

0.177人となる。「訪問看護婦」も合わせた看護婦数及び准看護婦数は1市町村平均0.49人である。

「昭和60年調査」では正規職員である「看護婦」は1187人、「准看護婦」は584人が把握されていた(回答3171市町村)。1市町村の平均は「看護婦」0.374人、「准看護婦」0.184人であった。合わせた平均は0.56人であった。

今回調査と比較すると「看護婦(訪問看護婦含む)」、「准看護婦」ともに1市町村あたり平均人数が減少している。看護婦、准看護婦の退職後に保健婦を採用する市町村が増えているためと思われる。

正規職員ではない常勤者は「看護婦」111人、「准看護婦」105人(表15)で、1市町村あたり平均0.037人、0.035人である。

非常勤者は、常勤換算して「看護婦」278人(回答2584市町村)、「准看護婦」124人(回答2707市町村)であった。それぞれ1市町村あたり平均0.107人、0.046人である。

訪問指導以外の非常勤看護職員数(正規職員ではない常勤も含めての常勤換算)は、全国的には、1市町村平均0.67人(昭和60年)から0.23人(今回調査)へと減少した。健診や予防注射の医療機関委託が進み、その業務が減少したためではないかと考えられる。

4 その他の保健医療福祉専門職員数

保健衛生事業および在宅福祉事業にかかわる正規職員は、「栄養士」999人、「理学療法士」109人、「作業療法士」56人、「介護福祉士」88人、「ケースワーカー・ソーシャルワーカー」1210人、「医師」457人、「歯科医師」106人、「歯科衛生士」359人、「精神保健相談員(保健婦も含む)」343人であった(表15, 統計表第48表)。いずれの職種も1市町村あたり平均人数は、人口規模が大きいほど高い。保健婦活動する上でも、他職種がどのくらいいるかで、保健婦の役割や活動内容が変わってくるものと予測される。

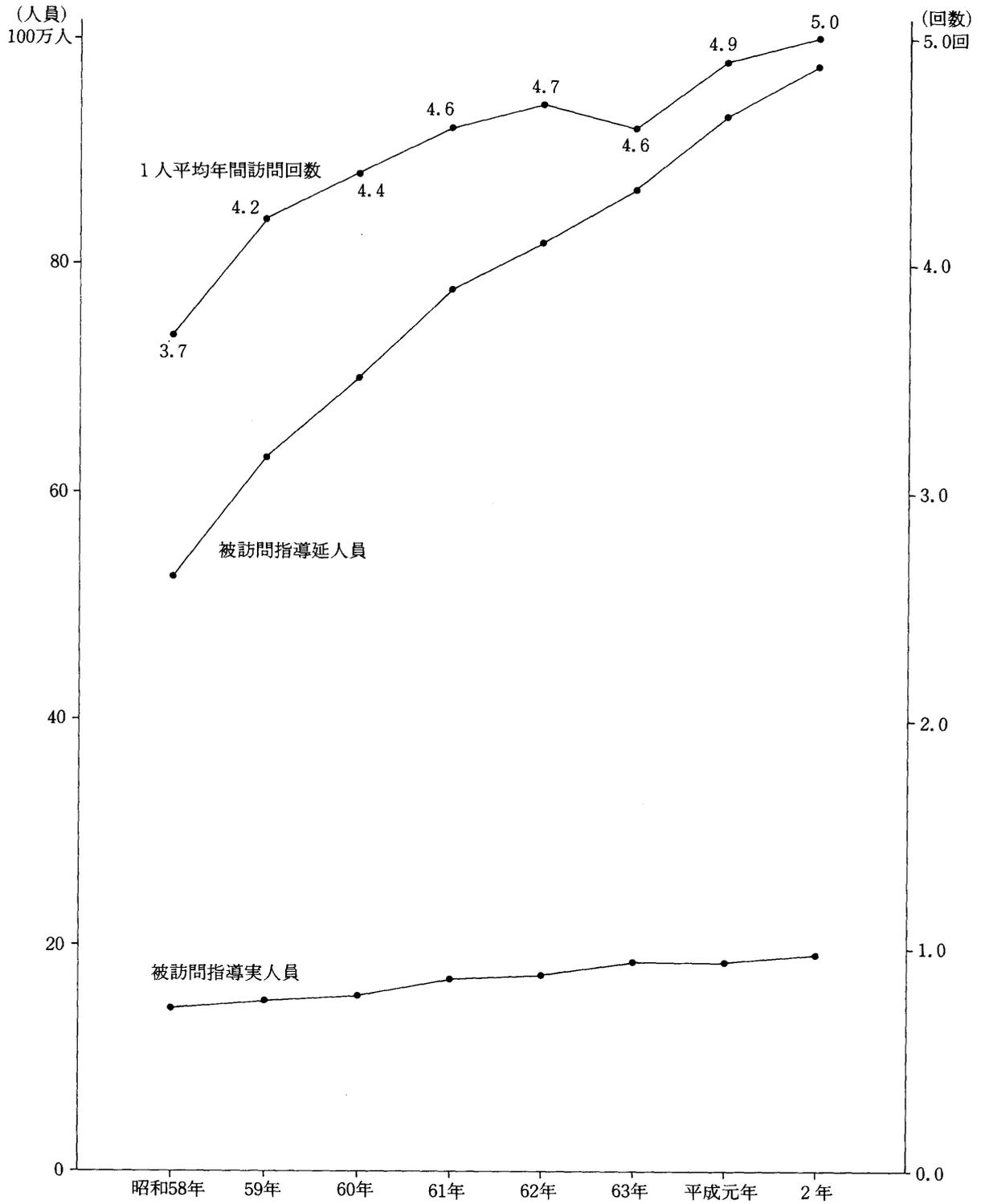
昭和60年調査で「栄養士」「理学療法士」「医師」の人数を把握したが、1市町村あたりの平均人数は、「理学療法士」は増えているものの、「栄養士」「医師」はそれほど変化がない。

II 訪問指導事業

1 寝たきり者に対する訪問指導件数

厚生省「平成2年度老人保健事業報告」によると、訪問指導は、65歳以上の寝たきり者195,006人に対し、延べ975,280件行なわれ、年間訪問回数の平均は5.0回である。全国で33.5万人(厚生省「平成元年国民生活基礎調査」)と推測されている寝たきり老人の58.2%に訪問指導が行なわれていることになる。被訪問者数も1人当りの訪問回数も未だ不十分であるが、その数は老人保健法施行後確実に伸びており(図2)、市町村行政とりわけ保健婦の努力によるものと評価される。

図2 訪問指導の年次推移 (寝たきりの者65歳以上)



厚生省「老人保健事業報告」より

ただし、厚生省「平成2年度老人保健事業報告」によると、各県の65歳以上寝たきり者1人当たりの平均回数は2.7回から10.9回（山梨県）までと県格差が大きい（図3）。

図3 寝たきり老人への訪問指導実施状況（平成2年度）

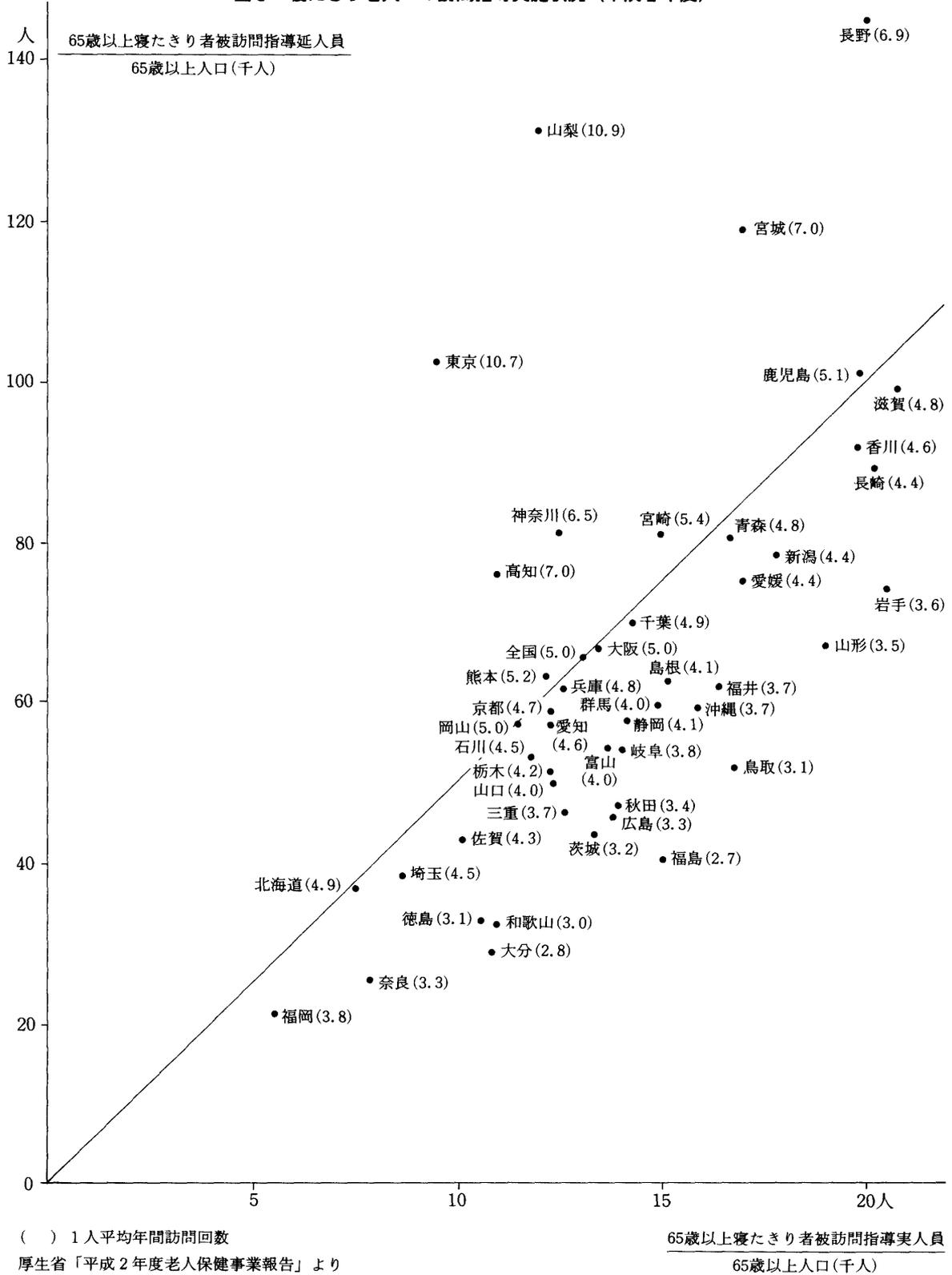


表16 寝たきり老人1人あたり年間訪問指導回数*

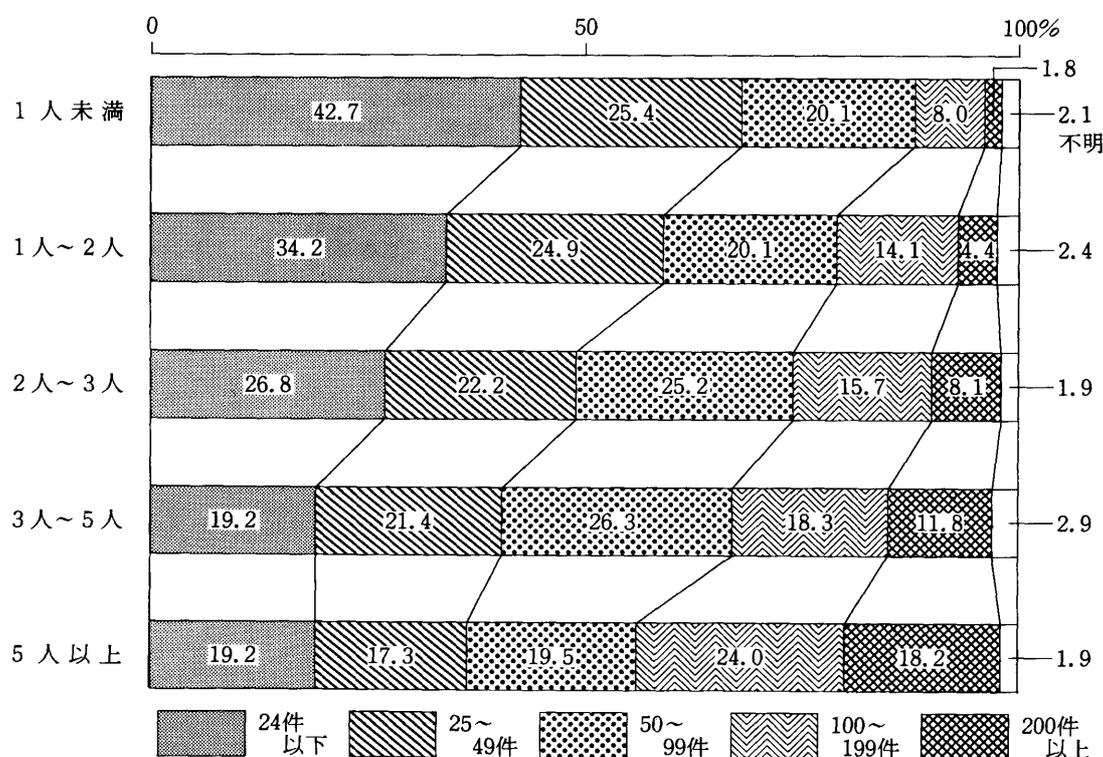
	計	1回	2～3回	4～5回	6～8回	9～11回	12回～	不明	平均
全 国	2986 (100.0)	380 (12.7)	1126 (37.7)	588 (19.7)	407 (13.6)	186 (6.2)	217 (7.3)	82 (2.7)	4.8回
町 村	2359 (100.0)	334 (14.2)	877 (37.2)	438 (18.6)	304 (12.9)	149 (6.3)	181 (7.7)	76 (3.2)	4.6
市	582 (100.0)	46 (7.9)	239 (41.1)	139 (23.9)	94 (16.2)	31 (5.3)	28 (4.8)	5 (0.9)	4.4
政令市・特別区	45 (100.0)	— (—)	10 (22.2)	11 (24.4)	9 (20.0)	6 (13.3)	8 (17.8)	1 (2.2)	6.2
昭和60年調査	100.0	19.1	37.3	15.4	9.6	4.4	7.6	6.9	4.1

*65歳以上の寝たきりの者の被訪問指導延人員
65歳以上の寝たきりの者の被訪問指導実人員

今回調査では、訪問指導を受けた寝たきり老人は1人平均年間4.8回の訪問指導を受けている（平成2年度実績）。市町村別に実施状況を見ると、平均が「1回」「2～3回」にしかならない市町村もそれぞれ12.7%、37.7%を占めた（表16）。一方で平均「12回以上」という市町村も7.3%あり、市町村格差が大きい。「政令市・特別区」では平均回数が6.2回と高い。老人保健事業の第三次計画によると、「訪問指導」は、寝たきり者1人あたり年6～12回となっている。平均「5回以下」の市町村がまだ70.1%を占めており、早急な対策が必要と考えられる。

人口1万人あたり保健婦数別にみると、人口あたり保健婦数が多いほど「老人千人あたり年間訪問指導件数」が高くなる傾向がある（図4）（統計表第63表）。全国平均は61.4件であるのに対し、保健婦が

図4 人口1万人あたり保健婦数別老人千人あたり年間訪問指導件数



1991年市町村における保健婦活動調査

人口1万人あたり「5.0人以上」いる市町村では、平均128.9件となっている。

また、「訪問指導の専任部署がある」市町村では、「老人千人あたり年間訪問指導件数」や「(訪問指導を受けた)寝たきり老人1人あたりの年間訪問指導回数」が、それぞれ90.9件、7.1回と全国平均より多い。

2 訪問指導を担うマンパワー

(1) 常勤者と非常勤者の割合

厚生省「平成2年度老人保健事業報告」によると、訪問指導従事者の延べ人員は、「保健婦」935,132人、「看護婦」430,213人、「その他(直接指導に従事する者で理学療法士、作業療法士、栄養士等)」50,295人の計1,415,640人である。保健婦が66.1%、看護婦が30.4%を占めている(表17)。

今回調査では、訪問従事者(延べ人員)の内、「保健婦」が71.5%、看護婦25.9%であった(平成2年度実績)。常勤の94.0%は「保健婦」であり、非常勤の74.7%は「看護婦」であった(表17)。

非常勤者の割合は、全国平均で30.0%で、「政令市・特別区」では44.2%と高い(表18)。

「昭和60年調査」と比較すると、非常勤者を採用する市町村が増え、訪問指導従事者の中で非常勤者の占める割合も23.7%から30.0%と高くなっている。

表17 訪問指導従事者延数の内訳(平成2年度実績)

	計	保 健 婦	看 護 婦	そ の 他*
計**	1,110,523 (100.0)	793,428 (71.5)	288,145 (25.9)	28,950 (2.6)
常 勤	770,212 (100.0)	723,855 (94.0)	34,073 (4.4)	12,284 (1.6)
非 常 勤	340,311 (100.0)	69,573 (20.4)	254,072 (74.7)	16,666 (4.9)
全 国 計***	1,415,640 (100.0)	935,132 (66.1)	430,213 (30.4)	50,295 (3.6)

*「その他」は、理学療法士、作業療法士、栄養士等の直接指導に従事する者である。家庭奉仕員、ボランティア等は含まない。

**この質問に回答した2627市町村の計である。

***全国の市町村の合計。厚生省「平成2年度老人保健事業報告」より

表18 訪問指導従事者延べ数における非常勤職員の割合

	計	非常勤の 採用なし	1～19%	20～39%	40～59%	60%以上	不 明	非常勤者 の割合*
全 国	2986 (100.0)	1408 (47.2)	370 (12.4)	262 (8.8)	286 (9.6)	345 (11.6)	315 (10.5)	30.0%
町 村	2359 (100.0)	1240 (52.6)	297 (12.6)	190 (8.1)	188 (8.0)	214 (9.1)	230 (9.7)	18.9
市	582 (100.0)	162 (27.8)	69 (11.9)	65 (11.2)	85 (14.6)	126 (21.6)	75 (12.9)	38.4
政令市・特別区	45 (100.0)	6 (13.3)	4 (8.9)	7 (15.6)	13 (28.9)	5 (11.1)	10 (22.2)	44.2
昭和60年調査	100.0	64.3	5.8	6.3	5.9	9.1	8.5	23.7

*非常勤の訪問指導従事者延べ数
全訪問指導従事者延べ数 × 100

表19 人口1万人あたり保健婦数別訪問指導従事者延べ数における非常勤職員の割合

	計	非常勤の 採用なし	1～19%	20～39%	40～59%	60%以上	不明	非常勤者 の割合*
全 国	2986 (100.0)	1408 (47.2)	370 (12.4)	262 (8.8)	286 (9.6)	345 (11.6)	315 (10.5)	30.0%
正 規 保 健 婦 は い な い	28 (100.0)	9 (32.1)	1 (3.6)	1 (3.6)	3 (10.7)	10 (35.7)	4 (14.3)	52.1
1.0 人 未 満	389 (100.0)	116 (29.8)	46 (11.8)	35 (9.0)	47 (12.1)	86 (22.1)	59 (15.2)	41.4
1.0 人 ～ 1.5 人	437 (100.0)	174 (39.8)	45 (10.3)	41 (9.4)	57 (13.0)	68 (15.6)	52 (11.9)	38.6
1.5 人 ～ 2.0 人	494 (100.0)	224 (45.3)	55 (11.1)	43 (8.7)	57 (11.5)	64 (13.0)	51 (10.3)	29.6
2.0 人 ～ 2.5 人	392 (100.0)	182 (46.4)	52 (13.3)	46 (11.7)	30 (7.7)	42 (10.7)	40 (10.2)	20.6
2.5 人 ～ 3.0 人	283 (100.0)	133 (47.0)	33 (11.7)	27 (9.5)	32 (11.3)	27 (9.5)	31 (11.0)	24.7
3.0 人 ～ 3.5 人	243 (100.0)	123 (50.6)	32 (13.2)	27 (11.1)	22 (9.1)	17 (7.0)	22 (9.1)	15.7
3.5 人 ～ 5.0 人	407 (100.0)	239 (58.7)	63 (15.5)	26 (6.4)	24 (5.9)	22 (5.4)	33 (8.1)	13.1
5.0 人 以 上	313 (100.0)	208 (66.5)	43 (13.7)	16 (5.1)	14 (4.5)	9 (2.9)	23 (7.3)	8.6

*非常勤の訪問指導従事者延べ数
全訪問指導従事者延べ数 × 100

人口1万人あたり保健婦数が少ない市町村ほど、非常勤の活用率が高い(表19)。行政改革で保健婦増員の飛躍的拡大が望めない中、住民ニーズに応じるために、非常勤看護職員の雇用拡大が図られてきているが、それも正職員数との関係で限界がある。自由記述にも、「訪問指導をはじめ各保健事業で、在宅看護職員に従事してもらい比重が大きくなっている。サービスの質を落とさずに機能させていく上で常勤の保健婦数が不足しており大変である。」という意見がみられる。

また、サービスの質の維持のためには、非常勤職員の研修、処遇(賃金、社会保険、労災保険、医療事故賠償保険、検診など)の整備が不可欠である。この点での保健婦責任者の役割も大きい。最近では、経験を積んだ非常勤の訪問指導従事者が、正職員として就職したいために病院へ転職していくというケースも増えている。

自由記述には、「訪問看護婦は人生経験が豊富であった方がよいが、そういう方で子育てが終わった方達は処遇面でもよほど考えてあげないと、優秀な人ほど医療機関等へ再就職し、市町村を離れてしまう。町ばかりでなく、全体でそういう問題と取り組んでいかないと大変だと思う。」というように非常勤職員の処遇を配慮する必要があることを指摘する意見がみられた。

(2) 保健婦の臨床看護研修

在宅ケアを推進する過程で、在宅療養者のケアをマネジメントする立場上、保健婦に臨床看護の経験があった方が役割をとりやすい。保健婦自身からも「医療依存度の高い患者さんへの訪問看護は、主

1991年市町村における保健婦活動調査

治医の協力とスタッフの技術研修が欠かせない。臨床にうとい保健婦は調整役をするにも不安がある」「保健婦は臨床から離れているので臨床看護の技術不足を感じる」「在宅看護を進める上で、もっと臨床看護の研修を行なってほしい」という意見が記載されていた。

臨床経験のない保健婦の臨床看護研修はどこまで進められているであろうか。今回調査では、「全員受けた」という市町村が13.0%、「受けた人そうでない人がいる」市町村が24.3%、「保健婦全員が臨床看護の経験がある」市町村が8.7%で、「だれも受けていない」という市町村は、51.5%であった(表20)。

研修を受けた保健婦数は、全国で3,056人である。これは市町村保健婦14,188人の中の21.5%にあたる。

研修の期間は、「3日」「1週間」「10日」「2週間」「1ヵ月」とまちまちであったが、1人平均すると10.5日であった。市町村によっては、1年間の病院研修を行っているところもある。

研修の主催は、「国保連合会」「都道府県」主催の研修が多かったが、その他に「市町村独自」「県看護協会」「市町村保健婦連絡協議会」などもみられた。

研修場所としては、ほとんどが「病院」であったが、「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」「リハビリテーションセンター」でも行なわれている。

研修方法としては、実習、講義、グループワーク、見学であった。

実習内容としては、例えば、「褥瘡手当て」「リハビリテーション」「グリセリン浣腸」「排便」「尿道留置カテーテル」「膀胱洗浄」「人工肛門」「吸入」「吸引」「気管切開の管理」「経管栄養」「自己注射」「在宅酸素療法」などが行なわれていた。

一律の研修は広がりつつあるが、今後保健婦個々に合わせたきめ細かな研修も工夫されるべきと考える。

研修の実施状況については、県格差が大きく、「だれも受けていない」市町村が少ない県は、「宮崎」(5.4%)、「沖縄」(11.3%)、「奈良」(14.6%)であるのに対し、「だれも受けていない」市町村が多い県は、「鳥取」(95.5%)、「大阪」(87.2%)、「三重」(85.5%)である(「政令市・特別区」別掲、統計表第16表)。県主催の研修が多いことから、県の方針の違いが出たものと考えられる。

表20 臨床経験のない保健婦の臨床看護研修

	計	全員受けた	受けた人とそうでない人がいる	だれも受けていない	保健婦全員が臨床看護の経験がある	不明*
全 国	2986 (100.0)	388 (13.0)	727 (24.3)	1539 (51.5)	261 (8.7)	71 (2.4)
町 村	2359 (100.0)	333 (14.1)	433 (18.4)	1280 (54.3)	248 (10.5)	65 (2.8)
市	582 (100.0)	52 (8.9)	276 (47.4)	237 (40.7)	12 (2.1)	5 (0.9)
政令市・特別区	45 (100.0)	3 (6.7)	18 (40.0)	22 (48.9)	1 (2.2)	1 (2.2)

*保健婦のいない町村を含む

(3) 訪問看護婦の研修

病院等の施設で経験を積んだ看護婦が、地域で訪問看護婦として勤務するためには、そのための研修が必要である。

訪問看護婦を採用している市町村での訪問看護婦の研修状況をみると、「全員受けた」市町村は36.2%にとどまり、「だれも受けていない」市町村が43.9%も占めた(表21)。

県格差が大きく、「神奈川」では、「だれも受けていない」市町村は皆無であった(統計表第17表)。

なんらかの研修を受けた訪問看護婦を研修期間別にみると、「3日以内」のオリエンテーション程度しか受けていない訪問看護婦が28.2%を占める。日本看護協会が必要と考える「120時間・20日」以上の研修を受けた訪問看護婦は、研修を受けた看護婦の中の17.8%にすぎなかった(表22)。訪問指導が拡大する中で非常勤看護婦を採用する市町村も増えているが、その研修についてはまだ不十分であり、訪問指導サービスの質を充実する上で今後の課題である。

訪問看護婦の研修の主催は、「都道府県(保健所含む)」「都道府県看護協会」が中心であるが、「市町村独自」のものもあった。また、数は少ないが、地域の看護グループによるものや民間研究所によるものもあった。

保健婦の自由記述には、「当市では、公的病院がなく、医療に関しては医師会に事業協力をお願いしているが、医師会自体が在宅ケアに関して統一的な見解もなく、個々に行っている状況である。そのため、訪問看護も医師の指示により差がある。看護判断が十分看護サイドで行なえるよう、努力してほしい

表21 訪問看護婦の研修状況(訪問指導・看護に従事する看護婦のいる市町村のみ)

	計*	全 員 受 け た	受けた人とそうでない人がいる	だれも受けていない	不 明
全 国	1183 (100.0)	428 (36.2)	211 (17.8)	519 (43.9)	25 (2.1)
町 村	780 (100.0)	282 (36.2)	91 (11.7)	388 (49.7)	19 (2.4)
市	363 (100.0)	128 (35.3)	102 (28.1)	128 (35.3)	5 (1.4)
政令市・特別区	40 (100.0)	18 (45.0)	18 (45.0)	3 (7.5)	1 (2.5)

*訪問指導・看護に従事する看護婦がいない市町村1803を除く

表22 訪問看護婦の研修期間(事前に研修を受けた訪問看護婦についての集計)

	計	3 日 以 内	4 日 ~ 6 日	7 日 ~ 13 日	14 日 ~ 19 日	20 日 以 上	回 答 市 町 村 数
全 国	2544人 (100.0)	718人 (28.2)	732人 (28.8)	483人 (19.0)	159人 (6.3)	452人 (17.8)	612
町 村	584 (100.0)	195 (33.4)	115 (19.7)	112 (19.2)	47 (8.0)	115 (19.7)	357
市	970 (100.0)	230 (23.7)	209 (21.5)	183 (18.9)	111 (11.4)	237 (24.4)	221
政令市・特別区	990 (100.0)	293 (29.6)	408 (41.2)	188 (19.0)	1 (0.1)	100 (10.1)	34

い。医師の指示に全て看護者が依存していると、医師を中心とした医療制度のなかの看護が、在宅ケアに入りこむだけの感がある。そのための再教育なり、教育制度も看護協会等で検討してほしい。」と、職能団体としての日本看護協会に教育を期待する意見がみられた。

また、訪問看護婦になる人の背景、キャリアは、臨床経験2～3年で10年以上のブランクがある人から、臨床経験10年以上で病院を辞めたばかりの人まで様々であることから、その人に合わせた研修も今後工夫されるべきと考える。

3 訪問指導事業の専任部署

訪問指導を担当する部署としては、保健衛生担当部署が73.6%を占めている（表23）。人口規模の小さい町村では、行政組織そのものが保健と福祉を両方担当する部署となっているところも多いため「保健衛生と福祉の両方を担当する部署」が訪問指導担当部署となる町村が28.4%を占める。また、人口規模の大きい市で両部署で担当している場合には「保健衛生と福祉の両方を担当する部署」の欄に計上してある。

多くの市町村では、保健衛生担当部署の保健婦が、母子保健や成人保健などの事業も行いながら、老人保健事業も行なっている。そのため保健婦は「訪問要請があっても健診、健康相談などすでに決まっている事業が多く、すぐ訪問できない」「脳卒中情報システム事業が動き始めたが、保健所から退院連絡がきても速やかに町村の保健婦が対応できないでいる。成人病の検診等に保健婦全員が動員されるため訪問が遅れる。」「決められた事業を消化していくとどうしても訪問時間が縮小される。そのため、住民のニーズにタイムリーに対応できない。」といった悩みをかかえている。そこで、最近では、在宅療養者のニーズに合わせて臨機応変に対応するために、訪問指導事業のみを専任で行なう部署を設置する市町村も出てきている。

今回の調査では、21の都府県の53の市町村が「訪問指導・看護の専任部署がある」と答えている。「東京」での設置割合が25.7%と高い。「政令市・特別区」では、45のうち9「市・区」（20.0%）で専任部署を設置しており、そのうちの8の「政令市・特別区」では、昭和59年以前に設置している。また、

表23 寝たきり者の訪問指導事業を担当する部署

	計	保健衛生 担当部署	保健衛生と福祉 福祉担当部署	保健衛生と福祉 の両方を担当す る部署*	そ の 他	不 明
全 国	2986 (100.0)	2197 (73.6)	38 (1.3)	728 (24.4)	21 (0.7)	2 (0.1)
町 村	2359 (100.0)	1643 (69.6)	30 (1.3)	670 (28.4)	16 (0.7)	— (—)
市	582 (100.0)	515 (88.5)	8 (1.4)	53 (9.1)	4 (0.7)	2 (0.3)
政令市・特別区	45 (100.0)	39 (86.7)	— (—)	5 (11.1)	1 (2.2)	— (—)

*保健衛生担当部署と福祉担当部署の両部署を担当する場合も計上

表24 訪問指導・看護の専任部署*

	計	専任部署あり	専任部署設置の動きがある	専任部署はない	不明
全 国	2986 (100.0)	53 (1.8)	36 (1.2)	2894 (96.9)	3 (0.1)
町 村	2359 (100.0)	16 (0.7)	27 (1.1)	2313 (98.1)	3 (0.1)
市	582 (100.0)	28 (4.8)	8 (1.4)	546 (93.8)	— (—)
政令市・特別区	45 (100.0)	9 (20.0)	1 (2.2)	35 (77.8)	— (—)

*訪問指導・看護事業を専ら担当する部署

表25 訪問指導・看護専任部署の職員数 (回答52市町村)

	正 規 職 員	正規でない常勤	非 常 勤*
保 健 婦	107人	6人	30人
看 護 婦	42	11	327
准 看 護 婦	2	1	5
事 務 職	21	1	2
そ の 他	6	4	49

*非常勤は常勤換算していない

36の市町村で今後「専任部署設置の動きがある」と答えている(表24)。

どちらかという人口規模の大きい市で設置する割合が高いが、人口「5500人～8000人」の町村でも設置しているところがある。

52の市町村の専任部署の職員数は(表25)のとおりである。

自由記述の中にも専任部署を求める保健婦の意見がみられた。

- 保健婦が訪問指導していく場合、他の業務等に左右されやすく必要な援助がしにくい。今後ケースの増大も含めて訪問指導の実施体制の検討が必要。
- 在宅ケアは非常に大切だが行政の中の保健婦は他の業務に追われ必要な時期に必要なサービスを提供することができない。増員にも限界があり、やはり訪問看護は専属の保健婦または看護婦がかかわった方がタイムリーな活動になる。
- 保健婦は他業務に時間がとられ、訪問指導事業の中でかかわる時間が少ない。予防活動と訪問指導の兼務はとても無理である。専門の保健婦を設置できれば良いのだが。
- 行政に働く保健婦の仕事は年々多岐にわたり、在宅ケアを現システムの中で推進することがむづかしい。それが住民へのサービス低下につながっていく。在宅ケアを専門に実施する部署を設ければよい。
- 在宅療養中の人や家族から援助の要望があってもそれらを吸い上げる専門の窓口がない。また、要望されても保健婦2名では、決まった業務を行なうだけで精一杯で在宅療養者への援助をすることはむづかしい。

また、専任部署という場合、福祉サービスも総合的に提供する在宅ケア担当部署を構想する意見もみられた。

- 業務多忙にて訪問指導として依頼があっても即対応しにくい。福祉サイドにおける保健婦の役割としてヘルパー活動に対する教育、支援、ケースワーカーの相談援助などの役割も大きい。在宅ケアを推進していくためには、在宅ケア推進課など窓口の1本化が必要になる。
- 保健婦が在宅ケアのコーディネーター役を担い推進していかなければならないことはよく承知しているが、現状では他の業務に追われ、実践できないところにジレンマがある。やはり、専門の部署にスタッフを置いてやっけないと前進しない。
- 在宅ケアの専任保健婦を設置し、じっくり保健、医療、福祉（ヘルパー等）とのコーディネーター機能を発揮していかなければならないと感じる。
- 在宅ケアを推進する中で、保健、医療、福祉との連携は不可欠だが、専門部を設置しないと、在宅患者の増加、ニーズの複雑化の中では、兼務では無理がある。
- 保健、医療、福祉がそれぞれのサイドで活動しており、連携をとりつつとは言われているものの、チームプレイのむづかしさを痛感している。理想としては、在宅ケアを専門に行なうシステムができ、そこと、保健、医療、福祉が連携をとるという形にすると、在宅ケアにも一貫性、継続性ができ患者中心のすばらしいケアができるのではないかと考える。
- 在宅ケアに関しては、独立した課またはセンターに在宅ケアを専門に企画、指導していける人が必要だと思う。現状で保健、福祉、医療を一本化したものを作り上げようとしても、他の仕事をかかえながらすることになるので、住民のニーズに応えた仕事はできていない。

4 訪問指導事業の委託状況

訪問指導事業を他機関に委託したのは、112市町村（3.8%）であった。「昭和60年調査」の86市町村よりやや増えている（表26）。この6年間の委託状況の推移をみると、市町村は、訪問指導事業について、保健婦を中心とする直接サービスを基本とし、それを補完するために、他の社会資源を活用して委託するという方向できていることがわかる。

委託できる機関が多く、人口あたりの保健婦数が少ない「政令市・特別区」では、委託した市区が20.0%と多い。

委託先としては、「社会福祉協議会」が最も多く30市町村（26.8%）次に「看護団体」で21市町村（18.8%）であった（表27）。「昭和60年調査」と比較して、「社会福祉協議会」「看護団体」「第3セクター」が増え、「保健所」「医師会」への委託が減っている。

表26 訪問指導事業の委託*

	計	している	していない
計	2986 (100.0)	112 (3.8)	2874 (96.2)
町 村	2359 (100.0)	72 (3.1)	2287 (96.9)
市	582 (100.0)	31 (5.3)	551 (94.7)
政令市・特別区	45 (100.0)	9 (20.0)	36 (80.0)
昭和60年調査	3171 (100.0)	86 (2.7)	3085 (97.3)

*在宅看護婦への個人委託は含まない

表27 訪問指導・看護事業の委託先〔複数回答〕(委託している市町村のみ)

	委託している市町村数	保健所	当該市町村立病院・診療所	その他の病院・診療所	市町村立以外の他の老人ホーム	看護団体	社会福祉協議会	医師会	第3セクター	その他	不明
全 国	112 (100.0)	15 (13.4)	12 (10.7)	14 (12.5)	4 (3.6)	21 (18.8)	30 (26.8)	4 (3.6)	6 (5.4)	10 (8.9)	1 (0.9)
昭和60年調査	86 (100.0)	21 (24.4)	25 (29.1)		4 (4.7)	14 (16.3)	15 (17.4)	6 (7.0)	3 (3.5)		— (—)

町村部では、「社会福祉協議会」(26.4%)の次に「保健所」(19.4%)となっており、都市部では、「社会福祉協議会」(27.5%)の次に「看護団体」(20.0%)が続く(統計表第54表)。

委託理由を自由記述からみると、「現在の保健婦数のままでは、住民のニーズに応じきれないため」という内容が最も多かった。その他の理由としては、委託先との関連で特徴がみられた。「保健所」に委託している市町村は「村に保健婦がない」、「病院・診療所」に委託した市町村では「通院・退院後の対象者が多く、医療による管理、ケアの必要な人は、事情をよく把握している医療機関に継続的にみてもらいたいの」、「看護団体」に委託した市町村では「質の高い看護の提供が期待されるので」、「社会福祉協議会」「第3セクター」に委託した市町村では「ヘルパー派遣、デイサービス、入浴サービス等の在宅福祉サービスと一体的に提供できるので」という理由が特徴的であった。

委託上の問題点としては、「色々な問題があってもケースの個の問題としか扱われない。全体的問題として提案されにくい」「地域のニーズがとらえにくい」といった委託すること自体に起因するものと、「1ケースあたりの訪問頻度をおおまかに規定しているので、ケースのニーズに対して緊急時の小回りがききにくい」などのように、委託先にどの程度判断を任せるのかといったことに起因するものがあった。

委託するときの配慮としては、保健婦が「毎月1回報告及び連絡調整日をもうけている。」「毎月カンファレンスをして、ケースの状態、訪問内容を把握している。」といった連絡を密にすることに意を注いでいるという記述が多かった。その他「委託職員の給与や待遇の改善」「仕事がより円滑にいくための各機関との連携」を配慮している様子が見えられた。

5 訪問指導対象者の主治医と保健婦等との関係

訪問指導する上で医療との連携は重要であるが、保健婦や訪問看護婦はどのように主治医と連絡をとっているだろうか。

今回調査では、ほとんどの市町村が連絡をとっており、82.8%の市町村は「必要に応じて連絡を取る」と回答している(表28)。

医療行為との接点で、行政の看護職の実施状況が分かれる次の5項目(浣腸、ハサミを使っての褥瘡処置、吸引、血糖測定、人口肛門管理)について、主治医との関係がどのようになっているかを聞いた。

1991年市町村における保健婦活動調査

表28 訪問指導対象者の主治医へは、原則としてどのように連絡をとっていますか

	計	必要に応じて連絡を取る	訪問開始時に必ず連絡を取り、あとは必要に応じて連絡を取る	一定期間ごとに連絡を取る	訪問のつど連絡をとる	不明
全 国	2986 (100.0)	2471 (82.8)	430 (14.4)	28 (0.9)	19 (0.6)	38 (1.3)
町 村	2359 (100.0)	2023 (85.8)	267 (11.3)	19 (0.8)	16 (0.7)	34 (1.4)
市	582 (100.0)	427 (73.4)	139 (23.9)	9 (1.5)	3 (0.5)	4 (0.7)
政令市・特別区	45 (100.0)	21 (46.7)	24 (53.3)	— (—)	— (—)	— (—)

表29 訪問指導対象者の主治医と保健婦等との関係

	計	医師の指示・依頼の有無にかかわらず、必要があれば行う	医師の指示・依頼がある限りにおいて、行う	医師の指示・依頼の有無にかかわらず、原則としてしない	一切してはならないことになっている	ケース・バイ・ケース	不明
浣 腸	2986 (100.0)	286 (9.6)	1360 (45.5)	885 (29.6)	59 (2.0)	118 (4.0)	278 (9.3)
ハサミを使っ ての褥瘡処置	2986 (100.0)	241 (8.1)	1095 (36.7)	1136 (38.0)	118 (4.0)	115 (3.9)	281 (9.4)
吸 引	2986 (100.0)	320 (10.7)	1256 (42.1)	909 (30.4)	71 (2.4)	132 (4.4)	298 (10.0)
血 糖 測 定	2986 (100.0)	133 (4.5)	916 (30.7)	1328 (44.5)	155 (5.2)	143 (4.8)	311 (10.4)
人工肛門管理	2986 (100.0)	291 (9.7)	1250 (41.9)	918 (30.7)	73 (2.4)	147 (4.9)	307 (10.3)

各業務とも、「医師の指示・依頼の有無にかかわらず、必要があれば行なう」から「一切してはならないことになっている」まで、市町村により事情は異なった（表29）。

この違いは、保健婦業務についての保健婦自身の考え方の違い、医師会との関係や保健婦人数が充実しているかどうかの違いによるものと考えられる。

6 退院直後の支援態勢

退院直後に療養生活が軌道にのるようにサポートすることが、その後の患者の日常生活動作（ADL）の向上や介護体制の確立等の点で非常に重要である。しかし現状では、次のような問題点を指摘する保健婦が多かった。

- 医療機関からの退院ケースについては、まだ医療サイドとの連携、連絡が十分なため、訪問が遅くなったり、状態が固定していたりすることがある。
- 現時点では医療機関からの退院連絡があるのは一部で、退院数ヵ月後に把握するケースも多い。退院連絡があればもっと早くサービスが受けられるのと思うケースがある。
- 現在、在宅寝たきり老人介護手当の受給者台帳により、訪問対象者を把握しているが、すでに症状が固定してしまって指導の時期をのがしてしまっている感じがする。もっと早い時期に把握できると良

い。

- 病院，ホームとの連携の中で，入退院の把握が不十分であり，早期の対応がむづかしい。
- 退院後のケアによって，その後の在宅ケアを必要としないまでに回復する場合や，退院時の状態を維持することが可能となる場合が多いので，予防という面からも医療との情報交換をもっと密にすべきと思う。
- 保健婦としては，寝たきりの予防のために，早期発見して早くからかわることを大切に今後の活動を展開していきたいと思うが，そのシステムがない。また，作るには医療との溝が深い。

厚生省では，脳卒中情報システム（在宅諸サービスを早期に開始して寝たきりを予防するため，患者の退院に関する情報を，入院先が保健所・市町村に迅速に提供するシステム。患者と家族の同意が条件となる。）の整備を推進しており，15県がモデル事業として実施している。今後全国的に広がることが予測されたので，今回調査で，「厚生省では，脳卒中登録等の保健医療情報システムの整備を推進していますが，貴市区町村では，情報システムで把握された退院患者の在宅ケアを即時に支援するための対応策が考えられていますか。」という質問で各市町村の準備状況を尋ねた。

結果は，「既に検討を開始している」「遅くとも来年度には検討する予定である」と準備が始まっている市町村がそれぞれ22.1%，4.0%であった。これらの市町村では保健と医療をドッキングした在宅ケアのシステムづくりが本格的に始まろうとしている。一方で，「検討する必要があるが何も手がつけられていない」という市町村も49.8%を占め，保健婦自身が「まだ聞いていない。よくわからない。」という市町村も，19.8%あった（表30）。

また，「特に検討する必要はない」という市町村も101（3.4%）あり，その内の90市町村（89.1%）は，「既に対応できる」という回答であった。内87箇所は，町村で，人口規模が小さく，「退院患者の情報は，入るので」という記載が多かった。

脳卒中情報システムへの準備状況は県格差が大きい（統計表第21表）。脳卒中情報システムのモデル事業を実施した県とそうでない県との差が出ているものと考えられる。訪問指導・看護の専任部署のあ

表30 脳卒中情報システムで把握された退院患者の在宅ケアを即時に支援するための対応策が考えられていますか

	計	既に検討を開始している	遅くとも来年度には検討する予定である	検討する必要があるが，何も手がつけられていない	特に検討する必要はない	まだ聞いていない，よくわからない	不明
全 国	2986 (100.0)	661 (22.1)	119 (4.0)	1486 (49.8)	101 (3.4)	590 (19.8)	29 (1.0)
町 村	2359 (100.0)	507 (21.5)	92 (3.9)	1176 (49.9)	87 (3.7)	476 (20.2)	21 (0.9)
市	582 (100.0)	142 (24.4)	25 (4.3)	287 (49.3)	13 (2.2)	109 (18.7)	6 (1.0)
政令市・特別区	45 (100.0)	12 (26.7)	2 (4.4)	23 (51.1)	1 (2.2)	5 (11.1)	2 (4.4)

る53市町村では、「既に検討を開始している」市町村の割合が45.3%と高く、退院後の即時支援を行うための態勢づくりに意欲的などところが多い。

7 訪問指導事業の拡大方策

今後訪問指導事業を拡大する方策としては、「自治体直営の事業を保健婦増員で拡大」という意見が41.0%と多く、次に「自治体直営の事業を非常勤看護職員の雇用で拡大」31.9%、「自治体直営事業を常勤の訪問看護婦雇用で拡大」が続き、いずれも自治体直営を基本に看護マンパワーの確保で拡大するという点で共通している（表31）。

「自治体以外の訪問看護ステーション活用で拡大」については、町村部9.2%に比べ、都市部では17.1%と高く、特に「政令市・特別区」では、45市区の内21市区（46.7%）が拡大方策の一つと考えている。訪問看護ステーションが多く設置される可能性が高い地域で、訪問看護ステーションへの期待が高い。

表31 訪問指導事業の拡大方策〔複数回答〕

	回答市町村数	自治体の直営事業を保健婦増員で拡大	自治体の直営事業を非常勤看護職員雇用で拡大	自治体の直営事業を専任看護婦雇用で拡大	当該自治体の病院に委託すること拡大	当該自治体の機関委託すること拡大	訪問看護ステーションの設置で拡大	自治体以外の訪問看護ステーション活用で拡大	在宅介護センターの自治体で拡大	在宅介護センターの委託で拡大	その他	不明
全国	2986 (100.0)	1224 (41.0)	953 (31.9)	730 (24.4)	336 (11.3)	309 (10.3)	408 (13.7)	323 (10.8)	521 (17.4)	436 (14.6)	198 (6.6)	139 (4.7)
町村	2359 (100.0)	974 (41.3)	722 (30.6)	574 (24.3)	267 (11.3)	221 (9.4)	282 (12.0)	216 (9.2)	397 (16.8)	323 (13.7)	163 (6.9)	120 (5.1)
市	582 (100.0)	227 (39.0)	212 (36.4)	144 (24.7)	66 (11.3)	79 (13.6)	118 (20.3)	86 (14.8)	115 (19.8)	104 (17.9)	33 (5.7)	17 (2.9)
政令市 特別区	45 (100.0)	23 (51.1)	19 (42.2)	12 (26.7)	3 (6.7)	9 (20.0)	8 (17.8)	21 (46.7)	9 (20.0)	9 (20.0)	2 (4.4)	2 (4.4)

8 「訪問看護ステーション」の評価

1992年（平成4年）4月より、老人保健による老人訪問看護制度が創設され、「訪問看護ステーション」が制度化された。今回の調査時点では、まだ、構想が出ている段階であったが、訪問看護サービスの充実という観点から、保健婦としてどのように評価しているかを聞いた。「サービスの量を拡大するのに活用できる」「サービスの質を充実するのに活用できる」と肯定的に評価する市町村がそれぞれ、50.9%、9.9%であった。一方、「サービスの量の拡大には活用できるが質の点で懸念がある」「行政による直接サービスが縮小していく懸念がある」と危惧する意見もそれぞれ、15.0%、6.2%みられた（表32）。

訪問看護ステーションが数多く設置される可能性が高い「政令市・特別区」で「サービスの量の拡大

表32 訪問看護ステーションの評価

	計	サービスの量を拡大するに活用できる	サービスの質を充実するに活用できる	サービスの量は活用できるが質の点で懸念がある	行政によるサービスが縮小していく懸念がある	量の拡大と質の充実が活用できる	量の拡大には活用できるが質の点で懸念がある	その他	不明
全国	2986 (100.0)	1519 (50.9)	296 (9.9)	449 (15.0)	184 (6.2)	55 (1.8)	27 (0.9)	302 (10.1)	154 (5.2)
町村	2359 (100.0)	1214 (51.5)	233 (9.9)	313 (13.3)	149 (6.3)	43 (1.8)	16 (0.7)	254 (10.8)	137 (5.8)
市	582 (100.0)	286 (49.1)	61 (10.5)	121 (20.8)	32 (5.5)	12 (2.1)	9 (1.5)	47 (8.1)	14 (2.4)
政令市 特別区	45 (100.0)	19 (42.2)	2 (4.4)	15 (33.3)	3 (6.7)	—	2 (4.4)	1 (2.2)	3 (6.7)

には活用できるが質の点で懸念がある」という回答が3分の1を占め多かった。訪問看護ステーション設置が現実的である半面、懸念も強いものと考えられる。

「訪問看護ステーション」はまだ動き出したばかりであり、今後の動向が注目されるが、サービスの質の維持には職能団体としての日本看護協会の役割も大きいものと考えられる。

Ⅲ 在宅療養者への保健福祉サービス

1 在宅ケアの総合相談窓口

在宅ケアのサービスメニューが増えてきても、自分の住む市町村ではどういった内容のサービスがあり、どのような人ならそのサービスを受けられ、手続きはどうしたらよいかということが住民にわかりにくい。高齢者の在宅ケアに関するサービスについて保健も福祉も同時に総合的に相談できるような窓口がこれからますます必要になってくる。

保健婦も自由記述で次のようにその問題点を指摘している。

- 在宅ケアを推進する窓口が一つになっておらず、住民の戸惑いがある。
- 保健、医療、福祉を総合しての窓口はなく、どこに相談すればよいかかわからないと言われることがある。
- 現在在宅ケアシステムの窓口は、県、市町村共に担当課が縦割り行政で対応していることが多く、疾病をもつ本人、家族等はどこにいったらよいか戸惑っている現状なので、将来的には統一された窓口が望ましい。
- 保健、医療、福祉の各部署で在宅ケアへの関心が高まり、力を入れているが、総合調整する場所がな