

地域における保健・医療と福祉との 連携をめぐる

—京都市西陣地域の事例調査を通じて—

佐藤 進

はじめに

今日、わが国は急速な高齢社会の到来に当面し、要援護高齢層の増大化とその人たちへの政策的対応が重要な課題となっている。

ただ、この政策的課題は、一つは要援護高齢者の関係施設への入所、入院（老人福祉法のもとでの「特別養護老人ホーム」や、老人保健法の「老人保健施設」への入所あるいは老人病院などへの入院）による福祉、保健医療費用の増大化による国の財政負担の合理化（縮減化）の実現にみられた。

その二つは、西欧福祉諸国にみられるように、いわゆるノーマライゼーションの理念にもとづいて、要援護高齢層の「脱施設化」と、地域在宅ケア体制の整備強化とその実現への指向である。

第一の政策課題と、第二の政策課題とは密接に結びついてはいる。そして現在わが国の場合、第二の政策的課題の解決の手段である地域在宅ケア体制の整備も、国の財政負担の合理化と結びついて、その方向を模索されていることは否定できないのである。

そこで、本稿では、要援護高齢者の基本的人権保障に即応した、いわゆるノーマライゼーションの理念の実現としての在宅ケアシステムの形成、とりわけ要援護高齢者にとって必要不可欠な保健医療サービスと、社会福祉サービスとの有機的な連携の実現が、政策によってどのようなものとして構想され、その具体的な実現に何が問題なのかを追求したいと考える。

そこで、これらの政策の構想と、地域での要援護高齢者の在宅ケアシステムの実現には、保健医療サービスや社会福祉サービスの供給にかゝる多くの社会的資源と、その有効なサービス供給のシステム化を必要とする。そこで、地域におけるこれらの在宅ケア、なかんずく保健医療サービス体制の側から先行的経験を示してきた、京都市の西陣地域における堀川病院の事例を素材として、⁽¹⁾筆者なりに行った堀川病院、上京福祉事務所、上京保健所などのききとり調査や関係文献をもとに、その課題をみたいと考えるものである。

高齢者に対する保健医療と福祉との連携にかかわる政策の模索とその実現といっても、わが国の保健医療体制は、社会保険医療関係法制度と社会保険診療機関などと保健予防の公衆衛生法制度（保健所や各種関係医療機関）とから成り、行政所管のかかわりもあってその連携は極めて複雑である—70才以上高齢者に対してはようやく不十分ながら老人保健法によって予防と治療・リハビリテーションとの総合化実現をみたとしても—。また社会福祉サービス制度も、老人福祉法にもとづく高齢者福祉施設（特養ホームなど）や在宅福祉サービス（ホーム・ヘルプ、ショート・ステイ、デイセンター、その他のサービス）から成るとしても、公的サービス供給よりも民間社会福祉サービスへの委託による供給、または福祉産業による提供で、しかもそれはなお十分でない。この結果、高齢者の介助はもっぱら家族に委ねられ、物心両面で多くの問題を生み出している現状である。

1 京都市西陣地域の高齢化と その地域特性について

京都市西陣区は、京都市の中心部の上京区一、平成2(1990)年1月現在、34,596世帯、人口総数87,804人、17区に分れる一の1区で、堀川は西陣織の生産中心地域で、西陣織にかゝる地域とすると、「ほんまの西陣」といわれるのは、前記17地区の西陣、嘉楽、乾隆、成逸、桃蘭の5区とされている⁽²⁾。なお、後述の堀川病院の医療圏は、一区の西陣地区を含め、上記の区のほかに若干の地域を含むとある。

(1) 西陣地域の人口とその高齢化について

西陣区は、平成2(1990)年1月現在、1,121世帯(人口総数2,888人)で、昭和60年からみると世帯数もやや減少し、人口は微減している。そして、前記の5区ということになると、6,289世帯、人口総数16,403人で、上京区の約18%を占め、後述の堀川病院医療圏からみると上京区関係世帯のみの総数15,419世帯、人口総数28,320人と、世帯、人口減をとっているのである。

因みに、西陣地域を含む前記の上京区の、65才以上人口は、昭和60年15,584人で、その上京区総人口との対比17.3%で、全国対比からみてかなり高いのである。平成2年1月現在正確な統計はまだ発表されていないが若干ふえているとみられ、もっと高くなっていると思われる。ここから、西陣一区をみると、65才人口は515人で、その高齢化率は17.5%と、かなり高い。

この西陣地域5区にみる、平成2年2月現在の独居高齢者は、221人、老人福祉員が訪問している独居、高齢夫婦世帯員数もほぼ同数で、寝たきり高齢者数は平成元年9月58人で、家庭奉仕員派遣世帯数は4世帯である。

以上、発表されている統計年次は若干異なっているが、高齢化率は年々高くなる傾向にあって、

要援護高齢層も増加することが確実に予想されるのである。

(2) 西陣地域の特化産業とその住民像

西陣地域は、伝統的な西陣織産業の中心地域であるが、昭和40年代から、京都市の第二次産業の中心であった繊維・衣服の製造業、しかもそれを支えてきた企業規模従業員29人以下の事業計数も、産業の空洞化により減少化し、職業の転廃業も増加している。

なお、西陣地域において、昭和30年西陣区織業者216業者が、昭和61年に162業者と、上京区などを中心とした業者は、全体で1,300余減少しているのである。

加えて、西陣地域における西陣織就業業者も、その年齢構成など、次第に高齢化していることが知られるのである。

かつて、この地域も西陣織関係の業者、就業者が多かったが、この地域の産業構造、産業技術の変貌に伴い、またその就業構造の変化に伴い、また旧来的な伝統技術にかかわりあう職人家族などの高齢化、核家族化などにより、この地域にも大きな変化がきているのである。このことは、西陣の地域福祉、地域保健医療を含めた、広義の福祉体制の在り方にも問題を投げかけている⁽³⁾。

(3) 西陣地域の高齢化と地域の特徴

西陣地域で、高齢化が進行し、西陣地域での特化産業である西陣織繊維産業を含めて、産業の「空洞化」傾向を示していることを指摘してきた。

西陣地域を含め、この京都市の中心部の上京区の上京福祉事務所の高齢者福祉担当者へのききとりによる所見によると、この福祉事務所管内の特徴がつぎのように指摘されている。

(i) 高齢者人口が増大している(京都市で第3位をしめる)。

(ii) この上京区では、国民年金制度加入と国民年金の老齢年金受給者が多く、生活基盤

は極めて弱い。

- (iii) 西陣地域では、産業の変化、核家族化などの進行に加え、家の規模も狭隘で、密集し、しかも借家住まいが多く、今日地上げ問題に当面し、居住不安が見られる。とにかく、上京区十七孝区の中でも持ち家率が低い。ことに、賃貸住居住いの高齢者は、火の取り扱い困難、入院、介護の問題などで、賃貸契約解除の問題や地上げによる立退きが見られている。
- (iv) 住居条件と絡んで、京都市十三行政区中、老人ホーム入所率がトップを占めている。しかし、老人ホームの入所が困難で、ことに、高齢者痴呆で、元気で出歩ける人の処遇が困難である。
- (v) 地域の独居、高齢者夫婦で、要援護の入院者の退院が多い。これにたいして、在宅ケアの条件が未整備で、とりわけ核家族化、そしてその介護能力の低下、家族協力体制の不備、地域保健医療体制、地域福祉体制が十分でない。

このような特徴は、昭和40年代以降の高度経済成長政策の展開と軌を一にしているといつてよい。したがって、高齢化の進行に対して、とりわけ要援護層に対する公・私の施策対応が望まれていることはいうまでもない。

(4) 西陣地域と公・私の保健医療・社会福祉資源の分布

西陣地域における地域福祉の展開についてはここではくわしくは言及しえないが、公・私の制度として、保健、社会福祉機関などが多数存在する。

高齢者福祉機関として、公的機関として上京福祉事務所（高齢者福祉担当として、ケースワーカー3名、専任ホーム・ヘルパー7名が配置され、国基準により対応）、社協への委託運営による上京老人福祉センター（各種相談事業、各種教養講

座、入浴サービス、給食サービスの提供などの専業運営）、さらに、ホーム・ヘルパー派遣などにかかわる社協運営の京都市中央老人福祉センターの存在に加え、私的機関として西陣地域社会福祉協議会、各種のボランティア協会、堀川福祉奉仕団、「呆け老人をかかえる家族の会」などが存在する。

そして、地域保健医療機関として、公的機関である上京保健所（保健事務担当6人、医師(1)、栄養士(1)、看護婦(2)、事務職(2)、指導係7人（保健婦(7)）、そして民間医療機関として、居宅療養サービスを営む堀川病院が存在している。しかし、以上の各種の諸機関のサービスが有機的に連携されているかは、なお疑問である。そして、この問題が、後述のように、国の施策で、どのようにとかれるかも疑問なのである。ことに、後述のようにこの西陣地域の、西陣地域住民、西陣織関係勤労者の生活と保健医療と深く結びつき、しかも地域住民の「下」からの熱意によって生まれた、地域基幹病院ともいうべき「堀川病院」の位置は極めて重要であることが知られるのである。

2 西陣地域における堀川病院の位置と、先駆的な高齢者の居宅療養システム形成とその活動

(1) 西陣地域と堀川病院の創出

西陣地域、西陣孝区などを中心とした西陣織繊維産業地域と堀川病院との関係は、昭和25年、その前身である「白峰診療所」の創設（早川一光所長）に始まる。この診療所の創設は、西陣織に従事する労働者や、その家族の生活条件と生活擁護を目ざす運動と結びつき、医師、看護婦、西陣地域住民のモチよりによって創設をみたさされ、昭和25年当時の日本の医療保険制度の医療給付の貧しい状況と不可分であった。⁽⁴⁾

そして、この白峰診療所は、患者増などにより漸次整備を迫られ、地域に点在していた、昭和29年創設の正親、盛林の各診療所と合同し、「医療法人健康会」が創設され、その後昭和33年堀川病院が建設をみ、医療法人「西陣健康会」がこれを運営し、7診療科、22床が活動を始めることになる。なお病院助成会も発足さる。

その後、地域住民の「健康を買いましょう」運動が、地域勤労者の高齢化と老後ケアサービス給付にあわせて、診療機関での高齢者の長期在院化による病床占有を生み、高齢者医療の限界とケア問題の病院ホーム化現象をみ、ここに堀川病院の在り方が問われることになる。

(2) 西陣堀川病院の「建て直し」

1970年代前後において、慢性疾患高齢者のベッド占有化と、その満床化による経営問題が発生する。これに対し、地域住民の怒りと、一方病院関係職員の意気停滞が発生し、これらの問題解決のために堀川病院はここに昭和48(1973)年保健婦6名による「在宅看護＝訪問看護」制度を発足せしめることになる。

そして、病院のケース・カンファレンスが開始され、ここに病院の各職掌関係者、患者の親族、同僚、友人、隣人、地域住民代表、高齢者などが協議しあうことになり、高齢入院患者の家庭復帰促進と、在宅ケア(ホーム・サービス)のシステム化—地域保健活動とホーム・ヘルプ制度の充実—を推進することになる。

そして、これとあわせて、堀川地区において、「患者家族会」の設立をみ、病院の診療機関としての機能と、往診、診間看護を通じた地域在宅ケア機能とのドッキング化が展開をみる。

この堀川病院(分院・診療所を含む)の診療圏は、堀川病院を支えている地域住民と、その運営主体である医療法人「西陣健康会」の地域別支部の状況によって、上京区における西陣地域の各孝

区はいうまでもなく、他の地区にも及んでいることが分かるのである。それは、病院、分院、診療所の地域から前記の一西陣孝区のみでなく、上京区の一七孝区のうち、小川支部(小川孝区)、室町支部(室町孝区)、西陣支部(西陣孝区)、桃園支部(桃園孝区)、西北支部(成逸、乾隆孝区)、正親支部(正親孝区)、北野支部(翔らん孝区)に加えて、他の区の出町支部(高植孝区)、洛北支部(紫野東南部)に及んでいることである。

(3) 堀川病院「在宅療養部」の独立

昭和51(1976)年、保健婦の増員とあわせ、保健婦7名による「在宅療養部」の独立が行われることになった。そして、昭和60(1985)年この活動は、「居宅療養部」を、病院の事業部門として位置づけられ、また在宅患者の有料入浴サービス事業を開始し、昭和63(1988)年堀川病院の増築とともに30周年を迎えて今日にいたっているのである。

3 堀川病院の「居宅療養」システムとそのサービスの現状と課題

(1) 堀川病院の「居宅療養」の開始⁽⁵⁾

堀川病院での居宅療養＝訪問看護を試験的に始めたのは、昭和48(1973)年といわれる。従来堀川病院が行ってきた外来往診システム、保健婦による保健指導と、外来にみる看護婦と保健婦との共働などの経験や、高齢者の長期入院にみる高齢者医療対応の検討をへて、高齢者の早期退院促進などを契機として、外来看護の一形態として「訪問看護」が開始されたという。そして、前述のように昭和51(1976)年、保健婦7名のチーム体制による「訪問看護」が「居宅療養部」の名称をとることになり、その後昭和55(1980)年、看護部「居宅療養部」として看護婦と保健婦の混合チームが成立定着する。

このいきさつは、保健婦のみの「居宅療養」体制では、保健婦自身から「臨床看護の経験がないと訪問看護ができないから、自分たちも病棟で臨床看護ができるように訓練してほしい」という要望から、⁽⁶⁾臨床経験をもつ人を配置することになったとされている。

(2) 「居宅療養」システムの機能とその課題

すでにみたように、堀川病院の「居宅療養」システムとその活動は、堀川病院の院内組織（医局（11科で健康管理科を含む）、診療技術部、看護部、事務部、その他に加え、分院（北分院のほか、正親、出町、北野の3診療所））のうちの「看護部」の一事業部門の「居宅療養部」を中心に、幾つかの内部組織、スタッフとのかかわりにおいて、現在5名の看護職（保健婦）を中心に行われることになっている。

「居宅療養部」の機能は、その一つは24時間体制をベースとした、医師と看護職のペアによる往診による医療管理と、その二つは訪問看護となっている。なお、往診は、平日の午前・午後との二つに分れ、担当医による主治医制の定期往診、急患往診などによる24時間対応のシステム化を実現している。訪問看護は平日の場合、午前、午後に分れ、看護職2名のペアで、受もち制の定期訪問と、定期往診、患者への一時的訪問や、治療中断者の臨時訪問である。（訪問看護料は、看護料は、医療保険、老人保健法の適用で、70才以上は週2回までで、保健法適用外は、1回2500円、訪問料は距離（2～6キロ）により、費用負担が700～1100円である。）

なお、在宅患者で、入浴困難者には、有料の送迎つき入浴サービスのほか（送迎入浴料1人1回5000円、送迎なし1人1回4000円）、在宅療養のための介護物品、たとえばエアーマット（1ヶ月2700円）、吸引器（1ヶ月2100円）、ベッド（無料）の有料貸出しなどを行っている。

なお、「居宅療養部」は、堀川病院の運営主体である医療法人「西陣健康会」のもとで、「患者会」（半歩でもの会（脳卒中後遺症、機能回復訓練）、つづれ会（糖尿病患者会）、こまくさ会（喘息患者会）、あゆみ会（透析患者会）、居宅療養患者家族会などの各部門の会がある）の居宅療養患者家族会と深い関係を持ち、居宅患者や家族の相談窓口となり「短期入院」＝ショート・ステイも可能となっている。なお、患者家族会は、家族介護者同志の交流と、はげましあいを目的とし、介護用品の共同購入、共同利用、また介護経験の話しあいなども行っている。しかし、在宅ケア家族の高齢化など、介護者の当面する課題はきびしいのである。

なお、往診や訪問看護の、往診圏範囲は、病院から4キロメートル以内を原則としている。

以上のように、「居宅療養部」の活動は、そのスタッフを中心に、現在当初より拡大し、180名余の在宅高齢者を対象に、退院準備をはじめ、退院後のアフターケアは、居宅療養部のスタッフと病棟スタッフとの共働で行なわれ、これが継続看護といわれ、連携しつつ活動をみている。この結果、病棟看護職による、退院後の居宅療養部の訪問看護とは切りはなされ、その相互の提携が一番問題となっていることは否定できない。

昭和61年度の堀川病院の「居宅療養部」患者は、⁽⁷⁾70才以上の高齢者が凡そ85%で、女性が多く、疾病は多様で、在宅療養のうけいれは堀川病院の退院患者35%、通院40%である。その在宅ケア期間は、年令との関係もあろうが、3年未満が75%を含め、なかには10年以上が1%もみられるのである。

なお、このほか、「訪問看護」患者がおり、ほゞ上記と同様の状況に類似している。

「居宅療養」の対象は、家庭介護力が低いとか、ターミナル（末期）を迎える人、家族関係がうまく

ない人、独居の人、病状が不安定な人、医療処遇が多い人などである。そして、退院による在宅ケア方針がきまると、必要な指示、準備をへて、在宅へということになるが、在宅ケアがスムーズに問題なく行われることには、なお介護家族の能力など色々問題があることはいうまでもない。

ことに、在宅高齢者の在宅ケアの長期化と、それら的高齢者の増大への対応は、一般病棟ではなく、在宅患者の、入・退院自由の病棟や、ショート・ステイの必要性が提起されていることに注目したい。¹⁸⁾

また、「在宅療養」=訪問看護体制の維持のために、国の施策として医療保険法、老人保健法にみる現在の診療報酬制度による在宅患者訪問看護指導料、寝たきり老人訪問看護指導料の見直し改善とあわせて、各関係資源による在宅ケアのシステム強化のための予算措置充実が強調されていることが注目に値するのである。¹⁹⁾

以上かんたんに、西陣地域の、地域住民の有力な基幹病院である堀川病院と、その在宅ケアの独立部門である「居宅療養部」の活動と、その問題点を指摘した。

西陣地域において、堀川病院「在宅療養部」の保健婦を中心とした看護職の活動は、保健医療と家庭とのコーディネーター的役割を果たしていることが注目される。

しかし、この在宅ケアの第一線にたつスタッフは、厳しい現実と直面するとき、「『老人問題、障害者問題とは、即ち介護者の問題そのものである』と痛感する…。既に医療処遇云々というより日常のケアが大半を占めてきている在宅ケアの現状で、その肝心の介護能力が諸々の要因で、余りにも落ちてきている」という。「もっと社会資源の活用と在宅ケアがうまく結びつけばいいのですが。今は自治体にしても福祉関連にしても、制度やサービスの窓口が個々バラバラといった状態で

す。そこで住民ボランティアなどを含めて、さまざまな社会資源の活用ができる窓口を一ヶ所に集中できればいいですね。もちろん、そこにはコーディネーターがおり、各種の連携が図れる体制になっているという形が理想的です」といわれる。¹¹⁰⁾

そして、「在宅ケアを民間の私的病院が行うには制度が充分でなく、サービスの継続を考えた場合、経済的な裏付けが弱い」とし、「例えば制度では“予防”というものは保険点数にならない。いくら訪問看護で一生懸命に褥瘡を創らないように努力しても、全く制度では評価されない。しかし、褥瘡ができてしまい、病状悪化となった際の点滴は点数になるという矛盾があるのです。本来なら医師の指導管理料と同様に、訪問看護でも管理料という形で点数化され、一率料金が支払われた内で、人により必要な分だけ訪問でき、予算の中でやりくりができるというシステムもあっていい筈。…今後ますます深刻化してゆく老人問題に対応すべく、同部の活動の拡大、継続を図るには、制度による断固とした裏付けは不可欠である…」といわれている。¹¹¹⁾

以上で、地域医療にかかわる、保健医療サイドからみた基本的な問題が存在していることが理解されるであろう。これとあわせて、地域の高齢者福祉にかかわる地域福祉行政体制、在宅ケアを支える入院、通院施設、重度化し、長期化している在宅高齢者に対する適切なサービスを提供するホーム・ヘルパーの質的・量的な充実が急務であることも否定できないのである。

4 地域在宅要援護高齢層をめぐる、保健医療と福祉サービスとの連携とその課題

(1) 政府の保健医療と福祉サービスの社会的資源の連携をめぐる政策

さて、京都市西陣地域の在宅高齢者の保健医療体制について、堀川病院とその「在宅医療部」の在宅医療サービスを中心に指摘した。

しかし、すでにみたように、在宅医療体制が、私的な民間の医療機関による対応での至難さと、地域の関係社会諸資源の動きと、その協力体制について提言されたことは極めて注目されるところである。

そこで、このような堀川病院にみられるような先行的実験を行っている処からの提言が、具体化されるために、高齢者保健医療と高齢者福祉との連携について、一体政府によってどのような政策的対応が試みられ、これが地域で現実的なものとなっているかにふれてみよう。¹²⁾

(1) 政府の保健医療と福祉との連携についての政策

政府は、おくれはせながら昭和61(1986)年6月政府「長寿社会大綱」と、それにもとづく厚生省・高齢者対策推進本部「報告書」にみる「保健・医療・福祉サービス保障」の実現としての、市町村をベースにした「保健・医療・福祉」の連携を提起した。

そして、政府＝厚生省は、「高齢者サービス総合調整推進会議等の設置及び運営について」(昭62.6.18健政発329・健医発732・社老79)を発し、保健・医療・福祉の各施策の調整と、総合的推進を図るシステムの整備を求めて、各都道府・指定都市に「高齢者サービス総合調整推進会議」とともに、各市町村に「高齢者サービス調整チーム」の設置を要請する。

これらの諸機関は、高齢者に関する保健・医療・福祉の各サービスの総合的推進のために、各関係部局、関係団体などとの意思統一、協調関係を樹立し、市町村の高齢者サービス総合調整推進を支援することを目的としているのである。

(i) ことに地域在宅医療・地域福祉との連携

に深くかかわるのは、前述の市町村に設置を要請されている「高齢者サービス調整チーム」である。

この調整チームの目的は、高齢者の多様なニーズに見合う最適サービス提供のために、保健・医療・福祉の各種サービスを、総合的に調整推進するものであるとされる。

そして、その事業は、保健婦、精神相談員と、ホーム・ヘルパーの訪問、相談活動を通じての高齢者ニーズの把握などに加え、高齢者の健康、経済、家庭環境をふまえた具体的処遇方策の確立と、関係サービス提供機関へのサービス提供要請などである。

この構成者は、市町村の老人福祉・保健・医療担当者・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主事・医師など医療関係者、市町村社会福祉協議会職員・老人福祉施設職員・家庭奉仕員・民生委員・その他必要と認められる者であり、会合は随時開催されるもので、その事務は民生担当部門が行うとされている。

(ii) そして、市町村のサービス調整チームは「高齢者総合相談センター運営事業の実施について」(昭62.6.18健政発330・健医発733・社老80)の政府厚生省の要請によって、都道府県に設置される「高齢者総合センター」(高齢者・家族のかかえる心配ごと、悩みごとの解決のために必要とされる情報の蒐集・整理や、高齢者・家族からの相談に対する電話・面接相談・市町村の相談体制の支援へ必要な情報提供など)からの情報提供をうけて、活動を積極的に行うことが要請されている。

このような各機関の活動が、今日どのように展開されているか、その活動は後述のように未だレといってもよい。

なお、昭和63(1988)年7月に厚生省の社会部老人福祉課と保健医療局老人保健部とが統合され、厚生省大臣「官房老人保健福祉部」が設置をみ、高齢者に対する保健・医療・福祉の連携とその施

策の総合化が行われることになったのである。

そして、保健分野では、厚生省・地域保健将来構想検討会は、その平成元(1989)年6月報告書において、保健所を「地域保健医療計画」など「地域包括保健総合戦略」の拠点、地域保健医療情報システムの中核として位置づけ、市町村をベースに保健活動を保健サービス、福祉サービスが効果的に実施されるよう総合化を促進し、「保健・福祉総合サービスセンター」の具体的検討などを提言する。

さらに、中央社会福祉協議会福祉三審議会合同分科会の「今後の社会福祉の在り方について」の意見具申(平成元年3月)の、市町村をベースにした高齢者福祉施策の提案に加え、平成元(1989)年12月厚生省は、「高齢者保健福祉10ヶ年推進戦略」を発表し、大蔵省の予算措置とあわせて、市町村の在宅福祉対策の整備(ホーム・ヘルパー、ショート・ステイ、デイサービスセンター、在宅介護支援センターなどの整備、寝たきり高齢者ゼロ対策、長寿社会福祉基金の設置、施設(特老ホーム、老人保健施設、ケア・ハウスなど)などの整備を提起している。

(2) 市都市と上京区の「京都市高齢者サービス総合調整推進事業」実施の動きをめぐる現状とその問題点

前述のように、政府の高齢者総合化施策に対応して、現在京都市においても「高齢者サービス総合調整推進事業」の実施が動き出し、目下検討段階にある¹³⁾。

住民の居住する各区内の各季区の協力機関などからの要援護高齢者に関する保健、医療、福祉などにかかわるサービス需要を、組織的に福祉事務所に集約し、福祉事務所、保健所、消防署などの行政機関が把握しえた情報を定期的に交換し、保健、医療、福祉需要に適確に応え、必要なサービスの提供や処遇展開の活性化をはかるとしている。

そして、市・区段階に、それぞれ「高齢者サービス総合調整推進協議会」を創設し、民生、衛生、消防、区役所の各責任者をはじめ、地域の各関係団体の参加により、区行政関係調整チームや、各京区地域福祉調整チームの活動を促進し、高齢者や在宅介護家族の需要に応え、各施策の調整、施策の企画立案、拡充の必要性の検討、意見具申を行うとする。

現在、市の構想する推進体制は、各区に設置を予定されている「高齢者サービス調整推進協議会」(福祉事務所長、保健所長、消防署長、区民相談室長、区民生自動委員会長、区社会福祉協議会長、地区医師会長、老人福祉施設長ほかより成る)をして、前述の役割を果させ、ことに各区の各季区に「地域福祉調整チーム」(季区民生委員協議会、老人福祉員、その他関係機関(老人福祉関係行政機関よりなる)をして、要援護高齢者に関する情報交換、要援護高齢者の対する処遇方針の確立、役割分担による処遇の展開、地域福祉組織の社会福祉活動に関する連絡、調整などを果させることにしている。

以上の京都市(案)に対し、市の福祉事務所関係者、高齢者福祉課関係者より、多くの問題が提起されて、目下論議の段階にあって、今後の動向が注目されるのである。ことに、京都市の関係福祉行政にかかわる民生関係の職員組合部門は、事業の目的、事業内容、民生委員などの技術向上、高齢者福祉施策の技術的充実、行政執行体制の充実の要望を出し、交渉を行っているのである。

むすび

京都市上京区の西陣地域における、高齢者の保健医療と福祉との連携化をめぐり、保健医療と在宅ケアとのかわりについて、地域の高齢者の基軸的医療施設であった堀川病院と、その「在宅療

養部」の活動を対象に、その現状と問題点を概観した。

高齢、加齢化は、高齢者の急性、慢性疾患とその保健医療サービスとあわせて、福祉サービスをつねに必要とする。今日、核家族化、共かせぎ化、サービスの外部化などにより、とりわけ高齢者のケア体制は弱くなっている。このことが、高齢者の病院への社会的入院、高齢者施設への入所を必然化する。しかし、病気の治療にかかわる病院機能、介助サービス機能にかかわる高齢者福祉施設機能とは、わが国ではさい然と機能分離されていない。社会福祉施設の不足しているわが国では、要援護高齢者、その家族は、病院に入院を望むことになる。

このことは、京都西陣地域にもみられたことで、前述のように、地域住民に支えられた堀川病院も、地域住民の高齢化、加齢化により、堀川病院での全面的な保健医療＝福祉介助ケアを求められている。ここに、要援護高齢者の長期入院化が生まれ、このことが地域住民の病院の経営危機を生み出した。また、このことが、地域住民の長期入院による滞在の弊害—第一に病院での過保護、過安静による廃用性筋肉萎縮→ADLの低下、寝たきり症候群の惹起の危険性、第二に社会復帰に対する意欲喪失、第三に三ヶ月以上の入院による家庭での高齢者の“座”の喪失など—を生み¹⁰、高齢者と病院の竝立の在り方として、前述のように堀川病院での「間歇入院」システムの導入による早期入院・早期退院→在宅ケアの役割としての「居宅療養部」の創出を生み出したのである。

堀川病院の在宅ケア体制は、入院での家族附添

の積極的利点として、第一に高齢者の施設不適応からくる精神障害の予防、第二に病棟管理上のトラブル防止、第三に入院中に家族に介護方法を見習わせる、第四に高齢者の家族からの疎外を防止することを意識しつつ、前記の病院長期滞在の弊害の克服しようとしたものである¹⁵。

しかし京都堀川病院の「間歇入院システム」と「居宅療養システム」とは、今日なお増大する要援護高齢層の増大に当面し、前述のように民間病院のみでは対応しきれない、積極的に公的な保健医療、福祉との連携のシステム化が望まれるとする。この点について、堀川地域の在宅要援護高齢者問題は、前記の政府の対策と、その市、区のそして関係者の対応で対応しきれぬのか、今後の公、私関係機関の活動とその連携の行辺を見守りたいのである。とにかく、政府の施策が抽象的な作文にならないようにするには、国の関係法の整備とともに都道府県はともかく、市区町村の受け皿が、その力量がそして国、都道府県の援助による統政力問題であることはいうまでもないのである。しかし、先行的な堀川地域でも、とり組みはやっと始まったばかりといえるのである。しかしこの経験から、教示をうけるものが多い。その推移を見守りたいのである。

(附記)

本稿の執筆にあたっては、堀川病院のケースワーカーの庄岡靖子さんはじめ、京都市上京福祉事務所の高齢者福祉担当者、上京保健所の保健担当者の方々より、御多忙の処、色々教示をえたことを心から感謝したい。(1990. 2)。

(さとう すすむ)

注

- (1) 吉田寿三郎「高齢化社会」(昭56)(講談社)126頁以下。
- (2) 野村博(研究代表者)「伝統産業と地域社会構造—京都・西陣地域の事例」報告書(昭63)(佛教大学社会学部刊)、6頁以下。
- (3) 野村博、前掲報告書、30頁。
- (4) 吉田寿三郎、前掲書、127頁。以下の記述は、本書によることが多い。病院の歴史については、医療法人西陣健康会「堀川病院30年の歩み」など参照。
- (5) 「病院からの訪問にはどのような体制が必要か」(座談社)「看護展望」(89年1月増刊訂収)の堀川病院総婦長石井松代氏発言参照。また堀川病院での在宅ケアのアプローチについては、谷口政春、石井松代編「在宅ケアのアプローチ—訪問看護の確立を旨として」(1988)(医孝書院)参照。
- (6) 前掲、石井松代氏発言参照。
- (7) 「CASE STUDY ①—京都堀川病院—住民と共に歩む在宅ケアで経営危機を脱却—間歇入院システム導入を支えた在宅ケア」E Y E所収)、谷口政春「地域病院の間歇入院体制」(Practices in Gerontology, (VOL.3. NO. 2)参照。
- (8) 前掲、石井松代氏発言参照。
- (9) 全上
- (10) 「CASE STUDY ①」、11~12頁参照。
- (11) 「CASE STUDY ②」、全上。
- (12) 拙稿「福祉サービスと保健・医療サービスとの連携」(保健連「社会保障年鑑」(1990年版)所収、参照。
- (13) 京都市民生支部福祉事務所協議会「真の地域ネットワークづくりをめざして—京都市高齢者サービス総合調整推進事業(案)の検討—(1989.12)参照。
- (14) 前掲、CASE STUDY ①—京都・堀川病院参照。
- (15) 谷口政春「地域病院の間歇入院体制—集約的病棟医療と在宅ケアとの結合」(Practices in Gerontology, (VOL.3. NO.2)参照。