

高齢化社会と地域保健福祉計画の方向性に関する一試論

—奈良県山添村の取り組みを事例として—

桂 良太郎*

A Study Note on Community Health & Welfare Planning in Aging Society
— A Case Study of YAMAZOE Village in Nara Prefecture —

Ryotaro KATSURA

はじめに（本研究の目的と方法）

日本の長寿社会は世界の例を見ない早さで、平成32年（2020年）には高齢化が最大となり、高齢人口比率が23.6%に達すると予測されている。そのため、各方面で長寿社会への対応の急務が叫ばれている。

国は昭和61年4月に「長寿社会対策大綱」を発表し¹⁾昭和63年8月より厚生省が中心になって、長寿社会対策推進会議が発足し、国レベルの総合的な政策のあり方について審議がはじめられている。昭和63年10月には、厚生省と労働省が「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」（いわゆる「福祉ビジョン」）を発表している²⁾。平成元年6月には、福祉三審議会の意見具申等において、21世紀における本格的な対応が急務であるとし、³⁾同年12月に、厚生省は、高齢者に対する長期戦略としての「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略」（いわゆる「ゴールドプラン」）を発表した。⁴⁾そして平成2年6月には「老人福祉等の一部を改正する法律」（いわゆる「老人福祉法等関係八法の改正」）を成立させ、高齢者保健福祉行政的根拠を明らかにした。⁵⁾この法律は、住民に最も身近な市町村が、老人保健福祉計画を策定し、在宅福祉サービスおよび施設サービスを一元的に提供すること等を規定し、新しい高齢者保健福祉行政の展開を目指すものである。そのなかで、国は、①在宅福祉サービスおよび施設サービスの市町村への一元化。②市町村および都道府県老人保健福祉計画の策定を義務づけようとしている。奈良県においても、このような国の動きにあわせて、平成元年10月に、「奈良県高齢化社会総合対策指針—活力ある豊かな奈良県をめざして—」を策定している。⁶⁾

そのようななかで、各市町村では、すでに竹下内閣時代に出された「ふるさと創生基金」の利用をめぐる、それを21世紀の高齢化対策を含め、地域の活性化をはかろうとするうごきが出はじめてきた。

そのような折、筆者に山添村の地域保健福祉計画の方向性をさぐるよう意見具申の要請がなされた。

筆者は、平成2年6月より山添村ふるさと創生会議の福祉健康部会の部会長としてこの研究事業に参画するチャンスが与えられた。⁷⁾特に本村の場合、高齢者の占める割合は、すでに20

%を越え、超高齢社会となっており、保健福祉に関わる基本整備が急務とされている。また、戦後の高度経済成長の中で、大きく産業構造が変化し、若年労働層の都市部への移動がみられ、いわゆる過疎化現象が進みつつあるところでもある。このような地域は奈良県においては、ほとんどの郡部にみられる特徴とも重なっている。⁸⁾ この事業への参画は筆者の専門領域である、社会福祉計画にまつわる研究と密接に関わっており、特に今後の家族福祉政策の方向性を検討する上においても、この研究事業は非常に有益な示唆を得るものと判断した。

ここに述べることは当研究部会がやく半年間にわたり、21世紀の山添村における保健福祉対策のあり方について検討を行ったまとめを筆者なりに書き改めたものである。尚この研究事業は、今後も村内外の保健福祉部会の構成員はもとより、住民との密接な協働のもとにおいてすすめられるべき研究事業でもある。この研究が、今後の県内の市町村レベルの総合的な地域保健福祉計画のあり方を考えるうえでのひとつの参考モデルとして位置づけられることを望むものである。

第1章 山添村の概要

1. 位置・産業構造および行政組織

山添村は、奈良県の東北端、いわゆる大和高原と呼ばれる地域の一角で、東北部は三重県上野市、東南部は三重県名張市に名張川を隔てて接し、南部は室生村に、西部は奈良市および都祁村に、北部は月ヶ瀬村にそれぞれ接しており北緯34°40' 東経136°2' の位置にある。地勢は概ね西部が高く、620～150mで起伏とゆるやかな傾斜地が多い隆起準平野の特徴を示し、東西12.12km、南北9.2kmにわたり、その面積は66.44km²で約62%を山林が占めて、山あいから流れた流れは木津川に注いでいる。それに沿って集落と農地が点在し、農林業を主産業としながら発展してきた農山村である。

本村は、古くから今日に至るまで米、茶などの基幹作物として、産業の中心として発展してきた。近年、各種農林関係事業の導入による基盤整備、環境整備が進められる中で兼業化の振興、農業就業者の高齢化、後継者不足、減反政策などにより農業を取りまく環境は誠に厳しいものがある。平成元年の奈良県の統計では、農家数1,005戸就業形態は兼業農家が定着し、農業を主とする第一種兼業農家が21.7%、兼業を主とする第二種兼業農家が67.7%を占め、専業農家は10.6%となっている。また、農業就業人口は4,862人、生産基盤である農道は45,690ha、舗装率19.4%で経営耕地面積は701haとなっている。⁹⁾

本村の大動脈をなしている名阪国道は、昭和40年に開通し、大阪～名古屋へと通じている。また奈良市～名張市を結ぶ主要地方道奈良～名張線が通じ、名阪国道とともに主要な道路で、これらは村内中央部で交差、連絡しており、生活の向上、発展に大きな役割を果たしている。村内中央部より奈良駅へ30km、バスで50分、天理駅へ32km、バスで40分、上野駅へ16km、バスで20分、名張駅へ14km、バスで40分で通じており、こうしたことから奈良、天理、上野、名張へ比較的短時間で行くことができるため、道路網に沿って必然的に経済圏も4分されている。

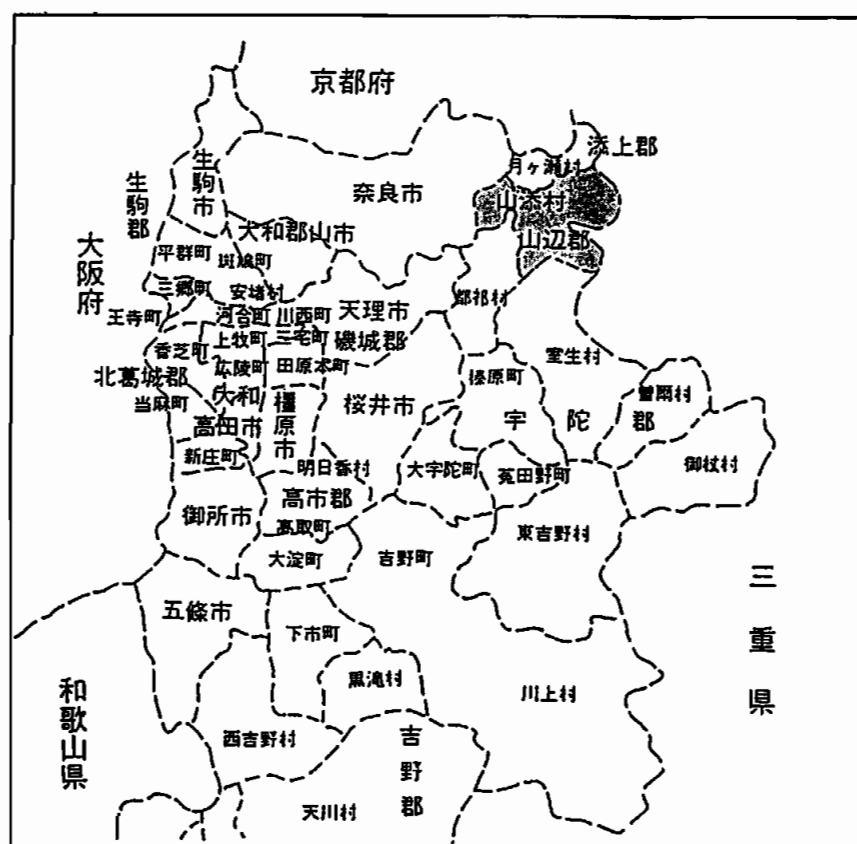
村政は、昭和31年に山添郡東山村と山辺郡波多野村および豊原村の3村が合併し、「山添村」として施行された。翌年32年には、旧東山村の水間、別所の2ヶ大字が奈良市に編入されたため、境界を変更し30ヶ大字で構成され、現在に至っている。昭和61年には村政施行30周年を迎えている。

昭和60年10月に山添村総合計画（「やまぞえ21世紀への道標」）を策定し、³⁰⁾ 村の将来展望を打ち出している。その中で村づくりの基本目標を“自然と人間味豊かな活力ある村づくりをめざして”と設定し、更に各分野における具体的目標として

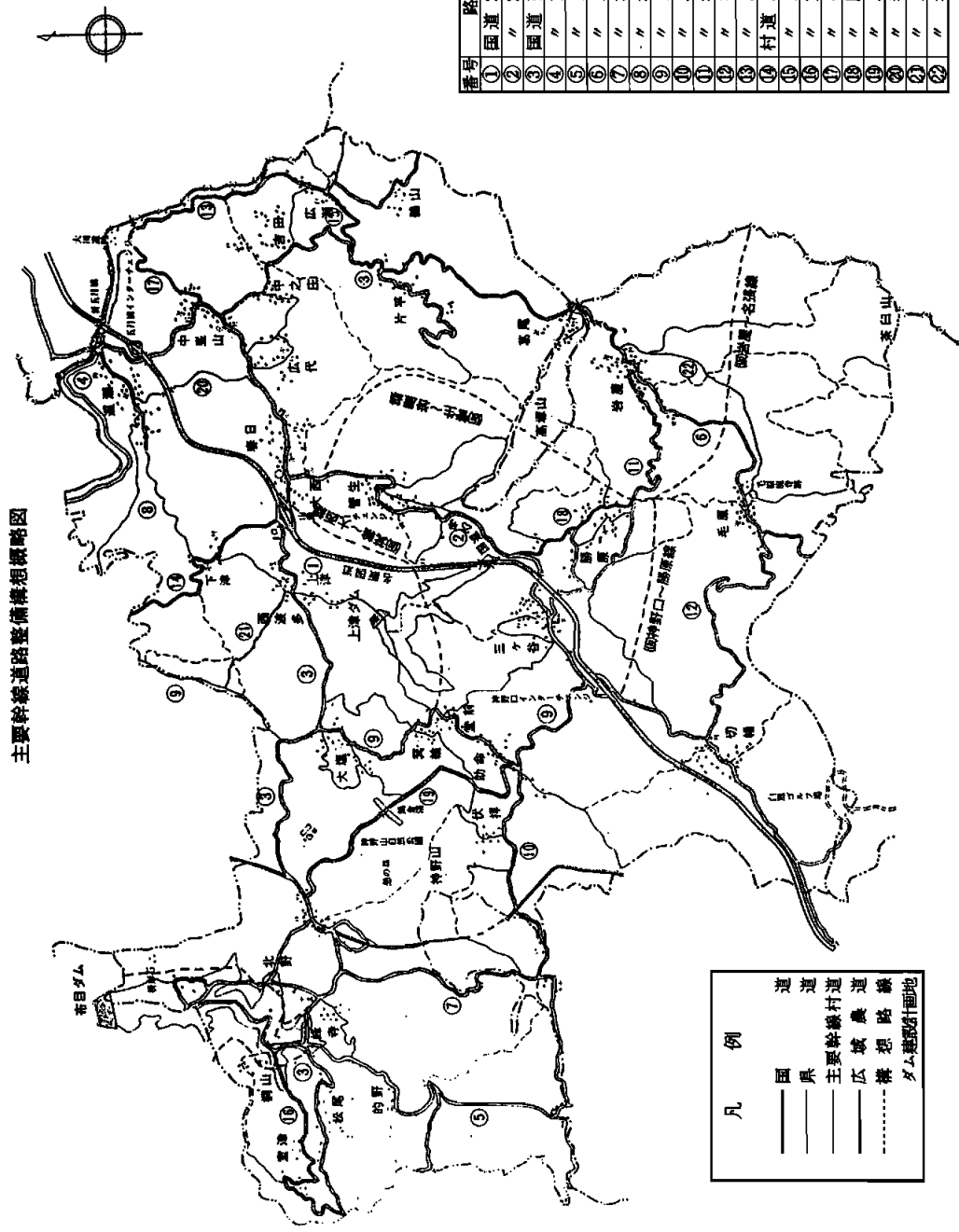
1. 自然と人間とのかかわりを大切にしてその調和発展をはかる
2. 健康でいきがいのある人間尊重の村づくりに取り組む
3. 人間性豊かな教育と文化の創造をめざす
4. 活力にみちた地域産業の確立につとめる
5. 住民参加による民主的な行政につとめる

と掲げ、村民と行政が一体となった村づくりを展開しようとしている。

〔図－1〕山添村の位置

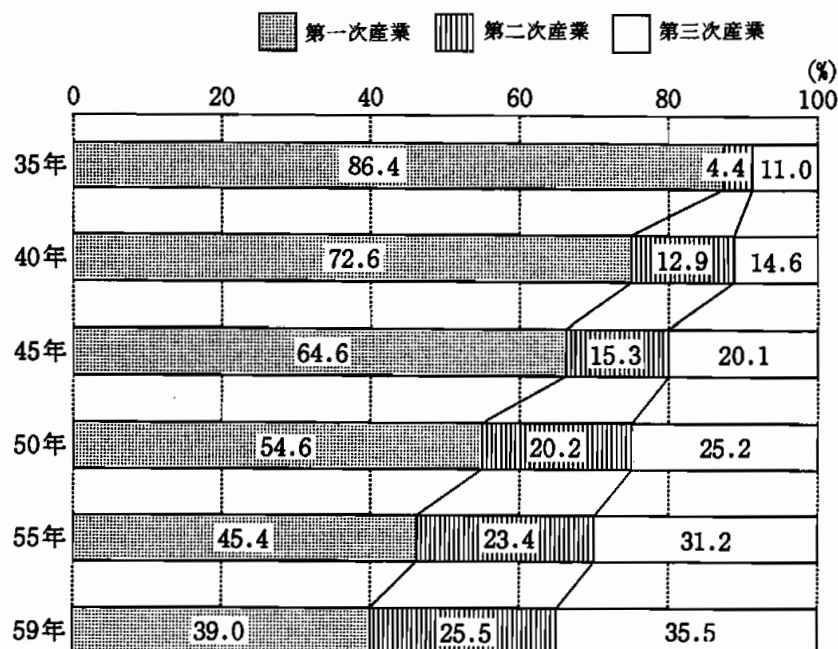


〔図-2〕



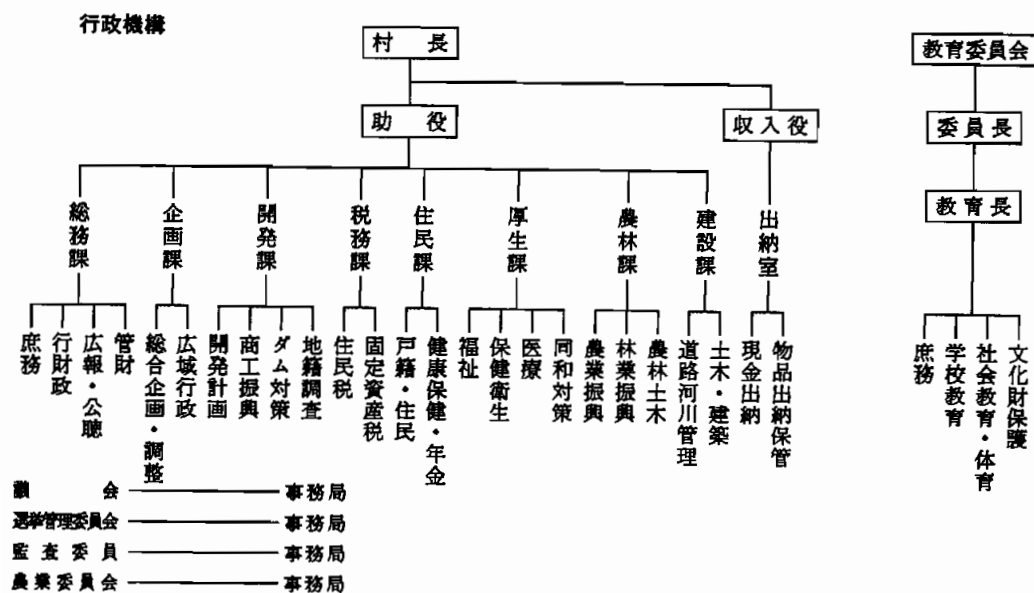
番号	路線名	25号	25号
①	国道	25号	25号
②	奈良	奈良	奈良
③	奈良	奈良	奈良
④	奈良	奈良	奈良
⑤	奈良	奈良	奈良
⑥	奈良	奈良	奈良
⑦	奈良	奈良	奈良
⑧	奈良	奈良	奈良
⑨	奈良	奈良	奈良
⑩	奈良	奈良	奈良
⑪	奈良	奈良	奈良
⑫	奈良	奈良	奈良
⑬	奈良	奈良	奈良
⑭	奈良	奈良	奈良
⑮	奈良	奈良	奈良
⑯	奈良	奈良	奈良
⑰	奈良	奈良	奈良
⑱	奈良	奈良	奈良
⑲	奈良	奈良	奈良
⑳	奈良	奈良	奈良
㉑	奈良	奈良	奈良
㉒	奈良	奈良	奈良
㉓	奈良	奈良	奈良
㉔	奈良	奈良	奈良
㉕	奈良	奈良	奈良
㉖	奈良	奈良	奈良
㉗	奈良	奈良	奈良
㉘	奈良	奈良	奈良
㉙	奈良	奈良	奈良
㉚	奈良	奈良	奈良
㉛	奈良	奈良	奈良
㉜	奈良	奈良	奈良
㉝	奈良	奈良	奈良
㉞	奈良	奈良	奈良
㉟	奈良	奈良	奈良
㊱	奈良	奈良	奈良
㊲	奈良	奈良	奈良
㊳	奈良	奈良	奈良
㊴	奈良	奈良	奈良
㊵	奈良	奈良	奈良
㊶	奈良	奈良	奈良
㊷	奈良	奈良	奈良
㊸	奈良	奈良	奈良
㊹	奈良	奈良	奈良
㊺	奈良	奈良	奈良
㊻	奈良	奈良	奈良
㊼	奈良	奈良	奈良
㊽	奈良	奈良	奈良
㊾	奈良	奈良	奈良
㊿	奈良	奈良	奈良

〔図-3〕



出典・山添村総合計画1985. p.15

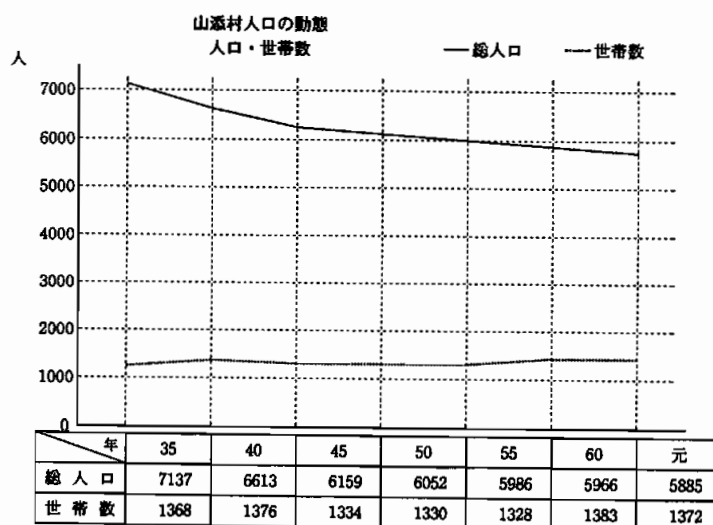
〔図-4〕



2. 人口構成と世帯数

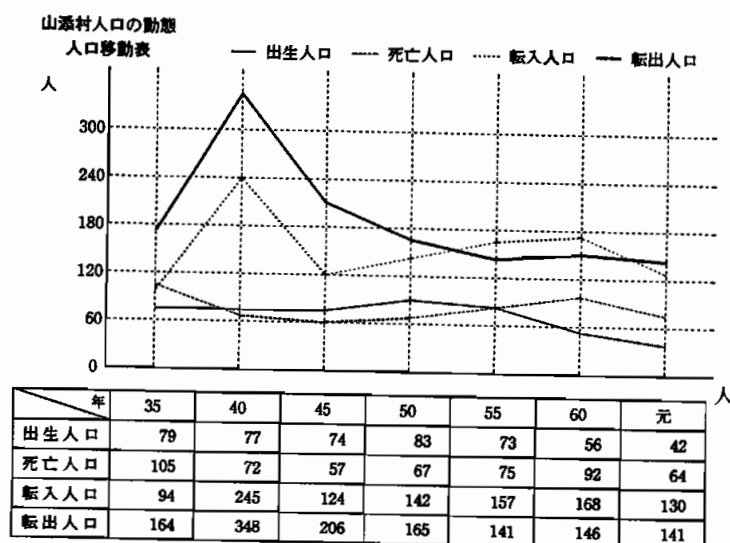
本村の人口は、昭和31年の合併時から昭和48年にかけて漸減傾向にあり、その後には6,000人前後の横這い状態にある。平成2年の総人口は5,892人で、そのうち65歳以上の高齢者人口は20.5%（1,210人）を占め県平均11.4%を大きく上回っている。年齢階層別人口構成をみると第一次ベビーブームで生まれた40～44歳および、その子どもの世代の15～19歳の年齢層が比較的大きな割合を占めている。高齢者人口は、昭和55年の995人（17.1%）から平成元年には1,210人（20.5%）と増加し、平均寿命の伸びや50～64歳の人口が23.3%を占めていることなどから考えると、今後全国的な高齢化とともに、本村においても急激な高齢化社会を迎えることになる。自然増、社会増については、現状から判断した場合今後も大幅な増加は見込めないと考えられる。世帯数については、現状のまま推移すれば将来においても大きく変化しないと考えられる。

〔図-5-1〕



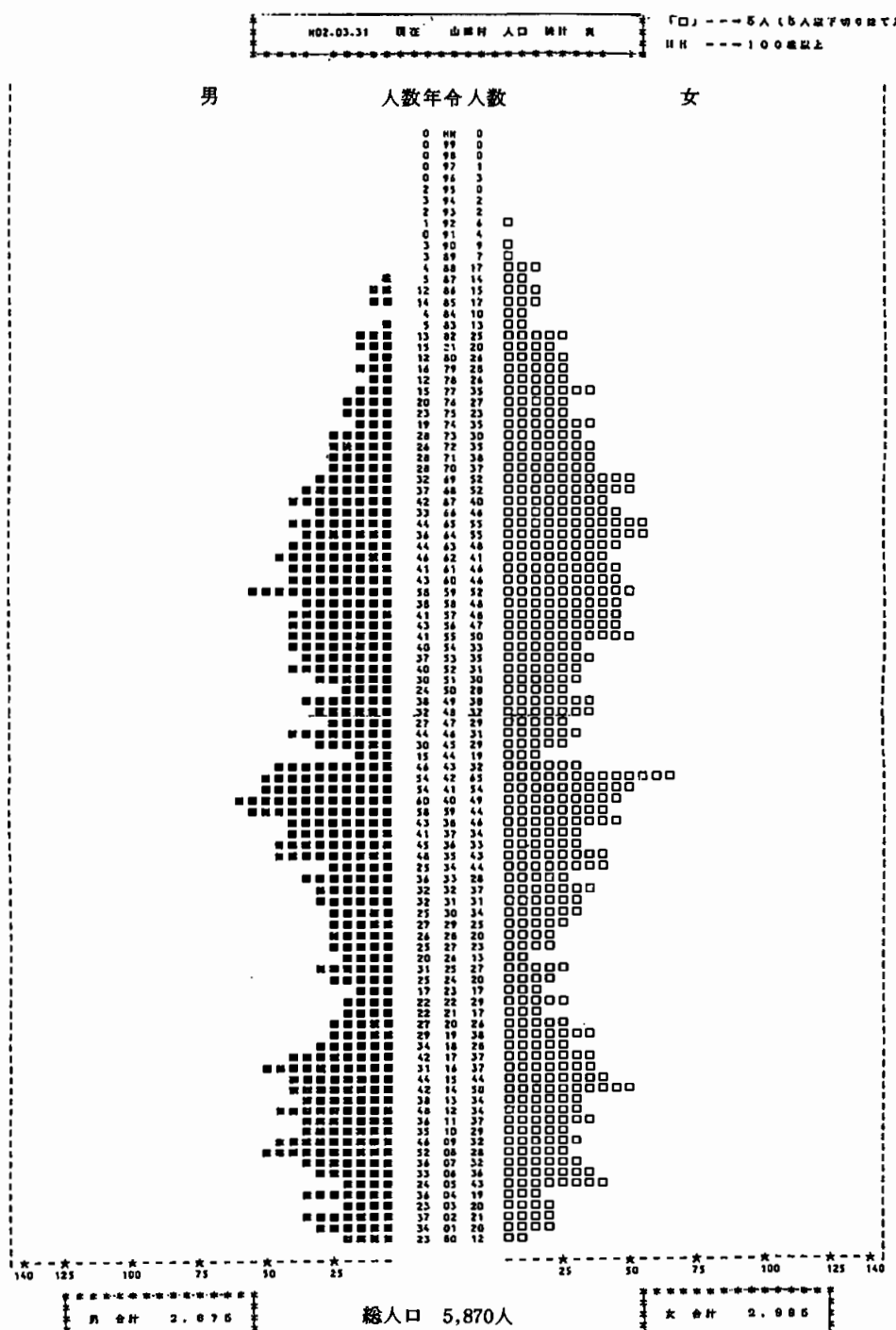
出所：山添村1990

〔図-5-2〕

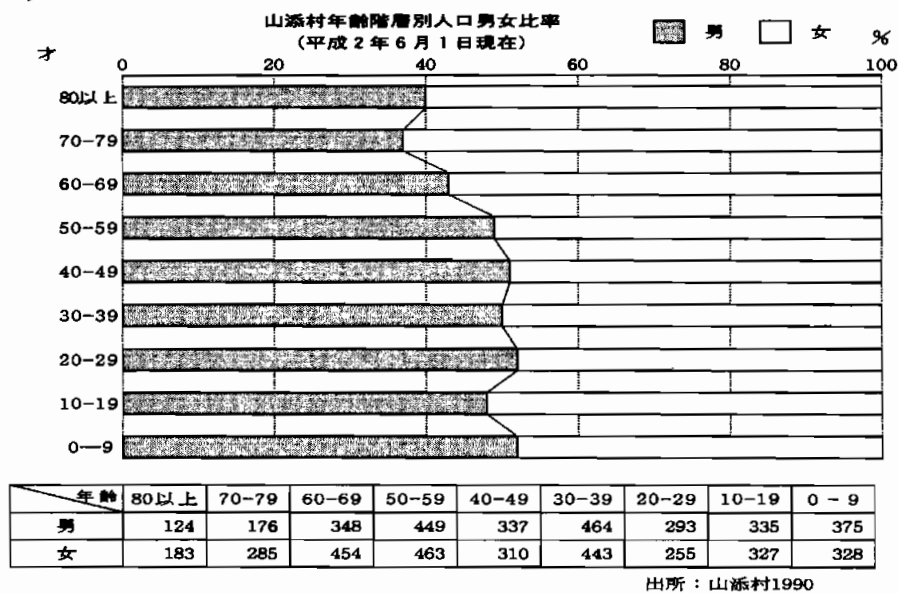


出所：山添村1990

〔図-6-1〕山添村年齢階層別人口（平成2年6月1日現在）



〔図-6-2〕



3. 家族構成について

家族構成の変化は、昭和50年から昭和60年までの動きをみるかぎりさほど大きな変動はみられない。がしかし、単独世帯の数が増加の傾向にあるといえる。それは子の定住家族からの離脱と配偶者の死亡や離別によるものである。ひとり暮らしの老人の増加が懸念され、それに対する対応策を早急に整えられる必要があるといえる。

〔表-1〕 家族構成

	単独世帯	核家族世帯					その他の親族世帯							合計
		夫婦のみ	夫婦と子ども	男親と子ども	女親と子ども	小計	夫婦と両親	夫婦と片親	夫婦・子ども及び両親	夫婦・子ども及び片親	夫婦・子ども及び他の親族	その他	小計	
S	人 54	119	212	6	17	354	52	60	266	248	262	19	907	1315
50	% 4.1	9.0	16.1	0.5	1.3	26.9	4.0	4.6	20.2	18.9	19.9	1.4	69.0	100.0
S	人 79	111	178	9	30	328	46	71	279	249	243	17	905	1312
55	% 6.0	8.5	13.6	0.6	2.3	25.0	3.5	5.4	21.3	18.9	18.5	1.3	68.9	100.0
S	人 85	124	174	4	26	328	29	61	283	253	243	16	885	1298
60	% 6.5	9.6	13.4	0.3	2.0	25.3	2.1	4.7	21.8	19.5	18.7	1.2	68.2	100.0

出所：国勢調査S50.S55.S60.に基づいて作成

本村においては、圧倒的に三世代家族が主流であり（68.2%）、核家族は全体の約4分の1（25.3%）で、ほとんどの家族が、夫婦とその両親（または片親）を抱えた親族世帯である。長男の嫁をどのように得るかがそれらの家族の重要な課題であり、伝統的な家族制度的な考え方が残存している傾向がみられる。特に老親扶養等の女性への性別役割分業観が今だに濃く、本来の男女平等にもとずく相互扶助（互助）の理念をどう浸透させるかが問題となっている。

核家族化の傾向は、恐らく今後とも新しい他地域からの流入人口が増えないかぎり増加の傾向はみられないものと思われる。家族福祉的な視点からみた場合、独居老人世帯を含め高齢者世帯の増加の問題と、数こそ少ないが、片親家族（父子・母子）家庭への施策的配慮がなされる必要があるといえる。¹⁰

第2章 山添村における福祉・保健・医療の現況と課題について

1 山添村の社会資源の実情

（a）人的資源

現在医師5名（村職2名、開業医2名、歯科医師1名）看護婦2名、保健婦2名、（厚生課に配置）栄養士1名（県職）があり、診療所内には3名の医療事務担当者がおこなっている。村の行政関係では、厚生課には2名（福祉1名、医療1名）の担当事務職員がおこなっている。

家庭奉仕員（ホームヘルパー）2名は、村社会福祉協議会の職員として採用し、家庭奉仕員に任命されている。（1名は有資格者、1名は資格取得中）村としては、家庭奉仕員の派遣については社協に派遣事業委託としている。

社協では、独自の専任職員は現在のところ配置されておらず、福祉活動専門員というかたちで1名が会長より委嘱され事務局長も兼ねている。従って家庭奉仕員と協働しながらさまざまな福祉相談活動をすすめ、10指に余る福祉団体の事務局をはじめ、福祉の諸問題に取り組んでいるのが実情である。

このように人的資源の配置は後述する保健医療および福祉行政の組織として大幅な改善が必要となってきているのが現状で、この組織の改編と新たなマンパワーの設置や配分が重要な行政プランの要であることを指摘しておく必要がある。

社協以外の地域における各種団体としては、老人クラブが24単位クラブ（1,700名、100%の加入率を占めている）、山添村婦人会（約600名）、みつわ会（46歳から59歳の婦人の親睦団体、約500名）、青年団（約200名）、更生保護婦人会（約880名）、健康づくり推進協議会、保健推進委員、献血推進協議会、ボランティア団体、体育指導委員、スポーツ推進委員がある。

地域のボランティアグループとしては、三つのグループがあり、（愛の輪山添23名、お話しサークルひよこの会11名、ボランティア劇団さつき一座24名）それぞれ年数回のひとり暮らし老人の昼食会や、藤井寺市（山添村と昭和59年に姉妹都市として交流提携を結ぶ）の身障者団体との交流や、地域の福祉施設の年末の大掃除の手伝い等々を行っている。

〔表-2-1〕 人的資源

	県 職	村 職	臨 時	村 民
医 師	人	2人	人	2人
歯 科 医				1
看 護 婦		1	1	
保 健 婦		2		
栄 養 士	1			
保 健 推 進 員				32
献 血 推 進 員				32
ホ ー ム ヘ ル パ ー		社協職員 2		
福 祉 活 動 専 門 員		社協職員 1		
民 生 児 童 委 員				11
健康づくり推進協議会	3	3		6
高齢者サービス調整チーム	3	11		11

出所：山添村1990

〔表-2-2〕

ボランティアグループ	人
愛 の 輪 山 添	23
ボランティア劇団さつき一座	24
お話サークルひよこの会	11

出所：山添村1990

〔表-2-3〕

村	職
福 祉	1人（事務）
保 健	2人（保健婦）
医 療	1人（事務）

出所：山添村1990

〔表-2-4〕

	医 師	看 護 婦	事 務 員
診 療 所	2 人	2 人	3 人

出所：山添村1990

(b) 施設関係

現在の村内における施設は以下のとおりである。

村立診療所	3
開業医院	2 (医科1. 医科1)
特別養護老人ホーム (せせらぎ苑)	
重度身体障害者授産施設 (太陽の家)	
保育所	6
小学校	5
中学校	1
高等学校 (分校)	1
(ボランティア協力校 小学校4 中学校1)	
老人憩いの家	3 (北野、中峰山、片平)
校区公民館	3
地区公民館	30 (生活改善センターを含む)
農業者健康管理センター	1
スポーツセンター	1
振興センター	1
ゲートボール場 (ミニグラウンド含)	28
健民グラウンド	1

施設の状況

〔表-3-1〕 施設の状況

診療所

	所長 (医師)	看護婦	事務員	診療科目	診療日	建物面積
東山診療所	1人	1人	1人	内科、外科 小児科、精神科	月、水、金	鉄筋コンクリート 352㎡
波多野診療所	1	1	1	内科、外科 小児科	毎日	鉄筋コンクリート 299㎡
豊原診療所	1人	1人	1	内科、外科 小児科、精神科	火、木、土	木造 197㎡

出所：山添村1990

〔表-3-2〕 特別養護老人ホーム (せせらぎ苑) 1,347㎡ 定員60人

	理事長	施設長	事務員	指導員	医師	看護婦	栄養士	寮母	介助員	調理員
職員数	1人	1人	2人	1人	1人	3人	1人	13人	1人	4人

出所：山添村1990 計27人

〔表-3-3〕

重度身体障害者授産施設（太陽の家）1,822㎡ 定員50人

	施設長	事務員	指導員	医師	看護婦	栄養士	寮母	介助員	調理員
職員数	1	1	5	1	1	1	4	1	4

出所：山添村1990 計19人

現在、村内には特別養護老人ホームと重度身体障害者授産施設の二つの施設があるが、目下村民の利用率はきわめて低く、今度は地域社会との関わり方が重要な課題となってきた。

2 高齢者の現況と問題点

本村の高齢人口は、平成元年で20.5%で、全国平均の11.0%にくらべ極めて高い比率を占めている。全村民5,892人のうち、高齢人口（65歳以上）は、1,210人で4.8人に1人は高齢者である。将来を推計すると、2001年には32%で20年後には37%にも達し、人口がこのまま変動しないとすると、高齢者人口は約2,170人あまりになり、村の大きな社会問題となる。

特に本村の場合、高齢者人口の動向は、地場産業の動態とも大きく関わり、過疎化現象が今後十分懸念されている。もし、今後過疎化が進展するならば、更に大きな社会問題を引き起こすことになる。村民一人ひとりが、安心して暮らせる総合的な村の生活基盤の充実施策が重要となってくる根拠はここにある。また、家族生活の動態で特に注目せねばならないのは、三世同居が今後とも続くとしても、また核家族化が進展し、ひとり暮らしや高齢者夫婦世帯が増加するとしても、すでに世代間による価値観や生活の仕方（ライフスタイル）の多様化は時代の流れとともに今後ますます顕著に見受けられることである。そうした場合、かつての三世同居の形態は同じであっても、その生活の仕方に変化がみられる。例えば、長男の嫁に対する価値観が変化し、従来の性別役割分業に代表される伝統的な家族制度は解体し、都市近郊への就労（特に第三次産業への女性の進出）の増加が予測される。つまり、新しい家族形態の出現と同時に、それ以上に新しい家族価値観に基づいた家族ライフスタイル¹²⁾の出現を予測しながら、30年後の高齢社会への対応を進めていかなければならない。つまり、現在の高齢者の問題と、将来高齢者になる人々をターゲットにした問題の二つの局面からアプローチしていかなければならないのである。それと同時に、現在の高齢者の問題も、実は二つの局面からの対応がせまられている。すなわち、前期高齢者への対応の問題と、後期高齢者への対応の問題である。

ここでは、まず現在の高齢者の問題を整理し、しかも今すぐに顕在化している後期高齢者はじめ要援護者に関わる現状と課題について整理していきたい。そして健康な高齢者および今後高齢期を迎える人々に対する健康等の問題についてまとめてみたい。言うまでもなく、現在の高齢者の諸問題は、現在の若い世代の人々の生活に関わる重要な課題でもあることを付記しておかなければならない。

現在の山添村の要援護高齢者に関わるいくつかの実態について整理してみたい。

- (1) 独居老人は、現在54人で、約10年前にくらべると、2倍になっている。今後も国全体の変化と同じように推移するならば、30年後にはやく200人前後になるものと思われる。
- (2) 高齢者夫婦世帯は現在66組であるが、今後更に増加すると考えられる。
- (3) 寝たきり老人は現在31人であるが、高齢者人口増により更に増加するものと思われ、国の推定では30年後には約3倍になるとされ、このままの状況では3桁台になりかねない。
- (4) その他痴呆性老人については、現在把握ができていないが、全国平均の出現率4.5%か

ら推測すると、やく50名の痴呆性老人が潜在していると思われる。家族成員にとって、自分の家族内に痴呆性老人がいることにひたすら外部に知られないようにしており、また調査する民生委員もどこまでが痴呆性なのかの基準が明確にされていないために実態は不明瞭である。そのために予防的な対応が非常に遅れてしまうことになりかねない。

〔表-4〕

要援護老人等状況 (1990)

人	
一人暮らし老人	54
ねたきり老人	32
長期入院	20
生活保護	17(世帯)
身障1級	29
療育A	8
要保護・準保護	21

出所：山添村1990

3 福祉・保健・医療サービスの現況と問題点

前項に示した要援護高齢者の現況と問題点に対して、次に現在の主な施設や福祉・保健サービスの実情と問題点について整理してみたい。(資料-1 参照)

- (1) ホームヘルパーは現在2名で、4人のひとり暮らし老人の家庭にホームヘルプサービスを実施している。平均4～5日に1回程度訪問している。
- (2) ねたきり老人介護世帯には、保健婦2名の訪問指導が実施しており、1年間で67世帯を訪問し、一世帯あたり平均月に2.8回訪問している。
- (3) 在宅の65歳以上の虚弱老人に対しては、通所の方法により各種サービスを提供するデイサービス事業(特別養護老人ホームに委託)が行われている(60歳以上を対象としたミニメデイサービスもおこなわれている)しかし利用者は極めて少ない。
- (4) 施設への入所状況は、前述したごとく村内にある特別養護老人ホームはわずか2名の利用にとどまっており、入所者のほとんどは村外からの入所者で占められている。(表-5 参照)
- (5) 入浴サービスに関しては、目下特別養護老人ホームで行われているが、村内の利用者は極めて少ないのが現状である。
- (6) 現在ボランティアグループとしては、独居老人の訪問活動を主として行っている「愛の輪山添」(28名)、幼児を対象として活動している「お話サークル」(11名)、演芸活動を通じて老人ホーム等を訪問活動を続けている「ボランティア劇団さつき一座」(24名)がある。定期的に参加する人々が決まっており、人員の確保が問題点となっている。

〔表-5〕

老人ホーム入所の状況

	養 護	特 養	計
61年度	2	5	7
62年度	2	7	9
63年度	2	7	9
元年度	3	4	7
2年度	6	6※	12

※6名のうち2名が山添村の特養「せせらぎ苑」に入所している。

出所：山添村1990

(7) 保健婦からみた福祉・保健事業の現況と問題点

村内の保健婦2名とのヒアリングをもとに現在の村内における福祉・保健事業の現況と問題点が以下の表-6のとおり整理がなされている。

〔表-6〕保健事業の現況と問題点

事業	件数 人数	現場での問題点	その要因らしいこと	解決策
児 童 乳 児 相 談	36人	虫歯が多い	お母さんが自分の育児方針をもっていない 手づくりのものを与えない おやつをいつまでも与えている	母親の育児を支えていくような指導が大切
乳 児 検 診	58人	3才児で1人当りの虫歯4.1本 (管内では2.0本)	子供はおとなしくしていいという育児をしている。	おばあちゃん子守りの家は、みつわ会などを対象に離乳食とおやつ、歯の大切さなどの講習会が必要
1才6ヶ月児検診	56人	虫歯のある子(29名)	おやつを与えっぱなしにして黙らせる。	
1才6ヶ月児歯科	56人		離乳食のすすめ方がおそい、かむのが下手。	
3才児	41人		ゆっくり育児をするゆとりがない。	
乳 児 訪 問	40人 2ヶ月頃			
成 人	貧血が多い	忙しい生活全体が不規則になる 高血圧は減ってきたが境界 高血圧が多い。 脳卒中死亡者が多い	食事のバランスがかなり乱れている 兼業農家が多く「休む」ということができない。 体のことをこまかく気を使うと「弱みそ」と云われて恥のような風潮が強い。 酒や甘いものをすすめられて断ると気をわるくされる	厚生課に栄養士がいればいいと思う
総合検診 高齢者 胃、子宮、乳がん検診 健康相談 糖尿病、貧血教室	257人 57人		やたらとのみくいの機会が多すぎる。 集会にまで酒を出したり夕方の客に酒を出す。	
＝訪問＝ ・検診要医療者で 放棄している人 ・重度身障者1級 ・精	18人 10人 5件	いくら言ってもきっちり受診しない人がある ほとんどがアルコール依存症である！	とにかく酒をのませすぎる！ まだまだ治療放置の人が多い	
老 人 老人クラブ検診	163人	ねたきり、痴呆性老人が家にいることをかくす風潮が強い。	山添村は4～5人に1人が65才以上という超高齢化村になったのに、村民の意識はまだ人生50年時代の頭しかない。	使う人が気がねなく使えるサービスがほしい。
老人大学健康相談	3ヶ所	家族がみてあたりまえという感じが強く、ショートステイや、ホームケアをすすめるというやがられる。	60でねたきりになると、あと20年だれが世話をするのか。	
ねたきり老人訪問 ひとり暮らし老人訪問	54人(117件) 年1回40件	老人のみの世帯が増えている。 共倒れの心配がある。	(老夫婦のみだとどうするのか。)	患者送迎バスがほしい
痴呆性老人介護講座	5回1クール 3村会場もちまわり	問題を家族の中にかかえこむ風潮が強く、家族が疲れきっていても近所で悪口をいわれる。	その家族だけの問題では事態は収束がつかなくなりかけているが、まだまだオカミのやっかいになるのは恥だという考えが強い。	ゲートボール引退後の老人のつどいの場を考えていけないと超高齢者のたのしみがなくなる。
痴呆性老人訪問検診 痴呆性老人訪問	3件 9人12件	独居老人は交流が少なく、状況がつかみにくい。ゲートボールなどの社会参加も少ない。 受診したくても足がないので救急車の世話になるまで放っておく老人の世帯が多い。	保健、福祉のサービスがばらばらに動いている。 お互いの情報の交換ができない。	老人を地域で支えていこうというふんいきが育っていない。 家族が閉鎖的すぎる。

出所：山添村(保健婦作成)1990

(8) 医療の側からみた現状と問題点について

国民健康保険における医療機関の利用状況（表－7）および老人保健における医療機関の利用状況（表－8）をみた場合、約6割の村民が、村外の医療機関を利用している。これには、一般内科的な疾患以外の眼科や耳鼻咽喉等を含めた総合的な専門医療機関が村にないこと、地形地理的条件が重なり、このような状況にあると思われるが、村立診療所が重要な村内のプライマリーケアおよび医療とその相談の第一次拠点であることは言うまでもないことである。

現在の問題点としては、身障者はじめ要援護高齢者の移送の問題が第一に挙げられる。診療を受けたくとも、運んでくれる人がいない、また、人がいても移送手段がない世帯があることは大きな問題となっている。また診療所内では、医師はじめ関係職員の献身的な諸活動にもかかわらず、診療や治療に限られた領域となり、十分村民のニーズに対応しきれない。ベット数も今のところ少ないのが現状で十分な処置が欠ける場合も出てきている。さらに豊原診療所の老朽かは早急に改善される必要がある。しかしながらハードな施設面等での改善と同時に、何としても包括的な地域医療体制が整い、保健福祉行政システムとの連携が整備されていかなければならない時期にきている。それが整ってこそ、村内の人々の医療への信頼と協力が生まれて来るものである。

医療処置後の保健サイドのサポート、そして患者が安心して日常生活が行えるような生活援助としてのホームヘルプサービスや、地域住民の援助が一つのシステムとして整わない限り、地域の「宝」としての診療所の存在が十分にその存在価値を発揮していくことが困難になってくると考えられる。それは医療関係者だけでなく、各福祉施設の中で働く人々についても同様の事である。

〔表－7〕 国民健康保険における医療機関利用状況（1989年）

診療所	診療所以外の 医院及び歯科医院	村内医療機関	村外医療機関	計
12%	28%	40%	60%	100%

（受診件数による）出所：山添村1990

〔表－8〕 老人保健における医療機関利用状況（1989年）

村内医療機関	村外医療機関	計
41.4%	58.6%	100%

（受診件数による）出所：山添村1990

(9) 健康づくり、生きがい対策の現況と問題点

本来このような高齢化対策は、要援護状態になる以前の予防的な対策が重要視されねばならない。そのためには前述した包括的な健康保健医療体制と総合的な在宅福祉サービス¹³⁾の有機的連関において、乳幼児から高齢者にいたるすべてのライフステージを対象としたきめ細かな対応がせまられている。(表-9参照)

世代間交流は現在のところ、核家族化、都市化の流れの中で大きな課題となっている。小中学生時代から、高齢者や身障者をはじめさまざまな人々の「生きざま」を見据える教育がいかに大切であるかを教育関係に携わる人々は検討していかなければならないであろう。

また、本村の場合、婦人会やみつわ会は、教育委員会の系統に属する組織として、老人会等の団体間との交流がうまくいかず、それをどう進めていき、活性化していくことができるかが問題となってきている。

例えば、老人クラブのゲートボール活動を更に充実し、推進していくことによって地域福祉に関する活動が促進される。それによって、互いの社会参加と交流がより活発化されるものと考ええる。¹⁴⁾

以上が現在の本村における、福祉・保健・医療サイドからみた現在のサービス等の現況と問題点である。

〔表-9〕

ライフサイクルからみた対応

	乳幼児 義務教育 後期教育 0 — 6 — 15 — 22 — 結婚育児 20 — 30 — 子扶養期間 — 30 — 45 — 子供独立(壮年期) — 40 — 60 — 前期高齢期(円熟期) — 60 — 75 — 後期高齢期 — 70 —		
保 健	母子保健 乳幼児検診 学校保健 予防指導	妊婦教室 母親教室 子育て教室	産業保健 成人病対策
医 療	小児科診療	成人病	老年病 ねたきり 痴呆
福 祉	母子福祉 児童福祉	ボランティア 社会活動	老人ホーム 在宅看護
そ の 他	福祉教育 ボランティア教育 保健衛生教育	生きがい対策	

4 高齢者対策（特に要介護老人に対する対策）に焦点をおいた問題点

これまでの本村における現状と課題を踏まえ、それらの具体的な対応策の検討に入るまえに、今すぐにも手をさしのべなければならない要介護老人の対策課題（問題点）を整理しておく必要がある。

〈1〉ねたきり老人および痴呆性老人について

- ① ねたきり老人（6ヶ月未満も含め）の早期発見と総合的な処置をどうするか。
（民生委員・福祉・保健・医療の連携体制をどうつくるか）
- ② 高齢者夫婦で一方がねたきり老人の介護軽減をどうするか
（高齢者夫婦の共だおれの心配）
- ③ 地域住民がねたきり老人を抱える家族への理解をどのようにして高めるのか
（ねたきり老人、介護人を近隣でどのようにして支えていくのか）
- ④ 同居三世代でもねたきり老人は夫婦単位にまかされており、昼間は独居生活者と同じ状況におかれている。
（共働き家族に対する対応）
- ⑤ 援助の声（ニーズ）が表にでてこない
（世間体をどのように打破するのか）
- ⑥ リハビリや介護についての指導、援助の体制づくりをどうするか
（相談の窓口をどのようにするか）
- ⑦ 痴呆性老人を抱えている家族は気を休まるときがない
（不安感がいつもあり、家族揃って外出できず、近所に気を使っている）
- ⑧ 緊急時の対応をどのようにするか
（介護者の不在時、または介護者が病弱の場合）

〈2〉独居老人について

独居老人についても現状を踏まえ、今後次のような問題点が浮かび上がってきた。

- ① 緊急時の対応および連絡体制をどうしていくか
（急病、火災、けが、災害等）
- ② 日常生活の援助問題
（日頃の日常生活の手助け）
- ③ ひとり暮らしの淋しさ、気がね、不安の問題
（親しい話し相手がなく近隣、親戚の訪問が少ない）
- ④ 福祉施設・福祉サービスを活用しない問題
（積極的な情報の提供をどうするか）
- ⑤ 何でも相談する相手がない
（相談相手の窓口があいまいである）
- ⑥ 病気だが治療を受けていない人も含め、病弱な人をどう支えていくべきか
（病弱な人が多い、このままの状況では必ず寝たきり状態になってしまう）
- ⑦ 生きがいの問題
（趣味・仕事・社会参加等）
- ⑧ 交流の少ない人に対して近隣での援助体制をどうするか
（世間体をどう取り除くか）

⑨ 交通手段の確保をどうするか

(サービスを受けたくとも足を運ぶことができない)

これらの諸問題に対して、より具体的な対応策を講じていかなければならない。

第3章 今後の具体的な対応策について

前述してきた、さまざまな高齢化社会にまつわる現状と課題を踏まえながら、次に、それらの問題点に対応する施策のあり方や、各種サービスの方向性を考えてみる必要がある。

住民主体の地域福祉に関わる発展計画を、どう立案し、即応させていくかは、21世紀の本村の方向を決定する重要な審議事項でもある。住民一人ひとりの力を結集しながら、公私協働と役割分担を明確にして、対応していかなければならない。しかも、早急に手を打たなければならない事項と、中・長期的な展望にたって検討していかなければならない事柄に分けてみた。しかも、前述したごとく、要援護老人に対する対応を先に述べ、次に、今は人の介護等の手を必要としない人々に対する対応策に分けてまとめた。

1. 要援護老人（ねたきり、痴呆性、ひとり暮らし等）の問題に対する対応策

《早急な対応が望まれるもの》

対 応 策	具 体 的 に は
○各行政窓口の連携強化と情報の統一化	・対象者の台帳やカルテの統一化。 随時整備をはかる。 (例 コンピューター等での情報管理etc. (個人のプライバシーの尊重)
○老人専門窓口の設置 (含心配ごと相談や介護福祉器械のフィットネス等の相談援助機能の充実)	・複雑多岐にわたる福祉問題、ニーズに対応を図るため、専門知識を有する相談員を配置する。
○生活の実態調査	・正確な実態の把握を行う必要がある。
○広報、啓発活動の重要性を見直し、村民によりわかりやすい情報伝達を行う(各種講座、座談会の開催) 「山添村をよくする村民座談会(フォーラム)」の開催	・各家庭には、親しみやすい、しかもすぐにさまざまなサービスがわかるようなパンフレット等の配付を行う。また定期的に地区単位で「山添村をよくする村民座談会(フォーラム)」を開催し、村民一人ひとりのアイディアや意見を取り入れるようにする。
○各地区の民生委員活動と福祉・保健・医療分野との連携を進める	・早期発見と早期対応を図るため、民生委員を中心とした「地域見守り運動」をおこす必要がある。そのために福祉保健推進員制度を村内で検討し、定期的に各機関と住民とのネットワーク化を図る必要がある。
○移動入浴車等による入浴サービスの実施	・ねたきり者の入浴の機会が少ない現状を鑑み、特に入浴による効果を考えた場合、早期に対応を図る必要がある。 (注)移動入浴ふとん乾燥車 車に水のタンクとボイラーを搭載し、浴槽を寝床のそばまで運び、給湯し、入浴してもらう。入浴中にふとんの乾燥をかねる福祉サービス車
○福祉器械の奨励と貸し出し促進	・リハビリマット(床ずれ防止)、ベットその他介護者の負担の軽減を図れるものについて、新しい器械を導入する。

○老人会等でのモニター制（情報提供）による福祉情報の把握	・老人相互の助け合いや、早期発見、早期対応を図るため、民生委員や老人会、婦人団体の三大ネットワークを図る。
○処遇検討会（ケース検討会）を発足させ、サービス調整チームへと発展させる。	・上記ネットワークの拡大にともない、福祉・保健・福祉の専門職（含む社協等）間での定期的な会合をもち、ケースマネジメント ¹⁹ と総合的な在宅保健福祉施策のあり方の検討を行う
○交通手段の確保を図る	・愛の福祉バス制度や近隣での助け合い等の早急の対応が必要である。

《中・長期的な目標として対応が望まれるもの》

対 応 策	具 体 的 に は
○総合健康福祉センターの設立とそこでのディケアセンターの設置（福祉、保健、医療関連のマンパワーの確保なしには21世紀の高齢化社会には対応できない）	・ディセンターは昼間のみねたき老人等を送り出し、入浴、食事、リハビリの機会を与える施設であるが、そこに行けば総合的な老人問題に関する相談はじめ各種援助が受けられ各関係機関や健康福祉に関する情報の紹介等を受けられるところである。ボランティアグループや社協の拠点の役割を発揮できるセンターが必要である。
○診療所の医師等の協力のもとに、包括的な地域医療・保健・福祉システムの確立	・診療所を中心に①医師、②保健婦、看護婦、③リハビリ等の訓練士、④ホームヘルパーの連携システムを考える研修会をまずつくり、センター設立までは、診療所を拠点としてスタートさせる
○地域福祉に関するコミュニティ・オーガナイザー（各種社会資源を把握し、関係機関等の連絡調整が行える専門職員）をおく	・行政と社協と地域を結び、また、保健、医療と福祉を結び付け、サービスの供給システムを総合的に分析把握できる専門職をおく必要がある。（社会福祉士の有資格者が適当と考えられる）
○介護教室の開催や手引書やビデオテープの配布。介護者の集いの開催 当事者組織の育成 （ひとり暮らし老人の会やリハビリ友の会の育成）	・介護の実践についての教室の開催や手引書の配布 ・介護者同志の集まりを通じて、日頃の悩みや介護法の工夫が話し合われ、介護疲れからの解放を図る。リハビリ友の会は当事者のグループの育成につながり、それを通じてさまざまな当事者グループの育成がはかれる。
○介護代替者の確保	・老人の介護者を集めようとしても、介護代替者がいなくては集まることすらできないので、ボランティアはじめ介護代替者の育成と確保が必要である。（将来は有償福祉活動の研究が必要であろう。） （例）ボランティアの会員制による相互扶助制度、労力銀行等
○マンパワーとしての理学療法士、作業療法士による指導リハビリ訓練（機能回復訓練）	・要援護老人宅への定期的なリハビリ訓練の実施が、地域の福祉に対する閉鎖性を取り除くことにつながる。（医療と福祉の橋渡しの役割のため）
○保健婦等の増員	・保健婦(士)看護婦(士)等の増員により、訪問指導および看護が図れる。

○ホームヘルパーの増員	・訪問指導・看護をサポートするシステムとしてホームヘルプサービスは欠かすことができない重要なものである。
○緊急通報システムの設置および警察・広域消防等との連携強化	・体に付するペンダント式通報システムによる緊急対応制度の確立、これには近隣の協力者と、広域消防および警察等の連携協力が欠かせない。
○老人会員相互の支援訪問の強化（シルバーボランティアの育成）	・できればそこに定期的に小中学生の参加をよびかけ、世代間交流を行う。
○介護手当、公的助成を図る。	・要介護者家族の介護手当等財政的援助を図る。
○住宅改善融資制度をおく。	・要介護老人の居室を環境改善のために融資制度の活用指導を図る（できれば、予防的見地から要介護でなくても受けられるようにする必要がある）
○介護用品の共同購入	・介護に係る紙おむつ等を共同購入することにより、経済的負担の軽減を図る。
○給食サービス	高齢者の食生活のみならず、地域社会とのふれあいがスムーズに行える重要なサービスとして位置付ける必要がある。
○短期保護事業（ショートスティ）の充実	・病弱老人を抱える老人世帯において、緊急な場合に短期保護事業の拡充を図る。
○所得による応分の負担制の確立	・福祉は無料という概念から所得に応じた費用負担をいただく。
○扶養義務者の負担指導	・別居中の扶養義務者にあっても、その費用負担をされるよう指導する
○後継者への連絡強化指導	・独居老人と後継者との連携強化を指導し経済、精神的援助体制を図る。

2 健康づくりに関連した問題

前期高齢者を含め若い世代の人々の問題は、今後ねたきりや、痴呆にならないための予防的な対策が今後ますます重要視されるようになってきている。ここでは身体的な健康づくりだけでなく、毎日の生活の充実感を味わうことができる生き甲斐対策の問題も含めて検討してみたい。

《早急な対応が望まれるもの》

対 応 策	具 体 的 に は
○地域包括医療体制の中で、村民皆検診の徹底（定期検診の徹底） 診療所の設備等の充実（ベット、他）	・村民皆検診、受診（定期検診）を図り、包括医療保健体制の準備にかかる。（但し個人の健康カルテなどのデータ管理と、保健・福祉サイドへのデータの送致については、プライバシー保護について十分検討を行う必要がある。）
○健康づくりキャンペーンの開催（健康教室、栄養教育等） 「ねたきり老人ゼロの村をめざそう」(仮)をキャンペーンとして実施	・高齢者になる前から、健康づくりキャンペーンを拡大展開し、健康についての意識付けを図り、健康教室や栄養教室を開き健康維持を図る。 （できれば、そのような栄養教室に集まった人々による老人給食サービス等の事業の展開へと発展させていくことができればさらによい）

○移送手段の確保	・検診、受診および各種催しものの際に参加したくても移動手段のもてない村民に対する移動サービスの拡充を図る必要がある。
○子供から老人まですべての人々が参画できるボランティア事業の開催	・老人クラブや婦人団体が中心になって村レベルの「ボランティア事業」として一人でも多くの村民にボランティア活動の重要性の理解をうながし、家族単位で何か社会参加できるプログラム等を検討する。例ごみなし運動、一日一善運動、おたがいさま運動等
○社会教育活動の拡大公民館活用の検討 (小学校を含めた公共施設の有効利用の促進)	・地域のボランティア活動等の拠点としての公民館の活用アイデアを村民から募集する。

《中、長期的な目標として対応が望まれるもの》

対 応 策	具 体 的 に は
○総合健康福祉センターの設立	・医療保健福祉をトータルにとらえた総合拠点としてのセンターの設立が必要と考える。(次章・供給システムの項を参照)
○中間施設(保健施設)の設置(村としてだけでなく広域事業のレベルでの検討課題)	・医療的な処置後の在宅での対応のまに、病院と施設の機能を加味したいいわゆる「中間施設」 ¹⁰⁾ としての保健施設の建設を広域行政のレベルとして検討する必要がある。
○村立診療所の老朽化対策	・豊原診療所の立て替えまたは、改築を検討する必要がある。
○マンパワーの量的・質的改善策 医療保健福祉専門職の待遇改善 作業療法士(OT)および、理学療法士(PT)の導入 栄養士の拡充	・有能な専門家の待遇改善は、将来のマンパワー確保(人材づくり)において非常に重要な要因となる。地域包括医療保健体制を推進する人材なくして、この計画の展開はありえない。(尚、拠点がつくられるまでは、診療所内に地域健康福祉管理センターのような機能を果たす部門が行政・社協の連携のもとに設置されることが望ましい。)
○健康福祉教育の啓発の拡充 小中学生に地域の高齢者や身障者等の座談会の開催 施設訪問活動 学内美化活動 家庭内での一日一善運動等の実施	・福祉はものではなく心であり、人づくりであることを児童からしっかり把握させるために、小中学校における福祉教育やふるさと教育を徹底させる。
○共同募金活動の実施と「やまぞえ福祉振興基金」の設立	・共同募金の拡大を図ると共に、村として、独自の福祉振興基金の検討を行う必要がある。

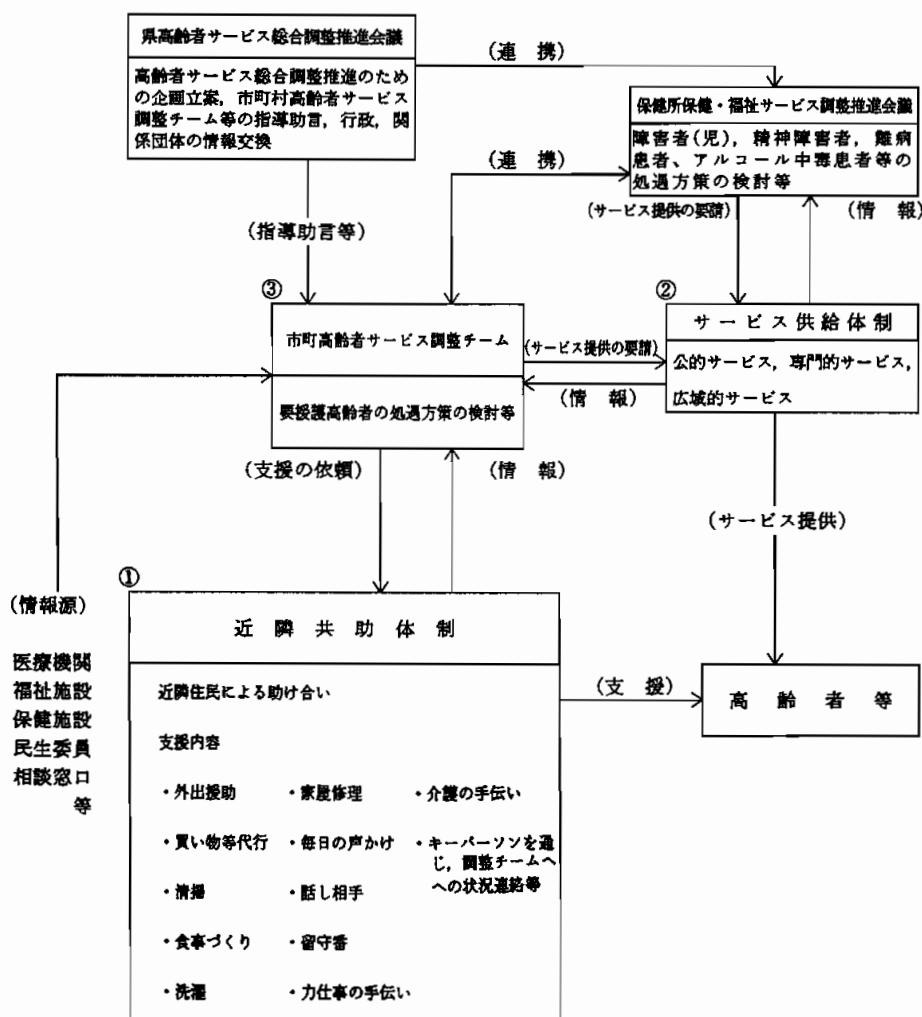
以上の対応策と具体的な内容については、今までの研究委員会で討論されてきた内容を筆者なりにまとめたものである。これらは構造的な課題として整理することができるが、次章においては、これらの対応策にどう対処していくかに関する機能的なシステムが考案される必要がある。そのことについては次章で検討を行ってみたい。

第4章 総合的な推進をめざして一住民主体に基づく地域総合援助システムの構築に向けて一

すべての住民が、その人生の過程において、生活障害にかかわるさまざまな援助を必要とするとき、その援助がスムーズかつ適切に行われるためには、医療、保健、福祉と住民が一体となって、「いつでも、どこでも、だれにでも」必要な量だけのサービスとケアが提供される体制づくりが必要となってくる。

そこで、総合的な援助システムが図-8で示したように①「ニーズの把握」と②「さまざまなケア提供」を行う、二つのシステムの他に、要援護者等に対する総合的なケースマネジメント機能を果たす③「高齢者サービス調整チーム（処遇検討会）」のシステムを合わせた三つの主要なシステムが必要である。¹⁷⁾

【図-8】 高齢者サービス等総合調整推進事業体系図

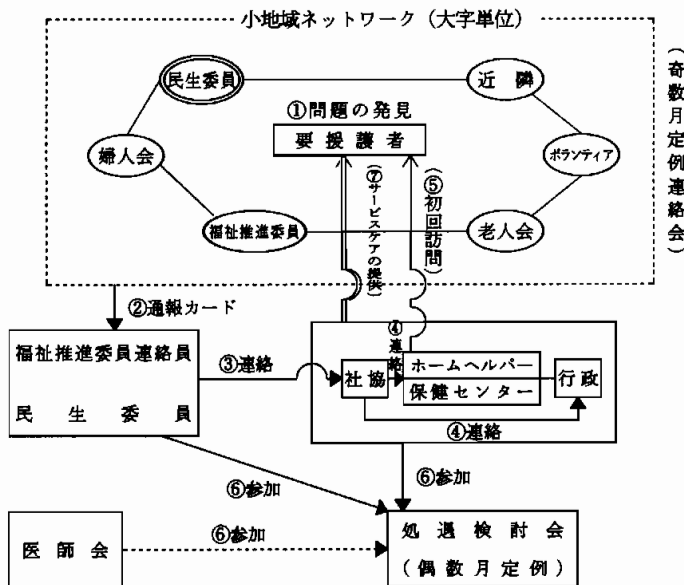


次に、そのようなニーズの把握に関するシステムであるが、これは何と云っても、近隣の住民の相互援助のしくみづくりが必要となってくる。いざという時に互いの隣近所の人々が助け合うことは、このような山添村の場合、地区住民の自治組織を単位とした小地域でのたすけ合いが可能であると思われる。但し、かつての古い共同体的な自治組織ではなく、民主的な地域住民の創意と知恵を出し合ったたすけあいシステムでなくてはならず、この点、古い伝統的な慣習の見習いや女性にたよった性別役割分業の見習しが重要な課題となってくる。本来、このような地域福祉計画のねらいは、地域住民の主体性と共生の理念にもとづいた社会福祉のとりえ方が根本的に問われ、真の民主的な自治意識の醸成が目標である。そのためにも、大字（小地域）を単位とした、保健福祉に関わるニーズ情報のキャッチシステムが必要となってくる。¹⁸⁾

（図－9 参照）

点線で囲んだところが小地域ネットワークの組織図である。できるだけ問題が起きる前から予防的な対応と同時に、早期発見、早期問題解決を行うことによって、より重度な障害を未然に防ぎ、それはひいては公的財政の支出の減少につながることを考えたとき、行政も社協も、小地域たすけあいネットワークの構築を目指す必要があると考えられる。

〔図－9〕 福祉ニーズ情報キャッチシステム図



- (注) i) 小地域ネットワークを主活動母体として大字を単位とし、組織をつくり奇数月に1回小地域の情報交換を行う。要援護者への早期発見と早期対応、および老人相互の助け合いを促進するため、福祉保健推進員制度を村内で検討し、各機関、住民とのネットワーク化を図り、民生委員を中心とした「地域見守り、助け合い運動」をおこす

ii) 福祉ニーズは、福祉推進委員がカードに記入し、福祉推進委員を通して社協へ入る。

iii) 処遇検討会は偶数月に定例会を開き、福祉ニーズの検討。

（必要に応じサービスケアの提供を指導する。また、緊急ニーズの場合は、関係機関で即応する。）

おわりに

我が国の人口は、急速に高齢化しつつある。今や我が国は、世界有数の長寿国となっている。確実に到来する高齢社会への対応を今から取り組まなくてはならない。本村の特性と地域の実情を考慮し、村（行政）が、水先案内人的な役割を果たしながら、個人、家庭、地域や各種団体とともに対応を進めていかなければならない。

現在の行政機構では、医療と保健と福祉がバラバラの部署によってなされており、それらを統括、調整する部門がないのが現状である。

今後はぜひ行政内部の組織の変革を急がねばならない。できれば、高齢社会対策室（もしくは課）のような部門をつくり、さらに首長の直属機関として、他の部署とは独立しつつ、なおかつ他のすべての部署を調整しうるような機能をもつ部門が要求される。

いずれにせよ、本村の場合、大都市のような大きな行政組織ではないので、厚生課の役割編成をまず行いつつ、定期的な高齢化対策の連絡調整会議を首長の招集の下で（リーダーシップの下で）行われることが必要である。そこでは互いの行政特有のたて割りの、領域主義を取り除き、村政全般に目を向けた広い視野と行政職員としての責任性と実行力が問われていく。

現在、行政職につく者には大きく四つの責任性が問われていると筆者は考えている。一つは、ナショナルミニマムに代表される国家的レベルの行政責任であり、二つ目はシビルミニマムに代表される。それぞれ市町村の条例等で定められたミニマムの実行責任である。三つ目は、コミュニティミニマムとしての、地域住民等によるソーシャルアクションに対する対応責任が迫られている。特に環境保全の問題や公害に関する住民運動に行政の果たす役割責任が今日注目されつつある。最後の責任性は、まさしく、行政や医療、保健、福祉や教育等の職につく人々の人間性に関する責任性である。これを筆者は、ヒューマン（サービス）ミニマムと称したい。本来、地域住民や個々人に責任があるものであっても、その生活障害によって引き起こされた問題が起きた場合（例えば一家心中、老人の自殺、非行等）、ヒューマンサービスに携わる職業人としての人間性に関わる道義的な責任性に近い意味での責任性が今日問われているのではないかと考える。この点は今後の社会福祉の理念的な研究課題とも重なり、詳しい論述は別の機会で行いたい。いずれにせよ、住民への行政職としてのサービス性に関する意識変革が、このような地域福祉サービスのシステム構築（政策立案）の根底に据えられなければ、このシステムは水泡に帰すると言っても過言ではない。

まさしく、医療、保健、福祉、そして教育も含め、これらの問題は、「人づくりに はじまって、人づくりに終る」といっても過言ではない。社会が個人を変えるのか、個人が社会を変えるのかは、社会学の根本的な研究的なテーマであるが、このような研究事業に携わって、いずれにせよどちらも変革しなければならないと言う究極的な実践的課題がせまられていることを強く受けとめている。そのためにも、このような計画立案が、社会福祉の研究に携わる者のみが考える計画（試論）ではなく、また行政や社協活動に携わる人々だけでなく、すべての住民と共に互いに知恵を出し合い、意見をたたかわし、共に生きていかなければならないとする「共生社会の創造と実践」を目指して考えていかなければならない。

ここに記したことは、あくまで一つの今後の計画作成の素案の段階であり、十分なる住民による住民のための、住民自身による計画立案へ移行して行かなければならないことを申し添えておく必要がある。

最後に、この小論をまとめるにあたり、山添村ふるさと創生会議の福祉保健部会の各位に対し、またさまざまな資料提供の要望に際し、いつも快く対応して下さいました山添村村長はじめ関係各位の方々に対し、心より謝辞の意を表したい。

〔補注および参考文献〕

- 1) 厚生省 「長寿社会対策大綱」1986.4
- 2) 厚生省・労働省 「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」1988.10
- 3) 社会福祉三審議会合同企画分科会 「今後の社会福祉のあり方」1989.3の意見具申のなかで
 - ① 市町村の役割重視
 - ② 在宅福祉の充実
 - ③ 民間福祉サービスの健全育成
 - ④ 福祉と保健・医療の連携強化・総合化
 - ⑤ 福祉の担い手の養成と確保
 - ⑥ サービスの総合化・効率化を推進するための福祉情報提供体制の整備
 をポイントとしてあげている。
- 4) 厚生省 「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略」(ゴールドプラン)1989.12
- 5) 厚生省 「老人福祉法等(福祉関係八法)の一部を改正する法律」1990.6
- 6) 奈良県 「奈良県高齢化社会総合対策指針―活力ある豊かな奈良県をめざして―」1989.10
- 7) 山添村「ふるさと創生会議設置要項および運営要領」1990.5
 ここでは五つの部会によって構成されている。(①福祉保健部会 ②環境衛生部会 ③産業振興部会 ④広報観光部会 ⑤社会教育部会)

山添村ふるさと創生会議名簿
1. 福祉保健部会 (順不同)

区 分	氏 名	摘 要
部 会 長	桂 良 太 郎	奈良大学社会学部講師
部 会 長 代 理	西 田 武	老人クラブ連合会会長
委 員	神 弘	奈良保健所保健予防課長
"	山 本 幸 重	奈良県健康対策課長補佐
"	吉 本 清 信	東山診療所所長(医師)
"	阪 上 野 夫 子	老人クラブ連合会婦人会長
"	橋 本 勝 亘	前村議会議員
"	南 八 千	ボランティア活動団体
参 与	加 太 敏 政	村会議員

- 8) 奈良県民生部高齢福祉課 「高齢者福祉対策の概要」1990. p5~6
- 9) 奈良県「奈良県統計年報」(平成元年度) p46.
- 10) 山添村 「山添村総合計画―やまぞえ21世紀への道標―」1985. p33.

(資料－1－1)

福祉、保健、医療等事業実施状況

区 分	項 目	事 業 内 容
社 会 福 祉	老 人 福 祉	老人家庭奉仕員派遣事業(ホームヘルパー)2名 一人暮らし老人訪問員設置事業 老人入浴サービス事業(やすらぎ園) 老人クラブ育成事業24クラブ 高齢者生きがい対策事業 スポーツ大会、囲碁、将棋等趣味講座 ねたきり老人慰問事業 老人福祉電話設置事業 在宅老人短期保護事業(せせらぎ苑) ふれあい広場整備事業 老人憩の家新築事業 明るい老人対策事業 緊急通報装置貸与事業 ミドルスティ事業
	心 身 障 害 者 福 祉	在宅重度身障者慰問事業 重度身障者入浴サービス事業(やすらぎ園) 重度身障者短期保護事業(菅原園) 療育バス運賃補助事業 身障者福祉電話設置事業
	低 所 得 者 福 祉	生活保護関係用務 民生児童委員活動助成(民生児童委員11名)
	各種福祉団体等育成	社会福祉協議会、遺族会、勤労者福祉協議会、更正保護婦人会、青少年を守る母の会、傷夷軍人会、軍恩会、英霊に伝える会、老人クラブ等
児 童 福 祉	福 祉 医 療	老人医療費助成事業 乳児医療費助成事業 心身障害者(児)医療費助成事業 母子医療費助成事業
保 健 衛 生	児 童 福 祉	保育所における保育事業 東山、春日、広瀬、豊央、東豊、西豊、各保育所
	一 般 保 健	成人検診 総合検診、厄年検診、還暦検診、老人検診、結核検診、胃検診、肺癌検診、子宮癌検診、乳癌検診 健康教育 糖尿病教室、虫歯予防教室、健康教室、健康づくりの集い、貧血教室 健康相談 大字別、定例、ぬくもり村まつり等 保健推進委員の設置 32人 献血推進委員の設置 32人 保健婦 2人
	母 子 保 健	乳児相談、乳児検診、幼児検診
	予 防 接 種	ツ反、BCG、ポリオ、三種混合、麻疹、インフルエンザ、日本脳炎、MMR
国 民 健 康 保 険	国 民 健 康 保 険 (診 療 所)	診療所(3診療所) 医師2人、看護婦2人、事務職3人 一般患者の診療、健康診断、健康相談並びに公衆衛生の向上、増進
老 人 保 健	老 人 保 健 (医 療)	対象者(70才以上)834人 医療費見込額(元年度)約293,000千円

(資料-1-2)

在宅福祉サービス

要介護老人サービス

事業名	対象者	内容
家庭奉仕員派遣事業	おおむね65才以上のねたきり老人、一人暮らし老人、痴呆性老人等	ねたきり老人、一人暮らし老人、痴呆性老人の家庭を訪問し老人の介護サービスをする。 食事の介護、排泄の介護、衣類着脱の介護、入浴の介護、身体清拭、洗髪、通院等の介助、その他必要な身体介護、調理、衣類の洗濯、補修、住居等の掃除、整理整頓、生活必需品の買物、関係機関との連絡、その他必要な家事
デイサービス事業	おおむね65才以上で身体が虚弱のために日常生活を営むのに支障がある老人	在宅の虚弱老人等に対し通所の方法により各種サービスを提供 入浴サービス、給食サービス、生活指導、日常動作訓練、介護、家庭介護者教室、健康チェック、送迎
ミニデイサービス事業	おおむね60才以上で身体が虚弱のために日常生活を営むのに支障がある老人	特別介護老人ホームを利用して在宅の虚弱老人等に対し、通所の方法によりデイサービスに準じた各種サービスを提供 入浴サービス、給食サービス、生活指導、日常動作訓練、介護、家庭介護者教室、健康チェック、送迎
在宅老人短期保護事業(ショートステイ)	おおむね65才以上の老人	ねたきり老人、痴呆性老人、虚弱老人等を特別介護老人ホーム、介護老人ホームにおいて一時的保護(70日間)を行う。
ミドルスティ事業	おおむね65才以上の老人	ねたきり老人、痴呆性老人、虚弱老人等を特別介護老人ホーム、介護老人ホームにおいて中期的保護(30日間)を行う。
ショートステイ等送迎事業	おおむね65才以上の老人	ショートステイ、ミドルスティを利用しようとする家族が、疾病等の理由により施設への送迎が困難な場合に施設側が老人を送迎
ホームケア促進事業	65才以上のねたきり老人等のその家族	ねたきり老人等とその家族が特別介護老人ホームで短期間宿泊研修を受け介護技術や心構えを身につける。 期間 本人3週間、家族5日間
ナイトケア事業	おおむね65才以上の痴呆性老人	夜間の介護が得られない痴呆性老人等を特別介護老人ホームで世話 期間 夕方から翌朝まで原則として7日以内
老人日常生活用具給付事業	おおむね65才以上のねたきり老人及び一人暮らし老人等	ねたきり老人及び一人暮らし老人等に日常生活用具を給付又は貸与し、日常生活の便宜を図る。 給付種目、貸与種目
紙おむつ等の支給事業	常時失禁状態にある65才以上の在宅ねたきり老人	在宅ねたきり老人に紙おむつ、寝巻、おむつカバーを支給
一人暮らし老人等緊急通報体制支援事業	65才以上の一人暮らし老人等	一人暮らし老人等に緊急通報装置(ペンダント)を給付又は貸与し、事故の未然防止を図る。
託老ホームの運営事業	家族による日中の介護が困難な痴呆性老人	家族による日中の介護が困難な痴呆性老人を特別介護、老人ホームに併設の託老ホームで介護。
家庭介護者リフレッシュ事業		ねたきり老人等の家庭介護者に近隣等の協力を得て介護研修、介護者交流会等を実施することにより、心身のリフレッシュ及び休養を図る。1泊2日

Summary

This paper is a draft of Community Health & Welfare Plan in YAMAZOE Village which tending toward Aging Society.

For the development of community heltn & welfare care, 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 and key factores.

For the people's participation, we should introduce "Community Health & Welfare Plan" to assure the level of a long-term care in all the facilities in a local small community.

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