

在宅介護サービスの構造と問題点

— 武蔵野市福祉部老後福祉課を素材として —

1. 問題の所在
2. 高齢者在宅介護サービスの実態
3. まとめ

小林 良 二*

要 約

虚弱な高齢者に対する福祉的援助は施設サービスから地域・在宅サービスを重視する方向に切り換えられているが、これに対する自治体側の反応は必ずしも積極的であるとはいえない。この理由としては、在宅介護サービスに必要なマンパワーの確保、在宅介護サービスのマンパワーの確保と組織づくり、在宅介護サービスに関連する福祉以外の諸サービスとの連携など、在宅サービスの体制推進に固有な多くの課題があることがあげられる。東京都武蔵野市のばあいには、比較的早い時期からこれら諸課題に対する取組を開始し、かなり成果をあげつつある。本稿では、こうした状況を検討するために、武蔵野市訪問看護サービスのデータのうち、「対象者本人のニード状態」「介護者の状況」「サービスの状況」「介護レベルの判断」それぞれについて、必要な資料を分析した。その結果、武蔵野市では比較的早くから「組織の改革」「看護婦などの専門家とコーディネーション機能の導入」「マンパワー対策」などによって、こうした状況にスムーズに対応してきたといえるが、にも拘らず、ニードの拡大によってサービス対象者の数が増え、長期の在宅療養者への介護サービスだけでなく、やや虚弱な高齢者に対する予防的サービスにも取り組まざるをえない状況が現れている。また、在宅介護サービスの展開によって施設入所や入院等のある程度食い止めているとみられるものの、現状では在宅介護サービスを必要とする高齢者の圧力はかなりのものになってきており、専門職を含むサービスマンパワーのより一層の確保対策が必要になってきてことなどが指摘された。

1. 問題の所在

本稿の目的は、高齢化社会における緊急課題の1つとされている高齢者への介護サービス、特に在宅介護サービスの在り方について検討することである。

周知のように虚弱な高齢者に対する福祉的援助

は施設サービスから地域・在宅サービスを重視する方向に切り換えられてきたのであるが、こうした方針転換にあたっては、自治体、特に基礎自治体为中心的な役割を果たすものとされ、自治体の責任やサービス供給能力を強化する方向での制度改革が国レベルで行われてきている。しかし、これに対する自治体側の反応は必ずしも積極的であるとはいえない。この理由としてはいろいろなこ

*東京都立大学都市研究センター（人文学部）

とが考えられるのであるが、端的に言って、従来施設整備を中心に進められてきた高齢者福祉対策を在宅福祉対策に切り替えるのは決して容易なことではなく、とくに、在宅介護サービスに必要なマンパワーの確保、在宅介護サービスの専門性の確保と組織づくり、在宅介護サービスに関連する福祉以外の諸サービスとの連携など、在宅サービスの体制作りには多くの課題がある。

ところで東京都武蔵野市のばあいには、比較的早い時期からこうした諸問題に対する取組を開始している。昭和45年に老人実態調査を行っていき、福祉諸サービスを充実するためにいろいろな施策を打ち出してきているが、本稿にとって重要と思われる点を指摘すれば次のとおりである。⁽¹⁾

第1に、行政組織面では、昭和51年に福祉事務所組織を改正し、「老後福祉係」を設置することによって、高齢者に関する入所措置業務と在宅サービス業務とを一本化し、さらに昭和52年からは、これを「老後福祉課」とすることによって、高齢者サービスを一体的に運営する可能性を開いたこと。

第2に、職員配置の面では、昭和52年頃から家庭奉仕員の機能を直接的な家事援助業務から切り離し、家庭奉仕員の一部をケアワーカーとして一人暮らし老人に対する指導的機能を持たせるとともに、他方で、訪問看護の為の人員を家庭奉仕員の枠内で確保することによって、在宅のねたきり老人に対する専門的介護サービスやコーディネーションの機能を導入したこと。

第3に、このような公務員としての家庭奉仕員の業務のレベルアップと専門化に対応して、直接的な家事援助マンパワーを確保するために、昭和55年から、市の高齢者事業団に対する委託事業として「シルバー奉仕員制度」を発足させるとともに、家政婦協会への家事援助委託事業を充実させ、この両者を訪問看護婦とケアワーカーとによって指導させる体制をしいてきた。

つまり、公的行政組織の権限、サービスの専門性と指導性、マンパワー対策という3つのレベルで、必ずしも他の自治体には見られないような公的サービスの責任体制を作り上げてきたとって

よい。このような「組織＝権限」、「専門性」、「マンパワー」という3つの要素は、そのどれを欠いても、サービスの組織的な展開にとっての障害になるものであり、この意味において、武蔵野市における在宅介護サービスの展開は興味深いものといえよう。

ただ以上のような説明からも分かるように、武蔵野市における在宅介護サービスは、あくまでも福祉部局の内部での介護サービスであり、医療機関を背景とする在宅医療＝看護サービスではない。この事から生じる限界はもちろんあるのだが、福祉サービスと看護マンパワーを組み合わせ、在宅介護サービスを展開させてきたことは現在の福祉サービスの現状を考えると極めて重要であるといえる。

このような在宅介護体制を展開してきた結果として、次のような効果があったとされている。

第1に、住民が福祉サービスを身近に感じるようになったことである。訪問看護婦とケアワーカーが対象別・地区別に担当制を敷くことにより、住民を頻繁に訪問し相談ができるようになり、この結果、住民の「顕在的ニード」だけでなく「潜在的ニード」まで把握できるようになった。

第2に、訪問看護婦を老後福祉課に配置することによって、他の福祉サービスとの連携が可能になった。一例をあげると、老後福祉課で担当している老人福祉手当（ねたきり老人手当）は、手当の支給の判定をする際に看護婦がねたきり老人の自宅を訪問することによって、在宅介護状況の把握を行い、家族と接触して介護にかんする指導を行うとともに、福祉サービスの利用を薦める好い機会となったこと。また、家族に対する訪問“指導”だけでなく、清拭、足浴、導尿、体位交換、食事介助等の実施を通して、家族の側にも公的サービスに対する信頼関係が形成されている。

第3に、このようなサービスの拡大につれて、対象者の早期把握が可能になりつつある。最近では窓口相談や開業医からの連絡が増加しており、比較的早い時期から看護婦が関与し、必要な場合デイケアセンターなどの他機関に紹介する体制ができつつあり、ねたきりの予防に役立っている。

第4に、在宅介護に必要な専門諸機関とくに、医療機関との連携が重要である。同地域には、在宅訪問看護を実施している医療機関がわずかながらあり、こうした医療機関の訪問看護婦とは相互に訪問を調整するなどして協力し合っている。また、褥瘡で手に負えないようなばあいには、外科医に依頼して処置を行った場合もあり、医師会側でも事業発足当初よりもこの事業に対して理解を示すようになってきたという。

いずれにしても、このような体制によって、個別ケースへの直接的対応だけでなく、サービス利用者と家事援助者との間の調整、他のいろいろなサービスの紹介や機関への照会、連携が可能となる条件を作り出してきているといえよう。

そこで次に、このような体制の下で、どのような援助が行われてきているのかを統計面から検討し、その課題を検討することにした。

2. 高齢者在宅介護サービスの実態

以下で検討するデータは、武蔵野市福祉部老後福祉課で訪問看護事業に携わっている職員（看護婦）4人と筆者ら⁽²⁾が検討して作成した「高齢者介護サービス報告様式」に基づいている。この様式は、「基本事項」「医療環境」「紹介・把握経路」「相談内容・結果」「病名」「ADL（日常生活動作）」「訪問看護の内容」「介護者」「介護の状態」「転帰」「サービス利用の状況」などから成り立っているが、本稿では、このうち「対象者本人のニード状態」「介護者の状況」「サービスの状況」「介護レベルの判断」それぞれについて、必要な資料を検討することにする。

なお、この様式によるデータの記入は1987年度分として1988年5月に行われている。本稿ではこのデータを中心に用いるが、それ以前の分についても老後福祉課のデータを用いて作成した時系列データも利用している。

2. 1 対象者本人のニードの状態

在宅介護サービスの前提となる高齢者のニードに関連する変数について、昭和58年以後の5年間

におけるデータを検討してみると、次のような推移がみられる。

まず、表1によると、武蔵野市における65歳以上の老年人口率は、昭和58年度の9.4%から昭和62年度の10.5%へと、5年間で1.1%の増加となっているが、老人人口数でみると14%の伸びとなっている。

また、これと関連して、いわゆる「要援護老人」のカテゴリーとされる「ひとりぐらし老人」は、この期間に3%増加したに過ぎないのに対し、寝たきり老人数は同期間に263人から457人へと74%の伸びとなっている。ねたきり老人が顕著に増加した原因は、実際のねたきり老人の増加であるというよりも、本稿で分析の対象としている訪問看護対象ケースが増えた結果である。つまり、「在宅ねたきり老人」とは、寝たきりの状態が発生することと共に、そうした「要援護者」に対する、家族の介護力、サービスの対応力の結果でもある。それが十分でないばあいには、入院や施設入所となり、「在宅ねたきり老人」は増加しないであろう。いずれにしても、昭和63年3月末における在宅の寝たきり老人の出現率は、65歳以上老人人口の3.1%であった。

そこで次に、武蔵野市における訪問看護事業のおもな対象である「ねたきり老人」の属性について検討してみよう。

第1に、表2でサービス利用者の年齢別構成をみると、昭和58年に79.04歳であった「ねたきり老人」平均年齢が、62年には81.3歳になり、5年間で2.3歳上昇している。注目すべきことは、いわゆる「後期高齢者」の占める割合が急速に高くなっていることで、特に、85歳以上の高齢者の割合は、29.5%から35.3%へと上昇しており、高齢化の進行による虚弱老人の増加が端的に示されている。ただし、男女の年齢差や、男女の割合にはほとんど変化は見られない。なお、昭和62年度におけるサービスを利用した最高年齢者は103歳であった。

第2に、表3で「ねたきり」になってからの期間をみると、サービス対象者数が増加している中で、期間が0、つまり、ねたきりとは必ずしもい

表1 武蔵野市老人福祉関係指標

	58年度	59年度	60年度	61年度	62年度	62年/58年
① 老年人口	12,605	12,921	13,453	13,970	14,357	114
(a) 独居老人	977	914	914	932	1,008	103
(b) 臥床老人	263	321	321	392	457	174
老年人口率	(9.4)	(9.6)	(9.9)	(10.2)	(10.5)	
奉仕員派遣						
② 派遣世帯	129	132	235	275	266	206
派遣回数	8,815	9,620	10,279	12,535	13,998	159
訪問看護						
③ 訪問世帯	207	242	264	385	457	220
訪問回数	1,899	1,648	2,935	2,954	2,645	139
施設入所						
④ 特養入所者	111	147	163	155	155	140
⑤ 養護入所者	55	33	35	31	30	55
⑦ 特養待機者	27	14	22	22	41	152
⑧ 養護待機者	11	6	3	1	7	64
福祉公社						
⑥ 利用世帯	131	131	149	186	214	163
(②~⑥)/①	5.0	5.3	6.3	7.4	7.8	156

独居老人率 (a)/①	7.75	7.07	6.79	6.67	7.02
臥床老人率 (b)/①	2.09	2.48	2.39	2.81	3.18
奉仕員利用率 ②/①	1.02	1.02	1.75	1.97	1.85
訪問看護利用率 ③/①	1.64	1.87	1.96	2.75	3.18
施設入所率 (④⑤)/①	1.32	1.39	1.47	1.33	1.29
施設待機率 (⑦⑧)/①	0.30	0.15	0.18	0.16	0.33

武蔵野市統計資料より

えない者の数が激増していること、3年以内ねたきりの者の数が増えているのに対して、3年~5年の長期のねたきりの者の数は余り増えていないなどの特徴が指摘できる。これはこの期間に在宅ケアについて一定の「区切り」がある可能性を示している。すなわち、この期間内に身体状況が悪

化し、入院や死亡等の転帰をたどる高齢者が見られると共に、長期にわたる家族の介護能力の限界から病院や施設利用となる場合が考えられるのである。昭和62年度末における平均ねたきり期間が、36.2ヶ月となっていることがこの間の事情の一端を示している(表4)。

表2 年齢別構成

(人)

年齢	58			59			60			61			62		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
55-59	1	1	2	0	1	1	0	0	0	1	0	1	2	5	7
60-64	1	6	7	1	4	5	1	7	8	1	5	6			
65-69	4	8	12	7	10	17	8	9	17	10	21	31	7	19	26
70-74	18	12	30	13	18	31	19	23	42	24	32	56	29	22	51
75-79	19	29	48	21	25	46	17	30	47	26	43	69	35	48	83
80-84	18	29	47	19	40	59	25	32	57	41	66	107	43	71	114
85-89	14	36	50	22	41	63	18	39	57	24	48	72	31	58	89
90-94	1	7	8	9	9	18	9	15	24	14	25	39	17	34	51
95-	0	3	3	0	2	2	1	4	5	1	3	4	3	10	13

(%)

年齢	58			59			60			61			62		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
55-64	2.6	5.3	4.3	1.1	3.3	2.5	1.0	4.4	3.1	1.4	2.1	1.8	1.2	1.9	1.6
65-69	5.3	6.1	5.8	7.6	6.7	7.0	8.2	5.7	6.6	7.0	8.6	8.1	4.2	7.1	6.0
70-74	23.7	9.2	14.5	14.1	12.0	12.8	19.4	14.5	16.3	17.0	13.2	14.5	17.4	8.2	11.8
75-79	25.0	22.1	23.2	22.8	16.7	19.0	17.3	18.9	18.3	18.3	17.7	17.9	21.0	18.0	19.1
80-84	23.7	22.1	22.7	20.7	26.7	24.4	25.5	20.1	22.2	28.9	27.2	27.8	25.7	26.6	26.3
85-89	18.4	27.5	24.2	23.9	27.3	26.0	18.4	24.5	22.2	16.9	19.8	18.7	18.6	21.7	20.5
90-94	1.3	5.3	3.9	9.8	6.0	7.4	9.2	9.4	9.3	9.9	10.3	10.1	10.2	12.7	11.8
95-	0	2.3	1.4	0	1.3	0.8	1.0	2.5	1.9	0.7	1.2	1.0	1.8	3.7	3.0
平均(歳)	79.09	79.01	79.04	80.1	80.4	80.3	80.22	79.81	79.96	80.36	80.06	80.17	80.54	81.91	81.3

表3 臥床期間 人(%)

期間	59	60	61	62
0	56(25.2)	68(26.5)	107(27.8)	135(31.1)
6ヶ月未満	28(12.6)	26(10.1)	25(6.5)	40(9.2)
6ヶ月-1年	26(11.7)	19(7.4)	30(7.8)	40(9.2)
1-2年	41(18.5)	42(16.3)	70(18.2)	69(15.9)
2-3年	19(8.6)	27(10.5)	53(13.8)	54(12.4)
3-4年	20(9.0)	20(7.8)	32(8.3)	26(6.0)
4-5年	16(7.2)	12(4.7)	20(5.2)	22(5.1)
5年以上	36(16.2)	43(16.7)	48(12.5)	48(11.1)
計	222	257	385	434

なお、期間0の対象者の増加は、武蔵野市の介護サービスが、比較的早い段階で対象者を把握できるようになり、必ずしも「ねたきり」とはいえない者へもサービスの手が及ぶようになったともいえる。

第3に、表5でサービス利用者の主たる病気の種類についてみると、ここ5年間「脳血管障害」が第1位であることにはかわりがないが、「痴呆」がおなじ期間に、22人、31人、33人、69人、77人と顕著に増加している。また、「パーキンソン症」、「老衰」も同様な傾向にある。このような疾病の種類の変化は、より多くの後期高齢者がサービスの対象となってきたことの現れであり、訪問看護サービス利用者のニーズがより多様化し、重度化していることを示している。

表4 寝たきりになってからの期間

	87	
	人数	割合
1. 3月以内	19	5.3
2. 6月以内	21	4.8
3. 1年以内	40	9.2
4. 2年以内	69	15.9
5. 3年以内	54	12.4
6. 4年以内	26	6.0
7. 5年以内	22	5.1
8. 6年以内	16	3.7
9. 7年以内	8	1.8
10. 8年以内	7	1.6
11. 9年以内	3	0.7
12. 10年以内	3	0.7
13. 12年以内	4	0.9
14. 15年以内	4	0.9
15. 15年以上	3	0.7
16. 非該当	135	31.0
合計	434	100.0
平均期間	36.2カ月	
最高月数	361カ月	
最低月数	1月未満	

表5 主な病気の変化 (人)

主要病名	58年	59年	60年	61年	62年
脳血管障害	99	87	88	112	92
痴呆	22	31	33	69	77
パーキンソン症	2	9	16	24	20
高血圧症	3	8	15	17	15
リウマチ関節炎	17	16	14	23	23
老衰	8	16	13	24	40
腰痛	10	10	11	21	24
骨折	16	14	8	13	16
悪性腫瘍	4	9	10	12	22
心疾患	12	11	10	10	24
呼吸疾患			8	6	4
糖尿病	4	2	3	5	2
精神障害			5	4	4
自律神経失調症			2	4	6
肝疾患			0	5	1
変形性せき推症			0	4	
骨相しょう症			0	4	9
その他	12	21	21	28	
白内障	2	2	0	0	
肺疾患		6	0	0	4
合計	211	242	257	385	383

第4に、ADL（日常生活動作）の状況のみてみよう。表6では、移動、食事、排泄、入浴、着脱の各動作それぞれに1～4点を与え、それらを合計した点数を、軽度（5～8点）、中度（9～12点）、重度（13～16点）、最重度（17～20点）に分けた結果である。これによると、対象者の増加にともない、この3年間全てのレベルで絶対数が増えているが、とくに軽度（5～8点）の伸びが著しい。これは、先にものべたように、ねたきり手当を始めとする福祉サービスの普及に伴う利用者の早期把握が進んだ結果であろう。しかし伸び率でみると、重度、最重度のカテゴリーにおいても伸び率が高く、重度化が進んでいることが裏付けられる。これに対して、中度のカテゴリーの数値はほとんど変化していない。

なお、表7で、昭和62年度中の1年間に、ADLがどの様に変化したのかについてみると、総合点で「変化のなかったもの」が59.4%、「改善がみられたもの」4.6%、「悪化したもの」9.2%、

表6 ADL総合点 人(%)

合計点	60年度	61年度	62年度	60年度	61年度	62年度	
軽度	5	30(15.2)	61(21.9)	85(26.7)			
	6	19(8.0)	17(6.1)	33(10.4)			
	7	20(10.1)	25(9.0)	28(8.8)	80	128	162
中度	8	14(7.0)	25(9.0)	16(5.0)	(100) (40.4)	(160) (46.0)	(202) (50.9)
	9	19(9.6)	16(5.8)	30(9.4)			
	10	15(7.6)	20(7.2)	14(4.4)			
重度	11	24(12.1)	22(7.9)	6(1.9)	69	73	70
	12	11(5.6)	15(5.4)	20(6.3)	(100) (34.8)	(105) (26.3)	(101) (22.0)
	13	6(3.0)	13(4.7)	13(4.1)			
最重度	14	9(4.5)	11(4.0)	8(2.5)			
	15	3(1.5)	6(2.2)	9(2.8)	21	37	38
	16	3(1.5)	7(2.5)	8(2.5)	(100) (10.6)	(176) (13.3)	(181) (11.9)
合計	17	7(3.5)	11(4.0)	12(3.8)			
	18	4(2.0)	8(2.9)	12(3.8)			
	19	11(5.6)	11(4.0)	17(5.3)	28	40	48
20	6(3.0)	10(3.6)	7(2.2)	(100) (14.4)	(143) (14.4)	(171) (15.1)	
合計	198	278	318	198	278	318	

注 合計点8, 12, 16, 20欄上段()内は、軽, 中, 重, 最重度の伸び率

表7 ADLの変化(61年度末*62年度末)

人(%)

1. 総合		2. 移動	3. 食事	4. 排泄	5. 入浴	6. 着脱
1. 無変化						
① 1→1	151 (34.8)	136 (31.4)	227 (52.4)	146 (33.7)	83 (19.2)	145 (33.5)
② 2→2	52 (12.0)	70 (16.2)	18 (4.2)	67 (15.5)	77 (17.8)	40 (9.2)
③ 3→3	27 (6.2)	12 (2.8)	17 (3.9)	7 (1.6)	84 (19.4)	27 (6.2)
④ 4→4	28 (6.4)	38 (8.8)	12 (2.8)	47 (10.9)	17 (3.9)	58 (13.3)
合計	258 (59.4)	256 (59.2)	274 (63.3)	267 (61.7)	261 (60.3)	270 (62.2)
改 善						
① 2→1	10 (2.3)	15 (3.5)	4 (3.2)	10 (2.3)	9 (2.1)	10 (2.3)
② 3→1	1 (0.2)	2 (0.5)	3 (0.7)	0 (0.0)	1 (0.2)	2 (0.5)
③ 3→2	5 (1.2)	2 (0.5)	2 (0.5)	1 (0.2)	5 (1.2)	4 (0.9)
④ 4→1	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.7)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑤ 4→2	2 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.2)	3 (0.7)	2 (0.5)	2 (0.5)
⑥ 4→3	2 (0.5)	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (3.5)	2 (0.5)
合計	20 (4.6)	21 (5.0)	13 (5.3)	15 (3.4)	30 (7.5)	20 (4.7)
3. 悪化						
① 1→2	11 (2.5)	16 (3.7)	11 (2.5)	8 (1.8)	6 (1.4)	3 (0.7)
② 1→3	4 (0.9)	2 (0.5)	2 (0.5)	1 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.5)
③ 1→4	4 (0.9)	5 (1.2)	9 (2.1)	5 (1.2)	1 (0.2)	3 (0.7)
④ 2→3	5 (1.2)	4 (0.9)	3 (0.7)	4 (0.9)	11 (2.5)	5 (1.2)
⑤ 2→4	4 (0.9)	9 (2.1)	3 (0.7)	10 (2.3)	4 (0.9)	5 (1.2)
⑥ 3→4	12 (2.8)	4 (3.2)	2 (0.5)	7 (1.6)	1 (0.2)	9 (2.1)
合計	40 (9.2)	40 (11.6)	30 (7.0)	35 (8.0)	24 (5.4)	27 (6.4)
4. その他						
① 1→*	39 (9.0)	43 (9.9)	83 (19.2)	36 (8.3)	21 (4.8)	32 (7.3)
② 2→*	34 (7.8)	35 (8.1)	13 (3.0)	35 (8.1)	24 (5.5)	30 (6.9)
③ 3→*	24 (5.5)	15 (3.5)	5 (1.2)	21 (4.8)	35 (8.1)	18 (4.2)
④ 4→*	19 (4.4)	23 (5.3)	15 (3.5)	24 (5.5)	36 (8.3)	36 (8.3)
合計	116 (26.8)	116 (26.8)	116 (26.8)	116 (26.8)	116 (26.8)	116 (26.8)

「その他」26.8%となっていた。「その他」の大部分は入院と死亡であるから、実際上悪化は全体の3分の1を越えることになり、どの程度現状を維持できるかが主要な課題であるといえよう。また、個別の動作項目では、「入浴」においてやや改善の度合いが高くなっているが、これは、入浴サービスの利用によってひきおこされたものであり、必ずしもADLそのものの改善によるものではない。

以上見てきたことからわかるように、武蔵野市における在宅訪問看護サービスは、対象者が年々高齢化し、疾病の多様化と重度化、日常生活動作能力の低下等によって、より困難な対象者を抱えるようになっており、これに対する対応が迫られ

ていると共に、比較的元気な高齢者もサービスを利用するようになったために、こうした人々に対する予防的なサービスを充実する必要があるといえよう。

2. 2 介護者の状況

次に、こうした要援護者に対する介護者の状況を検討してみることにしよう。

まず、表8で主たる介護者の種類別の推移をみると、62年度の順位は、娘、妻、嫁、夫、息子となっており、娘、妻、嫁が介護の中心であることに変わりはないが、伸び率で見ると、息子、娘、夫、妻、嫁の順に高くなっており、全般に嫁の比重が小さくなりつつあるといえる。また、家政婦、

家事援助者が主たる介護者になっている例が最近急速にふえる傾向にある事も注目に値する。

第2に、表9の下段(16)で、主たる介護者と

従たる介護者の状況(複数回答)について検討してみよう。まず、従介護者のうち最も多いのは娘(28.1%)であり、次いで家政婦(22.2%)、息子(14.5%)、嫁(10.8%)などの順になっている。家政婦の割合に家事援助者の割合(8.3%)を加えると30.5%となり、従介護者の中では最も割合が高くなることからわかるように、在宅介護に占める介護サービスの比重がかなり高くなっている。次に、主介護者と従介護者の組み合わせで最も多いのは「妻+娘」の32ケース、次いで「嫁+息子」29ケース、「娘+家事援助者」25ケース、「妻+家事援助者」18ケース、「嫁+娘」17ケースなどであり、介護サービスと家族介護者との関係が伺われて興味深い。すなわち、直系家族的な介護構造は徐々に薄れて、介護力の不足を親族以外のサービスに頼ろうとする傾向が見られるのである。

また、項目(14)では、家政婦および家事援助者を従介護者として利用している世帯の割合が示されているが、ここでの順位は、娘、夫、妻、嫁となっており、やはり嫁が最も低い。このことは、

表8 主たる介護者の推移

	実 数					伸び率(58年=100)				
	58	59	60	61	62	59	60	61	62	
介護者	58	59	60	61	62	59	60	61	62	
妻	51	60	71	88	99	118	139	173	194	
夫	14	14	16	28	32	100	114	200	229	
娘	48	63	67	105	111	131	140	219	231	
嫁	56	51	50	83	93	97	89	148	166	
息子	6	10	12	21	23	166	200	350	383	
兄弟姉妹			3	4	5					
親 戚	5	7	5	4	9					
親	1	1	2	1	1					
家政婦	7		8	12	19					
家事援助者			8	17	19					
その他	3	15	1	3	1					
自立	14	10	14	19	15					
市職員		7								
シ奉仕員 ⁽¹⁾		4								
介護人	2	7								

(1) シルバー奉仕員

表9 主たる介護者と従たる介護者の状況

主介護者 従介護者	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
	妻	夫	娘	嫁	息子	同胞	親族	親	家政婦	家事 援助者	孫	主介護 者合計 (1)	主介護 者合計 (2)	{(9)+(10)}÷(13) 介護サービス 利用率
1. 妻			32	11	7	1	1		4	18	2	76	99	22.2
2. 夫			10	2	2				1	8	2	25	32	28.1
3. 娘	6	4	12	8	6		2		8	25	7	80	111	29.7
4. 嫁	3	7	17	2	29	1	1		5	9	3	77	93	15.0
5. 息子			4	6	1	1	1	1	3	6		23	23	39.1
6. 同胞			2					2	1			5	5	20.0
7. 親 族							1		2	3		6	9	55.6
8. 親												0	1	0.0
9. 家政婦			8	4		1			1	3		17	19	21.1
10. 家事 援助者	1		6	1	1				2		1	12	19	10.5
11. 孫					1		1				1	3	1	0.0
12. その他				1								1	7	0.0
13. なし											1	1	5	0.0
従介護者計	10	11	91	35	47	4	9	1	27	72	17	324	434	22.8
(15)構成比	3.1	3.4	28.1	10.8	14.5	1.2	2.8	0.3	8.3	22.2	5.2	100.0		

表10 介護者の年齢（不明を除く）

	87	
	人	%
1. 39歳以下	18	4.3
2. 40歳～44歳	26	6.2
3. 45歳～49歳	44	10.5
4. 50歳～54歳	61	14.5
5. 55歳～59歳	44	10.5
6. 60歳～64歳	50	11.9
7. 65歳～69歳	59	14.0
8. 70歳～74歳	34	8.1
9. 75歳～79歳	44	10.5
10. 80歳～84歳	17	4.0
11. 85歳以上	23	5.5
平均	61.0歳	
最高	94歳	
最少	25歳	

表11 転 帰 人 (%)

	58	59	60	61	62
死亡	34	33	44(17.1)	46(11.9)	52(12.0)
入院	23	23	21(8.2)	50(13.0)	52(12.0)
ホーム		7	6(2.3)	6(1.6)	4(0.9)
転出	0	1	2(0.8)	2(0.5)	7(1.6)
継続			183(71.2)	281(73.0)	271(62.4)
中止			1(0.4)		48(11.1)
計	57	64	257	385	434

嫁が介護者になったばあい、外部のサービスを利用しにくい傾向がみられることを示している。

最後に主介護者の年齢について表10をみると、平均年齢は61.0歳であり、70歳以上の高齢者自身が介護者になっている割合が28.1%、80歳以上が9.5%であり、介護者自身の高齢化が顕著である。

以上のように武蔵野市においては、介護者自身の高齢化や介護の担い手の変化にともない、夫婦家族型の介護構造が見られると共に、外部の介護サービスに依存する割合もかなり高まっているとともに、逆にそうしたサービスを利用しにくい状況も残っているといえよう。

2. 3 福祉サービスの状況

このようなサービス対象者および介護者のニードの変化に対して、サービスの側での対応はどのようになっているのであろうか。

表1に戻って、ここ5年間のサービス実績をみると次の諸点を指摘できる。

第1に、施設入所の状況を見ると、特別養護老人ホーム入所者は昭和58年に111人であったのに対して昭和62年には155人となっており、44人（40%）の増加を見ているが、ここ3、4年は、微増にとどまっている。老人ホームへの入所者数は、その自治体で確保している施設のベット数を

示しているといったほうが正確であるが、⑦の特養待機者が昭和62年度までは20人台で推移してきたことを考えると、ある程度、訪問看護や家庭奉仕員派遣によって老人ホームへの入所をくいとめた結果であると見ることもできる。

もちろん、表11の「転帰」にみられるように、昭和62年度では入院者が52名あるので、武蔵野市の在宅介護サービスが在宅要介護者の入院や入所を食い止めたとは必ずしもいえない面もあるが、それでも、表1にみられるように、奉仕員派遣世帯、訪問看護訪問世帯、福祉公社利用世帯を合わせた数をみれば、武蔵野市における在宅サービス利用者はかなり高い利用率を示しているといえる。

そこで第2に、訪問看護対象世帯の推移を表1でみると、昭和58年度の207世帯から、62年度の457世帯へと120%の伸びとなっており、訪問回数も、1,899回から2,645回へと飛躍的に増えている。ただし、昭和60年から62年までの3年間でみると訪問回数は頭打ちであり、5年間の伸び率は39%にとどまっている。このように、訪問対象者数が増え訪問回数が増えないことは、対象者1人当りの訪問回数が減少していることを示している。これは、制度発足当初からこの事業に携わる看護婦の数が増えていないことと関係があり、これに伴って訪問看護婦の仕事の内容が変わってきている。

表12は、訪問看護サービスの活動内容を各年の事業報告から整理したものであるが、これによると、活動内容のうち最も多いのは、相談指導、次

表12 訪問看護の内容年度毎集計

		28	59	60	61	62
訪問人数		998	989	1,133	1,197	1,312
訪問人数・臥床外		176	290	294	391	101
訪問延人数		2,054	1,682	1,993	2,090	1,997
訪問延人数・臥床外		366	459	468	637	177
新	規	69	111	124	220	246
死	亡	28	35	52	45	55
実施内容	相談・指導	1,486	1,482	1,769	1,815	1,715
	リハビリ	876	634	626	471	345
	褥瘡処置	234	108	191	283	142
	清拭	371	196	306	384	266
	血圧測定	1,371	1,196	1,402	1,410	1,390
	通所介助	21	29	50	28	36
	その他	507	254	348	264	312
シ奉仕員へ助言指導	20	28	50	100	95	

いで血圧測定であり、さらに、リハビリ、清拭、褥瘡処置等となっている。最近5年間の伸びで見ると、相談指導と血圧測定の回数は漸増となっているのに対し、リハビリの回数は61%の減であり、「その他」の回数はほぼ半減している。これに対して、シルバー奉仕員等への助言指導は、58年から62年の5年間に4.8倍になっている(図1参照)。

リハビリの指導回数が減った理由としては、同市に身体障害者福祉センターがあり、そのリハビリテーションを利用するように薦めていること、

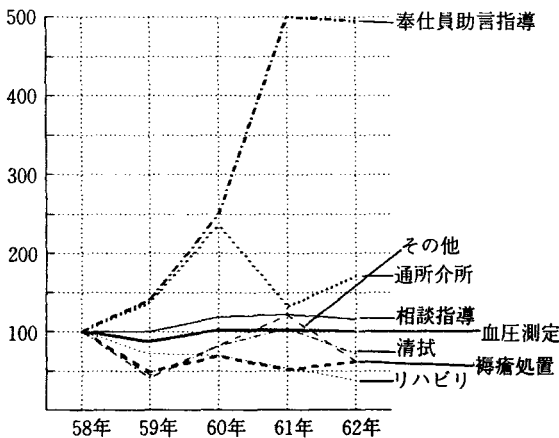


図1 訪問看護実施内容の伸び (58年=100)

また、別の制度で在宅の訪問リハビリサービスを実施していることが背景にあるが、それでも、看護婦によるリハビリの指導は在宅ケアの重要な部分を占めるものであり、訪問看護婦によるリハビリの回数の減少は注意を要するであろう。

「その他」の減少は、掃除、買物、調理など、訪問看護婦による家事援助に類する内容のサービスが減ったことが主な理由であるとされており、シルバー奉仕員、家事援助者等の派遣が拡大されてきた事を示している。こうした事情もあって、表11にみられるように、「指導、調整」という項目が急速に増えているわけである。つまり訪問看護婦の業務内容は、本来の直接看護とともに、シルバー奉仕員、家事援助者等にたいする指導という間接的な業務に比重を移しているのである。

これとの関連で第3に、在宅介護サービスの中心とされるホームヘルパーの派遣状況について検討してみよう。表13-1、2によると、家庭奉仕員の派遣世帯は、昭和58年の129世帯から62年の266世帯へと106%の伸びとなっており、在宅介護サービスのニードが極めて高くなっていることを示している。しかし派遣回数では58年の8,815回から62年の13,998回へと59%の伸びであり、ここでも利用者の増加に対して供給側の対応が遅れる傾向が見られる。

表13-1 家庭奉仕員等派遣世帯数

派遣世帯数合計 (実数)					
家庭奉仕員	30	30	62	63	55
シルバー奉仕員	80	68	91	130	127
家政婦協会	19	34	82	82	84
合計	129	132	235	275	266
派遣世帯数合計 (伸び率)					
家庭奉仕員	100	100	207	210	183
シルバー奉仕員	100	85	114	163	159
家政婦協会	100	179	432	432	442
合計	100	102	182	213	206
派遣者別構成比 (%)					
家庭奉仕員	23.3	22.7	26.3	22.9	20.7
シルバー奉仕員	62.0	51.5	38.7	47.3	47.7
家政婦協会	14.7	25.8	34.8	29.8	31.5
合計	100	100	100	100	100

表13-2 家庭奉仕員等派遣回数

派遣回数別：合計（実数）					
	58	59	60	61	62
家庭奉仕員	1,789	1,714	1,110	1,327	1,425
シルバー奉仕員	5,649	4,699	4,261	5,639	6,759
家政婦協会	1,377	3,207	4,908	5,569	5,814
合計	8,815	9,620	10,279	12,535	13,998
派遣回数：合計（伸び率）					
家庭奉仕員	100	96	62	74	80
シルバー奉仕員	100	83	75	100	120
家政婦協会	100	233	356	404	422
合計	100	109	116	142	159
派遣者別構成比（％）					
家庭奉仕員	20.3	17.8	10.8	10.5	10.2
シルバー奉仕員	64.1	48.8	41.5	45.0	48.2
家政婦協会	15.6	33.3	47.7	44.4	41.5
合計	100	100	100	100	100

さらにこのことを派遣員の種類別にみると、家庭奉仕員の派遣世帯数では83%の伸びであるのに対して派遣回数は20%の減であり、シルバー奉仕員は、派遣世帯数が53%の伸びであるのに対し派遣回数は20%増にとどまる。最後に、家事援助者（家政婦協会）については、派遣世帯数で340%、派遣回数で320%の伸びであり、ここ5年間における家政婦協会の比重の増加は著しいものがある。ただ、構成比で見ると相変わらずシルバー奉仕員

の果たしている役割は大きい。

第4に、訪問看護サービスの他の幾つかの側面について検討してみよう。表14は訪問看護サービス利用者の把握経路別の推移を示しているが、これによると、老人福祉（臥床）手当の申請という経路が相変わらず最も多く、昭和62年度で134件となっている。しかし、ここ数年間、窓口相談からのケースも急速に増えており、市民が直接に訪問看護を利用するようになりつつあることがうかがわれる。老人福祉手当の申請は、いわば間接的な対象者の把握であるのに対して、窓口相談の比重が増えていることは、訪問看護そのものが市民に認められてきたことを示している。また、医療機関からの紹介もその比率を高めていることは重要である。従来から在宅ケアの推進に当たっては、福祉サービスと医療・保健サービスとの連携が不可欠であるという指摘がなされており、この意味で、医療機関からの紹介が増えていることは好ましいことであろう。ただし、実数としてはそれ程多いとはいえない。

第5に、訪問看護サービスと関連する諸サービスの利用状況を表15にみると、ここでも全ての施策の利用がこの5年間に急速に伸びている。このようなサービスの伸びの一部は、訪問看護婦によるサービス紹介の結果である。特にケアセンター

表14 把握経路

	58	59	60	61	62
臥床手当申請	127 (61.4)	104 (43.0)	90 (35.0)	120 (31.2)	134 (30.9)
窓口相談	46 (22.2)	95 (39.3)	96 (37.4)	176 (45.7)	133 (30.6)
医療機関	8 (3.9)	3 (1.2)	10 (3.9)	14 (3.6)	44 (10.1)
民生委員		2 (0.8)	7 (2.7)	7 (1.8)	39 (9.0)
市民通報	5 (2.4)	5 (2.1)	17 (6.6)	7 (1.8)	20 (4.6)
訪問中	12 (5.7)	14 (5.8)	11 (4.3)	21 (5.5)	20 (4.6)
障害者センター	4 (2.0)	2 (0.8)	5 (1.9)	6 (1.6)	3 (0.7)
保健所			2 (0.8)	0 (0)	5 (1.2)
市職員	3 (1.4)	16 (6.6)	19 (7.4)	32 (8.3)	34 (7.8)
食事ボランティア	2 (1.0)	1 (0.4)	0 (0)	2 (0.5)	2 (0.5)
計	207	242	257	385	434

表15 他の施策の利用状況

MA, 人 (%)

	58	59	60	61	62
ショートステイ	14 (7.1)	21 (3.8)	35 (5.9)	51 (5.9)	70 (8.0)
ケアセンター入浴	34 (17.2)	30 (5.4)	40 (6.7)	52 (6.0)	72 (8.3)
デイホーム	2 (1.0)	11 (2.0)	21 (3.5)	34 (3.9)	37 (4.2)
セミロング			7 (1.2)	7 (0.8)	15 (1.7)
在宅入浴	29 (14.6)	42 (7.5)	47 (7.9)	66 (7.6)	65 (7.5)
家事援助者	38 (19.2)	62 (11.1)	65 (10.9)	109 (12.6)	100 (11.5)
食事サービス	33 (16.7)	57 (10.2)	39 (6.6)	58 (6.7)	71 (8.1)
自助具資金	82 (41.4)	95 (17.1)	85 (14.3)	126 (14.6)	159 (18.2)
障害者福祉センター	39 (19.7)	39 (7.0)	38 (6.4)	53 (6.1)	47 (5.4)
社会福祉協議会	50 (25.3)	48 (8.6)	51 (8.6)	67 (7.8)	
臥床手当		152 (27.3)	166 (27.9)	229 (26.5)	236 (27.1)
高齢者訪問リハ				12 (1.4)	
生活保護	15 (7.6)				
調髪	9 (4.5)				
布団乾燥	3 (1.5)				
計	198(100.0)	227(100.0)	594(100.0)	864(100.0)	872(100.0)

のような「通所型」サービスの利用については、看護婦のような専門職による紹介が重要な役割を果たすことが指摘されており、この表もそうした傾向を裏づけているように思われる。いいかえれば、訪問看護婦がコーディネーターの役割を果たすことによって、訪問看護やホームヘルパーの派遣だけでなく、他の福祉サービスと一体的に運営されている看護サービスの在り方を示すものである。

以上の点をまとめてみると、訪問看護事業およびそれに関連した在宅ケア事業について次のような点を指摘できる。

すなわち、武蔵野市における訪問看護事業や家庭奉仕員派遣事業は、この数年間かなりの伸びを示しており、在宅介護サービス事業の進展がみられるが、最近、需要面での増加に対して供給面、特に人的資源の面でやや対応が難しくなってきたように思われる。このことは、訪問看護婦の派遣状況にも現われているし、家庭奉仕員の派遣についても当てはまる。このことの別の面として、訪問看護婦は家庭奉仕員（ケアワーカー）も、

サービスの紹介や調整（コーディネーション）という機能を強めてきているといえるのであるが、これは先に見たように、武蔵野市が当初から意図していたところであった。しかし、マンパワー対策としては、今後早い時期における取り組みが必要となるであろう。

なお、このような、武蔵野市の訪問看護および家庭奉仕員の事業実績を、東京都の他の自治体の実績と比較して検討しておこう。ここでのデータは、昭和59年度のもので、やや古くなっており、新しいデータを用いた場合、状況はかなり変化している可能性があるが、一応の目安にはなることと思われる。

表16-1, 2によると、訪問看護（指導）利用者は、武蔵野市の場合65歳以上の高齢者100人に対し1.73人であり、東京都全域での0.94人と比べると1.8倍の利用率になっているが、順位から見ると板橋区（3.14人）、日野市（2.47人）、千代田区（2.21人）に次いで、第4位になっている。第2に、家庭奉仕員利用率について同様の計算をしてみると、武蔵野市の利用者は、65才以上人口

表16-1 訪問看護指導・家庭奉仕員利用率（区部）

	(B) 65歳以上人口	(C) 訪問看護指導 被指導人員 (59年度実績)	(E) 家庭奉仕員等 派遣世帯数 (60.3.31現在)	訪問看護指導 利用率 =(C)/(B)×100	家庭奉仕員 利用率 =(E)/(B)×100
総計	1,024,763	9,671	8,453	0.94	0.82
区部	777,760	7,837	6,997	1.01	0.90
千代田	7,724	171	44	③ 2.21	0.57
中央	11,772	42	107	0.36	0.91
港	22,067	219	214	0.99	0.97
新宿	33,824	541	274	1.60	0.81
文京	22,946	333	398	1.45	② 1.73
台東	24,338	174	119	0.71	0.49
墨田	25,193	212	214	0.84	0.85
江東	28,295	174	244	0.61	0.86
品川	34,990	237	571	0.68	③ 1.63
目黒	27,799	226	305	0.81	1.10
大田	62,611	676	525	1.08	0.84
世田谷	73,547	328	810	0.45	1.10
渋谷	23,718	347	253	⑤ 1.46	1.07
中野	33,166	306	257	0.92	0.77
杉並	53,365	774	366	1.45	0.69
豊島	29,066	140	265	0.67	④ 1.26
北	37,949	123	28	0.32	0.07
荒川	21,734	273	197	1.26	0.91
板橋	40,440	1,270	346	① 3.14	0.86
練馬	44,014	225	281	0.51	0.64
足立	46,700	267	516	0.57	1.10
葛飾	36,765	561	192	1.53	0.52
江戸川	35,737	218	216	0.61	0.60
島部	5,129	114	37	2.22	0.72

100人に対して1.83人（世帯）で、都全体の0.60に対して3倍強の利用率であり、順位でも、東京都の自治体中第1位である。なお、第2位は文京区（1.73人）、以下品川区（1.63人）、豊島区（1.26人）等の順になっている。

このような他の自治体との比較から見ても、武蔵野市の訪問看護、家庭奉仕員サービスはともに高い水準にあるといえよう。

2.4 在宅介護のレベル

以上武蔵野市における在宅介護サービスの実態について幾つかの項目に分けて検討してきたのであるが、最後にこれらの諸変数が在宅介護全体のパフォーマンスにとってどのような意義を持っているかをみてみよう。

この事をみるために、表17から訪問看護婦自身によるサービス対象者の看護レベルの判断を検討してみよう。これは、その家庭における介護力な

表16-2 訪問看護指導, 家庭奉仕員利用率 (市部)

	(B) 65歳以上人口	(C) 訪問看護指導 被指導人員 (59年度実績)	(E) 家庭奉仕員等 派遣世帯数 (60.3.31現在)	訪問看護指導 利用率 =(C)/(B)×100	家庭奉仕員 利用率 =(E)/(B)×100
市 部	231,374	1,477	1,396	0.63	0.60
八 王 子	30,283	188	103	0.62	0.34
立 川	11,220	91	50	0.81	0.45
武 蔵 野	12,921	224	236	④1.73	①1.83
三 鷹	13,669	84	114	0.61	0.83
青 梅	9,564	95	29	0.99	0.30
府 中	14,072	23	50	0.16	0.36
昭 島	0,082		29		0.41
調 布	12,717	71	70	0.56	0.55
町 田	20,103	77	58	0.38	0.29
小 金 井	8,206	58	60	0.71	0.73
小 平	10,720	58	126	0.54	⑤1.18
日 野	9,503	235	36	②2.47	0.38
東 村 山	10,111	60	44	0.59	0.44
国 分 寺	7,028	3	27	0.04	0.38
国 立	4,697	28	39	0.60	0.83
田 無	5,053	30	41	0.59	0.81
保 谷	7,132		71		0.10
福 生	3,178	14	16	0.44	0.50
狛 江	5,059	41	19	0.81	0.38
東 大 和	4,074	16	44	0.39	1.08
清 瀬	4,566	2	19	0.04	0.42
東 久 留 米	5,788	4	36	0.03	0.62
武 蔵 村 山	3,186		29		0.91
多 摩	5,387	67	37	1.24	0.69
稲 城	2,657	8	10	0.30	0.38
秋 川	3,398		3		0.09
郡 部	10,500	243	23	2.31	0.22

どを総合的に判断し、訪問看護婦の目からみた介護のレベルがどの程度のものであるかを示している。介護の7つの項目のうち最も問題があるとされたのは「外出介助」であり、全ケース中54.1%の外出介護が不十分であるという結果になっている。この原因としては、本人が外出を希望しないというものが最も多い(53.6%)ことが示唆的で

あるが、4分の1程度は家族にも原因があるという結果になっている。「不十分」という判定が最も少ないのは「食事介助」、次いで「排泄介助」であるが、「食事介助」や「排泄介助」に問題があるというのは、基本的な生命の維持にも関連するところであり、これについては詳しい検討が必要である⁽³⁾。なお全体評価としてみた場合、介

表17 介護状態に問題のあるケース

	人 (%)	原因	人 (%)
食事介助	12(2.8)	本人状態	3(25.0)
		本人意志	3(25.0)
		家族状態	4(33.3)
		家族意志	4(33.3)
		環境状態	0(0.0)
排泄介助	25(5.8)	本人状態	3(12.0)
		本人意志	10(40.0)
		家族状態	13(52.0)
		家族意志	7(28.0)
		環境状態	0(0.0)
入浴介助	56(12.9)	本人状態	16(28.6)
		本人意志	28(50.0)
		家族状態	15(26.8)
		家族意志	10(17.9)
		環境状態	1(1.8)
動作介助	60(13.8)	本人状態	14(23.3)
		本人意志	33(55.0)
		家族状態	16(26.7)
		家族意志	11(18.3)
		環境状態	0(0.0)
身辺介助	55(12.7)	本人状態	10(18.2)
		本人意志	31(26.4)
		家族状態	17(30.9)
		家族意志	10(18.2)
		環境状態	0(0.0)
外出介助	235(54.1)	本人状態	66(28.1)
		本人意志	126(53.6)
		家族状態	35(14.9)
		家族意志	24(10.2)
		環境状態	7(3.0)
コミュニケーション	45(10.4)	本人状態	8(17.8)
		本人意志	18(40.0)
		家族状態	11(24.4)
		家族意志	15(33.3)
		環境状態	0(0.0)
全体評価	49(11.3)	本人状態	8(16.3)
		本人意志	18(36.7)
		家族状態	18(36.7)
		家族意志	14(28.6)
		環境状態	0(0.0)

介護不相当が49ケース（11.3%）もあることは注目すべきであるし、その理由が本人の意志と同じ程度に家族の側にもあることが分かる。

また表18には、痴呆の有無による介護状況の程度が示されているが、これによると痴呆症状のある高齢者の場合、それがない場合に比べて全般に介護不十分度高くなっており、特に外出介護と

コミュニケーション、身辺介護の等で不十分である割合が高い。在宅痴呆性老人の場合この様に基礎的な介護レベルよりも、より高度な行動やコミュニケーションなどの相互行為レベルにおける介護項目で不十分であると判定されていることは興味深い。

次に、訪問看護サービス以外の関連福祉サービスの利用についてみると、全体に諸サービスの利用は広く行われているものの、例えば、看護婦はサービスの利用を薦めているのに、サービス対象者や家族のほうでサービスの利用に消極的であるという例がみられる。このことは、特にデイサービスのよう、「通所型」のサービスにより多く見られるようである。つまり、利用者側にとっては「訪問型」のサービスは受け入れられても、「通所型」のサービスの利用にはあまり積極的でない面があることを示しており、今後の課題であろう。

最後に、再度表11で「転帰」についてみると、在宅での死亡数が、昭和58年の34から62年の52まで年々増加していく傾向がみられるが、これは訪問看護による在宅介護の支援の結果といえるかもしれない。他方で、入院した者も昭和58年の23ケースから62年の52ケースへと倍以上になっており、どの程度まで在宅介護サービスやその他の福祉サービスが入院や入所を食い止めているかという点については、より詳細な検討が必要であろう。なお、転帰の中で老人ホーム入所者が少ないことは、その分訪問看護など福祉サービスが施設入所を食い止めてともいえよう。

3. まとめ

以上、「対象者本人のニード状態」「介護者の状況」「サービスの状況」「介護レベルの判断」に分けて検討してきたことを踏まえて、簡単なまとめを行っておこう。

ここ数年間のデータを見ると、全体として高齢による疾病の発生や日常動作能力の低下にともない、在宅における介護を要する老人の数が急速に増えているが、これに対して家族を中心とする介

表18 痴呆の有無と介護レベル

(人)

痴呆有無 移動レベル	痴呆あり (N=124)						痴呆なし (N=309)					
	1	2	3	4	計	(割合)	1	2	3	4	計	(割合)
介護不十分数												
1. 食 事	0	1	1	1	3	2.4	3	2	0	4	9	2.9
2. 排 泄	1	2	2	1	6	4.8	5	2	3	9	19	6.1
3. 入 浴	7	8	2	0	17	13.7	14	8	7	10	39	12.6
4. 動 作	3	10	2	5	20	16.1	8	9	6	17	40	12.9
5. 身 辺	7	9	2	3	21	16.9	10	11	4	9	36	11.7
6. 外 出	31	23	6	16	76	61.3	52	54	17	36	159	51.5
7. コミュニ ケーション	7	6	2	4	19	15.3	13	8	1	4	26	8.4
8. 総 合 評 価	7	7	2	1	17	17.7	17	5	2	8	32	10.4

護能力は、介護者自身の高齢化や直系家族型の嫁を中心とする介護体制から娘や夫を中心とする夫婦家族型の介護体制へと移行しつつあり、これにつれて家族や親族以外の公的あるいは民間の介護サービスに依存せざるを得ない状況が生じている。

武蔵野市では比較的早くから「組織の改革」「看護婦などの専門家とコーディネーション機能の導入」「マンパワー対策」などによってこうした状況に対応してきたといえるのであるが、にも拘らず、このサービスの拡大によって更にサービス対象者の数が増え、長期の在宅療養者への介護サービスだけでなく、やや虚弱な高齢者に対する予防的サービスにも取り組まざるをえない状況に至っている。また、在宅介護サービスの展開によって施設入所や入院等がある程度食い止めているともみられるが、現状では在宅介護サービスを必要とする高齢者の圧力はかなりのものになってきており、専門職を含むサービスマンパワーのより一層の確保対策が必要になってきている。これは特に、在宅介護サービスにとって不可欠な早朝や夜間のサービスをどのように実施するかという課題を提起しており、在宅医療面での対応と併せ

て、より一層のサービスの充実が必要であろう。これが欠けると、在宅介護と施設介護の統合という目標は十分には達成できないであろう。

にも拘らず、武蔵野市の訪問看護サービスは、在宅介護を受けている本人やその介護者などから高い評価を受けており、介護サービスと福祉サービスの統合の一例として十分注目してよいと思われる。

注

- (1) 本稿の組織改正面をより詳しく検討したものとして、小林良二・山口春子「在宅ケアサービスの供給レベルにおける連携のありかた」東京都立大学『人文学報』, No. 211, 1989. 3がある。
- (2) この検討を行ったのは、武蔵野市の松田、伊東、栗田、阿久津の各看護婦と東京都立大学の小林、山口の6名である。
- (3) この点については、山口春子が別稿で検討している。山口春子「在宅要介護老人に対する家族ケアの限界と公的施策の課題」東京都立大学『人文学報』, No. 218, 1990. 3参照。

Key Words (キー・ワード)

home-care service (在宅ケアサービス), **care need** (介護ニーズ), **visiting nurse** (訪問看護), **family-care type** (家族介護のタイプ)

STRUCTURE AND PROBLEMS OF HOME CARE SERVICES : THE
CASE OF MUSASHINO CITY GOVERNMENT

Ryoji Kobayashi*

*Center for Urban Studies, Tokyo Metropolitan University
Comprehensive Urban Studies, No. 39, 1990, pp.85-102

Local governments faced with fast growing numbers of elderly, particularly of frail elderly, are forced to expand public home-care services.

For a general view of the problem, this paper analyzes data of home-care and related services provided by the Musashino City government between 1983 and 1987.

Over the last twenty years, the Musashino City government has successfully expanded home-help and home-nursing services for the elderly by changing organizational structure, levelling-up professional and coordinating functions, and recruiting new manpower. The service system now needs to be better integrated and further developed in two directions:

1. Comprehensive services for the very frail elderly and the mentally disordered

With the family structure changing from extended family type to nuclear family, the burden on the caring family is so heavy that more public support, including medical and night care, is urgently needed.

2. Protective services for slightly disabled people at home

More than half of the surveyed were found insufficient for outdoor movement and thus unable to participate in social activities outside the home. Staying always inside makes them more feeble and dependent on family support. To encourage the elderly and their family carers to go out, proper auxiliary devices and improvement of the environment are necessary.

It is concluded that the Musashino City has successfully expanded home-care services for the frail elderly, but more comprehensive care systems have yet to be implemented.