

特集：これからの公衆衛生看護

福祉領域からの公衆衛生看護への期待

宮 山 徳 司

Expectations to the public health nursing in the welfare area

Tokushi MIYAYAMA

1 はじめに

我が国の社会保障制度は、介護・子育て等福祉重視型の社会システムへ、少子高齢社会に対応した福祉システムの確立へと大きく転換しようとしている。

このような転換は、福祉サービスの供給において多様化が進んだことと無縁ではないが、それだけでなく、福祉領域におけるサービス提供が利用者の選択を基本とする形態へと変化したことやサービス利用において利用者側に責任や義務が発生することも大きく影響している。

このたびの介護保険制度の創設に当たっては、要介護認定調査やケアプラン作成における精度管理、提供されるサービスの質的、量的管理が求められることになったが、保険者である市町村は、これらの役割を保健婦に求めたところも多い。

しかし、一方で、サービスの自由選択、契約制度への転換などが保健・医療・福祉関係者に意識改革と行動の変容を求めていることについては、十分議論されていない。

1990年の社会福祉事業法の改正において、社会福祉事業の理念を定めた第3条に「医療保健その他関連事業との有機的な連携を図り、地域に即した創意工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得られるよう努めなければならない」旨が追加された。

しかし、現在にいたっても福祉領域における公衆衛生看護への期待も、医学、看護学に基づく専門知識や専門技術の活用、保健医療分野の情報提供などとどまり、十分な連携、活用が図られているとは言いがたい。

そこで、介護保険制度の創設による新たな仕組みによって発生する公衆衛生看護への期待について高齢者介護を通して考えてみたい。

2 高齢者介護の現状と課題

2-1 保健・医療・福祉の課題

現行の保健・医療・福祉サービスにはいくつかの課題が存在する。

例えば、サービス利用申請や相談の窓口が別々であること、対象ケースがそれぞれの分野と重複すること、各領域の情報の共有化が遅れていること、専門職種相互の接点がないこと、統合されたサービスが求められているにもかかわらず、これを調整するキーパーソンが存在しないことなどである。

介護保険制度では、要介護認定のための申請、保健・医療・福祉関係者の合議による介護認定審査、総合的、継続的なサービス供給を実現するためのケアマネージャーによるケアプランの作成と管理などを中核とした新たな仕組みを創設した。

さらに、需要と供給のバランスの取れたサービス提供基盤の整備を図るため、高齢者の生活実態を調査し、需要を検討した上で高齢者保健福祉計画および介護保険事業計画の策定を義務付けている。

これらは、需要に対応したサービスが確保されていることを前提に、サービス利用に至る複雑な手続きの中で、利用者が自らの主体性を発揮する機会を数多く設定したものであるということが出来る。

医療における自由裁量、福祉における措置のいずれでもないこの仕組みの運営においては、地域における日常生活を基本に、個人、家族、集団に対するアプローチと介護上の課題の発見と解決方法の検討、個人及び集団による連続性のある健康行動の実践が求められる。

2-2 サービス提供形態の変化と専門家

さまざまなリスクを負った後期高齢者の増加や寝たきり期間の長期化、地域社会との接点が乏しい都市型高齢者の増加、家族形態の変化等による家庭介護力の低下、自己実現や社会参加を希望する新しい高齢者像の形成は、24時間ホームヘルプサービスや訪問入浴サービスといったサービスの多様化とともに、併せて住宅改修などの生活環境の改善、家事援助などの日常生活支援、学習や社会参加機会としての老人大学などを生み出した。

これに伴って、対象者の概念も「援助を必要とする人」から「サービスを利用する人」へ、サービスの提供形態も「援助」から「支援」へと変化している。

このような変化は、個人個人の努力によって生活の質を高めていく社会システムを創造する第一歩となるものである。

新たな社会システムにおいては、サービス提供の主体が行政が担っていた形態から、民間サービスを中心とした地域の社会資源を有効に活用する方向へ、部分的で画一的なサービス提供形態から、有機的に組み合わせられた多様なサービス提供へ、提供者側の一方的なサービス提供から、高齢者自身の選択によるサービス提供へと変化する。

このことは、「高齢者介護・自立支援システム研究会報告書」や「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」において指摘されているところであるが、多様なサービス提供主体の存在とサービス利用における自主性、柔軟性の確保を念頭において、利用者にとってもっとも適切なサービスを、的確に調整していくためには、地域の社会資源を熟知し、かつ、利用者の精神と肉体の状況を十分に把握している専門家の存在が不可欠となる。

(図1 参照)

2-3 高齢者の生活能力と行動パターン

高齢者には、その身体的、精神的な特性から多様な状態が発現し、その生活能力には生命の維持から自己実現までの多くの段階が存在する。(図2 参照)

緩慢な身体機能や精神的機能の低下によってもたらされた、長期にわたる寝たきり状態は、「単独では食事が摂れない」、「排泄ができない」、「清潔が保てない」など、介助を中断したら生きていけない状態を生み出し、この状態においては「生命の維持」を図る取り組みが行われる。

また、一部介助があれば生活していける状態では「生活を維持、向上」させる取り組みが必要になり、さらに、特定の場所に限定すれば自己表現が可能な状態では「自己表現の維持」がなされるように努める必要がある。

そのためには、各段階ごとに実現可能な身近な目標を設定

(従来)		(今後)
サービス提供主体としての行政	⇒	地域の社会資源の有効活用
固定的なサービス提供	⇒	柔軟なサービスの提供
画一的なサービス提供	⇒	多様なサービスの提供
サービス提供主体間の連携なし	⇒	サービス提供主体間の連携促進
複雑なサービス提供機能	⇒	サービス提供の一元化
一方的なサービス提供	⇒	高齢者自身のサービス選択

【新たな高齢者介護システムの確立について】

第2 新たな高齢者介護システムの基本的考え方

- 1 高齢者介護に対する基本的考え方
- 2 利用者本位のサービス体系の確立
- 3 社会連帯による介護費用の確保

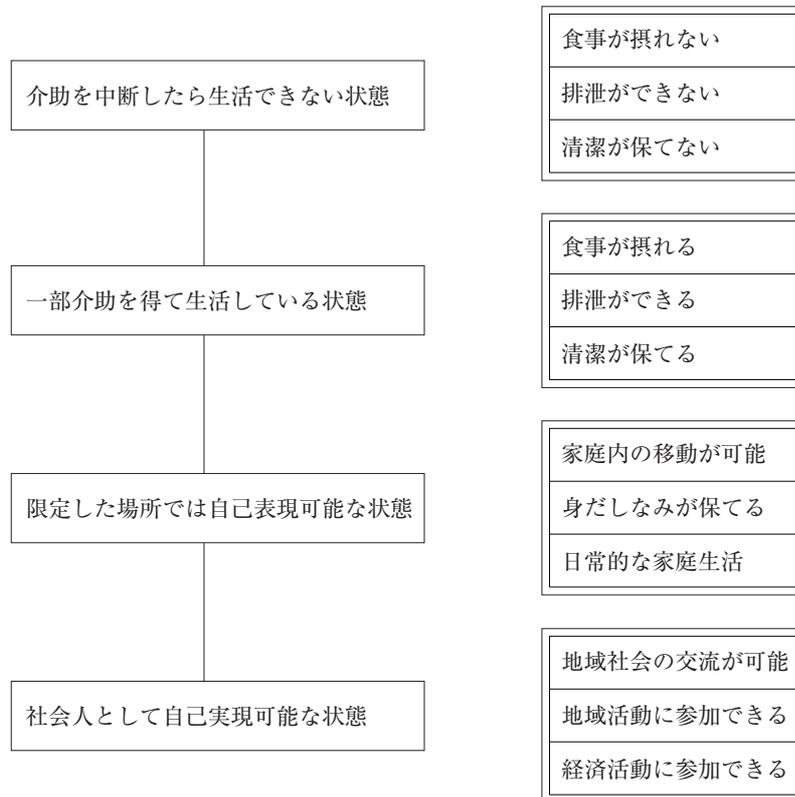
[背景]	(従来の方角)		(今後の方向)
	狭義の介護 (福祉サービス)	⇒	広義の介護 (保健・医療を含む)
	個別サービスの提供	⇒	パッケージサービスの提供
	利用サービスに格差	⇒	総合的、一体的なサービス提供
	提供サービスを受容	⇒	高齢者自身によるサービス選択

【地域保健対策の推進に関する基本的な指針】

第1 地域保健対策の推進の基本的な方向

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

[背景]	(従来の方角)		(今後の方向)
	社会防衛的な視点	⇒	生活者個人の視点
	画一的なサービス提供	⇒	個人の選択範囲の拡大
	複雑なサービス提供形態	⇒	一元的、一体的なサービス提供
	直接サービスの重視	⇒	生活基盤の整備



し、供給側と需要側が共に目標を共有し、目標達成に向けた活動を支援するための、きめ細かなサービス供給体制が整備されることが必要となるが、対象者の生活能力を確認するためには、その人の精神的、肉体的な状態像を正確に測定できなければならない。

なお、ここにおける目標は、単に病気からの回復ではなく、最低限の生活の維持でもなく、社会との関連の中で日常生活を送る上での健康と福祉の向上でなければならない。

3 地域保健法と高齢者対策

高齢者対策は、老人福祉法、老人保健法、医療法などの法律に基づいて行われてきた。

昭和57年の老人保健法の制定により、ライフステージに対応した取り組みと高齢者の状態に応じたサービスの提供が組み合わされ、サービスの体系化が図られた。

また、福祉改革が唱えられ、福祉8法の改正や診療報酬の見直しが行われる一方で地域保健法が制定されたが、地域保健法が福祉改革の総まとめの役割を担い、地域保健領域の専門家には、領域を越えた積極的な取り組みが期待されたことについては、十分に認識されていない。

地域保健法第2条には、「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」、「社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮」、「地域の特性に配慮」といった表現が見られる。

これらは、健康上の課題の変化を敏感に感じ取り、課題解決のための対策の樹立や活動展開のための調整、助言、

支援に努めることを求めたものである。

また、社会資源を活用し、保健、医療、福祉等の領域の専門家の連携を図るために、広い視野を持つことを求め、さらに、地域性の把握と地域状況に合った独自の活動の展開を求めている。

高齢者対策における活動の日常性や地域性、サービス提供の連続性の確保の必要性については、公衆衛生看護が一定の地域を単位に、機能に応じた医療資源を有機的に組み合わせ、情報を共有することによって、その解決を図ろうとしてきた脳卒中対策によって経験している。

地域保健が福祉政策推進の後ろ盾となるものであることを、ここで確認しておきたい。

4 21世紀の保健・医療・福祉

21世紀の高齢者対策は、統合された多様な保健・医療・福祉サービスが効率的に供給されることを前提に、高齢者自身が自己の目標を達成するための手段として、自由にサービスを選択することに特徴を見出すことができる。

そして、これを実現するためには、利用者が明確な目標を持ち、目標の達成に向けて努力し、結果に対して責任を持つことが必要であるが、我が国における高齢者介護の現状はこの段階に至っていない。

介護が必要な高齢者を社会生活が困難な弱者と捉えているかぎり、サービス利用者にもサービス提供者にも努力の余地が発生しない。

したがって、保健・医療・福祉領域の専門家は、利用者

に対し、自己の目標の保持を支援し、目標を共有し、達成のために最も適したサービスを手段として提示することによって高齢者自身の目標達成に向けた努力を支援し、その結果を共に評価する役割を担わなければならない。

また、目標の設定を、解決すべき課題の明確化とするならば、課題発生背後にある地域社会の生活課題を無視することはできず、その解決のためには地域社会のサポートが必要となる。

このルールが成り立たないかぎり、新しい仕組みづくりといわれる介護保険制度は成り立たず、高齢者対策の成熟も見込まれないことになる。

5 公衆衛生看護への期待

5-1 介護保険によって顕在化した公衆衛生看護への期待

介護保険によって保健・医療・福祉の連続性が、より認識されることになったが、併せて、要介護認定の際にはあまり考慮されない家族関係や地域社会とのかかわりが、逆に注目されるようになってきている。

このことは、要介護認定後に行われるケアプランの作成、サービスメニューの提示と選択が、これらに大きく左右されることによるものであるが、公衆衛生看護への期待もここから発生していると考えられる。

しかし、現状においては、公衆衛生看護の中心的な担い手である保健婦の専門知識や技術の部分的な活用にとどまっており、その役割について、新たな視点に立った検討が必要になっている。

これらについて検討する前に、現段階で顕在化している期待についてまとめてみたい。

5-1-1 要介護認定調査

介護保険制度開始の前後において、要介護認定調査の委託先となる指定居宅介護支援事業者の参入見込みが十分に把握できなかったことや一部市町村において、要介護認定調査を民間事業者に委託しないとの判断もあって、市町村職員が調査員となるケースが多く見られた。

この場合、非常勤職員として介護支援専門員を採用するケースと市町村保健婦やケースワーカーを充てるケースが考えられたが、介護支援専門員の確保が困難な状況もあり、高齢者の身体状況をよく理解し、面接調査技法にも習熟している保健婦を充てるケースが急増した。

5-1-2 要介護認定調査やケアプランの精度管理

指定居宅介護支援事業者に要介護認定調査を委託した市町村には、調査の内容を定期的にチェックする義務が発生するが、看護職、福祉職、ホームヘルパーなど多様な職種で構成される介護支援専門員が行った調査の内容の精査、指導に保健婦の専門知識を活用することが検討され、市町村の介護保険部門に多くの保健婦が配置されることになった。

また、ケアプランの妥当性を判断し、給付管理を的確に行うためにも保健婦の能力が期待された。

5-1-3 要介護認定処分やサービス内容に対する苦情への対応

要介護認定に係る処分に対する不服申し立て件数は申請

件数の0・1パーセントにも満たない状況であるが、不服申立以前に市町村窓口寄せられる苦情は、不服申立件数の何十倍にも達している。

また、サービス内容への不満も多く寄せられており、これらの苦情に適切に対応することで制度の円滑な運営が図られることになる。

寄せられる苦情の内容は、調査方法、判定結果、サービス内容や提供方法など多様であるが、訴えの内容を精査した上で、苦情申し立て者の身体的、精神的状況や家庭状況を踏まえて適切に対応するために、総合相談窓口や苦情処理窓口への保健婦の積極的な配置が行われた。

5-1-4 自立判定者・非該当者への対応

要介護認定において自立と判定されたグループや65歳未満の申請者で特定の疾病と認められなかったグループについては、そのほとんどが介護の必要性について何らかの訴えを保有していると考えられ、その意味で、要介護・要支援と自立の境界域に属すグループであるということが出来る。

これらのグループは、現状を放置することによって、今後、要介護状態に移行したり、より困難な状態が発現する危険性を持っており、これらのグループに対する保健対策や介護状態にならないための訓練など、介護保険以外のアプローチが強く求められる。

自立者の要介護状態への移行は高齢者自身に苦痛を与えるだけでなく、結果的に介護費用を増大させ、国民の負担を増加させることになる。

デイサービス事業や老人保健事業の機能訓練事業などを利用することによって自立の状態を維持していた高齢者も多く、各市町村では介護保険制度の導入により減少した公費負担率によって発生した財源を保健事業の強化に充てることとしており、今後、自立判定者や要介護認定非該当者、健康な高齢者に対する事業の積極的な推進が期待されている。

5-1-5 在宅サービス利用者の増大に伴う地域ケア推進体制の強化

民間の居宅サービス事業者の参入に伴うサービスメニューの多様化は、居宅で介護を受けながら生活しようとする高齢者を増大させる。

このような状況にあつては、総合相談や広報活動の充実を図りながら、保健・医療・福祉システムとの関連の中で、地域の社会資源が持つ機能を効果的に組み合わせ提供する包括的な地域ケアシステムを構築していくことが求められる。

総合相談の実施や住民組織などを活用した情報ネットワークの形成、既存サービスの改善、求められるサービスの新たな開発、関連職種やサービスの調整などにおいて、今後、保健婦が大きな役割を果たすことになる。

5-2 今後新たに発生する期待

保健婦に対する期待については、身体状況の評価、面接調査、看護計画の作成、地区組織の指導・育成などの能力が評価された結果と受け止めることができるが、個人を社会的存在として捉え、家族や地域社会の役割と機能を育てる

ことによって、個人個人の状態の改善を図ろうとする公衆衛生看護の本旨を十分に理解したものとは言い難い。

従来制度においては見られなかった利用者の選択を基本としたサービス利用においては、新たな視点、いわゆる利用者の主体性の確保と権利、義務の履行を担保するための役割が必要であるとの視点に立った検討が求められる。

5-2-1 目標の保持を支援

21世紀の保健・医療・福祉は、高齢者自身が自己の目標を達成するための手段として自由にサービスを選択することができることに特徴があると述べたところであるが、高齢者自身が明確な目標を持つことは、現実には容易なことではない。

施設ケアにおいては、身体介護と生活支援の一体的な提供が可能なることから、目標の設定も比較的容易に行うことができる。

しかし、在宅においては、包括的、連続的なサービス提供の必要性とともに、利用者の生活維持における価値観が加わり、困難が伴う。

生活の容易さを得ることのみを目標とすると状態の改善は図られず、日常の生活を無視した目標は、意欲を減退させる。

このため専門家には、離床、食事の自力摂取、訓練による歩行機能の維持など、努力すれば達成できるレベルの目標、努力すれば維持できるレベルの目標を、利用者の選択、受け入れが容易に行えるよう、身体的、精神的な状態や療養、介護環境を踏まえて具体的に提示することが求められる。

利用者と専門家間で共有されることを前提とするこれらの目標の設定においては、利用者の能力に加え、問題発見、課題の設定、解決策の検討、実践に至るコミュニティアプローチの技法が求められることになる。

5-2-2 サービス選択の支援

利用者自身の選択によるサービス利用は当然の権利として認められるべきであるが、生活の容易さのみを追求したサービス利用は、寝たきり者を増加させるなど、時に状態の悪化を招くことになる。

また、在宅の場合は環境状況が異なったり、介護の状況が多様であるため、サービスの利用に当たっても制限が加わることが少なくない。

適正な目標の保持が行われた次の段階では、目標の達成に適したサービスが選択肢として適切に提示され、これを目標達成の手段として選択することになる。

高齢者自身の努力を創出し、目標の達成を、より現実的なものにするためには、ケアプランの的確性、提供サービスの妥当性などの判断や地域の社会資源の状況の十分な把握が求められる。

利用者の主体性に重きを置いた新たな仕組みが、個人のエゴではなく、社会的な要請に応えるものとして機能するためには、心理、生理、公衆衛生、看護などを基礎に、地域を捉える目と他職種専門性を理解できる専門家のかかわりが求められる。

5-2-3 サービス利用の評価

目標の保持、目標達成のための手段としてのサービスの提示に強く関わった者は、当然に、結果を評価する役割を担うことになる。

利用者自身の要介護度の改善が図られたか、目標達成への意欲は衰えていないか、介護の困難度は改善されたか、さまざまな角度からの評価が求められる。

これらの評価は、ケアプランの見直しにおける新たな目標の設定や利用サービスの選択に大きく影響するものであり、重要視されなければならないが、これらの評価が利用者個人の精神・身体的レベルや家族関係にとどまっているかぎり、福祉システムの成熟は図られない。

利用者個人の改善とともに、地域におけるサービス供給の充足度、サービス利用の満足度、受給対象者数や地域の寝たきり者数の変化、医療費を含めた受療の動向などが評価項目に加わることによって、より精度が増し、さらに、介護保険事業計画における目標の達成度、計画の進捗状況、健康診査の受診状況など老人保健事業の進捗状況などが統合されることによって、地域における水準の向上が図られることになる。

これらの評価のうち、利用者個人にかかる項目については、担当したケアマネージャーやサービス提供事業者なども関わることになるが、保険者である市町村や広域の評価を行う保健所等の参加も不可欠である。

特に、地域活動をとらえて家族支援や健康管理を進めてきた公衆衛生看護は、療養環境、介護環境の改善に重要な役割を果たすことになり、積極的な関与が望まれる。

6 まとめとして

高齢者は、罹患すると慢性の経過をたどることが多く、完全治癒が難しいことから、医療のみならず、施設及び在宅において大量の介護需要が発生する。

しかし、サービスの提供を求める高齢者は、その状態によって保健、医療、福祉の各分野ごとのサービス対象者に区分されるのではなく、すべての分野の対象でありながら、その時々状態に応じたサービスを各分野から提供されるものである。

したがって、保健・医療・福祉分野においては総合性、継続性の確保が不可欠となり、サービス供給側には、①需要の把握と関係者による共有、②関係職種の専門性の理解と尊重、③関係者によるサービス内容の共通理解が、そして、サービス利用者側には、①サービス利用に関する権利と義務、②保健・医療・福祉活動への主体的参加といった基本的な条件が求められる。

また、今後の高齢者対策には、①必要な保健・医療・福祉サービスが継続的に提供できること、②高齢者自身の意志によって最適なサービスが選択できること、③多様なサービス提供主体の健全な競争により、質の高いサービスが提供されることが求められる。

このようなことから、高齢社会に対応した福祉システムの構築を進めていくためには、①地域内の需要の確認、②サ

サービス提供主体間の役割の明確化, ③サービス提供主体間の連携調整, ④サービス利用者の自己決定意志の確保, ⑤サービス利用者の目標達成意欲の醸成といった5つのポイントが必要となる。

保健, 医療と連携した新たな社会システムにおいては, あらゆるサービスの対象者が目標を持っていかに生きるか, 状態の改善に向けていかに努力するかを前提に, 専門家の支援を得て各分野のサービスを享受し, 地域社会とのかかわりの中で活動の継続が保証されるものでなければならない。

このため, 地区診断, 健康上の課題の設定と解決策の検討, 関係職種の連携調整といった公衆衛生看護が担ってきた役割は, 個人の健康管理, 家族に対する支援とともに, 新たな福祉システムの構築においても, その発揮が期待されているところである。

参考文献等

- 1 高齢社会福祉ビジョン懇談会. 21世紀福祉ビジョン —少子高齢社会に向けて—. 1994年 第一法規株式会社
- 2 老人保健福祉審議会. 新たな高齢者介護システムの確立について —老人保健福祉審議会中間報告—. 1995年 株式会社ぎょうせい
- 3 これからの地域保健—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のポイント—. 1994年 中央法規出版株式会社
- 4 山崎泰彦ほか. 介護保険のマネジメント. 1999年 医学書院
- 5 竹内孝仁. リハビリテーション看護の考え方と実際. 1985年 ライフサイエンス社
- 6 岩井 (聖路加看護大学). 高齢者等の在宅療養支援のための調査・検討事業報告書1991年 聖路加看護大学