

## 保健所の今後の母子保健活動のあり方に関する研究

0歳から100歳まで地域で安心して自立して暮らすシステムを  
—迅速な在宅ケアサービスをめざして—

山崎紀美\*

要約：在宅福祉サービスの必要な人に迅速かつ適正にサービスを提供出来るシステムを保健所が中心になり、医療・福祉・行政関係者と構築した。診療報酬上の市町村情報提供料を利用し医療機関・老人保健施設と保健所、市町村のネットワークを形成すると共に、福祉サービスの必要なケア対象者の医療重症度、ADL、家庭看護力、住宅状況より個別にケアプランや標準サービス量を算出し、市町村高齢者サービス会議等に提示した。その結果、市町村格差や福祉資源のストックによる格差の解消を図ると共に保健所の企画情報機能を高めた。

見出し語：0歳から100歳を対象、在宅ケア、ケアプラン、市町村情報提供料

研究方法：（1）当管内の地域特性、現状

福井県（人口83万5千人）の西南に位置し、西部に京都府、西南部に滋賀県と隣接する1市3町1村（管内人口6.5万人）の日本海に面した山村地域である。特徴として①高齢化率が高く65才以上19%、75才以上9.5%と全国レベルでも高い地域である。②一家族あたりの世帯員数が多く、曾祖父母等をふくむ4世帯家族も珍しくない。③持ち家率が高く一人当たりの畳数や

延べ床面積も広い。④禅宗や真言宗の信者が多く宗教心の篤い風土である。⑤医療施設、福祉施設数や医療マンパワー、福祉マンパワーは全国や福井県平均と比較すると低率である。一言でいうと、家族のケアは当然家族が受け持つという家族同族意識が強く公的サービスの受け入れに対しては抵抗がある。その結果在宅療養者の率が高い。

---

\*福井県小浜保健所 所長

## (2) システム構築までの経過

このような地域特性に対して、保健所は市町村の保健福祉関係者や福祉施設や医療施設関係者と共に、1)平成4年退院患者調査、2)平成5年地域ケア需供調査を実施した。

### 1)平成4年退院患者調査の結果

管内医療機関の退院患者のうち、6カ月以上長期入院し、調査期間中に退院した高齢者の特徴は以下の通りであった。①脳卒中患者が多い。②退院後の行き先として在宅が65%と最多であり、以下他病院への転院は28%特別養護老人ホーム5%であった。③半年後のケア施設は在宅60%、転院25%特別養護老人ホーム10%であった。以上から実態調査でも在宅療養者が多いことが判明した。それでは、このような地域特性に対して在宅療養を支える地域の社会資源は、公的レベル民間レベルで充足されているだろうかという課題が提起され、平成5年度の調査研究に結びついた。

### 2)平成5年地域ケア需要供給調査の結果

この調査の結果判明した事は、以下の通りである。①医療面では往診や訪問看護の実施率は少ないが、医療機関サイドは療養者の要請があれば、更に多くの供給が可能であるとした。②保健面では訪問指導が実施されているが、全体としては必要量からみるとかなり低率である。寝たきり老人や痴呆老人の訪問指導実施率は老人保健福祉計画の目標量と比較すると30%前後の充足率であった。③ホームヘルパーやショートステイ、デイサービスの実施量は少なく上記計画の目標量と比べると約40%とかなり低率である。以上から在宅療養を希望するが実際の地域

資源は乏しい事が判明した。また往診や訪問看護等を対応出来るにも関わらず利用していないケースもあった。これは制度を知らない事、公的サービスの利用に対する抵抗がある事、他人に自宅を覗かれない等の理由が推測され、今後のPRや既利用者による口コミにより利用者の拡大が望まれた。この調査結果より在宅サービスを必要とする人に迅速に適切なサービスを提供するシステム構築の必要性が関係者間で確認された。

### (3)保健所市町村関係団体の機能

この間、保健所は所長を始め担当者は異動で大部分交代しつつも4年間一貫して、この事業を地域特性に裏付けられたものとして必要性を認識し推進してきた。一方、市町村や社会福祉協議会等の関係団体も国や県の在宅ケアの方向や老人保健福祉計画策定の時期と相まって「自分達の住む、そして将来自分達自身が利用する地域システム」を構築しようとする熱意が持続している。現在中核病院と医師会診療所との病診連携が、市町村と医療機関との間で寝たきり通院患者対象の情報連絡が、また訪問看護ステーションの設置が検討され始めた。一貫して行政組織が中心になって継続してきた結果であり、今後も引き続き各機関と共に連携して進める責任を公的機関として痛感している。

結果：

#### (1)在宅療養者ケアシステム

在宅ケアを希望する療養者に対して必要な在宅医療・保健・福祉サービスを迅速に提供する。

①老人保健福祉計画の平成11年度目標サービ

ス量の達成を支援する。②管内全住民を対象に0才から100才までの一貫した支援とする。③診療報酬における市町村等退院時情報提供料を利用し、医療機関サイドによる在宅ケアの関心を高める。④サービス量を患者のADLや重症度、患者家族の介護力や住宅環境により、算出した。その結果同一レベルの対象者には同一サービス量を提供することが可能である。⑤市町村の保健福祉担当課や福祉事務所、社会福祉協議会、保健所の相談窓口等の医療機関以外でも同じ方式を用いて、相談者にサービス量を提示することが可能である。⑥システムを構築する過程で、診療所の往診や在宅総合診療機能の充実や訪問看護ステーションの新設、中核病院と診療所との間の病診連携等を考える機運が開始された。⑦医療機関内の看護職を中心に在宅ケアの関心が高まり、退院患者のアセスメントを看護専門職としての業務として意識された。⑧保健所にて保健・医療・福祉のデータベースを構築しつつあり、この分野での企画立案機能を充実することができる。(図1)

## (2) 運用手順

①病院または老人保健施設の退院予定患者のうち、サービス必要者に対してサービスを受ける意思の有無を確認する。②病院または老人保健施設の主治医がA票「地域ケアシステム患者退院連絡票」を、看護婦がB票「在宅療養者アセスメント票」を記入し退院時に保健所へ送付する。一方写しをカルテに添付し、診療報酬で退院時・退所時診療情報提供料を請求する。(表1) ③保健所はA票、B票を受け取った時点で市町村保健婦または保健所保健婦が患者自宅を

訪問し、家族の介護力や住宅状況についてC票「介護力アセスメント票」に記入する。④保健所はA票B票C票に基づき患者支援サービス量を策定し、A票B票C票と共に市町村へ送付する。⑤市町村は送付内容や本人家族の希望を調整した上で最終決定を行う。この作業を情報入手後2週間以内に行う。⑥市町村は最終決定内容をD票「在宅療養者支援内容報告書」により退院後1カ月以内に保健所に送付し、保健所は医療機関または施設へ送付する。⑦病状が大きく変動した場合または退院後6カ月の時点で同様のアセスメントを行い実施されているサービスが患者家族の実態に適切か否かのチェックを行う。(図2)

(3) 実際の在宅患者にこのシステムを適応する。①ケース紹介：19才、男性 病名 筋ジストロフィー

8才頃に発病し、現在は四肢の筋力低下のため、車椅子使用により移動可能であるが、自立歩行は不能である。上肢筋力はレバー作動等の粗運動のみ短時間可能である。排尿排便はおむつ使用。食事はスプーンにて自立可能。洗顔や衣服着脱は不能。安定期のみ在宅療養し、定期的に専門病院へ検査入院を行う。在宅中はかかりつけ医が必要に応じて往診をし、国立病院の主治医が専門医療を受け持っている。現在人工呼吸器は使用していない。市の訪問理学療法やヘルパー派遣を定期的に利用している。保健婦の訪問指導もある。日中は、内職やTV・音楽鑑賞で過ごす。介護は母親が主であり、副として父親が一部近所の知り合いが関わる。住居は木造一戸建て持ち家であり、車椅子用に改造さ

れているが、入浴室の改造は不十分である。

②このシステムを利用して算出した支援内容と実際のサービス量；1週間の支援時間（単位：時間）

-----

通院・往診	（算出）1.2	（現状）0	（必要時）
訪問看護	（算出）1.2	（現状）0	
訪問指導	（算出）0.7	（現状）3	
リハビリ	（算出）3.6	（現状）1.5	
ヘルパー	（算出）12.9	（現状）7	

-----

考察：（1）在宅療養児にとって福祉サービスのみでよいか？成長期にある児童にとって福祉サービスと共に教育環境の整備や友人関係の形成が重要である。地域の普通学校に通学が可能な場合は近隣友人との関係を継続することが可能であるが、特殊学校や養護学校へ転校するとそれまでの地域関係は希薄になり易い。更に児童福祉施設に入所した場合は全く途絶することもありうる。このように交友関係が切断されることは本人の社会性の形成にとって大きな問題である。また、障害の内容や程度により様々であるが、脳性マヒやダウン症の場合は、発達過程に常に心身の教育、療育の視点が必要である。乳幼児や児童の場合の在宅長期療養において身体的精神的な教育環境の整備は、今後の学校保健との連携のなかでもっと強調されるべきであろう。

（2）現在の福祉サービスは児童に、適切な内容であり質・量であろうか？

現在の在宅福祉サービスは乳幼児や児童にと

って適切な内容であろうか？3本柱のホームヘルパーやショートステイ、デイサービスは老人を対象とし、長期在宅療養児を必ずしも利用対象としていない。しかし、家族の負担軽減のためにヘルパー派遣を行うことや訪問理学療法士や保健婦による障害児対象の訪問指導が今後さらに実施されてよいと考えられる。また、ショートステイやデイサービスも夏休み等の障害児の発達訓練の場として利用できる可能性もある。今後、障害児のケアを福祉施設入所に限定せず、出来るだけ地域の中で継続して療養出来るシステムをもっと障害児や保護者、小児専門家、福祉・教育関係者で検討するべき課題であろう。

文献：

高齢者ケアプラン 策定指針 厚生科学研究所

## 図 2 地域ケアシステム運用マニュアル

### 患者発見

#### 1 病院で

- ・脳卒中、痴呆、難病患者等、退院予定の患者で、退院後の地域ケアサービスを受ける事が望ましいと思われる人に対して、患者がサービスを受ける意志があるのかを看護婦が確認する。  
(小浜市、上中町、名田庄村、高浜町、大飯町の住民で、年齢は制限無し)
- ・このシステムでは患者が地域ケアサービスを希望する人のみを対象とする。

#### 2 相談窓口で

- ・相談を受けた者が必要と思われる人を対象とする。

### 患者情報 ① 本人

#### 1 病院で

- ・退院時、主治医が地域ケアシステム患者退院時連絡票を記入する。  
看護婦が在宅療養者アセスメントを回答用紙に記入する。

#### 2 相談窓口で

- ・相談を受けた時点で、担当者が在宅療養者アセスメントを回答用紙に記入する。(書式は検討中)  
(アセスメントの回答については、アセスメント回答チェックマニュアルを検討中)
- ★書面で各病院、機関の担当者が保健所に送付する。(退院時からできるだけ早い時期に)

### 患者情報 ② 介護力、住居

- ・保健所は患者情報が届いた時点で市町村保健婦に電話連絡する。市町村保健婦又は担当者、保健所保健婦は訪問・面接など必要な方法ですみやかに情報収集し、介護力アセスメントを回答用紙に記入する。  
(アセスメントの回答については、アセスメント回答チェックマニュアルを検討中)
- ★書面で担当者が保健所に送付する。

### 支援内容・量の策定

- ・保健所の担当者は患者情報①②を社会資源情報検索システム(ソフト開発中)を用いて、患者の問題領域の特定を行い、支援内容・量の策定をする。
- ★保健所は患者情報①②と支援内容・量の策定を書面で各市町村長あてに送付する。

(送付先) 小浜市 健康福祉課 清水  
上中町 保健センター 保健婦  
名田庄村 住民福祉課 川口  
高浜町 健康センター 河島  
大飯町 保健センター 高齢者サービス調整チーム担当 森口

### 支援内容の決定・実施

- ・各市町村で高齢者サービス調整チーム等により、支援内容と量の決定を行う。また、本人・家族の希望に基づいた支援内容・量の調整を行う。(退院後2w以内には決定する)

↓

#### ・支援の開始

- ★担当者は決定した内容について在宅療養者支援内容報告書を保健所あて送付する。(1ヶ月後)
- ★また、病状が大きく変化したとき及び6ヶ月後には、訪問看護婦又は保健婦が在宅療養者アセスメント(本人・介護力)を行い、その結果と在宅療養者支援内容報告書を保健所あて送付する。

### データの分析

図 1 在宅ケアシステムネットワーク体系図

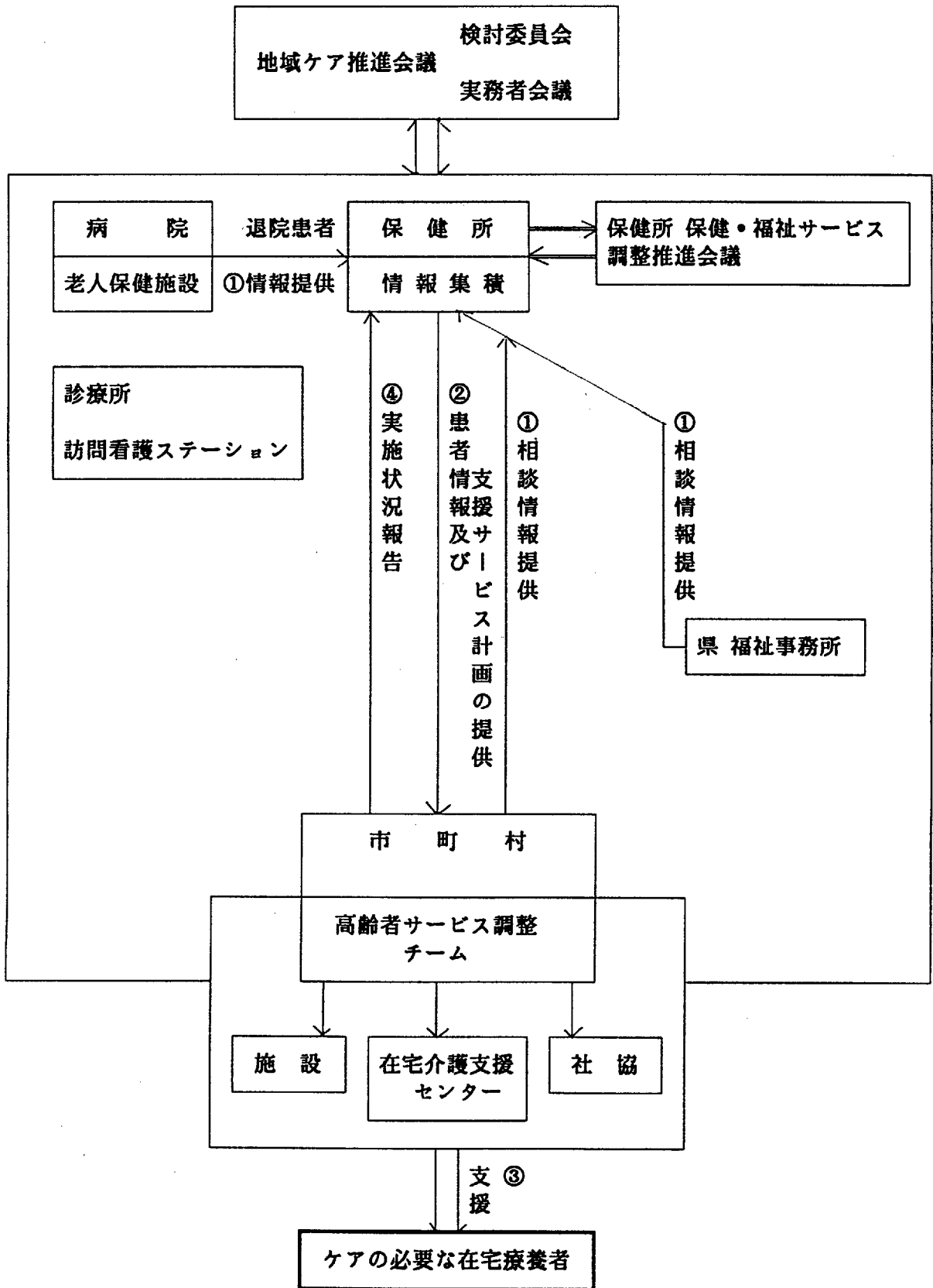


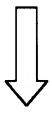
表 1

地域ケアシステム患者連絡票

小浜保健所長 殿

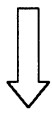
退院（退所）時の患者情報を下記のとおり連絡します。

		連絡日		年	月	日	
機関名		診療科 主治医氏名					印
よりがな		男 女	MT SH	年	月	日生 (才)	
患者氏名							職業
現住所	市 町・村	①自宅 - ②自宅外 -		( )			
診断名	①	②	③				
合併症	なし・有 (① ② )						
既往歴	なし・有 (① ② )						
発症 入院日 (入所)	年 月 日 年 月 日	退院・退所日 (予定) 年 月 日					
寝たきり 度	① 自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独立で外出する。 ② 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 ③ 寝たきり1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主体であるが座位を保つ。 ④ 寝たきり2 一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。						
痴呆状況	なし・有 ( )						
医療機器の使用 (在宅時)	なし・有 1人工呼吸器 2在宅酸素 3吸引器 4気管カニューレ 5膀胱留置カテーテル 6胃管 7胃瘻 8その他 ( )						
退院後指示	外来受診 否・要 /w(機関名 ) 服薬 否・要 訪問看護 否・要 /w(機関名 ) 入浴 不可・可 往診 否・要 /w(機関名 ) 通院リハビリ 否・要 /w(機関名 )						
主治医の意見 (療養上特に注意すべきこと)							
市町村等の保健福祉サービスについて本人家族の同意 有 無							
*記入不要				*ID番号			



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:在宅福祉サービスの必要な人に迅速かつ適正にサービスを提供出来るシステムを保健所が中心になり、医療・福祉・行政関係者と構築した。診療報酬上の市町村情報提供料を利用し医療機関・老人保健施設と保健所、市町村のネットワークを形成すると共に、福祉サービスの必要なケア対象者の医療重症度、ADL、家庭看護力、住宅状況より個別にケアプランや標準サービス量を算出し、市町村高齢者サービス会議等に提示した。その結果、市町村格差や福祉資源のストックによる格差の解消を図ると共に保健所の企画情報機能を高めた。