

過疎地域のケアシステムに関する研究(3) —介護の実態とケアシステムの問題—

忍 博 次
横 山 奈緒枝

1 問題の提起と仮説

社会福祉関係三審議会合同企画分科会の意見具申書、「今後の社会福祉の在り方について」をうけて、老人福祉法を中心とする社会福祉関係8法が改正された。法は21世紀の本格的な高齢社会の到来を目前に控え、高齢者の保健・福祉の推進を図るため、在宅福祉サービスの位置づけを明確化し、これら在宅福祉サービスや施設福祉サービスなどの事務を住民に最も身近な市町村に委譲した。さらにこれら保健・福祉サービスの計画策定を求めている。このような福祉政策の転換を象徴するかのよう
に、政府は高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略(ゴールドプラン)を策定し、在宅福祉サービスを急速に拡大している。

しからは新しい福祉の方向—在宅福祉—に転換を求めた社会的条件は何であったろう。第一はなんといっても高齢社会の急進行であろう。この未来不確実の社会で高齢者人口の急増は明瞭に予測できる。2020年には65才以上高齢者約25%にも達する。高齢社会は長命化と若年人口の減少による。また長命化は後期老年層の増大⁽¹⁾を意味する。そして後期老年は虚弱老人を必然的に増加せしむるから、介護の需要を大にするのである。

第二に地域社会の変化、家族の分化と縮小化である。高度経済成長は産業構造を変え、人口移動を促進した。その結果、伝統的に老人を支える三世大家族は解体し、老人のみの世帯、独り暮らし老人の増加⁽²⁾をもたらした。さらに人口移動は都市に過密を、郡部に過疎をもたらした。地域住民の文化やアイデンティティーひとつの連帯—を失なわせた。この事実は地域社会や家族が持つ老人扶養・介護の能力を喪失せしめてい

く。過疎地はとくに若者の移動による老年層の増大に悩むことになる。

第三にノーマライゼーション⁽³⁾や自立思想⁽⁴⁾の蔭まりである。従来の福祉の枠組みで、期待され続けたのは障害者(児)や老人の社会福祉施設の拡充であった。家族扶養が困難になったり、地域社会で独立した生活が困難になると、われわれは施設が最適の安全と保護を確保できる場所として信ずる傾向にあった。1960年代に始まる施設批判、脱施設化の運動は、障害者や被扶養老人が住み慣れた地域社会で、培った社会関係のもとで自立(自律)して生活できる福祉サービスの充実を求めようになったのである。

第四はイギリスのサッチャーやアメリカのリーガンに代表される福祉国家抑制論の影響と将来の医療・福祉の財政支出増大に対する懸念である。それは1973年の石油ショック後急速にわが国の政策課題になる。三木内閣は生涯設計計画を、大平内閣は家庭基盤整備と日本型福祉社会をうたった。そして中曽根内閣は行財政見直し、小さな政府を標榜し、大型補助金の削減、受益者負担の強化を導入した。この過程で自助努力、老親の家族扶養を福祉の含み資産として見る見方⁽⁵⁾、隣保相扶やボランティアの活発化、民間活力の導入が求められた。しかしニーズの多様化はこれらの政治的思惑とからんで、さまざまな在宅福祉サービスの制度を生み、福祉多元化を用意してきたのも事実である。

一般的にいて、在宅福祉サービスを効果的に行うためには、ゴールドプランや三審議会意見具申書に強調されているように、対人福祉サービスを拡大充実していくためのマンパワー供給とその質的向上、デイサービス、リハビリテーションなどを行うための施設整備、そして医療・保健と福祉の連携をはじめとして、サービス供給体制の総合化、組織化が求められる。さらにはこれら在宅福祉サービスを支える財政の用意が欠かせない。

しかし政府の意図するゴールドプランも、過疎地の人口急減地域では、少なからず戸惑いをもって受け取られている。過疎地は若者の流出と老人人口率の拡大によって象徴される。伝統的な家族文化や地域の連帯も壊れつつある。人口規模の小さい町村行政は、われわれが経験する限り、三審議会意見書がいう今後の社会福祉をうけとめるには、財政力、施設整備や社会サービス形成などのキャパシティに乏しく、苦悩している。

北海道のほとんどの市町村ではこれまで国や北海道の指示に従って社会福祉行政を展開してきた。その主な柱は社会保障と社会福祉施設を中心とする福祉行政であった。市町村の主体性において福祉を展開する余地は少なかったし、新しいニーズに対しては細々と対症的にサービスを形成していたにすぎない。その役割を担わせられていたのが社会福祉協議会⁽⁶⁾であった。過疎地市町村はその典型であったように思われる。これら市町村も今度は独自の福祉を展開しなければならなくなった。そのためには、すべてに乏しくともそれなりの設備、福祉サービス、マンパワー、地域福祉計画を持たねばならないが、過疎地の現実は厳しい。

北海道は212市町村を持つが、そのうち137市町村が過疎地に指定されている。過疎地に準ずる所も多い。これら市町村の在宅福祉の充実なくして、北海道の在宅福祉は完成しない。本研究は以上の問題意識から三審議会意見具申の内容を仮説とし、過疎地における在宅ケアシステム形成のための基礎調査を行い、福祉計画のための課題と方法を探ろうとした。その視点は以下の通りである。

(1) 居宅老人「寝たきり」「痴呆性」介護者の属性と介護者の悩み、不安は何か。

(2) 在宅福祉サービスの認知と利用に対する態度。スティグマはあるのか。

(3) 現在入院・施設入所中の元介護者の再度在宅ケアの受け入れに対する態度。

(4) 地域における在宅福祉サービス供給は如何になされているか。

(5) 以上の調査やヒヤリングからどんな福祉実践の問題がとらえられるか。

(6) 在宅ケアシステムを効果ならしむるためには、どのような対策が必要か。

2 研究の対象と方法

北海道は在宅福祉を推進するべく、単独で「高齢者地域ケア・モデル推進事業⁽⁷⁾」を行って、全道21市町村をモデルに指定し、事業の展開をしている。われわれはその中から農村地区(上富良野町、士別市、厚沢部町)、漁村地区(岩内町)、元産炭地区(三笠市)を含む5地区を選定し、

各種の調査を行った。それは(1)在宅福祉を支える住民参加意識、(2)65才以上住民の多元的福祉供給に対する認知と反応、(3)ねたきり・痴呆性老人の介護者の実態把握、(4)保健・福祉関係者に対するヒアリングによる保健・福祉サービス供給の状況理解と検討などに焦点をあわせた。

これらの全体計画のなかで、われわれの研究主題は問題の提起で述べたように(3)の介護ニーズの把握と(4)の保健・福祉サービス供給体制の分析にある。現在過疎地で最も危機的状況に直面し、緊急な援助を要するニーズは在宅で介護を受けている「ねたきり」「痴呆」等老人と介護に従事する家族ではないかと考えた。それらのニーズに対し、地域でのケアの現実(その地域社会が持つ社会資源、制度の運用、さまざまな連携〔関係者間、制度間、公私間など〕マンパワー、住民意識など)がとらえられれば、現在三審議会意見具申がいうような望ましい福祉のあり方と過疎地域とのギャップが理解でき、ケアシステムを考える場合の仮説に繋げることができるのではないかと考えた。

実際の方法は、前述の5地区からそれぞれ(1)在宅ねたきり・痴呆老人を10人程度抽出してもらい、その介護者に面接、さらに(2)かって、在宅介護を受けていたねたきり・痴呆老人で、現在病院あるいは特別養護老人ホームに入っている老人の介護をしていた人、約10人に面接し介護者のニーズを探った。(2)の家にはいない老人の、以前の介護者の調査は、それによって入院・入所の動機と在宅介護を続ける家族の態度との差が明らかになり、在宅福祉サービスのあり方に対する示唆が得られると考えたからにはほかならない。

介護者のニーズ調査と平行して、5地区の在宅福祉推進協議会(北海道社会福祉協議会の在宅福祉サービス検討委員会依頼の地域組織)を中心とする保健・福祉関係者、町内会、ボランティア組織の方々に集まって頂き、集団面接、分科会討議によって、地域の在宅福祉の現状をとらえ、課題を探った。さらに在宅福祉サービス検討委員会の研究として、5地域の社会福祉協議会事務局長・会長の合同検討会議を2度開き、在宅福祉サービスの問題点と推進方策について討議を深めた。

得られた対象は表1に示す如く、(1)が55人(2)が45人であった。調査は1990年8月～91年2月に行った

3 結果と考察

(A) 要介護老人の介護者のニーズ

各地区の在宅要介護老人、現在病院入院・特別養護老人ホーム入所者とも、各々10名程度と少なく、またインテンシブな面接調査であったため、統計的処理に馴染まないが、一応単純集計によって、全体の傾向をとらえ、その上で事例を検討してみたい。

1. 在宅ねたきり・痴呆老人介護者のニーズ(表1-1)

(1) ねたきりの概念は不明確であり、地域によってねたきりの下限は異なっていた。多くは慢性病で何らかの介護をうけているか、日常生活に何らかの不自由をもっている老人を調査対象にしていた。調査対象になった老人のうち、寝たきりは45.5%であり、痴呆は12.7%であった。両方あわせもつ人は20%、寝たり起きたりの人は21.8%であった。年齢は80才代が半数をしめていた。

(2) A. D. L. で自立度をみると、おおよその介護量を推量することができる。最も介護の大変なのは入浴であり、日常生活で介護時間を多く必要とするのは食事、着替え、排泄である。後者三つの自立度で全介護を要する老人は食事で25.5%、着替えで56.4%、排泄で36.4%であった。逆になんら介護の必要でない人は食事60%、着替え21.8%、排泄3.9%であった。寝たきり、痴呆といわれても、介護の手をほとんど必要としない人がかなりいるということが推量できる。痴呆老人では常時介護を要する人は約30%であった。

(3) 介護者の中心は配偶者であった。先行研究によっても指摘されていたことでもあるが妻が50.9%、夫が16.4%、であり、次が嫁の16.4%である。日本的文化の中で女性に介護の重荷がかかっていることが理解できる。

介護の責任を負うことによって、外出の機会の減少(61.8%)、家族で外出ができなくなった(47.3%)と、要介護老人のために家に拘束される様子が窺われ、そのことによって、人とつきあう時間の減少(47.3%)を訴える。介護のために仕事を辞めた人(29.1%)もいる。家庭のやりくりが上手になった(20%)、気持ちに張りができた(18.2%)というように、肯定的に介護状況を語る人もいたが、身体が疲れ易くなった(41.

8%)、腰痛が酷くなった(36.4%)、睡眠不足が続いている(25.5%)など身体的不調を訴える人が多かった。介護している老人の介護者の殆どが配偶者であるということは、介護者も高齢者であることを意味し、介護の重荷に喘いでいる人が多く見られた。しかし介護者を助けるインフォーマルな支援は少ない。介護量が多く、介護に努力すればするほど、要介護老人に拘束され、外出の機会、親戚、知人、近隣との付き合いが減少し、孤立傾向を深めることが窺える。支援が必要な人ほど支援関係が薄れていく現実を窺い知ることが出来る。

(4) 毎日の介護について、多くの介護者はあたりまえのことをしている(72.7%)という。一日でよいから解放されたい(21.8%)、もう少し他の人が手伝ってくれたら(10.9%)という人もいるが、大変だが最後まで介護したい(67.3%)という意識の方が強い。したがって、社会サービスに頼ろうとする人は少ない。現在利用している社会福祉サービスで最も多いのは介護手当て32.7%、入浴サービスと車椅子の貸与が21.8%、で、ホームヘルパーを頼んでいる人は12.7%に過ぎない。あとは布団乾燥9.1%、移送サービスとショートスティ5.5%、給食サービス3.6%にすぎない。保健婦56.4%、民生委員14.5%と言うが接触・相談回数は少なく、とくに保健婦に対しては訪問への期待が大きい。

在宅で介護を容易にするためには、在宅福祉サービスを利用するばかりでなく、介護し易くなるようなバリアフリーの家屋構造が大切である。しかし自宅が大部分(改造出来ない3.6%)なのにも関わらず、改造していないが47.3%と多い。改造の多い順に示せば風呂(25.5%)、トイレ(21.8%)、手すりをつけた(20%)、部屋の段差解消(10.9%)、老人用の部屋の増築(9.1%)などである。

福祉サービス利用に対する消極的態度と相関して、その地域でどんな在宅福祉サービスが用意されているか、福祉情報に対する関心も消極的で、サービスの存在をよく認知している介護者は少なかった。福祉サービスの利用に消極的であることは、次の福祉に対する恥の意識と絡んで、自ら福祉情報を認知の外においているのかもしれない。

(5) もし介護が出来なくなった場合どうするかを問うたところ、老人ホームの利用が40%と最も多く、次に考えていないが27.3%であった。これには考えてもしょうがない、あるいはその時考える、何とかなるの

ではという意見がみられた。その他は社会サービスを利用しようとする人(市役所・役場に相談25.5%, 民生委員に相談10.9%, 社会福祉協議会に相談とホームヘルパー・家政婦の利用7.3%など)と家族及びインフォーマルネットワーク(家族が介護できる12.7%, 親戚に頼む7.3%, 近所の人・友人に協力頼む1.8%など)に頼ろうとする人に分かれた。

(6) なぜ現在必要と思われる福祉サービスを利用しようとしないうのかときくと、本人が嫌がる18.2%, 利用したくない9.1%の福祉依存拒否と、市町村でやっていない、内容がわからない10.9%, 手続きが面倒5.5%の消極的派があることがわかった。後者は確かにサービスを利用しようとしてもサービスが用意されていなかったり、メニューはあっても供給の量と質が極端に悪く、実質的に利用できない事実がある。また福祉情報がなかなか個々の利用者に届き難いということも事実である。

(7) 数字に現せないが、福祉サービスの利用、福祉情報の認知などの対話で得られた態度は、福祉サービス利用に対してかなり抵抗感を持っていることが窺われる。福祉サービスを受けることについて、保健・福祉関係者の話でも郡部の住民は一般に恥の意識にとらわれているようで、サービス利用を勧めても受けたがらない人が多いという。保健婦・民生委員の方々もそのことを考えて、なるべく近所の人目の目に触れないようにして訪問しているという。福祉を利用したくても世間体をはばかり、スティグマを恐れている。これは在宅福祉の拡大における一つの大きなマイナスの条件と考えられる。

2. 在宅介護から現在病院・特別養護老人ホーム入院・入所中の元介護者のニーズ(表1-2)

(1) 今後老人をどのようにしようとしているかについて、病院、特養とも、このまま継続して入院・入所を続けさせたいという人が17人で特養85%, 病院68%であった。病気が治ったら在宅で介護したいという人は特養ではいなかったが、病院では6名(24%)みられた。病院入院理由は生命に危険8名(32%), 病気の治療20名(80%)と妥当な理由が大部分であるが、驚いたことに、特養でも8名(40%)が生命の危険や病気の治療を理由に入所している事実がみられた。介護の手が足りない6名(30%), 住宅・環境の関係3名(15%), 介護に家族が疲れた9名

(45%)などは特養入所の妥当な理由と思われるが、介護の手が足りない為に入院したという人も4名(16%)いた。仮説では病院が特養の代替的機能をはたしているのではないかと考えており、若干その傾向が窺われたものの、それよりも過疎地では特養が病院の代替機能を果たしている事実があることを知り、過疎地医療・保健の危機的状況を知る思いがした。

(3) 大部分の老人は病気をもっており、脳血管障害12人(26.7%)、高血圧10人(22.2%)と循環器系の病気が多いのは他の調査と同様な結果であるが、次いで老人性痴呆、糖尿病、目の病気が各々9人(20%)であった。老衰は4人(8.9%)であった。この中には病気を複数持っている人もいる。

(4) 極めて主観的内省であるが入院・入所時を振り返り、また現在の老人のA. D. L. 状況をチェックリストで反応してもらい、自分で出来たことが入院・入所を経ているうちにどの程度出来なくなったかをみたところ、移動で、25人(55.6%)から16人(35.6%)に減少し、排泄では24人(53.3%)から15人(33.3%)まで減少している傾向が観察された。この傾向は他のA. D. L. でも見られた。高齢の進行は心身の虚弱化をもたらすことは必然のことであるが、ねたきりにしない介護方法や日常生活におけるリハビリテーションの工夫がもっと考えられなければならないのでないだろうか。

(5) もし症状が改善して、家に帰れるようになったとしても、受け入れられない理由を聞いてみたところ、住宅・環境が不適切、共働き、経済的に同居出来ないなど、病院と特養の間に殆ど差は見られなかった。しからば、在宅福祉サービスの状態が改善されれば受け入れますかと聞いたところ、はいは17人(37.8%)、いいえが27人(60%)であり、一旦入院・入所したら家族のもとへ帰るのはなかなか困難な様子が想像できる。それでも僅かに、病院入院の方に肯定的態度(病院10人、特養7人)が多かった。

(6) 介護者の入院・入所前と現在との疲労度を、労研のチェックリストを用い、介護者の内省により測定したところ、当然のことながら、現在の方が著しく疲労度が減少していた。とくに精神的疲労と身体的疲労の減少が著しい。

在宅介護者の平均年齢は64.9歳で、全般に高齢ということもあるが、健康を害している人が多くみられた。現在なんらかの病気の症状を訴える人が45.4%もあり、通院治療中が21.5%、服薬中が19.5%であった。早急にホームヘルパー等在宅ケアの提供をしなければ、病院入院・特養入所の需要増大はもとより、介護者も共倒れの恐れが十分予想できる。

3. 事例による考察

以上は介護の実態を問題別に分析した。次に要介護老人をかかえて苦闘する介護家族の全体のダイナミズムを代表的事例をもとに考察してみよう。

事例1 息子夫婦で寝たきりの母を介護しているケース

本人 90歳 女性(寝たきり, 老人性痴呆性)
介護者 63歳 女性(嫁) 66歳 男性(息子)

<概要>

息子夫婦との3人家族である。1年程前に歩いていて転倒し大腿部を骨折した。4年程前にも1度同じようになったことがあるが、この時は手術をしてリハビリで回復し、手を引くと歩ける状態だった。しかし、今度の場合は痴呆性が進んでおりリハビリが困難であるということを経験し、理由に手術してもらえなかった。

この怪我から歩行不可のため寝たきりになり、介護が始まった。痴呆性の状態も10数年前から見られ、意味不明の言動が徐々に多く見られるようになっていた。

現在のADL状態は、食事は少し手をかすと自分で食べられるが、着替え、排泄、入浴、移動は全面介助の状態である。排泄はオムツを常時使用している。当初は、尿器をあてると排尿していたのだが、段々わからなくなっていった。大体1日に5～6回オムツ交換を行っている。夜は2時～3時の間に1回交換している。会話はその時によってとてもよく通じる時もあるし、理解出来ない時もある。

主な介護者は嫁であるが、本人が身体の大きな人でもあり、移動の時に1人では運べないので、すべての面で夫婦共に(移動の側面)行っている。息子は会社員であったが現在定年退職となっている。

介護を始めてからの生活の変化としては、外出の減少、身体が疲れや

すくなった、睡眠不足、腰痛・肩こりがひどくなった等をあげている。介護に対する感じ方は、あたりまえのことをしている、1日で良いから解放されたい。また、夫婦共に大変だが最後まで介護したいという意見を持っている。介護できない状態になった時は、安心だし、頼みやすいという理由で老人ホームを利用したいと思っているが現在のところは、それ以上考えられないという。

介護上注意していることとしては、床ずれの防止、部屋を清潔に保つこと等があげられる。また、生活のリズムをつけるために、夜5時～8時の間は必ず車イスに座らせテレビを見せる習慣にしているという。その成果もあり、夜間目をさまさずぐっすり眠れる様である。夫婦2人で介護できているため他の親戚や近所の人に頼むことは一切ない。

フォーマルな援助に関しては、保健婦の定期的な訪問の他、入浴サービス、介護手当、車イスの貸与、特殊寝台の給付を受けている。ほとんどのサービスについては、保健婦からの情報提供により申請にいたっている。今後の希望するサービスは、普通の自家用車では車イスのまま送迎できないということでワゴン車による移送サービスである。入浴サービス時に付き添ってくれる保健婦は大切な情報源であるので、もっと回数を多く訪問し相談にのって欲しいという要望がある。

現在、安心して生活できる要因の1つとして個人病院の先生の存在が大きい。転倒して骨折した時は大きな病院との繋がりがあったが、大きな病院は地方まで往診してくれることなどなく医療の面での不安が大きかった。現在は、近隣の先生の治療を受けるようになり、万が一悪化した場合も連絡できることになっているのでとても安心している。

<考察>

60代の夫婦が介護にあたっているケースである。この夫婦自身今後の自分自身の高齢化への不安をかかえながらの介護である。このケースの場合、夫が退職した時期と本人が寝たきりになった時期とが同じ頃だったということで、夫婦で一緒に取り組みが可能であったという側面がある。

また、保健婦と繋がりが持てたことをきっかけに公的なサービスの様々な面と結びついていくようになっている。車イスの貸与を受けることと保健婦のアドバイスを受けてから、夫婦は生活のリズムを考えていくよ

うになり、ただ、寝かせきりにさせずに起こすことへと視点が向けられていくのである。寝かせきりにしないためには、本人を抱えて移動する必要があり息子は欠くことのできない存在である。このようにして自然な形で成立した夫婦2人の介護のパターンは、介護者の腰痛防止にも結び付き、介護内容の充実をもたらしていると言える。

しかし、この介護状況は、介護者2人の健康が前提である。この夫婦も受けとめているように、介護者自身が倒れたり体調が不調になった場合は、その家庭内の介護能力が一気に弱まることは想像できることである。また、ごく少数での介護の役割を担っているため、現状のような介護が在宅において不可能となった場合、即、被介護者が入院や入居という形態につながっていくと考えられる。

このケースからは病院という医療面の不安感が出されている。在宅で見ていきたくても、いざというときに頼れる医師がいなくては地域の中で暮らすことが難しい。在宅で安心して暮らせるシステムの要素として医師の存在は大きいことが理解でき、往診や訪問看護のシステムが早急に必要とされると考えられる。

事例2 半身マヒの夫を介護しているケース

本人 75歳 男性(寝たきり起きたり)

介護者 72歳 女性(妻)

<概要>

夫婦2人暮らしである。4年前に突然倒れて半身マヒになり入院生活を7か月送った。この間ずっと付き添いのために毎日病院へ通っていた。退院してから、在宅にて妻が介護する生活が始まった。子供は6人おり息子は4人は町外だが、娘2人は町内に嫁いているため心強い。

家業は農家である。夫が元気な時は2人で畑に出ていたが、倒れてからは妻1人ではやっていけず、少しでも畑を耕し自分たちが食べる分だけ野菜などを作り、あとの畑は利用していないという。

現在の夫のADLは、食事は少し手をかせれば可能、着替え、排泄、入浴は全面介助。排泄は妻が夜に起きてシビンを使い半介助であり、会話は少し、聞き取りにくさがあるがほとんど通じる。

介護者は以前、夫の両親の介護経験がある。

介護するようになって生じた生活の変化については、人と付き合う時間の減少、外出の機会の減少、仕事（農業）が少なくなった等をあげている。介護については、あたりまえのことをしていると感じている。

介護する上で注意していることは、自分でできることはさせる、1人にしない、話を聞く、付近に危険なものを置かない、栄養がかたよらないなどを考慮する他、リハビリ教室にも付き添い、どのようにするのが身体のために良いのか、情報を得ているという。

今後のことは考えていないが、自分が介護できなくなった時のことを考えると不安になる。また、4年前に本人が倒れた時、気も動転し非常に困ってしまったため、今後の万が一の時への不安が一層強い。自分は義父母の介護をして苦勞をしたこともあり、子供たちには同じ思いをさせたくないという気持ちが強く、子供たちをあまり頼りたくないというのが本音である。食事、入浴、着替え、排泄などの介護の直接的なことは今のところ、すべて妻1人でやっている。

援助としては隣人が家の回りの草の手入れや冬の間なら、雪はねを黙ってしてくれて助かっている。また、家をあげられないこともあり、代わりに娘たちが買い物や薬をとりに行くなど援助している。

フォーマルなサービスとしては、現在介護手当を受けている。また、保健婦が行っているリハビリ教室には夫婦共に通っており、顔見知りも増えつつあり毎回楽しみにしている。その中では、行事や交流会も行われている。

リハビリに通う中で聞く保健婦の話はためになると受けとめている。今後の要望としては、リハビリ教室にたくさんの人々が来たら良いと思うので、それにみあったリハビリの機械を入れてほしい。

また、バスの便が悪く、半身マヒの状態では遠くまで歩けないので送迎の方法を考えてほしい。介護者は、介護の合間に極短時間で要件を済ませようとするのでタクシーを利用せざるを得なく、費用がかさんでしまい困るという理由で、経済的側面への援助の要望があがっている。

給食、ヘルパーなどの他のサービスについては、必要は感じていないという。本人も、「見られたら恥ずかしいので受けたくない」と話しているという。ただ、入浴サービスに関しては、妻が1人でいつも世話をするのが大変なので利用したいと思ったこともあったが、利用者より、「手

すりもなく危ない、男女まざって入れられる」という話を聞いたので行きたくなくなったという。

疲労状態については、肩こりと足のだるさをあげている。月1回本人が病院に通院しているので、その時に妻も一緒に血圧を測ってもらっている。夫婦ともにどちらかの状態が崩れるとそれは今の生活が不可能になることを意味していると考えており健康に注意している。

<考察>

病院に入院していた夫を受け入れて、妻が在宅にて介護を続けているケースである。介護を受ける者も担う者も高齢である。

目の前で夫が倒れた経験を持っているため、健康にかなり気を使って生活していることがうかがえる。この意識は夫婦ともにあり、他のサービスは受けたくないとしつつも、リハビリ教室には関心を持ち夫婦共に通っている。この1つの場所へ足を運ぶことで、閉鎖的になりがちな生活にリズムができていと感じられる。また、人々とのつながりを築き情報把握や保健婦との相談機能が果たされていると考えられる。

この介護者の場合、夫が倒れた時の驚きと困惑が今も強く心に残っており本人を極力1人にしないようにしている。このためもあり、生活の変化として、人との付き合いの減少、外出の減少をあげている。買い物などへも本人1人を置いて行きにくいようであり、介護に携わることが行動範囲にも影響を及ぼすことが察せられる。

サービスを受ける姿勢に、「恥ずかしい」という意識が見られているが、このケースの場合、リハビリ教室の仲間と共にやることにはもっと援助がほしいと主張している。個人ではなくみんなで受けるということには積極的な様子がうかがえる。恥ずかしいと思う理由は「お情けを受けている」と周囲の人々に思われるのが嫌だからという。地域では隣人の状態が把握しやすいという側面があるため、何よりも周囲の人々にどう思われるかということに気にする傾向が強い。サービスのニーズと供給をより的確に結びつけるには、福祉的なサービスを必要に応じてだれもが受けていくという共通の意識(承認)が地域住民の中に必要とされると考えられる。

事例3 老人性痴呆症により危険な行為や徘徊などが頻繁、特養へ入所

となったケース

本人 83歳 女性 (老人性痴呆症)

介護者 52歳 女性 (嫁)

<概要>

農業を継いだ息子(長男)夫婦と2人との3人の家族であった。本人の他の子供は町外へすでに独立している。介護者夫婦には、娘が2人いるが他町へ嫁いでいる。

本人が施設入居してから6か月程たち、介護者が現在一番強く感じているのは安堵感であるという。在宅にて介護に当たっていた時は、本人の言動に注意を向けることが何よりも先であり、畑仕事と家事もままならない状態であった。

7～8年前から徐々におかしなことを言ったり行ったりということは見られた。その間、本人の夫がわずかな期間床につき死去。その後、ここ3～4年間で徐々におかしな言葉、行動が目立ってきた。

入居前のADLは、食事や移動などは本人ですべて可能。入浴、排泄は全面介助である。排泄は3～4年間でだんだん感覚がわからないようになり、当初は介護者が指示すると本人自身でオムツをあてたりしていたが、それも不可能になり、常時オムツ着用となった。着脱は手をかすのできるのだが、痴呆症のためか他のことに気をとられたり、一度着たものを脱いだりといった状態。会話はほとんど不成立であった。

家業の関係で息子夫婦は共に畑に出て仕事をするため早朝より夕刻まで家にはだれもいなくなる。このため本人は、不安がりさみしがっては畑に出てきてしまう。特に夏の期間は土建関係の出稼ぎに行くためすべて介護者が責任を持たねばならない。歩行はしっかりしているが、目が少し悪く、また、何処へいってしまうとも知れず、仕方なく外から鍵をするが、鍵を壊して出てきてしまう。時には、道路の方まで出て行ってしまふ。このため、畑の作業をいつも中断せざるを得なかった。

家の中にいるからといって安心なわけでもなく、掃除だと称して衣類をあたりかまわず燃やしてしまったり、ストーブをいじったりすることもある。このままではいつか火事を起こしてしまうのでは?と思うことがたびたびあった。ある時畑に来て、意味不明なことをいつもと同様に言い始めたのだが何気なく聞いていると「ガスが・・・」と、言ったよ

うに思い不安になり、家に急いで戻ってみると、さわれなくしておいたのにガスの元栓が開いていた。

昼間の行動が多かったのが段々夜間へ移行していく。夜眠らず「もうそろそろ帰ります」と言っては外へ出ていくようになった。徘徊がひどくなり、夫婦で夜中に懐中電灯を持って捜して歩く。家が農業で朝は3時頃から畑にでることもあるのだが、徘徊で夜中も起こされるためいつも寝不足で、疲労もひどくなっていった。

入所の理由は、病状などで生命に危険があったこと、病気の治療のため、介護に家族がつかれてしまったことである。介護者の疲労状態については、体のだるさ、肩こり、足のだるさ、度忘れを入居前も後も変わらぬ状態とし、1人でいたい、いらいらする、ねむくなる、物事が気がかりを入居前だけの状態としている。

入所についてはじめての相談は、3年前にさかのぼる。このままでは、本人の生命が危険だと考えて役場に相談に言った。いろいろ聞かれて徘徊のことを言ったら「徘徊するのなら他の人に迷惑になる」という言葉を投げかけられ何の援助も得られなかった。この時、介護者は役場は頼れないところなのだと思ったという。

入所の1年程前、もうどうにも方法がなく悩んでいた時に新聞で保健婦による相談コーナーがあると聞き、相談に行った。医師にも相談し、本人を看てもらったところ「よくここまで家で生活していた」と医師に言われる程であった。精神科に一旦入院して状態を落ち着けてから特別養護老人ホームに入所となった。

インフォーマルな援助としては、介護者の娘(本人にとって孫)の1人が距離的に近いところにいるため精神的にも支えであった。仕事が休みの時には家に来て病院への通院に付き添ってくれたり買い物に連れ出してくれたのだが、段々言動が不安定になってしまうと不可能になった。

本人の実の子供たちがたまに来ることはあっても、回りに人々がたくさんいる時は本人は落ち着いていることが多いため、日頃の言動が想像つかないらしく、痴呆症の状態を認めようとしない。夫自身も他の兄弟に話そうとしないため、本人のことを相談することも、頼みごとでもできない状態であった。

フォーマルなサービスについては、ホームヘルパー、移送サービス、

除雪サービス、給食サービス、入浴サービス、ショートステイなどの各サービスは認知していたが、「だれにでも言えることではない、頼れることではない」という受けとめ方でなんとか自分でやっけて行こうと決めて介護に当たっていた。

現在、面会には月2回行っている。身体的な状態は変化していないが家族のことはわからなくなってきた。家に外泊、外出はしていない。当分は考えられないだろうとしている。

将来の施設退所については、病状さえ良くなれば家庭で受け入れる。サービスへの希望としては、緊急通報システムの徹底、施設の充実を望みたいとしている。施設や病院が相談を受け入れてくれる体制がほしいと強調していた。

<考察>

このケースは農村における顕著な側面をいくつか含んでいると考えられる。夫婦共稼ぎの形で、仕事を中断させながら介護に目を向けてきているが、それも本人の症状の多発化で限界になっている。農業という仕事でなく出勤制のフルタイムでは、より早い時期に仕事は不可能になっていたと想像される。

他の家族の援助はほとんどなく、親族へも近隣へもあまり本人のことは、表出されていない。その理由は、農村地帯であり、家と家の間には畑が広がり、隣家へは距離がかなりあること、周囲の人々もみな畑を構えているため安易に援助を頼れないということなどが考えられる。介護者自身の「だれにでも言えることではない」という言葉は、介護へのインフォーマルな、フォーマルな援助体制の欠陥が大きいように感じられる。役場に行っても何らかの援助の方法は提起されず、介護者は対応した相手の言葉で不安を募らせ、だれにも頼れないという思いだけが強まっていく。このケースの場合は親族間に老人性痴呆という病気への認識がないということにより一層問題が内に隠されサービス利用が難しくなっており、福祉へのステイグマが見え隠れしていると感じられる。このような意識のためか、サービスがあるとは知っていても、積極的な利用へは結びついていない。

介護の役割が介護者1人だけに集中し、物理的にも自由に外へ出て行く機会を失っていることから、相談相手がなく内にもりがちになり

介護者は精神的な側面でも孤立化する恐れが大きいと考えられる。単一の相談窓口ではなく様々な機関に相談機能の設置と充実が求められる。

事例4 寝たきりの夫を妻が介護、病状の悪化で病院へ入院のケース

本人 75歳 男性(寝たきり, 老人性痴呆症)

介護者 73歳 女性(妻)

<概要>

訪問時、道路沿いを歩きケースの家の確認をしていると隣人(40~50歳代の女性)が出てきてあいさつをしてくる。こちらの訪問について「(介護者より)聞いて知っている。耳が遠い人なので入っていてもかまわないから」と声かけを受ける。

夫婦2人暮らしであった。夫婦ともこの町生まれのこの町育ちである。現在の家は持ち家であり、子供は5人いたが、みんな独立、町内に息子(長男)夫婦が住んでおり何かと支えになっている。

夫は若い頃、床屋を営み、その後理由あってダム工事の職業についていた。妻も長年パートで勤めていた。一生懸命働いた経過が認められ、1つの仕事が終わる頃には、次の働き口が見付かって70歳近くになるまで働いていたが、夫の状態が悪くなりより一層介護が必要となり退職。

今回の入院から7か月程たっている。入院の理由は病状の変化のため生命に危険があったこと、病気の治療の必要があるということであるが身体的な機能の衰退も著しい様子である。

本人はセキツイカリエスにかかったこともあり、若い頃から身体はあまり丈夫ではなかった。仕事を辞めてから10数年、体は年齢と共に弱くなって来ていた。徐々に寝ていることが多くなり、2年前より寝たきりの状態になった。それ以来介護は妻1人でほとんどやってきたという。

入院前のADLの状態は、手をかすと移動、排泄(ポータブルトイレ)は可能であり、食事は半分介助、着脱、入浴は全面的に介助を要する状態であった。特に、入浴は困難性が高く、やせていてもその倍は背丈のある夫を妻が背負い風呂までつれていき入浴させていた。身体的に目はかなり悪く、耳は全く聞こえない。このためもあつてか、痴呆のせいだけではなく、会話はわからないことが多い。妻は少しでも話をしたいと思ひ紙に書いたり、同じことを繰り返して覚えさせたりという工夫を続

けていたという。睡眠状態は朝から寝たり夜起きていたりと定まっていなかったが、夜間には、必ず1度は2時頃に起きてオムツの交換を日課にしていた。

介護の時間帯については、明確にはできない。とにかく、介護者は目覚めてから眠るまで洗面、排泄、食事作り、食事の世話、排泄、清潔を保つための掃除、食事作り、排泄、食事の世話、清拭（もしくは入浴）、排泄、食事の世話・・・という連続性の中で、その合間に病院通いや買い物などに時間がさかれている。介護をしていない時というのは、「よくわからないが横になっていることが一番多かったらう」という。

現在は1日おきに面会へ行き、付き添っている。今のところ身体的な状態は変化を見せていない。介護者としては、病状さえよくなれば家庭ですぐまた受け入れることを望んでいる。「せっかくここまで来たんだから一緒にいた方が良い」というのが介護者の気持ちである。

介護はほとんど妻1人が行ってきたが、隣人（訪問時声をかけてた女性）が妻の不在時には家にきて留守番をしてくれたり、その時に夫の排泄の面倒も嫌がらずにみてくれる。妻自身耳が遠いことで日常生活に不安感があるのだが、声をかけると必ず援助してくれるので、このような人が近くにいるということだけで安心感を感じている。

また、息子の嫁が時々、電話（音の拡大機能付き）をしてくれるので、何か変わったことがあったら伝えられる。今回の入院の時も本人の様子がおかしいと思い、すぐ連絡をして動いてもらった。年に一度は他の子供たちも孫をつれて遊びにくるのが、この夫婦にとっては大きな楽しみである。

福祉サービスについては、ヘルパー、移送サービス、除雪サービス、給食サービス、入浴サービスについては知っている。特に、入浴サービスは、妻自身としては利用したかったのだが、本人が嫌がるため利用できなかったと言う。デイ・サービス、ショートステイは認知されていない。サービスの情報は、息子夫婦や隣人、また、1年に1度訪れる保健婦からもたらされている。サービスへの要望としては、沿道沿いに家が数軒並んでいるだけであることから、緊急通報システムの必要をあげている。

介護による疲労状態については、肩がこる、つばがでない、あくびが

でる、1人でいたい、いらいらする、味が変わる、耳なりがするをあげている。現在も、症状はあまり変わらないが、1人でいたいと思うことはあまりなくなったという。2年間近く介護を続けてきて、最初よりは介護の方法などはうまくなってきたと思うが、自分自身の年齢の変化もあり本人の身体を移動させるには非常に疲労を覚えたという。

<考察>

夫婦2人世帯であり、夫婦共に高齢である。73歳の介護者は介護中心といえる生活を続けてきていた。長年の生活の変化の後のせいか、7か月経た後のこの面接時でも介護者の様子は終始気が抜けたような表情が見られた。このケースの場合は、息子夫婦の働き掛けも頻繁であり、隣人が介護に対して理解を見せているため、介護者の精神的な側面を支えていたと考えられる。

このケースのように介護を配偶者が担っているケースが多い。この場合は当然、配偶者自身も高齢の傾向にある。疲労状態は介護者自身が高齢化していることもあり、介護による疲労を捉えるには判断が難しい面があるが、入院前と入院後との比較検討から見ると入院前の方が疲労状態の項目（特に身体的症状）が多く、また、その頻度も高いことが察せられ介護負担が浮き彫りにされていると考えられる。

このケースの場合は、サービスは認知されているのだが、その申込みには消極的である。入浴サービスについては、本人が嫌がることを理由としてあげているが、介護者自身も高齢で申請そのものが大変なこととうけとめている。ニーズを把握しサービスの利用へと結び付けていく役割（コーディネイト）が重要であると考えられる。

調査終了後、乗り合わせたタクシーの運転手から「最近じいさんを見ないが大丈夫か」という問いかけを受ける。この地域の場合は全体的に高齢者の夫婦世帯が多く、何か起きたときや病院の通院には、タクシーが利用されるため大体顔見知りで、時には、乗車する人を運ぶなどして関わりを持っているという。人里離れた地域でもあるためか、互いに何かの時には支えあうという地域性が感じられる。

〔B〕在宅福祉サービス供給の問題（表2）

1. 各地域のプロフィール

北海道は過疎地が多いということは前に述べた。過疎地域活性化特別

措置法に基づいて公示された過疎市町村の数は137団体（7市，107町，23村，平成2年4月）で，全道市町村数212に占める過疎市町村の割合は64.6%で，全国35.2%を大きく上回っている。

われわれが選択した5地区は岩内町，上富良野町を除き他は総て過疎地域活性化特別措置法に基づいて国の指定をうけている。その岩内町，上富良野町にしても辺地に指定されているし，岩内町はその他の市町村と同じく，山村振興法，豪雪地帯対策特別措置法などの適用を受けている。

過疎地の要件は⁽⁹⁾人口減，高齢者率，若年者率，そして財政力指数で計られる。これらの指数は在宅福祉実践の困難度を示す数字でもあるだろう。この15年間の過疎地の人口減は激しい。最高は三笠市の25.1%で，岩内町(20.9%)，厚沢部町(17.9%)，士別市(9.3%)，上富良野町(7.1%)と続く。高齢化率も三笠市の18.9%を最高に，厚沢部(17%)，士別(14.3%)，岩内(13%)，上富良野(11.2%)である。世帯人数も士別を除き3人を切っている。三笠市は炭鉱閉山により，若者は町を後にせざるを得なかった。岩内町は漁業の衰退による出稼ぎの町になった。一人ぐらし老人を尋ねると，息子や娘は旅にいったという。厚沢部町は気候温暖と人情厚く，年寄りが移住してくる率が高いという。上富良野町は自衛隊の駐屯地で人口の4分の1は自衛隊関係者で占められている。それを除けば，若者の流出激しく，高齢者率も高いという。しかしおおよそ農村地域は高齢者世帯や一人ぐらし老人の率は比較的少ないが，厚沢部町，三笠市，岩内町はどちらも高率で，これから在宅福祉サービスの需要の増大が懸念される。とくに生活保護率は岩内1,000人比46.2，三笠34.0，厚沢部22.6を示し，さらに老人一人あたり医療費が全国はもとより全道平均を上回る事実は，これら過疎地の老人問題は一般に言われる以上に，老人のみの世帯の増加，貧困，医療・保健，孤独などの多様なニーズに対応出来るよう早急に準備されなければならないことを示している。しかしおしなべて財政力は弱い。過疎地指定の財政力指数は(61~63)0.44以下(北海道平均0.23)となっているが，5地域すべてがこれ以下である(岩内0.31，士別0.259，上富良野0.216，三笠0.171，厚沢部0.15)。

2. 在宅福祉サービス展開の現状と問題

在宅ケアのシステムを考える場合、財政、ニーズと福祉の目標、住民の意識と参加、地域組織化は重要な機能要件と考えられる。財政力の弱さは、新しい福祉の展開に大きいブレーキとなって働き、福祉の目標に対する意識の希薄化は、ニーズの存在に無自覚になり、施策の対象としての認知に欠けることにもなる。また住民がノーマライゼーションを理解せず、福祉サービスを受ける人達を特別視したり、偏見の目でみる限り、在宅福祉受容に対する動機づけを閉ざしてしまうことになる。さらにそのことは当時者組織や参加の大きなネックにもなりかねない。住民参加や当事者組織の批判のない在宅福祉サービスの施策は量も質も貧しくなることは必定である。

先にも述べた如く、在宅福祉の必要性は1970年代から言われていたが、福祉の主流ではなかった。故に法律にも在宅福祉の展開は明示されていなかった。だから国の指示をうけて機関委任事務として福祉行政を展開していればよかった市町村当局は、おしなべて在宅福祉には冷淡であった。財政上の問題もあって、在宅福祉のニーズに対しては、社会福祉協議会にまかせ、殆ど国の施策が指示する補助事業（例えば家庭奉仕員派遣事業）の範囲でサービスを展開していたにすぎない。他は比較的経済的負担の少ない事業か、入浴や給食のように費用のかかるものは、サービスを受けるインターバルが極端に長かったり、名目的なものも多かった。そしてそれらの事業はボランティアを頼みにしていた。そのボランティアも実際の参加者は数少なく、住民の関心もいま一つ盛り上がり欠けていた。在宅福祉の中心機関と考えられていた社会福祉協議会も、住民からみれば行政の一部門としての認識が強い。実際事務局長の多くは行政のO.B.が多く、そのように見られても仕方のない面もあった。

そこで各地区の在宅福祉サービスをとらえてみよう。どの市町村とも在宅福祉のメニューはかなり用意し実施している。しかし在宅福祉サービスは心身の状況によって用意されなければならないものは異なる。在宅ケアニーズに即して考えれば、結局ゴールドプランに言う在宅ケア三本柱のホームヘルパー、ディサービス、ショートステイを中心として、給食、入浴、移送、緊急通報、訪問などのサービスであろう。

ディサービスは5地区何処もまだ用意していない。ホームヘルパーに

よる家事援助派遣事業とショートステイは国の助成事業であることもあって、5地区とも受託しサービスを行っているが、ホームヘルパー派遣はどこも一週に1～2回の派遣で、援助の密度は薄い。総務庁の改善指摘(11)にもあったが派遣世帯の多くは一人ぐらし老人で、比較的手のかからない所が多いらしい。なかには殆ど話相手が中心という世帯もあるという。家族が在宅介護をしている世帯への派遣は極めて少ない。ショートステイは期待されている割合に実際の利用は各地とも少ないようだ。年間を通じて、岩内はゼロであり、多くて土別と三笠の8ケースである。これまで手続きが面倒ということもあったが、まだ施設を利用することに対する心理的抵抗が、本人にも、介護者にもあることが推量される。デイサービスは現行制度では新しい施設が必要であり、今のところ上富良野と土別だけが今明年に開設予定しているだけである。

その他の在宅ケアについて、給食、訪問、入浴の各サービスは5地区総てで行っているが、土別を除いて、北海道の事業である高齢者地域ケアモデル事業指定以後実施しているところをみれば、このケアモデル事業が在宅ケアの量と質を拡大充実していったことは疑いない。しかしまだ給食は週2～3回が大部分であり、調理は業者委託か特養委託で、配達はボランティアに頼っている。5地区とも一部利用者負担を導入しているが、適正料金に悩んでいる。入浴サービスは週1回～月2回で、特養の週2回にはまだ達していない。厚沢部の入浴サービスは特養が町にないこともあってか、在宅介護老人の為ではなく、風呂のない一人ぐらし老人を対象に、町内の老人福祉センターと温泉を利用し、送迎している。また訪問サービスで乳製品販売員に委託して声をかけて貰うシステムは多くの町村に普及しているが、厚沢部では郵便局に依頼し、配達局員に声をかけて貰っているという。除雪サービスは厚沢部以外で行っており、厚沢部も平成3年の冬から実施予定である。北海道の老人の生活にとって除雪は切実な問題である。その他在宅介護老人にとって重要なニーズに移送サービスがあるが、特養・老人福祉センターの利用など限定されたものになっており、日常生活の便宜に役立ってはいない。緊急通報システムも設置されているのは三笠市だけであった。

これらの在宅ケア提供の現実をみると、必ずしも地域のニーズに即応して用意されたというよりも、土別を除けば、地域ケアモデル地区指定

によって、標準的ケアを用意することが出来たといつてよいのではない。それだけにニーズに即した地域の特徴ある在宅ケアの展開というよりも、いまだんな福祉サービスを用意し、地域でどんなサービス供給体制を作つていったらよいか戸惑っているというのが本当の所であろう。

3. 在宅ケア供給の問題

各地域での保健・福祉関係者、ボランティアとの集団面接、討議や、在宅福祉推進検討委員会の合同研究会の討議をもとに、5地区が持つ共通の在宅ケア供給の問題を整理してみたい。

(1) 訪問看護、ホームヘルパー派遣、入浴サービス等のニーズは高いと思われるが、家族等介護者のいる在宅介護老人へサービス提供は後回しになっている傾向がみられる。一つはケアサービスの供給量の不足が、サービス該当者を制限しなければならない事実があると思われるし、サービスを利用しようと思う人が、サービス供給の不足を予測して、始めからニードの表出を制限している傾向をみる。もう一つはホームヘルパー派遣が、日本文化のなかで一人ぐらし老人に焦点が置かれてきたため、家族が介護している場合、供給主体がサービスの必要を認めない傾向があったのは否めないのではないか。そして家族も家の中に入られるのを好まなかったことも考えられる。

(2) 在宅福祉事業のメニューは増加の傾向にある。しかしその事業主体の責任は必ずしも明確でない。新しい在宅福祉サービスの殆どは国あるいは北海道の委託か助成事業であり、実践は社会福祉協議会に委ねられている。士別以外の5地区社協の予算収入の60%以上が補助・委託金と共同募金で賄われていることでもそのことは理解できる。費用負担の流れだけでなく、福祉実践における公私の役割分担⁽¹²⁾がもっと意識される必要がある。このままでは、社協は行政の一部分と考えられている傾向は払拭できない。

(3) サービス供給のメニューは多くなったが、入浴、ヘルパー派遣のようなコストのかかるサービス供給は十分でない。市町村は国や北海道の補助・助成事業には腰をあげるが、ニーズに即した主体的サービス形成に及び腰であるし、コストのかかる事業であればなおのこと遣りたがらない。したがって独自の計画作成にける意欲に乏しい。そして多

くの事業はボランティアに依存することになる。ボランティアが欠ければ出来なくなる事業は多い。在宅福祉の方向は正しくとも、安上がり福祉の批判をうける所以である。

(4) 高齢者地域ケア・モデル事業は、このような市町村の態度に対して、leading project として重要な刺激剤となっている。モデル事業はあまりにも品薄で、供給の乏しい在宅ケアの実情に対して政策化された助成事業である。給食は週6日、入浴は週1日以上にもっていくのが目的という。在宅福祉は金がかかるのである。

(5) 在宅福祉サービスの活発化と連動して、ボランティア活動も拡大している。しかしその中心はどこでも婦人ボランティアである。そして安価な労働力とみられている傾向は否めない。ボランティアは地域のニーズを黙視しえず、福祉のために戦う勇士である。だから地域社会の危機に敏感であり、行政や専門家に対して、住民の側から警告を発する人達でもある。そしてお互いに切磋琢磨することによって鍛えあい、地域の identity を作っていく人達でもあるのである。このような理解にたつと在宅福祉にボランティアの人達の参加は極めて重要であり、たとえ行政や社協の補助的の仕事に従事していることがあったとしても、安価な労働力としてのみとらえることは、在宅福祉を歪めていくことになりかねないのである。

4. 在宅福祉実践上の問題

これまでの福祉は受け身の姿勢で運営されていたように思われる。在宅福祉サービスは直接的ケア・サービスが中心になるが、環境改善、予防、各種サービスの調整まで視野にいれておかなければならない。その意味で在宅福祉は積極的福祉でなければならないだろう。

(1) 地域社会でどんな福祉ニーズをもっている人がいるかを知ることとは直接的ケアの為ばかりでなく地域の保健・福祉計画のために疎かには出来ない。しかしどの地区もニーズの把握は不十分であった。サービス提供は申請によって行われるが、在宅福祉に対する住民の意識や知識が、ニーズがあっても福祉サービスに向かおうとしないとき、ニーズがないのでなく、潜在化している事実をつかんでおく必要があるのではなからうか。

(2) 援助対象者にサービスを提供するとき、その判断は慎重に行われなければならない。しかし民生委員の要請あるいは実施主体者の個人的判断によって安易に決められている事例がみられた。福祉サービスの供給は公正かつ適切でなければならない。それ故に福祉対象者のアセスメントの客観性やサービス供給の妥当性をどう確保するかは十分に考慮しなければならない。

(3) その意味で高齢者サービス調整チームがどのように運営され、機能しているかは注目に値する。このチームの目的は医療・保健と福祉の連携を目指すことにあるというが、そのことは結局多様なニーズに保健と福祉ばかりでなく、多元的福祉供給が無駄なくそして総合的に供給されるように努力することであろう。しかしどの地区の調整チームの活動も活発とはいえなかった。なかには年に1～2回、名目的に会議を行ったところすらあった。ただ地域における保健と福祉の関係者、専門家の関係は少しずつ密接になっていっているという話は聞く事ができた。

(4) これまでの福祉はどちらかというと専門家主導、行政主導であった。在宅福祉ばかりでなく、リハビリテーションなどにおいても、そのことに対する批判はself-help groupの運動から強く打ち出されている。今日の福祉は、福祉の利用者「消費者」の権利⁽¹⁴⁾を主体として、サービスのプログラムや施策を組み立てられることが望まれている。しかし各地ともこのことに対する福祉関係者の認識は極めて弱いものがあつた。もっとも北海道はなんによらず中央依存、行政主導の体質があつた。住民の福祉意識にも問題があるのかも知れない。

(5) これらの問題は、地域の保健・福祉関係者、住民そして町のリーダーなどを含め、地域に住む多くの人が、新しい福祉「地域福祉」と身近な福祉に対する住民の自己決定についての理解の不足に起因しているように思われる。どうしたら福祉意識をノーマライゼーションと在宅福祉に向けることができるか、市町村、福祉関係者のリーダーシップが問われている。

4 むすび ―ケアシステムへの工夫―

在宅ケア・システムを形成し、それを発展的に維持していくためには、いくつかの機能要件を考えておかなければならない。それには、まず第一に福祉の目的あるいは価値志向をどのように定めるかということであろう。国の福祉政策における地域福祉・在宅福祉の重視は明らかに福祉思想の転換を意味している。地域福祉の概念はとかく福祉サービス供給の立場から述べられることが多いが、地域福祉は明らかにノマライゼーション⁽¹⁵⁾を志向し、自立を支える条件づくりでもあるから、「何らかの理由で、生活困難に直面し、あるいは保健・福祉等の専門的援助を必要とする人が、地域社会にある社会資源や社会サービスを利用し、自分の価値に適合した自立を維持し、地域社会に適応、統合できるような援助する社会福祉の体系」と定義することが出来るであろう。その key word は自立、消費者、自己決定である。

この目的に向かって、ニーズの把握とその充足のための保健・福祉サービスの開発、サービスを展開するための財源、専門家間やサービス間の連携と総合化、地域社会の文化や価値観、これらをまとめ目的に向かわせるリーダーシップなどがダイナミックに働いてケア・システムは形成されていくものと考えられる。

それにしても国の在宅福祉重視は昨年度からの急転換である。在宅ケアに対するニーズや福祉サービスの問題点は調査によってある程度明らかにされた。いまは地域におけるニーズの把握と不足しているサービス供給を量・質ともに、どのように拡充するかが、最大の課題であるのかも知れない。地域による独自のケアシステムへの努力はこれからとみなくてはならないだろう。そこでこれまで言われてきたことでもあるが、調査資料をもとに現実に即してケア・システム形成の留意点を指摘してみたい。

(1) 在宅ケアを充実させるためには、なんとといってもケア・ニーズレベルごとの対人福祉サービスを体系的に用意することである。その事はいうまでもないが、福祉関係者のシステム論議で忘れられがちなのは、住宅対策である。自立度を高め、介護をし易くする住宅改善はもとより、孤独解消やケアの効率化を計る意味でも小規模集合住宅（グループホー

ム)を地域のなかに散在させ、そのまわりに福祉サービスのネットワークを作ることが重要になる。現行制度で老人福祉寮(北海道)、ケアハウス(厚生省)、シルバーハウジング(建設省)など、種々の高齢者向け住宅がある。その地域にあった導入や、また公営住宅を利用したグループホームやケア付き住宅を工夫することが求められている。

(2) 地域にあるケアニーズを把握することは当然のことながら、生活という総合的なニーズにケアや福祉サービスが行政機能や供給主体の恣意によって部分的アプローチするのであれば、生活主体も困惑するし、在宅福祉の効率からいっても問題がある。しかし保健・福祉サービスの機能は益々分化する傾向にあるし、福祉の多元化は免れ難い。そこでよりよいサービスを提供するためにはニーズに対する部分的な点と線の対応から地域社会のサービス供給を、面として機能させる努力がなければならぬ。三審議会意見具申でも医療・保健と福祉の連携を強調し、どの調査地区でもこのことを意識してはいるものの、連携は必ずしも十分でない。

国は高齢者サービス調整チームを各市町村で作ることを義務づけているが、あまり活発に活動しているとは思えない。ここでの機能が動きだせば、専門家間、医療・保健、福祉関係者間のチームワークは格段に進み、ニーズとの不適合は解消されていく。そのためにはチーム会議運営のコーディネーターの役割と責任を明確化し、またトラブルが起きたときの責任体制も決めておかなければならぬ。さらに連携は実践家レベルの段階ばかりでなく在宅福祉関係機関間の連携も大切である。国が福祉の態度を変えたことによって、在宅福祉に関する新しい補助事業が増えている。それが社会福祉協議会の負担を重くしていく傾向にある。在宅福祉の調整機関として社会福祉協議会を強化することは、もとより重要であるが、公私の役割分担を始めとして、地域社会の各関係機関が役割を意識し責任の分担を約束する必要がある。その意味で今各地区で作られている在宅福祉推進会議(当時者組織の参加が大切)を活性化させるために社協や市町村のソーシャルワーク機能を強化しなければならない。

(3) 調査をして感ずることは、福祉関係者以外の一般の人はあまり自分の生活と社会福祉とを重ねて考えてはいない。自分は福祉に関わり

はない「御世話にならない」という意識の裏返しで、福祉対象者に偏見を抱いている人が多く見受けられる。したがって福祉利用者は世間体を考え、スティグマを感じさせられている。生活困難、介護の困難に直面しても、福祉サービスを利用したがる人が多いのである。利用しようとする態度が希薄だから福祉情報の認知も弱いと考えられる。あたりまえのことであるが福祉制度を知り、それを利用するとしないとでは生活の質に差がでてくる。またスティグマを感じているばかりでなく、高齢者のなかには、複雑な制度を理解するのに困難を感じたり、自己決定の難しい人もいる。在宅福祉に対する一般の啓蒙、福祉情報の提供に格段の工夫が必要であると同時に、地域の専門機関が協同して作る相談機関が必要であろう。1990年から在宅介護支援センターが制度化されたが、まだ北海道で2カ所だけである。地域で工夫して、自己決定の弱い人達へのケースマネジメント機能も用意できたら素晴らしい。

(4) ケア・システムを作り、保健福祉計画を実行していくには、絶えず資金需要が伴う。利用者の普遍化(貧困、低所得者に限定しないという意味で)と拡大と同時に、ホームヘルパーの増員、入浴、給食サービスなどの需要増、ディサービスの強化、移送事業の拡大などを考えるとサービスに必要なコストと利用者負担の問題は必然的に計画立案の重要な論争点とならざるをえない。経済的負担と同時にここでも公と民間の役割分担を整理しておかなくてはならないであろう。われわれの調査でみると、北海道が単独で助成している高齢者地域ケア・モデル事業は在宅福祉の拡大充実に著しい効果を発揮している。国や北海道の経済的援助が在宅福祉拡大の重要な機能要件であることは疑いない。

(5) 過疎地の小さな町や村で福祉の質を高めようと思っても、一つの自治体だけでは出来ないことが沢山ある。たとえば専門的医療やリハビリテーションを行う為には専門家や高度の技術を伴った機器を備えた社会資源が必要になる。また専門性を高める為の技術交流や研修などを考えると、ある程度の医療・保健と福祉広域圏という外部システムを考えないとシステムそのものに不信感が生まれてしまう。実際に調査したいくつかの地域住民の医療に対する態度は地元よりも最寄りの都市医療機関に向いている。過疎地の住民及び高齢者の関心は医療機関にあり、また不安と不満もそこに多い。まず地元の医療機関・特別養護老人ホー

ム、老人保健施設、デイサービスセンター、保健婦・福祉行政などの相互の交流によるシステム形成への努力と同時に外部広域システムの形成を訴えたい。

(6) システムは機能要件が変われば変化せざるをえない。それは国の方針であったり、ニーズ、サービスの拡大、住民意識—サービス利用、サービス提供、政策決定にも影響を与える—であったりする。福祉実践は、討議→計画と援助システムの形成→実践→反省と評価→計画の見直し、システム再編成という過程でよりよい福祉実践に結びつけていく必要がある。その過程で当事者組織からの批判は欠かせない。前述した如く、地域福祉の思想は自立を原点として、消費者の意見を尊重し、ノーマライゼーションを志向しているからである。その意味で地域福祉・在宅福祉はまだ仮説の域をでていないのかも知れない。

(本研究は平成2年・3年度文部省科学研究費一般(B)の助成により完成した。研究の実施にあたり、各地区の社会福祉協議会および北海道社会福祉協議会の方々の協力を得た。調査に応じて下さった方々に対しても深くお礼申しあげる。

なお、本研究は第39回日本社会福祉学会で報告し、それに加筆したものである。全体の構成と執筆は忍が担当し、横山は事例部分をまとめた。)

〔注〕

- (1)厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口」1986年12月によれば2025年に65歳以上人口はピークに達し、23.37%になると推計している。その時0～14歳の若年人口は16.4%、75歳以上の65歳以上の人口に占める比率は55.19% (1990年39.89%) にもなると予想する。
- (2)「国勢調査」普通世帯の家族類型によると北海道における65歳以上の親を含む三世帯家族はこの15年間に58.0%から40.8%まで減少している。また65歳以上一人ぐらしは6.0%から14.4%に増加している。
- (3)中園康夫「ノーマライゼーションの原理」の起源とその発展において一特に初期の理念形成を中心として—社会福祉学第22-2号 1981 P.89～111
- (4)障害者自立生活セミナー実行委員会 障害者の自立生活 1983にI.L.の思想は詳しい。

- (5)日本型福祉社会については「堀勝洋 日本型福祉社会論」社会保障研究 Vol. 17 No.1」によって多くの示唆をうけた。
- (6)毎年だされる「北海道における在宅福祉サービスのすがた—市町村在宅福祉サービス実施状況調」に詳しい。
- (7)平成元年から行っている北海道単独事業。推進及び指導事業と地域ケア推進事業費補助事業とがある。補助事業は在宅福祉対策事業、相談・情報提供事業、在宅保健・在宅医療対策事業にわかれている。在宅福祉対策事業のうち給食サービス(週6日以上)、入浴サービス(週1回以上)、訪問サービス(週6日以上)は必須事業である。
- (8)北海道高齢者問題研究協会 高齢者の健康と生活に関する実態調査 1985
- (9)過疎地域市町村の要件は昭和35~60年の25年間に25%以上の人口減、そして20%以上の人口減かつ65歳以上16%以上、15歳~29歳の若年者比率16%以下。加えて、財政力指数(61~63)0.44以下であること。
- (10)外山 義 クリツパンの老人たち—スウェーデンの高齢者ケア—ドメス出版 1990 P.101
- (11)総務庁 老人福祉対策に関する行政観察結果に基づく勧告
—要援護高齢者を中心として— 平成3年8月
- (12)中野いく子 地域福祉における「公」の責任と役割はどうなるのか。社会福祉研究第37号 P.37~39
公私の役割分担を1)サービスの性質, 2)サービスの供給主体, 3)費用負担, 4)調査研究と計画にわけて説いている。
- (13)厚生省は平成3年11月、障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定規程をだした。介護のアセスメントの研究は遅れている。
- (14)エノミヤ・アキエ・ヘンリー 社会福祉の転換期—障害者コンシューマー運動の考察—基督教社会福祉学研究第16号 1983 P.86~97
- (15)阿部志郎他 地域福祉教室 有斐閣選書 昭和59年 P.70
- (16)忍博次他 障害者の居住環境のあり方に関する研究
—ケア付住宅の問題をめぐって— 日本の地域福祉第1巻 1987 P.67~112
- (17)岡部和夫他 老人福祉寮の現状と課題 高齢者問題研究No.2 1986 P.151~164
- (18)小林弘和 地域福祉と地方自治—最近の地方自治体における福祉行政領域の住民参加批判—社会保障研究 Vol.26 No.2 P.130~137

表1-1 在宅ねたきり痴呆老人介護者調査結果

1. 症状

合 計	寝たきり	痴 呆 症	寝たきりと痴呆症	寝たり起きたり
55	25	7	11	12
100.0%	45.5%	12.7%	20.0%	21.8%

2. 年齢

合 計	65歳～69歳	70歳～74歳	75歳～79歳	80歳～84歳	85歳以上	無 記 入
55	10	13	15	8	6	3
100.0%	18.2%	23.6%	27.3%	14.5%	10.9%	5.5

3. A. D. L

食事

合 計	自分で食べる	少し介助が必要	自分では全く食べれない	無 記 入
55	33	7	14	1
100.0%	60.0%	12.7%	25.5%	1.8%

着替

合 計	自分で着替える	少し介助が必要	自分では全く着替れない	無 記 入
55	12	11	31	1
100.0%	21.8%	20.0%	56.4%	1.8%

排泄

合 計	自分でトイレに行く	ポータブル便器を使用	常時おむつを使用	無 記 入
55	17	16	20	2
100.0%	30.9%	29.1%	36.4%	3.6%

4. 介護者の続き柄

合 計	夫	妻	嫁	息 子	娘	孫	無 記 入
55	9	28	9	1	5	1	2
100.0%	16.4%	50.9%	16.4%	1.8%	9.1%	1.8%	3.6%

5. 生活の変化

M. A.

合計	人と付き合う 時間減少	外出の機会減少	仕事を辞めた	家事のやりくり が上手になった	家計が苦しくなった	気持ちに張りが でてきた	家族で外出が出来 なくなった	身体が疲れやす くなった
55 100.0%	26 47.3%	34 61.8%	16 29.1%	11 20.0%	9 16.4%	10 18.2%	26 47.3%	23 41.8%

睡眠不足が 続いている	腰痛がひどくなった	特に変化はない
14 25.5%	20 36.4	11 20.0%

6. 毎日の介護に対する意識

M. A.

合計	あたりまえの ことをしている	しかたがない	自分だけがする のは不公平	もう少し他の人が 手伝ってくれたら	一日でよいから 解放されたい	大変だが最後 まで介護したい	その他
55 100.0%	40 72.7%	16 29.1%	2 3.6%	6 10.9%	12 21.8%	37 67.3%	18 32.7%

7. 現在利用しているサービス

M. A.

合計	入浴サービス	給食サービス	移送サービス	家事援助サービス	除排雪サービス	ふとん乾燥サービス	ショートステイ	デイケアサービス
55 100.0%	12 21.8%	2 3.6%	3 5.5%	1 1.8%	1 1.8%	5 9.1%	3 5.5%	1 1.8%

介護教室	介護手当	家庭奉仕員	保険 婦	民生児童委員	老人福祉相談員	緊急通報システム	福祉ベル	車椅子の貸与
4 7.3%	18 32.7%	6 10.9%	31 56.4%	8 14.5%	1 1.8%	1 1.8%	3 5.5%	12 21.8%

特殊寝台の 給付、貸与	マットレスの 給付、貸与
7 12.7%	5 9.1%

8. 介護出来なくなった場合どうするか

M. A.

合 計	家族が介護出来 ると思う	親戚にたのもう と思う	近所の人・友人 に協力を求める	ヘルパー・家政 婦を利用	市役所・役場に 相談	民生児童委員に 相談	社会福祉協議会 に相談	老人ホームを利用
55 100.0%	7 12.7%	4 7.3%	1 1.8%	4 7.3%	14 25.5%	6 10.9%	4 7.3%	22 40.0%

そ の 他	考えていない
11 20.0%	15 27.3%

9. 家屋の改善

M. A.

合 計	老人用の部屋を 増築	玄関を広くした	手すりをつけた	部屋の段差を なくした	風呂を改造した	トイレを改造した	そ の 他	改造していない
55 100.0%	5 9.1%	3 5.5%	11 20.0%	6 10.9%	14 25.5%	12 21.8%	6 10.9%	26 47.3%

改修できない
2 3.6%

10. サービスを利用しない理由

M. A.

合 計	本人が嫌がる	市町村でやって いない	手続きが面倒	内容がわからない	利用したくない	そ の 他
55 100.0%	10 18.2%	6 10.9%	3 5.5%	6 10.9%	5 9.1%	12 21.8%

表1-2 ねたきり痴呆老人在宅介護から病院・特養入院、入所者の元介護者調査

1. 今後の考え

	合計	このまま入所	在宅にて介護	病院を移る	不明
合計	45 100.0%	34 75.6%	6 13.3%	3 6.7%	2 4.4%
特養	20	17 85.0%	-	2 10.0%	1 5.0%
病院	25	17 68.0%	6 24.0%	1 4.0%	1 4.0%

2. 病名

M. A.

合計	脳血管障害	高血圧	心臓病	癌	リュウマチ神経痛	糖尿病	呼吸器疾患	腰の病気	事故
45 100.0%	12 26.7%	10 22.2%	2 4.4%	3 6.7%	2 4.4%	9 20.0%	2 4.4%	9 20.0%	1 2.2%

老衰	老人性痴呆症	その他
4 8.9%	9 20.0%	10 22.2%

3. 入院(入所)理由

M. A.

	合計	病状などで生命に危険	病気の治療	本人が希望	介護の手がたりない	住宅、環境の問題	介護に家族が疲れた	その他
合計	45 100.0%	11 24.4%	25 55.6%	4 8.9%	10 22.2%	3 6.7%	9 20.0%	3 6.7%
特養	20	3 15.0%	5 25.0%	2 10.0%	6 30.0%	3 15.0%	9 45.0%	3 15.0%
病院	25	8 32.0%	20 80.0%	2 8.0%	4 16.0%	-	-	-

4. A. D. L

移動（入院時）

合 計	自分で出来た	少し手をかすと出来た	半分介助	全面介助
45 100.0%	25 55.6	4 8.9%	5 11.1%	11 24.4%

移動（現在）

合 計	自分で出来た	少し手をかすと出来た	半分介助	全面介助
45 100.0%	16 35.6%	6 13.3%	5 11.1%	18 40.0%

排泄（入院時）

合 計	自分で出来た	少し手をかすと出来た	半分介助	全面介助
45 100.0%	24 53.3%	4 8.9%	4 8.9%	13 28.9%

排泄（現在）

合 計	自分で出来た	少し手をかすと出来た	半分介助	全面介助
45 100.0%	15 33.3%	5 11.1%	3 6.7%	22 48.9%

5. 症状改善されても受け入れられない理由

M. A.

	合 計	共働きなので	住宅・環境が不適切	過去にいろいろなことがあった	経済的に同居できない	その他
合 計	45 100.0%	3 6.7%	6 13.3%	2 4.4%	3 6.7%	8 17.8%
特 養	20	1 5.0%	3 15.0%	1 5.0%	2 10.0%	8 40.0%
病 院	25	2 8.0%	3 12.0%	1 4.0%	1 4.0%	

13名回答

4名回答

6. 在宅福祉サービスの状態がよければ受け入れられるか

	合計	はい	いいえ	不明
合計	45 100.0%	17 37.8%	27 60.0%	1 2.2%
特養	20	7 35.0%	13 65.0%	-
病院	25	10 40.0%	14 56.0%	1 4.0%

7. 疲労度表 全地区平均値

	身体的	精神的	神経的
入院・入居前	5.23	4.89	3.58
入院・入居後	2.88	2.31	2.68
在宅	4.19	4.74	3.38

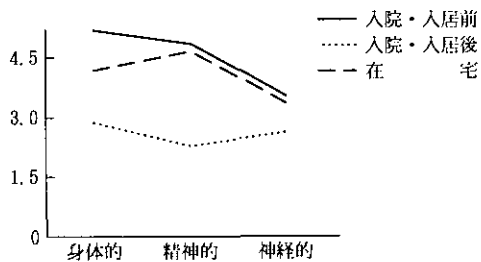


表2《5地区基礎データ》及び、在宅福祉の現況

1989(平成元年)

1988(昭和63年)

	上宮良野町	上 別 市	厚沢部町	三 笠 市	岩 内 町	全 道	全 国
地 域 特 性	小都市 農村型	中都市(過疎)農村型	小都市(過疎)純農村型	中都市(過疎)炭産地型	小都市 産業混合型		
人 口	13,820人	27,237人	6,061人	19,276人	20,427人	5,702,135人	121,025千人
65才以上人口	1,550人(11.2%)	3,893人(14.3%)	1,028人(17%)	3,643人(18.9%)	2,662人(13%)	636,216人(11.2%)	12,394千人(10.2%)
人口減少率(15年間)	1,050人(7.1%)	2,791人(9.3%)	1,318人(17.9%)	6,473人(25.1%)	5,396人(20.9%)	0.13%	10.38%
世 帯 数	4,868世帯	8,922世帯	2,001世帯	7,607世帯	7,818世帯	1,930,078世帯	39,028千世帯
世帯平均人員	2.8人	3.1人	3.0人	2.5人	2.8人	2.89人	3.12人
高 齢 者 世 帯	174世帯(3.6%)	428世帯(4.8%)	184世帯(9.2%)	1,493世帯(19.6%)	1,164世帯(15%)		
在宅一人暮らし老人	124人(8%)	245人(6.3%)	138人(13.4%)	714人(19.6%)	624人(23.4%)	63,122人(9.9%)	
在宅寝たきり老人	19人	62人	28人	20人	17人		
在宅痴呆老人	13人	17人	5人	2人	?	含病院 21,568(3.39%)	
施設・病院入所	9人	59人	31人	65人	57人		
老人一人あたりの医療費	797,970円	642,044円	900,176円	859,049円	858,791円	856,311円	567,930円
生活保護率 (人口1,000人あたり)4.4%		9.3%	22.6%	34.0%	46.2%	19.8%	8.9%
ヘルパー派遣世帯	13名	28名	26名	13名	18名		
財政力指数 (61~63年度3カ年平均)27.1		30.8	17.9	25.3	39.7	45.1	
人 口 密 度	59.1(人/km ²)	46.1(人/km ²)	13.6(人/km ²)	70.3(人/km ²)	292.0(人/km ²)	72.3(人/km ²)	323(人/km ²)
平 均 寿 命	男 75.6歳 女 79.3歳	男 74.8歳 女 80.8歳	男 76.0歳 女 81.3歳	男 74.0歳 女 79.8歳	男 72.1歳 女 79.4歳	男 74.5歳 女 80.5歳	男 74.78歳 女 80.48歳
老人クラブ加入率	15組織 40.7%	28組織 40.3%	17組織 68.6%	29組織 41.0%	1組織 6.9%		
ホームヘルパーの数	2名	7名	4名	11名	3名		

【5地区基礎データ】及び、在宅福祉の現況

	上富良野町	士別市	厚沢部町	三笠市	岩内町
主な施設	病院 3 特養 1 (定員50名) ショートステイ 実施設 1(2床) 老人専用公営住宅 4(入居3) 老人福祉センター 1 寿の家 4 公民館 5 町内会館・ 住民集会所 5	病院 1 診療所(一般) 14 “ (歯科) 7 保健所 1 養護老人ホーム 1 (入所97名) ショートステイ 実施設 1(2床) 総合福祉センター 1 公民館 4 文化センター・ 文化会館 1 町内会館・ 住民集会所 49	病院 1 診療所(一般) 2 “ (歯科) 1 へき地保健福祉館 1 老人福祉センター 1 老人憩いの家 1 寿の家 4 町内会館・ 住民集会所 11 公民館 2	病院 4 診療所(一般) 7 “ (歯科) 4 特養 1 (定員80名) 養護老人ホーム 1 (定員100名) ショートステイ 実施設 2 老人福祉センター 1 老人趣味の作業所 2 公民館 1 町内会館・ 住民集会所 55 隣保館 3	病院 2 診療所(一般) 12 “ (歯科) 9 保健所 1 共同作業所 1 (利用者5名) 特養 1 (定員50名) ショートステイ 実施設 1(4床) 老人福祉センター 1 老人憩いの家 1 文化センター・ 文化会館 1 町内会館・ 住民集会所 12
社協マン パワー	事務局長・一般業務職員 3人 家庭奉仕員 2人 福祉センター職員等 の委託事業職員 0人 合計 5人	事務局長・一般業務職員 2人 家庭奉仕員 0人 福祉センター職員等 の委託事業職員 7人 合計 9人	事務局長・一般業務職員 2人 家庭奉仕員 4人 福祉センター職員等 の委託事業職員 0人 合計 6人	事務局長・一般業務職員 3人 家庭奉仕員 11人 福祉センター職員等 の委託事業職員 6人 合計 9人	事務局長・一般業務職員 3人 家庭奉仕員 3人 福祉センター職員等 の委託事業職員 1人 合計 7人
社協認知度	・「社会福祉協議会」という名前を聞いたことがあるか あ る～85.5% な い～12.4% ・社協がどうい団体であるか 行政の一部門～51.1% 民間団体～21.5% わからない～12.9%	・左に同じ あ る～83.9% な い～15.1% ・左に同じ 行政の一部門～41.5% 民間団体～28.0% わからない～13.5	・左に同じ あ る～86.4% な い～10.1% ・左に同じ 行政の一部門～45.5% 民間団体～22.5% わからない～16.4%	・左に同じ あ る～81.0% な い～17.6% ・左に同じ 行政の一部門～42.9% 民間団体～20.6% わからない～16.2%	・左に同じ あ る～73.4% な い～25.0% ・左に同じ 行政の一部門～32.9% 民間団体～25.9% わからない～15.5%

過疎地域のケアシステムに関する研究(3)

事業の区分	上富良野町			士別市		
	実施機関団体			実施機関団体		
	社協	行政	その他	社協	行政	その他
福祉事業の概要	1 入浴サービス	○		○		
	2 食事サービス	○		○		
	3 訪問サービス	○		○		
	4 電話(訪問)サービス					
	5 移送サービス	○				
	6 理容(散髪)サービス					
	7 除排雪サービス	○			○	
	8 家のビニール張り、煙突掃除	○			○	
	9 布団等寝具乾燥サービス				○	
	10 洗濯サービス	○				
	11 買物サービス	○			○	
	12 緊急通報(サービス)システム設置					
	13 電話・巡回等による専門的相談事業					○
	14 ディサービス事業					
	15 ショートステイ事業(短期保護事業)		○			○
	16 機能回復訓練					
	17 病院付添婦等介護者派遣事業					
	18 ガイドヘルプサービス					
	19 手話通訳者派遣事業					
	20 朗読・点訳奉仕				○	
	21 手話講習会					○
	22 介護教室等介護訓練事業				○	
	23 健康・料理栄養教室					
	24 敬老会、旅行会レクリエーション	○	○		○	○
	25 独居老人交流事業	○				
	26 老人の生活文化伝承等世代間交流事業	○				
	27 運動会、テートホール等スポーツ行事	○				○
	28 老人作品展示(即売)コーナー設置					
	29 ボランティア講座・研修会				○	
	30 社会福祉大会	○				
	31 福祉を考える住民のつどい・懇談会等				○	
	32 福祉ベル、電話、インターホン設置	○	○		○	
	33 重いすの貸与・給付	○	○		○	
	34 特殊寝台の貸与・給付	○	○		○	
	35 簡易浴槽の貸与・給付				○	
	36 火災警報器の設置					
	37 在宅老人救急薬品設置					
	38 障害者タクシー料金補助		○			○
	39 老人障害者等住宅改造費補助・貸付					○
	40 点字図書館運営					
	41 共同作業所(小規模作業所)運営			○		
	42 福祉バス運行事業		○		○	
	43 高齢者無料職業紹介所運営			○	○	
	44 福祉活動推進モデル地区指定	○				
*ケアモデル地区指定以後						
		ホームヘルパー派遣 週1～2回 13名 ショートステイ 年間4～5名 デイサービス 平成4年予定 給食サービス 18名 週1～3回 業者委託 利用者負担300円		ホームヘルパー派遣 週1～2回 38名 ショートステイ 8名 デイサービス 平成3年予定 給食サービス 12名 週3回 利用者負担250円		
		*入浴サービス 4名 月2回 特養利用 利用者負担280円 *訪問サービス 22名 週6回ヤクルト販売安全		入浴サービス 20名 月2回 訪問指導、除雪 随時 介護者訓練 4地区年1回		
		*除雪サービス 60名 必要に応じて 昼食会 毎月1回				

北 星 論 集(文) 第29号

事業の区分	厚 沢 部 町			三 笠 町		
	実 施 機 関 団 体			実 施 機 関 団 体		
	社 協	行 政	そ の 他	社 協	行 政	そ の 他
福祉事業の概要	1 入 浴 サ ー ビ ス					
	2 食 事 サ ー ビ ス	○		○		○
	3 訪 問 サ ー ビ ス	○				○
	4 電 話 (訪 問) サ ー ビ ス					
	5 移 送 サ ー ビ ス					○
	6 理 容 (散 髪) サ ー ビ ス					○
	7 除 排 害 サ ー ビ ス			○		
	8 家 事 窓のビニール張り、煙突掃除					
	9 布 巾 等 寝 具 乾 燥 サ ー ビ ス			○		
	10 洗 濯 サ ー ビ ス					
	11 買 物 サ ー ビ ス					
	12 緊 急 通 報 (サ ー ビ ス) シ ス テ ム 設 置				○	
	13 電 話 通 問 等 に よ る 専 門 的 相 談 事 業				○	
	14 デ ィ サ ー ビ ス 事 業					
	15 ショ ー ト ス テ ィ 事 業 (短 期 保 護 事 業)		○			○
	16 機 能 回 復 訓 練		○			
	17 病 院 付 添 削 等 介 護 者 派 遣 事 業					○
	18 ガ イ ド ヘル プ サ ー ビ ス					
	19 手 話 通 訳 者 派 遣 事 業				○	○
	20 朗 読 、 点 訳 奉 仕					
	21 手 話 講 習 会				○	○
	22 介 護 教 室 等 介 護 訓 練 事 業					○
	23 健 康 ・ 料 理 栄 養 教 室		○			
	24 健 老 会 、 旅 行 会 レ ク リ エ ー シ ョ ン		○		○	
	25 独 居 老 人 交 流 事 業					○
	26 老 人 の 生 活 文 化 伝 承 等 世 代 間 交 流 事 業		○		○	○
	27 運 動 会 、 ゲ ー ト ボ ー ル 等 ス ポ ー ツ 行 事		○		○	○
	28 老 人 作 品 展 示 (即 売) コ ー ナ ー 設 置		○		○	○
	29 ボ ラ ン テ ィ ア 講 座 ・ 研 修 会				○	
	30 社 会 福 祉 大 会				○	
	31 福 祉 を 考 へ る 仕 度 の つ ど い ・ 懇 談 会 等					○
	32 福 祉 ベ ル 電 話 ・ イ ン タ ー ホ ン 設 置		○			○
	33 車 い す の 貸 与 ・ 給 付				○	
	34 特 殊 寝 台 の 貸 与 ・ 給 付					○
	35 簡 易 浴 槽 の 貸 与 ・ 給 付					○
	36 火 災 警 報 器 の 設 置					○
	37 在 宅 老 人 救 急 業 品 設 置					○
	38 聴 音 者 タ ク シ ー 料 金 補 助				○	
	39 老 人 障 害 者 等 住 宅 改 造 費 補 助 ・ 貸 付					
	40 点 字 図 書 館 運 営					
	41 共 同 作 業 所 (小 組 操 作 業 所) 運 営					
	42 福 祉 バ ス 運 行 事 業					
	43 高 齢 者 無 料 職 業 紹 介 所 運 営				○	
	44 福 祉 活 動 推 進 モ デ ル 地 区 指 定					
*ケアモデル 地区指定以後			ホームヘルパー派遣 週1~2回 26名 ショートステイ 他町特養委託 データーサービス 予定なし *給食サービス 18名 週3回 業者委託 利用者負担150円 *入浴サービス 53名 益良利用 1人ぐらし、風呂のない人 *訪問サービス 20名 毎日 乳製品、郵便局員 住宅修繕事業 建築技能者協会 ボランティア		ホームヘルパー派遣 週1回 30名 8名 ショートステイ 予定なし データーサービス 22名 週5回 業者委託 利用者負担250円 *給食サービス 26名 *入浴サービス 60名 *訪問サービス 60名 緊急通報システム 除雪サービス 60名帯	

過疎地域のケアシステムに関する研究(3)

	事業の区分	岩内町		
		実施機関団体		
		社協	行政	その他
福祉事業の概要	1	入浴サービス	○	
	2	食事サービス	○	
	3	訪問サービス	○	
	4	電話(訪問)サービス	○	
	5	移送サービス	○	○
	6	理容(散髪)サービス		
	7	除排雪サービス		○
	8	家のビニール張り, 障子掃除	○	
	9	布団等寝具乾燥サービス		
	10	洗濯サービス		
	11	買物サービス	○	
	12	緊急通報(サービス)システム設置		
	13	電話, 巡回等による専門的相談事業		
	14	デイサービス事業		
	15	ショートステイ事業(短期保護事業)		○
	16	機能回復訓練		○
	17	病院付添削等介護者派遣事業		
	18	ガイドヘルプサービス	○	
	19	手話通訳者派遣事業		
	20	朗読・点訳奉仕		
	21	手話講習会	○	
	22	介護教室等介護訓練事業		
	23	健康・料理栄養教室		
	24	敬老会, 執行会レクリエーション		○
	25	独居老人交流事業		
	26	老人の生活文化伝承等世代間交流事業		
	27	運動会, ゲートボール等スポーツ行事		○
	28	老人作品展示(即売)コーナー設置		
	29	ボランティア講座・研修会		
	30	社会福祉大会		
	31	福祉を考える住民のつどい・懇談会等		
	32	福祉ベル, 電話, インターホン設置		
	33	車いすの貸与・給付	○	
	34	特殊寝台の貸与・給付	○	
	35	簡易浴槽の貸与・給付		
	36	火災警報器の設置		
	37	在宅老人救急薬品設置		
	38	障害者タクシー料金補助		
	39	老人障害者等住宅改修費補助, 貸付		
	40	点字図書館運営		
	41	共同作業所(小規模作業所)運営		○
	42	福祉バス運行事業		
	43	高齢者無料職業紹介所運営		
	44	福祉活動推進モデル地区指定		
*ケアモデル地区指定以後		ホームヘルパー派遣 週2回 18名 ショートステイ デーサービス *給食サービス 6名 週2回 特養調理委託 平成2年10月 10名 *入浴サービス 3名 週1回 移送サービス 施設利用, 老人ホーム入浴, 年数回 *車かけ訪問 10名 週6日 特任ヘルパー 訪問看護 町が看護協会への委託 4~6人 月2回		

北星学園大学文学部 北星論集第29号開学30周年記念号 正誤表

頁・行目	誤	正
CONTENTS 17行目	Bronte	Brontë
53頁 下から13～14行目	排泄 <u>3.9%</u>	排泄 <u>30.9%</u>
59頁 18行目	(寝た <u>き</u> 起きたり)	(寝た <u>り</u> 起きたり)
82頁 2. 病名	腰の病 <u>気</u>	目の病 <u>気</u>
85頁 老人一人あたりの医療費	642,044 <u>人</u>	642,044 <u>円</u>
85頁 //	900,176 <u>人</u>	900,176 <u>円</u>
96頁 10行目	(Table 1 の見出し) bland	brand
194頁 20行目	'Haunt me, <u>u</u> ' (48)	'Haunt me, <u>'</u> ' (48)
200頁 10行目	Emily Bronte	Emily Brontë
200頁 12行目	p.148-9.	pp.148-9.
270頁 5行目	才 <u>月</u>	歳 <u>月</u>
276頁 9行目	合意形成をつくり出 <u>す</u>	合意形成を可能にする
294頁 17行目	Rudor <u>f</u>	Rudol <u>f</u>
295頁 5行目	主要 <u>義</u> 題	主要 <u>議</u> 題
301頁 14行目	Chistengemeinschaft	Christengemeinschaft
304頁 2行目	mench <u>ic</u> he	mensch <u>l</u> iche
316頁 16行目	<u>V</u> iel	<u>Z</u> iel
318頁 21行目	比較者研究 <u>室</u>	比較教育研究 <u>室</u>
321頁 下から4行目	Fr̄belforschung	Fr̄obelforschung
322頁 3行目	Bib <u>io</u>	Bib <u>l</u> io
353頁 6行目		(1982) の後に追加 R.H.Tawney "Equality"