

奈良県の高齢化社会における 家族福祉施策のあり方に関する研究

—奈良県菟田野町の取り組みを事例として—

A Study of Family Social Welfare Policies on Aging Society
in Nara Prefecture

— The Case Study of UTANO TOWN—

桂 良太郎
Ryotaro KATSURA

はじめに

奈良県宇陀郡菟田野町は、典型的な高齢化と過疎化のなかにおかれた町の一つである。筆者は約1年にわたり、この町の人々と共に、21世紀のまちづくりのための調査研究に携わることができた。この町との出会いは、筆者が奈良県庁内に置かれた「奈良県在宅福祉サービス供給システム研究委員会」（平成3年度）の仕事をしていた時、いく度か県下の保健所や福祉関係機関をまわる機会があり、そこである熱心なその町役場の福祉課職員との出会いが最初であった。

この町の「保健福祉計画」の策定が、国の「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」を受けて、県から町に対して、町としての「保健福祉に関する計画」を策定しなければならないという事が起り、町から筆者にその作業のアドバイザーとしての参画の依頼が入った。また、この町は国民健康保険の医療費の割合が異常に高く、厚生省からも指導が入り、今の医療費を何とか抑えるにはどのようにすればよいかについて、町としての対応が迫られていたこともあり、この際、問題が山積みされたこの町で勉強することは筆者自身の研究を磨く上で必ず役立つのではないかと判断し、この町と関わることになった。

また、筆者は、それまで奈良県全体の社会福祉の実情について、県の依頼で仕事をしてきたこともあり、この際一度丹念に一つの町に入り組み、そこで詳しく実態調査研究をしてみたいという希望もあり、今回の調査研究に踏み切った。

筆者は、当初保健福祉計画の策定のアドバイザーとして参画した。それは、国や県に提出する調査報告書の作成が主な仕事であったが、これらの県が指定してきた調査項目だけでは決して有効な回答が生まれなことがわかり、それだけでは不十分と判断し、町役場の保健婦や看護婦の協力のもとで、町独自の調査項目の設定や、筆者がかねがね研究してきた「家族福祉研究」

平成5年9月10日原稿受理

の視点を加味した、より具体的なケース研究をも踏まえた、ミクロ・マクロ的調査研究が必要であると考え、今回の奈良大学総合研究所のもとで、町の仕事とは別に調査研究を新に行う事に至った。

故にこの研究報告は、筆者等の独自の研究的視点に立ってまとめ上げたものであるがそのベースとしては町が行った基礎調査を採用している。¹⁾

まず第1章では、筆者なりの研究的視点について、「家族福祉と高齢者問題」に焦点をおいて、今なぜ家族福祉の視点が重要になってきたかということ、現代の高齢者問題の現状と課題からまとめてみた。

第2章では、そうした家族福祉の重要性を展開するには、総合的な保健や福祉のサービス供給システムをあきらかにせねばならないことから、ここでは、かつて筆者が県の依頼で調査研究してきた「奈良県における総合的な社会福祉供給システムのあり方に関する調査研究」²⁾をベースにしなが、そのシステムの内容と問題点について整理を試みた。

第3章では、そのような研究的視点から、マクロ的な課題を整理し、さらにより具体的な事例研究として、菟田野町における問題と課題について二つのケーススタディをもとにまとめてみた。

つまり、今後の町として、どのような具体的施策やサービスを展開していかなければならないかについて検討したまとめである。

今回の調査研究は、菟田野町だけの問題ではなく、奈良県郡部の保健福祉施策のあり方を模索する上でより有効な研究的示唆を得ることができたのではないかと考えている。

第1章 家族福祉と高齢者問題

1) なぜ今「家族福祉」なのか

今や「人生50年」から「人生80年」の時代に来ている。昭和10年の日本人の平均寿命は、男性46.92歳、女性が49.63歳、実際に50年に届かず、欧米諸国に比べても10年余り短いものであった。それが平成3年には、男性76.11歳、女性が82.11歳まで伸びている。公衆衛生の普及、医学の進歩などによって、日本は世界で最も長寿な国になりつつある。しかも、日本の高齢化の特徴として、65歳以上の高齢者が1500万人を突破し、総人口に占める割合が12.6%、国民の8人に1人が高齢者となっていることと、特に後期高齢者とよばれている人々の割合が西暦2010年を境にして、前期高齢者によりも増すとされている。平成32年（2020年）には、厚生省の人口問題研究所の推定では、恐らく高齢者の割合は25.5%、つまり4人に1人が高齢者であるとしている。日本の高齢化はそのスピード（速さ）、スケール（規模）、そしてシニア（長寿化）においてどの先進諸国にも見られない特殊な国になりつつある。

寝たきり老人は西暦2000年頃には500万人になると言われている。一方で、若年労働者の減少で女性の社会進出がもっと必要になる。かつての女性の生き方に対する考え方が大きく変わってきている。性別役割分担の考え方の変化である。

「自分の親は自分で面倒みる」は正論のように聞こえるが、欧米の経験を見ると、それが

かえって大きな社会的あるいは個人的に不利益をもたらすことは言うまでもないことである。男女が共に支えあい、共に人間としての尊厳が共有されてこそ、真の福祉社会が実現したことになることを考えた場合、わが国はさまざまな福祉制度や施策において先進ヨーロッパ諸国よりも少なくとも30年以上遅れていると考えるのは筆者一人ではないであろう。

「なぜ今家族福祉なのか」という問いに答えるために、筆者は次の三つの視点（疑問）から整理してみたい。換言すればこれらの疑問が筆者だけでなく多くの人々の中に持たれるようになってきたからこそ、「家族福祉」を真剣に考えなくてはならなくなってきたとも言える。

一つ目は、「日本人は本当に家族を大切にしているだろうかという疑問」である。二つ目は「家族そのもののライフスタイルが非常に多様化してきたのではないかと疑問」、三つ目は「家族機能強化のための家族に焦点が置かれた必要な社会的なサポートがあまりにも未成熟ではないかと疑問」である。

第一の疑問は、例えば誰かに介護や看護が必要になった時、その一人ひとりのウェルビーイング（個人の福祉、自己実現）をきちんと守るという意味において、我々はそれらの人々を大切にしてきたかという点、必ずしもそうではなかった。すぐ病院や施設に入れて、出来るだけ家の体面を汚さないで、施設に入れた事を他人に知られないようにすることが往々にして現存した。つまり家族は個人の意志よりも「世間体」を重んじてきたのではないだろうか。これは、「家のために」という集団優先の文化が根強く存在してきたためと考えられる。

明治時代に儒教的な文化に基づいた家（イエ）制度が確立し、家父長的な家族制度が強化された結果であると言える。その構造は、戦前までの日本社会での急速な近代化を支えていたエートスとしてみる見方も成り立っている。しかし、戦後の新しい民主主義的な家族の形成の試みのなかで、形態的な核家族化の進行をはじめ、産業構造の大幅な変革は、否応なしに、今までの家（イエ）制度的な伝統家族のあり方を大きく変えていった。夫婦関係、親子関係のあり方においてもその様相が大きく変化するようになってきた。

そのことは、第二の疑問と関連するが、「家族そのもののライフスタイルが多様化してきたのではないか」という疑問と重なる。

産業構造や法制度の変革は直ちに家族の形態やライフスタイルに影響を及ぼすこともあろうが、家族意識や「家（イエ）制度」を支えてきたエートスはそうたやすく変化するものではなかった。またその際に、世代間格差も顕著に現れている。

現代日本を支える家族意識を含めたさまざまな価値観やものの考え方の特徴は、筆者には大きく七つぐらいの世代による格差が存在していると思われる。まず、明治時代に生まれた人々の価値観と大正時代の人々の価値観とは異なり、昭和時代は戦前と戦中そして戦後とでは大きく異なっている、戦後の世代を振り返ると、昭和24年までの戦後の混乱期と、昭和25年以降から昭和45年あたりまでの高度経済成長の時代に生まれた人々とはものの考え方が異なっている。昭和45年以降生まれの人々を「新人類」などと呼んで区別してきた。そして現在の児童たちはまさしく「新々人類」などと呼ばなければならなくなっている。この

ように各世代間の家族に対する意識は大きく異なっている。さらに加えるならば、各世代の男女間の相違だけでなく、個々人でも異なった価値観が持たれるようになってきて、その意識の多様性はかつてのような共通したものを求めることがより困難になってきたように思われる。

このような各世代間男女間等で異なった生活価値観をもっている国民は、他の国にも世代間ギャップや性別間ギャップは見られるものの、明瞭にみられる国はそう多くはないのではないかと筆者は考える。それは、産業や経済構造はじめ他の社会制度の変化があまりにも著しかった事に起因しているのではないだろうか。

21世紀に向けて、今後はさまざまな生き方（家族のライフスタイルの多様化）が出て来るものと考えられる。³⁾ 例えば、結婚せずに一生を独身で通すとか、或いは離婚を選択する人、再婚をする人も出て来るであろう。また、同性同士で生活する人、結婚届けを出さずに暮らす人、子供をつくらない人、或いはキャリアウーマンとして一生働き退職後に結婚するという人生を選ぶ人も出て来るであろう。未婚の母はもちろん、非婚の父というのも出てくる。老婚も今後増える傾向があると言われている。また、そのような家族形態の多様化という側面は、いわゆる核家族だけをとってみても、それぞれ核家族でもって個々の家族ライフスタイルが異なるという社会現象が予想されるようになってきた。例えば高度経済成長期の家庭生活スタイルとしての、家電製品等において、隣の家がテレビを買えば自分達の家も同じテレビを備えるといったある種の均一した行動様式が、はたして今後も予期できるかといえは決してそうではない。このようなさまざまな生き方が多様化するに従って、如何にそのようなさまざまな家族生活を支えていくかということがそもそも家族福祉の重要性が着目されるようになった大きな要因であると考ええる。

そこで、第三の疑問は、そのような家族のライフスタイルの変化に伴い、家族機能を強化するためのさまざまな社会的なサポートの仕組み作りが、わが国の場合まだ十分に確立されていないのではないかという疑問である。

国連は1994年を「国際家族年」と定め、公式エンブレムは、ひとつの家族が屋根に守られ、もうひとつの家族と関わりあっている。これは、「家族は社会の核となる最も大切なもの（The Family at Heart of Society）」を表している。そして、「家族から始まる小さなデモクラシー（Building the smallest democracy at the heart of society）」という標語が掲げられている。

その中で、注目しなければならないことは、「家族の重要性を強調し、家族の機能やそれらの問題をよりよく理解すること。家族のメンバー一人ひとりの責任と人権に焦点を当てること」とうたわれていることである。しかも「家族には国や社会によって多様な形態や機能がある。家族の形態や機能は社会によって変化する。家族は個々の好みや社会の条件によって多様である。」つまり、さまざまなライフスタイルを前提にしながら、それらを支える社会の側のサポートのあり方が今求められているのである。

個々の家族ライフスタイルを支える政策は、家族内における男女平等を原則として、過程

或いは職場における雇用機会においてもその原則を完全に遂行する目的を持ったものでなければならぬ。そして更に重要なことは家族の機能を代替するよりむしろ家族の機能の遂行を援助すべきである、ということである。家庭に問題があるから障害者や高齢者を取り上げてすぐに施設に入れるのではなく、どのようにその家族にサービスを届けられるかということである。それぞれの地域に家族を支える諸資源がどれだけあるか、それをチェックし、結びつけ、家族を社会の重要な集団としてサポートしていく一連の活動に「家族福祉固有の存在意義」がある。今まではそのような家族全体に焦点がおかれた社会福祉サービスのあり方についてはあまり研究がなされてなかった。それは、家族という集団が他の社会的集団とは性質を異にし、今までに社会の側からの介入を極力拒んできたという背景が横たわっているからである。つまり家族は極めて「プライベートな集団」であるからである。ここでいう「家族福祉」を探究するということは、むしろ家族のプライバシーをどれだけ社会が守り、家族の尊厳（家族員のそれぞれの人権保護）をどれだけ確立していけるかという事柄に関わっている。

2) 高齢者問題の現状と課題

高齢者問題のマクロ的な問題については、前項で示したように、急速な高齢化のスピード、1500万人以上の高齢者をもつ人口規模としてのスケール、そして後期高齢者の占める割合が増加するシニアの三つのSによるさまざまな社会的問題が個々の事例に反映されている。安心して老後を送るには、しっかりした老後保障としての年金等に代表される社会保障制度の充実はもとより、寝たきりにならない、痴呆症にならないための健康保持のあり方、そして、なによりもその個人の「生活の質（QOL）」の追及における「生きがい」や「社会参加」のあり方等さまざまな社会的な問題を総合的に検討していかなければならない。

現在の高齢者問題を見る場合、上記のマクロ的な視点は、今まで筆者が関わってきた奈良県のある郡部の高齢者問題と大きく関わっている。奈良県の郡部では、すでに高齢化率が20%を超えたところがほとんどで、それは、2000年時代の日本を先取りしたところでもある。特に郡部に入れば入るほどその問題は深刻な状況にさらされている。特に産業構造の変革による地場産業の低迷、若者層の都市部への移動、いわゆる過疎社会によるさまざまな問題と高齢者の問題は、病気や介護を必要とする高齢者の社会的ケアのあり方に象徴されて表出している。しかも郡部に入れば入るほど、根強い「家（イエ）制度」にまつわる家族意識は、村落共同体特有の「むらの人間関係」において、婦人の社会的役割が都市部よりも濃厚に「性別役割分業」として残存しているのが現状である。

急激な都市化、情報化による過疎化社会のなかで、私たちは家族がばらばらに分散され、残された人々と共に必死に「ふるさと」を大切にしようとして、高齢者や児童、障害児者の問題解決のためにさまざまな取り組みを行おうとしている。

いざというときに、きちんとした「医療サービス」が受けられ、その後の在宅で安心した「介護サービス」や生きがいにまつわる「社会参加」が保障されてこそ、本当の意味での「ウェルビーイング（福祉）」が達成されたことになる。「健康」と「ゆとり」と「生きが

い」がきちんとその地域社会で整えられるためには、今までの個人的な対応や家族のみに責任を負わせてきた従来の社会福祉観から脱却し、地域住民すべての問題として、「社会的ケア」としての「福祉のまちづくり」を今こそ真剣に住民自身が考えなくてはならなくなってきた。

そうした、住民の福祉に対する考えや意識を変えていくためには、その地域社会の「福祉のまちづくりのための将来ビジョン」が住民参加のもとで立てられ、その根底にある「福祉理念」を地域住民に理解させ、共感してもらえるものを示す必要がある。

そして、その福祉のまちづくりのためのビジョンが、より各小地域の実情に即して、より具体的な計画として立案されなければならない。

今回筆者が関わった奈良県宇陀郡菟田野町は、まさしく高齢化率約20%という21世紀の日本の高齢社会を先取りした地域である。そして、急激な産業構造の変化をまともに受け、バブルの崩壊による地場産業が衰退する危機に直面しながら、あすの「まちづくり」のあり方を真剣に模索している地域でもある。この菟田野町での取り組みは、この町の問題だけではない。そしてこの研究によって奈良県及びわが国の将来の高齢社会を乗り切るための有効な示唆を提供してくれるものとする。

第2章 地域福祉推進のための総合施策としての家族福祉の重要性

1) 奈良県における総合的な社会福祉供給システムのあり方

ふつうさまざまな社会サービスを受けるのは個人であるが、その個人を支えている「集団としての家族」に焦点をおいた包括的な社会サービスは今まであまり研究されてこなかった。最近になって地域福祉研究の中で「在宅福祉」が注目されつつある。ここで取り上げた「家族福祉」とは広義の在宅福祉と重なる点があるが、より包括的な「集団としての家族」に焦点をおいた概念としてとらえたものである。⁴⁾わが国においては家族援助政策の理念および実態が未だ明確になっていないのが現状であるが、筆者は少なくとも以下の五つの視点が家族福祉と在宅福祉とは異なる点と考えている。すなわち、(1)個人と家族への複眼性または全体性 (2)多様な家族への福祉サイドのみの直接間接的な接近だけでなく住宅、教育等のセクターをも含めた他の間接的なシステムとの総合性または連携性 (3)個人を援助するためには「家族を全体として援助しなければならない」という集団性 (4)子どもから老人を含むすべての世代間にかかわる共生性 (5)総合的な地域の特性を踏まえた地域性の五つが従来の在宅福祉の視点と異なっている。もっとも(4)(5)については、広義の在宅福祉にかかわるようになってきたので、ここでは(1)から(3)が家族福祉固有の視点となる。

このような家族に焦点をおいた総合的な社会サービスを構築していくためには総合的な保健医療および福祉等の在宅福祉の供給システムを構築していかなければならない。

そのキーワードとしては「計画性」「組織性」そして「ネットワーク性」が重要になってくる。「計画性」と「組織性」については後章の奈良県菟田野町における試みのところでより詳しく論述するとして、ここでは筆者等が昨年調査研究した「奈良県における住民参加型

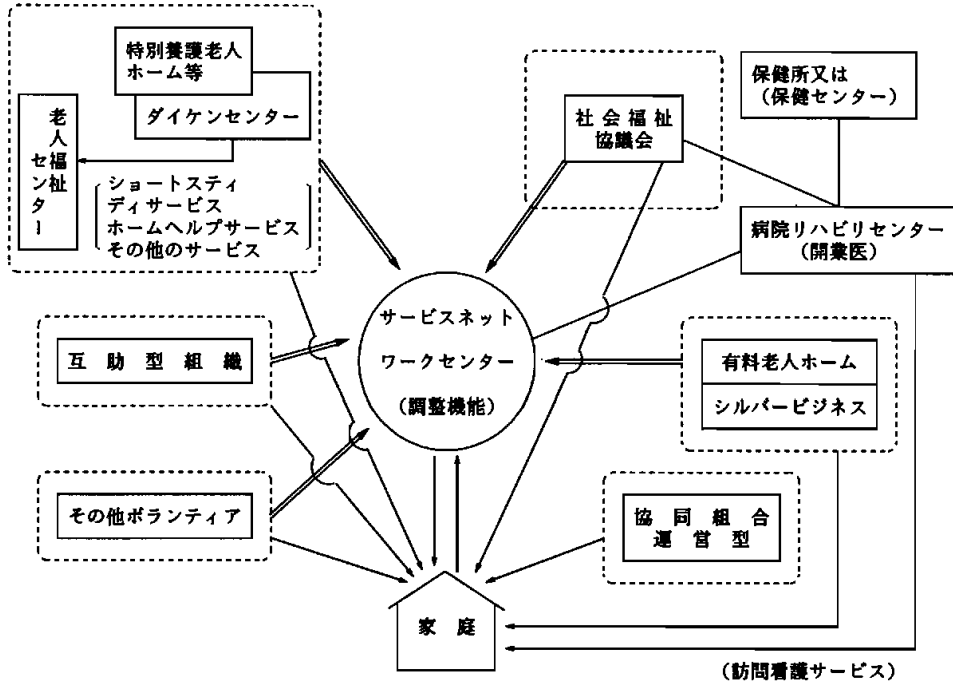


図1 都市型（大・中小）住宅福祉サービス供給システムモデル

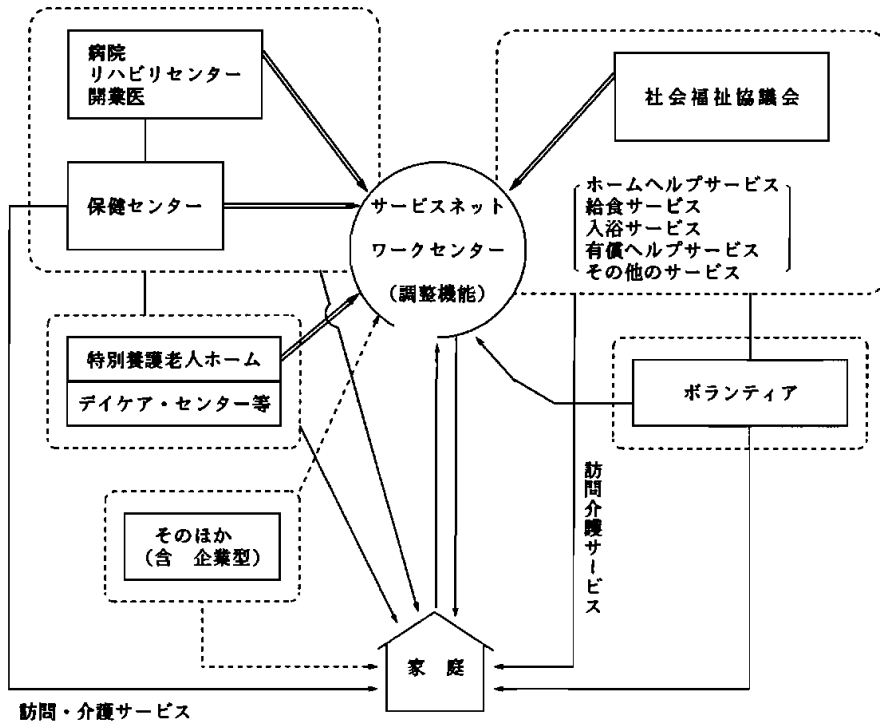


図2 都市型住宅福祉供給システムモデル

社会福祉供給システムの研究」を参考にしながら「ネットワーク性」という視点から奈良県における総合的な社会福祉供給システムの問題について整理してみたい。

ここに提示した二つの供給システムのモデルはまさしく「ネットワーク性」を念頭において構築した概念図である。ひとつは「都市型の家族福祉サービスの供給システムモデル」で、もうひとつは、ここで取り上げる菟田野町などに適合した「郡部型の家族福祉供給システムモデル」である。どちらも家族（在宅）を中心とした社会福祉の供給システム図である。はたしてさまざまな供給サービスを調整する機関や組織についての論述は後章にゆずるとして、一応このような体系的な供給システムが必要になってくると考える。⁵⁾

2) 総合的な社会福祉供給システムの問題点

上記に示した「総合的な社会福祉の供給システム」のキーワードの「計画性」「組織性」と「ネットワーク性」がある意味で構造的なキーワードであるとするならば、その構造的なキーワードを支えている機能的なキーワードがまさしく「住民（家族）の主体性」である。表に現れたさまざまな構造的課題は、その裏側では機能的課題とマッチしながら存在している。

つまり、このような供給システムの構築（仕組み作り）は住民一人ひとりの主体的な働きかけ（「意識」や「態度」）なしには充分機能しないことになる。換言すれば、さまざまな家族福祉にまつわる社会政策や施策およびサービスというものが、それらが住民の意識や行動を変えさせ、住民自身の「主体的な運動」にアイデンティファイさせる政策や施策でなくては何にもならないのである。

1960年代から70年代までは、高度経済成長からオイルショック期へと目覚ましく社会が変化した時代であった。その時期の社会福祉は、働ける者がある意味で優先され、病気や介護の必要になった人々に対しては、入院や施設入所が特に行政機関が中心になって行われてきた時代でもある。筆者はそれを「福祉事務所の時代」と呼びたい。

1970年から80年代に入って、地域福祉が脚光を浴びるようになってきた、それは、それまでの高度経済成長がもたらした社会問題としての公害問題等から、住民自身が立ち上がり、これまでは子供や高齢者を守って行くことができないと、地域福祉にまつわるさまざまな住民運動が展開され始めた時代である。特に民間の団体である「社会福祉協議会の時代」の幕開けであったと考える。

そして、1980年代に入り、福祉8法の改正、高齢者保健福祉推進10カ年戦略（いわゆるゴールドプラン）等が公表され、「市町村」「計画」「総合版（ネットワーク）」がキーワードとして登場し、政府あげての高齢化対策の時代に移行し、90年代には筆者の考えでは「保健センターの時代」が到来しつつあると考えている。

次の21世紀には恐らく「医療機関（が中心となり他の機関と連携）の時代」が必ず到来するのではないかと予想している。いずれにせよそれぞれの時代の中心となるべき調整機関をもじって福祉供給システムのあり方を模索してみたが、その原点は「住民主体」が成り立ってこそ機能することを忘れてはならない。

このシステムの一の問題点は、都市部においても郡部においても、それぞれの地域社会の特性にあった「住民主体」をどう展開していくかにかかわっている。それは、前述した供給モデルの図で言えば、まさしくサービスが供給のための「調整的な役割」をはたす「サービスネットワークセンター」がはたしてどこに置き、誰がどのように行うかにかかっている。

都市部においては、今後ますますさまざまな供給形態としての民間サイドからの混入が予想されている、そして今後は協ははじめ、各種福祉事業団等の非営利組織（NOP）や営利組織としての企業サイドからの参入がますます増していくものと予想している。奈良県では筆者の考えではむしろ郡部から、シルバーサービスや各種の営利組織としてのシルバービジネスが入る可能性が高いと見ている。それは、奈良県の地域特性とも関わっているからである。筆者は、今回の調査で奈良県のさまざまな地域を訪れる機会を得た。大きくこの県は、「北和」「中和」「南和」という三つの地域の特性がその歴史的、社会文化的背景において異なって存在していることが見受けられた。郡部に行けば行くほど、家族形態やそのライフスタイルが「北和」の都市部に比べて大きく異なっている。例えば三世代同居率をとってみてもしかりである。しかし、よく見てみるとその三世代同居もいわゆる核家族化の様相は都市部とほとんどその生活スタイルにおいては異なっていないのも現実である。つまり「都市的生活様式の普遍化」である。しかしながら、伝統的な家族制度にまつわるいわゆる「閉鎖性」と「家族集団主義」においては、開かれた地域社会としての「共生社会」の実現は、都市部よりも郡部に大きな問題が残存していることも事実である。そのような閉鎖的ないわゆる共同体の人間関係は、家の恥は外には出さないということが念頭にあり、結局は企業等の第3セクターによる家族への介入が増加するのではないかと見ている。また奈良県の地域性の一つとして、比較的経済的富裕層が郡部に多いということもその要因の一つであると考えている。

しかし見逃してならないことは、そのような地域特性が存在していようと、どこかで家族から見放され、僅かな財産を浪費し、明日からどのように生活していけるか困難な状況下に置かれている人々の存在である。それらの人々の生活基盤の社会的ケアこそが「社会福祉の原点」であることをわれわれは忘れてはならず、さまざまな生活障害を地域住民一人ひとりが「共に生きて行くのだ」とした社会福祉理念（ノーマライゼーション）がその地域社会でどれだけ育むことができるかという実践そのものが、21世紀のゆたかな地域づくりの根幹でなくてはならないのである。

そこで、今回の調査では、奈良県郡部の菟田野町に焦点を置きながら、はたして総合的な家族福祉施策を今後展開していくためには、現在の菟田野町社会福祉にまつわる実情と課題は何で、それらを解決するためには、今ある町内の資源をどう活用し、国、県、広域行政との関わりのなかでどう調整していくかについて検討していかなければならない。今回のこの菟田野町での調査は、この町のみ問題だけでなく、超高齢社会に置かれている奈良県郡部全体の今後の21世紀を見すえた、まちづくり、むらづくりのための有効な示唆を得るものと考えられる。

第3章 奈良県菟田野町の高齢者問題の現状と課題

—調査結果からの考察—

いままで述べて総合的な家族福祉施策のあり方を基本的な研究ベースとしながら、筆者は約1年にわたり、奈良県宇陀郡菟田野町に焦点を置きながら、現地調査を行った。前半は主として現地の関係機関の人々との信頼関係を確立するために調査の目的や方法に理解を得ることに集中し、さまざまな既存資料の分析や検討を行いながらいろいろな人々からの意見を聴取した。後半は役場を中心に実際に現地に入り込み地域住民の代表者や関係者等にインタビュー調査を継続しながら、参与観察によるフィールドワークを行い、21世紀のまちづくりのための具体的な対応策についての検討を試みた。その際とった調査方法としては、マクロ的な統計調査の他に、ミクロ的な事例調査を試みた。実際に町の保健婦やホームヘルパーやボランティアと共に、要介護高齢者の家に入り、そこでの面接や参与観察でもって個々の事例を丹念に見ることが出来た。

ここでは、そうした現地での社会調査の結果をもとに、上記で示した家族福祉の枠組みから、問題点と課題を整理しながらいくつかの具体的な問題解決のための政策提言を試みた。

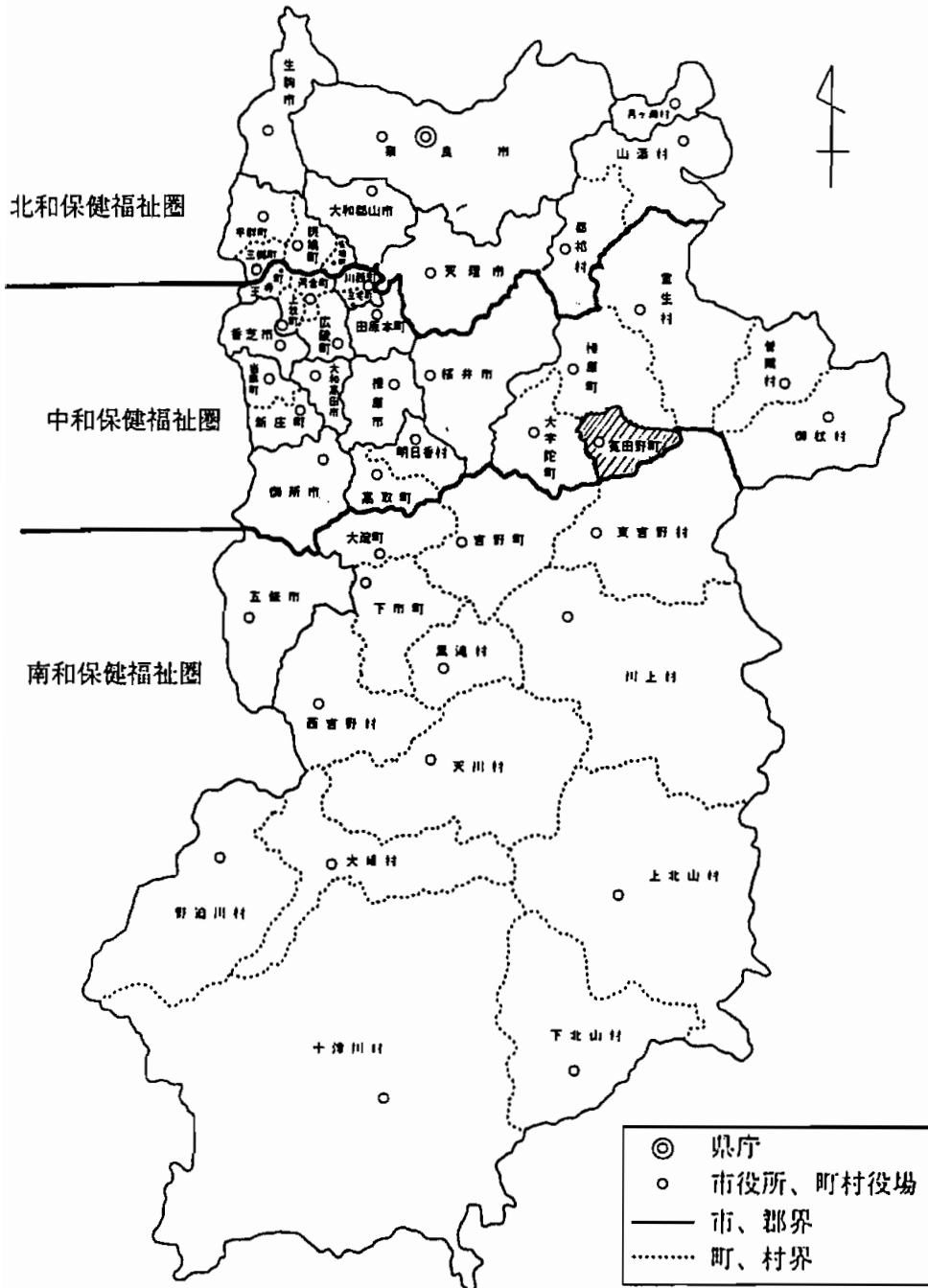
1) 菟田野町の概要

a) 自然・社会環境

菟田野町は奈良盆地の東南部に続く宇陀郡の南部に位置し、大和地方と伊勢を結び且つ桜井市、榛原町を經由して三重県名張市に接続する交通路に挟まれた地域に位置している。地形として、西に底辺をもち東に頂点を有するやや細長い形状を示している。西北約6.5km、東西約8.5km、総面積27.77km²であり、集落は町の中央を西北に小盆地を形成しているがその中央部が中核地となっている。宇陀盆地の東南部の芳野川の流域に成立しその地形は、南東に高く烏帽子岳(743m)を最高峰として、西北へ低くなり芳野川が榛原町に流出する地点における海拔は335mである。気候は温和であり内陸性気候を示しているが高原山間盆地のため、やや冷涼である。冬季は一般に降水量が少なく降雪、降霜の期間は長く降水量は320~330mmとやや多いところである。

全地域の約70%が山林で占められているが、南西から南東に走る国道166号線を中心に榛原菟田野町線等県道及び町道の整備は過疎対策事業の一つとしてかなり整備され奈良方面への通勤圏内に位置していることから労働力の町外流出は激しいが本町の木材加工、木材出荷量は多く、なかでも銘木はその品質の良さが評価される場所である。銘木と並び地場産業振興センターでの技術指導等地元と県のタイアップによる努力が重ねられてはいるが後継者問題等多くの問題を抱えていることも事実で、近年外国人労働者の姿も見受けられるようになってきている。⁶⁾

保健福祉圏



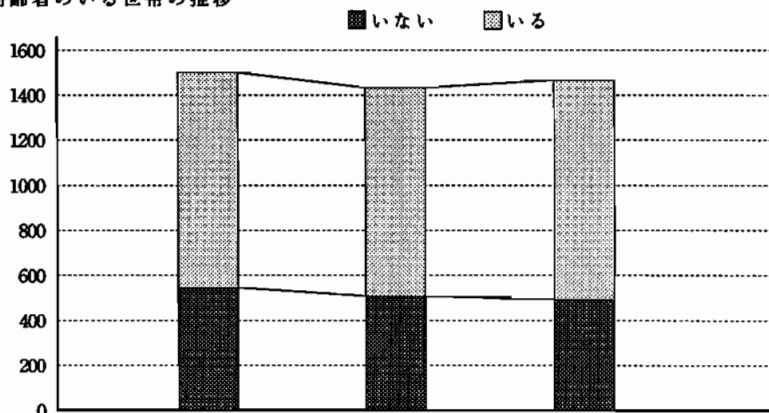
総合研究所報

菟田野町の将来人口の推計

	国勢調査結果			将来推計人口					
	1990年			1995年			2000年		
	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数
合計	2,640	2,837	5,477	2,508	2,704	5,212	2,361	2,545	4,905
0～4	155	145	300	132	126	258	115	110	225
5～9	192	185	377	157	149	306	134	130	264
10～14	154	179	333	191	177	368	156	143	299
15～19	184	175	359	147	160	307	182	158	340
20～24	158	133	291	153	138	291	122	126	248
25～29	143	148	291	123	112	235	120	116	236
30～34	162	170	332	119	153	272	103	116	219
35～39	203	196	399	160	169	329	118	153	271
40～44	218	184	402	203	185	388	160	160	320
45～49	148	168	316	215	176	391	200	177	377
50～54	164	177	341	144	165	309	210	173	383
55～59	178	179	357	151	164	315	133	153	285
60～64	188	218	406	164	178	342	139	163	302
65～69	136	188	324	170	202	372	140	165	314
70～74	114	142	256	115	171	286	144	184	328
75～79	75	129	204	86	129	215	87	155	242
80～84	45	79	124	48	95	144	55	96	151
80歳以上	23	42	65	30	54	84	34	67	101
年齢不詳			0			0			0
40歳以上計	1,289	1,506	2,795	1,326	1,520	2,846	1,311	1,493	2,804
65歳以上計	393	580	973	449	652	1,101	469	667	1,136
75歳以上計	143	250	393	164	279	443	176	318	494

	総世帯数	65歳以上の いる世帯	65歳以上の 単身世帯		65歳以上の 夫婦世帯
			男	女	
平成2年度 国勢調査	1,430世帯	708世帯	88世帯 20 68		107世帯
平成4年3月 実態調査	1,456世帯	710世帯	97世帯 24 73		72世帯

高齢者のいる世帯の推移



	昭和55年	昭和60年	昭和2年
いない	861	762	722
いる	595	663	708

b) 人口動態と家族構成

人口の推移を見ると、昭和50年から平成2年では、555人も減少し4年間を平均すると1年で138人もの減少となっている。

これに比して老人人口は、年々増加しており、昭和50年から平成2年では、294人の増加となっており、対人口比では、昭和50年が11.3%、平成2年では17.8%と6.5%も伸び、平成4年10月では、18.5%となって人口の約1/5が高齢人口となる。

西暦2000年（平成11年）には、このままの推計では65歳以上の高齢者は1,136人となる。しかし、総人口は毎年減少傾向を辿り、平成11年では4,906人となり、571人もの減少が見込まれている。しかも75歳以上の人口は、平成11年には494人と平成2年よりも100人多くなり、後期高齢者の比率が高くなることも予測されている。

高齢化率の伸びと共に高齢者のいる世帯も年々増加している。世帯数そのものが減少しているため、率的には横に並ぶ程度となっているが、平成4年9月現在での高齢者単身世帯は97世帯となっており、65歳以上の人口に占める割合は9.2%となり、非常に高い数値となっている。

今回の調査のなかで、回答者（65歳以上）1,095人のうち同居者がなしと答えた人は97人（8.9%）で残りの998人（91.5%）がありと答えている。それを男女別で見ると、女性の一人暮らしが多く見られ、また同居者の内訳では、配偶者が最も多く65.6%、次いで子供21.8%となっていた。なお、単身者の男女比率は、女73（75.3%）男24（24.7%）で男性の約3倍が女性となっていた。⁷⁾

2) 菟田野町の高齢者問題の現状と課題

要介護老人の総数は、平成4年4月1日現在で216人で、65歳以上人口の1,048人の約2割（20.0%）を占めている。うち在宅ケアを受けている人は、112人（10.7%）、特別養護老人ホーム19人（1.8%）、6カ月以上入院21人（2.0%）となっており、「寝たきり老人」でしかも「痴呆性老人」であるという要介護者は、37人（3.5%）で65歳以上の3.5%を占めている。要介護老人の56.0%は在宅で生活している。また「虚弱老人」は、何等かの病気や障害を有する高齢者であるが、日常生活は自立している人としてとらえており、今回の調査では130人で、65歳以上の人口の12.4%となっている。

要介護老人に占める女性の割合は、菟田野町は72.7%、奈良県68.6%であり、更に女性に占める75歳以上の要介護者は本町57.6%、奈良県59.3%となっており、介護を要する者の半数が後期高齢者となっている。⁸⁾

次に、ある二つの要介護老人の家族の事例をもとに考察してみたい。

a) 事例研究（その1）

性 別：女性 年 齢：83歳

家族構成：本人と長男（60歳）と孫（25歳・女性）（22歳・男性）の4人家族であるが、平成4年11月に25歳の孫娘は結婚して家を出る。

本人及び家族の状況：

Nさんは平成3年12月階段を踏み外し骨折、入院したが、高齢のため手術も出来ず、そのまま骨を固定させ退院となったが、再び3月家の表で小石につまずき倒れ入院、6月に退院した。

痴呆もあるということで民生委員を通じて紙おむつの申請が出てきたことからチームを編成し、継続的に見ていく事となった。

① 医師、看護婦、ヘルパー、ボランティア、福祉担当とチーム編成

平成4年7月より月水金をヘルパー、火木土を看護婦とボランティアで毎日の体温、血圧、脈等を記録。夜の家族の世話につながるよう連絡帳を頼りに介護を始める。

初日に医師の診察を受け、指示をもらう。昼間は誰も居ないので孫娘が朝作った弁当を食べさせ、おむつを替え、ベットから立たせる訓練の結果、1カ月後老女は2-3歩歩けるようになった。

その後顔色も良くなり、必ずポータブルトイレを使用して排便する迄に回復してきた。それまでに3カ月余りが経過。隣のおばあさんも看護婦やヘルパーの訪問時には来てくれるようになり、病人として本当に人としての嬉しさを味わったようである。しかし、ここに新たな問題が生まれた。Nさんに対する第3回のサービス調整会議では、Nさんが歩けるようになって、かえって家の人が「不安で仕事に行っていられない。」という訴えが出され、またこれまで地域として関わってくれた隣近所の方は、家の人が居ない時にNさんが倒れたら「私等の責任になる。」と逃げ腰になって来たということが課題として出されるようになってきた。また孫娘も忙しくなり昼食が作れない日も出て、ボランティアが訪問時に「何か作ってあげたくても、誰も居ないので冷蔵庫を開けにくい」など、看護にも迷いが生まれ、「どこまでしてよいか」が議論された。老婦の喜びとは反対に家族の方の希望がうまく合わない等の問題が次から次へと出て来るようになった。

10月頃、家族の方との連絡が孫娘の結婚でますます遠くなってしまう。この事は訪問看護として大きな一つの壁で、近所の方の関わりにも家族がいないとやはり超えがたいものが出てきた。既施設の「開放センター」を利用することがテーマとなり始める。

これと並行してショートステイの利用も民生委員を通じて促したが、家族の方には理解されなかった。

このように要介護者を中心に周囲をも巻き込むネットワークを考えているが、地域社会ではまだまだ福祉への関心が低く、自分の事だけで精一杯の方も居れば、「家の者が金もうけに行っているのに、どうしてその家族を助けなければならないのか」とくっつくかかる者も出てきた。

このケースにはこれからの福祉の大きなテーマが常に見え隠れしていた。今後このケースではどこまでネットワークが作れるか、また、家族の人の理解をどこまで引き出せるかが、最も大きな問題として浮かび上がってきている。

b) 事例研究 (その2)

性 別：男性 年 齢：75歳

家族構成：本人と妻（59歳）と長男（40歳）の3人家族である。

本人及び家族の状況：

糖尿病も重度で足等も変曲し、全く寝たきりとなっている。一日28単位のインシュリンを自身が打ちながら、妻の介護を受けている。本年3月民生委員を通じ、寝たきりのSさんの足の「床ずれがひどくなり、足も変曲して痛み、どうしていいかわからない」という連絡が入り、看護婦、保健婦、福祉担当が訪問する。日常生活用具の給付とともに介護の仕方を保健婦が指導観察することになった。

エアーマットの使用及び手当の甲斐あって床ずれは消えたが、介護者の妻は病人に対して冷たく、おしめ等病人が「濡れていない。」というと確かめる事もなく（たいい病人は濡れていないという）臭っていてもそのまま放って置く等、その反面、周囲の人の干渉が困ると玄関はいつも閉ざし、イライラしたふうで、介護疲れからストレスが溜って、精神的にまいってしまっているように感ぜられた。

そこで医師から病人を看取くことはもちろん、同時に妻のストレスを取るよう指示を受けた。チームをあげて妻のこころを開かせ、閉鎖的で近所へも殆ど行かないこの妻を、毎日看護婦が訪問し、妻と共に清拭やおむつの替えを手伝い、話を十分に聞いてあげることにした。また民生委員や福祉担当もさりげなく訪問し、話を聞く一方、介護者は自分一人ではなく町をあげて支援している事などストレス解除に日夜努めた。

病は重くいつ何が起ころとも不思議ではない家の中で、Sさんは玄関の戸をピタリと閉ざし決して自ら外へ出ようとしなかった。家族関係もうまく行かず、悩み苦しむことが多かったようである。

しかし継続訪問の甲斐あって、その後妻は、9月に入り夫を人に任せて介護講習会に参加できるまでになった。最初は閉鎖的であった妻も日がたつにつれて、町の職員を受け入れるようになり、10月からは入浴サービスを受けるまでに至った。

3) 総合的な保健福祉計画推進のための展望と課題

ここに掲げた二つの事例は、筆者が調査期間中に関わったいくつかのケースの一部であるが、これらの事例と通じて、今後町としてどのような在宅福祉を展開すべきかについて、これらの事例からさまざまな研究的示唆を得るとともに、郡部における総合的な家族福祉施策のあり方についても考えさせられた。

現在の菟田野町の社会福祉にまつわる問題点を整理すると、以下のような問題点が掲げられる、いくつかはこの町特有のものもあるが、相対的に他の地域社会の問題と共通している。

- 1) 町の財政基盤としての地場産業の不振による財政難
- 2) 病院依存型による国民保険医療費に占める町の大幅な財政的負担の増大
- 3) 特別養護老人ホームやデイケアセンター等福祉関係施設の欠如
- 4) 社会福祉協議会に代表される民間の社会福祉団体組織の未発達

- 5) 老人保健福祉のための総合センターの欠如
- 6) 保健福祉マンパワーとしての保健婦、看護婦、ホームヘルパーの不足
- 7) 「世間体」による小地域社会の助け合いシステムの不備
- 8) 一人暮らし老人や重度心身障害児者家族への援助の不徹底
- 9) 縦割り行政による保健・福祉の連携の不備
- 10) 広域医療保健圏との連携の不備
- 11) 婦人活動はじめボランティア活動の未発達
- 12) 地域エゴ意識の存在
- 13) 地理的条件による移送サービスの困難性
- 14) 住宅改良を含めた生活改善施策と福祉保健サービスとの連携の不備
- 15) 家族相談援助機関の欠如

そこで筆者は、以下のような今後の町として社会福祉施策のあり方に関する概念図（フローチャート）を提示したい。

しかし、このような概念図を住民や行政の人々に理解してもらうためには、今回行った調査結果を分かりやすく住民に提示し、住民自からがその問題点と課題を認識しなくてはなんにもならない。と同時にそのための手続きとして、保健と福祉に関する総合的な計画実施のための行政組織の改編が何よりも最優先されるように、「保健と福祉に関する計画実施推進委員会」を早急に設置する必要がある。

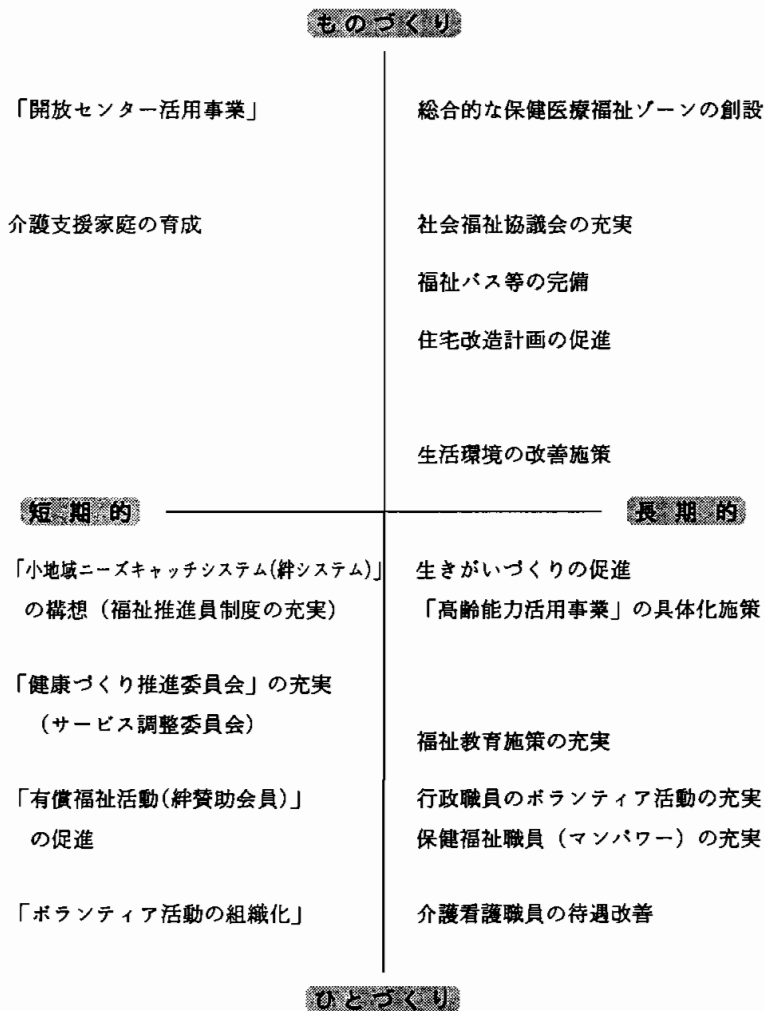
さっそく町行政内部にこの委員会がもたれた。そのことによって一応形として菟田野町の保健と福祉に関する改善のための住民参加型の推進母体が誕生することになった。いち早く町の首長が動いたことは、他の市町村ではどうかということを考えた場合、このような委員会をすぐに設置した菟田野町の取り組みには敬意を表したい。普通の市町村ではこうはいかないのが現状である。

さて、この委員会では、これまで調査してきた結果を住民に提示し、早急に手を打たねばならないものと、長期的に取り組まねばならないものとのフレームと、そして、財政的裏付けが伴う「ものづくり」（ハード）と将来的には財政的な裏付けが要求されるが看護婦等の専門家による対応だけでなくすぐにも住民自身でもって対応できる地域住民の意識変革に重点をおいた「ひとづくり」（ソフト）にまつわるフレームという二つのフレームワークでもって、今後の町における保健と福祉に関する対応施策のあり方の検討を行っている。

このフローチャート（概念図）では、早急にハードな「ものづくり」として検討しなくてはならない施策としては、いうまでもなくデイケアセンターの機能を兼ねそなえた総合的な地域福祉に関連する拠点づくりへの検討である。上記に示した事例でもうかがえるように、いま住民にとって最も必要とされるものはなんといっても保健と福祉のケアを「いつまでも」「だれでも」が「すぐに」受けられる施設の建設である。しかも従来のデイケアセンターのように福祉だけの施設ではなく、そこが介護支援センターとしての役割から、高齢者の社会参加の拠点ともなり、多くのボランティアが集まり交流できる地域福祉の拠点的役割

菟田野町21世紀への展望

(保健医療福祉総合計画の具体的な施策)



を担える場所が必要である。

それができるまでは、既存の施設の活用として、「開放センター」の内部を一部改造して、ディケアーができるようにしなければならない。ただしそこへの移送サービスの問題が残されている。そこで、福祉バスやチェアキャブといて、ワゴン車を改造して、車いすでも乗り降りすることができる改造自動車の設置とその運営組織を作らねばならない。そのためにも中長期にかけて「社会福祉協議会」の充実が今後の重要課題となってくる。

財政的にあまり負担を要せずでき、しかも早急に手を打たねばならない施策として、今回この委員会で検討したものとして、「小地域ニーズキャッチの仕組み作り」と「小地域助け合いの仕組み作り」があげられた。⁹⁾町民すべてが社会福祉協議会のこの助け合いづくりの賛助会員になり、自分たちの小地域(ここでは垣内(カイト)と称する)でもって、寝たき

りや痴呆になりやすい高齢者やその家族をいち早く発見（ニーズキャッチシステム）し、発見したら、すぐに民生委員を通じて社会福祉協議会、役場の福祉課にその情報が連絡される仕組みをつくり、保健婦や医師やホームヘルパーが関わりと同時に、その地域の住民が有償で介護や買物といった日常生活の援助を行うものである。ただし、その報酬は現金ではなく、点数制でもって社会福祉協議会が、その人がどれだけ関わったかを管理し、その点数は自分が寝たきりや痴呆になったり、介護が必要になったときのその点数でもって援助が受けられる仕組みとなっている。なぜ菟田野町で有償性を採用すべきであると判断した理由は、現に介護を要する高齢者がいる家族には、お金があってもサービスが受けられないという家族が多く、また世間体もあり、無料の福祉の恩恵を受けたくないという人々が今回の調査で多く占めていることが判明したからである。

このシステムを町民から何か呼び易い名称はないものかと募集した結果「絆（きずな）システム」という名称が付けられ、目下筆者も加わり、この委員会のメンバーが中心となり各町内の公民館でもって、その仕組み作りの住民に対する説明と、賛助会員の募集を行っているところである。

民生委員の仕事をサポートし、いち早く小地域で、保健福祉ニーズを発見し、通報してもらおう住民を「福祉推進員」という名称で各自治会、班、垣内（カイト）というふうに個々の地区で組織化し、町民すべてがこのシステムの賛助会員になり、全町あげて、「福祉のまちづくり」を成功させようとするものである。

この施策は、このような郡部で、村落共同体の組織が残り、相互扶助の考え方が福祉の基本であることを住民に理解してもらいやすいところでは運営しやすいが、北和のしかも大都市のような複雑な社会組織が混入しているところではなかなかうまく運営できない施策である。

この施策は、やはり社会福祉協議会の運営能力にかかっており、地域住民主体の運営に今後切り替えていく必要がある。それは、ボランティア活動の育成につながり、財政的な基盤が整わないからといってできない施策ではない。高齢者が高齢者を互いに援助し合わなければならない将来が目のまえに到来しており、前期高齢者の社会参加の充実施策として、これらの二つの「仕組み作り」をなんとか成功させたいところである。

長期的でしかも「ものづくり」の施策としては、目下私立の「総合病院」が町の中心部にある、その病院を中心として、来る「医療機関の調整の時代」を考えた医療と保健福祉サイドの総合化された「医療保健福祉ゾーン」の建設が欠かせない。いままで町民との関わりを通して筆者が考えるには、今町民に必要なのは、町としての将来計画である、保健福祉と医療がドッキングした総合保健福祉ゾーン（地区）の建設の「夢」が提示されるかどうかである。それは、若い世代の都市への移動を食い止めることができなくとも、その町が「安心して自分の両親等の老後が保証されるまち」であるかどうかということと関わり、彼ら若い世代が、中高年期を迎え老い始めるころ、ふるさとへ帰郷する者が出て来るかどうかは、この総合保健福祉ゾーンの具体化にかかっていると言っても過言ではない。つまりふるさとへ帰

菟田野町21世紀への展望

(菟田野町保健・福祉計画の具体化計画)

展望(構想)	主要な重要施策	92' H4年	93' H5年	94' H6年	95' H7年	96' H8年	97' H9年	98' H10年	99' H11年	2000 H12年
I 福祉健康ゾーン構想 (長期的・ものづくり)	<ul style="list-style-type: none"> ・「総合的なデイケアセンター」の創設 ・社会福祉協議会の充実 ・福祉バスの完備 ・住宅改造計画の促進 ・生活環境の改善施策 	基本 計画	基本 設 計	実施 設 計	開設 準備	4/1 開設				
II 既存施設活用構想 (短期的・ものづくり)	<ul style="list-style-type: none"> ・「開放センター活用事業」 ・介護支援家庭の育成 	基本計画	10/1 基本設計							
III 地域「絆づくり」運動 (短期的・人づくり)	<ul style="list-style-type: none"> ・「小地域ニーズキャッチシステム」構想 ・「健康づくり推進委員会」の充実 ・有償福祉活動の促進ボランティア組織の充実 	実施	実施							
IV 高齢者能力開発運動 (長期的・人づくり)	<ul style="list-style-type: none"> ・生きがいつくりの促進「高齢者能力活用事業の具体化施策 ・福祉教育施策の充実 ・行政職員のボランティア事業の充実 ・行政教育職員の福祉研修の充実 ・保健福祉職員のレベルアップ ・介護職員の待遇改善 	基本計画		実施計画						
V 総合的企画・その他	<ul style="list-style-type: none"> ・住民対話集会の開催 ・遠隔地在住者交流プラン 	実施	実施							

郷しやすいまちづくりを今から整えておくかどうかは、長期的展望に立てば、短期的な産業誘致や若者向きの施設の建設よりも着実に過疎化を抑える手だてになると考える。実りある「まちづくり」の一つの指標として、筆者の考えは、その町や村の中老年の婦人がどれだけその町や村に住んでいてよかったという満足度にかかっているのではないかとと思われる。それは、家族福祉の視点にたてば、このような郡部では、親の介護と子の養育は女性の肩にかかっており、そうした女性の生きがい観に大きく依存しているのが現状だからである。こうした家族福祉の理念に男女の性別役割分担のあり方が重要である根拠がここにある。

長期的な施策としては、その他には、道路整備等に代表されるインフラストラクチャーの開発の際、生活環境としての高齢者向き住宅（改造）整備に関する施策の充実があげられる。以前この町でも、上下水道工事の際、同じ予算でもって高齢者家屋に少しの手間で水洗式の工事ができたものを、始めに決められた計画では、今後の高齢化社会のことは念頭に置かれていなかったためにそこまで気がつかなかったという話がこの検討委員会で出された。今後はすべての行政部署が「高齢化」を念頭においた政策や施策が展開されねばならなくなってきた。

財政的な裏付けがなくて、比較的長期的展望に立った施策として、高齢者のための「生きがい促進にかかわる施策」があげられる。前述した例は、要援護高齢者のための有償の福祉活動に携わってもらえる高齢者対策であったが、さまざまな趣味や知恵や技能を活かした、高齢者の生きがい促進につながるさまざまな施策を今から検討しておく必要がある。もしかすると、このような施策こそ、短期的な対応施策であるべきかもしれない。長期短期とここで整理してみたが、それをより具体的な実施計画年との関わりを示したものが前頁の表である。

むすびにかえて

今回約1年にわたり、奈良県宇陀郡菟田野町に入り、21世紀の高齢化対策のあり方について、特に家族福祉の視点から検討を行ってきたが、この研究調査を通じて、まさに調査結果が即実践につながり、そのまま将来の町の方向性を左右することを考えると、今回の研究調査の責任の重大性を感じずにはいられない。調査のための調査ではなく、調査する者と調査される者との、お互いの固い信頼関係がいかに大切であるかを思い知らされた。産業社会学科の桂ゼミ受講生を実際に菟田野町に合宿研修させ、学生の目から見た、将来のまちづくりの視点も今回の調査研究に生きている。学生と町民との（要援護老人や重度心身障害児の家族との）交流会は、地元の社会福祉協議会の支援があればこそ成し遂げることができたことである。学生が実際に車いすに乗り、町の中をフィールドワークしてはじめて、いろいろな箇所でハンディを負う人たちにとって障害となっているところを発見することができた。上下水道のハイテク技術の最先端施設や外国人労働者が働く「地場産業振興センター」の見学は、「高齢化」と「情報化」と「国際化」がもはやばらばらにあるのではなく、互いに重なり合って存在していることを学生は身を持って学ぶことが出来た。この事に対して町民の方々や町の関係者にこころから謝辞

を表したい。

今回の研究プロジェクトをふりかえって、筆者は、従来の地域保健福祉計画や在宅福祉のあり方を探る上において、サービスを受ける側としての「個人」や「家族」の主体性がいかに大切であるかを身にしみて教えられたように思われる。筆者が、とかく研究者という立場から、こうあるべきだとか、こうすべきであるといった政策提案提言してみたところで、その調査結果を受け入れ、実践するのはそこに住む「住民自身」の選択にかかっている。住民自身がそれを主体的に「選択」し、内発的な地域社会開発のための運動となって展開されなければならない。そのことは、始めからわきまえていたつもりであったが、いま改めて研究者としてのわきまえとその限界を反省せねばならないと思っている。

要介護老人を抱える家族との関わりを通じて、どのように彼らの「意識」を福祉の方に向けさせ、彼らの「生活の質」を高めていくかは、すべて当事者の（家族の）「選択」にかかっている。そういう意味で、この調査研究がそのような住民の選択の際のひとつ参考材料になれば幸いである。そして、少なくとも今回の町民との関わり（出会い）がきっかけとなって、21世紀のまちづくりへ、一人でも多くの町民が今よりももっと、「この町に住んでいてよかった」と思える町に近付けてくれることをこころから願うものである。

最後にこの調査にあたり、快く調査の主旨を理解し、研究調査及び学生の野外実習を受け入れて下さった菟田野町の町民と関係各位に対し、改めてこころから謝意を表するものである。また奈良大学総合研究所に対しても謝意を表したい。

注および参考文献

- 1) 菟田野町「明日をつくる保健と福祉計画」平成5年3月 参照
- 2) 奈良県「保健・医療・福祉サービスネットワークづくりの手引―共に生きるやさしいゆとりある地域社会をめざして―」奈良県保健・医療・福祉ネットワーク研究会 平成5年1月 参照
- 3) 桂 良太郎「家族ライフスタイル『現代社会編の展開』船津衛編著 北樹出版 参照 平成4年6月
- 4) 桂 良太郎「家族福祉の概念の変遷『家族福祉の視点―多様化するライフスタイルを生きる―』野々山久也編著 ミネルヴァ書房 平成4年8月
- 5) 桂 良太郎他「奈良県における在宅福祉供給システムの構築に向けての基礎的研究―地域特性に関連した「保健福祉計画」策定のあり方について―」大阪ガスグループ研究・調査報告書 VOL. 5, (財)大阪ガスグループ福祉財団 1992(平成4年3月)頁16-17
- 6) 菟田野町「明日をつくる保健と福祉計画」平成5年3月 頁4-5
- 7) 菟田野町「明日をつくる保健と福祉計画」平成5年3月 頁5
- 8) 奈良県「奈良県高齢者基礎調査報告書」平成4年9月 頁45
- 9) 小野市地域老人福祉システム開発実践協議会「プラン80事業」(平成2・3年度)小野市社会福祉協議会 平成4年4月 参照

Summary

The purpose of this study is to find out the actual problems and tasks faced by development of elderly people's social support systems in the rural community in Nara prefecture.

In chapter 1, I introduced my study concepts showing from my necessary view points on 'family welfare', and reason why I chose this small town "UTANO CHO" for my study. The issues of Aging on social welfare need new perspectives from family social welfare.

In chapter 2, I developed the idea that for the development of community health & welfare care, we must make up synthesized family policies and services. The government office responsibilities, people's participation, social role of professionals and integration of medical, health and welfare facilities in the community are the essential key factors. In this study, I referred to my past study on synthesized new welfare producing system on Nara prefecture in 1993.

In chapter 3, based on two case studies in micro perspective, I introduced the task or actual problems in development of family social welfare in small rural community.

This study suggests that we must improve more efficient alternatives, based upon community care for elderly by seeking the integration and coordination of all the facilities and staff in the community.