

# 過疎地域における地域包括ケアシステム構築の可能性<sup>1)</sup>

小松 理佐子

## 要旨

高齢者の増加に伴う社会保障費の増加を背景にして、地域包括ケアシステムの構築は、重要な政策課題となっている。活用できる資源に乏しい過疎地域では、従来からのサービスの不足<sup>2)</sup>に加えて、人口減少による地域力の弱化という課題を抱え、システムの形成を困難にしている。以上の関心から、過疎地域における地域包括ケアシステムの形成方法を考察した。

Iでは、先行研究をもとに地域包括ケアシステムの構築における過疎地域の固有の課題を検討した。IIでは、相互支援に限界が生じている二地区の事例をもとに、システム形成に必要な要件を検討し、中間支援機能が必要であることを明らかにした。IIIでは中間支援機能の内容を考察するために、独自のサービスを創出した地域の事例を分析した。それを踏まえてIVでは、過疎地域で地域包括ケアシステムを形成するためには、地域の状況の変化を的確に見極め、外からの支援者による支援が円滑に行うことができるようにするためのスーパービジョンの機能を担う機関が必要であることを指摘した。

キーワード：過疎地域，限界集落，地域包括ケアシステム，中間支援機能

## はじめに

2014年6月、地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律の改正が行われ、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に名称が改められて公布された。この改正は、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進することを意図したものであり<sup>3)</sup>、改正によって第1条（目的）に、「地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置」を講じることを目的とすることが明記された。ここでいう地域包括ケアシステムについて、第2条では「地域の实情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが

できるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう.）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と説明されている。

これを受けて介護保険法の改正が行われた。介護保険法では、おおむね30分以内でかけつけられる区域を日常生活圏域とし、その中で必要なサービス（具体的には、住居、医療、介護、生活支援サービス）を切れ目なく提供する地域包括ケアシステムが構想されている<sup>4)</sup>。このような地域包括ケアシステムの構築について西村は、「文字通り『地域の実情に応じて』構築するものである」と述べた上で、「最低限の地理区分としての地域別分類として、大都市の内部地域、郊外都市、地方中核都市、地方の農村・農漁村、過疎地域、限界集落など」をあげている（西村2013：31）。しかし、現実の地域においてシステムを形成するには、こうした地域別の違いがシステムの形成にどのような影響を及ぼすのかを明確にする必要がある。さらには、地域包括ケアシステムの構築というテーマにおいてこうした地域別類型が妥当であるかの考察も求められよう。

以上の関心から、本稿は、西村のいうところの「過疎地域、限界集落」にあたるタイプの地域に焦点をあて、地域特性に応じた包括ケアシステム構築のための固有の課題を明らかにし、その構築方法を考察することとする。

## I. 過疎地域における地域包括ケアシステム構築の視点

### 1. 過疎地域固有の課題

#### (1) 地域戦略と制度の融合

前述した本研究課題に取り組むにはまず、過疎地域は、地域包括ケアシステムの構築にあたって、他の地域類型とどのような点において条件が異なるかを整理しておく必要がある。

過疎地域が直面している課題について谷本は、人口減少、高齢化、過疎化の3つをあげている。人口減少とは「人の数という『量』が減ること」であり、高齢化は「高齢者という特定の人々の構成比という人口の『質』的な側面が変化すること」であり、過疎化は「空間的な広さに対する人の数という相対的な『量』が減ること」を意味しているという（谷本2012：12-13）。すなわち、人口減少、高齢化、過疎化は異なった現象であり、それぞれがもたらす社会的な課題は異なるものであるから、解決の仕方はおのずと異なってくるという。

これを踏まえて谷本は、課題ごとに以下のような戦略を提案している。人口減少という課題に対しては、「兼業」（個人や組織が二役、三役をこなす）、「連携」（外部の人々や組織と連携する）、「分散自立」（人口の少なさを活かして、自らのニーズに即した自立的な地域社会づくりをする）を提案している。高齢化という課題に対しては、「活躍機会の創出」（地域社会を支える人材として活躍してもらう）、「個別対応」（高齢者の態様に寄り添う）、「訪問型／近所型」（慣れ親しんだ自宅や近所で生活できるための支援）を提案している。過疎化という課題に対しては、「集約化」

(人や物などの実体を集約する、自治機能などの機能を集約する)、「広域化」(範囲を広げる)、「スポット対応」(面ではなく必要がある場所にそのつど応じる)を提案している(谷本 2012)。

谷本らによる研究は実証的で、示された戦略は説得力を持っており、地域包括ケアシステムの構築という課題への方策として応用可能性をもっている。ただし、地域包括ケアシステムを考える場合には、制度に基づいて供給される福祉・介護・医療サービスの提供方法を取り扱う必要があり、谷本の提案する「個別対応」「訪問型／近所型」「スポット対応」といった過疎地域の条件の中で有効であるという戦略を、現行制度の下でどのように可能にするかという、制度との融合方法を検討する必要がある。さらにいえば、こうした戦略を包含したシステムを、だれがどのように作るのかということが課題として残される。

### (2) 人口減少という時間軸

他方で、高野は、「過疎とは単に人口が少ない地域ということではなく、短期間に急激な人口減少に見舞われ、様々な生活課題が生起している状態である」と説明している(高野 2013: 140)。また、別のところでは「(過疎には)短期間の人口減少に、社会の仕組みが対応できない状態にあるという含意」があるとし、「ある程度の人口減少を前提として、そこで暮らす人々にどのような支援が必要なのかを考えることである」とも述べている(高野 2015: 26)。過疎地域に限らず、一般に何らかのシステムを構築するには一定の時間を要する。その間、地域の条件に変化がなければ、谷本が描くようなシステムを構築することは可能であろう。しかし、高野の論にしたがえば、時間の経過とともに条件が変化するのが過疎地域である。過疎地域の地域包括ケアシステムの構築を考える上では、人口減少という変化の時間軸を考慮に入れることが必要不可欠といえる。

このことからすれば、システム構築に向けた中・長期的な計画は、とりわけ過疎地域には適格的ではないといえる。過疎地域の地域包括ケアを実現するには、システムの持続可能性を追求するよりも、その時々の変化に応じた柔軟な対応が創発される方法を追求することが有効であると考えられる。

### (3) 関係性

さらにいえば、高野の指摘する「ある程度の人口減少」は、谷本のいう人口減少、すなわち「人の数という『量』が減ること」と、同義ではない。前掲の論文の中で高野は、大野による「65歳以上の高齢者が集落人口の50%を超え、独居老人世帯が増加し集落の共同生活機能が低下し、社会的共同生活の維持が困難な状態にある集落」という限界集落の定義が、マスコミなどによって高齢化率50%以上という点が強調される傾向にあることを批判し、「高齢化率50%を超えたからといって、突然集落が維持できなくなり、崩壊するわけではなく、仮に高齢化率が高くとも(中略)集落の存続の可能性を模索している例も少なくない」と述べている(高野 2013: 144)。同時に同論文では、過疎地域では、青壮年層を中心に将来に対する諦観が広がっている事

実を明らかにし、その背景には、従来の地域組織の活動の中で結びばれていた関係性が弱くなり、それによって地域社会の問題状況の共有化が難しくなっていると指摘している。つまり、人の人数や年齢構成という外形的な要因のみで、その地域の状況が決定づけられるわけではなく、関係性の在り様が地域の状況を作り出すということになる。

## 2. 過疎地域におけるサービス提供方法

前に述べたように、過疎地域における地域包括ケアシステムを検討する場合には、過疎地域の戦略と制度としてのサービスとを融合させる必要がある。ここでは、社会福祉からのアプローチとして、介護保険制度に焦点をあてて論じることとする。

高尾は、介護保険制度の導入以前に、過疎地域のサービス供給の問題点として、①民間事業者は過疎地域では採算がとれるだけの利用者の数が確保できないと見込んでいること、②ヘルパーの移動距離や設備投資の問題があり、民間事業者が参入するためにはコストの問題を解決しなければならないこと、③介護認定調査を行う人材が確保できないおそれがあること、などを指摘していた（高尾 2000）。制度導入後にみられた一定の利用者数を確保しえない地域からのサービス事業者の撤退は、高尾の指摘を裏付けるものであったといえる。

高尾の指摘は、一定の人口規模に満たない地域での運営が困難であるということであったが、その後、数度にわたる介護保険法の改正では、人口の小規模の自治体でも適用が可能な制度への修正が重ねられてきている。例えば、2006年4月に施行された改正介護保険法では、新たに地域密着型サービスという枠組みが設けられ、サービスメニューとして、定員29名以下の特別養護老人ホームや、小規模多機能型居宅介護などが追加された。また、2015年4月の改正法（一部は2017年）では、市町村の実情に応じた地域支援事業や生活支援サービスなど実施が盛り込まれている。さらに、2016年4月までに、利用定員が厚生省令で定める数に満たない通所介護を、地域密着型通所介護として位置づけしなおすことが予定されている<sup>5)</sup>。

こうした制度の修正と並行して、過疎地域における生活支援のシステムの構築方法についての研究も進められてきている。平野らは、高知県が実施している「あったかふれあいセンター」の効果の検証を行い、「集落福祉」の拠点として「あったかふれあいセンター」が機能することにより、「個別支援とともに集落という面的な支援に取り組むことや、その持続的な事業運営が行政責任として成立する」ことを明らかにしている（日本福祉大学地域ケア研究推進センター2013：127）。高知県が取り組んでいる「あったかふれあいセンター」は、小規模多機能支援拠点として位置づけられている。その基本機能には、「集い+付加機能（預かる・働く・送る・交わる・学ぶ・等）」「訪問・相談・つなぎ」「生活支援」があり、機能拡充として「泊り・移動手段の確保・配食」が含まれている。このセンターは、行政、介護保険事業所、保健機関、医療機関、専門職種、民生委員・児童委員、ボランティアなどで構成される地域包括支援ネットワークシステムによって支えられ、その中核に運営委員会が置かれている。

また、田中らは、限界集落における高齢者の支援のための住民主体の見守り活動の仕組みづく

りについて検討している。その中で、地域の拠点となる居場所づくりについて、「生きがい、学習、食育、地域交流、介護予防、孤立化防止、相談、見守り、役割発揮、などの諸機能を地域特性に合わせて発揮しながら、高齢者の生活問題を解決してゆく拠点づくりは可能である」と結論づけている（田中他 2013：V）。

他方、竹川は、過疎地域における持続可能な地域福祉システムづくりについて検討している。竹川は、住民参加による地域福祉計画の策定の実践をもとに、どのような地域でも適用可能な点として、①見守り体制の構築に向けた地区単位の福祉推進組織づくり、②住民福祉活動と専門的福祉サービスの協働による地域包括ケア体制、③住みなれた地域に暮らし続けるための新たな住まいとしての「ケア付き共同住宅」の3点をあげている（竹川 2012）。

これらの研究成果からは、過疎地域、厳密に言えば、人口規模が小さく高齢者割合の大きな地域における生活支援に必要な機能が明らかになり、そうした機能を併せ持つ多機能型の拠点施設の有効性も検証されつつある。課題は、こうした有効であるといわれる拠点や体制を、どこからどのように形成するかである。田中は、地域福祉（活動）計画の策定が有効であるとし、キーパーソンとなるリーダーを養成し派遣することも必要だと指摘している（田中他編 2013）。しかし、前に述べた人口減少という時間軸や関係性という視点を考慮に入れると、どこまで現実的であるか疑問が残る。

## II. 過疎地域におけるサービス提供の実態

### 1. 地域による独自サービスの創出

そこで、いわゆる限界集落に該当する二つの集落（A集落・B集落）を取り上げ、介護保険制度の開始から現在に至るまでのサービス提供の展開過程を追うことを通じて、地域包括ケアシステム構築の課題を検討してみたい。A集落は中山間地、B集落は離島と、異なる地理的条件の下におかれている地域であるが、共通する点も少なくない。表1で示したように二集落は、従来から過疎・高齢化が進行していた地域であり、平成の大合併の時期に合併が行われたことによって、さらにその速度が加速し、限界集落と呼ばれる状態にある地域である。

A集落・B集落のある二つの自治体では、合併を契機とした人口移動がみられている。A集落が属する自治体では、合併によって中心市街地への人口移動が加速し、周辺地域の人口減少が顕著になっている。また、B集落が属する自治体では、合併によって島外への人口移動が進行し、市域全体の人口減少が深刻化している。そうした中で、医師が高齢化になり亡くなったことによって、病院が閉鎖になる地域がみられるようになっている。また、介護保険の要介護認定率は、全国及び県の平均を上回り、一人当たりの介護報酬の額は全国の中でも上位に入っている。

この二集落では、表2に示すようにそれぞれに独自の生活支援が展開されてきた。A集落では、冬季の高齢者の共同同居を社会福祉協議会（以下「社協」とする）の独自の事業として運営してきた。B集落では、市が過疎地域対策として集落に派遣した地域おこし協力隊による生活支

表1. 二集落の概況

		A 集落	B 集落
合併の状況	合併の時期	2005年	2004年
	合併のタイプ	編入合併	新設合併
	合併時の旧自治体の人口 (A)	664人	5,733人
	旧自治体のエリアの2015年3月末の人口 (B)	366人	4,912人
	(A) から (B) の期間の人口減少率	▲ 44.9%	▲ 14.3%
	自治体の高齢化率	30.10%	34%
集落の状況	地理的特性	山間部	離島
	自然環境	豪雪地帯	温暖
	集落の人口	25人 (住民登録, 実際は13人)	22人 (実際)
	集落の世帯数	16世帯 (住民登録, 実際は10世帯)	15世帯 (実際)
	単独世帯の数	6世帯 (実際)	8世帯 (実際)
	集落の最高齢者	91歳 (女性, 単独世帯)	92歳 (女性, 単独世帯)
	集落の最年少者	70歳 (女性) (2014年まで 60歳 (女性))	71歳 (女性)
	集落のリーダー	74歳 (男性)	72歳 (男性)
	民生委員	隣接する集落の住民 2014年まで 60歳 (女性)	71歳 (女性) = 最年少者

備考) 大井を代表とする共同研究グループで作成。

援が展開されてきた。筆者が観察したところでは二集落で暮らす高齢者のほぼ全員が、介護保険の「要支援」または「要介護1・2」程度の状態にあるとみられたが、実際には介護保険を利用せずに生活していた。

二集落で行われていた生活支援に共通していたのは「共に暮らしながらの支援」である。その特徴の一つは、例えば、予防接種の日に忘れずに出かけられるように声をかけるといった日々の暮らしをスムーズに送るためのきめ細かな支援が、支援者自身の日常生活の中に自然に織り込まれる形で行われていたことである。二つ目には、加齢とともに引きこもりがちな高齢者の交流の機会を、当該地域の従来からの生活習慣に合わせた形で作り、住民相互の関係性を維持・再生を図ろうとしていた。

しかし、二集落はともに、支援者である民生委員、地域おこし協力隊、集落のリーダーの個人の力によるところが大きく、支援者を支援する体制づくりが十分に行われていなかった。そのため、支援者が支援をしている間の効果はみられたものの、支援者が集落から転居した後、同様の支援を継続することが困難になっている。

表 2. 二集落の経過

	A 集落			B 集落		
	行政	社協	集落	行政	社協	集落
2004				市町村合併. B 集落の自治体であった役場は支所となる(エリアの変更はなし).	市町村合併に伴う社協の合併. B 集落の自治体であった社協は支所となる(エリアの変更はなし).	民生児童委員が通院の送迎などの生活支援を担う.
2005	市町村合併. 合併後 10 年間「地域特別予算」を予算化. A 集落の自治体に配置されていた保健師は, 市役所勤務となり, A 集落のある地区に週 2 回(計 1.5 日)訪問する形となる.	市町村合併に伴う社協の合併. A 集落の自治体であった社協は, 隣接の自治体と統合されて支所となる(所在地は隣接自治体のエリア). 旧社協で実施していた通所介護事業は, 合併した社協の方針により廃止となり, 他事業所に移管される.				
2008	社協の独自事業の財源確保のため, 国交省のモデル事業に申請. 助成金獲得(3 年間)	A 集落で独自の生活支援事業を開始. 「地域特別予算」を活用.	A 集落の最年少者(当時 53 歳)の女性が, 生活支援事業の担い手として雇用される.			
2010	国交省のモデル事業最終年.		12 月生活支援事業の担い手であった女性(当時 55 歳)が民生児童委員に委嘱される.			↓
2011		A 集落のある支部社協の職員を 1 名減らす.		過疎化の進行する地域に地域おこし協力隊を配置(市内で 2 名を予定していたが, 応募状況から 1 名となる). 定住を期待した.		10 月地域おこし協力隊(当時 59 歳)として男性が赴任. 様々な生活支援サービスを提供.
2012					B 集落を県社協の過疎地域の福祉力向上のモデル地区に指定し, モデル事業(サロン)を開始(3 年間). 県社協・市社協が B 集落を支援.	地域おこし協力隊を中心に, サロン活動に取り組む.
2013				地域おこし協力隊を新たに 3 名配置. 地域振興(主に観光)の活動を期待し, 地域ではなく支所に配置する形に変更する.		

	A 集落			B 集落		
	行政	社協	集落	行政	社協	集落
2014	まちづくり協議会 （「まち協」）モデル 事業実施。	市からの助成がなくなると生活支援事業の継続が困難になることが予想され、新たな方法を模索。「まち協」の予算の活用を検討。	「まち協」の予算を生活支援事業に活用することに、住民の合意が得られない。  民生児童委員の女性が家庭の事情により転居。A集落の担当民生児童委員（当時60歳）は、隣接する集落の住民となる。	地域おこし協力隊を新たに3名配置。  「まち協」のモデル実施。	モデル事業終了年。	9月地域おこし協力隊の任期終了（当時62歳）。終了後も、社協のモデル事業の継続のため、B集落に居住。
2015	「まち協」の本格実施。			地域おこし協力隊を新たに4名配置。市内の全地区に配置（支所への配置）が完了。  生活支援の役割を期待して、支所に集落支援員の配置を開始（特別交付税を活用）。  「まち協」の本格実施。	B集落の住民の主體的な支え合いを見守っている。B集落への特別な支援は検討していない。	3月社協のモデル事業の終了を機に、家庭の事情により自宅に戻る（当時63歳）。地域おこし協力隊の後任の配置はなし。  民生児童委員（当時71歳）がサロンの運営や通院の送迎など地域おこし協力隊の活動を引き継ぐ。  集落のリーダー（当時72歳）が草取りや地域の行事を引き継ぐ。自分たちでできることを、できる間やっけていくつもりだが、近々集落全員が75歳以上となるため不安を抱えている。
2016	3月「地域特別予算」廃止予定。					

備考）大井を代表とする研究グループで作成。

## 2. 生活支援に取り組む住民の支援の課題

とりあげた二集落はいずれも地理的には当該自治体の中で中心地から遠いところに位置しており、もともと集落には民間の賃貸契約を結んで入居するタイプの住宅が存在していないなど、転入者を受け入れる条件をもっていない。このような集落では、時間の経過とともに、「自律的に相互支援が成立する段階」から「一人（ないしは数人）の強力なキーパーソンの存在によって相互支援が成立する段階」へ、さらには「相互支援の成立が困難な段階」へと進行する。したがって、これらの段階に応じた地域支援の方法が必要になる。このようなプロセスを前提にすると、



もっとも重要な点は、集落がどの段階にあるかを適切に診断し、支援方法の転換を図るタイミングを見極めることである。住民やキーパーソンが限界になる前に支援することによって、プロセスの進行を緩やかにすることが可能になると考えられる<sup>6)</sup>。

二集落の支援には、共に社協が関わっている。A集落の場合には、社協が、共同住居という独自の事業のための場所の確保、財源の調達などを行い、事業開始後も利用者の募集や、期間中の運営などを担ってきている。B集落の場合には、社協が、担い手である地域おこし協力隊に対するサロンの立ち上げから実施までの助言を行った。しかし、継続性という点からすると課題が残されている。二つの集落の生活支援は、いずれも一人の支援者の過度な負担によって成り立っていた。ところが、社協は、支援者に対する支援についてのニーズ把握という視点を十分に行えていなかったといえる。支援者も支援を受ける住民もが高齢化することを見越した方策をもてなかったといえる。

また、社協が支援の対象にしていたのは、共同住居とサロンという社協が実施主体となっている事業に限定されており、介護保険をはじめとする制度によるサービスの提供体制には向けられていない。

二つの自治体はともに、合併後に市の地域福祉計画を社協と一体となって策定している。A集落の市の地域福祉計画は、小学校区ごとの地域懇談会やアンケート調査によるニーズ把握を踏まえて策定されているが、その中では過疎化に対する対策や維持が困難になっている集落のことは取り上げられていない。また、B集落の市の地域福祉計画では、住民同士の支え合いや地域活動への参加を主軸とした内容となっているが、その中で支え合いが困難になっている集落のことは取り上げられていない。さらにいえば、過疎対策として策定される計画では、生活支援といった福祉分野の政策が十分に取り上げられていない。B集落の事例で取り上げた地域おこし協力隊の所管部署は、福祉とは異なる部署である。このように小規模集落への政策は、バラバラに展開されている。小規模集落の実態に応じた生活支援を展開するためには、このようにバラバラに展開されている政策を総合化し運営していく必要がある。

計画が機能しないもう一つの要因は、従来の計画策定の方法には、人口減少・高齢化の進行という時間軸が考慮されていないこと、住民の内発性から生まれた相互支援の活動と制度・政策システムとを融合させる方法が十分に検討されていないことによるものと考えられる<sup>7)</sup>。住民相互の支援を継続的にしていくには、支援のキーパーソンと制度によるサービスとの間で、その時々々の状況に応じて、支援を融合させるための機能が必要であるということが出来る。ここでは、それを中間支援機能と呼ぶことにする。中間支援機能とはどのようなものであろうか。このことを検討するために、介護保険の創設当初、制度になじみにくい人口規模の地域において、これまでに独自にサービスを創出した事例を取り上げてみたい。

### Ⅲ. 制度と相互支援の融合方法

#### 1. 介護保険開始当時の状況

##### (1) 介護保険サービス

C地区は、複数の離島で構成されているX町の中の一つの島（以下「C島」とする）にあたる。C地区の人口は521人、高齢化率は30.0%である（2015年3月31日現在）。X町内にある介護保険事業所は、D島にある社会福祉法人が運営する介護老人福祉施設（小規模：30名定員、ショートステイ併設）と、X町社協が運営している訪問介護事業所と指定居宅介護支援事業所のみである。2006年から開始された地域包括支援センターは1カ所で、X町の直営で運営されている。X町内にいる介護支援専門員は、D島の介護老人福祉施設にいる1名と、社協の事業所にいる1名という体制である。

X町内に他の民間事業者が参入してくることはない。それは、人口が小規模な地域では、事業所としての経営が成り立たないからである。例えば、介護保険事業の通所介護を実施しようとした場合、最低10名の利用者が確保できなければ事業所の経営は難しいといわれるが、人口規模の小さな島で10名の利用者を安定的に確保することは容易ではないのである。

C島は、行政や社協などがある島から、船で40分ほどの場所にある。C島から介護老人福祉施設のあるD島へ直行する船はなく、そこに移動するには、行政などのある島を経由することになるため、C島の住民がD島の介護老人福祉施設を利用することはない。C島の住民は、介護保険料は徴収されるものの島内でサービスを利用することはない。島外のサービスを利用するには、自宅から移住することが条件となる。

また、医療施設としては、診療所が1カ所あるが、医師・看護師は島外から週に1回（2日間）通ってきているのみである。

##### (2) 社協の取り組み

X町社協では、介護保険制度の開始に備えて、婦人会を対象にしたヘルパー研修を実施し、マンパワーの確保に取り組んできた。ヘルパー研修にかかる費用は、社協で負担した。研修の受講者は多かったが、その多くは将来の自分の家族の介護に備えようという動機の人たちであったため、研修修了後に登録ヘルパーとして登録したのはごくわずかであったという。介護保険の開始から5年後の2005年時点では、ヘルパーとして登録しているのは21名で、そのうち実働しているのは10名ほどであった。登録ヘルパーは、町内のそれぞれの島に居住しており、同じ島内の利用者に対してサービスを提供する体制をとっている。それに加えて、社協本部には非常勤ヘルパー4名が配置されている。

登録ヘルパーは50歳前後の人たちで、ほとんどが他に仕事を抱えながら、ボランティア感覚でヘルパーの業務に携わっている。ヘルパーの仕事に対する報酬は当然支払われているが、C島

では利用者が年間9-10人であるなど、一つの島の中での利用量が少ないために、生活に必要な額の収入を期待することができない。そのため登録ヘルパーたちは他に収入が得られる仕事に就かざるをえず、ヘルパーの仕事はそうした仕事の合間に引き受けるような形になっている。その結果、社協は、利用者の希望に合うようにヘルパーを派遣することが難しいというジレンマを抱えている。

今後ヘルパーを増やすには、行政の負担で研修を実施し、住民に資格を取得してもらう必要がある。しかし、ヘルパーの資格取得には実習が必須であり、居住する島内に実習先となる高齢者福祉施設がない場合には、島外に滞在してもらわねばならない。このように考えると、今後ヘルパーを増員することはたやすいことではない。

また、ケアプランを立てるためには介護支援専門員は、最低3回（アセスメント、ケアプランの作成、契約）は利用者宅を訪問する必要があるが、1回の訪問に交通費（船）が2,000円以上必要となる。交通費はその後の業務についても同様に必要となるが、X町ではこうした費用を行政が補助して対応している。

前述したようにC島は、船で約40分のところにあるが、天候不良で欠航になることもしばしばである。そのため島外にいる介護支援専門員が、C島の高齢者宅への訪問を予定していても、欠航で訪問できないことも少なくない。そのような場合に、介護支援専門員は、C島にいる民生児童委員、派出所、消防署員、登録ヘルパーらに電話をし、代わりに訪問して状況確認や支援をしてもらっている。夜間に高齢者から電話がかかってきてもすぐに訪問することもできないため、介護支援専門員は、地域にこれらの人々による支援体制を作ることで対応している。

このような状況の中で社協は、高齢者ができるだけ島に住み続けることができるように、島を巡回して実施するミニデイサービス事業に重点的に取り組んできた。ミニデイサービス事業はX町からの委託で行っている。

### (3) 県の見解

X町の所属するY県は、X町以外にも多くの離島を抱えている。県は介護保険事業の運営にあたって、広域連合を設立することによって保険者としての一定の規模を維持するための政策を進めてきた。しかし、広域連合で要介護認定を行うと、移動の費用が多くかかることになり、一人当たり8,000～9,000円の経費が必要となる。実際にサービスを利用するのは、認定されたうちの80%強に留まっており、県は、サービスを利用しない人の認定を行わなければ、もっと経費を削減することができるというジレンマを感じていた。

また、離島への在宅サービスの提供は、移動のためのコストの負担が大きいことから民間の事業者が参入しにくい。そのために県は、渡航費を半額補助するなどして事業者の確保につとめてきている。しかし、県であっても対応が困難なのがマンパワーの確保である。県内には、介護支援専門員が確保できない地域や、保健師が1名で島内のすべての支援を行っている地域などがみられている。そうした中で、2006年からスタートした地域包括支援センターを開設することが

できない地域が存在している。

ヘルパーの確保においても同様である。地域の主たる産業が農業である地域では、農業従事者が副収入を得るためにヘルパーの仕事に就こうとする傾向がみられ、比較的担い手が確保しやすい。しかし、主たる産業が観光である地域では、旅館などの経営で時間の確保が難しいために、ヘルパーの担い手の確保に苦勞をしている。ある島では、旅館の女将さん50名を対象にヘルパー研修を実施したが、7-8月の観光シーズンには旅館が忙しいために、ヘルパーの仕事をしてくれる人がみつからないという経験をしている。

介護保険事業の運営は、保険者が供給するサービス量を検討し、それに応じた保険料を設定するというしくみになっている。しかし、離島では保険者がこうした事業計画を策定しても、提供できるサービスが確保できないために、結果的に要介護認定をしたままで終わるといった問題が生じている。そしてこのことが住民の負担する保険料にも影響している。このようなメカニズムの中で、県は、どこまでを介護保険で対応するのかについての住民のコンセンサスを得ていくか考えている。住民が自ら議論する中で、介護保険の「基準」を決定していくことが望ましいと県の担当者は実感している。

## 2. 独自サービスの創出過程

### (1) デイサービスの開始

Y県は、離島・過疎地域支援事業のモデル地区として2000年から5か年計画でC島を指定し、学識経験者とともにワーキンググループ（以下「WG」）を組織した。県のWGの方針は、住民の意見を聞き、島の人たちで取り組み、それをサポートするということであった。WGには、公民館長、診療所の医師、小中学校の校長、青年会の会長、婦人会の会長、老人会の会長らが参加し、福祉・介護のあり方について協議・学習を積み重ねてきた。

介護保険制度の開始以前、C島には、一人暮らし高齢者の共同生活施設（5施設）があった。これは、一人暮らしであっても島で暮らし続ける場所としてX町が用意したものであったが、実際に開設してみると、利用希望者はほとんど現れなかった。島の高齢者は、自分の家を離れたくないという意識が強く、共同生活介護は島のニーズに合っていないなかったということがわかってきた。しばらくすると、WGでは利用されない施設の建物の活用が議論されるようになった。

そこで、WGが島に住む高齢者全員にアンケートをとったところ、「通って、遊んで、帰りたい」というニーズが高いことが明らかになった。そこから、デイサービスの実施が検討されるようになる。次に課題となったのは、だれがサービスを提供するかということである。当初は、X町社協という案も出たが、「島のことは島でやる方がよい」という意見にまとまる。そこで、当時、社協が実施していたミニデイのボランティアをしていたメンバーが中心になって会を発足し、サービスを開始した。

デイサービスでの活動内容は、利用者に何がしたいかを聞き、それにスタッフが対応することを方針とした。利用者の希望から、歌や踊りなどのサークルを作り、利用者は希望するサークル

に入るようにした。その結果、女性を中心に利用者が徐々に増加していった。ただし、これまでの島の高齢者の生活は、仕事をして過ごすことが一般的になっていたことから、遊ぶことに慣れている人はほとんどいなかった。そのため、デイサービスのような場所で「日中に遊ぶ」ということに対する抵抗も見受けられていたという。

## (2) 共同生活施設の開設へ

WGの会議では次第に、どのように介護サービスにつなげられるかが課題となるようになった。当時、X町社協にヘルパー登録している島内の居住者が数名いたため、その人たちを担い手とすることによって、島内でサービスを提供することが可能なのではないかということになり、居宅介護を開始することとなった。介護保険事業を運営するには法人格が必要なことから、WGのメンバーが中心になってNPO法人格を取得した。理事にはX町社協の会長も加わり、社協と連携できる体制を作った。この体制は現在も継続し、NPO事業全体の運営の中核を担っている。

こうして、2004年に高齢者の共同生活施設が、X町が設置主体となり、運営をNPO法人が受託する形でスタートした(5部屋)。また、法人格取得と同時に、X町から生きがい対応型デイサービス、配食サービスを受託することとなった。さらに、これを拠点にして、住民による高齢者宅のゴミ出しボランティアなどの生活支援活動も展開された。

## (3) 小規模多機能型への転換

しかし、訪問介護を提供していくうちに、高齢者のアンケートで出された「島でいつまでも暮らしたい」というニーズに応えるには、訪問介護よりもショートステイのニーズの方が高いのではないかという意見が出されるようになった。訪問介護の提供者は、島外から結婚のために移住してきた女性が多い。もともとよく知っている関係であることもあり、「家の中に入られたくない」、「あちらこちらで、家のことを話されるのではないか」という意識が働き、利用の障壁になっていると考えられた。それではどのようにしたらよいかを模索していた時に、2005年の介護保険法の改正によって新たに地域密着型のサービスが加わることが決まった。新たな制度を学習する中で、「小規模多機能型であれば、理想に近づけるのではないか」という意見にまとまった。

ところが、小規模多機能型を作るということを決めたものの、島内にはその施設に必置となっている資格の所持者がみつからず、具体化しないままに何年かが過ぎていった。開設に向けて島民は、他の島に所在するX町社協が実施しているヘルパー研修に行き、ヘルパーの資格を取得した。また、島内にいる准看護師の資格所持者や、介護支援専門員の資格を持っていながら更新していなかった人など、潜在的な資格所持者の発掘に取り組んだ。

こうした努力を経て、2013年2月、介護保険法に基づく小規模多機能型居宅介護を提供する事業所を開設した。国による設置基準に示されているスタッフは、介護支援専門員1名を除い

て、すべて島内で確保した。確保が困難であった介護支援専門員は、島外にあるX町社協がスタッフを派遣して支援している。スタッフを募集する過程では、島外からの就職希望者もいたが、島内に賃貸住宅がないために住居が確保できず、実現しないという課題にも直面した。島外からのスタッフを確保するための住居の問題は、今後の課題である。

小規多機能型居宅介護事業所は、定員15名でスタートした。NPO法人の関係者は、当初、利用者の確保の困難を予想して赤字を覚悟して臨んだが、開設後まもなく10名の利用者が確保できた。同法人の理事によれば、宿泊ができるようになったことが効果的であったと考えられるという<sup>8)</sup>。現在は、介護保険事業の提供だけでなく、老人会の場所など住民の交流の場所としても利用されている。

#### IV. 地域特性に応じたシステムの形成方法

##### 1. 「設計図」と制度の媒介機能

離島は、他の地域と地理的に切り離されているという条件のもとで、独立したサービスの運営が求められる。介護保険法による地域包括ケアシステムの構想では、医療機関等の様々な機関が存在することを前提としたものとなっているが、過疎地域の場合には前提条件が不足している。その一部は、エリア外からのサービスの提供が想定されるが、多種多様なサービスのすべての提供が可能になるとはいいがたい。A・B集落のヒアリングからは、エリア外の事業所が、サービス提供にかかるコストの負担を考え、求めに応じない場合があったという事実が確認されたが、C地区はその典型であるといえよう。外部からの支援が得にくいC地区が、必要なサービスを自立的に創出した過程には、以下のような鍵があったと考えられる。

一つには、WGから出発した運営委員会が担った役割である。WGは、その時々でニーズを把握し、ニーズに合わせたサービスの提供形態を検討している。ニーズ把握の方法は、アンケート調査はもとより、ヘルパーなどのサービス提供者が日常の業務の中で感じているニーズを吸い上げる機会を運営委員会が作っている。二つ目には、サービスを提供する人材を地区内で確保するための方法である。地区内で資格を持っていながらその職に就いていない人材を発掘したり、資格を持たない住民が資格を得るために研修を受講するといった取り組みがなされている。

このようなC地区の取り組みは、県や社協からの支援によるところが大きい。WGや運営委員会の構成メンバーに、外からの支援者である社協や県、学識経験者などが加わり、継続的な支援がなされている。県や社協が関わることによって、地域に必要な事業を委託や補助といった形での財政的な支援をスムーズにしている。また、人材確保においては、ヘルパー研修の実施や、社協主催のミニデイの実施を通じたボランティアの育成といった、社協による人材養成・育成の働きが大きい。そして、これが、制度の動向や離島の実態を把握して、計画的に進められたことに注目する必要がある。

C地区の事例から、資源の乏しい地域におけるシステムは、地域が主体になって設計し、行政

はその設計に応じたヒト・モノ・カネを提供するというプロセスに鍵があるということが出来る。その場合に、地域のニーズから設計されるものは、制度と制度外という区別なく両者が融合された独自の形になる可能性が大きい。ここでは、地域のニーズから設計されるその地域独自のサービスの形を表したものを、一般に作成されている福祉分野の計画と区別する意味で、「設計図」と呼んでおくことにする。

本来の福祉サービスとは「設計図」を具現化したものであるはずである。ところが、社会福祉の制度が整備されてきた過程の中で、制度に示された形を具現化したものが福祉サービスであるというような認識の逆転がみられている。C地区の場合も、介護保険法の改正によって小規模多機能型居宅介護というサービスが創設されたことによって、「これならばできる」と開設を決めることになったという経緯であった。地域にニーズがあったならば、法改正を待たずに、現在提供しているサービスの提供を始めるべきであったということもできよう。現に他の地域では、これに類するサービスを自発的に提供していた例もある。

しかし、多くはC地区のように、国が作った制度を受けて、サービスの提供を始めるという展開になっている。それゆえに、制度のとおりサービスを提供しても充足されないニーズがあるといった「制度の間隙」の議論が生まれたといえる。この現状を本来の形にするには、地域の実態に合わせた独自の「設計図」を描き、その具現化のために活用できる制度をみつけ、場合によっては複数の制度を組み合わせているというプロセスに修正することが必要である。こうした地域の独自の形を受け入れるための「設計図」と制度とを媒介する機能が、中間支援機能として必要になる。

## 2. 過疎地域への適用

ただし、C地区の事例を過疎・高齢化の進行する地域にそのまま適用することは難しい。C地区では、2000年に36%であった高齢化率が現在では30.3%と低下し、その間の人口は横ばい状態にある。その背景には、時代によらず離島の暮らしを求める若いIターン者が存在するという離島の特質に加え、近年の経済的不況により、「農家ならやれるのでは」と期待する40-50歳代のUターン者が増えているということがある。したがって、C地区の場合には、今後も同様の方法で担い手を確保できる可能性をもっている。しかし、人口減少を受け入れざるを得ない地域では、人材確保が大きな課題となる。

A集落とB集落の事例から考えると、外から支援者を配置することが必要になる時期が訪れることも想定しなければならない。その時期を見極められない場合には、事例でみたように支援の継続に危機が訪れる。言い換えれば、いつ、どのような支援をすべきかを的確に見極めることが最も重要であるということになる。それは、計画を核としたシステム形成の方法はなじまない。

また、外からの支援者を入れる段階では、その支援者が適切な支援をするためのスーパービジョンの機能が必要である。地域おこし協力隊を配置したB集落のある市へのヒアリングでは、都市部からきた協力隊が、住民たちの中に溶け込めずに自ら島を去ったり、協力隊として応募し

た時点で思い描いていた活動を、住民の感情や生活スタイルなどを考慮せずに、そのままの形で実現させようとして住民とトラブルになり、結果的に島を去らざるを得なくなるなど、定着しない事例が少なくないことが明らかになっている<sup>9)</sup>。その地域と縁のない外部の人間が、住民に受け入れられる支援を行うには、そのための技術が必要になる。ところが、このような過疎地域に求められる支援を担う機関は、現状の政策の中では見受けられない。実現可能なのは、社協であろう。社協が、地域の主体性を活かした支援を担えるかが、過疎地域のこれからを左右するのではないだろうか。

## おわりに

本稿は、地域包括ケアシステムの形成のあり方を、過疎地域に限定して検討してきた。しかし、取り上げた事例の地域が課題としていた人材の確保や、地域の変化に応じた中間支援の必要といった課題は、冒頭に紹介した西村による地域別類型でいうところの「大都市の内部地域」をはじめとする他の地域類型の地域に共通する課題であるともいえる。

例えば、支援のキーパーソンとして期待される民生委員の担い手の確保が困難になっているという問題は、全国的な傾向である。2013年12月の一斉改選では、地区担当民生委員の充足率は97.1%となっているが、担い手が確保できない地域では、民生委員の担当地区割りを変えるなどして対処しているため、実態はさらに深刻であると考えられる。この背景には、人がいないのではなく、役割に対する負担が大きいため引き受ける人がいないという理由がある。したがって、人材確保という課題を検討するには、それぞれの担い手の役割の見直しということも必要である。さらにいえば、担い手の役割の見直しという課題は、民生委員に限らず、地域福祉に関わる様々な担い手にもいえることである。

このように考えると、本稿で検討した過疎地域のあり方は、普遍性を持っている部分もあると考えられ、普遍性と独自性との整理についてはさらに検討が必要である。今後の課題としたい。

## 注

- 1) 本稿は、平成27-30年度科学研究費補助金基盤研究(B)「地域福祉専門職による過疎地域支援のための診断指標の開発—関係性の分析—」(研究代表:大井智香子(中部学院大学短期大学部)の研究成果の一部である。共同研究者は、高野和良(九州大学大学院)、永井裕子(福井県立大学)。
- 2) ただし、サービスの不足という問題は、大都市部では別の背景から現れている。大都市部では、高齢化率の上昇によって高齢者の数が急増する中で、高齢者数に見合うサービス量の供給が困難になり、結果としてサービスが利用できない状態になっている。本稿は、過疎地域の課題をテーマとしているが、本稿の議論は大都市部に共通する部分を持っていると考えている。
- 3) 厚生労働省「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案要綱」(第186回国会(通常)提出)2014年2月12日  
(厚生労働省公式ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/186.html>)
- 4) 地域包括ケア研究会(2010)『地域包括ケア研究会報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング



- 5) 厚生労働省医政局長, 厚生労働省社会・援護局長, 厚生労働省老健局長通知『『地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律』の一部の施行等について』(2014年6月25日)
- 6) この点については日本地域福祉学会第29回大会(2015年6月21日, 於・東北福祉大学)において報告している。小松理佐子・高野和良・大井智香子・永井裕子「縮小する集落における生活支援の現状と課題—『平成の大合併』後の変化をもとに—」
- 7) 最近の地域包括ケアシステムの議論の中では, 地域福祉コーディネーターが登場してきているが, その担うべき役割についての議論は不十分であるといえる。
- 8) 小規模多機能型居宅介護事業所が開設から約1カ月後の2013年3月12日に実施した, 同法人の理事兼職員へのヒアリング調査で確認できた。
- 9) 地域おこし協力隊の場合には, 総務省によって研修が実施されているが, 東京などに集合して実施されるもので, 赴任した地域で指導・助言は行われていない。地域おこし協力隊の制度は, 都市部の居住者を過疎地域に派遣するというものであるから, 協力隊の担い手は都市部の生活経験者であるということになる。都市部で生活してきた人が, 過疎地域という異なる地域特性の中で活動する際に戸惑いを感ずるであろうことは想像に難くない。

#### 参考文献・資料

- 地域包括ケア研究会(2010)『地域包括ケア研究会報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング
- 遠藤宏一(2009)『現代自治体政策論—地方制度再編下の地域経営—』ミネルヴァ書房
- 松永桂子(2012)『創造的地域社会—中国山地に学ぶ超高齢社会の自立—』新評論
- 日本福祉大学地域ケア研究推進センター(2013)『中山間地域における新たな地域福祉推進策としての「あったかふれあいセンター事業」の効果検証事業報告書』
- 西村周三監修(2013)『地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶應義塾大学出版会
- 小田切徳美・藤山浩編(2013)『地域再生のフロンティア—中国山地から始まるこの国の新しいかたち—』農山漁村文化協会
- 高野和良(2013)「過疎地域の二重の孤立」(藤村正之編『協働性の福祉社会学—個人化社会の連帯—』東京大学出版会, 139-156ページ)
- 高野和良(2015)「過疎地域のコミュニティを支えるために—小規模化する世帯の増加からみえてくる課題」(全国社会福祉協議会『月刊福祉 2015年5月号』26-29ページ)
- 高尾公夫(2000)『高齢者介護支援システムの研究』多賀出版
- 竹川俊夫(2012)「住民参加でつくる持続可能な地域福祉システム」(谷本圭志・細井由彦編(2012)『過疎地域の戦略』学芸出版社, 90-100ページ)
- 田中きよむ・水谷亮・玉里恵美子・霜田博史(2013)『限界集落の生活と地域づくり』晃洋書房
- 谷本圭志(2012)「過疎地域の今後と課題解決の戦略」(谷本圭志・細井由彦編(2012)『過疎地域の戦略』学芸出版社, 12-25ページ)
- 徳野貞雄監修(2015)『暮らしの視点からの地方再生』九州大学出版会