



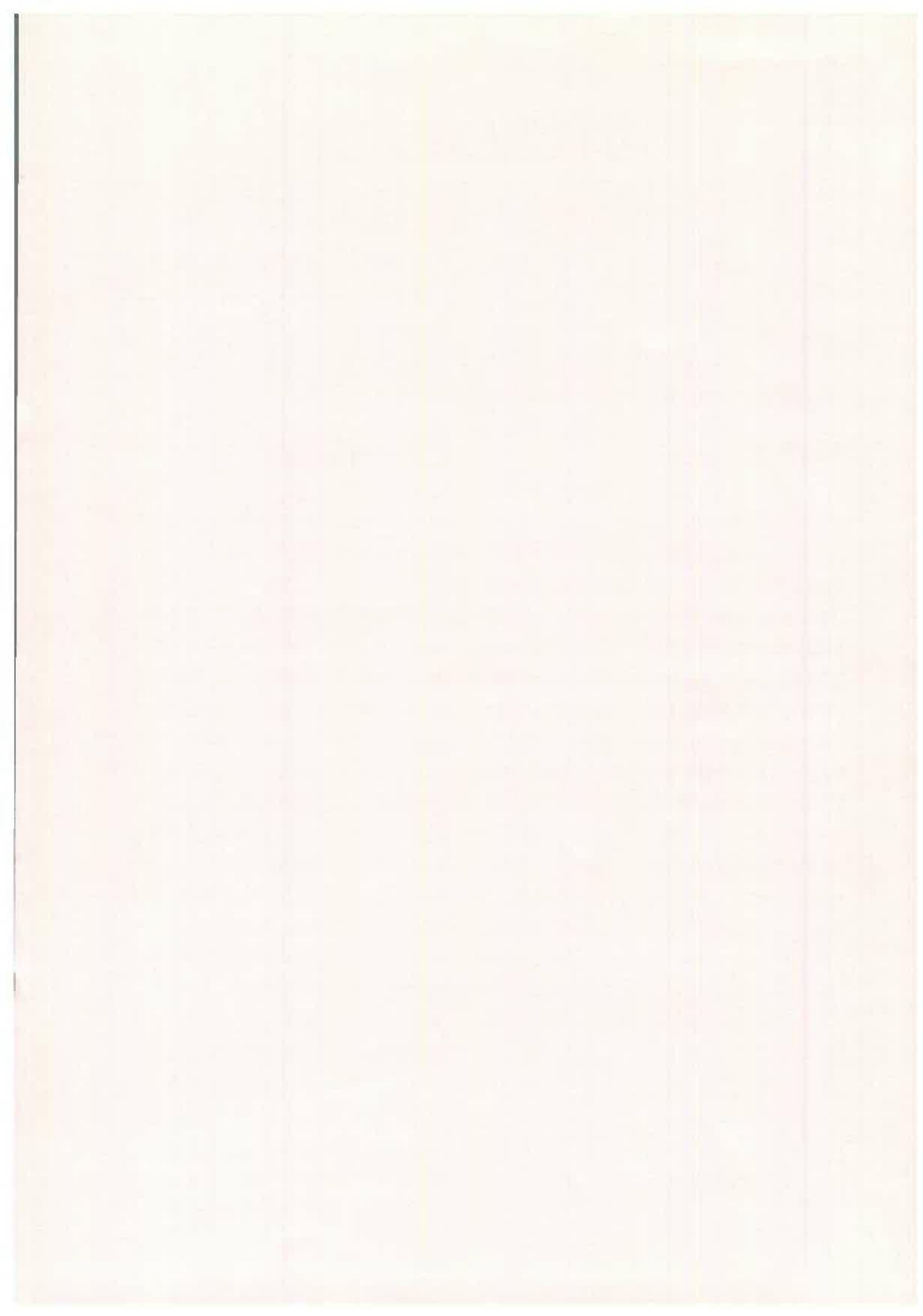
KAWASAKI CITY

川 崎 市
総合企画局都市政策部

市民協働の保健・ 医療・福祉の連携 システム構築に向けて

～現場からの視点をふまえて





ま え が き

総合企画局都市政策部では、総合的・市民的視点から政策立案できる職員を養成することを目的として政策課題研究制度を発足させ、三年次目となります。

今年度は、A、B、二つの研究チームが編成されました。この報告書は、Bチームの「市民協働の保健・医療・福祉の連携システム構築に向けて～現場からの視点を踏まえて」をまとめたものです。

『豊かで多様な個性が生きる長寿社会』、それは、すべての市民の共通した願いです。川崎市は「生涯福祉都市づくり」に向け、これまでも、「市民総ホームヘルパー大作線」、や「見守りネットワーク」など関係者間の真摯な協力により、総合的な福祉供給体制確立のための努力を行ってまいりました。今回、介護保険の施行という高齢者福祉行政における大きな変革期に、保健・医療・福祉の現場職員を中心とした研究チームを組織したのは、川崎市の高齢者福祉の現状と課題を、もう一度、別の角度から探ろうとしたからに他なりません。

研究に携わった市職員は、より豊かな福祉社会を築くために自律的な活動を続けられている多くの市民と出会い、『福祉コミュニティの実現』に向けた17の提言をまとめました。研究チームは、「福祉コミュニティとは今そこにある静的なものではなく、より豊かな福祉社会を築くために続けられる真摯な市民一人ひとりの活動、すなわち、市民と行政の協働作業による永続的なもの」としています。17の提言のなかには、現在行われている各種事業についての現場サイドからの意見、「福祉情報のOA化」や「連絡調整体制の充実」など行政機構の再編、多様な主体の参加による「福祉コミュニティ」の実現など、業務を管理するセクションからは辛口といった声も聞こえてきそうな気がいたします。

この報告書の作成にあたっては、市役所内部の調整を行っていません。したがって、いくつかの点において行政との考え方の違いや幼い論議など、ご指摘もあろうかと思えます。しかし、本来はつぶやきとなって消え入ってしまうそんなささやき、新たな地平を築こうとするものがきなど、日々、市民の声に接する職員の思いを評価していただきたいのです。

市民の心に常に向き合って考える、このような発想こそが分権型社会のキーワードである「アカウントビリティ」に必要ではないでしょうか。真理に到達する道は、燃えるような、さまざまな意見の渦の中に秘められていると思えます。ご批判があればおおいに伺いたいと思えます。最後になりましたが、研究活動に際してご支援・ご協力いただいた衛藤幹子法政大学法学部教授、そして、関係各位、職場の皆さんに対して、心から感謝の意を表します。

1998年3月

川崎市総合企画局都市政策部長 峰岸 是雄

政策課題研究Bチーム研究員

池田 久子 健康福祉局井田病院看護部

植木賢一郎 教育委員会幸市民館

荻原 圭一 総務局職員研修所

工藤 芳樹 健康福祉局地域福祉課

○ 小柴 哲雄 幸区役所福利課

板田 和子 健康福祉局末長母子寮

◎ 柴 静枝 高津区役所高津保健所

◎ = リーダー, ○ = サブリーダー

あなたの住むまちの老後の安心度をはかる

40のウェル・チェック

あなたやあなたの家族は、今住んでいるまちで安心して歳をとれますか？

住み慣れた自宅や地域で、安心して自分らしい自立した生活ができること。
それが、理想の「ウェル・タウン」です。

自立とは、自分の稼ぎで暮らす自活や、自分の身の辺のことを自分でするという意味だけではありません。日々の暮らし、食べ物、娯楽、趣味、悪事や善行、友達づきあい等々、すべてを自分の決断と責任でやっていくことです。

では、安心して自立した生活を最後まで送るためには、あなたの住むまちがどうあったらいいのでしょうか。

それを知る手掛かりのひとつとして、「40のウェル・チェック」を試してみましよう。まず、あなたが住んでいるまちを点検することから始めてみてください。

この簡単な「40のウェル・チェック」をすることによって、あなたの住むまちの「敬老度」が測られ、自分のまちをウェル・タウンに変えていく手掛かりとなるでしょう。

そして、「すぐやれること」、「工夫すればやれること」、「予算が必要なこと」に分けて実行していきましょう。

巻末に、川崎市の資料と、もっと詳しく点検するための「100のチェック」がありますので、それも参考にしてください。

*ウェル・チェック＝ウェルフェア（福祉）・チェックの略

*ウェル・タウン＝ウェルフェア（福祉）・タウンの略

中華民國二十九年五月二十日

行政院

令

查各省地方官廳，應一律採用新式簿據，以資統一，並便於整理。茲將新式簿據式樣，分別編印，分發各省，各該管地方官廳，一體遵照辦理。此令。

中華民國二十九年五月二十日

行政院

令

查各省地方官廳，應一律採用新式簿據，以資統一，並便於整理。茲將新式簿據式樣，分別編印，分發各省，各該管地方官廳，一體遵照辦理。此令。

中華民國二十九年五月二十日

行政院

令

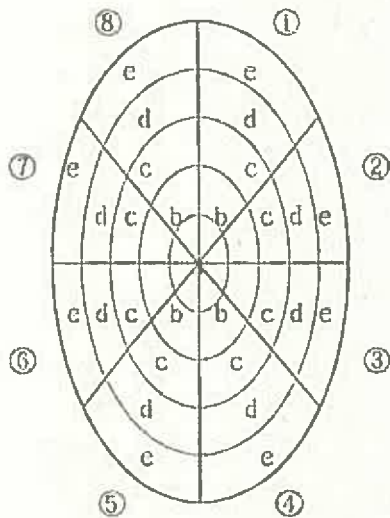
查各省地方官廳，應一律採用新式簿據，以資統一，並便於整理。茲將新式簿據式樣，分別編印，分發各省，各該管地方官廳，一體遵照辦理。此令。

中華民國二十九年五月二十日

チェック・シート

実態

あなたのまちに設問のサービス等が
 ある・・・塗りつぶす
 わからない・・・斜線
 ない・・・空白

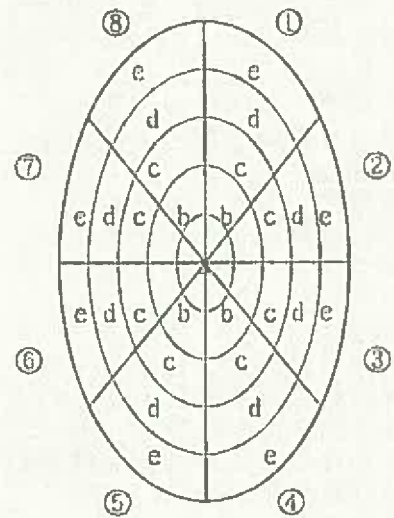


- ①老人ホームについて
- ②ホームヘルパーについて
- ③食事サービスについて
- ④医療について
- ⑤デイサービスについて
- ⑥外出の楽しみは
- ⑦行政の対応について
- ⑧首長について

左右の塗りつぶされる面が一致する程
 ニコニコマークのまちです！

希望

あなたのまちに設問のサービス等が
 是非欲しい・・・塗りつぶす
 欲しい・・・斜線
 いらぬ・・・空白



ウェル・チェックの方法

方法は、簡単です。設問にしたがって、各部門の（a）から順番にチェックシートを塗ってください。
 塗り方は、次のとおりです。

－実態－

設問のサービス等が、
 ＊ある……………塗りつぶす
 ＊わからない…斜線
 ＊ない……………空白

－希望－

設問のサービス等が、
 ＊是非欲しい…塗りつぶす
 ＊欲しい…………斜線
 ＊いらぬ………空白

診断結果

- (1) 塗りつぶし面が多ければ、老人や障害者に優しいまちです。
- (2) 斜線が多いのは、そんなサービスがあることを知らない人が多いということ。サービスの情報や具体性について調べてみてください。案外、いい施策が多いことを知って評価が変わるかもしれません。それとも、親切におしえない行政に不信を抱きますか。
- (3) 空白が多いのは、まだまだあなたの老後は、この町では不安です。空白を通してあなたのまちに不足しているサービスが分かったのですから、それを解決するために、市民と行政の協働作業で頑張りましょう。

40のウェル・チェック 設問

- ① 老人ホームについて
 - (a)町はずれではなく、便利なところにある
 - (b)「寝かせきり」にしないで起こしている
 - (c)いやなニオイがゼロ
 - (d)ボランティアが楽しそうに出入りしている
 - (e)申し込んだらすぐ入所できる
- ② ホームヘルパーについて
 - (a)休日や夜も来てくれる
 - (b)必要なら毎日来てくれる
 - (c)申込みは簡単
 - (d)困っている時は、すぐ訪ねて来てくれる
 - (e)男性のヘルパーがいる
- ③ 食事サービスについて
 - (a)毎日2食は宅配してくれる
 - (b)美味しくて温かい
 - (c)治療食を宅配してくれる
 - (d)毎日会食できる所がある
 - (e)メニューを選択できる
- ④ 医療について
 - (a)自宅で暮らしたい、自宅で死を迎えたいという希望を理解してくれる
 - (b)お医者さんが往診してくれる
 - (c)理学療法士が訪問リハビリ、地域リハビリを行っている
 - (d)かかりつけ医や訪問看護婦に夜にも連絡がとれる
 - (e)訪問看護婦がいる
- ⑤ デイサービス、デイケアについて
 - (a)痴呆のお年寄りを受け入れている
 - (b)送迎してくれる
 - (c)回数制限がない
 - (d)中学校区に1つずつある
 - (e)早朝から夕方までの利用が可能である
- ⑥ 外出の楽しみは
 - (a)ノンステップバスやリフト付きバスが町を走る
 - (b)レストラン、公共施設等は、弱い人に優しいバリアフリーである
 - (c)駅にエレベーター、エスカレーターがある
 - (d)福祉のまちづくり条例がある
 - (e)移送サービスがある
- ⑦ 行政の担当者の対応について
 - (a)住宅改善の申し込みは、簡単である
 - (b)「出前」、「御用聞き」の姿勢がある
 - (c)たらい回しをしない
 - (d)入院中から退院後のサービスを計画してくれる
 - (e)気軽に相談できる雰囲気、親身な対応である
- ⑧ 市長（首長）について
 - (a)ホームヘルパーの待遇を改善する姿勢がある
 - (b)敬老金をばらまくよりサービス供給体制をつくる方を重視している
 - (c)口で福祉を唱えるだけでなく、実際に予算を増やしている
 - (d)介護を社会化する必要があると考えている
 - (e)小学校の空き教室や給食設備、敷地、建物等を活用し、お年寄り支援に心を砕いている

市民協働の保健・医療・福祉の連携システムの構築に向けて
～現場からの視点を踏まえて～

〔 目 次 〕

「あなたの住むまちの老後の安心度をはかる～40のウェル・チェック～」

| | |
|-----------------------------------|----|
| はじめに | 1 |
| 市民が行政に参加するために | 1 |
| 1 これからの地域社会と行政 | 1 |
| 2 高齢社会に求められるもの | 1 |
| 3 市民と行政がつくる福祉のまち | 2 |
| 4 介護保険制度とNPO（非営利団体） | 2 |
| 5 みんなでつくろう福祉のまち・かわさき | 3 |
| 第1章 「草の根の地域活動」の事例から | 5 |
| 第1節 「上作延老人いこいの家」のミニデイケアにみる市民の地域活動 | 5 |
| 1 ミニデイケアってなあに？ | 5 |
| 2 「上作延老人いこいの家」のミニデイケアの発展経過 | 10 |
| 3 行政にとってミニデイケアとは | 13 |
| 4 今後の展開 | 15 |
| 第2節 市民が運営する参加型福祉 | 18 |
| 1 介護保険にみる市民の責任と自治体の責任 | 18 |
| 2 住民が担う地域福祉 | 18 |
| 3 食事サービスを行うワーカーズ・コレクティブの活動 | 19 |
| 4 家事介護を行うワーカーズ・コレクティブの活動 | 20 |
| 5 ボランティア活動 | 24 |
| 第3節 企業市民の地域福祉活動 | 29 |
| 1 小さな企業の実践例 | 29 |
| 2 労働組合の実践例 | 34 |
| 第2章 地域での連携に向けて | 38 |
| 第1節 地域で生活していくために | 38 |
| 1 医療現場から | 38 |
| 2 在宅介護の現場から | 44 |
| 3 保健現場から | 57 |

| | |
|------------------------------------|------|
| 第2節 保健・医療・福祉情報システムの連携 | 67 |
| 1 かわさき総合ケアセンター情報システム | 67 |
| 2 福祉の情報化 | 73 |
| 3 公的介護保険制度に向けて | 75 |
| 4 かわさき総合ケアセンターに求められること | 78 |
| 第3章 他都市の事例から | 80 |
| ～大阪府枚方市の24時間・365日ホームヘルプサービス～ | |
| 第1節 24時間・365日ホームヘルプサービスが定着するまで | 80 |
| 1 はじめに | 80 |
| 2 市長の英断 | 80 |
| 3 24時間・365日ホームヘルプサービスに向けて | 81 |
| 第2節 ホームヘルプサービスの現場は | 83 |
| 1 バイクで現場に向かうホームヘルパー | 83 |
| 2 1日2回、温かい食事が食べれる | 83 |
| 第3節 川崎市で24時間・365日ホームヘルプサービスを実現するには | 84 |
| 1 枚方市における課題と評価 | 84 |
| 2 川崎市で実現するには | 85 |
| 第4章 市職員とボランティア活動 | 87 |
| 1 市職員も地域社会の一員 | 87 |
| 2 ボランティア活動を始めするには | 88 |
| 3 職員への動機づけとしての研修・講座 | 89 |
| 4 職員ボランティア登録制度 | 91 |
| 5 市職員のボランティア休暇 | 92 |
| 6 フレックスタイム制の導入 | 94 |
| 7 市役所OB・OGによるボランティア団体の結成 | 96 |
| 8 市職員とボランティア活動の将来像 | 97 |
| 第5章 私たちの提言～「福祉コミュニティ」の実現に向けて | 99 |
| 1 「福祉コミュニティ」の確立のために | 99 |
| 2 「福祉コミュニティ」の実現に向けて～私たちの17の「提言」 | 100 |
| 参考文献、巻末資料、活動内容、編集後記 | 111～ |

はじめに

市民が行政に参加するために

1 これからの地域社会と行政

市民が市役所に行くというのは、どのようなときでしょう。あまり日常的なものではありません。せいぜい、何かの手続きに必要なため、住民票や戸籍謄本などを取りにいく程度のものでしょう。

市民が役所に来て最も不愉快に感じることは、役所の中をトライ回しにされることでしょう。行政サイドから言いわけさせてもらえば、組織が細分化され、それぞれの所管によって、法律も別ならば、予算も別、まして補助金が絡めば、足並みを揃えて仕事をするのはますます難しくなります。

また、川崎市のような大都市では、本庁と区役所の関係についても問題になります。現状では、区役所には地域に即した事業を独自の判断と責任で展開する組織もなければ、予算もないので、市民のニーズにそった施策をすぐに実行することなどできません。

これまでのシステムでは、市民にとっての市役所と市職員の市役所のイメージにギャップがありました。このことを克服するにはどうしたらいいのでしょうか。

それは、市民と市職員が同じ目線で議論ができるように、あまり広くない地域で市民が自立できるようなシステムを確立していくことではないのでしょうか。小学校区なり、中学校区なりの、つまり住んでいる市民の生活圏くらいの規模で行政を進めていくことで、市民と行政に共通する課題や価値観が見えてくるものと思われれます。

2 高齢社会に求められるもの

高齢者問題は市民に具体的にふりかかります。

病人の介護に振り回される家庭が増え、一人暮らしの老人が多くなっています。病人を抱えると、時間的にも、物理的にも生活のほとんどを介護に注がなければなりません。療養生活は長期化しています。家族に「夜、ぐっすり眠れない」、「日中、気がねなく買い物や用事にでかけられない」といった、日常生活でのストレスが生じます。「病気である本人も辛い、家族も辛い」、このような家族の肖像が一般的になっています。

これまでは、家族だけで支えるのが一般的でした。それができない場合は、社会的入院として、高齢者は家族や地域から隔離されてきました。誰でもこのような老後を迎えたくないと思うでしょう。そのために、これからは家族だけで支えるのではなく、家族の代わりにサポート

してくれる人やシステムが必要となります。

「どんな人にサポートしてもらえればありがたいのか」、病人にとってみれば療養生活が長期化すればするほど、近隣の地域の人がいいはずです。そのためには、地域に住む人々が地域の活動に参加する積極的な意欲がなければなりません。市民の地域参加があって、はじめて市民が協力しあえる地域社会がうまれるのです。

巻頭の「40のウェル・チェック」を試してみてください。円を塗りつぶすことができれば、そのまちは老人や障害者にやさしいまちです。反対に、色が薄いまちは、問題が多いまちです。

老いは、誰にも平等にやってきます。地域が支える高齢社会づくりをめざして、積極的に市民が地域に参加できる仕組みづくりを進めていきましょう。

3 市民と行政がつくる福祉のまち

これまでの福祉のイメージは、恵まれない人々に手をさしのべるものでした。それは「さしのべる側は、さしのべられる側には回らない」ということが前提でした。これからの福祉は、介護を受ける立場にたって、利用したいと思うようなサービスを心掛けなければなりません。

行政は、基礎的な部分は受け持たなければなりません。市民の自主性を尊重しながら、その活動をバックアップしていくことに力を注がなければなりません。行政として、専門性を最低限保障することは求められますが、市民の自由な活動を妨げるものになってはなりません。

病院や特別養護老人ホームなどの施設には、人材の確保や建設用地、費用などいろいろな面で限界が見えていますので、高齢社会のイメージは、在宅介護を中心にしなければならぬでしょう。そのために、市民と行政が協力し、地域社会をより充実することが求められるのです。

市民と行政がともにサービスを行っていくことは、市民が自分たちの老後をどのようにとらえ、そしてそれを上台にした高齢社会づくりを行政がどのようにサポートしていくかにあります。つまり、市民が地域で助け合うことができるように、福祉のまちづくりを進めていくということです。それが、市民と行政とのパートナーシップによるまちづくりです。

地域に参加しない人は、あまり良い老後は迎えられません。少し厳しい表現ですが、これからは、「役所が決めたことだから」ではなく、市民自らが自分たちの意見を出し、それを実現していくように努力することが求められます。

4 介護保険制度とNPO（非営利団体）

平成12年（2000年）から実施される介護保険制度の準備に、各自治体は奔走しています。ドイツなどの先進事例を参考に、保険料やサービスの内容、ケアマネジメントなどが計画されていますが、在宅介護を中心とした政策の実現に向けて、自治体に課せられた任務は大きなものがあります。川崎市でも、よりきめこまやかなサービスを提供するために、健康福祉局を中心

に計画が進められていますが、介護保険制度の実施にあたっては、膨大な資源が必要とされています。

一方、阪神大震災を機に、ボランティア活動の重要性が認識され、その結果としてNPO法が成立しました。これからは、地域社会にNPOは不可欠な存在として、まちづくりを進めていくこととなります。災害の救助活動などもそうですが、市民の日常的な関心は、福祉や環境にあり、川崎市内でも既に多くのNPOが活躍しています。これまで、公共サービスは行政や関係団体などの独占と考えられたものが、市民の自主的な活動や協同組合などが自主的な取り組みを進めています。

このような状況から、介護保険を組み込んだ高齢社会においては、NPOの活動が大きな比重を占めることになるでしょう。市民と行政がつくる福祉のまち、市民と行政のパートナーシップの実践が、NPOとの関係に求められていきます。

5 みんなでつくろう福祉のまち・かわさき

この報告書は、主に市内で活動している市民を中心にケース・スタディを行い、他都市の事例なども参考にしました。市民と行政がつくる協働の地域社会は、現場で頑張っているところにこそ、その展望があると考えたからです。

例えば、高津区にある「上作延老人いこいの家」のミニ・デイケアでは、地域住民と市職員が関わりながら、コミュニティづくりを始めています。1992年に発足した川崎市参加型福祉協議会（略称：市参協）は、生活協同組合を中心に22団体が加盟し、ワーカーズ・コレクティブといった新しい働き方を通して、地域の福祉事業を行っています。

また、企業市民という言葉が使われるようになりましたが、いろいろな企業が企業規模を問わずフィランソロピー（企業の社会貢献活動）を通じて、積極的に福祉活動を行っています。労働組合でも同様に、組合内の福利活動を超えて、地域の福祉事業に着手している例もあります。

このような事例から考えられることは、地域で市民が活動しやすいような支援を行政は積極的に進めなければならないということです。配食サービスをやるにしても、ボランティア活動だけでは、厨房などの施設の確保や維持費の負担などは十分にできません。また、ボランティアにしてもコーディネーター役がいなければ、効率よく活動できません。市民の活動を行政がバックアップするやり方を変えていくだけで、市民の参加の輪は広がっていくでしょう。

また、これまでボランティアの中心は主婦であり、退職した男性でした。今後、高齢者介護を日常生活の中に定着させていくには、サラリーマンをはじめとする若い世代や、地域に根ざした商店街の方々にも参加しやすいようにしなければなりません。

一方、市民が地域社会に参加しやすくするために、行政も現場の視点を中心に、気軽に相談できるような保健・医療・福祉の連携をとらなければなりません。既に、枚方市など

のように、市民参加型の24時間365日のホームヘルプ・サービスや食事サービスに先進的に取り組んでいる大きな都市もあります。加えて川崎市には、市民の情熱や行動力をはじめとした多くの資源があります。これらの実践を地域住民と学び合いながら、保健・医療・福祉の連携システムを組み入れた豊かな地域社会をつくるのが、川崎市には十分可能と思われま

す。人は住みなれたまちで、親しい人達と楽しく過ごしていれば、これ以上の喜びはありません。この報告書を読んで、自分の住んでいるまちに率先して参加し、みんなで福祉のまち・かわさきを作ろうという気持ちになっていただければ、幸いです。

いろいろな職場から仕事の都合をつけながら集まった私たちが、1年かけて学んだものささやかな報告書です。是非、ご意見、ご批判をお寄せいただき、私たちが次のステップに進めるようご指導をお願いします。



第1章 「草の根の地域活動」の事例から

第1節 「上作延老人いこいの家」のミニ デイケアにみる市民の地域活動

1 ミニデイケアってなあに？

朝の光景

「Sさん、退院されたのね。よかったですね。」

「半年ぶりですものね。お元気になられて…」

「今日からいっしょって聞いていて、待っていたのよ。」

Sさんは7年前に心臓病が原因で脳卒中になり、左半身が不自由になりました。2カ月前に悪化していた心臓病の手術を受け、今日は復帰第1日目です。玄関先から暖かい拍手が湧き上がりました。民生委員・ボランティアの人と再会を喜び合っているSさんの後ろには、車を運転してきたご主人が笑顔で立っていて、「またよろしくお願いします。」と挨拶をしていました。

毎月1回、第3木曜日に開催されている上作延老人いこいの家ミニデイケアの朝の光景です。Sさんと重なるようにして、車で迎えに行っていた送迎ボランティアの人と一緒に、Yさん、Oさんが到着しました。

「Sさんがいなくてさびしかったわ。」というYさん。玄関を入れてすぐの受け付けの前で、ひとしきり話に花を咲かせていました。「玄関で話していないで、お部屋へどうぞ」というボランティアさんの声に促されて、AさんやMさん達の待っている広間に移って行きました。Aさん、Mさんは一人で歩いて来ます。Mさんは奥さんを亡くし、1人暮らしをしている82歳の男性です。奥さんは以前、ここのミニデイケアに来ていました。心臓が悪いので、一週間に2回ヘルパーさんに来てもらっていますが、そうでない日は誰とも話さずに1日が過ぎて行くそうです。ここに来るのを楽しみにしています。Oさんは車椅子を使っていますが、そのまま室内に入れるように、民生委員さんが工夫して作ったカバーを車輪にかけました。廊下と広間の10センチの段差には、滑り止めのついたスロープが置かれているので、安全に操作できます。Oさんは68歳になる男性です。SさんやAさんに会えたことで「自分もあのように良くなれるんだ」という目標ができたと言います。

今日は12人の参加です。Sさんと同じ脳卒中の後遺症で障害のある人が9人、血圧が高く、心臓が悪い人が1人、痴呆症のある人が2人です。保健婦が参加者一人一人の血圧を測定し、先月から今日までの体調の変化や受診の状況などの健康状態の確認をします。

午前のレクリエーション

全体の会が始まるのが午前11時頃です。今日は6カ月ぶりに参加したSさんの挨拶や、お花見に行ってきたというYさんの話など利用者それぞれの近況が紹介された後、保健婦は脳卒中の後遺症で障害のある人を中心にした軽いリハビリ体操を行います。家にいるとどうしても一定の動きになりがちなので、手首、肩関節というように1つ1つをゆっくり動かします。「気持ちいい。肩がすっきりした」と言うボランティアさんの声に、笑い声がおきることもしばしばです。椅子に座ったまま行っていますが、担当者が（利用者1人ずつに決まった民生委員・ボランティアがついている）危なくないように側についたり、手を添えたりしています。椅子の高さが合わなくて足が床に着かない人には、ボランティアさんお手製の発泡スチロールの箱に滑り止めを付けた足台を置いて、安全に動き易いように配慮しています。

リハビリ体操の後はレクリエーションです。この日は手話ダンスで、ボランティアの人が先生になって、手話で加山雄三の「愛する時は今」を行いました。歌と手話の動作が合わないのは合わないなりの楽しさになっていましたが、この日で3回目なので、少しずつ形になってきました。

昼食

昼食時には大きなテーブルが3つ用意され、花柄のテーブルクロスをかけて素敵な食卓が出来上がります。このテーブルは普段物置にしまっておりませんが、男性のボランティアさんが、先に出しておいてくれます。

昼食は「配食サービスたかつ」という有償ボランティアグループのお弁当を利用しています。薄味で調理され、野菜を多く取り入れた高齢者向けの献立になっています。お弁当にボランティアさんの作ったみそ汁と減塩の漬物も添えられます。箸の他にスプーンやフォーク、食後の服薬のためのお水などとやさしい心遣いが見られます。お弁当はとても好評で、その上、おおぜいで食べるので楽しい会話がはずむ時間です。食後はボランティアさんに漬物の作り方を教えてもらい、早速自宅で作って好評だったという話題などが出て、和やかなおしゃべりの時間になっています。この日はSさんが入院中に作った短歌を詠んでくれました。

楚々と咲き 雄しんすべてが 切られて 自分は静かに 香り主張す

Sさんの凛とした前向きな姿に、民生委員、ボランティアさんをはじめ、他の利用者は深い感銘を受けていました。

午後のレクリエーション

1時から午後のプログラムになります。午後は民生委員さんの近所に住んでいるという琴と尺八の2人の演奏家が、ボランティアで来てくれました。演奏をじっと聴いていたNさんが、「ありがとう。感無量だ。」と握手を求め涙を流していました。普段、Nさんは突然大きな声

で、軍隊にいた話を始めることもある人でした。そこに居合わせた人は、Nさんの感動した心に接し、じーんと熱くなって思わず一緒に涙を流していました。

毎月のプログラムは、月当番（民生委員・ボランティアさん3～4人で構成し、順番制になっている）が考えています。この日のように月当番の人の趣味を生かしたものであったり、地域にいるプロ級の人がボランティアとして参加してくれたり、民生委員・ボランティアさんの幅広い人間関係が伺えるプログラムがあります。その他新年会や桜もち作りのように季節を取り入れたものや、ゲームを探してきたりと様々な工夫が見られます。毎年9月には、近くの上作延保育園の園児と交流会を行っています。肩をたたいてもらったり、園児の歌や遊戯に思わず笑みがこぼれ、園児との会話も弾み、利用者と実施メンバー（表1参照）共々ほのぼのとした気持ちになります。保育園でも園児と高齢者がふれあう機会として、敬老の日に合わせて毎年9月に行事に組んでくれています。レクリエーションの中でもカラオケは最も人気が高く、毎回実施しています。脳卒中の後遺症で言語に障害のある人も、臆せず歌を披露してくれたり、民生委員・ボランティアさんとデュエットで歌ったり盛り上がりを見せています。舞台の裏ではいこいの家の管理人さんが、各自の十八番を記入したカードを用意し、すぐに曲がかかるようにこまやかな配慮をしています。

家族の介護教室

玄関をはさんで広間と反対側にある和室では、午後1時から家族の介護教室を行っています。保健所の痴呆性老人介護教室として行っていますが、地域の実情に合わせ、病名は問わず家族であれば誰でも参加できるようにしています。ざっくばらんな本音の語り合いに、介護をしていて大変なのは自分だけではないという仲間同士の支えあいになっています。

Iさんは四国で一人暮らしをしていましたが、物忘れがひどくなり、川崎にいる長女と生活するようになりました。Iさん親子は今回が2回目の参加です。長女は母親を外に連れていこうと思っても、知り合いがいないので行き先がないと話していました。いこいの家の管理人さんと顔合わせをして以来、それがきっかけで散歩の途中にいこいの家で一休みすることになりました。またIさんは昔から編み物が得意で、川崎に来てから長女が用意したアクリル糸で台所用たわしを紙袋に一杯編んだそうです。散歩の際、長女がいこいの家に届けてくれたので、管理人さんが他のいこいの家にも配ったという話を後になって聞きました。

帰りの光景

午後のプログラムが終了するのは2時頃です。玄関は来たときと同じような賑わいを見せ、「また来月お会いしましょう。」という言葉に送られて、利用者はそれぞれ家路に向かいます。Sさんのご主人は、自分の家の近所に住んでいるAさんとHさんに乗せて帰っていきます。またSさんのご主人は、Sさんと同じ病気のYさんに、野菜を刺して固定できる釘を打ったまな板をプレゼントしたこともありました。Yさんはそれまで自分で家事ができるとは思っていま

せんでしたが、それからはヘルパーさんと一緒に野菜を切ったり、炒め物をするようになり
ました。Sさんのご主人のさりげないボランティアが、Yさんの意欲を引き出したと思います。

反省会

利用者が帰った後、実施メンバーで反省会を行います。利用者にとってプログラムはどうだ
ったのか、利用者がリラックスして楽しんでいたか、表情や参加の仕方などを真剣に討議して
います。この日、久しぶりに参加したSさんや、琴と尺八の演奏に感動したNさんに接し、ボ
ランティア活動をしている充実感を得たと実施メンバーから口々に話されました。あるボラン
ティアさんは「こんな時ボランティアをしていて良かったと思うのよ」と話していました。最
後に、翌月当番から次回のプログラムについて話され、社会福祉協議会からお知らせがあり、
保健婦からは新しい利用者の紹介や健康についての情報紹介をして、解散したのは3時半でし
た。

(1) 身近な老人いこいの家で住民主体の活動

平成5年10月、高津区上作延老人いこいの家でミニデイケアがスタートしました。この事業
は川崎市が川崎市社会福祉協議会に委託し、高津第二地区社会福祉協議会が運営主体となっ
ています。現在では民生委員・ボランティアが中心になって計画を立て実施し、地区社会福祉協
議会職員と保健所の保健婦は、活動をバックアップしています。

老人いこいの家は市内に47カ所あり、ほぼ中学校区に一カ所設置されています。カラオケ、
将棋、囲碁、卓球、お風呂などの娯楽設備があり、短歌や書道、華道などの趣味の教養講座が
開設され、高齢者が生活を楽しむ場として機能しています。市内に居住する60才以上の方ら
ば誰でも利用できる施設なのですが、利用者は元気に歩いて行くことができる方がほとんどで
した。一方、高齢者の増加に伴って身体的ハンディキャップのある人、痴呆症のある人や虚弱
な人など、福祉ニーズも多様化し、身近にあるいこいの家の活用の拡大が求められ、在宅の虚
弱な高齢者を対象としたミニデイケアが開設されることになりました。平成9年度、川崎市社
会福祉協議会はいこいの家の目的を、元気な高齢者中心の利用から、ニーズに応じて虚弱な高
齢者の利用も同様に進めていく方策をはかり、「長寿ケアホーム」構想を展開しました。ミニ
デイケアもその一貫にあります。

目的 地域住民と共に地域の福祉資源（保健所、デイサービスセンター、福祉事務所
等）と連携をとり、虚弱者（閉じこもりがちな高齢者）と共に楽しく過ごす。
家族の方々の相談に応じ、地域での支えあい事業にする。

運営体制 運営協議会を開催し、活動の反省と来年度の活動計画と対象者の決定をする。
運営協議会メンバー

- ・高津第二地区社会福祉協議会、民生委員
- ・上作延老人いこいの家運営委員会（委員長はミニデイケア運営協議会委員長）
- ・すえなが在宅介護支援センター（開設当初は和楽館在宅介護支援センター）
- ・恵楽園デイサービスセンター
- ・高津区役所保健所保健婦

毎月の活動は実施メンバーが行っている。

実施メンバー及び役割

表1 実施メンバー及び役割

| 実 施 メ ン バ ー | 役 割 |
|-------------|---|
| 地区社会福祉協議会職員 | <ul style="list-style-type: none"> ・運営に関する支援（予算、ボランティアの確保や研修企画など） |
| 民生委員・ボランティア | <ul style="list-style-type: none"> ・当日の3日前に利用者に出席確認の電話をする ・車の送迎、車椅子の送迎 ・玄関でお迎え、声かけ、車椅子カバーかけ ・受付け、昼食代徴収（500円）、名札つけ ・みそ汁づくり、配膳準備片付け、服薬の手伝い ・レクリエーションの準備と進行 ・担当者が利用者にマンツーマンでつき楽しく過ごせるように配慮する ・反省会司会、記録 |
| 保 健 所 保 健 婦 | <ul style="list-style-type: none"> ・健康状態の確認：血圧測定、問診 ・リハビリ体操 ・全体目配り 安全に楽しくできるように配慮 ・新規利用者紹介（家庭訪問で状況把握） ・健康情報提供 ・実施メンバーの健康相談・研修の企画 ・関係機関（医療機関、デイサービスセンター、在宅支援センターなど）との連携 |

※その他、必要に応じすえなが在宅介護支援センター、恵楽園デイサービスセンターが参加

～社会福祉協議会とは～

地域社会において住民が主体となって福祉を増進するため、公私の社会福祉事業関係者の参加協力を得て、組織的効率的な地域社会福祉活動を促進することを目的とした公共性を有する民間団体である。

川崎市福祉協議会（1） — 各区社会福祉協議会（8） — 地区社会福祉協議会（36）

2 「上作延老人いこいの家」のミニデイケアの発展経過

～どうして私たちが・・・から自分達の活動へ

(1) 始めは遅々として進まず

川崎市から老人いこいの家でミニデイケア開設の委託を受けた川崎市社会福祉協議会は、高津区第二地区社会福祉協議会上作延地区に開設の打診をしてきました。当時の状況を振り返って第二地区社会福祉協議会上作延地区の民生委員はこのように語ってくれました。「第1回目の会議では、誰も質問もしないだんまりの会議で、2回目、3回目の会議を開いても一向に進展は見られなかった」、「からだの不自由な人に接したことがないのにどのように対応すればいいのかわからない」、「なぜこの上作延地区に話があったのか」、「他の地域でも良いのではないか」、「辞退できるのであれば今のうちに辞退したらどうか」「やめよう」など様々な意見が出たそうです。説明会以後このような状況のまま、進展しないで2～3カ月が経過しました。

当時上作延老人いこいの家の周辺で、和楽館や恵楽園のデイサービス待機者は19人おり、受入れまで数カ月待つ状況でした。その間、待機者のADL（日常生活動作）が低下するので、ミニデイケアは是非とも地域に必要だったのです。そのため、待機者を抱えている和楽館在宅介護支援センター職員と同様にそれを地域の問題として捉えている保健所保健婦が、在宅で生活している高齢者の事例を伝えたり、熱意を持って話し合いを重ねました。何度かの話し合いの経過から、「とにかくどんなものか見学に行こう」ということになり、日吉リハビリ教室を見学することになりました。ここは以前保健婦が担当していた地域にあり、幸区の日吉いこいの家で、地区社会福祉協議会が主体的に活動しているところです。地区社会福祉協議会の民生委員・ボランティアの活動を見学し、深く感動したのと同時に、こういうことならできそうだと自分達の活動が見えてきました。ここから急速に話が進展し、実施に向けて日程、内容、役割など具体的な準備が始まりました。

(2) ボランティアが楽しい

民生委員は、利用者はあまりいないのではないかと考えていたそうですが、地域に多くいることがわかり驚いたそうです。開始後2年間は和楽館在宅介護支援センター、恵楽園デイサービスセンターがレクリエーションを担当しましたが、平成7年度より民生委員・ボランティア

で月担当を決め、レクリエーションを含めた当日の運営全般を担当するようになりました。この間の移行について、ある民生委員はこのように語ってくれました。「レクリエーションは当初暗中模索でしたが、和楽館在宅介護支援センター、恵楽園デイサービスセンターが遊具を持ち込んで指導してくれました。それがいつのまにか実施メンバーが交替でレクリエーションを考え、趣向を凝らして利用者と共に楽しくやるようになりました。不安はありましたが、やらされた感はありませんでした。いつのまにか緊張がとれたら、楽しさに変わっていました。」

平成8年度からは、それまで保健所保健婦が行っていた電話での体調・出席確認を利用者の担当者がするようになりました。利用者もこの電話でのお誘いを楽しみにしているそうです。なぜボランティア活動をしているのかを尋ねると、「自分にできることをしているだけです」と、どの人からも答えが返ってきます。利用者の方が喜んでくれる、自分も楽しいし、役に立っているという生きがいとして活動をとらえています。ボランティア活動をしている人は女性が多く、子供を育て上げ、ある程度自分のゆとりの時間が持てる年代に多く見られます。子供を育てることや仕事をするのが生きがいだったが、それ以後の自分をどのように生きるのかという意識の再構築が求められる年代です。言い換えれば、自己実現をどのように確立するかにあります。「時間があるから…」「自分にできそうだから…」という自然な、暖かな感情を、社会的に価値のあることをしているという喜び・生きがいに高めていると言えるでしょう。

男性のボランティアが3人参加しています。参加したきっかけは、3人とも退職後は社会活動をして、少しでも役に立ちたいと思っていたと言います。「自分も一人暮らしなので、いずれサービスを受ける側になるだろうが、その時にサービスを受ける側のマナーを身につけたい。そのような教育も必要だと思う」と語ってくれました。またもう一人の人は、「ボランティア活動を通して社会に参加していること、いろいろな人と知り合えることがうれしい。」と話してくれました。

高津保健所管内でミニデイケアを実施している子母口、東高津のいこいの家の実施メンバーとの交流会を開催しました。開設して3年半が経過した今、民生委員・ボランティアからこのような感想が出されました。

民生委員・ボランティアの声

- ・自分も月1回の楽しみにしている。義務感では続けられない。
- ・お世話させていただくことが本当に自分の喜びになっていて、自分も一人暮らしなのでボランティアの日を楽しみにしている。
- ・月1回でも利用者と楽しく心も体もリラックスできるので楽しみにその日を待っている。
- ・自分自身の健康な生活のために役立っている。
- ・利用者の方をお迎えに行ったとき、手を握り喜んでくれる。私自身も優しい気持ちになれる一時を持つことができ嬉しく思う。

- ・1級ヘルパーの勉強をした。いまそれが活かされていることに感謝している。
- ・歌やゲームで楽しい時間を共有でき、いろいろな勉強をさせていただいている。
- ・利用者の身になって物ごとを考えられるようになった。
- ・人と人との和、思いやり。
- ・利用者はおしゃべりを楽しんでいる。家族の大変さを知った。家族には一時の安らぎになる。

(3) 考察

川崎市社会福祉協議会が委託を受け、高津区社会福祉協議会を通じて第二地区社会福祉協議会に話がありました。その時点では言わばトップの決めたことであり、実際に活動をする実施メンバーである民生委員（ボランティアはミニデイケア開設が決定されてから参加）の多くは、だんまりの会であったという言葉に象徴されるように、開設を疑問視する声や否定的な意見もありました。それがなぜこのように進展し、ミニデイケアの活動が自分達の楽しみや、生きがいとして感じられるようになったのか分析してみます。

第1は、ミニデイケアの開設や内容について行政側が決めたのではなく、そこで活動する人がはじめの段階から参加し、作り上げていったことにあります。「なぜやらなくてはいけないのか」などを本音で話し合った。時間がかかったが、少しずつ進めてきた。その中から自分の両親は現在は元気だが、虚弱になった時、どのような体制があれば地域で生活していくことができるのか、自分達も老いていく時、この地域はどういう地域だったら住みやすいのか、皆で目的意識が共有できた。トップダウンではなく、経過の中で自分達の問題として認識され意思決定をしていったことにあります。

第2は、他の老人いこいの家で、地区社会福祉協議会が主体的に活動している様子を見学して、活動がイメージ化され、具体的な内容や、配慮することなどが理解できたことです。そこでのボランティアの姿勢に感動し、自分達にもできそうだという身近かきと手応えを感じたことにあります。

第3は、障害を持っている人が前向きに努力している姿を見て感動し教えられ、自分の生き方を見つめ、利用者との心のふれあいが持てることにあります。

第4は、利用者や家族から感謝の言葉を聞いたり、利用者の表情が明るく変化していくのを見て取り、やりがいを感じていることにあります。

第5は、保健所保健婦の参加で、民生委員・ボランティアは利用者の体調の確認や介助の仕方、緊急時の対処について安心感を持って活動できたことにあります。

地域社会で行われるボランティア活動について、高齢社会とボランティアについて著書がある安立は次のように述べていますが、これらのことも大切な要因になっています。今回のケースは、安立の掲げるような条件の中で、活動を展開していたと思います。

＜ボランティア活動を行いやすくするための社会的条件＞

1. 呼びかけ、共に参加する仲間や友人がいること。そして受け入れて個人を集団としてのボランティアにまとめてくれる団体があること。
2. 身近で顔を見知った範囲（地域コミュニティー）で、自分もいずれお世話になるから今できることをするという双方向的な活動になっていること。
3. 活動が何らかの形で社会的に評価されること。

『高齢化とボランティア社会より』 安立清志

3 行政にとってミニデイケアとは

行政にとって市民協働の意味するもの、また行政としての役割についてミニデイケアを通して考えたいと思います。

(1)市民ニーズ把握の最先端

利用者、民生委員・ボランティア、いこいの家管理人、地域住民から意見を聞くことが、潜在化している問題や地域情報、要望などを直接把握できる機会になります。把握した住民ニーズを政策化するルートを作ることが必要です。

秋田県鷹巣町の「福祉の町づくり懇話会」には、専門部会として10のワーキンググループがあります。実態調査で把握した問題点を、「すぐできること」、「少し工夫をすればできること」、「予算化しないとできないこと」に分け、それぞれのグループが問題解決に向け実践をしています。この視点から日頃の活動を振り返ってみると、「現場で保健婦が、民生委員・ボランティア、地区社会福祉協議会職員と一緒に、ニーズに対する具体策を考えること」、「保健所として既存の事業を生かして取り組むこと、新たに予算が伴うのであれば予算要求をする」、「川崎市として広い視野で取り組むこと」に区分できると思います。現場から保健所へ、保健所から本課へ上げるルートを作ることによって、必要なことが施策化できると思います。

(2)市政の各種情報伝達

講演会や検診事業などの健康や福祉の関連事業において、最新情報を提供し、“役所”を身近な存在として利用してもらえるように働きかけることができます。

地域住民は、「老人いこいの家で何をしているんだろう」、「近所のAさんがボランティアをしている」、「Bさんはあんなに元気になって良かったわね」と関心をもって、ミニデイケアを見ています。「うちのおばあちゃんを連れていこうかしら」、「私もボランティアをして

みようかしら」と地域保健福祉活動の啓発の場や情報を伝達する場になっています。

(3) 連携のための人間関係づくり

1つの事業を行うために、定例的に民生委員・ボランティア、地区社会福祉協議会職員、保健所保健婦が集まります。そこに協力しあう人間関係や信頼関係が生まれる土壌ができます。人（関係機関）との関係を見ると、「情報を伝えあう」という段階から、「困った時にこの人に相談すれば一緒に考えてもらえる」という成立した信頼関係までであると思います。利用者からの感謝の声や、明るい表情になったという利用者の変化を共に実感し、喜びあい、達成感が共有されます。ミニデイケア開催という地域住民の要望の実現という1つの目的を共有し、苦勞を分かち合い、達成感を得ることで信頼関係が生まれます。それがお互いにミニデイケアを継続する原動力になっています。システムが生き生きと機能していることは、このような状態をいうと思います。この事は、地域ケアシステムを作り、継続していく上で最も大切な事だと考えます。

市民協働の利点を述べてきましたが、しかし本当に市民と行政がお互いの立場を理解し、尊重して協働できるのかを次に考えてみます。

〇〇委員会と称して、専門家、有識者、町内会組織代表、ボランティア代表、行政などで構成され、年1～2回開催している会議が多くあります。それらのほとんどが、事務局である行政の用意した案にそって検討し、いくつかの質問がでた後、ほぼ案どおりに決定しているのが現状です。日本の社会は外部からの刺激や評価、価値に対し、閉鎖的な傾向があり、行政内においても同様な傾向がみられます。本来、市民協働は、行政側、市民側それぞれの立場から専門を生かした案を出し、それらをぶつけ合いながら1つのものを作り上げていくものです。職員には「初めから意見を出し合っていたら会議は進まない、期限がある」という意識が強く働くのかもしれませんが、しかし、行政側の職員一人一人に意識の変革が求められるのではないのでしょうか。これは行政側だけではなく、市民側にも求められる姿勢でもあります。役所が決めたことだから…ではない自分達の意見を出すことです。意見の対立もあるでしょうが、話し合いを積み重ねていく過程が市民協働では大切なことだ、と認識することが必要だと思います。

健康の政策科学を提唱する福島は、出雲市の健康文化都市づくりの中で次のようにのべています。

緑豊かな街路樹づくりでは、植木職人も専門家、食料需給では農業従事者も専門家、保健・医療・福祉に従事している専門家も、一住民であるという自覚をもってまちづくりに参加し、そのネットワークに身を投じる中で、初めて求められる自らの役割を認識することができる。

『健康の政策科学』より 福島哲仁

我々行政にいる職員も、一人の市民としての自覚を持ち、話し合いに参加する中から、新たな行政の役割が認識できると思います。

4 今後の展開

(1) ミニデイケアの普及に向けた支援

市内のいきいの家でのミニデイケア実施状況は表2の通りで、平成10年3月末現在8カ所で実施されています。

表2 開設場所及び時期

| 場 所 | 老人いきいの家 | 開 設 年 月 日 |
|-------|---|--|
| 川 崎 区 | 渡田老人いきいの家 | 平成8年7月 |
| 高 津 区 | 上作延老人いきいの家 東高津老人いきいの家 子母口老人いきいの家 末長老人いきいの家 | 平成5年10月 平成9年2月 平成9年3月 平成10年3月 |
| 宮 前 区 | 鷲ガ峰老人いきいの家 野川老人いきいの家 | 平成9年3月 平成9年4月 |
| 多 摩 区 | 登戸老人いきいの家 | 平成10年3月 |

1つのコミュニティーエリアを利用しやすい距離、利用者の人間関係、地域性からみると、人口1万人ぐらいの小地域を1つのエリアとすることが望ましいとされています。老人いこいの家のエリアは約2倍になりますが、そこを拠点として活動を展開していく方法が現状では望ましいと思います。ミニデイケアがまだ開始されていない老人いこいの家の開設が、是非望まれるところです。調理設備や段差の解消、風呂場・トイレのてすりなど利用者の状態を考慮した改善が必要だと思えます。また以前から利用している高齢者の利用を保障するため、学校の空き教室などの積極的な活用が望まれます。

またミニデイケアは、家族の介護負担の軽減をはかる目的もあり、昼食を用意していますが、午前だけや午後だけの開設も考慮していくことも必要かと思えます。昼食の用意・介助・片付けは、役割の中でかなりのウェイトを占めています。茶話会形式にすることで、負担が軽減され、それによって回数の増加が可能になると思えます。

ミニデイケアの活動で培った人と人との関係をさらに発展させることで、近隣、町内会などのより身近な小さな単位で、気軽に参加できる、ちょっとした集まりの場所が数多く増えると良いと思えます。

【事例】 ミニデイケア開設のための一方法

高津区役所保健所では、平成7年度に痴呆性老人介護教室を実施することになった。川崎市では、すでに5つの保健所で開設されていた。どの様な教室にするか保健所内で話し合った結果、痴呆症を抱える家族の問題は、家族という個別への対応では限界があり、地域全体で（家族・住民・関係機関）で取り組む必要がある。どんな地域であったら痴呆症の人と家族が暮らしやすいのかイメージを明確にした。次に地域の現状を把握するために、社会福祉法人和楽館で行っている在宅介護者の会に参加し、家族や施設職員と話し合い、それぞれの抱えている問題意識や情報を得て整理した。その後「地域の実情に応じた教室にしたい」ということを基本姿勢として、すでに実施している関係者と準備会を開催した。痴呆性老人を抱える家族、在宅介護者の会、社会福祉法人和楽館、上作延老人いこいの家ミニデイケア実施メンバー、区社会福祉協議会、恵楽園、高齢者ふれあい窓口に参加してもらった。そこで現在と今後の問題を考え、身近なところで相談でき、歩いて行ける生活圏で家族と当事者を支えるという共通のイメージを作っていった。このメンバーは、地域で実際に痴呆症の人の介護に携わっている人達で、話し合いの中からこの問題を何とかしたいという気持ちが伝わってきた。準備会は3回開催したが、そのつど会議の記録をテープに取り、文章化し、それを基に話し合い、共通の目的や具体策を引き出し決定していった。

このような準備会の中から、日常の活動だけでは見えてこない各関係機関の抱える問題を、理解し合えるようになった。準備会の結果

1. 利用者が利用しやすいように、住まいの近くで開設することが望ましい
2. 場所は老人いこいの家が適当である
3. 地区社会福祉協議会と共催が望ましい

ということになりました。そこで、管内を4ブロックに分けてあったので、開設の条件が整いにくい1カ所を除き、2カ所で新たにミニデイケアと痴呆性老人介護教室を、既にミニデイケアを開設している上作延老人いこいの家では痴呆性老人介護教室を併設することになった。その後それぞれの地区社会福祉協議会、民生委員との話し合いを重ね具体化していった。

平成8年度はミニデイケア開設にあわせ、保健所では高齢者保健サービスを第一課題として「痴呆性老人を支える地域づくり」をテーマに、実施している各種事業（健康づくりのつどい及び家庭の健康セミナー、県精神保健福祉協会川崎ブロック部会講演会、痴呆性老人介護教室、ヘルスポランティア育成教室）を組み合わせ、講演会「痴呆性疾患の対応」など、シンポジウム「地域の中で老人のケアを考える」、相談活動、ボランティア活動の支援というように計画的に実施した。

残る1ブロックは平成10年3月に開設した。



第2節 市民が運営する参加型福祉

1 介護保険にみる市民の責任と自治体の責任

2000年4月から実施される公的介護保険は、国がミニマムな基準を決めますが、運営主体は自治体にあり、自治体の地域経営の能力とそれを支える市民の力量が問われることになります。

民間企業の参入も必至で、「居眠り自治体」や「無責任自治体」は、地域経営や市民の参加を放棄し、民間に丸投げしてしまう可能性もあります。財政収支だけ管理してサービスは全部民間に請け負わせるということでは、地域経営とはいえません。地域の介護資源をどう総動員し、市民の参加をえながらどう調整していくかが自治体に試されています。

2 住民が担う地域福祉

ケアは、相手に関心をもつことから始まります。高齢者が地域で安心して暮らすには、多種多様なサービスが必要になってきます。細やかなサービスを市民同士が担い、本音を出し合いながら、新たなヒューマン・ネットワークを築いていく。そんな地域が、住民の願いです。

サービスをお願いする方も、地域の住民なら心強く、コスト的にも安くつくでしょう。サービスの需要と供給は、ときには入れ替わります。「お互いさま」の復活です。

この節では、地域でサービスを提供し、地域に参加する市民主体のグループ活動を、食事サービスと家事介護サービスの二つの事例を上げて紹介します。住民が担う地域福祉とは、いったいどういうものなのでしょうか。

住民が担う地域福祉への参加者は、全国で約7万5000人にのぼっています。(1992年全国社会福祉協議会調べ)市民がつくる参加型福祉の意味は、活動と決定への参加ということにあり、安上がり福祉とは異なる位相の展開です。

川崎市参加型福祉協議会(市参協)は1992年4月に15団体で発足し、1997年9月現在、22団体が参加しています。川崎市内において福祉活動を実践しているのは生活クラブ生協、福祉クラブ生協、ワーカーズ・コレクティブ・ネット、及び福祉関連団体等の市民グループ等がある。実践活動を有効に展開するために事業部会と研究部会をもち、おおぜいの参加、活発な議論を形成しているといいます。

事業部会と研究部会

- ① 家事介護サービス市民事業部会
- ② 食事サービス事業部会
- ③ リハビリ・デイサービス市民事業部会
- ④ 移送サービス研究部会
- ⑤ コミュニティ・デイサービス(ミニミニ・デイサービス)研究部会

3 食事サービスを行うワーカーズ・コレクティブの活動

(1) 食事サービス立ち上がりの経緯

川崎市北部のとある駅からタクシーで向かい行き先をつけると運転手さんは「ああ、リハビリね」という。「いえ、食事サービスをしているところなんです」というと、「住所からいけばリハビリだよ」という。とにかく着くとそこは二階建ての建物で、一階がリハビリ・デイサービスを行う拠点でした。地域の人には「リハビリ」をやっているところとして知られているらしい。2階に食事サービスを行う拠点があります。家庭の主婦然とした方々が忙しそうに出入りしていて、イラストの入ったチラシなども壁にとめてあったり、誰でもが気軽にちょっと参加して自分のできる範囲で活動できるな・・・と思わせるたたずまいです。代表に食事サービスの立ち上げの経過をうかがいました。

「87年に、ここに生活リハビリのデイサービスが欲しいねということで、まず生活リハビリデイ・サービスができた。地域に暮らす人々の研修の拠点としても開放し、地域の中の問題が話し合われてきた。

94年には家族同居率がグンと下がり、お年寄りの一人暮らしや老人夫婦が増えた。地域で何とかしなくては・・・と家事介護活動を立ち上げ、地域のなかで援助をしていった。家事介護援助の活動の中で食事作りのニーズが多く、この食事作りを一括して提供できれば食事作りに要する時間をもっと他のケアにまわせると食事サービスを立ち上げた」

通所生活リハ→家事介護援助→食事サービスへと変遷し、次は移送サービスを計画しています。健康維持、基本生活の援助、そしてそれができてから、生きがい作りにもつなげる外出の保障という移送サービスを、地域の中に自分たちで作っていかうとしています。

初めにニーズがあり、次に気づきがあり、それに沿って地域のなかで話し合いがなされ、何が必要かが討議され、自分たちで創りだしていき、参加するという住民自治の殆どが女性達、主婦たちによって創造されて地域に生きています。

(2) 自治体とのつながりの経緯

川崎市から生活支援型の食事サービスの実施団体として委託契約を受託しました。条件として建物の中で作りなさいというので、大きな内部改造となりました。川崎市としては市民参加型の活動を尊重したというより、一つのモデルとして委託したのだらうと、代表は語っていました。

食事サービスはデイサービスへの提供、地域への配食は40食、配達にはアルバイトを雇っています。設備投資を抑え低価格に抑えているので、他の地域からの注文も受け、設備をフル回転しないとやっていけません。

(3) 市民参加型とはどういうもの

生活に必要な生活領域でサービスを「買う」のではなく、参加しながら提供するシステムで、生活者である市民が動き、協働して労働とサービスを提供するという価値を重点視しています。立場としては、民間でなくボランティアでなく、非営利団体です。これまでにない位置に在るだけに純粋なボランティア団体からは「有償なんて」と非難され、民間からはサービスの定価を下げていると批判されます。民間と同じサービスをして価格の設定は民間は企業労働＝雇用労働ですが、ワーカーズの決め方は自分が利用するとき払える程度の額で設定し、生活労働＝非雇用労働の間の中間労働ともいえます。しかも市民が生活費や貯蓄をさいて出費する市民資本で立ち上げています。

(4) パートナーとして行政への言い分

- ・ハンドサービスは市民でもできるが、拠点を開放してほしい。
- ・川崎市は市民に意見は聞いてくれるが、ある程度骨子が作られてから聞くという形式なので、なんとなく威圧感を感じる。立ち上げから市民に参加させて欲しい。
- ・市からの情報の流し方は上から下へになっている。地域自治会、民生委員などから市参協はある程度情報を得る手だてがあるが、一般には情報が入りにくい仕組みになっているので工夫してほしい。
- ・サービスが届くコミュニティの規模がある。小学区単位のサービス拠点を。
- ・市の要綱が変わってもなかなか機能していない。(長寿ケアホーム構想等)

4 家事介護を行うワーカーズ・コレクティブの活動

(1) 事例 初期痴呆の一人暮らし老人を公的援助と組み合わせて援助

川崎市北部の坂道の多い地形の地区。

| | |
|---------|--|
| 家族 | 区内に長男・次女在住 市外に長女在住 |
| 公的サービス | 夜間巡回サービス(この地区は24時間のモデル地区) デイサービス 週1回 社協の看護婦訪問、月1回、医師も訪問 社協のホームヘルプサービス |
| 「市民参加型」 | 火曜日以外、夕食の話し相手を依頼される。 |

依頼主は近くに住む娘からで、月4、5万円になる「参加型」へのチケット代は働いているその娘さんが負担している。

(2) 活動の工夫とコンセンサス

福祉事務所のふれあい窓口にパンフをおいて案内している。福祉事務所から紹介されることもある。土曜日曜は基本的には活動しないことになっているが、緊急がはいる。

メンバーが活動できる時間が午前10時から午後4時までなので、時間外は5割増で料金をもたらう。コーディネーターを2名おき、交通費は相手持ちなので、派遣メンバーの選定もなるべく交通費のかからない地域に住むメンバーにお願いする。坂道が多いので車を使うことも多い。ニードには添うが、安上がりのお手伝いさんにはならないというのがメンバーのコンセンサスである。今後、行政の肩代わりをしている分のコストをだそうと思っている。市民の要求に添ったケアを提供できるのが市民参加型福祉の特徴である。ボランティアとワーカーズ・コレクティブの違いは、お金の負担はかけるけど気持ちの負担はかけないこと。

(3) 事例からみえるもの

現在あるサービスは殆ど網羅して活用しており、さらに非営利のサービスを有償で使って軽い痴呆のでている老人の一人暮らしが可能になっています。

子どもも父親を気づかって社会的サービスを導入しました。一時、施設のショートステイサービスを受けたが気に入らなくて、施設に対して本人に嫌悪感があり在宅にこだわっています。

一見、いかにもよさそうにみえますが、サービス提供側にローテーションがあり、毎回人が変わるので本人に混乱を招いています。痴呆老人のケアはどうあるのかが問われています。生活形態として果して独居がよいのか。グループホームの選択肢も残されていると考えられません。

サービスの受け手が自己選択でなく、家族や周囲の善意からなので、本人にすればおせっかいに近い気持ちをもっているのではないのでしょうか。十分な意思確認はなかなか難しいものがあります。

今後、この方へのサービス提供者が話し合いを持つといいます。一人の人を真ん中にして複数のサービスの提供がある場合、この人が何を望んでいるのかの意思確認をしながら、その望んでいる方向へのサービス調整がますます必要となっていきます。

そして、次に現在受けている公的サービスは殆ど自己負担はありませんが、今後介護保険が導入され、初期痴呆で認定された場合、現在のサービスは認定されるのか、このままのサービスを望めば自己負担が増加します。サービスを願う家族は、負担が続けられるかが課題になっています。

(4) 市民参加型福祉からみえるもの

見学やヒヤリングを通して、市民活動の広がりや熟年女性のみなぎるパワーに圧倒されました。

ワーカーズ・コレクティブに男性はいません。まとめ役を含めてみな女性です。女性のライフステージのなかで、多様な働き方があり、そのひとつの例として貴重な活動といえます。地域にあって地域の変化に対応してサービスを提供し参加をするという活動は、新しい市民主体福祉の形成として期待されます。あとは行政がパートナーとして自発的市民活動をどうサポートするかが問われています。公的サービス機関では担いきれないサービスを担当しているNPO活動は、コストやサービスの多様性から充分評価できると思われます。多様な供給組織を適切に組み合わせ、総体として実質的な意味をもつ供給システムを構築するのは行政の役目であります。

次ページの表は住民参加システムと行政の対応について段階別に示してあるものです。この表で市民参加型福祉をみると、第3段階になります。行政の対応はどうでしょうか。姿勢、心構え、発想の項でも組織改善の項でも未だ第2段階に留まっています。はいないでしょうか。「区づくり白書」づくりの取り組みの中に、第3段階への足掛かりの動きはみえています。市民からの要求を地域エゴとして「なあなあ」でかわしてばかりいると、市民と行政の意識のズレはますます深くなっていくことと思われます。市民の「思い」につき動かされたアクションを、大切にしていきたいものです。



住民参加システムと行政の対応

| 段階 | 住民参加の意思決定プロセス | 行政の対応 | | |
|------|--|---|---|--|
| | | 姿勢・心構え・発想 | 組織改善 | 制度・システム改善 |
| 第1段階 | <p>(運動・抵抗の段階)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○運動以前の泣き寝入り 恩恵的付属 ○自己主張・告発型 ○対応療法的運動 ○予防防衛的運動 | ○住民参加の出発点として尊重 | | |
| 第2段階 | <p>(交渉・要求の段階)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○行政への要求 ○仲介、調整の依頼 | ○地域エゴを前向きに取り上げる姿勢 | ○窓口体制の改善 市民相談機能の充実 | ○各種の直接民主制度の見直し ○請願 ○公聴会 |
| 第3段階 | <p>(参加の段階)</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 混迷の問題意識プロセス (2) 行政体からの問題意識の投げ方 (3) 住民に自発的問題意識を醸成 <ul style="list-style-type: none"> ○市民がグループを作り問題を把握 (4) 問題解決に必要なとする情報の収集 ○行政体に資料提供、説明を求める。 シンポジウム、研修会の開催を依頼。 (5) 参加住民グループによる問題解決目標の設定 (6) その目標解決のための市民提案の作成 (7) 目標とそれを解決するための提案に行政体と共同して研究 | <ul style="list-style-type: none"> ○住民参加は時代の必然性として認識 ○住民の自主的問題意識を尊重 ○法規万能思考の打破 ○住民に役立つ情報に真剣に取り組む姿勢 ○役職員も住民と参加して研究 ○役職員の能力開発 | <ul style="list-style-type: none"> ○住民参加に役立つ広報公聴のありかた (1) 問題提起型の考えさせる広報 (2) 住民と共に広報編集 ○図書、資料室の整備 ○住民本位のシステム行政 情報組織の改善 ① 市民サービス (学校、青少年、婦人) ② 生活環境 (公害、下水道、ゴミ) ③ 都市構造 (交通、港湾、防災) ○企画、財政機能の強化 ○広域行政組織の検討 | <ul style="list-style-type: none"> ○住民が容易に理解できる行政情報の工夫と公開 ○住民集会施設の整備 ○住民学習の機会をつくる ○よき住民リーダーの人材づくり ○問題解決に役立つ資料を提供する ○長期的、マクロ的市政の立場からの助言、調整 ○隣接地域住民との参加 |
| 第4段階 | <p>(自治の段階)</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 計画づくり (2) 運営面 (3) 行政施策のチェック面 | | ○行政点検のための監査機能 | ○住民参加制度のフィード・バックシステム |

5 ボランティア活動

(1) いざボランティア活動へ

川崎市では、「市民総ホームヘルパー大作戦」（下記参照）を各区社協を中心に展開しており、その一環で各区に設置した在宅福祉推進実施委員会がハートフルヘルパー養成研修を実施しています。この研修は区によってまちまちな名称が付けられているのですが、一般的に“ハートフル研修”と呼ばれ、福祉意識の普及・啓発と高揚を図ることが目的で、誰もが気軽に受講できる介護の入門編研修となっています。受講した人の中には、ヘルパーとしては無理でもボランティア活動ならやっていると感じた人が多く、その関心度も高くなっており、気持ちは、“いざボランティア活動へ！”というわけです。

市民総ホームヘルパー大作戦について

高齢社会の進展による高齢者の増加に伴い、ねたきりや痴呆性高齢者あるいは障害者など、日常生活上介護を必要とする者の急増が見込まれる中、それらの者が住み慣れた地域社会で在宅生活が続けられるよう、様々な支援サービスの整備に必要な福祉人材の養成を行うとともに生涯福祉都市にふさわしい福祉意識の普及啓発と福祉の風土づくりを進めることを目的として、川崎市が実施主体となり平成7年度から開始。

しかしながらこの大作戦は、社協の意向が反映されずに委託されたものだそうです。そのためか研修後のフォローアップがなく充実さが欠けており、研修後「これから困っている人の力になれるぞ！」と思ってもつかの間のことで、いったい何処に自分の得意分野を生かして活動できるところがあるのか分からず、実際に活動に結びつかないことがあるそうです。そのまま時間が過ぎると、だんだんボランティア意識が薄れ、仮に活動の機会が訪れたとしても、一人ではいやな気持ちになったり、活動の意欲がなくなりかねず、自己の可能な範囲で行う活動とはいえ、せっかく受けた研修が活かされていないのです。また、このことは以下の表からも分かります。

次ページ以降に掲げる表1～表3は、平成8年度における各区社会福祉協議会実施分の3級ホームヘルパー研修会及びハートフル研修会の修了者並びに川崎市社会福祉事業団高齢者福祉総合センター実施分の3級ホームヘルパー研修会修了者のうち、各区あたり100人のサンプリングをし、計700人を対象としたアンケート調査したものです。

表1 受講した研修の種類について

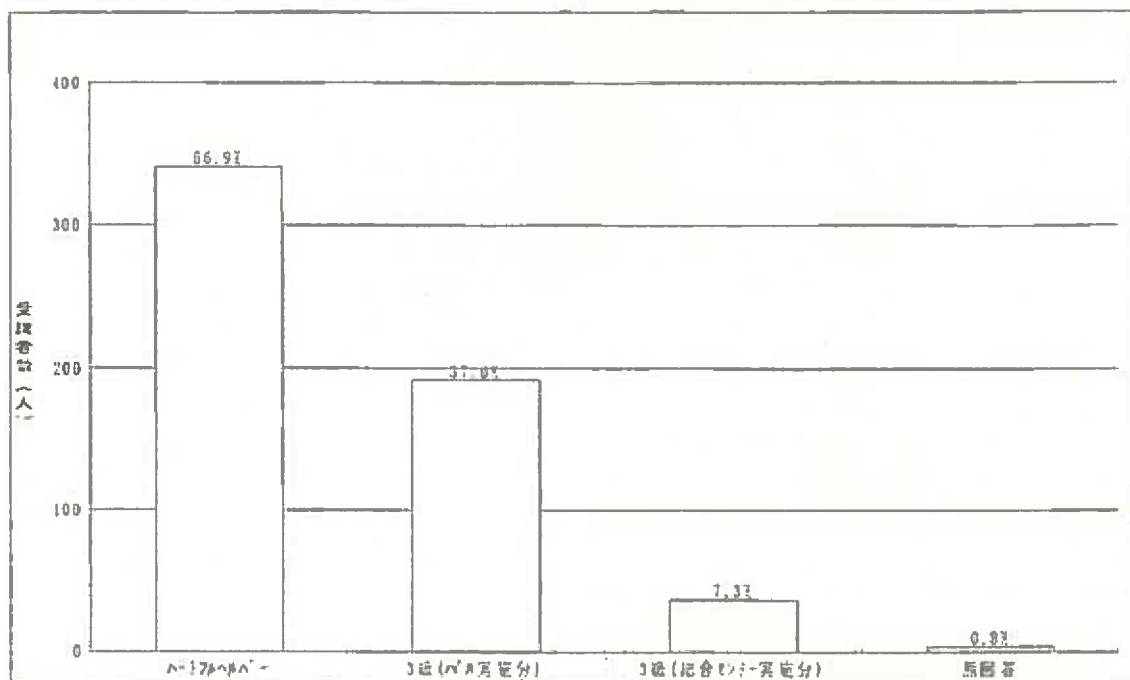


表2 地域活動参加の条件

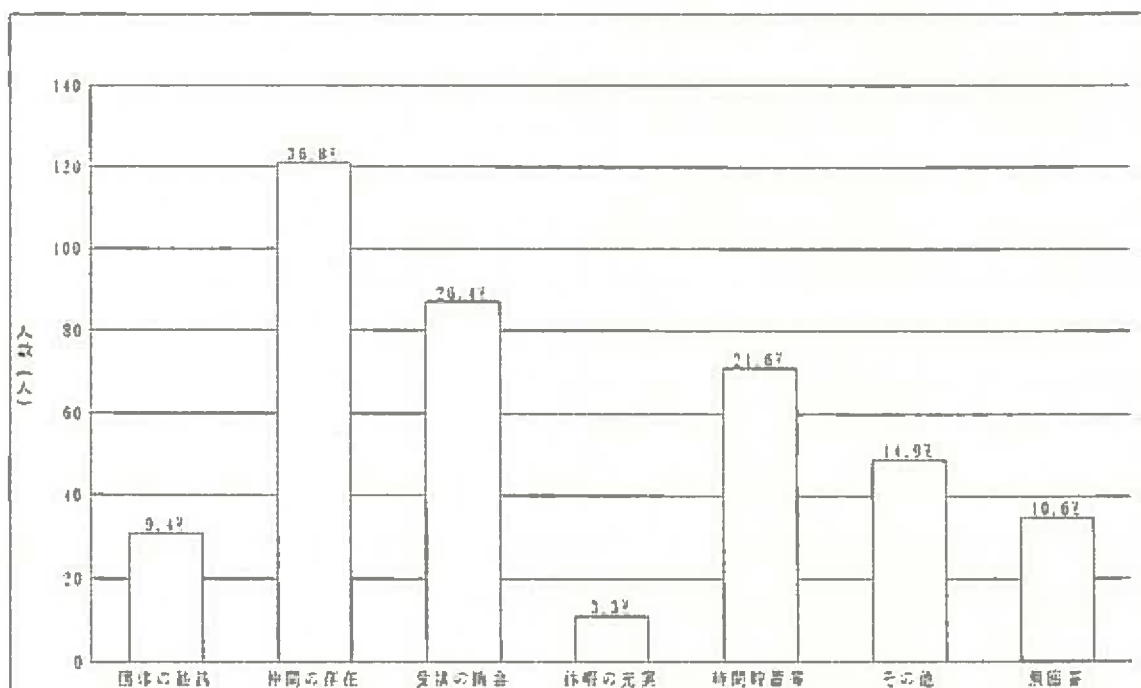
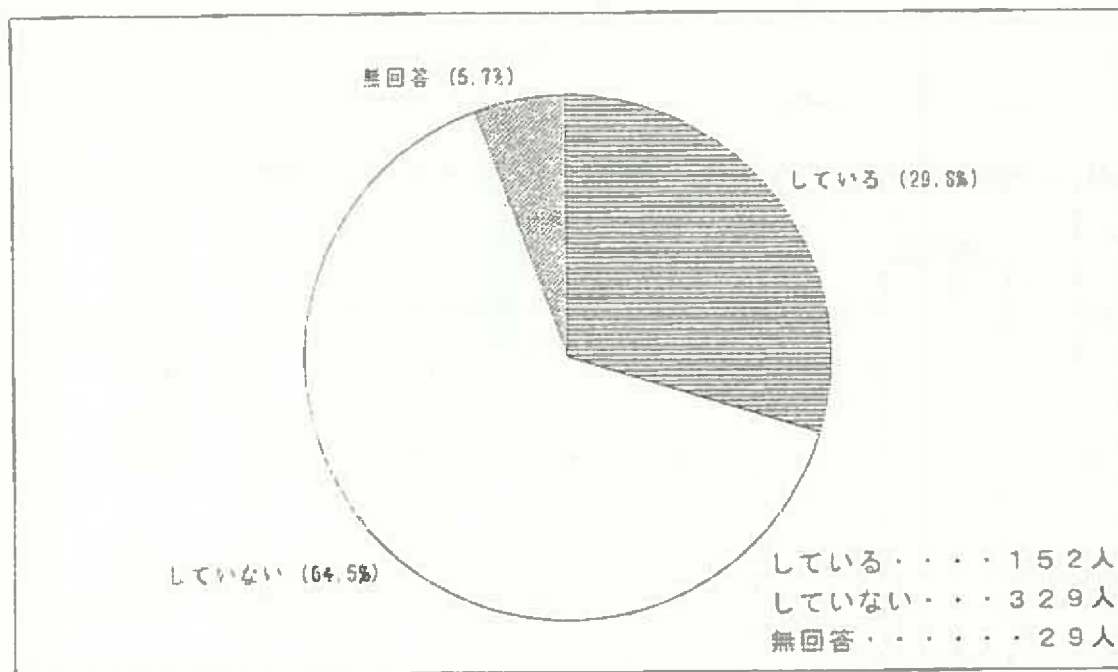


表3 地域活動をしているか



まず、表1から、受講した研修の種類は、ハートフル研修が66.9%と一番多いことが分かります。表2では、地域活動参加の条件として、121人(36.8%)が仲間の存在を求めています。このことから、既にある程度の知識と技術を取得している3級ヘルパー研修修了者ではなく、入門講座的なハートフル研修を受講した人が大半を占めていると想定できます。したがって単純に考えると表3の地域活動をしている人152人(29.8%)のほとんどは、3級ヘルパー研修修了者で占めており、地域活動をしていない人は、ハートフル研修を受講したけれど仲間がいないことを主な理由に何の活動もしていないということが想定できます。

こうしたことから裏付けられるように、みなさんの周り近所にはもしかしたら何らかのボランティア講座を受講している人がいるかもしれません。しかしながら、その後、比較的目立つ施設等での活動はあるかもしれませんが、まず先に手をさしのべる地域内で施設にも入れず普段の生活に助けがいる人、辛い思いをしている人達に対する活動を個人的に行っている人は、そういないでしょう。また、阪神淡路大震災や長野オリンピックの際にかなりの数のボランティアが集まったことは、誰もが知っていることですが、あれほどの規模の出来事がなければ、ボランティア活動ができないというのは、とてももったいない話です。もっと身近に手助けを必要としている人がいるのです。

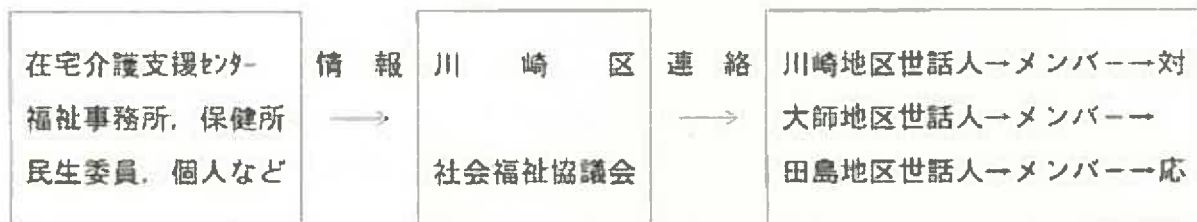
(2) ハートフルかわさきネットワーク

川崎区では川崎区社協が、先のハートフル研修の修了者がその後に意識が薄れることがないように学習会を行っていく働きかけをし、世話人を設置したところ、学習会の中で地域でのボランティア活動の必要性を感じていくようになっていきました。そしてついには有志が「ハ-

「トフルかわさき」というボランティアグループを作り、さらには、このグループのネットワーク（ハートフルかわさきネットワーク）が形成されました。この「ハートフルかわさきネットワーク」は、短期間のボランティア依頼を受ける地域での簡単な手伝いをするためのネットワークで、活動内容としてはグループとしてでの活動ではなく、グループ内の個人がネットワークで結ばれており、川崎区社協に入るボランティア相談を川崎区内3ヶ所の世話人を通じて、地域のボランティアが個別対応するというシステムです。これまでも下記の図1によるシステム形態で、資料1にあげた内容のケースに対応しており地域からもたいへん喜ばれています。

<図1>

☆ハートフルかわさきネットワークシステム☆



<資料1>

☆ハートフルかわさき活動集☆

| ・主な事例 | 対象者（依頼者） |
|-----------------------------|----------|
| ・2ヶ月に1回の通院付添いと2週間に1回薬を取ってくる | 72歳〔女性〕 |
| ・ヘルパー派遣が決定するまでの間の買い物等 | 64歳〔男性〕 |
| ・夜間の電話相談相手 | 70歳〔女性〕 |
| ・ヘルパーが来ない日の安否確認, 話相手 | 102歳〔女性〕 |
| ・美容院に行く際の付添い | 77歳〔女性〕 |

他にもたくさんの方が活動があります。

現在では、100名を超えるメンバーがおり、病院等への付添い、老人世帯の見守り、話相手などの活動をしています。また、今後は、川崎区内10ヶ所の地区社協ごとに世話人を設置し、小地域での活動を展開していく予定です。また、(開)ボランティアセンターでも個人のボランティアが、在宅老人に対するボランティア活動が円滑に行えるよう取り組んでいます。

このように川崎区では、1つの研修から生まれたボランティアが積極的・活発に活動できるよう区社協のちょっとした思いと働きかけからボランティアグループが結成されネットワーク

化するにまで至ったのです。また、川崎区のハートフル研修修了者の中には、川崎区の渡田地区にある「渡田老人いこいの家」で行われているミニデイサービスの運営にも積極的に関わり、利用者にもたいへん喜ばれています。他のハートフル研修修了者による活動について、次のとおり御紹介します。

① ボランティア団体「すみれの会」のミニデイサービス

「日吉老人いこいの家」を拠点としたPTA仲間、ハートフル研修受講者、他ボランティアによるミニデイ活動で、毎月1回行っている。内容は、送迎、味噌汁づくり、血圧測定、ゲームなど。地域で支え合うとは、誰かが困ってSOSを出したとき、いつでも誰かが飛んでいけるつながりに尽きるという思いで活動している。

② ミニデイサービス「コスモスの家」

多摩区三田において、団地の一角を借りて託老所として、ハートフル研修受講者、看護婦、調理師等によるミニデイケアで、週3回行っている。内容は、民謡や詩の朗読、習字、絵、俳句等、季節の行事を折り込むとともに月末には、開業医による健康相談がある。引きこもりがちなお年寄りが杖をつきながら手押し車を引きながら集まり、仲間と楽しく過ごせ、生きる喜びを仲間と共に楽しめるような運営に努めている。

③ 上作延老人いこいの家ミニデイケア事業

くわしくは、本章第1節を参照してください。

(3) 全市的ネットワークに向けて

先に述べたとおり、市内ではボランティア養成・研修・啓発などが盛んに行われています。そして、それぞれの人がその知識を家庭内や施設で発揮していることとは思いますが、隣の家のお爺さんが“あることがしたい”とした時に手助けをしている人というのは、まだまだ少ないようです。

高齢社会を豊かに過ごしていくには、地域単位の支え合いが不可欠です。川崎区にみられるようなネットワーク化というものがあれば、個人単位のボランティア活動が地域でよく見られるようになると思います。そのために、ボランティア養成等を行うことは結構なことです。やはり講座・研修を実施したあとは、その後をフォローするような体制の必要性を再認識し、その体制の整備をしていかなければならないのではないのでしょうか。

市民総ホームヘルパー大作戦では、研修後のフォローアップが含まれていなかったわけですが、事前に社協と十分な協議を行っていれば、もしかしたら今頃は全市にボランティアネットワークが広がっていたかもしれません。しかしながら一方では、川崎区社協のように市民総ホームヘルパー大作戦をきっかけに、ボランティアネットワーク化を導きました。川崎市には、

各区に社協があり特に地域に密着した地区社協もあります。社協の有する性質と全市に広がる組織力がかかれば、他区でも同類のボランティア組織あるいは全市的なネットワーク化が、これからでも可能ではないかと思えます。今後の社協の動き方、そして行政の関わり方によっては、ボランティアの全市的なネットワーク化実現の近道となるのです。

実現したあかつきには、明るい老後を迎える条件が1つ増えることになるでしょう。

第3節 企業市民の地域福祉活動

1 小さな企業の実戦例

(1) 企業市民の地域福祉活動とは、...

川崎は企業の街ともいえることから、企業というものに注目してみたいと思います。

一口に企業といっても様々で、よく大・中・小に区分けされて表現されています。川崎の企業というと臨海部の工場地域や大手電気メーカー等の大企業を想像しますが、私たちの周りには大企業の事業所だけではなく、商店街の小売店や小零細企業などの事業所も含めると、下記の表のとおり多く点在しています。また、それらに勤める市民も多くいるでしょうから、私たちにとって川崎の大企業から小売店等は、とても身近な存在といえそうです。ここでは、大企業から小売店等までを企業として位置付け、また、私たちと同じように川崎に拠点を置く企業は市民とも身近な関係であることから、「企業市民」と呼んでみます。

—— 川崎市各區別事業所数 —— (平成8年10月1日現在)

| 総数 | 川崎区 | 幸区 | 中原区 | 高津区 | 宮前区 | 多摩区 | 麻生区 |
|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 46,789 | 13,938 | 5,933 | 8,070 | 6,420 | 4,381 | 5,296 | 2,751 |

平成8年事業所・企業統計調査より

企業の地域福祉活動のことを“フィランソロピー（フィランソフィー）”と呼んでいます。アルファベットで「PHILANTHROPY」と綴り、この単語の本来の意味は、企業や市民の行為に限定しない全般的な慈善行為という意味があります。アメリカでは、企業の社会貢献活動を指してよく使われている言葉です。企業が地域でどんな活動をしているのか、まずは小売店等の小企業を中心にみていきます。

(2) 事例紹介

<事例その1>

現在は残念ながらケガにより休止していますが、川崎市内の一小企業市民（飲食店）のお話しです。

この店の御主人は数年前に、職業から“食”に関する勉強会に参加していたそうです。ある日そこに集まっているメンバーで※老人給食（配食サービス）の話になりました。日頃からボランティア活動に熱が入っていた御主人は、高齢者のひとり暮らしや高齢者夫婦世帯が目立っていた時代背景から、老人給食の必要性を痛感し、老人給食を行うことを決心しました。しかしながら、勉強会に参加していたメンバーの協力は得られず、結局1人で始めることになりました。

※老人給食(配食サービス)一口メモ

一般的に、高齢等による心身の衰えから、毎日の食生活に支障がある者に対し、営利目的外で弁当形式の食事を無料で配達をすること。配達時には、安否確認や必要に応じて身の周りの世話を行うなど、その者の日常生活の一助となっている。

開始当初は、どこに困っている人がいるのかすらわからないため、たいへん苦労したのですが、7件の配食を週に3回、無料で行うことができたのです。やがて新聞に取り上げられ、また口コミで広がり、ついには約30件にも達し、1日に市内4区にまたがり延べ35Kmの道のりを4時間かけて行う作業になっていったのです。

ここまでですと、広範囲ではあるものの出前と大差はないと思われそうですが、この御主人は配食と同時にこんなこともしていたのです。

これだけ多くの高齢者世帯を廻ると、中には病気をかかえている人、足腰が弱っている人、さらには全盲の人までいたそうです。そのため御主人は、配食と同時に、自然とそれぞれの安否確認を行っていました。また時には突然のハプニングと遭遇することもあったそうです。

主人：こんにちは！今日も元気ですか。

老婆：た、たいへんなんだよ！

主人：どうしたんだい？

老婆：お爺さんが部屋に閉じ込められて出てこれないんだよ。

カギのトラブルで、お爺さんが部屋に閉じ込められていました。業者に連絡してあげることでもできたのですが、時間がかかり費用も多くかかるため、御主人は裏庭から窓を破り部屋に進入し、無事にお爺さんを救出しました。同時に御主人自身とよく取り引きがある業者から安価なガラスを手配し、窓も元どおり修理しました。短時間で2千円にも満たないガラス代だけで

事は解決したのです。

御主人は他にも身の周りの世話や話相手になったり、その老人がその時に必要としていることを見て聞いて感じて、可能な範囲で手助けをしていたのです。

ただの出前では、ここまでではなかなかできないでしょう。この御主人は、このように言います。

「老人給食を行うことにより、それぞれの老人が今本当に必要としているものが何かがよくわかる。そして、それがなければ老人達は生活していけない。」と。

<事例その2>

川崎市にはもっと規模が大きい企業市民がいます。この事例にはこんなものがあります。

市内の広範囲で、大企業市民による高齢者世帯に対する配線診断の無料サービスを実施しております。老化した電気コードは火災等を起こす原因になるためトラブルを未然に防止することが目的です。特に川崎区では、高齢者世帯の把握、訪問に対する事前了解などを、民生委員と協力して取り組んでいます。

この企業市民は、突然の訪問に驚かれたり不審に思われることがないように、日頃から地域で活動している民生委員と連携をとり、未然にトラブルを防止するなど、円滑な活動となるよう努めているのです。

<事例その3>

ここで紹介する事例は、東京都荒川区のある地域で実際にあったことですが、荒川区は、川崎市に比べて高齢化が進んでいる地域で、そのためか、高齢化社会に対する地域の取り組みが活発のようです。荒川区社会福祉協議会では、より充実した地域福祉の推進を図り、住みよい町とするため行政の施策とは別に独自の地域福祉活動計画を策定し、その計画の中で、「荒川型フィランソロピー＝企業主の地域活動」と位置付け、住みよい町に向けて取り組んでいます。

そんな環境の中、こんな事例ありました。

ある日のことです。ひとりの老人がとあるお弁当屋さんにやってきました。

老人：あの～、す・すみませんが、お弁当買
いたいんだけどね、～

店員：はい。メニューはたくさんございますよ。
何にいたしましょうか。

老人：う～んそうだね、～ “のり弁当”、“焼
き魚弁当”、“カレーライス” それと“サ
ラダを2つ”に“おしんこ”と“みそ汁”
をもらおうかな。

店員：は、はい？



老人：だから～ のり弁当に焼き魚．．．．

店員：はい。はい！かしこまりました。しばらくお待ちください。

こんな調子で老人はたくさんのお弁当を買って行ったのです。そして数日後、またあの老人がやってきました。

老人：あの～．．．すみませんが、またお弁当買いたいんだけどね、～

店員：はい。今日は何にいたしましょうか。

老人：え～、と～ “ハンバーグ弁当”、“焼肉弁当”、○×△□．．．．

店員：はい！かしこまりました。それにしてもずいぶんたくさん召し上がるんですね。

老人：ええ。一応。

—— カウンター裏で ——

店員：店長！店長！！ 前に話した老人が来てますよ！ またたくさん注文してますけど、．．．ハンバーグに焼肉べん、．．．

店長：全部言わんでもよい！ ．．．それにしてもよく食べるひとだな。家族の分も入っているのだろうか？

店員：でも店長、家族の分が入っているとしても、普通は体の弱そうな老人を買いに行かせたりしないんじゃないですか。

店長：いずれにしても何かありそうだな。ちょっと聞いてみるか。

—— カウンターにて ——

店長：はい。お待たせしました。ところで、あなたがこれ全部食べるんですか。

老人：ええ。私はA町に一人で住んでましてね、～、体も弱いもんで毎日買いに行くのが辛いから、数日分買いだめしておくんだよ。

店長：そういう事情があったんですか、．．．。よし、！わかりました。これからは、御安心ください。私がお宅へ届けにお伺いしますよ。もちろん無料でね。

老人：本当ですか。ありがとうございます。よろしくお願いします。

この日以来、このお弁当屋さんは、必要に応じて老人の家にお弁当を配達するようになったそうです。

この事例は荒川区で実際にあったことです。また、この事例以外にも同様な事例が実在しており、しかもこのようなことは、誰に強要されることでもなく、自主的にあたりまえのように行われているのです。

<事例から>

こうして小企業の活動をみると、企業も地域福祉活動を担うものというように感じられたのではないのでしょうか。

いずれにしても、今後の超高齢社会を豊かに過ごすには、この活動はとても重要に感じられ

ます。平成12年には、介護保険制度が施行されますが、保険料を払いつつも、要支援・介護認定がされず、基準の狭間で困り果てる人も出てこないとも限らず、他にも、個人負担分が支払えない人、不十分なサービス、申請そのものに出向けない人等、不安な点は多く考えられます。このような不安が実際に発生した時にこのような事例が重要な役割を果たしてくれるのではないのでしょうか。

では、この重要な活動は、川崎市ではどのような広がりを見せているのでしょうか。川崎には、未確認のケースがあるにしても、残念ながらこの活動の十分な広がりはないようです。

(3) 企業市民の地域福祉活動が広がるには、

先程の事例のように、一個人のちょっとした思いがきっかけとなっており、広まることにも同じことが言えます。私たちは、そのきっかけをつくる場面にはよく遭遇していると思います。例えば、多くの人が電車・バス等に乗車中、老人に席を譲った経験があることでしょうか。また、老人を目の前にして「あっ」とは思いながらも、眠ったフリや知らないフリをした人もいることでしょうか。正反対の行動ですが、このケースのほとんどにおいて、その行動を起こす過程に、他人の目や恥じらいなどによる葛藤があり、結果的にいずれの行動を起こすにも、わざわざ勇気を出す必要があるのです。ただ、このことから、たとえ僅かにしても、誰もが心のどこかに老人に対する慈しみの念があるのは、間違いないのではないのでしょうか。そうした念を生み出せる一人ひとりの意識、既存の施設・団体等、社会資源は整っていると考えます。また、人にこの気持ちがある限り、その人が企業市民あるいは企業主であれば、活動が広がる可能性はあるのです。

行政はこの可能性を高めるため、企業市民が実際に地域で活動しやすい環境をつくり、雰囲気をつくること求められるのではないのでしょうか。現場で働く人達の考えや意思が反映される施策となるよう、行政の考えだけで物事を判断するのではなく、主導権を握らず、企画の段階から市民と共同で取り組むなど、連帯感をもっていけるような姿勢を持つことが必要だと考えます。

現在、川崎市の福祉事業の中に、社協や福祉公社等の法人に事業を委託しているものがあります。事業にもよりますが、例えば委託を前提に新規事業を企画するとき、受託する側の意向に沿ってない事業内容となることがあるため、受託する側に見れば、知らない内に企画・立案され、それを新たな仕事として押しつけられるという感覚があるといえます。

このことは、ボランティア的な視点から見ると分かりやすいと思います。例をあげてみますと、ある事業を“ボランティアにお願いしよう”としたときに、まず、ボランティアというものは、他から強制されたり、義務としてではなく、自分の考えや意思で行う活動であるわけですから、この考え方は間違っていると言っても過言ではありません。またお願いされる事業内容とボランティアのイメージにギャップがあり、受入れ難くなることもあるそうです。ですから、仮にボランティアがこの事業を受入れたにしても、本来の成果は得られないでしょう。

社協などはボランティアと精通しており、事業委託するにしても、せめて受託側の考えや意思で行う活動として行える事業となるよう、早い段階からの連携が行政に対して求められています。

このような、精神的な面のニーズに対応するためには、行政内部で先に述べた姿勢を持てるよう意識改革を行い、長い年月をかけてできあがったこれまでの行政スタイルを変えていかなければなりません。意識改革というものは、いつの時代にも唱えられているとは思いますが、ここで言う意識改革は、これまでの表面的なものではなく本格的に行うべきものです。今後は新たな行政意識を持ち、これまでの行政スタイルを根本的に見直し、これからの高齢社会を企業市民と共に対応していくのです。

また、行政は、低迷し続ける経済に大きく影響を受けていますが、この面からみても、行政と企業市民が心と心の手を結ぶ時期にあると思います。そのためには、やはり意識改革というものを欠くことができないのです。

2 労働組合の実践例

企業市民という概念にあてはまるかどうかは疑問ですが、労働組合が取り組んでいる事例を紹介しましょう。

(1) 時代背景

労働組合の社会への影響を大きくしていくために、労働組合は高齢社会時代における労働組合の果たす役割は何かを考え、行動していく必要があるでしょう。

従来の組織中心型運動から地域に根ざした運動へ展開していくなかで、例えば男女雇用平等法や育児休業法などを実現させたように、市民全体や社会全般に関わる問題など、社会システムや制度・政策課題を運動の中心に据えていかなければならない時代状況になっています。

このことは、労働組合の福祉活動についても同様で、従来の組合員とその家族の福利厚生にこだわった運動から、公正で公平な自立した社会を展望しながら、社会全体の福祉の向上にどのように影響力を発揮するかの視点にたった運動への広がりを持たなければならなくなっています。

(2) その意義について—自分を変える、社会が変わる—

社会変革を担うことは、課題に気付くことから始まります。身の回りの生活課題、地域の課題について、何とか解決、あるいは回復させたいと願い、仲間と共に立ち上がる。自発的な意思により、行動を起こせば学ばざるをえない場面に直面します。その学びが、行動の視野をさらに広げ、行動をより確かなものにします。

従来の差別至上の上意下達運動から地域に視点を写し、役員請負型の運動から組合全員が参加するN G O的な運動が今後の労働組合運動に求められています。組合員が自分を変え、そのことによって社会を変えていくことに気付いた労働組合の実践例を紹介します。

<事例その1>

社会福祉法人電機神奈川福祉センター（新杉田地域ケアプラザ）

高齢化社会を迎え、虚弱あるいは障害をもつ高齢者の生活支援・保健・福祉・ボランティア交流など地域で生活を支える援助体制も重要な課題となっていることから、電機神奈川地方協議会の結成40周年・障害福祉活動20周年記念事業として設立し、社会福祉法人の認可を受け、電機神奈川福祉センターとして、平成8年8月1日事業を開始し、運営を行っています。

このセンターにおける労働組合の係わり方については次のとおりです。

当センターのボランティア研修には、各企業（電機産業関連の神奈川地方協議会傘下）において公募で集まった組合員が休暇で参加をしています。

研修では、基礎的な知識の習得と実体験を通じて、ボランティアの基礎を学ぶこととなります。受講者はボランティアとして登録されます。

毎日、各企業から、組合員が研修に来ており、私たちが視察した当日は、東芝の組合員の方が研修に来ていました。

また、登録されたボランティアから常時5人程度を当センターに派遣し、老人介護（身辺介助・外出介助・入浴介護・話し相手など）を支援しています。

ただ単に研修だけに終わらせるのではなく、フィードバックして、センター内でボランティア活動をしている点が注目すべきところです。

また、企業を定年退職した組合員OB（管理職含む）を中心とした支援体制もとっており、「福祉友の会」への登録者で、週1回の担当で、常時2人から3人程度派遣しています。



<事例その2>

東京電力労働組合神奈川総支部

〔きっかけ〕

1995年1月17日、国民を震撼させた阪神・淡路大震災において、現地への支援を行ったことを契機に、電気事業におけるライフラインの重要性・公共性を痛感したことから、にわかには組合内部において、地域に密着した組合活動をどう展開していくか、議論が高まってきました。

このようなことを含め、企業活動における公共性・地域性が不可欠なため、少しでも地域福祉を支援できるよう、青年部を中心にボランティア活動を行っています。

〔活動内容〕

○ ベルマーク等の収集活動

ベルマーク・ロータスクーポン・古切手・未使用はがき・書き損じはがき・カンパ金・使用済みテレホンカードの7項目を各支部毎に収集

○ 身近にできるボランティア活動をテーマにポスター募集活動

○ 各支部におけるボランティア活動の情報収集及び交換活動

○ 体力づくり運動会における活動（秦野市運動公園）

チャリティーバザー： 各支部よりバザー品（衣類を除く）を3、4点ずつ集め販売する

チャリティー募金： 昼休みの時間帯に各支部をまわる

チャリティー販売：マジックプレート・アイス・綿菓子等を販売する

チャリティーゲーム：募金をしてくれた子どもを対象にゲームをし、景品を出す

募金の使途

秦野市の福祉事業への寄付

国際ボランティア活動（学校設立募金等）

交通遺児育英基金等

○ 田島養護学校「ふれあい祭」への参加



(ボランティア組合員と田島養護学校「ふれあい祭」発表会の模様)

〔課題〕

労働組合組織のボランティア活動というと、社会的弱者への支援と美化活動などで終わってしまうなかで、個人・団体・地域社会・行政等の社会的役割を考慮しながらいままで手の届かなかった傾分について組織として半ば強制的に取り組んできました。

本来のボランティアを考えたとき、参加する個人の意識を尊重することはもとよりですが、場合によっては参加者の組織化と活動の計画性、教育と訓練が必要です。

〔今後どのようにしていったらよいか〕

- ボランティア活動に対する基礎的知識の普及と組織的に総括する機関の設置
- 組合員の多様化するニーズを捉え、個々人の自由意思を尊重し、対話活動による信頼関係の構築
- ノーワークノーペイが原則であるが、組織的にも社会通念上理解されればある程度の金銭的補助も検討

第2章 地域での連携にむけて

わが国の高齢者介護は、家族による介護に大きく依存してきました。かつて、高齢者は在宅で家族に看取られながら死をむかえていました。いわば、介護は高齢者の「最後を看取る介護」でした。

しかし、今日の介護は医学の進歩や生活の向上等により、「生活を支える介護」となっており、家族が支えてきたこれまでの介護は、量的にも質的にも大きく変化してきています。介護を必要とする高齢者の増加、介護内容の困難化、介護期間の長期化、介護者の高齢化など、家族だけが介護を支えていける状態ではなくなっています。介護は、家族から社会全体で支える介護となってきました。

高齢者介護については、これまで福祉、医療、保健など、それぞれが「縦割り」行政の中で個別に対応してきました。しかし、このことが高齢者の増加に伴い、介護問題を解決するうえで弊害になってきているといえます。21世紀の超高齢化社会においても、高齢者が自らの有する能力を最大限に活かし、自らが望む環境で生活していくためには、行政における福祉、医療、保健が連携するとともに、地域社会における人々の連携も必要といえます。

高齢期の介護のサービスを医療制度や福祉制度で支えるのではなく、給付と負担の関係が明確な社会保障制度により普遍的なサービスを提供する「介護を社会的に支えるシステム」として、2000年4月より「介護保険制度」が導入されます。

今まで措置制度として実施してきた介護や、家庭や福祉施設に受け皿がないことにより医療保険制度のもとで医療に蔓延していた社会的入院の介護を、介護保険の導入で権利としての介護として保障していくこととなります。介護保険の開始を前に、高齢者が地域で生活していくための医療・介護・保健のそれぞれの現場から、今何が求められているのかを考えてみたいと思います。

第1節 地域で生活していくために

1 医療現場から

一人暮らしである、老夫婦二人である、家族は皆勤めている、病院にいる方が食事・入浴など安心して生活できる、入院している方が生活費がかからない等、それぞれの理由で生活の場を医療施設に置いている要介護高齢者が増えています。

生活の場を本人が望む家庭にもっていった事例を報告しながら、現行制度における医療、福祉の介護問題と、在宅における家族のかかえる問題や不安に対する今後の課題について述べてみたいと思います。

(1) 要介護高齢者が望んだ家庭で生活するには

<事例1>

キンコン・キンコン「看護婦さーん、看護婦さーん」、インターホンから看護婦を呼ぶYさん（96才、女性）の声がかかります。

「どうしましたか」という看護婦に、「足をのぼして」とYさん。

「これでいいのかな」という看護婦にうなづくYさん。

足をのぼして勤務室にもどると、キンコン・キンコン「看護婦さーん、看護婦さーん」と看護婦を呼ぶYさんの声がかかります。

Yさんがショートステイ先の特別養護老人ホームで具合が悪くなり、入院してから5か月が過ぎようとしています。

Yさんは84才で脳梗塞で倒れたが、リハビリを頑張り、杖をついて歩けるようになりました。今回倒れて入院してからは、歩くことは無理となっています。Yさんはボケてはいないのですが、誰かに側にいてほしくて、5分毎にコールを押してきます。看護婦が忙しさのあまり、「Yさんずっと側にはいれないの。解って」というと、聞こえないふりをしてまたコールを押します。

Yさんは今は53才の男性（末の子・障害者）との2人家族です。夫は71歳で30年前に他界しました。兄弟7人は、本人以外他界しました。子どもは6男4女をもうけましたが、3男3女が生存していて、結婚以来大家族で生活していましたが、10年程前より同居していた長男家族が家を出て、末子の53歳の男性（四肢に障害をもっているが杖歩行し、自己のADLは自立できている様子）と2人家族です。このころから本人の病気により、外出も少なくなっています。何度か病気で倒れていますが、今回の入院までは食事の自立、排泄の自立（ポータブルトイレ）はできており、歩行は車イスに1人で移って移動していました。今回入院するまでは、火、木、土の午前中3時間のヘルパーの介護サービスを受けながらの生活でした。同居者の息子は時々面会に来ていますが、他の子供達の面会はあまりありませんでした。

看護婦は、これもYさんの生きてきた過程だと思いながらも、もう少し子供達の協力が得られないかと思っていました。

Yさんの入院に至るまでの経過は、9月18日、ショートステイをしていた施設のトイレで排泄後に転倒し、意識不明となったが、その後意識が回復したので施設において様子をみることにし、倒れた日が土曜日であったので、月曜日まで（施設の嘱託医の診察を受けて）施設で様子をみていました。

9月20日の月曜日に紹介された近くの病院を受診し、脳血栓の初期症状と診断され、入院をすすめられました。入院費のこともあり即答しませんでした。病院で受診した時点で特養施設は打ち切られたため、自宅に帰りました。9月22日、トイレ介助時、けいれん発作をおこし、救急車にて当病院を受診し、入院となりました。入院後、けいれんは改善されています。

入院中の生活状況は、けいれん発作がおこることはなかったが、微熱があることもあり、体力の衰えが進み、排泄時ポータブルトイレに降りることは無理となっていました。食事も介助や見守りがいると食べるのですが、一人ではなかなかすすみませんでした。入院前まで介助者やヘルパーさんが側にいる生活をしてきたこともあり、一人では寂しがり、看護婦がいなくなるとブザーを押すか、大きな声を出すかをして呼んでいました。

入院当初は、看護婦がずっと側にいてあげられない状況を話すと協力を得られていたのですが、入院後3、4ヶ月たった頃からは、痴呆などはない状態にもかかわらず、大声を出すことが多くなってきました。同居している息子さんも、入院生活が本人にとって限界であると感じたことから、在宅介護サービスを受けながら退院できる方向を考えていました。

Yさんも家に帰ることを強く望んでいることから、どのような条件のもとなら在宅になれるかを同居家族と話し合っていました。

家族は、緊急時は病院が受け入れてくれること、介護者が疲れたときはYさんの受入れを相談のってほしいとのことでした。これらは主治医と連絡をとっていけばできることでした。

介護者は以下の介護体制を組みながら、Yさんを自宅に連れて帰ることができました。

Yさんは、家人の電話では、毎日楽しく過ごされており車椅子で外食に出掛けるなどをしていました。病院でのYさんからは想像できないほど生活を楽しんでいるようでした。

在宅に向けての支援体制

介護者は自分で計画したケアプランにそって、在宅支援センターの職員と相談をして支援体制を決めてきました。

訪問看護は訪問看護ステーション（高津区にある民間病院が運営）に依頼。

ヘルパー派遣は行政ヘルパー（福祉事務所から社会福祉協議会を紹介される）と、民間のヘルパーに依頼。

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------------|
| 午前 | 訪問 看護 | 民間 ヘルパー | 訪問 看護 | 民間 ヘルパー | 訪問 看護 | | 月2回の 民間 ヘルパー |
| 午後 | 社協 ヘルパー | 社協 ヘルパー | 社協 ヘルパー | 社協 ヘルパー | 社協 ヘルパー | 社協 ヘルパー | |

< 事例 2 >

「看護婦さんお願いがあります」とTさん（77才・男性）に呼ばれました。

「何を願ひされればいいのか」という私に、Tさんは「先生にいてもだめなんだよ家に帰りたいのに、家内が大変だからというんだよ」とションボリと話す。

Tさんは妻との生活です。妻は7年前よりパーキンソン症になり体が不自由なため、移動は杖か車椅子を使っています。2人の食事の準備はできていますが、週2回のハウスキーピングの支援と、娘および嫁の支援を受けて生活を整えています。

Tさんは若い頃より糖尿病になり、66歳ごろからは入退院を繰り返しています。最近是多発性脳梗塞もあり、歩行時介助を要することが多くなってきています。

今回の入院は食事摂取量が少なくなり低血糖をおこすようになったことから、血糖コントロールの目的で入院となっています。

Tさんは妻と2人で生活していますが、妻とは再婚で12年程になります。子供は亡くなった前妻とのあいだに息子1人・娘2人おり、息子家族は同じ敷地に住んでいます。娘2人は近くで結婚して生活しています。夫婦は妻が病気になってからは、週2回社会福祉協議会のヘルパーを依頼しています。（掃除・洗濯・入浴介助などを依頼していました。）日常の買い物は2人の娘が交替で行い、食事の準備は妻ができていました。患者は排泄は時々オムツにする時もあるが、ほぼ自立しています。食事はセティングすることにより、自分で食べています。Tさんは、入浴・衣類の着脱・洗髪及び保清に関しては援助を必要としています。

Tさんの退院に向けて、家族は歩行が完全に自立していないことから介助困難を訴え、暫く入院していることを望みました。しかし本人が頑張るから家に帰りたいという強い希望があったので、退院できる方法を妻と相談していきました。

週2回であった社協ヘルパーの依頼を週3回にできたので、民間ヘルパーを週2～3回依頼することとしました。（Tさんは地元で16代も農業を営んでいたもので、経済的には恵まれていました）。休日は子供の誰かが支援します。本人には今の持っている機能を維持するには、大変であっても自分でできることを自分でしていかなければいけないことをはなし、笑顔で退院していきました。娘は昼は頑張って援助していけるが、両親2人の夜が心配ですと話していました。

(2) 事例からいえること

介護は家族介護から社会的介護へ

医療の場で社会的入院の高齢者を介護していて実感することは、介護は家族の手から社会へと変わってきているということです。2つの事例においても、それぞれ子供たちが近くで生活していますが、家族介護を頼ることはできません。

家族介護にとって良い介護関係を保つには、家族との間に良い人間関係があることを必要とします。それは長い間の家族との生活や文化の積み重ねのなかで形成されるものです。自分が

地域や家族との関わりのなかで生活して来なかった人が、老いて住みなれた地域や家庭での介護を望んでも、介護する側はたとえ専門の介護サービスの支援を受けても、自宅での介護は受け入れられないと答える人が多いのです。

仮に家族と良い関係にあったとしても、一人で24時間要介護者を支えるには、精神的にも肉体的にも疲れてしまい、優しく接しられなくなっていくます。家族が優しさを失わないためには、家族の役割は精神的な支えとし、他の援助を社会が受け持つていくことです。

誰もが家族や地域の人達に支えられながら、住みなれた場所で生活していけるためには、生活援助・介護援助は社会の責任において支えていくことだといえます。

保健・医療・福祉支援の一元化

事例1の介護者は支援を受けるにあたり、福祉公社・在宅介護支援センター・福祉事務所・社会福祉協議会・訪問看護ステーションと回りました。福祉のたらい回し状況でしたと話されました。また、ショートステイの老人ホームで倒れたときも、ホームと病院とが連携されていないためすぐ病院に行くことができませんでした。家族は「とても不安で、緊急時の対応システムがないと、在宅は不安です」と話されました。

高齢者の増加に伴い、様々な施設ができてきます。施設を生活の場と決めた個人にとって、施設は在宅と同じであります。入院の必要のない病気は、施設でみて行けることが高齢者にとっては大切です。地域の医師をかかりつけ医として、訪問看護・訪問医療をされることが必要となってきます。

事例2においては、ヘルパー派遣を民間でも実施していることの情報を知りませんでした。

公的介護保険が開始され多くの在宅介護者を支援していくには、現行の介護者が単発にそれぞれのサービス提供主体に申込み、個々のサービスを受けるのではなく、要介護者にとって必要な援助を保健・医療・福祉支援の一元化のもとに、コーディネートされることが必要となります。一人の人間の全生活を在宅で支えるには、保健・医療・福祉支援を一元化し総合的・包括的支援を的確にしていくことが、増大する在宅介護需要に対して満足できるケアサービスを提供していけることになるのです。

また、限られた資源（人材、施設・介護用品、財源）を活用していくには、保健・医療・福祉における情報の一元化も必要です。市民の求めている情報を把握し、提供していける情報の総合窓口を市民の身近に整備することが急がれます。市民の誰もが容易に活用できる情報基盤を整備していくことです。市民一人一人は整備された情報を主体的に活用して、安心で安全な生活につなげていくことが必要です。

安心して在宅になるには

（社団法人）川崎市看護協会は、平成8年度にプロジェクトを組んで在宅看護における24時間ケアニーズ調査を実施し「24時間ケアニーズ調査報告書」を出しています。

報告書は訪問看護利用者と家族介護者の実態調査及びケア提供者からの調査報告です。

「24時間ケアニーズ調査報告書」の中から、在宅介護の現況で家族が抱えている不安や問題、及びケアの現実と24時間ケアニーズに関しての報告を抜粋してみました。

<高齢者が高齢者を介護している現実>

訪問看護利用者の年齢は40才代から90才代と幅が広いが、70才代及び80才代に集中していました。また主介護者も配偶者間が多く、年齢も60才代と70才代でした。これらは介護現場でいわれている、高齢者が高齢者を介護している厳しい現実を示したものでした。

<必要な社会資源>

訪問看護利用者はギャッチベット(85.4%)、車椅子(54.2%)、ポータブル便器(31.3%)等多くの福祉機器を利用していました。また訪問看護と併用してヘルパー派遣を受けている頻度が高く(52.8%)出ていました。これらは在宅生活を可能にするためには社会資源の活用は欠かすことができないことを示していました。

<介護の負担>

介護者の身体的・心理的負担感は大きく、「かなりあり」と「ややあり」で94.4%の人が負担を訴えています。疾病や障害をもった人を在宅で支えるには介護者にとって大変な事であることが伺えます。ただ介護の意欲に対して79.2%の人が「あり」とこたえていることから、介護者の負担を軽減できる支援をしていく必要があります。

<家族が介護の支援を必要とするとき>

介護ニーズは「緊急時」が(75.5%)、次いで「依頼時」(47.2%)、「夜間」(35.8%)、「休日」(30.2%)と高く、現況において支援体制の弱い部分が出てきていました。

<ケアの現実と24時間ケアニーズ>

在宅ケアが現実にもどの程度実施され、希望するニーズがどの程度あるかについて、24項目から調査・分析し報告しています。

そのなかで、利用者や家族のケアニーズと現実の対応で差がみられた項目は、緊急に医療処置が必要と考えられる項目で、夜間と早朝の時間帯及び休日や土曜日のニーズが高かったことを報告しています。「家事」、「機器管理」、「安全」、「指導」など現行の計画的訪問でケアできる項目は、日勤帯以外の時間帯ニーズはなかったのですが、緊急に医療処置を必要とする「循環」、「緊急対処」、「整理機能を維持するための処置」、「意志疎通」、「医師への連絡」、「終末期ケア」などの項目で、夜間や休日のニーズが高くでてきていました。

ケア提供者からの調査でも、医療機器をつけた在宅要介護者が増加していくなか、24時間

ケアは必要との意見が多く出されていると報告されています。しかし実施にあたっては、保健・医療・福祉体制の整備をした上でないと続かないことを指摘しています。特に医師へのニーズは高く、緊急訪問したときの判断・責任については、不安を抱えていると報告されていました。在宅介護は医療との連携なくしては継続していくことの困難さを指摘しています。

夜間や休日におけるニーズは、2つの事例でも訴えています。日中は同居以外の家族や専門家の支援を得ることができるが、夜間や休日は介護者が一人となるのでやっていけないと答えています。

ただ事例1のような滞在型で24時間365日を支援することは、財力（人・機器・金）に無理があります。24時間365日で援助していくには、現行の1回の訪問時間が2～3時間で一週間に2～3回の滞在型支援と、1回の訪問時間は短くても在宅者の必要に応じ1日に何回でも訪問して援助する巡回型支援とを組み合わせしていくことも必要になります。

生活ニーズのなかで家事に関する援助（洗濯・掃除・買い物など）は滞在型で支援し、身体の介護に関する援助（排泄・衣類の着脱・身体の清潔・食事の介助など）は巡回型で支援していくことで、24時間毎日の生活を支えていけると思えます。ただし巡回型を実施するには地域の特性や介護力などを考慮する必要があるので、実施している訪問ヘルパーや訪問看護婦の意見を反映していくことが必要といえます。

安心して在宅で生活できるには、「介護に対する必要な情報や知識が得られること」、「緊急時の医療対応システムが整備されていること」、「24時間365日の支援体制基盤があること」、「介護する側・される側の精神的支えとなれる人がいること」などをつくっていくことが必要といえます。

2 在宅介護の現場から

平成9年7月1日制定、平成10年1月施行の「川崎市福祉のまちづくり条例」では、「たとえ障害があっても、歳を重ねても、住み慣れた地域で自由に安心して行動し、快適に暮らし続けられる、ノーマライゼーションの思想に裏付けられた人間としての権利を具体的に保障することを目的とする」とあります。

川崎が「住みよいまち」でなく「住みたいまち」になれるかどうかはこれからの施策の展開にかかっています。難産の末生まれた「介護保険法」もにらみながら、自分も当事者になることを前提に在宅介護のありさまを検証したいと思います。

(1) 在宅介護の社会的需要の背景

- ① 人類の願望である長寿になったこと（日本は世界1の長寿国）
- ② 住み慣れた地域で生活したいとの希望（世論調査でも70%が在宅希望）
- ③ 家族の介護が困難になったこと（女性の社会進出、核家族化、少子化、離婚の増大）
- ④ 家族介護の困難さが明るみにできたこと（介護はせいぜい一日8時間が限度）
- ⑤ ノーマルな社会とは？何がより人間的か？人間て何？に人々が気づき始めたこと。
（ノーマライゼーションの普及、人権問題のコンセンサス、福祉先進国の実態）
- ⑥ 経済コスト面（医療費の増大からコストの安い在宅化の推進、社会的入院の問題）
- ⑦ その他

(2) 在宅介護を受けたい人の状況

- ① 何らかの疾病を持つ（老いは病気でなくライフステージの加齢現象に過ぎない）
- ② 退院が早くなり障害や投薬を続けながらの在宅（器具装着や障害を持つ方の増大）
- ③ 高齢家族の増加（老々介護、独居老人、離れて暮らす子供も老化）
- ④ 価値観、ニーズが多様化（提供する側の都合でなく、自己選択、自己決定が必要）
- ⑤ いますぐ介護が必要で血縁より地域社会の援助がなにより必要
- ⑥ 在宅サービスについての情報が少ない（どこへ行って何をしてもらうか分からない）
- ⑦ 相談してもたらい回しで、申請してもサービスが届くまで遅い
- ⑧ 出掛けることが少なくなるので社会との接点が遠のく
- ⑨ 食事がだんだんおろそかになり、衰える（この時代に栄養失調と言われる）
- ⑩ 完全な介護より、ふれあいとしての介護や看護を求める（心の栄養や生きがい）

時代と共に変化してきた疾患の変化をどうとらえていくのかが、次の表からみてとれます。

疾患の変化

| 感染症の時代 | 成人病の時代 | 高齢化社会の時代 |
|-----------|-------------|-----------|
| ↓ | ↓ | ↓ |
| 医療の輝かしい時代 | 早期発見をめざした時代 | 介護の時代 |
| ↓ | ↓ | ↓ |
| サイエンス | 長生きのオリンピック | QOL |
| ↓ | ↓ | ↓ |
| 画一的 | 平等 | アメニティ→選択制 |

(3) 在宅介護に必要なもの

在宅ケアは在宅の医療、看護、介護の三つに分けて考えられます。

成人病の多くは完治することは少なく、病気と仲良くしていく必要性が生じます。

これまでの地域医療は健康○、病気×という図式できていたがこれからは病気があったっていいじゃないかと言い切って、にこにこ生きていけるような時代を作っていく時がきています。

もし介護が必要になったらあなたはどこで介護を受けたいと思いますか？「在宅」ですか？それとも「施設」ですか？病院を退院して在宅介護を希望しても、ヘルパーが週に一二回きてくれるだけでは不安は解消されない、万一の時医者は駆けつけてくれるだろうか・・・リハビリで回復した身体機能は維持できるだろうか。自立、自助を目指したとしても家族や自分の努力ではのりこえられない現実があります。

在宅介護に最低限必要なものは

利用者の立場で処遇する訪問医療、訪問看護、ホームヘルパーと、地域の人々である

次のページの表は、世界の福祉事情に詳しく、また、内科医として長年地域医療につくした現在神戸看護大学教授である岡本氏が作成されたものですが、どのような状態にある方がどの機関や資源を使えば対応が可能なのかを示したものです。往診、ヘルパー、訪問看護は在宅介護に必要とされる3つの方法です。

ニーズと資源対応表

(虚弱以外は施設・在宅の両方の選択がある)

| ニーズ 資源 | 疾病急性期 | 回復期 | 安定期 | 急性悪化 | 介護者事情 | 痴呆症 | 虚弱 | 終末期 |
|-----------|-------|-----|-----|------|-------|-----|----|-----|
| 一般病院 | ○ | | | ○ | | | | ○ |
| 診療所・往診 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | ○ |
| デイケア | | ○ | ○ | | | ○ | | |
| デイサービス | | | ○ | | | | ○ | |
| リハセンター | | ○ | ○ | | | ○ | | |
| 訪問リハビリ | | ○ | ○ | | | | | |
| 訪問看護 | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | ○ |
| ホームヘルパー | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ |
| グループホーム | | | | | ○ | ○ | | |
| ショートステイ | | | | | ○ | ○ | | |
| 療養型病床群 | | ○ | ○ | | | ○ | | ○ |
| 老人保健施設 | | ○ | (○) | | | ○ | | ○ |
| 特養ホーム | | | ○ | | | ○ | | ○ |
| 入浴サービス | | ○ | ○ | | | ○ | | ○ |
| 訪問歯科サービ | | ○ | ○ | | | ○ | | |
| 訪問服薬指導 | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | ○ |

神戸市看護大学教授 岡本祐三氏作成

この研究のテーマである「保健、福祉、医療の連携」はいろいろなところでシンポジウムも開催され、理念としては浸透してきて、組織の編成もなされてきたが、実態はどうでしょうか。

3つの機関関係者が集まって会議をし、情報交換やケース検討を行うことが「連携」を行うことだとしていますが、それだけでは形だけの連携でどう住民へのサービス向上に繋がるのか疑問です。関連する機能が異なるセクションに分かれているのを一つの組織に統合していかなければなりません。具体的には現場に3者で出向き、住民のニーズを見聞し、専門的に住民にあったサービスを具体的に展開していくこと、頭で理解し合うのでなく動きで理解し合うことが最も重要ではないでしょうか。

融合といってもそれぞれの役割はきちんと整理し、役割を明確にすることもまた重要であろう。

予防医学は第一次予防（健康管理と特異的リスク要因の管理）、第二次予防（早期発見）、第三次予防（リハビリと援助）に大別されますが、在宅ケア（介護）、キュア（看護）は、ハンドサービスをする介護分野と訪問看護ですので、保健分野は第一次、第二次予防が役割となります。

早くから訪問医療、地域医療、地域活動の火付け役となられて、次々に新しい試みを幸区を拠点に展開されている幸病院の杉山医師は、「豊かな老後の三つの基本は「健康」「生きがい」「経済」であるが、人間に最も大切なものは『人間関係』であり、どの分野の仕事や活動でも最後に問われるのは「人だよねぇ・・・」とため息まじり話されます。

保健、福祉、医療が融合した人間関係でケアを展開していかなければ、その場に住む人々の幸せな生活、老後は保障されないのです。何が必要か、何が足りないか、何に困っているのか何が幸せなのかは人々の暮らしからみえてきます。介護する側の問題もまた、実際のハンドサービスからみえてきます。事例を通して見ていきましょう。

事例1 老々介護

| | |
|--|--|
| A地区 地域医療に熱心な医師がいて訪問医療、訪問看護がある。地域活動も活発な地区 | |
| プロフィール | 母92歳、息子68歳の二人家族。息子は未婚で脳血管障害のため、準寝かせきり老人障害者住宅に住む。母、高血圧他疾患はあるが、腰を曲げて息子の介護にあたる。 |
| 保健 | 息子に対しては、リハビリ教室（送迎あり）と保健婦が定期訪問。ヘルパーは必要があれば定期以外でも訪問あり。主に相談を受ける。 |

| | |
|-----|--|
| 医 療 | 訪問医療（医師と看護婦）は月2回，訪問看護ステーションは週1回，地域保健部もその病院で持ち，MSW（メディカルソーシャルワーカー）がいて，きめの細かい相談に対応してくれる。訪問回数も状況に応じて柔軟に対応してくれる。 投薬 訪問医師により必要最低限度。薬依存傾向にあるが，ヘルパーが定期的にもらって届けるので安心感を持っている。 |
| 介 護 | 当初，息子の介護は母が譲らず，家事援助から始めるが，母の老化により介護も入れていくことになった。週2回から3回へ，さらに6回へと変化。生活を見ていくなかで，ヘルパーが病院のCTと連携。息子は歩行が可能になった。 援助内容 家事，掃除，洗濯，投薬受け取り，銀行代行，環境整備 介護 通院介助，散歩同行，清拭， その他 相談援助，マネージメント，近隣との連携 |

この事例から見えるもの

訪問医療や訪問看護ステーションがあると，どれだけ安心して最後まで在宅で暮らせるかの見本です。キーパーソンは訪問医師ですが，同時訪問や連携を通して，介護，保健，医療とも，この家族が「在宅で過ごしたい」という願いをかなえるというコンセンサスのもとに在宅ケアを展開します。そこには厳然とした上下関係はなく，それぞれが少しずつ重なって保健，福祉，医療の役割を分担して，この家族を中心にして，在宅ケアが展開されました。母親が一時入院した際は，母も息子も同時に入院させる手だてで危機を乗り越え，再び在宅を続けられました。いろいろな危機段階で，母と息子に「あなたはどうしたいのですか？」の意思が確かめられ，その意思を尊重し，制度や規則をフルにつかい協議します。連携プレイは，お互いの知恵と知識を出し合い，共通理解のもとに進めるしかないので，その過程でお互いの仕事や役割がみえてきます。その姿勢が母子にも伝わり，感謝と生きがいにつながってくるという相乗効果でケアが展開できていきます。

まず「やろう！」という姿勢から始まります。あなたがこの立場になったらどうしますか？

ノーマライゼーション提唱者のデンマークのバンクミケルセンさんは「ノーマライゼーションを実現するには？」という問いに「自分自身がそのような状態におかれたとき，自分はどう感じ，何をしたいと思うだろうか。それを真剣に考えることです。答えはおのずと導きだせるはずです。」と答ました。

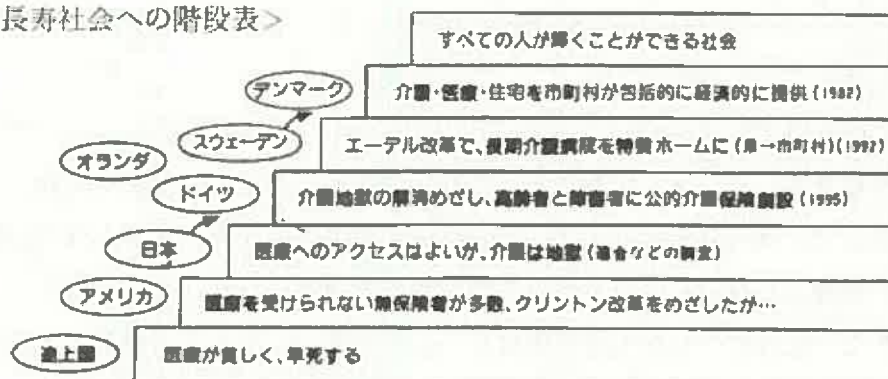
「川崎市の福祉のまちづくり条例」にはノーマライゼーションの思想に裏付けられた人間としての権利を，具体的に保障することを目的とするとあります。言葉やハード面のバリアフリーだけではなく，行政や行政職員の心のバリアフリーを築くには，具体的に人々の暮らしに直

結した沢山の現実から学ぶのが一番です。真のノーマライゼーションの風が、ここ川崎市に吹きわたるためにも、行政職員は町にでて、市民生活の話を聞き、高齢障害体験を踏まえながら意識改革、政策提言をしていくべきではないでしょうか。

まとめ

- 1 訪問医療や訪問看護ステーションを点から線、線から面へ
- 2 保健、福祉、医療の融合と健康福祉局内の連携の融合化
- 3 職員のインスタントシニア体験研修の継続化
- 4 配食サービスの拡大

<真の長寿社会への階段表>



「福祉が変わる 医療が変わる」大熊由起子著 ぶどう社より

事例 2 軽い痴呆、ストマ装着、外国人の介護

| | |
|--|--|
| B地区 訪問医療なし 一人暮らし老人の多い地区 外国人居住者や2世3世も多い | |
| プロフィール | 78歳女、一人暮らし、大腸癌手術後ストマ装着、韓国籍で日本語の識字が不如意 民間アパートで風呂がない。薬の多用からか、まだら呆けが始まっている。 |
| 保健 | 医療サイドから投薬管理の依頼があるが、継続して出来ないということで機能せず、ヘルパーからラパック装着の本人指導を依頼するが、医療機関へと回される。 通所のリハビリ会には積極的に参加を呼びかける。 |
| 医療 | 訪問看護はあるが、退院後時間がたっているので、対象ではない。本人が行きたいときにタクシーで通院。 |

| | |
|-----|--|
| | <p>あちこちの科にかかり、内科、整形外科、泌尿器科、精神神経科、眼科、外科と忙しい。本人の訴えにより投薬も各科からであるので、薬の種類も19種。薬の山のなかで混乱している。医療相談室のMSWとは連携するが、薬は減らない。</p> |
| 介 護 | <p>状況が混沌としているので、問題点を整理。</p> <p>保健が機能しないので、本人の残存機能をみながら、介護サイドでケアプランをたてる。</p> <p>自分で選んで適当にのんでいた薬を管理、朝昼夕寝る前の4種に仕分けする。派遣回数を2回から3回に増やす。ラバック装着も通院同行し、訪問看護室で指導を受ける。</p> <p>援助内容 通院同行、医師の指示の聞き取り、買い物、掃除、室内環境整備、便漏れ対策（腹帯の手作り、フトンカバーの工夫、消毒）</p> <p>生きがい対策 デイサービスに繋ぐ、韓国言葉の勉強（挨拶）</p> <p>同国の方のいるところへ同行し自国の言葉でのお喋り</p> <p>在宅から老人病院へ入院</p> <p>福祉サイドからは強制的に入院を説得、本人から在宅で過ごしたいという希望を聞いているが、介護サイドの意見は殆ど無視される。</p> |

この事例からみえるもの

心を許した人にだけ安心して自分の希望を告げる。しかし、措置制度のもとでは、弱い立場の人は行政機関の意思に従わなければ生きては行けない。「自分は在宅では無理だ」と自己決定して老人病院に入院するまで、まだまだ福祉サイドでできることはあったが、社会的入院に至った例です。

ラバック装着で毎日入浴できず、自宅入浴でなく公衆風呂というのもあまりにも過酷ではないでしょうか。在宅介護についての意識が保健、医療、福祉ともコンセンサスがなされてなく、それぞれが分野別にバラバラで活動していて連携には程遠い。福祉分野に限っても係ごとにバリアがある。そういう中で介護分野だけがいくらがんばっても、出来ることは限られます。介護の現場が利用者の声なき声を代弁して声をあげても助けの連携は繋がりません。介護ってなに？人権って何？自己決定って保障されないの？・・・介護にあたった現場には喪失感だけがただよう例です。

痴呆老人の介護についてはかなりいわれてきているが、まだまだ理解が社会化されてはいません。特に痴呆の出始めの頃はその人のパーソナリティのせいにされがちで、本人は悩んでいる上に周囲の無理解に苦しめられます。痴呆専門の介護者養成やグループホームの拡充が望ま

れています。

この事例からの要望

- ・ストマ装着者の住居は風呂付きが原則
(匂い、漏れ、人の目を気にする。ラバックを持ち込む、消毒をしなければならない)
- ・在留外国人の高齢化に伴う、自国語でしゃべれる場所を！
(平成10年1月25日「トラジの会」が発足、在日高齢者同士交流出来る場が一つ誕生)
- ・投薬は一人に対して管理して出してほしい。医者に頼る人ほど薬づけになる。

まとめ

- ・福祉事務所内での連携の促進
係、担当、適応法律で縦割りだが、高齢者介護では横割りでの連携が必要である。
横割りで必要な意識として、社会資源のひとつづつとして平等、自由な意見が活発にとびかう福祉事務所にならなくては住民にサービスは出来ない。
- ・総合窓口が総合サービス提供へ
窓口が相談、振り分けするだけではニーズに合わない。住民の求めているのはすぐコーディネートして直接サービスを提供してくれること。
- ・福祉組織職員の福祉専門職化を。医療、保健分野はほぼ専門職化している。
- ・介護職員の質の向上、意識改革、起動力の見直し(せめてバイクで)
人生の最後でよい介護を受けるかそうでないかで、その人の人生の決算が決まるといっても過言ではない。
OA化にも対応できる人材を。
- ・訪問医療をしてくれる機関を拡大していく。

事例3 障害を持つ一人暮らし

C地区 訪問看護ステーション、この地区に24時間モデル発足

プロフィール 脳血管障害により片足、片手麻痺。子供なし。この方を介護していた夫の方が先に他界し、一人暮らしの84歳の女性。共働きのはしりで、二人で建てた家に愛着。
家政婦を雇ったりしていたが、うまくいかないためヘルパー派遣となる。
不自由な体で台所は自分でやり、掃除と月2回の施設入浴の介助のニーズ。

| | |
|-----|---|
| | 朝夕の窓明けは、遠縁の人や近所の婦人に有償でお願いしてある。 |
| 経 過 | 遠縁の人が体が弱り、小さな介助も頼めなくなったので、ヘルパーだけで車椅子介助するため、段差の多い玄関と、ポータブルトイレからトイレでできるように住宅を改造。完成してまもなく台所で転び、大腿骨を骨折し入院。3か月して病院から退院するようにいわれ、在宅はむりだろうという話になり、民生委員や福祉の一部で本人に施設入所や老人病院入院の説得が始まる。言われることは分かるし、自分でも自信はないが、もう一度在宅したいという本人の強い意思で在宅となる。ヘルパーのコーディネートが始まり、本人の意思を確かめながら走り回る。 |
| 保 健 | 月2回血圧測定、入れ歯の処置（枕元で本人でもできるように） |
| 医 療 | 訪問看護ステーションが発足したので繋ぎ、褥瘡の点検や清拭、健康チェック |
| 介 護 | 支援センターに繋ぎ、通院時天候により移送サービスを受ける。 通院同行（天気の良い時は移送は頼まずに 馴染みの商店街で本人とお買い物） 施設入浴同行（家風呂はあるが、改造しなくては入れない、それより外へでられるから・・・と本人が施設入浴を希望） 買い物、掃除、調理、投薬受け取り、関係機関との連絡。 有償で朝夕の食事と窓の明け閉めをお願いしていた近隣の人が引っ越し、24時間ケアが発足したのでそのサービスを受け、自分の建てたしっかりした建材の家に住む。障害があっても一人暮らし。社会の接点も持ちながら在宅が可能。自家なので近隣との付き合いも長く、昔からの仲間がたまに訪問してくれる。お相手もご老人なのでお手伝いはしないが、話や美味しいもの持参での訪問は生きがいにも通じてくる。いろんな人の出入りは疲れもするが、社会との接点でもある。 |

この事例からみえるもの

80歳すぎの片麻痺の一人暮らしの人が大腿骨を骨折して一人暮らしが可能か？とは誰も思うでしょう。この人が、入院した病院から退院を迫られたとき、施設をすすめた周りは善意からではあります。しかし、本人の意思と執着があればそれを尊重してサービスを組み立てれば在宅が可能であるというよい例です。その意思を尊重する思いが周りになれば動けません。

いつもは着物をきちんと着てシャキッとして在宅していた方が、病院でパジャマをきて意気

消沈している姿、退院の日「さあ、帰りましょう」と声をかけたヘルパーに、涙を流し嬉しかったと語るご本人。自分でも施設にいかなくてはダメかと悩んでいたという。

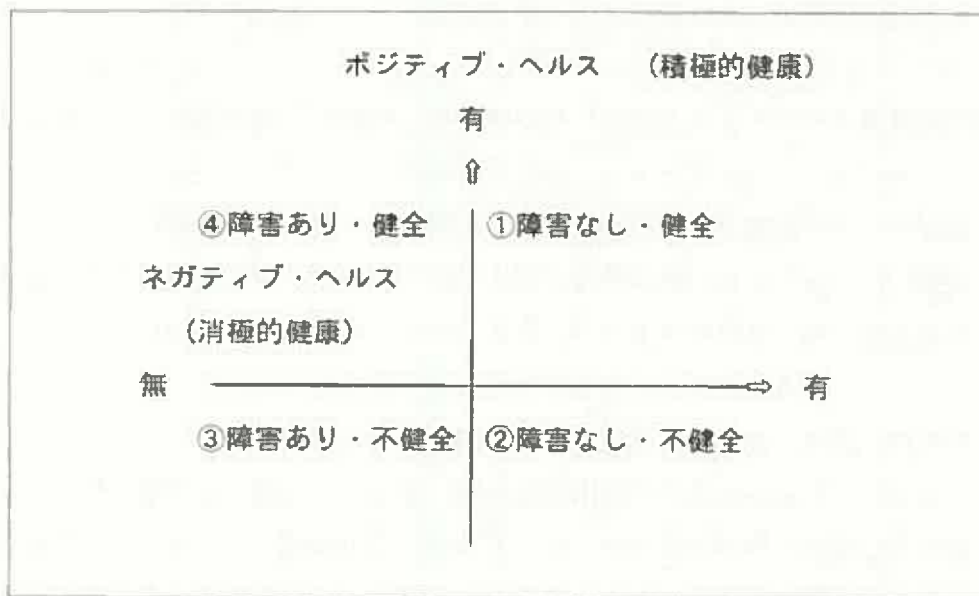
在宅に戻り、一家の主人として着物を着て椅子に座っている本人は、障害は増えたが、サービスに囲まれて尊厳を保って生活を続けていて、本当にこの人の生き方だなあと思えます。

一人一人の充実した生活を重視して生活を支えていく、QOLの側面援助です。

在宅ケアの担い手に必要なのは知識や技能だけでなく、あらゆる存在を受け入れられるバランスのとれたしなやかさです。「最後まで人間らしく自分らしく生きたい。」という願いをケアできる人材養成は大きな課題です。

健康とはなにか？についてもこの事例は示唆してくれます。

ポジティブ・ヘルスとネガティブ・ヘルス



- ①の人達・・・障害や病気がなく元気な状態で理想的
- ②の人達・・・障害は無いが「生活の質」は不健全（例えば倒産で失業等）
- ③の人達・・・障害があって不健全。（末期癌で激痛等、医療の得意とする分野）
- ④の人達・・・障害はあるが高い生活の質を保っている

つまり単に病気や障害がないということは、その人が健康で充実した人生を送っているとは限らず、逆に病気や障害があっても充実した生活を送っている人は多くいます。

(5) 介護現場からみえてくるもの

大きな地域から小さな地域へ

人は地域で生活します。その人に施策が届いているかは地域に生きた施策でなければなりません。地域住民の草の根の活動も効果的に生かされるし、地域の特長も生かされます。「身近

な政治は住民に身近な政府で」。120万都市で一括して施策を実行するためには無理があります。区への権限と財源の大幅な委譲が望まれます。例えば「在宅介護」に限って区へ権限と財源を委譲する等の段階的に行うことは可能ではないだろうか。区役所が区民の生活の責任を持つとなれば地域での工夫、活性化、住民活動もより効果的に生かされます。区間の競争で区格差が出てくるだろうが失敗、成功を含めて情報は開示されているので、財源の使い方も含めてさらなる工夫が生まれてくるでしょう。地域住民は当事者です。自ずと自分の問題として知恵を絞り、工夫と実際の活動を含めて、小さな政治の中で、生き活きと生活できます。真のパートナーシップが実現できます。行政職員は必ずしもその地域に住む住民とは限りませんが、区役所が地域の住民の責任を持つとなれば必死にならざるをえません。住民と行政が同じ舞台で、同じ目的をもって、共通語で語りあって、区の施策を形成できるようになっていけます。

介護ヒューマンパワーの質の向上を

介護マンパワーと使われていますが、実際の従事者は女性が多くウーマンパワーといえます。しかし介護は社会的にみんなで担うもの、男性介護者も増えてきたこともありヒューマンパワーとしましょう。人材でも勿論構いません。

介護の原典はナイチンゲールの思想にみることが出来ます。その思想を概ね引き継ぐ職業として看護婦、保母そして介護福祉士がある。看護婦、保母は業務独占の専門職として社会化されているが残念ながら介護福祉士は名称だけのままです。しかし、川崎市では老人保健施設で働く介護福祉士は技術職として認められています。介護分野の介護福祉士は今もって技能職となっています。介護の専門性を、在宅で生かすか施設で生かすかの違いであるだけなのである。在宅の介護福祉士が家庭奉仕員という名で派遣され、女性なら誰でもできる補助的な仕事であるという歴史のまま放置されています。資格イコール質とはならないことは、どこの専門職にも当てはまることです。あなたは看護ができるからと資格のない人に看護を頼みたいですか？医療ができるからと医師資格の無い人に病気を診てもらいますか？保育という仕事が保母という専門職によるサービスの質の向上により、人々は安心して子どもを任せ保育の社会化が成立しました。介護もまたしかりの時代です。

長野市は社会福祉協議会にヘルパーを委託、待遇も市職員なみにし常勤にしました。96年にはヘルパーの採用試験も20倍の競争率で、待遇改善が働き手の質の向上をもたらした。男性も市職員と同等であることを知り自分の人生をかけるに足る仕事としてこの道に入るといいます。介護は自治体責任となった今、介護の質の保障として従事者の身分や待遇が問われています。

情報の共有化やトータルサービス提供のためにOA化を

現場で必要なことはその人にあったサービスのコーディネートをし、それをいかに早く届けるかです。そしてそれを見直しながら状況の変化に対応して柔軟に継続しサービスを提供しま

す。これまではコーディネートは個人の力量と意欲と姿勢に任されてきた感がありますが、介護の社会化にともない、介護従事者の力量の均質化が望まれています。人々の状況とニーズを入力すればベースのサービスが表示され、それを当事者自身と検討しサービスを選択、組み立てられれば効果的です。そのようにできるなら、当事者が自分でプランをたてることも可能になるでしょう。関係機関との融合で共通語で連携プレーが必要だから、刻々の情報の入力もまた出来るようなシステムが必要です。行政間の情報のみでなく、市民情報や民間、企業の情報も大切な社会資源です。どう選ぶかは当事者の自己決定と自己選択に任せられます。

人権とプライバシーに配慮し、叶えられるかぎりの情報開示と共有化が望まれています。

男女共生・共同参画への提言

平成9年11月、福祉自治体ユニット設立総会が開催されました。そこで「福祉自治体への転換と課題」のキーワードについて、樋口恵子氏は地方分権・男女同権・介護保険の「三ヶン」と発言しました。北欧の歴史も女性のクオータ制（40パーセントは女性）の導入で政策の優先順位が変わって、特に高齢者政策が整備されました。日本でも自治体ユニット総会で係長は女性のみ、福祉部門で女性だけの部を作った市町村の報告がありました。川崎市でも在宅福祉分野にも女性の幹部職員を置き、生活者の視点から施策を展開していくことが望まれます。硬直した組織からの脱皮には思い切って民間からの女性幹部職員の登用も考えられます。

ケアサービスの性別振り分けは資本主義社会の形成から、①生産の世界と②シャドールワークの世界とに分けられました。日本的、東洋的儒教の精神構造もまた影響されています。日本型、川崎型福祉はかなりの変化はしてきているとはいえ、まだまだ残念ながら女性役割という固定観念から脱してはいません。公的介護、市民参加型、ボランティア、地域をみても担い手は女性が多数です。このなかからキラキラ輝く市民に直結した施策の提言が発せられているが、男性主体の行政当局は、本能的に現場の声や要求に屈するものかと身構えるので、声は発してもなかなか施策に結びつかず、施策と生活者のズレが生じています。

学校教育で男女平等を教育されてきた女性は社会へ一歩ふみだす時から男社会が基本となっている現実にあきあきとぶつかっていく。「学校で教えられたことは嘘だったんだ」、大人は嘘つきと気がつき絶望する。早稲田大学の岡沢教授が川崎市での講演で言われたことが印象に残ります。「女性ができないのではなく、できる機会がなかった」のが歴史です。女性行政推進室発行の「1998年版 THINKING」の市長の言葉にもあるように、自らの手で住みやすい社会を作るには、「女性の自己実現」と「男性の理解」、そして「社会の仕組み」が絡み合っていくことが必要です。生活者の視点で施策を形成するため、川崎市においてゆるやかな割当制の導入を提言したいと思います。

3 保健現場から

私達の現場を取り巻く状況は、大きく変化しており、今後も今以上の変化が予想されます。それは少子・高齢社会をいかに乗り切るかということからきていますが、まず平成6年に保健所法が、地域保健法に改められました。地方分権を土台にした生活者重視の考え方が基本になっています。具体的には、保健所が管轄する区域の健康問題について、企画、調整し、連携しながら行う機能が強化されました。

一方、平成12年4月より介護保険法が施行されます。この制度は対象者の状況を「家事の必要な段階」から「生活全般にわたる介護が必要」までの6段階に区分されています。認定された段階に応じて、12種類のサービスメニューから、自分が必要なサービスを選んで受けることができます。しかし、認定性ですので、申請をしても自立と認定され、サービスが受けられない人や、認定された等級が低く、十分なサービスを受けることができない人も出てきます。これによって今後問題になるのはどんなことなのか、その対応策を考え、実践化していくことが求められていると思います。

これらのことを踏まえ、今後の保健活動の方向として、(1)区単位の高齢者対策の必要性、(2)地域への支援—高齢者が住み慣れた地域で生活していくために、(3)訪問指導事業についての3点を考えたいと思います。

(1) 区単位の高齢者対策の必要性

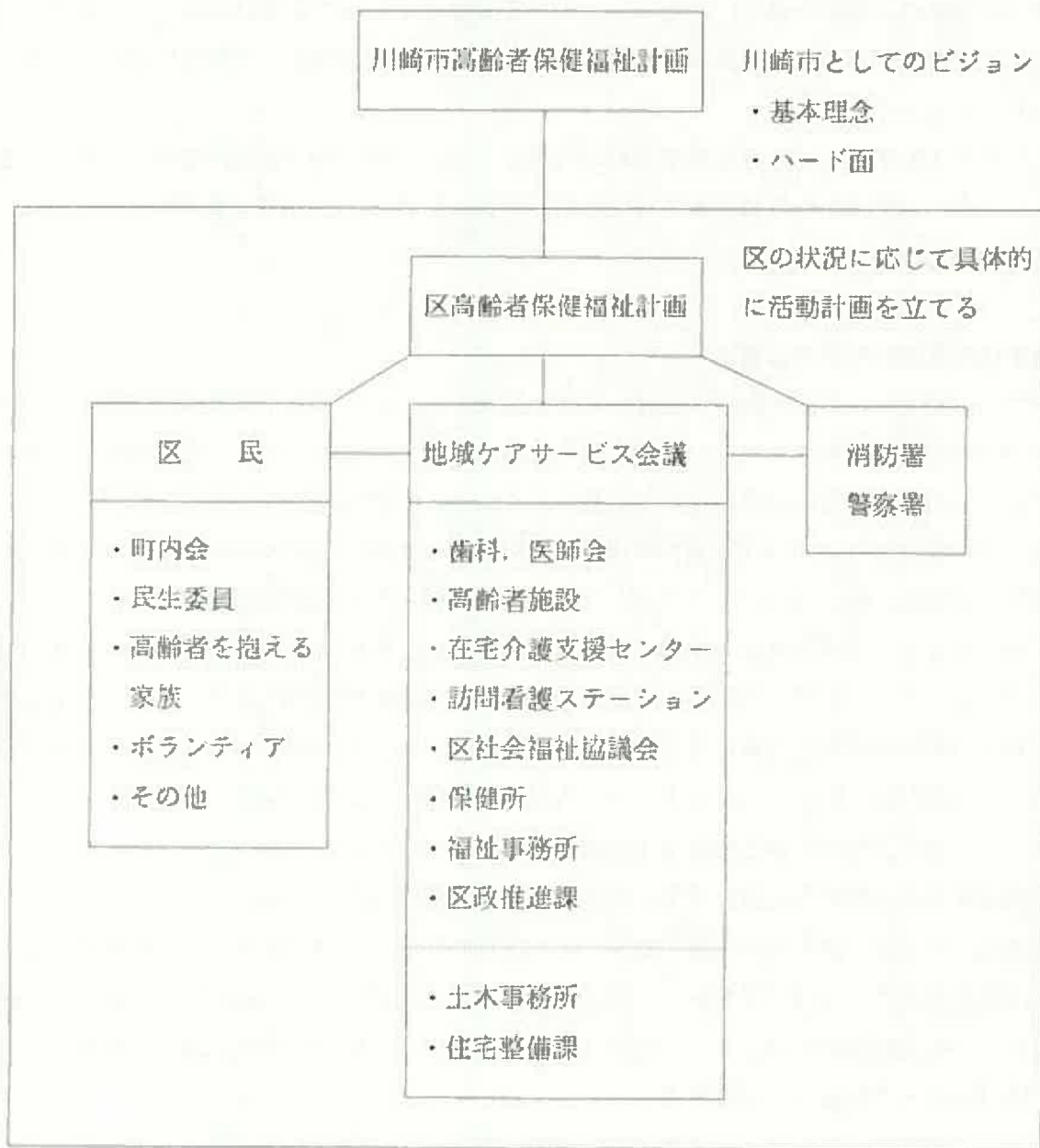
高齢者の問題では、保健・医療・福祉・住宅・環境というように多くの機関が関係しています。1つの機関が、単独ですべての問題を解決することは不可能ですが、各関係機関が連携を図ることで、高齢者が住みやすいまちづくりをしていくことが可能になります。

川崎市の高齢化率は11.0%（平成9年10月1日現在）ですが、川崎区の田島管内は高齢化が進んでおり15.6%、都心のベッドタウンとしての宮前区は7.7%と区毎に特徴が見られます。また、古くからある近所づきあいが残っている南部地域と、比較的近隣関係が稀薄な北部地域というように、そこに生活している人の意識や価値観、生活の仕方はそれぞれに違いがあります。これらの特徴に応じた施策を行うことが、市民ニーズに応じたものと考えます。それには川崎市を1つの行政単位として捉えるには大き過ぎ、区単位の高齢者対策が必要だと考えます。

平成5年10月に川崎市高齢者保健福祉計画が策定されましたが、それを受けて区民の生活に即した具体策が求められると思います。現状を踏まえ予測される問題を、区民から直接感じられる現場で、作ることが大切だと考えます。区の総合的な高齢者対策を企画する機構として、既存の組織を見ると、地域ケアサービス会議があります。構成メンバーは歯科・医師会、高齢者福祉施設、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、区社会福祉協議会、民生委員、それに事務局である保健所、福祉事務所です。この地域ケアサービス会議に区役所の区政推進課、必要に応じて住宅整備課、土木事務所、消防、警察が加わる必要があると思います。地

地域ケアサービス会議は「高齢者や難病患者・精神障害者ならびに心身障害者、児などの多様化するニーズに対応し、個々のニーズにみあう最も適切なサービスを提供するとともに地域ケアシステムの構築を図るため、保健・福祉・医療に関わる機関・団体などが調整と連携を推進すること」を目的として設置されていますが、これに高齢者対策の計画の立案と評価機能を加えることが必要だと思います。従来縦割りで行っていた施策を、関連する部署が横断的に連携し、情報を交換し、整合性を持った、区として統合された形で推進することが望まれます。また、区民ニーズに沿ったものにするためには、高齢者に携わる区民が加わる大切なことです。高齢者に携わっている区民からは、現実的な様々な問題が提出されると思います。それぞれの立場から真剣な意見が出され、どんな町にしたいのか、そのために誰が何をすれば良いのか、区の状況にあった企画がされて行くと思います。

図1 区単位の高齢者対策の企画



(2) 高齢者が住み慣れた地域で生活していくために

①地域で支えあうまちづくり ～見守りネットワーク～

高齢者人口の増加に伴い、介護の必要な人や、家族状況の変化から高齢者の一人暮らし、高齢者夫婦世帯が増加しています。加齢に伴って今まで一人でできていたことが思うようにいなくなったり、具合が悪くて動きたくない日も出てきます。また介護保険施行後、自分あるいは家族が福祉サービスが必要だと思い申請をしても、自立と認定されサービスが受けられない人が出てきます。周囲の人のちょっとした助け合いがあれば、本人や介護者の体調や都合の悪い時を乗り越え、また自立した生活ができることがあります。高齢者にとって福祉制度に加え、このちょっとした助け合いがあることで、地域で安心して生活を続けることが可能になると思います。またこのことが地域の人々との心のふれあいになると思います。

保健婦活動の中から、地域の支えあいを丁寧に把握してみると、実に様々な助け合い活動があることに気づかされます。友人や近隣の人、ボランティア、民生委員、町会役員など、お互い様という関係で、お手伝いをしている人も様々です。

— 地域の支えあい —

- ・腰を痛めて日常生活が不自由な一人暮らしの人に、近所の人が毎朝ゴミを出しに行き、別の人が買い物に行く。
- ・受診する時に車で送迎を手伝っている。
- ・寝たきりの人がいる家で、家族が外出する時に留守番をしている。
- ・友愛訪問といって老人会で2人1組のチームをつくり、一人暮らしの人や寝たきりの人を訪問し話相手になっている。
- ・町内会に福祉部を作り虚弱な人を対象に、週に1度茶話会を開いている
- ・地区社会福祉協議会が主体となって民生委員・ボランティアがミニデイケアを実施し、地域の高齢者の状況をよく把握している。
- ・保健所の痴呆性老人介護教室からできた家族の会が、徘徊している人の安全確保の為に警察に協力を依頼した。

地域でこれらの支えあいをしている人達が、有機的に繋がり、さらに発展できるようなネットワークづくりが求められていると思います。

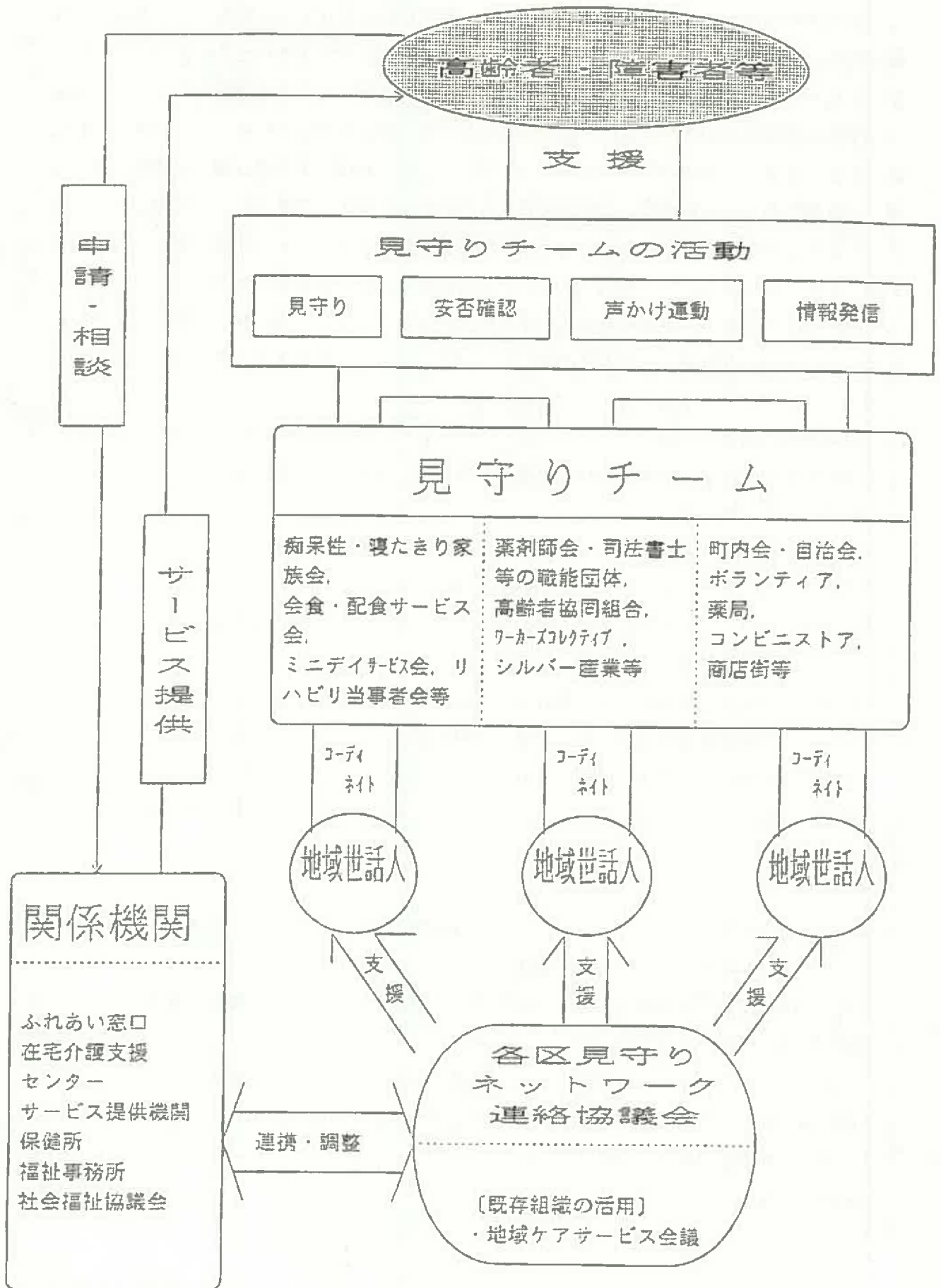
平成9年度に川崎市は地域の支えあいとして「見守りネットワーク」構想を発表しました。

— 見守りネットワークの目的 —

一人暮らし、寝たきり、痴呆のある人、障害のある人が住み慣れた地域で安心して生活し続けるために、公的な機関の保健・医療・福祉サービスの提供に併せ、身近な地域のボランティアや当事者団体、各関係機関などが連携し、ネットワークづくりを行い、地域において支えあう。

図2

[ネットワークのイメージ]



見守りネットワークを地域に広げるには

川崎市の見守りネットワークの構想が出されましたが、地域の特性を生かすには、それを区単位で検討し、区の状態に応じて再構築することが必要です。前述の「区単位の高齢者対策」の部分に相当します。現在地域で活動している人（団体）、高齢者を抱える家族、町内会、区社会福祉協議会（職員、民生委員）、高齢者施設職員、関係する行政の部署（保健所、福祉事務所、区政推進課、防災の視点から消防や警察など）などで、それぞれに必要性や問題意識を持っている人で構成されることが望ましいと思います。それぞれの立場から知恵を出し合い、1つの構想にまとめることが必要です。

それを展開していくには、さらに町内会やいこいの家単位の小地域で上記の様な関係者が集まって、現実的な具体策を作っていくことだと思います。展開する方法としては、地区社会福祉協議会や保健所が今までの活動を通して、関係者間の交流が盛んで連携が取りやすく、かつ現実的に高齢者の問題が多い地域を1～2カ所選択し、モデル地域として立ち上げることが必要だと思います。その地域で既に活動している実態を把握し、必要と思われる活動が不足しているのであれば、誰がどのようにするのか現実に即して展開していくことが必要だと思います。発足後はそれがうまく機能しているのか、機能していないのであれば話し合っって軌道修正し、また把握されたニーズを解決していくための体制を継続していくことが必要です。介護保険施行後、介護の必要度から自立と認定された虚弱な高齢者や、増加する一人暮らし高齢者、高齢者夫婦世帯に対し、このような地域の支えあい活動が行われるように支援していくことは、予防的視点から保健婦の業務の中でも今後ますます重要になっていくと思われます。

またこのような地域の支えあいが行われる基盤づくりとして、地域社会を幅広い年代層で支える土壌づくりが大切です。民生委員、ボランティア、町内会、当事者グループ、家族会、区社会福祉協議会、保健所、福祉事務所、区政推進課、市民館、学校などが連携し、いろいろな形態で推進されることと思います。行政の役割としては関係機関の連携が図れるための機会と場所づくり、財政援助にあると思います。

【幅広い年代層による取組の具体例】

- ◎市民の地域活動（ミニデイケア、配食サービス、近所の助け合い、リハビリなどの当事者グループ、家族会など）
- ◎元気な高齢者の福祉活動の推進
 - ・ボランティア活動（老人会の友愛訪問・個人・その他）
- ◎核家族化が進み、高齢者と一緒に生活をしている子供が少なくなっており、高齢者と子供の交流が必要だと思います。教育委員会、高齢者施設、町内会、シルバー事業団などが連携し、子供たちのボランティア体験や活動を計画したり、元気な高齢者が学校を訪問し、高齢者の知恵を生かす活動など、地域社会の状況に見合った様々な事業が考えられます。

② 元気な高齢者の健康づくりと社会参加について

川崎市において把握されている寝たきりの人は3,892人（平成8年4月1日現在、老年人口の3.1%）です。高齢者の健康問題というと介護が必要な人の問題と捉えがちですが、このように大多数の高齢者は、多少のことはあっても自立した日常生活を過ごしていることがわかります。予防的観点から、このような大多数の元気な高齢者の健康の保持・増進への支援を進めていくことが必要と考えます。

現在では、医師会に委託している老人検診、保健所の健康教育や市民館の教養講座というようにそれぞれが独立して事業を行っています。保健所、市民館、福祉事務所、区政推進課などの関係機関の連携を図ることで予算、人材など幅広い、魅力ある内容になると思います。

【高齢者の健康づくり 具体例】

- ◎検診体制の充実 : 検診とその後のフォローで、生活習慣病の発生及び悪化の予防
- ◎健康についての学習 : からだと心の健康
 - ・からだの健康 老齢化に伴う病気とその対応 運動
 - ・心の健康 人との交流
生きがい…仕事 趣味 ボランティア
- ◎・福祉についての学習 :
 - ・介護保険 役所の世話にはなりたくないの発想をかえる
↓
制度を利用して少しは楽に介護しよう・されよう
 - ・地域の支えあい 福祉活動の紹介や体験
- ◎健康・福祉情報 : 講座で“人”から話をきくことで身近で取り入れやすくなる

またこの年代の人達が、停年退職後あるいは子育ての終わった後の社会参加や生きがいとして、ボランティア活動をしている人を多く見かけます。何かのきっかけがあればボランティア活動を始めたいと思っている人も多くいます。このような活動を積極的にバックアップする体制が必要だと思います。ボランティア活動をコーディネートする人材の養成、活動の拠点となる場所の確保など、区社会福祉協議会と連携していくことが必要だと考えます。

(3) 今後の訪問指導事業の方向

介護保険の施行に向けて、平成11年度を目標にした川崎市高齢者保健福祉計画では、訪問看護ステーションを10カ所（平成9年12月現在）から16カ所に、在宅介護支援センターを16カ所（平成9年12月現在）から32カ所に増加することを予定しています。

保健所保健婦は、昭和53年に高齢者の実態調査をし、54年から訪問指導事業を開始し18年が経過しました。訪問看護ステーション、在宅介護支援センターの訪問活動が増える中で、今後どのような訪問活動が求められるのか、また現在の連携システムの問題点について事例を通し

て考えてみます。

脳卒中後遺症で左マヒという障害をもって退院したTさんが、自宅でできるだけ自立した生活ができるように、関係機関と連絡を取り支援してきました。寝たきりの原因の第1は脳卒中、第2は痴呆、第3は骨・関節疾患です。これらの病気にならないように、予防活動をするというまでもありませんが、病気になった後、寝たきりにならないためのリハビリや日常生活を工夫する支援も大切なことです。

<事例その1>

脳卒中後遺症のある人が、退院後地域で生活できるように保健・医療・福祉が連携し、支援した事例

Tさん : 60才 男性 身体障害者手帳2級

脳卒中後遺症(左マヒ つかまってどうにか一人で歩行可能)

妻(55才、パート勤務)と2人暮らし 高血圧で治療中

近くに娘夫婦がいて、受診時には車で送迎してくれる。

1年前に自宅で意識不明になり、救急車でA病院に行き、脳梗塞(左マヒ)と診断されました。2カ月入院した後、リハビリを目的にN病院に転院し、寝返りから座位、車椅子そして立つ訓練をしました。Tさんがあまりに熱心に訓練するので、先生からは訓練をし過ぎないように何度も注意を受けたようです。退院時にN病院から保健所に、Tさんが在宅で生活できるように支援を依頼されました。

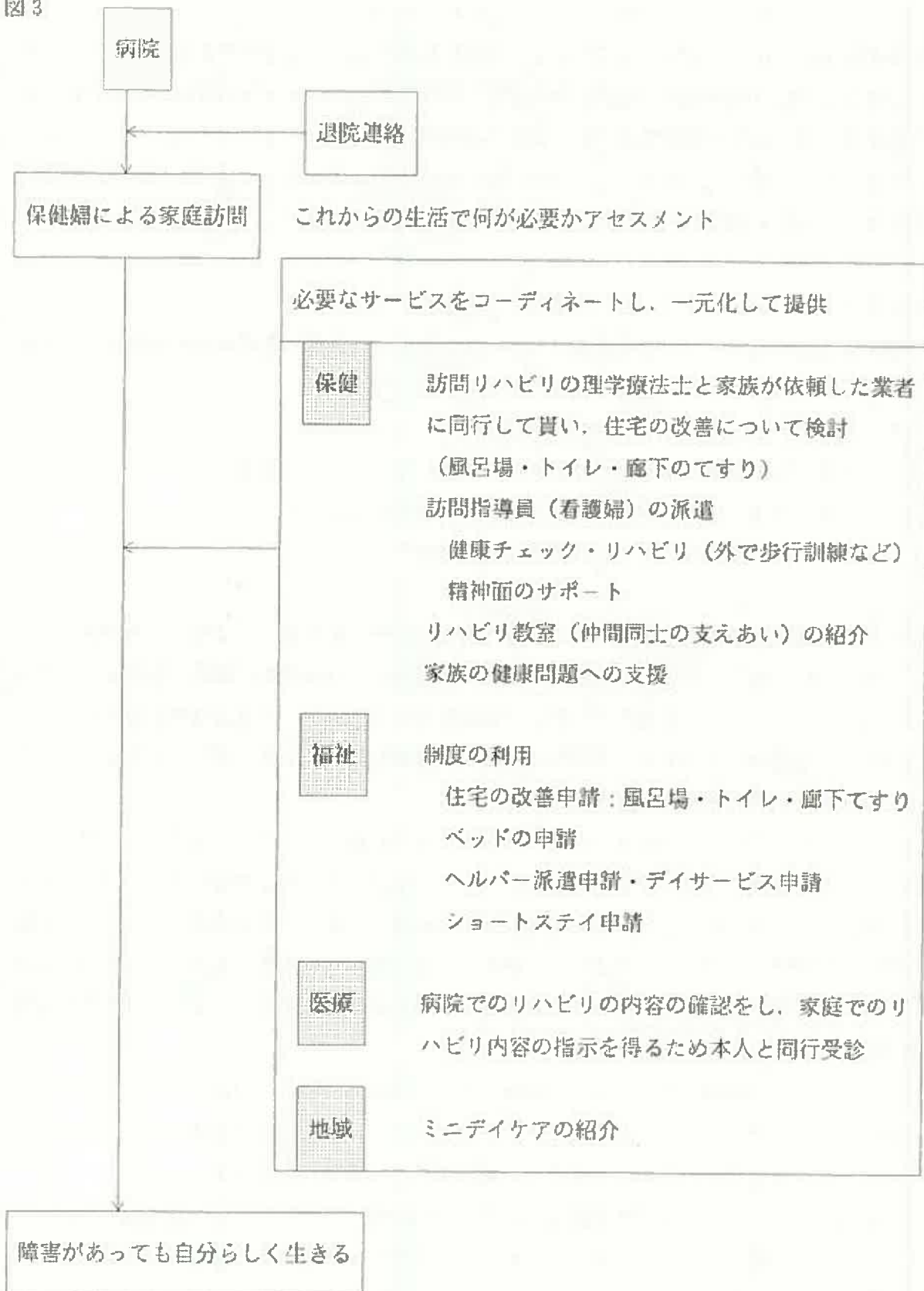
退院後すぐに1回目の訪問をし、自宅での生活で何が必要かアセスメントをしました。廊下、玄関、トイレにてすりを付けることで、妻がパートで不在でも安全に移動できるように考えました。風呂場はてすりを付け、床面を上げることで浴槽に入ることができそうでした。2回目の訪問に、訪問リハビリの理学療法士と、合わせて妻が依頼した業者に同席してもらい、玄関、廊下、トイレ、風呂場の手すりや床面などの位置や高さを確認しました。その結果を妻が福祉事務所に申請しました。

自宅でのリハビリ訓練については、N病院退院後は以前に入院していたA病院に通院しているので、本人の訓練日に同行し理学療法士に自宅でのリハビリについて具体的に聞きにいきました。リハビリの内容を自宅でできるように訪問指導員(看護婦)を派遣しました。

次に保健所で行っているリハビリ教室や老人いこいの家で民生委員(地区社会福祉協議会)・ボランティアが中心になって実施しているミニデイケア(前述の上作延老人いこいの家ミニデイケア)を紹介しました。入院中には同じ病気の人がありますが、退院後、周囲の人は健常者ばかりなので精神的に不安定になることもあります。このような時に同じ病気の仲間同士の話から、自分の生活を少しずつ取り戻し、自宅での生活に早く慣れることができます。

以上の支援を次ページの図3にまとめてみました。

図3



この事例から次のことを考察しました

- ・障害のある人の寝たきり化の予防は、退院直後からの支援が必要です。Tさんが入院していたのはリハビリを専門としている病院なので、退院の連絡が保健所にありました。最近では、高齢者ふれあい窓口ケースワーカーのいる病院からは退院の連絡がありますが、多くの病院は連携がなく、退院後の生活を整える情報がないまま退院しているのが現状です。
 - ・Tさんの場合、近くに住んでいる長女が受診時に車で送迎してくれますが、高齢者夫婦世帯などは受診が容易にできず、加えて、往診医が少ないという問題もあります。内科及び眼科、皮膚科などの各科の往診体制も必要です。医療との連携システムの確立が急がれます。
 - ・在宅でリハビリを担当する理学療法士が常勤ではないので、タイムリーな派遣ができません。寝たきり予防として、リハビリ訓練や住宅環境を整え、生活しやすくする支援はぜひ必要です。
 - ・Tさん夫婦は今まで保健・福祉情報を身近に見聞きしたことがありませんでした。その立場になってどうしようと思う人がほとんどです。保健・福祉情報が身近に感じられるような広報活動が望まれます。
 - ・平成7年に保健と福祉の窓口を一本化し、「高齢者ふれあい窓口」が新設されました。これによって「市民がどこにいったらいいんだろう」という問題は解消されましたが、相談に来所した人の家庭訪問をして、どんなサービスが必要なのかを把握し、必要なサービスをコーディネートする機能は、保健所保健婦が中心に担っています。

高齢者 ふれあい窓口

に家庭訪問の機能強化を図ることで、必要なニーズに迅速に対応することが可能になります。それには保健婦の複数配置や、機動力として車の使用も必要です。
- また、機能強化の1つに保健・福祉情報のシステム化・OA化があります。来所する人の約70%は、福祉制度についての相談です。ショートステイや老人ホームについての相談も多くあります。情報化システムがあれば、どこの老人ホームのショートステイ用のベッドが空いているのか、すぐにわかります。介護保険が施行されると、ますます福祉情報が求められるでしょう。市内の福祉情報を集中し、リアルタイムに情報を市民に提供することができるように、早急に情報化システムのOA化を図ることが必要だと考えます。併せて福祉事務所の高齢者ふれあい窓口と身体障害者の担当及び保健所がそれぞれに得た情報を、それぞれが必要に応じて取り出せる様なシステム化が必・要だと考えます。- ・介護保険施行に向け、訪問看護ステーション、在宅介護支援センターなどの民間サービスが今後増加していく中で、それぞれの機能が十分発揮できるように役割を明確化することが必要と考えます。病院、関係機関、地域や家族から、在宅に移行する情報が得や

すい保健所（高齢者ふれあい窓口）は、その人が地域で生活ができるように、リハビリ教室、ミニデイケア、家族会などの制度外の予防事業も含めた様々なサービスを、状況に応じコーディネートして提供する初期の対応が望ましいと考えます。

一方訪問看護ステーション、在宅介護支援センターは、訪問回数を多く必要とする医療処置などを伴うケースなど、在宅生活を維持していく訪問活動が主体になっていくと思われま

<事例その2>

福祉サービスをなかなか受けない事例

Sさん : 91才 男性

高血圧の他に病気はないが、からだの衰えで寝たきりになった

妻（86才） パーキンソン病 2人暮らしで子供はいない

九州から川崎に転入し40年になる 近所づきあいはほとんどない

近所に住む民生委員から保健婦に連絡があり、訪問しました。保健婦の訪問は受け入れていますが、役所の世話にはなりたくないと言い、ヘルパーの派遣申請をするまでに6か月かかりました。福祉事務所に申請後、手続きなどで派遣までにさらに1か月が経過しました。入浴サービスを受け入れるまでにその後2か月かかっています。妻の外出の機会となり、気分転換を図ることをねらって、施設での入浴サービスを勧めましたが、本人が拒否して自宅での入浴サービスを利用しています。妻の介護の軽減を図るため、ベッドの利用をすすめています。本人は、布団使用を頑固に主張しています。ショートステイを妻と一緒に利用することも勧めていますが、家から一歩も出たくないを拒否しています。妻はベッドの利用、ショートステイの利用を希望しています。

この事例から次のこと考察しました

- ・様々な福祉制度を利用すれば、介護者の負担が少しは軽減されますが、Sさんはこれまでの生活の仕方を変えることに強い拒否を示しています。これは高齢者に多くみられる心理ですが、時間をかけ、Sさんの心を解きほぐす支援が必要です。この事例は、サービスがあっても利用しようとしな
- ・ヘルパーの派遣申請から派遣まで1か月かかりました。このような事例の場合、妻の介護負担が増し、在宅での介護が困難になることもあります。また、Sさんのように制度をなかなか利用しない人が少しでも利用への意思を表した時に、タイムリーに応じられるような派遣体制と十分な数的確保が望まれます。