・就労、趣味、生きがい追求するための情報の不足
	自立	少援助	多援助	全依存		公	家	その他		
洗顔	○									
排泄	○									
着脱	○									
食事		○			○	○				
入浴	○									
掃除		○			○	○				
買物										

サービスに対する意見については、保健婦と栄養士の訪問は2ヶ月に1回位に増やして

ほしい。給食サービスを利用したいが、手続きがわからない。福祉センターに行き趣味を持ちたいが、移動の不便さと勇気がなく利用できないと語った。自分でできることは自分で行き、ヘルパーには最低限のことをしてくれれば良いという姿勢であるという。望むサービスについては在宅介護・看護の指導体制の確立を1番優先するものとして選択した。

今後不安なことは、子どもの将来、自分の病気の再発について、そして就労も含めた経済面の不安である。

〈考察：介護課題とサービス適用〉

高血圧により食事療法を求める事例であった。栄養士、ホームヘルパー、保健婦など複数サービスや援助を受けているため、これらが相互関係を持って対象者に関わると、より援助内容が充実すると思われる。

特に、栄養士が高血圧の人向けの食事指導をしているが、これが生活の中で活かされていない。指導を生活場面に活かすには栄養士とホームヘルパーの連携が重要であると思われた。

この事例では、ホームヘルプサービスの派遣回数を自ら決定していると述べていた。「自分でどうしてもできないことだけをホームヘルパーに援助してもらおう」という姿勢や「できるだけホームヘルプサービスの回数を少なくしたい」と考えていることは、自立心にあふれている。しかし、今後の生活の展望を見出ししていくには経済、就労、趣味、生きがいなどを含めた総合的に生活を見直していくことが重要であり、そのような視点に立って相談できる相手やサービスが必要と考えられた。

③母親としての役割に生きがいが見られる事例C（インフォーマル介護者あり・息子－高校生と同居・女性・■才・体幹機能障害及び両上下肢機能全廃）

〈概要〉

Cさんは、筋萎縮による体幹支持機能障害及び両上下肢機能低下があり、糖尿病を合併していた。ADLは、歩くことはなんとか可能、衣類の着脱は全介助、排泄動作は一部介助である。介護状態を、ここでは1日の生活の流れを追ってみてみたい。

利用しているサービスは、ホームヘルプサービスを週3回であり、援助内容は、掃除、洗濯、買物などの家事の他、通院付添い、入浴の介護である。この他、週に2回、掃除、洗濯、料理のための兄嫁の訪問がある。また保健婦は1～3か月に1度訪問しており、利用できるサービスの情報提供、健康状態や血圧のチェック、時には散歩を実施している。サービスへの意見としては、ホームヘルパーの派遣時間を1時間くらい長くしてほしいと語った。

今後不安なこととしては、子供が独立した時に誰が自分の介護をしてくれるのかということである。今後は、糖尿病のため、食事療法を続けながら息子の成長を楽しみに生きていこうと思っていると語った。また、子どもについては、以前いじめにあい登校拒否し悩んだこと、「キャッチボールの時に障害がなければ遊んでやれたであろう」など、自分に障害があるため、子供にしてあげたいことをしてやれないつらさを話されていた。

時刻	行動、出来事	ADL	援助、関係者
AM			夜間の排泄は子どもを起こしたくないので我慢。子どもがいない時はおむつ。
7	起床	5	首が座らないので子どもが電動ベッドを90度に上げ
	排泄	3	る。トイレまで子どもが誘導（日中はつかまりながら
	歯磨き、洗顔	3	自分で行く。タオルを絞ってもらい自分で拭く）
	着替え	4	入浴後ヘルパーに着せてもらう、通院以外あまり着替
8			えない
	朝食一軽く	1	
10	新聞、テレビ。	4	ヘルパー
	車いすで買物など		
12	昼食	4	ヘルパー
PM	昼寝		ヘルパーがいる時に1時間位
1	読書		
	テレビ		
4	夕食	4	大体子どもが準備、食事の後片づけは時々台所までつ
7	子どもとの会話		れて行ってもらいするがたまっていると大体ヘルパー
9	テレビ		
10	就寝	5	子どもにベッドに移動させてもらい寝る。
12			



援助の必要状態

1. 自立 2. 言葉援助で十分 3. 少々援助 4. 多くの援助要 5. 全く依存状態

〈考察：介護課題とサービス適用〉

1日や1週間の流れを追ってみると、同居の息子さんの介護が特に朝晩の生活維持に不可欠なことがわかる。

子供との関係については、成長過程に生じたことに母親として悩みながら生活してきた経過がうかがえた。将来は息子の成長を楽しみに生きていきたいと語っており、家族との関係が生きる支えや生きがいにつながっていることから在宅生活の意味を感じた。

一方、高校生の息子さんにとって、生活の中での介護はどのように受けとめられているのであろうか。その負担が過重になっていないかどうかを、ここではヘルパーや保健婦などの援助者が継続的に見守ることが大切であろう。ショートステイやデイサービスなどの介護者の負担を考慮したサービスの展開もまた重要に思われた。

④介護者が在宅での介護に不安を感じる事例D（介護者一妻■才・妻と娘と3人暮らし・男性・■才・脳出血）

〈概要〉

Dさんは脳出血によって3年前に倒れ、入院、その後在宅へという経過をたどった。娘1人と3人暮らしである（娘は就労のため、昼間は不在）。ADL、介護状態は次の通りである。

介護内容	援助状態				時間帯		主介護者			援助者	handicap
	自立	少助	多助	全依存	早朝	午後	公的	家族	その他		
洗顔				○	○	○			○	・主介護者（家族） ・同居娘 ・ヘルパー ・保健婦 ・PT	・介護者の介護負担の軽減の不備 ・介護者の健康不安への対応の欠如 ・情報収集の不備（将来の生活）
排泄			尿タラ		○	○			○		
着脱				○	○	○			○		
食事				○	○	○			○		
入浴				○	○	○		○	○		
掃除					○	○		○	○		
買物				○	○	○			○		

利用しているサービスは、ホームヘルパーを週2回、援助内容は入浴の介助と掃除である。通院は内科に月2回だがこの時にリハビリも行っている。保健婦は月に1回事前に連絡が来て健康の相談などに来てくれる。

サービスへの意見としては、ヘルパーは回数も時間も足りている。もし、これ以上来てもらう場合には、妻も家にいなくてはならず、かえって大変になるので、今のところはこれ以上考えていない。

ホームヘルパーは、決まったことをして帰って行くだけで、あまり話さない。また、各ヘルパーで掃除などやり方に違いがあるが、このようなことについてはあまり言わないようにしているという。今後望むサービスとしては送迎サービスを一番に選択した。

今後不安なことは、介護者自身も年々歳をとっていくので、体調が悪い時にどうするかということ。将来の不安が大きく、病院に入っても長くいられないし、通院して看病することも大変。在宅にいたい、介護に関わる不安は大きいと語った。

〈考察：介護課題とサービス適用〉

在宅福祉のスローガンとして「病院、施設での生活より、在宅での生活の方がより人間らしい生き方である」と強調されている。しかし、実際には、この事例のように、病院や施設の生活が長期的に不可能であったり、経済的な制限があったりという理由によって、在宅生

活が選択されている場合も多いと考えられる。この場合、在宅介護への不安は一層強い。

また、介護者の介護や先行きへの不安の中には、自分が倒れた場合、他の家族に介護の負担がいくことや、介護の受け手の生活を入所や入院という形で左右してしまうという精神的な負担が大きいことが推察される。

特に、配偶者による介護は介護者も高齢であり介護の負担が想像される。介護の受け手は、時には往診などによって医療的に焦点が当てられている。同様に、保健・医療の関係機関には、介護者自身の健康管理への不安にも対応するような役割が期待されていると思われる。

また、この事例では、ホームヘルパーの利用について、回数の増加が家族にとってはそこにいなければならないという場合には、逆に負担になる場合があることが述べられており、援助やサービスの介入の仕方は、対象者に合わせて考慮が必要なことが理解できる。

IV. 考 察

1. ニーズとサービス適合の実態

在宅福祉が提唱されるようになり、各市町村では、様々なサービスが提供されている。しかしながら、本面接調査からサービス提供の実態を見てみると、例えば、在宅福祉施策の3本柱の1つと言われる、ホームヘルプサービスの派遣実態は、週1～2日2時間程、もしくは週1回3時間というパターンであり、また公的サービスの中で一番調査対象者が受けているという結果になった入浴サービスは、週1回のみが多かった。

本調査で提起された希望の多くは介護をめぐる課題であり、前述したサービス実態を受けているためか、特にホームヘルプサービスの回数や時間の不足、内容の柔軟性の欠如、ヘルパーとの関係などが指摘されている。これらに従えば、現在のホームヘルプサービス供給は、その量、内容共に、受け手のニーズへサービスが適合されるしくみにはなっておらず、サービスの既存枠組みの固くさが受け手から指摘される結果となった。

特に本調査対象者には、年齢が40～50代の者が20名おり、障害者団体の役員活動をしている者、作業所へ通う者など、日中外出している者がいた。ホームヘルパーの稼働時間の多くは9～5時であり、彼らは1日の生活の始まりや終わった後のケアが十分受けられる状態にはない。すなわち、現在の公的な介護のしくみは、前述したような地域・社会参加などの行為の実現を十分支えているとは言い難いと思われた。

Kennedy は、サービス供給の不足について「可能なサービスのタイプや量に制限がある状態は、たびたびサービスを受ける人々の自立を制限する」と述べ、他のインフォーマル援助のない人々は、これらの制限によって「在宅に閉じ込められてしまう」と述べている。

[Jae Kennedy, 1993:19]

サービス回数や時間が固定的で、柔軟性に欠けるサービス供給は、個別のニーズ充足の実現に遠く、地域における在宅生活の意味を問いかけている。

2. 介護をめぐる家族の姿

(1) 居宅障害者の家族構成員としての位置

居宅障害者本人と面接した中で、16名は現在同居している家族のいる人々であった。その中には父、または、母としての役割を家族内で担うことが生きがいになっていると思われる事例があった。在宅生活の利点には、家族員としてそれぞれの役割を担い、経済的、精神的困難を家族で協力し克服することなど、家族の営みが継続できるということがある。

Morris は自立生活を「選択とコントロールの練習」としている [Jenny Morris, 1994:28～29]。ここで言うコントロールとは「社会で生きる人としての役割と対人関係の両方に広がる日常生活の基礎的部分に渡っている」ものであり、障害者が介護援助を受けることによって成立する「生活」によって、逆に果たし得る役割（例えば、母の役割）を与えられることをも意味すると位置づけている。在宅により近い場での生活を促進することは、人が家族や地域の人々の中の役割や触れ合いを通じて、どのような生活、または人生を求めるかを重視すると調査結果は示している。

国が介護問題をめぐり、「個人が安心して成熟社会の恩恵を享受し、生活の質を高めるという点でも、また家族が絆を保つ上でも喫緊かつ不可欠の課題となっている」と、生活の質や家族の絆に留意するのであれば、その家庭を基盤とする生活がより尊重されなくてはならないであろう [厚生省, 1995:198]。

(2) 家族の介護負担実態

調査対象者となった介護者20名のほとんどは自分自身の健康に不安を抱きながら介護を担っている。中には、病院で長く療養できない、また障害（の症状）によって施設入所の道が見えないなどの状態が在宅志向の理由に見られ、社会的入院と類似した社会的在宅と言えるような現象を垣間見た。在宅福祉の整備が不十分な状態では、障害者もその家族も、積極的に在宅生活を選択しないことは想像に難くない。医療と福祉が連携し、介護負担とこれをめぐる不安に応えることが急がれる。

特に、調査対象者に見るかぎり、介護者は不安と疲労を見せながらもその多くは介護責任に忠実である。副田は「家族のケア機能の一部補完だけを意図する在宅福祉政策は、そうした女性たちの義務意識や情（愛情）に全面的に依存することによって、高齢者の在宅生活のできる限りの継続を社会的に期待するものである」と指摘している [副田あけみ, 1994:P88]。

在宅での生活を選択するという事は、家族や地域に囲まれ生活することでもあるのだから、これらの構成員相互の生活の質という角度からも社会的サービスの介入は重視されるべきであろう。在宅福祉施策は、家族の介護負担を軽減する対応はもちろんだが、介護者や家族員それぞれの自己実現を妨げることのない、すなわち、家族構成員の義務意識へ依存しない選択と決定へ向けた対応、援助が求められている。

3. 公的サービスの課題

(1) 開拓性を展望する調整

現在、ホームヘルパーは、常勤、非常勤など雇用形態の分化が進み、各サービスも公私様々な取組みがあり、住民参加型のボランティアな組織も巻き込んだサービス供給の展開が促進されている。よって、介護の担い手の範囲は一層多様に外部化し、その輻輳した関係性が予測される。

このように多面的な援助体系においては、提供されるサービスの断片化が危惧される。特に行政の縦割りの実績から見れば、窓口が各担当者制で援助が分化することが予想されてならない。それは、サービスや援助全体の責任を曖昧にすることにもなり得る。

本調査事例では、高血圧や糖尿病で食事療法を継続しなければならない者に対して、食事指導が異なる職種によりばらばらに提供されていることを述べた。援助、指導内容がより実りあるものとなるようにするためには、ニーズ査定が前提となるが、一貫したサービスが提供されるよう調整をはかることが重要と思われた。現在、地域では多機関のサービスの調整機能としてケアマネジメントが試みられているが、この調整機能の大きな存在意味はここにあるのであろう。

現実の在宅福祉サービスは、ともすれば、申請により表出されたニーズへの対応のみで済ますことが可能であり、地方自治体の裁量に任せられる部分も大きい。すなわち、市町村ではサービスや援助を開拓していく要素が多いことが推察される。平岡は欧米の在宅福祉の例をひき「既存のサービスを量的に拡大していく、あるいは、調整をうまくやっただけでは限界がある」と述べ、その開拓の意義を提起する〔平岡公一、1993 :P75〕。

公的機関にはサービスの普遍性保持への期待が強い。したがって、行政は私的機関のケア能力を概観した上で、ニーズと既存サービスを単に結びつけるだけでなく、サービスや施策を変化、開拓する、総合的な支援体制の工夫をリードすることが求められる。

(2) 情報提供と苦情処理機能の活性化

面接では、退院後に老人ホーム入所申し込みに行ったところ、行政窓口で「もう少し在宅で頑張ってはどうか」と勧められ、以来ホームを「諦めた」と語る者やサービスを申請に行った窓口の対応が冷たくがっかりしたと語る者がいた。また、サービス利用を希望していても、送迎サービスがないため利用を諦めているものや送迎するために家族が仕事を休んでいるというものもあった。

窓口は、サービスへアクセスさせるためにあるものであり、サービスがあっても利用できないのであれば、受け手にとって、そのサービスは存在しないも同然のようである。サービス利用に至るアクセシビリティの見直しが期待されていると言えよう。

特に、移動能力や視力・聴力の障害者、社会的に孤独な人など、情報から疎外されやすいと考えられる人たちはサービス提供のターゲットとして、より重視されなくてはならないと

考える。申請主義の形態では、在宅における介護ニーズは明らかにならないことが推察されるため、これらの人々も情報にアクセスできるよう、出前型の情報提供が重要であろう。

また、本調査ではホームヘルプサービスへの要望が多くあげられたが、業務内容や体制の問題以前に、サービスの受け手の要望が提供側に伝えられていないと思われる面があった。どの地域においても、サービスに対する満足度には個人差が生じている。これは、個人の主観、多様な生活スタイルや要望によって、当然生ずる事態であるが、それゆえに、個別ニーズに応じたサービスの提供をしていくには、苦情や疑問に思うことがキャッチできる機能の活発化が求められる。

4. 在宅ケアシステムの課題

(1) 障害者層のサービス拡充

調査対象地区の中で、S市T区では自立を求め在宅生活する単身の重度障害者にも面接が行われた。彼らは、公的に得られる介護のみでは、能力制限（disability）をカバーできず、介護ボランティアを確保する努力を続けている。

道内の各市町村高齢者保健福祉計画では、諸サービスの対象者として障害者を考慮することが促されてきたが、高齢者が主眼であることに変わりはない。

平成6年2月に発行された道高齢者保健福祉計画では、障害者施策は、高齢者の福祉施策と深い関わりを持つという認識から、道が平成5年2月に策定した「障害者に関する北海道行動計画」の考え方を踏まえることが謳われている。この「障害者に関する北海道行動計画」では、高齢者に関する施策は障害者に関する施策とも密接な関わりをもつことであり、ホームヘルプサービス、ショートステイ、デイサービス等について、高齢者と障害者が柔軟に共同利用できるような体制の整備に努めると明記されている〔北海道、1993:3〕。障害を持ったものの各年齢層に応じた対応と、有機的かつ体系的な提供システムは、高齢者、障害者という区分を越えた展開が期待されると考える。

(2) 在宅生活をとりまく権利保障の問題

ホームヘルプサービスには、本人のできない部分を援助し、対象者の自立を促すという視点がある。ここに、サービスの受け手と担い手の自立観が問われてくるが、本調査対象者からは、サービスに対する要望と共に、受け身的な姿勢もとらえられている。アメリカのように個人が権利主張することを尊重する文化と違って、どちらかと言うと、個人が権利主張することを嫌う日本文化では²⁾、人の援助を必要とする依存状態にあるものが権利を主張することが難しいことは容易に想像できる。

一方、例えば、星野は「わが国の社会福祉には、およそサービス利用者の独立、自由な生活への関与という視点が欠落している。」と、サービス担い手側の関与のあり方を指摘する〔星野信也、1990:23〕。

1994年12月に公的介護保険の導入を提言する報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」（高齢者介護・自立支援システム研究会）が厚生省・高齢者介護対策本部に提出されたが、この中で自己決定権の保障が新介護システムの基本原理の1つとすることが明確に示された³⁾。したがって、受け手の権利保障問題は、これからの介護システムにおいて大きな焦点となっていくであろう。

サービスの受け手と担い手双方のサービス利用への態度は、ケアシステムという構造自体の「自立性」にも影響を与えるように思われる。システムの土壌である地域社会に「自立」をどのように位置づけるのか。コミュニティの機能をどこまで個人と社会のつながりに含み得るのかなどの見直しが今まさに求められているのである。

本研究は北海道ノーマライゼーション研究センターの助成を受けた研究の一部であり、加筆したものである。

注

- 1) J・ブラッドショウは、ニーズを、①ノーマタイプ（規範的）ニーズ ②フェルト（知覚された）ニーズ ③エクスプレスト（表明された）ニーズ ④コンパラティブ（比較された）ニーズの四つのカテゴリーに分類している。
- 2) 日本文化の特性について、祖父江は、個の論理と異なる日本人の意識を他人指向性、集団帰属性として述べている。
飽戸弘・富永健一・祖父江孝男編著：昭和47. 10, 変動期の日本社会, NHK市民大学叢書
- 3) この報告書では、高齢者の自立支援を基本理念として、新しい介護システムの創設や介護費用の保障として社会保険方式の導入を提案している。現行システムについては、週刊社会保障, No.1822, 1995.1, 52-55

引用文献

Kennedy, J. : 1993 July/August/September, Policy and Program Issues in Providing Personal Assistance Services, World Institute on Disability Journal of Rehabilitation, 17-23

Morris, J. : 1994, Community Care or Independent Living, Critical Social Policy, Issue 40 Summer, 24-45

厚生省編：1995.5, 平成7年版厚生白書

副田あけみ：1994.7, 家族支援とソーシャルワーク, ソーシャルワーク研究, Vol.20 No.2 Summer, 88-95,

平岡公一：1993.11, 地域福祉計画の基本問題, '93 日本生命財団シンポジウム2日目の記

録「高齢社会を共に生きる」21世紀の地域福祉—地域福祉の過去・現在・未来—，
財団法人日本生命財団，72—76

北海道：1993.2，障害者に関わる北海道行動計画—人に優しい社会をめざして—
星野信也：1990.10，サービスの一元化と利用者の自立，大阪市立大学，人文学報
No.224，1—31

北海道における在宅老人保健・福祉事業の 市町村別特性に関する類型化

佐藤秀紀（北海道医療大学医療福祉臨床学講座講師）

中嶋和夫（北海道医療大学医療福祉臨床学講座教授）

連絡先：〒061-02 北海道石狩郡当別町金沢1757番

北海道医療大学医療福祉臨床学講座

電話：01332-3-1211(代) 内線3613 佐藤秀紀

抄録：本研究は北海道における市町村単位での老人保健福祉計画策定に関する手がかりを得ることをねらいとして、最近の北海道の市町村別にみた在宅高齢者に対する老人保健・福祉事業の特性に着目し、その類型化をワード法によるクラスター分析で行った。分析資料として高齢化率とホームヘルパー・ショートステイ・デイサービス・機能訓練・訪問指導に関する年間利用日数の計6指標を用いた。その結果、212市町村のうち前記6指標についてすべての資料が得られた38市町村においては、「老人保健福祉低位必要型」と「老人保健福祉高位必要型」に大きく類型化でき、さらに前者の下位クラスターは「老人保健福祉低位必要典型型」と「老人保健福祉高度低位必要型」の2群を、また後者の下位クラスターは「老人保健福祉高位必要典型型」、「ホームヘルパー・ショートステイ高度高位必要型」、「訪問指導高度高位必要型」の3群を含む階層的な構造となっていることを明らかにした。考察ではこれらクラスターに関連する家族形態等の社会的要因について検討した。

1. 緒 言

北海道の人口の高齢化は全国平均を上回るスピードで進んでおり、平成4年（1992年）で高齢者が占める割合は12.9%に達している、さらに平成22年（2020年）には23.5%に達するものと推定されている（〔北海道生活環境部・保健環境部、1994〕）。また核家族化の進行などによる家族形態の多様化や女性の社会進出が進み、家庭の有り様が変化していくことも予想されている（〔三谷、1992〕）。厚生省はすでに老人保健福祉計画を作成することを都道府県ならびに市町村に義務づけたが、平成11年度までに整備すべき具体的な高齢者に対する保健福祉サービスの目標量が明らかにされたことから、今後は高齢者に対する施策の基本的な方向やその具体的な展開が見直しの段階に入るものと思われる。

従来の研究業績によれば、厚生省は高齢化率、老人1人当たりの医療費、ホームヘルパー等の利用状況に関する8指標を用い、都道府県レベルの主要な老人保健・福祉事業の実施状況を「老人保健福祉指標レーダーチャート」で示し、その特徴を類型化している（〔週刊社会保障、1992、1993b〕）。老人保健・福祉事業の充実状況を特性別に類型化することは、地域特性に応じたよりの確な計画策定を可能とするものであるが（〔門脇他、1984〕）、これまでのところ老人保健・福祉事業の特徴を都道府県レベルにおいて類型化し分類した報告（〔週刊社会保障、1993b〕）を除いてほとんど見当たらないし、市町村単位でこの点について検討した研究業績は乏しい。

そこで、本研究においては、今後の老人保健福祉計画策定の手がかりを得ることをねらいとして、北海道における各市町村の特に在宅の高齢者を対象とした老人保健・福祉事業に関する基礎資料を用いて、その地域特性をクラスター分析で検討することを目的とした。

2. 方 法

本研究では北海道における市町村別にみた在宅高齢者に対する老人保健・福祉事業の特徴を分析する資料として、従来の報告（〔週刊社会保障、1992、1993b〕）を参考に人口動態、在宅老人福祉サービス実態、在宅老人保健サービス実態に関する6指標を取りあげた。

人口動態としては各市町村の高齢化率をとりあげ、これは平成3年度の「老人保健福祉マップ数値表」（〔長寿社会開発センター、1992〕）から抜粋した。また在宅老人福祉サービス実態に関しては「老人保健福祉マップ数値表」（〔長寿社会開発センター、1992〕）の「65歳以上人口100人当たり年間の利用日数」から、ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービスに関する年間の利用日数を抜粋した。在宅老人保健サービス実態は「老人保健福祉マップ数値表」（〔長寿社会開発センター、1992〕）に掲載されている最も新しい「65歳以上人口100人当たりの利用日数」（平成2年度分）から、機能訓練と訪問指導に関する年間の利用日数を抜粋した。

統計解析は、北海道における212市町村のうち統計数値がすべて満たされていた38市町村を集計対象として、前記6指標を資料とする市町村特徴の類型化をワード法によるクラスター

分析（〔奥野他、1977〕）を用いて検討し、また検出された各クラスターと前記6指標との関連性は母平均値の差の検定及び一元配置分散分析で検討した。

3. 結 果

(1) 属性等の調査項目の分布

前記6指標の分布状態は表-1に示した。高齢化率の38市町村の平均は16.12%（標準偏差3.735、範囲7.30~22.80%）であった。高齢化率が最も高かったのは豊浦町の22.8%、以下、滝上町21.6%、北竜町21.5%、下川町21.4%、朝日町21.1%の順となっていた。反対に高齢化率が最も低かったのは千歳市の7.3%で、以下、札幌市9.6%、苫小牧市9.8%、稚内市11.3%、北見市11.4%の順となっていた。

ホームヘルパーの年間の利用日数は、38市町村の平均が116.27日（標準偏差94.401、範囲10.40~457.50日）となっており、最も多かったのは下川町の457.5日で、以下、朝日町342.7日、遠別町247.1日、東神楽町227.3日、美深町220.2日の順となっていた。この利用日数が最も少なかったのは札幌市で10.4日、以下、函館市16.1日、苫小牧市18.2日、伊達市24.4日、旭川市25.8日の順であった。

ショートステイの年間の利用日数に関しては、38市町村の平均が12.02日（標準偏差11.409、範囲0.40~43.90日）であり、最も多かったのは朝日町の43.9日で、以下、滝上町41.4日、北竜町36.8日、東神楽町35.4日、鷹栖町30.0日の順となっていた。この利用日数が最も少なかったのは砂川市及び本別町の0.4日で、以下、小樽市1.6日、常呂町及び厚岸町の2.3日の順となっていた。

デイサービスの年間の利用日数は、38市町村の平均が145.59日（標準偏差131.689、範囲2.40~519.90日）となっており、市町村別にみると、北竜町の519.9日が最も多く、次いで豊浦町398.4日、下川町366.5日、朝日町352.9日、遠別町341.1日の順となっていた。この利用日数が最も少なかったのは千歳市の2.4日で、以下、網走市6.8日、旭川市9.8日、小樽市10.0日、札幌市12.4日となっていた。

機能訓練の年間の利用日数は、38市町村平均が11.46日（標準偏差12.041、範囲0.20~56.60日）で、最も利用日数が多かったのは鷹栖町の56.6日で、次いで遠別町41.1日、朝日町30.2、新得町28.1日、比布町26.8日が上位を占めていた。この利用日数が最も少なかったのは函館市の0.2日で、以下、猿払村0.4日、小樽市0.7日、旭川市0.8日、岩見沢市0.9日の順であった。

訪問指導の年間の利用日数に関しては、38市町村平均が12.50日（標準偏差13.00、範囲2.00~50.60日）で、市町村別に利用日数をみると、多い順に常呂町の50.6日、新得町の46.9日、猿払村の41.9日、北竜町の40.0日、東神楽町の32.2日の順となっており、少ない順に網走市の2.0日、稚内市の2.1日、滝上町の2.2日、余市町の2.3日、小樽市及び旭川市の2.4日となっていた。

(2) 老人保健・福祉事業に対するクラスター分析の適用

前記6指標の市町村別にみた特徴をクラスター分析で検討した結果、そのデンドログラム上の距離から2群（『I群』と『II群』）に大別できることが示された（図-1）。さらにこのふたつの群の下位クラスターは、類似性の測度に着目することで、計5群に類型化された。

まずI群においては、その下位クラスターとして2つの群が見られ、そのひとつである「A群」は小樽市、余市町、伊達市、砂川市、広尾町、幕別町、厚岸町、美幌町、音更町の9市町村で構成されていた。なお小樽市、余市町、伊達市、砂川市の4市町村は項目間の距離が1.20となっており、非常に近いものであった。同様に、広尾町、幕別町、厚岸町、美幌町、音更町の5市町村は項目間の距離は1.64であり、非常に近いものであった。『I群』のもうひとつの下位クラスターとなっていた「B群」には函館市、岩見沢市、旭川市、網走市、札幌市、苫小牧市、北見市、稚内市、千歳市の9市町村が含まれていた。なお函館市、岩見沢市、旭川市、網走市の4市町村は「B群」の他の都道府県との距離が0.67となっており、市町村間の距離は非常に近いものであった。同様に、札幌市、苫小牧市、北見市、稚内市、千歳市の5市町村は「A群」の他の都道府県との距離が1.16となっており、市町村間の距離は非常に近いものとなっていた。

『II群』には下位クラスターとして3つの群が見られたが、そのうちの「C群」は佐呂間町、雄武町、東川町、比布町、美瑛町、鷹栖町、美深町、本別町、沼田町、豊浦町、遠別町の11市町村で構成されていた。次いで「D群」は奥尻町、東神楽町、滝上町、朝日町、下川町の5市町村で構成されていた。「E群」は常呂町、新得町、猿払村、北竜町の4市町村で構成されていた。なお北竜町は「E群」の他の市町村との距離が4.34となっており、離れていることが示された。

(3) クラスターと各指標との関係性

『I群』と『II群』の間で前記6指標における母平均値の差の検定を行った結果（表-2）、6項目すなわち高齢化率（ $t=7.210, P<0.01$ ）、ホームヘルパーの年間の利用日数（ $t=5.006, P<0.01$ ）、デイサービスの年間の利用日数（ $t=6.124, P<0.01$ ）、ショートステイの年間の利用日数（ $t=3.615, P<0.01$ ）、機能訓練の年間の利用日数（ $t=3.614, P<0.01$ ）、訪問指導の年間の利用日数（ $t=2.558, P<0.05$ ）において有意差が認められ、いずれの項目も『I群』が『II群』に比して低い数値となっていた。なおこれら6項目のうち、『I群』のすべての市町村においても38市町村における平均を下まわっていた指標はデイサービスの年間の利用日数のみとなっていた。またホームヘルパーの年間の利用日数は幕別町を除く『I群』のすべての市町村で平均以下の状態にあった。さらにショートステイの年間の利用日数は美幌町を除く『I群』のすべての市町村で平均以下となっていた。機能訓練の年間の利用日数に関しては、苫小牧市を除く『I群』のすべての市町村で平均以下であった。訪問指導の年間の利用日数は広尾町、幕別町、厚岸町、音更町を除く『I群』のすべての市町村で38市町村の平均以下であった。なお高齢化率は小樽市、余市町、伊達市を除く『I群』のすべての市町村で平均以下であった。『II群』は逆に、ホームヘルパーの年間の利用日数が佐呂間町、雄武町、東川町、鷹栖町、北竜町

を除く『Ⅱ群』のすべての市町村で平均以上となっていた。デイサービスの年間の利用日数においては本別町、奥尻町、東神楽町、滝上町、新得町を除く『Ⅱ群』のすべての市町村が平均以上であった。ショートステイの年間の利用日数については佐呂間町、雄武町、美深町、本別町、沼田町、豊浦町、遠別町、常呂町、新得町を除く『Ⅱ群』のすべてで平均以上であった。機能訓練の年間の利用日数は東川町、美深町、本別町、奥尻町、東神楽町、猿払村、北竜町を除く『Ⅱ群』のすべてで平均以上であった。訪問指導の年間の利用日数は佐呂間町、雄武町、東川町、比布町、美瑛町、鷹栖町、美深町、本別町、豊浦町、遠別町、滝上町、下川町を除く『Ⅱ群』のすべての市町村で平均以下であった。なお高齢化率は奥尻町、東神楽町、猿払村を除く『Ⅱ群』のすべての市町村が平均以下となっていた。

次に『Ⅰ群』の下位のクラスターである「A群」「B群」の間において、前記6指標の母平均値の差の検定を行ったところ(表-3)、4項目(高齢化率; $t=4.194, P<0.01$ 、ホームヘルパーの年間の利用日数; $t=3.119, P<0.05$ 、デイサービスの年間の利用日数; $t=3.334, P<0.01$ 、訪問指導の年間の利用日数; $t=2.622, P<0.05$)において統計的に有意な差が認められた。「A群」は、「B群」に比して高齢化率、ホームヘルパーの年間の利用日数、デイサービスの年間の利用日数、訪問指導の年間の利用日数が多くなっていた。「B群」は、いずれの市町村も高齢化率、ホームヘルパーの年間の利用日数、ショートステイの年間の利用日数、デイサービスの年間の利用日数、訪問指導の年間の利用日数は平均を下まわっており、さらに機能訓練の年間の利用日数においても苫小牧市を除いて平均以下であった。

次に『Ⅱ群』の下位のクラスターである「C群」～「E群」の間において、前記6指標の一元配置分散分析を行ったところ(表-4)、「C群」～「E群」間において統計的に明らかな有意差が認められた指標は、ホームヘルパーの年間の利用日数($f=4.848, P<0.05$)、ショートステイの年間の利用日数($f=7.783, P<0.01$)、訪問指導の年間の利用日数($f=42.377, P<0.01$)の3項目となっていた。「C群」に関しては、『Ⅱ群』の特徴を除いて、他の項目において特徴的な傾向は見られなかった。「D群」の4市町村は、『Ⅱ群』の他の群に比してホームヘルパー、ショートステイにおける年間の利用日数が顕著に多い特徴が認められた。ホームヘルパー、ショートステイの年間の利用日数は「D群」の5市町村すべてが平均を上まわっており、ホームヘルパーの年間の利用日数は平均が116.3日に対して、270.40日、ショートステイの年間の利用日数は38市町村平均が12.0日に対して、32.64日となっており、特出した利用状況にあった。また「E群」に属する4市町村すべてが、訪問指導の年間の利用日数の38市町村平均を上まわっており、訪問指導の年間の利用日数は平均が12.5日に対して、44.85日となっており、特出した利用状況にあった。

4. 考 察

本研究においては高齢化率、ホームヘルパー・ショートステイ・デイサービス・機能訓練・訪問指導の年間の利用日数の計6指標を活用し、クラスター分析によって、これら指標がすべ

て満たされていた北海道の38市町村を対象として類型化を試みた。これまでになされていた類型化は個々の指数の偏差値を判断材料とする簡便なものではあるが（〔週刊社会保障、1992、1993b〕）、この手法では地域の特性を階層的に構造化することは困難なことから、分析手法としては適切と判断されるクラスター分析を採用した。次いで、本研究においては各クラスターの特徴を裏付けることをねらいとして、クラスター間の母平均値の差の検定と一元配置分散分析を行った。

その結果、在宅高齢者を対象とした老人保健・福祉事業においては、北海道の市町村がその特徴において大きくふたつの群（『Ⅰ群』と『Ⅱ群』）に、またこれらふたつの下位クラスターとして『Ⅰ群』は2群（A、B群）、『Ⅱ群』は3群（C～E群）に階層的に類型化されることが明らかにされた。以下、本研究において得られた各群の特徴について考察する。

まず、『Ⅰ群』と『Ⅱ群』の間で前記6指標における差異に着目するなら、高齢化率、ホームヘルパーの年間の利用日数、デイサービスの年間の利用日数、ショートステイの年間の利用日数、機能訓練の年間の利用日数、訪問指導の年間の利用日数において有意差が認められ、いずれの項目も『Ⅰ群』が『Ⅱ群』に比して低い数値となっていた。このとき『Ⅰ群』すべての市町村が38市町村全体の平均値を下まわっていた指標はデイサービスの年間の利用日数のみであった。なお『Ⅰ群』におけるホームヘルパー、ショートステイ、機能訓練の年間の利用日数の3指標は、1市町村を除いて、いずれの市町村も全体の平均以下となっていた。さらに訪問指導の年間の利用日数に関しては、4市町村を除いて、『Ⅰ群』のいずれの市町村においても平均以下となっていた。高齢化率に関しては、3市町村を除く『Ⅰ群』のすべての市町村が全体の平均以下であった。このように『Ⅰ群』は在宅高齢者に対する福祉及び保健事業がすべて『Ⅱ群』に比して低かったことから、『Ⅰ群』は「老人保健福祉低位必要型」の地域に相当するものと推察され、『Ⅰ群』と反対の性質が濃厚にあらわれていた『Ⅱ群』は「老人保健福祉高位必要型」の地域と判断された。

さらに『Ⅰ群』の下位クラスターである「A群」は、『Ⅰ群』の中でも、その老人保健・福祉事業が総じて低いことから「老人保健福祉低位必要典型型」の地域と推察された。この群に属する地域の共通点は、「Ⅱ群」に比して、ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービスの3つのサービスの利用状況と機能訓練及び訪問指導に関する利用状況が総じて低い状態にあるということにあった。この群に相応する市町村は小樽市、余市町、伊達市、砂川市、広尾町、幕別町、厚岸町、美幌町、音更町の9市町村であったが、これらの市町村は準地方中心地域（〔松本、1986〕）となっており、広域市町村圏の中心的や役割をもっている地域である。なお小樽市、余市町、伊達市、砂川市の4市町村は項目間の距離が1.20となっており、非常に近いものであった。同様に、広尾町、幕別町、厚岸町、美幌町、音更町の5市町村は項目間の距離は1.64であり、非常に近いものであった。特に「A群」として挙げられた後者の広尾町、幕別町、厚岸町、美幌町、音更町は高齢化率は38市町村の平均を下まわっており、かつ老人核家族的世帯率（〔清水、1989〕）も38市町村の平均を下まわっている地域に一致することから、

これらの地域は人口高齢化は進展しておらず、老人核家族的世帯率も進展していない家族形態の地域に相応したものと想定された。したがってこれらの地域を「老人保健福祉低位必要型」と命名することはほぼ妥当であると判断された。なお小樽市、余市町、伊達市、砂川市の間の距離は非常に近いことから、その特徴の相互の類似性が高いことが示唆された。

「B群」は、『I群』の特徴がさらに顕著に表れている地域であり、「老人保健福祉高度低位必要型」の地域である。函館市、岩見沢市、旭川市、網走市、札幌市、苫小牧市、北見市、稚内市、千歳市の9市町村がこの「B群」に属しており、これらの地域の地理的な特徴として、いわゆる地域中心地域（〔松本、1986〕）を共通点とし、さらに道内の中核的都市で都市化度が高く、周囲の市町村からの労働力および買物客の流入が多いところと言えよう。特に「B群」として挙げられた函館市、岩見沢市、旭川市、網走市、札幌市、苫小牧市、北見市、稚内市、千歳市のすべての市が高齢化率は38市町村を下まわっているものの、老人核家族的世帯率は38市町村を上まわっている地域に一致することから、これらの地域は人口高齢化は進展していないにもかかわらず、老人核家族的世帯率が進展している家族形態の地域であり、「老人保健福祉高度低位必要型」とすることに妥当性があるものと判断された。なお函館市と岩見沢市の間の距離、旭川市と網走市は非常に近いことから、その特徴の相互の類似性が高いことが示唆された。

また『II群』の下位クラスターである「C群」は、その老人保健福祉事業サービスの特徴から「老人保健福祉高位必要典型型」の地域と推察された。この群に属する市町村の共通点は、『II群』としての特徴以外に特に特徴を有しないことであつた。この群に相応する市町村は佐呂間町、雄武町、東川町、比布町、美瑛町、鷹栖町、美深町、本別町、沼田町、豊浦町、遠別町の11市町村であつた。これらの地域は農村地域（〔松本、1986〕）となっており、人口密度が少なく都市化の進んでいない平地農村の地域である。これらの地域の特徴は、佐呂間町、東川町、比布町、美瑛町、鷹栖町、本別町、沼田町、遠別町の各市町村のように、人口高齢化が進展しているにもかかわらず、老人核家族的世帯率は進展していない「山形的な家族形態」（〔清水、1989〕）の地域に一致してた特徴を備えていた。

「D群」は奥尻町、東神楽町、滝上町、朝日町、下川町の5市町村で構成されていた。これらの地域のほとんどは農山村地域（〔松本、1986〕）となっており、山林の多い山林地帯の農村の地域である。この5市町村は「C群」「E群」に比してホームヘルパー、ショートステイにおける年間の利用日数が多く、「D群」の5市町村すべてが38市町村平均を上まわっていたことから、「ホームヘルパー・ショートステイ高度高位必要型」の地域と推定された。

「D群」のショートステイ偏重とは対照的に、「E群」は訪問指導の充足度が高い「訪問指導高度高位必要型」のクラスターとなっていた。この「E群」は常呂町、新得町、猿払村、北竜町の4市町村で構成されていた。ただし北竜町は「E群」の他の市町村との距離が4.34となっており、離れていることが示された。訪問指導利用状況が、38市町村平均に比して「E群」のすべての市町村において多い地域で占められていることが共通点であつた。なお北竜町は

「E群」の他の市町村との距離が4.34となっており、離れていることが示されが、「E群」の他の市町村に比較してデイサービスの年間利用日数が519.9日と突出した数値となっている特徴が認められた。

以上まとめると、都道府県レベルの老人保健・福祉事業に関しては、すでに在宅福祉充実型、施設偏重型、在宅福祉後進型の3型が非階層的なモデルとして提案されていたが（〔週刊社会保障、1992、1993b〕）、本研究においてはほぼ同様な内容の指標を用いながらも、分析手法においてはクラスター分析を行うことによって、北海道の在宅高齢者に対する老人保健・福祉事業に関する地域特性が、大きく「老人保健福祉低位必要型」と「老人保健福祉高位必要型」に類型化でき、さらにその下位クラスターとして前者には「老人保健福祉低位必要典型型」

「老人保健福祉高度低位必要型」が、また後者には「老人保健福祉高度高位必要典型型」「ホームヘルパー・ショートステイ高度高位必要型」「訪問指導高度高位必要型」が含まれる階層的な構造となっていることを明らかにした。

これまでわが国では、家族形態において「鹿児島家族形態」と「山形家族形態」（〔清水、1989〕）が共存し、この異質な家族構造が今日においても維持・存続されており、行政による老人保健・福祉事業は家族の介護力の不足している地域での介護力補完をねらいとした合理性のあるものとなっていた。しかし北海道は極めて定住性の強い日本の伝統的的地方社会の中において、強い移動性を示す地域であるため、老人核家族的世帯の割合は極めて高く（〔加藤、1992〕）、北海道全体としては「鹿児島家族形態」となっている。最近ではさらに核家族化が進み、家族の介護力が低下し、保健・医療・福祉の各分野を総合したサービスを提供し家族を支援する必要が生じていることから（〔岩本他、1990〕）、「老人保健福祉高位必要型」以外の、例えば人口高齢化が進展しておらずかつ老人核家族的世帯率も進展していない準地方中心地域型の家族形態に対応した「老人保健福祉低位必要典型型」や、人口高齢化は進展していないにもかかわらず、老人核家族的世帯率が進展している地方中心地域型の家族形態に対応した「老人保健福祉高度低位必要型」においても、今後は老人保健福祉サービスの積極的な取り組みが必要になることが示唆される。さらに在宅高齢者を対象とする老人保健・福祉事業の水準についての全般的な検討から、家族構造の地域差のみならず、都市部と農村部及び農山村部の地域性によって老人保健福祉計画の要求水準は異なり（〔松本、1986〕）、老人保健・福祉ニーズを生み出す要因となっていることが示唆された。地方中心地域及び準地方中心地域といった都市化の強い地域に老人保健・福祉事業の遅れが認められ、農村地域及び農山村地域といった地理的に恵まれない市町村で高齢化対策の取り組みが活発に展開されていることが本研究においても認められたことから、今後は老人保健・福祉事業がそれぞれの地域性に即した形で展開されなければならないことがより具体的に示されたところである。ただし本研究で明らかにされた地域モデルの具体化に向けての作業は、地域の生活環境や生活習慣に配慮した現実的な見地からの見直しなど、さらにきめ細かな検討が望まれるところである。

文 献

- 1) 長寿社会開発センター編 (1992) : 老人保健福祉マップ数値表. 長寿社会開発センター.
- 2) 北海道生活環境部・保健環境部編 (1994) : 北海道高齢者保健福祉計画—安心して暮らせる長寿社会をめざして—. 北海道生活環境部・保健環境部.
- 3) 岩本晋, 藤村孝枝, 落合教子, 立野雅子, 笠野操, 伊藤悦子, 恵上法男, 小林春男, 萩野景規, 芳原達也 (1990) : 在宅ケア、病院ケア、福祉施設ケアの比較調査による在宅ケアの阻害要因. 厚生指標, 37(13), 26-32.
- 4) 門脇忠彦, 新島章嘉, 網野茂貴, 高橋和歌子 (1984) : 多変量解析による地域分類の試み. 厚生指標, 31(13), 18-25.
- 5) 加藤喜久子 (1992) : 高齢者人口の動向. '89いま北海道の高齢者は, 北海道高齢者問題研究会, 11-19.
- 6) 松本洸 (1986) : 地域特性と生活環境ニーズ・不安感. クオリティ・オブ・ライフ, 164-167.
- 7) 三谷鉄矢 (1992) : 老年人口と高齢者世帯の動向. '89いま北海道の高齢者は, 北海道高齢者問題研究会, 1-10.
- 8) 奥野忠一, 久米均, 芳賀敏郎, 古澤正著 (1977) : 多変量解析. 日科技連出版社, 391-410.
- 9) 清水浩昭 (1989) : 現代家族の変貌. 変貌する家族—その現実と未来, 家族心理学第1巻, 25-33.
- 10) 週刊社会保障編 (1993a) : 老人保健福祉計画作成は順調. 週刊社会保障, 1736, 26-29.
- 11) 週刊社会保障編 (1992) : 二年度版の老人保健・福祉マップ作成. 週刊社会保障, 1682, 26-29.
- 12) 週刊社会保障編 (1993b) : 三年度版の老人保健福祉マップ. 週刊社会保障, 1726, 52-55.

キーワード：老人保健事業、老人福祉事業、クラスター分析

表-1 各指標の分布

市町村名	ヘルパー の年間 利用日(日)	ショートス ティの年間 利用日(日)	デイサービス の年間 利用日(日)	機能訓練 の年間 利用日(日)	訪問指導 の年間 利用日(日)	高齢化率 (%)
札幌市	10.4	5.6	12.4	2.9	4.7	9.6
函館市	16.1	5.8	15.1	0.2	2.7	13.7
小樽市	40.3	1.6	10.0	0.7	2.4	16.9
旭川市	25.8	4.7	9.8	0.8	2.4	12.3
北見市	25.9	5.3	24.6	10.5	9.6	11.4
岩見沢市	30.2	3.0	35.3	0.9	2.7	13.7
網走市	50.8	4.6	6.8	10.6	2.0	12.0
苫小牧市	18.2	7.8	56.6	19.9	2.1	9.8
稚内市	49.8	10.2	39.2	4.5	5.4	11.3
千歳市	41.1	6.9	2.4	2.9	4.0	7.3
砂川市	106.5	0.4	89.3	4.0	2.9	15.6
伊達市	24.4	7.3	76.9	2.4	6.2	16.3
奥尻町	189.4	18.4	78.9	11.0	19.4	15.9
余市町	42.3	3.6	21.9	3.3	2.3	17.6
北竜町	116.2	36.8	519.9	2.6	40.0	21.5
沼田町	184.2	8.8	294.1	11.7	21.0	20.8
鷹栖町	108.5	30.0	197.3	56.6	7.8	18.5
東神楽町	227.3	35.4	29.3	3.6	32.2	15.5
比布町	132.3	13.6	269.4	26.8	11.1	19.7
東川町	34.7	14.8	169.6	8.9	3.0	19.3
美瑛町	158.3	17.9	155.9	16.8	7.4	19.3
朝日町	342.7	43.9	352.9	30.2	13.4	21.1
下川町	457.5	24.1	366.5	16.9	9.6	21.4
美深町	220.2	5.2	212.7	4.7	6.0	19.0
遠別町	247.1	7.2	341.1	41.1	7.5	18.0
猿払村	137.1	18.6	268.8	0.4	41.9	14.4
美幌町	73.3	17.8	106.0	6.4	11.8	12.9
佐呂間町	92.5	6.4	173.9	13.7	5.7	18.8
常呂町	131.1	2.3	292.0	11.5	50.6	16.9
滝上町	135.1	41.4	23.0	19.8	2.2	21.6
雄武町	49.8	6.1	244.1	21.9	5.9	18.3
豊浦町	151.0	7.6	398.4	12.8	6.2	22.8
音更町	54.7	9.5	58.7	4.3	16.2	13.9
新得町	132.7	9.5	135.5	28.1	46.9	17.1
広尾町	142.6	6.1	58.4	8.1	15.9	13.9
幕別町	144.5	5.9	100.3	3.9	20.2	14.1
本別町	199.2	0.4	134.4	4.2	5.6	17.0
厚岸町	74.3	2.3	150.2	5.7	17.9	13.4
全道平均値	116.3	12.0	145.6	11.5	12.5	16.1
標準偏差	94.4	11.4	131.7	12.0	13.0	3.7

表-2 「Ⅰ群」および「Ⅱ群」と各指標の関連性

項	目	群	市町村数	平均値	標準偏差	有意確率
ヘルパー	Ⅰ群	Ⅱ群	18	53.96	40.40	t=5.006
の年間利用日			20	172.35	96.82	p<0.01
ショートステイ	Ⅰ群	Ⅱ群	18	6.02	3.90	t=3.615
の年間利用日			20	17.42	13.49	p<0.01
デイサービス	Ⅰ群	Ⅱ群	18	48.55	41.92	t=6.124
の年間利用日			20	232.89	127.16	p<0.01
機能訓練	Ⅰ群	Ⅱ群	18	5.11	4.81	t=3.614
の年間利用日			20	6.88	4.82	p<0.01
訪問指導	Ⅰ群	Ⅱ群	18	7.30	6.28	t=2.558
の年間利用日			20	17.17	15.94	p<0.05
高齢化率	Ⅰ群	Ⅱ群	18	13.09	2.65	t=7.210
			20	18.85	2.27	p<0.01

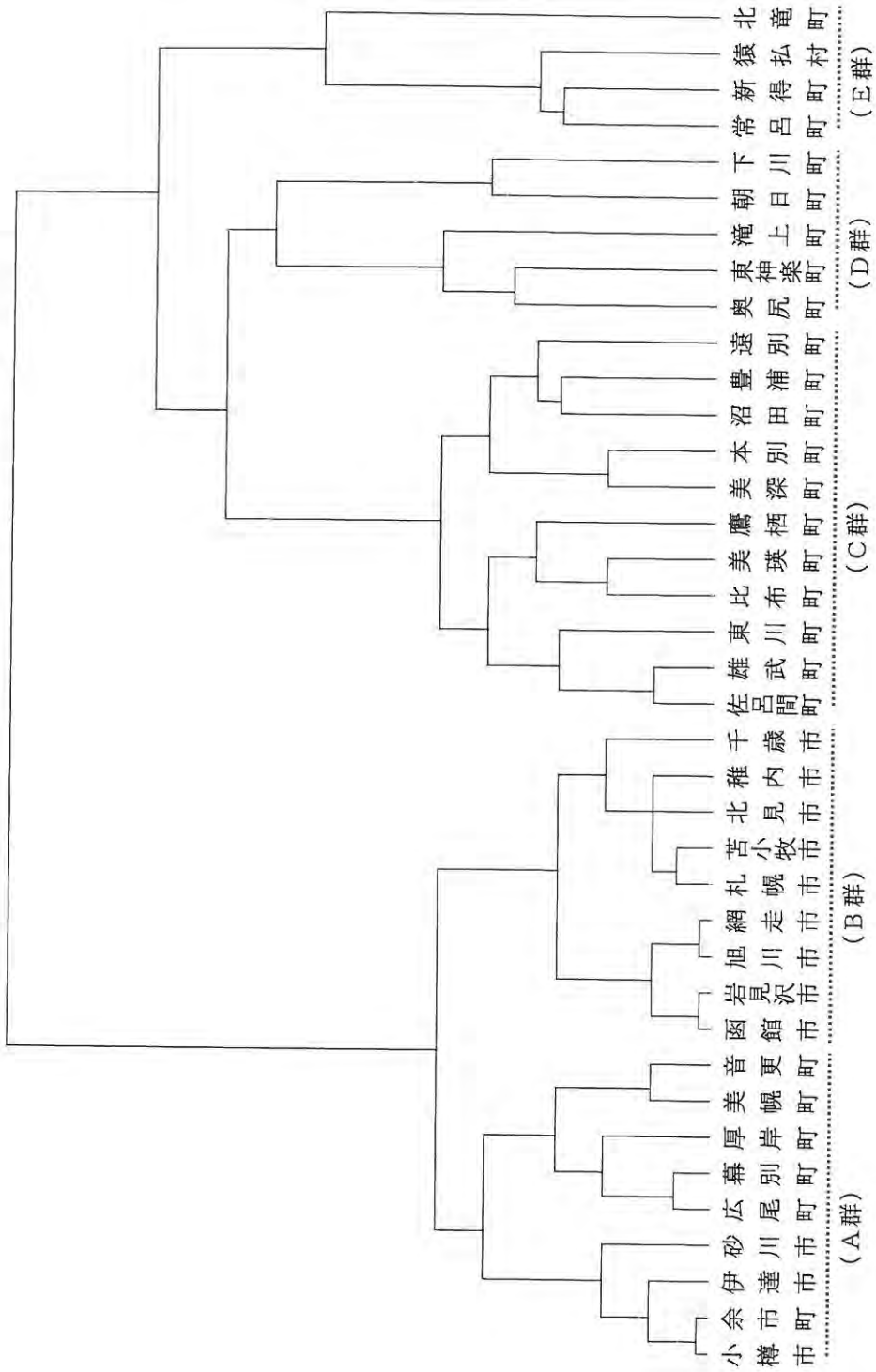
表-3 「A群」および「B群」と各指標の関連性

項	目	群	市町村数	平均値	標準偏差	有意確率
ヘルパー	A群	9	78.10	44.10	t=3.119	
の年間利用日	B群	9	29.81	14.57	p<0.05	
ショートステイ	A群	9	6.06	5.28	t=0.035	
の年間利用日	B群	9	5.99	2.09	p>0.05	
デイサービス	A群	9	74.63	43.37	t=3.334	
の年間利用日	B群	9	22.47	17.95	p<0.01	
機能訓練	A群	9	4.31	2.20	t=0.695	
の年間利用日	B群	9	5.91	6.55	p>0.05	
訪問指導	A群	9	10.64	7.26	t=2.622	
の年間利用日	B群	9	3.96	2.43	p<0.05	
高齢化率	A群	9	14.96	1.68	t=4.194	
	B群	9	11.23	2.07	p<0.01	

表-4 「C群」「D群」「E群」と各指標の関連性

項	目	群	市町村数	平均値	標準偏差	有意確率
ヘルパー の年間利用日		C群	11	143.44	64.82	F=4.848 p<0.05
		D群	5	270.40	115.72	
		E群	4	129.28	7.86	
ショートステイ の年間利用日		C群	11	10.73	7.69	F=7.783 p<0.01
		D群	5	32.64	9.87	
		E群	4	16.80	12.91	
デイサービスの 年間利用日		C群	11	235.53	79.21	F=1.274 p>0.05
		D群	5	170.12	156.06	
		E群	4	304.05	138.19	
機能訓練 の年間利用日		C群	11	19.93	15.41	F=0.628 p>0.05
		D群	5	16.30	8.89	
		E群	4	10.65	10.90	
訪問指導 の年間利用日		C群	11	7.93	4.54	F=42.377 p<0.01
		D群	5	15.36	10.10	
		E群	4	44.85	4.17	
高齢化率		C群	11	19.23	1.46	F=0.907 p>0.05
		D群	5	19.10	2.78	
		E群	4	17.48	2.56	

図-1 老人保健婦福祉計画の市町村別クラスター



保健医療福祉情報サービスに対する 高齢者の不満度に関連する要因の分析

中嶋和夫（北海道医療大学医療福祉臨床学講座教授）
佐藤秀紀（北海道医療大学医療福祉臨床学講座講師）

連絡先：〒061-02 北海道石狩郡当別町金沢1757番
北海道医療大学医療福祉臨床学講座
電話：01332-3-1211(代) 内線3613 佐藤秀紀

抄録：本調査研究は在宅の高齢者に対する情報支援システムの開発指針を得ることをねらいとして、高齢者の保健・医療・福祉サービスに関する情報支援の現状についての不満度と1)現在利用している情報の入手方法、2)保健・医療・福祉サービスに関する情報の必要性、3)高齢者の基本的な属性(居住地域、性差、年齢階層、教育歴)、4)高齢者の機能状態(ADLと視聴覚認知能力)との関連性について検討することを目的とした。本調査研究は北海道K町2地域に在住する65歳以上の高齢者180名の全数調査とした。基本的な属性4項目を満たしていた163名(90.6%)の回答を集計資料とし、高齢者の保健・医療・福祉情報支援に関する各種不満を従属変数群、また高齢者の情報入手方法、情報の必要性、基本的な属性、機能状態の4領域を個別及び総合的に独立変数群とした正準相関分析を行った。その結果、高齢者の保健・医療・福祉サービスの情報支援に対する不満の程度は高齢者自身の情報の必要性和情報の入手方法に大きく依存しており(寄与率91.9%)、基本的な属性ならびに機能状態はほとんど関与していないことが明らかにされた。以上のことは今後の高齢者の保健・医療・福祉サービスに関する情報支援システムの開発に当たっては、どのようなメッセージをどのようなメディアで提供するかといったことに留意すべきことを示唆するものである。

1. 緒 言

高齢者の多くは身体が不自由になっても住み慣れた地域社会に住み続けることを望んでいる（〔林、1984〕）。これを継続的に支援していくためには、保健及び医療のみならず福祉分野までも包括した各種の保健・医療・福祉サービスを、それぞれの地域のなかで、効果的、効率的に提供していくための総合的な地域高齢者支援システムが必要となろう（〔小野寺他、1988；山本他、1989；中村他、1989〕）。特にこのような地域高齢者支援システムを、情報提供面から総合的に支援していくことを目的とした情報システムの果たすべき役割と責任は、急速な高齢化と高齢者の核家族化を背景に今後ますます重要になってくるものと考えられるが、この点について検討した研究業績はほとんど見当たらない。

本調査研究は、高齢者に対する情報サービスのシステム化に関する指針を得ることをねらいとして、高齢者の保健・医療・福祉サービスに関する情報支援に対する現状についての不満と1)情報の入手方法、2)情報の必要性、3)基本的な属性、4)機能状態との関連性を多変量解析を用いて検討することを目的とした。

2. 調査方法

調査対象は北海道K町の65歳以上高齢者2,919名（平成5年12月31日現在）のうち、平成6年1月15日時点で全数調査が可能であった2地域（市街地域と山村地域）の180名とした。ここで言う山村地域とは、K町の東部に位置する「H」地域のことで、高所は夕張山脈に接し、山地を刻んで西流する必従的河川阿野呂川に沿う河岸段丘に及び沖積平野を地理的環境としている。この地域は角田炭鉱新二岐鉱の閉山（昭和45年）、夕張鉄道の夕張～栗山間旅客列車廃止（昭和46年）と続いた事態で破壊的な打撃を受けたところであり、商店街は在りし日の面影をかすかにとどめているに過ぎない状況で、小学校も廃校となり、世帯数が年々減少傾向を有する等の過疎化が進む中で専業農家が住民の主たる構成員となっているところである。他方、市街地域としての「A」は、商業地域に隣接した住宅専用地域としてK町から指定を受けている地域でもあり、世帯数が年々減少している「H」とは対照的に、年々増高傾向を示していることに特徴がある（〔北海道栗山町、1993〕）。

調査項目は、高齢者個々人の基本的な属性（「居住地域」「性別」「年齢階層」「教育歴」）、機能状態としてのADLと視聴覚認知機能、在宅生活を維持・継続する上で必要とされる保健・医療・福祉に関連した情報の必要性の有無、前記情報を入手するためのメディアと機関の種類、前記情報支援に関する不満とした。分析に必要な資料は、居住地域に関する調査項目を除いて、調査票を作成し収集した。居住地域については、調査に先立ち、前述した市街地域か山村地域かということについて住民票を参考に調査員が確認した。

年齢階層については「65～69歳」「70～74歳」「75歳以上」の3段階で調査した。教育歴は最終学歴に着目し「小卒群」（「学校にいなかった（小学校中退学を含む）」と「小学校・旧制高等小学校卒業」を含む）及び「中卒群」（「旧制中学校・高等女学校・師範学校・実業学

校卒業」と「旧制大学・旧制専門学校（旧制大学予科、旧制高校、旧制高等師範学校）卒業」を含む）に分類し調査した。高齢者の機能状態である基本的なADLに関しては、「食事」4段階、「排泄」4段階、「入浴」5段階、「衣服の着脱」4段階、「運動能力」（「移動」5段階、「階段昇降」5段階）とし、視聴覚認知能力については「耳の聞こえ具合」4段階、「目の見え具合」4段階について調査した。

在宅生活を維持・継続するうえで必要とされる保健医療福祉情報については、保健・医療情報として「入院相談に関する情報」「急変時の往診に関する情報」「緊急受診に関する情報」「緊急通報システムに関する情報」「医療費に関する情報」「医療費の控除に関する情報」「リハビリ相談に関する情報」「痴呆症状に関する情報」「訪問看護に関する情報」の9項目とし、また福祉情報としては「短期入所施設（ショートステイ・サービス）に関する情報」「施設入所のための相談に関する情報」「福祉機器に関する情報」「介護のための機器等に関する情報」「市販されている福祉機器に関する情報」「住宅相談・改造等に関する情報」「デイサービスに関する情報」「ホームヘルパーに関する情報」「入浴サービスに関する情報」「給食サービスに関する情報」「家政婦の派遣に関する情報」「ボランティアに関する情報」「介護方法に関する情報」「介護上の困難な問題の解決法に関する情報」「介護方法等の書籍に関する情報」「介護研修会の開催に関する情報」「介護見舞金に関する情報」「障害年金に関する情報」「福祉タクシーに関する情報」「市町村の福祉制度に関する情報」「福祉情報の入手先に関する情報」の21項目で、総計30項目を調査内容とした。

前記情報に関する入手方法に関しては、どの様なメディア（「広報」「業者のパフレット」「雑誌・書籍」「テレビ・新聞」「友人・知人からの口コミ」）を利用しているか、またどの様な機関（「役所」「病院・リハビリテーションセンター」「保健所」「福祉事務所」）を情報入手先として利用しているかという点について、その利用の有無を調査した。

また前記情報支援に関する不満に関しては、「情報を入手する方法がわからない」「情報の量が少ない」「相談する機関がない」「相談する専門の人がいない」「情報の入手に時間がかかる」「情報の入手に費用がかかる」「情報内容が適切ではない」の7項目について、その有無を調査した。

調査は対象として選定された180名の高齢者に対し、各地域の民生委員が調査票を個別に配布し回収した。自記式を原則としたが、本人が直接回答筆記等ができない場合は、家族等が本人に質問しその回答を記入することとした。調査票は調査員が平成5年12月下旬1週間の期間に配布し、平成6年1月10日～20日の期間に回収した。

統計解析に当たっては、高齢者の保健・医療・福祉サービスに関する支援状況についての不満を従属変数群、また情報入手方法、情報の必要性、個人の基本的な属性、機能状態を個別及び総合的に独立変数群とする正準相関分析でその関連性について検討した。

3. 調査結果

(1) 調査票の回収状況

調査票は、調査時点で病気療養のため入院中の4名を除く、176名（回収率97.8%）から回収された。ただし本調査研究においては、基本的な属性4項目がすべて満たされていた163名を集計対象（以下、単に「対象」と略す）とした。

(2) 対象の基本的な属性等の分布

集計対象の基本的な属性及び機能状態（ADLと視聴覚認知能力）の分布は表-1と表-2に示した通りである。また在宅生活を維持・継続する上で必要とされる保健福祉に関連した情報の分布は表-3に示した。

在宅生活を維持・継続する上で必要な保健医療福祉に関連した必要情報において、最も要望頻度の高かった項目は「急変時の往診に関する情報」が87名（53.4%）、「緊急受診に関する情報」が61名（37.4%）、「ホームヘルパーに関する情報」が54名（33.1%）、「医療費の控除に関する情報」、「短期入所施設」、「施設入所に関する情報」が50名（30.7%）で、いずれも30%を超えるものであった。次いで20%台の回答として、「市町村の福祉制度に関する情報」が45名（27.6%）、「入浴サービスに関する情報」が43名（26.4%）、「緊急通報システムに関する情報」が42名（25.8%）、「訪問看護に関する情報」が41名（25.2%）、「福祉タクシーに関する情報」が40名（24.5%）、「介護上の困難な問題の解決法に関する情報」が38名（23.3%）、「医療費に関する情報」が37名（22.7%）、「デイサービスに関する情報」が33名（20.2%）で得られた。さらに、以下、「給食サービスに関する情報」が32名（19.6%）、「入院の相談に関する情報」が30名（18.4%）、「家政婦派遣に関する情報」と「介護方法に関する情報」がそれぞれ26名（16.0%）、「介護のための機器等に関する情報」と「痴呆症状に関する情報」がそれぞれ23名（14.1%）、「リハビリ相談に関する情報」が22名（13.5%）、「住宅相談・改造等に関する情報」が18名（11.0%）、「障害年金に関する情報」が20名（12.3%）、「福祉情報の入手先に関する情報」と「ボランティアに関する情報」がそれぞれ19名（11.7%）、10%以下の頻度のものは「介護見舞金に関する情報」と「福祉機器に関する情報」がそれぞれ15名（9.2%）、「介護研修会の開催に関する情報」が13名（8.0%）、「市販されている福祉機器に関する情報」が12名（7.1%）、「介護方法等の書籍に関する情報」が11名（6.7%）となっていた。

情報入手の媒体に関しては（表-4）、「広報」が109名（66.9%）と最も頻度が高く、次いで「テレビ・新聞」の88名（54.0%）、「友人・知人からの口コミ」の45名（27.6%）、「雑誌・書籍」の19名（11.7%）、「業者のパフレット」の8名（4.9%）であった。どの様な機関を利用しているかということに関しては、「役所」と回答した者が最も多く75名（46.0%）、「福祉事務所」が29名（17.8%）、「病院・リハビリテーションセンター」が26名（16.0%）、「保健所」が20名（12.3%）となっていた。

また前記情報支援に関する不満に関しては（表-5）、「情報を入手する方法がわからない」

と回答した者が最も頻度が高く50名(30.7%)、以下、「情報の量が少ない」が39名(23.9%)、「相談する専門の人がいない」が30名(18.4%)、「相談する機関がない」が21名(12.9%)、「情報内容が適切ではない」が15名(9.2%)、「情報の入手に時間がかかる」が14名(8.6%)、「情報の入手に費用がかかる」が6名(3.7%)であった。

(3) 保健・医療・福祉情報支援に関する高齢者の不満とその関連要因の検討

① 個々の要因との関連性の検討

高齢者の基本的な属性である「居住地域」「性別」「年齢階層」「教育歴」の4項目を独立変数群、また保健・医療・福祉情報支援に関する不満7項目を従属変数とする正準相関分析の結果、統計的に有意な関連性が認められる正準変数(成分)はなく、基本的な属性と情報支援に関する不満とはほとんど関連性がないことが示された。同様に、機能状態(ADLと視聴覚認知能力)8項目を独立変数群とする場合も、統計的に有意な正準変数は見いだされず、機能状態によって情報支援の不満度はほとんど説明されないことが示された。

しかしながら、前記2領域とは異なり、情報の必要性に関しては、保健・医療・福祉情報支援に関する不満との間で明らかな関連性が認められた(表-6)。第1成分の正準相関係数は0.70、第2成分は0.63、第3成分は0.55、第4成分は0.52となっていた。このとき得られた正準変数のうち4つの成分が関連しており、このときの4成分による寄与率 $[1 - (1 - \text{第1成分の固有値}) - (1 - \text{第2成分の固有値}) - (1 - \text{第3成分の固有値}) - (1 - \text{第4成分の固有値})]$ は78.6%となっていた。なお情報の必要性の第1成分の構造係数に着目するなら、その絶対値が最も大きかったのは「障害年金に関する情報」であり、以下、「急変時の往診情報」、「福祉タクシーに関する情報」、「施設入所情報」等となっていた。このときの不満に関しては、最も構造係数が大きかったのは「相談する専門家がない」であり、次いで「情報の内容が不適切」、「情報の量が少ない」、「情報入手に時間がかかる」、「相談する機関がない」となっていたが、いずれも類似した数値となっていた。第2成分の情報の必要性においては「痴呆症状を理解するための情報」、「ショートステイに関する情報」、「介護上の困難な問題の解決法に関する情報」、「介護方法等の書籍に関する情報」に関する不満がほぼ類似した構造係数となっていた。このときの不満度に関しては「相談する専門家がない」、「情報の内容が不適切」の2項目の構造係数が大きくほぼ類似した数値となっていた。第3成分の情報の必要性に関しては「介護見舞金に関する情報」、「家政婦派遣に関する情報」、「福祉機器に関する情報」、「市販の福祉機器に関する情報」の構造係数が大きく、情報に対する不満度に関しては「情報入手に時間がかかる」と「相談する機関がない」といった項目が大きな構造係数となっていた。なおこのときの一般化決定係数は0.29であった。

さらに情報の入手方法と保健・医療・福祉情報支援に関する不満との間においても明らかな関連性が認められた(表-7)。第1成分の正準相関係数は0.67、第2成分は0.50であった。このとき得られた第1成分と第2成分による寄与率は59.0%となっていた。得られた第1成分の構造係数は、従属ならびに独立変数群とも類似した数値となっていた。第2成分は入手方法

に関しては「広報」、「病院・リハビリテーションセンター」、「役所」に関する構造係数が大きく、情報の不満度に関しては「情報を入手する方法がわからない」と「情報入手に時間がかかる」の2項目が大きな構造係数となっていた。

② 総合的な関連性の検討

上記1)の分析結果に従い、情報の必要性和入手方法が情報支援の不満にどの程度関連しているかということを検討したところ、統計的に有意な関連性が認められた(表-8)。4つの関連する成分が得られたが、第1成分の正準相関係数は0.79、第2成分は0.69、第3成分は0.61、第4成分は0.59であり、得られた情報の必要性和入手方法の不満度に対する寄与率は91.9%であった。

4. 考 察

本調査研究は高齢者に対する今後の情報提供のあり方に関する指針を得ることをねらいとして、北海道K町における65歳以上の高齢者の居住地域の特性を市街地域と山村地域ということで代表させ、併せて性差、年齢、教育歴を基本属性とし、またADLと視聴覚認知能力で高齢者の機能状態を代表させ、さらに高齢者が利用している情報の入手方法(メディアと機関)や高齢者の情報の必要性和高齢者の保健・医療・福祉サービスについての情報支援の現状に対する不満との関連性について検討することを目的に行ったものである。

本調査研究において栗山町を調査地域とした理由は、当町が北海道及び全国規模において平均的な高齢化率を示していること、さらに本調査で選定した2地域が高齢化率の程度で2倍強の格差があり、また地理的環境及び世帯の増減傾向等から判断して過疎の有無が顕著な地域となっていることから、そのことが高齢者が在宅生活を継続していくために必要とされる保健医療福祉情報によりの確に反映されるものと考えたからにほかならない。またさらに調査時点を冬期としたことは、「社会的な入院」(〔岩本他、1988; 田中他、1989])が多いとされている過疎地における越冬を前提とした在宅生活の維持・継続に必要な情報内容についてより鮮明にしたかったことによるものである。

その結果、高齢者の保健・医療・福祉サービスに関する情報支援についての不満度は、高齢者個々人が利用しているメディアと機関ならびに情報の必要性に大きく依存しており(寄与率91.9%)、個人の基本的属性ならびに機能状態はほとんど寄与していないことを明らかにした。

従来の研究業績においては、この種の業績がほとんど見られないことから比較検討はできないが、高齢者の保健・医療・福祉サービスに関する情報支援についての不満度が個人の基本的な属性や機能に依存するものではなく、情報に対する必要度の高さと利用されている情報入手媒体に依存していることを明らかにしたことは、今後の情報支援システムの開発に当たって、大きな示唆を与えるものと言えよう。

先ず情報の必要性に着目するなら、現状の情報提供サービスに関する不満に対する寄与率が78.6%と他の要因に比して高く、必要性が高いにも関わらず適切な情報が入手できないことが、直接的に不満度として反映されたものと推察された。特に正準相関分析で得られた構造係数の

絶対値が、情報の必要性の内容において「障害年金に関する情報」「急変時の往診情報」「福祉タクシーに関する情報」「施設入所情報」等において高く、また不満内容において「相談する専門家がない」「情報の内容が不適切」「情報の量が少ない」「情報入手に時間がかかる」「相談する機関がない」等において高かったことは重要な示唆と受けとめるべきものと推察された。

また、情報支援に関する不満度に対し情報の入手方法の寄与率が59.0%となっていたことは、既存の情報メディアや情報提供機関における問題点を示唆するものと言えよう。得られた結果は、「広報」「病院・リハビリテーションセンター」「役所」に関する構造係数と情報の不満度に関する「情報を入手する方法がわからない」と「情報入手に時間がかかる」といった項目において構造係数が高かったことから、特に公的機関における情報提供のあり方が問われるところである。

平成2年6月に、在宅福祉サービスの積極的推進、在宅福祉サービスおよび施設福祉サービスの市町村への一元化、市町村および都道府県老人福祉計画の策定等を主要内容とする老人福祉法の改正がなされ、また「高齢者保健福祉推進十か年戦略」が平成2年度よりスタートとし、高齢化社会への総合的対応に向けて平成5年度には都道府県ならびに市区町村が老人保健福祉計画を作成したところである。この間に各自業の基盤整備が進捗し、事業の実施状況も向上しつつあり、さらに平成11年度に必要とされる老人保健福祉サービスの総量が目標値として算出されたところではあるが、今後は高齢者に対する情報提供サービスに関する事業の展開が加わることがなければ、効果的な老人保健福祉計画の展開は望めないものと考えられる。これまでのところ、保健事業等における情報システムは、データ・バンクシステム（〔昭和大学医学部公衆衛生学教室、1987〕）をはじめとして各地域で開発推進されてきたところであるが（〔小野寺他、1988〕）、今後は高齢者個人が希求する情報システムが開発されなければならないものと思料する。なおこれまでの著者らの分析によれば、特に保健・医療に関してはより居住地域の特性を重視し、また福祉に関しては地域特性のみならず、年齢や健康面等の要因を考慮すべきことが示唆されている。このことは山村地域に対する情報提供をより積極的に展開することの必要性を示唆するものであるが、その際従来のメディアにとどまらず、イメージ情報ネットワークシステム（〔武下、1992〕）、たとえばファクシミリやテレビ電話の導入等が今後の大きな開発課題となってくるものと言えよう。もちろん情報提供は介護や入院をもってその発信起点とするものではなく、熟年から高齢者に移行する段階から積極的に展開されることの必要性が重視されなければならないことも明らかにされていることから、今後の情報提供にこの点を十分考慮したシステムの開発がなされなければならないものと推察される。このようなことが配慮されるなら、いかなる地域で生活しようと安心した老後が設計でき、住み慣れた地域社会で住み続けることが可能になるものと想定できると同時に、併せて訪問指導（〔関山、1993〕）等の機会を利用した専門家を媒体とする継続的な情報提供システムが加わるなら、これまでになかった総合的な地域に根ざした環境整備が可能となろう。

文 献

- 1) 林玉子 (1984) : 高齢化社会における住宅のあり方—老人の住宅の条件—, 公衆衛生 48 (2): 86-100.
- 2) 北海道栗山町編 (1993) : 栗山の統計, 北海道栗山町.
- 3) 岩本晋, 他 (1988) : 高齢者の入院実態、病院機能と在院期間の関係について, 日本公衆衛生学会誌, 35(3), 151-158.
- 4) 中村好一, 他 (1989) : 地域保健情報のシステム化の課題と将来, 公衆衛生, 56(8), 512-515.
- 5) 小野寺伸夫, 他 (1988) : 地域保健医療計画策定に関わる地域保健医療情報システムの確立等に関する研究—総括研究報告—, 公衆衛生情報, 6, 29-31.
- 6) 昭和大学医学部公衆衛生学教室 (1987) : 老人保健データ・バンクシステムの開発に関する研究, 公衆衛生情報, 2, 30-33.
- 7) 関山昌人 (1993) : 老人保健制度, 厚生指標, 40(13), 40-49.
- 8) 武下英二 (1992) : 在宅ケアの福祉情報システム, 公衆衛生, 56(6), 403-407.
- 9) 田中明夫, 他 (1989) : 社会的入院患者の実態, 厚生指標, 36(7), 3-7.
- 10) 山本勝, 他 (1989) : 地域医療システムにおける医療情報システムの推進と課題, 医療情報学, 9(4), 445-454.

キーワード：高齢者、情報、正準相関分析

表-1 集計対象の属性分布(N=163)

属 性		頻 度 (%)
地 域	市 街	86 (52.8)
	山 村	77 (47.2)
性 差	男 性	72 (44.2)
	女 性	91 (55.8)
年 齢	65~69歳	48 (29.4)
	70~74歳	54 (33.1)
	75歳以上	61 (37.4)
教育歴	小 卒 群	139 (85.3)
	中 卒 群	24 (14.7)

表-2 集計対象の機能状態

領 域		人 数 (%)
聴 力 N=150	1. 普 通	124 (82.7)
	2. 補聴器を使ってほぼ普通に会話できる	5 (3.3)
	3. 大きい声でないと会話できない	19 (12.7)
	4. ほとんど聞こえない	2 (1.3)
視 力 N=155	1. 普 通	110 (71.0)
	2. 細かい字が並んでいるとスラスラ読めない	41 (26.5)
	3. テレビが見づらい	2 (1.3)
	4. ほとんど見えない	2 (1.3)
移動能力 N=152	1. 普 通	117 (77.0)
	2. ゆっくりまたは杖を使用して歩ける	32 (21.1)
	3. ものにつかまるまたは介護されて歩ける	2 (1.3)
	4. いざる、はって動く	0
	5. 自分で移動できない	1 (0.7)
食事動作 N=161	1. 普 通	153 (95.0)
	2. 食べやすくしてあれば箸で食べられる	6 (3.7)
	3. 箸は使えないが、スプーンやフォークで食べられる	1 (0.6)
	4. 自分では食べられない	1 (0.6)
階段昇降 N=156	1. 普 通	105 (67.3)
	2. 見守ってもらうことが必要	6 (3.8)
	3. 手すりを使用して昇降できる	39 (25.0)
	4. 介護されて昇降できる	1 (0.6)
	5. 自分で昇降できない	5 (3.2)
入浴動作 N=160	1. 普 通	147 (91.9)
	2. 洗うことを一部手伝ったり、見守ってもらうことが必要	5 (3.1)
	3. 自分で浴槽の出入りはするが、体は洗ってもらう	1 (0.6)
	4. 浴槽の出入りに手助けが必要	4 (2.5)
	5. 自分では入浴できない	3 (1.9)
衣服着脱動作 N=161	1. 普 通	143 (88.8)
	2. 遅いが時間をかければ自分で着られる	15 (9.3)
	3. ボタン、帯などについて手助けが必要	2 (1.2)
	4. 自分では着られない	1 (0.6)
排泄動作 N=157	1. 普 通 (トイレ・便器を使う)	150 (95.5)
	2. 時々間に合わなくて漏らす	5 (3.2)
	3. 時々気付かずに漏らすことがある	1 (0.6)
	4. 常時おむつを使用している	1 (0.6)

表-3 保健福祉情報に関する必要頻度の分布

情報内容	情報の必要頻度(%)
急変時の往診	87(53.4)
緊急受診	61(37.4)
ホームヘルパー	54(33.1)
医療費の控除	50(30.7)
短期入所施設	50(30.7)
施設入所	50(30.7)
市町村の福祉制度	45(27.6)
入浴サービス	43(26.4)
緊急通報システム	42(25.8)
訪問看護	41(25.2)
福祉タクシー	40(24.5)
介護上困難な問題の解決法	38(23.3)
医療費全般	37(22.7)
デイサービス	33(20.2)
給食サービス	32(19.6)
入院の相談	30(18.4)
家政婦の派遣	26(16.0)
介護方法	26(16.0)
介護のための機器等	23(14.1)
痴呆症状の理解	23(14.1)
リハビリ相談	22(13.5)
障害年金	19(11.7)
福祉情報の入手先	19(11.7)
ボランティア	19(11.7)
住宅相談・改造等	18(11.0)
介護見舞金	15(9.2)
福祉機器	15(9.2)
介護研修会の開催	13(8.0)
市販されている福祉機器	11(6.7)
介護方法等の書籍	11(6.7)

表-4 高齢者の保健医療福祉情報の入手方法(N=163)

入手方法	頻度 (%)
広 報	109名 (66.9%)
テレビ・新聞	88名 (54.0%)
友人・知人からの口コミ	45名 (27.6%)
雑誌・書籍	19名 (11.7%)
業者のパンフレット	8名 (4.9%)

役 所	75名 (46.0%)
福祉事務所	29名 (17.8%)
病院・リハビリテーションセンター	26名 (16.0%)
保 健 所	20名 (12.3%)

表-5 高齢者の保健医療福祉情報サービスに関する不満(N=163)

不 満 内 容	頻度 (%)
情報を入手する方法がわからない	50名 (30.7%)
情報の量が少ない	39名 (23.9%)
相談する専門の人がいない	30名 (18.4%)
相談する機関がない	21名 (12.9%)
情報内容が適切ではない	15名 (9.2%)
情報の入手に時間がかかる	14名 (8.6%)
情報の入手に費用がかかる	6名 (3.7%)

表-6 保健医療福祉情報の必要性と情報サービスに対する不満との関連性

	係	成分 固有値		正準相関	
		数	カイ2乗値	自由度	上側確率
1	0.4913	0.70094	350.5028	210	0.00000
2	0.3922	0.62626	255.6837	174	0.00005
3	0.3071	0.55415	185.9465	140	0.00568
4	0.2748	0.52424	134.5946	108	0.04237
5	0.2124	0.46085	88.6406	78	0.19247
6	0.1691	0.41125	54.0129	50	0.32372
7	0.1521	0.39004	26.2558	24	0.34032

【正準相関分析：構造係数】

変数名	成分 1	成分 2	成分 3	成分 4	成分 5	成分 6
1)ショートステイ情報	0.28366	-0.27149	0.17791	-0.03460	0.10019	0.07621
2)施設入所情報	0.56580	0.25839	0.11811	-0.07284	0.29140	-0.07892
3)介護機器情報	0.31359	-0.19543	-0.07061	-0.23007	0.00481	-0.16700
4)ホームヘルプ情報	0.36836	0.22789	0.06497	-0.02546	0.13136	0.01104
5)介護方法の情報	0.41461	-0.25119	0.09410	-0.05811	0.04181	-0.06291
6)住宅相談改造情報	0.12074	-0.13722	0.15323	-0.16435	-0.40185	0.23422
7)介護困難解決情報	0.44923	-0.27043	-0.07017	0.13874	0.18369	0.01304
8)リハビリ情報	0.26187	0.01898	-0.00565	-0.29995	0.06757	0.18313
9)ディサービス情報	0.47353	-0.22783	-0.20004	-0.10001	0.22267	0.14765
10)緊急受診情報	0.12075	-0.15181	-0.23042	-0.06013	0.24195	0.45619
11)入浴サービス情報①	0.30301	-0.21346	-0.10410	-0.06648	0.00973	-0.05774
12)入院相談情報	0.31342	-0.14954	0.00311	-0.47507	-0.05764	0.07935
13)痴呆症状理解情報	0.36396	-0.28520	-0.22126	-0.26886	-0.13562	-0.00435
14)介護見舞金情報	0.35707	0.07628	-0.35723	-0.27038	-0.12123	0.01345
15)給食サービス情報②	0.09927	-0.19858	0.05535	-0.06800	-0.00108	0.15519
16)家政婦派遣情報	0.30351	0.03894	-0.32464	0.01045	0.04478	-0.04792
17)医療費控除情報	0.43729	0.03359	0.20445	-0.23488	-0.06560	0.20322
18)急変時往診情報	0.50610	-0.18090	-0.20983	0.01688	0.28529	0.28390
19)障害年金情報	0.56975	0.01608	-0.14415	0.05306	-0.22133	0.07926
20)福祉タクシー情報	0.55248	0.04311	-0.09913	-0.33014	-0.16821	0.08551
21)緊急通報システム情報	0.14279	-0.10182	-0.14349	-0.17018	0.24505	0.26839
22)医療費情報	0.45130	0.12307	0.07350	-0.08275	-0.20567	0.42296
23)福祉機器情報	0.25554	0.05173	-0.26552	-0.29095	-0.03332	0.11917
24)訪問看護情報	0.37019	-0.01226	-0.01665	-0.23705	-0.00031	-0.08855
25)市販福祉機器情報	0.31876	-0.06191	-0.27841	0.04221	-0.27702	0.19784
26)福祉制度情報	0.18589	-0.03782	-0.12741	0.23096	-0.11247	0.24023
27)ボランティア情報	0.35434	-0.15514	-0.15494	-0.29633	0.09613	0.19061
28)福祉情報入手情報	0.41224	-0.25235	0.00366	0.02809	0.04532	-0.00020
29)介護方法書籍情報	0.43715	-0.26319	-0.09306	-0.13157	-0.18780	0.11690
30)介護研修情報	0.22037	-0.18132	0.06142	-0.09723	-0.08269	0.29662
31)入手方法	0.39600	0.00569	-0.23000	-0.14664	0.55000	-0.20959
32)情報量	0.63414	0.21654	-0.19494	-0.24241	0.14306	0.44108
33)相談機関	0.64504	-0.25675	0.48446	0.39752	0.07795	0.14542
34)相談専門家	0.76691	-0.55353	-0.04926	0.00493	0.01264	-0.28472
35)情報内容	0.75050	0.44148	0.16316	0.06205	-0.39026	-0.21572
36)情報入手時間	0.65786	0.24524	-0.39066	0.48784	-0.28051	0.14891
37)情報入手費用	0.33155	-0.08998	0.07645	-0.33719	-0.57446	0.42735

表-7 高齢者の情報入手方法と情報サービスに対する不満との関連性

成分	固有値	正準相関係数	カイ2乗値	自由度	上側確率
1	0.4477	0.66907	165.3318	63	0.00000
2	0.2575	0.50740	74.8132	48	0.00791
3	0.0831	0.28828	29.2886	35	0.73984
4	0.0401	0.20013	16.7064	24	0.86091
5	0.0290	0.17016	11.2067	15	0.73781
6	0.0208	0.14429	6.5132	8	0.58994
7	0.0077	0.08792	2.1198	3	0.54791

【正準相関分析：構造係数】

変数名	成分1	成分2	成分3	成分4	成分5	成分6
1)保健情報広報	-0.48558	-0.52811	0.16230	-0.29137	0.60277	0.05064
2)業者パンフ	-0.73009	-0.04153	0.44053	0.36225	-0.29793	0.07608
3)雑誌・書籍	-0.36697	-0.05554	0.21632	0.24055	0.11434	0.59998
4)テレビ・新聞	-0.47927	-0.08937	0.06916	-0.43586	-0.27030	0.17744
5)役所	-0.23410	0.32461	0.19193	-0.39531	0.31816	0.40028
6)病院リハセンター	-0.65007	0.58765	-0.19693	0.12116	0.21528	-0.26841
7)保健所	-0.50022	-0.05754	-0.42603	0.19685	-0.10717	0.33909
8)福祉事務所	-0.35118	0.12491	0.19748	-0.14128	-0.08814	-0.31941
9)友人・知人	-0.54822	-0.13046	-0.33417	-0.41900	-0.42556	0.08038
10)入手方法	-0.51044	-0.64225	-0.22376	0.12949	0.36268	-0.27120
11)情報量	-0.53261	0.20695	0.07486	-0.78029	0.12474	0.20425
12)相談機関	-0.60576	-0.10720	0.09345	0.14276	-0.24393	-0.50440
13)相談専門家	-0.63514	-0.05806	0.16597	-0.01905	-0.25753	-0.63319
14)情報内容	-0.64366	-0.16019	-0.22604	-0.07875	-0.67011	0.22718
15)情報入手時間	-0.64836	0.31980	-0.64112	-0.08512	-0.22714	-0.05732
16)情報入手費用	-0.68822	0.26376	0.28531	0.50250	-0.01873	0.35004

表一 8 情報の必要性及び情報の入手方法と情報サービスに対する不満の関連性

成分	固有値	正準相関 係 数	カイ 2 乗値	自由度	上側確率
1	0.6249	0.79050	469.6400	273	0.00000
2	0.4764	0.69020	335.2798	228	0.00000
3	0.3695	0.60786	247.2245	185	0.00152
4	0.3464	0.58856	184.7817	144	0.01235
5	0.3102	0.55697	126.0882	105	0.07881
6	0.2317	0.48132	73.8112	68	0.29405
7	0.2149	0.46359	36.1324	33	0.32435

【正準相関分析：構造係数】

変数名	成分 1	成分 2	成分 3	成分 4	成分 5	成分 6
1)ショートステイ情報	-0.20589	-0.17978	-0.28821	0.12091	-0.04678	0.01161
2)施設入所情報	-0.51391	0.24399	-0.06287	0.19342	0.04348	0.03088
3)介護機器情報	-0.25456	-0.11063	-0.22609	0.01729	0.21552	0.09455
4)ホームヘルプ情報	-0.31259	0.12531	0.06771	0.13189	-0.05280	0.27515
5)介護方法の情報	-0.30782	-0.18677	-0.25715	0.17357	0.03296	0.11811
6)住宅相談改造情報	-0.13942	-0.16189	-0.14442	-0.22160	-0.23252	-0.02759
7)介護困難解決情報	-0.32578	-0.25575	-0.12202	0.28647	0.14220	-0.01965
8)リハビリ情報	-0.30069	0.05637	-0.15346	-0.20639	0.10570	-0.16940
9)ディサービス情報	-0.36679	-0.26013	-0.09283	0.09763	0.25583	0.18661
10)緊急受診情報	-0.15018	-0.16882	-0.00381	-0.16109	0.21735	-0.31905
11)入浴サービス情報①	-0.24299	-0.17142	-0.14170	0.06983	0.17767	-0.03426
12)入院相談情報	-0.31787	-0.06251	-0.30649	-0.25384	0.14647	0.03798
13)痴呆症状理解情報	-0.31397	-0.26140	-0.17482	-0.10255	0.26877	0.04893
14)介護見舞金情報	-0.35252	-0.04213	0.11108	-0.16719	0.29636	0.13044
15)給食サービス情報②	-0.11096	-0.11486	-0.19427	-0.07629	0.01314	-0.27946
16)家政婦派遣情報	-0.28782	-0.02934	0.12852	0.04229	0.29872	-0.15542
17)医療費控除情報	-0.41613	0.00996	-0.18143	-0.08757	-0.14859	0.08013
18)急変時往診情報	-0.42882	-0.22878	-0.03951	0.10612	0.24105	-0.10685
19)障害年金情報	-0.50829	-0.14071	0.09716	0.08383	0.02554	-0.03132
20)福祉タクシー情報	-0.52511	-0.04134	-0.06777	-0.14462	0.10236	0.14465
21)緊急通報システム情報	-0.13153	-0.10806	-0.05427	-0.10664	0.18655	0.05047
22)医療費情報	-0.45870	-0.04371	0.04710	-0.14149	-0.20776	-0.06098
23)福祉機器情報	-0.27945	-0.01433	0.03825	-0.22261	0.24832	0.01581
24)訪問看護情報	-0.35939	0.04433	-0.17450	-0.04407	0.15028	-0.09166
25)市販福祉機器情報	-0.30471	-0.22298	0.16065	-0.07041	0.08637	-0.12467
26)福祉制度情報	-0.16810	-0.17212	0.16741	0.05905	-0.04483	-0.19171
27)ボランティア情報	-0.31158	-0.16905	-0.13081	-0.12281	0.21252	0.16853
28)福祉情報入手情報	-0.32805	-0.20294	-0.19311	0.16562	0.08597	-0.10811
29)介護方法書籍情報	-0.36205	-0.30178	-0.13668	-0.01940	0.07093	0.09369
30)介護研修情報	-0.20876	-0.18599	-0.14651	-0.10568	-0.07219	-0.09261
31)保健情報広報	-0.41989	0.22992	-0.24724	-0.05381	0.21244	-0.15914
32)業者パンフ	-0.58033	-0.10457	-0.23622	-0.17355	-0.10351	-0.21817
33)雑誌・書籍	-0.28547	0.01067	-0.09428	-0.23563	0.03949	-0.09516
34)テレビ・新聞	-0.42645	0.00449	-0.04457	-0.03949	0.04379	0.06569
35)役所	-0.17872	-0.19679	0.09784	-0.20646	-0.10153	0.09628
36)病院リハセンター	-0.47473	-0.46137	0.23262	-0.17655	-0.01780	-0.22247
37)保健所	-0.41213	0.04089	0.13515	-0.03977	0.01131	-0.27012
38)福祉事務所	-0.28100	-0.17375	-0.06402	-0.03956	-0.00378	-0.00433
39)友人・知人	-0.49506	0.05086	0.08433	0.07135	0.06734	-0.03464
40)入手方法	-0.46206	0.29702	-0.23503	0.13682	0.62370	-0.47173
41)情報量	-0.63523	-0.12979	0.23591	-0.17454	0.02917	0.52117
42)相談機関	-0.58075	-0.19583	-0.31120	0.45383	-0.39111	-0.39134
43)相談専門家	-0.62086	-0.41208	-0.41730	0.38610	0.27572	-0.02187
44)情報内容	-0.77910	0.26251	0.15509	0.19087	-0.27092	0.11591
45)情報入手時間	-0.66712	-0.21565	0.62793	0.24193	-0.03005	-0.17493
46)情報入手費用	-0.53614	-0.22109	-0.13203	-0.60849	-0.26800	-0.32742

在宅における介護者支援の意義と課題を考える －ボランティア活動をととして－

北村久美子（北海道立衛生学院保健婦科）

連絡先：〒006 札幌市中央区南2条西15丁目

北海道立衛生学院保健婦科

電話：011-611-0291 内線251

I はじめに

在宅ケア活動は、超高齢化社会の進行する中で在宅の要介護老人が増え、増大する医療費の抑制が課題になっていることもあるが、一番大きなことは在宅で生活しながらタタミの上で死にたいといった考え方の潮流にある。このことを一事例をとおして再確認し、在宅ケア対策等のサービスを受けて未永く豊かな生活ができるようお願いしつつ、そのためには何が課題なのかを考えたので報告する。

II 事例紹介

本人：山田一郎（仮名），■歳（平成■年4月19日死亡）。

家族：妻■歳で介護者。札幌市内在住。

一人娘さんは結婚し■■市在住で金物屋経営、お孫さん男の子2人

本人の病気：昭和59年3月末脳卒中で倒れ右半身マヒ、全失語症となり、6か月間S病院に入院。6か月後に退院。（発病当初を思い出して、妻の言葉……「この年の年賀状の字が小さくなっていた」「歩き方が遅くなっていた」「年齢のせいだと思っていた」「血圧は高いほうで200ぐらいあった」）

S病院退院時の身体障害の程度は、身体障害者3級。その後M老人専門病院で身体障害者1級となる。

III 介護者支援の経過

1 退院から昭和62年頃まで

本人の入院6か月後に、病院から「退院して下さい」といわれ、妻は介護の方法もわからず家に連れて帰ったが今後のことを考えると気が遠くなり呆然としていたと当時の状況を振り返っていた。また、どのようにお世話をしたらよいかわからず、夜には一人娘さんが砂川市に帰り心細くなり泣いていた、本人を動かすこともできず2人で自殺をしようかと思った。ということも話していた。退院時の本人の身体障害の程度は身体障害者3級であった。妻は、入院中他の患者の付き添い者から本人の身体障害の程度は「3級よりもっと重い」「M老人専門病院に行ってみるとよい」といわれたことを思い出し、昭和61年4月にM老人専門病院に出かけ、外来婦長さんに出会い相談をした。即、外来婦長さんの訪問看護を受け、妻は介護方法を詳細に教わり創意工夫をしながら、次第に意欲的に介護ができるようになった。

2 昭和63年以降

筆者はボランティアとして、昭和63年5月28日以来、16回の家庭訪問と約15回の電話相談、在宅療養家族の会行事参加による本人と妻への関わりがあり継続中である。家庭訪問時には、本人の身体のマッサージをしたり、爪きり、食事介助、そして毎回入浴介助を実施した。ボランティア活動は6年間経過している。

平成6年1月29日家庭訪問

居間に入るとすぐに妻はこれまでの出来事、心配していること等の話をする。毎回の訪問では、先ず約2時間は妻の話を集中して聴くことにしている。

本人と妻の様子；「本人は2歳児くらいの知能程度ではないだろうか」と妻は言うが筆者の顔は覚えていて挨拶するとニヤッと照れるように笑う。本人が自分で出来ることは、妻が強く指示することにより、左手で先割れスプーンを握ってゆっくり食べること、左手でベットのポール、浴室の手すりをつかむこと。その他は妻が全介助している。妻の健康状態はこれまで腰痛症、手指関節の痛み、帯状疱疹になったりしていたが早目に治療して一つ一つ克服し、本人の介護を前向きに受け止め、頑張っていた。妻は手先が器用で洋裁和裁をし、本人の見えるところで着物やテッシュペーパーの袋を作っている。本人の見えるところで仕事をしていると「お父さん本当にいい表情をしている、気持ちが落ち着くんだわ」と言っている。妻の献身的な介護で、初めて会った時と変わらぬ表情で健康状態が維持されているように思えた。本人の介護は「決まったことをしているだけでよいので楽」と妻は言う。

本人の一日の過ごし方：朝7～8時に起床、椅子に座り、着替え、洗面、食事、歯磨き、おやつ、昼食、歯磨き、排便（3～4日、浣腸）シャワー浴（入浴）、椅子又はベットで昼寝、椅子、夕食、歯磨き、夜9～10時睡眠（紙おむつを当てて）

3 平成6年1月29日以降

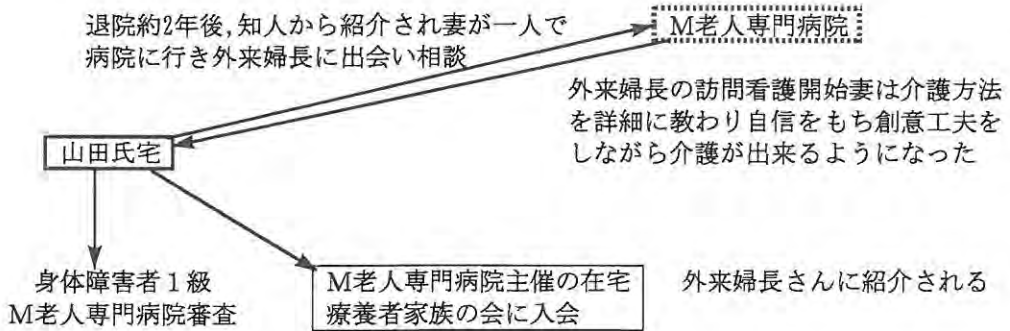
平成6年1月29日家庭訪問の際、病院からの訪問看護が某訪問看護ステーションに変わること戸惑いあったが「在宅療養者にとっては頼りにしている」と述べていた。また、平成5年6月自宅の土台修繕のため大きな工事により本人はM老人専門病院に入院することになった。約1ヵ月の入院体験から（本人は他人との意志疎通が難しく、大声を出す、世話ができない等の話や経済的なこと）妻は、本人を将来在宅で看続けていきたいと強く決心していた。

*本人は、表情、周囲の様子からみて全く臭気がなく清潔な環境でメリハリのある生活で病人のようには見えない。妻は常に「お父さん、お父さん」と声をかけており、その姿を見ると本人自身動くこと、話すことも出来ないが本人の存在感が大きく健常者と全く変わりなく筆者には思えた。

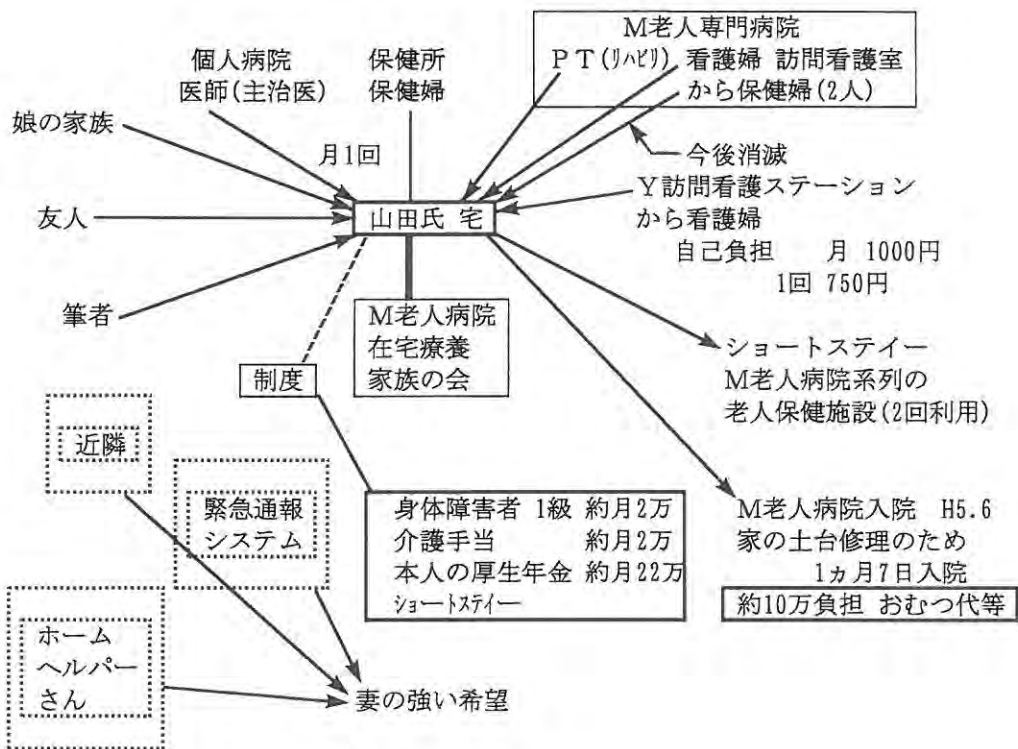
妻から、電話で3月5日の早朝吐血をして入院したこと、翌日の電話で検査の結果、手術もできない胃癌だったこと、そして3月8日には、在宅で本人の介護を続けたい気持ちを訴えられ、今なお妻は本人の終末は在宅で看とりたかったと述べている。

4 地域のサポートシステム

1) 退院から平成元年頃まで (図1)



2) 平成6年1月29日現在 (図2)



IV まとめ

昭和63年からこれまでのかかわりを通して、介護者支援の意義と課題について述べる。

1 地域のサポートシステムの広がりとそのメリット（図1，図2参照）

退院した頃と平成6年頃を比べても明らかに、サポートシステムの広がりがみられる。このことは、先ず1つ目に、看護職の訪問看護による家庭介護の知識、技術の提供、動機づけが効果的であったことが上げられる。妻にとっては、ここまで在宅介護ができるようになったのも、M老人専門病院の当時の外来婦長のお陰と常々おしゃっている。このころから、どんな重症でも介護する家族に愛情があれば、自宅で見ていけるという自信がもて、妻自身、家庭介護のプロになった。妻のニーズに即対応した外来婦長の判断と支援を高く評価している。

2つ目に、病院からの訪問看護、保健所保健婦の訪問による支援を通して「在宅療養家族の会」「老人保健施設のショートステイ」「保健所主催の介護教室」等々多くの社会資源から介護に関する情報を得ている。

3つ目に、妻自身がいろいろな情報を自分の中にうまく取り込んで活用していた。前向きに行動できる人であった。ある年、難病疾患のある友人の夫が東京で表彰されることになった。夫婦そろって行くことになり、妻は付き添いを頼まれ東京まで友人を介助して行ってきた。本人はそのとき始めてショートステイを3～4日利用していた。

このように妻は自分から得た情報、地域のサポートシステムを効果的に活用していたのでサポートシステムが広がり、妻自身の介護負担の軽減につながっていた。娘の家族も協力的で親思い、100日が過ぎお骨を娘の在住地にお墓を造り納めてきて安心していた。訪問するといつも妻は先ず2～3時間は話続けていた。それから入浴の介助を行っていた。ボランティアとしてどのように思われていたか気になり、以前尋ねたことがある。すると次のような妻からの返答であった。

- ・話を聞いてもらえるだけで、また頑張ろうという気になる。
- ・いつでも健康問題をはじめ相談できる人がいると思うと安心。心強い。うれしい。
- ・浴槽に入る介助は必ず人手が必要でなかなか他人には頼めない等々

*介護者支援の最も大切なことは介護者のよき理解者になること。どんな相談も一緒に考えて行くこと。ニーズには必ず、早く対応することを実感している。そうすることにより、介護者自身がサポートシステムを自ら広げて行けることにもつながるのではないだろうか。

（対処能力を高めること）

2 家族全体の健康観察特に本人の健康観察に落ち度があったこと。在宅療養者の検診の必要性。

筆者自身介護者である妻の健康状態には細心の注意を払ってきた。また本人には脳卒中の再発防止を援助を第一の目標にしてきた。しかし、本人が3月5日早朝、2回にわたる吐血（コーヒー色様のものを吐いたという妻の報告）があり、胃癌が進行していたことがわかっ

た時は非常に驚いた。早期発見につながらなかったことが、残念でならない。（今、振り返れば1月29日の訪問時、本人は食事を残していた。本人の入浴後の疲労の様子が著明だったことを思い出す）本人のように言語障害があり、症状を訴えることもできない状態の人の日頃の健康観察、異常の早期発見の重要性を看護者として思い知らされた。また、本人のように在宅療養者への予防活動としての各種検診の必要性を実感している。

3 終末期にあるターミナルケア体制にまで至らなかったこと

吐血した日、朝が明けるのを待って個人病院の主治医に何度か電話をしたが通じない。9時近くに通じて往診を依頼するが「胃潰瘍だと思うから、治療するために病院があるのだから他の病院に入院するよう」に電話で言われた。M老人専門病院関連の訪問看護ステーションに連絡し入院。胃カメラの検査をして胃癌とわかり、45日後に亡くなられた。妻が「在宅死まで見て貰えないのなら、何のために訪問看護ステーションがあるのか」とボツリといわれたが大変重い言葉である。

4 老夫婦世帯の緊急時の対応

今回の事例のように老夫婦世帯の場合、訪問時、妻がいつも言われていたことの1つに「娘夫婦は遠くにいるので緊急時の心配」であった。吐血した当日も朝が明けるのを待って主治医に連絡をし、往診を依頼してもきてもらえなかった。

安心して在宅介護を継続するには「緊急時の対応システム」が重要な課題になる。

5 日々の介護からの一時的な解放、24時間ケア体制

1月29日の訪問時、しみじみ妻がいていたことの1つに「月1回でよいから、土日ゆっくり温泉につかって来たい。そのために、夜間のヘルパーさんがいたらどんなによいだろう」であった。

在宅における24時間ケア体制の必要性を事例を通して実感している。

6 本人の脳卒中後遺症、障害評価と介護の関係

年に1～2回PTの訪問があるが「家で訓練するように」言われても妻は「年寄りには疲れてとても出来ない」といつていた。毎日、ベッドから椅子、車椅子、シャワー浴と日常生活の中で体を動かしていることが、リハビリになり健康な部分の機能維持に繋がるように思われる。ある時、筆者が食事の介助を左側から行くと（例えば箸やスプーンを本人の左側から口にもっていくと）、大きな声を上げ怒った表情で恐ろしがるのがわかった。脳卒中後遺症でもある、左側が見えない、同じ方向に進んでしまうなど失認、失行の高次脳障害があるのではと思いながらも定かではなかった。このように障害から起きてくる症状と介護の方法も大変関係がある。

今後、PT、OT、STの専門家との連携が課題になると思われる。「在宅リハビリ」についてきめ細かなサービスが必要で、リハビリの専門家と看護職の密なる連携が、在宅での看護、介護の質を高めるものと思われる。

7 山田氏の妻は立派な教育者、介護者、貴重な人的社会資源

妻は在宅介護で困っている人がいればどこにでも飛んで行く人である。「ある時旦那さんを介護している友人の家に行ったが、家の中に入れてもらえなかった。だからどんな介護をしているかもわからない。その内旦那さんは入院した」と寂しそうにおしゃっていた。まだまだ、在宅ケアの実態については身近かな友人、住民同士でも開放的ではないのだなあとと思う。また、妻は平成4年5月12日看護の日に「介護体験」をシンポジストとして発表された。発表を進めたのは筆者であったが、人前で話す機会がなかった妻にとっては血圧が上がるなど身体不調になったり、それはそれは大変勇気のいることであった。結果的に、体験報告をされたことが妻自身、より一層在宅介護に対する考え方を確かなものにされたように思われる。

地域の在宅ケア対策を進めて行くとき、保健婦として山田氏の妻のような人は貴重な地域の人材としてチームの一員にしていくことになると思われる。

8 近隣の関係

妻から近隣の人々へ接近したがお付き合いが続かず、必要性は感ずるもの「都会の砂漠」とおしゃってる。このことは大きな課題である。

9 在宅介護と病院内看護の継続

本人の終末期に病院で妻自身十分なケアができなかったことに、今、尚、悲しい思いをしている。妻の「訪問看護にくる保健婦さんが自分の在宅介護の様子を知っているのだからその介護の内容一つ一つが病院内でも継続できるようなシステムにしてくれたらいいのに、自分は何一つ手を出すことができなかった。悲しかった」というようなことを言っていた。妻の言葉から看護職として看護の質を高めて行くためにも、このことは大きな課題にしたいと思っている。

三笠市の緊急通報システム ーニードの複合性に対応するシステムー

杉岡直人 (北星学園大学教授)

連絡先：〒004 札幌市厚別区大谷地西2丁目3-1

北星学園大学

電話：011-891-2731

1. 緊急通報システムとは

いわゆる緊急通報システムとは、「病弱となったり障害をもつことによって孤立した環境にある高齢者（一人暮らし老人世帯等）や障害者が、誰にも気づかれずに生命の危機に遭遇した場合、無線方式によるペンダントや電話回線による緊急ボタンを押してセンター（三笠市では生活安全センターという）に通報し、それを受けたセンターは、本人への確認の連絡をとると同時に必要に応じて協力員である近隣住民に確認のために訪問を依頼したり、消防車や救急車の手配等の救助要請を行い、問題解決を図る仕組み」である。

とくに都市化の中で高齢化と核家族化が同時進行している現代においては、緊急事態を招く機会が発生しても発見される割合は低い。地域での自立生活を保障するというコミュニティアの視点からすると、インフォーマルな社会関係が縮小していく高齢期において、生命の安全や孤立をカバーする緊急通報装置は、重要な自立生活支援機器といえる。最近の高齢者世帯に占める独居世帯の増加にともない、需要は今後ますます高まるとみられている。この意味でまず設置台数が十分確保される必要があるが、問題は、そのシステムをサポートする組織機構の確立である。単に電話番号としてしか機能しないのであれば、相談者や通報者の安心は得られない。確実に通報が受けとめられ、相談内容が的確に解決されるシステムでなくてはシステムに対する信頼感は形成されず、利用もまた促進されない。

緊急通報の発信者の大半は、高齢者や障害者の単身生活者であることから、孤立と孤独に関する問題を抱えることも多く、コミュニケーションを図ることも重要な機能として求められる。このことから生活上の不安や生命危機への不安に対して、ニーズの包括性に視点をおいたサービスの組み立てが問われている。

平成5年3月末の北海道統計によると夕張市と富良野市を除く137市町村（札幌市を除く）（11,039台設置）で設置されている。

ここで紹介する三笠市の緊急通報システムは、通報を受ける第一段階のセンターがその対応能力をどのくらい発揮しうるのかを示すことができた点で、今後の緊急通報システムの構築に際して、モデル的な特徴をもっている。

2. 三笠市のシステムの特徴

一般に行政からみて災害といえば、火災や地震そして救急に関するものという前提があるが、住民の立場に立てば、小災害もまた災害であり、生活不安や交通を含めて災害概念を考えるべきであるというのが、三笠市の生活安全センターの設立時の視点である。三笠市は、かつて炭坑のまちであったが、炭坑の閉山にともなう高齢化と過疎化の進行が著しく、平成2年には新過疎法適用を受けている。平成7年4月現在の人口と世帯数は、全人口15,512人、世帯数6,796人であり、65歳以上の高齢者の割合は26.64%（4,133名）とかなり高い。

市の機構改革にともない防災行政の一元化プロジェクトが平成3年にスタートした。それまで総務部が所管していた防災・生活相談と民生部所轄の交通を含めて、平成4年4月より消防

署内に「生活安全センター」が独立発足した。ここでいう交通とは、交通安全業務を指しており、安全計画、交通安全教育（消防局）、安全施設の整備、運動、行事、運転者教育、街頭指導員事務局、交通安全推進協議会事務局、ボランティア団体の登録関係を含んでいる。生活安全センターと消防との関係について、消防局の具体的な活動を紹介するならば、市民向け広報（ワッペン）、リーフレットの作成、定期検査（全世帯は年に1回）、独居老人宅を2月に全世帯訪問し、タバコの吸殻管理やどこに寝ているか、病気について、避難路の確保および緊急通報システムについての使用方法についての確認をする。さらに65歳以上の独居老人については12月に年末火災予防期間に際して訪問時の声かけと電気の点検ならびに通報システムの使用方法についての説明確認をしている。

生活安全センターの職員は計9人であり、生活安全防災係長、交通係長、センター長の3人が常勤、のこり6人は隔月勤務体制となっている。24時間のサポート体制をとっているが、これは、消防が24時間体制で勤務についているシステムをそのまま活用したものである。この生活安全センター設置の経緯をみると、平成元年度に北海道の単独事業である高齢者地域ケアモデル事業が導入され、相談・情報提供サービスとして電話相談・コールサービスシステムが実施された。加えて消防庁の防災のまちづくり事業である「災害緊急通報システムモデル事業」が全国5箇所の一つとして導入された。この2つの事業を受けて三笠市の緊急通報システムがスタートしたのである。

生活安全センターが対応する業務は、①市内居住の病弱でおおむね65歳以上の独居老人世帯の緊急通報装置に関するもの、②施設・官公署等の非常通報受信装置に関する業務、③生活安全に関する業務（行方不明者の捜索依頼、雪害相談、カラス・蜂の巣等の駆除依頼、ガスの漏洩・河川の浮遊危険物の調査依頼）、④交通安全に関する業務、⑤防災に関する業務、⑥障害者ファクシミリに関する業務（設置は福祉事務所）である。

システムの流れを示すと、緊急通報の受信→災害地点の把握→災害種別の判定→出動隊の編成を行う、というステップをとる。

3. 緊急通報システムについて

三笠市のシステムは、生活安全センターを媒介にして利用者と関係機関のサービスが結びついているだけでなく、生活安全センター自体がサービスを提供する機能をもっている。生活安全センターには、想定されるあらゆる災害情報を集中させている。

まず、生活安全センターの関係機関をみると、直接連動しているのは消防署であり、火災予防および火災・救急通報への対応をはじめとして、休日・夜間の急病患者等に対する救急医療機関への紹介、また高速道路に関する道央自動車道緊急専用電話受信業務をおこなっている。また情報提供および連携に関する関係機関には、市役所の関係課、三笠警察署、空知支庁（防災関係）、岩見沢測候所、電力会社・ガス会社、報道機関等がある。

それでは、具体的に緊急通報システムの仕組みについてみることにしよう。センターは、利

利用者からの緊急通報を受けた後、関係機関との連携によって出動体制をとる。この緊急通報は、利用者が自分でボタンを押す場合とガス・火災時の自動感知によるものの2通りある。利用者宅のシステムの設置に際して、2人の緊急協力員がいざというときに利用者宅に訪問して確認する役割をもつものとして登録される。この協力員は、設置希望者の申請段階に必要とされるものであるが、本人が見つけれられない場合は、センターが民生委員に連絡をとり隣人を中心に依頼している。

さて、緊急通報システムの発信機は、通常の電話機として使用できるほか、緊急時の火災やガス漏れあるいは事故・病気などだけでなく、相談事にいたるまで電話番号を調べたり、覚える必要がなくボタン一つで生活安全センターの対応を受けることができ、まさに生活不安を解消するオールマイティ機能をもっている。

- ①火災感知器 これは火災を感知して警報音を発すると同時に消防署へ自動通報する。
- ②ガス漏れ感知器 ガス漏れ発生を感知して警報音を発すると同時に消防署へ自動通報する。
- ③緊急（赤）ボタン 急病あるいは事故の際に本人がボタンを押すことで自動的に消防署に通ずる。
- ④手元ボタン 電話機にコードでつながっており、就寝の際にそばにおいて利用する。
- ⑤ペンダント ふだん家庭内で身につけて使用するもので、ボタンをおすと緊急信号電波を発信し、これを受信した無線受信機が消防署へ自動通報する。無線受信機から20mの範囲をカバーする。
- ⑥相談（青）ボタン 相談事があるときにボタンをおすと、日中は福祉事務所に自動転送されて福祉事務所の係が対応する。夜間や休日には、安全センター職員が受けつけて関係者へ連絡をとるなどの対応をする。
- ⑦マイクロホン ボタンを押すと受話器をとらなくても話しができ、一方、センター側から利用者や室内の様子をマイクを通じて聞き取ることができる。
- ⑧スピーカー センターからの呼びかけに使用する。

また利用者の負担については、当初は電池等の消耗品代は本人負担であったが、現在は電話料の基本料金と利用者の都合による設置場所を移動する場合の移設費のみとなっている。

設置総経費は12万円であるが、1/3が道負担、2/3が市の負担となっている（通常の国庫補助事業の場合は、国、北海道、市町村がそれぞれ1/3ずつとなっている）。以下に平成6年の業務統計をもとに緊急通報システムの利用状況についてみることにする。

4. 緊急通報システムの利用状況

設置状況に関しては、運用台数が215台で登録数が189台となっている。差し引き数の26台は、いつでも設置できるようになっているが、現時点で未設置（不使用）である。利用世帯の内訳は、「ひとりくらしの老人（おおむね65歳以上）で、身体病弱のため緊急事態に機敏に行動することが困難な者」が男性23人、女性140人となっている。このほか、「ねたきりの夫婦世帯」

や「同居世帯であるが家族が仕事をもって日中、ひとり暮らしで病弱のケース」などが18人、あるいは「ひとり暮らしの重度身体障害者」6人、「ひとり暮らしで突発的に生命に危険な症状の発生する持病を有するもの」2人となっている。年齢階層別にみると、80歳以上の割合が43.4%と約4割を越えており、75～79歳層は33.4%、75歳未満は、23.2%である。70歳以下は4.2%と極めて少ない。

また装置の廃止ケース34ケースについてみると、死亡によるもの11ケース、転居によるもの8ケース、施設入所6ケース、長期入院4ケース、家族と同居5ケースとなっており、毎月平均2.8ケース、全体の17%が廃止となっている。

さて、平成6年度の緊急通報装置を利用した総受信数は平成6年度の場合、221件であり、ほぼ例年並である。受信の内容で特徴的なものは、毎年のことであるが、誤報75.6%と約4分の3を占めていることである。ここで誤報というのは、若干説明を要する。とくに多いのは、装置の駆動部に誤って触れたり、掃除中に触れてしまったというものである。その実態は「誤ってボタンに触れた」が最も多く、「誤ってボタンを押した」が続く。稀ではあるが、「孫か遊びにきていて押してしまった」というものもある。誤報の割合の高さをみると、とくに緊急ボタンの場合、55件に対して誤報が50と9割を占めている。ペンダントの場合も23件中22件が誤報となっている。しかし、ガスセンサーは53件中20件が正報であり、ガスセンサーの誤報の場合、ハエ、アリあるいは、蚊などの駆除をスプレー式殺虫剤の使用中にセンサーが感知するケースが多い。

誤報の多さと車両の出動回数は比例するわけではない。これは、通報の受信時に本人に確認するようにしているために誤報かどうか判明できるからである。実際にあった誤報による出動例は、本人が不在中に猫が緊急ボタンの上に乗ってしまい、緊急通報がなされ、本人が応答しないために出動したものである。

また、近隣に住む緊急協力員に確認のための訪問を依頼するケースも減多におきないということである。

さて、どのような事態を緊急通報システムによって解決されたか、すなわちその効果について具体的な例（平成6年度）をみることにしよう。

①ガスセンサーの感知

- ・ガス器具の側を離れた間に煮こぼれあるいは風によって炎が立ち消え、ガスの放出となったケース－3件。
- ・ガス器具のつまみの戻し忘れ、半開きのままその場を離れた－5件
- ・点火時に着火不良のため繰り返し点火を行い、ガスが発生－5件
- ・着火を確認せずに点火後その場を離れた－7件

②火災センサーの感知により、消防センターに報知され、災害の未然防止が図られたとみられるもの－1件。これは結果において誤報処理されている。具体的には、天井が低く狭い台所で、ガスコンロを使用中に熱気が充満し、感知装置が働いたため。

③相談・意見等（消防センター及びふれあい健康センターで対応したもの）

＊消防センターで対応及び関係機関に申し入れたもの（計9件）

- ・電話機の使用方法に関するもの－3件、
- ・ペンダントの異常または連絡に関するもの－2件
- ・救急出動（急病）－2件
- ・入院等についての連絡－1件
- ・照会等に関するもの－1件

＊ふれあい健康センターふれあい福祉係で対応または措置したもの（計18件）

- ・電話機の異常または使用方法に関するもの－9件
- ・入院・退院等についての連絡－2件
- ・入浴の相談について－1件
- ・除排雪等の要望又は相談に関するもの－3件
- ・水道の凍結に関するもの－1件
- ・緊急連絡先の変更について－1件
- ・照会等に関するもの－1件

以上の結果をみる限り、緊急時の対応は極めて的確になされているといえよう。

緊急通報装置をつける際に協力員を確保する体制となっているが、協力員は設置後どの程度に関わりをもっているのであろうか。1994年度の統計によると、正報の件に際して3ケースほど利用者宅に訪問しているだけである。これは、本人が自宅にいて転倒の際に起きあがれず、ペンダントにより通報されたため協力員の訪問を依頼したケースである。また、結果として誤報であったケースに関しては、1ケースだけ確認訪問が行われている。それは、緊急通報の受信後に確認のための電話によるセンターからの呼びかけに対して応答がなく事情が把握できなかったため、協力を依頼したケースである。

5. システムの先進性と普及の可能性

生活安全センターは、緊急通報への確認作業と速やかな出動体制そして協力員や関係機関への依頼といった連携機能にとどまらず、日常的な火気の管理を中心に生活上のアドバイザーとしての役割を果たしている。また消防にこのセンターが設けられていることの利点としては、消防の一般的な活動が、それぞれ小隊を組んで仕事をしている関係上、グループとして取り組むような活動に対応しやすいということがあげられる。

以上の三笠市の緊急通報システムについて、その先進性と今後他地域で普及の可能性について取り上げることにしたい。

（1）緊急通報システムの総合性

緊急通報システムというのは、単独で機能させるよりも相談・連絡先が1つで複数のニーズを解決することで効果をより増幅させることができる。というのは、記憶や反射神経

にハンデキャップをもつ高齢者や障害者にとって、いつでも簡便に押せるボタンによってあらゆる生活相談や緊急事態が解決できるという安心感が与えられる。とくに生活相談については、日中は福祉事務所へ転送され、夜間・休日には、センターがカバーしていることは迅速な対応を可能にしている。

(2) 誤報の位置づけ

通常、誤報は避けられるべきものという認識が働くが、三笠市の実績は、誤報が多いことの意味について評価する必要性を示唆している。誤報も含め通報が多いということは、利用者が抵抗なく装置を操作できていることとセンサーが確実に反応していることを示している。誤報を規制すれば、サービスの利用に関して自己抑制が働き、結果として肝心な時にその効力を発揮しないということになれば、この種の装置は効果が発揮できない。

(3) 消防署を核とする保健・医療・福祉の連携

緊急通報システムの窓口は、どこの市町村でも一般に消防局にあり、単に取り次ぎ的機能しか果たしていない場合が多く、そこに保健と福祉の連携をスタッフとして組み込むことは難しい。三笠市では、この難問を克服し、窓口を一つにしたことで交通や生活安全全般についての対応を可能にしている。実際、窓口対応は、対人的なサービスであるので、その対応は他の福祉サービスと同様に、利用者のプライド及びプライバシーの尊重を前提にした聞き取りをする能力や関連するセクションの情報を把握して対応することも重要であることから、定期的な研修が必要であろう。

(4) 利用者に対する情報提供の必要性

この緊急通報装置の操作は、非常に簡単なものであるが、高齢者にとっては一通りの説明では理解できないことが多い。そこで、設置の際だけでなく、三笠市のように定期的な訪問時期に、単なる説明でなく、実際に操作を体験する場を設定する等のきめ細かな利用者への情報提供が必要であろう。

(5) 設置範囲の拡大の検討とモニタリングの重要性

最近、実施された一人暮らしの高齢者対象のアンケートによると、緊急通報システムの設置希望者が100名以上に達しているという。現在、虚弱な高齢独居世帯を中心にしており、半健康的な者や高齢夫婦世帯の場合は設置該当者にならないため、コミュニティケアの基本理念である予防的な機能を十分に発揮しえないことになっている。すなわち緊急通報システムは、本来、「安全と安心」(security and peace of mind)を保障するものである。現在、設置経費の全額12万円を負担することで誰でも設置できるようになっているが、この条件で設置したケースはまだない。今後は、希望者に適当な設置経費等の一部負担等を組み入れた普及も併せて図るべきであろう。設置可能台数は約7,000台であり、ほぼ全世帯をカバーしうる機能をもっているのであるから、長期的視野に立って普及を進めることが重要であろう。

そして、定期的にモニタリングを実施することである。あらゆるシステムは、評価シス

テムを組み込むことでよりよい改善が可能となるからである。

【付記】本稿作成にあたって、三笠市消防本部・生活安全センター長 宇野政美氏および同生活安全防災係長伊藤征勝氏には、業務の説明および資料提供を受けました。厚くお礼申し上げます。

北海道地域福祉学会の一年間の取り組み報告

北海道地域福祉学会事務局

1992年6月に札幌市において開催した日本地域福祉学会第6回大会を契機に設立した北海道地域福祉学会（1993年10月9日設立）も設立から1年半を過ぎ、会員も142名（1995年4月1日現在）となった。

本学会は、理事会の他に活動研究委員会と編集委員会の2委員会があり、主な活動である定例研究会（奇数月開催）と機関紙の発行を委員が中心となり企画・実施している。

また、北海道社会福祉協議会の事業である8月に毎年開催される道内の医療・保健・福祉等関係者約1,000名が集まる「北海道在宅福祉会議」に共催し、会議の企画から当日の分科会の運営協力をしている。

1994年度の取り組みの特徴としては、定例研究会が1993年度は講演中心であったことを踏まえ、定例会において学会員がもっと積極的に発言ができる場とすることを目的として、具体的な道内の地域福祉の状況についての報告と協議を中心とした企画をたてた。特に、1994年度は、「在宅ケアは、どこまですすんだか」を一年間のメインテーマとして、そのテーマについて地域福祉を取り巻く各分野の現状を中心に定例会が行われた。具体的な内容としては下記のとおりである。

1994年度メインテーマ「在宅ケアは、どこまですすんだか」

【第1回定例研究会】（1994年5月27日）参加者36名

テーマ「ホームヘルプサービスの現状と課題」

○ガイダンス「ホームヘルプ事業のめざすもの～ホームヘルプ事業の概要」

林 恭 裕（北海道社会福祉協議会）

○報 告「ホームヘルプ業務をとおして在宅におけるケアを考える」

松 沢 紀代子（江別市保健福祉部高齢者対策課チーフヘルパー／介護福祉士）

【第2回定例研究会】（1994年7月22日）参加者47名

テーマ「訪問看護」

○ガイダンス「訪問看護の役割と機能～訪問看護の概要」

北 村 久美子（道立衛生学院）

○報 告「在宅ケアにおける訪問看護の実際」

馬 場 恵 子（札幌中央老人訪問看護ステーション管理者）

【第3回定例研究会】（1994年11月30日）参加者29名

テーマ「在宅ケアにおける通所サービス」

○ガイダンス「地域ケアにおける通所サービス」

石川 秀也（特別養護老人ホーム聖芳園）

○報告「地域ケアにおける通所サービス」

対馬 輝美（日本福祉学院副院長）

【第4回定例研究会】（1995年1月19日）参加者44名

テーマ「社協と地域福祉」

○報告「在宅福祉と社会福祉協議会」

白戸 一秀（北海道社会福祉協議会）

【第5回定例研究会】（1995年3月24日）参加者55名

テーマ「ケースマネジメントについて」

○ガイダンス「ケースマネジメントについて」

大内 高雄（美咲市社会福祉協議会事務局次長）

○報告 1「総合リハビリテーションシステムとケースマネジメントを考える」

本間 和彦（北海道生活福祉部高齢化・地域福祉対策室地域福祉課主任）

○報告 2「ケースマネジメントと高齢者『在宅福祉』」

高橋 誠一（札幌大学教授）

1994年度の総会及び研究大会は、9月23日に札幌市（かでの2.7）において参加者70名を得て開催された。メインテーマは本年度のテーマと同様に「在宅ケアは、どこまですすんだか」であった。具体的プログラムは以下のとおりである。

○講演「リハビリテーションにおけるコミュニティ・アプローチの課題」

講師 忍 博次（北星学園大学）

○シンポジウム「在宅ケアは、どこまですすんだか」

司 会 杉岡 直人（北星学園大学）

シンポジスト 小酒井 正徳（士別市社会福祉協議会）

笠山 みつえ（栗山町保健課）

佐藤 法貴（特別養護老人ホーム 幸栄の里）

吉井 久子（石狩町ぼけ老人を支える会）

1994年度の機関紙は1回のみ発行となったが、7月31日に「北海道地域福祉学会ニュース No.2」が発行された。

－ 編集後記 －

1993年10月に発足した当学会の年輪を刻むべく、機関誌「北海道地域福祉研究」を漸く創刊することになりました。

お忙しい中、ご寄稿いただいた先生がたに深く感謝申し上げます。創刊にこぎ着けられたのは準備を牽引された北海道社会福祉協議会の会員諸氏のご協力の賜でもあります。これで漸く当学会の学術研究の体裁が整いました。

引き続き第2号の刊行も準備中です。地域福祉研究の実りを揚げ、相互に研究を裨益する場として広く皆様の投稿をお待ちしています。また、より充実した機関誌にするため、編集へのご意見をいただけますようお願い申し上げます。

今後とも「北海道地域福祉研究」を全会員で育てていただければ至福と願っています。

(橋本 伸也)

北海道地域福祉研究

1995年(第1巻)

平成7年9月24日

北海道地域福祉学会

会長 忍 博 次

〒060 札幌市中央区北2条西7丁目

北海道立社会福祉総合センター内

☎ 011-241-3976
