特集 在宅医療

順天堂医学 39 (3)
P. 310~320 (1993)

東京都における在宅ケアの展開***

The development of home care in Tokyo

石 館 敬 三*

KEIZO ISHIDATE, M.D.

21世紀初頭の超高齢社会に備えるべく、平成元年12月には「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」が示され、今世紀中に達成すべき保健・医療・福祉の各分野におけるサービスの目標量を提示し、関係者の努力を喚起している。そのキーワードは「キュアからケアへ」、「施設から在宅へ」であり、こうした潮流を地域で支える体制としての保健・医療・福祉の新たな連携が今求められている。

本稿ではまず都内の要介護高齢者の実態についてふれ、次いで昭和62年に創設された老人保健施設、平成3年に創設された老人訪問看護ステーションに対する東京都における取組みの概要を紹介した。これらの施策は緒に就いたばかりであるが、その重要性に鑑み、今後の充実発展が望まれる。

キーワード：キュアからケアへ、施設から在宅へ、いのち（医療のキーワード）、くらし（福祉のキーワード）、いのちもくらしも（在宅ケアのキーワード）、保健・医療・福祉の新たな連携

Key words : from cure-oriented to care-oriented, from institutional care to home care, life (key word for medical care), living (key word for welfare), both life and living (key words for home care), better cooperation of public health service, medical service and social welfare service

はじめに

自治体における取組みの一例として、東京都における在宅ケアへの取組を紹介したい。進行している高齢社会に対応するため、国においては、昭和61年に長寿社会対策大綱を閣議決定し、高齢者に対する施策づくりを本格的に開始した。その後、平成元年には「高齢者保健福祉推進10カ年戦

略」において、今後、10年間のサービスの目標量を示し、翌平成2年に老人福祉関係8法の改正を行い、区市町村および都道府県に高齢者のニーズの把握や、サービスの整備目標の設定等の老人保健福祉計画の策定を義務付けた。

さらに、平成3年の老人保健法の改正において、在宅の寝たきり等の状態にある要介護高齢者に対する総合的なケア体制整備の一環として＜老人訪問看護制度＞が創設された。

このような国の動向を踏まえ平成3年7月に、都において『東京都在宅保健対策検討委員会』（会長野崎貞彦）が設置され、在宅で寝たきり等の要介護高齢者に対する訪問看護・訪問診療のあり方およびその実施に向けての具体策を検討することとなった。

* 東京都衛生局技官

*Deputy Director General Bureau of Public Health,
Tokyo Metropolitan Government, Tokyo, Japan*

** 順天堂大学医学部公衆衛生学講座客員教授

*** 第265回順天堂医学会学術集会〔May 27, 1993 開催〕
〔June 16, 1993 原稿受領〕

本委員会は、平成2年度に東京都が実施した『東京都在宅ケア実態調査』や『東京都社会福祉基礎調査』の調査結果および各種委員会からの報告、ならびに東京都および国の施策の動向等を踏まえ、大都市東京における訪問看護・訪問診療のあり方を検討することとした。

平成4年8月、本委員会の中間のまとめが東京都衛生局長あて提出され、このまとめをふまえて、都における在宅ケアの各種の施策化がはかられている。

標題の在宅ケアという用語であるが、必ずしもその概念が確定されているとは言えない。都の事業名である在宅保健医療事業というのが在宅ケアに当たると思われる。一方、平成5年5月19日に開催された東京都衛生局学会において「高齢者をとりまく在宅ケア」というテーマでシンポジウムを行っていることにみられるように、在宅ケアは各分野で一般的に用いられる用語となってきた。本シンポジウムにおいて、愛知みずほ大学教授人間科学部長の西 三郎氏は、在宅ケアについて次のような定義を試みている。「在宅ケアとは、長期にわたり療養を必要とする人に、継続して必要な診療（メディカルケア）・看護（ナースینگケア）・介護（ケア）、およびその他の各種の社会サービスを提供することである」。

在宅ケアには高齢者に対するケアと、いわゆる難病患者に対するケアおよび在宅重症心身障害児者に対するケア等がある。なかでも高齢者をとりまく在宅ケアは21世紀の高齢社会を目前にした今日、全ての保健医療・福祉関係者の課題であることはもとより、一人の生活者としてのわれわれ自身の切実な問題でもある。このことから本稿では高齢者を中心に、まだ緒に就いたばかりであるが、東京都の在宅ケアに関する施策を紹介し、また、ご教示を仰ぎたい。

要介護高齢者の増大

1. 人口の高齢化

平成4年1月現在の住民基本台帳によれば、東

表-1 高齢者人口の推移と将来推計（東京都・全国）
（千人，％）

区 分	1985年 (昭和60年)	1990年 (平成2年)	1992年 (平成4年)	1995年 (平成7年)	2000年 (平成12年)
全 人 口	121,049	123,611	124,316	125,263	126,981
65歳以上	12,468	14,895	16,187	18,154	21,511
構 成 比	10.3	12.0	13.0	14.5	16.9
国 老 年 人 口 指 数	15.1	17.3	18.6	20.8	25.0
東 人 口	11,612	11,698	11,683	12,120	12,260
京 65歳以上	1,025	1,215	1,318	1,510	1,830
都 構 成 比	8.8	10.8	11.3	12.5	14.9
都 老 年 人 口 指 数	12.2	14.0	15.1	17.1	21.3

資料：全国…1985年（昭和60年）「昭和60年国勢調査」1990年（平成2年）「平成2年国勢調査」（総務庁統計局）、1992年（平成4年）以降は厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成3年6月推計）」

東京都…1985年（昭和60年）～1992年（平成4年）は「住民基本台帳による東京都の世帯と人口（各年1月1日）」、1995年（平成7年）以降は「第三次東京都長期計画」による人口予測

$$\text{老年人口指数} = \frac{\text{65歳以上人口}}{\text{15歳～64歳人口}} \times 100$$

* 老年人口と要介護高齢者数については都の推計

図-1 東京都における老年人口と要介護高齢者数

京都における65歳以上人口は132万人、老年人口比率は11.3%であり、この中75歳以上の後期高齢者は52万人、老年人口に占める割合は39.4%となっている。また、東京都企画審議室が行った推計では、平成12年の65歳以上人口は183万人、老年人口

表-2 世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯数および構成割合の年次比較

	全世帯数	65 歳 以 上 の 者 の い る 世 帯								
		総 数	全世帯に しめる割 合 (%)	単独世帯	夫 婦 の み の 世 帯			夫婦 (片 親) と未 婚の子の みの世帯	三 世 代 世 帯	そ の 他 の 世 帯
					総 数	一 方 が 65歳未満 の 世 帯	と も に 65歳以上 の 世 帯			
推 計 数 (千世帯)										
昭50年 (1975)	32877	7118	21.7	611	931	—	—	683	3871	1023
55 ('80)	35338	8495	24.0	910	1379	657	722	891	4254	1062
60 ('85)	37226	9400	25.3	1131	1795	799	996	1012	4313	1150
平 2 ('90)	40273	10816	26.9	1613	2314	914	1400	1275	4270	1345
構 成 割 合 (%)										
昭50年 (1975)		100.0	8.6	13.1	—	—	9.6	54.4	14.4	
55 ('80)		100.0	10.7	16.2	7.7	8.5	10.5	50.1	12.5	
60 ('85)		100.0	12.0	19.1	8.5	10.6	10.8	45.9	12.2	
平 2 ('90)		100.0	14.9	21.4	8.4	12.9	11.8	39.5	12.4	

資料 昭和60年以前の数値は、厚生省「厚生行政基礎調査」。平成2年の数値は、厚生省「国民生活基礎調査」

「国勢調査」総務庁

図-2 65歳以上の単独世帯数（東京）

比率は14.9%であり、この中75歳以上の後期高齢者は69万人、老年人口に占める割合は37.7%に達する見込みである（表-1）。全国に比し東京の高齢者の構成比は若干低いまま21世紀を迎える。

2. 要介護高齢者の増加

国においては、要介護高齢者の出現率を65歳以上人口の5%としており（厚生省昭和59年『厚生行政基礎調査』）、この数値を基に東京都における

要介護高齢者数を推計すると、平成2年の62,500人が平成12年には91,500人に増加する（図-1）。

また生活の質を重視して、在宅での療養を望む者が増えるとともに、医療技術や医療機器の進歩等により、これまで在宅では療養が不可能だった者も在宅での療養が可能となり、在宅の要介護高齢者が増加してくるものと思われる。

3. 世帯構造別にみた高齢者

表-2に見るように、65歳以上の者のいる世帯数と構成割合は増加している。また単独世帯の数と割合も増加している。一方、三世代世帯の構成割合は減少している。また高齢者の単独世帯は女性が圧倒的に多い（図-2）。

4. 要介護高齢者の現状

平成2年度に東京都衛生局が実施した『東京都在宅ケア実態調査』の結果によると、訪問指導を受けている寝たきり等の者が現在かかっている疾患は脳卒中が44.7%、次いで高血圧が21.7%であり、寝たきり等の期間は、3年以上5年未満が18.8%、次いで5年以上10年未満が17.7%であった。

また、介護者の9割以上は、在宅のままで介護を続けたいと希望している（図-3）。

しかしながら、一方において介護者の高齢化に伴い、要介護高齢者に対する家庭での介護力が低下してきている（図-4）。

図-3 家庭での介護の継続性

(「東京都在宅ケア実態調査報告書」平成2年度東京都衛生局抄)

図-4 介護者の年代

(「東京都在宅ケア実態調査報告書」平成2年度東京都衛生局抄)

子供と同居している高齢者の割合の変化を10年間みても、昭和55年に61.2%だったものが、

平成2年には48.8%と減少している(図-5)。同じ東京都社会福祉基礎調査によると、現在別居中の高齢者が子供と同居を望む率が減り、今のまま暮らしたいとする率が増えている(図-6)。

平成4年における寝たきり等の高齢者、痴呆性高齢者の推計(在宅)を表-3に示しておく。

平成2年度の東京都社会福祉基礎調査『高齢者の生活実態』による高齢者の健康状態は、後期高齢者に<弱い>と<病気で長く寝ている>が多くなっている。昭和60年に比して平成2年の方が<大変よい>と<普通>の占める率が74.1%から77.2%と上昇している。(表-4)

要介護高齢者は、多様な療養・介護ニーズを持っているものの、老人保健施設や特別養護老人ホームの整備数は、需要を満たすまでに至っておらず、また、在宅ケアサービスもおお不十分な状態にある。

図-5 子供との同別居

東京都社会福祉基礎調査「高齢者の生活実態」(平成2年度)福祉局

図-6 今後、子供と同居を望みますか～現在別居中の高齢者に同居基礎調査

表-3 寝たきり等の高齢者、痴呆性高齢者の推計（在宅）

	全 国		東 京 都	
	人 員	比 率	人 員	比 率
	千人	%	千人	%
65歳以上人口	16,230	13.0	1,318	11.28
ねたきり等の高齢者	390	2.4	48	3.62
痴呆性高齢者	779	4.8	53	4.0

資料：全国…人口：厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成4年9月推計）」ねたきり等の高齢者の比率：厚生省統計情報部「国民生活基礎調査」（平成元年）による推計数を、65歳以上人口（平成元年）で割ったもの。
痴呆性高齢者の比率：「厚生省地方老人保健福祉計画研究班痴呆性老人調査・ニーズ部会報告」

東京都…人口：「住民基本台帳による東京都の世帯と人口（平成4年1月1日）」

ねたきり等の高齢者の比率：「社会福祉基礎調査（平成2年度）」、痴呆性高齢者の比率：「高齢者の生活実態及び健康に関する調査（昭和62年度）」

注）ねたきり等の高齢者の定義

全 国：病気やけがなどで日常生活をほとんどねている状態の者（「国民生活基礎調査」による定義）

東京都：「ねたきり高齢者（『まったくのねたきり』、『ねたきり』、『ほとんどねたきり』）及び「ねたきりに近い高齢者（『寝たり、起きたり』、『起きては来るがあまり動かない』）」に該当する者

要介護高齢者に対する施策の動向

1. 国の動向

1) 長寿社会対策大綱（昭和61年）

長寿社会対策関係閣僚会議の議を経て閣議決定された。大綱は基本方針の中で生涯を通じ健やかな充実した生活を過ごせるよう、豊かな長寿社会を築くことを掲げている。

表-4 高齢者の健康状態—性、年齢階級別

	総 数	大 変 よ い	普 通	弱 い	病 寝 て 長 く い る
総 数	100.0	20.1	57.1	20.6	2.2
男	100.0	24.2	56.2	17.4	2.2
女	100.0	16.9	57.9	23.0	2.2
65～69歳	100.0	25.0	57.9	16.4	0.7
70～74歳	100.0	20.3	56.8	21.9	1.0
75～79歳	100.0	16.4	57.8	23.7	2.1
80歳以上	100.0	13.8	55.2	23.2	7.8
<参考> 60年調査	100.0	19.5	54.6	22.9	3.0

「高齢者の生活実態」平成2年度 福祉局

2) 高齢者サービス総合調整推進会議の設置および運営について（昭和62年）

高齢者に関する保健・医療・福祉サービスの総合的推進のために、関係部局・関係団体との意思統一・協調関係を樹立し、区市町村における高齢者サービス総合調整と支援を行うための会議の設置について、厚生省健康政策局長・保健医療局長・社会局長の連名による通知が出された。

3) 訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業（昭和63年）

在宅の要介護高齢者に対する保健・医療・福祉サービスの総合的な提供体制の確立を目的に、全国11市町村の自治体が国の指定を受け実施された。東京都では、渋谷区と杉並区が指定を受け、共に地区医師会への委託方式で訪問看護モデル事業を実施した。

4) 高齢者保健福祉推進10カ年戦略（平成元年）

いわゆるゴールドプランで厚生・大蔵・自治三大臣の合意により策定された計画である。21世紀までの10年間に在宅福祉・施設福祉・保健事業等のうち、緊急かつ計画的に整備充実を図るべきものや、新規施策を取り込んでいる。

5) 老人保健法および老人福祉法等の一部改正（平成2年）

いわゆるゴールドプランを法律的な面から担保するために、老人保健法および老人福祉法の一部

図-7 第三次東京都長期計画

21世紀をひらく10のプラン
(4つの緊急プランと6つの推進プラン)

緊急プラン

- 1 住宅政策の総合的な展開
- 2 リサイクル型都市づくり
- 3 交通政策の新たな推進
- 4 地域福祉の基盤づくり—ささえあう地域社会の実現

推進プラン

- 1 震災からの都市防衛
- 2 いきいき健康づくり運動—豊かな人生の基礎づくり
- 3 うるおい空間の創出
- 4 中小企業の経営革新
- 5 多摩新時代の創造
- 6 東京フロンティアの展開

が改正され、住民に身近な保健・医療・福祉サービスの提供主体である区市町村の役割重視、地方自治体に対する老人保健福祉計画の義務付け等が明文化された。

6) 老人訪問看護制度の創設 (平成3年)

在宅の要介護高齢者に対する総合的なケア体制の整備の一環として、老人保健法の一部が改正され、老人訪問看護制度が創設された。

2. 東京都の計画

1) 第三次東京都長期計画 (平成2年)

この計画は、昭和57年の第一次東京都長期計画および昭和61年の第二次東京都長期計画の実績を踏まえ、21世紀の高齢社会に向け、今後10年間に取り組むべき新たな目標と道筋を明らかにしたものである。

緊急プラン4つと推進プラン6つからなり、訪問看護・訪問診療の実施は緊急プランの4番に位置付けられている (図-7)。

計画では訪問看護・訪問診療は、住民に身近な区市町村が実施主体となり、東京都は区市町村に対する財政支援を行うこととしている。

2) '91東京都総合実施計画 (平成3年)

この計画は、平成3年度から平成5年度までの3カ年について、社会経済情勢の変化に適切に対応しながら、第三次東京都長期計画の推進を図る

図-8 高齢者保健福祉推進10カ年戦略
(ゴールドプラン)

—整備目標 (国の計画・東京都の計画)—

	国 (平成11年度)	東京都 (平成12年度)
1 在宅福祉対策の緊急整備		
(1) ホームヘルパーの充実	100,000 人	20,600 人
(2) ショートステイの充実	50,000 床	3,700 床
(3) デイサービスの充実	10,000カ所	600カ所
(4) 在宅介護支援センターの充実	10,000カ所	600カ所
* 老人訪問看護ステーション	5,000カ所	100カ所
	(平成9年度)	
2 「寝たきり老人0作戦」の展開		
(1) 機能訓練の充実		
(2) 脳卒中情報システムの整備		
(3) 脳卒中・骨折予防のための健康教育の充実		
3 施設の緊急整備 (整備費)		
(1) 特別養護老人ホームの整備	240,000 床	26,900 人
(2) 老人保健施設の整備	280,000 床	14,560 床
(3) 軽費老人ホーム (ケアハウス) の整備	100,000 人	1,500 戸
(4) 高齢者生活福祉センターの整備 (過疎地)	400カ所	—

ことを目的としている。

この計画のなかでは、平成3年9月の老人保健法改正により創設された老人訪問看護制度を踏まえ、訪問看護の実施について計画化している。

なお在宅ケア対策として、平成12年度までに老人訪問看護ステーション100カ所・高齢者在宅サービスセンター600カ所・在宅介護支援センター600カ所を整備し、高齢者向けホームヘルパー20,600人を配置する計画である。

一方、施設ケア対策では、平成12年度までに特別養護老人ホームヘルパー26,900床・老人保健施設14,560床を整備する計画である (図-8)。

要介護高齢者をとりまく問題点

1. 医療機関における訪問看護

厚生省が平成2年度に実施した『医療施設調査』の結果によると、訪問看護を実施している病院は、全国10,096病院中2,731病院であり、その実施率は27.1%であった。なお先の調査では、都内751病院のうち訪問看護を実施している病院は149病院、実施率は19.8%であり、神奈川県は26.2%、千葉

県の27.1%と比較すると、都内の病院における訪問看護の実施は低調である。

2. 老人保健法に基づく訪問指導

訪問指導は昭和57年度から実施され、東京都では昭和62年度に全区市町村で実施されるに至った。

区市町村における訪問指導の内容は、本人や家族等に対する療養の指導等が中心であるが、実施要綱において全身の清拭やじよく瘡の処置などの看護も併せて行うことを明記している区市町村が11カ所あり、一部の自治体では既に訪問看護を実施している実態がうかがえる。しかしなお多くの区市町村においては、訪問回数の制限や従事職員の不足等により、十分な看護を提供することは困難な状況にある。

3. 保健・医療・福祉の連携の不足

在宅の要介護高齢者が、地域で安心して療養生活をしていくには、訪問看護やホームヘルパーの派遣等、保健・医療・福祉の総合的なサービスが必要とすることが多い。

保健・医療・福祉サービスは、それぞれが独立した専門の職種と領域を持っており、永い年月をかけて独自の制度が構築され、機能している。

現在は、それぞれの機関の担当者個人のレベルでは徐々に連携が図られつつあるが、関係機関相互の連携を十分に図るまでには到っていない。

医療のキーワードは<いのち>であり、福祉のキーワードは<くらし>であると云われるが、在宅ケアでは<命も暮らしも>という視点が必要である。医療側の専門職は<くらし>に弱く、福祉の専門職は<いのち>に弱いという面があることを否定できないように思う。

4. マンパワーの不足

人口の高齢化や医療技術の進歩・疾病構造の変化等により、看護業務は量的にも質的にも拡大している。

近年、女性の社会進出が多方面に広がりを見せるとともに、職業意識も多様化し、看護職を目指す者が相対的に減少している。

現在、看護職の不足は深刻な社会問題となっており、訪問看護の充実を図るためにもマンパワー

の確保は不可欠である。

老人保健施設

昭和62年に老人保健法の改正が行われ、要介護高齢者の多面的なニーズに応えるよう、医療サービスと福祉サービスの両面のサービスを提供する中間的施設として、老人保健施設が創設された。

老人保健施設は、「老人の自立を支援し、家庭への復帰を目指すもの」であり、また「明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行わなければならない」と定められている。

このように老人保健施設は、高齢者が可能な限り、住みなれた地域社会の一員として家庭で生活できるよう回復を目指す施設であり、また、退所者や地域の高齢者が安心して生活できるように、在宅ケアの一翼を担う機能を持った施設であると云える。

要介護高齢者の増加に伴い、多様なサービスが求められている中で創設された老人保健施設は、まさに要介護高齢者対策の特性に応えたものであり、療養環境の向上を図るうえから有益な施設である。

1. 老人保健施設の機能

1) 家庭復帰を促す機能

老人保健施設は、「病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリテーション・看護・介護を中心としたケアを必要とする寝たきり、または寝たきりに準ずる状態にある老人等」を入所させ、要介護高齢者の自立を支援し、回復期を過ごす施設として家庭復帰を促す機能をもった施設である。

これら入所者が、家庭復帰を目指して療養生活を送るためには、施設におけるリハビリテーション・看護・介護等の充実に努める必要がある。

2) 在宅支援機能

老人保健施設はその本来的な機能として、入所者の家庭への復帰を目指すとともに、退所者のみならず地域の要介護高齢者を対象にデイケア・

ショートステイを行うなど、地域ケアの一翼を担う性格を持っている。

東京都においては、この機能を積極的に推進することにより、老人保健施設が在宅療養を支援し、地域に密着した施設として機能していくことを期待している。

在宅支援機能の中には、①退所者に対する支援機能 ②地域ケアの支援機能 ③地域リハビリテーションの支援機能があり、これらの機能を活用することにより、老人保健施設を地域リハビリテーションの一拠点として位置づけ、在宅の要介護高齢者が身近な地域で安心して利用できる施設とすることが望ましい。

2. 老人保健施設の整備目標

平成12年(2000年)までの、東京都における老人保健施設の整備目標数は14,560床である(図-8)。

この整備目標数は、国における要介護高齢者の出現率を基礎としながら、東京都における要介護高齢者数、特別養護老人ホームの整備目標数・長期入院患者数、このうち老人保健施設入所対象患者と思われる数・在宅で療養している要介護高齢者数、および『東京都老人保健施設調査委員会』の調査結果等、東京都の特殊性を含めて勘案したものである。さらに地価・建築費の高騰や人員の確保等、大都市東京の持っている特殊性を考慮しても、老人保健施設を整備するに当たって、現実的なものと考えられる。

3. 老人保健施設の整備状況

平成5年2月現在、開設済の施設は2カ所200床に過ぎない。

前述の整備計画数を達成するためには積極的な財政支援策を講じることとし、施設整備費に対する助成策—平成3年度1床当たり200万円の補助、平成4年度1床当たり400万円の補助—to踏み切った。その結果誘導効果が現われ、平成5年2月現在、着工ベースで9カ所728床、検討中のものが16カ所で1347床となり所期の計画に近づいている。

4. 医療法と老人保健施設

老人保健施設は老人保健法に根拠を持つ施設であるが、同施設の医療提供面に着目して、医療法

の中で(第1条の2および第1条の6関係)、医療提供の理念等の規定において、病院・診療所とともに老人保健施設を位置付けている。

さらに医療法施行規則第2条の2および第30条の33第1項第3号の規定により、老人保健施設の収容定員数に0.5を乗じて得た数を、一般病床に係る既存の病床数として算定することとされていた。しかし平成3年6月26日、健政発第380号：厚生省健康政策局長通知により、この時以後に、開設または収容定員の増加に係る変更の許可を受けた老人保健施設の収容定員数については、当分の間、既存の病床数として算定しないこととされた。

この改正は、平成元年12月のいわゆるゴールドプランに沿った老人保健施設の整備促進に資するための当面の措置とされている。

老人訪問看護制度

医療機関による訪問看護および区市町村や保健所における訪問指導は、その必要性が高いにもかかわらず、保健婦や看護婦等のマンパワー不足などの理由によりその実施は低調であり、また保健・医療・福祉の連携も十分に図られているとはいいがたい状況である。

そこで国は今後、増加が見込まれる在宅の要介護高齢者に対して、その心身の特性に即した訪問看護制度の拡充を図ることを目的に、新たに老人訪問看護制度を創設し、平成4年4月から実施している。

この制度は、都道府県知事の指定を受けた老人訪問看護ステーションから看護婦等が在宅の要介護高齢者を訪問し、主治医の指示に基づき療養の世話をを行うものである。なお老人訪問看護ステーションには、社会保険制度から老人訪問看護療養費が支払われるものである。

また老人訪問看護は、在宅の要介護高齢者の生活の質の確保を目的とし、主治医の指示に基づき、介護に重点を置いた看護サービスを提供するものである。具体的には、病状の観察・清拭・じよく

瘡の処置・カテーテル等の管理、リハビリテーションあるいは介護者への療養上の指導等である。

1. 老人訪問看護ステーション

新たに創設された老人訪問看護制度は、今後の在宅要介護高齢者への訪問看護の量的・質的拡大に資するものとして意義深いものと考えている。このため東京都は、医療機関からの訪問看護および区市町村や保健所からの訪問指導との新たな役割分担を前提として、老人訪問看護ステーションを在宅の要介護高齢者に対する総合的なケア体制の重要な柱として位置づけ、積極的に設置促進を図るべきものとしている。

東京都は、在宅の要介護高齢者が必要としている手厚い訪問看護を受けられるようにするため、平成9年度までに100カ所整備する計画をもって

いる。老人訪問看護ステーションの設置形態は、医療機関や老人保健施設・高齢者在宅サービスセンター等に併設したり、単独で設置するなど様々な形態が考えられ、こうした多様な形態は設置促進を図る上や、ニーズに応じたサービスの提供を図る点からも望ましいことである。

実施機関としては①地方公共団体 ②医療法人 ③社会福祉法人 ④その他厚生大臣が定める者（公的医療機関・医師会・看護協会等）である。

規模としては、従事職種は保健婦・看護婦（士）・准看護婦（士）・PT・OT 等であり、専従で常勤の保健婦または看護婦の管理者が必要である。最低基準として1カ所当たり常勤換算で2.5人以上となっている。

同ステーションの適正配置についての考え方であるが、都民が老人訪問看護ステーションを身近な施設として利用し、また等しく訪問看護が受けられるよう、老人訪問看護ステーションは特定地域に偏在することのないよう配慮されなければならない。未設置地域は、人口の希薄で利用者の少ない地域で生じることが予想されるため、東京都は当該地域の老人保健施設等に対し、併設を積極的に働きかけるべきと考えている。

また都は、同ステーションの未設置地域を解消

図-9 老人訪問看護制度の概要

するため、区市町村や地区医師会・看護協会等と協議し、地域の実情に応じた支援策について検討する必要がある。

対象年齢に対する考え方について述べると、現在、老人訪問看護制度を利用できる者は、老人医療受給対象者（70歳以上の者および65歳以上70歳未満の者で、区市町村長の認定を受けたもの）で、疾病や負傷等により、家庭において寝たきりの状態または寝たきりに準ずる状態にあり、主治医が訪問看護の必要を認めた者に限られている。

本来、訪問看護制度の目指すべき方向としては、「だれもが いつでも どこでも、必要とするサービスを利用することができる」制度が望ましく、働き盛りの年代の者が在宅で寝たきり等の状態になった場合には、高齢者と同じく家庭や社会に与える影響が大きいいため、療養者が必要とする十分な訪問看護が提供される必要がある。

また老人保健法に基づく訪問指導では、対象が40歳以上となっており、すでに一部の自治体では、訪問指導の中で併せて訪問看護が実施されている実態がある。

これらの状況を考慮し、当面、東京都における訪問看護の対象者を40歳以上の要介護者まで拡大すべきとする考え方があり、この点検討課題となっている。

図-9に老人訪問看護制度のシステムを図示した。主治医が在宅の寝たきり高齢者を診察し、主治医が老人訪問看護ステーションに対し訪問看護を指示するところから老人訪問看護ははじまる。なお、主治医のいない利用申込者に対しては、区市町村や保健所の地区担当保健婦等の地域での調整役と連絡をとりながら、地区医師会との調整の下に主治医が確保できるよう働きかけることが望ましい。また医療機関は、在宅療養者の容体急変時に適切な治療を行う役割を担うべきである。

図の右側点線で囲んである在宅介護支援センターは、老人福祉法を根拠に持ち、福祉局所管の施設である。これは在宅の寝たきり老人等の介護者に対し、在宅介護に関する総合的な相談に応じ、介護機器の展示および使用方法の相談などにも応じるものである。実施主体は区市町村であるが、社会福祉法人・医療法人に委託してもよい。平成12年度までに600カ所設置の計画がある。この在宅介護支援センターと老人訪問看護ステーションとは十分に連携をとる必要がある。

2. 保健・医療・福祉の連携

1) 情報の共有化とサービスの調整

訪問看護を必要とする在宅の要介護高齢者は、同時に福祉サービスも必要とする場合が多い。サービスの空白や重複を避けるためには、主治医を含め、保健・医療・福祉の各関係機関のより一層の連携のもとに、個々の要介護高齢者に関する情報の共有化を図ることが必要である。

共有化された情報のもとに、在宅の要介護高齢者に対して必要な各種のサービスを提供していくためには、連携の核となる調整役が必要である。

保健・医療・福祉の各関係機関は、調整役（コー

ディネーター）を中心に地域でのネットワークづくりを目指すべきであり、主治医・保健婦・看護婦等の担当者レベルで、育ちつつある連携の芽を守り育てていくことが望まれる。

2) 区市町村の役割

区市町村は、要介護高齢者の多様なニーズに対応し、保健・医療・福祉の連携した総合的なサービスが提供できる体制を整備していく必要がある。

保健・医療・福祉の連携には、具体的な個々のケースにおける様々な職種レベルのつながりと、それを担保するサービス提供機関レベルの連携が不可欠の要素であり、どちらか一方が欠けても保健・医療・福祉の密接、かつスムーズな連携は成り立たない。

したがって、区市町村は、保健・医療・福祉関係者の協議の場である高齢者サービス調整チームの設置や活性化を図ることが必要である。また保健所保健事業連絡協議会や保健所保健福祉サービス調整推進会議等の場が活用される必要がある。

このような連絡を基に、今後は、現行の在宅の要介護高齢者に対する相談窓口の充実・強化につとめるとともに、在宅の要介護高齢者に対する総合的な相談窓口の設置も検討することが望まれる。

さらに在宅の要介護高齢者のニーズを把握し、必要なサービスを適切に提供するためには、在宅介護支援センターや高齢者住宅サービスセンターの設置促進にも努める必要がある。

今後、地域で質の高い在宅ケアを行っていくためには、これまで以上に住民の積極的な参加と協力が不可欠であるため、区市町村は、住民に対する情報提供に努めるなど条件の整備を進め、積極的に住民参加を推進していくべきである。

なお、地域住民が高齢者の特性や病気等に対する理解を深めることは、在宅ケアのシステムづくりを推進する上で極めて重要であり、区市町村は、学校教育や社会教育の場においても、在宅ケアの意義について啓発活動を行うべきである。

3) 老人訪問看護ステーションの役割

老人訪問看護ステーションは、訪問看護の際に把握した要介護高齢者や介護者のニーズを、区市

町村を初めとする各関係機関へ情報として提供し、これらの者が必要としている保健・医療・福祉サービスを受けることができるよう配慮すべきである。

また、同ステーションの管理者等は、高齢者サービス調整チームや保健所保健福祉サービス調整推進会議等の、地域における連携・協議の場に積極的に参加し、活性化に寄与することが望ましい。

4. 主治医および医療機関の役割

老人訪問看護は、主治医の指示があって初めて実施されるため、主治医は老人訪問看護ステーションに対して、適切な指示をするとともに、相互に連絡をとりあう必要がある。

老人訪問看護制度の定着には、医師や医療関係者の在宅医療への積極的なかわりが重要であり、東京都は、東京都医師会等と協力しながら、広く地域の医療関係者に老人訪問看護制度についての理解を得よう努めているところである。

3. マンパワーの確保養成

1) 確保策

東京都は、従来から行っている養成対策や定着対策の充実に加え、ナースバンクの増設や保健所を利用した移動相談等、ナースバンク事業を充実し、未就業の看護職の再就業を積極的に促進する等の、積極的な掘り起こし策につとめている。

2) 職員の資質の向上とその養成

専門的な看護技術を提供するとともに、在宅の要介護高齢者が安心して療養できるよう、必要とされる保健・医療・福祉サービスの確保に努める必要があり、他の制度についての幅広い知識を有することが不可欠である。

そのため東京都は、利用者が持つ様々なニーズや身体状況に訪問看護婦等が適切に対応できるよう、看護技術や保健・医療・福祉の連携の方法等の、訪問看護内容に関するマニュアルの作成について検討している。

また、訪問看護婦等の養成研修および老人訪問看護ステーションの管理者に対する研修等、訪問看護制度にふさわしい研修体系の整備に取り組んでいる。

4. 国に対する働きかけ

大都市における訪問看護制度を一層充実させるため、老人訪問看護ステーションに対する施設整備費補助の創設、老人訪問看護療養費の増額、対象年齢の引き下げ等について、東京都から国に対し要望している。

おわりに

来たるべき超高齢社会に向けて、社会経済システムをシフトしなければならない。わが国の行政課題の中でも、高齢者対策は最も重要なものといっても過言ではない。高齢者への在宅ケア対策は緒に就いたばかりであり、本都の取組みも、その重要性に比し未だ不十分なものである。保健・医療・福祉の連携も、その掛声の大きさに比し、まだどこちなかったり、小規模の個人レベルのものであったり、実践例が少なく、まだまだ成熟には時間がかかると思われる。

この際、国・東京都・区市町村・医師会・看護協会および医療機関、福祉関係機関等関係者は、在宅の要介護高齢者の多面的なニーズに対し、こぞって今までにも増して、積極的に、かつ適切に対応する責務があることを認識すべきである。

いきいきとした高齢社会の実現にむけて東京都としても、努力をしているところである。

参考文献

- 1) 東京都：'91東京都総合実施計画，Nov.，1991
- 2) 東京都：第3次東京都長期計画，Nov.，1991
- 3) 東京都在宅保健対策検討委員会：老人訪問看護のあり方（中間のまとめ），Aug.，1992
- 4) 東京都老人保健施設のあり方等検討委員会：東京都における老人保健施設のあり方等について（最終報告書），Mar.，1991
- 5) 石館敬三：保健・医療・福祉の連携による在宅ケアシステムの今後の展開，福祉展望，No. 14，Sept.，1992
- 6) 東京都高齢社会対策推進会議：高齢社会ハンドブック，Feb.，1993