

地域ケア・システムの展開過程 にかんする社会学的比較研究

課題番号 16330092

平成16年度～平成19年度
科学研究費補助金(基盤研究(B))
研究成果報告書

平成20年3月

研究代表者 永井 彰

東北大学大学院文学研究科准教授

地域ケア・システムの展開過程 にかんする社会学的比較研究

課題番号 16330092

平成16年度～平成19年度科学研究費補助金（基盤研究（B））
研究成果報告書

平成20年3月

研究代表者 永井 彰
東北大学大学院文学研究科准教授

は し が き

研究組織

研究代表者 : 永井 彰 (東北大学大学院文学研究科准教授)
研究分担者 : 佐久間 政広 (東北学院大学教養学部教授)
研究分担者 : 徳川 直人 (東北大学大学院情報科学研究科准教授)
研究分担者 : 菅原 真枝 (東北学院大学教養学部准教授)
研究協力者 : 本間 照雄 (東北大学大学院文学研究科博士課程)

交付決定額 (配分額)

(金額単位:円)

	直接経費	間接経費	合計
平成16年度	2,700,000	0	2,700,000
平成17年度	2,500,000	0	2,500,000
平成18年度	2,500,000	0	2,500,000
平成19年度	2,500,000	750,000	3,250,000
総計	10,200,000	750,000	10,950,000

研究発表

(1) 雑誌論文

永井彰「島嶼地域における高齢者ケアの諸問題－鹿児島県甑島列島の事例」『東北文化研究室紀要』第47集、2006年、1-13ページ。

永井彰「高齢者の地域ケアをめぐる今日の問題状況再考」『東北大学文学研究科研究年報』第56号、2007年、41-59ページ。

永井彰「自治体合併にともなう地域経営の変容－広島県三次市君田町の事例」『東北文化研究室紀要』第49集、2008年、1-17ページ。

(2) 学会発表

なし

(3) 図書

なし

研究成果による産業財産権の出願・取得状況

なし

目次

序論	地域ケア・システムの社会学	永井 彰	1
第1章	高齢者の地域ケアをめぐる今日の問題状況再考	永井 彰	13
第2章	島嶼地域における高齢者ケアの諸問題 —鹿児島県甬島列島の事例	永井 彰	27
第3章	自治体合併にともなう地域経営の変容 —広島県三次市君田町の事例	永井 彰	41
第4章	知的障害を持つ二人の日常にみる地域生活の実像	本間 照雄	59

1 問題としての地域ケア・システム

われわれは、かつて地域ケア・システムについて次のような暫定的な定義をおこなった(永井 2003b: 91)。すなわち、地域ケア・システムとは「一定の地域的な範囲のなかで、行政機関、医療機関、福祉施設、住民グループなどが連携しつつ、高齢者本人やその家族にとって必要なサービスを提供する社会的なネットワーク」のことである。この定義は、要介護高齢者のことを念頭においてなされたものであるから、より一般化して考えるためには、高齢者を支援を必要とする人に置き換える必要がある。そうしてみると、地域ケア・システムとは、一定の地域的な範囲のなかで、行政機関、医療機関、福祉施設、住民グループなどが連携しつつ、社会的な支援を必要とする人やその家族にとって必要なサービスを提供する社会的なネットワークとみなすことができる。本報告書では、地域ケア・システムについては、この定義を採用しておきたい。

この定義をふまえてまずはじめに強調しておきたいのは、われわれはただ単に地域ケアというのではなく、地域ケア・システムという表現を採用しているということである。というのも、地域ケアにかかわる個々のサービスがばらばらに提供されているのではなく、地域ケアにかかわる諸主体がネットワークを形成しているという事態に注目したいからである。このことは、さしあたっては現実の必要性と結びついている。つまり地域ケアが実現されるためには、地域ケア・システムが構築される必要があるというわけである。支援を必要とする人に必要なサービスを提供するという視点に立つと、ただ単にサービスメニューを用意するというだけでは不十分であり、さまざまなサービスが十分にコーディネートされている必要がある。こうした事態を可能にするためには、サービス提供やその基盤整備にかかわる諸主体のあいだに緊密な連携がなされていることが不可欠である。たしかに、個々の利用者の視点だけからすると、適切なケアプランが作成されればよいということにはなる。このことだけをとりあげると、ケアを提供する仕組みの問題ではなくケアマネジメントの問題であるかのようにもみえる。しかし、このようにとらえると、問題を矮小化する危険性がある。現実のケアマネジメントは、決められた制度の枠内での既存のサービスメニューからの選択にすぎない。むしろ、メニューそのものの設定、そのための制度や施設の整備、さらには人材の確保といったケアプラン作成以前の問題の方が重要である。もちろんケアマネジメントは重要であるが、より根本的に問題となるのは、サービスを提供する仕組みそのものである。

われわれは、サービス提供やその基盤整備にかかわる諸主体のあいだにネットワークが形成されるということ、つまりは地域ケアのシステム化に着目しているが、次に問題となるのが、現実にはこの意味でのシステム化がつねにうまくゆくとはかぎらないということである。むしろシステム化することが困難だという事態の方が、広く観察される。この事実をふまえるなら、次のような問いが立てられうる。なぜ地域ケアのシステム化が困難なのか。そこには、どのような問題がはらまれているのか。いかなる条件のもとにおいて地域ケア・システムの形成が可能なのか。このような問いは、まさしく社会的な問いで

あって、制度論的な問題設定では解明できない。ここに、福祉社会学的なアプローチの存在理由があるということができる。われわれは、地域ケア・システムの形成と変動を主題化することによって、地域ケアにおける社会学的な問題領域の発掘と展開をめざしたい。もちろんここで問題となっているのが地域ケアであるから、農村社会学、都市社会学および地域社会学における地域社会研究の蓄積を意識する必要があるが、そのことをふまえたうえで福祉社会学の研究分野として地域ケア・システム論を展開させたいと思う。

さらにここで、地域ケア・システムをめぐる問題を考察していくための糸口として、三つの社会学的なキーワードを提示しておきたい。それは、①ネットワーク、②ローカル・ガバナンス、そして③ソーシヤル・インクルージョンである。①についていえば、地域ケア・システムを問題としている以上、関係する諸主体のネットワーク関係が分析の焦点となるのは当然のことである。そして、そうした諸関係を観察するとただちに明らかになってくるのは、そうしたネットワークは制度的な誘導によっては形成困難であったということである。地域ケアにかかわる当事者の主体的な関与がなければ、システム化は難しい。地域ケア・システムの形成にとってみれば、それを担う人材の存在が不可欠であるが、問題を当事者の努力だけに還元するのは問題を矮小化してとらえることにつながる。地域ケアのシステム化に向けて努力する当事者を支える地域社会の構造や地域文化を軽視することになりかねないからである。むしろ地域ケア・システムの構築は、当該地域社会のもつ内的な力とかかわっているとみなすべきである。

もちろん現実的には、地域ケア・システムの構築にとってキーパーソンの存在が大きい。そうしたキーパーソンには、首長などの政治家、行政担当者、医師や看護師あるいは福祉施設の管理者といった専門家など多様な当事者が該当するが、とりわけ専門家のはたす役割は大きい。それには二つの理由がある。まず第一に、専門家には、説明能力がある。地域ケアのシステム化がなぜ必要なのか。さらにはいかなるシステムを目指すべきなのか。このことについて説得的に説明できるのは専門家しかいない。第二には、専門家が主体的にかかわらなければシステム化は困難である。むしろ主体的な関与の必要性は専門家だけにかぎらない。このことはあらゆる当事者にあてはまる。だが、地域ケアのためには、専門的な知識や能力を持った人物がどうしても必要であり、そうした専門家がシステム化に向けて尽力することによって、地域ケア・システムの構築が促進される。ただし専門家は、第一義的には医療や福祉の専門家であって、そうした人物にはシステム化に向けて努力する義務はない。診療行為や介護にかかわる実務を遂行しておけば、とりあえずは専門家としての義務は十分にはたしているからである。専門家の職分には、ネットワーク構築への努力は含まれていない。それゆえ、専門家本人の主体的なコミットメントが重要になる。とはいえ、この点についてもまた、専門家の個人的な努力だけを強調することは問題を矮小化することにつながる。専門家がキーパーソンであるゆえんは、まさしくその人がいなければネットワークが成り立たないことにある。その意味において、たしかに個人が重要なのであるが、そうした個人は一定の社会的な基盤のなかで活動をしている。また地域ケア・システムが安定的に継続されるためには、専門家の個人的な努力にだけ依存するのではなく、組織的な対処が必要となる。

次に第二のキーワードについてみておきたい。地域ケア・システムの構成要素の一つとして、われわれは行政機関をあげた。ここから、第二の問題圏とかかわってくる。地域ケ

ア・システムの構築にとって基礎自治体のもつ影響力はきわめて大きい。さきにあげた定義においては、行政機関という表現を用いた。しかしこれは、たんなる実務の執行機関だけを意味しているのではない。もちろん福祉実務の担当部署としての行政機関の役割は大きい。だがそれよりも大きいのは、政策形成と政策決定の側面である。行政機関がどのような施策をとるのかという選択は、地域ケアのあり方に大きな影響をあたえる。公的なサービス給付のなかに何らかのメニューを組み入れる。ある事業を行政の補助事業とする。財政支出をとまなう施設整備をおこなう。このように行政機関は、行政実務の執行においてさまざまな政策判断をおこなっている。そこには、首長や幹部職員の考えが大きく反映している。さらにそうした政策判断は、議会によるチェックを受けるし、住民からも、選挙などの回路をつうじて支持や不支持の意思表示がなされる。行政機関は、さしあたっては執行の側面にかかわるわけだが、執行には政策判断が不可欠であるため、執行を当該自治体における共通意志の形成という問題と切り離して考えることはできない。

いかなる人にたいしていかなるケアをおこなうのかについては、基礎自治体による政策判断によって大きく左右される。たしかに介護保険制度や支援費制度といった国の制度によって大枠は決められているし、財政状況による制約も大きいため、基礎自治体が介護にかかわる施策を自由に導入できるわけではない。だが、それでもなお、基礎自治体には選択の余地が残されており、基礎自治体の政策判断は、地域ケア・システムのあり方を大きく規定する。それゆえ、地域ケア・システムのあり方は、地域自治や地域経営をどうすすめていくのかという論点と絡まりあっている。

さらに第三のキーワードに移りたい。地域ケアは、支援を必要とする人にどのような生活を保障するのかというケアの質にかかわる問題と切り離しては考えられない。ただたんに生存を保障するだけであれば、必ずしも地域ケアを推進する必要はない。大規模な収容施設に支援を必要とする人を集めそうしたひとびとにケアサービスを提供するという選択肢は、十分に考えるからである。ここで、そもそもなぜ地域ケアが必要なのかという根本的な地点から考えなおす必要がある。その理由は、さしあたっては当事者が希望するからという点に求められよう。障害があっても、施設から出て自分で生活したい。年老いても、施設には入りたくない。地域ケアは、こうした当事者の要望にこたえようとするものであった。しかし、ただたんに当事者の要望だけに根拠を求めることは、必ずしも適切ではない。支援を受ける立場にある人の多くは、自由に声をあげることができない状況におかれている。高齢者は、本当は施設入所を望んでいなくとも、自分を介護する家族のことを考え、みずから特別養護老人ホームへの入所を希望する。障害児の親は、障害を持つ子どもの将来を考え、子どもがいつまでも施設に居続けることができるよう希望する。こうしたケースでは、たしかに当事者は施設ケアを希望している。しかし、こうした希望が出てくるのは、十分な条件が整わないなかで自宅やそれに類する場所でのケアを希望すると、家族にたいして迷惑をかけたり、あるいは将来的に安全な生活が保障されなかつたりするのではないかといった懸念を当事者が感じるためである。そうした不安を感じることもないような条件が整えられれば、当事者の希望は違った形で表明されうる。したがって、より本質な問題は、要支援者にどのようなケアを保障するのかという社会的な合意形成なのである。ここでふたたび、なぜ地域ケアが必要なのかという問いに立ち戻ることになる。そうすると、支援を必要とする状態になっても、自宅やそれに類する場所で生活すること

が望ましいからということしか理由はありえない。生活のイメージや内容にかかわる理念があるからこそ、地域ケアは支持される。そうしてみると問題は、この理念をどのように説得的に表現するかなのである。

そのさい、そうした理念を表現する今日的なキーワードが、ソーシャル・インクルージョンである。ソーシャル・インクルージョンに訳語をあたえるなら、社会的包摂ということになるが、ここでは、あえてカタカナ書きのままにとどめておくことにする。ソーシャル・インクルージョンは、ソーシャル・エクスクルージョンにたいする反対概念である。したがって、社会から排除したり排斥したりするのではなく、社会の一員として承認するということが、ソーシャル・インクルージョンという概念には含意されている。どのような立場にあっても、人は社会的存在として尊重されるべきであるというのが、ソーシャル・インクルージョンの最低限の含意である。

理念を表現する術語としては、さまざまな言葉が候補となりうる。そうしたなかからソーシャル・インクルージョンという術語を選択するというのには、いくつかの利点が考えうるからである。まず第一に、対象の一般性を指摘できる。ソーシャル・インクルージョンは、直接的には社会的な尊重を意味している。それを逆からみれば、社会的な尊重の欠落にたいして警鐘を鳴らす概念だということができる。そうしてみると、ソーシャル・インクルージョンは、身体的あるいは精神的に何らかのハンディキャップを有するひとびとだけでなく、野宿の人やニートといった就労場面での支援を必要とする人や、外国人労働者や定住外国人といった当該社会のなかで十分に尊重されていない人にも適的な理念である。福祉的な支援を必要とするひとびと全般を掬いあげるのに、ソーシャル・インクルージョンという理念は適している。第二に、社会参加とのかかわりである。ソーシャル・インクルージョンの意味は、社会の一員として承認するということであるから、この理念はたんなる生存の保障ではなく社会的存在として生きることの保障ということと直結しており、支援を必要とする人の社会参加を積極的に推進するためにも有益である。第三に、他者性や異質性への十分な配慮である。インクルージョンは同化ではない。多様な存在の共生を含意している。この意味内容を銘記するためという理由もあり、社会的包摂という訳語をここでは避けている。包摂という日本語には、何らかのすでにある集団のなかに他者を取り込むというニュアンスが残されている。それゆえ包摂という言葉から、同化への強制という意味あいを拭いさることができない。しかし、ソーシャル・インクルージョンという理念には、そうした同化圧力そのものを否定しようとする意志が込められている。多様性を尊重し、差異にたいして敏感であることをソーシャル・インクルージョンという理念は示唆している。以上のような点からして、地域ケアないし地域福祉を現時点において考察するためには、ソーシャル・インクルージョンという概念が重要な手がかりとなるのである。

2 地域ケア・システムをめぐる研究状況

ここでは、地域ケア・システムをめぐる一般的な研究状況を確認し、そのうえで福祉社会学的な研究の可能性について論じたい。国立国会図書館の雑誌記事索引検索を利用し、論題名に地域ケアシステムと打ち込んで検索すると、2008年2月刊行までの論文のうち

150 件がヒットする。これらの論文は、その論題のなかに地域ケアシステムという表現が用いられているものにかぎられるので、内容的に地域ケア・システムをめぐって書かれている研究論文はそれ以上の数にのぼることが容易に推測されうる。この検索だけからも、いくつかの興味深い事実を読みとることができる。まず第一に、地域ケア・システムという用語は、医療・保健・福祉の実践的な現場報告という文脈で多く用いられている。その反面、社会学や経済学の見地からの社会科学的な分析はきわめて数少ない。第二に、この用語がはじめて論題に登場したのが 1989 年であり、さらにはこの用語が頻繁に用いられるようになるのは 2000 年以降である、ということが分かる。地域ケア・システムが論題に登場する論文は、1999 年までは 41 件にとどまっているのにたいし、2000 年以降は 159 件にのぼる。地域ケア・システムへの論題への採用は、1998 年から増加しはじめている。これは、公的介護保険制度の導入が近づいてきた頃でもあり、介護保険とともに地域ケア・システムというとらえ方に医療・保健・福祉の実践現場で関心が高まってきたことがうかがわれる。地域ケア・システムという術語は、必ずしも厳格な定義のもとで用いられているわけではない。多くの論考においてこの用語は、地域ケアを推進する仕組みや体制といった程度の意味で用いられている⁴⁾。ただ、この術語が多用されるようになるということからは、一定の社会的背景を見てとることができる。つまり、何らかの対象者にたいしてしかるべき生活を保障しようとする、医療や保健や福祉の個別のサービス提供では不十分であって、さまざまな領域にかかわるサービスを一体のものとして提供する必要があるという事態である。1990 年代において、地域ケア・システムという用語が論題に登場するようになるということは、介護の実践現場において地域ケアのシステム化が課題として認識されるようになったということの反映でもあった。

地域ケア・システムをめぐる社会学関連の研究についてみると、個別的な地域社会を対象としたモノグラフ的なものに限定すれば、われわれの研究（永井 2003a、2006、2008、永井・菅原 2001）以外にも、相川良彦による長野県佐久地域の研究（相川 2000）、小松田儀貞による岩手県藤沢町の研究（小松田 1996、1998、2001）、小林月子らによる長野県武石村および新潟県大和町の研究（小林 2006、小林・小懸 2007）などをあげることができる。こうした状況をみると、必ずしも研究蓄積が厚いとはいえず、モノグラフ的な地域ケア・システムの分析を着実に積み重ねていく必要がある。

地域ケア・システムについての研究の多くは、医療・保健・福祉にかかわる当事者からの実践報告や当事者と同じ専門職の視点からの実践観察となっている。このような状況のなかで、社会学の視点から研究を進めることには、いくつかの利点が考えられうる。まず第一に、実践の場面から距離をおいた第三者的な観察の必要性ということが指摘できる。地域ケア・システムには、医師・看護師・社会福祉士といったさまざまな専門職、行政関係者、地域住民など多様なアクターがかかわっている。実践報告や実践観察をおこなっているのは、専門職に現に従事している人ないしはかつてそうした専門職として働いていて現在は研究職にある人である。それぞれの専門職には、それぞれ固有の利害関心があり、そうした利害関心からまったく自由に発言することは現実的に困難である。社会学者は、そうした個別の専門職の利害関心にとらわれることなく観察をおこなうことができる。ただし、第三者的な観察者としての役割を果たしうるということは、社会科学全般についてあてはまっており、社会学特有のアドヴァンテージ・ポイントではない。第二に、社会学

には、地域的総合化への関心が強くみられる。もともと社会学は、特定の機能領域へと専門化することによって学問的な自立性を高めるという道を選択するのではなく、むしろ諸機能領域相互の関係を把握するという学問的な指向性を保持し続けた。こうした社会学の学問的特性は、地域社会を対象としたばあいにも生かされており、地域社会におけるさまざまなアクターの関係が分析の焦点とされた。この関心は、地域ケア・システムを主題化するにあたっても有効である。さらに第三には、農村社会学ないし地域社会学の研究蓄積をふまえるなら、そこで展開されてきた分析道具を地域ケア・システムの研究にも活用できる。たとえば農村社会学では、村落社会における農家と農家のあいだの相互扶助についての研究をふかめてきた。いえやむらの概念は、そうした研究のなかで分析道具として鍛えあげられてきたが、そうした概念は、相互扶助がいかなる条件のもとで可能なのかということの考察を可能にする（佐久間 2003）。ともすれば、地域社会における助けあいということは、実践的には規範的目標として安易に導入されがちであった。しかし、農村社会学ないし地域社会学の概念を前提にすれば、それがなぜ困難なのか、どうすれば可能なのかといった問いを立てることが可能となる。

他方、地域ケア・システムを主題化することは、地域社会研究に一つのアプローチを提供する。かつて農村社会学の主流は、村落社会研究であった。ある村落社会を対象とし、農家を悉皆調査することによって、当該村落社会におけるむらといえの実態を明らかにすることに力が注がれた。しかし、一方において、村落社会の自立性が弱まったためこの研究方法を選択する必然性が薄れるとともに、他方において悉皆調査への住民からの協力がえられにくくなったことにより、村落社会研究はやや下火になった。それに代わるのは、問題アプローチであろう。地域社会をめぐる特定の論点や争点を切り口にして、地域社会の現状を分析する。そうした論点の一つが、地域ケア・システムの構築という問題である。当該の地域社会において地域ケアにかかわるさまざまなアクターは、どのような関係にあるのか。そうした関係は、どのような経緯のなかで形成されてきたのか。またこの関係は、どのような社会的・文化的基盤のもとで再生産されているのか。こうした問いの解明をつうじて、ただたんに地域ケア・システムにかかわる各アクターの状況だけでなく、その背後にある地域社会の構造についても分析することが可能になる。地域ケア・システムの構築という特定のイシューを切り口とすることによって、地域社会を分析する。こうした研究手法は、地域社会研究に一つの領域を開拓していくことになる。

さらにまた今日では、地域ケアと施設ケアとは必ずしも対立的にとらえられるわけではない。施設を地域社会にたいして開放するという実践が、多くの施設でこころみられるようになってきている。こうした現場の動きをふまえるなら、地域社会に開かれた介護施設の可能性という問題領域を設定することができる。地域に開かれた介護施設というこの問題領域をより詳しくみるなら、二つのベクトルをそこに読みとることができる。一つは、施設入居者のケアを地域社会へと持ち込んでいくということであり、もう一つには、入居施設を地域資源として活用するということである。前者は、施設を地域社会に開くことをつうじて、その施設に入居している人に地域生活を保障するというものである。施設に入った人入所してしまうと、ケアが施設内で完結しているということもあり、入居者は地域社会とかかわることがない。高齢者は、自宅で暮らしていれば、何らかのかたちで地域社会とかかわっている。施設に入居することによって、そうした関係がまったく断絶される

のは不自然であろう。地域社会的関係を施設のなかに持ち込むことは可能だろうか。またそこにはどのような問題点があるのだろうか。ここで主題とされているのは、施設ケアの地域ケア化である（菅原 2003、本間 2003、2005）。他方、入居型の介護施設は、地域ケア・システムにとっていかなる貢献をなしうるかという論点がある。多くのばあい、特別養護老人ホームにはデイサービスセンターなどの在宅支援型の介護施設が併設されており、その意味においてこうした施設群は地域ケア・システムの重要なアクターであった。ただ、特別養護老人ホームそのものは、閉ざされた空間であり、入居施設そのものの地域社会へのかかわりは弱かった。しかし、特別養護老人ホームそのものが在宅支援のためのサービスを提供していないとしても、そこには施設長以下、多くの人材が勤務しており、そうしたひとびとは、福祉的な地域社会の実現に貢献しうる潜在可能性を有している。入居施設のもっているケアのノウハウを地域社会へと伝えることも、施設の役割であろう。また福祉をめぐるメッセージを地域社会の公共圏にたいして発信することは、ソーシャル・インクルージョンを基軸とした地域社会を構築するために有益である。入居施設が有しているさまざまな資源は、地域ケア・システムにとって重要である。ここで論点となりうるのは、地域ケアにとっての入所施設の意味という問題群である。いずれにせよ、入所型施設が地域社会とかかわろうとしたとき、そこには地域ケアにかかわる問題が生起する。それをめぐる研究もまた、地域ケア・システムをめぐる社会学の一分野と考えることができる。これらについても、社会学的な研究領域として十分な蓄積があるとはいえないが、今後福祉社会学的な問題領域として展開していくことは可能であるし、また必要なことでもあろう。

3 展開過程への着目

本研究課題は、「地域ケア・システムの展開過程にかんする社会学的比較研究」である。ここでわれわれは展開過程という表現を用いている。展開過程ということで、地域ケア・システムをめぐる近年の変化、とりわけ 2000 年以降に生じたさまざまな地域ケア・システムの変動のことを念頭においている。地域ケア・システムの展開過程を分析するにあたっては、地域社会の内的な要因（ハーバーマスのいう意味での生活世界）と、地域社会にとっての政治的・経済的な外部環境（ハーバーマスのいう意味でのシステム）の両者のかかわりをとらえる必要がある。たしかに地域ケアの状況を大きく左右するのは、地域ケアをめぐる制度である。政府の政策は、地域社会にとってみれば外的な要因である。他方、地域ケア・システムの形成と展開にあたっては、それにかかわるさまざまなアクターの主体的な活動が重要であるし、それを支える地域社会の文化的・社会的な要因も見逃すことができない。ハーバーマスは生活世界の構成要素として、文化、社会、人（パースン）をあげているが、地域ケア・システムを考察するにあたっては、まさしく生活世界的な要因の重要性を十分に視野に入れる必要がある。

他方、地域ケア・システムは、歴史的な経緯のなかで形成されてきた。その意味において、地域ケア・システムの構築は、経路依存的である。日本における地域ケア・システムの構築の端緒は、1980 年代にまでさかのぼる。高齢化率も上昇しつつあった。脳血管障害の治療が進歩し、脳卒中になってもすぐには死ななくなり、障害をかかえて生きる高齢

者が増加した。要介護高齢者は増加し、介護需要は増大したが、それに対応できる仕組みは不十分だった。多くの要介護高齢者は、ほかに行き場がないため、病院に受け入れられた。病院は、すでに事実上老人病棟と化していた。他方、自宅で十分な介護を受けられないまま生活を続ける高齢者もいた。この現状に疑問をいただいたいくつかの医療機関では、在宅ケアの取り組みをはじめた。医師や訪問看護婦の専門的なサポートによって、自宅でもケアが受けられるようになった。だが、そうしたひとたちが必要としているのは、医療系の支援だけではなく、むしろ日常生活の援助など福祉領域にかかわる支援であった。そこで、医療機関ばかりでなく、福祉施設や行政機関なども巻き込みながら、要介護高齢者の在宅生活を支えるという取り組みがなされた。地域ケアのシステム化が、高齢者の現状に疑問をいただいた専門家の実践を端緒としてすすめられたのである。他方、1980年代末から1990年代というこの時期においては、政策的に社会的入院の是正が急務の課題とされた。厚生省としても、病院に居続ける必要性の薄い高齢者を自宅に帰すことによって、高齢者の医療費増加に歯止めをかけたかった。この政策的な文脈のなかで、介護基盤の整備がはかられた。要介護高齢者の生活を何とか支援したいという現場の医師の意図と、老人医療費の増加を抑制したい厚生省の思惑とは一致しているわけではなかったが、こうした文脈のなかで地域ケア・システムの構築はすすんだ。

地域ケア・システムは、地域社会の内部的な力と、その背後にある政治的・経済的環境の変化とのかかわりのなかで変動していく。地域ケア・システムをめぐる2000年以降の環境変化に着目すると、次のような事態を指摘できる。まず第一に、公的介護保険制度の定着である。介護保険制度は2000年に導入された。介護保険制度は、高齢者のケアの供給体制の根幹にかかわる制度であり、個々の地域ケア・システムは、この文脈のなかで変動せざるをえない。さらにこの介護保険制度の見直しは、地域ケア・システムに影響を及ぼすことになる。第二に、「平成の大合併」と称される自治体合併の推進をあげることができる。自治体の領域の拡大は、地域ケア・システムの構築にとってもしかるべき影響を及ぼしている。第三に、行財政改革と公私協働の推進である。行政機構の変化や財政支出の抑制は、地域ケアのあり方にも影響をあたえる。またこの文脈で公私協働が提唱される。このことは一方において、行政サービスの低下を住民じしんの労力で対処しなければならないということを意味しているが、他方において、住民じしんに参加のあり方を問いかけてもいる。第四に、地域福祉計画の策定推進である。地域福祉計画策定の狙いは、地域のなかにあるさまざまな資源を活用しながら、必要な人に必要なサービスの届く体制を住民参加で作ってあげていくところにある。地域福祉計画策定が、結局のところ行政サービスの肩代わりを住民に押しつけるだけになるのか、それとも住民と専門家と行政機関がともに地域福祉の主体として関与するあらたな福祉的な地域社会の構築につながるのかはまだはっきりしないが、とにかく重要な論点の提起になっていることはたしかである。

日本の総人口は2005年から減少に転じたが、高齢者人口は、団塊の世代の加齢にともなってさらに増加する。こうした状況下で、社会保障費の増加になんとか歯止めをかけたいという政治的な思惑がある。しかし、他方において、多くの人々が介護を受ける当事者になるという事態に直面すると、ただたんにサービスがあればよいということではなく、介護の質や中身の向上をも政策のなかに取り組むことが求められる。こうした理念と現実の両方に目を向けなければならないため、厚生労働省の高齢者介護をめぐる政策は矛盾をは

らんだものとならざるをえず、そうした矛盾は地域ケアの現場に混乱をもたらしている。たとえば、厚生労働省は、全室個室・ユニットケアによる「新型特養」を特別養護老人ホームの新設にあたっては原則とすることを打ちだした。このことは特別養護老人ホームを収容施設から生活の場へと転換させることを意味している。また地域包括支援センターは、介護保険法の改定にともない 2006 年 4 月に事業開始となったが、この機関はたんなる予防給付のマネジメントをおこなうだけでなく、地域ケアの拠点となることがうたわれた。したがって 2006 年の介護保険法の一部改正は、地域ケアの推進を政策的にも明示したものであった。厚生労働省の高齢者介護をめぐる政策には、一定の理念的な意味が認められる。しかし、他方において、その理念を実現させるための人的な裏づけや資金的な裏づけに乏しく、かえって現場は困惑せざるをえない。理念だけはもってもらいたいことをいうが、金はよこさないのだというのなら、格好のよい理念など口にしないでほしい。これが現場の本音であろう。高齢者の絶対数が増加するなかで、高齢者介護や高齢者医療にかかわる経費の総量抑制がめざされ、入居型介護施設の建設も抑制される。そのなかでの在宅ケアの推進なので、必要な人に必要なサービスが届く体制を国家レベルでは構築できない。厚生労働省の政策には、あるべき高齢者介護のイメージが含まれており、その意味では理念的な側面をもっている。しかし現実的には財政支出の抑制に主眼があり、こうした矛盾を抱え込んだ政策的な基調のもとで、個々の地域ケア・システムは構築されることになる。

経済システムのグローバル化の進展という条件のもとでは、財政支出の抑制ということは避けてはおれない。企業活動が国境をこえておこなわれるようになると、法人課税の強化によって財源を確保しそれを福祉政策に回すという選択は困難になる。これは、あらゆる福祉国家に共通する状況である。しかし、だからこそ多くの福祉国家において、社会保障は政治争点化する。財源がかぎられているなかで、どれだけの社会保障が必要なのかという点は、その国民の生き方の根幹にかかわるからである。ところが、日本においては、社会保障が政治争点化することがなかった。2008 年になって、道路特定財源にひとびとの関心が集まり、また 4 月には後期高齢者医療制度が導入されることになって、ようやく「道路か福祉か」という形で争点化しつつある。また地方政治においても、秋田県北秋田郡鷹巣町のように福祉の充実の是非をめぐる町が二分されたような事例はあるが、日本全体を見渡してみると、こうしたケースはきわめて稀であった。なぜ福祉が政治争点化しないのかということは、それじたい社会学的な探求の対象となりうるであろう。ただ、地域社会レベルでの福祉をめぐる合意形成もまた、地域ケア・システムの重要な問題である。

4 地域ケア・システムの社会学に向けて

われわれは、地域ケア・システムという研究領域を福祉社会学の主要な分野として確立させたいと考えている。以下の考察は、それに向けた研究の一部をなすものである。まず第一に、今日的な文脈のなかで地域ケアはどのように変化しつつあるのかについて検討をくわえる（第 1 章）。公的介護保険制度の定着、自治体合併の推進、行財政改革と公私協働推進という社会的文脈のなかで、地域ケア・システムをめぐる状況がどのように変動しつつあるのかを分析する。次いで、個別事例についてのモノグラフ的研究をおこなう。第

2章および第3章では、特定の地域社会を事例として、地域ケア・システムの現状について、とりわけ自治体合併という状況変化のもとで地域ケア・システムがどのような影響を受けつつあるのかに留意しながら分析をおこなう。ここでは、鹿児島県甬島列島と広島県三次市君田町を取りあげたが、ここで取りあげた事例には、次の三つの共通する特徴がある。まず第一に、地域ケアにとっては条件不利地である。島嶼部や山村であって、営利企業の参入が困難な場所である。第二に、自治体の広域合併を経験している。合併が広域であり、かつその周辺部に位置するということになると、自治体合併の影響が甚大であることが想定されうる。第三に、地域ケアの先進地や優良事例ではない。地域ケア・システムの構築という点でいうと、どの都道府県にもあるようなごく普通の事例である。かつてわれわれは、地域ケア・システムの先進事例について分析をくわえた（永井 2003a、永井・菅原 2001）。そこで明らかになったのは、そうした先進的な事例ですら多くの矛盾を抱え込んでいたということであった。今回取りあげた事例では、地域ケア・システムの構築がなかなかうまくすすんではない。むしろこうした事例の方が、今日の日本社会においては一般的である。地域ケア・システムの構築は、いかなる困難を抱えているのか。それはいかなる要因によるのか。これらの問いもまた、社会学的分析の重要な対象となる。

第4章では、障害者の地域生活支援をめぐる問題が取りあげられる。ここでは、サービスを受ける立場の視点に立って、地域ケアの問題が分析される。ここに登場する二人の障害者は、身体的にはほぼ同じ程度のハンディキャップをもっているのだが、社会的サービスの活用の仕方が大きく異なっているため、地域生活への参加度には著しい差異が生じている。これは、直接的には相談体制やケアマネジメントの問題だともいえるわけだが、障害者の地域生活を支えきりだけの地域ケア・システムが構築されていないことがより本質的な問題である。宮城県においては、知的障害者にかんして、人里離れた大規模施設での集団生活をやめ、グループホームなどを利用したより自宅に近い環境での小人数での日常生活を推進することが政策的に課題とされた。知的障害者の地域生活移行を積極的に推進することが、宣言された。しかし、問題はそうした地域生活支援をどのように実現していくかである。現行の政府の制度のなかでは地域生活支援が困難だということであれば、少なくともローカルのレベルでこの課題をどう実現するのが問われることになる。ナショナルな制度はさしあたり前提とせざるをえないが、そのうえで、自治体はどのような支援をおこなっていくのか、専門諸機関はそうした支援にどのようにかかわっていくのか、さらには、住民のはたすべき役割は何なのかといったことが個々の地域社会で主題化される必要がある。

文献

- 相川良彦 2000 『農村にみる高齢者介護』農業総合研究所。
- エリクソン、Bほか（編著） 2007 『ソーシャル・インクルージョンへの挑戦－排斥のない社会を目指して』明石書店。
- Habermas, J., 1996, *Die Einbeziehung des Anderen*, Frankfurt am Main: Suhrkamp. (= 2004 高野昌行訳『他者の受容』法政大学出版局)。
- 本間照雄 2003 「敬老会で見ると高齢者福祉施設の現状－個室ユニットケア型特養「杜の風」の事例研究」『東北文化研究室紀要』44、16-34。

- 2005 「高齢者福祉施設における「看取り」の問題—宮城県 M 施設及び S 施設の事例から」『東北文化研究室紀要』46、84-96。
- Honneth, A., 1992, *Kampf um Anerkennung*, Frankfurt am Main: Suhrkamp. (= 2003 山本啓・直江清隆訳『承認をめぐる闘争』法政大学出版局)。
- 小林月子 2006 「地域ケアシステムの形成における医師の役割—長野県武石村(現上田市)の事例研究」『岐阜大学教育学部研究報告 人文科学』55(1)、69-78。
- 小林月子・小縣真希子 2007 「地域医療の展開—新潟県南魚沼市の事例」『岐阜大学教育学部研究報告 人文科学』55(2)、25-34。
- 小松田儀貞 1996 「「町づくり」としての地域福祉—岩手県東磐井郡藤沢町の試み」『富士大学地域経済文化研究所研究年報』4、29-40。
- 1998 「保健・医療・福祉の地域的総合化—岩手県藤沢町における高齢者ケアシステムの形成と展開」『富士大学地域経済文化研究所研究年報』6、22-38。
- 2001 「中山間地域自治体における保健・医療・福祉システム地域的総合化の展開—岩手県藤沢町の事例を中心に」『富士大学紀要』33、123-132。
- 永井彰 2003a 「農山村地域における地域ケア・システムの再編成—長野県・佐久総合病院の事例」『東北文化研究室紀要』44、1-15。
- 2003b 「地域ケア・システムの形成と展開」『社会学研究』73、89-110。
- 2006 「島嶼地域における高齢者ケアの諸問題—鹿児島県甬島列島の事例」『東北文化研究室紀要』47、1-13。
- 2008 「自治体合併にともなう地域経営の変容—広島県三次市君田町の事例」『東北文化研究室紀要』49、1-17。
- 永井彰・菅原真枝 2001 「大都市地域における地域ケア・システムの現状と課題—東京都足立区千住地域における健和会の取り組みを事例として」『文化』65(1・2)、128-144。
- 日本ソーシャルインクルージョン推進会議(編) 2007 『ソーシャル・インクルージョン—格差社会の処方箋』中央法規。
- 太田貞司 2003 『地域ケアシステム』有斐閣。
- 佐久間政広 2003 「地域社会における「助け合い」の可能性—宮城県七ヶ宿町 H 地区の事例をてがかりとして」『社会学研究』73、49-69。
- 菅原真枝 2003 「特別養護老人ホームと地域社会—「杜の風」の取り組みをめぐって」『社会学研究』73、25-47。
- 炭谷茂ほか(編著) 2004 『ソーシャルインクルージョンと社会起業の役割—地域福祉計画推進のために』ぎょうせい。

(1)太田貞司は、地域ケア・システムについて、次のように述べている。「地域ケアシステムの定義は定まったものがあるとはいえないが、地域の施設や在宅サービスなどの保健・医療・福祉、また建築などの関係者が、とくに長期ケアの対象となる障害・疾病をもつ人々に対し、家族や地域住民の力も引き出しながら、できるだけ社会生活を維持できるように援助する地域ケアのシステムということができよう」(太田 2003: 56)。

1 問題の所在

この小論においてわれわれは、高齢者の地域ケアをめぐる問題状況を、今日的な状況の変化や制度改革と関連づけながら検討することにしたい。われわれは、2002年の時点において高齢者の地域ケアがどのような文脈のなかに位置づけられているのかについて考察した。そのなかでわれわれは次のように指摘した。「地域ケアの推進ということは、二つの方向性のなかで主張されており、このことが地域ケアのあり方を考えるうえで問題を複雑なものにしてきた。一方において、高齢者のなかには、障害があったり体が弱ったりしたとしても、自宅ないしそれに類する場所で生活しつづけたいという希望があり、それをできるだけ実現させていこうとする考え方が、地域ケアを推進する根底にある。病院であれ特別養護老人ホームであれ、それは「自分の生活したい場所」ではなかった。家で暮らし続けたいという高齢者本人の希望や、それを何とか支えたいという家族の願いをかなえていくという文脈のなかで、地域ケアの実践は積み重ねられてきた。他方において、地域ケアの推進ということは、政策的には、高齢者医療・福祉の経費抑制という文脈のなかに位置づけられてきた。施設に居つづける必要の薄い高齢者を自宅に帰すことができれば経費の抑制につながることになり、そのための手段として地域ケアが推進されてきた。地域ケアの推進は、高齢者を自宅に帰す受け皿づくりと位置づけられたのである。これら二つの考え方は、そのめざす方向性という点においては大きく異なっている。しかし、現在の制度設計は、この二つの方向を同時にみたそうとしている。ここに、地域ケアをめぐる議論にねじれが生じるそもそもの要因があった」（永井 2002: 155）。この基本的な構図そのものは、現在においても変化していない。しかし、高齢者の地域ケアをとりまく条件や制度はいくつかの点で変化してきた。ここでは、それらが高齢者の地域ケアにたいしてどのような影響をあたえていったのかについて、さまざまな現場での観察や聞き取りをもとに検討をしていきたい。まず第一に、公的介護保険制度が地域ケアの推進という文脈にどのような影響をあたえていったのかについて検討したい。公的介護保険制度は2000年4月に導入された。導入からおよそ7年が経過し、すでにこの制度は、数々の問題点をはらみながらも定着したといえることができる。第二に、自治体合併のインパクトについて検討したい。2005年3月末を期限とする「市町村の合併の特例に関する法律」により、市町村の大規模な統合が推進された。1999年3月末日に3232あった市町村が2006年3月末日には1821に減少した。いうまでもなく自治体は地域ケア推進の主要な主体の一つであり、自治体の大規模な合併は地域ケアのあり方に影響を及ぼすことになる。第三に、この合併論議のなかで浮上してきたのが「公私協働」論であった。この議論は地域ケアのあり方を考えるうえで重要な論点をはらんでいるので、公私協働論の意味については、節をあらためて考察することにしたい。さらに第四に、2000年以降にみられたいくつかの重要な制度的な変化を列挙し、それらが地域ケアのあり方にどのような影響を及ぼしていったのかについても検討したい。ここでは、2000年に改正された社会福祉法に盛り込まれ2003年4

月に施行された地域福祉計画の規定や、2006年4月に施行された「介護保険法等の一部を改正する法律」について取りあげたい。

2 公的介護保険制度の定着

公的介護保険制度の導入が高齢者の地域ケアにたいしていかなる影響をあたえたのかについては、現場での観察からいくつかのを確認することができる。まず第一に、公的介護保険制度のもたらした最大の功績は、サービス利用への心理的な敷居を低くしたことであった。高齢者福祉は、行政による措置ではなく、保険制度の枠内でのサービス利用となった。このことが、顕著にあらわれたのが入所サービスであった。特別養護老人ホームは、特別に保護の必要な人を収容する施設ではなく、普通の人々が居住するところとして広く認識されるようになった。そのため、家族を入所させることへの抵抗感は大幅に薄れていった。こうした文脈のなかで、地域ケアへの関心は高まりをみせることがなかった。公的介護保険制度は、地域ケアの推進を表看板にしていたはずだった。理念としては、住み慣れた場所でできるだけ長く暮らすことを支援するということが最優先の課題であったはずであり、施設入所は、次善の策のはずであった。しかし、現実としては、まったくその逆でしかなかった。2000年に導入された公的介護保険制度の枠内では、居宅サービスの利用に利用限度枠が設定されており、要介護度が重くなれば自宅でのケアは困難になった。そうしてみると、現行の制度は、最期まで自宅でのケアを可能とするような制度設計になっているとはいえなかった。要介護度の高い高齢者のケアを自宅で続けるばあいに、家族の介護負担は当然の前提とされていた。しかも、特別養護老人ホームへの入所希望を出すことは、要介護高齢者に認められた権利と認識された。この状況において、特別養護老人ホームへの入所が要介護高齢者を抱える家族にとって優先的な選択肢となり、在宅ケアは入所待機の期間を何とかしてやりくりする手段と認知された。

第二に、こうした文脈のなかで、地域ケアにたいする評価が高まらなかった。公的介護保険制度は地域ケアの推進をめざすものとされていたにもかかわらず、現実には必ずしもそのようには機能しなかった。たしかに1990年代においては、「高齢者保健福祉推進10か年計画」（いわゆるゴールドプラン）およびその見直し（「新10か年計画」いわゆる新ゴールドプラン）のもとで在宅福祉の推進がなされた。この状況のなかで、地域ケアの先進地は高く評価された。さらに公的介護保険制度の導入期日がせまると、介護基盤の整備が急務の課題となった。介護保険料を支払い要介護認定を受けても現実にサービスが受けられないという事態が生じれば、公的介護保険制度の存在理由が根底から疑われかねない。介護保険料の支払いにみあったサービス提供がなければ、そもそも何のために保険料を支払わなければならないのかとの非難が免れない。この文脈のなかで「地域介護力」の研究がなされた（住友生命総合研究所 1998、2001）。この研究では、在宅福祉の三本柱といわれるホームヘルプ、デイサービス、ショートステイの利用状況が指数化され、在宅介護力指数⁽¹⁾と名づけられた。この指数により、全国の基礎自治体それぞれにおける介護サービスの利用状況が偏差値の形で明らかにされた。この研究が画期的であったのは、全国規模で在宅介護サービスの利用状況を比較可能にしたところにあった。たしかにこの数値は、必ずしも地域ケアの状況を精確に表現しているとはいいきれない面もあった。たとえば、

ショートステイを長期にわたって利用しているケースもあり、これは事実上在宅ケアの支援ではなく、入所サービスの利用と変わりがなかった。高齢者生活福祉センターの居住部門に要介護度の高い高齢者を入居させ、その人たちにデイサービスを毎日利用させ、またホームヘルパーを頻繁に派遣したりする事例も、島嶼部や山村などで見受けられた。このケースでは、高齢者生活福祉センターの居住部門が事実上小型の特別養護老人ホームとして運用されているのだが、居住部門で生活する高齢者は、制度上は入所サービスではなく在宅サービスを受けていることとされた。これら二つのケースでは、必ずしも在宅ケアとはいえないようなサービス利用の形式が在宅介護力指数を押しあげていた。他方、在宅ケアには、福祉的なサービスだけでなく、医療的な訪問診療や訪問看護も欠かせない。医療機関が提供するこうしたサービスは、この指数では考慮されていなかった。さらに地域ケアの推進には、地域社会のなかでさまざまな専門職が連携していく必要がある。このような社会的なネットワーク形成にかかわる側面もまた、在宅介護力指数には反映されていなかった。こうしたいくつかの問題はあるにせよ、地域介護力の研究は、介護基盤の整備状況にかんして自治体ごとに格差があることを明らかにしており、その点において、この研究の功績は決して小さくなかった。

公的介護保険制度は、基礎自治体を基盤とする制度として設計された。それぞれの基礎自治体が保険者となった。基礎自治体ごとに介護保険事業計画が定められ、介護基盤の整備目標が自治体ごとに定められた。また介護保険以外のサービスを基礎自治体が独自におこなうことも可能であった。たしかに、自治体ごとに介護格差が生じるという懸念は生じた。ただ、かりにそうした現象が生じたとしても、住民からの批判を避けるために、基礎自治体が介護基盤の充実に向けて施策を競いあい、介護サービスが全国的に向上すると期待されていた。しかし、実際にふたを開けてみると、そうした論理でことが運んだわけではなかった。在宅介護サービスの利用がすすまないところが、過疎地域を中心に全国各地でみられたが、そのような基礎自治体の住民がこの状況を介護格差であるとして告発するわけではなかった⁽²⁾。むしろ生じたのは、在宅ケア先進地と目されてきた自治体におけるサービス水準の抑制であった。公的介護保険制度の導入にともなって、居宅サービスにおいては、要介護度におうじた支給限度額が設定された。また一割の自己負担が求められるようになったが、基礎年金しか収入のないような高齢者にとっては、負担感が大きく、このこともサービスの利用抑制につながった。公的介護保険制度の導入前に積極的に在宅ケアを推進してきた自治体は、困難に直面した。もちろん独自の工夫をおこなった自治体もあった。たとえば長野県下伊那郡泰阜村では、居宅サービスの限度額を超過する高齢者にたいする上乘せサービスを村費で負担すると同時に、サービス利用料の六割を減免するという措置をとった（松島・加茂 2003: 30-33）。また自治体の経営する病院が、サービス提供に努力するというケースもあった。広島県御調郡御調町の公立みつぎ総合病院では、居宅サービスの限度額を超過するようなケースについて病院側の負担でサービスを提供した。医療的な処置の必要な患者であっても、病院に長期入院させるのではなく自宅に帰ってもらうことは病院本体の経営にとってプラスになるという論理であった⁽³⁾。病院にとって持ち出しであっても、総合的にみれば元がとれているという判断がそこにははたらいっていた。これらのケースではいずれも、公的介護保険制度の導入前に、地域ケアの態勢を確立させていた。そうした態勢を何とか維持するために、独自の工夫をおこなっていった。

住民の負担をできるだけ軽減しながら、サービス水準を維持しようと努力した。しかし、こうした自治体は、少数であった。多くの自治体は、制度で決められた枠内でのサービス提供にとどまっていた。

第一号被保険者の介護保険料額の違いが話題になることがあっても、地域ケア態勢そのものを問題にするという論調はみられなかった。地域ケアへの評価が高まらないなかで、こうした事態にさらに追い打ちをかけたのが、自治体合併の推進であった。自治体にとっての関心は合併するかしないかという一点に集約され、地域ケアの態勢づくりという課題はすっとなでしまったからである。それほどまでに、合併問題のインパクトは大きかった。

3 自治体合併のインパクト

自治体合併は、さまざまな点で地域ケアのあり方にインパクトをあたえてきた。まず第一に、自治体合併は、自治体の広域化を帰結する。このことは、地域ケアの態勢にとっても重大な影響がある。地域ケアの態勢づくりのためには、関係する諸機関が連携しあうことが不可欠であり、この意味において、地域ケア・システムの形成が必要である。われわれは、さしあたり地域ケア・システムを「一定の地域的範域のなかで、行政機関、医療機関、福祉施設、住民グループなどが連携しつつ、高齢者本人やその家族にとって必要なサービスを提供する社会的ネットワーク」（永井 2003: 91）のこととして理解している。基礎自治体はこうしたアクターのうちの一つであるが、それぞれの地域社会の実状にあった制度の導入し運用を工夫したりするうえで、自治体のはたす役割はきわめて大きい。また地域ケア・システムを形成するためには、経験的にいって、あまりその地域的な範域が大きすぎないことが重要であった。関係する諸機関が実質的に連携していくためには、それに関与するさまざまな職種のひとつあいに「顔のみえる関係」を作りあげていく努力が必要である。また利用者とのあいだにも、同様の関係が構築されることが望ましい。これは、利用者と関係諸機関との関係を円滑にするということだけでなく、関係諸機関のあいだの連携をはかるうえでも重要である。課題の共有こそがさまざまな諸機関の連携をすすめる原動力であり、そのためには、具体的な個々の高齢者の姿が関係する専門職のひとつとにみえている必要がある。地域ケア・システムの多くは、人口規模が数千人から一万人程度の自治体において形成されてきたが、このことは決して偶然ではない（たとえば長野県小県郡武石村、下伊那郡泰阜村、上水内郡小川村、広島県御調郡御調町など）。顔のみえる関係を構築するためには、この程度の人口規模であることが好都合であったからである。自治体の広域化は、こうした顔のみえる関係の構築を困難にする。もちろん、理屈からすれば、自治体が広域化したとしても、そのなかをいくつかのブロックに分割して、適切なサイズを設定し、そのなかで地域ケアのシステム化をすすめるということは、十分に可能である。たとえば、合併市町村ではないが、長野県茅野市では、市域を四つに分割し、そのそれぞれにおいて保健・福祉・医療の総合化をはかった。茅野市では地域福祉計画を策定するなかで、市域全体を一つのエリアとしては、基本的な保健福祉サービスを提供する範囲としては大きすぎるので、市域を四分割し、そのそれぞれにおいて保健・福祉・医療の総合化を進めるという考え方が提起された（茅野市保健福祉部地域福祉推進課 2000: 17-23）。市は、この提起を受け入れ、東部、西部、中部、北部の四つのエリアを設

け、それらのエリアごとに拠点的な施設として保健福祉サービスセンターを設置した⁽⁴⁾。ある自治体を一つの地域ケア・システムとするのではなく、分割してそのそれぞれをシステム化していくという考え方は、きわめて有望である。しかし、その実現のためには、少なくとも医療や福祉の専門職や自治体の首長がこの考え方に立つ必要がある。こうした合意形成は、もともと簡単ではないが、とりわけ合併自治体のばあいは、旧自治体相互の利害調整をとまなうため、きわめて困難である。また時間の限られたなかで合併協議をすすめなければならないため、合併協議は個々のサービス給付の内容を統一することに終始せざるをえない。

第二に、合併推進にともなって、財政問題がクローズアップされることになった。このことによって、行財政改革の問題ばかりが取りあげられることになり、地域ケア・システムの構築という課題に関心が向けられなくなった。合併を推進する大義名分としては、基礎自治体を地方分権の受け皿とするということがあげられてきた。国から基礎自治体に権限を移譲していくためには、基礎自治体の行政能力を高める必要がある。そのためには、専門的な能力をもった職員を確保し養成することが必要だが、そうした方策は小規模の自治体では実施しがたい。たしかに、職員の専門能力を高めることが困難だという事態は、小さな自治体ではしばしば見受けられる。そもそも職員の人数が確保できないために、いくつもの業務を兼務せざるをえない。また人口規模が小さいと、ある業務に専門の職員を配置したとしても、現実に対象者がいるとはかぎらない。業務を細分化することは、小規模自治体にとっては決して合理的ではない。業務を専門化させるためには、ある程度の人口規模が不可欠であり、だからこそ合併は必要であるとされる。しかし、この論理は、まったく現場では信じられていない。少なくとも人口規模の小さい村や町が広域合併に参加したようなケースでは、合併の理由はあきらかに財政問題であると認識されている。自治体に分配される地方交付税交付金が目にみえて削減され、予算を組むことさえ困難な状況に陥ってきた。かりに現状では何とかなっても、今後も収支バランスを維持できるかどうかは不透明な状況となった。そうなると、実質的には合併するしか選択肢がない。とりわけ、いわば吸収合併される立場の村や町にとってみれば、何とか役場を残したかった。役場があれば、その地域社会の実状にあった自主的な事業が可能である。役場がなくなれば、かりにそこに支所が残ったとしても、企画立案の機能は本所に吸い上げられる。当面は、人員もある程度は残され、ばあいによっては一定の範囲内での自主的な予算運用が認められる事例もある。しかし、合併の実質的な理由が財政基盤の確立である以上、支所権限の縮小や人員削減は避けがたい。合併したかぎりは、支所は縮小するとの見通しを現場の自治体職員や議員たちは抱いている。合併にさいして公式的には、さまざまな理由が語られているが、本当のところは、積極的な理由があって合併したわけではなかった。仕方なく合併したにすぎず、財政問題さえなければ合併はしなかったというのが本音であった。

しかも財政事情の緊迫化は、高齢者医療・福祉の充実よりも産業振興こそが優先的な政策課題であるとする見解をさらに後押しすることになった。医療や福祉を充実させるかそれとも産業振興に力を注ぐのかということは、これまでもつねに問題とされてきた。とりわけ産業基盤に乏しく、雇用の場の少ない地方にとっては、公共事業による雇用の確保こそが優先的な政策課題とみなされがちであった。1990年代においては、高齢者福祉の充実を表看板に掲げる自治体はいくつもあらわれたが、こんにちでは数少なくなった。

第三に、現実の合併協議において、地域ケアの態勢づくりということは主要な議題とはならなかった。合併協議では、旧自治体が提供しているさまざまなサービスをどのようにして統一するかというだけのもっぱら取りあげられた。同じ自治体になる以上、その住民は原則としてどこでも同じ条件で同じサービスを受けることができなければならない。そのため、サービス内容、給付条件、自己負担額などの統一は、何としても協議期間中に合意にいたる必要があった。サービス内容や給付条件の統一は、合併をおこなうためには不可避であるが、行政からの給付だけが福祉ではない。そうでなくても住民の関心は、給付メニューの多寡やその金額へと向けられてきた。また報道機関においても、福祉サービスは給付内容やハード整備の状況を基準にして評価する傾向があった。たとえば、日本経済新聞社と日経産業消費研究所が各自治体の行政サービスを比較するために実施した「行政サービス調査」において高齢者福祉の指標とされたのは、(高齢者人口比に換算した) 特別養護老人ホーム定員数、グループホーム定員数、介護保険料、国民健康保険保険料、病院・診療所病床数および独自の高齢者対策の有無⁽⁴⁾であった(日本経済新聞社・日経産業消費研究所 2005: 68-85)。ここでは、数的なものばかりが比較の対象とされ、高齢者を支える社会的なネットワークといった地域ケアにかかわる事項には光が当てられていない。地域ケアのシステムづくりといったことへの関心はもともと高くなかったが、合併問題は、福祉サービスを給付水準で評価する見方をいっそう強化する結果になった。

さらに第四に、この文脈のなかで「公私協働」が強調されることになった。このことは、地域ケア・システムにとって本質的な問題を喚起している。そこでこの点については、節をあらためて検討することにしたい。

4 「公私協働」論の浮上

公私協働とは、もともと行政と住民とが適切な役割分担をしながら地域自治を担っていくということを意味しており、自治体の合併とはまったく無関係なことがらであった。しかし、現実には、自治体合併という文脈のなかでこの論点は浮上した。このことについて、ここではさしあたりまず二つの文脈に位置づけながら整理して考えたい。まずその第一は、表向きの理由である。行政が直接おこなうものと民間にまかせるものとを適切に区分けすることによって、行政サービスの効率性が高まり、住民にとっての利便性が高まるとされる。そうした方策として、民営化や指定管理者制度の導入が推進されてきた。第二に、こうした施策は、安上がり行政の追求ではないかとの疑念が否めない。公私協働という考え方そのものは以前から存在していたが、合併論議が盛んになるなかで急浮上してきたことも、こうした疑念を裏打ちする。合併の背景には、地方交付税交付金の削減があった。国から地方へと分配される金が削られ、従来どおりの行政が維持できなくなる。行政機構のスリム化、人員削減、事業の見直し、住民負担の適正化といった措置も必要になってきた。住民じしんができることは住民にやってもらわなければならないという行政側の提起も、このような文脈のなかで登場してきた。さらに現実には自治体合併が成立すると、従来の役場が支所となり、権限が大幅に縮小する。そうなると、住民へのきめの細かな行政サービスは、困難にならざるをえないので、どうしても住民じしんの力をあてにせざるをえなくなる。

こうした議論には、じつは重大な問題が潜んでいる。というのも、この議論は、既存の行政サービスを前提としたうえで、そのサービスを誰が提供するか、そのコストを誰が負担するかという論点に終始しているからである。真に問われるべきことは、そもそも何が本当に必要な行政サービスなのかということであり、さまざまな施策のあいだの優先順位をどのようにつけるのかといった問題であり、そうした意志形成過程に住民がどのようにかかわっていくのかという問題である。住民の共通意志の形成こそが本当の問題であり、「公私協働」論は自治のあり方の再考をうながすこうした本質的な論点に直結しているはずである。多くの行政機関は、みずからがサービスの提供者で住民はその受給者であるとする構図を温存したままで、その一部を住民じしんに肩代わりさせようとしている。しかし、これでは、公私協働とはいいがたいし、少なくとも公私協働が成功するはずがない。住民じしんが本当に必要と考えているからこそ、それについては労力も提供するしコストも負担する。意志形成の過程から事実上住民を排除しておいては公私協働だとはいえないし、協働はうまくいかない。ただ労力だけ提供してほしいといっても、住民の参加は期待できない。

行政機関と住民とは、サービス提供者と受給者の関係になっている。公私協働はその図式そのものを根底から変化させる可能性をもっている。たしかに現状では、その実現にはいくつかの大きな壁がある。まず第一に、行政の側が本当に公私協働に取り組む覚悟があるかどうか疑わしい。公私協働は、ただたんに行政サービスの一部を住民に委譲するというのではなくて、行政機関と住民との関係そのものを変えていくことを意味している。公私協働というのであれば、住民も行政も対等の立場で十分な合意形成をしながら、施策を進めていくことになるはずである。しかし、これを本気でしようとするれば、行政はそれまでの仕事の仕方そのものを根本的に見直さなければならない。第二に、住民の側にも問題がある。住民は、役所の提供するサービスを受給する人間であることに慣れてしまっている。行政の提示するメニューに列挙されたサービスを受け取るだけであり、役所にたいして陳情することはあっても、行政とともに活動した経験がない。ましてやどのような活動が望ましいのかといったプランづくりに参加することもなかった。住民は、役所のあたえるものをただ受け取っていればよい。このような考え方は住民のあいだに強固に根づいているため、これを壊すのは容易ではない。第三に、実際的な問題として、公私協働がある程度円滑にすすむためには、自治体職員と住民の双方の側に、経験の蓄積が必要である。従来から何らかの形で活動実績があるところはよいが、唐突にこれからは公私協働だといわれても、現場では戸惑うばかりであろう。公私協働に積極的に取り組んでいるところには、公民館活動の盛んなところが少なからず見受けられるが⁽⁶⁾、これは決して偶然ではない。日常の地域活動の実績があることは、公私協働をすすめるうえで貴重な資源となる。第四に、住民の側には担い手の問題がある。どのような地域社会においても、地域活動を支える担い手の確保には苦慮している。とりわけ過疎地域においては、各種団体役員の適任者が少なく、一人で何役もかかえてしまうというのが通例である。そうでなくても担い手が少ないのに、これまで以上の仕事を住民に求めることができるかどうかはなほ疑問である。

ここであらためて問われなければならないのは、いったいなぜ公私協働が必要なのかということである。これにたいしては、二つの回答が想定されうる。まず第一に、公的なサ

サービスで住民のニーズをすべてまかなうことはできないので、住民も主体的に取り組まざるをえないというものである。二つ目の回答は、公的サービスは必要だが、それは行政機関による住民のコントロールにつながりかねないので、住民も主体的に取り組むべきだというものである。第一のばあい、住民はサービスの受け手であるだけでなく提供者にもなるということを意味している。だが第二のばあいでは、それだけにとどまらない。住民がサービスの実質的な決定権者になることをも含意している。

公私協働の問題は、より一般的な議論の文脈に位置づけるなら、新自由主義的な改革を進めるか、それとも福祉国家的な政策を維持するかという選択として解釈されうる。たしかに現行の議論は、この二者択一的な構図のもとに組み込まれる。この節の冒頭であげた二つの論点は、この二者択一的な選択肢とうまく適合する。行政サービスの向上と住民にとっての利便性の向上という論理は、新自由主義的な改革にたいする支持につながる。他方、安上がり行政の追求ではないかという疑念は、福祉国家的な政策の堅持という主張へとつながる。だが、この二者択一的な構図で公私協働の問題を考えると、むしろ、公私協働という論点は、行政と住民をめぐる従来型の関係を維持するのかどうかということ問いかけている。公私協働ということを実際に追求すれば、サービスの提供者とサービス受給者としてだけ行政と住民が対峙するのではなく、住民じしんがサービスの決定過程へと参加することが不可欠である。このことは、新たな地域自治をいかにしてつっていくという論点に直結している⁷⁾。

5 地域ケアをめぐる制度的な改革

すでに検討してきたように、公的介護保険制度の導入は、少なくとも表見上は地域ケアの推進をめざしていた。しかし現実には、必ずしも地域ケアが進展したわけではなかった。公的介護保険制度の導入は、高齢者介護のあり方を方向づけるうえできわめて大きな意味をもった。それ以降のさまざまな制度的な改革は、この枠内での微調整にすぎないともいう見方は十分に成り立ちうる。だがそうであるにもかかわらず、そうした改革を見過ごしてよいということにはならない。そこには、興味深いいくつかの現象を確認することができる。一方においてそうした改革には一定の政策的な目的がこめられている。だが他方において、地域ケアの現場では、そうした意図どおりにものごとが進んでいるわけではない。むしろさまざまな混乱が引き起こされてもいる。ここでは、そうした改革が現場でどのような形で受けとめられたかということに留意しながら、それらの改革の実質的な意義や問題点について検討していきたい。

まず第一に、地域福祉計画の策定についてである⁸⁾。地域福祉計画の策定は2000年に改正された社会福祉法のなかに盛り込まれ、地域福祉計画および地域福祉支援計画の規定は2003年4月に施行された。地域福祉計画には、いくつかの重要な特徴がある。まず第一に、分野別ではなく、当該自治体にかかわる福祉についての総合的な計画になっている。これまで高齢者、障害者、子どもといったように対象者ごとに区分されて計画策定がなされてきた。地域福祉計画によって、分野の垣根をこえて、総合的に福祉施策を立案する道筋が開かれた。第二に、住民、社会福祉にかかわる事業者、社会福祉活動にかかわる者の意見を十分に計画に反映させることが条文に明記された。住民が事業者などと並ぶ一つの

アクターとして位置づけられたことは、きわめて重要である。第三に、2000年に改正された社会福祉法においては、地域福祉が福祉の一分野ではなく、福祉の全般にかかわる基礎的な活動として位置づけられており⁹⁾、こうした考え方が地域福祉計画策定の根底にある。だからこそ、さまざまな福祉の分野を総合する計画として策定されることになった。さて、福祉計画の法定化ということについては、二つの評価が可能である。まず第一に、計画はしよせん計画であって、実際の活動ではない。これは、総合計画をはじめとするさまざまな行政計画にもあてはまることであるが、立派な計画を立てることそれじたいが目的ではない。総合的な福祉計画を立てるという理念そのものは肯定できても、個々の地域社会における具体的な政策のなかでそうした理念が生かされるかどうかは別問題である。だから、地域福祉計画というものを過剰に高く評価する必要はない。だが、第二に、計画策定というプロセスに着目するなら、公私協働を実のあるものにするための具体的手法として、地域福祉計画の策定を位置づけることができる。この点についても、さきにあげた茅野市の例が示唆的である。住民参加で地域福祉計画の立案をおこなう。そのなかで、保健福祉サービス地域を市内四エリアに設け、そのそれぞれの拠点施設として保健福祉サービスセンターを設置するという方針が示されると、市は現実の施策のなかにそれを取り入れた。既存施設を利用しつつも必要などころにはハード整備もおこない、人員配置もおこなった。市民が本気で立案した計画には、行政としても本気に対応するという姿勢を示したのである。行政が本気になれば、市民としてもできることはしなければならないという気運になり、託老所を立ち上げる住民もあらわれた。この茅野市の事例は、地域福祉計画づくりをおこないまたそれにもとづいて政策が進められていくという一連のプロセスのなかで、住民と行政の双方が変わることができるということを明示化している。住民が、計画立案に加わり、しかもそれが行政によってきちんと受けとめられるという経験をする。そのことにより住民も、自分たちがやれることややるべきことを見つけだしていく。住民は、たとえ地域社会のために役立ちたいという意志があったとしても、多くは現実に活動したことがないし、何から手をつけたらよいかすら分からない。その意味で、地域福祉計画づくりにかかわるといことは貴重な学習であり、そのことによって住民は、たんなる陳情する人からいっしょに汗を流す人に変わっていく。他方、行政にとっても、住民の意見にきちんと対応することが必要である。行政の側が計画立案の実権を握ったまま、住民参加という手順を踏んだというアリバイづくりのためだけに住民に意見を求めるのであれば、従来とまったく変わらない。茅野市は、地域福祉計画づくりのなかで、計画立案の主権者として住民を位置づけた。このことは、行政機構にとっては大きな態度変更であった。行政機関は、住民にだけ意識改革を求める傾向があるが、じっさいのところ住民と行政とは、同時に変わる必要がある。むしろ現実的には、行政の側の姿勢が変わる方が、住民の意識改革よりも重要でしかも困難な課題である。それに、そもそも住民には活動経験が少なく行政の職員は地域づくりの専門家なのだから、場のお膳立てや情報提供などある程度の仕掛けは行政の側で準備する必要がある。そのような方策をとったうえで地域福祉計画づくりに取り組みれば、それをきっかけとして行政と住民の双方が変わる可能性がある。

茅野市のケースでは、地域福祉計画は2000年3月に策定されている。社会福祉法における関連条文が施行される前にすでにそれを先取りする形で計画策定されているというこ

とからも読みとることができる。茅野市は高い問題関心をもって計画づくりに取り組んだ。社会福祉法の規定のなかに盛り込まれたことをきっかけに地域福祉計画づくりに取り組む自治体が、地域福祉計画にたいしてどれほど高い関心と理念をもちうるかは、やや不透明である。ここに実際上の問題はあつた。しかし、少なくとも地域福祉計画の法定化が公私協働の実質化を後押ししていることはまちがいない。

第二に、地域包括支援センターの設置である。これは、介護保険法等の一部を改正する法律に盛り込まれたもので、2006年4月1日に施行された。改正された法律では、介護認定が従来の要支援および要介護一から五の六段階から、要支援一、二および要介護一から五の七段階に細分化され、要支援一および二に判定された人たちにたいしては新設する予防給付をおこなうこととされた。新たな判定の手順としては、まず要支援一および要介護二から五と、要介護一相当が区分され、要介護一相当と判定された人にかんしては、状態の維持や改善の可能性にかんする審査判定をおこない、要支援二と要介護一とに区分されることになった。地域包括支援センターは、この予防給付をマネジメントする機関であり、保健師、主任ケアマネジャーおよび社会福祉士が配置されることとなった。また、この機関は理念的には、地域包括ケアの実現をめざすとされている。厚生労働省が示した『地域包括支援センター業務マニュアル』のなかには、地域包括ケアについて明確な定義はないが、おおよそ次のような説明がされている。「要介護高齢者の生活を住み慣れた地域でできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする多様な支援を継続的かつ包括的に提供する仕組みが必要になります。こうした仕組みを、利用者の立場に立って円滑に機能させる調整役として、介護保険制度においては、介護支援専門員制度が導入されています。(中略)もとより、地域での生活は介護保険制度をはじめ各種制度による公的なサービスだけで支えられるものではありません。これは、自助努力を基本にしながら家族の助け合い、公的なサービスや非公的なサービス、地域の支え合いなどを活用しながら、地域福祉の多様なつながりのなかで実現されるものです。(中略)要介護高齢者の生活を支えるということは、在宅サービスの調整のみならず、在宅から施設入所、あるいは施設や病院からの退所・退院過程でのサービスの連続性・一貫性の確保など、時系列あるいは空間的に、様々なサービスを継続的・包括的に提供していくことが不可欠といえます。このように、地域包括ケアの提供に当たって重要なことは、個々の職員の高い能力と同時に、何よりも、保健・福祉・医療の専門職、専門機関相互の連携、ボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な社会資源の統合、ネットワーク化だといえます」(厚生労働省老健局 2005: 2-3)⁽¹⁰⁾。この文書において厚生労働省は、公的介護保険制度の目標は地域ケアであることをあらためて表明している。しかも、地域ケア・システムづくりこそが要介護高齢者の生活を支えるためには不可欠であることを明記している。しかもそこにおいて、インフォーマルな活動をも含めた地域資源の活用が重要であることを強調している。

地域包括支援センターは、たしかに厚生労働省の文書上では地域包括ケアの中核的な機関として位置づけられている。しかし、現場において聞き取りをしてみると、必ずしもそのとおりに受けとめられていない。まず第一に、何よりもまず地域包括支援センターは予防給付をマネジメントする機関であるから、この業務を遂行することが優先事項である。

2006年4月の新事業開始に向けて準備期間が少なく、また実際に業務を始めてみないとどれほどの事務量があるのかも不透明であったため、手探りの状態が続いた。第二に、地域包括ケアの重要性は誰しもが認めるけれども、実際に実現困難であることも、誰しもが認めてきた。そうであるからには、地域包括支援センターという新しい機関を作ったからといって、地域包括ケアがただちに実現するとは考えにくい。第三には、新しい制度は、やはり給付の抑制につながるものと受けとめられている。もともと予防給付という考え方そのものが、介護サービスの受給者の重度化を抑え、結果的に保険給付の抑制をめざしたものである。だがそれだけでなく現場でしばしば聞かれるのは、従来から介護保険サービスを受けていた人が今回新たに介護認定を受けなおすと、状態が改善していないにもかかわらず介護度が以前より低く認定される、という事態である。また、従来要介護一に認定されていた人が要支援と判定されるとデイサービスの回数を減らすなどの手だてをとらざるをえなくなるが、利用者やその家族からはなぜ今までどおりのサービスが受けられないのかと問いつめられ、現場ではその対応に苦慮している。たしかに、地域包括支援センターの設置は、公式的には地域ケアを推進するための制度的な手だてである。しかし、現実の政策のなかでは、放っておけば急速に増大する介護給付の抑制策としての意味を強くもっている。

ここであげた二つの制度的な変革は、少なくとも公式的には地域ケア・システムの構築にとってそれを後押しする意味をもつ。しかし、現実の文脈のなかでは、必ずしもそのように機能しているわけではない。地域福祉計画にかんじていえば、その本質的な意義を個々の基礎自治体がどのように受けとめうるかという点が重大である。他方、地域包括支援センターの設置についていえば、もともと介護保険制度改革が給付抑制という基調のもとですすめられていたこともあり、どうしてもねじれた状況にならざるをえない。たしかに、地域包括ケアの実現という理念を提示し、その中核的な機関として地域包括支援センターを位置づけた。理念を現実的な政策のなか位置づけたことには、一定の評価を与えることはできる。しかし現場では、予防給付のマネジメントという新たな業務への対応に追われている。むしろ予防給付の機関としてしか受けとめられていないというのが現実であり、この点については直視する必要がある。

6 むすび

最後に、これまでの検討をふまえて高齢者の地域ケアをめぐる問題状況をあらためて浮き彫りにすることにしたい。高齢者をめぐる地域ケアの態勢はシステム化されている必要がある。要介護高齢者の生活を支えるためには、介護サービスだけでなく医療サービスや身近なひとびとの協力も必要であり、そのためには地域ケアをめぐるさまざまな機関がシステム化されている必要があった。そうした地域ケア・システムは自然には形成されなかったし、あらゆる地点で形成されたわけでもなかった。制度的な誘導策はとられたが、それによって全国各地に広まったわけではなかった。地域ケア・システムの構築が進展したのは、1980年代末から1990年代にかけてであるが、その時期においては、医療機関が主導的な役割を担うケースが多数を占めた。つまり医療機関が基礎自治体と連携し、福祉施設や住民グループを巻き込む形で地域ケア・システムが形成された。そうしたケースでは、

医療機関の医師がキーパースンとなった。なかには民間の医療機関が主導するケースもあったが、市町村の経営する病院や診療所が基軸となるケースが多かった。キーパースンとなる医師の個人的な努力に依存する面が大きかったが、そうした努力を支える制度的な文脈もあった。1980年代末から1990年代において政策的な課題とされたのは、高齢者にたいする医療費の増大を抑制するため、病院にいる必要の薄い高齢者を在宅ケアへと誘導することであった。地域ケアを推進しようとする事例は、先進地として評価された。こうした文脈のなかで、地域ケア・システムが構築されていった。

2000年4月に公的介護保険制度が導入された。公的介護保険制度は、公式的には地域ケアを推進するものであった。しかし、現実には必ずしもそのようには機能しなかった。むしろ大きな影響を受けたのは、在宅ケアの先進地と目されてきたところだった。一割自己負担の導入や居宅サービスの限度額設定への対応に苦慮せざるをえなかった。そうした状況に追い打ちをかけたのが、自治体合併の推進だった。いまのべたように、市町村が経営する自治体の医療機関が地域ケア・システムの基軸となるケースが多くあった。自治体合併がおこなわれれば、そうした医療機関が従来どおり地域ケア・システムにたいして主導的な役割を担うかどうか不透明になる。またいずれにせよ自治体は地域ケア・システムを構成する主要なアクターの一つであり、自治体合併となれば影響は免れえない。

他方、自治体合併の推進という文脈のなかで、公私協働という議論が浮上した。公私協働は、たんに行政サービスの一部を民間に肩代わりさせることを意味してはいない。現実には、そうした意味でしか理解されていないケースが多いが、公私協働という理念の根本に立ち返ってとらえなおしてみれば、住民が行政サービスの決定権者の位置を取り戻し、その代わりに住民が労力やコストを提供する義務をも主体的に引き受けるということこそが、公私協働の本筋をなしている。さきにあげた茅野市の例は、まさにそうした意味での公私協働の本来的な姿を具体的に示している。地域福祉計画の策定は、本来的な意味での公私協働を実現させる手法となる可能性がある。しかし、そもそも地域福祉計画の策定そのものが進展していない⁽¹¹⁾、ましてやこうした本来的な意味で地域福祉計画を位置づけている自治体がどれほどあるかいささか疑問である。

今日的な状況においても、高齢者のケアをすすめるうえで、地域ケア・システムの構築は有望な選択肢であるし、それ以外には可能性をみいだしがたい。このことは、政策的にも認識されている。地域包括支援センターという矛盾をはらんだ存在を制度化せざるをえなかったのは、その証拠である。厚生労働省は、さきに引用した文書のなかで、介護保険で提供するサービスを組み合わせるだけでは高齢者の生活は支えられないということを明言している。しかし、現実には予防給付のマネジメントという業務遂行に追われている。地域包括支援センターがはたして地域ケア・システムの形成というその本来的な機能をはたしうるかどうかについては、今後の推移もみながら事例にそくして検討したい。

文献

茅野市保健福祉部地域福祉推進課 2000 『みんな同じ空の下 福祉21ビーナスプラン 茅野市地域福祉計画』。

茅野市の二一世紀の福祉を創る会・日本地域福祉研究所(編) 2003 『福祉21ビーナ

- スプランの挑戦』中央法規。
- Habermas, J., 1992 *Faktizität und Geltung*, Frankfurt am Main; Suhrkamp. (河上倫逸・耳野健二訳 2003 『事実性と妥当性』下、未来社)。
- 厚生労働省老健局 2005 『地域包括支援センター業務マニュアル』。
- 松島貞治・加茂利男 2003 『安心の村は自律の村』自治体研究社。
- 水上英徳 2003 「社会国家プロジェクトのリフレクティブな継続—ハーバー マスによる手続き主義的法パラダイムの提起」永井彰・日暮雅夫(編著)『批判的社会理論の現在』晃洋書房、63-88。
- 中井清美 2003 『介護保険—地域格差を考える』岩波書店。
- 永井彰 2002 「高齢者の地域ケアをめぐる今日の問題状況」『文化』66、1/2、151-164。
 ---- 2003 「地域ケア・システムの形成と展開」『社会学研究』73、89-110。
- 日本経済新聞社・日経産業消費研究所 2005 『全国優良都市ランキング』日本経済新聞社。
- 住友生命総合研究所(編) 1998 『地域介護力—介護サービスの現状と課題』中央法規。
 ---- 2001 『地域介護力データブック』中央法規。
- 武川正吾 2006 『地域福祉の主流化—福祉国家と市民社会Ⅲ』法律文化社。
 武川正吾(編著) 2005 『地域福祉計画』有斐閣。

(1)在宅介護力指数については、次のように説明されている。「これは、在宅介護を支える三本柱のホームヘルプサービス(訪問介護)、デイサービス(通所介護)、ショートステイ(短期入所生活介護)について、市区町村ごとに65歳以上高齢者100人当たりの年間利用日数を偏差値化した指数である。わかりやすくいうと、三つのサービスについて全国の年間平均利用日数を算出し、各都道府県・各市区町村の数字が平均値(50)からどの程度上回っているか、下回っているかを比べたものである。したがって、指数が大きければ地域の介護力が高く、指数が小さければ地域の介護力が低いと考えられる」(住友生命総合研究所 2001: 3)。

(2)中井清美は、地域格差を主題とした一般向けの著書を公刊したが、そこにはそもそも「介護サービスにおける地域格差は、一般にはあまり知られていない」(中井 2003: i)という認識があった。

(3)公立みつぎ総合病院での聞き取りによる(2000年11月14日)。

(4)茅野市が地域福祉計画を策定していた当時は、諏訪地域6市町村(諏訪市、岡谷市、茅野市、諏訪郡下諏訪町、富士見町、原村)による広域合併が模索されていた。合併は結局のところ破談になったが、茅野市の取り組みは、合併も念頭におきながら、地域ケア・システムの確立をめざしたものだといえる(茅野市の二一世紀の福祉を創る会・日本地域福祉研究所編 2003: 229-232)。

(5)この調査が、独自の高齢者対策としてあげているのは、①敬老祝い金、②高齢者向け給食サービス、③高齢者向け福祉手当、④シルバーパス、⑤老人医療費助成制度、⑥高齢者入院見舞金、⑦六五歳以上の介護保険料の減免、⑧介護保険の市町村特別給付事業の八

項目である（日本経済新聞社・日経産業消費研究所 2005: 82-83）。

(6) さきあげた茅野市は、公民館活動の盛んなところとしても知られている。

(7) サービスの支給者と受給者という枠組みそのものを見直し、住民じしんがサービスの決定過程そのものに参加するという考え方を、ハーバーマスは「手続き主義的法パラダイム」の概念によって根拠づけようとしている（Habermas 1992: 468-537 = 2003: 122-183）。ハーバーマスのこの概念については、さしあたり水上 2003、を参照。

(8) 地域福祉計画については、武川編 2005、を参照。

(9) 武川正吾は、2000 年の社会福祉法の改正において、地域福祉という考え方が法律の条文のなかにはじめて明記されその推進がうたわれたことの意義を強調し、このことを「地域福祉の主流化」として特徴づけている（武川 2006: 1-2）。

(10) 2005 年 12 月 19 日に開催の全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料として示された。

(11) 武川正吾は、地域福祉計画の策定が進んでいないことを指摘したうえで、今後の策定については次のような楽観的な見通しをのべている。「社会福祉法のうち地域福祉計画に関する条文は 2003 年 4 月から施行されたが、ちょうどこのときは市町村合併の嵐が吹き荒れていたときである。このため地域福祉計画は市町村の政策課題としては合併の後回しにされる傾向があり、これまでのところ計画の策定率は芳しくない（2005 年 4 月 1 日現在、策定済みの市町村は 14%）。しかし合併特例債の期限が過ぎ、市町村合併への動きが一段落した現在、地域福祉計画への取り組みが改めて期待されている（策定予定の市町村は 44%）」（武川 2006: 7）。

第2章 島嶼地域における高齢者ケアの諸問題

－鹿児島県甬島列島の事例－⁽¹⁾

永井 彰

1 問題の所在

ここでは、島嶼地域における高齢者ケアの現状と課題について、鹿児島県甬島列島の事例にそくしながら検討していくことにしたい。島嶼地域は、海によって空間的に外部から遮断されている。周囲を海に囲まれているために、本土や周辺の島との行き来に時間や費用がかかる。そのことは、島嶼地域における高齢者ケアのあり方に大きな影響をあたえている。このような空間的な特性は、多くの島嶼地域に共通することがらであるが、それぞれの島嶼地域のおかれた事情（たとえば、その島の人口規模、本土との位置関係や交通機関の整備状況、自治体のあり方など）によって、そこでの高齢者ケアのあり方は大きく異なってくる。そのため、個々の事例にそくして分析をすすめる必要がある。われわれが甬島列島の事例を取りあげようとした背景として、ここであらかじめ二つの事情をあげておくことにしたい。まず第一に、介護基盤の整備にとって条件が不利な場所における高齢者ケアのあり方を分析したいということである。人口の集中した場所から離れていることによって、民間事業者の参入が困難であったり、専門的な人材の確保が困難であったりするなど、高齢者ケアをすすめていくうえでさまざまな問題が生じることになる。これは、多くの島嶼地域と共通する問題であり、中山間地域もまた同様の問題に直面している。第二に、自治体の合併が高齢者ケアのあり方にどのような影響をあたえるのだろうかという問題である。こんにち全国各地で市町村合併が推進されているが、甬島列島の事例で特徴的なのは、海を越えて本土との広域合併が成立したということである。海を越えた合併は、多くの自治体において模索された。しかし、その多くが破談に終わった。鹿児島県の与論町は沖永良部島の2町（和泊町、知名町）と一時は法定合併協議会を構成したが、海を越えた合併はメリットが少ないということで合併協議会から離脱した。沖縄県の八重山地域（石垣市、竹富町、与那国町）や、伊平屋村と伊是名村のケースもまた、合併協議会を立ち上げたものの、合併にまでは至らなかった。そもそも自治体合併にはさまざまな反対意見がありうるが、島嶼地域のばあいには、隣の自治体だとはいっても、実際には距離が離れていたり、物理的距離は大きくなくとも交通手段に制約があるため時間的な距離が大きいなど、障壁がきわだっている。そのなかで紆余曲折はあったものの、甬島列島の各自治体は、川内市を中心とする1市4町4村の枠組みでの広域合併を決断した。自治体合併が広域になることそれじたいは決してめずらしくないが、海を越えた広域合併が成立したのは、「平成の大合併」においてもきわめて数少ない⁽²⁾。高齢者ケアの態勢づくりは基礎自治体をベースにおこなわれているので、自治体の合併は高齢者ケアのあり方に何らかの影響をあたえることにはなるのだが、甬島列島の事例では、その合併の枠組みそのものが特徴的である。このこともまた、われわれが甬島列島に着目した一つの理由である⁽³⁾。

2 甑島列島の概況

甑島列島は、鹿児島県西方の東シナ海に位置し、いちき串木野市の沖合約 40 キロの距離にある。下甑島を主島に上甑島、中甑島とその他の小島からなり、列島の長さは 38 キロ、広さは 119 平方キロとなっている。串木野新港と列島各港とのあいだには高速船とフェリーがそれぞれ 1 日 2 往復運行されている。列島内でもっとも本土に近い里港と串木野新港のあいだは、高速船を利用すれば 50 分で行き来できる。島に空港はなく、船が本土との唯一の公共交通手段となっている。甑島列島は、現在は薩摩川内市（2004 年 10 月 12 日に 1 市 4 町 4 村による新設合併によって発足）の一部であるが、それ以前は四つの村によって構成されていた。すなわち、北から順に、里村（上甑島）、上甑村（上甑島、中甑島）、鹿島村（下甑島）および下甑村（下甑島）の四村である。これら各村は、現在では薩摩川内市の町として（つまり、里町、上甑町、鹿島町、下甑町として）表記される。上甑島と中甑島のあいだには、現在では橋が架けられているが、鹿の子大橋と甑大明神橋の架橋により中甑島への道路が開通したのは 1993 年であり、それ以前は船でしか行き来ができなかった。中甑島と下甑島とのあいだには、現在も橋はなく、上甑島・中甑島と下甑島とのあいだの交通は、串木野からの定期船（高速船やフェリー）の寄港に依存している。中甑島と下甑島とのあいだの蘭牟田瀬戸に架橋するという構想はあるものの、具体化のめどは立っていない⁴⁾。下甑島は、急峻な地形であり、標高 400 メートルから 600 メートルの山地が南北に縦断している。山地はそのまま海岸の切り立った断崖へと連なっており、海沿いのわずかな平地に集落が形成されている。下甑村内において道路が整備され、村営の路線バスが運行されるようになるのは、1972 年であるが、それ以前は、自動車の利用可能な道路はなく、集落間の交通は、長く船便に依存してきた。鹿島村（下甑島の蘭牟田地区）は、1889 年（明治 22 年）に市町村制が公布されたとき以来、下甑村の一部を構成してきたが、蘭牟田からでは、下甑村の役場のある手打に出向くのに定期船を利用して 2 泊 3 日を要するなどとの理由で、大正年間から分村の運動が起こり、1949 年に下甑村から分村するにいたっている。手打と蘭牟田とのあいだに県道が開通するのは、1984 年のことである。現在では、集落間は起伏の激しい曲がりくねった山道ではあるものの、下甑島内は自動車で移動することが可能になっている。甑島列島周辺の海域は、冬季は大陸からの季節風の影響で時化ることが多い。夏季の台風の時だけでなく、冬季においても、本土との定期船がしばしば欠航する。

ここで、国勢調査結果をもとに、人口構成の変化について確認しておきたい（表 1）。まず総人口について、1970 年から 2000 年にかけての 30 年の変化をみるよう。1970 年を 100 とすると、川内（合併前の川内市）は、117. 4 であるのにたいし、里は 69. 5、上甑は 58. 6、下甑は 57. 6、鹿島は 70. 0 と、川内では 2 割弱の人口増がみられるのにたいし、甑島の各村では、軒並み 3 割から 4 割強程度の人口減となっている。他方、同じく 1970 年から 2000 年へという時間軸のなかで高齢化率の変化をみると、川内のばあいでも、11. 2 パーセントから 20. 4 パーセントへと比率は倍増しているが、甑島の各村では、高齢化の深化はさらに著しい。もともと 1970 年の時点でも各村の高齢化率は 10 パーセント台の後半から 20 パーセントあまりという高い数値を示していたが、2000 年では 40 パーセント前後の数値を示している。なかでも上甑での高齢化率は 45. 7 パーセントであり、総人口

表1 川内および甌島各村における人口構成の変化

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
川内	62,374 6,960(11.2) 2,414(3.9)	61,788 7,787(12.6) 2,877(4.7)	65,645 8,773(13.4) 3,384(5.2)	71,444 9,726(13.6) 3,852(5.4)	71,735 11,210(15.6) 4,546(6.3)	73,138 13,394(18.3) 5,516(7.5)	73,236 14,955(20.4) 6,769(9.2)
里	2,183 354(16.2) 152(7.0)	1,926 370(19.2) 156(8.1)	1,920 420(21.9) 175(9.1)	1,967 460(23.4) 184(9.4)	1,753 502(28.6) 228(13.0)	1,676 564(33.7) 256(15.3)	1,517 551(36.3) 260(17.1)
上甌	3,426 582(17.0) 226(6.6)	2,877 643(22.3) 219(7.6)	2,728 680(24.9) 256(9.4)	2,651 643(24.3) 219(7.6)	2,315 726(31.4) 318(13.7)	2,234 847(37.9) 375(16.8)	2,008 918(45.7) 444(22.1)
下甌	4,864 900(18.5) 321(6.6)	4,176 934(22.4) 351(8.4)	3,752 948(25.3) 379(10.1)	3,577 985(27.5) 418(11.7)	3,247 978(30.1) 447(13.8)	3,017 1,050(34.8) 469(15.5)	2,803 1,049(37.4) 498(17.8)
鹿島	1,277 265(20.8) 95(8.9)	1,023 261(25.5) 104(10.2)	1,028 218(21.2) 80(7.8)	1,072 289(27.0) 125(11.7)	1,033 339(32.8) 124(12.0)	999 361(36.1) 152(15.2)	892 358(40.1) 198(22.1)

注：国勢調査結果（各年次）により作成した。

地区名は、薩摩川内市に合併する以前の自治体の名称である。

それぞれの地区ごと数値は、上段が人口、中段が65歳以上人口（括弧内はそれが総人口に占める割合）、下段が75歳以上人口（括弧内はそれが総人口に占める割合）である。

の半数近くが高齢者によって占められていることになる。1995年と2000年とを比較してみると、高齢者の絶対数が大きく増えているわけではない。むしろ里、下甑、鹿島の3村では高齢者の数そのものは減少さえしているのだが、各村とも総人口が1割程度減少しているため、高齢化率が上昇するということになる。また2000年では、甑島の各村とも75歳以上の後期高齢者の比率が2割前後に達していることにも注目しておきたい。

このように高齢化が深化する背景としては、甑島列島における就業機会の少なさを指摘できる。甑島列島には、高校がなく、中学を卒業すると島を離れなければならない。島内での仕事といえば、漁業と建設関係である。高齢者福祉施設もまた、島に暮らす人にとっては貴重な就職先となっている。だが、学校を出た若者にとって安定した就職先は、役場しかない。学校を出ると、島には仕事がないので、多くの人は本土で仕事につく。定年になって島に帰ってくる人もいるが、そのまま本土で暮らす人も多い。そのため、高齢者だけが島に残される。こうした事情のため、高齢者だけの世帯の割合が高くなる。2000年時点での高齢者だけの世帯（高齢夫婦世帯と高齢単身世帯を合算したもの）の一般世帯に占める割合は、川内では23.3パーセントにとどまっているが、里では33.9パーセント、上甑では45.0パーセント、下甑では39.7パーセント、鹿島では38.4パーセントと高くなっている（表2）。高齢化率の高さに加えて、高齢者だけの世帯の多さもまた、高齢者ケアの問題が甑島列島の各地域にとって重大であることを指し示している。

3 甑島各村における高齢者ケアの態勢と広域合併

甑島列島においては、地理的な条件や歴史的な経緯などにより、各村ごとに高齢者ケアの態勢が整えられてきた。ここではまず、広域合併直前の時点におけるそれぞれの村での高齢者ケアの態勢を確認しておくことにしたい。そのうえで、2004年4月10日の広域合併後、どのような変化が起こりつつあるのかについても検討したい。

里村では、1994年に開設された高齢者生活福祉センター「もやど里」が高齢者ケアの拠点施設として機能してきた。もやど里は、高齢者の居住施設（生活支援ハウス）と在宅介護支援センターおよびデイサービスセンターとが一体的に整備された複合型の施設である。この施設は、村の委託を受け里村社会福祉協議会が運営している。隣接地には保育園も同時に整備されたが、これも社会福祉協議会が受託している。居住部門には、二人部屋が5室、一人部屋が5室あり、定員は15名だが、実際の利用は10名程度である。社会福祉協議会では、訪問介護も実施している。2003年には、特別養護老人ホーム「寿里苑」が開設された。開設にあたっては村が主導的な役割を果たしたが、新たに社会福祉法人の里福社会を立ち上げ、特別養護老人ホームの運営母体となった。理事長は村内の建設会社の社長が務めている。特養の定員は30名で、一人部屋が6室、二人部屋が12室（24人）である。それ以外にショートステイ用の個室が5室ある。居室は二人部屋が主体だが、二人部屋も中間が間仕切りで区切られており、入所者にとっては個別の空間が確保されるようになっている。入居スペースは三つのユニットに分割され、それぞれに居間がある。ユニットには職員が固定され、それぞれの職員の工夫によりそのスペースの飾りつけがなされている。風呂は各ユニットごとに一人用のものが備えつけられているが、それ以外に全体で共用の浴室と特浴室がある。浴室には、一人で入るタイプの小さな浴槽が三つと、

表2 川内および甑島各村における世帯構成の変化

	1990	1995	2000
川内	25,588 8,138 (31.8) 2,357 (9.2) 2,288 (8.9)	27,279 9,374 (34.4) 2,971 (10.9) 2,829 (10.4)	28,566 10,256 (35.9) 3,323 (11.6) 3,331 (11.7)
里	636 349 (54.8) 102 (16.0) 60 (9.4)	640 373 (58.3) 119 (18.6) 73 (11.4)	622 361 (58.0) 123 (19.8) 88 (14.1)
上甑	1,016 520 (51.2) 175 (17.2) 160 (15.7)	1,013 520 (51.3) 219 (21.6) 182 (18.0)	971 599 (61.7) 235 (24.2) 202 (20.8)
下甑	1,418 712 (50.2) 216 (15.2) 260 (18.3)	1,419 729 (51.4) 242 (17.1) 295 (20.8)	1,337 720 (53.9) 229 (17.1) 302 (22.6)
鹿島	465 253 (54.4) 55 (11.8) 117 (25.2)	472 259 (54.9) 71 (15.0) 97 (20.6)	422 233 (55.2) 69 (16.4) 93 (22.0)

注：国勢調査結果（各年次）により作成した。

地区名は、薩摩川内市に合併する以前の自治体の名称である。

それぞれの地区ごとの数値は、1段目が一般世帯の総数、2段目が65歳以上親族のいる世帯数（括弧内はそれが一般世帯の総数に占める割合）、3段目が高齢夫婦世帯数（括弧内はそれが一般世帯の総数に占める割合）、4段目が高齢単身世帯数（括弧内はそれが一般世帯の総数に占める割合）である。

なお、高齢夫婦世帯とは、「夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦一組の一般世帯（他の世帯員がいないもの）」のことであり、高齢単身世帯とは、「65歳以上の者一人のみの一般世帯（他の世帯員がいないもの）」のことであり、1990年度の国勢調査においては、高齢夫婦世帯は「夫婦いずれかが65歳以上の一般世帯（他の世帯員のいないもの）」と定義され、1995年以降とは定義が異なる。そこでわれわれは、1990年の統計表で公表された数値を用い、1995年以降の定義にあわせて高齢夫婦世帯の数を算出しておいた。本表で用いている1990年の数値は、補正後のものである。

シャワーキャリーに座ったまま入浴するタイプの座位式入浴装置が備えつけられている。特浴室には、ストレッチャーに横になったまま入浴するタイプの特殊入浴装置がある。施設のしつらえは、今日的な高齢者介護の動向をふまえてよく工夫されている。

寿里苑が開所するまでは、もやど里でショートステイも受け入れていた（寿里苑の開所後はおこなっていない。ショートステイ用の個室が一つあったが、現在ではヴォランティアが寝泊まりする部屋として利用されている）。そればかりでなく、もやど里は居住部門に要介護度の高い高齢者を住ませ、その人たちに訪問介護サービスを提供することによって、特養がなくても島で生活し続けることを保障しようとしていた。もやど里はいわばミニ特養的な機能を果たしていた。かつて住友生命総合研究所が地方自治体の介護力の明らかにするために、在宅介護力指数という指標を提案した。それは、「在宅介護を支える三本柱のホームヘルプサービス（訪問介護）、デイサービス（通所介護）、ショートステイ（短期入所生活介護）について、市区町村ごとに 65 歳以上高齢者 100 人当たりの年間利用日数を偏差値化した指数」（住友生命総合研究所 2001：3）とされた。里村は、この地域介護力のランキングにおいて、1994 年度、1995 年度および 1997 年度は全国 1 位、1996 度は全国 2 位、1998 年度は全国 3 位となり、「全国トップクラスの介護力を維持」との見出しで大きく紹介された（住友生命総合研究所 2001：20-21）⁶⁵。これは、高齢者生活福祉センターの居住部門に要介護度の高い高齢者を住ませ、そこに多くのサービスを提供したためであり、在宅福祉サービスの水準が高いというよりも、特養の整備の見通しが立たないなかで島を離れたくない高齢者の生活を何とか支えたいといういわば苦肉の策が数値となってあらわれたといえることができる。生活支援ハウスはあくまでも住居であり、そこで受ける介護は在宅介護サービスとなる。そのため、そこに要介護度の高い高齢者が住み、その人たちにサービスを厚く提供すれば、在宅介護力指数が高くなる。もともと生活支援ハウスは、豪雪地帯であれば冬季とか、南日本であれば台風の時期であるとか、自宅での生活が困難になった高齢者が一時的に入居するものとして整備された。また入居する高齢者としては、自立した生活の可能な人が想定されており、そのため、それぞれの住居にはキッチンが備えつけられてきた。多くの生活支援ハウスでは自立または要介護度の低い人が入居しているが、特養のないところでは、生活支援ハウスをミニ特養のような形で運用しているところもみられる（たとえば長野県小川村、大分県姫島村など）。里村もその一つであった。現在は、寿里苑が開設されたので、もやど里ではミニ特養的な使い方はされていない。現在の入居者は、介護認定を受けていても要支援または要介護度 1 までにとどまっている⁶⁶。

里村は、住居が一か所にまとまっており、訪問介護をするにも、デイサービスの送迎をするにも、労力が比較的にかからずすむ。またもやど里、寿里苑、里村へき地診療所は里村役場の近くの村の中心部にまとまって立地している。

上甌村では、1991 年に開所した特別養護老人ホーム「こしき園」が高齢者ケアの拠点的な施設となっている。こしき園は、村内の民間診療所（村永医院）を経営母体とした社会福祉法人が運営しており、定員は 30 人である。ショートステイも受け入れている（8 人）。入所している人は、上甌の人ばかりである。もともと里の人が 4 人いたが、寿里苑が開所した時に、一人だけ残って、3 人は寿里苑に移った。その残りの一人も、もともと上甌村の人だったので、実質的にいえば上甌の人ばかりである。他方、鹿島村にある鹿島

園の入居者にも数名上甌村の人がいて、こしき園に入所希望が出されている。こしき園には、デイサービスセンターが併設されている。デイサービスの受け入れ枠は、介護保険のものと保険外の「生きデイ」とをあわせて 25 人となっているが、実際の利用は、曜日によって異なるけれども、8 人から 15 人とどまっている。訪問介護は上甌村社会福祉協議会がおこなっている。医療系の訪問看護は、村営の甌島中央診療所でおこなっている。上甌は 5 地区に分かれている。中甌島と上甌島は現在では橋で結ばれているため、どの地区にも道路での移動は可能であるが、デイサービスの送迎には 40 分程度の時間を要する。甌島中央診療所には浦内と平良の 2 か所の出張診療所がある。役場は、上甌島の中甌の集落にある。主な関係機関はこの地区に立地しているが、こしき園はこの集落からやや離れた高台に立地している。上甌村のばあい、高齢者ケアにかかわる諸機関の運営母体がそれぞれ異なっており、そのため情報の共有といった面において困難さをかかえている。住居が 5 地区に分離しているとか、特養やデイサービスセンターといった介護の拠点が村の中心地からは離れているといった空間的な問題も見受けられる。

鹿島村は、住居が 1 か所にまとまっている。集落の西側のやや高台になったところに高齢者ケアのための施設が整備されている。隣接地には役場の新庁舎（1999 年使用開始）や鹿島中学校がある。まず 1991 年に鹿島村高齢者生活福祉センターが整備された。これはデイサービスセンターと居住部門からなる複合型の施設である。しかし、こうした施設には限界があった。一人暮らしの高齢者は、介護が必要な状況になると、よその村の施設に入所するか、あるいは本土で生活する子供のもとに呼び寄せられていった。島の高齢者は、島を離れたことのない人が多く、このまま慣れ親しんだ場所に居続けたいと願うが、ほかに選択肢はなかった。そもそも鹿島村は人口規模が 1000 人程度の小さな村であったし、特別養護老人ホームが隣接の下甌村と上甌村に先に整備されていたため、鹿島村に入所型の介護施設が整備される見込みはほとんどなかった。それでも村は設置のため必要性を国や県に訴え続けた。紆余曲折の末、鹿島村にも特別養護老人ホームの開設が承認されることになった。特別養護老人ホーム「鹿島園」が開所したのは、2000 年 4 月のことであった。高齢者生活福祉センターと鹿島園は村が設置し、運営を鹿島村社会福祉協議会に委託している。

鹿島園の入所定員は 30 人であり、ショートステイの定員は 5 人である。ここには在宅介護支援センターも設置され、鹿島村社会福祉協議会の事務所も置かれている。入所者は鹿島村の人がほとんどであり、村外の方は 4、5 名である。それも里村と上甌村の人であり、甌島以外の人はいない。ショートステイは平均して 3 名程度の利用がある。高齢者生活福祉センターの居住部門には一人部屋が 9 室と二人部屋（夫婦部屋）が 1 室で、11 名の入居定員となっている。自立した生活ができることが前提であり、里村のようなミニ特養的な使い方はしてこなかった。鹿島園が開所してからは、介護認定を受けた人が特養に移ったということもあり、利用者が減った。2004 年の 6 月時点での入居者は 3 名であった。デイサービスの利用者は、日によって異なるが、多いときで 13 人、少ないときで 4、5 人である。頻度的には、週 1 回程度利用する人が多い。鹿島村社会福祉協議会は訪問介護事業もおこなっており、高齢者生活福祉センターの事務室は、ホームヘルパーの詰め所にもなっている。鹿島村診療所は、役場から集落へと戻ったあたりにあり、訪問看護もおこなっている。

下甌村には、高齢者ケアの拠点施設が2か所ある。その1か所は、長浜にある「甌島敬老園」であり、もう1か所は、手打にある「玉姫園」である。長浜は下甌村の北東部に位置する。南北に走る海岸線に沿って住居が連なっている。その一角に、養護老人ホーム甌島敬老園が開設される。1963年のことである。さらに1995年には、養護老人ホームと棟続きとなる形で、特別養護老人ホーム甌島敬老園が開設される。特養には、デイサービスセンターと在宅介護支援センターが併設される。これらの施設は、下甌村の直営であり、養護老人ホームの定員は50名、特別養護老人ホームの定員は30名となっている。ショートステイの定員は8名である。特養の入居者は、鹿島村の人が4名いるが、それ以外は下甌村の人ばかりである。甌島の各村に特養が整備されたことにより、他村の人の多くは地元の特養へと転居した。養護老人ホームには鹿島村の人が4人入所しているが、それ以外は下甌村の人である。デイサービスの定員は15名だが、利用は平均して10名を割る程度になっている。長浜には村の長浜診療所があり、医師が常駐している。他方、手打は下甌島の南東端に位置し、村役場が立地する。下甌村高齢者生活福祉センター玉姫園は1999年4月に開所した。役場の北側の高台に村の手打診療所があり、そのさらに山側に玉姫園がある。診療所の2階と玉姫園（玉姫園は平屋建て）とは、渡り廊下でつながっている。玉姫園は村が設置し、下甌村社会福祉協議会が受託して運営している。玉姫園には、居住部門とデイサービスセンターがあり、居住部門には一人部屋が10室ある。自立した生活のできるものが入居の前提である。デイサービスの定員は15人だが、実際には13人から14人の利用となっている。手打診療所には19床の入院病床があり、そのうち4床は介護保険の対象となる療養型である。

下甌村では、医師の常駐する診療所が、手打と長浜の2か所にある。またデイサービスセンターもまた、手打と長浜の2か所にある。デイサービスの利用範囲は、原則として地区ごとに区別されている。下甌村の集落間は、現在では道路が開通し自動車移動できるけれども、起伏の激しい曲がりくねった細い道であり、デイサービスの送迎には時間がかかるし、また高齢者にとってもこのような道路条件での移動は体にこたえる。医療面では、2か所の診療所のほかに、片野浦、瀬々野浦、青瀬、内川内の4か所に出張診療所が設置されており、前の二者には手打診療所から、後の二者には長浜から医療スタッフが出かけていく。手打診療所には患者輸送車があるが、これは役場近くのバス停から診療所までの送り迎えのために利用されており、他集落からの通院は定期バスを利用するか個人的に交通手段を調達する必要がある。ただ、定期バスは船便にあわせてダイヤが設定されているので、通院のためには必ずしも都合があわず、バスでの通院はそれほど多くない。手打診療所には、外科医の瀬戸上健二郎が1978年5月に着任して以来、こんにちまで勤務を続けている。瀬戸上医師は「ドクターコトー診療所」の五島医師のモデルとされる人物であるが、離島であっても外科治療が受けられるような態勢づくりに腐心してきた。手打診療所には手術室が整備されており、本土に行かなくても島内で手術が受けられるようになっている。

甌島列島の4村においては、それぞれの自治体ごとに高齢者ケアの態勢づくりがなされてきた。広域合併は、こうした態勢に何らかの影響をもたらさざるをえない。2004年10月に薩摩川内市が発足したことによる変化はこれからしだいに顕在化していくことと思われるが、現時点において生じていることについて確認しておきたい。

合併時点においては、それ以前の態勢が基本的に維持された。たとえば、特別養護老人ホームは甑島の4村すべてに開設されていたが、設置形態はそれぞれ異なっていた。里と上甑では民間の社会福祉法人の経営であったし、鹿島では村が開設し鹿島村社会福祉協議会が運営した。下甑では行政の直営であった。これはそのまま新市に引き継がれ、下甑の甑島敬老園は薩摩川内市営の施設となり、鹿島の鹿島園は、市の施設となり薩摩川内市社会福祉協議会が管理を受託した。各村の高齢者生活福祉センターは、薩摩川内市の施設となりその管理を薩摩川内市社会福祉協議会（実際にはその各支所）が管理を受託した。甑島においては、地理的な問題もあり、関係諸機関の大規模な整理統合はそもそも困難であった。また従前のサービス水準を維持するというのは合併協議の大前提だった。合併協議のなかで各市町村が提供してきた給付項目の点検がおこなわれ、その結果、行政として提供する住民福祉のメニューは全市的に統一された。しかし、高齢者ケアの態勢という点では、大きな変動はなかったとみることができる。むしろ大きな変動がありうるとすれば、これからである。自治体合併は、行政の効率化をその大きなねらいとしている。薩摩川内市では、行財政改革の一環として、市有施設や市の事業や業務の外部委託化や民営化を推進するという方針を立てた。それによると、鹿島園や、里・下甑・鹿島の生活支援ハウス（高齢者生活福祉センターの居住部門）は、2006年度から指定管理に移行し、甑島敬老園（特別養護老人ホームと養護老人ホーム）は2008年度に民営化することになる。指定管理のものについては、社会福祉協議会が指定管理者になるものと想定されるので、実際の管理形態には大きな変化はないと思われるが、いっそう効率的な運営が求められることにはなろう。甑島敬老園のばあい、民営化ということなので、受け皿となる社会福祉法人の選定や現在雇用されている正規職員の配置転換など、少なからぬ体制の変化が予想される。2年程度の猶予期間はあるが、いまのところは民営化の方針が出されただけであり、具体的な詰めは今後おこなわれる⁷⁾。他方、薩摩川内市では、市の補助金を全面的に見直すという方針が明らかにされている。現在の補助金をいったん白紙に戻し2007年度から新たな仕組みで補助金を交付するという方向で検討が進められている。そうすると、社会福祉協議会への補助も聖域ではなくなる。甑島のばあい、本土の各地域とは異なって、居宅介護サービスへの民間企業やNPO法人など参加が想定しにくく、ホームヘルプサービスは社会福祉協議会が提供してきた。これまでは、赤字分について行政が補助することによって事業が維持されてきた。甑島の特殊事情には配慮しなければならないというのは、補助金見直し議論の前提とされているが、個別の事業についてどのような検討結果になるかは不透明である。

4 むすび

これまでわれわれは、甑島列島各村における高齢者ケアの態勢について確認し、そのうえで広域合併が甑島列島における高齢者ケアの態勢にどのような影響をあたえつつあるのかについて検討してきた。ここで最後に、甑島列島を事例としながら島嶼地域における高齢者ケアの現状や課題についてあらためて分析しておきたい。

まず高齢者ケアの現状について、二つの特徴を指摘しておきたい。第一に、4村ごとに別々に高齢者ケアの態勢づくりに取り組んできており、甑島全体という地理的な範囲で高

高齢者ケアの態勢づくりをおこなうことはできなかった。これには、これには、隣の村への移動が物理的に困難だといった甑島の地理的な条件や、もともと同じ村だったのが分村し別の自治体になったといった歴史的な経緯もかかわっている。こんにちにおいては、広域合併が成立し、それぞれの役場は薩摩川内市役所の支所となったが、こうした事情は大きくは変わっていない。つまり、それぞれの支所の範囲で高齢者ケアの態勢づくりがなされている。中甑島と下甑島のあいだに架橋され甑島全域が道路で移動可能になれば、多少は事情は変化するだろうが、架橋が現実的な日程に上っているわけではない⁽⁸⁾。第二に、4村それぞれに特養が整備されている。甑島列島全体の人口は7000人あまりにすぎない。そこに4か所特養が開設されるということは、通常では考えにくい。その背景には、甑島列島地域特有の人口構成の歪みがある。島内での就業先は限定されている。本土から離れているため、島に住みながら通勤することはできない。島の若者は、中学を卒業すると島を出る。そしてその多くはそのまま島の外で就職することになり、高齢者だけが島に残されることになる。そうした高齢者の多くは、最期まで島で過ごしたいと願っている。高齢者だけの世帯が多いということもあり、最期まで島で暮らしたいという高齢者の願いをかなえるためには、どうしても入所型の介護施設が必要となる。列島内の4か所に特養が整備されたのは、そうした入所型施設の必要性が認められたからだといえることができる。

特別養護老人ホームに限っていうと、甑島列島ではまず上甑村にこしき園が開設され、ついで下甑村に、既存の養護老人ホームに併設される形で甑島敬老園が開設された。この段階では、里村や鹿島村の人は、他村の特養に入所することになった。その後、鹿島村と里村にも特養が整備され、他村の特養に入所していた人の多くは、自分の村の特養に転居していった。自分の村の特養に入所するというのが原則となり、高齢者からすれば、住み慣れた土地に居続けたいという願いはみだされることになった。とくに里と鹿島は住居地域が一か所に集中しており、その範囲内に特養もあることから、入所してもそこはなじみの空間のなかであった。島と関係のない高齢者が、空きがあればどこでも入りたいという理由で甑島列島内の特養に入所するというケースは、いまのところない。

さて、要介護高齢者をめぐる地域ケアのシステムづくりという点についてみると、甑島列島地域のおかれたさまざまな条件もあって、必ずしも進展していない。最後にその要因を検討するとともに、そのことと関連づけながら、甑島列島地域における高齢者ケアの課題について言及しておきたい。ここではさしあたり、地域ケア・システムを「一定の地域的範囲のなかで、行政機関、医療機関、福祉施設、住民グループなどが連携しつつ、高齢者本人やその家族にとって必要なサービスを提供する社会的ネットワーク」(永井 2003 : 90) のこととしておきたい。甑島列島のばあい、地域ケア・システムの構築にとっては、さまざまな困難がみいだされる。まず第一に、行政機関の問題がある。2004年10月の広域合併により、各村の役場は薩摩川内市役所の支所となった。それによりそれぞれの地区の実状にあわせて施策を実施することが困難になった。支所の機能は窓口的なことだけに限定され、政策立案は市役所本庁の各課でおこなわれることとなった。支所長は部長級職であるから、支所長をとおして、各支所の意向は庁舎内の意志形成に何らかの影響力を及ぼすことができるはずである。しかし、全市で一律のサービスを提供することが大前提であるし、広域になった行政を円滑に機能させるためには共通のルールを基準とする必要があり、ある地区の特性にあった施策をその地区にだけ展開する余地はほとんどない。かつ

て里村でみられたような高齢者生活福祉センターをミニ特養的に利用するような工夫は、いまの行政機構のなかでは実現困難であろう。

第二に、専門諸機関の問題である。専門的な諸機関が連携をはかっていくばあいには、ネットワークを構築していくようなキーパーソンが不可欠である。このようなキーパーソンは、こんにちでは福祉施設の施設長など福祉や介護分野の出身であるばあいも見受けられるようになったが、これまでの農山漁村においては、キーパーソンの役割を果たしうる人物は医師しかいなかった。役場を動かし首長や議会を説得し、医療や福祉のシステム化を推進する力を持った人材は、地方では医師ぐらいしか現実には見あたらなかったからである。しかし、これには二つの前提条件がある。まず第一に、医師じしんがその場所での医療や福祉を改善しようとする関心と意欲をもつということである。医師からすれば、診療してただその報酬をもらえばよいという考えでいても、何らとがめられる筋あいではない。第二には、医師がある程度その場所に定着するということである。すぐに移動する医師には、地元へ提言する力はない。だが、そもそも過疎地域は医師の確保が難しく、とりわけ島嶼地域はその困難さが際だっている⁹⁾。そのうえ、島嶼地域の医療にはそれ特有の条件がある。診療所で治療できない患者がでると、設備の整った病院に患者を移送することになるが、島嶼地域のばあい、それが物理的に困難である。甌島列島のばあいには、定期船を利用することもあるし、緊急時には鹿児島県や海上自衛隊鹿屋航空基地にヘリの出動を要請する。また漁船を使い、対岸の港に救急車を待たせておくといったこともある。ただ、移送が可能であればまだよいが、台風などで海が荒れて移送できない時もある。こうした状況では、できるだけ島の診療所の機能を高めて、重度の患者にも可能な限り対応できるようにすることが必要となる。下甌村の手打診療所に着任した瀬戸上医師は、外科医であったこともあり、医療機器の整備などにつとめた。島嶼地域の医師にとってみれば、最重要の課題は救急救命であり、高齢者の地域ケアはその次の課題とならざるをえない。陸続きであれば、重度の患者は大病院に移送し、診療所では在宅ケアに力点を置くという分業も可能であるが、島嶼地域ではそうした分業は難しい。

第三に、住民の動きについてである。まず甌島列島では、特別養護老人ホームの整備がすでに終わっているという事情がある。高齢化率が高くしかも高齢者だけの世帯の比率が高いというような事情から、甌島列島では入所型の施設への要望が強く、その整備が四つの村すべてでおこなわれた。特別養護老人ホームは自己完結型の施設であり、そのなかでは、すべての介護メニューが提供される。要介護高齢者は、そこに入ることができさえすれば、最期まで甌島で過ごすことができる。需給バランスが崩れ、いつまで待っても入所できないということになれば話は別だが、現在では深刻な入所待機の状態は生じていない。この状況では、何も問題は顕在化しない。この状況のもとでは、住民を巻き込みながら地域ケアの態勢づくりをしていこうという動きは生じにくい。同じような島嶼地域であっても、特別養護老人ホームの整備が見込めない沖縄県の波照間島（竹富町）や久高島（知念村。2006年1月から南城市）では、住民じしんが関与しながら、高齢になってもできるだけ長く島に住み続けられるような地域ケアの態勢を作ろうとしている。特養がないので、要介護度の高い状態になったらいずれにせよ島を離れざるをえなくなるが、可能なかぎりは島にとどまるようにしたいと、住民じしんがデイサービス事業に取り組んでいる。いうまでもなく、特養の整備が進んだことは、それじたいとしては恵まれている

ことであるが、それだけにかえて甑島列島では地域住民の動きは起こりにくくなっている。

特別養護老人ホームを整備することそれじたいは、高齢者ケアにとって重要なことであるが、しかしそれじたいが最終的な目標ではない。むしろ高齢者本人にとって望ましいようなケアの態勢を作りあげていくことの方が、究極的な目標であろう。そうした観点からすると、甑島列島地域においても、地域ケア・システムの構築にむけて努力することは、やはり課題とならざるをえない。また、また現実の問題として、行財政改革のなかで、市役所業務のアウトソーシングや補助金の見直しが現実化しつつあり、おそらく将来的には、支所機能の見直しや人員削減も実施されるであろう。この状況のなかではいずれ、高齢者ケアの領域においても「行政と市民の協働」が提唱されることになる。行政と市民の協働は、行政に財政的な余裕がなくなり十分なサービスを提供できなくなったことの裏返しともいえるが、住民が地域ケアのシステムづくりに関与することそれじたいは、必ずしも悪いことではない。高齢者本人は、専門家によるケアやサポートも必要としているが、それと同時に「生きる意味」も必要としており、それを提供できるのは専門家というよりもむしろ友人や近所の人であったりする。住民が地域ケア・システムのなかにしかるべき位置を占めて活動することには、積極的な意味がある。また行政と市民の協働というのは、本来的には、行政と市民の関係を根本から考えなおし、よりよい地域社会のあり方を探っていくことにつながっていくはずである。行政の手が回らなくなりやむをえず住民が労力を提供するというのでは、たんに住民が行政サービスの肩代わりをしたことにしかならない。むしろ住民みずからが望ましい協働のあり方をさぐっていくことが必要だと思われるが、住民には望ましい協働のあり方を考えるためのノウハウがないし、そもそもそうした問題関心も薄い。こうした状況では、行政の支所や社会福祉協議会の支所の側が、住民に問題を投げかけ、住民の力を引き出すことが必要となろう。ともあれ、広域合併にともなうさまざまな影響はこれから顕在化していくことと思われる。そうした点については、さらに調査研究を進めていくことにしたい。

文献

- 神野直彦・金子勝編著 2002 『住民による介護・医療のセーフティネット』東洋経済新報社。
- 鹿島村郷土誌編集委員会 2000 『鹿島村郷土誌』鹿島村。
- 永井彰 2003 「地域ケア・システムの形成と展開」『社会学研究』73、89-110。
- 西秀人 1998 『先生助けてー離島の医師を求めて25年』南日本新聞開発センター。
- 里村郷土誌編纂委員会 1985 『里村郷土誌 上巻』里村。
- 薩摩川内市 2004 『「薩摩川内市」誕生 合併協議の記録』薩摩川内市。
- 薩摩川内市議会事務局 2005 『平成17年第2回薩摩川内市議会会議録定例会』
- 下甑村郷土誌編纂委員会 2004 『下甑村郷土誌』下甑村。
- 住友生命総合研究所 2001 『地域介護力データブック』中央法規。

(1) 本章は、2006年3月に『東北文化研究室紀要』第47集に公刊したものであり、記述はその時点のものである。その後の状況の変化については、必要におうじて注記する。

(2) (2008年補注) 島嶼部を含んだ広域合併としては、松山市、今治市などいくつか例をあげることができるが、本土から遠く隔たった外洋の島と本土との広域合併となると、薩摩川内市のほかには、佐世保市（五島列島に位置する宇久町を編入）くらいしか見あたらない。

(3) われわれは、2004年2月以降、折りにふれて甑島列島およびその周辺地域を訪問し、現地調査および資料収集をおこなってきた。本稿の記述は、そこでの聞き取りおよび各種文献資料にもとづいている。

(4) (2008年補注) 政府の2006年度予算に蘭牟田瀬戸架橋建設調査費が計上された。

(5) 寿里苑ができる前のもやど里の状況や寿里苑が建設される経緯については、神野・金子 2002: 25-33、を参照。

(6) (2008年補注) 2007年5月時点での聞き取りによると、もやど里への入居者のなかには、要介護度4の人もある。このケースは、入居後身体の状態が悪化したものである。身体状態が悪化したからといって、追い出すわけにはいかず、もやど里では対応に苦慮している。要介護度の軽いうちはもやど里にいてもらい、要介護度が重くなれば寿里園へ移ってもらうという体制がとればよいのだが、寿里園にはなかなか空きはできないので、こうした連携体制は現実には困難である。

(7) (2008年補注) 「薩摩川内市アウトソーシング方針」は2005年9月30日に決定されたが、2007年4月1日におこなわれた第4回改訂において、甑島敬老園については、2008年度の民営化との当初方針を見直し、2009年度での管理代行（指定管理者制度の導入）と決定された。

(8) 元鹿島村長で薩摩川内市議会議員の尾崎嗣徳は、蘭牟田瀬戸への架橋の早期実現を薩摩川内市長の森卓朗に求めたうえで、里から手打まで甑島列島を縦貫する道を通し、そこに一か所全科診療できる総合病院を設置するといった医療体制の整備を訴えている（薩摩川内市議会事務局 2005: 74-77）。

(9) 下甑村での医師確保の難しさについては、下甑村の民生課長を務めた西秀人が書き記している（西 1998）。また『鹿島村郷土誌』（鹿島村郷土誌編集委員会 2000: 145-146）と『下甑村郷土誌』（下甑村郷土誌編纂委員会 2004: 520-521）には、医師の勤務期間の状況について資料が掲載されている。これらを見ると、多くの医師は短期間で交替していることが分かる。

第3章 自治体合併にともなう地域経営の変容 —広島県三次市君田町の事例—

永井 彰

1 問題の所在

市町村合併が政策的に推進され、1999年3月末日に3232あった市町村が2006年3月末日には1821となった。平成の大合併と称されるこの過程のなかで、小規模自治体の整理統合が進んだ。自治体合併については、いろいろな議論がありうるけれども、合併が地域経営の根本的な見直しに直結していることだけは、たしかである。本稿では、小規模自治体を念頭において、自治体合併を契機とした地域経営の変容を個別の事例にそくして検討することだけに課題を限定したい。そのさい、社会学的に重要な三つの論点を念頭においておきたい。まず第一に、住民と行政の関係はどう変化したのかということである。小規模自治体においては、住民にとって行政は疎遠な存在というわけではなかった。住民にとって議員は顔なじみの人物であり、議員をとおして施策に自分たちの意志を反映させることができた。また役場に直接要望を伝えることもできた。また役場の側も、住民のニーズをくみとり、それを施策に反映させようと努力することができた。合併により自治体が広域化されると、この事情は一変する。もちろん、自治体が小規模だからといっても、必ずしもデモクラシーの原理が十全に作動するとはかぎらないし、上位機関からの規制や財政的な制約のため基礎自治体の自由裁量の範囲は限定されているので、住民の意志に沿った行政が現実に実現されているとは断言できない。住民自治による行政のコントロールといった公式的な権力循環が、現場においては機能しているとはいえないし、むしろ機能しない現状を分析することこそが政治社会学的な研究テーマであろう。しかしそうはいっても、人口規模の大きな自治体に比べれば、住民の意志が行政に反映されやすい条件は備わっていた。小規模であることの利点は合併により消滅するわけであり、それにとまって住民と行政の関係には何らかの変化が生じざるをえない。第二には、地域構想という機能を誰がどう担っていくのかということである。役場は、地域づくりの拠点であった。とりわけ過疎地域の農山漁村においては、民間の事業体が集積していないため、地域構想の担い手は事実上役場しかなかった。行政機関はさまざまな事業をおこなっており、そのため金や人やものが役場を中心に動いていく。しかし、役場は、経済的な意味においてだけ地域の拠点であったわけではない。役場には、地域のあり方を構想する人材がおり、またそこにはさまざまな事業をおこなうなかで地域づくりのためのノウハウが蓄積されてきた。一般的にいうなら、地元のことを考える主体は、役場だけではない。さまざまなNPOや住民組織、あるいはその場所に根ざした民間企業が、それぞれ独自の観点から地域の将来像を思い描き、またそうした諸機関や諸グループが協力しあうことによって新たな地域社会が作りあげられていく。こういう事態は十分に想定されるが、過疎地域においては、地域の将来像を思い描く人材やノウハウを蓄積できる機関は、役場およびその関連組織に限定される。そうした状況のなかで、自治体合併により役場が支所に切り下げられると、行政機関のもつ地域構想の機能についても何らかの変化が予想される。行政機関の縮小と

ともにその地域構想機能が弱体化し、誰も自分たちの地域のあり方を考えることができなくなってしまうのか、それとも役場とは別の組織や団体が地域構想機能を引き受けていくのかといった点を、事実にくしくして検討していく必要がある。第三には、限定的な空間内でなされてきた地域的な総合化はどう変容するのかという論点である。比較的小さな町や村が独自の自治体として自立することのメリットは、その自治体のなかの諸機関や諸グループが連携しあってさまざまな事業を推進できたことであつた。いわば目に見える人のつながりを活用し、身近な地域社会のなかで課題を共有し、多様な組織や団体が連携することによって成果をあげることが期待された。地域ケアの推進とかいわゆる村おこしの運動は、こうした地域的な総合化の成果であつた。たとえば地域ケアの推進で成果をあげてきた自治体を見ると、長野県下伊那郡泰阜村、上水内郡小川村、小県郡武石村（現在は上田市）あるいは広島県御調郡御調町（現在は尾道市）といった比較的人口規模の小さな村や町であつたことに気づかされる。これらの事例は、比較的狭い範囲内で関係する医療機関、福祉施設、行政および住民組織などが連携することによって地域ケアが可能とされたことを示している。自治体合併によって自治体の範囲が拡大したときに、小さな自治体でおこなわれてきた地域的な総合化がそのまま維持されうるのかどうか、問題となる。

この後者の問題にかんしていうと、自治体合併において強調されたのは、地域的な総合化ではなく行政機関の専門性の確保であつた。人材を集積することによって、業務を振り分け専門的な能力を高めることができる。たしかに、小規模の町村においては職員数が少ないため、さまざまな業務を兼務せざるをえない。行政機関が大きな組織になることによってはじめて、業務の割り振りは可能となる。ただ、ここで留意しておかなければならないのは、自治体合併をしたからといって、地域的な総合化がただちに損なわれるわけではないということである。というのも、合併にともない自治体の範囲が拡大したとしても、そのなかを適切なスケールに分割し、その分割した範囲のなかで地域的な総合化をめざすということも、十分に可能だからである。地域的な総合化が重視されるかどうかは、自治体合併の時点における地域内分権についての制度設計や、合併後の政策的判断にも大きく左右される。

自治体合併を契機として、行政機関をはじめとする当該地域社会にかかわるさまざまな組織や団体に変化し、またそれらのあいだの関係も変化する。そのことにともなって、地域経営のあり方も大きく変化する。ここでは、広島県三次市君田町を事例として、合併を契機とした地域経営の変化について検討を加えてみることにしたい。君田町は、合併前の君田村の時代に君田温泉「森の泉」を拠点とし、特色あるむらづくりをすすめていたことで知られていた。そうした村が広域合併に加わることを契機としどのような変化が生じたのかについて、君田にかかわるさまざまな組織や団体の動向に着目しながら明らかにしたい。広島県では、合併特例法の期限内に広域合併が一挙に進展した。1999年3月31日には86あった市町村（13市67町6村）は2006年3月31日には23（14市9町）にまで減少した。広島県では、合併により人口規模の小さな自治体が完全になくなった。合併を推進する立場からすると、広島は都道府県のなかでも模範的な県の一つである。2006年3月末日現在での広島県内でもっとも人口規模の小さい自治体は安芸太田町であり、人口が1万人を割り込んだのは、安芸太田町と大崎上島町の2町だけであつた（人口データは2005年国勢調査による）。新たな三次市は、2004年4月1日に、1市4町3村による対等合併

により新設された。合併の形式としては対等合併であるが、人口、産業基盤あるいは行政組織の規模といった点で三次市とそれ以外の町村とのあいだには大きな差があったことからすると、実質的にはもとの三次市が中心となりその周囲の町村がそれに吸収されたとみなすことができる。君田もまた、この広域的な行政区画のなかに組み込まれることになった。本稿では、自治体合併のなかにいわば飲み込まれた側に着目しながら、合併およびそれに引き続く変化を追っていくことにしたい⁽¹⁾。

2 対象地の概況

広島県三次市は、広島県の北部に位置し、島根県に接している。面積は 778.19 平方キロであり、広島県内では、庄原市と広島市に次ぎ 3 番目に広い。市の中央を中国縦貫自動車道が東西に横切っており、三次インターチェンジの周囲には工業団地が立地している。現在の三次市は、2004 年 4 月 1 日に三次市、双三郡君田村、布野村、作木村、吉舎町、三良坂町、三和町および甲奴郡甲奴町の 1 市 4 町 3 村による対等合併によって新設された。ここでまず表 1 をもとに、三次市における人口構成の変化を確認しておきたい。2005 年の国勢調査結果によると、三次市の人口は 59314 人となっている。三次市の人口は、1970 年以降は微減の傾向にある。もっとも、合併前の三次市の範囲にかぎっていうと、1995 年までは微増の傾向にあった。つまり旧郡部では、人口減少が進む一方で、旧三次市では人口が僅かに増加していたため、それらが相殺しあって三次市の全体としては人口の微減傾向となってあらわれてきた。さらに表 2 をもとに、三次市各地区の高齢化率をみておきたい。北部の君田、布野、作木、南部の三和、東部の三良坂、吉舎、甲奴が 2004 年の合併により三次市になった地区であり、それ以外は旧三次市に属している。これをみると、旧町村の高齢化率は総じて高く、とくに作木や甲奴では高齢化率が 40 % をこえている。他方、旧三次市においては、旧郡部と比較すると相対的に高齢化率は低いが、いくつかの地区では高い高齢化率を示している。高齢化率の低いのは十日市や八次といった中心市街地近郊の住宅地にかぎられ、周辺の農村地域では旧郡部と同様に高齢化が進展している。

君田町は、三次市の北東部に位置する。面積は 85.87 平方キロであり、東西約 6 キロメートル南北約 16 キロメートルの南北に細長い形をとっている。君田村は、1889 年の市町村制施行にともない、七つの村が合併して発足した。その後、1952 年に一部地域が比婆郡口南村（その後の口和町）へと分離したことはあったが、2004 年まで自治体合併を経験することはなかった。君田町の人口は、微減の傾向にあったが、1985 年以降はほぼ横ばいで推移してきた。しかし、2005 年の国勢調査結果によると、2000 年と比較し 164 人（9.2 %）の大幅な人口減となっている。また高齢化率をみると、1985 年には 2 割強であったのが、1995 年には 3 割を突破し、2005 年には 36 % にまでいたっている。高齢化率はこの 20 年間に急速に上昇した。現在では、75 歳以上の後期高齢者の比率が上昇しており、高齢化が深化していることがうかがわれる。

君田における地域活性化事業の拠点となったのが、君田温泉「森の泉」であった。森の泉は、日帰り入浴施設、レストラン、宿泊施設、農産物直売所などをそなえた複合型の観光施設であり、道の駅の指定を受けている。もともと君田での泉源開発は、1988 年度にふるさと創生交付金をもととしておこなわれた。泉源の活用については、当初は水着を着

表1 三次市および君田村における人口構成の変化

年次	1985	1990	1995	2000	2005
君田村 (三次市君田町)	2,034 463 (22.8) 193 (9.5)	2,003 576 (28.8) 250 (12.5)	2,063 698 (33.8) 305 (14.8)	2,000 723 (36.2) 353 (17.7)	1,836 692 (37.7) 429 (23.4)
(旧) 三次市	38,968 6,312 (16.2) 2,688 (6.9)	39,465 7,174 (18.2) 3,120 (7.9)	39,844 8,558 (21.5) 3,876 (9.7)	39,503 9,522 (24.1) 4,598 (11.6)	38,923 9,997 (25.7) 5,451 (14.0)
(新) 三次市	64,009 12,096 (18.9) 5,190 (8.1)	63,596 13,770 (21.7) 5,993 (9.4)	62,910 15,991 (25.4) 7,089 (11.3)	61,635 17,419 (28.3) 8,466 (13.7)	59,314 17,753 (29.9) 9,989 (16.8)

注：国勢調査結果（各年次）より作成。

各欄の数値は、上段が人口、中段が65歳以上人口（括弧内はそれが総人口に占める割合）、下段が75歳以上人口（括弧内はそれが総人口に占める割合）である。

表2 三次市日常生活圏域ごとの人口と高齢化率（2006年4月1日現在）

圏域	区分	人口	高齢者人口	高齢化率
北部	君田○	1,915	701	36.6
	布野○	1,950	647	33.2
	作木○	1,941	875	45.1
	計	5,806	2,223	38.3
西部	三次	5,358	1,454	27.1
	河内	1,232	524	42.5
	十日市	10,698	2,061	19.3
	粟屋	1,956	647	33.1
	計	19,244	4,686	24.4
中部	八次	9,008	1,553	17.2
	神杉	1,629	520	31.9
	和田	1,845	549	29.8
	田幸	1,723	587	34.1
	川西	1,352	567	41.9
	酒河	2,259	517	22.9
	計	17,816	4,293	24.1
南部	川地	2,195	795	36.2
	三和○	3,691	1,473	39.9
	計	5,886	2,268	38.5
東部	三良坂○	3,907	1,158	29.6
	吉舎○	4,981	1,883	37.8
	甲奴○	3,174	1,278	40.3
	計	12,062	4,319	35.8
合計		60,814	17,789	29.3

注：三次市福祉事務所提供資料による。

○は、2004年4月の合併により三次市になった地区。

日常生活圏域は、2006年3月に策定された『三次市第4期老人保健福祉計画第3期介護保険事業計画』のなかで示された（三次市 2006b: 32-33）。

用したクアハウスの施設を想定していたが、通常の入浴施設へと方針変更した。1995年度にふるさとづくり事業として採択され、1996年には経営母体となる第三セクター株式会社君田21（トゥエンティワン）が設立された。君田温泉森の泉が開業したのは、1997年10月21日であり、翌22日には「ふおレスト君田」として道の駅に登録された。君田温泉の開業により、君田という地名が広く知られることになった。2006年度の実績では、年間売り上げ4億7500万円、年間入湯者159445人となっており、君田における拠点的な集客施設となっている。

3 自治体合併と諸団体の動向

自治体合併にともなって、行政機構をはじめ、地域にかかわる各種の組織や団体がさまざまな影響を受ける。ここでは君田にかかわるさまざまな組織体が、自治体合併およびそれに引き続いておこなわれた行財政改革にともない、どのように変化していったかを明らかにしておきたい。

(1) 行政機構と議会

新たな三次市の発足にともない、旧三次市役所の位置に新市の事務所が置かれ、それ以外の4町3村の役場所在地には支所が開設されることになった。合併前の君田村には、村長部局として、総務課、企画振興課、建設課、住民課および医療保健センターがおかれており、それ以外に、議会事務局と教育委員会事務局にも職員が配置されてきた。現実的な部署としては、君田診療所、給食センター、君田保育所等がおかれてきた。三次市・双三郡・甲奴町合併協議会に提出された資料（2002年11月21日開催第8回協議会）によると、村の一般会計によって雇用されている職員は47人であり、それに特別会計雇用職員6名（国保5名、簡水1名）を加えると、職員数は53人となっていた。合併後、君田村役場は、三次市君田支所となった。支所にどれだけの権限と人員を残すかが、合併協議のなかで問題とされた。結果的には、支所の機能は、住民サービスの窓口と地域自治の振興に限定された。合併時の支所の体制をみると、まず部長級の幹部職員として支所長が位置づけられ、そのもとに支所次長が配置された。さらにその下に総合調整、地域整備および地域振興の3グループがおかれ、そのそれぞれにグループマネージャーとグループ員が配置された。合併前の職員数は、町村ごとに異なっていたが、個々の事情をあまり斟酌すると合併協議の期間内に合意することが困難になるので、原則的に一律に定めるという方向で調整が進められた。合併直後の支所の人員（支所長を含む）は、北部3村（君田、布野、作木）は16人となり、南部4町は21人とされたが、吉舎だけは22人となった。支所発足の時点においては、もとの役場に勤務していた職員が、支所に残ることになった。つまり、旧町村の職員が本庁に異動することはあっても、本庁から支所への異動や支所間での異動はおこなわれなかった。君田支所長には、合併前の君田村助役であった岩崎正雄が就任し、支所次長には教育次長の小滝洋治が就いた。その後2006年4月の人事異動では、支所職員にも人事交流が適用され、他の市町村で採用された職員でも支所に勤務するようになった。また支所の幹部職員についても、当該町村役場出身以外の人材を登用することもおこなわれるようになったが、少なくとも支所長か支所次長のいずれかには、その役場の人間を残すよう配慮した。君田支所においては、岩崎支所長が退任し、布野村役場出身

の石田哲二が支所長となった。小滝次長は留任した⁽²⁾。

住民の意志を行政に反映させる回路としては、議会と地域審議会がある。合併前の君田村議会は定数 10 人であり、閉村時における議会の党派別構成は 無所属 7 人日本共産党 3 人であった。新三次市議会の議員定数は、26 人とされたが、新市の設置後最初におこなわれる選挙により選出される議員の任期に相当する期間にかぎり 38 人とされた。また、この選挙においては旧市町村ごとに選挙区が設置され、三次市 20 人、北部 3 村各 2 人、南部 4 町各 3 人とされた。こうした議員定数の設定や選挙区制の導入もまた、自分たちの意志を市政に反映できなくなるのではないかとの不安を和らげようとしたものであった。新市の市議会議員選挙は、2004 年 4 月 18 日に執行された。君田選挙区には 4 名の立候補者があった。他方、合併にともない、旧市町村の住民の意思を行政に反映させるため、市町村の合併の特例に関する法律第 5 条の 4 の規定にもとづいて、旧市町村ごとに地域審議会が設置された。地域審議会は、2015 年 3 月末日までの 11 年間に限り設置されるものとされ、その所掌事務は、その関係区域について、新市まちづくり計画の執行状況や変更などにかんして市長の諮問にもとづき答申をおこなうとともに、新市まちづくり計画の執行状況や公共施設の管理・運営およびその他必要とする事項について市長に意見をのべることとされた。何らかの施設整備を市の事業として実施するためには、建設計画のなかに盛り込む必要があり、その変更について地元の意向を確認するという意味は、たしかに認められる。他方、市長への意見具申については、提言する機会をあたえられるにとどまっている。地域審議会の設置は、広域合併により行政が地元から遠くなるなかで、それぞれの地元の意向を施策に反映させようとするねらいがあるが、地域審議会からの提言が生かされる保証はない。

また自治体合併を機に、三次市の 19 の地区のそれぞれに住民自治組織があらためて組織しなおされた。もともと近隣組織として町内会、自治会、常会などの組織は作られてきていたが、ここでいう住民自治組織はその連合会にあたる。旧町村においては、基礎的な自治会はあっても町村単位の連合会のようなものはとくに組織化されていなかった。旧町村単位の自治活動は、事実上行政が担っていたからである。君田町では、君田自治区連合会の事務所が君田支所内に置かれた。君田自治区連合会は、「君田地域まちづくりビジョン」を 2006 年 3 月に策定し、地区内でおこなうさまざまな事業について担い手を明示化し、住民自治組織が主体となっておこなうもの、住民自治組織と行政とが協働でおこなうもの、および実行委員会方式で実施するものへと振り分けた。「ひまわりまつり」や「あったかむらフェスティバル」といった交流イベントは、自治体合併以前から実行委員会方式で開催されてきたが、委員への参加呼びかけを君田村企画振興課がおこなうなど、実質的には役場主導で開催されてきた。合併後は、支所はそうしたイベントの運営からは手をひき、実行委員会は住民主体で運営されるようになった。また村の広報紙『広報きみた』は 2004 年 3 月号をもって終刊となった。新市の広報紙（『広報みよし』）は刊行されるが、市域全体の広報紙であり、地元情報については乏しいので、それについては、自治区連合会の機関紙『そよ風通信』で補うことになった。『そよ風通信』は、君田村の時代から生涯学習センターの活動報告として刊行されてきたが、そこに支所や社会福祉協議会君田支所で実施する行事の案内を掲載することで、地元の広報紙としての機能もはたすようになった。

(2) 君田温泉「森の泉」

森の泉の経営母体は、株式会社君田 2 1 であった。1996 年の会社設立時においては、発行株式 600 株のうち 350 株を君田村が所有し、残りを村民や村内外の法人などが所有した。147 人の地元住民が 1870 万円を出資した。代表取締役には藤原清隆村長が就任した。その後、新市に向けての合併協議会においては、第三セクターについて新市が引き継ぐ方針が承認された。新市への移行時には（2004 年 3 月）、行政の持ち株数は 240 にまで減少したが、その一方で地元住民の株主が 236 人となり、307 株を所有した。地元住民の関与を高めるといふ意味あいがあった。経営状況は、黒字を続けてきており、開業 2 年目の 1997 年度より株主配当を継続してきた（2006 年度は黒字だが、無配とした）。民間企業の経営する施設とは異なり、建物そのものは行政の所有物であった。黒字とはいっても、資産の減価償却を考慮に入れる必要がなかったという事情は割り引いて考える必要がある。しかし、第三セクターの観光施設には、赤字を抱えるものが少なくない。その意味では、森の泉の経営は、順調に推移してきたと評価できよう。しかし問題は、合併にともなって経営の体制をどう整えていくかということであった。たしかに株式会社ではあったが、実質的な経営主体は君田村企画振興課であった。自治体合併にともなって、君田 2 1 にはより自立的な経営が求められることになった。支所が、森の泉の経営を全面的に支援することは不可能である。また、合併時には君田 2 1 は新市へと継承されたが、これは当面の維持を保証したにすぎず、将来的に第三セクターとして維持されるかどうかは不透明である。君田村のままであれば、村の拠点的な集客施設を行政が手放すことはありえない。しかし、新たな三次市の枠組みのなかでは、施設の維持は首長の政策判断にゆだねられる。君田町にとってではなく三次市全体にとっても必要な存在であり続けることによって初めて、森の泉は維持される。このことを考えれば、自治体合併にともない、森の泉の経営的がより厳しい環境におかれることは明らかであった。行政からの全面的な支援が期待できない以上、経営を担う人材を法人のなかに確保することが不可欠だった。最終的には、君田村の企画振興課長であった古川充が役場を退職し、君田 2 1 の常務理事（森の泉の支配人）として経営の陣頭指揮をとることになった。

森の泉にとっての最大の課題は、経営体としての力量を高めることである。現在では、公共的な施設であっても、接客がよくなければ顧客は満足しない。森の泉は、道の駅であるとはいっても、主要幹線道路沿いに立地しているわけではないので、何かのついでに立ち寄ってもらえる場所ではない。ここを目指さなければ来ない場所なのである。また第三セクターとして生き残っていくためには、三次市にたいして貢献していることを、身をもって示す必要がある。その点からすると、三次市にとって観光振興は重要な政策課題の一つであり、君田温泉は、広島三次ワイナリー、奥田玄宋・小由女美術館とならぶ主要な観光スポットである。自治体の範囲が拡大したことで三次市内の周遊的な観光地の一つと位置づけられたことは、森の泉にとってはメリットであった。観光地としての魅力を保ち地域内での存在感を維持することは、行政との関係にとっても不可欠である。君田温泉での事業拡大の一環として、君田温泉の一角にはらみちを美術館が建設されることになった。君田村としては合併前に建設する計画をもっていたが、建設は合併後にずれ込んだ。三次市・双三郡・甲奴町合併協議会において策定された新市まちづくり計画には、この美術館

の建設は盛り込まれなかったが、2004 度の新市まちづくり計画の改訂において、はらみちを美術館建設事業の追加が決定された。はらみちを美術館は 2006 年 4 月 22 日に開館した。また堅調な宿泊需要に対応するため、宿泊棟を増築することも決定し、2007 年度内の完成をめざして建設が進んでいる。これらの事業は、行政からの投資によるものであるが、そうした投資を受けうるだけの存在感を森の泉は示してきたということのあかしでもあった。

健全な経営体として経営が続いていることによって、森の泉は地元にたいして多大な貢献をしてきた。2006 年度の実績によると、君田 21 では 70 人を雇用しているが（パート社員も含む）、そのうち 48 人（68.6 %）は君田町民である。また君田 21 の試算によると、森の泉による経済的効果は 2005 年度において 2 億 8435 万円に上っている。このなかには雇用人件費だけでなく、地元から調達した食材費や燃料代、直売所での売り上げなどが含まれているが、こうした金の流れは森の泉が作られなければ生じなかったものであった。

(3) 社会福祉協議会

社会福祉協議会については、三次市・双三郡・甲奴町合併協議会の協議において、合併時に統合することで調整するとされた。君田村社会福祉協議会は、地域福祉活動と介護保険事業とおこなってきた。もともと君田村社協では君田村からホームヘルパーの派遣事業を 1998 年 3 月まで受託してきたが、公的介護保険制度の導入を控えてこの事業は村内の社会福祉法人備北福祉会（松柏園）に委託替えになった。そのため君田村社協での介護保険事業は居宅介護支援事業だけであった。2004 年 4 月の新三次市の発足と同時に社協も合併し、君田村社協は、三次市社会福祉協議会君田支所となった。君田村社協の小谷昭登事務局長が君田支所長となった。君田村社協のときは、事務局長を含めて事務局職員は 3 人だったが、支所移行時から 2 人になった。さらに 2005 年 4 月から小谷支所長は本所の課長兼務となり、支所での勤務は原則として月曜の午前中だけに限定されるようになった。あとは必要に応じて支所に来るといった形になった。

三次市社協の運営にとって影響が大きかったのは、自治体合併そのものというよりも、その後にすすめられた行政改革であった。たしかに合併時においても、新三次市としておこなう福祉事業を統一するため、各自治体独自の事業が整理され、結果として、社協への委託事業の削減にもつながった。君田村社協は、君田村から外出支援事業の委託を受けていた。これは、高齢者や障害者でバスや一般のタクシーでの通院が難しい人を対象に社協の車両で送迎をおこなうというものであった。合併時に高齢者分の事業はなくなり、この事業の対象が障害者に限定された。20 名いた利用者が 4 人に減少し、社協の委託料収入も減った。ただ三次市社協全体としてみると、その後に導入された指定管理者制度の影響の方が甚大だった。作木村では 30 人定員の特別養護老人ホーム江水園を行政が建設し、管理運営を作木村社会福祉協議会に委託していた。合併時には、この体制が継承され市から社協が受託するという形になったが、2006 年度から指定管理者制度が導入されることになり、管理者が公募された。その結果、三次市社協は江水園の指定管理者となったが、年間 1800 万円の負担金を市に支払うようになった。三次市社協は、作木、布野および三良坂でデイサービスセンターを受託していたが、これらについても同様の扱いとなった。それにさらに追い打ちをかけたのが、在宅介護支援センターの廃止であった。介護保険法

の改正により、2006年度より地域包括支援センターが設置されることになったが、三次市では市全域を対象とするセンターを一箇所直営で開設することとし、従来各法人に委託していた在宅介護支援センターは、基幹型と地域型のいずれも廃止することとした。三次市社協では、基幹型一つと地域型を二つを市から受託していたため、この分の収入2200万円が削減されることになった。指定管理者制度の導入にともなう負担金の支払いと行政からの委託事業のカットにより経営環境は激変し、三次市社協では2006年度から2会計年度連続して赤字を計上している。そのため、組織体制の見直しは不可避となっており、支所の体制についても先行きは不透明である。

(4) 商工会と観光協会

商工会や観光協会は、三次市・双三郡・甲奴町合併協議会において、統合に向け継続して調整を図るものとされた。旧三次市には、三次商工会議所があり、他方旧町村にはそれぞれ商工会があった。商工会議所と商工会とは類似の団体であるが、根拠法が異なっているとといった事情もあり、新三次市全域での合併ではなく、旧町村にあった商工会だけで合併することになった。商工会の合併期日は、2007年4月1日であり、新たな商工会の名称は、三次広域商工会となった。三良坂町商工会の事務所が本所となり、それ以外の各町村商工会の事務所は支所となった。本所の位置は、比較的合併地域の中心に近いということと、自前の会館を所持していてスペース的に本所の機能をはたすことができるという二つの理由で決まった。対外的には7つの商工会の対等合併ではあるが、手続き的には定款変更による合併であり、三良坂町商工会に他の商工会が吸収された格好となった。各支所には窓口機能を残すとともに、指導員を本所に集約させることによって、経営指導力を組織的に向上させようとした。商工会の合併の表向きの理由は、時代にあった経営指導力の確保であった。商工会に一人しか経営指導員がいなければ、研修などで地元を離れることもできない。また中小企業といっても、地元相手の零細商店や下請けの町工場ばかりでなく、独自技術をもとに世界を相手にするような会社も存在する。そうした企業のニーズにも対応できるような力を商工会としても保持する必要がある。そのためには組織を大きくする必要がある。しかし、合併の直接的な動機は別のところにあった。個々の商工会への国と広島県からの補助基準が変更になり、現行の人員を雇用し続けることが困難な状況となった。ただし、この基準変更には、もし合併をすれば現在の職員が退職するまでは補助を維持するとの付帯条項が付けられた。個々の商工会にとってみれば、現有職員の雇用確保は最優先の課題であり、そのためには合併は不可避であった。

君田村商工会には、もともと経営指導員1名と補助員1名がおり、さらに記帳指導のための嘱託職員を1名雇用していた。事務局長はおいていなかった。自治体合併のさいには、君田町商工会への名称変更はあったが、基本的に体制は変わらなかった。だが、2007年4月1日の商工会合併により、経営指導員の山崎祐輔は本所に異動となり、布野町商工会にいた指導員が布野と君田の二地区を受け持つことになった。君田常駐の職員は、補助員一人だけになった。

商工会は、合併により人員を集約させることによって、指導員を交代で研修に出すことを可能とし、組織としての専門性を高めることをめざした。商工会については、まだ合併して日が浅いこともあるので、性急な判断は避けなければならないが、現状では合併効果

と想定された事態は実現されていない。現実には、研修に出る時間は作れない状況にある。本所に人員を集約したが、会議などで移動距離が大きくなり、時間的なロスが大きくなった。人員を集約しただけでは不十分で、業務そのものを見直し効率化を進めることが組織的な課題となっている。

観光協会は、合併前の各市町村ごとにやや異なった性格を有していた。三次市には、社団法人としての三次市観光協会があった。他方、君田村、布野村、作木村、三良坂町および甲奴町には、それぞれ任意団体としての観光協会が存在した。さらに、吉舎町および三和町には、そもそも観光協会は存在しなかった。自治体合併後は、三次市観光協会および君田町観光協会、作木町観光協会、三良坂町観光協会および吉舎町観光協会は、そのまま維持された。三次市観光協会は、観光業者主体の団体であった。それにたいして君田町観光協会は、地域住民が主体であり、神之瀬峡の自然保護などの活動をおこなってきた。三次市観光協会と君田町観光協会とは、担い手も活動内容も大きく異なっているので、君田町観光協会がこれまでの活動を維持するためには、単独で組織を維持するしか選択肢はなかった。君田町観光協会は、事務局業務を君田町商工会に委託する形で、事務局を商工会のなかにおき、山崎指導員が業務を担当していた。観光協会として専従の職員を雇用しているわけではないので、行政からの補助金が削減されても、合併することなく組織を単独で維持することは可能だと見込まれた。他方、商工会の合併は既定の方針だったので、観光協会にとっては商工会合併後の事務局体制をどうするかが課題になった。NPO 法人格を取得して事務局体制を整備するなどいくつかの可能性が検討されたが、結局のところは任意団体のまま組織を維持することとなった。2007年4月に商工会は合併したが、2007年度については、そのまま山崎指導員が君田町観光協会の業務を受託した。ただし山崎指導員は、通常は三良坂の本所に勤務しており、このまま業務受託を継続することが困難であることから、この体制は1年間かぎりとし、2008年4月からは、君田21（君田温泉「森の泉」）が観光協会の事務局となる形で調整がすすめられている。君田21は、地域内の一事業者であり、そうした株式会社が観光協会の事務局を引き受けるというのは通常は考えにくい。ただ君田町内には、ライバル関係にあるような旅館などの事業所がないため、君田21が事務局を引き受けることへの反対がない。また森の泉は、もともと村役場主導の第3セクターとしてスタートした。自治体合併後、経営体としての自立を強く求められたが、やはり地元が立ち上げた事業者であり、地域での公的な仕事を担っていく義務もある。また従来観光協会がおこなってきた神之瀬峡ガイドの取り組みと、君田温泉の事業とをより密接に結びつけることも可能となる。その意味で、それぞれの団体にとってもメリットのあることであった。

4 地域ケアをめぐる問題

君田村の時代においては、君田村医療保健センター、君田村診療所および松伯園（備北福祉会）、君田村社会福祉協議会などが地域ケアにかかわる主要機関であった。君田村医療保健センターと君田村診療所は、役場から北側に離れた県道沿いに位置し、同一敷地内に棟続きにたてられている。向かって右側が診療所で左側が医療保健センターとなる。医療保健センターには、村役場の保健・福祉部門と君田村社会福祉協議会が入っていた。他

方、松柏園は、役場から南方に離れた県道沿いに立地している。松柏園には、特別養護老人ホーム（定員 50 人、ショートステイ 8 人）、デイサービスセンター、ホームヘルプステーション、生活支援ハウス（11 人）、在宅介護支援センター（2006 年 3 月まで）が併設されており、隣接した敷地には同一法人による身体障害者療養施設ニューライフ君田（定員 52 人）と身体障害者通所授産施設君田作業所が開設されている。

君田村医療保健センターが開設されたのは、1995 年 5 月のことであった。診療所の建て替えが必要となる時期になっていたが、ちょうどそのころ相談窓口を一元化しようとするところみが各地でおこなわれていた。そこで、診療所と保健センターをあわせたものを建築し、役場の保健部門および福祉部門を医療保健センターに移した。医療保健センターは村長部局の一つで、他の課と同列に位置づけられた。この時点では、君田村社協がホームヘルプ事業をおこなっていたので、ホームヘルパーの事務所もこの建物内に置かれた。この政策的なねらいは、医療と保健と福祉の総合化をはかるというものであった。保健や福祉についての窓口の一本化という意味においては、たしかに成果はあった。しかし、医療・保健・福祉の総合化が進んだとは、少なくとも村内では受け止められていなかった。村議会では、総合化の推進を求める発言がなされ、村長は総合化が進んでいるとはいえないという認識を答弁していた⁽⁹⁾。他方、松柏園は、村内における拠点的な福祉施設群として整備が進められてきた。特別養護老人ホームの開所は 1989 年だが、その後 1995 年には在宅介護支援センターも松柏園に設置され、さらに 1998 年 4 月からホームヘルプ事業を君田村の委託により開始した。

自治体合併にともなって、医療保健センターは君田町保健センターに名称変更された。診療所は維持されたが、本庁の管轄となった。保健センターには社協の支所だけが残り、役所の保健・福祉部門は撤退した。建物の管理は社協が受託した。合併前の時点では君田村には 2 名の保健師がいたが、合併後はそのうち 1 名が本庁に移り、1 名の保健師が支所に常駐することになった。この保健師の所属は、本庁の福祉事務所（すこやか保健室）であるが、支所内に机をもち君田にかかわる仕事を所管することとなった。合併前の各町村にはそれぞれ複数の保健師がいたが、1 名のみが支所に残り、あとは本庁に集約させるという形をとった。人員を集約させることで、業務の専門化を図るというねらいがあった。他方、この施策には、地域保健という理念を後退させるのではないかとの懸念もあった。郡部の保健師は、地域にかかわるあらゆる業務にかかわってきた。領域ごとに分担するだけの人員がいなかったためでもあるが、逆にいえば、地域を歩き戸別訪問しながら、分野にかかわらず問題を掘り起こしていくのが、郡部での保健師の仕事であった。業務の専門化をすすめるというのには、一定の理由はあるが、保健師が現場から遠ざかってしまうことにもなった。

さらに介護保険法の改正により、2006 年 4 月に地域包括支援センターが開設された。地域包括支援センターは、介護予防にかかわるケアプランの作成をするとともに、地域ケア推進の拠点として位置づけられた。三次市では、市直営で三次市地域包括支援センターを設置するとともに、市役所の各支所をセンターの支部とした。このセンターは市全域を対象としており、支部の業務は各支所に常駐している保健師が兼務した。このような形でセンターを設置するにあたって重視されたのは、サービス提供者からは離れた中立的な運営を確保したいということだった。多くの自治体では、地域包括支援センターの運営を

法人に委託している。また予防給付のケアプラン作成を居宅介護支援事業所に委託するという事もおこなわれている。三次市では、センターの運営そのものを市の直営でおこなうとともに、ケアプラン作成も自前でおこなうこととした。三次市では、特定の事業者センターを委託するのは業者間の公平性という観点で望ましくないという判断が強くはたらいた。自前でケアプラン作成をするということになると、ケアマネを多く確保する必要がある。地域包括支援センターを設置するためには、社会福祉士、主任ケアマネおよび保健師という3職種を最低限1名ずつ配置する必要がある。もしセンターを複数箇所開設すると、それぞれに3職種の職員を配置する必要があるが、センターが一箇所であれば、最低1名ずついればよい計算になる。2007年3月31日現在の専門職の配置をみると、社会福祉士1名、主任ケアマネ1名、保健師1名、作業療法士1名および介護支援専門員11名となっており、ケアプラン作成を重視した人員配置となっている。自治体合併時に策定された高齢者保健福祉計画では、五つの日常生活圏域が設定されている。地域ケア推進の拠点としてセンターを位置づけるという理念にてらしてみれば、この日常生活圏域を基礎としながらそれらを組みあわせる形でエリアを設定し、センターを複数箇所開設するという選択肢は十分に考えられた。しかし、三次市では、専門職の確保という現実的な問題への対処を優先させた。要支援と認定された人へのケアプラン作成を法人に委託しないという方針を立てたからには、このケアプラン作成を円滑にすすめることが最優先の課題とならざるをえない。またセンターの場所についても、市の福祉事務所や三次市社協の入っている三次市保健福祉センターにではなく、三次市立中央病院のなかに設置された。中央病院であれば、人の多く集まる施設であるし、また病院との連携も期待できるが、そうした積極的な要素が立地の決め手ではなかった。じっさいのところ、伝染病棟が不要になり空きスペースがあったということが、この場所にセンターを設置したいちばんの理由だった。他方、市役所支所(旧町村役場)にはセンターの支部が置かれ、支所常駐の保健師は、センター業務を兼務することになった。支所をセンター支部にするという決定には、相談窓口が住民にとって遠くならないという利点がある。しかし、支所の保健師にとってみれば、業務負担が増大した。支所の保健師は、たんなる相談窓口ではなく、じっさいに予防給付のケアプランを作成する。たしかに、予防給付の対象となるような人は、ふだんから支所の保健師が目をかけておくべきであるから、理屈としては、新たな仕事が増えたというのではなく、本来なすべき仕事が制度上の業務として位置づけられただけであるともいえる。しかし、そもそも自治体合併のときに支所常駐の保健師は削減されており、そのうえにセンター支部としての業務が加わったわけであるから、保健師の業務過剰は否定できない。このような状況のなかでは、保健師が地域保健の推進役としての役割をはたすことが困難になりつつある。もっとも、支所の保健師に過剰な負担を強いているのではないかとの認識は、地域包括支援センターにもあり、センターに所属するケアマネを増員することによって支所常駐保健師のケアプラン作成受け持ち件数を減らしたいと考えている。しかし、ケアマネの資格をもっている人はすでにどこかの施設で働いていることが多く、募集をしても必要な人員を確保できない状況が続いている。

5 むすび

これまでわれわれは、君田村が1市4町3村の枠組みで新たな三次市の一地区となるなかでどのような変化を経験しつつあるかについて確認してきた。ここでわれわれは、本稿の冒頭において呈示した社会学的な問題群を念頭におきながら、君田の事例を検討しておくことにしたい。

この事例において観察されえたのは、一方において、自治体合併は地域経営のあり方を大きく変えたが、他方においてそれは一つの通過点に過ぎなかったということである。自治体合併は、たしかに大きな出来事であった。行政機構は、本庁と支所とに整理され、業務の振り分けがなされた。またそれにともない、関連するさまざまな団体についても、整理統合がいっきよに進んだ。それ以上に重要だったのは、役場がなくなることによって、君田における地域づくりの司令塔が失われたということであった。森の泉を拠点とした村おこしの活動、医療・保健・福祉の総合化による地域ケアの推進、あったかむらフェスティバルといった交流イベントなど、君田でのさまざまな地域づくりの動きは、すべて役場主導であったからである。だが他方において、自治体合併は、たんなる出発点に過ぎなかった。合併という選択は、行財政改革をいっそう進めることを意味していた。合併協議会での議論は、限られた時間のなかでどうしても決めておかなければならないことに集中せざるをえなかった。合併後の行政機構の形をはっきりさせるとともに、各種のサービス給付や負担の調整がおこなわれた。自治体合併時には、市域内では同一のサービスが提供される体制を何としても確立させなければならなかったからである。しかしそこでの調整はあくまでも統一するという点に狙いがあり、逆にいえば、実質的な施策の内容にかかわる決定は合併後の政策判断に委ねられた。また、合併協議会においては、町村部を代表する委員が、合併後も地元の意向をできるだけ反映できる仕組みを求めた。そうした意見にも配慮しながら、協定の原案が修正されることもあった。地域審議会の委員数は8名以内から12名以内へと増員された。また、地域審議会の所掌事項にかんして、「市長及び地域審議会は互いに誠意をもってこれに対応するものとする」という文言が付加された。地域審議会の機能を高め、町村部の意向が施策に生かされる回路を確保しようとした。協議会のなかでは町村部の委員の顔を立てた格好にはなったが、町村部の意向が新市の施策に反映されることが保証されたわけではなかった。たしかに誠意をもった対応という文言によって、市長には地域審議会の意見を尊重することが求められたわけであるが、最終的にこの意見具申を受け入れるかどうかは、市長の政策判断に委ねられることになるからである。

合併およびそれに引き続く行財政改革のなかで、地元には軸足を置いて活動するさまざまな組織の多くは弱体化した。役場は支所となり、たんなる行政窓口と化した。社会福祉協議会や商工会は、もともと小さな組織であったが、責任ある立場にある人物が地元中心に仕事をするのができなくなった。社協の事務局長は合併により支所長となったが、翌年からは、本所の課長が本務となった。商工会の経営指導員は、2007年4月の合併により本所に異動し、もともと布野町にいた経営指導員が布野と君田の両方を担当することになった。松伯園では、地域型の在宅介護支援センターの委託を打ち切られた。これは、行政改革そのものの影響というわけではないが、地域包括支援センター開設にさいして在宅介護支援センターは全廃するという政策判断にもとづくものであった。

ここで、さきにあげた三つの論点に立ち戻りたい。まず第一に、住民と行政の関係はどう変化したかということについてである。住民の意志を行政に反映させる公式的な回路は議会であるが、新市の議会では君田町は2議席をもつにすぎない。しかも、2議席を確保できたのは選挙区制での選挙であったためである。次回以降の選挙では全市一選挙区となり議員定数が削減される。そうすると、はたして君田が議席を確保できるかどうかは不透明である。他方、地域審議会は、町村部では、地元の意向を反映させる回路として期待されたが、実際には市の政策決定に影響をあたえてはいない。あくまでも市長の諮問にたいする答申をする機関にとどまり、共通意志の形成と反映の場ではない。新市のまちづくり計画の変更にかんしては地域審議会の同意が必要であるが、地域審議会が市長にたいしておこなう意見具申には拘束力がない。2004年度の君田町地域審議会は、諮問事項への答申以外に、支所保健師の複数配置など9項目の意見具申をおこなったが、これらの意見が市の施策に必ずしも反映されているわけではない。地域審議会からあがった意見を取り入れるかどうかは、行政の側の政策判断に委ねられているからである。さらに支所の権限は窓口的なものに限定され、住民が支所に要望を持ち込んでも、支所の段階では何ら対応できず、本庁の担当部局へ話を通す必要がある。こうした文脈のなかで、公私協働が強調されてきた。公私協働というのは、本来的には意志形成のプロセスも含めた行政機構と住民との関係性の見直しに直結するはずであるが、この文脈のなかでは、これまで行政がおこなってきた業務の一部を住民に肩代わりさせるということにしかなっていない。

第二に、支所は地域づくりの拠点としてそのための人材やノウハウを蓄積してきたが、それを合併後誰がどのように担っていくのかという問題である。地元のあり方を構想する主体となりうる候補はいくつか想定されうる。一つ目の候補は、君田町自治区連合会である。一般的にいえば、地域自治組織は地域づくりの主体として期待されうる。しかし、君田のばあいには現状ではこの期待に応えられるだけの態勢にはない。君田においては、単位の自治組織はあったが、君田全域を対象とする自治組織はもともとなかった。この範囲での自治は、実質的には君田村がおこなってきたからである。合併にともない、行政が地域づくりに直接手を出せなくなるため、自治区連合会が作られ、支所はそうした自治区連合会の活動を支援するという形になった。自治区連合会としての活動は始まったばかりであり、そうした組織に過剰な期待をするのは酷というものであろう。第二の候補は、君田21（森の泉）である。君田21は、現在は一事業者であるとはいってももともと役場主導の公益性をもった事業者であるし、そこには地域づくりのノウハウをもった人材がいるからである。さらに今後、観光協会の業務を受託することになれば、地域貢献をめざすという方向性はより明確になる。森の泉は、たんなる一つの集客施設であるだけでなく、地域のあり方を構想しうる人材を雇用し育成したりすることのできる地域づくりの拠点施設である。現時点では、自治区連合会ではなく君田21に期待する方が現実的であろう。ただ、それ以外にも地域づくり的な機能を担いうる機関は、いくつか考えられうる。一つは、支所である。役場が支所に格下げされ、権限も窓口的なことだけに限定された。しかし、それでも十数人の職員が、支所には勤務している。こうした人材を活用しないわけにはいかない。ただこれからは人事交流がさらに進んでいくと想定されるので、支所勤務だからといって君田村役場出身というわけではなく、もともと地元とのかかわりの薄い職員が増加する。それだけに、支所が組織として地元とどうかかわるのかをより明確にす

ることが必要になろう。もう一つは、備北福祉会である。現実的には日常的な業務遂行だけで手一杯であろうが、一般論としていえば、社会福祉施設がよりいっそう地域社会に関心を持ち、地域社会の一アクターとしてより積極的に地域づくりに関与することは十分に考えられうるし、福祉的な考え方に理解のある地域社会の実現という観点からはむしろ必要なことでもあろう。

第三に、地域的総合化の問題についてである。医療・保健・福祉の総合化により地域ケアを推進しようとするのが、君田村においてはめざされてきた。医療部門も含めた連携は、首長や議員からは必ずしも成功したとはみなされてはいなかったが、少なくとも保健と福祉の窓口を一元化させ、保健と福祉のサービス提供を一体的にすすめることはできた。地域ケアにかかわる主要なアクターは、役場、診療所、村社協および備北福祉会であり、連携をとりやすい状況にあった。また人口規模の小さな自治体であるだけに、住民のニーズを行政の側でくみ上げようとすることも可能だった。自治体合併においては、全市的なサービスの統一がはかられた。また保健や福祉でも業務的な専門性の発揮が重視されたが、限定された範囲内で総合化をすすめようとする考え方は選択されなかった。ただこれは、合併そのもの影響というよりも、地域ケアにかんする政策判断の問題であった。君田村においては、地域ケアの実現は優先度の高い政策目標であったのにたいし、新三次市にとっては、地域ケアの実現は優先的な政策課題とは位置づけられなかった。

他方、君田における地域おこし事業といえば、君田温泉森の泉である。たしかに地元住民も、株主やサポーターとして、あるいは従業員や直売所への出荷者として森の泉にかかわってきている。しかし、そうしたかかわりを作りだしてきたのは役場であった。多様な主体がかかわってなりたっているという意味では地域的な総合化の事例ではあるが、役場の影響力が突出しており、多様な主体の水平的な連携によるネットワーク関係が形成されているわけではなかった。自治体合併により、行政は森の泉に全面的に関与できなくなった。森の泉じたいが自立的に運営をおこなうとともに、地元とのかかわりづくりをみずから演出しなければならなくなった。これは、君田温泉にとっては大きな転機であったが、経営を主導する人材を確保し経営の自立性を確立することで、地域づくりの拠点として主導的な役割を担うようになった。ただ、理想論をいえば、森の泉に触発された事業者が君田町内にいくつもあらわれ、それらがそれぞれに農家民宿や農家レストランあるいは特産品の生産や販売といった事業を展開するという事態が望ましい。そうなれば、君田における地域おこし事業も定着したということになろう。

役場がなくなったということは、やはり地域経営にとって大きな転機であった。自治体合併以前は役場が地域経営を主導してきたが、合併後の支所は地域経営の一アクターにすぎなくなった。それにかわって、君田町にある多様な組織や団体がかかわったあらたな地域経営の形成が模索されてはいるが、現状ではそれが確立されたとはいえない。それでも君田町には、地域経営に関与しうる主体がないわけではない。君田町における地域経営の今後については、引き続き調査をおこなうことにしたい。

文献

- 君田村 2003 『君田村第3次老人保健福祉計画第2期介護保険事業計画』君田村。
君田村 2004 『村制115周年記念広報きみた縮刷版』君田村。

君田村議会広報特別委員会 2004 『きみた議会だより合併記念誌』君田村議会。
三次市 2006a 『みよし百年物語』三次市。
三次市 2006b 『三次市第4期老人保健福祉計画第3期介護保険事業計画』三次市。
三次市福祉事務所 2005 『福祉保健サービス』三次市福祉事務所。
三次市・双三郡・甲奴町合併協議会 2003 『新市まちづくり計画』三次市・双三郡・甲奴町合併協議会。

(1) われわれは、2004年10月に三次市君田町を訪問して以来、継続的に君田町を中心とした三次市域において現地調査および資料収集をおこなってきた。本稿の記述は、下現地調査での聞き取りおよび各種文献資料にもとづいている。

(2) 三次市は、2006年3月に「三次市定員管理計画」を策定した。それによると、職員数を2010年度までに78人(約10%)、2014年度までに141人(約19%)削減するとともに、退職者の3分の1以下の採用をおこなうとされた。人員削減は、支所についても実施されてきている。2007年度の職員配置についてみると、支所所属の職員は、北部3町(君田、布野、作木)については12人、南部4町(吉舎、三良坂、三和、甲奴)については17人となっているが、それ以外に保健師1名と地籍調査担当職員1名が支所に常駐している。したがって、君田支所に常駐している職員は、14名である。

(3) 2001年3月定例会において、藤原村長は「保健、医療、福祉の一体化は残念ながら十分実行されていません。引き続き強力に取り組んでいきます」(君田村議会広報特別委員会 2004: 307)と答弁している。

1 問題の所在

ここでは、障害者福祉の大きな潮流となっている知的障害者の地域生活について、知的に障害を持つ二人の日常生活を観察しながら、その現状と課題を検討していくこととした。今回取り上げる事例は、宮城県内の隣接する市町で育ち、同時期に同じ養護学校に入学し同じクラスに在籍した二人の日常である。Aは義務教育卒業後養護学校高等部に進学し、その後数年を経て共生型グループホーム¹に生活の拠点を移している。この間、通所サービスや訪問系のホームヘルプサービス等の障害者福祉サービスを切れ目なく利用している。Bは通学の困難さから高等部への進学をあきらめ、最近まで、ほとんど障害者福祉サービスを利用しないままで在宅生活を送ってきた。二人は、義務教育終了後20年の時間を経て日中活動の場である知的障害者通所更生施設²で再会し、現在に至っている。この20年間にそれぞれの生活の拠点は、共生型グループホームと自宅になり、それに伴って日常生活の様子にも違いが出ている。

この二人の日常生活を事例として取り上げる背景には、次の二つの関心がある。一つめは、地域生活を送っている知的障害者の日常生活の様子を見ることで、利用しているサービスが知的障害者の地域生活をどの様に築いているのかについて分析したいということである。二つめは、現状のサービスが持つ課題や限界について整理することで今後のサービスの在り方を浮き彫りにしたいからである。

知的障害者は、障害者福祉サービスを使いながら地域で日常生活を送っている。その際、生活の拠点を何処に置いているのか、どの様なサービスを使っているのかにより、地域生活のありように大きな違いが生まれ、それぞれの持つ課題も異なってくる。知的障害者の地域生活が抱える課題を明らかにするためには、それぞれがおかれた生活環境の違いに目を向けながら、生活の様子を詳細に観察記録し現状を分析していく必要がある。

障害者が日常生活を営む場所は大きく二つある。一つは、知的障害者更生施設等のいわゆる「施設」と呼ばれている場所での生活や入所施設からの支援を受けながら数人と共同で日常生活を営む場所（グループホーム³）での生活で、公的支援サービスによってつくられた場所での生活である。二つめは、家族と生活を共にする自宅での生活で、地域生活⁴の基本形である。今回観察したのは、障害者基本法が施策の基本方針として定める「障害者が、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう配慮されなければならない」⁵とする方針に沿った、いわば制度が描いている地域生活を送っている二人の生活の様子である。一人は、公的支援サービスによってつくられた場所（グループホーム）での生活、もう一方は、家族と一緒に生活を共にする自宅を拠点とした生活で、制度上はともに地域生活という枠組みで括られている。この、グループホームと自宅との違いはあるものの、地域生活という同じ枠組みで括られた二人の具体的な生活の様子を追いながら、地域生活の現状と課題について検討していきたい。

*東北大学大学院文学研究科社会学専攻分野

2 二人の日常生活

具体的な地域生活がどのような状況にあるのかを知るために、二人の日常生活を取り上げてみる。以下は、地域で暮らす二人の知的障害者の平均的な一日の過ごし方である。

2-1 Aの日常生活

(基本的事項)

居住地は宮城県S町⁶。年齢は39歳(昭和43年7月生まれ)。父(69歳)、母(65歳)、姉、兄、弟の6人家族の二女として生まれる。中程度の知的障害とアテトーゼ型脳性麻痺の重複障害⁷を持ち、手を口元にもってくることや物を掴む等、両上下肢のコントロールは出来ない。食事・入浴・排泄等は全介助で、移動はリクライニング型車椅子で行う。発語は、不随意の緊張により言葉が出にくく不明瞭であるが、理解力や意思表示は良好で、問いかけに対する反応も遅滞はない。知的障害者に発行される療育手帳は、中程度知的症と脳原生運動障害による両上下肢体幹機能障害(身体障害1級)を併せて療育手帳A判定である。障害者自立支援法に基づく障害程度区分は、「区分6」で介護給付の共同生活介護(ケアホーム)及び地域生活支援事業の日中一時支援(デイケア事業)が支給決定されている。また、国庫補助事業(事業主体は宮城県)である重症心身障害児(者)通園事業の利用決定がなされている。生活費に当てる収入は、障害基礎年金及び介護家族に支給される扶養手当に相当する特別障害者手当の二つである。幼児期は心身障害者通所援護施設「M園」、学齢期には2年遅れ(就学猶予)で養護学校に入学し、小学部、中学部、高等部で学び、卒業後は心身障害者通所援護施設「M園」に週2回ほど通い自宅での生活を送っていた。現在は、母親が入院することになり家族での介護が難しくなったことをきっかけに、生活の拠点を共生型グループホーム「N」(以降「グループホームN」という)に置き、月曜日から金曜日までの日中は、知的障害者通所更生施設「T」(以降「通所施設T」という)で過ごし、生活の場から日中活動に渡る全ての時間で介護サービスを利用している。

(日常生活の概観)

彼女の日常生活は、生活の拠点である「グループホームN」と日中活動の場である「通所施設T」での生活を中心として営まれている。「グループホームN」では自室を持ち、お年寄りや他の知的障害者との関わりを持ちながら、日中活動の場に通園している。「通所施設T」では、日常生活動作や運動機能等に関する訓練等の療育に関する活動及び社会性の拡大や自己の得意分野を伸ばす日中活動を行っている。「通所施設T」に通園しない土曜日・日曜日は、「グループホームN」でのんびり過ごし、共同生活者との関わりや地域住民との関わりの中で、自分自身の生活をつくっている。

(生活の拠点「グループホームN」での様子)⁸

平日の朝、「通所施設T」に出かける前の様子である。「グループホームN」の朝は、夜勤職員の朝食準備から始まる。午前6時頃から、前日の夜に下ごしらえしている食材に手を加える等して朝食づくりを始め、7時20分頃には居間で食べ始める。お年寄りの起床は早く、7時頃には殆ど居間に集まり、お茶を飲んだり新聞を読んだりしている。三人の知的障害者は、お年寄りよりも遅めに起きてくる。二階から居間に降りてくると、そのまま台所に向かい配膳などの手伝いを始める。8時前には、食品加工場に通っているCが出勤前にAの部屋を訪ね、「K(Aの名前)ちゃん、いってきま〜す」と声をかけている。また、

居間にいるお年寄りも、玄関に立ったCに「いってらっしゃ〜い」と声をかけて見送っている。この日、夜更かし気味のAは、起床が一番遅く7時40分頃になって職員の介助でようやく着替えが始まっている。洋服選びは、職員が毎朝季節や天候等を考慮して何枚か示し、それに「はい」や「違う」と応える形で行われている。着替えをすませると職員二人の介助のもとトイレに行く。洗面は、居間で体位保持できる専用椅子に包み込まれるような姿勢で座って行われる。午前8時15分頃から食事が始まる。食事を取りながら新聞の折り込みチラシを楽しそうに見ている。食事介助をしている職員が折り込みチラシに目を走らせ、お買い得品やお菓子の特売を探してAに伝えている。マニキュアや洗顔フォームについては、関心が共通していた様子で特に話が弾んでいる。午前8時50分頃には朝食を終え、薬3種類を服用し、その後、歯磨きやトイレをすませてから日中活動に出かける為の持ち物の準備を始めている。午前10時過ぎには、お年寄りの「いってらっしゃ〜い」の声に送られリフト付きの送迎車両に乗って「通所施設T」に出かける。起床してから日中活動に出かけるまで2時間以上の時間があり、職員の介護負担は別として、本人の生活時間はいつもの決まったリズムでゆったりと流れている。

次は、「通所施設T」から帰って来てからの様子である。「グループホームN」に帰ると、部屋から居間までの10メートルを20分かけて「背這」(せばい)で移動する。この間、職員は特段支援の手を差し出すこともなく、時折声をかけ様子を見るだけでAの前後をとおり過ぎていく。ゆっくりゆっくり歩いている(背這)のを、ごく普通のこととして見守っている感じである。職員はこの様子を「10メートル20分の自律」と表現している。この日、普段には何かと気に掛けているD(8人のお年寄りの内の一人)は、コタツに足を入れたまま、背中を見せている。Aが居間に辿り着くと、職員は「頑張ったね」と声をかけ、抱きかかえるようにしてトイレに連れて行く。その後、Aは居間でのお茶飲み話に加わっている。ここまでは、日中活動から帰ってくるとほぼ決まっていた。この日は、いつもより早めの午後4時50分には入浴している。お風呂は、知的障害者とお年寄りが誘い合って一緒に入浴していることが日常的に見られる⁹。午後5時過ぎに食品加工場で仕事しているCが帰宅し、Aは「H(Cの名前)ちゃん、お帰り〜・・・」と大きな声で迎えている。明日は、Aを含めた3人に職員2人が付き添って仙台市まで氷川きよしコンサートに行くことになっている。その前日にあたる今日は、花束を渡したい、お小遣いの額はいくらが良いのか、また、目立つためにペンライトや団扇をもって行くのか等々コンサートの話で盛り上がっている。午後5時50分頃に夕食が始まる¹⁰。30分程の時間をかけて食事を取り、その後はそのまま居間で過ごしている。食事後は各自それぞれの場所で過ごすため居間は閑散としてくる。AとDの2人が言葉を交わすでもなく並んでテレビを見ている。Aは、明日コンサートに行くのでいつもより早く午後9時過ぎには部屋に戻っている。

また、「通所施設T」に行かない休日は、平日よりもだいぶ遅く起きる。これは、知的障害者3人にも共通し、何処にでもあるような休日のゆっくりとした朝の始まりである。Aは、一緒に暮らすお年寄りや知的障害者、それに介護職員との関わりを持ちながら、居間でテレビを見たり自室で音楽を聴いたり、その時々気分ややりたいことに応じて居間と自室を使い分けながら休日をのんびり過ごしている。ピンク色にコーディネートされた8畳の自室には、可愛いぬいぐるみが並び、お気に入りの歌手のポスターが貼られ、音楽CDが山積みになっている。時には職員に付き添ってもらいながら買い物に出かけ、音楽CD

や大好きなお菓子を買ってきたりしている。大好きな演歌歌手のコンサートにも出かける。たっぷりと自分の為に時間を使い生活を楽しんで過ごしている感じがある。家族もこのような生活の様子を満足して見ている。

(日中活動の場「通所施設T」での様子)¹¹

午前10時15分「通所施設T」に到着。出発から10分とかからない位置にある。この、日中活動の場が近いということは、設置法人が「グループホームN」の位置を選んだ決め手の一つになっている。Aを含む5人の利用者¹²が使う部屋にはドリカム¹³の曲が静かに流れている。若者が集う場という印象をこの音楽からだけでも感じ取れる。5人の利用者の周りには職員3人がこれから始まるそれぞれの日中活動の準備支援をしている。午前は二班に分かれて調理実習(カレーライスづくり)とイチゴ狩りが、午後には絵本の読み聞かせが行われる。ここでは、頻度の多い絵本の読み聞かせの様子を記述して日中活動の様子的一端を紹介したい。

表1 日中活動計画(たいよう)

活動内容(平成19年度)		
	午前	午後
月	保健衛生・外気浴	保健衛生・外気浴
火	エアボリン	リハビリ・入浴・個別活動
水	感覚遊び (五感を刺激する)	リハビリ・入浴・個別活動
木	音楽活動	リハビリ・入浴・個別活動
金	保健衛生・創作活動	リハビリ・入浴・個別活動
土	お休み	
日	お休み	

自分の得意な分野を伸ばすことを主眼とした活動支援として絵本『トラのおんがえし』¹³の読み聞かせが行われている。利用者5名は扇を開いた形に並んで座椅子や車椅子に座り、扇の要の位置に職員が座って絵本を読んでいる。5人の中でAだけが職員の読む絵本を食い入るように見ている。他の利用者は、絵本に焦点が定まっている様子はなく、天井を向いていたり、横を向いていたり、うつむいたりと無関心にしか見えない。読み手の職員は、抑揚を付け臨場感のある読み方で読み進めている。多くの絵本を読むよりも何度も同じ物語を読んだ方が喜ぶので、読む絵本の本数は多くないという。今回の『トラのおんがえし』は人気のある絵本の一つで、何度も読まれている。商人に危険が迫ると、急に目を大きく開いて手足をバタバタさせて言葉にならない声を出し、トラが現れると「ウオー」と歓喜の表情で大きな声を出している。これは、Aだけではなく、一見無関心かのように見えた他の利用者也、それぞれ表現方法は異なるが同じような反応を見せている。決まったところで待っていたかのような反応が出てくるのは、ストーリーがしっかり頭に入っているからではないかと思われた。今回は絵本の読み聞かせ活動であったが、その日その日によって、各自が何らかの形で参加できるように工夫された様々な内容を準備されている。



写真1 絵本の読み聞かせの様子

2-2 Bの日常生活

(基本的事項)

居住地は宮城県S市。年齢は39歳(昭和43年5月生まれ)。家族構成は父(76歳)、母(73歳)、姉、祖父母の6人家族の二女として生まれ、現在は両親との三人暮らしである。知的障害レベルは、1987(昭和62)年5月(判定時年齢19歳)の心理検査でIQ28+α(4

歳6ヶ月+α)程度と判定されている。体格は、身長156センチメートル、体重28キログラム(BMI=11.5)である。既往歴は、ダウン症候群、心室中隔欠損症。虫歯と歯周病のため歯根のみの状態で咀嚼機能が著しく低い。知的障害者に発行される療育手帳は、障害の程度(総合判定)A判定である。日常生活関連動作に関する領域では一部介助であるが、支援者の指示や誘導なしには行動を起こせず知的障害程度は重度である。障害者自立支援法に基づく障害程度区分は「区分2」で、週5回の訓練等給付の就労継続支援(非雇用型)が支給決定されている。生活費に充てる収入は障害基礎年金だけである。幼児期は、家業の農業を営んでいた両親に代わり祖母が育児の一切を自宅で行っていた。学齢期には2年遅れ(就学猶予)で養護学校に入学し、小学部、中学部と進んだが、高等部への進学は通学の付き添いが困難で断念している。義務教育卒業後は、20歳頃に週1回のホームヘルプサービスを4年間使っただけで、ほとんど介護サービスを使うことなく、家族介護により自宅での生活を送っていた。現在、月曜日から金曜日までの日中は「通所施設T」で過ごし、他の時間の全ては母親が付きっきりで支えている。

(日常生活の概観)

Bの日常生活は、生活の拠点である自宅と日中活動の場である「通所施設T」での生活を中心に営まれている。両親は共に70歳を過ぎ、家業の農業を営みながら娘の面倒を見ている。二人姉妹(二女は幼少時に死亡)の姉は結婚してS市で暮らし、たまの帰省時に妹を可愛がっている。地域社会に出ることは少なく、ほぼ全ての時間を「通所施設T」と自宅で過ごしている。両親は、娘の行く末を案じつつも、一人遊びをしながら外泊も出来ずにいる娘を見て、施設入所や共同生活介護サービス(グループホーム)の利用は難しいと考えている。今後どのようにするかは具体的な案を持っていない。

(日中活動に出かけるまで)

午前7時30分頃に起床し、着替えをした後に用意された朝食を居間で取る。「通所施設T」の送迎バスが自宅に来るまで、居間でテレビを観たり新聞を読んだりしている。テレビはNHKしか観ないのでNHKの番組欄を丁寧に読んでいる。新聞やテレビはBが管理し、家族はBの許可なしに新聞を読むこともテレビのチャンネルを変えることもできない。Bのお気に入りの番組は、朝8時35分から始まる「おかあさんといっしょ」で、欠かさずに観ている。「通所施設T」の送迎バスは午前9時30分頃玄関前に到着する。居間から送迎バスを見つけると、小さな鞆をたすき掛けにして居間を立ち、仏間にある祖母の仏壇と遺影向かって「行って来ます」と挨拶してから玄関を出る。ここから約30分程度で「通所施設T」に到着する。以降午後3時までを「通所施設T」で過ごす。 表2 日中活動計画(ひまわり)

(日中活動の場「通所施設T」での様子)¹⁴

午前10時頃、「通所施設T」に到着する。この時間近くになると多くの送迎バスが到着し、施設内が活気づいている。「通所施設T」では、「ひまわり」グループに属している。障害程度が重度のひまわりグループ23人は、障害程度や個々人の好み等によって①卵の殻に絵の具を付けてそれを小さく割って下絵に貼り付けていく絵画創作グループ、②牛乳パックを加工して和紙をつくる紙加工グループ

活動内容(平成19年度)		
	午前	午後
月	保健・衛生	音楽
火	作業	作業・歩行(リハビリ)
水	音楽	レクリエーション
	調理実習	
木	作業	グループ活動
金	エアボリン	
土	お休み	
日	お休み	

プ及び③端切れを使った布加工グループの三つに分かれて活動している。Bは紙加工グループに入っている。活動内容は、曜日毎に決められている。この日は金曜日で、午前中の作業の合間にエアポリン¹⁵が楽しめる。午後は、日中活動を行っている部屋や食堂等の清掃作業を行う予定になっている。

午前10時10分、職員の朝の挨拶と今日一日の日程説明から活動が始まる。その中で、「今日の昼食はラーメンです」と、昼食のメニューが紹介されると、ワー！という歓声と拍手が一齐にわき起こった。毎週、金曜日の昼食はラーメンと決まっているのだが、それでも歓声上がる。Bも、自宅を出る前に毎回昼食のチェックをしており、母親に「今日はラーメン」とニコニコしながら説明していた。ラーメンは人気のメニューのようだ。

作業が開始されて間もない時間帯は、作業の準備や利用者に対する作業の指示で職員が忙しく立ち振る舞い利用者も落ち着かない。室内がザワザワし、席に着けないでいる利用者が目立つ。Bは、和紙の原材料となる牛乳パック

(ニールが剥がされ、長方形に切られている)の山から数枚取り出し、輪ゴムでまとめて箱に入れる作業をしている。同じテーブルの左隣の利用者も同じ作業を行っているが、一束に括る原材料の枚数がBの3倍もある。Bは、原材料の山を見つめながらその中の1枚をゆっくり取り出し、取り出しては材料を見つめている。しばらく経ってまた原材料の山を見つめもう1枚を取り出し、前に取り出していた



写真2 紙加工グループ作業風景

1枚に重ねて輪ゴムで括り箱の中に入れる。この一連の動作は、あたかもスローモーションビデオを見ているかのようにゆっくりしている。

午前10時40分、エアポリンが始まる。Bが呼ばれると小さな声で「は〜い」と応えながら小走りでエアポリンに向かっていく。他のもう一人と一緒にエアポリンに上がり、よつんばいになったり寝そべったり立って歩き回ったりしている。職員が頃合いを見てエアポリンの一部を踏みつけると、バランスを崩して転がったり宙に浮いたりしている。そのたびに笑い声を立てながらニコニコしている。ガッツポーズを見せ楽しそうにしている姿には、あどけなさを感じる。エアポリンが終わって席に戻ると、何事もなかったかのように、これまでと同じようにゆっくりと紙加工の作業を続ける。その場その場での振る舞いが予め決まっているかのように見える。11時45分、作業が終わるとBは一人で食堂に向かう。食堂に入ると、そのまま真っ直ぐAがいる場所に向かい、いつものように、右隣から頬が触れるくらい近づき顔をのぞき込むようにして挨拶する。その後は、幾分、落ち着いた余裕のある表情を見せながら3列ほど離れた自分の指定席に向かう。午後零時、周りではまだ配膳されていない人もいるが、一人で食べ始める。「いただきます」と大きな声で挨拶して食べ始めるのではなく、配膳されている昼食を目の前にして、つまみ食いをするような感じで食べ始める。Bは咀嚼が出来ないのでラーメンが刻まれており、スプーンで掬うようにして口に運んでいる。口に入れたラーメンは、舌で絡め掬い取るようにして飲み込んでいる。この食べ方は、ラーメンに限らず、全ての食事の仕方に共通している。一口ひとくちに時間がかかり、食べる量も少ない。

午後1時20分頃に体操が始まる。Bが呼び出され皆の前で体操をするように指示されて

いる。体操の指揮はBの役割だという。正確なラジ
オ体操を、終始笑顔でたまには笑い声を立てながら
行っている。体操が終わると一斉清掃が始まる。B
は職員の指示がないと動けないようだ。作業台を拭
く場所にいたBは、水の入ったバケツで雑巾を濡ら
すところまでは自分でしたが、水を付けた雑巾を持
ったまま次の動作に動けないでいる。周りで作業台
を拭いている人がいても同じようにできないで
いる。



写真3 午後の作業開始前の体操

午後2時30分、一日を振り返り、職員が、今日一日各自何をしたのか一人ずつを聞いて
いく。Bにも当てられたが、上手く言葉が出ず、周りの職員から「紙加工」と促されて、小
さな声で「紙加工です」と応えている。今日一日の振り返りが終わると帰りの準備を行い、
それが済むと自分で麦茶を汲んできて美味しそうに飲んでいる。朝来た時と帰りの準備を
終えてからの決まって行く「お茶」である。

午後2時50分、お茶を終えたAは、玄関を出て送迎バス¹⁶Sルートに乗り込む。座席は、
朝来たときと同じように運転席の左隣である。座席では、いつもと変わらない笑顔を見せ、
横を見たり振り返ったりしている。午後3時を過ぎた頃、送迎バスが発着する。帰宅まで
は、朝の2倍近い60分程の時間がかかる

(帰宅後の過ごし方)

午後4時頃「通所施設T」の送迎バスで自宅に到着。出迎えた母親に「たのしかった」と
報告し、家に入るとすぐに仏間に行き「おばあちゃんただいま」と仏壇と遺影向かって話し
かけ、それから居間に入って母の左隣に座る。これ以降、殆どの時間を母親相手に居間で
過ごす。午後7時頃に夕食。食事は、咀嚼することを知らないために堅い物は殆ど食べな
い。Bはご飯と味噌汁が好きだといい、副食は余り食べようとしない。ご飯も生卵をかけ
たりトロロをかけたりして、すするようにして食べている。自分から好きな物を食べる
というようなことはなく、全て母親が用意したものを食べる。午後8時頃、母親と一緒に入
浴。午後10時頃まで居間で過ごし、両親と一緒にの部屋で母親の隣で寝る。生まれてから
39歳になる今まで両親と離れて寝たことがない。

(休日の過ごし方)

休日は殆どの時間を居間か縁側で過ごしている。子どもの頃は、カセットレコーダーを
持って縁側の決まった場所で音楽を聴いていることが多かった。近藤真彦や西城秀樹の曲
がお気に入り、歌う時の振りをまねしながら聞いていた。音楽テープは全部をひととお
り聞かないと、たとえ昼食に呼ばれても食卓に着くことはなく、決まった流れを臨機応変
に変えることはできず、次に進めない。大人になってからは、音楽を聞くことは少なくな
り、代わってテレビを見たり新聞を読んだりして過ごすことが多くなっている。それでも、
たまに音楽を聞くこともあり、これまでのカセットテープからCDに替わり、今のお気に入り
は氷川きよしになっている。

2-3 二人の出会いから現在

二人の出会いは、養護学校小学部に通学していた時期までに遡る。二人は、居住地はS町とS市と異なるが、共に養護学校に同級生として通い、小学部入学時から中学部2年生まで同じクラスで仲の良い友達であった。両者の母親同士も友達付き合いをしており、それぞれの自宅を訪問するなどしていた。養護学校を卒業後は、二人とも自宅を生活の拠点にして地域生活を送っている。義務教育終了から20年近くの時を経て、二人が再び日常的に会う機会が巡ってきた。2002（平成14）年4月に二人の住む地域に初めて知的障害者通所更正施設「通所施設T」が開所し、Aは開設と同時の2002（平成14）年4月から、Bは翌年の2003（平成15）年7月から通い始めている。

Bの母親は、Aは開所と同時に利用していることを知っており、「Kちゃんも通っているから一緒に行こう」と何度も通所の説得を試みているが、Bは「いかない」の一点張りだったという。その後、施設職員の度重なる熱心な誘いがあり翌年7月から利用している。通い始めた頃に職員がBをAのところに連れて行くと、BはすぐにAがわかったという。卒業後も何度か会ってはいるものの、約20年ぶりの再会だった。Bが自宅で過ごす時の楽しみの一つは、古い写真を一枚いちまいめくって見ることである。このようなことも約20年もの間を経てもすぐにわかった理由かも知れない。

Aが一時期、水曜日を休みにして週4回通園していた頃、Bは「Kちゃんが来ない日は行かない」といって自分も水曜日を休みにしている。職員や母親がどんなに誘っても、Aが休む日はBも休むということが1年程度続いている。もともとBは臆病で出不精のところがあったが、「通所施設T」を利用する一番のきっかけは、Aが「通所施設T」を利用しており、「通所施設T」に行けばAに会えることにあった。Bにとって、Aとの関わりはとても大きく大切なものになっている。

20年ぶりの再会時の様子は、職員がBに「Aさんですよ」と、食堂にいるAを指し示すと小走りで駆け寄り、顔を寄せ合うようにしてお互いの名前を呼び合っていたという。

2003（平成15）年7月に再会を果たした時から現在まで、次のような会話が毎日同じように繰り返されている。

B：「Kちゃん、おはようございます」

A：「おはよう」

B：「Kちゃん、かわいい〜」



写真4 AとBの会話の様子

二人は、日中活動の場を通して平日は毎日顔を合わせている。昼食時間のほんの短い時間に二、三の言葉を交わすだけだが、互いの存在を強く意識しその時間を楽しみにしている。Bの場合は、会うことを励みに通ってくると言っても過言ではない。二人にとって「通所施設T」は、「就労継続支援」や「日中一時支援」という言葉だけでは言い表せない、二人の関係性を築く大切な場所になっている。

3 二人を支える地域生活支援の概況

ここまで見て来た二人の地域生活を支えている仕組みについて、介護サービスの制度的側面及び生活を支える経済的側面から概観してみる。

(制度的側面)

表3 Aのサービス利用計画表

Aの場合

Aの地域生活を支えている公的サービスは、障害者自立支援法に基づく「介護給付」の共同生活介護（ケアホーム）、「地域生活支援事業」（日中一時支援事業）及び重症心身障

曜日・時間帯別の利用サービス							
	月	火	水	木	金	土	日
朝	○	○	○	○	○		
日中(10時~16時)	□	△	□	△	□	○	○
夕・夜	○	○	○	○	○		
凡例 ○: 共同生活介護(ケアホーム)							
□: 重症心身障害児(者)通園事業(B型)							
△: 地域生活援助事業(日中一時支援事業)							

害児（者）通園事業（B型）である。これらのサービスの性格を大きく分類すれば、介護給付の共同生活介護（ケアホーム）は、介護を要する知的障害者の生活拠点となる居宅での生活を支える居住支援サービスである。共同生活介護（ケアホーム）は、1住居あたり2人以上10人以内の共同生活の場において、日常生活上の世話や介護等のサービスが提供される。重症心身障害児（者）通園事業（B型）及び日中一時支援事業は、日中の活動を支えるサービスで「日中活動」という言葉で括られている。Aの場合、重症心身障害児（者）通園事業（B型）を利用している。しかし、重症心身障害児（者）通園事業（B型）は、日数限度があるために、不足する日数を市町村が実施主体として行う地域生活支援事業（日中一時支援事業）を併せて利用することで、土日を除く毎日、日中活動を行っている。

地域生活を営むに際しての地域との関わりや自分自身の趣味活動や買い物等の多くは共同生活介護の中で行われ、コンサートを聴きに行く、通院する等、個人に限定される場合のみ付添料・送迎料等の別途負担を必要としている。地域生活のほとんどは公的サービスで賄われ、家族に介護上で何らかの負担を強いることはほとんどない。

このような生活を支えている収入は、国民年金法に基づく「障害者基礎年金（1級）」と扶養手当的性格を持つ、特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく「特別障害者手当」の二つである。重度の障害を持っているために就労による収入は望めない。公的サービス利用に関する費用は、障害者基礎年金で賄い、サービス利用外の生活上の費用は特別障害者手当で賄うことになる。

表4 Bのサービス利用計画表

Bの場合

Bの地域生活を支えている公的サービスは、障害者自立支援法に基づく日中活動を支える「訓練等給付」の非雇用型就労継続支援サービスである。

曜日・時間帯別の利用サービス							
	月	火	水	木	金	土	日
朝	●	●	●	●	●		
日中(10時~16時)	□	□	□	□	□	●	●
夕・夜	●	●	●	●	●		
凡例 ●: 家族介護							
□: 訓練等給付(非雇用型)							

このサービスは、常時介護を要する障害の比較的重い者には、入浴、排泄、食事等の介護や生産活動の機会の提供を主とする介護給付サービスが、地域生活を営む上で、生活能力の向上・維持等の必要がある者には訓練等給付が、就労の機会を通じて生産活動に係る知識及び能力が期待される者には就労支援（非雇用型）が用意されている。

Bの場合は、「就労支援」（非雇用型）が給付決定され、以前から利用していた施設でサ

ービスを利用している。Bの地域生活は、土日を除く毎日の日中は、日中活動を支える通所系サービスを利用し、それ以外の時間は自宅での家族介護に依って成り立っている。

このような生活を支えている収入は、国民年金法に基づく「障害者基礎年金（1級）」及び知的障害者通所更生施設で行っている牛乳パックを原料とした和紙再生の作業工賃として月額1,250円の支給金である。この金額は、宮城県内の障害者授産施設等における平均工賃（賃金）の月額15,963円（2007年宮城県障害福祉課調べ）と比較するとわずかな金額ではあるが、施設では、利用者の生産活動に携わっている実感を持たせるために、イチゴ栽培、名刺用の和紙づくり、カブトムシの養殖等、様々な生産活動を行いこの金額を生み出している。この支給金を出しているところは、高齢者のデイサービスと大きく異なる点である。

（経済的側面）

Aの場合

地域生活を営むに際しての経済的側面を詳細に見てみる。まず収入は、国民年金法に基づく「障害者基礎年金（1級）」及び特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく「特別障害者手当」の二つである。障害者基礎年金は、四肢の機能に著しい障害を有することから1級の認定を受け、年額990,100円（月額約82,500円）を満20歳から受給している。特別障害者手当は、在宅の重度障害者に対して、その重度の障害ゆえに生じる特別の負担の一助として支給される、家族に対する扶養手当と類似した性格を持つ手当で、満20歳から月額26,440円（平成14年8月1日から適用）支給されている。19歳までは、同様の主旨で障害児童福祉手当（月額14,430円）及び特別児童扶養手当（月額50,900円）を支給されていた。この二つを合わせれば、19歳までは月額65,330円（障害児福祉手当と特別児童扶養手当）、20歳以降は月額108,940円（障害者基礎年金と特別障害者手当）が主たる収入である。

表5 Aの収支概要

次は支出である。Aが利用しているサービスは、日中活動の場となる重症心身障害児（者）通園事業（B型）及び地域生活支援事業（日中一時支援事業）並びに介護給付サービスに区分される共同生活介護（ケアホーム）の三つである。

収入(月額)			支出(サービス利用負担)		
制度	内容	金額(円)	種別	内容	金額(円)
障害者基礎年金	1級	82,500	地域生活支援事業	日中一時支援事業	5,568
				送迎(福祉有償運送利用)	2,880
特別障害者手当		26,440	実費負担	昼食	5,200
本人支給金		0	B型通園事業	児童福祉法(措置)	4,800
			通所に付随する実費負担	送迎(福祉有償運送利用)	1,440
				昼食(B型通園利用者負担を含む)	0
			グループホーム	利用者負担計	69,268
				法定負担	1,935
				利用者応益負担(1割)	30,000
			実費負担	部屋代(ホテルコスト)	19,800
				食事代(平日の昼食費を除く)	15,000
				光熱水費	2,533
				付き添い費	
計		108,940	計		89,156

(注)・B型通園は12日/月。これを超える日数は市町村地域生活支援事業(日中一時支援)適用
 ・利用者負担額は、制度が定める1割負担額ではなく、所得階層別に定められている負担上限額である。
 ・金額(単価)は、平成20年1月現在のものである。・実費負担額は、平成19年実績の平均費用額。

重症心身障害児（者）

通園事業（B型）は、本人又は保護者の申請に基づき都道府県知事が支給決定する。理学療法、作業療法、言語療法等の機能回復訓練、日常生活における基本的動作の指導及び集団生活への適応等の訓練を行うことを目的としている。本人又は保護者が負担する費用は、飲食費相当額一日400円である。障害者自立支援法により市町村が独自に取り組む事業である地域生活支援事業（日中一時支援事業）サービスの報酬は6,960円/日なので、本人又は保護者が負担する費用はその1割にあたる696円/日で、月額は5,568円程度になる。

また、居住支援サービスに区分される共同生活介護サービスの報酬は481単位(4,810円)／日で、本人又は保護者が負担する費用はその1割にあたる481円／日となり、月額14,430円である。Aは利用者負担上限額が適応されるので、共同生活介護サービスについては月額1,935円になる。共同生活介護サービスの利用には、法定費用負担のほかに実費負担として部屋代や食事代等が加わる。これら日中活動に関する費用及び生活の拠点に関する費用を合わせると月額89,156円の支出額となる。これにより、障害者基礎年金だけでは生活費が6,600円程不足する。家族に入る特別障害者手当を含めることで、辛うじて月額19,784円程度の余裕が出ることとなり、経済的側面では収支に殆ど差が無く、障害者基礎年金のみによる生活は極めて困難な状況にある。

Bの場合

表6 Bの収支概要

まず収入面を見る。収入は、国民年金法に基づく障害者基礎年金(1級)990,100円(月額約82,500円)のみである。

次は支出である。利用しているサービスは、日中活動を支える訓練等給

収入(月額)			支出(利用負担)(月額)			
制度	内容	金額(円)	制度(利用サービス)	内容	金額(円)	
障害基礎年金	1級	82,500	知的通所更正(旧法)	利用者負担(低所得Ⅱ)	3,750	
特別障害者手当		0	実費負担	送迎(福祉有償運送利用)	7,500	
本人支給金		1,250		昼食(8,200円)は生活費で計上	0	
				生活費	日常生活費(生保基準)	46,898
計		83,750	計		58,148	

(注)・生活費は、生活保護法が定める生活扶助費を基に試算した。
 ・利用者負担額は、制度が定める1割負担額ではなく、所得階層別に定められている負担上限額である。
 ・金額(単価)は、平成20年1月現在のものである。・実費負担額は、平成19年実績の平均費用額。

付に区分される自立訓練(生活訓練)サービスである。自立訓練(生活訓練)サービスの報酬は639単位(6,390円)／日なので、本人又は保護者が負担する費用はその1割にあたる639円／日で、月額12,780円である。しかし、Bは利用者負担上限額が適応され、月額3,780円の負担になっている。この他、通園するための送迎費用及び日常生活費(生活保護基準を当てはめて試算している)を加え、月額58,148円の支出額となる。この為、収支差額は25,600円程度となり、経済的側面では余裕のある数字がはじき出される。

4 むすび

我々は、これまで二人の知的障害者の地域生活を観察し、その上で介護サービスが地域生活にどのような影響を与え、いかなる日常生活を形作っているかについて検討してきた。本稿を結ぶにあたり、知的障害者の地域生活を支える地域ケアシステムの課題を三点に分けて指摘したい。

第一に、地域生活の持続可能性 (sustainability) の問題である。これについては、介護環境の制度的側面と経済的側面の二つから考えてみる。本稿で取り上げた二人の生活環境を例にとると、Aのように、生活の基盤を共生型グループホームに置いて、その上で日中活動の場を持っている場合には、今後、更に年齢を重ねこれまで以上に介護が必要とするようになって、馴染みの環境の中で安心安全の確保された暮らしを続けることは可能である。しかし、収入額と支出額に殆ど差が無く、年給収入は衣食住及び介護に要する費用で底をついてしまい、趣味活動や買い物を楽しむ等の経済的余裕はなく、介護事業者の意識に委ねられた介護環境の中で行われる行事によって、辛うじて地域生活を楽しめる状況である。現在の暮らしは、経済的負担が大きく薄氷を踏むに似た厳しい状況にあると言える。Aの母は、「グループホームで生活をしていても衣食住に必要な経費がかかる。私が死んだ後のことを考えて、少しでもお金を貯めて残してやらなければいけないのだが、年金生活でそれもなかなか思うようにいかない」といい、少ない年金を工面してでも娘の生活を維持できるようにしなければならない厳しい現実を打ち明ける。一方、自宅から日中活動に通うBの場合は、年金収入と介護費用には開きがあり、金銭的には余裕があるように見える。しかし、この差には両親の介護負担が算入されていない。Bの地域生活は、70歳を過ぎた両親の傍で暮らしていることで保たれているのであって、親の高齢化とともに日増しにその維持が困難になっていく。生活の拠点を自宅に置いている場合、地域生活の終着点のごとく美化されて論じられる感がある。しかし、現在の暮らしは、家族の安定した生活基盤を前提としたものに過ぎず、本人が自身の力で継続することは難しく、常に「親亡き後」の不安がつきまとい介護環境に安定感がないのである。

第二に、地域生活における日常生活範囲の狭隘化の問題である。知的障害者は、本人自身又は家族の力だけで日常生活範囲を広げることは難しく、殆ど場合は事業者の意識に委ねられた通所サービスやグループホームでの工夫された行事によって、辛うじて地域生活の活動範囲の広がり確保されているのが現状である。Aの生活の拠点である「グループホームN」では、四季折々に催しごとや地域の方々との関わりが盛り込まれている¹⁷。また、日中活動の場である通所施設でも多彩な各種行事が用意されている。一方のBは、通所施設での各種行事はAとおなじであるが、自宅では「縁側で一人カセットを聴いている」という母親の言葉にあるように、殆ど誰とも会うことなく過ごしている。外に出かけるのは、年に何度か身内が訪れた際に街に出かける程度である。Bの生活圏域は、自宅と「通所施設T」に限りなく限定されており、地域生活といっても自宅に籠もりきりの状態で社会性の拡大は望めない。AやBのように就労が困難な重度の障害を持つ知的障害者の地域生活は、通所施設等の日中活動に通うことによってその多彩さや豊かさが担保されており、日中活動の場の確保及び活動内容の充実は、地域生活を営む必須要件ともいえる大きな意味を持つ。また、生活の拠点であるグループホームは、単なる日常生活上の支援や介護サービスの提供に留まらず、暮らしの営みを生み出す場になる必要がある。現行の知的障害

者グループホームの日常的支援は、食事の提供と金銭管理を主な業務としている「世話人」によって行われることから、四季折々の催しを盛り込んだ生活はとうてい望めない。この意味で、グループホームの中に暮らしを醸し出し、そのことにケアの役割を見いだしている認知症高齢者グループホームと知的障害者グループホームとの一体化による生活環境づくりを目指している共生型グループホームは、大きな選択肢となるのであろう。

第三に、アウトリーチ (outreach) の問題である。本稿で取り上げた二人のサービスの利用の差は歴然としている。この差を生じさせる背景には、相談・指導に関する仕組みに問題があることを指摘できる。

表7 AとBの生活史と公的サービス利用状況

年	年齢	主な出来事	
		A	B
1968(昭和43)年	0	7月 出生	5月 出生
1969(昭和44)年	1		
1970(昭和45)年	2		
1971(昭和46)年	3		
1972(昭和47)年	4		
1973(昭和48)年	5		
1974(昭和49)年	6	4月 心身障害児通園預かり(1年間) 通園開始(2回/週)	5月 満5歳(学齢前)
1975(昭和50)年	7	7月 満6歳(学齢時) 11月 療育手帳交付(1種2級)	4月 就学通知 8月 療育手帳交付(A判定)
1976(昭和51)年	8	4月 就学通知	4月 就学通知
1977(昭和52)年	9	4月 養護学校入学(小学部3年)	4月 養護学校入学(小学部3年)
1978(昭和53)年	10		
1979(昭和54)年	11		
1980(昭和55)年	12		心臓手術(心室中隔欠損症)
1981(昭和56)年	13	4月 養護学校中学部入学	4月 養護学校中学部入学
1982(昭和57)年	14		
1983(昭和58)年	15		
1984(昭和59)年	16	3月 養護学校中学部卒業 4月 養護学校高等部入学 12月 療育手帳再交付(1種1級)	3月 養護学校中学部卒業(以降在宅生活)
1985(昭和60)年	17		
1986(昭和61)年	18		
1987(昭和62)年	19	3月 養護学校高等部卒業(以降在宅生活) 4月 心身障害児通園預かり(1年間) 通園開始 ホームヘルプサービス(障害児)開始(1週/週) S式家庭用トイレ(水・電の13時~17時)	4月 就学通知 8月 療育手帳交付(A判定)
1988(昭和63)年	20	7月 療育手帳再交付(1種)支給開始	5月 障害者年金(1級)支給開始 ホームヘルプサービス利用(1回/週)
1989(平成元年)	21		
1990(平成2年)	22		
1991(平成3年)	23		
1992(平成4年)	24		
1993(平成5年)	25		
1994(平成6年)	26		
1995(平成7年)	27		
1996(平成8年)	28		
1997(平成9年)	29		公的サービス利用実績無し(ヘルパー利用停止から通園継続利用迄=11年間)
1998(平成10年)	30		
1999(平成11年)	31		
2000(平成12年)	32		
2001(平成13年)	33		
2002(平成14年)	34	4月 知的障害者通所更生施設「T」利用開始	
2003(平成15年)	35		
2004(平成16年)	36	1月 共生型GHI「U」利用開始	7月 知的障害者通所更生施設「T」利用開始 Aさん(19年3月)
2005(平成17年)	37		
2006(平成18年)	38		
2007(平成19年)	39	1月 療育手帳再判定(A判定) 次回は平成24年7月	5月 療育手帳最終判定(A判定)
2008(平成20年)	40		

長らく知的障害者の福祉に関する相談・指導及び各種援助措置は、療育手帳¹⁸の交付から始まり、行政処分によるサービス決定を行う措置制度の枠組みの中で行われてきた。Aは5歳8ヶ月になる1974(昭和49)年3月、Bは7歳3ヶ月になる1975(昭和50)年8月に療育手帳A判定を受け療育手帳を手に入れている¹⁹。これ以降、二人は、公的サービス

の対象者として一貫した指導・相談と各種の援助措置が受けやすくなったことになっている。相談・指導等は、福祉的援護の観点から必要な場合には随時相談が行われることになっているものの、多くの場合は新規の療育手帳交付申請に係る相談や療育手帳再判定のために福祉事務所²⁰職員が行う家庭訪問の際に現状把握をしながら行われている。介護保険制度のように介護認定有効期間（6ヶ月又は1年）ごとに調査して課題分析を行いその人のニーズに合わせたプランを作成するケアマネジメント義務はなく、名簿管理に終始していた感は歪めず、概ね5年に一度の療育手帳更新判定時の家庭訪問の際に行われる現状調査時が主たる相談・指導の機会であった。1996（平成8）年4月には「障害児（者）地域療育等支援事業」²¹が創設され、以降知的障害者の福祉に関する相談・指導及び各種援助措置は、本事業によって行われるようになった。特に、2003（平成15）年4月に施行された支援費制度以降は、利用者が自ら選択するという制度の趣旨や市町村がサービスの支給量や支給期間を決定することから、ケアマネジメントの手法が導入され、知的障害者の福祉に関する相談・指導は大きな進展を見せることになる。また、2006（平成18）年4月に施行された障害者自立支援法下で行う相談・指導（「地域生活支援事業」）は、市町村単位の事業になり更なる充実が図られたかのように見える²²。しかし、措置制度、支援費制度、障害者自立支援法と制度は変わっても、在宅で生活する障害児（者）を支援する専門職員の絶対数が少なく、担当する支援の対象範囲も広域的な福祉圏域単位で行われている現状に大きな進展はない²³。この為、広域の福祉圏域単位での相談・指導は、必然的に受動的対応にならざるを得ず、問題を抱えた家族が福祉事務所等の相談機関に足を運ぶことや連絡を取ることで初めて問題が顕在化しているのが実態である。

このような現状に、これまで見てきた二人の地域生活の様子を重ね合わせて見ると支援・相談体制の脆弱さが露呈する。家族介護中心の知的障害者への支援・援助は、家族内で介護を抱え込む傾向があることから、介護の必要性が表に出にくい状況にあり、申請主義に基づく行政の受け身の取り組みではその役割を十分発揮できず、より積極的な介入的相談・援助が必要である。このため、知的障害者支援においては、関係者がその職権や専門性により潜在的な利用希望者に積極的に介入し手を差し伸べるアウトリーチ的取り組みが求められる。更に、家族を中心とした地域生活の継続のためには、介護家族自身の健康問題や介護環境等、多くの課題を同時並行して支援していく必要がある²⁴。地域生活は多様な社会資源や多くの他者との関わりを必要としており、直接的な介護サービスのみで地域生活は成り立たないからである。地域で自立的生活を支えるシステムとしての介護サービスとなるためには、本人及び家族を中心としながらも、近隣との関わりも含めた地域生活を営む生活環境を丸ごと対象にするマネジメントが必要で、地域生活に密着した関わりを対象とした多面的支援ネットワークの構築をも視野に入れたものに転換して行かなければ、地域生活を支えるサービスには成り得ない。また、本人・家族、サービス提供事業者、行政及びそれをコーディネートする機関によるネットワークは、日常生活範囲の「なじみの関わり」の中で組み込まれていることが大切で、このなじみの関わりがあってはじめてアウトリーチ的取り組みが効果的に機能する。

これまで、二人の地域生活の様子を追いながら、地域で暮らすことが持つ喜びや不安を浮き彫りにしようとした。そこからわれわれは、グループホームや日中活動によって、年齢や障害の内容を超えた関わり合いや互いの存在を強く意識し毎日会えることを楽しみ

にしている相手がいる等、豊かな社会性を育む地域生活の様子と、そのような地域生活とは裏腹に、その維持が厳しい現実さらされている地域生活の実像に迫ることができた。

障害者基本計画に基づく重点施策実施5か年計画（2008（平成20）年度から2012（平成24）年度）では、前期計画にあった施設サービスの目標値が削除され、訪問系サービス、日中活動系サービスやグループホーム・ケアホームの充実が盛り込まれ、地域移行の推進を鮮明にしている。しかし、現行諸施策を具体的な生活の営みの中に落とし込んでみると、グループホームや日中活動の各種サービスを使いながら地域生活を継続して行くには、まだまだ多くの課題を残し、地域生活を促す明確なビジョン（将来構想・展望）を示せない状況にあることがわかった。施設収容型の介護に決別し、地域生活を基本とした障害者ケアシステムを構築するためには、「家族に介護を押しつける」地域生活であってはならない。知的障害者ケアの特徴の一つに介護期間が長いことを挙げられるが、この特徴は、家族が高齢になり体力的にも経済的にも支援が困難になっていくのと反比例して介護ニーズは多くなり、常に「親亡き後」の不安がつきまとう現実を避けがたいものになっている。であるからこそ、介護家族には地域生活の持続可能性を示す明確なビジョンが必要であり、それがあってはじめて安心して地域生活を選択できることになるのであろう。

障害者ケアに関する諸制度は、措置制度から支援費制度そして障害者自立支援法と、急速かつ大きく制度改正が繰り返され未だに落ち着かない状況にある。このような中においても障害者ケアを担う事業者には、地域生活の推進とその充実が求められ、これに応えるためには、事業者のみならず地域社会をも巻き込んだ取り組みに広げる工夫が必要であると思われる。そうした点については、今後さらに調査研究を進めていくことにしたい。

¹共生型グループホームは、重度重複障害者（重症心身障害者）と知的障害者及び認知症高齢者が、一つ屋根の下で年齢や障害の内容・程度を超えて、地域との関わりの中で生きがいや役割を持ちながら豊かに暮らすことを目的として、2004（平成16）年1月に運用を開始したケア（サポート）付きの住まいである。利用定員は、重度重複障害者（重症心身障害者）1名、知的障害者3名及び認知症高齢者8名の合計11名、職員は8名である。宮城県が2003（平成15）年度から3年間のモデル事業として事業者に運営委託を行い、4年目以降は事業者の単独事業として運営されている。認知症高齢者は介護保険制度、重度重複障害者（重症心身障害者）及び知的障害者は自立支援法（当時は支援費制度）と、二つの異なる制度で運営している。制度上「共生型グループホーム」という建物区分はなく、認知症高齢者グループホームと知的障害者グループホームが合築されているという整理で運用されている。本稿で取り上げているAは、入居者11名の内の一人で、重度重複障害者（重症心身障害者）である。共生型グループホームに関する詳細は、本間照雄、2004、「知的障害者の地域移行に内在するコンフリクト」『みやぎ政策の風』宮城県、創刊号を参照。

²満18歳以上の知的障害者を通所させ、自立した社会生活を行なえるよう、その更生に必要な社会生活適応や生活習慣確立のための生活支援等必要な指導及び訓練を行うことを目的とする障害者福祉施設。

³施設から地域生活への移行という文脈や旧支援費制度・自立支援法等制度上の括りにおいては、グループホームでの生活も「地域生活」という言葉で括られている。

⁴地域生活は、支援費制度（2003（平成15）年4月施行）上、居宅生活支援（知的障害者居宅介護等事業・知的障害者デイサービス事業・知的障害者地域生活援助事業）に位置づけられたサービスを使いながら、日常生活を営むことを想定している。また、概ね5年の経過措置後（2012（平成24）年3月末）に新体系へ完全移行する障害者自立支援法（2006（平成18）年4月施行）でも訓練等給付（自立訓練・共同生活援助）に位置づけられ、従来の知的障害者更生施設等の施設サービス系の流れを汲む介護給付と区別されている。

⁵ 障害者基本法（平成5年法律第94号）第8条第2項

⁶ 2004（平成16）年1月から近隣のS市にある共生型グループホームで暮らしている。

⁷障害程度を示す一つの指標になっている大島分類では、9区分に該当し重症心身障害児（者）として考慮すべき者（重症心身障害周辺児）に分類される。

⁸ 「グループホームN」での生活の様子は、2007（H19）年3月20日の午前5時から午後10時までの参与観察で記録した。

⁹ 宮城県地域福祉課、2005、『未来志向研究プロジェクト事業 宮城県共生型グループホーム生活環境等研究』2004年老人保険事業推進費等補助金報告書、宮城県。

¹⁰ 平日の食事の準備は、短い時間で行うことから、Aが食事の手伝いをする場面は少ない。しかし、休日ともなるとエプロンを着けて食材の下ごしらえなどにも加わっている。Aは、足で食材を潰す作業の手伝いや調味料の選択について職員の問いに答える形で調理に参加している。

¹¹ 日中活動の場「通所施設T」での様子は、2007（H19）年5月18日に行われた日中活動の一コマを観察記録した。

¹² Aが通う「通所施設T」は、利用対象者の障害に応じて三つのグループに分けられている。Aは、その中で障害の重いクラス「たいよう」に所属している。「たいよう」グループの定員は5人で、全員が重症心身障害者である。

¹³ 文 谷真介・絵 赤坂三好、2006『トラのおんがえし』佼成出版社。

¹⁴ 日中活動の場「通所施設T」での様子は、2007（H19）年9月21日に行われた日中活動の一コマを観察記録した。また、家族へのインタビューは、同年9月22日、10月5日の両日に自宅を訪問して行った。

¹⁵ エアポリンとは、大きなエアーマット状のトランポリンのような弾力性を持っている遊具で、トランポリンで身体が空中に持ち上げられるのと同じような体感が得られる。

¹⁶ 通所更生施設「通所施設T」の利用者送迎の殆どは、施設の車両（福祉有償運送車両）で行われ、家族による送迎は例外的でしかない。送迎のルートは、朝（迎え）6ルート、夕（送り）5ルートとなっている。Bさん送迎に利用するSルートは、7人の送迎が組み込まれ（帰りは1人加わり8人）往復で約40キロメートル、最大90分程度の時間を要している。Bさんが乗車する時には既に4人が乗っている。お母さんに見送られて家を出てから約30分くらいで「通所施設N」に到着する。以降午後3時まで「通所施設T」で日中活動を行う。帰りは「通所施設N」を出発してから約60分後の午後4時頃自宅に戻る。

17 平成 19 年「グループホームN」での主な行事

月	歳事	月	歳事
1月	05お誕生会 07日七草粥 13日団子差し(小正月) 14日餅つき大会・どんと祭	7月	1日ねぶた祭り 10日お誕生会 20日土用の丑の日(夕食会)
2月	03豆まき(節分) 10日お誕生会 11日雛人形飾り	8月	11日カラオケ大会 11日 地区内道路清掃活動 12日白石花火大会見学 22日お誕生会 25日社会勉強会(出前講座)
3月	03日ひな祭り 11日おやつづくり(お菓子を焼く) 18日大掃除	9月	02日温泉を楽しむ会 08日～09日県外一泊旅行(参加せず) 21日お誕生会 23日おやつづくり(おはぎ)
4月	14日お花見 15日神明神社春祭り(敷地内で御神輿と獅子舞) 22日おやつづくり(ドーナツ)	10月	08日芋煮会 19日芋煮会(他施設との合同芋煮会) 23日お月見 28日福祉祭り
5月	06日お誕生会 14日お誕生会 20日野菜づくり・田植え	11月	03紅葉ドライブ 08日お誕生会 16日お誕生会 25日おやつづくり(お菓子)
6月	10日おやつづくり 20日お誕生会	12月	02山根地区子供会クリスマス会(山根自治会館) 18日冬至かぼちゃを食べる会(夕食会) 24日ケーキ作り 26日～27日大掃除

18 療育手帳制度は、知的障害者への相談・指導及び各種援助措置に関わる基本的な制度である。二人の障害児が5歳になった1973(昭和48)年8月「療育手帳制度要綱」(厚生事務次官通知)が定められた。これは「知的障害児(者)に対して一貫した指導・相談を行うと通所施設Nに、これらの者に対する各種の援助措置を受け易くするため、知的障害児(者)に手帳を交付し、もって知的障害児(者)の福祉の増進に資することを目的とする」として制度化されたもので、知的障害者を支える基本的な制度として今日まで続いている。

19 知的障害であるか否か及び障害程度の判定は、児童相談所(18歳未満)又は知的障害者更生相談所(18歳以上)の判定機関で、知的能力に加え、日常生活面・行動面・保健面の介護度、重複障害の程度等をもとにして総合的に判定し、都道府県知事が判定結果に基づきA(重度者)又はB(その他)の2区分を記載した療育手帳の交付を決定する。療育手帳交付後の再判定は、概ね5年ごとに家庭訪問等を行い現状調査票を作成し、書類判定又は面接の方法により障害程度確認が行われる。

20 福祉事務所を設置していない町村は、県福祉事務所職員が行う。2市7町を所管する仙南保健福祉事務所圏域においては、7町分の該当者約800人の指導・相談を一人の職員が担っている。

21 1995(平成7)年12月に策定された「障害者プラン」²¹⁾の中で、地域における自立の支援施策が掲げられ、障害者の総合的な相談・生活支援を地域で支える事業が明記されたことを受け、2006(平成8)年4月に「障害児(者)地域療育等支援事業」が創設された。

22 県域内の市町村がまとめて障害福祉事業者に対して相談支援事業を委託する方式を取ることから、支援の範囲は広域的になっている。

23 在宅で生活する障害児(者)を支援する為に、支援施設に在宅福祉を担当する職員(以下「コーディネーター」という)や相談・支援ワーカーが配置されている。平成15年4月現在、宮城県には、10人のコーディネーター、4人のサブコーディネーター、12人の相談・支援ワーカー、合わせて26人の障害児(者)の在宅福祉を支える専門職員が、全障害者福祉圏域に複数配置されている。26人で施設利用者を除いた8,704人の在宅生活を支える相談・支援を行っている。実に、一人あたり335人を担当していることになる。高齢者福祉においては、在宅福祉サービスをコーディネートしているのがケアマネージャー(介護支援専門員)である。一人のケアマネージャーが担当する人数は39人以内とされている。実務者レベルの議論では、モニタリングを行い、個々人の変化を常に把握しながら支援するためには、30人程度が限度であるとさえいわれている。また、コーディネーター等は、配置が障害者福祉圏域単位で行われているために、支援の対象範囲が広い。これは、単に、移動距離が長いという問題ではなく、対象者が広く点在する状況下での支援は、ややもすると既存のサービスにつなげるだけのコーディネートになってしまう恐れがある。地域生活を支えるためには、対象者の生活圏にある身近な社会資源の活用をきめ細かにコーディネートすることが求められることから、支援範囲は、最大でも市町村単位に留める必要がある。コーディネーターの歴史は浅く、現時点ではやむを得ない状況ではあるが、従事者の資

質向上や増員等に更なる充実が待たれる（本間 2003）。

²⁴ サービスの利用に行き着くか留まるかの際の大きな判断要素として「足の確保」がある。障害者福祉サービスを提供する施設は、地域偏在しており身近な地域で利用できるとは限らない。介護サービス提供施設があっても、最近でこそ福祉有償運送制度（道路運送法）を利用するなどして施設の送迎が用意されるようになったが、それまでの多くは、送迎を家族が担わざるを得ず、困難な場合には「家で見る」ことを選択せざるを得なかった。Bの場合、養護学校中学部卒業時に居住市内にあった障害者施設は、精神薄弱者更正施設1か所、精神薄弱者授産施設1か所及び肢体不自由児施設1か所だけである。養護学校があった隣町には、小規模作業所があったが、養護学校高等部と同様に通園する労力が大変であることから利用を断念している。Aの場合は、居住町内に小規模作業所があり、養護学校高等部を卒業後にサービスが切れることなく利用している。このように、使えるサービスが身近にあるか否かは、送迎等の新たな負担を保護者に課すことにもなり、サービス利用への決断を鈍らせ結果的に自宅での介護に押し込めることになる。これらのことも考え合わせると「子離れできない親」と責めることは間違いであり、子離れできる条件整備の不足を問われてしかるべきであろう。

文献

- 大橋謙作・千葉和夫・手島陸久・辻浩編書 2000 『コミュニティソーシャルワークと自己実現サービス』万葉社
- 渡邊洋一 2005 『コミュニティケアと社会福祉の展望』相川書房
- 鈴木勉・塩見洋介他 2003 『ノーマライゼーションと日本の「脱施設」』かもかわ出版
- 峰島厚 2003 『希望の持てる「脱施設化」とは』かもかわ出版
- 三重野卓・平岡公一編書 2000 『福祉施策の理論と実際-福祉社会学研究入門-』東信堂
- 早川和男・岡本祥浩 1993 『居住福祉の理論』東京大学出版会
- 福岡寿編, 2002, 『コーディネーターがひらく地域福祉』ぶどう社
- 本間照雄, 2004, 「知的障害者の地域生活移行に内在するコンフリクト～脱施設化を求める新しい地平～」『みやぎ政策の風』宮城県, 創刊号: 92-100