

ものを、最終的には地域社会で尊敬して、そういう人が胸を張って生きていける社会を実現するという基本精神が、忘れられてしまったのでは、何にもならない。

民活にしたって、政府が金を出すにしたって、お前達は半人前だ、食わしてあげる、税金を与えますというのだったらお年寄りがぶん投げて返すぞということになってもおかしくない。

そこで、「良き社会をつくる」とは何ぞやという問題が、基本的に議論されなければいけないと、

私は思うわけである。

だから、連携と統合というのは単に、ない資源をそのまま抑え込んで、それでうまくできるような幻想を与えるものであってはならない。やはり地域に必要なものは、全部整える、多少民活というものを導入するのはやむを得ないとしても、そういう資源の整備をはかる努力をすることこそ、連携と統合の議論でなければならないと、私は思うわけである。

どうもありがとうございました。

コメント

日本女子大学教授 田 端 光 美

あまり整理立ててお話しすることはできないように思いますが、お二人の報告者が主に医療サイドからのご報告でしたので、私は在宅福祉をテーマにし、それを具体的に実現するためのホームヘルプのあり方を検討している立場から、また、それについて若干イギリスとの比較をしているという立場で、私の感じたこと、さらに、もう少しご説明いただきたいことを、2, 3, 申し上げたい。

まず最初に岡本先生から、医学の論理と、福祉の論理が、市場で衝突するという問題を出されたが、現実には市場論理でいうと、ご指摘のようなことがたしかに考えられる。しかし、現実にはそれだけに作用されるものではなく、たとえば高齢者が「社会的」入院を選ぶか、あるいは老人ホームに入所するかということになってくると、市場論理に立った医学と、福祉の論理との衝突だけではなくて、現実にはやはり、消費者としての選択の問題もあるように思われる。

福祉サイドで仕事をしていて、とりわけ感じることは、老人を病院に入院させているといえ、どんな劣悪な病院であっても、家族としては精神的責任は免れるし、一方、老人ホームに入所させるということにはなお抵抗があるというようなことは、依然として現実である。それからまた、在

宅福祉の問題では、ホームヘルプのサービスを考えていかなければならないが、ホームヘルプの利用への抵抗など、同じような問題が非常にあると思う。

そのような、利用者、あるいは消費者の選択意思を考えると、岡本先生は、制度によって解決が可能だとおっしゃられたが、もう少し具体的な解決方向をうかがいたい。もちろん非営利性に立つといわれたが、現実的に考えて、日本の医療制度が、非営利的なものにこれから改編されるということを目指すのは、非常に気の長いことのようなのである。イギリスでもこれまでの医療国営化が見直されているというような事実からすると難しい。そこで医療と福祉の連携のためにどういう制度によって解決が可能かということ、具体的に論じなければならないと思う。

次に、そのことに関連して、郡司先生から在宅ケアの問題がご報告されました。ただいま申したように、実際に高齢者を在宅で介護しておられる家庭で、往診を望む、保健婦の訪問を望むということがあっても、ホームヘルパーを家庭に入れるということは、すべてが望むわけではない。そのへんに日本人の、福祉サービスの消費者としての意識の問題があるかと思うけれど、どんなに福祉

は選択的から、普遍化したといっても、依然として過去に選別的であったことのなかで、ホームヘルパーの援助を得ることは、必ずしもすべての家庭が受け入れるわけではない。

そういう意味で時には、劣悪な（すべてが、そうであるとはいえないが）何の訓練も受けていないような、家政婦であっても、家政婦協会により高いお金を払って家事援助を頼むことは許されても、ホームヘルパーは拒否的というようなことがよくある。そういうことから考えると、福祉サービスの量を、質とともにまだまだ充足しなければならないということは確かである。しかし、医療と福祉の連携がとくに問題になるのは在宅の場合であり、医療サイドからも指摘されているように、今日の在宅高齢者はたんに老齢による虚弱ということとは質的にも異なる状況で在宅を余儀なくされるのである。とくに開業医の側に立っているわけでは決していないが、医学的に治療の必要はないとして退院させられる場合にも、病気なのか病気でないのか、高齢者には病名の幾つかは付くといわれるように、とにかく病弱なことが多く、また、長期的療養が必要な場合には従来ならば入院ケアされたような状態で退院することも多くみられる。

それでも在宅希望も多く、先ほど郡司先生のご報告の中で、開業医の先生方も在宅を希望するという調査結果を示されたが、もし推測が違わなければそれは圧倒的に男性の意見であり、家族に介護を期待する意識のもとで在宅を希望している。しかし、前述のような状況で、家族による介護を期待するのは幻想に過ぎないといってもよく、医療的サービスと福祉サービスの連携が現実を示されてこそ、在宅が可能である。ここで連携という言葉をやると、また、大谷先生に叱られそうだが、やはり、どちらが充実すればよいということではなく、両者が必要なのが今日の在宅福祉へのニーズである。

私は福祉の側から、一人一人の生活者の尊厳をもっとも保持しうるものとして在宅を重視するわけだが、一般に在宅者にとっていちばん問題になるのは介護負担もあるが、必要な医療や保健サービスが十分受けられないということがある。病院

に入院していれば、質の良し、悪しは別として、とにかくその不安がないことから入院を望むという心理は、現状ではやむを得ないようにさえ思われる。希望すれば入院できる市場論理を別としても、今後必要とされている在宅する場合の訪問看護と、ホームヘルプを、一人の対象にどのように供給するかをコーディネートする体制が整理されていないという問題がある。最近、感じたことであるが、東京のある地域の保健婦の勉強会に話を頼まれたとき、保健婦として今、大変危機感をもっているといわれました。何が危機感なのか聞くと、介護福祉士制度ができて、福祉の側に訪問看護の仕事がとられるのではないかというので、私は勉強会を引き受けたのだが、現場では連携どころか抵抗意識さえあって、医療や保健と福祉の協働、あるいはどのように一人の対象者にかかわるかを総合化するシステムがないことは大きな問題だと思う。

イギリスの場合は、従来はどちらかというと、ホームヘルプサービスは、家事、ドメスティックなヘルプを中心ということで展開してきたので、それと訪問看護をセットにして、すなわち、パッケージ・オブ・ケアというように、1つだけでは駄目で、必要な援助をパッケージするという考え方をしている。もちろん大本先生がいわれたようなデイ・サービスもパッケージの1つである。そういうことで、どちらかという仕事の分担が明確であったが、イギリスでも、超高齢化してくるなかで、ホームヘルプ＝ドメスティックとしない、ホームケアの考え方を取り入れてきている。

日本の場合には、従来ホームヘルパー、家庭奉仕員は、家事援助が中心と考えられてきた。しかしホームヘルパー自身が、ホームヘルプの専門性を高めるという課題のなかで、介護の技術を覚えたい、あるいは看護にかかわるようなことを、あるいは相談をというように、そこに専門性を求めているという傾向がある。

そうなると当然、看護婦、あるいは保健婦の業務との関係が生じてくるわけで、今後、入院をしない高齢者達が、在宅で求める保健、医療サービスと、家事援助その他の福祉サービスを、現場の

マンパワーの中でどうのように整序していくかということについて、郡司先生は、マンパワーの必要なことを強調されたが、とくに医療の立場からこの点に関してもう少しかぎたい。

さらに、現実の問題としてマンパワーの養成が非常に必要だということを強調されたが、私達、福祉の側からは、ホームヘルパーの質を高めるということを、福祉教育の1つの課題にしている。

しかし、平常、感じていることをとくにいわせていただくなれば、医学教育のほうにも、問題があるのではないかと思っている。大田区のプライマリーケアを実践している開業医のところでは、このような問題を少しでも取り入れようとした。自治医科大学、慈恵医大などの研修医を受け入れ、医療、往診などの実習をさせたところ、その医者の卵達は、患者さんの玄関に行き、そのあとどうすればよいかわからない。要するに病院の診療は学んでも患者の玄関に立って、それからあと何をすべきかということが、まったくわかってないという話を聞かされた。現在の医学教育、これは看護教育も同様で、看護婦をそのまま訪問看護婦にしても使えないといわれるように、いずれも病院という大きな組織のなかでの医療であり、看護であるという教育を受けてきている。それを考えると、医学の教育、看護の教育のなかで、在宅の人々に対する保健、医療サービスを、どのように考えるかということ問い直し、どのように実践するかを教育していただかないと、在宅福祉は推進されないのではないかと思う。

イギリスでも福祉と医療の連携を同じように問題にするなかで、ある本によると医学教育のレベルのほうが福祉教育より高いという社会的状況のもとで、実際の仕事の間、業務内で序列が存在することが壁になることが少なくない。そこで、レベルが高いとされる側の医療、保健サイドから、同じ目的に立つ現場における序列を克服する業務の努力がなされないと、医療と福祉の本当の連携は成り立たないといっている。岡本先生がご指摘になられた医学の論理、福祉の論理に立ち戻って、また、大本研究員が医療も福祉ともに健康であることを同じ目的にするサービスであるといわれ

たが、たとえどんなに重い障害があろうと、高齢で死の寸前にあっても、一人の人間の尊厳を維持するために医療、福祉サービスがあることを理解せずに両者の連携はきわめて難しい。現実には日本でも医学教育、あるいは看護教育が、社会福祉士、あるいは介護福祉士の教育期間より長く、長いことがイコール、レベルが高いかどうかは別として、とにかくそのような社会的条件のなかで、医学教育、看護教育のなかでも福祉を考える教育のあり方を論議していただきたいと思う。

最後に、大本研究員から、非常に切実にいろいろな問題を提起されたが、まったく現実はそのとおりだと思う。私自身もそのような実態を、福武先生編著の『都市と農村の福祉』のなかに、ネットワークという言葉を取りあえず使って、同じようなことを書きました。そのとき私は「ネットワークを問い直す」というタイトルを付けて書いたが、この意味をもう一度思い出してみると、どうも連携といえば機関や組織というハードな関係だけで理解されてきたが、それだけでは、連携にはならないことを、問題視しようとしている。私が取り上げた事例は、かなりハードな、組織間の連携が成り立っている形を取っているけれど、それを運用するソフトのところでは、連携が成り立っていないというケースを問題にしたわけである。そういうことを考えると、キーパーソンといっていよいよいかにわからないが、ハードなものの整備だけでは関係ない関係を、どう現実のなかで実体化していくかということが1つの課題になるように思う。

ところで、医療、保健と福祉の連携を実現するには、計画段階における連携、それからイギリスで考えてみると、財源計画のなかで連携をするということもある。またシステムとして連携することもある。イギリスでも、保健、医療サービスと社会福祉サービスは、行政機構的には別なので、長年にわたって連携、連携といいながら、連携が十分に成り立ってきたわけではない。しかし最近盛んにやられていることは、要するに制度的に連携しようとしても、ビューロクラティックな問題を全部改編しなければならないから、それは難しいので、むしろ地域で計画、あるいは財源

計画のなかから連携を考えるというやり方を、各地域でかなり取り始めている。

そういうなかで、現実に連携されなければ、在宅生活を維持できない人々、高齢者や障害をもつ人々が、どのようなサービスを要望しているか、すなわち、医療も保健も、福祉もサービスを消費者として必要としているが、どのように望んでいるかということに、対応できるやり方を、上部機構を別にして、下部、要するに各地域をベースにして編成しようとしている。これは財源についてやろうと、組織についてやろうといいわけだが、財源が伴わなければ何もできないから、概ねそういうところでは財源からの連携で、進めているようである。

このような実践を考えると、大本先生が最終的には福祉社会をつくらなければ、この問題は実現しないといわれたが、そのために具体的にどこからどのように取り組むのか、そのことが、在宅福祉、地域福祉をテーマにする私は、課題のような気がする。

最後に、非常に具体的なことで恐縮だが、付け加えたいのは、大本先生がいわれた、自立のための福祉機器の問題というのは、大変大きな課題だと思う。ただ、そのなかで、全額無料で国が貸与する制度の必要を強調されたが、現実には、貸与となっている現行サービスの機器も、貸与できないのが実態である。一度使ったものは、どんなに消毒しても、たとえばそれらのなかで一番大きな物体であるギヤベッドでも、ベッドマットは二度目の貸与にはならないといわれる。

そういう点から考えると、在宅における自立度との関係でこれを現実にする方法とは無料貸与すればよいというだけではなく、もう少し具体的なところで考える必要があるように思う。スウェーデンやデンマークだけでなく、イギリスでもまた、私の言葉でいえば自助具や自立のための機器を、どう活用するかというのは、非常に重要な課題になっている。そして、ただそれらをみせたり、あるいは選ばせたりということではなく、具体的には在宅に、あるいはイギリスでは施設から在宅にかわる人に、デイケア・センター、あるいは、デイ・ホスピタルで、実際の復帰訓練のなかで、どういう自助具があったら、あるいは、センターで利用している機器や設備が、その人の家にどうセットされたら、実際に少しでも自立的になるかということまでを、サービスをする。

ところが、このことが可能なのはナショナルヘルスサービスによるものである。日本の場合にはそのときまた、たとえばデイサービス・センターで、医師と、医療関係職と、福祉職とが、それをやるということになると、新たな連携の課題が、ここにも出てくるように思うけれど、在宅におけるデイケア・サービスは、先ほどもパッケージ・オブ・ケアのなかで申したように重要な意味があり、そこでは保健・医療と福祉の連携が新たに要請されると考えられる。

そのへんの課題も含めて福祉の側から、諸先生方のご報告のなかで、もう少し詳しく議論していただければと思う点について、若干述べさせていただきました。

討 論

司会(小山所長) それではこれから討論に移ります。きょうは「医療と福祉の連携」というテーマで、問題を挙げてみたが、さっそくコメントの大谷先生に、意味不明だと叱られてしまった。言語明瞭、意味不明瞭ということだが、実に難し

い問題を取り上げたものだと思っているが、私達がいま当面、直面をしている問題が、医療と福祉の関係をどう付けるのか、どう連携していくのかということが、いちばん大きな、あえていえば政策的な課題であると思う。