

〈教育報告〉

平成6年度専門・専攻課程合同臨地訓練報告

岩永 俊博（疫学部）

鈴木 晃（建築衛生学部）

公衆衛生院には、医歯薬系、理工学系、保健婦、栄養など、さまざまなバックグラウンドを持った学生が学んでいる。しかもその特徴は、それぞれの基礎教育の上に立った、公衆衛生ということが、教育の核になっているということである。公衆衛生の目的が人の健康であるということは、卒後の活躍の場が、国レベルであれ、地域レベルであれ、また、民間であっても行政であっても、その展開の場は、人が生活している「まち」であり、「むら」である。そこに暮らす人たちの生活習慣や上下水道、廃棄物の処理、住居などの生活環境がターゲットとなり、その最終目的は、人の健康である。

さて、合同臨地訓練（合臨）は、公衆衛生院に学ぶ専門課程、専攻課程の学生がチームを編成し、合同で、地域に臨んで現実の公衆衛生の問題に取り組むという、公衆衛生院独自の実践的教育訓練の科目である。

各学生の持つ職種という背景や立場の異なった学生同士がグループに分かれて、具体的な地域をフィールドとして、実施方法や内容、日程など共に討議しながら進め、得られた結果について最終的な報告書を作成するという過程をたどり、決まった時間内の講義だけでは得られない「組織的な努力で行う公衆衛生とはなにか」ということをつかむことを目的としている。

また、各チームの具体的な調査の目的や、対象、内容などは、フィールドとなる現地と調整し、協力していただいた機関の今後の活動に役立つものとする事は、第一義的に重要なことである。

これまで、住民の暮らしや健康、病気などを見つめて、住民とともに仕事してきた学生、大学を卒業したばかりで、「住民」という言葉にさえない学生、これまで「住民」や「生活」など考えたこともなかった学生など、価値観や、公衆衛生にたいする見方の異なった学生が、この期間に、学ぶ目的を話し合い、展開方法を決め、一つの目的に向かって進んでい

くということは、一方では大変な作業である。しかし、一方では、違った立場や経歴の人とこの課程をとることは、各学生にとって、自分自身の変革になり、また、思い出深いものとして残っていくであろう。

今年度の合臨は、11月21日、22日の現地及び院内での発表会を最後に、滞りなく終了することができた。学生や各チームの指導教官の御努力や、表に現れないさまざまなご苦労のたまものである。また、フィールドとなっていたいただいた現地の関係機関、関係者の方々には、期間中、多くのご迷惑をおかけしたにもかかわらず、ご指導、ご協力をいただいたことに、深く感謝する次第である。それぞれのチームの成果が、現地での今後の活動に生かされることができれば幸いである。

例年は、4～5の課題が出されるが、今年度は、3題であったため、各チームの人数が例年より多くなった。そのことは、各チーム内での役割分担や仲良し度に影響するのではないかと、さらにそのことは、合臨での各自が学ぶこと、チームとして学ぶことにも影響を与えるのではないかと、ということは結果的にフィールドを提供いただいた地域に及ぼす結果にも……と、つまり一言で言えば、合臨担当の主任、副主任をして、「うまくいかないのではないだろうか」という気持ちにさせたのであった。

ところがチームが生まれ、運営がチームにまかされ、課題の料理方法やその後の展開方法をチームで話し合い、進んでいく過程で、それぞれのチームが、メンバーの特色を出し合い、最終的にはすばらしい報告会へと結びついていった。

各チームが実施した課題とその内容、結果については、それぞれのチームの報告を見ていただくことにする。

合臨の目的は、提示された課題について、チームで料理をする方法を学ぶことであろう。それには、①課

題を明確にすること、②獲得目的を明らかにすること、③料理の手順を明らかにすること、④その中でチームの構成員の役割を明らかにし、各自がそれを果たし、必要に応じ助け合うこと、⑤その結果として何が明らかになったかをまとめることなどが含まれるであろう。

そしてまた、重要なことは、そこにでた結果が、フィールドとなった地域の今後の展開に、どのように生かされるのかということと、合臨の経過で学んだことが学生自身のこれからの公衆衛生分野での仕事に、どのように生かされるのかということである。

合臨を経験した卒業生から「とても思い出に残っている」という声をよく聞く。どのような思い出として残っているのかが少々気になるところでもある。楽し

かった、苦しかった、いやだった、仲間ができた、勉強になった……。少々気になるというのは、「学んだことが何らかのものとして、今の自分に、生きているだろうか」ということである。それは、方法論、あるいは、考え方として。

公衆衛生院の教育、とくに合臨は、単に知識の教育ではないだろう。考え方や方法論について、学生どうし、教官と学生、学生と現地の人たちなど、お互いが議論し合い、学び合うことが大切である。

現場での活動に生かしてみて、さらに現場の活動から得たことによって、合臨で学んだことを自分なりに編曲していく力を獲得できるような合臨であればと思っている。

<教育報告>

在宅ケアの一環としての住宅改善支援に関する研究
— 柳原病院補助器具センターの活動をととして —

合同臨地訓練報告 第1チーム：王 徳文・小 椋 正之・工 藤 芳子
坂 村 修・岩 石 眞須子・宇 野 千賀子
小野寺 泉・猿 田 貴美子・信 野 佐千子
水 嶋 明 子・小 川 泰 代・佐 藤 准 子
本 家 朋 子・吉 地 玲 子
指 導 教 官：鈴 木 晃・池 田 耕 一・岩 田 利 枝
松 本 恭 治・大 中 忠 勝・市 川 勇

I. 目 的

在宅ケアが推進されている今日、地域で住み続けるための住宅改造・補助器具導入への関心が高まりつつある。これを進めていくためには、経済的支援のみならず、保健・医療・福祉の総合的な支援が必要とされている。本研究においては、在宅療養者のための住宅改善を支援する方法を明らかにすることを目的として、在宅ケアの一環としての医療側からの地域に密着した住宅改善の取り組みを検討する。

II. 対象および方法

(1) 対象地区概要調査

1) 調査対象地区である東京都足立区は、総人口631,163人、65歳以上の高齢者の割合9.3%で、住宅改善費助成事業の平成2年度実績は、高齢者千人あたり的高齢者・障害者の合計で3.42件、都内順位29位であった。内容は都に準じ、浴室・玄関・台所・トイレ・居室の改造の総額で約140万円、本人負担額は生計中心者の前年所得に比例して決定される。今回の調査にご協力いただいた柳原病院は、病床85の民間病院で、24時間の急患体制、在宅医療のための訪問看護の独立部門、補助器具センターを併え、積極的に地域の診療所と連携を強めながら都市型地域医療病院の典型をめざした医療を行っている。

(2) 訪問調査

1) 調査対象：柳原病院補助器具センターが1993年6月より1994年8月の間に直接的・間接的に住宅改

造・補助器具導入に関わった180ケースの中から、複雑な支援が必要であった事例38ケースを選び、当院からの要請に了解を得られた31ケース、29世帯を対象とした。

2) 訪問調査：本人、家族、またはその他の介護人を対象に面接聞き取り調査、住環境や住みかたの見取り図、住宅の状況について写真撮影を行った。調査期間は1994年10月6日から10月18日の間であった。

III. 結 果

(1) 調査実施世帯の概要

1) 対象者の基本的属性：年齢内訳は、20代-1人、30代-2人、40代-1人、50代-2人、60代-6人、70代-9人、80代-9人で、65歳以上の高齢者は20人と全体の65%を占めた。原因疾患は神経系疾患が11例と最も多かった。これらのうち往診をうけているものは21例(68%)、訪問看護をうけているものは25例(81%)であった。調査対象を柳原病院が関わりを始めてから現在に至るまでの病状について「安定群」「不安定群」の2群に分けて比較した。「安定群」は65歳以上の高齢者が76%に対して、「不安定群」では40%であった。疾患別にみると神経系疾患の割合が「安定群」24%に対し、「不安定群」60%であった。福祉サービスの利用についてもホームヘルパー導入が「安定群」14%に対し、「不安定群」80%であり、差異がみられた。一時入所およびデイサービスについては高齢者の多い「安定群」に多く利用されていた。家族構成は、2世帯以上の世帯が10例、夫婦と子の世帯が2例、夫婦のみ(すべて60

歳代以上)が8例, 単身世帯が3例, 母子, 父子, 姉妹が各1例ずつ, その他5例であった。主な介護人の内訳は, 配偶者が14例と最も多く, 以下子ども7例, 親3例, 姉1例, 兄嫁1例, 主な介護者なし5例となった。介護者の年齢は60歳代以上が13例と全体の42%を占め, そのうち, 介護者が腰痛, 高血圧など健康への不安を訴える例が6例あった。

2) 住環境: 住宅の種類では一戸建てが21例(68%), 共同住宅9例(29%, 木造3例), 長屋が1例(3%)であった。所有形態では, 持ち家24例(77%), 公団・公営借家3例(10%), 民営借家3例(10%), 社宅1例(3%)であった。居住水準別では, 「都市居住型誘導水準」以上が2例, 「都市居住型誘導水準」未満で「最低居住水準」以上が22例, 「最低居住水準」未満が5例, 不明2例であった。腐朽破損の程度は「修理を要しない, または小修理を要するもの」29例, 「大修理を要する」および「危険または修理不能」2例であった。移動可能性は, 改善前の状態で判定を行った。玄関と同一階に寝室やトイレなどがある住宅でないもの5例, 屋内を車椅子で移動できるスペースがある住宅でないもの12例, ただし, 屋内で車椅子を使用している例で満たしていないものはなかった。車椅子での外へのアプローチができないもの13例であった。

(2) 住宅改善の実態

1) 住宅改造の概要: 31例における延べ改造件数は173件, 1例あたりの改造件数は5件であった。補助機具センターが関与せずに行われた改造20件のうち, 12件は調査時点で使用されていなかった。改造場所は, トイレ, 浴室, 居室, 台所が多かった。改造内容は, 手すりの取り付け, 段差解消が多かったが, 車椅子昇降機取り付け, 天井走行リフト取り付け, 床のフローリング化など大がかりな改造も20件あった。

2) 補助機具導入: 31例中43品目30例に補助機具の導入がされていた。介護用ベッド, 車椅子が各20例, その他シャワーチェア, ポータブルトイレなど多種多様な品目が導入されていた。

(3) 住宅改善実施後の経過

1) 発案者別住宅改善理由: 住宅改善の発案を専門家がしたケースが15件, 専門家以外が16件であり, 前者では介護負担の軽減を目的とする傾向が見られ, 後者では本人のADL低下の自覚, 危険防止, 自立願望な

ど本人の身体状況や気持ちが必要な改善理由であった。

2) 最終改造案に対する満足度: 専門家の発案において, 本人は15人中8人が満足, 家族は13人中9人であった。専門家以外の発案では, 本人は13人中9人が満足, 家族では14人中12人が満足であった。

3) 住宅改造後の総合的な満足度: 専門家の発案において, 本人が満足は13人中10人, 家族が満足は11人中8人, 専門家が満足は14人中11人であった。専門家以外が発案した場合, 総合的に満足したと回答したのは本人で8割, 家族で9割であった。

(4) 住宅改善のプロセス

31事例の訪問調査を行い, 補助機具センターの活動を住宅改善のプロセスに沿って分析し, 活動時期を以下の6期に区分した。

A = 問題発見期: ケースが生活していく上でどんなトラブルがでてくるか, 現在どんな問題やニーズを持っているか, 今後の予測を交えて関わりを始める時期。

B = 動機づけ期: 関わりの初期で, 身体状況をはじめ, 介護状況, 家屋の評価を行う時期。

C = 支援アレンジ期: 本人とその生活背景を把握し, 在宅上や, 入院中のケースは在宅療養に向けてどんな支援が必要となってくるか, 入院中, 在宅に関わらず情報を収集し, 医療, 福祉, 保健上の制度利用を促し, ケースの利益を考えながら住宅改善の原案を作成する時期。

D = 自己選択期: 生活しやすさを求めて, 補助機具や住宅改造の情報提供を行い, 試用, 貸出, 使いこなしを実施し, 導入意欲を定着させる時期。

E = 具体化期: 住宅改造, 補助機具導入を行うことに対して, 自己決定がなされた後, 具体的に業者との交渉にセンターが介入する時期。福祉の窓口へは, 直接家族が手続きするように指導している。

F = フォロー期: 機器の使いこなし, 使用状況の点検等を訪問看護婦, ヘルパー, 医師らに依頼し, 情報収集をする時期。時間の経過とともに身体機能の低下や新たな疾患が加わり, 生活の変換を迫られる場合への対応, 本人, 家族がどうくらしたいかの意考を考慮する。再度の改善が必要であれば介入する。

以上のような一連の活動が補助機具センターのかか

わり方の特徴であった。

(5) 住宅改善による在宅生活の変化

住宅改善の効果を ADL の変化, 本人・介護者の動作の容易さ, 本人・家族の QOL の変化, 本人・家族・専門家の満足度をもとにまとめた。評価した ADL 項目は, 入浴・排泄・食事・室内移動・屋外移動の生活基本 5 項目とした。

1) ADL と動作容易性の変化: ADL 項目において何らかの向上が認められたもの 17 例 (61%), 認められなかったもの 11 例 (39%) であった。後者には, ADL がもともと自立していた 4 例を含んでいる。

2) 住宅改善による QOL の変化: 住宅改善による QOL の評価は訪問調査時点とした。本人の QOL が向上したものは 24 例 (86%), 変化しなかったものは 1 例 (4%) であり, その理由としては介護人との人間関係に起因するものであった。本人の QOL が向上した 24 例中, ADL が向上したものは 16 例であった。また, ADL に変化はないが QOL が向上したものは 8 例であった。家族の QOL が向上した 19 例 (68%) 中, ADL が向上したものは 12 例であった。QOL に変化の見られなかった 3 例は, 家族関係の複雑さなど住宅改善では解決しえない問題であった。

3) 住宅改善による満足度

住宅改善による満足度は訪問調査時点とした。本人の満足が得られたものは 22 例 (79%), 家族の満足が得られたものは 20 例 (71%), 専門家の満足が得られたものは 19 例 (68%) であった。なお, 本人, 家族において病状不安定群で ADL に変化が見られなかったものにも住宅改善による満足度が得られていた。本人の満足度が得られたもので ADL が向上したものは 13 例, ADL が向上しなかったもので不満足が 1 例あった。家族の満足度が得られたもので ADL が向上したものは 12 例であった。専門家の満足が得られたもので ADL が向上したものは 14 例, ADL が向上したが満足が得られなかったものは 3 例であった。ADL が向上しなかったもののうち, 満足が得られたものは 5 例, 得られなかったものは 6 例であった。

IV. 考 察

(1) 住宅改善のプロセスから見た特徴

本研究は, 病院による住宅改善へのアプローチを対

象として調査を行った。対象者は病状が進行性あるいは不安定であったり, 障害も重度の傾向があり, かつ住宅や家庭環境にも問題があり, 複雑な支援を要するケースが多かった。住宅改善の発案からみる特徴として, 専門家以外からの発案は本人が ADL 低下や危険を自覚したとき, 家族が本人の生活を変えてあげたいという思いから取り組んだケースが多く見られた。一方, 専門家からの発案は, 介護負担の軽減や自立を目的としたものが多く, 住宅改善することで在宅ケアを持続できるように支援していた。プロセスを分析してみると, それぞれのケースにおいて住宅改善の促進因子, 阻害因子が存在していた。補助器具センターでは, 細かく各段階における関わりによって, 日本の家屋では導入や操作が難しいといわれ, 抵抗感の強い移動用リフトでさえ高齢の介護者が有効に使用できるように指導していたことが特徴であった。

(2) 住宅改善の評価

住宅改善の目的には, 1) 家庭内の事故を未然に防ぐ, 2) 自立への支援や生活の質の向上をはかる, 3) 在宅介護の負担の軽減, の 3 つがあげられる。本調査では ADL の変化だけでなく, QOL の変化も合わせて評価した。その結果, ADL に変化のあったものが 6 割を占め, 変化のなかったものでも, 動作容易性や介護動作の容易性はほとんどのケースが改善されていた。住宅改善に対する総合的な満足度は本人, 家族ともに 9 割が満足したと答えていた。しかし, 今回の対象者は, 住宅改善箇所や利用補助器具数が多いという特徴があり, その評価をどの時点でするかはいへん難しく, 今後の課題として残された。また, 住宅改善の満足度をみると, ほとんどのひとが満足した結果だった。この満足度には, 訪問調査時の本人, 家族の発言からも, これが住宅改造の内容に由来するものばかりでなく, 在宅ケアを支える関係者の密度の濃い関わりがもたらす総合的な満足感によるものも少なくないと思われる。QOL の変化に関しては, 本人の 9 割, 家族の 7 割に向上が認められた。その理由として, 補助器具センターが本人や家族のニーズを十分に捕え, 綿密な支援をしてきたことが関係していると考えられた。逆に QOL が変化しなかった事例は, もととの家族関係が複雑であったり, 住宅改善では解決しえない問題をかかえていることが原因であった。最後に専門家からみ

た住宅改善の満足度は、その改造内容だけでなく、ニーズや病状に合わせてタイムリーな支援ができたかが評価の重要な視点となっていた。

(3) 住宅改造助成制度と日常生活用具給付制度上の課題

住宅改造を行う上での阻害因子として、助成制度の運用の制限がネックと考えられるケースが少なくなかった。制度には適用範囲に制限があったり、手続きが煩雑であるなどの不満の声もあり、制度の見直しが望まれた。

(4) 補助機具センターの住宅改善の到達点と課題

本調査においては、在宅ケアを進めるなかで、住宅改善と訪問診療、訪問看護が連携を持ち有効に支援が行われていた。しかし、加齢や病状の経過によってはADLの低下は免れないため、これに加えて地域リハビリテーションの整備が望まれた。また、継続的な支援の重要性が明示され、そのための機具や住宅のリサイ

クルシステムの構築などが望まれた。

(5) 進行性疾患に対する住宅改善のありかた

進行性の疾患であっても住宅改善は本人のQOLや介護動作の容易性を高めており、意義があった。ただし、在宅でケースを支えるケアシステムがどの程度整っているか、本人の病状や介護の条件をみきわめることが必要と思われた。

V. おわりに

在宅療養者のための住宅改善は、在宅ケアの一環として位置づける必要がある。そのためには住宅改善の支援の前提として、在宅での生活を支援するための様々なシステムの質と量の拡充が急務である。今後は、保健、医療、福祉の連携のもとに、患者本人・家族に直接接している医療機関・保健所・福祉事務所が、在宅生活の支援者と補助機具や住宅の作り手とのネットワークをつくっていく必要生があると思われる。

〈教育報告〉

住民参加による保健計画作成への試み —住民と考えるまちづくり—

合同臨地訓練報告 第2チーム：板倉真由美・久保倫子・古閑文代
小林友枝・筒井知香・中西理子
中村浩子・野中伸子・朴成淑
鳩野洋子・前田順子・松野朝之
八幡裕一郎・湯谷幹恵・渡辺輝美
指導教官：岩永俊博・北山秋雄・佐藤加代子
畑栄一

1. はじめに

1978年にWHOで提唱されたアルマ・アタ宣言において、地域住民の自助と自決が強調されている。このことより住民参加による保健計画作成することは、今後私たちが地域で効果的な活動を展開していくうえで、不可欠のことと考えた。今回、母子保健活動をとおして、住民参加による保健計画作成のプロセスを実際に展開したのでここに報告する。

II. 目的

母子保健活動をとおして住民参加による保健計画作成のプロセスを検討する。

III. 対象及び方法

千葉県八千代市保健センター職員及び八千代台地区母子保健推進員（以下、母推と略す）を対象とし、次のような方法を試みた。

- ①めざす地域の姿を考え、それを達成するための条件を検討し、図式化した。
- ②この目的関連図をもとに現状調査をした。
- ③現状調査の結果をもとに、達成すべき課題について話し合った。

IV. 展開のプロセス

1. 意味と今回の展開

図1のような住民参加による保健計画作成のプロセスを用いて、今回プロセス6まで展開することを目標とした。

2. プロセスの実際

2.1 目的の共有（プロセス1、2）

〈ねらい〉

母推、職員、学生間で目的を確認し、共有すること
〈ねらいの達成状況〉

「めざす地域の姿」を「子どもが元気で母がいきいき

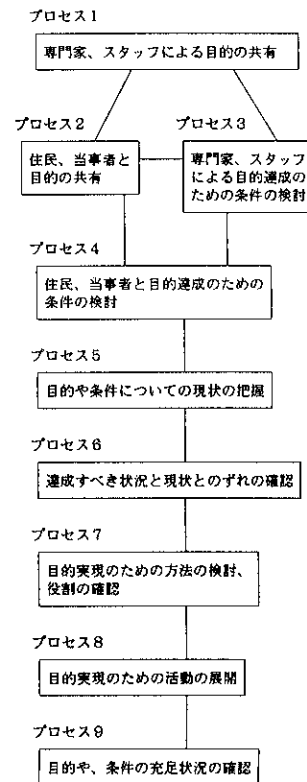


図1 活動展開の流れ

できる」とし、母推、職員と共有できた。
2.2 目的達成のための条件の検討（プロセス3，4）
くねらい

母推、職員、学生間で「めざす地域の姿」を達成するための条件を検討し、具体的なイメージを共有すること
くねらいの達成状況

具体的な条件について、充分母推や職員と検討することはできず、話し合いのあと学生間で条件を検討し、目的関連図（図2）を完成させた。

2.3 目的や条件についての現状把握（プロセス5）
くねらい

目的関連図に提示した目的や条件が、実際には、どのような状況であるか把握すること

く調査の実際

- ・対象：八千代市八千代台地区に住む、1歳児を持つ母親全数（325名）
- ・方法：自記式質問調査票の郵送による調査
- ・期間：平成6年10月8日～10月18日
- ・内容：①背景に関する質問

②目的関連図の「目的」に関する質問

③目的関連図の「条件」に関する質問

・解析方法：統計パッケージ SPSS を使用した。クロス集計の検定には χ^2 検定、順位のある項目に関しては Kendall の τ 統計を用いた。

く調査結果

回答者は 197名（回収率60.6%）であった。

(1) 調査対象の背景

年代では、25歳から34歳までが全体の80.2%を占めた。特に仕事はしていない人が87.8%であった。核家族が78.2%であり、子どもの数は、1人と答えたものが47.2%を占めた。子どもの健康状態で、「どちらともいえない」3.0%、「健康とはいえない」3.6%であった。

(2) 「目的」に関する質問

(2-1) 育児に対する不安の程度

「とても不安を感じる」4.6%、「やや不安を感じる」27.9%、「あまり感じない」41.6%、「ほとんど感じない」23.9%であった。

(2-2) 子どもと過ごす時間の楽しさ

「とても楽しい」34.0%、「楽しい」56.3%、「あまり

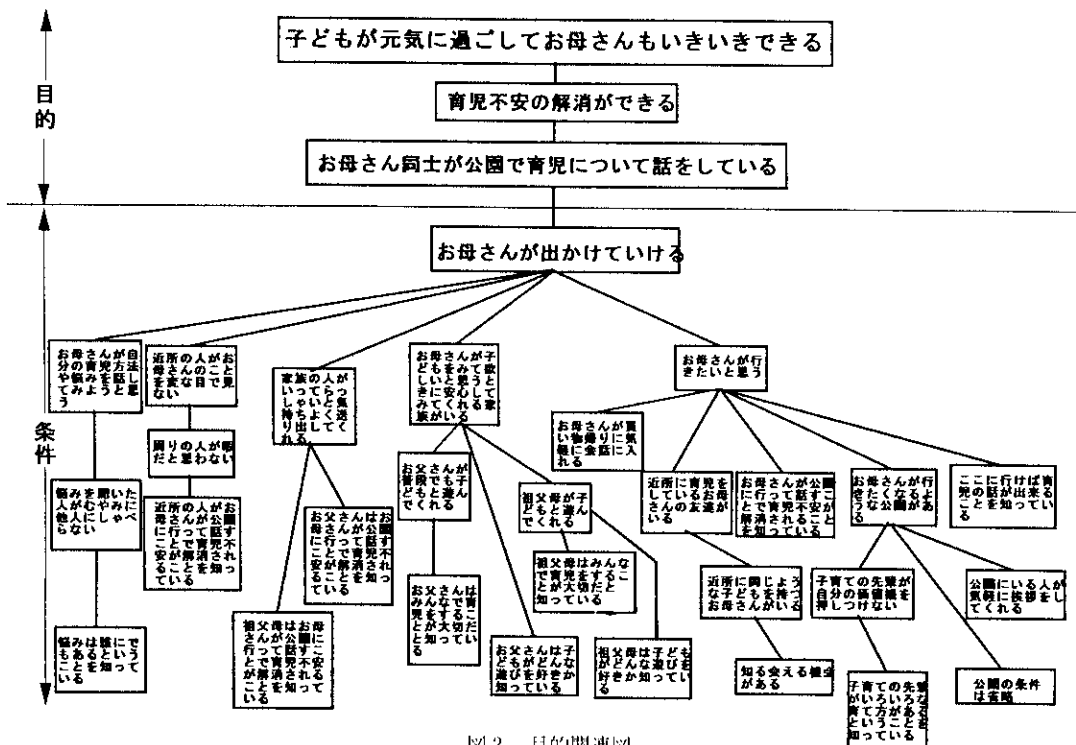


図2 目的関連図

楽しくない」6.1%であった。

(2-3) 育児について近所の人と話をしている状況

「よくしている」43.1%、「ときどきしている」39.6%、「ほとんどしていない」10.7%、「全くしていない」6.1%であった。

また「育児について悩みがある時に近所の人と相談する」は、60.4%であった。

(3) 「条件」に関する質問

(3-1) 「おしゃべりなどに出たい時に気軽にかけられる」条件に関する状況

「おしゃべりに出たいと思ったときに気軽にかけられることができますか」の問いに、「だいたいあるいはときどきかけられる」74.6%、「ほとんどあるいはまったくかけられない」23.3%であった。

「出かけた時にお子さんを安心して家族に預けられますか」の問いには「だいたいあるいはときどきできる」71.1%、「ほとんどあるいはまったくできない」が23.9%であった。

「ご主人はお子さんと遊んでいますか」の問いに、「よくあるいはときどき遊んでいる」は89.8%であった。

(3-2) 「近所の育児をしているお母さんと育児について話をしたいと思う」条件に関する状況

「近所の育児をしているお母さんと育児について話をしたいと思いますか」という問いに、「よくあるいはときどき思う」は91.4%であった。

「育児をしている近所のお母さんと知り合う機会がありますか」の問いに、「よくあるいはときどきある」83.8%、「ほとんどない」11.7%、「全くない」4.1%であった。

「育児について話をする場所」は、「公園」25.4%、「自宅や友人の家」14.7%、「玄関ホールやおどり場」13.7%、「道ばた」9.1%で、「話をする場所がない」が7.1%いた。

(4) 項目間の関連

(4-1) 「目的」に関する因子間の関連

「育児に対する不安の程度」が低い母親ほど、「子どもと過ごす時間が楽しい」と回答した。これらの2つの項目それぞれと「近所の母親と育児について話をしている」状況との関連はみられなかった。

(4-2) 「目的」と「条件」に関する因子間の関連

①「育児に対する不安の程度」に関連する条件

「気軽にかけられる」、「父親が子どもと遊んでいる」母親ほど、「育児に対する不安の程度」は低かった。

また母親が「気軽にかけられる」という回答には、「出かけた時にお子さんを安心して家族に預けられる」ことに関連していた。

②「子どもと過ごす時間の楽しさ」に関連する条件

「父親が子どもと遊んでいる」母親ほど、「子どもと過ごす時間の楽しさ」は関連が強かった。

③「育児をしている近所のお母さんと育児について話をしている」状況に関連する条件

「近所の育児をしているお母さんと育児について話したいと思う」と強く感じている人、「育児について話をする場所がある」人ほど、近所の母親と育児について話をしていた。また「近所の育児をしているお母さんと育児について話したいと思う」ことは、「育児をしている近所のお母さんと知り合う機会がある」と、関連がみられた。

5. 調査結果についての検討

本調査において、私たちは育児不安を、「育児に対する不安の程度」と、「子どもと過ごす時間の楽しさ」の2つの項目からとらえ、これらは「近所の人と育児について話をする」と関連を持つと考えたが、調査では有意な関連はみられず、私たちの仮説は基本的に支持されなかった。

「育児に対する不安の程度」の弱さに有意な関連が示されたのは、「父親が子どもと遊んでいる」ことや、「気軽にかけられる」ことであり、この結果は、母親の育児不安の解消には、特に父親の協力の重要性を示していると考えた。

加えて私たちの仮説が、育児に家族の協力が得られない状況に限定した場合に有意な関連がみられたことは、近隣とのつながりは育児不安の解消において家族の次に必要とされるという解釈が考えられる。また同時に、上記の父親や家族の重要性を補強する意味を持つ結果と位置づけられよう。

「育児不安の解消」と「近隣とのつながり」に関連がみられなかった理由としては、「近所とのつながり」を「頻度」のみで質問したので、育児不安の解消につながるような質のつながりをとらえきれなかった、と思われる。

以上のように、「近所の育児をしている人と話をしたい」と感じていても、実際に行っていない母親が18名いる、という結果から、家族の育児支援が期待されない場合、「近隣とのつながり」は、育児不安解消のために大切な要素といえる。

八千代台地区の母子保健の方向性として、

①育児不安の解消のためには、特に父親の協力が重要であり、それは今後の母子保健対策の中ではじめに位置づけられるべきものである。

②母親が育児不安を解消できるような、近隣とのつながりのある八千代台地区を目標としていくことが必要である。

2.4 達成すべき状況と現状とのずれの確認

(プロセス6)

〈ねらい〉

「めざす地域の姿」と現状との違いについて母推、職員、学生間で確認し、具体的な目標を設定する。

〈ねらいの達成度〉

三者の話し合いにより、調査結果と、母推のとらえている実情との違いの確認はできたが、「めざす地域の姿」と現状との違いの確認及び目標設定には至らなかった。

V. 考 察

1. 展開方法について

今回、最上位の目的を住民とともに確認し、それを実現するための条件を階層的に具体的に表明するという展開方法を試みた。この目的や条件が地域での達成目標になり、これらの目標は今後の評価指標といえる。

WHOにおいても、具体的に評価指標を設定することの重要性が述べられている。

現状の問題ではなく、目的から入る方法は、近年特に経済の分野で取り入れられているブレイクスルー思考でもみられ、その特徴として①目的達成の実現可能性をより大きくし、②目的達成に至るための資源の活用を最大限にするなどがあげられている。

2. プロセスの各段階について

2.1 目的の共有 (プロセス1, 2)

「母子にとってどんな地域になったらよいか」ということを住民に対して投げかけたところ、積極的に意見が出された。その要因として、市保健センターが中心

となり、住民とめざす地域の姿をすでに話し合っていたこと、住民と一緒に考えようという学生の姿勢が伝わったこと、具体的な言葉で表現したことなどが考えられる。抽象的表現では参加者それぞれのイメージが異なり言葉の共有を図ることが難しいため、話し合いを十分に重ねる必要がある。

2.2 目的達成のための条件の検討 (プロセス3, 4)

条件を検討する前に目的やプロセスの確認を行うことで、住民自身は「自分で決めた」という自覚を持って参加することができる。そのことで、住民が自分のこととして受けとめた意見が出されたと思われる。「目的は何であるのか」をくり返し確認することで、方向が誤らないようにすることが必要であった。

2.3 目的や条件についての現状把握 (プロセス5)

目的関連図から調査項目を作成するが、目的に関する項目は活動の評価の指標となるので、充分吟味し、設定する必要性を感じた。

2.4 達成すべき状況と現状とのずれの確認

(プロセス6)

検討事項を提示する際、話し合いのポイントを絞ったことで、話の方向性が明らかになった。

3. 住民参加からみた展開方法について

私たちは、保健計画作成のプロセスの展開を試み、以下の4点の結果を得た。

①住民は自分たちの住んでいる地域のことを話し合うので、地域の状況に応じた意見がでた。

②検討の場では、具体的な言葉で表現していくことで、住民から積極的に意見がでた。

③住民との確認・共有をふまえ話し合いを続けていくことで、住民の意志が反映された決定が行われることは可能である。

④住民にとって身近な地域から始めることも重要である。

以上のことから、このような話し合いをさらに進めることにより、行政、住民の役割などの決定や、住民の意志を反映した保健計画が作成できる可能性が示唆される。

今後、地域では自分たちの身近な事業などから、スタッフや住民とともに「どのようなまちになったらいいか」を考えて展開していく必要がある。

VI. ま と め

今回、住民参加による保健計画作成のプロセスについて検討し、以下のような結果を得た。

- ①目的から入ることで、そこに見えている問題の対処だけにとらわれるのではなく、広い視野で「めざす地域の姿」やその達成のために必要な条件を考えることができた。
- ②参加者各自が、それぞれの立場から日頃思っている

ことや地域の理想像を語り合うため、地域の状況をふまえた目的が設定でき、地域の実情に応じた活動展開が期待できる。

- ③達成すべき状況を明らかにし、現状との差異を目標として設定するので、数量化の可能な具体的評価指標が得やすかった。

以上のようなことから、この方法は「健康なまちづくり」をめざす観点から、可能性をもった方法ではないかと考えた。

地域における精神障害者への受容と支援に関する研究

合同臨地訓練報告 第3チーム：稲垣 智一・矢内 真理子・新妻 美和子
 星野 明子・篠崎 育子・吉田 智子
 真崎 直子・戸高 由佳里・新堀 嘉代子
 中村 寛海・召田 江身・西山 紀子
 指導教官：曾根 維石・西田 茂樹・橋本 修二
 加藤 則子・石井 敏弘

1. はじめに

今回私たちは、地域精神保健活動の目標を『精神障害者が地域で安心して暮らせること』と設定し、「参加の区政」を進めている中野区において検討した。そしてこの目標を達成する条件として、「精神障害者を支援する体制づくり」と、「精神障害者を温かく受け入れる地域づくり」とし、これらの現状と今後の課題を検討することを目的とした。

本稿は(1)中野区の概況・地域精神保健活動の現状把握および精神分裂病患者数の推計、(2)中野区民生委員・児童委員（以下民生委員とする）を対象とした地域精神保健活動の実態に関するアンケートから構成される。ここで民生委員を調査対象としたのは、中野区の選定基準からみても地域に密着した中心的役割を果たす人物の一人であり、住民と行政を結ぶパイプ役としても、地域精神保健活動における地域のキーパーソンとなる可能性に着目したからである。なお、精神分裂病に焦点を当てたのは、精神疾患のうち最も患者数が多く、病気の特徴から社会復帰のための社会資源の利用が多いからである。

II. 中野区の概況

1. 概況調査の目的

- (1) 中野区の特徴と精神障害者への支援体制を明らかにする。また、民生委員の地域活動状況を把握する。
- (2) 中野区精神分裂病患者数を把握する。

2. 概況調査の方法

(1) 既存資料の活用

中野区勢概要、中野区保健推進計画等

(2) 現地調査

保健所・衛生部職員、福祉部民生委員担当職員へのインタビュー等

(3) 既存資料に基づく精神分裂病患者数の推計

3. 中野区の概況（数字は1994年1月1日現在）

東京都中野区は総人口311,730人（住民基本台帳及び外国人登録の総数）、世帯数は159,794世帯である。人口密度は20,167人/km²で23区中1位である。性別年代別の人口構成は、男女とも20代の人口が多く、総人口の約21.4%を占めている（23区平均18.7%平成3年1月1日現在）。

4. 中野区の地域特性

(1) 中野区には目標を実現する住民や行政の基盤があると考えられた。

(2) 中野区は社会資源は、保健医療分野では恵まれているが、精神障害者の「働く場」や「生活の場」の確保が課題であった（図1）。

図1 中野区精神障害者のための社会資源

(1) 保健・医療の社会資源

保健機関
 中部総合保健センター
 中野保健所
 南部保健相談所
 中野北保健所
 鷺宮保健相談所

医療機関	
精神科を標榜する一般病院	1カ所
精神科を標榜する診療所	6カ所
精神科を病床を持つ病院	なし
(2) 社会復帰の社会資源	
患者会	
家族会	
デイケア	4カ所
共同作業所	3カ所
通所授産施設	1カ所
(平成7年2月開所予定)	
通所リハビリテーション	
事業所登録事業所	なし
事業登録事務所	なし
グループホーム	なし
福祉ホーム	なし
援護寮	なし

中の33%であるから133人であった。外来患者数は中野区では679人であった。社会的入院者と外来患者を合わせて、中野区における精神分裂病患者数は812人と推計された(図2)。

III. 民生委員調査

1. 調査の目的

民生委員の精神保健に関する知識・意識・態度と地域における精神障害者への対応の実態を明らかにし、民生委員が精神障害者を支える地域のキーパーソンとなり得る可能性を探る。

2. 調査の対象・方法

対 象：中野区の民生委員・主任児童委員281人

方 法：郵送方式による自記式アンケート

調査期日：発 送 平成6年10月5日(火)

回答締切 平成6年10月18日(火)

回収数：216 (回収率 77.2%)

有効回答：202 (有効回答率 71.9%)

3. 調査の結果

3.1 回答者の属性

性別は男性12.4%，女性87.6%，平均年齢は62歳，民生委員歴の平均は9.5年，中野区居住歴の平均は41.4年であった。

3.2 病気や精神障害者に対する知識など

(1) 病気に関する知識

正答率が高い質問はイ.急性症状67.7%，エ.薬78.5%，オ.社会生活67.2%，正答率が低かったのは，ア.遺伝51.8%，ウ.陰性症状49.2%，カ.犯罪47.5%であった。

(2) 制度・行政施策に関する知識

制度については約50%が「よく知っている」または「少しは知っている」と答えているが精神障害者の職親制度については，61.0%が「あまり知らない」あるいは「全く知らない」と答えている。行政施策については精神保健相談や家庭訪問，デイケアを知っている人が60～80%であるのに対し，保健医療情報システム(ひまわり)を知っていたのは，24.2%であった。

(3) 社会復帰・社会参加活動の見聞き

社会復帰・社会参加活動については，60～80%の人が見聞きしたことがあると答えている。

5. 中野区における精神分裂病患者数

調査による精神障害者数の把握は，その実施の困難性から，中野区でも行われていない。そこで，精神障害者のうち精神分裂病患者に着目し，精神分裂病患者の入院患者数(「社会的入院者」を含む)と外来患者数について既存資料により推計した。ここで「社会的入院者」とは，2年以上の在院患者のうち，適切な社会資源があれば退院可能な者を指す。

資料は，通院継続中の患者を含めるため「患者調査」に基づく柳川らの推計値を用いた。推計の前提として，精神分裂病の有病率に地域差，性差，年齢差はないとし，社会的入院者は2年以上の在院患者数のうちの33%であるとした。

入院患者数は人口10万対174人で，中野区では543人となった。そのうち2年以上の在院患者が占める割合は74.4%であり中野区では404人，社会的入院者はその

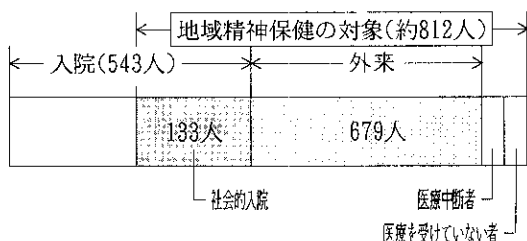


図2 中野区における精神分裂病患者数の推計

3.3 精神障害者と接した経験

精神障害者と接した経験があると答えたのが49.5%である。

3.4 相談

(1) 相談を受けた経験

これまでに精神障害者のことで相談を受けたことがある人は36.4%、71人であった。その内容を見ると相談者別では近隣からの相談が52.1%、相談内容は人間関係が53.5%と多く、その対応としては専門機関への連絡が76.1%であった。

相談者別に相談内容の内訳を見ると、精神障害者本人からは人間関係、次いで仕事、住居となっており、近隣からは苦情、人間関係、住居の順であった。

(2) 相談を受けて困った経験

相談を受けたことがある人71人の中で、困った経験があると答えた人が60.6%であった。

3.5 困ったときに相談できる人

精神障害者のことで困ったときに相談できる人がいると答えたのは83.2%で、その内訳は、保健所・保健相談所の職員を相談相手に挙げた人が73.4%と多かった。

3.6 精神障害者の受容

仮想質問に対しては、「あいさつをする程度の近所づきあいをする」が34.0%、「困っていることがあれば助ける」が65.0%で、ほとんどの民生委員が受容的な態度を示した。

3.7 今後の関わりへの意欲

今後民生委員として精神障害者に積極的に関わっていかうと思う人は、17.9%、関わりたくない人が4.6%で、状況によって考えるという人が77.6%と最も多かった。

3.8 今後の関わりへの意欲とその他の項目の相関について

(1) 精神障害者と接した経験（表1）

今後精神障害者に「関わっていかうと思う」と答えたのはこれまでに精神障害者と接したことがある群では23.2%、接したことがない群では13.5%で、接触経験と今後の積極的な関わりには相関がみられた。

接触経験の内容別に今後の関わりをみると、家

族や身近な人などに精神障害者がいる場合では、民生委員という役割での接触体験を持つ人に比べ「状況によって考える」と答える傾向があった。

(2) 相談を受けて困った経験

相談を受けて困った経験がある群では「関わっていかうと思う」が26.2%、「状況によって考える」が69.0%、困った経験がない群では「関わっていかうと思う」が16.5%、「状況によって考える」が79.1%で、困った経験がある群の方が今後の関わりに積極的という傾向がみられた。

(3) 困ったときに相談できる人の有無

精神障害者のことで相談を受けて困ったときに相談できる人の有無に関わらず「状況によって考える」が約8割を占めるが、相談できる人がいる群では今後「関わっていかうと思う」が19.7%、「関わりたいとは思わない」が3.2%、困った経験がない群では「関わっていかうと思う」が9.7%、「関わりたいとは思わない」が12.9%で、相談できる人がいると今後の関わりに積極的という傾向がみられた。

(4) 病気・行政施策に関する知識

病気に関する知識量を正答数別に、正答数0～3問を知識量が少ない、4問を中程度、5～6問を多いと分類すると、知識量が少ない群では「関わっていかうと思う」と答えたのは10.3%、知識量が多い群では31.8%であった。業務をあまり知らない群で「関わっていかうと思う」と答えたのは9.6%、よく知っている群では25.4%で知識の量と今後の関わりには相関がみられた。

4. 調査の結果及び考察

4.1 民生委員の精神障害者に対する知識・意識・態度について

知識に関するほとんどの項目で、過半数の民生委員が正答であった。しかし、「職親制度」と「ひまわり」については知られていない。精神障害者本人からの相談に、仕事に関することが多いこと、民生委員から行政への要望のなかで「障害者への夜間対応・緊急対応の充実」が目立っていたことから、民生委員が現在持っている知識と、対応の役に立つ知識の間にずれが見られる。

民生委員の99%が精神障害者に対して受容的態度を

示し95%の人が今後も精神障害者に関わっていかうと答えている。しかし、家族や身近な人などに精神障害者がある人では「状況によって考える」と答える傾向が見られた。これは、差別や偏見も含めて精神障害者のより深刻な状況や、精神障害者に関わることの難しさを体験していることによる躊躇だと思われる。

4.2 精神障害者への対応の実態

これまでに精神障害について相談を受けたことがある人は36.4%で、既存の調査と同程度の比率であった。民生委員の活動報告には、精神障害者との関わりを計上する欄がないにもかかわらず、少なくとも3人に1人が既に民生委員として相談を受けており、精神障害の問題が民生委員にとって身近になっている。相談内容は人間関係に関するものが多く、精神障害者本人及び家族や住民から、民生委員の役割として人間関係の調整が期待されていることがうかがえる。また相談を受けた時の対応は専門機関への連絡が最も多かった。

このことから民生委員の役割として、精神保健についても住民の身近な相談役であり、住民と行政を結ぶパイプ役を果たしていることが確認された。

4.3 民生委員が地域精神保健活動においてキーパーソンとなる可能性とその条件

以上のことから、民生委員が精神障害者を支える地域のキーパーソンになり得る可能性は非常に高いと考えられる。しかし、今後も関わっていかうと答えている人の中には「状況によって考える」が77.6%と多く、この人たちが積極的に関わっていくための条件を整える必要がある。

今回の調査結果では病気・行政施策に関する知識が多いこと、精神障害者との接触経験や相談を受けて困った経験があること、困ったときに相談できる人がいることと今後積極的に関わろうという態度には関連があった。このことから民生委員が地域のキーパーソンとして役割を果たすための条件の中には、精神保健についての知識、精神障害者との接触経験、相談相手を持っていることが必要であると考えた。

知識については、知識量が多いほど今後についても積極的であるが、単なる病気の知識だけでなく、行政施策の知識など、民生委員が住民から相談を受ける際に実用的な知識が重要であることが示唆された。

また、大島らによれば、「精神障害者との接触体験が

多いほど、両者の社会的距離が近い」と指摘されており、今回の調査はこれと一致した。「相談を受けて困った」という経験であっても、精神障害者と接することが今後の積極的な関わりへの動機づけになると考えられる。専門家に相談したり、病気や制度等についての知識を得ることで、精神障害者への理解が深まり問題を克服できるのではないかとと思われる。

しかし、行政への要望についての自由記載には、専門機関の対応に関するものが多く、「小さなことにも真剣に相談にのってほしい」、「緊急時や日曜・祝祭日の行政の対応を明確にしてほしい」、「民生委員が行う精神保健業務を評価してほしい」などがあり、民生委員は専門機関の対応に満足していないことがうかがえる。

民生委員が地域のキーパーソンとしての役割を果たすために、行政機関は民生委員に対して単に相談窓口を教えるだけでなく、きめ細かな配慮が必要であると思われる。そして、精神保健業務や制度についてのPRを強化し、講演会や研修・学習の機会を増やし、関係諸機関の協力と連携を深めるなど民生委員の求めに応じた対応ができるよう支援体制を整備していく必要がある。

表1 精神障害者と接した経験と今後の関わり

これまで精神障害者と接した経験がありますか?	あなたは民生委員・児童委員として今後精神障害者にどのように関わっていかうと思いますか?			計 (%)
	7 関わっていかうと思う	4 状況によって考える	1 関わりたいとは思わない	
	積極的関与 (%)	ケース・ワーク (%)	拒否的関与 (%)	
1 はい	22(23.2)	69(72.6)	4(4.2)	95(100.0)
2 いいえ	13(13.5)	78(81.3)	5(5.2)	96(100.0)
計	35(18.3)	147(77.0)	9(4.7)	191(100.0)

IV. ま と め

1. 中野区の精神保健活動に資するために、「精神障害

者が地域（中野区）で安心して暮らせること」を目標とし、精神保健活動の現状と今後の課題について検討を行った。

2. 研究方法として、

- (1) 現地調査と既存資料を利用した中野区の概況調査
- (2) 中野区精神分裂病患者数の推計
- (3) 民生委員を対象としたアンケート

を行った。

3. 中野区は私たちの設定した目標を実現し得る住民や行政の基盤があると考えられた。

4. 中野区の社会資源は保健医療分野では恵まれているが、精神障害者の「働く場」や「生活の場」の確保が課題であった。

5. 中野区における精神分裂病患者数は、外来通院患者679人、社会的入院患者133人と推計された。地域の対象数を把握することにより、問題の大きさと身近さがより具体的に認識された。

6. アンケートの結果は以下の通りであった

- (1) 民生委員は精神障害者を支える地域のキーパー

ソンとなる可能性がある。

- (2) 民生委員が、精神保健活動における地域のキーパーソンとなるための要因として、以下の3点が明らかになった。

- ①精神障害（者）や行政施策等の知識がある
- ②精神障害者との接触体験を持つ
- ③困ったときに相談できる人がいる

- (3) 行政は民生委員の役割を認識し、その支援体制を整備する必要がある。

7. 精神障害者が安心して暮らせる地域づくりには、精神障害者をサポートするシステムと、ノーマライゼーションの2つがともに重要である。

謝 辞

稿を終えるにあたり、本調査にご協力くださいました中野区民生委員・児童委員の皆様方、並びに本研究に多大なご協力、ご指導をいただきました中野区衛生部、中野区福祉部、中野区中野保健所、中野区中野北保健所の皆様方に厚く御礼申し上げます。