

CURES Report

地域ケアシステムの構築と保健・医療・福祉の連携

横山 寿一

I 増大する要援護・ひとり暮らし高齢者

高齢化が進展するなかで、近年、ひとり暮らしや老夫婦だけで生活する高齢者が増大している。しかも、そうした高齢者のなかには自立した生活を送ることに困難を感じている人たちも少なくない。金沢市は民生委員の協力を得て毎年一人暮らし、ねたきり等の高齢者を対象に「要援護老人」の調査を実施しているが、それによれば、1990年7月現在、民生委員がなんらかの援護が必要だと判断した高齢者でひとり暮らしをしている人は2,910人で、65才以上人口の5.7%を占める。このうちの79%は70才以上であり、80才以上だけでも2割をこえる。しかも、痴呆でひとり暮らしという高齢者もいる。また、寝たきりの高齢者は571人と報告されている。この数字には施設入所者は含まれていないから、実数がこれをはるかに上回ることはいうまでもない。因みに、同居家族はいても昼間はひとりだけになる「昼間ひとり暮らし」高齢者がかなりいるといわれているが、先の調査でははじめから対象となっておらず、実態は全くつかめていない。

地区別の不均等も大きい。金沢市の場合、旧市域ほど高齢化の進展が著しいが、要援護・ひとり暮らし高齢者の多い地区も旧市域に集中している。90人以上こうしたひとり暮らし高齢者がいる地区をみると、旧市域の場合21地区のうち9地区がそれに該当するが、旧市域以外の30地区のうちでは3地域しか存在しない。ちなみに上位5位は、十一屋、小立野、

弥生、材木、森山のいずれも旧市域の地区である。

ひとり暮らし高齢者は、健康なうちは地域とのつながりも維持できるが、病気になったり体力が衰えてくるとどうしても孤立した生活に陥りやすい。そのことが、事故や発病時に緊急対応の遅れを招き、大事に至ることも少なくない。また、寝たきりになると現状では自宅での生活をあきらめざるをえない。住み慣れた地域で老いても住み続けることができ、しかも安心して生活できるまちをどう創っていくか、より具体的には地域のケアシステムをどう構築していくか、このことが高齢化における地域と住民の第一級の課題として浮上してきている。

II まちづくり福祉活動推進事業

金沢市は、保健・医療・福祉に係わる各種のサービスを調整し、推進することを目的に「総合福祉サービス調整会議」を設けているが、そこで次のようなひとり暮らし高齢者のケースが報告されている。

住民から「向いの一人暮らし老人の姿を最近見かけないので調査してほしい」と通報があった。「要援護老人」の書類には親戚関係の記載がないため、市民課で親戚関係を調査したがわからなかった。そこで民生委員と同行し老人宅を訪問したところ、2～3日風邪で寝込み、鍵をかけたまま食事もとらずにいたことが判明。以前は3人家族であったが、夫、娘が相次いで亡くなり昨年からはひとり暮らしになっていたという。その後、老人ホー

ムのショートステイを勧められて利用していたが、身体の衰弱と軽い痴呆が診られたので、説得されて、結局、2週間の自宅待機ののち入院生活を送ることになった。

これはいつ起こってもおかしくないケースである。ここには検討すべきいくつかの問題が含まれているが、なによりも、こうした問題を未然に防ぐことを第一義の課題としている「まちぐるみ福祉活動推進事業」が、その本来の役割を果しえなかったことを看過するわけにはいかない。問題の検討にはいる前に、簡単にこの事業について触れておこう。

この事業は、金沢市と市社会福祉協議会が推進団体となって1987年にスタートした。保健・医療・福祉関係者や地域住民・諸団体が密接な連携をとり、地域の高齢者や障害者等が安心して生活できる福祉のまちづくりをすすめるというのが事業の目的である。事業は、民生委員の担当区域ごとに結成される「まちぐるみ福祉活動推進チーム」を中心に展開されるかたちをとっている。このチームは、民生委員および推進チームの活動に理解を示し参加を希望する者（まちぐるみ福祉活動推進員）で構成され、地域における要援護者の把握、啓発活動、在宅福祉活動（要介護者宅緊急出動、一声運動、小修繕訪問活動、除・排雪運動等）、組織の育成（ボランティアの育成、福祉と地域との連携等）、健康推進活動（体力づくり活動、健診受診指導、医療団体との連携等）を行っている。まちぐるみ福祉活動推進員は2,005人（1990年3月末）いる。また、医師会と協力して地区毎に「協力医」を設けている（図解参照）。

さきのケースは、風邪をひいた段階で近所の住民か推進員が接触してその症状に気づいていれば問題はなかった。ところが、ひとり

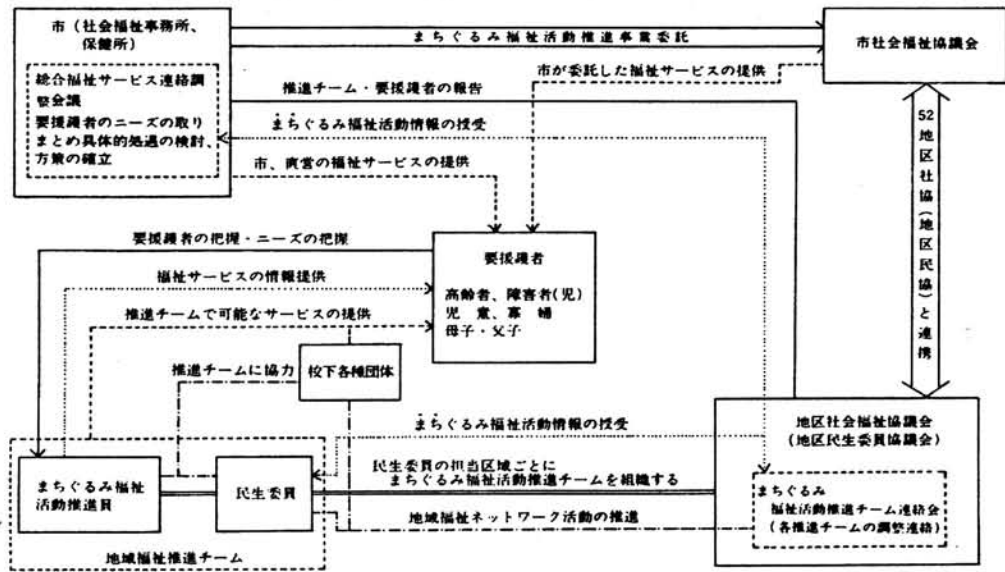
暮らしでしかも軽い痴呆があるにもかかわらず、姿を見かけなくなって住民が気がかりになるまでチームの誰も接触していない。しかも、訪問してその高齢者の状況を把握するまでに、親戚関係にこだわるあまり手間取った様子がうかがえる。「協力医」には結局連絡がなかなか取れなかったそうだが、このことも無視できない。つまり、一番重要な初発の対応で肝心の推進員がその役割を全く発揮できていない。

まちぐるみ福祉活動推進事業は、住民の連帯とボランティアのパワーを基礎に、地域の要援護者を支えるネットワークを機能させていこうとするところに特徴があるが、その性格上、どうしても核となる推進員の質・量と働きぶりに成否がかかるかたちとなる。なかには担当医との会合や研修会を実施している熱心な地区・推進員もあるが、兼職で推進員になる地区もあり、活動への理解が不十分であったり、一年交代で定着が難しいなどの問題が少なからず指摘されている。上のケースは、こうした事業の不安定さがはしなくも露呈されたと考えてもよからう。

この不安定さをできるだけ解消していくためにも、やはり保健・医療・福祉関係者の自立した連携の体制を確立することが基本におかれるべきで、ボランティアは利用者の立場からそれをさらにきめ細かくするものとして位置づけるのが筋であろう。

さきのケースには、さらに在宅高齢者の施設利用の不自由さが示されている。身体の衰弱がありながら、入院生活に移るまでに2週間もの待機を余儀なくされているのは、珍しくはないがやはり見過ごせない事実である。必要な時にはいつでも利用できる施設が身近にあるかどうかは、地域ケアの成否にかかわ

まちぐるみ福祉活動推進事業図解



出所) 金沢市『まちぐるみ福祉活動推進ハンドブック』

る。

さらに、その施設サービスを含め諸サービス相互が連携できているかどうか、そのことが地域ケアを考えるうえでは欠かせない。現状はどうであろうか。

III 連携を欠くサービス供給

保健所、医療機関、福祉事務所・衛生課、福祉サービス公社、社会福祉施設等は、それぞれ固有の機能と役割をもって保健・医療・福祉サービスの供給にあたっており住民の健康・いのちを守るうえで不可欠の役割を果している。しかし、それら相互の連携・協力関係は、ごく限られた領域でしかつくられておらず、その内容も不安定なものにとどまっている。そもそも福祉分野内部の連携自体も十分ではない。

対応が急がれているねたきり予防に関していえば、長寿福祉課が「要援護老人」の調査結果を保健所等へ知らせているが、その間に半年を要しており、連絡を受けた保健所が訪

問指導が開始した時はすでに手遅れとなっているケースも多い。予防のためには退院の時点での把握と在宅直後からの保健・福祉による対応が必要だが、医療機関と保健所、福祉事務所等との連携体制が整っていないため、システマティックな対応は望めない。

入所者の半数近くが家族の一定の介護を前提にして比較的短期間のうちに家庭復帰していく老人保健施設の場合には、医療・福祉との連携がある意味では医療機関以上に求められる。しかし、ここでもその施設のデイサービスやショートステイの存在や内容は知らされるが、例えば福祉公社のサービスは紹介されない。したがって自分でアクセスしないかぎり情報は入らない。

さきに触れた「総合福祉サービス連絡調整会議」は、文字どおり保健・医療・福祉にかかわる各種サービスを調整し実施することを目的として設置されたもので、具体的な処遇の検討やその方策の確立を事業の内容に掲げてはいるが、実際には困難なケースに対する処

遇を報告し、今後の参考とする程度にとどまっており、実際的な調整機能は果していない。

IV モデル地区事業のゆくえ

金沢市は、保健・医療・福祉の総合的な調整、推進のあり方をより具体的に検討していくために、今年度、「老人居宅生活支援地域福祉推進事業」を実施する。具体的には、6地区をモデル地区に指定してそれぞれに「高齢者サービス調整チーム」を設け、高齢者のニーズの把握、サービスの充足状況・問題点、処遇困難なケース等についての具体的な方策の策定、関係機関へのサービス提供の要請、これらを通じた担当者間の常時の連絡体制の維持等を行う。チームを構成するのは、民生委員およびまちぐるみ福祉活動推進員等のボランティア、医師、金沢市長寿福祉課職員、保健所保健婦・精神保健相談員、金沢市福祉サービス公社事務局職員・ホームヘルパー、その他高齢者サービス総合調整推進のために必要と認められる者となっている。モデル地区の社会福祉協議会にチームの事務局を置き、地区社協の会長がチームの会議を召集する。

保健・医療・福祉の連携を実質化していくためには、各専門担当者による具体的な処遇の検討と地域単位のサービス実施体制の確立、そのための地域ステーションの確保が欠かせないが、今年度の事業を通じて、それぞれに関するより具体的な問題状況と課題が明らかになり、かといえ、そう単純ではない。

その点のポイントは、地区社協がチーム運営をどこまで担い得るかという点である。連携を具体化する際にクリアしなければならない重要な問題のひとつに、誰がまたはどこがコーディネーターの役割を担うかという点があるが、地区社協がはたしてその役割を担い

得るどうか。地区社協の職員の半数近くは福祉関係以外の業務と兼任しており、処遇も一般的に低い。そしてなによりも、専門性を高めていくことのできる体制が確立されていない。こうした現状で、担当機関相互のコーディネートやサービスの調整が果たして可能であろうか。とはいえ、これも実践の結果を待つ他ない。

V 調整するに足るサービスを

保健・医療・福祉の連携が、費用の削減や分担の効率化のための手段として考えられるようであれば、結果的にはお互いが領域を狭めあい、肝心なところをボランティアに委ねてしまう「手抜き」ネットワークになるのは必至である。連携がサービスの充実・向上と結びつくためには、保健・医療・福祉のそれぞれの専門機関の責任を明確にしたうえで、機能や役割の重複を恐れず、利用者の実際の必要から発想してそれに応える体制や方法を最大限追求することが求められる。医療機関は患者に福祉サービスをアドバイスできる機能を備える必要があるし、福祉サービス公社にも保健サービス提供の機能が求められる。保健所には訪問指導や機能訓練の拡充が必要である。つまり、それぞれの分野がレベルアップを図り、調整するに足るサービスを備えてこそ調整・連携も発展的な内容をもつことができる。

その鍵を握るのは、やはりマンパワーの確保である。調整するに足るまでサービスを拡充できるかどうか、それらを現場で繋げられるかどうか、結局はマンパワーの量と質にかかっている。その確保のためにも、保健・医療・福祉従事者の社会的評価を高め、それに相応しい処遇の確立を急ぐ必要がある。

(金沢大学経済学部助教授)