

住民の高齢化にともなう地域ケアの展開

——茨城県鉾田町を事例として——

叶 堂 隆 三

はじめに

1. 鉾田町における高齢者の実情

(1) 鉾田町の概況

(2) 高齢者数の変化

2. 鉾田町における高齢者の生活問題・

ニーズとその処理方法

(1) 高齢者の生活問題・ニーズ

(2) 行 政

(3) 鉾田町の社会福祉協議会

(4) 民間（ボランティアによる高齢者
ケア・サービスおよび有料の民間高
齢者ケア施設・サービス）

3. 鉾田町の具体的施策（高齢者の生活 問題・ニーズとその処理方法）

(1) 高齢者保健福祉推進十か年戦略

(2) 地域ケアシステム推進事業

(3) 諏訪地区における地域ケアシステ
ム

お わ り に

は じ め に

人口の高齢化は、わが国において、加速度的に進行している。こうした人口の高齢化にともなうさまざまな問題にどう対処していくかが、今日、重大な社会的課題の一つとされている。

高齢化にともなう諸問題の中でも、前期高齢者（65歳～74歳）の場合、生きがいの創出、後期高齢者（75歳以上）の場合、年金と保健・医療・福祉ケアがとりわけ重視されている⁽¹⁾。しかし、高齢化の進行が必然的に後期高齢者の増加をもたらしていること、また、比率を増しつつある、家族の介助を期待することのできない独居高齢者のかなりが後期高齢者であることを考えあわせるならば、とりわけ後期高齢者に典型的に現われている問題のひとつ、すなわち、高齢による身体機能の低下のために援護を必要とする高齢者をいかにケアして

いくべきか、という問題がもっとも重要な課題であると位置づけられるだろう。

さらに、要援護者が社会の一員として他の人びとと差別されることなく処遇されるべきであるという地域福祉論の基本的理念に依拠すれば、施設ケアと在宅ケアに分類できる高齢者にたいするケアは、施設ケアの場合はこれまで高齢者が維持してきた家族関係や社会関係を物理的に剥奪して、施設に収容保護することになるため、在宅ケアが可能な限り望まれるだろう⁽²⁾。

このように、在宅ケアが高齢者自身の希望や地域福祉の理念、そして行政施策（「高齢者保健福祉推進十か年戦略」）などによりこれまで以上に希求されているにもかかわらず、他方、家族形態の変化（核家族化）、都市化や都市的生活様式の普及などによる地域の社会的紐帯の弛緩にともない、それらに根ざした伝統的な高齢者介護機能が急激に低下してきている、という問題をはらんだ状況にある。しかも、過疎化の進行や産業の停滞などに起因するさまざまな地域状況の悪化がすすむ農業地域では、とりわけ深刻な状況に陥っているといわれている。

そのため、こうした問題的状況を克服することが、高齢者の在宅ケアを推し進める上でまず取り組むべき課題であると認識されるようになってきている。そこで、本稿では、こうした状況の克服を課題とする地域ケアの展開について、茨城県鹿島郡鉾田町を事例としてみていくことにしたい。

高齢者にたいする地域ケアの実情を明確に把握するために、本稿では、次のような分析視角を用いることにする。

まず、第1の視角は、高齢者（とりわけ後期高齢者）が在宅生活をしていくうえでかかえる、個人では解決不可能な諸問題（生活ニーズ）にたいする対応の水準（いわば「充足度」）に着目することである。

通常、高齢者の生活ニーズは、生活充実活動と生活援助活動にかんするものに大別されている⁽³⁾。そのうち、前者は主として元気な高齢者を対象とする、生きがいや自己実現など、第二次的生活欲求の充足に関連する活動であり、後者は主として一人暮らしやねたきりの高齢者を対象とする、日常生活の維持と

いった、第一次的生活欲求の充足に関連する活動とされている。また、後者の活動にかんするニーズは、医療・看護・介護・家庭生活の援助・施設サービスが下位区分されている⁽⁴⁾。

こうした分類を用いてこれまでもなされてきた、高齢者の生活ニーズ（必要水準）の把握に加えて、さらに、対応する諸サービスの利用状況を比較することにより、高齢者の諸生活ニーズにたいするサービスの完備水準（対応水準）が明らかになるだろう。

第2の視角は、高齢者の在宅ケアにいかなる組織（機関）や個人が携わっているのか、言い換えるならば、対応主体への着目である。保健・医療・福祉にかんして、個人では解決が不可能な問題の対応主体として、通常、公共（行政）と民間（私的）が分類されている。しかし、公共をさらに公（governmental）と共（public）に区分することにより⁽⁵⁾、とりわけ大きな役割を担いつつある行政の関与状況や公・共・民間の間の関係性が明確になるだろう。

第3の視角は、行政を中心とする高齢者ケアへの対応にかんしてである。すなわち、伝統的な高齢者介護機能の低下という状況の中で、行政はもっとも期待されている対応主体であり、こうした行政が提唱する対応策の一つが、現在、各県・各地でさかんに試みられている、新しい高齢者地域ケア・システムである。

こうしたケア・システムが定着し、さらに普及していくかどうかは、とりわけ、そのシステムの現状にたいする適応性に依拠しているにもかかわらず、ケア・システムの機能や組織にたいする分析はこれまで十分になされているとはいえない。そこで、ケア・システムが保健・医療・福祉機能的に、①実際に、家族や地域がもっていた伝統的高齢者介護機能の代替となりえているのか、また、②医療介護を含む高齢者の多様でより高次の現代的ニーズに対応できるものであるかどうか、という点、さらに組織的に③いかなる担い手（人的資源）により構成されているのかという成員の特徴、また④他の地域集団や既存の地域福祉機能との関連性などといった組織間関係、という点に着目することで、その機能や構造が明確になるだろう。

本稿の目的は、平地農業地域として平均的な福祉水準にあり、そうした意味で、農業地域を代表しているといえる茨城県鹿島郡鉾田町を事例として、上記の3つの分析視角に対応して設定した3つの課題の解明をめざすことである。すなわち、まず、鉾田町の概況と人口の高齢化の実態について、各種統計資料や鉾田町の行った「高齢者基礎調査」のデータを用いて概説し(1)、第1の課題として、鉾田町の高齢者が求める生活ニーズの充足状況を明らかにし(2(1))、ついで第2の課題として、高齢者の生活ニーズにたいするさまざまな対応主体の対応策を整理する(2(2)~(4))。前者については、「高齢者基礎調査」のデータを利用し、後者については、鉾田町役場や社会福祉協議会でのヒアリングによって得られたデータを用いることにする(3(2))。さらに、第3の課題として、行政を中心とした対応策の一事例として、地域の高齢者にたいして導入されている「地域ケアシステム推進事業」の実態を明らかにする。そのさい、鉾田町諏訪地区でのヒアリングにより得られたデータを用いることにする。

1. 鉾田町における高齢者の実情

(1) 鉾田町の概況

茨城県鹿島郡鉾田町は、県東南部の鹿行地域(鹿島郡・行方郡)の北部に位置し、東は太平洋(鹿島灘)、南は北浦に面している。

現在の鉾田町は、町村合併促進法をうけて、まず昭和30年3月、旧鉾田町・巴村・徳宿村・新宮村・秋津村が合併し、ついで同年8月に旧諏訪村の一部(柏熊・安房)が加わったことで誕生している。また、行政的には、国や県の出先機関が数多く存在する鹿行地域の中心である。

茨城県南部・東南部では、東京の近郊化・産業化・都市化が著しく進んでいるが、鉾田町の場合、交通機関としては鹿島臨海鉄道・鹿島鉄道および国道51号線が通っているものの、基幹線であるJR常磐線および常磐自動車道・東関東自動車道から遠く離れていることもあり、そうした地域変化は現在のところ

第1表 銚田町の人口

年	1970	1975	1980	1985	1990	
総人口（人）	26,165	28,427	27,466	28,064	28,370	
産業別人口	第一次	61.0	53.0	48.5	43.4	37.3
	第二次	9.7	13.5	15.0	18.1	21.3
	第三次	29.4	33.5	36.4	38.5	41.4

資料：国勢調査。

注：産業別人口は%。

現れていない。また、第1表から明らかなように、ここ四半世紀、その人口に大きな変化はなく、産業別人口においても、比率は低下傾向にあるとはいえ、第一次産業人口は依然3分の1以上の比率をしめている。

銚田町の産業は、工業化の著しい鹿島郡南部（鹿島町・神栖町）と対照的に農業が中心で、北海道につき全国第2位の農業生産県である茨城県内において、専業農家率が最も高いばかりでなく、農業粗生産額も常に第一位をしめる、高度化された農業経営が展開されている。農業粗生産額の部門別比率を大まかに示せば、野菜4割強、畜産3割弱にたいして、米の比率は1割以下であり、野菜が主要部門として位置づけられている。具体的作物としては、メロン、みづば、トマト、かんしょなどであるが、中でもメロン栽培は有名であり、隣村の旭村のハウス面積とあわせると、県内面積の3分の1をしめるほどである。

最後に、銚田町を調査対象地として選択した理由を明らかにしたい。

それは、農業地域の高齢者ケアの一般的状況を把握するには、平地・中間農業地域における平均的状況にある地域が代表性をもつと考えるに至ったためである。

確かに高齢化にともなう社会問題は、山間農業地域に典型的に発生しているといえる。そのため、こうした特殊な事例を典型として扱うことは、今後の状況の予測という点において、それなりに意味があるといえる。しかし、こうした事例においては、地域社会の解体というさらに深刻な地域特有の問題が同時発生しているケースが多いため、特殊な事情が色濃く織り込まれた事例により

一般化を行なうことは問題をはらむことになる。また、都市的地域の場合、産業化や都市化などの影響が予想され、混住化などといった別の要因の影響のために、農業地域に特有の高齢化にともなう問題を把握しにくくなる恐れがある。これらの点を考慮すると、平地農業地域に分類され、農業が主産業であるだけでなく、鹿島郡北部の中では高水準にあるものの、全国的にみれば平均的な福祉水準にあるといえる鉾田町が事例として最適であると考えられたからである。

(2) 高齢者数の変化

それでは、鉾田町における高齢者数の変化についてみていくことにしたい。第2表に示しているのは、1975年から1994年までの65歳以上の高齢者の実数および全人口に占めるその比率である。この表から、高齢者人口が年ごとに増加しているとともに、全人口に占めるその比率も同時に上昇していることがわ

第2表 鉾田町の高齢者人口

(単位：数値は人、カッコ内は%)

年	1975	1980	1985	1990	1992	1994
65歳以上人口	2,449 (9.2)	2,808 (10.2)	3,273 (11.8)	4,088 (14.3)	4,511 (15.9)	4,955 (17.0)
総人口	26,643	27,466	27,827	28,495	28,396	29,210

資料：「茨城県社会生活統計指標」。

第3表 鉾田町の高齢者世帯数

(単位：世帯、カッコ内は%)

	世帯数合計	65歳以上の親族のいる世帯	高齢者夫婦世帯	高齢者単独世帯
1980	6,569	1,632 (24.8)	175 (2.7)	72 (1.1)
1985	6,889	2,302 (33.4)	210 (3.0)	139 (2.0)
1990	7,098	2,638 (37.2)	311 (4.4)	180 (2.5)

資料：各年度の「茨城県社会生活統計指標」。

注. 65歳以上の親族のいる世帯は、高齢者夫婦世帯は含まない。

かる。具体的には、高齢者数は、1980年に全人口の10%、さらに1992年に15%を越えており、すでに高齢社会に突入している。

このように、銚田町において、高齢者は実数的にも比率的にも増加傾向にあるが、つぎに、こうした高齢者が現実生活している状況についてみていくことにしたい。

第3表は、銚田町における高齢者世帯数である。この表から、65歳以上の高齢者のいる世帯および高齢者単独世帯が年とともに増加してきているのがわかる。高齢者がかかわっている世帯（65歳以上の親族のいる世帯＋高齢者夫婦世帯＋高齢者単独世帯）は、1980年：28.6%、1985年：38.4%、1990年：44.1%と上昇しており、銚田町の半数近くの世界が高齢者がいる世帯となっている。さ

第4表 銚田町の一人暮らしの高齢者の日常生活

(単位：カッコ内は%)

炊 事	自分で：180人 (95.7)
食事回数	3食：158人 (84.0)
掃 除	自分で：175人 (93.0)
入浴回数	毎日：147人 (78.2), 週に数回：32人 (17.0), 月に数回：9人 (4.8)
洗 濯	自分で：173人 (92.0)
買 物	自分で：162人 (86.1)

資料：「銚田町老人保健福祉計画」(1994年)。

第5表 銚田町における養援護高齢者の実情

(単位：カッコ内は高齢者全体に占める%)

在宅養援護高齢者		施設・病院への入居・入院者数	
寝たきり（一日中）	38人	特別養護老人ホーム	58人 (1.3)
寝たきり（車椅子移動）	22人	養護老人ホーム	2人 (0.1)
準寝たきり（外出時介助）	1人	老人保健施設	19人 (0.7)
生活自立	5人	病院・診療所	157人 (5.5)
痴呆性（要介護）	6人	(6カ月以上の入院)	(31人) (1.1)

資料：「銚田町老人保健福祉計画」(1994年)。

らに、全体における比率は少ないものの、高齢者夫婦世帯および高齢者単独世帯の前年にたいする増加率は、新しい状況に直面する高齢者の今後の増加を示唆する指標として注意しておく必要がある。

さらに、何らかのケアの必要な高齢者についてのデータを示しておきたい。

まず、一人暮らしの高齢者の日常生活についてみてみよう（第4表）。この表から、鉾田町の単独世帯の高齢者の大半は、日常的活動を自分自身で行っており、少なくともフィジカルなサポートの必要はないことがわかる。とはいえ、4～8%の比率をしめる高齢者が炊事・掃除・洗濯など家庭内の活動について、また約14%の高齢者が移動を必要とする買い物について、周囲のサポートを必要とする厳しい状況にあるといえる。つぎに第5表で示しているのは、養護・援護を必要とする高齢者について、施設・病院への入所・入院状況および在宅養援護状況である。この表から、まず鉾田町における養援護高齢者が全高齢者の約1割をしめていること、またその約半数を病院への6カ月以上の入院者がしめていること、そして、残りの半数を在宅者と施設入所者がほぼ同じ比率でしめていること、がわかる。すなわち、鉾田町においても、75歳以上の後期高齢者に関連づけられる状況があらわれてきているとみることができる。また、在宅のねたきり高齢者（および痴呆性高齢者）を誰が介護しているかにつ

第6表 鉾田町のねたきり・痴呆性高齢者の介護者の状況

(続柄)		(年齢)	
		(単位：カッコ内は%)	
配偶者	14人 (26.4)	50歳未満	7人 (13.2)
子	11人 (20.8)	50～64歳	29人 (54.7)
子の嫁	25人 (47.2)	65～74歳	15人 (28.3)
兄弟姉妹	1人 (1.9)	75歳以上	2人 (3.8)
孫の嫁	1人 (1.9)	合 計	53人
その他	1人 (1.9)		
合 計	53人		

資料：「鉾田町老人保健福祉計画」（1994年）。

いて示したものが第6表である。この表から明らかのように、介護者の約半数は、続柄からみれば、「子の嫁」である。ついで、配偶者（約4分の1）、そしておそらく婿取り・婚出などの娘（女性）のケースが多いと考えられる「子」（約5分の1）、が担っている。また、年齢的には、50歳以上が大半をしめており、高齢の同居家族による介護という、特定層に負担の重くのしかかる在宅介護の実態がはっきり現れているといえよう。

以上、鉾田町における高齢者の実情について概観してきた。すなわち、鉾田町は、農業を主たる産業とし、東京近郊化・都市化・産業化などといった地域変動の大きな波にさらされず総人口数に変化がみられない中で、確実に高齢者の比率が増加傾向にあること、さらに、これまで高齢者が経験してこなかった生活状況——高齢者夫婦・独居高齢者——が生まれていること、そして、独居高齢者のうち若干については、何らかの生活項目においてフィジカルなサポートを必要としていること、また、養援護高齢者は、病院への入院・施設への入所・在宅のかたちでケアされ、とりわけ在宅の場合は特定の家族員の介護によること、が明らかになったといえる。

2. 鉾田町における高齢者の生活問題・ニーズとその処理方法

（1）高齢者の生活問題・ニーズ

第7表 介護が必要になったときの考え方（一般の高齢者）

	(単位：%)
家で家族を中心とした介護を受けたい	82.0
家で公的なサービスを中心とした介護を受けたい	7.9
家で民間のサービスを中心とした介護を受けたい	0
老人ホーム・老人保健施設・病院などに入りたい	4.5
不明	5.6
合計	100

資料：「鉾田町老人保健福祉計画」（1994年）。

第8表 各サービスの希望状況（複数回答）

（単位：％）

		ねたきり老人	痴呆性老人	虚弱老人	独居老人	一般高齢者
看 護	訪問看護	2.1	0	0	3.1	3.4
	保健婦等の訪問指導	17.0	16.7	0	10.1	12.4
介 護	ホームヘルパー	8.5	16.7	0	25.5	4.5
	介護機器の貸与等	23.4	16.7	0	6.4	4.5
家 援 助 生 活 の	訪問入浴サービス	53.2	16.7	0	2.7	0
	訪問給食サービス	2.1	0	0	11.7	1.1
	緊急通報装置	0	0	0	26.0	4.5
施 設 サ ー ビ ス	ショートステイ	17.0	0	0	4.3	3.4
	デイサービス	21.2	0	0	3.7	3.4
	デイケア	4.3	0	0	0.5	0
	機能訓練	4.3	0	83.3	2.7	0

資料：「鉾田町老人保健福祉計画」（1994年）。

鉾田町の高齢者は、1に示したように、実数的にも比率的にも増加の傾向にあるのみならず、さらに、従来あまり見られなかった新たな生活状況に直面する人の数も増えてきている。2では（1）で、こうした鉾田町の高齢者が、日常生活をおくるうえで、個人では解決不可能などのような生活問題（生活ニーズ）をかかえているのか、ついで（2）～（4）で、そうした生活ニーズを誰がどのように対応しているのか、についてみていくことにしたい（なお、テーマとの関係で、ここでは生活問題は保健・医療・福祉の領域にしぼることにする）。

まず議論の前提として、一般高齢者の在宅介護の志向性について明らかにしておきたい。第7表は、鉾田町の一般の高齢者が介護が必要になったときに希望する形態について尋ねた質問であるが、在宅ケアの希望（在宅家族ケア＋在宅公的サービス）が約9割と圧倒的に多い一方、施設でのケアの希望は4.5%と非常に少なく、在宅ケアへのはっきりした志向性が現われている。つまり、鉾田町の高齢者にとって、理想的ケアとは、在宅しかも家族を中心にした伝統的ケアであるということができよう。

第8表は、医療をのぞいたさまざまなサービスにたいする、そうした銚田町の高齢者のニーズを示したものである。高齢者の生活ニーズは、生活充実活動と生活援助活動にかんするものに分類されているが、ここで尋ねているものは、そのうちの後者の活動にかんするニーズのうち、看護・介護・家庭生活の援助・施設サービスである。

ねたきり高齢者のばあい、当然ではあるが、ほぼいずれのサービスにおいても他的高齢者よりも高いニーズを示しており（合計で153.1%＝一人平均約1.5のニーズ）、日常生活をおくるうえで、個人では解決できない生活問題を多くかかえている状況をうかがわせる。具体的サービスについては、家庭介護にたいする何らかのかたちのサポート（訪問入浴サービス・施設サービス）のニーズが高い。つぎにニーズの合計が高い独居の高齢者についてであるが（合計で96.7%＝一人平均約1つのニーズ）、10%を越える項目として、緊急通報装置・ホームヘルパー・訪問給食サービス・保健婦などの訪問指導があげられ、こうしたサービスはその本来的サービス内容に加えて、コミュニケーションにかかわるサービスともいえ、そうしたニーズが高いとみることもできよう（そのため、生活充実活動にかんするニーズも兼ねるものと理解することもできるだろう）。さらに、ニーズの合計のもっとも低い一般高齢者（合計で37.2%＝3人に平均約一つのニーズ）についてみるならば、全体的にニーズが低いなかで保健・看護のニーズ（訪問介護・保健婦などの訪問指導）が割合的には高く、病気予防、あるいは何らかのかたちでのコミュニケーション（おそらく、生活充実活動にかんするニーズも兼ねるだろう）へのニーズが存在することがわかる。

さらに、各サービスにたいする利用状況（制度の充実により各サービスの利用が可能になるため、利用状況を各サービスの制度の充実の指標とすることができよう）と希望状況（サービスへの期待を示す指標となる）とを同時に示すことで、各ニーズの充足状況を明らかにすることができるだろう（第9表）。この表から、ねたきり高齢者のばあい、他的高齢者に比べるならば生活ニーズの充足度は比較的高いものの、しかし、それ以上に高い生活問題をかかえている

第9表 各サービスにたいする期待と利用の水準

	ねたきり老人	痴呆性老人	虚弱老人	独居老人	一般高齢者
看 護 (利用)	17.0	0	0	4.3	2.2
(期待)	19.1	16.7	0	13.2	15.8
(差)	-2.1	-16.7	0	-8.9	-13.6
介 護 (利用)	61.7	0	0	10.6	5.6
(期待)	31.9	33.4	0	31.9	9.0
(差)	29.8	-33.4	0	-21.3	-3.4
家庭生活 (利用)	0	0	0	10.6	0
の援助 (期待)	55.3	16.7	0	40.4	5.6
(差)	-55.3	-16.7	0	-29.8	-5.6
施設サー (利用)	4.2	33.3	100	3.2	1.1
ビス (期待)	46.8	0	83.3	11.2	6.8
(差)	-42.6	33.3	16.7	-8.0	-5.7
合 計 (利用)	82.9	33.3	100	28.7	8.9
(期待)	153.1	66.8	83.3	96.7	37.2
(差)	-70.2	-33.5	16.7	-68.0	-28.3

注(1) 期待は各サービスの希望状況・利用は利用状況の数値(%).

差は、利用-期待により算出したもの.

(2) 数値は「銚田町老人保健福祉計画」(1994年)のものを利用.

ため、強い不足状態にあるといえるだろう。具体的サービスにかんして、看護・介護は——その程度はともかくとして——期待どおり・あるいは必要以上にニーズが充実している状況にあるといえるが、強く必要とされている家庭生活の援助・施設サービスにかんするニーズの充足は、まったく期待水準に追いつかない状況にあるといえるだろう。また、独居高齢者のばあいは、生活ニーズに対する充足が非常に低いことにより、ねたきり高齢者にほぼ匹敵する程度の不十分な水準にあるといえよう。具体的にみると、とりわけ必要度の高い家庭生活の援助や介護にたいするニーズの充足の低いことが不足状態の原因になっている。さらに、一般高齢者のばあいも、生活ニーズおよびそれにたいする充足度(利用)がともにもっとも低い水準にあるものの、やはり相対的に不十分な状況にあるといえるだろう。具体的には、看護(保健とともにコミュニケーションにかんするニーズも兼ねると考えられる)のニーズが他のニーズ

に比べ相対的に高いことと、それにたいする充足度が低いことに特徴があるといえるだろう。

以上、簡単にまとめよう。まず明らかなのは、鉾田町の高齢者が在宅ケアを強く志向していることである。そして、生活問題にかんして、現状において、もっともニーズが高いのがねたきりの高齢者である。ある程度のニーズの充足がはかられているものの、さらなる完備が求められるほどニーズが高いといえる。独居高齢者のばあい、全般的に制度によるサービスの網にかかりにくい状況が特徴的であり、また、一般の高齢者のばあいも、生活援助活動へのニーズはそれほど高くないものの、やはり相対的に充足されない状況にあるといえる。また、サービス内容にかんしては、ねたきり・独居のばあいはとりわけ生活援助にたいして、また、独居・一般高齢者のばあい、コミュニケーションにかんするニーズの高いことから推測して、生活充実にたいするニーズの高さがうかがえる。

（２）行 政

ここまで、鉾田町の高齢者のかかえる、個人では解決不可能な生活問題（ニーズ）についてみてきた。つぎに、こうした問題の解決・解消にいかなる組織（機関）や個人が携わっているのか、について明らかにしていくことにしたい。

ここでは、高齢者の生活援助ニーズ・生活充実ニーズにたいする対応主体を、公（行政）、共（社会福祉協議会）、民間に区別することで、それぞれの役割内容や三者間の関連性をより明確に把握をしていくことにしたい。

（茨城県）

高齢者の生活問題への対応主体としての公（行政）について、まず国の施策について概略しておこう。1986年、厚生省は「高齢者対策企画本部報告」を発表している。それをうけて同年「長寿社会対策大綱」が閣議決定されたのであるが、この報告において、「1995年を目途とした公的年金制度の一元化、年金支給開始年齢の検討、在宅サービスの充実と市町村におけるサービス実施体制の

一元化、老人保健施設の制度化……、厚生省組織の再編成、介護マンパワーの養成……、シルバーサービスの健全育成」などが提言されている⁽⁶⁾。ついで、1988年に、「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」（「福祉ビジョン」）が厚生省・労働省から国会に提出され、さらに1991年、こうした方策を推進するため、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」が策定されている。

つぎに県について、その施策から基本的姿勢をさぐることにした。

首都圏北部に位置する茨城県は、東京の郊外化により人口が急増する一方で、その高齢化も着実に進んできている。すなわち、人口に占める65歳以上の高齢者の比率は、全国的には下位にあるとはいえ、1980年：9.3%、1985年：10.2%、1990年：11.8%、そして1992年：13.1%とその比率を高めている。こうした状況にたいする県の対応を、その長期総合計画（『新茨城県民福祉基本計画』（1986～1990年））にみるかぎり、まず、保健・医療・福祉にかんする施策の位置づけについては——掲載順をシンボリックにとらえるならば——、産業振興・生活文化環境の創造のつぎであること、さらに、保健・医療・福祉（民生）における高齢者福祉にかんする施策とその位置づけについては、全7項目中、高齢者福祉を含む「社会福祉の推進」（生活援助活動）が保健・医療について3番目に、「高齢者の生きがい対策の推進」（生活充実活動）が4番目に提示されていることから、1980年代中ごろにおける県（行政）の取り組むべき課題としての民生ニーズへの対応、そして高齢者の生活ニーズへの対応は、もっとも重要な位置づけではなかったとみることができよう。

また、高齢者福祉にかんする具体的施策にかんしては、在宅ケアを中心とすること（ホームヘルパー派遣事業およびデイ・サービス事業）、在宅ケアが不可能なケースに対応して施設ケア（特別養護老人ホームの整備事業）を推進することが示されている。

しかし、1990年代にはいると、『茨城県民福祉基本計画』（1991～1995年）にみると、国の施策を反映するかたちで、民生全体への対応、なかでも高齢者福祉ニーズへの行政の対応を第一の課題とし位置づけに変更がみられる。すなわ

ち、基本計画の掲載順において①民生、②生活環境、③文化環境、④産業振興、という位置づけになるとともに、保健・医療・福祉（民生）における高齢者福祉にかんする施策の位置づけとしては、「高齢化社会対策の推進」（生活援助活動・生活充実活動）が1番目に提示されている。

具体的施策としては、生活充実活動にかんして、その制度的基盤にたいする「高齢化社会対策の充実強化」（茨城わくわく財団の育成強化・高齢化社会の住みよいまちづくり整備事業・茨城県高齢者総合相談センターの充実強化・茨城県高齢化社会対策等の基金の充実）および具体的事業として「高齢者の生きがいつくりと社会参加の促進」（高齢者の生きがいと健康づくり推進事業・総合情報誌の発行・ふれあいの場の整備・高齢者実態調査・高齢者と子供のふれあい事業）が示され、生活援助活動にかんして、「要援護老人の福祉の推進」（高齢者地域ケアシステム推進事業・在宅三本柱〔ホームヘルプ・デイサービス・ショートステイ〕・ひとり暮らし老人緊急通報システム・特別養護老人ホーム整備事業）が示されている。

以上、高齢者の生活ニーズへの対応者としての茨城県は、国の施策にしたがうかたちで、高齢者福祉をしだいに重視してきているということができよう。具体的には、在宅ケアを中心とし、施設ケアを補完的に位置づけるという施策であるといえよう。

（鉾田町）

さらに、鉾田町についてみてみたい。鉾田町が策定した「第3次鉾田町総合計画」（1994年～2003年）にみるかぎり、保健・医療・福祉にかんする施策は、基本計画のなかで環境整備について2番目に、「健やかで心のふれあうまち」という表題のもと示されている。また、そのうち高齢者福祉にかんする施策は、保健・医療を扱う第1節につぐ第2節（全7項目）で提示されている。

具体的施策としては、地域福祉にかんする項目のなかに含まれているのであるが、高齢者福祉を主な対象とするものとして、まず「地域福祉推進体制の整備」があげられている。その内容としては、①地域ケアシステムの整備、②福祉と保健・医療など関連分野との連携、③情報の提供と相談体制の充実、があ

げられている。そのうち、「地域ケアシステム」の整備については、これまで「高齢者地域ケアシステム」として1992年より整備がはかられてきたものであるが、障害者の地域ケアも事業内容に含めることを目的に、1994年度から名称が変更されている。

また、高齢者福祉にかんする項目において、現状についてミニ・シルバー人材センターの設置・ホームヘルパーの派遣・日常生活用具の給付・福祉電話の貸与・安否確認などのサービスの実施についてふれたうえで、こうした生活援助活動をボランティアの応援をえながらさらに在宅福祉システムとして充実させていくこと、加えて生活充実活動の支援がうたわれている。また、こうした方向をさらに推進する計画として、老人福祉計画（ゴールドプラン）が位置づけられている。

具体的施策としては、①総合的な高齢者福祉施策の推進、②生きがい対策の

第10表 銚田町の高齢者福祉関係の予算の財源比率

(単位: %)

予算費目	財源名	1993年度	1994年度
老人福祉費	国・県	27.4	26.8
	その他	38.2	0.4
	一般財源	34.4	72.8
老人保護措置費	国・県	56.1	69.5
	その他	8.7	6.3
	一般財源	35.3	24.2
老人福祉施設費	国・県	48.6	0
	地方債	14.2	0
	その他	10.3	36.1
	一般財源	26.9	63.9
老人医療費	国・県	0.6	0.6
	一般財源	99.4	99.4
費目合計	国・県	39.5	42.6
	地方債	2.7	0
	その他	10.3	5.8
	一般財源	47.5	51.6

資料：銚田町予算書。

推進, ③健康づくりの推進, ④在宅福祉サービスの充実, ⑤福祉施設の充実があげられている。

さらに、行政三者（国・県・町）の関係について簡単に整理しておくことにしたい。高齢者福祉は、タテ割り行政的な関係が非常に強い領域であると従来指摘されてきたが、こうした点にかんして、第10表において、ある部分裏づけることができよう。すなわち、銚田町の高齢者福祉事業を基盤づける予算の財源の約4割が国・県の補助金によってしめられているからである。「総合計画」で示した銚田町が実施/計画中の諸事業は、実は、こうした国・県による補助金に依拠して維持されているといえるのである。そのため、市町村は国の福祉政策の最前線の窓口と位置づけることができるかも知れない。

第11表 各市町村の高齢者福祉水準

		1980	1985	1990	1993
銚田町	決算比率	3.6	1.8	2.3	2.4
	高齢者一人	49,567	26,421	34,027	47,960
水戸市	決算比率	4.3	3.2	3.9	3.6
	高齢者一人	76,289	66,380	98,326	89,929
土浦市	決算比率	2.5	2.1	2.9	3.5
	高齢者一人	51,404	52,424	68,856	85,539
石岡市	決算比率	2.9	2.6	3.3	3.8
	高齢者一人	54,316	50,849	72,135	83,653
鹿島町	決算比率	1.92	1.4	1.9	1.8
	高齢者一人	69,739	54,172	61,448	74,805
大洋村	決算比率	0.5	1.8	3.4	6.3
	高齢者一人	8,232	27,171	59,725	132,097

資料：「茨城県社会生活統計指標」。

注. 決算比率は、市町村の予算の総決算額にしめる高齢者福祉費のしめる比率（％）をさし、高齢者一人は、高齢者福祉費をその対象である高齢者数で割った、高齢者一人あたりの額（円）をさす。

しかし、市町村はタテ割り行政の末端としての位置づけにとどまるものではない。すなわち、市町村における高齢者にかんする状況あるいは行政担当者の取り組み次第によって、諸補助金の獲得や市町村予算における高齢者福祉費の獲得など、そこに一種の「独自性」「裁量権」を認めることができるからである（「行政窓口の二重性」）。第11表は、茨城県の各市町村における市町村予算に定める高齢者福祉比率およびその金額を高齢者数で割った高齢者一人あたり額を示しているが、この表において明らかなように、市町村の状況などにより、高齢者福祉の（費用的）水準は大きく異なっているのである（もっとも、鉾田町の水準は高いものとはいえないが）。

また、行政（国・県・町）との関連において地域福祉における「地域」概念についてふれるならば、国の福祉政策において市町村がその最前線の位置づけにあること、同時に市町村が一定範囲の政策的・財政的独自性も有することから、こと福祉領域においては、「地域」とは本質的には市町村をさすということができる。

なお、鉾田町の具体的施策については3において論じることにした。

（3） 鉾田町社会福祉協議会

社会福祉協議会（以下「社協」と略述する）は、従来、公共（行政）機関として、場合によっては、民間の問題解決主体として論じられてきたが、ここで

第12表 鉾田町社会福祉協議会の概要

会 員	会員	一般会員（一般住民）・特別会員（町内有志）・団体会員（町内企業法人）
財 源	会費	一般会員（1000円）・特別会員（5000円）・団体会員（10000円）
	収入に占める自主財源	会費（13.89％）・共同募金（8.99％）
組 織	役員	会長（町長）・副会長（町議会議長・民生委員協議会総務）・常務理事（町役場福祉課参事）
	職員	10人（うち専任職員3人）

資料：茨城県社会福祉協議会職員連絡協議会『茨城県郡市町村社会福祉協議会概要』（1993年）。

は共（public）として分類したうえで、公および民間との関連性について具体的項目において明らかにしていくことにしたい。

1951年の都道府県社協の設立が、市町村社協誕生に結びついたことから明らかのように、市町村社協と県社協との結びつきは非常に強いものである。また、社協は自主財源の比率が非常に低く（第12表）、その財源のかなりの部分が行政からの補助金に依存しているように、行政とのつながりの強い組織といえる。

このように、茨城県社協および各市町村社協は、行政からの補助金を主たる財政基盤として事業を推進しているが、その主なものは、①社会奉仕活動育成事業、②学童・生徒のボランティア活動普及事業、③福祉ボランティアの町づくり事業、④地域福祉総合推進事業、である。やや詳しく説明すると、①は1975年より市町村社協単位で実施された社会奉仕活動の育成・援助事業であり、②は1978年より国庫補助事業として、市町村社協単位で推進されている、福祉教育の一環としてボランティア活動の浸透をはかる事業である。③は、1985年より、ボランティア活動の基盤整備の集大成としてスタートした事業である。具体的事業としては、（1）市民啓発推進事業、（2）養成研修事業、（3）（ボランティアグループの）登録幹旋事業、（4）（ボランティアの）活動基盤づくり事業である。④は1991年より、モデル地区が設定され実施されている。

鉾田町社会福祉協議会（1985年法人認可）の活動は、重点事業として、福祉の町づくりのためのネットワークの強化・地域福祉事業の推進・ボランティア活動の強化・財政基盤の強化・老人福祉センター運営推進があり、補助事業として、ボランティア活動推進員設置事業・地域福祉活動推進費補助事業・社会を明るくする運動・侃揚大会があり、受託事業として老人福祉センター管理運営事業・地域ケアシステム推進事業・給食サービス事業がある。

重点事業および補助事業の大半は、県社協の事業と関連するものであり、受託事業も行政（鉾田町）からの受託である。いいかえれば、市町村社協は「上からの計画に従わなければ補助金が下りない」（社協職員）ため、運営できないというのが実情である。鉾田町社協の事業のうち、とりわけ高齢者ケアに関連

するものは、いずれも鉾田町からの受託事業である、老人福祉施設（ともえ荘）の運営（1994年より社協事務局はともえ荘内に移転している）および地域ケアシステム推進事業である（後者については3で詳述する）。

しかし、表からも明らかのように、鉾田町社協は人的（職員レベル）には行政に依存しておらず、「行政と個々の住民の間」（行政担当者）に介在するマンパワー的存在として位置づけられているといえる。

（4） 民間（ボランティアによる高齢者ケア・サービスおよび有料の民間高齢者ケア施設・サービス）

（ボランティアサービス型）

つぎに、鉾田町における民間の高齢者ケアの担い手についてみていくことにしたい。民間の活動は、ボランティア（奉仕）サービス型と有料サービス型に大別することができる。具体的には、前者の場合は非専門家あるいは専門家によるボランティアサービス、後者の場合は、専門家による専門的有料サービス、ととらえることができる。

まず前者についてみていくことにしたい。社協の行なっている事業の一つ、福祉ボランティアの町づくり事業（具体的事業としては、市民啓発推進事業、養成研修事業、ボランティアグループの登録斡旋事業、ボランティアの活動基盤づくり事業）に関連して、鉾田町のボランティアグループは鉾田町社協に登録されている。こうした登録により、ボランティアグループは社協をとおして助成金を受けることができる（個々のグループに社協から年額20万円の活動費、県のボランティア基金より4万～5万円の補助金）。また、社協に登録しているグループは、さらにボランティア連絡会を結成している。連絡会の活動内容は、年3回の勉強会であり、社協が育成している他の団体と合同会というかたちで開催されている。

これらの点から、鉾田町におけるボランティア型の民間サービスは、社協の指導のもとに活動を展開しているとみることができるが、こうしたボランティアグループの具体的活動については第13表に示しているとおりである。鉾田

第13表 銚田町のボランティア・グループ

グループ名	設立 年次	会員 数	活 動 内 容
婦人会連絡協議会	1950	8*	① バザーを実施し、純益を社協善意銀行に預託、② 婦人会が共同募金の集金に協力、③ 敬老会の手伝い、④ 婦人会が身障者スポーツ大会の手伝い * 婦人会全体では、会員は1200人 会員=旧村ごとに支部があり、50人の役員がいる、連絡協議会は地区支部長クラスより構成
食生活改善推進員 連絡協議会		59	① 減塩食普及運動による成人病予防、② 家庭の団らんと楽しい食事、③ 「がん予防の12ヶ条」の啓発、④ 私達の健康は私達の手で、⑤ 65歳以上の一人暮らし給食サービス
青山保育園保母		69*	施設慰問 * 会員数には父兄を含む
愛点子		5	図書の点訳など
直星会		20	施設慰問など
舞踏クラブ		12	周辺町村にある施設の慰問など
あすなろ会		4	① 社協行事への参加、② 地区の一人暮らしへの給食サービス
みやび会	1988	10	① 独居老人への給食サービス、② 特養老人ホーム（慰問・クリスマス会開催・アトラクション手伝い） 会員=男性9人、女性1人
借宿老人クラブ舞 踏部	1990	15	① 老人施設慰問、② ボランティア活動への参加、③ 寺住職と語る会
三味線岡里会	1990	5	① 演芸奉仕、② 施設慰問、③ 社協行事への参加④ 敬老会への協力、⑤ 独居高齢者への給食サービス時の余興など 会員=男性1人、女性=4人
串挽保育園ひまわ りの会		10	① 施設開放、② 広場で紙芝居・絵本朗読、③ 敬老会・運動会などで高齢者とふれあい、④ 町の清掃
手話サークルゆず り葉	1988	10	① 障害者行事の手伝い、② 手話講習会③ 障害者とのふれあい行事、④ 障害者施設などの見学
同友会		20	① 交通安全教室の実施、② 道路の清掃・整備、③ 社会福祉施設・保育園行事への参加
とりのす保育園		8*	① 老人ホーム慰問、② バザー実施、③ 高齢者の運動会への招待 * 保母
町レクリエーショ ン連盟		9	① 社協行事などへの参加・協力
民協婦人部	1979	18	① 高齢者施設訪問、② 独居高齢者への歳末訪問、③ 使用済みテレフォンカードなどの回収、④ 各種ボランティア活動への協力・参加、⑤ 社協行事への協力、⑥ 研修会などの開催
更生保護婦人会	1972	15	① 募金活動、② 施設慰問、③ 寝たきり高齢者への年末慰問、④ ミニ集会開催、⑤ 社協行事への協力
サルビア会	1991	10	① 中央公民館を基盤とした地域公共施設の環境美化運動の展開、② 公民館事業への協力、③ 行事PR、④ 花と緑の県民運動への協力
銚田高校生会	1987	28	① 社協行事参加（サマーキャンプ・クリスマス）、② 福祉施設慰問、③ 独居高齢者への年賀状送付
ほこたハイキング クラブ		25	① 早朝ハイキング、② 県内外のハイキング、③ 環境美化運動
つくしの会		12	① 朗読ボランティア
銚田町連合青年団		43	① 施設慰問、② 他団体の活動協力、③ 行事主催、④ 養護学校行事の手伝い 会員=平均24歳
ねむの木		10	① 青少年育成、② ふれあいハイキング

注. グループ以外に個人ボランティアが50人いる。

町社協に登録されているボランティアグループは23ある。その大半のグループが何らかのかたちで高齢者にたいするサービスにかかわっているが、この表から明らかなように、その活動の圧倒的多数は福祉施設慰問や社協活動協力などといった生活充実サービスのうちの一部の特定のサービスである。一方、生活援助サービスは、それほど高い専門性が要求されない給食サービスのみである。こうしたことから、銚田町においては、ボランティア活動は非専門家による生活充実サービス、とりわけ慰問・娯楽サービスに限定されているとみることができよう。

この点に関連して、専門家による生活援助サービスにかんするボランティア

第14表 各市町村の医療従事者数

(単位:人)

	医 師	歯科医師	看護婦・準看護婦	保健婦	保健婦(市町村)
銚田町	20	11	75	8	5
水戸市	495	154	1,826	45	20
土浦市	221	80	803	21	9
石岡市	54	29	177	15	8
鹿島町	40	21	198	4	6
大洋村	1	0	1	2	2

資料:「いばらきの福祉マップ」(1991年)。

第15表 各市町村の医療機関数

	病院総数	(総合病院)	(老人病院)	一般診療所
銚田町	5	(0)	(0)	11
水戸市	34	(4)	(1)	179
土浦市	13	(2)	0	90
石岡市	9	0	0	27
鹿島町	5	(0)	(0)	20
大洋村	0	(0)	(0)	2

資料:「いばらきの福祉マップ」(1991年)。

の可能性について基礎的データからふれてみることにしたい。第14表は、市町村別の医療専門家の数を示したものであり、第15表はボランティアの中心施設となる可能性のある医療機関を示したものである。鉾田町と比較するならば、土浦市において活発に展開されている専門家による専門的ボランティアは、中心的担い手の献身的努力を無視することはできないものの、潜在的医療関係者数および中心的医療機関数の相違からも説明可能であるようにおもえる。

しかし、さらに大規模都市になると、多機能型専門施設の立地が可能になり、それぞれの専門施設内で完結的（一施設内で完全なケアが可能）にサービスが実施されることになる。すなわち、医療関係者の一定数の存在が、高齢者医療という特定 이슈ーに関心を持つ人びとの結合を可能にし、そうした特定の関心・専門をもつ人々が結びついていくうえで、（機関外の人的資源を必要とする開放型の）中心的医療機関の存在がその結合の制度的基盤として機能する可能性があるともみてことができよう。

（有料サービス型）

民間ケア施設・サービスのなかに、高齢者保健を専門とする有料サービス（病院・医院）を含めてよいだろう。しかしながら、こうした領域における有料サービスを完全な市場型とみることはできないだろう。というのも、高齢者にたいする保健施設の設立は、多くの場合、国庫補助や社会福祉・医療事業団などの融資に大きく依拠していること、また、サービスの受給者に代わり、行政が老人保健施設療養費相当分を直接に保健施設に支払っていることなどから、施設の運営において行政の関与・介在が大きなウェイトをしめているためである。

ところで、在宅ケアにかんして、鉾田町および鉾田町に関連のある施設は、現在3つある。そのうちの2つが、東湖会グループ（鉾田病院）の特養施設（東湖園）と老人保健施設（春の場所）である。東湖園には、ディサービス・在宅介護支援センターがあり、町（行政）の公共福祉サービスはその空きベッドをショートステイに利用している（しかし、空きがないことが多い）。小川町の特

養施設百里サンハウスは、鉾田町の鬼沢医院の経営であり、地理的にも鉾田町に近いので、鉾田町の高齢者の利用が多い施設である。ここは、ショートステイのベッドが12床あり、町（行政）の公共福祉サービスがしばしば利用している。

以上、鉾田町のねたきり高齢者・独居高齢者・一般の高齢者の生活援助ニーズ・生活充実ニーズへの対応主体として、行政（公共の「公」）・社会福祉協議会（公共の「共」）・民間（ボランティアサービス型・有料サービス型）に区別して論じた。すなわち、行政にかんしては、ナショナル・レベルの関心の高まりに対応した、高齢者ケア（とりわけ、生活援助活動）にたいする国の施策が先導的位置にあるとみることができよう。茨城県および鉾田町の対応は、財政的な理由もあり、追隨的である。とりわけ鉾田町については、高齢者の生活援助ニーズが主要な地域問題であるという認識は、従来、強くなかったとみることができよう。そうしたこともあり、高齢者福祉にかんする町の予算比率は高いものではなかった。しかし、国・県の施策（「老人保健福祉計画」および「地域ケアシステム」）をうけて、高齢福祉にたいする対応が生活充実活動から生活援助活動へ移行しつつあるといえよう。

社協は、その設立経緯および財政的・人的関係において、行政の下請け的位置づけにあるといえるかもしれない。高齢者福祉にかんしては、生活充実活動が中心であり、いうならば行政とボランティアのつなぎ目の役割を担っているといえる。しかし、行政の対応の中心が生活援助活動に移行するにつれて、社協がその実際の担い手となりつつあるといえる。そうした意味において、鉾田町社協事務局の老人福祉施設への移転は象徴的であるが、専門的人材の確保・育成が急務であるといえる。

民間サービスにかんして、鉾田町のボランティア・サービス型の場合、社協を媒介として行政にむすびついている点に特徴がある。機能的には、非専門家による生活充実活動、そのうちでも特定のサービスが中心であり、今後増加が予想される後期高齢者の生活援助ニーズに対応できる、行政の期待する援助ボ

ランティア（「地域ケアシステム」の担い手として期待される活動）という性格のものではない。それは、銚田町の場合、医療・福祉の専門家の絶対数の不足のため、専門家によるボランティアの誕生の動きがみられないことによる。有料サービス型の場合も、さまざまなかたちで行政と関連をもっている。銚田町の場合、老人福祉施設を用いたディサービスがある。しかし、ベッド数などの制約のため利用がつねに可能というわけではない。

このように、銚田町の高齢者福祉は行政中心型であるといえよう。具体的には、財源的には行政、人的・活動的には社協が中心になっているといえることができる。また、サービス内容としては、生活充実活動が中心であり、生活援助活動にかんしては、民間有料サービスが中心であるといえよう。

3. 銚田町の具体的施策（高齢者の生活問題・ニーズとその処理方法）

2でみた通り、銚田町における高齢者の生活援助サービスは、行政中心かつ民間有料サービス型である。そこで、こうした状況にある銚田町が推進している高齢者福祉施策（高齢者の生活援助ニーズに対応するサービス）について詳細にみていくことにしたい。すなわち、銚田町の主要な行政施策である、「銚田町老人保健福祉計画」および「地域ケアシステム」について詳述することにした。

（1）高齢者保健福祉推進十か年戦略

「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（「ゴールドプラン」、1990年～1999年）策定の経緯はすでに述べているとおりであるが、この戦略は、在宅福祉計画を最重点課題とした、高齢者福祉にかんする諸サービス水準の達成目標値を明示した国の策定した施策であるといえることができる。1990年、このゴールドプラン策定に関連して老人福祉法が改正されたが、①「居宅生活支援事業」として在宅福祉サービスの法的位置づけ、②在宅福祉を基本とした在宅・施設福祉の市町村による一元的実施・運営、③市町村・都道府県にたいする「老人保健福祉

第16表 週間サービスの提供プラン

	月	火	水	木	金	土	日
ねたきり老人	訪問	ヘルプ	デイ	ヘルプ	訓練	ヘルプ	ヘルプ
要介護痴呆性老人	ヘルプ	デイ	デイ	ヘルプ	ヘルプ	訪問	-
虚弱老人	ヘルプ	訓練	-	デイ	-	-	-
ひとり暮らし老人	-	-	ヘルプ	-	-	-	-

資料：「銚田町老人保健福祉計画」（1994年）。

注(1) ねたきり老人・虚弱老人については状況の悪い場合。

(2) 訪問＝訪問看護，デイ＝デイサービス，ヘルプ＝ホームヘルプサービス，訓練＝機能訓練，をさす。

計画」の策定義務づけ，④在宅福祉費用の補助額（国2分の1以内・県4分の1以内），⑤民間活動の重視，が定められた。

銚田町も，こうしたゴールドプランの策定および老人福祉法の改正をうけて，1994年「銚田町老人福祉計画」（1994年～1999年）を策定している。すなわち，①「高齢者基礎調査」（1992年実施）および②保健福祉サービスの現況，にかんするデータを提示したうえで，ゴールドプランをベースにして，③諸サービスにかんする具体的実施目標値，④諸サービスの供給体制，⑤保健福祉の環境整備，⑥高齢者生きがい対策の推進（具体的計画なし），など高齢者福祉にかんする諸サービス，とりわけ生活援助活動の実施について具体的な計画を提示している。

この計画のうち，若干の点についてさらにふれることにしたい。すなわち，サービス対象者について，コーホート法による人口推計によって1999年における高齢者人口数（および後期高齢者数）をそれぞれ19.3%（およびその40.2%）と算出するとともに，サービスの主たる対象者を在宅要援護老人（ねたきり老人・痴呆性老人・虚弱老人・ひとり暮らし老人）とし，その人数を町の将来人口の伸びから推計している。

そして，そうしたサービス対象人口にたいして，第16表に示した内容をもつサービスの供給を計画している。さらに，こうしたサービスを提供する体制について，施設およびマンパワーにかんして第17表の体制の整備が計画されて

第17表 サービス供給体制

施設・マンパワーの整備	現在の状況	整備目標
デイサービスセンター	△	整備基準の中学校区は2。既存の特養施設に1つ設置。期間内にもう1施設設置を検討。
ショートステイ用専用ベッド	△	町内外の特養で実施。必要量が確保できない場合は管外委託。
在宅介護支援センター	×	整備基準の中学校区は2。1994年度内に1施設整備する。
特別養護老人ホーム	△	現在1施設。不足は管外委託。
老人保健施設	△	現在1施設。不足は管外委託。
ケアハウス	×	広域施設。県と調整し設置。
老人訪問看護ステーション	×	今後の設置を協議。
保健相談センター	○	1986年に設置。
老人福祉センター	○	1施設（老人福祉のキーステーション）
地域福祉センター・シルバーハウジング	×	現在ニーズはないが、計画年度内に検討する。
ホームヘルパー	○	現在5名（研修参加を義務づける）。
保健婦	△	14名の確保を図る。
看護婦	×	老人訪問介護ステーション設置にともない10名の確保に努める。
栄養士	×	常勤1名を確保。
作業療法士・理学療法士	△	非常勤2名を確保。
歯科衛生士	×	非常勤2名を確保。
在宅介護支援センター職員	×	センター職員として、保健婦あるいはソーシャルワーカーおよび看護婦あるいは介護福祉士を各1名確保。

資料：「銚田町老人保健福祉計画」（1994年）。

いる。すなわち、高齢者のうち第16表に分類された在宅養援護高齢者を行政による高齢者福祉（在宅福祉）サービスの対象と位置づけ、生活援助諸サービスにかんする施設の整備およびマンパワー（専門家）の整備・確保水準が細かく示されているのである。

さらに、保健・医療・福祉の連携がうたわれている。すなわち、高齢者の保健・医療・福祉関係施設の協議機関として、現在、高齢者サービス調整チーム

(1981年設置) および医師・歯科医師との連絡会議があり、関係機関を代表する構成委員によって運営されているが、保健福祉の環境整備としては、「これらの組織における情報の共有化や相互の連携・協力を図ること」、また「住民団体(ボランティアなど)を構成委員に加えるなどにより、適切な住民サービスのシステム構築を図って行かなければならない」とされている。

(2) 地域ケアシステム推進事業

茨城県の生活援助活動にかんする施策(要援護老人の福祉の推進)の一つである高齢者地域ケアシステム推進事業(1988年より実施)に関連して、「第3次鉾田町総合計画」において「地域福祉推進体制の整備」として鉾田町で推進されているのが、「地域ケアシステム」である。

その具体的な事業は、県の「地域ケアシステム推進の手引き」(茨城県福祉部、1994年。以後、「手引き」と略称)に基本的に準拠しつつも、町の状況を考慮して展開されている。その「手引き」によれば、地域ケアシステムの目的・事業内容とは、「高齢者や障害者等が家庭や地域の中で安心して暮らせるようにするため、要援護者一人ひとりに保健・福祉・医療の関係者が在宅ケアチームを編成し、地域全体で総合的かつ確実に各種のサービスを提供できるシステムを構築する」ことを目的として、「県や市町村等が実施する保健・福祉・医療サービス制度を、対象者に最もふさわしい形で地域で総合化するサービスの組合せ制度を確立し、ネットワークを図り、提供を行うシステムを中学校区単位に構築する」というものである。

さらに事業の実施については、「手引き」において、「当面1市町村ごとに1中学校区を単位に重点的に推進する。2カ所目以降は平成8年度以降実施とする」とし、また市町村の実情に応じて、直轄あるいは市町村社協に委託するように指導されている。

こうした指導にたいして、鉾田町の場合、2つの中学校があるものの、地域ケアシステムを町全体として1つ設置する一方、6つの旧村(さらに、そのうちの1つの旧村は2分割)を下位単位として位置づけ、それぞれ1992年より毎年モ

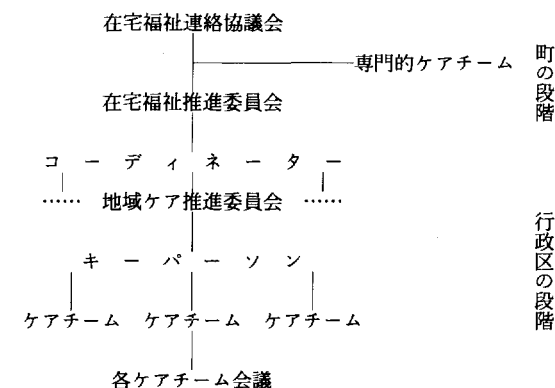
デル地区として整備していくという、中学校区よりもきめ細かい地理的範囲を基盤としたサブシステムをもつシステムの構築をはかっている。また、そのさい、モデル地区の設定は、事業の展開が比較的容易な周辺地域から順次展開されている。

すなわち、銚田町の場合、後述するように地域住民の参加を要件とする地域ケアシステムが、「学校区」という広い地理的範囲ではなく、旧村を単位としたものでなければ成立・機能しえないという判断にもとづいている。それは、「県の指導では銚田町の実情に合わず、定着が非常に困難である」（社協担当者）ためであり、言い換えれば、銚田町では、旧村が、今日においても、一定の社会的機能や地域意識をもつ一つの「範囲」として存続しているからであるといえる。

対照的なのは、土浦市における「地域」設定である。都市化の進行する土浦市の地域ケアシステムモデルは、市内全域におけるねたきり老人および独居老人を抽出するというかたちで設定され、そのさいの「地域」とは市全域をさしているからである。

事業の実施については、銚田町の場合、銚田町社協に委託している。このことに関連して、1993年の町の予算において、老人福祉センター「ともえ荘」を大幅改修し、ここに地域ケア活動の拠点となるケアセンターを設置するとともに、町役場内にあった社協を移している。

さらに、銚田町における地域ケアシステムの組織についてである。まず「手引き」の「地域ケアシステムの手順」により組織形成論的にシステム・モデルを提示すれば、市町村は学校区ごとにケアセンターを設置するとともにコーディネーターを選定する。そして、コーディネーターはサービス調整会議を開催するとともに、個々の対象者ごとにキーパーソンを中心とした在宅ケアチームの結成をはかるといえるものである。すなわち、このシステム・モデルはハードウェアとしてはケアセンターを基盤としているが、人的資源としての関与者の位置づけが大きいものである。また、関与者の結びつきを「会議」や「活動の共同」といった上下関係の比較的ゆるやかなものとすることで、多くの地域



第1図 銚田町における地域ケアシステム

住民の関与を容易にする開放的な組織をめざしているように思える。

一方、銚田町の地域ケア・システムは第1図に示したものである。このシステムが「手引き」のモデルと大きく相違するのは、「行政区の段階」として、システムの中にサービス単位として旧村が明示されていることである。

さらに、「町の段階」において在宅福祉推進委員会が設置されているが、これは「手引き」のサービス調整会議（コーディネーター・医師・市町村担当者・保健婦・ホームヘルパー・介護支援センター職員・民生委員・福祉施設職員・社会福祉協議会事務局職員・訪問看護ステーション看護婦・理学療法士・作業療法士・ボランティア・身障相談員から構成）にあたる保健・医療・福祉の専門家を中心としたものである。しかし、銚田町における在宅福祉推進委員会および専門的ケアチームは、医療とケアをつなぐ働きを本来は担うはずであるものの、現実には機能していない。というのも、「県は医療をいかに巻き込んでいくかについて積極的である。しかし、社協として医療（医療行為）に関わっていくのは難しい。医者と呼ぶにしても、そこからは有料の医療行為となる。医療に関することは、保健所に連絡するように指導を受けているが、現実には連携はなされていない」（社協担当者）からである。

「行政区の段階」において「地域ケア推進委員会」が設置されているが、これ

第18表 在宅ケアチーム員の役割

市町村福祉担当者	ケースワーク、福祉制度の説明、日常生活用具の給付、緊急通報システム
市町村保健婦	健康管理指導、生活指導
看護婦	訪問看護、健康状態の把握、医療器具装着指導
医師（主治医）	往診、健康状態の把握・管理、訪問看護の指示
ホームヘルパー	介護、家事援助
民生委員	公的機関等のサービス紹介、話し相手、安否訪問
ボランティア	話し相手、身の回りの世話、配食、送迎
隣人・友人	話し相手、買い物、ガイド、家事援助
家族・親族	要介護家族の状況を在宅ケアチーム員に相談
福祉施設	デイサービス、ショートステイ、機能訓練、介護
社会福祉協議会	在宅福祉サービス、地域啓発活動
在宅介護支援センター	介護相談
訪問リハビリ担当	リハビリテーション
老人クラブ員	友愛訪問、話し相手、老人クラブなどへの勧誘
家政婦・有償サービス会員	家事援助、介護

資料：「地域ケアシステム推進の手引き」。

は「手引き」のシステム・モデルにないものである。このケア推進委員会は、民生委員・婦人会・区長会・老人クラブ（各地区会長）・交通安全母の会・地区協力者など非専門家の地域住民から構成され、旧村範囲の対象者をいかにケアするかを議論する会合である。さらに、こうした推進委員の中からキーパーソンが任命されるが、銚田町のシステムにおいては、キーパーソンは旧村を単位とするモデル地区の責任者として非常に大きな役割を担っているといえる。

しかし、行政市町村の下部単位である「旧村」あるいは「集落」は、それがサービスの単位とされることはあっても、財政的・政策的な決定権をもつものとして位置づけられていない。そのため、旧村あるいは集落が「地域」として積極的に期待されるのは、サービス単位における「人」や「活動」の面であるといえるかもしれない。

さらに、地域ケアの実行部隊である個々のケアチームは、こうしたモデル地区内の対象者にたいする推進委員の検討により、地域住民のなかから、対象者ごとのケア担当者の任命により結成される。そして、こうしたケア担当者の第一の条件は、対象者と同じ地域に居住していることであり、ケア担当者も推進委員と同様に非専門家により構成されている。こうしたことから、「高齢者地域ケアシステム推進事業の概要」（鉦田町社会福祉協議会）の記載によれば、その事業内容は、「友愛訪問（話し相手・遊び相手）・安否確認（電話・訪問）・外出介助（通院・通所・散歩や買い物・行事参加介助）・日常生活援助（洗濯・炊事・掃除・留守番・家具の移動）・身辺介助（ねたきり老人や障害者の簡単な看護・食事介助・入浴介助・リハビリ介助）・緊急時対応（火災、風水害の初動的援助・緊急時の介護と看護・緊急通報・家族などへの連絡）」というものであるものの、実際には、「伝統的な地域社会にこうしたシステムを定着させるのは非常に困難を伴います。そのため、初めての試みを長続きさせるため、無理をせず、長期間継続していくことを最大の目標に、社協としては事業内容を友愛訪問・安否確認に限定しています」（社協担当者）というレベルにとどまっている。

つぎに、組織とやや重複するが、地域ケア・システムの担い手についてみていくことにしたい。まず、「手引き」における「在宅ケアチーム員の役割」を示したものが第18表である。この表から明らかなように、行政、保健・医療・福祉の専門家、社会福祉協議会、福祉施設、民間ボランティア（全域・近隣地区）の関与が期待されている。いうならば、地域ケア・システムは、こうした担い手が従来個別に行っていた諸サービスの効率・内容の向上を目的とするものであるといえる。そのため、従来においてサービスが不十分な分野は、ケアシステムにおいても、当然ながら、期待することは困難である。鉦田町の場合、コーディネーター（事業を推進するための調整者、社協役職者が就任）を中心として、ケア・チームの担い手として、民生委員、家庭奉仕員、保健婦、医師、ボランティア（行政区の婦人会、老人クラブ）、近隣住民、福祉関係者が期待されている。しかし、現実には、専門家の関与は皆無である。町の段階において

も医師の関与はなく、また、1994年より訪問看護が開始されているものの、地域ケア・システムとの連携は図られていない状況である。そのため、実際には、地域の非専門家によってケア・システムが担われている状況である。

以上、鉾田町の主要な行政施策である、「鉾田町老人保健福祉計画（ゴールドプラン）」および「地域ケアシステム」についてみてきた。まず、国が主導するゴールドプランについては、何よりも整備水準計画であるということが出来る。在宅ケアの必要な後期高齢者を行政のプライマリーな対象と位置づけ、その担い手である専門家（・専門施設）の確保目標が市町村ごとに提示されている。しかし、その具体的展開は今後のことであり、また、現状においては、市町村レベルでは対応困難な整備水準であるため、市町村は受け身的対応にある段階といえるかもしれない。

一方、地域ケアシステムは県が主導の施策である。地域ケアシステムは、ゴールドプランが高齢者福祉の担い手を専門家（・専門施設）と位置づけているのにたいして、現段階において整備可能なかたちで、地域資源（専門家ばかりでなく非専門家の人的資源）の活用をめざす施策であるといえる。

さらに、現在推進中の地域ケアシステムについては、（3）で、モデル地区における具体的な地域的展開をみていくことにしたい。

（3） 諏訪地区における地域ケアシステム

鉾田町では、（2）でみたように、「地域ケアシステム」事業の展開について地域ケアシステムを1つ設置し、6つの旧村（さらに、その1つの旧村は2分割）をその下位単位として、それぞれ1992年より毎年モデル地区として整備している。ここでは、こうしたモデル地区の一つ（諏訪地区）を事例として、地域ケアシステム事業の実情についてみていくことにしたい。

地域ケアシステム事業のモデル地区として最初に整備されたのが、鉾田町北東部に位置している諏訪地区（世帯数は約450世帯）である。選定の理由は、諏訪地区が他の集落にくらべ比較的人口が定着していること、そして、諏訪地

第19表 諏訪地区ケア推進委員会委員

	地 区 名	名前	役 職 名
民生委員協議会	靱負・上諏訪	A 1	民生員総務
	安房南・安房北・安房高野	A ②	民生委員
	柏熊	A 3	民生委員・柏熊区長
区長会	上諏訪	B 1	上諏訪区長・区長会副会長
	靱負	B 2	靱負区長
	安房北	B 3	安房北区長
	安房南	B 4	安房南区長
	安房高野	B 5	安房高野区長
婦人連絡協議会	靱負	C ①	諏訪地区会長
		C ②	諏訪地区副会長
		C ③	靱負支部
	柏熊	C ④	諏訪地区副会長
		C ⑤	柏熊支部長
	柏熊原	C ⑥	柏熊原支部長
	上諏訪	C ⑦	諏訪地区会計
		C ⑧	上諏訪支部
		C ⑨	安房北支部
老人クラブ連合会	安房南	C ⑩	諏訪地区会計
	上諏訪	D 1	諏訪老人クラブ会長
	靱負	D 2	靱負老人クラブ会長
	安房北	D 3	安房美里会会長
	安房南	D 4	安房寿会会長
	柏熊	D ⑤	柏熊老人クラブ会長
母	柏熊	E ①	交通安全母の会諏訪地区会長
地区協力者	安房北	F 1	地区協力者
	安房南	F ②	地区協力者
	安房高野	F ③	地区協力者
		F ④	地区協力者
	柏熊	F 5	地区協力者

注(1) 名前については、記号で示している。

(2) 母は、「交通安全母の会」をさす。

(3) 丸数字は女性をさす。

第20表 諏訪地区ケア推進委員会（地区別）

（単位：人）

	民生委員	区長	婦人会	老人クラブ	母の会	協力者	合計
上諏訪・鞆負 （女性）	1 (0)	2 (0)	5 (5)	2 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (5)
安房北・南・高野 （女性）	1 (1)	3 (0)	2 (2)	2 (0)	0 (0)	4 (3)	12 (5)
柏熊 （女性）	1 (0)	1 (0)	3 (3)	1 (1)	1 (0)	1 (0)	8 (4)

注(1) 母の会は、交通安全母の会をさす。

(2) 協力者は、地区協力者をさす。

(3) 柏熊では、民生委員が区長を兼職しているが、表ではそれぞれ別に計算している。

区に地域福祉活動の中心的不い手が居住していることによる。

第1図に示しているように、モデル地区における地域ケアシステムの中心は、地域ケア推進委員会である。諏訪地区では、推進委員として、第19表・第20表に示したように、コーディネーターによって、民生委員・区長会・婦人会・老人会・交通安全母の会・地区協力者が選出されている。

具体的にみていくと、諏訪6地区を分担する民生委員3人が全員含まれている。諏訪地区でのヒアリングによると、組織図には明確に示されていないものの、実態的には、それぞれの民生委員を中心にした3つの下位グループに区分される組織形態になっているという。すなわち、諏訪地区の場合、地域ケアシステムの機能的中心（キーパーソン）および地域的範囲は民生委員および民生委員の担当範囲であるということができよう。

また、伝統的地域集団である「区」組織の区長を全員推進委員に任命している（民生委員との兼職の一人を含む）ことから、このケアシステムが複数の区を選出単位とする民生委員を中心としつつ、伝統的地域集団とつよい結びつきをもつことでその機能的パフォーマンスを高めるとともに、区を中心とした地域社会への定着を志向しているとみることができよう。区は統一的な地域社会の単位であるとともに、区を単位とした全戸加入の地域組織の名称でもある（さらに「区」組織は、諏訪地区の場合、さらに下部単位として班が存在してい

第21表 諏訪地区におけるケア対象者

(単位:人)

キーパーソン	地区名	一人暮らし 高齢者	寝たきり 高齢者	痴呆性 高齢者	高齢者 世帯	重 度 障 害 者	合 計
A1	上諏訪	2	1	0	1	1	9
	靱負	1	0	0	3	0	
A②	安房北	2	0	0	0	1	15
	安房南	4	0	0	3	0	
	安房高野	2	0	1	1	1	
A3	柏熊	2	2	0	1	0	5
合 計		13	3	1	9	3	29

注. キーパーソンは第19表における記号で示している。

る)が、こうした「区」組織との関連により、ケアチームの重要な担い手となる婦人会員・老人クラブ員などの関与が促進されているといえる。すなわち、これらの地域集団は区を単位として構成されるとともに、「区」組織と人的・金銭的(補助金・助成金)・活動的(諸地域活動の共同)なつながりが深いからである。このうち、婦人会は、鉾田町全体としては、婦人会連合会(婦人会連絡協議会)を結成し、旧村レベルで地区婦人会(諏訪地区の場合は諏訪地区婦人会、役職者は会長・副会長・会計)が結成され、さらに区レベルにおいて支部(上諏訪・靱負安房北・安房南・柏熊。役職は支部長)が結成されている。しかし、婦人会は全戸加入ではなく希望者加入であり、他地区では婦人会が消滅しているところもある。その主な活動は、支部単位でも日赤・共同募金の集金活動、年1回の講演会・踊りの練習などの大会(勉強会)の開催である。なお、諏訪地区がいち早く地域ケアシステム推進事業のモデル地区になったのは、地域福祉活動の担い手である婦人会が、鉾田町のなかでもとりわけしっかりしていることが一因とのことである。しかし、他のモデル地区で、婦人会の消滅しているところでは、交通安全母の会(全戸加入、ボランティア活動は行っていない)や農協婦人部を基盤にしている。

このように、地域ケアシステムにおいては、女性にたいする役割期待は非常

に高いものがあり、他の地域活動の遂行とは異なる様相を呈している。これは、高齢者ケアが伝統的に女性の役割と認識されていることと大いに関係しているといえよう。「地域ケアには弁当づくりなどの女性の細やかさが必要」（キーパーソン）が具体的説明であったが、このことは、第6表でみたように、実際に個々の家庭における高齢者ケアの担い手が女性であるという実情も影響しているといえよう。

つぎに諏訪地区におけるケアチームの結成についてみていくことにしたい。第21表に示しているように、諏訪地区では独居高齢者・高齢者世帯・ねたきり高齢者などのケア対象者が29人（世帯）存在している。こうした対象者にないするケアチームは、各民生委員を中心にした地区担当の推進委員が個々の対象者ごとに状況を考慮し、通常、近隣の住民にケアチーム員を依頼することで結成されている。上諏訪・韮負地区の場合、高齢者ケアという性格から婦人会員を中心的な担い手としてケアチームが結成されている。老人クラブ員は「高齢者が高齢者を世話をする」（キーパーソン）という形態となるので、あまり依頼していないという。また、地域ケアシステムが地域社会にまだ十分に認識されていないため、推進委員自身もケアチームになるべく参加しているという。

では、上諏訪・韮負地区の個々のケア対象者ごとに、その状況およびケアチーム、ケア内容について、具体的に紹介することにした（第22表）。ケア対象者が第21表の数字よりも一人多いのは、1993年末に死去した対象者を含めているためである。また、ケアチーム結成後に、施設ケアに移行した人もこの表に含めている。まず、独居高齢者であるが、いずれも後期高齢者ということもあり、3人中2人が病気をかかえている（その後、一人は特別養護老人ホームに入所）にもかかわらず、親族のサポートは十分な水準とはいえない状況にある。ねたきり高齢者も2人（一人は、その後死去）とも後期高齢者である。家族のサポートとしては、「嫁」や孫娘が介護している。つぎに、高齢者夫婦世帯は4世帯ある。そのうち3世帯が65歳以上75歳未満の前期高齢者夫婦世帯であり、1世帯が後期高齢者夫婦世帯である。また、3世帯がなんらかの形で健康に不安を抱えている。親族のサポートにかんしては、1世帯は子供がない。し

かし、子供が他出している3世帯も、サポートは十分とはいえない状況にある。最後に、重度障害高齢者は、前期高齢者の1人で、現在、家族（長男）の介護をうけている。

こうした地域の高齢者にたいして、第23表のように、上諏訪・靱負地区ではケアチームを結成している。ケアチームは3人1組で1チームを結成しているため、10ケースの総人数は30人必要となるが、そのうち民生委員が4ケース、上諏訪区長が6ケース、靱負区長が2人ケース、婦人会（5人）が10ケース（うちケア推進委員が4ケース、非推進委員が6ケース）、老人クラブ会長が1ケース、前靱負区長が1ケース、を担当している。ケアチーム員はケア対象者の近隣住民から選出することになっているが、実際には、近隣の地域ケア推進委員および特定の婦人会員によってケアチームが結成されているといえる。これは、現在がケアシステムの定着をはかる時期という特殊な事情によるだろう。しかし、特定の住民に過剰な負担がかかることになるこうした状況は、家族ケアにおいて、特定の家族成員（「嫁」）に介護負担がかかる状況と同様であり、定着期の後の段階では再検討が必要となるだろう。また、ほとんどのケアチームに居住地区の区長が参加していること（前区長を含めると9チーム）、さらに他の担い手も「区」組織と関連の強い婦人会員・老人クラブ員であることから、このシステムが「区」組織に大きく依拠し定着・展開がはかられている様子ははっきりとかがえる。

つぎに、ケアサービスの内容については、ケア対象者のかなりが後期高齢者や病気をかかえている前期高齢者という状況にたいして、担い手が保健・医療・福祉の非専門家ということもあり、ほとんど安否訪問（内容的には生活充実活動に近い）に限定されている状況である。こうした点は、すでにみたように、県レベルの計画（「手引き」）と地域の実情の乖離を示す点であり、Ⅱさんの施設入所をケアの困難さの象徴的な例としてとらえることができるかもしれない。

そして、今後の高齢者（とりわけ後期高齢者）の増加という状況を考えると、近隣住民を中心にした非専門家による生活充實的ケアとともに、このシステム

第22表 上諏訪・靱負地区のケアチーム

独居老人(3人)

Iさん	76歳, 女性	ケアチーム	婦人会員①・婦人会員②・B1
独居にいたる経緯	長男が仕事の関係で県内の他町村に住居を構える（10年以上独居）。		
前職	もともとは兼業で農業に従事。		
健康状態	元気。自転車で老人福祉センターに出向いている。		
親族サポート	2人の娘の一人が町内の他地区に住居しており、時々見に来ている。		
ケア内容	安否訪問・買い物介助（自転車で日用品を購入し届ける）。		
IIさん	84歳, 女性	ケアチーム	婦人会員①・婦人会員②・B1
独居にいたる経緯	子供が亡くなり、孫（20歳ぐらい男性）が面倒を見ていた。しかし、現在は他出し時々戻ってくる程度になっている。喘息で病院に通院・入院歴もあり、本人の希望で今年旭村の特養施設（縦の木荘）に入所。		
健康状況	ぜんそく		
親族サポート	孫が時々来ていた。		
ケア内容	あまり活動はしなかった。何回かは買い物、掃除は必要ないと断られた。		
IIIさん	75歳, 男性	ケアチーム	婦人会員①・婦人会員②・B1
独居にいたる経緯	地つきの人で、日雇いに従事していた。昨年障害者だった配偶者が死亡し、またうつ病の長男（48歳、独身）も急死する。長男が亡くなるまで、IIIさんが長男の面倒を見ていた。		
健康状況	ボケに近い状態。		
親族のサポート	土浦市に他出した娘さんが週に1回は見に来ている。		
ケア内容	安否訪問		
寝たきり老人（2人）			
IVさん	84歳, 男性	ケアチーム	婦人会員①・婦人会員②・B1
家族状況	配偶者を早くなくすが、長男夫婦（58歳、55歳）・孫（女性・婿取り）と同居。		
健康状況	脳梗塞で倒れて以来、寝たきり。以前、縦の木荘（旭村の特養施設）に入所していたがうまく馴染むことができなかった。現在は民間老人保健施設（「春の場所」）のデイケアに行っている。ここでは友達ができ、自分から希望し、月に3回（一回＝5日～1週間）長男の配偶者・孫の送迎で通っている（「春の場所」は柏熊地区にあるが、地区でここに通っているのはIVさんだけで、他の人は行っていない）。		
家族のサポート	①長男の配偶者、②孫娘		
ケア内容	訪問をして、家人に状況を訪ねている。また、民生委員が状況を尋ねながら、おむつを毎月1個配布している。		
Vさん	1993年末77歳で死亡。男性	ケアチーム	前区長①・C①・A1
家族状況	長男夫婦と同居		
健康状況	脳梗塞の病歴。病院に入院中に死亡。1990年に寝たきりとなる。		
家族のサポート	家で介護できなくなり入院にいたる。家では長男の配偶者が面倒を見ていた。		
ケア内容	安否訪問		

高齢者世帯（4人）

Ⅵ夫妻	夫 68 歳, 妻 70 歳	ケアチーム	B2・C③・A1
現状に至った経緯	夫はもとはトラック運転手、子供なし。夫が仕事中に大怪我をしたことから生活保護を受けることになった。妻の姪を養女にしたが、中学を出ると家を出て行方郡内で別居。		
親族のサポート	夏休みなどにたまに孫を連れてくる。		
ケア内容	安否訪問		
Ⅶ夫妻	夫 73 歳, 妻 69 歳	ケアチーム	D2・C②・A1
現状に至った経緯	秋田出身地で、元学校・役場の用務員。用務員退職後、諏訪地区に家を購入して居住する。現在は内職をしている。二人の子供（両方男性）は他出しているが、将来的にはいずれかが同居する予定。		
親族のサポート	なし		
ケア内容	安否訪問		
Ⅷ夫妻	夫 69 歳, 妻 68 歳	ケアチーム	C①・B2・A1
現状に至った経緯	子供がいない。農業従事ののち、自動車学校の指導員となり退職。地つきで、かなり土地を持っているので地代で生活している。日常の買い物は夫が行なう。		
健康状況	妻は足・腰が悪く、接骨院に通院中		
親族のサポート	夫の姪が時々来ている		
ケア内容	安否訪問		
Ⅸ夫妻	夫 82 歳, 妻 79 歳	ケアチーム	婦人会員①・婦人会員②・B1
現状に至った経緯	子供はあったが、長男は大学入学で上京以来他出。長女の所在は不明。以前は近くの工場の会社員。奥さんは三味線を習っている（ボランティア・グループの岡里会）。		
健康状況	現在元気で、奥さんが定期検診を受けているのみ。		
親族のサポート	不明		
ケア内容	安否訪問		

重度障害高齢者（1人）

Xさん	65 歳, 女性	ケアチーム	婦人会員①・婦人会員②・B1
家族状況	夫と長男（ともに勤めに出ている）		
健康状況	進行性筋萎縮症のため、昭和 43 年から下半身の麻痺が続く（身障 2 級）。当初、病院入院していたが、自宅ケアを希望し、在宅に変更。現在、通院はしていない。		
親族のサポート	近くに本人の兄弟の家があり介護をしていたが長続きせず。現在、長男（昭和 27 年生まれ、自動車修理工）が介護している。		
ケア内容	おむつの交換は本人が嫌がるため、安否訪問（話し相手）のみ。また、民生委員が紙おむつを配布し安否確認している。ホームヘルパーは、本人が強く希望しないので月に 1 回訪問している。「緊急通報システム」を民生委員が町に申請して設置。		

第23表 諏訪地区のケアチーム員・ケア内容

(単位:人)

	ケ ア チ ー ム 員						ケア内容
	民生委員 (A)	区 長 (B)	婦人会 I (C)	婦人会 II	老人クラブ (D)	その他	
I		1		①②			安否訪問・買い物
II		1		①②			あまり活動せず
III		1		①②			安否訪問
IV		1		①②			安否訪問
V	1		①			前区長	安否訪問
VI	1	2	③				安否訪問
VII	1		②		2		安否訪問
VIII	1	2	①				安否訪問
IX		1		①②			安否訪問
X		1		①②			安否訪問

のいずれかのレベルにおいて保健・医療・福祉の専門家を加えていくことが大きな課題になるだろう。

以上、地域ケアシステムについて、具体的に諏訪地区についてみてきた。モデル地区においては、民生委員の担当地域がさらに下位区分され、それぞれの単位が独立的にケアを展開していること、そして、そうした下位単位では、地域ケアシステムが伝統的地域集団である「区」組織への依存により定着がはかられていること、また、こうした「区」組織との関係を基盤とすることで、ケアの実効的担い手（女性）を「区」組織との関連の強い婦人会・交通安全母の会からえることができていることが確認された。

しかし、実際に展開されているケアの内容は生活充実活動に限定され、さらなる高齢化の進行とともに、今後さらに必要性が増す生活援助活動については対応できないでいるという点に機能的問題性をはらんでいる。こうした点について、現実的には、高齢者保健福祉推進十か年計画も提唱しているように、保健・医療・福祉の専門家をいかにして高齢者保健福祉活動に巻き込んでいくか

が大きな課題となるであろう。

お わ り に

本稿では、一般的な農業地域として平均的福祉水準にあるといえる茨城県鹿島郡鉾田町を事例にして、高齢者ケアの実態を把握するために設定した分析項目の解明をめざした。

その結果、在宅ケアを志向する高齢者の生活ニーズの充足状況の把握という第1の課題にかんして、高齢者の健康や生活状況によりニーズの充足状況に差があるものの、全体的に高齢者の生活ニーズの充足度は低い状況にあることが明らかになった。

一般に、農業地域の場合、家族が高齢者をケアすべきだという規範が強く、生活サービスにたいするニーズは潜在しやすい。しかし、生活ニーズと制度の完備水準を比較した数値を生活ニーズの充足度とすることで、農業地域においても、相対的に不十分な状況を明らかにすることができたように思える。

ついで、高齢者の在宅生活ニーズにたいする対応主体の解明という第2の課題にかんしては、鉾田町の場合、行政が中心的解決主体であるといえる。すなわち、行政は、「公」としての高齢者ケア・サービスを、独自にあるいは社協への委託をとおして担うばかりでなく、「共」としての社会福祉協議会および「民間」の有料サービスやボランティア・サービスにたいする財源的基盤として、また、社協をととした民間ボランティア・サービスとの関係などによっても、ケア・サービスの中心に位置している。

しかし、伝統的な地域社会においては、高齢者ケアは「家」が担い、親族と重なることの多い近隣が補完するものだという規範が一般的であるので、行政の関与する、あるいは行政に求める問題であるという認識は一般的に希薄であるように思える。こうした事情のために、高齢者の生活ニーズに対応する農業地域における行政は、鉾田町の事例から、地域問題として「自覚的」というよりも、国レベル・県レベルで策定された施策を上意下達的に実施するという受

動的な存在であるという側面も明らかになった。

また、サービスの担い手については、銚田町においては、生活充実サービスにかんしては社協や民間サービスなど多くの担い手が存在するものの、地域における生活援助サービスにかんしては、担い手・施設が大幅に不足しているという状況が明らかになった。そして、こうした今後いっそう必要とされる生活援助サービスの担い手をいかに確保していくかは、農業地域全般にとって重要な問題となっているといえるだろう。

最後に、「地域ケアシステム事業」の実態把握という第3の課題にかんしては、銚田町では、地域ケアシステムの推進が、旧村や区といった伝統的地域社会を基盤とすることで、システムの定着・展開がはかられていることが明らかになった。

このように、農業地域の場合、伝統的地域集団は、地域ケアシステムを構築する基礎単位として重要な役割をはたしている。その一方、行政町村の単位においても希少である保健・医療・福祉の専門家を旧村や集落レベルでいかに確保し関与させていくかが、このシステムを本当に機能させるために解決しなければならない問題となっている。

銚田町が平均的な農業地域であることから、こうした銚田町の状況は、多くの農業地域における高齢者ケアの実情と一致するように思える。そうした意味において、銚田町の事例から得られた知見は、農業地域の高齢者ケアを考える上で有用なものであるといえるだろう。

注(1) 福武直・一番ヶ瀬康子編『都市と農村の福祉』(中央法規出版, 1988年), 82~95ページ。

(2) 三浦文夫編『社会福祉の現代的課題——地域・高齢化・福祉——』(サイエンス社), 47ページ。

(3) 依田発夫他編『在宅ケアの活きるまち』(自治体研究社, 1991年), 142~143ページ。

(4) 関寛之編『地域のなかの在宅ケア——茨城県土浦市「地域医療カンファランス」の実践から——増補版』(医歯薬出版, 1994年), 310ページ

(5) 奥田道大『都市型社会のコミュニティ』(勁草書房, 1993年), 182ページ。

(6) 日本医療企画 WIBA 編纂室編『保健・医療・福祉の総合年鑑 WIBA '93』(日本医療企

画, 1993年), 93ページ。

(早稲田大学文学部講師)

〔付 記〕

本稿は、著者が平成6年度科学技術振興調整費による重点基礎研究「農村における高齢者への医療介護支援システムの普及と需要に関する研究」の非常勤職員（若手研究員活用）として行なった研究成果の一部である。

〔要 旨〕

住民の高齢化にともなう地域ケアの展開

——茨城県鉾田町を事例として——

叶 堂 隆 三

高齢化の進行が必然的に75歳以上の後期高齢者の増加をもたらしていること、また、家族の介助を期待することのできない独居高齢者のかなりがこうした後期高齢者であることを考えると、高齢化にともなう問題の中でもとりわけ重要なのは、高齢による身体機能の低下のために援護を必要とする高齢者をこれまで生活をしてきた環境の中でいかにケアしていくべきか、という問題であるといえるだろう。

本稿の目的は、今後さらに希求される在宅ケアの現状を、平地農業地域に分類される茨城県鹿島郡鉾田町の事例をとおして明らかにすることである。具体的にいえば、鉾田町の高齢者が求める生活ニーズの充足状況、高齢者の生活ニーズにたいするさまざまな対応主体の対応策、行政を中心とした対応策の一事例として「地域ケアシステム推進事業」の把握をめざして行なった調査の結果を明らかにすることである。

調査の結果、第1の関心について、生活ニーズの充足度を指標化することにより、鉾田町の高齢者の生活ニーズが充足されていない状況を明らかにすることができた。

ついで、第2の関心について、高齢者ケアの対応主体を「公」「共」「民間」に分類することにより、鉾田町の場合、行政が中心的解決主体であることが明らかにすることができた。すなわち、「公」としての行政は、高齢者ケア・サービスを遂行するだけでなく、「共」としての社会福祉協議会および「民間」の有料サービスやボランティア・サービスにたいする財源的基盤として、ケア・サービスの中心に位置していることが明らかになった。その一方、行政は、地域問題として「自覚的」に高齢者ケアに対応するというよりも、国や県レベルで策定された施策を実施するという受動的な存在という側面も明らかになった。また、サービス内容についてみると、非専門的なサービスにかんしては多くの担い手が存在するものの、地域における専門的サービスにかんしては、担い手・施設が大幅に不足しているという状況が明らかになった。

最後に、第3の関心について、鉾田町では、地域ケアシステムの推進が伝統的地域社会を基盤とすることで定着がはかられているものの、保健・医療・福祉の専門家が不在であり、本来的な意味で、システムが機能していないことが明らかになった。

鉾田町の事例から明らかになったのは以上の点である。これらの結果は、鉾田町が平均的な農業地域であることを考えるならば、多くの農業地域における高齢者ケアの実情にあてはまるものも多いのではないかと思える。