

農村地域社会における地域医療・福祉システムの展開過程

(課題番号 08610170)

平成8年度～平成9年度科学研究費補助金(基盤研究(c)(2))研究成果報告書

平成10年3月

研究代表者 永井 彰
(東北大学文学部助教授)

は し が き

研究組織

研究代表者：永井 彰 (東北大学文学部助手)

研究分担者：加藤真樹 (東北大学文学部助手) (平成8年度)

研究分担者：加藤真樹 (東北大学文学部助手) (平成9年度)

農村地域社会における地域医療・福祉システムの展開過程

(課題番号 08610170)

研究経費

平成8年度 1,500千円

平成9年度 700千円

平成8年度～平成9年度科学研究費補助金(基盤研究(c)(2))研究成果報告書

計 2,200千円

研究発表

(1) 学会誌等

永井彰「農村地域における地域医療・福祉システムの形成と展開ー長野県小県郡武石村の事例ー」『東北文化研究室紀要』第39巻、1998年3月30日。

平成10年3月

研究代表者 永井 彰

(東北大学文学部助教授)

東北大学図書



00010173784

附属図書館

目次 は し が き

研究組織

研究代表者：永井 彰 (東北大学文学部助手)
研究分担者：加藤真義 (東北大学文学部助手) (平成 8 年度)
研究分担者：水上英徳 (東北大学大学院情報科学研究科助手)
(平成 8 年度)

第 2 章 農村地域における地域医療・福祉システムの形成と展開 14

一長野県小県郡武石村の事例一

研究経費

平成 8 年度 1,500 千円 37

平成 9 年度 700 千円

計 2,200 千円

研究発表

(1) 学会誌等

永井彰「農村地域における地域医療・福祉システムの形成と展開－長野県小県郡武石村の事例－」『東北文化研究室紀要』第 39 集、1998 年 3 月 30 日。

目次

まずはじめに、本報告書の構成についてあきらかにしておくことにしたい。

第1章 まえがき 本研究における分析視点を提示する、農村地域社会における地域医療・福祉システムはなぜ取りあげられなければならないのか、農村地域社会における地域医療・福祉システムをめぐってどのような研究にはどのような方法を用いるべきか、どのような社会学的な視点が求められるか、こうした論点についてあらかじめ論じよう

第1章 農村地域社会における地域医療・福祉システムの現状をめぐる問題状況 2

第2章 農村地域における地域医療・福祉システムの形成と展開 対象となるのは、長野県小県郡武石村、村舎の診療所と高齢者多目的福祉センターを中核として地域医療・福祉システムが組み立てられている。ここでは、武石村における地域医療・福祉システムの現状を分析するとともに、その形成過程や展開過程について、武石村における地域医療・福祉システムを形成するといういとなみが、どのような地域社会の基盤のもとでおこなわれてきたのか、またそうしたシステム形成という活動が地域社会にどのようなインパクトをあたえていったのかという点についても明らかにしたい。

第2章 農村地域における地域医療・福祉システムの形成と展開 14
—長野県小県郡武石村の事例—

あとがき 37

まずはじめに、本報告書の構成についてあきらかにしておくことにしたい。

第1章では、本研究における分析視角を呈示する。農村地域社会における地域医療・福祉システムはなぜ取りあげられなければならないのか。農村地域社会における地域医療・福祉システムは、いかなる観点から分析されなければならないか。そうした研究にはどのような社会学的意義があると考えられるか。こうした論点についてあらかじめ論じておくことにしたい。

第2章では、そうした分析視角をふまえて、事例研究をおこなう。分析対象となるのは、長野県小県郡武石村である。武石村においては、村営の診療所と高齢者多目的福祉センターを中核として地域医療・福祉システムが組み立てられている。ここでは、武石村における地域医療・福祉システムの現状を分析するとともに、その形成過程や展開過程をおい、武石村における地域医療・福祉システムを形成するといういとなみが、どのような地域社会の基盤のもとでおこなわれてきたのか、またそうしたシステム形成という活動が地域社会にどのようなインパクトをあたえていったのかという点についても明らかにしたい。

1 問題視角

日本社会は、急速な高齢化の進展に直面している。そのことにともなって、それぞれの地域社会は高齢者をどのようにその地域のなかでケアしていくのかという課題にとりくむことを余儀なくされている。とりわけ農村地域は、すでに高齢化率が高い水準に達しており、すでに超高齢社会と化している。そうした状況のなかで、高齢者の地域的なケアを可能とする形式での地域医療・福祉システムをどう構築するかということが農村地域社会のなかで問題となり、あるいはこれまで構築してきた地域医療・福祉システムを高齢化に対応しうるためにどのように再編成するかということがあらためて問われてきている。本研究は、農村地域社会を対象とし、それぞれの農村地域社会が高齢者の地域的ケアをいかにして確立するかというこの課題をめぐるどのように対応しつつあるのかという点に焦点をあてて分析をすすめていく。そこでまずこうした研究が社会的にいかなる意味をもちうるのかについて、あらかじめ論じておくことにしたい。

われわれの考えでは、こうした研究のもつ社会的な意義は、次の三点にまとめることができるように思われる。まず第一は、高齢者を地域のなかでケアしうるシステムを作りあげるといふことそれじたいが、現在の農村地域社会において緊急の課題となっているということである。とりわけ過疎のすすんだ農山村においては、この課題の解決はその地域社会が存立しつづけられるかどうかにかかわっている。それぞれの地域社会において、その地域で可能な産業はいかなるものでありそれをどのように形成するかという問いは、その地域社会の生活条件を整備するうえできわめて重要である。だが、それとならんで、地域医療・福祉のシステムづくりをどうすすめるのかという問いは、それぞれの農村地域社会において重大な問題となっている。その意味において、地域医療・福祉のシステム形成という問題は、地域形成ないし地域づくりそのものの根幹にかかわっているといふことができる。

第二に、高齢者をケアしうるシステムをその地域社会のなかで組み立てていくためには、その地域のなかのさまざまな人的・物的資源を活用していかなければならず、そのことを可能にするネットワークを作りあげなければならない。高齢者を地域のなかでケアしうる体制を作るためには、医療ないし保健と福祉とがその制度的な区分をこえて、現場のなかで緊密な連携をとることが要請される。このことの必要性は、理念としては誰もが賛成する。しかし、現実的には必ずしも実現されているわけではない。このことを実現させるためには、利用者にとって必要なサービスを提供するという視点を徹底させることが必要とされる。そのためには、まず第一に、行政の側にいわゆる縦割り行政をこえたシステムづくりをすすめるという強固な意志が不可欠だし、第二には、住民の視点に立ち、専門家や

現場職員の声をくみあげたシステムづくりが必要とされる。そうしたシステムづくりのあり方がいかにして可能とされうるのかを分析するためには、いかなる組織形成のあり方がそうしたシステムづくりと適合的なのかを問い、さらにはそうした組織形成を可能とする条件整備をそれぞれの地域社会がどのように準備するのかを問う視角が必要となろう。

第三に、高齢者を地域社会のなかでケアしうるシステムを作り上げるためには、このことを地域のなかで優先的な課題として位置づけることを必要としている。しかし、そのことは、現実の地域社会のなかではさまざまな軋轢を生じさせることになる。というのも、福祉や医療を最優先課題としてかかげることは、公共事業に依存し、産業優先をかかげてきたこれまでの地方政治のあり方への問題提起とみなされうるし、さらには既存の支配構造への挑戦とも受けとめられかねないからである。他方において、福祉や医療がその地域のなかで主題化されるということは、住民じしんがみずからの地域社会のあり方をみなおすことにもつながっている。このことは、それぞれの地域社会がみずからのあり方を構想していく力量を形成することにもつながっている。福祉や医療が緊急に解決すべき課題であるという考え方が一定数の住民のなかに危機感をもたらし、そのことがきっかけとなって地域社会のなかでのコミュニケーションが活発化し、みずからの地域社会のあり方を問いなおすことにつながってくる。そうした活動がくりかえされていくなかで、地域住民のなかにコミュニケーション能力が形成され、またそうした活動をごく当たり前のものとして受け入れる文化が形成されてくる。

さしあたりここでは、これら三つの問題視角を、それぞれ地域計画論的、地域組織論的、地域コミュニケーション論的と特徴づけておくことにしたい。つまり第一に、地域医療・福祉のシステム形成をはかるといことは、その地域をどのようなものとして構想するのかというさいにもっとも重要な課題となっている。第二に、地域医療・福祉のシステム化をはかるといことは、それを可能とする組織形態はいかなるものであり、それをどのように実現させるのかという問いを突きつけている。第三に、地域医療・福祉のシステム化をその地域のなかでの優先課題として位置づけることそのものが、地域的な論点となりうるものであり、そうした論点を地域のなかで議論していくことが地域のあり方を方向づけていくことにもなる。農村地域における地域医療・福祉のシステム化という事象を取りあげるとは、これら三つの問題視角を明示化することにつながっている。さらにそうしてつかみだされたこれらの問題視角から、あらためて現在の農村地域社会のあり方について分析を深めていくことができる。地域医療・福祉をめぐる問題は、こんにちの農村地域社会を分析していくうえでの重要な手がかりになると考えられよう。

2 農村地域における地域医療・福祉をめぐる課題の変容

こんにちの地域医療・福祉においては、高齢者の地域的なケアをどのように実現するの

かということがもっとも中心的な課題となっている。そのことがもっている意味あいについて、ここで確認しておくことにしたい。

まず第一に、高齢化が地域医療・福祉の中心的な課題として意識されるようになるにともない、福祉というものは決して特殊な事業ではなく誰にでも関係しうることなのだということが認識されるようになってきたということを指摘できよう。誰もがいずれは老い、しかも少子化の進展のなかで家族介護はあてにできなくなってきた。そうした状況のなかでは、高齢者になれば福祉サービスを受けるというのはむしろ当然のことだとの認識も生じてきている。またそうした高齢者が住み慣れた土地で介護を受けられるようなさまざまな工夫もこころみられている。このことは、いわばノーマライゼーションという理念を、高齢者の医療・福祉という点で実現させようとする動きとして特徴づけられよう。もちろん、こうした事実認識やその評価をめぐるには、いくつかの留保が必要とされよう。まず第一に、とりわけ農村地域においては、福祉サービスを受けることにたいするとまどいはいぜんとして根強い。福祉サービスを受けることは当然の権利だとする認識は、必ずしも共有化されているとはいきれない。第二に、ノーマライゼーションという考え方をもとに高齢者の福祉や医療を実現させようとするところみがあるとはいっても、ノーマライゼーションの理念が完全に理解されたということにはならない。さまざまなハンディキャップをもつさまざまなひとびとが共生するというのが、ノーマライゼーションの本来的な理念であろう。またそうしたノーマライゼーションを実現していくのが福祉の本来的なあり方だと考えられよう。高齢化は、誰もが高齢者福祉を受ける可能性をもつひとびととなったことを意味している。そのことが高齢者にたいするノーマライゼーションの観念を喚起した。もちろん介護を必要とする高齢者が非人間的な扱いを受けることなく、サービスを享受しうるというのは、きわめて重要なことである。しかし、ノーマライゼーションがその地点にとどまることなく、あらゆるひとびとの共生を意味しうるかどうかは、これからの課題であると考えなければならない。とはいえ高齢化という事態が、これまでひとびとがいてきた福祉観を揺るがし、本来の意味でのノーマライゼーションを模索していく一つのきっかけとはなりうることだけは確認しておかなければならない。第三に、現状の体制において、はたして高齢者が人間らしい生き方をつらぬけるのかが問題とされよう。高齢者がこれまで暮らしてきた土地でそれ以前と同様の生活を続けるのが望ましいという理念が承認されたとしても、それを保証するだけの仕組みがはたしてつくられているのかということが問われることになる。ともあれ、そうしたいくつかの留保は必要ではあるけれども、高齢化の急速な進展にともなって、高齢者の福祉や医療の問題を誰もが直面せざるをえない課題として受けとめる土壌が形成されてきたということは確認できよう。

第二に指摘しておかなければならないのは、高齢化が地域医療・福祉のあり方に大きな影響をおよぼしてきたということである。そのことは、大きく分けて二つの点からみてと

ることができる。その一つは、地域医療・福祉の課題が高齢化に対応する地域的なケアのシステムをどう構築するかという点に集約されるようになってきたという点である。一九六〇年代から農村地域でくりひろげられてきた地域医療・福祉のころみは、その中心的な課題を衛生状態の改善や成人病の予防においてきた。その典型的な例の一つが、岩手県和賀郡沢内村における健康管理課のころみであり、あるいは佐久病院が長野県南佐久郡八千穂村において展開した健康管理活動である。たとえば沢内村においては、村が運営する沢内病院の副院長（のちには院長）が沢内村の健康管理課長を兼務するという体制が長くとられてきた。このことにより行政のおこなう保健活動と病院での医療行為とが一体となったものとして運営されることが可能とされてきた。沢内村では医療と保健とを一体化させるこうした体制のもとで、とりわけ保健婦の活動が重視され、そのことが乳児死亡率ゼロの達成などの成果を生んだ¹⁾。また佐久病院は、八千穂村において、全村の検診活動を展開した。この健康管理活動は、たんなる医療行為ではなく、院長の若月俊一をリーダーとする一種の地域運動として位置づけられた。佐久病院の医師や看護婦が交代で地域におもむき、検診活動に従事した。そのことが農民の健康の基盤となる生活条件の変革につながると考えられた²⁾。沢内村のばあいであれ、佐久病院のばあいであれ、その根幹にあるのは予防医学という考え方であった。ところが高齢化が進展するにつれ、農村地域社会にとっての緊急の課題は、在宅介護を支援する体制をどうつくるのかという点に変化せざるをえなくなった。高齢者の絶対数が増え、とりわけ七五歳以上の後期高齢者の数が増大すると、介護を必要とする高齢者の数も必然的に増加する。介護を必要とする高齢者が現に地域のなかに生活している以上、その生活を支援するシステムを作りあげなければならない。

高齢化が地域の医療や福祉に影響をあたえたもう一つの点は、政策的な変化である。高齢化の進展にともない、老人医療費が増大する。その対策として老人医療費を抑制することが政策的な基調とされ、とりわけ社会的入院をなくすことがころみられた。高齢者介護を病院医療から在宅介護へとシフトさせるとともに、医療の領域から介護的な部分を切り離し、それを福祉サービスの形で提供することにより、高齢者にかかる医療費の節減がはかられた。かつては医療が福祉的な部分をもカバーすることにより地域の高齢者を守るという方策がとられえた。たとえば沢内病院において越冬入院をすすめていたと

(1) この時期における沢内村の医療・保健については、さしあたり次の文献を参照されたい。増田進ほか『沢内村奮戦記』あけび書房、1983年。またその医療経済学的な分析としては、前田信雄『岩手県沢内村の医療』日本評論社、1983年を参照。

(2) 佐久病院における健康管理活動については、さしあたり次の文献を参照。若月俊一・清水茂文『医師のみた農村の変貌—八ヶ岳山麓50年—』勁草書房、1992年。松島松翠『農村医療の現場から—農業・健康管理・食生活—』勁草書房、1995年。

というのは、その象徴的な事例である。しかし、現在の医療費抑制政策のもとでは、そうしたやり方は認められにくい。他方において、「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」が1989年に策定されると、高齢者福祉分野の事業には、一定の補助があたえられるようになった。こうした現状においては、それぞれの地域が、医療と福祉とを適切に組みあわせて、高齢者にとって必要なサービスを提供できる体制を工夫することこそが求められているといわなければならない。

3 地域医療・福祉のシステム化のための問題点

現状においては、介護を必要とする高齢者が地域のなかで生活しつづけられるかどうかは、それぞれの地域がそのための工夫をどれだけこらすことができるかに大きく依存している。そのなかでもとりわけ市町村の役割は大きい。というのも、現行の制度においては、市町村が主体となって高齢者保健・福祉を推進することとされているからである。1990年におこなわれた福祉八法の改正にともない、それぞれの市町村に「老人保健福祉計画」の策定が義務づけられるとともに、特別養護老人ホームなどへの入所措置権限が市町村に移管されることとなった。そうした制度的な変更にとともない、市町村が高齢者保健・福祉の主体となること、市町村が実情にあったきめの細かな方策を実行すること、高齢者の保健と福祉とを一体のものとして運営することなどが、基本的な考え方として確認された。このことについては、一定の評価をあたえておくことができよう。しかし問題なのは、そうした原則をそれぞれの現場においてどのように実現していくのかという点である。それぞれの地域社会が、市町村を一つの単位としながら、高齢者をケアしうる体制をどのように築いていくのかが問われている。そのさい、医療・保健・福祉のあいだの制度的な区分をこえたシステムづくりがはたしてなされるのかという問いが、それぞれの地域社会に投げかけられている。

それぞれの地域社会が高齢者をめぐる医療・保健・福祉を一体のものとしてシステム化するということにはいかなる意味があるのだろうか。この問いを徹底的に考えぬくためには、さまざまなサービスを受ける高齢者本人やその家族の視点にたつことが必要とされる。そうしたひとびとの視点からするなら、生活のために何らかの援助が必要となったときに、そこで必要とされるサービスを必要なだけ受けられることが求められる。さまざまなサービスがどのような制度的根拠にもとづいているかは、介護を受ける高齢者本人やその家族にとってみれば二次的な関心事にすぎないのである。しかも、高齢者の生活援助の問題を考えると、どこまでが医療や保健でどこからが福祉であると峻別することはきわめて困難であろう。介護者からすると、とにかく必要な援助が受けられればよいのであり、行政がそうした声を真摯に受けとめるなら、むしろ市町村の側が、医療的な診療や看護と福祉的なサービスとを的確にコーディネートしてそれぞれの高齢者に提供できるようなシス

テムを構築するようつとめなければならないだろう。

すでにみたように、かつては医療が事実上福祉的な介護の領域までカバーする形で高齢者のケアがおこなわれてきた。そのことは、いくつかの医療機関が 1980 年代はじめから積極的に訪問診療や訪問看護にとりくんできたということにみてとることができる⁽¹⁾。また、いわゆる社会的入院もまた、決して望ましいこととはいえないけれども、ある意味では病院が福祉施設の代替物として機能したことにほかならない。ところで、1980 年代から老人医療費の抑制が政策的な基調となり、そのなかで 1980 年代末からはその基調を受けて、高齢者の在宅介護へのシフトが推進されるようになった。病院に入院している高齢者を自宅に帰そうとするのは、あきらかに老人医療費削減が目的であったが、その一方において、自宅で亡くなるまで過ごしたいというのは高齢者本人にとっても当然の願望であった。政策的な意図はどうかであれ、高齢者にとって病院に居つづけるのではなく自宅に帰りたいというのはごく自然な要求であり、いくつかの医療機関では、そうした希望があるのであればそれを何とかかなえたいと在宅ケアにとりくむことになる⁽²⁾。さらに 1989 年に「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」が策定されたことをうけ、高齢者の在宅介護を支援する福祉サービスを充実させるという方策がとられる。この状況のなかでは、かつてのように医療にいわば一元化された形で高齢者の在宅介護を支援するシステムをつくりあげることが不可能にならざるをえない。こんにちの状況においては、医療や保健の分野のものばかりでなく福祉の分野のものも含めて、さまざまなサービスを組みあわせて、個々の高齢者にとってもっとも適切なケアプランをつくりあげていくことがそれぞれの地域社会で必要とされており、そのことを可能にするシステムづくりがそれぞれの地域社会に求められている。

おそらくこのことじたいは、理念としては誰もが賛同することであろう。しかし、そうしたシステムづくりが現実に実現できているとはとうていいえない。そのさい現状におい

(1) ここでは、たとえば東京都足立区における柳原病院や、新潟県大和町におけるゆきぐに大和総合病院などでの先駆的な訪問診療や訪問看護の取り組みのことを念頭においている。この時期での柳原病院の取り組みについては、大沼和加子・佐藤陽子『家で死ぬー柳原病院における在宅老人看護の 10 年ー』勁草書房、1989 年、を参照。またこの時期におけるゆきぐに大和総合病院の取り組みについては、下記の文献を参照。大和医療福祉センター五周年記念誌編集委員会『大和医療福祉センター五年間の歩み』1982 年。大和医療福祉センター 10 周年記念誌編集委員会『大和医療福祉センター 10 年間の歩み』1986 年。村田恒有編『大和医療福祉センターのすべて』1989 年。黒岩卓夫『地域医療の冒険』日本地域社会研究所、1987 年。関新一『健康やまとびあ』日本地域社会研究所、1988 年。

(2) たとえば佐久総合病院における在宅ケアの取り組みは、そうした文脈のなかに位置づけられる。佐久総合病院における在宅ケアの取り組みについては、さしあたり在宅ケアチームのリーダーであった井益雄による下記の報告を参照。若月俊一・井益雄『高齢化社会の在宅ケアー佐久総合病院の実践ー』岩波書店、1991 年。

では、高齢者福祉のための施設整備やマンパワーの確保が不十分であることを前提とせざるをえない。「高齢者保健福祉推進十カ年戦略の見直しについて」（「新十カ年戦略」）に示めされた数値目標の達成が危ぶまれているし、その数値目標そのものも不十分だとの指摘が多く論者によってなされている。現状においては、かぎられた財源やかぎられたマンパワーのなかで、それぞれの地域が高齢者医療・福祉のシステムづくりをおこなっていかざるをえない。さらにいうなら、こうした状況を前提とせざるをえないがゆえに、地域的な工夫をこらした適切なシステムづくりがよりいっそうそれぞれの地域社会に求められることになる。

医療や保健や福祉といった制度的な枠組みをこえて、介護を必要とする高齢者にとって望ましいシステムづくりをどうやってすすめていくのかが、それぞれの地域社会において問われている。しかし、そのことの実現にかんしては、現実にはさまざまな困難がみられる。なぜそうしたシステムづくりが実現されえないのか。このことにかんしてここでは四つの視点から考えていきたい。その第一は、行政それじたいの問題であり、第二には医療や福祉といった専門職やその関係にかかわる問題であり、第三にはこの問題を解決するためのリーダーシップの問題であり、第四には住民参加の問題である。

まず第一に考えておきたいのは、行政それじたいのかかえる問題である。縦割り行政の弊害という問題は、行政のあらゆる分野について指摘されているが、この問題は医療・保健・福祉にも例外なくあてはまっている。まず第一に指揮系統のちがいという問題が考えられる。同じ自治体のなかにあっても、保健と福祉は同一の部署に属しているとはかぎらない。かりに保健福祉課や健康福祉課などの名称で同一の課が保健業務と福祉業務とを所管しているとしても、実務担当者は別々であり必ずしも保健と福祉のあいだの連携がとれているとはかぎらない。さらに自治体が医療機関を経営しているばあい、役場とは別立てで組織構成がなされているのが通例である。医療・保健・福祉にかかわるこれらの部署のあいだではたして連携のとれた仕事が行なわれているかどうか、それぞれの現場で問われることになろう。第二には補助事業や国の制度との関連のなかで、縦割りの発想法が強化されるということが指摘できる。補助事業をとおして所管官庁から指導を受けることになり、地域の実情にそくした柔軟な運用が困難になっている。現場の実情にあわないことながらあれ中央官庁の指導を押しつけようとするのは、やはり問題である。だが、このことにかんしてむしろより重大なのは、地域の実情にあわせて柔軟な運用をしようとする発想そのものが現場の職員のなかから失われかねないことであろう。

第二の問題は、医療や福祉といった専門職やその関係にかかわることがらである。地域住民の健康を守るということを目標としてかかげるなら、それに役立つことは何なのかを考え、必要な施策を実施していくというのが本筋であり、そのさいそれが保健の仕事なのか医療の仕事なのか福祉の仕事なのかというのは二次的なことがらにすぎない。医師であれ保健婦であれホームヘルパーであれ、専門職なのであるから、そうした専門職としての

理念をもち、その職分をはたそうとするつとめがある。これらの専門職は地域住民の健康や福祉に資することをその本分としている。そうであるからには、そのそれぞれの専門職としての権益を守るのではなく、そうした理念を実現させることを最優先の目標にかかげなければならない。しかし、現実には、そうした考え方に立つことは、それほど容易ではない。まず第一に、それぞれの専門としての仕事が多忙をきわめている。地域をまわるのが保健婦の仕事だと考えていても、検診の準備や検診の事前事後の事務作業におわれてはなかなかそれも難しい。訪問診療に取り組むにしても、病院や診療所での日常診療をこなしたうえでのことであるから、医師や看護婦への負担増は免れない。住民のために望ましいサービスをと考えると、現状では専門職には過剰な負担がかかることになる。何か新しい仕事をはじめするためにはそのことを覚悟したうえで取りかからなければならないし、しかもさまざまな職種のひとつとを巻き込まなければならないから、本気になってさまざまな職種のひとつとを説得にかからなければならない。このような状況のなかでは、いわば専門業務に閉じこもり、余分な仕事をかかえこまないというのがもっとも賢明な態度だということになりかねない。第二に、やはりその専門職としての権益を守ろうとする発想からまったく無縁であることは、現実的に困難である。医師としても、医療費抑制政策のなかで、みずからの取り分を確保したいと考えるのはごく自然なことだろう。医業経営という観点もまた、医師には不可欠である。また福祉従事者にしても、もともと待遇が低く押さえられてきており、何とか自分たちの専門職としての評価を高めたいと願うのも当然である。住民のために役立ちたいと考えていても、みずからの労働条件を犠牲にするわけにはいかない。

第三には、リーダーシップをめぐる問題である。縦割り行政や専門職間の壁といった問題を突破するためには、一つにはやはりリーダーシップが鍵になろう。首長なり、専門家集団のリーダーなりがリーダーシップをとって、縦割りの状況を突破していくという方は現実的にはかなり有望である。こんにちの日本社会において、地域医療・福祉のシステム化が一定の成果をあげているケースは、ほとんどすべてがそうしたリーダーシップに依存しているといっても過言ではない。しかし、このやり方に過剰に期待するのは危険であろう。このことだけに頼りきってしまえば、そうしたリーダーが交代すれば、また元通りの状況に戻ってしまうことになりかねないからである。こんにちの状況のなかでは、リーダーシップはきわめて重要である。しかし、それと同様に重要なのは、リーダーが交代してもそうしたシステムを維持・発展させていくことができるだけの力量を地域社会のなかに形成することである。

第四に住民がどうかかわるかという問題であり、住民運動や住民参加の問題である。地域医療・福祉は地域住民の健康をどう守るかという問題にかかわっている。地域住民みずからが独自にヴォランティア・グループを組織して、地域福祉にかんして一定の役割をはたしたり、あるいは地域住民が何らかの運動をおこして、地域医療・福祉の充実を行政に

はたらきかけたりするということが考えられる。こうしたやり方は、医療や福祉の問題にかんして行政に目を向けさせるという効用を有している。しかし、そのためには、活動や運動の一定の蓄積が不可欠であり、とりわけ農村地域社会においては、そうした蓄積がとぼしいことが一般に指摘できよう。住民の視点に立ったシステムづくりを住民が求めるのであれば、そうした要望を何らかの形で表明していかなければならない。またばあいによっては、住民みずからが一定の実績をしめしてみせることも、有効な手だてであろう。しかし、やはりここで問題となるのは、そうした経験の蓄積を住民の側でどのようにはかっていくのかという点である。

なぜ医療・保健・福祉の連携がそれぞれの地域社会において必ずしも徹底されえないのかという点には、いまのべたようなさまざまな要因が絡まりあっている。ここであらためて確認しておきたいのは、制度的な整備はこの問題の解決のための決定打たりえないということである。この問題の解決のために、さまざまな制度的な改革がこころみられてきた。たとえば、保健と福祉とを行政のなかの同一の課に位置づけるということは、各地の自治体でこころみられている。また高齢者サービス調整チームの設置もまた、医療や福祉の実務者のあいだに連携をもたらすものとして期待されている。あるいは総合相談窓口を設置して、利用者の利便をはかろうとするこころみもみいだされる。これらのこころみ一つ一つには、一定の評価があたえられるべきであろう。しかし、そのことによって医療・保健・福祉の連携の徹底化がはかれるというわけではないのも、事実である。それぞれの現場において日常的に事務部門も含めたさまざまな職種のひとびとがどれだけ連携して仕事ができているのかが問われているのであり、そのことは文化や能力の問題ともかかわっているからである。

さしあたり行政の関与する問題だけにしぼってこのことを追究してみよう。いわゆる縦割り行政の弊害を突破するためには、それぞれの現場において利用者の視点に立って仕事ができているのかということが問われざるをえない。こうした視点に立つからこそ、必要におうじて部署をこえた横断的ネットワークを形成する必要性を痛感せざるをえなくなるからである。また補助金をつうじたさまざまな指導の問題についても、さまざまな補助事業をむしろ逆手にとって、市町村の側で主体的に利用し、地域の実情にあった事業を展開できるかどうか問われている。つまり、市町村の側の主体的な政策立案能力があらためて問われている。これらのことがらは個々の自治体職員の能力や志気の問題であるばかりでなく、現場職員の主体的な仕事を促進する職場文化の問題でもある。しかもこの問題は、自治体という組織内部の問題だけではなく、地域そのものの力量ともかかわっている。自治体は、地域を作りあげていくなかで重要な位置をしめている。しかし、自治体が単独で地域づくりをおこなうわけではなく、その地域社会におけるさまざまな住民やさまざまな団体との共同作業によってはじめてその地域社会は動かされていく。行政の能力もまた、住民との共同作業や住民によるチェックをつうじて向上する。自治体が主体的

能力をもちうるかどうかについては、たしかに組織内部の問題も大きいけれども、むしろ地域社会そのものの問題とみるべきであろう。それぞれの地域社会がどれだけ主体的に考えることができているのか。主体的に考えることのできる人や知恵をどれだけその地域社会のなかに蓄積できているのか。創意工夫を評価し促進する文化がどれだけその地域社会のなかに根づいているのか。いわば地域の内発的な力とでもいうべきものがためされているといえよう。

4 地域社会における医療・福祉の主題化と地域的コミュニケーション構造の変容

高齢化の進展は、それぞれの地域社会にたいして高齢化にどう対応するのかという問いを投げかけてきた。とりわけ農村地域においては、1980年代以降すでに高齢化率が高い水準に達してきており、高齢化に対応しうるシステムづくりをそれぞれの市町村でどのようにすすめていくのかということが緊急の課題となってきた。そのことは、地域のなかに論議をまきおこし、住民みずからが地域のあり方をみなおしていく一つの契機となっている。ここでは、そのことのもつ意味について確認しておくことにしたい。

高齢化に対応するシステムづくりを地域のなかですすめていくということためには、その地域のなかで高齢者の福祉や医療を優先的な課題として位置づけることが必要になる。しかし、このことについて必ずしもすんなりと合意形成が地域のなかではかられうるわけではなく、むしろ地域のなかでの論点となる可能性をはらんでいる。福祉や医療を地域のなかで優先的な課題として位置づけることそれじたいが地域のなかで問題化する可能性が高いというのには、次のような二つの事情がかかわっている。まず第一に、医療や福祉をその地域のなかで優先的な課題として位置づけるということは、補助金による公共事業に依存し、産業優先をかかげざるをえない現在の行政や政治のあり方にたいする重大な問題提起として受けとめられうるということである。高齢化の深化という事態を背景に地域医療や福祉の充実を求めるという見解は、ある意味ではごく自然な要望である。しかし、そうした当然の要望ともみえる主張が、それぞれの地域社会の文脈に位置づけられるならばあいによっては既存の支配構造への批判や挑戦として解釈されうる。第二に、高齢化の進展という事態をもっとも深刻に受けとめているのは、高齢者や女性である。しかし、必ずしもそうしたひとびとの意志は行政や議会のなかに反映されているとはかぎらない。とりわけ福祉や医療の問題については、女性や高齢者の受けとめ方と行政や議会の受けとめ方とのあいだに微妙な温度差が生じうる。というのも、行政や議会の中枢を担っているのはその地域のなかで社会的な権力を握っているひとびとであり、そうしたひとびとの視点からするならば、高齢者や女性の主張は論理的には理解できたとしても、その切実さを感覚的に納得することは容易ではないからである。たとえば身近な場所に医療機関や福祉施設を充実させてほしいというのは、高齢者や女性にとっては切実な要望である。そのさい高

高齢者や女性にとってみれば、まさに身近にあるということがきわめて重要なこととして理解される。近くにあっても診てもらえるというのはやはり安心であるし、体がだんだん不自由になってきても何とか自分で通えるということも大切である。他方、経営という観点からするならば、効率性や経済性という基準が重視される。そうした考え方からするならば、これだけ道路も整備され、住民の大多数が自家用車を保有しているという時代だから、身近に施設を整備することは必ずしも必要ではないという発想が自然に浮かんでくる。医療や福祉を充実させることは重要だとしても、場所の問題は必ずしも重要ではないという考え方と、場所の問題こそが重大だという考え方とのあいだには、一定の温度差がある。もちろん、温度差があるということそれじたいは必ずしも根本的な問題だというわけではない。ものごとについて立場によって意見や感じ方がちがうというのはごく当然のことであり、そうしたちがいを前提として、議論をその地域社会のなかで深めることができれば、そうしたちがいから問題はそれほど生じない。深刻な問題が生じるのは、女性や高齢者の意見が行政や議会のなかに必ずしも反映されるようになっていないからである。そのばあいには、こうした温度差は、増幅されることとなり、のりこえがたいギャップと化すことが考えられる。そうすると、医療や福祉の問題が地域のなかの重大な論点として浮上してこざるをえない。

だが、他方において、高齢者医療・福祉というこのテーマは、地域のなかで真剣に議論されうる可能性をもっている。というのも、まず第一にこのテーマはすべての住民に関係しうるという特徴を有しているからである。つまり高齢者医療・福祉の問題は、特定の地区や特定の集団の利害とむすびついているわけではない。もちろんいまのべたように、この問題については当事者の位置におかれている高齢者や女性の関心が高い。だが高齢者医療・福祉の問題は、いまは当事者ではない世代のひとつにとってもまた、将来的には関与しうる可能性のあることがらであり、そうだとするならば少なくとも潜在的にはすべてのひとつとにかかわっている。第二に、第一に指摘したことともかかわって、高齢者医療・福祉のシステムづくりをどうすすめるのかという問題提起は、相対的に政党色の薄められたものとして受けとめられうるからである。たしかに社会保障の充実を強く要求してきたのは革新政党であったし、家族介護の重要性を喚起し、「日本型福祉」を提唱してきたのは保守政党であった。しかし、こんにち高齢者医療・福祉の問題は、革新か保守かといった対立軸に完全に回収してしまうことはもはやできない。とりわけ高齢化率の高い農村地域社会においては、高齢者医療・福祉の問題の解決はそれだけ緊急の課題となっており、どのような政治的立場に立脚するにせよ取りくまざるをえなくなっている。こうした状況のもとで、地域医療・福祉をめぐる真剣に論議する場が生じてきていることも事実

であろう¹⁾。

もちろん地域医療・福祉の問題をめぐって冷静な議論がどれだけ可能とされているのかは、それぞれの地域社会によって異なっている。そのことは、議論の場として地域社会がどれだけ成熟してきているかにかかっている。他方、医療・福祉の問題に取りくむという経験が、地域社会のあり方を自分たちでみなおす契機となり、そのことが福祉にとどまらず地域社会のあり方にインパクトをあたえていくということも考えられる。さらには地域医療・福祉をテーマ化することが、地域内での意思決定やコミュニケーション構造にも一定のインパクトをあたえることも考えられる。たとえばそうしたケースとして、秋田県北秋田郡鷹巣町のことを思い浮かべることができる。鷹巣町の地域住民は、高齢化の進展に漠然とした不安感をいだいていたにすぎなかった。そうした住民にたいして、行政は「ワーキング・グループ」という議論と活動の場を提供した。そのことをきっかけとして住民が議論と活動の経験を蓄積していくことになり、そのことをつうじて、住民の社会形成能力が鍛えられるとともに、議会での政治的意志形成にも一定のインパクトをあたえることになった²⁾。地域医療・福祉が地域のなかでテーマ化され、そのことをつうじて地域社会のあり方そのものが問いなおされるというこの論点については、今後さらに研究を深めていく必要がある。

(1) こうした議論の場のことをハーバーマスにしたがって「公共圏」として特徴づけることができる (J.Habermas, *Strukturwandel der Öffentlichkeit*, Neuwied, 1962. 細谷貞雄訳『公共性の構造転換』未来社、1973年)。なお、公共圏の概念については、さしあたり、花田達朗『公共圏という名の社会空間』木鐸社、1996年、を参照。

(2) 秋田県北秋田郡鷹巣町の事例については、さしあたり次の文献を参照。高尾公矢「住民参加型福祉コミュニティ―秋田県鷹巣町―」佐藤守編『福祉コミュニティの研究』多賀出版、1996年、74-108頁。柴野徹夫「秋田県鷹巣町・〈住民が作る福祉〉への挑戦」太田貞司ほか『24時間在宅ケアへの挑戦』萌文社、1995年、187-238頁。

第2章 農村地域における地域医療・福祉システムの形成と展開

－長野県小県郡武石村の事例－

1 問題の所在

いうまでもなく日本社会においては高齢化が急速に進展している。そのことにともない、高齢者を地域のなかでケアすることのできる地域医療・福祉のシステムづくりをどのようなようにすすめていくのが、それぞれの地域社会が直面する緊急の課題として浮かびあがってきた。もちろん、この課題そのものは、都市であるか農村であるかを問わずあらゆる地域社会にかかわっている。だが、農村地域では、すでに高齢化率が高い水準に達しており、それだけ深刻な問題として受け止めざるをえない。

高齢者を地域のなかでケアしていくことのできるシステムづくりをすすめていくうえで一般的な方策は、そうしたシステムづくりのために人材と公的な資金を優先的に投入するということにつきるだろう。しかし、このことは、高齢者をめぐる社会保障政策を国家的にどう位置づけるかという論点とかかわっており、国民的な合意を不可欠としている。現状では、高齢者福祉・医療に優先的に人材や資金を投入することが望ましいという国民的な合意が形成されているとは、必ずしもいいきれない。そうした状況のなかでは、高齢者を地域のなかでケアすることのできるシステムづくりをどのようにすすめていけばよいのかという問いは、それぞれの地域社会がそのかぎられた人的資源や物的資源を活用して、その固有の条件のもとで解決していかざるをえない。そのさいさしあたり確認しておかなければならないのは、この問いを考えていくにあたってはその地域社会に住みそこでサービスを受けるひとびとにとっていかなるサービスが望ましいのかという視点を原点として確認しておくことが必要だということである。このことは、ごく当然のことであるようにも思われるけれども、現実の地域社会においてはそうした視点から地域医療・福祉のシステムづくりがすすめられているとはかぎらない。むしろ現代日本の地域社会においてはサービスを利用する側の立場に立ったシステムづくりがある程度実現されているというケースは、さほど多くないとみるべきであろう。だからこそ、そうしたシステム化に成果をあげているケースを探し出し、分析をくわえることには意味があるように思われる。

さらにこの問題を考えていくばあい、自治体とりわけ市町村の役割に注目しておく必要がある。というのも、地域医療・福祉のシステムづくりにとって市町村の役割がきわめて重大であるとみなしなければならないからである。1990年におこなわれた福祉八法の改正により、「老人保健福祉計画」をそれぞれの自治体ごとに定めることになった。この計画には、それぞれの自治体においてどれだけのサービスが必要で、そうしたサービスを供給するためにどのような手だてを講ずるのが明示されることとされている。そのことにともない、それぞれの市町村がどれだけ真剣に地域医療・福祉の問題に取りくむのかという

ことが、あらためて問いなおされることになった。さらに介護保険の導入も現実的な日程にのぼってきており、市町村の役割はいっそう重くなってきている。

ところで、こうした高齢者保健福祉計画の策定をめぐる本気で問題とされなければならないのは、この計画そのものというよりも、そうした計画を生きたものとしていくそれぞれの地域社会での工夫だと考えられる。高齢者保健福祉計画は、老人福祉だけに限定するのではなく、老人保健の分野も含めて計画をすすめるという点にその大きな特徴をみいだすことができる。医療の領域に属する保健と、福祉とを一体となったものとして計画づくりをするという考え方には、一定の評価をあたえることができよう。とりわけ高齢者の生活援助の問題を考えたばあい、どこまでが医療の領域でどこからが福祉の領域なのかをはっきりと分けることはきわめて困難であろう。とくにそのサービスを受ける本人や介護者からすると、ともかく必要なサービスを受けられることが問題なのであって、そのサービスがどのようなカテゴリーに属するかはほとんど意味がない。高齢者保健福祉計画という形で計画づくりをすすめるということには、医療か福祉かという区別をこえて、高齢者にとっていかなるシステムが望ましいのかという見方がなされうる可能性を含んでいる。しかし、やはり問題なのは、そうしたシステムづくりがいかんして実現するのかということである。医療・保健・福祉の連携というテーマは、ことあるごとに繰り返し主張されてきた。しかし、そうした主張が繰り返しなされるということは、まさしくこの主張がたえずスローガンにとどまってきたことをも意味している。医療と保健と福祉の連携を実現させることは、容易ではない。まず第一に、縦割り行政といわれる役所の論理を突破しなければならないし、第二には、サービスを利用する側や、そうした事情を熟知している専門職者（医師、保健婦、訪問看護婦など）たちの声を汲みあげる仕組みづくりも必要とされよう。しかもこの問題をさらに複雑にしているのが、そうした専門職者たちが必ずしもサービス利用者の視点に立って物事を考えているとはかぎらないという事情である。専門職者たちがそれぞれの専門職者としての既得権益を守ろうとして行動することも、現実には考えられうる。また、日常業務をこなすのに精一杯で、利用者の側に立って工夫をおこなう余裕すらうしなっているというケースも考えられうる。そうだとするなら、そうしたさまざま困難にもかかわらず、専門職者を中心とし、行政の職員や地域住民をも含めて、福祉にかかわるさまざまなひとびとがネットワークを形成するということがいかんして実現されうるのかが問われなければならない。

高齢化が進展するなかで、高齢者をめぐる医療や福祉の体制をどのように作りあげていくかということが、それぞれの地域社会にとって重要な論点となってきている。地域社会の現状をどのように把握し、将来ビジョンをどのように描いていくのかというときに、この問題を避けて通ることはできない。とりわけこんにちの農村社会においては、地域医療・福祉の位置づけについて政治問題化する可能性がたねにはらまれている。というのも、医療や福祉をその地域のなかでの優先課題として選択するという行為そのものが、補助金

による公共事業に依存し、産業優先をかせげざるをえない地方における現行の行財政や政治構造にたいする一つの挑戦とみなされうるからである。他方、医療や福祉の問題をもっとも切実に感じているのは女性や高齢者たちであり、そうしたひとびとの声は必ずしも行政や議会に直接的に反映されるとはかぎらない。そうした住民の意志と行政や議会の考えとは必ずしも一致するとはかぎらず、ばあいによっては、地域医療や福祉の充実を求めて住民運動が組織されることになる。高齢者の福祉や医療のあり方を考えるということは、農村地域社会のあり方そのものを問いなおすことにつながってくる。さしあたりこの文脈において確認しておかなければならないのは、とりわけ高齢者の問題をめぐって、地域の医療や福祉をどのように整備していくのかという点が現在の農村地域社会にとっては緊急の課題になっており、しかもそのことが農村地域社会の将来像をどのように描くのかという論点と密接に関連しているということである。

ここでは、長野県小県郡武石村を対象とし、高齢者のケアを可能とする地域医療・福祉のシステムづくりがどのようにすすめられているのかについて分析をくわえたい。武石村ですすめられているシステムづくりは、こんにちの日本社会においては相対的にみて優れたものであると考えられる。ここでは、武石村における地域医療・福祉システムの現状について把握するとともに、そうしたシステムの形成と展開の過程をたどっていくことにしたい⁽¹⁾。われわれの関心は、地域医療・福祉のシステムそのものというよりも、そうしたシステムを支える地域社会のあり方に向けられている。システム化を可能とした社会的な要因について不十分ながらも分析をくわえることが、ここでのわれわれのねらいとなっている。そうした分析はまた、こんにちの農村社会のかかえるさまざまな問題点を浮き彫りにすることにもつながるだろう。

2 対象地の概況

長野県小県郡武石村は、長野県のほぼ中央部に位置し、北を小県郡丸子町、東を長門町、南を和田村、西を松本市と接している。東西 15 キロメートル、南北 8 キロメートルと東

(1) われわれは、1989 年以来、折にふれて武石村を訪問し、関係資料の収集をおこなうとともに、関係者からの聴取調査を継続的にこなってきた。本章は、そうした調査でえられた情報をもとに執筆されている。また、次のような公刊文献も参照している。矢島嶺『家で生きる』銀河書房、1993 年。同『武石村往診日誌』KK ベストセラーズ、1995 年。同「武石村に於ける高齢者の実状と現状」(長野大学産業社会学部編『信州の地域医療と福祉—保健・医療・福祉の連携を求めて—』郷土出版社、1996 年)、185-202 頁。長野県小県郡武石村『武石時報公民館報縮刷版』1982 年。同『広報武石縮刷版』1982 年。同『広報武石縮刷版』1993 年。さらに武石村の地域医療・福祉にかんする社会学的分析としては、次のものを参照。村中知子「在宅ケア」と地域の医療』『茨城大学教養部紀要』第 24 号、1992 年。

西に細長く、その中心を西から東へと武石川が流れている。村の西端は美ヶ原高原となっており、村の西部から東部へと流れる武石川の谷筋にそって村域が広がっている。村の面積は八七・六七平方キロメートルであり、そのうち八二パーセントを山林が占めている。

人口は、1995年の国勢調査によれば、4234人となっている（第1表）。村の人口は、第二次世界大戦直後には6000人近くにまで達していたが、その後人口流出が続き、1970年には4000人あまりにまで落ち込んだ。その後村の総人口は、ほぼ横這い傾向にある。また、高齢化の状況についてみると、1995年現在、村の人口のうち65歳以上の高齢者は1073人であり、村の人口のほぼ四人に一人は高齢者となっている。高齢化率は、1980年時点ですでに14.8パーセントに達していたが、その後高齢化は急速に進展し、1995年には25.3パーセントにまで達している。こんにちの武石村は、超高齢社会に到達している。

高度成長期以前の村の主産業は農業であったが、山間傾斜地で一戸あたりの経営耕地面積が少ないこともあり、その後兼業化が急速に進展した。この点にかんして、まず産業別の就業者数についてみると、1960年においては、就業者のうち六割以上が第一次産業に従事していたが、この比率は年々下がりつづけ、1995年には二割以下にまで低下している。それに代わり第二次産業および第三次産業への就業人口が増加してきた（第2表）。他方農業センサスにしたがって1995年時点での農家の状況についてみると、経営耕地面積が一ヘクタール未満の農家が九割近くにのぼっている（第3表）。また総世帯数のうち農家の比率は約五割程度に減少しており、しかもそのうちの四分の三を第二種兼業農家がしめている（第4表）。だが、村内での商工業等の産業基盤は脆弱である（第5表、第6表）。村内にも誘致企業等が立地するが、中小零細規模のものが大多数である。そのため、上田市や丸子町方面への通勤的就労が主体となっている。

武石村の医療と福祉の中心的な施設は、村役場の北側に隣接して設置されている。武石村診療所は、1983年4月に開所した。当時は、長門町、和田村および武石村の三町村で運営する依田窪病院の附属診療所として、村営住宅に間借りして診療を開始したが、1985年には現在の場所に新たな施設を建設し、村直営の診療所として運営されることになった。1991年には、その真横に、武石村高齢者多目的福祉センター「やすらぎ」が開所した。ここでは、デイサービス、ショートステイなどの在宅支援の高齢者福祉事業がおこなわれている。さらに、1997年には、特別養護老人ホーム「ともしび」が開所した。「ともしび」の入所定員は50名であり、それ以外にショートステイを10名受け入れている。「ともしび」は、長門町、和田村および武石村の三町村が母体となった社会福祉法人依田窪福祉会によって運営されている。武石村のばあい、村単独では運営が難しい事業については、他町村と共同して事業をすすめている。医療・福祉の部門については、すでに長門町、和田村および武石村の三町村によって1981年から依田窪病院が運営されている。この病院は、三町村の組合による運営となる以前は、長門町病院として長門町単独で運営されていた。この病院の老朽化が進みその建て替えを検討するさいに、この病院には三町村から利用者

第1表 武石村における年齢階層別人口構成の推移

年	人口						男	女	世帯数	
	総数	0～14歳	15～64歳	65歳～		65～74歳				75歳～
				65～74歳	75歳～					
1960	5272 (100.0)	1696 (32.2)	3109 (59.0)	467 (8.9)	334 (6.3)	133 (2.5)	2577 (48.9)	2695 (51.1)	1103	
1965	4605 (100.0)	1237 (26.9)	2891 (62.8)	477 (10.4)	327 (7.1)	150 (3.3)	2224 (48.3)	2381 (51.7)	1070	
1970	4239 (100.0)	933 (22.0)	2785 (65.7)	521 (12.3)	349 (8.2)	172 (4.1)	2046 (48.3)	2193 (51.7)	1040	
1975	4099 (100.0)	802 (19.6)	2734 (66.7)	563 (13.7)	358 (8.7)	205 (5.0)	1988 (48.5)	2111 (51.5)	1079	
1980	4167 (100.0)	825 (19.8)	2724 (65.4)	618 (14.8)	378 (9.1)	240 (5.8)	2005 (48.1)	2162 (51.9)	1139	
1985	4164 (100.0)	831 (20.0)	2624 (63.0)	709 (17.0)	432 (10.4)	277 (6.7)	2006 (48.2)	2158 (51.8)	1134	
1990	4251 (100.0)	823 (19.4)	2518 (59.2)	910 (21.4)	595 (14.0)	315 (7.4)	2060 (48.5)	2191 (51.5)	1156	
1995	4234 (100.0)	736 (17.4)	2425 (57.3)	1073 (25.3)	660 (15.6)	413 (9.8)	2050 (48.4)	2184 (51.6)	1222	

注 1) 総務庁統計局『国勢調査結果』各年次より作成した。
 2) 人口の単位は人。世帯数の単位は戸。
 3) 括弧内は総数にたいする比率（パーセント）。

第2表 武石村における産業別就業者数の推移

年	総数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
1960	2854 (100.0)	1835 (64.3)	563 (19.7)	455 (15.9)
1965	2564 (100.0)	1564 (61.0)	505 (19.7)	495 (19.3)
1970	2561 (100.0)	1290 (50.4)	757 (29.6)	514 (20.1)
1975	2514 (100.0)	1065 (42.4)	883 (35.1)	561 (22.3)
1980	2529 (100.0)	819 (32.4)	1045 (41.3)	661 (26.1)
1985	2456 (100.0)	683 (27.8)	1054 (42.9)	719 (29.3)
1990	2419 (100.0)	524 (21.7)	1101 (45.5)	791 (32.7)
1995	2399 (100.0)	461 (19.2)	1048 (43.7)	889 (37.1)

- 註 1) 総務庁統計局『国勢調査報告』各年次より作成した。
 2) 単位：人。括弧内は、総数に占める割合（パーセント）。
 3) 総数には、「分類不能の職業」に就業している者の数も含まれる。

第3表 武石村における経営耕地面積別農家数の変化

年次	総数	例外規定	0.3ha 未満	0.3-0.5ha	0.5-1.0ha	1.0-1.5ha	1.5-2.0ha	2.0-3.0ha	3.0-5.0ha	5.0ha 以上
1960	939 (100.0)	-	136 (14.5)	236 (25.1)	457 (48.7)	96 (10.2)	13 (1.4)	1 (0.1)	-	
1965	900 (100.0)	-	154 (17.1)	211 (23.4)	431 (47.9)	86 (9.6)	12 (1.3)	5 (0.6)	1 (0.1)	
1970	875 (100.0)	-	168 (19.2)	214 (24.5)	383 (43.8)	86 (9.8)	16 (1.8)	5 (0.6)	2 (0.2)	1 (0.1)
1975	850 (100.0)	1 (0.1)	203 (23.9)	227 (26.7)	319 (37.5)	75 (8.8)	18 (2.1)	1 (0.1)	6 (0.7)	-
1980	830 (100.0)	3 (0.4)	243 (29.3)	233 (28.1)	264 (31.8)	70 (8.4)	8 (1.0)	3 (0.4)	5 (0.6)	1 (0.1)
1985	801 (100.0)	4 (0.5)	242 (30.2)	215 (26.8)	264 (33.0)	49 (6.1)	13 (1.6)	7 (0.9)	7 (0.9)	-
1990	698 (100.0)	4 (0.6)	198 (28.4)	194 (27.8)	220 (31.5)	53 (7.6)	16 (2.3)	9 (1.3)	2 (0.3)	2 (0.3)
1995	649 (100.0)	5 (0.8)	200 (30.8)	169 (26.0)	208 (32.0)	36 (5.5)	8 (1.2)	11 (1.7)	9 (1.4)	3 (0.5)

- 註 1) 農林水産省経済局統計情報部『世界農林業センサス』および『農業センサス』各年次より作成した。
 2) 単位：戸。括弧内は、総数にたいする割合（パーセント）。
 3) 経営規模の欄の「0.3-0.5ha」は、0.3ha 以上 0.5ha 未満という意味である（以下同様）。
 4) 1990年センサスより自給的農家というカテゴリーが設けられた。本表では、1990年以降、農業センサスにおける自給的農家を0.3ha 未満の欄に記した。

第4表 武石村における専兼業別農家数の変化

年	専兼別 総数	専業	第1種兼業	第2種兼業
1960	939 (100.0)	234 (24.9)	544 (57.9)	161 (17.1)
1965	900 (100.0)	169 (18.8)	385 (42.8)	346 (38.4)
1970	875 (100.0)	116 (13.3)	328 (37.5)	431 (49.3)
1975	850 (100.0)	94 (11.1)	207 (24.4)	549 (64.6)
1980	830 (100.0)	110 (13.3)	159 (19.2)	561 (67.6)
1985	801 (100.0)	96 (12.0)	112 (14.0)	593 (74.0)
1990	698 (100.0)	59 (8.5)	71 (10.2)	568 (81.4)
1995	649 (100.0)	82 (12.6)	78 (12.0)	489 (75.3)

註 1) 農林水産省経済局統計情報部『世界農林業センサス』および『農業センサス』各年次より作成した。

2) 単位：戸。括弧内は総数にたいする割合をパーセントでしめす。

第5表 武石村における工業の推移

年	事業所数				従業者数 (人)	製造品出荷額 (万円)
	①	②	③	④		
1960	14	7	4	-	78	6839
1963	7	4	3	-	84	10586
1966	8	3	4	1	133	29116
1969	12		① 6	② -	344	104075
1971	11		4	-	331	116161
1972	16		5	-	344	162206
1973	14		4	-	313	166700
1974	17		7	-	465	281732
1975	18		7	-	444	277787
1976	17		6	-	489	308980
1977	17		7	-	464	345944
1978	20		5	-	475	401101
1979	20		6	-	494	433224
1980	19		6	-	517	556203
1981	20		① 13	② -	553	558276
1982	20		13	-	532	617913
1983	23		14	-	591	605320
1984	22		14	-	614	885009
1985	23		11	-	632	1036986
1986	23		13	-	659	1033315
1987	21		11	-	649	1144570
1988	19		11	-	720	995267
1989	22		15	-	711	1251698
1990	21		15	-	703	995823
1991	22		11	-	680	1047995
1992	19		10	-	557	670993
1993	21		11	-	582	683131
1994	20		12	-	547	716614
1995	22		11	-	643	878581

- 註 1) 通商産業省大臣官房調査統計部『工業統計表市町村編』各年次より作成。
 2) 1961、1962、1964、1965、1967、1968、1970の各年次については、市町村別の工業統計調査がおこなわれていない。
 3) 事業所数の欄における①、②、③、④は、従業者数規模別の事業所数をしめす。
 1960～1966年については、次のとおり。
 ①：4～9人。②：10～29人。③：30～299人。④：300人以上。
 1969～1980年については、次のとおり。①：20～299人。②：300人以上。
 1981年以降については、次のとおり。①：10～299人。②：300人以上。

第6表 武石村における商業の推移

年	商店数	従業者数 (人)	年間販売額 (百万円)
1970	57	119	373
1972	48	92	248
1974	46	88	305
1976	49	111	836
1979	53	124	1098
1982	57	150	1811
1985	46	162	2156
1988	44	131	2133
1991	57	232	8727
1994	55	264	7342

註 1) 通商産業省大臣官房調査統計部『商業統計表』(各年次)より作成した。
 2) 1991年度に年間販売額が大幅に増大しているのは、1990年に信州ジャスコ
 をキーテナントとするショッピング・センターが開業したことによる。

が集まっていたこともあり、三町村が共同して二次的医療までを担いうる病院として整備することとされた。さらに 1995 年 5 月には、依田窪病院に老人保健施設「いこい」が併設された。武石村の医療・福祉は、これらの施設と連携をとりながらすすめられている。

3 地域医療・福祉システムの現状

高齢者介護をめぐる地域医療・地域福祉のシステムは、武石村においては、武石村診療所と武石村高齢者多目的福祉センター「やすらぎ」を中核として組み立てられている。この二つの組織を中心として、さまざまな在宅医療・在宅福祉のサービスが組み合わせられている。ここでは、その特徴について概観しておきたい。

武石村におけるシステムの特徴として、さしあたり次の四点を指摘しておきたい。まず第一に、診療所と多目的福祉センターとが一体のものとして運営されているということである。そのいずれもが村の直営施設であり、医師が両方の所長を兼務している。高齢者をめぐる医療と福祉は、あらためて連携をはかるまでもない。高齢者本人や介護する家族にとって必要なサービスを提供するという視点での施設運営がはかられている。第二に、在宅支援を中心においたシステムづくりがなされているということであり、とりわけ在宅死を可能とする体制づくりがなされているということである。武石村では、高齢者本人と家族が希望すれば最期まで家で過ごせるようにすることをめざし、そのための手だてが講じられてきた¹⁾。第三に、医療を下支えとする福祉中心のシステムづくりがなされているということである。成人病は一種の老化現象でもあるのだから、高齢者にとって必要なのは治療というよりも介護であり、さまざまな生活支援こそが重要だと考えられている。医療は、そうした生活支援のためのバックアップとして位置づけられている。第四に、ボランティア・グループの積極的な協力がなされているということである。「やすらぎ」でおこなわれているデイサービスには、職員とともに、ボランティア・グループ「いずみ会」のメンバーが常時参加している。地域福祉への住民の主体的関与が、この村の特色の一つとなっている。

武石村においては、高齢者本人と家族が希望すれば、最期まで家で過ごせることが目標とされている。そのための手だての一つが緊急往診をいつでも受けつけるという仕組みづくりであり、もう一つは、さまざまな在宅支援サービスである。この診療所では、往診を拒否しないというのが基本的な方針となっている。ここでは、時間外のばあい、次のような態勢がとられている。まず往診依頼の電話が役場の当直に入る。役場の当直は、診療所

(1) 前武石村診療所長の矢嶋嶺によると、武石村では病院でなくなる人が約三割で自宅で亡くなる人が約七割だという（『家で生きる』149 頁）。またデイサービス事業をおこなわなかったときには在宅死の比率は三割前後であったという（「武石村に於ける高齢者の実状と現状」201 頁）。

の看護婦にポケットベルで連絡する。看護婦はその家に行き、事前に医師から指示を受けた処置をおこなう。そうした処置で間にあわないケースについては、看護婦が医師をポケットベルで呼びだし、医師がその家に駆けつける。武石村診療所では、こうした緊急往診のシステムをつくることによって村人に安心感を与えている。

さらに武石村診療所および「やすらぎ」では、在宅支援のためのさまざまなメニューを用意している。まず第一に、往診があげられる。武石村診療所では、開設以来、午前診療、午後は往診といった日程を組み、高齢者の自宅を必要に応じて訪問していた。現在では、そうした診療活動は訪問診療や訪問看護という形に制度化されているが、おこなわれていることはほぼ同じである。第二に、生活援助のためのさまざまなケアがおこなわれている。訪問入浴、理学療法士による訪問リハビリ、ホームヘルパーの派遣などがそれにあたる。第三に、デイサービス事業があげられる。デイサービスにかんしては、すでに1986年より事業化していたが、1991年に「やすらぎ」が完成してからは、ここを利用してデイサービスのE型およびB型を実施している。B型にはいずみ会のメンバーが常時参加し、職員と協力してデイサービスがおこなわれている。また「やすらぎ」では、開設以来、ショートステイも受けつけている。ただし、長門町に老人保健施設「いこい」が設置されてからは、ショートステイのベッドとしては老健施設のものが利用されるようになったが、希望があれば「やすらぎ」でも受け入れることにしている。

「やすらぎ」の事務部門は、こうしたさまざまなサービスのコーディネート機能を担っている。事務職員が日程表を作成し、さまざまなサービスが効率的に受けられるよう調整をおこなっている。また看護婦は、業務の合間をぬって家庭訪問をおこない、住民のニーズの把握につとめている。ホームヘルパーは、身分的には社会福祉協議会に属しているが、事実上「やすらぎ」に配属されており、そこから個々の家庭に派遣されることになる。

さらに1997年4月には、特別養護老人ホーム「ともしび」が開所した。この施設は、村単独の施設ではないため、診療所や「やすらぎ」とは直接的な連携関係にはない。「ともしび」は、「やすらぎ」や診療所と廊下で結ばれており、すぐ近くに診療所があることは、急病にも対応できるという点で「ともしび」にとって大きなメリットになっている。

4 地域医療・福祉システムの形成過程

(1) 武石村診療所の建設と矢嶋医師の着任

武石村の地域医療・福祉のシステムは、村の診療所と多目的福祉センターをその中核として形成されている。そうした現在のシステムの基礎を築いたのが、武石村診療所の初代

所長をつとめた矢嶋嶺¹⁾である。矢嶋は、1933年に同じ郡内の東部町に生まれ、信州大学の医学部に進んだ。かれは、若い頃から地域医療の道に進むことをこころざしていた。そのころのかれにとって、佐久病院の若月俊一は偉大な目標であった。自分も農村医療に尽くしたいと考えていた。矢嶋は、肺外科を専攻し、技術だけは身につけておきたいと考え、一度は東京に出るが、1970年に長野県に戻り、依田窪病院の前身にあたる長門町病院に院長として勤務するようになる。かれは、そうした病院勤務のなかで、高齢者のかかえる慢性病は老化にともなう生物学的変化が主であり、病院医療では対処しきれないとの考えをいだくようになる。矢嶋は、高齢社会においては地域医療が必要であり、地域の病院はそうした方向をめざすべきだと考え、みずから積極的に往診に出るようになる。しかし、そうしたかれの考え方は、同僚の医師からは受け入れられなかった。1981年に長門町病院は依田窪病院へと衣替えする。そのころ矢嶋は、同僚の医師と折り合いがつかなくなり、この病院を辞めたいと考えるようになる。矢嶋は、そのことを武石村長の永井泰美に相談する。永井は、考えたうえで、矢嶋に次のように答える。いま村には開業医が一人いるが、体を悪くしていて、いずれ診療所が必要になる。村に来てくれないか。

武石村に診療所をつくるという話は、こうして唐突にできあがった。矢嶋の側には、どこであれ自分を必要としてくれる場所で地域医療を実践したいという希望があった。村の側には、依田窪病院の運営に参加したものの、地域の医療保健を充実させるためには自前の診療機関をいずれは設けなければならないという事情があった。こうした両者の思惑が合致して、武石村に診療所が急遽つくられることになる。矢嶋は、竣功間もない依田窪病院を飛びだし、一から診療所を立ちあげるといふ仕事にとりかかっている。1983年4月、役場北側の村営住宅に診療所が開所する。開所当初は、依田窪病院の付属診療所であり、看護婦、事務職員および薬剤師は依田窪病院からの出張という形をとった。また、従来からあった村の保健センターの職員もそれに加わるという体制をとった。矢嶋は、診療所の開所当時から往診に積極的にでた。午前中は診療所での診療をこなし、午後には往診にでるといふやり方をとった。矢嶋は、地域医療の主体的に取り組むという姿勢を身をもってしめた。そうした矢嶋のやり方は村人からも支持され、新たに診療所を建設してもらい、仮住まいの村営住宅から移ることになる。

こうした経過をふりかえってみると、武石村の診療所は、計画的に設置されたものでは決してなかったことが明らかになる。また、矢嶋医師の招聘もまたきわめて偶発的なできごとであった。しかし、診療所が設置され矢嶋医師が着任したことは、武石村の地域医療・福祉のあり方に大きなインパクトをあたえることになっていく。

(1)本文中では、矢島ではなく、矢嶋と表記する。これは、現在本人がその表記を使用していることによる。またさきの註であげた著書においては矢島と表記されているので、著書・論文をあげるばあいにはそれにしたがう。

(2) 矢嶋医師の思想と行動

武石村のシステムづくりにおいて、矢嶋医師のはたした役割は、きわめて大きい。矢嶋は、ただたんに日常的に診療活動をこなせばよいと考えるタイプの医者ではなかった。かれは、地域医療を実践したいという理想をいだきつづけていた。武石村への着任はその理想を実現させる恰好のチャンスであった。

地域医療や地域福祉にかんする矢嶋の考え方をわれわれなりにまとめるなら、次の四点に集約することができるだろう。まず第一に、自治体の診療機関であるのだから、住民の健康に責任をもつという姿勢で地域医療に取り組まなければならない。第二に、とくに高齢者の医療にかんしては、最期まで家で暮らせる仕組みづくりが不可欠である。第三に、そうした仕組みづくりをするにあたっては、医療は前面にでるべきではなく、むしろ福祉的なサービスこそが重視されなければならない。治療（キュア）ではなく、介護（ケア）が重要だとみなされなければならない。第四に、成人病は一種の老化現象であるのだから、それにたいしては徹底的な対処療法でかまわない。集団検診に力を注ぐよりも、福祉的なケアの充実がはからなければならない。

矢嶋が、武石村においてもっとも重視したのは、高齢者が亡くなるまで自宅で過ごせるようにするという仕組みづくりであった。このことにかんして矢嶋は、地元放送局の長野放送が1991年に制作した番組のなかで、次のような趣旨の発言をおこなっている。なぜ在宅介護を始めたかという、病院の院長時代の経験からである。病院で亡くなっていく人の姿を見て寂しいものだと感じた。だんだん寂しくなってあの世に近づいていくと面会謝絶になるし、家族が入ろうとすると機械類がじゃまをするということもあって、一人で寂しくいつの間にかあの世にいくということが多々あった。そうすると、その人の持ち味とか歴史とか、その人の独特の人格を最期までみてくれる人がいないし、その人のもつ文化が忽然と消えるという印象を病院でもった。ところが家で死ねるなら、家族や親しい人たちが取り囲んで名残惜しみながら、しかもいちばん寂しいときに誰かそばにいてくれて、死ぬとか頑張れとかいってくれる。そういう状況が病院にはない。そういうことであれば、もし本人が希望するのであれば、家で死ねるようにするのがいいのではないかと思うし、それを支援するためには専門家がどうしても必要になる。訪問看護婦とか、医者とか、あるいはホームヘルパーとかが、要請のあるときや、あるいは要請がなくともいつでも出かけていって見てやるなかでしか、そういう死に方はできない。それで在宅の介護をやろうと考えた¹⁾。

矢嶋は、地域医療を実践するために武石村に着任した。そうしたかれにとって地域医療

(1) 長野放送「やまびこ広場」(1991年9月8日放送)のなかでの発言による。

のもっとも重要な課題は、健康管理活動というよりもむしろ、高齢者介護であった⁽¹⁾。そのことには、すでに高齢化率が高い水準に達していたという時代状況ばかりでなく、病院勤務のなかでえた経験がかかわっていた。

こんにちの矢嶋は、集団検診への疑問をさかんに口にす。矢嶋にいわせれば、集団検診の有効性には、科学的な根拠が乏しく、「健康幻想」ばかりを世間にまきちらしている。成人病は、長寿にともなう老化現象に基礎をおくものであり、そうした病気は、予防することは不可能であり、治ることはなく、しかしすぐに死ぬことはないという特色を有している。だが、集団検診は、医学的管理さえ受けておけば、いつまでも健康でいられるという幻想を植えつけている。成人病は一種の老化現象なのだから、年をとればどこか悪いところがあるのはむしろ当たり前だと考えるべきなのであり、そのような健康観を基礎にして、生活の質をいかに高めていくかという点に努力を傾けることの方が重視されるべきである。矢嶋は、集団検診の背後にある健康観そのものを問題にしている。さらに矢嶋によれば、集団検診の弊害としてもっと重大なのは、そうした検診活動に貴重な時間と労力をとられて、本当になすべき仕事がおろそかにされているということなのだ⁽²⁾という。そうした仕事のなかでもっとも重要なのが高齢者介護だと矢嶋は考えている⁽³⁾。

矢嶋は、こうした医療観を武石村にきた当初から、確固たるものとしていただいていたわけではない。地域医療に取り組むというのは既定の方針であったから、矢嶋は、診療所の医師に着任するとただちに往診活動を積極的にすすめた。しかしこんにちの矢嶋がさかんに発言するような地域医療や福祉の思想が、その当初からできあがっていたわけではなかった。かれの独自の考え方は、武石村での日常の診療活動において試行錯誤することをつうじて形成されていったとみるべきであろう。

そのことは、たとえば予防医学にかんする考え方にあらわれている。武石村においては、診療所が設置される以前は、保健センターが保健予防活動の中心となっていた。保健センターは、1962年に開設された母子健康センターを建て替えして設置されたもので、1980年4月からその業務を開始していた。母子健康センター時代の助産業務にくわえ、村人全体の保健活動がこのセンターの課題とされた。検診活動は、その中心的な業務となっていた。矢嶋が着任してからも、村の広報には、検診の受診を呼びかける記事が掲載されつづ

(1) それまで地域医療で注目を集めてきた取り組みは、衛生状態の改善や予防医学に力点がおかれたものであった。その主な例としては、岩手県和賀郡沢内村での病院と保健行政の一体となった活動や、あるいは佐久病院の主導による長野県南佐久郡八千穂村における健康管理活動をあげることができる。こうした地域医療の先駆的な地域では、むしろ1980年代後半から、高齢化に対応しうるシステムへと地域医療のあり方を切り替えることが必要とされた。それにたいして武石村では、はじめから高齢者医療や福祉に焦点をあてたシステムづくりに取り組むこととなった。

(2) 矢嶋医師の医療についての考え方については、『家で生きる』87-114頁を参照。

けていた⁽¹⁾。もちろん検診活動をつうじて予防医学をすすめるというのは、どこの地域でもおこなわれてきたことであり、武石村に着任したばかりのこの時点においては、まだこのことを明示的に問題視するという事は避けられていた。この時点での矢嶋の目標は、高齢者の在宅介護を可能にする仕組みを武石村のなかで整えることであった。矢嶋は、そのための方策を打ちだすとともに、高齢者介護の問題が武石村にとってきわめて重要であることを、折にふれて広報のなかでくりかえし訴えている⁽²⁾。集団検診そのものが問題であることを広報のなかではじめて明記したのは、1990年のことであった。そのなかで矢嶋は、集団検診よりも内視鏡などより精度の高い検査方法にもとづく個人検診の方が望ましいことを主張している⁽³⁾。さらにこんにちでは、健康を管理するという見方そのものを問題視し、予防医学の背後にある健康観そのものをみなおすことが必要であるという考え方に立つようになってきている⁽⁴⁾。こうした過程をふりかえってみると、矢嶋の医療観は、武石村での実践のなかで練りあげられていったとみることができよう。

(3) 高齢者多目的福祉施設の設置と在宅サービスの充実

矢嶋は、高齢者が在宅で過ごせるための仕組みを武石村のなかに作りあげようとした。そのための第一歩が往診であったが、それにくわえて、訪問看護を開始し、さらには在宅支援のためのデイサービスやショートステイを実現させようとした。

他方、村のなかには高齢者介護を自分たちの問題として考えるひとびともあらわれてきた。そうしたひとびとによってヴォランティア・グループのいずみ会が1984年に結成されることになる⁽⁵⁾。島田登美は、この会の結成以来現在にいたるまで会長をつとめている。島田は、いずみ会を結成する以前は、およそ二年間、丸子町霊泉寺にある特別養護老人ホーム徳寿荘でおむつたたみのヴォランティアを個人的におこなっていた。島田は、その経

(1)たとえば「広報武石」第230号(1986年8月)には、胃ガンの集団検診を受診するよう呼びかける記事が掲載されている。

(2)たとえば、「広報武石」第235号(1987年1月)、第247号(1988年1月)、第248号(1988年2月)、第249号(1988年3月)においては、矢嶋の署名入りで、高齢者医療や福祉の充実の重要性が喚起されていたり、あるいは医療や福祉の充実にむけて努力する旨の表明がなされたりしている。

(3)「広報武石」第276号(1990年6月)、第277号(1990年7月)、第278号(1990年8月)。

(4)矢嶋「武石村に於ける高齢者の実状と現状」192-194頁。

(5)1997年12月の聴取調査によると、いずみ会の概要は以下のとおりである。会員は、102名である。最高時には115人にまでなったが、減少した。会の主な活動は、デイサービス(月曜日から金曜日まで)と徳寿荘でのおむつたたみ(土曜日)である。この会の特色は、徹底したヴォランティア精神である。自発的に会の趣旨に賛同する人だけに入会してもらうという方針が貫かれている。会の運営のために会費として年2000円を会員から徴収している。交通費等は自己負担であり、デイサービス時の弁当代(500円)も自己負担となっている。

験をふまえて、いづみ会を三人で発足させる。当初の仕事は、徳寿荘での週一回のおもつたたみであった。そのころ、徳寿荘には70人の高齢者が入所していたが、そのうち50人ほどが寝たきりの状態であった。島田は、それをみていて、武石にも寝たきりの人がいるはずだということに気がついた。そこで、そういう人たちを集めて、みてあげられないかと考えるようになった。こうした考え方は、矢嶋にとっても歓迎するものであった。

行政側と住民の自主的な組織との考え方が一致する形で、デイサービス事業が、1986年11月に老人センターを利用して開始されることになった。いづみ会としては、自分たちでやることは何かという発想から始めたことであり、行政の手伝いという考え方はまったくもっていない。他方、この事業は、村当局からすると、あくまでも行政の事業として位置づけられている。そうした位置づけのちがいはともあれ、デイサービス事業が、開始されることになる。すでにそのころには、訪問看護も開始されており、さらに1987年には、デイサービスとほぼ同様の事業が、診療所を主体としてデイホームという名称で開始される。

そうしたなかでデイサービスを専門的におこなうための施設が建設されることになる。それが、高齢者多目的福祉センター「やすらぎ」である。これには、いづみ会の側からの強い要請があった。また矢嶋医師からも、ショートステイと重度や痴呆の高齢者にも対応できるデイサービスの施設が必要だと村長にはたらきかけた。村長もまた、その実現に向けて補助金を獲得するよう努力した。その結果、1992年に「やすらぎ」は完成した。このことによりハード面では、武石村の在宅医療・福祉のための拠点が整備されたことになる。これは武石村の医療・福祉にとって大きなできごとであった。とはいえ、この施設を日常的に使用する側からすると、「やすらぎ」の完成は必ずしもよいことばかりではなかった。いづみ会の島田は、こんなに使いにくいものができてしまったとこの施設の建設のことをいまでも落胆して語っている。島田からすると、この施設は段差が多く、利用する高齢者のことをまったく考えずに作られている。いままで使っていた老人センターの方が、よっぽど使い勝手がよいのだという。そうした問題点はあるものの、こうした拠点施設の整備が終わり、武石村の在宅医療・福祉のシステムはおおよそ完成をむかえることになる。

(4) 後継医師の確保と特別養護老人ホームの建設

問題はないわけではないが、ともあれデイサービス事業も軌道にのってきた。地域医療にかんする自分の考え方も、ある程度は職員に受け入れられてきた。高齢者本人と家族が希望すれば最期まで家で暮らせるという仕組みづくりもまた、一定の成果をあげてきた。矢嶋にとって気にかかるのは、自分が退職したのちにもいまのようなシステムを受け継いでくれる医師をみつけだすことである。矢嶋は、依田窪病院にいた寺島英一に白羽の矢を立てた。矢嶋が寺島にたいして期待したのは、診療所での診察や訪問医療といった日常的な仕事を引き継いでほしいということであった。矢嶋は、意見をずげずけ口にするタイプ

の医者であり、村長と渡り合うことをそれほど苦にすることはなかった。それにたいして寺島は、まじめな実務家という印象をあたえるタイプである。矢嶋からすると、自分がやってきたように在宅医療の必要性を村長や議員に説いてまわるといのはあまり得意ではないかもしれないが、ともあれ医療行為を引き受けてくれればそれでよいと考えられた。寺島が着任して、診療所の医師はとりあえず二名体制になった¹⁾。

もう一つの課題は、施設福祉の充実である。これまで武石村では、高齢者本人が希望すれば亡くなるまで家で過ごせる仕組みづくりに腐心してきた。だが、このことは、最終的には家族介護を前提にしている。しかし、これからの高齢者介護の問題を考えるなら、家族の介護力をもはや無条件に前提とすることはできない。そうだとするなら、居住型の施設も必要になってくる。しかし、そうした入所施設を構想するばあいでも、これまで在宅医療・在宅福祉を推進してきたさいの理念を見失うわけにはいかない。そうだとするなら、生まれ育った土地で、それまでと同じように、日常的な生活をつづけるというのが、施設のあり方を構想するさいにも基本的な考え方になる。しかし、施設の建設は、さまざまな制約のなかでおこなわざるをえない。もっとも問題になったのは、運営主体をどうするかということであった。武石村としては、30床規模のものを村単独で建設する意向であった。そのばあいには、既存の施設との連携が考えやすいというメリットも生じてくる。特別養護老人ホームは、居住型の施設であるから、在宅介護を支援する目的の既存施設とは性格を異にするが、それらの施設群を一体のものとして運営することによって、たとえばデイサービス事業を特別養護老人ホームに委託するといったような柔軟な活用方法も生じてくることになる。村としては、あくまでも小規模な施設を独自に建設したいという考え方を基本としていた。だが、長野県が調整に入り、そうした調整の結果として、周辺町村の意向や、上田市と小県郡を含むこの地域で見込まれている必要なベッド数などを勘案して、特別養護老人ホームは、長門町、和田村および武石村の三町村を運営母体とすること、ベッド数は50とすること、場所は武石村に建設することなどが取り決められた。この段階では、依田窪病院の事務組合が運営主体となることが想定されていたが、その後、独自の社会福祉法人を設置し、それを運営主体とするよう方針変更がなされた。

この施設の施設長としてむかえられたのは、武石村に住んでいる村岡裕であった。これは、外部からみると異例の人事であるように受け止められよう。異例だという理由は、まず第一に、かれには実績がほとんどないということであり、第二には、この種の施設長としては非常に若いということである。かれは、大学卒業後、児童福祉施設の指導員として勤務した経験はあるが、高齢者福祉についてはまったくはじめてであった。しかもかれは1997年の開所時点で38歳という年齢であった。だが、将来的にまかせられる人という基

(1) 1996年に矢嶋は、長野大学産業社会学部教授に就任した。それにもない診療所の所長職はしりぞいたが、診療所の勤務は臨時的雇用の形で継続している。それにかわり寺島が、診療所長となった。

準で、村岡に白羽の矢が立てられた。かれは、この申し出に一度は躊躇した。しかし、高齢者福祉もまた一つの切り口だと考えなおして、引き受けることにした。村岡が理想とするのは、福祉においても「普通の生活」を実現することである。そのことが実現したときには、もはや高齢者だけとか児童だけといった施設は意味をもたなくなっているにちがいない。高齢者だけを集めたり、児童だけを集めたり、障害者だけを集めたりして、しかも社会から隔離した状態におくというのは、普通の生活では決してない。将来的には、出入り自由な空間のなかで、いろんな人たちがいっしょに生活するというのが福祉施設のあり方になっていくだろう。そのための第一歩として特別養護老人ホームの運営にくわわるのもよいのではないか。このように村岡は考えなおした。村岡は、この特別養護老人ホームの建設に実施設計の段階からくわわった。かれは、担当の事務職員とともに各地の施設を見学してまわり、「ともしび」の構想に知恵をしぼることになる。

「ともしび」は1997年の4月に開所する。ここでは、「普通の生活」という考え方を運営の基本的な理念としている。村岡にいわせれば、施設はしよせん施設ではあるけれども、自分たちなりに普通の生活をつくるということに目標をおいているのだという。そこで具体的な目標としてかかげられているのは、寝たまま食事をしない、寝たまま排泄をしない、寝たまま入浴をしないといったことである。つまり、居室ではなく食堂や談話スペースなどで食事をする、できるだけおむつはずしをする、できるだけ普通の風呂に入ってもらおうといったことが、ここでの日常生活のなかでの基本とされている。これらのことからは、ある意味ではみだされて当然のことではあるけれども、あえてそれを目標にかかげざるをえないのがいまの日本での施設ケアの現状だということができるだろう。また「ともしび」では、グループホーム的な意味あいをもたせるために、50人の入所スペースを三つのエリアに分け、そのそれぞれに談話のための空間や流しを設置するという工夫をおこなっている。施設を小集团的な介護の場にしたというのが村岡の基本的な考え方となっている。だが、村岡からすると、現状ではそうした考え方が実現できているとはいえない。というのも、一つ一つのユニットが大きすぎるからである。村岡の考えによると、それぞれの単位は、本来的には六人から七人程度のグループとして編成するのが望ましいのだという。日常的に親しくなれるのはその程度の人数にかぎられてしまうからである。現状では、あくまでもグループホーム的な意味あいをもたせるという段階にとどまっているとみなければならない。しかし、将来的にはこの施設を発展的に解消させてグループホームへと移行させることも考えておきたいのだという。さらにこの施設では、地域との交流をめざしていくつかのこころみをおこなっている。その一つが喫茶スペースの設置である。この喫茶スペースは、特別養護老人ホームの補助基準外の施設として作られたもので、地域のひとびとに利用してもらうために設けられている。また敷地内には遊具が設置してある。これは、村岡によると、子供たちを呼びこもうとするためのものであり、そのためにも保育園よりも立派な遊具を選んだのだという。これらは、さまざまなひとびとが施設のなか

に出入りすることにより、「ともしび」を高齢者だけの収容施設ではなく、ごく普通の生活場面とするためのこころみである。

「ともしび」でおこなわれているこころみは、一つ一つを取りあげてみると、ささやかなことばかりである。しかし、施設長の人選も含めて、そうしたささやかな創意工夫を推奨するような仕組みを作りあげていったということには、一定の評価をあたえておくことができるだろう。

5 むすびにかえて

これまでわれわれは、武石村における地域医療・福祉システムの形成過程をたどってきた。最後に、あらためて武石村における地域医療・福祉システムの特質を確認し、そうしたシステムを分析することの今日的な意味を明らかにしておきたい。

武石村における地域医療・福祉システムの基本的な特質は次のような点に認められる。まず第一に、高齢者の在宅ケアを最重要課題としたシステムづくりがはかられているということである。高齢者本人とその家族が希望すれば、最期まで家で生活できることを目標とし、そのためのさまざまな支援メニューが組まれている。第二に、治療というよりも介護が重視されており、医療はいわば介護のための後方支援と位置づけられているということである。高齢者が自宅で生活を続けることのできる仕組みがめざされており、そうした支援体制のなかに、訪問医療や訪問看護も位置づけられている。そのさい、いつでも往診を受けつけるという緊急往診の体制は、自宅で最期を看取るための重要な支えとなっている。第三に、医師主導型で形成されたシステムであるという点は指摘しておくことができる。矢嶋医師は、病院収容型の医療に疑問をもち、在宅ケアを推進したいという考えをいっていた。かれが、制度的には訪問診療を先取りするかたちで往診活動をおこない、その活動をつうじて在宅ケアを支援するさまざまな仕組みづくりを村長や村のひとびとに訴えかけていった。地域医療・福祉システム形成のそうした経緯が、そのシステムのあり方に大きな影響をあたえている。武石村では、社会福祉協議会主導のホームヘルプサービスを中心としたシステムではなく、村の診療所と高齢者多目的福祉センターを中心としたシステムづくりがなされている。第四に、在宅ケアの支援のためのさまざまな組織が一体のものとなって運営されており、そのことによって高齢者本人やその介護者家族にとって必要なサービスをできるかぎり保証するというシステムづくりがなされているということである。この点こそが、武石村の地域医療・福祉システムが注目されるに値するもっとも重要な理由だということができる。高齢者の介護をめぐる、医療や保健と福祉の連携をいかにしてはかっていくのかということがたえず問題にされてきたし、利用者の視点に立ったシステムづくりの必要性もまたつねに提起されてきた。しかし、日本のそれぞれの地域社会において、そうしたシステムづくりが実現できているとは必ずしもいえない。こうし

た状況を改善することをめざして、高齢者サービス調整チームの設置が義務づけられ、在宅介護支援センターが開設されるなど制度的な整備がすすめられてきてはいる。しかし、本当に問題なのは、それぞれの現場において医療や福祉のさまざまなサービスを組み合わせてよりよい在宅ケアの支援体制を作りあげていくということであろう。その点において、武石村は一定の成果をあげているとみてさしつかえない。もちろんこのことには、いくつかの有利な事情がかかわっている。その一つが村内に内科や外科をもった医療機関が事実上村の診療所しかなかったということである。そのため、開業医や医師会あるいは地域の医療法人などとあらためて調整をはかる必要が少なく、村として地域医療・地域福祉の独自の考え方を推進するにあたっては比較的障害が少なかったということは指摘できる。しかし、それはあくまでも一つの要因にすぎない。自治体が医療機関を経営しており、それがその行政区域のなかで唯一の医療機関であるということがただちに、医療や保健と福祉の連携をもたらすとは断定できないからである。

武石村における地域医療・福祉システムの形成過程をふりかえってみると、偶然的な要因が一つのきっかけになっていることに気づかざるをえない。すでにみたように、地域医療を推進したいという問題意識をもった医師が着任したことが武石村における地域医療・福祉システムの形成に大きな影響をあたえている。しかし、地域医療という問題意識をもった医者を招聘するといった考えがもともと村にあったわけではなかった。診療所を設置するということすら、診療所が村営住宅に間借りする状態でスタートしたことに典型的にあらわれているように、決して計画的なものではなかった。診療所が建設されることになった時点では、武石村においては保健センターが設置され保健予防活動がおこなわれていたが、これはどの市町村でもすすめられていたことであり、この村だけに特徴的なことではなかった。それだけに、武石村において地域医療・福祉のシステムを作りあげていくにあたっては、いわば一からの出発を余儀なくされた。しかしこのことは、必ずしもマイナス要因にはならなかった。むしろ武石村のばあいには、はじめから高齢化問題を焦点にすえたシステムづくりをめざすことができたという肯定的な側面こそが注目されるべきだろう。それにくわえて強調しておかなければならないのは、往診に力点をおいた日常的な診療行為をつづけていくことや、在宅介護を支援する仕組みを一つ一つ作りあげていくという経過そのものが、高齢者福祉を地域社会のなかでごく自然なこととして受け入れる文化的土壌の形成に寄与するとともに、地域医療・福祉の考え方を理解する現場職員を育成することにつながっていったということである。このことを見落としては、武石村における地域医療・福祉システムが現状においてなぜ一定の成果をおさめるにいたっているのかが理解されえない。

施設などのハード面についていえば、武石村はもはやその先進地とはいえない。またソフト面についてみても、その提供されているサービスのメニューは、その一つ一つをみればどこの市町村でもおこなわれているものにすぎない。たとえば 24 時間のホームヘルプ

サービスも実施されてはならず、そうした面において、武石村は遅れているとみることもできる。にもかかわらず、武石村のシステムが現代日本のなかで相対的に優れているとみなしうるのは、医療と福祉という制度的なちがいをこえて、高齢者本人や介護する家族にとって必要なサービスを提供するという仕組みが整えられているからである。すでに指摘したように、そうした仕組みは、制度的な整備によってだけでは作りあげることができない。医療機関と福祉施設を一続きの建築物のなかにおくことは多くの市町村でおこなわれているし、高齢者サービス調整チームをおくことも制度的には義務づけられている。しかし、そのことが、サービスを受けるひとびとにとって望ましいシステムづくりを保証しているわけではない。医療か福祉かといった制度的な区分をこえて、サービスを受けるひとびとにとって何が必要なのかという視点でシステムを組み立てることが必要であるし、また現場の職員もまたそうした基本的な視点を理解して日々の活動をおこなっていくことが求められる。また福祉サービスを受けることが、決して特殊なことではなくむしろごく当たり前の権利にほかならないという考え方が地域社会のなかになじり定着することも必要であろう。

このこととの関連で確認しておかなければならないのは、武石村においては地域医療・福祉のシステムづくりがその地域社会のなかでの優先的な課題の一つとして位置づけられてきたということである。そこで問題となるのは、そのことがいかにして可能であったのかという点であろう。そこで想起しておかなければならないのが、武石村の産業構造である。商工業等の産業基盤が脆弱で、観光立村に活路をみいだそうとしているけれども、観光開発のための決め手を欠いているというのが武石村の現状である。武石村は、産業振興策に苦悩する中山間地のありふれた村にすぎない。そうだとするなら、そうした条件のなかでも、地域医療・福祉のシステムづくりが一定の成果をおさめえた点にあらためて注目しておく必要があるだろう。そのことには、村の政治構造も大きくかかわっている。村長の永井泰美は、1955年に村長に初当選して以来、現在まで11期連続で村長の職にある。政治的には比較的無風であり、診療所長の矢嶋にとってみれば、村長さえ説得すれば、医療や福祉の充実をはかることができた。矢嶋もまた、診療活動をつうじて村人の信頼を獲得し、そうした信頼をもとに地道に地域医療・福祉の体制づくりにつとめていった¹⁾。いうまでもなく、武石村の現状を分析するにあたってこうした点を看過するわけにはいかない。しかし、武石村のシステムづくりが、首長の理解や医師の努力によってのみ成り立っているのだとするなら、このシステムは不安定なものにとどまらざるをえない。かりにそうしたものだとするなら、村長が交代したり、あるいは医師が退職したりするだけで、そ

(1) 前診療所長の矢嶋嶺は、われわれのインタビューにたいして、自分のやり方はアングラ的であると語っている。つまり村長に直接話をつけて、さまざまな施策を実現させてきたのであって、民主的に議論をつみあげて医療・福祉のシステムづくりを実現させてきたわけではないのだという。

の存立が揺らぐことになりかねないからである¹⁾。だが、われわれのみるところでは、武石村の地域医療・福祉のシステムは、問題をはらみつつも、比較的安定したものとして確立されつつあるとみることができる。ここであらためて強調しておきたいのは、地域医療・福祉のシステムづくりをすすめるということそれじたいが、地域医療や福祉を重視する文化形成につながっていったし、また福祉や医療の担い手の育成にもつながっていったという点である。このことにかんして、いわば地域の内発的な力の形成がなされつつあるとみなすこともできよう。もちろんこの点については、本稿の分析だけでは十分に検証しえたとはいえない。こうした点については、さらに調査を継続して分析を深めることにしたい。

(1) 地域医療を推進していた自治体診療所ないし自治体病院の医師と行政当局とのあいだで意思疎通がうまくいかなくなり、医師が退職せざるをえなくなった例は、少なくない。たとえば長野県下伊那郡泰阜村は、1990年代初頭においては診療所を拠点として在宅医療や在宅福祉を推進した村として注目されていた。しかし、1996年には、そうした在宅医療・在宅福祉を推進した医師は、この村を去らざるをえなくなる。この点にかんする医師の側からの報告としては、次のものを参照。網野皓之『みんな、家で死にたいんだにー福祉村・泰阜の12年ー』日本評論社、1996年。また同様の事例報告としては、滝沢清『平成へき地医療騒動記』あけび書房、1996年、を参照。

あとがき

本研究は、高齢者を地域社会のなかでケアしうる形での地域医療・福祉のシステム化が現代日本の農村地域社会においてどのようにすすめられているのかについて分析をくわえてきた。そのさい、この問題は、まさしく農村地域社会のあり方そのものとかかわっており、この問題の解明には農村地域社会をトータルにとらえる視点が不可欠であることをあらためて確認した。医療や福祉や保健を別々のものとして取り扱うことが疑問であるばかりではない。なぜこれらの活動が連携をとっておこなわれえないのかとか、いかなる条件のもとでそうした活動が一体のものとなってなされうるのかを分析するためには、医療・保健・福祉ばかりでなくそれをとりまくさまざまな社会的要因にまで目を向けることが必要となる。

こうした視点はいわば現場から教えられたものである。ここではお一人お一人のお名前をあげることはできないが、全国各地で数多くの方からお話をおうかがいした。そうした方々のお話から教えられたさまざまな知見が、本研究の素材となっている。ただし、そうした素材を必ずしも十分には生かしえていない。その点については、今後の研究課題としていきたい。またここでは事例研究として、長野県小県郡武石村について分析をおこなったが、比較の意味からも他地区についても分析をおこなう必要があるだろう。とりわけ岩手県和賀郡沢内村における地域医療・福祉システムの展開過程については調査研究を継続的におこなってきており、近いうちに分析をこころみたいと思う。

地域のなかで高齢者をケアしうるシステムづくりをどのようにすすめるかというこの問題は、こんにちの状況のなかではきわめて重要な二つの論点と連関している。一つは、いうまでもなく介護保険の導入であり、もう一つは、地方分権をめぐる問題である。この問題を現場にそくして考察し、ねじれた論点を整理していくためにも、調査研究をさらに深めたいと考えている。