

相談活動と連携

個別適応力の醸成へ向けて

- ① 老人相談と老人ケア
- ② 保健室における相談活動と他機関との連携
- ③ 児童相談所の役割と課題

① 老人相談と老人ケア

病院・保健所・福祉事務所の連携の中で

山本文子・丹野利子・岩崎晴子

我々は、毎日の仕事を通して介護を要するようになった老人を、ひとつの家族で支えることの困難さを痛感している。

そして、この要介護老人の扶養問題は、在宅ケアか施設ケアかの選択を迫り、また、それをめぐって老人本人の気持ちと家族側の気持ちとのギャップに出会うことも多い。しかも、要介護老人に対する施策は、保健・医療・福祉の三領域にまたがり、適切な時期に適切なサービスを提供することは、予想外に老人と家族に提供することは、予想外に多くの困難を伴うことになる。老人や家族の意向、近隣のかかわり、各セクシヨンの状況把握の時期とそのかかわり方と

援助内容、スムーズな連携など。我々は、ここで、老人と家族にサービスが導入される過程を追いつつ、各セクシヨンの具体的な仕事の内容に触れながら、老人相談と老人ケアのあり方を考えてみたいと思う。

一 A氏の場合

A氏は、七十七歳の男性。七十二歳の白内障の妻との二人暮らしである。一男二女は、それぞれに家を出て家庭を持っており、長男家族はスーブのさめない距離に居住している。妻は若い頃から地区

活動（PTA、町内会役員等）に熱心で不在がら。停年退職後のA氏は妻不在中は妻の揃えたおかずで朝から晩まで酒を飲み、寂しさを紛わしていた。そんな折、妻不在中に玄関の段差で転倒、右大腿頸部を骨折し、K病院に入院となった。老人にとって大腿骨折はねたきり生活の引金になることが多く、現在では長期臥床による機能低下を防ぐために高齢者でも積極的に手術、早期の機能回復訓練（以下、リハと略）が行われている。

A氏も入院により手術、早期リハが行われたが、主治医より歩行は無理、日常動作も物忘れがひどく周りの者の見守りが必要と説明されたため、「高齢で目の悪い妻の介護は困難」と長男は長期入院を希望した。そこで主治医はK病院の相談室のソーシャルワーカー（以後、MSWと略、仕事の内容については後述）を紹介した。同じ頃、地区保健婦は、胃癌検診の際に、A氏の妻がA氏の退院を不安に思っている等の情報を得たため、病院のMSWに連絡を入れた。その後、三回にわたってMSWにより家族の面接が行われた。面接の主な内容は、妻がA氏をどう見ていきたいかの気持ちの整理と、その問題を子供全員に投げかけて「親の看取り」について考える機会を与えた。

- 一 A氏の場合
- 二 A氏に関する各機関の役割
- 三 病院における老人相談と老人ケア
- 四 保健所における老人相談と老人ケア
- 五 福祉事務所における老人相談と老人ケア
- 六 老人ケアの質を高めるために

- ・地区での胃腸検診時にケース入院中の情報を得る
- ・地域での老人看護教室開催（S61.6～S61.11月1回で計6回）

【問題点1】

（在宅ケアに対しての不安）

- ・夫入院中だが、退院が迫っているが、自分一人で在宅で見ていけるか不安であると教室の中で発言する

（援助）

今後このような問題が多くなる。地域として考えていけることはないかと参加者に問いかける

【問題点2】

（A氏の飲酒問題把握
在宅ケア不安の一因を知る）

- ・病院ワーカーへ上記問題と、在宅ケア適応の有無と病状経過についての電話連絡を入れる

（援助）

在宅ケアになった時の在宅サービスや訪問看護制度について説明する

→相談に来所した旨の連絡が入る

- ・妻より直接の相談でなく周囲の人より「今、Aさん大変なのよ」と何気ない会話を保健婦にしてくれる
- ・妻、地区の役員をしているため保健所の各種行事に参加している

（援助）

- ・参加者より、今後の高齢化社会を考えた時、地域の助け合い、ボランティア活動の必要性の発言あり
- ・A氏の飲酒問題について地域の人より情報提供あり
- ・妻、町内の介護経験者に相談に行く

（援助）

- ・妻を通じて介護経験者が福祉事務所にギャジベット申請に行く

- ・回復レベル歩行無理に困惑
- ・長男より妻の病氣（白内障）理由に入院延期の希望をする

【問題点1】

（本人と家族の意向にギャップ）

- ・本人は早く家に帰りたい、トイレも迷惑かけないでできる、酒ものみたい。

ギャップの要因

1. 妻は地区活動があり、四六時中家にはいられない
2. 息子は妻の体を心配して、引き取りに反対しており、妻の態度は息子の意見を聞いて、老人病院への転院を希望
3. 飲酒問題

受傷前は気付け薬とお茶がわりに飲酒、若い頃の酒癖が前面に語られるが最近では暴力なくグッチっほい過去の飲酒問題で夫婦、親子関係がギクシャクしている

（家族の思いの変化）

長男：これ迄通り患者が自分の身が処せられるならば在宅可能だろうが、歩けないならダメ（自分の家庭生活は変えられない）

長女：家が遠く直接手伝えないが、何となく病院より家に帰った方がよいのではない

二女：患者の判断能力、介護程度からも家庭介護を出来る範囲で協力

妻：老人病院の医療出費によって生活費が切りつめられること、娘からの援助、助言に力づけられ、保健所や地域の人達からの協力が得られそうなことから家庭介護にした上で病院利用を考えるようになった

（退院にむけて）

室内手すりつけ、ギャジベット、ポータブルトイレ導入への動きができる

A氏：在宅方向が決まってからは、訓練、病棟生活にも積極性が認められるようになった

婦で同行訪問する

接し、在宅サービスの説明をする

【問題点1】

（退院後寝ている事が多く、機能低下が予想される
食事もベット上でとっていた）

（援助）

- ・寝ていることによる、身体的精神的な機能低下と説明し、人間としての尊厳を維持するためにどうあったらよいか話す。
- ・起床位の時間を増やす
- ・食事は居間に出て椅子に腰かけて食べる
- ・妻の介護の大変さを認めてあげる
- ・ADLのチェック
- ・ベットから立位、立位からつままり歩行、室内移動の動作を確認する
- ・残存機能維持の運動
- ・訪問看護婦導入

【問題点2】

（血圧が高いが医療につながっていない）

（援助）

- ・近医に往診依頼
- ・訪問看護婦訪問時に主治医往診の日程調整し、保健婦同行訪問をする
- ・在宅ケアの指示をあおぐ

- ・妻の友人が、買い物の手伝い、食事の心づかい、精神的な支えなど、種々の面での援助

- ・看護教室終了後に、事後の会として学習会が継続されつつある
- ・ボランティア活動について考える組織ができつつある

【問題点1】

（退院後寝ている方が楽とほとんど）

（ベットに臥床している）

- ・妻、A氏の関係がギクシャクしている。言葉のはしはしにA氏への非難が感じられる
- ・A氏やる気をなくしている

（A氏及び妻の変化）

- ・訪問の声を聞くとベット上で寝ていたA氏が慌てて起き上り居間の椅子に坐る

- ・日中起坐位でテレビをみる様になった
- ・食事も居間で食べている

妻、看護教室に参加しながら「動けなくなっただけなんですもの、見てあげなくちゃね」と自分自身への納得と受容ができてきた

入浴介助についての介護方法について周囲の人へ意見をきいていた

- ・A氏、立位、伝い歩き動作は初回訪問時に比べると、耐久力、スピードもつき、スムーズに安定した移行動作ができるようになった

- ・飲酒は諦めた様で、その代り間食が多くなった
- 主治医往診で肝臓腫脹がなくなってきた

表一 1 A氏をめぐる三領域のかかわり

	医療機関	福祉事務所
入院中 入院から退院にむけて	<ul style="list-style-type: none"> ・大腿骨骨折で入院、DMSによる観血回復術、回復レベル（立位動作程度で歩行は無理）を家族に説明 ・リハ開始 ・リハ科ゴール達成（立位、車椅子移乗動作可能） ・主治医より1週間後の退院と妻に説明 <p>【問題点1】 （妻の病気を理由に退院延期希望）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医より息子に相談室紹介 ・病棟より正式に退院調整依頼 ・地区担当保健婦より <p>（援助内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人面接① <small>注</small> ・本人面接及びADLチェック（PT・NS・MSW） ベット↔車椅子、トイレ（洋式）移乗可能 車椅子可能ながらデメンツ傾向あり（物忘れ） 伝い歩行5、6歩可能 伝い歩きの耐久性強化のためリハ訓練継続 ・家族面接② 妻と面接 入院前の生活状況、夫婦、親子関係聴取、地区活動、地区役員の仕事の目的と実生活の応用について話し合いの上、入院前の患者のADLと現在と比べて、介護は入浴時、その他生活全般への看視が必要になった程度で、妻をサポートする関係作りができれば、これ迄通り在宅可能と判断す。 ・家族面接③ 経済面の点検と家族全員の話し合い指導 在宅サービス施策紹介 ・家族面接④（妻と次女面接） 家族会議の結果報告 ・歩ける意味と可能性、次女の出来る範囲の協力の中身について話し合い ・日常生活用具、在宅訪問指導依頼のため福祉事務所、保健所へケース紹介 これ迄の報告と検討 ・長男より電話 在宅療養に同意するが、引き続き相談にのってほしい ・退院 退院時ADL 気分により変動あるが、病室で伝い歩きが出来つつある 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院ケース・ワーカーよりギヤジベット給付の相談あり ・ギヤジベット申請の面接を行う <p>日常生活用具の申請から導入まで短期間であったことが、家族が公的機関からも援助されているという印象をより強くし、家庭介護を頑張ろうとする意欲がみられた。</p>
在宅 退院後		<p>福祉事務所地区担当ワーカーと保健本人、妻、手伝いに来ていた娘と面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ギヤジベット、手すりつけの確認 ・ADLの観察 ・家族の介護状況の観察 ・福祉制度の紹介と活用方法について説明 ・地区看護教室で福祉制度の活用の講義をする

地域医療として主治医往診開始される

注) ADLとは日常生活動作の能力を表わす言葉

(面接の具体的内容については表—1参照)。その結果、長男夫婦も消極的ながら在宅療養を認めるようになり、娘達もできる限りの協力をしていくということになった。そこで利用可能な在宅サービスを紹介し、福祉事務所に具体的な手続に行くように指導し、病院内で日常生活用具、手すり造設など理学療法士を混じえて検討した。

間もなく福祉事務所からベット、ポータブルトイレ、室内要所手すりがそなえられ、術後八週目、妻子に迎えられA氏は上機嫌で退院した。退院後は福祉事務所と保健所が関わり、訪問看護婦が派遣され、日毎に立位、歩行の耐久性も向上し、手すりの伝い歩きでトイレまで自力で行き、排泄は完全に自立できている。

妻は相変わらず地区活動で不在になることがあるが、日中はテレビを見、用意された食事は一人で食べ、生活行動範囲は狭いながらも身辺自立は確立されている。入院前の状況と違うところは、入浴に介助を要する事だが、娘が定期的の手伝いに来たり、又近所の人達の支えで妻も何とか今まで通りの地区活動を続けながら夫の介護にと頑張っているところである。A氏は訪問看護婦の訪問を心待ちにしており、謡曲をうたってくれたり、残された機能維持のための運動を積極的に行うようになった。

二—A氏に関する各機関の役割

①—病院

Aケースは比較的オーソドックスなケースワーク展開であったが、それは妻を要に親子関係が良く保たれたためであった。A氏家族が、今回の危機に対する対応の中から、変化に対する耐性や対応の手順を養われたことは幸いであったが、今後、在宅生活を送る中で問題が出てくる可能性は大きい。現段階では施策利用を通じて相談調整機能を持つ保健所や福祉事務所にキーを継ぐことにした。

この事例からMSWの役割を整理すると、①老人と家族が疾病によって受けた心理的混乱状況の中からそれは誰にとつての問題でどこに影響し、当事者はどのような受け止めているのか、問題を整理する役割、②整理した問題を、医療面、生活面に亘って当事者達が、解決に向けてどう推し進めていくか、調整する役割、③①、②の経過の中から、老人と家族が疾病によって受けた生活上の変化に対し、有益な諸制度、諸施策を活用することで、退院後の生活不安をやらげるとともに、具体的には保健所や福祉事務所その他の老人サービス提供等の機関に円滑に引き継ぐ役割、以上、三つにまとめることができる。

特に医療機関での相談機能の重要性

は、この事例が示しているように、当初長期入院しか選択の余地がないと思っていた家族が、相談過程の中で、在宅生活への見通しをたて退院に至っていることの中に明らかにされている。

②—保健所

A氏との関りは、一言で全てにおいてタイムリーな対応ができたということであった。一つは入院中に地区内で「老人家庭看護教室」が開催されたこと、二つはこの教室の中で妻が在宅ケアの不安を発言し、参加者に問題を投げかけたこと、三つめはその問題が同時期に病院内にも浮上してきたことである。そして問題解決のため短期間に関係機関が同じ方針をもってかかわったことである。

保健婦活動は地区の中で住民の健康問題のニード、情報を把握し、問題解決のために何が必要で、自分の役割は何かを考えて次のステップへと展開させていく事である。今回はたまたま入院中に把握した問題であったが、在宅適応か否かについて入院先に問い合わせると同時にA氏と家族の生活状況の情報を適宜取り入れ、対応することができた。

今まで多くのケースは「退院連絡」という形で継続看護としての訪問指導が行われている。従って退院にこぎつけるまでの本人や家族の困惑・戸惑いの経過を

知る機会が少い。今回はその調整が病院と地域で行われた事は幸いであった。しかし患者や家族の多くは疾病の予後や、介護力、生活への影響等の不安を持ちながら退院してくる。実際、退院してみると病院と家庭での療養生活は大きく違い、そこに又新たな問題を生じる。

そのあたりの調整が訪問指導で行われなければならない。訪問指導は患者や家族が、病院生活から、工夫と応用によっていかに快適な在宅療養を行うかを援助していくことであり、その他地域や第三者のわずかな支えによって在宅医療が継続できることが多い。

A氏は退院後は寝ている方が楽と寝たきりの生活になっていた。そこで、全くねたきりになった時の体と心の変化、人間としての尊厳を失わないために自分はどうあったらよいか、自分が在宅療養者としてとるべき努力を話し合った結果、最低限の身辺自立が可能となっている今日である。

③—福祉事務所

A氏の場合には退院前に医療機関から福祉事務所へ紹介があったため、住宅等の環境条件を整備し、準備の上、退院となった。ヘルパー派遣については、勧めたが、妻が高齢で白内障があるが、まだ家事ができる事と娘が定期的に入浴介助

に来ていた事から、今の所は希望して
ない。将来的に困った時には利用できる
よう、老人ホームへの一時入所等と共に
紹介にとどめている。今後、適宜、関係
機関と連絡を取りながら、制度導入を勧
めていく積りである。

A氏の場合のように医療相談室の整備
されている病院から退院したケースは、
問題が整理されて紹介されてくるが、多
くは家族が不安を抱えたまま退院後の相
談にくる。又、特殊ベットや住宅設備改
良等の制度を知らないために、高額な自
費負担をしている事も多い。老人や障害
者の入院患者を抱えている医療機関とし
ては、施策等を十分周知し、できる限り
早いうちに保健所や福祉事務所に連絡す
る相談体制を拡充して欲しいものであ
る。

A氏の場合には医療機関であらじめ
整理されていたため、福祉事務所の援助
内容が比較的簡易であったが、次にB子
の例から福祉事務所がコーディネーター
となって関係機関を紹介し、連携したプ
ロセスを紹介したい。

B子の例

B子（六十歳、六十三歳の夫と二人暮
らし）は、疲労が重なり脳溢血で倒れ左
片マヒとなったが、早期にリハ専門病院
でリハビリを終了し、病院からの紹介に
より、身障手帳の申請、住宅設備改良

（風呂場の手すり、及び洋式トイレの改
造）、特殊ベット等の日常生活用具の申
請のため福祉事務所へ来所する。

担当の所見では、B子は退院時、室内
歩行ができるのに、日中一人きりでとか
くベットに寝たまままでいるようである。

家事に障害はあるが、自力で可能な事も
多い。このように、本人は退院後リハビ
リや家事に対する意欲が低下し、又、夫
も妻の障害に対しては諦めながらもリハ
ビリへの理解が薄く、過保護に振舞う面
が見受けられた。本人、家族共、障害受
容がまだ不十分であることから、在宅で
のリハビリ指導と本人の家事への積極的
な取り組みを促す指導の必要があると思
われたため、保健婦へ紹介した。

保健婦の側では、医療機関から本人の
リハビリテーションの経過資料を取り寄
せ、在宅のリハ指導について訪問看護婦
とプログラムを組み、夫にも障害につい
ての理解を深めるよう指導してくれる事
となった。又、保健所で月一〜二回行わ
れているリハ教室への参加も勧めていく
事となった。

かわり後のケース検討会で訪問看護
の実施内容、現時点のリハビリの評価、
ヘルパー派遣内容の検討を行った。その
結果、家事については洗濯は直立姿勢は
良いので洗濯機は使用できるが、干す事
はベランダに出なければならずできな

い。掃除機は身体が不安定となるため
きない。調理は、食器洗いや野菜の皮む
き等をヘルパーと一緒に始めた方がよ
い。リハビリについては訪問看護婦が週
一回訪問指導するが、その間、毎日、六
種の訓練を自主的に行っていく。月一
二回のリハ教室は夫の協力により参加す
るようにした。又、障害を持った不安か
ら不眠症状が続いて睡眠剤を使用してい
るせいか朝起きられず、正午頃起きてい
たが、睡眠剤はやめる方向でヘルパーの
来訪時に起床して、一緒に家事やリハ訓
練をやるように、日中はなるべく起きて
いるようにとの方針を決定、又、各々機
関や家族との情報交換のために、訪問時
に連絡帳に記入をする等を本人や家族と
共に確認した。

その後、ヘルパーより、本人の起床時
間に合わせて派遣時間も早くなり、ヘル
パーと一緒に家事を始めていくとの報告
も入り、リハについても訪問看護婦の熱
心な指導に意欲的にはなったようである
が、まだ時折、「死にたい」との弱音も
出て、それについては訪問看護婦を中心
に受け止めながら指導している。リハ教
室については、夫が仕事で忙しく協力が
得られない時にはボランティアによる送
迎ができるようになり、毎回の出席にな
っているようである。

B子の場合には、退院後、緊急にヘル

パーの派遣をしたため、開始前に関係機
関のケース検討会ができず、各々の機関
が動き始めて後になったが、福祉事務所
の召集により検討会を行った。このよう
に各々の機関のケースへのかかわり方の
整理、及び共通に知っておかねばなら
ない情報交換を密に行うことが、在宅生活
を支えるために必要になっているのであ
る。

三 病院における老人相談と 老人ケア

① 相談係としてのMSW

保健・医療の場でソーシャルワーカー
（医療相談員、以下MSW）職を取り入
れたのは大正後期と歴史は古い。当初、
施療という慈善的生ぶ声であったもの
が、戦後米国の公衆衛生体系と制度モデ
ルの導入によって、MSWは保健所を中
心にしだいに医療機関にも普及していっ
た。本市では、昭和二十二年保健所法
改正のあった翌年、全国に先掛けて神奈
川保健所に一名の専任を配置したのを皮
切りに、現在では四十人の専任MSWが
各区保健所、市民・港湾・友愛・市大病
院で医療社会事業相談に携わっている。
又厚生省の医療従事者調査では、全国で
四千人以上のMSWが、保健・医療の場
で就労していると言われており、これら

の人々は、医療福祉の普及・啓蒙と資質向上を図る専門的職能集団として、日本医療社会事業協会を組織している。しかし医療機関について言えば、国立・自治体立病院のMSW配置率は、全日赤、全共済、社会福祉法人立病院の四分の一以下という低率であるため、どここの医療機関でも相談窓口が開かれている訳ではない。行政の中であって、法や施策に直結せず、民間にあつては利益に結びつかないMSWが、保険制度やその通達の中に医療専門職として呼称明示されるまでになつたのは、一つには医学の進歩や機械工学の発展に伴なう医療技術の向上、社会保障の発達と生活水準の向上、核家族化による家族機能の脆弱化と産業界のオイルメニュウ化等々、医療をとりまく社会環境の大きな変化と複雑化といった時の変遷を背景に、福祉の持つ人権擁護の立場と医療が持つ健康に対する社会的責務との合流点で、ひたすら病める人に視点を据えながら、市民生活が抱える医療的ニーズと治療専門機関である病院機能との調整を職務としてきたMSWの地道な活動に対する社会的評価として説明される。さらには、世界保健機構(WHO)の一九四六年憲章で、人間を身体的・精神的・社会的な総合的存在としてとらえ、多様なニーズに全面的に対応しようとする「プライマリー・ヘルスケア」の

理念が提唱されたことがあげられる。その結果、予防から治療・リハビリテーションに至るまでの医療の一貫性が求められ、現在では、施策立案の基盤となる考え方として、保健・医療・福祉の統合を目ざし、各機能の有機的連携と効率的健康サービス体制が求められるに至つて、MSWの必要性がより明確にされてきたことが上げられる。MSWは保健・医療の中にあつて、福祉的問題の相談調整係として位置している。

② 一般病院にみる老人相談 ③ 数の増加

病院と一言で言つてもその中には大学病院、専門病院、一般病院などがあり、その持つ性格や立地条件・各種特殊性によつて抱える問題は少しづつ違いがあつて、MSWに紹介される相談にも微妙に反映されてくる。当病院は平均的な地域の中核的一般病院であり、そこでの相談活動の実情を述べてみたい。

相談の契機は直接相談が一割、関係機関から三割、残りの六割が院内からの紹介である。今日も病棟からカルテにはさまれた相談依頼書が届いた。依頼書には十項目に分けられた依頼事項の他、問題把握の動機や治療・看護計画との関係など、相談ケースの概要が主治医・婦長によつて書かれている。どの依頼書にも複

数項目に〇印が付き、治療を進めて行く上に影響する社会的問題の多様さを感じさせられる。十年前、相談の代表的な三項目として経済的問題、他病院紹介、他機関紹介が上げられたが、最近では家族関係、諸制度利用、入退院時調整の三項目が主となつて、医療の中で生活に立ち入つた援助が求められている現状がうかがわれる。これは、コ・メディカル・スタッフの拡充とチーム医療の実践の中で医師や看護婦サイドで問題の早期把握がなされるようになったことにも一因するが、多彩な問題要因をはらむ高齢患者の全般的な増加によるものと考えられる。

たしかに相談室で扱う相談総件数のうち六十五歳以上の老人相談の割合は、昭和五十八年度の一・二・三%から昭和六十一年四・九月までの平均では三三・六%と、二一・三%の増加を示している。これは当院の診療圏内である中・南・磯子等周辺区の急速な高齢化の進行と連動しており、保健所、福祉事務所の老人相談も同様な増加がみられているようである。

④ 相談内容から

疾病が原因で引き起こされる老人相談からみた老人ケアの基本は、「孤独、喪失感、意気阻喪、不安、緊張といった心理背景の均衡を保ちながら、介助を得る外的条件を満たし、セルフケアを続けられるよう援助すること」ではないかと考

えられる。この基本は「健康、経済、愛情、居甲斐、生甲斐」の五条件から構成され、老人とその周辺との関係でこの条件のバランスが崩れた所に問題は表面化してきている。相談を受けながら常に気をつけなければならぬことは、表面化している問題が老人とその周辺の人たちのどちらから示されている問題なのか、背後にある五条件のアンバランスと両者の相互関係を推し量らなければ誤つた援助プログラムを立ててしまふ、予想外の結果が引出されてしまふ、という点である。ここに相談の難しさや質の高さが求められるところであると言えらる。

当相談室の事業報告から老人相談のみの件数はうち出せないが、図一の援助内容別相談件数のうち②⑤⑦の大半は、老人・障害者の相談である。実際にMSWへ持ち込まれる老人相談の内容は、おおむね次の五つにまとめることが出来る。

(ウ)入院の希望について

一般的に入院は外来受診の上決められるものであるが、老人の場合には、典型的症状、自覚症状が少なく、おかしと思つていながら寝ついてしまつたりすることが多く、受診をせずに直接入院を求めてくることが多い。大抵は単身老人や老夫婦世帯、親子二人世帯といった家族機能の小さくなつた老人たちであり、

表-2 医療相談室ケースワーク件数

	実人数	延人数
入院	307	1,010
外来	388	799
合計	695	1,809

- 注1) 実件数は各月(月ごと更新)ごとの新規ケースの総数
 2) 延件数は新規ケースと継続ケースの総数
 3) 単なる事務連絡、問合せ、電話相談、照会は件数にあげず
 4) 同一日に同一援助が何回繰返されても一日件と算定した
 5) 相談延件数の総数を年間相談援助の基数とした

出典)「60年度港湾病院医療社会事業報告」より

表-3 援助方法別相談件数

	本人	家族	関係機関協議	院内関係協議	合計
面接	830	591	158	413	1,992
電話	19	242	415	181	857
訪問					18
文書					183
計					3,050

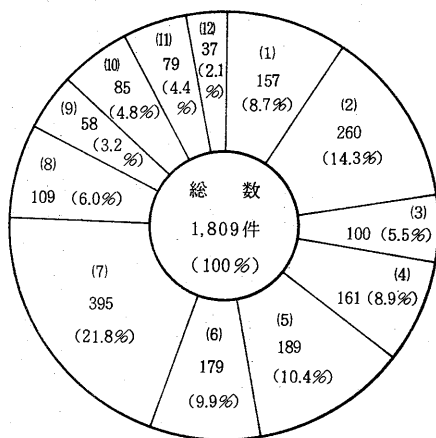
注) 1ケースに異なる援助方法で数回の動きをするため延件数には一致せず

出典) 同上

相談の中で援助関係を掘り起こしながら受診につなげることから始まる。ここで問題となってくるのは入院の基準である。患者側では、苦痛の程度(人によって幅がある)、排泄動作の自立程度を目途にして、病院の組織・機能に関係なく切端詰った思いでようやく相談窓口にたどりつくことになるが、受入れ側は検査・治療方法、安静の程度から決めるため双方に大きな理解の違いが生じることがある。入院要件を判断するためには、福祉事務所や民生委員の協力を得て移送手段を確保し受診に継げるか、保健所保健婦の訪問や開業医の往診を得て判断する

ことになる。ここで必要なのは入院の要件が満たされている場合とは異なり、そうではない場合には、入院できない理由と困った状況の打開方法や社会資源を説明してこそ相談の意味が出てくる。
 (f)入院中の受療不適応について
 一般的には病氣への無理解、治療、医療担当者への不安、不満をベースに問題の言動が現われる。老人の場合、環境変化への適応性の低下、生活習慣の固持、頑固さから、睡眠、食事、排泄に問題が現われ易い。これは看護面でのアプロ

図-1 援助内容別相談件数



- (1) 医療費相談
- (2) 社会福祉六法の利用
- (3) 社会保険制度の利用
- (4) 心理、情緒の問題調整
- (5) 家族調整
- (6) 受療問題(療養不適応、無理解)
- (7) 入退院時調整(転帰先・居宅療養調整)
- (8) 通院居宅療養指導
- (9) 職業・学業関係調整
- (10) 関係機関の利用
- (11) 他病院紹介
- (12) その他

出典) 同上

チで解消することが多いが、なお問題を残す場合には、看護婦や医者より相談が上げられてくる。この中には、徘徊や夜間せん妄、興奮、抑うつなど精神症状が強く、適切な医療機関の利用が考えられなければならない場合、また、このような状況の受け止め方や接し方など、家族指導が必要なケースが多く、高齢患者の増加と共にボケ問題は年々広がりを見せ

(c) 家族関係調整

老人にとって生きる力の源は、家族やそれに代わる人達の中にあつて居る妻を感じることが第一である。病氣によって体の機能低下が生じた時、気うつな疎外感や孤独に悩まされた時、そこに活力を吹き込むのは家族の愛情に外ならない。老人の生活を支える五条件のうちどの条件を欠いても老人自身大きくバランスを崩すが、健康という何物にも替え難い条件を欠いた時、その心理的影響には老人と家族の間にズレが生じることが多い。まして身体障害を残すような場合、それも介助量が多く要求される場合、病氣や障害に対する心理的受容経過にこのズレは顕著に現われる。この受容過程の時間的ズレは、老人と家族両者にとつてみれば、お互いに求めるものと返ってきた答えが違っている事実により立ち相互の関係を悪化させていることがよくある。こうした問題は病人よりは、動きがとれる家族の側から示されることが多く、家族側の抱えている問題が即老人が抱えている問題ではないことがふつうである。この点に留意し調整をすすめなければ家族のための相談となつて「老人ケアの基本」から逸脱してしまふ。このような相談は老夫婦独立型、三世代隣居型、独居型など相互に生活が見えにくい親子関係

の間から持ちこまれることが多い。発症以前から劣悪な家族関係でない場合には「受容経過の時間的ズレ」と「看取りについて」の話し合いをすることによって人生の流れや子世代の位置が明確になり親子関係を考え直すきっかけとなることが多い。

(2) 退院時調整

退院先は自宅、施設、病院と三カ所に大別され、そこに向つての具体的アプローチの段階を言う。ねたきり・障害老人の総ての入院患者を対象にするまでシステム化されてはいないが、家族関係調整の継続として又退院指導の一役として、相談室には、これらの患者の多くが紹介されてくる。在宅療養を進めるための主治医探し、療養指導の継続を願うための保健所連携、介護の軽減を図るための日常生活用具や補装具、在宅福祉サービスや施設利用のための福祉事務所連携、本人の病状、意欲、経済性、家族関係から判断する転院調整など、限られた入院期間の中で治療の進行状況に合わせながら調整を進めていく。しかし、このプロセスは、患者や家族にとって、頭で理解することはできても心で納得するまでには至らず、一医療機関だけで、完結できることではなく、退院後の機関連携のフォローに頼むところが大きい。

(3) 在宅療養について

慢性疾患を抱えて在宅療養しているねたきり、障害老人や家族にとつて、病状の悪化、家族の介護疲れの心配は切実である。医療ケアの必要度が高い老人の場合にはそれだけ在宅療養の実態を理解して

くれる医療機関へのフォローニーズは高くなるが、実際に訪問看護システムを持つ医療機関は限られている。大方が開業医の往診を頼むことになる訳だが、その往診医が少ない現状では、治療継続を通して心配、不安を少しでも受止めながら問題を行詰まらせないよう配慮する相談機能の必要性は増すばかりである。保健

・医療と福祉の問題をいっしょに抱える老人ケアを考える時、各々の機関機能が有機的に連携されて初めて、一人の老人相談を受ける体制が作られると言つても過言でない。

注(1) 「医療ソーシャルワーカーの資格制度に関する検討資料」一九七八年十二月

注(2) 「リハ施設における患者家族の心理」総合リハ 十・一九八三

四 保健所における老人相談と老人ケア

昭和五十八年二月に老人保健法が施行された。この法律の「訪問指導」の条文に保健婦が位置づけられ、保健婦への大

きな期待が寄せられた。

保健婦は地方自治体の公的な裏付けをもって対人保健サービスを地域住民へ提供するという責務をもつ。その中に受持地区制をとり、きめ細く担当地区への責任をもつてサービスが行き届くよう働きかけなければならない。

そこで地区活動の一つの手段として「訪問指導」があげられるが、この活動の目的はできるだけ患者が在宅で療養できる事を願つて援助していくことである。

近年、特に老人問題においては施設ケア(病院も含む)か、在宅ケアか、要介護老人を抱えた家族の悩むところであるが、効果的な在宅ケアを成立させるためには有機的な三領域、つまり保健・医療・福祉の連携が重要となつてくる。

一では、日頃の訪問活動の中で、それぞれの立場で果たしてきた役割を事例を通して整理をしたが、これから考えられる問題点と今後の課題を述べてみたい。

① 対象者の把握をめぐる連携相談はあくまでも相手が主体的に働きかけてくる部分である。が、効果的に相談機能を生

かすためには、如何に早期に情報を収集するか、そしてタイムリーに対応しているかがポイントと考える。そこで保健所での老人相談をねたきり者訪問看護事業の中での対象者の把握状況で述べる(表1-4参照)。

② 福祉事務所からの連絡票より

ねたきり老人の把握のシステムは既に記載されている通りである。「ねたきり老人」は六十五歳以上で六カ月以上ねたきり状態にあることを条件とする。つまり保健所で把握する時点ではねたきり状態が六カ月以上を経過している。人間の筋力、身体機能は、わずかな期間でも使われないと^{注(3)}廃用症候群として低下をきたし、特に老人の場合それが著しい。寝たきり老人は作られるというゆえ

表一4 ねたきり者把握動機

把握動機	S58年度	S60年度
福祉事務所からの連絡票より	35.4%	40.0%
寝たきり以外の連絡票より	4.9	21.4
福祉関係者より		
リハビリ病院	28.0	14.3
その他の医療機関	1.2	7.1
近隣・民生委員	11.0	2.9
家族から	14.6	12.9
その他	3.7	1.4
保健所活動	1.2	0.0

んである。我々が訪問した時点で、「もっと早く訪問していたら寝たきりにならずにすんだのに。」「家族もこんなに追い込まれたり苦労しないですんだのに。」と残念に思うケースがよくある。福祉事務所の立場から見ると制度上のかねあひもあり仕方がないところだが、保健所の立場からみると、公衆衛生活動の理念の予防活動（疾病の予防、早期発見、早期治療、早期リハ等）を目的とするならば、対象者をどういうルートで早期に把握し、対応していくかを真剣に考えたい。

そのためには地域ケア、地域福祉のためのネット・ワーク作りが急務である。そして地域の生活問題、健康問題、福祉問題を把握している人は民生委員、保健指導員などの地域の自治会の役員である場合が多く、いかにこれらの人々と密接に連携をとるにかかってくるのではないかと思う。

④連絡票以外の福祉事務所からの把握
最近はこのルートからの情報が増加してきている。これは家族が直接福祉事務所へ、ヘルパー派遣依頼、入浴サービス、一時入所、身体障害者認定などの申請に来所した折、地区担当ケースワーカーより即、地区担当保健婦に連絡が入り日程調整をしながらの同行訪問体制が出てきつつあるからである。この連携により⑦の問題点をある程度カバーできること

になり非常に効果的である。又福祉事務所の面接相談の場で地区担当ケースワーカーと同席面談させてもらうことも有効であった。この様な連携が今後増加していく事を期待したい。

⑤医療機関からの把握

現在、医療機関からの把握は特定の病院に限られていることからルートのない病院は殆ど把握されないことになる。その辺が今後の課題になるところではないかと思う。MSWが居る病院では、ルートがなくても連携が取りやすくMSWの存在価値は大きい。又居ない場合、医師や看護婦や職員が社会資源の活用を知っていると連絡が入るが意外と知られていない。保健所の立場としては自分達の業務をPRしていく事とともに電話連絡だけでなく、病院や主治医訪問をする中でコミュニケーションを作っていく姿勢も必要である。何といたっても地域の医師会や開業医との連携が重要である。又、保健婦として反省することは、ともすると通院中、入院中となるホッと病院や主治医、ケースや家族との連絡が途絶えがちとなる。地域から医療へのかかわりは入退院の依頼に終ることなく、一貫してかかわることが必要であると思う。

医療機関は治療が優先するのは当然であるが、老人や障害者、慢性疾患の場合、生活、家族、介護能力の調整が必要

となる場合が多い。必要に応じて関係職種の合同カンファレンスが設けられると一度にそれぞれの立場での役割や情報交換ができて有効な在宅ケアが図られる。医療側としても地域の受け皿の体制を知ることにより施設ケアでなく在宅ケアへと導入される結果ともなるのではないだろうか。

⑥保健婦活動の中からの把握

この領域からの把握が増加することが保健婦としての願いである、しかし願ってもそう簡単に対象者把握のルートにはなり得ない。それは保健婦自身の日頃の地区活動と自治会、町内会、住民との密接な関係ができていないか否かにかかわってくるだけに厳しい評価となってくる。

医療、福祉からの連絡を待つだけでなく、保健婦はあらゆる地区活動の中에서도情報収集のアンテナをはっておかなければならない。意外と住民は社会資源の活用を知らない。広域的な「広報よこはま」、「各区だより」、各関係機関、自治会等の事業についても関心のあるものには目を向けるが、ないものは通過してしまふ。関心を促すためには何が必要かと考えた時、情報は「人から人へ伝わる」という性質上、人と人とのつながりを育てる様な地域への働きかけが必要である。また、人を介さずに必要な時には必要な扉をノックできる住民と行政との

関係をつくることも重要である。先頃、東京都のある地区では、地域に「御用聞き」に職員を派遣しているという記事をみた。老人保健法の保健婦への期待はこんなところにもあるのではないかと思う。福祉事務所のケースワーカーも訪問指導等の地区活動の有効性を述べていることにもうかがえる。

保健婦は受持地区制をとり地域に深く入りこみ、住民の生活に密着したところで活動しているため、住民にとっては身近な存在であり、第一線の情報を得る職種と自負しているが、意外に保健所を活用する方法を知らない事に驚いた。老人保健法施行後の横浜市のアンケート調査（老人保健事業実態調査報告書「昭和六十年三月」）においても四〇歳以上で保健所を「利用したことがある」人は、二八・五％の比率であった。それは何故なのか、を自分自身に問いかげながら職務を果たす今日である。しかし、保健婦の能力、力量にも限界があり、毎年の業務分析をしても地区活動（訪問指導を除く）の割合は増加したとしても約一二％である。老人保健法により保健婦の保健婦業務が明確化されたまではよいが、保健婦一人二人弱の受持人口では力量にも限界がある。最近、しわ寄せが出てきているところは前段の「訪問指導」である。「訪問指導」は「個」から家族、そし

て「集団」への関りの展開できる地区活動の基本的な手段であり、逆に、「集団」は「個」へと細分化できる基本的な手段でもある。その様な点から住民の公衆衛生活動の基盤になる。保健婦活動の量的、質的な向上のために人的保障も必要ではなからうか。

② 援助内容

訪問看護事業の主な援助内容は、(1) 具体的な基礎的看護方法、(2) 在宅リハビリテーション、(3) 社会資源の活用方法、(4) バイタルサインの観察方法、(5) 患者及び家族への精神的援助、(6) 家族関係の調整、(7) 医療機関の調整、(8) 介護の工夫、(9) 介護の工夫、(10) 家族の健康管理等々があげられる。

これは、先に述べた対象者の把握により、訪問活動が展開されるわけだが、援助内容はすなわち、相談内容ともなる。つまり、訪問を糸口に潜在していた問題が次から次へと顕在化してくる。住民のある人は「保健婦さんで、人生相談みたいな仕事ネ」と言ったが、実際「その通り」であると思った。私自身、そうありたいと思っている。

つまり、人々は健康障害を発端に様々な人生の問題にぶつかると。患者や家族の生活を脅かす人間生活の危機は健康障害(肉体的、精神的)に始まると言っても過言ではない。又、それを逆に言えば

生活の積み重ねの中から健康障害が始まるともいえる。故に保健婦は住民の生活と共に健康に関する仕事をする職種であり、生活の中から健康を守っていかねればならないと思う。健康相談という専門的武器をしのばせた「人生相談」「なんでも屋」であるのが保健婦の専門性かな、と思うこの頃である。あらゆる相談の窓口となりそれを関係機関や職種につなげるコーディネイターの役割も大きい。それだけにより、「連携性」が問われる期待性の高い職種であるようにも思う。

最後に老人相談にかかわる中で強く感じることは、在宅ケアの基本となるものはこれまでの家族関係が大きく影響してくるということである。「家族調整」が援助内容としてあげられるゆえんである。歪んだ家族関係が出来上ったところでの調整は非常にきつい仕事であり、時々むなしさを感じることもある。この仕事を通して痛感することは、「家族とは何か」、「家族はどうあったらよいのか」、「夫婦とは」、「親子とは」、「子育ては」、「等々、老人問題から子育て問題までにたどりつく。老人問題は母子関係から始まるような気がする。我々の仕事はどちらも大事にしながら、地域住民のために豊かな老後を送るため援助していきたい。

注(3) 廃用症候群とは、体を使わないでいることにより、身体の機能が低下して下ること。

五 福祉事務所における老人相談と老人ケア

福祉事務所の福祉援護係は生活保護法を除くいわゆる福祉五法(身障・精薄・老人・児童・母子)、婦人保護の相談窓口及び各種手当の受付窓口になっているが、窓口には専任職員が配置されていないためケースワーカーが当番制により交替で対応している。

相談件数、相談分類は各区の地域的特性により異なるが、中区においては本市高齢化率第二位を反映して、毎日二十～三十人の相談のうち老人相談が多くを占めている。

① 相談経路

⑦ 民生委員からの連絡

老人福祉法でひとり暮らし老人、ねたきり老人の把握は地域の民生委員からの連絡によるシステムになっているため、民生委員からの把握が最も多い。その連絡票をもとに、保健所では必ず保健婦が

訪問する事になっているが、初回訪問にケースワーカーも同行すると個別ケースの状況把握、医療と福祉の問題整理、制

度紹介が一緒にできて効果的である。家族はあらかじめ制度を知っておけば、問題が生じた時に対応ができ、将来の見通しを持つ事ができ不安に陥らないですむ。又、情報案内としては、ねたきり老人の見舞金の給付と一緒に施策のパンフレットを送付しているが、制度の詳細がわからないために申請に繋がらない家族が多く、ケースワーカーの具体的な説明により、始めて申請に至ることも訪問相談の利点である。

⑧ 直接来所

老人相談は本人よりも家族からの相談が多いが、中には本人が、老人ホームの入所相談や将来を案じて制度について聞きにくる例も多くなっている。

⑨ 保健所、医療機関からの紹介

継続訪問を行っている保健婦の情報から制度紹介や、保健所の地域看護教室等の地域活動にケースワーカーも参加することにより参加者から相談を受けたりすることもあつた。

医療機関からは、退院後の相談やリハビリの終了、痴呆症状出現による転院等の相談が多くなっている。

⑩ 福祉事務所、保護課ケースワーカーからの紹介

被保護世帯のうち老人の占める割合も多く三分の一になっているため、老人世帯の処遇方針についての相談も増加して

いる。

④近隣家主等の紹介

近隣や家主等からの相談は痴呆老人等で、何とかして欲しいというような苦情に近い形で相談を受ける事が多い。

②相談内容

福祉事務所に持ち込まれる相談内容は主に次のように大別される。①介護の問題、②医療に関する事、③経済的困窮に関する事、④その他、各種の制度施策の申し込み、以上の中では介護に関する相談が最も多い。単身老人、老夫婦世帯、共稼ぎの二世帯・三世帯同居世帯の増加により、介護上の問題が深刻化している。医療に関わる相談としては、一般病院から老人病院への転院相談、痴呆症状の対応について、脳卒中治療後のリハビリ、また、入院中の差額ベット、付添看護料の支払困難の相談、退院後の往診医等医療機関の紹介やかかり方まで様々である。また、初回の相談や継続的にかかわっている中でも経済的に困窮している例も多く、生活保護や年金の係に紹介している。

その他、身障手帳の申請や特殊ベットやポータブルトイレ、紙オムツ、あんしん電話等の日常生活用具の給付、住宅設備改良の給付、居室整備資金貸付申請、入浴サービス、寝具乾燥等の福祉施策の

申し込みにかかわる相談があげられる。

初回相談では、相談者の訴えは、その家族内での混乱した状態がそのまま反映されていたり、訴え方も「とにかく入院させて欲しい」というように家族の一方的判断で持ち込まれることも多い。

相談を受ける側としては、まず相談者の訴えを十分に聞いた上で、何回かの面接や訪問を通して整理していく事が大切である。

③援助内容

窓口では主訴を十分に受け取め、その段階で整理できる事、紹介できる制度等を一応説明するが、多くは地区担当に引き継ぎ継続的に関わる。引き継ぎを受けた地区担当ケースワーカーは面接や訪問により、個々に応じた対応をしていくが、施策に結びつける場合でも老人や家族の意思とそれに伴う条件、施策導入の時期や方法等もあわせて検討していく必要がある。

例えば老人ホームの相談にのる場合、単に家族に老人ホームか在宅かの選択をさせるといったことではない。現状では老人ホームの入所までに一年～一年半位の待機となり、その間をどう過ごすかも大きな問題である。在宅でヘルパー派遣や一時入所を利用しながら待てるのか、そんな余裕もなく老人病院を紹介せざるを得ない時もある。そんな時でも単に老人病院のリストを渡すだけでは相談とは言い難い。本人の気持ちとしては老人ホームや老人病院には入りたくないが、家族としては看られない。理由は家族問題研究会で分析したように、本人の身体状況、家族の介護力、本人及び家族の経済状況、住宅状況等があげられ、止むを得ない事情もあるが、本人や家族の気持ちの整理や調整の為、一定のプロセスを経て、本人の納得のもとで行う必要がある。

また、在宅生活を送る場合でも一時入所、ヘルパー派遣、入浴サービス、デイ・サービス……と単に「こういうメニューがあります」という情報案内と提供だけでは済まない問題がある。

老人ホームの一時入所でも家族としては介護疲れや急用等から、すぐさま使いたい、初めての利用の場合には本人はたいてい不安を示し、嫌がる。この場合、ケースワーカーや保健婦が安心を促したり、老人ホームの見学をしたり、時にはホームの方から出向いてもらったりして安心させる等の工夫をする。

ヘルパー派遣も他人による介護のため、必ずしも始めからスムーズに行く訳ではない。本人が拒否的だったり、遠慮がちであったり、できないことを認めたらなかったり、何をして欲しいか整理できなかつたりで、何回か通う内に信頼

関係を作ってから、家事援助に入っていくこともある。

医療にかかわる相談は福祉事務所が単独に判断できない事が多く、医療機関の医師、MSW、保健所の保健婦とMSWとの連携のもとに進めていく必要がある。

痴呆老人については、保健所の老人精神衛生相談に繋ぎ、ケースワーカーも加わり、相談にのったり、痴呆の一時入所の利用やボケ老人を抱える家族の会に紹介しながら、対応している。

六 老人ケアの質を高めるために

従来の在宅ケアは、在宅施策も乏しく家族の介護に全面的に依存するといった方法しかなかった。緊急や困った時の援助方法は、老人ホームへの措置もしくは老人病院への長期入院と言ったような形で行われてきた。

今日リハビリテーションの発展や在宅老人施策の充実により、老人ケアは老人とその家族を含めた形で支援していくという新たな展開が可能となった。

要介護老人とその家族が生活を送る中で生起する様々な問題、物理的障害・家族間の葛藤・精神的な不安等に直接アプローチし、老人とその家族がその関係性

を保ちながら在宅での生活を保障する事に焦点があてられてきている。

相談機能の必要性も又、こうした視点の中で、問い直されていると言えるだろう。

① 相談機能の意義

前章では事例検討や各機関の相談援助のあり方をみてきたが、ここでは、三機関の相談機能の意義として共通に言えることをまとめてみたい。

老人の要介護状態に直面した家族は、問題の混乱と動揺のただ中にあり、相談機能なくして問題の整理や見直しをもつことは難しい。老人の初回相談では、まず老人とその家族が置かれている状況を的確に把握することが最も重要となる。

この時点で問題の整理と見直しをもつことができた家族は心理的に安定し、以後の老人ケアへのステップを踏み出すことができる。一方、援助する行政機関の側では、制度施策の適用を背景にもつているため、状況把握が行われることにより、単なる身上相談に終始せず、その老人と家族にとってより有効な施策を適用できる。この施策の適用にあたっては、単に資格要件の適否に当てはめるだけでなく、十分に利用者に施策の内容を情報提供した上で選択させること、本人や家族の納得のもとに適用していくことが

必要である。

さらに、老人ケアの目的は施策の紹介、適用で完結する訳ではなく、適宜、その施策の効果や世帯状況の変化に気を配り、新たなニーズの発見や対応方法の検討等が行われることが重要である。つまり、要介護老人とその家族が、在宅による生活を継続するためには、その支援が継続的である事が求められる。そして継続的に援助する過程の中で、各機関の対応と役割がより一層明確になつてくる。

また、一機関内で解決し切れない問題を適宜、他機関へ繋げることが可能となるのである。

② その評価をめぐって

以上、相談機能の意義について述べてきたが、その評価については行政の中でも、その位置づけは確立されたものとは言い難い。

相談過程それ自体を考えた場合、その効果が相談者との関係性の中にしか成立しないものであり、客観的に測定しづらいこと、又、ひとつの施策に繋がったとしてもその効果を確認できるまでには長い時間を要する場合もあること、さらに相談の中身よりも数量化され易い相談件数や資源活用状況に評価基準が置かれている等の問題がある。

そのような中で、かわる職員は、各々の機関の性格を踏まえながら、老人ケアに努力しているのが現状である。

相談機能が發揮されるためには、相談者の状況を冷静に汲み取っていく客観性と丁寧さと余裕を持った時間が必要となるため、それを可能にする質と人的体制が不可欠となる。

③ 連繋を円滑にするための条件

最後に老人ケアの質を高めるために、関係機関の連繋は、必須でありそれを円滑にするための条件について次に次の六点についてあげておきたい。

① 医療機関、保健所、福祉事務所、各々の機関の機能は異なるが、老人相談を受ける所としては共通しているため、まず相談者が始めて訪れた所では、訴えを受け止めてから見直しを立て、適時必要な機関に廻すのがよいと思われる。よく話も十分に聞かない内にタライ廻しされている例も見られる。

② 他機関を紹介する場合には、各機関の機能や役割、施策等を熟知していないと紹介が適切でなかったりする。
③ 保健所等は直接施策を実施していないが、単に福祉事務所へ紹介するだけでなく、紹介したを利用したか、利用してどうだったか、制度のどういう所が問題か、不足しているものは何か、他の方法

は、等ケースの問題を共有しながら相談にのつていく事も重要である。その場合、相互の機関の問題点も批判し合えるような関係を作りたものである。

④ 情報交換を密に行う事はチームワーク作りには必須条件である。

⑤ ケース検討会により、統一した処遇方針の確立も必要である。特に最近のように多くの機関や人がかわる時にはかわる人全員で確認しないと対応がバラつき、本人や家族がとまどうことにもなる。又、方針を立てる際には、専門的意見を押しつけがちになるが、注意すべきである。

⑥ それらの個々のケースの連けいを通して全体的な問題については、合同研修や連絡会議等の必要性もある。

保健・医療・福祉の統合が最も求められている老人ケアにおいて、老人と家族を核にすえ、それぞれの分野からアプローチの方法と連携を蓄積したところに、老人ケアの基本的視点を成り立たせることは、早急の課題となっている。

この時、三分野に共通する相談機能の意味は、とりわけ、重要な鍵と考えられるのである。

△山本文子・港湾病院相談室ケースワーカー／丹野利子・中保健所保健婦／岩崎晴子・中区福祉援護係ケースワーカー▽