

原 著

福祉と保健・医療のネットワーク形成における展望と課題

—— 龍野市社会福祉協議会の活動から ——

野 上 文 夫

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

(平成3年8月23日受理)

Perspectives and Some Issues for Promotion of Network on
Welfare, Health and Medicine

—— From the Case of Tatsuno Social Welfare Council ——

Fumio NOGAMI

*Department of Medical Sociol Work
Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-01, Japan
(Received on Aug. 23, 1991)*

Key words : social welfare council, network, citizen participation

要 約

福祉関係3審議会は「今後の社会福祉のあり方について」の中で、強調する6項目の1つに「福祉と保健・医療の連携強化・総合化」をあげている。しかし、わが国では、福祉と保健・医療の連携強化は遅々として進展していないのが現状である。

ここでは、すでに福祉と保健・医療の連携が一定前進している龍野市社会福祉協議会（兵庫県）の活動を考察し、4つのネットワーク・レベル（関係機関・団体、関係機関・団体のワーカー、小地域、個別ケア）に分けて分析を試みた。

この事例は他地域の一つの参考になると思うが、同時に各領域、分野間における連携をめぐる諸課題も提示している。これらについても分析を試みた。

Abstract

Three Committees on Social Welfare emphasized collaboration and linkage between welfare, health and medicine as one of fundamental ideas. However collaborations and linkage between these sectors is very slow in Japan. In this article I took up Social Welfare Council of Tatsuno city, in Hyogo Prefecture which was very active in this collaborative programmes. Tatsuno Social Welfare Council has four levels of network

between three sectors.

The first is the network between agencies and institutions, the second is the network between workers of each sector, the third is the network within one neighbourhood or patch, the fourth is the network for personal care. Tatsuno is very successful in proposing services by statutory and voluntary sectors which have a close mutual linkage. Thus projects at Tatsuno is good example for other Social Welfare Councils. At the same time the case of Tatsuno City showed several difficulties in the collaboration of interdisciplinary professionals and in linkage between different sections. I analysed these difficulties in this article.

はじめに

福祉関係 3 審議会合同企画分科会は、平成元年（1989）3月30日に「今後の社会福祉のあり方について」の意見を厚生大臣に具申した。この意見具申は3年間にわたる審議を集約したもので、この基本的考え方が平成2年（1990）6月の社会福祉関係 8 法改正へとつながっていったのである。

意見具申の基本的な考え方は、

- ①市町村の役割重視
- ②社会福祉の充実
- 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情報提供体制の整備

の6点であった。

ここで注目したいのは④の福祉と保健・医療の連携強化・総合化の視点である。この項の説明では「長寿・福祉社会の実現に向けて、福祉と保健・医療との連携をより一層強化するとともに、サービスの総合化を推進することが、高齢者をはじめとする国民の福祉需要の充足を図るうえでますます重要であり、地域社会における総合的な福祉・保健・医療サービス体系の確立を目指す必要がある」としている。また、⑥のサービスの総合化・効率化を推進するための福祉情報提供体制の整備で、「……地域の実情に応じた福祉・保健・医療各種施策の総合的、効率的運用を実現するため、相談機能の強化を中心に福祉情報提供体制を幅広く整備することが必要である」と触れている。

しかし、「社会福祉の見直しの具体的方策」の中では具体的な項は立てておらず、「在宅福祉の充実と施設福祉の連携強化」の中で、「……また、単に福祉の分野のみでなく、保健・医療サービスとの連携を深めることが肝要であり、高齢者サービスとの連携強化を一層進めるとともに、福祉サービスと保健医療サービスの実施体制の整合性についても十分配慮しながら取り組まねばならない。……」とふれているだけである。

ここでの全体の基調は、この福祉関係の審議会の性格からしても当然といえば当然であるが、まず市町村単位に、遅れている在宅福祉サービスを中心に拡充し、その充実整備によりはじめて保健・医療サービスとの有機的な連携が確立されるとしていることが読みとれる。

以上のような意見具申を踏まえ、平成2年（1990）6月22日、社会福祉関係 8 法の改正を内容とする「老人福祉法等の一部を改正する法律」が国会で成立し、6月29日に公布された。

紙数の関係で内容の細部は除くが、改正の趣旨は、21世紀の本格的な高齢化社会の到来に対応し、住民に最も身近な市町村で、在宅福祉サービスと施設福祉サービスがきめ細かく一元的かつ計画的に提供される体制づくりを進めることにある。ここで最も注目する点は「市町村」中心ということであり、また、遅れている「在宅福祉サービス」の積極的推進を法律上明確に位置づけたことであり、さらに、「市町村及び都道府県老人保健福祉計画」を策定して計画的に推進することを義務づけたことである。在宅福祉サービスを積極的に推進するためには保健・医療との連携がより重要となり、また、老人保健福祉計画の策定のためには、老人に対する保

健サービスと福祉サービスの連携による実施の目標が必要である。(ただ計画策定にあたっては、老人福祉計画は老人福祉法で、老人保健計画は老人保健法でということになるが、両者は一体のものとして作成されなければならないとしている。)

この法改正は、政府が平成元年(1989)12月に策定した「高齢者保健福祉推進10か年戦略」(ゴールドプラン)を推進するための基盤を整備するという意図をもったものであることは言うまでもない。

以上は最近の国レベルにおける福祉サイドからの保健・医療の連携をめぐる動きであるが、では、市町村は現にどのような連携のあり方を模策しているのだろうか。これまで行政を中心にしたもの、保健所を中心にしたもの、病院を中心に展開されているものなどが多く発表されているが、ここでは民間団体である龍野市社会福祉協議会(以下、社協という)の活動を通してその到達点と評価、今後の課題、将来性などを分析してみたい。なお、ここでは「連携」を「ネットワーク」と置き換えて使用する。

分析にあたってはそのめざす目標が必要である。福祉と保健・医療のネットワークがめざすものは一言でいえば「ノーマライゼーション」の実現にあるといえよう。具体的には、わが国における「新しい福祉観」の確立、即ち、在宅での日常生活の継続保障、自己決定の保障、社会参加の保障、積極的な生き方の保障である。これらを保障し、生活の質を高めるために、福祉と保健・医療の総合的・継続的なサービス提供をめざすといえよう。さらにいえば、これらを通して新しい福祉コミュニティの形成をめざすことにある。

これらの観点にたつて以下、龍野市社協活動の分析を試みたい。

1. 龍野市における福祉と保健・医療のネットワーク

1) 龍野市の概要

龍野市は兵庫県の西南部に位置し、面積70.31km²、人口40,843名、世帯数11,646世帯(平成2年(1990)国調)で農村部と都市部の混合した

小都市である。住民意識としては、城下町特有の保守性と農村的伝統志向を残している。人口の変動は少ないが、高齢化は徐々に進行し、13.23%である。

市内の保健・医療・福祉施設の現況は、一般病院6ヵ所(公立なし)、県保健所・市保健センター、養護老人ホーム(市営)、特別養護老人ホーム(デイ・サービスセンター併設・法人立)、重度身体障害者施設(法人立)、がある。その他、総合福祉会館の中に、障害者の機能回復訓練室、老人福祉センター、中央児童館がある。

在宅福祉サービス(老人関係)では、家庭奉仕員派遣制度(行政ヘルパー5名)、有料ヘルプサービス(社協1名)、デイ・サービス(特養)、ショートステイ(特養)、給食サービス(社協事業、保健所と在宅栄養士会の協力、市補助金)、ボランティアの調理と配食)、入浴サービス(社協事業、医師会の意見書、市保健所の巡回訪問、市補助金、ボランティアの運行と介助)、訪問看護事業(社協事業)、福祉機器の給付と貸与(行政・社協)、緊急通報システム(行政)、介護用品の斡旋・紹介(社協)、などである。

2) 福祉と保健医療のネットワークのあゆみ

龍野市社協が保健・医療と福祉のネットワーク形成に至るまでには、大きく分けて三つの段階を経ている。即ち、第一段階は社協の体制整備期、第二段階は在宅福祉サービスの開発期、第三段階は第一段階、第二段階の具体的活動を通しての手さぐりのネットワーク形成期である。

(1) 社協の体制整備期

昭和43年(1968)に龍野市社協は社会福祉法人として再出発した。45年(1970)には社協専任事務局長を置き、事務局体制が強化された。法人化以後毎年、小地域座談会を開き住民から直接にニーズの把握をする一方で地域福祉活動の必要性を啓発していった。その成果が実り、昭和47年(1972)には社協支部(6地区)の結成と会員制度(普通会員100円、特別会員10口以上)が発足し、草の根的な地域福祉活動が展開できる基盤を確立した。名実ともに独立した社協体制となったのである。同時にこれと並行し「社協だより」の発行、市社会福祉大会の開催、市民むけ「福祉講座」の開催も続けていった。

昭和50年(1975)には「福祉講座」を「ボランティア・スクール」に発展させ、これらの参加者がボランティア・グループを結成していった。このグループの呼びかけで昭和51年(1976)には「ボランティア協会」に発展し、これが第二段階の在宅福祉サービスを支える柱となっていった。昭和53年(1978)には、龍野市総合福祉会館を市より委託され、社協は活動の拠点となる場をもつことになり、市民にその存在がわかる「社協」となった。この機会に「ボランティア・センター」も設置し、ボランティアも活動の拠点が確保され、職員2名の配置とともに需給調整とボランティアの開発を強化していった。

(2) 在宅福祉サービスの開発期

龍野市社協が従来の組織化活動から一步踏み出し、在宅福祉サービスに取り組み始めたのは昭和54年(1979)、兵庫県社協の「在宅福祉推進地区」の3ヵ年指定を受けたからである。

在宅福祉サービスの実施にはまず調査が必要であった。この指定以後の調査は、次のようであった。

- ①給食サービス希望調査(昭54年(1979))
- ②ねたきり老人の実態並びに入浴サービス希望調査(昭56年(1981))
- ③在宅老人生活ニーズ調査〈ひとり暮らし老人〉(昭57年(1982))
- ④在宅老人生活ニーズ調査〈ねたきり老人〉(昭58年(1983))
- ⑤在宅老人生活ニーズ調査〈ねたきり夫婦〉(昭58年(1983))
- ⑥要介護老人の生活実態およびサービス・ネットワークに関する調査(昭60年(1985))
- ⑦ねたきり老人生活ニーズ調査(昭62年(1987))
- ⑧ひとり暮らし老人生活ニーズ調査(昭63年(1987))

と毎年実施し、それに基づいて在宅福祉サービスを開発していった。

この調査と並行して在宅福祉サービスを実施するための条件整備も進めた。即ち、ボランティア協会との話し合い、技術ボランティア養成講座の開催により介助ボランティアの確保、保

健所との連携(毎月の研究会開催)、医師会との連携(主治医との連携)、社協に在宅福祉サービス推進委員会の設置(委員長は医師会代表)、1年間10回の協議で第一次社協発展計画の策定(在宅福祉サービスの計画的実施の位置づけ)(昭57~60年(1982~1985))、社協にケースマネージャーの配置(看護婦・保健婦資格をもつ職員)、など在宅福祉サービスの推進に必要な条件整備に社協として取り組んでいった。

(3) 保健・医療と福祉の連携への足がかり

昭和56年(1981)の「ねたきり老人の実態並びに入浴サービス希望調査」の結果から、龍野市社協は同年「入浴サービス」を開始した。開始にあたっては、まず医師会に協力を呼びかけ、その了解を得た。医師会としては「意見書」を無料で提出し、それを入浴実施の可否判断に活用する。その上で保健婦が初回訪問し、その人の状態を把握し、入浴可能となれば、社協の職員(看護婦・保健婦資格者)とボランティア3名の計4名で訪問し、家族とともに入浴を実施する。この入浴サービスで医師、保健婦との具体的な協力関係の糸口ができた。

この入浴サービスは、現在週3回(水、木、日)を原則に実施しているが希望者が多く、最近土曜日も当てることにしたが、今度はスタッフのローテーションに苦慮している。それでも月1~2回が限度で、目標の週1回にはほど遠い現状である。さらに行政と保健所・医師会の強力な援助がなければ、家族のニーズに応えられない所まできている。

入浴サービスを通して多くの課題が浮かびあがってきた。ここでは保健・医療に関するものだけを取り上げると、

- ①ねたきり老人の場合、積極的に医師にかかることが少ないこと
- ②主治医がないこと
- ③褥瘡などがひどく、入浴ができる状態でない人が多いこと

などが次第に明らかになってきた。保健・医療サービスが、このような老人には行き届いていないことである。

そこで、入浴ができるまでの状態に回復する手当をする必要にせまられてきた。龍野市社協

はこのため、県保健所、市保健センターに対し、これらの家族への訪問活動等を要請した。しかし、業務多忙の理由で実現しなかった。そこで、市社協では当面の緊急対策として「訪問看護事業」を実施することとした。この事業は、社協職員（看護婦資格者）とボランティアの保健婦とであたることとした。内容は、

- ①室内の環境整備と保清（寝衣・シーツ交換、清式）
- ②足浴
- ③褥瘡の手当と予防
- ④食事の仕方と栄養指導
- ⑤リハビリ指導
- ⑥介護者の健康チェックと保健指導
- ⑦精神面の保健指導
- ⑧介護用具や特殊ベット、車イス等の貸出しと効果的活用の指導

などとした。しかし、訪問看護へのニーズ増大で、とてもボランティアの保健婦や社協職員だけでは対応できないことが明らかとなった。

(4) 保健・福祉関係機関のネットワークへ

昭和61年（1986）3月、民生委員より悪性腫瘍に苦しむ患者が、しばしば自殺企図行為に走り、家族・介護者は疲労困憊しているのを訪問して欲しいとの依頼があった。民生委員、社協職員、ボランティアの保健婦が対象家庭を訪問したがその後の対応策は見出せなかった。そこで県保健所精神保健担当保健婦に連絡をとり、10日後にその保健婦とボランティアの保健婦が訪問し、気分転換をはかるため社協の車イスの使用などによる外出などもすすめた。その後、数回訪問したが、2ヵ月後に死亡した。

しかし、この対応から連絡が始まり、今度は保健所から担当ケースに入浴サービスを利用して欲しいとの依頼がきた。こうして、県・市保健婦、社協職員、ホームヘルパーとが必要に応じ、連携をとるようになっていった。

昭和62年（1987）2月、民生委員による「ねたきり老人生活ニーズ調査」が実施され、その結果を保健所も加え検討分析することとし、昭和62年（1987）4月、「保健福祉実務担当者ケース検討連絡会」が結成された。参加者は、医師会医師、県・市保健婦、福祉事務所ワーカー、

ホームヘルパー、社協職員（社協看護婦を含む）で、代表者は市保健婦とし、事務局は社協があたることとし、連絡会を毎月1回開催することを決めた。民生委員より緊急患者の訪問依頼からようやくネットワークが実現したのである。

連絡会では、民生委員や家族から依頼をうけて訪問したケース、「ねたきり老人早期発見システム」、「ひとり暮らし老人見守りネットワーク」などよりのケース、保健婦訪問ケース、など各機関・団体が把握したケースの中でケース検討を必要とするものなどを討議していった。

龍野市の特徴は、このケース検討連絡会を単に専門家集団による連絡会にとどめず広く門戸を開いていることである。昭和62年（1987）に「第二次社協発展計画（昭62～平2年（1987～1990）」を策定し、その中で、地域福祉ニーズの明確化（早期発見）とそれに早期対応する目標をかかげ、その具体的推進として、

- ①保健福祉ネットワークによる「ねたきり老人早期発見システム」づくり
- ②ひとり暮らし老人見守りネットワーク

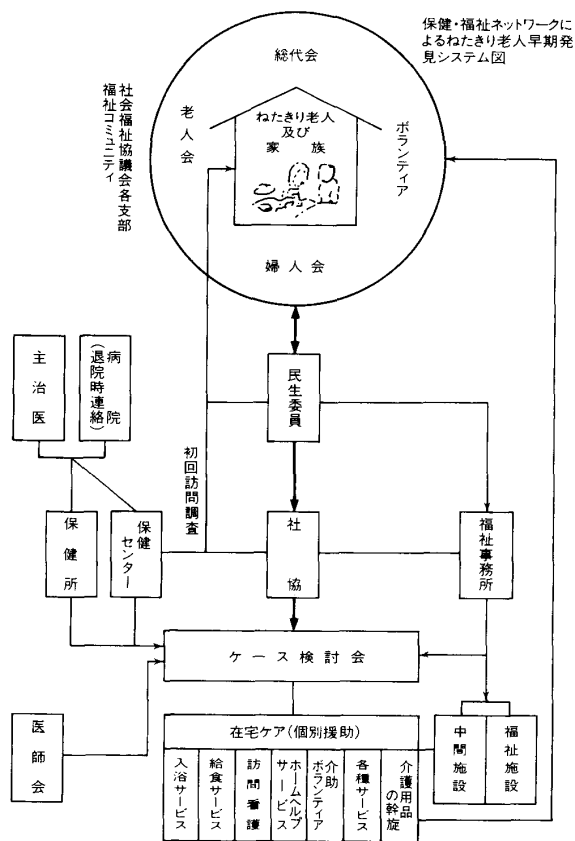


図1 おとしよりを寝たきりにさせないために

③福祉推進委員（社協が27世帯に1人の福祉推進委員設置、計420名）による小地域福祉活動の推進

の3点をかかげ、それを組織化し、そこからのニーズを民生委員を通じてケース検討連絡会へ持ちあげていることである。この3つの活動が根っ子のところで“早期発見・早期対応”を支えているのである。（図1、2参照）

なお、この連絡会は昭和63年（1988）11月25日、正規の組織として市に設置された「高齢者サービス調整チーム」としての役割を担うこととなった。一方、市社協は、連絡会では解決できない全市的な課題を取りあげる機関として「保健福祉推進会議」を市に働きかけ、市は昭和62年（1987）6月に設置をしている。

なお、龍野市社協が昭和43年の法人化以降に組織化した地域福祉ネットワークは、次の表1の通りである。

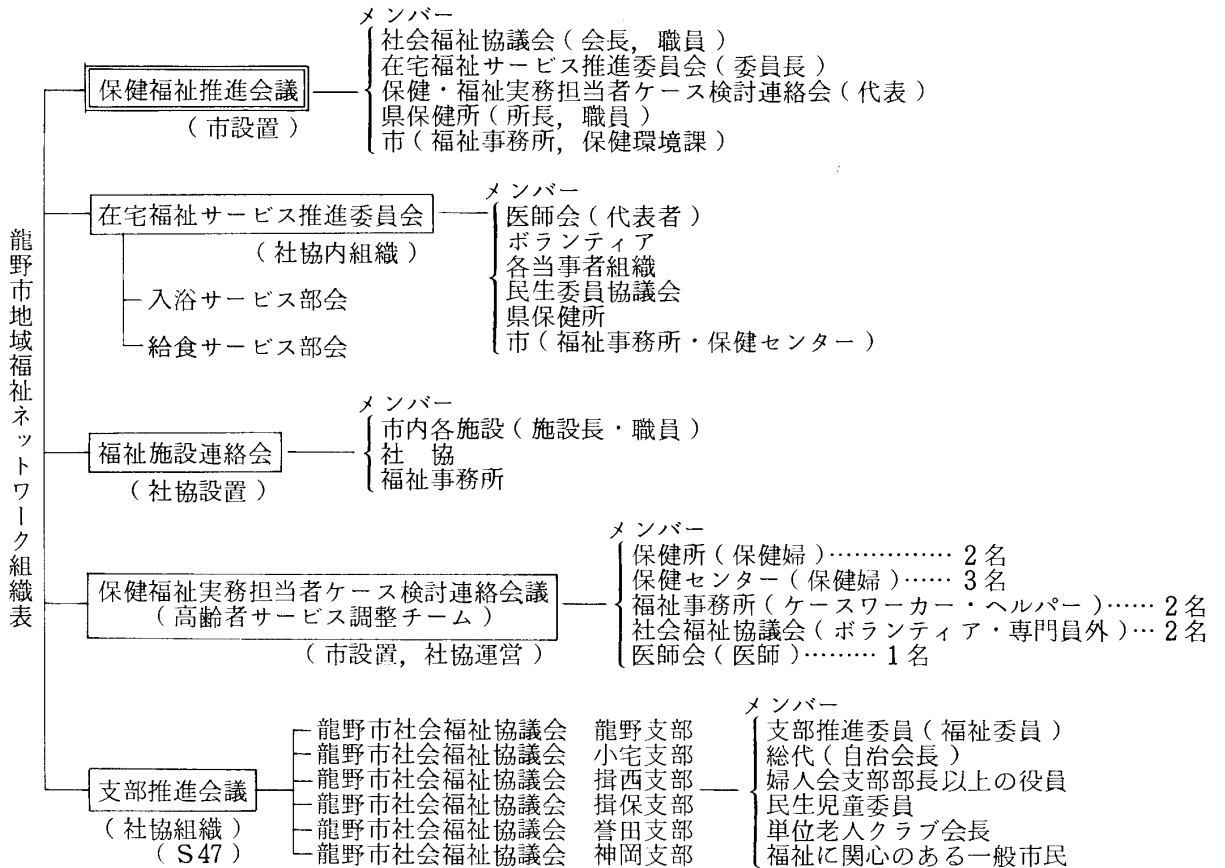
(5) 成果と課題

昭和62年（1987）4月1日に発足した保健福



図2 ひとり暮らし老人見守りネットワークの手順

表1



社実務担当者ケース検討連絡会（昭63年（1988）11月からはサービス調整チームの役割を担う）の5年間の成果と課題を龍野市社協井澤啓純専門員は次のようにあげている。

成果としては、

- ①ねたきり老人記録カードの整理と電算入力化などにより、ニーズを一定共有化できるようになった
- ②早期発見・早期対応という統一目標をもつことにより各機関の相互理解が促進された
- ③早期発見が可能となった
- ④民生委員や福祉推進委員の活動課題としても取り組まれるようになった
- ⑤介護者のつどい、生活訓練の会（リハビリ）の組織化とそれを共同事業として取り組むことができた

などをあげている。

一方、課題としては、

- ①月1回の連絡会ではケース検討数に限界があり、系統的なフォローが十分にできない
- ②チーム訪問の計画的な取り組みと共通カルテの活用方法の検討
- ③各機関のマンパワー不足と対応能力の限界
- ④主治医等の医療機関との連携不足
- ⑤虚弱老人等ねたきり以外の対象者を含む包括的なシステムになっていない
- ⑥デイ・サービスや特別養護老人ホームなどとの連携
- ⑦保健福祉推進会議などの上部機関への政策提言のあり方

などをあげているが、とくに在宅福祉を推進するための各機関のマンパワー不足を強くあげている。

2. 福祉と保健・医療のネットワーク形成における課題と今後の方向

1) 三つの発展段階

全国的に福祉と保健・医療のネットワーク実践についてはすでにいくつかの優れた報告がなされている。それには二つの流れがあるといえよう。一つは行政主導型（例えば、松原市の保健所中心から発展、武蔵野市の行政中心から福祉公社へ、東村山市の行政・医師会から発展な

ど）で事業を展開しているものである。二つは病院主導型（例えば、柳原病院、御調町立病院など多数）である。確かに成功例はこの二つのタイプに多い。しかし近年は、ここで取りあげた龍野市社協のようにいわば第三の流れともいえる民間主導型、住民主導型のネットワーク形成が徐々に広がってきているといえる。主として市町村社協を中心にしたネットワークである。結論的にいえば、これからの福祉と保健・医療のネットワーク形成にあたっては、どの分野がイニシアティブをとって進めたとしても、そこに住民が主体的に参加するネットワークでないと広がりや展望が見い出せないのではないかと考えている。

ここで取りあげた龍野市社協の活動はまだ多くの課題を抱えてはいるが、点から線へ、そして面への広がりをもっている。鶴見和子が内発的発展論で、「……目標を実現する社会の姿と人々の暮らしの流儀とは、それぞれの地域の人々や集団が、固有の自然生態系に適合し、文化遺産（伝統）に基づいて外来の知識・技術・制度などを照合しつつ、自律的に創出すること」と述べているように、龍野という地域性や伝統をしっかりと踏まえながら自律的に福祉と保健・医療のネットワークを住民とともに創出しつつあるといえよう。

龍野市社協の活動は、事例でもみられるように三つの段階を経過しながら展開されている。

第一は、「調査→学習→計画→協働促進（実践）→評価」という極めてコミュニティワークの原則に基づいた組織化活動からスタートしている。事例の「ネットワークへのあゆみ」の第一段階（社協体制の整備）でみられるように、小地域福祉座談会を積み重ね住民のニーズを把握し、その上にたって、小地域活動を展開する組織として支部社協を結成し、また住民会員制をひき活動財源を造成している。一方、住民参加を具体化するため、ボランティアを発見・養成するなど、住民への福祉教育を展開している。これらをさらに強化するため、第一次社協発展計画を策定し、住民に目標と計画的推進を示している。こうして住民が主体的にネットワークに参加する条件整備をしている。

第二には、在宅福祉への取りくみである。社協は従来住民の普遍的・共通的な福祉課題を中心に活動展開をし、結果として重い福祉課題をかかえるねたきり老人やその家族への取りくみが弱いきらいがあった。あるいはその課題は行政責任だと行政へ要望をしてきた。これらの人びとは地域から取り残され、あるいは家族責任だと無視されてきた。ここに目をむけ、要援護者の生活権・福祉権や生活圏を拡大するため、精力的にニーズ調査を実施し、それを一つ一つ在宅福祉サービスとして開発をしていった。即ち、給食サービス、入浴サービス、訪問看護事業、有償ヘルプサービスなど、行政に先きかけてニーズに応じてきた。その結果、当然突きあたってきたのが保健・医療との連携であり、ネットワークの必要性であった。いわば理念先行でなく、実践の中からネットワークの必要性を学びとっていつている。

第三は、保健福祉実務担当者ケース検討連絡会の設置である。連絡会設置の動機は、入浴サービスや訪問看護事業を展開する中から、連絡から連携へと必然的に結成されたのであるが、社協の果たした役割は大きい。連絡会の参加者は、福祉事務所、県・市保健所、医師会、社協、ヘルパーなどの実務担当者であるが、専門ワーカーのみによる閉鎖的なネットワークになっていないのが龍野方式といえる。即ち、社協が組織した「ねたきり老人早期発見システム」、「ひとり暮らし老人見守りネットワーク」、「小地域福祉活動」の三つのルートからキャッチされたニーズが、民生委員から社協を経てこの連絡会へあがってくることである。また、当事者組織からのニーズも汲みあげる道が開かれている。いわばこの連絡会はよくみられる管理型（主として守秘義務・プライバシー保護の名目で専門家のみによる）ではなく参加型ネットワークとして機能をしていることは、従来の行政主導型などとは色合いを異にしているのが特徴である。

以上が龍野市社協が進めた福祉と保健・医療のネットワークの特徴点と評価であるが、課題は先に市社協の井澤氏が指摘した通りであるが、これにつけ加えると、市行政の対応がやや消極的であること、社協としては当事者の組織化(ね

たきり老人を抱える家族の会・ひとり暮らし老人の会など)をさらに強化していくなどが課題であろう。

2) 福祉と保健・医療のネットワーク推進上のいくつかの課題

ネットワーク形成は次の4つのレベルで展開されてこそ、要援護者を含む住民の「生活の質」が確保されるのではないかと考えられる。

- A. 市町村保健福祉関係機関・団体のネットワーク組織
- B. 市町村保健・福祉関係機関・団体専門ワーカーのネットワーク
- C. 小地域レベルのネットワーク
- D. 個別ケアのネットワーク

上記4つのレベルでAとBはフォーマル・ネットワーク、CとDはインフォーマル・ネットワークといえよう。今後のネットワーク形成では両者が有機的に機能してこそ、本来の目的が達成されると考える。

Aは市町村レベルにおける企画、調整、政策決定、評価を主たる役割とする。龍野市で市が設置している「保健福祉推進会議」と市社協設置の「在宅福祉サービス推進会議」もこの機能を果たしている。問題はこの政策主体としてのネットワークが一定の目的や目標にむけて、役割分担や共同作業をしながら躍動的に活動しているかどうかである。これまで行政設置の組織は設置することに意義がある程度の機能しか果たしていない場合が多い。龍野市の場合もまだ十分に機能しているとはいえない。ただB、C、Dレベルのネットワークからの課題が持ち上げられるシステムになっている所に希望がある。

Bは専門ワーカー（実務担当者）のネットワークであるが、現在全国の市町村に設置されている「高齢者サービス調整チーム」が典型的なものである。これもまだ十分機能していないので、厚生省もこの活性化を働きかけている。龍野市の場合、課題の中から、活動の中から必要にせまられてネットワークされただけに機能を発揮している。とくにCレベルのネットワークが機能しはじめてから件数も3倍近くに増えている。ただ問題は現況のスタッフの中でのやりくりであるだけに限界もみえる。ケースマネ

ージメントスタッフの設置が不可欠である。

Cの小地域レベルのネットワークは実践主体として今後最も重要な役割を担うといえる。勿論、AとBが機能していることでCのネットワークも更に強化される。龍野市の場合はこのネットワーク実践が市全体のネットワークを活性化させる原動力になっている。即ち、社協支部推進会議、ねたきり老人早期発見システム、ひとり暮らし老人見守りネットワーク、福祉委員による小地域福祉活動など、きめ細かくネットワークが張りめぐらされて、住民の生活を草の根レベルで支えている。ただ、Cの小地域レベルも今後在宅介護支援センター、デイ・サービスなどが中学校区に配置されるまでに進展すると地域によってはフォーマル・ネットワークが必要となるが、住民参加のインフォーマル・ネットワークとの共同活動を原則とすべきであろう。

Dは要介護者や家族などを中心とするケア・ネットワークである。家族に近隣、友人、ボランティアなどによるネットワークで、生活上に生起するあらゆるニーズの充足、処理などを総合的に進めるインフォーマル・ネットワークである。今日では自然発生的に形成される条件が少なくなったので、人為的、意図的、計画的にネットワーク形成を進めることが急務である。

問題は誰がキーパーソンになるかである。民生委員の場合、福祉委員の場合、ボランティアの場合、など、多様であるが、今後は、保健婦、看護婦、ヘルパー、ケースワーカーなど、担当ケースを中心としたケア・ネットワーク形成も必要である。龍野市の場合も含め今後の課題である。

以上、ネットワークの4つのレベルにおける役割、機能、課題について述べたが、平成5年(1993)全面実施される8法改正を実態あらしめる一つのカギは保健・医療と福祉のネットワークにあると考える。前田信雄は「老人保健福祉制度の課題と展望」(月刊福祉2月号, 1991)で、「……国際的にみても、いまは保健と医療と福祉の活動そのものを統合する時代である。……」と述べ、「連携から統合へ」を強調している。確かにその時代であるとは認識しているが、それには各地での多様な実践の積み重ねがまず必要である。龍野市における活動は前田のいう「連携」の段階にすぎない。しかし、住民がより主体的に保健・医療・福祉のネットワーク形成に参加していくなかでしか途は開けないように思える。その一翼を担うのは市町村社協であると期待したい。

文 献

- 1) 野上文夫, 渡辺武男, 小田兼三(1991)「社会福祉の動きと地域福祉」, 地域福祉論, 相川書房, pp 12-15.
- 2) 龍野市社会福祉協議会事業計画・事業報告書(昭和54年~平成3年度).
- 3) 野上文夫, 井澤啓純(1991)「保健福祉の連携をめざす」——T市社協の活動事例から——, 地域福祉活動専門員研修における事例研究, 全社協研修センター.
- 4) 藤井博志, 井澤啓純, 田村久子(1991)「地方都市における地域福祉形成の課題」——龍野市社協におけるケアシステム形成の実践から——, 地域福祉活動研究 No. 8, 兵庫県社会福祉協議会, pp 41-55.
- 5) 野上文夫(1991)「社会福祉ネットワークにおける社会福祉協議会の役割と課題」, ソーシャルワーク研究, 13, 8-13.
- 6) 野上文夫(1988)「在宅福祉サービスの体系化とコミュニティワークの実践課題」, ソーシャルワーク研究, 14, 163-171.
- 7) 鶴見和子, 川田 侃(1990)内発的発展論, 東大出版会, p 49.
- 8) 前田信雄(1991)「老人保健福祉制度改革の課題と展望」, 月刊福祉2月号, pp 18-23.