

## 在宅障害老人訪問事業の現状と課題

— 老人保健事業・老人訪問看護・ホームヘルプ事業の連携について —

住居 広 士            山岡 喜美子\*  
三宅 恵 子\*        秋田 裕 子\*

### 1. 緒 論

現在の在宅高齢者保健福祉サービスは多岐にわたり、それぞれが交錯しながら在宅障害老人への援助が行われている。我が国における急速な高齢化は、欧米先進国等の例からみてもいまだかつてないことであり、こうした社会情勢の中で、平成元年十二月に「高齢者保健福祉十カ年戦略」(ゴールドプラン)が策定され、「寝たきりゼロ作戦」を実施している<sup>1)</sup>。

福祉制度改革として、福祉関係8法改正が行われ、平成2年6月29日に法律第58号として公布された。今後の高齢化社会の到来に対応し、高齢者の保健福祉の推進等を図るため、住民に最も身近な市町村で、在宅福祉サービスと施設福祉サービスがきめ細かく一元的かつ計画的に提供される体制づくりを進める等の改正が行われた。入所及び在宅サービスに関する介護等の措置の総合的な実施、在宅サービスの位置づけの明確化、特別養護老人ホーム等への入所措置権の市町村への委譲、老人福祉計画の策定等を内容とする老人福祉法等一部を改正する法律が制定された<sup>2)</sup>。

平成3年厚生省老人保健福祉部より、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」が作成され、さらに平成5年度厚生省の「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」も併せ、総合的な障害老人に向けた保健福祉対策がなされようとしている<sup>3-4)</sup>。平成6年4月に21世紀に向けて福祉ビジョンが策定され、平成6年12月に新ゴールドプランが合意され、さらにその財源として介護保険が提唱されている。

平成3年度に老人保健法も改正され、平成4年度より老人保健事業第3次計画の柱として、老人訪問看護制度が新たにスタートした。現在在宅では、保健婦、看護婦、ホームヘルパー等が、寝たきり老人等の在宅障害老人への訪問サービスを実施している。各サービスを受けている対象者の実態、各従事者の連携、及びその支援方法がどのようになされているかを把握する必要がある。そこで、市町村の老人保健事業、老人訪問看護ステーション、ホームヘルプ事業等で行われている寝たきり老人等の実態と在宅障害老人訪問サービスの課題について検討した。

---

\* 岡山県介護福祉研究会

## 2. 在宅保健福祉サービスの体系

### I 在宅保健福祉サービスの対象

人口の高齢化と少子化，成人病の増加，医療の進歩などの社会環境の変化により，国民の保健・医療・福祉に対する要望は多様化し，近年は老年病を主体とする疾病構造へと変貌してきている<sup>5)</sup>。

人口の高齢化に伴い，有病率と受療率が増大し，循環器系疾患と呼吸器疾患，精神障害，運動器疾患などの老年病の増加が顕著である。また家族構造の変化も伴い，家族構成員のうちだれでも，長期療養を要する場合，家族関係の崩壊や家計収支構造の悪化，職業生活の危機などが起こる可能性がある。特に核家族化による独居老人世帯の場合には，その生活への影響は極めて高い危険性を伴う。

在宅障害老人の場合，寝たきりと老年期痴呆の合併による機能障害・能力障害・社会的不利・心理的側面・社会生活環境因子等を総合した保健福祉支援システムの構築の必要性があると思われる。寝たきりと痴呆性老人は高齢者の最大の健康福祉問題であるが，両方の病態の合併率も一律ではなく，その合併率によって障害度・介護負担度は様々である。来るべき高齢化社会の対策のために，在宅高齢者の寝たきり老人と痴呆性老人に対する介護や援助のシステムの確立は必要不可欠である<sup>6)</sup>。

### II 在宅障害老人保健福祉サービスのニーズの現状と把握

在宅障害老人に対する介護負担度を考慮した介護支援システムは，障害老人の日常生活自立度とその介護支援項目の困難度と介護者の関わり方により，包括的に社会的な管理をされるべきと考えられる。その要介護者の生活，自立度，困難度，病状などを統合し，その在宅障害老人を認識し，介護ニーズを判断しその個別性と多様性に対処し援助自立させる必要がある<sup>7)</sup>。

在宅障害老人の日常生活の介護支援には，身体機能に加え，知的機能とくに老年期痴呆の関与を考慮する必要がある。身体的機能と知的機能障害が相乗的に自立度を低下させるのではなく，介護負担度は身体的と知的機能の両者が著明に制限されると逆に介護負担が軽減するという相反的傾向も認識されている。よって厚生省の寝たきりと痴呆性老人の日常生活自立度判定基準を併せた新しい統合的なニーズの判定基準の策定が必要である<sup>8)</sup>。さらに，在宅の高齢者の個別性や環境因子を検討した長寿社会に向けた高齢者保健福祉システム対策のためにも日常生活自立度判定基準の確立によるニーズの的確な把握の必要性がある。

近年，地域生活とを結ぶ医師の往診，保健婦・看護婦の訪問看護，ホームヘルプ，地域リハビリテーションなど老人訪問活動の重要性がますます高まっている。その活動領域を単に入退院の指導，家事介護だけでなく，患者と家族の療養生活への日常生活指導や援護をし，家族を地域社

会から孤立させないように、医療と福祉の連携で、家族と生活の崩壊を予防することが求められている<sup>9)</sup>。

障害老人を、単に疾病ごとあるいは臓器別ごとに医学的に管理するのではなく、包括的な社会的管理が必要となり、高齢者の生活像全体とそのニーズを的確に把握して管理することが必要である。特に在宅ケアには、その医学的管理よりも、介護や看護を中心とした管理が優先すべき場合が多くあると思われる。もし在宅ケアに対応できるだけの介護力が家庭にない場合には、現在の保健福祉制度下では、きめ細かな在宅ケアは期待できず、保健福祉施設等への入所を選択する傾向にある<sup>10)</sup>。

さらに在宅ケアをささえるべきプライマリーケアの担い手である家庭医と地域住民との結びつきが希薄になり、ますます患者や家族の施設入所への要望が強まっている。病院への長期入院は、新たな医療保険点数等の改正などにより、治療効果が認められない場合には、長期治療継続が非常に困難となっている。かなりの重度の患者でも、在宅へ復帰や退院指導がすすめられている。希望する入所施設も、その待機の期間が非常に長く入所措置が困難である場合がある。いままで遭遇しなかった重度心身障害者や内部障害なども、在宅で介護することの必要性がでてくる可能性もある。

### Ⅲ 在宅保健福祉の制度的枠組みと体系

在宅ケアを整備するには、まず在宅ケアチームの編成が不可欠である。在宅ケアを継続するための条件として、① 信頼できる家族介護力の存在 ② 在宅ケアの社会施設の存在 ③ ホームヘルパーの派遣 ④ 在宅ケアチームの編成 ⑤ 24時間監視介護体制の整備 ⑥ 緊急時入所施設の完備 ⑦ 住宅の問題 ⑧ 福祉機器の導入などがあげられる。

在宅ケアをより長く継続させるための要因を検討すると、介護を受ける者の身体状況、精神状況、家族の介護能力、介護補助者の存在の有無が大きく関与する。特に寝たきり度が重度であるか、あるいは寝たきり度が軽いかつ痴呆が軽度の場合に、在宅で長期に介護することが可能となりやすいが、それ以外の在宅障害老人の場合は、施設入所に移行してしまう場合が多くなっている。家族の介護能力や看護婦やホームヘルパーなどの介護専門職者等が協力して、在宅の介護能力をいかに向上させるかが重要となってくる<sup>11)</sup>。在宅介護には、家庭介護者の高齢化が著明であり、その介護能力を強化することにも限界があるため在宅介護能力を高めるには、ホームヘルパーをはじめとする在宅介護専門職の能力と資質を高めることが求められている。今回、岡山県内の在宅障害老人の実態とその訪問活動の現状と課題について検討した。

### 3. 在宅障害老人訪問事業の現状

#### I 在宅障害老人訪問事業の実態調査の対象と方法

在宅施設における障害老人の寝たきり度の分布状況把握のため、病院に6ヶ月以上入院の136名、特別養護老人ホーム入所者156名、老人保健施設入所者の89名と在宅要介護高齢者で寝たきり訪問の131名の総計512名（男性150名（平均年齢 81.5±7.6歳）、女性362名（平均年齢 80.5±6.7歳））を対象とした。

岡山県内2市町村保健センターによる在宅寝たきり老人訪問事業対象者83名（男性38名、女性45名、平均年齢82.9±7.6）、老人訪問看護ステーション41名（男性13名、女性18名、平均年齢82.1±7.1）、ホームヘルプ事業40名（男性22名、女性18名、平均年齢78.5±9.7）の総計164名（男性73名、女性91名、平均年齢81.6±8.2）を対象とした。ホームヘルプ事業の40名のうち、要介護援助者は18名、要家事援助者は22名である<sup>12)</sup>。

1991年厚生省の障害老人日常生活自立度判定基準に基づき、寝たきり度の判定と在宅における各機関の訪問状況等について調査し、その現状と課題について検討した。調査方法は、配票調査法によった<sup>3)</sup>。

#### II 在宅障害老人訪問事業の実態調査の結果

病院と特養でともに最も重度寝たきり（C-2ランク）の占める割合が約3割と多く、老健、在宅には少なかった（図1）。特養と老健は準寝たきり（Aランク）も約4割と比較的多かった。

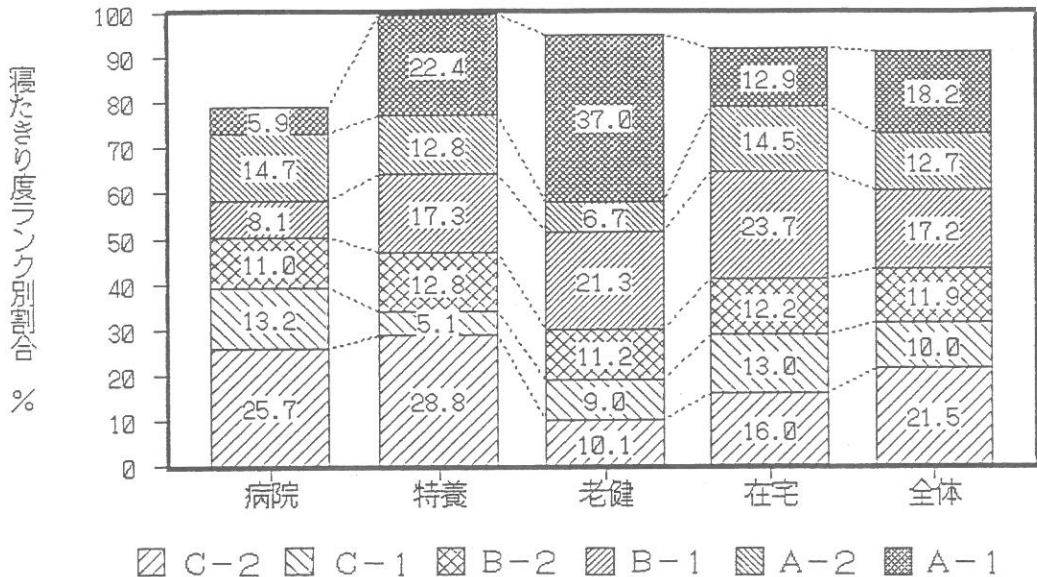


図1. 住宅・施設別の寝たきり度判定基準別の分布（生活自立Jランクを含む）

在宅障害老人訪問事業の現状と課題

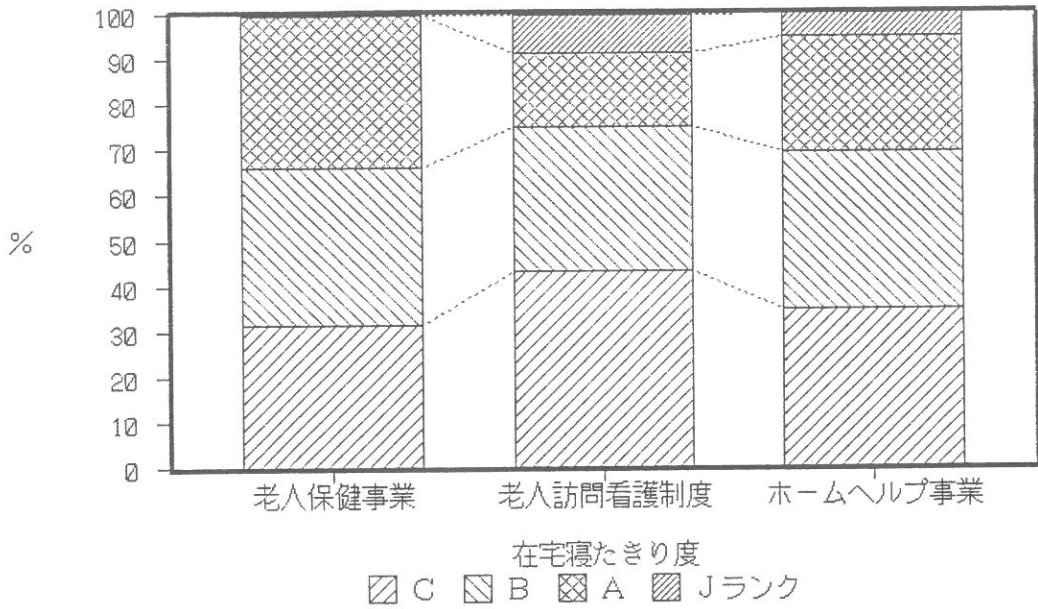


図2. 在宅老人訪問事業における障害老人の寝たきり度の分布

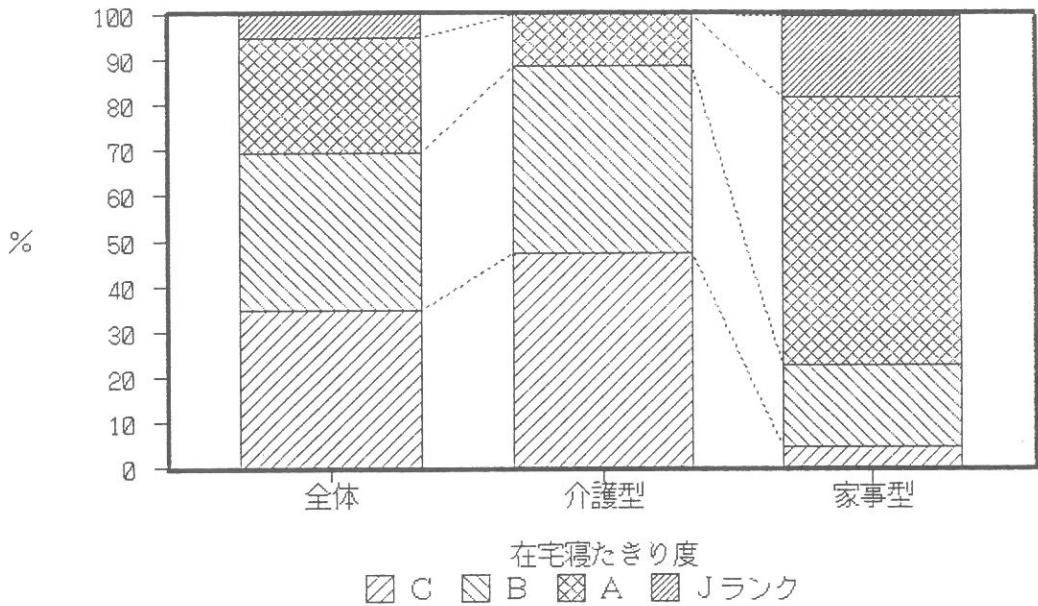


図3. ホームヘルプ事業における介護型・家事型の障害老人の寝たきり度の分布

在宅要介護高齢者は、介護を要し座位保持可能な寝たきり度（B-1ランク）が多かった。

各訪問事業において、最も重度な寝たきり度であるCランクの占める割合は、老人保健事業での訪問が約2割、老人訪問看護ステーションでの訪問が約3割、ホームヘルプ事業が約3割を占めていた（図2）。さらに、ホームヘルプ事業のCランクの訪問対象者は、ほとんどが介護援助を必要とする者が約50%にも達し、家事型対象者は約5%を占めるにすぎなかった（図3）。

中等度寝たきりであるBランクは、老人保健事業の訪問が約4割、訪問看護が約2割、ホームヘルプ事業が約3割を占めていた。ホームヘルプ事業の訪問対象者はBランクの場合、要介護援助者と要家事援助者の割合は2対1であった。

準寝たきりであるAランクの場合、老人保健事業の訪問が約3割、訪問看護が約1割、ホームヘルプ事業が約3割を占めていた。ホームヘルプ事業の訪問対象者はAランクの訪問対象者は、大部分が要家事援助者であった。

生活自立群であるJランクは、訪問看護が約2割、ホームヘルプ事業が約1割であった。老人保健事業では、このJランクは訪問対象者とされていなかったと思われる。

訪問実月間訪問回数は、老人保健事業がBランクで0.57（回/月）、訪問看護ではCランクに5.7（回/月）、ホームヘルプ事業では、Bランクに6.7（回/月）と各々の訪問事業において異なった寝たきり度ランクでの訪問回数が最も頻回であった（図4）。

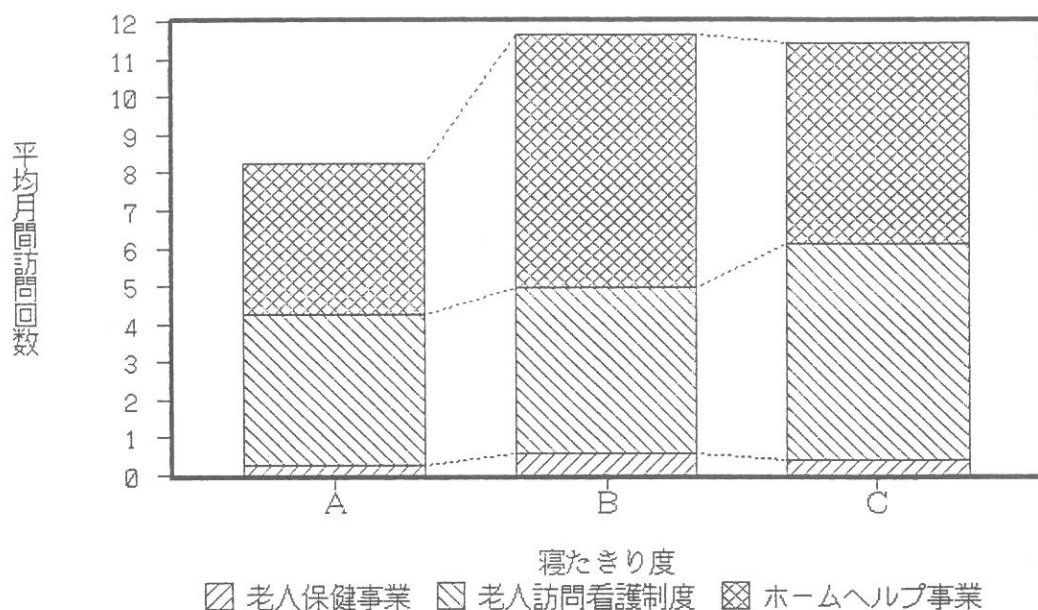


図4. 在宅老人訪問事業における障害老人の寝たきり度別の訪問実月間平均訪問回数（回/月）

老人保健事業の訪問は、準寝たきり度Aランクで、他事業の訪問割合に比較して多かった。訪

問看護は、より医療機関と関連のある重度寝たきり老人Cランクへの訪問が多かった。またホームヘルプ事業は、寝たきり度高くなるにつれて家事援助から介護援助への要望が高かった。

### Ⅲ 在宅障害老人訪問事業の現状と課題

在宅障害老人の訪問事業は、保健・医療・福祉の分野がそれぞれ独自の方針でもって訪問している。さらに、その訪問回数、訪問時間、訪問判定基準も、明確にされておらず、各機関の判断の基にマンパワーの許容範囲内でのみ訪問している。その訪問対象も、実際に訪問している対象者のみを検討すると、すべてのサービスの供給をうけると在宅で自立できても、単独のサービスのみでは、片手落ちで十分ではない事別が散見された。その訪問の実態もそれぞれが他の事業の状況について把握できておらず、各機関の方針も統一されていない。また、在宅サービスをうけていない在宅障害者の件数も含めて考慮すると、現在の在宅保健福祉サービス供給だけでは、十分とはいえない。

各々の機関の情報をよせあつめ、十分な検討をしたうえで、各機関のチームアプローチが必要となる<sup>9)</sup>。厚生省の保健福祉医療等の調整と総合的推進のために、現在3つの施策が行われている。  
①市町村の高齢者サービス調整チーム、都道府県に高齢者サービス総合推進会議（1987年6月）  
②老人ホームへの入所判定委員会の設置（1984年9月） ③地域の実状に応じて一元かつ計画的に実施するため、福祉関係8法の改正により、(a)事務の市町村への委譲、(b)老人保健福祉計画の策定などの保健福祉医療の連携化が図られている。

平成4年度市町村保健福祉情報調査により、老人保健福祉分野にて連携を実施するうえで効果的と考えられる要望として、①情報ネットワークの整備 ②活動拠点の一元化 ③組織の見直し ④窓口の一元化 ⑤個人台帳の共有 などが具体的に提唱されている。

在宅福祉サービスのなかで、ホームヘルプ活動、ショートステイ、デイサービスがその三本柱として、ゴールドプランでその充実がはかられているが、そのなかでも、在宅福祉に直接的援助するのは、障害老人訪問活動であり、とくにその社会的整備が強く望まれる。今回の調査により、ホームヘルプ事業では、寝たきり度が高くなるほど、介護型が求められており、今後の課題としてホームヘルプがどこまで介護するのか、保健や看護と介護の重なり合う部分をどうケアするのか、より質の高い介護をどこまで行えるかなどの課題と、ホームヘルプ事業の専門性が問われていると思われる<sup>6)</sup>。

さらに訪問活動も、柔軟に対応していけるように、その権限をできるだけ地方の現場におろし、規制をくわえず、対象者の要望に答えうる事業として展開されることが期待されている。さらに在宅の場合、施設とは違い、個別処遇が特に期待されているため、訪問活動のマンパワー資質の向上とその効率化をさらに高める努力が必要である<sup>13)</sup>。

## 4. 在宅障害老人訪問事業の課題と今後の展開について

### I 在宅障害老人訪問事業における経済的課題

いまだかつてない急速なる高齢化のため、「国民医療費」等の社会保障費は、国民総生産の鈍化と対照に、その伸びが急速に上昇している。その増勢を抑止するための諸抑制政策がにわかに導入されるも、年金や保険制度などの慢性的構造的赤字という財政危機に瀕している<sup>5)</sup>。

日本経済が深刻な経済停滞の根底にある現在、医療や福祉の概念も、その理解、その範囲も、どこまで区切るのかが問題となってきた。社会保障の概念も大きく広がり、医療公衆衛生、社会福祉、健康対策や保健予防、リハビリテーションと拡大し、それぞれの専門性がより高度になってきている<sup>14)</sup>。ケアという概念も同じように拡大し専門化してきている。

このような経済的状況下、厚生省は高齢者介護の分野に公的介護保険の創設を提唱しており、その医療保険と別建ての社会保障を求めている。公的介護保険の財源負担や適応範囲・判定基準など今後検討すべき課題が多くある。

### II 在宅保健福祉の統合化

在宅ケアを地域からサポートする医療機関が、全体として著しい機能の停滞化ないし脆弱化の傾向がある。しかも保健医療福祉の人材不足とその人権費の高騰により、医療部門は拡大から縮小傾向を迎えようとしている。在宅医療ケアの崩壊が深刻化している要因の一つとなっている。

在宅ケアの活動には、医療、保健、福祉の縦割りの各分野にそれぞれ分散されている。それらを今後どのように再構築するかが、今後の大きな課題となり、その連携が在宅ケアの発展の鍵となっている。高齢者は、ほとんど何らかの疾患を合併しており、さらに家族形態や生活様態の変化など、介護専門職にはその把握のため高度な知識が必要となってきた<sup>13)</sup>。

ホームヘルパーにも、介護福祉士の国家資格、ホームヘルパーの第1、2、3級の研修課程でその介護能力の維持と向上が図られている。様々なレベルのホームヘルパーがさまざまな対象者に対して関わってくるようになる。それぞれのホームヘルパーの連携をコーディネートでき、さらに他の職種に対しての調整能力のある機関や人材も必要となってくる。

最近ゴールドプラン以後、在宅の社会資源のメニューがしだいに豊富になってきている。現在老人訪問事業としての3本柱には、①保健婦による保健訪問指導、②看護婦による老人訪問看護ステーションからの訪問看護、③ホームヘルプ事業によるホームヘルパーによる家事援助と介護援助訪問があり、その連携の現状について今回検討した。それぞれの訪問活動がすべて関わることによって、家族介護力の低下を補うことができるが、単独事業の訪問だけでは、時間とマンパワーの不足のため、必要条件として信頼できる家族介護力がないと家族をサポートするのは困難と思われる<sup>6)</sup>。その訪問回数や適応については、現在明確な規定がなく、一律の処遇のみしかなさ



れていない。たとえ、保健と福祉の行政組織編成や老人訪問看護の報告書、高齢者調整チームの担当者会議がなされても、現場の実践者同志の連携は不完全であり、家族や対象者のみが現場の実態を認識している現状である。その老人訪問活動に関しても、直接的な地域医療との関連がもたれていない。いままで、地域医療計画、老人保健福祉計画で、医療と保健ならびに保健と福祉の領域の目標値が定められているが、将来、医療福祉計画の策定により、医療と福祉の関係者により、その連携とその整備に関する計画目標を掲げられることを期待したい。特に、いままで医療と福祉の関連や連携が、その領域が拡大するにもかかわらず、あまりにもその連携は薄い現状である。お互いにその立場と多様性を認め、よりよい長寿社会へ向けて、その連携を模索していく必要がある。

### Ⅲ 在宅保健福祉支援システムのあり方について

保健医療福祉は、これからの長寿社会には、お互いに補い合いともに発展していく必要がある。それぞれの分野において、対象者の個性を重んじて、その個人主義を認め、その個人に合ったサポートシステムを構築していく必要がある。すべてを平均化して考え、集団処遇と団体行動を重んじる旧来の日本式システムとは、異なる個別処遇のシステムを確立する必要がある<sup>15)</sup>。

医療や福祉分野でも、経済の動向に大きく影響をうけており、そのコストに関する観念が次第に重要視されてきている。いかに効率よくかつ効果的に治療や処遇をするかについて様々な工夫や努力が必要である。民間企業だけが、コスト削減のために、効率をもとめる時代から、長寿社会では、すべての分野において、その効果や効率についての意識の変革が必要になってくると思われる。

現在の欧米は、我々が高齢者になる頃の日本を象徴していると思われるが、長寿社会へむけた明確な青写真は未だ描けない。日本も、その現実の困難な状況に直面しないと大きな腰をあげられない。長寿社会では、いろいろな分野の専門家が他の分野の方と、連携をしていかないと一つの問題解決だけではなんら解決にはいたらない。それぞれの専門家は、専門家として主導権をにぎろうとするのではなく、専門家としてのコーディネーターとしての役割が重要となってくる。長寿社会では、おのおの専門性が枝葉であり、連携することが幹であるという発想の転換が必要であり、専門性に対する認識の変革が求められている<sup>16)</sup>。

最近、登録型のホームヘルパーが養成され、その人材不足と経済効率化が図られている。ホームヘルプ事業には、一般の方でも可能な家事援助から、高度な在宅ケアの一翼を担うなど、さまざまなレベルのケアを要望されている。それぞれのレベルを担う人材養成が不可欠である。看護の歴史にても、地域保健活動を担う保健婦が養成されてきているような、地域介護活動に関わる介護福祉士の養成が必要であるが、現在は、福祉施設中心の介護福祉士養成のみとなっている。在宅ケアに関しては、資材や経済資金よりも、最も重要なことは、在宅ケアを担える人材の養成と研修である。現時点では、病院や診療所にホームヘルパーの委託が認められていないため、よ

り密接な連携が特にホームヘルパーの場合取りにくいため、よけいに他の保健医療の在宅関係者との連携がとれうる人材の養成が必要である<sup>6)</sup>。

ホームヘルプ事業の援助項目と施設介護の援助項目は大きく異なっており、とくに施設の場合は、身体介護を中心とした業務が主体となり、看護や指導員以外の介護業務を主体に行われている。ホームヘルパーの場合、家庭援助、身体介護、さらには看護婦や指導員に関連する業務などを担当しており、幅広い業務展開が必要であり、それを対象者に合わせて単独で調整展開しなければならない。

在宅には、家族という個別性のある因子が伴うため、統計的学的方法による社会調査だけでは、なかなか個別な実態は捉えにくかった。これらの事例の知見の集積を基に、在宅におけるいくつかのパターン認識とその援助方法が確立されるなら、さらに在宅介護専門職に求められている業務内容の明確化と連携が図れるとおもわれる<sup>7)</sup>。

日本の在宅ケアは、手探りの状態で対象者の援助を自己流に対処されて、幾度も困難な場面や問題点が放置されているが、それを十分に相談あるいは調べる資料や施設も不足している状況である。在宅ケアは単なる人材をふやすだけでなく、その人材をいかに養成し、いかに連携をとらせ、在宅障害老人とその家族を自立と更正をはかり、コーディネートできる専門家の養成が今こそ最も求められているのである<sup>16-17)</sup>。

#### 【謝 辞】

今回の調査にあたり、建部町役場 松川 誠係長、金光町役場 清水昌子課長、岡山ケアステーション看護協会、平成老人看護ステーション、牛窓町社会福祉協議会および岡山県介護福祉研究会の皆様方にお世話になりここに深謝いたします。この研究の一部には、平成5年度岡山県高齢者保健福祉事業の助成事業によりました。

#### 【参考文献】

- 1) 大森 弥, 村川浩一, 石塚正敏「老人福祉計画大作戦」, 月刊総合ケア, 10, 17-33, 1992.
- 2) 厚生省, 「厚生白書 平成3年度版」, 177-187, ぎょうせい, 東京, 1992.
- 3) 厚生省大臣官房老人保健福祉部保健課「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準作成報告書」, 厚生省, 1991.
- 4) 厚生省老人保健福祉局「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の活用について」, 厚生省, 1993.
- 5) 西岡幸泰「現代日本医療政策論」, 労働旬報社, 東京, 1985.
- 6) 一番ヶ瀬康子監修「日本介護福祉学会設立準備委員会, 「介護福祉学とは何か」, ミネルヴァ書房, 京都市, 1993.
- 7) 橋本祥恵, 小玉美智子, 片山信子, 迫 明仁, 住居広士他「老人・障害者(児)援助業務に関する調査報告書」, 岡山県立大学短期大学部, 1994.
- 8) 住居広士, 高山忠雄, 黒澤貞夫「高齢者の寝たきり, 老年期痴呆と日常生活自立度との関係について」,

- 岡山公衛誌 5, 73-78, 1993.
- 9) 前田信雄「保健医療福祉統合」, 劉草書房, 東京, 1990
  - 10) 小倉一春「21世紀の医療・看護を考える」, メヂカルフレンド社, 東京, 1987.
  - 11) 佐藤 智「看とりの医療-ぬくもりの在宅ケアへの道すじ-」, 保健同人社, 東京, 1987.
  - 12) 国定美香, 住居広士, 岡本友好, 菅波 茂, 大森豊緑「在宅と施設における寝たきり度分析について」  
岡山公衛誌 4, 70-72, 1992.
  - 13) 一番ヶ瀬康子, 中村優一, 北川隆吉「高齢化社会と介護福祉」, ミネルヴァ書房, 1988.
  - 14) 千野直一「リハビリテーション医療社会学-ソーシャルワークとそのシステム-」, 医歯薬出版, 東京,  
1989.
  - 15) 平山宗宏, 高山忠雄「保健福祉学概論」, 川島書房, 東京, 1994.
  - 16) 黒田輝政他, 「高齢者ケアはチームアプローチで」, ミネルヴァ書房, 1994.
  - 17) 山岡喜美子, 住居広士, 西澤 稔, 仁科優子「介護福祉研究ノート」, 大学教育出版, 1995.

(平成6年11月28日受理)