

## 特別講演 保健福祉連携の限界

前沢政次 (涌谷町町民医療福祉センター)

## 1. はじめに

涌谷町町民医療福祉センターは昭和63年11月に開設された。はじめから国保病院(入院ベッド100床)に役場の保健部門、福祉部門を併設した。内部からも外部からも最初から欲張って3部門同時進行なんて土台無理な話だと一笑にふされてきた。病院を軌道に乗せることに全力を注がないととんでもないことになる。こういう忠告が多かった。

しかし、時代の変化で多くの人の心配とは逆に、むしろ保健・医療・福祉の連携が強調される今日である。先見力があつたと評価されてもいるが、果して真の連携がとれてきたのかどうかは問題点も少なくない。自分たちの取り組みを振り返り、これから連携に向かって努力される皆さんへの問題提起とさせていただきます。

## 2. 活動を振り返る

## (1)保健婦活動の分断?

従来からの保健婦活動は保健予防活動から在宅ケアまで幅広く行われていた。センターオープンのに保健婦の増員(5名から8名)をはかり、在宅ケアの部門を独立させた。また、研修の意味も含めて病院部門に保健婦を配属した。役割分担を明確にしたわけだが、このことには保健婦内部からの批判も多かった。しかし、保健活動では一層一次予防に力を入れることが必要であったし、在宅ケアには臨床の能力が求められた。地域担当性のみですべてを一人に対応していくには限界と判断せざるを得なかった。

さらに病院医療も保健活動の場として生か

すべきであるとの考えがあつた。なぜなら自分の健康に自信を持っている人に対するよりも、病気特に慢性疾患を有している人の方が予防に対する動機づけができていないのではないかと思われたからである。たまたま病院部門においては看護婦の中堅層が人材難であったことも手伝って、外来およびひとつの病棟の婦長を保健婦が担ってくれることになった。

長年地域活動に骨身を削ってきた保健婦を経験のなかった病院部門に配属したことなど、随分酷なことであつた。人事の責任者としては「それがあなたの運命なのです」とも言えず、ひたすら「新しいことに挑戦できる機会に恵まれた」と信じてくれるよう神に祈るしかなかった。現在は人口21,000に対して保健活動部門7名、在宅ケア1名、病院外来2名(うち研修1名)病棟研修1名計11名の保健婦を採用している。

一方看護婦も「これまでの病院医療とは何か違うことが涌谷ではできそうだ、地域に出て看護ができる。看護の独自性が発揮できるのではないか」という気持ちを持つ人たちが集まってくれた。その中で明確な看護観を持ち、豊かな人間性と地域への関心を持ち合わせた人を保健活動部門・在宅ケア部門に配属した。

こうした冒険は保健婦・看護婦それぞれの役割の再認識につながったように思われる。それは保健・医療・福祉のサービスの対象者を「過去に病気に倒れ、障害をすでに持っている人」「現在病気と闘っている、あるいは病気とつき合っている人」「将来病人・障害者になる可能性のある人」に分けて考えることであり、かつ各群の対象者を重症度別あるいは危

険因子の種類や量に対応したサービスを計画していくことである。

## (2)福祉サービスは誰がどう担うか

保健・医療・福祉の連携を論ずる著作を読んで失望させられたことがある。「各部署が連絡を取り合うだけでは連携ではない、一緒に共同作業をしてはじめて連携と言えろ」と主張しながら、結局のところ「保健婦が訪問看護をすれば保健と福祉の連携になる」という。はたしてそうであろうか。いたずらに保健婦の業務を増加させることにならないであろうか。

保健婦が「福祉理念を理解していること」「福祉制度を知っていること」「福祉サービスに直接携わること」は区別して考えるべきではないか。

以下我々のサービスの概要について述べる。

### 《ホームヘルプ》

センターのオープン以前からサービスを始めていた。4年間でヘルパーの数は倍増され、現在9名が3グループに分かれ入浴サービスを始めとする生活援助サービスを実施している。一部のヘルパーに仕事が雑であるという批判もあり、かつ大学卒のヘルパーもいることから部署の位置づけ、資格などの検討を要する。

### 《訪問看護》

独立したスタッフ(保健婦・看護婦)が老人保健法の「訪問指導」という名目で行ってきた。センター開始前よりは医療的な看護が増加した。現在の専任スタッフは保健婦1名、看護婦2名、在宅看護婦2名である。対象者約80名、対象者の担当医は開業医師、センター医師半々である。訪問数は月約150件、平成4年4月から病院外来看護職員も応援している。4年8月から症例検討会には病院職員も多く参加し充実してきた。

### 《デイサービス》

昭和63年11月スタート。現在の対象者は約

40名、一人当りの通所回数は週1回でセンターが送迎車を出している。メディカル・チェック、ゲーム、作業療法、入浴などがその内容である。痴呆の方々のためのデイケアも開始した。現在月2回実施している。

スタッフはOT1名、寮母2名、運転手兼介助員2名に町民ボランティアが毎回1名介助員として参加している。連携の実際としては、メディカル・チェックで異常が見いだされた場合は、診療部門の医師に連絡がいき診察が受けられるようになっている。逆に入院中の患者で、退院前にデイケアがどのように行われているか体験しておきたい患者は、デイケアの体験学習ができる。病気は落ち着いたけれど、家での生きがいをどこに見いだすべきか迷っている患者には利用価値が高い。

### 《往診・訪問診療》

センターのオープン前は、開業医師がほとんど往診をしないという評判であった。現在では一部熱心に往診される医師もあり、訪問看護との連絡もとれるようになってきた。今後は開業医師に対して症例検討会への参加を呼びかけていく予定である。

センター内の医師は在宅ケアに熱心な医師と非協力的な医師に分かれる。現在は苦肉の策で、地域活動担当医を決めて緊急時の往診、および定期的な訪問診療を実施している。

### 《在宅介護支援センター》

平成3年1月に併設された。時間外には診療部門の協力も得て、24時間対応の相談を行っている。自宅で虚弱老人を介護している人たちにとって、24時間フルタイムのサービスがあること、およびいざという時の収容施設(当センターにおいては診療部門)が確保されていることで介護者の不安は幾分緩和されているようである。

### 《ショートステイ》

ショートステイは町内に収容施設がなく、隣接町の特別養護老人ホームにお願いしている。これらの他の福祉施設との連絡調整は在

宅介護支援センターのソーシャルワーカーと福祉共助課の事務職員が当たっている。

#### 《訪問機能訓練》

OT、PT各1名が適宜協力体制をとってくれている。OTは主としてデイケアの担当をしている。PTは診療部門の機能訓練を行い、必要に応じて家庭訪問を行う。次第に需要が増加しており、平成5年度にはOT・PTを複数体制とする予定である。

#### 《訪問看護ステーション》

平成5年4月の開設予定で準備を進めている。

#### 《社会福祉協議会の活動》

涌谷町社会福祉協議会がこのセンターの中に事務所をおき、連携を密にしている。共同の事業(給食サービス、介護者のつどいなど)を多く実施している。今後は行政主導型から、住民主体の福祉活動へと展開を計る時代であり、社協の一層の充実が望まれる。

以上述べたことは、福祉サービスにはたくさんの方の活動家があり、保健婦数にゆとりがあれば福祉専任の保健婦がいてもよい。それ以外の方は実際の福祉活動の実施者として自分も頑張るとあまり意気込めない方がよいのではないかということである。

### (3)医療の変革

病院には現在病気と関わっている人、病気に対する不安を持つ人などが訪れる。すなわち保健活動の対象者が健康学習へのある程度の動機づけを持って集まってくる場所である。

病院部門の外来では高血圧、糖尿病、急性上気道炎の患者が頻度として多い。神経症・心身症の患者も増加傾向にある。医療システム上は病院には一次医療機関からの紹介患者が多数訪れることが望ましいが、町立の診療所が病院開設と同時に廃止されたため病院外来は一次医療の役割も果たしている。そのため外来で適切な診断・治療をすると同時に、かぜであれば感染症に対する抵抗力のつけ方、

予防法などを身につけるように、高血圧、糖尿病などの慢性疾患の患者に対しては、その人自身の生活方法、家族がその病気にならないための工夫など学習してもらうようにしている。そのため、患者は医師ばかりでなく、看護職とのコミュニケーションをはかり健康学習できるように工夫している。健診後の再検査のために、訪れる患者も多く保健部門との連絡も取りやすい。また、外来のデータは健康教室で活用し、住民にフィードバックしている。

入院の場合も同様である。病気になったとき、本人も家族も病気のからくりを理解し、予防について学習してもらう相談室が病棟に設けてある。退院の時も、当然家庭での生活が適切に送れるように、そしてそれを地域担当の保健婦が継続して見守れるように指導している。当然在宅ケアの必要な場合は、病棟ナースから訪問看護婦への連絡により、訪問看護婦が退院前に病棟訪問を行い、本人・家族に家庭でできる介護法を学習してもらってから退院するようにしている。

入院部門は、急性疾患を主とする計画であったが、現実には高齢者の長期にわたる入院やガン末期患者の延命のための入院といった場合もないわけではない。しかし、おおむね家族の協力や訪問看護婦の努力により、在宅でのより家庭的で人間的な療養へと進めている。在宅ケアに対する町民の理解も少しずつ深まってきている。

### (4)保健活動の対象地域の拡大

次に保健活動の意義づけを考えてみたい。将来病気や障害を持つ可能性のある人々に対する活動である。その意義づけとしては、単に自分のための健康づくりでなく、健全な福祉社会を築くため、他者のための健康づくり、健康を生かすために健康をつくることが強調されなければならない。

地域保健活動を展開する者にとって、「地

域とは何か」というのは常に頭を離れない課題であろう。私自身は10年と少々の期間この課題を考え続けてきたが、現在は次のように地域を解釈している。

- ①地理的範囲ではなく、共同体である。
- ②住民の生活の場である。
- ③助け合いのできる範囲である。

涌谷町に来て不思議に思ったのは、地域保健の中には母子保健、成人保健、老人保健、精神保健が含まれているが、学校保健、産業保健が除外されていることである。人間のライフサイクルに応じた保健活動と主張しながら、小児期、思春期、青春期が欠落してしまうことになりはしないかと疑問になった。

保育所、幼稚園、小学校、中学校の保健担当者との連絡会を開始し、小児期の健康問題、特に小児成人病の予防活動に共同で取り組むことになった。

産業保健に関しては、まず従業員 2,000人の企業に働きかけ、健診の事後指導として個別相談も含めた健康教室を実施した。また、従業員30人以上の企業に呼びかけ産業保健懇話会を開き、青壮年者の健康への関心の醸成に努めている。

このように地域は共同体としての学校や企業までを包括して全体としてみていくべき実体であると考えている。

#### (5)保健活動のネットワークング

保健部門がめざしているのは、ケアの対象者である町民が、自ら適切な保健活動を取れるようになることである。この課題の実現のために、10世帯から20世帯に一人選び出される健康推進員がその担い手として期待されている。現在 316名が、自分たちの地区の健康問題を感じ、解決を計るために地区での健康教室の企画運営を担当している。そのほかには健診の連絡推奨、民生委員への連絡、一人暮らし老人への訪問など各自が創意工夫をした活動を展開している。

健康推進員の活動に対する助力者が、保健婦7名、栄養士2名、事務職員3名、社会教育主事1名(社会教育課と兼務)、ヘルストレーナー1名で構成される健康生活課・健康推進課スタッフである。

#### (6)涌谷町における連携の限界

建物を建てた、金もかけた、人も増やした、では理想が実現したかという点必ずしもそうでもない。よくなってきた点は次のような点である。

- ①医療は住民と職員との信頼関係を構築しやすい。
- ②住民と職員のふれ合いの面が拡大した。
- ③健康問題に対する関心が高まった。
- ④サービスが需要を開発していく。

限界点・問題点は次の通りである。

- ①職員すべてが共通の認識を持っているわけではない。
  - ②一部の住民は無知・無関心。
  - ③住民には知識があっても行動が伴わない人も多い。
  - ④連携システムは参加する人の人間性に左右される。
  - ⑤保健・医療・福祉情報は量・正確さともに住民に伝えられていない。
- 今後これらの克服が課題である。

#### 3. 連携を形成していくには

涌谷町の例を述べてきたが、多くの市町村が保健・医療・福祉の連携をはかっていくときには、克服すべきさまざまな問題点がある。一般には次のような障害因子があげられている。

- ①首長の無理解
- ②保健福祉事務担当者の熱意のなさ
- ③専門技術職数の不足
- ④医師の無理解
- ⑤経済的問題
- ⑥行政の縦割り

これらを克服していくために何を変えていけばよいかについて考えてみたい。

(1)まず対象者の掘り下げを

今もっともサービスを必要としている人が誰で、どのような対応が望ましいのかを症例検討会を開いて話し合ってみる。仲間づくりをしてみる。症例が私たちに何をすべきかを教えてくれるはずである。

(2)窓口は一本化すべきか？

行政の縦割を改善するために窓口の一本化が提案されている。ひとつの場所で必要なサービスのすべてが分かるということは大切だが、保健・医療・福祉あらゆる場面での出会いが必要なサービスにつながっていくことがより重要なのではないか。

(3)市町村老人保健福祉計画

平成5年度に福祉施設の措置権が町村に委譲され、老人保健福祉計画の策定が義務づけられる。これをわずらわしさと受けとめるか、絶好の機会と考えるかで市町村の将来に大きな差ができるのではないかと思われる。

4. おわりに

リハビリテーションが人間回復の医学とされているが、保健学は人間成長の医学といえるであろう。たんに健康のための保健でなく、福祉のための保健(福祉利用の期間をできるだけ短く、福祉を支える人間としてできるだけ長く生きるための健康づくり)をめざして保健学そのものが変革成長を迫られている。

【参考文献】

- 太田貞司『在宅ケアの条件』(自治体研究社、1992)
- 柴田 博 編『老人保健活動の展開』(医学書院、1992)
- 白澤政和『ケースマネジメントの理論と実際』(中央法規出版、1992)
- 前田信雄『保健医療福祉の統合』(勁草書房、1990)
- 山口 昇『寝た切り老人ゼロ作戦』(家の光社、1992)