

地域ケアサービスの質的評価に関する 応用的研究

(課題番号 14572207)

平成14年度～15年度科学研究費補助金
基盤研究(C)(2)研究成果報告書

平成16年3月

研究代表者 宮崎美砂子
(千葉大学看護学部教授)

目 次

はじめに	1
調査1：介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携 （その1）－訪問看護ステーションからみた連携の実態－	5
調査2：介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携 （その2）－市町村保健師からみた連携の実態－	17
調査3：介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携 （その3）－まとめ－	33
調査4：関係機関・職種との連携に関する基幹型在宅介護支援センターに属する 看護職の役割－看護職者3名への聴き取り調査からの分析－	37
調査5：文献事例報告からみた地域ケアサービスの質の評価にかかわる連携の実態 －行政保健師の関与した連携事例－	49
総括	57

はじめに

Ⅰ. 研究目的

在宅療養者に提供される個々のケアサービスの質は、提供されるケア技術の適切性や、ケアサービスの受け手と担い手との信頼関係、療養・生活環境条件などの要素によって規定される。しかしこれら個々のケアサービスを地域を単位としてみた場合、その質は、ケアサービスの継続性・連続性・一貫性、並びにケアサービスの総合性・柔軟性、さらにはケア提供に関わる人々の主体性・責任性などの要素が極めて重要となると考えられる。

本研究の目的は、地域において提供される個々のケアサービスを、地域を単位としたケアシステムの観点から質的に評価し、かつその発展を方向づける評価指標並びに評価方法を明らかにすることである。

本研究では、実践に活用可能な応用性の高い評価指標並びに評価方法を明らかにすることを目指している。その場合、基本となるのは、地域ケアサービスの受け手である療養者やその家族のニーズ充足の観点からの評価である。したがって、地域ケアサービスを必要とする療養者及び家族のもつ事例性を本研究では重視する。

介護保険制度開始以降、要介護認定を受けた者に対しては、地域内の様々なケアサービスが提供されるようになり、実際に、介護保険にかかわるケアサービスの利用者数並びに利用件数は年々増加傾向にある。しかし果たして、それらのケアサービス利用が、個々の療養者及び家族のケア及び生活の質の充足に対して、どのような成果をもたらしているかは、十分な検討を要する課題である。

本研究では、介護保険制度開始以降の現時点において、療養者と家族の個別のケア及び生活の質の充足にかかわる、地域を単位としたケアサービスの質を最も規定するものとして、「ケア従事者の連携」に焦点をあてる。ケアサービ

スを必要とする個別事例に対するケア従事者同士の連携の実態を複数の調査から明らかにし、それを通して、地域ケアサービスの質を評価する指標並びに方法を検討する。

調査を企画するにあたり、特に、保健所及び市町村に所属する行政保健師の関与する連携の事象を調査対象に取り上げる。その理由は、行政保健師は従来より、地域住民全体の健康と生活に責任をもつ立場から、個々の療養者及びその家族の個別のケアニーズの充足を図るために、現有の資源を創意工夫しながら適用したり、また不足している資源に対しては資源を創出する活動を同時に行ったりしながら、地域を単位としたケアサービスの充足及び改善にかかわってきた経過がある。介護保険制度が運用されている現在では、むしろ行政保健師の関与しない状況下で、介護支援専門員を中核としてケア従事者同士の様々な連携が日常的に数多く行われている状況にある。しかしそのような状況の中でも、行政保健師に連携が求められる事例には、地域ケアサービスの質の充実及び改善にかかわる問題状況が内在するものと推察する。

以上より本研究では、行政保健師の関与するケア従事者同士の連携の実態を調べることを通して、地域ケアサービスの質の評価にかかわる指標並びに方法を追究する。

Ⅱ. 本報告書の構成

以下に示す調査1～調査5により構成し、研究目的を追究した。

各調査の概要及び成果について述べる。

調査1：介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携（その1）－訪問看護ステーションからみた連携の実態－

訪問看護ステーションが過去2年間に行政保健師に連携を求めた事例調査を中心に、行政保健師との連携に対する問題認識、行政保健師との連携に対する期待を訪問看護ステーション所長に面接聴取し、訪問看護ステーションの求める行政保健師との連携の実態を調べた。

その結果、行政保健師との連携を必要とする9つの問題状況が明らかになった。すなわち、「家族の介護力の低い状態」「医療の必要性の高い状態」「サービス利用の拒否」「療養者と家族等の意思疎通」「介護保険では量的に充足できない援助ニーズあるいは介護保険制度適用外の援助ニーズ」「独居者の見守り」「潜在している地域のケアニーズ」「関係者との問題の共有」「公の立場からの事例の個別性の理解と共有」「一般市民への制度の啓発」である。

これら9つの問題状況は、「予防」「医療及び介護に関わるケアの継続」「生活の維持」「個別性の尊重」の観点から、療養者及び家族の必要とする地域ケアサービスの質を保障し向上させる活動を開始する起点となると考えられ、地域ケアサービスの質を評価する実践的な指標として活用可能であることが示唆された。

調査2：介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携（その2）－市町村保健師からみた連携の実態－

過去2年間の間に、介護支援専門員・居宅介護支援事業者等のケア従事者から、行政保健師に連携の依頼があり、実際に保健師が対応した事例調査から、介護支援専門員・居宅介護支援事業者等ケア従事者と行政保健師との連携の実態を調べた。

その結果、行政保健師との連携を必要とする12の問題状況を明らかにした。すなわち、「家族の介護力の低い状態」「医療の必要性の高い状態」「サービス利用の拒否」「療養者と事業者等の意思疎通の問題」「介護家族への精神的支援」「家族による虐待、介護者への暴力」「ホームヘルパーに対する拒否・暴力」「食事指導・栄養指導への対応」「独居者の見守り」「潜在している地域のケアニーズ」「介護支援事業者への技術教育」「公の立場からの事例の個別性の理解と共有」である。

これら12の問題状況は、「予防」「ケアの継続」「個別性の尊重」「精神的支援」「セルフケ

ア」「近隣等による地域支援」「介護支援事業者の技術水準」の観点から、療養者及び家族の必要とする地域ケアサービスの質を保障し向上させる活動を開始する起点となると考えられ、地域ケアサービスの質を評価する実践的な指標として活用可能であると示唆された。

調査3：介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携（その3）－まとめ－

訪問看護ステーションの行政保健師に求める連携の実態及び、行政保健師が介護支援専門員・居宅介護支援事業者等から依頼を受けて実際に対応した連携の実態を統合することにより、地域ケアサービスを構成する連携の実態を総体的に明らかにした。その結果、行政保健師の連携を必要とする16の問題状況が明らかになった。これらは地域ケアサービスの質を療養者・家族の立場から保障し向上させる上で活用可能な評価指標であると考えられた。指標の有用性の検証は今後の課題である。

調査4：関係機関・職種との連携に関する基幹型在宅介護支援センターに属する看護職の役割－看護職者3名への聴き取り調査からの分析－

基幹型在宅介護支援センターに属する看護職は、地域型在宅介護支援センターやケアマネジャー等、関係機関・職種との連携に関して、地域住民の生活の継続性を重視すること、各々の関係機関・職種のケアサービスの質向上に責任をもつこと、地域ケア会議を有効に活用することが重要である。基幹型在宅介護支援センターに属する看護職がこれらの役割を意識化して活動を行うことにより、地域全体のケアサービスの質向上につながると考えられた。

調査5：文献事例報告からみた地域ケアサービスの質の評価にかかわる連携の実態－行政保健師の関与した連携事例－

在宅ケアの連続性や一貫性にかかわるケア従事者同士の連携の実態を、行政保健師の関与し

た事例に焦点をあてて、文献事例報告を用いて明らかにした。平成7年～平成15年に公表されている看護系雑誌等の文献より21事例を選定し調査対象とした。その結果、療養者と家族を支えるケア従事者と行政保健師との連携の実態は、本報告書の他の調査結果と同様な傾向を示していたが、本調査からは特に、療養者本人、家族、関係スタッフそれぞれにとっての連携の成果に関する資料が得られ、これらは地域ケアサービスの質を保障し向上させる活動の評価指標として活用可能と考えられた。

III. 総括及び今後の課題

各調査の結果を総括し、地域ケアサービスの質にかかわる指標を整理した。これらは、問題状況、対応、成果の3局面から構成され、これら3局面においてそれぞれの指標を活用したならば、療養者及び家族の必要とする地域ケアサービスの質を保障し向上させる活動の必要性が明らかになると考える。

これらの指標の有用性についての検証は、今後の課題である。

IV. 研究組織ならびに研究経費等

1. 研究組織

[研究代表者]

宮崎美砂子 千葉大学看護学部 教授
地域看護学教育研究分野

[研究分担者]

平成14～15年度

牛尾裕子 千葉大学看護学部 講師
地域看護学教育研究分野

武藤紀子 千葉大学看護学部 助手
地域看護学教育研究分野

石川麻衣 千葉大学看護学部 助手
地域看護学教育研究分野

平成15年度

山田洋子 千葉大学看護学部 助手
地域看護学教育研究分野

[研究協力者]

以下の方々の協力を得た。

上野まり (千葉大学看護学部 訪問看護学教育研究分野)

小川直子 (訪問看護ステーションかがやき)

本間時枝 (川鉄千葉病院訪問看護ステーション)

佐野けさ美 (みやのぎ訪問看護ステーション)

藤田淳子 (セコム吉祥寺訪問看護ステーション)

小川明美 (成田市高齢者福祉課中央在宅介護支援センター)

馬場陽子 (柏市介護保険課)

江波戸由美子 (銚子市高齢者福祉課基幹型在宅介護支援センター)

岡松貴美子 (千葉市若葉区都賀保健センター)

山岸秋子 (千葉市稲毛区小中台保健センター)

岡田明子 (千葉市稲毛区小中台保健センター)

佐久間早苗 (千葉市緑区鎌取保健センター)

福田峰子 (千葉市緑区鎌取保健センター)

大塚千春 (株式会社セントケア美浜営業所)

飯田貴映子 (千葉大学大学院看護学研究科)

鈴木香理 (千葉大学大学院看護学研究科)

2. 研究経費

交付決定額 (配分額) (金額単位：千円)

	直接経費	間接経費	合計
平成14年度	1,000	0	1,000
平成15年度	700	0	700
総計	1,700	0	1,700

3. 研究成果の発表

(口頭発表)

1) 宮崎美砂子, 牛尾裕子, 武藤紀子, 石川麻衣, 山田洋子, 大塚千春, 上野まり: 訪問看護ステーションの求める行政保健師との連携, 日本地域看護学会第7回学術集会, 平成16年6月12日発表予定

調査1：介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携
（その1）－訪問看護ステーションからみた連携の実態－

調査 1

介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携（その1）

－訪問看護ステーションからみた連携の実態－

宮崎美砂子 牛尾裕子 武藤紀子 石川麻衣 山田洋子 大塚千春 上野まり

I. 目的

家庭や地域で営まれる育児、療養、介護に対して、従来より市町村保健師は、地域住民の身近な支援者としての立場から、日常生活にかかわる課題を起点とした地域ケア体制づくりに取り組んできた。また一方で保健所保健師は、市町村保健師よりも広域的な地域を担当する立場から、複数の市町村に共通する課題や、より専門性の高い技術を要する課題に対して、地域ケア体制づくりに取り組んできた¹⁾。

介護保険制度が運用されている現在、介護の必要な状態にある対象者に関する相談受理及び個別支援の調整は、在宅介護支援センター並びに介護保険制度の適用者には介護支援専門員が中心となり、それらの機能・役割を発揮する体制となった。市町村の保健部門では、保健師の訪問等個別支援の対象基準を見直し、その結果、介護保険サービス利用者の個別支援の調整は直接的に担わないという業務上の整理を行った市町村も少なくない。また一部の保健所では、従来より保健師が担ってきた難病患者の在宅療養を支える調整技術を、管轄地域の介護支援専門員に確実に伝える必要性を課題として取り上げ、難病患者の支援調整に関する介護支援専門員の技術の向上を意図した協働が行われている²⁾。

介護の必要な状態にある在宅療養者は複雑な支援ニーズを合わせもつため、介護保険制度開始後においても、様々な立場にある地域のケア従事者がそれぞれの立場から発揮できる創意と工夫により協働して、家庭や地域における療養及び介護を保障できる支援体制をつくる必要がある。

以上の背景を踏まえ、本研究では、介護保険制度が運用されている現在において、介護支援専門員及び居宅介護支援事業者である、訪問看護ステーションを対象に、訪問看護ステーションの行政保健師に求める連携の実態を調べ、行政保健師との連携によって充足・改善しようとしたケアサービスの質について明らかにする。そこから地域ケアサービスの質的評価にかかわる指標及び方法について考察する。

II. 方法

1) 調査対象及び方法

2市・4か所の訪問看護ステーション（以下、ステーションと略す）の所長4名を対象に、以下の2)に示す調査項目について面接聴取を行った。面接は、各ステーションの1室にて平均1時間30分時間行った。

2) 調査項目

以下の(1)～(3)の内容から成る。

(1) 過去2年間においてステーション側から市保健センターの保健師または保健所の保健師（以下、保健師）に連携を求めた事例の状況
①療養者の年齢、②現病、③家族構成、④保健師に求めた連携の内容、⑤ステーションが把握している保健師の対応の内容

(2) 日頃の活動における保健師とのかかわりの機会

(3) 保健師との連携に対する考え

①連携が必要と考える問題内容、②連携を通じた保健師への期待、③保健師との連携を活かすために改善が必要と考えること

3) 倫理的配慮

各所長に対して研究目的並びに聴取内容の記載における個人情報の保護について、紙面及び口頭にて説明を行い、研究協力の同意を得た。

III. 結果

1. ステーション側から保健師に連携を求めた事例(表1)

(1) 事例概要

各ステーションから2~4事例、計12事例の回答を得た。

現病・健康問題は、寝たきり(2事例)、脳梗塞・くも膜下出血(2事例)、脊椎損傷(2事例)、がん(2事例)、痴呆(1事例)、パーキンソン病(1事例)、心不全(1事例)、腎不全による透析(1事例)であり、年代は、青年期(1事例)、壮年期(4事例)、高齢期(7事例)であった。

(2) ステーション側から保健師に求めている連携内容

以下の①~⑤の内容であった。

①家族介護力の低い状況下にある療養者(以下、本人と略す)の療養場所の早急な確保

痴呆である本人の他にその家庭では娘も介護が必要な状態であり、入院中の本人の自宅退院は困難が予測される状況(事例1)、統合失調症の初老期の息子と寝たきりの高齢者本人の2人暮らしで経済的問題を抱えている状況(事例3)にみるように、家族介護力の低い状況下にある本人が安心して療養できる場所を早急に確保する必要性に対して保健師に助力を求めている。

②同居する家族全員が健康問題・生活問題を抱えている世帯に対する対応

慢性腎不全により透析が必要な本人の他に、不登校でかつ清潔が保持されていない子供たちへの対応が必要な世帯の状況(事例2)、くも膜下出血で要支援の状態にある本人の他に、ギャンブル依存のある夫、統合失調症の長男、精神発達遅滞のある長女がおり、経済的問題を抱

えている世帯の状況(事例4)にみるように、ステーションが関与する契機となった療養者本人の他に、同居家族全員が健康問題・生活問題を抱えている世帯への支援対応を保健師に求めている。

③本人と家族介護者、あるいは本人とホームヘルパー等外部支援者間の相互の意思疎通を図るための調整

便失禁に対して本人の嫌がる方法で夫が対応していても本人は何も言い返せない夫婦関係の中で介護が行われている状況(事例5)、日中独居の頸椎損傷患者で全面介助を要するが、本人の意向にホームヘルパー応じられずに何か所も事業所が変わり、本人も胃潰瘍になるなどのストレス症状が出現している状況(事例7)、ホームヘルパーを利用している複数の事業所間で考え方の違いがあり、介護支援専門員が個々の事業所の調整を行っているが充分ではない状況(事例6)にみるように、本人と家族介護者、あるいは本人と外部支援者間、外部支援者同士の意思疎通を図る調整を保健師に求めている。

④介護保険では量的に充足できない援助ニーズあるいは介護保険適用外の援助ニーズを充たすための方策の検討

退院前に身体障害者手帳の申請するなどの準備なく自宅療養が開始されていた状況(事例8)、要支援と判定を受けたが心不全のため全面介助が必要な状況(事例9)、壮年期の乳がん患者で寝たきり状態であるが介護保険適用外であり、利用できるサービスについて相談が必要な状況(事例11)、末期のパーキンソン病の介護にあたる姉も高齢で負担が大きくホームヘルパーを利用しているが、介護保険の限度枠以上のサービスが必要な状況(事例12)にみるように、介護保険では量的に充足できない援助ニーズあるいは介護保険適用外の援助ニーズを充たすための方策を検討するため保健師にかかわりを求めている。

⑤制度の利用を拒否している家族の調整

独居の胃がん高齢者で食事・服薬管理が十分でない判断されるが、別居の娘より介護保険利用の拒否があり制度の利用ができない状況（事例 10）のように、外部支援が必要な本人の状態を説明し、家族に制度利用の理解を求める調整役を保健師に求めている。

（3）ステーションの把握している、その後の保健師の対応

保健師の対応について、ステーション側が把握している内容を整理すると、「本人・家族に必要な資源・制度の導入」、「本人・家族への定期的な保健師等による個別援助の開始」、「関係者を集めた事例検討会の開催」、「ステーションの開催する事例検討会への参加」、「家族や事業者等の介護者に対する本人の意向の代弁」がみられた。

一方、ステーションからの依頼を地区担当保健師が受理したまま放置していたり、本人・家族の実態を直接確認せずに、ステーションに情報を提供したりしている対応もあった。

2. ステーションの日頃の活動における保健師とのかかわりの機会（表2）

ステーションの日頃の活動において保健師との接点の「ない」ステーションと、「ある」ステーションとに回答が分かれた。

日頃の接点の「ない」ステーションは2か所で、「介護保険が始まるまでは、保健師とは良い関係で訪問時に会うことも多く、情報交換をしたり、わからないことを聞ける関係であったが、介護保険が始ってから介護保険適用の高齢者に関しては保健師は訪問しない、関わらないと言われた」、「介護保険で対応している独居者への対応は介護支援専門員の役割なので保健師は看ないと数力所から言われた」と回答があった。

日頃の接点の「ある」ステーションは2か所で、「介護保険開始後に接点が減った」という回答もあるものの、同時に「相談する関係あり」

「介護支援専門員の開催する会議にてかかわりあり」「訪問看護ステーションの開催する勉強会と一緒に参加」「保健所の開催する調整会議にて情報交換あり」の回答があった。勉強会や調整会議では、難病患者に関するものが取り上げられていた。

保健師とのかかわりの接点が無くなった、もしくは減ったことに対して、ステーションが創意・工夫している内容として以下の回答があった。すなわち、「保健師を通さずに自分たちのできる範囲内であれば対応しようと思う。介護保険が始まるまでは保健師が対応してくれた障害や福祉のサービスについて詳しくなった。それにより保健師とのかかわりの必要性を感じなくなってきている」、「保健センターに情報提供するにも労力がかかる。情報提供したことに対して、返ってくるものがなければ、介護支援専門員として書類の代行や申請はできるし、訪問看護師として主治医とも連携がとれるので自分で解決した方が早い」、「高齢者に関しては介護保険が始まってからは交流がない。自分たちでやらなきゃいけないのかなと思う」、「身体障害者についても、介護保険の適用者なら障害福祉の事務担当者と直接交渉する」と回答があり、個別事例に対する福祉サービスの適用について、介護保健制度開始前は保健師に福祉部門との調整役を依頼していたのに対して、今ではステーション側が主体的に交渉してサービスの導入を図るようにしている状況があった。

3. 保健師との連携に対するステーションの考え

1) 保健師との連携が必要と考える問題（表3）

次の①～⑨の内容であった。

①医療の介入が必要な場合

往診医の紹介が必要であったり、精神疾患をもつ家族員に適切な対応を行ったりするなど、医療の介入が必要な場合に、保健師は公的立場から医療機関とのかかわりがもてるので保健師との連携が必要と考えていた。

②社会から孤立しがちで家族に介護力の低い場合

一家に複数の健康及び生活上の問題があったり、家族内に難病、精神疾患、高齢者による高齢者への介護などの問題が存在したりしているために、社会から孤立しがちで家族の介護力の低い場合に、保健師との連携が必要と考えていた。

③痴呆でかつ金銭的な問題をもつ場合

本人が痴呆でかつ金銭的な問題をもつ場合には、民間事業者の立場であると、本人から金銭的な取り扱いを疑われたり、関係者から立場を疑われたりすることがあるため、公的な立場の保健師との連携が必要と考えていた。

④介護保険だけでは充足できないニーズをもつ場合

介護保険だけではニーズが充足できず、他の保健福祉サービスを合わせて導入する必要性が高い場合に、保健師との連携が必要と考えていた。

⑤介護保険の未申請あるいは適用外である場合

痴呆や難病などの場合で介護保険が未申請であったり、身体障害のように介護保険が非該当であったりする場合には、介護保険制度以外の保健福祉サービスを利用する必要があり、保健師との連携が必要と考えていた。

⑥サービス利用を拒否している場合

介護保険制度によるサービス導入が必要と判断されても、家族が利用を受け入れず拒否している場合に、行政サービスに詳しい立場の保健師から、家族に一步踏み込んだ働きかけを期待し、保健師との連携が必要と考えていた。

⑦公的制度の適用に必要な場合

適用となる制度がない、あるいは条件に合わず制度の適用とならない対象者の場合には、他

に何か使える資源がないか確認が必要な場合、あるいは本人や家族に制度やサービスについて個別性に即した詳しい情報提供が必要な場合に、保健師との連携が必要と考えていた。

⑧1つの事業者ではニーズの充足ができずかつ責任がもてない場合

独居や家族が精神的問題をもっている事例への対応は1つの事業所だけでは、責任を負いきれず、またニーズを充たすだけの専門的な介入ができないために、公的な立場にある保健師との連携が必要と考えていた。

⑨医療依存度が高いために事業者側の受け入れが困難な場合

医療依存度の高い事例はショートステイなどサービスにおいて事業者側の受け入れが困難な場合があり、そうしたときに行政とのつながりのある保健師との連携が必要と考えていた。

2) 保健師との連携を通して期待すること

(表4)

次の①～⑤の内容であった。

①独居者の健康や生活の見守り

独居者の健康や生活の見守りの必要性についてステーションは考えており、そのためには、地域に精通している保健師の力を活用したいと、保健師に期待していた。

②独居者と生や死について話し合い、助けることのできる存在としてのかかわり

保健師は、地域の独居者一人ひとりと要介護度のそれほど高くない時点からかかわりが持てる立場にあり、独居者の望む生と死のあり方について直接話し合い、望む生と死に向けて援助のできる立場にあるとステーションは考えおり、そのようなかかわりを保健師に期待していた。

③潜在している地域のケアニーズの実態把握 明らかに困難な状態となる以前からの個別事例

の状況把握、介護保険の適応外となる身体障害者の実態把握について、保健師に期待していた。

④一般市民への制度に関する説明

介護保険制度について、一般の利用者に対する説明を保健師に期待していた。

⑤関係者との問題の共有の場づくり

「保健師は、何をしに来ているのかと患者・利用者から思われていることがあるように思う」の回答にみるように、保健師に対して療養者・家族にかかわる意図が伝わるような行動を期待していた。

また関係者が集まり事例の全体像を共有する場づくり、介護専門員と保健師が相互に事例提供するような勉強会を通して、互いの知識や経験を共有したり、互いの役割を理解したりする場づくり、介護支援専門員の悩みを理解する場づくりを、保健師に期待していた。

また、保健師の活動が見えないことについて、「福祉や措置に関しても直接福祉事務所や福祉施設と交渉するようになったので、保健師の仕事が見えない」、「保健師と民生委員がどの程度連携をとっているのかわからない。以前は民生委員と保健師が情報交換をしていて、そこで把握された人を紹介されたこともあったが、このごろは民生委員が直接ステーションに連絡してくることが多い」、「介護支援専門員はケアプランを必要とする高齢者に関わるが、その背後にいる介護疲れをしている介護者に対して予防活動を保健師がどの程度しているのかわからない」、「事例によるものか、地区担当によるものか、領域によるのかわからないが、保健師がどこまでやってくれるかわからない」、「高齢者の場合、あまり保健師との関わりはない。保健師にどこまで頼って良いのか、どういうときに電話をしたら良いのかわからない」と回答があった。

IV. 考察

1. 訪問看護ステーションの求める保健師との

連携内容の特徴

ステーションが保健師に連携を取った事例の状況、保健師との連携に対する問題認識、保健師との連携を通して期待すること、の3つの結果を総合し、ステーションの求める保健師との連携内容の特徴を検討した。

その結果、以下の9つの問題状況を連携の起点している特徴が明らかになった。

まず1つめに、「家族の介護力の低い状態」への問題状況が挙げられる。要介護者を世帯内に複数抱えていたり、健康・生活問題を複数の家族員がもっていたりする場合のように、家族の介護力が低く、かつ社会から孤立しがちである世帯への対応に際して、ステーションは保健師への連携が必要と考えていた。そこで対応が必要と判断されたニーズは、療養者に対する療養場所の確保(退院調整)、社会からの孤立に対する対応、家族一人ひとりの健康問題・生活問題への対応であった。これらは、ステーション側が、家族を単位に、家族員一人ひとりを援助対象として認識しているからこそ、対応が必要なニーズとして判断されたものである。同時に、保健師の役割として、自ら援助を求める考えや行動を取りにくい住民に対して、働きかけることのできる存在としての認識があって初めて成り立つものといえる。

2つめに、「医療介入の必要性の高い状態」への問題状況が挙げられる。往診医の紹介が必要であったり、精神疾患をもつ家族員に適切な対応を行う必要性から医療の介入が必要と判断されたりする場合、さらに療養者の医療依存度が高いためにサービス事業者側の受け入れが困難な場合に、ステーションは保健師との連携が必要と考えていた。ここでは、療養者に対する医療的ニーズの重要性に関する判断と共に、保健師に対して公的立場から医療機関や事業者と交渉ができるという役割認識が存在していた。

3つめに、「サービス利用の拒否」に対する問題状況が挙げられる。本人の療養生活の維持にとって、外部資源によるサービス導入が必要

と判断されても家族が拒否している場合に、保健師との連携を求めている。そこでは、本人の療養生活の維持・向上に向けての援助者として責任感と共に、保健師に対して、事業者とは異なる公的立場から、家族に対して、療養者の現状の理解を促し、サービス導入の意義を伝えるための一歩踏み込んだ対応ができる存在として役割を認識するものであった。

4つめに、「介護保険制度では量的に充足できない援助ニーズ、あるいは介護保険適用外の援助ニーズ」に対する問題状況が挙げられる。そこでは、介護保険制度の利用にとどまらず、療養者及び家族の必要とする援助ニーズを判断し、それらの援助ニーズを充たすことへの援助者としての責任感が存在する。同時に保健師に対して、介護保険制度以外のサービス利用に関する助言や導入に際しての関係者との調整、近隣者による手助け等のその地域に固有な非公式な資源利用についての助言や関係者との調整への役割認識が存在する。

5つめに、「独居高齢者の見守り」に対する問題状況が挙げられる。介護保険制度の適用とまらないような自立度の高い高齢者に対して、予防的な対応の必要性を判断するものであり、さらには要介護度の高くない時点から独居者と生と死のあり方について話し合っておくことの意味を判断していた。それと共に、保健師に対しては、独居者を取り巻く地域の事情に精通しており、かつ自立度の高い高齢者にも関与できる立場にあり、高齢者の見守りを助ける地域の体制づくりや、高齢者と直接生と死について話し合える存在としての役割認識が存在するといえる。

6つめに、「潜在している地域内のケアニーズ」の問題状況が挙げられる。ステーションとして顕在する問題に関与することが多い状況にあるが、明らかに困難な状態となる以前からの実態把握と予測される問題への対応について、保健師に連携を求めている。そこでは顕在する問題に対処するだけでなく、予防的にかかわり

の重要性を認識するステーションの考えがあった。また同時に保健師に対して、問題が顕在化する前から実態を把握し、かかわりのもてる立場にあるという役割認識があった。

7つめに、「関係者との問題の共有」の問題状況があった。保健師に対して、療養者及び家族と直接かかわりを持つことから問題の実態を把握し、さらに関係者が集まり事例の全体像を共有できる場づくりを求めている。そこでは、関係者と事例の全体像を共有することにより、よりよいケア提供のあり方を追求しようとするステーション側の姿勢や責任感が存在する。また同時に保健師に対しては、多様な立場の関係者を一同に集め問題提起のできる立場にある者として役割を認識していた。

8つめに、「公の立場からの事例の個別性の理解と共有」に対する問題状況が挙げられる。1つの事業者だけでは責任を負いきれず、またニーズを充たすことが困難な事例に対して、保健師との連携を求めている。そこでは、療養者・家族に対する援助の責任感が存在すると共に、民間事業者故に誤解を招くことのある自らの立場に比べて、公的立場にある保健師は利害関係なく住民に安心してかかわることのできる存在であり、保健師に問題を共有してもらうことの意義を認識するものであった。

9つめに、「一般市民への制度への啓発」に対する問題状況があった。日頃の活動を通して、住民が介護保険制度のことをあまり理解していない状況にあることを痛感し、そのことに対して住民への情報提供の必要性を認識するものであった。同時に保健師に対して、市民が必要とする情報を周知する役割を認識していた。

以上のような9つの問題状況に対して、保健師との連携を求めることにより、地域ケアサービスの充足・改善を図ろうとしていることが明らかになった。

2. 訪問看護ステーションが保健師と連携を取ることにより充足・改善しようとしていた地域

ケアサービスの質

ステーションが保健師との連携を求める活動の起点となった9つの問題状況をみると、「予防」「ケアの継続」「生活の維持」及び「個別性の尊重」の観点から、地域ケアサービスの質を保障し向上させようとするものであると考えられた。

したがって、9つの問題状況、すなわち、「家族の介護力の低い状態」「医療の必要性の高い状態」「サービス利用の拒否」「意思疎通の問題」「介護保険では量的に充足できない援助ニーズあるいは介護保険制度適用外の援助ニーズ」「独居者の見守り」「潜在している地域のケアニーズ」「関係者との問題の共有」「公の立場からの事例の個別性の理解と共有」「一般市民への制度の啓発」のそれぞれの観点は、療養者及び家族の必要とする地域ケアサービスの質を保障し向上させる上で、活動の方向性を導く指標として活用可能であることが示唆された。

本研究では、訪問看護ステーションからみた行政保健師との連携の実態を調べ、地域ケアサービスの質にかかわる評価指標を検討した。今後の調査においては、ステーション等と連携をもった行政保健師側から連携の実態を調査し、連携の実態を総合的に捉え、地域ケアサービスの質にかかわる評価指標をさらに検討する必要がある。

V. 結論

訪問看護ステーションが過去2年間に行政保健師に連携を求めた事例調査を中心に、行政保健師との連携に対する問題状況、行政保健師との連携に対する期待を訪問看護ステーション所長に面接聴取し、訪問看護ステーションの求める行政保健師との連携の実態を調べた。

その結果、行政保健師との連携を必要とする9つの問題状況が明らかになった。すなわち、「家族の介護力の低い状態」「医療の必要性の高い状態」「サービス利用の拒否」「療養者と家族等の意思疎通」「介護保険では量的に充足で

きない援助ニーズあるいは介護保険制度適用外の援助ニーズ」「独居者の見守り」「潜在している地域のケアニーズ」「関係者との問題の共有」「公の立場からの事例の個別性の理解と共有」「一般市民への制度の啓発」である。

これら9つの問題状況は、「予防」「医療及び介護に関わるケアの継続」「生活の維持」「個別性の尊重」の観点から、療養者及び家族の必要とする地域ケアサービスの質を保障し向上させる活動を開始する起点となると考えられ、地域ケアサービスの質を評価する実践的な指標として活用可能であることが示唆された。

引用文献

- 1) 宮崎美砂子他：地域を単位としたケアの質の向上にかかわる看護判断の構造，平成11年度～平成13年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C)(2)研究成果報告書，1-109，2002.
- 2) 澤田いつ子他：介護保険導入による神経難病患者の生活支援システム構築，保健所保健活動モデル事業報告書，日本看護協会，2002.

表1 保健師へ連携を求めた事例の概要

事例	年代	現病・健康状態	家族構成	訪問看護師の立場	保健師に連携を求めた問題の内容	保健師の対応	訪問看護師の感想・意見
1	高齢者	アルツハイマー型痴呆	本人・妻・娘	介護支援専門員	本人は精神科病院へ入院したが、退院するとすると、妻は本人と娘(もやもや)の二人を看なくてはならなくなるので、父親は家には戻れない状況にある。父親への対応をどのようにしたらよいか一緒に考えてもらいたい。	娘のことで保健師がもともと関わっていた。連絡をした保健師は、1~2ヶ月後異動になり、後任の保健師は引き継ぎを受けたいが緊急性を感じていなかったため、訪問していいなかった。	保健師の対応を待っていてもらえないと思いい、いろいろなおところへ連絡をとり父親を入所させた。
2	壮年	慢性腎不全による透析	本人・子供(小学生)	介護支援専門員	妻は家出。子供たちは不登校でいづれも父親の透析についてきていたので、透析を受けている病院から介護支援専門員に連絡があった。子供たちは不登校の上、入学もしていないようであり、清潔も保たれていなかったため、子供たちへの対応を依頼した。	情報提供したが、その後連絡はない。	透析で受診している医療機関からの連絡で接点を持てたが、子供への対応には責任が果たせない。
3	高齢者	寝たきり	本人・息子	介護支援専門員	統合失調症の60代の息子と2人暮らし。経済的問題あり。息子は通院経験があるが内服していない。お金がないので生活保護の適応にならないかと息子より福祉事務所に相談があった。福祉事務所から介護支援専門員に連絡があったが、介護認定を受けていない事例であり、保健師に対応を依頼した。	年度末であり、保健師をはじめ、役所は臨時対応の対応がとれなかったため、訪問看護ステーションが本人宅へ訪問し、家屋の状況、息子の病歴・治療・受診状況、近隣の関係などを把握し、他機関との連絡調整、情報提供を行ったが、それに対して報酬はない。	介護支援専門員は、介護保険を申請した人が対象であり、民間なので(本人から)依頼がない仕事は受けられない。母親に聞ければ、どうしても息子もみななければならぬ状況が出てくるが、窓口は保健師になっても、息子の病歴などを落ち着いた上で、母親のケアプランを依頼されるのであれば介護支援専門員は対応できる。本人たちの状況把握、他機関への連絡調整などは保健センターの役割で、本来このような事例は在宅介護支援センターや保健センターがまずかかわるべき。
4	壮年	くも膜下出血(要支援・後に自立の判定)	夫・子供3人	介護支援専門員	全ての家族員が健康問題もち、経済問題を抱えている(夫:ギャンブル依存、長男:統合失調症、長女:精神発達遅滞、次男:診断はないが、挨拶・会話ができない状態。子供の障害年金と夫の収入があるが、親戚からの借金あり)。長女が本人が利用しているホームヘルパーの気を引くためにリストカットしたことあり、このような家庭に介護サービス事業所を入れるのは無理と判断。保健師ならば何かあったときにこの家庭に介入できると思い、相談ののってもらいたい。	保健師が、本人の病院の手配などとしてくられて、本人への介護の対応はできた。介護保険の対象である本人以外の家族については、保健師が2週に1回訪問するようになった。今までの家は何とか暮らしていたのだから、保健師が関わらなくても大丈夫ではないか、本人にだけ介護支援専門員が入れば、問題ないのではないかと考えていた。	

表1 保健師へ連携を求めた事例の概要(つづき)

事例	年代	現病・健康状態	家族構成	訪問看護師の立場	保健師に連携を求めた問題の内容	保健師の対応	訪問看護師の感想・意見
5	高齢者	寝たきり(気管切開しており、尿路感染を起している。便失禁あり)	夫・息子	介護支援専門員	本人と夫の関係の調整への援助を要する と判断。本人の便失禁に対し夫は使い古しのタオルとビニールのテープのケルスをオムツの中に入れ対応していたが本人は嫌がっていた。言うことを聞かないと介護はしないと夫が言うため、本人は何も言い返せない夫婦関係であった。	保健師は2名関わっていたが、話しをしに行くと関わっており、訪問看護師も保健師が何をやるのか見えなかった。訪問看護ステーションのよびかけに応じ、症例検討に保健師は参加。また合わせて保健センター内でカンファレンスを実施。	電話で連絡をしてくれるようになったり、事例に関するやりとりがスムーズになった。他の保健センターの保健師もこの症例検討のことを聞き、こういう患者さんが居るのでやってくれないかと言ってきた(2例)。輪かけが、保健師が電話をしてくれるきつかけになった。
6	高齢者	脳梗塞、気管切開		介護支援専門員	入院中に担当者会議を開いたが、病状が悪く、介護支援専門員2人に断られていた。ホームヘルパーの時間数が不足している。ケアスタッフも3か所の事業所が関わっており、それぞれの考え方が違い軋轢が出ていたので、介護支援専門員が個々に対応しているが、保健師にもっと調整してもらいたい。支援費制度でサービスが入っている人には行政の立場でフォローできるのでないか。	保健師は支援費制度については、本人に説明をしなかった。介護支援専門員が説明をした。介護支援専門員の呼びかけに応じ保健師は会議に出席。訪問看護師から聞かないと、保健師からの情報を提供はあまりない。	支援費制度については保健師の方が把握している。実際に同行訪問して具体的に説明して欲しい。会議で話し合っている。保健師はこの人のことをわかっていてはいると思うが、もう一歩進んで手・足・口を出して欲しい。介護支援専門員や訪問看護師が、保健師にアタックして場を作らなければならぬ立場なのか疑問に思った。
7	壮年	頸椎損傷。他院から4年前に退院。日中独居。排便コントロール、ネブライザー、膀胱洗浄、清拭、体位交換、食事介助などが必要で医療依存度が高い。		訪問看護ステーション	医療依存度が高いが、必要なサービス量が確保できていない。週に2回しか訪問看護ステーションは入れない。訪問時間も1回2時間以上かかり、次の利用者の訪問に支障が出る。日中独居で体位交換等の処置をするのにも1つ1つ注意点があり、本人からのこうやって欲しいという訴えが多く、ヘルパーステーションから何ヶ所も断られ、社会福祉協議会以外のホームヘルパーのみが対応している時期があった。本人にとっって新しい人が入ることとは、その人がやり方を覚えるまでストレスになり、胃潰瘍になったりヘルペス症状が出たりするため、頻繁に人が変わることは困難である。	社会福祉協議会のホームヘルパーができていないことに対して、「それはしてもわからないと困る。あなた達の仕事だ」と話してくれた。ホームヘルパーが抜けてしまった時期、処置の時の介助などを保健師がやってくれた。また担当の訪問看護師2名と保健師1名で今後ホームヘルパーが途切れてしまうことがないようにするためにどうするか話し合いを持った。	こんなに保健師に入ってもらって良いのかと思うくらい入ってくれた。よくやってくれた。介護保険に関係ない人については、保健師も結構かかわってくれた。介護支援専門員が介在する対象者であると保健師の対応は難しくなる。
8	青年	脊椎損傷	父・母	訪問看護ステーション	退院後褥創ができ、外来受診し、診察した医師から訪問看護の依頼があった。入浴サービスを希望し、母親が福祉事務所に直接行ったが対象でないと断られていた。身体障害者なのに、何の準備もできていないまま在宅へ退院していたので保健師に相談の必要を感じ依頼した。	保健師はすぐに同行訪問してくれ、身体障害者の手続きや手当てについて説明をした。褥創も良くなり、訪問看護は終了したが、保健師が引き継いでいる。	身体障害者なのですぐに対応してくれ

表1 保健師へ連携を求めた事例の概要(つづき)

事例	年代	現病・健康状態	家族構成	訪問看護師の立場	保健師に連携を求めた問題の内容	保健師の対応	訪問看護師の感想・意見
9	高齢者	心不全、動くと苦しいため動かさず過ごす。清潔が保てず、食事もとれない。排泄にはオムツを使用していたが自分ででは取り替えることができず援助が必要。最初要支援の認定であったが後に要介護4となった。	独居	訪問看護ステーション	要支援なので必要なだけのサービスを補えない。清潔を保てず、食事も取れないため、ホームヘルパーを入れる必要があるが入れると、病状が悪くても訪問看護が入れられないことになる。介護支援専門員がボランティアで病状観察したり、早朝や夜間の対応をしたり、入院時など医師との連絡を保険をしながら、よい方法がないか保健師に相談した。	配食サービスをすすめた。	配食サービスではこの人の生活援助はできないと感じた。
10	高齢者	胃がん、貧血、痴呆	独居	訪問看護ステーション	貧血の改善のため入院を繰り返す。娘は仕事のため頻繁な訪問はできず。食事は娘が運んでいたが、毎回ではなく、食生活が整っていない。薬も管理・内服ができていない。介護保険を勧めたが、娘が「うちは誰も困っていないから」と言い聞かされ入れられなかった。娘ともうまく接点がとれないため、状況が見えず、保健師に調整役を依頼した。	歯科衛生士の訪問へつなげた。介護保険を娘に勧め、申請できた。行政の配食サービスの利用を勧めたが断られた。介護保険につなげたため、行政の健康増進の集まりや機能訓練には結びつかずなかつた。	歯科衛生士が来てくれたけれど、そういう問題の必要性ではないと思った。
11	壮年	乳がん、間質性肺炎による呼吸不全があり、人工呼吸器を使用、寝たきり	夫と2人暮らし	訪問看護ステーション	介護保険適用外なので、使える制度がないか相談した。娘(別居)が介護していたが、夫の母も介護が必要な状況で、2人を看っていた。娘には小さな子供もおおりの負担が大きかった。訪問看護は毎日入っていたが1時間半程度。ホームヘルパーを入れたいと考えたが、金銭的な問題もあり、使える制度がないか相談した。	使える制度はなかったが、安いホームヘルパー業者を紹介してくれた。保健師自身は訪問はしなかった。	
12	高齢者	末期のパークキンソン病(要介護度5)	姉	訪問看護ステーション	83歳の姉が介護していたが、他に身寄りもなかった。食事介助も2時間ばかり、トイレも絶対にポータブルを使用したいという希望があり、その介助にも1時間以上かかる。姉の負担が大きかった。要介護5であり、その全てを使って介護保険のヘルパーと障害者施策のヘルパー派遣の両方を利用したが、それでは足りなかったため、保健師に相談。	ケースカンファレンスの実施。保健師、介護支援専門員、介護保険課、障害者課、理学療法士、医師の出席あり。看護師の訪問を2回入れることができるとの情報提供あり。保健師は訪問しなかった。介護支援専門員の提案で、障害者施策でヘルパー派遣を増やした。	看護師が2回訪問しても状況は変わらなかった。利用しなかった。

表2 訪問看護ステーションと保健師との日頃の接点

(注) 項目のカッコ内英字はステーションの別(A～D)を示す

項目	内容
交流なし (A,C)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険が始ってから一緒に保健師と関わってきた事例も、連絡が途絶えた。 ・高齢者に関しては介護保険が始ってからは交流がない。
接点が減った (B)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師による介護保険適応の人への定期的な訪問は減ったので、接点が減った。
相談する関係あり(B)	<ul style="list-style-type: none"> ・相談にのってもらったり、「独居なのでよろしくお願ひします」という依頼のやりとりをしたりする関係はある。
介護支援専門員の開催する会議 (D)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員として招集する会議にてかかわりあり。
訪問看護ステーションの開催する勉強会 (D)	<ul style="list-style-type: none"> ・難病については、保健師が関わっていた人に訪問看護ステーションが導入されるときに勉強会を開催すると、保健所の保健師も参加してくれ、細かい難病の病状について相談するとこたえてくれる。
保健所の開催する調整会議 (D)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所と医師と訪問看護ステーションの代表者が集まって行う調整会議が、保健所で年2回あり、難病の施策の紹介や情報交換をしている。 ・難病に関してはカンファレンスを定期的にもっている。 ・保健所で連絡会が3か月に1回あり、その時に保健師と連絡をとる。 ・行政の誰がどこにいるのかわかるので、何かあれば言いやすい関係性がある。

表3 保健師との連携が必要と考える問題 (次頁)

表4 保健師との連携を通して期待すること

項目	内容
独居者の健康や生活の見守り	<ul style="list-style-type: none"> ・独居の人などについては、なるべく全て保健師に連絡している。地域の中で1人の患者を見守るといふときに、保健師の力を使わない手はないと思っている。
生や死について話し合い、助けることのできる存在としてのかかわり	<ul style="list-style-type: none"> ・独居でも訪問看護師が入らないところも多いし、サービスの値段も高いので最期だけしか入れないことがある。保健師には、すべての独居の人に関わることから、生の考え方、死の考え方を、確認する働きかけをして欲しい。保健師は生と死について話し合え、助けることができる人となり得るので、その看護をして欲しい。訪問看護師が、時期がそろそろだからと計画して行うのとは全く違い、常に保健師がそういうことをしてくれると良い。
潜在化している地域のケアニーズの顕在化	<ul style="list-style-type: none"> ・明らかに困難とわかる事例があがってくると、何故保健センターの保健師が困難となる前に吸い上げていなかったのだろうかと思う。 ・介護保険の適用外の身体障害者に保健師は積極的にかかわってくれているが、そのような患者がどこにいて、何に困っているのかをもっと把握して欲しい。そういう人をどうやってキャッチしていくのかということを考えて欲しい。
地域住民への説明	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険の制度について、一般の利用者に説明して欲しい。
問題の共有	<ul style="list-style-type: none"> ・実際に、問題を解決していこうとするときに、具体的に行動して状況の改善を図ることが重要であり、保健師にもそれを期待したい。保健師は情報を与えてくれるが、実際に保健師自身が足を運んで調整の行動を取ることは少ないように思う。 ・施設、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション等がみんなで集まって話し合える場があると、全体的な事例の把握ができる。 ・保健師は介護支援専門員との勉強会をして欲しい。そこで保健師からは小児や虐待事例を、介護支援専門員からは保健師の援助が必要そうな事例を絞って伝えていくことで、お互いいろいろな事例を拾える。 ・保健センターで困難事例の検討会があったら是非参加したい。介護支援専門員はその人が亡くなるまで一生かかわらなくてはならないというストレスを抱えているが、保健師は介護支援専門員と連携をとっていないとそのあたりが見えないと思う。連絡会議を開いて欲しい。

表3 保健師との連携が必要と考える問題

項目	内容
医療の介入が必要な場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 往診医の紹介など、困ったときのよろず相談。 ・ 家族に精神的問題をもつ人がいる場合。本人の場合は病名・病態が把握できるが、家族に関しては病名もわからないことが多い。精神疾患を持ち病院にもかかっているような場合でも、プライバシー保護の観点からステーションは病院に直接問い合わせることができない。 ・ 精神疾患（統合失調症）により ADL が低下していても、年齢が 65 歳となれば介護保険の対象となる。しかし統合失調症が悪化すると、巨体であり暴力をふることもある。拒薬もあり、鎮静できない事例があるがその場合、介護支援専門員だけでは対応できないし、訪問看護としても対応できない。
社会から孤立しがちで家族に介護力の低い場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一家の中に複数の問題があるような事例には、一緒にかかわって欲しい。 ・ 難病や老老介護、精神疾患を持っていたり、複数の疾患を抱えていたりして、社会から孤立しがちである場合 ・ 家族の介護力がない人へかかわって欲しい。
痴呆でかつ金銭的な問題をもつ場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 独居で動けない人の場合、診断書も取りに行く人がいないと、介護支援専門員がもらいに行くことがあるが、民間の業者の場合、立場を疑われることもある。 ・ 痴呆があつて独居、困難事例などは金銭的な問題もあるので、行政が対応した方が利用者も安心だと思う。 ・ 民間のヘルパーステーションからのホームヘルパーは、独居や痴呆だと猜疑心をもたれたりする。
介護保険だけでは充足できないニーズをもつ場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心不全や在宅酸素療法を受けている人などは自覚症状があつても何とか自分でやっている人は、介護度が低くなりがちで必要なサービスが受けられない。 ・ 独居や痴呆、老老介護の場合、介護保険の単位数では足りない。 ・ 今の介護保険制度だと、単位数が不足してしまう。ボランティアの情報もない。 ・ 娘の介護負担を軽減し、金銭的な負担を減らすため、障害者施策や市のホームヘルパー派遣を増やせないか検討して欲しかった。 ・ 保健センターの看護師を導入することにより頻回の訪問対応を依頼したい。
介護保険未申請あるいは適用外である場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 痴呆があつたため外出の機会をつくりたかつたが介護保険を申請していなかったので、行政で行っている健康づくりの集まりや、機能訓練などの利用を期待した。 ・ 難病に関しては、保健師は欠かせない存在であり連携もとれている。難病の場合、訪問看護ステーションが入っていることが多いのと、入退院を繰り返していて病院の訪問看護が入っている事が多く、保健師はその連携の窓口となっている。その場合、訪問看護は介護保険でなく医療保険であり、介護支援専門員もいないことが多い。 ・ 介護保険の非該当の場合は、もっと保健師に入ってもらわないと、訪問看護だけでは無理なことがある。 ・ 身体障害者は何の準備もできていないまま自宅へ退院していることがある。
サービス利用を拒否している場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通院介助やホームヘルパーの援助が必要だと判断して勧めても家族がまだ必要ないと言って受け入れられない場合。保健師が家族をサービスの窓口まで連れて行き、具体的に説明してくれば、サービスが導入できるように思う。行政サービスに近い保健師がもう一歩踏み込んでサービスに関わることでサービスの利用につながる。
公的制度の適用の必要な場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護師は福祉の分野は弱いので、福祉に詳しい保健師に助言して欲しい。 ・ 自分たちが知っている制度以外に適用できるものがないか、制度が適応にならない場合に他に何かないかといったことを確認したい。 ・ 介護保険に措置制度を使った方が良い場合もあるので、福祉と保健師で、家庭の事情を考えて動いてもらいたい。 ・ ホームヘルパーに関しては、できることできないことがわかっていなかったり、介護保険について十分に理解していない人がいる。 ・ 家族への情報提供や、自費の部分に関して家族が調べていたりするのでそれに応えてほしい。 ・ 通院や外出の困難な人には保健師から家庭に足を運んで福祉サービスについて説明して欲しい。
1つの事業所ではニーズの充足ができずかつ責任がもてない場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 独居の人や、家族が精神的に問題を持っている事例への対応は、1事業所だけでは難しいので、公的などところに入ってもらいたい。 ・ 1事業所だけでは精神疾患があつたり独居の場合、事故など問題が起こったときに責任を負いきれない。 ・ 精神的な問題に関しても、1事業所の立場では専門的などところへ行ってもらうようにするのは難しい。介入してもらうための糸口になって欲しい。
医療依存度が高くサービス事業者の受け入れが困難な場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療処置が多く医療依存度が高いと、ショートステイも受け入れてくれない。本当に大変な事例が受け入れてもらえないということがありバックに関連病院がないところの介護支援専門員は大変。行政と連携がとれる場が欲しい。

調査2：介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携
（その2）－市町村保健師からみた連携の実態－

調査 2

介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携（その2）

－市町村保健師からみた連携の実態－

宮崎美砂子 飯田貴映子 鈴木香理

Ⅰ. 目的

本報告書の調査1「介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携(その1)－訪問看護ステーションからみた連携内容－」では、訪問看護ステーション（以下、ステーションと略す）を調査対象として、介護保険制度の運用されている現在、行政分野の保健師に対して求める連携の実態を明らかにした。

本研究では、市町村保健師を調査対象とし、介護保険制度の運用されている現在において、訪問看護ステーション等介護支援専門員・居宅介護支援事業者等より保健師に依頼があり、実態に保健師が対応した連携の実態を明らかにする。それを通し、公的立場にある保健師との連携により、充足・改善しようとしたケアサービスの質について検討し、地域ケアサービスの質的評価にかかわる指標及び方法について考察する。

Ⅱ. 方法

1) 調査対象及び方法

1市・3保健センターにおいて、介護支援専門員・居宅介護支援事業者との連携の実態について保健センターの全体の状況を把握している立場にある者を対象に、以下の2)に示す調査項目について面接聴取並びに関係書類の閲覧を行った。面接聴取した対象者は、所長2名、総括主任保健師1名、訪問指導業務の総括担当保健師1名であった。面接は各保健センターの1室にて、各保健センターにおいて平均1時間30分を行った。

2) 調査項目

以下の(1)～(3)の内容から成る。

(1)過去2年間において、介護支援専門員・居宅介護支援事業者等から、連携の依頼のあった事例の状況

①療養者の年齢、②現病、③家族構成、④保健センターに求められた連携内容、⑤保健センター側の対応

(2)日頃の活動における介護支援専門員・居宅介護支援事業者等とのかかわりの機会

(3)介護支援専門員・居宅介護支援事業者等との連携に対する考え

①連携が必要と考えること、②連携を充実させるために改善が必要なこと及び課題

3) 倫理的配慮

各保健センターの所長に対して、研究目的並びに聴取・閲覧内容の記載における個人情報保護について、紙面及び口頭にて説明を行い、研究協力の同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 介護支援専門員・居宅介護支援事業者から、保健センターに連携依頼のあった事例（表1）

(1) 事例概要

過去2年間に介護支援専門員・居宅介護支援事業者から、保健センターに連携依頼のあった事例として、各ステーションからそれぞれ4事例、6事例、18事例の計28事例について提供があった。

各事例における主たる療養者の現病は、筋萎縮性側索硬化症(ALS)等の難病(7事例)、脳梗塞等の脳血管障害(7事例)、統合失調症やうつ等の精神疾患(3事例)、痴呆(4事例)、

慢性疲労症候群等その他（7事例）であった。

主たる療養者の年代は、30代（1事例）、40～60代（13事例）、70～90代（13事例）、不明（1事例）であった。

（2）介護支援専門員・居宅介護支援事業者等から保健センターに求められた連携内容

以下の①～⑩に整理された（表2）。

①医療及び介護ニーズの両者を有する場合の退院調整

ALSの本人の退院に際し、気管切開の処置等介護の対応と共に育児にも手のかかる状態（事例2）、ALSの本人の病状悪化に伴い訪問看護サービス導入のみでは困難な状態の予測（事例3）にみるように、ALSの患者のように医療及び介護ニーズの両者を有する場合の退院調整に際して、保健センターに連携を求めている。

②本人が精神疾患をもち、家族の介護力の低い場合の退院調整

本人の退院に際して、妻も介護を要する状態にあるが、息子は同居を拒否している状況（事例15）にみるように、本人が精神疾患をもち、家族の介護力の低い場合の退院調整に際して、保健センターに連携を求めている。

③精神的問題を抱える家族への対応

アルコール依存のある夫による自殺未遂及び多発性脳梗塞をもつ妻への他害行為（事例8）があり、家族調整が必要との判断から保健センターに連携を求めている。

④家族への精神的支援

ALS患者及び脊髄小脳変性症患者の家族を抱える家族に対する精神的支援のため、保健センターに連携が求めている（事例1、事例3、事例4）。

⑤家族による虐待、介護者への暴力への対応

脊髄小脳変性症の本人に対する夫の無理解な対応（事例5）、脳梗塞をもつ妻に対する夫の虐待（事例11、事例13）にみるように家族による本人への虐待、並びに、痴呆により被害妄想悪化した本人による介護者への暴力（事例19）にみるように、本人による介護者への暴力の認められた状況への対応について、保健センターに連携を求めている。

⑥ホームヘルパーに対する拒否・暴力への対応

ホームヘルパーに対する脳梗塞をもつ本人の暴力への対応（事例11）、ホームヘルパーに対する脳梗塞をもつ本人の拒否的対応（事例13）、被害妄想によるホームヘルパーの拒否（事例19）にみるように、ホームヘルパーに対する本人の拒否・暴力のある状況への対応について、保健センターに連携を求めている。

⑦独居者の医療未受診・受療中断への対応

脳梗塞の現病をもつ独居者の本人（事例12）、うつ現病をもつ独居者の本人（事例17）、脳性麻痺の現病をもつ独居者の血圧管理等（事例23）の医療未受診、並びに、物忘れが心配されていた高齢の独居者の受療中断（事例28）に対して、保健センターとの連携を求めている。

⑧痴呆をもつ対象者へのホームヘルパーのかわり方

痴呆をもつ本人へのホームヘルパーの対応に不安ある場合に（事例14）（事例18）、保健センターに連携を求めている。

⑨食生活指導・栄養指導への対応

本人は糖尿病があるが食事管理をしておらず、食生活指導を要する状態（事例16）、胃がん術後であるが食事管理ができていない状態（事例25）、高血圧症であり、妻への栄養指導が必要な状態（事例26）にみるように、食生活指導・栄養指導が必要なときに、保健センターに連携を求めている。

⑩本人・家族と事業者との意思疎通の調整

ホームヘルパーと介護者の感情面の行き違い（事例 6）、慢性疲労症候群の現病をもつ本人に対する外部支援者側（訪問ステーション、ホームヘルパー）の病状理解の不十分な状態（事例 21）、介護支援専門員の受け入れ困難によ複数回の介護支援専門員の変更（事例 27）、胃がんの術後の独居者で頑張りすぎている様子だが介護支援専門員の言うことは聞き入れない状態（事例 25）において、本人・家族と事業者との意思疎通の調整を図る上で、保健センターに連携を求めている。

⑪介護支援専門員と事業者との意思疎通の調整

独居の痴呆高齢者への対応にあたり介護支援専門員とホームヘルパーとの連絡が十分に取れない状態（事例 18）において、意思疎通の調整を保健センターに求めている。

⑫ サービス利用を拒否している家族へのかかり

ALS である本人と介護者である弟のサービス利用の拒否（事例 1）、本人に対してサービス量の増加が必要とされているが後見人の姉は了解しない状態（事例 16）において、家族へのかかりが保健センターに求められていた。

⑬安否の確認

本人は痴呆、夫は軽度うつの高齢者二人暮らしであり安否確認が必要な状態（事例 19）、肝疾患末期の独居者で安否確認が必要な状態（事例 24）において、安否の確認という点で保健センターに連携を求めている。

⑭独居の末期療養者本人への精神的支援

肝疾患末期の独居者であり、本人への精神的支援が必要な状態（事例 24）に対して、保健センターに連携を求めている。

⑮見寄りのない独居高齢者への地域支援

90 歳代の痴呆をもつ独居者で身寄りがないため、地域で本人を支える体制が必要な状態（事例 20、事例 21）に対して、保健センターに連携を求めている。

⑯ 障害者である同居家族の将来を視野に入れた対応

身体障害をもつ娘への将来を視野に入れたかわり（事例 9）、知的障害をもつ娘への将来を視野に入れたかわり（事例 14）の必要性を判断して、保健センターに連携を求めている。

⑰本人・家族の意思の共有

ALS の本人は気管切開を拒否する意思決定をしているが、そのことを介護支援専門員だけではなく、保健センターにも理解しておいてもらいたいという内容であった（事例 4）

⑱ 緊急時の搬送先病院の共有

ALS の本人の緊急時の搬送先病院について、消防署へ事前に確実に伝達しておいてもらいたい（事例 4）という保健センターへの依頼内容であった。

⑲本人の生活環境に踏み込んだ対応

脊柱管狭窄症の本人は足の踏み場のない状態の自宅で暮らしているが、独居であり転倒予防の必要性から、現状の生活環境に踏み込んだ対応が必要と判断され、対応に際して保健センターへの連携が求められた（事例 7）。

（3）保健センターの対応

28 事例に対する保健センターの対応をみると、「担当者会議（ケース会議）の開催」「定期的な家庭訪問の開始」「本人の気持ち・不満を十分に聞く対応」「家族の不安・悩みに対する相談対応」「必要なサービスの内容・量の検討と導入」「医師からの病状把握」「通院介助・生活支援等の具体的な日常生活支援」「民生委員

への協力依頼」「本人と外部支援者との意思疎通を図るための連絡ノート作成」が行われていた。

このうち、「担当者会議の開催」では、多くの場合、医療的な判断が必要な対象者であることから主治医を交え、さらに介護支援専門員、訪問看護ステーション等事業者等の参加による会議を開催していた。家庭訪問により本人、家族の話を書く対応から、本人・家族の立場や状況に理解を示し、相談に応じるかわりをしていった。そうしたかわりを通して、族が本人に対して虐待の疑いのあった事例、本人がホームヘルパーに対して暴力をふるっていた事例では、介護に対するストレスやホームヘルパーに対する不満のあること、家族や本人がそれらを口に出せないことから行為に至っていたことがわかり、家族や本人の状態が落ち着きを見せる状態に変化を見せていた。

また介護支援専門員が状況判断により、家族の了解なく保健センターに連携を求めた事例では、家族が立腹して介護支援専門員の交替を余儀なくされ、また保健センターによる関与も拒否される状況となり、保健センターは地域の民生委員を通して本人への対応を継続している状況にあった（事例19）。

2. 日頃の活動における介護支援専門員・居宅介護支援事業者とのかわりの機会

事例への対応にあたり、必要なときに事業者等と個別に連絡を取り合い、定期的な会議等は行っていない状況であった。定期的な会議等に対する必要性は、保健センターとしても判断していない。

医療的な問題への対応、虐待、痴呆、受診中断等の困難事例に関しては、保健センターに役割を持ってもらいたいと期待する事業者が多いと保健センターは認識していた。

また、ホームヘルパーが入っているが上手くいっていない事例について民生委員から保健センターに直接連絡が入る場合、介護者に精神疾

患やアルコール依存症等の問題のある場合に民生委員等から市の福祉部門に相談が持ち込まれ、保健センターに連絡の入る場合もあるとの回答があった。

以下に訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、介護支援専門員、医療機関の別に、日頃のかかわりの機会について得られた回答を示す。

1) 訪問看護ステーションとの連携の機会

「連携の機会は少なくなっている」、「地域内のステーション全体で集まって会議を行う必要性はなくなった」、「訪問看護ステーションは多忙であるため会議に招集することは困難である」、「訪問看護師は定期的に関わっているため、保健師との連携の必要性を感じていないのではないか」のように、日頃の接点に対して意義を見出していない回答がある一方で、「事例を通して必要な際に連絡を取り合っている」、「行政が介入している方が何かあったときのための安心であるという声がある」のように、日頃の接点に対して肯定的な回答もあった。

2) 在宅介護支援センターとの連携の機会

介護支援専門員や居宅介護支援事業者の個別の相談にのったり、他につないだりする役割は、基幹型の在宅介護支援センターが行うが、基幹型在宅介護支援センターのマンパワーが足りない現状があるため、実際に問題を抱える当事者に訪問ができ、問題の実態を把握できるのは、保健センターではないかと回答があった。

3) 介護支援専門員との連携の機会

「介護支援専門員個々の判断で、困難事例を保健センターに持ってきているように感じる」、「介護支援専門員に不安のある場合に保健センターに連絡が来ることが多い」、「介護支援専門員の相談に対応するが、継続することは保健センターの役割からはずれるように感じる」等の回答があり、介護支援専門員の保健センターに連絡を入れる基準、継続的な個別対応に関する

保健センターの役割に課題を感じていた。

4) 医療機関との連携の機会

「事例を通して必要な際に連絡を取り合い、定例の連絡会議はない」、「病院からの依頼が多いのは介護者や本人が精神疾患をもっている事例、高齢者夫婦で介護の困難な事例、難病等の複雑なニーズをもつ事例」、「往診の医師から高齢者の虐待を疑う通報が多い」との回答であった。

3. 介護支援専門員・居宅介護支援事業者との連携に対する課題・考え

1) 連携に対する課題及び保健センターの役割

連携に対する課題として、「高齢者に対して様々な場所が関わっているが、役割分担がはっきりしていない」、「自分たちが考える保健センターの役割と周囲の「考える保健センターの役割に違いがある」、「保健センターに持ちかければ何でも対応してくれるという周囲の期待があり、対象が地域住民と考えたと相談を受けない訳にはいかない」、「保健センターとの接点のないまま埋もれている事例が地域にいる」と保健師は課題を認識していた。

また連携に対する保健センターの役割として、「保健センターの役割は充分ではなく迷いながら対応している」、「事業者等にとっては行政に知っておいてもらうだけでも何かあった時に関わってもらえるという安心感があるようだ」、「行政は損得なしに対応し本当に必要なことのみを行うので受け手側が警戒する必要がない」、「まずは一緒に考え、一緒に悩むところから始め、方法を共に模索していく中から必要性に応じて継続して支援を行っていく」ことを保健師は考えていた。

2) 介護支援専門員に対する保健センターの役割

「介護支援専門員の背景や資質、資格によって対象者の見方や考え方の違いが大きい」「家

族が必要性を感じているというより、介護支援専門員が不安なために保健センターに依頼してくる場合もある」と課題を感じており、それに対して、「介護支援専門員から保健センターへの依頼に対して受け止めるが、対応の必要性を判断することが重要」、「基幹型在宅介護支援センターにおいて介護支援専門員を対象とする会議を開催して介護支援専門員同士の共有できる場を作ることにより、何でも保健センターに相談を持ち込む状況はなくなる」「ケアプランづくりの能力強化が必要」と考えていた。

3) ケアチームとしての保健センターの役割

「家族に問題のある場合は、保健センターがかかわる必要があるが、介護支援専門員が家族の問題を把握しきれおらず、保健センターがキャッチできないこともある」と課題を感じており、それに対して「担当地区の事例を支える人を支えることが仕事であると考える」「関わる人達と共に悩むという家庭が介護支援専門員や民生委員等のそれぞれの成長を宇案が留ことにつながり、それが事例への支援にもつながる」と考えていた。

4) 独居高齢者及び高齢者の虐待に対する保健センターの役割

独居高齢者に対して、訪問看護師が関わる必要が少なく、見守りとしての定期訪問の必要な人が多いことを保健師は認識していた。また地域の見守りが必要な高齢者がいても、玄関を開けてもらえず状況が把握しにくい最近の状況、また要介護が悪いわけではないが、その人の身近にその人をこまめに把握できる人が少ないために保健センターに依頼が来るのではないかと考えられる状況、と保健師は課題を感じていた。それに対して、必要な人に対して事業者と異なり行政は契約を結ばなくてすぐに対応できる、年金暮らしの人にとっては、お金のかからない行政の存在は大きいと自らの立場の意義を認識しており、高齢者を地域の中で見守る方向で地

域福祉計画の策定、住民と協働する中で対応を考えていた。

高齢者の虐待に対して福祉部門で対応が成されている現状にあるが、福祉部門にも保健センターにも高齢者虐待に対応できる人材が不足しており、また短期入所等の緊急措置や対応策も整っていない現状を課題としていた。それに対してホームヘルパーや訪問看護師などの立場で介護場面に入り込んでいる人が発見者となることが多く、介護支援専門員として、施設型の介護支援専門員を紹介しておくことにより、緊急時に短期入所の即時対応につながることを保健師は考えていた。

Ⅳ. 考察

1. 保健師が依頼を受けて対応した連携内容の特徴

介護支援専門員・居宅介護支援事業者等から、市保健センターに連携の依頼があり、保健師が対応した事例から、市町村保健師への連携を必要とする問題状況並びに保健師による対応の特徴を検討した。その結果、以下の12の特徴を明らかにした。

まず1つめに、「家族の介護力の低い状態」への対応があった。本人が精神疾患をもち、家族の介護力の低い場合の退院調整について、保健師への依頼が成されていた。保健師への依頼が成されたもとには、本人の入院病院のスタッフによる家族を単位とした介護力の判断と援助者としての責任感があり、また同時に、保健師に対する家族調整の役割期待が存在していた。

これに対して保健師は、本人の自宅への退院の可能性の低い状態を判断し、家族の意思決定を促しながら本人の療養場所の確保に向けて、関係施設との交渉を行った。以上のことから家族の介護力の低い状態に対して、本人が安心して療養できる場所の確保のように即時的な対応が求められる場合に、本人・家族の立場に立ちながら関係施設に即応的に働きかけることのできる保健師の役割は意義が大きいと考える。

2つめに「医療の必要性の高い状態」への対応があった。医療及び介護ニーズの両者を有する療養者への退院調整、独居者の医療未受診・受療中断への対応について、保健師への依頼があった。介護支援専門員、ホームヘルパー、診療所看護師のそれぞれの立場から、療養者の医療ニーズへの対応の重要性を判断したことが起点となっていた。これには、療養者及び医療機関のそれぞれとかかわりを直接に持てる立場にあり、本人を確実に受療につなげる働きかけの行動が取れる者として保健師への役割期待があり、また保健師もそのような役割に応じた対応を行っていた。このように、医療の必要性の高い状態のある者に対して、療養者・家族が納得の上、安心して受療できるように療養者・家族に働きかけながら、同時に医療者側との調整役割が取れる保健師の役割の意義は大きいと考える。

3つめに「サービス利用の拒否」への対応があった。療養者に対してサービス利用の必要性が判断されるにもかかわらず、家族側が利用を拒否している場合に、保健師への依頼が成されていた。家族に対して、療養者の状態を、事業者とは異なる中立的な公的な立場から、保健及び看護の専門家として家族に伝えて、サービス利用の必要性や意義に対する家族の理解を促す役割を担うものであり、療養者の立場に立って、家族の認識や行動に変化を促す働きかけを行うことのできる保健師の役割の意義は大きいと考える。

4つめに「介護家族への精神的支援」への対応があった。ALS等の難病患者を抱える家族に対して介護支援専門員及び訪問看護師から保健師へ依頼のあったものである。進行性の病状故に療養・介護ニーズが変化し、さらにその変化に伴う療養者・家族の精神的不安・苦悩に対して、継続的に相談者として一貫して役割の取れる保健師の役割の意義は大きいと考える。

5つめに「家族による虐待、介護者への暴力」への対応があった。訪問看護師及び介護支援専

門員から保健師に依頼のあったものであった。保健師はこれに対して療養者及び家族のそれぞれの療養及び介護に伴う、その人の気持ちや考えを受け止め、その人の状況を理解する対応を行っていた。そのような対応により、家族による虐待や暴力の問題状況の改善がみられた事例が多かった。このように保健師は、療養・介護の状態にあり、悩みや不安をもつ個人に対してかかわる意義が大きい。

6つめに「ホームヘルパーに対する拒否・暴力」への対応があった。介護支援専門員から保健師への依頼であった。保健師はこれに対して療養に伴う本人の気持ちや考えを受け止め、その人の状況を理解する対応を基盤に、ホームヘルパーに対するその人の理解を促す対応に発展させていた。このように療養の状態にあり、悩みや不安をもつ人に対して、理解者としての役割を担いながら、それを基盤に、ホームヘルパー等のケア従事者がその人にかかわることの理解を促す援助者として役割を果たす意義は大きい。

7つめに「意思疎通の問題」への対応があった。事業者と家族、外部支援者間の意思疎通に問題があり、介護支援専門員が関わっているが事態が改善せず、保健師に助力を求める内容であった。これは、介護支援専門員の担う調整役割がうまく機能しない場合に、その支援役割が保健師に求められているといえる。介護支援専門員に対する支援は、基幹型在宅介護支援センターが担う側面も大きいですが、個別事例への具体的対応となると、基幹型在宅介護支援センターには即時的に対応できるだけのスタッフ数が十分ではなく、また多くの場合、管轄地域が市町村全域に及ぶことから、地域事情に即した対応が取りにくい。しがたって一定地域に責任をもつ保健師が、個別事例に関する介護支援専門員の支援者として、機動力を発揮して対応にあたる必要性や意義は高いと考えられる。また多くの場合、保健師による支援は一つの事例に対して、短期間で終息することが本調査より確認さ

れた。

8つめに「食事指導・栄養指導への対応」があった。介護支援専門員からの依頼であり、現病との関連において適切な食事・栄養が取れていない療養者の状態を判断し、改善に向けた指導に対して保健師に依頼が成されていた。療養者の生活に直接かかわるケア従事者が、本人の現病との関連において食事・栄養の状態を判断したことが連携の依頼のもとになっており、同時に、保健センターに対してそのような役割期待があったことを示すものである。介護保険制度に基づくサービスでは充足できないこのようなニーズに対して、保健センターは役割を期待されているといえる。

9つめに「独居者の見守り」への対応があった。これは痴呆や軽度うつをもつ高齢者の安否の確認、独居の末期療養者への精神的支援、身寄りのない90歳代独居高齢者への近隣者等による地域支援を含む依頼内容であった。これは介護保険制度によるケアサービスだけでは、独居者等への連続的な生活支援は困難であることを、介護支援専門員等が認識していることを示しており、それに対して地域全体に責任をもつ保健師だからこそかわりのもてる課題として対応を期待する内容であった。これに対して保健師は、保健センターの人材である非常勤保健師・看護師による定期訪問の計画・実施と並行して地域内の民生委員との問題共有を図りながら、近隣者による見守り体制づくりをしていた。このように地域の支援体制づくりは保健師ならではの活動領域であり、介護支援専門員等からの依頼に対して、そこに内在する地域支援体制づくりの課題を保健師は充分認識して対応する必要がある。

10として「潜在している地域内のケアニーズ」への対応があった。療養者の同居家族に、壮年期の障害者がいることがわかり、その障害者の生活状況に対して、将来を視野に入れたかわりが必要ではないかと介護支援専門員が判断して保健師に依頼が成されたものであった。

介護支援専門員が、療養者本人への対応のみに終始していたならば、連携の依頼は生まれなかったであろう。また同時に同居家族の障害者に対して、緊急のニーズはないが、将来を視野に入れたときに現時点からの援助関係が重要であり、保健師に対する援助者としての役割認識があったといえる。問題の緊急性のない家族員に対して援助者のかかわる必要性は、家族自身も認識しにくい状況があり、そうした状況下での援助の成果は見えにくいものであるが、保健センターでは、非常勤保健師・看護師による定期訪問により、相談者として認知してもらえるような人間関係づくりに焦点をあてたかかわりを開始していた。これは個別性の高いかかわりであると同時に予防的な意味合いをもつ援助と推察される。

11として「介護支援事業者への技術教育」があった。これは痴呆をもつ高齢者に対するホームヘルパーの対応について助言を求める依頼があったものである。事業者の資質向上にかかわる教育は、基幹型在宅介護支援センターの担うべき役割の一つと考えられるが、個別事例を通して、ホームヘルパーに痴呆性高齢者の理解とその対応を伝えるという点では保健センターの担う側面は大きいといえる。保健センターとしては、個別事例を通して伝えられた技術教育の成果を、一人のホームヘルパーあるいは、一つの事例に留まらずに、波及を意図し、その成果を確認する必要がある。

12として「公の立場からの個別性の理解と共有」があった。ALSの本人が気管切開を拒否する意思決定をしているということ、また同事例で緊急時の搬送先病院を決定しているということについて、当事例にかかわりのある介護支援専門員だけがそのことを把握しているというよりも、公的立場にある保健師に共有しておいてもらうことで、個別性を尊重した対応を図ることができると保健師に期待する内容であった。緊急時等の対応のように、個人情報の管理と対応に責任をもてる機関が療養者と家族の

了解の下に、情報を共有することは意義がある。また個人情報の管理と対応に責任をもつ機関として保健センターへの期待があり、そうした期待に応える方策を保健センターとして検討する必要が今度ますます高まると考えられる。

2. 訪問看護ステーションが保健師と連携を取ることにより充足・改善しようとしていた地域ケアサービスの質

以上述べてきた12の問題状況をみると、それらへの対応により充足・改善しようとしていた地域ケアサービスの質とは、「予防」「ケアの継続」「個別性の尊重」「精神的支援」「セルフケア」「近隣等による地域支援」「介護支援事業者の技術水準」であると考えられた。

12の問題状況は、療養者及び家族の必要とする地域ケアサービスの質を保障し向上させる活動を開始する起点となると考えられ、地域ケアサービスの質を評価する実践的な指標として活用可能であると示唆された。

V. 結論

過去2年間の間に、介護支援専門員・居宅介護支援事業者等のケア従事者から、行政保健師に連携の依頼があり、実際に保健師が対応した事例調査から、介護支援専門員・居宅介護支援事業者等ケア従事者と行政保健師との連携の実態を調べた。

その結果、行政保健師との連携を必要とする12の問題状況を明らかにした。すなわち、「家族の介護力の低い状態」「医療の必要性の高い状態」「サービス利用の拒否」「療養者と事業者等の意思疎通の問題」「介護家族への精神的支援」「家族による虐待、介護者への暴力」「ホームヘルパーに対する拒否・暴力」「食事指導・栄養指導への対応」「独居者の見守り」「潜在している地域のケアニーズ」「介護支援事業者への技術教育」「公の立場からの事例の個別性の理解と共有」である。

これら12の問題状況は、「予防」「ケアの継

続「個別性の尊重」「精神的支援」「セルフケア」「近隣等による地域支援」「介護支援事業者の技術水準」の観点から、療養者及び家族の必要とする地域ケアサービスの質を評価し向上させる活動を開始する起点となると考えられ、地域ケアサービスの質を評価する指標として活用可能であると示唆された。

表1 保健センターに連携依頼のあった事例概要

事例番号	年齢	性別	現病	家族構成	依頼経路	依頼元	保健センターに求められた連携内容	保健センターの対応	対応後の状況
1	40代	男性	ALS 身体障害者手帳1級	未婚 弟と同居	難病申請者として保健センターが把握していたが、サービス利用や保健師の訪問を拒否していた。訪問の際においてきた名刺を見ていた弟から、本人の膝下困難な状況に悩んでいたために電話連絡	家族	介護に悩んでいる家族の相談 介護継続への調整	今後の方向性の確認(延命措置は取らない) 訪問看護ステーションへの連絡、調整 医師との連絡調整 連携した機関・職種 訪問看護ステーション、医師	
2	50代	男性	ALS(入院中)	妻、子供(四つ子一組)と同居	入院中の病院からの連絡	病院	退院予定だが、妻が育児の大変さから、本人の気管切開の処置や介護ができていないため、中心となって関わるサービス担当を決める必要性 退院予定だが、病状悪化(気管切開、胃ろう造設、中心静脈栄養、褥瘡)に伴い、退院後訪問看護のみでは困難なため、在宅療養支援 訪問看護ステーション変更 家族の精神的サポート ソーシャルワーカーである介護支援専門員の不安や医療的知識における相談	サービス担当者会議開催により、中心となつて関わる部署の調整 連携した機関・職種 病院、	関わる部署の決定前に、入院中に死去。
3	60代	男性	脊髄小脳変性症 (入院中) 要介護度5	妻、息子(独身・定職なし)	介護支援専門員からの連絡	介護支援専門員	妻がうつ傾向であるため、精神的支援の依頼 拒否しているため、その旨を行政にも知っており欲しい 呼吸状態悪化の際、消防に搬送先病院を前もって連絡しておけばその病院に搬送されるため、行政に消防への連絡を頼みたい	退院が決定したら、ケース会議の開催 介護者(家族)の相談相手となる 退院後に関わる訪問看護ステーションを探した 連携した機関・職種 介護支援専門員、病院、訪問看護ステーション	短期間の契約で、退院後の訪問看護ステーション決定。
4	50~60代	男性	ALS	妻、長男と同居	訪問看護ステーションからの連絡	訪問看護師	妻がうつ傾向であるため、精神的支援の依頼 拒否しているため、その旨を行政にも知っており欲しい 呼吸状態悪化の際、消防に搬送先病院を前もって連絡しておけばその病院に搬送されるため、行政に消防への連絡を頼みたい	定期的に家庭訪問を実施し、妻の精神的支援 訪問看護ステーションは本人の援助で一杯であり、家族のサポートまでは無理であったため、妻のサポートの依頼があつた。	本人急変し、死亡。
5	60代	女性	脊髄小脳変性症	夫、子供二人と同居	訪問看護ステーションからの連絡	訪問看護師	夫の本人への対応が悪く、無理解。訪問看護師は本人のケアでいっぱいであるため、夫の支援をセンターに依頼	家庭訪問を開始し、夫の気持ちを聞いていく方向	
6	?	女性	オリブ脳萎縮症	夫、長男家族(4人)と同居	訪問看護ステーションからの連絡	訪問看護師	外国人であり、難病であるためセンターにも関わって欲しい 言葉の問題(それまでは娘が通訳代わりをしていた) ヘルパーと介護者の感情の悪い	本人、介護者共に病气への理解が不足していたため、行政の通訳を導入し、受診、訪問看護師や保健師の訪問に同行してもらった	
7	70代	女性	脊髄管狭窄症、高血圧	独居	介護支援専門員からの連絡	介護支援専門員	部屋が非常に汚れており、足の痛みも無い状態。点とぶなどの危険が起これる恐れがある。転居させたい、どうしたらよいか、と相談。ケア会議を開きたいと依頼。	ケア会議を開催し、ホームヘルパー利用回数の増加、月1回センター保健師の訪問の実施を決定。	
8	80代	女性	多発性脳梗塞	夫婦同居、夫(80代)アルコール依存症	担当の介護支援専門員から福祉事務所へ連絡、福祉から保健センターへ	福祉部門	経済的問題 夫が自殺未遂、その後、妻を殺そうとした 家族内調整	妻は施設入所 夫は保健センター 保健師の定期的な家庭訪問	夫への家庭訪問継続中
9	70代(母)	女性	多発性脳梗塞(左半身麻痺)要介護度4	母姉同居、娘(40代)らうあ・タニエール病	母の介護支援専門員から連絡	介護支援専門員	娘の他者との関わりが少なく、母と死別したら、一人で生活していく能力をもつ必要があることを心配して、娘の生活範囲拡大のために保健センターに相談	約2ヶ月に1回の家庭訪問 生活能力判断のために、買い物等への同行 看護職との会話を楽しみ、他者との触れ合いを徐々に広げていく	今後、娘の手話の能力を活かしてリハビリ教室等で住民に手話を教えてもらう計画がある
10	70代	女性	脳梗塞	夫:70代 心疾患あり 高齢者世帯	介護支援専門員からの連絡	介護支援専門員	夫が妻に身体的な虐待をしていると連絡	センターでケア会議の開催、以下を決定し、病状把握のために医師に連絡 サービスを更に導入し、夫の負担を減らせる 保健センターは定期的に家庭訪問を実施し、夫の相談相手や話や悩みを聞く相手となる	夫は、ストレスのために妻に当たってしまっていた。現在は妻ではなくものにあたるようになった。

表1 保健センターに連携依頼のあった事例概要(つづき)

事例番号	年齢	性別	現病	家族構成	依頼経路	依頼元	保健センターに求められた連携内容	保健センターの対応	対応後の状況
11	60代	男性	脳梗塞	独居	介護支援専門員から連絡	介護支援専門員	ホームヘルパーに対する働きかけが適切でなく、対応に困っている	家庭訪問の実施。本人の気持ちに合わせ、ホームヘルパーへの不満がなかなか口にせず、かたくなに暴力に走ってしまったことが判明。ホームヘルパーとの関係を調整し、本人の状態は落ち着いていた。	本人の状態が落ち着いたため、家庭訪問は終了した。
12	50代	男性	脳梗塞	独居 生活保護	介護支援専門員から連絡	介護支援専門員	ホームヘルパーを導入したいが、ホームヘルパーが訪問しても何もせず拒否的である。受診もしていないため、センターの同行訪問の依頼。	同行訪問の実施。本人の気持ちに合わせ、人の好き嫌いがはびこり、気に入らないうちホームヘルパーを追い返していたことが判明。保健師は定期的に訪問をし、本人の気持ちをほぐすように働きかけている。	訪問している保健師のことは気に入っており、関係ができてきている。気分転換の目的で、保健師と一緒に散歩をするようになった。その後介護支援専門員一からの連絡は今回もあり、小さなトラブルは起きていないが以前ほどではない。
13	60代	女性	脳梗塞	夫と二人暮らし	介護支援専門員からの相談	介護支援専門員	夫が本人に虐待をしているため、同行訪問の依頼	同行訪問の実施。以降定期訪問実施している。	
14	80代	女性(妻)	脳梗塞	娘(知的障害あり)と3人で同居 夫(80代)が介護者であるが痴呆・統合失調症あり	介護支援専門員からの連絡	介護支援専門員	ホームヘルパー導入しているが、介護者の痴呆もあり、今後の方向性について不安があり、相談、知的障害者の娘の将来への不安があるため、相談	定期的に家庭訪問の実施	
15	高齢夫婦(詳細不明)		精神疾患	夫婦同居、息子(夫婦との同居拒否)	本人が神経因性原因にて緊急入院し、退院となったが、退院させられる家庭環境ではないと保健所に連絡したが、関わる余裕がないと拒否されたため、病院側が保健センターに連絡してきた	病院	退院のための環境整備	福祉分野と保健センターで関わることとなる。	
16	50代	男性	統合失調症、アルツハイマー型痴呆、糖尿病	独居	介護支援専門員からの依頼	介護支援専門員	後見人の姉との関係が良くない。介護支援専門員はサービスを増やすべきだと考えるが姉が了承しない。関係補強が関わるべきだと考え、センターに連絡。構成員であるが、本人の食生活は乱れており、ホームヘルパーの作る食事は食べずにカップ麺などを食べている。	家庭訪問を実施したが、急な訪問だったために、本人が拒否的になり、またこれにより病状も悪化してしまつた。このことで、ホームヘルパーもセンターの関わりを拒否するようになり、センターは入らないことになった。	本人、家族やホームヘルパーはセンターとの関わりを拒否しているが、介護支援専門員の安心にはつながつた
17	70代	男性	うつ、高血圧	独居	介護支援専門員から連絡	介護支援専門員	本人が受診していないことを心配してセンターに連絡	毎月家庭訪問を実施。うつのために外出しづらな傾向にある。現在は関係作りから始めている。	今後関係作りができてから受診を勧めていく方向。
18	80代	女性	痴呆	独居	介護保険ホームヘルパー事業所から連絡	介護支援専門員	痴呆のため、ホームヘルパーのみでは対応が不安とセンターに連絡相談。ホームヘルパーは、痴呆の悪化がすすみ、医療面でこのままではいよいよ不安を感じていた。また、介護支援専門員との連絡が上手く取れていなかった	ホームヘルパーと介護支援専門員を引き合わせ、ケア会議を開催。会議の場での意思疎通ができ、他のサービスを導入する方向となった。センター側の援助は終了。	
19	80代夫婦		妻:痴呆 夫:軽度うつ	夫婦高齢者世帯	介護支援専門員からの依頼	介護支援専門員	妻の痴呆が悪化し、被害妄想を持ち夫に暴力を振るっている。介護支援専門員一人で対応ができず、センターに連絡。安否確認の依頼。 ホームヘルパーを入れたくない状況であり、女性ヘルパーには夫との関係を疑い嫉妬し、男性ヘルパーにも暴力的。家族もまったく取り合ってくれない状況で介護支援専門員が困惑していた。	夫の主治医に連絡し、妻を医療につなげようとした。しかし、保健センターに家族に無断で連絡したことに対し、家族が怒り、センターの介入を全部拒否するようになり、センターは介入を断念することになった。介護支援専門員も交代させられた。センターは、介護保険課に連絡し、その後の状況についても、詳細は不明とされた。この家族についての情報をくれた民生委員と連絡を取り、民生委員がこの家族の経過を見ている。センターは民生委員から情報を受けることとなった。	

表1 保健センターに連携依頼のあった事例概要(つづき)

事例番号	年齢	性別	現病	家族構成	依頼経路	依頼元	保健センターに求められた連携内容	保健センターの対応	対応後の状況
20	90代	女性	痴呆	独居 身寄りなし	センターが継続して関わっていた	介護支援専門員、社協ヘルパー	介護保険導入に際し、介護支援専門員や社協ヘルパーから、継続して連携を求められた。 ・金銭管理も不可能な状態であるため、センターが家族のいない分、金銭面や本人の意思を尊重しながら、地域でこのケースを見ていることを依頼	介護保険導入後も継続して家庭訪問を実施。後見人制度の導入を検討中。	
21	90代	男性	痴呆	独居	センターが継続して関わっていた	介護支援専門員	本人とホームヘルパーや訪問看護師との病状に関する認識の相違があり、意思疎通が図れない。関係が良くない。本人、援助者双方に不満があると相談	・家庭訪問の実施 ・主治医に連絡を取り、本人の病状の確認 ・ケア会議の開催(本人、家族、訪問看護師、ヘルパー、医師、保健師)し、お互いの意見の交換、連絡ノートを作成をし、意思疎通を図ることを決定。	連絡ノートにより、意思疎通が良好となった。状況が落ち着いてきたため、保健師の訪問は終了することを検討中。
22	30代	女性	慢性疲労症候群(障害者手帳(7級)) 支援員導入中	夫、娘と3人暮らし	ホームヘルパー、訪問看護師とのシヨク両方からの連絡	ホームヘルパー、訪問看護師			
23	40~60代		脳性まひ	独居	ホームヘルパーからの依頼	ホームヘルパー	・血圧が高いが受診していない ・足に大きな魚の目があるが、このままでよいのか？ ・受診するように本人を説得して欲しい	定期的に家庭訪問を実施し、様子を戻しているが、受診はしていない。血圧は安定している。	
24	60代	女性	肝疾患ターミナル(詳細不明) 介護保険利用なし	独居 娘は県内に在住	入院先のケースワーカーからの連絡	病院ケースワーカー	在宅での安否確認、独居のため本人の精神的支援、訪問看護やボランティア看護師のみでなく、保健師にも訪問してもらいたい	・ターミナルケースであり、短期間のため、週1回家庭訪問を実施することとなった ・連携した機関・職種：病院、訪問看護、ボランティア看護師	入院中に本人死亡し、訪問は行われなかった
25	70代	男性	胃がん術後	独居 妻は痴呆あり、施設入所中	介護支援専門員から連絡	介護支援専門員	・胃がんの術後であるが、食事管理ができず、食べ過ぎている傾向にあるため、栄養指導の依頼 ・独居で自分ひとりで頑張っている様子だが、介護支援専門員の言うことは聞かなかったため、センターの介入の依頼	何回か家庭訪問を実施。本人の状態が安定してきたため、援助終了。	
26	60代	男性	高血圧、狭心症、強迫神経症	妻と同居	介護支援専門員からの依頼	介護支援専門員	本人の病状安定に向けた、妻への栄養指導の依頼	月1~2回の栄養士による家庭訪問での栄養指導の実施。病状に改善は見られないため、継続中。栄養士や歯科衛生士の家庭訪問への依頼が少ないため、本ケースに継続的に関わる事ができている。保健師は栄養士との情報共有のみで訪問は行わない。連携：・連携	病状の変化なし
27	70代	男性	不明 要介護度1	独居	介護支援専門員からの連絡	介護支援専門員	独居であり、健康面で心配があるため、本人の健康状態の確認と相談相手としての関わりを依頼	関わり始めは約月1回の頻度で家庭訪問を実施し相談相手となっていたが、現在は約3ヶ月に1回で見守り程度	センターが関わる前は、介護支援専門員と合わせて何回か変更していたが、関わってからの変更はない。センターの介入後、生活範囲の拡大がられ、ホームヘルパー利用回数が増え、センター看護師との関係も良好。
28	80代	女性	詳細不明	独居(息子と死別。他家族とは別居。)	かかりつけ医院の看護師からの連絡	かかりつけ医院の看護師	医院での物忘れの悪化や受診が中断されたことを心配した看護師が、保健師に様子を見て欲しいと依頼。近隣の住民からも医院の看護師に本人の様子への不安が寄せられていた。	保健師が家庭訪問を実施し、腰痛が悪化し、外出が困難になり受診が途絶えていた。また、痴呆の悪化がみられ、内服の自己管理ができなくなっていたことが判明。 ・家族への連絡調整	丁度と死別した妻の墓と再び同居すこととなり、受診や内服の不安は解消され解決。

表2 保健センターへの依頼内容（28事例）

- ①医療及び介護ニーズの両者を有する場合の退院調整
 - ・ALSの本人の退院に際し、気管切開の処置等介護の対応と共に育児にも手のかかる状態（事例2）
 - ・ALSの本人の病状悪化に伴い訪問看護サービス導入のみでは困難な状態の予測（事例3）
- ②本人が精神疾患をもち、家族の介護力の低い場合の退院調整
 - ・本人の退院に際して、妻も介護を要する状態。息子は同居を拒否している（事例15）
- ③精神的問題を抱える家族への対応
 - ・アルコール依存のある夫の自殺未遂及び妻への他害行為（事例8）
- ④家族への精神的支援
 - ・ALS患者及び脊髄小脳変性症患者の家族を抱える家族への精神的支援（事例1）（事例3）（事例4）
- ⑤家族による虐待、介護者への暴力への対応
 - ・脊髄小脳変性症をもつ本人に対する夫の無理解な対応（事例5）
 - ・脳梗塞をもつ妻に対する夫の虐待（事例11）（事例13）
 - ・痴呆により被害妄想悪化した本人による介護者への暴力（事例19）
- ⑥ホームヘルパーに対する拒否・暴力への対応
 - ・ホームヘルパーに対する本人の暴力への対応（事例11）
 - ・ホームヘルパーに対する本人の拒否的対応（事例13）
 - ・被害妄想によるホームヘルパーの拒否（事例19）
- ⑦独居者の医療未受診・受療中断への対応
 - ・脳梗塞の現病をもつ独居者の本人（事例12）
 - ・うつ病の現病をもつ独居者の本人（事例17）
 - ・脳性まひの現病をもつ独居者の血圧管理等（事例23）
 - ・物忘れが心配されていた高齢の独居者の受療中断（事例28）
- ⑧痴呆をもつ対象者へのホームヘルパーのかかわり方
 - ・痴呆をもつ本人へのホームヘルパーの対応に不安あり（事例14）（事例18）
- ⑨食生活指導・栄養指導への対応
 - ・ホームヘルパーの作る食事を食べないが、糖尿病であり食生活指導を要する状態（事例16）
 - ・胃がん術後であるが食事管理ができていない状態（事例25）
 - ・高血圧症であり、妻への栄養指導が必要な状態（事例26）
- ⑩本人・家族と事業者との意思疎通の調整
 - ・ヘルパーと介護者の感情面の行き違い（事例6）
 - ・慢性疲労症候群の現病をもつ本人に対する外部支援者側（訪問ステーション、ホームヘルパー）の病状理解（事例21）
 - ・介護支援専門員の受け入れ困難により複数回の介護支援専門員の変更（事例27）
 - ・胃がんの術後の独居者で頑張りすぎている様子だが介護支援専門員の言うことは聞き入れない（事例25）
- ⑪介護支援専門員と事業者との意思疎通の調整
 - ・独居の痴呆高齢者への対応にあたり介護支援専門員とホームヘルパーとの連絡が取れず（事例18）
- ⑫サービス利用を拒否している家族へのかかわり
 - ・ALSである本人と介護者である弟はサービス利用を拒否（事例1）
 - ・本人に対してサービス量の増加が必要とされているが後見人の姉は了解しない（事例16）
- ⑬安否の確認
 - ・本人は痴呆、夫は軽度うつの高齢者二人暮らしであり安否確認が必要な状態（事例19）
 - ・肝疾患末期の独居者で安否確認が必要な状態（事例24）
- ⑭独居の末期療養者本人への精神的支援
 - ・肝疾患末期の独居者であり、本人への精神的支援が必要な状態（事例24）
- ⑮見寄りのない独居高齢者への地域支援
 - ・90歳代の痴呆をもつ独居者で身寄りのない状態にあるため、地域で本人を支える体制が必要（事例20）（事例21）
- ⑯障害者である同居家族の将来を視野に入れた対応
 - ・身体障害をもつ娘への将来を視野に入れたかかわり（事例9）
 - ・知的障害をもつ娘への将来を視野に入れたかかわり（事例14）
- ⑰本人・家族の意思の共有
 - ・気管切開を拒否している家族の状況を保健師にも理解しておいてもらいたい（事例4）
- ⑱緊急時の搬送先病院の共有
 - ・緊急時の搬送先病院について消防署へ確実に伝達しておいてもらいたい（事例4）
- ⑲本人の生活環境に踏み込んだ対応
 - ・足の踏み場のない状態の部屋で暮らす独居の本人に対するヘルパー導入（事例7）

表3 日頃の活動における居宅介護支援事業者とのかかわりの機会

事業者・施設	かかわりの状況
全体的な傾向として	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業者と保健センターが、お互い必要な際に連絡をとりあい、定期的な会議等はおこなっていない。 ・各事業者からの連絡により、ケースを通しての連携をとる ・定期的な会などは行っておらず、事例を通してのみの接点。センターから積極的に働きかけることはしていない ・医療的な部分や虐待、痴呆、受診中断などの難しいケースに関してはセンターに役割を持ってもらいたいと期待する事業者は多い ・介護者の精神疾患やアルコール依存症などの問題で介護できない状態の場合など、民生委員や生活保護の関係から福祉に相談が持ち込まれ、保健センターへとつながることもある ・介護保険課に相談を持ち込んだばあい、介護福祉課からセンターへ振られてくる場合はある ・民生委員から連絡を受け、ホームヘルパーが入っているが上手くいっていないようだという連絡を受けることがある。
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・ステーションとの連携の機会は少なくなってきた ・介護保険利用者で難病のケースには保健師が関わる必要があるが、訪問看護師が定期的に訪問しているとその状況を把握しているため、保健センターでは年1回特別介護手当ての状況の確認をおこなう ・訪問看護師は、対象に定期的に関わっているために、保健師との連携を持つ必要性を感じていないのではないかと ・訪問看護師から、行政が介入している方が何かあったときのために安心である、という声がある ・訪問看護ステーションが増加し、それぞれで依頼内容がばらばらであるため、全体で集まって会議をおこなう必要性が低くなった ・訪問看護ステーションは多忙であり、行政の時間に合わせて会議に集合することは困難である ・ケースを通してお互い必要な際に連絡を取り合っている ・難病などのケースから、介護支援専門員の依頼が来た場合は、訪問看護ステーションの介護支援専門員を紹介し、看護師が介護支援専門員をしていることを考慮している
在宅介護支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・マネージメント的な役割は基幹型在介がおこない、個別支援は保健センターが行っている ・基幹型は、相談にのり、他に振ることはできるが、マンパワーが足りないため、訪問ができるのは保健センターではないかと
介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員個々の判断で、困難ケースを保健センターに持ってきているように感じる ・介護支援専門員に不安がある場合、保健センターに連絡が来ることが多い ・介護支援専門員の不安に対し、以前は訪問支援をおこなっていた ・介護支援専門員は、難しいケースについて保健センターを通すことで何か役割を持ってくれるのではないかと期待があるようだ ・介護支援専門員の相談に対して対応はするが、継続することは、保健センターの役割から外れてくるように感じる ・訪問看護ステーションの介護支援専門員からの相談が多い傾向にある ・難病などのケースは訪問看護の介護支援専門員を紹介し、虐待などのケースは施設型の介護支援専門員を紹介するケースが多い ・直接介護保険を申請したケースなどでは、保健センターが把握しきれていないことも多く、困っているが相談する相手がわかっていない人も多いのではないかと
病院	<ul style="list-style-type: none"> ・病院からの依頼は多い ・病院からの依頼のなかで多いのは、介護者や本人が精神疾患を持っているケースや、高齢者夫婦で介護が難しいケース、難病、などの複雑なケース ・ケースを通して必要な際に連絡をとりあう。連絡会議などの実施はない ・往診の医師からの高齢者の虐待を通報が多い

表4 居宅介護支援事業者との連携に対する課題・考え

対象	考えの内容
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者に対してさまざまな場所(在宅介護支援センター、保健センター、いきいきプラザ)が関わっているが、役割分担がはっきりしていない ・自分たちが考える保健センターの役割と、周囲の考える保健センターの役割に違いがある ・保健センターに持ちかけられれば何でも受けてくれるという思いがあるようだ。しかし、彼らも地域住民であると考えると、受けられない訳にはいかない ・センターと接点のないまま介護保険を直接導入した人のことは把握できていない。介護保険課から連絡がないと問題を持っていないも理もれている場合が多い
全体的な傾向として	<ul style="list-style-type: none"> ・連携において、保健センターの役割はまだ充分ではなく、現在迷いながらおこなっている段階である ・連携は、センターの課題というよりは、介護保険課の課題であると思う。困難事例の対応のために介護保険課に保健師が配属されている ・マネージメント的役割は基幹型在支が担い、個人への支援は保健センターが担っている ・ホームヘルパーや訪問看護、病院からも、行政が介入した方が安心であるという声がある。知っておいてもらおうだけでも、何かあったときに関わってもらえるという安心感があるようだ ・保健センターは、行政の立場であることから、契約を結ばなくてもすぐに対応できること、お金がかからないということから、依頼者側は安心が大きいようだ ・依頼してくる側は、どこに相談すればいいのかわからないために、まず保健センターに相談を持ちかけてくるようだ。 ・何らかの期待を持って保健センターに相談を持ちかけてきたと考えると、保健師はそれに応えずにはいられない、何とかしてあげたい、どうにかしないと、と思う。 ・まずは一緒に考え、一緒に悩むことから始め、方法を共に構築していく。その中から必要性に応じて継続して支援をおこなっていく ・行政は、損得なしで対応し、本当に必要なことのみを行ってくれることから、受け手が警戒する必要がない

表4 居宅介護支援事業者との連携に対する課題・考え(つづき)

対象	考えの内容
<p>介護支援専門員に対して</p>	<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員の質をチェックする場所がない ・介護支援専門員の背景や資質、資格によって対象者の見方の違いが大きい。差が大きい ・介護支援専門員の能力の差は大きい ・介護支援専門員からの保健センターへの依頼内容への対応の必要性を判断することが重要である ・基幹型の介護支援専門員は、関わる職種が多く、相談できるが、訪問看護ステーションの介護支援専門員は、看護技術以外で相談できる相手が少ないため、保健センターに相談を待ち込む場合が多い。訪問看護ステーションの介護支援専門員からの連絡は多く、悩んでいる人が多い <p>考え</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が多くのケースを抱えているためにケースへの時間が取れていないことや、能力によっては、仕事をやり切れていないことがある。必要に応じてセンターが介護支援専門員の役割を担うこともある ・基幹型の会議や介護支援専門員同士の会議をもっと行うべきである。介護支援専門員間で共有できる場を作る必要がある。向でも保健センターに相談するのは違うのではないか。 ・介護支援専門員のなかには、対象者の問題を出すことはできるが、プランを立てることができない人が多い。どう作成するか、というところを強化していく必要がある ・家族が本当に必要性を感じているのか明確ではなく、介護支援専門員が不安なために依頼している場合がある。本来の保健センターの役割と違うのではないかと感じる ・頼まれたら全部やるのではなく、入り口で受けることはするが、その後は判断し、断ったり、他に振り分けたりする
<p>ケアチームとして</p>	<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族に問題のある場合は、センターが入っていく必要がある。問題があることを介護支援専門員が伝えてくれればキャッチしやすいが、そうでない場合もあり、把握し切れていないこともある ・保健センターは、ケースマネージメントの役割を持つという意識が強い ・サービスマネジメントとして、担当地区のケース本人を支える人を支えていくことも仕事なのだと考える ・介護保険開始後、訪問ケースは、減っている傾向にある <p>考え</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の人が何を求めているかと言うことに対応していく姿勢が重要である ・自分たちが実際に行くのみでなく、民生委員など、その人を支える人をサポートしていく方が効果的である ・関わる人たちと共に悩むという過程が、ケアマネージャーや民生委員などのそれぞれの成長を促すことにつながる。そしてそれがケースにもつながっていく ・保健センターは、介護保険につなげ、つなげた後も軌道に乗るまでは関わりを継続している
<p>独居高齢者に対して</p>	<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の見守りを支援するのは保健師であるが、最近は訪問しても玄関を開けてもらえないような家庭が増えてきた。入ることができずに、状況がわからないということも多い。 ・要介護度が悪いわけではないが、その人の身近にその人をこまめに把握できる人が少ないために、センターに依頼が来るのではないかと、訪問看護は契約を結ばなくては援助は始まらないが、行政はすぐに動くことができる ・訪問看護師が頻回に関わる必要が少なく、見守りとしての定期的な訪問が必要なが多い。このような高齢者を地域の中で見守る方向で地域福祉計画の策定、住民どうしでいけばよいかを考えていきたい <p>考え</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年金暮らしの人などは、頼みたくてもたのめないことがあり、お金のからから行政の存在は大きい
<p>高齢者の虐待に対して</p>	<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待に対応するのは主に福祉であるが、福祉にも保健センターにも高齢者虐待に対応できる人材が不足しているし、短期入所などの緊急措置や対応も整っていない <p>考え</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルパーや訪問看護師などの過程に入り込んでいる人が発見者となることがおおい ・虐待などのケースは施設型のケアマネージャーを紹介する場が多い。緊急時に短期入所の利用にすぐつながる

調査3：介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携
(その3) － まとめ －

調査 3

介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携（その 3）

－ ま と め －

宮崎美砂子

I. 目的

本報告書の調査 1「介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携(その 1) (以下、調査 1 と略す) 及び調査 2「同(その 2) (以下、調査 2 と略す)」の研究結果から、介護支援専門員・居宅介護支援事業者等と行政保健師との連携の実態を総体的に明らかにし、地域ケアサービスの質を保障し向上させる活動を導くための評価指標を検討する。

II. 方法

調査 1 及び調査 2 の結果から、それぞれ明らかになった連携の実態、すなわち、①連携をとった事例(調査 1 及び調査 2) 及び②連携が必要と考える問題についての認識(調査 1)、③連携を通して期待することの認識(調査 1) から連携の実態の総体を集約する。

III. 結果(表 1)

地域で療養及び介護を必要とする住民への対応において、行政保健師への連携を必要とする問題状況は、表 1 に集約したように、16 に整理できた。すなわち、(1) 家族の介護力の低い状態、(2) 医療の必要性の高い状態、(3) サービス利用の拒否、(4) 本人と家族介護者、本人・家族と事業者、介護支援専門員と事業者、事業者間それぞれの意思疎通、(5) 事業者間の役割の分散、(6) 介護保険では量的に充足できない援助ニーズあるいは介護保険適用外の援助ニーズ、(7) 介護家族への精神的支援、(8) 家族による虐待、介護者への暴力、(9) ホームヘルパーに対する拒否・暴力、(10) 食事指導・栄養指導への対応、(11) 独居者の見守り、(12) 潜在して

りう地域内のケアニーズ、(13) 関係者との問題の共有の場、(14) 介護支援事業者への技術教育、(15) 公の立場からの事例の個別性の理解と共有、(16) 一般市民への制度への啓発、であった。

これらの問題状況の中で、調査 1 からのみ抽出された問題は、(5) 事業者間の役割の分散、(6) 介護保険では量的に充足できない援助ニーズあるいは介護保険適用外の援助ニーズであり、一方、調査 2 からのみ抽出された問題は、(7) 介護家族への精神的支援、(8) 家族による虐待、介護者への暴力、(9) ホームヘルパーに対する拒否・暴力、(10) 食事指導・栄養指導への対応であった。

他の問題状況は、調査 1 及び調査 2 の両者から抽出されていた。これらは、訪問看護ステーション側及び行政保健師側の両者において、連携を要する問題状況として認識されていることを示している。

また表 1 の右欄に、問題状況ごとに、対応の必要なニーズとして実際に保健師により対応が成された内容を付記した。

IV. 考察

訪問看護ステーションの行政保健師に求める連携の実態と、実際に介護支援専門員・居宅介護支援事業者等から行政保健師が依頼を受けて対応した連携の実態を統合し、地域ケアサービスを構成する連携の実態を総体的に明らかにすることができた。

結果に示した 16 の内容は、「予防」「医療及び介護にかかわるケアの継続」「生活の維持」「個別性の尊重」「精神的ケア」「セルフケア」「近隣等による地域支援」「介護支援事業者の技術

水準」の観点から、療養者・家族に応じた地域ケアサービスの質を保障し、向上させるための指標として活用可能な意味をもつと考えられる。これらの指標の有用性については今後の検討課題である。

V. 結論

訪問看護ステーションの行政保健師に求める連携の実態及び、行政保健師が介護支援専門員・居宅介護支援事業者等から依頼を受けて実際に対応した連携の実態を統合することにより、地域ケアサービスを構成する連携の実態を総体的に明らかにした。その結果、行政保健師の連携を必要とする 16 の問題状況が明らかになった。これらは地域ケアサービスの質を療養者・家族の立場から保障し向上させる上で活用可能な評価指標であると考えられた。指標の有用性の検証は今後の課題である。

表1 行政保健師との連携を必要とする問題状況と対応の必要なニーズ（まとめ）

問題状況	問題状況の根拠				対応の必要なニーズ
	調査1		調査2		
	連携事例	問題認識	期待認識	連携事例	
(1) 家族の介護力の低い状態 ・ 家族介護力の低い状況下にある療養者（以下、本人を略す）の療養場所の早急な確保 ・ 社会から孤立しがちで家族に介護力の低い場合 ・ 同居する家族全員が健康問題・生活問題を抱えている世帯に対する対応 ・ 本人が精神疾患をもち、家族の介護力の低い場合の退院調整	●	●		●	・ 本人の療養場所の確保（退院調整） ・ 本人・家族の社会からの孤立を防ぐ対応 ・ 全家族員が問題をもつ世帯に対する日常生活の営み継続のための対応
(2) 医療の必要性の高い状態 ・ 医療依存度が高いために事業者側の受け入れが困難な場合 ・ 医療及び介護ニーズの両者を有する場合の退院調整 ・ 精神的問題を抱える家族への対応 ・ 医療の介入が必要な場合 ・ 独居者の医療未受診・受療中断への対応		●		●	・ 医療依存度の高い療養者を受け入れてくれる介護事業者の確保 ・ 医療及び介護ニーズ両者に対応する退院調整 ・ 受療の必要性、未受診・受療中断への対応
(3) サービス利用の拒否 ・ 制度の利用を拒否している家族の調整 ・ サービス利用を拒否している場合 ・ サービス利用を拒否している家族へのかかわり ・ 本人の生活環境に踏み込んだ対応	●	●		●	・ サービス利用の意義や必要性をわかってもらうための本人もしくは家族への働きかけ
(4) 本人と家族介護者、本人・家族と事業者、介護支援専門員と事業者、事業者間それぞれの意思疎通 ・ 本人と家族介護者、あるいは本人とホームヘルパー等外部支援者間の相互の意思疎通を図るための調整 ・ 本人・家族と事業者との意思疎通の調整 ・ 介護支援専門員と事業者との意思疎通の調整	●			●	・ 意思疎通を図るための両者それぞれへの働きかけ
(5) 事業者間の役割の分散 ・ 1つの事業者ではニーズの充足ができずかつ責任がもてない場合		●			・ 複数の事業者間の役割の分散の調整
(6) 介護保険では量的に充足できない援助ニーズあるいは介護保険適用外の援助ニーズ ・ 介護保険では量的に充足できない援助ニーズあるいは介護保険適用外の援助ニーズを充たすための方策の検討 ・ 介護保険だけでは充足できないニーズをもつ場合 ・ 介護保険の未申請あるいは適用外である場合 ・ 公的制度の適用が必要な場合	●	●		●	・ 公的制度の適用の検討、地域資源の活用 の検討
(7) 介護家族への精神的支援 ・ 家族への精神的支援				●	・ 個別の精神的支援
(8) 家族による虐待、介護者への暴力 ・ 家族による虐待、介護者への暴力への対応				●	・ 個別の気持ち・考え・状態の把握
(9) ホームヘルパーに対する拒否・暴力 ・ ホームヘルパーに対する拒否・暴力への対応				●	・ 個別の気持ち・考え・状態の把握
(10) 食事指導・栄養指導への対応 ・ 食生活指導・栄養指導への対応				●	・ セルフケア力を促す働きかけ

表1 行政保健師との連携を必要とする問題状況と対応の必要なニーズ（まとめ）（つづき）

問題状況	問題状況の根拠				対応の必要なニーズ
	調査1		調査2		
	連携事例	問題認識	期待認識	連携事例	
(11) 独居者の見守り ・安否の確認 ・独居の末期療養者本人への精神的支援 ・見守りのない独居高齢者への地域支援 ・独居者の健康や生活の見守り ・独居者と生や死について話し合い、助けることのできる存在としてのかかわり			●	●	・独居高齢者を取り巻く地域住民との協働による支援体制づくり ・独居者の望む生活・望む死のあり方の把握
(12) 潜在している地域内のケアニーズ ・潜在している地域のケアニーズの実態把握 ・障害者である同居家族の将来を視野に入れた対応			●	●	・潜在している地域ケアニーズの把握と予防的対応
(13) 関係者との問題の共有の場 ・関係者との問題の共有の場づくり			●		・問題の共有のできる場づくり
(14) 介護支援事業者への技術教育 ・痴呆をもつ対象者へのホームヘルパーのかかわり方				●	・痴呆の対応技術教育
(15) 公の立場からの事例の個別性の理解と共有 ・痴呆でかつ金銭的な問題をもつ場合 ・本人・家族の意思の理解 ・緊急時の搬送先病院の消防署への連絡		●		●	・事例の把握、状況理解、関係部署への情報提供
(16) 一般市民への制度への啓発 ・一般市民への制度に関する説明			●		・一般市民への制度の周知を図る対応

調査4：関係機関・職種との連携に関する基幹型在宅介護支援センターに属する
看護職の役割 ー看護職者3名への聴き取り調査からの分析ー

調査 4

関係機関・職種との連携に関する基幹型在宅介護支援センターに属する看護職の役割 ～看護職者 3 名への聴き取り調査からの分析～

山田洋子 宮崎美砂子

I. 目的

ケアサービスを、地域を単位としてみた場合、地域住民にとってのサービスの質は、ケアサービスの継続性・連続性・一貫性といった要素が重要になると考える。

地域を単位としたケアサービス提供は、従来から行政に所属する看護職である保健師が担ってきており、一定地域を単位にサービスを提供し、その質を向上させる体制づくりを行ってきた。しかし、平成 2 年度に在宅介護支援センターが設置され、地域の高齢者に対する支援活動の一部は在宅介護支援センターへシフトした。さらには、平成 12 年度に介護保険制度が創設され、在宅介護支援センターには、介護予防から要介護高齢者の支援までを含む地域に居住する高齢者の支援を総合的に行うという機能・役割が大きく求められるようになった。今後も、在宅介護支援センターに求められる役割・機能は変化しつつある¹⁾。特に、基幹型在宅介護支援センターには、地域ケアサービスの中核を担うものとしての役割が求められている。このような役割・機能を発揮するためには、住民の生活にかかわる関係機関・職種が有機的に連携をとることが重要となると考える。

そこで、本調査は、基幹型在宅介護支援センターに属する看護職が、関係機関・職種との連携に関してどのような役割を果たすことが重要であるかについて明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 調査対象

調査対象は、基幹型在宅介護支援センターに所属する看護職者 3 名とした。3 名の内訳

は保健師 2 名、看護師 1 名である。

対象とした看護職者が所属する基幹型在宅介護支援センターの概要は表 1 のとおりである。

表 1 調査対象者の所属するセンターの概要

看護職	自治体の人口・高齢化率 在宅介護支援センター設置数
A 保健師	a 市 人口約 33 万人、高齢化率 14% 基幹型在宅介護支援センター 1 か所 地域型在宅介護支援センター 12 か所
B 保健師	b 市 人口約 10 万人、高齢化率 13% 基幹型在宅介護支援センター 1 か所 地域型在宅介護支援センター 5 か所
C 看護師	c 市 人口約 8 万人、高齢化率 25% 基幹型在宅介護支援センター 1 か所 地域型在宅介護支援センター 7 か所

2. 調査方法

面接による聴き取り調査を行った。調査項目にそって質問し、調査対象者に回答してもらった。面接終了後、調査対象者が語った内容を記録におこした。

3. 調査項目

- 1) 基幹型在宅介護支援センター看護職がかかわった個別援助事例の概要とかかわりの内容
- 2) 個別援助事例以外の活動における基幹型在宅介護支援センター看護職のかかわりの内容

4. 分析方法

調査対象者が語った内容の記録から、上記調査項目について読み取ることができる内容を取り出し、整理する。整理した内容につい

てケアサービスの継続性、連続性、一貫性という観点から基幹型在宅介護支援センター看護職と関係機関・職種との連携に着目し、基幹型在宅介護支援センターに属する看護職の役割を考察する。

5. 倫理面への配慮

調査対象者には、調査の目的及び内容を口頭及び書面にて説明し、調査協力への同意を得た。また、調査により知り得た当該地域住民・施設に関する情報の秘密を守り、個人・施設が特定できる表記は報告書において用いないことを約束した。

III. 結果

1. 基幹型在宅介護支援センター看護職がかかわる個別援助事例

基幹型在宅介護支援センター看護職が今までにかかわった個別援助事例について挙げてもらったところ、示された事例は表2のとおりであった。

事例Aは、介護保険非該当であるが施設入所を希望する高齢者であった。本人は施設入所を望んでいたが、看護職は、長年住み慣れた地域での生活を継続させることを重視してかかわった。本人は独居生活への不安な気持ちから施設入所を希望していることがわかり、近隣者等地域とのつながりをもてるようにするため、老人クラブやB型機能訓練事業などの地域資源を紹介し、そこにつなげて住み慣れた地域での生活を継続できるようにしていた。その際、紹介した地域資源について、本人が生活の中に取り入れることができるように利用後のフォローを担当者に依頼していた。

事例Bは、地域型在宅介護支援センターによる実態把握から把握した90歳代の高齢者であった。下肢筋力低下、痴呆のために在宅生活の継続は困難ではないかと思われたが、基幹型在宅介護支援センター看護職は、事例Aと同様に住み慣れた地域で生活することを重視した。そして、地域型在宅介護支援セン

ターと基幹型在宅介護支援センターが連携し、援助を継続していくことめざした。地域での生活を継続させるために、家族や近隣住民など本人の生活にかかわる人々を一同に集め、話し合う場を設けることをしていた。

事例Cは、日中独居である高齢者について民生委員や隣人等近隣住民から相談が持ち込まれた事例であった。この事例でも看護職は、高齢者本人・家族がこの地域で生活を継続できるように、相談を持ち込んだ民生委員や近隣住民に対応していた。そして仕事のためなかなか会うことができない家族とどうにかして面会することを試み、援助を進展させようとしていた。

事例Dは50歳代で介護保険第2号被保険者であり介護保険サービスは利用していないが、生活保護担当ケースワーカーより相談が持ち込まれ、基幹型在宅介護支援センター看護職がかかわった事例であった。気管切開部の処置、経管栄養管理、服薬管理等、医療面での援助が必要であったが、既存のサービスは適用できず、家族の協力も得にくい状況にあったため、基幹型在宅介護支援センター看護職と市町村保健部門保健師が協力して援助を実施し、在宅で生活を継続できるように援助していた。

事例Eは、男性独居者で、性的な言動があるため、複数の援助者による訪問が必要な事例であった。この事例は訪問介護を利用していたが、性的な言動に関して、事業所を変更するなどの対応をしたが改善されず、ケアマネジャーだけでは対応困難となり、基幹型在宅介護支援センター看護職がかかわることになった事例であった。

事例Fは、民間の金融機関への連絡調整を要した高齢者であった。本人の預金を同胞が勝手に引き出してしまい本人の生活費がなくなり生活が困難になるといった問題に対して、本人の生活が維持できるように、保健福祉医療関係機関・職種のみならず、本人の生活に

かかわる民間の金融機関に対しても連絡調整をしていた。

事例 G は、精神疾患があり、以前から保健所や市町村保健部門の保健師とつながりがある事例であった。精神症状による生活上の問題が生じていたが、家族のサポートを十分に得られず、近隣者からの苦情や相談への対応も必要であったため、複数の援助者でかかわる必要性があった。また本人にとっては、以前からかかわりのあった保健所保健師とのつながりを保ち、援助が継続されることも重視していた。

2. 個別援助事例における基幹型在宅介護支援センター看護職のかかわり

基幹型在宅介護支援センター看護職がかかわった個別援助事例について、看護職はどのようなかかわりをしたのか、その内容を表 3 に整理した。以下に内容を説明する。

1) 地域型在宅介護支援センター・ケアマネジャーの力量を判断し、それに応じて個別援助を担い援助を継続する

これに含まれる内容は、病院から在宅への移行期や在宅療養中に、対象者にとって必要な援助が継続されることを重視して、地域型在宅介護支援センターや担当ケアマネジャーがどこまで援助ができ得るかといった力量を判断し、その判断に基づいて基幹型在宅介護支援センター看護職が援助を担い実施するというものであった。

2) 本人・家族が抱える問題が複雑であり、ケアマネジャーや地域型在宅介護支援センター職員では対応が困難な事例に対して、関係機関・職種との連絡調整を行う

これに含まれる内容は、本人・家族の抱える健康生活問題の多様さ、複雑さ、困難さを判断し、基幹型在宅介護支援センターの機能を活用して関係機関・職種との連携をはかるといった内容であった。その際には、地域型在宅介護支援センターや担当ケアマネジャー

を巻き込んで行っており、現状では対応困難であっても今後同様な事例に対しては対応できるようになることを意図してかかわっていた。

3) 地域型在宅介護支援センター・ケアマネジャーの支援要請に応える

これに含まれる内容は、個別援助事例について地域型在宅介護支援センターや担当ケアマネジャーから支援の要請があったときには、どのような内容であっても応えるというものであった。この場合も前項と同様に、現状では対応困難であっても、今後同様な事例に対しては地域型在宅介護支援センターやケアマネジャー自身で対応できるようになることを意図してかかわっていた。

4) 介護保険サービスだけでは充足できないニーズに対して、他のサービス利用や支援者の活用を図る

これに含まれる内容は、介護保険サービスだけでは充足できないニーズに対して、介護保険サービス以外の、福祉サービスやインフォーマルなサービスの活用を図るというものであった。特に保健師の場合には、基幹型在宅介護支援センター配属以前に、市町村保健部門に所属し、地域を受け持って保健師活動をしていた経験の中で蓄積された老人クラブや地域のサークルなど、住民が居住する地域に密着した情報も駆使していることが確認できた。

5) 行政保健部門の保健師と連携をとることが必要な事例を判断し協力を求める

これに含まれる内容は、従来、行政保健部門の保健師が援助してきた精神障害者や健康管理面での保健指導が必要な者がいる世帯への援助について、保健部門保健師の協力を求めるものであった。これは、両者が連携をとって協働で援助を行うことにより、より充実した援助を提供できるようにすること意図したものであった。

ただし、基幹型在宅介護支援センター看護

職が保健師の場合には、必ずしも保健部門保健師の協力を得ずに、看護職自身の経験に基づいて援助を行うこともあった。

また、精神障害者については、基幹型在宅介護支援センターが把握し援助を開始する以前から保健所保健師がかかわっている場合もあるため、本人・家族にとって援助が継続されることを重視して、効果的に保健所保健師や市町村保健部門の保健師にかかわってもらうことを意図していた。

6) 医療に関する援助が継続できるように支援する

これは、基幹型在宅介護支援センター看護職が、自ら看護職として医療面での専門性を発揮することを重視している内容であった。既存の制度では看護職によるサービスが提供できない場合には、必要に応じて基幹型在宅介護支援センター看護職自身が直接的にケアを提供することや、ケアマネジャーは医療機関との連携が十分にとれていないという判断に基づき基幹型在宅介護支援センター看護職がそこに介在して医療機関とケアマネジャーとの連携をはかることなどを含む内容であった。

7) 住民が地域で安心して生活を継続できるように自立支援をめざす

これは、高齢者にとって住み慣れた地域での生活の継続を重視したかかわりであった。高齢者本人が施設入所を希望して相談を持ち込んだ場合であっても、なぜ施設入所を希望しているのかという点に着目し、これにかかわる生活への不安等、本人の気持ちや考えをていねいに捉え、在宅生活の継続をめざすものであった。

8) 住民からの苦情に対応する

これは、介護保険サービスに対する利用者からの苦情が出された場合には、自治体直営である基幹型在宅介護支援センターが責任をもって処理するというものであった。

3. 個別援助事例以外の活動における基幹型在宅介護支援センター看護職のかかわり

個別援助事例以外の活動における基幹型在宅介護支援センターの看護職のかかわりについて読み取ることができた内容を整理し、表4に示した。以下にこの内容を説明する。

1) 地域の実態把握により、潜在する要援護高齢者を把握する

これに含まれる内容は、地域型在宅介護支援センターが実施する地域の実態把握について、調査票を工夫したり、記入後の調査票の点検・確認を確実に رفتたりする等、単に地域型在宅介護支援センターに任せるのではなく、基幹型在宅介護支援センターの立場から、地域型在宅介護支援センターと協働して、潜在している要援護高齢者を効果的に把握することを意図した内容であった。

2) 地域診断に基づき、必要なサービスを提供する

これに含まれる内容は、実態把握調査や日常の活動の中で捉えている情報をもとに地域を診断し、地域住民にとって必要なサービスを提供するための方法に関する内容であった。サービス提供においては、地域の実情に応じて、地域型在宅介護支援センターに委託する場合と、基幹型在宅介護支援センター自らが実施する場合の両者があることが確認できた。基幹型在宅介護支援センターが自ら実施する例として、痴呆予防教室があげられた。これは、地域では未だ痴呆に関して偏見や受け入れ難いという考え方があり、地域型在宅介護支援センターを拠点とした住民の身近なところで実施すると、参加者が少なかったり本当に参加を希望する者が参加できなかったりするという実態があるため、中央で実施する方法を採っているということであった。

また、本調査では具体的な活動成果としては示されなかったが、地域のサービス資源を診断した上で、介護保険サービス以外に住民にとって必要であると考えられるサービスが

ある場合には、既存のサービスの拡充や新たなサービスを創り出していくことも、基幹型在宅介護支援センター看護職のかかわりであることが示された。

3) 地域型在宅介護支援センターの力量を判断しこれに応じて支援する

これに含まれる内容は、基幹型在宅介護支援センターが、市町村内の各地域型在宅介護支援センターの力量を判断し、これに基づいて各センターへの支援を個々に行うことにより、地域全体に提供するサービスをよいよいもの向上させることをめざしている内容であった。各地域型在宅介護支援センターに対する具体的な支援方法について、力量の判断方法としては、実態把握記録や活動記録等の記録物から把握する、職員の経験等の職員個々の力量から把握するなどがあった。実際の支援方法としては、情報提供や研修を実施する、事業を共同で実施する、個々の相談に応じるなどであった。

4) ケアマネジャーの力量を判断しこれに応じて支援する

地域型在宅介護支援センターへの支援と同様に、ケアマネジャーに対してもその力量を判断し支援していた。

判断方法としては、地域ケア会議やケアマネジャー主催の研修会等の場を活用しケアマネジャーに直接対面し、ケアマネジャーが困っていることを把握したり、個々の特性を把握したりすることであった。

支援方法としては、ケアマネジャー自身が基幹型在宅介護支援センター看護職に相談を持ち込んだ場合はもちろんのこと、自らは相談してこない者に対しても、タイミングを見計らって支援的なかかわりをもっていた。すなわち、ケアマネジャー一人ひとりについて、力量を判断した上で、それぞれの状況に応じたかかわりをしていった。また、地域ケア会議の開催を通して支援していた。具体的には、実情にそった支援を行うために、地域ケア会

議の内容を独自に工夫して企画したり、事例検討を通じてケアマネジャー自身の意識に働きかけることにより資質向上を意図していた。

5) 協働する専門職の専門性・力量を活かして事業を企画・実施する

これは、前述した地域型在宅介護支援センターやケアマネジャー以外にも、同じ行政内の他の専門職や地域型在宅介護支援センターを委託している施設職員である他の専門職、また基幹型在宅介護支援センターの同僚等、協働する各専門職の専門性や力量を活かして活動を行うといった内容であった。

6) 関係機関・職種とのつながりをつくる

これに含まれる内容として、「今まで公衆衛生活動で培ってきた、調整役割やコーディネーター役割を活かす」は保健師から、「個別事例への援助を通して必要な関係機関・職種とのつながりをつくっていく」は看護師から述べられた内容であった。両者とも関係機関・職種とのつながりをつくることを重視しているが、基幹型在宅介護支援センターに配属される以前の経験による違いがみられた。

7) 民生委員の相談に応じ支援を行う

これに含まれる内容は、「民生委員には住民の身近なところで相談役、見守り役になってもらい、基幹型在宅介護支援センター看護職は民生委員の相談に応じて支援する」であった。

8) 介護予防をめざした活動を行う

これに含まれる内容は、現在の高齢者対策の重要な柱として介護予防活動があり、そのための基幹型在宅介護支援センター看護職のかかわりに関して示された内容であった。

9) 住民にとって身近な相談窓口となり対応する

これに含まれる内容は、「住民、特に当事者以外の近隣者等の身近な相談窓口になる」「障害者など高齢者以外の対象であっても、地域の実情を考慮し、他に相談機関がないということから相談・援助を行う」であった。

10) 行政の立場であることを活かして援助を行う

これは、基幹型在宅介護支援センターは行政直営であることから、住民の信用を得やすいという利点があり、この利点を活かすことにより、サービスを受けることを拒否している等、接触困難な住民に対しても関係を築き、援助を実施するという内容であった。

IV. 考察

以上の結果より、関係機関・職種との連携に関する基幹型在宅介護支援センターに属する看護職の役割として、以下の点が重要であると考えられた。

1. 住み慣れた地域での生活が継続されることを重視して関係機関・職種と連携をはかり、ケアサービスを提供する

結果1に示したように、基幹型在宅介護支援センター看護職がかかわった個別援助事例において、看護職は、本人・家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにすることを重視していた。そのために、地域型在宅介護支援センターやケアマネジャー、生活保護担当ケースワーカー、民間の金融機関、老人クラブ、民生委員、近隣住民等、様々な関係機関・職種と連携をはかっていることが確認できた。

また、結果3表4の2)で示したように、看護職は、地域診断に基づき、予防の視点から介護予防教室や痴呆予防教室を企画実施して、住民がより健康に生活を送ることができるよう、地域型在宅介護支援センター等と連携して必要なサービスを提供していた。これは、地域住民が介護を要する状態ならないよう、未然に防ぐことを目的とした活動であり、住民が地域で生活し続けることをめざしたものである。

在宅介護支援センターは、一定の地域社会を単位に、そこに暮らす人々の在宅生活の支援をめざすものである²⁾。利用者はあらゆる

地域住民であり、住民が地域において生活を継続できることを重視してかかわることが求められていると言える。そのためには関係機関・職種と連携をはかることが必要になる。つまり、地域住民の生活の継続性を重視して関係機関・職種と連携し、地域に必要なケアサービスを提供していくことが重要である。

2. 地域型在宅介護支援センターやケアマネジャーのサービスの質向上に責任をもつという観点から連携をはかる

結果2に示したとおり、個別援助事例において、基幹型在宅介護支援センター看護職は、地域型在宅介護支援センターやケアマネジャーの力量を判断し、その判断に基づき個々に応じて支援するというかかわりをしていることが確認できた。すなわち、支援の要請に対してすべて同じように対応するのではなく、まずはその力量を判断したうえで、各地域型在宅介護支援センターがそれぞれの担当地域において責任を果たせること、各ケアマネジャーが担当する利用者に対して責任を果たせることを意図していた。そして、各々の機関・者が提供するサービスの質を向上させることを重視していた。このように一人ひとり、各々の機関の支援を通して、地域全体のサービスの質を維持・向上させることが重要であると考えられた。

これは、結果3に示したとおり、個別援助事例以外の活動についても同様であり、基幹型在宅介護支援センター看護職は、各地域型在宅介護支援センターやケアマネジャーの力量に応じて、事業を委託したり共同で実施したり、ケア会議を活用して支援していた。このような活動の過程においても、地域型在宅介護支援センターやケアマネジャーの力量を高めることを意図してかかわっていると考えられた。

以上のことから、基幹型在宅介護支援センター看護職は、地域型在宅介護支援センター

やケアマネジャーの提供するサービスの質の向上に責任をもつことを通して、各々の関係機関・職種と連携をはかることが重要である。

3. 地域ケア会議を活用して関係機関・職種との連携をはかる

前述したように、基幹型在宅介護支援センター看護職は、地域型在宅介護支援センターやケアマネジャーの質向上に責任をもっており、そのために様々なかかわりをしていることが本調査から確認できた。

結果3に示したように、基幹型在宅介護支援センター看護職は、地域ケア会議を意図的に活用して、地域型在宅介護支援センターやケアマネジャーの支援を行っていることが確認できた。関係する機関・職種が一同に会し、対面して意見交換することにより、共通認識し合意形成できる場にすることや、会議参加者が他の参加者の意見を聞くことにより気づきを得るなど相互に高めあえる場にする公司等、基幹型在宅介護支援センター看護職と関係機関・職種との個々のかかわりだけでは困難な状況に対して、地域ケア会議を活用して連携をはかっていると考えられた。

しかし、「開催回数が十分ではない」「開催回数、内容には地域差がある」などの課題があることも聞かれたことから、今後、さらに

地域ケア会議を充実させていくことが必要であり、ここに看護職が果たす役割は重要であると考えられる。

V. 結論

基幹型在宅介護支援センターに属する看護職は、地域型在宅介護支援センターやケアマネジャー等、関係機関・職種との連携に関して、地域住民の生活の継続性を重視すること、各々の関係機関・職種のケアサービスの質向上に責任をもつこと、地域ケア会議を有効に活用することが重要である。基幹型在宅介護支援センターに属する看護職がこれらの役割を意識化して活動を行うことにより、地域全体のケアサービスの質向上につながると考えられた。

引用文献

- 1) 全国在宅介護支援センター協議会 これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会：これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方について－中間報告－，平成15年5月26日
- 2) 白澤政和：在宅介護支援センター再生への課題 本来の理念を存続させていくために，生活教育，45(9)，7-11，2001.

表2 基幹型在宅介護支援センターの看護職がかかわった個別援助事例

事例	かかわりの内容
A 介護保険非該当であるが施設入所を希望する高齢者	介護保険非該当であるが独居生活に不安を感じており施設入所を希望する高齢者に対して、相談のあった時点で再度、住み慣れた地域での生活を継続することを提案した。まずはどのようなことに不安を感じているのかを捉え、同時に毎日の生活状況を詳細に情報収集し、その内容に対して予防の視点から働きかけた。つまり、一人で生活することへの不安に対して、近隣者等地域とのつながりをつくり、そのつながりが断続的なものではなく日常生活の中に取り入れられるようになれば、不安が解消・軽減されるのではないかと考えた。外出状況について買い物の状況を把握したり、友人関係について情報収集したりし、その上で、老人クラブやB型機能訓練事業などの地域資源を紹介してつなげて住み慣れた地域での生活を継続できるようにした。紹介した地域資源について、本人が生活の中に取り入れることができるように利用後のフォローを担当者に依頼していた。
B 地域型在宅介護支援センターによる実態把握から把握した高齢者	90歳代独居で下肢筋力低下、痴呆が出現してきており、在宅生活継続が困難ではないかという相談が、地域型在宅介護支援センターから持ち込まれ、協力して援助を継続した。デイサービス利用への援助を行ったが、状態の悪化もみられ、今後在宅生活を継続していくために、民生委員、自治会長、家族など地域でかかわる人々を一同に集め、話し合いを実施した。
C 日中独居である高齢者について民生委員や隣人等近隣住民から相談が持ち込まれた高齢者	本人と息子の妻は同敷地内で別々に生活していた。本人は日中独居であり、息子の妻は朝早くから夜遅くまで働いておりなかなか会うことができなかった。本人は近隣者宅を毎日のように訪れ、「死にたい」と訴えたりしていた。看護職は、民生委員や近隣者から持ち込まれる相談に対応しながら、どうにかして息子の妻に会うことを試みた。
D 介護保険第2号被保険者で生活保護受給世帯であり、医療処置の必要な疾患を有しているが、家族の協力を得にくい状況にある独居者	独居の50歳代男性であり、生活保護担当ケースワーカーより相談が持ち込まれた。癌治療後、気管切開部の処置、経管栄養管理、抗癌剤等の服薬管理等が必要であったが、独居であり家族による協力が十分には得にくい状況にあった。介護保険第2号被保険者であり介護保険サービスは利用できなかったが、緊急通報装置設置等の福祉サービスを利用できるように手続きをした。市町村保健部門の保健師にも定期的に訪問してもらうよう協力を得て援助を実施した。
E 男性独居者で、性的な言動があるため、複数の援助者による訪問が必要であった者	独居の50歳代男性であり、訪問介護サービスを利用していたが、性的な言動があるため、複数の援助者による訪問が必要と判断された。本人は、援助者が複数人いたり別居家族が同席していたりすると性的な言動をみせなかったため、別居家族や基幹型在宅介護支援センター職員が不定期にたびたび訪問するという状態をつくるようにした。
F 民間の金融機関への連絡調整を要した高齢者	独居高齢者であり、別居の同胞が本人の年金を金融機関から勝手に引き出してしまうなどしたため、本人の生活費がなくなってしまった。金融機関に協力を求め、本人以外の者が引き出す場合はもちろんのこと、本人の意思によらないで引き出すことが予測される場合にもそれを防ぐように対処してもらった。
G 精神疾患を有し、以前から保健所や市町村保健部門の保健師とつながりがある者	精神疾患を有しており、家族のサポートも十分ではなく、また近隣者からの苦情や相談への対応が必要であるため、市町村保健部門保健師や保健所保健師と共同でかかわる必要があると判断された。保健所保健師とは以前からつながりがあったため、援助が継続されることも重視した。

表3 個別援助事例における基幹型在宅介護支援センター看護職のかかわり

- 1) 地域型在宅介護支援センター・ケアマネジャーの力量を判断し、それに応じて個別援助を担い援助を継続する
 - ・ 援助がスムーズに行われていると判断できる場合は地域型在宅介護支援センターが訪問援助を継続するが、虐待の疑いがある場合や本人や家族がサービス利用を拒否したりして接触困難な場合等は、基幹型在宅介護支援センターが引き継いで援助を継続する
 - ・ 退院時、病院から連絡があった場合にはケアマネジャーと同行訪問して援助の継続性をはかる。ただしケアマネジャー自身でできるときは任せる
- 2) 本人・家族が抱える問題が複雑であり、ケアマネジャーや地域型在宅介護支援センター職員では対応が困難な事例に対して、関係機関・職種との連絡調整を行う
 - ・ 家族や関係機関・職種との連絡調整が困難である事例について、担当ケアマネジャーとともにそれを行う
 - ・ 本人・家族及び関係機関・職種間の連絡調整の必要性を判断し、話し合いの場を設けるようにケアマネジャーにはたらきかける
 - ・ ケアマネジャーが援助方針を明確にできていない事例について、関係者を集めて話し合いを設け、その場で今後の援助方針について提案する
 - ・ 生活保護世帯であり生活保護担当者にもかかわってもらう必要がある事例について連絡調整をはかる
 - ・ 本人の生活に関わる民間の関係者（金融機関）とも連絡調整をはかる
- 3) 地域型在宅介護支援センター・ケアマネジャーの支援要請に応える
 - ・ ケアマネジャーから持ち込まれた相談に対応する
 - ・ 地域型在宅介護支援センターが地域の実態把握から継続して援助を行っているが、基幹型在宅介護支援センターに支援を求めてきた事例について協働でかかわる
 - ・ 地域型在宅介護支援センターが実態把握から把握しケアマネジャーが未定の事例に対して援助を行う
- 4) 介護保険サービスだけでは充足できないニーズに対して、他のサービス利用や支援者の活用を図る
 - ・ 地域にある様々な資源（B型機能訓練事業、老人クラブ、趣味のサークル等）を紹介し、参加利用できるようにつなげる
 - ・ 介護保険サービス以外の高齢者福祉サービスを導入する
 - ・ サービスを紹介した際には、サービス担当者にも声をかけておき、本人が利用しやすいように、また利用しなかった時に対応できるようにつながりをつくる
 - ・ 医療処置や健康管理が必要であるが、独居などのため家族の協力が得にくい上に、介護保険対象外の事例について、介護保険以外のサービスの活用を図る
 - ・ 介護保険や障害者等、法律で決まった枠組みでは対応できない部分を判断して、そこに対応できる支援者やサービスの提供を図る
- 5) 行政保健部門の保健師と連携をとることが必要な事例を判断し協力を求める
 - ・ 本人・家族が精神疾患を有しており、その疾患によって生活面に支障をきたしている場合には、市町村保健部門保健師や保健所保健師に協力を求める
 - ・ 本人・家族に保健指導が必要であると判断したときは、市町村保健部門あるいは介護保険部門の保健師に協力を求める
- 6) 医療に関する援助が継続できるように支援する
 - ・ 特殊な治療や医療処置が必要であったり、健康管理が必要であったりする事例には地域型在宅介護支援センターではなく基幹型在宅介護支援センターの看護職が中心になってかかわる
 - ・ 現状においてケアマネジャーは、医療機関との連携が十分にとれていないと判断できるため、基幹型在宅介護支援センター保健師がそこに介在して医療機関とケアマネジャーとの連携をはかる
 - ・ 対象者が在宅生活を維持・継続するために必要なサービス、援助は何かを見極め、適切な援助者が援助提供できるようにする。特に医療面にかかわる援助が必要である
- 7) 住民が地域で安心して生活を継続できるように自立支援をめざす
 - ・ 施設入所を希望している介護保険対象外の高齢者であっても、予防の観点からかかわり在宅生活の継続をめざす
- 8) 住民からの苦情に対応する
 - ・ 介護保険利用者からの苦情への対応は基幹型在宅介護支援センターが行う

表4 個別援助事例以外の活動における基幹型在宅介護支援センター看護職のかかわり

<p>1) 地域の実態把握により、潜在する要援護高齢者を把握する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実態把握調査票（健康生活問題の内容、サービス導入のため継続援助の必要性とその判断根拠、援助計画を記入）から把握する ・ 実態把握票は要援護高齢者を把握できるように内容を独自に工夫する ・ 実態把握の対象者を地域の実情にあわせて設定する ・ 実態把握の調査票は全ケース必ず眼を通し、援助方針とその判断理由を確認する。納得できない判断に対しては、その理由を再度確認する <p>2) 地域診断に基づき、必要なサービスを提供する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の実情を捉え、これに基づいて必要と判断されるサービスを地域型在宅介護支援センターに委託する（介護予防教室） ・ 地域の実情を捉え、これに基づいて基幹型在宅介護支援センターがやるべきサービスを判断し実施する（痴呆予防教室） ・ 前年度開催の教室の事後アンケート、実態調査結果、地域型在宅介護支援センター活動実績等の統計から、地域の問題・ニーズを捉えて、次年度の教室のテーマに反映させる ・ 介護保険サービス以外の福祉サービスの充実をはかる <p>3) 地域型在宅介護支援センターの力量を判断しこれに応じて支援する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域型在宅介護支援センターの力量を、実態把握記録、介護予防プラン、活動記録等から把握する ・ 個々の地域型在宅介護支援センターに応じて相談者となる ・ 地域型在宅介護支援センター職員の経験、力量を判断して、地域型在宅介護支援センターが行う個別援助について、本人・家族の自立支援を意識するよう働きかける。信頼関係を形成しながらも一線を引くように助言指導する ・ 地域型在宅介護支援センターが住民から持ち込まれる相談に対応できるように、地域型在宅介護支援センターを支援する ・ 地域型在宅介護支援センターの力量を判断して業務を委託する ・ 地域型在宅介護支援センターが行う事業について、地域型在宅介護支援センターの力量・要望に応じて情報提供、研修を行ったり、実際面でも共同で事業を行ったりして支援する ・ よいよい事業実施に向けて看護職の視点から地域型在宅介護支援センターに提言する。教室の趣旨説明、生活実態の把握、対象者の生活実態の変化、教室参加による効果など、アンケート実施を投げかける <p>4) ケアマネジャーの力量を判断しこれに応じて支援する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケア会議を開催し、ケアマネジャーが困っていることを出してもらう ・ ケアマネジャー協議会が実施する研修会や連絡会に出向く ・ 会議等で会った時にケアマネジャーの力量、苦手分野、経験年数等を把握する ・ 基幹型在宅介護支援センター看護職は、直接ケアマネジメント業務をやるのではなく、実質は各ケアマネジャーに任せてフォローにまわる ・ ケアマネジャーからの質問や要望に応えながら、助言指導して能力向上をねらう ・ 介護保険利用者がよりよいサービスを受けられるように、ケアマネジャーの助言指導やヘルパー等サービス事業者への助言指導を行う ・ ケアマネジャーから持ち込まれた相談に個別に対応する ・ 自ら相談してこないケアマネジャーにはタイミングを見計らってかかわる ・ 地域ケア会議を国の要綱に拠らず独自に企画し、この場をケアマネジャーの研修の場と位置付けて実施する。 ・ 自ら相談してこないが基幹型在宅介護支援センターが気になっている事例は事例検討会に提案し検討する場を意図的に設ける ・ 事例検討会ではケアマネジャーが困っている事例を出してもらい、アセスメントの足りない部分に気づいてもらうようにはたらきかける ・ 地域ケア会議ではどのような事例でもよいので出してもらい検討する。（特に経験年数の多い者に対して）

表4 個別援助事例以外の活動における基幹型在宅介護支援センター看護職のかかわり（つづき）

<p>5) 協働する専門職の専門性・力量を活かして事業を企画・実施する</p> <ul style="list-style-type: none">・ 行政内や地域型在宅介護支援センター委託施設内の専門職を活かして、介護予防教室のプログラムを立案する・ 基幹型在宅介護支援センターの同僚である他の専門職の得意分野を判断する <p>6) 関係機関・職種とのつながりをつくる</p> <ul style="list-style-type: none">・ 今まで公衆衛生活動で培ってきた、調整役割やコーディネーター役割を活かす・ 個別事例への援助を通して必要な関係機関・職種とのつながりをつくっていく <p>7) 民生委員の相談に応じ支援を行う</p> <ul style="list-style-type: none">・ 民生委員には住民の身近なところで相談役、見守り役になってもらい、基幹型在宅介護支援センター看護職は民生委員の相談に応じて支援する <p>8) 介護予防をめざした活動を行う</p> <ul style="list-style-type: none">・ 閉じこもりを予防するためには、通所サービスだけではなく、看護職が家庭に出向きその人の生活の場の中で生きがいになるものを見つける・ 地域社会の中でのつながりをつくるために高齢者が近所で集まることのできる場をつくる・ 地域全体で介護予防に取り組むために、介護予防教室を開催し知識や技術などを伝えていく <p>9) 住民にとって身近な相談窓口となり対応する</p> <ul style="list-style-type: none">・ 住民、特に当事者以外の近隣者等の身近な相談窓口になる・ 障害者など高齢者以外の対象であっても、地域の実情を考慮し、他に相談機関がないということから相談・援助を行う <p>10) 行政の立場であることを活かして援助を行う</p> <ul style="list-style-type: none">・ 行政の立場であることを活かして住民との関係を築き、援助を実施する
--

調査5:文献事例報告からみた地域ケアサービスの質の評価にかかわる連携の実態
—行政保健師の関与した連携事例—

調査 5

文献事例報告からみた地域ケアサービスの質の評価にかかわる連携の実態 —行政保健師の関与した連携事例—

宮崎美砂子 大塚千春

I. 目的

自宅で療養する本人及び家族にとって、日々の健康や生活を維持し、さらには自分らしい生き方を実現させるために、外部資源である地域ケアサービスの利用は欠かせないものである。療養者及び家族のその時々々の状態に応じて、利用するケアサービスの内容や量は当然のことながら変化する。だからこそ、ケアの連続性や一貫性は、地域ケアサービスの質を保障する上で極めて重要なものと考えられる。地域ケアサービスは実際、医療機関、訪問看護ステーション、ホームヘルパー等の介護支援事業所等、様々な立場のケア従事者が関与する。現在、介護保険制度の適用者の場合には、ケアプラン作成及びその調整は介護支援専門員が担うようになった。介護保険制度が開始されて4年経過したところであるが、地域ケアサービスの質を形成するケアの連続性や一貫性を確保する上で、介護支援専門員の担う役割はますます重要なものとなっている。

本研究では、地域ケアサービスの質を保障し向上させる上で極めて重要となるケアの連続性や一貫性にかかわる連携の実態を、既に雑誌等に報告されている事例を用いて明らかにすることを目的とする。それにより、地域ケアサービスの質の評価にかかわる指標及び方法を検討する。

II. 方法

1. 調査を行う上での基本的な考え方

本研究では、療養者本人（以下、本人と略す）及び家族の立場を基本に据えて、ケアの連続性や一貫性にかかわる連携の実態を明らかにす

る。そのため、介護保険制度開始後の関与事例ばかりではなく、介護保険制度開始前に関与した事例をも含めて調査する。それにより、連携の実態にかかわる本質を追究する。

また、連携の実態を調べる上での視座として、行政保健師の連携の行為に焦点をあてる。行政保健師の連携にかかわる行為を調べることにより、本人をケアの対象とするだけでなく、また介護保険制度の適用に焦点をあてるだけでなく、本人と家族が真に必要とする地域ケアサービスの提供にかかわる連携の実態、及び地域を単位とした地域ケア体制づくりにかかわる連携の実態が明確になると考えるからである。

2. 調査方法

1) 分析対象

医療機関、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター等のケア従事者が発表者である在宅療養支援の事例報告のうち、行政保健師（保健所及び市町村）と連携を取った記載があり、かつ以下2) に示す調査項目について具体的な内容が読み取れる事例報告を最終的な分析対象として選定した。

事例報告の収集は、地域保健法の開始された平成7年（1995年）から平成15年（2003年）に出版されている文献を対象とし、「連携」「協働」「看護」をキーワードとして、医学中央雑誌による検索の他、看護系雑誌のうち「保健婦雑誌」「地域保健」「生活教育」「訪問看護と介護」4誌の総覧を行った。

2) 調査項目

①報告者の所属・職位、②事例の概要（年齢

・現病・家族構成)、③連携を必要とした内容、④連携を取った行政保健師の所属(保健所または市町村)、⑤行政保健師の連携にかかわる行為、⑥連携による成果(療養者本人、家族、連携を取ったケア従事者それぞれにとっての成果)、⑦連携を取ったことに関する報告者の意見・学び・考察

III. 結果

21 事例を分析対象として選定した。

1. 報告者の所属・職位(表1-1、表1-2、表1-3)

病棟看護師による報告が21 事例中10 事例を占め最も多く、次いで病院内の訪問部門・総合相談部門看護師による報告が5 事例あった。病院内の訪問看護部門・総合相談部門看護師による報告は看護師長・主任の立場の者が比較的多かった。

2. 事例の概要(表1-1、表1-4、表1-5、表1-6)

21 事例において、本人の年齢は65 歳以上が9 事例と最も多く、次いで40 歳～64 歳が7 事例、小児(児童以上)2 事例、小児(乳幼児)2 事例、不明1 事例であった。

65 歳以上では本人の現病は脳血管疾患が多く、他にがん、在宅酸素療法受療等であった。40 歳～64 歳では本人の現病はALS、多発性硬化症等の難病が多く、他にがん等であった。小児(児童以上)は気管支喘息、超重症心身障害であった。小児(乳幼児)は超低出生体重児、ダウン症であった。

独居は日中独居者を含めると7 事例あり、本人の現病は在宅酸素療法2 事例、脳血管疾患2 事例、難病1 事例、がん1 事例、脳性小児麻痺1 事例であった。高齢者夫婦世帯は2 事例あり、本人の現病は脳血管疾患1 事例、がん1 事例であった。

3. 連携を必要とした内容(表1-1)

21 事例において、連携を必要と判断された

内容は、「退院支援及び在宅療養の継続支援」が17 事例とほとんどを占めた。その他に0 歳児のダウン症児を抱える家族への児の受容支援、難病及びがんターミナル期の支援等であった。

4. 連携を取った行政保健師の所属(表1-1)

記載のあった13 事例をみると、市町村8 事例、保健所8 事例であった。このうち3 事例は市町村と保健所の両者に連携を求めており、難病2 事例、脳性小児麻痺1 事例であった。本人の現病によって連携を取った行政保健師の所属の傾向に違いはみられなかった。

5. 行政保健師の連携にかかわる行為(表2)

療養者及び家族に対する行為には、「食事指導等の生活指導」「病状観察、服薬指導、介護援助等の直接的看護援助」「情報把握及び療養生活の評価」「社会資源・サービスに関する情報提供」「社会資源・サービスの導入と調整」「地域の医療機関への交渉」「行政窓口との調整」「精神的支援」「経済的問題への支援」「退院後の援助について意向を確認」がみられた。また他機関の看護職・他職種等のケア従事者に対する行為として、「カンファレンス・会議への参加」「社会資源・サービスに関する情報提供」「サービス提供者間の調整」「療養環境・支援体制全体の評価・助言」がみられた。

これらの行政保健師の行為について、市町村保健師の行為と保健所保健師の行為のそれぞれに大きな違いはみられなかったが、療養者・家族に対する行為の中で「情報把握及び療養生活の評価」「社会資源・サービスの導入と調整」において、市町村保健師の方が保健所保健師に比べて若干多くの関与があった。また他機関の看護職・他職種に対する行為の中で、「カンファレンス・会議への参加」「療養環境・支援体制全体の評価・助言」において、保健所保健師の方が市町村保健師に比べて若干多くの関与があった。

保健所と市町村の両者の保健師に連携を取っていた3事例では、市町村保健師は家族の精神的支援及び介護支援、ボランティア等身近な支援資源の確保に関与しており、一方保健所保健師は、1つの訪問ステーションでは対応困難な状態にみるように、支援体制全体の調整に関与している傾向があった。

6. 連携による成果（表3）

連携を取ったことにより得られたものが何であったかを、各事例報告から読み取ったところ、対象者本人、家族、関係スタッフのそれぞれにとっての成果に分類することができた。

1) 対象者本人にとっての成果

「在宅への退院が可能となった」「在宅での療養生活が継続できた」「最期まで自宅で生活することができた」「ADLの改善」、療養生活の改善事項として「経済的負担の軽減」「家屋の改善・療養環境の整備」「マンパワーの確保」「トラブルがなく経過・トラブルの減少」「外出の機会の確保」「食生活の改善」「状態の安定」「医療処置方法の改善」があり、さらに「精神面の安定・改善、意欲の向上」「入院中から退院後の継続指導がスムーズに行われた」の成果があった。

2) 家族にとっての成果

「家族の姿勢が前向きになった」「精神的な安心・余裕ができた」「悲しみや怒りの軽減、将来への不安の軽減」「介護に自信がもてた」「家族の生活にゆとりができた」「介護への対応が上手くできるようになった」「介護負担が軽減された」「介護技術・知識が習得できた」「家族の生活や健康を保ちつつ介護ができた」の成果があった。

3) 関係スタッフにとっての成果

「スタッフが余裕・自信をもって対象に関われるようになった」「共通の認識がもてた」「それぞれの役割が明確になった」「緊急時受け入

れてくれる病院が確保できた」「1つの訪問看護ステーションだけに経営上の負担がかからなくなった」「院内の連絡網が充実した」の成果があった。

7. 連携を取ったことに関する報告者の意見・学び・考察

各事例の報告者にとって、連携を取ったことの意味・学び・考察の記載を整理した。

「各職種の役割についての認識の深まり」「院内だけでなく、地域のスタッフとの連携のメリットについての理解」「院内の問題点・改善点、今後の看護職の役割についての学び」「地域のスタッフとの情報交換・意見交換の重要性についての理解」「共通する目標を持ち、役割分担を明確にすることの重要性についての理解」「連携を取ることで退院にあたって、現実的・具体的に・妥当な支援が可能となる」等がみられた。

IV. 考察

事例報告から選定した21事例から、行政保健師との連携を取った療養者の概要、行政保健師との連携を必要とした内容、行政保健師の連携にかかわる行為、連携による成果を調べたところ以下の特徴がみられた。

すなわち、行政保健師と連携を取った療養者の現病は、脳血管疾患、がん、難病等の疾患が比較的多いこと、また日中独居者も含め、独居者が比較的多い傾向にあった。これは本報告書における、調査1～調査3「介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携（その1～その3）」並びに調査4基幹型在宅介護支援センターに属する看護職の役割についてのそれぞれの調査結果と同様の傾向を確認することができた。

行政保健師との連携を必要とした内容は、「退院支援及び在宅療養の継続支援」がほとんどであり、保健師の連携にかかわる行為は、本報告書における調査2「介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携（その2）」

の調査と同様の傾向を確認することができた。

連携による成果は、本調査より、療養者本人、家族、関係スタッフのそれぞれの観点から資料が得られ、これは調査2「介護支援専門員・居宅介護支援事業者と行政保健師との連携（その2）」において確認できた内容と重複する内容があった。連携による成果は、今後更に検証する必要があると考えられるが、本調査から整理できた連携による成果の各項目は、地域ケアサービスの質を保障し向上させる活動の評価指標として活用可能ではないかと示唆された。

V. 結論

在宅ケアの連続性や一貫性にかかわるケア従事者同士の連携の実態を、行政保健師の関与した事例に焦点をあてて、文献事例報告を用いて明らかにした。平成7年～平成15年に公表されている看護系雑誌等の文献より21事例を選定し調査対象とした。その結果、療養者と家族を支えるケア従事者と行政保健師との連携の実態は、本報告書の他の調査結果と同様な傾向を示していたが、本調査からは特に、療養者本人、家族、関係スタッフそれぞれにとっての連携の成果に関する資料が得られ、これらは地域ケアサービスの質を保障し向上させる活動の評価指標として活用可能と考えられた。

表1-1 分析対象事例の概要

報告者	報告者の所属・職位	本人年齢	本人の現病	連携を取った保健師の所属	連携を必要とした内容	家族構成
病棟看護師	大学病院看護師	62	難病(多発性硬化症)	市町村	長期入院 退院支援 その後の在宅療養の継続支援	妻・妻の母・娘2人と同居
	小児科病棟看護師	17	気管支喘息	記載なし	長期入院後の家庭復帰支援	両親 弟2人 妹1人
	病院病棟看護師	65	HOT DM	保健所	入退院を繰り返す 退院支援	独居
	病院神経内科病棟看護師	61	難病(脊髄小脳変性症)	記載なし	継続指導	妻と2人暮らし 近所に長女
	病院外科病棟婦長	45	乳がん	保健所	退院支援	夫と子供3人
		71	S状結腸がん うつ病	記載なし	退院支援	独居
	病院看護師	45	h脳性小児麻痺	保健所・市町村	入退院を繰り返す 在宅療養の継続支援	独居
	病院未熟児センター看護師	1	超低出生体重児 HOT	記載なし	退院支援	祖父母・両親・兄
	病院重症心身障害者病棟副看護師長	7	超重症心身障害児	市町村	長期入院 退院支援 その後の在宅療養の継続支援	祖母・両親・兄弟5人
病院小児・産婦人科病棟看護師	0	ダウン症	保健所	退院支援 障害児の受容支援 その後の在宅療養の継続支援	両親 兄	
医院看護師	医院看護師	71	脳血管疾患	記載なし	退院支援	2人の息子と3人暮らし
病院看護部	病院看護部長	70	脳血管疾患	保健所	退院支援	独居
	病院看護部主任	不明	難病(ALS)	保健所・市町	退院支援	
院内 訪問・総合相談部門看護師・保健師	総合相談・地域連携室保健師	80	脳血管疾患	市町村	入退院を繰り返す 退院支援 その後の在宅療養の継続支援	妻と2人暮らし
	大学病院リハビリテーション部副看護師長	79	前立腺がん 脊椎転移	記載なし	退院支援 その後の在宅療養の継続支援	妻と2人暮らし
	労災病院婦長・在宅ケア支援委員会委員	58	脳血管疾患	記載なし	退院支援	妻と2人の子供と同居
	病院訪問看護室 看護師長	81	脳血管疾患 老人性うつ病	市町村	入院への関わり 退院支援 その後の在宅療養の支援	娘と同居
訪問看護ステーション看護師・保健師	病院神経難病専門看護師 総合相談部主任	50	難病(ALS)	保健所	退院支援 在宅療養の継続支援	
	訪問看護ステーション看護師	78	HOT DM	市町村	入院への関わり 退院支援 その後の在宅療養の継続支援	独居
在宅介護支援センター保健師	訪問看護ステーション看護師	46	難病	保健所・市町村	在宅ターミナル	養父と弟と同居
	在宅介護支援センター保健師	72	直腸がん ターミナル	記載なし	在宅ターミナル	長男夫婦と孫3人と同居

表1-2 報告者の所属

病棟看護師	9
病院看護師	1
病院看護部	2
院内 訪問・相談部門看護師・保健師	5
訪問看護ステーション	2
在宅介護支援センター看護師・保健師	1
合計	20

表1-3 報告者の職位

看護師	9
保健師	2
看護師長・副看護師長・主任	7
看護部長	1
不明	1
合計	20

表1-4 療養者の年齢

65歳以上	9
成人	7
小児(児童以上)	2
小児(乳幼児)	2
明記なし	1
合計	21

表1-5 療養者の現病

脳血管疾患	5
難病	5
がん	4
在宅酸素療法	2
気管支喘息	1
脳性小児麻痺	1
超低出生体重児	1
超重症心身障害児	1
ダウン症	1
合計	21

表1-6 家族構成

独居	5
日中独居	2
高齢者夫婦	2
その他	11
明記なし	1
合計	21

表2 行政保健師の行為

項目	内容	事例 件数	保健師の所属		
			市町村	保健所	不明
療養者・家族に対する行為	食事指導等の生活指導	5	2	1	2
	病状観察、服薬指導、介護援助	4	1	1	2
	情報把握及び療養生活の評価	4	3		1
	社会資源・サービスに関する情報提供	2		1	1
	社会資源・サービスの導入と調整	8	4	2	2
	地域の医療機関への交渉	1		1	
	行政との調整	1	1	1	
	精神的支援	3	1	1	1
	経済的問題への支援	2		1	1
	退院後の援助について意向を確認	3		1	2
他機関の看護職・他職種 に対する行為	カンファレンス・会議への参加	17	4	7	6
	社会資源・サービスに関する情報提供	1			1
	サービス提供者間の調整	5	3	2	
	療養環境・支援体制全体の評価・助言	3		2	1

表3 連携による成果

成果の対象	内容	事例件数
対象者本人にとって	在宅への退院が可能となった	14
	在宅での療養生活が継続できた	4
	最期まで自宅で生活することができた	1
	ADLの改善	1
	療養生活が改善された	
	・経済的負担の軽減	2
	・家屋の改善 療養環境の整備	3
	・マンパワー(ヘルパー・ボランティア)の確保	6
	・トラブルがなく経過 トラブルの減少	3
	・外出の機会の確保	4
	・食生活の改善	3
	・状態の安定	3
	・医療処置方法の改善	1
	精神面の安定・改善 意欲の向上	7
入院中から退院後の継続指導がスムーズに行われた	2	
家族にとって	家族の姿勢が前向きになった	4
	精神的な安心・余裕ができた	3
	悲しみや怒りの軽減 将来への不安の軽減	1
	介護に自信が持てた	2
	家族の生活にゆとりができた	1
	介護への対応が上手くできるようになった	1
	介護負担が軽減された	4
	介護技術・知識が習得できた	6
	家族の生活や健康を保ちつつ介護ができた	4
関連スタッフにとって	スタッフが余裕・自信をもって対象に関わるようになった	4
	共通の認識がもてた(問題点・目標を見直し、共有したうえで対策が立てられた)	11
	それぞれの役割が明確になった	7
	緊急時受け入れてくれる病院が確保できた	1
	1つの訪問看護ステーションだけに経営上の負担がかからなくなった	1
	院内の連絡網の充実	1

表4 連携をとったことに関する報告者の意見・学び・考察

内容	事例件数
各職種の役割についての認識の深まり	7
院内だけでなく、地域のスタッフとの連携のメリットについての理解	5
院内の問題点・改善点、今後の看護職の役割についての学び	4
地域のスタッフとの情報交換・意見交換重要性についての理解	3
共通の目的を持ち、役割分担を明確にすることの重要性についての理解	3
連携をとることで退院にあたって、現実的・具体的・妥当な支援が可能となる	3
所属する病院、所属部署等の地域における役割についての学び	2
同行訪問の意義	2
スタッフが集まり、検討する場をもつことの重要性についての理解	1
社会資源や地域のシステムに関する知識の重要性	1
関わる機関や人が多いほど調整役が必要	1

総括

総括

各調査の結果を総括し、地域ケアサービスの質にかかわる指標を整理した。これらは、問題状況、対応、成果の3局面から構成される。これら3局面に関して、それぞれ□で示す項目を療養者及び家族の状態を評価する指標として活用したならば、療養者及び家族の必要とする地域ケアサービスの質を保障し向上させる活動を推進する必要性が明らかになると考える。

これらの指標の有用性についての検証は、今後の課題である。

地域ケアサービスの質にかかわる評価の局面 (phase)と指標

<1. 問題状況の局面>

- 家族の介護力の低い状態
 - 家族内に複数の要支援者がいる
 - 同居家族全員が健康・生活問題をもつ
 - 社会から孤立しがちである
- 医療の必要性の高い状態
 - 事業者側の受け入れ困難な状態
 - 医療ニーズ及び介護ニーズの両者を有する
 - 精神的問題を抱えている
 - 医療未受診
 - 医療中断
- サービス利用の拒否
 - 本人による拒否
 - 家族による拒否
- 意思疎通の問題
 - 本人と家族介護者
 - 本人・家族と事業者
 - 介護支援専門員と事業者
 - 事業者間
- 事業者間の役割の分散
- 介護保険では量的に充足できない援助ニーズがある
- 介護保険適用外の援助ニーズがある
 - 介護保険の未申請
 - 介護保険の適用外
- 介護家族への精神的支援
- 虐待、暴力、拒否
 - 家族から療養者に対する
 - 療養者から家族に対する
 - ホームヘルパー等ケア従事者に対する
- 食事指導・栄養指導への対応
- 独居者の見守り
 - 安否の確認
 - 精神的支援
 - 健康や生活の見守り
 - 身寄りのない高齢に対する地域支援
 - 生や死に対する個別のかかわり
- 潜在している地域内のケアニーズへの対応
 - 地域の実態把握・地区診断
 - 予防的対応
 - 障害者である同居家族
- 関係者との問題の共有
 - 共有の場づくり
- 公の立場からの事例の個別性の共有
 - 痴呆で金銭的な問題
 - 本人・家族の医療処置に対する意思決定
 - 緊急時の搬送先病院
- 一般市民への制度への啓発

< II. 対応の局面 >

- 本人・家族への対応
 - 病状観察・情報把握
 - 生活指導・介護指導
 - 実地的な介護援助
 - 療養生活の評価
 - 社会資源・サービスに関する情報提供
 - 社会資源・サービスへの導入と調整
 - 地域の医療機関への交渉
 - 行政窓口との調整
 - 精神的支援
 - 経済的問題への相談支援
 - 退院後の援助についての意向を確認
- 他機関への対応
 - カンファレンス・会議への参加
 - カンファレンス・会議の開催
 - 社会資源・サービスに関する情報提供
 - サービス提供者の調整
 - 本人・家族とサービス提供者間
 - サービス提供者間
 - 療養環境・支援体制全体の評価・助言
 - 地域内に必要な事業の企画と適切な部署への担当の依頼(委託)

< III. 成果の局面 >

- 療養者本人
 - 在宅への退院可能
 - 在宅での療養生活の継続
 - 自宅での看取り
 - ADLの改善
 - 療養生活の改善
 - 状態の安定
 - 食生活の改善
 - 医療処置方法の改善
 - マンパワーの確保
 - トラブルなく経過・トラブルの減少
 - 家屋の改善・療養環境の整備
 - 外出機会の確保
 - 経済的負担の軽減
 - 精神面の安定・改善、意欲の向上
 - 入院中から退院後の継続指導がスムーズに成された
- 家族
 - 家族の姿勢が前向きになった
 - 精神的な安心・余裕ができた
 - 悲しみや怒りの軽減、将来への不安の軽減
 - 介護に自信がもてた
 - 家族の生活にゆとりができた
 - 介護への対応が上手できるようになった
 - 介護負担が軽減された
 - 介護技術・知識が習得できた
 - 家族の生活や健康を保ちつつ介護ができた
- 関連スタッフについて
 - スタッフが余裕・自信をもって対象に関われるようになった
 - 問題点・目標について共通の認識がもてた
 - それぞれの役割が明確になった
 - 緊急時受け入れてくれる病院が確保できた
 - 1つの事業所だけに経営上の負担がかからなくなった
 - 院内の連絡網の充実

以上