

在宅ケアのコーディネーション

村田 謙二 (木嶋学園医療福祉専門学校名誉校長)

(略歴) 明治45年生, 日大医学部卒, 群馬県高崎市で開業, 高崎市医師会会長を20年間つとめた。地域医療在宅ケア問題では, 地域医師会の立場から常に積極的に発言, 現在も高崎市在宅ケア研究会のコーディネーターとして活躍。

毎年発行される厚生白書を読んでいるといくつか気がつくことがある。ひとつは, 最近では老人福祉や年金福祉問題にさかれるウエイトが大きくなり, 逆に保健医療の占める比重が低下している。保健医療と高齢者の福祉サービスとのコーディネーションという言葉は昭和62年ころから登場するが, 当時は地域レベルではセレモニー的意味合いが大きく, 医師会長だった私自身も年2回くらい, 調整会議的役割の保健所運営会議に出席する程度だった。現在でも保健所のコーディネーターとしての役割はまだ十分に確認されておらず, 各種サービスの連携, すなわちシステムとネットワークの連携, タテ割りでない窓口というコーディネーション機能は理解されていない。もうひとつ厚生白書の老人実態調査では素人の民生委員に調査を委託しているのが気になる。これは, 以前に私の県の調査で, 痴呆老人が全国平均に比較して少ないので, そんなはずがないと調べたら, 民生委員が実数を少なく報告していることがわかった。老人実態調査は専門家が実際に目でみて判断できる調査か, それが無理なら民生委員に痴呆とはなにかを教育してからすべきと思っている。

このように福祉の領域はまだ学問として確立しておらず, 社会福祉論の段階だと私は考えている。これは自分自身が, 地域で在宅ケア研究会をつくり12年間続けている経験から思っていることで, 市当局から理解されて補助金をいただくまでにはかなりの年月がかかっている。社会福祉論を更に発展させるうえでは, 社会学, 社会医学, 社会経済学など隣接の諸科学を積極的に導入する市政が必要である。これは公衆衛生学に社会学の考え方が必要なのと同じである。

私たちの研究会ではヘルパーの研修に力を入れている。県は毎年定期的に講習会をおこない, 受講者は1, 2, 3級の力をつけさせるようにしている。最近のテキストでは, 医学領域の内容がだんだん減って, 福祉や社会学が増えているだけでなく, 心理学の比重も大きくなっている。研修方法も, ケーススタディだけでなく, マクロ的体系の理解が要求されるようになっていく。このことは, 最近の地方分権論のなかで, 保健所長は医師ではなくてもよいという意見と共通するところがある。保健所長がいつまでも職人芸にとどまっていたらダメで, ひろい意味で自然科学と社会科学を併合したトランスパーソナル思考を持たなければならないことを示している。この意味で, 私たちの学校保健会では, 医師, 薬剤師は聞き役に養護教諭や学校長を主役の司会にしているのは大変効果的である。保健婦と医師会のよい関係でも, 私は, 保健婦が地域の医師会や歯科医師会を上手にのせていくのがよいと思っている。保健婦が妙な疎外感をもたずにつきあうと医師会はのってくるものである。

私たちの研究会の発足の動機はヘルパーの能力を向上させるのが目的だった。そのため保健所, 市町村, 看護婦や地域医師会などからボランティアをつのって始めたが, その後に一般市民や県内全体からのボランティアも増えた。こうしたなかで, 医師の教育には, 単に医学知識の吸収だけでなく, 社会思想を学ばねばならないと思った。管厚生大臣は, 日本には発展途上国の官僚組織があるといったそうだが, 個別性を無視した対策には問題がある。集団検診でレントゲン線の被ばく量を考慮したり, 学校給食でセンター方式でなく自校方式が選択されねばならないと思う。とくに, 学校給食では食中毒問題を考えると当然である。私は

団地に発生した集団赤痢を経験したことがあるが、低地にある水道水の配管に赤痢患者の汚物が入ったのが集団感染の原因だったが、この影響の大きさを考えてキチンとした対策をおこなったうえでフタをしてしまった。最近のO-157による集団中毒にもそういうことがあるかも知れないが、当時は検便の前に特効薬の抗生物質を売ってもうけた薬剤師もいた。まさに言語道断の経済優先の人命軽視である。

在宅医療でのコーディネーションを考慮した地域医療の視点では、もう一度公衆衛生の原点に戻るべきである。アカデミックなものをプラグマティックなものに置き換えていく努力も必要である。この点では、私たちの研究会が実践してきたように、時間をかけたコミュニティオーガニゼーションの考えが重要である。