

保健・医療・福祉の連携

—— 総合的な地域ケアの実現に向けて ——

植 田 章

【要 旨】 本稿では、高齢者の総合的な地域ケアシステムを実現していくために、保健・医療・福祉の連携をどのように進めていくのか、先進地域における実践事例の分析を通して検討した。まず、その前提として保健・医療・福祉の連携がなぜ政策的に重視されるようになったのかといった点について高齢者問題の推移を大きく三つの時期に区分し考察を試みた。そして、保健・医療・福祉の連携を阻んできた要因として「縦割行政」のもたらした弊害と併せて医学と福祉の方法論の違いとりわけ「医療保障の特殊性」に着目した。各地の先進的な事例からは、地域のケアシステムの実現を求める住民の切実な現実があり、その現実が出発点となって関係機関、専門職種、住民が連携して社会的な対応を追求しようとする立場に立っていること。また、そこには中核的な医療機関の存在があり、医療が保健・福祉をバックアップしていく体制をとっていること。国、厚生省が進めようとしている「地域ケア」との決定的な違いは、地域ケアの「質」を保障するために住民の疾病予防からケアに至るまでの包括的な活動を積極的に進めていることが確認できた。

キーワード：地域ケアシステム、保健・医療・福祉の連携、ケアマネジメント

はじめに

1994年から99年度までの高齢者の保健・福祉サービスを明らかにする「老人保健福祉計画」（以下：「計画」）が全国都道府県・市町村で策定され、その具体化がはじまっている。「計画」策定段階から住民参加による取り組みを展開してきた東京都三鷹市や中野区といった先進的な自治体の一部にあるものの、「計画」の策定を民間のコンサルタント会社にまかせ、国や県の指導にそって、数字を埋め合わせただけという不十分な「計画」策定に終わっている自治体もある⁽¹⁾。こうした点を裏付けるように、国民健康保険中央会が行ったアンケート調査によれば、市町村長の過半数が財源・人材不足を主な理由に「計画」の目標達成は困難とみていることが明らかにされた（朝日新聞、1995年5月2日付）。

「計画」が量的な問題に終始し、財源的な手だてが明示されていないことだけでなく、公的

部門がどのような責任を果たすのかという点も不十分である。また、1995年7月老人保健福祉審議会が中間報告としてまとめた「新たな高齢者介護システムの確立について」の中でケアマネジメントがとりあげられている⁽²⁾。その実施にあたっては保健・医療・福祉の連携は不可欠であることが強調されているが各地の「計画」にはこうした総合的な視点からのアプローチが欠落している。

そこで、本稿では、高齢者の総合的な地域ケアシステムを実現していくために保健・医療・福祉の連携をどのように進めていくのかといった点に絞り検討する。このことは、現在、「公的介護保険」構想がうたがわれている中で、権利としての公的介護保障の在り方・介護保障の社会的な仕組を地域の高齢者の生活実態から出発して提起していくことに結実していくものと考えられるからである⁽³⁾。

1. 保健・医療・福祉の連携がなぜ重視されるようになったのか

1980年代以降、政策主体が進めてきた「社会福祉改革」の新しい枠組みは、これまでの社会福祉労働・実践の蓄積として出されている側面と、新しいねらいをもって出されている側面とを必ず合わせもっている。今日、高齢者の地域ケアシステム形成の中で大きな課題となっている「連携」もそのひとつである。本来、それぞれの施策や制度が非常に充実し、重なりあっていくことによって「連携」の成果があがっていくことが自然な発展の形態である。ところが今日的な「連携」は、それぞれの施策があまりにも不十分な状態であることが前提となって強調されているきらいがある。「ケアマネジメント」もまた、多様化された社会福祉の供給主体を統合化するという政策的意図・役割を担って登場してきた側面がある。新たに提起されてくる政策的な枠組み、その下での制度・サービスは、運用や解釈の仕方によっては住民の立場に立った社会福祉を実現することも可能になるが、逆に制約する働きを持って機能することもあることを常に考慮に入れて、実践や運動の中で改革・改善していく視点が必要である。

さて、地域の保健・医療・福祉の連携がなぜ政策的に重視されるようになってきたのかといった点について高齢者問題の推移を大きく三つの時期に区分し考察してみる。

【第I期 1950年代から1960年代にかけて】

戦後の著しい社会・産業構造の変化、三世同居の減少という家族構成の変容、戦争で子を失った親の高齢化などは、所得保障がきわめて不備な状況の中で1959年に国民年金法が制定され、いわゆる国民皆年金への体制は一応整備された。しかし、年金以外の高齢者の福祉対策は極めて不十分であり、わずかに行われていた対策も、その根拠となる法律が分かれており円滑な進展は望めなかった。例えば、老人ホームは生活保護法による養護施設であり、1962年に国庫補助制度として創設された軽費老人ホームは社会福祉事業法というように、高齢者福祉対策の総合化がもとめられていた。こうした社会的背景の下で1963年に老人福祉法が制定さ

れたのである⁽⁴⁾。

地域の高齢者医療に関しては、1950年代頃までは、例えば、脳血管疾患で「寝たきり」になっても、自宅で様子を見るくらいで、脱水症や肺炎などの合併症を併発し、短期間家族による介護がなされ、往診医、親族や近隣の人々に最期を看取られ亡くなるのが高齢者の「普通」の終末であった。また、当時、結核による死亡率は減ってはきたものの、開放性肺結核患者の治療に関して、開業医が保健所保健婦と連絡をとり、患者・家族への入院説得と療養指導を兼ねた往診や訪問活動がなされていた。1961年に「国民皆保険制度」が発足したが、医療費が高むため、経済的理由で入院させたくとも入院できない患者が多く、必要な時に必要な医療が安心して受けられる状況ではなかった。肺炎、脳血管疾患、心疾患の患者を発病から治癒、そして、社会復帰、あるいは死亡まで在宅で看護してきた時期もあった。

【第Ⅱ期 1970年代から1980年代にかけて】

高齢者が安心して医療にかかることができるようになったのは、1970年代に入り老人医療費の無料化（1973年）が実施されてからのことである。高度経済成長期、「都市化」「小家族化」「女性の労働者化」した社会の中で、家族の扶養機能が大きく変化した時期でもあった。疾病構造も大きく変わり、脳血管疾患・心疾患・癌といった3大成人病による死亡が増加。大気汚染による呼吸器疾患、交通量の急激な増加の中での交通災害、産業構造の変化による労働災害・職業病も増加した⁽⁵⁾。この時期高齢者の医療は、急性期は入院で治療し、退院後の「寝たきり患者」は往診で対応する形が一般的であった。この頃から地域の「寝たきり老人」の長期介護問題が社会問題化してきた。当時、約730万人の高齢者人口のうち、3割は心身が不自由な状態にあったが、老人ホームの定員は6万7千床程度にすぎなかった。圧倒的多数の「寝たきり老人」は妻や嫁の介護にまかされていた。こうした現状を改善するために、厚生省の「社会福祉施設緊急整備5ヶ年計画」が1971年にスタートしている。既に、1969年には、全国社会福祉協議会が「居宅寝たきり老人実態調査」を実施。相次いで地域の社会福祉協議会や医療保健関係者が中心になり「ひとり暮らし」「寝たきり老人」実態調査活動が展開され、問題解決のためには、各分野からの手厚い援助が必要なのが浮き彫りにされた。地域関係機関の「連携」の必要性なども提起された。しかし、実態としては、医療機関に「福祉」を持ち込むことは、医療機関としての臨床的な水準を低く見られてしまうという考え方が医療スタッフの中に支配的にあったように思う。1975年、戦後生まれが総人口の半数をこえ、高齢者人口は8%に達していた。高齢者の自殺は1日平均16人、病気や家族問題が動機の主な原因になっていた。老人性痴呆の実態と高齢者を介護する家族の苦勞を描いた有吉佐和子の小説『恍惚の人』がベストセラーになったのがこの頃である。

1980年代に入り、「日本型福祉社会」がしきりに強調され、いわゆる「西欧型の福祉国家とは異なった、日本的な充実した、家庭を中心とする福祉」が臨調の基本答申でうたわれるもとの、要介護老人とその家族が抱えている生活上の諸困難は一層、その深刻さを増してきた。そ

のインパクトとなったのは老人保健法の制定(1982年)であった。それは、老人患者への受診の抑制とあわせて、老人診療報酬体系によって医療行為への厳しい制限措置をとったことである。老人患者を長期にわたって入院させればさせるほど入院管理料の評価が下がっていく診療報酬の仕組みは、経営的な側面から医療機関の老人医療への取り組みを消極的なものにしていった⁽⁶⁾。こうした医療の「効率性」の追及は、老人保健法24条の2「保健サービス等との連携及び調整等」に見られるように政策主体の側から「連携」や「統合」を強調し、「高齢者サービス調整チーム設置運営要綱」(1987年)、「高齢者サービス総合調整推進会議設置運営要綱」(1987年)。「保健所保健・福祉サービス調整推進事業実施要綱」(1987年)[表1参照]といった関係機関の連絡調整会議が位置づけられるようになってくるのである。厚生省老人保健部と社会局老人福祉課が統合されたのもこの時期である(1988年)。老人保健法の成立をはじめとした医療制度の「改革」や社会福祉制度の「見直し」によって、実際、医療現場で保健・福祉領域の専門職種との協力関係がスムーズに行われないと、臨床上必要なことすら実現しにくい状況がうまれてきた。つまり、医療的ケアと福祉サービスの双方を同時に分かち難く必要とする患者の増加であった。こうした事態に対して、医療従事者の認識の変化が見られてきた時期でもあった。後述するが、例えば、農村地域における公立病院等を中心とした保健・医療・福祉の連携、ネットワークづくりの試み。都市部でも、医療機関のソーシャルワーカーが、福祉事務所のケースワーカーや保健所保健婦、ホームヘルパー等と連携して直面する諸問題を解決することを目的として地域のネットワークを形成してきた。

【第Ⅲ期 1990年代】

1990年代に入り第2次医療法「改正」による医療機関の機能分化により在宅ケアに一層の拍車がかかり、常時、医療や看護を必要とする相当重篤な患者が在宅での療養生活を余儀なくされてくる。そして、長期的なケアを必要とする在宅療養患者が増加してきた⁽⁷⁾。こうした下で、総合的な視点からの援助が必要となってきた。また、ゴールドプランにもとづく市町村の「老人保健福祉計画」を推進するために改正された「福祉関係八法」は、「在宅福祉の充実」、「市町村の役割重視」「保健・福祉・医療の連携」を強調。具体的には、「居宅生活支援事業」の供給を市町村以外のシルバー産業にも委託することが法的に可能となり、民間活力への巧妙な法内化と有料化への道を開くことになった⁽⁸⁾。しかし、供給主体の多様化は必然的に「連携」の必要性を生じさせてきたのである。こうした政策主体の「効率化」の追及と在宅療養者の悲惨な実態・現実との乖離は逆に「住み慣れた地域で安心して老後を暮らしたい」「在宅ケアを支える施設機能の拡充を」といった切実な住民の要求を顕在化させ、特別養護老人ホームの建設、「託老所」づくりといった住民やボランティア、医療・福祉関係者の協同した運動が萌芽的な段階ではあるがうまれてきている⁽⁹⁾。

植田：保健・医療・福祉の連携

表1 保健所保健・福祉サービス調整推進事業及び高齢者サービス調整チーム等事業概要一覧（1989年）

事業名	保健所保健・福祉サービス調整推進事業	高齢者サービス調整チーム	高齢者サービス総合推進会議
根拠	保健所保健・福祉サービス調整推進事業実施要綱 (健康政策局長通知 1987年7月1日)	高齢者サービス調整チーム設置運営要綱 (社会局長保健医療局長健康政策局長通知1987年6月18日)	高齢者サービス総合調整推進会議設置運営要綱 (社会局長保健医療局長健康政策局長通知1987年6月18日)
目的	保健所に保健福祉サービス調整推進会議を設置し在宅サービスを担う、保健・医療・福祉関係者の連携強化を図ることにより保健婦の訪問活動を効率的に推進すること	高齢者の多様なニーズに対応し、個々の高齢者のニーズに見合う最も適切なサービスを提供するために保健・福祉・医療等にかかる各種サービスを総合的に調整、推進すること	高齢者に関する保健、福祉、医療等の各種サービスの総合的推進のために、関係部局、団体等との意思統一、協調関係を樹立し、市町村における高齢者サービス総合調整推進を支援すること
実施(設置)主体	都道府県・政令市・特別区の保健所(政令市及び特別区にあたっては管内1か所の保健所)	市町村	都道府県・指定都市
内容	当該保健所管内の在宅療養者等のうち処遇困難な高齢者・難病患者・精神障害者・アルコール中毒者・障害児・者等に関わる以下の事項を検討する。 1. 訪問対象者の処遇の検討 2. 各構成員間の情報交換 3. 管内関係団体・機関との連絡調整及びサービス体制の検討 4. 管内市町村間の情報交換及び市町村への支援方策の検討 5. 事例研究・評価検討 6. その他在宅療養者ケアの推進に関する検討等	1. 保健婦、精神衛生相談員、家庭奉仕員等の訪問、相談活動を通じての高齢者のニーズの把握を行う 2. 高齢者の健康、経済状況、家庭環境をふまえた具体的処遇方策の確立を行う 3. 関係サービス提供機関へのサービス提供要請を行う 4. 1～3の他、地域の実情にあわせて、目的のための事業を行う	1. 高齢者サービス総合調整推進の企画、立案を行う 2. 市長村、保健所、福祉事務所等に対する高齢者サービス総合調整推進に必要な指導、助言 3. 保健、福祉、医療関係部局の事業等の情報交換を行う 4. 福祉事務所長から老人ホーム入所措置の判定困難ケースについて助言を求められた場合の要否の判定を行う 5. 1～4の他、地域の実情にあわせて、目的のための事業を行う
構成員	(保健所) 医師、保健婦、看護婦、医療社会事業員、精神衛生相談員等 (市町村) 衛生及び民生主管課長、保健婦、看護婦 (医療関係) 病院、診療所、精神衛生センター等の医師、看護婦、医療社会事業員等 (福祉関係) 福祉事務所・児童相談所等職員、家庭奉仕員、民生委員等 (その他) 住民組織代表、ボランティア、教育関係者等 当該保健所管内の上記のうちから必要に応じ選定する	市町村の老人福祉・保健・医療担当者及び保健婦、保健所の保健婦・精神衛生相談員、福祉事務所の老人福祉指導主事、医師等医療関係者、市町村社協職員、老人福祉施設職員、家庭奉仕員、民生委員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もののケース内容によっては、このうち必要な者のみを構成員とできる。ただし、この場合も保健所・福祉事務所の意見を徴すること	民生主管部(局)長、衛生主管部(局)長、保健所・精神衛生センター・福祉事務所・医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・社会福祉協議会・老人福祉施設協議会の代表者その他必要と認められるものに必要に応じて、特別の事項を審議するため、専門部会を設けることが出来る
開催回数	年6回以上	随時	年1回以上
庶務		衛生担当部門の協力を得て、民生担当部門が行う	衛生主管部(局)の協力をえて、民生主管部(局)が行う

前田信雄著「保健医療福祉の統合」p. 44, 45から抜粋。

2. 保健・医療・福祉の連携を阻んできたものは何か

保健・医療・福祉の連携を阻んできた要因として「縦割行政」のもたらした弊害は大きい。社会福祉を担当する部局の中に住宅関係の部局が位置づいていないことなどは典型的な事例としてあげることができる。連携して対応すれば、地域での療養条件づくりがスムーズに運んだり、障害者住宅の建設なども必要に応じて必要な質のものが計画的に整備することが可能にな

る。こうした「縦割行政」の弊害について、前田信雄氏は「複数の組織や業務間で共通に使える予算がない、予算の多くは使途を決めることでもって、結局は業務を拘束している。硬直的な決められ方通りの使途だけを強制する。その使い方が地域のニーズを反映しているかどうかを無視する」⁽¹⁰⁾と補助金制度が連携を妨げているひとつの要因になっていることを指摘している。このことは、単に行政だけでなく、補助金によって運営されている最近の民間部門の医療、福祉サービスの取り組みを見ても民間相互の連携は弱いように思う。

また、保健・医療・福祉のことはすべて行政にお任せといった住民の側の意識の問題も上げられる。医療は医療任せ、保健や福祉もそれぞれに任せて、住民が自分たちで行政や保健・医療・福祉等に対して発言していきながら、自分たちのものとしてそういうところを利用したり、育てたりということをしてこなかった。つまり、住民の参加と地域での新たな協同関係を発展させていく中で、住民、関係者が共にひとつのことを一緒に作り上げて育てていくことの中で連携を深めていく。そうした視点が弱かったように思う。

次に、医療と福祉の連携を阻んできた要因について、本質的に医学方法論の立場から検討したものに岡本裕三氏の論がある。氏の興味深い見解について要約すれば、医学方法論のカテゴリーは生物学的なものによっており、ニーズの把握はまず相手の個別性を捨象し、一般化・普遍化する。そして、個々の疾病概念にあてはめ、病理学的疾病体系にそくして分類し診断していく。つまり、生活を徹底して捨象してしまうことにある。「病気だけをみて、病人をみない」「臓器だけをみて人間全体をみない」といった批判はこうした方法論がもたらしたものである。しかし、こうした方法論の確立によって近代医学は科学的な技術的体系を持ちえたのである。だが、社会福祉は対象者を総合的に、その人間の生活を総体としてとらえ。かつ、生活をその歴史性・社会性においてとらえようとする。こうした方法論の違いは、お互いの方針を異なる世界として受け入れようとしめない意識の根強さもあって、連携を阻む要因になっていることは否めない。しかし、こうした方法論の違いはあったとしても連携は可能であるとするのが氏の考え方である。そして、むしろ主たる要因として、氏は、「医療保障の特殊性」にあげている。「所得保障の場合『最低』生活の保障ということがあり得るが、医療サービスの特殊性—生命の危機的状態への対応—は常に『最高』レベルのサービスへの期待がある」⁽¹¹⁾ことをあげ、医療に対する質的な要求の高さと医学的論理の結合からくる医療の閉鎖性・独善性が、営利動機と重なって、非営利的な社会福祉サービスとの連携を困難にしていると説明し、「医療」「福祉」から営利性を排除することが、「連携」を可能にする大切な要件であると結論づけている。

人の生命や健康にかかわる保健・医療・福祉の営みは、社会保障の原理・原則、生存権保障の理念からしても、当然公的責任の下で進められるべきでものである。しかし、今日「アメニティー論」「負担公平論」を口実にした入院給食費の有料化や措費制度の解体を前提とした施設徴集金の入所者負担の増大⁽¹²⁾。民間の生命保険会社との提携による「公的介護保険」構想は、いずれも「営利動機」と重なっており、連携、ネットワークづくを進めていく視点からも

排除されるべきである⁽¹³⁾。

上述したように1980年代後半に相次いで「高齢者サービス調整チーム」(1987年)、「高齢者サービス総合調整推進会議」(1987年)、「保健所保健・福祉サービス調整推進事業」(1987年)が設置された。しかし、こうした政策的な「連携」の押し付けは、結果的には十分な成果をもたらしているとは言い難い。その要因は、管理業務を担っている職員の形式的な会合になっており、現場の第一線を担っている職種のニーズにそぐわない内容に終始している場合が多いからである。また、地域によっては開催すらなされていないところもあるように聞く。

総合的な地域での取り組みや連携は、地域の保健医療に実際取り組んでいる医療関係者や民間機関、住民の自主的な組織、当事者団体等が主体となってこそ実りあるものとなる。それを行政がどう支えていくかにある。

3. 高齢者の地域ケアシステムの形成をめぐる二つの流れ

今日の高齢者の地域ケアをめぐるのは、大きく分けて二つの流れがある。ひとつは、国・厚生省によって強力に推進されようとしている「地域ケア」である。しかし、この流れには、地域住民・患者・家族と共に歩む地域ケアの確立という点から見れば手放しで歓迎するわけにはいかない側面がある。それは、医療費抑制政策の一環として「在宅ケア」「在宅医療」が登場してきていることである。ここでは医療費の抑制は重視されるが、「ケア」の「質」が軽視されている。そして、第3セクターから民間会社まで多様化した供給システムが「在宅ケア」の高価なメニューを売りつけてくるという方向である。つまり、今日の深刻な高齢者の問題状況を公的制度や医療保険の対象外として自由契約制度で乗り切ろうとするものである。例えば、公的なホームヘルパーの派遣が認められない時間帯やヘルプ内容は、高額な利用料が必要となるシルバー産業のホームヘルパーに依存せざるを得ない状況を作り出している。

もうひとつの流れは、農村地域での先駆的な取り組みや、都市部での試みである。地域のケアシステムの形成を求める住民の切実な現実があり、その現実が出発点となって関係機関が連携して社会的な対応を追求しようとする立場である。ここでは、中核的な医療機関の存在があり、医療が保健・福祉をバックアップしていく体制をとっている。そして、地域ケアの「質」を保障するための後方施設(老人保健施設、特別養護老人ホーム、デイケアセンター、訪問看護ステーション等)を計画的に整備している。国・厚生省が進めようとしている「地域ケア」との決定的な違いは、住民の疾病予防からケアに至るまでの包括的な活動を積極的に進めようとしている点にある。そのために、保健婦、ホームヘルパー、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、建築関係者等の専門職種が配置され援助の連続性、継続性、緊急性の保障を確保されたケアの提供がなされている。

後者の流れから学ぶものは「受ける側にとっては保健・医療・福祉はひとつ」つまり、受け

る側の生活者にとってはひとつひとつ区別して考えている人はいないということである。長野県小諸市にある小諸総合厚生病院は、総合病院としての機能を十分に発揮するためにも、開業医とも連携しながら、地域にいろんな施設やスタッフを確保し継続性のもった地域ケアが展開されている。広島県御調町では、役所の中にあった高齢者・障害者福祉部門、国民健康保険係、保健所にあった保健指導係が公立病院の中に統合されたり、東京都中野区では住民の身近な地域に「地域福祉センター」が設置され、高齢者・障害者をはじめ、住民一人ひとりの個別的な保健・医療サービスを含む福祉サービスに関する総合的な相談、具体的な情報、サービスの提供がなされている⁽¹⁴⁾。京都市上京地域では、保健所保健婦が中心となり、地域の開業医、福祉事務所、特別養護老人ホーム等の関係機関や専門職種との連携を図り、在宅生活を支えていくために必要な保健・医療サービスを含む福祉サービスの提供。とりわけ、住宅改善に力をいれた取り組みを展開している。いずれの地域も保健・医療・福祉の連携、既存の社会福祉制度・サービス、社会資源をダイナミックに結合させ、柔軟な行政システムに再編することによって地域ケアシステムの形成を推進しようとしている。

今後の成り行きが注目されている農業協同組合、生活協同組合、ワーカーズコープの保健・福祉分野における活動（特別養護老人ホームの建設やホームヘルプサービス、給食サービス等）は、新しい供給システムの形成にあるだけでなく、新たな地域関係・人間関係を創出していくところに意義がある⁽¹⁵⁾。

そこで、先進的な実践を展開している三地域の取り組みについて分析し地域のケアシステムを実現していく上において、保健・医療・福祉の連携を今後どのように進めるかについて検討する。基本的な分析の視点は次の4点とする、①地域の抱える固有の問題と特性、②連携の目的・目標、③連携を組織化していく主体、④活動の実践方法の特徴である。

4. 実践例の紹介

A. 京都市上京地域の取り組み⁽¹⁶⁾

- ① 上京区は京都市のほぼ真ん中に位置し、京都市内では2番目に小さな区である。1993年10月時点での人口は84,872人、所帯数は36,302人である。40歳以上の人口は約51.8%、65歳以上は20.2%を占め高齢化が進んでいる地域である。しかし、急速な高齢化を背景とした都市における高齢者問題は、長引く繊維産業の不況で西陣の織物業界も活気が失なわれており、経済的な問題ともあわせて深刻な様相を呈している。
- ② 老人福祉法制定後、老人健康診査が実施され、1968年に京都府医師会に委託されたが、上京保健所と地区医師会との話し合いにより1970年から地域に向いて実施する出張検診がおこなわれている。これには、地区保健協議会（1953年に結成）の役員が中心になり広報や当日の会場設営・運営等を担当している。検診後の事後指導、経過観察が必要な人

の中から「寝たきり」になる人も増えていく中で、保健婦による訪問指導、高血圧教室等健康教育が熱心に取り組みられてきた。老人健康診査による検診後の事後指導、経過観察が必要な人の中から「寝たきり」になる人も増えていく中で、検診後の生活の「自己管理」を援助し疾病の予防に努めること。そして、「住み慣れた街で安心して療養生活を送りたい」と希望する「寝たきり」老人とその家族に対して、在宅での療養を支えるため具体的な社会資源を提供するために関係機関と連携して取り組んでいる。

- ③ 保健所保健婦が中心となり、地域の開業医、福祉事務所、特別養護老人ホーム等の関係機関や専門職種との連携を図り、在宅生活を支えていくために必要な保健・医療サービスを含む福祉サービス等の社会資源を確実に対象者に繋げていくとともに、それぞれの専門職種の横の連携を重視し、高い水準での問題解決能力を有した専門家集団を形成していくためのマネージメントとしての役割を果たしてきた。
- ④ 1953年に結成された地区保健協議会の存在は、上京区が老人健康診査において他区より高率な受診率をつづけているひとつの要因になっていると思われる。また、1994年度より、検診結果により医療機関への受診が必要な人に対しては速やかに受診につながるように、予防活動に重点をおいた訪問活動が保健所より実施できるように、担当医師から情報提供書を送付してもらう等のシステムが保健所と医師会との間で確立している。ユニークな点は、地域の民間病院、「病院友の会」、関係機関に属している専門職種が中心になって開催した「健康フォーラム」に端を発して誕生した「西陣住居改善ネットワーク」の存在である。インフォーマルに編成された建築士・工務店・介護機器メーカーからなるスタッフが保健医療福祉スタッフと連携し、既存の社会福祉制度・サービスでは問題解決できない住宅改善について柔軟に対応し成果をあげている。重要なことは、こうしたインフォーマルな「西陣住居改善ネットワーク」の取り組みを上京区社会福祉協議会のモデル事業として「住宅改造支援事業」に位置付けさせた点にある。そして、こうした取り組みの教訓に学び市内の他の行政区においても「住居改善ネットワーク」が広がってきていることである。

B. 長野県小諸・北佐久地域の取り組み⁽¹⁷⁾

- ① 小諸・北佐久地域は長野県の東北部に位置し、1市4町2村にまたがる人口約10万3,000人の農村地域である。この地域においても高齢化傾向は深刻であり、65歳以上の人口比率は17.1%であり、長野県全体の平均を上回っている(16.5%)。中核病院である小諸厚生総合病院のある小諸市の人口は4万4,709人、世帯数1万4,668人、高齢化率は16.58%である。農業従事者の健康破壊や、高齢者の在宅介護の担い手不足が深刻化している。
- ② 住民の疾病予防からケアにいたる包括的な保健・予防活動の重視。継続看護、訪問看護

に積極的に取り組むために、関係機関や専門職種の連携が不可欠となる。

- ③ 佐久総合病院の分院として1960年に開設された小諸厚生総合病院は、1980年には佐久総合病院から独立、1986年には総合病院となり疾病の予防からケアにいたる包括的な保健・予防活動を実現していくため中心的な役割を担ってきた。病院の理学療法士、作業療法士などの専門スタッフも地域に出向いて地域リハビリ教室を開催。また、マンパワーを育成していくためのボランティア教室、保健大学などの活動が積極的に展開されている。
- ④ 「医療を提供する側と受ける側が一緒になって健康づくりや医療問題を考える」という趣旨で「健康のつどい」を開いたのが発端となって1977年から「地域医療懇談会」が始まっている。この「懇談会」の発足は、地域の保健・医療・福祉を推進していく原動力となっており、要介護高齢者問題に対する具体的な対応策として施設づくりや地域のケアシステムの具体化についての検討もなされている。

C. 広島県御調町の取り組み⁽¹⁸⁾

- ① 人口8,614人、2,300世帯過疎化の進む小さな集落である。1991年度の高齢化率は21.7%に達しきわめて急激な高齢化傾向を呈している。と同時に高齢者の健康管理を支える社会資源が不足していた。
- ② 病院が継続看護のために独自に展開していた訪問診療の過程において、大きな障害となったのが福祉行政の複雑さであった。在宅での療養生活を支えるために保健・福祉サービスの統合化を実現することであった。つまり、保健・医療・福祉の窓口の一体化によって、行政手続きの簡素化。及び、入院中から在宅療養を向けての体制を整えることを可能にすることであった。
- ③ みつぎ町における総合的な地域ケアシステムは、みつぎ総合病院が中核となっている。そして、病院の院長が保健と福祉を扱う行政部門である健康管理センターのセンター長を兼務し機能的な連携が可能な体制をとっている。
- ④ 1956年に開設された御調国保病院は、1979年病院の総合化(みつぎ総合病院)を契機に、「縦割行政」の弊害をなくすために、院内に健康管理センターを設置。センターにはこれまで役場にあった保健指導係、高齢者・障害者福祉係、国民健康保険係。更に社会福祉協議会のホームヘルパーまでを病院の機能に組み込んだ。このことによって、要介護高齢者への訪問看護・ヘルパーの派遣、保健給付の手続きなどが病院内で一括して行われることになった。退院後のアフターケアやフォローアップも充実し、10年間で寝たきり高齢者の数は3分1に激減した。

さらに、みつぎ総合病院では県の施設「ふれあいの里」の特別養護老人ホームと老人リハビリセンターの運営委託も受け切れ目のない援助を展開している。

5. 保健・医療・福祉の連携をどうすすめるのか

先進的な実践例を4つの基本的な視点から整理したのが表2である。今回紹介した地域の独自の発想や工夫によって進められてきた保健・医療・福祉の連携，ネットワークの試みは，高齢者の生活問題の深刻化・重層化と，地域での既存の社会資源の「質」「量」の顕著な不足。それ故，高齢者の在宅での生活維持の可能性を模索することから出発していることがわかる。そして，保健・医療・福祉の連携の組織化の核となる職種は，例えば，対象者が同じ痴呆性的高齢者の場合であっても，その対象者の問題発生と解決を必要とする場によって異なっている。保健所の保健婦が中心になって問題解決のための連携，ネットワークづくりを進めている場合もあれば，福祉事務所のケースワーカー，医療機関の医療ソーシャルワーカー，訪問看護ステーションの訪問看護婦が中心になって進めている場合もある。勿論，取り上げた専門職種の属している機関の違いによってそのアプローチの方法は規定される部分もあるが，結果としては，問題解決にとって必要な新たな専門性・サービスの質を連携・ネットワークの力で生みだしている点にある。

昨今，対象者の多様性，問題の重複性に対応し，家族，近隣社会及び社会福祉制度・社会サービスの調整を行う「手法」をケアマネジメントと呼び，その「手法」が地域ケア機関の中で積極的に取り入れられてきている。ケアマネジメントの「手法」を正確にもちいるならば，生活援助の改善に結びつくことは確かである。しかし，問題は動員できる社会福祉制度・サービスが限定されていたり，正確な臨床的アセスメントが行われなければ，ケアマネジメントは何の効果も生じない。重要なことは，どのような専門職種や機関が核になろうとも，地

表2 先進地域の実践事例

	京 都 上 京 地 域	長野県佐久・小諸地域	広 島 県 御 調 町
①	急速な高齢化を背景とした都市における高齢者問題の健在化。長引く繊維産業の不況で西陣の織物業界も活気を失っており，経済的な問題とあわせて深刻な様相を呈している。	1市6町村にまたがる人口10万人余の農村地域。高齢化率は17%をこえる。農民の健康破壊。高齢者の在宅介護の担い手が不足。	高齢者・障害者の生活維持，健康管理を支える社会資源が決定的に不足している過疎地の高齢者問題。在宅の寝たきり老人をなくすことが具体的な目標となる。
②	「住み慣れた地域で安心して療養生活を送りたい」と希望する「ねたきり老人」とその家族に対して在宅での療養を支えるため関係機関のネットワークの確立をめざす。	地元の農民，農協連等の取り組みに触発され，各地に保健衛生教育活動を通して住民組織が形成される。	在宅での療養生活を支えるための地域の社会資源の統合化の必要性の認識。
③	1953年に結成された「地区保健協議会」の存在とインフォーマルに編成された「西陣住居改善ネットワーク」	農協連の病院における健康診断活動を契機に住民自身が組織化。	公立病院の医療スタッフが中心。
④	保健所保健婦が中心になり，地域の開業医，福祉事務所，特別養護老人ホーム等の関係機関・専門職種との連携を図り，高い水準の問題解決能力を有した専門化集団を形成。	住民参加。住民主体。住民の健康に対する認識が高まるにつれて，高齢者の介護問題に対する具体的な対応策が前進。ケアシステムの組織化。施設づくりの取り組みに発展。	公立病院に医療・保健・福祉の窓口を一元化。病院内の健康管理センターが中心となった地域医療包括システムの確立。後方の福祉施設の整備。

先進地域の実践を基本的な分析視点に基づいて整理した。筆者作成。

域ケアの援助の継続性、連続性、緊急性を確保していく上において必要な社会資源の「量」「質」の充実、そのための当事者組織・関係者を含めた運動を地域に組織化していく力量、優れたソーシャルワークの存在が必要であろう。そして、新たな施設づくりや人づくりといった地域の保健医療福祉の総合計画や街づくり計画等の策定段階から住民参加・当事者参加を保障するシステムを確立していくことである。小林弘和氏は行政計画の視点から「全国各地の総合計画を見ても、行政がなすべきことは明記されているが、当該地域の住民や各種団体が何をなすべきかが記されていない」として「連携や総合化の主体は、誰が果たすべきであろうか。行政が保健・福祉・医療の連携や統合化を図るのではなく、住民や地域の団体がキーパーソンとして主体的に活動すべきである」⁽¹⁹⁾と指摘している。こうした視点に立って現在注目すべき取り組みとして大阪府吹田市の実践例がある。

吹田市は市内を6つのブロックに分け、住民の自主的な活動の拠点であり、地域ケアの拠点ともなる施設整備（「コミュニティセンター」）をすすめている。この計画では、通所サービス部門及び訪問サービス部門を「コミュニティセンター」に併設することから保健婦・理学療法士・ホームヘルパー・ソーシャルワーカーを配置し、地域住民と結びつきながら、地域により密着した援助が展開できるようにと、各職種が参加して議論がはじまっている。「コミュニティセンター」の目的は保健・福祉の総合的な地域拠点づくりを実現することにある。そのためには地域センターの体制だけでなく本庁による支援体制や新たなシステムの整備などが必要である。つまり、保健・福祉の地域拠点を設けるためには地域センター自体の計画的な整備とともに、本庁機構を含む地域型保健・福祉サービスの体制を目指す必要がある。ここでいう地域型保健・福祉サービスとは、公的な福祉サービスを身近な地域で総合的に提供するとともに、この公的なサービスと住民の自主的な福祉活動とが地域に相互にいきるように組み合わせることで実現するのである。

結 び に か え て

先進的な各地の実践例が示すように、地域のケアシステムを実現していくことは、住民の疾病予防からケアに至るまでの包括的な活動を幅広く展開していくことである。そのためには、保健・医療・福祉の連携は避けてとおることはできない。同時に地域ケアシステムを実現していく上で重要な視点は、潜在的な問題を掘り起こし、あるいは既存の保健・医療・福祉の制度やサービスにおいては、対象とされなかった問題を地域ケアの対象として明確に位置づけていくことにある。そして、相談業務をはじめとしたソーシャルワークをケアマネージメントのレベルにとどめるのではなく、ケアマネージメントを視野にいたしたソーシャルワークの展開とシステムを実現していくことが重要である。つまり、相談業務をはじめとした社会福祉の援助をケアマネージメントのレベルからさらに発展させ、利用者とその家族の主体性を引き出し、地

域住民、当事者、関係機関との「共同」の営みを通して、新たな地域づくりを発展させていくことが重要である。「ニーズの多様化」という名の下で、本来社会的な援助が必要とされるものまで、個人の消費レベルで「解決」をせまられる傾向にある。利用者自身がニーズの内容を社会的な要求として広がりを持ってきていることへの認識と、利用者やその家族に日々向かいあう関係専門職種が生活の奥深い部分を的確に支えた援助を展開していくことが求められている。

地域でのケアを成立させる要件として一週間に何回ディケアやホームヘルプサービスが提供されるのか。おむつ交換や体位変換のために一日に何回の訪問がなされるのかといった内容の問題もさることながら、最も大切なことはそういった介護・看護サービスが提供される過程の在り方である。

高齢者や障害者の地域ケアが、いつまでも良心的で熱心な関係機関・専門職種・当事者・家族の犠牲の上に成り立っていてはいはずがない。事例で紹介してきたような関係機関の専門職種、インフォーマルな組織や当事者が「共同」で下から積み上げてきた生活の場に根ざした連携、ネットワークの実績を行政の側がきっちりと評価し、行政システムに反映させていく取り組みが求められている。こうしたプロセスを通してこそ、住民の自主的な交流と連帯が高まり、新たな住民自治を形成していく土台ともなる。かつて経験したことのない高齢社会に向けて、人権としての介護保障の在り方、地域ケアシステムの実現を、すべての住民と共に模索し創造していく行政の姿勢が今日ほど問われている時はない。

注

- (1) 日本弁護士連合会では、全国163の市区町村で福祉サービスの現状と老人保健福祉計画の実現に関するアンケートを実施。その結果、ホームヘルパーの数で市区町村によって100倍以上の差があることや、7割の自治体が老人保健福祉計画を2000年3月までに目標を達成することが困難であることがわかった。日本弁護士連合会人権擁護大会シンポジウム「高齢者の人権と福祉」1995年10月参照。大友信勝『検証 高齢者保健福祉計画—住民参加型へのアプローチ—』中央出版、1994年10月参照。
- (2) 老人保健福祉審議会、1995年7月「新たな高齢者介護システムの確立について（中間報告）」において③介護支援体制の確立の項で「保健・医療・福祉の専門担当者からなるチームが、高齢者のニーズを総合的に把握し、それに基づき相互に協力しあいながら必要なサービスを総合的かつ一体的に提供していくことが重要である」と強調されている。
- (3) 「公的介護保険構想」の本質的な問題点については、成瀬龍夫「介護システムと措置制度改善の課題」『福祉のひろば 特集64号』総合社会福祉研究所及び「介護保障の視点と課題—措置制度と公的介護保険—」『社会学部論集第29号』佛教大学社会学部、1996年3月 岡崎祐司論文を参照されたい。大切な議論の視点は、保険論、財源論からの視点とあわせて、要介護高齢者・障害者とその家族のおかれている生活実態から出発することである。そして、社会保障の一環としての介護保障を実現するために何が必要なのかといった視点からの議論が求められている。
- (4) 岡本多喜子『老人福祉法の制定』誠信書房、1993年。戦後社会と高齢者問題をはじめとして、老人福祉法制定過程の問題や背景について詳細に論じている。

- (5) 細川 汀「今日の労働者の健康問題」『新労働科学論 第1部 労働科学の体系と方法』労働経済社, 1988年5月。
- (6) 老人保健法の法的性格と「法における人間の問題」について論及したものに, 脇田 滋「老人保健法の権利主体と年齢による医療差別—老人保健法10年の運用をめぐる問題点—」龍谷法学第26巻第3・4号, 1994年。
健康権の視点から老人保健法の法的問題点について指摘したものとして, 脇田 滋「老人保健法の法的諸問題」井上英夫・上村政彦・脇田 滋『高齢者医療保障—日本と先進諸国—』労働旬報社, 1995年7月。
- (7) 大阪民主医療機関連合会編『高齢者・医療・介護—現場からのレポート—』「できるなら病院で見てあげたい」清風堂書店, 1991年。
- (8) 全国老人福祉問題研究会編『老後保障 最新情報資料集8』あけび書房, 1991年2月。
- (9) 例えば, 大原一興・小川政亮・衣川哲夫『個室のある老人ホーム—高齢者の人権確保のために—』萌文社, 1995年6月。松井一晃・児島珠理『すべての人にゆたかな老いを—高齢期の発達を支える—』文理閣, 1994年7月。
- (10) 前田信雄『保健医療福祉の統合』勁草書房, 1990年10月。
- (11) 岡本祐三「医療と福祉の連携はなぜ難しいか(下)」『厚生福祉』, 1989年。及び, 岡本祐三『医療と福祉の新時代—寝たきり老人—はゼロにできる』日本評論社, 1993年。
- (12) 「『自己負担の導入』で病院の食事は変わるか?」『ホスピタウン』日本医療企画, 1994年6月号, 115頁。
坪井英里「病院給食費有料化問題と患者の権利」『法学論集—学生論集—』龍谷大学, 第24巻, 1995年3月。
- (13) 厚生省高齢者介護対策本部の担当者が昨年夏, 保険業界に対し, 「公的保険のカバー範囲は限定的なものになり, 民間の介護保険と補完しあえる」と説明していたことが明らかになったと報じている。朝日新聞, 1995年7月4日付。
- (14) 一番々瀬康子他『中野区・福祉都市への挑戦—21世紀にむけての地域福祉サービス—』あけび書房, 1993年2月。
- (15) 例えば, 厚生省社会局生活課監修, 生協福祉研究会編集『協同による地域福祉のニューパワー・生協と福祉活動』, 1991年12月。大泉豊秋『農協は高齢化社会をどう支えるか 石川県・JA 門前町の実践』家の光協会, 1994年4月。ぬくもりのあるむらづくり研究会編, 『地域と福祉の新時代』富民協会, 1994年6月などを参照。
- (16) 西陣・福祉と住民改善のネットワーク研究会『高齢者・障害者のための住居改善事例集』, 1994年1月参照。
- (17) 依田発夫『在宅ケアの活きるまち 小諸・北佐久の挑戦』自治体研究社, 1991年10月参照。
- (18) 山口 昇『寝たきり老人ゼロ作戦』家の光協会, 1992年参照。
- (19) 小林弘和「地域保健・福祉・医療の連携」『都市問題』第86巻第6号, 1995年, 6月参照。

(うえだ あきら / 社会学部社会福祉学科)