



|              |                                                                                     |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Title        | 保健と福祉の接点：老人の保健と医療をめぐって                                                              |
| Author(s)    | 朝倉，新太郎；磯，典理；馬場，修一 他                                                                 |
| Citation     | 大阪公衆衛生. 1978, 39, p. 2-36                                                           |
| Version Type | VoR                                                                                 |
| URL          | <a href="https://hdl.handle.net/11094/84077">https://hdl.handle.net/11094/84077</a> |
| rights       |                                                                                     |
| Note         |                                                                                     |

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

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

The University of Osaka

# 保健と福祉の接点

## —老人の保健と医療をめぐる—

|    |       |                                  |
|----|-------|----------------------------------|
| 座長 | 朝倉新太郎 | (大阪大学医学部教授<br>大阪公衆衛生協会常務理事・学術部長) |
| 講師 | 磯典理   | (大手前女子短期大学教授)                    |
|    | 馬場修一  | (大阪府民生部老人福祉課老人医療係長)              |
|    | 渡辺直寛  | (市立堺病院副院長)                       |
|    | 浅野五三男 | (大阪府松原保健所長)                      |
|    | 石田吉子  | (大阪市環境保健協会保健課長)                  |

**朝倉** 大阪公衆衛生協会主催の本日のテーマは、「保健と福祉の接点」副題に「老人の保健と医療をめぐる」となっております。



保健と福祉の接点というのは、常に公衆衛生の分野で問題になってきた課題であります。戦後の歴史を考えましても、結核対策が公衆衛生活動の主題であった時にも、福祉の問題、社会保障や医療保障の問題が壁になって、何とか結核予防活動と福祉、民生活動が、もつとうまく結びつかないものかということが語られた記憶があります。

結核が山を越してから、最近母子の問題に移りまして、障害の問題とか、いろいろな問題が保健所なんかでも取り上げられておりますけれども、こういう問題もやる気になりますとすぐ福祉の問題と接触を持ちまして、保健予防と福祉の問題がこのままではいけないということが常に話題になってきておるような気がします。

話題になりながらも必ずしも十分解決をみずに現在にきておることは事実でございます

て、保健予防にたずさわる者もそう思い、民生や福祉にたずさわる者も何とか保健、医療と結びつきたいと思いながら、なかなか溝が縮まらないのが現状であります。

これから日本の保健医療、福祉、どちらから考えましても、これからの一番大きな課題は老人問題になろうかと思えます。老人問題はこれまで取り上げた問題に比べますと、まず第一に量的にはるかに大きなものであります。現在すでに65才以上の老人が800万人ぐらいあると思いますけれども、毎年急速に増えていきまして、千数百万という老人が保健や福祉や医療を求めてこの社会に存在するようになってくることはまちがいございません。

これに対処する道は、どう考えてもこれまでの保健や福祉、医療というものをもっと結びつけて、総合的な対策を組んでいかないと手に余るということは極めて明白であります。これまでのように、何とか溝を埋めたいという願望でやっていくということでは済まされなくて、その溝が本当に埋まらなると非常に悲惨な老人問題が社会に現出するだろうと言われております。

そういうわけで、これまでの永遠の課題で

あった保健と福祉の問題を、単なる研究課題ではなくて、現実のものとしなくてはならない時期に到達しておりますので、老人問題を現在手がけていらっしゃる、大阪のそれぞれの分野の権威者の方に来て頂きまして、今の問題をどのように考えていくか、どのように解決をはかっていくかについてのお話を承って、皆さま方からもご意見を賜りたいと思っております。

講師の方をご紹介します。

磯先生は永いこと大阪市の保健所長を勤めていらっしゃるしまして、ずっと前に老人問題と公衆衛生の分野で、はじめてと言っているぐらいですが、手がけられまして、いろいろな業績をあげられた。その後弘済院の病院長として老人医療に直接にたずさわられ、そういう経験をもとにして、現在大手前短大の教授でございますけれども、新聞やいろいろの著書を通じて、たくさんの論文を書いているので、皆さんご存じだろと思うんです。大阪が誇る、保健分野から出られた、老人保健問題の草分けの方です。

二番目は馬場さん。民生部の老人医療係長です。民生畑ですけれども、我々に関係の深い方ですから、公衆衛生関係者の多くは知っている方でございますけれども、大阪の老人医療無料化は、いろいろな問題がございますけれども、内容において最も進んだレベルのものを現在保持して、大阪の老人は医療につきましては恵まれた状態にございます。事実上その元締をやっている方でございます。馬場さんは、医療費の無料化だけでなく、老人医療費の無料化に責任を持つ立場からいっても、保健、老人の健康管理という問題をやらないと、老人医療費の無料化制度自身がつぶれそうだとことを常に心配している方という立場から、これまでも積極的に保健、予防関係者に話かけてこられたということでございます。そういう立場から、今日はお話を承りたいと存じます。

次が堺市立病院副院長の渡辺先生でございます。渡辺先生は内科、老人の臨床につきましましてはもちろん専門家でございますが、大阪府に勤務医師部会というのがございます。そこでいろいろな研究チームを組織しておりますが、老人医療のプロジェクトチームの責任者として、ずいぶん前から大阪府下の勤務医の医師会の中で老人医療問題に関心のある人をまとめられまして、専門医療と地域医療をいかにして結びつけるかという問題について取り組んでおられる方でございます。そういう立場から今日はお話を承りたいと思います。

浅野先生は大阪府の松原保健所長さんで、皆さんご存じの方でございます。大阪府も大阪市の方もいらっしゃると思うんですけれども、これまで言ったような経過は、行政のレベルにおいては大阪府下および大阪市をとりましても、必ずしも老人保健問題を衛生部局の立場からはっきり主要なテーマとして取り上げているわけではございません。現在保健所がおかれているいろんな状況、衛生行政がおかれている困難な事情の中で、たくさんの課題はすでに背負いきれないくらいございますから、新しい、ものすごく大きな問題をそう軽々しく導入することができないという事情もあるんでしょうけれども、まだ保健所では正規業務として老人保健問題が取り上げられているわけではございません。

その中で、いくつかの保健所等では、先行的と申しますか、研究的と言いますか、地域の事情を考えて、あるいは将来のことを考えると、老人保健問題は保健所の現在の状況の中でも取り上げる必要があるんだというふうなことで努力していらっしゃる方がございます。あるいは個人の努力かも知れませんが、そういう人もございます。磯先生なんかもそういうことをやられたわけですが、現在全体的には大きな活動にはなっておりませんけれども、保健所外の有志の方とか、保健所によっては老人保健問題に手を

そめていらっしやるところがございます。

その数少い保健所が府下では松原保健所ではないかと思います。松原保健所の所長として、そういう仕事について、責任と同時に、いろいろな経験を持っていらっしやる立場からお話を伺おうと思います。

石田さんは最近まで大阪市にいらっしやいまして、保健婦の元締をしていらっしやったのですから、ご紹介するまでもございせんけれども、退職後、大阪市の環境保健協会にはじめて訪問看護などのサービスを行う部門ができて、初代の課長として、むしろボランティアという立場から地域の保健活動を指導していらっしやいます。環境保健協会は環境の關係の仕事ですけれども、保健婦さんが看護を通じて地域にサービスしようという部門は、石田さんがお行きになってはじめて作られて、これから大いに発展させようと努力していらっしやる方でございます。

将来、老人問題が本当に深刻になってまいりますと、役所のいろいろなサービスはともかく、たくさんの方のボランティアの団体が地域の保健サービス、看護サービスを受け持っているかなくちゃならないだろうということも、大いに想像されるわけでありまして。何分新しい分野でありますから、非常に苦労も多かろうと思いますけれども、その中で試行錯誤を繰り返しながら、そういう分野の開拓をしていらっしやる。そういうことに共鳴した現役の保健婦さんの先輩の方も、石田さんなんかの活動にたくさん参加されて、そういう活動をとげようというふうなこともしていらっしやる。そういう経験からいろいろなお話を伺いたいと思っております。

以上のような方をお招きしておりますのでまず最初に各講師から、20分ぐらい、老人の保健医療にたずさわってどういう問題があって、保健福祉の隘路をどうしたらいいかとい

うふうなことを、お話を承りたい。そのあと少し講師間で討議して頂いて、ご出席の皆さんからもご質問なり意見を賜わって、討議会を進めていきたいと考えますので、よろしくお願いいたします。

**磯** 今、朝倉先生からご紹介にあずかりました磯でございます。



老人ということと言われましたけれども、老人とは何才だろうか。これは非常に問題なことでした、お手元に差し上げました「老人生態学抄」の

中で、何才から老人かということを書いております。老人、老人と言うけれども、国の行政の扱いによって、それぞれ非常に年令に違いがある。一番ひどい例は定年の55才、生存者叙勲の70才、その間にバラつくわけです。

一般的に老人を見ると、貧しいとか、あわれだとか、社会的弱者であるとか、病気が多いとか、最近のように核家族化してきますとおじいちゃんやおばあちゃんは魔法使いだという考え方を子供が持ってくる。あるいは老人は異人種である、俺らは呆けたりするものかいという気持ちになりがちなので、私は老人問題を取り扱う前に、そういう弱者的なイメージを持って老人対策という場合には、いつでも強者が弱者、優者が劣者の立場に立っているものを持っているということは、正しい老人の理解ではないんだとしみじみ感じているんです。

お手元の「健康な老後」というプリントのP1を開けてもらいましたら、おわかりのように皆さん方非常におきれいですけれども、やがてこういうおじいさん、おばあさんになっていくということを、はっきり認識してもらいたい。つまり老人対策をやる場合に、同じフロアにおいてものを言っていなかったら、老人は理解してくれない。そういうことを言いたいから、まずこの写真を出したわけです。

表1 物質組成面よりみた青年と老年

|       | 青 年 | 老 年 |
|-------|-----|-----|
| 指 肪 分 | 14% | 30% |
| 固 形 分 | 25% | 17% |
| 水 分   | 61% | 53% |

表の1を見て頂きますと人間をつぶしにかけたら分け方はいろいろありますけれども、固形分というのがあるわけです。青年は25才、老年は75才ですが、この50年の間にどういふうに人間の組成が変ってくるのだろうか。昔からひねたかしわは油が多いと言いますから、ひねたら脂肪分が多くなってくるのはそのとおりでしょう。固形分は骨と筋肉ですけれども、骨の問題をちょっとお話してみたいと思います。一旦でき上った骨がそのままあるわけじゃなくて、しょっちゅうカルシウムが出たり入ったりするわけです。つくのに助長しているのが性ホルモンです。特に女性の場合は、閉経によって卵巣の機能がおちてくると非常に骨が折れやすくなる。どこの老人施設でも、たいていはトイレなんかでも鉄柵があるわけです。ああいうものを見た場合、おじいちゃん、おばあちゃんがしゃがんでトイレへ行く。西洋便所でしたら向きを変えないかん。その時に下が湿つとるからスリッパしてそこで骨を折る。手を持っていますけれどもやがて座っていくと手が高くなる。斜めにしてあったらスーッと降りられるのを、そのままにしてあるわけです。トンと落すから骨が折れることが非常に多くなってくるわけです。

確かに、鉄柵をしたことは非常にいいことだけれども、老人の気持ちになってない。老人の理解が足りない。ただ、したってるやないかという気持ちが強いと思うんです。同じことが寝たきり老人に対するギャッチベッドの問題です。老人福祉となったら国はエエカッコ

せないかんから、何か老人対策を考えるわけです。寝たきり老人にギャッチベッドを与えよう。与えるのは非常にけっこうだ。いつでも予算の問題でひっかかってきて、必ず「ただし低所得者」ということになるわけです。それを持って行くとおばあちゃんが、「うちのおじいちゃんは寝たきりやけど、9尺2間の裏長屋にベッドが入りまっかいな。私は下で寝んならん」とくるわけです。結局それは使えないで、みんな弘済院の病院にくる。

若い層が親切で考えているんだけど、本当の老人のためになってないことは、同じフロアでものを見てないという点にあるような気がいたします。

そういうことを前提におきまして、一体老人とは何ぞやという点がおわかりだと思いますが、そうは申しまして、朝倉教授が言われたように、これから非常に老人が多くなってくる。私は死んでおりますけれども、皆さん方はまだ生きておられる21世紀になりますと、大体5人に1人が65才以上の老人になることはご承知でしょう。おやじはたいてい嫁さんにみてもらって死んでいきますが、残るのは女です。老人問題は婦人問題であると考えているわけです。今40才の方がおられたら、やがて西暦2000年には60才になって、おばあさんになってくるわけです。そうなる誰かにみてもらわないかんということで、自分の問題として考えてもらいたいということです。

## 健康の概念について

話を変えまして、健康という問題について考えてみたいと思います。皆さん方は健康についてはWHOの定義、身体的、精神的、社会的に良好な状態ということをご存じと思いますが、身体的は自然科学です。精神的は人文科学です。社会的は社会科学です。したがって、自然科学、人文科学、社会科学の3つのものが一緒にならなかつたら健康でないと

いうことは、結局哲学だということだと思えます。健康を考える場合、哲学的な考え方をしていかなければならない。単に体がピンピンしているだけではいけないということです。もう少し言葉を変えて言いますと、身体的概念から心身的概念、そして生活概念になってきた。最近では生態学的な認識が必要であるというふうに考えなきゃならん。ところが、たいていの医学にたずさわっている者は、単に医学的な問題だけしか考えておりませんけれども、そうではないのであって、生態学的な考え方をしていかなければならない。

毎日が健康な生活であれば、長寿につながるはずなんですけれども、実際は長命にはなるけれども、長寿にはならない。健康を哲学的な意味から考えていって、そういう生活を毎日おくっていった場合には、長寿につながるなきゃならないんですけれども、そうはいかないのであって、今の医学、あるいは今の科学の状況では、長命にはなるけれども長寿にはならない。昔のような喜寿のお祝いとか米寿のお祝いとかはなくなっちゃって、「まだあのおじいさん生きとんのか。ええ加減に死にやがったらええな」となってくるわけです。科学は、長命はあるけれども長寿はまだまだなっていない。そのへんに哲学的な考察ができるであろうという気がいたします。

## 老化の個人差

身体的、精神的、社会的と申しましたけれども、身体的には当然弱ってくるわけです。いかに病気が多くなってくるかということとはあとで申しますが、私たちは毎日年をとっていつているわけです。ということは老化を重ねていつているわけです。しかし老化の仕方の上手、下手によって非常に違ってくるのであって、こういう統計があるわけです。

戸籍の年令が25才の場合、生理的年令は23才から27才まで、戸籍の年令が35才の場合に

31才から39才まで、45才の場合に39才から51才まで、55才の人は48才から62才、65才の人は57才から73才までというふうに、戸籍の年令はこうであっても生理的年令は開いてくる。

表2 あなたは何才でしょうか

| 戸籍年令 | 生理的年令  | その差 |
|------|--------|-----|
| 25才  | 23～27才 | 4才  |
| 35   | 31～39  | 8   |
| 45   | 39～51  | 12  |
| 55   | 48～62  | 14  |
| 65   | 57～73  | 16  |

ここに上手な老化の仕方が当然考えられる。みんな若くありたいわけですが、そうはいかんわけです。そのへんの開発が、先ほど申しました長寿という問題になってくるであろうと思います。

こういう違いはありますけれども、当然私たちは老化してくるわけです。老化の原因はまだよくわかりませんが、最近問題になっているのに胸腺があります。胸腺は無用の長物みたいな形で、わけがわからなかったんですが、最近これが非常に免疫、老化と関係があるということで、胸腺は生物時計であるとする言われているわけです。胸腺からはTリンパ球が出るわけです。骨髓から作られるのがBリンパ球。Tリンパ球が免疫、老化に対して大きな働きを持っていると言われてきたわけです。

私と朝倉教授が違うということは皆さん見られたらわかりますね。同じように、Tリンパ球は、自己が非自己かということを認識する力を持っているわけです。私が火傷をした場合、朝倉先生の皮膚をもらって移植してもつかない。私のどこかの皮膚を持っていったらつくということは、Tリンパ球が、これは朝倉氏のものである。これは磯のもの、と認識する力を持っているわけで、他人のものを排除するという状態です。

外部からいろんな毒物が入ってきた場合に

これが働いて抗体を作っていく。あるいはBリンパ球を動員して戦争をやらかして化膿を起していくということで、Tリンパ球が非常に大きな働きをすることがわかってきた。

ところが悲しいことには、私たちの体のなかで一番腺線が大きい時は、小学校に上ったころです。その時にはTリンパ球があちこちにバラまかれとるわけです。どんどん消費していきまると当然減ってくるわけです。そうなりますと、監視員のいないビルディングと一緒に、いくらでも入ってこれるということで、どんどんいろんな病気が入ってくる。当然抗体がうまくいかないということで、いろんな病気が起ってくる。そういうことと関連しまして癌免疫の問題がそこに出てくるわけです。そういうことが最近わかってきた。

そういうことで、当然老化していけば病気が多くなってくるということがわかると思います。いかに多くなってくるかということは70才の人間を見た場合、25才の5倍の有病率を持っていると考えられるわけです。疾病だけじゃなくて、疾病があれば経済的な問題とか、いろいろ起ってくるわけです。

## 第 6 の 医 学

そういう中において、医学を考えてみた場合、医学には5本の柱があるのです。健康増進医学、予防医学、診断治療医学、社会復帰医学、難病医学があるわけです。病気が多くなってきた場合は、全部診断治療医学にゆだねておるわけです。今、たくさん医者はいますけれども、ほとんど診断治療医学、つまり治しの医学をやっているわけです。これ以外は採算に合わない、ほかのものは全部不採算である。保健所で何がしかの予防医学をやっているわけです。あるいは健康増進医学を多少やっているかも知れませんが、ほとんどが診断治療医学である。

しかし、例えば目が悪くて眼科医さんへ行

っていった。不幸にして失明したとした場合に、お医者さんは「明日から来んでもよろしい」と言うわけです。その人にとってはそれからのちがたいへんなので、点字も覚えなきゃならんし、職業の問題も考えなきゃならん。そういう社会復帰の問題は、医者はみて下さないわけです。

あるいは足がアンブタチュアやったとしても、せいぜい義足はつけるとしても、あとのリハビリテーションはもうからないからやらないということで、ほったらかしになる。そういう場合はいつでも医者は非常に勝手にして、「それは福祉の分野である」「それは教育の分野である」としてきたわけです。早い話が重症心身障害者なんかそうですね。すべて福祉、あるいは教育に任せてきたわけです。

しかし、そういう中において、治る可能性があることが最近わかってきたわけです。そういう方向へだんだん医学は入りつつある。そこで福祉と医療の接点が出てくるわけです。病気になってからでは遅いのであって、健康増進、あるいは予防をするということがまず先決問題で、それが全然抜けてしまっておる。もっぱら診断治療医学にばかりかかっている。難病医学に至ってはほとんど研究されていない。そのへんに問題があるわけです。

私はそのほかにもう一つ、医学の5本の柱につけ加えまして、死にゆく医学というものを考えております。今の診断治療医学は、人間の死を否定してかかっている。すべて治す方向にかかっているわけです。けれども私たちはいつかは死んでいかなくちゃならない。その場合も生の方へ持っていったら、非常に患者は苦しむ、そして医療費は非常に高額になってくるわけです。

今、大阪市内の国民健康保険の65才以上の医療と64才までの医療とを比べてみますと、大体4倍違います。それだけ老人医療が高くなっていくわけです。その中には死にゆく医学が入ってくるからです。私のおりました弘

済院病院でも、死ぬ月の医療費が大体40万円かかっています。死にゆく人間に対してCCU、ICUという高度のものを持っていくことが本当に妥当かどうか。多少延ばすことはできるかも知れません。それはあるいはかえって患者を苦しめることになるかも知れません。まして、脳の働きが精神生活をささえなくなってきた場合に、どこまで生かしていくのかということが、安楽死の問題も含めて、これから大きな問題になってくるであろうと思います。

又、大阪府下の患者の死亡の実態を見ますと、在宅で死ぬのが50%、病院で死ぬのが50%です。老人はみんな家で死にたいというわけです。死ぬ時にどんな格好で死なしてやるかもまた問題になってきます。病院の中で、看護婦、医師、全然関係のない他人が機械をどんどん使っていくという形と、あるいは介護を十分して、「おじいちゃん、安心して死にや。おじいちゃんが死んだあとはわしら墓を守っていくよ」と言って、みんなに守られて死んでいくのとどちらがいいか、という問題もあるわけです。そこにはまた福祉というものが入ってくるわけです。人間というものは、科学だけでは律しられない面が大分あるような気がいたします。

## 医療費面からみた老人医療

そんなことで、多少医療と福祉の接点がおわかりだと思いますが、これを金のほうから申し上げますと、わが国の総医療費は52年度において大体9兆8,000億円使われるわけです。しかも医療費の伸びは毎年20%ずつ伸びているわけです。ヨーロッパは年に15%、アメリカが13%、日本は毎年20%伸びていっています。それに比べて国民所得の伸びは、ヨーロッパでは7~8%、日本では15%足らずですから当然ギャップがあるわけです。いつかは医療費の問題で破綻してくる。どこでカットする

かという、若い者をカットするのは非常に可哀想だ。そうなれば老人をカットせなしようがないということで、老人の死に方が問題になってくると思います。

NHKのテレビで、ロンドンの聖クリストファー病院のホスピスというのを、あるいはご覧になった方もあるかも知れませんけれども、あそこでは積極的に医療を加えないで癌患者は早くから麻薬中毒にになってしまうわけです。そして死んでいく。そこが非常にはやって、いっぱい人が待っているという話を聞きました。そういう死なせ方もあるわけです。英国の保健医官のケネス・ピカールは、80才を過ぎて死に瀕している人間に対しては積極的な医療を加えないということも、はっきりと出しております。

医療費が非常にかさんで、どこかでカットしていかなきゃならないということになってきますと、これからの医療の方向は大分変えていかなきゃならない。これからの問題としては、医療レベルから福祉レベルに持っていかなきゃならない。例えば老人の病院が今満員になっている。大阪府下の老人の病院のベッド占有率は25%、北欧では大体50%です。だんだんとベッドの数はなくなっていく。そうすると若い層からつき上げが上ってくる。老人を入れる病院を造らなあかんようになってくる。ということは老人病院となってくるわけです。

医師会あたりもしょっちゅう老人病院等の問題が起ってきます。あるいは老人専門病院ということが出てきますけれども、これまた非常に問題なんです。一番いい例は、老人病院を造っても、日本では医者、看護婦がいけないということです。特別養護老人ホームというのがありまして、寝たきりである老人を収容しますが、大体入って3年すれば死にます。3年間、死へ歩み続けていっているわけです。それを私たちは見守っていくわけですが、当然そこには医療が入ってくるわ



けです。特別養護老人ホームをナースィングホーム化していこう、医療をもっと入れていこうという方向にヨーロッパはいつているわけですけれども、日本では、病院といえば急性も慢性も全部入っているわけです。急性と慢性の患者がゴチャゴチャに入っているのは日本だけでして、慢性病院だけにするということは、日本の現状ではできないわけです。それを慢性病院に近いナースィングホームという形にしていかなきゃならないだろうと思います。

病院が足りないから、医療をもっと専門的にやって、死にゆく人に対しては、そこで死んでもらうために特別養護老人ホームをナースィングホーム化して、もっと医療をよくしてそこへ行ってもらうという形が出るわけです。

もう一つの問題は、特別養護老人ホームを造って入れるということは、人権の蹂躪じゃないかということで、やっぱり施設よりは居宅にしたほうがよろしいということで、居宅サービスが起っているわけです。老人は家で死にたがっているわけですから、居宅においてできるだけ医療をしてあげて、しかも介護も濃厚にしてあげて死んでいってもらったらいいいじゃないかということです。それがホームヘルパー、あるいは医療ヘルパー、訪問看護婦というような形、あるいは給食の給与あるいはリハビリテーションのチームでいこうとかいうことが起ってくるわけです。

## 今後の老人医療のあり方

老人に対する福祉と医療の問題は、ともに歩みながら、在宅の方向に持っていかなかったら駄目だろうというふうな感じがいたします。そういうふうにしたほうが、費用も安つく。

例えば今、大阪府下で特別養護老人ホームを造りましたら、一床当たり大体 700万円かか

ります。そこに働く寮母さん、職員の費用とか全部含めて1カ月に12万円かかります。せいぜい 100床か 200床ぐらいしかできませんから、それだけの人は幸福かも知れませんが、ほかの人はそうではない。

いかに老人がこれから多くなってくるかということですが、西暦2000年には老人の人口が1900万人になると推測されとるわけです。寝たきり老人は、わが国は対象人口の4%~5%、ヨーロッパでは2%ぐらい、日本は寝たきり老人に医者がし、看護婦がしていますから、よそから比べて非常に多い。すると100万人足らずのベッドを造らなきゃならない。ところが特別養護老人ホームは全国でいくらあるかといいますと、昭和52年10月現在で4万3,000床であるということで、特養も期待できません。できるだけ在宅でみていかなきゃならない。

そういうしりを、今石田さんがやっておられるわけですが、これからそういう方向にむかっていくであろう。したがって保健所の使命は、もう結核の時代は終りまして、これからはどこにまわっていくか。障害者の問題、老人の問題にこれからいくであろう。福祉的な問題としましては、老人に対する年金の問題、住宅の問題がこれからの大きな柱になっていくだろうと思います。

概論だけ述べまして終ります。

**朝倉** それでは、馬場さん、お願いいたします。

**馬場** 今、磯先生からご説明頂きまして、行政の立場も、医者としての立場もいろいろ



言われまして、私から何も言う余地がないような状態なんですけれども、私は私なりに行政の立場から、いろいろ発言させて頂きたいと思います。

特に皆さん方、衛生関係のお仕事にたずさわっておられる人で、こういう機会に老人の

PRをさせて頂くのは最も喜ばしいことでありまして、どんどんやって頂きたいわけなんです。いろんな機会をもうけても、どうしても民生の方々に片寄りがちです。保健と福祉というようなテーマでありますと、どうしても衛生関係、民生関係の連携が大事なんですけども、ご承知のとおり衛生と民生とはどうもじっくりいかないという現実の問題がありまして、それをいかにして打破していくかというところに私どもの苦しさがあるわけです。ズバリ申しまして、衛生行政は権限を持っているわけです。私ども福祉行政は全く裸同然でありどこからでも攻められる。最終は民生にいつも難しい問題は帰ってくる、それだけにやりがいのある分野でもあります。

## 寝たきり老人と独居老人

私ども大阪府で重点的に取り組んでおりますのは、寝たきり老人、一人暮らし老人、特に寝たきり老人にほとんどの施策が集約できるのではないかと思います。寝たきり老人の数でございまして、65才以上で1年以上臥床の寝たきり老人という形でしか把握しておりません。大阪市を除きましたら、府下で7,900人おります。75才以上がそのうち60%を占める。老齢後期の方がほとんどであるというのが実態であります。それ以外に1年未満臥床の方が相当おられると思います。

65才以上で1年以上臥床の方の中で、文字どおり寝たきりという方が約30%ぐらいおられます。私どもの施策はほとんどそれに焦点を合せてやっていく必要があるんじゃないかと思うわけです。

又、一人暮らし老人は、大阪府下で申しますと約1万人ぐらいおられます。そういう人たちに対して、保健と福祉をどうように連結させて進めていくかということが今一番問題であり、また今後解決しなきゃならん課題であろうかと思います。保健と福祉の接点

前々から重要視されながら、依然としてなかなか見つけ難い。この問題が大きくクローズアップされてまいりましたのは、特に老人問題がきっかけなんでございますけれども、老人医療の公費負担制度をやる中で、老人の場合には医療面だけで接近したのでは不十分で、解決し難い問題が多い。例えば生活指導の面、あるいは栄養指導の面、環境指導、さらには生きがい対策まで老人問題はかかってくる。したがって前進的なアプローチが必要になってくる。

## 医療資源とコストの問題

先月の26日に、厚生省で老人問題懇談会の意見書が出ておりますけれども、保健から健康診査、保健予防、治療、リハビリのトータルケアが必要だと強調されております。ところが、現実にはトータルケアをすべき分野において、厚生省の予算を見ましても、ほとんどが老人医療費で占められる。参考までに、51年度の老人保健医療対策予算を見ましても、1,798億の予算に対して老人医療費の支給事業費が1,790億円、99.5%まで老人医療費です。あとの、保健、指導あるいはリハビリはなきに等しいという現状でございまして。治療に偏するような医療体制を改めていくということが、まず1点でございます。

医療資源が徐々に整備されておりますけれども、どうしても限られたものになる。その限られた医療資源を、どのようにして国民に等しく配分していくかという問題をかかえておるわけでございます。その中で、これから早晚高齢化社会がやってくる。今、65才以上の人口が8%をちょっとこえておりますが昭和75年には14%に達する見込みであり、14.3%がヨーロッパの水準でございましてから日本の高齢化社会への突入がいかに急激にくるかという難しい問題をかかえております。

さらにコストの問題がございまして。老人1

人を病院にかかえますと、400万、500万というふうな経費がかかる。これは総経費でございまして、老人自身がかかる医療費はそのうち何%かわかりませんが、又特別養護老人ホームに入所しても、例えば府立の特別養護老人ホームを1カ所造りますと、約15億ほどかかります。定員100人ぐらいが限度でございますから、1人当たり約1,500万円程かかるわけです。

さらに年間の維持費、これは主として生活費ですけれども、約170万円前後。そうすると1人入れるのに1,500万円プラス170万円、約1,700万円の経費をかけて、特別養護老人ホームに入れていくことになります。

病院の入院患者約1万4,000人、特別養護老人ホーム、養護老人ホームに入っておられる人が現在約4,000人。現在65才以上で約55万人おりますので約3.3%ぐらい、近い将来相当整備をしても、10%までいくはずはありません。せいぜい5%ぐらいです。どんどん母数が上るんですから、入れる数が多少増えたってあまり率としては上らない。

そのほかはすべて在宅でおられるという結果になるわけでございます。私ども、行政にたずさわっておりまして一番矛盾を感じるのは病院とか特別養護老人ホームに入る人は、一見幸せな感じを受けるわけでございますけれども、入る時には、老人の立場から見ますと非常に不幸せな人です。特に老人ホームに入られる人なんかは、あきらめの境地で入られる。決して楽しいところじゃない。例えば、はじめて幼稚園に入る子供は、社会生活に馴染んでないから、非常に恐怖心を感じるわけです。老人の場合も、60年、70年生きられて、ほとんど意志としても固まって、頑固だともよく言われます。そういう人が、ある日突然、見も知らぬ人と共同生活をしなきゃいけない。これほど不自然な状態はないわけです。そういうところですら限界があり、入るにしても老人自身の福祉という観点からすると考えて

いかなきゃならんという問題がある。そういうところに在宅福祉の重要性がある。

コスト計算をしたり、医療資源の有限論とか議論をされて、結果的には在宅福祉を重要視していくという発想からではなしに、むしろ老人の福祉、老人の幸せという観点から考えていって、在宅福祉だという結論になるわけでございます。私どもさかんに強調していますのは、皆さんの、老人は甘やかすものじゃないとか、老人に金をかけるものじゃないとかのご意見、ご批判があるわけなんです。が老人福祉は老人の幸福にまず着目して、そこから老人の福祉をどう進めていくか。その場合に、ほかの人の福祉も当然関連するわけなんですけれども、そういう観点から老人福祉を進めているわけでございます。

## 医療を福祉の中へ

これからの行政を進めて行く中で、保健と福祉の接点をどうするかという本論に入るわけですけれども、2つの方向から接近できるんじゃないか。例えば今いろいろな行政をしております。老人病床の整備をしている。あるいは特別養護老人ホームの施設整備、その中での医療サービスの強化、さらに在宅サービスとして家庭奉仕員派遣事業の充実、一部実施しております訪問看護サービス事業の充実という、病院、施設、在宅、それぞれの中で医療と保健の接点の問題が出てきます。

老人ベッドにしましても、老人医療の制度発足以降、主として公的病院を中心に整備を進めているわけでございます。その中で、特別養護老人ホームがないから、とりあえず病院に入っておこうとか、あるいは在宅の介護が十分できないから病院に入っておこうとかいう事情で入る人もかなりあり、医学的には退院をしてもいいという患者でも、いざ帰る時には家で家族からいじめられるとか、いづらとか、あるいは家がないとかいう都合で

入院を継続するという人もかなりおるわけでございます。私どもの調査では、国公立病院だけに限定いたしまして、入院患者の約15%ぐらいはおられるものと考えております。人数にして600人ぐらいなんですけれども、その人たちは、場合によっては帰る家、帰る家があれば特別養護老人ホームに移送させてもよいという患者です。

又、医師、看護婦の医療サービスはあまり濃厚なものでなくていい、例えば慢性疾患の患者で、病棟婦の役割の面での介護、特に失禁患者に当てはまるわけなんですけれども、そういう方々の配置がぜひ必要だとよく言われております。ところが今の診療報酬ではそれが考慮されておらないという矛盾がございます。そういう面での保健と福祉の接点の問題、さらには特別養護老人ホームにいたしましても、これまでは収容施設である。収容施設という言葉自体もおかしいんですけれども、収容というと刑務所のような感じを受けるので、入所と表現を変える必要がある。

厚生省の通知で申しましたら、寝たきり老人で病人でない方を入れるんだということになっておりますけれども、実際に入る人はほとんどが病人である。寝たきり老人で病人でない人は、本来いることがおかしいのであって、寝たきり老人であればまず病人であると考えてもいいのじゃないか。そういう人たちがほとんどを占める。

その中で、今までは医療サービスがほとんどできておらない。特別養護老人ホームを見ておられたらわかりますけれども、静養室を特別に設けております。ご臨終に近い人を移し変える部屋にも使われる場合がございますが、医療から見離されるという問題が出てくるわけです。

私ども、特別養護老人ホームの整備をするに当っては、どうしても医療と密接不離な性格のものであるということで、今、大阪府下の特別養護老人ホームには、保健医療機関の

指定を受けて、できるだけ常勤医師の確保しやすいように、あるいは嘱託医でも診療日を週に4日以上だとか、特養ホームの中で環境をよくして医師を迎え入れる。医師を迎え入れるための費用の捻出をして頂くという意味で、医療機関の指定を受けて頂くように、かなり強力に指導しております。これは厚生省の指導とは異なるもので、常々しかられておるわけなんですけれども、現場から見ると、どうしてもそういうふうな条件整備が必要なんだと考えております。

## 訪問看護サービス

又、医療ヘルパー派遣事業というのを大阪では一部やっております。家庭奉仕員事業につきましても、寝たきり老人の身の回りの世話という形で、大阪府下では160人ほどおります。㊦ぐらいは市町村の常勤職員、あとの㊦ぐらいは社協の常勤職員、残りは市の非常勤職員あるいは社協の非常勤職員というふうな分類になっております。

その人たちの介護サービスでも、主として掃除、洗濯、買物、あるいは通院の介助というふうなサービスにとどまっておったわけでございます。ところが寝たきり老人の実態を見ますと、池田市の例で申しますと、文字どおり寝たきりになりますと大体3カ月か4カ月ぐらいで亡くなっておられます。非常に寿命が短いというのが事実でございます。こういった方々に対し医師なり看護婦なりが必要であればその人たちに、派遣していくということが必要かと思えます。

これまでは、資格のない家庭奉仕員を派遣しまして、寝たきり老人のまわりだけのサービスをして、身体そのものには一切タッチ出来ないというのが普通でありましたが、これからは、身体そのものに看護などのサービスを行ない、身のまわりはできるだけボランティアだとか、場合によっては民生委員の方々

だとか、隣近所の方という人たちにやって頂くという方向を考えていく。そこで訪問看護サービスが大きくクローズアップされてきているわけです。

厚生省の53年度の予算要求についても、公衆衛生局で保健センター構想をもとに、予算要求をされております。また、保健所サイドじゃなしに、市町村保健婦、国民健康保険の保健婦も合せて、保健センターを活動の拠点にしまして、そこから、老人、乳児、あるいは母子というふうな対象について看護指導、療養指導をやっていくんだというふうな予算要求をされておりますが、保健婦の確保問題、保健所との機能分担、あるいは施設面で新たに設けていくのかどうか、実施に当ってはいろいろ難しい問題があるようです。私ども、そういう結果は待っておれませんので、来年度から訪問看護事業を本格的にやろうじゃないかということで、今準備を進めているわけでございます。

## 施策相互の連携を

各制度ごとでの福祉と医療の接点という問題もあるわけなんですけれどもさらに病院と特養との連携、あるいは病院と在宅との連携、特養ホームと在宅との連携というところにもかなり重要な問題が出てきます。特別養護老人ホームにかなりまで医療サービスをしますと、病院でかかえなくていい15%ぐらいの患者にこういうところに入ってもらって、慢性病棟的な機能であればこのへんで何とか対応できるのじゃないか。従って空いたベッドは一般の人のために使っていく。あるいは老人で入院治療しなけりゃならんという人を優先的に入れていく。そういう交通整理の問題があります。

特別養護老人ホームは一度入ったら二度とは出ない、療養型の老人ホームでございますけれども、家族の介護ができるような状態に

なれば家庭にもどってもらう。急に返されても家族としても困る面もございますが、行政としては老人の自立促進のための補足的な援護をしていく。例えば、家庭奉仕員のサービスだとか、訪問看護のサービス、場合によっては給食サービスなど。老人ホームを地域に開放するという考え方がございまして、寝たきり老人に対する入浴サービスだとか、給食サービスだとか、あるいは通院でリハビリをするとか、老人の体操をするとかの施設として開放していく。そのための必要な事業については補助金をつけていくという考え方が厚生省でも進められ、大阪府でも独自に検討しているわけでございます。

それぞれの施策相互の連携プレーを持つことによって措置すべきところで措置していく。そして、できるだけ家庭の中で援護をしていくという考え方を持とうじゃないか。そのために現在取り組んでおりますのは、入院患者の実態、特養ホームでの入所者の実態、在宅サービス、特に寝たきり老人を中心とした実態を踏まえて、施策相互間の連携プレー、まさに保健と福祉の接点でございますけれども、そういうもののシステム化をはかる。

医療圏は大阪府下で7ブロックに分れておりますけれども、7ブロック単位ごとに病院に入る場合、特養に入る場合というふうな整理をする。今後市町村にお願いしまして、そういう方向で施策を進めていくという考えを持っております。現実にそのシステム化調査を進めておりまして、皆さん方もいろいろなご意見がございましたらお教え頂きます、よりよいもので、しかもただちに着手したいと考えております。これによってすべてが一挙に解決することはできませんけれども、本邦初公開になると思います。難しい問題でも一步一步着実に打開をしていくということからはじめたいと思うわけです。

のちほどいろいろなお質問があったらお答えいたします。以上で終わります。

**朝倉** 行政では、衛生よりも一歩前にいろんなことをやっていらっしゃる。民生の側から現在の老人対策を、将来の構想も含めてお話を頂きました。

**渡辺** 先生には実際の医療にたずさわっている立場から、同時に大阪府として医師会等でどう考えておるのかということも含めて、お話を承りたいと思います。

**渡辺** 私は市民病院に勤務いたしております一内科医でございます、老人保健とか医療については素人でございますから、その点予めおことわり申し上げます。  
先ほど来、磯先生、あるいは馬場係長からお話がありましたように、将来はナーシングホームとか、医療と保健の連携プレーが十分いけば、私の申し上げるような問題は起らないと思うんですが、現状におきましては病院は急性、慢性、小児科、婦人科、老人と雑多に入っております。そういう病院におきましては、老人が長く入院しておって、ベッドが足りないとか、看護とか介護の問題等の負担が病院を圧迫しておることから、老人ケアを、大阪府医師会の勤務医部会で、ここにおいで朝倉先生、磯先生方のご指導のもとに、一応調べてみようじゃないかということになりまして、入院患者の実態調査をいたしました。その点についてお話し上げたいと思います。



## 老人のかかりやすい病気

昨年の10月1日から、同日の入院中も含めて、今年の2月28日までの5カ月間、満65才以上の老人入院患者について調査いたしました。対象病院は大学を含む国公私立の26病院でございます。ベッド数は300床程度で、大、中病院ということになっております。統計は、一般病院と老人病院と言いますか、大阪市立

弘済院付属病院、府立中宮病院精神科とは別個に集計いたしました。

まず65才以上の老人入院患者の比率を見ますと対象病院全科で25%、対象科では30%、内科は36%、外科、整形外科23%で、内科系疾患が多いようです。

**表1 65才以上の老人入院患者比率**

(昭和51.10.1現在 老人、精神病院を除く)

|                |       | 48年度<br>厚生省調 | 49年度大阪<br>府医師会調 |
|----------------|-------|--------------|-----------------|
| 対象病院全科         | 24.5% | 22.8%        | 14.9%           |
| 調査対象科          | 29.5  |              |                 |
| 調査対象内科         | 36.2  |              | 23.8            |
| 調査対象外科<br>整形外科 | 23.2  |              | 14.6            |

年令、性別をみますと表2の一般病院では男52%、女48%と大差なく、表3の弘済院では女58%特に70才以上から女のほうが多く、80才以上では極めて多くなっております。

70才代が一番多いわけでした52%、弘済院のほうで53%です。精神病院は60才代が多くなっております。

疾病分類ですが、主傷病だけ国際分類によって分けますと、循環器が一番多くて27%、

**表2 患者の年令・性別**

|          | 男               | 女               | 計               |
|----------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 満65才～69才 | 485             | 459             | 944<br>(35.7)   |
| 満70才～79才 | 727             | 653             | 1,380<br>(52.3) |
| 満80才以上   | 155             | 161             | 316<br>(12.0)   |
| 計        | 1,367<br>(51.8) | 1,273<br>(48.2) | 2,640<br>(100%) |

**表3 患者の年令・性別**

|          | 大阪市立弘済院付属病院内科 |               |               | 府立中宮病院精神科    |              |              |
|----------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
|          | 男             | 女             | 計             | 男            | 女            | 計            |
| 満65才～69才 | 17            | 6             | 23<br>(9.4)   | 14           | 5            | 19<br>(50.0) |
| 満70才～79才 | 57            | 71            | 128<br>(52.7) | 11           | 6            | 17<br>(44.7) |
| 満80才以上   | 27            | 65            | 92<br>(37.9)  | 1            | 1            | 2<br>(5.3)   |
| 計        | 101<br>(41.6) | 142<br>(58.4) | 243<br>(100%) | 26<br>(68.4) | 12<br>(31.6) | 38<br>(100%) |

国保の統計とか衛生部の疾病構造調査等を見ても、老人は循環器が一番多く27%、次に多いのは新生物で18%、消化器系15%となっております。他の統計では、循環器、消化器になっておるわけですが今度の統計では新生物が多くなっています。これは対象病院が300床以上の病院だった加減ではないかと思っております。循環器、新生物、消化器に続いて性尿器系6.7%、神経系6%、筋骨格系58%、内分泌4.5%と大体今までの統計とよく似ております。

次に個々の病名を出してみたわけですが、悪性新生物16%で一番多くて、そのうち胃癌が5.3%、きです。(表4)

## 長びく老人の入院

入院の経路は、対象2,463人中「医療機関の紹介あり」が41.5%、「なし」はその病院に外来通院しておる患者で41.9%、地域の医療機関の紹介が相当あるということです。また、救急患者扱い7.3%、その他の扱い9.3%で

ありました。

入院待期期間は、入院総数2,133人中1週間以内が72%で割に早く入院しております。2週間以内14.2%、3週間以内5.3%、4週間以内1.5%、1カ月以上が7%もあるということは、老人がなかなか入院しにくいという面があると思います。

去年の10月1日現在における在院期間、繰越入院ですが、総数1,112人のうち、3カ月以内63%ぐらい、6カ月以上は14%、1年以内8%、1年以上入院しておるのが15%あります。そういうところから、老人が一度入院すると相当長く入っておる。弘済院では1年以上が43%、中宮病院では38人の入院者、全例が1年以上入院しておる状況です。

入院時の主治医の意見ですけれども、2,356人のうち、78%は適正入院であった。もっと早く入院させたらよかったというのが17%あるわけですし、老人がいろいろの事情から入院できなかったということがわかります。

次に調査の完了しました今年の2月28日現在で、調査対象の2,355人中まだ継続して入

表4 疾 病 分 類

| 主 傷 病     | 人 数 | %    | 註 %   | 主 傷 病     | 人 数   | %      | 註 % |
|-----------|-----|------|-------|-----------|-------|--------|-----|
| 悪 性 新 生 物 | 426 | 16.1 | 1.7   | 糖 尿 病     | 109   | 4.1    | 2.1 |
| 食 道       | 14  | 0.5  |       | 腎炎・ネフローゼ  | 29    | 1.1    | 0.4 |
| 胃         | 142 | 5.3  | (0.8) | 尿 路 感 染 症 | 20    | 0.8    |     |
| 大腸・直腸     | 42  | 1.6  |       | 貧 血 症     | 15    | 0.6    | 0.5 |
| 肝・胆のう・膵   | 54  | 2.0  |       | 慢性閉塞性肺疾患  | 54    | 2.0    | 1.5 |
| 肺         | 57  | 2.2  |       | 肺 炎       | 38    | 1.4    | 0.2 |
| 子 宮       | 20  | 0.8  | (0.1) | 結 核       | 82    | 3.1    | 2.8 |
| 乳 癌       | 13  | 0.5  | (0.1) | リ ウ マ チ   | 15    | 0.6    | 1.6 |
| そ の 他     | 84  | 3.2  |       | 関 節 炎     | 28    | 1.1    | 3.0 |
| 脳 血 管 疾 患 | 308 | 11.7 | 4.3   | 神 経 痛     | 14    | 0.5    |     |
| 心 疾 患     | 208 | 7.9  | 2.6   | 骨 折       | 107   | 4.1    | 2.0 |
| 高 血 圧 症   | 113 | 4.3  | 14.9  | 前 立 腺 肥 大 | 58    | 2.2    | 0.4 |
| 動 脈 硬 化 症 | 67  | 2.5  |       | 膠 原 病     | 6     | 0.2    |     |
| 胃・十二指腸潰瘍  | 85  | 3.2  | 2.1   | 老 人 性 痴 呆 | 8     | 0.3    |     |
| 腸 閉 塞     | 14  | 0.5  |       | そ の 他     | 662   | 25.1   |     |
| 肝・胆のう疾患   | 174 | 6.6  | 2.3   | 計         | 2,640 | 100.0% |     |

注 大阪府衛生部他疾病標造調査、65才以上、昭和48～49年

院中というのが40%、退院したのが48%、死亡が12%ということです。継続入院しておるもの 951人、引き継いで入院加療する必要があるものが81%あと19%は何らかの理由で退院をしない。先ほど馬場係長さんがおっしゃられたように、患者の20%ぐらいが5カ月の間だけですけれども残っておるということです。

次に入院した時の病名と、継続を要する病名との比較ですが、951名中、87%ぐらいが入院した時の病名が持続しておるというのは老人病は一回かかるとその病気が終生続くようなものが多いのではないかと思います。

## 老人入院患者と付添人

入院調査時の心身状況ですけれども、肢体障害が50%で最も多く、それも重症、中等症が他の、視覚、聴覚、言語障害に比べて多い。口腔障害、歯のほうですけれども咀嚼支障が

13%、発語支障が9%、歯の治療を要するものが18%。咀嚼支障は割に少ないんですけれども肢体障害が多いというのは、老人が入院しております時の介護、世話が病院では非常に負担になるということを証明しております。

また、弘済院付属病院での入院調査時の心身状況では、視覚、聴覚、言語、肢体、痴呆状態が半数以上にあって、特に肢体障害が72%、咀嚼支障が63%、発語支障が42%、歯の治療を要するもの62%と、一般病院に比べて障害が多いのがよくわかります。

入院時のA D Lであります、介助が必要とか、全部介助が必要というのが相当数ありまして、厚生省の特養の資料よりも%が多くなっております。特に歩行が40%、階段昇降が50%、用便には33%ぐらい介助を要するということが表5のとおりです。

弘済院付属病院では、一般病院に比べますとA D Lは極めて悪く階段昇降に89%介助を要することを表6は示しています。精神病院

表5 入院調査時におけるA D L (生活動作) の状況

|               |                   | 自分で<br>できる<br>% | 一部介<br>助が必<br>要 % | 全部介<br>助が必<br>要 % |
|---------------|-------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| 整 容           | 洗 面               | 65.1<br>(77.3)  | 16.9<br>(17.4)    | 18.0<br>(5.3)     |
|               | 入 浴               | 54.2            | 17.0              | 28.8              |
|               | 整 髪               | 66.7            | 14.4              | 18.9              |
| 衣 服 の 着 脱     |                   | 65.7<br>(70.1)  | 16.4<br>(22.2)    | 18.0<br>(7.7)     |
| 食 事           | はしの使用             | 78.1<br>(79.8)  | 9.7               | 12.2              |
|               | 茶碗を持つ             | 78.4<br>(79.8)  | 9.4<br>(16.1)     | 12.2<br>(4.1)     |
|               | コップで飲む            | 79.2<br>(79.8)  | 9.1               | 11.7              |
| ベッ<br>ドの<br>作 | 寝 返 り             | 75.5            | 11.5              | 13.0              |
|               | 座位になる             | 71.2            | 12.8              | 16.0              |
|               | ね た ま ま<br>身体をずらす | 75.9            | 11.4              | 12.7              |
| 歩 く           | 階段を昇降             | 52.9<br>(72.4)  | 17.4<br>(21.0)    | 29.7<br>(6.6)     |
|               | 歩 く               | 60.9<br>(72.4)  | 14.7<br>(21.0)    | 24.4<br>(6.6)     |
| 排 泄           | 糞                 | 66.6<br>(78.7)  | 14.5<br>(15.0)    | 18.9<br>(6.3)     |
|               | 尿                 | 66.8<br>(78.7)  | 14.6<br>(15.0)    | 18.6<br>(6.3)     |

注 ( ) 厚生省老人福祉課調 (特養)

表6 入院調査時におけるA D L (生活動作) の状況

|               |                   | 自分で<br>できる<br>% | 一部介<br>助が必<br>要 % | 全部介<br>助が必<br>要 % |
|---------------|-------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| 整 容           | 洗 面               | 32.0            | 27.2              | 40.8              |
|               | 入 浴               | 20.0            | 20.7              | 59.3              |
|               | 整 髪               | 26.2            | 27.0              | 46.8              |
| 衣 服 の 着 脱     |                   | 28.6            | 22.9              | 48.5              |
| 食 事           | はしの使用             | 56.9            | 20.5              | 22.6              |
|               | 茶碗を持つ             | 57.1            | 20.0              | 22.9              |
|               | コップで飲む            | 60.1            | 16.1              | 23.8              |
| ベッ<br>ドの<br>作 | 寝 返 り             | 44.7            | 20.3              | 35.0              |
|               | 座位になる             | 46.9            | 17.2              | 35.9              |
|               | ね た ま ま<br>身体をずらす | 43.7            | 16.7              | 39.6              |
| 歩 く           | 階段を昇降             | 11.9            | 21.0              | 67.1              |
|               | 歩 く               | 20.7            | 24.1              | 55.2              |
| 排 泄           | 糞                 | 36.2            | 17.1              | 46.7              |
|               | 尿                 | 36.2            | 17.7              | 46.1              |

注 弘済院附属病院内科



では大体一般病院と大差はありません。

次に心身状況の障害とか、A D Lが悪いということから、病院での付添人の要否を調べますと、一般病院では2,377人中、常時要が20%、一時的に要が20%と大体40%です。これに比べて弘済院付属病院では137人中、常時要は59%、一時的に要30%で大体89%が付添人を要します。精神病院では66%付添人を要する。老人医療では、病院で看護とか介護という点が非常に問題になっておりまして、保険で認められているのがありますけれども、基準看護をやっておる病院では認められないという、昔前と実情との合わないのが困っておる点だろうと思います。

## 退院はしたけれど

退院の理由は、80%は一応治療軽快しておりますが、引き続き入院する必要があったが退院したというのが8%あり、本人の希望、家族の希望、経済的理由、その他のいろいろ

表7 退院時の健康状態

|                |             |              |
|----------------|-------------|--------------|
| 1. よい          | 417(38.3%)  | (注)<br>68.1% |
| 2. 普通          | 477(43.8)   |              |
| 3. ねたり・おきたりの状態 | 141(12.9)   | 29.0         |
| 4. ねたきりの状態     | 55(5.0)     | 2.9          |
| 計              | 1,090(100%) | 100%         |

注 厚生省昭和47年度老人実態調査

な理由で退院しておるわけですが、ここにも老人医療の問題があるかと思えます。

退院時の健康状態は、表7のとおりで退院しても家庭で看護、介護の問題が残ると思います。弘済院付属病院では、寝たり起きたり、寝たきりの状態が合せて59%、6割ぐらいがそういう状態で退院されるということです。

退院後の介護は、いろいろと資料が出ておりますがよく似たようなところで、1,004人中配偶者が36%。嫁、息子、娘に50%。近親者に2.5%というような世話を受けているもの

表8 退院時におけるA D L（生活動作）の状況

|                         |             | A 自分でできる | B一部介助が必要 | C全部介助が必要 | B, Cについて退院後の見込 |       |       |
|-------------------------|-------------|----------|----------|----------|----------------|-------|-------|
|                         |             |          |          |          | 放置してよい         | リハビリ要 | 見込なし  |
| 整 容                     | 洗 面         | 86.5%    | 8.0%     | 5.5%     | 54.5%          | 20.5% | 25.0% |
|                         | 入 浴         | 76.7     | 14.7     | 8.6      | 63.2           | 14.8  | 22.0  |
|                         | 整 髪         | 85.7     | 8.1      | 6.2      | 56.7           | 18.3  | 25.0  |
| 衣 服 の 着 脱               |             | 85.3     | 8.8      | 5.9      | 52.0           | 20.3  | 27.7  |
| 食 事                     | は し の 使 用   | 92.1     | 4.2      | 3.7      | 45.7           | 22.2  | 32.1  |
|                         | 茶 碗 を 持 つ   | 92.4     | 4.3      | 3.3      | 49.4           | 21.7  | 28.9  |
|                         | コ ッ プ で 飲 む | 92.8     | 3.9      | 3.3      | 48.7           | 21.8  | 29.5  |
| ベッ<br>ドの<br>上<br>動<br>作 | 寝 返 り       | 91.5     | 4.9      | 3.6      | 40.9           | 27.3  | 31.8  |
|                         | 座 位 に な る   | 90.3     | 5.4      | 4.3      | 41.2           | 28.9  | 29.9  |
|                         | ねたまま身体をずらす  | 91.6     | 5.0      | 3.4      | 43.8           | 25.8  | 30.4  |
| 歩 く                     | 階 段 を 昇 降   | 74.1     | 16.5     | 9.4      | 53.0           | 26.0  | 21.0  |
|                         | 歩 く         | 82.3     | 10.5     | 7.2      | 47.6           | 27.6  | 24.8  |
| 排 泄                     | 糞           | 86.4     | 7.4      | 6.2      | 48.3           | 24.2  | 27.5  |
|                         | 尿           | 87.2     | 6.7      | 6.1      | 47.8           | 23.5  | 28.7  |

が多いようですけれども、近親者がいつまで世話できるか。1カ月、2カ月世話しても、あとはちょっと困るというような、持続性というものが問題だろうと思います。

退院後の生活場所は、89%が自宅または家庭へ帰りますので、老人医療はやはり家庭での在宅ケアが重要な問題だろうと思います。

退院時のADLは入院時に比べて相当よくなっておりますけれども、一部介助が必要とか、全部介助が必要というものについて、退院後ほっておいてもいいというものが半数ぐらいですが、見込みなしがもう少し残りますので、退院してもADLの低下のままで残っておるのではないかと思います。

退院後2カ月して、退院患者にアンケートを927名発送しまして71%の回答率があったわけですが、表9のとおり元気が20%、病気がちが9%、病気で治療中が68%、死亡が3

%でした。退院後も入院中の病名が継続しているのが89%です。退院時の症状より悪化したり、変らずというのが40%、往診、入院が15%。老人病は非常に困難な頑固なもので、老人医療の複雑さを示すものと思われます。

## 老人の保健と福祉の問題

現在の老人ケアをみました場合、そこにどんな問題があるかを整理し、図1のような図を模型的に描いたものです。

病院勤務医から見た在院老人の医療の需給バランスということですが、老人ケア！現在自動車のようにスムーズじゃなくて、自転車のようにスマートじゃない。子供の乗る三輪車程度のものではないかと思ったわけです。下の入院と退院が今のところスムーズにいかん、四角くて回りが悪い。前輪のホーム

図1 老人の医療的ケア体系（在院老人医療の需給バランスシステム）

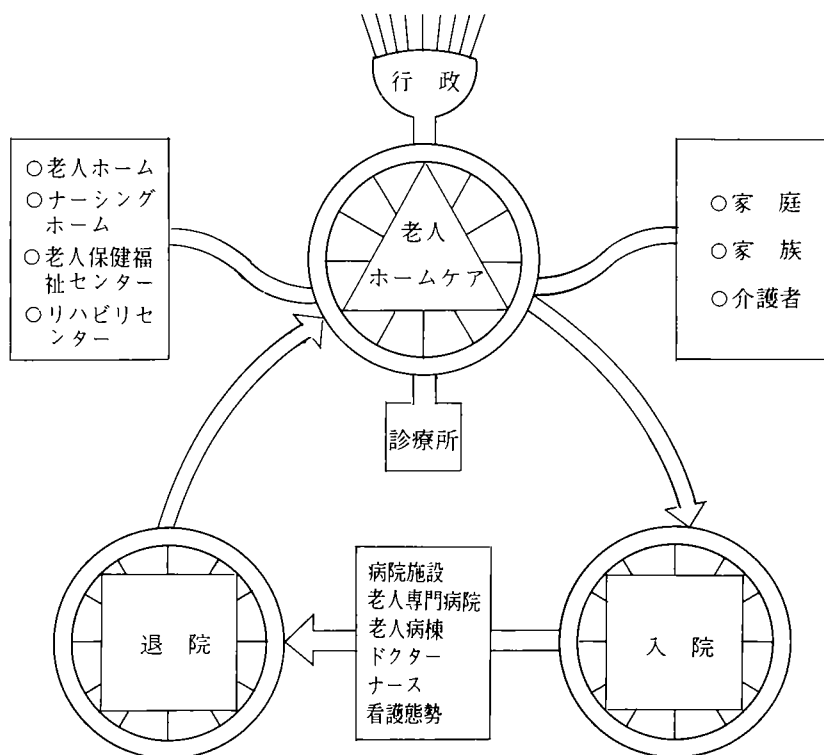


表9 退院患者追跡調査（退院2カ月後）  
現在の健康状態

| 元 気                 |                   | 132人  | 20.0% | 〔註〕  |
|---------------------|-------------------|-------|-------|------|
|                     | 現在仕事をしている         | ( 61) | (46%) |      |
|                     | 〃 していない           | ( 71) | (54%) |      |
|                     | 老人クラブなどの社会活動をしている | ( 45) | (34%) |      |
|                     | 〃 していない           | ( 87) | (66%) |      |
| 病気がちであるが医師の治療はしていない |                   | 60人   | 9.1%  | 17%  |
|                     | 医師にかかる必要はないと思う    | ( 21) | (35%) | (44) |
|                     | 医師にかかりたいがかかれない    | ( 20) | (33%) |      |
|                     | 身体が不自由            | ( 8)  | (13%) | ( 4) |
|                     | 経済的理由             | ( 2)  | ( 3%) | ( 5) |
|                     | その他の理由            | ( 10) | (17%) | (32) |
|                     | 医師以外の治療をしている      | ( 19) | (32%) | (15) |
| 病気で治療中              |                   | 447人  | 67.9% | 83%  |
|                     | 通 院               | (382) | (85%) |      |
|                     | 往 診               | ( 40) | ( 9%) |      |
|                     | 入 院               | ( 25) | ( 6%) |      |
|                     | 不 明               |       |       |      |
|                     | 現在の病名は入院中と同じ      | (398) | (89%) |      |
|                     | 〃 ちがう             | ( 49) | (11%) |      |
|                     | 退院時の症状より良くなった     | (260) | (58%) |      |
|                     | 〃 悪くなった           | ( 44) | (10%) |      |
|                     | 〃 かわらない           | (133) | (30%) |      |
|                     | 〃 不 明             | ( 10) | ( 2%) |      |
| 死 亡                 |                   | 20人   | 3.0%  |      |
| 計                   |                   | 659人  | 100%  |      |

注 総理府、昭和48年、老人問題に関する世論調査

ケアが三角でよけい回りが悪くなっている。老人のホームケアがスムーズにいくと退院もスムーズにいて、新たな患者が入院できる。左右のハンドルは、右が家庭と家族と介護者、ホームヘルパーなんかも入ると思います。

左が老人ホームとかナーシングホーム、老人福祉センター、リハビリセンターで、サドルが地域の診療所で、往診、あるいは治療をやって頂く。ヘッドライトが行政で、保健と福祉がうまく照らして三輪車を進めていただいたらいいのじゃないか。

引き続きまして、浅野先生から、現在保健所で老人保健問題はどのように扱われているのか、どういう問題があるかということについて、お話をお願いしたいと思います。

浅野 今日には保健所長という立場と、衛生行政という立場で出なければならないことになったわけですが、皆さんは私が何をしゃべるだろうということで、公衆衛生協会の会合で衛生行政、または保健所の方々が非常に多いということですから、先ほど朝倉先生からありましたごとく、保健所では老人問題があ

問題は、病院の下にギアのようなもので、老人病棟とか老人病院、病院の施設、そこへもう一つドクターの問題、ナースの問題、看護体制、基準看護とか付添人の問題などがあって、病院は在宅ケアがスムーズにいても入院、退院の輪が回りにくいかわからんということが考えられました。

朝倉 うまく動いてない状況の中で、現在の老人医療の実態をお話頂きました。それを踏まえて、将来あるべき構想について考えてみたいと思います。

まり扱われてないという中でしゃべらなければならぬわけですから、非常にづらい立場



です。松原保健所がどのような形でやってきたかと、私の個人的な考えを若干述べまして、やってみたいと思うのです。

## 古くて新しい保健と福祉

老人問題につきまして、学問的、総論的には磯先生からお話がありましたし、馬場係長からは大阪府の民生行政としての老人問題、保健と福祉の接点、大阪府の場合は民生部で老人問題を非常に進めておられる中であったわけでございます。渡辺先生からは勤務医師会でまとめられた数字が出てきたわけですが私が済みますと石田課長から訪問看護を中心にいろいろお話があるのじゃないかと思うんですけれども、されば衛生行政でどうするかということなのですが、今日のテーマ、保健と福祉の接点、保健と医療、そして福祉の接点ということになるわけですが、このことにつきましては全く新しい問題ではないわけです。二十数年前から同じことが言われているわけですがいまだにこのテーマが出てくるといことは、現在全然進んでないか、進んでも全く不十分であるから出てくるわけだと思ふのです。現在、衛生行政にしましても縦割行政の中で進められている中では、ある意味では古くして新しい問題じゃないか、いつまでも続くのじゃないか、と思うのです。

今日はその中で、テーマを老人問題でぶつけよう、老人問題を舞台にしようというわけでございますが、確かに老人問題は現代社会におきまして大きな課題であることはまちがいないと思うんです。日本の社会では非常に急速に高齢化していった。現在老人問題を抜きにしては考えられないわけでございます。老人問題をとらまえる時に3つのサイド、保

健の面、医療の面、福祉の面からとらえていくべきである。でなければ完全な解決の道にならないということは事実だと思うんです。今までの演者の先生からも話が合ったごとく総合施策は必要である。しかし現実では、保健所では離れとるのがあるじゃないか。なぜだろうかというところが問題になるわけですが、その問題について、法という立場から考えてみたいと思うんです。

確かに保健所法には、第2条の第7項に、母性および乳幼児、ならびに老人の衛生に関する事項ということがあります。保健所の業務に加えられておることはおるのですけれども、母子の問題につきましては母子保健法という衛生法規があるわけです。しかし老人保健にはない。ただ、老人福祉法の中で、第8条で、保健所は老人の福祉に関し、主として次の業務を行うものとするということで、第1項に、正しい衛生知識の普及、第2項に、健康診断と保健指導、第3項に、老人福祉施設に対し栄養改善その他の衛生に関する必要な助言を与える、という条項があります。

## 保健所と老人問題

老人福祉法ができた時の経過が問題になるわけですが、先輩の人たちから聞きますと、地方公共団体が老人福祉法の主体者になっておる中で、健康審査とか、老人福祉増進事業老人福祉施設を実施するに当たって、受け身的な立場で保健所に協力を求めたのだらうと言っている人があるわけです。半面、その当時でも、保健所はもっと法律の中で義務化すべきであるというような積極的な考え方もあったと聞いております。しかし現実の中で、その時分は保健所は忙しい、範囲が広過ぎるということであった風潮のために、現在のようないくつもの受身的な形になったんだらうと思います。このような、法体系の中の衛生行政で、特に保健所の中での現実の姿にならしめた原因が

あるのじゃないかと思うんです。

保健所ではどういうことをやられているかについては、皆さんが一番ご存じだと思うのです。保健婦さんの中には非常に長い保健所の経歴を持っていらっしゃる方がたくさんいらっしゃるわけです。現実には保健所でどんなことがやられているかといいますと、市から依頼を受けて、保健所が老人健康審査を受託する。プラス何かをやっているというぐらいだと思うんです。その他は成人病対策というとりえ方でやっているんじゃないかと思うのです。

しかしながら、日本人が背負わなければならない十字架は2つある。老人問題と公害、いわゆる環境汚染の問題です。将来を考えていった場合に、保健所はこの問題を素通りできないのじゃないか。傍観しているわけにはいけないと思うのです。暗中摸索の中で、保健所も何かやっていかなければいけないということは事実だと思うんです。難しい行政の中でも、本庁段階でも、大阪市でも大阪府でも、何かは考えておられると思うのですけれども、まだ案が出てこないということだろうと思います。

私が衛生サイドから出ざるを得なくなったのは、皆さまのお手元へ通知がまいった時、私の名前だけが二重になっていたわけですが、演者がなかなか出てこないで、私が出ざるを得なくなってしまったわけですが、衛生行政の立場が非常に難しいということです。私も、公衆衛生協会の学術部の幹事をやってありますし、朝倉先生からご紹介がありましたごとく、藤井寺保健所で老人問題を非常にやられていたという中で、松原保健所と藤井寺保健所に分れたわけですが、藤井寺でもやっておられますけれども、松原市内で老人問題が取り上げられてきたということで、他の保健所から比べますと大阪市さんでも同じようなところがあるかも知れませんが、府下の保健所では松原

が一番老人保健問題をやっておるということで出てきたわけです。

保健所運営報告の中でも、保健婦の家庭訪問数を見ますと、65才以上が、他の保健所に比べて圧倒的に多いという数字が出ております。そういうことで私が登場することになったわけでございます。今日は保健所の立場から出ているわけですが、老人についての保健上、あるいは社会医学的な問題、学問上の問題、医療上の問題は、磯先生、渡辺先生、馬場係長からいろいろお話があったわけですが、現実には松原保健所ではどのような形で取り上げて、どのようにアプローチしているかということをお話申し上げたいと思うわけですが、私どものやり方がよいとか、正しいというわけではありませんし、皆さまにもこういうことをしなさいと言っているのではないわけです。むしろ、そういうことを申し述べさせて頂きまして、ご批判をあおぎたい、またご意見を頂きたいというのが私の本心であります。

## 松原保健所でのとり組み

私どもの保健所が老人保健をやっておるという中で、新しい職員が異動で私どもの保健所にきますと、まずはじめに驚くのは、地域組織、または各機関との接触が非常に多いということでございます。福祉事務所はもちろんのこと、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブのような、福祉サイドの方々との接触が非常に多いということでございます。松原保健所は2年半ほど前に建てられて、まだ間がないわけですが、署名にまで及ぶ熱烈な要望によって建てられたわけですが、地域組織とか、職能組織との接触はしやすかったわけですが、藤井寺保健所からの経過もありますし、老人問題が地域として取り上げられていったということで

松原保健所はどういうようなことを2年半の間にやったかを羅列してみたいと思うのです。時間がございませんので縷々説明できませんけれども、羅列だけやってみたいと思います。社会福祉協議会の呼びかけに応じまして協力してやったもの。一番目に、社協が主催してやったものにつきまして、保健所が協力したことから、例えば高年者保健教室、寝たきり老人介護者看護教室、看護とかりハビリの問題をやったわけです。三番目に、ホームヘルパーの老人看護および老人保健の勉強会。寝たきり老人の給食サービス。大きな二番目に、老人クラブからの呼びかけに対して応じたもの。連合老人会への保健教育、地区老人クラブへの保健教育、結核の集団検診。福祉事務所との連携でやったことは、ケースワーカーと保健婦との事例検討会、老人大学への講師の派遣。社協、保健所、福祉事務所医師会らと合同事業ということで、訪問看護の問題を試験的にやったわけであります。

老人問題を地域として取り上げていく場合保健と福祉だけ強調しただけでは駄目だと思うのです。保健と医療と、同じように使われている場合もありますが、ここであえて医療という言葉を使うわけでございますが、医療との接点が大切です。松原保健所では、開設当初より地域医療という概念で、成人病患者の管理ということ、医師会と保健所が共催で運営しておるわけです。その中で医療との接点の問題になりますと、この打ち合わせ会の中でディスカッションしていくという形で医療との接点を求めてきました。医療というより治療ということで考えて頂いたらけっこうです。

## 多面的な老人問題

高年者の問題は、保健と医療からのアプローチだけではなく、福祉だけでもそうですが、家庭的な面、社会的な面からもな

がめていく必要があるのじゃないかと思うのです。老人は、病気と貧困と孤独とのたたかいだと言われておるわけでありましたが、老人をかかえておる中で、複雑な家庭事情がある場合があるわけです。地域での事情もあります。家族制度が崩壊していく中で扶養義務者の扶養意識が減退しておりますし時代のめまぐるしい移り変わりの中で老人層と若年者層との、考え方の基本的な相違があると思うのです。さらに、高齢化にともなって老人の性格的な特徴が出てくる。精神衛生上の問題、金銭上の問題、非常に複雑な問題が出てきます。地域の社会でも連帯意識が失われていく中で、いろいろな問題が出てくると思うのです。その中で老人が孤独とかさびしさの中に追いやられてしまう。そういう背景も考えていく必要があるのじゃないかと思うのです。

先ほど朝倉先生が、今日のスピーカーの方は老人の権威者とおっしゃったわけですが、例外がありまして、ぼくは老人の権威者でないと思うのです。ただ、私はこの5月と8月に、父と母を続けて亡くしたという中で、実際に接触してきたということで、じかに一番よく知っていると思うんです。しかし学問的なものではないと思うんです。老人問題を肌で感じておるということだけは言えます。

## 現在の老人対策

現在、老人問題は、健康審査とか、医療費の無料化とか、年金ということでやられておりますが、この問題だけでは解決しないということは、先ほどの演者の方々もおっしゃっているとおりでございます。やはり関連する諸施策が必要であると思うのです。もろもろのことを総合的にやっていく。しかし、厚生省から出ている本を見えますと、いろいろな行政施策として、老人福祉対策が並べられていると思うのです。ここで説明するには時間

が足りないわけですがけれども、例えば一番目に生きがい対策として、就職の斡旋とか、老人クラブの育成とか、老人福祉研修とか上げられていますし、在宅福祉対策として、老人家庭奉仕員派遣事業とか、日常生活用具給付事業とか、老人福祉事業ということで、介護人派遣事業、食事サービス事業、居室整備資金貸付事業、大阪府では医療ヘルパーという制度を独自に、民生部から、衛対審の答申も兼ねて出してこられたわけです。

施設対策としていろいろなホームがあるわけです。最近では、どこの市町村も、ホーム以外に「老人憩の家」を造られていると思いますし、老人福祉センターは前からあります。老人休養ホームなんていうのも造られかけていると思うんです。

四番目としまして、老人保健医療対策です。以前からやっております、老人健康審査があります。一般の健康審査と訪問健康審査がありますし、前からやられております老人医療費は、行政から見た場合、とっつきやすい対策の一つだと思うんです。それから、これも古いですが、老人白内障の手術費の支給事業。在宅老人機能回復訓練事業が老人福祉センターの中でやられております。老人保健学級を私どもの保健所で協力して福祉行政施策として取り上げられているわけです。

最近の動向を見てみますと、いろいろな施設ケアとか、医療費とか年金の給付事業は割合進んでおる。しかしながら、地域福祉とか地域ケアとか称せられるものが遅れていると言われているのはもっともなことだと思うのです。最近、厚生大臣の私的諮問機関で、老人保健医療問題懇談会というのがありまして10月26日に答申が出されたということですがその中でもこの問題を指摘しております。反省としまして、懇談会の答申の中で三つほど上げておるわけですがけれども、医療保障費への偏重、医療費を出していけば行政としてはやりやすい。二番目に保健サービスの一貫性

の欠如と、保健サービスの遅れです。それから老人医療費の負担の不均衡、国保ばかり片寄ると言われております。

在宅福祉が非常に大事だということをこれから申し上げるわけですが、行政上いろいろな施策が並んでおる中で、先ほども馬場係長からありましたように、これをやるなら補助金をつけようという形の行政のやり方ですから、どうしても地域によって、取り組む態度によってバラツキが出てくるということになるわけです。ある地域では非常にやられておりますけれども、ある地域では全然やられていないということがあるわけです。やらないからと言って罰則があるわけじゃなし、補助金をつけようというようなやり方ですから。

今日は保健所の方がたくさんいらっしゃるわけですがけれども、保健所の職員もこういう事業が行政施策として上げられているということは十分知っておく必要があると思うんです。今後の問題は、老人福祉対策の大きな流れの中で、施設ケア、施設福祉から、在宅ケア、在宅福祉に移っていくという中で、施設の問題をどうやっていくかということです。そういう考え方が大事じゃないかと先ほどの演者の方がおっしゃっているとおりです。

特に馬場係長は、福祉行政の中で、保健と福祉の接点ということをお話なさったわけですが、在宅の福祉の問題が上ってきますと、保健所はある意味では技術集団です。お金はないけれども、技術はある。病院のようにはいかんけれども、科学行政の機関です。その中で保健所への期待が強まってくるだろうと思うんです。老人問題は、将来自分たちの問題である。地域の人たち全部の問題である。個人の段階でも、家庭の段階でも、地域におきまして十分にそういうことを認識した中で老人問題を考えんといかんと思うんです。行政施策だけじゃなしに、地域から盛り上げてくるものがなければいかんと思うのです。家庭でも同じことです。今若いから、老

人の問題はかけ離れた問題だという意識だけでは駄目だと思うんです。

老人問題は、医学的に見ましても、成人期の保健が非常に大事であるということで、縦の流れ、横の流れの中で老人の問題を考えていかなければいけないと思うんです。そういうことからこうなったのか、最近地域の方々の熱意で、非常に熱心なお話が持ち上ってきたわけですが、私どもの保健所にある食生活改善同好会と民生委員婦人部会とが、ボランティア活動としまして老人給食の問題を取り上げようということで、社会福祉協議会の主催のもとに、老人給食サービスを昨年9月からやったわけです。保健所に相談に来られたわけですが、保健所も協力参加しよう、もちろん福祉も参加してもらおう。医師団も主治医という立場で参加してもらおう。寝たきり老人は、ある意味では明らかに病人であるわけです。100%病人に近いと馬場係長がおっしゃったとおりだと思うんです。

お金の問題は、善意銀行から出そうということで、ライオンズクラブとか、ロータリークラブからも寄付して頂くということになって、松原市全体でこういう問題をやってみたわけですが、老人に対する理解を進めていくということも大事じゃないかと思っています。

松原保健所としまして、こういう形でやっておると、若干自己宣伝的になってしまったかも知れませんが、老人保健のアプローチは衛生行政の立場からは非常に難しいという中で、私自身が考えに考えてアプローチしていったという事です。十分な責任は果たせなかったと思いますが、ご批判をありがとうございます。

**朝倉** 現在の保健所をめぐる中で、新しいしかも膨大な仕事をかかえますと泥沼のようになりかねない分野の問題でございますので色々なご苦労があると思いますが、地域の実情に答えながら新しい老人保健の活動が

されておるというご紹介でございました。

それでは最後に石田さんから、渡辺先生のお話でもわかりますように、まだ行政ルートで老人保健サービスを展開する段階ではございませんけれども、そういう段階であればある程ボランティアな活動が大事な意味を持つてまいります。ボランティアの活動自身も全体的には非常に不十分な段階であるわけですが、そういう中でやっていたら、石田さんのところの、活動なり、お仕事の状況をお話願えたらと思います。

**石田** ただいままでたいへん格調の高いお話が続いたわけですが、今、朝倉先生がおっしゃいましたように、せいぜい1年ぐら



い前からはじめた仕事でもございますし、非常に少数例を継続した、しかも非常に試行錯誤的に

行ったという点で、むしろこういう高いところからでなくて、フロアから皆さんにお教を願いたいという気持ちでいっぱいでございます。今までやってまいりましたことから感じましたことはすでに諸先生方がおっしゃいましたことと随分だぶると思いますけれども、具体的な問題などにつきましてお話し上げたいと思います。お見受け申し上げましたところかなりこういうお仕事にご専念になっていらっしゃる保健婦、あるいは先生の皆さんもおいでのようですので、非常に初歩的なことを申し上げるかも知れませんが、お許し願いたいと存じます。

## 訪問の三つの動機

まず、私どもが訪問いたしました動機が三つございまして、簡単に申し上げますと、環境保健協会に中山前環境保健局長が理事長としておられまして訪問看護事業、特に老人の訪問看護事業について、事業として取り上げた



いというお気持ちを非常に強く持っていらしたということと、第二には、たまたま51年7月に「在宅看護を進める会」というのが発足いたしましたこと、最近お亡くなりになられました阪大の関先生と、中山先生が、在宅看護の輪を広げていこうというご提言されまして事務局は、保健婦事業の発祥のお手伝いをして頂きました朝日厚生文化事業団におかれしました。その実際の運営を行なうメンバーは府の保健予防課にいらっしゃいます小林先生、府の布施保健所婦長でいらっしゃった川崎さんそして私という形で始めたわけでございます。第三には「難病医療問題研究会」「特定疾患研究会」というのがございまして、難病を中心に、難儀な病気という意味で老人も含めて調査訪問を行なうための調査研究費が頂けるようになり、調査的な活動ということから発足したわけでございます。従いまして51年度から行ったわけでございますが、52年度に入りましてからは環境保健協会が事業の一つとして引きついでいるということでございまして、まだ1年そこそこで大へん歴史が浅うございます。

## ねたきり老人を対象にして

まずどういう対象を訪問したかと申しますと、在宅の寝たきりの老人の方々でございますが、この場合の寝たきりと申しますのは歩くことのできない、せいぜい這うか、いざるかどうか座れるという方々が主でございました。どういう地域から、どういう形でそのような方を選んだかと申しますと、何らかの形で方向づけが行われているところの方が効果的じゃなかろうかということで、社協の大阪市内におけるモデル地区にたまたま東成保健所の深江地区というのがございました。また老人給食サービスをボランティアと一緒にやっていたらっしゃる住吉保健所の墨江地区というのがございまして、その二つの地区の保健

所と話し合いいたしまして、保健婦の方が把握しておられる、地域の老人からお伺いすることになりまして、現在では20人余り訪問しております。先般、磯先生がご関係していらっしゃる大同生命の相談室に相談に来られた方、一例も訪問させて頂いております。

訪問看護を実際に行なっています方は、協会でパートとしてお願いした家庭婦人のお二人の方でいずれも現行法の看護学校、保健学校を卒業されまして、臨床経験、あるいは訪問経験を持っていらっしゃる、40才台の方々です。進め方でございますが、まず保健所とよく話し合いまして、保健所をステーションとして訪問いたしております。保健所では社協、医師会そして主治医とも連絡されまして、担当の保健婦が家族の許可を得てから実施しました。初回訪問は協会の訪問看護者と地区の保健婦が同伴訪問をいたしまして、その後単独訪問という形で進めております。

必要に応じまして地区の保健婦とも同伴訪問を行なって、担当地区の保健婦の方がリーダーになって頂いているというスタイルをとっております。訪問記録は必ず、担当保健婦、保健婦係長、所長まで所内に供覧してそれぞれご指導を頂いております。また協会の方へは訪問看護者から逐一、口頭あるいはまとめて経過を報告してもらっております。

## 生活と看護の実態

それらの訪問者から得ました在宅の寝たきり老人の方々の具体的な実態をごく簡単にまとめて申し上げますと、磯先生からご連絡頂きましたケースは寝たきりになられましてから2カ月でございましたが、それ以外は、3年、8年、一番長い人で16年の方々でございました。まず、私たちが思った以上に清潔保持がなされていない。16年間寝た方は去年行きてはじめて洗髪をしたわけですが、15年間一度も頭を洗ったことがない。あるいは

寝間着、シーツは3年位替えたことがない。入浴はしたことがない。清拭は部分的にしきやっていない。褥瘡はその割に少のうございましたが、口腔内は非常に汚れていたという状態でした。

これらは家族が嫌がってこの状態になったというのではなくて、さわったら骨が折れはしないか、あるいは悪くなりはいないかという恐れと、方法がわからないということ、そのうえ動かしにくいし、老人の言葉のとおりにしてやらなきゃいけないのじゃないかというふうなことで、清潔保持が十分できていない例が多かったです。

家族と一緒に住んでおられましても、私もが訪問しました例では、ほとんどが働きにいつておられて食堂とか、本屋さんとか、倉庫番をしていらっしゃる方というふうで、いつでも老人の要求に応じられるという形ではありません。どちらかと言えば独居老人に近い方がたいへん多かったです。

一例を申し上げますと、家族の不在中にもしものことがあってはいけないというので、電気は全部切つてあるわけです。部屋の中は真暗で、枕元にお皿がおいてありまして、お昼に手を伸ばして食べられるようにおにぎりを一つころがしてあって、訪問者が行ったときに蟻がたかっていたということがあったり飲み物をあまり飲むとおしっこで布団が汚れるということで、吸飲にごくわずかしきお茶が入っていない。訪問者が行きますと、「たのむからそこにあるお湯を入れてくれ」ということをたのまれたり、パンがどうしても食べたいというので買ってきたりというようなことがありました。全部が全部こうではありませんが、大体において寝床の周辺は非常に乱れておりますし、食べることも十分にしにくい状態です。しかしそれでも入院は嫌で、家におりたいという希望が強いようでした。

玄関出入口は老人ひとりでおられるところ

は昼間は大体においてあけておるところが多く、時々見知らぬ男の人が入ってきたりした場合、寝ていてもたいへん不安で、恐しいといっていました。テレビも消してあり、電気、ガスは元栓を切っているという状態が概ねのところでした。つぎに生活状態でありますがお年寄2人だけで住んでおられる場合に、老令年金2万4000円でやっておられるというのも幾例かございました。お餅とかパンを何回かにわけてたべているようでした。またそういうものを包んである紙とかビニールの袋は絶対すてずに、大事に伸ばしておいて、パットの敷にするとか、色々工夫して使つておられる。お金はちゃんと持つておられましても布団の下に敷いているということで、お金について厳しいといひましようか、身構えるという状態がはっきりしておられるということが多かったです。

主治医がおられる場合もありましたが、大体において主治医がない場合も多く風邪をひいたり、ちょっと変つたところがあると近所のお医者さんに来て頂くということが多いようです。毎日往診と注射をうけている人もありましたし、退院後病院から看護婦さんが毎日注射だけに来られる例もございましたが、先生も大へんお忙しくいらっしゃるようですので、便秘で困っている場合、目ヤニで目が開かない場合、そのほかいろんなことにつきましても、ちょっとしたご注意も頂きにくかったりする状態が多かったです。

今までのお話にもございましたように多くの方が脳卒中の後遺症的な形で、寝たきりになっておられるわけなんですけれども、初期におけるリハビリテーションについては意外にもその必要性を知っている方が多くてそうなるまでにずい分病院を歩き、先生をたのみ廻つたけれどもうまくいかなかったという残念さ、無念さをくり返し話されることが多うございまして、もう少し早かつたらという例も多うございました。硬縮がひどくて、曲つた

ままでどうにもできにくいというふうな場合が余りにも多かったので、非常に残念に思ったこともございました。

## 老人問題は婦人問題

先ほど、老人問題は婦人問題であると磯先生がおっしゃいましたが、確かにそうでした。介護者は大体において女子が多く、寝ている方も女子が多いのでございます。介護者が娘配偶者、嫁である場合にはそれぞれの立場上の問題もございますが、娘の場合甘えという形になりやすいですし、割合若い奥さんで夫が寝たきりの場合はたびたび自分のところへ呼びよせるといいまいしょうか、仕事を休めとか、嫉妬と言ったらおかしいですが、気が落ちつかない場合が多かったりしておりますし87才と82才の男性が、どちらも82才の妻を看護しております。片方は身障の方なんですけれども、非常にいきとどいた看護をしておられまして、それが生き甲斐のような形で助け合っておられるわけなんです。この場合、訪問者がまいりましたときに男性にばかり話をしますと、寝ておられる妻が非常に不安になりまして、プツとふくれたり、あまり話をしてくれるなどか言われますし、また夫が風邪をひかれて倒れられて、2人共寝たきりになられた場合、夫の看護をしなければならいのですけれども、その場合にも、あまり肌にふれるような清拭などはやってくれるなどかというような注文があったりします。老人を理解する、老人の立場にたつてというお話がございましたが、その都度、そのケースによって豊かな人生経験による一つ一つの判断にもとづく理解であり、相手の立場を理解することによってなければいけないということを痛感した次才でございます。

介護者がお嫁さんの場合は、皆さんもたくさんご経験を持っていらっしゃると思いますが、老人の方がしかられるから、非常に遠慮

しているということで、寝ている場合必要以上に、布団を汚さないかしら、畳を汚さないかしらという考えが強く頭にあるようです。コミュニケーションが一番うまくいきにくいのがお嫁さんの場合ですが、訪問者といろいろ話合いしているうちに気のつかなかったことなどがわかり、うまくいく場合もできてきたようです。

さきほど、浅野先生がお話されました、福祉サービスのいろいろな部門があるわけですが、日常生活用具貸付とか、浴槽の設置その他住宅整備のための援助金とか、障害福祉年金などの福祉サービス面をあまり知らない場合が多うございまして、保健所の保健婦の方ともよく相談いたしました。そこで今まで頂けなかった障害福祉年金が逆のぼって32万円ももらったケースもあり、布団の下にそれを敷き、これでお葬式代ができたということで喜んでる例もありました。また浴槽の設置のための援助金で、あきらめていたお風呂ができて非常に喜んで、気持ちが落ちついてきたという例もございます。

## 喜ばれる福祉サービス

福祉サービスは直接的ですので、喜ばれることやホッとされることも多いようでした。訪問後、目に見えて効果が上ったという点は（少し自己宣伝で、そう申し上げるのは早過ぎるかもわかりませんが）先程申し上げましたような清潔保持の状態でございましたので洗髪ひとついたしましても、非常に感じやすい方が多く男性の方でも泣かれます。家族の方は、こういう形で割に楽にできるのならもっと早くしてやったらよかったという述懐があります。男性も女性も、洗髪の時はいて泣かれることが多いようです。

おしめの取り扱いは、先日こちらの事業部の主催で藍野病院へ見学に行きましたが、いろいろと考えさせられました。若い間からネ

ルのおしめはちゃんと用意しておかなければいけないと痛感いたしました。ゆかたの古いのとかガーゼとか晒はすぐしわがよるし、褥瘡のもとになるということで、綿ネルが非常にいいということでした。皆さんはすでにそういうことを勉強していらっしゃる方も多いと思いますが、たくさんの老人を見せて頂きまして、特にそう感じました。それとおしめの使用は在宅の場合、できるだけ最後にしなければいけない。たとえ洩れたとしても自分で尿器を使い、便器を使うという自主的な形のものにすべきであろうかと思っています。

家族関係も看護面もいきとどいていて、私たちが何もしてあげることがないという場合もあるかと思いますが、訪問者がまいりまして、寝たきりではありますが、家族の方も理想的な態度で、老人に接している家族もあったんです。その場合、一応訪問者が名刺をおきまして、手を握って帰ったわけです。たいてい手を握るとか、爪を切ってあげるとか（何もしてあげられない場合でも）スキンシップといましょうか、皮膚と皮膚と重ね合うということで安心されることが多いわけです。それも前面からしてあげる方が効果的です。何事も充分できていた家庭なんですけれども、後程聞いてみますと訪問時においた名刺を一日に何回となく取り出して、これは私のために来て下さったお客様であるということで、絶えずそれを出してはにっこり笑っていらっしゃるということを聞きまして、寝ておられましてもそこに生活の張りのようなものを感じていらっしゃることを聞いて、なるほどと一つ一つ勉強させて頂きました。

一方、家族の方で来てほしくないとおっしゃる家庭もあります。家族の許可を得て行くわけなんです、まだ訪問してよいかどうか老人は来てほしいと切望しておられる様子ですが、家族の方は、うちの事はうちですから来ていらないとおっしゃる家庭も何軒かございます。その気持も私どももわかるような

気がいたします。まだ制度的ではない。うちだけなぜ特別に来てもらわんならんのか、うちのいきとどいてない状態をよそへ言われるんじゃないか。あるいは、老人は何を言うかわからない。自分勝手なことを言うから家族の立場が、人のあらぬ口の辺にのぼるということで、非常に嫌だとおっしゃる家庭もございます。しかし、制度化といかないまでも、かなり普及されますとそういうこともなくなるのではなかろうかという感じもいたします。家政婦を雇っておられて、非常にいきとどいて手厚くされているから、もう結構と言われる家庭もかなりあるようです。

また訪問した場合に見知らぬ人の顔をみると妄想が起ってくるんでしょうか「帰れ帰れ！おまえらの顔を見るのも嫌」というふうなことをはっきり言われる老人もおられます。このように様々な場合に遭遇してまいりました。老人は女が多いのですが、女の方が呆けるにしても意地悪いし、年がいても意地悪いということも先日伺いました。前職が病院の婦長さんであった方が入院された場合に、自分は動けないのに、食事をたべさせてあげようと思ったら「それは消毒しているか」とか、カルテを持たないでいったら「カルテを持って来んと診断がつかんじゃないか」とかほかのことは全然わからないけれども、前職に関係のあることだけはよくわかり意地悪く呆けるということも聞いております。私も自分の問題としていろいろと考えさせられました。訪問に行きまして、老人だけとか一人だけの場合に、寒い時でも必ず仕切の戸を開けて帰るようにしております。ものがなくなつたと言われることがあるからです。老夫婦だけの場合はいつも防衛の体制を持っておられて「そこはさわらんといてくれ」とか「あんた、持って帰ったんと違うか」とかいうふうに、物に対する執着が大へん強くなる場合が多いようです。訪問者の方も最初は用心深く戸を全部開けて帰るというふうにしており

ました。とに角色々な老人像がありました。

このたびの訪問看護に従事した人は臨床経験をかなり持っている人ばかりでしたが、一般的には家庭における基礎的な看護を繰り返し訓練する必要があるのじゃないかということと、看護用具が色々でておりますが、新しくできたものを出来るだけ早く知ることと、私達自身で創意工夫をしてお互に情報交換といひますか、こういうことをして、こういうふうになうまくいったとかいう交換をしていく必要のあることを痛感いたしました。

## 必要なホームヘルパー

つぎにリハビリの系統的な訓練は、主治医のご指導を得てというのが私達の訪問看護の仕方ですけれども、先生方も大へんお忙しいし、この分野はうまく教えて頂けない場合もあったりいたしますので、これについての系統的な勉強と訓練が、非常に必要であることを痛感いたしました。短期間ですけれども、阪大のリハビリテーション部の武富先生に、何回がご指導をいただくとともに、いろんな本をもとにしてやりはじめましたので、少しづつではありますが効果をあげております。ホームヘルパーの方とかかわっている例が二例ございましたけれども、一つの方は訪問者が週に2回訪問しておりましても、ホームヘルパーの仕事も加味しながら、つまり買物とか洗濯とか合せながら看護もやっておりました。

たまたま老夫婦とも倒れていた場合があったものですから、ホームヘルパーの方と電話あるいは保健所を通して連絡をしようということで並行的にやっております。私たちも入り、ホームヘルパーも入るということはどちらもある意味で緊張感を保ちながら、またある程度いきとどいたことができるという点で刺激し合ってよかったのではないかと、思いますが、もっと組織的に保健所と福祉事務所私たちとホームヘルパーの皆さんと具体的な

連絡、あるいは先ほど来言っておられます連携プレーということも必要じゃないかというふうに思いました。

## 寝たきり老人を作らない対策を

今後の切望する問題ですけれどもまず寝たきりというのはつくられることが多いというふうに聞いております。従ってこれを防ぐ対策をぜひ確立しなければならないと思います。寝たきりの方の終末の看護ばかりやっているという事でなくて、出来るだけこれを防ぐ対策も、確立する必要があると思いました。特に今回の訪問では、磯先生からご依頼をうけました倒れて二カ月余りの事例では、訪問者が3～4回訪問しましてももう歩きかけておられるようになられました。看護者がいいというより、家族の方の協力がありましたし、本人の立ちたい、歩きたいという気持ちが非常に強力でありまして、それを援助申しあげたということで、そういう効果があったのだと思います。従って寝たきりをつくらないための積極的な取り組みがぜひ必要じゃないかと痛感しております。

早期に発病の段階で、患者発生を把握するという方向と、松原の保健所でやっていらっしゃるように、家族に知識、技術の指導、援助をする、更には訪問看護婦による家庭訪問というふうな、先程システム化というようなお話がございましたが、寝たきり対策を防ぐ一貫したシステムをぜひ作る必要があるし、その上での訪問看護ということになろうかと特に痛感したわけでございます。

同時に、私たちの訪問看護活動に従事する要員の育成、養成、登録制、人材確保も今後の問題でありますし、皆さんのお知恵を頂きたいと思います。

費用の点ですが、先ほど馬場係長様の方からお聞きいたしまして、非常に莫大な数であることを知ったわけですが、ごく単純な計算

によりますと、パートで、横浜では交通費をいれて一回 4,680円だそうです。私どもの方では、いろいろな状況から大体一単位半日 4,500円を計上しているわけでございます。そうしますと、単純な算術計算でございますが、年間 100万円の予算があったならば、対象者のどれぐらい訪問できるかを計算いたしますと 100万円を 4,500円で割りますと、年間 223回という数字がでます。これを1週間 1回、月4回、12カ月、48で割りますと4人～5人という計算になります。1訪問が3時間かかるとして、1週間に1回訪問いたします。年間 100万の予算で計算いたしますと4人～5人ということでございまして、実際的には2人位行けておりますので、約10人訪問できるという計算になります。200万で20人 300万で30人というふうな形になります。これはごく単純な計算ですが、実際的には1月に1回でいい人もありましようし、1週間に3回行かなきゃならない人もあるでしょうがコンスタントに1週間に1回という形で計算をしますと、こういう形になります。

東成区だけで 200人余りですので 2,000万円ということになります。1,790億円に比べますと大へん少のうございます。今後、交通費その他が上りますので、そのへんを加えましたら、皆さんのご計算にまかせたいと思

います。非常にまとまりの悪いことですが、小数例を小さな窓からながめたようなことで、物たりなく感じられると思いますが、以上で報告を終らせていただきます。

**朝倉** ありがとうございます。

非常に生々しい、具体的な訪問ケースのお話を伺いました。別の機会をもうけまして、いろんな経験を多くの人から持ち寄って、話し合う会ができたらと思います。

今日は訪問看護などが十分できる前提として、いろいろな隘路がございますので、そこらあたりをどのように解決していくかというところに焦点をおきまして、ご討議をお願いしたいと思っております。

講師の方から、言い足りなかった点、他の講師に対してのご意見等がございましたらご発言願いたい。

**磯** 皆さん方は公務員の方だし、石田さんのやられたのはボランティアということで、渡辺さんが行政のヘッドライトが前だけ向いて、後も足もとも全然照らしてないというのが非常に皮肉に聞こえたので、ヘッドライトの先をいっとるのが石田さんの言ったことだと思って見ているんです。

先ほど言い足りなかったので、表題の問題にひっかかってきますけれども、福祉という言葉をよく使われますけれども、福祉の概念

ごきぶり誘引食毒剤

**ローチダウン・ミニパー**

10個入

ゴキブリの習性を利用したカセットタイプです。

**潜むゴキブリをおびき出し殺す!!**

ゴキブリが好む特殊誘引剤を配合。  
薬剤に手を触れず取り扱えるので  
安全です。使用後、約2週間で大部分を駆除することができます。



**三共株式会社**

大阪市東区道修町1-20

電話 (203) 3421 代

を皆さん方はどういうふうにお考えだろうか。人によって非常に違うわけです。そのへんをちょっと話してみたいと思います。私たち人間の幸福というものは社会保障にあるわけです。昔は個人の家族契約であったものが、最近では公的契約になってきたものですから、社会保障は所得保障と医療保障と住宅保障の3つになるわけです。天皇陛下が言われる人類の福祉は、そういうものを全部含めたものでここで今論じられているものは、保障の足りない部分を、心の問題、生きがい、そういう問題を含めて、埋めていきましようというのが福祉なんです。

ところが、日本の福祉は貧しい者に何ぞやっつたろというような福祉で、福祉医療なんて言葉を使いますが、これも貧乏人に何ぞしたろやという気持ちが強いという気がします。金さえやったら福祉やないかという考え方が多いという気がするわけです。はっきりした福祉の定義がないわけですし、医療も本当は広い意味の福祉に入ってくると思います。医療は福祉と別問題という考え方をしがちですが、そのへんに解釈の違いが起るだろうという気がするわけです。

本来、光明皇后が施薬院を造ったり、お風呂に入れたりということで、医療と福祉は一緒だったと思いますけれども、それが分離されてきて、それをもう一ぺん結びつけようというところに問題があるような気がするわけです。石田さんがいろいろと細かいことを言われましたけれども、子供に対して愛情と安全と世話がなければ子供は育っていかないわけです。栄養が足りなかったら当然身体的な欠陥が起るでしょう。安全、愛情、世話が抜けたら、子供は精神的にひずんでくると思います。年寄ってきた場合、子供に帰ってくるわけです。大脳皮質の賢いところが全部抜けてきて、残るのは脳幹のみとなってくるわけです。それに対してはもう一ぺん安全と愛情と世話をやってやらなきゃならない。子供に

はそういうことをしますけれども、年寄りにはしないというところに、大きな問題があるように思うわけです。

老人というのは非常に本能的で、食欲と支配欲と性欲がずっと残ってくるわけです。動物的ですから、こいつは自分の味方か敵かを感じる力が非常に大きいわけです。一にも二にも親切にしてやるしかないと思います。やがては「あれだけ親切にしてくれるんやからそれに応えたらないかな」とむこうが義理を感じるようになってくるわけです。犬は石をぶつけられると絶対逃げるわけです。可愛がってくれる人に尾を振っていく。同じように老人は、この人は味方であるとパッと感じるわけです。でなかったら、いくらやっても空しい努力になってしまうということを、私は経験的に知っているわけです。

医学が進んできますと、おそらく癌も制圧されるでしょう。あるいは脳卒中や動脈硬化も制圧されるかも知れません。でも、生理的な老化というのはまだ止められないわけです。脳細胞の数が減って、一億総ボケ老人ばかりになってくるという時代がきつとくるだ

| 表 3             |    | [A]                     | [B]                | [C]             | [D]              |
|-----------------|----|-------------------------|--------------------|-----------------|------------------|
| 極天<br>楽国        |    | 健康                      | 不健康<br>前状態<br>潜在疾患 | 無病弱             | 生(人生)<br>死       |
|                 |    | 健康                      | 半健康                | 病弱              |                  |
|                 |    | 体長<br>育寿<br>学学<br>(教育学) | 予保<br>防医<br>学学     | 治臨<br>療床<br>医医学 | 化物生<br>理物<br>学学学 |
| (宗教)            | 増健 | 保健                      |                    |                 | 自然<br>科学         |
| 健康学(人生)<br>健康区分 |    |                         |                    |                 | (宮田尚之)           |

ろうと思います。

医療の問題はそれぞれ専門家がおられますけれども、健康増進、予防という問題に関して専門家がいなわけです。

表の3を開けて下さい。(注、31頁参照)  
A、B、C、Dというラインがありまして、A、Bの間が健康、B、Cの間が半健康、C、Dの間が病弱となっているわけです。C、Dの間は臨床、診断治療医学だと思います。B、Cの間に保健医学、予防医学が役立ってくる。A、Bの間は長寿学とか健康学が役立ってくると思います。皆さん方はほとんどが半健康の、予防医学、保健学をやっておられる方々ばかりでして、老人の場合はほとんどがこれなんです。健康な老人は絶対にいない。みんな半健康なんです。こういう人間がみんな、A、Bの方向に行きたいと努力しているわけです。ところがお医者さんに行けばすぐC、Dの方向に持って行って、患者として登録されて、お薬をもらうわけです。本人たちはお薬はあまりほしくない。相談に行ったのに相談にのってくれないというところに今の老人の悩みがあるわけです。ですから、老人医療が無茶苦茶に使われるところに医療費の問題があると思います。

今巷間には、食べてやせる方法とか、元気になる運動法、いろんな本がいっぱい出ています。みんな、A、Bの方向にいきたいのにいかしてもらえない。そこにこれから保健所の働きがあるのじゃないかという気がするわけです。そういう方々に対して、健康増進、予防という問題に対して、どういうふうに持っていったらいいか。公衆衛生という言葉は非常に幅が広くて、私は16年ほど公衆衛生をやっていますが、いまだに何やわからんわけです。福祉も同じことで、いまだにわからん。非常に範囲が広いことでして、何か知らんけれども、そこに方向を見つけていかなきゃならん。

石田さんの話の中に、看護行為でもない、

介護行為が大分入ってくるわけです。医療と看護と保健は範囲がはっきりしないのですが皆さん方は、B、CとC、Dの間をどういうふうに持って行ってあげたらよろしいか。皆さん方はほとんどがB、Cの間の問題だろう。これをどういうふうに進めて行ってあげたらいいか、A、Bの方向へ持って行ってあげる。あまりにも今半健康の人が多いと思う。皆さん方自身でも、朝起きたら「今日も保健所へ行くの嫌やな。サボッタろかな」と思うけれども、行ったらけっこう行けるわけです。そういう半健康ばっかりの場合、医者に行ったら患者に登録されて薬をくれるわけです。そこに問題があるだろうという気がするわけです。

お医者さん自身も治しの医学であって、健康増進の医学ということはあまり知らないと思います。大学でもあまり習わなかった。治療ばかり習ってきたということで、そのへんに問題がありそうに思うので、公衆衛生をもう一ぺん見直して見たい。あるいは公衆衛生の本質ももう一ぺん考えてみたいという問題点を私は提起しておきたいと思います。

**朝倉** ほかの先生方がでしょうか。

フロアの方でご発言ございませんか。

**質問** 今、磯先生がおっしゃったように、半健康人が健康にむかうという意味で、私は藤井寺保健所所属ですが、私の地域に悲田院養護所があります。あそこにはリハビリの方がいらっしゃるのでむこうへお願いに行けば訓練はして頂けるのですが、短期で特養に行かれるようなことを府のほうではお考えになっただろうかどうか。前向きだとおっしゃいましたが、それを計画に入れて頂いているかどうかお伺いしたい。

**馬場** 今おっしゃいました四天王寺の悲田院で、療養士さんとか保健所の応援を求めて訪問リハビリをしているわけです。この事業はかなり効果があるんですけども、私も同伴しまして見た結果ですけども、療養士さんとしても、回復の見通しがあれば行く意欲



があるんですけども、行っている人はほとんど回復はなしに、気安めに行っているという人がかなり多かったわけです。ただ時期さえ失しなかったら、機能回復の効果が十分上る。特養だとか、老人センターであっても行ける。そのへんの事業は私ども最優先でやっています、現在大阪市を除く13カ所の地域でやっております。希望があれば、そこへ行ってもらうのであれば、その地域だけじゃないに、隣接でもよろしい。

今言われました、特養で1週間とか2週間の預り、ショートステイという事業は、東京ではやっているところがあるわけです。厚生省では来年度からやりたいと予算要求をしております。私どももそれを手がけたいということで、一応要求はしています。ただ、一時預かりが永久預かりという潜在希望もあるわけです。結婚だとか、旅行だとかで、世話にかかる老人を1週間、あるいは2週間預ってほしいという方も多かろうと思いますので、府立の特養からはじめていこうじゃないかという考えはあります。予算がつけば実現すると思います。

**質問** 具体的例がございまして、羽曳野の市役所でいいということで、念のために私が駄目を押しました。その方は明らかに短期を希望しておったんですけども、日にちも決って、入る時になって、福祉の老人医療の担当者が「ちょっと待ってくれ」と言われたんです。ですから今質問させて頂いたんです。

**馬場** 今の段階では制度としてはありません。来年やりたい。難しい問題がありまして一時期預って、継続して預ってほしいと言われたらどうするかとか、今の施設職員でプラスアルファの事業をしていく場合に、入所者のサービス低下をきたさないとかという面もあるわけです。プラスアルファの職員を置いてそういう事業をやっていくという事情もございまして、そのへんも含めて予算要求はしております。

**質問** 最後に石田課長がおっしゃったのですけれども、寝たきり老人をつくらないための対策が出ているということなんですけれども、すぐに保健所がやらなければいけないのはそういう面じゃなかろうかと思うわけです。厚生省は脳卒中半減対策ということで、脳卒中の予防を取り上げているんですけども、脳卒中を起した人に対する対策は全く取り上げていない。実際、八尾において調べてみますと脳卒中で自宅に置かれている人が非常に多いし、救急車に乗せられて救急指定病院へ連れていかれている人が非常に多くて、適切な医療を受けている人が非常に少ない。2〜3年前の報告になりますので古いですけども今でもたいして変わってないと思うんです。

そういうふうな面で、行政として、脳卒中を早く収容して、早くリハビリをして、寝たきり老人をつくらないようにすることが、保健所の当然やるべき仕事だろうと思うんですが、そういう面が非常に現在欠けている。大阪だけにかぎらず全国的に見ても、そういうことを手がけているところが非常に少ないと思うんですけども、尼崎なんかで一部取り上げてやっていると思います。これは福祉じゃなくて、公衆衛生の仕事だと思います。朝倉教授はそういう点、どういうふうに考えられますか。

**朝倉** なぜ、保健所でおやりになりませんかと聞きたいぐらいです。先生がおっしゃるとおりだと思うんですけども、保健所はなんでおやりにならないのですかと、私のほうからお聞きしたい。

**質問** 行政のルートに取り上げられていない。厚生省は脳卒中半減対策というのをやると2〜3年前から取り上げて、血圧の高い人に対して検診をやって、脳卒中が起らんようにしようという対策をやっと打ち出しただけであって、もう一つステップが先になっているわけですから、衛生部としても取り上げてないわけなんです。最近CTなんかできて

きて、脳卒中が早く発見できるし、脳外科の進歩によって早く助かる人ができていますので、最近では収容すべき救命病院の整備もかなり行われつつありますので、循環器センターはまだできてませんけれども、だんだん整備されてきたら、地域医療の中で取り上げないと、保健所だけではできない。

三次救命病院、医師会、保健所、市町村の輪の中で考えていかないと、保健所だけいくらやろうと思ってもできない問題です。

**磯** 全くそのとおりです。私が弘済院の病院長をやっている時に、堺の身障センターの田村先生と、できるだけ早期に入院させて、リハビリをやろうということで、いろいろやったんですけれども、実際に在宅で脳卒中が起った場合に、すぐ往診にきてもらう、先生は安静にという。そのへんですね。今まで、脳卒中はあまり動かしたらいかんという概念もありますし、それがまだまだ抜けてないですね。

私もできるだけ寝たきを減らそうと思って、寝たきりの場合、できるだけ早く起こすようにさしているんです。やればやるだけの価値があります。早くリハビリをやったら絶対いいに違いないんですけれども、アメリカなんかでは非常に早いですね。日本は、開業制度もあるでしょうし、家族も可哀想という気持ちがあるでしょうし、病院の整備も足りないということで、ぜひやらなきゃならん問題だけでも、私も今のところ残念ながらできてない。どうやって進めていくか。医師会と保健所と病院と受入機関が考え直さんといかん問題です。

**質問** 保健所はなんでやらんか。物指しでこない大勢来ているというのと、たったこれだけかというのとですね。上は政府の大臣をやつとる人が、寝たきり老人は票にならんと言うた人もあるということです。老人は、60になれば右も左もやめて、老人にどれだけバイを分けるかという代議士はやめだ。上のほ

うはそれでいい。

本日おみえになっておる方は老人問題に関心を持っておる。ぼくはちょっと別ですけども。保健所の仕事を考えますと計画もまだできていません。うちのほうの保健婦は母子に非常に重点をおいておるということで、なかなか食べさすのは、やる気を出さすのは所長の仕事ですけども、考えましたら、甘いかも知れませんが、保健婦に、母子も結核も、精神障害者も、何もかも持っていくということもできない。

保健所の仕事を朝倉さんはよくご存じなんですけれども、整理せんとあかんので、切って捨てるところがなければ、今までのをそのままほうばって、老人問題をやる。浅野所長の話の聞きにきたわけですけども、当然実体はいろいろあるわけです。今の票のこともありますけれども教育だ。親に孝にということがなければ、それこそ根本や、子供のことは非常に重視するけれども、親のほうは、一方通行になってきておる。そういう風潮を直していくのは教育です。実際、政治問題というか、強力な施策が必要じゃなかろうか。

我々、保健所長としても、今日寄せてもらう意義はありましたけれども、そういう点難しいわけで、今日、所長で見えとる方は少ないと思いますけれども。

**朝倉** 民生行政を見ましても、かつては年寄というよりは、むしろ貧乏人とか子供とか障害者とかいうことに専念をしようとしたけれども、急速に老人のほうをやっておられるわけです。それに比べたら衛生のほうは、ずいぶん老人問題にとっかかる態度は、民生部門より遅いなとぼくは考えるわけです。先ほど馬場係長がかなりきついことをおっしゃったんですけども、衛生行政には伝統的に権力行政で、民生は伝統的にサービスである。そこらへんの体質もあるのかも知れませんが。

少ない場合には票にあまり出ませんが、老人パワーが大票になるような人口の割合にな

るわけですから、そういう意味でもやらざるを得ないような環境が成立するのではないかと思いますので、それにそなえて今から保健所、あるいは衛生部局の老人問題に対して、腰をかためて準備をととのえなくちゃならないようなことに、否応なしになるのじゃないか。しかも否応なしにやらされた場合は必ず混乱しますし、困ったことがいっぱい起きます。それよりは早めに、主体的に、自主的に準備をやっておく必要があるのじゃないか。幸いに大阪はまだ老人人口が割合に少いですからこれで済んでいますけれども、高知とか島根へ行きますと、日本が30年か40年先になるぐらいの老人人口をかかえて保健所なんかでも大阪と大分違います。たいへんなことをやっておりますけれども、あんなのを見ると大阪は今から、少ない段階で準備をしてそういう時代がきた時は立派な活動がやれるようにありたいなという気がして、今までいろいろ先進的にやっていらっしゃる先生方の仕事をみんなで聞いて、糧にしながら、行政的にはどういうふうにしたらいいのかとか、末端の保健所、保健婦さんが修める技術は、どういうものを今から準備したり研修したりする必要があるのかというふうなことをやるのが非常に大事じゃないか。

私もいろいろな状況から考えて、大阪府、市の保健所が、すぐ老人問題を全面的にやれるような状況じゃないし、ある意味で、ほかの県に比べたら少ないかも知れません。だからこそゆっくり準備をしてやるだけの余裕を持って今から勉強したらどうかというふうに考えて、今日こういうふうな課題を取り上げたわけでございます。

**質問** この会をお願いしたのは私なんです。

最近の保健と福祉の接点の問題について、何かやっていこうじゃないかということで、今日、たいへんいろいろな専門の先生方にお話をして頂いて、非常に意義があったと思いますし、この様子は協会から出しております

「大阪公衆衛生」の39号に載せようと思います。会員全部にこのことは読んでもらう。

先ほどお話を伺っていて、磯先生がおっしゃった、A、B、C、Dの問題は、DからAへいく方向については、どこか欠けているのじゃないか。先生方の老人福祉にどういう配慮が欠けているかという問題、保健所と衛生行政は権力行政だと言われると、1時間ほど論陣をはりたいんですが、このへんは問題があると思うんです。朝倉先生もそれを肯定されるようなご意見でして、議論をすれば1時間ぐらいかかると思います。

公衆衛生の三つの方向の中で、衛生行政と保健衛生サービスと衛生教育とに分けてみますと、保健衛生サービスの面は衛生行政の中でも非常に大きいと思うんです。全体の問題から考えれば、保健所がどれだけサービスをやっているかということは、戦後のいろんな問題を考えてみて、その背後に全部権力がある場合、例えば3才児検診のもとになったのは、私は自負を持っていますが、豊中保健所がやった幼児教室なんです。あれで3才児の問題を研究したのが、厚生省で取り上げて3才児検診をはじめたわけです。保健所自体もボランティアに何らかの計画をする。地域医療の拠点としてのものをやるということになれば、私は保健所の仕事は相当できると思います。あるいは、保健婦さんがこれを全部深めてやれというふうにやって、地域全体のプログラムの中で、例えば福祉事務所とどんな連携をとっているか、地区の助産婦会とどんな連携をとっているか、そういうものをプランニングするだけでも、保健所としてはいろんな仕事ができるじゃないか。それが根幹になっていけば、それに対する予算的な問題にしても法律の改正にしても、そのうちにだんだんと芽が吹いてくる。

そうしないと、現在の段階では、保健と福祉は、どこかポツンと行政の中で切られてしまう。どこかで結びつかないと、実際に対象

となる国民に対してのサービスはちょっとおかしくなるんじゃないかという感じがしたので、こういう会を開いて頂きたいと申しあげたんです。第二の問題、現在こうあるという問題についてのお話が多かったんですが、将来こうあるべきだという議論も将来は皆さま方に展開して頂いて、少なくともそれが行政的にどういうふうな問題として結びつかなければいけないかという問題まで回を重ねて頂いて、ついにこういう結論まで出して頂きたい。

今日ご来会の皆さん方も、全部それに関心のある方ばかりだと思います。数の多くをとらないでも、過去保健所においていろんなことを勉強されてきた方ばかりですから、皆さん方のご意見を結集して、将来こうあるべきである、一番末端の政策としては保健と福祉はこういうふうに結びつくべきではないかというふうなご意見が出てきてほしい。これが私の念願でございます。

どうもありがとうございました。

**朝倉** 今日はたいへん忙しい先生方にご無理を申し上げまして、協会の事業のためにご出席をお願いして、たいへん貴重なお話を伺いましてありがとうございました。協会を代表しまして心からお礼を申し上げます。

会員の皆さま方も、こういうテーマにつきましても最近あちこちでやられておりまして

ダブッたりしたこともあると思いますけれども、月曜日のたいへん忙しい中をお集まり頂いて、熱心にお聞きいただきありがとうございます。

こちらの不手際等もございまして、事実上お話を聞くだけに終わったような気がいたしますけれども、提起された問題は非常に大事な内容を持っております。先ほど八木先生のおっしゃった、なぜ老人医療が進まないかという背景には、権力かどうかは別にして、ああいう基本的な、公衆衛生行政の体質をめぐる問題も含めて議論しなくちゃならない内容を持っているように私は思います。さらに技術の問題まで入りますと、いろいろな問題まで広がって、総合して議論する題材、老人保健の問題はそういう内容を持っているように思いますので、協会でもやる予定でおりますけれども、これを機会に、保健所関係、公衆衛生関係のグループなり、会合がございましたら、ぜひ老人保健の問題を取り上げて議論して勉強して頂きますように。成果のある段階には協会でもきたるべき機会に、またこういうふうな会を開かせて頂きまして、各職種の方からもっと具体的な、将来展望のある、明るい話を聞きたいと思いますので、よろしく願いいたします。

本日はありがとうございました。

## 香りの養毛料

# オードコーカス

発売元 神戸市生田区山本通2丁目6の2

医薬の総合商社株式会社 三星堂