

【資 料】

高齢在宅療養者を支援する地域ケアシステムの構築に向けた行政保健師の役割

中 本 朱 美*

【要 旨】

本研究は、介護保険制度導入以降における高齢在宅療養者を支援する地域ケアシステムを構築するために必要な行政保健師の役割を明らかにすることを目的とした。

対象は在宅福祉サービスを利用していた高齢療養者5名であり、担当保健師が支援していく過程を記述し、類似した事項を抽象化することで、行政保健師の活動内容及び役割を抽出した。

行政保健師は関係スタッフだけでは対応が困難な場合、ケースカンファレンスへの参加や同行訪問により対象者に関わりながら、問題解決の方法を模索し助言していた。また、対象者と事業者の関係を円滑にするために介護保険制度の保険者として説明を行っていた。

高齢在宅療養者を支援する地域ケアシステムを構築するために、行政保健師による【対象者のニーズ把握】【関係スタッフとの連携】【サービスの情報提供・調整】といった役割が必要であることが明らかになり、ケアマネージャーとの協働の必要性が示唆された。

【キーワード】行政保健師、地域ケアシステム、高齢在宅療養者

はじめに

平成12年度に介護保険制度が導入され、高齢者の福祉サービス、保健サービス、医療サービス体制は大きく変化した。自治体である市区町村に所属する保健師や在宅介護支援センターの職員が調整してきた主な在宅福祉サービスの調整は介護保険制度に移行し、新たに誕生した職種であるケアマネージャーが介護保険サービスをマネジメントすることになった。介護保険制度が導入されたことは、市区町村の保健・福祉サービスに対しては良い影響を与えていること、介護そのものに対して良い影響を与えているということが示されている（白鞘他，2003）。そして、80%以上の自治体で保健師が、非認定者のフォロー、要介護者家族への介護指導、相談・苦情処理に関与していることが報告されている（永田他，2003）。

介護保険準備業務では保健師がこれまで培ってきた専門性が大いに頼りにされていた（1999，日本看護協会）。保健師は、利用者を支持し、エンパワメントしながら適切に判断してサービス利用を勧めていき、利用者とのきめ細かいやりとりを要することで利用者により結果をもたらすケアマネジメント機能を介護保険制度の中で十分機能することを再度確

認する必要がある（岡本，2000）。そして、福祉サービス利用者の台帳の整理も含めたニーズの把握やその後のフォローなど、保健師が保健分野で養ってきた地区管理の方法や技術を用いて、医療面だけでなく、生活全体を看る視点や予防的な取り組みなどの保健・看護面の専門性を発揮し、これをわかりやすく利用者やその家族のみならず、他職種にも示すことが必要である（山崎，山岸，太田，2001）。

今回、調査を実施したH市における平成12年の人口は87,061人（高齢化率16.0%）であり、H市保健師の介護保険部門への配置状況は13名中5名であった。平成15年に2町村と合併した後の人口は90,069人（高齢化率17.0%）であり、H市本庁保健師の介護保険部門への配置状況は12名中1名である。介護保険部門への配置状況に関わらず、高齢在宅療養者を支援していくためには自治体における保健師の活動が必要である。介護保険制度導入後、従来から保健師の役割であるといわれてきた「家庭訪問」「健康相談」「健康教育」のようなかわりだけでなく、地域全体の問題として捉え組織的に健康問題に対処していくために、ケアのためのシステムを構築していくことが、保健師の重要な役割になってくる（岡田，小西，1999）。保健師は、他職種との連携やソ

* 日本赤十字広島看護大学

ーシャルサポートネットワークづくりなど個別の援助から問題を明確化し、組織化、システム化するという点で、個別支援にとどまらず地域の社会的健康につなげることを役割と認識しなければならない(鈴木、岡部、松坂、2001)。

しかし、介護保険制度導入以降、自治体に所属する保健師(以下、行政保健師と言う。)の役割について高齢在宅療養者の事例から明確にした研究はない。介護保険、保健、福祉といった部門に関わらず、高齢者の在宅療養生活を支援するために行政保健師が担う役割を明らかにする必要がある。

研究目的

本研究では、介護保険制度導入以降における高齢在宅療養者を支援する地域ケアシステムを構築するために必要な行政保健師の役割を明らかにすることを目的とする。

研究方法

1. 研究対象者

対象者は介護保険制度導入以前からH市の在宅福祉サービスを利用し、行政保健師が訪問指導している高齢在宅療養者のうち介護保険部門の担当保健師が選定した5名である。

2. 調査期間

調査期間は平成12年4月から10月の7ヶ月間である。

3. 調査方法

介護保険導入以前と調査期間の対象者の訪問記録と介護保険部門の担当保健師が家庭訪問や介護保険関連業務を通して実施した内容を記載した記録ノートデータをデータとした。情報収集においては、対象者の意思を確認しながら、サービスを活用し、療養生活を送っていく経過を継続的に観察し、さらに、サービスの利用を決定していく上で必要なケースカンファレンスに参加した。

また、平成16年3月31日における事例対象者5名の状況については、H市基幹型在宅支援センターに所属する担当保健師から聞き取りをした。

4. 分析方法

対象者が在宅生活を送っていくなかで、介護保険サービスの利用状況、介護保険サービス以外のサービスの追加等を対象者および家族の意思をもとに決定していく過程や担当保健師が実施した内容を事例ごとに記述した。さらに、記述した内容を行政保健

師の活動内容としてまとめ、事例間で比較し、類似した事項を抽象化することで、行政保健師の役割を抽出した。

5. 倫理的配慮

対象者あるいは家族に、匿名で事例検討しまとめたものを保健師活動の資料として活用したい旨を口頭で説明し、了承を得た。

結 果

1. 対象者の概要

対象者5名を支援していくなかで、行政保健師として必要があると考えて実施した項目を訪問記録及びカンファレンス記録から抽出した。いずれの対象者も長年住み慣れた自宅での療養生活を強く望んでおり、介護保険サービスだけでなくその他の在宅サービスも利用していた。表1に、対象者の性別、調査時の年齢、主たる疾患、世帯状況、介護保険制度導入以前の障害老人の日常生活自立度判定基準(厚生省)及び痴呆性老人の日常生活自立度判定基準(厚生省)や利用していた在宅福祉サービス、介護保険制度導入以降の要介護度、介護保険サービス、介護保険サービス以外の支援について示した。

事例1は、要介護1で、夫と子供を亡くし同居及び別居家族のいない86歳の女性であった。対象者は補聴器を使用してもコミュニケーションが取り難い難聴であり、心因性の胃部の不快感を訴え受診を繰り返しながら何とか自炊し生活していた。介護保険制度導入以前は、市の在宅福祉サービスであるホームヘルプサービスを週に2回利用し、入浴介助及び掃除などの家事援助サービスを受けていた。サービス利用の目的は、平成11年10月に転倒し1ヶ月入院したことによるADL低下のため、困難となった家事を援助することで自立支援を促し、再度の転倒を防ぐことであった。調査開始後は、精神状態の不安定や加齢による両下肢の筋力低下が徐々に進行し、対象者が周囲へ頻回に助けを求めため、近所から苦情が生じた。問題に対応するため、家政婦による24時間の見守り、訪問介護による入浴介助、地域福祉権利擁護事業による金銭管理や介護保険サービス等の契約援助、民生委員の訪問、担当保健師による訪問という支援体制をとっていた。担当保健師は対象者の「胃に不快感がある。」「病院には入院したくない。」「家にいたい。」等の訴えを聞き、療養しながら自宅で過ごしたいというニーズを捉え、在宅生活が継続できる支援体制について考え判断し、ケアマネージャーがサービスを調整しケアプランを作成

できるように指導していた。さらに主治医とも連絡を取り服薬管理等の助言を受け、ケアプラン作成における助言をしていた。また、近くに身寄りがいないため、担当保健師は病院への入退院時や地域福祉権利擁護事業の利用開始時にも関わっていた。事例1は、平成16年3月現在、要介護5であり、家政婦が24時間体制で付き添い、訪問看護、訪問介護、訪問診療、訪問歯科診療等のサービスを利用しながら在宅生活を継続していた。担当保健師は、認定調査の実施、ケアマネージャーや民生委員等の関係スタッフからの相談対応、家庭訪問による様子伺い、ケースカンファレンスへの参加を行っていた。

事例2は、要介護1で、統合失調症の息子と二人で暮らす老人性痴呆（認知症）の86歳の女性である。介護保険制度導入以前、キーパーソンである別居の娘から担当保健師にホームヘルパー利用希望の相談があり、週1回の家事援助サービスを利用していた。調査開始後、対象者の病状は徐々に進行し、息子の精神状態の悪化とともに対象者は精神的に不安定になっていった。そのため、訪問介護による家事援助を週5回、訪問看護師による服薬確認が週2回という支援体制をとり、6ヶ月間に1日だけショートステイを利用していた。担当保健師は、精神保健部門の担当保健師と連絡をとり、息子を支援できる地域

のサービスについてキーパーソンである娘に紹介することで関わっていた。また、対象者の介護認定や介護保険サービスに関する情報も娘やケアマネージャーに提供していた。事例2は、平成16年3月現在、要介護4であり、通所介護、訪問介護、訪問看護といった介護保険サービス、医療保険でのデイケア、住民参加型のボランティア等の多様なサービスを活用しながら在宅生活を継続していた。息子は精神障害者を対象とした市のホームヘルプサービスを利用しており、ケアマネージャーは精神保健部門の担当保健師と連絡をとり、サービスの調整及び適正利用や在宅生活を継続するにあたっての問題を解決するため、必要に応じて他のスタッフとケースカンファレンスを開催していた。ケースカンファレンスには基幹型在宅介護支援センターの担当保健師が参加し、在宅生活を継続することを共通の長期的な目標とした上でサービス利用の適正や息子への関わり方について助言・指導を行っていた。

事例3は、後遺症はほとんど見られないが多発性脳梗塞の既往がある一人暮らしの84歳の男性である。介護保険制度導入以前はホームヘルパーによる家事援助サービスを利用していたが、介護保険認定審査会による審査・判定結果から認定された結果は自立（非該当）であり介護保険サービスを利用する

表1 対象者の概要

性 別	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5
調 査 時 の 年 齢	女性 86歳	女性 86歳	男性 84歳	男性 90歳	女性 85歳
主 たる 疾 患	抑うつ	抑うつ、糖尿病、 老人性痴呆（認知症）	糖尿病、 多発性脳梗塞	高血圧	狭心症、 老人性痴呆（認知症）
世 帯 状 況	一人暮らし	二人暮らし （統合失調症の息子）	一人暮らし	夫婦二人暮らし （妻が入院し一時的に 息子が滞在）	一人暮らし
介護保険制度 導入以前 （平成12年3月末）	日常生活自立度 判定基準 A1 (IIb) 在宅福祉サービス ホームヘルプサービス（入浴 介助・家事）；2回/週 住宅改修	J2 (IIIb) ホームヘルプサービス（家 事）；1回/週	J1 (I) ホームヘルプサービス（家 事）；1回/週	B1 (一) ホームヘルプサービス（入浴 介助）；1回/週 住宅改修	A1 (IIa) ホームヘルプサービス（入浴 介助）；1回/週 住宅改修
介護保険制度 導入以降 （平成12年10月）	要介護度 介護保険サービス 訪問介護（入浴介 助）；2回/週	要介護1(A1・IIb) 訪問介護（掃除・調理 等）；5回/週 訪問看護（服薬確認）； 2回/週 短期入所；1日/6ヶ 月	自立(J1・I)	要介護2(B1・一) 訪問介護（入浴・排泄 介助、調理等）；2回/日	要介護2(A1・IIIa) 訪問介護（掃除）；2回/週 通所介護；2回/週 通所リハ；2回/週
（平成16年3月末）	介護保険サービス 以外の支援 家政婦（24時間体制） 地域福祉権利擁護事 業 民生委員の訪問		一人暮らし高齢者家 事援助サービス（掃除）； 1回/週 配食サービス；5回/週 シルバー人材センター（掃 除、調理）；3回/週 有料ボランティア（外出支 援）；1回/週	配食サービス；5回/週	配食サービス；5回/週
	要介護度 介護保険サービス 訪問看護；2回/週 訪問診療；1回/月 訪問介護（家事・身 体）；7回/週 福祉用具貸与（ベッ ド・褥創予防用具）	要介護5(C2・IV) 訪問看護；2回/週 訪問診療；1回/月 訪問介護（家事・身 体）；7回/週 福祉用具貸与（ベッ ド・褥創予防用具）	要介護4(J2・IV) 訪問看護；1回/週 訪問介護（家事・身 体）；12回/週（朝7回/週、夕方5回/週） 通所介護；3回/週	要介護3(C1) 老人保健施設入所 （平成12年12月～平 成13年1月死亡）	要介護4(A2・IV) 老人保健施設入所 （平成14年12月～平 成15年5月死亡）
	介護保険サービス 以外の支援 家政婦24時間体制 成年後見人制度（平 成14年2月～） 民生委員による訪問		有料ボランティア（家事）； 2回/週 デイケア（医療）；4回/週		

ことができなくなった。担当保健師は、対象者の状態から自立と認定されることを予測し、市の在宅福祉サービスを紹介し調整していた。その結果、平成12年4月より「一人暮らし高齢者家事援助サービス」を週1回利用することになった。その他、配食サービスを週5回、シルバー人材センターによる調理、掃除を週3回、有料ボランティアである住民参加型グループによる外出支援を週1回活用していた。平成16年3月現在は、要介護1と認定され、介護保険サービスとして訪問介護による家事援助を週1回、訪問診療を月1回利用し、在宅療養生活を継続していた。介護保険及び高齢福祉部門の担当保健師は認定調査や市の配食サービスにおける実態調査のため必要時訪問し、得た情報を管理していた。

事例4は、要介護2で、両下肢筋力低下がみられる難聴の90歳の男性であり、介護保険制度導入以前は妻と二人暮らしであった。高齢である主介護者の妻から、入浴介助が困難であると相談があり、入浴介助のため週1回のホームヘルプサービスを利用することになった。その後、妻が入院したため、息子が一時的に滞在し、介護保険サービス利用について対象者の意向を代弁していた。訪問介護による入浴・排泄介助、調理等を1日に2回利用しており、市の配食サービスを週5回利用することになったが、主として息子から介護保険制度やケアプラン作成に対する意見、苦情が週に何回もケアマネージャーに寄せられた。担当保健師は同行訪問して、制度の説明やケアプランの内容について指導していた。また、介護保険外のサービスや入院入所可能な病院や施設についての情報も提供していた。対象者は重度の難聴であり、コミュニケーションが取り難く、関係づくりが難しかったため、老人保健施設へ入所する際、家族からの依頼もあって担当保健師が同行した。入所以降、担当保健師は家族の相談に対応していた。

事例5は、要介護2で、狭心症を持病とする老人性痴呆（認知症）の85歳の女性である。介護保険制度導入以前より物忘れが目立ち始めたが、近所に息子夫婦や娘夫婦が住んでいたため、毎日、家族が安否確認や買い物などの手伝いをしていた。家族が対象者の狭心症発作に対して不安を抱いており、安否確認も含め、家事援助として週1回ホームヘルプサービスを利用していた。また、両下肢筋力低下により転倒の危険性があったので、担当保健師に手すり設置の相談があり、住宅改修の調整を担当保健師がしていた。調査開始以降、対象者の物忘れがさらに激しくなったため、介護保険サービスとしては訪問

介護による掃除を週2回、通所介護を週2回、通所リハビリテーションを週2回利用していた。その他、市の配食サービスを週5回利用し、近所に住む家族は安否確認のため毎日訪問していた。担当保健師はケアマネージャーが主催するサービス担当者会議に参加し、本人及び家族の在宅生活継続への意思確認、サービス利用の適正等について助言していた。また、認定調査の実施や認定調査に関する情報整理により事例に対応できるよう情報を管理していた。

2. 高齢在宅療養者を支援する行政保健師の役割

各事例において介護保険制度導入以降における行政保健師の活動内容について類似した事項を抽象化したところ、16項目を挙げることができた（表2）。『訪問し対象者及び家族の訴えを聞き、ニーズを把握する』という活動内容では、従来からの家庭訪問を通して対象者の「生活状況に関するニーズを把握する」役割を担っていた。『ケアマネージャーあるいは社会福祉協議会の職員、民生委員、キーパーソンである家族への電話連絡等により対象者の様子を把握する』については、対象者を支援するスタッフと電話や面会をすることで連絡をとり、対象者の「生活状況に関するニーズを把握する」役割を担っていた。『サービス担当者会議あるいはケースカンファレンスに参加する』という活動内容において、これまで培ってきたケアマネジメント機能を発揮しながら、対象者を支援する関係スタッフと同席し意見を交換し、問題解決へ向けての「関係スタッフと情報を共有する」役割を担っていた。『対象者の状態についてケアマネージャーあるいは社会福祉協議会の職員から報告、相談を受け、相談にのり助言する』という活動内容では、期待された問題解決能力を発揮しながら、地域全体の保健・医療・福祉の向上やバランスを考慮して「支援体制を整えるために助言・指導または対処する」役割を担っていた。『介護保険サービスに関する情報を対象者やケアマネージャー等関係スタッフや対象者のキーパーソンとなる家族等に提供する』活動内容で、保険者として介護保険制度の説明や情報を含めた「地域内のサービス情報を提供する」役割を担っていた。

さらに、行政保健師の活動内容を比較し、抽象化すると、「生活状況に関するニーズを把握する」「医療に関する情報を把握する」といった【対象者のニーズ把握】、「関係スタッフと情報を共有する」「支援体制を整えるために助言・指導または対処する」といった【関係スタッフとの連携】、「地域内のサービス情報を提供する」「介護保険以外のサービスを

表2 高齢在宅療養者を支援する行政保健師の役割

	行政保健師の役割	行政保健師の活動内容
対象者の ニーズ把握	生活状況に関するニーズを把握する	訪問し対象者及び家族の訴えを聞き、ニーズを把握する。(1)(2)(3)(4)(5) ケアマネージャーあるいは社会福祉協議会の職員、民生委員、キーパーソンである家族への電話連絡等により対象者の様子を把握する。(1)(2)(3)(4)(5)
	医療に関する情報を把握する	主治医に電話または面会し、対象者の身体的及び精神的な状態について指示や助言を得る。(1)(3) 主治医に電話または面会し、服薬管理についての指示を得る。(1)(3)
関係スタッフ との連携	関係スタッフと情報を共有する	サービス担当者会議あるいはケースカンファレンスに参加する。(1)(2)(5) ケアマネージャーに医師からの指示や助言を伝える。(1)
	支援体制を整えるために助言・指導 または対処する	支援体制の継続困難になったとき、今後の方針を立てるためカンファレンスを開くようケアマネージャーに助言する。(1)
		対象者の状態についてケアマネージャーあるいは社会福祉協議会の職員から報告、相談を受け、相談にのり助言する。(1)(2)(3)(4)(5)
		対象者やケアマネージャー等関係スタッフに適切なサービス利用方法について指導する。(1)(3)(5)
		対象者に家族がいないため民生委員と共に入院退院時に付き添う。(1)
		対象者の同居家族の支援について、関係スタッフやキーパーソンとなる家族へ助言する。(2) ケアマネージャーあるいは社会福祉協議会の職員から要望があったとき、またはその場での話し合いが必要なとき、訪問に同行する。(1)(3)(4)
サービスの情 報提供・調整	地域内のサービス情報を提供する	介護保険サービスに関する情報を対象者やケアマネージャー等関係スタッフや対象者のキーパーソンとなる家族等に提供する。(1)(2)(3)(4)(5) 対象者及び対象者の家族が活用できる介護保険以外のサービスについて情報を対象者のキーパーソンとなる家族やケアマネージャー等関係スタッフに提供する。(1)(2)(4)
		入所可能な施設や入院可能な病院について対象者及び対象者の家族や関係スタッフに情報を提供する。(1)(2)(3)(4)
	介護保険以外のサービスを調整する	介護保険以外のサービス導入の際に連絡、調整を行う。(1)(3)

()は該当事例番号

調整する」といった【サービスの情報提供・調整】に分類できた。

行政保健師は「生活状況に関するニーズを把握する」「関係スタッフと情報を共有する」「支援体制を整えるために助言・指導または対処する」「地域内のサービス情報を提供する」という役割を発揮する中で、ケアマネージャーと連絡を取り協働していた。【対象者のニーズ把握】【関係スタッフとの連携】【サービスの情報提供・調整】のいずれにおいてもケアマネージャーとの関わりがあった。

考 察

1. 高齢在宅療養者を支援する行政保健師の3つの役割

5つの事例における共通問題として家族機能の欠

如が考えられる。事例の世帯状況について、独居者が3事例、高齢者夫婦が1事例、精神障害者の子供との二人暮らしが1事例であり、行政保健師は、家族の介護力が欠けている者に【対象者のニーズ把握】【関係スタッフとの連携】【サービスの情報提供・調整】と言った役割を果たしていた。これらの役割は介護保険制度導入以前にも行政保健師が行ってきたことであり、保健師活動の役割の一部であるが、新たに保険者として介護保険制度の説明を求められていた。

事例1のように、身寄りのない独居で、介護保険サービスだけでは在宅生活が成り立たない要介護1の対象者を支援するために、担当保健師は不定期で短時間であっても家庭訪問を実施して本人の訴えを直接聞くことや、関係スタッフとの電話や面会によ

る密な連絡を行っていた。きめ細かい情報収集による【対象者のニーズ把握】は行政保健師にとって重要な役割であると考えられる。事例2の対象者は、精神障害者と二人暮らしであり、介護保険サービスだけでなく、精神保健福祉サービス等の調整が必要であるため、家族単位で支援しなければならない。行政保健師は、介護保険サービスをを超えて地域の保健福祉サービスをマネジメントするために、サービス担当者会議やケースカンファレンスへの参加や関係スタッフからの相談に応じた助言・指導により、【関係スタッフとの連携】をとる役割を担っている。その中で、関係スタッフの役割や能力を見極め、認め、エンパワメントし、対象者や地域全体によい結果をもたらすことができると考えられる。事例4のように、新しい制度導入直後は、制度について周知されていない、わかりにくい、変化に対応しにくい等により苦情が生じやすいことが考えられる。行政保健師は、制度や体制の変化に応じて啓発活動を行うとともに地域の保健福祉サービスを把握し、調整していく【サービスの情報提供・調整】といった役割を担っていると言える。

H市では平成12年度と平成15年度では介護保険サービスなどを利用する高齢者を支援する部門の保健師配置状況が変わっているが、行政保健師は認定調査以外にケースカンファレンスの参加による助言・指導や関係スタッフからの相談対応を行っている。ケアマネージャーが介護保険サービスをコーディネートし、一方で行政保健師は自治体単独の保健福祉サービスの調整を行う役割を担う。行政保健師は、対象者のニーズを捉え、関係スタッフと連携をとり、在宅療養生活が継続できるように広い視野で状況を判断し、地域のサービスを幅広くマネジメントしていると考えられる。

行政保健師には、制度や支援体制が変化しても、対象者別に在宅療養生活を観察評価し、在宅生活継続が困難になるという問題を事前に予測し、必要な介護保険サービスや地域の医療・保健・福祉分野における指導、助言を行うことが期待されている。そのため、【対象者のニーズ把握】【関係スタッフとの連携】【サービスの情報提供・調整】と言った役割があることを認識し、今後も発揮する必要がある。

2. ケアマネージャーとの協働

今回の分析から、行政保健師の活動内容においてケアマネージャーとの関わりが多く示されていた。行政保健師は、ケアマネージャーと協働する際に「生活状況に関するニーズを把握する」「関係スタッフ

と情報を共有する」「支援体制を整えるために助言・指導または対処する」「地域内のサービス情報を提供する」という役割を発揮していたと考えられる。

調査は介護保険制度導入直後であったため、行政保健師とケアマネージャーの関わりが多かったとも予測される。しかし、平成16年3月末においても、ケアマネージャーからの相談対応を行っていたことから、行政保健師とケアマネージャーは必要に応じて対象者の情報を共有し、役割を分担しながら協力のもと働く必要があると考えられる。3事例のうち2事例は担当保健師がケースカンファレンスに出席しており、ケアマネージャーや関係スタッフだけでは解決困難な場合、相談に応じ、助言や指導を行っていた。しかし、H市において指定居宅介護支援事業者の変更の届け出や介護保険サービスに対する苦情は存在し、全ての高齢在宅療養者に5事例と同様の対応ができていたとは言えない。永田ら(2003)の調査では、ケアマネージャーとの連携がとりにくいという報告から、必要性がありながらも連携の難しさが指摘されている。さらに、ケアマネージャーは業務に充てる時間が不足しているため、利用者や家族の生活状況を把握する時間がないという問題を抱えている(木村, 小野, 2004)。また、ケアマネージャーの役割認識の不明確さに関する内容として、不明確なゴール、利用者の理解のあいまいさなどが挙げられている(木村, 小野, 2004)。

介護保険が誕生し、ケアマネジメント制度で、表面上、保健・医療・福祉の連携は出来上がっているようであるが、ケアマネージャーの職種は多種多様であり、他機関との連携及びカンファレンスによる対象者に関する情報交換が必要である。行政保健師はケアマネージャーと協働して介護保険制度導入以前から実施している地域の保健・医療・福祉サービスを個別に調整・助言・指導すると同時に、組織として活用できるような地域をつくり、高齢在宅療養者の生活を支援する必要がある。

3. 地域ケアシステムの構築に向けて

地域にはさまざまな専門職が存在しており、行政保健師だけでなく、対象者に関わるスタッフも他の医療・保健・福祉サービスを把握し、活用できるようにする役割を持つ必要がある。特にケアプランを作成するケアマネージャーは行政保健師と必要時連絡を取り、対象者のニーズを把握し保健師とともにサービスの質の向上を目指すよう協働していくことが望まれる。

今回抽出された【対象者のニーズ把握】【関係ス

スタッフとの連携】【サービスの情報提供・調整】という役割を発揮することで、さまざまな関係スタッフが問題解決能力を向上させ、在宅高齢療養者を支える地域づくりに発展させる可能性がある。また、結果から、行政保健師のケアマネージャーへの助言・指導やサービス担当者会議あるいはケースカンファレンスへの参加等により、問題解決へと導く一方で、ケアマネージャーから対象者の生活状況に関する情報を収集していることが示された。行政保健師とケアマネージャーとの協働は在宅高齢療養者を支援するための地域ケアシステムの一部であり、システム構築をしていくために欠かせないと考えられる。

行政保健師は、3つの役割とケアマネージャーとの協働の必要性を踏まえ、問題を地域レベルで把握し、スタッフを含む地域の社会資源を活用しながら、地域独自の在宅高齢療養者を支援していくケアシステムを構築していく必要がある。

本研究の限界と今後の課題

今回の調査は平成12年度の介護保険制度導入直後実施しており、5つの事例検討及び内容分析にとどまっている。今後、在宅高齢療養者を支援する地域独自のケアシステムを構築していくにあたり、行政保健師と他職種のなかでも特にケアマネージャーとの協働のあり方をより明確にしていくことが課題である。

結 論

本研究から、高齢在宅療養者を支援する地域ケアシステムを構築するために必要な行政保健師の役割について以下の点が明らかになった。

1. 行政保健師には、家庭訪問などによる【対象者のニーズ把握】、ケースカンファレンスに参加するなどの【関係スタッフとの連携】、地域における【サービスの情報提供・調整】と言った役割がある。介護保険制度導入以降、【サービスの情報提供・調整】を行う中で、保険者として介護保険制度の知識が求められている。
2. 地域独自のケアシステムを構築するために、行政保健師とケアマネージャーの協働が必要であ

る。ケアマネージャーと協働する際に、行政保健師は「生活状況に関するニーズを把握する」「関係スタッフと情報を共有する」「支援体制を整えるために助言・指導または対処する」「地域内のサービス情報を提供する」と言った役割を発揮している。

謝 辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきました皆様に心より深く感謝申し上げます。

本論文は、日本地域看護学会第4回学術集会において発表したものに加筆・修正したものである。

文 献

- 岡田麻里, 小西美智子 (1999). 地域ケアシステム構築の方法論と保健師の能力に関する研究—その1—システム構築のために保健師が用いた能力. 日本地域看護学会誌, 1(1), 50-55.
- 岡本玲子 (2000). 行政保健師・士によるケアマネジメントの効果と介護保険との連動—質評価質問紙による全国調査の結果より—. 神戸大学医学部保健学科紀要, 16, 39-50.
- 基盤整備研究小委員会 (2000). 平成11年度先駆的保健活動交流推進事業報告平成10・11年度基盤整備研究小委員会報告書—介護保険事業を円滑に推進するために保健事業との有機的な運動—. 東京, 社団法人日本看護協会
- 木村裕美, 小野ミツ (2004). 介護支援専門員の業務に関する課題と役割認識. 日本看護福祉学会誌, 9(2), 64-74.
- 白鞘康嗣, 島田直樹, 中原俊隆, 潮見重毅, 里村一成, 武村真治, 近藤健文 (2003). 介護保険導入による市区町村の保険福祉サービスの変容. 日本公衆衛生雑誌, 50(10), 959-969.
- 鈴木和子, 岡部明子, 松坂由香里 (2001). 介護保険制度開始後の保健師・士と訪問看護婦・士の家族援助に関する自己役割認識と相互役割期待. 日本地域看護学会誌, 3(1), 32-37.
- 永田智子, 村嶋幸代, 春名めぐみ, 北川定謙, 倉持一江, 古谷章恵, 堀井とよみ, 湯澤まさみ, 田上豊 (2003). 介護保険施行後の保健師活動に関する調査 (第1報) —介護保険業務へのとりくみに焦点を当てて—. 日本公衆衛生雑誌, 50(8), 713-723.
- 山崎洋子, 山岸春江, 太田真里子 (2001). 市町村の福祉分野で活動する保健師の業務実態と活動上の課題. 日本地域看護学会誌, 3(1), 163-170.

The Role of Public Health Nurses in Organizing Community Health Care Systems for Frail Elderly People Living at Home

Akemi NAKAMOTO*

Abstract:

The purpose of this study was to establish the role of public health nurses, since the introduction of the long-term care insurance system in Japan in organizing community health care systems for frail elderly people living at home.

The participants were five frail elderly people living at home, who had used community health and welfare services before the long-term care insurance system started. The progress of the public health nurse visits to the homes of these frail elderly people was analyzed by comparing the five case studies.

In cases where problems arose that other staff could not resolve, the public health nurse considered how to resolve the problem and advised them by joining the case conference and visiting the participant with the other staff. Then, as a city official, the public health nurse explained the long-term care insurance system to the participants of the study and their families in order to allow the smooth administration of the system. It was suggested that public health nurses need to: 1. understand the needs of frail elderly people living at home, 2. cooperate with staff members, 3. provide information about services and help people to use the services. Public health nurses also need to develop partnerships with care managers in order to organize community health care systems.

Keywords:

public health nurse, community health care systems, frail elderly people living at home

* The Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing