

ま え が き

神奈川県自治総合研究センターでは研究事業の一環として、行政課題に関連したテーマを毎年選定し、それぞれのテーマについて研究チームを設置し、研究活動を行っております。

研究チームは、公募により選抜された本県職員、テーマに関連する部局からの推薦による県職員及び市町村または公共機関からの推薦による職員によって、概ね7～12名程度で構成されます。各研究員は、それぞれの所属と当センターとの兼務職員となり、所属での業務を遂行しながら、原則として週1回、1年間にわたって研究を進めております。また、今年度からは「アドバイザー制度」を新設し、新進気鋭の若手研究者に研究活動に加わっていただいております。

今年度（平成4年9月～平成5年8月）は、A「在宅ケアの総合化」、B「自治体の広報戦略」、C「自治体の通商政策」の3テーマについて研究チームが編成されました。本報告書は、A「在宅ケアの総合化」研究チームによるものです。

今後、他国に例をみない速さで進行する高齢化は、社会的にさまざまな問題を投げかけています。中でも、高齢者のケアの問題は福祉、保健、医療の問題が複雑にからみあう上、財政状況の制約などもあり誰もが納得のいくケア体制を実現することは、困難な課題と考えられております。

しかし、人々の価値観、ライフスタイルが多様化する中で、在宅ケアに多様な選択肢を設け自由に選択できる可能性を追求することは豊かな社会における福祉のあり方ではないでしょうか。

本研究では、以上のような視点に立って、サービス利用者の個別ニーズに的確に対応できる在宅ケアのシステムを考えてみました。

本報告書が、今後の行政運営の参考として活用いただければ幸いです。

なお、研究活動に際して御支援と御協力をいただいた関係各位に対し、心より感謝の意を表します。

平成5年9月

神奈川県自治総合研究センター所長

目 次

第1章 現代社会と在宅ケア

第1節	なぜ在宅ケアの総合化なのか	1
第2節	高齢化社会を迎えて	
1	人口の高齢化	2
2	増大する高齢者の保健福祉ニーズ	3
第3節	家族構造の変化と在宅ケア	
1	家族の変貌	4
2	家族内介護の問題	4
3	自立をめざす高齢者	6
第4節	地域社会の変貌	
1	高度成長期以前の地域社会	7
2	高度成長期後の地域社会	7
3	これからの地域社会	8
第5節	「ゴールドプラン」策定の背景	
1	社会保障、社会福祉の歴史	9
2	戦後の保健・医療の発展	10
3	地域福祉の発展	10
4	保健・福祉・医療の連携	10

第2章 在宅ケアの現状

第1節	神奈川県における在宅ケア	
1	福祉施策	13
2	施設の状況	14
3	在宅サービスの実情	14
	(1) 総合利用登録方式について	15
	(2) 地域保健福祉サービス調整機構	17
	(3) 保健福祉情報システムネットワーク	18
第2節	地域社会における在宅ケアサービスの実際—小田原市の場合—	
1	小田原市の概況	19
2	社会資源の状況	24
3	地域組織の状況	35
4	小田原市の在宅ケアサービスの実情	41

第3章 在宅ケアの総合化に向けて

第1節 在宅ケアを取り巻く課題

1 保健の課題	45
(1) 予防活動の充実	45
(2) 保健センターの機能拡充	46
2 福祉における課題	48
(1) 在宅サービスの充実	48
(2) 住宅の確保	48
(3) カウンセリング機能の充実	49
(4) 地域の福祉力を高めるために	49
3 医療の分野における課題	50
(1) 受療情報の一元化	50
(2) 往診システムの確立	50
(3) 公立病院の機能と役割	51
(4) 病院と地域の訪問看護活動の連携	51
4 保健・福祉・医療の連携の課題	52
(1) サービスの統合	52
(2) 総合相談窓口の設置	52
(3) コーディネーターの設置	53
(4) スーパーバイザーの位置づけ	55
(5) 医療機関との連携	55
(6) 情報システムの導入	56

第2節 総合化に向けた県の役割

1 公的責任としての留意点	58
2 県の役割	58
(1) 地域の均衡発展のために	58
(2) 人的資源の確保	59
(3) 広域的役割	59

第3節 総合化に向けた今後の方向

1 日常生活圏域で整備する必要性	61
2 今後の方向	62

第4章 提 言

提言1 地域サービスセンターの設置	64
提言1-1 「地域サービス委員会」の設置	68
提言1-2 評価プログラムの導入	69
提言2 情報とアクセスの一元化	70
提言3 ヒューマン・リソースの充実	72
提言4 ケアシステムの確立	73

(参 考)

1 福祉サービスから社会サービスへの転換のための法の見直し	74
2 新しいサービス提供システムの研究	75
(1) 現行の様々なシステム	
(2) 個別サービスから複合サービスへ	

各地にみる在宅ケア実践例

1 ゆきぐに大和町の在宅ケアシステム	79
2 長野県のホームヘルパー制度	81
3 横浜市瀬谷区の在宅ケアシステム	82
4 特別養護老人ホーム喜楽園の地域活動	84

海外事情視察報告

1 デンマーク	85
2 スウェーデン	87
3 デンマーク・スウェーデンの在宅ケアに学ぶ	89

主な参考文献	91
--------	----

指導・助言等をいただいた方々・機関	92
-------------------	----

おわりに	93
------	----

第1章 現代社会と在宅ケア

第1節 なぜ在宅ケアの総合化なのか

1 ノーマライゼーション理念の具体化

今、市町村では地域における保健・福祉・医療サービスの拡充をめざし「老人保健福祉計画」の策定作業が進められている。この計画策定のキー・ワードの一つに「在宅ケアの総合化」がある。そこで、在宅ケアの総合化が求められるようになった背景について考えてみよう。

1981（昭和50年）の国際障害者年を契機にノーマライゼーションの理念が紹介されたことにより、「できることなら住みなれた地域で、在宅のままで一生を全うしたい」という希望が強く現れてきた。

そのためには地域での生活を可能にする条件をあらゆる手段を講じてつくりあげることが必要となり、援助を求める本人であれ、家族であれサービスを利用することにより、それまで送ってきた生活とそれほど変化のない状態にするサービスこそが在宅ケアサービスでなければならないとされた。また、在宅ケアサービスは、福祉サービスを在宅に向けて提供するものから、医療や健康管理・増進としての保健を、生活の視点からつなぎ合わせるといった、いわば生活を支える総合的サービスが求められるようになった。

2 「日本型福祉社会論」としての在宅ケア

ケアを担うのは第一義的に家族であり、それを支えるのは地域住民であるとする、いわば自立自助、相互扶助を原則とした「日本型福祉社会論」がある。

これは、従来から福祉対象者といわれる人への援助はするが、それ以外は極力自前でサービスを調達することを前提とし、介護を支えるのは家族であり、専門性というよりは奉仕性が大きな要素となっていた。よって、介護は誰にでも担えるものであり、そこを充足したら在宅の条件はクリアできると考えた。この場合、在宅での処遇は本人・家族の願いもかない、政策上も得策であり、それがまた財政を膨脹させない方法であり、そうしなければ急激にすすむ高齢化社会は乗り切れないという考えによるものであった。

3 高齢化社会の到来に伴うニーズの多様化・高度化

独り暮らし老人や寝たきり老人、痴呆性老人の増加により、単に個々のサービス供給量を増やしたり、従来のように画一的な処遇を施すことでは対応できなくなってきた。その人の固有性に依拠しており、なんらかの保健・医療的対応が備わっているのであれば、在宅での生活を福祉サービスだけで支えて行くのは無理だということである。

寝たきり老人を例に考えてみても可能な限りの機能低下を防止し、自立への処遇を求めていくなれば、専門的なりハビリ・保健指導が必要とされるようになる。

このように在宅での援助を求めるニーズに、保健と医療の支援・連携体制が確立されなければ、福祉サービスは十分に機能しえない状況にある。

以上のように、在宅ケアを進めようという流れとしては大きく三つある。本研究では、「日本型福祉社会論」の主張にうかがえるような家族の介護力を過度に評価する姿勢に傾くことなく、何等かの支援を必要としている障害者や高齢者が住み慣れた自分の家で個人として自立して生活していくためには、どのような社会的な介護あるいは援助が求められるかについて考えた。

第2節 高齢化社会を迎えて

1 人口の高齢化

1990年(平成2年)度の国勢調査の結果を見ると、神奈川県の高齢化率(65歳以上の人口は70.5万人、高齢化率(65歳以上の総人口に占める割合)は8.8%になっている。1960年(昭和35年)は15.1万人、高齢化率4.4%であり、30年間で65歳以上の人口は4.5倍、高齢化率はちょうど倍になった。一方、厚生省人口問題研究所の将来推計によると、2000年(平成12年)には118万人、高齢化率13.0%、2010年(平成22年)には180万人、高齢化率17.6%と今後、急速に高齢化が進んでいくとの推計値が出されている。

この数字はあくまでも県の平均値であり、すでに高齢化率が15%を越えている市町村もいくつもある。

しかも、近年、出生率が低下してきており、今後も低い水準で推移するとすれば、将来高齢化の水準はこの推計以上に高まるものと予想される。

(1) 年少人口割合の低下

人口を年少人口(0~14歳)、生産年齢人口(15~64歳)及び老年人口(65歳以上)の三つに区分し、その構成割合の推移と将来予測をみると、年少人口の低下が、老年人口の割合を増加させていることがわかる。

また、現在、年少人口の割合が17.2%、老年人口の割合が8.8%であるが、2010年(平成22年)頃には若年人口の割合が16.6%、老年人口の割合が17.6%となり、老年人口が年少人口を上回ると予測されている。

(2) 後期高齢者の増加

増加する老年人口のなかで、高齢者を、前期高齢者(65~74歳)、後期高齢者(75歳以上)に分け、それぞれの健康に関する指標を見ると、後期高齢者になるにつれ入院者や寝たきり・痴呆の者の割合が急激に高くなっていくことがわかる(表1)。今後、老年人口の中で高齢化が進み、超高齢社会が到来するものと予測されている。

このため、寝たきり老人や痴呆性老人の発生率が現状のまま推移するとすればこれら要介護老人が急増することが予想される。(表2)

2 増大する高齢者の保健福祉ニーズ

人口の高齢化、とりわけ後期高齢者の著しい増加により、今後、寝たきり老人や痴呆性老人等が大幅に増加していくものと予想される。加えて、一人一人のニーズも複雑化、個別化しており従来これら的高齢者の介護を担ってきた家族においても、老親と子の同居率の低下、女性の就業機会の拡大、扶養意識の変化等が進んでおり、その介護能力が低下する傾向を見せている。

これらを背景として、各種の意識調査の結果を見ても老後生活における不安として「健康問題」や「寝たきりや痴呆になること」をあげる者の割合が最も高いなど、健康・福祉問題が老後の最大の関心事となっており、このような高齢者の福祉ニーズに適切に対応していくことが大きな課題となっている。

高齢者の年齢別健康指標 (表1)

年 齢	入 院 者 (%)	在宅寝たき り老人 (%)	在宅痴呆性 老人 (%)
65～74歳	3.1	0.1	1.9
75～84歳	6.4	2.4	7.4
85歳以上	9.6	8.3	19.9

資料：厚生省「国民生活基礎調査（平成元年）」、「患者調査（昭和62年）」及び厚生省「痴呆性老人対策推進本部報告（昭和62年）」による。

神奈川県寝たきり老人及び痴呆性老人の現状及び推計 (表2)

	1990年	2000年	2010年
寝たきり老人推計値 (65歳以上の3.3%)	22,300 (人)	31,000 (人)	50,600 (人)
痴呆性老人推計値 (65歳以上の4.9%)	33,100	51,300	75,000
虚弱老人推計値 (65歳以上の15.6%)	105,400	163,200	239,000

(注) 寝たきり老人数は、65歳以上人口の3.3%として推計(県老人福祉課)。痴呆性老人推計は、昭和62年県実態調査に基づく出現率による推計。虚弱老人数には内数として、寝たきり老人、痴呆性老人を含んでいる。虚弱老人数は、昭和62年県実態調査によれば、65歳以上の15.6%に何らかの介護を要する高齢者とされており、これに基づいて県で推計。

第3節 家族構造の変化と在宅ケア

1 家族の変貌

(1) 世帯構造の変化

本県における世帯規模の変化をみると、1960年当時、全世帯の40.9%を占めていた5人以上世帯が30年後の1990年にはわずか11.7%にまで減少し、平均世帯人員数が4.21人から2.8人へと減少した(図1)。そして、これらの変化が1960年～1975年の15年間に主として生じていることがわかる。

世帯構成の変化をみると、1960年には23.9%であった三世帯世帯は1990年には10.2%に半減した。核家族世帯も、71.4%から62.8%に低下している。一方、単独世帯が4.7%から26.9%と約6倍に増加している(図2)。これは急速な経済成長にともなう雇用者世帯の増加と都市化による若年人口の流入によるものと思われる。

「核家族化」といっても、核家族にはいくつかのタイプがあるので、やや細かく世帯の構成変化の中味をみると、1970年以降の核家族化のなかでも、「夫婦のみの世帯」の割合が上昇していることがわかる。

(2) 高齢者世帯の変化

本県において、全世帯にしめる65歳以上の高齢者のいる世帯は、1970年～1990年の20年間に20.5万世帯(13.9%)から51万世帯(18.3%)に増加した。この同じ期間に高齢者のいる世帯の変化を見ると、ここでも、高齢単独世帯および夫婦のみの世帯の増加と三世帯世帯の減少とが対照的に進行している。高齢単独世帯は1.1万世帯(5.6%)から7.5万世帯(14.5%)に、夫婦のみの世帯は2.1万世帯(10.4%)から12.4万世帯(20%)に増加している。高齢者のいる世帯でも直系家族である三世帯世帯の割合が、1985年以降5割を下回るようになった(図3)。65歳以上の高齢者の子供との同居・別居の構成変化をみると、この20年間(1970年～1990年)に24.7%低下しているが、それでもなお41%を占める。

2 家族内介護の問題

(1) 女性の社会進出

本県の女性雇用者数は1980年には80万人であったが、1985年には92万人、1990年には120万人と激増し、全雇用者の34%を占めるようになった。

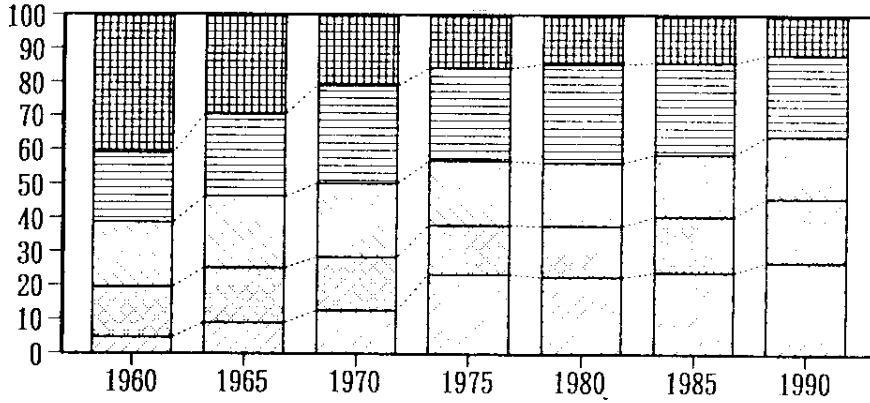
そして、その働き方も従来のような「結婚までの一時的な就労」から、出産や育児によりいったんは中断するとしても「生涯仕事を持ち続けたい」という長期的な就労が志向されるようになった。

(2) 在宅介護の担い手

在宅の要介護高齢者に対する介護は、主に家族によって行われている。それでは、家族の中の誰が主介護者なのであろうか。神奈川県老人生活実態調査(1991年)によると

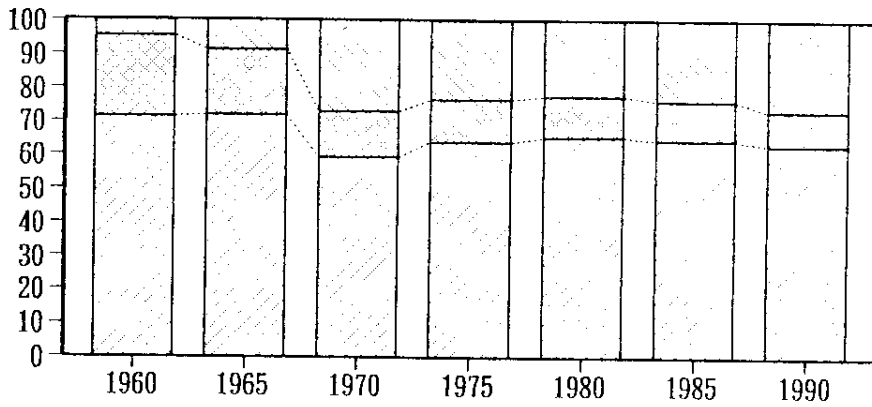
図1 人員別世帯構成の推移 (%)

— 神奈川県 —



□ 1人 □ 2人 □ 3人 □ 4人 □ 5人以上

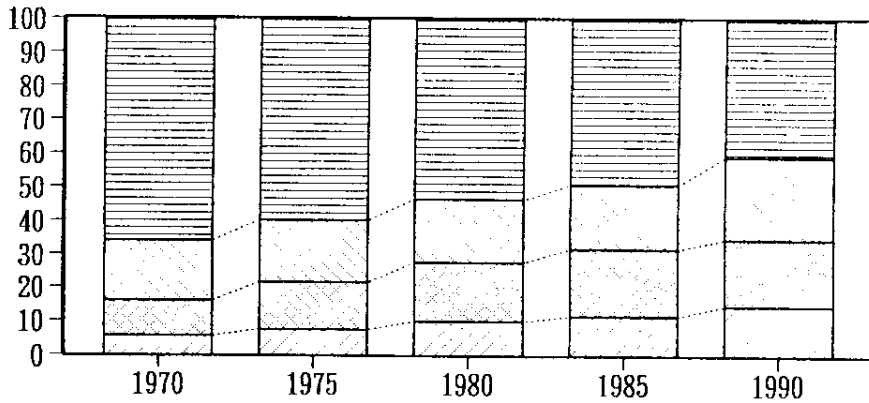
図2 世帯構成の推移 — 神奈川県 —



□ 核家族世帯 □ 三世帯世帯 □ 単独世帯

図3 65歳以上の高齢者のいる世帯構造

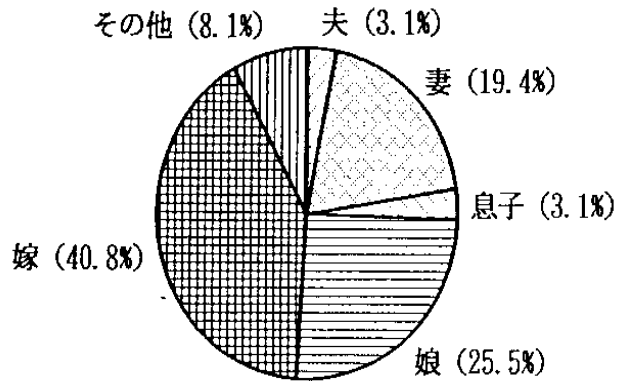
— 神奈川県 —



□ 単独 □ 夫婦 □ 親・未婚子 □ 三世帯世帯 □ その他

(図4)、実に 85.7%が女性であり、とにかく、主介護者といえば女性、すなわち妻、嫁、娘なのである。つまり「在宅福祉＝女性による介護・看護」という図式になっている。しかし、よく考えてみるとそれは必ずしも容易ではない。ねたきりの状態になった高齢者に対する介護ひとつとってみても、「例えば、最重度の老人の介護を考えてみると、介護に必要な一日当たりの労働時間は、入浴に2/7時間(週2回1時間ずつ)、屋内移動3時間、着衣0.5時間、排便2時間、食事6時間、合計11.5時間が必要である」(松原治郎編著、「日本型高齢化社会—ソフトランディングへの提言—」P16、有斐閣、1983より)。このように、それにかかわる労力・精神的な負担は、かなりの重さと考えられる。

図4 主たる介護者の特性
神奈川県老人実態調査(1991年)より



3 自立をめざす高齢者

意識の面でも変化は少しずつ現れている。子世代を頼りにせず、自分の財産は自分で使い切ってしまう高齢者が増えつつある。

日本も少しずつ別居社会へと動いているが、住宅問題、経済基盤、自立意識、介護サービスの問題などがあり、当面は、まだ子世代との同居が多い状態が続くであろう。

しかし、別居、同居にかかわらず子世代に頼らない、あてにしないという高齢者が増えるのは確実だろう。

第4節 地域社会の変貌

「地域社会とは、人間の共同生活の行われる一定の地域である。」と定義したのはマッキイバーである。その後、多くの学者がその概念に諸説を加えたが、共通して言えるのは、「地域社会」の中心をなすものは、「地域性」と「共同性」ということである。

しかしながらその地域性、共同性は現代の地域社会においては、存続しているとはいえない。1960年代に進行した高度経済成長、科学技術革新下の社会構造の変化がその原因である。社会構造の変化は主に工業化、都市化によってもたらされた。

工業化の進展は高度の経済成長や豊かな生活を我々にもたらしたが、同時に環境汚染や自然破壊をももたらしたのである。そしてそれは自然とともに営まれてきた伝統的な地域社会を崩壊させた。そして都市化による激しい人口の流動現象は、過密と過疎を生みだし、農村社会は解体し、都市における人間関係は希薄なものとなったのである。

1 高度成長期以前の地域社会

日本にはかつてより「相互扶助」を目的とした町内会、自治会なるものが存在した。これらは外国ではあまり例のない、日本特有のものである。特に農村地域においては共同事業によるところが大きいゆえ、集落イコール地域社会という構造が成り立つ。これらの地域社会は、職業、子育て、教育、冠婚葬祭、その他日常生活のすべてを共に分けあう、「地域集団」というべきものであった。

これら地域社会の中では、世帯主である中年層の男性、主婦層、青年層（一時期青年団）、老人、子供がそれぞれの層にふさわしい役割を果たし、共同社会が成り立っていた。そしてこのような地域社会は生活すべてが地域に密着したものであるがために、それにとけこめないということは、葬式と火事以外はすべての人が申し合わせて絶交するという意の「村八分」という言葉があるほど、不自由な生活を強いるものでもあった。

2 高度成長期後の地域社会

戦後、町内会は日本の戦争遂行の協力組織であったとして廃止されたが、依然この組織は存在し続ける。「町内会」も一般的な「自治会」という名称に変わるということはあっても、なくなるということはない。しかし工業化が進み産業構造が変化する中でその役割や住民との密着度は変化をみせる。共同体型社会の中で生活の営まれる「農村型地域社会」は衰退し、「都市型地域社会」へと変わっていくのである。

神奈川県も東京都心に近いベッドタウンとして人口は増加してきたが、その地域社会の特徴は、他の新興住宅地にもみられるように「都市型地域社会への変化」といえるだろう。そして、農林水産業の後継者不足は、産業政策において深刻な問題となっている。

このように産業構造が変化する中、企業に勤めるサラリーマンは、自分の暮らす地域より企業に帰属意識を持ち、地域はふりかえることがない、というのが普通となった。また昼間、

地域の中で生活していた主婦も職業を持ち、男性同様地域に対する帰属意識が薄れている。

高度成長以後の地域社会は、それ以前のいわゆる「ムラ社会」における悪い伝統は改革されたと言えるかもしれないが、人々の意識の中にある「地域社会」の大きさも変化させたといえるのではないだろうか。すなわち、かつての生活全てが集約されていた「地域社会」から、仕事、教育、買い物、その他生活に関するもの、といった目的ごとに地域社会のエリアが変化するようになったのではないかということである。

そして、かつての「地域社会そのもの」だった「自治会」さえ、もっとも身近な地域単位ではあるが、今や一つの「地域活動」にすぎなくなっている。

3 これからの地域社会——ゴールドプランにおける地域社会——

このように、地域社会の役割が変化を遂げてきた中で、今後の「在宅ケア」を考えていく時、かつて地域社会において担ってきたものを、行政が代わりに社会的な責任として担う必要が生じてきた。そして国によって平成元年「高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略（ゴールドプラン）」が策定された。この「ゴールドプラン」において在宅福祉サービスの新メニューとして現れたのが「在宅介護支援センター」である。「在宅介護支援センター」は全国で一ヶ所を整備することとしており、その数からみると、ほぼ中学校区に一ヶ所の割合を想定している。

「在宅介護支援センター」は、かつては「家族の役割」だった「介護」を受けられる場所として、また住民に身近なところで介護に関する専門的な相談、指導を行うとともに市町村の窓口に行かずとも必要な保健福祉サービスが受けられるよう調整を行うものである。その「在宅介護支援センター」を実質的にほぼ中学校区に1ヶ所設置が目標とされているのは、小・中学校区が住民にとって身近な地域であり、対象となる老人にも比較的通いやすく、また主管する市町村にとっても1つの行政単位として考えられているからだろう。

高度成長後の地域社会が前節で述べたような、「目的別エリア」とすれば、「ゴールドプラン」を含め、今福祉の分野で盛んにいわれている「地域福祉」の「地域」とは、この小・中学校区の集合体としての市町村を意味するといえることができるだろう。

しかしながら神奈川県における人口1人当たりの公立中学校数は多いところで約2万8千人、少ないところで約1千百人と神奈川県内だけを見る限りにおいても、小・中学校の人口・面積にも差異があり、一概に適当なエリアと言い切ることができず、個々に検討すべきものであることは言うまでもない。

第5節 「ゴールドプラン」策定の背景

1946年の日本国憲法の公布により、近代的な社会保障理念が導入され、保健・福祉・医療の制度が、確立された。以来、高度経済成長期、オイルショックを経て、国民皆保険、皆年金の発足、「福祉国家」への政策志向、「福祉元年ー1973年」、「福祉見直し論」の登場、医療・福祉サービス体制の再編、など我が国の社会保障・社会福祉制度は、拡充、後退、見直し、再編の紆余曲折を経てきた。

近年、ノーマライゼーション理念の普及により、在宅福祉・在宅保健医療・地域福祉の推進が提唱され、1989年、厚生省により「高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）」が策定された。

保健・福祉・医療を住民の身近な市町村が主体となって推進し、在宅福祉・在宅保健医療・地域福祉を実現するためには、保健・福祉・医療の連携は重要で不可欠である。

以下、我が国の社会福祉の歴史と保健・医療の発展を振り返りながら、「ゴールドプラン」のキーワード「在宅ケア」「保健・福祉・医療の連携」について考察し、「ゴールドプラン」の展望を考えてみたい。

1 社会保障、社会福祉の歴史

現状に至るまでの法律・施策の概要は次のとおりである。

- 1960年代 所得倍増論 国民皆保険、皆年金の発足
「福祉3法」から「福祉6法」
- 1965年 福祉国家の政策志向
- 1973年 福祉元年
- 1974年 経済の低成長期 「福祉見直し論」ー日本型福祉社会ーの登場
- 1980年代 第2臨調 「活力ある福祉社会」「有料福祉」の登場
- 1988年 「社会保障ビジョンー21世紀の高齢社会へ向けて」の登場
(年金制度と医療保険の一元化。医療、福祉サービスの民活導入)
- 1986年 「老人保健施設」創設
- 1987年 「社会福祉士法」「介護福祉士法」成立
- 1989年 「高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）」登場
- 1990年 福祉関係8法改正 「老人保健福祉計画」の登場
医療法改正（施設機能の体系化他）
- 1991年 老人保健法改正（老人訪問看護制度の創設）
- 1993年 福祉関係8法完全実施（町村への措置権の移譲他）

2 戦後の保健・医療の発展

戦後の食料難、社会不安の増大、伝染病の蔓延の中で、保健・医療は結核対策が中心であった。1960年代から抗生物質の登場や予防の強化により結核などの伝染性疾患は減少した。代わって、がん、脳血管疾患、心疾患などの成人病が死亡原因の上位を占め、アルコール依存症、難病、公害病などが社会問題となってきた。

1970年代より老人人口の増加と共に成人病を中心とした慢性疾患の受診率が高まっている。寝たきり老人、痴呆性老人などの介護ニーズも確実に増えている。

近年、患者の人権保障などから、精神保健法改正による本人の同意を原則とする入院や日常生活全体をとらえる「キュア」から「ケア」への転換をはかり、さらに、患者の意志を尊重するインフォームド・コンセントが日本でも、プライマリケアと共に新たな医療の道として模索されている。

保健予防（早期の検診、発見、治療）が重視され、家族のもとで、地域で、医療とケアを受ける在宅医療の施策が拡大しつつある。それは、地域で減少した往診を補う訪問医療、訪問看護、デイケア、生活リハビリなど新たな在宅ケアであり、地域住民のニーズに応えるよう開発が進められている。

3 地域福祉の発展——ノーマライゼーションの拡がり——

(1) 対象者の拡がり

高齢化社会の到来により、誰でもが対象者になるという普遍性が、在宅ケアのニーズを増大させてきた。

(2) 家族機能の見直し

家族介護機能低下から家族のありかた（介護の男女平等）や企業社会優先の見直しが求められている。

(3) 地域社会の立て直し——男性を企業から家庭へ、そして地域へ——

主婦や自営業者などが中心であった地域社会の運営を民主的に活性化させることが求められている。そのことは、男性の生き方の視点を変えると共に、地域社会の問題を解決する地域社会の自治が芽生えてくることといえよう。

(4) 地域にノーマライゼーションを——地域福祉の発展——

質量ともに在宅ケアサービスが、様々な形で公的に整備されると同時にそれを地域ぐるみで支え、老人や障害者が地域であたりまえの生活が送れるようになる…ノーマライゼーションの実現…地域福祉の発展が必要である。

4 保健・福祉・医療の連携——「ゴールドプラン」の策定——

政府は、21世紀に国民の約4人に1人が老人という超高齢化社会に備え「10か年戦略—ゴールドプラン」を策定した。その実現へ向け平成5年度から「老人保健福祉計画」が市町村を中心に実施されている。

その概略は次のとおりである。

(1) ゴールドプラン

- ① 市町村における在宅福祉対策の緊急整備 () 内は平成4年度予算
 - ・ホームヘルパー 10万人 (46,405人)
 - ・ショートステイ 5万床 (15,674床)
 - ・デイサービス 1万か所 (3,480か所)
 - ・在宅介護支援センター 1万か所 (1,200か所)
- ② 「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開
- ③ 「長寿社会福祉基金」の設置
- ④ 施設の緊急整備
 - ・特別養護老人ホーム 24万床 (192,019床)
 - ・老人保健施設 28万床 (91,811床)
 - ・ケアハウス 10万人 (97,007人)
 - ・過疎高齢者生活福祉センター 400か所 (120か所)
- ⑤ 生きがい対策の推進
- ⑥ 長寿科学研究推進10か年事業
- ⑦ 総合福祉施設の整備

(2) 老人保健福祉計画

市町村における将来(平成11年度末)に向けたニーズ調査に基づき、在宅サービス、施設整備等を保健・医療・福祉の連携をはかり計画(「ゴールドプラン」)の実現を図ろうとしている。

第2章 在宅ケアの現状

第1節 神奈川県における在宅ケア

1 福祉政策

本県の施策は、「第二次新神奈川計画」をその指針とする。福祉政策においてもそれは同様である。そして「第二次新神奈川計画」に基づき作られた「かながわ福祉プラン」においては、「ともに生きるかながわ」を目指し、「人生80年型福祉社会づくり」を1990年代の主要課題としている。

「かながわ福祉プラン」は次の四つの柱からなる。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 地域福祉サービスの充実2. 自立と社会参加の促進3. 福祉のまちづくり4. とともに生きる福祉の基盤づくり |
|---|

神奈川県の高齢化率(老年人口比率)は、1990年で8.8%と低位置にあるが、「第二次新神奈川計画・基本構想」では、総人口は2010年に860万人程度でピークを迎え、以後遞減、安定すると推計されている。特に、高齢化のスピードは、全国でも例をみないほど速く、老年人口比率が7%から14%になるまでの年数は、日本全体で25年と予想されるに対し、神奈川県では18年と予想されている。

このような状況の中、要介護者についても確実に増加するであろうことから、県の福祉政策への取り組みは、21世紀へ向けての重要課題である。

なお、「かながわ福祉プラン・改定実施計画」における重点施策は次のようである。

- ① 地域保健サービスネットワークの拡充
- ② 社会福祉施設統合設備
- ③ 子育て家庭への支援強化
- ④ 福祉的就労の促進
- ⑤ 痴呆性老人総合対策の推進
- ⑥ 総合リハビリテーションサービスの充実
- ⑦ 障害者の自立と社会参加の促進
- ⑧ 福祉従事者養成確保の推進
- ⑨ 福祉のまちづくり
- ⑩ 公共私による福祉のまちづくり

上記の重点施策は、老人福祉法をはじめとする社会福祉8法律の改正、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」への対応、市町村を重視した政策展開の強化などを前提として設定された。

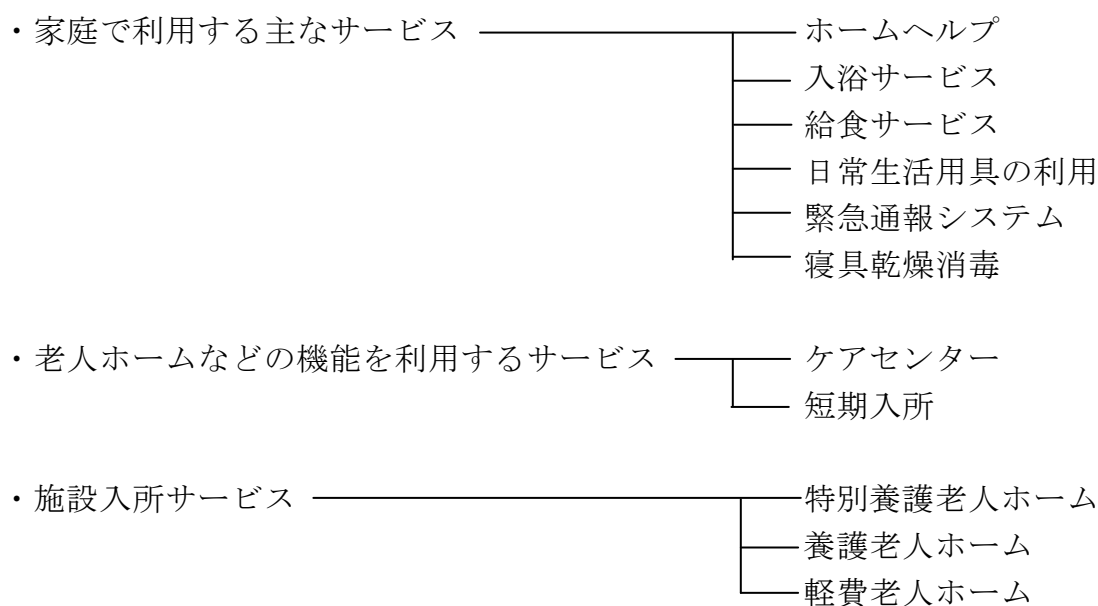
2 施設の状況

県は「第二次やまゆり計画」に基づき、痴呆性老人や障害者の広域的な施設の整備を進めている。しかしながら今後の方向としては、県立の施設整備をさらにすすめるというより、市町村や民間による整備に期待するところが大きい。

養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備や運営基準については、厚生省令第 19 号（昭和 47 年 7 月 1 日）によって定められている。県内の施設もこの基準に従うが、県内の施設の中には独自の運営方針のもとに地域との交流事業や、サービスを実施しているところもある。

3 在宅サービスの実情

現在神奈川県と市町村では、在宅で生活するための様々なサービスを実施している。それらは家庭で利用するサービス、施設を利用するサービス、施設入所サービスに分けられるが、その内容は次のとおりである。



(注) サービスの内容は市町村により異なる

県内 A 市では、平成 5 年度から、「在宅福祉サービスセンター」を設置し、老人、障害者を問わず在宅サービスの関係部署を一つにし、保健と福祉を連携させ、サービスの申請や提供についても窓口を一本化した。しかしながらこのような事例は県内でもまれであり、実際のところ、これらのサービスは、その窓口や利用できる回数、実施主体も市町村によってまちまちであり、すべてのサービスがすべての市町村で受けられるわけではない、というのが現状である。今後、市町村が主体となって在宅福祉を進めていく中で、市町村間の格差が生まれてくることが危惧される。

(1) 総合利用登録方式

老人福祉の分野では、希望するサービスをあらかじめ登録しておく総合利用登録方式が「神奈川県在宅老人福祉促進検討会議」で検討され、各市町村は導入をはじめている。また、このサービスは、障害福祉の分野とも共通するものが多いため、共通部分については老人、障害者という枠組みをとりはずした「在宅サービス」として提供している市町村がほとんどである。

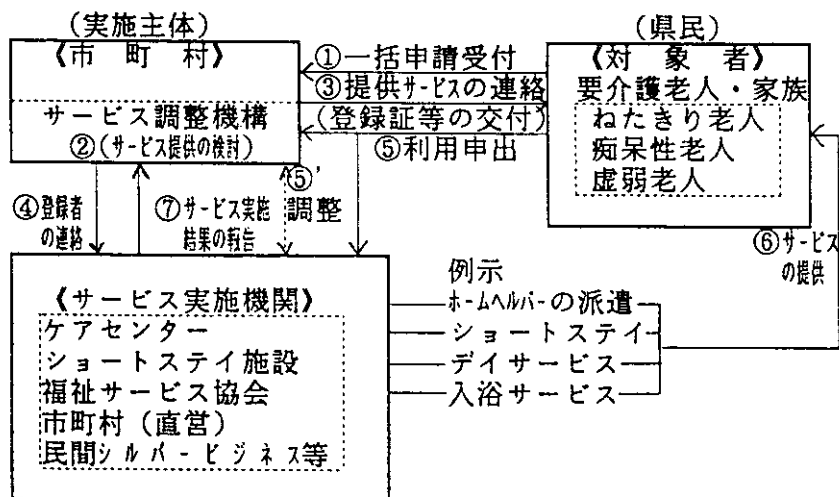
ア なぜ総合利用登録方式なのか

高齢化社会が進展する中、ノーマライゼーションの考え方に基づき、要介護者にあっても様々なサービスを受けながら住み慣れた地域で暮らしていくことが望ましいとの考え方が人々の中に生まれてきた。ところが、従来のサービスの提供は、必要が生じた時にサービス毎に申請するという方法がとられていたため、手続きが利用者の負担となる上、利用者がサービスがあるのを知らなかった、というようなことも多かった。

このようなこととあわせて、老人福祉法の改正によって、市町村は高齢者の居宅介護等の総合的措置を行うように位置づけられたこともあり、サービスのメニューも出そろった今、利用者にとって利用しやすい、供給者としての市町村にとっては効率的・効果的なサービスの提供の仕方が求められているのである。

イ 総合利用登録方式によるサービス利用の方法

県では、総合利用登録方式によるサービスはおおむね次のような手順で行われることが望ましいとしている。



本県では、基本型のAパターンとB、Cの三つのバリエーションを用意し、市町村の特性に応じた導入をするように指導している。また、本格的な実施が困難な場合の段階的な実施方法についても提示している。

ウ 総合利用登録方式実施市町村の現状

総合利用登録方式を導入した県内2市の現状は次の通りである。

	A 市	B 市
サービスの 内 容	ホームヘルパー デイサービス 入浴 一時入所 紙おむつ給付 日常生活用具貸与 寝具乾燥消毒 緊急通報システム 訪問看護 ナイトケア ケアフレンド 給食	ホームヘルパー デイサービス 入浴 一時入所 紙おむつ給付 日常生活用具貸与 寝具乾燥消毒 緊急通報システム ガイドヘルパー 手話通訳派遣
登 録	一括申請書により、必要サービス 登録（コンピューター管理） 在宅専門部署、市内十数カ所の 出先機関で受付を行う （専門相談員も配置）	一括申請書により、必要サービス 登録（コンピューター管理） 市役所窓口で管理 （申請は郵送可）
サービスの 提 供	サービス申請後ケースワーカー、 ホームヘルパーが訪問し回数決定 訪問看護についてはサービス調整 機構を利用 在宅福祉サービスセンターの窓口 を申請・提供	サービス申請後ケースワーカー、 ホームヘルパーが訪問し回数決定 利用者が市役所、または実施機関 に申請

A市は比較的人口も多く福祉行政においては、県内では先導的な事業を多く実施している。平成5年度からは、「在宅福祉サービスセンター」を設置し、従来、異なった実施主体で行っていたサービスの窓口を一本化した。

「在宅福祉サービスセンター」を設置し、福祉のケースワーカーと保健婦、ヘルパーが一つの組織の中でケースを担当することで、連絡を密にし、よりよいサービスの提供が行えるようになった。また、市内にある十数ヶ所の市の機関にも担当職員を配置し市役所と同様の登録やサービス申請が行えるようにしていく方法で、準備が進められている。しかし、要求されているサービス提供が全て提供されているわけではなく、独り暮らしで自分の身の回りのことが全く自分ではできない、という人を支えるまでには充実していない。

B市はA市に比べると人口規模も小さく、この制度の導入も後である。A市のように、市内各地で市役所と同様の登録、申請手続きができるというわけではないが、郵送での登録にも応じている。この制度を導入することで一人の人が受けているサービスを一目瞭然で確認できるようになった。しかしながら、ショートステイなどのサービスは集中する時期が決まっており、そのような時期のニーズには対応しきれていないのが現状である。

以上2市を比較するだけでも、そのやり方は異なり、サービスの供給量にも違いがある。県内には横浜市、川崎市などの制令指定都市もあると同時に、七つの郡部もあり、当然その財政力や施策にも違いがある。また、B市の現状にもあるように、ショートステイなどのサービスのニーズはゴールデンウィーク、盆、正月などの決まった時期に集中し、市内の老人ホームだけでは対処しきれていない。このような問題点を解決するには、市の境界線をとりはらい、県域全体でのサービス供給方法を考えていく必要があるだろう。

(2) 地域保健福祉サービス調整機構

サービス調整機構は、利用対象者の状態及びニーズに基づき、高齢者の保健・福祉サービスについて、連携を行う機関として、昭和62年から整備されはじめた。

ア 地域保健福祉サービス調整機構の目的

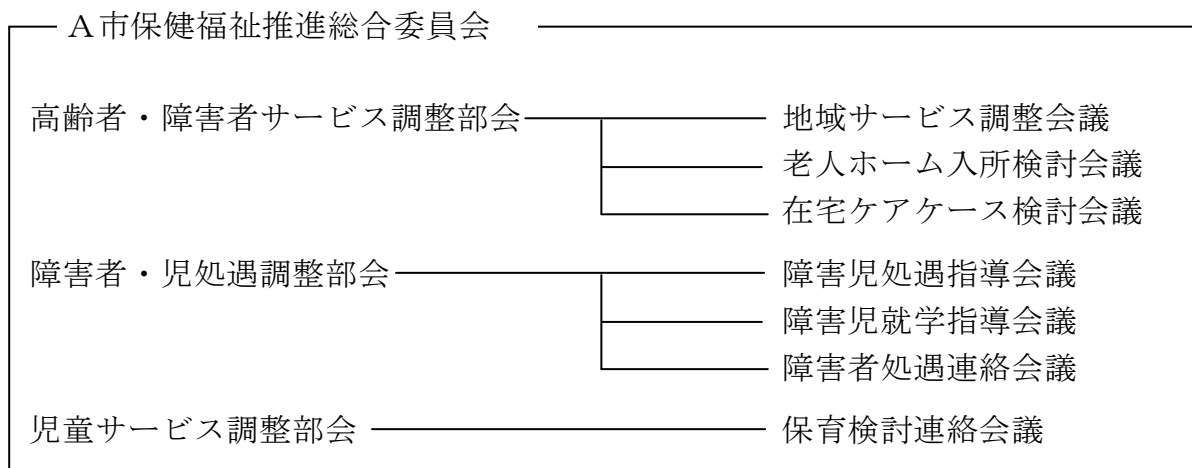
先に述べた「かながわ福祉プラン」における重点施策の中に、「地域保健福祉サービスネットワークの拡充」がある。これは、高齢者や障害者の多様なニーズに応え、保健、福祉等のサービスを利用者が身近な地域で利用するため、その供給主体である市町村における地域保健福祉サービス供給システムの整備を支援するとともに、広域的な地域保健福祉サービスネットワークの形成を図る、という目的を持つ。この目的を達成するために「サービス調整機構の市町村への設置」が必要となる。

老人福祉、障害福祉はそれぞれ根拠法律も異なり、従来サービスの提供も別々におこなわれていたが、両者は重複している場合も多く、最も適したサービスの種類、提供方法の検討及び調整を行えるようにするため、地域保健福祉サービス調整機構を設置する必要があるのである。

県では、サービス調整機構の設置にあたり、2分の1の補助を行っている。また、支援するシステムとして、神奈川県福祉プラザや県の地区行政センター、保健所などをあげている。

イ 地域保健福祉サービス調整機構の現状

前述のA市の場合、次のような組織で実施している。



A市では「地域サービス調整会議」が県の示す「サービス調整会議」の役割を果たしている。また、訪問看護の必要なケースについては医師を委員に含む「在宅ケアケース検討会議」で検討されることとなっている。

なお、A市の「サービス調整会議」の構成人員は、特別養護老人ホーム職員6人、身障療護施設職員1人、精薄療護施設職員1人、県保健所1人、市保健婦1人、市職員3人、市社協1人の計14人である。

「サービス調整機構」は、それぞれの人に最も適したサービスを提供するために機能する組織であるが、その開催は各市町村の現状では月一回程度のものである。このような中でケースにつき検討する場合、時間的、量的制約からも特殊なケースに限定される。通常はこの組織が機能する以前に、ケースワーカー、ヘルパー、市の職員等がサービスの量決定や調整を行っているのである。したがって、「サービス調整機構」の整備をすすめるのは勿論のことだが、それ以上に実務レベルでの保健・福祉の連携が急務だと考えられる。

(3) 保健福祉情報システムネットワーク

平成8年度までに全市町村に導入予定で進められているのが「保健福祉情報システムネットワーク」である。

このシステムは、県庁、県地区行政センター、市町村、在宅介護支援センター等を結び、在宅介護に関する情報提供や県域調整を行おうとするものである。さしあたり、県内施設を利用したショートステイの空き情報等を提供するための準備が進められている。

第2節 地域社会における在宅ケアサービスの実際 ——小田原市の場合——

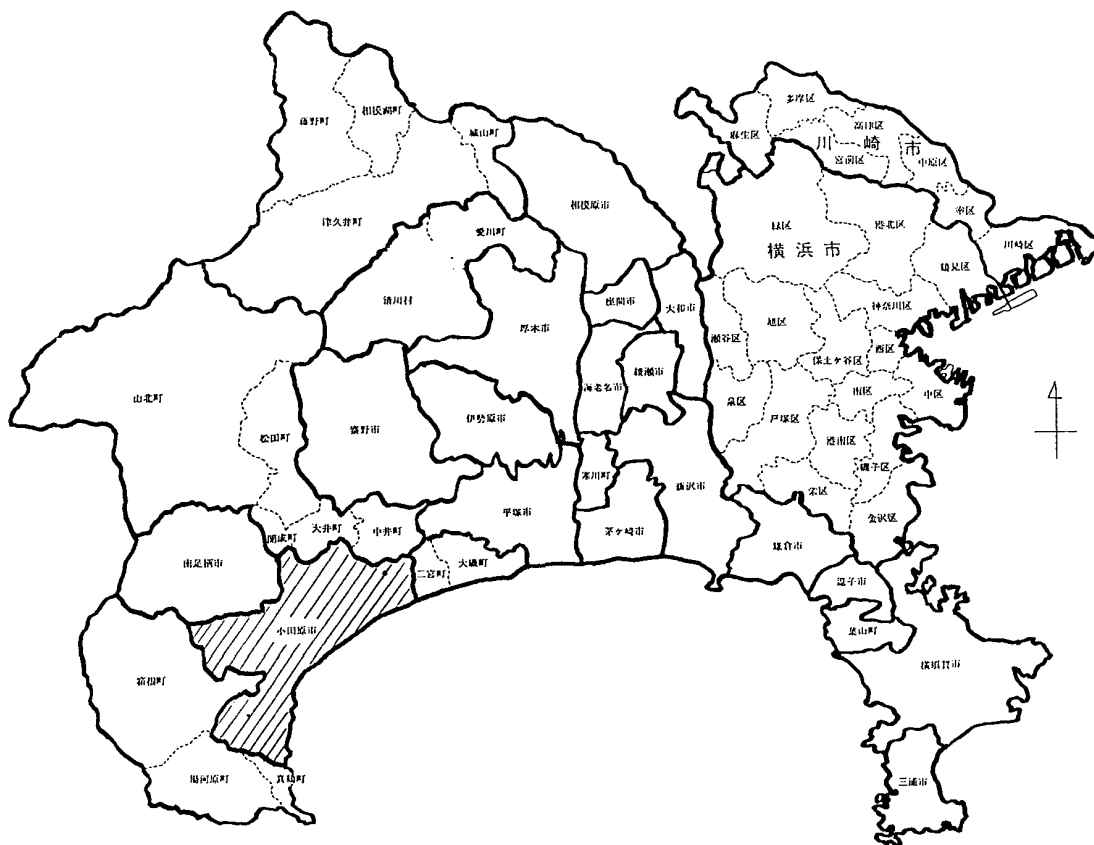
1 小田原市の概況

前節では在宅ケアサービスの展開を、国及び本県の施策を検討することによって理解してきた。本節ではこれらの施策が現実の地域社会において、どのようなかたちで実施され、また地域住民にどのようなサービスとして具体化されているかを、実際に調査することによって明らかにすることを試みる。調査の対象となる地域としては、小田原市東富水地区を抽出した。

(1) 地理的状況

小田原市は、神奈川県西部に位置し、市域は東西18km、南北17km、面積114.24km²で市の南西から北西にかけて箱根連山が連なり、西部には足柄下郡（箱根町、真鶴町、湯河原町）に、東部は緩傾斜をもって大磯丘陵に接し、二宮町、中井町、大井町に、北部は開成町、南足柄市に、それぞれ接し、南は相模湾に臨んで気候温暖な自然環境を形成している。

また、昔より交通の要衝で東京から南西約80kmの距離にあり東海道線、同新幹線、小田急線、箱根登山線、大雄山線が小田原駅に乗り入れ、市内の国府津より御殿場線が北上するなど交通の便に恵まれている。



(2) 人 口

平成5年3月1日現在の小田原市の人口196,414人で、市制施行後50年間におよそ3.5倍に増加した。この人口増加は町村合併と自然増が主である。これを国勢調査人口による増加率でみると昭和40年から45年までが9.3%、昭和45年から50年までが10.8%、昭和50年から55年までが2.3%、昭和55年から60年までが4.8%、昭和60年から平成2年までが4.0%の伸びを示しているが鈍化傾向にある。昼夜間人口比をみると夜間人口100人あたり昭和60年では、100.1であったものが、平成2年では99.1とわずかながら低下し勤労者においては他都市で働く機会が増加しているようである。

次に年齢別人口構成をみると、高齢人口比率は昭和55年に8.7%であったが昭和60年には9.9%、平成4年4月では12.1%と市部においては県内4番目に高率であり確実に高齢化が進行している。また、生産年齢人口は、昭和60年には69.8%であったが平成4年には70.9%と増加しているが、一方で幼年人口は昭和60年の21.1%から平成4年には16.9%と大きく減少している。

さらに1km²当たりの居住状況と世帯の構成をみると、市政施行当時は1km²当たり950人で1世帯当たり5.1人であったものが昭和55年10月に行われた国勢調査の結果では1km²当たり1,553人で1世帯当たり3.4人、平成4年9月には1km²当たり1,716人で1世帯当たり3.1人となり、人口密度が高くなるとともに核家族化が進んでいる。

(3) 経済状況

小田原市は東京から80kmの近距離に位置しているにもかかわらず、これまで比較的独立した日常生活圏として、県西部の行政、産業、経済、教育、文化等の中枢機能を高めるとともに交通の要衝として都市圏、経済圏を拡大し着実に発展してきた。

しかしながら主要産業の農業、工業は伸び悩み、特にみかん農業は不振であり、農業従事者の他産業への流出がみられる。工業は住居地域や商業地域の中に混在しており中小規模の零細企業が多く、規模の拡大もできない状態である。しかしながらみかん園の跡地を工業団地等へ転換を図る計画が進んでおり、将来工業部門での発展が期待されている。

商業においては、JR小田原駅前に大型店を中心とした商店街が形成されているが、最近では周辺部の主要道路添いの中型店が増加し購買力の分散化が進んでいる。

漁業においては定置網漁業を中心に刺網、小釣等が行われているが、水質の汚濁、資源の枯渇により沿岸漁業は衰退しており、観光漁業への転換が図られている。一方水産加工業は品質の良さで全国的に知られている蒲鉾のほか、あじ、かます等の塩干ものの生産が盛んである。

平成3年7月1日現在の事業所統計調査では産業別事業所数は、総数10,411か所で、卸・小売業4,862か所(46.7%)、サービス業2,562か所(24.6%)、製造業1,149か所(11.0%)、建設業1,033か所(9.9%)、その他805か所(7.7%)となっている。平成2年の国勢調査によれば、就業人口10万人中、第一次産業3.9%、第二次産業37.3%、第三次産業58.5%となっており、箱根、湯河原等の観光地を控えサービス産業従事者が多い。

(4) 住宅状況

公営住宅の状況は、市営住宅の管理戸数1,584戸、低所得者に提供される第2種市営住宅も734戸といずれも横須賀市に次いで県下第2位である。また、家屋総数は80,366棟で1棟当たりの面積は103.9㎡となっており県平均126.4㎡より狭い。さらに木造家屋でみると1棟当たりの面積は75.1㎡となっている。これも県平均82.3㎡よりも狭く、高齢者の居宅生活、特に寝たきりの状態になった場合の住宅事情は深刻である。

(5) 東富水地区を抽出した理由

東富水地区は、市の北部に位置し、西には箱根外輪山、富士山が展望でき、足柄平野の広がりの中で、小田急線と酒匂川に囲まれた細長い地域である。小田急線にほぼ平行して県道が通っており、バス路線になっている。

以前には、この足柄平野は、箱根の山裾まで水田が続き地名の由来どおり豊かな地下水に恵まれ、農業が生計の中心となっていた。

字名としては、蓮正寺、中曾根、堀之内と飯田岡の一部がこの地区を構成している。近年区画整理事業等により市街地化し、人口の流入が激しくなり急激な発展をみせている地域である。特に、蓮正寺にこの傾向が顕著である。

この地域には、東富水小学校、それに隣接して市立幼稚園、私立保育園2つ、市営住宅（蛭田、吉田、蓮正寺、霞の瀬）4つ、それらに付属した集会所、公民館（類似）3か所等の公共施設がある。また福祉施設としては、小田原市梅香園（精神薄弱者通所授産施設）と小田原市あしがら荘（軽費老人ホーム）が存在する。この東富水地区に隣接する富水地区には潤生園（特別養護老人ホーム）と、神奈川県立小田原養護学校がある。

昭和50年代にこの地区が、地域福祉推進のための県の「ともしび運動」のモデル地区に指定された。これを契機として、民生委員やボランティア、自治会役員等による地域での福祉活動の動きがスタートした。

「在宅ケアの総合化」について我々の研究チームが研究、検討を重ねる中で、どの程度の小地域を想定したら、この課題が実現可能であるか考えたとき、歩いて日常生活が充足できること、住み慣れた地域社会での社会参加ができる範囲として小学校区を一つの目安とした。また人口は1万5,000人規模の福祉区のモデル化を試みることにし、そのための手掛かりとして現状分析のフィールド調査を実施することにした。

前述したように、この地域には老人施設や障害者施設があり、地域住民と施設やその利用者がどの様に関わり合っているのか検証できるのではないかと考えられたこと、民生委員やボランティア、自治会役員等のある程度の実績があること、我々の想定した福祉区の規模に似通っていること、住民も旧住民と新住民が混住化しており県下の他の地域と同様の現象をみせていること、等により、東富水地区を調査のフィールドとして選定した。

なお、調査方法は、面接による聴取を中心として、期間は平成5年2月から7月である。

(6) 東富水地区の概況

東富水地区（蓮正寺、中曽根、堀之内）（平成2年国勢調査）

人口	12,279人
世帯数	4,016
世帯当たりの人員	3.05人
65歳以上人口	1,222人
老年人口比率	9.95%
ひとり暮らし老人	89人（在宅77人、その他12人）
寝たきり	14人（在宅13人、入院1人）
痴呆性老人	2人
身体障害者	74人（富水地区）
精神薄弱者	20人
民生・児童委員	16人
ボランティア	44人
福祉推進委員	3人
六彩会	34人
健康普及員	5人
老人クラブ	10
さわやかエプロン	101人（市全体）

福祉部関係施設

梅香園（精神薄弱者授産施設）

富水保育園

蛭田愛児園（私立保育園）

教育委員会関係施設

東富水小学校

桂中学校（富水地区）

東富水幼稚園（公立）

蓮正寺公民館（類似公民館）

堀之内公民館（ 〃 ）

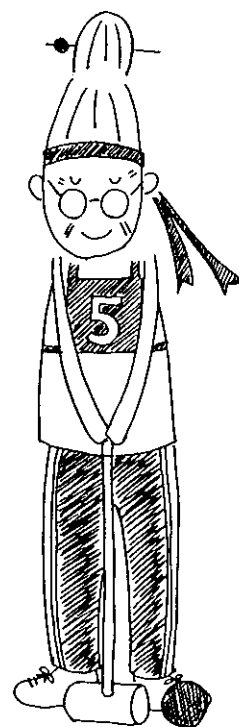
中曽根公民館（ 〃 ）

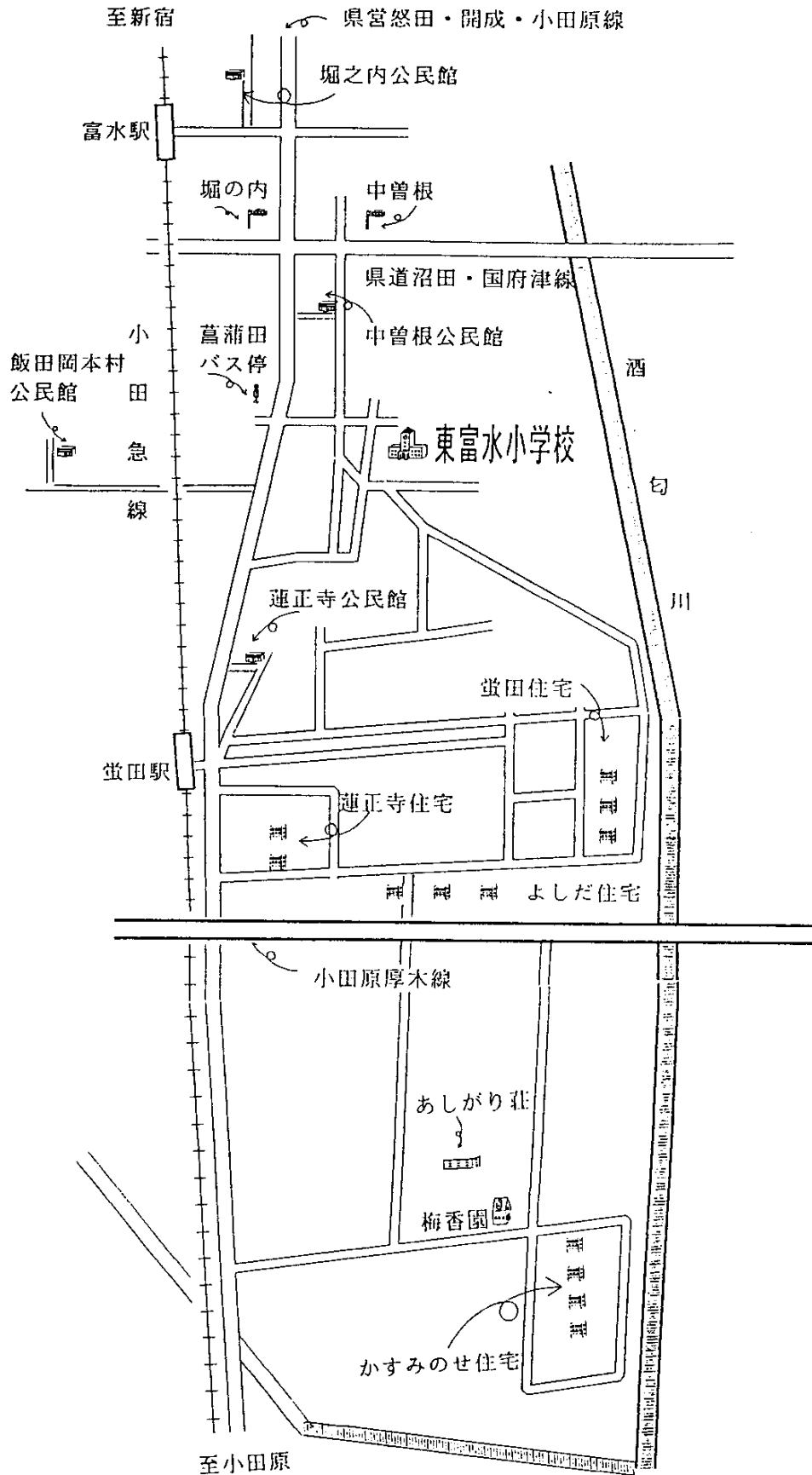
病院・診療所

病院 0

診療所 4

歯科診療所 6





2 社会資源の状況

(1) 保健センター

保健サービスの中心施策としては、健康診査、訪問指導、訪問看護、健康相談、健康教育等がある。業務内容と業務量が拡大する中、保健婦活動に占める訪問活動の割合は年々減少し20%弱となってきており、他業務の占める割合が増大しつつある。高齢化社会を見据えて、昭和61年から神奈川県との共同事業としてスタートした在宅療養者訪問看護事業に在宅ケア専任保健婦が位置づけられている。

ア 在宅ケア関連事業

(ア) 在宅療養者訪問看護事業

a 対象者

身体状況及び介護状況からみて1か月に1回以上の看護サービスが必要な者。
年齢制限なし。平成4年度の対象者は50名であった。

b 訪問看護婦

訪問看護婦数 県の訪問看護婦認定講習会終了の看護婦 10名

雇用形態 臨時職員

稼働状況 平成4年度の訪問延数 964件

c 事業の特色

- ・市が実施主体であるが、県が基盤整備し、看護婦の教育と推進費補助
- ・訪問看護婦の現任教育を保健所が担当
- ・年齢制限なし
- ・保健婦の日常の訪問活動と連動している
- ・応能負担制である

d 福祉や医療との連携

福祉領域とは在宅介護サービス検討会で意見交換し同行訪問もある。医師会とは連絡票やファックスを用いて医師連絡。定期的会合実施。

e 専任保健婦の業務

- ・在宅ケア対策委員会・在宅ケアケース検討会議の開催
- ・医師会や福祉との連絡調整
- ・訪問看護婦の訪問日程作成と調整。訪問看護婦の訪問状況の把握と助言指導。訪問看護婦カンファレンス実施。訪問看護婦の教育。同行訪問。代行訪問。緊急訪問
- ・地区担当保健婦と訪問看護婦の連絡調整
- ・訪問看護物品の管理、整備

f 訪問看護実施状況

- (a) 新規ケース20件の申請動機は医療機関からの連絡が最も多く、地区担当保健婦の訪問活動からの紹介が次に多い。福祉領域や民生委員からの紹介も少数あった。
- (b) 対象者は15歳以上のすべての年代にわたるが、65歳以上が過半数以上を占める。

- (c) 訪問頻度は週1回や月2～3回が多い。
- (d) 医療機器装着状況は尿道留置カテーテル、吸引器使用、気管カニューレ、経鼻カテーテル、胃婁造設等であるが、約半数がなんらかの機器装着している。
- (e) 介護者は妻、夫、子供、親族の順に多く60代が最も多い。

(イ) 保健婦による訪問指導

老人保健法の対象である40歳以上の寝たきり者および、要指導者に対し、保健婦が訪問して保健指導を行う。保健婦数10人。出生数が年々減少しており母子保健も重要な課題になっている。

(ウ) 在宅寝たきり老人歯科診療

65歳以上の寝たきり老人に対し訪問による歯科診療を行う。寝たきりであると、歯科の問題を有していても我慢してしまうことがある。「おいしく食べられる」ために歯科の問題は大切で今後の充実が望まれる。

(エ) 地域リハビリテーション相談室

リハビリテーション専門医による電話、来所相談を週2回、半日単位で実施している。リハビリの意味を拡大して、精神的リハビリ、社会的リハビリ、家族支援のためのリハビリ等、内容を拡大して考え対応している。

住民の相談、ニーズに応えると共に保健婦や訪問看護婦の相談の場、研修の場として機能している。

県のモデル事業としてスタートして間もないが、今後在宅ケアを推進する上で大きな役割を担うことが予測される。

イ 健康教室、健康相談、機能訓練実施状況（表1）

ウ 保健婦と関係職種

(ア) 保健、福祉の連携と課題

少しずつ保健、福祉が連絡しあつての支援体制ができてきている。しかし、相談者に対して、どのサービスをどの位等の判断を各課がそれぞれに実施。問題の多い事例には必要に応じてケース会議を開催。

(イ) 病院、医師会との連携

市立病院とは看護部を通じて退院時の状態を記録した文書が送付され看護が継続されてきている。診療所医師とは保健婦が相談する中で徐々に連携してきている。

エ 保健婦と手を携える地域の人々

(ア) 民生委員

地域を把握し、担当地域の身近な情報を有し信頼されている。担当する住民の介護に関する問題を保健婦に相談し、保健婦も民生委員に相談し連絡するようになってきている。

(イ) 健康かながわ普及員、普及員OB会

活動内容は健康教室時の託児、普及員だより発行、7か月児健診や1才6か月児健診の未受診児訪問等である。

表 1 健康教室・健康相談・機能訓練

事業名		対象	事業の内容	
健康手帳の交付		40歳以上で、 医療受給者以外	健診・相談の結果等、健康に関することを記入し自分の健康管理に役立てる。	
健康 教育	健康教室	40歳以上の者	成人病予防のための知識普及を図る。 (糖尿病習慣行事、がん征圧月刊行事含む) 会場 保健センターほか	
	成人病事後教室	基本健診・健康相談で要指導とされた者	糖尿病・動脈硬化の講義や栄養および運動の指導を行う。 会場 保健センター・保健所	
	栄養教室	40歳以上の者	成人病予防の栄養、調理指導を行う。 会場 保健センターほか	
	体操教室	40歳以上の者	健康増進のため、体操の普及を図る。 会場 保健センターほか	
	家庭看護教室	40歳以上の者	家庭における看護法・救急法の講習を行う。 会場 各地区公民館	
	健康相談	健康相談	40歳以上の者	各地区で個別相談に応じ、必要により血圧測定・検尿を行う。 会場 各地区公民館
				常設相談：保健センターで保健、栄養指導
健康相談	健康相談	40歳以上の者	独居老人の相談：会場 各地区公民館	
			機能訓練	通所可能で、主治医の判定のある者 (40歳以上)

(2) 老人福祉センター

小田原市には独立した老人福祉センターはない。老人福祉センターの機能を持つものとしては、小田原市社会福祉センターの3階に老人施設がある。

ここは、市内に在住する65歳以上の老人を対象とした施設で、老人の教養の向上や仲間づくりまた、娯楽の場となっている。

畳敷きの大広間と大浴場がこの施設のメインである。利用者は、ここでお風呂に入ったり、広間で談笑したり、舞台上で歌ったり踊ったり、又、囲碁や将棋に興ずるなどして一日を過ごしている。昨年度1年間の利用者は、33,632人であった。このうち東富水地区からの利用者は、蓮正寺2,186人(6.6%)、中曽根38人(0.1%)、飯田岡879人(2.6%)、堀之内235人(0.85%)であった。利用者の多い蓮正寺からは1日平均10名近くの老人が来館している。

この施設は、年末年始の休館日と国民の祝日を除き、毎週月～金の午前9時から午後3時30分(入浴時間は、午前10時から午後2時30分)まで開館している。土曜日については午前9時から正午まで入浴以外の施設の利用は可能である。

このセンターには、この老人娯楽施設のほかに、1階に社会福祉協議会の事務局、心身に何等かの発達の遅れのある就学前の子供の訓練の場としての通園事業、2階に乳児保育園、登録ヘルパー派遣と給食サービスを実施しているふれあいサービス協会、3階に高齢者の職業相談室、4階に市内に7つある心身障害者の福祉団体の連絡協議会の事務局と研修施設として会議室や料理教室、視覚障害者のための録音室などがある。

ここでは、点訳奉仕会や録音奉仕会のボランティアグループが、ほぼ毎日使用している。また、老人の趣味講座受講者がその講座終了後、同好会を結成し、謡曲、詩吟、鎌倉彫り、書道などの活動の場として活用している。

月曜日の昼間と火曜日の夜間には、盲人卓球の練習会場として講堂が使われている。

これらの定期的利用のほか、随時、福祉団体の総会や役員会等使用頻度は高い。小田原駅から歩いて5分程の交通便利なところにあるが、一方、駐車場が狭く、車を運転する障害者にとっては使いづらい面もある。

このセンターの管理、運営にあたっては、市が社協に委託している。

平成4年10月には、川東地区に小田原市生きがいふれあいセンターがオープンした。21世紀の高齢社会を控え、高齢者の健康の維持、向上、生涯学習と仲間づくり、技能訓練、生きがいと社会参加及び世代間交流の場として、また地域福祉の拠点としての目的を持っている。使用目的に応じ、障子・ふすま張り、大工仕事、植木の手入れ、竹細工など技能の訓練、習得、又、介護技術の講義、実習などのための技能訓練室、陶芸、七宝焼、染色、工作、絵画等に利用できる工芸室、運動・体操教室等のための体育室・トレーニングルーム、趣味講座や各種学習、実習を行う講習室、同好会の作品を展示できる展示ホールのほか会議室、和室、茶室、などもそなえられている。

(3) 公民館

小田原市に中央公民館が設置されたのは、社会教育法が施行された約1年後、昭和25年のことであり、市民の教養・文化・福祉向上のために建設された社会教育施設の誕生は、当時としては608㎡のホールと56㎡の分室ひとつだけではあったが、画期的なことであった。

その後、昭和37年の市民会館の建設にともない移転を余儀なくされ、再三の移転後小学校の旧校舎の一部を使用して昭和43年から活動が続けてきたが、昭和55年11月市庁舎東側に現在の中央公民館が落成、昭和56年1月開館した。

この中央公民館は、市政40周年記念事業として建設されたもので、504席舞台付き多目的ホールをはじめ、大小会議室、各種実習室、図書室等、激増する社会教育事業、多様化する文化活動に対応できるようになっている。

現在これらの施設を利用して、成人学校、市民教養大学講座、音楽会、展覧会など各種自主事業を開催する一方、グループ育成や社会教育活動の場の提供を目的とした貸し館事業、さらに個人利用推進のための図書の閲覧・貸し出し事業などを行い、市民の社会教育・生涯教育の場として、利用者も年々増加している。

小田原市の公立公民館は、この中央公民館のほかに分館が9館と地区館としての国府津公民館がある。国府津公民館は、中央公民館に次いで2番目の独立館として昭和53年に開館し、酒匂川の東地区における社会教育活動の拠点として、成人学校など各種事業を行っている。

一方、地区の公民館（類似公民館）は、地域住民の拠出金によって建設され、地域住民自らの手によって管理、運営されている。これに対し、市では建設費、活動費の補助をするほか、社会学級やモデル公民館実験研究の委託を行うなど公民館活動の育成、指導に務めている。

調査地区の東富水地区には、類似公民館が3館ある。いずれも木造で、古い物は昭和31年に建てられている。

使用状況は、自治会活動の拠点として、また、地区社協活動の場ともなっている。

ボランティアの会合、老人会の集まり、婦人会や子供会の会合、趣味サークルの練習の場など、当然の事ながら地域に密着したものが多い。定例の会合では、月一度独居老人の昼食会が蓮正寺公民館で開かれている。利用度は高く希望した日時に使えないこともあり地域住民の意識を高めコミュニケーションを図る場となっている。

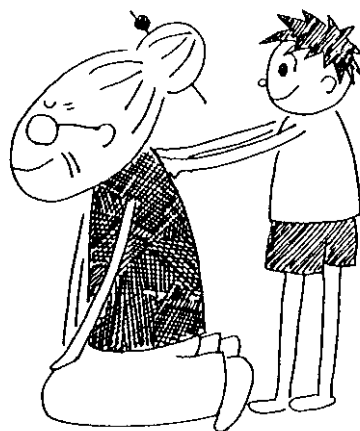
(4) 東富水小学校

東富水小学校は、東富水地区内にある唯一の学校である。

隣接している富水地区には、富水小学校、泉中学校、県立小田原養護学校などが揃っている。富水、東富水両地区の児童の増加にともない、昭和45年4月に東富水小学校は開校した。平成5年度の児童数は726名である。1学年と3学年が3クラス、その他の学年は4クラスとなっている。1クラス平均31名から39名で構成されている。この学校には知的発達の遅れなどのための障害児学級はない。対象児は隣接地区まで通学することになる。この学校の教育目標は、「心身ともにたくましく、調和のとれた人間性豊かな社会人になる」ことと謳っている。

小田原市の特殊学級設置校については、学校の方針により、教務主任クラスを特殊学級の担任に据え、校内の各種委員会の中に障害児委員会を設置し、普通学級担任もそのメンバーに入り活動することで、学校全体の関心を高めることができる。また児童にとっても学級交流などを通して理解を深めやすい。

東富水小学校は、開校以来児童が増加し昭和57年、58年には開校時の6割増となった。しかしこの年をピークとして減少しはじめ平成5年度の児童数は、開校時にほぼ匹敵するまでになった。今後の見通しとしては、平成5年5月1日現在の住民台帳によると今後は横ばいがつづき平成9年、10年にはわずかに増加していくことが予測される。



(5) 医療機関

ア 医療機関の状況と住民の受療行動

平成3年4月現在で小田原市の医療施設は398か所あり、病院のベッド数は2,584床であり診療所では226床を有する。このうち国公立病院は、2病院である。医師数は歯科医を含め人口割で1人当たり488人、病床は1床当たり69人、病院診療所は1院当たり825人となる。往診は、約8割の開業医で行っているということである。

当地区では、整形外科1件、内科2件、婦人科1件、歯科6件である。往診を行っているのは2医院である。独り暮らしの老人昼食会に参加している方にうかがったところでは、地区のお年寄りの方はタクシーやバスを使って市内の病院に行かれる人がかなりいるようだった。理由はさまざまであり、たとえば、ついでに買い物をしてくるとか、市内でも別の地区に住む子供達の家へ寄ってくるためなどであった。

近くに医院があるのに、家庭医として決めることなく、総合病院に通院する傾向は、この地区に引っ越して来た年代層が比較的高く子供たちが成長した後であり、特に家族ぐるみで行きつけの医院が必要な時期にはあてはまらなかったことが原因としてあるのではないだろうか。そして、独り暮らしであると、いざという時には、入院設備のある病院にかかっておくと安心だからともいわれた。

イ 市医師会在宅医療問題担当医より

(ア) 24時間診療体制について

現在行われている夜間休日診療所は市保健センター内にあり、利用状況は、平成4年度では、内科・小児科・眼科・耳鼻咽喉科の合計で、休日が4,982件、準夜間が内科・小児科で計5,336件であり特に、準夜間は4年前の4倍に増加している。準夜間診療として毎日内科・小児科が午後7時から10時まで行われており、時間の延長について市医師会の小児科医部会では具体化の目処が立っているという。内科医部会の方も時間延長については検討中ということである。重症患者の救急体制については、10病院のうちで2病院が輪番で担当し内科系・外科系の診療を行っている。また、市立病院では、当直医の診療科と脳外科（意識のない頭部打撲と65歳未満の脳卒中）を取り扱っている。休日については、内科・小児科・歯科・耳鼻咽喉科・眼科が午前9時から11時30分、午後1時から3時30分の受付時間内で診療が行われている。

(イ) 往診体制について

医師会で行った調査結果でも約8割の医師が往診を実施してもよいと考えていることが分っている。しかし、全国の開業医の平均年齢と当市も同じ約50歳という背景を踏まえると今後の在宅医療の核となる往診体制については、医師会も検討中であるとのことであった。例えば、1地区1医院単独の往診では、終末期のケースを何人も受け持ち毎日の対応となると限界があるので、近隣の地区で数名の医師によるグループ診療往診体制などの方法も考えられるという案も出された。

(ウ) 福祉部門との連携について

老人福祉施設等が行っている活動についても、医師会として協力関係を作ることが望ましいが、今まで情報交換の場が少なかった。お互いが持てる力を発揮し、市民が安心して

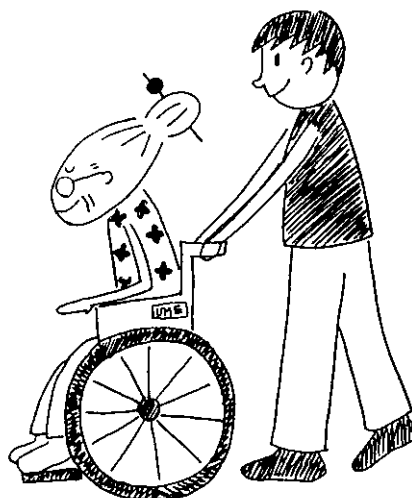
生活するためには在宅と施設のサービスの連続性が重要なポイントと考えているとも言われた。特に、後期高齢者の生活には、ケアとキュアの両面の要素が同時に進行することから施設側に医療側の応援も率直に求めてほしいとも話された。

(エ) リハビリテーション活動について

脳卒中後遺症のため、運動機能等が低下している人たちに、日常住活の訓練や手工芸等を行っている。対象は40歳以上となっている。これらの、リハビリテーションについては、今後ますます在宅療養を維持するためには重要な部門であり、最近も市で理学療法士を募集したが応募者がなく残念だったとのことである。人材確保については、県レベルでも検討してほしいと指摘されていた。

また、在宅療養に関わる職種は、この保健センターを拠点として活動できることが望ましいとも述べられた。

このインタビューを通して、日頃地域の人々のもっとも身近でかつ必要なプライマリケアの分野を担われている医師の地域医療に対する熱意と誠意が伝わってきた。しかし、その一方で、在宅ケアの統合化に向けてのいくつかの課題が依然として放置されていることも明らかにされたのではなかろうか。



(6) 潤生園

ア 潤生園の概要

潤生園は、小田原市の郊外、富水地区穴部集落のはずれの丘の頂に建っている。昭和53年、定員50名の特別養護老人ホームとして発足し、その後増築を重ね、昭和59年には重度痴呆性老人専用介護ホームの指定（定員50名）も受けた。

また、潤生園は、単に入所者の処遇だけにとどまらず、特別養護老人ホームの専門的な機能を社会の有力な資源として機能させることをめざしており、開設の翌年から重介護老人を対象にした、食事サービス、入浴サービス、デイケア、ショートステイ事業を自主的な活動として開始した。それが小田原市に認められ、昭和60年には市の公的サービスとして位置づけられた。

そして、平成元年からは国庫補助により、20名のショートステイ棟及び寝たきりなど重介護者のためのベッドを備えた「潤生園ケアセンター」として整備され、現在では「在宅介護支援センター」の機能も備え、要介護老人をかかえる家庭の在宅ケアを援助している。

小田原市内には、潤生園の他に「西湘老人ホーム」「陽光の園」という二つの特別養護老人ホームがあり、平成元年からデイケアサービスを行っている。現在では、この三つの特別養護老人ホームで市内の在宅老人のためのサービスをエリアを分けて担当している。その中で潤生園の担当エリアは、富水地区・東富水地区を始めとする9地区である。

イ 「施設福祉型行政システム」から「在宅福祉型行政システム」へ

民間施設における公的な福祉サービス事業は、行政からの委託という形で行われており、行政が決定権を持っている。行政（市町村）が窓口となり、適・不適を判断して処置している。しかし、在宅ケアサービスのように利用者側のニーズがより個別化あるいは多様化していくのに伴い、今までのように形式的な「施設福祉型行政システム」では、住民のニーズに対応しきれないという状況が顕著になってきた。

こうした中で、利用者の側に立った「在宅福祉型行政システム」を実現していくためには、実際のサービス提供とニーズを持つ人達とを直結させていく必要がある。日々利用者にふれ、専門的な目でみて今何が必要なのか、何をどうアレンジすればスムーズにいくのかということが分かり、すぐに対応できるのは現場だからこそである。こうした利点をいかし、現場に決定権を委譲していくことで、必要な時に必要なサービスを即時提供することにつながっていくであろう。そして、こうした中での行政の役割は、現場の決定に対する追認、あるいはフィードバックや評価・示唆を与えて次にどう反映させていくのかを大きな視点から見据えていくことであろう。

現在、在宅ケアサービスは量的にも質的にも充分とは言えない状況にある。しかし、今の行政のあり方が、ともすると、形式的・権威的になりがちで、伸びて行こうとするものに枠をはめ込むようなことになっている場合が少なくない。したがって今ある資源をいかに有効に使っていくか、また、さらにどう生かして伸ばしていくかということも、行政が担うべき、大きな課題であろう。

ウ 介護ヘルパー派遣事業の委託

ホームヘルプサービス事業はそれまで、福祉の現場において行われる他のサービスに比べてもう一つ活性化しなかったため、このサービスに対するニーズはあまり無いかのように捉えられてきた。しかし実際は、このサービスが非常に生活に密着したサービスであるということもあって、行政主導型の申請制度の中で本当のニーズがキャッチされず、平均的・画一的なサービス提供を行っていたため、利用者の側からしてみれば、使えるサービスがない、必要なサービスがない、という状況であった。

そこで平成3年7月から小田原市では、デイケア等の在宅サービスを通じて重介護老人とその家族の実態を詳細に把握できているケアセンターに介護ヘルパー派遣事業を委託し、それぞれ経験豊富な中堅の介護福祉士をヘルパーとして配置した（各センター1名）。こうした事業の中で、利用者の潜在的なニーズを掘り起こし、また、介護ヘルパーを含めたチームとしてサービスを提供していくことで、複雑化するニーズに対して、複合的なサービスをもって、柔軟に対応していくことに取り組んでいっている。

また、特に潤生園では、平成5年1月から神奈川県モデル事業として「ホームヘルパー活動時間拡大モデル事業」を実施しており、土・日、祭日も含め、早朝6時から夜間9時まで対応できるようにシステム化を図っている。現在は、常勤ヘルパーが3名になり、非常勤ヘルパー8名とチームを組んで活動している（常勤1名・非常勤4名のチームが2つ。常勤の残り1名は全体を見る）。しかし、早朝・夜間の対応は3名の常勤ヘルパーが交替で行っており、また、夜遅い時間の対応には男性ヘルパー（現在1名）のほうを望ましいということもあって、今の体制では手いっぱいという状況である。

エ ホームヘルパー養成研修事業

潤生園では、平成4年より神奈川県指定によるホームヘルパー養成研修事業を開始した（1級課程ホームヘルパーを年間10名、3年間で30名養成。第一期は、平成4年10月～平成5年6月）。

このホームヘルパー養成研修中に、規定のカリキュラムの他に現場での実務を身をもって体験してもらい、研修の内容を具体的な対応に結び付けている（約200時間、実務に対してはパートで賃金を支給）。それでも、研修終了後すぐに在宅ヘルパーとして派遣するのは無理で、半年くらいはベテランのヘルパーについての見習い期間が必要であるという。

第一期の修了者のうち、3人は以前から潤生園でパートのヘルパーとして働いていた人で、残りの7人は一般から公募した人であるが、今回の修了者は全員、家庭の主婦で、夫の扶養家族になっていることから、パートでヘルパーをやっていくことを希望している。

ホームヘルパーの活動時間を拡大していくためにも、常勤ヘルパーを増やしていくことが必要であるが、現在は常勤ヘルパーになりうる人材を養成しても、受け入れてくれる職場がないというのが実情である。このことに関しては、行政が責任を持って解決していくべき課題であろう。

オ 地域ボランティアとのかかわり

潤生園では、平成2年より365日毎日1食の配食サービスをモデル事業として試行している。初めの段階では、施設が調理した食事をボランティアによって配食できないか、との期待があった。しかし、実際には、週に1度の配食さえも地域のボランティアではまかなえず、施設が全面的に責任をもたなければ事業の実施は不可能といった状況であった。

こうしたことから、「人が連帯して息づいているのが地域である」とするならば、今現在、そういった意味での「地域」は存在していない、といえるのかもしれない。この地域では、潤生園が中心になって先進的な様々な取り組みを行ってきており、他の地域よりも一歩進んだサービスを受けることができている。しかし、一方で、住民が受け身になり、在宅ケアを施設任せにしていくということが起きているのではないだろうか。在宅ケアを進めていこうとする場合、施設のみでは限界がある。現在でも、ボランティアは有力な情報提供者としては機能している。

この地域が「潤生園」というすばらしい社会資源に恵まれたのであるなら、この専門的な機能を地域の勉強の場としても十分に活用し、地域で支え合う在宅福祉を築いていくための拠点の一つとして、ともに発展していくような関係を進めていくことが、これからの課題であろう。



3 地域組織の状況

(1) 東富水地区の自治会活動

昔は純然たる農村地帯であったのに、今では専業農家はほとんどない。その反面、この地区には大規模な工場がいくつも存在し、これを囲むように住宅が密集している。したがって、マンション、アパートが多く、特にワンルームマンションが多く、自治会運営にいろいろトラブルが生じている。この地区はここ30年前ごろから住むようになった住民が多く、気候が温暖で、交通の便も良いところで、定年後に住居を構える人も多い地域である。

地域活動は、全体を通して、かなり活発であり、旧住民の理解を得ながら新住民がリードしている。さらに詳しい状況を、この地区の一自治会ある堀之内地区を通してしてみる。堀之内地区は、世帯数670、人口2,300人の地区である。この地区の自治会は、約10世帯でそれぞれ組を作り、全体で65組からなっている。

この地区は、東富水地区の中でも、新旧住民が混在している地域である。この地区は7軒の旧家からはじまり、地域内の土地はほとんどこの旧家に属していたとのことである。新しい住民が何か行うにも旧住民の理解が得られずに難しい時代が長く続き、一部は現在も尾を引いているとのことである。

そこで、この地域の活性化のために、新旧住民の交流と次の世代の中心になる青壮年層活動の育成に重点を置き活動してきている。

具体的には、地区内にあるお宮の祭礼を通じた地域住民の交流活動が行われており、その中から身近な問題を取り上げ、行政に要望していつている。例えば、防犯灯の設置、小公園の整備等である。

東富水、堀之内地区の関係者からのヒアリング調査を通して感じた事は、地域におけるリーダーの存在が大きいということ、つまり、地域においてまとめ役の存在がとても大きいということである。

また、自治会活動に参加している役員は何等かのかたちで地域に貢献したいという気持ちを持っており、それぞれが活動に取り組む事によって生き生きとし、活動を通して自己実現を図っているように見受けられた。

自治会活動の活動範囲は幅広く、ごみ集積場の管理の問題、町内の安全管理の問題、子ども会活動、老人会活動、婦人会活動等、身近な問題を中心としながら、自治体と協働し、密接な連携の下にこれらの活動が行われている。自治体においても、地域住民のこまやかなニーズを吸い上げる組織として利用されているようだ。

この地区では、旧住民である農家出身者が長い間地域のリーダー的役割を果たし、取りまとめ役を担ってきた。しかし、多くの新住民の流入によりその役割も名誉職的になり、新旧住民が混在するなか自治会による地域活動は停滞した。一方、新住民の定住化が進んでくると、地域に目を向け、なんらかの地域貢献をしたいと考えるようになっていき、そこで、旧住民に代わって新住民のイニシアチブによる自治会活動が活発化してきた。

地域福祉を推進していくにあたって、福祉コミュニティづくりが叫ばれているが、国内のどこにでもある、自治会・町内会組織に着目していく必要があるのではないかと。

(2) 民生委員

ア 当地区民生委員の活動

(ア) 授産施設・養護学校・地域作業所とのつながり

施設・学校の行事などのポスター張り、文化祭のバザー、納涼大会開催時の協力や、「手をつなぐ親の会」の活動の中の夏休みのプール開放時の監視役等、ハイキング、園生の体力測定や約100人が参加するバーベキュー大会は企画から実行委員として取り組むなどの多岐にわたる応援体制が作られている。また、地域作業所の親の会の活動の支援としては、月1回の地区内の古雑誌、空き缶の回収作業を引き継いで行いはじめたという。

(イ) 特別養護老人ホームとのつながり

地区内の小学生から「ジュニア・ボランティア」を募り、園の清掃や老人の食事のお世話等の体験ができる行事を企画実施している。最初、お年寄りに慣れない子供は部屋へ入ることさえ躊躇しているが、少しずつ慣れスプーンで食事の介助をするなどの場面も見られるということである。この体験学習は、参加した子供の親からもたいへん好評を得ているという。

(ウ) 老人世帯、独り暮らし老人の訪問活動

地区内の82世帯の独り暮らしか老人のみの世帯に、安否の確認のための声かけを行っている。この活動は、平成2年度より新たに「福祉奉仕員制度」という仕組みが加わったためである。この制度は、民生委員が必ずしも老人宅の近隣に住んでいるとは限らないため、老人の生活の様子がわかる、近くの家的一件だけの担当制で依頼するものである。例えば、新聞が溜まっていたり、雨戸が閉まったままである等の様子をそれとなく見て頂くもので、そのくらいならということ、お願いすると快く引き受けて下さるということである。この活動については、予想以上に、定年後の男性のかたが熱心に協力して下さっているという。ただし、必要に応じて民生委員が担当するなど、対象に合わせた配慮をなされている。

(エ) 独り暮らし老人昼食会

月1回、独り暮らしの老人を対象とした昼食会が公民館で行われている。担当者は、民生委員・ボランティア・福祉推進委員が4～5名交替で行っている。参加人数は毎回30～40名であり近くの特別養護老人ホームの好意で毎回その季節に合った献立が用意され、担当の方が取りに行き、盛りつけをする。配膳される待ち時間に参加者に対して、市の地区担当の保健婦による健康相談が行われる。テーブルのセッティングについては担当者がいろいろ工夫しており当初は向かい合って両側に座るようにしていたが、現在のように4～8人で座る配置にしたことで、より会話が弾むようになったという。参加者の外観上の変化なども月1回なのでよくわかり、健康状態の観察の場にもなっている。

イ 民生委員のインタビューより

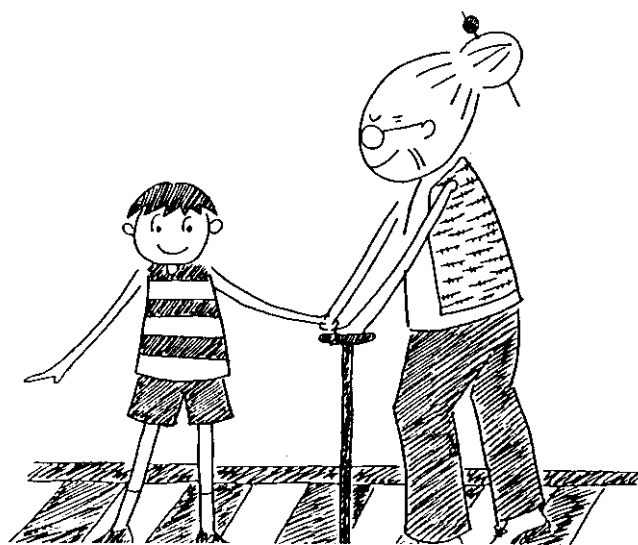
当地区の民生委員は16名で年齢構成は40才代から70才代と幅広く、経験年数は6年から10年になる人もおり、最近では、仕事を持つ女性も加わり、メンバー構成も時代を反映して変化しているということである。担当する世帯は一人が約200から300あり、活動を通し、

2期、3期と務めるうちに少しずつ援助が必要な対象を見出すことができるということである。

今回のインタビューに協力していただいた方は、現役として自営業をされていた時、たまたま自治会の役員をしたことがきっかけで、民生委員の欠員の補充ということから、3年前に引き受けられたということである。この3年間に周囲の人がそれまでのその方とはまるで別人になったかのように、独り暮らしのお年寄りのお世話を奔走する姿に驚いていると話された。誰より当の本人がもっとも自分の変化に気づかれていることが、次の言葉からもうかがえる。「人はいくつになっても変わるものなのですね。自分の両親のこと以上に私が真剣に地域のお年寄りのお世話をするようになるなんて、自分でも不思議な気がします。」

また、この方の援助者に対する視点には、人と人との自立のうえに立った支え合いの姿があることを「片足を失って、もう何年にもなる方がいるのですが、もう外に出ることはあきらめるといわれ、使わない義足が何本も玄関先においてあるのです。できることなら車椅子で散歩に連れ出したいのですが、かえって家族の方に迷惑がかかると考え思いとどまっているのです。」という言葉から感じとれた。

この方も民生委員になった頃は障害者の方に接することに不安があったという。民生委員協議会の障害者部会が中心となり、福祉施設を会合の場にするなど園生に接する機会がつくれ、園生から名前を呼ばれるなどして、自然に馴染んできたということである。この日も2名の民生委員の方と授産施設の中でお話を聞くことができたのだが、帰りがけ何人かの園生が民生委員の方に話しかけてくる場面に出会い、改めて活動の定着ぶりがうかがえた。このような民生委員の日頃の活動を支える役割が行政にも期待されているのではないだろうか。



(3) ボランティア活動

東富水地区は、地区社協での登録ボランティアが50名程度いる。原則として、民生委員が1人にボランティア3人という割合で連携している。また、年齢的には40歳代後半から50歳代が中心で、ほとんどが家庭の主婦やパートの仕事をもった人で占められている。

主な活動としては、配食サービスや、潤生園へ毎週火曜日、清掃の手伝いなどである。また、梅香園や小田原養護学校、ありんこホームなどの養護施設に行き、行事やレクリエーション活動のときに協力している。また、障害児者の家族でつくられている肢体不自由児父母の会のレクリエーション活動にも、監視ボランティアとして民生委員と一緒に参加している。さらに、独居老人の訪問活動にも協力している。この際のボランティアは、社会福祉協議会に登録している。主に安否の確認などを行っており、何か異常のあったときには、すぐに民生委員に連絡する体制が整えられている。

このように、民生委員とボランティアはたいへん結びつきが強く、連携がうまくいっている。民生委員とボランティアは1年に1回会合をもっていて、その場で情報交換等が行われている。他の活動としては、福祉サービスチームというものがあり、東富水地区自治会15地区の中で各地区8～10人程度のチームがあり、1年に2～3回会合を開催している。チームの中には民生委員も含まれている。地区別になっているためチームの1人が近くのお年寄りを見守る体制が無理なくできている。

このような活動を地区ボランティアは行っているが、一方で、組織的ではないが、自然発生的に生まれているボランティアも存在し、養護学校の子供に食事を食べさせる等の活動をしている。このボランティアは福祉奉仕員として登録はしているが、なかなか実態がつかめないのが実情である。

どのようなきっかけで、ボランティア活動に関わるようになったかみてみると、当初は婦人会主催で老人施設への訪問などを行っているうちに、施設等の行事に招待され、それを機会にボランティア活動が始まったとのことであった。

このように、活発なボランティア活動が行われているが、「気持ち」と「行動力」を子供の頃からもってほしいとのことで、ジュニアボランティアという動きも生まれている。こういう動きがでてきたのは、ここ2～3年で学校が第2土曜日が休日となる1年前からである。実際には、春休み、夏休みのそれぞれ1回、梅光園や潤生園での作業が中心で、梅光園では清掃の手伝い、潤生園では食事のときのお世話が大半となっている。

このジュニアボランティアは、小学校5、6年生が中心となって行われており、この活動は「体験学習」という側面もあわせもっている。このような体験をすることにより、子供の年配者に対する態度、意識も大きく変化している。また、親に喜ばれるという面もあり、今後、この活動が中学生にも広がり、成長していくことが望まれる。民生委員は、子供がこのような経験を中学生、高校生になっても続けてほしいと言っている。

(4) 社会福祉協議会

ア 社会福祉協議会の在宅ケアへの取組み（在宅福祉サービス情報キャッチシステム事業）

小田原市社協では、地区社協の育成・援助、在宅老人福祉、広報活動、低所得者援助などの活動を行っているが、在宅ケアへの取組みとしては、平成2年度から3年度にかけて、自治会の範囲を活動エリアとする地域住民による在宅福祉活動（在宅福祉サービスチーム）が編成され、さらに対象者個々の問題を整理しニーズへの対応を行なう「在宅福祉サービス検討推進委員会」が組織されるなど、在宅ケアへの取組みがシステム化され進められている。

チーム員が活動を進める中でニーズが発生してから対応するような対症療法的なものではなく、積極的にニーズを発見して対応することの必要性が言われ、対象者の把握、ニーズの発見が問題となり、この在宅福祉サービス情報キャッチシステム事業が計画された。以下事業について概説したい。

（ア）趣 旨

この事業は地域住民個々の身体状況を把握し、在宅ケアへの取組みの基礎資料としようとするものである。調査は平成4年度に実施しており、現在は調査結果の検討分析をおこなっている。また、この事業の特徴は、単年度で終了する一過性のものではなく、継続して調査を行い、その時々（新たに調査対象者となる年齢に達した高齢者も追加して）住民の身体状況を把握していこうとするものである。

（イ）調査の概要

調査は市内に在住している70才以上の高齢者、14,982名の健康・介護等の状況（11項目）について民生委員等による聞き取り形式で行なわれた。高齢者の健康状態を聞き取り形式で調査したため具体的に、客観的に把握でき基礎資料として信頼度が高い。

（ウ）調査結果について

a ニーズのキャッチ

ニーズについては一般論ではなく具体的で本音の把握ができ、対応もきめ細かなものにできた。

調査により現行の福祉制度で対応できるニーズの発見はもとより、新たに昼間独居老人（子供世帯と同居しているが、昼間は子供達が就労しているために独居状態となり単身要介護老人と変わらない状態になっている老人）の問題等、今後の課題も発見された。

b キャッチされたニーズへの取組

市社会福祉協議会では、キャッチされたニーズは地区社会福祉協議会に設置している在宅福祉サービス検討推進委員会や在宅福祉チームで対応している。

地区社会福祉協議会単位で対応するため地域のニーズや課題への取組みについても即応体制がとりやすく、地域実情に即した取組ができる。

イ 社会福祉協議会としての課題

(ア) 行政との連携

市・地区社会福祉協議会独自で対応している事例が多く、行政や専門機関との連携が必要である。制度利用の面でも、申請手続等では社会福祉協議会のある場所と市役所が離れているため利用者に不便を強いている。せめて同一建物にあるべきなのではなかろうか。

(イ) 行政との役割分担

一人一人の抱える問題が複雑化している。法律や制度で対応できない福祉ニーズに対応する必要も出てきた。地域福祉の担い手（民生委員、ボランティア、老人クラブ、自治会など）の調整をするところが必要になってきた。こういった問題について行政の対応を待つのではなく、社会福祉協議会の役割としてとらえる必要がある。

(ウ) 担い手の確保

社会福祉協議会活動への理解者が減り活動の担い手が不足する事が予測される。

ウ 在宅ケアにおける展望

小田原市においては在宅ケアの重要な役割を市社会福祉協議会と地区社会福祉協議会が担っており、とくに地区社会福祉協議会における「在宅福祉サービスチーム」や「在宅福祉サービス検討推進委員会」といった、地域住民が主体となった組織がシステム化され活動している事は高く評価できる。行政の派遣するヘルパーや訪問看護婦とは少し違った、いわゆる近所つきあいの範囲での活動は、都市化され、疎外された空間で生活する現代人にとっては重要ではないか。今後、民間レベルでの在宅ケアサービスの中心となってゆくのは、社会福祉協議会であろう。小田原市では社会福祉協議会が住民から信頼された組織であるがゆえ、個人のプライバシーに関わる調査事業が実施できたと思われる。小田原市社会福祉協議会は民間在宅ケアサービスの中心的役割だけでなく、市民と行政をつなぐ接着剤的な役割として、行政とともに広く地域の在宅ケアサービスシステムの一翼を担って行くことも期待したい。

今後の検討課題としては、

(ア) 情報の一元化

- ・在宅福祉サービス情報キャッチシステム事業を継続して行なっていくこと。
- ・収集した個人情報行政等のサービスに活用すること。

一元化にあたっては、個人のプライバシー保護に十分留意し、管理、活用の規約要領を作成するとよいのではないか。

(イ) 在宅サービスのシステム化

- ・市で行っている在宅サービス（ホームヘルプ、ショートステイ、デイケア）と社会福祉協議会でのサービスの役割分担を検討し、包括的な地域ケアシステムを作る。
- ・社協サービスの担い手の確保と専門性の向上。

(ウ) 総合相談窓口の設置

- ・総合相談窓口等、行政サービスと連携し利用者の利便性の向上を図る。
等があげられる。

4 小田原市の在宅ケアサービスの実情

小田原市で行われている在宅ケアサービス事業のメニューは、次のとおりである。

- ・ 特別養護老人ホーム
- ・ ホームヘルパー派遣事業
- ・ ケアセンター事業（デイサービス、ツーデイサービス）
- ・ 痴呆性老人通所サービス事業
- ・ 短期入所事業
- ・ ねたきり老人訪問入浴サービス事業
- ・ 在宅介護支援センター事業
- ・ ひとり暮らし老人等食事サービス事業

このうち、小田原市において特徴的なものをいくつか取り上げてみたい。

(1) ホームヘルパー派遣事業

小田原市では、昭和45年4月から身体に障害があり、日常生活に支障のあるおおむね65才以上の方がいる家庭に市あるいは委託先（「潤生園」「西湘老人ホーム」「陽光の園」「小田原ふれあいサービス協会」）のホームヘルパーを派遣し、介護型（排泄、入浴、着替えの介護等）および家事援助型（掃除、洗濯、炊事、買物等）のホームヘルプサービスを提供している。現在では、介護型ホームヘルプサービスを主に市および施設（「潤生園」「西湘老人ホーム」「陽光の園」）のホームヘルパーが、そして家事援助型ホームヘルプサービスを主に「小田原ふれあいサービス協会」が提供するといった役割分担ができています。

ホームヘルパーの派遣日は原則として月曜日から土曜日で時間帯は9時位から17時位までであるが、平成4年度及び5年度は神奈川県モデル事業ということで、潤生園の担当地域のみ日曜日、祭日を含む毎日、早朝6時から夜間10時位までホームヘルプサービスを受けることができる。ホームヘルプサービスの利用料金は、生活保護世帯及び前年分所得税非課税世帯の者に対しては無料、前年分所得税課税世帯の者は1時間当たりの負担額が異なる。（最高860円まで）

以下でホームヘルプサービスを提供主体別（注）にみていく。

（注） 施設のホームヘルパーに関しては、「西湘老人ホーム」「陽光の園」については調査が不十分であるため、「潤生園」のホームヘルパーについてのみ述べる。

ア 市のホームヘルパーによるサービス

現在、市には8人の常勤のホームヘルパーがおり、主に重度の介護型ホームヘルプサービスを提供している。サービスの提供時間帯、料金は前述の通りである。

イ 「潤生園」のホームヘルパーによるサービス

現在、「潤生園」には3人の常勤ヘルパーと8人の非常勤のヘルパーがおり、主に介護型ホームヘルプサービスを提供している。サービスの提供日、時間帯は前述した通り、神奈川県の平成4、5年度「ホームヘルパー活動時間拡大モデル事業」ということで、毎日、

早朝6時から9時までである。しかしこの拡大された時間帯のサービスの利用者はまだ少なく、この点に関しては実際に需要がないのか、それともサービスに対する認知度が低いのか明らかにし、今後に向けての検討が必要と思われる。

さらに潤生園では「ホームヘルパー養成研修事業」を行っており、質の高いサービスを提供できる人材を育成することに積極的に取り組んでいるが、研修修了後のヘルパーの受け皿がないなど様々な問題も抱えている。

以上「潤生園」のホームヘルプサービスに関しては、前述「社会資源」の節「潤生園の活動」の中で、詳しく述べられているので、そちらを参照されたい。

ウ 「小田原ふれあいサービス協会」によるホームヘルプサービス

小田原ふれあいサービス協会は平成4年まで市がホームヘルパーの派遣を委託していた民間団体の「小田原ホームヘルプ協会」と「小田原市シルバー人材センター」の「さわやかエプロンサービス部門」とが統合されたもので、平成5年から様々なサービス（ホームヘルパー派遣、独り暮らし老人等食事サービス、その他）を提供している。

「さわやかエプロンサービス」と「小田原ホームヘルプ協会」が統合される前はホームヘルパーの指導内容、方法などが異なっていたため、活動内容、レベル等がそろわず、不都合な点もあったが、統合により、全てのホームヘルパーへ共通の指導が可能になり、活動内容も統一された。現在、約180名のホームヘルパー（平均年齢50歳前後、年齢制限なし）が登録され、実働数は130名程である。ホームヘルパーの平均活動時間は週2回（1回2時間）で、平均収入は月3万円程（時給1050円）である。主に家事援助型ホームヘルプサービスを提供していて、現在はホームヘルパー派遣要請に即対応できるといった好状況である。また小田原ふれあいサービス協会では定期的（月1回）に研修を行い、ホームヘルパーに優れた能力とともに、「自らが組織の中で、福祉の一端を担っている」という意識を植え付け、サービスの質の向上に努めている。

サービスの利用料金は前述した通りであるが、小田原ふれあいサービス協会では小田原市を通さず、直接のホームヘルプサービスも提供していて、この場合利用料金は1時間1050円である。

サービス提供日、時間帯は潤生園と同様、毎日早朝6時から夜間9時までだが、早朝、夜間のサービスに対するニーズは潤生園同様に、掘りおこせていないという現状である。小田原ふれあいサービス協会のホームヘルパーは前述の通り、全て登録ヘルパーで、この登録制というシステムが多くの人材確保を可能にしている（都合の良い時間のみ働くことができるため、パートの感覚で働く人も多い。）が、このシステムには大きな問題点もある。それは、登録ホームヘルパーには、活動中、高齢者にけがをさせた場合、又、自らけがをした際などに適用できる保険が無いということである。（物を壊した際に適用できる保険はある。）登録ホームヘルパーが安心してサービスを提供するためには、この点を解決する必要がある。また、今後のさらなるホームヘルプサービスニーズの増大を考えると、ホームヘルパーの人材確保と定着をはかる上で、安全で働きやすい労働環境を早急に整備する必要があるだろう。

以上ア、イ、ウの連携、役割分担はうまくいっており、様々なホームヘルプサービスの要請に対し、三者の間で調整がなされ、サービスが提供されている。

(2) デイサービス・ツーデイサービス事業、痴呆性老人通所サービス事業

デイサービス事業は、在宅で介護を受けている、ねたきり、虚弱、痴呆性の高齢者（おおむね65歳以上）を専用バスで特別養護老人ホームに併設されたケアセンターに送迎し、入浴、食事、休養、レクリエーション、日常動作訓練などのサービスを行い、高齢者の心身機能の維持向上や社会性の向上を図るとともに、介護者の負担軽減を図る事業である。（利用回数・月4回程度、利用時間・午前10時～午後3時頃、状況により1泊2日での利用も可能。）

小田原市のデイサービスは、昭和53年に潤生園の自主的活動として始まったが、昭和60年には市の公的サービスとして位置付けられ（人件費4名分の委託料を予算化）、安定した財源が確保されたことにより、大きく発展してきた。

平成元年からは、国庫補助により「潤生園ケアセンター」が整備され、また他の2つの特養がこの事業に参加し、現在では市内の重介護老人のほとんどをデイサービスでカバーするまでに発展している。

しかし、基本的に週1回の利用回数では充分とはいえないであろう。ある在宅ねたきり老人の家庭に市の保健婦に同行訪問して、ただただ一日中横たわり、何の刺激もない毎日が続くお年寄りが、この週に1回のデイサービスをどんなに待ちわびているのかを目の当たりにして、サービス拡充の必要性を強く感じた。

本来、毎日たくさんの人とふれて、たくさんの刺激を受けながら生活したいと思うのは人間のあたりまえの欲求であるはずだが、今の実情ではそれも贅沢になってしまう。

現在でも家庭の事情によっては週2、3回とか、徘徊のある痴呆性老人を毎日受け入れるなど、サービスの向上を図る柔軟な取り組みが展開されているが、さらに、誰もが利用したいだけ利用できるサービスに発展させていくことが望まれる。

なお、平成4年度からは、徘徊などのある痴呆性老人を対象に「痴呆性老人通所サービス事業」（休日を除く毎日、午前8時～午後6時、連続して6ヶ月以内）が別制度で開始され、初年度から潤生園のみでも延べ約1,300余名が利用している。

このように、在宅生活を維持していくためには、さらに様々なニーズに対応できるサービスを構築していく必要がある。

(3) 食事サービス

小田原市では、平成5年7月より新規事業「小田原市ひとり暮らし老人等食事サービス事業」により、在宅のひとり暮らし老人等（重度の障害者を含む）に対して、月曜日から土曜日まで毎日1食の食事サービスを開始した。

それまで小田原市で実施されていたのは、ひとり暮らし老人を対象に、会食型や、あるいはそれを補完する配食型の「ふれあい」を目的とする食事サービスであった。（年に数回程度がほとんど）

しかし、高齢者が住み慣れた地域で、社会との関りを持ちながら、自立した生活を続け

るためには、少なくとも毎日1食の配食が必要である。こうした認識から、特別養護老人ホーム潤生園が、県社協・地区社協・民協等の協力を得て、「生活援助型配食サービス」を、平成2年12月からモデル試行してきた。

その結果、この配食サービスが在宅サービスを支える上で欠くことのできない基礎的なサービスであるとの認識が深まった。その主な内容は次のとおりである。

- ① 基礎的な栄養摂取により、健康が保持できる。
- ② 人間としての誇りや尊厳性が損なわれない、一定の質の食事が確保できる。
- ③ 毎日の訪問時の温かいコミュニケーションにより、社会性が保持できる。
- ④ 利用者の健康や生活ニーズの把握や、緊急時の適切な処置ができる。
- ⑤ 在宅生活の継続を可能にし、施設への入所や入院を延ばすことができる。

こうしたモデル試行を受けて、障害者をも含めた全市的な取り組みとしてスタートしたこの事業の今後の発展が期待される。



第3章 在宅ケアの総合化に向けて

第1節 在宅ケアを取り巻く課題

前章において、小田原市東富水地区における在宅ケアの取組みについて、在宅ケアサービスの現状、さまざまな社会資源との関わり、地域集団の占める位置について検討を加えた。本章では、これらをふまえ総合化に向けて、保健、福祉、医療それぞれにおける課題、さらにそれらの連携に伴う課題を一般化して整理してみた。

1 保健の課題

保健サービスの中心施策としては、老人保健法に基く健康診査、健康教育、健康相談、訪問指導、機能訓練等があげられる。老人保健法の目的をその内容から考えてみると、健康な人に対する疾病予防活動や健康増進活動と疾病や健康問題を有する人への支援活動にわけられる。

ここでは、在宅ケアの総合化を考えるとときに大切な、寝たきり予防、疾病予防に焦点をあてて考える。

(1) 予防活動の充実

人生80年代を迎え、充実した老後をすごすために、健康は何よりも大切である。なんらかの疾病や障害を有していても自分のことが自分ででき、少しでも社会参加していれば、生きる意欲や自己実現の達成につながる。

ア 寝たきり予防

小田原市社会福祉協議会と地区社会福祉協議会が中心になって実施した70才以上の住民への健康度チェック調査の歩行に関する回答中、「杖などがあれば歩ける、ゆっくりならなんとか歩ける」という項目が最も高率にチェックされていた。したがって、これらの人々がねたきりにならず、社会に参加できるような対策が重要ではないかと考える。

そこで、自宅から歩いて行ける距離に小さな施設があるとよい。そこでは、安い料金でお茶が飲め、図書室や健康増進のための設備があり、建物の隣にスポーツ広場がある。そして、ボランティア講座を受講した健康な老人や健康小田原普及員等がボランティアとして楽しく活躍している。

定期的に市保健センター内の地域リハ相談室から理学療法士や保健婦、保母が出張し、相談を受ける。また、生活の中での継続したリハビリ教室が開かれる。高齢者や障害者、子供のための楽しい健康教室、ボランティア講座も開かれる。

事例 継続的リハビリの必要性

Aさんは、脳卒中で倒れ約6か月の入院により、自分のことはなんとか自分でやれる程度まで機能が回復し、自宅で生活できるようになりました。しかし、近くにはリハビリの訓練を受ける場がありませんでした。そこで、自分で毎日コースを決めて歩く訓練を行っていました。しかし、カゼで何日か寝込んだ後あたりから、歩く際にも足のあがりが悪くなってしまいました。こんなふうになってから、歩くのもなんとなく億劫になってしまい、からだを動かす機会がずっと少なくなってしまいました。

つい3か月前までは、元気からだを使っていたAさんも、からだの動きが悪くなると、それまで自分でしていたことも面倒臭くなり、朝、目をさましてもなかなかベッドから出る気力もでなくなって、ベッドで過ごす時間が長くなると、体力の低下、特に足、腰が急に弱くなって自分一人では歩くのも難しくなってしまいました。こんなふうにして、しだいにベッドを中心とした生活になってしまいました。

イ より健康をめざして

健やかに老いるための予防活動としては、若い年代からの健康づくりが重要になる。そのためにライフサイクルに応じた食事、運動、生活習慣等について地域の中での仲間づくりを中心とした健康教育が必要になる。

神奈川県小田原保健所では1コース3日間の「健康セミナー」を開催している。内容はばけの理解と予防についての講演会や寸劇、参加者の意見交換等であり、参加者は40代～60代の主婦が多く、終了後のアンケートではボランティア活動を希望する人が多い。また、神奈川県の足柄上保健所では孫とのふれあい、よりよい孫育てを学ぶことを目的として「まごまご教室」を開催している。自分の健康や老夫婦の生き方をも、考えてもらうことをねらいとしている。

こういった企画では、保健所、市役所、社協職員、普及員、民生委員児童委員等のボランティアが参加して企画の段階から意見交換し、当日の運営も共同実施する。

テーマによっては専門職が支え、健康小田原普及員や民生委員児童委員が運営したり、講師になったりする。ボランティアが生き生きと自己実現し、自主的に活動できることが大切である。

(2) 保健センターの機能拡充

在宅ケア関連事業としては在宅療養者訪問看護事業と保健婦による訪問指導があり、連動しつつ有効に機能している。こういった事業の中心として保健センターが今後は保健医療福祉センターとして、なお一層機能を拡充する必要がある。

ア 人材の充実

高齢化人口の増加に伴って訪問看護の対象者増加が予測される。寝たきり予防活動や、在宅ケアを推進するときこれらを担う人材の充実が課題となる。

在宅ケア専任コーディネーターとして保健婦や福祉職を位置づけ、従来事業とは別に増員して配置する。訪問看護婦の増員と一部正規職員化や理学療法士や作業療法士を正

規職員として雇用する等も課題となる。

イ 医師会との強力な連携体制

現在、小田原市保健センターには休日、夜間急患診療所が整備されている。医師会との連携をさらに進め必要時の同行訪問、意見交換が日常業務の中で気楽にできるような体制整備を行う。

ウ 情報システムの導入

現在、在宅ケアに関する個人情報 が別々に保管されているため保健、福祉サービスの供給を総合化することがむずかしい。そこで個人情報に対する秘密保持を原則として情報システムの導入を検討する必要がある。

エ 介護体験者と一般住民を含む支援組織の育成

在宅ケアシステムを推進するとき、当事者による仲間づくり、組織づくりは重要な課題である。寝たきり高齢者や痴呆高齢者を介護する人が一番支えられるのは自分の辛さ、悲しみ、介護を認めて心から共感してくれる介護の体験者の存在である。

2 福祉における課題

(1) 在宅サービスの充実

在宅福祉サービスの中で、高齢者や障害者に対するホームヘルプサービスは、ケアを必要とする人にとって大事なサービスであることはいうまでもない。

小田原市においては、ホームヘルプサービスを市、特別養護老人ホーム及び小田原ふれあいサービス協会（以下「協会」という。）の3者で実施し、市及び施設が介護型サービス、「サービス協会」が家事援助型サービスと役割分担している。潤生園においては、県のモデル事業として「ホームヘルパー活動時間拡大モデル事業」を実施している。今後、介護型サービスを中心としてホームヘルプサービスのニーズが増加することが考えられ、ヘルパーの増員が必要となろう。

家事援助型サービスは、「協会」に登録された約180名のヘルパーが対応している。

このような民間委託方式は横浜市でも実施されており、地方自治体の正規の職員の増加が困難な状況で、取り入れられていくであろう。

また、ヘルパーの介護技術の向上のため多様な研修が必要である。

長野市において社協正規職員として90%を採用し、身分を保障していることは優秀な人材の確保において示唆的である。

以上によりホームヘルプサービスの充実は急務であり、他のサービスも含め手続の簡素化と窓口等の総合化によりニーズに即応する体制が求められている。また、在宅サービスの開発も日常的に取り組む必要がある。

(2) 住宅の確保

一般国民の住居がいわゆる「ウサギ小屋」と欧米から批判されている実情から国民レベルの住宅水準を上げることが、老人や障害者の住宅水準をも引き上げることにつながる。

機能の低下した老人や障害者が自立し、また、介護者が彼らの自立をサポートしやすい住宅は、在宅ケアの基本であり、介護者を含めた広さと段差のない仕様など十分に配慮する必要がある。そのための改造の指導や費用援助などもタイムリーに実行できるシステムが求められているものと考えられる。

住宅のために家族関係が悪化したり、地域での生活が選択できないといったことのないように、障害者もその家族も共に納得できる住宅対策が求められている。

事例 住宅問題

建てられて大部年数の経つ3軒長屋に自分で身の回りことはでき、近所の人の声かけ、民生委員などに支えられて生活していた一人暮らしの83歳の方が、ポットのお湯を足にこぼしてしまい、大きな火傷を負ってしまった。大きく本人もかなり痛みがあったはずだったが、民生委員の訪問ではじめて分かり、すぐ入院となった。そして、2カ月近くも入院することになった。やっと、火傷の傷も快復し、通院治療でよいというので、入院前に住んでいた家に帰ろうと思ったところ、大家さんから、「あのおばあちゃんは、一人でいるのがいいのかね・・・」「3軒のうち2軒は空き家だし、取り壊そうと思っていたのに」「まだ、住むんなら手も入れなきゃ、しかし、家賃が18,000円ではそのお金も出ないしなあ」と言う事で、出て行ってほしいということになってしまいました。この相談を受けた民生委員は、近所の不動産屋を回ったが、「83才の一人ぐらしの老人」ということで貸してもらえるとどころはどこにもありませんでした。

(3) カウンセリング機能の充実

在宅でのケアを長期的に継続していく場合、在宅療養者本人に対する支援にとどまらず、家族内におけるケアにともなう緊張の緩和という援助が重要になってくる。それは言い換えると、「ケースワーク」や「カウンセリング」機能ということができる。これは、目に見えにくいいため、行政レベルでの評価を欠く傾向にあるが、在宅高齢者、障害者と家族内の葛藤などのさまざまな緊張等、在宅ケアに伴う複雑な問題やニーズを整理し、適当な制度利用に結びつけたり、精神的な負担感を軽減していくことが重要である。

(4) 地域の福祉力を高めるために

小田原市東富水地区において「潤生園」の働きの大きさはすでに見たが（市全体にとっても）、しかし潤生園と地域とのつながりは、今後の課題であろう。特別養護老人ホームの設備、介護力などのノウハウを生かし、地域の在宅ケアを充実することは、すでに国の方針として出され、実施されている。

したがって、これからの施設は、地域にとってのものであり、かつ、在宅ケアの拠点と緊急時の入所対応を備えるもので、在宅生活の延長として位置づけられる必要がある。

そのためには、地域の実状にふさわしい規模＝小規模＝が望ましい。対象者を的確に把握していけば、地域にとって必要な施設像が示されてくる。そういう対象者の生活の連続性を保障する施設の役割が求められている。

そのために施設でできないことをカバーする地域社会の福祉力が在宅ケアの充実につながると言える。そのような施設と地域のがつながりが地域福祉の発展の柱となると考えられる。

3 医療の分野における課題

(1) 受療情報の一元化

在宅療養を続ける本人と家族にとって安心して家で過ごせること条件としていつでも、身体状況で何か変化が起こった際には相談にのってもらえる医師の存在がある。それも、通常の身体の状態を良く知っている医師なら一層心強いといえよう。小田原市では緊急通報システムが取り入れられている。これはブザーを押すと、契約している民間の警備保障会社に連絡が入り、電話によって状況の確認がなされ、場合によっては救急車の出動につながるようなシステムである。

ただし、これは当市に限らないが、その時点で通院している病院等がない場合は仮に既往症があり、以前他の病院にかかっていたとしても、情報がないまま対応するしかないというのが現状であろう。現状では極端に言えば、毎週通院している近くの医師の判断はもらえず、救急医が治療に当たるしか方法がない。その人の身体の特徴や病気について、的確に判断し、早期に診断対応ができるために、それまでの治療状況等が速やかに確認できることが必要不可欠であろう。またこれに加えて、それまでの住民検診等のデータも過去何年かの蓄積として情報の中にも含まれることも重要といえよう。

これらの問題の解消のためにはまず連絡の手段として、身体状況に応じて、総合病院に直結した緊急時のブザーや、またできれば受話器と離れた所においても連絡できる設備等の整備が各人の状態にあったものとして望まれる。

(2) 往診システムの確立

小田原市医師会会員対象の調査では、約80%の会員の方が「条件を整えば、往診してもよい」という回答結果があるという。しかし、現状では、午前中に外来診療をおこない午後、毎日往診し、また夕方の外来診療をおこなうというハードスケジュールをこなすことには自ずと限界があることも事実であろう。

ましてや、終末期の状況にあるケースを何人か受持ち、一人の医師で24時間の対応をすることは、現実では不可能といえよう。

また他方、患者である住民も、病気になった直後や退院直後は、万が一のために入院設備のある病院に、少々遠くても掛かりたいというニーズがあることも確かである。開業医からもこのような住民の受療行動（ややもすると、自分本位でもあるが）については何らかの指導を保健の分野等で行ってほしいという要望も出ている。

退院したり病気の急性期には病院からの往診体制があり、病状が安定したなら地域の開業医による往診体制があるという受け皿が2段階にできることも必要であろう。

これらの在宅療養を阻む問題の解消のためには、従来から叫ばれている病診間連携の確立と近隣の開業医の何人かによるグループ往診システム等を実現することが急務といえるのではないだろうか。

(3) 公立病院の機能と役割

高齢化にともない身体の機能の変化は単一の病気のみで進まず、同時にまたは前後して複数の疾病が起こる傾向は避けられない。そのため一人の人が、毎日異なる科、例えば眼科、内科、整形外科等と受診することが日常見たり聞いたりすることである。現行の医療体制では、診療科別にかからなければならないシステムになっている。極端な場合は、本人が申し出なければ同じ様な効果の投薬がされることも起こり得る。これらの問題の解決のためにはできることなら、外来部門においては、特に高齢期の患者や障害のある方については、総合診療科のような部門を設置するといった対応も在宅療養の継続のために必要ではないだろうか。

また、この部門がそのまま病棟と在宅医療を繋ぐ役割を担い、継続診療をすることで、患者は安心して家に帰れるようになるのではないだろうか。入院中に行われていた機能訓練もいざ退院すると通院の交通手段などの問題が生じ、リハビリテーションが中断されてしまいがちである。また、場合によっては慢性疾患など、例えば糖尿病等苦痛や自覚症状のない病気の場合、そのまま治療の自己中断が起こることも避けられない事実としてあろう。このように治療の継続等のためには、病院を巡回するバスの設置や市の保健センターのリハビリ教室との連動等を検討することも必要といえよう。

以上のように、通院医療・入院医療・在宅医療の3分野が、相互に関連して各人の生活を視点においたケアを展開するための原動力となる公立病院の役割は非常に大きくかつ、重要であろう。

(4) 病院と地域の訪問看護活動の連携

現行の市保健センターを拠点とした、看護婦による訪問活動は、主治医の指示により、判定会議にかけられ、医療的な看護ケアの必要な人に行われている。

また、定期的にはケース検討会が行われているが、できれば、このスタイルにもっと可動性をもたせ、当日でも医師に相談して、場合によっては医師と同行訪問もできる方法がとれることが望ましい。もちろん保健センターには当番医として常時医師がおり、ケースに関する医療情報をもとに必要時には、助言が得られることが訪問看護活動を行う看護職の労働環境の整備としても必要と考える。

次に、多くの職種で複数の人が関わっているケースの場合には、関係者一同が顔合わせをして、ケア内容について把握し了解しておくことは、サービスの受け手である、住民にとって安心して在宅療養ができる大切な条件といえよう。

この場合の訪問看護活動はケースの退院直後とその後自宅での療養に慣れ（本人・家族とも）てからの状況が、心身共に変化が大きいため、この2段階の状況を考えて、退院直後は病院からの往診医療が望ましいケースもあるだろう。その後は、近くの医院などに転院することもでき、訪問看護も地区担当の保健センターの看護婦に移行することも可能ではないだろうか。

また、場合によっては、医師と同行して看護の内容等の直接の助言をしてもらうことでより適切なケアにつながるものになると考えられる。

4 保健・福祉・医療の連携の課題

(1) サービスの統合

住み慣れた町で、疾病や障害を持ちつつ、幸せな療養生活を送るためには保健、医療、福祉がどのように連携し支援すればよいのだろうか。その課題について考えてみる。

在宅で生活する療養者はさまざまな疾病や障害を有し、さまざまな問題をかかえながら生活している。

神奈川県老人生活実態調査報告書や在宅療養者訪問看護事業の対象者の状況から、寝たきり老人の多くが痴呆症状を有し、痴呆性老人の多くが身体的疾患を有している事が報告されている。また、介護者は、おかれた立場や環境や療養者の病状により、さまざまな介護負担を感じていることが、小田原市高齢者実態調査報告書に報告されている。療養者が幸せに生活できるように、また、介護者のさまざまな負担が少しでも軽減するように保健福祉サービスの質と量を拡充し、サービスを統合して支援する必要がある。

(2) 総合相談窓口の設置

表1、表2は神奈川県老人実態調査報告書における「痴呆症状を有する老人とねたきり老人の保健福祉サービス利用状況と利用希望」である。

表1 痴呆症状を有する老人の保健、福祉サービス利用状況と利用希望

	利用状況 (%)			利用希望 (%)		
	サンプル数	現在利用している	利用したことがある	現在非利用	今すぐ利用したい	必要になったら利用
ホームヘルパー	116	5.2	3.4	109	1.8	42.2
ショートステイ	116	19.0	—	93	8.6	45.2
入浴サービス	116	17.2	6.9	95	6.3	43.2
デイサービス	116	16.4	3.4	96	7.3	30.2
給食サービス	116	—	2.6	115	2.6	18.3
高齢者用住宅整備の融資	116	4.3	—	111	2.7	15.3
家族見舞金	116	28.4	2.6	83	13.3	25.3
訪問看護	116	13.8	3.4	100	3.0	29.0
保健婦訪問指導	116	11.2	7.8	103	5.8	23.3
家族介護者教室	116	3.4	5.2	112	1.8	19.6
家庭看護教室	116	1.7	2.6	114	1.8	18.4
緊急通報システム	116	—	0.9	116	4.3	15.5

表2 ねたきり老人の保健、福祉サービス利用状況と利用希望

	利用状況 (%)			利用希望 (%)		
	サンプル数	現在利用している	利用したことがある	現在非利用	今すぐ利用したい	必要になったら利用
ホームヘルパー	81	8.6	3.7	74	2.7	40.5
ショートステイ	81	27.2	—	59	10.2	40.7
入浴サービス	81	33.3	7.4	54	3.7	44.4
デイサービス	81	17.3	6.2	67	6.0	22.4
給食サービス	81	1.2	2.5	80	2.5	16.3
高齢者用住宅整備の融資	81	3.7	—	81	20.5	—
家族見舞金	81	46.9	—	81	45.5	—
訪問看護	81	29.6	—	81	36.1	—
保健婦訪問指導	81	30.9	—	81	33.8	—
家族介護者教室	81	13.6	—	81	25.6	—
家庭看護教室	81	6.2	—	81	25.0	—
緊急通報システム	81	1.2	—	81	23.5	—

表からは、サービスを受ける側のニーズは保健福祉にまたがり、混在しているということがわかる。多様化するニーズに答えるためには保健、福祉が統合され総合的、計画的に

質の高い確実なサービスを提供する必要がある。

加えて、介護者の心身の疲労、外出時間が少ないこと等から考えると、自宅からそう遠くない所に行政施設の出先総合相談窓口が必要である。そこへ行けば、在宅ケアに関するすべての相談ができ、情報も提供される、また、希望にそった内容のサービスがコーディネートされ、すぐに利用できるといったものである。窓口を総合化するということは、保健福祉サービスを組織的に統合し、その窓口には保健と福祉の関係職種を配置することを意味する。

住民の身近なところに総合相談窓口があればよいのだが、現状から考えると、市役所、保健センター、市役所出張所、保健所、保健福祉関係施設、病院等が総合相談窓口として考えられる。

(3) コーディネーターの設置

総合相談窓口には配置される保健福祉の職員は、迷いに迷ってやっとの思いで相談窓口を訪れた人が、はじめて出会う「人」なのである。まずは、訪れた人を暖かく受け入れられることが大切である。

看護協会訪問看護検討委員会ではわが国において、コーディネーターとは「対象者のニーズにそって、必要な機関への連絡調整をはかり、必要な資源を用いて問題解決や改善を図るまとめ役としての機能を果たす人として多く用いられている」としている。また、その役割は、「よりよくケアが受けられるための調整を行うとともに、各関係機関やグループと連携して、ケアシステムの形成や発展に寄与する」としている。

総合相談窓口にはこのような役割を担うコーディネーターを配置し、相談者の複雑多様化するニーズに答えるとともに、関係機関、職種間の調整を行う。関係機関としては、病院、診療所、行政組織間、社協、保健福祉関係施設、民生委員協議会、ボランティア組織等が考えられる。また、小田原市では、訪問看護ステーションも将来的には開設されるので、ここもその対象となろう。関係職種には医師、保健婦、看護婦、福祉職、PT、OT、介護福祉士、ホームヘルパー、カウンセラー、歯科医師、歯科衛生士、栄養士等で、実に様々な職種と連携し調整することになる。

ア コーディネーターの必要性

来談者を受け入れ、生活に焦点をあて、行政や民間のサービス、ボランティアをコーディネートする人材が必要である。神奈川県老人生活実態調査報告書では痴呆性老人、ねたきり老人ともに、75～85%が相談相手として診療所、病院をあげ、次に民生委員に相談している。小田原市高齢者実態調査報告書でも寝たきり老人、痴呆性老人、その介護者の相談相手として、かかりつけ医師、民生委員が多い。

多くの人々が真っ先に相談する医師との強いパイプ、民生委員とのパイプをしっかりとつなぎ、在宅ケアを支援する人のネットワークをつくるためにコーディネーターは是非、必要である。

在宅ケアを継続するために、ショートステイやデイサービスを希望する人は多く今後の利用希望も多い。在宅で療養生活を送る人が施設を利用しつつ生きるために、また、施設

で生活する人々が、その地に住む住民として生きるために、地域と交流していけるとよい。そのために、施設内に、利用者の相談を受けて、施設と地域社会をつないでサービスを調整、開発する役割のコーディネーターが必要である。

近年、医療技術の進歩はめざましく、医療機器を装着し退院する事例が増えてきている。病院から家庭へもどり在宅での生活を整える一時期を支えるために調整者が必要である。生活を支えるための福祉サービスの導入を考えるだけならケースワーカーが調整する。しかし、気管切開、人工呼吸器装着、胃チューブや尿道留置カテーテル挿入、がんの終末期等の事例を調整し在宅で支えるならば、医療や看護についての専門的知識を有する保健婦等の看護職のコーディネーターが必要である。

イ 誰が、どこで、どのように

コーディネーターは一つの職種に限定することなく、必要とする機能によって

誰が行うか、単数か複数のチームで行うか等を決めていけばよい、と考える。

基本的には、保健婦・看護婦等の看護職と、福祉職がペアで対応し、必要に応じて、PT、OT、ST、カウンセラーがチームとして対応する。当面の問題として、人的資源の不足が考えられるが、経験のある県職員の市町村派遣等も考えられる。

現状から考えると、総合相談窓口として考えている市役所、保健センター、市役所出張所、保健所、保健福祉関係施設、病院等に配置する。

現状の中で地理的バランスを考え、できるだけ住民の身近にと考えたのだが、将来的には自転車や徒歩で行ける生活範囲内の距離にあるほうがもっと便利であろう。

総合相談窓口では訪れた人の相談を保健婦、福祉職がチームで受け、必要なサービスを相談者を交えてコーディネートする。コーディネーターは、相談窓口に常在し、支援が必要な場合には相談窓口に続き配置されている在宅ケア部門の保健婦、訪問看護婦、ヘルパー、PT、OT等の実働部門の担当者につなぐ。

担当者により支援開始後、支援内容の検討を要するときには、コーディネーターがケース会議を開催したり、日常業務の中で支援内容についての相談や調整を行う。

医療機関についても同様に、総合相談窓口を設置し保健婦、看護婦等の看護職と福祉職とがペアで対応し相談を受ける。病棟看護部門、主治医等内部職員間を調整することと、病院と地域の関係機関を調整し継続支援することが大きな役割となる。

ウ 教育・研修

教育、研修コーディネーターは、相手の立場にたって①話しをよく聴き、相手の思い、考えを感じとれる。②支援内容を決定し、場合によっては、必要なケアを提供する技術を有する。③支援経過過程では、サービスが適切におこなわれているか問題はないか評価する。④支援内容に不足や問題があれば行政や施設、その他にはたらきかけて解決する。⑤地域住民を組織化し、共通の疾病や問題を有する集団の組織化、専門職集団の組織化をする。⑥定期的に関係職種とのカンファレンスを実施し問題共有と解決に向けて努力する。⑦必要時には在宅ケア関連会議に問題提起し地域システム推進のためのアプローチを行う等の役割がある。在宅ケアシステムの中にコーディネーター研修を位置づけ、さらに実践

の中で現任教育の機会を設け、資質を高めることが望ましい。

実施主体は市町村ごとの格差を少なくするため、県がよいと考える。県の機関としては、多くの人に参加しやすいように、また、地域の実状を把握してニーズをくみとった研修内容とするため、できるだけ市町村に近い保健所や地区行政センター福祉部が適当と考える。

(4) スーパーバイザーの位置付け

在宅ケアを支援する関係職種の活動は人を理解することから始まる。人間的要素が支援技術に影響する。

保健センターに在宅ケア総合部門を設立し、管理的機能、教育的機能、支持的機能、職務評価、システム運営機能を有するスーパーバイザーを位置づける。

権限を有し、すべての関係職種を統合するため課長級以上のポストが望ましい。

(5) 医療機関との連携

ア 病院からの継続支援依頼、往診、訪問看護、病診間連携

退院時に高度な医療機器を装着したり、家族、介護環境や社会環境の中で在宅生活に支障をきたすことが予測されるような場合には入院中から地域へ継続支援依頼する必要がある。その方法としては以下のように考える。

a 電話による依頼後に文書による継続支援依頼

緊急を要する場合には病院から電話で支援依頼する。その後、入院中の治療、看護リハビリ内容等をまとめ、地域へ文書により依頼する。

b 入院中に地域の関係職種が集まりカンファレンス

退院の日程が早くから決定し、余裕をもって退院指導できる場合には地域の支援者を病院へ招集しカンファレンスを行う。家族はもちろん、可能と判断した場合には患者本人を交えて今後の在宅での療養生活整備について話し合う。

c 病診間連携

専門病院、大学病院等が主治医の場合で、在宅ケアが必要なときは、できるだけ、家庭医をつくるように助言し、病院医から家庭医へ医師間で治療が継続されるように連絡しあう。一般的には文書による「紹介状」が多いが、これだけでは一方的である。

紹介状による依頼の前に電話で連絡し意見交換する機会を確保する。

d 病院からの訪問診療、訪問看護の体制

特殊な医療機器を装着していたり、高度な技術が必要であったり、がんの終末期で療養者、介護者ともに高齢等で家族の不安が強いような場合は、退院直後の在宅療養生活を整えるまでの一時期（退院直後の1～2週間）を支えるために、病院からチーム訪問診療、訪問看護する。高度な医療技術が必要な場合には訪問診療時に地域の家庭医に依頼して同日に往診してもらい、家族を交えて意見交換する。この時に、緊急時の体制についても相談しあう。

また、病院の医師が地域へ出向くような体制が不可能なときは、訪問看護が支える。この場合の訪問看護は病院から地域へのパイプ役としての機能を果たす。病院

から訪問看護するときに、地域の看護職へ連絡し同日訪問すれば、具体的に意見交換できる。

イ 後方支援病院の必要性

病院に主治医をもち、家庭医をもたない場合は緊急事態の発生や、病状悪化時の対応に苦慮する。緊急時や病状悪化時にはいつでも入院できるような体制整備が必要である。いくつかの市町村を1つの単位として後方支援病院と契約し利用する等も考えられる。

ウ 地域医師による往診システム

在宅でケアが必要な場合には、なんといっても地域医師による往診体制が不可欠である。往診医が決まっていると安心して療養している場合が多い。

緊急事態に遭遇したとき、かけつけてくれる主治医の存在があれば安心して在宅でケアできるのである。しかし、医師の健康問題や不在時対応を考えると、医師会にグループ診療「往診」体制を位置づけ緊急時に限って対応するような方法も今後の課題となる。

(6) 情報システムの導入

在宅ケアに関する保健、福祉の関係各課が異なる庁舎に配置されていたり、在宅ケアに関する個人情報と別々に保管されていると、保健、福祉サービスの供給を総合化することがむずかしい。そこで個人情報に対する秘密保持を原則として情報システムの導入を検討する必要がある。

- ① 健康診査、健康教育、健康相談、機能訓練等の保健情報システム
- ② 在宅ケア関連の保健、医療、福祉サービス情報システム
- ③ 最新の保健、医療、福祉に関する情報収集システム

等が考えられ、当面は市保健センター、市役所福祉課、社会福祉協議会、市立病院等をオンラインで結び、情報入力と出力をする。また、プライバシー保護システムを開発したうえで必要に応じ、関係機関へ広げる等も検討課題となる。

① 健康診査、健康教育、健康相談、機能訓練等の保健情報システムについて

健康診査の対象者把握、健康診査結果入力、必要時出力し健診データにより健康教育や健康相談の対象者の把握、機能訓練対象者の把握等が可能になる。

② 在宅ケア支援システムについて

保健、医療、福祉の関係職種が一人の相談者に対し、別々に対応していると、在宅サービスの一貫した提供がむずかしい。対応に一貫性をもたせ、総合化して提供する支援システムが必要である。それにより、支援内容を関係者が共有し、総合的なサービスを提供できる。情報交換に有する時間を短縮し効率化を図ることが可能になる。

- ・ 個人情報（氏名、住所、電話、性別、家族、日常生活動作、病状、介護者等）
- ・ 保健 福祉サービス利用状況と保健福祉担当職員、担当民生委員、ボランティア（身障手帳の有無、利用中の保健福祉サービスの種類と利用日等）
- ・ 医療情報（病名、主治医、受診方法、受診頻度、主治医の指示、内服薬等）
- ・ 訪問記録（関係職種が訪問したときの状況を入力）

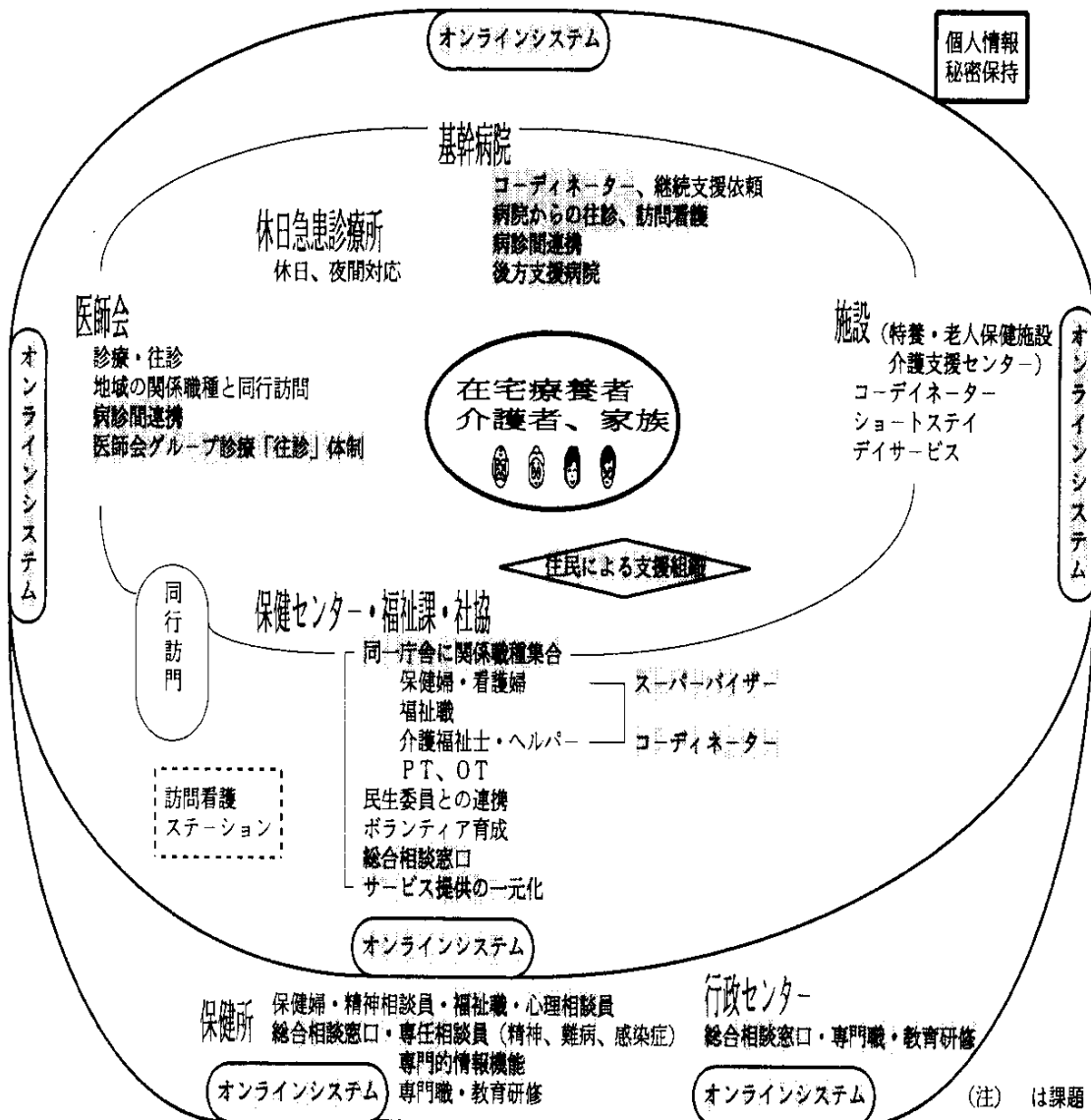
③ 最新の保健、医療、福祉に関する情報収集システムについて

保健センター、市役所、保健所、施設等をオンラインで結べば、知りたいと思う最新の保健、医療、福祉情報を、住民や関係者へタイムリーに提供できる。

人口動態、老人保健福祉計画の進捗状況、広域的な保健医療福祉サービス提供調整、これらによって利用できる情報としては、(病院の緊急時用空床ベッド、施設のショートステイベッド情報等)、最新の保健・医療、福祉情報等である。

以上のように連携の課題は、利用者を中心に、すべてをつなぐ作業である。提供するサービス、サービスの窓口、支援する人、人を配置する場所、情報機能等について地域特性を活かしながら、いかにしてネットワークを構築するかということが課題なのである。

在宅ケアにおける保健、医療、福祉の連携と課題



第2節 総合化に向けた県の役割

1 公的責任としての留意点

歴史的に、「福祉」の分野については「公的部門」に対する期待が大きかった。しかしそのことが一方で福祉行政を「措置」、「対象者」という言葉に代表されるような「救貧的」な制度にしたといえる。そして現在、行政の福祉サービスは「選別サービス」から誰でもが必要なときに使える「普遍的サービス」へ転換していくことが求められている。

福祉サービスの提供にあたり行政が関与するという事は、サービスの公平さを確保しなければならない、ということである。そのような意味から多種多様なニーズを満たす福祉サービスを「普遍的サービス」として提供することは、非常に困難なことである。個別要求にきめ細かく対応すればするほど住民に不公平をもたらすことになるからである。ここに福祉サービスを行政が提供していくことへの限界がある。

このように、サービス提供者としての「公」には限界があるが、行政が税金の再配分を使命とする以上、福祉サービスの提供にも当然の責任はある。しかし、行政の性質から考えても、その責任は「最低限の保障」、「基礎的サービスの提供」というところにとどまらざるをえないだろう。ここで、「最低限」、「基礎的」という決定は難しいが、在宅サービスについては、受給者への公平を確保する意味で、「施設入所と同レベルの保障」を当面の目標とするのが妥当だろう。

もちろんこの「保障」は、サービスの量的側面だけでなく、費用負担の側面でも十分に考えられなければならない。なお、これらの「基礎的サービス」提供については、民間部門への委託を妨げるものではない。

また、「公」には、サービスの直接的提供以上に、社会基盤の整備が期待される。中でも人材確保のための基盤整備は急務である。人材の確保なくしては、在宅福祉サービスの向上は何一つありえないといっておくべきだろう。

2 県の役割

(1) 地域の均衡発展のために

「第二次新神奈川計画」において、「県内の地域の均衡発展」は主要な位置を占める。福祉分野においても、県の最大の責任は「地域格差のない福祉制度」の達成に努めることである。神奈川県は、横浜市、川崎市などの政令指定都市を持つ反面、7つの郡部（17町1村）をも持つ県であり、東京都心のベッドタウンでありながら、その地域性や環境も様々である。平成5年4月より、市町村に福祉窓口が一本化されたものの、在宅サービスだけをとって見ても、「第2章神奈川県における在宅ケア」における2市の比較だけからもわかるように、そのサービスの量や提供方法などに市町村差異が生じているのは明らかである。住民税と固定資産税しか固有の収入がない市町村にとって、たとえ国からの補助を受けても、全ての市町村がハード・ソフトの両面で福祉資源の整備を自力で行うことは難しいであろう。県としては、今後、独自に老人ホームを建設していく方向ではない。しかしなが

ら施設の絶対数が不足している現在、地域の均衡を保つためにも、市町村の財政状況に柔軟に対応した建設支援や、民間では採算ベースに乗らない、10人から20人程度の小規模の県立施設の積極的建設をもう一度検討すべきである。また後述の「地域サービスセンター」の設立に関して市町村に対する積極的な支援も期待される。

そして、福祉、保健に関する多くの部分が市町村に移管されたのを受けて、県庁内本課で受けている、特別養護老人ホーム設立の申請、法人の認可等の権限を行政センターに移し、より地域内での福祉体制に力を入れていくべきである。

また、「サービス調整機構」などの機関は、県の指導に従い市町村で導入されてきている機関であるが、市町村の実態はそれぞれ異なり、有名無実となっている市町村もある。そのような実状を把握し、市町村の実状にあった調整機関の整備にむけて、行政センター福祉部がその役割を果たしていくべきであろう。

(2) 人的資源の確保

人材面については、行政センター福祉部に所属しているケースワーカー、保健所の専任保健婦を後述する「ライフ・サポート・コーディネーター」や、介護の担い手である家族の「カウンセラー」としての位置づけとするなど、彼らが行政センター単位での市町村への指導的役割を果たすと共にその専門化が図られるべきである。

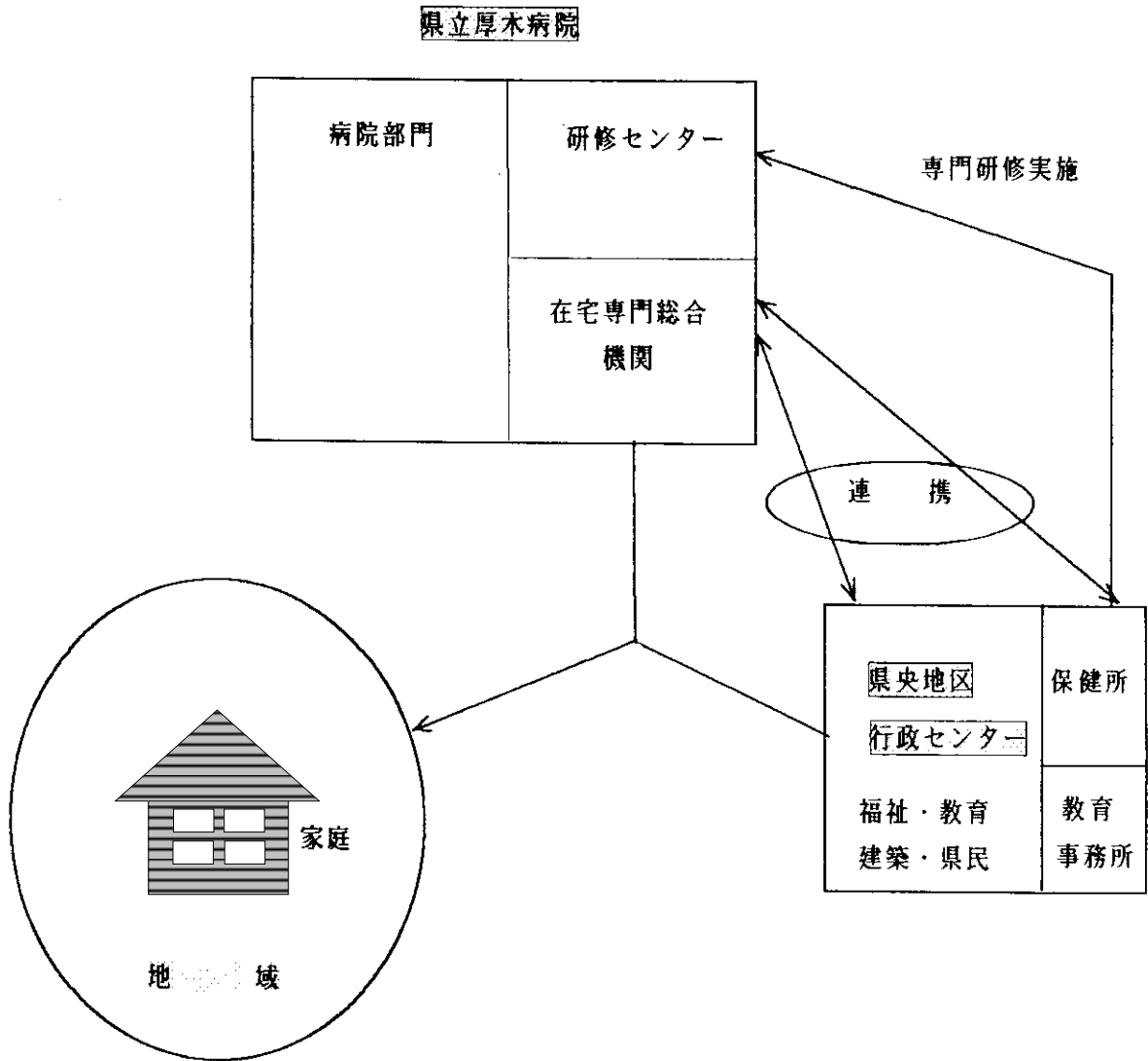
そして在宅専門に活動を行える保健婦の育成や市町村人材に対する専門研修も必要となる。この研修は県保健所を中心に管内市町村に対し行われるほか、県立病院に併設した「研修センター」において県域的に臨床を経験しながらも実施され、研修センターは行政センター関係部局とも連携を取り合い、「在宅ケア専門窓口」としての機能も果たせるようにする。

(3) 広域的役割

サービス供給面で考えると、県は市町村の壁をこえた広域的調整につとめるべきである。現在県で平成8年度を達成目標にしている「保健福祉情報システムネットワーク」の供給について、K-NETとの連携を図るほか、福祉サービスが「選別サービス」から「普遍的サービス」へ転換されることを目的として、教育庁で進めている生涯学習の情報システムや県営住宅等の情報、福祉プラザ等を中心に行われている福祉事業情報（ボランティア・シルバー人材情報を含む）などと併せて総合的に行政センター窓口や、直接各個人に供給できるようシステム化していくことが望まれる。また、後述の「在宅専門機関」への情報提供にも考慮されなければならない。

「ともに生きるかながわ」の意識を県民に対し啓発していく数々の事業は、各部局連携のもとに行われなくてはならない。しかし、従来の県行政体制ではその連携は名目のみにとどまってしまうのが現状である。そこで「国民体育大会」や「国民文化祭」に次ぐ「国民（県民）福祉祭」を各部局の総合事業として全国にむけて発信させ、県民に対する県施策の理解や意識の啓発をはかると同時に、全国にも神奈川県政についてPRを行うことも検討してはどうだろうか。

県立病院在宅部門設置イメージ図



第3節 総合化に向けた今後の方向

障害者や高齢者等なんらかの援助を必要とする人々への関わりは、従来、在宅ケア＝家族による介護＝女性によるケアを前提に、さまざまな施策が実施されてきた。しかし、家族に支えられる障害者や高齢者の福祉は高められても、介護者は犠牲にならざるを得なかった。

援助を必要としている一人ひとりの個別的なニーズにどう総合的に関わり、生活総体を支援し、サービス利用者の自立と社会参加を促していくかという視点が重要になってきた。言い換えれば一人ひとりの生活力を形成することである。サービスの内容やその量・質という問題だけでなく、それらのサービスが利用者に効果的であるためには多くの課題がある。

必要とされるのは多様な担い手により、弾力的なサービスを提供することである。そこで、家族によってのみ支えられる介護を前提としない在宅ケアの在り方について考えてみた。

1 日常生活圏域で整備する必要性

なぜ、地域社会を基盤として日常生活圏域で保健・福祉・医療サービスの展開が強調されねばならないのか。その背景を整理すると、次のような共通した課題意識に到達する。

(1) サービス利用者が家族、地域との関係を断ち切らずに、生れ育った地域で継続した生活をしていくためには、日常生活圏域で援助体制が整備される必要がある。「小地域」「多目的」で地域に開放された、柔軟性をもった小回りのきく施設が、住民の身近にあって、サービス利用者、家族の多様なニーズを満たすときにはじめて、サービス利用者・家族を地域で支えていける。それは、家族内におけるケアに伴う緊張を緩和し、サービス利用者を在宅において、生活してもらうための地域の核となるものである。

(2) ケアの多くは同居家族を中心として、その他の親族・近隣・友人などインフォーマルな部分から提供されているのが実態である。これらの適切な評価とケアの担い手の支援を含めたケア計画の立案が必要であり、これは地域に密着して実情を把握しなければ不可能である。換言すれば、従来は個々のニーズに細切れ的な対応がなされ、インフォーマルな部分を含めた生活総体の把握が不十分であった。

(3) 住民はサービスの利用者であるとともに、サービスの担い手でもあるということ。このボランティアな部分は公的サービスとは別の役割を担い、住民の人間的な生活に欠かすことのできない重要性を持っている。したがって、これらの動きを積極的に支援するために、適切な情報提供を行う必要がある。しかし、いたずらにサービスの担い手としての住民の活動を過大に評価することなく、したがって、これらを具体化するにはサービス供給体制を地域に埋め込むように分散し、コミュニティとそこにある住民のネットワークを強く念頭に置いた活動を開始することが必要である。

2 今後の方向

単にホームヘルパーやデイケア施設を増加させていくのみでは、住民のニーズを満たしていくことができない。積極的にニーズを把握し、サービスの拠点を地域社会の中に移行し、チーム・ケアで対応していく。一方で、住民の主体的で相互援助の活動がある。

だが、人的資源が十分に確保されるか、財政的な支出がどの程度なのか。それがどこまで膨脹するのか。高齢化社会を迎えて、多くの人に予測のつかない事態が多くある。しかし、今後の方向性としてつぎの点について考えていく必要がある。

(1) 生活の継続性

住民の意向は住み慣れた地域での生活の維持・継続にあることは明らかである。これを実現するには在宅福祉サービスの強化ばかりでなく、小規模で身近に通常の家屋に等しいケア付住宅等の設置などを考えていく必要がある。

(2) 社会的な入院から地域での生活

病院に社会的入院させられている人々を医療・保健・福祉のスタッフの共同活動によって地域社会での生活にひき戻すことが必要である。これは、現行の縦割り行政により、医療と保健・福祉を各々予算化し、施設をつくり、人を配置するという方式では展開できないものである。

(3) 地域社会で担うケア

公的部門がいかに関与して地域社会にアプローチしていくか。これは各自治体の多くで、計画の段階で言われながら、具体化で足踏みしている。また、現実的な壁となったのは、福祉部門ばかりでなく他部門にまたがる行政組織の再編成が必要とされることと、従来の行政職員にはなかった行動様式が求められること、さらに職員の増強ばかりでなく、地域の人々と協働していくコミュニティワークのような新しい任務を担う必要があることなどであった。これからの行政の展開を考えた時に、地域社会へのアプローチが不可欠である。

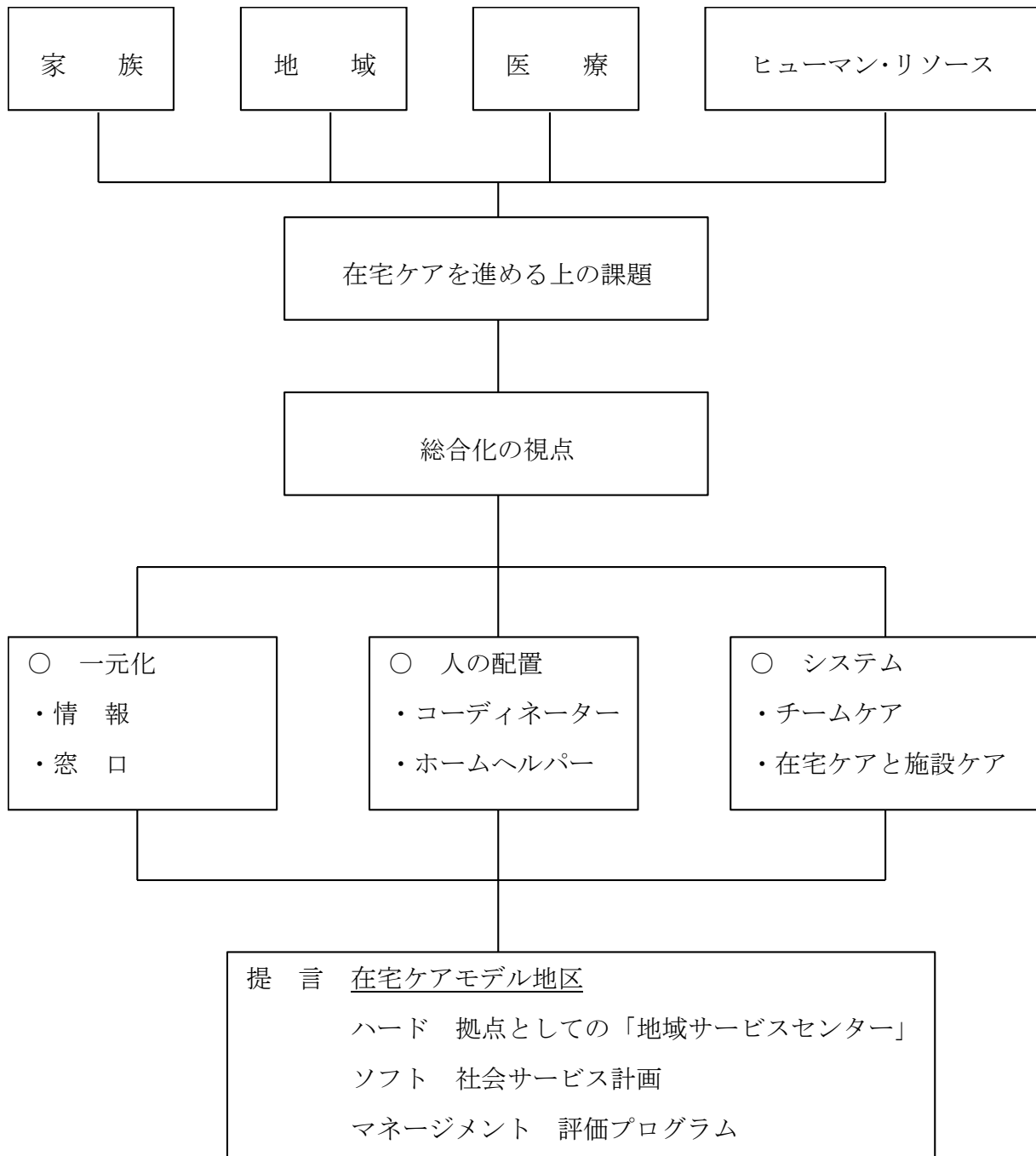
障害者や高齢者のケアは、かつて、施設でのケアの時代があり、やがて地域社会の中でのケアの時代を迎えた。そして今や地域社会という舞台の上で、公的な施策と住民の活動を最適な状態でミックスし、それらが相乗効果をあげる形でのケア体制を組み立てていく努力が始められつつある。例えば、地域社会で発生している事態を把握し、情報やサービスの外にいる人々をつなぎあわせたり、いわばサービスの提供に直接関わるよりも、地域総体に目を向けたコミュニティワークが必要である。

こうしたコミュニティワークは将来に向けた先行投資であり、非常に重要な課題であるにもかかわらず、直接的なサービスに吸収されて十分な人員の配置がなされない。一方、制度やサービスを補い、相互の援助活動を行う住民参加型の活動は今後も増大していくであろう。これらの活動は、それぞれの自発性と柔軟性を特色とし、住民の意識の変革に大きな役割を發揮する。地域に根づいたサービスは、単に公的サービスの提供にとどまるものではなく、こうしたグループや人々との協働の産物でなければならない。

第4章 提 言

前章までの検討において、在宅ケアの総合化に関するいくつかの問題点、課題が明らかになった。本章では、これらの点をふまえて本チームとしていくつかの提言を行う。

□ 概念図



提言 1 地域サービスセンターの設置

1 設置のエリア

高齢者や障害者が歩いたり、車椅子で移動できる距離として小学校区を想定。

2 設置の意義

総合的な保健・医療・福祉サービスが提供の可能性

ホームヘルパー、保健婦、看護婦などの活動を同一組織のなかでチームケアとして実施できる。

住民の利便性

日常生活圏に分散配置することにより身近なところで住民がいつでも気軽に相談やサービス利用ができる。

ニーズの発見の可能性

地域住民の福祉活動と連携できるため様々な潜在化したニーズが発見できる。

地域の介護力向上

地域ごとの特性やニーズに応じた地域ネットワーク化が推進できる。

3 整備の方向

地域における社会サービス計画の策定のために、「地域サービス委員会」を設置する。特定の対象が特定の資源を利用する段階を脱却して、地域の実情に合致させた資源の有効活用を推進する。

最大限に地域の既存施設（学校、保育園、公民館、集会所等）、既存資源（専門職員、地域団体等）を活かしながら整備を進めていく。

4 機能

総合的な情報提供

高齢者、障害者などをはじめ、住民一人ひとりの個別的な福祉サービスに関する総合的な情報・相談の提供を担う「ライフサポートコーディネーター」を配置する。

各種在宅サービスの決定と提供

ホームヘルプ、訪問看護、食事サービス、入浴サービスなどをはじめとした各種在宅

サービスの決定と提供。

住民の自主的福祉活動への支援

住民の福祉、保健、医療に関する啓発活動や情報提供を行うとともに、住民の自主的福祉活動への支援。

在宅サービスの研究・開発

各センター管轄区域の特性を踏まえた「社会サービス計画」の策定
新たな在宅サービスの開発。

関連する各種制度・サービスの受給調整機能

社会保険や住宅改造など関連した制度の受給調整機能。

ステイサービスの提供

ショートステイ、ナイトケア機能等。

デイプログラムの提供

デイサービス機能。

5 事 業

小規模の「入・通所施設」の整備

地域に開かれた施設として、地域の住民活動に活動の場として提供できる機能を持たせる。

「訪問型サービス」の拡充

地域サービスセンターを拠点とした訪問サービスを展開し迅速性を図る。

世代間の理解・交流促進をめざした学習・文化活動の拡充

小中高校における福祉教育の活性化。

異世代間の地域活動の支援。

住民の自主的福祉活動の支援。

身近な地域で利用できる相談・援助体制の基盤整備

地域の相談員（民生児童委員、福祉推進員、健康普及員等）の研修の充実。

配置職員と主な役割

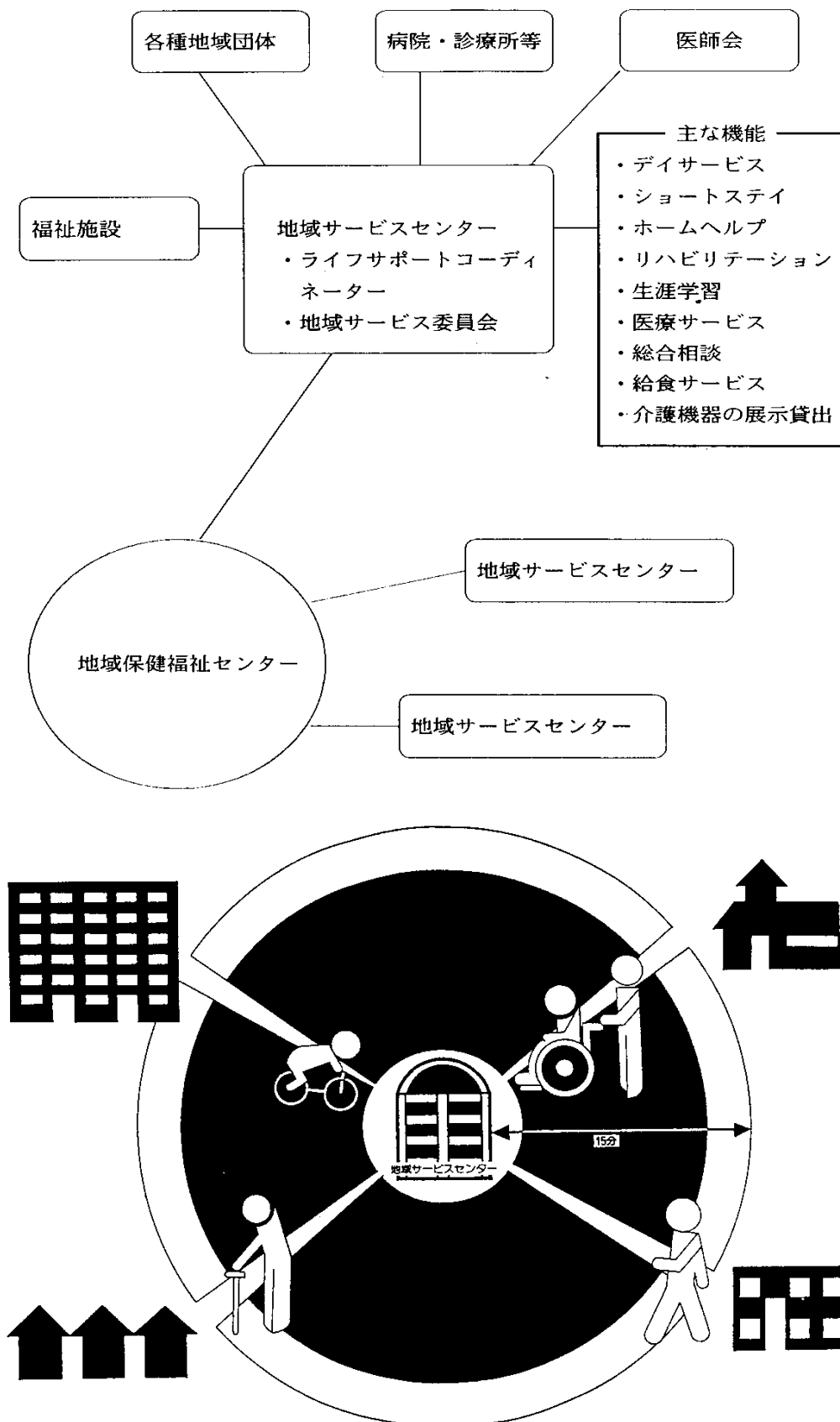
名 称	主な役割	具 体 的 な 業 務
マネージャー	指揮監督	指揮監督や高度・専門相談などを行う。
ライフサポートコーディネーター	チーム取りまとめ	在宅で生活する要援護者、その家族のもつ個別的な様々な問題の解決を図る在宅援助チームの取りまとめ。チーム員に対するスーパーバイズ。相談員、保健婦、ホームヘルパーなどのセンター職員のうち一定年数の経験者が兼ねる。
相談員 保健婦 ホームヘルパー 看護婦 理学療法士（PT） 作業療法士（OT）	直接援助	サービスに関する情報提供や相談 地域のニーズを積極的に発見 関係機関との調整、協議 サービスの要否判定やサービスの手配 家事・介護援助、訪問看護、訪問リハビリテーションなどの具体的なサービス提供

ライフサポート コーディネーターの役割



—サービス利用者の個別的ニーズを把握し支援する展開例—

地域サービスセンターイメージ図



提言 1-1 「地域サービス委員会」の設置

1 意 義

住民が一定地域の共通問題、例えば高齢化という誰でもが会う問題等を通し、自分の住んでいる地域をどうしたいのか、どうあって欲しいのかなど住民にとって身近な問題の解決策を自らの手で、あるいは行政と共同して作成し、それを市町村における施策の一環として実現することが期待されている。

2 目 的

地域内の福祉をはじめ、地域内の施設の建設、環境の改善など居住地域に関わる問題を検討し、地域内で一定の合意を形成して、行政へ具体的な提案を行っていく。

そこで、各地域に設置する「地域サービスセンター」の機能、役割等についても、この「地域サービス委員会」において検討する。

3 構 成 員

「地域サービス委員会」の活動は、各地域に設置される「地域サービスセンター」を核として行う。

構成員は住民の幅広い層の参加の下に、住民の意志が反映できる構成とする。

- ・行政関係者
- ・地域住民
- ・各種団体

4 内 容（在宅ケア関連）

地域の対象者のニーズの把握とサービス内容の検討。

社会サービス計画の策定（社会サービスの量と質の検討）。

地区内福祉、文化活動。

提言 1－2 評価プログラムの導入

「地域サービスセンター」において実施する事業内容、サービス内容を、その時々
のニーズに適切に対応していくために、常に見直し、検証していくことが必要である。

「地域サービス委員会」において、このための評価プログラム（検討項目、検討手順）
を作成し事業内容、サービス内容等の検討を行う。

小学校区社会サービス計画策定について

1 ニーズの発見のための対策の明確化

多様なメディアの活用や地区住民活動の支援、既存の老人クラブや老人昼食会等
の活用、老人世帯の安否確認等の民生委員活動の活用によりニーズの発見のため
の対策を明確化して行く。

2 住民参加に関する市レベルの条例策定による住民主体の委員会設置

既存の地区組織をネットワーク化し、住民主体の社会サービス計画策定委員会を設
置する。

3 現行の福祉サービス利用者に関わる実務者の連絡体制の明確化

民間においては、市社協・地区社協・民生委員・地区ボランティア・自治会代表等、
公的機関では、市役所担当（障害・高齢者）・県行政センター担当・保健婦（県・市）
・医師会担当、ホームヘルプ担当・老健施設担当・特養担当・地区内開業医代表・P T
・O T・公立病院代表者等による連絡体制の明確化を図る。

4 ハード面の確保

活動の拠点づくりとして、公民館等の改築にあたっては担当者と地区との連携によ
り多目的施設への整備を図る。

既存の地区内公民館に輪番体制等で連絡事務室を設置する。

5 現行の地区内福祉サービス利用者へのサービス内容の総合化と問題の共有

住宅担当課や土木・公園・交通対策担当者等の参加を求めるサービス内容の統合化
と問題の共有を図る。

6 現行の地区福祉活動の強化拡大

子どもボランティア事業等の拡充や住民へのピアール活動を支援する。

提言2 情報とアクセスの一元化

1 在宅ケア部門の総合化……「在宅ケア専門部門の設置」

在宅サービスの充実のために、その個々のサービス量等の充実は急務であるが、それ以上に従来まで高齢者、障害者、保健、福祉、といったようにサービス利用者別に分けられていた窓口を総合化していく必要がある。県でも「サービス調整機構」の設置を市町村に指導しているところであるが、「調整機構」も保健、福祉、医療をはじめとする、在宅サービス関連部門の「実務レベルでの連携」なしでは機能しない。言い換えれば、直接サービスの提供に携わる職員が一つの部署にすることで、解決できる問題も多い。特に市町村レベルで、すでに多くの市町村に既存する「保健福祉センター」等を基幹とした「在宅ケア専門部門」の早急な設置が望まれる。また、それにあわせて、県、国についても同様の組織改革が必要である。

2 情報システムの導入

現在県で進められている「保健福祉情報システムネットワーク」を進めていくとともに、次のようなシステムの導入も、県域的に整備し、統合化していく必要がある。

(1) 基礎的情報システム

一般住民が、自分の健康や、行政等で供給されているサービスを気軽に検索できるシステム

- ・健康診断、健康教育、機能訓練等の保健情報システム
- ・在宅ケア関連の保健、医療、福祉サービス情報システム
- ・最新の保健、医療、福祉の情報収集システム

(2) 在宅ケア情報システム

在宅サービスを必要とする人が、個人の情報を所有するとともに、各関連機関でサービスを利用する際に使用することができる。なお、個人情報中心のシステムのため、その扱いには、十分な注意がなされなければならない。

- ・個人情報（サービス受給状況、医療情報、家庭状況等）
- ・在宅サービス関連職員、ボランティア等の情報
- ・医療機関等の情報

基礎的情報については、住民が「必要な時にすぐに得られる」ことが必要である。県行政センター窓口、市町村窓口、「地域サービスセンター窓口」等で県域的に利用できるように整備を進める。

(参考)

高齢者福祉サービス情報検索システム「SARA（サラ）」

このシステムは、安田火災海上保険株式会社と株式会社富士ロジテックが共同開発した情報システムである。行政・民間サービスの検索、ニーズごとの検索ができる「データベース検索システム」のほか、質問形式の進め方により、AI（人工知能）機能を使ってアドバイスをする「相談員支援システム」、「介護用品検索システム」などの機能がある。音声による指示や介護機器等の紹介の際にはカラー画像による画面で示され、マウスを用い、簡単に操作できる。

大阪市にある健康保険連合会大阪連合会では、平成5年2月よりこのシステムを導入し、相談業務を開始した。相談員はかつて自ら身内の介護を経験し、その後「家族の会」等の活動をしていた2人の相談員である。今まで介護で困ったことが数多くあっても、相談相手もなく、行政等のサービスさえ知らなかったという介護者たちの電話や相談を受け、相談を受けると同時に情報提供を行っている。

相談内容で一番多いのが行政サービスの内容や施設に関するものであるが、ほとんどの相談者が相談結果に満足しているようである。そして電話でも相談できる手軽さからか、情報提供以前の「悩み相談」的利用者も多いようである。また、相談者の年齢は50才代がもっとも多く、ついで、40代、60代となり、介護者自身の高齢化が反映されている。提供する情報の内容は行政・民間、地域を問わない。現在は近畿圏を中心に東京や東海地方の情報が主だが、数年後には全国の介護情報を提供していく予定である。

AI機能については相談員がいる健保大阪連合会のような場合にはあまり用いる必要はないと思われるが、将来このようなシステムを個人が直接利用するようになった場合、一つの判断基準とすることができるだろう。

東京をはじめとする他の連合会もこのシステムの導入にむけて準備を進めているが、今後在宅サービスに関する情報が様々な地域や組織で共有され、一元的な情報提供が行われることが望まれる。

提言3 ヒューマン・リソースの充実

1 ライフサポートコーディネーターの配置

従来は個々のニーズごとに応えていくという対応がなされてきた。個々人の生活は、人それぞれであって、その生活は常に変わる。また、人々の生活は多様なネットワークによって支えられている。これらの適切な評価とケアの担い手を含めたケア計画の立案により、個々にサービスを提供したり、いくつかのサービスを組み合わせパッケージ化して提供するだけでなく、生活を取り巻くさまざまな状況の把握、評価の上、生活全体に関わる問題を調整し、支えていくという関わりが求められるようになった。このような関わりを持つスタッフをライフサポートコーディネーター（生活支援コーディネーター）と名付けてみた。

2 ホームヘルパー、訪問看護婦等の雇用環境の整備

今後、在宅ケアの円滑な実施を図るうえで、医療や介護の専門技術者を十分に養成・確保することが重要である。特に看護婦については、看護婦資格を有していながら実際には就労していない潜在看護婦の積極的な活用が望まれる。そこで、看護婦としての就労と家庭生活との両立を図るために、チーム体制（2～3人で通常の一人分の業務にあたる）、短時間フレキシブル就業等の弾力的雇用形態の導入を図る必要がある。

ホームヘルパーについては、研修機会の充実により数を確保すると共に、より一層の社会的な評価を確立していくために介護型においては、介護福祉士の導入を行う。

障害者や高齢者の機能訓練にあたる理学療法士や作業療法士については、県内においてもなお十分な数ではなく、県においても養成施設の設置等を考えていく必要がある。

3 専門職へのカウンセリングの充実

ホームヘルパーをはじめ、訪問介護、看護の職員の多くはそれまで全く知らなかった家庭に入り込むこととなり、それ故、利用者あるいは利用者を囲む家族との間に問題が生じる場合がある。こういった場合、そのホームヘルパーの相談を受け、適切なカウンセリング及びアドバイスをすることのできる者がいれば、ホームヘルパーは一人で悩まずにすみ、また、ホームヘルパーとその利用者、家族の関係もうまくいくのではないだろうか。

提言4 ケアシステムの確立

1 チームケア体制

福祉・医療・保健等のそれぞれの利用者を取り巻く専門職が、問題を共有しケア目標を定める等の連携を行うために、チームを組みサービスの調整を行う。

2 一次医療におけるグループ診療体制

在宅ケアにおいて往診体制の整備のための方法として、隣接する開業医がグループを作り往診がオンコールで可能となるようにする。

夜間休日診療体制の時間延長により、緊急入院の必要でない処置等は即時対応できる体制を整備することで在宅療養を継続できる方向をめざす。

3 二次医療における総合診療部門の設置

重複する疾病を伴う在宅療養者が、入院から在宅へスムーズに移行するためには内科およびリハビリ部門等、その人の生活の場を視点に置いた総合的な診療ができるように、退院前から地域の医療機関等との連絡調整をおこなう部門が必要となる。

社会的入院の長期化の改善策としては、地域の訪問看護活動につなぐ方法として、退院直後の数日間は病院からの訪問・往診等をおこない、患者や関係者が安定した時点で地域チームに引き継ぐことが望ましい。

4 在宅ケアと施設ケアの連携

施設の機能を地域に開放する。サービスのオープン利用方式により在宅ケアの継続を支援する。

生活の継続性の保障のためには、住み慣れた地域内に小規模の入所設備があり入退所が日常的に行える。

(参 考)

以上、提言で述べてきたように（在宅ケア）への取り組みは進められて行くことが望まれる。しかし、より長期的に考えた時に、以下のような視点も必要となるだろう。

1 福祉サービスから社会サービスへの転換のための法の見直し ……………新しい社会のあり方の追求
--

65歳以上の人口が4人に1人、という時代が間もなくやってくる。神奈川県でもきたる高齢社会を、ノーマライゼーションの思想のもとに、老人・障害者・健常者が「ともに生きる社会」を目指している。

しかし、「ともに生きる社会」を考えたとき、そこで供給されるべき福祉サービスは、既存の社会福祉制度の延長線上に考えられるべきではなく、その前提になるべき原則（法）やその供給方法を根本的に見直し、変革していく必要がある。その理由は次のとおりである。

- (1) きたる高齢社会においては、従来の福祉行政の原則となるべき「福祉8法」では網かけできない多くのニーズ主体が生まれると考えられる。
- (2) 福祉のニーズは、身体的な面で個々にそのニーズが異なるだけでなく、家族の状況や環境によって大きく左右され多種多様になっている。
- (3) ニーズが多様化し民間のサービス提供団体や企業に行政が依存していく中で、それは、「普遍的なもの」に変化をし、利用者にユーザー意識がめばえ、サービスを選択していく時代となった。そのような中では、福祉サービスも数多い行政サービスの一つにすぎなくなる。
- (4) 在宅療養者が選択していくニーズは福祉ニーズのみならず、社会教育（趣味活動等）、医療、保健、交通等多岐にわたると想像される。このようなニーズには従来の縦割り行政におけるシステムでは対応しきれず行政の分野を問わない総合的な提供が必要となる。

高齢者、障害者、療養者などが安心して暮らせる、「ともに生きる社会」においては、今までの福祉の制度を見直し、「必要な人には、必要なサービスを」という発想の転換が必要である。つまり、いままでは法律の網のかかる人のみを対象としていたサービスも、法の改正により「社会サービス」として位置づけ、必要な人はいつでも受けられるサービスとしていくことである。そして行政はサービスの提供方法をより合理的、効率的に見直さなくてはならない。そしてこの「発想の転換」は、福祉8法の新たな見直しだけでなく、行政他分野との積極的連携をも意味する。

しかしここで、「社会サービス」となることによって、応能負担の性質がより強まっていくことは忘れてはならない。

2 新しいサービス提供システムの研究

……個別サービスから複合サービスネットワーク形成へ

将来、在宅福祉サービスを含む福祉サービスが一つの社会サービスとなる社会基盤ができた際には、その提供の方法も受け手の要求に応じた、また手軽なものとする必要がある。

(1) 現行の様々なシステム

ア 保健・医療に関するもの

日本における地域医療情報システム（試験・研究段階含）には緊急医療情報システム、僻地・離島医療情報システム、感染症サーベイランスシステム、地域保健医療計画作成支援システム、保健所支援情報システム、保健活動支援情報システム、健診支援情報システム、在宅医療支援情報システム、開放型病院支援情報システムといったものがある。このような地域医療情報システムの構築には情報技術を中心とする様々な技術の応用が必要となる。主要技術には次のようなものがある。

- ・電話回線
- ・通信回線・衛星通信
- ・ファクシミリ・文字静止画像伝送
- ・テレビ電話・CATV・画像伝送
- ・コンピューター
- ・データベースシステム
- ・ネットワークシステム
- ・パッケージメディア …… ICカード、光カード、その他

イ 行政各省庁が進めているカードシステム

上述の情報技術のうち、パッケージメディアを使ったシステムを3省庁ですすすめているがその状況は厚生省、自治省でICカードで個人情報及び保健・医療情報を、通産省では光カードにより個人の福祉・健康情報を管理するシステム、といったものである。

(2) 個別サービスから複合サービスへ

前述したように今後の福祉サービスは「社会サービス」としての変換をはからなくてはならないが、それは福祉サービスが、その他ある行政サービスと同等のレベルで選択し、自由に組み合わせながら利用できるということでもある。さらに在宅サービスにおいても、高齢者やその家族の意向に基づき気軽にサービスを選択できるだけでなく、申込等も簡単にできるようでなくてはならない。そのためには情報技術の積極的な活用が必要となってくる。

パッケージメディアはそのような状況にも対応できる有力な技術のひとつであろう。3

省庁で進められているこのメディアを、人が生活していく上で必要とされる行政サービスや個人情報まで大きく広げ活用していける可能性をもっている。

ただし個人情報保護の観点から、その取扱いは十分に考えられなければならない。

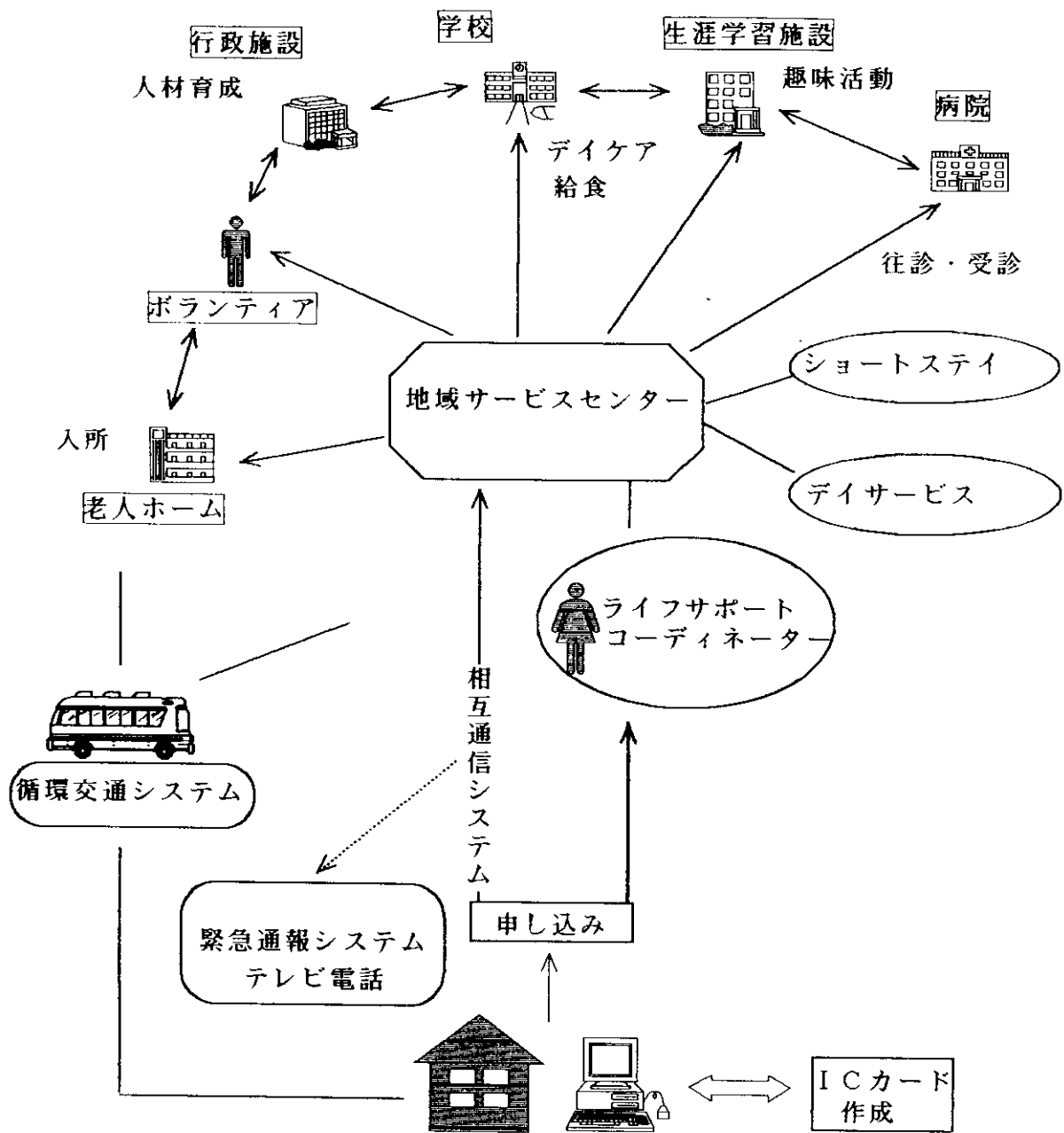
(カードに登録する内容例)

- ◆個人基礎データ……住所 家族状況
- ◆保 健・医 療……健康データ かかりつけの病院記録 病歴
- ◆福 祉……サービス受給状況 登録事項 担当ヘルパー 家屋の状況
- ◆経 済 状 況……課税状況 年金受給状況
- ◆そ の 他……行政施設利用登録

将来行政の様々なサービスが「社会サービス」と認識された時、それらのサービスが総合的に提供されるため、これらのICカード等を活用することができる。例えば住民票等の交付、年金手帳、在宅サービス提供にあたっての基礎資料（ライフ・サポート・コーディネーター等による利用）、図書館カード……etcである。

将来は、在宅療養者が、各戸にコンピューター端末、キャプテン、相互通信システムなどを設置し、地域の「地域サービスセンター」と交信をしながらサービスを利用できるようにする。また、相互通信システムを用い、在宅治療や、24時間体制でのケアも受けることができるような開発も必要となるだろう。

最近ではノートブック型パソコンを使ったICカード管理システムも発売され、ICカードは身近なものになりつつある。このようなパッケージメディアを在宅ケアの総合化のための1つの方法として用いること、またサービスの一元化のための手段としてますます開発に力をいれていくことが必要である。



各地にみる在宅ケア実践例

1 ゆきぐに大和町の在宅ケアシステム

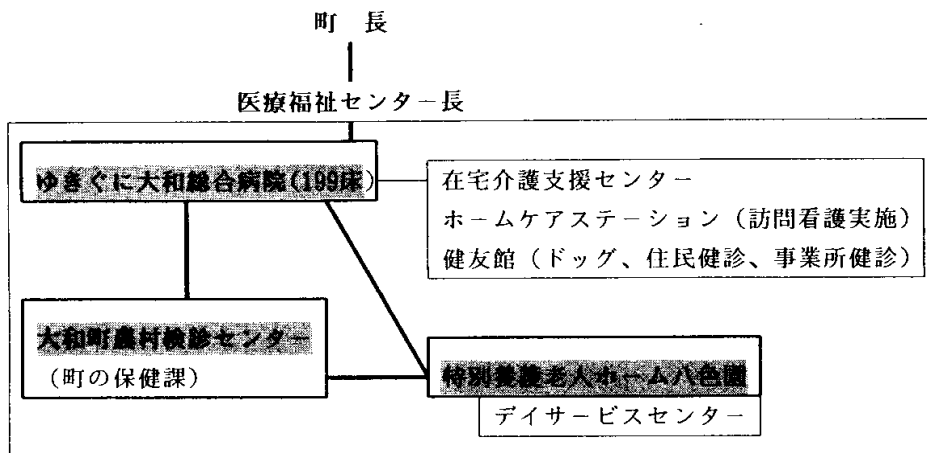
(1) 大和町の概況

表1 人口動態 (平成2年度)

人口	15281人	出生率	11.1%
65才以上構成比	18%	死亡率	8.5%
世帯数	3724世帯		

(2) 大和医療福祉センターについて

大和医療福祉センターは、地域住民の保健医療福祉の統合を図るため、「ゆきぐに大和総合病院」「農村検診センター」「特別養護老人ホーム八色園」の3つの施設により構成され、これらの施設が有機的に統合、補完しながら活動している。



ア ゆきぐに大和総合病院の活動

(ア) 訪問診療

内科医6名が受け持ち患者宅を月2回定期的に訪問診療。臨時往診有。緊急時は休日、夜間も対応する。

(イ) 訪問看護、訪問リハビリ

a 保健婦看護婦3～4名の専任体制。原則として夜間対応なし。在宅ケアのコーディネーターの役割。

b リハビリ訪問は専任OTが毎日午後実施。必要時PT、STが訪問。

(ウ) 外来当直体制の中で24時間対応

訪問看護は外来看護に含まれた中での連携体制。外来当直が在宅者の夜間緊急時対応実施。外来と訪問看護は毎朝ミーティング。当直時の在宅患者情報の伝達実施

(エ) 在宅介護支援センターとしての活動

- ・在宅療養の総合相談窓口
- ・福祉、保健等のサービス申請窓口
- ・実務者レベルの高齢者サービス調整チームの活動

- ・介護教室、在宅介護者交流会の実施（ぼけ老人家族の会による託老）
- ・在宅ケアに関するニーズ調査、実態調査の実施
- ・相談協力員の研修会開催

イ 大和町農村検診センター（町の保健課にあたる）

（ア）保健指導支援システム～老人保健法事業をオンライン化

保健施設、医療機関、保健所、市町村保健センター、を結ぶ。

（イ）健康教育事業～住民からの要望に場の提供～自主組織23あり。ぼけ老人家族の会の託老活動、よもぎの会の講演（劇）等

ウ 特別養護老人ホーム「八色園」の在宅福祉サービスの特色

ショートステイ事業とデイサービス事業が代表される。

（ア）午前7時30分～午後6時30分まで利用可。共働き介護者の場合、仕事と介護の両立をめざす。

（イ）毎日利用できる。利用回数に制限なく毎日利用（託老）可。

（ウ）障害児、者も利用できる。（10代20代利用可～年齢制限なし）

（エ）デイサービスを足がかりにして大和総合病院受診できる。

病院（医療）、検診センター（保健）、特養（福祉）の3つの建物が廊下でつながれている。自由に行き来できる。

（オ）大和町社協からボランティアが毎日来園し介護協力。

エ リハビリ科の活動

大和医療福祉センターに設置され3施設が共同利用している。

（ア）送迎にリフト付きのワゴン車を使い、歩行や座位困難な者に対しても車椅子やストレッチャーのままで施設利用を可能にしている。

（イ）大和医療福祉センターの地域リハビリは、大和総合病院のリハビリ室を3施設で共有、有効利用し、すべての障害者が集まってくるシステムである。

(3) 大和町の実践報告からの検討

ア 大和町の在宅ケアシステムは老人に限らず、子供、障害児、障害者等、誰でもが支えられる、生活できる、在宅ケアのネットワークである。

イ サービスが住民主体である。

ウ 在宅ケアの従事者である医師、保健婦、理学療法士等が所属する施設が異なるにもかかわらず共同している。縦割りの枠がない。

エ 同一敷地内に在宅ケア関連施設がすべて整っている。施設が廊下でつながっているリハビリ室を3施設が共有している。

オ 情報がオンライン化されつながっている。

大和医療福祉センターの3つの施設だけでなく、町役場、保健所、町内の医療機関がオンラインで結ばれている。

以上のように、住民のニーズを良く聞き、現場で働く人々ががっちり手を携えて柔軟に対応し、更に行政がシステムとして傘かけしている。そこに大和町の在宅ケアの特徴がある。

2 長野県のホームヘルパー制度

長野県においてホームヘルパー制度が確立されたのは、昭和 31 年からであった。正確には、長野県上田市において昭和 30 年秋に、社会福祉協議会ボランティア活動として組織化され、翌昭和 31 年 4 月に、県が「家庭養護婦派遣事業補助要綱」を決定した時である。また、10 月には、「家庭養護婦派遣事業」が上田市において実施された。

また、この動きは全国的に波及し、大阪市においても昭和 33 年「臨時家政婦派遣制度」が実施された。

現在のホームヘルパー事業は、昭和 37 年度から制度化され法的根拠を得て、施設保護中心主義思想から近代的事業とも形容される在宅福祉事業が、国の段階において正式に発足・実施されることになり、長野県下でも徐々にとり入れられることになった。

それから十年後の昭和 47 年に全国に先がけて、現在の長野ホームヘルパー協会が結成された。現行の長野県のホームヘルパー制度の特徴としては、① 4～5 人のチーム方式を採用し、個々のケースを一度にまわること。② 洗濯、炊事等を別々のヘルパーが分担して行なうこと、さらに入浴専門のヘルパーもいること。③ 正規職員がリーダー役としてこのチームに必ず入っていること。このリーダーは、保健婦、看護婦等の免許をもった職員になっている。

次にヘルパーの状況であるが年齢層は、50 歳以上が中心で平均年齢は 45 歳位である。看護婦が中心であり、介護福祉士が県内で 8 人に 1 人の割合で制度化されている。また、男性が 8 人いる。身分は、正規職員が約 90% であり、そのうちの約 95% が社会福祉協議会職員である。定年後はパートとして登録されている。又、雇用にあたっては市長と契約して登録制をとっている。長野県では 1 時間 920 円（1992 年度）であり、現業の給料表に準じている。3 か月～6 か月交替で勤務している。

ヘルパーは、半日単位で訪問予定を組み、夕方 5 時に職場に報告し終了する。夜間の体制はとっていない。ひとり暮らしの老人はベルを持っていて、緊急時は役場の当直へ連絡することが可能である。また、そのときはハイヤー会社との提携体制をとっており移送にあたる体制をとっている。

現在、1992 年度は 1500 人のヘルパーがおり、これは全国最高の水準にある。ヘルパー協会としては、2000 年に 3000 人（現在の 2 倍）を増やしたいとしている。

ヘルパーの研修は、県内 14 支部の各支部で実施している。これには、理学療法士による研修も行っている。また、支部の研修は県よりの補助金でまかなっており、県独自の研修もある。

人材の確保対策としては、とくに組織的なものはなく、縁故や友人の紹介等による採用が多いということであった。当面の問題は、ヘルパー自身の腰痛を訴える者が多いことがあり、この点が将来の検討課題である。

3 横浜市瀬谷区の在宅ケアシステム

横浜市では、在宅で援護を必要とする人々に対して、保健・医療・福祉の専門機関や団体と地域の人々が有機的に連携し、総合的・一体的にサービスを提供することをめざす地域ケアシステムのあり方について検討が行われ、モデル区における試行を実施してきた。そのモデル区の一つが瀬谷区であるが、この瀬谷区での取り組みについて、瀬谷保健所でのヒヤリングを行った。

横浜市のモデル区のうち、もう一つは港北区であるが、この両者について共通して言えることは、医療との連携がうまくいったことにある。港北区の場合は、医師会を中心とした医療システムとして発展してきたということが特徴である。これに対して瀬谷区の場合は、一つ一つの事例を通して、医師、あるいは地域活動関連団体の理解を得ることを積み重ねていき、また、実務者レベルでの各機関の連携の必要性から歩み寄りを図り、ねたきり老人に対して保健婦と福祉のケースワーカーが初回同行訪問を行う等、実績を積み重ねることで発展してきた。

瀬谷区で試行されてきた地域ケアサービスの流れは〔図1〕の通りである。

このシステムは「瀬谷区地域ケアサービス総合調整推進会議」が実施主体となる。そして、具体的な支援活動において通常業務の中では調整・連携が困難なケースについては「調整部会」で検討し、必要によってケアチームを編成し、適切な処遇を図る。

処遇困難なケースでは、医療的な援助が重要な場合が多いが、「調整部会」においても、健婦等の活動から、一つ一つのケースがいかに切実な状況にあるかという事例を積み上げることで、実際に医師を動かし、主治医として確保できたことで在宅生活が可能になっているケースもある。「調整部会」の部会長は医師会長であり、そのおかげで医療との連携が比較的スムーズにしているということもある。現在、このケアシステムにおいて登録医となっている医師が17人いて、1人が1人ずつ困難なケースを主治医として担当している。しかし、この登録医の平均年齢は60歳を越えており、また、個人的な好意に近いものであるため、夜間・休日の緊急時をも含めて24時間体制で対応していくためには、今のままでは限界がある。したがって、今後さらに医師との連携、あるいは医師同志の連携を強化し、システムとして強化していく必要がある。

こうしたモデル試行を受けて、横浜市では平成2年度より全区でこの地域ケアシステムを展開することになり、平成4年12月からは各区役所に、保健と福祉の総合相談窓口である「区福祉保健センター」が設置された。（〔図2〕参照）しかし、こうしたモデル区となった瀬谷区でさえも、この福祉保健センターの設置までは多くの困難があり、新しいシステムを再構築していくことが一朝一夕にはいかないということが実感できる。

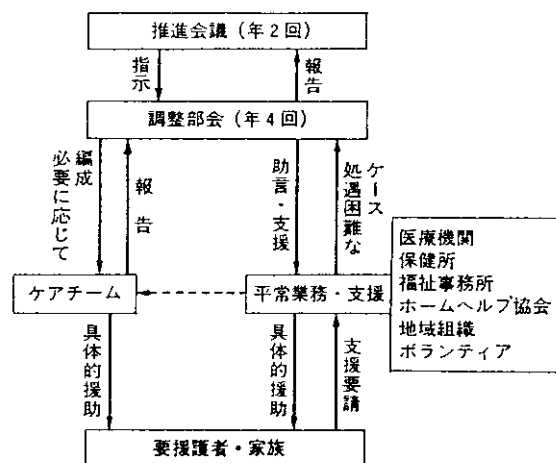


図1 瀬谷区ケアサービス流れ図

また、この瀬谷区の取り組みから、システムさえあればすべてが動いていくというわけではなく、そこに関わっている人達の思いや信念が、またそのまわりの人達を動かしているという事は無視できない。したがって、誰でもが使いやすいシステムを構築していくことはもちろんであるが、それを動かしていく人を育てていくことも、重要な要素であろう。

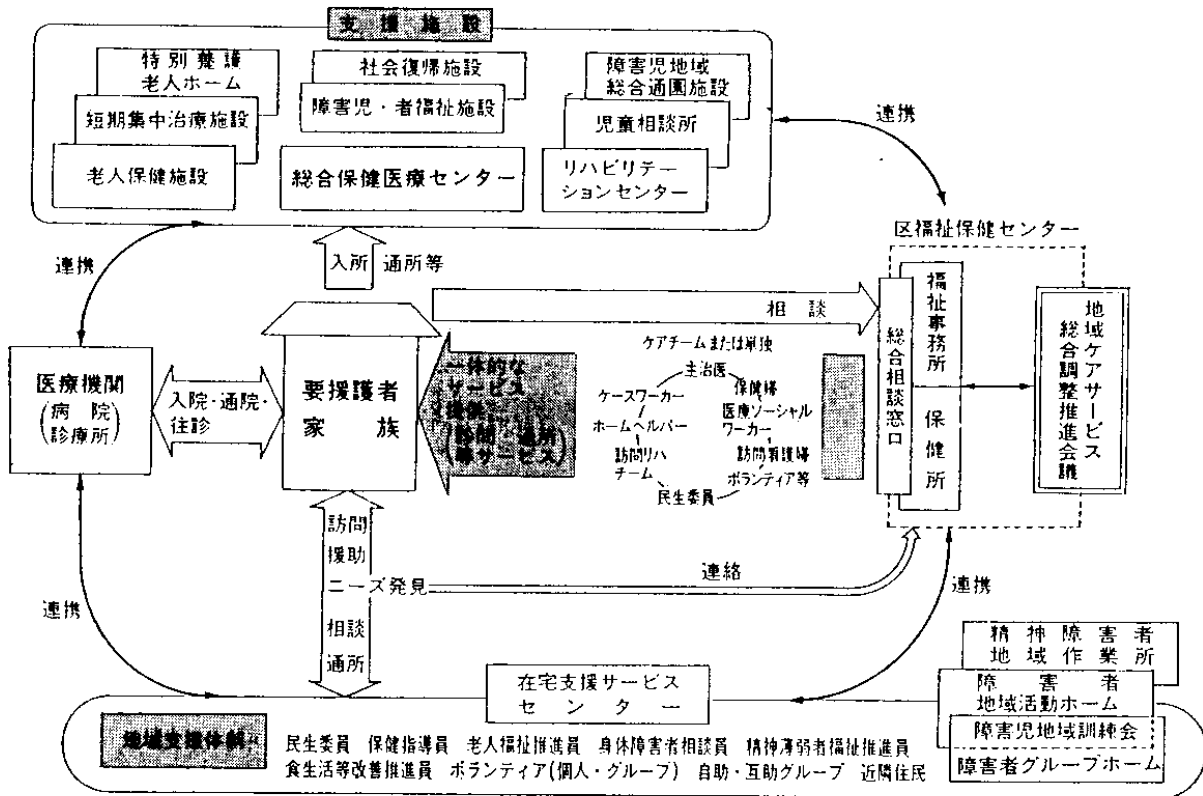


図2 横浜市地域ケアシステムの概念(想定)図

4 特別養護老人ホーム「喜楽苑」の地域活動

特別養護老人ホーム喜楽苑は、人口約50万人の尼崎市の南東部、JR尼崎駅から徒歩10分という交通便利な場所に位置している。10年前（昭和58年）に全日自労（全日本自由労働組合）という労働組合を中心とした地域の人たちの住民運動により、市内で最初の特養として建設された。

喜楽苑の運営方針は「人権を守る」「民主的運営」の2つで、人が人として、どんな条件のもとでも「あたりまえの生活」が保障され、一人ひとりが大切にされることをめざしている。こうした中で、お年寄りの自由な生活を保障していくということが柱の一つになっているが、その自由は苑内だけに限らず、苑外での自由も同様に尊重している。その実現のためには、職員だけの力では限界がある。しかし、喜楽苑は、町中という立地条件にあり、また住民運動によってつくられたという経緯もあって、地域の住民やボランティアとのかかわりが多いため、お年寄りが地域の中で生活していくことを可能にしている。例えば、徘徊のあるお年寄りが外出しても、近隣の住民がお年寄りを見かけた場合は連絡をくれたり、毎週水曜日の「買い物の日」には、お年寄りに付き添うために定期的にボランティアがきてくれたり、また、昼休みに通う喫茶店や、「外食クラブ」と称して行くレストランや居酒屋でも、お年寄りを受け入れるための理解を得ている。喜楽苑には、年間延べ1500人の人がボランティアとして来苑しており（1991年）、それぞれの人の体力や要望に応じて、多彩なボランティア活動が展開されている。喜楽苑では、ボランティアは単なる労働力ではなく、ともによりよい福祉をつくり出していく仲間として捉えている。そのため、ボランティアオリエンテーションを行って喜楽苑の理念を伝えていたり、ボランティア・家族・職員で懇談会を開いたりして、理解を深めている。

また、喜楽苑では苑の職員・社協・労働組合・生協・ボランティア団体等の代表者で、定期的に「喜楽苑地域福祉事業推進協議会」を開いている。当初は、単に地域の人々の意見を苑の運営に反映していくことが目的であったが、現在では、喜楽苑と地域住民とが協力しあって、地域に必要なサービスや、その在り方などを学習し、検討し、地域の福祉を継続的に実現していくために喜楽苑を使っていくということを目的としている。そして、協議会の中で要望書としてまとめ、尼崎市との懇談会を開いて、政策につなげるためのアプローチをしている。

以上のように、喜楽苑におけるとりくみは、単に施設機能を地域に開放していくことにとどまらず、施設を拠点として、施設の職員がその専門性を地域福祉推進の牽引力として生かして、地域の住民とともに、福祉の街を創っていくことをめざしている。

職員は、地域の福祉ニーズを始めとする様々な問題を自分たちの問題としてかかわっていく。地域住民は、喜楽苑を福祉サービスを広げていく核としてかかわる。こういう相互に住民すべての福祉を前進させていく立場に立つことで、福祉の街づくりが実現していくのであろう。そして、この同じ立場に立つものとして、行政も例外とは言えない。地域に根ざし、地域の力を生かすものとしての行政の在り方が望まれる。

平成5年度海外短期派遣研修制度により7月17日～31日デンマーク・スウェーデンを訪問

1 デンマーク：ヴァイレ市の在宅ケアを取り巻く実態調査

——市高齢者サービス部門の訪問看護婦長インゲ・ヨーッホイ氏による説明——

事 項	内 容										
市の概況について	<p>総人口約50,000人 老齢人口8,381人（全人口の16.4%） 市の年間予算のうちの約60%が福祉予算であり、市の職員の配置も、文化・教育・福祉に約6割が当てられている。</p>										
プライエムの実態	<p>当市の特別養護老人ホーム（プライエム）定員395人である。 65歳以上の人口のうち入所率5%であり全国平均と等しい。 プライエム入所者のうち313人は、重介護が必要で、82人は介護量の少ない人が現在の状況である。</p>										
他の施設等の状況	<table border="0"> <tr> <td>高齢者住宅（障害者、夫婦も可）</td> <td>92世帯</td> </tr> <tr> <td>保護付住宅（ケア付住宅）</td> <td>82世帯</td> </tr> <tr> <td>ショートステイ</td> <td>21人</td> </tr> <tr> <td>デイホーム</td> <td>14人</td> </tr> <tr> <td>1日に食事の宅配数</td> <td>420人（タクシー会社に委託）</td> </tr> </table>	高齢者住宅（障害者、夫婦も可）	92世帯	保護付住宅（ケア付住宅）	82世帯	ショートステイ	21人	デイホーム	14人	1日に食事の宅配数	420人（タクシー会社に委託）
高齢者住宅（障害者、夫婦も可）	92世帯										
保護付住宅（ケア付住宅）	82世帯										
ショートステイ	21人										
デイホーム	14人										
1日に食事の宅配数	420人（タクシー会社に委託）										
在宅ケアの特徴	<p>自宅で生活できるようにフレキシブルなサービス形態をめざしている。入院期間を短くして、自宅でも検査が可能な方法をとっている。市の人口を2つに分割して、地域リーダーとして看護婦を2名配置し1地域をまた13地区に分けヘルパー6名と看護職1名で1チームを編成している。将来は、この2つの地域を6つに分けて各々が独立した形態にする構想がある。</p> <p>また、24時間体制としては、別に市を北部と南部に分け各々に3チームの訪問看護婦とヘルパーの専門チームを置き3交代制で常時ケアを要する人および緊急時に対応している。</p> <p>24時間体制を要するクライアントを次の3つのカテゴリーに分類している。現在約1,000世帯／市内：1985年より開始した。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 重度の症状：例えばターミナルケアのような重度のケアを要する場合1日に5～7回の訪問頻度。 2) 安心のため：元気で介護は不要だが不安がある人。 3) 緊急ブザーを持つケース：消防署を経由して連絡が入る。 										

<p>在宅ケアの夜間利用推移</p>	<p>この24時間ケアと緊急時体制は、救急医療から一步進めたケアであり、目的はできるだけ早期に問題を見つけ対応し、障害を重くしたり、不必要に施設に入ったりせずに済むよう、積極的に先手を打つことである。</p> <p>1985年から1992年にかけて15時から23時の需要が2倍になり、23時から7時までの利用件数は、6,000件から20,000件になり約3倍強となった。</p>
<p>訪問サービスの記録の管理</p>	<p>利用者はコンピュータに、登録されている。現在は、訪問看護の記録はあるがホーム・ヘルパーの記録については、コンピュータの導入について検討中である。</p>
<p>ホームヘルパーの労働環境について</p>	<p>平均年齢は、40才代。男性はいない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神的労働環境——組合等で労働環境について詳しい人が各ヘルパー詰所を巡回して相談を受けるようにしている。 ・物理的労働環境——O T、P Tが腰痛対策については指導している。 <p>例えば職員のうち10%が病欠になると、外部から相談者を入れる等の対策を講ずる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教育については、従来は各市単位で6週間のコースで行っていたが国で統一した形となり2回目の卒業生が出ている。今までの研修を受けた人に対して、6か月の現場経験を有することを条件に16週の卒後研修を行う。これは新しい制度の、社会介護ヘルパーのコースに準ずる内容である。 <p>この場合は、それまでの経験を尊重して教育を行うことが大切である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通勤圏は、自転車で行ける距離とする。 ・ホーム・ヘルプの内容は市議会で決められる。 <p>主な内容として、シャワー、衣服、トイレ、運動、食事づくり、買い物、洗濯機による洗濯、簡単な繕い、行政への問い合わせがある。してはいけないこととして、大掃除、来客者の皿洗い、ピクルス作り、パン焼き、シーツのアイロンがけ、庭の手入れというように細かく明示してあり、これらの事項が、利用者用とヘルパー用の両方のパンフレットに載せてある。</p>

2 スウェーデン：イエーテボリ市の在宅ケアを取り巻く実態調査

<p>市の概況について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・総人口 約450,000人（スウェーデン第2の都市） ・高齢人口 約80,000人（人口の17.8%）全人口の60%が単身者 ・保健・医療サービス従事者は、24,000人で、77%は医師と看護スタッフである。（常勤雇用に換算すると17,400人） ・社会サービスには、29,000人（常勤雇用換算で12,800人）従事 ・当市は、1993年度末をめぐりに医療も市の管轄になった。 ・1990年に市内を21の市分区委員会に分割され、コムーニ議会に直属しており、法による責任を有する。
<p>保健・医療・社会サービスの体系</p>	<ol style="list-style-type: none"> (1) 地方税の1/3は医療に当てられる。医療費の55%は救急医療に費やされ、45%が地区医療に使われる。 (2) 2つの基幹病院と専門外来病院として5つある。これにより、市を5つの医療地区に分割している。 (3) 人口2,000～3,000人に対して、医師・保健婦・看護婦が各1名ずつ配置されており、10,000人の地区ならこのチームが5チームあることになる。S.C.Wは人口2,000人に1名配置されている。 (4) ナーシング・ホーム（病院退院後在宅や老人ホームでは医療的支援が足りない重複疾患を持つ人用の施設）は、1994年1月より県から市（コムーニ）へ移管される。2,500床／市
<p>在宅ケアの特徴</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルパーはチーム化され、ケース60人に対し、平均14人のヘルパーが配置され、1グループで詰所を有し、2～3か所のリーダーとして1名のホームヘルプ・アシスタントを配置し、この人が、サービスの実施について責任をもつ。 ホーム・ヘルプアシスタントは、毎朝、担当の詰所を巡回してミーティング時にメンバーの配置やケースに関する助言調整を責任者と共に行う。ヘルパー1人に約6～7人の受持ちがある。 ・ホームヘルプのうち家の清掃については、専門に担当する人を配置している。 ・地区看護婦は、1日平均12件の訪問と外来看護を午前中2時間行っている。 ・夜間については、専門のチームが対応する。最近始めたナーシング・ホームと在宅療養を2週と6週の交互に行う交換ケアという新しいケア方法で、体位交換さえ自力でできない人も本人が望むなら自宅で過ごすことを可能とする体制が整えられている。

イエーテボリ市マイヨーナ地区における在宅ケアの実際

(1) ホーム・ヘルプ活動

① ヘルパーの1日

朝8時出勤。ヘルパー詰所に自転車で通勤してくる人が多い。詰所は、一般の住居の1階の丁度一軒分の家を使っている。各自、ポケットベルを持参して行動している。8時からミーティングで、5～6名に分かれ行われて、その後8時30分に解散して担当ケースを廻る。昼食は、各自の仕事の都合でばらばらに詰所に戻り取る。

② 同行訪問したヘルパーの活動事例

86歳の女性。糖尿病ありインスリンの自己注射をしている。軽度の痴呆症あるため、紙おむつ使用。ヘルパーへの要求サービスは洗髪のみでありほかのことへの援助は否定しているということであった。訪問するとこの日うかがった家は午前と午後で計5件だがこの家のみ、家の中が少し汚れており臭気があった。

詰所から徒歩で約3分で到着。玄関のチャイムを鳴らすとその方は、下着姿で玄関に来て、いつもの方法と言った感じで、台所の流しの前に椅子を置き瞬く間に洗髪が始まった。この間、ずっとヘルパーさんとケースは喋りどおしで、(勿論、私には内容は全く判らないが)言われていなければ、この方が痴呆症状のある方とは2人の応答では察しがつかないほど自然にヘルパーの方も接しておられた。翌日当のご本人が杖をついて地区診療所に来られて2度驚いた。

(2) 地区看護婦の活動

① 地区診療所に働く地区看護婦の一日

7時30分に出勤する。ここは、1階が商店で2階以上が住宅の建物の1階と2階を改造して使われていた。入口はオート・ドアとしても使える。1階には、補助器具や介護用品の貸出のための倉庫がある。2階は、医師の診察室と看護婦の相談室・処置室・職員休養室等がある。カルテ・看護記録は、最近コンピュータ化された。午前中は、主にインスリン注射のために5～6軒を車で10時まで巡回し、5分位のコーヒブレイク後、外来での看護処置(包帯交換・血圧測定・インスリン注射器の針の交換と薬液の補充等)を12時まで7名行った。午後は、地区サービスセンター利用者の注射や処置を行う。16時30分まで勤務。5週に1回は、休日出勤。訪問看護をする手際は、まさに病院の午前中の看護業務を見ているようであった。

② 地区看護婦の同行訪問の事例

糖尿病で左下腿を切断している男性。右下肢くるぶしに直径約10cmの壊死のための傷の処置と内服薬の服用の確認のための訪問。この方は、市の新たな試みであるナーシング・ホーム2週間、自宅6週間のサイクルで過ごす「交換ケア」を実施しており自力では体の向きも変えられない状態であった。本人が希望するなら、一人暮らしであっても過ごせるシステムになっている。ヘルパーさんと薬の確認後、掃除に来ていた20歳代の男性の方の3人で傷のガーゼ交換をして計30分で訪問終了。

3 デンマーク・スウェーデンの在宅ケアに学ぶ

(1) デンマークの特徴より

- ・ 訪問看護とホームヘルプの分野と機能の明確化については、両者および労働関係の専門化を交えて検討して各々の役割を明らかにしてきた。
- ・ ホームヘルパーの1グループの規模として約10名が適当ということである。
- ・ 1991年よりホームヘルパーの教育が国レベルで制度化され、いままでの平均年齢の、40才代から今後若い年代に移行して行くが、従来の研修を受けた方の経験を尊重した上で新しい教育との差をなくすための研修の機会が保障されている。
- ・ 医療は、県の管轄で福祉は市の担当と、分かれているがその両者の橋渡しとして、訪問看護婦が機能している。つまり、その身分は県に属し実際の活動は市で行う福祉部門で行っている。市の在宅ケアの中核は、この訪問看護婦とホームヘルパーによって構成するチームといえる。訪問先の市では、将来計画として、各単位：人口約2,000人を担当する独立した組織としての在宅ケアチームの充実をめざすという。
- ・ 病院では、退院後の生活がスムーズにいくように、本人と家族および担当する訪問看護婦と共に退院計画に沿い、リハビリ訓練や治療計画がたてられ、市の福祉の方は、住居の改造や補助器具の準備および、ホームヘルパーの派遣体制等を計画する。
- ・ 両国に共通する歴史的に職種毎の全国組織としての強固な組合があり、ホームヘルパーがボランティア活動として成立することがなく経過したという経緯がある。
- ・ プライエム（老人ホーム）は、訪れた比較的新しい所では町の中心地につくられ、様々な文化活動が行われていた。利用者は当初予定していた数を大幅に上回り、例えば入所者でない方が積極的にボランティアとして講師をしてくれる。また設備のオープン利用では、リハ訓練用のプールには、2才の障害児から通ってきており、市民も有料だが低料金で利用できるシステムになっている。



痴呆性老人グループホームの居室

(2) スウェーデンの在宅ケアをその歴史的変遷より学ぶ

- ・ 1982年にできた「社会サービス法」は、社会扶助法・児童青少年福祉法・児童保護法禁酒法の4法が統合され生まれ変わったものである。これで、福祉サービスの責任及び実施を住民の身近かな市（コミューン）レベルに移行し地方分権化をはかった。
- ・ 1992年には県自治体の担当している病院運営等医療の分野のプライマリ・ケアに係る業務（ナーシング・ホームも含め）が市行政に移行してきている。
- ・ 高齢者サービスの場面は、在宅ケア・サービスハウス・老人ホーム・グループハウスナーシングホームの5段階に分けられるが、どの場面であっても基本姿勢は自立生活へのサポートである。これらの基本には「住居」「福祉」「医療」があげられている。
- ・ 近年公的セクターのみであったサービスの提供（保育所・診療所・シニアハウス等）に民間企業や組織の開設するものが出来つつある。また市が施設の設計から人集め等を委託し市の管理指導のもとに運営する方法をとる施設もできている。特にこの方式で注目したものに、痴呆性老人のグループホームがある。看護婦で経験を積まれた2人で始めたという住宅街の中にある家を訪ねた。2階建ての住居を改装して1フロア7室あり勿論、個室で、できるだけ施設の雰囲気はなくすために、自分の使っていた家具等を持ち込んでどの部屋も絵や写真が飾られて住み慣れた我が家という感じであった。

以上、短期間でかつ訪問国も夏期休暇中という時期ではあったが、現場で日々社会サービスを提供している人々から「自分が老いた時にこんな生活ができたらいいな」という理想を具現化しているという自信がひしひし伝わってきた旅であった。また介護に携る人々の労働環境について十分に考え整備され（電動ベッドやリフトを家庭療養の場にもふんだんに取り入れる等）ていることが、働く人々を支えていることになるといえよう。

電車の中で新聞を読む70才半ばの女性や家庭訪問先でイヤリングをつけ、きちんと着替えられて過ごす痴呆症がかなり進んでいるという80才代の方に出会ったりする中で、背筋を伸ばし、逞しくかつチャーミングな高齢の方の姿に思わず見とれてしまった。

また今回、両国でさまざまな施設も見学したが、在宅か施設かという選択ではなく、どこに住んでいても同じ生活レベルが維持できることに改めて驚かされた。そして、わが国、わが県でも実現可能な方策は必ず見い出せるという確信も得られた。

最後に、素晴らしい多くの方との出会いの機会を与えていただいたことに感謝し言葉尽きないが終わりとする。

主な参考文献

- ・青木信男・橋本美知子：「寝たきり」老人はつくられる、中央法規、1991.
- ・一番ヶ瀬康子・他編：中野区・福祉都市への挑戦、あけび書房、1993.
- ・大熊一夫：母をくくらないで下さい、朝日文庫、1992.
- ・大熊一夫・大熊由紀子：ほんとうの長寿社会をもとめて、ぶどう社、1992.
- ・太田貞司・大友信勝・高橋紘一・矢部正治：老人保健福祉計画をどうつくるか、萌文社、1993.
- ・小倉襄二編：老後保障システム論―総合化の視点―、世界思想社、1986.
- ・小田原市：「小田原市高齢者実態調査報告書」、1992.
- ・神奈川県：「神奈川県老人生活実態調査報告書」、1993.
- ・神奈川県在宅老人福祉促進検討委員会：「在宅老人福祉サービス基盤強化方策の検討報告」、1991.
- ・金子郁容：ボランティア、岩波新書、1992.
- ・経済企画庁総合計画局：活力ある高齢社会を目指して、大蔵省印刷局、1985.
- ・経済企画庁総合計画局：21世紀の高齢者と地域福祉システム、ぎょうせい、1988.
- ・社団法人シルバーサービス振興会：「高齢者に配慮したまちづくりのあり方」、中央法規、1989.
- ・白澤政和：ケースマネジメントの理論と実際―生活を支える援助システム―、中央法規、1992.
- ・全国社会福祉協議会・社会福祉研究情報センター：介護費用のあり方、中央法規出版、1989.
- ・総務庁行政監察局：健やかな老後のために、大蔵省印刷局、1991.
- ・新村明，藤田真一：患者本位の病院改革、朝日新聞社、1987.
- ・二木立：複眼でみる90年代の医療、勁草書房、1991.
- ・正村公宏：福祉社会を築くために、岩波書店、1992.
- ・松原治郎：日本型高齢化社会―ソフトランディングへの提言―（有斐閣選書）、有斐閣、1983.
- ・宮崎勇，川名英子：敬老とは一家族・健康―、岩波書店、1987.
- ・宮崎勇，川名英子：高齢化社会とは 人口・経済、岩波書店、1987.
- ・民間病院問題研究所：カナダの老人ケア・システム、株式会社民間病院情報センター、1991.
- ・山岸秀雄：市民がつくる地域福祉、第一書林、1993.
- ・横浜市民生児童委員協議会：「高齢者の住宅問題に関する調査」、1992.
- ・若月俊一、井益雄：高齢化社会の在宅ケア、岩波書店、1991.

(50音順)

指導・助言等をいただいた方々・機関

今回の研究を進めるにあたって、次の各氏及び関係行政機関等の担当者の方々に貴重な御指導、御助言並びに資料の提供を賜りました。心よりお礼申し上げます。

- ・ 太田 貞司 帝京短期大学
- ・ 萩原 清子 長野大学
- ・ 木村 幸男 小田原市東富水地区連合自治会長
- ・ 鈴木 敏郎 小田原市東富水地区堀之内自治会長
- ・ 三上 芙美子 社会保障研究所
- ・ 田口 繁夫 デンマーク コペンハーゲン市在住通訳
- ・ ハンソン友子 スウェーデン イェーテボリ市在住通訳
- ・ 薩川満澄子 小田原市橘地区民生委員
- ・ 最上 正男 小田原市東富水地区民生委員総務
- ・ 山口 肇久 小田原市医師会副会長
- ・ 若林 侑子 小田原市東富水地区ボランティア代表

(敬称略・50音順)

機関

- ・ 小田原市役所健康福祉部老人福祉課
- ・ 小田原市役所健康福祉部障害福祉課
- ・ 小田原市役所健康福祉部保健センター
- ・ 小田原市社会福祉協議会
- ・ 小田原市ふれあいサービス協会
- ・ 潤生園（小田原市）
- ・ さくら苑（横浜市）
- ・ 横浜市瀬谷区保健所
- ・ 藤沢市在宅サービス協会
- ・ 座間市福祉部
- ・ 新潟県ゆきぐに大和病院
- ・ 長野県ホームヘルパー協会
- ・ 喜楽園（兵庫県）
- ・ 健康保険組合連合会大阪連合会

また、県の関係室課の担当者の方々には、お忙しい中御協力をいただき、貴重な御助言や資料を賜りました。厚くお礼申し上げます。

おわりに

保健・福祉・医療の連携と地域の住民を取り巻く諸環境の現状を視点において1年間研究を進めてきた。

この「在宅ケア」については、既に各関係諸機関やマスコミでもこの10数年来さまざまな方向から検討され多くの報告も出されている。この問題が重要でかつ解決すべき課題が混沌としており、オールマイティの解決策が未だ出されていないということでもあるのだろう。それだけに、1年間の研究を進める中で、かなりの難産の結果がこの報告集となったことも確かである。研究のスタートから、先ず皆で共通理解したコンセプトは「年老いたとき、自分で選んだ生活の場で、ひとりでも安心して生きられる神奈川をめざして」というものであった。

この大きな目標をかかげ、まず現状から見ていこうということで、フィールド調査から始めた。市のサービスを受けて在宅で過ごされている方の同行訪問を体験した研究員は「老いて生きることは思っていたよりずっと多くの問題を有し簡単には解決できないことが散在している」という現実を見て思わず絶句するという場面があったり、また定年退職後の人々が、住み慣れたその地域に対する愛着からスタートした社会活動への取組みを目の当たりにして生活に直結したインフォーマルネットワークのすばらしさに感動するという体験もできた。

また、現場で日夜努力され、よりよいサービスをめざす福祉施設や行政・社協等の関係者の方々の熱意に神奈川県らしい底力を見る思いであった。地方の時代といわれて久しい今日、この高齢化社会の課題こそ各市、町の個性が発揮され、その地域の特性をハード・ソフトの両面から、複合的に担当部課を超えて検討協議された結果できあがる町づくりこそ「ひとりひとりが尊重される社会」の実現の基礎となるであろう。

行政は常に「個人」とそれを取り巻く「家族」を視点においた政策をめざし、県および各市・町の方角を視野の中心におき、互いの機能の発揮のためのより具体的な連携方法を見つけることこそ急務であることがわかった。とりわけホームヘルプ、訪問看護等在宅ケアの担い手の多くは女性であるということから、行政の場において、女性の声をできるだけ反映する機会がつけられることを望む。

最後になりましたが、この研究にあたりご協力いただいた皆様方に対し厚く御礼申し上げます。

平成5年8月

「在宅ケアの総合化」研究チーム員等

■ チーム員

	氏 名	所 属
	田 中 留 美	総務部津久井県税事務所
○	土 平 俊 子	総務部職員健康管理センター
◎	平 昭 三 郎	福祉部ゆうかり園
	湯 川 勉	西湘地区行政センター福祉部
	郡 司 鈴 子	衛生部足柄上保健所
	村 山 民 子	衛生部保健予防課
○	松 井 哲 夫	福祉部生活援護課
	川 崎 知 子	小田原市福祉課
	神 山 晴 生	横須賀市北部保健所
□	山 崎 崇	自治総合研究センター研究部

◎リーダー

○サブリーダー

□コーディネーター

■ アドバイザー

高 野 和 良	社会保障研究所研究員
山 口 由 佳 子	日本船舶振興会福祉課