

## 高齢者保健福祉計画策定に関する若干の考察

川 廷 宗 之  
Motoyuki KAWATEI

### I. 計画策定の背景

#### 1. 国家政策とその対応

##### (1). 日本の高齢化社会の特徴

日本の人口の高齢化現象は、1990年に約12%であったが2000年には約16%、2021年には約23.6%に達すると予想されている。

この高齢化社会の特徴は、生産年齢人口が2.5人（最大時推計・現在は約7人に1人）に対し高齢者一人と言う高齢者比率の高さである。又、75才以上の障害や病気を持つ後期高齢者の増加の問題である。そして、この様な高い高齢者比率の社会は人類が初めて経験する事でもある。

##### (2). 政府の政策動向

この様な事態に対応して、国は、1992年以降、老人福祉法等関係法令を改正して、様々な対応を打ち出してきた。その一つのシンボルが『高齢者保健福祉推進10年戦略（通称・ゴールドプラン）』である。これらの法改正の特徴を整理してみると、

- ①. 市町村の役割重視
- ②. 在宅福祉の充実
- ③. 住民の参加による福祉の実現
- ④. 保健・医療と福祉の連携強化・総合化
- ⑤. サービスの総合化・効率化をめざす保健福祉情報提供体制の整備
- ⑥. 計画的サービス体制整備・それに伴うマンパワー確保

と言った点であろう。これらは、従来の福祉施策の方向とは一線を画する、重要な変化である。

##### (3). 各市町村の施策動向

この様な国の政策動向に対応して、各市町村（以下『市』と略す）は、その方向が当該市の高齢者の福祉の増進に全面的に役立つように調整しつつ、当面、市民ひとりひとりが健康で生きがいを持って暮らすことの出来る豊かな長寿社会の実現を図るべく、『保健福祉計画』を作成する事となる。

しかし、各市における高齢者サービス、なかんずく、ゴールドプランの一つの柱とされる在宅サービスは、逐次整備されてきており、基本的にその実績を踏まえる必要がある。勿論それらはしかし、その質においても量においても、当面の必要に応じての対応策として展開されてきたために、必ずしも充分とは言えない。又、緊急対応的に展開されたため、症状が重くなってから、在宅福祉サービスを始めざるをえないと言った点もあるため、予防的な対応も余りなされていなかった。

これらの点を踏まえ、在宅三本柱とされている、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ、の体系的なサービス体制を整備するとともに、入浴サービス、送迎サービスやナイトケアなども一層の充実を図る必要がある。

特に、今後の高齢者福祉の基本軸は、従来の特別養護老人ホーム等の施設収容ではなく、在宅サービスを中心としている事を踏まえ、

第一段階としてのホームヘルプ・デイサービス入浴サービス・送迎サービス

第二段階としてのショート・ステイ等、在宅生活支援施設によるサービス

第三段階としての、入所施設によるサービスと言う展開を踏まえ、それぞれの高齢者の実情に適切に対応したサービスの提供を図る事が必要である。

そのために、日頃より、必ずしも今すぐ生活支援を必要としていない、一人暮らし高齢者、高齢者のみの世帯、虚弱高齢者等の状況をも、把握する事に努め、早い段階で生活支援サービスに着手する事で、生活障害の重度化をふせぎ、なるべくまず第一段階のサービスで充足できるような体制の整備を図る必要がある。（生活障害の重度化に伴い、当然、第二段階、第三段階のサービスも必要になるが、多くの場合、本人もなるべくなら第一段階のサービスで充足したいであろうし、施策実施サイドとしても、そのサービスコストとしても、できれば第一段階・第二段階のサービスに止めたい所である。しかし、勿論、様々なケースに対応する意味でも、第三段階のサービス、入所施設でのサービス体制の整備も、今後、一層の充実を図る必要がある。）なお、この様なサービス体制の整備のためには、そのコーディネイトをするための、高齢者サービス調整チームの機能の充実や、在宅介護支援センターの機能の充実が必要である事は言うまでもない。

## 2. 計画策定上、配慮すべき条件

この様な事を考えつつ計画の策定に入る前に、以下述べる様な社会的変動を前提として、

充分に取り組む必要がある。

#### (1). 高齢者を支える家族の変容

近年の核家族化の進行、家族員数の減少、女性の就労等により、家族の介護・保健等の機能が減退しつつあるのは全国的な傾向であり、この傾向は各市においても同様である。

とすれば、今後の保健福祉計画で問われている事は、これまで家族が持っていたこの様な機能をどの様に代替させていくかが、問題となると言う事である。

言い換えれば、この様な家族機能の様々な要素を様々なサービスに整理しなおして、それぞれの専門機関がその機能に応じて、専門的サービスとして提供するシステムを作ると言う事である。従って、家族内の誰かによって一元的に提供されていたサービスを、様々な専門機関や複数の職員によって代替する事になるわけであるから、その機関や職員間の情報の共有は重要な課題となるのである。

一方、この様な家族機能の代替を家族外に依頼する事については、家族員に大きな抵抗があるのも又、今までの社会の状況からすれば当然の感情である。従って、市民には、家族の有り様が変化しているので、それでは高齢者を支えられなくなっている現実をよく知ってもらい、理解を深める事も又、重要な、この計画の要素になる。

この傾向は、家族の育児機能が保育所に代替される様になったり、食事の機能が学校給食制度に代替される様になって来た状況と同じ事である。

#### (2). 高齢者を支える地域の変容

同時に、地域社会も又その地域に住む人々の生活を、様々な側面で支えあう事が無くなって来ている事も、確認されなければならない。そもそも、日本の地域共同体はその地域における生産を共同で行う所から、共同体としての支え合う機能を維持し拡大してきた。そこでの生活の支え合いは生産と一体のものとして行われてきたのである。

この傾向は、つい最近までの日本の社会においても、企業体内部での様々な生活支援、支え合いに継承されているのであるが、その一方で、地域社会での支え合いの機能は、生産機能のみならず生活機能部分での支え合いも、著しく衰えてきている。しかし、今、企業は様々な競争の中で、又、国際的常識を踏まえて、その様な生活支援的な要素を削り、その本来の使命である企業活動に、スリム化せざるをえない状況におかれつつある。

この様な変化の結果、人々はそれぞれ、良く言えば独自に自分の生活を築きつつあり、悪く言えば、人々の一層の孤立化が進んでいると言う事でもある。この様な状況に対し、一部の人は生活の基盤を、再び地域に置き地域での生活を見直し始めている。

この様な傾向は、1970年代から言われていたコミュニティの復権がようやく、具体的な形に現れ始めていると言う事ができる。とすれば、この様な傾向を捉えて、地域における生産

や営業を超えた次元での、新たな意味での生活機能に限定した支え合いや共同の様々な活動を促進する事は、高齢者にとっても非常に重要な要素であり、当然、この高齢者保健福祉計画にとっても、重要な配慮事項であろう。

### (3). 男女共生への変容

この様な状況の変容は、単に地域社会の変容のみならず、労働時間の減少の方向とも相まって、男女の家族内での性別役割分業にも大きな影響を与えつつある。

高齢化社会に於ける介護問題をとらえても、この傾向は明確に現れつつあり、今までは、高齢の男性の介護を婦人が担当するというのが一般的であったが、この逆に高齢の女性親族の介護を親族の男性が介護するケースも見られる様になってきている。この様な状況は高齢者を含め一層、一人一人の生活における身辺自立を促していると言えよう。

今後、この傾向が益々進展する事はほぼ確実な事であり、又、この身辺自立問題は、特に男性の身辺自立問題は介護問題を考える時の重要な要素の一つとなるので、この高齢者保健福祉計画においても、配慮を要する事項である。

特にローカルな市においては、前項でもふれた第一次産業の温存等もあり、性別役割分業観は根強く残っている。そのために特に、この辺についての市民の理解を深める事が必要になってくるであろう。

## II. 計画項目とその内容

この高齢者保健福祉計画は、上記の様な保健福祉計画の策定の趣旨をふまえ、国や県の方針に則し、各市の現在の様々な保健福祉の状況に対応して、

- . 生きがいを最も確保し易い、在宅を原則とする保健福祉サービスを中心に、
- . 保健サービスと福祉サービスの総合的一体的サービスの提供を図るものとして、
- . 具体的なサービス目標の水準を明示するものとして、

策定される必要がある。

その際、各市の現実を踏まえて、以下の様な点に、配慮する必要がある。

### 1. 保健・医療体制の充実

#### (1). 疾病・障害の予防体制の充実整備

その際重要なのは、保健・医療体制の充実である。特に、寝たきり老人の発生源になりやすい、脳血管障害の発生等、成人病の予防システムの整備は緊急の課題である。

この点についても、各市によって状況が異なっているが、問題は、多くの市において健

康診査は行われその受診率等を高める努力を行われているが、(疾病が発見された個人に対する対応だけではなく) そこから得られる様々なデータを充分把握し、整理して、診査結果に対する地域的な対応策が取られていない事である。

つまり、この健康診査によるデータは、保健福祉サービスの統計データとして活用していく必要があるのだが、個々人に対する保健福祉サービス上のデータとしての活用はうまく進んでいない。プライバシーの保全等充分な配慮をしつつも、又、データ処理のシステムの整備などの間接的な条件整備も重要であるが、要再診査等のケースについては個別の保健福祉サービスに結び付けていく体制の整備等が急がれる。この点については、特に、今回の高齢者保健福祉計画の中で細かい計画とその展開が求められる。

## (2). 医療の充実

高齢者が在宅で自立して生活をして行く事を考えると、その医療面からの支援は非常に重要である事は言うまでもない。予防に関する体制整備により早期発見ができれば、早期治療の体制の整備が必要になる。病気になったら入院させてしまえば良いと言う事ではなくできるだけ在宅でと考えるならば、この面でも医師会等の協力を得ての往診治療や、治療と並行して必要になるであろう訪問看護システムの整備とその展開が必要になるであろう。訪問看護システムについては、病医院における診療の一環として行われる事が望ましいが、その体制が整わない事も予測されるので、その支援として、市の訪問看護サービスシステムの整備が必要になる。

一方、一人暮らし高齢者や高齢者世帯の場合などは、訪問看護が必要であれば、当然それに伴って生活支援サービス（ホームヘルプ）が必要になるのであるから、その連携体制も考慮しなければならない。

## (3). 病後のリハビリテーションの充実

又、病後の社会復帰もできるだけ可能にする体制も必要であり、その面からみれば、病後のリハビリテーションについても、初期の段階では、訪問リハビリテーションも必要になるため、この点についても、訪問看護と同様に、市の訪問リハビリテーション・システムの整備が必要になる。

特に、高齢者の社会的な役割が不明確になっている事もあって、その疾病について治らない事を前提とした対応が多過ぎる点は、もっと考えるべきであろう。

## 2. 福祉の街づくりシステムの構築

市民ひとりひとりが、特に弱者である高齢者等の市民が、健康で生きがいのある、地域で

の在宅生活を貫徹するためには、当然、以下の様な街づくり上の配慮が必要である。

- . 都市基盤整備
- . 産業振興
- . 生活環境の整備
- . 居住環境の整備
- . 住民参加（当事者参加）
- . 機能的な地域福祉づくり

以下、これらの点について、若干の配慮事項を述べておこう。

#### (1). 都市基盤整備

都市基盤の整備は、現在まで、詰まるところ産業基盤の整備を中心に進められてきた。従って、そこでは産業に従事する車や人の動きを中心に考えられていて、必ずしも弱者を想定してはいなかった。その典型が、横断歩道橋であろう。都市基盤整備事業の推進に当たって、まずその反省を踏まえる事が、第一歩である。

具体的には、道路や鉄道や様々な公共施設（病医院・学校・文化施設等を含む）はもちろん、日常生活上必要な施設（商店・銀行・娯楽施設・等）へのアクセスが出来ない事が弱者の社会生活自立上の最大の障害になっている事を踏まえて、建設上建築上のガイドラインを明確にする事が必要であろう。

このガイドラインを、どの段階でどこまで（質的向上、面的広がり）進めて行くかも、高齢者保健福祉計画の一つの大切な要素になる。

もう一つの問題は、障害者の社会的アクセスを保障する情報通信システムの活用であろう。様々な新しい情報通信システムは活用の仕方によって障害者の世界を大きく広げる事に貢献している。この様なシステムもアクセスできる都市基盤の整備ができていないと活用出来ないのだから、都市基盤整備上はまず考えるべき課題である。

##### 〔生活環境の整備〕

この様な都市基盤の整備は、当然のことながら、生活上必要な施設や、環境の整備と連動している。当該施設までのアクセスが整備されても、商店の中を車椅子が通れない様では仕方がないのだから、当然、施設の改善整備が必要になるし、エネルギーの供給システムや、ゴミなどの廃棄物の処理システム等も弱者にとっても自分でできる様なシステム整備が配慮される必要があろう。

#### (2). 産業振興（高齢者の雇用確保）

快適な生活をするためには、弱者が働ける職場が確保されていなければならない。誰しも長時間働く事は望まないまでも、ある程度の職の確保は快適な生活の確保上、必須の要件で

ある。

特に、現代日本の高齢者問題を深刻化させている一つの要因が、高齢者の社会的な役割の喪失にある事を踏まえる時、この高齢者の社会的な役割の一環としての雇用確保は重要な問題であろう。(但し、これは雇用確保だけではなく、地域社会でのボランティア的な活動を含めて、高齢者の社会的役割の確保、又は、高齢者自身が自己の存在感を感じる事が出来る様な対策として考える事が重要である。)

したがって、その様な職の確保を目指した新たな産業の開発や既存の産業の転換奨励等の、産業振興策は、高齢者保健福祉計画上も是非必要な内容であろう。

### (3). 居住環境の整備

社会的弱者として的高齢者の在宅生活上の最大の問題点は、住宅構造にある。現在までの住宅建設は、様々な意味で余裕が無かった事であろうが、将来を見通したものになっていない。その意味で、新築時に、

○高齢になっても、内部の改装をする程度で間仕切りの変更ができる様にしておくことで、引っ越さなくとも良い様に配慮しておく、

○トイレや浴室や台所などの水やエネルギーを使用する、改造が難しい構造の部分はあらかじめ、障害者になっても使える様なスペースを確保しておく、

等の対策が望ましい。このためのガイドラインの作成や、その情報の普及、奨励（新築・増改築等の）施策などが検討される必要があろう。

そして当然の事ながら、これらの設備を行う場合、上下水道等の保健衛生設備が都市基盤として整備されていなければならない事は言うまでもない。

この様な在宅生活を可能にする改善のために公的な経費が掛かったとしても、それが出来ない事によるサービスの提供経費と比較してみると、一見高額な経費も相対的には合理的な点にも注目する必要がある。(例えば浴室の改築経費と、入浴介護のためのホームヘルパーの派遣経費3年間分ではどうか。)

### (4). 住民参加（当事者参加）

高齢者保健福祉計画の立案と展開には、住民参加が必須の要件である。様々な事情があって、この策定に際しては行政の内部での作業を中心に進められている事が多いが、高齢者保健福祉計画は、それぞれの地域毎や様々な関連グループ（関係行政機関を含む）毎の計画策定のボトムアップを前提として、全体がまとめられていく事が必要なのだと言う原則を、もう一度確認しておく必要がある。

その上で、この計画の中には、その実施段階のできるだけ早い段階で、改めて住民の参加によるアセスメントを行うべく、具体的な方策を折り込んでおくべきである。

一般に住民参加とは、実行行為への参加と意思決定への参加があり、行政的には前者に重点の置かれる事が多いが、意思決定への参加を前提としてこそ、地域社会の構成員としてその役割を分担すると言う側面も見逃してはならない。(意思決定に参加させないで、一方的にボランティア活動と呼び掛けても、住民は動かない。) つまり、住民は、その一人一人がサービス(内容・水準)の決定者(自分自身の問題に対するサービスをどうするかを含めて)であり、受給者であると同時に、提供者である点に注目しておく必要がある。と言う事は勿論、受給者である人も提供者たりうと言う事である。

住民参加については、利害の対立が明確になってなかなかまとまらないとか、特定の利益が罷り通るとか言う疑問もある。が、弊害については、然るべき学識経験者の活用等によって防ぐ方法もあるので、今はそれよりも決定に参加する事で実際に参加してくるという事に着目すべきであろう。

その様に考えた上で、その方向や役割を考える場合、以下の五つに分けて、整理をする事が有効であろう。

- 、高齢者(当事者)の社会参加。
- 、一般の住民参加。(ボランティアとして、地域の共同生活者として、地域での保健福祉サービス展開の意思決定者として、)
- 、民生委員等、地域の役職者として。
- 、地域の生活共同組織を通じての参加。——農協組合員・生協組合員として——
- 、機能別の市民組織として。——教員、会社員、専門家など——

これらの一つ一つについて、引込み思案な多くの市民・住民をどの様に、その持てる善意と才能を顕在化させていくかについては、それぞれ細かな配慮を必要とするであろう。特に一般住民や青少年のボランティアについては、安易に引出しがちであるが、ボランティアにどの様な役割を期待するのかは、充分慎重に検討された上で、その意欲に対応していく事が、その意欲を継続させ、真に社会のニーズに対応する者となっていくために重要な事である。

特に住民意識(市民としての主体者意識)は、その地域社会の中の人間関係の質と量に比例すると考えられる。主体者意識が強いほど、参加もするし責任も担うと言う傾向があるので、この人間関係の量と質をどの様にふやしていくのかについての様々な側面からの配慮についても、従って、高齢者保健福祉計画の一つの要素となる。

#### (5) 機能的な地域福祉づくり

様々な地域保健福祉サービスの提供にともなって、施設やシステムの整備が必要になってくる。又、同時に、地域全体、市全体としての都市整備も、保健福祉の観点を抜きに考える事はできない。



その時に最も重要なのは、保健も福祉も実際にサービスを必要としている人への直接のサービスである。そのサービスを支えるために、全体調整等や情報の交換等の間接業務が発生する。都市整備においても、基本は直接の生活に関わる部分の快適性が先ず問われるので、次にその快適性を保障し支えるものとして商業（物流）システムや廃棄物処理システムや通信運輸等のシステムの整備が必要になるのである。

近年の傾向をみると、ともすれば、この前後の関係が逆転しているのをよく見かける。本当は人によって行われるべき直接のサービスの部分を機械に代行させてしまったり、話をする事で精神的な充足が求められているのに、物理的・生物的欲求充足をサービスサイドから強要してしまったり、住環境の保全が必要なのに道路整備を優先してしまったり、予め分かっているのに、何重もの手間をかける無駄の多い工事をするなど、と言った点である。

いずれにせよ、限られた人的・物的資源なのであるから、この様なサービスの中心対象を見間違える事なく、施策がサービス対象者に直接有効に作用する様な、特に間接的部分では効率的なシステムの開発とその実現が求められる。

そのためにも、高齢者保健福祉計画の精査によって、効率性を高め、有効なサービスの実現を図る、福祉の街づくりシステムが求められる。

### 3. 保健と福祉の連携

以上、福祉（在宅福祉）・保健（医療）・街づくりと三つの要素にふれたが、今回の高齢者保健福祉計画の最も重要なポイントの一つは、これらの要素を、一人の人に対して最も有効に組み合わせて提供するにはどの様にしたらよいのかと言う点である。

これらのサービスは基本的には人による人に対するフェイス・トゥー・フェイスのサービスであるので、先ず、必要なのは、サービスに直接あたる人の連携システムである。第二に必要なのは、その様なサービスに直接当たる人を支える施設設備等の物的な連携システムである。そして、第3にこの様な人と物の全体のシステムを上手く回転させていくバックアップシステムとしての高齢者対策担当者や福祉事務所の機能の充実強化であろう。

#### (1). 高齢者サービス調整チームの充実強化。

高齢者サービス調整チームの役割は、

- (a). 当該要サービス高齢者についての情報を集約する事。
- (b). 当該要サービス高齢者へのサービスの基本的方針や、サービス上の留意点を明確にする事。
- (c). 当該要サービス高齢者に適切なサービスの内容を整理し、そのサービスの提供の方法についての分担等を確認する事。

(d). サービス開始後についても、適切な時期に、(a)~(c)の見直しを行い、方針・留意点・内容・方法・分担等についての再整理と、サービスの展開を図る事。

と言った点であろう。この他にも、サービスの質の向上のための事例研究を行うなどと言った事もあるが、課題の性質をゴチャゴチャにしないために、それは別に考える方が望ましいであろう。あくまでも、このチームは、一人一人の要サービス対象者に即して、その調整を行うと言う目的・役割を明確にしておく事が望ましいであろう。

とすれば、その高齢者サービス調整チームの構成メンバーはと言う事になる。このメンバーは従って、その要サービス対象者に直接関わっている人、医師、看護婦、ホームヘルパー（所属は色々ある）、ケースワーカー、健康診査担当部門の担当者、福祉事務所等の高齢者対策担当者、時には施設の担当者等が中心にならなければならない。サービス開始以前であれば、もしサービス開始と言う事になったら担当するであろう人である。

この方々が常時、上記の様な課題について連絡をとりあっているチーム（親密な人間関係の下に共通の目標に向かって努力をしている人々）が、高齢者サービス調整チームである。

#### ——サービスコーディネートシステム——

このチームは当然、ケースについての共通理解を深め、上記(a)~(d)のような事についてある見解をまとめ執行するために会議をもつ事であろう。この会議への出席メンバーとしては、望ましくはチーム全員と言う事であるが、これは多過ぎるし、実際のサービスの執行に差支えが出てしまう事が予想されるのでできないであろう。そのため、実際の会議の場面では、福祉事務所の高齢者対策担当や、社会福祉協議会の在宅看護サービスやホームヘルプサービスのコーディネーター、医師の中での老人医療の専門家、社会福祉関係の専門家及び、その日のテーマになる要サービス対象者に直接関わっている医師、看護婦、ホームヘルパー、ケースワーカーによって構成される事が望ましいであろう。従って、この直接関わっている方々の出席は、毎回、違う方々になる事はやむを得ないことであろう。

#### ——ケースマネジメント体制の確立——

要サービス対象の方々は、色々な時に色々なサービスの必要性を発生させるであろうし又、その時に適切なサービスを提供できる様に、その要サービス対象者に関する情報やサービスの経過についての資料は、一元的に整理され管理される事が必要になるであろう。そして、その資料を踏まえて、それぞれのケースについてのサービスをコーディネートしている担当者がある事が必要であろう。この様な担当者が行う、要サービス対象者へのサービスの調整や手配、資料・情報の集約管理などを行う事を、ケースマネジメントと言い、このケースマネジメントをおこなう人をケースマネージャーと言う。

このケースマネージャーに誰になるかは、それぞれのケースに対するサービスの比重がどの部署に一番多く掛かっているかなど、様々な要素から決められるべきである。又、このケースマネージャーと、その場の判断でサービスの提供を行ったり、他の方々の協力を依頼す

る必要（コーディネイト）もあるので、社会福祉士や看護婦や介護福祉士など、何らかの資格を持っているか、社会福祉主事としての長期の経験を持っているか、何方かの要素も実際問題として必要であろう。いずれにせよ、このケースマネージャーは複数であって、相互に綿密に連絡を取り合いつつ、相互に不在時に補完しあう体制である事が必要である。

——在宅介護支援センターとの連携——

そして、このケースマネージャーは、要サービス対象者とも時々直接会う事が必要であるし、又、実際の訪問看護サービスやホームヘルプサービスの拠点である、在宅介護支援センターとの連携も大変重要な業務になる。その意味では、ケースマネージャーを努めるコーディネーターは在宅介護支援センターになるべく近い所、又は在宅介護支援センター内にいる事が望ましい。

(2). 在宅介護支援センター

在宅介護支援センターは、法令上の定めもあるが、上記の高齢者サービス調整チームの行う内容をバックアップする施設設備と考えてよいであろう。その詳細については、厚生省の関連通知にゆずるが、事業内容として上記の調整、相談対応、実態把握、資料の作成、関係者への助言援助、等々7つの機能があげられている。国家レベルでは『高齢者保健福祉十か年戦略』の目玉となる施設である。

しかし、重要な事は、サービスの内実が実際に行われる事であって、立派な施設では無い。従って、まずは、上記の高齢者サービス調整チームの充実強化を図ったり、又、在宅介護支援センターの機能を事実上なんらかの形で早急に実現する事が求められよう。施設の建設は、機能を先行させて（その為に人員を配置して）おくことで、その施設の内実も実際に役立つ有効な内容に煮詰まっていく事であろう。最初から施設を建てるとか、施設ができるまで、在宅介護支援センター機能を担う所がありませんと言う対応ではこの高齢者保健福祉計画の内容は、絵に書いた餅になりかねないであろう。

——地域サービス拠点の整備充実——

在宅介護支援センターの性格から考えると要サービス高齢者にできるだけ近い所にある事が望ましい。しかし、当該市の面積やサービス対象人口とのバランスや、在宅介護支援センターに期待されているその機能の専門性や、相互調整が常に密接に要求されている機能を考えると、複数設置には余程慎重に対応する事が必要であろう。但し、センター一か所に対し、ある程度の要サービス老人の集積度に対応して、そのブランチ（支所）を設置していくと言う方法については検討されてよいのではないか。

特に訪問看護婦やホームヘルパーの拠点として考えた場合は、その拠点から要サービス高齢者宅までの往復時間の短縮は、実際問題としてかなり重要な問題なのだから、ブランチを整備しつつ、そのブランチとセンターを電子機器などでオンライン化して情報のやり取りを

するシステムの整備をする事が、望ましいと言えよう。

——総合福祉センターの機能——

総合福祉センター構想のキー（テナント）を在宅介護支援センターと考えるならば、上記に見る様に、高齢者サービス調整チームの活動にしても、在宅介護支援センターの機能にしても、その活動を支えるキーワードの一つは、ケースマネジメントであり、ケース情報の集積と管理、活用である。従ってこの個別の要サービス高齢者へのサービス提供に必要な情報をどの様に集積し管理し活用するのかは、そのサービスの質をきめるマンパワーの質について非常に大きな問題となるであろう。いかに素晴らしい能力をもつ人でも、前回の訪問者や約束して置いた事の引継ぎがなされないまま訪問すれば、要サービス高齢者の信頼を得る事は大変に難しくなってしまう。

総合福祉センター構想は何よりも、先ずその事を念頭においた情報システムの整備を考えなければならないであろう。

その上で、関連相談受付体制の整備とか、様々なボランティア組織や、福祉関係者のネットワークの拠点であるとかと言った機能（それに必要な設備）が求められるのである。又、医療や保健システムとの連携が非常に重要だとすれば、一つのネットワークとしての医師会や歯科医師会や薬剤師会等の拠点施設もあれば、色々な意味での連携が取りやすくなるであろう。

そして、利用する市民サイドからすれば、それだけの人々が集まっている所ならば、例えば保健センター等があって、健康診査に常時対応してくれるとか、休日休診センターがあって、休日の急患はそこへ行けば良いと言う安心感が持てるとかすれば、大変喜ばれるであろう。

従って、施設の建設はともかく、その機能は早急に整備される必要があるということである。機能を先に展開しておけば、その中から施設計画も具体的な必要性として現れてくるであろう。施設はそれから造っても遅くないし、かえってその方が本当に役立つ親しみやすい効率的なものができるといえるであろう。

### (3). 高齢者対策担当者や福祉事務所の機能の充実強化

以上の様な高齢者サービス調整チームの中心となり、在宅介護支援センターを含めて、市役所による市民サービス全体を、高齢化社会に対応する様に調整していくのが、例えば高齢者保健福祉計画をまとめ、その実現を図り、再度調整していくのが、高齢者対策担当者の役割である。

当該市においては、2000年時点での在宅の要サービス高齢者数やその時の65才以上人口数はある程度の推計が可能である。これらの方々が全体として、然るべきサービスを的確に受けられる様に、予測し準備して下地をととのえておく事が、この部署に求められる事であろう。

う。そのためには、綿密な調査の実施や、データの分析によって、ニーズを可能な限りの確に予測しておく事が、求められる。

#### 4. マンパワー対策

この様な様々な高齢者保健福祉施策を実行していくためには、関係する全ての人々の熱い情熱と、同時に、相当の実務的能力を要求される。これらのサービスはどの部分をとっても、その一つ一つが直接・間接に、一人一人の高齢者の生命に関係していく事になる。

##### (1). 担当職員の養成

その意味で、これらの業務の第一線にたつ職員の養成、処遇のシステムの確立は、この高齢者保健福祉計画の中でも緊急の課題の一つである。

これらの職員は、対象となる高齢者の意識や生活歴の変化にともない、今後の益々、多様化し多層化し高度化する事によって、難易度の高い複雑なサービスを提供する事を求められる様になる。一方、急速に蓄積されていく様々なサービス経験は、サービスの手法や機器等についても、新しい方策を次々と開発していくであろう。これについても、知っていてその新しい方策を行えることを求められるであろう。(製造物責任法の法制化問題や、医療事故への法的判断事例を参照されたい。)

一方、高齢化の進展により、又、高齢者は各種の選挙においても、大変な票田であることもあり、制度的にもどんどんその整備が進む事が予想され、その意味での制度の展開についての学習も求められる。

以上の様に、実際にサービスに当たる職員が学ばなければならない事は、非常に多い。又、この保健福祉計画期間程度の間は、世の中の流れに対応して常に学び続ける事を求められよう。

とすれば、これらをそれなりに修得し、日々の実践を改善していくための研修は、この保健福祉計画の中でも非常に重要な要素であると言える。少なくとも、一人の職員が月に1～2日程度は研修を行う様な体制が必要であろうし、又、その研修は有効かつ効率的に学習できる様な内容として行う事も重大な課題である。

##### (2). ボランティアの取り組みの推進

市民の方々のボランティア活動への意識については、多くのケースでは、回答者全体の約半数程度が地域社会に対する活動に参加したいと答えている事が多い。しかし、実際に参加しているのは、約2割以下の方々なのだから、参加の切っ掛けさえあれば、参加する方々が多数いる事になる。この様な傾向に十分な配慮をして、様々な人間関係を通じて、市民ひと

りひとりの能力（タレント）を上手に引き出す活動を工夫し、誘いかけていく事が求められる。

その際ヒントになるのは、高齢者の方々が若い世代との交流を望んでいると言う事であろう。と言う事は、子どもたちや青少年を対象とする活動に高齢者や中年者が一緒に参加する活動を考える事があげられよう。この場合当然、中心になるのは、中年世代になるはずであるから、その忙しい世代への支援措置が積極的にとりくまれる事が必要であろう。具体的な活動としては故郷に伝わる伝承文化に係わる活動等や、誰でも出来る軽スポーツ（市民マラソンなど）などが、考えられるのではないか。

## 5. 広域的対応と個別地域的対応

各市においては、その市の規模等に対応して、その市独自の対応で取り組むのか、他の市と連携して広域的に取り組むのか、施策の内容により区別する事が求められよう。

### (1). 広域的対応をどの様に進めるのか。

広域的対応については、施設の共同運営等が中心になるだろう。

しかし、重要な事は、今後の高齢者保健福祉サービスは在宅福祉（その地域での生活を続けながらの保健福祉サービス）の展開が中心となり、施設サービスはそのバックアップをする事が目的となると言う原則である。その観点から考えれば、施設についてもその需要量との関係もあるが、出来るだけ当該地域に存在し、当該地域との関係の中で運営できる事が望ましい。共同運営で効率を上げる事も重要であるが、その事が地域サービスのバックアップ体制としての施設サービスの低下に繋がらない様に配慮する事が肝要である。

又、その様な施設運営の段階では、当該入居者の様々な意味での自立や自治を重視すべきであり、一方的な管理をすべきではない。自主管理は色々と問題な面もあるが、大局的な視点から見ると、結局はそれに近い方が効率的であるとも言える点には、特に留意しておく事が必要である。特に、意識障害を併せ持つ入所者の多い特養はともかく、ケアハウスにおいては、この点は特に特に配慮される事が大切である。

その意味では、広域の運営組織も行政サイドの一方的なものになりがちであるが、入居者の組織等からのメンバーも理事会等に参加させるなど、又、その理事会も出来るだけ頻度を高く開催して、参加者の意見が多く述べられる様な体制にしていく事で、自治的な活動を強化する事が大切であろう。そして、その様にする事で、結局は、同じ予算でも内容が充実して（効率的に）使われる事になる。

### (2). 個別地域的対応をどう進めるか。

今回の高齢者保健福祉計画は、市中心に考えられる所に特徴があるが、その意味するところは、出来るだけ地域地域に即した計画をたてて、当該地域のニーズに合ったサービスを展開しようとするところにある。とすれば、各市においても、市街地の形成傾向が地域によってかなり様々な傾向があるのだから、字単位などの地区別の細かい対応策を考える程度の事はすべきであろう。

## 6. 民間ソーシャル・サービスの活用

高齢化社会に向かって、民間サービスを活用する事は、以下の様なメリットが考えられる。

- 財政資源の有効活用が進めやすい。
- サービスの供給源が多様化する事によって、要介護者の選択の余地がひろがる。
- その事によって、行政系サービスの質的な低下が防止される。
- 民間の様々な自由な展開が助長される事によって、サービスシステム等の新たな工夫が生まれる。

しかし、一方では、以下の様なデメリットもある。

- 効率重視のあまり、サービスの質的低下を来す恐れがある。
- その事に関連して、プライバシーデータの漏出等、人権の確保に障害がでる可能性がある。

以上の様なメリット・デメリットを配慮した上で、民間の資源の活用を進めるべきであろう。特に、在宅介護支援センターなど、コーディネートに係わる部分はできるだけ公的な整備として行い、入所施設や具体的在宅サービスの具体的な一つ一つについては、部分的に民間の資源の活用を進める事があってもよいのではないか。

## III. 計画策定の進め方

計画の策定は、その進め方自体に、その計画の考え方が反映される。その様な意味で、どのような構想のもとに準備が進むのかは、その計画の成否を大きく左右する。

### 1. 施策の体系について

その意味で言えば、今回の保健福祉計画の中心はあくまでも、

- 在宅サービスである事、
  - 保健福祉の連携である事、
- を踏まえる必要がある。

その様な観点からは、

第1群として、

- . 保健・医療・福祉の連携（総合化）
- . 利用促進体制の確率
- . 関係団体との連携・協調
- . 在宅介護支援

第2群として

- . 保健福祉人材の確保
- . プライマリーヘルスケア体制の整備

第3群として

- . 市内施設の整備
- . 広域的施設の整備

第4群として

- . 住民参加による地域社会づくり
- . 社会福祉協議会の活動強化
- . 高齢者の社会参加

第5群として

- . 高齢者も（が）ではなく）住みやすい福祉のまちづくり
- . 住環境整備

と言った分類と体系化を行うべきである。

なお、この整理は、条件を整備する行政サイドにおける重点課題順と言う事である。が、第4群については、その様な順に馴染まないのも、常に配慮されなければならない事である。

## 2. 社会福祉協議会の果たすべき役割

社会福祉協議会は戦後営々とその活動を蓄積してきた。しかし、まだ、多くの市民の関心やその奉仕活動の意欲を、現実的な活動に結び付けきれていない傾向も伺える。特に事務局や直接サービス部門だけでなく、住民活動の一環としての社会福祉協議会活動がかならずしも、特に40代の中年層を生かしきれていない様である。

今後の、高齢化社会を考える時、この層の動きは、保健（疾病予防）活動などからんで大変重要であろう。この層に最も関心の深いテーマを生かしながら、なるべく自立的な活動の展開を、地域組織専門員の複数配置などを通じて、促していく活動が望まれるところである。

その時に併せて重要なのは、市民参加と福祉教育活動の強化であろう。



この様な活動は、住民と行政が一体となって進めていく必要がある。とすれば、ここで改めて市民参加と、住民による様々な学習活動の活発な展開が図られる必要のある事を指摘しておきたい。そのための方策も色々あるが、そのためにも一番良い学習への動機付けは、要介護者のプライバシー問題への充分な配慮の上であるが、自分達の保健福祉計画を、必要量の算定や、その為の調査を含めて自分達で纏める事なのである。

社会福祉協議会の活動の展開如何によっては、この事は充分可能であろうし、多くの素人が参加すると、当面は色々ゴタゴタして大変だが、結局はその方が効果的・効率的な計画立案や実施ができる事を再度繰り返しておきたい。(例えば、自分達が決めた施設計画にもとづいて施設を作るならば、用地買収に伴う反対も殆どなくスムーズに買収できるであろう。その事は経済的にみても、大変な効果があるはずである。)そして、そのためにも、住民への情報提供がとても大切である。この計画の策定にあたっては、途中経過や様々な基礎データも含めて、できるだけ多様な情報メディアを活用して、多くの情報を住民に提供する事を考えるべきである。

又、住民参加については、策定段階は勿論であるが、継続的に、その成果を評価し改定の段階を踏まえて、日常的な活動を行うものとしてシステム化すべきであろう。この計画策定についての、職員サイドの努力は大変評価されるが、やはり主体は住民なのだという原則は、きちんと守られなければならない。

### 3. 他の諸行政計画との関連

最後に、地域社会での市民の保健福祉の実現は、単に保健福祉施策の実現だけでは出来ない事を踏まえ、この保健福祉計画は必ず、その観点から、その他の様々な行政計画をリンクさせておく様に関係諸機関への働きかけを行うということの重要性を指摘しておきたい。

#### 〔参考文献〕

1. 古瀬徹著『創造的な長寿社会への道』 中央法規出版 1986年
2. 松原一郎・他・著『社会的ケアシステム』 全国社会福祉協議会 1988年
3. 月刊福祉増刊号『福祉改革II』 全国社会福祉協議会 1990年
4. 月刊福祉増刊号『福祉改革III』 全国社会福祉協議会 1991年
5. 厚生省大臣官房老人保健福祉部監修『老人保健福祉計画策定の基本的な考え方』 中央法規出版 1991年
6. 東京都下、長野県内、などの各市の『市(町村)基本計画』『住民意識調査報告書』等

1993年 2 月・松本短期大学紀要発表

A Study of Planning for Health & Welfare for Elderly