

〔シンポジウム：家族を継続的に支える看護の役割—各領域の実践から—〕

1. 高齢者をめぐる家族・地域社会・自治体 —社会福祉の立場から—

日本社会事業大学社会事業研究所

村川 浩一

1. 高齢化と地域社会をめぐる社会変動

- (1) 人口の高齢化 (1995：14.5%，2000：17%，2010：21%，2020：25%)
- (2) 家族の変化……同居率の低下(1963：79.9%，1994：56%，2000?%)
- (3) 女性の社会進出・社会参加……家族介護の「限界」
- (4) 要介護高齢者への対応：後期高齢者の割合の増加，痴呆性老人ほか
- (5) 新しい介護システム構築の必然性

2. 家族の変化と介護支援

- (1) 高齢者の生活意識
 - ・高齢者の「自立」意識と「自立」生活
 - ・「核家族」化の拡がり，同居率の低下⇒同居介護から近居交流へ
- (2) 家族介護者への支援
 - ・レスパイトケア：ショートステイ，その他
 - ・在宅介護支援センター⇒情報提供，各種サービス調整
- (3) インフォーマル・ケアとフォーマル・ケアの「結節」
 - ・家族/ソーシャルサポートネットワーク
 - ・家族以外のインフォーマル・ケア：近隣，ボランティア

3. 地方自治体を取りまくシステムづくりと社会資源整備

- (1) 市町村老人保健福祉計画
 - ・総合的ケアシステムづくり(サービスの目標量+サービス提供体制)
 - ・老人保健福祉計画の積み上げ⇒新・ゴールドプランの策定 (1994.12)
- (2) 障害者基本計画 (障害者基本法1993.12)
 - ・障害者対策も市町村中心の体制づくりへ：保健・福祉・住宅・雇用・まちづくりなど
 - ・精神保健法⇒精神保健福祉法
- (3) 地域保健法の成立 (1994.6)
 - ・市町村中心の対人保健サービスのシステム
 - ・市町村保健センターの整備へ
 - *保健・医療・福祉の連携の重要性

4. 保健・福祉・医療の連携から統合への視点

- (1) 高齢者サービス調整チーム⇒本格的ケアチームづくり (チームワークのレベル)
 - (2) 保健・福祉の連携の新しい段階 (機関のレベル)
 - (3) 介護の総合的実施 (制度・政策・計画のレベル⇒実践のレベル)
- ★連携・統合をめぐる4つのレベル
- i. 制度・政策・計画のレベル
 - ・老人保健福祉計画の作成 (ニーズ判定⇒サービ

ス対応⇒制度・資源づくり)

ii. 機関連携のレベル

・保健衛生課と福祉担当課(市区町村中心の時代)/
保健所と福祉事務所ほか円滑な機関運営, 他機関と
の連携を積極的推進

・新しい組織「統合」保健福祉の総合機構の確立
へ: 市町村保健福祉センター

iii. チームワークのレベル

・保健婦, ソーシャルワーカー, ホームヘルパー,
訪問看護婦, OT, PT 等

・チームワーク, チームケアとリーダーシップ

iv. 高齢者等サービス利用者の根源的ニーズ⇒何
のための連携・統合か(必要性)

∴誰のための連携・統合なのかを, 看護職・保健
婦等は再確認すべきこと.

5. ケアの質の向上と新・介護システム

(1) ケア・マネジメントの方法的確立

(2) ケアプランの作成/アセスメント能力の形成

(3) チーム・アプローチ: チームケアの展開

※公的介護保険をめぐる動向

・高齢者自立・介護システム研究会報告(1994. 12)

・中央老人保健福祉審議会中間報告(1995. 7)

・社会保険方式の意義(社会連帯を基礎とする介
護費用調達システム)

* 高齢者ケアの量的・質的充足

* 公的介護保険をめぐる手続き的事項(保険者,
保険加入者の範囲, 保険料, 保険給付その他)

まとめ 高齢者ケアの基本的方向

i. 高齢者ケアの基本理念: Ageing in Place

英ティンカーら⇒OECD社会保障大臣会議
(1992. 12)

ii. 新しいソーシャルサポート・ネットワーク:
住民参加の可能性

iii. 新しい社会サービスの開発・確立