

II 老人保健事業の実施状況と保健婦活動

1. 健康診査

(1) 健康診査の計画立案への保健婦の関与
事業開始時（老人保健法以前から実施された場合は、老人保健法発足の再編時点）、計画立案への保健婦の関与状況は、「直接企画した」（49.7%）、「積極的に意見を述べた」（28.1%）と積極的に関わった市町村が多かった。59年度の事業計画立案時の関与も同じ傾向であった〈第40表、第84表〉。

市町村類型による差があり、都市、特に大都市になるほど、計画立案への関与は薄くなる傾向がある〈第89表〉。これは、保健婦の意識の問題ではなく、組織が大きい場合システム上保健婦が関わりにくい位置にいるためと考えられる。役職との関係を見ると、人口規模が大きく保健婦人数の多い都市ほど保健婦が役職につく市町村も多いのだが、同じ「係長」という役職でも、大都市と人口規模の小さい町村では、計画立案にかかわれる程度に違いがあるものと考えられる。そこで、町村部と都市部を分けて、役職の有無と計画立案への関与状況との関係を見ると、町村部では、関係はみられなかったが、都市部では最高役職位が高いほど計画立案に深く関わる傾向があった〈第98表〉。

また、保健婦の計画立案への関与には県格差があり、富山、岐阜、長野、石川、島根、鳥取は、特に「直接企画した」と答えた市町村が多い〈第40表〉。

(2) 健康診査事業の委託状況

健康診査の中の一般診査と精密診査についてそ

の実施機関を複数回答で聞いた。

一般診査については、直営が少し多くなることの他は、精密診査とほとんど同じような傾向を示すので、精密診査についてみていくこととする。

精密診査については、「医師会委託」が最も多く（36.4%）、「保健所委託」（30.5%）、「民間検診機関委託」（19.5%）、「公的検診機関委託」（15.1%）、「市町村直営」（13.4%）と続く〈第63表〉。

市町村類型別に実施機関をみると、人口規模が大きくなるほど「直営」「医師会委託」、中でも「医師会委託」が増える〈図6〉。大きい市には医療機関が多く、委託を受ける受け皿としての医師会組織が強力に機能していることが一因であろう。

「保健所委託」を初め、医師会以外への委託は人口規模が小さくなるほど増える〈第63表〉。

また、人口対保健婦との関係でみると、同じ市町村類型でも人口対保健婦が少ない市町村、つまり保健婦不足の所ほど「医師会委託」が増える傾向があった。

実施機関は、県により大きく異なる〈第14表〉。「直営」の市町村が一つもない県（福島、茨城、栃木、島根、香川）もあれば、99.1%を占める県（新潟）もある。「県保健所委託」についても、一つもない県（秋田、山形、東京、神奈川、山梨、静岡、鳥取、熊本）から、94.9%の市町村が委託している県（島根）までである。「医師会委託」についても、4.5%（茨城）から87.5%（静岡）、「民間検診機関」についても0%（奈良、島根、宮崎）から81.1%（沖縄）まで差があった。

精密診査の委託状況をパターン化してみると、「直営のみ」という市町村は5.0%にとどまり、「委

図6 市町村類型別 健診の実施機関〔複数回答〕（精密診査）

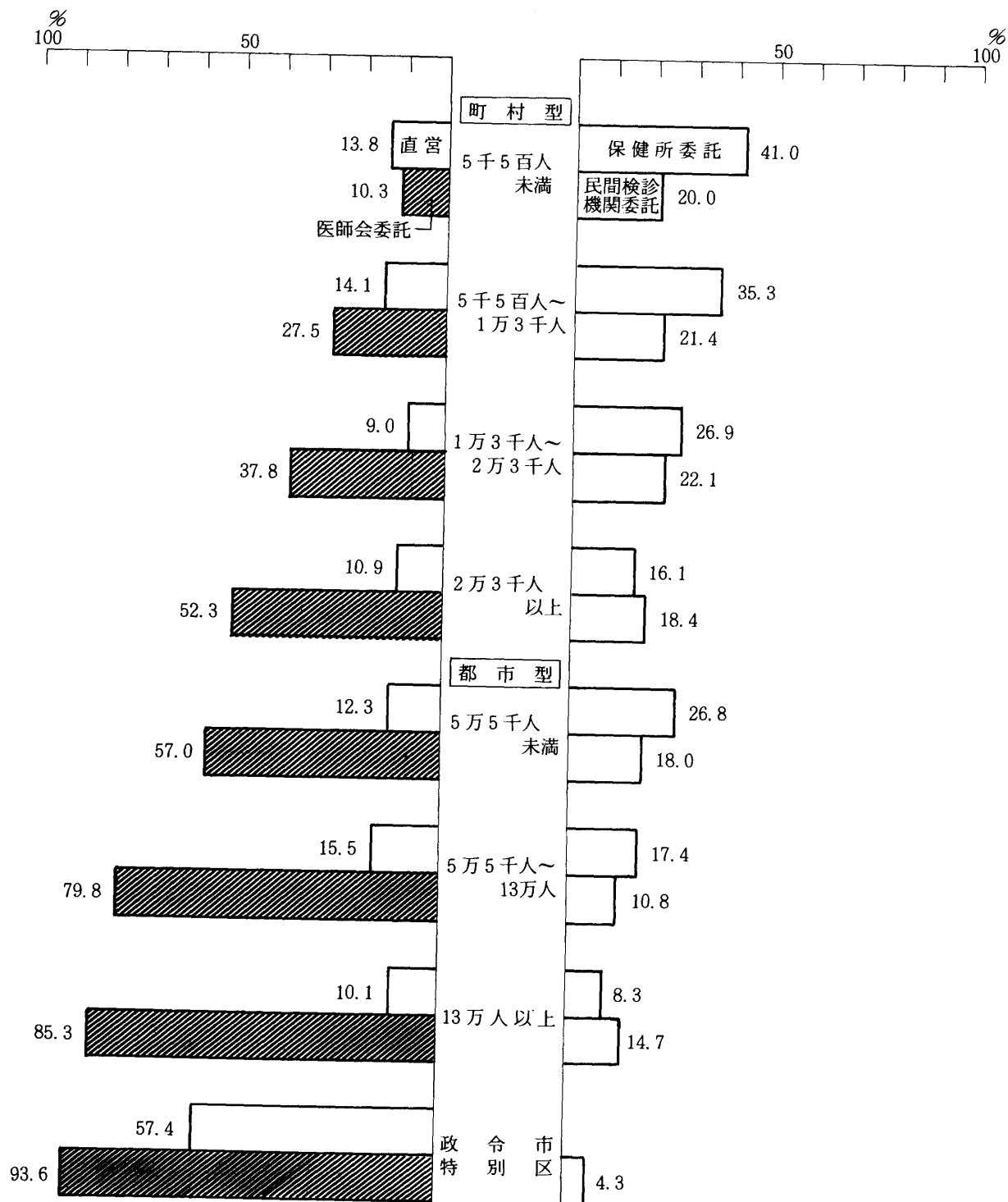


表9 健診の委託状況

委託状況	市町村数(%)	
直営のみ	157 (5.0)	
直営と委託	保健所	36 (1.1)
	保健所+その他**	36 (1.1)
	保健所+医師会	19 (0.6)
	保健所+医師会+その他	4 (0.1)
	医師会	73 (2.3)
	医師会+その他	18 (0.6)
	その他	82 (2.6)
委託のみ	保健所	409 (12.9)
	保健所+その他	248 (7.8)
	保健所+医師会	149 (4.7)
	保健所+医師会+その他	64 (2.0)
	医師会	634 (20.0)
	医師会+その他	189 (6.0)
	その他	1,044 (32.9)
不明・未実施	9 (0.3)	
計	3,171 (100.0)	

*がん検診を除く、精密診査

**保健所、医師会以外の検診機関委託、医療機関委託（医師会を経由せず直接委託）

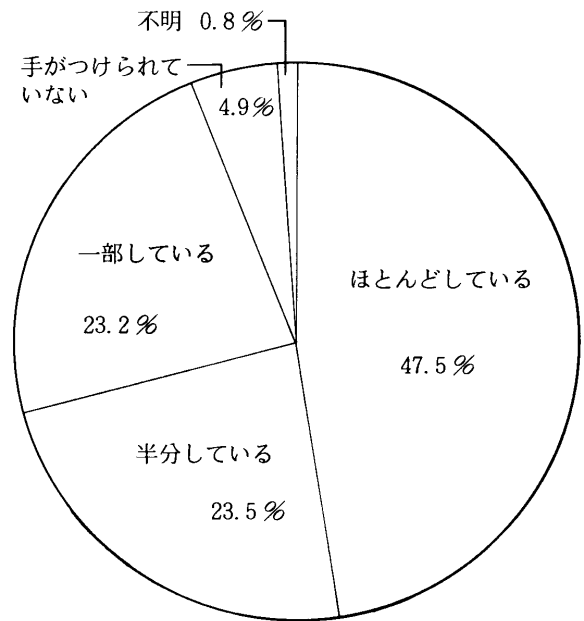
託のみ」の市町村が86.3%と多くを占めた<表9>。

(3) 健康診査の事後指導

「健康診査（がん検診を除く）で要観察、要指導、要医療と判定された人々に対して、保健婦による事後指導（健康教育、健康相談、訪問指導のいずれかの方法による）は、おおよそどの位の人に行われていますか。委託による健康診査の場合も含めて、昭和59年度についてお答え下さい。」という聞き方で、健診後の事後指導の実施状況をたずねた。

全国的には、「ほとんどしている」市町村は47.5%と半数に達せず、「手がつけられていない」市町村も4.9%あり、健診のフォローアップが不十分であることがわかった<図7>。

図7 健診の事後指導の実施状況



事後指導の実施状況は人口対保健婦数（駐在、派遣含む）が多いほどよく実施していることもわかった<図8>。

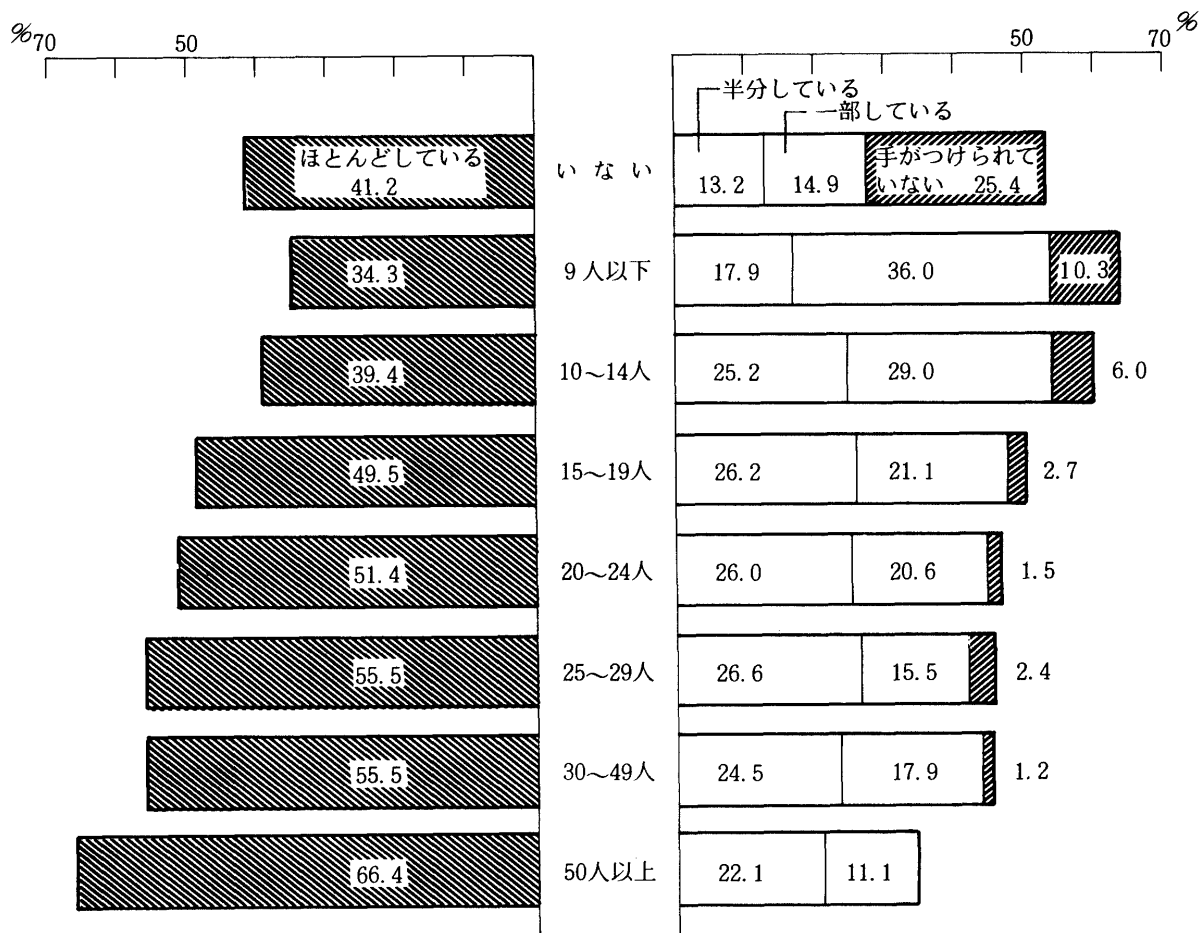
健診の委託のパターン別にみると、「医師会委託のみ」の場合、事後指導の実施状況が悪く「ほとんどしている」市町村の割合は、30.4%と低い<第100表>。

企画関与との関係を見ると、「企画した」「積極的に意見を述べた」市町村ほど事後指導もよくなされている<第101表>。

また、県格差も大きい<第16表>。山形、新潟、高知は「ほとんどしている」市町村が70%を超えているのに、一方では20%に満たない都県もある。

事後指導ができない理由（複数回答）をみると、全国的には「保健婦不足で手が回らない、保健婦がいない」を75.8%の市町村があげ、最も多かった<図9>。保健婦不足が大きく影響していることは、前述の人口対保健婦数との関係でみた実態

図8 人口10万対保健婦数別 健診の事後指導実施状況



* $\frac{\text{正規採用常勤保健婦数} + \text{駐在} \cdot \text{派遣保健婦数}}{\text{人口10万人}}$

からも裏づけられる。

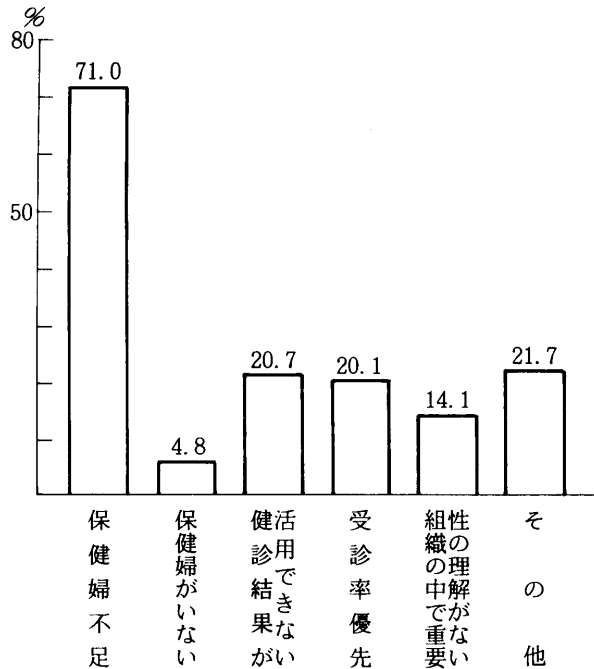
次に「健診結果を事後指導に活用するシステムになっていない」(20.7%)、「受診率の向上が優先される」(20.1%)、「事後指導の重要性が組織の中で理解されていない」(14.1%)と続いた。行政の中で、他の関係職員との間で事業の目的等について認識、考え方の違いがあり、それが事後指導の拡充を困難にする要因の一つとなっていると考えられる。

「健診結果を事後指導に活用するシステムになっていない」という回答は、都市部、それも大都市

になるほど多い<第66表>。衛生行政組織が大きくなると、医療機関等との連携システムを始め、統合的に保健事業を推進することが困難となることが一般的に予測される。都市では、事後指導を重視する保健婦は計画立案に関与せず、事務職員の手で行なわれることが多いことも、健診のフォローまで含めた統合的事业にならない理由の一つになっていると考えられる。

また、医師会に委託すると健診結果が活用しにくいと言われているが、「医師会委託のみ」の市町村では、「健診結果を活用するシステムになっ

図9 事後指導ができない理由〔複数回答〕
(事後指導を十分してない市町村のみ)



ていない」という理由をあげるところが31.3%と他の委託パターンの市町村より多かったがそれでも「保健婦不足」の理由をあげる市町村の方が66.4と多かった。

「その他」の理由をあげた市町村も21.7%と多かった。この内容として最も多かったのは「事後指導したいが家庭訪問しても、衛生教育で呼んでも老人しか集まらない」(自由記述)に代表されるように、住民の参加が少ないというものであった。他に、「医師会がすることになっている」「事務職員不足」などの意見も多かった。

2. 訪問指導

(1) 訪問指導の計画立案への保健婦の関与

厚生省報告によると、訪問指導を実施した市町村は昭和59年度で95.9%にのぼり、ほとんどの市町村で実施していた。

事業開始時(老人保健法以前から実施された場合は、老人保健法発足の再編時点)、計画立案への保健婦の関与は、保健婦の本来業務だけに「直接企画した」が83.0%と圧倒的に多かった。しかし、中には「意見をきかれて述べた」「かかわらなかった」という市町村も5.5%、1.1%あり、僅かとはいえども、保健婦が適切に活用されているか問題のあるところである。昭和59年度の事業計画立案もほぼ同じ傾向を示した。

市町村類型別にみると、人口規模の小さい町村ほど「直接企画した」という所が多い<第84表>。「健診の計画立案への関与」と同じ傾向である。県格差もあり、すべての市町村が「直接企画した」富山県から、47.4%の市町村しか「直接企画した」と答えていない東京都まで差がある<第40表>。

(2) 訪問指導対象者の把握方法

訪問指導対象者については、各市町村とも色々なルートで把握している。複数回答でみると最も多かったのは、「福祉関係者から(福祉事務所、社協、民生委員など)」で8割以上の市町村がこのルートから対象者を把握していた<図10>。「本人・家族からの申し出」は、60.3%の市町村が挙げていた。本人・家族から直接申し出があるということは、訪問指導事業開始年度が早く、住民に事業が浸透した結果、住民の期待・評価も高いのではないかと予測した。

市町村類型別にみると、大都市には「本人・家族の申し出」により把握する市町村の割合が、人口規模の小さい町村より多くなる<第67表>。

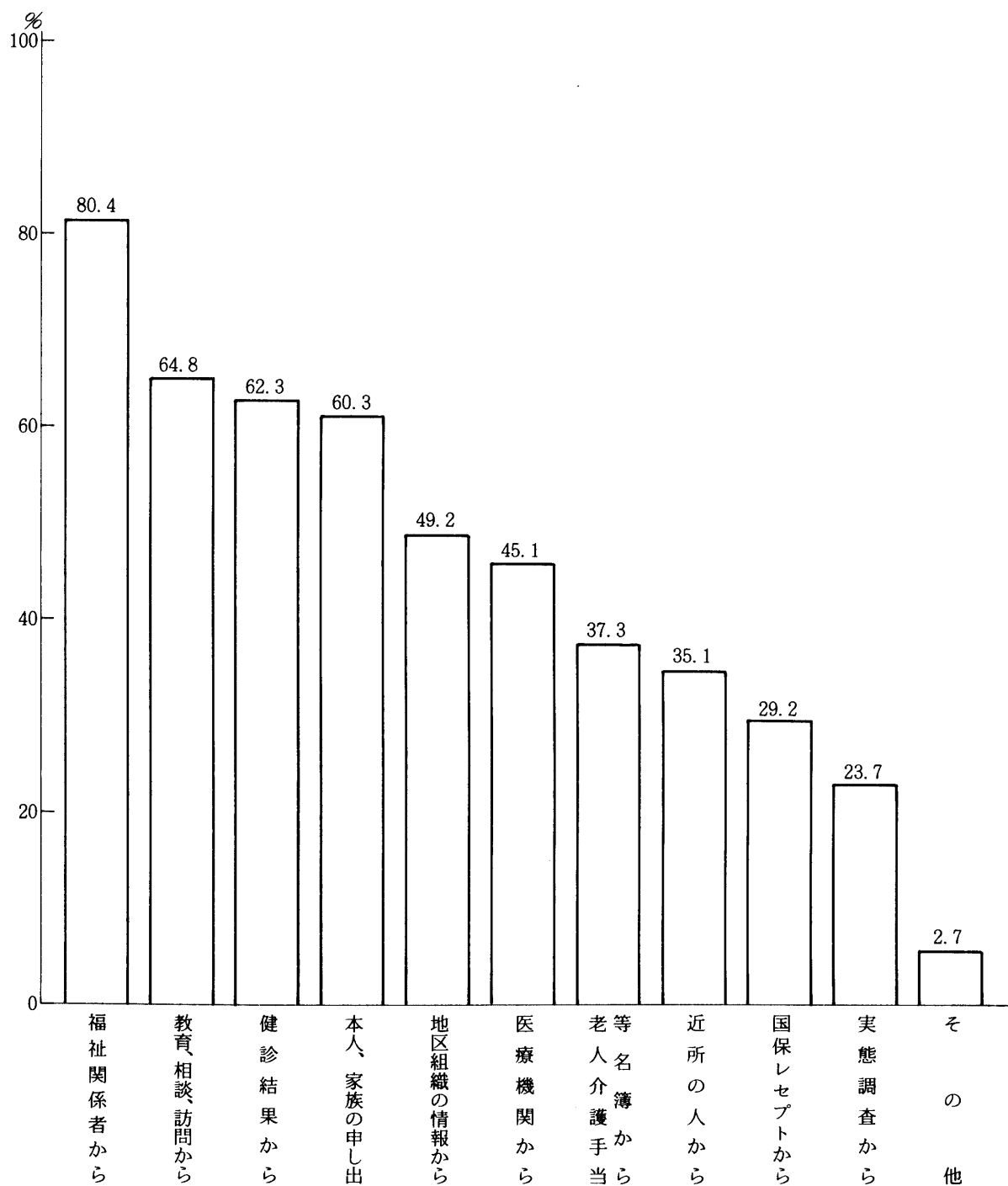
都市部においては、行政サービスに対する住民の要求、期待が町村より高く、行政サイドでもそれに応じるシステム化が早期になされているという状況があり、訪問指導についても「本人・家族

からの申し出」から把握することが多いものと考えられる。

各市町村の把握方法の中でも主なものに◎をつけてもらったので、それを集計すると、全国的に

は、「健康診査から」(24.7%)、「福祉関係者から」(23.4%)、「ねたきり老人介護手当等受給者名簿から」(10.8%)が多く、「本人・家族の申し出」は2.7%に過ぎなかった。しかし県によっては「本

図10 訪問指導の対象者の把握方法〔複数回答〕



人・家族の申し出」から主に把握する市町村の割合が高い県もあった。具体的には東京（22.0％）で、宮城（9.9％）、高知（9.4％）、青森（7.6％）、沖縄（7.5％）が続く。東京、宮城の場合は、老健法以前より訪問看護事業を行なっていたため、事業が定着している市区町村が多く、加えて東京の場合、都市の特性もあって、「本人・家族の申し出」からの把握が多いものと考えられる。高知、青森、沖縄はいずれも県保健婦の駐在制や派遣保健婦制度をとっている所で、保健婦活動がこれまで活発で住民に見えやすいことから、住民が在宅看護を必要とした時、自ら保健婦を求める行動（市町村に申し出る）をとりやすいのではないかと推測される。

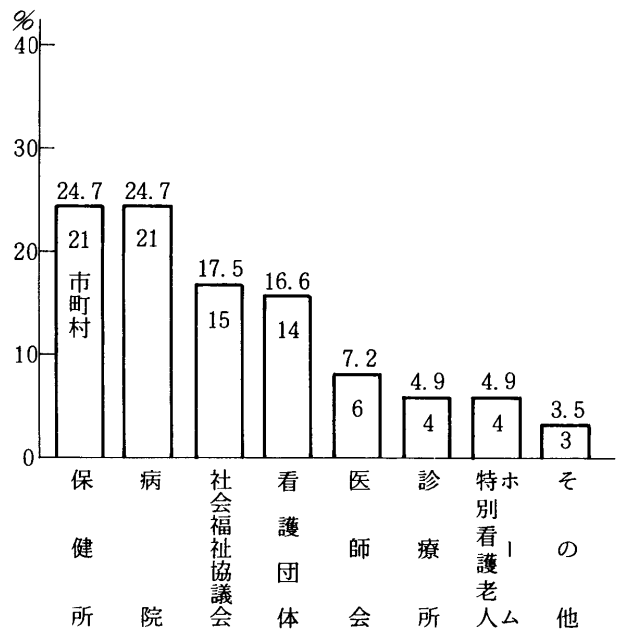
(3) 訪問指導事業の委託状況

訪問指導を委託「している」と答えた市町村は、144（全国の4.5％）であった。以下では、その内在宅看護婦等への個人委託（58）を除き、団体・機関へ事業委託した86市町村について述べる。

昭和56年の本会調査「ねたきり老人看護事業の実態」では、機関・団体へ委託した市町村数は42で、実施市町村の12.7％を占めていた。老健法制定で各市町村は、ねたきり老人に対する訪問指導を実施する責任が生じたが、保健婦増員など実施条件が整わない市町村では、委託するところが増えるのではないかと予測されたが、昭和60年にはほとんどの市町村が訪問指導を実施中、委託したのは86市町村、全国市町村の2.9％にとどまった。

委託先をみてみると、県保健所が最も多かった<図11>。56年調査（前掲）と比較すると病院委託、医師会委託がそれぞれ、17市町村、4市町村増え、社会福祉協議会委託は、22市町村減少していた。

図11 訪問指導事業の委託先*



* 2町が各々2か所に委託している分もそれぞれ計上した。

56年にみられなかった「保健所委託」、「看護団体委託」、「診療所委託」、「特別養護老人ホーム委託」が、昭和60年にはみられ、委託先が多様化している。

訪問1件当たりの委託料は、平均4,345円であった。ちなみに非常勤看護職員に対する訪問指導料は件数払いの場合、1件平均3,882円であった。

(4) 訪問指導事業の保健所実施割合

老人保健法第21条では「都道府県は、政令で定めるところにより、市町村と連携を図りつつ、市町村に代わって、医療以外の保健事業の一部を行なうことができる」と都道府県のサポートを認めた上で、「都道府県が市町村に代わって対象事業を行うことができる場合は、人口規模、財政事情等からみて、当該市町村においては委託その他の

昭和60年 老人保健事業における保健婦活動調査

表10 訪問指導の保健所実施割合

都道府県	保健所実施割合*			人口10万対保健婦数**		
	計	寝たきり者	要指導者	保健所	政令市・特別区	市町村
全 国	8.7 %	5.9 %	10.8 %	4.3 人	2.4 人	7.7 人
北海道	1.7	1.6	1.7	4.6	2.2	12.6
青森	16.0	6.6	19.7	6.9	—	14.0
岩手	—	—	—	5.2	—	22.9
宮城	0.6	0.2	0.9	3.4	3.1	13.4
秋田	0.3	0.0	0.5	7.4	—	18.0
山形	2.5	2.7	2.5	4.7	—	19.5
福島	5.3	2.5	6.4	6.2	—	16.2
茨城	0.1	0.0	0.2	4.0	—	10.6
栃木	7.5	4.7	9.1	4.7	—	10.6
群馬	2.8	0.7	4.5	4.8	—	14.3
埼玉県	12.7	11.1	15.9	2.8	—	4.6
千葉県	4.2	1.7	7.5	3.0	—	8.0
東京都	17.4	2.8	63.4	1.8	6.6	0.8
神奈川県	16.0	11.3	20.5	2.0	4.6	1.9
新潟県	1.8	1.1	2.2	3.2	1.8	15.8
富山県	7.0	3.4	9.6	7.1	—	14.4
石川県	6.8	3.1	12.5	5.9	3.3	7.8
福井県	6.9	10.2	5.6	7.8	—	9.2
山梨県	3.4	2.0	4.9	6.5	—	18.1
長野県	0.1	0.1	—	4.3	—	18.8
岐阜県	0.6	0.1	1.4	3.4	1.7	10.1
静岡県	0.8	0.4	1.6	2.8	1.9	7.8
愛知県	1.2	1.5	0.8	3.1	2.3	4.4
三重県	3.0	4.1	0.2	5.1	—	6.3
滋賀県	2.6	3.5	1.4	5.2	—	14.6
京都府	1.3	2.4	0.3	3.3	5.2	5.3
大阪府	43.2	31.7	55.5	3.7	4.8	1.3
兵庫県	8.1	11.3	6.2	3.4	3.6	4.0
奈良県	9.1	10.4	6.7	5.8	—	6.7
和歌山県	20.2	12.5	26.5	6.6	2.6	6.6
鳥取県	6.2	6.1	6.3	7.4	—	14.7
島根県	2.0	0.4	3.2	8.4	—	20.4
岡山県	10.5	8.8	11.9	6.9	—	12.1
広島県	1.9	2.0	1.8	3.5	4.4	7.3
山口県	2.0	2.0	2.0	5.4	1.4	11.2
徳島県	17.3	9.8	20.7	9.1	—	11.9
香川県	7.0	5.3	8.2	7.2	—	15.1
愛媛県	4.3	2.8	5.2	6.2	—	14.8
高知県	77.9	72.1	80.0	17.9	—	5.5
福岡県	2.6	4.6	1.9	3.7	3.6	2.9
佐賀県	4.2	4.7	3.8	7.1	—	12.6
長崎県	7.1	7.6	6.5	5.3	3.8	7.3
熊本県	9.9	4.3	13.9	5.4	3.1	9.5
大分県	9.3	8.0	10.1	8.7	—	9.0
宮崎県	6.9	4.5	8.7	7.3	—	8.5
鹿児島県	9.1	7.7	11.0	6.8	2.4	7.7
沖縄県	68.4	57.2	76.5	14.8	—	3.2

* 政令市・特別区及び未実施市町村を除いて算出。保健所が実施していない市町村も含めての平均である。

昭和59年度保健所活動分
昭和59年度被訪問指導延人員

** 表2より

方法をもってしてもなお対象事業の実施に必要な要員及び施設を確保できる見込みがなく、かつ、当該都道府県が現に有する要員及び施設をもって対象事業を行なうことができる場合に限るものとする」(老人保健法施行令)と限定している。

それでは現実にはどの程度保健所が実施しているのでしょうか。

被訪問指導延人員に占める保健所活動分の割合をみると、寝たきりの者5.9%、要指導者10.8%で、両方一緒にみると8.7%が保健所活動分であった<第24表、第70表>。

市町村類型別にみると、町村部では、人口規模が小さいほど保健所実施割合が高い<第70表>。

表11 被訪問指導人員

		昭和58年度	昭和59年度
被訪問指導実人員		517,392人	628,372人
計	市町村実施	416,563	505,514
	保健所活動	100,829	122,858
	保健所活動割合*	19.5%	19.6%
寝たきり者	市町村実施	118,625人	126,229人
	保健所活動	38,620	40,419
	保健所活動割合	24.6%	24.3%
要指導者	市町村実施	297,888人	379,285人
	保健所活動	62,209	82,439
	保健所活動割合	17.3%	17.9%
被訪問指導延人員		1,148,235人	1,430,806人
計	市町村実施	930,361	1,156,685
	保健所活動	217,874	274,121
	保健所活動割合	19.0%	19.2%
寝たきり者	市町村実施	463,734人	561,227人
	保健所活動	112,259	135,406
	保健所活動割合	19.5%	19.4%
要指導者	市町村実施	466,627人	595,458人
	保健所活動	105,615	138,715
	保健所活動割合	18.5%	18.9%

*政令市・特別区の保健所活動分も含むため、本調査結果より高い値となっている。

厚生省「老人保健事業報告」より作成

又、保健所実施割合は県により大きく異なる<表10>。長野の場合、ほとんど保健所は実施せず、高知は半分以上実施している。人口当り市町村保健婦数が少なく、かつ保健所保健婦の多い県で、保健所の実施割合が高い。

厚生省「老人保健事業報告」により昭和58年度と昭和59年度とを比較すると、要指導者の場合保健所実施割合は伸びたが、寝たきり者の場合保健所実施の割合は下がっている<表11>。

(5) 直営の訪問指導事業における非常勤者の雇用と処遇

① 全訪問従事者延人数に占める直営の非常勤者の割合

先にみたように、訪問指導事業の委託市町村は2.9%と少なく、保健所の実施する割合も被訪問指導人員の8.7%(政令市・特別区を除く)と少なかつた。つまり、訪問指導の多くは市町村直営事業により実施されている。市町村が直営で行なう場合、正規職員の保健婦等により実施するだけでなく、非常勤職員(個人委託、嘱託含む)を雇用する市町村もある。昭和60年度に非常勤看護職員を雇用したのは、991市町村(調査票回収市町村の31.3%)であった。

昭和59年度の全国の全訪問従事者延人数の中で、直営事業(政令市・特別区の保健所活動は直営事業に含む)の非常勤延人数が占める割合は、23.7%であった。非常勤者の占める割合は、人口対保健婦数(駐在、派遣含む)が少ない市町村ほど多い<第106表>。また人口規模の大きい都市ほど多い<第71表>。

県別にみると、東京では非常勤者の占める割合が65.8%と特別に多く、愛知(44.8%)、宮崎(41.1%)、山梨(39.4%)、神奈川(38.9%)と続く<第

25表>。

訪問指導に従事した非常勤職員の職種の内訳を延人数の比率で見ると、「保健婦」(31.8%)、「看護婦」(63.0%)、「その他」(5.2%)となっている。この割合は県により大きく異なる<第26表>。

② 訪問指導事業に雇用された非常勤看護職員の訪問指導料金

訪問指導料金の支払い方法は、「日給制」が最も多く58.8%を占め、「件数払い(訪問1件)」が次に多く(23.1%)、「月給制」は僅か7.0%であった<図12>。身分の取り扱い、各市町村により様々で不安定なものが多いことが推測される。県によっては、「件数払い(訪問1件)」が多い県、例えば、「山梨」(91.7%)、「東京」(74.3%)、「宮城」(59.0%)、「滋賀」(57.7%)もある<第27表>。

訪問指導料金については「日給制」の場合「4,000～4,999円」「5,000～5,999円」が多く、それぞれ、

37.7%、29.2%を占め、平均は5,067円であった<第28表>。県による格差が大きく、平均で見ると「3,760円」のところから、「9,080円」まで開きがある。東京、愛知、大阪、兵庫など大都市をかかえる都府県は高い<第28表>。

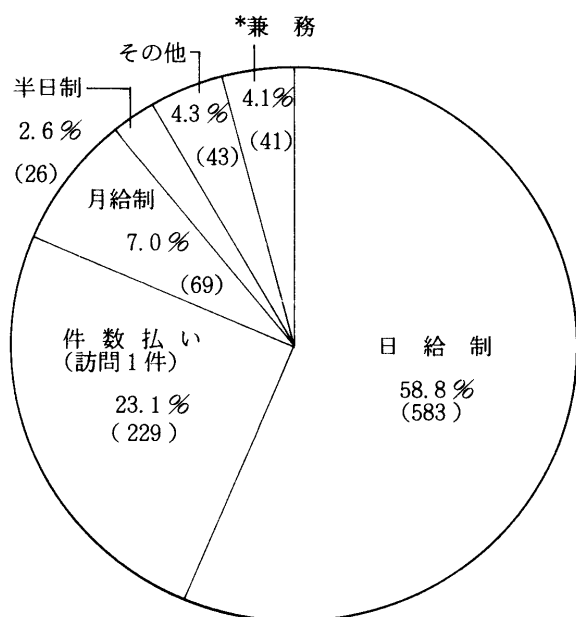
「件数払い(訪問1件)」の場合、厚生省の国庫負担(補助)金交付基準単価の4,150円(昭和60年度人件費)と同じ「4,000～4,999円」が45.0%と最も多かった。ただし、平均は3,882円と若干下回った。この場合も県格差が大きく、「東京」「神奈川」「千葉」では高かった。

支払い方法に関係なく、訪問1件単価をみると、3,000円を下回る市町村が五割以上占めた。特に、「日給制」「半日給制」の場合、訪問1件単価の低い所が多かった。この支払い方法の場合正規保健婦、看護婦の給与から日割り、時間割りして日給、半日給を算定することも多いと考えられる。正規保健婦、看護婦の給与が低い所では、日給、半日給も低くなり、その中で、1日2～3件訪問すると、訪問1件単価が下がってしまうものと考えられる。又、本人に支払う給与だけでなく、訪問交通費、研修費、保険料等を含んだ人件費を厚生省基準単価料金(1件4,150円)で賄おうとする市町村では、非常勤看護職員へ支払う分が少なくなったものと考えられる。それにしても、場合により生命の維持にもかかわる看護職員に対する報酬としては、あまりに低い料金の市町村があり、問題である。ちなみに、団体、機関へ事業委託した場合の訪問1件単価は4,345円であった。

③ 訪問指導事業に雇用された非常勤看護職員の処遇

訪問指導事業に雇用されている非常勤看護職員に対する手当、保険等で保障されているものを聞いたところ、非常に不十分であることがわかった

図12 非常勤看護職員に対する訪問指導料金の支払い方法



() 市町村数

* 訪問指導事業以外の事業にも従事のため、訪問指導料金としては支払わず。

<図13>。

手当関係では「訪問交通費」(実績支給, 定額支給, バイク支給等含む)を保障している市町村は、27.4%であった。ただし、訪問指導料の中に交通費分も含めて積算している市町村もあるものと思われる。業務上必要な打ち合わせについて、手当を保障しているのは僅か14.6%であった。

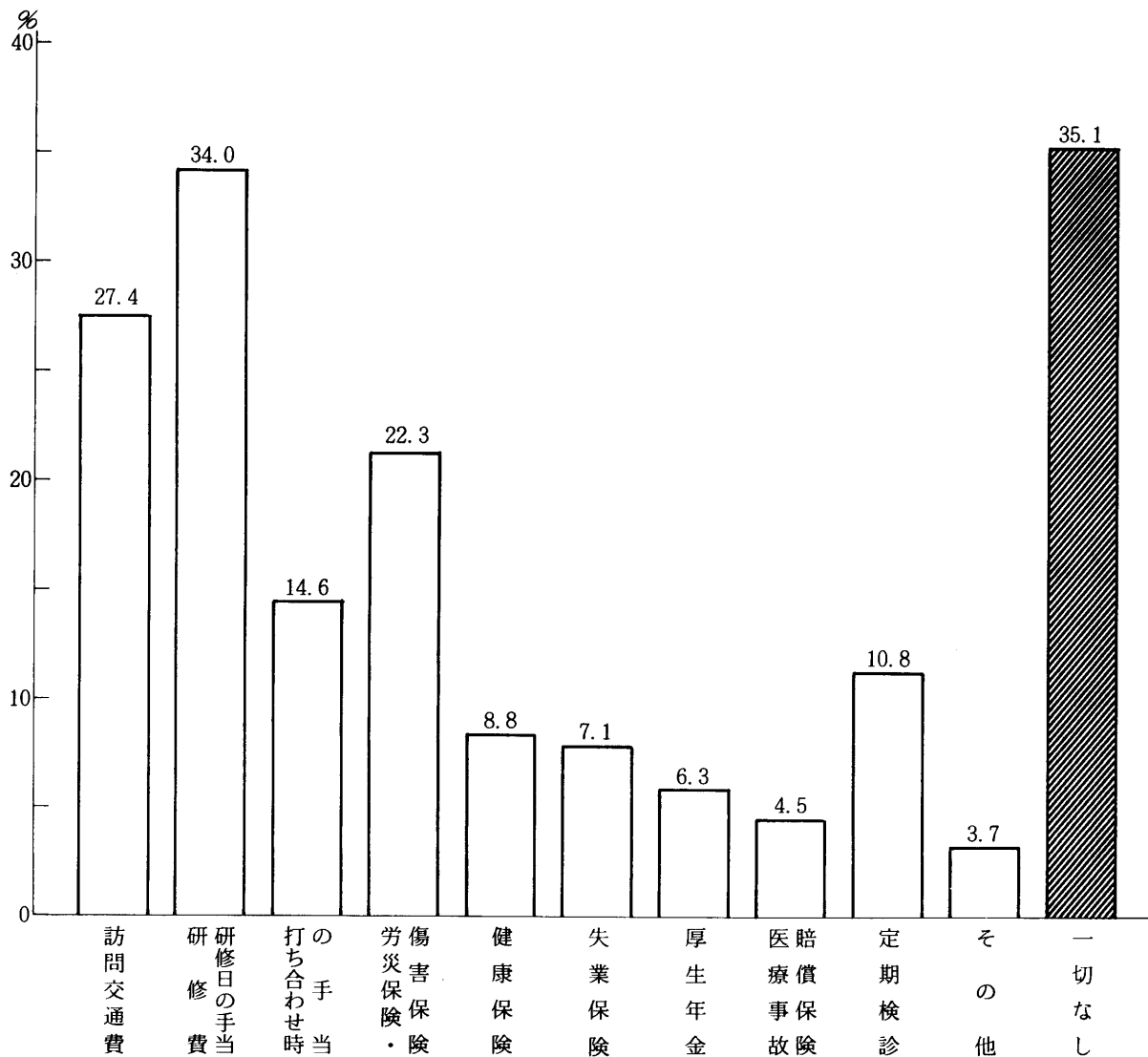
保険関係では、「労災保険・傷害保険」がかるうじて22.3%の市町村で保障されているものの、「健

康保険」など1割にも満たない。「医療事故賠償保険」も僅か4.5%という低さであった。

「定期検診」すら僅か10.8%の市町村しか実施していない。非常勤看護職員自身の健康のみならず、病気によっては訪問先の相手にも影響することであるから問題も大きい。

訪問指導料金以外はその他の保障が「一切なし」という市町村が35.1%もあり、非常勤看護職員の処遇については、非常にお粗末な状況である。

図13 訪問指導事業に雇用されている非常勤看護職員の処遇〔複数回答〕
(非常勤採用市町村のみ)



訪問指導料の支払い方法別にみると「月給制」の場合は、比較的保障されている<第28表, 第72表>。身分の取扱いによる違いと思われる。

処遇についても県格差が大きい<第29表>。

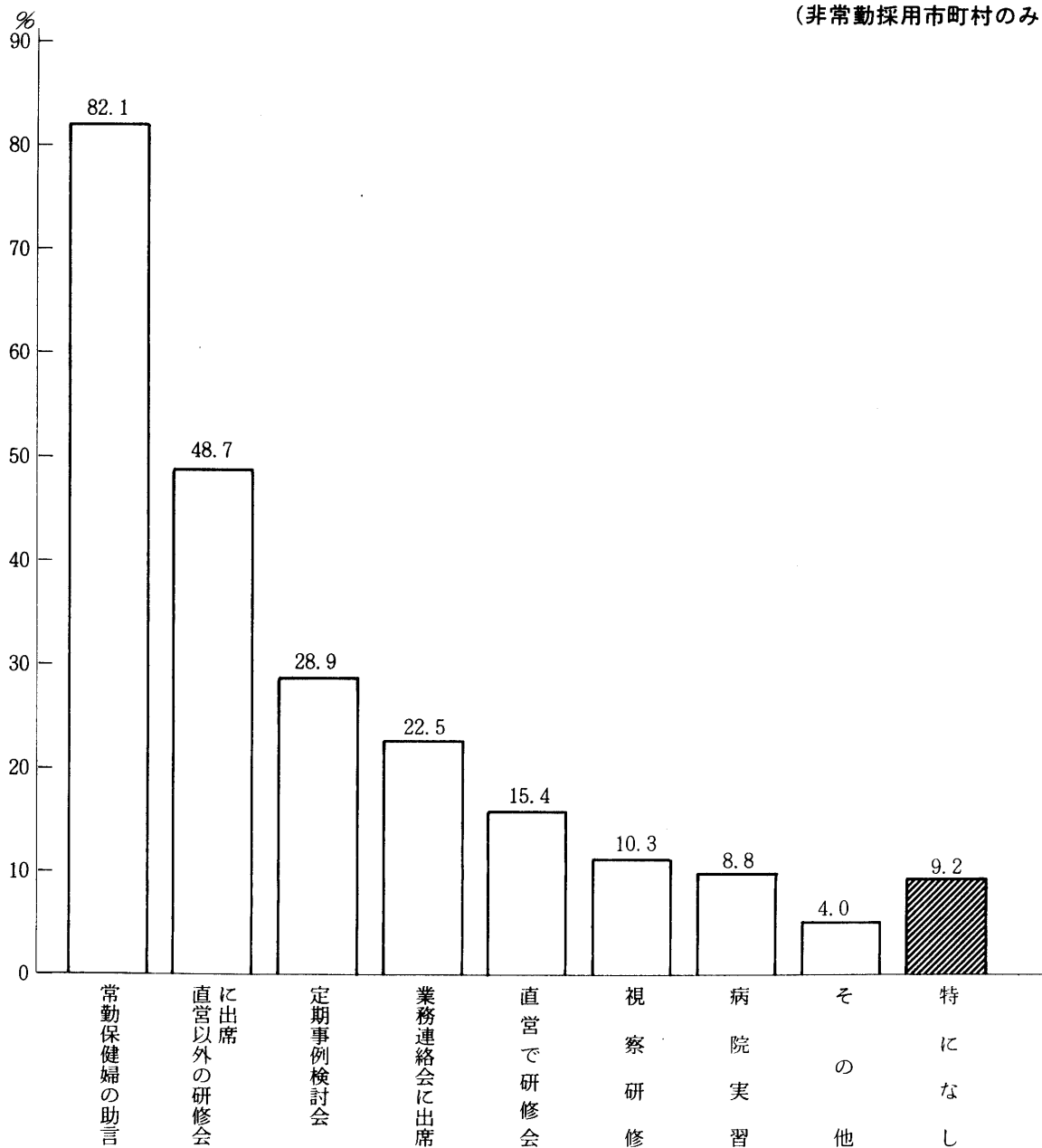
総じて、非常勤職員の身分は不安定なことが推測され、責任ある業務を実施する職員として処遇には問題が多い。

④ 訪問指導事業に雇用された非常勤看護職員への教育的配慮

「困った事例をかかえた時、常勤保健婦に相談し、助言を得られる体制になっている」市町村は82.1%を占めた。その他「研修会」「事例検討会」など含めると何らかの教育的配慮がほとんどの市町村でなされていた。一方、「特になし」と答えた市

図14 訪問指導事業に雇用されている非常勤看護職員への教育的配慮の状況〔複数回答〕

(非常勤採用市町村のみ)



町村も9.2%あった<図14>。

教育的配慮の状況も県格差が大きい<第30表>。

(6) 寝たきり者に対する訪問指導件数

厚生省「昭和59年度老人保健事業報告」によると、寝たきり者166,648人に訪問し、訪問を受けた寝たきり者1人当りの年間訪問回数は、平均4.

2回(筆者計算)と少なかった。このうち、65歳以上だけみると、訪問指導を受けた寝たきり者は150,840人であり、この数値は、全国で約26.7万人(厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査」昭和59年より)と推測される在宅寝たきり老人の56.5%にあたる。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、老人保健法発足以前には、僅か

図15 人口10万対保健婦数(駐在, 派遣含む)別 65歳以上人口(千人)対延訪問指導件数

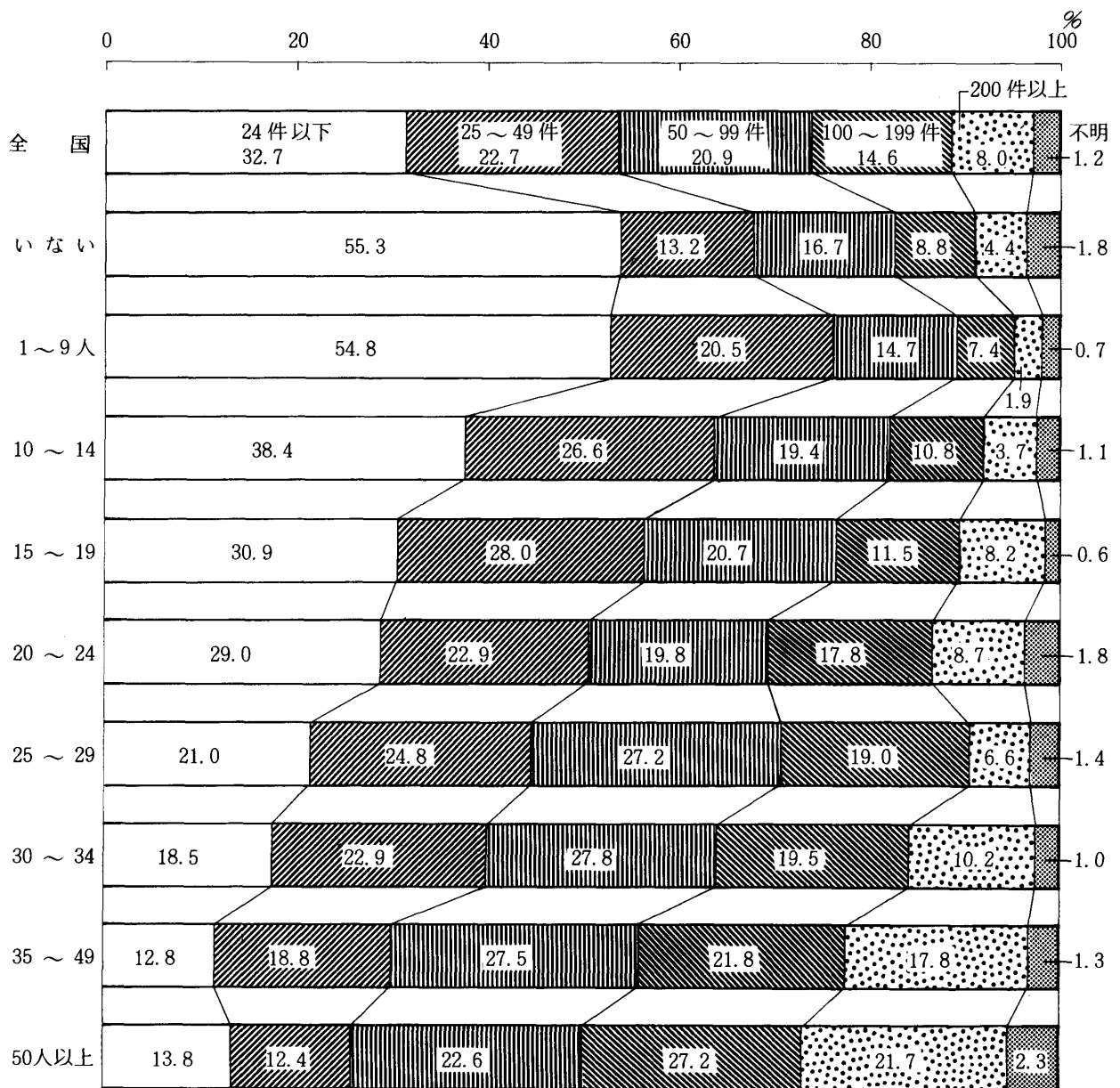
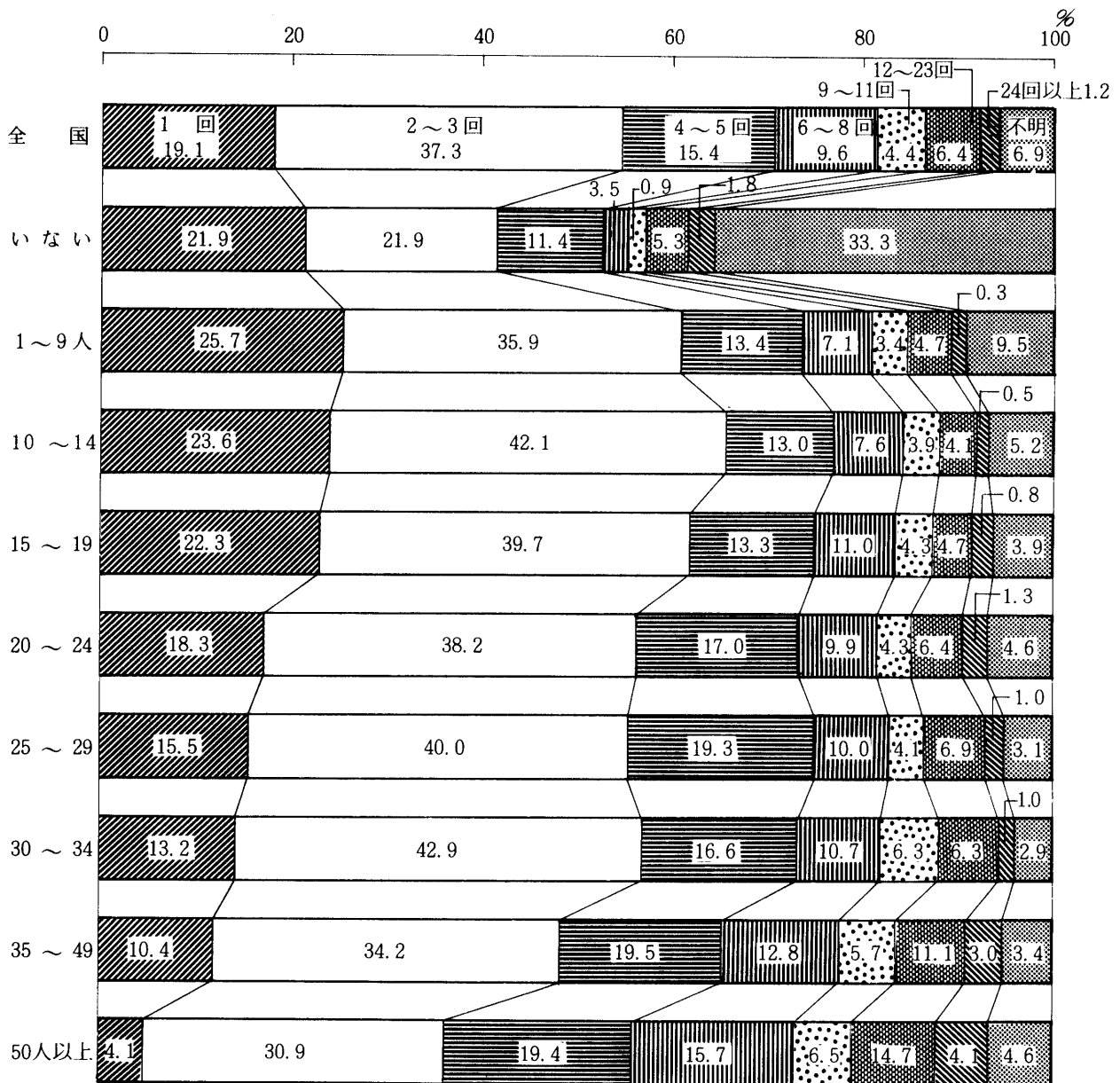


図16 人口10万対保健婦数(駐在, 派遣含む)別 寝たきり者平均年間訪問回数



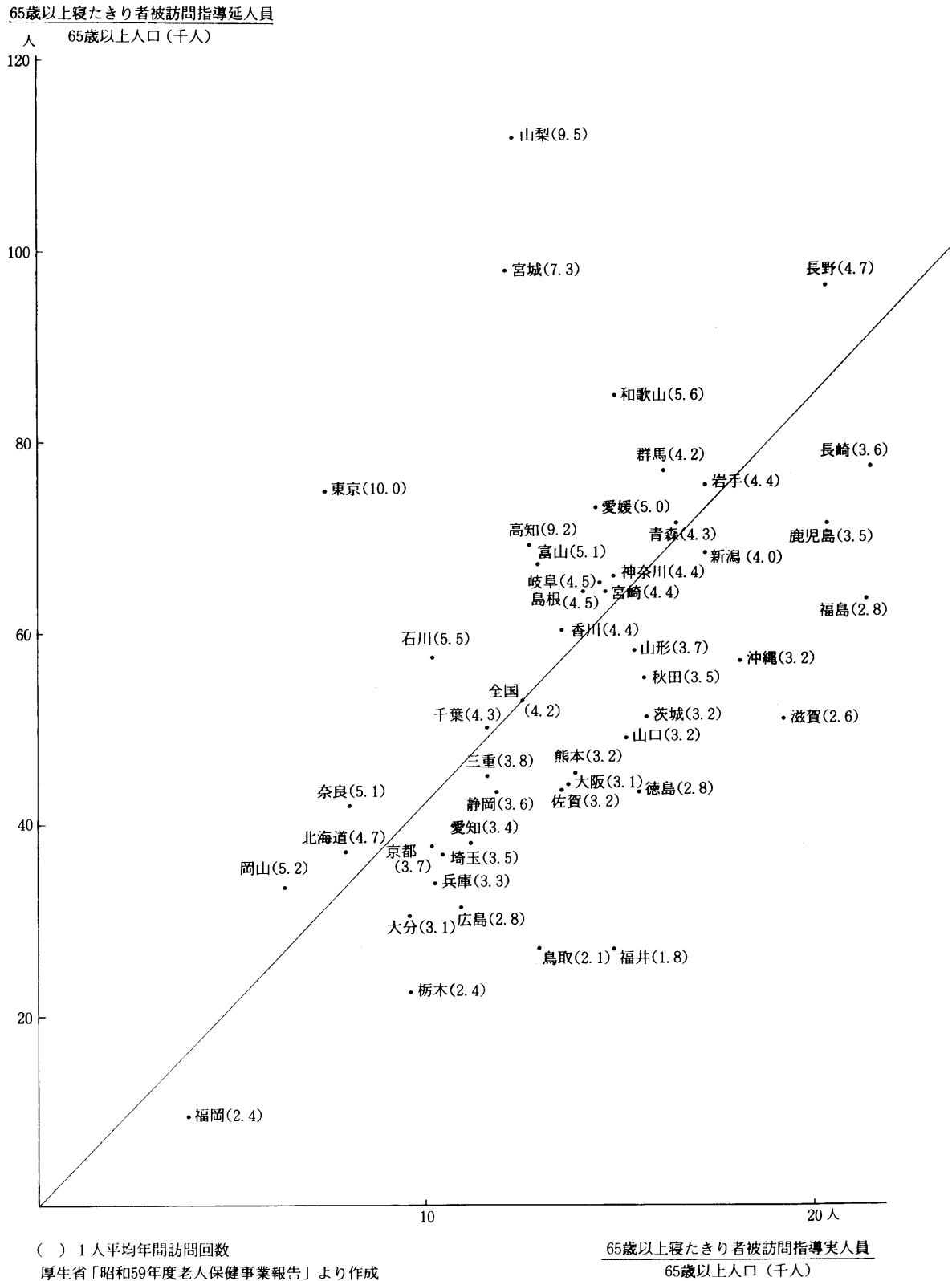
1割(本会「昭和56年ねたきり老人訪問看護事業の実態」より)の市町村しか実施していなかったこの事業が、3年間にこれだけ拡大したという事は、各市町村とりわけ保健婦の努力の成果と考えられる。

ただし、寝たきり者の被訪問者1人平均年間訪問回数(昭和59年度)を各市町村毎に計算し、その分布をみると、「1回」「2~3回」となる市町

村が、それぞれ20.0%、39.5%を占めた<第20表>。現時点では、事業にとりかかるための調査訪問段階にとどまる市町村が多いことがわかる。

一方で、「12回以上」という市町村8.0%あり、実施状況に市町村格差がある。統計調査では質的把握はなかなか難しいが、寝たきり者の被訪問者1人平均年間訪問回数が高い市町村は、訪問指導が定着し、在宅の寝たきり者・家族を支援するま

図17 寝たきり老人への訪問指導実施状況



でに充実していると考えられる。というのは、本当に患者・家族に役立っているからこそ、何回も患者・家族が受け入れていると考えられるし、実際、1～3回の訪問では寝たきり者の在宅療養を十分にサポートし得ないことが多いからである。

それでは、どのような市町村において老人保健事業における訪問指導が充実しているのでしょうか。

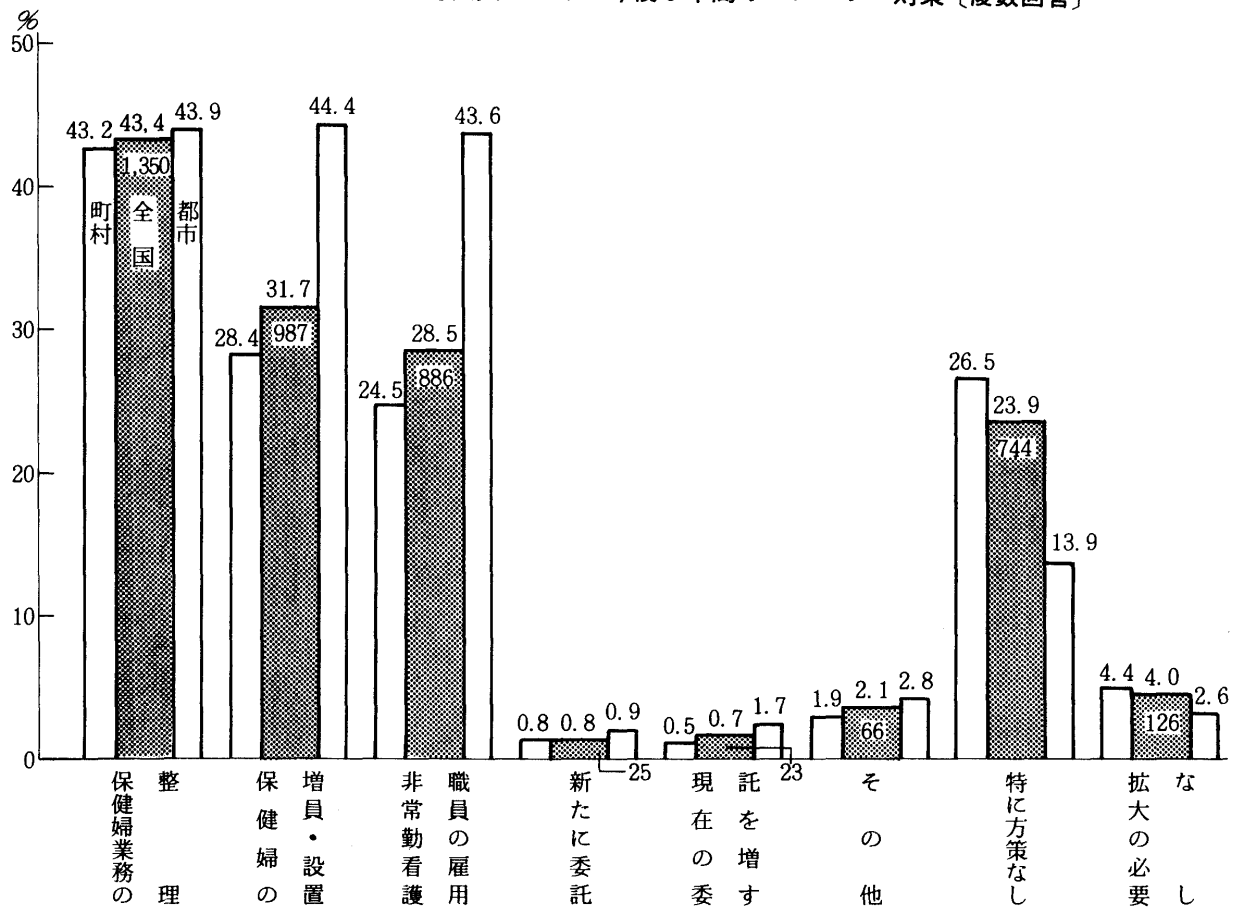
調査結果をみると、人口10万対保健婦数（駐在、派遣保健婦含む）が多い市町村ほど、65歳以上人口（千人）当りの寝たきり者延訪問指導件数〈図15〉、寝たきり者1人平均年間訪問回数〈図16〉が多いことから、保健婦が多いほど訪問指導が進

んでいると考えられる。保健婦が少なく年間訪問回数が少ない市町村では、保健婦は訪問回数を増やす必要があると感じても、保健婦不足から訪問したくても行けないというジレンマに悩むことも多いことが自由記述よりうかがわれた。

人口対保健婦数の少ない町村では県保健所の支援により、都市部では非常勤看護職員の雇用により、実施率をのばしていると考えられる。

県単位で、寝たきり者1人平均年間訪問回数分布をみると、県格差は大きい〈第20表〉。また、「老人保健事業報告」により、65歳以上人口（千人）に対する寝たきり老人訪問指導者数の割合を見ても、実施状況が大きく違うことがわかる〈図17〉。

図18 訪問指導拡大のための今後5年間のマンパワー対策〔複数回答〕*



* 設問「貴市区町村では、今後5年間位の間には訪問指導を拡大するために、どのようなマンパワー対策がたてられていますか。あてはまるもの全てに○をつけて下さい。」

(7) 訪問指導事業拡大のためのマンパワー対策

「今後5年間位の間には訪問指導を拡大するために、どのようなマンパワー対策がたてられていますか」と市町村レベルで計画されているマンパワー対策を聞いたところ、「保健婦業務を整理して訪問指導を拡大する」を選んだ市町村が43.4%（1,350市町村）あり、最も多かった〔複数回答〕<図18>。これは、保健婦業務及び保健衛生事業の見直しを行ない、優先業務を検討した上で、事業内容の再編成や事務職員等との業務分担のあり方を変えていくという建前であるが、建前どうりいかは、上司、他の職員、保健所の姿勢が関係してくる。「保健婦業務の整理」が、保健婦の責任のみで整理せざるをえない場合、保健婦は重要な業務を切り捨てざるをえない苦しい立場に追い込まれる。調査結果では、「保健婦の業務整理」を選んだ市町村の中には「保健婦の業務整理」のみを選択した市町村が641、「特に方策はない」と一緒に選んだ市町村が48含まれていた。これらの市町村では特に、建前どうり、広い土俵で保健婦業務の整理が検討される必要があるだろう。

実質的なマンパワー対策としては、「市町村保健婦の増員・設置」をあげた市町村が31.7%と多く人口対保健婦数が少ないほどこの項目をあげる割合が高かった<第108表>。ただし、正規保健婦がないにもかかわらず、「保健婦の増員・設置」を計画していない所が125市町村もあった。これを含め人口10万対保健婦数（駐在、派遣保健婦含む）が19人以下でも、「保健婦増員・設置」をあげていない市町村が732あった。

「非常勤看護職員（個人委託・嘱託も含む）の雇用」をあげた市町村は全体の28.5%であった。町村より都市部において、都市部の中でも人口対保

健婦数の少ない市においてこの方策をとる所が多かった<第108表>。

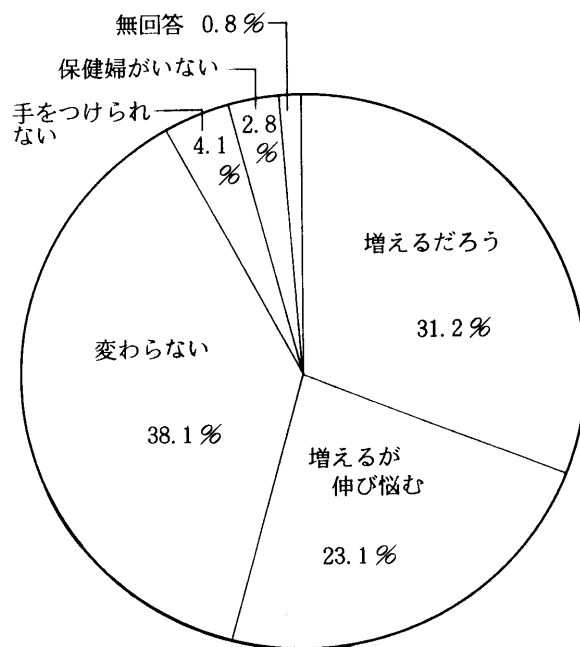
訪問指導拡大のために保健婦増員や非常勤看護職員の雇用を考えている市町村は多かったが、事業委託を考えている市町村は全国で48（1.5%）と少なかった。

「特に方策はない」と答えた市町村744のうち人口10万対保健婦数（駐在、派遣含む）が19人以下の市町村は354か所（81市、273町村）で、これらの市町村では、保健数が少ないにもかかわらず、マンパワー対策がたっていない。老人保健事業の拡大は危ぶまれる。

マンパワー対策についても県格差は大きい<第31表>。

(8) 訪問指導事業拡大の見通しと阻む理由
「それでは、保健婦の目から見て、寝たきり者に

図19 保健婦から見た訪問指導件数の来年度見通し*



* 設問「それでは、保健婦の目から見て、寝たきり者に対する訪問指導件数は来年度増える見通しですか。」

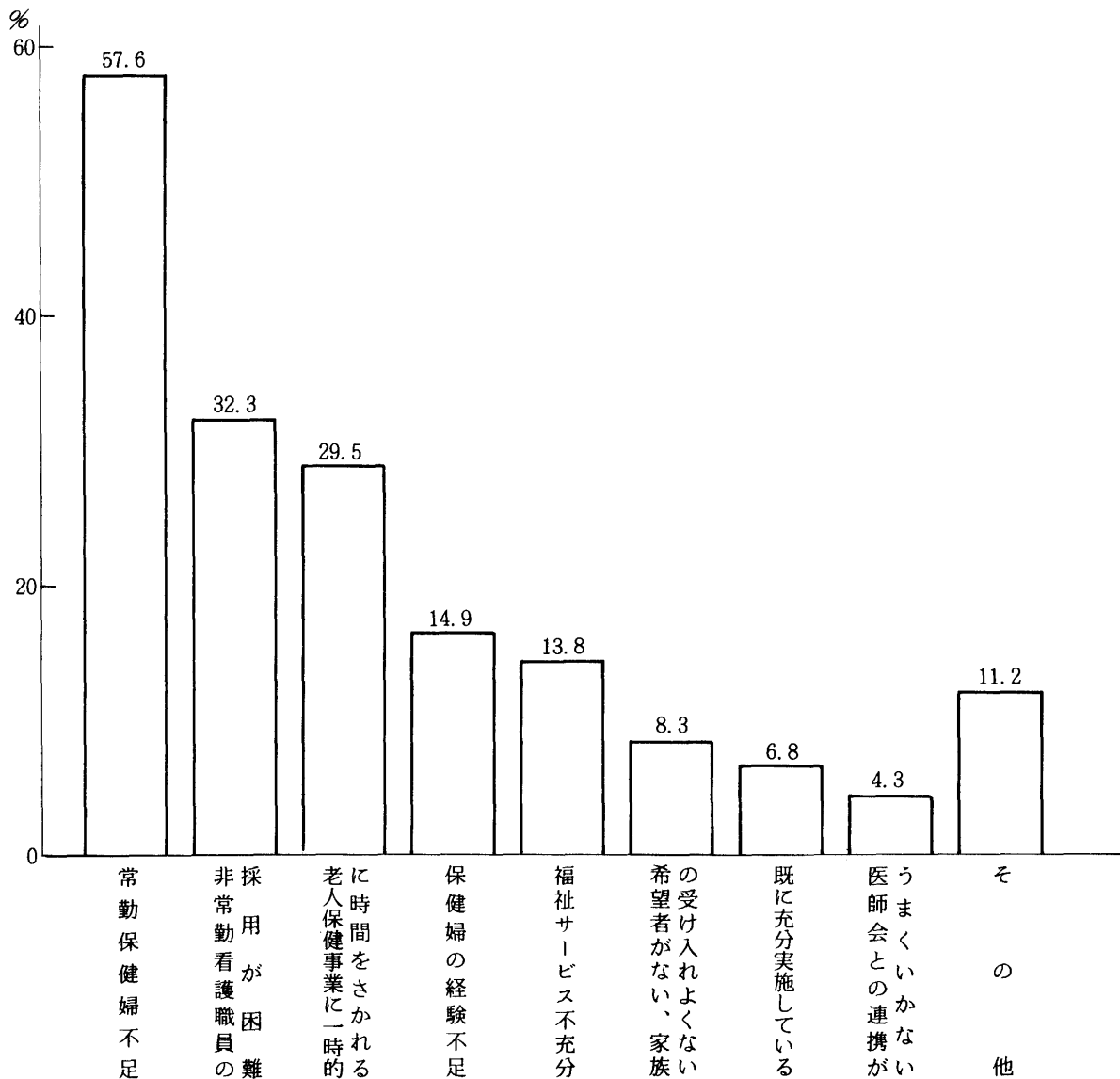
対する訪問指導件数は来年度増える見通しですか」という質問に対し、半数以上の市町村が増える見通しであると答えた<図19>。これは、実際の実施回数と関係なかった。一方、「まだ、あまり手をつけられない」という市町村も129か所（106町村、23市）あった。「変わらない」と答えた市町村1,209のうち、寝たきり者1人平均年間訪問回数が「1～3回」にとどまる市町村が684か所占めている。

寝たきり者への訪問指導件数が増えない理由としては、「常勤保健婦不足」が最も多く57.6%の市町村がこの理由をあげていた。次に多いのが、「非常勤看護職員の採用が困難」というもので、マンパワーの問題をあげた市町村が多かった<図20>。

「保健婦に老人看護の経験が浅く、試行錯誤ではじめたばかりであるため」と、試行段階の悩みをあげた市町村は289か所であった。「あまり希望者がいない、家族の受け入れがよくない」とある

図20 寝たきり者に対する訪問指導が増えない理由〔複数回答〕

（「増えるが伸び悩む」、「変わらない」、「手をつけられない」と答えた市町村のみ）



程度訪問指導してみても生じてくる理由をあげた市町村が162か所あった。質の高い訪問指導の提供が定着すると、訪問指導に対する住民の要求も高まって希望者も増えるという状況があることから、後者については、保健婦等看護側で研修等を活用して内部努力する必要性を示していると考えられる。

「老人の在宅ケアを支えるのに必要な福祉サービスが不十分なので」「医師会との連携がうまくいかない」というシステム上の問題をあげた市町村もあった。「医師会との連携」については、昭和56年の本会調査（「ねたきり老人看護事業の実態」）

では、医師会との関係がスムーズでなかった市町村が12.1%あったが、本調査では訪問指導が拡がらない理由として医師会との関係をあげた市町村は4.3%と低い値を示した。

訪問指導事業は、今後拡大していくと考えられるが、市町村によっては、「手をつけられない」とか、訪問回数が少ないにもかかわらず「変わらない」と答えた市町村もあり、保健婦確保、研修、関係機関との調整、福祉サービスの充実など国の方策や県、保健所のバックアップがなければ、それが困難な所もあるといえる。

図21 機能訓練の対象者の把握方法〔複数回答〕

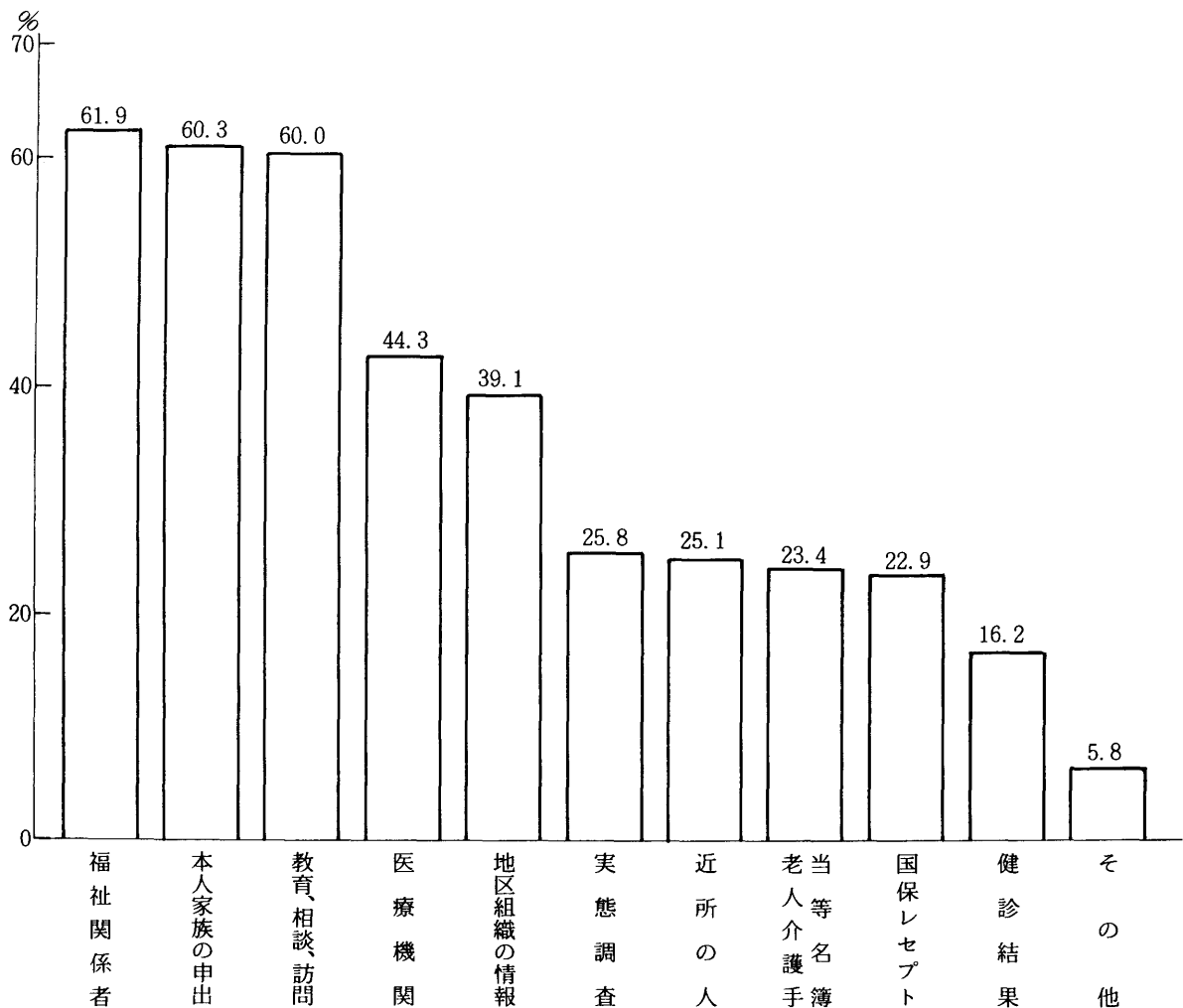
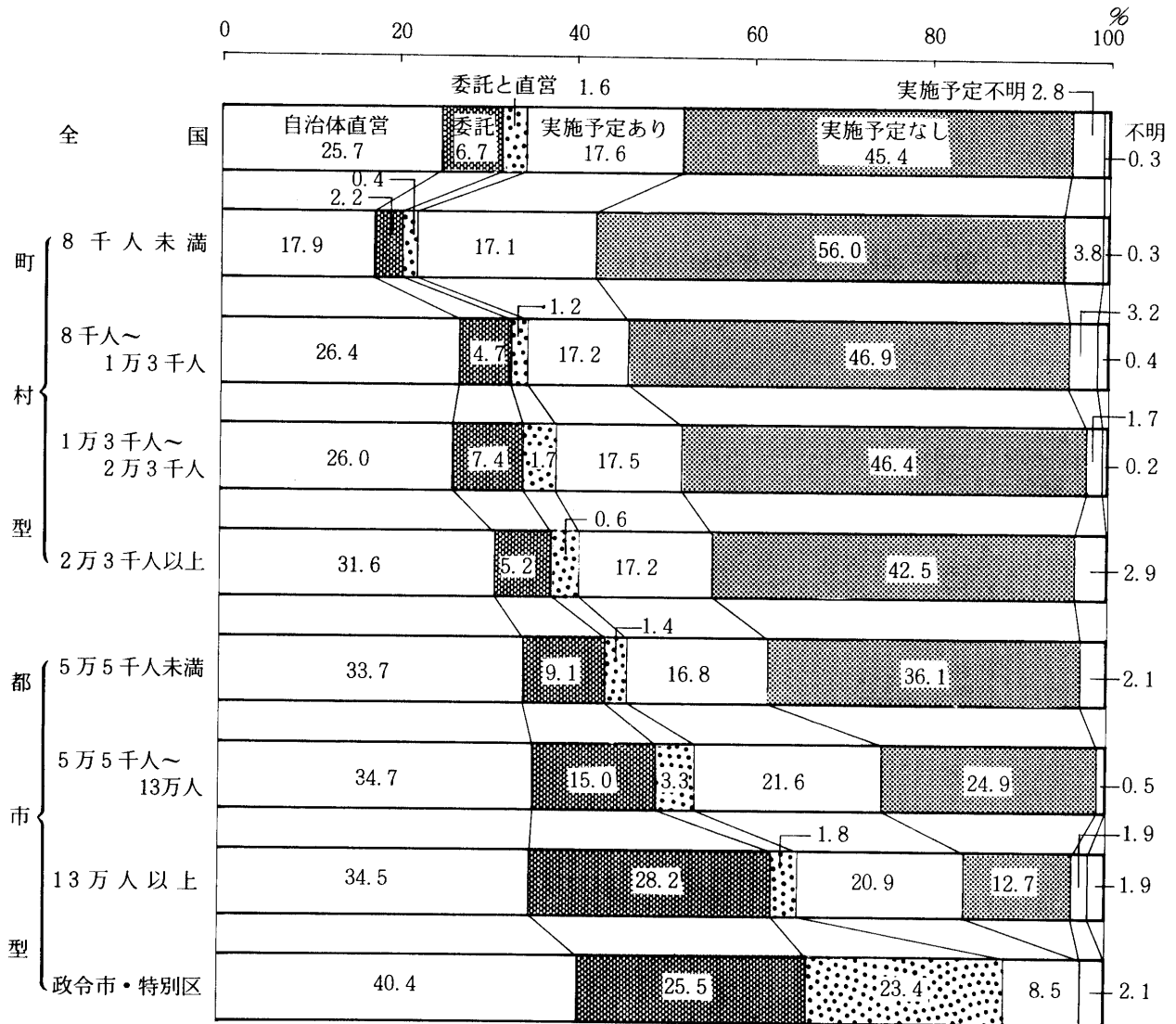


図22 市町村類型別 機能訓練実施状況



3. 通所による機能訓練

(1) 機能訓練対象者の把握の有無と方法

通所による機能訓練の対象者については、「ほぼ把握している」26.1%、「一部把握している」19.1%で、「把握していない」市町村が51.9%と最も多かった<第33表>。これは後に述べる実施率の低さからきているものと考えられる。

一部でも把握している市町村の把握方法は<図21>のとおり。訪問指導の場合と同様に、「本人

・家族の申し出」は、大都市ほど多い<第77表>。

(2) 機能訓練事業の実施状況と実施予定のたたない理由

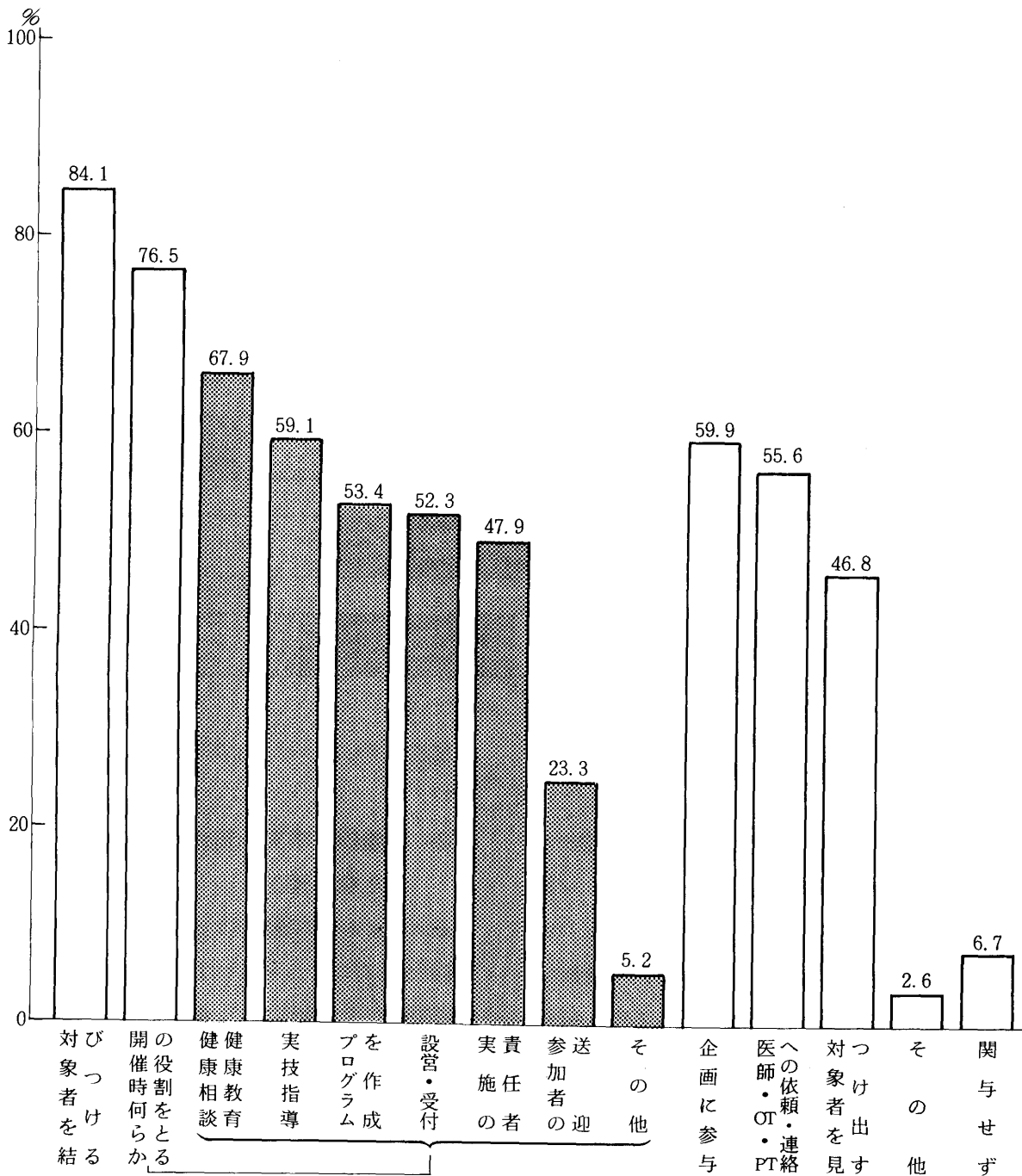
通所による機能訓練事業を実施している市町村(補助金の有無にかかわらず)は34.0%で、多くの市町村がまだ実施していない。あまつさえ45.4%の市町村では実施予定さえたっていない<図22>。実施予定のたっていない市町村はその理由として、「場所・設備が整わない」(66.5%)、「協力してく

れるPTがない」(52.5%)を多くあげている〔複数回答〕〈第38表〉。

この理由を裏付けるように未実施及び実施予定のたたない市町村は人口規模の小さい市町村ほど多い〈図22〉。

また、実施状況は県格差も大きい〈第35表〉。実施予定がたたない市町村の割合が最も多いのは「和歌山」(82.0%)、「大分」(79.3%)、「島根」(74.4%)、「福岡」(72.2%)で、最も少ないのは、「神奈川」(2.8%)、「東京」(6.0%)、「石川」

図23 機能訓練への保健婦の関与〔複数回答〕(保健婦のいる実施市町村のみ)



(12.2%)、「滋賀」(14.0%)と大きな開きがあった。リハビリに熱心で実績のある病院の存在や県行政の方針が、保健婦の研修、PT・OTの協力などの面で影響し、市町村としての機能訓練の取り組みに反映しているのではないかと推測される。

また、調査時点は未実施だが、実施予定のたっている市町村の実施予定年度をみると、実施予定市町村557のうち380(68.2%)は、第一次5か年計画の最終年度(昭和61年度)までに実施する予定であった<第35表>。

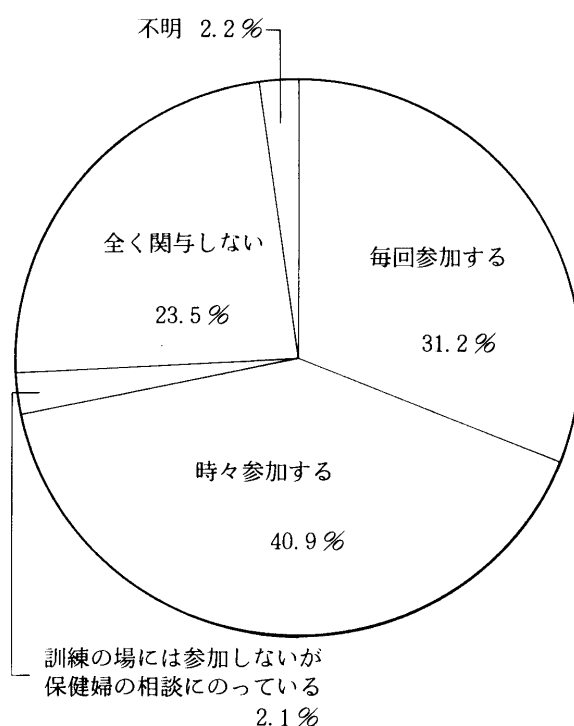
(3) 機能訓練への保健婦の関与

通所による機能訓練事業実施市町村において、事業開始時の保健婦のかかわり方をみると、「直接企画した」市町村が63.5%と最も多かった。「積極的に意見を述べた」(14.0%)、「意見をきかれたので述べた」(11.8%)で、「かかわらなかった」市町村は10.7%であった。機能訓練の企画へも保健婦のかかわる市町村が多い。昭和59年度の事業計画立案時の関与もほとんど同じであった<第40表>。

機能訓練を実施し、保健婦もいる市町村では機能訓練の実施に保健婦がノータッチで保健婦業務との連携がない市町村は70(6.7%)と僅かで、「保健婦の把握した対象者を機能訓練に結びつける」市町村が84.1%にのびた<図23>。「企画に関与する」市町村も59.9%を占め、保健婦が企画段階で関与することも多く、それと共に、実施レベルでも「実施責任者となる」(47.9%)、「プログラムを作成する」(53.4%)、「機能訓練・作業療法・リクレーション等の実技指導」(59.1%)と運営や訓練内容に保健婦が深くかかわる市町村が多かった。

保健婦は、「訪問指導を実施していく中で個別ケ

図24 機能訓練へのPT又はOTの参加
(実施市町村のみ)



アの限界を感じ、又、患者・家族の要望もあって、患者の生活機能の拡大や維持を図るための集団機能訓練の必要性を感じる」(自由記述)ことが多く、そのため深くかかわっていていると考えられる。時には、「設備がなくても、保健婦、関係者の熱意により保健所等と連携し、事業開始した経過がある」(自由記述)にみられるように、保健婦が条件の揃わない中、何とか状況を切り開こうと努力している姿もみられる。

また、保健婦が「参加者の送迎を行なう」市町村もある。この中には、単に人手の一人として保健婦が行なう場合もあれば、訪問指導等をつながりのある保健婦が迎えに行くことが対象者の健康状態のチェックや配慮に必要であったり、患者・家族の出席意欲に結びついている場合も含まれているであろう。

(4) 機能訓練へのPT・OTの参加

通所による機能訓練を実施している市町村のうち、PT又はOTが「毎回参加する」市町村は31.2%で、「全く関与しない」市町村も、23.5%あった<図24>。

PT又はOTが「毎回参加する」市町村は人口規

模が小さくなるほど少なくなる<第81表>。PT又はOTの協力を得たくても、周りにいない町村では、必要性を感じた保健婦の熱意により、工夫しながら機能訓練事業が始められているといえよう。

また、県による格差も大きい<第37表>。

III 家庭訪問と事務業務

1. 家庭訪問件数

本調査で昭和53年、57年、59年分について、保健婦の家庭訪問による年間被訪問延人員を記載してもらったが、昭和53年については不明の市町村が多いため、昭和57年、59年分のみを集計し、比較した。その結果、家庭訪問総件数が「10%以上増加」した市町村が36.8%、「10%以上減少」した市町村が32.2%であった<図25>。

昭和57年から60年にかけて保健婦を増員した所

では、昭和57年から59年にかけて家庭訪問総件数も増加した市町村の割合が高く、保健婦数が減少した所では、家庭訪問総件数も減少した市町村の

図26 家庭訪問総件数が減少した理由〔複数回答〕
(昭和57年～59年にかけて10%以上減少した市町村のみ)

図25 各市町村の家庭訪問総件数の変化
(昭和57年から59年にかけて)

