

## 付 在宅ケアを推進する上で、保健・福祉・医療等について 日頃問題だと感じていること（自由記述）

この質問の回答を自由記述で求めたところ、ほとんどの市町村保健婦が回答した。その内容は、住民のニーズやサービスの現状、および問題点、在宅ケアを推進する当事者としての課題、抱負などであった。

具体的な内容は、各市町村の状況によりそれぞれ違っているが、保健婦の視点や思いが出ているので、大まかに分類してその一端を紹介したい。

### (1)在宅サービス・社会資源の量的不足

- 福祉については、住民から相談されることが多いが、（痴呆老人等）適応できるような制度がなく（又、少なく）、本当に欲している住民に対し、話を聞くことぐらいしかできない。保健衛生関係は保健課、福祉関係は住民課と社会福祉協議会が担当しており、現在保健婦は1名保健課に所属しているのみであるので、各課の連携がとりにくく、又住民課、社会福祉協議会から訪問ケースを紹介されても、事務等の業務が多くなかなか訪問することができない。
- 医療圏が広いため、主治医との連携が難しい。福祉サービスの量は増えているが、デイサービス等委託施設側の細かいサービス対応が難しいため利用者が少なく、こちらも紹介しにくい。
- 65才以上の高齢化率が年々高くなっている。一人暮らし41人、寝たきり者15人を、家庭奉仕員4人（4地区に1名ずつ配置）と連携をとり、ケアしているが、老夫婦世帯も増えてきていることから奉仕員等の増員により密なケアが必要かと思う。家庭での介護が困難なため、施設入所のあきまちのケースが3人いる。痴呆性老人が5人（12月2人死亡）。村内4地区のうち、国保診療所（本庁より約30km離れた場所）と3地区（本庁）には、内科・小児科医2ヶ所あるが、それ以外の診療は村外に出なければならない。
- 当町は転入による人口の急増がめざましく、現在高齢人口は9.5%である。しかし年々老人世帯や介護者の高齢化等の問題が出てきている。現在はまだ町独自のデイサービス等を実施しておらず、早急に取り組まなければならない課題である。3～4年後を目安に、現在の健康センター（保健センター＋国保診療所）と福祉センターが併設された構想が出てきている。その中で、デイサービス、在宅介護支援センター等も含めた総合的な取り組みを考えていけたらと思う。
- 兼業農家が多く、若い人は勤めており、在宅ケアを推進するうえで、介護者の問題は大きい（その家庭のなかでは生活がかかっている）。又、それらの介護者を、支援・協力する行政側の対応とし

ても、保健婦1名、ホームヘルパー1名という状況で、マンパワー不足から十分な事業の推進はむずかしい。そのうえ、ショートステイ、デイケア等実施する施設が村内にはなく、他市町村に依頼している状況であり、老人の多い本町としては重要な問題と思われる。

- マンパワーの確保が第一である。現場で働くお互いの人が、相手の業務の理解や意欲を向上させるための連携を深めていく必要もある。制度や機能をつなぐだけでは真の在宅介護者の支援になれない。また、画一されたサービスでなく、老人世帯の多い地域には、家屋改造や食事の宅配など、今以上の生活向上のサービスが必要である。
- 小さな市町村では、専門教育を受けた人がいないので、積極的に福祉サービスを行う姿勢もない。連携をとりたくても、利用できるサービスが貧弱なのが現実である。
- 対象者の把握が不十分。特に寝たきり予防のための施策がシステム化されていない。窓口が一本化されていない。組織化されていないので、家族、福祉職員から連絡のあった事例の相談を重視していることが多い。家族の介護力が期待できない事例（高齢、核家族など）が多い。特に食事と排泄の問題が多く、ホームヘルパー等も絶対数不足により在宅ケアが困難で施設をたらい回しされている。住宅も狭くマンパワーも施設も不足している中で在宅ケアは無理と思われる。
- ショート・ステイできる施設が皆無である。あっても他町であり遠く、いつも満員で必要なときに利用できない。
- 在宅で病人の世話をしている方々（寝たきり老人のお世話も含む）は、心身共に疲れ切っておられるのが現状である。よく耳にするのは「褥創の処置とか、カテーテルの交換など、開業の先生のところの看護婦さんがしてくださる。それよりも、おしめを替えたり傍についてもらって、1日ゆっくり体を休めたり眠りたい…。いわゆる付き添い婦さんか家政婦さん、どなたか知っておられませんか？」という言葉である。このような言葉が言われたいような体制がとれなければ在宅ケアは推進できないのでは？と思う。地方では訪問看護（器具等を装置されて退院されるような場合）を必要とする患者の場合、公的病院から退院されてもすぐ私立の病院へ入院されるケースが多々ある。（県内外の病院へ）形だけの在宅ケアシステムにならないよう、このような現実にももっと目をむけてほしい。
- 在宅ケアを可能とする条件設備が必要。給食サービス、デイサービス、入浴サービスなどのサービスメニュー充実がもっと必要。緊急時の医療の対応が保障されることも。福祉・介護器具を借りたいときにすぐに借りられない（台数が少ない、手続きに時間がかかる）。マンパワーの不足。
- 痴呆老人で徘徊等がひどく、特別養護老人ホームのショートステイも断られるケースがあり、在宅でのケアがスムーズに行えないケースもあり、老人ホームの整備が必要。本町において在宅ケアを支援する職種は、保健婦1名、ホームヘルパー1名。又他職種がどうかかわっていくのか、明文化したのも必要であるが、現在できていない。
- 当町では現在、高齢人口が25.5%に突入している。10年後には40%近くになると予想される。高齢者率が増加する中で、行政として窓口の一本化、人的確保、施設の充実が急務である。平成5年には老

- 人保健施設、高齢者生活福祉センターを設備していく計画あり。ヘルパーの増員、理学療法士の雇用など人的確保がまず重要と思われる。
- 看護指導でなく家族は「介護力」を求めているにもかかわらず、そのニーズに応えられない。市役所のなかに在宅ケアの専属課がなく、サービスの種類により申請窓口が違う。在宅ケアを専属にする保健婦がおらず、他の業務との中で細々と活動がつづいている感がある。
  - マンパワー確保、財政確保の計画が重要となる。現在の福祉は寝たきりになった人に対し、物資面の援助が中心となっている。これからはそうでなく、この人が寝たきりにならないようにベットを貸し出したり、或いは車椅子を貸し出したりしていくように、保健・医療・福祉がしっかりした役割分担をしながら2人3脚で推進していかなければならないのではないだろうか。コーディネーターは市町村において現段階では保健婦がすべきと思われる。
  - 家庭介護力の低下、核家族化など在宅ケアの推進は困難な状況がある。ましてや、独居の障害老人の支援体制は現実では不可能に近い（住環境、マンパワー、住民意識、財政力等）。今目前に手を差し伸べられる人を老人は求めている。チームを作り、連携云々などを言ういとまもない。もう一刻も待てない老人の声が聞こえる。在宅ケア推進は、地域で、家族で老人を孤立させない社会づくりが急務である。そしてもう一つは、今手を貸せる人が一体どこにいるのか、誰なのかという現実を見据えて対応することである。施設ケアが望ましいと考えられるケースがないのもまた事実である。
  - 総合的に受け入れる体制がまず必要と思う。在宅ケアを進めるとしたら24時間体制がどうしても必要となる。理学療法士・作業療法士・言語療法士はリハビリを実施するには必要職種として感じる。地域における開業医（歯科医師も含む）の協力体制と公立病院の協力が得られなければ進展しないと思う。現場での実態が把握できないでいるため、今後の見通しがたてられないでいる。介護者が必要とするときにいつでも利用できる施設対応がほしい。
  - 現状では介護力がないのに在宅療養していることはなく、病院（空床多い）や特別養護老人ホームが代行している部分が多い。しかし、今後介護者の高齢化が進むと、施設で対応しきれなくなることが考えられ、それまでには対策を確立しておく必要がある。当町の課題としては、家庭での介護者に休日を提供できるようになること、デイサービスの拡充で閉じこもり老人の減少をはかること、ヘルパーの研修、ボランティアの養成をすること、障害を持つ老人が広い地域に点在しているので、機能訓練やデイサービスにおいて、送迎の能力を大きくすることなどがある。
  - 中心となるヘルパーの処遇を改善する。研修を強化し、介護をできるようにする。人数を増員する。また在宅者の食生活改善策として給食サービスは急務と思われる。事業をささえるボランティア育成が遅れていると思う。さらに、在宅ケアの継続は、よきホームドクターの往診体制が必要である。我が町では、この体制が欠如していると思われる。
  - 保健・医療・福祉全般にマンパワー不足と財源不足を感じる。徐々にサービスのメニューは増えているが、在宅ケアを支えるものにはまだまだ程遠い感がある。又、在宅ケアを進める上で、施設面の整

備も併せて進めていかないと安心して在宅ケアに取り組んでいけないのではないかと。ボランティアの育成、ボランティアの活用等も在宅ケアを進める上での鍵となろうが、地域性からみると非常に立ち後れている感じで課題が多いと思っている。

- 連携不足。医療・福祉は独自に走っている面が強く、在宅ケアの継続が困難となった場面において、調整に苦勞する。メニューは多いが、24時間生活の場への毎日の支援体制が不備。
- 在宅における介護力が低下しているので、在宅ケアを推進するには在宅福祉の充実が必要である。ホームヘルパー等の24時間体制を考えていくべきではないかと思う。
- 在宅を可能にするには家事援助、給食サービス、訪問看護等の在宅サービスの量の確保が第一であるが、毎日サービスを提供するには程遠い現状がある。
- 保健・医療・福祉の連携は、保健衛生業務を行う私達にとっても、又住民のよりよいサービスという点においても望まれることである。連携してゆくために、当町では、医療機関の整備、質的向上がまず必要ではないかと考える。常勤の医師が定着せず、常に医師不足があり、救急医療体制が不備で専門機関が少ない。又高齢化が著しいため、老人を介護する者も高齢化してきている中で、退院後家庭生活が可能になるまでの中間施設や、24時間対応できる介護支援体制など、今後の課題と思われる。
- 保健・医療が充実しても、福祉面での支えがないと、在宅での療養は困難をきわめる。家族および外部からの支援により、住み慣れた地域社会や家庭で療養できるようにしていくことが重要となってくる。現在はホームヘルパーが行政の中にいるためAM8:30~PM5:15勤務で、本当に必要とされる時間帯、早朝・昼・夕方への支援がなされず、大変だから施設へというケースが少なくない。ホームヘルパーを増し変則勤務し、ヘルパー側からの都合のよい時間ではなく、ケースの方から必要とされる時間に支援できる体制づくりをし、そのうえに保健・医療との連携を密にして充実していければと思う。又、生活の基盤の支えとなる地区組織の活性化をなお一層力を入れねばと思ってる。
- 夜間の対応が困難である。保健・福祉の連絡はとれやすいが、医療は日々が多忙なためか連携がとれにくい。マンパワーの絶対数が不足している。
- 訪問看護婦や家庭奉仕員が、準夜帯ぐらいまでは訪問し、在宅ケアを支援できるようなスタッフ数と勤務体制が必要。
- 住民が限界まで問題を抱え込み、制度の活用に消極的になることが時々ある。保健婦が訪問診療を必要と感じた時に、村委託の診療システム等がなく、支援するのに時間がかかる。訪問指導の面でマンパワーの不足を感じる。
- 在宅ケアを推進するために必要な受皿（施設）が充足されていない。デイサービス、ショートステイ、老人保健施設等、地元にあることが不可欠であると考え。開業医は大勢いるが、往診を考えてくれる医師が少ない。在宅になると往診してくれる主治医がいないと、緊急時の対応が非常に難しく家族も不安である。
- 老年人口23.1%（平成3年2月現在）。過疎化・減少がすすむなか、介護者の高齢化も進み家庭の介

護力が落ちてきている。さらに、医療機関が村内に一ヶ所と、往診する体制もできてなく難しい。家庭の介護力に依存する部分が大きすぎるため、高度な医療器具の装着しているケースになると対応しきれない不安がある。

- 福祉の老人、身障の担当者は事務職が交替で担当しているため、個々のケースへの制度の対応が中心となり、在宅ケアを推進するためのシステムづくりを行うことが難しい。今後連絡会議等を作り、保健衛生部署が中心となってシステムづくりを行っていかねばならないと考えている。
- 痴呆老人等の増加に伴い、在宅ケアに関する問題も大きくなってきているが、適切な入所施設も少なく、デイサービスを受ける施設も当町にはない。ゴールドプランの中で、町村も独自の計画を樹立するよう促されているが、保健婦やヘルパーと違い、福祉担当者は身にせまった問題としてとらえにくいいためか、対策の取り組みがほとんどされていない現状である。
- 在宅ケアの推進には、介護可能な家族がいるか、訪問看護婦やヘルパーを北欧並に充実させるしかないと考える。当町では人口の高齢化はますます深刻、老人世帯や独居老人世帯も増加しており、家族による看護は望めない状況である。現在の国の福祉政策では、家族の介護に対して少し援助ができる程度に過ぎず、要介護者一人の世帯ではまったく問題にならない。過疎、人口の高齢化等深刻になる一方なので地域により補助基準等の考慮がほしいと思う。又、福祉、医療に携わる看護職を含む職員の労働条件が改善されなければ、マンパワーの充実は望めない。
- 老人人口が25%を超えており、今後老人対策が急務である。日常生活用具、入浴サービスは実施されているが、デイサービス事業がなく将来的にも計画がない。要介護老人を抱える家庭では、ショートステイ、デイサービスのような事業がますます必要となってくると思うが、村独自では対策が進まないのが現状。又、かりに制度ができて、介護に疲れた家族や嫁が「気軽に利用できる」というには、住民の意識が変わっていない（世間体など）。そのことが対策の遅れを生んでいるのかもしれない。
- 老人世帯が多いので介護力が低く、在宅で長期間いつづけることは難しい。ショートステイなど福祉サイドのメニューが数多くあれば、組み合わせた利用が望ましいが、メニューをそろえるにはまだ時間がかかると思われる。また、ヘルパーを頼むときなど、福祉制度利用に対して利用者側にこだわりがあり、スムーズな利用に結びつかない傾向がある。
- 現在在宅ケアを必要とするケースは1人あるのみで、これについては保健婦、ヘルパーの連携により支援を行っている状況である。ただし、当村は農家が全戸のうちほとんどの割合を占めており、家族と同居している老人は介護を必要とするようになると施設、病院へいわゆる”社会的入院”をする。在宅ケアにしなければならないということは言いきれないということと、社会的入院の手前のレベルでの支援が検討されるべきであろう。
- 福祉（制約が多い）や医療面での受皿がないため、保健婦はケースを多く持っているが、他のサービスへつなげられない。

**(2)行政内のマンパワー不足**

- 地域がら医療面で恵まれておらず、看護職、特に正看護婦がいない。町内の医療機関においては、資格のあるものが少なく考え方においても遅れている。保健婦のかかわりでは、他の業務におわれ手が回らなく、今後少しの増員が予想されているが、行政改革もあり在宅ケアを充実させるだけの余裕もない状況。寝たきり者への介護面でのサービス（清拭、洗髪、入浴）はホームヘルパーの方に頼っているが、ヘルパーの人員も少なく対象者も増加し、サービス時間も短縮気味で十分なサービスが提供されない。ヘルパーの人員が確保されても給与等の待遇面で大変遅れている状況で、町村により差もあり、確保が危ぶまれる。
- 県立病院や開業医でも看護職がいない。人材の少ない地域では身分が不安定であるとなおさら、看護職を求めにくい。保健・医療・福祉の三者が同じテーブルで話し合うことが今までにない。切り詰めた予算と人員で仕事をしているため、これ以上仕事を増やしたくないというのが実情であろう。保健婦がリーダーとしてよく言われるが、係長とスタッフの体制で、会計事務から一般事務まですべて係でこなさなければならない体制では、調整までの余裕がない。上層部の考え方の問題が大きい。
- 保健・医療・福祉が各々管轄部署が違っているため、連携がとりにくい。市全体の職員数がきわめて少ないため、在宅ケアのような時間のかかる事業にはなかなか仕事の配置ができない。そのためパートの方に任せているが、時給も少ないのが現状。訪問のための車も少ない。
- どこもマンパワー不足で、それを補うにしても常に安上がりにしようと考えている。国自体がそういう方針なので、市町村でも臨時職員やボランティアで対応しようとしているが、それでは正規の職員に負担がかかりすぎ、常に現場で不平不満の声が聞かれる。
- 入浴サービス、デイケア、訪問看護、リハビリ等担当する人たちの確保は必須であるが、何しろ人間相手だから、意欲が大切。働く条件も含めて人の確保が、田舎で人材を求めにくい当町では大変な問題である。福祉・保健は行政としておりてくるが、医療、とくに当町のように過疎化の進む町では若い医師が居ついてくれず困っている。大きな病院やきちんとしたシステムの中で働く人は、いい仕事もできるし、やりがいもあるのだろうが、昔のような地域医療まで考えて働いてくれる先生が高齢化しており、そのような人材が求めにくいのは悲しいかぎりである。
- 現在在宅ケアには、ホームヘルパー3名（社協）と町保健婦がかかわっているが、町保健婦は年間の事業等に追われ、ほとんど訪問ができない状況である。ホームヘルパーは11月より増員され、3名になったのであるが、ヘルパーサイドでも、専門職にある程度かかわってもらわないと不安という声が多く聞かれている。これからの在宅ケアの充実のためには、看護婦（士）、保健婦を非常勤であってもいいから増やす必要があると思う。医療→保健、医療→福祉の連携がうまくいっていない。例えば、退院した者の情報は、現在、近所の人、家族に頼ることが多い。
- 交通の便が悪く、対象者数の変動も大きい（訪問看護を例にとれば）ため、訪問看護婦の確保および定着が困難な状態がたびたび起こることが、もっとも大きな問題と思う。

- 現在、保健・医療・福祉を一体として考えていく方向に進んでいるが、当町の厚生課内では、保健衛生、老人、身体障害者福祉関係の係が机を並べて仕事をしているにもかかわらず、「これはあなたの仕事、私の仕事ではない」というように考える傾向があり、横の連携を同じ事務所内でありながらもとりにくい。その原因を考えてみると「今の仕事で手いっぱい。これ以上仕事を増やしたくない」という訴えが聞こえるように思う。町村にはいろいろな事業がおろされる一方、行政改革の名のもとに人員減が行われている。保健婦は増員されても事務職員の欠員補充では、保健婦が事務的な負担を担うようになり、保健婦としての活動が十分できない。今のままでは国のかけ声だけで、実際に住民のための福祉となる方向に向いていくのだろうかと不安が大きい。
- 行政の合理化の中で、職員数が削減されどこの課も多忙な毎日が続いている。高齢社会が進む中在宅ケアのニーズが高まっているが、3者の連携も総合的なものになっていない。地域の在宅ケアをどうするということについて先を見通した深い話し合いはできていない。それはリーダーをとる人がいないということが一番の理由だと思う。その調整役が保健婦だと思うが、小さな町ではスタッフ不足で保健婦の受け持つ業務も多く、その役目を果たせないでいる。このたび老人保健福祉計画の策定が各町で義務づけられるのを利用して在宅ケアシステムづくりを中期的作成のうえで実施出来たら、と思う。
- スタッフ不足である。事業に対しては助成が出されるが、人的助成なくて困る。国、道の考えも、市長の問題意識及び組織改革の必要性や人的不足の認識にまで至っていない。したがって、保健・福祉の連携を強められずにいる。
- マンパワーが問題。福祉も保健も、事業が町村におりてきても増員されない。福祉も職員が転課すると、又始めからやり直して経過がわからず、住民サービス低下となる。
- 保健、福祉が合体してよりよい在宅ケアを推進することは、必要であり理想ではあるが、現在の人的配置では保健衛生事業に在宅ケア業務が追加されるということは無理が多く、かかわれないというのが現実と思う。専門的な人的配置ができるよう、事業への補助はもとより人的なものへの補助が先決と思われる。
- 平成4年度の着工にむけ、現在福祉センターを建設中。しかし在宅ケアを行うためのマンパワーが地域のなかに絶対的に不足している（在宅看護婦及び栄養士は0、在宅保健婦が1人）。福祉関係の担当者と横の連携はある程度ついていると思うが、実施が上記理由によりできていない現状である。
- 厚生省が保健・医療・福祉の統合を言いだしたことは、現場を担う者として同感であるが、現在ではその体制をどう整えるか非常に難しい。マスコミや住民ニーズばかりが先行しており、パワーはまったく不足している。人出を確保するのが困難である。地方自治体の責務として在宅ケアを実施したら、それなりのパワーを義務づける、法律なり条例を制定すべきではないか。現場では今パワー不足で悲鳴をあげている。
- 都市部と郡部では、全ての面において大きな格差がある。とくに医療においては、医療過疎、看護婦

不足は解決されないまま、老人人口のみ高くなっている状態である。行政サービスとしての保健・福祉はある程度のレベルが維持できて、医療とのつながりについては多くの問題を抱えている。たとえば、協力体制をとれる医師、病院がない。内科以外の病院はない。医療と連携がとれるほど保健婦の稼働にゆとりがなく、1～2名のケースで手いっぱいになる。医療依存度の低い人なら在宅を支えられるので、保健婦の増員が現在の問題を改善するいちばんの近道だが、課の要望が通らない。町当局は保健婦より事務職の採用を希望。理由は「保健婦は人事異動させられないから」とのこと。町としては保健・福祉にあまり重点をおいていない。

- 保健婦の事務量が多すぎて動きにくい（新年度から1人増員予定ではあるが）。この背景には次のような状況がある。これまで健康問題に町行政担当者が前向きに考えていなかった。トップの入れ代わりでここ2～3年にきてやっと建設土木などよりも健康が大切ということになってきた。また、事務職員の事務担当量が多すぎて、一人で厚生、保育所、児童手当、環境というように何もかももたさされていて、この4月にやっと福祉の係ができて、身障や特別児童福祉手当の事務がはずされた。これまでは1人の人がこれらすべてを持っていた。住民課のなかに、戸籍、年金、福祉、厚生、健康づくりがあり、スタッフの数も少なく住民課長が保育所所長までかねている。
- 町の保健婦活動は、赤ちゃんからお年寄りまでの各種検診業務から、訪問活動、健康相談、衛生教育、地区組織の育成（成人、精神、アルコール問題）と幅広く、その中の訪問活動は充分時間がとれず、老人に対しては寝たきり老人を年間最低1回の訪問と介護学級で把握し援助している。寝たきり老人の訪問は、現在問題の顕在化しているケースへの対応に手いっぱいの状況で、といって成人病予防のための、健康期からの健康相談や教育をおろそかにできない。健康づくりや在宅ケアの担い手を育てる地区組織の育成も重要であり、在宅ケアを推進するためにマンパワーの確保が必須である。本町も次年度から特老のデイサービスセンターの併設等施設の整備が整っていくなかで、保健婦の増員は必須である。
- 現在の保健婦数では、今後の高齢化社会には対応できない。市町村保健婦の充実及び市町村事務担当者の整備をきちんとすること。県段階でも3つの分野の連携をしておいてほしい。市町村ではケースを通じて対応できて、それ以上の施策に入っていけない。
- 在宅ケアを推進するため保健・医療・福祉の連携がますます必要となってきている。訪問指導業務割合が激減するなかで、保健婦がそのコーディネーターとしての役割を担うには、訪問ケアの部分のマンパワー増員が急務である。
- 診療所と連携して実施していくのだが、まだ診療所看護婦のなかでは在宅ケアに関して知識が充分でないところがあり、話し合いで難しいところがある。又福祉担当者は住民課長が担当者であるため、スムーズに行動に移せないときがあり、近年福祉の業務が増大している中、職員の増員ももっと考えてほしいと思う。
- 保健医療の面で、医療を必要としている寝たきり老人などは、保健福祉制度を必要とするケースが多



い。保健を必要とするケースも医療や福祉サービスを必要とする人が多い。そのような状況の中で老人保健法改正以前の職員数では対応できかねる状況になっている。関係機関、特に地域医療機関との連携も大切である。これから在宅ケアの問題が増加するものと考えられるが、業務内容とあわせて人員の増も大きな課題である。

- 保健・医療・福祉の連携については、ケースごとに必要に応じてしているが、合同会議は定期的に行っていない。それぞれが自分の分野で、在宅ケアをてがけかけているところである。連携が大切で、大きなプランのもとに在宅ケアを進める必要があるが、時間とマンパワーの不足のためできない。
- 医療・福祉・保健の横の連携が欠けている。定期的集まって情報交換する機会もほとんどない。それぞれがそれぞれの仕事をしている感じ（又、中心となる施設もない）。横の連携に欠けているため、手当等サービスの（特障手当等）が見落とされるケースもいる。デイサービス、入浴サービス等、他施設に委託しているが、村の面積が大きいと、時間的問題、マンパワー不足のためサービスを受けることができない人たちがいる。小さい村で保健婦の業務が多いため（国保訪問等も含む）、寝たきり、成人を定期的にフォローできない。また小企業の健康管理が把握できない。
- 在宅ケアを推進するための主管となる担当課が、福祉事務所の老人担当（係ではない）と保健課との2ヵ所となってそれぞれの役割を担っているが、現在各担当課が問題を抱えている。例えば、福祉事務所の老人担当は五法をかかえる中で老人も担当し、専任でもなく知識の取得も難しい面がある。保健婦活動もさまざまな事業を実施している中で在宅ケア活動なので不十分である。在宅ケアのシステム化が必要。保健婦等の増員が必要。病院等との連携を十分にとった上でのケアが必要と思うが、高度の技術が要求されるときに対応が困難と思われる。
- マンパワーの確保が第一で、病院との連携、福祉との連絡調整、家庭奉仕員との連携等の強化が必要。関係職員ばかりでなく、地域全体がこのことについて問題意識を持って取り組んでゆく必要があると考える。
- マンパワーの問題（特に保健婦）がある。実働保健婦29人で在宅寝たきり者982人（平成2年12月31日現在数）に対応。政令市保健所としての他業務も多くあり、きめ細かな対応が困難。また、福祉サービスの受給制限が問題である。たとえば所得制限のため、高所得者は入浴サービスの対象外になる。65歳以上でなければ受給できない社会資源が多い。さらに、往診してもらえない医師の確保、緊急往診システムが課題。
- 専門職、事務職共にマンパワーが不足している。在宅ケアのみに専念できる者が各分野にいれば、かなり充実したものになるだろうと思われるが、実際は在宅ケアよりも他の事業が重要視される傾向にある。保健事業という、目にみえて評価が可能である検診事業に保健婦の仕事を持っていかれがちで、個々から出発した地域のなかでのネットワーク、組織づくり、住民主体の活動までなかなか発展しない。村に在宅ケアを推進しようという姿勢があるならば、どこに重点を置くべきかを考え、それぞれの役割（在宅ケアおよびその他の事業についても）を明確にし、人を増やし、在宅ケアにかかわ

れる時間を増やすべきだと思う。

- ボランティアの育成に県が力をいれているが、介護等のマンパワーについては行政がもっと確保すべきである。最低限、保健、福祉が同じ方へサービス提供する場合は同一カルテを用いる方がよい。
- 国において打ち出された10か年戦略ゴールドプランは、ホームヘルパーの増員は出されたものの、どの分野においても保健婦増員について触れられていないのは、実に残念である。市町村においては、ヘルパー派遣の対象者は少ないのに、国、県の指導で何名増員等、地域の実情はわからないのに命令的に指導されている。また、専門職のいない市町村福祉係では、寝たきりの判定、ショートステイ、デイサービス等、現在でも市町村保健婦事業のなかの50%は占められている。平成5年度から改正される福祉事業について、あらゆる措置権限が市町村主体となった場合、ぜひとも福祉係に保健婦設置を義務づけ、ヘルパー等の指導監督が必要である。
- 当村は僻地で、マンパワーが絶対的に不足である。広い地域を抱え、医療機関は診療所1ヵ所のみ、歯科医もなく、隣市に全てを委ねている状態である。9300人の人口に保健婦2名（駐在と、県の派遣）だけで、村独自の保健婦の採用希望しているが、くる人がない状態である。このようなマンパワー不足のところへは県、国の援助が必要と思う。

### (3)行政手続きの問題

- 事務手続きの煩雑さからくる制度利用希望者の減少がある。縦割り行政の弊害で細切れの対応となっている。事業量、事務量に見合うマンパワーの不足。ボランティア活動の不足。行政おまかせ主義。
- 全体的にまだまだ問題があるが、現在では特に福祉関係に問題が大きく、申請をまつ、又手続きが非常に煩雑であるなど、現存の制度が十分利用できないことが多い。保健・医療・福祉の間の連携が取りやすい体制を作ることが大切である。
- システム化していないので、なかなか連携が取りにくい面がある。社会資源活用にあたり、福祉のメニューが少なすぎる。行政で行なうときは、必要時、緊急時に即応性がとれない、時間がかかる。条件が厳しくて、なかなか思うようにならない。
- 福祉ではまだお金をあてれば良いという考えで、(患者)本人の立場になって考えている人が当町では少ない。福祉と連携をとっていかなければいけないと思う。
- 縦割り行政となっている市町村において、保健・医療・福祉の窓口が別々となっているため、利用者への適切なアドバイスができない現状である。できるならば窓口を1つにまとめて、必要なサービスを総合的に提供できるような体制づくりが必要である。
- 保健・医療・福祉の窓口が異なり、町民が不便を感じ、又サービス充実の面からも問題があると感じている。在宅支援センターのように、在宅ケアに対して窓口を一本化する必要があると思う。
- 市町村では専門職は保健婦だけ。在宅ケアの必要性とか現実困っている状況とかを、行政の他の担当職員が深く考えないでいる。現実住民が困っていても、ヘルパーの派遣等の手続きもスムーズに

いかず、1ヵ月もかかったりして、住民のニーズを確実に理解できていない。町の担当職員（福祉、衛生）の研修の必要を感じる。

- 保健、医療、福祉サービスを利用する場合、窓口がそれぞれで利用しにくい。又時間制約があり、必要な時必要なサービスを受けられないことが多い。
- 当市においては福祉事務所と生活環境課（保健衛生係と環境保全）とからなっている。保健婦が、寝たきり者を訪問しても福祉面では即対応することは難しく、対応されるまでに相当日時が経過し、申請書類の許可が下りた時点で重症化している場合がある。又福祉制度のあることを知らない住民も相当いるのではないかと思う。市には理学療法士（嘱託でもよい）がいないことなども問題。今後ますます高齢化が進んでいく状況に対応するため、保健・医療・福祉が一本化された機構改革が望まれ、寝たきり予防につなげて、安心して老いてゆける街づくりが重要である。
- 相談窓口が一本化されていないため、関係機関に何度も出向かなければならない（関係機関内でもうまく調整がとれていない）。歯科往診体制の確立。訪問スタッフの知識、技術向上のための研修の必要性。
- 行政機構上、横の連携による施策の企画、実施が難しい。高齢者等サービス調整チーム機能が十分に発揮されていない。在宅医療（内科以外の往診）の確保が困難。病院内医療と在宅医療についての責任および連携について、医師の体制が必要。福祉サービス事業が需要に応じきれず、利用しづらい（定数、送迎等）。保健福祉関係のマンパワー不足。行財政健全化推進に伴う人員削減実施中であり、人員増が非常に難しい。訪問看護事業の未実施。
- 保健・医療・福祉の連絡が充分にとれていない。福祉を利用する時にいろいろな制約が多く利用できないことが多い。又すぐに利用希望者の意向にそえない。特に医療との連携が難しい。
- 福祉の所制度は充実されてきているが、いざ利用するとなると手続きが煩雑になる（ショートステイ、デイケア等）。
- 保健・医療・福祉の窓口が各々あるため、住民は戸惑いを感じているときがある。窓口の一本化が住民にとっては便利だ。

#### (4)行政内部の連携

- 在宅ケアを必要としている人は、高齢者、若年者、障害者、疾病者といくつもの要素を兼ねそなえています。障害者は福祉、疾病者は医療と、区分してかかっているのが現在の在宅ケアの実情のように思います。事業や政策も市町村の独自の発想、実施ができるような中央政府の援助が必要だと思います。
- 保健・医療・福祉の相談窓口が別々にあり、業務も各々で行っている。このままでは一番迷惑するのは住民と思う。ケースにあったサービスを提供できる1つの窓口が必要と思う。介護の担い手はだれか？と日頃疑問に感じている。「介護は家族が担うのが当然である」という考えが行政、一般とも根

強い。しかし老人世帯の増加に伴い、家族では支えきれない現状がある。「介護の担い手はだれか？」行政、住民とも意識の変容が必要であると感じている。

- 在宅ケアに関する窓口が一本化されていないため、問題等に対応する場合、対応までに時間がかかったり連携が難しかったりしている。地域での資源が充実してきているので、システム化が必要になってきているように思う。
- 保健・医療・福祉三者の連携をとるのが難しい。在宅ケアに対する考え方が立場で異なっている。医療では、受診する患者は重要視しているが、往診を引き受ける医師自体が高齢等の理由で往診がスムーズにいかず、住民の不安は大きい。福祉の立場では、独居等問題が発生すれば施設入所を勧められる。民生委員も、自宅でなにか事故が発生すると責任を問われるため、本人が自宅にいたいと思ってもそれはわがまま、他人に迷惑をかけることだと決めつけ、強行に施設入所を勧められる。しかし最近、高齢者サービス等の会議の開催により、徐々にではあるが三者が近付きつつあり、我々保健婦も自宅で看護を待っている人のために努力しないといけないと思う。
- 福祉・保健・医療の連携は、縦割りである行政では画期的ともいえることだと思う。会議の場面で一同に会することが多くなっている。しかし末端部分でギクシャクしたり、課同志がスムーズにいかなかったりと、気持ちの部分では一緒にいかなければと思うが、問題は多いように思う。特に医療部分には戸惑いも多いように見受けられる。又在宅ケアはとてもよいと思うが、昼間は多少なりとも手を差し伸べられても、核家族が多いなかで夜間のケアをしてくれる人がいない。ボランティアにも限界がある。
- 保健・医療・福祉はそれぞれ部署があり、現在は連絡にとどまっている。保健婦が、医療・福祉と連携が必要と思っても、お互い現在の事業をこなすことだけで精一杯でなかなか時間をとれない。村では縦割り行政であるため、まずお互いがどんな仕事をしているのかから出発して情報交換をする必要がある。
- 保健衛生予防活動を実践している健康管理課と医療機関とが併設され、課長と院長が兼務し連携がとれやすいことで利点があり住民にとってもよい。さらに、福祉とか教育との連携がとれたら尚良いと思われる。現在は300m位離れた位置にあって行ったり来たりの状態であるが、在宅ケアやグループ活動する上で将来的には同じ屋根の下で連絡調整しながら住民に対応する方向を検討したい。
- 保健・医療・福祉が一本化されて初めて在宅ケアが円滑に進められていくことは十分体験を通して感じているが、保健婦ばかりのかけ声で、福祉従事職員や国保担当者（老人医療担当者）の意識がうすいように思われる。又福祉サイドの情報（国や県から）が保健婦まで入ってこないことが多く、このことは県の機構（組織）からくるのではと思うので、まず県から一本化してはどうか。福祉8法が改正されたが、小さい町では法改正即職員の増員は考えられず、今まで2人でやっとこなしてきた業務量にプラスαとなる。公衆衛生活動の予防活動が縮小されるのではと懸念している。医療は営利を目的としているため、連携がとれにくい。又医師も多忙であることと、意識の違い等がある。

- 住民の思いに近ずき、活動することにより必然的に保健・医療・福祉が連携するようになってきているが、まだシステム化が完成していない。調整するセンターがまだできていない。またマンパワー不足は大きな問題だ。
- 保健と医療は同じ建物のなかで仕事をしているので、連携は十分にされている。この点は他市町に比べて非常に長所である。保健婦だけがフィールドに出ているので、住民の訴えなどをきいて各係に連携する役をとっている。
- 保健・医療・福祉の連携がいわれて久しいが、その困難性を痛感している。連携を強化するためには長期の対応が必要。3者による協議会組織が結成され、問題が共有化されつつある。具体的には事業がひとつの組織だけの対応におわらず、他の組織とも関係を持ちながら実施してきている。しかしさらに充実、強化するためにはマンパワーの確保、施設整備、福祉制度の強化等が緊急課題である。
- 必要に応じて連携を図っているが、時折ケースのことについても「福祉が持っている情報を早く知ってほしい」…ということがある。お互いの業務をできるだけ理解し、いつでもすぐに情報交換できる体制づくりが大切だと思う。又事務担当職員は数年で人事異動してしまうことがあり、連携を継続させていくことは大変である。
- マンパワーの確保が難しい。在宅訪問スタッフ、看護婦、保健婦。横の連携がとりにくい時がある。保健・医療・福祉のそれぞれの情報が十分にそれぞれに伝わっていないことがあり、連携がとれにくい。町としての長期保健福祉計画がたてられないでいるため、在宅ケアを進めるにも各部署で進めている。
- 在宅ケアを進めるなかで、福祉部局と保健部局との組織面での縦割りがあがあるため、家庭奉仕員と保健婦の相互連携がスムーズにいかず、両者バラバラに在宅サービスが行われたり、相談についても住民が福祉事務所や保健所、病院等を行ったり来たりすることのないようにする為の、努力、連絡会議をもつことが大変難しい（お互いに忙しく時間調整が難しい）。
- 保健、医療との連携については、各関連の会議やケースを通じて前向きに動きつつある。福祉との連携は、ケース一人一人については現場で連携してのフォローが行われているが、システム化する上での取り組みに今一步の思いを感じている。
- 保健（保健婦）、医療（医師）、福祉（事務官）のそれぞれ必要と感じる部分に差がある。ケアの必要な人をどうとらえるかということ、それぞれの立場で判断するため、本当に必要なケアを受ける機会が少なくなる可能性がある。「連携を十分に」ということはよく理解しているが、なかなか難しい部分が多い。医師会の壁は大きいし、厚い。
- 高齢者サービス調整チームが軌道に乗っていないため、高齢者以外のことについてまだまだ充実したネットワーク会議としての広がりをもたない。まず保健、福祉の連携をケースを通して進めたい。町内医師会とは年1回の連絡会議を持っている。又あらゆる保健業務への協力時に、個別ケースについての連携、連絡時間を作っている。

- ケースを通して少しずつ連絡しあうことは出てきたが、医療との距離感、縦割り行政とまだまだ連携が取りにくい。行政の機構改革や連携の場作りを行い、各職種の専門性を生かし、生活に着目し、ケア技術を出しあい、問題を共有化しながら、役割を明瞭化していくことが必要と思う。
- 現在関わっている事例について、必要に応じ連携を積み重ねて実績を作っていくことが、第一線の現場にできることかと思う。しかし国レベルからの縦割り行政の中では、一事例の連携を次のステップに広げにくい体制となっている。又、保健の分野だけを考えても、現段階では各種の業務のなかのごく一部としての取り組みしかできず、必要とされている在宅ケアを総合的に進めていくためには、それを専門とする部署が必要不可欠であり、補助金等予算の配分も国レベルから統一される必要があると思う。
- 保健・医療・福祉の連携がなかなかとれず、たとえばひとりの住民に対し、それぞれの立場から別々に援助を行っていることがあり、そうなるよりニーズに見合った援助へと結びつかないことがある。また在宅ケアを進めていく上で、マンパワー不足が大きな問題となってくると思われる。
- 保健・医療・福祉の連携というが、現在は社協、保健衛生、福祉課がひとりの患者のことでよく連絡を取っているが、その課のスタッフによって連携のとりやすいときとそうでないときがあり、まずは人間関係からだと思う。行政のスタッフと町当局、県、保健所と在宅ケアについて話し合う機会は必要と思うが、その前に地域の医師、看護婦、在宅の栄養士や福祉で働く人たちとの話し合いがもたれるように、来年作成する保健計画に向けて努力していきたい。
- 行政上の問題として総合窓口がない。県、国から民生と衛生と別々に指導を受けるため不備が出る。管理者（事務職）が短期間で変わるため、理解を得、前進することに困難を生じる。また医師会等の民間団体と共通認識するのが大変である。
- 現在我町では、保健事業と福祉関係事業を2つの課で分担しているが、保健と福祉とを切り離して考えられない時代に入ってきておりギャップを感じる。最近では、保健婦と福祉係との同伴訪問や、ヘルパーとともに仕事をする機会も多くなったし、連絡協力等必要性も高くなった。それぞれの担当課が異なっているため、連携が十分とれているとはいえない。
- 縦割り行政の為、保健と福祉の連携がいまひとつしっくりいかない。又、一人一人のケースに対してのサービスが一ヶ所の窓口で提供できず、窓口をたらい回しになることも多々ある。医療面では往診（訪問医療）する医師が少なく、主治医をもてない状況がある。
- 当市では現在、高齢化対策係が企画課にできる予定で検討されている。保健・医療・福祉が一本化された状態で、老人のケースマネジメントのマニュアルを作成し、いろいろな職種が調整会議を行い、どんな支援体制とするか総合的に検討されるべきと思う。さらに中学校区単位（当市では3ヶ所ぐらい）に介護支援センターが必要との声もあり、近い将来実現に向けて検討される予定。福祉ではショートステイのベット数の増床とチケットによる利用方式が来年度にむけ検討されている。
- 町では総合的福祉への対応がなかなか難しい。福祉関係については、住民のボランティア活動育成な

ど、専門的、系統的アプローチが必要と思われる。今後ますます多岐になると考えられる福祉ニードへの対応は、基礎的福祉を修めた職員が従事することで推進できる部分も多いと思われる。在宅ケアで保健婦がコーディネーターの役を担う現状であるが、事例ごとの対応にとどまってしまう。福祉関係の事務職が変わるたびに繰り返されるのでは虚しさが残るし、サービス調整チームが活性化されるまでにはかなりの時間を要すると思われる。

- 今年度から3年計画で町独自に在宅ケアシステム事業に取り組んでおり、暗中模索のなか3者の連携を進めている。当町には町立病院があり、初年度の今年度は病院との入院患者連絡を中心に行っている。今のところ協力関係にあるが、どの部署もスタッフ不足から業務に振り回されがちとなり、気軽に3者が集まれる時間が少ないということが、今後問題になるのではないかと感じている。
- 窓口が一本化されていないので、高齢者に対するサービスのシステムづくりがまだまだ不十分。それぞれの分野で同じ対象にそれぞれに対応しており、連携を取りながら一人の人に関連づけた関わりをもたなければならないと思う。早くシステムづくりをする必要性を感じる。町としてどう高齢化に取り組むかを常日頃から考え、早急に町独自の方針を打ち出すことが必要だと思う。
- 縦割り行政で組織上区分されているので、双方が共同して市民の相談に応じようとする体制はほとんどとられていない。高齢者のケアに関する相談が急増しているが、福祉の問題を多く含むことが多く、(上司から)問われることも多く、動きがとれず困ることが多い。保健・医療・福祉が本当に連携していくにはどうしたらよいか、行政内で組織的に取り組まなければどうにもならない。
- 窓口が一本化されていないためサービスの提供が遅れる場合もある。又、各々の連携なしにサービスを提供している場合もあり、ネットワークづくりが今後の課題である。また、現在雇用している看護職が高齢化しつつあり、これに変わるマンパワーの確保が困難な現状である。
- 福祉面ではまだまだこれからの町なので、まず拠点づくりから考えなければならない。これを核として、住民のニーズにこたえられるものを一つずつ満たしていきたいと、福祉の担当者の意見を聞いている。いま、保健と福祉、そして医療とそれぞれバラバラの仕事をしているので、高齢者サービス調整チームを利用し、お互いの連携を深めていく必要があると思う。
- 職員の定期人事異動で、福祉の担当者は変わってしまう。担当者の考えにより連携の状況は影響を受ける。福祉にも専任がほしい。医師会に対しての調整役を保健所にはもっととってほしい。医療側は地域に目を向けてほしい(“医療”に対して私達の働きかけが少ないかもしれないが)。システム化の必要性を感じている。
- 保健は保健衛生課、福祉は住民課というように2課に分かれている。しかも社会福祉協議会ヘルパーは、また別の建物で別の窓口となっている。連絡を密に取らないため生じる問題も多い。窓口を一つにするか、または連絡を密にするための対策を今後検討していきたい。
- 在宅寝たきり者の訪問健康診査を、毎年一回実施し、課題を整理し在宅介護支援体制の整備について検討している。それによって福祉器具の貸し出し体制の整備や介護手当の支給等充実してきた。し

かし訪問看護や機能訓練，デイサービス，ショートステイ等まだまだ残された課題が多く，施設やマンパワーの充実が課題である。又保健・医療・福祉の連携が重要であるといわれているが，縦割り行政の中で難しいことが多く，特に医療との連携はこれからの大きな課題である。

- 行政組織が縦割りで，対象の把握の方法，支援がバラバラに行われて一貫性がない。寝たきり防止のためには，支援対象の早期発見と早期支援が重要となるが，システムが整わず，数年を経て把握したときには寝たきりの状態で，本人や家族の回復への意欲も低下している場合が多い。関連する医療機関，施設は広域となるので国，道レベルでの整備が必要。
- 縦割り行政であり，横の連携が今いちスムーズにいかない。それぞれの部署で同じ内容の事業が行われている（たとえばリハビリ事業…福祉事務所実施のもの，老健法によるもの，老人ホームデイケアによるもの）。
- 縦割り行政のなかでは各々の縄張り意識が強く，情報の提供すら拒む傾向があり，コミュニケーションの糸口も見つからない。在宅ケアに関する意識が低い。
- 時代のニーズにより，行政組織機構の改革が急務と感じている。現在は横の連絡をとらず，各々の課で似たような計画を企画して，実施段階にならないと知ることができない状況である。
- 日頃保健・医療・福祉の連携の必要性は感じているが，縦割り行政のなか保健課と民生課で分かれてしまうことが多く，現状としてはケースに応じて連絡を取っているところである。高齢者サービス調整チームも，そのときには活発に意見を交換し合うが，やはりヘルパーや福祉担当者と個々の打合せにおわってしまっている今，もっと広い目で町をよりよくしていく施策を考えていかなければいけないと思う。
- 縦割り行政のやりにくさ。とくに福祉との連携の中で，保健婦が訪問し，福祉の問題を感じ事務処理をお願いしても，民生委員を通してからでないと対応してもらえない。何のために保健婦が訪問するのかと思う。また，ヘルパーさんが3人ということになっているが，実際のヘルパー活動は1.5人，ほかは事務をしているためヘルパー不足，報告上と実情はひどく違う。医療機関からは訪問看護の委託を受けさせてほしいといってくるが，やっていることをみるとあまり大したことはなく，レセプトの点数ばかりあがってしまう。住民にとってどの方法が一番よいか検討中。
- 行政の所属が違っていると，いくら連携をと声を大にしても十分なチームプレイがむづかしいと思われる。在宅サービス部門と各種福祉制度の措置権も含めた一つのセンターが必要である。御調町のようなシステムが理想に近いと思う。
- 当町では毎日現場の職員間（福祉担当者，ヘルパー，保健婦）では連絡調整している。しかし現場の問題対応にとどまり，体制の見直しや今後の対策への方向が，なかなか打ち出されていないのが現状である。「在宅ケア云々」は福祉計画においてもうたわれているが，実際の具体的な展開についてははっきりしていない。ややもすれば保健婦が先行してしまうきらいがある。「福祉」へのケースワーカー等，専門職の配置が必要と思われる。



- 在宅ケアに対する住民のニーズが高まってきている。保健・医療・福祉それぞれ横の連絡をはかることの必要性は理解しているものの、一係で多くの業務量を抱えている中では、検討会すら継続していくことが難しい現状である。できない、やれないの言葉だけではいつまでも同じ事なので、その元締めとして保健・福祉・医療・国保など、それぞれの担当者において、今までの活動のまとめを作成中である。このまとめを土台に、保健・医療・福祉等が今後どうあるべきか、何をすることがもっとも大切なのかなどの検討ができると思う。総合保健調整機構の設置を検討中である。
- 保健・医療・福祉の連携が叫ばれている中、保健、福祉の総合的な住民の相談窓口として高齢者対策課が平成3年度設置された。高齢者対策課の職員は事務職4名。在宅ケアに関する事業は、従来通り3課で対応している。あわせて在宅ケア担当現場スタッフ（ヘルパー6人、訪問看護婦3人）は、市社会福祉事業団の嘱託職員であり、事務職も別である。ヘルパーと訪問看護婦の業務をコーディネートする職員がなく、現場で多くの問題を抱えている。
- 在宅福祉担当者ができており、相互理解のもとに、ケース検討、研修会を重ね、それなりの効果を上げているが、保健婦数が充足できていないので、コーディネーターの役がとれていない。在宅ケアを推進してく上で、行政が主体的であるべきと考える。又地域の実情を多面的にとらえる習慣のある保健婦がコーディネーターになるほうが、発展できやすいと考える。
- 保健・医療・福祉の連携はとてむとりにくい。申請があって動く部署と、地域の健康度を高めるための活動では根底から違いがある。お互いに理解しあおうとする人間関係がとてむ大切である。
- 住民のニーズが早く満たされるためには、保健婦と他職種との連携が十分にとれていることがいちばん大切だと日頃より感じているので、月一回はヘルパー、福祉係、保健婦が、町内における寝たきり者や、寝たきり予備軍となる要注意者、独居老人等についての状況を話し合っている。
- 福祉サイドより声がかかるときは施設入所時で、ケースのケアのためより、事前の話し合いがないままに人手不足のため借りだされることが多い。全ての面で事前の情報がなく、問題化してから連絡がくる。福祉担当、社会福祉協議会の役割がはっきりしていない。さらに社協の事務所が遠方にある。保健婦抜きには、保健福祉対策は検討できないと思われる。行政の福祉、保健の一本化は必要と感じるが、福祉担当者からは問題視されていない。
- 保健婦が保健課、福祉担当とヘルパーが民生課、在宅福祉相談員が社協に所属しており、住民から在宅ケアについて相談されても、充分関係者に周知徹底されないことがある。
- 対象は一緒なのに、保健・医療・福祉が3本立てで同じような業務をバラバラにしていることが多い（介護教室など）。高齢者対策でゴールドプランが打ち出されているが、プランを考えるのは主に福祉サイドである。重複することのないように保健、医療の担当者も含めて、事業をすすめていく必要があると思う。
- 行政の中ではさまざまな連絡は縦に流れているため、実務レベルで連絡が伝わらないこともあり、同じ行政の中での行き違いが生じる。住民からみれば同じ行政の中であって、片方は知っていてもう一

方は知らないということが変に見えるのではないか。

- 総合的な相談窓口がなく、サービス調整チームが軌道にのっていないため、保健・医療・福祉機関それぞれで把握した情報を、共有して、共通理解のもとに役割分担して支援する体制がまだ出来上がっていない。改善してゆく必要がある。
- 小さな村であるため、保健、福祉の課は同一に所属し、情報等の連絡もスムーズなように見えるが、実際にはきちんとシステム化していないため、情報としてあがってきたケースには濃厚であったり、情報把握が遅かったケースには、サービスが後手に回ることがある。福祉サービスの充足度もまだまだであるが、住民の活用、利用にも遠慮があるように思う。在宅を支えるための人的パワーの不足を感じる。
- 国、県から現在老人福祉に関する文書がたくさん送られてくるが、ほとんどが福祉担当部署の方に行くため、現在の流れが十分つかめない。福祉担当、衛生担当合同の研修会等があればよいと思う。
- 当市は福祉担当職員は専門職ではなく一般事務職員が配置されるので、住民主体というより行政主体の色濃く出た対応になっているように思える。福祉専門職員もマンパワー不足といえる。福祉の職員の人柄に左右されることも多々ある。又、保健婦側にも働きかけの不十分さがあると思う。
- 保健・医療・福祉の連携が十分とられていない。町では、共同保健計画会議を基盤に、問題点を共有しそれぞれがどうかかわるか役割分担され、業務が進められているところであるが、ケースや内容によっては共有化できずに壁にぶちあたることもある。
- 在宅療養者を取りまく、保健・医療・福祉の連携（連絡）調整について、それぞれのポジションで療養者によい方法を考え、実践しているのではあるが、まとまった形やシステムにならない。システムにしたいと思うのは看護者で、他の職種の人はいくら感じているか。話し合いをしても在宅ケアについての思いも違う。それを乗り越えてこそよいシステムができるのかも知れない。役所の中に、あるいは行政の中に（村の中に）といったほうがよいでしょうか、一本化した在宅ケアの窓口がない。寝たきりになったらどこに相談にいったらよいか、誰が助けてくれるのか、住民へのPRも不足している。広域的に医療機関からの脳卒中ほか在宅療養者の登録、情報連絡システムができるとよいと思う。
- ケースの情報がうまく伝わらない。互いにもっている情報を交換できれば、多くの情報をもつことができる。ケースに問題が生じたときに各々が対応するが、その情報は流れないため、総合的な対応ができていないのではないかと（これが同じ職場の福祉係と保健婦でもうまく流れない）。在宅ケースに早期対応するために、病院等から退院したとき連絡があるとよい。在宅ケースに訪問指導、訪問看護等を町や施設で実施するが、連携がとれていないために同じ時期に重なってしまうことがある。互いに調整して計画的な訪問ができればよい。
- 保健・医療・福祉の各分野の活動はしているが、3部門一体となったケース検討会、情報交換会がなされない現状である。これが確立すれば対象に対してより適切なサービスが提供されると思う。今の

機構から考えて、保健・医療・福祉を1本化して考えていくのは難しいと思う。また、福祉活動を円滑に進めていくための地区組織が整備されていないと思う。機能訓練を進める上で、マンパワー、施設の充実も必要だと思う。

- 保健、福祉が別々の係になっているので連携がうまくとれない。文書等がきても、係や課が違うというだけで、関係がある書類も見せてもらえないことがある。
- 行政であるのか、民間にまかせるのかの区分も混沌としている。行政で担わなければならないことは何なのかがはっきりしていない。又、その担い手の組織化、構造、責任、分担が混沌としていて、結局構想だけ先走り全体的に無責任となっている（自他共に）。
- 保健婦が問題だと思うことを担当者（行政職員）と共有することができない。そういうズレが在宅ケア推進の妨げになっていると思う。市町村という小さな単位では、首長の関心の度合いによって行政の方針が左右される。保健・医療・福祉はマイナーな分野となっている。
- 保健・医療・福祉の連携が必要だといわれているが、それぞれの現場で働くものがどの程度認識しているかわからない。自分の仕事の範囲内だけで事業をとらえるのではなく、将来の見通しや構想をもってあたることの重要さをそれぞれが認識する必要があるのではないか。そして3者の連携をとるコーディネーター役がぜひ必要だということを切に思う。
- 保健婦は現場にて住民中心に対応、福祉は事務的な対応で処理するため、住民と福祉の間で保健婦は日頃問題を抱えている。これは行政内部の問題とも考えられるわけだが、もう少し福祉サービスの適用に幅をもたせても良いのではないかと思う。家族周囲、民生委員（一部の委員と思うが）は在宅ケアよりも特養入所を進める傾向にあり、今後の課題と思う。
- 市町村においても、保健は保健婦という専門職がいるように、福祉サイドにも担当の者が設置されることで”連携”がよりスムーズになると思う。又これらは行政サイドで比較的連携しやすい（双方の努力で）が、プラス医療となると、ぜひ保健所等が調整役に入りそれぞれの役割を明確にしてシステム化できるよう支援してほしいと思う。又、在宅介護について住民が努力しやすい受皿づくりと意識づくりが大切と思う。
- 老人福祉は他部署の住民福祉課が主管のため連携がとれない。行政では事務職が役職についているため、計画、立案等は役職間で決められ、保健婦は入れない。事務職は現場を知らず机上の空論であり、3年～5年したら異動があるため、自分がこの職にいるときにもなんとか過ごせばよいという考え方で、長期展望のある計画は立案できない。保健婦は専門職だから異動させられないから、役職にはつけられないというのが上の考え方である。
- 保健婦とヘルパーの所属する係が違うので、連絡が取りにくい面がある。福祉の担当者が事務職員で2～3年交代なので、その人の考え方で大きく左右される。福祉も専門職員が必要なのではないだろうか。
- 各分野との横の連携がとれていない。福祉係より保健係への流れが非常に悪く、情報が伝わらない等

の点で日頃苦慮している。

- 保健の分野では専門職として保健婦がいるが、福祉担当者は2～3年おきに人事異動があり、連携がとりにくい。福祉事務所にも必ず、異動のない専門のソーシャルワーカーがいてほしい。医療機関との連携についても、在宅ケア専門の人がいて、退院後すぐに連絡調整がとれるようなシステムづくりを必ずするように、国から医療機関に働きかけてほしい。
- 福祉との連携はとりやすいが、医療関係は困難な点が多い。ヘルパー、保健婦はメンバー交代があまりなく、共通の思いで活動したり検討することができるが、福祉事務担当者は異動があり、人によって（担当者による）事業が進めやすかったり難しかったりする。在宅ケアの中心は福祉と思うものの、実際は衛生の保健婦が中心とならざるを得ず、調整、検討など会議の時間が大幅に増加してきている。福祉は、サービス拡大を図るとき人的な面での検討が少なく、人員確保の問題が保健婦にかかってくる。
- 保健婦（昭和54年より。昭和53年以前は未設置）を配置する上で、技術職（保健婦）辞令ではなく、事務職辞令で、保健婦としての位置づけがない。他の福祉部門等は、保健婦の仕事がわからず、話し合いができず活用方法がわからない状態。福祉8法改正など、いろんな高齢者対策の情報が福祉サイドの方へおりにいくので、情報が得にくい。福祉が社協にすべてを委託し、福祉の主体性がなくなっている。社協ばかりが、行政の立場などを考えず突っ走る傾向にあり。保健、福祉は今注目を浴びているが、目に見えない地道な活動のため、トップは目立つ事業、施設を造ることに着眼をおき、対人サービスを充実させる方向には向かない。いち保健婦、担当が頑張っても、町の場合トップの方針が大きく左右する。町長が一期ごとで変わり、定着した事業ができにくい。在宅ケアと一言ではいうものの、それを実施していく以前のことができにくい。当町の場合、保健婦は、保健、衛生系の系列で、係長の下にいる。保健婦としての独立した係がないため、他課との連携もとりにくい。係長、課長、上司が1年～3年ごとで変われば、保健婦のみ同じところにいて、大変なこともある。
- 市町村レベルでも都道府県（保健所）レベルでも、事務担当者があまりにも在任期間が短いことが問題だと考える。このような問題は、腰を据えてじっくり長期的に解決していくことが必要だと思うのだが、課長等の管理職から担当者まで、非常に短期間（2～3年）で変わっていくため、説明はまた一からはじめざるを得ず、無駄が多い。同時に非常に飲込みが早く優秀な担当者は、「ハコモノ行政」（土木、建築、地域振興等）に吸いあげられてしまうことがつらい。
- 平成3年4月に高齢者サービス調整チームが発足し、月1回定例会をもった。事務局を担当している。保健、福祉、社協の月毎のケア申請の一覧化ができ、ケース検討会の段階に入ったところで、ケースケアについて特に社協との基本的なズレの大きさを感じている。今後在宅ケアが業者委託の傾向にある時、デンマークのような包括性と継続性の保障の見通しがあるのか危惧される。しかし住民パワーもあるので、身近で確かな取り組みをまずしたい。今こそ看護職はトータルな立場で発言し、しかも具体的で信頼される実践活動を示すときではないだろうか。

- 福祉部門との連携が十分にとれていない。保健、医療分野では、予防という視点で仕事を進めているが、福祉分野では問題が生じなければ動かないという立場がみられる。相互に乗り入れた仕事が必要となってくるとき、この視点の違いをどう解決していけるのか心配である。訪問看護と訪問指導についても、看護婦と保健婦がそれぞれ担当するようになると思うが、明確な区別は付けられないように思う。将来が心配。
- 肥大化する行政組織の中で、高齢化社会にシフトする行政組織の組み替えがなされないかぎり、保健・医療・福祉の真の連携はありえないと思っている。部分的な手直しでは応急手当てに等しい。行政組織のあり方が大きな問題であり、難題でもあると感じる。
- 平成3年度関係部署より主査クラスの職員により、「高齢者在宅福祉サービスシステム検討委員会」を発足させたばかりである。従来まで保健、福祉担当部署では、部、場所（建物）も離れており、縦割り意識が強く、独自のプライバシー保護をかざして業務の連携がとりにくく効率が悪かったのが、少しずつ山が崩れてきた感じがしている。それにしても保健、福祉とも内部の体制がまだまだ問題が多く、目先の事業を消化するのに追われている現状である。
- 在宅ケアの相談窓口が行政サイドで一本化されておらず、社協からの保健婦の依頼があっても、福祉課では把握していないという事例がある。反対のこともあり得るため、総合的な一本化を考えていく必要がある。又、医療との連携も現段階では不十分である。
- 県庁所在地に隣接しているため、町内の医療機関以外に隣の市の医療機関利用者が多く、医療との連携がとれにくい。保健担当者（主に保健婦、看護婦）と福祉担当者（主にヘルパー）が一人のケースを共有してケアする場合それぞれの特色を生かした援助を展開していかなければならないが、情報交換が希薄になったり、それぞれが取り上げる問題点のポイントがずれてしまうことがある。情報交換はもちろん、意見交換をして、そのケースに対する援助をどう行なっていくかの目標を明確にしてゆくべきだと思う。
- 現在保健・医療・福祉の連携がシステム化され始めた過渡期なので、お互いが何をどうしているのか理解しようとしている段階。業務役割、サービス方法、リーダーシップの問題等の調整が、最も必要になってくるのではないかと感じている。
- 連携プレーが大切といわれて久しいが、一向に動こうとしないのは、市町村レベルでは、専門職といわれる保健婦の立場がどう位置づけられているかで大きく差がでるためである。それは市町村レベルの福祉サイドも同じで、首長の考え方にも左右される。保健婦だけが実務サイドで言及しても、町の方針、医師団の考え方、まとめ方がなかなか難しいのが現場である。医療サイドにおける対応についても、地域の医療をどうするか具体的で柔軟な考えをもつ人が少ない。それは患者に対する治療方針にも出ている。もっと現場での関係者による話し合いがなされないと進歩がないように思われる。
- 保健・医療・福祉の連携がつよく叫ばれていても、なかなかうまくいかないのが現状である。福祉担当者は、直接住民の困り具合を目にする機会が少ないこともあってか、ともすれば対応が遅れがちに

なることが多い。又、チームでケアしていく中で、役割を明確化することが非常に大切であることを痛感している。

- 老人保健福祉計画の策定が平成4年度よりスタートされる。ようやく、保健婦のレベルだけで悩んでいて、なかなか上層部につながらずにいた問題が、福祉と保健の共通のテーブルに付けることは、在宅ケアを推進する上では光がみえてきたと感じている。が、当市においては医療という部分では、まだまだ努力を要することと思う。訪問看護指導の部分は、どのようにシステム化をはかってよいか、医師の協力をもらうのにはどうしたらよいか、研究課題である。
- 保健・医療・福祉の連携が叫ばれて久しいが、いまだに市として「在宅ケア」の推進について充分検討できていない。訪問や相談など、一線で活動している保健、福祉のスタッフ間では、ケースを中心に在宅という立場で検討されているが、地域の問題、社会の問題としてどう推進すべきか、一段階上層部の検討会の機能がないことから、政策として前進が困難。早急に市として推進体制を整え機能すべきであろう。
- 保健と医療は、診療所と保健センターが隣接しているので、連携はとれやすい。しかし福祉は、役場内にあり約2km離れているため連携が希薄になる。村営の国保診療所の内科に常勤医がいない、又村内の開業医（内科2件）も高齢ということで、在宅ケアの中心的役割の医師が不在なことは、活動に大きなデメリットである。老人保健施設が利用できない年代の人も、保健センターの機能訓練が利用できるよう働きかけているが、利用者が既に満杯で対応できなくなっているため、今後対策が必要である。老人保健法に基づく訪問指導保健婦（非常勤）が勤務しているが、高齢になってきたため後継者を探しているが、現在のところ見通しは暗い。
- 保健婦が地域で在宅ケアに関するニーズや情報をキャッチしても、その対応策について保健・医療・福祉合同で検討する場がもてない。行政の中で推進の責任の所在が明確でない。当市では高齢者対策係があるが、在宅ケアについては推進方策が明確でないようだ。保健婦がコーディネーターになればよいと思うが、9人の保健婦ではコーディネーターの役割は果たしにくい。役割がとれるのは保健婦だろうと思う。
- 在宅ケアを進めていくには、保健・医療・福祉が一体となって対応していかなければならないと思うが、実際にはなかなかシステム化できない現状である。アンケートのなかでも、相談窓口の一本化についての設問があったが、たしかに相談の部分からきちんとしたルートに乗せることが、うまく在宅ケアを進めていくポイントになるように思う。窓口の一本化ができているということは、その後の支援体制の整備もできているということだから。今のところケースによって、その時の一番よい方法を考えているつもりだが、もう少しいろいろな面から、そのケースに必要なことをじっくりと考える場が必要である。住民にも、在宅ケアに対する不安が少しでも軽くなるようなシステムがきちんと提示できれば、いまの施設入所優先の考え方の見直しができるのでは。
- 保健と福祉との連携がうまくいかない。マンパワーが不足しており、人材確保についても市の理解を

得られない。在宅保健婦の研修について確立されておらず独学で対処しているため、新しい知識を得る機会や交流の機会が少ない。施設利用の目的が上層部に理解されず、有効な活用がされていない（市の施設）。施設の内容が不十分であり、他市への協力を得ざるをえない状況である（機能訓練、入浴サービス、通園ホーム等）。

- 相談窓口が明確でない。保健・医療・福祉等についての相談を、この職種が窓口となって開催していると公に打ち出していない。在宅ケアに携わる職種の雇用形態がまちまちで、身分保障も確立されてなく、そのためもあって責任所在もなく、計画性を持った在宅ケアへと展開されにくい。
- 保健・医療・福祉の部門がそれぞれ別々に活動している。これらを円滑に運営するには、その窓口を一つにすることがまず必要と感じる。そして、いつも身近で話し合いができ、問題点や意見の調整をし、住民のニーズに早く対応できるように体系を変えなくては活動が円滑にできず、成績があがらないのではと感じている。
- 高齢化社会をむかえ、在宅ケアのニーズは高まりつつあるが、福祉担当者の中にはその理解なり勉強不足があり、又医師においても在宅ケアの必要性は理解できても、在宅療養者を多数引き受けると自分の生活に支障があると阻止したり、在宅医療処置（マーゲンチューブ等）に自信がなく、全てを保健婦に任せてしまったり…。各担当者、機関の理解を深めるには少し時間が必要と思う。
- 福祉サイドからのケースの紹介、情報の提供が少なく、業務調整・検討が今後の課題と思われる。
- 行政が主体となってケアのサービスを提供しなければならないという、根本の認識を直接の上司が全く持っていない。同じ課にいても、福祉係と有効な連携をとれていない。事例は数多くあっても点として終わり、システム化できないもどかしさを感じる。
- 縦割りの行政機構が保健・福祉の統合を阻ませ、縦割りで流れてくる補助金は、地域の実態にあったサービスというより予算のつけかたに合わせたものに過ぎず、統合的なサービスができない現状である。
- 在宅ケアは、地域の手作りで行なわれるのがよいと思う。夜間や祝祭日にも対応しなければいけないので、市町村単位で考えていかなければならない。県レベルで各地区の情報交換、助言指導の場を設定してほしい。県レベルでの保健・医療・福祉の連携はとれていないように思える。
- 福祉は福祉、衛生は衛生と国や県が出す方針はバラバラ。出所は違うとはいえ、もう少し統一すべきだと思う。末端で働くものは、似たような事業を何度もしなければならぬといつも疑問をもってしまふ。それから県や国に出す提出物も似たようなものを何度も出させるのではなく、簡単に、統一してほしい。こういった事務におわれ、本来の業務がおろそかになることが多いように思う。

#### (5)行政と他機関との連携

- 市内に援護が必要な老人を受け入れる病院、施設がなく、ショートステイも不足している。在宅ケアを進める上では、病院からの訪問看護体制や緊急時の受皿がないと安心して在宅を進めていけない。

福祉サービスは入浴くらいで、デイサービスもない。また、機能訓練事業も送迎を市が行なうことができないため、遠方の人や重症の人が参加できない状況にある。福祉面の充実が必要と思う。

- 保健、福祉でよく連携がとれてきているが、医療の面が一步遅れている感じがある。高齢者はいつ状況が悪化するか予測のつかない場合もあり、緊急時にいつでも受け入れてもらえるシステムが早急に確立されることを望んでいる。緊急時には連絡すると相談、訪問、入院等がスムーズに行なえるシステムができれば、住民は安心して生活が送れると思う。また、介護者に対する経済的援助がもう少し充実できればよいと思う。看護婦、理学療法士、保健婦等のマンパワーの不足は常に痛感している。
- 院内医療から在宅医療にバトンタッチされるとき連絡網が滞っている。また、福祉に関する連絡網もあわせて滞ってしまう場合がある。保健・医療・福祉と言葉では簡単に表現されるが、地域のニーズはいろんな角度から求められる。求められたときの対応のしかたは当然千差万別であってよいのだが、コーディネート役がないので、その意味で調整会議がぜひ必要。
- 小さな町なので、いわゆるシステムというものがないでも連携をとる上で支障を感じることはあまりないが、公立の医療機関を中心として、保健、福祉が動くようになることが理想的かと思う。保健、福祉サービスが充実しても、患者の容体の急変時に受け入れるところがないと安心できない。福祉についても、デイサービスの充実がもっとなされていけば、在宅ケアも定着しやすいかと思う。
- 在宅ケアを推進していくための保健・医療・福祉の連携の中で、一番問題となるのは、医療部門スタッフの確保と、地域医療に対する医師の理解がまだまだ不十分ということである。そのため保健、福祉の連携は行政の中で比較的保てやすくなったものの、医療をまきこんでいく力が今一つ不足している。しかしそのことを問題視する関係者は少なく、はがゆさを感じる。我町も地域ケアモデル事業の指定を受け、在宅福祉に力を入れているかに見えるが、老人世帯が多く介護者がいないため施設志向は高く、事業に逆行した現状もある。人材資源の少ない我町が、どこまで在宅ケアを進めることができるのか、今後の課題である。
- 当市の場合、私立病院、保健センター（保健婦、訪問担当看護婦）、社会福祉協議会（ホームヘルパー）、福祉事務所、特別養護老人ホームがそれぞれの場でそれぞれの活動をしているが、スムーズに連携がとれていない。どこかで一本化していく必要があるのではないか。
- 当村では65歳以上の老人人口が29.3%を占め、独居老人を含む老人世帯の比率も高い。そのため、今後は生活力の低下とともに看護力、介護力の低下も予想される。今後問題発生時、いかに素早く適切に行政での対応ができるかが問題になってくる。現在、87歳の母と64歳の介護者の2人暮らしの家庭で、介護者が手術で入院しているため、ヘルパーが1日3回食事介助を中心とした援助をしているが、他のケースにもできるのかは疑問である。今後はこのようなケースの増加も予想される。いかに他の職種、ボランティアと連携をとりあうかであろう。まだまだ、公的機関の世話になるには偏見が強すぎるくらいがある。
- 問題かどうかがわからないが、近くの老人病院、保健施設に相当数空床があり、施設の担当者が入院



- する人の紹介の依頼に、福祉担当係へまわっている実情がある。住みやすい地域づくりをしていき、その結果として「在宅」を選択する人が増える、という方策を考えることはできないものか。ケースの処遇は関係者で話し合っただけでも、調整しながら全体像をとらえている専任のポストが必要である（福祉制度の措置決定をする部門ではなく）。介護支援センターを設置しないまでも、保健婦なり看護婦を増員しないかぎり、現行の業務に上積みした在宅ケアなどできない。
- 山間地域で高齢者のみの世帯が増加傾向。介護者の高齢化と健康障害の増加に伴う介護者負担が問題となっている。地域で支えあうという意識づくりとネットワークづくりが必要。行政面では、在宅福祉サービス制度の充実とマンパワーの確保（特に登録ヘルパー増員）。デイサービス、ショートステイ施設への取り組みが必要。
  - 福祉を利用するという住民の意識は少しづつ定着してきているが、まだ世話になるという意識が強く、利用が広がりにくい。医師の高齢化のため、退院後の医療は地元医師では補いきれない。10年先は医師が皆無となる可能性がある。また、在宅看護者が皆無の中で確保が難しい。
  - 連携をとるためのシステムは作られても、実際に機能していない。地域に潜在する健康問題や住民の情報を、関係者が自在に得られるネットワークづくりが必要。また、いずれの関係職種をみても、とにかくマンパワー不足で、現場の問題を解決するだけで手一杯の状態。
  - 当町は過疎、高齢化の進む町であり、高齢人口は25%に及んでいる。老化に伴い、当然医療機関を利用する機会も増えるが、我町には小規模な内科、外科、整形外科があるのみで、町外の大きな病院、専門病院にかかる人が多い。そのため保健婦と主治医の連絡がとりにくく、一貫した治療、看護方針がたてにくい。福祉部門（ヘルパー訪問など）、ボランティア、医療機関等と、ケース、家族との間に立ち、包括的なケアができるようにすることは大きな課題である。
  - 村の保健福祉係のなかに保健婦がいるため、福祉との連携はとりやすい。又村医は一人であり、連絡はとれると思うが、患者の医療圏が広がり、大病院指向となってきたため、退院時連絡や退院後の指示が受けにくいのが現状。医療のなかにも、連絡を取る担当窓口を必ず設置するとよいのではないか。在宅ケアをする上で、現在のスタッフでは十分にまかないきれない。
  - 介護支援センターや民間の施設へデイケア、ショートステイを委託している場合、行政の介入範囲はどこまでか。在宅ケアのコーディネーターとして、最も適した職種は保健婦だと思うが（自治体にケースワーカーが存在する場合は特別）、福祉部門に保健婦が常駐することは現行では困難である。どの制度もうまく使いきれていない、横のつながりが大切だといわれていてもなかなかできないのは、専門職がコーディネーター役を担っていないというところが、原因ではないかと思うのであるが。現在は事務職が片手間に福祉に携わっている。人事異動も頻繁にあり、調整役としては重荷な感じである。
  - 保健・医療・福祉を一体化させることがいかに難しいかを痛感している。例えば我町は現在、県の「日本一健康町づくり」のモデル町となり、保健についてはこの3年間で充実してきているが、保健

だけが充実しても他との調整が難しく、特に医療については行政外なので協力を得るのに苦労している。

- 在宅ケースを早期に把握できるよう、医療サイドとの連絡システム作りの必要性を感じる。また現在、保健サイド（保健婦等）と福祉サイド（ヘルパー等）と両方で訪問しているが、今後訪問看護ステーションも加わると、なお一層連絡調整を密にしていく必要があると思う。あわせて初回把握の窓口をどこにして、どういうルートでケース連絡していくか等のシステム作りも必要。
- 当村には国保直営診療所があって、村の常勤医が25年前から粉骨碎身の状態で、診療活動を続けている。時間帯をいわず、日常の診療や往診も患者さん本意で、村民から大変喜ばれている医師である。保健婦が昨年初めて村に採用されたが、医師の考えは「話相手以上のことはしないほしい。保健、医療のことは殆ど医師がやっているから」ということで、今までも保健所のやり方に不満を持っており、村医師と保健婦との連携が全くなし。
- 在宅で見る人が増えている。しかし地域の医療がそれについていけない現状で、その為むやみに入院を勧めるなどで、家族が振りまわされることも少なくない。また、褥創等の処置についても技術が不十分で、在宅への限界を感じる。医療は在宅ケアを支える大きな柱である。そのためには地域の医師自身の意識の変化と、研修が必要と思う。
- 病院から退院連絡があると、地域の医師と連携をとりたくて、情報収集したものをまとめたりするが、看護職間ではスムーズに連絡のとれることでも、医師との間では見解の相違などが原因で進まないことがある。一番そのことで困るのは患者と家族で、不安な日々を送ることになってしまうケースもある。
- 地域の医師会との連携が良いとはいえない。医師会の高齢化のこともあり、往診等の協力がなされていない。訪問対象者は、主治医のあることを原則としているが、退院後も、病院の医師の往診で実施。地元の医師会との連携ができればよりよい在宅ケア制度が実施できるものと思われる。他医療機関との連携については、徐々に努力が実り、事業がやりやすくなってきている。
- 脳卒中発病後等、その後遺症を残した方が退院され地域に帰ってくる時の情報を、医療機関等から町村に知らせてもらえたら、在宅ケアのアプローチがもっとスムーズに行くのではないかと思う。
- 退院後の情報（サマリー）を得て早期訪問を心がけたいが、現在のマンパワーでは全ケースを受けるのが難しい。今後検討が必要。医療側、特に看護職との定期的な情報交換の場があれば、互いの業務の範囲も理解でき、それをもとに連携を取り合うのが容易になるものと思われる。
- 在宅ケアについて、保健・医療・福祉が考え思っていることがズレている面があり、連携が非常に難しい。たとえば、保健婦が医療分野を侵害すると受け取られている面があるのではないかと思われる。特に悲しいことは、看護婦の中にも、そのような態度をとる人たちがいることである。これは我々も対応が悪かったかもしれないので、これからも前向きに接していく必要があると思われる。
- 保健部門、福祉部門が別課であり、連携がスムーズに進まないことがままある。高齢者調整チームは

年に1回だが、福祉サイドの意識が低く、“やればよい”という感覚のように思われる。また、脳卒中情報システムなど機能せず、患者の早期把握ができない。医療機関においては、代表者のみの了解にとどめず、看護職がこのことについて理解を深め、情報交換の直接の窓口になってくれると進展するのではないか。十分治癒せぬまま自宅に帰るケースが増えているが、情報が届かないため、保健婦訪問の予測が立たず、在宅ケアの進展につながっていない。

- 保健・医療・福祉のネットワークづくりが唱えられているが、現実として同じ庁舎内であっても、福祉の担当者とさえ連携がとれていない。又医療との連携も薄く、退院時サマリーを送付してくれる医療機関も少ない。そのため退院したときは日常生活動作もほぼ自立してしたが、家での療養中に日常生活動作が低下してしまうケースも少なくない。又在宅ケアを推進していくうえで、保健婦のマンパワー不足他、医療チームのマンパワー不足、在宅ケアの研修が少ない等の問題がある。それに保健婦の力量不足も重なって、保健婦が在宅ケアに従事するという住民認識もあまり得られておらず、需要が少なく、家庭で苦勞しているケースも多いと考える。
- 町においては、保健と福祉を一つにして新しい機構を考え、改革していく必要がある（窓口の一本化）。県でも保健と福祉を一つにしたほうがよいと思われる部分は一本化して、町とのつながりがスムーズになるように考えられるべきと思う。同じような調査が福祉と保健関係で別々に流れたり、施策も足並みが揃わない。また、医師の協力を得られなければ医療と保健をつなぐことは難しいので、医師への働きかけを県のレベル、あるいは広域レベルで調整してほしい。保健所長の力量を発揮してほしい。
- 地域全体の健康問題について保健婦が、政策立案に直接関与する必要があると感じているので、行政組織の見直しを期待している。また、行政業務の縦割りが早期に統合されることを望んでいる。
- 人口900人余りの小さな山村で常駐の医師がいなく、出張診療に頼っている。保健と福祉の連携はとりつつあるが、医療ぬきに考えられない部分が多々あり、悩みの種である。保健婦に医療関係の相談が多く入り、その調整に頭を悩ませる。
- 保健、福祉の連携はとりやすいが、医療との連携は予想以上に困難な点が多い。とくに医療機関の少ない農村部にあっては、広域的医療機関活用の調整、保健と医療の広域的システム化等県単位や保健所単位で取り組んでいきたいと考える。
- 町在住の医師が3人いるが高齢者である。町外の医師を主治医にしている人が多いため、連携をとるのが困難である。したがって寝たきりになると、往診も受けず薬のみ服用するケースが多くなってくる。
- 家族の介護力不足があり、近郊の医療機関に恵まれていることもあって、在宅ケアする人はほとんどいない状況である。医療の面では医師から検査の必要上、病院（診療所）に連れてくるようにとの請求が多く（連れていけないので往診を頼むのですが）、スムーズに往診体制をとってもらえない。1つの事例については福祉との連携がとれているが村の福祉・保健をどうしていくかという基本的な話

- し合いができず、計画がたっていない。大事なことだが互いに日常業務におわれている実情である。実際のケアが保健婦の役割かどうかは疑問に思っている（必要に迫られる場合もあるが）。基本はやはり予防活動だと考えている。現状では閉じこもりがちな老人を対象としたデイケアがいちばん必要と考えるが、スタッフ等問題は山積みである。
- 村内に一般診療所1ヶ所（開業医のみ）で、医師も高齢化しており、往診も十分してもらえない。在宅ケアを進めるにあたり、患者の病状が変わったときなどにすぐに診てもらえる、すぐに相談にのってもらえる家庭医が地域にいないと、退院したくても不安でできない。福祉は種々のサービスが現在あるが、申請に基づいて実施されるため利用は十分でない。限られた人しか利用できない。
  - 各病院、施設、行政の動きがバラバラで問題である。保健・医療・福祉で在宅ケアに対する共通の認識をもつための努力がさらに必要。医療と福祉の結びつけの強化が必要。保健婦の果たす役割が重要。市民にどのようなサービスが提供できるのか、わかりやすくはっきりさせる必要がある。当市ではシステムができておらず、早急に作る必要がある。保健婦が自分たちがどの機能を果たすのか、はっきりさせる必要がある。
  - 保健と福祉が机を同じくしているの、ある程度は連絡調整がとれていると思うが、意識的に連絡を取っていないと、一人歩きをしてしまうことがお互いにある。たとえばデイケアなど今年度から実施されたが、対象者が保健と福祉では異なっていたりして、すれ違いが起きてくる。又、医療との連携となると、退院患者で訪問が必要な者については、病院の婦長を通じ連絡を取り合ったり、相談に乗ってもらっているが、このことについても体制を整えていく必要がある。
  - 町として、老人の在宅ケア問題に対する基本的姿勢がない。縦割り行政のため庁内での保健、福祉の調整がうまくいかないため仕事がスムーズにいかない。当町は近隣市町の総合病院からのケースが多く、対応がそれぞれ違うことが問題である。今年度より地域福祉センターの開設で、小規模ながらデイサービスが開始される。2年も入浴しなかった人、外出のなかった人いろいろながら、町の身近な場所で親しまれ利用者も多く、ボランティアを申し出る人も多い。このように拠点があると、住民も老いてゆくことを自分のこととして受けとめ広がってゆく様子がわかる。将来はここを老人ケアの拠点としていきたい。
  - 我が村は小規模であるため、保健・医療・福祉の連携はとれていると思う。しかしマンパワーの問題、資金の問題は大きいと考えている。離島であるため、隣接の市町村はなく、そこに住む専門職の方々に応援を頼むことも容易ではない。又上司も保健・医療・福祉には理解はあるが、財源が許さないということもある。
  - 人口も少なく財政力もない。職員数も少ないので町単独で多くの事業を実施するのは、困難な状況となっている。近隣市町村2～3万人規模で保健・医療（国保、老保）・福祉の関係者が合併し、事業を対応していったほうがスムーズな運営ができるのではないかと考える。保健、医療計画ができてから、地域のベッド数が増加、医療機関での看護不足が続いている。行政で雇用する人材がいない状態

である。

**(6)住民参加の必要性**

- 行政のスローガンに「健康と福祉の里づくり」をかかげ、老人福祉センターやデイサービスセンターの建設が行なわれ事業がすすめられているが、住民自身の福祉に対する認識は低く、福祉教育の推進をはかっていく必要がある。また、保健・医療・福祉を総合的に推進するための長期的、積極的な計画と人員増が必要である。
- 住民の関心がまだ低い。高齢化が自分たちの問題であることを自覚してほしい、他人ごとではない。各種制度を利用するのに、明るいイメージで気軽に利用できる雰囲気がほしい。
- 保守的な地域のなかで、在宅ケアの受皿ができていないのに在宅ケアをすすめられないし、医療のみに頼る傾向がある。
- 町全体の傾向として、福祉的援助を受けることへの抵抗感や、受けている者への差別意識がなかなか抜けない。
- 在宅ケアを推進するための社会資源がととのえられつつあるが、未だ自分の家のことに他人を入れたくない、という気持ちが住民のなかに根強く、サービスも活用されないことが多いように思う。“地域ぐるみで高齢者を支えていこう”という気運を盛り上げていくことが大切だと思う。
- 当町では県のモデル指示を受けたことを契機に「在宅ケア」に専従する保健婦が採用されるなど恵まれているので、従来の保健婦活動に影響はない。福祉との関わりも比較的スムーズだが、医療機関の理解度はまだ不十分なところがある。又地域性もあると思うが、閉鎖的で遠慮の向きも感じられるので意識改革の必要を感じる。
- 保健・医療・福祉の相談窓口を一本にし、住民がサービスを受けやすくすることが急がれる。在宅ケアを推進する上で、マンパワーの確保が難しい。サービスを受ける住民の意識が、お世話になるという感覚が強く、家族の中でケースを抱え込んでしまう傾向が強い。地域の中で支えていくシステムや、行政サービスを有効に活用するPR活動が重要である。
- ある年齢層の人々に在宅ケアについて話をすると、介護について当たり前意識が強い。助け合い、支え合いながらケアをしていかなければこれからは無理なのだということが理解してもらえないので、提携のためには相当のPRが必要だと思う。また、訪問看護を実施する際、臨時雇用では看護職員は来てくれない。しかし町での賃金基準や雇用の問題があり、採用できないので困っている。
- わずかではあるが訪問看護的なことをやり始めているが、地域住民の受け入れも遠慮がちであり、充分活用、利用といった点ではまだまだのように思われる。ホームドクター的關係が十分でなく、多くの診療を求めて、大きな医療機関を希望しているように思える。また、老人などの長期介護を必要とする患者に対して、又介護者に対して他の人たちの目もまだまだ厳しいといえる。社会的資源を上手に使って、皆が行きづまることなく最期を看取ってあげられるなら最高と思える。

- ショートステイなど老人ホームを利用するのに、手続きや審査が必要なところからか、他者の目からみて“姥すて山”的な認識をもたれているところもあり、利用を気兼ねする人もいる。広く正しい理解のもとに利用してもらうにはどうすればよいかと、具体策はないが問題として感ずる。また、寝かせきりを防ぐためにも、リハビリ訓練が必要と思うが、継続してかかわってもらえる理学療法士が身近にいないため、患者本人や家族も積極的な意欲が失われ、寝たきりを進行させているところがある。本人の状況変化に応じたきめ細かな訓練指導ができないことは、大変な弱点と思う。継続して関わってもらえる、理学療法士委託のシステムでもあればよいのにと感ずる。
- 住民意識として、在宅生活をするということについて積極的ではない、という傾向もある。働き手でないものは、社会から、家庭からも除外される傾向がなきにしもあらず。また、在宅ケアの必要性や、町としての将来像について等、基本理念が保健・医療・福祉担当者間で意志統一がされていない（特に医療の面）。どの分野においてもマンパワーが不足している。意欲だけではカバーしきれない問題も多い。
- 家庭での長期的ケアを実施するためには、いろいろなサービスが受け入れられるように、市民に対しての啓発が必要だと思う。また、関係者の連携がとれていない。医療側の看護者に対する理解が不足している。マンパワー不足である。
- 地域での人の心の結びつきが薄れている中で、在宅ケアといっても無理がある。
- 町内及び町周辺の医療機関と、保健、福祉業務とのネットワークづくりが必要。町内にある広域特定の施設を、もっとオープンに活用できないものか。在宅病臥は必ずしも40歳以上の人は限らない。移動入浴も若年者にも利用させたい。しかし行政の中の手続きは融通がきかないこともある。福祉施策を広く町民に知ってもらう方法をもっと考えたい。そしてその中で、本当に緊急性の高い人からサービスが受けられるように、高齢者サービス調整チームなどがもっとうまく機能すると良いと感じる。現在の福祉施策は知っている人及び、行政から教えてもらった人達だけ恩恵を受けているような不公平感を、行政の立場にいる私が感じる。また、全国で保健センターなどの建物があちこちで建てられている。それはすべて行政ペースで建てられることが多い。良い、使いやすい建物をめざして研究されることだろうが、実際に使用する側の老人、障害者、子供、あらゆる層の意見を集める場を作れないものか。そこに少しでも反映するものがあったら、住民の町への意識が変わってくると思う。
- 日本の風土が培ってきた在宅ケアに対する住民の意識は、そう簡単には変えられない。教育関係者、特に学校教育、社会教育等、行政組織が一体とならなければやっていけない。自治体の首長はこのことにいち早く気づき、自分の市に住む住民の将来を考えてほしい。
- 在宅ケアの推進といっても奥深い問題があり、まとめて記すことは難しいが、まだまだ当市では量の問題が大きく関与している。第一に介護等を担うマンパワー不足である。しかし在宅ケアのニーズを公的なマンパワーだけではとても受けきれないという問題もあり、あわせて住民参加の在宅ケアを考えなければならない。又地域の暖かさとか、自然なお互いの気遣いという要素を大切に、その気持

ちを育てていくような仕組みが大切であると思う。第二に医療との連携が不十分であり、「出ていく医療、福祉」がますます必要となるため、その充実と連携のための話し合い、窓口の一本化等が大切と考える。

- 在宅ケアを地域で推進するにおいては、ケースや介護者を取り巻く環境の整備が必要。元気な人もそうでない人も、地域や学校等の中で生活できるよう、小児期から教育で実施しなければ遅いと思う。介護を受ける本人、家族の気持ちを考える。押しつけてはいけない。看護者または介護者が2人いるような環境づくりが必要。在宅ケアだけが最良とは考えがたい。

#### (7)制度上の問題

- 健康センター（保健予防活動）と診療所、更に高齢者多目的福祉センター（本年5月）が開設され、保健と医療、福祉を1ヵ所に集め、在宅ケア事業を実施している。特に入浴サービス、デイホーム事業は、介護支援として大きな存在となっている。マンパワーの確保も徐々になされているが、財政力の弱い村での一番の問題は人件費である。ゴールドプランを発表した以上、各市町村の事業を発展させるためには、その市町村にあった予算措置をしてほしい。“民間活力”の名のもとに国の責任を回避すべきではないと思う。
- 最近になってショートステイの相談、痴呆老人の介護に関する相談が急に多くなったことを感じる。在宅で介護を要する家族をかかえて、困っている人がどれくらいいるのか実態を知りたいと思うが、なかなか手がまわらないのが実情である。又、現在以上に高齢者の訪問が要請されても、保健婦を増員しないかぎり無理である。保健婦の増員については、未設置町村の解消に視点を置く程度にとどまらず、現在よい活動をしているところにこそ、増員の枠がまわってくるような補助金制度を考えてほしい。
- 病院数が増大する中で、在宅者への受診のあり方を指導しても、一向に医療費の増大はくい止められない。病院側への指導がないなかで国保医療費抑制は難しい。
- 県からおりてくる事業が、縦割り行政になっているのが問題だと思う。デイサービス事業の実施、老人の社会的入院の把握等を、保健、福祉が協力して実施していく旨指導してもらいたい。デイサービス事業に準じた施設等があれば、現在健康な老人でも、より健康を維持できるような軽作業、趣味、その他集団で刺激を与えあう生活ができるのではないかと思う。そのために保健、福祉よりの援助が必要。現在の要介護老人の為の経済的な負担は、病院入院が最も安く、家庭での介護はおむつ代その他、最も負担が高いことが問題ではないかと思う。
- 国は「在宅、在宅」といっているし、確かに老人本人も、施設に入るよりも住み慣れた家で最後を家族と一緒に暮らしたいと願っているが、現状では個人、家族の負担が大きすぎる。制度、施設の不足、マンパワーの不足を痛切に感じる。現行の乏しい制度下においても、受益者負担（有料）が多くなっているし、介護用品も高い。在宅ケアの負担は現在女性の肩に大きくかかっているが、男性も平等に

参加していくシステムづくりが必要だと思う。

- 在宅ケアを推進する上で、その家庭の経済状態でかなり左右されるように思う。在宅ケアをする場合の手当て等、援助するようなものがあればよい。介護用品は、普通の物品と比べ高値である。いろいろすすめたいが、その家族の経済等配慮すると、なかなかできないので、もう少し値段の安いものできないか。過疎化が進み、「寝たきり者」は高齢化になる一方、介護者も当然高齢者になる。その家庭をどう援護するべきか問題である。
- 病院に入院する人には、入院費で食事や介護費（看護婦の看護）までであるが、在宅にいる老人に対しての援助費が少なすぎると思う。もっと看護手当て等増やしたら、在宅で見える人が増えてくるのではないだろうか。福祉サービスについても、もっと利用しやすいPRが必要だと思う。世間体等気にして、利用したくてもできない人が多い。
- 現在少しずつ改善されているようだが、家族の介護負担は大きく、介護者の健康を損なったり、財政的に苦しかったり、適切な介護が行われていなかったり、家族の人間関係が悪くなる等、様々な問題を抱えているため、やむをえず入院や施設入所をしている状態である。介護者の負担を軽減し質の高い看護を提供するために、必要な機器の貸与、関係スタッフの日常的な訪問援助、低価格の総合サービスや財政負担を少なくする形でのきめ細かな施策が、在宅ケアを実施する上で必要だと思われる。また、現在在宅ケアも含んだ住民の要望に十分対応できない状態である。町財政が厳しいためスタッフ増が望めないうえ、財政援助が得られにくい。地域での支援活動（ボランティア活動）を含む体制づくりがまだ低調である。

#### (8)在宅ケア推進について、保健婦の当事者としての課題

- 村内では保健婦一人設置のうえ、就業2年目という経験の浅さもあり、目先の業務におわれがちである。しかし、村唯一の診療所との協力もでき、又同じ部署内に保健、医療、福祉との担当者がいるために、連携をより深めることが必要と感じる。
- 保健・医療・福祉・社協は関連業務が多いので、一つの課としてまとめ、業務をすすめていきたい。これら関係者が、地域保健医療計画をしっかりと話し合い、住民のニーズに合った業務をすすめていきたい。そればかりでなく、福祉保健推進協議会等の住民の意見や要望が入った施策ができればと思う。
- 在宅ケアがクローズアップされそれぞれが連携を持ちながら、よりよいサービス実施に向けて取り組んでいるところである。幸い、診療所の医師も在宅ケアには熱心で、月1度の高齢者サービス調整チーム会議の他にも、実務担当者会議、研修を夜間に月1回の割で実施している。問題は、患者および家族のニーズが把握できても、それに十分な対応がしきれないところにある。人的なものも大きいと思うが、その辺の調整をうまくはかり、診療所の看護婦とも連携をとりながら、在宅ケアの充実をはかりたいと思う。ケースへの援助計画をしっかりと立てていく必要があると思う。
- 町には高齢者サービス調整会議が設置され、年間10回程度開催されており、お互いに有効に活動する



ことにより連携がとれていくと考える。まだまだ福祉関係課内においても縦割りの業務ですすめられており、連絡がとりにくく感じる。しかし、なんといたっても私共、保健婦の訪問活動が希薄なことが問題であり、業務の整理が急務と考えている。訪問稼働量をあげなければ、保健・医療・福祉の連携は考えられないと思っている。

- 在宅ケアについて保健・医療・福祉の連携が言われているが、在宅ケアについての思いがそれぞれの立場で少しずつ違う。また国の方からいろいろな政策が下りてくるが、市の実情と少しもあっているとは思えない。その中で連携していくには、保健婦自身も専門家としての技術を高め、個々の事例のかかわりを積み重ねながら、関係機関との連携をはかるようにしていくことが大事なのではないかと思う。
- 在宅ケアについて考えてみると、1人のケースに対して、例えば老健法でいう「訪問指導事業」の中で、又「老人訪問看護ステーション」「支援センター」での関わり等と、いろいろな立場での関わりが考えられるので、今後保健・医療福祉等の連携をうまくとっていくには、どのような形で行なったらいいのか悩みながら検討中である。
- 第一線で活動する保健・医療・福祉関係者の横の連携が第一だと思っている。お互いに他職種のスタッフを信頼し、連携プレーできる素地があってこそ、県や国の指導や、新しい政策も生きたものになると思う。
- 現在、保健福祉定例研修会を月1回の割合で実施、在宅ケアの在り方などについて検討しているところである（行政、民間一体の会）。また行政の中で、福祉と保健との連携の必要を実感し、それを上司に伝えているところである。それぞれの部署でバラバラに考えるのではなくて、行政施策の中で、福祉の在り方、在宅ケアの在り方を考えていく必要があると思うが、まだまだである。在宅と叫ばれていても、今は受皿不足である。行政の方針の中で長期展望を待ったケアの在り方を考えていかなければと、常々話し合っている。少しずつ前進したいとも思っている。
- 保健衛生と福祉が別課になっているため個々の活動を行っているが、横の連携が充分とれていない。たとえば、福祉計画策定等に保健婦が介入できていない。個々に情報をもっているが、それが活用されていない。必要なケースについてのみ情報交換している。マンパワー不足。力量不足。
- 保健・医療・福祉の三者は十分に連携をとれていない状況にあり、今後最も大切なことと思っている。三者の連携を円滑にし、フォローし合うことで住民サービスが拡大されると思う。日頃各種業務におわれできていないのが実状だが、もっと自分の業務を調整し、連携をとりサービスの質の向上を心がけていく必要があると思う。
- 現在問題のあるケースについて保健・医療・福祉と連携を持ちながら対処しているが、これからは地域でどのように対処していくのか考えていかなければならないと思う。また、行政の中の専門職として在宅ケア事業をきちんと施策化するための資料提供をしなければならない。在宅ケアは実践活動であるので、在宅療養者の実態調査、ニーズ把握をきちんとし、情報を提供し理解させる資料作成も。

- 現状では国の方針や法律ができ、それを十分消化できてないかっこうで、仕事におわれる感じがある。町の保健・医療・福祉を町独自で、将来を見据えたものを作っていかなければ。そのためには保健婦の増員が必要。保健、福祉に携わる人のパートを含めての増員、保健・医療・福祉計画を立案するため専門的知識をもち、真剣に取り組んでいくようなプロジェクトチーム等が必要と思う。
- 必要に応じ保健、福祉、医療が連絡を取りながら業務を行なっている。保健婦業務のなかにも、在宅ケアに関する業務がふえている。これからも市町村サイドで取り組んでいくには、保健婦業務の整理をしていく必要があると思う。
- 当町は保健、医療、福祉の各分野が各々の領域でのみ活動していることが多く、縦割りの行政といわざるをえない状況にある。必要な時以外、町民の健康レベルアップについて話し合う機会すらない。大きく行政という縦割りの中で、その組織を考えず、町民にとって最も早くよりよいサービスができるという観点で、せめて行政内部からでも機構改革に取り組むべきだと、常々保健婦の立場で考えている。
- 当町においては、まだ保健・医療・福祉の連携すら充分にとれていない状況がある。保健の分野で在宅ケアがあるべきなのか、どこまですべきなのか、今追求しておくべきと考える。在宅ケア推進の観点から言えば、まず福祉サイドでのヘルパーや送迎要員等、人の確保をすべきと考える。保健分野のすべきことは、疾病および寝たきり予防を、在宅のケースを通して学び、実践していくことと考える。住民が人生をよりよく生きるために、保健・医療・福祉は本当に何をなさねばならないか、理念だけでなく具体策を作っていかなければならないと考える。
- 個々の事例を通して保健・医療・福祉の連携はあるが、システム化された中で全体で問題を考えていくという基盤がないため、ケースの連絡にとどまっている感がある。今後どのように老人問題を考え、対策をたてるべきかなど、在宅ケアに対する行政の方針立案や、保健・医療・福祉の一元化をめざすことにより、包括的なサービスにつながると考えられるので、基盤づくりが重要課題。総論がなく、各論だけが地域に出歩いているというのが現状か。
- 現在の縦割り行政のなかでは、保健婦自身が調整する気がなければ、保健・医療・福祉は結びついていかない。
- これまで縦割りの行政対応で、各セッションではそれぞれ取り組みがなされてきてはいるが、保健・医療・福祉等が一体となって、町の在宅ケアについて真剣に取り組んでいかなければならない時期にきていると思う。本調査記入により明らかになった問題点として、在宅ケアの必要な人がまず相談できる総合的な窓口がなく、さらに保健・医療・福祉をコーディネートする立場の人がいないこと。保健婦のとるべき役割は幅広いにもかかわらず、対象者を多面的にとらえる情報が得られていないこと。町立病院を抱えているが、医療との結びつきが希薄なこと。看護職による主体的な訪問看護事業が出来る状況にないこと、が明らかになった。
- 住民への直接対応を行なっている職種として、縦割り色の濃い行政体制の中で、保健・医療・福祉の

連携の重要性をつよく感じ、望んできた。どちらかという問題点や実態が見えるだけに保健サイド（実際的には保健婦）からの必要性が先行し、医療に働きかけ、さらに福祉へと連携をとろうとするが、最も連携しにくいのが福祉であった。今後は法改正等もあり、国民的課題に位置づいてきたことにより業務量は増加するものと思われるが、質の改善が図りやすくなるを考える。また、それらの認識のもとに業務にあたらなくてはならないと考える。現時点で保健、福祉の認識が行政の中で最も遅れている（人的配置等）。

- 老人保健事業として訪問指導を実施中であるが、保健婦と、在宅看護婦間、又その他の職種との随時連携はとれているものの、ケース検討、連絡会等のようなものがなかなかできず、今後の大切な課題である。いまは教育事業の比率が高いため、事業の見直しを図っていくことと、三次予防をどんどん実施していくことを考えている。又、現在の訪問基準の見直しをしないといけない。
- 当町では、保健・医療・福祉の一貫した連携システムがまだとりきれておらず、連絡調整に手間取ったりする。また、各々の部署が意見を交流する場が少ない。さらに今後、みなが同じ目で老人が見ていけるような研修等、やっていけたらと考える。実際、多くの仕事を抱えている保健婦活動の中で、どうやってそれを整理していくか、いかに在宅ケアを支える一員として機能していくか、しっかり見つける必要があると考える。
- 集団から個への対応、フォローが求められていく時代、身体的、精神的な問題分析だけでなく社会的な健康問題をもあわせて検討していなければならない。チーム行動が重要になってくるのはわかる。しかしチームの範囲が広がるほど、プライバシー保護の懸念や、スタッフの問題意識の違い、それぞれがはたすべき役割の不明瞭化等、わずらわしさが増える。また、高齢化に過疎化が拍車をかけている現状では、町政そのものの姿勢も、根本的にかえていくべきものがあるように思う。健康問題に対しても、もっと予防面に全力を注ぎたいと思いつつ、目前の在宅サービス、高齢化の問題に手がつけきれないジレンマに、常に悩んでいる。
- 在宅ケア推進については、保健婦の所属する部署が保健関係となっていたり、相談窓口が明らかにされていないために、総合的な立場で推進できていない状況にある。今年度より、月1回実務者による高齢者サービス調整会議がやっと開催されているが、行政的な福祉サービスが非常に遅れている現状であり、保健、福祉計画に意見をだし、住民主体の計画、実施となるよう働きかけていく必要があると強く感じている。
- 病院も多く、特別養護老人ホームが2ヵ所、市の老人ホーム1ヵ所があり、住民感情としては病気になるれば入院、寝たきりになれば入所という考えがあるため、在宅でというまでにはなかなかできないのが現状である。保健と福祉がやっと連携がとれつつあるが、医療の面になると医師数も多く、医師会としては調整チームのなかに名前はあがるが、実際は機能していない。在宅という考えをもっている人が少なく、日々の業務の中で入院、入所してしまう患者さんをみると残念でならない。
- 保健・医療・福祉の連携を唱えて何回も会議をもつことも大切だと思うが、もっと具体的に住民サー

ビスにつながる方法を打ち出せないものだろうか。そのためには予算確保や行政幹部を動かさなければならぬと思うが…。保健婦に期待されているものが社会情勢と共に変化してきていることを、ひしひしと感じる今日この頃、住民側に立った、困っている人の身に立った住民サービスが必要と感じる。

- 離島で、中学を出れば本島の高校へ進学していく子供たち、過疎に拍車をかけ、高齢化がどんどん進んでいる中で、保健・医療・福祉の連携はとて大切だと思う。今在宅ケアは保健婦、村、村社協と医療機関、福祉事務所などの連携で、個々のレベルでやっているが、システム化されていない。在宅ケアを促進する上でシステム化が大事なことなのか、この離島での一番良い方法なのか、いろいろ事業が村主体となっていく中で、形ばかりの整備で、活動の展開を保障する基盤整備はどうするのか。マンパワーの確保さえ困難な状況で、課の係は一人で何役もこなさなければならない現状。“寝たきり”といえば、“特養老人ホームの建設”といったような目に見える福祉、それはそれでとてもいいけれど、今なぜ“在宅ケア”なのか村や住民に問題提起できない“自分”も問題である。
- 一人の在宅ケアに対して、各種の専門職が出たり入ったりするなかで、今後保健婦としてどう対処してゆくべきなのか、単なるコーディネーターとしての役割だけでは、将来に不安が残る。保健婦自ら考えていく必要があると思う。
- 高齢化社会が急速に迫っているという認識は、町長はじめ当局にはあると思うが、福祉課部門だけで推進している。ということは高齢化社会は福祉部門で担当するということのようなのだ。福祉にたどりつく前に、保健部門で十分な健康教育やケアが必要である。三者（少なくとも行政部門である保健、福祉）で対等な話し合いが必要である。現在の我々の保健部門については、老健法による事業の展開で精一杯で、寝たきり老人の訪問を充実させることで今のところ手一杯である。母子保健、成人保健と、ますます市町村に下りてくる事業が多い。その中で私達のこの町では、これについて力をいれて推進してゆきたい、というテーマをもちたい。この3つがうまく機能するような行政組織であることが望ましい。
- それぞれの市町村の責任で、保健、医療、福祉を推進しているわけであるが、近隣のみをみても、その格差はものすごい。市町村長のやる気があるかないかで、やれる市町村と、したくてもできない市町村に分かれる。担当者は日々在宅ケアに振り回されているが、首長には響かない。人もお金を使わず、何度要求しても無駄になると、意欲さえわかなくなりそうである。
- まだまだ家庭に大きな負担がかかっている。制度、システムを整えるということも大切であるが、日頃の生きざま、人間関係もいろいろな面で影響すると思う。多様化の時代で、人生観、価値観などさまざまであり、何をやるにしても大変だと思う。一律にこうであるとか、こうあるべきとか言われたい。一律に施設がよいとか、家がよいとか…。人によって違うので、個々を大切にするやり方があればと思う。
- 最初から大きいことを考えると何もできないから、小さいことでも、できる部分から実践していくこ

とが必要であると思う。

- 保健と福祉の窓口も一緒になっていない。現在、やっと進行しつつある。これからの大きな課題である。市全体での取り組み、機構改革が必要であると同時に、現在の保健事業（検診事業が主）の整理、見直しをしないと訪問在宅ケア等ができない現状である。
- 住民課衛生係は環境、保健衛生、献血、老人医療、老人保健、母子保健、犬、食品衛生等を係長と保健婦一人でこなしている。福祉においても同様で、現状は手一杯の仕事の中で、優先順位を考えていけないといけない状況である。
- 訪問看護ステーションや在宅介護支援センターなど、自治体以外のマンパワーも充実させないと、保健婦の身ではどうにも身動きができない。そのためには保健婦が中心になって、必要性や実際の計画を立てていかねばならないのかと思っている。
- 行政の中で、在宅ケア推進が今後の重要な課題であることが、十分認識されていない。保健福祉計画の中で、対応策を立ててゆきたい。
- 国保病院を有する町として、その病院を中核とした在宅ケアシステムが作れたらと思うが、看護職の交流がとりにくくネックとなっている。福祉サイドの施策が先行し、保健サイドの老人への取り組みが遅れていると思う。
- 町民課、保健センターの4人の保健婦は、健康づくり事業を展開しながら「予防活動」をしている。活動の中身は住民の人々に見えにくく、結果もすぐに現われにくい、「予防活動」は大事にしてすめなければいけないと思っている。ヘルス事業の訪問指導の対象者は、寝たきり老人と、基本健診の結果指導が必要な人という二つが対象である。ここで問題になる寝たきり老人に対する訪問指導は、年間一人の保健婦が延べ20人程度しかできていない。これでは本当に住民から頼りにされる在宅ケア体制を作るのは、無理だと思われる。福祉関係八法の改正で在宅福祉サービスを法律上位置付け、平成5年度から市町村が施設入所の措置決定権をもち、保健、福祉計画を作るという形になってきている状況下、当町では平成3年度民生課関係で在宅介護支援センターがオープンした。在宅ケア推進について十分な検討が望まれる。
- 保健婦レベルの声を行政に反映させ、村として総合的な在宅ケアサービスを計画する必要性がある。今まで保健・医療・福祉が行政的にも縦割りであり、問題も多々あった。調整者としての保健婦の役割は、ますます増大する。その際に生活の場を知り、住民と共に問題を解決してゆく保健婦の存在は大きいといえる。本来の保健婦活動を展開していくためには、ぜひとも保健婦の増員が必要である。
- 当町では昭和60年からリハビリ訪問（理学療法士、ヘルパー、保健婦の3者で）を行なっているが、各ケースに対しての在宅ケアの評価についてはできてない気がする。実際毎日忙しくしていると、ケースについての看護計画、目標などを作成、立案せず、ただ回を重ねるだけになっている（訪問は週1回）。在宅ケアの内容（特に質について）の検討を、定期的に持つべきである。保健婦とヘルパー間で月1回会議を持っているが…。理学療法士および主治医、家族なども含むべきなのか…。本町

では町で理学療法士を入れたいと考えているが、希望者がおらず、人材不足を痛切に感じる。

- 理事者の理解と情熱のなさ。現場を見もせずに、流行感覚で社協の法人化をしようとしている。現場の声を聞かないで、実態をもつかまず福祉福祉と勝手なことを決め、当事者が振り回されている。…と思いつつ、理解させるべく行動をとっていない私達にも、責任の一端はある。
- 28.2%も65歳以上老人がいる。出生率が少なく20人／月。総合的な計画がまだできていない。住民も首長もとりあえず目先のことにむかっている。経済的なことで、農業観光等に力を入れており、長期的に考えていないので、保健、社会福祉等に予算がつかない。診療所へはとりあえず金だけ入れている。…と、周囲のせいにしていないで効果的な活動を考え、上司、組織を変えていかなければ、と思っているのですが。