OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	保健と福祉のゼミナール
Author(s)	岡本, 栄一; 兼平, 芳子; 谷口, 加代子 他
Citation	大阪公衆衛生. 1985, 49, p. 14-27
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/83957
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

事例研究

保健と福祉のゼミナール



発言者	岡本栄一	(大阪ボランティア協会)
〃	兼平芳子	(大阪府岸和田保健所)
〃	谷口加代子	(茨木市役所)
〃	町野宏	(枚方市社会福祉協議会)
〃	松井たか子	(堺市泉北保健所)
〃	真野元四郎	(大阪府精神衛生相談所)
〃	渡辺由美子	(大阪市旭区福祉事務所)
司会	八木明	(大阪府立千里看護学院)

司会　八木　憲法25条の中に福祉と公衆衛生と社会保障という字がございます。国民の側から見ますと、それが渾然と一体になって、いい理想郷ができることが望みだと思うわけです。

社会保障というのは、ひとつのできあがった姿である。その中で国民が住むことが我々の理想郷ではないか。しかしそこへいくまでには、片方に社会福祉があり、片方に公衆衛生があるではないか。で、両方が、車のひとつひとつが輪になって、その車に乗っかっていって、初めて社会保障という完成されたひとつの理想郷にいくんではないかというふうに、考えているわけでございます。

そうしますと、社会福祉と公衆衛生がどこで一体一緒になったらいいのか。現実に法律でも、老人の問題を考えましても、老人福祉法と老人保健法とございます。訪問看護と訪問指導とはどこが違うんだ。福祉側からいう訪問看護と、公衆衛生側からいう訪問指導というのはどこが違うか。２つのものが一緒になった場合には、その力が倍加するけれども、別々の場合にはその効力が半減するではないかというふうな意見もあるわけでございます。

そこで今日は、たくさんの方においで願いまして、それぞれの立場から、お話を願いたいと思うわけでございます。題が非常に広範囲でございますので、一応老人の問題を取り上げ、しかも老人の中で一応我々がいま問題にしております、寝たきり老人であるとか、痴呆老人であるとかいうものに対して、社会福祉的な手の差し延べ方、公衆衛生的な手の差し延べ方がどうなっているか、それに限って話を進めていきたいと思います。

最初に、その事例として、堺の保健婦さんにお願いしたいと思います。

寝たきり老人の事例

松井　まず堺市の寝たきり老人の取り組みと、いまの老人の皆さんのおかれている実態を考えてみたいと思います。

堺市の場合は老健法実施により、寝たきり老人の方全部の方の訪問をやっております。これは老人福祉課より寝たきり老人見舞い金の申請の方の情報をいただいて、その方を全員訪問しているというんですが、要援護老人のうち、特に濃厚な手当ての必要と思われる方、たとえば褥瘡持っていらっしゃる方とか、清拭、洗髪、入浴のいる方などについては、保健所のほうに、老人看護専門の非常勤の訪問看護婦さん、あるいは訪問保健婦がおりますので、その方といっしょに同伴訪問をしております。

泉北保健所というのは、ニュータウンを抱えております。非常にマンモスなんですが、居住者の平均年齢が27.8歳という若い町なんです。47年度から入居が始まり、長くても入居年数12年というので、その間に人口も5.3倍に増え、現在では19万を受け持っている保健所です。

住居環境としては、中高層の団地が主なんで、人間関係が希薄というのが、特徴のように思われます。そういう中で、今後独居の方とか、老夫婦の方の問題が非常に大きな社会問題になることを予想しまして、特徴的な2事例を紹介してみたいと思います。

まず最初の事例なんですけれども、5階建ての府営住宅、2Kの1階に住んでいらっしゃる、身寄りのない82歳の独居の女性の方なんです。47年からこの団地に住み始められまして、55年にご主人がなくなっていらっしゃいます。現在は400万円の貯えと年金で生活をしておられます。ご主人が死亡したころより、市のほうのホームヘルパーさんが週1回訪問を開始されているんですけれども、ホームヘルパーさんがお金を狙っているだとか、ヘルパーさんに殺されるとかいう被害妄想が出始め、訪問拒否があったんです。そこで老人福祉課から保健所に相談があったわけなんです。民生委員さんと本人を通じて、本人のおうちも訪問させてもらいました。主治医と相談し、専門医に連絡をとって、民生委員さんの協力を得て、専門医が受診したんです。

その結果痴呆テストが12点で、脳萎縮はあるけれども、いまの状態では、特別投薬も、精神科的なものはしなくてもいい。いまかかりつけの内科で通院ということになったわけです。日常生活を見てみますと、買物とか炊事は、まあなんとか支障なくできるけれども、入浴のためのガス点火がどうしても一人では困難だという状況でした。そこで民生委員さんと、老人福祉課のケースワーカーとヘルパーさん、保健所側からは、精神衛生相談員、保健婦係長と相談した結果、民生委員の奥さんに、ガスの点火と火の後始末をお願いし、本人のお友達にも、時々は入浴させてもらうよう取り計らってもらうことをお願いし、入浴はできるようになったんです。

しかし、当座はよかったんですが、民生委

員さんが転出されたために、なかなか困難な状況がいくどかありまして、老人福祉課のほうでは、老人ホームの入所を勧められたこともあったんです。

本人は、2～3人のお友達のいるこの団地が気にいっており、ここで一生住みたいといっておられます。この事例のように、関わっている関係者の連携と地域の皆さんの支えで、在宅生活がこの方は保たれています。そしてそれはいざとなった時に、保健所の保健婦とか、ケースワーカーの方が駆けつけて、共に問題解決をするという行政責任がはっきりされているからこそ、地域の協力が得られるんじゃないかなと思っています。

2つ目の事例の方は、府営住宅4階の2Kに住む身寄りのない老夫婦です。奥さんは66歳で、昨年の7月から半寝たきり状態です。両上肢はなんとか動き、両下肢は介助する時曲げたりできるけれども、お腰を上げることができず、一日中布団のなかに居ます。医者は、せきずいのどこかに閉塞があるかもしれないといっておられます。

ご主人のほうは69歳で、定年後年金でいまはおふたりで生活していらっしゃいますが、アルコール依存傾向があって昼間からお酒を飲みはって、家にはほとんどおられないんです。ダンディーな恰好であっちこっちふらふらなさるんですが、奥さんへの愛情は薄いように思われます。

奥さんの世話については、お食事を作ってそばにおいてあげることとお洗濯という程度で、私達保健婦が訪問しましても、清拭とかおむつを換えてあげたりしても、お手伝いをなさる姿勢はなく、奥さんはついご主人のぐちを言い、ご主人のほうは「はよう入院したらええんや。」という状況でした。

この家庭へは、民生委員さんが時々様子を見にいっておられたんですが、ご主人のアルコールをひかえるように働きかけると、ご主人のほうから訪問拒否がありまして、困った民生委員さんから保健所に相談がもちかけられたわけです。

訪問しますと、部屋の中はひとりがまっすぐ通るスペースもないぐらい散乱して、奥さんの吐物はそのまま乾いている。全身はおしっこでびしょびしょの状態ということで、みるも悲惨な状態でした。奥さんは数ヵ所褥瘡ができておりますし、おむつ交換も保健婦が訪問にいった時換えるだけなので、だんだん悪化するんじゃないかということを予想しましたんですが、やはり1ヵ月後、その褥瘡も10センチから15センチの大きさになり、食欲もちょっと落ちてきたために、主治医と相談の上、褥瘡治療と、下半身のマヒの検査の短期入院になったわけです。

入院から1ヵ月経過しているんですが、一般状態はあまりよくならず、退院の見込みはまだついていらっしゃらないという状況の中で、果たして入院がよかったのか、保健婦としてはすっきりしない思いです。

いま保健婦は、ご主人が介護する気持ちになるように、働きかけてはいるんですが、ご主人の介護能力にも限界があるし、具体的な介護のための人あつめができていないという現状、地域で支える条件づくりはまだできていないということです。

この2事例、あるいはほかのケースを訪問して感じますことは、健康老人も寝たきり老人も、地域とのつながりが本当に薄く、孤立した生活を送っていらっしゃることを感じます。これは泉北の特徴とも言えるかもしれませんが、縦式の、4階とか5階、あるいは14階という住宅構造とか、新しい入居で近所付き合いがしにくいだとか、家族がいても共働きで、一日中だれにも会わず、だれにも話せず、ほとんど室内で過ごす人が多いというこ

とをつくづく感じているわけです。

そこでせめて日中だけでも、例えば老人保育所的なものが、行政の制度としてあれば、日中だけでもここに来て、給食を食べさせてもらうと、そしてボランティアさんにでもおむつを換えていただけるというようなことがあれば、非常に助かると思いますし、また1の事例でも、ここで入浴をさせてもらえば、後は普通に地域で生活出来るわけですから、こういう保老所を、本当は地域の中に、私達保健婦などの専門家や、あるいはボランティアの方の力によって、行政の制度でできればいいなと思うんです。

ちなみに、泉北保健所管内のある地域では、校区福祉委員会が、老人問題はやはり個人的な問題ではなく、地域で皆で考えようということから、自治会館、ここを午前中は老人のために自由に使用させていらっしゃるんです。ここでは勝手にげたばきでやってきて、好き勝手なことをなさったり、あるいは婦人会とか子供会の方も手伝いに来てくれてますので月に1回はカラオケ講習会などもなされて、地域の人達との交流の場にもなっているんです。

この地域では寝たきりの老人の率が1.2％です。同じ団地の高いところでしたら7.7％から6.7％という点から見ても、やはりこのような身近にあるデイケアーの場所が、ボケとか寝たきりの予防になっているんじゃないかということを感じます。このような中間施設が、在宅援助にとって、本当に必要だということを、もっともっと地域の人皆で、住民の声になるように働きかけていく必要があるんじゃないかということを訪問しながら感じております。

市や福祉事務所は…

司会　そのほかの保健婦さん、どなたかご発言ございませんか。

谷口　茨木市では、58年度、老健法ができてから、訪問活動が新たに始まったわけなんです。

茨木市は24万の人口で、保健婦は2名なんです。最初は保健所保健婦の援助を得まして訪問活動を始めました。訪問が始まる前に、福祉の手引というのを作りました。作っただけではだめなんですね、実際につかえないんです。だから事例にあたりながら、その事例にどんなものが福祉制度としてあたるかということで、とにかく事例にあたるということで、在宅の寝たきり老人ばかりを対象に訪問活動してまいりました。

茨木市の場合は、寝たきりに短期保護制度がありまして、それとディサービスセンターもございます。だから必要な方にそういう制度があるということを常に、訪問した時点で教えてあげるというか、それと老人福祉課とか医療障害課とか、そういう市の課がありまして、そういう方達との連携もとるようにいたしました。実際にあたっていて、家族の方がすごくたいへんなんです。24時間みてらっしゃいますよね。私達は長くて2時間ぐらい、短い時ではちょっとの間なんですけれども、いった時でも、もう話がすごくたまっているんですね。それを聞いてあげて、「ほっとしました。」とか「また来てくださいね。」とかそう言われた時には、ああ、来てよかったなと思います。

老人というのは母子と違いまして、母子にはいまからという成長段階がありますけれども、老人の場合はだんだんと老化して、最後は死の介護になるんですけれど、そういう喜びというものが、母子に比べたら少ないと思

うんですね。だから、実際にはいきずまっている面もありますけれども、介護者に対してのなんらかの援助がないものかなというふうにはいつも思っております。

司会　今度は社会福祉のほうからのお話で、ケースワーカーの渡辺さん、いかがですか。

渡辺　私も老人を担当させていただいて、まだ日が浅いんですけれども、福祉事務所では、今おっしゃったように、保健所のように寝たきり老人の方すべてに訪問していくとかということは、まったく不可能な現状で、いまも日々寝たきりの方、痴呆老人を抱える家族からの相談や訴え、あるいは本人から、ひとり暮らしで寂しいからホームへいれてほしいという電話相談、来所、それにも振り回されている状態で、組織だったような仕事というのは出来ていないので、もうなにを話していいか、恥ずかしいような実態なんです。もちろん社会的な制度がまだまだ不十分で、活用されていないということも思いますけれども、それに加えて、それ以上に老人の問題というのは、それまでのお年寄りの生き様というものの考えで、さきほどの事例2にあったような夫婦関係、あるいは親子関係、それから近隣社会とのつながり、親族関係というのが、長い70～80年の人生の中で、いびつな形で阻害されているような方というのが、特に福祉事務所にこられることが多いんです。

その中で、そのお年寄りが、私はどうしてもこの家で死にたいだとか、絶対ホームではいやだ、病院へ入院しないとおっしゃる本人さんの意志を尊重することと、周りの家族が、もうこんなおじいちゃんの面倒はよう見ないという嫁や息子の立場、それから隣近所、いままで散々好きなことしてきた人が、いまさらそんなこといったって私は知りませんというような社会、それまで抱えてきた問題が多すぎるだけに、我々行政が初めて関わった時点で、こうしなさいとかいうのは、ケースワークというのは、なかなか出来にくいんです。

だからその中でどこで妥協するか、というところで悩むんですけれども、その中で保健所と福祉事務所と、あるいは民生委員さんとかボランティアの方とヘルパーさんが協力していいケースが何ケースもでてくるんです。旭区なんかはわりと古い地域ですので、結構世話好きなおばちゃんとかいたりするので、そういう人とか、近所に毎日出前をしてくれる食堂のおじさんがいたりするとか、そういう人達が、もうちょっとしたことだけれども、そういう資源を活用できるということが、我々が仕事する時の助けになっているし、そういう人達が中核というか、先ほどおっしゃったような行政責任をもっているというところで、両方がお互いを担いあって仕事できるんじゃないかなとつくづく感じている次第です。

司会　私考えますのに、寝たきり老人予備軍というのがあると思うのです。その予備軍をどうするかというのが、やはりひとつの問題であろうかと思うんです。老人の生きがいの問題を解決していくことによって、寝たきり老人の予備軍を、なるべく寝たきりにもっていかないで済むような方法がないだろうか。それもやはり保健と福祉両方から手を差し延べていけば、なんとか恰好がつくんではないかと思うんでございます。

最近わが国もいわゆる熟年族の自殺が増えてきているようです。案外定年退職した方で、鬱病にかかる人が相当増えてきているということを、専門家から聞いております。真野先生にそのへんのことお聞きしたいと思うんですが。

視点を変える

真野　非常に難しい質問で、専門家でも充

分に答えられない質問だと思うんですね。それでちょっと視点を変えまして、八木先生には申しわけないんですけども、はぐらかしたいと思います。

話題提供として提示したいことがあるんですけれども、話を聞いていますと、寝たきり老人になることが悪のような印象をうけるんです。寝たきり老人が社会に存在することが私達にとっては望ましくないような受けとめ方で、寝たきり老人だとか痴呆性の老人を見ているきらいがあるんではないかというふうな印象をもつわけですね。だから寝たきり老人あるいは痴呆性の老人に対応する時の姿勢がその辺から歪められてくるというか、一面的な見方で対応せざるを得ない、そういうふうな状況もひょっとしたらあるんではないか。

人間が長くいきのびればのびるほど、身体的にも、精神的にも、いろんな面で衰えというものは当然でてくるわけですから、そういったものを基本的に私達が認めることができないと、いろんな対策を講じようとしても、それは対策を講じる側の都合のいい形でことを進めようとしてしまうきらいがあるではないか。そうすると、実際にサービスを必要としてい進めようとしてしまうきらいがあるのではないか。そうするそ、実際にサービスを必要としている人達のニーズに答えきれない、そこにいろんな問題のしわよせがでてくるんではないか。

今回のテーマは福祉と手を握るということなんですけれども、基本的に福祉の視点というのは、生活を営む生活者といいますか、生活の主体者の側にたって、顕在化してくる問題を考えていく。そういうふうなことが福祉の基本的な視点だろうと思うわけですね。そういうふうな視点と、医療ないしは保健の視点というふうなことのギャップがあるわけです。そこを私達がどう考えていくかということですね。ですから、人間一人一人の生活というものは非常に幅広い意味合いをもっております。福祉というものは一人一人の生活そのものを対象にし、生活上の問題を考えていくわけですから、医療のような形で、ある決められた、限定させられた部分だけを見るものではないわけです。我々が痴呆老人、あるいは寝たきり老人を問題視といいますか、そういった形でみるところに、もっと我々自身が考え直さなければならない問題があるような印象を持ちました。

司会　先ほどの講演で中垣先生がちょっとおっしゃいました。日本の福祉政策というものの最初の出発点がどうも慈悲であるとか、ものを与えるんだという感覚でおこっていることがやっぱり底流にあると思うんです。

福祉というものに対するものの考え方というのは、いま真野先生がおっしゃいましたようなことがあってもういっぺん我々は原点に帰って、考え直す必要があるということは、我々長年公衆衛生やっておりまして感じておるわけでございます。

従ってそれが地方のボランティア活動とかいろんなものに結びついてきて、実際の問題として、本当に憲法25条に保障されたような形のものが、当然な形として行われるような社会、それを作るためには、地域社会、コミュニティが一体全体どうすべきかというふうなことも考えられておるわけです。この辺でボランティア活動の先生にご発言願います。



岡本　私はボランティア協会で仕事をしているわけですけれども、「手をつなごう保健と福祉」ということですから、専門的には保健医療の体系と、福祉事務所などを中心にした福祉の体系というか、大きな歯車があるわけですね。

もうひとつは、住民参加とか、市民参加という形で、近隣の人たちがどういうふうに寝たきり老人とか、痴呆性老人とか、もっと広げれば障害者の問題とか、いろんなところに関わっていくという柱があると思いますね。そこの結びつきみたいなことを、私自身は聞いてみたいと思うんですけれども。

松井　堺の場合はボランティア指定地域というのも各保健所管内に一ヵ所ずつありまして、そこで地域の民生委員さん始め、社会福祉協議会のボランティアビューローの方、あるいは老人福祉課の方、主婦の方を始め、いろいろ活動が繰り広げられているようです。

今日は堺のほうからその担当地域の保健婦さんもお見えになっているようですので、もしよければ実践をしていらっしゃることも含めて、ちょっとご紹介していただけたらありがたいと思うんですけれども。

会場発言　突然でびっくりしているんですけれども、私のほうは担当地域で、ボランティアビューローのモデル校区という指定を受けておりまして、ボランティアを地域でどんなふうに展開していくかと、そういう点におきまして、地域におけるボランティア活動を考えようという考えかたのもとに地域指定になっております。

そこでボランティアの方と、保健所の保健婦が地域担当していくんだというとこらへんからいっしょに協力していこうじゃないかということで、本当の始めからいっしょに話合っていくというやり方でやっております。

やはり地域にどういう問題があるのかというふうなところの堀り起こしから勉強会を始めまして、ボランティアだけではわからない問題もあるということで、老人会の会長さんであるとか、婦人会であるとか、民生委員会だとか、そういったいろんな関係の会長さんに来ていただきまして、助言もしていただきました。そういう話合いの中から、ボランティア自身も、老人が地域でどんなふうに過ごしているのかということを知ろうということで、チームを組みまして、担当ケースというものをもっていただきまして共に訪問いたしました。私もボランティアの中で担当をもっております。

その中で、地域にいる老人達、特に寝たきり老人の問題というのを肌身で感じるようになってまいりました。しかし、やはり主婦の方は看護経験がないので、いっぺん集まっていただいていろんな話をしあってはどうだろうかというふうなことで、寝たきり老人を抱える家族の集いというものを計画いたしました。

去年のうちに2回行われております。寝たきり老人を抱える家族の方は出にくいですので、ボランティアの方が留守番にいって、家族にでていただくとか、そういうふうな知恵も生まれております。その中で、最初40名あまり申請があるんですけれども、その半分近くの方が参加しまして、非常に熱気にあふれた会となりました。

第2回目の時には、グループで、もう少し自分の問題を話合えるようにしたいということでやりましたんですけれども、出てきた方で、やはり人に話す機会がない、寝たきり老人を抱えた家族は愚痴をこぼすところがないみたいということで、ボランティアも保健婦も、福祉もいろんな部門から出てまいりましたけれども皆お話を聞かせていただく。そしてその中で、ああ大変なんだなということを

改めて感じさせていただくという具合になっております。

そういう家族の集いは、ボランティア活動の一環として行われておりますけれども、今後どんなふうに発展させていくか、そういった面につきましては、やはり地域で生まれた活動であり、地域で展開されていかねばならない。そのためには地域地域の実情、あるいは活動を支援する住民達のニードにあわせ、またその実力にあわせながら、共に歩んでいきたいと、そんなふうに考えながら次の集いの計画をしているところです。

枚方の組織づくり

司会　どうもありがとうございました。先ほど中垣先生は、保健と福祉の問題、行政の問題で、連絡調整を強調されました。いま枚方では、少なくともその連絡調整という面が非常にうまくいっているということを、私達はお聞きしているわけです。例えば寝たきり老人を例にとりますと、どこからその情報を得るのか、それをどういうふうに連絡して、どういうふうにそれに対して皆の協議の上で手が差し延べられているかというようなことは、やはり連絡調整というのが一番基本になると思うのですが、その辺で枚方で社会福祉協議会が中心になってやってらっしゃるという実例があるので、そのことをいっぺんお聞きして、皆様方からのご意見も聞きたいと思うんです。

町野　いま司会者のほうからお話がありましたように、枚方市の社会福祉協議会がやっているということでもないんです。私どもは当事者組織といいまして、枚方市寝たきり老人介護者家族の会というのを作り、その中からいろいろなニードがあがってまいります。ニードと言いますのは、保健と医療に関する分野のほうが多いんですね。福祉の分野より。老人福祉のメニューというのはそこそこありますので、あとは足らない分というのは、保健医療に関する分野が多いと。そこらへんでもう福祉の分野に限界がありますので、寝たきり老人介護者家族の会を組織する段階で、保健所の所長さんにもお願いして、どなたか代表で準備委員さんをだしてほしい。
さんにもお願いして、医師会からもだしていただく。歯科医師会からもだしていただく。そういうような呼びかけをしまして、皆で枚方市の寝たきり老人介護者家族の会をまずつくった。

先ほど申しましたように、そういう保健医療のニードが出てきますので、連絡調整をやりだしたんですけれども、なかなかうまく連絡がいかないというようなことで、一回五者会談という形で連絡会をもったらどうやというような話がでてまいりました。

五者会談という形で医師会、保健所、市の老人福祉課、市の保健予防課、それから社協、こう入りました。その社協の中でも、地域福祉をやっている人間もおれば、寝たきり老人介護者家族の担当者もおり、ボランティアの担当者もおるということです。だから社協は3名から4名この五者会談に出席する。それでおのおのの活動状況を話合う。

五者会談から発足したんですけれども、正式名称は枚方市老人ケアー合同連絡協議会というような名前で五者でやっている。それで必要な団体からまず社協が呼びかけさせていただいて加わっていただいた。今後この寝たきり老人の家族をケアーする体制が、五者なり六者これから加わっていただくその関係機関でネットが張れることができれば、痴呆老人の問題であるとか障害者の問題であっても、この合同連絡会を基礎にしまして、どの部分でも対応できるようにしていきたいという考

えでいま進んでおる。

老健法ができましたけれども、市町村行政のほうにきちっと位置付けがなされてないまま発足してしまったわけですね。だから市町村間でも、保健婦の数から、もうばらばらなんですね。取り組みの内容も、枚方と隣りの市ではもう違うと。枚方に住んでいるのと、寝屋川に住んでいるのでは、同じ老健法で法律は同じだけれども、やってもらえることは違うというような問題がでてまいりまして、まず寝たきり老人の問題については、各関係機関がもっている名簿をまず統一しようやないかということになりまして、まず関係機関がもっている名簿を全部持ち寄りました。大阪府の寝たきり老人の見舞い金の時は320～330世帯でしたけれども、関係機関が持ち寄りますと寝たきり老人が380ぐらい新たに地域におられるということが分かったということから、まずその保健婦活動をどう進めていくかという問題がこの五者会談で議論になる。その問題をどうしていこうということで、まず医師会側からでてきました名簿の中に、要訪問指導が48名おられまして、それからこの老健法の問題で順次訪問指導をかかりだした。

それが終わった時点で、この合同連絡会議に持ち込みまして、訪問指導を将来的にも続けていかなければならないケース、一ヵ月に一回でいいケース、一週間に一回くらいいかなければならないケース、また訪問活動はしなくても、ボランティア活動が必要なケース、ホームヘルパーが必要なケースと、一つずつケアー体制をまず40何所帯から取っていこうやないか。先ほども言われましたように、老夫婦所帯が多いとか、主治医のおられない寝たきり老人の家族、それから昼間独居老人が多いとかいうようなことが判明してまいりまして、

まだいまのところ府の保健婦さんと市の保健婦さんとで、個々のケースについてひとつずつ分析をしている状態で、まだ枚方市の社協としては、ボランティアなりホームヘルパー派遣というところまでは後の40所帯のケースについてはやっておりませんけれどももう間もなく保健婦同士の話合いがついて、五者会談のテーブルにあがってくるだろうというような取り組みをやっております。

枚方の社協は保健と福祉、福祉と医療、医療と保健、この三者一体が必要である。その中核に問題を抱えた当事者家族が座っているんだという形態でやっているという進め方。大阪はファインプランが設けられております。で、ファインプランの中に住民参加という言葉があるんですね。

住民参加とは一体どんなことなんだろうか。それなら福祉に住民参加しようと思っても、専門家は毎日仕事でやってますから、これは住民参加とはいえません。個々皆さんがお仕事をしていて福祉に住民参加しようと思ったらどんな形態になるんだろうということまでも、実際に住民参加という言葉は非常に難しい。だから私共のほうは、各問題を抱えた当事者、家族の組織化を個々にはかりながら、そこから上がってくるニードに基づいて、福祉対策、保健対策、それから医療対策を講じてもらうように各関係機関に連絡を調整する。それが社協の使命であろうと、このように考えております。



（ゼミナール風景）

その人が生活しやすいように…

司会　兼平さん、いまのお話お聞きになって、お宅の場合とどうですか。

兼平　先日も枚方の社協の動きを詳しく聞かせていただきまして、非常に参考になっているのは、実は岸和田でも、難病を中心として、地域のネットワーク作りということに少し力を注いでいるんです。昨日、保健所と医師会の先生方との第１回目の話合いがありましたんですけど、その中で非常に私自身勉強になってますのは、ネットワーク作りには当事者、いわゆる住民の方の参加ということが非常に言われているわけです。

いまのところ私のほうでは、まず第１歩という形で、まだまだ住民参加は先になるかと思うんですが、これを頭にいれながら、いま町野さんおっしゃっていたように、必要なところから動くことが、ひとつものを作るには必要なんじゃないかという点では、岸和田はまず難病という疾病からみて、まずお医者さんと手を組もうといった形から出発しております。

それと、この組織ネットワーク作りができましたら、いまおっしゃっておりましたように、すべてのものに関連づけられて、お互いが有機的に動けるんじゃないかといったことはもう充分に考えられることなんです。ですから、これから岸和田保健所の場合も、少しずつ歩みを深めていきますので、いろいろ見ていただきたいと思っているんです。

その前に、さっき真野さんのほうから一つ問題がだされてましたのは､寝たきり老人になることは悪と見られている場合が多いんじゃないかというふうなことで、私もはっと気がついたんですけれども、11月ぐらいから、私が受け持ってますケースが、ずっと寝たきりのご夫婦で、65歳の奥さんが寝たきりで、ご主人さんが72歳で、いつも介護なさっているんです。

これはとても心のこもった看護で、とってもいいんですね。でもひとつ気がついたのは、歯が虫歯だらけで、とても大変な状態になっていて、疼きだすと、顎の骨のほうまできて、頭まで偏頭痛がくるといった中で、ご主人が「おまえ歯ぐらいちょっとがまんせえや。歯が痛うても死にやせんからなんとかしてくれ。おまえを歯科までつれていくことできないんや。」というふうなことをおっしゃったというんですね。

本人自身は自分は歯の治療をして、ちゃんと食べて、自分の生活したいというにも関わらず、いまの状況ではご主人様がまず切っている。その中で「いやそうじゃないわ。やっぱし歯が疼くと私なんかとっても大変だから」ということで、福祉のほうにいってみたんです。この人なんとか車椅子で近くの歯医者さんに通院させたいんだけれども、いかがなもんかと訊きました。すると、本人の息子さんが町工場に勤めていまして、非常に少ない収入でありますけれども、税金払っているんです。そうすると、３万円以上税金払っていたら、ヘルパーさんが付かないので、なんとか自分で行ってほしい。介護人の制度も、突発的な事故のためにあって、常時通うといった歯科治療には使えないんやというふうな返事があったわけなんです。

これからの岸和田の組織作りの中にも、そろそろケースを通じながら、関連機関、例えば市の福祉と我々との話合いの中から、ケース、事例を中心にしながら歩んでいかないとだめというのが、そろそろ私自身の中にも事例を通じてきているというのが現状なんです。

これからはひとつひとつの事例を大切にしながら、それぞれがもう少し行政の法的なものを離れて、もう１回その人が生活しやすい

ようにはどうしたらいいかなというのを考えていきたいなと思っています。

岡本　私共が関わっているような仕事の中から、ケースを通して、先ほどそれぞれやっていらっしゃる事情を聞きながら、考えさせられているんですけれども、私の仕事はボランティアの関わりから仕事をしているわけです。

盲人夫婦で、上の子供さんが小学校２年生で、下の子供さんを出産した。ところが弱視だったのが、全盲に近い状態になってしまった。それで沐浴みたいなことを手伝ってくれるようなボランティアいないだろうか。こういう形で保健婦さんとの関わりがでてくる。いま大阪では、さきほどの枚方であるとか、寝屋川であるとか東大阪、箕面、いろんなところにボランティアセンターというのができているわけです。恐らくそういう意味では、住民参加というか、そういう形の中では保健婦さんと地域のボランティアのつながりをどういうふうに使ったらいいだろうか。

それから福祉事務所のほうから、私共のところにもたくさんニーズが入ってくるようになってきました。全体のケースの中で、やっぱり30%以上も越えてくるわけですね。そういう、行政の関わりがありながら、ボランティアの人達がもう少し関わってもらったら、家族がもっと楽になる。喜んでもらえるというようなことが起こっているわけですね。

寝屋川にボランティアビューローをもう５～６年前から作っておりまして、そこでのケースをちょっと申しあげて、参考にしていただいたらと思うんです。これは難病で寝たきり老人のケースなんですけれども、奥さんが65歳の難病なんです。それで73歳のご主人がいはるんですけれども、保健婦さんがまず難病の奥さんではなくて、夫の結核の検診でいったわけです。そうしたら、奥さんのほうがもっと大変だ。難病で寝たきりで。そしてご主人のほうは、たばこ買いにいくことすら出来ん。年金の手続きすることもできんわけで、保健婦さんはびっくりしてしもたわけです。私共の関わっているボランティアビューローに保健婦さんが電話をかけて、ボランティアの方、なんとかお手伝いいただけませんでしょうかということから始まったわけです。

町野先生の枚方でのケースといいますのは、もうすこしネットワークを地域全体に広げて、五者とか六者の会談会議をもつというやり方ですね。この寝屋川のケースは、話合いの中から福祉事務所のケースワーカーが呼びかけてもらったわけです。なんとか話をしようじゃないか。この家庭はボランティアが単独にいくとか、保健所が単独にいくというようなことじゃなくて、もう少し、その一つのケースについて皆で話合おうじゃないかということになりまして、８機関14名のものがまず集まりました。

どういうところが集まったかというと、福祉事務所の老人福祉担当課長、係長、ケースワーカー、社会福祉協議会のヘルパー担当のスーパーバイザーの方、それから保健所の婦長さん、担当の保健婦さん、保健管理課の保健婦さん、難病相談室の保健婦さんにもきてもらう。それからビューローのワーカーが集まりまして、そして難病の患者さんを中心にして、例えば保健婦さんの場合だったら、保健とか医療とかいったようなところから入ってもらおう。それから話の結果、福祉事務所のほうからホームヘルパーを派遣しましょうということになりました。そしてそのご主人を助けていこう。

それからボランティアビューローのほうから、週１回２人のボランティアが話相手とか、いろんな形でいきましょう。そういうことになってきたわけです。これは非常にいいケー

スですね。けれども、私共全体的に感じますことは、保健婦さんが非常に熱心ですね。福祉事務所のケースワーカーはどっちかというと忙し過ぎる。冷たいいう意味じゃなくて。やっぱり保健婦さんはよくやってらっしゃるという感想は、ボランティアのほうがよくいいますね。

そういうことで、地域全体の中でのネットワークと、ケースごとになにかもっと関わるようなことをしていかないかん。このためには、やっぱり私共は、ビューローというか、ボランティアに参加する拠点みたいなものをもう少し力いれたらというようなこともありますね。問題なのは、だれがそれを呼びかけていくのかということです。

それから保健婦さんとかは来てはるんだけれども、所長さんとか婦長さんはあんまり関係ないわけです。機関全体としてネットワークをつくろうという気運はまだない。熱心な保健婦さんとかケースワーカーの人は関わるけれども、それは勝手にいっているだけですね、いまは。

制度をつくるのも人

司会　この辺でもう1回真野先生、なにかワサビをきかしていただけませんか。

真野　大分時間がたったんで、ワサビも気が抜けてきていると思うんですけれども、この辺でもう1回ネジをまきなおしてみたいと思います。

私は保健と福祉の接点というふうに考えること自体が間違いだと思うんですね。なぜ接点を求めなければならないのか。簡単なんですよ。先ほどいいましたように、生活を営んでいる人の立場でものを考えると、必ずクロスしてくるんですね。例えば歯が悪くてという話が出てきましたね。その時に、夫婦2人の生活の営みがある中で、歯の治療を受けなければならない人が受けられないために、いろんな生活の難しさというのは現実にあるわけですね。その時に福祉事務所とか、あるいは医療の側がその人の問題を、生きていく生き様の中でとらえてくると、接点うんぬんの問題じゃないわけですね。必要なわけなんですよ。

保健とか医療というのは、部分しか見ていない。だからそれをもう少し生活サイドから見ていくと、当然おまえのところだ、わしのところだというふうに振り分けるんじゃなくて、一緒にやらんとうまくいかんなという発想に必然的になってくるんではないかと思うわけですね。ですから関わる側の私達がその問題をどう見ているのか、その辺に問題があるように思うんですね。

例えば、医療サイドからいいますと、治療効果の期待できない人達は捨てられますね。それがどこに回ってくるかと言ったら、やっぱり福祉サイドに回ってくるわけです。だけども医療というのは、ただ薬を与えたり、注射をしたり、手術したり、それだけが医療ではないですね。やはりそこから来る苦しみだとか、痛みだとかは、治療の効果があがらなくたって、そのことを和らげる責任が医療サイドにあるはずなんです。だけどもそういうふうなことにはあまり目を向けないですよね。

そういうふうな、立っている側に問題があるのではないかというように思います。

結論的に言いますと、私は制度をいくら充実させても、本質的な問題解決にはならないと思います。医療制度をばっと整えたら、医療の問題は解決するのか、それから先ほど寝たきり老人だとか痴呆性老人を、在宅ケアーしていくために資源がないというふうなこと、あるいは制度がないという話もでてきましたね。しかしそれでは資源ができて、制度がで

きたら、痴呆性老人の問題、寝たきり老人の問題が解決するかいったら、絶対しないんです。と言うのは、資源、制度があっても、当事者がそれを上手につかいこなせないと、制度そのものは生きてこないわけですね。そして、つかいこなせないと、制度そのものは生きてこないわけですね。そして、つかいこなすことのできない人に対して、つかいこなせるような手助けは誰がするんでしょうかね。そういった、手助けをする側の技術不足だとか、知識の不足だとか、そういうようなもののために制度が活かされない、資源が活かされない、その辺の問題をすり替えてしまう危険性があるんではないかというように思われます。

ですから、福祉と、医療、保健を結びつけるために、現実に対象者と接している私達が、一番なにが問題であるかということをよく知っているはずなんですね。生きていくために必要なものとしてどういうふうなものを作りあげていかなければならないかという点も、現場の人間が一番よく分かる。そうすると、苦しみだとか、不安だとか、そういうものを取りさるサービスとしては、やはり一対一の関わりがあると思うんです。だけれどもそれだけではやれない。資源をつくったりとか、制度を作ったりとかいうふうなことになりますと、やはり地域の組織化といいますか、町野さんがいっていたような形で、いろいろ組み立てていきます。あるいは当事者同士が、ソシアルアクションというような形で、行政だとか、そういうところに自分達の要求をあげて実現してもらえるような働きかけをする。当事者を含めてかかわっている私達が具体化していく作業をしないで、ただ資源がない、制度がないというふうにいっているだけでは、どうにもならないんではないか。

私達が福祉をどう認識するのか、あるいは痴呆性老人の人達、寝たきり老人の人達をどう認識するのか、そういうふうなところに問題があるんじゃないかと思うんです。経済的には非常に恵まれ、福祉制度の充実している北欧三国のようなところで、老人の自殺が非常に多くなっている。これは人間はパンのみに生きるわけではなくて、老人が老人として生きていくことが許されない、そういうような社会だろうと思うんです。本当に老人が老人なりに生きていくことの認められている社会であれば、自殺というふうなものが減ってくるんではないでしょうか。

司会　壇上の先生方でなにか追加のご発言ございませんか。

岡本　横の関係をどういうふうに作っていくかということについて、アメリカのほうではケースマネージメントという言い方をしているようです。私共はジョイントケースカンファレンスというふうな言いかたをしておりますけれども、その考え方は、一人一人の人間というものを、全人的にみていくという視点をもたない限りは、横の横断的な関係はできないだろうといっているわけですね。すなわち医学だけでみていくというふうな人間関係はだめだと。もう少し全体的な生活者として見て行くという視点がやっぱりいるということをいっております。

もう一つ、その方法としては、先ほどもちょっといいましたんですけれどもだれが問題の呼びかけになっていくか、お医者さんなのか、ケースワーカーなのか保健婦なのかといったことが、やっぱり向うでも問題なようです。それから総合計画とか、治療計画の場合に誰がイニシアティブとっていくか、こういうこともやはり全体のケース一つ一つによって、もっと細かな対応せないかんのじゃないかというようなことも、問題であるように思いました。

司会　今日のお話、お聞きしておりまして、一番最初に問題がありましたのが、組織作りの問題、連携には必ず組織作りが必要だということ、これが具体的な問題としてあると思うんでございます。しかしながら先ほどの中垣先生のお話や、ワサビをきかせていただいた先生のお話からみると、福祉というものに対するものの考え方を皆が勉強した上で、もう一ぺん考え直す必要があるんではないかというふうな気もいたします。

さらに老人保健法ができましてから、市町村が動き出しているわけです。その周辺がその仕事についての応援をどうするかという問題、それは恐らく公衆衛生面から考えましても、保健と福祉の連携につながって来るというふうな考え方をしておりますし、現実に、いまお話伺ってますと、具体的には各所でもう連携をやってらっしゃるわけです。だからやってらっしゃることが、数が府下一円にどんどん増えていくことが望ましいと思いますし、そういう情報を、即ちどこで、誰が何をやっているというふうな情報を集めて、その情報がもう一ぺん皆様方のほうへ返っていくようなやり方ができたらいいじゃないか。

公衆衛生協会もいろんな仕事しておりますが、その仕事ぐらいは我々がやってみてもいいなという感じがしております。

皆さん方、今日はいろんな問題が提起されました。その問題提起の中で皆さん方の職場の中でお考えになることもあると思いますし、皆さん方と上司の方とご相談なさることがあると思います。町野さんが当事者というのは、少なくとも行政の場合には、保健所長と福祉事務所長の連携、そういうことが部下の人が非常に働きやすいことになるわけでございます。その意味で連携というのは、末端だけでなくて、3階は3階、2階は2階、1階は1階の連携、これがあって初めていい形の、いわゆる住まいができるわけでございますから、そういうことを結論にして終わりたいと思います。

どうもご静聴ありがとうございます。先生方ありがとうございました。（拍手）

(注)　このゼミナールは、前の記念講演と同日に、統一テーマ「保健と福祉」のもとに、第一線で活躍されている方々の発表を編集室でまとめたものです。

