

# '95日本生命財団シンポジウム

## 「高齢社会を共に生きる」－みんなでつくるトータル・ケア・システム－

開催日時：1995/8/31(木)10:00～17:20

会場：日生劇場

主催：財団法人 日本生命財団

共催：全国社会福祉協議会、東京都社会福祉協議会

後援：総務庁、厚生省、東京都

協賛：日本生命保険相互会社

### プログラム

#### 第1部 実践報告（高齢社会福祉助成事業報告）

コーディネーター挨拶

●大國 美智子（前大阪府立大学社会学部教授）

「高齢者在宅福祉ネットワークの構築をめざして」－在宅介護支援センターの活用を通して－

●桑原 良祐（千葉県・慶美会理事長・慈祐苑施設長）

「誰もがいつでも利用できる在宅サービスの構築をめざして」－365日型サービスの試み－

●時田 純（神奈川県・小田原福祉会理事長・潤生園施設長）

#### 第2部 実践報告（高齢社会福祉助成事業報告）

コーディネーター挨拶

●冷水 豊（上智大学文学部教授）

「四條畷市の褥瘡0をめざす保健福祉推進事業」－在宅生活を支える365日のサービス－

●坪山 孝（大阪府・るうてるホーム総合施設長）

「寝たきり予防総合支援システム開発事業」－誰もが安心して暮らせる福祉の町づくりをめざして－

●松原 精一（長崎県・西海町社会福祉協議会会長）

「豊かに老いるまちづくり事業」－くらしに根ざした地域福祉の試み－

●森迫 邦人（宮崎県・永寿園施設長）

#### 総合討論 [みんなでつくるトータル・ケア・システム]

コーディネーター 大國 美智子

コメンテーター 冷水 豊

シンポジスト 桑原 良祐

時田 純

坪山 孝

松原 精一

森迫 邦人

まとめ

●三浦 文夫（日本社会事業大学大学院教授）

---

## 第1部 実践報告

### (高齢社会福祉助成事業報告)

---

- コーディネーター----- 大國美智子 (前大阪府立大学教授)
- 報告----- 桑原 良祐 (慶美会理事長)
- 時田 純 (小田原福祉会理事長)

#### コーディネーター挨拶

---

##### 大國美智子 (おおくにみちこ) 前大阪府立大学社会福祉学部教授

[略歴] 1932年生まれ。大阪大学大学院医学研究科修了。近畿大学医学部助教授、大阪府立大学社会福祉学部教授等を経て、1995年より大阪府立こころの健康総合センター老人相談担当。大阪公衆衛生協会理事、大阪府社会福祉事業団理事等を兼務。

[著書] 『在宅支援の技法 (明日の高齢者ケア)』 (中央法規出版) 『老年病への社会的アプローチ (最新内科学大系)』 (中山書店) 『痴呆カルテ』 (朝日新聞厚生文化事業団) 『ぼけ相談室』 (ミネルヴァ書房) 『呆けないための生活学』 (中央法規出版)

---

きょうは五つの報告がありますけれども、それぞれ約30分ずつの報告をいただきたいと思います。午前に2題、午後に3題をお願いいたしております。その後、五つの報告を受けまして、みんなで総合討論をしてまいりたいと考えておりますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

先ほどの日本生命財団の小林理事長のごあいさつにもありましたように、この高齢社会福祉助成は21世紀の高齢社会を見据えて、高齢者福祉の前進のためにということで昭和57年度から始まりました。既に14年目を迎えておりまして、シンポジウムとしては9回目であります。振り返ってみますと、毎年さまざまな報告がなされております。結果的に総括してみますと、先ほど藤原先生のご講演の中にもありましたように、高齢社会を乗り切るためにただ必死に進んできたという感じがいたします。先生の講演にも血縁以外で支える地域づくりをどうするのか、そこにどう参画していくのかというお話がありました。あるいはいろんなサービスがあるけれども、それをどう組み立てていくかということにも若干触れられたかと思えます。藤原先生はそれを「男女共同参画」というお立場からお話くださったわけです。この事業はどちらかといいますと、福祉の方を中心にいたしまして、それをどう構築していくのかという意味ではなかったかと思えます。

先駆的、実験的な事業ということでありまして、皆さんが真剣に考え、いろいろ事業を実際にやってくださいました。みんなで作り上げる地域福祉というものが一体どういうものなのかということを追求してきたように思います。今回もそうした目標に向かっての皆さん方の努力、成果を発表いただきます。ここで皆さんにご理解いただきたいのは、今回の報告は、平成4年度から3年間の事業助成であります。今回の事業は助成が決まりました後、全国一斉に市町村で老人保健福祉計画が実施されました。時期的に重なったこともありまして、市町村で一斉に施策のメニューが並び、所によってはその実現に向けて、かなり大幅に前進されたところもあろうかと思えます。助成当時、非常に先進的あるいは先駆的、実験的という言葉を使いながら助成しましたけれども、そういう時期とちがったということでそれが必ずしも先駆的という意味ではなくて、どちらかと言うとモデル的という意味に変わっていった面もあろうかと思えます。それだけ非常に実施がやりやすかった。逆に言えばそういう時期であったがために、非常に行政とうまく組めた。行政にうまく乗れた。あるいはお互いに補い合うこともできた。こ

れは私の勝手な推測でありますけれども、そういう中で地域福祉を向上させていくことに焦点を当てて、いろいろなトータルな活動をしていただいたと私は感じております。そういう条件の中での報告でありますことを念頭に置いてお聞きいただければ幸いです。

# 「高齢者在宅福祉ネットワークの構築をめざして」

－在宅介護支援センターの活用を通して－

桑原 良祐（くわはら りょうすけ）千葉県・慶美会理事長・内科医

〔略歴〕1951年生まれ。清山荘施設長、慈祐苑施設長等を経て、1994年より現職。千葉県高齢者福祉施設協会副会長、鎌ヶ谷市社会福祉協議会理事等を兼務。

〔共著書〕『福祉施設における施設内感染対策』（全国社会福祉施設協議会）

## 新・旧市街地と農村地域に分かれた市川市

市川市は千葉県の北西部、江戸川を挟んで東京に隣接し、東京湾の一番奥にある市であります。南側、一番下側が東京湾で、左側、西側が東京都、周りに松戸、船橋、鎌ヶ谷、浦安市などに取り囲まれております。南北に長い市でありまして、中央をJR総武線が東西に走っております。市の特徴と申しますと、JR総武線沿いの都市化された地域と郊外の農業地域に分かれておりまして、都市化した地域の高層住宅に若い世代の方が住んでおります。都市化した地域の一部、戦前からの旧市街地と郊外の農村地域に高齢者の方が多く住んでおります。

市川市は人口が約44万人程度でありまして、ことしの4月1日現在で65歳以上の方が約3万9,000人です。寝たきり老人が305人、ひとり暮らしの老人が1,632人、そして前回の国勢調査の結果によりまして、老人だけの夫婦世帯が5,541世帯ということです。高齢化率は8.4%です。65歳以上の高齢の方の人口はどんどん増えているのですが、残念ながら若い方の人口はだんだん減少しておりまして、小学校でも余裕教室が出ているという現状であります。そして、地域によりまして、住民の福祉に対する考えも随分さまざまであります。都市化した高層住宅に住んでいる若い方のほとんどは、千葉都民と言いますか、昼間は東京へ働きに行く方が中心でありまして、福祉は当然の権利としてサービスを受けたいと考えています。例えばこの市ではホームヘルパーが週何回来てくれるようになっているのですかという質問が出たりするわけです。

ところが、旧市街地の昔からの高齢者とか、農業地域の高齢者はちょっと考え方が違っておりまして、寝たきりのお年寄りの家を訪問入浴で訪ねたりすると、ちょっと困るのですねと言われる。家の前に訪問サービスの車が、老人ホームと大きく書いて、1時間も止まっていると近所迷惑になるし、あそこの嫁さんは何だということであわさになってしまうので何とかしてくれないかとの相談があったりします。狭い市であります、それぞれの地域によって福祉の考え方が多様な地域であります。

## 社会ニーズに応えてきた清山荘

地図でご覧いただきますように、清山荘は市川市では一番北側、北東部に位置しております。ナシ畑に囲まれた農村地域というふうに言ったらよいでしょうか。隣がすぐ鎌ヶ谷市と船橋市に隣接しておりまして、慶美会の運営いたします二つめの特別養護老人ホーム慈祐苑が鎌ヶ谷市にあります。両施設3キロほど離れておりまして、二つの施設が協力し合いながら運営しております。清山荘はナシ畑を切り開きまして、昭和58年6月につくりました。在宅介護支援センターの看板が出ておりますが、向かって左側が昭和58年6月にオープンしました寝たきりのお年寄りを介護する50床の棟であります。当時は施設の中で寝たきりの方のお世話をすればいい、そういう考え方であったのであります。有吉佐和子さんの小説など、痴呆性老人のことか非常に問題化してまいりまして、向かって右側のガラス張りの建物ですけれども、これは昭和61年春にオープンしました痴呆性老人の棟であります。寝たきりの方50名、痴呆性の方50名の合計100名、さらにショートステイの方のベッドが22床です。

在宅福祉にも力を入れよという指示がありまして、昭和62年10月にこの痴呆棟の3階を急ぎ増築し、デイサービスセンターを始めました。そして、平成2年5月より在宅介護支援センターをあいている部屋を使いまして始めました。当時は千葉県第1号という形で始めております。

市川市では平成3年度より第二次5ヶ年計画ということで、福祉の町づくりを目指しております。先ほど来お話が出ておりますように、市川市でも平成6年度より老人保健福祉計画が本格的に動き出しまして、高齢社会に向けて総合的な対策を進められております。私どももこのような市川市の動向に歩調を合わせる形で、日本生命財団の高齢社会福祉助成をいただき、平成4年10月より高齢者在宅福祉ネットワークの構築を目指して、本事業を開始いたしました。

まず初めに、推進協議会を平成4年10月に発足させました。市川市の高齢者在宅福祉担当課の課長をはじめ帝京平成短期大学の石黒教授、千葉県共同募金会の堀内副会長、市川市のボランティア協会で活躍しております平岩氏など、地域の福祉のリーダーに参加をいただき、推進協議会を発足いたしました。

### 在宅福祉に対する基本的な考え方

清山荘の在宅福祉に対する基本的な考え方は、施設は市民のためにあるのだと考えております。在宅福祉サービスにしる、施設への入所福祉サービスにしる、その目的は市民に利用、活用していただき、喜んでいただく。この市川市に清山荘があつてよかつたと思つていただくことが私どもの施設の存在理由ではないかと考えております。そして、1人でも多くの市民に喜んでいただくためには、施設からどどん町に出まして、多くの市民の方と直結させていただく。必要なときにいつでも役に立てることを目標に、在宅福祉と施設入所サービスをあわせて実施できないかというのが私どもの願いです。

在宅福祉推進におきまして、私どもはホップ、ステップ、ジャンプの3段階跳び作戦でいこうと目標に掲げております。初めの第一歩のホップであります。どこでもどうぞの福祉の出前」を何とか実現していきたい。なかなか難しいのですが、今私どもで実施しているものを紹介いたします。訪問入浴ですとか、お弁当を配る訪問給食、お元気ですかとお電話する独居老人への訪問電話サービス、そしてホームヘルパーのサービスなどがあります。(P33を参照)

毎朝水を沸かすボイラーを積んだ特別な訪問入浴車両が4~5台出発しまして、1台の車両で大体4軒から5軒、全体で毎日20軒ぐらいのお宅を伺つております。ことしの夏は市川も大変暑かつたのですが、車の後ろで湯を沸かしながら、職員が汗だくになってふろの出前に走り回つたわけです。暑かつたものですから、うちにも来てくれと大変好評でした。

訪問給食はひとり暮らしのお年寄りの家に、お弁当を配るサービスです。ホームヘルパーのサービスは施設からのサービスとしてはなかなか軌道に乗りづらいつころがあります。しかし市川市の行政のホームヘルプサービスは、全国でも先駆的に始められて、非常に充実したサービスが展開しております。私ども施設からのホームヘルパーのあり方を今後どうしていったらいいのか検討中でありまして。

### デイサービスからグループホーム型老人ホームへ

2番目のステップは「いつでもどうぞ」の通所サービスです。いつでも施設に来てください、利用してくださいというものです。これにはデイサービスやショートステイ、施設に来ていただいてふろに入つていただく通所入浴サービスなどがこれに当たります。

デイサービスでは毎朝9時になりますと、3台から4台の送迎バスが施設を出発いたします。1軒1軒のお宅を訪問して、大体1日20名ぐらいの方に利用していただいております。メニューも痴呆性老人の方の特別メニューは月曜日と水曜日、特に障害などがあつて、リハビリを受けたいという方は木曜日とい

うことで、曜日によりましてメニューを変えて実施しております。

そして最後のジャンプですが、これは施設での入所サービスと位置づけております。自宅と同じように楽しく豊かな生活をどうしたら施設で送っていただけるかが目標です。

今、地元の市川市の援助を受けまして、第2清山荘の建設を進めております。これは清山荘のすぐ裏に定員60床の特別養護老人ホームを建設する計画であります。約半数を個室にしました。入居者の10名を一つの単位ということで、入所者の10名ごとにそこで生活をするデイルームを用意いたしました。グループホームの形をとっております。ワンフロア40名ですが、グループホームが四つ集まってワンフロア、2階建てでありますので、1階、2階で80名になります。そのうち20名はショートステイ、措置入所の方は60名です。施設に入所するというよりは、別荘といいますか、離れが1軒できたよという感覚で何とか暮らしていけないだろうかと思っています。そして今までよりもプライバシーが尊重され、アメニティーが尊重されるような施設を目指したいと思っております。

### 在宅介護支援センターの拡大

以上ホップ、ステップ、ジャンプのさまざまなサービスを統合するところ、そして市民との直接の窓口になっていますのが、在宅介護支援センターであります。

それでは、私どもの市川市在宅介護支援センター清山荘を紹介いたします。建物は先ほど紹介しました清山荘の空いている部屋を利用しての事業であります。看護婦と電話相談員の寮母、この方は寮母主任をし、退職された後、電話相談事業を新規に始めるということで再就職をしていただいた方です。いろいろ福祉や健康のアドバイスなどを看護婦と協力して進めております。3人目のスタッフがソーシャルワーカー、以上3人で進めております。施設の生活指導員を長年務めた者が担当しております。電話相談をいただいた方の名前、住所、相談内容、それに対してどのように対応したかを記入します。福祉の相談に対して福祉のガイドブックをいつ発送したかという記録を個人別記録用紙に記入しています。

記念講演でも、本当に緊急で寝たきりのお年寄りが発生した場合、介護者は市役所にもいけないじゃないかという話がありましたが、在宅介護支援センターではショートステイの利用ですとか、訪問入浴の希望、措置入所の相談などがありましたときに、職員が市川市の高齢者福祉課の窓口で代わりに参ります。そしてショートステイの申し込みやホームヘルパーの派遣、措置入所について相談したり、申し込み用紙を代わりに提出する業務を行っています。

また在宅介護支援センターに家族が来られて、施設の中でソーシャルワーカーが福祉の制度の利用方法の説明や、病院の紹介などをしております。「遠くから市川に引っ越してきた。引っ越してくる前は元気だったおじいちゃんが、環境が変わったために突然痴呆性老人のようなぼけの症状が出た。しかし、引っ越してきたばかりの市川で、どこの病院で、だれが痴呆性老人の専門医として見てくれるのかわからない、教えてもらいたい」というふうな相談などもあります。

在宅介護支援センターの中にあります介護用品展示コーナーで、約200に上る介護用品を展示しております。身体障害者や寝たきりの方、そして家族に使っていただく細々とした用具から道具、ベッド、車いすまで展示しております。身体障害者が使うコップですとか、杖、その他に車いすとかおむつカバー、紙おむつなどもあります。私どもの支援センターでは車いすや電動ベッドなどの無料貸し出しもしております。右肩麻痺の方が車いすを買う前に、右肩麻痺用の車いすをお貸ししまして、実際体験していただき、これなら買ってもよいということになりましたら、業者の方を紹介する形で進めております。

担当の看護婦が、施設の見学に来た利用者に対して、介護用品の実際の使い方を説明しています。

## 24時間365日の相談

在宅介護支援センターは、皆さんのところでもそうだと思いますが、24時間対応ということですが職員は3人しかいないわけです。私どもの勤務時間は朝8時40分から夕方5時40分で、夕方の5時40分以降は在宅介護支援センターの職員が帰ってしまうわけです。夜は老人ホームにおります宿直の指導員ですとか、夜勤の寮母が夜間の電話相談に当たり、お年寄りの緊急事態の場合には家族、民生委員に連絡する仕事、あるいは支援センターの職員に連絡するようなシステムで、協力し合いながら24時間365日体制を続けております。

支援センターでは専用の車両を保有し、電話を待つだけではなく、介護用品なども車に積み込んで、看護婦とソーシャルワーカーの2人1組がペアで実際に老人宅へ出かけています。ある独居老人から支援センターに相談がありましたケースですが、老人ホームの営繕の担当の職員が施設からいろいろな機材を持ち込みまして、トイレに手すりをつけました。このような在宅改造の相談もうけております。

千葉県第1号ということで平成2年5月からスタートしたのはよかったのですが、実際は在宅介護支援センターって何ですかということでありました。展示室を用意したり、相談員を配置しておりましたけれども、展示室に相談に来る方がなかなかいらっしゃらなかった。ほとんど電話がなくて、実績が上がらないということでありました。市川市に協力をいただきまして、広報などで特集として取り上げられますと、相談件数が伸びてくるのです。しかし、1ヵ月もすると少なくなってきました。何とかならないかということでありました。そして、市川市でも独居老人を援助するシステムを何とか考えたいということでありました。

## コンピューター直結の緊急通報システム

そこで、今回の日本生命財団の高齢社会福祉助成をいただきまして、事業を開始しました。まず緊急電話通信システムです。子機をひとり暮らしのお年寄り宅に設置します。ピンクのボタンを押しますと、消防署に直結して救急車が参ります。青いボタンを押しますと、ダイヤルインに直結して施設のメインコンピューターに接続されます。ボタン一つで支援センターへ電話がつながるということです。電話を受けると、相談員が出かけるケースもあります。このようなシステムです。

お年寄りがボタンを押して電話をしますと、名前ですとか、住所ですとか、緊急のときに連絡する民生委員や近所の方の住所や名前や電話番号、いつもかかっている病院、そしていつも飲んでる薬など、緊急事態に対応できるデータが自動的に画面に出まして、プリントアウトされます。これですと在宅介護支援センターの職員が帰宅した後、夜勤の寮母や老人ホームの宿直の職員が、このデータを見ながら、どなたにこの緊急事態を連絡すればいいかということが判断でき、相談できるというシステムになっています。住宅地図もプリントアウトできるようになっていまして、緊急で駆けつけるときにも非常に役立ちます。

データベースとして残りまして、ただ単に電話を受けるだけでなく、いつ、どのような用件で、どのような電話があったのかということの後ほど種類別に、1週間ごと、1月ごとにデータを取り出すことができます。これは今私ども開発中ですが、在宅介護支援センターで蓄積したデータをショートステイ、デイサービス、訪問入浴、さまざまなセクションで利用し、共通な情報管理を目指しております。

## 訪問給食と安否確認

昔より『医食同源』といいますが、高齢者に健康な生活をしていただくためには、栄養豊富な美味しい食事を楽しくとっていただく事が大切です。本助成事業の一貫として、市川市内の独居老人の家に夕

方、お弁当を配布する訪問給食事業を平成6年6月より開始しました。訪問給食サービスのお弁当の作製にあたっては安全性に注意し、調理から利用者に届けるまで衛生的な取り扱いを徹底しています。

また配達者の観察により利用者の食事の具合を把握し、利用者の栄養と健康維持に注意しました。献立作成の基本方針としては栄養のバランスのとれた献立であります。一人の利用回数が週2〜3回ということのを考慮に入れて、多種多様な食材の選択と調理法で一品一品の量は少なく品数を多くし、質の高い楽しいお弁当作りを心がけています。

配達者の衛生面においては調理員と同様に定期的な検便を実施すると共に、作業前の手の消毒や清潔な作業衣の着用を心がけるなど、衛生管理を徹底しています。

先ほどの在宅介護支援センターの電話システムは、一番良い点は夜間など緊急にかかってきたときでも、どういう状態の方から電話いただいたということがわかることです。そのシステムを使いまして、逆にお元気ですかというコールをこちらからかけ、安否確認をしているのです。それと同じようにこのお弁当サービスもお元気ですかということで、夕食1回だけですが、お弁当を配りながら安否確認しております。実際、4月にお弁当を持っていった職員が急死されていた場面に遭遇したこともありました。

## 2回の市民シンポジウムを開催

私どもこの事業の一環としまして、広く市民へのシンポジウムということで、94年5月21日には日本女子大学の小笠原教授を招きまして講演をいただき、シンポジウムを開催いたしました。同じように95年6月3日には、日本社会事業大学の三浦教授に「あすの高齢者福祉を目指して」ということで講演をいただきました。そして市民の参加という形でシンポジウムを開催し、市川市の高齢化社会対策室長に老人保健福祉計画についてお話をいただいております。

このような活動を通じまして、図らずも昨年の10月に在宅福祉に努力しているということで、厚生大臣から私ども慶美会を表彰いただくことになりました。本当に私どもとしては予期せぬことでありましたが、日本生命財団の助成をいただきまして、在宅福祉活動を展開していたものが、国及び県においても認めていただいたものと深く感謝しております。

そして先ほどの電話システムにつきましては、神奈川県の高齢者福祉センターにいろいろ指導をいただきました。データベースの処理につきましては、大阪府枚方市にあります聖徳園に指導いただいたことをつけ加えておきます。



# 「誰もがいつでも利用できる在宅サービスの構築をめざして」

－365日型サービスの試み－

---

**時田 純（ときた じゅん）神奈川県・小田原福祉会理事長・潤生園施設長**

[略歴] 1927年生まれ。小田原市役所民生部、小田原市議会議員を経て、1977年より現職。日本福祉施設士会理事、神奈川県福祉施設士会会長。神奈川県福祉プラザ総合相談専門委員会委員長等を兼務。

---

## 高齢者総合福祉施設「潤生園」

神奈川県の小田原市で昭和53年に特別養護老人ホーム潤生園を開設いたしまして18年になります。昨年の4月に名称を変更し、組織を大改革いたしまして、高齢者総合福祉施設潤生園と名乗るようにいたしました。それは特別養護老人ホームという表示だけでは、どうも地域の皆さんにどのような仕事をし、あるいは地域住民にどんなサービスをする施設なのだろうかということがイメージできないことがありました。相談の時点から訪問のサービス、通所のサービス、また、最終的には入所の介護をするところまでの体制を一貫的に整備する、それによってお年寄りを継続的に介護させていただくシステム化を図りたいと考えたわけです。幸いにその動機づけをしていただきましたのは、日本生命財団の3ヵ年継続の高齢社会福祉助成事業でありました。

私がきょうここでお話いたします順序を申し上げます。レジュメに沿いまして、最初にこの日本生命財団の助成事業の経過、それから開発実践の目指したものと並びに結果の評価という形でお話をし、最後に私どもがその結果として福祉サービスの総合化をどこまで進めたかということのスライドでお話をしたいと存じます。

先ほど藤原先生からもお話がありましたように、高齢者が住みなれた地域や親しい家族のもとで安心して暮らし続け、そして究極的には終わりを迎えられるためには一体どういうサービスがあればいいのだろうかということです。今、国をはじめといたしまして、県、市町村が在宅サービスの充実を目指しまして、たくさんの福祉のメニューを用意していただいております。または住民がサービスを利用しやすいように手続きを簡素化しています。例えば登録制度を採用することで、年に一度4月に登録をしていただければ、その方々に福祉のサービスが届くというような、手続きを簡素化し、利用条件の緩和をいたしまして、福祉サービスの利用の促進を懸命に図っております。

## ニーズとサービスのミスマッチ

しかし、そのような努力にもかかわらず、サービスとニーズのミスマッチというのは日常的にあるわけです。当事者や家族が求めるサービスの提供ということには、まだ本当にほど遠いという現実があります。例えばサービスを使いたいというときは、すぐ必要だというときにサインが出てくるわけでありますがけれども、現在のサービスというのは利用の都度福祉事務所に申請をする。その結果、受給の資格を調べられるとか、あるいは所得の審査を受けるということがあるわけです。こういうような点が隘路になりまして、福祉サービスは現在でもまだ利用者は肩身の狭い思いをして、気兼ねをしながらやむを得ず利用をされているというのが実情であろうと思います。国や自治体が在宅福祉の充実に努力をされましても、このような問題を解決しなくては、「だれもが、いつでも利用できる在宅サービス」には到底なり得ないだろうと思います。

今回のこの日本生命財団の助成によりますところの開発実践事業と申しますのは、こういうような制度的な隘路のある現在の公的サービスの枠組みを一つ越えてみよう。そして、私どもの持つさまざまな

サービスをパッケージしまして、質の高いサービスを必要なときにすぐ利用できる。リアルタイムに提供することによりまして、介護しているご家族が普通の生活ができる。この援助を目指して、新しい在宅ケアシステムの開発実践を試みたものであります。この試みを推進するに当たりまして、幾つかの柱を立てました。ここにもありますように「みんなでつくるトータル・ケア・システム」、これは施設だけが特別に突出するのではなくて、地域の皆さんとご一緒にそういうシステムをつくっていきたいということです。事業推進のための住民組織とサービス提供の各機関の代表に参加をいただいた推進協議会を設置いたしました。さらに地域における課題を明らかにいたしまして、新しいニーズをもとにした利用者の立場からサービスのプランニングをしてみたい、その効果測定も行いたいということで、二つの研究会と推進協議会を母体にいたしまして、この事業を進めた次第です。

### 小田原高齢者の生活をよくする会

先ほど女性の参画がないというお話がありましたけれども、福祉のサービス、現在ほとんどこれは提供側の論理でつくられているわけです。ですから、例えば行政が週休2日制の実施に伴って、在宅サービスは週5日ですよということになりますと、2日間利用できない日ができてしまいます。しかし、これはほとんど住民の側からは文句が言えないのです。しょうがないと言いましょうか、こういう形でサービスがつくられていく。これまでは、利用者抜きでサービスがつくられ、提供されてきた。これで本当にいいのだろうかということです。

そこで、この事業の展開に当たりましては、高齢者の介護を担っております当事者に一緒に参加をしていただいて、福祉コミュニティをつくり出すことが大事なのではないかと考えました。そこで、当事者の皆さんに積極的に参加をいただきたいということで課題を投げかけました。幸いに「小田原高齢者の生活をよくする会」というすばらしい会が結成されました。当初は会員50名ほどで出発されましたが、現在では会員数300名を超え、近く500名になるのではないかと予想されています。どれほど関心が高いかということがよくわかるわけです。

この当事者組織は具体的にどういうことをやっているのかということですが、私どもの施設の中に事務所を設け、電話、ファックス、あるいはコンピューター等を自由にお使いになり、施設と一緒に福祉サービスをつくり出していくという試みをしております。また、会はリーダーが月例の役員会を定期的に関いておりまして、問題意識を高め、会報を隔月に発行されております。役員が各種の研修会等に参加をされまして、自己研修に積極的に励んでおられます。きょうもたくさんの役員が参加されているはずですが、そういう形で施設の運営にオンブズマン的な役割もお持ちいただき、サービスを当事者の側から評価していただくことを試みました。アンケート調査等も実施し、その結果等も伺って、私どもの活動の基盤づくりをしていただいているわけです。

### 虹の会、やすらぎの会

また、ボランティア活動だけではありませんで、直接事業に参加をしていただいております。後でお話しますが、私ども平成2年12月から毎日型の配食サービスを実施しております。昼食1食でありますけれども、土曜、日曜、大晦日も元日も配達をするわけです。

実際に週休2日制の浸透に伴いまして、職員は完全週休2日制でありますから、そうすると土曜、日曜、休日の配食というのは大変な困難が伴います。毎日配食してくださるボランティアというのは地域にいらっしゃるらないのです。そういう人は地域に存在しないのであります。毎日型ということになりますと、これは職員が配食する以外にありません。休日、土曜日等の配食にこの当事者組織がかかわってくださ

っております。現在では土曜、休日の配食、大体小型の車1台で1時間以内に配食するのに12食ぐらいが限度です。そうすると、50食配食するには4班出ないと間に合いません。そういうところへ新しい「虹の会」というグループをつくり、その役割を担っていただいています。

また、私どもサテライトのデイサービスセンターを1ヵ所運営しております。これは痴呆性老人を10人ほどお預かりする地域の中の小さな施設です。10名ほどのやすらぎの家という施設を運営しておりますが、そこも「やすらぎ会」というボランティアグループをつくっていただきました。私どもの専門職2名とボランティア2名で毎日痴呆のお年寄りの介護に携わっています。こういう活動まで当事者組織は発展をいたしまして、私ども大変に感謝し、ともどもに地域社会をつくるために連帯をして活動を進めているところであります。

## 24時間365日の在宅サービス

サービスはニーズが増大しているにもかかわらず、とかく公的なサービスは、週休2日制が実施になりますと、簡単に週5日に減ってくるわけです。神奈川県でも今37市町村がありますけれども、デイサービスは私ども小田原市を除いて、全部週5日になったと思います。私はそれでいいのだろうかとも思っています。実際に在宅介護は24時間、365日、間断なく続いていくわけでありますから、サービスの提供側もなぜ間断なく支援しようとしないのだろうかとは私は大変疑問に思います。現在残念ながら私ども小田原市も週6日、月曜から土曜までのデイサービスの実施であります。幸いに先ほど申し上げた配食サービス、これは平成5年7月から小田原市が私どものボランティア活動で続けてまいりました配食サービスを公的サービスにしてくださり、全市実施になりました。ただ、同じ市内の中でも365日型は私どもの施設のエリアだけなのです。他のエリアのところは週6日の実施になっているわけであります。これからは都市別にサービスの格差があるということも当然あるでしょう。同じ都市の中でも地域ごとに格差が出てくる。これはある意味ではやむを得ないのかもしれませんが、しかし、それがいつの日かレベルを同じ水準に高めていただければよろしいのではないかと思いつつ、実践をしているところです。

また、ホームヘルプサービスを365日型にしております。これは平成5年1月から神奈川県モデルで私どもが実施をしているサービスですが、土曜、日曜、休日なしで、そして1日に複数回の訪問をします。こういう形で実施しますと、共働きで家族が一日中いない家庭でも、4回訪問すれば大体寝たきりのお年寄りがお1人でも過ごせます。

徘徊があつて、目の離せない痴呆性老人の通所サービスであります。これも小田原市の協力を受けまして、朝7時から21時まで時間を延長して毎日預かるサービスを実施しております。現在対象者は30名ほどであります。少なくとも家族は夜だけはお世話をするわけでありますから、毎日決してぜいたくではないだろうと思つています。そういう形でサービスメニューを毎日型に組み立てていく。これらの各種のサービスを行政の理解と協力のもとに総合化しまして、個別の家庭の状態を見て、それをシステムとして1軒1軒につくり出していく。それを計画的に提供していく。それによって1人1人の家庭が普通の生活ができる。例えば家族が仕事をやめて介護をしているというつらい条件をつくり出すことのないように、働きたい方は普通に働けるように、また、学校に行きたい方は学校で学べるように、家族がにこにこお年寄りの世話ができるシステムをつくり出したいものだと考えているわけです。

## 入所者を上回る在宅サービスの利用者

現在、実際の在宅サービスの利用者は500名余りであります。私どもの特養ホームの入所の機能は100

名でありますから、利用者は合計で年間365日掛けると3万6,500名になります。在宅サービスの延べの利用者数は5万2,000名です。ですから、もう既に特養ホームの機能をはるかに超えた在宅機能になっている、変質していると理解いただければよろしいと思います。入所者は100名ですが、在宅の毎日提供しているサービスの利用者は150名でありますから、合計250名のサービス機能を常に発揮している施設につくり上げることができたということでもあります。

このような仕事は、実は大変な人手が必要になります。人手は養成機関の養成を待っていたのではとても間に合いません。私はそれまで例がなかったわけですが、神奈川県知事の指定を受けまして、平成4年10月からホームヘルパー1級課程の養成研修事業を施設の中で実施いたしました。3年間で毎年10名ずつ養成しまして、30名の1級ヘルパーの養成ができました。この人たちは基幹ヘルパーでありますから、パートのヘルパーたちとチームを組んで、巡回型のホームヘルプサービスを実施することが現在でできるようになりました。3年間を終わらして、もう既に4期生の募集を始めているところでもありますけれども、この日本生命財団の助成事業の継続的な展開を法人が独自に進めていくという足がかりをつくっていただいたと、大変に感謝をしているところでもあります。

お蔭様で24時間型サービスの形で365日型のパッケージが次第に進んできました結果、ケアマネジメントが定着し、介護家族の在宅ケア指向が高まってきております。なるべく施設に入れないで、自分たちの家庭で見たいという希望も増えてまいりました。当園のホームヘルパーが家族とともに終わりを看とった例も出ております。しかし、それでもこの新しいシステムはようやく始まったばかりです。今回の日本生命財団の好意を無にすることなく、これを契機に施設に対する地域社会の信頼を一層高め、名実ともに施設が地域の福祉センターとしてその使命を果たすための努力を重ねてまいりたいと思います。

## 自立支援と地域福祉センターの機能

以下少し時間をいただきまして、スライドを説明いたします。

これが私どもの外観です。

私は潤生園の運営理念としまして、昭和53年につくりました理念を今日も大事にしています。「人は人として存在するだけで尊い」という理念です。寝たきりになろうと、痴呆になろうと、そこにその人が存在しているだけで尊いのだという理念を大事にしているわけです。

運営方針としては大きく分けて二つあります。一つは何と言っても最近言われておりますように、自立支援であります。寝たきりは特養ホームにいないのだという理念でお世話をして18年間続けています。ようやく国の方でも自立支援が基本だと言うようになってまいりました。本来特養ホームの中に寝たきりはいないのです。寝たきりで積極的に安静をとらなくてはいけないのは、現に今脳に出血している方だけだと聖路加看護大学学長の日野原先生がよく言うておられます。

二つめは、社会的福祉資源という視点であります。高齢者のための地域の福祉センターとして、社会的な使命を果たす役割を担っているということです。それをどう具体化していくかが、この実践報告の中で述べたい点です。

この自立支援のために、私どもにはP・T（理学療法士）が専門職員としております。毎日訓練を実施するわけです。お年寄りのさまざまな暗い面ばかりが強調されがちですので、きょうは明るい顔をぜひ見ていただきたい。この女性は88歳です。不自由を抱えておりますが、大変豊かな生活をされています。

痴呆性老人のグループワークですが、痴呆のお年寄りの1人1人の顔をぜひ見ていただきたい。大変

に明るい、よいお顔をしておられます。食堂で食事を摂っていますが、実際にはだんだん難しくなってきました。もう食堂まで行くのがつらいと言うお年寄りが非常に増えまして、部屋で食事をする方たちが増えてまいりました。ところで、今回のモデル事業では、だれでも、いつでも利用できる在宅サービスの構築を目指しております。

## 在宅サービス利用者の伸びと複合利用

そのためには潤生園という施設が一体になって、多くのサービスを提供できる組織化が図れなければなりません。そのために、ご覧のような福祉サービス総合化のシステムを作りました。

### (図2) 潤生園の福祉サービス総合化のシステム

次に、個別のサービスに移ります。平成4年の日本生命財団事業の開始のときから、在宅サービスがこれほど伸びてきたわけです。利用者が急速に伸びております。

### (図3) 潤生園の在宅サービス登録者の推移

在宅介護支援センターですが、365日型、24時間サービスです。だからといって、夜中の相談はそんなにたくさんあるわけではありません。昨年度1年間の利用者は年間で1,334名でありまして、件数では2,003件でありました。サービスの相談に追われております。相談の内容を分けるとこれほど多様な相談に応じていることとなります。

ホームヘルプサービスは、平成3年4月1日からの開始でありましたが、平成4年度の指定の次の年、平成5年1月から大きく伸びています。いきなり4倍になりました。平成6年度はさらに1.7倍増加という形で急速にホームヘルプサービスが伸びております。

### (図4) ホームヘルパー派遣事業

ホームヘルプサービスの提供状況であります。昨年度年間1万697回の派遣がありました。介護型が小田原市の場合にはなかったものですから、この全体がサービスとして増えたということです。現在のサービスの利用の状況を見ますと、日中だけでは全体の約7割です。それが朝、夜、そして休日という形で利用が増えておりまして、平成7年度を見てみますと、日中のサービスの比率が減ってきております。今6割ぐらいになってきております。派遣時間ですが、ほぼ1回が1時間です。ですから、定型的に1回2時間というのは大変無駄な形であることが実証できると思います。

### (図5) 平成6年度・ホームヘルパー時間拡大サービス提供状況

昼食の配食サービスは平成4年度の指定から5年、6年と急速に伸びております。今は月間で1,500食を超えてきてまして、ことしは大変な状況になると思っております。おかゆ食、きざみ食、糖尿食、腎臓食を配っております。福祉型の配食サービスを実施しているわけです。ふれあいの食事サービス、これは私どものボランティアです。地域へのお弁当の提供を15年間続けております。

### (図6) 365日配食サービス事業

デイサービス、ツーデイサービスを実施していますが、ツーデイサービスというのは1泊2日のサービスです。在宅では寝たきりになっている方たちのデイサービスなのです。1日平均30名、移送サービスを含めて預かりますので、介護に非常に手がかかります。痴呆性老人通所サービスを実施していますが、これも送迎つきです。週6日の実施です。デイサービスの昭和54年からの実績ですが、平成3年から急速に伸びています。4年、5年、6年と、上の部分は実は痴呆性老人の通所サービスでありまして、1日平均10名です。最近では12名ぐらいに伸びております。年間のデイサービスは全体で1万892人、神奈川県最大の規模です。

### (図7) デイサービス・痴呆性老人通所サービス事業

リハビリテーションのサービスは専任のP・Tによりまして、日常的に訓練をしております。これは当園のボランティア活動として無料で実施しております。昨年1年間で6,764人が利用になりました。これを何とか制度化したいと思っております。ショートステイであります、慢性的にベッドが足りません。年間で7,400人を超え100%をオーバーしております。

(図8) ショートステイ事業

サービス総合化の状況ですが一番多い方は五つサービスを使っております。一つの種類を使っているサービスのボリュームはわずか41%に過ぎません。それだけサービスの複合化が進んだのです。

(図9) 潤生園サービス総合化の状況

最後に、長期入所の方たちのよいお顔をご覧ください。痴呆のお年寄りのお顔ですが、よいお顔をしておられます。以上でスライドを終わらせていただきます。

---

## 第2部 実践報告

### (高齢社会福祉助成事業報告)

---

- コーディネーター----- 冷水 豊 (上智大学文学部教授)
- 報告----- 坪山 孝 (るうてるホーム総合施設長)
- 松原 精一 (西海町社会福祉協議会会長)
- 森迫 邦人 (永寿園施設長)

---

### コーディネーター挨拶

---

冷水 豊 (しみず ゆたか) 上智大学文学部教授

[略歴] 1943年生まれ。関西学院大学大学院社会学研究科修士課程修了。東京都老人総合研究所社会福祉研究室長、研究部長等を経て、1995年より現職。日本老年社会科学会理事、厚生省厚生統計協議会委員等を兼務。

[編著書]『老人福祉一政策・処遇の視点と方法』(海声社)『高齢化対策の国際比較』(第一法規出版)

---

ことしのシンポジウムは、平成4年から7年の3年間に日本生命財団から助成を受けました五つの団体の活動報告であります。この3年間といいますのは、ご承知のように国のゴールドプランが発表され、それに基づく制度改正等が行われ、各市町村及び都道府県で老人保健福祉計画が策定されるといった、福祉界、保健界にとっては非常に激動の時期であったと思います。

この時期の特徴を端的に言いますと、まず、サービスの量的な整備をどう全国的に進めるかということに重点があったと思います。しかし一方では、個々のサービスの質を含めまして、各地域でサービスのシステムをどうつくっていくかという意味でのシステムづくりの時期でもあったと思います。この時期にそれぞれの地域で、その地域の福祉の先頭に立って活動して来た各福祉団体の方々、その代表でもある五つの団体の報告をきょうは受けるということで、大変画期的なことではないかと思っております。

午前中は二つの報告がありました。レジュメにありますように、最初は千葉県市川市の社会福祉法人慶美会の報告で、在宅介護支援センターの活用を通じた事業でありました。それから、2番目が神奈川県の小田原市にあります社会福祉法人潤生園の365日型サービスの展開でありました。今回のシンポジウムのテーマがみんなでつくるトータル・ケア・システムということですが、話を伺いまして、文字どおりトータル・ケア・システムの先例としてふさわしい報告をいただきました。この二つの報告を受けまして、午後は報告が三つあります。

一つは、この助成事業を受けて事業を担う事業主体でありますけれども、最近ではサービスの供給が非常に多元化しているとよく言われます。従来は公的なサービスを中心にするのが日本の福祉の基調であったと思いますが、将来の超高齢社会を迎えて多様な事業主体が期待されております。午後の報告では二つが社会福祉法人の施設が展開した例、もう一つは、町の社会福祉協議会が事業主体となって進めた活動事例であります。

それから二つめの特徴ですが、この助成事業は全国津々浦々に、10年以上にわたって行われております。今回もいろいろな地域からの報告があります。これも今後の高齢社会における福祉、保健を考えるときに、地域ごとにどうその特性を生かして福祉や保健のシステムをつくっていくかということが非常に重要な課題になっております。午後では二つが地方の市町村を中心にした事例です。過疎化の影響等を受けながら、どうシステムづくりをやっていったかという報告が受けられると思います。それから一つは、大都市

近郊での実例でありまして、非常にコントラストがいい報告がいただけると思っております。

それから三つめ、助成を受けて行いました事業の内容ですが、午後は二つの報告が保健、福祉の予防といいたいでしょうか、寝たきりゼロとか、あるいは褥瘡ゼロという格好でスローガンが掲げられております。そういう予防に重点を置いた総合事業を展開した例です。それから一つは、まだその地域で十分開始されていなかった多様な地域のサービスを順次開発していった事例です。いずれの事例にも、実は共通に保健、福祉、医療、あるいは住宅もこれに含めますが、それらを総合的に進めていく、そういう他部門の連携ということが強調されております。また、それを進める上で、住民の保健・福祉に対する意識や考え方を啓発していく、教育していくということも共通に見られます。それから、ニーズをきちっと把握する、あるいは住民の意向を把握するという調査を行っていることでも共通性が見られます。



# 「四條畷市の褥瘡0をめざす保健福祉推進事業」

－在宅生活を支える365日のサービス－

**坪山 孝（つぼやま たかし）大阪府・るうてるホーム総合施設長**

〔略歴〕1947年生まれ。るうてるホーム指導員、同生活指導員、同施設長を経て、1993年より現職。

〔共著書〕『介護概論』（川島書店）『老人福祉論』（川島書店）『老人ホームことば事典』（中央法規出版）ほか。

## 大阪市近郊の四條畷市

私どもは日本生命財団の助成を受けまして、「四條畷市の褥瘡0をめざす保健福祉推進事業」－在宅生活を支える365日のサービス－という副題をつけながら、この事業を推進してまいりました。四條畷市は大阪府の北東部に位置しておりまして、大阪都心まで15キロほどの都市近郊にあります。寝屋川市、大東市、交野市、そして奈良県の生駒市に近接している、いわば大阪市のベッドタウンであります。市域を南北に走りますJR学研都市線沿いに市街地が広がりますが、その面積の3分の2は住宅に適さないといいますか、山であります。生駒連山であります。緑豊かな町であります。

人口が約5万3,000人、高齢化率は9.4%でありまして、まだ比較的若い市であるということが言えます。ただ、人口予測といたしましては、次第に高齢化率が進んでいくことが予測されております。私どもがこの高齢社会福祉助成を受けました平成4年度、高齢者サービス調整チームが把握しておりました要援護老人は127人でありましたが、平成7年のことしの3月にはそれが321人に急増しているという、いわば3倍近い数字になったということです。これはもちろんサービスの浸透もありますし、あわせて市域の中でいろいろなニーズの掘り起こしが行われたということによるものであります。

## 週休2日のはざまにあって

この褥瘡0をめざす保健福祉推進事業は、市域の保健福祉機関の専門職を中心に行いまして、推進委員会を構成し、そのネットワークを中心に実施しました。私どものサービスセンターを拠点として展開してきた事業です。この事業の目的の一つは、保健福祉サービスの連携を強化するという目的を持ちながら行ってまいりました。次第に保健福祉機関の週休2日の定着と同時に、保健福祉サービスは、いわば週休2日の時代に入っていくという中において、これを何とかすき間をつくらないで運営することができないだろうか、という問題意識の中から始まったものです。そして施設の中で、既に褥瘡をつくらないということはおく当たり前のことになっているわけでありまして。

しかし、ヘルパーが出かけていったりいたしますと、地域の中で褥瘡に悩み、苦しんでいる。あるいは痛みでつらい思いをしている。そういう方々と関わるという状況がありました。何とか地域社会の中でこの褥瘡予防に努めていくということ、これが今日言われているQOL、生活の質の確保につながるのではないか。さらに褥瘡予防に努めるということは、介護にとりましては基本的な事柄でありますけれども、介護にとどまらず、医療、保健、福祉という総合的な努力を必要とするものになるのではないか。また、この褥瘡0を地域社会の中につくり出していくためには、地域社会全体の介護力を強化していく。地域社会全体を底上げする取り組みが必要になるのではないか。このような問題意識の中で展開してまいりました。

私どもは平成2年から、市の高齢者サービス調整チームの一員に加わり、活動することができるようになりました。しかし、初めて公的な保健福祉機関と一緒に仕事をするようになって大変戸惑ったこともたくさんありました。私どもが考えている切れ目のない福祉サービスの提供などが実際に必要であっ

でも、お金がないとか、それほど市民サービスとして必要とされていないという意見がありました。また、市民の限られた資源を公平に配分することが必要なのだ、というふうな視点の中でサービスの抑制が行われていく。そんなことに直面いたしまして、随分と悩んだり、腹を立てたりしたこともあったわけです。保健・福祉という大変公共性の高い事業の中で週休2日の状況が定着している一方においては、福祉の中ではノーマライゼーションの定着、そして24時間、365日という生活者の論理に立った在宅サービスの必要性や充実を課題としているわけであります。

### サービスなしにはニーズも顕在化しない

このような中で、褥瘡0を目指すために総合的にいろいろなサービスを供給していこうというのが、この事業の協力体制でありました。私どもの法人は、昭和40年から軽費老人ホームのA型を、昭和52年から特別養護老人ホーム、平成3年から在宅サービスを展開するサービスセンターを運営しております。

そして大変苦い思い出がありますけれども、昭和53年に入浴サービスのモデル事業を開始しました。このとき四條畷市の寝たきり老人の方々を対象に入浴サービスのニーズ調査を、民生委員や社会福祉協議会の協力を得て実施しました。しかし、そのときにニーズがゼロ、希望者ゼロという答えが返ってきました。もちろんサービスの内容が全く詳細に説明されていなかった、あるいは実態が明確でなかったなどの問題もありましたけれども、そのころから私は、福祉サービスというのはニーズがないから行わないというのではなくて、サービスが存在しないところにはニーズも顕在化しないという思いを持つようになりました。したがって、休日サービスを行うときにも、やはり実際にサービスを供給しながらニーズを掘り起こしていく姿勢が、多分民間施設にとって大変大事なことではないのかという思いの中で、この事業を展開してきたわけであります。

私どものサービスセンターを拠点にしまして、老人と障害者とに一体的にサービスをしていくというデイサービスを行っています。それからホームヘルパー事業、入浴サービスや配食サービス、在宅介護支援センター、さらにリネンサービスという四條畷市の単独の福祉サービスを、この建物を拠点にして展開しております。そして私どもはまず一番最初に、この褥瘡予防に必要なサービスや対応に関する調査を行いました。平成4年に、市域の127人の方々を全員調査する中で、褥瘡を持っておられる方が12人いることがわかりました。12人の方々に細かな聞き取り調査を2回行いました。その結果、褥瘡予防に必要なことは、次の5点であることがわかりました。

### 褥瘡予防に必要な5点

当たり前のことばかりでありますけれども、早期の保健・福祉サービスの利用が阻害されているという状況がある。サービスを利用することがなかなか難しい。あるいは、ほとんどサービスを利用していない人たちにこの褥瘡があることを見つけたわけであります。福祉サービスの利用というものについてスティグマ、バリアをきちんと排除していくことが大事だということを学びました。さらに、そのときに入浴回数をお伺いいたしました。ほとんどお風呂に入っておられない。あるいは体をきちんとふこうにも、それだけの介護の手や人手がない。とりわけ老夫婦の世帯などでは、そんなご意見を聞くことがありました。

入浴サービスやホームヘルパーを充実していくことが、褥瘡を予防するためには大事だということを学びました。褥瘡を治したり、悪くすることを防止するためには体位変換、それから離床、清潔、外出の援助など、生活を活性化するということが必要であり、介護支援のためのホームヘルパーの充実が欠かせぬ条件だということを知ることができました。また、適切な介護用品を利用する、あるい

は提供するということが大事だということも学びました。エアマットレスがあっても適正に利用していない。あるいは、ムートン等を知っていてもきちんと使えない。そんなことを声として聞くことができました。さらに褥瘡ができた方の場合には、やはり適切な医療と処置が必要になってまいります。そういう中で在宅生活の安定した継続のために、医療、保健、福祉の連携が必要だと。これはごく当たり前の5点でありますけれども、私どもはこの調査の中で当り前のことを当り前に提供することの大切さを学習いたしました。重度の褥瘡であってもヘルパーの派遣や保健婦の訪問指導等で褥瘡が治りましたが、大体7ヵ月ぐらいの月日を要したわけであります。

## 休日の男性介護教室

次は休日の介護者教室であります。一般社会、一般企業の方々には週休2日の状況の中におられますので、土曜とか日曜日を利用して、しかも男性に対して介護教室を開催しました。休日、そして男性ということ 키워ドにした中で介護教室を行ったわけですが、平成5年は15人、平成6年14人という参加をいただきました。夫婦での参加もありました。家庭における介護問題は夫婦の共通の話題、あるいは共通の課題になりつつあることも実感いたしました。

車いすを外に出ていきました。女性の方々と少し違った視点で介護を考える、あるいは介護問題を展望することができたのではないかという総合的な反省がなされました。とりわけ男性の方々が介護は随分と力が要るものだ、これは大変な仕事だとの認識を深めました。道路がどれだけ車いすの通行に適していないか。それから、制度がどうなっているのだろう。介護の技術だけではなくして、社会的な制度やサービスへの問題意識を持っていただきました。

## 休日のデイサービスが市の制度に

私どもは福祉サービスを休日にも展開したい、日曜日にも行いたいと思いましたが動機は1人の市民の意見でありました。アルツハイマー型痴呆の夫を抱えて、自営業を営んでいる奥様が、入院している子供さんに面会に行きたい。そのときお店は、実は日曜日しか閉めることができない取次店をしていました。日曜日に面会に行きたいけれども、主人に対してホームヘルパーやデイサービスのようないける福祉サービスはないだろうか、福祉事務所を訪ねてこられました。しかし、週休2日の中において、福祉サービスは日曜日や土曜日には提供されていないという事態でありました。日帰りでショートステイサービスを利用するか、1泊2日で利用するかでなければ対応できないという状況でありました。

このほかにも、恐らく休日にさまざまな福祉サービスを利用したいというニーズはあるのだろうと考えたわけです。休日にこそ保健・福祉サービスを利用したいという方々がおられるのではないかと。ところから、日本生命財団の助成を受けて、日曜日や祝祭日、そして5月の連休、年末年始のデイサービスを始めました。特に年末年始などは老夫婦の方々やひとり暮らしの方々から、ホームヘルパーが1週間も来てくれない。デイサービスもお休みになるので、施設のショートステイを利用したいという申し込みがたくさん増えてきました。そういう中で平成4年度の年末年始のデイサービスを皮切りに、祝日にデイサービスを行うことに踏み切りました。

年末年始のデイサービスを行いますときに、まず、各保健・福祉機関の専門職の人たちに、ボランティアとして手伝ってほしいというお願いをいたしました。これも忘年会でみんながいっぱい飲んで、ほろ酔い気分になったときに紙を回しました。元日にボランティアをしてくれる人は名前を書いてほしいという形でボランティアを募って、年末年始のデイサービスを実施することになりました。平成6年度からは毎週日曜日に実施することになりました。日本生命財団がこれだけのお金を使って、休日や祝日

のサービスを今まで手当てしてきたのだから、市も何とかしなければいけないでしょうと、半ば脅迫したような感じで福祉事務所と交渉いたしました。その結果、市は平成6年度に1,100万円、平成7年度には1,200万円の予算をこの休日のデイサービスのためにつけてくれたわけであります。

私どもでは、障害者のデイサービスと老人のデイサービスと一体的なサービスを供給しております。特に日曜日のサービスや祝日等に、この障害者と老人とが一体のサービスを受けています。ただ、現在、プログラムの問題でありますとか、人手の問題でありますとか、幾つかの課題を抱えていますが、重度の障害者とのサービス供給を一体的に行っているから、デイサービスの多様性、多様な関心を吸収できるプログラムの開発が課題だと考えています。

### 介護用品の貸出しから住宅改造まで

褥瘡予防のためにはさまざまな介護用品が必要になってまいります。日常生活用具の給付及び貸与を行っています。制度によって、このような日常生活用具を給付したり、貸与が許されている介護用品がたくさんありますが、所得制限もあります。申請して制度の適用を受けるまでの時間的な経過があります。そういった制度の穴を埋めていく、制度の谷間を起こさないようにするために、日本生命財団の助成を活用しました。シャワーチェアでありますとか、入浴介助具のブースターでありますとか、リフターやエアマットレス、ムートンというふうな、直接的に褥瘡予防にかかわるものから、火の安全等にまで配慮しなければならないということで、電磁調理器に至るまでさまざまな介護用品をストックすることかできました。そして、それを地域社会に貸し出すことができるようになったわけであります。

次に住宅改造事業でありますけれども、寝たきりに近いお年寄りや家の中を安全に歩くことができないうお年寄りは十分歩けないことから生活が不活性になっていきます。そして、寝たきりになっていくという悪循環を繰り返すというところから、手すりが必要と思われる方々のところに手すりをつけるお手伝いをいたしました。3年間に全部で16件でありました。

保健婦が訪問し、支援センターの職員が一緒に行き、そして大工さんに頼んで手すりをつけるわけです。後に住宅改造の部会ができていきますけれども、建築士から危なっかしい手すりがたくさんついているという批判をいただいたり、いろいろな意味で小手先だけしかできないということがありました。大変大きな立派な家に住んでいる方が、家族のお年寄りのために手すりをつけるのを反対されることもありました。借家に住んでおられる方々のところでは、原状回復が一つのネックでありました。つまり手すりをつけても、必要がなくなって家を出るときには、原状回復する費用がまた負担になる。手すりをつけるためにお金が要らなくても、原状回復の費用が必要になってくるという矛盾も、一方において住宅改造の中で感じたことでありました。

保健・福祉機関の職員の打ち合わせの会議は、折に触れて、大体月に1回ぐらい正式な形で集まります。特にケアネットワークが各機関の代表によって構成され、具体的なワーカーによって構成されているという状況であります。

### 市役所に在宅介護支援センターの窓口を設置

さて、3年間のこの事業の中で、市役所の中に在宅介護支援センターの窓口を設置いたしまして、ニーズの掘り起こしに努めることになりました。これによって随分と市役所等の福祉や保健の中からも公私協調路線がつくられていったと自信を持って言うことができます。今、私どもは在宅介護支援センターの運営の中で、福祉事務所のワーカーとの連絡や市域の保健婦たちとの連絡によって活動しております。つまり、保健・福祉の窓口でスクリーニングされた情報が支援センターに届いてくる。実は支援セ

ンターは2次情報によって動くということをやらざるを得ない現状があります。むしろもう一度、この支援センターの機能強化のために、1次情報にアクセスすることはできないだろうか。特に情報の集中する市役所の福祉事務所の窓口はこの支援センターのランチを持つことはできないだろうかということを協議いたしました。

このような形で週に2回、支援センターのソーシャルワーカーが市の窓口に座るということができるようになりました。ただ、施設と福祉事務所という公的な機関との関係、公私協調の中にあって、なお緊張関係を持つネットワークはどのようなことなのだろうかということの一つの課題としております。休日もあけているという私どもの窓口に対して、市の保健婦や府の保健婦から、今、休日ニーズの申し送りが行われるようになってまいりました。福祉事務所の職員が緊急に呼び出しを受けたときなど、私どもの職員に連絡があり、一緒に訪問することなども行うことができるようになりました。

### 今後の課題

私どもがこれから将来のことを考えて一番必要になってくると思われることは、教育との連携であります。青少年に対する介護教室を展開したいということが、この3年間に実現できなかった課題であります。教育というのはすぐに効果が出るものではありませんけれども、長い時間の経過のうちに、介護力や福祉力の形成に効果が発揮されるであろう。そのために青少年の介護教室を男性の介護教室と一緒にやりたいと考えておりましたが、学校の方も忙しいことがあって、なかなか実現できませんでした。できたこと、できなかったこと、さまざまありますけれども、3年間の私どもの褥瘡0をめざす保健・福祉推進事業の報告を終わらせていただきます。

# 「寝たきり予防総合支援システム開発事業」

## －誰もが安心して暮らせる福祉の町づくりをめざして－

**松原 精一（まつばら せいいち）長崎県・西海町社会福祉協議会会長**

〔略歴〕1929年生まれ。西海町青年団長、大西海農業協同組合理事、西海町教育委員、西海町議会議員、西海町議会議長を経て、1993年より現職。

### 農業の町、西海町

人は高齢を迎え、虚弱になり、寝たきりになれば、なおさら住みなれた我が家、住みなれた地域で人の温かいぬくもりの中で暮らしたい。西海町社会福祉協議会はこの願いを踏まえ、在宅介護支援センターを核に、行政、施設、医療機関ほか、あらゆる機関と強固な連携の中に町民総参加型の福祉体制を確立し、だれもが安心して暮らせる福祉のまちづくりを目指しております。

西海町は長崎県の西北部、西彼杵半島の西北端に位置し、面積67.3平方キロメートル、三方を佐世保湾、東シナ海に面した風光明媚、気候温暖、人情味豊かな農業の町であります。入江、入江を中心に大小大きく分けて11の集落で形成されております。経済圏は佐世保市で、海路で15分、陸路は西海橋を通じて1時間で結ばれています。長崎空港（大村市）まで約1時間30分のところにあります。農業中心の町でありまして、灌漑事業を起こして180万トンの農業用水ダムをつくり、町内500ヘクタールの畑地に灌漑施設を整備し、基幹作物の温州みかんを中心に畜産などを合わせて平成5年度の農業粗生産額は80億円を上回っております。

人口は現在9,550人、昭和初期より増え続けました人口も1950年をピークに過疎化の一途をたどっております。最近、若干歯どめがかかった感じではありますが、65歳以上の高齢者比率も1985年には17.4%でありましたけれども、現在、既に22.5%に達しており、年平均0.5%上昇した形になります。その内訳を見ますと、ひとり暮らし老人は193人、老夫婦世帯は240世帯、これが大きく増加をいたしております。

身体障害者手帳所持者は420人、療育手帳所持者は50人、母子世帯は53人で、それぞれの団体を組織し、組織強化活動を続けております。

町内には民間の特別養護老人ホーム（60床、ショートステイ20床）が1園、それから民間の精神薄弱者の更生施設（40名定員）が1ヵ所、小規模通所作業所一知的障害者の作業所なのですが、これは社協と親の会で運営して、ただいま園生が13名通っております。

### 西海町社会福祉協議会の歩み

西海町社会福祉協議会の歩みでありますけれども、今日の社協の福祉基盤は一朝一夕に成り立ったものではなく、その経緯を述べなくてはなりません。

1971年に社協設立が認可され、1982年にコミュニティーセンターを建設し、役場の片隅から初めて社協の事務所が現地に移転いたしました。そのときはご多分に漏れず、社協の職員が3名でありました。1984年に地域福祉に関する意識調査を県の助成事業で行い、それに基づいて1987年に地域福祉推進計画を策定し、1987年より民間財団助成によりまして3ヵ年間、地域福祉保健総合サービス研究実験事業に取り組んでおります。この事業の中で約3年がかりで105人の要援護者のネットワークをつくり上げ、同時に緊急通報システムのあんしん電話を設置いたしております。そして、1988年には地域福祉推進計画の見直しを図り、西海町中期地域保健発展計画を策定し、その計画に基づきハード面、ソフト面から今日の社協基盤を築いてまいりました。

現在、社協ではホームヘルプサービス事業、デイサービス事業、入浴サービス、食事サービス、高齢者生活福祉センター、高齢者住宅、在宅介護支援センター、知的障害者の授産通所事業といった委託事業のほか、福祉協力校事業、夏期学童保育、福祉体験教室、シルバー人材センター、竹細工教室といった事業にも取り組んでいます。今、社協職員が常勤、非常勤合わせて31名体制で平成7年度の予算が約1億2,000万円で運営いたしております。

### 寝たきり予防総合支援システム開発事業

以上の社協基盤の中で、1992年10月から3年間、日本生命財団より高齢社会福祉助成をいただき、この寝たきり予防総合支援システム開発事業に取り組んでまいりました。

西海町では各事業によりまして、在宅福祉を通じて要介護者への対応システムが整ってきましたけれども、さらに各サービス機関の連携を図り、要介護者を総合的に支援し、とりわけ寝たきり予防につないでゆきたい。そこで在宅介護支援センターを核にしながら、要介護者支援システムの開発と虚弱な高齢者への日常的なサービスを通しての健康維持支援システムの開発を行い、高齢者の福祉・保健ニーズに対し、早期かつ連続的に対応できる体制づくりを目指してきました。

寝たきり予防総合支援システム開発事業であります、各委員の先生方をお願いしながら、アセスメントチーム等を結成して、取り組んだわけであります。

### 高齢者全員のカルテ作成と分類管理

まず、その一つはチーム対応による要介護支援システムの開発でありますけれども、この中では特に在宅介護支援センターの機能強化、充実を図ってきました。要介護支援システムを確立するためには、町内に65歳以上が2,000人余おるわけですが、その全員のカルテを地域の民生委員の絶大な協力とヘルパー、保健婦等の調査を重ね、まさに2年がかりでカルテを作成いたしております。そして健常者、虚弱者の二つのキャビネットに地区ごとに整備いたしております。特に虚弱者のカルテには介護サービスの必要度合いをラベルで色分け整理し、支援センターで管理しております。そのカルテを行政の保健婦、ホームヘルパー、デイサービスの寮母らがともに活用し、常にミーティングをしながら要介護者に的確なサービスの提供を図っております。

現在のカルテの中身なのですけれども、特に虚弱の方ですが、在宅、寝たきりが7月末で13名、長期入院が100名、デイ通所者が154名、ホームヘルパー派遣が38名、生活援助型給食が32名、特養入所者が74名、老健施設入所者が10名、こういった方々の健康状態、家族関係、主治医、あるいは既往症などを記入して整理しております。

さらにそのカルテを現在パソコンに入力し、いろいろなデータがとれるシステムに取り組んでいますけれども、まだ研究不足と職員の対応に若干課題を残しております。特に必要に応じてはアセスメントチームによる調整、対応を図っております。

在宅介護支援センターに緊急通報システムをドッキングしております。午前中の実践報告の中にもありましたけれども、1991年9月に国の内示を受け、施設を整備、1992年4月に在宅介護支援センターが社協型でオープンしました。同時に全社協より緊急通報評価モデル事業を受託し、研究を重ねた結果、これまでのあんしん電話が特に昼間、農作業等により十分にその機能を果たせないことがわかりました。支援センターが24時間体制でオープンするのに合わせて、パソコンを組み入れた集中管理システムに切りかえ、支援センターに設置し、第一報を支援センターで受けております。

現在、本機には112名の要援護者の主治医、ネット協力者などの必要情報が入力されておまして、

緊急通報の場合、その入力データにより適切な対応が図られております。しかし、この緊急通報システムにも、1987年からの研究実験事業の中で、社協、行政、民協が一体となり、まさに3年がかりでつくり上げたネット（協力者が約400名）の協力がなくては機能を十分に果たせない感じがいたします。確かに年間を通して本当の緊急通報というものは少ないです。昨年6件でありました。ただ、独居要援護者などからまさかのときの安心感が高く評価を受けております。

### シニアボランティアによるミニデイサービス

次に、虚弱な高齢者の健康維持支援システムの開発であります。本事業のもう一つの柱は、健康維持支援システムの開発で、各地域でのミニデイサービス事業に取り組んできました。社協では1984年に小規模デイサービスを開始し、その後B型に移行しておりますけれども、高齢化の進展とともに対象者が大幅に増えております。十分な対応が困難ともなってきました。現在154名が登録しております、1日に約30名に対応しておりますけれども、特に重度の方を除いてほとんどの方がやっと1週間に1回利用できる体制であります。

本事業の中では地域住民の理解と参加によりまして、シニアボランティア90名を登録、養成し、各地域の老人憩いの家や地区公民館を活用して、老人クラブの会長をリーダーにシニアボランティアによるミニデイサービス事業を開業いたしております。そして高齢者の生きがいづくり、健康維持、寝たきり予防につないでおります。老人クラブの会長をリーダーにシニアボランティアが食事をつくり、社協はいろいろな形で健康チェックを支援したり、あるいはスライドをもって支援をする。できるだけ地域の自主性を生かしたプログラムの中で実施しております。

当初、町内11地区全域の開設計画でありましたけれども、現在のところ8カ所で実施しております。一番小さい集落は対象者が8名であります。大きい集落で25名でありまして、8カ所で125名の対象者がおりますけれども、それもはっきり言いまして実施が月1回のところと2回のところであります。

評価委員会の先生方からデイサービスとしての成果が指摘をされておりますけれども、農業の町で元気なお年寄りがまだまだ働いています。こういったことも重なりまして、やはりボランティアだけによる事業推進の大きな課題を感じているところであります。しかし対象者からは社協のデイサービスなり、ホームヘルパー訪問、生活支援型の給食サービスなどの重層のサービスに大変評価をいただいて、おばあちゃん方にまだあの会はないのかと、リーダーが責められる状態が続いているようです。

同時にこのことで地域のふれあい、地域の助け合う心、参加する心が育つことに大きく期待いたしております。さらに本事業を通して地域住民の要望を踏まえ、本事業が終わった本年度10月からは、町単独による約300万円の高齢者の生きがいと健康づくり推進事業の一部につないでゆきたいと思っております。

### 生活支援型給食サービスの開始

本事業の3年間のより総合的な要介護者支援サービスを模索する中で、必然的に生活支援型給食の問題が生まれてきました。1年同社協の研究課題として役職員の研修を重ね、あわせて民生委員協議会の協力によりましてニーズ調査等も実施いたしまして、行政の理解の中で今年度社協予算に約400万円を計上いたしました。準備を進めてきて、去る7月1日より毎日約30食の夕食を対象者にボランティア等を組み合わせながら宅配いたしております。

お蔭で滑り出して約2ヵ月になりますけれども、順調に歩みを続けておりますが、一つ心がけていますのは365日体制を整えながら、土曜日、日曜日は限定した人たちだけということで実施いたしております。



作れる方には土曜日、日曜日は何とか自分で作らせたい、要介護者の自立心を幾らかでも助けていきたいという基本方針で進めております。やがて在宅高齢者の日常生活支援事業につないでゆきたいと思っております。

## 行政、各機関との連携

行政、各機関との連携の問題ではありますが、現在こういった形で日本生命財団の助成等をいただきながら、支援センターを核に福祉活動を進めておりますけれども、自主財源に乏しい社協では、地域福祉を推進していくためには行政と密接に連携をとり、一致協力していく必要があると思います。西海町は常に町民福祉第1の施策を展開いたしておりまして、西海町社協では町助役に理事・副会長に就任していただいております。町長は社協顧問となって理事会、評議委員会ともどもに努力を続けているところであります。

行政の保健福祉課長及び担当職員、社協職員全員で構成する企画委員会は地域福祉を解決するための毎月の定例会であり、重要なケース検討も含めながら、福祉課題解決の原動力となっております。本事業のアセスメントチームとしても大きな推進力となったのであります。それぞれに仕事がありますので、仕事が終わった夕方の5時半から夜遅くまで毎回開催されております。

実務者レベルでは、支援センター、行政の保健婦、ホームヘルパー、デイサービス介助員等の定例会の中で、細部にわたりサービス調整が図られております。このかかわりの中で、ハード面、ソフト面、それぞれの役割を自覚し、委託事業運営など設置主体、運営主体ともどもに協力して事業が展開されております。

社協がより総合的な介護支援センター体制を確立するためには、どうしても施設、医療機関等の連携が不可欠になってきます。社協では常に町内の開業医院と連携を深め、交流を図り、ホームヘルパー、デイサービスの要介護者への指示書など全員無料で協力していただき、指導をいただいております。先般、町内医師会より招待されましての町役場の保健福祉課と社協との親睦ボーリング大会は、医師会との心の通うひとときでありました。

特別養護老人ホームとは常に行事など相互に協力し、ホームヘルパー研修、レク指導のほか、デイサービスの誕生会は毎月特別養護老人ホームに招待されます。そして合同で開催されております。こういったかかわりの中で、要介護者の緊急時などスムーズに対応できる体制が整ってまいりました。

## 中間シンポジウムの開催

シンポジウムの開催ではありますが、平成6年3月に寝たきり予防総合支援システム開発事業中間シンポジウム「日本一の地域福祉の町づくりをめざして」と題して開催いたしました。今日高齢化社会の到来とともに問題も多岐多様化し、とりわけ増加の傾向にある寝たきり、痴呆性老人など援護を必要とする高齢者の支援体制づくりは、予防対策を含め重視しなければならない。このため寝たきりゼロを目指して、町民総参加による西海町らしい地域福祉、在宅福祉の創造を目的に開催いたしましたわけでありまして、県内外から400名の参加をいただきました。

内容としましては、「21世紀社会と地域福祉」と題する日本社会事業大学の三浦先生の講演をはじめ、全社協の和田部長のコーディネートのもとに介護者家族、シニアボランティアの代表、医師の代表、行政の代表、社協の代表の地元のシンポジストによるシンポジウムは有意義に終わることができました。さらに本事業が終わった時点で、この事業の報告を兼ねた評価シンポジウムを開催いたしたいと思っております。

## 今後の課題

今後の課題でありますけれども、高齢化の進展が予測される西海町で、福祉ニーズの増大が考えられます。行政、社協とともに住民参加の体制が望まれます。そして、いつでも、だれもが、必要なサービスを受けられる体制を確立してゆきたいと思っております。

当面の課題は、町保健福祉計画を踏まえながら、B型デイサービスセンターを1カ所増設し、今年7月から始めております生活支援型給食サービスを在宅高齢者等日常生活支援事業に乗せて定着を図り、より総合的、連続的な支援体制を確立していくことだと思っております。

もう一つの大きな課題は、10年後、20年後の社会を支える子供たちをいかに育てるのか。社協では町内全校の福祉協力校指定事業あるいは福祉体験教室、夏期学童保育事業に願いをかけておりますけれども、老人にやさしい子供あるいは障害者にやさしい子供は、私ども親の後ろ姿を見て育つと思います。総合的な支援システムづくりと同時に、地域ぐるみの中で子供たちの福祉教育、人づくりは最大の課題と感じております。

# 「豊かに老いるまちづくり事業」 ーくらしに根ざした地域福祉の試みー

森迫 邦人（もりさこ くにと）宮崎県・永寿園施設長

〔略歴〕1934年生まれ。ひまわり会理事、永寿園事務長を経て、1983年より現職。

全国社会福祉協議会評議員、宮崎県老人福祉施設協議会会長等を兼務。

## 社会福祉法人ひまわり会の沿革

私ども社会福祉法人ひまわり会は、宮崎県の日向市にありまして、今回企画いたしました「豊かに老いるまちづくり」事業、サブタイトルでーくらしに根ざした地域福祉の試みーに対しまして、日本生命財団より高齢社会福祉助成金をいただいた次第です。

こういった「豊かに老いるまちづくり」事業ーくらしに根ざした地域福祉の試みーを行う背景もありますので、まずひまわり会の概況を説明いたします。

この「豊かに老いるまちづくり」事業ーくらしに根ざした地域福祉の試みーに対しまして、午前中コーディネートされました大國先生、関西学院大学の浅野先生、桃山学院大学の上野谷先生方にもおいでいただき、シンポジウム等に参加していただきましたことをまず紹介しておきます。

ひまわり会は、昭和52年に認可を受けまして、昭和53年特別養護老人ホーム永寿園を定員50床で開設いたしました。昭和55年度にはショートステイ事業を受けておりまして、今現在、年間利用日数が4,000日を超えています。昭和53年当時は年間10日ぐらいの利用日数があっただけでしょうか。現在までの経過を考えてみますと、いかに地域の在宅家庭の介護機能が低下したかも証明されております。また、同年度に、在宅機能回復訓練事業も受託しております。これは、老人保健法の中で予算が組まれておりますが、現在利用をしている人たちが年間延べ二千数百名、利用人員が二十数名ぐらいで機能回復訓練を行っています。

昭和60年には、ホームボランティア派遣事業を始めています。ちょっと耳慣れないかと思いますが、これがヘルパー派遣事業の一番の基本になっております。いつでも、どこでも、だれでもが受けられるホームヘルプサービスが事業化された最初の名称かホームボランティア派遣事業で、63年には介護ヘルパー派遣事業という名称に変更いたしました。昭和60年当時は、5人のヘルパー職員でわずか100万円ぐらいの事業費でしたが、平成7年度では1億円を超える予算規模、100倍ぐらいの規模になっております。常勤ヘルパーが7名、契約ヘルパーが20名、登録ヘルパーが17名です。のちほどまた時間がありましたら説明したいと思っております。

## ニーズにそって在宅サービスを展開

昭和63年にデイサービスセンターが開設されました。これはB型であります。そして63年に、県単独事業で家庭介護促進事業がスタートしています。これは家族の方がどうやったらお年寄りを家庭で介護がしやすいのかということで、施設を中心として家族もお年寄りもともに1週間ぐらい泊まって介護を勉強する制度です。

平成元年度には痴呆性老人等通所モデル事業と在宅老人安心システム事業の委託を受けております。在宅老人安心システムとは緊急通報システムのことですが、西海町の方が言われたように平成2年度に、緊急通報モデル事業を私どもも受けました。そのモデル事業の中で従来の受信専用の緊急通報システムの確立と、こちらから利用者に定期的な連絡をとるコールサービスによる一人暮らしのお年寄りの孤独感の解消、安否確認といったことも現在継続して行っております。

平成2年度には、痴呆性短期入所事業の委託を受け、また日向市中央在宅介護支援センターを開設いたしました。これは日向市の保健福祉計画の中で6から7カ所設置するであろうとの予測のもとで中央と名づけました。これらの事業を継続して実施しておりましたところ、日向市が日本で在宅福祉に非常に力を入れたということで、厚生省より在宅福祉部門で表彰を受けました。平成4年度には、私どもひまわり会もまた表彰を受けたところであります。

平成5年度には、特別養護老人ホーム諸塚せせらぎの里を開設いたしました。後ほど説明いたしますが、日向市より約50キロ山奥に行った山村集落のところにあります。諸塚村が建物を建築し、私どもに経営委託したのが平成4年度のデイサービスセンターであります。5年度は30名定員の小規模特養のせせらぎの里を併設したのです。

それから、平成5年度のふれあいデイサービスセンターですが、痴呆性老人等通所事業のモデル事業が発展いたしまして、ふれあいデイサービスセンターE型に変更になったといういきさつがあります。

施設を中心として在宅福祉等々が昭和55年ごろから始まったという歴史がありまして、暮らしに根ざした地域福祉の試みということを今回の助成事業で実践をさせていただいたわけです。

### 日向市と諸塚村の公民館97カ所で啓発活動

九州の東海岸でちょうど真ん中あたりに日向市は位置します。人口59,500人、高齢化率14.29%です。日向市から約50キロ山間部に入って行ったところに諸塚村があります。人口は最高時約6,000人ほどでしたが、現在では2,879人で、高齢化率23.2%です（**図12参照**）。超高齢社会ということで、車でわずか1時間の距離にある日向市と諸塚村に、ひまわり会の持つ資源とノウハウを駆使し、両市村を対比させることで、双方の今後プラスになればと思っているところです。

先ほどいろいろ委託事業の中で沿革を説明いたしましたが、私どもが昭和50年、60年代にホームヘルパー派遣事業を推し進めて行った中で、私自身もホームヘルパーの介護を必要としている家庭を訪問いたしました。そのとき、「何しに来たのですか」といって断られたり「特別養護老人ホームというネームの入った車を玄関先に止めると困る」とクレームがつき、遠くに置きに行ったりした記憶があります。そういう苦労を重ねた経験を経ているだけに、この福祉に対する偏見を取り除くために、公民館に出向いて、そしていろいろ福祉セミナーをした方がよいだらうと考えました。日向市では自治公民館83カ所がありますが、このうち81カ所、諸塚村では16カ所全部で、1年半の期間をかけて福祉セミナーを実施しました。昼間は人が集まりませんので、夜、施設の職員・デイサービスセンターの職員・在宅介護支援センターの職員・ホームヘルパー職員ともども交代しながら全地区を回りました。

### 医療・保健・福祉の連携

日向市と諸塚村の両地区でいろいろな福祉活動を行っていますが、とにかく我々サイドだけでなく、医療・保健・福祉、この三つをどうしても連携していかなければならない。具体的にどういうアクションを起こせばよいかを考えまして、在宅介護支援センターが日向市の医師会を通じて、医師会の先生方、看護婦の皆さん、ケースワーカーの皆さん等と呼びかけ、相互理解を図る説明会を開きました。また、在宅介護支援センターがどういった役割を果たすのかについて、宮崎県の地域福祉係長から説明をいただきました。

千数百名を対象にアンケート調査（**表6参照**）を行いました。返ってきたのは399名で、その内訳を見ると、性別では女性からの回答が圧倒的に多くありました。年齢別には50歳後半が約60%を占めておりました。

福祉セミナーの調査ですが、福祉セミナーを知っていた・知らなかった、セミナーの参加について、福祉サービスの存在、在宅介護支援センターの役割等を比較してみますと公民館での啓発活動のお蔭でしょうか。福祉サービスの存在を「知っている」「少しは知っている」が約90%に達し、公民館での啓発活動の効果のあらわれではないかと思っていますところでは。

### ミニ特養の開設

日向市は14.29%の高齢化率ですが、ある地域では20%を超えている2020年を思わせるような地区もあります。今回ミニ特養を実施しました細島地区は高齢化率23%を超える漁村地区で、昼間若い人達は漁業や小規模な商工業の勤めに出ていて、残されたのは高齢者がとても多いという地域であります。この細島地区のコミュニティーセンターを月1回借りまして、施設の職員が9時から15時まで、レクレーションを通して身体の機能・能力の維持を図ったり、昼食サービス、相談サービス等いろいろやっております。これはサテライト方式のデイサービスのようなものと思って頂いてよろしいのではないのでしょうか。

### 高齢者健康教室を開始

これは在宅介護支援センターを中心になりまして、ソーシャルワーカー（このソーシャルワーカーはP.T.の有資格者）や市内のP.T.（理学療法士）が、元気なお年寄りがいかにしたら寝たきりにならずに、心身共に豊かな老後を送れるかというテーマで、日向市を8カ所に分けて講義・実技指導をいたしました。これにつきましては、当助成事業推進協議会の副会長である宮崎リハビリテーション学院の米田先生や同学院の学生、日向市の病院に勤務するP.T.の協力のもとに実施いたしました。この健康教育では、P.T.による健康に関わる講義と健康体操をいたしました。健康体操として、現在、宮崎県のラジオ民放が、昼間12時50分より毎日放送しているポンピング体操を取り入れました。この体操は、米田先生が考案されたもので、ハウス栽培農家や工場等で好評を得ていたものを元気老人に毎回の健康教室で紹介し、大いに喜ばれました。コールサービスですが先ほど述べました緊急通報モデル事業で、お年寄りの安心感や孤独感の解消、安否の確認等のために行っております。ペンダント方式でセンターのパソコンとつながっており、ペンダントを押すことで通報がパソコンに受信され、画面上と記録用紙で確認できます。コールサービスは、パソコンによって、今日はだれとだれに連絡してくださいと打ち出されてきますが、1日に15から20世帯、お年寄りの孤独感の解消、ご機嫌伺い、相談等々をしております。

### 介護ヘルパー派遣事業の延長、拡大

介護ヘルパーの派遣は、昭和60年から始めております。100万円の事業から1億円の事業に膨れ上がる急進展をみせております。日向市では別に社会福祉協議会が家庭奉仕員事業も行っており、訪問入浴事業と訪問給食サービス事業を中心になってやっています。（表7参照）

介護ヘルパーの通常の派遣時間帯は8時30分から17時ですが、私どもは、いつでも、どこでもというキャッチフレーズで、早朝から夜間11時ごろまで延長し、必要があれば土曜、日曜、祭日も行っております。いつも誰かが見守ってくれているのだと利用者が安心して生活できる体制づくりを目指しております。元日にも行っておりまして、元日に当たった人には割増賃金なども支給しております。

## グループホーム「ひなたぼっこ」の開設

このグループホームは、地域の中でお年寄りが安心して暮らすのに何も施設を利用しなくてもいいのではないかということで、平成7年3月から始めました。今まで紹介したのはほとんど施設が中心となっていて、施設の公的な機能を生かしながら在宅福祉を出前するケースでした。しかし、このグループホーム「ひなたぼっこ」の最終的な目的は、専門職を入れながら、地域の社会資源を利用して、お年寄りが地域の中で安心して暮らせる形態の構築であります。例えば日曜日・土曜日等は親子会が来て草取りをすとか、地域の婦人会の人が昼食の支度をすとか、高齢者の老人クラブのメンバーが話し相手をするとか、夜間は施設の職員が泊まるとかといった地域の資源を生かすことです。

これが私ども独自で考えたトータル・ケア・システムです。施設の公的な制度を利用しながらトータル・ケアもできますけれども、こういった社会資源を利用したトータル・ケア・システムもできるのではないかということで、痴呆性のお年寄りや介護が困難な人等をグループホーム「ひなたぼっこ」で実際に介護しています。

このグループホームは、普通の民家を借り入れて一部お年寄りにあわせて改造をしております。寝たきりの方が入浴困難な場合には、先ほど言いました社会福祉協議会の訪問入浴事業で1週間に2回来ていただくとか、それから市の保健婦や訪問看護ステーションから来ていただくなど様々な資源を利用しながら現在は進んでおります。

ある入所者は痴呆性の症状が非常に強く徘徊も多かったのですが、施設のデイサービスE型（ふれあいデイサービス）を利用しながら夜はここで休み、現在では相当落ち着かれました。この方が他のお年寄りの面倒を見るという、以前では考えられなかった光景も近頃は見られるようになりました。8月には夏祭りや花火大会に利用者の方たちを連れて行き、大いに楽しんでいただくなどアットホームな雰囲気づくりを心がけています。

具体例を示すと

### ①H. Tさん（94歳女）

左手を骨折したが入院の受け入れ先がなく、家族（孫夫婦）は共働きで介護できず、当園に電話にて相談があった。グループホームと自宅が近いので夜間は殆ど毎日孫娘が面会にみえている。

### ②K. Yさん（81歳男）

E型デイサービス利用者、痴呆が進み、1人住まいでは無理と家族より相談があり、グループホーム利用となる。極度の夜間せん妄があったのが、嘘みたいに消え、入所者の面倒をよくみられるようになった。

### ③S. Mさん（92歳女）

当園のショートステイを一度利用されたが、どうしても集団生活に馴染めないためグループホームを利用、ここならその後冠婚葬祭の間2回利用される。

### ④I. Sさん（85歳男）

家では大声が出ていたのが無くなり、保湿性の高いオムツに変えた所、一晩中熟睡されるようになり、妻を識別できるようになった。また、無表情だったのが声を出して笑うようになったと家族も大変喜んでいる。

## 若者の意識調査

将来の高齢者福祉推進の担い手である若い層は、福祉をどう意識し実践していこうとしているのか、簡単な聞き取り調査をいたしました。対象は、まちの高校生を無作為に選んだ50名、専門学校生50名、

福祉関係に勤務している新人職員30名でした。その結果、高校生も高齢化問題や福祉問題に関心や興味が高いことが分かりました。経済不況のもたらす就職難も大きく関わっているものと思われます。また、医療・保健・福祉の領域へ進もうとしている専門学校生たちは、大半が自らの意志でこの道を選んでおり頼もしい反面、実習等を通して現場の厳しさに不安を持つ者が多く見受けられました。新人達は、自ら選んだ道とはいえ、職場の雰囲気や環境に未だなじめない要素を持っている者もいることが分かりました。

この意識調査では、若者が高齢者に対して何か暗いイメージを持っているということも出てきました。若者、とくに高校生で強く感じたことは、老いとは弱々しく、もろく、壊れやすく、病んでいるという観念に凝り固まっていて、だから世話をする、だから助けてあげるといった負のイメージをいかに多くの者が持っているかということです。

そこで多くの高齢者はいかに元気で逞しく、共にこれからの高齢社会を生きていく存在かということも、学校教育の中でどんどん教えていく必要があると思っています。

### **開拓者精神で新しい試みに挑戦**

今回、本事業の中で私達は福祉の対象者の発掘や福祉に対する啓発活動、どうサービスを展開していくかを研究させていただきました。もう一方で一般市民が福祉をどう理解し、また福祉に一般市民としてどう関わりを持つといいのかの糸口を見いだす経験もできたと思われます。とりわけ福祉に直接関わりを持つ者だけで、今後の高齢社会における地域ケアシステム作りはできないことを、アンケート調査はもとより公民館活動等を通して知ることになりました。

大きく変わろうとする福祉の波の中、これからも常に私たちは開拓者精神で新しい試みに挑戦して、この3年間物心両面に助成いただいた日本生命財団の期待に応えることを約束いたしまして、報告を終わります。

---

## 総合討論

[みんなでつくるトータル・ケア・システム]

---

- コーディネーター----- 大國美智子
- コメンテーター----- 冷水 豊
- シンポジスト----- 桑原 良祐  
時田 純  
坪山 孝  
松原 精一  
森迫 邦人
- まとめ----- 三浦 文夫

## 「みんなでつくるトータル・ケア・システム」

### 施設福祉から在宅福祉への転換

コーディネーター 前大阪府立大学教授 大國 美智子

大國 この日本生命財団の高齢社会福祉助成でありますけれども、昭和57年度から高齢者福祉についての先駆的、実験的な事業ということで助成が続けられてまいりました。私もその候補に対する審査員として長くかかわらせていただいております。まず最初に、この助成事業によって展開された皆様方の努力、その成果が、今日の高齢社会に対しましてどのようにかかわっているのかについて、少し説明させていただきたいと思えます。つまり、このシンポジウムのねらいを少しでも理解いただき、それを踏まえてシンポジウムを進めていきたいと思うからであります。

第1回目のシンポジウムは昭和62年でありますけれども、施設福祉から在宅福祉への転換の試みが幾つか報告されました。高齢者地域共同住宅にさまざまな福祉サービスのアクセスを取り組もうとする実験の報告でありました。そのころは福祉の領域では苦手とされておりました痴呆性老人に対して、デイサービスでどのように対応できるのかを実証してみたことも報告されました。さらにコミュニティアという理念に従いまして、その具現化といいましょうか、住民を巻き込んでデイケアセンターをつくっていかうという構想。あるいはそれを実際に住民の力を合わせてつくり上げて、そして実践してみる。しかもその中で痴呆性老人も含めてケアしてみるという報告もありました。さらに、地域の連携の中で、いわゆる保健・医療・福祉の連携でありますけれども、今日の高齢者サービス調整チームにつながる連携のあり方も報告されております。

### 新しい事業、メニューの創出

その後、毎年新しい事業が報告されました。すべて挑戦的なものであります。振り返って見ますと実にさまざまな事業が出てまいります。給食サービス、時間貯蓄型介護ヘルパー、クリーニングサービス、相談事業、デイホーム、ハーフウェイハウス、高齢者介護ホーム、痴呆性老人生活指導ホーム、痴呆性老人介護ホーム、24時間ケアシステム、365日サービスシステム、ボランティアによるデイケア、独居老人同士の交流、世代間交流、虚弱老人の交流会、緊急通報システムとあんしん電話、小規模多機能ホーム、グループホーム、住民参加型のグループハウスなど、さまざま、実にたくさんあるわけです。しかし、この10年間は、高齢者福祉が非常に激しい変動の中で過ごした時期であります。国の施策も次々



と追加されていく状況の中で、結果的に見ますと、本当に先駆的、実験的というか、新しい事業であった場合もちろんあります。メニューといたしましては諸外国で既に行われている事業の日本版でありますとか、あるいは言われていてもなかなか実際にやれなかったことを、現実にもやってみるモデル事業でありますとか、それらは実現することに非常に重点が置かれた事業でありました。

### 住民を巻き込みながら推進

さらに一方では、住民を巻き込みながら進んできたということも、この事業の特徴ではないかと思っております。ほとんどの地域で講演会、シンポジウム、介護教室、研修会、機関誌の発行、パンフレットの発行、ボランティアの育成などが実施されました。組織といたしましても推進協議会をはじめ、各種の推進団体の発足、さまざまな自主的福祉活動をするグループや支援組織の育成などがありました。さらに情報管理の事業も行われてまいりました。この助成の流れの中に一体どういう視点があったため、このように進んできたのでしょうか。

それを少しまとめてみますと、一つには全く新しい事業に挑戦いたしまして、高齢者ケアのノウハウのメニューを増やすことに重点がありました。

二つめには、ノウハウのメニューは揃っているけれども、いかにして実践し、定着させるかという問題がありました。

三つめには、そうした事業が後に実際に行政の施策としてどのように組み入れられていくのか、本当に行政にどういう形でバトタッチするのがベターなのか、役割分担はどうするのかといった行政との絡みの問題が出てまいりました。

四つめには、実は私はこれが一番大事な点だと理解しているわけではありますが、そうしたサービスを住民がどう受けとめているかという視点であります。その実現に対して、住民がどのように自発的に動いたか。住民の自主的な福祉のために事業を行う側がどんな働きかけをし、苦勞し、住民の目覚めを誘い、育ててきたか。こういった地域住民の主体性の問題と絡む動きが語られてきたのであります。

### 地域特性を生かした地域にふさわしいシステム

そういったことを考えてまいりますと、きょうのトータル・ケア・システムに行き着くわけでありませうけれども、トータル・ケア・システムと言いますと、一つの定義があろうかと思えます。それは最後に三浦先生に教えていただくことにしまして、きょうのお話を聞いておりますと、実は地域にいろいろなサービスがある、ばらばらにサービスがある。ばらばらのサービスを地域全体としてどう汲み上げていくのか。そしてその汲み上げたものを、どのようにパッケージして利用するのが、これから課題になってくるのではないかと思います。その地域における特性をしっかり踏まえて、その地域に最もふさわしいシステムをつくり上げていかなければならない時代が来ているのではないかと感じました。

きょうの午前中の藤原先生のお話にもありましたが、住民と共にというときに、実は男女の問題が出てまいりました。それから若いも若きもという世代間の問題も出てまいりました。さらに週休5日制という労働や経済の世界の課題も絡んでいるというお話がありました。時代の変化の中でいろいろなことを考えなければならないのです。

午前の発表でありますけれども、あんしん電話を軸にいたしまして、住民のニーズに合ったホットラインシステムをつくられたお話、あるいはトータル・ケア・システムという中に、介護の人材育成まで含められたお話、かなり幅広い問題が出てきていると思えます。

## 発展する過程が重要

午後のお話の中にも単にケア、介護、福祉といった狭い意味ではなくして、もっと広い教育の問題、住宅改造の問題、教育でも殊に福祉教育、学校教育まで触れられた方がいます。トータル・ケア・システムという言葉とは少し別ではあります、今の時代は、トータルという言葉の中に、単に社会福祉施設や行政がどうするかということだけではなくして、インフォーマルな地域の組織、ボランティア、あるいは民間企業も含めてという意味が含まれると思います。

さらに、午後のお話の中にはもっと広く保健も医療も含めて、予防的な視点も入っております。情報システム、労働、教育、住宅政策といった非常に広い意味でのトータルな視点かなければ、これからの施策はうまくいかないのではないかと感じた次第であります。むしろ私はそういうことを教わったと感じております。

そのように発展していきます過程こそが実は一番重要なことなのだと、もう一度皆さんにも言いたい。つまり一足飛びにトータル・ケア・システムができるのではなくして、一歩、一歩、住民のために、住民と共に、その地域に見合った必要なサービスをつくり上げていく。それを全体としてまとめていく。そういった階段を一步步ずつ上がっていく過程こそが、実は非常に重要なことなのだともう一度強調したいと思います。

きょうのどの報告にもその歩みが非常によく発表されておまして、感激したわけです。でき上がったものだけを見るのではなくして、ぜひその過程を見ていただきたい。シンポジウムを進める上でシンポジストの皆さんも事業の過程を見るという視点で少しお話いただければと思っております。

では、コメンテーターの冷水先生よろしく願いいたします。

## 先駆的が当り前に

コメンテーター 上智大学教授 冷水 豊

冷水 私の方からは午後の三つの報告を中心に、午前の関連するテーマについても触れながら、感想と質問をさせていただきたいと思っております。まず、全体的な印象ですが次のように思いました。この助成事業というのが民間の開発的、先駆的な福祉事業を選んで助成するという目的があるわけですが、今も大國先生からこれまでの先駆的な事業の例が示されました。きょう伺ってしまして、何か先駆的、開発的という言葉自体が、非常に当り前に聞こえるようになってきたという気がいたしました。昔だと知らなかったという感じだったのですが、きょうお話を伺っていて、必ずしも知らなかったというよりも、そういうものが着実に各地域で広がっていったという印象を非常に強く受けたわけです。

24時間のホームヘルプサービスは、今、全国でモデル的に行われておりますけれども、二、三年前まではスウェーデンや北欧ではやっているけれども、日本では無理と受け取られていました。しかし、これからは非常に当り前になるのではないかと、いろいろ難しい問題がありますけれども、そんな印象を感じざるぐらいのものがありました。これを言いかえますと、福祉サービスの普遍化、一般化が着実に進みつつある、そういう兆しを着実に感じることもできたということが1点であります。

## 二つのバリアが根強い

しかし、他方で言いますと、先ほど二つの報告にありましたように、地域住民の福祉に対する偏った考え方、偏見、抵抗がまだまだ強い。これは農村部だけではなくて都市にもあるという報告がされております。もう一つの大きなバリアとしては、公的な制度自体がサービスを普遍化する上で大きな障害になっているということです。そのためになかなか普遍化できない。二つのバリアがまだまだ根強いこと

が報告されたと思います。

午前中も大國先生が言われたかと思いますが、これから公的な介護保険が具体的な日程に上がってきて、非常に大きな議論を呼んでおります。公的介護保険というのは非常に定型化されたサービスに対して給付をする。サービスの普遍化が実現していなければ効果を持たないシステムであります。大きなバリアをどう乗り越えていくのかが、非常に重要な課題だということを改めて実感させられました。そういう状況の中で、利用者本位に行政の欠陥を埋めて福祉の普遍化を目指す民間の活動が、地道に行われているという報告を受けたと思います。それが全体的な印象です。

### 典型的なトータル・ケア

それから、個々の発表についてはとり上げることがたくさんありますけれども、一、二に絞って感想を述べ、一部質問もさせていただきたいと思います。

まず午前の最初の千葉県の子通市での取り組みです。在宅介護支援センターの活用を通してでありましたが、都市地域でも旧市街地があり、農業地域が含まれている中では、福祉に対する理解がまだまだ十分に進んでいない。東京のすぐ近くでそういうことが報告されたことに、改めて考えさせられたわけです。そういう中での介護支援センターを中心とした取り組みは、印象が強かったと思います。

二つめは、神奈川県の子通市の潤生園での報告です。これは非常に典型的なトータル・ケアを既に実施しておられるということですが、特に印象深く思いましたのは、地域のいろいろな団体の代表、市民各層の参加を得て当事者参加を実現している。そういうものをバックにしながらトータル・ケアを実現しようとしておられる。これはほかの地域でも非常に参考になるのではないかと思います。時間が少なかったので具体的なことを教えていただけなかったのですが、こういうことがどうして実現できているのか、こういう条件があって実現できているというものがもしあれば、ぜひ提示していただくと参考になると思います。

### 男性向けの介護者教育講座

午後の発表ですが、最初の子通市の報告ではいろいろなことが言われました。私が印象深く思いましたのは、午前の藤原先生の講演に関連して、男性向けの介護者教育講座を開いているという点です。これは全国でもまだ非常に少ないのではないかと感じて印象深く思いました。

私は以前に東京と中国の上海を比較した調査に参加しまして、そこで驚いたことがありました。上海と東京は、私たちとしては同じ文化圏と考えがちです。しかし、高齢者の介護を調査してみると、日本ではご存じのように圧倒的に高齢者の介護は女性がしています。私たちの東京の調査でも9割が女性で1割が男性、9対1という比率でありましたが、上海ではどうかと言いますと3分の1が男性です。そして3分の2が女性、やはり女性が多いというのに変わりはないのですが、同じ文化圏でこんなに違うのかと驚きました。今ちょうど北京で女性会議というのが開かれているところですが、きょう藤原先生が言われたような男女参画の高齢者ケアをどういうふうにして実現するかという点で、男性向けの介護者教育講座というのは非常に先駆的な取り組みではないかと思いました。

この子通市の報告に関しては、休日のサービスやつなぎの介護用品の貸し付けを通して、公的なサービスが行えないことを補足して、それを公的なものにつなげていく。協調と言われましたが、私はかなりアクティブな活動だろうと思います。その中で緊張関係を維持していくことが非常に重要だと表現をされています。この中身をもう少し具体的に教えていただければと思います。民間と行政の間でどういった緊張関係を維持していくのかを教えていただければと思います。

## サービス、システムの連続性

午後の二つめの報告は、長崎県西海町の社会福祉協議会の活動でした。ここで私が大変印象的だったのは、総合的なシステムとよく言ったり、あるいは今回もトータル・ケアと言っていますが、その基本にあるのはサービスの連続性、システムの連続性ではないかということです。こういうことを虚弱高齢者の支援、それから要介護高齢者の支援という形で具体的にシステムに分けて、実際に展開されていることに非常に感銘を受けました。

西海町のことに関しては、先ほどの小田原市の場合にも関連するのですが、最後の方で社協としての住民参加を改めて強調しておられます。西海町はいわば事業型社協的な形でかなり行政の役割も果たしてこられたと思うのです。改めて住民参加と言われている中身を、社協の立場からもう少し説明いただければと思います。

## 地域福祉の展開の典型

三つめの報告は、宮崎県日向市を中心にした実践の報告です。これは非常に原点的な福祉啓蒙啓発活動から出発をして、セミナーや健康教室、あるいはアンケート調査を積み重ねながら、個別のいろいろなサービスも同時に提供している。一つの地域福祉の展開の典型ではないかと思いました。最後のところで少し時間が足りなくて省かれました若者の意識調査は注目されます。これはほかの報告でも出ておりましたが、高齢社会、少子高齢化と言われますように、若い人たちをどう高齢社会の中に組み込んでいくのか、ということは非常に大きな課題だと思えます。これは福祉だけではなくて全社会的に重要な課題だと思えます。私が前におりました東京都老人総合研究所で、老人観は小さいときに形成されるということで、小学生を対象に調査いたしました。日向市の例は高校生とそれ以上の方々を対象にしていますが、もう少し若い子供たちを対象にした児童福祉との関連を教えていただければと思います。

## 二つの質問

全員のスピーカーに対して、もし時間があれば二つの点について質問したいと思うのです。

一つは大國先生が触れられましたが、今回も全国のいろいろな地域の例が報告されました。これからは地域の時代、福祉も地域で進めていくことから言って、各報告でも地域の特徴について触れられたと思うのです。私は特にその地域で、地域の特徴がプラスになっている面をぜひ強調していただきたいと思うのです。そういうものが類似の地域で非常に参考になるかと思えます。ちょっと難しい希望かもしれませんが、どういう点でその地域の特徴が福祉の推進に役に立っているのか、あるいは役立てようと思うのか、ということをお教えいただければと思います。

二つめは、ほとんどすべての報告にありましたが、保健、医療との連携、最近は住宅も含めた非常に多面的な連携が強調されております。ややもするとこれまで連携が実現するには、どちらかというと医療や保健の側がかぎを握っていたと感じております。これからは福祉の方もある程度リードをして、保健や医療を巻き込んでいく、それぐらいの積極性があるのではないかと。その点で在宅介護支援センターが持つ役割というのは非常に重要だろうと思えます。

介護支援センターは保健・福祉の連携の拠点という格好で諸地域に設けられています。今回の報告でもほとんどが介護支援センターに関連した活動をしておられるわけで、介護支援センターが、この保健・医療・福祉の連携の中で、どれぐらいリードできる可能性があるのか。夢でも結構ですが、ぜひ教えていただければと思います。

**大國** ありがとうございます。

ただ今、冷水先生から今までの発表に対しますコメントをちょうだいしたわけではありますが、それを踏まえていただきまして、それぞれのシンポジストの先生方から発言をお願いしたいと思います。まず最初に、市川市の桑原先生をお願いしたいと思います。午前中に言い残した部分を含めまして、冷水先生の質問につきまして、発言をいただきたいと思います。

## 今は地域の時代

慶美会理事長 桑原 良祐

**桑原** 今、地域の時代のお話をいただいたわけですがけれども、私がすごく喜んでおりますアンケート調査があります。それは地元の市川市が「あなたはそのまま地元の市川市に住み続けたいですか」「ここで老後を迎えたいですか」というアンケート調査をされましたところ、実に住民の8割以上が、ここをついの住みかとしてほしいと希望しておられます。

それから、現場で強く感じておりますのは、私ども昭和58年から特別養護老人ホームを運営しておりますが、年間で何人ぐらいの市民がボランティアに来てくださると皆さんお思いでしょうか。平成6年度の実績で延べ3,000名を超える市民が来てくださっています。

私どもの施設は先ほど地図でお見せしましたが、市川市とは言いましても一番北のはずれのナシ畑の中の施設で大変不便なのです。しかし、小学生、中学生が夏休みに、慰問の床屋さんパーマ屋さん、実は専門のお店の方が休みの日に来てくださいます。それから、教会の婦人会の方が何かお手伝いできないでしょうかと来られます。本当に多くの方が福祉に強く関心を持って来られます。

また、先ほど述べましたように東京の隣接地域ということで、昼間東京で働いている方も多いのです。東京の区部ではこういう福祉があるのだけれども、我が市川市ではどうなのですかと、高度の専門的な知識を持っている方が多くなりつつあります。

## 公的介護保険と在宅介護支援センター

二つめの公的介護保険導入に絡んでの話であります。今までは措置入所の際に入所判定委員会の資料などをいただいて、初めて何丁目何番地にどういう方がいるのかがわかったり、ショートステイの申込みで何丁目何番地にこういう方がいるということがわかります。もっと、はっきり言いますと、市役所の下請のような形が主だったのです。先ほどの在宅介護支援センターの活用を通して努力している目標は、その地域にどういう人がいて、どういうことが問題になっているのかを知ることです。在宅介護支援センターなどの活動を通じて市川市にはショートステイという制度があるから利用したらいかがでしょうか。訪問入浴という制度がありますからぜひ利用してください。お年寄りや市役所などにこちらから逆に提案をさせていただく形になればいいと思っています。

これから介護保険導入で介護の評価といいますか、お年寄りの福祉ニーズのあり方を判定することが福祉施設でも求められてくるわけです。その地域にどういう人がいて、どういう状態で、どういう福祉サービスを提供できるのか、こういう勉強をますます私どももしていく。待っているのではなくして、能動的に働きかけていく施設を目指さなければならないのではないかと思います。こういうことを地道にやってさえいけば、どのような制度ができて施設としてはやっていけるのではないかと考えております。

**大國** ありがとうございます。

それでは続きまして小田原市の時田先生から、先ほど質問がありました地域の住民参加はどのように

して実現されたのか、もう少し詳しいお話をということでもありますので、言い足りなかった部分も含めて、お願いします。

## トータル・ケア・システムの形成過程

小田原福祉会理事長 時田 純

時田 冷水先生からは市民各層の参加を図っているトータル・ケア・システムをどうやって作り出していったのかという質問だったと思います。まだ十分なシステム化ができていないわけではありません。ただ、先ほど述べましたとおり、私どもの施設にはたくさんのサービスがあります。かつてはこれをトータルにサービスとして使うことがなかなか困難でありました。

しかし、実際にそのサービスを利用になる方は、入浴なら入浴だけであればいいわけではない。終わりまで何とか地域社会に住み続けたいと思っておられるわけですから、その期待にどうやって応えていくのか。当然さまざまなサービスをマンスリープランなり、ウィークリープランなりにきちんとケアプランとして記す。それをアセスメントを中心に組み立てていかなければ、役に立つサービスにはならないわけです。個別の家庭にとって必要なサービスをきちんと組み立てていくシステムが、今日まで足りなかったのではないかと思います。幸いに自前のサービスをプラン化して利用できる、提供できるようになったのです。

## 在宅介護支援センターの決定を行政が追認

一つは何とんでも行政の理解であります。行政の理解の促進を図ったのは、在宅介護支援センターだと思います。支援センターの機能はまさに福祉事務所の出張所であります。行政が予算を千数百万円投資して委託をしている事業であります。自分が委託をしたところを信頼できなくてはどうにもならないことです。支援センターが立てたケアプラン、あるいはケア・マネジメントを行政も追認してくださっています。

本来、在宅介護支援センターを厚生省がつくられたときには、支援センターに福祉事務所の役割を地域の中で果たさせようとしたわけでありました。福祉事務所の役割を設置目的のように活用して、日常生活圏域の中で、サービスがいわば顔の見えるサービスとして組み立てられていく。支援センターを地域ごとにつくっていく必要があるかと思えます。

そういう前提を踏まえまして、在宅ケアシステムをつくるキーワードは当事者以外にないと思っているわけです。例えばだれでも年をとれば1人で生活するのができにくくなるわけですし、病気をすればなおのこと当然どこかでお世話を受けなければならない。実はそのどこかがお年寄りにとっては大問題なのです。ところが、大抵は当人はかやの外に置かれているわけです。世話をする側の論理で事は決まってしまう。やむを得ないと言えればそれまでですけども、お年寄りにとっては心中穏やかでないのです。

## 施設は社会の資源

お年寄りにとってなじみのないところに移り住むことは、過去への思い、生きていく関心をまさに断ち切られるくらい大変重大なことなのです。この認識が私どもにはあります。それはどなたにも理解されていることだろうと思います。確かに介護を受けておられる本人は、そういう活動に参加することはなかなか無理でありますけれども、実際には地域社会にはその当事者を取り巻いているたくさんの人々がおられるのです。近隣の人々はその当事者に対しての思いも厚いわけです。思っている心をどうやって結集するのかというところに課題があるのだろうと思います。

施設は文字通り社会の資源だと言いましたが、これは地域の人々と一緒に施設を運営する、一緒に歩んでいくことです。住民に施設の中に事務所も当然持っていただき、施設の機能を利用いただき、住民と一緒に施設を運営していく。施設はこういう形で力を発揮していく。この組織は私どもがつくったのではないのです。当事者の方々が自分たちでメンバーを広げていかれているのです。当事者の皆さんが中心になってコミュニティをつくられていくのだらうと思います。私どもはそれを手伝うだけではありません。地域の中にはすばらしい力があることを改めて申し上げたいと思うわけです。

**大國** ありがとうございます。

それでは続きまして四條畷市の坪山先生から、男性向き介護者教室に、そのほかの公的サービスとの関係、公私協調の活動の中の緊張関係について、もう少し意味を広げてご説明いただきたいと思います。

## 各機関の共同事業

るうてるホーム総合施設長 坪山 孝

**坪山** 男性向けの介護教室、介護者教室をやった感想といいますと、これは保健婦たちにとって大変新しい経験だったようであります。私どもは介護教室をやるときに、各機関がそれぞれ代表を出して共同事業という組み立てをいたしました。家庭介護教室部会というところで、男性版の介護教室もあわせて計画をしてもらえるようにしているわけであります。日中の、しかもウィークデーに開く、そうしますと実際に介護しておられる方々も出てくださいますけれども、男性の参加が少ない。これを何とか一緒にやれるようにしなければいけないというところから始まった計画であります。男性は制度の問題や社会の持っているサービスの問題について一生懸命考えてくださるということに保健婦が気がついた。配偶者の問題にあわせて、いろいろな介護の問題に深まりが出てくるのだらうと思いました。

## 行政と民間の緊張関係

それから、冷水先生の質問にありました緊張関係であります。私どもがこの日本生命財団の助成事業を通して、私どものような小さな地域社会の中でケアのシステムをつくり、ネットワークをいろいろと運営しております。これはそれぞれの機関が単発でいろいろな事業をやるためには力不足である。もう少しみんなで協力し合ったら、1しかない力が3になるかもしれない、5になるかもしれないと考え、共同事業、協力事業というケアネットワークの運営がなされております。私が考えます緊張関係は、一つは行政と同じ立場にならない、行政とは一緒に仕事をしていく立場でありたいと考えているわけがあります。

それは、例えば在宅介護支援センターの窓口を市役所に開いてもらったことを報告いたしました。今までですと病院を紹介してほしいという方へは、ワーカーたちは恐らく多忙のゆえに、病院のパンフレットを渡して終わっていた。あるいは老人ホームのパンフレットが欲しいという方へは、老人ホームの一覧表やパンフレットを渡して終わっていたであろう。それをもう少し踏み込んでいろいろと話をさせていただき、具体的なサービスが必要であれば、そのマネジメントをさせていただく。そういうことができるようになるのではないかと考えて、支援センターの窓口を市役所の中に開設することをお願いしたわけです。

## 民間助成事業を行政にバトンタッチ

そして、四條畷市役所は、行政の宿命と言うべきかもしれませんが、限られた資源を市民にいかに公平に配分をするのか、その公平な配分のためのスクリーニングの条件をいろいろと考えておられるわけであ

ります。市民に対して公平性とか平等性を保証することが行政サービスであるという考え方からです。

私ども施設の職員は、どこで暮らしていても自分らしく暮らせるような生き方を支援していく、そのことが恐らく自立支援につながるのだらうと考えています。行政と一緒に仕事をさせていただいて、病院のパンフレットをもらいに来た人たちにサービスの説明をすることは、サービスの量を増やしてほしいと行政に言い続けなければならないことに多分なるのではないかと。緊張関係がそういうところを出てこなければ、支援センターの窓口を市役所に設ける意味がないと考えているわけであります。

日本生命財団のこの事業もいろいろな意味で行政にバトンタッチをいたしました。行政が予算化をしていく、行政の枠組みの中に位置づけられていくわけであります。行政の枠組みの中に位置づけられて、委託事業という形の下請にはならない。それでもなお行政と一緒にサービスを提供していく、行政と一緒に仕事をいていく姿勢を持ち続けることが多分必要ではないかと思っているわけです。そのことが実は四條畷市の福祉サービスの中に、私どもがチームの一員として入っていることの意味であると思っております。

連携の話もありました。連携というのは本当に一緒に仕事をするので、相互の理解やお互いの乗り入れが実現するのではないかと考えております。行政と同じ立場になるのではなく、行政と一緒に仕事をする。そのことを民間施設の姿勢として持ち続けたいと考えています。

**大國** ありがとうございます。

続きまして、西海町の松原先生にお願いいたしたいと思えます。社協サービスのことをいろいろお話くださったわけですが、冷水先生からシステムの連続性について少し質問がありますので追加をお願いいたします。また、住民参加の中身について、どの程度に住民参加があるのかについてもお願いします。

## 攻めの福祉体制

西海町社会福祉協議会会長 松原 精一

**松原** きょう各実践報告をされた先生方と私どもの社協が根本的に違うのは、社協は介護する施設ではないということです。したがって、陣容もないわけです。先ほどの実践報告の中でも、行政や施設との連携の必要性を大変強く感じているわけです。

私どもの社協では攻めの福祉体制という言葉をよく使っております。社協が地域住民からの申し出を待っているのではなくして、自分からの攻めの福祉体制をつくろうと努力をいたしておるところであります。施設ではないけれども、社協が一つ自負しておりますのは、社協は完全な情報網を持っているということです。特に人口1万人足らずの小さな田舎町でありますので、人情的な隣近所の助け合い、温かい心が都会に比べると強い地域でもあります。

地区担当の民生委員は20名おられますけれども、その方々は100戸から150戸ぐらいの家庭を担当しておられます。ほとんどの民生委員が、自分の集落の家庭の状態についてある程度わかっています。そういった民生委員の下に（下と言うと語弊がありますが）、福祉員制度という形をとりまして、1人の民生委員に3名程度の福祉員が一緒におられる。その人たちが地域の情報を社協につないでくれる。その情報をもとに私たちが攻めの福祉体制で活動しています。例えば在宅介護支援センターにいたしましても、昨年の相談件数が年間約800件ぐらいですけれども、その半数の390件は、介護支援センターの保健婦が民生委員の情報をもとに出かけて、相談に応じたものであります。

きょうも社協で夏季学童保育の卒業式をしているはずですが、92名の子供が夏休み中社協に通ってきます。その中でお年寄りとの交流会を開いたりすることによって、子供を取り巻くお母さん、お父さんが社協を理解していけます。きょうも保健福祉課長と一緒に来ておりますが、連携と攻めの福祉体制で



社協が一生懸命努力することによって、社協が積極的に地域住民に働きかけるその姿を地域住民が理解することによって、社協への協力、住民参加が生まれてくると思っております。

**大國** ありがとうございます。

それでは最後に日向市の森迫先生から、オーソドックスな地域福祉の展開をしてこられて、最後に若い人の意識調査をされているわけですが、その辺についてもう少し追加していただきたいと思います。

## 施設に来ていた子供たちから就職希望

永寿園施設長 森迫 邦人

**森迫** 私どものひまわり会の理事長が幼稚園も経営しております。実は昭和55年当時から幼稚園の生徒がクリスマスや春の遊戯発表会といった折々に触れて、施設にボランティアをかねて来ておりました。その子供から、今年度、施設でぜひ働きたいという実例が出てきております。ひまわり会は精神薄弱の施設も持っておりまして、その精神薄弱の施設で働きたいということで就職しました。

私どもの福祉施設の隣には中学校もあるし、近くに小学校もあります。その小・中学校から10年がぐらい前からぼつぼつとボランティアにきておりました。その人たちから施設で働きたい、ホームヘルパーとして働きたいという願いも出てきております。あくまでもそれは施設福祉に興味を持った生徒でしたので、今回一般的な学生、中学生あたりも調べてみましたが、全然知らないという人が多いのです。

ことしの初めですか、中学校から呼ばれまして私が行ったのですが、お年寄りと同居している子供が3分の1もないことにびっくりしました。施設に来て、お年寄りにどうやって声をかけたらいいのかわからないという生徒たちもおります。先生たちもどうやっていいのかわからないというのが現状です。

今年から学校の先生方に教育委員会を通じまして、体験学習というのですか、十何人の先生方がお見えになっています。福祉制度とはどんなものか、福祉はどういったことかの学習を先生方からまず始めようということで、実習に見えています。中学校の先生も、小学校の先生もお見えになる。小さいころからこれが当たり前、ノーマライゼーションのことを教え込んでいかないと、ボランティアが育たないとつくづく思っております。地域でボランティアを育てていくためには、親子会や婦人会を中心とした福祉セミナーがますます必要になってくるものと感じています。

**大國** ありがとうございます。それでは続きまして、もう一つの視点について議論させていただきたいと思います。それぞれ地域特性によってやり方が違うのではないかと。地域特性が今回の発表の事業成果にプラスになった面を少し強調してお話いただきたい。余り時間がないので、短くお話いただきたいと思います。桑原先生からどうぞお願いいたします。

## 都市部の特性

**桑原** 在宅介護支援センターを始めたときに、それは一体何ですかとなかなか市民の方に理解をしていただけなかったということがあります。都市部の地域ということで、市川市に協力をいただきまして、市の広報でPRをお願いしました。介護者教室でのPRによりまして、あんしん通報システムの電話機を設置することに割合積極的でありました。新しい試みであったのですが、協力をしていただけたということも、ある程度都市部だったからではないかと思っております。

都会で多くの人がいながらもお年寄りが一人で寂しく暮らすことのないようにしたい。いつでもボタンを押せば、なじみの職員が必ず待機している体制を目指してゆきたいと思っております。

**大國** ありがとうございます。

それでは時田先生どうぞよろしくお願いいたします。

## 民間の先駆的なサービスが前提

**時田** 地域特性と言えるかどうかわかりませんが、総合的なサービスの提供の基本はやっぱり公的サービスです。公的サービスの充実をしていく役割は行政の責務だと思います。そうでないと継続的に安定的に利用者にサービスを提供することは困難です。インフォーマルの力というのはとても大事ですけども、それはそれなりの範囲でしかできないわけでありまして。十分なサービスにしていくことになりまして、行政の力を期待しないわけにはいかない。行政の理解と協力をどうやって引き出していくのだろうかということが一つあると思います。

私は長い実践の中で言いますと行政はお金と人手を用意して、サービスをしてくださいということは決して言われません。公的なサービスにしていくためには、前提としてそこに有益性のある実証的なサービスが試みられていないと、行政はそれを住民が必要としているかどうかはわからない。行政の担当者も、例えば市議会で説明をするのにも、あのサービスはこういう必要があり、これほど有益性があるのですと説明もできません。サービス提供機関による先駆的な活動が前提になるのではないのでしょうか。

福祉サービスの歴史は、常に先駆的な活動の歩みの後で道がつくられてきたことを考えあわせると、ボランティアな前提は必要になってくる。そのサービスを利用された市民の多くが、サービスを評価し、それは必要だと支援していただけないと、公的サービスとして充実していかない。このプロセスはどこ地域においても変わらないと思っています。

**大國** ありがとうございます。

それでは続きまして坪山先生からよろしくお願いいたします。

## 共同事業、協力事業という基盤

**坪山** ケアシステムの基盤整備、ネットワークそのものの高齢者サービス調整チームの運営が、共同事業、協力事業の形である程度基盤化されていたことが一つの大きな利点だったと思います。あわせてその中で在宅福祉サービスや在宅の保健サービスが、市民に浸透していくためには何が必要なのか、どういう道筋をたどって浸透していくのかということを保健・福祉機関の職員が考えていた。機関の職員間にフェイス・ツー・フェイスの関係が保てるような親密さがあった。それからまだ高齢化がさほど深刻ではなく、どこにどんなニーズがあるのかが、ある程度これまでの各機関のかかわりの中で見えていた。そういったことがケアを総合的に届けるために必要だったと思います。

この在宅の保健・福祉サービスの浸透が、各保健・福祉機関のワーカーを通してなされる。利用者、当事者のロコミでなされ、市の広報誌などでなされていく。ホームヘルパーや保健婦等のさまざまな働きを通してなされていくわけでありまして。日本生命財団の事業が一番有利に運んだ一つの大きな要因は、保健・福祉機関のワーカーが福祉サービスや保健サービスにアクセスする多様な道をつくろうという気持ちがあったことをぜひ紹介させていただきたいと思います。

**大國** ありがとうございます。

続きまして松原先生お願いいたします。

## 行政の福祉に対する姿勢が重要

**松原** 確かに社会福祉協議会は特に財政的、施設の行政との関連が大きくなるし、行政の福祉に対する姿勢に左右されるわけです。社協が本当に地域住民が必要とする福祉体制、サービス支援体制をつくり上げていく。そのことで各種団体が社協を信頼し、参加をしてくれることによって、行政も必然的に

社協をいろいろな面から、ハード、ソフト両面からバックアップする体制が生まれてくると思います。

**大國** ありがとうございます。

続いて森迫先生お願いいたします。

### 行政の全面的なバックアップ

**森迫** 私どもの法人は、問題が発生したらその問題から考えよう、まず実践ということからやっております。在宅のお年寄りから訴えがあれば、実施要綱があろうがなかろうが、まず手を差しのべ、ともにやっっていこう。それから始めたのがいろいろな在宅福祉事業であります。ひまわり会がすることに行政の全面的協力がないと我々もできない。市民の皆さんも我々に安心してお任せできない。行政と施設と社協の連携がないとできない。お蔭できょうも宮崎県庁の高齢者援護課長、日向市の福祉事務所長、係長が来られております。

私どもの一番の誇りと言いますと、ショートステイでも今すぐ対応できることです。何でも、いかなる相談でもすぐ対応することから、行政と施設の連携プレーができるようになったと思います。

**大國** ありがとうございます。

ただいま地域の特性を踏まえて、それぞれお話いただいたわけですが、主に行政とのかかわりのことで、地域特性をお話いただいたような気がいたします。坪山先生のところは保健職員との関係も出ていました。

もう1点、冷水先生から質問のありました医療との関係というものが一体どうあるのかという点です。福祉の側がいかにリードしていくのか、そのためには在宅介護支援センターの役割が非常に大きいだろう。きょうのテーマでありますトータル・ケア・システムを考えましたときの医療とのかかわりについて、サービスのパッケージ、ケア・マネジメント、在宅介護支援センター、あるいは高齢者サービス調整チームのキーワードを使って、お話いただきたいと思います。

### 介護の表現・評価方法の研究が大切

**桑原** 私は大学病院で勤務したこともありますし、半分医療畑の人間でもあります、また半分福祉畑の人間でありますので、今の質問と直接結びつくかどうかはわからないのですが、思ったことをそのままお話いたします。

福祉畑の専門の方にもっと自信を持っていただきたいと私は思っております。特別養護老人ホームにおります寝たきり老人の介護は、病院での介護や老人保健施設の介護に決して引けをとらない、これはすばらしいものだと考えています。今、公的介護保険の導入などいろいろな動きがあるのですが、今まで福祉畑でお年寄りをとにかく幸せにするのだと必死でやってきたことに、プライドを持っていただければと思います。

さらにもう一つは、公的介護保険で医療畑との相乗りといいますか、同じ方向に医療サイドも、福祉サイドもサービスすることになりますと、漠然とお世話しましたというだけでは済まなくなります。医療サイドや行政の方に、どういう介護を、どういう理由で、どうしたのかとある程度わかる形で説明していかなければならない。こんなに一生懸命お世話をしたのだからということでは済まない部分が出てくるわけです。表現の方法、評価の方法をぜひ研究していただきたいのですが、介護に関しては特別養護老人ホームをはじめとする福祉関係の方は、決して大学病院や大病院をはじめとする医療関係にも負けないものを持っています。もっとわかりやすい形で言いますと、風邪引いて肺炎を起こして2週間入院したお年寄りが腰と背中に床ずれをつくって老人ホームへ帰ってくる。皆さんそういう経験はないでしょうか。今後、どのような制度改革が行われようとも、今まで守ってきたものを育てていく気概で取

り組んでいただきたいと思います。

**大國** ありがとうございます。時田先生いかがでしょうか。

### 全人的な医療を期待

**時田** 福祉の側も十分自信を持っているわけです。今日、福祉施設より介護がすぐれている病院はそう数は多くないだろうと思います。私どもの施設に関係している医者は6人おりますけれども、終末の寝たきりの高齢者を見て、病院などではこういう人はもう生きていないと言っています。これはまさに神様の仕事だと言う医者もいます。介護施設における介護のすぐれている点は医療側からはもう十分認めているわけです。ただ、介護に医療が欠かせなくなっていることも事実です。病気は慢性化し、痴呆化に伴う疾病の重度化がありまして、福祉の側だけではとても手に負えないこともあります。必要な医療は従来の治療中心の医療ではないことだけははっきりしています。それは全人的な医療なのです。まさに医療の後を支えていくのは福祉でありますから、生きていく上でのクオリティー・オブ・ライフとよく言われますが、生活の質のよい予後がおくれる医療でないと困るわけです。

### 連携のキーワードは信頼

保健・医療・福祉サービスの連携のキーワードは、信頼だと思うのです。連携したいと思うためには、当然連携したいと思う信頼できるサービスがなければ連携しようもないわけです。

それからもう一つは、相手が連携したいと思う態度を持っていることが必要です。何とか連携をお願いしたいと言ったときに、いいよと受けとめていただける態度かあるかどうかだと思います。

もともとバラバラのものが連携するためには、お互いに意識を変えなければいけないだろうと思っています。医者は偉い、看護婦はその下、介護者はさらに下という上下関係意識を捨てなくてはいけないのだろう。謙虚な共同意識を持つことが大事だろうと思います。

それから、対象者を見る目が共通の目線で見られることが必要だと思います。医療はとにかく病人にしてしまっています。福祉はどんなに慢性の病気をたくさん持っているお年寄りも病人にはしない。終わりまで生活者として立派に生きてほしいと思って世話をしているわけです。目線が同じにならないと、心をわかち合うことはなかなか難しいのではないのでしょうか。それが非常に大きな課題だと思っています。

**大國** ありがとうございます。

坪山先生どうぞお願いいたします。

### 連携には情報の共有が大切

**坪山** 連携というときに、情報の共有ということがとても大事だと思います。お互いに情報を共有できる関係がつくられていく。そのことが双方の専門性を高めていく。専門職としての仕事を遂行していく上で、メリットがあるという理解がなければならぬと思っています。今、現場の中では、主治医との関係でありますとか、非常に重介護化しているため、医療が欠かせなくなっています。訪問看護の方々との連携でありますとか、いろいろな取り組みが今始まったところです。お互いに利用者や地域で暮らす人たちへの視線を同じくして、情報を共有する必要があります。

地域で暮らす人たちが医療も保健も福祉も共通の財産、社会の財産に思えるような関係をつくり上げていくことが、利用者本位であり、私どもの目標とするところであると考えております。

**大國** ありがとうございます。

続いては松原先生お願いいたします。

### 入院しなくても済む支援体制

**松原** 社会福祉協議会はいかに総合的な支援体制をつくりながらも、最終的には施設や医療機関にスムーズにつないでいく、そこに限界を持っているわけであります。ただ、厚生白書の中で、老人医療費の4分の1が介護的色彩の入院費だと分析されておるわけです。社協が生活福祉センターを今運営しておりますけれども、そこに9名のお年寄りが生活しております。社協で総合的なヘルパー、デイサービスを活用しながら9名の方々のお世話をしております。仮に社協で受け入れなかった場合、今社協でお預かりしているおじいちゃん、おばあちゃんのほとんどが、施設または病院に入らなければどうしても1人では生活できない人たちです。9名の方々が仮に入院しなくて家や生活福祉センターで生活できるよう、社協の支援体制を確立してまいりたいと思っております。

**大國** ありがとうございます。

森迫先生どうぞよろしくをお願いいたします。

### 医師会との会合が契機

**森迫** 先ほどのスライドの中にも支援センターが中心になりまして、医師会との会合、連絡というようなことも説明いたしました。会合をした後に実際にあったことなのですけれども、ドクターから患者さんに、もうあなたは退院した方がいい、退院するためには永寿園の支援センターに行って相談してみてくださいとの指示がありました。病院のケースワーカーの人から事前に、もう1ヵ月すると退院するから、どのような退院方法がいいのだろうかという問い合わせがたくさん来るようになりました。

それから、会合にドクターが四、五名来ておられましたが、その方たちが俺たちも施設に来て患者を診なくてはいけないということで、電話一本で往診に来てくださるようになりました。嘱託医は1名ですけれども、協力医が五、六名いつでも来てくれています。

四、五日前ですけれども、済生会病院の看護婦が四、五名、自発的研修で来られました。看護婦のボランティアが、この会合から以降、増えたという目立った動きが出ております。福祉が医師会を通じて、各病院に働きかけていく必要があるとつくづく思っております。

**大國** ありがとうございます。

ただいまそれぞれの先生方から冷水先生の質問に対する答えをちょうだいしたわけではありますが、冷水先生いかかでしょうか。

### 民間の先駆的な活動が全体を揺り動かす

**冷水** 一つだけ感じますのは、この副題にありますように、全体としてトータル・ケア・システムは、まさにでき上がったものというよりも本当につくっていくものだと感じました。つくっていくときに、民間の先駆的な活動が全体を揺り動かしている。何かそういう息づかいを非常に具体的に感じました。改めて民間の先駆的事業の役割の大きさを印象づけられたと思います。

**大國** ありがとうございます。

まだ少し時間がありますので、5人の先生方、これはどうも言い残したという点についてお願いします。

### 若い人への福祉教育

**桑原** ぜひこの機会にお話させていただきたいのですけれども、これからの老人福祉を展望するときに、

若い人たちをどのように組み込んでいくか、協力していただくかが重要になってくるのではないかと思います。特に、18歳以下の人口の減少というように若い方が減ってくる中で、老人福祉の現場にもっと入ってきていただかなければいけないと思うわけです。

今の若い人たちは塾に通ったり、勉強で多忙というのが実情だと思うわけです。以前、日本人でアメリカの高校に留学している生徒が夏に来られました。アメリカの高校の夏休みの宿題なのです。どこでもいいから福祉施設へ行って2週間ボランティアをしてこいとのことです。そして施設長にボランティアの状況を評価してもらってこいということで評価書を出されました。施設で2週間働かれたのです。

また、一昨年、フランスで、大学などに進学するためのバカロレアという大きな国家試験があったのです。その中ですごく難しい問題がでました。若い方に人間の死を教えることはどういう意味があるのか、3時間で論文を書きなさい。これを全国的にやったわけです。採点するのも大変だったろうと思います。確かに計算が早くできる、何年何月に何があったか歴史のことをよく知っていることも重要かもしれませんが、人間として生きることについて考えてみる。いろいろな意味でハンディキャップを負った方々とも接するチャンスを若い人に持ってもらおう。これが重要だとアメリカやフランスでは考えているのではないかと思います。何も真似をしろというわけではないのです。今後、少なくなってくる若い人にも真剣に高齢社会の問題を考えていただく。施設の現場に多くの方に来ていただくためにも、何らかのきっかけを与える仕組みがあってもいいのではないかと考えております。

**大國** ありがとうございます。ほかの先生方でいかがでしょうか。

### 老人の扱いは文化に左右される

**時田** ボーボワールという人が「老人をどう扱うかが、その国の文化に大きく左右される」という言葉を残しております。まさにこれからの日本の高齢社会というものを文化という意味でとらえて、老人が本当に明るい顔をして終わりを全うできるような社会をぜひ実現したいと思っています。

**大國** ありがとうございます。ほかの先生もよろしいでしょうか。

それでは三浦先生、最後のまとめをお願いしたいと思います。特にきょうのトータル・ケア・システムについて、説明をお願いしたいと思います。

## ま と め

三浦 文夫（みうら ふみお）日本社会事業大学大学院教授

〔略歴〕 1928年生まれ。東京大学文学部社会学科卒業。東京大学文学部大学院(旧制) 2年修了。

社会保障研究所研究部長、日本社会事業大学学部長、学長等を経て、1995年より現職。

中央社会福祉審議会委員、日本地域福祉学会会長、日本老年社会科学会等の理事。

〔著書〕『社会福祉論』（東京大学出版会）『社会福祉経営論序説』（碩文社）『高齢化社会への道』

（中央法規出版）『高齢化社会と社会福祉』（有斐閣）『社会福祉政策研究』（全国社会福祉協議会）ほか。

### トータル・ケア・システムの定義

きょうお教えいただきましたことにつきまして、感想めいたまとめをしながら、お話のありましたトータル・ケア・システムについて、お話したいと思います。

まず最初にトータル・ケア・システム、この看板の字を下から見ていたのですが、トータルの次に中黒が入って、ケアの次に中黒が入っているわけです。トータルケアとして、その次にシステムをつけるのか、あるいはトータルとして次にケアシステムとつけるのか、これから議論しなければいけないことだろうと思うのです。多分そのことも含めて、これからの課題というのでトータル・ケア・システムにされたのかと思ったりしております。実はこのトータル・ケア・システムという言葉は新しいことばではないかと思えます。きょうご参加の皆さん方も初めてお聞きになって、直訳しますとトータルですから総合だとか、統合だとかとお考えになり、一つのイメージを描かれているのではないかと思えます。

まだ今のところトータル・ケア・システムを定義づけるものは、ないのではないかと思えます。しかしながら、トータル・ケアすなわち総合ケアあるいは統合的なケアは、特に在宅ケアを中心に地域福祉が展開してきて、もう十何年たちますが、このなかでいろいろな施設や社協などが、在宅サービスに取り組みながら、このトータル・ケアを試行錯誤してきたのではないだろうかと思えます。

### 例として保健・医療・福祉の総合化、統合化

例として保健・医療・福祉の連携は、何を見ても今回の報告にも全部に出てきております。保健・医療・福祉の総合化なり、統合化をどう図るかを連携という言葉で呼んできていますが、具体的な形で、システムとしていかに統合化されるかが課題ではなかろうかと思えます。

それぞれの立場から意見が出されましたが、システムとしてこれが本当に一元化される、統合化されとなりますと、今のところできない状況ではないだろうか。現在の高齢者なかんずく後期高齢者は、80歳代になりまして介護を必要とする、また痴呆、寝たきり等になりますと医療だけでは対応できない。保健だけでも対応できない、福祉だけでも対応できない、どうしても連携しなければならない現実が迫ってきているわけです。それを全体的に統合化する、連携化するという現実の必要性については異論がないわけであります。このなかで実は統合的なケアの問題は、今までも行われてきたのではないかと思えます。

総合化の議論につきましては、過去に在宅サービス、在宅ケアの議論が出たときに、施設ケアと在宅ケアを対比しました。あるいは対立的に在宅ケアと施設ケアをとらえることもかつてあったわけです。今日はその両者は決して対立するものでもない、対比されるべきものでもない。むしろ連続しているし、ある意味では総合化しているのではないかと思えます。

## 高齢者総合福祉施設

きょう報告のあった時田先生のところは特別養護老人ホームではなくして、高齢者総合福祉施設なのです。あるいはるうてる老人ホームの坪山先生のところは、肩書をご覧くださいますと、るうてるホーム総合施設長という言葉で表現されております。つまり老人ホームといいましても従来のように入所者だけの対応のためではないのです。老人ホーム自身が地域の福祉の資源、拠点なのです。地域自身のサービスの展開を図るうえで、老人ホームは貴重な施設であり、人材であり、その他経験を集積している。老人ホームを抜きにしては地域サービスの展開が進み得ないということが明らかになってきました。そういう意味では総合化というのは既に出てきていることだと思います。

今の在宅介護支援センターができる少し前から、保健、医療と福祉の連携が盛んに言われました。例えば高齢者サービス推進協議会やサービス調整チームが組織として先行しました。その中で援護を要する高齢者に対して、一体どのようなサービスを提供すればよいのかを総合的に判定したり、調整したりしております。そこにも既に総合化の議論は行われてきたわけです。さらに進みまして、この二、三年来、特にこのシンポジウムでも非常にホットな話題となって取り上げてきましたのかケース・マネジメントです。最近ケア・マネジメントと言います。ケース・マネジメント、ケア・マネジメントというのも、利用者自身の立場に立ちまして、その人に最も適切な諸サービスを調整する。あるいはその人に必要なサービスを提供するためにケア・プランニングをつくって、サービスを提供しようということです。そこにも総合化という観点が入ってきております。

## 生活者である高齢者の立場に立って

実は、サービスだけではなくして、利用者自身あるいは住民であり生活者である高齢者の立場に立ちますと、ばらばらのサービスではなくして、それをどのように総合化するかという必要性が生まれます。それをトータル・ケア・システムという形で改めて表現し直して見ているわけです。内容的に言いますと、これは大変多岐にわたり、今述べましたようないろいろな切り口があるのではないかと思ったりしております。しかしながら、そういう漠然としたものを包み込む概念として、トータル・ケアと言っただけではなく、そこには少し別な意味合いがあります。

トータル・ケアやトータル・ケア・システムを、公的でフォーマルな形で使いましたのは、平成元年の東京都の「地域福祉推進計画のあり方」の検討の過程においてであります。それに基づきまして、東京都が地域福祉推進計画をつくり、各区、市町村全体にわたって地域福祉計画を策定しております。

その後、国の老人保健福祉計画が出されておりますが、東京都は老人も障害者も子供たちも含めて、地域福祉という観点での総合計画をつくることを打ち出しておりました。その中で高齢者の福祉を進めていく基本的な概念として、トータル・ケア・システムを打ち出したわけです。このように日本におきましてはトータル・ケア・システムが、フォーマルな公的な形で使われたのは、東京都のトータル・ケア・システムが多分最初ではないかと思ったりしております。

## 東京都におけるトータル・ケア・システム

東京都におけるトータル・ケア・システムが出されたときに、一番大切な切り口だったのは利用者、つまり住民であります。住民という生活者の観点に立って福祉を見ていきますと、従来の福祉サービスにはいろいろな意味で問題があります。

きょうもご指摘がありました。例えば行政サービスは随分進んできましたけれども、行政サービスは定時制のサービスなのです。時間が決まっています全日制のサービスではないのです。朝早くと夕方、夜



以降は、ニーズが発生しては困るサービスなのです。土曜、日曜にはホームヘルパーのニーズが起こっては困るわけです。つまり、提供者の側からすべての論理を構築するのはおかしい。利用者の立場に立って考えていけばわかります。生活者である高齢者は24時間生活をしているし、365日の生活をしている。切れ目のない継続した生活をしているわけです。そのニーズに果たして対応しているのかどうかということが、厳しい批判として出たわけです。24時間のケアは介護だけではありません。食事から全部含みます。24時間のケア、365日の生活の継続性に対して、一体どう対応すればよいのか。従来の行政サービスだけでは限界があります。新しい工夫を凝らさなければならぬのではないかと考えています。

きょうは坪山先生をはじめとしまして、この議論を出されておりました。特になるほどと思いましたのは、週休2日になりますと、公的サービスは土曜、日曜の利用者を置き去りにしていきいます。しかし、生活者の立場に立てば、そうあってはならないわけです。それをどう埋めるかが課題であることは全くご指摘のとおりです。

### 東京都の在宅サービスセンター

高齢者に限定をいたしますと、当時は在宅介護支援センターという構想はなかったわけですがけれども、東京都ではデイサービスセンターというものがありました。これを東京都では在宅サービスセンターとし、全ての学校区につくろうとしました。老人ホームをつくる場合には必ず併設させる。老人ホーム等をつくる場合にはデイサービスセンター、つまり在宅サービスセンターを併設しない老人ホームは認めない。在宅サービスセンターで夜も昼も24時間の相談を受け、必要に応じてサービスを提供することを考えました。それをトータル・ケア・システムの拠点として考えたわけです。それが後ほど在宅介護支援センターという形で、国の方で制度化されております。

東京都の考え方は、トータル・ケア・システムの中心となるセンターは、ただ単に相談に応じたり、行政事務を代行したりすることだけではなくして、24時間相談に応じて、行政事務の代行のほかに、必要に応じたサービスを提供し、あっせんをすることが不可欠だと言うことでした。ですから、特別養護老人ホームには在宅サービスセンターを併設する。場合によっては老人病院に併設する。老人保健施設に併設する。実際にサービスを提供できるものと併設をした形で在宅サービスセンターをつくっていくのが東京都の構想だったわけです。しかし、在宅介護支援センターだけがひとり歩きをしてきております。在宅介護支援センターは、今のところ総合的な相談機関、業務の代行機関の役割を担っておりますけれども、東京都で考えましたのは、それをもう一歩進めることでした。サービスを提供しあっせんする全ての機能を含めるのがトータル・ケア・システムの考え方だったわけです。

### 24時間・365日のケア

きょうもほとんどの皆さん方から報告がありましたように、24時間、365日と言うのは簡単ですがけれども、実行には困難を伴います。24時間のケア、365日のケアを実施しようと思いますと、行政の限界は当然明らかでありますから、民間とどう手を組むかということも問題となります。保健・医療・福祉の連携を組まなければいけないということも出てきます。それらをどう調整するかということになりますと、在宅サービス調整チームや在宅サービス推進協議会のほかに、最近議論になっているケース・マネージメント、ケア・マネージメントの手法が必要となってくるだろうと思うわけです。

きょうのそれぞれのご報告は、初めからそういう概念を意識していたわけではなくして、それぞれの各施設や社協の長い実践の中からその必要性が出てきました。きょうの発表は期せずしてそういう問題につながっていったのではないかと思います。それぞれは地域性を持っています。それぞれの歴史があ

りますから、全てに完全なサービスが整っているのではなくして、地域にとって必要な諸サービスを開発して連携するのが、五つの報告に出てきた議論であったと思います。

### 切り口は地域のニーズによって異なる

その切り口は必ずしも一つではないと思います。例えば慶美会の桑原先生のところも随分論議がありましたけれども、特に感銘を受けましたのは、緊急通報システムから始まりまして、デイサービスセンターへと広がっています。切り口は地域のニーズによって違いが出てくるけれども、仕事を進めていきますと、それだけにとどまらないという形で広がっていきます。

時田先生のところは、昔から非常に総合的な形で進められておりまして、施設を中心にトータル・ケア・システムに取り組んでいます。特にきょう教えられましたのは、トータル・ケア・システムは、行政との連携がなければできないのだと繰り返し言われておりました。同時に行政のできないことを施設がやるだけではなくして、当事者組織まで一步踏み出しておられる。それからもう一つは、マンパワーの養成を施設でやられておられることです、当初、実は計画をお聞きしたときには、マンパワーの養成は行政の仕事ではないのか、施設はそれをもらえばいいではないかと思ったのです。しかし、時田先生はマンパワーの養成を行政に任せておられない、自分のところでやられました。しかもそれが今の大きなかなめになってきている点で非常に教えられました。トータル・ケア・システムを本当に支えていくためのマンパワーをどう養成するのか、地域にどう組み入れるかまで踏み込まれていることに、非常に多く教えられました。

### 切り口は在宅の褥瘡0

坪山先生のところも、例を一々挙げることもありませんが、るうてるホームは聞いてみると長い歴史を持っているわけです。切り口は在宅の褥瘡0であります。老人ホームだけでこの問題に取り組んできていたわけですがけれども、在宅の褥瘡問題は非常に重大な問題なのです。その褥瘡0という大きく困難でかつ地域の切実な問題を取り上げ、それを中心にしながら、保健・医療・福祉の連携及び住民を巻き込むまでの活動を進められていることに非常に多く教えられました。

西海町は長崎県の最も西の方で、日が暮れるのが一番遅いところだと思うのです。私も一度お伺いしましたがけれど、景色のすばらしいところです。11の集落に分かれている中から全体のケアをどうするかという課題に、地域に即した形で取り組まれました。ここでは、地域レベルにトータルな形のケアをどうしようか。行政との連携と同時に、サービスは西海町社会福祉協議会が担い、老人ホームと連携するという形で進めてこられている例だと思います。

森迫先生のひまわり福祉会でありますけれども、ここもさつき沿革の説明がありましたように、実は老人ホームとしてやるべきことは全てやっておるのです。しかもそれも一つ一つのニーズに即した形で進められてきておられる。その上で、今回のミニ特養などの経験は、今後、グループホームの議論として展開する大変重要な意味を持っていると思います。それと同時に、これを支えるためには地域住民の協力・参加がなければならないということを明らかにされた例だと思います。

### ケア・マネジメントのプロセス

切り口はいろいろ違いましたけれども、まさしく全体としますと、トータル・ケアに近づく形で、保健・医療・福祉の連携の問題のほかに、行政と地域の連携問題が出てきておりました。

先ほど二、三の報告にありましたように、トータル・ケア・システムの中では、相談からニーズの発

見、アセスメント、ケア・プランニング、モニタリングというケア・マネジメントのプロセスが必要であり、相談の前にいろいろな情報提供という予防がそれからケアを行っていくためのアセスメント、ケア・プランニングが、プロセスとして入ってきております。このトータル・ケアの場合には、ケアだけではなくして、予防や情報提供から始まってきていることも、忘れてはならないことではないのかと痛感させられました。

## 地域のレベル、規模

そのほかのことについてもお話したいと思います。何よりも重要なことは、トータル・ケアをそれぞれの地域の中においてどう構築するかということです。例えば西海町社会福祉協議会の場合ですと、西海町という町全体の中において、総合的な形のシステムを構築する形で取り組まれております。桑原先生のところでは、市川市というレベルで、その全体に目配りをしながら、例えば緊急通報の方々との連携を結んでいかれています。時田先生のところは老人ホームが所在する地域を中心につくられています。つまり地域をレベルにしますけれども、その地域を広く言えば市町村ぐらいのレベルかもしれませんし、もっと小さな地域かもしれません。都市化された地域になりますと、小学校区、中学校区になるかもわかりませんが、小地域の中でトータル・ケアが行われるサービスや施設がどのように用意されているかが大変重要な課題だと思うのです。

実は、今度、公的介護保険が導入された場合にも、保険はあれどもサービスなしでは困るわけです。重要な点はそこにあるのだと思っております。

## 公的介護保険の三つの論点

最後になりますけれども、公的介護保険について7月に老人保健審議会から出されました議論は、まだ総論的なレベルでありまして、先がよく見えません。今年の末ぐらいに明確になってくるだろうと思います。いずれにしても、公的介護保険がこれからは非常に大きな問題になってくると思います。高齢者自立支援システム研究会の報告にもあることですが、私なりにいうと三つの論点があるだろうと思っております。

第1番目は、きょうお話しましたように、それぞれの地域の中において、いつでも高齢者が利用できる普遍化されたサービスが、用意されているかどうかということだと思うのです。新ゴールドプランはそれを裏づけるための一つのやり方です。私は新ゴールドプランだけでは足りないと思っております。しかし、足りなくても新ゴールドプランから始めなければならないと思っております。

いずれにしても、まず地域の中において必要な、地域のニーズに即する形のホームヘルパーやデイサービス、給食、入浴、その他もろもろのサービスがあるわけです。新ゴールドプランに漏れているいろいろなサービスが出てきています。きょうは幾つかの意見も出ました。そういうサービス、施設が用意されていることが何より重要だと思います。言いかえますと、地域におけるトータル・ケアを行うための資源、サービスが用意されていることが、まず不可欠だろうと思うわけです。そういった点でさらに行政と民間の努力が必要ではないかと思っております。

## 今までの仕組みとは根本的に異なる

第2番目は、今までの仕組みとは根本的にシステムが違うということです。例えば老人ホームの入所の場合も措置と契約とでは全然違います。一方は保険でやり、一方は公費だとすると全然違うのです。システムが違っている中で連携させるのは大変難しいわけです。この議論を少し整理すると同時に、先

ほど言いました施設なり、サービスなりを利用者本位に組みたて、本当に利用できるようなノウハウをどうつくるかが課題です。その中で最も重要な方法の一つがケア・マネジメントのやり方だと思うのです。ケア・マネジメントは万能ではないのですが、ケア・マネジメントの位置づけをすることが、もう一つの論点です。

第3番目が、そのための介護の費用を一体どうするのかと云うことです。この三つがあるのだと思っておるわけです。

公的介護保険の議論が先ほど桑原先生から指摘されました。これから大変重要なこととなりますけれども、その議論だけがひとり歩きするのではなくして、今言った三つの論点が正しく整合性がとれなければ、健全な形の公的介護保険が展開され得ないだろうと思っております。一つの前提条件になるべきものとしまして、きょうお話のありました五つの地域から出されましたトータル・ケア・システムの問題は、非常に示唆に富んでいたと思います。

### 世代間の意識の変化

最後に桑原先生から指摘のありました若い世代、冒頭に藤原先生からお話がありました、共に生きる中での男女もありましょう。世代間の問題の中で、若い者たち自身がこれをどう理解するかということがないとうまくいかない。これも大変重要な議論だと思っております。

本日皆さんが指摘されましたように、世代との交流の間における意識の変化がいかに重要か。意識の変化への対応に意図的に取り組まなければ、21世紀は決して明るいものにはならないということです。そういうことをつけ加えておかなければならないと思います。

二、三分、時間をオーバーいたしました。まとめにはなりませんでしたが、感想めいたことでコメントを加えさせていただきました。(拍手)

### コーディネーター・おわりの言葉

**大國** 三浦先生ありがとうございました。

本日は朝から長時間でありましたけれども、さまざまなタイプの立派な活動が報告され、また実りの多いシンポジウムであったと思っております。きょうお聞きの皆様方もそれぞれにいろいろなことを感じられたのではないかと思います。どうぞそれぞれの地域に戻られましたあと、施設、社協、あるいは行政、いろいろな立場の中で、あれぐらいのことならば私のところでもできそう。少しあれに近づいてみよう。あるいはあれよりももっと素敵な発想があるぞ。いろいろなことをお考えいただきまして、より積極的な取り組みをしていただければ、幸いと思う次第であります。

本日はコーディネーターが至りませず、いろいろとご不満なことも多かったかと思いますが、どうぞお許しいただきまして、この辺で終わりにいたしたいと思っております。

最後に、まとめをしていただきました三浦先生、コメンテーターを務めていただきました冷水先生、立派な報告と有意義な討論をしていただきましたシンポジストの5人の先生方に、心より感謝を申し上げたいと思っております。(拍手)

シンポジウムの進行に対しましてご協力いただきました会場の皆様方に心より感謝を申し上げます。シンポジウムを終わらせていただきたく存じます。どうもありがとうございました。(拍手)

(文責：事業助成部次長 中西 茂)