

平成8年度博士論文
指導教授 三浦文夫教授

高齢化社会における福祉コミュニティ 形成の方策に関する研究

Research into the Further Development
of Community Based Care for the Elderly
in Japanese Ageing Society

日本社会事業大学大学院
博士後期課程3年 G94-D3
中 野 いく子

目 次

はじめに	1
------------	---

第 I 部 地域福祉論の再構築

第 1 章 地域福祉政策の登場と展開

第 1 節 コミュニティ・ケア政策の登場	2
1. 施設からコミュニティへ	2
2. 施設収容の弊害に関する社会学的証拠	5
第 2 節 「コミュニティにおけるケア」から「コミュニティによるケア」へ	7
1. 「コミュニティにおけるケア」の段階	7
2. 「コミュニティによるケア」へ	8
第 3 節 コミュニティ・ケアとは	11
1. 政策上の定義	11

第 2 章 地域福祉論の再検討と理論枠組みの構築

第 1 節 「地域福祉」概念をめぐる論争	17
1. コミュニティ・ケアをめぐる諸説	17
2. 争点 1ー施設ケアの対置概念か、包摂概念かをめぐって	18
3. 争点 2ー主体は専門機関・ワーカーか、住民かをめぐって	21
4. 争点 3ー地域福祉・在宅福祉との関係をめぐって	24
第 2 節 地域福祉の理論的枠組み	26
1. 地域福祉の概念をめぐる諸説	26
2. 先行研究にみる地域福祉の概念	26
第 3 節 地域福祉の概念	36
1. 「地域福祉」の概念	36
2. 「地域福祉」概念の構成要素	36
3. 概念規定の特徴	38

第3章 福祉コミュニティ論の再検討と理論的枠組みの構築

第1節 コミュニティへの志向とその概念	4 3
1. コミュニティ志向	4 3
2. 社会学の貢献	4 9
第2節 福祉コミュニティの概念	5 4
1. 先行研究における福祉コミュニティの概念の検討	5 5
2. 「福祉コミュニティ」の概念とその特徴	5 6

第II部 福祉コミュニティ形成の主体とその現状

―「コミュニティによるケア」に関する実証的研究

第4章 福祉コミュニティ形成の主体

第1節 福祉コミュニティ形成の主体	6 2
1. 福祉コミュニティの形成主体	6 2

第5章 福祉コミュニティ形成主体の活動と意識

第1節 要援護高齢者の在宅ケア・サービス提供主体の実態	6 7
1. 在宅ケアの担い手に関する調査	6 7
2. 介護者の状況	6 8
3. 介護状況	7 1
4. 家族介護者への支援	7 2
5. 主たる家族介護者に対するソーシャル・サポート	7 4
第2節 ボランタリー・ケア・サービス提供主体の実態	9 6
1. ボランタリー・ケアの担い手に関する調査の概要	6 6
2. ボランタリー部門の活動の実態	9 7
3. 民生委員の活動の実態	9 9
第3節 ボランタリー部門の担い手のボランティアリング意識	1 1 2
1. ボランティアリング意識の測定と測定スケール	1 1 2
2. ボランティアリング意識の比較とその関連要因の分析	1 1 2
第4節 調査結果のまとめと考察	1 3 2

第Ⅲ部 福祉コミュニティの形成に向けて

第6章 福祉コミュニティ形成へ向けての動き

第1節 資源の開発をめぐる議論と政策の展開	1 3 7
1. サービス供給主体の開発・動員	1 3 7
第2節 福祉コミュニティ形成主体の連携をめぐる議論 と政策的展開	1 4 0
1. 連携の重視と政策化	1 4 0
2. サービス供給組織の多元化と連携に関する議論	1 4 3
3. コミュニティ・ケア改革の中での連携問題	1 4 5

第7章 福祉コミュニティ形成の戦略

第1節 福祉コミュニティ形成主体の極大化	1 5 0
1. 2つの戦略的課題	1 5 0
2. ニードに適合したサービス提供主体の極大化	1 5 0
3. サービス提供主体の極大化の方策	1 5 5
第2節 福祉コミュニティ形成主体の連携	1 6 1
1. サービス提供主体間の連携の方策	1 6 1
第3節 地理的範域	1 6 8
おわりに一まとめと課題一	1 7 2

はじめに

地域福祉の推進が、社会福祉の新たな方向として政策的、実践的な課題となって以来、すでに4半世紀が経過している。前半のおおよそ10年間は、地域福祉の概念や主体、方法、用語などをめぐって活発な論争が繰り広げられたが、それにもかかわらず実践レベルの歩みは遅々として進まなかった。それが10年を経る頃からは、逆に理論レベルの進展があまりみられなかったにもかかわらず、実践レベルの進展がみられるようになった。とくに1989年の「高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）」の策定以降は、ホームヘルプサービスを中心とした在宅福祉サービスの量的拡大が顕著になってきた。また、公的介護保険の導入を含めた新たな社会的ケアのシステムを構築する計画が進行しつつある。

こうした公的なサービスの整備・拡充をめざす動きに加えて、住民参加型の在宅福祉サービスも近年拡大しており、活動時間の貯蓄に関する互換システムづくりもはじめられている。また、これまで地方自治体主導による福祉のまちづくりが全国各地で推進されていたが、1992年からは社会福祉協議会による「ふれあいのまちづくり事業」も開始されて、「住民相互の助けあいや交流の輪を広げ、共に支え合う地域社会づくり」をめざした活動が各地で展開されている。

地域福祉は、いまや実践が先行して、理論が追い付かない状況にある。

本研究は、要介護高齢者とその家族介護者が自宅で通常の生活を営むことができるように、ケアとサポートを提供し、また、要援護状態にできるだけ陥らないようにお互い同士助けあう「福祉コミュニティ」を形成するための方策を考究することを主要な目的としている。そのための前提として、まだ理論的に確立されているとは言い難い「地域福祉論」と「福祉コミュニティ論」の理論的枠組みの検討を行うことも課題としている。

「地域福祉」という用語は、欧米にはない、わが国固有の用語であることが知られている。わが国の福祉土壌に、欧米での施設ケアからコミュニティ・ケアへの動きが導入されて、生成・発展してきたものであるといえる。それゆえ、異なる原理が組込まれ、理論的な混乱を来している。元々、イギリスのコミュニティ・ケア政策さえ、確固とした概念や原理をもたず、展開されてきた経緯がある。その「ケア」政策が、社会福祉協議会の活動に理論的根拠を提供していたコミュニティ・オーガニゼーション理論と結びついて地域福祉が生まれた。そこに、理論的混乱が生じたと筆者はみている。

本研究では、第一にイギリスのコミュニティ・ケア政策に遡って、わが国の地域福祉論に影響を及ぼした考え方や原理を検討するとともに、わが国の地域福祉論の検討を行って、「地域福祉」および「福祉コミュニティ」の理論的枠組みを提示することを試みる。そして、第二にわが国の在宅ケアの現状に関する実証的研究を行い、その結果を踏まえて、第三に「福祉コミュニティ」を形成するための戦略を考究することにした。

第 I 部 地域福祉論の再構築

第 1 章 地域福祉政策の登場と展開

第 1 節 コミュニティ・ケア政策の登場

1. 施設からコミュニティへ

脱施設化の動きは、すでに今世紀の初頭からイギリスにおいて始った。その動きは、精神薄弱者の施設処遇の分野で開始され、精神病者の分野に広がり、児童や高齢者の分野に拡大されていった。

精神薄弱者ケアの分野では、1913年の精神薄弱者法（Mental Deficiency Act）の中にすでに病院外でのケアへの動きが認められる（Bayley,1973,p.2-3）。この法は、精神薄弱者の恒久的な隔離を求める世論におされて制定されたものであり、コミュニティの外でのケアに力点がおかれていた。大規模施設やコロニーの多くはこの法の遺産であるといわれるが、それにもかかわらず、施設ケアや後見人が必要のない精神薄弱者に対しては、コミュニティにおいて「スーパービジョン」を提供することが含まれていた。それは広く利用され、地方当局の中には、「スーパービジョン」の義務を地域のボラタナリーな福祉団体に委託するところもあったという。また、ボラタナリー団体の働きかけにより在宅の精神薄弱者のための職業センター（occupation centres）も開設され始めていた。

（Bayley,1973,p.2-3）

しかし、施設外でのケアへの歩みは遅々としたものに過ぎなかった。たとえば、1924-6年の精神錯乱および精神異常に関する王立委員会（Royal Commission on Lunacy and Mental Disorder）は、家族の崩壊を防ぐために、患者と家族を援助するアルモナーズ（almoners=医療ソーシャルワーカー）を任命するよう勧告していたが、第二次世界大戦の終結までにわずか26人の精神衛生ソーシャルワーカーが任命されたに過ぎなかったという（Walker,p.14）。極めてゆっくりとした展開ではあったが、その動きは続いた。1927年に改正された精神薄弱者法（Mental Deficiency Act）においては、精神薄弱者の施設に職業訓練や就職援助等の設備を整備すること、また、在宅ケアのための授産施設やサービスを設けることなどが含まれていた。また、1929年のウッド委員会（Wood Committee）報告においても、施設外でのケアにより力点をおく勧告がなされている。同委員会報告では「収容施設は従来の救貧院的性格であってはならず、学校あるいは病院に近い性格をものものに改められなければならない」（三浦,1971,p.15）として、収容施設の改革を提言したばかりでなく、コミュニティ内に精神薄弱者のための病院、宿泊所（ホステル）、特殊学級、職業訓練センター等を配置することを勧告している（三浦,1971,p.16）。

この動きは、精神薄弱の分野から精神病の分野にも広がった。それは、1930年の精神治療法（Mental Treatment Act）の制定や1939年にフェバーシャム委員会（Feversham Committee）が精神保健サービスのコミュニティ側面を強調する報告書を保健大臣に提出したことなどに現れている（Bayley,1973 pp.3-4）。

しかし、精神病患者の施設外ケアが必ずしも順調な発展をとげたわけではなかった。第二次大戦後に物理療法や治療薬が開発されるまでは、外来診療所の増設が主要な対策であるに過ぎなかった。

戦後、ベバリッジ構想（Beveridge,1942）を基礎にして社会保障関連諸法が制定され、「ゆりかごから墓場まで」を保障する「福祉国家」が成立する。その社会保障制度の中でも最も代表的な制度として法制化された国民保健サービス法（1946）は、在宅者の「スーパービジョン」、後見人、訓練、職業に対する直接的な責任を地方当局に与えた。これに基づいて、地方当局保健部は精神衛生部門を新設し、医学的な管理の下に、精神病患者のケアとスーパービジョンに経験をもつソーシャルワーカーを配置した。

この時期には、まだコミュニティ・ケアという用語は用いられず、処遇の中心を占めていたのは「コミュニティの外での」施設収容保護であった（Jones,1978, p.115）。

一方、トランクライザーなどの精神病を治療ないし軽減することができる薬が開発されたことも施設外でのケアを推進させたもう1つの重要な要素であった。薬や治療法の発展がより多くの患者の在宅ケアを可能にした。もはや施設ケアが唯一の選択肢ではなくなりつつあった。

これらの動きを反映して設置されたのが1954年の精神病および精神薄弱に関する王立委員会（Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency）であった。この王立委員会は、1957年に精神病と精神薄弱に対する病院ケアからコミュニティケアへの方向転換を勧告したが、その答申の第10章には「コミュニティ・ケアの展開」という表題が付けられており、コミュニティケアという用語の公式文書での最初の使用であったとされている（Jones,et.al.,1978,p.114）。しかし、ここでは、サービスの拡大にあたっての国民保健サービス法28条に関係した地方当局の権利と義務を明らかにしただけであった（Jones,et.al.,1978,p.115）。

1959年、王立委員会の勧告に基づく精神保健法（Mental Health Act）案が下院に提出されたが、その際に保健大臣ウオーカー・スミス（Derek Walker-Smith）によって重点の変化が明確に表明された。「われわれが追及しようとしている主要原則の1つは、収容施設ケア（institutional care）からコミュニティにおけるケア（care in the community）への精神衛生サービスの方向転換である（House of Commons,1959,col.719）」と（Jones, 1960, p.187）。この1959年法の目的の1つは、入院治療を必要としない精神病患者のニーズを充足する包括的なコミュニティ・ケア・サービスを確立することであった。しかし、コミュニティ・ケアというよりは地方当局のサービスを述べているだけに過ぎなかった。サービスに関しては、何の前進もみられなかったといわれている（Jones,1978,p.115;Bayley,1973p.5）。しかし、コミュニティ・ケアへの転換が法律によって裏付けられたという点では意義があった（Bayley,1973,p.5）。

脱施設化の動きは、精神衛生の分野において典型的に推進されてきたが、児童や高齢者

ケアの分野でも同様な動きが認められた。

児童福祉の分野においては、戦前に要保護児童を養護施設に收容するだけでなく、教育・訓練の機会を与え、成長・発展を促すという考え方がすでに承認されていたという（三浦,1971,p.18）。しかし、施設外でのケアへの動きが顕著になるのは、戦後になってからであった。1945年、政府はカーティスを長とする委員会（Curtis Committee）を設置した。同委員会は施設收容保護が児童の養育に多くの弊害をもたらすことを明らかにし、養護施設は可能なかぎり家庭的、教育的なものに改められるべきであること、また、里親委託による養育が施設保護に優先して与えられるべきであることを勧告している（三浦,1971,p.19；Walker,p.14）。この原理は、1948年に改正された児童法の中に確立された。

一方、ボールビィ（Bowlby,1951）による母性剥奪が児童に及ぼす影響についての発見やイングレビィ報告（Ingleby Report,）による予防の重視も施設外でのケアを推進する方向に作用した。地方当局は要收容児童を減少させるために、崩壊家庭に介入し、可能なかぎり家族および地域社会のなかで処遇する必要性を認めるようになった（三浦,1971,p.19；杉野,1990,p.103）。

高齢者ケアの分野でも同様な動きが認められる。

今世紀に入ると、救貧院養老施設はそのあり方が問われるようになり、救貧院から老人ホーム（residential home）への脱皮が図られる一方で、居宅老人に対するサービスが重視されるようになってきていたという（三浦,1971,p.19；杉野,1990,p.104）。しかし、本格的な動きは、戦後の1958年に保健大臣が次のように述べた時から始った。「高齢者にとって最良の場は、必要が生じたならば在宅サービスからの援助を受けられる条件をもった高齢者自身の家庭である」と（Townsend,1964,p.196）。

その後、1962年の『病院計画（A Hospital Plan for England and Walse）』と翌63年の『保健と福祉—コミュニティ・ケアの進展—（Health and Welfare: The Development of Community Care）』によって、精神衛生の分野ばかりでなく、高齢者ケアおよび児童ケアなどの領域も含めてコミュニティ・ケア政策を推進する計画が公表された。

因みに63年白書『保健と福祉』では高齢者のニーズを次のように述べている。

「在宅の高齢者は、虚弱に対処し、社会的孤立を防ぐことを可能にする特別な支援を必要とすることになろう。彼らの能力は低下するので、ホームヘルプ、洗濯サービス、調理された食事やカイロポディなどのサービスをより頻繁に必要とするだろう。移動能力を失うことは、友愛訪問、社交クラブや職業センターへの送迎、休暇の手配の必要性をもたらす。疾病が加わった場合は、訪問看護、ナイトケアや自宅での一般的な援助をさらに必要とする。ターミナルな疾病では、高齢者は限られた期間に、多くの在宅サービスからかなりの援助を必要とすることになろう」と（Ministry of Health,1963, para.50,p.16）。

2. 施設収容の弊害に関する社会学的証拠

脱施設化ないしコミュニティ・ケア政策を推進させたもう1つの要因は大規模収容施設の持つ望ましくない特徴であった。1960年代に入ると、社会学的研究から大規模収容施設が持つ非人間的な側面が明らかにされ、人道主義的な理由から施設は衰退すべきであると考えられるようになってくる。

最も影響力を与えた研究は、1961年に出版されたゴフマン (Erving Goffman) の『Asylums (収容施設)』であった (Jones, 1978, p. 117)。それは、総合施設は外界から相対的に切り離され、入所者の病理的な状態をつくりだす性質があることを分析したものであった。施設自体が、それが仕えるはずの個人よりもはるかに重要になり、個人の自我が逆に攻撃されることになるというものである。この研究は、精神病院ばかりでなく、刑務所や老人ホーム、学校、兵舎などの施設にも応用できる基礎理論を提供しようとしたものであったために、広く反響を呼び起こすことになった。

さらに、ジョーンズら (Jones et.al., 1978, p. 118) によれば、ハートウッド (Hurtwood) のアレン令夫人 (Lady Allen) によるパンフレット『誰の子ども (Whose Children?)』 (1945)、精神科医のバートン博士 (Dr Russell Barton) による『施設ノイローゼ (Institutional Neurosis)』 (1959)、大学講師のベイジュー (John Vaizy, 後に Lord Vaizey) による『施設生活からの光景 (Scenes from Institutional Life)』 (1959) などとも同様な結論を独自に導き出しているという。

また、タウンゼント (Peter Townsend) も老人に対する施設ケアの研究である『最後の避難所 (The Last Refuge)』 (1962) を著し、そのなかでゴフマンの知見を引用して、「個々人への施設の影響」についての理論的な考察を加えている。『(Patterns of Residential Care)』 (1971) におけるキングら (King, Raynes and Tizard) は、精神障害児のためのホームの運営を研究するにあたってゴフマンの分析を引用し、「ノーマリゼーション」理論を導きだした。家庭にいる普通の児童と同じ生活と学習の機会を与えられた精神障害児は、施設や病院タイプの環境下に置かれた児童とは逆に、個人的、社会的能力を進歩させたことを検証している (Jones, 1978, pp. 117-119)。施設のマイナス面に関する研究はその他にも数多く現れた。

問題は、攻撃が理論レベルに止まらず、実践的な抗議運動にまで発展したことであった。タイムズ紙 (The Times) への1通の投書が「押さえられていた怒りとみじめさ」を解き放ち、患者の残忍な取り扱いを告発する投書が多数寄せられることになった。それが、施設の状態に対する暴露と告発の書、『何事もなし (Sans Everything)』 (1967) に結実した (Jones et.al., 1978, p. 119)。

保健および地域病院委員会 (Department of Health and Regional Hospital Boards) が、徹底的な調査を行ったが、すでに痕跡は消され、ごくわずかの誤りが明かにされたに過ぎなかった。しかし、告発はその後も続き、70年代の終わりまで病院調査は続けられた。

ジョーンズらは、この運動は破壊的で、長期滞在型病院のスタッフの士気に動揺を与え、地方当局の施設ケアよりも長期滞在型病院の方が入所者のニーズに応えていないという信念を植え付けただけであったと述べている (Jones.et.al.,1983,p.108)。

この結果、長期滞在型病院にかわるサービスはより好ましいと考えられるようになった。コミュニティ・ケア政策は保守党ばかりでなく、労働党からも支持を得るようになり、広く承認された政策となった。

第2節 「コミュニティにおけるケア」から「コミュニティによるケア」へ

前節でみたとおり、コミュニティ・ケアは、まず中央政府による政策として登場した。コミュニティ・ケアが政策目標として設定されてから、施設収容ケアは望ましくない、避けられるべきであるという社会学的な研究が注目されるようになり、コミュニティ・ケア政策が広く一般に支持される政策となった。そして、この政策的発展は、ベイリー (Michal Bayley) によれば、「コミュニティにおけるケア」(care in the community)から「コミュニティによるケア」(care by the community)をも含むものへの展開であったとされる (Bayley,1973)。この政策的発展へのプロセスをみておくことにしたい。

1. 「コミュニティにおけるケア」の段階

コミュニティ・ケア政策の公式的な起源は、1954～57年の精神病及び精神薄弱者に関する王立委員会(The Royal Commission on Mental Illness and Mental Deficiency)の報告書(1957年)と、それに基づいて法制化された1959年の精神衛生法にあるとみなされている。しかし、この段階では、まだコミュニティ・ケアと呼べるほどの内容を有していなかったことはすでに前節で述べたとおりである。

本格的な政策転換は、1961年、全国精神衛生協議会(The National Association for Mental Health)の年次総会の席上、保健大臣E. ポウエル(Enock Powell)が「今後15年間に、現在ある精神病院の病床数を半減する。数量で示すと、75,000床を下らない病院ベッドが削減されることになる。(National Association for Mental Health,1961)」(Bayley,p.5)と発表したときに始まる。

ティトマス(Richard M. Titmuss)は、翌日、同総会で政府の政策意図を問題にし、それが経費節減にあるのではないかと資している。そして、政府がこの政策に取り組むつもりなら、精神病者と精神薄弱者のためのコミュニティ・ケア・サービスの発展のために、特別補助金を予算化して証拠を示すように求めた (Titmuss,1961)。

翌1962年、政府は『病院計画』(Ministry of Health,1962)を発表し、続いて補足的な青書『保健と福祉—コミュニティ・ケアの進展』(Ministry of Health,1963)を公にして、コミュニティ・ケア政策を具体的に打ち出した。この計画では、病院は、将来緊急患者のケアに重点をおき、緊急でないケアはコミュニティで扱うとされた。そして、保健福祉サービスは、予防を第1の目的におくことが強調され、また、コミュニティ・ケアは、従来の精神病・精神薄弱者の領域ばかりでなく、老人、母子、身体障害者の領域にまで広がるものとした。

しかし、ベイリーによれば、「この青書は、明らかに政府がこの段階ではもっぱら管理運営面から、つまり『コミュニティにおけるサービス』の面から、コミュニティ・ケアを考えていたということを示して」(Bayley,1973,p.6)おり、また、ジョーンズ (Kathleen Jones)によれば、「コミュニティ自体の資源を活用するという意識のない、あるいは、

コミュニティの賛同を得ることさえも意識していない『コミュニティにおけるケア』であった」(Jones,1978,p.117)といわれている。つまり「純粹に、中央政府の政策と地方自治体の提供の問題で」(Jones,1978,p.117)しかなかったとすることができる。しかも、その政策の裏にある動機は、公共支出を節減したいという経済的理由であったともいわれている。病院の多くはビクトリア中期に建てられたのもで、建てかえの時期にきていたのであるが、1960年代にそれぞれだけの資本投下をすることができなかったからである。

2. 「コミュニティによるケア」へ

60年代を通じて、いくつかの実証的な研究が行われた結果、コミュニティ・ケアは、両親の過剰労働によるケアであって、行政からの援助は非常に少なく、近隣の人々は無関心であったということが報告された(Tizard,1964;Tizard and Grad,1961)。こうした研究は、さらに、より改善されたサービスをコミュニティにおいて提供するモデルパターンの研究へと進んでいった。例えば、ティザード(Jack Tizard)とクシュリッチ(Albert Kushlich)によるウエセックス(Wessex)での研究(1964-67)―人口10万人を基礎にした計画―がよく知られている。これらの研究の中から、「コミュニティによるケア」という考え方が芽生えてきたようである。

しかし、公式に「コミュニティによるケア」の方向を示したものとして、シーボーム報告が決定的に重要である。

シーボーム報告は、周知の通り、それまでバラバラに運営されてきた社会サービスを統合して、「家庭に対する効果的な地方自治体サービス」の創造を検討したものであるが、その中で、有効なサービスは地方自治体組織外の民間資源の活用なしには行えないことを強調した。「われわれは、コミュニティに基礎をおき、家庭に向けられたサービスを国民のすべてに行きわたるようにするため、地方自治体に新しい部局をもうけることを提案する。この部局は単に社会的な災難を発見し、救済するにとどまらず、できる限り、多数の人々がコミュニティ全体の福祉のために、お互いどうしサービスを供与し合い、相互扶助活動を展開するのを可能にするものでなければならない」(Seebohm Report,1968, para.2, p.11)と述べている。新しく統合される対人社会サービス(personal social service)は、単に救済的な事後的救済にとどまらず、予防を重視し、個人や家族をその社会関係の中において全体として取り扱い、より個別的な援助とサービスを提供することを目的としている。そのため、予防という面からも、家族全体に対する個別的援助という面からも、コミュニティ資源の動員や、コミュニティ内の相互扶助・自助活動の活用が欠くことのできないものになった。その意味では、シーボーム報告は「ただ単に『コミュニティにおけるケア』ではなく、『コミュニティによるケア』をかなり強調している」(Bayley,1973,p.9)といえるのである。

シーボーム報告に示された「コミュニティ・ケア」は「行政サービスとあらゆる種類の

相互扶助やインフォーマルな世話とが織り合わされたもの」(Bayley, 1973, p.9; Seebohm Report, 1968, para.483, p.149) ということができる。これは従来のコミュニティ・ケア政策の考え方の幅を明らかに広げるものであった。

その後、この区別は公式政策の中に取り込まれていくことになった。たとえば、1981年の白書「年取ること (Growing older)」では、「コミュニティにおけるケアは、次第に、コミュニティによるケアを意味することになるだろう。」(DHSS, 1981, p.3) と述べている。

シーボーム委員会は「コミュニティを基礎とし、家族を志向した包括的サービス」を提供するために、家族のニーズの全体に対応し得る「ジェネリック・ソーシャルワーク」の導入を勧告したが、このジェネラリスト・ワーカーの登用とマネジメントないしアドミニストレーションの導入が現場のソーシャルワーカーに混乱をもたらすことになった(小林, 1978; 萩原, 1984)。そこで、ソーシャルワーカーの役割を改めて問い直すために、全英ソーシャル・ワーカー協会(NISW)は、バークレイ(Peter Barclay)を長とする委員会を設置した。1982年に提出された報告書は、意見の一致がみられず、主流派報告の他に2つの小数派報告が添付されたものであったが、主流派報告はシーボーム以来のコミュニティ志向を引き継ぎ、コミュニティに基礎をおいた実践(community-based practice)を推進するうえでのソーシャルワーカーの役割について広範囲な勧告を行っている(川田, 1986; 嶋田, 1983; 社会福祉問題研究会, 1984)。

バークレイ主流派報告は、ソーシャルワーカーがコミュニティに基礎をおいた実践を行う前提として、インフォーマル・ケアリング・ネットワーク、すなわち「コミュニティによるケア」の重要性を強調し、ソーシャルワーカーはインフォーマル・ケアとフォーマルないしボランティア・サービスとの間を繋ぐ役割を果たすよう勧告している。

「イングランドとウェールズにおける社会的ケアの大部分は、法的でないしはボランティアな社会サービス機関によるばかりでなく、コミュニティにおけるインフォーマル・ケアリング・ネットワークに連なる普通の人々によって提供されている。…コミュニティ成員が相互に提供する社会的ケアを過大評価はできない。問題を抱える人々の大多数は、最初、自分自身の家族に支援を求める。もし、これがないか不十分ならば、より広い親族、友人、近隣の人たちの援助が貴重な資源となる—第一に知人はしばしば(決していつもとはかぎらないが)公的機関のソーシャルワーカーよりも話やすいし、信頼しやすいからであり、第2に、インフォーマル・ネットワークからの援助を求めることが、適度に、社会的に容認されているからである。そうすることが、通常、役人に接近するよりも自尊心を傷つけることがすくない(Barclay Report, para.13.8, 1982, pp.199-200)」と。

この報告書は、こうしたインフォーマル・ケアリング・ネットワークの重要性を強調し、それらから離れることなく、親密な理解のもとに働くことがフォーマルな社会サービスにとって必要であると主張した。ソーシャルワーカーは、インフォーマルな介護者(セルフ

ヘルプグループを含む)と法定的サービス、ボランティア機関との間の関係を発展させる方法を見い出すことを必要とした。「社会的ケアリングを共同で行うことは、コミュニティにおけるよりよいケア、より多くのケアを推進する方法であり、不利な状態にある人に対するケアリングの重荷をより公平に分配する方法でもある」(Barcley Report,1982,p.202)とされたのである。

ブルマー(Martin Bulmer)は、コミュニティ志向という点では、バークレー委員会は、1960年代末にシーボーム委員会が主張したことの繰り返しで、異なる点は、1980年代始めにはすでにコミュニティ志向が認知され、より好意的な状況がある中でそれを主張したというだけのことにすぎないと述べている(Bulmer,1987,p.8)。もはや、コミュニティ・ケアは「コミュニティにおけるケア」と「コミュニティにおけるケア」が織り合わされたケアであるという認識が一般化したことを示すものであろう。

第3節 コミュニティ・ケアとは

1. 政策上の定義

現在のコミュニティ・ケア政策は、みてきたとおり、精神病および精神障害者の脱施設化をはかる動きから生じ、児童や高齢者などの要援護者を加えて1つの大きな流れになっている。しかし、精神衛生サービスと対人社会サービスの課題は、政策策定上はやや異なるものであることから（Bulmer,1987,p.9）、コミュニティ・ケア政策に混乱と曖昧さをもたらす要因ともなっている。

コミュニティ・ケアについては、イギリスにおいても単一の公式定義はない（The Social Welfare Word Book,1993）。ウオーカー（Alan Walker）は、「（筆者注：政府）声明は、政策における目的の著しい混乱と根本的な曖昧さを示している。コミュニティ・ケアの進展に中心的な責任を負う（筆者注：保健社会保障）省がコミュニティ・ケアという用語に対する一貫した意味を有していないようである」と述べている（Walker,1982,p.19）。ブルマーもウオーカーを引用して、公共政策における一貫して用いられる明確なコミュニティ・ケアの定義が欠如しているという彼の見解を支持している（Bulmer,1987,p.13）。

コミュニティ・ケア政策は、脱施設化や経費削減、コミュニティ志向、ニード志向などの多様な要求や要素が絡み合っただけの流れになってきたものである。また、「コミュニティにおけるケア」から「コミュニティによるケア」への政策展開からも明らかなように、当初から確固とした理念や目的、概念が提示されていたものでもなかった。しかし、いまやノーマリゼーション思想とも深く絡み合っただけ、非可逆的な政策となっている。

そこで、この政策が意味するものをできるだけ明確にしておく必要がある。まずはフォーマルな定義をみておくことにしたい。

ウオーカーは、戦後比較的早い時期の政府声明の中にみられるコミュニティ・ケアの原理は、1つは、個々人が自分の家族や友人、近隣の人々との統合を保てるように保障すること、2つに、施設外の環境における社会的なケアであること、3つ目には、在宅での広範囲のサービスからの支援を行うこと、4つ目は、家族崩壊や施設入所を引き起さないための予防的手段であることとしている（Walker,1982,p.16）。

その後の公式定義についてみると、保健社会保障省（DHSS）は、1977年時点で、精神保健の分野のコミュニティ・ケアを法的な保健・社会サービスを提供する責任のある人々ばかりでなく、家族、民間団体、それにコミュニティ全体をも含む多面的で多原理的（multi-disciplinary）なものであると定義していた（DHSS,1978,p.10）。高齢者ケアの分野については、「本省の政策の第一義的な目的は、高齢者が可能な限りコミュニティで自立した生活を維持できるようにすることである。これを達成するために、在宅サービス（domiciliary provision）を発展させること、病院や施設での長期ケアに対するニードを防止ないし遅延させる方法を奨励することに高い優先順位が与えられることになろう」（DHSS,1978,p.13）と述べている。

1981年には、「コミュニティ・ケア政策の一般的な目的は、その人が家族や友人との繋がりを維持し、普通の生活を保つこと、そして、その人の特別なニーズを充足する支援を提供することである」（DHSS,1981b,p.21）としている。また、同年の諮問答申『コミュニティにおけるケア』においては、「長期ケアを必要とする人のほとんどは、コミュニティ内で介護できるし、また、すべきである。これが、彼らの多くが望んでいることであり、ケアに責任を負う人々が最良であると信じていることでもある」（DHSS,1981a,p.1）と述べている。

1981年の白書『年取ること（Growing older）』では、「高齢者への支援とケアの第一次資源はインフォーマルとボランタリーである。これらは親族関係、友人関係、近隣関係の個人的結び付き（personal ties）から生じる。彼らは代えがたいものである。公的当局の役割は、そうした支援やケアを支持し、必要ならば、開発する一が、決して取って代らない一ことである。コミュニティにおけるケアは、次第に、コミュニティによるケアを意味することになろう」（DHSS,1981c,p.3）と記している。これらの公式文書にみられるコミュニティ・ケアも、上述したウオーカーが指摘する要素を含んだものであった。ただ、81年白書では、インフォーマルやボランタリーなケアの重要性に一層力点をおいている点が注目される。コミュニティ全体が組み込まれるべきであり、「高齢者のケアはすべての人に分担されるべき責任である」（DHSS,1981c,p.3）とされたのである。

さて、最近のコミュニティ・ケア改革の中では、どのようにとらえられているのだろうか。

グリフィス（Roy Griffiths）は、コミュニティ・ケアの原理と目的については、DHS Sによる「社会サービスに関する下院委員会」への証言を適切で申し分のない公式声明であるとして引用している（Griffiths Report,1988）。

「個人に、病院や入所施設でケアされるよりもできるかぎり自分自身の家に止まることを可能にすること。

- ・要介護者をケアするストレスに対処しているインフォーマル介護者（家族、友人、近隣の人）に支援と援護を提供すること。

- ・通常の生活への破壊が最小限となるような手段によって、適切な援助を行うこと。

- ・身体的、情緒的不適応の原因とも結果ともなるストレスや緊張を取り除くこと。

援助される人々のニーズや要望に応じた最も費用効率の良いサービス・パッケージを提供すること。

- ・地域内の個人個人を支援するために地域のすべての資源を完全に1つに統合すること。この資源は、インフォーマルな介護者、国民保健サービスと対人社会サービス、そして組織化されたボランタリー活動を含むが、また、シェルタード・ハウジング、地方社会保障事務所、教会、地域のクラブなども含むだろう。」（Griffiths Report,1988,para.3.6,pp.5-6）

さらに、グリフィスは、「これは、有益なアプローチではあるが、補足が必要である。

個人は、その人自身の境遇の中で一利用しうるすべての資源やそれらの資源が提供する援助と個人のニーズとの間に存在する隙間を考慮して一アセスメントされる必要があることを明確には言及していない。また、コミュニティ・ケアのもつ予防的、リハビリテーション的価値に対する潜在力も明確にはされていない。本勧告は、これらの欠陥を改善するためにより包括的な声明が作成されるべきであることを提案する」（Griffiths Report,1988,para.3.7, pp.5-6）と述べている。すなわち、在宅でケアすること、本人だけでなく介護者をも支援すること、ニーズに応じた最も効率的なサービス・パッケージを提供すること、そのために地域のあらゆる資源を完全に統合して動員することであるとされ、さらに、個人をその社会関係の中において総合的に評価すること、予防およびリハビリを重視することを加えることを主張している。

また、グリフィス勧告を受け入れて、1989年に公表された政府白書『人々のためのケア（Caring for People; Community Care in the Next Decade and Beyond）』においては、次のように定義された。「コミュニティ・ケアは、老化や精神病、精神障害あるいは心身障害などの問題を有する人が、自宅あるいは自宅に近いコミュニティ内の環境下で可能なかぎり自立した生活ができるようにするために必要なサービスや支援を提供することを意味する」（DHSS,1989 para.1.1,p.1）と。

また、同白書は「この白書はコミュニティ・ケア・サービスの提供における法定的団体および独立団体の役割に主として焦点をあてているが、家族や友人、近隣の人たちによってほとんどのケアが提供されていることは事実である。介護者の多くは進んでその責任を引き受けているが、重い負担に対処できるように援助を必要としていることを政府は認識している。そして、法定的なサービス提供者の主要な責任は介護者を援助、支援するために彼らができることはすべてすることである。一連のケアへの介護者の貴重な貢献を継続するために介護者を援助することは、適切で健全な投資である。援助は、デイ・ケアや在宅ケア、レスパイト・ケアなどの実際的なサービスばかりでなく、助言や支援の提供という形態をとることになろう」（DHSS,1989,para.2.3,p.9）と述べている。

このコミュニティ・ケア改革では、フォーマル・ケアの改革に焦点があるため、インフォーマルやボランティアなケアを優先する政策態度はやや後退している。特に注目しておきたい点は、ニーズ志向が一層強まっている点である。もはやサービス提供主体が誰であるかよりも、本人と介護者の双方のニーズに最も適合した効率的なサービスがパッケージで提供されることに関心が移行しているようである。

最後に、コミュニティ・ケア政策の公式文書の中に現れた定義を構成する要素をまとめておこう。

まず第1の要素は、要介護者が自宅で可能な限り通常の生活を続けることができるようにケアすることを目的としていることである。このことは、換言すると、施設外でケアすることを意味している。しかし、この原則は第2章で後述するように、すでに63年白書

『保健と福祉』において放棄されている。現在では、例外的な遠隔地の大規模施設は除くとしても、グループ・ホームやホステル、町中の小規模入所施設などはコミュニティ・ケアに入ると考えられている。ここには、矛盾と混乱がある。しかし、長期滞在型病院・施設のマイナス側面への攻撃が行われた後、施設が変化したことも確かである。社会化や小規模化（小舎制）、地域解放が進むとともに、施設機能の多様化・高度化も生じている。かつてのような隔離閉鎖的な大規模施設は解消されてきており、そうした点を反映した側面もある。

第2には、個々人の個別のニーズに応じた多種多様なサービスを提供（配達）することを要素としてあげることができる。グリフィス（＝DHSS）は、それらのサービスは本人ばかりでなく、介護者も対象とすること、両者のニーズを最も効果的・効率的に充足するサービス・パッケージであるべきことを指摘している。

第3の要素は、そうしたケアの提供者には、フォーマルな提供主体ばかりでなく、インフォーマルやボランティアな提供主体も含まれ、それらが有機的に統合されていることを理念としていることである。この第2と3の要素からは、多様なサービス間の連携が求められ、ケア・マネジメントへとつながっていくことになる。

第4の要素は、「コミュニティによるケア」の尊重に関するものである。80年代初めには、「コミュニティによるケア」、すなわち、インフォーマルおよびボランティアなケアへの信頼とそれを優先する政策が認められる。しかし、80年代末には、家族や友人、近隣の人々によるケアが提供されていることを事実としながらも、それを優先するよりは彼らの負担を軽減するために可能なかぎりの援助・支援を提供しようという微妙な変化を示している（DHSS,1989,para.2.3,p.9）。インフォーマル・ケアの価値は尊重されているが、「コミュニティによるケア」を優先する政策からの転換が生じているようである。

第5の要素は、予防の重視である。引用した公式定義の中には、明確に表明されていないが、予防はシーボーム報告が強調して以来、グリフィスも指摘しているようにコミュニティ・ケアを特徴付ける要素の1つであり、事後的政策に止まらないコミュニティ・ケアの長所を示すものでもある。

引用文献

- Barcley Report (1982) Social Worker; Their Role and Tasks, London: NCVO. 小田兼三
訳 『ソーシャル・ワーカー＝役割と任務』 東京：全社協 1984
- Bayley,M.,(1973) Mental Handicap and Community Care: A study of mentally
handicapped people in Sheffield London:Routledge & Kegan Paul pp.3-4
- Beveridge,W.(1942) Social Insurance and Allied Services, Cmnd 6406, London:HMSO
山田雄三監訳『社会保険および関連サービス』 至誠堂 1969
- Bolwby,J.(1951), Maternal Care and Mental Health, WHO. 黒田実郎訳 乳幼児の精神
衛生 岩崎学術出版 1967
- Bulmer,M.(1987) Social Basis of Community Care, London:Allen & Unwin.
- Department of Health and Social Security (1978) The D.H.S.S. Perspective, in Barns
and Connelly. London:HMSO, pp.1-44.
- Department of Health and Social Security (1981a) Care in the Community: A
Consultative Document on Moving Resources for Care in England, London:HMSO.
- Department of Health and Social Security (1981b) Care in Action, London:HMSO.
- Department of Health and Social Security (1981c) Growing Older, Cmnd.8173,
London:HMSO.
- Department of Health and Social Security (1989) Caring for People: Community
Care in the Next Decade and Beyond, London:HMSO.
- Griffiths, R.(1988) Community Care: Agenda for Action, London:HMSO, pp.5-6.小田
兼三監訳 英国コミュニティ・ケア白書, 東京：中央法規, 1991.
- 萩原清子 (1984) バークレイ報告をめぐる反応あれこれ, 月刊福祉 第 67 巻 10 月号,
pp.72- 77.
- Jones,K.,Brown,J.,and Bradshaw,J. (1978) Issues in Social Policy, London: Routledge
& Kegan Paul.
- Jones,K.,Brown,J.,and Bradshaw,J.(1983) Issues in Social Policy (Revised Edition),
London: Routledge & Kegan Paul.
- 川田誉音 (1986) イギリス「シーボーム報告」から「バークレイ報告」へー, 右田紀久
恵・高田真治共編 『地域福祉講座 1』,東京：中央法規, pp.68-97.
- 小林良二(1978) シーボーム改革と組織問題に関する若干の論点, 季刊社会保障研究 Vol.
14 No.1, pp.32-46.
- Ministry of Health (1962) A Hospital Plan for England and Wales,Cmnd 1604,
London:HMSO.
- Ministry of Health (1963) Health and Welfare: The Development of Community Care,

- Cmnd1973, London:HMSO.
- 三浦文夫 (1971) コミュニティ・ケアと社会福祉, 季刊社会保障研究 Vol.7 No.3.
- Seeborm Committee (1968) Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services, Cmnd3703, London:HMSO.
- 社会福祉問題研究会 (1984) バークレイ報告のめざすものは何か, 月刊福祉 第 67 巻 4 月号 pp.52-59.
- 社会福祉問題研究会 (1984) バークレイ報告の批判的検討, 月刊福祉 第 67 巻 5 月号, pp.58-65.
- 社会福祉問題研究会 (1984) バークレイ報告の批判的検討, 月刊福祉 第 67 巻 6 月号, pp.82-87
- 社会福祉問題研究会 (1984) コミュニティ・ソーシャル・ワークの意味, 月刊福祉 第 67 巻 7 月号, pp.80-85.
- 社会福祉問題研究会 (1984) バークレイ報告その問題点, 月刊福祉 第 67 巻 8 月号, pp.74-79.
- 嶋田啓一郎 (1983) 社会福祉の進展とバークレイ報告 (上), 月刊福祉 第 66 巻 1 月号, pp.40-45.
- 嶋田啓一郎 (1983) 社会福祉の進展とバークレイ報告 (中), 月刊福祉 第 66 巻 3 月号, pp.36-41.
- 嶋田啓一郎 (1983) 社会福祉の進展とバークレイ報告 (下), 月刊福祉 第 66 巻 4 月号, pp.36-41.
- 杉野昭博 (1990) ベバリッジ改革以後の英国におけるコミュニティ・ケア政策の展開と今日の問題点—グリフィス報告と 1989 年白書の意味するもの—, 日本の地域福祉 第 4 巻, 日本地域福祉学会, pp.101-118.
- Titmuss,R.M.(1961) Community Care; Fact and Fiction?, Commitment to Welfare, (pp.104-109), London:George Allen & Unwin,1968. 三浦文夫監訳 『社会福祉と社会保障—新しい福祉をめざして』, 東京:東京大学出版会, 1971.
- Tizard,J. (1964) Community Services for the Mentally Handicapped, Oxford: Oxford University Press.
- Tizard,J.and Grad,J.(1961) The Mentally Handicapped and Their Families, Oxford: Oxford University Press.
- Townsend,P.(1964) The Last Refuge,London;Routledge & Kegan Paul.
- Walker,A.,(1982) The Meaning and Social Division of Community Care, Alan Walker (Ed.) Community Care:The Family, the State and Social Policy,(pp.13-39) Oxford :Basil Blackwell & Martin Robertson.

第2章 地域福祉論の再検討と理論枠組みの構築

第1節 「地域福祉」概念をめぐる論争

1. コミュニティ・ケアをめぐる諸説

わが国において、最初に、コミュニティ・ケアの考え方と政策を公式に導入したのは、東京都であった。1969年9月、東京都社会福祉審議会の答申『東京都におけるコミュニティ・ケアの進展について』が公的機関による最初の使用であった。同答申は「それまでの救貧的保護的性格を持つ社会福祉から、開発的性格を持つ社会福祉への転換の必要性を訴え、この流れをインスティテューショナル・ケア（施設収容ケア）からコミュニティ・ケア（居宅ケア）への転換として捉えた」（三浦,1971,p.14）野心的なものであったという点からは高く評価されている。

しかし、反面、この答申は「まえがき」の断りにあるように、コミュニティ・ケアという新しい概念を導入するに当たり、その解釈及び具体的内容について必ずしも共通の理解に達し得なかったという点で、その後の地域福祉論をめぐる混乱の一因ともなった。

同答申以後、コミュニティ・ケアは、①施設収容に対する概念であるのか、それを含む概念であるのか、また、②実施主体は医師や専門ソーシャル・ワーカーであるのか、地域住民であるのかという点をめぐって論議が展開されることになり、さらに、③従来からわが国の社協活動の中にあった「地域福祉」活動とどのような関係にあるのか等々、活発な議論を呼んだ。

ここでは、用語と概念の整理に向けて、コミュニティ・ケア政策導入後の我が国における論争をたどることにしたい。

阿部志郎は、東京都社会福祉審議会答申、中央社会福祉審議会答申など当時の主要文献を検討して、コミュニティ・ケアについてはいくつかの異なる意見があるとして次の5つをあげている。それらは、①治療的コミュニティ、②インスティテューショナル・ケアの対置概念、③諸機関・施設の有機的な連絡・協調の体系、④居宅ケアと施設ケアを包摂する概念、⑤地域共同社会による保護サービスである（阿部, 1973, pp.20-21, 1978, pp.234-240）。

一方、牧里毎治は、コミュニティ・ケアについての3つの主要な考え方を類別している。すなわち、①在宅ケア説、②サービス・ネットワーク説、③福祉コミュニティ説である（牧里,1984,p.35；鈴木,1981,pp.31-38 および 京極,1990,pp.281-291 を参照）。

両者を対比すると、阿部が分類した2つ目の施設ケアの対置概念は、牧里の①在宅ケア説、3つ目の連絡・協調の体系は③サービス・ネットワーク説、5つ目の共同保護サービスは③福祉コミュニティ説にほぼあたる。1番目の治療的コミュニティは、精神衛生の領域で発達した考え方であり、コミュニティ・ケアを推進した主要な流れの1つではあるが、高齢者を中心に考察している本稿では論じるのを控えたい。第4番目の居宅ケアと施設ケアの包摂概念は、①在宅ケア説と対をなすものといえる。さらに、サービス・ネットワー

ク説と福祉コミュニティ説＝共同保護サービス説とは、「行政中心のフォーマル・サービス」か、「住民主体の共同行動・サービス」か、どちらに主体をおくかの表裏の関係にあるとみることができる。

したがって、コミュニティ・ケアとは何かをめぐる議論は、2つの主要な論点にかかわるものであったといえる。すなわち、コミュニティ・ケアは①施設ケアに対置されるものであるのかどうか、②主体は、行政を中心としたサービス提供機関・施設のワーカーであるのか、地域住民であるのかの2点である。この2つの争点に関しては、三浦文夫が早い段階からとりあげて、説得的な議論を展開しているが、それにもかかわらず、見解の一致がみられなかったわけである。「コミュニティ・ケアの本家ともくされるイギリスにおいてもそうであるだけに、コミュニティ・ケアを新たに導入しようとするわが国において、この概念ないし内容をめぐって、若干の意見の相違があることは、ある意味では余儀ないことかもしれない。」（三浦,1971,p.20）

筆者は、この争点は元々イギリスのコミュニティ・ケア政策自体に内包されていたものであると考える。第1章で示したとおり、まず脱施設化の動きとして始まり、次に「コミュニティにおけるケア」から「コミュニティによるケア」へと展開していった課程が、そのまま施設を含むのか否か、また、主体は専門機関・ワーカーであるのか住民であるのかという争点に反映されているとみることができる。

そこで、以下に、この2つの争点と、さらにわが国独特の用語である「地域福祉」との関係について主要な見解をみておくことにする。

2. 争点1ー施設ケアの対置概念か、包摂概念かをめぐって

この点に関する論争は、コミュニティ・ケアについてのわが国最初の公式文書である東京都社会福祉審議会答申『東京都におけるコミュニティ・ケアの進展について』（1969年9月の中）にすでに認められる。序章と老人福祉の章では施設ケアに対置される概念として捉らえているが、児童福祉の章では、施設も含めたより高次の概念としている。

まず、施設ケアの対置概念であるとする見解からみておこう。

同答申の序章では、「その暫定的な規定を求めれば、コミュニティにおいて在宅の対象者に対し、そのコミュニティにおける社会福祉機関・施設により、社会福祉に関心をもつ地域住民の参加をえて行なわれる社会福祉の方法である」（東京都社会福祉審議会答申,1969）としており、さらに続けて「それは、社会福祉の対象となる人びとの処遇をなるべく、施設のなかでよりは、地域のなかで行おうとしている。施設は生活の場として、やはり特殊な場である。そこでの生活が処遇上の多くの工夫にもかかわらず、ある人にとっては望ましくないものである場合もあることは否定できない。そこで、もし、必要な手段を整え、彼を地域で生活させることができるなら、そうする方がよい。それが、コミュニティ・ケアである」（東京都社会福祉審議会答申の序章）としている。

また、老人福祉の章でも「老人福祉のコミュニティ・ケアとは、老年期の人びとを地域社会において在宅のまま生活させ、かれらに対して地域社会が必要な生活手段、サービスを提供し、老年保護、老年開発を図る方法である。このとき、方法の主体としての地域社会とは、具体的には、その地域社会における関係諸機関・諸施設、及び老人福祉に関心をもつ地域住民などであり、それらの有機的・効率的な連けい、協同が重視される」（東京都社会福祉審議会答申のⅢの1 老人福祉にけるコミュニティ・ケアの意義）と述べている。

副田義也は、最も明確に対置概念であるという見解を主張している。

副田は、東京都社会福祉審議会答申においてコミュニティ・ケアの概念規定をめぐって意見の対立があったことを明らかにし、「もっとも主要な部分は、コミュニティ・ケアとインスティテュウショナル・ケアとの関係である」（副田,1972,p.23）と述べている。同答申の暫定規定では、対置概念とされたが、コミュニティ・ケアはインスティテュウショナル・ケアを含んだより高次元の概念とする主張があったという。「この2とおりの理解のしかたのそれぞれの背景には、英国の精神衛生と社会福祉のそれぞれにおけるコミュニティ・ケアの概念がある」（同上,p.24）という。「そこ（筆者注：英国の精神衛生領域）では、病院ケアに行き詰まりがあり、その打開策がコミュニティ・ケアにもとめられたのである。… 病院ケアは、それ自身を変革しつつ、コミュニティにひろがってゆき、コミュニティ・ケアが展開したのである。英国の社会福祉の領域においてコミュニティ・ケアの発想があらわれたとき… まず、救貧院の変化と平行して確立して行った居宅処遇を実現する方法であった。人々は、なるべくならば、施設よりは自宅で生活すべきである。精神衛生のばあい、病院からコミュニティへの展開であった。社会福祉のばあい、施設よりはコミュニティをの優先である」（同上,p.24）と述べている。同答申の暫定規定である対置概念が「社会福祉の領域においては正統的規定として評価されるべきである」（同上,p.24）と主張している。

これに対して、施設ケアもコミュニティ・ケアに包摂されるという考え方がある。

その代表的なものが、東京都答申の2年後に公表された中央社会福祉審議会答申『コミュニティ形成と社会福祉』の見解である。

「社会福祉におけるコミュニティ・ケアは、社会福祉の対象を収容施設において保護するだけでなく、地域社会すなわち居宅において保護を行ない、その対象者の能力のより一層の維持発展をはかろうとするものである。この考え方は1つには収容施設における保護が、ともすると対象者を地域社会から切りはなし、施設そのものが隔離、閉鎖的に流れる傾向にあり、対象者の社会的適応、社会復帰を妨げたり、その自主性、自立性を損ったりする弊害の反省にもとづくものである。

したがってこのような反省は、まず収容施設の内部にあらわれてくる。すなわち収容施設は、対象者をたんに収容し、保護するだけでなく、彼らのもつ残存乃至開発可能な能力を識別し、それらの能力を維持、回復して、場合によっては発達を図るための訓練、教育、

治療を行うようになっていく。

これらの収容施設の変化は、施設内部の設備、人的組織などに及ぶだけでなく、施設そのものが治療的コミュニティとされたり、あるいはそれらの施設が地域社会に開放され、居宅の対象者の利用も行われようになっていく。そしてこれらの収容施設は、その内部に治療、教育、訓練、リハビリテーション等の施設、要員を配するだけでなく、その一部を収容施設外、すなわち地域社会の中に、必要とされる治療、教育、訓練、リハビリテーション等の施設を配し、これを利用することにより、その所期の目的をはたすことも行われていく。

このような変化は、他方では、従来であれば病院あるいは収容施設に入所しなければならなかった人々が、居宅において各種の治療、教育、訓練、リハビリテーション等を受けることを可能にしていたのである。」（中央社会福祉審議会答申 IIの1の(3)コミュニティ・ケア）

三浦文夫も同様に施設収容への反省から施設機能そのものが変化し、コミュニティ・ケアにつらなる施設に再編成されていくという見解を示している。

「収容施設は、単に隔離ないし収容保護のための施設ということではなく、治療・教育・訓練・リハビリテーション等、対象者の社会的適応と1人1人の能力の維持、開発の場とされるようになっていく。そのなかで施設の機能の変化が起り、それは residential accomodation（居住施設）と治療・教育・訓練・リハビリテーション等の機能別施設に再編成されていかざるをえない。これに加えてこれらの機能別施設は、必ずしも収容ではなく、利用ないしは通院施設化することになり、コミュニティ・ケアに連なる施設体系に再編されて行くのである。その意味では、residential accomodation としての施設も、あるいは機能別に分化した施設も、ともにコミュニティ・ケアの施設となりうるのである。…コミュニティ・ケアをインスティテューショナル・ケアに対置するものと捉えることは、やや狭きに失するといわなければならないようである。むしろ、従来の収容施設におけるケアが基本的に変化し、コミュニティ・ケアを生み出し、かつ、その重要な構成要素の1になると考えた方が妥当のようにも思われる。」（三浦,1971,p.21,および 1974,1975 を参照）

また、柏木昭もほぼ同様な見解を示している。

「病院機能を除外してコミュニティ・ケアのプログラムを展開することは、医療の一貫性・連続性から言って意味あることではない。従って、コミュニティ・ケアとは、インスティテューショナル・ケアとの有機的な関係を含摂するという前提に立った院外プログラムである。コミュニティ・ケアを地域社会における精神衛生計画として考える場合には、精神障害者に対するサービスのネットワークというよりも、むしろ包括的予防計画を意味する。」（柏木,1970）

岡村重夫も「…収容施設のサービスと地域社会でのサービスとを切断してとらえるのこ

とは誤りであるといわねばならない。換言すれば、施設ケア、中間ケア、在宅ケア、アフター・ケアをバラバラにひき離さないで、統合的に、連続的にとらえるのが、コミュニティ・ケアであって、決して収容施設によるケアと対立的、並立的に考えるべきではないことを強調しておきたいと思う」（岡村,1974,p.107）と述べて、包摂概念を支持している。

第1章で触れたとおり、イギリスでもすでに1963年の政府青書『保健と福祉』において、コミュニティ・ケアの概念に精神障害者の入所施設ケアを含むと定義している（Ministry of Health,1963,p.24）。その後の公式文書のなかでも、コミュニティ・ケアの範囲内にある種の施設と病院を含むものとしてきた（DHSS,1971; 1976,pp.38,45,49; Bayley,1973）。

1989年の白書『人々のためのケア（Caring for People）』においても、在宅サービスから入所ケア（入所施設、ナースングホーム）や長期入院ケアまでを含めた1連のケアをコミュニティ・ケアとして定義している（H.S.S.W.S.,1989,para.2.2, p.9）

わが国では、中央社会福祉審議会の答申以降、コミュニティ・ケアは施設ケアを包摂する概念であるという考え方が主流になっている。しかし、脱施設化から始って、可能な限り自宅に止まること、可能な限り施設入所を先送りにすることを目標にしていることからすれば、これは明らかに論理矛盾である。論理的には、少なくとも、長期滞在型の施設・病院は対極をなすものであり、除外されるべきものであろう。

この混乱は、部分的には、コミュニティ・ケア政策が精神衛生の分野の流れに児童や高齢者などの分野の流れが合流したものであることから生じている。精神衛生の分野での施設のもつ意味と高齢者ケアの分野での施設のもつ意味は微妙に異なる。高齢者ケアの領域が加わることによって、ケアの連続性が重視されるようになり、一連のケアの中にある種の施設ケアも位置付けられるようになってきたからである。また、中央社会福祉審議会や三浦文夫の見解にみられるように施設の機能分化により、収容保護から一過性の生活の場へ転換させようという考え方が生じたことも見逃せない要因となっている。

しかし、筆者は、短期入所型の施設やグループ・ホームなどの施設はよしとしても、長期滞在型の施設・病院までもコミュニティ・ケアに含めるのは論理的には適切でないと指摘しておきたい。

3. 争点2—主体は専門機関・ワーカーか、住民かをめぐって

コミュニティ・ケアの実施主体は専門機関・ワーカーであるという見解を明確に主張しているのは三浦文夫である。

「コミュニティ・ケアの展開の経験からいえることは、コミュニティ・ケアの実施ないしは実践主体の中核は、あくまでも医師であり、専門的ソーシャル・ワーカーであるのである。…このことはもともとコミュニティ・ケアが施設・病院での対象者の処遇・治療の変化を原流としていたということからも当然言えることであり、その意味では通常いわれる

コミュニティ・サービスとかコミュニティ・ワークとは区別されておかなければならない。

しかしそのこととコミュニティ・ケアにおけるボランティア、地域住民の協力あるいは参加の問題は別である。むしろコミュニティ・ケアを成立・成功させるための条件としてボランティア・地域住民との係りは重要である。というのはたとえ居宅において対象者を処遇するにしても、彼らを取り巻く家族・近隣・地域社会の人々が、これらの人々を偏見なく、コミュニティの一員として受け入れることがなければ決して居宅ケアは発展しえないからである。…その意味では地域住民のこれら患者に対する態度の変容は不可欠の条件なのである」（三浦,1971,p.22）と述べている。

「社会福祉におけるコミュニティ・ケアというのは、このように施設機能の高度化による収容施設の分解・再編との係わりで生まれるプロセスもあることを見失ってはならないのである。このプロセスから生み出されるコミュニティ・ケアというのは、たんに施設ケアに対比される居宅ケアのみを意味するものではないことは明らかである。むしろそこでは施設ケア・居宅ケアを含むより高次の概念と考えることもできるのである。そして他方では、この種のコミュニティ・ケアはあくまでも、対象者処遇の面での専門的サービスを中核とするものであり、地域住民、ボランティア等の lay-man の協力の必要は否定できないにしても、これら lay-man によって代替されるようなものではないということにもなってくるのである」（三浦,1974,p.10）と主張している。

また、前田大作は、コミュニティに主体を求める見解を批判して、次のように述べている。

「コミyunタリ안의いう「コミュニティ」の欠如もたしかに問題だが、住宅、在宅看護、介護その他の基本的サービスの整備なくしては、いわゆる「コミュニティ」だけがあっても、ほとんど実効は期待できないし、またこれらの整備を「コミュニティ」に期待するのは無理というものであろう。」「私は、「コミュニティの復権」というような考え方を、コミュニティ・ケアの中に持ち込むことに対して基本的に反対の立場に立つ。その理由は「コミュニティ」という、いわば地域社会の1つの理想的な状態を表現した概念に対して、きわめて実体的であり、かつ現実的な福祉サービス…の企画と実施の権限を付与しようとするかのごとき考え方は否定されなければならないと考えるからである」（前田,1973）と。

一方、住民が主体であるという代表的な見解は阿部志郎にみることができる。

「コミュニティ・ケアは、コミュニティ（互いに重荷を負い合う）とケア（面倒をみる、放っておけないこと）の合成語であるから、地域で住民が放っておけない事柄に対して、互いに責を負い合うこと」（阿部,1973,p.31;1978,P.247）であるという。

また、阿部とともに住民主体を支持する代表的な論者であるとみられているのが岡村重夫である。

岡村は1970年に著した『地域福祉研究』においては、次のように述べている。

「結論的にいえば、それは文字通り地域共同社会による保護サービスであり、従って地域住民の自発性と共同行動によるサービス活動である点に本質をもつものである。それならばこそ、在宅の対象者とサービス主体者としての地域住民との間の社会関係ないしは精神的紐帯が生れ、彼が地域社会の一員と感ずることができるのであり、それを手懸かりとして社会的リハビリテーションが可能になるのである。…簡単に言えば地域住民の参加・発意による共同社会体制がなければ、そもそも Community care の概念は成立しえないのである。」（岡村,1970,p.5）と。

しかしながら、1974年の『地域福祉論』では、上記の見解をとらず、「コミュニティ・ケアは、教育、訓練、リハビリテーション、日常生活の便宜の提供等の直接サービス活動である… コミュニティ・ケア自身は、地域社会における各種の制度的機関のサービス活動を調整したり、地域住民の受容的な態度の変容や自発的な協力活動をつくり出す「地域組織化活動」では決してないけれども、サービスの有効性のためには、論理的にこのような組織化活動を前提とせざるをえないのである。かくしてコミュニティ・ケアと地域組織化活動の二つを下位概念とする地域福祉という新しい概念が必要なのである。つまりコミュニティ・ケアは「地域福祉」体系のなかに位置づけられることによって、単なる「在宅者サービス」と区別せられるのである。」（岡村,1974,p.47）と述べている。また、「コミュニティ・ケアが、単なる「在宅者サービス」と異なる点は、地域社会にある各種の社会資源、すなわち各種の制度的機関やサービスが、密接な協力関係をもって在宅の対象者に各種のサービスを提供することである」（岡村,1974,p.46）としている。

ここでは、コミュニティ・ケアを公共的な専門機関による直接サービス活動と捉え、「地域共同社会による保護活動」ないし「コミュニティによるケア」であるという見解は影を潜めている。

さて、この主体がいずれにあるかの第二の争点は、イギリスの「コミュニティにおけるケア」か「コミュニティによるケア」かに相当するものといえる。イギリスでは「おける（in）」から「による（by）」を含むものへと移行したことは第1章で述べたとおりである。最近のコミュニティ・ケア改革では、かつてほどには「コミュニティによるケア」に信頼を置かなくなっているようであるが、それでもインフォーマル・ケアやボランティア・ケアの重要性は認識されている。それぞれが提供するケア・サービスはそれぞれが実施主体として責任を負っているのである。主体はいずれか一方にあるのではなく、両者にあるといえる。

また、サービスの在り方が一層ニード志向に転じたことも、主体論争の意味を失わせる要因になったとみることができる。ニード充足に最も効果的・効率的なサービスであれば、それがフォーマルな提供主体からであろうとインフォーマルな提供主体からであろうとかまわないからである。もはや公私の役割分担を明確に線引きすることができなくなっている。個別ケースごとに提供主体の最適な組み合わせで対応するという段階にきており、そ

れゆえに、ケア・マネジメントの必要性が認識されるようになっていく。

4. 争点3—地域福祉・在宅福祉との関係をめぐって

最後に、コミュニティ・ケアと地域福祉あるいは在宅福祉との関係について論じておく必要がある。

わが国では、すでに1950年代に、コミュニティ・オーガニゼーションの理論と手法の影響を受けて、福祉や保健の分野で地域を基盤とした住民活動や生活改善、地区衛生活動が行われ（定藤,1986,pp.196-201）、「地域福祉活動」「地域組織化活動」などの用語が使用されていた。また、コミュニティ・オーガニゼーションの訳語として「地域社会福祉事業」「地域福祉事業」などの用語も用いられていた。

永田幹夫によれば、「用語としての「地域福祉」は決して新しいものではない。第二次世界大戦後、コミュニティオーガニゼーションの導入に伴い、その訳語として、「地域社会福祉事業」あるいは「地域福祉事業」などという言葉が散見された。おそらく1950年代以降、社会福祉協議会の組織化が図られるに伴って、社会福祉の1分野をあらわすものとして定着していったと考えられる。またこの頃から急速に進展をめせた地域社会を基盤とする住民活動、それは子ども会、母親クラブ、老人クラブなどのクラブ活動や、心身障害児の親の会、身体障害者の組織、あるいは生活改善、地区衛生などのグループが活発に動きだした時期であるが、それらの活動を包含したものとして「地域福祉」という用語が一般化したともいえる。

しかしこうした形でつかわれた「地域福祉」はかなり漠然としたもので、… それだけに内容はあまりはっきりしないままであった」（永田,1993,p.3）と述べている。

定藤丈弘によれば、続く60年に「地域福祉」という用語が実態概念として用いられるようになってきたという。

「1960年代に入ると、住民が主体になって住民の地域社会における共通の生活ニーズ・問題の組織的協働的解決を図るとともに、そのための住民間の連帯を基盤としたコミュニティづくりを目的とする、いわゆる地域組織化活動が社協の主要機能として展開されるようになり、地域福祉は地域組織化活動の領域を包含した実態概念として用いられるようになる。…60年代後半になると、社協、民生委員、福祉行政の分野では要援護階層の住宅・地域での福祉ニーズの充足を目指す在宅福祉サービスやコミュニティ・ケアも提起され、地域福祉の新たな構成要素に付加されるに至る」（定藤丈弘,1986,pp.203-204）と。

さらに、岡村重夫は、「地域福祉」という用語が漠とした使用から実態概念として用いられるようになるになって、この用語の意味するものがより明確にされてきたことを指摘している。

「『地域福祉』という用語は、決して新しい用語ではなく、かなり以前から常識的に使われてきた。はじめは地域社会における住民団体、とくに社会福祉協議会や民生委員、そ

の他のボランティアによる福祉活動や保護少年に対する保護観察事業（field services）が、漠然と意味せられた。…社会福祉協議会の存在理由が地域社会の組織化、すなわち、「コミュニティづくり」にあることが一般に承認されるようになった…段階になって、はじめて「地域福祉」は、直接的サービス活動としてのコミュニティ・ケアと地域組織化という2本の柱をもつものと考えられるようになる。つまり、未分化であった「地域福祉」の概念が、それぞれ独自の活動領域をもつ(1)コミュニティ・ケアと(2)地域組織化活動に分化して構成されるようになる」（岡村,1974,pp.57-58）と。

ここに至って、「コミュニティ・ケア」は、「地域組織化活動」とともに「地域福祉」を構成する下位概念と位置付けられ、「地域福祉」は両者を含む上位概念とされることになった。以来、この岡村説が広く承認されるようになり、「コミュニティ・ケア」と「地域福祉」はそれぞれの定位置を与えられることになった。

ところで、コミュニティ・ケアという用語は外来語である。当時、氾濫していた横文字の外来語に社会福祉の現場関係者が抵抗感を強めていたという事情もあって、全国社会福祉協議会が地域福祉のサービス体系を明らかにすることを目的に1976年に設置した「在宅福祉サービス研究委員会」では、その報告書『在宅福祉サービスの戦略—在宅福祉サービスのあり方に関する研究報告—』（全社協編,1979）において、コミュニティ・ケアに代えて「在宅福祉」ないし「在宅福祉サービス」という用語を用いた。以来、「コミュニティ・ケア」という用語は次第に使用されなくなり、「在宅福祉サービス」が同義語として普及していくことになった（中野,1980,p.43）。

しかし、「コミュニティ・ケア」は、イギリスにおけるコミュニティ・ケア概念が「コミュニティにおけるケア」から「コミュニティによるケア」を含むものへと広がったことにより、「コミュニティにおけるケア」に概ね相当する「在宅福祉サービス」よりは広く、コミュニティづくりのための地域組織化を含む「地域福祉」よりは狭い概念になったといえる。この違いは、「コミュニティ・ケア」が要援護者のケアを行うことを目的として成立した概念であるのに対して、「地域福祉」はコミュニティ・オーガニゼーションの流れからきた地域組織化の運動論のうえに、ケアを行うためのコミュニティ・ケア政策が接続されて成立した概念であることから生じている。

ケアを目的とした「コミュニティ・ケア」と地域の改良・開発をめざした「コミュニティ・オーガニゼーション」とは、本来、性格が異なるものである。そのため、この2つを統合する上位概念としての「地域福祉」が必要不可欠であったとみることができる。

特に注意を促しておきたい点は、わが国の「地域福祉」がコミュニティ・オーガニゼーションとコミュニティ・ケアの2つ流れを合流させたものとして概念化され、それが広く受け入れられてしまっているという事実である。もはやこの事実を離れて、概念や理論的枠組みの再構築を行うことは不可能になっている。

第2節 地域福祉の理論的枠組み

1. 地域福祉の概念をめぐる諸説

イギリスのコミュニティ・ケア政策が紹介されて以来、社会福祉の研究および政策分野の論調は地域福祉に重点をおくことになったが、現在に至るまで、地域福祉についての公式定義はない。

牧里毎治は、「地域福祉がどのような実体と概念を示すものであるかは、必ずしも明らかではなく、複雑である。地域福祉は、ある場合には理念であつたり、ある時には地方自治体の福祉行政を漠然と示していたり、またある時には地域住民の助け合う相互扶助活動であつたりする」（牧里毎治,1986,p.148）と述べている。

そして「その混沌とした論議から脱出する試みとして、地域福祉の概念を整理」（同上,p.148）することを試みている。牧里の整理によれば、地域福祉を構造的にとらえようとするアプローチと機能的にとらえようとするアプローチがあるという。構造的アプローチには、さらに政策制度論的アプローチと運動論的アプローチがあり、機能的アプローチには、主体論的アプローチと資源論的アプローチがあるとされる（牧里,1996,pp.152-160）。

構造的と機能的という用語法が分りにくいので、この類型の是非を論じることが差し控えたいが、少なくとも4つの異なる定義・概念があるらしいことは注目しておきたい。概念そのものに違いがあるのか、アプローチの立場に違いがあるのかは必ずしも明白ではないが、この概念が多義的で、共通理解が得られていないものであることだけは明確に示唆された。その意味では、国の政策としては、実際には、地域福祉という用語が用いられず、専ら「在宅福祉対策」が用いられてきたことも頷ける。

地域福祉が論議されるようになってからすでに4半世紀が経過した。それにもかかわらず、未だ、概念についての見解の一致が得られていないのはなぜなのだろうか。この状況を打破するために、概念整理を行うことにしたい。前述したとおり、社会福祉関係法や国の審議会答申などに規定された公式定義はみあたらない。そこで、研究者の定義を検討しておくことにする。

2. 先行研究にみる地域福祉の概念

（1）岡村重夫による「地域福祉」の概念

岡村は、いち早く「地域福祉論」（1974年）を著して、コミュニティ・ケアと地域組織化活動と予防的社会福祉を構成要件とする「地域福祉」概念を打出した。この概念規定は、決定的な影響力をもち、「その後多くの研究者や実務者により論議され、検証がすすめられたが、部分的には若干の進展があつたとみられるものの、大枠では岡村理論をこえるものは現在なお、見いだしえないといっても過言ではない。」（永田,1988,p.5）といわれている。

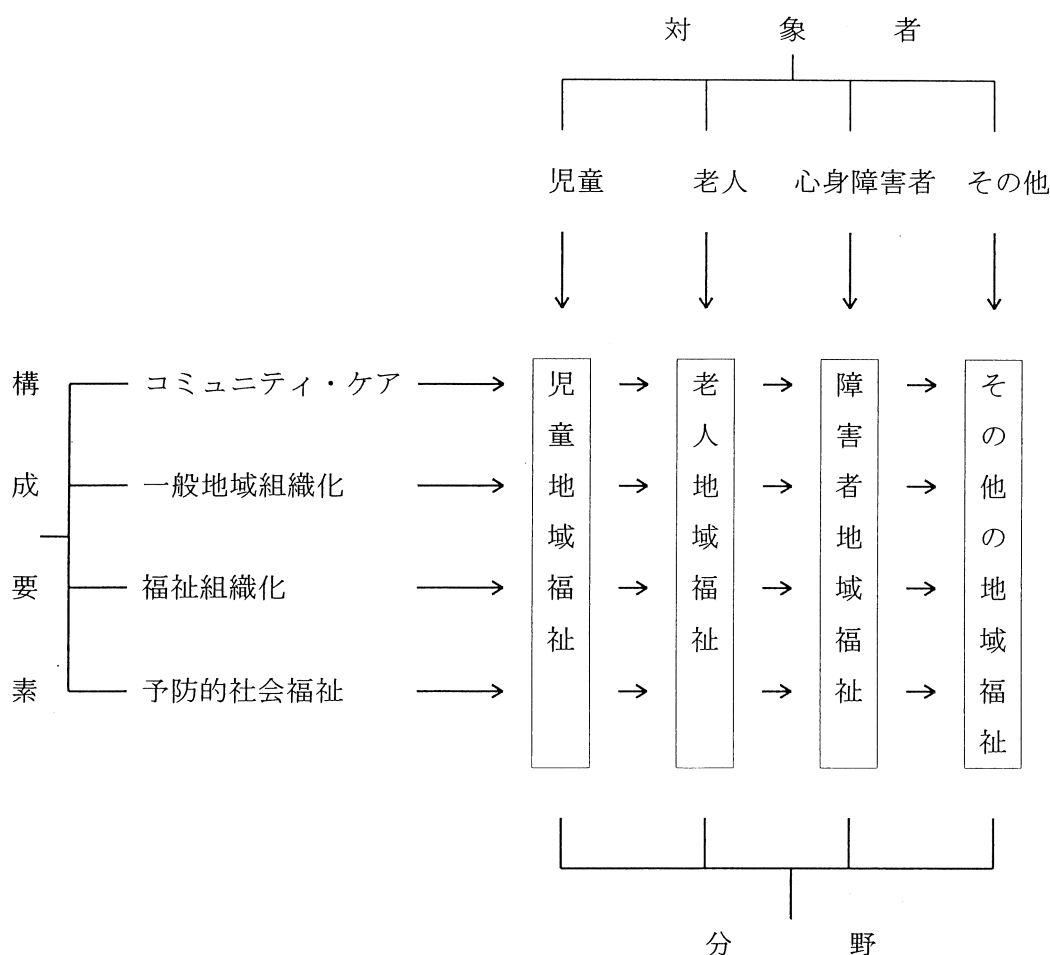
岡村は、簡潔にまとめた定義を示しておらず、概念を構成する要素をあげて、それぞれ

の内容や特徴等を説明する方法をとっている。したがって、順にみていかざるをえない。

まず、「地域福祉概念を構成する要素は、(1)最も直接的具体的援助活動としてのコミュニティ・ケア、(2)コミュニティ・ケアを可能にするための前提条件づくりとしての一般的な地域組織化活動と福祉組織化活動（前者は新しい地域社会構造としてのコミュニティづくりであり、後者はそれを基盤とする福祉活動の組織化）、そして(3)予防的社会福祉の3者によって構成せられる」（岡村,1974,p.62）という。

その概念構成を示したものが図2-1である。

図2-1 岡村重夫による地域福祉概念および構成要素



出典：岡村重夫『地域福祉』1974 p.63

「コミュニティ・ケア」は、「教育、訓練、リハビリテーション、日常生活上の便宜の提供等の直接的サービス活動である」（岡村,1974,p.47）であるとされる。そして、「コミュニティ・ケアが…「在宅者サービス」ではなく、…在来の収容方式によらない新しいサービス方式として展開せられるためには、ケースの早期発見、診断、処置からリハビリテーションにいたるまで、一貫した計画を必要とするであろう。それは地域住民の自覚的な相互援助活動にまかしておいてできることではなく、公共機関の責任において実施しなければならないものがある。…コミュニティ・ケアはコミュニティの存在を前提とし、コミュニティの参加を得ながらも、公共機関みずからの責任で実施せられなければならない。」と述べている。このことから、コミュニティ・ケアは「コミュニティにおけるケア」と位置付けられていることが明白である。

次に、コミュニティ・ケアの目的、対象、内容についてはどのように規定しているのかをみておこう。

まず、コミュニティ・ケアの目的についてであるが、まとまった記述はみられないが、「単に対象者を家庭にとどめてサービスをあたえるのであれば「居宅保護」という用語で十分である。ことさら新語（筆者注:在宅福祉対策や居宅老人サービス、在宅者サービスなど）を使う必要はないのであるが、実は、このように不統一ながらも新語を使う背景には、単なる「居宅保護」ではなく、対象者の社会関係その他の社会関係を保存し、発展させながら保護的社会福祉サービスを提供しなければならないという要求があるからである」（岡村,1974,p.42）、あるいは「…収容施設自体のあり方を変更しなければならない、という要求から、対象者をできる限り地域社会にとどめて、保護（ケア）するためのサービスが必要とされるようになった」（岡村,1974,p.105）などの言及がみられる。

したがって、要介護者を可能な限り自宅にとどめ、その社会関係を維持できるようにサービスを提供することを目的としているとみなすことができるであろう。この点ではイギリスのコミュニティ・ケア政策にみられる目標と変らないといえる。

次に、対象についてみると、「コミュニティ・ケアはどこまでもケア・サービスの体系であるから、その対象者は日常生活において身辺自立の困難なものであり、そのサービス内容は、対象者の身辺自立の困難を直接的に援助する個別的なケアである」（同上,P.107）と述べている。

「身辺自立の困難なもの」というのは、具体的には次の3種であるとされる。「①個人の日常生活が困難であって、ひとりで自用を足しえない身体的、精神的障害をものもの、②年金や生活保護受給者であっても、精神的障害のために、金銭の管理のできないもの、同様にして自分の貯蓄、財産がある者でもその管理のできないもの、③家庭管理能力を欠くために、火災の危険、身体上の危険のために救急上の注意を必要とするもの」（同上,p.107）であるという。すなわち、心身障害による生活困難を有する者や生活の自己管

理に障害を有する者、そして見守り・注意が必要な者が対象とされている。虚弱を含めた要介護者であるとみてよいであろう。

さらに、コミュニティ・ケアの援助内容については、「(1)日常において自用をたしうるように身体的、精神的機能の回復ないしは開発するための治療、訓練、リハビリテーションを目的とする収容ケア、中間ケア、および在宅ケア、アフター・ケア、(2)リハビリテーションを補完するものとしての（社会生活上の基本的要求の充足困難な部分に対する）直接的、個別的援助、すなわち家庭生活に関する里親、特殊住宅設備および環境改善、生活用器具の支給、ホームヘルプ、給食サービス、職業生活上の困難に関連する職業斡旋、保護工場、労働保護サービス、交通・通信の困難に関連する電話、交通サービス、保健・医療上の困難に関連する訪問看護・医療、教育・教養上の困難に関連する訪問教師、読書サービス、近隣関係の困難に関連する友愛訪問、グループ活動、文化・娯楽上の困難に関連する文化・レクリエーション、娯楽サービス、(3)コミュニティ・ケアのための判定、相談サービスと各種サービスの調整機能としての社会福祉」（同上,p.109）であるとしている。そして、これらの援助サービスが「…一定の地域的および機能的（福祉）コミュニティを基盤として展開せられ」、「それが直接的、個別的である」（同上,p.108）ところに特色があるとされている。

要約すると、自立のための心身機能の回復・開発と直接的な援助サービス—それには在宅福祉サービスばかりでなく、就労や交通、医療や保健、教育や娯楽などの広範囲のサービスが含まれる—、それにニード判定やサービス調整が含まれるとされている。社会福祉の領域を超えた広範囲なサービスが含まれていること、また、「コミュニティ」レベルでは必ずしも解決できない課題、たとえば就労や交通などが含まれているとことから、これらのサービスをコミュニティ・ケアのサービス内容とすることには疑問が残る。

また、「コミュニティ・ケア」の前提として、1つには各種機関やサービス—民生部局所管のサービス機関ばかりでなく、社会保障、労働、医療・保健、教育、レクリエーション等の制度的機関とそれらの機関による各種サービスを含む—の間の調整と、2つには「同一性の感情」に支えられ、普遍的価値意識をもった近代的な地域共同社会（コミュニティ）の存在を必要とすることをあげている（同上,p.46）。そして、「コミュニティ・ケア自身は、地域社会における各種の制度的機関のサービス活動を調整したり、地域住民の受容的な態度の変容や自発的な協力活動をつくりだす「地域組織化活動」では決してないけれども、サービスの有効性のためには、理論的にこのような組織化活動を前提せざるをえないのである。かくしてコミュニティ・ケアと地域組織化活動の二つを下位概念として含む地域福祉という新しい概念が必要なのである。つまりコミュニティ・ケアは「地域福祉」体系のなかに位置づけられることになって、単なる「在宅者サービス」と区別せられるのである」（同上,P.47）と主張している。

そこで、次に「地域組織化活動」についてみておくと、「ここで地域組織化活動という

のは、地域福祉にとって望ましい地域社会構造や社会関係をつくりだす活動を意味する。英国のシーボーム委員会の表現をかりれば、社会福祉活動に対して権威と資源を提供し、さらにその効果を左右するようなコミュニティをつくりだすことである」（同上,p.67）という。そして、その地域組織化活動は、一方では奥田道大の地域社会モデル（奥田,1971,p.138-139）から採用した「地域主体的態度」と「普遍的価値意識」に色づけられた「コミュニティ型地域社会（＝コミュニティ）」づくりを行うことを目的とした「一般地域組織化活動」と、他方では生活上の不利条件をもち、日常生活上の困難をもつ人やそのおそれのある人に同調し、代弁する人々からなる共通の福祉関心を追及する「福祉コミュニティ」づくりを目的とした「福祉組織化活動」という2本の柱をもつものとされる（岡村,1974,p.67）。

前者の一般的なコミュニティは、「コミュニティ・ケアの対象者を自分らの仲間として受容し、支持し、彼にふさわしい社会的役割を提供し、共同生活者としての満足感をみたくてくれるものである」（同上,p.67）が、「多数の地域住民に共通な関心や問題意識に従って成立するものであるから、地域における少数者の問題や要求は、一般的なコミュニティを形成する契機とはなりにくいという傾向がある」（同上,p.69）という。生活上の不利条件をもつ人や生活困難を抱える人などの「生活上の要求は、地域社会の多数をしめる住民のための一般的サービスや環境条件の改善だけでは、充足されないもの」（同上,p.69）であり、それゆえ、「地域福祉にとって、もっと直接的な関連をもつようなコミュニティづくりが必要」（同上,p.68）になるとされる。岡村は、それを「福祉コミュニティ」と名付け、「地域コミュニティ」の下位コミュニティに位置付けている（同上,p.69）。

注意しておきたいことは、「地域組織化活動」は、「一般的なコミュニティづくり」と「福祉コミュニティづくり」を目的としているという点である。「地域福祉」は、要援護者の在宅ケアを行うことを目的とした「コミュニティ・ケア」とコミュニティづくりを行うことを目標にした「地域組織化活動」という2つの目的の異なる活動を構成要素とする概念として構想されているということになる。

さて、3番目の構成要素である「予防的社会福祉」についてみておこう。

岡村は、公衆衛生学の予防概念を援用して、「社会福祉の第一次予防（発生予防）は、コミュニティ・ケアではなくして、むしろ基本的社会制度や普遍的サービスに関連する社会福祉活動の目的である。すなわち社会生活上の基本的要求を充足することが、正常な社会人としての必須の条件であるから、社会福祉援助は、まずもってすべての個人にできるだけ長くこれらの基本的社会制度や普遍的サービスとの社会関係を維持せしめることを目標としなくてはならない。この基本的社会関係を失うこと、換言すれば基本的社会制度や普遍的サービスから脱落することが、社会生活上の最初の困難であるから、この最初の困難を起こさせないことが、社会福祉の第一次予防機能である。これらの基本的社会制度や普遍的サービスは、全体社会のレベルにおいて実施されるものもあれば、福祉事務所、保

健所、地域医療施設、職業安定機関、小・中学校、地域レクリエーション施設等のような地域社会レベルにおいて運営せられるものもある。このように地域社会レベルにおいて運営せられる基本的社会制度や普遍的サービスに関連する社会福祉活動は、地域福祉の一部をなすものであるから、地域福祉は、この点において第一次予防活動を含むものと言わなければならないだろう」（同上,p.62）と述べている。「コミュニティ・ケアは日常生活困難の第二次予防（早期発見・早期治療）、第三次予防（機能回復）としての機能をもつことはできても、発生予防としての第一次予防の機能を常にもつということはできない。これを逆に言えば、第一次予防としての効果をあげることは、コミュニティ・ケアの目的ではない。…これに対して、予防的社会福祉は、社会生活上の困難の「発生予防」はもちろんのこと、社会生活の積極的な改善をも目的とする社会福祉である。公衆衛生学の予防概念の対応でいえば、「健康の増進（promotion of health）と罹病率の減少」に相当するものである。… 地域福祉の構成要素としての予防的社会福祉の目的も、地域社会住民全体の社会生活上の困難の発生予防である。ただし予防的社会福祉の対象者は個人であることもあれば、住民全体であることもありうる」（岡村 pp.162-163）としている。

このように、コミュニティ・ケアは、第二次的ないし第三次的予防を含むとはいえ、基本的には事後的な援助サービスであることから、それとは別に第一次予防を包含した予防的社会福祉が第3の構成要素として地域福祉概念に組み込まれる必要があったわけである。

以上、岡村による地域福祉概念では、中核となる「コミュニティ・ケア」は公共的機関が提供する「コミュニティにおけるケア」であり、「コミュニティによるケア」は含んでいない。しかも、職業や教育を含めた生活問題全般が課題とされ、介護や身の回りの世話などの社会福祉的課題に限定されていないことが特徴である。そして、このコミュニティ・ケアを効果的なものにするための前提条件として、「予防的社会福祉」と「地域組織化活動」が置かれ、地域福祉概念を構成する要件となる。「コミュニティ・ケア」の目的は、在宅の要援護者が地域社会にとどまれようように援助することであるが、「地域組織化活動」の目的は一般コミュニティおよび福祉コミュニティを創造することであるとされている。この2つを包含する地域福祉は、したがって、2つの目的に仕える活動ということになった。

コミュニティ・ケア政策が導入された1970年初頭は、高度経済成長の真っ只中にあり、産業化・都市化がもたらしたコミュニティの崩壊に対する危機感が高まっていた時期である（阿部,1978,p.237;国民生活審議会,1969;中央社会福祉審議会,1971）。また、コミュニティ・オーガニゼーションを展開する機関として位置付けられた社会福祉協議会が地域開発・地域組織化の新たな展開を求めて模索していた時期でもあった（定藤,1986,pp.202-204; 永田,1988,pp.15-39）。そこにコミュニティ・ケア政策が導入された。この事情が地域福祉概念に反映され、コミュニティ・オーガニゼーションとコミュニティ・ケアという目的の異なる2つの活動を包含した概念として成立することになった。

岡村は、コミュニティは「隣人として受容し、支持するということにこそあるべきで…それ以上の社会福祉的援助までをコミュニティに期待することは誤りである」(p.87)とし、福祉コミュニティでさえ、要援護者の援助・ケアを提供することを共通関心や機能とはせず(一時的な代替は含むとされるが)、日常生活上の困難もつ、あるいはその恐れのある人に同調し、代弁し、公共機関に制度・サービスの改善や開始を要求することを機能とする「同一性の感情」をもった人々からなる機能的コミュニティであるとしている。これはコミュニティというよりは圧力団体的な運動体ではないのだろうか。

(2) 右田紀久恵による「地域福祉」の概念

次に、概念規定を行っている数少ない研究者の1人である右田の説をみておこう。右田は、「生活権と生活圏を基盤とする一定の地域社会において、経済社会条件に規定されて地域住民が担わされて来た生活問題を、生活原則、権利原則・住民主体原則に立脚して軽減・除去し、または、発生を予防し、労働者・地域住民の主体的生活全般にかかわる水準を保障し、より高めるための社会的施策と方法の総体であって、具体的には労働者・地域住民の生活権保障と、個としての社会的自己実現を目的とする公私の制度・サービス体系と、地域福祉計画・地域組織化・住民運動を基礎要件とする」と規定している。(右田紀久恵,1984,p.105)

立場の違いを捨象して要点のみを要約すると、一定の地域社会における住民の生活問題の軽減・除去、発生予防、生活権および生活水準の保障、生活水準の向上のための公私の制度・サービス体系であるという。右田自身が「この概念がきわめて広義に過ぎるとの批判もあるようであるが、包括的かつ広義であるがゆえに、地域福祉の枠組みを構成する具体的要件を充足させることを、条件としている」と述べているように、生活全般にわたるニーズに対応する制度・サービスが想定されており、特定の地域社会で対応・解決し得るニーズの範囲をはるかに超えているといえる。

右田は、続けて地域福祉の枠組みを構成する要件をあげている。それらは、「(1)ニーズの把握、敏感な対応、充足の適性、サービスの改革を内容とする地域福祉計画、(2)住民主体・住民参加・住民運動を包含する地域組織化、(3)制度・サービスの体系化=必要不可欠のサービス設定とそのネットワーク。組織化されるべきサービスの種類としては、予防的サービス・対症療法的サービス・アフターケア的サービスがあり、それらの方法としての施設保護・在宅保護および治療的意味をもつコミュニティ・ケア(通園=訓練施設やデイケアなどと、訪問=ホームヘルパーや訪問看護などをふくむ)が、地域性と行財政基盤を前提条件として系統化・体系化・組織化されることを内容とする。(4)サービスの配置・基準の体系化。(5)地域福祉を目標とする方法論・技術論の組織化」(右田,1984,p.106)である。

まとめると、主要な構成要件は、①地域福祉計画と②地域組織化と③予防からアフターケアまでの制度・サービスとそのネットワーク化の3つであるとみることができる。4番

目のサービスの配置・基準の体系化は、地域福祉計画に含めて考えることができるし、第5の方法論・技術論の組織化というのは、具体的には何を意味しているのか不明である。さらに、右田は、施設サービスを含めること、予防的サービスを前提条件とすること、各種機関とのネットワークを不可欠とすることを強調している（右田,1984,p.106）。予防的サービスは構成要件ではなく、前提条件であるのか、各種機関とはどの分野のどのような機関であるのか疑問が残る。

ここでのコミュニティ・ケアは施設も含むサービスとされており、主体は明確に記されていないが、公共的な専門機関であると想定されているようである。また、コミュニティ・ケアとは別に、住民運動を含む地域組織化が構成要件とされているなど、岡村の概念と共通するものとなっている。

（3）阿部志郎による「コミュニティ・ケア」の概念

阿部の場合は、通常、地域福祉という用語は用いず、コミュニティ・ケアを用いているが、そのコミュニティ・ケアは、「コミュニティによるケア」および問題解決行動であることを強調している。この点では、コミュニティ・ケアを公共的な専門機関による「コミュニティにおけるケア」に限定した岡村、右田とは対照的である。

「コミュニティ・ケアはコミュニティ＝『互に重荷を負い合う』とケア＝『面倒をみる、放っておけないこと』の合成語であるから、『地域で、住民が放っておけない事柄にたいして、互いに責任を負い合うこと』ということになろう。

これを概念規定すれば、…仮説として一つぎのように表現できるのであろう。

「一定の地域で、組織化運動を通して、住民が相互の福祉を守るための具体的なサービス活動を基盤とし、福祉問題にたいする公私の責任分担と機関、施設の体系化をめざす社会福祉の方法である」（阿部,1978,p.247）と述べている。

住民を主体とする「コミュニティによるケア」、さらには「コミュニティ・オーガニゼーション・ケア」ととらえているところに最大の特徴がある。構成要素をあげるならば、①地域組織化、②住民によるサービス、③公の責任分担（＝支援）、④サービス・施設の体系化の4つとみることができる。地域組織化とコミュニティ・ケア・サービス、サービスの体系化ないし調整を含むという点では岡村説とも共通する面があるが、ここでの地域組織化はケアのための組織化であること、また、コミュニティ・ケア・サービスが「コミュニティによるケア」に重心がおかれていることなどの点で決定的に異なっている。

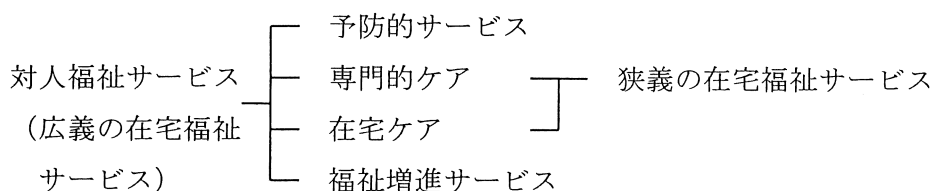
（4）全社協による「地域福祉」の概念

最後に、全国社会福祉協議会の概念規定をみておく必要があろう。全社協は、見解の定まらないコミュニティ・ケア論が社協の現場に混乱をもたらした状況に対処するために、1976年「在宅福祉サービス研究委員会」を設置して、地域福祉の理論的、実践的課題の検討を行った。その報告書『在宅福祉サービスの戦略－在宅福祉サービスのあり方に関する研究報告』（以下、戦略と略す）と、それに続く『在宅福祉サービスの手引』を公に

している。これらは、コミュニティ・ケアに代えて「在宅福祉サービス」という用語を用いて、コミュニティ・ケア論および地域福祉論への全社協の公式見解を示したものである。この理論構築にあたって中心的な役割を果たしたのは三浦文夫であった。

『戦略』では、わが国の社会福祉が、貨幣的なニーズに代って非貨幣的なニーズが主要な課題になってきており、非貨幣的なニーズを充足する対人福祉サービスの充実・強化が求められているという。対人福祉サービスは、ニーズの性質からして、居宅処遇を原則とすること、また、ニーズの構造に応じて、即自的ニーズに対応する専門的ケア・サービスと代替・補完的ニーズに応じた在宅ケア・サービスの2つからなること、そして、それら要援護状態に陥ってからの事後的サービスばかりでなく、事前的サービスとしての予防サービスと福祉増進サービスの2つも含むことが示された（全社協,1979,pp.14-65）。その概念構成を図に示したものが図2-2である。

図2-2 全社協による在宅福祉サービスの概念構成



出典：『在宅福祉サービスの戦略』,全社協,1979,p.51

専門的ケア・サービスは、家族の相互援助では対応できない専門知識や技術を要するものであるため、当然専門家・準専門家が担い手となる。これに対して在宅ケア・サービスは、もともと家族が充足していたものが、顕在化してきたニーズであるので、専門職ばかりでなく、地域住民やボランティアも担い手となりうるという。

この2つのサービスが狭義の在宅福祉サービスとされ、さらに予防的サービスと福祉増進サービスを加えたものが広義の在宅福祉サービス（対人福祉サービス）であると定義された。これは、概ねコミュニティ・ケアにあたるわけであるが、在宅ケア・サービスに地域住民やボランティアを巻き込むことを意識している点では、「コミュニティによるケア」も射程にいたったコミュニティ・ケアであるといつて差し支えないであろう。

『戦略』を受けて、『在宅福祉サービスの手引』では、地域福祉を①在宅福祉サービス（予防的サービス、専門的ケア・サービス、在宅ケア・サービス、福祉増進サービスを含

む対人福祉サービス）と、②環境改善サービス（物的・制度的施策を含む生活・居住条件の改善整備）と、③組織活動（地域組織化およびサービスの組織化、管理の統合的運用によるコミュニティワークの方法技術）を構成要素とする概念であるとした。『戦略』が示した在宅福祉サービス（＝コミュニティ・ケア）に環境改善と組織化活動を加えたものとなっている。

全社協の定義の特徴は、予防的サービスが在宅福祉サービス（＝コミュニティ・ケア）の中に含まれたこと、環境改善サービスが追加されたこと、組織活動の中の「地域組織化」および「福祉組織化」が岡村の用語法とは異なり、前者を「住民の福祉への参加・協力、意識・態度の変容を図り福祉コミュニティ作りをすすめる」、後者を「サービスの組織化・調整、サービス提供体制の整備、効果的運営」を指すものと用いていることである（永田,1993,p.47）。

しかし、多少の相違はあるが、コミュニティ・ケアと組織化活動という2大要素を含むという点は踏襲されていて、大枠を変えるものではない。

以上から、各論者に共通する要素をまとめて、地域福祉概念を描き出すと、①コミュニティ・ケアと②地域組織化活動の2つを構成要素に含むものであること、コミュニティ・ケアは、要援護者をできるだけ家庭・地域社会にとどめることを目的として、公共機関により提供される直接的な在宅ケア・サービス活動（施設ケアも含む）であること、つまり「コミュニティにおけるケア」であるとする考え方が主流であること、地域組織化活動はコミュニティないしは福祉コミュニティ作りを目指すもので、必ずしも在宅ケアへの地域住民の巻き込みを図ろうとするものではないこと、予防的サービスは、コミュニティ・ケアに含まれるか含まれないかは意見が別れるが、援護が必要になってからの事後的サービスばかりでなく、事前の予防的サービスが必要性である点は一致が得られていることなどである。

これまでの理論的蓄積を尊重すれば、わが国の地域福祉は①コミュニティ・ケア、②地域組織化活動、③予防の3つを構成要件として包含する概念であるといえることができる。

第3節 地域福祉の概念

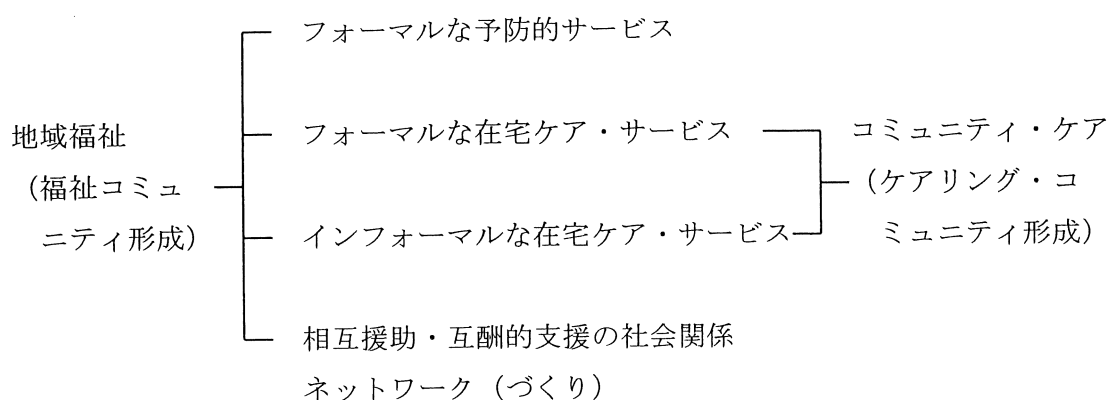
1. 「地域福祉」の概念

以上を踏まえて、地域福祉の概念を次によりとらえることにする。

地域福祉とは、ある地理的範囲を基礎として、在宅の要援護者ができるだけ居宅で生活し続けることができるようにすることを目的に、要援護者とその介護者に対して提供される、地方自治体や公共的専門機関、企業、ボランティア組織による在宅福祉・保健サービスや通所および短期入所施設サービスからなる「フォーマルな在宅ケア・サービス」と、家族や友人、近隣の人々による介護や物的・精神的援助からなる「インフォーマルな在宅ケア・サービス」を中核的な構成要素として、さらに、その地域に居住する人々が社会的孤立や生活困難、要援護状態に陥らないようにすることを目的に、人々が自発的に、あるいは外部の専門家の支援を得て相互援助の関係を保持・創造する「相互援助・互酬的支援の社会関係ネットワーク（づくり）」と、国・地方自治体、公的専門機関、企業、ボランティア組織による「フォーマルな予防的サービス」を基盤的構成要素とし、それら構成要素が相互に結び付けられ、織り合わされて、誰もが安心してそこで生活し続けることができる「福祉コミュニティづくり」を目指すのが概念である。

図2-3は、この地域福祉概念の構成要素を示したものである。

図2-3 地域福祉概念の構成要素



2. 「地域福祉」概念の構成要素

(1) フォーマルな在宅ケア・サービス

「フォーマルな在宅ケア・サービス」とは、要援護者が可能な限り自宅で通常の生活を続けることができるようにすることを目的として、フォーマル・セクターの機関や団体に

よって、要援護者の自宅、または通所ないし短期入所施設において提供される多種多様な在宅ケア・サービスのことをいう。

フォーマル・セクターに含まれる機関・団体は、地方自治体、福祉事務所や保健所などの公的専門機関、社会福祉法人・公益法人などの認可団体、民間企業、ボランティア団体・集団である。

提供されるサービスは、要援護者の自立を支援することを目的としたサービスと家族援護者の介護負担の軽減や社会的統合の維持を図ることを目的としたサービスからなる。ただし、この2つは論理的に分けられるものであって、実際には1つのサービスが双方への援助になっているものが多い。具体的にあげると、要援護者に対して自宅で提供される主要なサービスには、ホームヘルプ・サービス（介護と家事を含む）、訪問看護サービス、入浴サービス、配食サービス、ふとん乾燥サービス、介護機器・日常生活用具の支給、住宅改造・設備改善サービスなどがあり、自宅外（通所ないし短期入所施設）で提供されるものには、デイサービス、デイ・ケア・サービス、ショートステイサービス、リハビリテーション・サービスなどがある。なお、長期滞在型施設での入所ケアは含まない。また、通院・外出の付添サービスや移送サービス、緊急通報システムなども整備されつつある。最近では、24時間巡回型のホームヘルプ（介護型）サービスが開始され、24時間型の在宅介護態勢が整備され始めている。

家族介護者に対する主要なサービスとしては、介護相談やサービス利用相談などの各種の相談に応じる相談・助言サービスやホームヘルプ・サービス、介護手当のほか、デイサービスやショートステイサービスのような休息を提供する「レスパイト・ケア」サービス、介護知識や技術を学ぶ介護者教室などがある。

（2）インフォーマルな在宅ケア・サービス

「インフォーマルな在宅ケア・サービス」とは、要援護者が自宅で生活し続けることができるように、要援護者とその家族援護者に対して、インフォーマル・セクターの人々、すなわち家族、親族、友人、近隣の人々によって提供される介護や家事、物的・精神的援助サービスのことをいう。

要援護者のケアは、第一義的には家族が担っている。身近にいる家族が要援護者のニーズに最も柔軟に対応し、多種多様な実際の・精神的ケアを提供していることは周知の事実である。家族・親族以外の友人や近隣の人々が、要援護者の実際的なケアにあたっているケースは極めて稀であることが我々の調査（第5章を参照）から明らかになっているが、家族援護者に対してはある程度の支援、とくに精神的・情緒的支援を提供していることが判明している。要援護者と家族援護者の社会的孤立を防ぎ、社会的統合を図るためには、インフォーマル・セクターからの援助・支援は必要不可欠である。

インフォーマル・ケアは、個人的な繋がりに基づくケアであり、ケアを受けている人自身のために提供されるものであるところに特徴がある。また、必要な時に必要な援助がな

され、緊急時にも即応できるなどの利点がある。しかし、個人的な繋がりに基づくケアであるだけに、誰もがそれを得られるわけではなく、また、長期にわたって安定的に得られる保障もないところに弱点がある。

(3) フォーマルな予防的サービス

「フォーマルな予防的サービス」とは、地域住民一般を対象に、フォーマル・セクターの機関・団体によって人々が生活の危機や要援護状態に陥らないように提供されるサービスのことをいう。一般的な予防対策としては、国の普遍的な制度・施策である社会保障制度や職場や学校、地域での健康診査を中心とした保健サービス、教育制度、住宅対策などがあるが、地域レベルでの第一次的予防（発生予防）の効果をもつ予防的サービスとしては、相談・助言や情報提供のサービス、ニーズの早期発見システム、また、手当や資金提供などがあげられるだろう。また、配食サービスや友愛訪問などの在宅福祉サービスや高齢者・障害者対応住宅の提供、リハビリテーション・サービスなども第二次的予防（比較的簡単なうちに対応して、深刻化や再発をくいとめる）の効果をもつサービスである。

予防の重要性は、シーボーム報告が指摘して以来、広く認識されているが、相談機関や情報提供システム、早期のニーズ発見システムがどの地域でも充実しているとは未だ言い難い現状である。

(4) 相互援助・互酬的支援の社会関係ネットワーク（づくり）

近隣関係の重要性は、「遠くの親類よりも近くの他人」といわれてきたことに示されるように、緊急な事態やちょっとした困り事への援助が可能などところにある。

「相互援助・互酬的支援の社会関係ネットワーク（づくり）」というのは、同一地域に居住する人あるいは世帯の間に繋がり（tie）が形成され、それにより必要に応じて相互の助けあいがなされる社会関係のネットワークのことをいう。そうした社会関係が広範囲に成立している地域がある一方で、ごく小規模の社会関係が散在するような地域もあると推測される。後者のような地域では、さらに社会関係のネットワークを拡大していくことを目論んで、括弧つきの（づくり）を加えた。

この「相互扶助・互酬的支援の社会関係（づくり）」は、要援護者への直接的なケア・サービスを提供するものではないが、お互いを同一地域の一員として受容しあい、必要に応じて「お互い様」の助けあいを提供するものである。その相互扶助や互酬的支援の内容は、見守りから物のやりとり、精神的・情緒的支援、実際の援助まで広範囲にわたる。これは、また、生活困難や要援護に陥るのを防ぐ予防的効果をもつのもである。

3. 概念規定の特徴

次に、筆者の提案する「地域福祉」概念の特徴をまとめておこう。

まず第一の特徴は、わが国の地域福祉がコミュニティ・オーガニゼーションにコミュニティ・ケアが接合され、両者を包含する上位概念として地域福祉という用語があてられ、

定着してきた流れを踏襲し、両者を含む概念としていることである。

第二に、予防的サービスは、イギリスでもコミュニティ・ケアに包含されるか、否かは見解の一致が見られないが（シーボーム報告、63年・66年白書、グリフィス報告などを参照）、要援護者ばかりでなく、一般の人々を対象に、生活全般にわたる困難の発生を予防する所得保障や医療・保健保障、住宅や教育の保障、情報提供や相談・助言など広範囲のサービスを含むと考えるので、主として要援護状態になってからの人々を対象とするコミュニティ・ケアとは区別して、構成要素に加えた点である。

第三に、「コミュニティ・ケア」については、全社協による「在宅福祉サービス」概念にみられるようなニード・サービスの種類別にわけるのでなく、提供主体別に「フォーマル」と「インフォーマル」に分類したことである。これにより「コミュニティによるケア」を含むか否かという争点と、わが国独特の「地域組織化」およびコミュニティづくりを含める議論の双方を包摂して、整理することができるからである。

第四に、「地域組織化活動」という用語に代えて「相互援助・互酬的支援の社会関係ネットワーク（づくり）」を採用したことである。岡村重夫の「地域組織化活動」は、他の構成要素から独立して、それ単独で、一般コミュニティと福祉コミュニティづくりを目的としているが、地域福祉の概念の中に、目的の異なる要素を並列することには疑問が生じる。もはや家族や地域住民だけで生活上の困難や介護に対処できなくなっている以上、公私双方の活動を含め、その連携によるケアリング・コミュニティないしは福祉コミュニティの形成を目指すことを「地域福祉」の目的とした方がより有効であると考えからである。ただし、コミュニティについては、その概念の曖昧さとすでに実存が疑問視されている現状を考慮すると、この用語の使用をさけて、一群の人々の間に何らかの相互作用がある「社会的ネットワーク」という用語を用いた方が適切であろう。そうすることで、特定地域に居住する住民全体（ないしは大多数）を構成員とする無謀さを免れることができる。すなわち、個人的な社会関係のネットワークが重層的に存在する、輪郭が明確には固定されない範囲を考えることができる。ただし、地方自治体や公共的機関などからの公的（法定的）サービスは、その責任と権限の範囲に基づき、サービス提供範囲を設定せざるを得ない性質を有している。そのために、筆者の提起する「福祉コミュニティ」は、行政的な範囲を基礎にしながらも、「互酬的な社会関係」が成立、あるいは形成されつつある範囲に左右される柔軟な構造をもったものとなろう。

さて、筆者が「地域福祉」概念に含めなかった要素のいくつかについても若干議論しておきたい。

まず、「地域組織化活動」に関してであるが、岡村によれば、「一般的地域組織化活動」は一般的なコミュニティ作りを目的とするものであるという。一般的なコミュニティとは「「地域主体的態度」と「普遍主義的価値意識」の象限において…成立」し、「コミュニティ成員のあいだには共感と共属の感情にもとづく自然的な相互的援助や連帯性がみとめ

れる」(p.66)ものであるという。また、「新しいコミュニティ型地域社会(筆者注:「地域主体的態度」と「普遍的価値意識」に基づく)は、地域社会の生活環境施設の整備はもちろんのこと、地域住民の生活水準の向上に役立つ制度機関やサービスの充実について、行政・立法機関に対して要求行動を展開すること、さらには、コミュニティとして可能な限りの資源を動員して自発的な問題解決行動をとるものである」(岡村,1974,p.67)とされる。

もはやコミュニティ自体が用語としても実態としても疑問視されている現代社会において、このような主体性や普遍的価値意識に基づくコミュニティ作りを行うことはほとんど不可能であるといって間違いないだろう。しかも、社会福祉の分野において、このようなコミュニティづくりを目指すことは、社会福祉の取り組むべき範囲と能力をはるかに超えている。近年の社会福祉の課題はケアであり、「コミュニティによるケア」を維持・拡大できるかどうかにもむしろ焦点をあてるべきであると考えからである。したがって、実現不可能で現実味のない「一般的地域組織化活動」および「一般的なコミュニティづくり」は、概念に含めないことにした。

2つ目は「地域福祉計画」についてであるが、地域福祉政策および実践の効果的な展開のためには、地域福祉計画が必要であることは否定できない。しかし、これはサービス提供体制やサービス供給量、公私の役割分担、資源の開発などの地域福祉に関する全体プランを作成するもので、地域福祉推進の前提となる紙の上のプランでしかない。実際のケアや相互援助活動とは区別してとらえることにしたい。

3つ目は「環境改善サービス」に関してである。三浦は、要援護者が地域社会に受け入れられ、統合されるために必要とされる「物的環境、制度的環境 意識・態度の変容」を内容とする「環境改善サービス」を構成要素にあげている。内容をみると、地域開発にあたるのではないかと推測されるが、物的環境や制度的環境は社会福祉領域に限らず、都市計画やまちづくり、まち起こしでも扱っているテーマである。地域福祉の前提条件と考えておきたい。意識・態度の変容は、「コミュニティづくり」に含まれる要素であり、筆者の枠組みでは、「互酬的な社会関係(づくり)」の中に入るとみなすことができる。

地域福祉概念を構成する要素は、人が人に対して、face to face で援助するサービスや活動に限定しておくことにし、計画や環境整備等は前提として枠組みからははずすことにした。

引用文献

- 阿部志郎 (1973) 地域福祉の展開と位置付けーコミュニティ・ケアをめぐる『住民福祉の復権とコミュニティ』, 東京: 鉄道弘済会館.
- 阿部志郎 (1973) コミュニティケアをめぐる (基調講演), 日本ソーシャル・ワーカー協会第11回関東ブロックセミナー報告書, pp.16-34.
- 阿部志郎 (1978) コミュニティ・ケアに関する諸説, 『地域の福祉を築く人々』, 東京: 全国社会福祉協議会.
- Bayley, M.J. (1973) *Mental Handicap and Community Care*, London: Routledge & Kegan Paul.
- 中央社会福祉審議会 (1971) コミュニティ形成と社会福祉 (答申).
- Department of Health and Social Security (1971) *Better Services for the Mentally Handicapped*, Cmnd4683, London: HMSO.
- Department of Health and Social Security (1976) *Priorities for Health and Personal Services in England*, London: HMSO.
- 柏木昭 (1970) 精神障害者のコミュニティ・ケア, 地域活動研究 No.9, 東京: 全国社会福祉協議会.
- 京極高宣 (1990) 地域福祉理論と地域福祉計画, 『地域福祉学の構図』, 東京: 中央法規
- 国民生活審議会調査部会コミュニティ問題小委員会 (1968) コミュニティー生活の場における人間性の回復一 (報告), 東京: 経済企画庁国民生活局
- 前田大作 (1973) コミュニティ・ケアの理念と内容, 『住民福祉の復権とコミュニティ』 東京: 鉄道弘済会館.
- 牧里毎治 (1984) 在宅福祉と地域福祉, 『地域福祉教室』, pp.35-38.
- 牧里毎治 (1986) 地域福祉の概念構成, 右田紀久恵・高田真治編『地域福祉講座1』 東京: 中央法規, pp.148-168.
- 牧里毎治 (1996) 『地域福祉論』, 東京: 有斐閣.
- Ministry of Health (1963) *Health and Welfare: the Development of Community Care*, Cmnd1973, London: HMSO
- 三浦文夫 (1971) コミュニティと社会福祉、季刊社会保障研究 Vol.7 No.3 pp.15-24.
- 三浦文夫 (1974) コミュニティ・ケアの3つの概念, 行政管理 '74.7, 東京: 東京都, pp.6-10
- 三浦文夫 (1975) コミュニティ・ケアと施設, 福祉ジャーナル6, 仙台: 福祉ジャーナル編集会 (東北福祉大学), pp.15-19.
- 永田幹夫 (1993) 『改訂地域福祉論』, 東京: 全国社会福祉協議会.
- 中野いく子 (1980) 地域福祉の理論的枠組に関する一考察 季刊社会保障研究 Vol.15

No.4, pp.43-51.

岡村重夫 (1974) 『地域福祉論』, 東京:光生館.

定藤丈弘 (1986) 地域福祉の系譜, 右田紀久恵・高田真治編 『地域福祉講座 1』, 東京: 中央法規, pp.194-269.

Secretaries of State for Health, Social Security, Wales and Scotland (1989) Caring for People, Cmnd849, London: HMSO.

副田義也 (1972) 社会福祉とコミュニティ・ケア, 公衆衛生 第 36 巻第 10 号, 医学書院, pp.22-28.

鈴木五郎 (1981) 『地域福祉の展開と方法—地域福祉活動実践の手びき—』, 東京: 史創社.

東京都社会福祉審議会 (1969) 東京都におけるコミュニティ・ケアの進展について (答申).

右田紀久恵 (1984) 在宅福祉中心主義と行財政, 右田紀久恵・井岡勉編著 『地域福祉—いま問われているもの』, ミネルヴァ書房, pp.104-126.

第3章 福祉コミュニティ論の再検討と理論的枠組みの構築

第1節 コミュニティへの志向[✓]とその概念

1. コミュニティ志向

前章では、地域福祉は「福祉コミュニティ」の形成を目指すものであると規定した。そこで、「福祉コミュニティ」とはどのようなものであるかを明らかにする必要があるだろう。まずはコミュニティの検討からはじめることにしたい。

施設ケアからコミュニティ・ケアへの政策転換の過程で、コミュニティに着目し、コミュニティ資源の活用を図ることを提案したのがシーボーム報告であった。

シーボームは、効果的サービスを提供するための基盤の1つとしてコミュニティをとりあげ、「…コミュニティがそのソーシャル・サービスの権威づけ、資源および効果の基盤として役立つことを強調してきた」(Seebohm Report, para.474, 訳書, p.161)と述べている。そして、「コミュニティの重要性をわれわれが強調するからといって、それは固い絆で結ばれた過去の村落社会が今日および将来における都市社会において再現すると信じているわけではない。…むしろコミュニティがソーシャル・サービスの受給者であると同時に提供者でもあるという実践的な基盤に立ち、サービスが他者との社会的関連のもとにおける個人、家族および集団等に向けられるとすれば、コミュニティへの志向性こそ決定的なものであると考えるからに他ならない」(Ibid., para.475, 同訳書, p.161)として、コミュニティへの志向を表明している。

コミュニティ・ケアが「コミュニティにおけるケア」であった段階では、コミュニティが何であるか、それが機能する仕方についてはあまりかかわる必要はなかった。なぜなら、それはサービスの側に力点があったからである。コミュニティは単にサービスを提供するための管理運営上の地域—具体的には行政区域や利用圏—をさすものにすぎず、人々の社会的相互作用などは考慮に入れる必要がなかったからである。しかし、「コミュニティにおけるケア」はコミュニティの方に力点をおくものであるから、コミュニティが何であるかについての理解を必要とする。

シーボーム報告は、コミュニティをどのようにとらえていたのであろうか。

「『コミュニティ』という言葉は、通常物理的な位置関係 (physical location) と一群の人びとに共有される一体感 (identity) の両方を含むものと理解されている。しかしながら、コミュニティの定義あるいは、近隣の定義さえもが、「社会」がますます可動性を帯び、人びとが居住に関するとともに職業、教育あるいは社会的な活動によって影響される共通の関心に根ざす「諸コミュニティ (communities)」に属するようになるにつれて、ますます明確な概念規定が困難になってきている。このようにして、伝統的にはコミュニティの概念は、地理的な位置関係に基づいてきたし、また現在でも多くのコミュニティにとってそれが重要な側面であるには違いないにしても、昨今では家族の各メンバーは、同じ近隣関係に属していると同時に異なる利害関心に根ざした諸コミュニティ

も属しているのである。コミュニティの概念は社会的な相互関係の網の目 (a network of reciprocal social relationship) が存在することを意味するが、とりわけ相互扶助を保障し、その恩恵によくする者に福祉の実感を呼びおこすのである」 (Ibid.,para.476,同訳書,p.161) としている。

シーボームは、伝統的なコミュニティの概念に含まれる地理的要件が揺らいでいることを指摘するとともに、相互扶助を保障し、それを経験した人に幸福感 (well-being) を与える「互酬的な社会関係のネットワーク」の存在という点から定義している。

また、シーボームが勧告したコミュニティを基盤とした家族全体を対象とするサービスという考え方は、社会サービスの計画や組織、提供の中にコミュニティ内の人々やグループの最大限の参加を得ることを必要とするものであった。「この市民参加を進める見解は民主的な諸理念を地方レベルで実現することを期するのみならず、ニードを自らのものとしてとらえ、諸サービスにおける欠陥の発見と新しい資源の動員にも関わりを持つものである」 (Ibid.,para.491,同訳書,p.166) とされている。

コミュニティ志向は市民参加を拡大することを含んでいたわけである。

そうした市民参加はスティグマを取り除く価値を有するものでもあった。シーボームは次のように述べている。

「とりわけ重要なことは、市民の参加がおし進められることによって、ソーシャル・サービスの提供者と受給者の間の画然たる区別が薄くなり、過去においてはクライアントということではしばしば帰せられがちであった負い目 (Stigma) がなくされることである。コミュニティの全体が徴税によって支払いをすると同時に、直接間接にソーシャル・サービスを「消費する」のであり、消費者は有効なファミリーサービスを発展させる上に重要な貢献をするのである」 (Ibid.,para.492,同訳書,p.166) と。

シーボームは、コミュニティのすべてのメンバーが提供すべきものを与え、そして必要な時に必要なものを受け取る互酬的供与 (reciprocal giving) のアイデアを打ち出した (Jones,et.al.,1978,p88)。そうした互酬的な関係のネットワークがコミュニティであると捉えている。

しかし、ブルマーは、「シーボームがコミュニティとしたものが含むものについては明確でない。この報告書では、ところどころで家族とコミュニティが省略されている。そのため、親族ネットワーク以外の資源にどの程度信頼をおいているのかは明らかではない」

(Bulmer,1987,P.31) と指摘している。さらに、「コミュニティは個々人の問題を扱う手段とみなされているのかどうかも明白でない」 (Ibid.,P.32) として、「コミュニティによるケア」の中味が具体性に欠けるものであることを指摘している。

シーボームのコミュニティ志向を引き継ぎ、一層前進させようとしたのがバークレイ報告であった。第1章で述べたとおり、バークレイ委員会は最終的な報告書をまとめるにあたって、意見の一致をみることができなかった。バークレイ多数派報告とその他にハド

レー (Roger Hadley) ら 3 人による少数派報告およびピンカー (Robert Pinker) 1 人による少数派報告の 3 つが提出されている。このうち、コミュニティ志向を打出したのは、バークレイ多数派報告とハドレー報告である。ピンカー報告は、そうしたコミュニティ志向に対して、一握りの専門職ワーカーたちがローカル・コミュニティを再生させ得ると考えるのは「ロマンチックな幻想」に過ぎないと強烈な批判を行っている (Barclay Report, 1982, Appendix B ; 嶋田, 1983, p.43)。しかし、時代の風潮からみれば、コミュニティへの関心抜きにはコミュニティ・ケアを語ることは困難になっていたといえる。

多数派報告の勧告の焦点は、コミュニティ・ソーシャルワーク (community social work) とその推進に向けてのソーシャル・ワーカーの役割を明らかにするにあった。

「本作業委員会は、20 世紀の最後の 10 年間に人々の社会的ニードが充足されるようにするには、対人社会サービスがコミュニティとその強さにさらに注目して市民と親密なパートナーシップを築かなければならないと確信する。我々がコミュニティ・ソーシャルワークと名付けたものへの動きは、そうした発展への出発点である。

コミュニティ・ソーシャルワークは、社会サービス部や専門機関の長から第一線のワーカーまでのすべてのソーシャルワーカーの中に、社会的ケアを提供するにあたって一般の人々をパートナーとして尊重する心構えがあるかどうかにかかっている」 (Barclay Report, para.13.1-13.2, p.198) と述べている。

バークレイ委員会は、「コミュニティを親族関係、共通利害、地理的接近、友情、職業、サービスの授受、あるいはそれらの多様な結び付きによって、相互に結合した人々のインフォーマルな関係のネットワークないしはネットワークス」 (Ibid, para.13.6, p.199) であると定義した。そして、「コミュニティの重要な特徴は、その内部で逆境に対して個人的、集団的対応を動員し得る人々のネットワークの能力にある」 (Ibid., para.13.7, p.199) としている。

バークレイは、コミュニティの不明瞭さをさけて、ネットワークと定義した。しかし、この定義はあらゆる種類の関係や集団を包み、あまりに広過ぎて、ほとんど意味をなさないものになってしまっている。

一方、ハドレー少数派報告は、多数派報告のコミュニティ・ソーシャルワークを支持しながらも、不十分であるとして「近隣を基盤にしたソーシャルワーク (neighbourhood-based social work)」を提案している。彼らは、多数派報告が「コミュニティ・ソーシャルワーク」について、また、それを行うための社会サービス組織やソーシャルワーカーの役割と任務について十分に明らかにしていないという。さらにコミュニティを志向したソーシャルワークが現行の実践よりもどのように優れているのかについても説明が不十分であると批判している。そのため、コミュニティを基盤にしたソーシャルワークは「コミュニティ」風味の漠然とした改革案であると解釈される危険性があり、現行の態度や実践、組織についての根本的改革がなされない可能性がある」と危惧を表明している。

(Ibid.,AppendixA,p.219)。

そして、多数派報告のコミュニティ概念が地域性を離れた「共通関心(=意識)のコミュニティ」を容認しているのに対して、地域性を強調した「近隣(neighbourhood)」という用語を用いている。最も援助を必要とする人たちは、コミュニティ意識をもっているか否かにかかわらず、虚弱や疾病、低所得などの理由によりそこ(local area)に縛りつけられ、地理的に特定化された近隣の中で生活し続けているという(Ibid.,p.220)。大多数のケースで求められているのは、頻繁で、信頼でき、实际的で、敏感な接触であり、そうした援助を提供できるのは、小地域に根差した介護者(locally-based carers)一具体的には同居者か近くに居住している人—をおいてほかにいないという(Ibid,p.221)。したがって、最も援助を必要とする人にケアを提供するにあたっては、小地域を基盤にしたインフォーマル関係が最も重要であること、また、彼らが支援を必要とする場合に、そうしたネットワークを強化、補強するうえでも小地域志向の社会サービスが有効であることを主張している(Ibid.,p.220)。

ここでは、シーボームの「互酬的な社会関係のネットワーク」やバークレイの「インフォーマルな関係のネットワーク」の不明瞭さを排して、地域性をもった近隣関係—バラ色や感傷的な見方をしているわけではないと断っている—が「コミュニティによるケア」の主体とみている。

一方、わが国では、コミュニティ・ケア政策が導入された1960年代終りの時期はコミュニティに対する関心が高まっていた時期でもあった。産業化、都市化がもたらした地域社会の変貌に危機感をつのらせた中央省庁は、コミュニティに関する計画や構想を次々に発表していた。たとえば、経済企画庁の「新全国総合計画」(1969)、建設省の「地方生活圏構想」(1969)、国民生活審議会の「コミュニティ生活の場における人間性の回復—」(1969)、自治省の「コミュニティに関する対策要綱」「コミュニティ対策の推進について」(1971)、中央社会福祉審議会の「コミュニティ形成と社会福祉」(1971)などである。

コミュニティ志向は、社会福祉領域ばかりでなく、国民生活全般にかかわるあらゆる領域でみられるが、ここでは、社会福祉領域に影響力をもった2つの公式文書を取りあげ、どのようなコミュニティ志向であったのかをみておくことにしたい。

まず第一に、1969年の国民生活審議会コミュニティ問題小委員会報告「コミュニティ生活の場における人間性の回復」を取りあげておきたい。この報告は、日本経済の急速な成長による産業構造の変化、地域構造の変化が生活の場に重大な影響を及ぼしているという認識にたつて、人間性回復の場としての新しいコミュニティの形成を提言したものである。「今日、都市化やモータリゼーションによって地域社会は急速に変貌しつつある。旧来の地域社会は崩壊し、新しい地域社会はまだできていないという状態が各地にみられる。これでは地域社会の連帯性が薄れて、人は孤独感、無力感に陥ちいる。いかにわが国

の経済成長率が高いといっても、生活の場における人間性が失われるのでは、人間の幸福はありえない。そこで、今回の提案は、国民に向かって、今こそコミュニティづくりの必要性を認識し、その形成に努力すべき時期であることを提言している」（松隈英雄の会長あいさつ）と述べている。

都市化による地域社会の解体と随伴する都市病理に歯止めをかけるものとしてコミュニティが期待され、その形成が提唱された。

この報告におけるコミュニティとは、「生活の場において、市民としての自主性と責任を自覚した個人および家族を構成主体として、地域性と各種の共通目標をもった、開放的でしかも構成員相互に信頼感のある集団を、われわれはコミュニティと呼ぶことにしよう。この概念は近代市民社会において発生する各種機能集団のすべてが含まれるのではなく、そのうちで生活の場に立脚する集団に着目するものである」という。

市民の自覚をもった人と、生活の場に立脚した「地域性」、そして共通目標をもつことにより生じる「一体感（相互信頼感）」をコミュニティの要素としている。そして、コミュニティづくりの目的は、「人間性の回復と真の自己実現」が図れる快適で生命力あふれる生活の場を作ることであった。因みに、コミュニティ形成の方策として示されたのは、①物的生活環境の水準や教育などの社会的水準の充実を図ること、②行政への住民参加の制度的な整備・開発を行うこと、③住民自身の主体的参加による快適な生活の場づくりを求めること、④コミュニティ形成の事例についての情報を提供することなどであった。

2つ目には、社会福祉の領域において、コミュニティ形成の必要性を高らかに提唱した中央社会福祉審議会答申「コミュニティ形成と社会福祉」（1971年12月11日）をみておくことにしたい。

同答申の「まえがき」には、「本審議会は、国民が真に健康で文化的な生活を営むことのできるコミュニティの存在が国民の生活の向上に欠くべからざるものであること、そして、今後形成されるべきコミュニティは、まさに以上のような国民の生活福祉の向上の観点に立つものでなければならないことを認識して問題の検討にあたった」と記されており、上記の国民生活審議会報告と同様に、国民生活の安定・向上に必要不可欠であるという問題意識から、コミュニティ志向にたっていることを表明している。

同答申によれば、「「コミュニティ」とは、地域社会という生活の場において、市民としての自主性と主体性と責任とを自覚した住民によって、共通の地域への帰属意識と共通の目標をもって、共通の行動がとられようとする地域社会の条件である、またこれを支えるその態度のうちに見出されるものである。生活環境を等しくし、かつ、それを中心に生活を向上せしめようとする方向に一致できる人々が作り上げる地域集団活動にこそ、コミュニティが醸成される」という。

ここでは、地域社会という場と、市民としての自覚を有する人々と、地域への「帰属意識」と、共通の目標に基づく「共同行動」ないし共同行動をとろうとする「態度」がコミ

ユニティの要素であるとされている。

同答申は、さらに続けて、「もともとコミュニティをコミュニティたらしめる条件は、①同一地域に生活している人々の集団であること。（地理的規定） ②その人々の生活上の相互関連の体系であること。（相互作用的规定）の2点から説明されていたが、今日ではさらに③その生活相互行動を一定地域内で果たしているところの生活環境諸施設の体系（施設規定）であり、④この人々がもつであろう生活利害と行動の共通性をうみだす可能性にみちた人々の共同行動体系（態度的規定）であるという観点がとくに強調されている」としている。

ここでは、「地域性」と「共同性」に、新たに「生活環境諸施設の体系」が加えられている（山手,1996,p.77）。

また、コミュニティは単純な地理的空間概念ではないことから、一義的に地域範囲をきめられない重層的、かつ弾力的な存在であるという。「しかし同時に、コミュニティは現実の存在観念というよりは、むしろあるべきもの、つまり当為概念として意図的に形成されるべきもの「自然にできるもの」ではなく、「作っていくもの」といってよいから、そのための戦略的ポイントとして、一定の範囲を想定することもまた必要であるといえよう」と述べている。意図的に創りだすものと位置付けられていた。

以上、2つの公式文書におけるコミュニティ志向は、伝統的なコミュニティの崩壊に対する危機感から人間性回復や国民の福祉の向上には新しいコミュニティの形成が必要不可欠であるという認識にたつものであった。注意しておきたい点は、シーボームやバークレイのような要援護者へのケアの観点からのコミュニティ志向ではない点である。そのため、ここで概念化されたコミュニティは極めて抽象的である。一方で自主性や主体性と責任を自覚した市民というような主体形成論と、他方でそうした市民が共通目標に基づき共同行動をとってコミュニティを形成するという希望的観測が接合したものになっている。確かに「存在するもの」ではなく、「形成すべきもの」であった。四半世紀を経過した今日では、人間性の回復や生活の向上という抽象的な目標がコミュニティ形成へ向けて人々に共同行動を起こさせる共通目標とはもはやなりえないことは明白である。

イギリスのコミュニティ・ケア政策から生じたコミュニティ志向は、要援護者のケアの資源をコミュニティの内部に求めるものであったが、そのコミュニティ概念は概して抽象的であった。最も限定した定義を行ったのがハドレー報告であり、近隣のインフォーマル・ネットワークとされた。この場合、ケアの担い手としては、現実的であると思われる。しかし、近隣インフォーマル・ネットワークはあまりに狭く限定され過ぎて、もはやコミュニティと呼ぶのはふさわしくないだろう。

一方、わが国についてみると、この段階では、国民の生活の安定・向上に関心があり、未だケアへの対応という視点からコミュニティが取上げられていなかった。コミュニティ・ケアに言及している中央社会福祉審議会答申でさえ、住民参加やボランティアの育成、

コミュニティ意識の形成を提言してはいるが、イギリスと同様にコミュニティ概念は一般的・抽象的レベルに止まっている。

「コミュニティによるケア」の主体や内容が明確にされるにはまだ時間を必要とした。

2. 社会学の貢献

ブルマーは、「初めから、コミュニティはオーラや良いものであるという感覚を携えているために争点が曇らされる。分析的・記述的概念であると同時に規範的な概念である」

(Bulmer,1978,p.26)と述べている。実際、シーボーム報告では幸福感 (well-being)と結びつけて定義されていたし、「互酬的な供与」によりスティグマが薄れるという考えもコミュニティに道徳的要素を持ち込むものであったといえる。刺激的で格調高いメッセージではあるけれども。

コミュニティについての主要な研究は社会学者によってなされてきた。しかし、よく知られているように、コミュニティ概念の整理を行ったヒラリー (G.A.Hillery) は、94の異なる社会学的定義を確認し、「人々がコミュニティのなかに包含されるという意味以外には、コミュニティの本質について完全な一致をみるものは何もない」

(Hillery,1955,p.119;松原,1978,p.5)と述べている。それでも、ヒラリーは分類を試みて、94の定義のうちの69は「社会的相互作用」「地域性」「共通の紐帯」の3つをコミュニティ生活に見出される要素としていたこと、また、91までが「社会的相互作用」を不可欠の要素としていたことを明らかにしている。

コミュニティ概念を最初に用いたのはマッキーヴァー (Robert M.MacIver) であるが、彼は、それを特定の目的をもって、利害関心を追及するアソシエーション (association) の対置概念として概念化し、「共同生活が営まれているあらゆる地域、または地域的基盤をもったあらゆる共同生活」という曖昧な定義付けを行った。一方で、マッキーヴァーは、コミュニティを人間の本質的意志に基づき、包括的な利害関心を追及する基本的な意義をもった重要な社会であると強調している (MacIver,1917;松原,1978)。そうした定義から出発しただけに、その後の研究では、コミュニティ概念が多義性と価値性をもったものとして扱われることになった (園田,1978,pp.6-10)。

コミュニティは、社会学の領域で多くの研究がなされ、基本的な専門用語であるにもかかわらず、統一された定義がなく、多様な概念と多種多様な現象とオーラを含むものであるようだ。

すでに前節でみた報告においては、シーボーム報告が物理的位置関係と一体感と社会関係のネットワークを要素にあげていたし、国民生活審議会報告は地域性と一体感を、中央社会福祉審議会答申は地理的規定、相互作用規定、施設規定、態度規定をあげていたことから分るとおり、微妙に異なっている。

しかしながら、これまでに発達した定義の多くに共通する要素は、「地域性」と「相互

作用ないし関係」と「共通関心ないし一体感」の3つであるとみてよいのではないだろうか。

まず第一の「地域性」は、特定の地理的範域を示すものであり、そこに居住する人々の集合体がコミュニティであると想定されているものである。この地理的範域は、小さいところでは町内会くらいから大きいところでは市町村に及ぶと考えられるが、例外的には、ヨーロッパ・コミュニティのような用い方もある。近年、わが国では、「伝統的な地域結合の範域であった町内会、部落会（自治会）のそれよりは広く、かつまた市町村といった行政区域よりは狭い範囲として、「小学校区」もしくは「中学校区」、ないしはそれに準ずる広がり」（松原,1978,p.36）をコミュニティ形成の基礎的範域とする認識が広まっているとされる。その範域は、面積が概ね4平方キロメートル前後であり、人口規模は少ないところで5,000人から多いところで2万人くらいまでのところであるようだ。

第2の「相互作用・関係」については、過去に土地の共有と共同の生産活動を通じて形成されていた生活の共同性と社会的結合が、産業化・都市化の進行につれて失われきたところこそが問題として認識されているわけである。この共同関係は、コミュニティの要素であるとともに、形成されるべき目的でもあると考えられている。

第3の「共通関心・一体感」については、生活の共同性が失われてきた状況下では、このコミュニティ感情こそがコミュニティの紐帯をつくりだすものであるとみなされている。しかし、人々の多様な関心に基つき多様なコミュニティが成立し得ること、また、地理的近接性を必要条件としないことから、地域性をもったコミュニティ感情が形成される可能性はきわめて低くなっている。

さて、地域福祉およびコミュニティ・ケアの視点からは、どのようにコミュニティをとらえるのが有効であるかを検討しておく必要がある。地域福祉論、特に岡村重夫の地域福祉論に甚大な影響を及ぼしたのが、周知のとおり、奥田道大のコミュニティ論である。

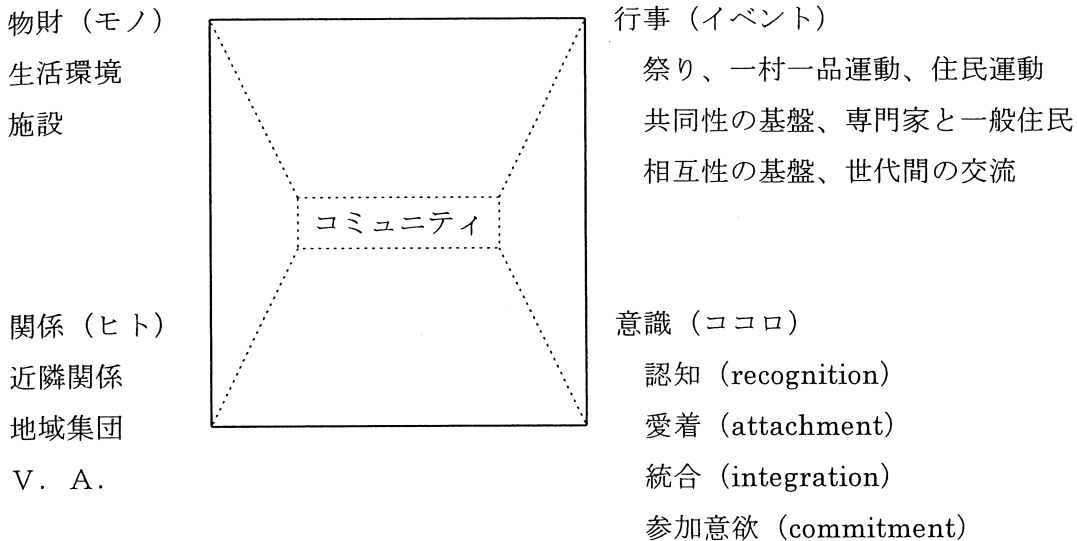
奥田は、コミュニティを住民の行動と意識からとらえる分析枠組みを提起した（奥田,1971,1983）。行動体系における主体化と客体化、意識体系における普遍化と特殊化の2つの軸の交差により4つのタイプのコミュニティを区別した。すなわち、「地域共同体」「伝統的アノミー」「個我」「コミュニティ」の4類型である。このタイポロジーは、コミュニティに4つのタイプ（あるいは発展段階）があることを明らかにし、形成すべきコミュニティがどのようなものであるかを示したという点では意義深い。しかし、これは個人の意識や態度から分類した「コミュニティ意識のタイポロジー」（鈴木,1976,p.82）であり、しかも論理的に構成された理念型である。地域社会の分析や説明には有効であったとしても、現実の地域に発生する要援護者への援助や福祉問題への解決に有効なコミュニティ・モデルとはなりがたい。

金子勇は、「地域福祉にとって有効なコミュニティ要素は「関係」である」と主張する。「関係の構造が地域福祉の水準を決定し、内容を限定する」と述べている。（金

子,1993,p.250)

金子は、図3-1のようなコミュニティ論の整理を行っている。

図3-1 コミュニティの概念図



出典：金子勇『都市高齢社会と地域福祉』 1993 p.107

「物財」の主内容は生活環境であり、地域施設などのハードな装備であるという。「関係」は近隣関係を中心として、より広義な地域関係や地域集団への参加、ボランティア組織への参加も含むものである。「意識」はいわゆるコミュニティ意識を指し、認知 (recognition)、愛着 (attachment)、統合 (integration)、参加意欲 (commitment) の4つから構成される。「イベント」は、祭りや一村一品運動などであり、共同性の基盤を提供したり、相互性の基礎をつくりあげるものであるとされる。「共同性は専門家と一般住民の関係も含み、相互性では世代間の交流に重点が置かれる。」(金子,1993,p.249)

また、金子は、地域福祉論に応用できるコミュニティ論は、空間的、時間的、問題別に比較的限定的に使用されるパラダイムから構成されると考える方が適切であると指摘している。「狭義の視点から、空間的、時間的、問題別に限定して、どのようなコミュニティ条件が最も地域福祉の効果を高めるかを問題にした方がよい」(同上,P.250)と述べている。具体的には、「サービスの供給システム」—サービス供給が相互性に富み、その成員には何らかの「快適性」が提供されるシステム—としてコミュニティを規定することを提案している。一方通行的なサービス供給ではなく、相互性 (mutuality) や相互依存性 (interdependency) が重視されることになる。「相互性と感情的結合によって特徴づけ

られた社会関係ネットワーク」(Bender,1978,p.7)と定義することを提案している。それは相互のアクセス(mutual access)と相互支援(mutual support)によって特色づけられるものであり、地域性は重要ではなくなる。金子は、地域性は地域福祉の外的要因とはなっても内的要因にはなりにくいとして、地域福祉に直結するコミュニティを「関係の相互性、相互依存性、互惠性」から位置づけておくことは有効であろう」(金子,1993,p.251)と結論付けている。

地域福祉およびケアにとっては、相互作用・関係からコミュニティをとらえることが有益であるが、金子の指摘どおり、そうした関係およびそれに伴う一体感は地域性を必要条件としないものである。したがって、特定の地理的範囲内で相互援助的な関係をつくりだし、連帯感を形成しようという地域福祉(=福祉コミュニティ)のねらいは、社会学者から見ると、過去への郷愁かロマンチックな幻想でしかないだろう。

しかし、地域福祉はそれを形成しようというのである。

そのためには、地理的範囲をアприオリに設定して、その中の社会的関係を扱うのではなく、個々人の社会的関係のネットワークが特定の地理的範囲内にどの程度あるか、あるいはその外側にどの程度あるのかをみていく方が有効であろう。実際、バークレイ報告などもそうしたアプローチをとっているとみることができる。また、ブルマーもそうした方向転換が生じていると指摘している(Bulmer,1987,p.30)。

また、もう1つの要素である共通関心ないし一体感(あるいは連帯感、感情的結合)もコミュニティ形成にとって見逃せない不可欠の要素である。マッキーヴァーは、コミュニティ意識(community sentiment)を次の3つの要素から成り立つものであるとしている(MacIver,1917;松原,1978,p.28)。すなわち、「われわれ意識(we-feeling)」「役割意識(role-feeling)」「依存意識(dependency-feeling)」であるという。「われわれ意識」は、統一体に参加しているという共有の感覚であるとされ、共同利害関心をもって、集団生活を送っているところであればどこでも生じるものであるという。「役割意識」は、位置ないし持ち場の感情であり、相互交換が行われる社会的場面で自分の果たすべき役割をさとするものであるという。「依存意識」は、生活上の必要条件であり、物への依存と他人への心理的依存の両方を含むものであるとされる。

こうしたコミュニティ意識、あるいはケアや相互援助という共通関心に基づく連帯感がどのように形成されるかについては、ウイルモット(Peter Willmott)が示唆を与えてくれている(Willmott,1984,pp.6-7)。1つは、特定の地域内の人々の間の相互作用が多ければ多いほど、コミュニティ意識が強まるという。2つには、利害関心や価値が隣人や住民の間にどの程度共有されているか、3つ目は、人々が同一地域に居住していると認識し、それに愛着をその程度感じているかによるという。第1と第2は、長期間の居住やその地域内の親族ネットワークの存在、地域の利害集団の活発な活動などによって育成されるという。また、不幸を共有することもコミュニティ意識を高める要因となることが知

られている (Abrams, 1980)。

重要なことは、地域福祉および福祉コミュニティの視点からは、ケアと相互援助という共通関心をもち、小地域に根差したインフォーマルな社会関係ネットワークに着目する必要性のあることが示唆された点である。

第2節 福祉コミュニティの概念

1. 先行研究における福祉コミュニティ概念の検討

福祉コミュニティという用語を最初に使用したのは岡村重夫であった。地域福祉概念の構成要素の1つである「福祉組織化」が目的とするものが「福祉コミュニティ」づくりであった。岡村は、コミュニティのなかに「社会的不利条件をもつ少数者の特殊条件に関心をもち、これらのひとびとを中心として『同一性の感情』をもって結ばれる下位集団が『福祉コミュニティ』である」（岡村,1974,p.87）としている。

この福祉コミュニティの主要な目的は、「生活上の不利条件をもち、日常生活上の困難を現に持ち、または持つおそれのある個人や家族」の利益に同調し、福祉サービスや制度の改善を要求することである（同上,pp.69-70）。そして、その機能は、「福祉サービスを必要とする対象者とサービス提供機関・施設・団体との共同討議の場であり、そこから地域社会における社会福祉サービスの欠陥を指摘することができるし、また社会福祉以外の専門家集団とも協力して社会福祉以外の専門分化制度の改善の必要を指摘し、要求する場でもある。最後に「福祉コミュニティ」は、公共機関が実施しない福祉サービスを一時的にこれに代って実施する」（同上,pp.70-71）ものであるとされる。すなわち、対象者とその同調者の共同討議の場、そこから福祉サービスや各種制度の欠陥を指摘し、改善要求をする場であって、原則として、自らは福祉サービスを提供しない集合体である。

また、この福祉コミュニティの構成員は、まず第一に、サービスの受給者ないし対象者であり、その可能性のある人たちである。具体的には、生活保護受給者、低所得階層、心身障害者、老人、児童、母子家庭、保護観察中の個人や家族、精神障害者、アルコール中毒者、難病患者等々、福祉や医療サービスの対象者などであるという。第2の構成員は、上記の生活困難の当事者と同じ立場に立つ同調者や利害を代弁する代弁者であり、第3の構成員は、このような生活困難者に対して、各種のサービスを提供する機関・団体・施設である」（同上,p.70）とされる。そして、「福祉コミュニティ」は「新しいコミュニティ」（同上,P.77）の1つであるため、「新しいコミュニティ」の特長である普遍的な人権意識と地域主体的態度をもたなければならないとされている。（pp.65-71）

以上から、岡村による「福祉コミュニティ」は、少数の生活困難者の生活と人権を守るために、「同一性の感情」で結ばれた「新しいコミュニティ」のなかの下位集団である。一体感と共同行動を含むという点ではコミュニティの要素を有するが、福祉のもつ相互援助の要素は重視されず、福祉サービスや制度の改善要求を行うことが主機能としてされている。極めて圧力団体的要素の強い機能的コミュニティであるといえることができる。

この理論構築が行われた1970年代はじめは、わが国の在宅福祉サービスは、一人暮らし老人対策としての福祉電話事業（1971年開始）や寝たきり老人対策としての機能回復訓練事業（1971年開始）などのわずかな事業が開始ばかりで、デイサービス事業すら開始されておらず、在宅福祉サービスの実態はほとんどなかったといって過言でない（中

野,1990)。しかも、中央省庁の報告や答申にみられるように、国をあげてコミュニティへの期待が高まっていた時期でもある。「中央の行政がコミュニティを構想し、コミュニティ・ケアをとりあげざるをえないところに、日本社会の現実的状況が浮彫りにされており、わが国の社会福祉の問題性が暗示されている」(阿部,1978,p.237)といわれる状況があった。そうした状況下では、公的な福祉サービスを引出すことが最優先課題であると考えられるのも当然であろう。しかしながら、成員間の相互援助やケアの提供を主機能としない「福祉コミュニティ」は、社会的な援助の制度・システムを意味する「福祉」という点から、また、相互作用・相互扶助を要素に含む「コミュニティ」という点からも不十分なものといわざるをえない。さらに、このコミュニティの構成員は地域に居住している人々であるのかどうかは特定されておらず(おそらく構成員の多くは地域住民であることが想定されているとは推測できるけれども)、「地域性」についても疑問が残るといえよう。

ところで、「福祉コミュニティ」について言及している研究は少なくない(牧里,1981;西田,1995;奥田,1993;佐藤,1996)。しかし、岡村説の紹介であったり、とくに明確な定義をせずに用いているものが多く、概念規定をおこなっている研究はきわめて少ない。概念規定を行っている数少ない研究者である三浦文夫と牧里毎治の説を検討しておくことにしたい。

三浦文夫によれば、「福祉コミュニティ」は、「要援護者を地域にとどめ、居宅での生活が継続できる体制、すなわち一定の地域に在宅福祉サービスの施設ネットワークが作られ、このサービスの推進にかかわりを持つ、行政、民間、住民の協働が成立する体制が作られること」(三浦,1993,p.54)を必要条件とし、加えて、要援護者が地域社会の一員として受け入れられ、平等で完全な社会参加が保障される地域社会が形成されることを十分条件とするものであるという。後者のためには、「住宅、道路、公園、交通機関、就労の場、文化的諸施設等々の物的環境の整備、さらに学び、働き、参加するための仕組みやチャンネル等の制度的環境の改変、そして地域住民の要援護者と福祉についての意識・態度(人的環境)の変容が不可欠なものとなる」(同上,p.54)という。

ここでの「福祉コミュニティ」は、要援護者のケアのためのコミュニティであり、そのためのサービス・ネットワークづくり、環境整備、住民の意識変容である。これは、特定地域を基盤に計画された機能的コミュニティであるとされる。地域性に加えて、要援護者および公私サービス提供者間の「関係」ないし「共同性」が確保されていること、また、要援護者のケアという福祉課題に焦点がしばられている点では、「福祉コミュニティ」の要件を具備している。

しかし、計画されたコミュニティに重点をおいた分だけ、「コミュニティによるケア」の部分が希薄になっている。確かに、一部の住民がサービス・ネットワークに参加し、その他の住民も福祉意識・態度を共有することが示されているけれども、「福祉コミュニティ」の推進力を公共機関ばかりでなく、地域住民にも対等に求める立場に立つならば若干

不満が残るといえよう。

牧里は、暫定的であるとしながらもつぎのように規定している。「一般的に用いるコミュニティに対して、地域社会を基盤としつつ、ハンディキャップをもつ階層の福祉追求を原点にサービス・施設の体系的整備とともに公私協働、地域住民の福祉意識・態度の醸成を図ろうとする機能的コミュニティのひとつである。」（牧里,1993）

この定義は、三浦文夫のそれとほぼ同様である。すなわち、地域性と要援護者のケアのための公私のサービス・ネットワークづくり、住民の福祉意識・態度の醸成の3つを要素とする機能的コミュニティとされている。

牧里は、さらに続けて、つぎの3点を特徴としてあげている。その第1は、共通関心一ここでは社会福祉の追及・充実一にもとづいて形成される「機能的コミュニティ」であり、市町村行政区のような地理的に特定された地域社会の下部コミュニティであること。第2の特徴は、顕在的・潜在的福祉サービス利用者（当事者）を中心にすえた組織体であること。ただし、閉鎖的な組織体ではなく、不特定多数の地域住民にひらかれたものであるとされる。第3の特徴は、当事者のニーズを明らかにし、代弁して、社会福祉サービスの充実・開発を要求すること。「マイノリティ（少数者）の声やニーズ把握から出発して、広く住民一般に共通する施策化をはかろうとするもの」（同上、）であるという。

以上みてきたことから、両者に共通する「福祉コミュニティ」の要素を要約すると、第一に、要援護者およびその恐れのある人が中核であること、第二に、かれらに同調する、ないしはサービス提供する公共および民間機関の職員や住民が構成員であること、第三に、構成員の間に協働が行われていること、第四に、地域住民の要援護者や福祉に対する意識・態度の変容を図り、福祉意識を醸成することからなるものであること。そして、一定の物理的地域（その範域は確定していないが）を基盤しているが、その地域社会の成員を網羅したものではなく、より広いコミュニティのなかに下部コミュニティとして形成されるものであることをあげることができよう。

2. 「福祉コミュニティ」の概念とその特徴

前項では、これまでの「福祉コミュニティ」論の検討を行ってきた。これらの検討結果を踏まえながらも、すでに筆者が提起した地域福祉の概念にそって、「福祉コミュニティ」を定義づけておくことにする。

福祉コミュニティとは、「ある特定の地理的範域内に居住する要援護者とその家族援護者を中核として、かれらが居宅で通常の生活を営めるように援助するインフォーマルおよびフォーマルな在宅ケア・サービスの提供者と、さらに、その範域内の住民が要援護状態に陥らないように自発的に相互援助・互酬的支援を行う住民やフォーマルな予防的サービスの提供者が、ケアとその予防という共通の関心に基づいて、相互に結び合わされた社会関係のネットワークの総体をいう。なお、前者のインフォーマルおよびフォーマルなケ

ア・サービスの提供者からなる社会関係ネットワークを「ケアリング・コミュニティ」と呼んで、狭義の福祉コミュニティと位置付けておくことにする。

概念の構成要素間の関係については、すでに第2章に示した図2-3のとおりである。そこで、この「福祉コミュニティ」の目的や機能、その他の特徴点を述べておこう。

1) 目的

特定地域において、要援護者およびその家族が自宅で通常の生活を続けることができるように、また、当該地域の住民が要援護状態に陥るのを防止することができるように、インフォーマルおよびフォーマルな在宅ケア・サービス提供主体および住民が連携して最適な援助・サービスを提供することを目的とする。

2) 機能

まず第一にあげられる機能は、要援護者の自宅での自立を支援する機能である。自立支援のためにインフォーマルおよびフォーマルのケア提供主体の連携により提供されるケアの内容は、身体的介護や精神的・情緒的支援、家事援助や物質的・金銭的援助、見守りや注意などの一般的関心などである。

第二の機能は、家族援護者の社会的統合を支援する機能である。そのためにインフォーマルおよびフォーマルのケア提供主体の連携により提供されるケアの内容は、介護や家事の代替援助や精神的・情緒的支援である。

第三の機能は、当該地域の人々の社会的連帯を維持・拡大する機能である。相互に受容しあい、必要とあらば助けあう社会関係を維持するとともに、当該地域内のできるだけ広範囲に拡大していく機能である。

第四の機能は、ケアやその予防という共通関心を広める機能である。これには多様な広報活動や体験・学習の機会の提供、イベントの活用などの様々な方法があり得る。

3) 構成員

すでに概念の中で述べたとおり、要援護者とその家族援護者を中核とし、これらの人と個人的な繋がり(tie)で結ばれたインフォーマル・ケアの提供者(家族や親族、友人、近隣の人々)と、フォーマルな予防サービスおよびケア・サービスの提供者(地方自治体および公的専門機関、民間非営利団体、民間営利団体のソーシャル・ワーカーやホームヘルパー、ケア・ワーカー、訪問看護婦、医師などの職員やボランティア)、そして、要援護者が居住する特定地域内で相互援助・互酬的支援の社会関係を有する人々を構成員とする。

さらに、ケアとその予防という共通関心に共鳴し、相互援助・互酬的支援の社会関係をとり結ぶ可能性のある人々も将来の構成員として加えておきたい。関心をもつ人々に開かれているコミュニティであるからである。

これらの構成員からなる「福祉コミュニティ」は、地理的近接と共通関心と関係というコミュニティの要件を含むものであるが、特定地域に居住するすべての住民を包含しない

という意味では、下位コミュニティである。

4) 地理的範域

要援護者の居住する特定地域を基盤とするが、その範域は輪郭が明確に線引きされたものではない。要援護者とその家族援護者の個人的繋がりによるインフォーマル・ケア・ネットワークは、同居の家族のみのケースからかなり離れた地域に居住する親族や友人などを含むケースまで多様である。そうしたインフォーマル・ケア・ネットワークと連携するフォーマル・ケア・ネットワークは、利用者が接近しやすく、公平で、かつ効率的、効果的なサービスが提供される必要がある（全社協,1979,pp.141-2; 中野,1985)ことから、利用圏としての区域を定めてサービス供給体制を整備せざるを得ない。その意味では、計画されたコミュニティ（全社協,1979,p.102）として範域が設定されることになるが、その場合でも、「ニーズの種類と性格により、数多く設定することができる」（同上,p.102）ため、重層的なものとなる。

また、相互援助・互酬的支援の社会関係は、地理的に近接した個人や世帯の間での互酬的な関係を想定したものであるが、個人や世帯の間の個別的な繋がりである以上、近接していない人々との関係も当然含まれることになる。

したがって、「福祉コミュニティ」は、要援護高齢者のためのサービス利用圏を目安としながら、インフォーマル・ケアの諸ネットワークと相互援助・互酬的支援の社会関係の諸ネットワークが重層的に重なる輪郭のぼやけた範域とならざるを得ない。さらに、ケアとその予防に関心をもつ人々にも配慮するならば、範域を線引きすることがますます困難になる。

しかし、住民の間に社会関係が成り立つ範域はある程度限定されるであろう。あまりに大き過ぎても face-to-face の関係が成り立ちにくいからである。人口5千～1万人の小学校区くらいの範域が、「福祉コミュニティ」の存立し得る大きさの目安となると考えられる。

5) 予防

予防は、コミュニティ・ケアへの展開を促進させた重要な要素の1つである。また、要援護に陥らないようにすることの価値と重要性は広く承認されている。第一次的な予防(発生予防)は、第一義的には、インフォーマルな相互援助・互酬的支援の社会関係の中でより適切、かつ効果的に行われているが、フォーマルな予防的サービスも住民一般の予防やケアへの意識を高め、要援護状態の発生を予防する効果をもつものである。予防的サービスは住民一般を対象とすることにより、要援護者に限定されない普遍主義的サービスとしての意義をもつばかりでなく、住民一般に「明日は我が身」の問題として地域の福祉課題やケアに目をむけさせる間接的な効果を生む可能性を含むものとしても意義を有する。

6) ケアリング・コミュニティ

「福祉コミュニティ」の中に、要援護者と家族援護者を中心に、彼らにケアを提供する

「インフォーマルな在宅ケア・サービス」および「フォーマルな在宅ケア・サービス」の提供者の連携により形成されるネットワークを「ケアリング・コミュニティ」と呼ぶ。一般住民同士の相互援助的な活動とは区別された要援護者のケアを行うためのコミュニティであり、「福祉コミュニティ」の中核をなす下位コミュニティである。

引用文献

- 阿部志郎 (1978) 『地域の福祉を築く人びと』, 東京: 全社協.
- Abrams,P.(1980) Social Change, Social Networks and Neighbourhood Care, Social Work Service, 22 February, pp.12-23.
- 新睦人 (1972) 『現代コミュニティ論—日本文化の社会学的基礎分析』, ナカニシヤ出版.
- Barclay Report (1982) Social Worker: Their Role & Tasks, London:Bedford Square Press.
- Bender,T.(1978) Community and Social Change in America, Rutgers University Press. pp.7
- Bulmer,M. (1987) The Social Basis of Community Care, London:Allen & Unwin.
- Hillery,G.A. (1955) Definitions of Community: Areas of Agreement, Rural Sociology, Vol.20, No.2, pp.111-23. (山口弘光訳「コミュニティの定義」鈴木広編『都市化の社会学(増補)』, 誠信書房 1978 pp.303-321)
- Hillery,G.A. (1968) Communal Organisations: A Study of Local Societies Chicago: University of Chicago Press.
- 磯村英一・鶴飼信成・河野重任 (1971) 『都市形成の論理と住民』, 東京大学出版会.
- Jones,K., Brown,J.and Bradshaw J. (1978) Issues in Social Policy, London: Routledge & Kegan Paul.
- 金子勇 (1993) 『都市高齢社会と地域福祉』, 京都: ミネルヴァ書房.
- 古屋野正伍ほか (1975) 『現代日本のコミュニティ』, 川島書店.
- MacIver,R.M. (1924) Community: A Sociological Study,(3rd.ed.) Macmillan & Co., (中久郎・松本通晴監訳 『コミュニティ』, ミネルヴァ書房 1975) .
- 牧里毎治 1981 福祉コミュニティの形成要因の分析, 季刊社会保障研究 Vol.17 No.3, 1981, pp.274-292.
- 牧里毎治 (1993) 地域福祉計画における地域認識, 右田紀久恵編『自治型地域福祉の展開』, 京都: 法律文化社 pp.116-130.
- 松原治郎 (1978) 『コミュニティの社会学(現代社会学叢書)』, 東京: 東京大学出版会.
- 三浦文夫 (1993) 「コミュニティと社会福祉(1988)」, 青井和夫・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.
- 茂木豊 (1978) 社会福祉にとっての地域社会の意味—地域福祉論についての一考察—, ソーシャルワーク研究 Vol.4 No.2, 1978, pp.93-98.
- 中村八朗 (1973) 『都市コミュニティの社会学』, 有斐閣.
- 中野いく子 (1985) 社会福祉における「公」の責任と役割はどうなるのか, 社会福祉研究 第 37 号, 鉄道弘済会, pp.35-40.

- 中野いく子 (1990) 地域福祉発展の条件ー在宅福祉と施設福祉の課題ー, 社会福祉研究 第 47 号, 東京: 鉄道弘済会, pp.38-43.
- 西田芳正 (1995) 福祉コミュニティの可能性, 右田紀久恵編『地域福祉総合化への途』, 京都: ミネルヴァ書房, pp.92-109.
- 岡村重夫 (1974) 『地域福祉論』, 東京: 光生館.
- 奥田道大 (1971) コミュニティ形成の論理と住民意識, 磯村英一・鵜飼信成・河野重任編『都市形成の論理と住民』, 東京: 東京大学出版会, pp.135-177.
- 奥田道大 (1983) 『都市コミュニティの論理』, 東京: 東京大学出版会, pp.1-349.
- 奥田道大 (1993) 『福祉コミュニティ』, 東京: 学文社.
- Seebom Report (1968) Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services, Cmnd.3703, London: HMSO; (訳書 シーボム委員会報告書ー地方行政体とそれに関連する個人を対象としたソーシャルサービスに関する委員会の報告書」国際社会福祉協議会日本国委員会, 1970.)
- 佐藤守 (1996) 福祉コミュニティの理論, 佐藤守編著『福祉コミュニティの研究』, 東京: 多賀出版, pp.3-19.
- 嶋田啓一郎 (1983) 社会福祉の進展とパークレイ報告(上), 月間福祉第 68 巻 1 月号, 東京: 全社協, pp.40-45.
- 園田恭一 (1978) 『現代コミュニティ論 (現代社会学叢書)』, 東京: 東京大学出版会
- 鈴木広 (1976) 現代社会学第 5 号, 講談社, p.82.
- 鈴木広 (1978) 『コミュニティ・モラルと社会移動の研究』, アカデミア出版会.
- Willmott, P. (1984) Community in Social Policy (Discussion Paper no.9) London: Policy Studies Institute.
- 山手茂 (1996) 『福祉社会形成とネットワークング』, 東京: 亜紀書房 山手は、同答申のコミュニティ概念を「同一地域に生活している人々」の「生活利害と行動の共通にかかわる「生活上の相互関連体系」と整理している。
- 全社協 (1979) 『在宅福祉サービスの戦略』, 東京: 全国社会福祉協議会.

第Ⅱ部 福祉コミュニティ形成の主体とその現状

ー「コミュニティによるケア」に関する実証的研究ー

第4章 福祉コミュニティ形成の主体

第1節 福祉コミュニティの形成主体

1. 福祉コミュニティの形成主体

第Ⅰ部では、地域福祉および福祉コミュニティの理論的な検討を行い、地域福祉が形成を目指す福祉コミュニティとはどのようなコミュニティであるのか、その概念を明らかにした。福祉コミュニティとは、要援護状態にある人々を中心に、かれらを援護するインフォーマルおよびフォーマルなケアの提供者と要援護状態に陥らないように相互に助け合う地域住民、加えて、それに関心をもつ人々が特定の地域を基盤として相互に作用しあって形成される社会関係ネットワークの集積であるとみた。そのような社会関係をどのように作り出して、福祉コミュニティを形成するかが次の課題となる。

その考察に入るまえに、まず、福祉コミュニティ形成主体の現状を把握しておく必要があるだろう。

福祉コミュニティの形成主体は、すでに第3章第2節の概念規定の中で示したが、より具体的にみておくことにしたい。まず第一にあげられるのが、当事者である要援護者および家族援護者である。社会的に援護が必要な状態というのは、社会や時代とともに変化するものであるが、現状では、要介護高齢者から虚弱高齢者までの在宅福祉対策の対象となっている要援護状態を有する高齢者であるとしておくことにする。こうした要援護高齢者を在宅で介護や世話をしている家族援護者も主体となる。第5章で明らかにするように、在宅障害高齢者のほとんどが同居の家族に世話されていることから、家族援護者としてきたが、正確には、介護や世話にあたっているインフォーマルな援護者一同居家族ばかりでなく別居の親族などを含む一が主体であるということができる。

次に、フォーマル部門では「予防的サービス」と「在宅ケア・サービス」の提供者が主体としてあげられる。フォーマルなサービスとは、通常、法定的 (statutory)、ボランティア (voluntary)、民間企業 (private commercial) の組織から提供されるサービスを指すと考えられている (Bulmer, 1987, p.173)。具体的には地方自治体および公的専門機関 (=行政型供給組織)、民間非営利団体 (=認可型供給組織)、民間営利団体 (=市場型供給組織)、そしてボランティア団体 (=参加型・自発型供給組織) からのサービスであるといえる。(三浦, 1985, p.117; 京極, 1990, pp.59-63, pp.348-351)

地方自治体および公的専門機関は、税による公的資金により運営されているフォーマルな組織であり、この組織からのサービスは、目的や運営を規定する法や要綱に基づいた法定的なサービス (statutory services) である。

民間非営利団体は、法に基づき認可された営利を目的としない組織であり、社会福祉協議会や社会福祉法人などがそれにあたる。これらの組織は、明確な規則と公的資金の援助

により運営されているフォーマルな組織である。また、これらの組織が提供するサービスの多くは、法と要綱に基づく法定的なサービスであり、公的サービスの一部を担っている。

民間営利団体（企業）は、特定の目的や利益のために合理的に経営・運営されているフォーマルな組織であり、管理規則や財政的条件に従ってサービス提供を行っている点でフォーマルなサービスであるといえる。

ボランティア団体は、わが国においては社会的に承認された社会福祉サービス提供団体として組織的・財政的に確立されたものが少なく、多くはボランティア・グループとして市区町村社会福祉協議会に登録されたグループ活動的なものである。その意味では、インフォーマル部門に加えた方がより適切であるかもしれない。しかし、欧米では、ボランティア部門も、明確な規則に基づき、有給職員や専門資格のあるスタッフを有するフォーマルな制度・組織になっている（エイジング総合研究センター,1994;大橋,1993,1995;中野,1979）。また、ボランティア団体の多くは政府の資金に依存しており、そのことが一層フォーマルな地位を与えているともいわれている（Pinker,1985,p.106）。「有給であろうとなかろうと、ボランティアは、通常、規則の枠組みの中で特定目的を追求するフォーマル組織の一部である」¹⁹⁸⁷（Bulmer,p.173）ため、フォーマル部門に分類されるのが普通である。わが国ではボランティア部門の実情が若干異なるとはいえ、最近、「福祉公社」のような地方公共団体が設立に関与し、資金援助を行っているボランティア団体も台頭しており（全社協,1996）、やはり、フォーマル部門のサービス供給組織に位置付けておくことにする。

以上、フォーマル部門のサービス供給組織について明らかにしたが、実際に、コミュニティを形成するのは人間である。これら組織・機関によるサービスの担い手が福祉コミュニティの形成主体となるわけである。具体的には、次のようなサービス提供者が福祉コミュニティの形成主体となろう。

（１）フォーマルな予防的サービスの提供主体

予防的サービスは、第３章で示したとおり、相談・助言、情報提供、ニーズの早期発見、資金提供などのサービスが主要なものである。

相談や情報提供の主体は、地方自治体の社会福祉・保健・社会教育などの担当部局の職員、福祉事務所や保健所の職員などである。

ニーズの早期発見に係わる主体は、地方自治体や福祉事務所、保健所の相談窓口の職員およびその他の公的な相談機関の職員、福祉事務所のケースワーカー、保健所の保健婦、医師などの他に、民生委員も含まれる。

資金提供については、住宅改造資金などを担当する地方自治体の担当部局や生活資金の貸し付けを行う社会福祉協議会などの職員があたるが、こうした金銭サービスは、社会保障制度と同様に基盤的な保障に入るとみなすことができるので、福祉コミュニティ形成主体に加える必要はないだろう。

(2) フォーマルな在宅ケア・サービスの提供主体

このサービスは、要援護者の自立と家族援護者の介護負担の軽減と社会的統合を支援する多様な実際的なサービスからなるものである。

地方自治体および公的専門機関（福祉事務所や保健所）による提供主体には、ケースワーカー、ホームヘルパー、理学療法士、看護婦、保健婦、医師などがあげられる。

民間非営利団体による提供主体には、社会福祉協議会の福祉活動専門員、ホームヘルパー、また、社会福祉法人の寮母、指導員、ソーシャルワーカー、栄養士、看護婦、理学療法士、医師などがいる。

民間営利団体による提供主体には、ホームヘルパー、ケアワーカー、ソーシャルワーカー、理学療法士、看護婦、医師などが含まれる。

ボランティア組織・グループの提供主体には、社協ボランティア・センターの登録ボランティアや民間有償型在宅福祉サービス提供団体のホームヘルパー（協力会員）、コーディネーター、福祉公社のホームヘルパー（協力会員）、コーディネーター、そして、民生委員をあげることができる。

一方、インフォーマル部門では、「在宅ケア・サービス」提供者と「相互援助・互酬的支援」を行う住民が主体としてあげられる。具体的には、次のような人々が福祉コミュニティの形成主体となるだろう。

(3) インフォーマルなケア・サービスの提供主体

インフォーマルな主体は、要援護者に対して援護・介護を提供し、家族援護者に対しては介護・家事援助、精神的・情緒的支援を提供する家族、親族、友人、近隣の人々である。その他に自発的な個人ボランティアや自助グループ、各種地域組織内に自発的に組織された援助グループの人々なども含まれる。

(4) 相互援助・互酬的支援の社会関係ネットワーク（づくり）

これは、特定地域内の住民同士の助け合いであり、住民が主体となる。一時的で一過性の助け合いばかりでなく、子育てなどにみられるような互酬的な支援グループにまで発展して、助け合いを行っている場合もある。

以上のような福祉コミュニティの形成主体が個々バラバラではなく、網の目のような関係（繋がり）ができることにより福祉コミュニティが成立することになる。とりわけ重要なことは、インフォーマル部門の形成主体をその網の目の中にどの程度組み込めるかということである。フォーマル部門は、国および地方自治体が整備計画を策定して、人的・財的資源を投入すれば、形成主体の配置・ネットワーク化がかなりの程度可能である。一方、インフォーマル部門は、それが自発的・主体的な行為・活動であり、外部から強制し得ないものであるだけに、計画的整備になじまないものである。したがって、福祉コミュニティ形成にあたっての最も困難な課題は、インフォーマル部門およびボランティア部門（組織体としてはフォーマル部門に分類されるが、個々人の活動の自発性は確保され、強制さ

れない自由な活動である) によるケアおよび助け合いをどの程度醸成し、動員できるかにあるといえる。

次節では、福祉コミュニティ形成への示唆をえるために、我々が実施した高齢者の在宅介護の実態を明らかにする調査からフォーマルおよびインフォーマル・ケアの現状を把握しておくことにしよう。

引用文献

- エイジング総合研究センター (1994) 『イギリスの高齢者福祉におけるボランティア・セクターの役割』.
- Bulmer,M. (1987) *The Social Basis of Community Care*, London: Allen & Unwin.
- 京極高宣 (1990) 福祉政策学の成立と方向,シルバーサービスの経済的特質,『現代福祉学の構図』, 東京: 中央法規,pp.45-63,pp.347-362.
- 三浦文夫 (1985) 『増補社会福祉政策研究—社会福祉経営論ノート』, 東京: 全国社会福祉協議会.
- 中野いく子 (1979) イギリスにおける戦後のボランティア・アクションの展開, 季刊社会保障研究 Vol.14 No.4, pp.67-79.
- 大橋謙策 (1993) イギリスのボランティア活動,『諸外国のボランティア活動の比較研究』, 日本社会事業大学.
- 大橋謙策 (1995) 『イギリスの民間社会福祉活動 (研究ノート) 』,日本社会事業大学.
- Pinker,R.(1985) *Social Policy and Social Care: Division of Responsibility*, in Yoder J A., et al.,(Eds.)*Support Networks in a Caring Community*, Dordrecht: Martinus Nijhoff,pp.103-21.
- 全社協 (1996) 『平成7年度 住民参加型在宅福祉サービス調査報告書』, 東京: 全国社会福祉協議会.

第5章 福祉コミュニティ形成主体の活動と意識

第1節 要援護高齢者の在宅ケア・サービス提供主体の実態

1. 在宅ケアの担い手に関する調査の概要

在宅ケアの実態については、東京都老人総合研究所が「老人保健福祉計画」策定の基礎資料とするために、1991～1992年にかけて東京都町田市、群馬県前橋市、長野県諏訪郡の3地域で実施した「高齢者保健福祉調査」から得られたデータを用いて分析する。この調査（以下、インフォーマル・ケア調査と呼ぶ）は、計画の基礎となる高齢者のニーズを把握・測定することを目的としているため、当該地方自治体の行政範囲内に居住する高齢者全体を包含する代表性のあるデータであること、ニーズ構成要件の中に高齢者の心身の障害の程度ばかりでなく、家族の介護力（＝家族介護者の介護支障の程度）を加えたものであることなどに特徴がある。したがって、当該地域内全体をカバーする在宅ケアの実態を把握できるという大きな利点がある。ただし、ひとり暮らし高齢者については、諏訪郡を除いて町田市、前橋市では市が別立ての調査を行ったため、本調査の対象からは外されている。因みに、ひとり暮らしも含んだ諏訪郡の調査では、ひとり暮らしで、かつ心身の障害を有する高齢者は17人、在宅の障害高齢者の2.8%であることが明らかになっている。そのうち、実際に何らかの介護を受けている人は6人であり、残りの11人は障害を有しながらも誰からも介護を受けていなかった。これらの高齢者は障害の程度が軽いこと、介護を受けている場合も心身のいずれかの障害が中度以下で、重度ではないこと、そして、6人中5人までが15分以内のところに主介護者（娘ないし嫁）がいること、2人は介護を手伝う副介護者（娘と夫）もいることが判明している。普遍化はできないが、心身に障害をもつひとり暮らし高齢者のうち約35%がケアを必要とし、その提供者は家族・親族であるということが知見として得られている。以下の分析では、ひとり暮らし高齢者を除くことにする。

さて、在宅ケア調査の対象と方法は次のとおりある（表5-1）。

調査の対象は、町田市、前橋市、諏訪郡の3地域の在宅の障害高齢者とその介護者である。調査は、まず各市に居住する65歳以上の高齢者（住民台帳記載者）の中から町田市と前橋市では3分の1、諏訪郡では全員を対象として「障害高齢者」を抽出するためのスクリーニング調査（第一次調査）を行った。次に、抽出された「障害高齢者」の介護者を対象に、高齢者と介護者の状況を詳しく尋ねる本調査（第二次調査）を行うという2段階方式で実施された。

調査の方法は、第一次調査が郵送調査または留置調査、第二次調査が訪問面接調査である。調査の時期は、一次調査が町田市で1992年8月、前橋市で1992年5月、諏訪郡で1991年8～9月、第二次調査が町田市で1992年11月、前橋市1992年9月、諏訪郡11～12月である。なお、有効回収率は、第一次調査が町田市91.2%、前橋市92.4%、諏訪郡83.2%であり、第二次調査が町田市91.2%、前橋市87.0%、諏訪郡84.4%であった。

「障害高齢者」として抽出された高齢者は、町田市 439 人、前橋市 693 人、諏訪郡 608 人であったが、ここでは、高齢者が誰からも介護を受けていないケースと諏訪郡調査のひとり暮らし高齢者を除いて、町田市 435 人、前橋市 671 人、諏訪郡 538 人の計 1,644 人を分析の対象とする。

表 5-2 は、分析の対象とした高齢者の基本属性および心身の障害程度を示したものである。身体障害の程度を判定するために用いた基準は、表 5-3 に示したとおりである。表 5-4 は、精神障害の程度を判定するために用いた基準である。精神障害の有無と程度を判定する「痴呆の疑いのチェックリスト」は、大量調査で利用できるものがないため、東京都老人総合研究所精神医学部門の本間昭研究部長の協力を得て新たに開発した（東京都老人総合研究所社会福祉部門,1996,pp.123-129）。このチェックリストは、家族がチェックするものであり、精神科医の診断によらないことから、あくまでも「痴呆の疑い」があるか否かをチェックするものに過ぎない。しかし、この開発により、身体障害ばかりでなく、精神障害もあわせて「障害高齢者」を抽出することが可能になった。

調査対象となった介護者の基本属性は、表 5-5 のとおりである。

2. 介護者の状況

(1) 介護の主たる担い手

まず第一に、心身に障害を有する在宅の高齢者が誰からどのようなケアをどの程度受けているのか、第二に、家族が主介護者である場合に、その主介護者は誰からどの程度介護支援やソーシャル・サポートを受けているのかを明らかにする。

何らかの介護を受けている「障害高齢者」のうち、主に家族・親族に介護されている人は、町田市では 431 人 (98.2%)、前橋市では 667 人 (96.2%)、諏訪郡では 537 人 (90.9%) であった。家族・親族以外の人に主に介護されている人は、町田市では 4 人 (0.9%)、前橋市では 4 人 (0.6%)、諏訪郡では 1 人 (0.2%) と非常に少なかった。その内訳をみると、町田市では、ホームヘルパーが 2 人、家政婦が 1 人、その他が 1 人、前橋市では、ホームヘルパーが 1 人、その他が 3 人、諏訪郡では、「民生委員、町内会・婦人会の役員」が 1 人となっている。「フォーマル・ケア」に分類されるホームヘルパーや家政婦に主に介護されている人は、町田市で 0.7%、前橋市で 0.1% ときわめて稀であることがわかった。また、近隣の人が主介護者になっているケースは諏訪郡の 1 例のみであった。「その他」は、具体的には住み込みのお手伝いさんなどであった。

以上から、在宅の障害高齢者の介護は、家族・親族による「インフォーマル・ケア」に圧倒的に依存した介護であることが判明した。なお、前述したとおり、これらの調査は「保健福祉計画」の基礎となる介護ニーズを可能な限り厳密に把握することを目的としたものであり、諏訪郡は悉皆、他の 2 地域も代表性のあるサンプルで、しかも高水準の回収率を確保したものである。したがって、当該地域のほぼ正確な高齢者介護の現状を反映したも

のであるといえる。

因みに、「フォーマル・ケア」サービスの利用状況をみておくと（図5-1）、在宅3本柱の1つであるホームヘルプサービスを利用している人は、町田市で5.7%、前橋市で2.7%、諏訪郡で3.0%と少なかった。その他のデイサービスやショートステイサービスを利用している割合も、諏訪郡のデイサービス利用（18.0%）と町田市のショートステイ利用（12.0%）を除けば、その他は1割にも満たなかった。重度の身体的障害を有する高齢者は28.8%、重度の精神的障害を有する人は14.3%、どちらか片方、あるいは両方の重度障害を有する人は合せて36.6%であったことを考慮すると、重度の心身障害を有しながらも、主要なフォーマル・ケア・サービスの支援を受けていない高齢者が少なからずいることがわかる。フォーマル・ケアは、ごく限られた範囲内でインフォーマル・ケアを補っているに過ぎないことがわかった。

(2) 主介護者の属性

図5-2は、主介護者の続柄をみたものである。

町田市では、配偶者（37.7%）が最も多く、次いで嫁（31.7%）、娘（20.7%）となっている。この3者で9割を占めている。一方、前橋市と諏訪郡では、最も多いのが嫁（前橋市38.7%、諏訪郡47.2%）、次いで配偶者（前橋市32.9%、諏訪郡28.4%）、娘（前橋市18.9%、諏訪郡15.6%）の順であった。

東京のベッドタウンである町田市では、配偶者が多いのに対して、地方の都市や郡部では、嫁の割合が高いという有意な差が認められた。

因みに、3地域の世帯構成をみると、「高齢者夫婦のみ」の世帯の割合は、町田市で最も高く（20.9%）、次いで前橋市（13.7%）、諏訪郡（10.6%）となっており、逆に、子どもとの同居世帯の割合は、郡部である諏訪郡が79.0%と最も高く、次いで前橋市の72.1%、町田市の69.7%となっていた。こうした世帯構成の違いが主介護者の続柄の差となって現れたとみることができる。

さらに、主介護者が家族・親族であるケースについて詳しくみておこう。

介護される高齢者の性別によって、介護者の続柄が異なることはよく知られているが、高齢者が男性の場合には、配偶者（妻）が多く（町田市で76.1%、前橋市で62.6%、諏訪郡で67.4%）、女性の場合には、嫁（町田市で42.0%、前橋市で49.5%、諏訪郡で60.8%）が多いという予想どおりの結果であった。

主介護者の性別は、女性が圧倒的に多く、3地域とも8割を超えている（町田市で82.4%、前橋市で85.6%、諏訪郡で88.1%）。欧米で問題視されてきた高齢者の介護をめぐる性別役割分業は、我が国でも当然のことながら存在し、女性の肩に重くのしかかっていることが明らかになった。

主介護者の年齢は、町田市では60歳代が最も多く（26.9%）、次いで50歳代（24.4%）、70歳以上（23.2%）が多くなっている。前橋市と諏訪郡でも50歳代、60歳代が多く、3

地域間の有意な差は認められなかった。主介護者が町田市では配偶者、前橋市と諏訪郡では嫁が相対的に多いという差があったにもかかわらず、年齢では有意な差は認められなかった。嫁といっても、すでに高齢者である人がかなりいることを物語っている。

(3) 副介護者の属性

主介護者のほかに、介護を主に手伝っている人（副介護者）がいるのかどうかをみておこう。副介護者が「いる」は、町田市で 74.9%、前橋市で 71.2%、諏訪郡で 74.1%であり、反対に「いない」は、町田市で 25.1%、前橋市で 28.5%、諏訪郡で 25.7%であった。地域差は認められなかった。

副介護者がいる場合に、家族・親族かそれ以外かをみておくと、圧倒的に家族・親族が多く（町田市 96.0%、前橋市 96.0%、諏訪郡 97.8%）、家族親族以外は、町田市で 13 人（4.0%）、前橋市で 17 人（3.5%）、諏訪郡で 8 人（2.0%）にすぎなかった。家族・親族以外の内訳をみると、町田市ではホームヘルパーが 10 人、家政婦が 2 人、近隣の人が 1 人であった。前橋市ではホームヘルパーが 6 人、訪問看護婦が 1 人、家政婦が 7 人、近隣の人が 2 人、その他が 1 人となっており、諏訪郡ではホームヘルパーが 3 人、訪問看護婦が 2 人、家政婦が 3 人であった。フォーマル・セクターの職員が町田市で 12 人（3.7%）、前橋市で 14 人（2.9%）、諏訪郡で 8 人（2.0%）であった。近隣の人々が介護に係わっているのは、合せてもわずか 3 ケースに過ぎなかった。

家族・親族の副介護者に絞って、続柄をみておくと（図 5-3）、町田市では、相対的に多いのが息子と娘、その他の親族（孫などを含む）である。前橋市もほぼ同様であったが、諏訪郡では、息子の割合がやや高く、娘の割合がやや低い。諏訪郡は、主介護者が嫁の割合が高かったことから、その夫、すなわち高齢者からみると「息子」が副介護者になっている割合が高くなっているものと思われる。

副介護者の性別をみると、町田市では、男性が 26.7%、女性が 45.2%であった。女性の割合が高いが、主介護者と比べれば、男性の割合が若干高くなっている。この割合は、前橋市と諏訪郡でもほぼ同様である。

副介護者の年齢は、40 歳代が最も多く（町田市 20.4%、前橋市 21.4%、諏訪郡 18.4%）、次いで 50 歳代が多い（町田市 17.1%、前橋市 16.9%、諏訪郡 16.8%）。この傾向は 3 地域ともほとんど変わらない。息子や娘が多いことを反映したものといえる。

(4) 副副介護者の有無と属性

一般的には、介護を手伝ってくれる人が多いほど、主介護者の負担は軽減されると考えられるが、主と副の介護者のほかにも、介護を手伝う第 3 の人（副副介護者）がいるのかどうかをみておく。町田市では、「いる」が 27.6%、「いない」が 72.4%であった。3 分の 2 は「いない」ことがわかった。前橋市でも同様な傾向が認められたが、諏訪郡では、「いる」割合が高く、半数（54.7%）を超えていた。第 3 の介護者の有無からみる限りでは、郡部である諏訪郡の方により厚い介護態勢がある。

なお、副副介護者の続柄をみておくと、町田市では、最も多いのは息子であり（37.0%）、次いで娘（30.2%）、孫（23.5%）の順であった（以上、複数回答）。副副介護者には、ホームヘルパーや保健婦・訪問看護婦、家政婦、民生委員などの「フォーマル・ケア」の担い手が合せて14.3%、家族・親族以外の「インフォーマル・ケア」の担い手である隣人・知人が4.2%が含まれている。しかし、これらすべてを合算しても副副介護者中の2割にも満たず、在宅介護は、家族・親族に圧倒的に依存した介護であることを示している。

3. 介護状況

(1) 介護の内容

高齢者は、家庭でどのような介護を受けているのだろうか。図5-4は、高齢者が受けている介護の内容をグラフに示したものである。

町田市では、多いのは「炊事・洗濯・掃除・買物などの家事」の88.3%、「その他の家事」の74.7%、「外出の付添」の72.4%、「その他の身の回り世話」の64.1%、「入浴の介助」の61.6%などであった。家事やその他の身の回りの世話が多いのは、直接的な介護よりも日常生活を営むための支援がまず必要になるからであろう。直接的な介護では、外出や入浴の介助が多く、最も少ないのが「食事の介助」（27.1%）であった。

前橋市では、多いのは「炊事・洗濯・掃除・買物などの家事」の74.2%、「入浴の介助」の68.4%、「その他の身の回りの世話」の64.1%、「着替え」の61.0%、「外出の付添」の53.8%などであった。町田市に比べると、家事の割合が低いですが、これは、前橋市調査では介護の内容をあげて複数回答してもらう方式をとったため、回答洩れや勘違い、世話をしていないという回答に流れたりしたのではないかと推測された。そこで、町田市調査では、介護の内容の各項目ごとに行っているか行っていないかを尋ねる方式に変更した。回答漏れや勘違いを減らし、より正確な回答が得られたものとする。諏訪郡では、介護内容を具体的に尋ねていないので、残念ながら知ることができない。

なお、高齢者の障害の程度との関連をみておくと、心身の障害が重くなるほど「外出の付添」を除いたすべての項目で介護を受けている割合が顕著に高くなる傾向が認められた。

ところで、町田市調査では、こうした家事や身の回りのお世話の外にも、家庭で行っている看護について尋ねている。「薬の管理」の46.9%、「耳・鼻・つめ・ひげの手入れ」の44.0%、「顔・手足を拭く」の28.7%、「陰部・お尻を拭く」の27.8%などが比較的多く行われている看護であった。また、人数は少ないが、「床ずれ（じよく瘡）の手当て」が28人（6.4%）、「尿カテーテルの管理」が7人（1.6%）、「経管栄養の管理」が5人（1.1%）、「在宅酸素の処置」が3人（0.7%）いる点も注意しておきたい。

(2) 介護の程度

主介護者および副介護者は、障害高齢者をどの程度介護しているのかをみておこう（図5-5）。

主介護者が「毎日かかりっきりでお世話している」のは、町田市では 22.3%であった。「かかりっきりではないが、毎日お世話している」の 49.9%を加えると、7 割は毎日お世話しているという結果であった。前橋市と諏訪郡では、毎日お世話している割合がさらに高く、9 割となっている。ただし、前橋市と諏訪郡では、高齢者の「身の回りのお世話」という表現で尋ねているので、町田市の「歩行や着替え、入浴、排泄などのお世話」という直接的な介護に絞ったものより、若干高い数字になったのではないかと推測される。

いずれにしても、毎日かかりっきりで介護している主介護者が 2～3 割いる点は注目しておきたい。

なお、高齢者の障害の程度別にみたところ、3 地域とも「毎日かかりっきりでお世話している」のは、重度の身体障害で明らかに多く（町田市 55.9%、前橋市 57.1%、諏訪郡 42.4%）、重度の痴呆障害と比べても 2 倍以上の高い割合を示していた。重度の痴呆障害および中・軽度の身体障害では、「かかりっきりではないが、毎日お世話している」が多かった。

介護の程度は、当然のことながら、高齢者の心身の障害程度に大きく影響されることが確認された。

次に、副介護者が介護にかかわっている程度についてもみておこう。（図 5-5）、町田市では、最も多いのが「週 1 日かそれ以下」の 25.5%であり、次いで多いのが「かかりっきりではないが毎日」の 23.5%であった。「毎日かかりっきり」はわずか 2.9%であり、「かかりっきりでないが毎日」を合せても、毎日かかわっている人は 2.5 割に過ぎなかった。前橋市では 41.9%とやや高くなっているが、主介護者に比べて副介護者が毎日かかわっている割合はかなり低いといえる。それだけ、主介護者の負担が大きいことを示すものといえよう。

4. 家族介護者への介護支援

(1) 主介護者への介護支援者の有無

前節で明らかにしたとおり、ひとり暮らしを除いた要介護高齢者の 9 割強は家族によって介護されていた。家族の小規模化、女性の雇用化の進行などにより、家族の介護機能は弱まってきているとはいえ、未だ、家族が高齢者介護を担っていることがわかった。在宅ケアの実態は、結局のところ、家族による介護であった。家族介護は、家族の中の特定の人に大きな負担と犠牲を強いることは負担感研究の展開過程で明らかにされてきた。

（Horowitz, 1985；中谷, 1981, 1992, 1996；中野, 1996；Zarit et al., 1980；Zarit et al., 1986）

近年、デイサービスやショートステイサービスのような介護者の介護負担の軽減を図ることを目的とした公的な「レスパイト・ケア」サービスの発展が目覚ましい。しかし、介護者の「生活の質」は、介護負担の軽減ばかりではなく、親族や友人、近隣の人々などの他者との交流や付き合いにかかる部分が大きい。介護者が社会的に孤立せず、家族・親族

の一員として、あるいは友人や近隣の人々などの社会的ネットワークの一員として受入れられ、支援され、統合されているかどうかが重要である。

そこで、まずは介護者が誰からどのような介護支援を受けているかを明らかにする。図5-6は、介護態勢をみたものである。町田市では、24.8%が「主介護者のみ」で介護していて、介護を手伝う人がいなかった。副介護者1人だけが手伝っているのは、約半数の47.8%であった。残りの27.4%には、副介護者の他にも介護を手伝う副副介護者がいた。

これに対して、諏訪郡では、手伝う人がいない割合は19.1%と少なく、代って、副介護者の他にも副副介護者がいるケースが最も多かった（48.3%）。諏訪郡の方が支援規模が大きいことが読み取れる。前橋市は、両者の中間であるが、手伝う人がいない割合は、3地域のなかで最も高かった（28.3%）。

介護を手伝う人がいる場合の人数をみておくと、「1人」が最も多く、町田市では63.6%、前橋市では52.4%、諏訪郡では46.8%であった。一方、「3人以上」は、町田市で17.5%、前橋市で16.8%、諏訪郡で36.7%となっており、諏訪郡に比べて町田市や前橋市の方が主介護者に対する介護支援規模が小さいことが明らかである。

都市化された地域では、家族・親族内の代替介護者が少なく、家族介護の態勢はより脆弱であるとみてよいのではないだろうか。

(2) 主介護者の特性別にみた介護支援態勢

介護支援態勢は、主介護者が誰か、また、どのような家族構成であるかなどによって大きく影響されるものと予想される。そこで、主介護者の性、年齢、続柄、世帯類型などの特性と介護支援態勢との関係をみておくことにしたい。

まず、主介護者の性別にみたところ、有意な差は認められなかった。介護を手伝う人がいない割合は、男女とも2～3割で、3地域ともほぼ同様であった。

主介護者の年齢別にみると、町田市の場合、手伝う人がいないのは「40歳代以下」では17.3%であるのに対して、「60歳代」では30.2%、「70歳代以上」では32.9%となっており、高年齢層の方にいない割合が高い。前橋市でも同様な傾向がみられたが、有意ではなかった。諏訪郡では顕著な傾向は認められなかった。

次に、介護者の続柄別にみると、手伝う人がいないのは、町田市と前橋市では「配偶者」（町田市38.9%、前橋市35.7%）、「息子（配偶者なし）」（町田市35.8%、前橋市42.1%）、「娘（配偶者なし）」（町田市38.9%、前橋市32.0%）に多かった。

一方、諏訪郡では、手伝う人がいないのは「息子（配偶者なし）」（38.9%）や「娘（配偶者なし）」（41.2%）では多かったが、「配偶者」（22.2%）では相対的に少なかった。なお、「嫁」の場合は、手伝う人がいない割合が3地域とも相対的に低かった（町田市13.0%、前橋市21.9%、諏訪郡13.4%）。

さらに、世帯類型別にみると、手伝う人がいない割合は、町田市の場合、「高齢者夫婦のみ」世帯で45.0%、配偶者のいない子と同居している「無配偶子同居」世帯で41.5%と

高く、「有配偶子同居」世帯では、12.7%と少なかった。他方、副副介護者もいる割合は、「有配偶子同居」世帯で32.5%と高かった。前橋市と諏訪郡では、この傾向が一層明白であった。なお、世帯類型は高齢者からみたものであるが、ここでは、主介護者が別居していたケース（町田市1、前橋市3、諏訪郡1）を除いたので、高齢者と主介護者は同一世帯類型に属していることになる。

図5-7は、介護を手伝う人の人数を世帯類型別にみたものである。「高齢者夫婦のみ」世帯と「無配偶子同居」世帯に比べて「有配偶子同居」世帯の方が手伝う人が「いる」割合が高く、3人以上いる割合も高い。介護を手伝う人の人数は、世帯規模との関係が強いようである。参考までに、世帯類型別平均世帯人員を表5-6に示しておく。

以上から、介護支援態勢は、「配偶者」や配偶者のいない「息子」や「娘」、「高齢者夫婦のみ」世帯や「無配偶子同居」世帯で薄く、反対に「嫁」や「有配偶子同居」世帯で相対的に厚いことがわかった。

(3)緊急時の代替介護者

主介護者が、もしも急病や外出などで高齢者の世話ができないような状況になった場合、代りに世話を頼める家族、親戚、知り合いの人がいるかどうかをみた。

町田市では、「1～2日」頼める人がいるが76.6%、「1～2日の夜間」も頼める人がいるが61.5%、さらに、「1週間程度」でも頼める人がいるが40.4%、「1週間程度の夜間」でも頼める人がいるが4.9%であった。6～7割強が1～2日なら頼めるということは、裏をかえせば、3～4割は1～2日すら頼めないということになる。さらに、1週間程度の夜間もとなると、ほとんどが頼めないことが判明した。

前橋市では、「1～2日の昼間」のみ頼める人がいるが68.0%、「1～2日の夜間のみ」頼める人がいるが56.2%、「1週間程度（昼夜間）」頼める人がいるが52.5%であった。やはり、3～4割強は1～2日すら頼めないという結果であった。

1～2日すら頼めない人はどのような人たちであろうか。町田市では、「高齢者夫婦のみ」世帯の配偶者と「無配偶子同居」世帯の娘や息子に多かったが、前橋市では、配偶者では少なく、「無配偶子同居」や「有配偶子同居・孫なし」の娘や息子に多かった。このことから、頼めない人の多くは、世帯規模の小さい世帯の介護者であることが読み取れる。これらの主介護者は、緊急時の支援が得られない脆弱な介護態勢下で介護を続けているわけであるから、緊急時にはいつでも柔軟に対応できる社会的な介護支援体制の確立が必要となろう。

5. 主たる家族介護者に対するソーシャル・サポート

(1) ソーシャル・サポート測定スケール

次に、高齢者介護に直接係わらない支援ではあるが、主介護者が自分の生活を維持していくうえで有益な社会的支援（ソーシャル・サポート）についてみておこう。家族・親族

や友人・近隣の人などからのサポートは、主介護者のストレスや介護負担感を軽減し、健康や生活の質の維持・向上に役立つと考えられている(中野,1996; 野口,1991; Norbeck,1985)。主介護者に対するソーシャル・サポートの現状を明らかにしておきたい。なお、ここでは、主介護者が家族、親族で、しかも調査回答者本人であるサンプルのみを分析の対象とした。

さて、ソーシャル・サポートの測定に用いたスケールは、野口(1991)が開発したスケールを短縮したものである。このスケールは、「情緒的サポート」と「手段的サポート」、「ネガティブ・サポート」の3次元、各4項目について、「同居の家族」「別居の親族」「友人・知人・近隣の人」の3提供主体からのサポートが入手可能かどうかを尋ねるものである。我々の調査では、表5-7に示したとおり、情緒的サポート2項目と手段的サポート2項目の計4項目に絞って、それぞれ①同居の家族、②別居の親族、③友人、知人、近隣の人の中にサポート提供者がいるかどうかを尋ねた。サポート提供者がいる場合に1点とし、合計点および平均点を算出した。

情緒的サポートとは精神的な援助であり、手段的サポートとは用事を頼んだり、お金を貸してもらうなどの実際的な援助を指している。また、このスケールは、実際にしてもらったかどうかではなく、してもらえると期待できるかどうかの「入手可能性の認知(perceived availability)」を測定するものである。ソーシャル・サポートが得られると思うことで、安心感や情緒的安定が得られることは経験的に知られていることであり、また、実際に受領したサポートのみに限定すると一定期間内に必要が生じなかったり、元々、提供者を欠いていたりして非該当になるケースが多数生じる恐れがあることなどから、このスケールを採用することにしたものである。また、項目を絞ったのは、調査票全体のボリュームを圧縮する必要があったからである。

なお、本来のスケールは尺度としての信頼性、妥当性を満たしていることが確認されている。短縮版スケールについては、内的一貫性を示す α 係数は、表5-8に示したとおりである。いずれも、.7~.8の値を示しており、スケールの信頼性は確保されているとみてよいであろう。

(2) ソーシャル・サポートの有無

表5-7は、サポートの内容項目と提供者別に得られると回答した割合を示したものである。

情緒的サポートでは、2項目3提供主体の全てにわたって6割以上がサポート提供者が「いる」と回答している。とくに「元気づけてくれる人」が「同居家族」および「別居の親族」の中に「いる」と回答した人は、町田市と前橋市で7割、諏訪郡で8割という高い割合を示している。一方、手段的サポートでは、2項目とも「同居家族」からは6割以上が期待できると回答しているが、「別居の親族」からは町田市と前橋市で6割を切っており、若干少なくなっている。さらに、「友人・知人・近隣の人」からのサポートは一層少

なく、とくに「病気で数日寝込んだ時の看病」では、町田市で 24.6%、前橋市で 19.6%、諏訪郡で 38.1%と少なかった。手段的サポートは情緒的サポートよりも得られる割合が低く、しかも、家族・親族以外からはあまり期待できないことが判明した。

なお、興味深いことに 3 地域で有意な差がみられ、サポート提供者が「いる」割合は、町田市で最も低く、次いで前橋市、諏訪郡の順で高くなっていた。町田市よりも諏訪郡の主介護者の方にサポートしてくれる人が多いという結果であった。

一方、主介護者のうち、ソーシャル・サポートが全く期待できないと回答している人は、町田市で 8 人 (1.9%)、前橋市で 19 人 (3.0%)、諏訪郡で 1 人 (0.2%) であった。少数とはいえ、孤立している人がいることは注意すべきであろう。この人たちの特性をみておくと、最も多いのは配偶者で「高齢者夫婦のみ」世帯に属する人の 9 人であった。次いで多いのが無配偶の息子の 5 人、そして 3 世代同居の嫁の 4 人、3 世代同居の配偶者の 3 人、娘夫婦同居・孫なしの娘 2 人などとなっている。

(3) 主介護者の特性別にみたソーシャル・サポート

さて、主介護者のうち、サポートを期待できる人、あるいは期待できない人はどのような人たちであろうか。主介護者の特性とソーシャル・サポートとの関係をみておくことにしたい。

表 5-9 は、主介護者の性、年齢、続柄、世帯類型、介護態勢別に、総合サポートの得点の平均値をみたものである。

3 地域とも、男性よりも女性の方に平均値が高く、女性の方にサポート提供者が多かった。年齢別では 50 歳代、40 歳代の方が 60 歳代以上の高年層に比べて多いこと、続柄別では配偶者や息子よりも嫁や娘の方に多いこと、世帯類型別では「高齢者夫婦のみ」や「無配偶子同居」世帯で少なく、「有配偶子同居・孫あり」や「有配偶子同居・孫なし」世帯で多いこと、介護を手伝う人がいない人よりも手伝う人が多い人の方にサポート提供者が多いことが認められた。この差は、ごく一部を除いて、いずれも有意であった。

次に、サポートの種類別にみておくと、情緒的サポートでは、総合サポートの結果とほぼ同様の傾向がみられた。手段的サポートでは、主介護者の性および年齢による有意な差が一部認められなかったが、それを除けば、総合サポートと同様であった。手段的サポートは実際の援助に関するものであるだけに、主介護者の基本属性の違い（個人差）よりも世帯類型や介護態勢の違いによる差の方が大きいようである。

さらに、サポートの提供者別にみると、「同居家族」からのサポートでは、やはり主介護者の特性による差がみられ、総合サポートの結果とほぼ同様であった。「別居親族」からのサポートでは、主介護者の性、年齢、続柄による差は認められず、世帯類型や介護態勢の一部に有意な差がみられただけであった。別居親族からのサポートは、主介護者が誰であろうと、高齢者介護を間接的に支えるために提供されるものであるようだ。一方、「友人近隣」からのサポートは、主介護者の基本属性との有意な関連が認められたが、介護態

勢との関連は認められなかった。別居親族からのサポートとは対照的に、主介護者との個人的な関係により提供されるサポートで、高齢者介護に直接係わらないものであることを示すものであろう。

以上みてきたことから、ソーシャル・サポートの多寡は主介護者の特性にかなり規定されていることがわかった。サポートを相対的に多く得られる人は、女性、50歳代以下の中年層、嫁や娘、「有配偶子同居」世帯、副介護者や副副介護者がいる人であり、反対に、サポートが得られにくい人は、男性、60歳代以上の高年層、配偶者や息子、「高齢者夫婦のみ」世帯や「無配偶子同居」世帯の人、そして、主介護者1人だけで介護している人であった。

(4) ソーシャル・サポートが期待できないハイリスク・グループ

そこで、ハイリスク・グループを一層明確にするために、主介護者の続柄と世帯類型を組み合わせた9類型を作成して、ソーシャル・サポートとの関係をみておくことにした。

表5-10は、町田市についての結果を示したものである。

まず、情緒的サポートをみると、「同居家族」からのサポートは、配偶者のいない娘と同居している世帯で娘が主介護者であるケース（以下、「娘無配偶子同居」と略す）で最も少なかった。次いで高齢者夫婦のみの世帯で配偶者が主介護者であるケース（以下、「配偶者高齢者夫婦のみ」と略す）、さらに配偶者のいない息子と同居している世帯で息子が主介護者であるケース（以下、「息子無配偶子同居」と略す）で少ないという当然ともいえる結果が得られた。

「別居親族」からのサポートでは、息子ないし息子夫婦とその他の家族が同居している世帯で主介護者が息子であるケース（以下、「息子その他の世帯」と略す）で最も少なく、次いで「息子無配偶子同居」「娘無配偶子同居」の順で少なかった。興味深いことに、配偶者が主介護者であるケースでは「高齢者夫婦のみ」世帯でさえ決して少なくなかった。ただし、有意ではなかった。

「友人近隣」からのサポートでは、「配偶者高齢者夫婦のみ」と息子が主介護者であるケース（「息子無配偶子同居」と「息子その他の世帯」）で少なかった。

情緒的サポートの合計でみると、得点が最も低いのは「配偶者高齢者夫婦のみ」であり、次いで「息子無配偶子同居」「娘無配偶子同居」であった。

次に、手段的サポートについてみると、「同居家族」からのサポートは、「配偶者高齢者夫婦のみ」で最も少なく、次いで「娘無配偶子同居」「息子無配偶子同居」の順で少なかった。

「別居親族」からのサポートは、「息子無配偶子同居」で最も少なかったが、有意な差は認められなかった。

「友人近隣」からのサポートは、「息子その他の世帯」で最も少なく、次いで「配偶者高齢者夫婦のみ」で少ないという結果であった。

手段的サポートの合計でみると、得点が最も低いのは「配偶者高齢者夫婦のみ」であり、第2が「娘無配偶子同居」、第3番目が「息子無配偶子同居」であった。

以上から、ソーシャル・サポートを得られにくいハイリスク・グループは、「配偶者高齢者夫婦のみ」「娘無配偶子同居」「息子無配偶子同居」であるということが確認できた。高齢者夫婦のみの世帯で伴侶を介護している高齢の配偶者、配偶者のいない娘あるいは息子が同居している世帯で親を介護している娘ないし息子、これらの介護者は、ソーシャル・サポートがあまり得られない人たちであり、脆弱な介護態勢の中で介護を行っている。フォーマルな支援を最も必要としている人たちであるといえる。

以上みてきたとおり、要介護高齢者の在宅ケアは家族・親族によるインフォーマル・ケアであり、しかも配偶者と嫁と娘の3者に依存したケアであることがわかった。フォーマル・ケアは極めて乏しく、友人・知人・近隣の人々からの介護支援はほとんどなかった。わずかに情緒的なサポートがみられるだけであった。

家族・親族以外の「コミュニティによるケア」は、実態がほとんどないことが明らかになった。

表 5 - 1 在宅ケア調査の概要

	東京都町田市	群馬県前橋市	長野県諏訪郡
総人口	349,050人	286,261人	46,856人
65歳以上人口	28,687人	33,711人	8,005人
高齢化率	8.2%	11.8%	17.1%
調査対象者の 抽出方法	65歳以上 3分の1無作為	65歳以上 3分の1無作為	悉皆
第一次調査 実施時期	1992年8月	1992年5月	1991年9月
調査対象者数	9,505人	10,699人	8,238人
有効回答票数	7,908票	9,890票	7,657票
有効回答率	83.2%	92.4%	92.9%
第二次調査 実施時期	1992年11月	1992年8月	1991年11～12月
調査対象者数	1,017人	1,223人	975人
有効回答票数	858票	1,064票	889票
有効回答率	84.4%	87.0%	91.2%
在宅要介護高齢者数	439人	693人	608人

注1) 総人口、65歳以上人口、高齢化率は1990年国勢調査によるものである。

注2) 町田市と前橋市の第二次調査の調査対象者数には、第一次調査時に入院中であったが、第二次調査時に退院していた在宅要介護高齢者を加えている。

表 5-2 障害高齢者の特性

要因	カテゴリー	町田市 435 (100.0)	前橋市 671 (100.0)	諏訪郡 538 (100.0)	合計 1644 (100.0)	人数 (%)
性別	男性	156 (35.9)	258 (38.5)	176 (32.7)	590 (35.9)	
	女性	279 (64.1)	413 (61.5)	362 (67.3)	1054 (64.1)	
年齢別	65～70歳未満	57 (13.1)	69 (10.3)	54 (10.0)	180 (10.9)	
	70～75歳未満	65 (14.9)	83 (12.4)	52 (9.7)	200 (12.2)	
	75～80歳未満	77 (17.7)	114 (17.0)	85 (15.8)	276 (16.8)	
	80～85歳未満	96 (22.1)	177 (26.4)	136 (25.3)	409 (24.9)	
	85～90歳未満	80 (18.4)	127 (18.9)	119 (22.1)	326 (19.8)	
	90～95歳未満	49 (11.3)	78 (11.6)	79 (14.7)	206 (12.5)	
	95歳以上	11 (2.5)	23 (3.4)	13 (2.4)	47 (2.9)	
身体障害の程度	重度	113 (26.0)	184 (27.4)	177 (32.9)	474 (28.8)	
	中度	95 (21.8)	203 (30.3)	142 (26.4)	440 (26.8)	
	軽度	118 (27.1)	172 (25.6)	161 (29.9)	541 (27.4)	
	障害なし	109 (25.1)	112 (16.7)	58 (10.8)	279 (17.0)	
精神障害 (痴呆の疑い) の程度	重度	46 (10.6)	93 (13.9)	96 (17.8)	235 (14.3)	
	中度	117 (26.9)	195 (29.1)	139 (25.8)	451 (27.4)	
	軽度	124 (28.8)	151 (22.5)	123 (22.9)	398 (24.2)	
	痴呆なし	148 (34.0)	232 (34.6)	180 (33.5)	560 (34.1)	

表 5 - 3 身体的障害の基準

<p>重度 - 次の 1 項目以上に該当する</p> <p>歩行……「全く移動できない」 食事「全面的に介助して食べさせている」 排泄「全面的に介助が必要」または「常時おむつ使用」 日常生活状態「まったくの寝たきり」</p>
<p>中度 - 重度以外で、次の 1 項目以上に該当する</p> <p>歩行……「いざって移動する、または、はって移動する」 食事……「食べるときに一部手助けが必要」 着脱……「全面的に介助」 入浴……「全面介助を必要とするか、または入浴できないので体を拭くのみである」 排泄……「便器に腰掛けさせる。または便器の用意・後片付けなど一部介助が必要」 日常生活状態「ほとんど寝たきり」</p>
<p>軽度 - 重度、中度以外で次の 1 項目以上に該当する</p> <p>歩行……「物につかまれば歩ける、介助されれば歩ける」 着脱……「ボタンかけなど、一部手伝わなければ着替えられない」 入浴……「浴槽の出入りや体を洗うのに一部介助が必要」 日常生活状態……「日中は寝たり起きたりで、身の回りのこともほとんどできない」または「身の回りのことは何とかできるが、日中でも寝たり起きたり」</p>

表 5 - 4 痴呆性高齢者のスクリーニング・重症度評価
チェックリスト

-
1. 自分の年齢がわからないことが多い
 2. 慣れている場所でも、ときに道を間違えることがある
 3. 子供の住んでいる都道府県あるいは市町村がわからない
 4. 今住んでいる所を自分の家だと思っていないことがある
 5. 同居している子供やその配偶者を他人と間違えることがある
 6. 直前に食べた食事を食べていないということがある
 7. 食べられるものは手あたりしだい食べてしまう
 8. 特に理由なく入浴や着替えをいやがる
-
9. 家の中でも洗面所の場所がわからないことがある
 10. 子供の人数をきちんと答えられないことがある
 11. 家の中で目的なく歩き回ることが目立つ
 12. 鏡に写っている自分に話かけていることがある
 13. 理由なく夜起きて騒ぐ
 14. 一日中とりとめのないことをしゃべっている
 15. 同じ動作を何回も繰り返す
 16. 食べ物でないものも口の中に入れてしまう
-

スクリーニング用（1～8項目）

1項目以上該当＝痴呆の疑いあり

重症度評価用（16項目）

1～2項目該当＝軽度痴呆の疑いあり

3～7項目該当＝中度痴呆の疑いあり

8～16項目該当＝重度痴呆の疑いあり

表 5 - 5 主介護者の特性

人数 (%)

	カテゴリー	町田市 4 3 5 (100.0)	前橋市 6 7 1 (100.0)	諏訪郡 5 3 8 (100.0)	合計 1 6 4 4 (100.0)
性別	男性 女性	7 6 (1 7 . 5) 3 5 5 (8 1 . 6)	9 6 (1 4 . 3) 5 7 1 (8 5 . 1)	6 4 (1 1 . 9) 4 7 3 (8 7 . 9)	2 3 6 (1 4 . 4) 1 3 9 9 (8 5 . 1)
年齢別	3 0 歳未満 4 0 歳未満 5 0 歳未満 6 0 歳未満 7 0 歳以上	7 (1 . 6) 2 3 (5 . 3) 8 0 (1 8 . 4) 1 0 5 (2 4 . 1) 1 1 6 (2 6 . 7) 1 0 0 (2 3 . 0)	0 (0 . 0) 3 0 (4 . 5) 1 1 3 (1 6 . 8) 1 9 4 (2 8 . 9) 1 7 4 (2 5 . 9) 1 5 6 (2 3 . 2)	6 (1 . 1) 2 5 (4 . 6) 8 4 (1 5 . 6) 1 5 0 (2 7 . 9) 1 6 0 (2 9 . 7) 1 1 2 (2 0 . 8)	1 3 (0 . 8) 7 8 (4 . 7) 2 7 7 (1 6 . 8) 4 4 9 (2 7 . 3) 4 5 0 (2 7 . 4) 3 6 8 (2 2 . 4)
主介護者の続柄	配偶者 息子 娘 嫁 その他の親族	1 6 4 (3 7 . 7) 2 9 (6 . 7) 9 0 (2 0 . 7) 1 3 8 (3 1 . 7) 1 0 (2 . 3)	2 2 1 (3 2 . 9) 3 6 (5 . 4) 1 2 7 (1 8 . 9) 2 6 0 (3 8 . 7) 2 3 (3 . 4)	1 5 3 (2 8 . 4) 2 7 (5 . 0) 8 4 (1 5 . 6) 2 5 4 (4 7 . 2) 1 9 (3 . 5)	5 3 8 (3 2 . 7) 9 2 (5 . 6) 3 0 1 (1 8 . 3) 6 5 2 (3 9 . 7) 5 2 (3 . 2)
同居	一緒に住んでいる 1 5 分以上に別居 1 5 分以上に同居 不明	4 2 6 (9 7 . 9) 2 (0 . 5) 2 (0 . 5) 1 (0 . 2)	6 6 0 (9 8 . 4) 6 (0 . 9) 1 (0 . 1) 0 (0 . 0)	5 3 3 (9 9 . 1) 4 (0 . 7) 0 (0 . 0) 0 (0 . 0)	1 6 1 9 (9 8 . 5) 1 2 (0 . 7) 3 (0 . 2) 1 (0 . 1)
健康状態	健康 健康ではないが 健康でなく障害 妊娠中である 不明	2 4 1 (5 5 . 4) 1 6 1 (3 7 . 0) 2 9 (6 . 7) 0 (0 . 0) 0 (0 . 0)	3 9 9 (5 9 . 5) 2 1 8 (3 2 . 5) 4 9 (7 . 3) 0 (0 . 0) 1 (0 . 1)	3 2 6 (6 0 . 6) 1 7 7 (3 2 . 9) 3 3 (6 . 1) 1 (0 . 2) 0 (0 . 0)	9 6 6 (5 8 . 8) 5 5 6 (3 3 . 8) 1 1 1 (6 . 8) 1 (0 . 1) 1 (0 . 1)
就労	収入になる仕事あり 収入になる仕事なし 不明	1 1 1 (2 5 . 5) 3 2 0 (7 3 . 6) 0 (0 . 0)	2 1 5 (3 2 . 0) 4 5 2 (6 7 . 4) 0 (0 . 0)	2 1 9 (4 0 . 7) 3 1 5 (5 8 . 6) 3 (0 . 6)	5 4 5 (3 3 . 2) 1 0 8 7 (6 6 . 1) 3 (0 . 2)

注) 家族・親族以外の主介護者が町田市で 4 人、前橋市で 4 人、諏訪郡で 1 人いる。それを含めたパーセントを表示した。

図 5 - 1 在宅サービス利用状況

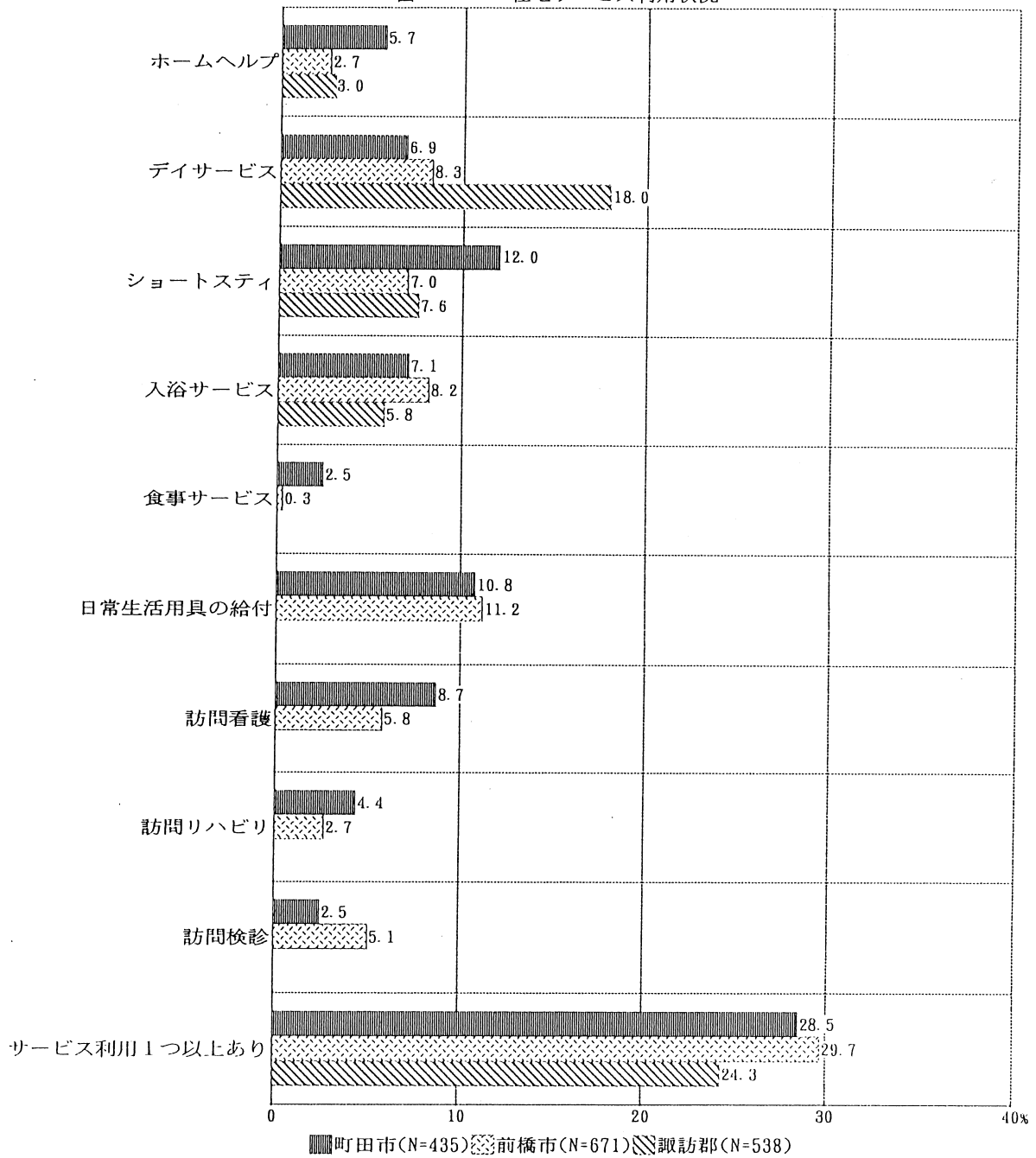


図 5 - 2 主介護者の続柄

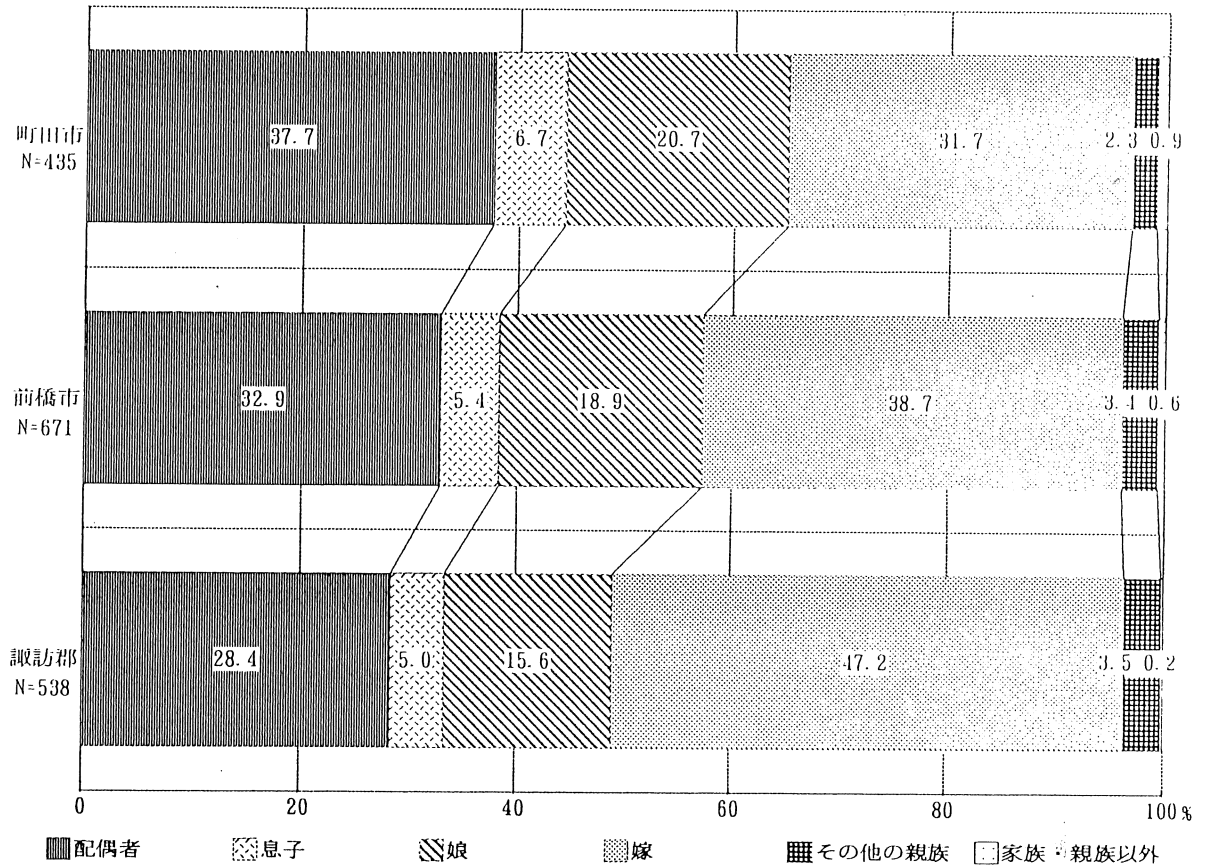


図 5 - 3 副介護者の続柄

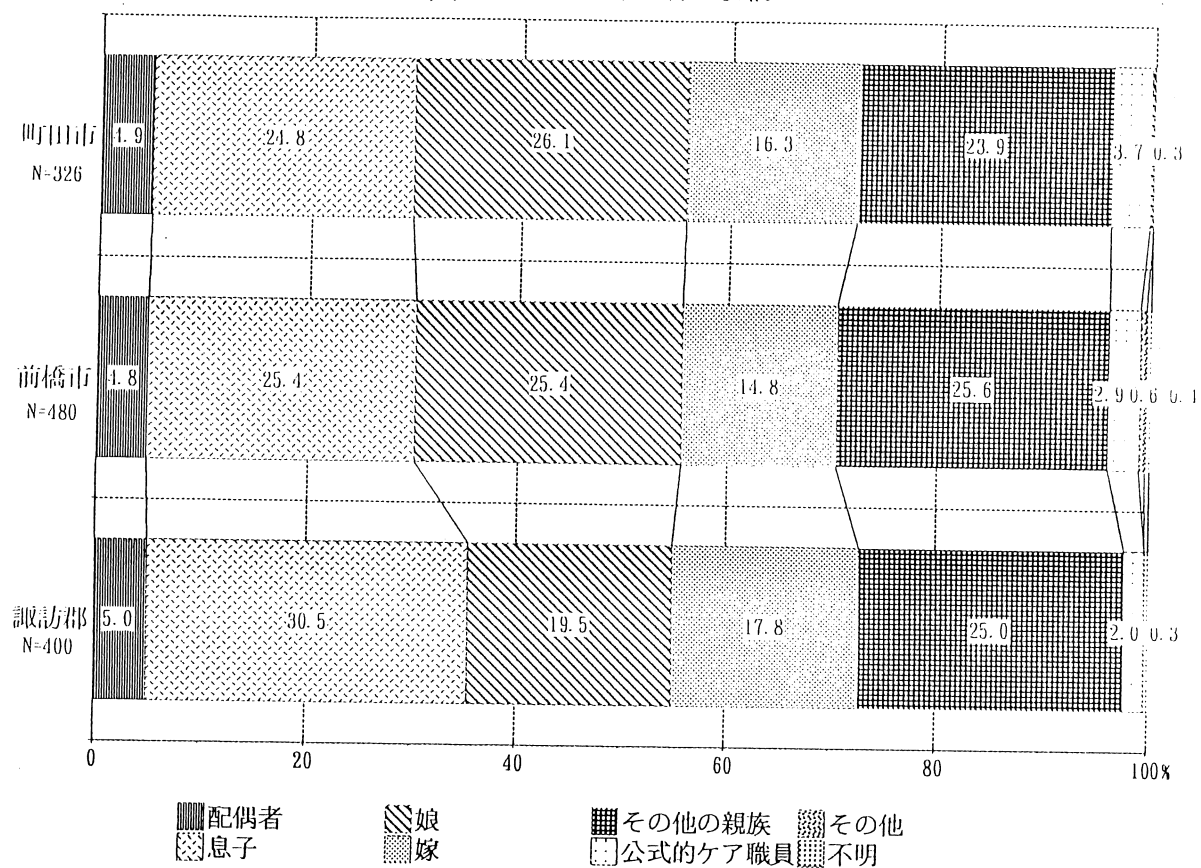
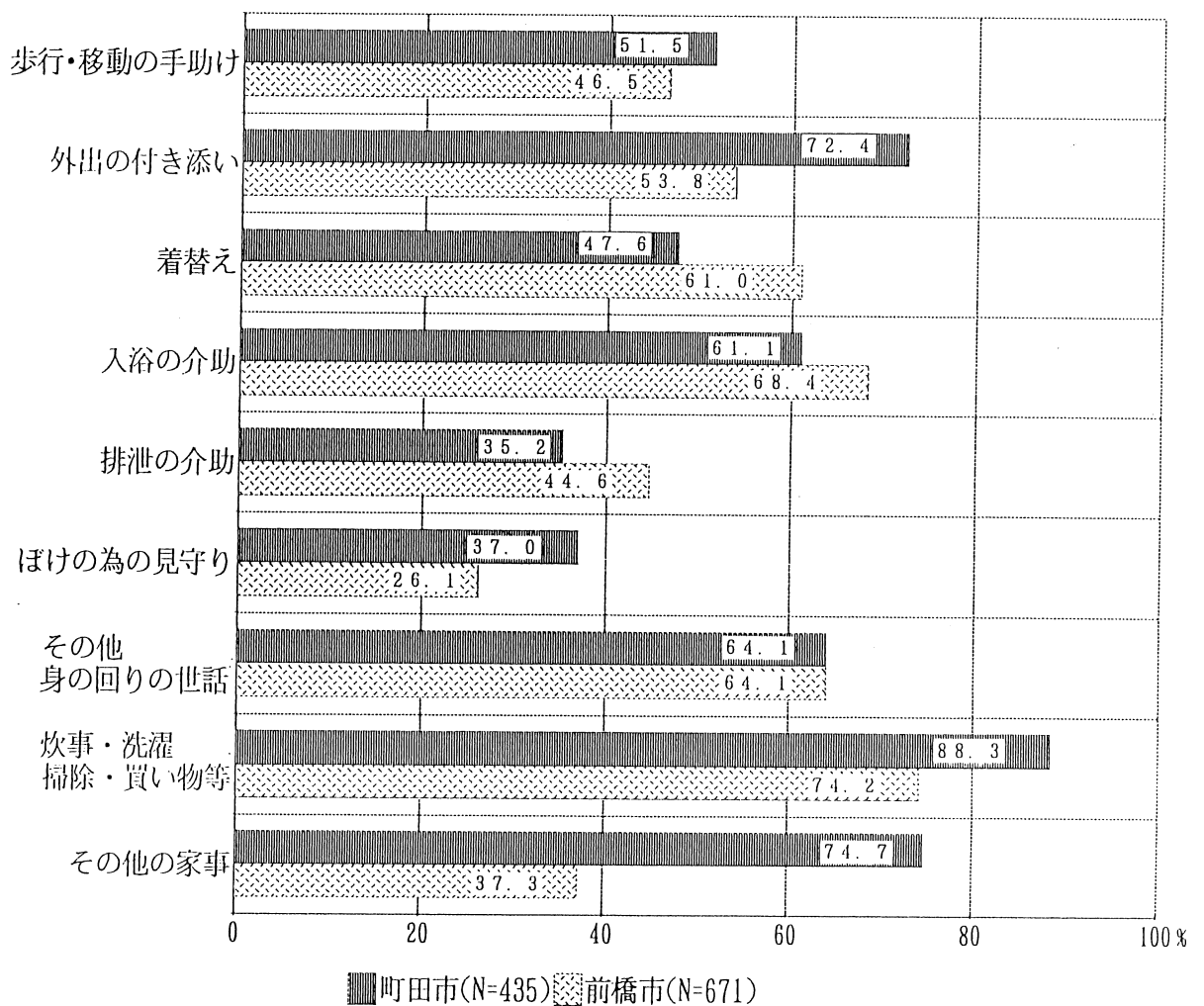


図 5 - 4 介護内容



注：「食事の介助」については、データ処理上のミスにより、前橋市で欠測値扱いとなっているため省いた。

図 5 - 5 介護の程度

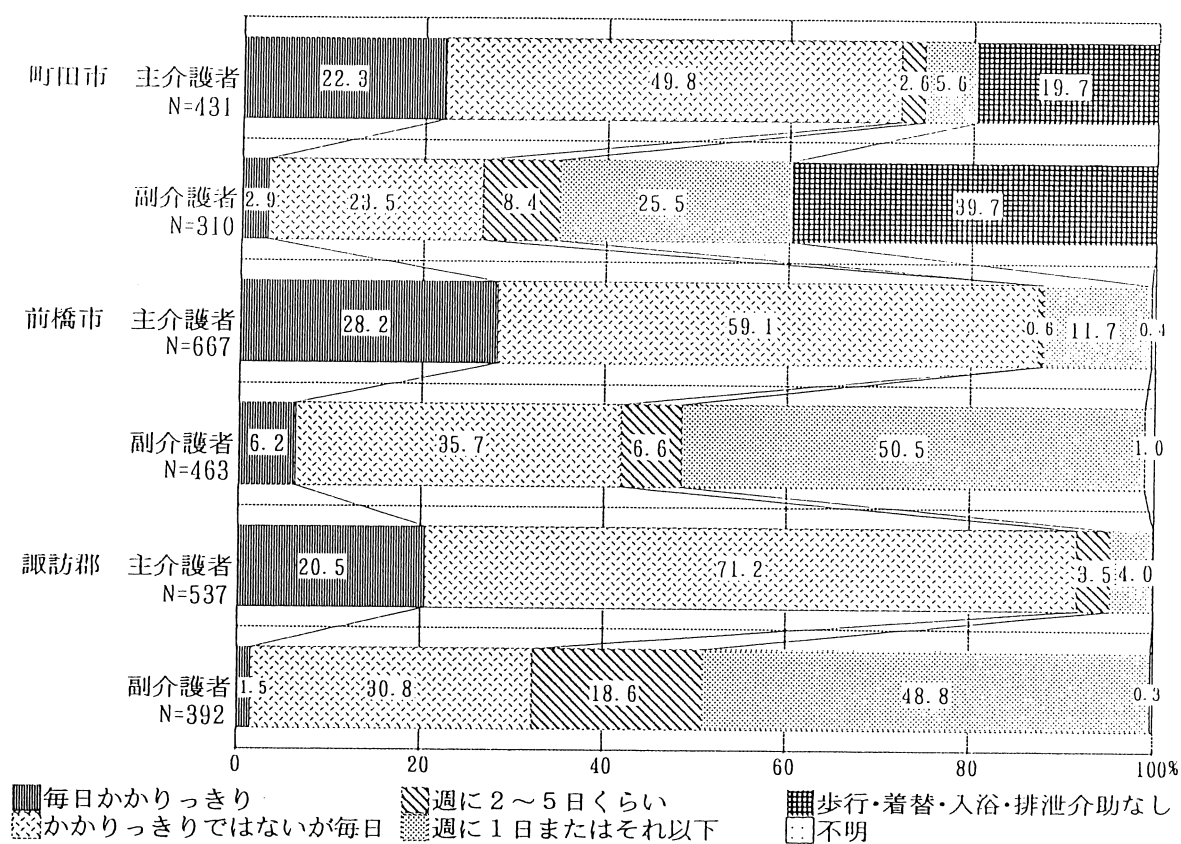


図 5-6 介護態勢

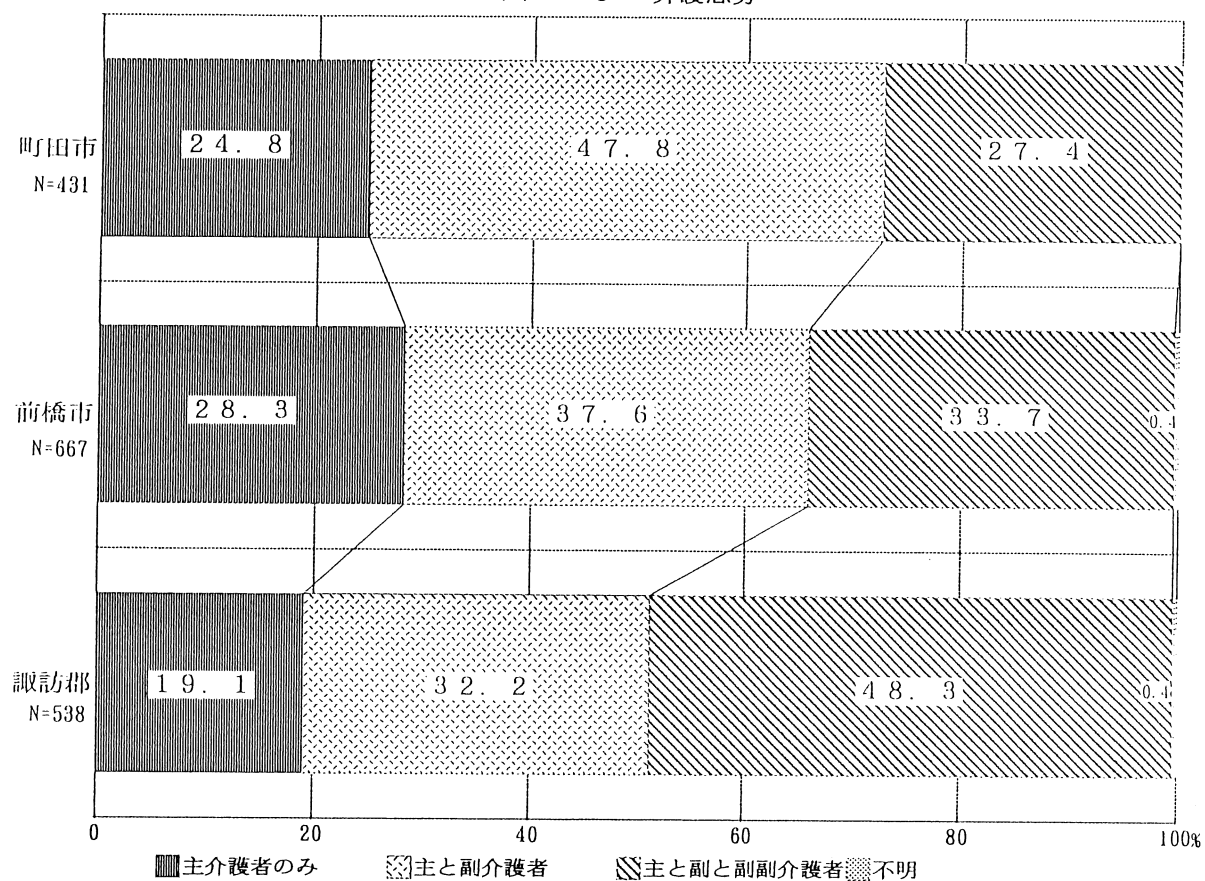


図 5 - 7 世帯類型別に見た介護を手伝う人の人数

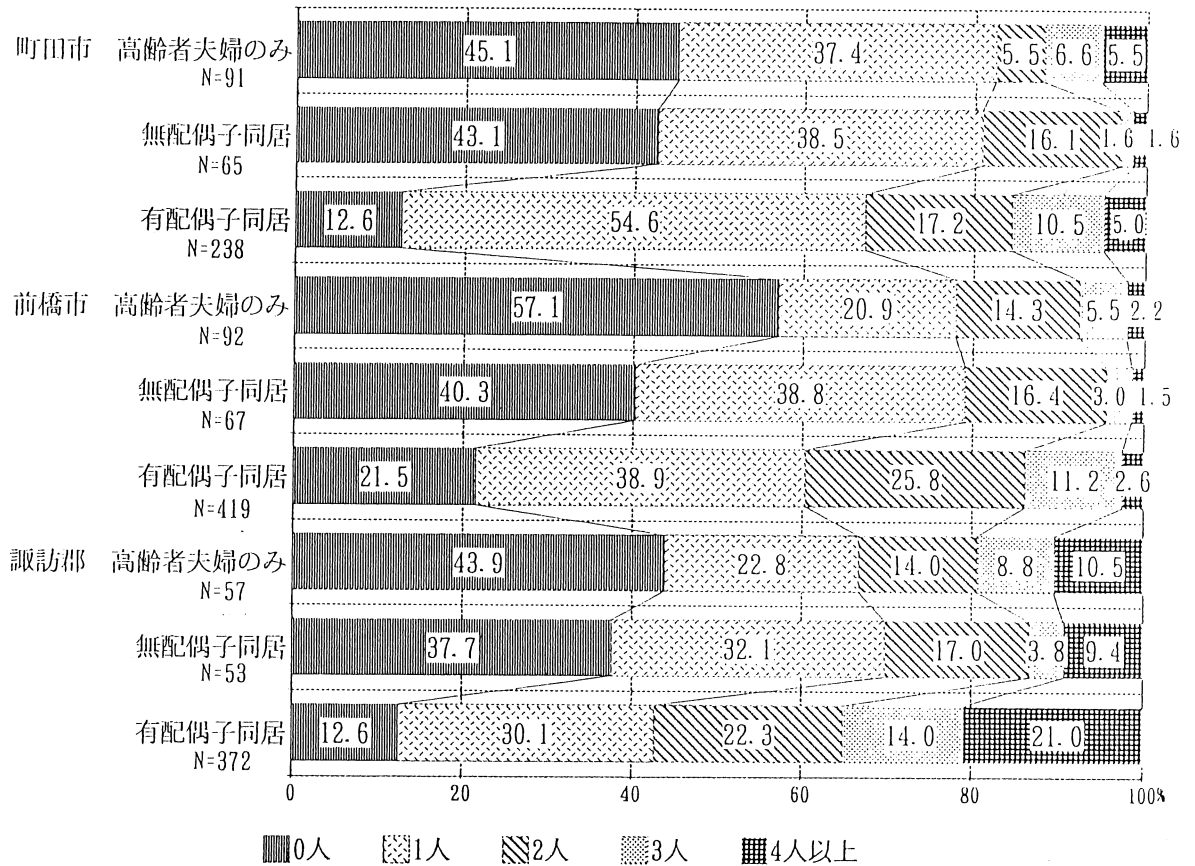


表 5 - 6 世帯規模（平均人数）

世帯類型	町田市		前橋市		諏訪郡	
	人数	平均	人数	平均	人数	平均
高齢者夫婦のみ	9 1	2 . 0	9 2	2 . 0	5 7	2 . 0
無配偶子同居	6 5	2 . 8	6 7	2 . 6	5 3	2 . 5
有配偶子同居孫なし	4 7	3 . 3	1 0 2	3 . 4	1 0 3	3 . 3
有配偶子同居孫あり	1 9 3	5 . 5	3 1 7	5 . 6	2 6 9	5 . 6
その他	3 8	3 . 9	6 3	4 . 0	5 0	4 . 6
不明	3	4 . 0	3 0	4 . 0	6	3 . 8
計	4 3 5	4 . 0	6 7 1	4 . 2	5 3 8	4 . 4

表5-7 ソーシャル・サポートの項目とサポートありの回答割合

%

	町田市 N=414	前橋市 N=627	諏訪郡 N=512	χ^2 検定
情緒的サポート				
1 あなたの心配事やぐちを聞いてくれる人はいますか				
①あなたと同居のご家族の中に	65.5	72.1	81.3	***
②別居の親族の中に	66.7	68.4	81.8	***
③友人・知人・近隣の人の中に	62.6	55.8	71.7	***
2 あなたを元気づけてくれる人がいますか				
①あなたと同居のご家族の中に	71.0	73.7	81.4	***
②別居の親族の中に	72.5	73.0	85.7	***
③友人・知人・近隣の人の中に	65.9	61.6	79.1	***
手段的サポート				
1 あなたが病気で数日寝込んだ時に看病してくれる人がいますか				
①あなたと同居のご家族の中に	62.1	69.2	78.7	***
②別居の親族の中に	52.4	58.7	71.7	***
③友人・知人・近隣の人の中に	24.6	19.6	38.1	***
2 お使いや留守番などのちょっとした用事を頼める人はいますか				
①あなたと同居のご家族の中に	66.2	71.3	79.7	***
②別居の親族の中に	52.7	55.5	72.9	***
③友人・知人・近隣の人の中に	43.7	41.9	58.4	***

*** $p < .001$ 注：地域別に提供主体別サポートの有無について χ^2 検定を行った。

表 5－8 内の一貫性 (α)

	同居家族から	別居親族から	友人・近隣から	計
情緒的サポート	. 8 5 7	. 7 9 1	. 8 0 4	. 7 3 6
手段的サポート	. 8 4 6	. 7 6 4	. 7 1 9	. 7 0 1
総合サポート	. 8 9 5	. 8 2 0	. 8 0 5	. 8 2 7

表5-9 ソーシャル・サポート総合得点（平均値±標準偏差）

	町田市	前橋市	諏訪郡
性 男	73 6.01±3.43**	90 6.72±3.20	61 7.13±3.14***
女	341 7.28±3.08	537 7.30±3.21	451 9.03±2.79
年齢 39歳以下	28 7.42±3.54***	29 8.03±2.56	29 9.24±2.90***
40歳代	78 7.79±3.16	109 7.39±3.09	80 9.24±2.80
50歳代	99 7.81±3.00	185 7.59±3.27	147 9.42±2.53
60歳代	114 6.61±3.08	169 6.73±3.02	157 8.40±3.00
70歳以上	95 6.09±3.08	137 6.97±3.51	102 8.07±3.09
続柄 配偶者	158 6.09±3.25***	200 6.65±3.26***	141 8.03±3.04***
息子	28 5.96±3.72	34 5.79±3.50	27 7.07±3.27
娘	88 7.28±2.76	124 7.19±3.15	83 8.84±2.87
嫁	130 8.34±2.81	248 7.90±3.04	242 9.57±2.48
他の親族	10 6.70±2.71	21 6.86±3.18	19 7.16±3.30
世帯 高齢者夫婦のみ	86 4.72±2.89***	86 5.52±2.66***	54 6.69±3.16***
類型 無配偶子同居	59 6.00±3.55	66 5.91±3.24	50 7.02±3.13
有配偶子同居孫なし	44 8.02±2.44	95 7.74±3.26	98 9.70±2.48
有配偶子同居孫あり	181 8.24±2.67	291 7.82±3.09	255 9.44±2.55
その他	36 7.17±2.93	55 7.45±3.11	47 7.87±2.79
介護 主介護者のみ	107 5.16±3.08***	183 6.15±3.30***	102 7.49±3.24***
態勢 主と副介護者	197 7.58±2.99	229 7.31±3.06	164 8.74±2.82
主と副と副副	110 7.97±2.84	219 8.06±3.01	245 9.40±2.61
計	414 7.06	627 7.21	512 8.80

*** p<.001 ** p<.01

注：一元配置分散分析により平均値の差の検定を行った。

表5-10 町田市における主介護者と世帯類型の組合わせ別
ソーシャルサポートの得点（平均値±標準偏差）

サポートの種類 介護者・世帯類型	N	サポートの提供者			
		同居家族から	別居親族から	友人近隣から	計
情緒的サポート					
配偶者老夫婦のみ	86	.56±.82***	1.40±.83	.90±.91***	2.85±1.78***
配偶者その他の世帯	70	1.56±.75	1.50±.79	1.30±.87	4.36±1.51
息子無配偶子同居	16	.81±.98	1.13±.96	1.06±.93	3.00±2.42
息子その他の世帯	11	1.64±.67	.91±1.04	.91±.94	3.45±1.37
娘無配偶子同居	19	.47±.48	1.21±.98	1.53±.84	3.21±1.62
娘嫁夫婦のみ	40	1.75±.54	1.43±.81	1.48±.85	4.65±1.55
嫁夫婦孫あり	101	1.81±.52	1.37±.85	1.55±.77	4.73±1.61
娘嫁その他の世帯	53	1.68±.64	1.49±.82	1.40±.86	4.57±1.56
その他	13	1.54±.78	1.38±.87	.69±.95	3.62±1.80
計	409	1.37±.70	1.39±.84	1.28±.86	4.03±1.66
手段的サポート					
配偶者老夫婦のみ	86	.27±.60***	1.10±.88	.50±.75*	1.87±1.49***
配偶者その他の世帯	70	1.64±.68	1.07±.94	.76±.84	3.47±1.72
息子無配偶子同居	16	.75±.93	1.06±1.00	.75±.93	2.56±2.50
息子その他の世帯	11	1.82±.40	.73±.90	.18±.60	2.73±1.19
娘無配偶子同居	19	.42±.77	.95±.97	.68±.75	2.05±1.43
娘嫁夫婦のみ	40	1.53±.75	1.03±.86	.78±.77	3.33±1.49
嫁夫婦孫あり	101	1.76±.51	1.11±.89	.86±.84	3.73±1.54
娘嫁その他の世帯	53	1.66±.59	.94±.91	.66±.88	3.26±1.44
その他	13	1.54±.78	1.00±1.00	.38±.65	2.92±1.26
計	409	1.28±.64	1.05±.91	.69±.81	3.02±1.57
総合サポート					
配偶者老夫婦のみ	86	.83±1.27***	2.50±1.51	1.40±1.44***	4.72±2.89***
配偶者その他の世帯	70	3.20±1.26	2.57±1.54	2.06±1.51	7.83±2.86
息子無配偶子同居	16	1.56±1.79	2.19±1.60	1.81±1.64	5.56±4.47
息子その他の世帯	11	3.45±1.04	1.64±1.91	1.09±1.30	6.18±2.32
娘無配偶子同居	19	.89±1.49	2.16±1.83	2.21±1.36	5.26±2.88
娘嫁夫婦のみ	40	3.28±1.06	2.45±1.40	2.25±1.45	7.98±2.55
嫁夫婦孫あり	101	3.58±.88	2.48±1.52	2.42±1.39	8.47±2.78
娘嫁その他の世帯	53	3.34±1.11	2.43±1.54	2.06±1.49	7.83±2.58
その他	13	3.08±1.44	2.38±1.71	1.08±1.50	6.54±2.93
計	409	2.65±1.18	2.44±1.55	1.97±1.45	7.05±2.85

*** p<.001 * p<.05

注：一元配置分散分析により平均値の差の検定を行った。

第2節 ボランタリー・ケア・サービス提供主体の実態

1. ボランタリー・ケアの担い手に関する調査の概要

次に、視点を変えてボランタリー・ケアの担い手の側から、福祉コミュニティの形成主体としての可能性を探ってみることにしたい。近年、従来のボランティアに加えて、社会連帯を基調としながらも有償・有料でサービスを提供する「住民参加型在宅福祉サービス団体」の参加者が増加している（吉村,1993, pp.58-61;全社協,1996）。この「有償ボランティア」については、これまで少なからぬ批判があったが、1993年、中央社会福祉審議会は「ボランティア活動の振興策方策についての意見具申」（平成5年7月29日）において「受け手と担い手の対等な関係を保ちながら謝意や経費を認め合うことは、ボランティアの本来的な性格からはずれるものではないと考える」として、認知・肯定する見解を示している。周知のとおり、厚生省は、来る超高齢社会への対応策の1つとして、ボランティア活動や福祉活動への有償型も含めた広範囲の国民の参加を促進するための振興策を打ち出して、支援に乗り出している（厚生省,1993,1994）。

そこで、伝統的なボランティア活動と新しい有償民間型および有償公社型のボランティア活動の参加者を対象に、その特性と活動の実態、意識の特徴、ケアの担い手としての可能性を探る調査（「ボランティア活動に関する調査」1994年2月）を行った。そのデータを用いて、ボランタリー・ケアの実態を明らかにする。

この調査（以下、ボランタリー・ケア調査と呼ぶ）は、「無償型」「有償民間型」「有償公社型」の3タイプ、61グループ・団体の参加者6,613人の中から、概ね団体規模に応じた割り当て法により抽出した820人を調査客体とし、郵送調査方式で1994年3月に実施した。調査対象グループ・団体は、「無償型」が昭島市社会福祉協議会ボランティア・コーナー登録団体（東京都）、杉並区社会福祉協議会ボランティア・コーナー登録団体（東京都）、熊本市社会福祉協議会ボランティア・コーナー登録団体（熊本県）、寝屋川市民たすけあいの会（大阪府）、「有償民間型」が香川県老人福祉問題研究会（香川県）、神戸市ライフケア協会（兵庫県）、小平いたわりの会（東京都）、小平ひまわりの会（東京都）、「有償公社型」が昭島市社会福祉協議会在宅サービス公社（東京都）、世田谷区ふれあい公社（東京都）、台東区おとしより公社（東京都）、調布ゆうあい福祉公社（東京都）である。

ここでいう「無償型」とは、社会福祉協議会のボランティアセンター、ボランティアコーナーにグループ登録して、無報酬で福祉活動を行っている人、すなわち従来型のボランティアおよびグループ・団体を指す。「有償民間型」とは、会員相互の助け合い（連帯）を基調として、低額な料金（報酬）で主にホームヘルプサービスを提供する人およびその団体を指す。そして、「有償公社型」とは、同じく会員相互の助け合いを基調として、有料（有償）のホームヘルプサービスを提供する人および団体を指すが、その団体の設立に行政が関与し、人的・財政的バックアップをしているものをいう。

表5-11は、3団体類型別にみた回答者の基本属性を示したものである。

ところで、地域福祉活動の担い手として期待されている民間資源の1つに民生委員をあげることができる。民生委員は、来年、制度創設80年を迎える歴史のある制度であり、『制度創設50周年を期しての民生委員児童委員活動強化要綱』（1967年）において地域福祉の担い手となることが表明されて以来、そうした活動を標榜してきた（全社協,1968,pp.426-434;全社協,1977;全社協,1987）。

民生委員は、地域住民の中から選出され、全国どこにでも配置されているという特異な制度である。厚生大臣の委嘱というお墨付きがあるが、身分は名誉職の民間人であり、住民と行政との間のパイプ役を果たす「ボランティア」とであると位置付けられている。ボランティア・セクターの重要な資源の1つであることから、民生委員の活動と意識についても実態調査を行った。彼らの福祉コミュニティ形成主体としての可能性を探るために、「無償型」「有償民間型」「有償公社型」のボランティアと民生委員とのボランティアリング意識や地域意識・態度などを比較分析する。

民生委員調査は、1995年9月現在、石川県金沢市民生委員・児童委員協議会に属する民生委員および主任児童委員の全員（現員数802人）を対象とした。民生委員・児童委員協議会を通じて調査票を配布し、各民生委員が自記式で記入後、回収用封筒に入れ、封をして総務に提出・回収するという方法を採用した。調査の時期は、1995年9月下旬から10月上旬の1ヵ月間である。有効回収票数は738票、有効回収率は92.0%であった。

回答が得られた民生委員の基本属性は、表5-12に示したとおりである。

2. ボランティア部門の活動の実態

(1) 活動の内容

次に、ボランティア部門によるケアの実態をみることにしたい。

図5-8は、「無償型」「有償民間型」「有償公社型」の3団体類型別に参加者の活動内容をみたものである。

最も多く行われている活動は、「対象者宅を訪問して、家事や介護など」を行うホームヘルプ活動であり、次いで「配食サービスの調理や配達など」を行う食事サービス活動であった。元々、「有償民間型」や「有償公社型」は、ホームヘルプ活動を中心とした在宅福祉サービスを行うことを目的として設立された団体であることから、ホームヘルプ活動を行っている人が多いことは当然予想された。「有償民間型」では79.6%、「有償公社型」では84.0%という大半がホームヘルプ活動を行っていたが、「無償型」ではわずか13.7%に過ぎなかった。

一方、食事サービスにたずさわっている人は、「無償型」で多く（31.4%）、「有償公社型」（12.3%）と「有償民間型」（3.6%）では少なかった。

その他に相対的に多く行われている活動は、福祉施設での活動（「介護の手伝い」と「介

護以外の活動」を含む)であったが、やはり「無償型」で多く(介護が23.0%、介護以外が24.8%)、「有償民間型」と「有償公社型」では少なかった。

以上から、ホームヘルプのような直接的な在宅ケア・サービスを提供しているのは、主に有償型のボランティアであることがわかった。伝統的な「無償型」のボランティアは、福祉施設での活動を中心に、配食や拠点活動(物づくりや世話)や専門技術を要する活動(点訳、手話、理髪等)などの多様な活動を展開しているが、直接的な在宅ケアにはあまり関わっていないことが判明した。

(2) 活動時間

次に、これらのボランティアが1ヵ月間に何時間くらい活動しているのかをみておこう。図5-9は、活動時間を4分類してみたものである。なお、現在、活動を休止している人は分析の対象から除いた。

「月33時間以上」という長時間の活動を行っている人は、「有償民間型」で最も多く、20.3%であった。次いで多いのが「有償公社型」の14.7%であり、「無償型」は7.9%と最も少なかった。これに「月17-32時間以下」を加えると、「有償民間型」では45.9%、「有償公社型」では36.4%であるのに対して、「無償型」は18.2%に過ぎなかった。「無償型」は「月8時間以下」の人が半数近く(47.7%)を占め、有償型のボランティアに比べて活動時間の短い人が多い。

有償型のボランティアの方がより長時間の活動を行っている点は注目しておきたい。

(3) 報酬および交通費

活動に対して報酬や交通費の支払を受けているかどうかをみたものが、表5-13である。報酬(報酬+交通費と報酬+時間貯蓄を含む)を受け取っている割合は、「有償民間型」で74.4%、「有償公社型」で74.2%と高く、「無償型」では12.6%と低かった。「無償型」では、原則として報酬を受け取っていないはずであるが、少数ながら報酬を受けていると回答した人たちがいる。各組織の責任者に確認したところ、報酬はないとのことであった。長年「無償型」組織で活動してきた人の中には、ホームヘルパーの養成講座を受講して、新しく設立された「福祉公社」にも加入するケースがあるようである。そうした「無償型」以外の活動に対しての報酬が含まれているのではないかと推測されるが、事実は不明である。なお、「無償型」では、交通費の支払を受けている人が15.4%おり、報酬ないし交通費の支払を受けている人は合せて3割近く及んだ。このことは、従来型のボランティアでも3分の1近くは全く金銭を受け取っていないわけではないことを示す。

一方、「有償民間型」と「有償公社型」の報酬を受けていない人のほとんどは、「時間貯蓄」をしていた。将来、自分や家族がホームヘルプサービスを必要とする時に備えて、活動した時間分を積み立てておくものである。最近、時間貯蓄の将来の保障をより確実なものにすることをねらいとして、類似団体の組織化が図られ、注目されている(兼間1993; 全社協1993)。

そこで、実際に受け取った金額をみておこう。表5-14は、月平均の金額をみたものである。「有償民間型」では、「月5,000円未満」(25.0%)と「月5,000~10,000円未満」(25.0%)がやや多く、「有償公社型」でも「月5,000~10,000円未満」(28.3%)が若干多い。しかし、両者とも金額の低い5,000円未満から比較的高い20,000円以上まで全体にバラついており、2万円以上の人も「有償民間型」で24.2%、「有償公社型」で17.5%あった。

「無償型」では、圧倒的に「月5,000円未満」が多く(72.2%)、「月5,000~10,000円未満」(20.4%)を加えると、9割強は月1万円未満と少なかった。2万円以上の人はいひとりもいなかった。「無償型」は金銭の支払を受けているとはいえ、ごく小額であった。

(4) 活動年数

図5-10は活動年数をみたものである。「無償型」は、「5~10年未満」が30.4%、10年以上が合せて30.4%となっており、活動年数の長い人が相対的に多かった。一方、「有償民間型」と「有償公社型」では半数弱が「1~5年未満」であり、「1年未満」を加えると7割に及ぶ。今回の調査対象となった「有償民間型」や「有償公社型」の団体は、いずれも5年以前に設立された団体であったが、参加者の多くは5年未満という短い活動年数であった。

(5) 他のボランティア活動への参加

最後に、当該団体での活動以外にも別のボランティア活動に参加しているかどうかをみておく。別の団体に加入して活動しているものと個人で活動しているものとを合せて、「無償型」では54.2%、「有償民間型」では47.1%、「有償公社型」では39.6%が他のボランティア活動も行っていることがわかった。別の団体やグループに所属して活動している割合は、「無償型」で最も高く(37.4%)、次いで「有償民間型」(30.8%)が高く、「有償公社型」ではやや低かった(21.3%)。「無償型」で団体への重複加入が相対的に多く、別のボランティア活動も行っている割合が高かった。

3. 民生委員の活動の実態

(1) 活動の内容

民生委員の活動は多岐にわたっている。民生委員法や社会福祉関係諸法や通知・通達に規定された「行政協力活動」に加えてボランティアとしての「自主的活動」を行うことが求められ、「超人的働き」(京都府社会福祉協議会,1978,p.125)が期待されてきた。「行政協力活動」として求められていることは、要援護者の発見・連絡、相談・援助、後指導、意見具申、広報・啓蒙活動、実態調査への協力などである。その他に証明事務などもある(中野,1981;中野,1988,pp.172-201)。

表5-15は、主要な活動項目をあげて、月平均または年平均の回数を尋ねた結果を示したものである。最も多いのが「友愛訪問、安否確認のための訪問」の月10.0回であった。

次いで「相談助言」の 3.6 回、「施設、団体、公的機関への連絡」の 3.1 回などが比較的多い活動であった。また、年に 4.9 回の「調査」を行っている点も注目される。調査員としての活動が予想した以上に多いことが判明した。

これらの活動の中で、最も時間をとられるものをあげてもらったところ、第 1 位が「友愛訪問、安否確認訪問」（25.3%）、第 2 位が「調査」（20.3%）、そして第 3 位が「相談助言」（12.6%）であった。第 1 位の訪問活動は、民生委員に期待されている本来の活動の 1 つであり、この活動を通じて地域の人々のニーズをいち早く察知することにもなる。また、第 2 位の調査は、多くは行政や公共的機関から依頼されるため、民生委員の間では一般に不評であるが、これも地域住民との交流やニーズ発見の機会として活用できるものである。第 3 位の相談助言は、予防とニーズ発見に繋がる最も重要な活動である。

これらのことから、金沢市民生委員の活動は、地域住民と接触し、ニーズ発見・把握に繋がる活動に重きが置かれていることがわかった。これは、大阪府方面委員制度発足当初からの基本的役割でもあり、伝統をよく受け継いでいるものと評価できる。

ところで、金沢市の民生委員は、戦前に前身の方面委員が「善隣館」と称する活動拠点施設を建設し、保健と福祉、社会教育にわたる多様な自主的活動を展開してきた歴史を有している。その活動を引き継ぎ、今日に至るまで地域のニーズに応じた自主的活動を展開してきた（中野，1993）。地域福祉計画を作成するにあたって、金沢市は善隣館を地域福祉の拠点として活用する方向を打ち出し、善隣館において公私協働による小規模のデイ・サービス（＝地域デイサービス事業）を実施する事業を発足させた（金沢市，1992）。

善隣館がある地域の民生委員は、従来から様々な自主的活動を行ってきており、最近では友愛訪問や配食サービスなどの在宅福祉サービスに取り組んでいる。加えて、デイ・サービスを開始したことにより介護の領域にも活動を拡大することになった。

そこで、デイ・サービスや食事サービスなどの在宅ケアに関係した活動に携わっている民生委員がどのくらいいるかをみておこう。デイ・サービスの提供に携わっていると回答した人は 40.0%であった。1 人当たり月平均で 1.7 回の活動を行っていた。食事サービス（配食と会食を含む）に携わっている人は 37.0%で、1 人当たり月平均 1.5 回のサービス提供にあたっていた。この 2 つサービスのどちらかに携わっている人は、合せて 54.0%であった。

なお、善隣館は、金沢市の旧市内地域に集中しており、合併などで拡大した郡部地域にはほとんどない。小規模デイサービス事業の開始当初は、善隣館以外の地域の民生委員も交替で参加する協力態勢がとられ、その後は順次、善隣館以外にも適当な場所でデイ・サービスを開始する事業拡大が図られている。したがって、善隣館がある地域の民生委員ばかりでなく、ない地域の民生委員もデイ・サービスに携わっている。因みに、自分の地域に善隣館があると回答した民生委員は 32.0%であった。

(2) 活動時間

図5-11は、月平均の活動時間を4分割してみたものである。

「月8時間未満」が38.2%で最も多く、次いで「月9～16時間未満」が23.0%が多かった。性別による差は認められなかったが、年齢別では60歳以上の高齢者の方に相対的に長時間の活動をしている人が多かった。また、前述したボランティアと比較すると、「無償型」よりは活動時間の長い人が多いが、「有償民間型」や「有償公社型」よりは活動時間の短い人が多かった。

(3) 活動費

活動費は、周知のとおり実費弁償という名目で若干支払われている。しかし、善隣館のある地域の民生委員・児童委員協議会の中には活動費を個人には支給せず、善隣館の建て替えに備えて積み立てをしていたところもあった。一律に支払われているとは限らない点は考慮しておく必要があるだろう。

そこで、活動費についてはどのように考えているのだろうか。半数近く(45.8%)は「実際にかかった活動費を弁償してほしい」という意見であったが、「活動費などはもらわなくてもよい」という意見も35.0%あった。報酬を望む意見は5.3%と少なかった。性および年齢別にみたが、顕著な差は認められなかった。

(4) 活動年数

民生委員は3年の任期があり、ボランティアの活動年数と単純には比較できないが、活動年数をみておくことにしたい。

図5-12に示したとおり、「3年未満」が27.0%で最も多かった。一方、「9年以上」という4期目以上の長期の人も含めて37.8%となっている。活動年数の短い有償型はもちろんのこと、「無償型」と比べても活動年数の長い人が若干多い。とくに高年齢層の方に活動年数の長い人が多かった。

近年、民生委員の若返りと女性の増加を図る方針がとられてきたが、女性の就労の増加や雇用化、都市化の進行で民生委員のなり手が見出しにくくなっている。地域のことに精通し、住民との信頼関係を築くにはある程度の年数を必要とすることから、長期の活動歴はむしろ望ましいことである。問題は、住民の立場に立って、意欲的に活動することができる人であるかどうかであろう。

(5) 役職の兼務状況

民生委員は、市町村長から委嘱された市町村の民生委員推薦会が末端の推薦機関となり、県知事の推薦を経て、厚生大臣が委嘱することになっている。行政との係わりが強く、地域住民の声を反映する余地が少ないと批判されていたように(京都府社会福祉協議会,1978,p.47)、かつては地域の保守的な有力者が選出される傾向がみられた。近年、若返りと女性委員の増員が図られ、実際に活動できる人が選出されるようになってきている。比較的時間の自由がきき、地域で活動できる人となると、選出される人はかなり限定されてくる。最近では、引き受け手を確保することが難しいという新たな問題も生じている。

そのため、民生委員の多くは、町内会の役員をはじめ種々の地域諸団体の役員を兼任している可能性が高い。そのことは、民生委員の立場からは地域の実情に精通できるという利点があるが、逆の立場の住民からみればごく少数の人に地域が牛耳られると感じる危険性がないわけではない。

実際には、どの程度の役職・公職を兼任しているのだろうか。最も多いのは「町内会」の役員であり（36.8%）、次いで「社協」（34.1%）、「ボランティア・グループ」（26.6%）、「公民館」（18.4%）、「婦人会」（12.2%）、「善隣館」（11.4%）、「老人クラブ」（9.2%）、「農協」（6.0%）、「PTA」（2.2%）の順であった。これら以外の「その他」も17.2%あり、1つ以上の役職・公職を兼任している人は79.9%に及んだ。8割という多数が、民生委員以外にも地域諸団体の役員として活動しており、地域のリーダー的存在であることがわかった。

表5-11 ボランティアの基本属性の分布

人数(%)

	無償型 226 (100)	有償民間型 196 (100)	有償公社型 244 (100)	合 計 666 (100)
性 男	21 (9.4)	6 (3.1)	12 (4.9)	39 (5.9)
女	204 (91.1)	188 (95.9)	231 (94.7)	623 (93.5)
不明	1 (0.4)	2 (1.0)	1 (0.4)	4 (0.6)
年 齢 40歳未満	10 (4.4)	9 (4.6)	17 (7.0)	36 (5.4)
40歳代	33 (14.6)	59 (30.1)	48 (19.7)	140 (21.0)
50歳代	71 (31.4)	76 (38.8)	86 (35.2)	233 (35.0)
60歳以上	112 (49.6)	52 (26.5)	91 (37.3)	255 (38.3)
不明	0 (—)	0 (—)	2 (0.2)	2 (0.3)
学 歴 中卒	22 (9.7)	8 (4.1)	32 (13.1)	62 (9.3)
高卒	99 (43.8)	104 (53.1)	104 (42.6)	307 (46.1)
高専・短大卒	55 (24.3)	54 (27.6)	74 (30.3)	183 (27.5)
大学・大学院卒	43 (19.0)	25 (12.8)	20 (8.2)	88 (13.2)
その他	4 (1.8)	4 (2.0)	5 (2.0)	13 (2.0)
不明	3 (1.3)	1 (0.5)	9 (3.7)	13 (2.0)
家族構成 夫婦+子(+他)	113 (50.0)	119 (60.8)	131 (53.7)	63 (54.5)
夫婦のみ	64 (28.3)	44 (22.4)	38 (15.6)	146 (21.9)
本人+子/親/他	28 (12.4)	13 (6.6)	36 (14.7)	77 (11.6)
一人暮らし	21 (9.3)	20 (10.2)	39 (16.0)	80 (12.0)
就 労 フルタイム	21 (9.3)	14 (7.1)	21 (8.6)	56 (8.4)
パートタイム	30 (13.3)	43 (21.9)	69 (28.3)	142 (21.3)
働いていない	172 (76.1)	137 (69.9)	144 (59.0)	453 (68.0)
不明	3 (1.3)	2 (1.0)	10 (4.1)	15 (2.3)

表5-12 民生委員の基本属性の分布
人数(%)

		民生委員 738 (100)	
性	男	348	(47.5)
	女	382	(51.8)
	不明	8	(1.1)
年 齢	40歳未満	5	(0.7)
	40歳代	72	(9.8)
	50歳代	203	(27.5)
	60歳以上	451	(61.1)
	不明	7	(0.9)
学 歴	中卒	173	(23.4)
	高卒	381	(51.6)
	高専・短大卒	129	(17.2)
	大学・大学院卒	43	(5.8)
	その他	5	(0.7)
	不明	7	(1.2)
家族構成	夫婦+子(+他)	459	(62.2)
	夫婦のみ	204	(27.6)
	本人+子/親/他	48	(6.5)
	一人暮らし	27	(3.7)
就労	働いている	404	(54.7)
	働いていない	330	(44.7)
	不明	4	(0.5)

図 5 - 8 活動内容

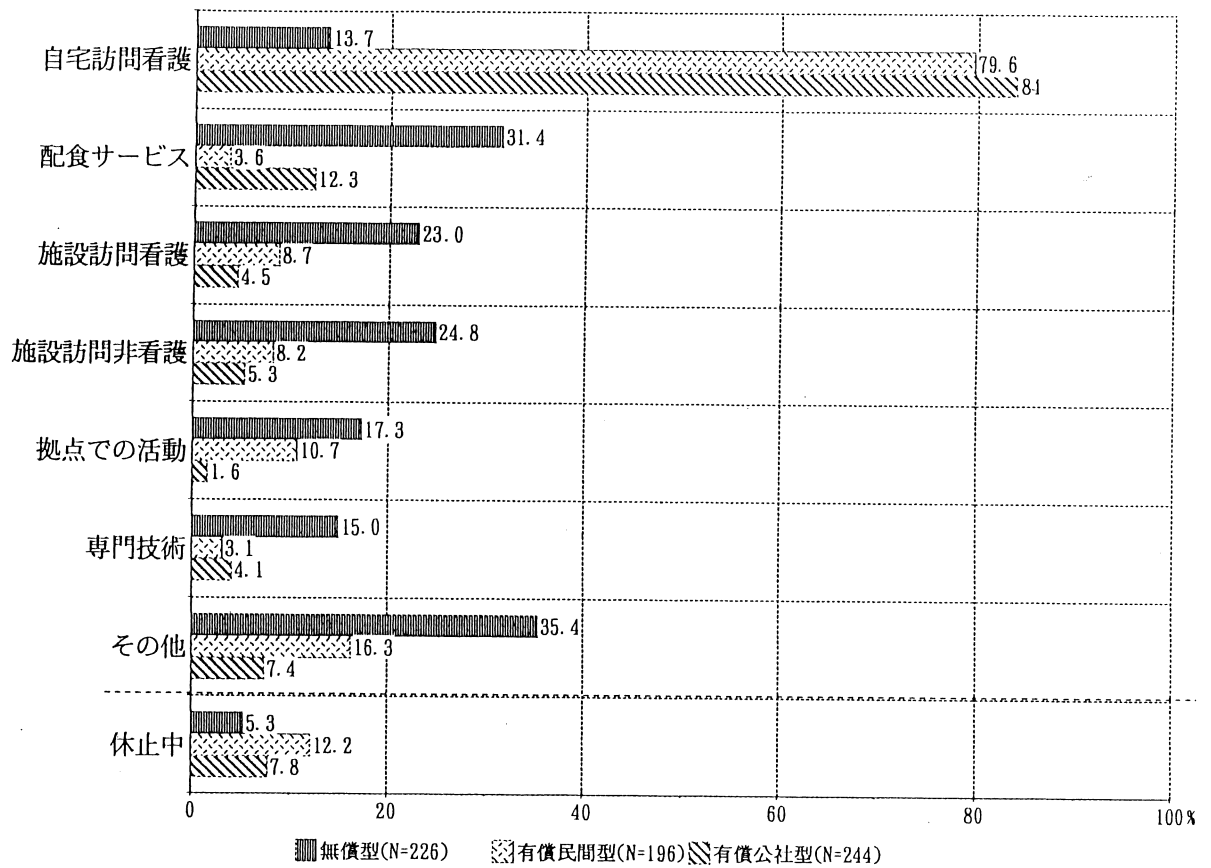


図 5 - 9 月平均活動時間

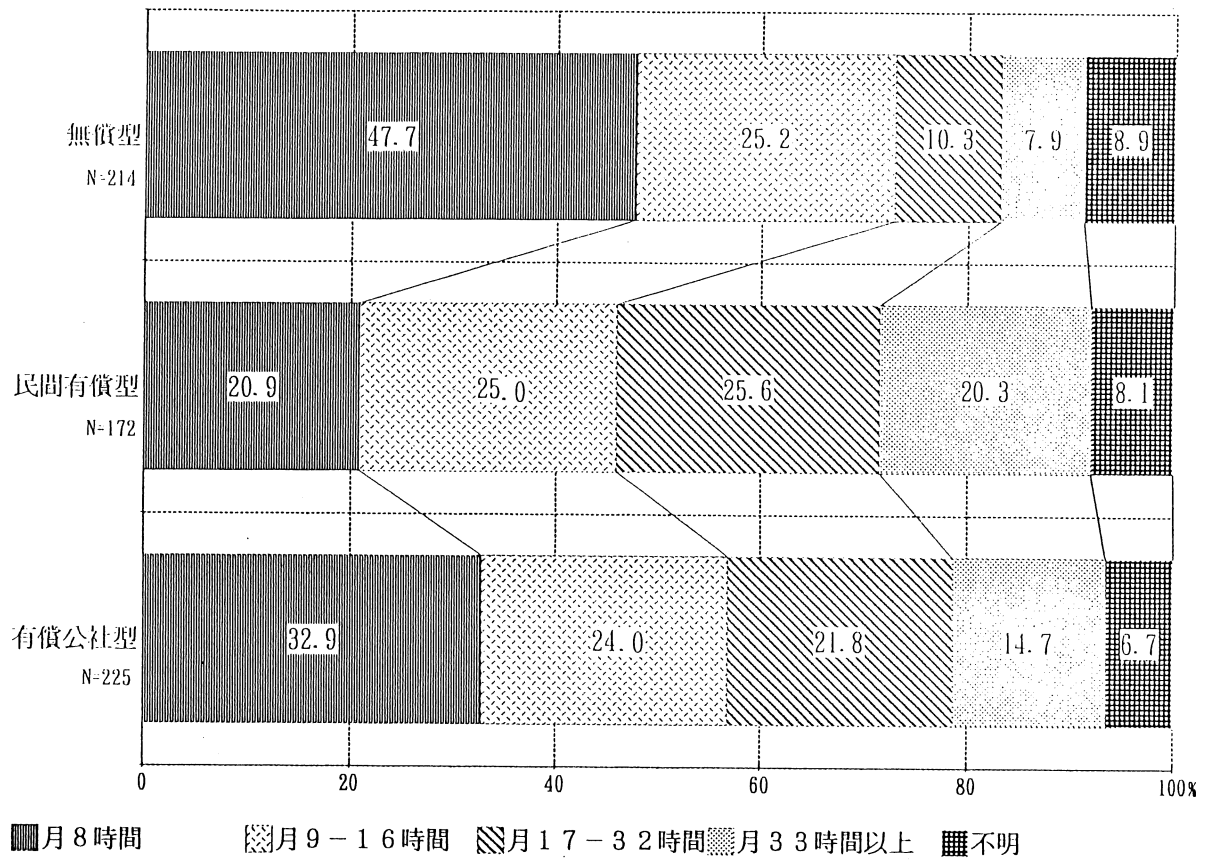


表 5 - 1 3 報酬及び活動費

人数 (%)

	無償型	民間有償型	有償公社型	計
	214(100.0)	172(100.0)	225(100.0)	611(100.0)
報酬(+交通費/時間貯蓄)	27(12.6)	128(74.4)	167(74.2)	322(52.7)
交通費	33(15.4)	0(0.0)	2(0.9)	35(5.7)
時間貯蓄	1(0.5)	33(19.2)	46(20.4)	80(13.4)
もらっていない	145(67.8)	8(4.7)	7(3.1)	160(26.2)
その他	11(0.5)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.2)
不明	7(3.3)	3(1.7)	3(1.3)	13(2.1)

表 5 - 1 4 活動報酬の金額

人数 (%)

	無償型	有償民間型	有償公社型	計
	54(100.0)	128(36.8)	166(47.7)	348(100.0)
5,000未満	39(72.2)	32(25.0)	32(19.3)	103(29.6)
5,000-10,000	11(20.4)	32(25.0)	47(28.3)	90(25.9)
10,000-15,000	3(5.6)	20(15.6)	33(19.9)	56(16.1)
15,000-20,000	1(1.9)	13(10.2)	25(15.1)	39(11.2)
20,000以上	0(0.0)	31(24.2)	29(17.5)	60(17.2)

図 5 - 1 0 活動年数

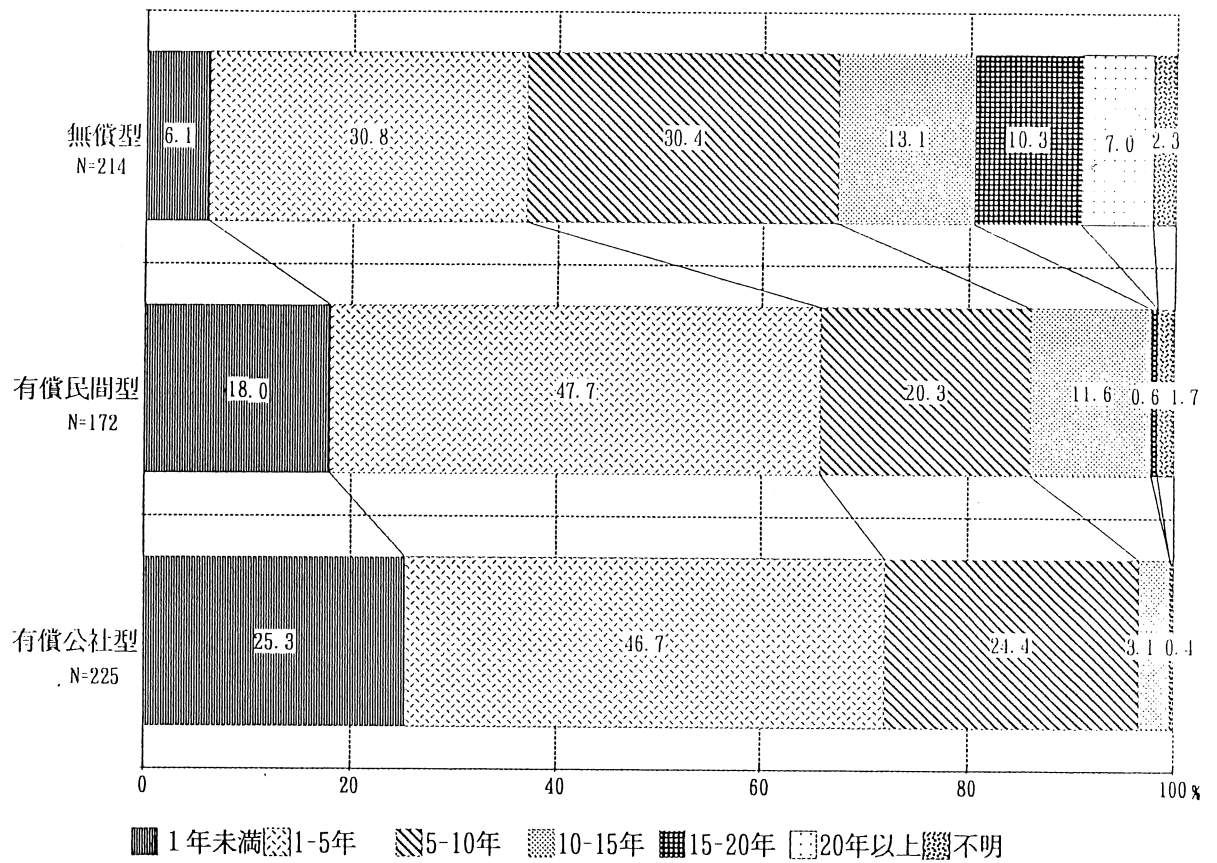
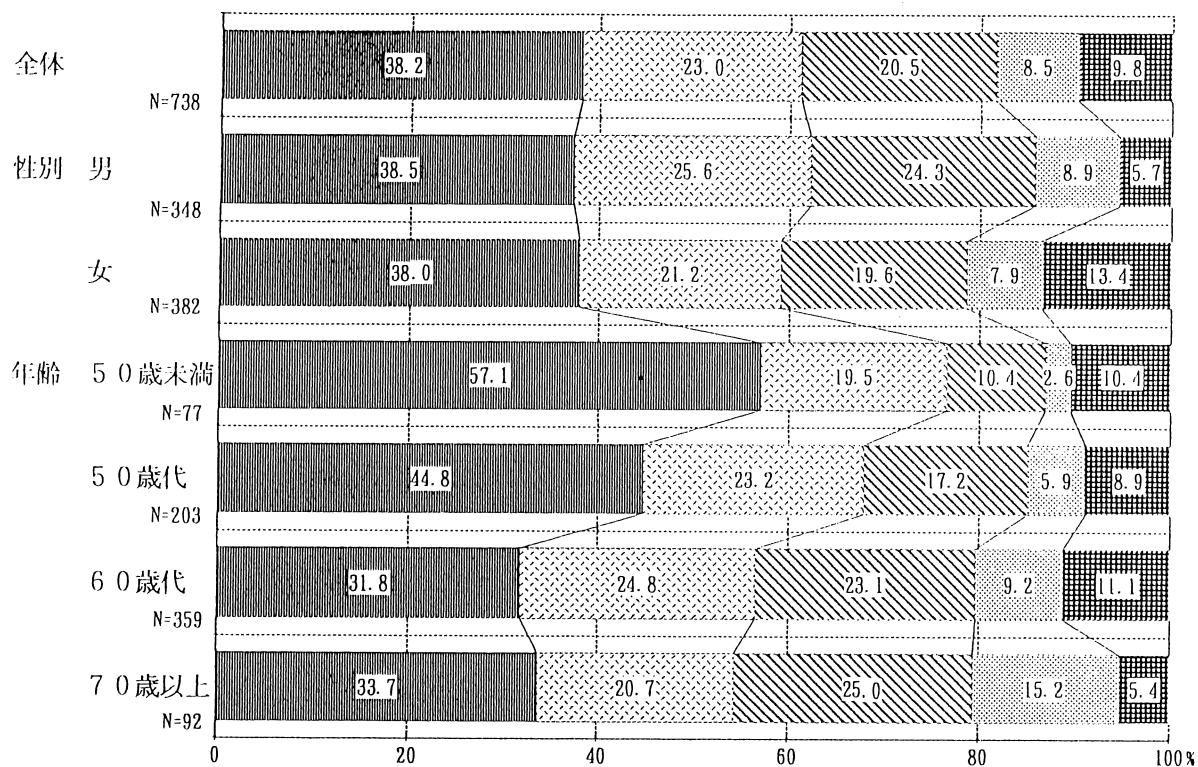


表 5 - 15 活動内容

活動内容項目	件数・回数
1. 相談助言（家庭訪問及び電話での相談助言を含む）	月平均 3.6 件
2. 証明事務（意見書を含む）	月平均 1.0 件
3. 施設、団体、公的機関への連絡	月平均 3.1 回
4. 地域行事等への参加（民生・児童委員としての参加のみ）	月平均 2.3 回
5. 友愛訪問、安否確認のための訪問	月平均 10.0 回
6. 社協・民協の会合	月平均 1.7 回
7. 各種の研修会	年平均 3.8 回
8. 調査（実態調査、モニター調査等）	年平均 4.9 回
9. 世帯票、福祉票の作成	年平均 2.6 回
10. その他	年平均 9.4 回

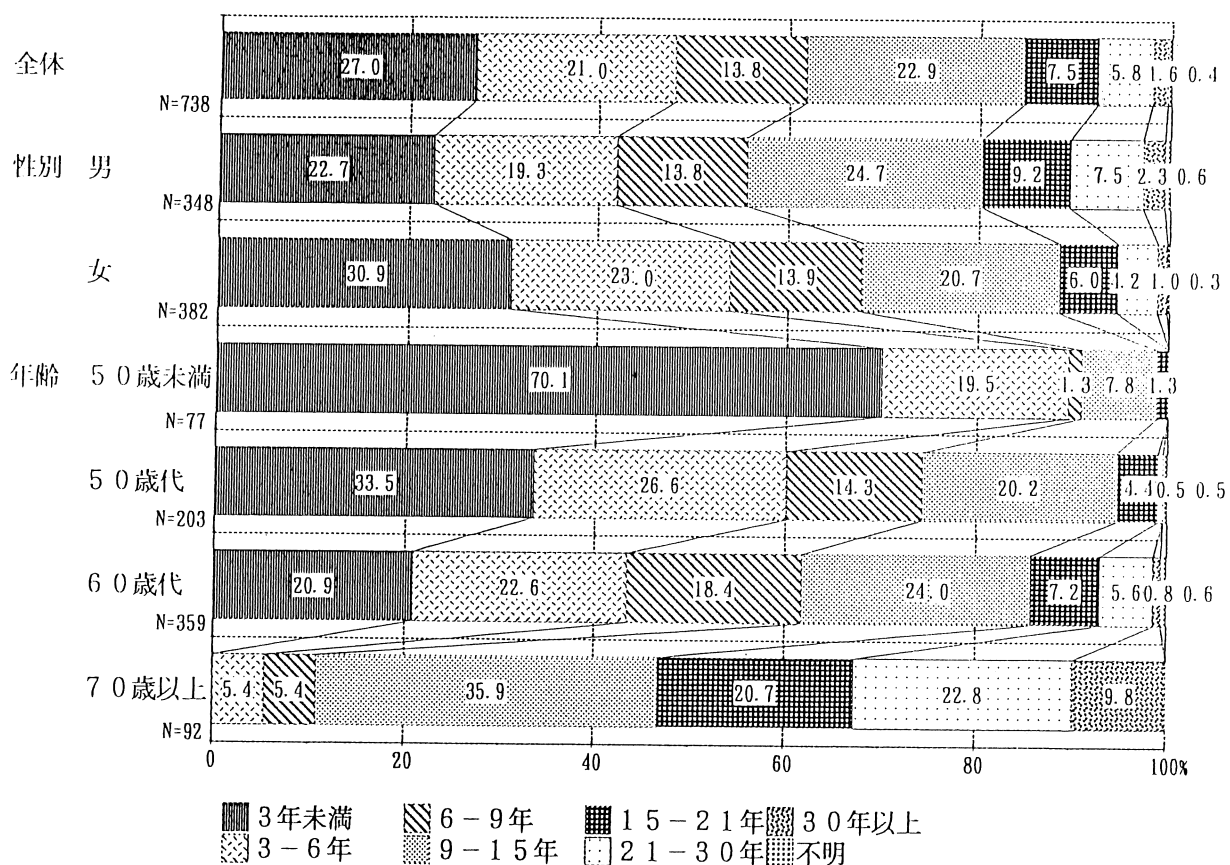
図 5 - 1 1 活動時間（民生委員）



月8時間未満
 月6-16時間
 月17-32時間
 33時間以上
 不明

注：性別不明8，年齢不明7は省略した

図 5 - 1 2 活動年数（民生委員）



第3節 ボランタリー部門の担い手のボランティアリング意識

1. ボランティアリング意識の測定と測定スケール

最後に、福祉コミュニティ形成への示唆を得るために、ボランタリー・セクターの人々がどのようなボランティアリング意識をもっているのか、そしてその意識に影響を与えている要因は何かを検討しておくことにする。ボランティアリング意識とは、ボランティアおよびボランタリーな活動を行うことについての考え方や意識を指すものとする。

まず、3タイプのボランタリー組織―「無償型」「有償民間型」「有償公社型」―の参加者のボランティアリング意識を測定するにあたっては、18項目からなる測定スケールを作成した。このスケールは、ボランタリズムの原理とされている「自発性」「利他主義」「無償性」に、行政との関係を見る「民間性」を加えた4つの原理を下位スケールとして含むものであり、それぞれの原理を表す4～5項目の文章に、1.とてもそう思う、2.かなりそう思う、3.少しそう思う、4.全くそう思わない、の4段階で評価するものとなっている。表5-16は、スケールの項目を示したものである。

次に、民生委員についてもボランティアリング意識を測定して、ボランティアとの比較を行うことを試みた。上記のボランティア用に作成したスケールは、活動費などの一部の項目で民生委員にあてはまらないものがあるため、比較が可能で、かつ民生委員が回答できるように最小限の修正を行った。具体的には、民生委員が該当しない、あるいは回答しにくい2項目を削除し、ボランティアという言葉で民生委員という言葉に変え、また、グループや団体を民協という言葉に変更して、最終的に表5-17に示した16項目のスケールとした。

ボランティアリング意識の測定および分析にあたっては、図5-13のような枠組みを設定した。

2. ボランティアリング意識の比較とその関連要因の分析

(1) 4団体類型別にみたボランティアリング意識

福祉コミュニティへのボランタリー部門の参加を促進する方策を考察する前提として、民生委員を含めたボランティアがボランティアおよびボランタリーとして活動することについて、どのような考え方や意識をもっているのかを検討しておくことにしたい。表5-18は、ボランティア全体（3タイプのボランティアと民生委員を含む）のボランティアリング意識の測定スケール16項目に対する回答分布を示したものである。なお、ここでは、このスケールの16項目のすべてに回答した人を分析の対象とした。「1.とてもそう思う」に回答した割合の高いものは、「1. 進んで社会のために」、「2. 困っているのを見過ごせない」、「3. 精神的な報酬」、「9. 他人のお世話は社会人として当然」などであり、反対に「4. 全くそう思わない」に回答した割合の高いものは、「6. 行政に頼らず運営」、「8. ボランティアの必要性がなくなる」、「15. 報酬がある方が活動しや

すい」であった。

次に、ボランティアリング意識の構造を把握するために、16項目の因子分析（主成分分析、バリマックス回転）を行った。ボランティアと民生委員を合計した全体と、ボランティアと民生委員をそれぞれ別に主成分分析を試みたところ、因子負荷がどの主成分にもあまり高くなく、解釈が難しい2項目（10と11）を除けば、いずれも同じ項目からなる4つの主成分が抽出された（表5-19、表5-20、表5-21）。

表5-20に示したとおり、第1主成分に負荷が高かった項目は、「2. 他人が困っているのを見過ごしにするのは心苦しい」、「1. みずから進んで社会のためになる活動をするのは意義がある」、「9. 他人のお世話をするのは社会人として当然である」などであった。他人への奉仕を評価する因子であると解釈して、「奉仕性・利他主義に関する意識」と名付けることにした。

第2主成分に負荷が高かった項目は、「7. ボランティア・民生委員は、行政のワクにとらわれないで活動することが重要である」、「16. 行政に任せておくよりは、自分たちでやった方が融通のきく、木目細かなサービスができる」、「6. できるだけ行政には頼らず、グループ・団体・民協の運営を行う方がよい」、「12. 自分たちで活動を計画し、自分たちで実行することに意義がある」であった。行政とは一線を画する活動を評価する因子であると解釈して、「民間性・自発性に関する意識」と呼ぶことにした。

第3主成分に負荷が高かった項目は、「15. 一般には、交通費＋報酬がある方が活動しやすい」、「13. 交通費の支払いがある方が活動しやすい」、「14. グループ・団体・民協の運営にあたっては、全面的な行政からの資金援助が必要である」など活動費や活動資金に関する項目であった。そこで、「無償性・活動資金に関する意識」と名付けることにした。

第4主成分に負荷が高かった項目は、「5. 自分ひとりでは、他人を手助けすることはできないという無力感がある」、「8. 公的福祉が充実すればボランティア・民生委員の必要性はなくなる」などであった。これらの項目に対しては、否定的な回答が多かったことを考慮して、「開拓性・楽観主義に関する意識」と命名することにした。

以上、因子分析の結果、民生委員も含めたボランティアのボランティアリング意識は、当初の想定とは僅かに異なり、「奉仕性・利他主義に関する意識」「民間性・自発性に関する意識」「無償性・活動資金に関する意識」「開拓性・楽観主義に関する意識」の4つの因子から構成されていることが判明した。

なお、このスケールは、先行研究の中に信頼性と妥当性が確保された適当なスケールが見当たらなかったために、新たに作成したものである。スケールとしての信頼性と妥当性の検討は今後の課題とせざるを得ないが、ここでは、内的一貫性についてのみ示すことができる。第1主成分の4項目の一貫性を示す α 係数は0.703、第2主成分が0.700、第3主成分が0.690、第4主成分が0.462であった。第4主成分の値が低い、その他は、項目

数が少ないわりにはまあまあの水準であるといえよう。

さて、この4つの次元にそれぞれ属する項目の平均値を4タイプのボランティア間で比較してみた。その結果は、表5-22に示したとおりである。

第1主成分の「奉仕性・利他主義に関する意識」については、「民生委員」が最も肯定的で、次いで「無償型」「有償公社型」「有償民間型」の順で肯定の度合いが有意に低くなるという結果 ($F=7.78, p<.001$) が得られた。団体類型間の平均値の差の検定を行ったところ、民生委員とボランティア3タイプとの間に有為な差が認められ、民生委員は3タイプすべてのボランティアよりも奉仕性意識が高いことが判明した。

第2主成分の「民間性・自発性に関する意識」については、「無償型」が最も肯定的で「有償民間型」「民生委員」「有償公社型」の順で低くなるという有意な差 ($F=21.65, p<.001$) が認められた。4タイプ間では、「無償型」は「有償民間型」「民生委員」「有償公社型」に比べて民間性意識が有意に高く、また「有償民間型」は「民生委員」と「有償公社型」よりも民間性意識が有意に高いという結果であった。

第3主成分の「無償性・活動資金に関する意識」については、最も肯定的なのが予想どおり「無償型」であった。そして「民生委員」「有償公社型」「有償民間型」の順で肯定の程度が有意に低くなっている ($F=41.09, p<.001$)。4タイプ間では、「無償性」が他のすべてのタイプに比べて有意に無償性意識が高く、また、「民生委員」も「有償公社型」や「有償民間型」よりも有意に無償性意識が高かった。

第4主成分の「開拓性・楽観主義に関する意識」では、「無償型」が最も肯定的で、次いで「有償民間」「有償公社」「民生委員」の順であった。4タイプ間の比較をみると、「民生委員」が他の3タイプすべてのボランティアよりも開拓性意識が有意に低いことがわかった。

タイプ別にまとめると、「無償型」は民間性、無償性、開拓性に関して最も肯定的な意識を持ち、奉仕性でも「民生委員」について肯定的な意識をもっていた。4タイプの中では、伝統的なボランティアリング意識を最も強くもっている人たちであるといえる。

「有償民間型」は、民間性や開拓性では「無償型」に次いで肯定的な意識をもっているが、奉仕性や無償性に関しては4者の中で最も低い評価をしていた。報酬をもらう以上は奉仕というよりは仕事として捉えらるべきであると考えているのではないだろうか。

「有償公社型」は、民間性意識が最も低く、奉仕性、無償性、開拓性意識も相対的に低かった。公的な後ろ盾のある組織で、与えられたことをきちんとこなすというタイプの人が多いのではないかと推測される。

「民生委員」は、奉仕性については最も肯定的な意識をもっていて、無償性についても「無償型」に次いで肯定的であったが、民間性意識は相対的に低く、開拓性意識は最も低かった。

4つのタイプのボランティアは、それぞれ多少異なるボランティアリング意識を有して

いることが明らかになった。以下に、これらの意識に影響を与えている要因は何かを検討することにしたい。

(2) ボランティアリング意識に影響する要因

ボランティアリング意識に影響を及ぼす要因を探るために、先述の図5-13に示した分析枠組みを設定した。関連する要因としては、性、年齢、学歴の基本属性の他に、性格、社会的態度、地域帰属意識、活動（活動内容と活動時間）が想定された。これらの要因の影響については、これまでに確定した知見が得られていないため（江上,1991;平岡,1986;望月,1994）、仮説検証というよりは探索的な分析にとどまらざるをえない。

ボランティアリング意識を構成する4つの主成分を従属変数として、上記の各要因を独立変数とする多元配置分散分析を試みた。

結果の紹介に入る前に、独立変数の測定方法とその変量化について説明しておく。

性、年齢、学歴の基本属性については、表5-23のとおりである。ここでは、ボランティアリング意識測定スケールの16項目すべてに回答した人のみを分析の対象としたため、先の表5-11に示した有効回答者の基本属性とは数字が異なっている。

「性格」については、「モーズレイの性格検査(MP I)」(Eysenck,1959) から内向性・外向性に関する13の質問を選んで使用した。たとえば、「いつも気楽に生きていますか」という質問に「1.とても当てはまる」「2.わりと当てはまる」「3.あまり当てはまらない」「4.全然あてはまらない」の4段階の中から1つを選んで回答してもらうものである。使用した項目は表5-24のとおりである。変量化の方法は、方向性を揃えて、最も肯定的な回答を3点とし、順に2点、1点、0点を与え、合計点を算出した。そして、分布を勘案して、「外向的」「中間」「内向的」の3カテゴリーに分類した。なお、欠測値については、当該項目の平均値を代入した。

「社会的態度」というのは、本研究のために新たに作成した13項目からなるスケールである。表5-25に示したとおり、「政治に対する関心は高いほうですか」「環境汚染のことを考えて、洗剤選びやゴミの少量化などにいつも気を付けていますか」などの質問に、「1.かなり／いつも」「2.まあ／時々」「3.そうではない」の3段階で回答するものである。変量化は、同じく方向性を揃えて、最も肯定的な回答に2点を与え、順に1点、0点を与えた。同じく合計点を算出し、分布に配慮して、「積極的」「中間」「消極的」の3つのカテゴリーに分類した。欠測値については、同様に平均値を代入する処理を行った。

「地域帰属意識」というのは、社会学の領域でよく使用されているものを用いた。表5-26に示したとおり、「地域内の人たちのまとまりはいいほうだと思いますか」「自分の住む地域のために何か役に立ちたいと思いますか」などの5項目に、「1.非常に良い／そう思う」「2.まあ良い／まあそう思う」「3.やや悪い／あまりそうではないと思う」「4.非常に悪い／ほとんどそうではないと思う」の4段階で回答するものである。最も肯

定的な回答に2点、順に1点、-1点、-2点を与えて、合計点を算出した。分布を勘案して、「高い」「中位」「低い」の3つのカテゴリーに分類した。欠測値は同じく平均値を代入した。

活動に関しては、活動内容と活動時間の2つの変数を用いた。活動内容については、在宅ケアに関する活動か否かによって2分類したものである。在宅ケア・サービスに分類された活動は、ホームヘルプサービス、デイサービス、食事サービスである。一方、活動時間については、「月8時間未満」「月8～16時間」「月17～32時間」「月33時間以上」に4分類したものをを用いた。

これら独立変数の分布は、表5-23に示した。

次に、分散分析の結果をみることにする。

表5-27に示したとおり、第1主成分の「奉仕性・利他主義に関する意識」に有意な関連が認められた要因は、「年齢」「性格」「社会的態度」「地域帰属意識」であった。F値をみると、とくに「地域帰属意識」が強い関連を示した要因であることがわかる。関連の方向性は、年齢では60歳以上の高年齢者、性格は外向的な人、社会的態度は積極的な人、地域への帰属意識の高い人の方が「奉仕性」意識が高いというものであった（表5-28）。

第2主成分の「民間性・自発性に関する意識」に有意な関連が認められた要因は、「性格」「社会的態度」「活動内容」であった。「活動時間」は有意ではなかったが、危険率5%に近い水準であった。関連の方向性は、外向的な人、積極的な態度の人、在宅ケア・サービスに携わっていない人の方に「民間性」意識が高いというものであった。

第3主成分の「無償性・活動資金に関する意識」に有意な関連が認められた要因は、「社会的態度」「活動時間」「活動内容」であり、とくに「活動内容」が強い影響を与えていた。また、「性格」は有意ではなかったが、危険率5%の水準に近かった。関連の方向性は、消極的な態度の人、活動時間の短い人、在宅ケアに携わっている人の方に「無償性」意識が高いという結果であった。このことは、逆に、積極的な態度の人、活動時間の長い人は、在宅ケアに携わっている人は有償を支持する傾向が強いことを意味している。

第4主成分の「開拓性・楽観主義に関する意識」に有意な関連が認められた要因はなかった。

以上をまとめると、ボランティアリング意識に影響する要因としては、「社会的態度」が意識の3次元に影響を及ぼし、最も重要な要因であること、「性格」や「活動内容」「活動時間」も影響を及ぼす比較的重要な要因であること、これに対して「性」「年齢」「学歴」などの基本属性は、「年齢」が「奉仕性」次元に影響を与えていることを除けば、ほとんど影響を及ぼしていないこと、また、興味深いことに「地域帰属意識」が「奉仕性」次元にのみに強い影響力を及ぼしていることなどが明らかになった。そして、影響の方向性としては、「奉仕性」と「民間性」次元では、外向的な性格の人や積極的な社会的態度

の人の方が肯定的な意識をもつ傾向がみられたが、「無償性」次元では逆の方向性が認められた。すなわち、外向的な人や積極的な人ほど有償を肯定する傾向がみられた。伝統的なボランティアの必須要件であった無償性にあまりこだわらない人たちがボランティア活動に参加するようになっていることを示しており、とくに、活動時間の長い人や「在宅ケア」サービスに携わる人にその傾向が強かった。「有償民間型」や「有償公社型」の台頭がそれをもたらしたわけであるが、これらの団体の参加者は、高学歴で、積極的な社会的態度をもつ人が比較的多く、年齢が若干若いことを除けば、「無償型」の参加者の特性とほとんどかわらない（表5-23参照）。しかし、「活動内容」と「無償性」に対する意識では明らかに異なっていた。

要介護者宅を訪問して、在宅ケアに直接かかわり、より長時間のサービスを提供するという活動内容が、ある程度の有償を肯定する方向に作用しているとしたら、介護を中心とした在宅ケア活動を地域住民による無償の活動として組織化しようという目論みはあまり現実的でないことを示唆するものであろう。

もう1つ注目しておきたい点は、「地域帰属意識」が「奉仕性」次元にのみ強い影響力を示していたことである。ボランティア活動は、本来、目的中心の活動であって、地域ベースの活動ではないところに特徴がある。これを地域ベースで組織化しようという本研究のねらいにとって、「地域帰属意識」が高く、しかも「奉仕性」意識の高い人が存在するということは重要な発見といえる。

表5－16 ボランティアリング意識の測定項目

1. みずから進んで社会のためになる活動をするのは意義がある。
2. 他人が困っているのを見過ごしにするのは心苦しい。
3. お金よりも、よろこびや生きがいなどの精神的な報酬の方が重要である。
4. 自分たちが活動することが行政の肩代わりとなっている。
5. 自分ひとりでは、他人を手助けすることはできないという無力感がある。
6. できるだけ行政には頼らずに、グループや団体の運営を行う方がよい。
7. ボランティアは、行政のワクにとらわれなくて活動することが重要である
8. 公的福祉が充実すればボランティアの必要性はなくなる。
9. 他人のお世話をするのは社会人として当然である。
10. 行政が支援している団体に入って、活動する方がしやすい。
11. まったくの無報酬で行うことに意義がある。
12. 黙っていると、行政は動かないので、積極的に圧力をかける必要がある。
13. 自分たちで活動を計画し、自分たちで実行することに意義がある。
14. 交通費の支払いがある方が活動しやすい。
15. グループや団体の運営にあたっては、全面的な行政からの資金援助が必要である。
16. 活動した分の見返りはお金でなく実際のサービスでかえってくる方がよい。
17. 一般には、交通費のほかにわずかでも報酬がある方が活動しやすい。
18. 行政にまかせておくよりは、自分たちでやった方が融通のきく、きめ細かなサービスができる。

注：網かけした項目は逆転項目である。

表5－17 民生委員のボランティアリング意識の測定項目

-
1. みずから進んで社会のためになる活動をするのは意義がある。
 2. 他人が困っているのを見過ごしにするのは心苦しい。
 3. お金よりも、よろこびや生きがいなどの精神的な報酬の方が重要である。
 4. 自分たちが活動することが行政の肩代わりとなっている。
 5. 自分ひとりでは、他人を手助けすることはできないという無力感がある。
 6. できるだけ行政には頼らずに、民協の運営を行う方がよい。
 7. 民生委員は、行政のワクにとらわれないで活動することが重要である
 8. 公的福祉が充実すれば民生委員・児童委員の必要性はなくなる。
 9. 他人のお世話をするのは社会人として当然である。
 10. まったくの無報酬で行うことに意義がある。
 11. 黙っていると行政は動かないので積極的に意見や要望を出した方がよい。
 12. 自分たちで活動を計画し、自分たちで実行することに意義がある。
 13. 交通費の支払いがある方が活動しやすい。
 14. 民協の運営にあたっては、全面的な行政からの資金援助が必要である。
 15. 一般には、交通費のほかにわずかでも報酬がある方が活動しやすい。
 16. 行政にまかせておくよりは、自分たちでやった方が融通のきく、きめ細かなサービスができる。
-

注：網かけした項目は逆転項目である。

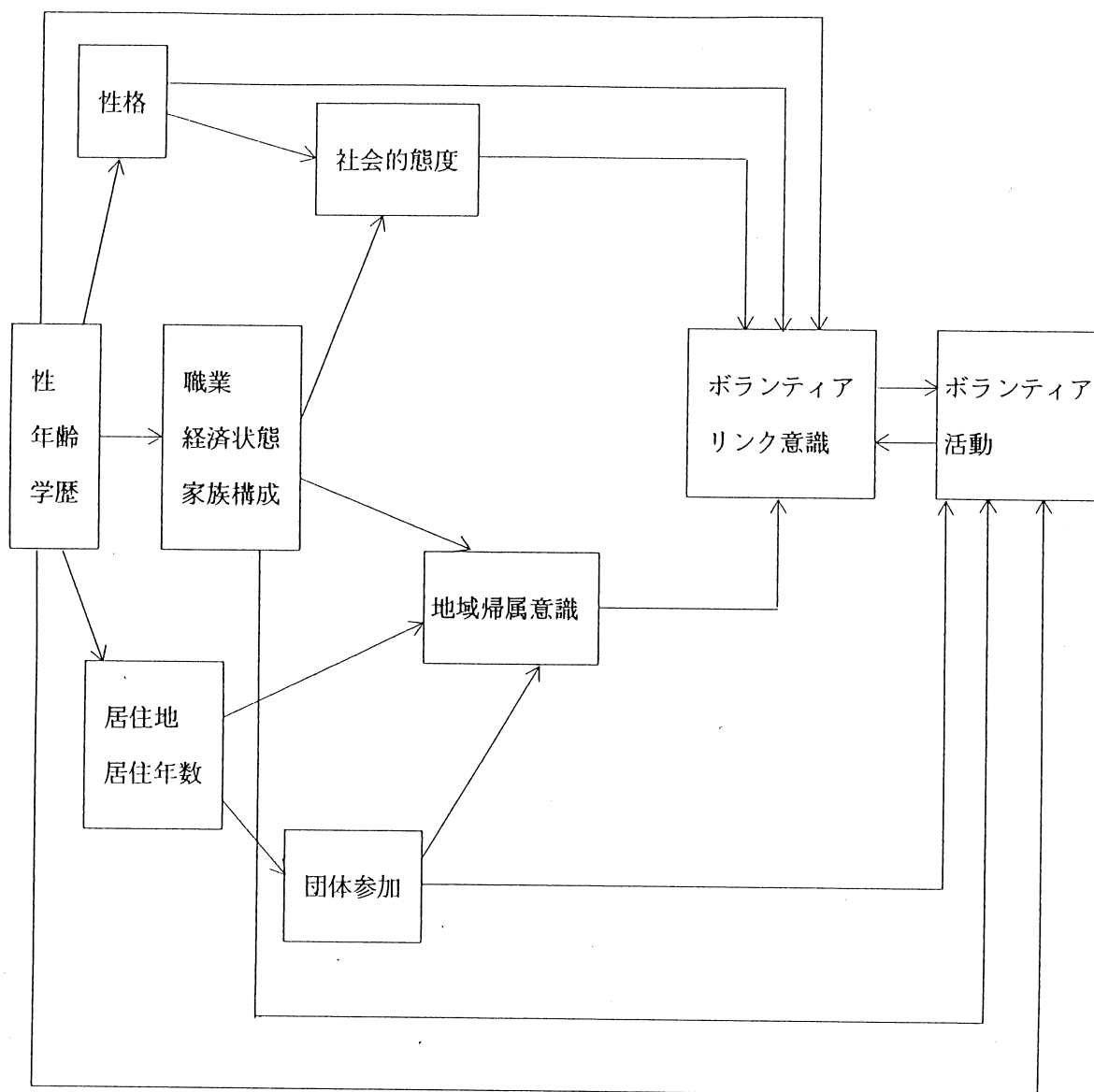


図 5 - 1 3 分析の枠組み

表5-18 ボランティアリング意識の回答分布

N=1124 %

	と て も そ う 思 う	わ り と そ う 思 う	す こ し そ う 思 う	全 く そ う 思 わ な い
1. みずから進んで社会のためになる活動をするのは意義がある。	50.4	43.0	14.1	1.5
2. 他人が困っているのを見過ごしにするのは心苦しい。	45.9	42.1	11.7	0.4
3. お金よりも、よろこびや生きがいなどの精神的な報酬の方が重要である。	42.4	39.5	16.1	2.0
4. 自分たちが活動することが行政の肩代わりとなっている。	17.5	31.8	42.2	8.5
5. 自分ひとりでは他人を手助けすることはできないという無力感がある。	14.3	28.1	38.3	19.2
6. できるだけ行政には頼らずにグループや団体（民協）の運営を行う方がよい	6.2	17.7	34.5	41.5
7. ボランティア（民生委員）は、行政のワクにとらわれないで活動することが重要である	17.1	28.3	35.7	19.0
8. 公的福祉が充実すればボランティア（民生委員・児童委員）の必要性はなくなる。	9.9	10.6	21.0	58.5
9. 他人のお世話をするのは社会人として当然である。	40.1	38.3	18.8	2.8
10. まったくの無報酬で行うことに意義がある。	17.8	25.1	31.0	26.1
11. 黙っていると、行政は動かないので、積極的に意見や要望を出した方がよい	25.4	35.1	31.4	8.0
12. 自分たちで活動を計画し、自分たちで実行することに意義がある。	17.0	36.4	33.1	13.5
13. 交通費の支払い（実費弁償）がある方が活動しやすい。	30.0	28.7	28.3	13.0
14. グループや団体（民協）の運営にあたっては、全面的な行政からの資金援助が必要である。	30.8	31.9	30.2	7.0
15. 一般には、交通費のほかにわずかでも報酬がある方が活動しやすい。	12.6	20.4	35.7	31.3
16. 行政にまかせておくよりは、自分たちでやった方が融通のきく、きめ細かなサービスができる。	11.3	26.2	37.8	24.6

表5－19 ボランティアリング意識の主成分分析結果（全体）

		因子 負 荷 量				共通性
		第 1	第 2	第 3	第 4	
奉仕性	②他人が困っているのを見過ごしにするのは心苦しい	.743	.067	-.066	-.083	.569
	①みずから進んで社会のためになる活動をするのは意義が	.736	.125	-.098	.068	.572
	⑨他人のお世話をするのは社会人として当然である	.726	.083	-.051	-.053	.540
	③お金よりも、よろこびや生きがいなどの精神的な報酬	.631	.189	.153	-.138	.476
民間性	⑦ボラ・民生委員は、行政のワクにとらわれないで活動	.059	.792	-.011	-.062	.635
	⑩行政にまかせておくよりは、自分たちでやった方が融通	.068	.721	-.228	.135	.594
	⑥できるだけ行政には頼らずに、団体・民協の運営を	.101	.709	.176	-.131	.562
	⑫自分たちで活動を計画し、自分たちで実行することに	.246	.621	-.042	-.032	.450
無償性	⑮一般には、交通費のほかにわずかでも報酬がある方が	.080	-.027	.785	.011	.623
	⑬交通費の支払いがある方が活動しやすい。	-.048	-.063	.782	.075	.623
	⑭団体・民協の運営にあたっては、全面的な行政から	-.114	.021	.735	.157	.579
開拓性	⑤自分ひとりでは、他人を手助けすることはできない	-.050	.012	-.001	.744	.556
	⑧公的福祉が充実すればボラ・民生の必要性はなくなる	.053	-.077	.065	.708	.515
	④自分たちが活動することが行政の肩代わりとなっている	-.258	-.017	.239	.549	.426
固 有 値		2.956	1.965	1.533	1.266	
寄 与 率（％）		21.1	14.0	10.9	9.9	

表5－20 ボランティアリング意識の主成分分析結果（ボランティア）

		因子負荷量				共通性
		第1	第2	第3	第4	
民間性	⑦ボランティアは、行政のワクにとらわれないで活動する	.754	.062	.101	-.084	.590
	⑩行政にまかせておくよりは、自分たちでやった方が融通	.740	-.239	.102	.081	.621
	⑬自分たちで活動を計画し、自分たちで実行することに	.726	-.010	.136	-.099	.556
	⑥できるだけ行政には頼らずに、グループや団体の運営を	.670	.240	.082	-.017	.514
無償性	⑭交通費の支払いがある方が活動しやすい。	-.064	.794	-.022	.020	.635
	⑰一般には、交通費のほかにわずかでも報酬がある方が	.086	.764	.034	-.027	.592
	⑮グループや団体の運営にあたっては、全面的な行政から	.065	.730	-.061	.187	.576
奉仕性	②他人が困っているのを見過ごしにするのは心苦しい	.077	-.068	.751	-.081	.581
	①みずから進んで社会のためになる活動をするのは意義が	.082	-.109	.740	.141	.586
	⑨他人のお世話をするのは社会人として当然である	.106	-.078	.696	.014	.502
	③お金よりも、よろこびや生きがいなどの精神的な報酬の	.175	.254	.608	-.172	.494
開拓性	⑤自分ひとりでは、他人を手助けすることはできないと	-.080	.075	.037	.738	.558
	⑧公的福祉が充実すればボランティアの必要性はなくなる	.008	.013	-.008	.705	.497
	④自分たちが活動することが行政の肩代わりとなっている	.078	.424	-.175	.447	.416
固 有 値		2.782	2.242	1.489	1.205	
寄 与 率（％）		19.9	16.0	10.6	8.6	

表5-21 ボランティアリング意識の主成分分析結果（民生委員）

		因子負荷量				共通性
		第1	第2	第3	第4	
奉仕性	①みずから進んで社会のためになる活動をするのは意義が	.738	.142	.059	.031	.570
	⑨他人のお世話をするのは社会人として当然である	.730	.090	.057	.074	.550
	②他人が困っているのを見過ごしにするのは心苦しい	.716	.089	.125	-.005	.536
	③お金よりも、よろこびや生きがいなどの精神的な報酬	.669	.152	-.079	.194	.515
民間性	⑦民生委員は、行政のワクにとらわれないで活動する	.083	.798	.037	.121	.660
	⑥できるだけ行政には頼らずに、民協の運営を	.098	.768	-.081	.155	.630
	⑩行政にまかせておくよりは、自分たちでやった方が融通	.132	.700	.129	-.051	.527
	⑫自分たちで活動を計画し、自分たちで実行することに	.354	.515	.151	-.186	.448
無償性	⑬交通費の支払いがある方が活動しやすい。	.063	.061	.775	.075	.613
	⑭民協の運営にあたっては、全面的な行政から	.175	.012	.759	.025	.608
	⑮一般には、交通費のほかにわずかでも報酬がある方が	-.070	.078	.758	.188	.621
開拓性	⑤自分ひとりでは、他人を手助けすることはできないと	.135	-.097	-.006	.719	.545
	⑧公的福祉が充実すれば民生委員の必要性はなくなる	-.124	.165	.160	.691	.546
	④自分たちが活動することが行政の肩代わりとなっている	.274	.064	.170	.520	.378
固 有 値		3.258	1.799	1.475	1.214	
寄 与 率 (%)		23.3	12.9	10.5	8.7	

表 5 - 2 2 ボランティアリング意識得点の一元配置分散分析
および多重比較の結果

第一主成分（奉仕性）				第二主成分（民間性）			
	平均値	検定 1	検定 2		平均値	検定 1	検定 2
有償型	8.56	F = 7.78 p < .001		公社型	4.45	F = 21.65 p < .001	
公社型	8.66			民生委員	4.86		
無償型	8.93			有償型	5.35		**
民生委員	9.33		***	無償型	6.47		***
第三主成分（無償性）				第四主成分（開拓性）			
	平均値	検定 1	検定 2		平均値	検定 1	検定 2
有償型	3.03	F = 41.09 p < .001		民生委員	4.82	F = 30.63 p < .001	
公社型	3.38			公社型	5.82		*
民生委員	4.50		**	有償型	5.93		*
無償型	5.26		***	無償型	5.96		*

注：検定 1 は、分散分析により平均値の差の検定を行った。

検定 2 は、一元配置分散分析により多重 t 検定を行った。

表 5 - 2 3 独立変数の分布

人数 (%)

		全体 1,124(100)	無償型 182(100)	有償民間型 165(100)	有償公社型 173(100)	民生委員 604(100)	χ^2 検定
性	男	330(29.4)	20(11.0)	6(3.6)	8(4.6)	296(49.0)	***
	女	790(70.3)	162(89.0)	159(96.4)	164(94.8)	305(50.5)	
	不明	4(0.4)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.6)	3(0.5)	
年 齢	50歳未満	230(20.5)	37(20.3)	63(38.2)	60(34.7)	70(11.6)	***
	50歳代	364(32.4)	58(31.9)	69(41.8)	62(35.8)	175(29.0)	
	60歳以上	525(46.7)	87(47.8)	33(20.0)	49(28.3)	356(58.9)	
	不明	5(0.4)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.2)	3(0.5)	
学 歴	中卒等	176(15.7)	20(11.0)	5(3.0)	18(10.4)	133(22.0)	***
	高卒	566(50.4)	79(43.4)	88(53.3)	77(44.5)	322(53.3)	
	短大卒以上	372(33.1)	80(44.0)	72(43.6)	74(42.8)	146(24.2)	
	不明	10(0.9)	3(0.5)	0(0.0)	4(2.3)	3(0.5)	
性 格	内向的	345(30.7)	64(35.2)	47(28.5)	53(30.6)	181(30.0)	n. s.
	中間	429(38.2)	63(34.6)	63(38.2)	55(31.8)	248(41.1)	
	外向的	350(31.1)	55(30.2)	55(33.3)	65(37.6)	175(29.0)	
社会的態度	消極的	349(31.0)	38(20.9)	42(25.5)	52(30.1)	217(35.9)	***
	中間	427(38.0)	63(34.6)	53(32.1)	60(34.7)	251(41.6)	
	積極的	348(31.0)	81(44.5)	70(42.4)	61(35.3)	136(22.5)	
地域帰属意識	低い	440(39.1)	99(54.4)	79(47.9)	104(60.1)	158(26.2)	***
	中くらい	385(34.3)	45(24.7)	58(35.2)	44(25.4)	238(39.4)	
	高い	299(26.6)	38(20.9)	28(17.0)	25(14.5)	208(34.4)	
活動時間	月 8 時間以下	397(35.3)	84(46.2)	33(20.0)	51(29.5)	229(37.9)	***
	月 9 ～16時間	269(23.9)	42(23.1)	40(24.2)	42(24.3)	145(24.0)	
	月17時間以上	342(30.4)	33(18.1)	63(38.2)	61(35.3)	185(30.6)	
	不明	73(6.5)	13(7.1)	9(5.5)	6(3.5)	45(7.5)	
	休止中	43(3.8)	10(5.5)	20(12.1)	13(7.5)	0(0.0)	
活動内容	在宅ケア	689(61.3)	71(39.0)	135(81.8)	157(90.8)	326(54.0)	***
	在宅ケア以外	435(38.7)	111(61.0)	30(18.2)	16(9.2)	278(46.0)	

*** p<.001

注：不明および活動休止中を除いて、4 団体類型×変数の χ^2 検定を行った。

表 5 - 2 4 「モーズレイ性格検査 (M P I)」からの抜粋スケール項目

	とても 当てはまる	わりと 当てはまる	あまり 当てはまらない	全然 当てはまらない
① いつも気楽に生きていますか。	1	2	3	4
② あなたはよく考えずにいろいろなことを行ったり、言ったり する方ですか。	1	2	3	4
③ ほとんどどんなことでも一つの挑戦としてやろうとしますか。	1	2	3	4
④ 頻繁 (ひんばん) に外出するのが好きですか。	1	2	3	4
⑤ 特に親しい人が何人かいれば、友人は少なくともよいですか。	1	2	3	4
⑥ 人にどなられたら、大声で言い返せますか。	1	2	3	4
⑦ 他人から元気のよい人間だと思われていますか。	1	2	3	4
⑧ 他人と一緒にいるときは、黙っていることが多いですか。	1	2	3	4
⑨ もし何か知りたいことがあれば、人に聞くよりも本で調べる 方ですか。	1	2	3	4
⑩ 決断する前に、あらゆる利益と不利益を注意深く考えてみま すか。	1	2	3	4
⑪ すばやく活動しなければならないようなことをするのが好き ですか。	1	2	3	4
⑫ 社交的なつながりを多く持つのが好きですか。	1	2	3	4
⑬ まあまあ自信があると言えますか。	1	2	3	4

表5-25 「社会的態度」の測定スケール項目

	かなり いつも	まあ 時々	そうではない
①政治に対する関心はかなり高い方ですか	1	2	3
②経済情報や国際関係ニュースに関する関心は高い方ですか。	1	2	3
③食事をつくる時に、いつも食品の安全性に気を付けていますか。	1	2	3
④環境汚染のことを考えて、洗剤選びやゴミの少量化などにいつも気を付けていますか。	1	2	3
⑤社会的な不正に対する怒りはかなり強い方ですか。	1	2	3
⑥いつも、社会的に弱い立場にある人の味方になって、助けたいと思いますか。	1	2	3
⑦社会福祉の現状には不満をもっていますか。	1	2	3
⑧ふるい社会的慣習には、従わない方ですか。	1	2	3
⑨冠婚葬祭の時には、慣例にしたがってやる方ですか。	1	2	3
⑩子供が親の老後の面倒を見るのは当然であると思いますか。	1	2	3
⑪家事は、夫も平等に分担すべきだと思いますか。	1	2	3
⑫新聞や本、雑誌はかなりよく読む方ですか。	1	2	3
⑬芸能ニュースや最近の流行にはかなり詳しい方ですか。	1	2	3

注：網かけした項目は逆転項目である。

表 5 - 2 6 「地域帰属意識」の測定スケール項目

①地域内の人たちのまとまりはいいほうだと思いますか。

- 1 非常に良い
- 2 まあよい
- 3 やや悪い
- 4 非常に悪い

②地域のリーダーたち（町内会とか婦人会、PTAの役員など）は、地区のためによくやっていると思いますか。

- 1 非常によくやっている
- 2 まあよくやっている
- 3 あまりやっていない
- 4 まったくやっていない

③自分の住む地域のために何か役に立ちたいと思いますか。

- 1 非常にそう思う
- 2 まあそう思う
- 3 あまりそう思わない
- 4 ほとんどそう思わない

④「遠くの親戚より近くの他人」というのは、そのとおりだと思いますか。

- 1 まったくそのとおりだと思う
- 2 まあそのとおりだと思う
- 3 あまりそうではないと思う
- 4 ほとんどそうではないと思う

⑤あなたは事情が許せば、ずっとこの地域に住みたいと思いますか、それとも別の場所に移りたいですか。

- 1 ぜひいつまでも住みたい
- 2 なるべく住んでいたい
- 3 できれば移りたい
- 4 ぜひ早く移りたい

表 5－27 ボランテイアリング意識の影響する要因
(多元配置分散分析結果)

要因	自由 度	奉仕性		民間性		無償性		開拓性	
		F 値	有意性	F 値	有意性	F 値	有意性	F 値	有意性
性	1	.38	n. s.	2.12	n. s.	1.85	n. s.	3.59	n. s.
年齢	2	6.78	***	2.63	n. s.	.37	n. s.	2.63	n. s.
学歴	2	2.82	n. s.	1.90	n. s.	1.62	n. s.	1.85	n. s.
性格	2	6.66	***	5.61	**	2.99	n. s. (*)	1.26	n. s.
社会的態度	2	18.66	***	19.57	***	10.04	***	2.55	n. s.
地域帰属意識	2	30.10	***	2.17	n. s.	1.67	n. s.	.30	n. s.
活動時間	2	.28	n. s.	2.97	n. s. (*)	7.09	***	.65	n. s.
活動内容	1	.02	n. s.	4.77	*	27.21	***	1.22	n. s.

*** p≦.001 ** p<.01 * p<.05

表 5－28 有意な影響がみられた要因の多重分類分析結果

要因	人 数	奉仕性		民間性		無償性	
		平均値からの偏差（調整後）					
		偏差	Beta	偏差	Beta	偏差	Beta
年 齢	50歳未満	199	-.42				
	50歳代	324	-.13				
	60歳以上	475	.26	.12			
性 格	内向的	297	-.15		-.15		.00
	中間	380	-.18		-.23		.19
	外向的	321	.35	.11	.41	.10	-.23
社会的態度	消極的	298	-.61		-.81		.39
	中間	392	.13		.22		.06
	積極的	308	.42	.19	.50	.20	-.45
地域帰属意識	低い	381	-.52				
	中位	341	-.06				
	高い	276	.79	.24			
活動時間	月 8 時間以下	394			-.21		.21
	月 9－16時間	266			-.04		.18
	月17時間以上	338			.28	.08	-.39
活動内容	在宅ケア	640			-.15		-.31
	在宅ケア以外	358			.28	.08	.56
予測式全体の F 検定		***		***		***	
MR ²		.144		.090		.093	
MR		.379		.300		.304	

*** p<.001

第4節 調査結果のまとめと考察

在宅ケアおよびボランティア・ケアの担い手に関する調査から明らかになった点を要約し、福祉コミュニティ形成へ向けて若干の考察をしたい。

まず、在宅ケアについてみると、わが国における在宅ケアは、予想どおり、同居の家族介護者によるインフォーマル・ケアが圧倒的な部分を占めていた。フォーマル・ケアはインフォーマル・ケアをごくわずかに補足しているだけに過ぎなかった。

特徴をまとめると、第一の特徴は、主たる介護者は99%が家族・親族であり、同居の配偶者と嫁、娘の3者で8～9割近くを占めていることである。郡部の諏訪郡では嫁が47.2%と最も多かったが、都市化が進んだ町田市では、嫁よりも配偶者の方が多くなっていった。都市化や家族規模の縮小、老親扶養意識の変化につれて、中核が嫁から配偶者に移ってきていると考えられる。

第二の特徴としては、介護を手伝う副介護者が「いない」のは、主介護者のうちの4分の1程度で、地域差がみられなかったことがあげられる。なお、副介護者がいる場合、96～98%は家族・親族であり、残りのほとんどはフォーマル部門の職員であった。近隣の人やボランティアは、介護にほとんどかかわっていないのが実態であった。

第三の特徴は、副介護者が「いない」割合は、「高齢者夫婦のみ」の世帯や配偶者のいない子と同居している「無配偶子同居」世帯に多く、「有配偶子同居」世帯では相対的に少なかったことである。また、副介護者の人数は「有配偶子同居」世帯の方に多かった。介護を手伝う人の有無や人数は、世帯規模との関連が強いことがわかった。世帯員数が多ければ、介護支援が得られやすいことを示唆している。

第四に、副介護者や副副介護者がいる場合でも、彼らが介護にかかわる程度は主介護者に比べてかなり少ないことをあげることができる。インフォーマル・ケアは主たる家族介護者1人に大部分が担われているケアであることが明らかになった。

第五に、主介護者の「生活の質」への支援に関係したソーシャル・サポートについてみると、情緒的サポートに関しては、7～8割の人が同居家族からはもちろんのこと、別居親族からも得られるが、手段的サポートに関しては、同居家族以外からは得られにくいことがわかった。とくに友人や近隣の人からの手段的サポート（看病や用事などの支援）はあまり期待できなかった。

第六に、ソーシャル・サポートが得られにくい主介護者は、「高齢者夫婦のみ」世帯の配偶者、「無配偶子同居」世帯の独身の娘や息子であることを指摘しておきたい。彼らは、また、家族・親族からの副介護者や副副介護者も得られない人たちであり、最も脆弱な支援態勢のなかで介護していた。フォーマル部門の支援を最も必要としている人たちである。

次に、ボランティア・ケアについてみると、まず第一に、介護を含む在宅ケア・サービスを提供しているのは、有償型のボランティアであった。民生委員も半数はデイサービスか食事サービスかの提供にかかわっており、在宅ケア・サービスの提供主体の1つとなっ

ていた。「無償型」は福祉施設での活動や専門技術を要する活動など多様な活動を行っているが、在宅ケア・サービスには1割強が携わっているに過ぎなかった。

在宅ケア・サービスの提供主体としての可能性は、有償型の方が高いといえる。

第二に、活動時間の長い人が有償型の方に多いことも特徴としてあげられる。無償型や民生委員は、相対的に活動時間の短い人が多かった。

第三に、報酬については、有償型のボランティアの7割強は受け取っているが、大半は2万円以下であった。また、「無償型」でも交通費等を受け取っている人が3割近くいた。民生委員は、周知のとおり、活動費の実費弁償がある。したがって、ボランティア活動の無償性は、もはや必須要件として強調する意味が失なわれつつあるといえそうである。とくに、対象者宅での介護にかかわる活動は無償のボランティアで行おうというのはあまり現実的ではないといえそうである（大橋,1986;高橋,1986）。

第四に、ボランティアリング意識は、所属する組織のタイプにより差がみられることをあげておきたい。「無償型」に所属するボランティアは、民間性、無償性、開拓性に関する意識が高く、奉仕性意識も比較的高い人が多かった。伝統的なボランティアリング意識を最も強くもっているグループであった。「有償民間型」は民間性や開拓性に関しては「無償型」について肯定的な意識をもっていたが、奉仕性や無償性意識は最も低かった。「有償公社型」は、民間性意識が最も低かった。「民生委員」は、奉仕性意識が最も高かった。

こうした意識の違いをもたらし要因を検討したところ、「性」「年齢」などの属性的要因はほとんど影響を及ぼさなかったが、「性格」や「社会的態度」、「活動内容」などが影響していることが明らかになった。外交的な人や積極的な態度の人の方が奉仕性や民間性意識は高かったが、反対に無償性意識は低かった。とくに在宅ケア・サービスの提供に携わっている人は有償を肯定する傾向がみられた。

最後に、「地域帰属意識」が「奉仕性」とのみ強い関連がみれた点を指摘しておきたい。「地域帰属意識」の高い人は、民生委員に多く、また、無償型のボランティアにも比較的多かった。地域ベースで「コミュニティによるケア」を組織するにあたっては、地域への帰属意識をもち、しかも奉仕性意識の高いこれらの人々がキーパーソンとなる可能性が高いと考える。

以上の実証的研究から、我が国における要援護高齢者の在宅ケアは圧倒的に家族・親族によるインフォーマル・ケアによって担われており、フォーマル・サービスからの支援は少なく、近隣やボランティアからの支援もほとんどないことが明らかになった。したがって、福祉コミュニティの形成にあっては、フォーマルおよびボランティア・ケアの極大化を図る必要があることが判明した。また、ボランティア・ケアは従来型のボランティアよりも有償型の住民参加活動に拡大の可能性が認められること、民生委員はケアの担い手としても、「コミュニティによるケア」の組織化の要としても役割を果たし得る可能性のあることなどが示唆された。これらの知見は、福祉コミュニティ形成の戦略を考える上で有

益な示唆を与えるものである。

次章では、これらの知見を踏まえて、福祉コミュニティ形成の戦略を考究することにした。

引用文献

- 江上渉 (1991) 住民参加型在宅福祉サービス提供活動への参加動機分析—調布市在宅福祉事業団協力会員調査から—, 総合都市研究 第 42 号, pp.97-107.
- Eysenck, H.J. (1959), Maudsley Personality Inventory, London: University of London Press Ltd.
- 平岡公一 (1986) ボランティアの活動状況と意識構造—都内 3 地区での調査結果からの検討—, 明治学院論集 第 394・395 合併号, pp.29-61.
- Horowitz, A. (1985), Family Caregiving to the Frail Elderly. in Lawton, M. P. and Maddox (Eds.), The Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Vol.5, New York: Springer, pp.194-246.
- 金沢市 (1992) 『福祉プラン 21 金沢』.
- 兼間道子 (1993) 『タイムストックへの挑戦』, 京都: ミネルヴァ書房.
- 京都府社会福祉協議会 (1978) 『民生委員制度—その現状と提言—』, 京都: 法律文化社.
- 望月正 (1994) ボランティア構造化の要因分析, 季刊社会保障研究 Vol.29 No.4, pp.334-347.
- 中野いく子 (1996) 家族介護の実態 東京都老人総合研究所社会福祉部門編『家族介護と介護サービスニーズ』, 東京: 光生館, pp.136-186.
- 中野いく子 (1981) 民生委員活動の将来, 熊本短大論集 第 31 巻第 3 号, pp.35-61.
- 中野いく子 (1988) 非専門的マンパワーの現状と課題, 仲村優一・秋山智久編『明日の福祉 9 福祉のマンパワー』, 東京: 中央法規出版, pp.172-201.
- 中野いく子 (1993) 第 II 部善隣館活動の展開, 阿部志郎編『小地域福祉活動の原点—金沢・善隣館活動の過去・現在・未来—』, 東京: 全社協, pp.25-172.
- 中谷陽明 (1981) 家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析—, 社会老年学 No.29, pp.27-36.
- 中谷陽明 (1992) 在宅障害老人を介護する家族の”燃えつき”—Maslach Burnout Inventory 適用の試み—, 社会老年学 No.36, pp.15-26.
- 中谷陽明 (1996) 第 10 章家族介護者の負担感 東京都老人総合研究所社会福祉部門編『家族介護と介護サービスニーズ』, 東京: 光生館, pp.266-306.
- 野口祐二 (1991), 高齢者のソーシャルサポート: その概念と測定, 『社会老年学』 No.34, pp.37-47.
- Norbeck, J.S. (1985), International Nursing Research in Social Support: Background Concepts and Methodological Issues, Proceeding (羽田由美子訳「ソーシャル・サポートに関する看護の国際的研究の動向: 基本概念と方法論上の問題点について」『看護研究』第 82 号, 1987)

- 大橋謙策 (1986) 社会福祉におけるボランティアと有償化, 社会福祉研究 第 39 号, pp.37-42. ボランティアの有償化は精神的基盤を危うくすると議論している。
- 高橋紘士 (1986) 有料福祉への視点と課題, 社会福祉研究 第 39 号, pp.19-24.
- 東京都老人総合研究所社会福祉部門編 (1996) 『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』
東京：光生館.
- 吉村亮二 (1993) 増え続ける住民参加型在宅福祉サービス団体—住民参加型福祉サービス
調査結果から—, 月刊福祉第 76 巻 11 月号, pp.58-61.
- Zarit,S.H., Reeve,K.E., and Bach-Peterson,J.(1980), Relatives of the Impaired
Elderly: Correlates of Feeling of Burden, Gerontologist,20,pp.649-655.
- Zarit,S.H., Todd,P.A., and Zarit,J.M. (1986), Subjective Burden of Husbands and
Wives as Caregivers: A Longitudinal Study, Gerontologist,26, pp.260-266.
- 全社協 (1968) 民生委員制度 50 年史, 東京：全国社会福祉協議会.
- 全社協 (1977) これからの民生委員児童委員活動—制度 60 周年を期しての活動強化方
策.
- 全社協 (1987) 制度 70 周年を期しての活動強化方策.
- 全社協 (1993) 特集・資料「住民参加型在宅福祉サービスにおける時間貯蓄・点数預託制
のある方について」, 月刊福祉第 76 巻 11 月号, pp.62-65.
- 全社協 (1996) 新「ふれあいネットワークプラン 21」関係資料集, pp.175-205.

第Ⅲ部 福祉コミュニティの形成に向けて

第6章 福祉コミュニティ形成へ向けての動き

第1節 資源の開発をめぐる議論と政策の展開

1. サービス提供主体の開発・動員

第Ⅱ部の実態調査からは、わが国の要援護高齢者の在宅ケアは家族・親族によるインフォーマル・ケアに大きく依存したものであり、フォーマル・ケアや家族・親族以外のインフォーマル・ケアはいずれも極めて乏しい現状であることが判明した。

そこで、福祉コミュニティを形成するには、まず第一に家族・親族以外のケア・サービス提供者の開発・動員を図ることが課題となろう。そして、第二にこれらサービス提供者間に相互的な関係、すなわち、連携を作り出すことが課題となる。

この2つの点は、シーボーム報告（Seeborn Report, 1968）が家庭に向けた効果的なサービスの創造をめざした時にすでに課題として認識されていたものであるといえる。

まず第一の点について、これまでにどのような議論と政策的展開があったのかをみておくことにする。

シーボームは、過去20年間の地方自治体による社会福祉サービスの発展は目覚ましいものがあつたとしながらも、問題が生じており、組織改革が必要であると勧告した（Ibid., para.73, 訳書, p.26）。問題は、サービスの量の不足、サービスの範囲と質の不適切さにあるという。また、サービス間の連絡調整の不足やサービスへの接近の困難さ、さらにはニードの変化に十分に対応していないなどの問題点があると指摘している（同上, para.74-86）。その原因は、1つは資源不足であり、2つには不十分な知識、3つには分割された責任にあるとされた（Ibid., para.87-100）。そこで、シーボームは、周知のとおり、地方自治体に従来よりも広範な予防と援助の業務に責任をもつ単一の社会サービス部を新設することを提案した（Ibid., para.139-169）。この組織改革によって、新たな資源（とくに人的資源）をこの部局に引きつけ、資源の効率的な運用を行うことにより、法定的服务の拡充を図ろうとした。しかし、シーボームは、それだけでは不十分であるとして、民間資源の最大限の活用、とりわけコミュニティ内のあらゆる相互扶助・自助活動の動員を図ることを勧告している。コミュニティのすべてのメンバーが提供すべきものを与えて、必要な時に必要なものを受け取るという互酬的供与（reciprocal giving）の考え方を打ち出し、市民参加を促進することを推奨したことはすでに触れたとおりである。

フォーマル・サービス以外に利用できる資源をコミュニティに求め、それを開発・動員することにより、ニード全体を充足する総合的なサービスの提供を行うという構想を描いている。シーボーム報告以後、この民間資源の活用、すなわち「コミュニティによるケア」の開発・動員がコミュニティ・ケア政策の主要な課題となったことはみてきたとおりである。この議論は、また、公私の役割分担と連携の議論としても引き継がれていくことになった。

ただし、前述のとおり、シーボームによるコミュニティ概念は具体性に欠け、家族と親族ネットワーク以外にどのような資源をどのように動員しようとしているのかは明らかにされないままであった（第3章第1節 参照）。その後のコミュニティ・ケア政策の中でも、この曖昧さは尾を引くことになったことはみてきたとおりである。より具体的な提案を行っているのが、「近隣を基盤にしたソーシャル・ワーク」を提唱したハドレー少数派報告であった。ここでは、同居者か近くに居住している人がインフォーマル・ケアの提供者とみなされている（第3章第1節；Barclay Report, 1982, Appendix A, p. 221）。やや狭過ぎる見解であるが、現実的な提案の1つとして記憶しておくことにしたい。

ところで、最近のコミュニティ・ケア改革の中では、新たな資源の開発・拡充についてはほとんど取り上げられていない。グリフィスは、保健社会保障大臣から諮問された「コミュニティ・ケア政策を支援するために公的資金がどのように使われているかを検討し、より効果的なコミュニティ・ケアに貢献するように公的資金の使用を改善する選択肢を提案すること」（Griffiths Report, 1988, p. iii）という範囲を厳密に守って、さらなる財源調達には触れずに、資源がよりよく使用される方策を検討している（Ibid., p. iii）。専ら公的資源の効率的・効果的運用に関心があったわけである。実際の改革の中では、政府の民営化政策もあって、公的部門の役割の縮小と民間部門の拡大が図られることになるが、この点については、後述することにした。

一方、わが国では、サービス提供主体の開発に関する議論は、サービス供給体制の多元化と公私の役割分担論として論じられた。1970年代から始まった急速な高齢化がニードの増大をもたらし、いわゆる「貨幣的ニード」から「非貨幣的ニード」（三浦, 1985, p. 97）へのニードの多様化・高度化が生じたことはよく知られているとおりである。救貧対策が中心であった時代には、専ら公的機関と認可型民間団体による「公共的福祉供給システム」で対応していたが、所得の多寡を問わない「非貨幣ニード」が主流になってくるにつれて、誰でもいつでも利用できる普遍主義的なサービス供給体制を確立する必要にせまられることになった。そのためには、公共的福祉供給システム以外に、市場型や参加型の非公共的福祉供給システムを開発・育成して、サービス供給体制の多元化を図る必要があると認識されるようになった。従来からの公的機関ないし認可型民間機関に加えて、市場型供給組織や参加型（自発型）供給組織を育成することにより、サービス提供主体の多様化と拡充を図ろうというものである（三浦, 1985; 京極, 1987, 1990）。この供給主体の多元化の議論は、公私の役割分担論と結びついて展開されたが、この点については、改めて公私の連携ところで論じることにした。

目下のところ、国は「高齢者保健福祉十か年戦略（ゴールドプラン）」（平成元年12月）および「新ゴールドプラン」（平成6年12月）を策定して、整備目標値を設定するとともに、地方自治体に「老人保健福祉計画」を策定させて、公共的部門のサービスおよびサービス提供主体の整備・拡充を図っている。また一方で、民間営利のシルバーサービ

スの育成と新しく登場した民間非営利の住民参加型サービス組織を含めた幅広いボランティア活動を促進するための支援策も講じて、公共的部門以外のサービス提供主体の開発とサービス供給体制の多元化を進める政策を推進している。

家族・親族以外のすべてのサービス提供主体の拡充策がとられている点は評価できる。しかし、このことは、いまだサービスの絶対量が不足していて、サービスの効果的・効率的運用を図る以前の段階にあることを物語るものでもあろう。なお、サービス供給主体の多元化により開発が求められた非公共的福祉供給システムへの対策について触れておくと、シルバーサービスについては、「今後のシルバーサービスの在り方について（意見具申）」（昭和62年12月7日）の意見具申に基づいて、公的融資や税制上の優遇措置、公的サービスの委託などの支援が行われている。参加型（自発型）供給組織については、「国民の社会福祉に関する活動への参加の促進を図るための措置に関する基本的指針」（厚生省，平成5年4月14日）を公表して、ボランティアリーダーの養成研修やボランティア保険、ボランティアセンターの整備充実、モデル事業の推進、社会福祉施設への受入れなどのへ支援策を示したほか、住民参加型や企業、労働組合による活動の振興、地方自治体の地域福祉基金による民間団体への財政支援などの方針を明らかにした。これに続いて、中央社会福祉審議会は「ボランティア活動の振興策についての意見具申」（平成5年7月29日）を公にし、より具体的な支援策および振興策を示している。ボランティア活動の支援に関するこの2つの公式文書では、従来型のボランティア活動ばかりでなく、有償型の活動や企業や労働組合などの社会貢献活動なども福祉コミュニティの担い手の資源とみなして、振興策を打ち出している点がとくに注目される。

第2節 福祉コミュニティ形成主体の連携をめぐる議論と政策的展開

1. 連携の重視と政策化

福祉コミュニティは、その形成主体の間に一体感や相互的な関係が生じることにより成立するものである。また、各サービス提供主体がバラバラではなく、相互に連絡・調整しあうことによって、ニードの全体に応えるより効果的・効率的なサービスが提供されることになる。連帯や連携は福祉コミュニティ形成の鍵概念であるといえる。

そこで、この点をめぐって、どのような議論や政策が展開されたかをみておくことにする。

サービス間の連携については、シーボーム報告がコミュニティの資源の最大限の活用を提案した時から政策課題として認識されることになった。シーボームは、予防を重視し、家族をその社会関係の中において全体として援助するために、コミュニティ内の相互援助システムとの連携が必要不可欠であるとした。人々は最大限、社会サービスの計画や組織、提供の中に参加し、また、インフォーマルには「よき隣人」として援助しあうことが求められ、行政サービスはそうしたコミュニティ内部でのサービス網の中心ではあるが、その1部分でしかないと位置付けられた。

「もし種々のサービスが個人・家族およびコミュニティの問題に対し包括的な範囲で有効に対処しようとするのであれば、地域内での諸ニードを明らかにし、法令的であれボランティアなものであれ、サービスと資源との全般的で計画的な調整がなによりも重要であることは明瞭であろう。社会福祉部のスタッフは自ら自己充足的な単位とみなすのではなく、むしろコミュニティの内部におけるサービス網の一部としての自覚を持つべきである。このようにして、他のサービスあるいは個人との効果的な連絡調整やコミュニティのニードをみたすための資源、特にボランティアの動員は社会福祉部での行政の重要な側面となるのであり、それには内部管理に勝るとも劣らない特殊技術を要するのである。」

(Seebohm Report, 1968, para 478, 訳書, p. 162)

シーボーム報告以後直ちに、異なるサービス間の協同 (co-operation) と連携 (co-ordination) が最重要な政策テーマになり、コミュニティ・ケアの達成は、サービス間の連携にかかっているとみられようになった (DHSS, 1971, pp. 9-10; DHSS, 1976, p. 1; DHSS, 1981; Jones, 1975, p. 154-82; Walker, 1982, p. 16-7)。

バークレイ報告 (1982) でも、インフォーマル・ケア・ネットワークとの連携を重視し、その方法として「コミュニティ・ソーシャル・ワーク・アプローチ」を勧告したことは、すでに明らかにしたとおりである。ソーシャルワーカーは、クライアントや親族、近隣の人々、ボランティアをパートナーとみて、インフォーマル・ネットワークに取って代るのではなく、それを開発し、活性化し、支持し、奨励することが役割とされた (Barclay Report, 1982, para. 13.43, p. 209)。

「我々は、社会的ケアの授受にかかわる人々の間にパートナーシップが開発される方法

は一つではないと確信する。行政機関およびボランティア機関はいずれも、開発しようとするコミュニティ・ソーシャル・ワークの特定の形態や組みあわせを決定する前に、地理的区域や人びとの特性および対象とするコミュニティについて考察しなければならない。そこで我々が提案するのは、青写真ではなく、インフォーマル・ケアに十分配慮し、その支援にボランティアないし行政サービスを動員する社会的ケア計画を基礎とした柔軟な分権型組織の開発である」(Barclay Report,1982,para.13.3,p.198)と述べている。

また、ハドレー少数派報告では、「我々は、ソーシャル・ワーカーやその他の社会サービス部職員の態度の変化を重視する委員会の見解を支持するが、…社会サービスがインフォーマル・ケアリング・ネットワークと効果的に結び付くようにするには、ある共通の組織的な特徴が必要であると考え。最も重要な特徴は(1)小地域化(localisation)(2)統合(integration)(3)役割柔軟性(role flexibility)(4)自律性(autonomy)である」(Barclay Report,1982,pp.226-227)としている。注目しておきたいのは、統合に関してである。コミュニティ志向戦略のなかには3種類の統合が含まれるという。それらは、社会サービス部内の統合、社会サービス部とその地域の他の社会サービス提供機関との統合、そして社会サービス部とインフォーマル・ネットワークとの統合であるという(Ibid, pp.228-229)。換言すると、この3種の連携の必要性を指摘したものであるといえる。

この3種のうちの第2の連携については、保健社会保障省(DHSS)によって種々の政策的誘導が行われてきた。1974年に、「共同計画(Joint Planning)」が立法化され、保健当局と地方当局が協同(co-operate)して補完的な保健ケアサービスを計画するように義務付けられたし、1976年には、「共同財政(Joint Finance)」が導入され、国民保健サービス(NHS)の基金が地方当局との協働プロジェクト(collaborative projects)に使用できるようになった。1983年には、「コミュニティにおけるケア(Care in the Community)」に基づいて、退院してコミュニティに戻る人々のサービスの費用を、NHSから地方当局に基金を移管して支払うことができるようになった。

一方、第3の連携、すなわちフォーマルとインフォーマルの連携についてみると、地方自治体の中には、シーボームが提起した市民参加を促進するための連携担当官(Social Service Liason Officer)を配置したところやスケフイントン報告(Skeffington Report,1969)の勧告に基づいて地域開発担当官(Community Development Officers)を配置したところがあった。また、1973年の国民保健サービス再編法(National Health Service Reorganisation Act)は各地域に消費者相談機関としての地域保健会議(Community Health Councils)を設置したが、それは暗黙裡に市民参加の機構と認識されるようになった。しかし、それは、保健サービスの運営について相談される権限をもつだけで、決定に参加する権限は与えられていなかった。地域開発担当官や地域保健会議は、住民や患者の友として攻撃的に代弁する「トラブル・メーカー」としばしばみなされるようになった(Jones,et.al.,1978)。市民参加と地域開発(Community Development)政

策は、地方自治体との対立を生むという悲惨な結果をもたらし、自然消滅していくことになった（武田,1986）

一方、1970年代を通じてコミュニティ・ケアの推進が政府の一貫した方針であったにもかかわらず、80年代に入ると施設に入所する高齢者が急激に増加し、施設ケアに対する政府の費用負担が急騰することになった。国立監査局（National Audit Office）の報告書は次のように述べている。

「1980年から1985年までに、75歳以上の高齢者人口に占める施設ケアを受ける高齢者数が22%の上昇を示した。これは、65歳以上人口の増加を実質的に上回るものであった。この同じ期間に、地方当局による施設の入所者数は…7%減少した。一方、民間営利と民間非営利施設の入所者は116%増加した。この上昇分は補足給付によって費用が支払われた。そうした支払費用は、1980年のおよそ1800万ポンドから1986年の概算4億4900万ポンドに上昇した。この上昇の程度は、予想をはるかに超えるものであった。」（NAO,1987,p.4）

こうした民間営利施設への入所者急増の背景には、コミュニティ・ケアへの重心の移行により長期入院の抑制が図られたが、他方で財政事情から公的施設の整備が進まなかったという事情があった。加えて民間営利施設に入所する高齢者・障害者等で費用の支払いができない者に対しては、補足給付制度から基本生活費とそれに上乗せした「食事・宿所手当」が支給されるようになったことも大きな要因となっていた。というのも地方自治体は、民間営利施設でのケアの費用を負担する必要がないために、それに頼る傾向を強めたからである（平岡,1991,p.70；小林,1992,p.1）。

しかも、地方自治体社会サービス部は運営上の多くの問題をかかえていた。「イングランドおよびウェールズ地方政府会計監査委員会（The Audit Commission for Local Social Services in England and Wales）」の報告書「高齢者社会サービスのより効果的な運営（Managing Social Services for the Elderly More Effectively）」（1985年2月）は、一部の地方自治体社会サービス部には次のように運営上の弱点があると指摘していた。すなわち、①不適切な施設入所、②コミュニティ・サービスが必要な人に提供されていない、③保健・住宅・社会サービスの間の不適切な協力関係、④コミュニティ・サービスの不適切な運営、⑤サービス提供にあたっての無駄があるという（ACLSS,1985,訳書,P.3-4）。

また、1987年の国立監査局（NAO）報告書も、「共同計画」や「共同財政」について次のように述べている。「十分に統合された計画をめざした積極的な歩みの兆候はみられるが、共同戦略づくりは遅々とした動きにすぎず、保健当局と地方当局の間に共同計画を妨げるようなタイミングやマネージメント構造、地理（的領域）などの違いがある。また、共同財政は、地方当局が長期の関与を嫌うために国民保健サービス（NHS）で費やされる割合が増加しており、地方当局のコミュニティ・サービスの発展を支援するという保健社会保障省（DHSS）の当初の意図は達成されていない」（NAO,1987,pp.2-3）

と指摘している。

同報告は、「今や改革の必要性が広く認識されている。効果的な共同計画への主要な障害は、保健当局と地方当局の構造的な違いから生じている。それは、国務大臣によってコミュニティ・ケア政策を見直すよう求められたロイ・グリフィス卿 (Sir Roy Griffiths) によって考察されたかなり根本的な解決策を必要としよう。NAOは、かれの知見が考察され、なんらかの新しい調整が行われるまで、DHSSは、既存の組織内部での協同行動 (joint collaboration) への特別な改善を積極的に奨励し続けるべきである」(NAO,1987,p.2) と勧告している。

もはや「抜本的な制度改革が必要であることを政府自身が認めざるを得ない事態になっていた」(平岡,1991,p.71) わけである。そして、保健と社会サービスの連携は、その促進のために導入された「共同計画」や「共同財政」が双方の組織や運営上の違いによって十分に機能しておらず、両者の連携は不適切であると指摘されるに至っていた。

2. サービス供給組織の多元化と連携に関する議論

一方、わが国においては1980年代に入ると、公私の役割分担および連携が盛んに議論されるようになった。この新しい公私論は、サービス供給体制の多様化の議論、すなわち、専ら公的機関ないし認可型民間機関に限定されてきたサービス提供主体を市場型や住民参加型の育成により多元化しようという議論と結びついて展開された(三浦,1985;京極,1987,1990)。この背景には、高齢化によるニーズの増大に対して、普遍主義的なサービスを提供する体制を早急に整備しなければならないという事情があった。また、日本経済の低迷から行財政改革の一環として福祉見直しの必要性が叫ばれていたことも見逃せない要因としてあった。右田は、そのあたりの事情を次のように述べている。

「1980年以降の新たな社会福祉政策として地域福祉・在宅福祉が強調され、そこでの、とりわけ在宅福祉における公私役割分担が提示されるようになった。…その背景には、低経済成長期、高齢化社会、財政悪化と臨調等々の要因があることが周知のことである。この期の公私論のすべての論調は、公私問題を単に財政問題という視点から論ずるべきではないとしている。

しかし、臨調路線にいう民間活力の導入と軌を一にするかのごとき、より広範囲の民間社会福祉分野への誘導政策や期待が、地域福祉・在宅問題にセットされて高まっている。施設機能の開放=施設の社会化に始まり、これまで俎上にのぼらなかったボランティア、そして社協はいまや一足とびに公私論の焦点となっていることは、ここにあらためて述べるまでもない。また、「私」の概念があいまいなままに、「個人」よりも「家族」が突出した論議も、この時期の特徴である。」(右田紀久恵,1986,pp.85-85)

この時期における政府関連の公式文書には、公私の連携、あるいは保健と福祉等との連携にふれたものが数多くみられる。たとえば、社会保障長期展望懇談会の「社会保障の将

来展望について（提言）」（昭和 57 年 7 月 23 日）、臨時行政調査会「行政改革に関する第三次答申（基本答申）」（昭和 57 年 7 月 30 日）、社会保障制度審議会「老人福祉の在り方について（建議）」（昭和 60 年 1 月 24 日）、厚生省・高齢者対策企画推進本部「高齢者対策企画推進本部報告」（昭和 61 年 4 月 8 日）、東京都社会福祉審議会「東京都におけるこれからの社会福祉の総合的な展開について」（昭和 61 年 7 月）、厚生省・労働省「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」（昭和 63 年 10 月 25 日）、福祉関係三審議会合同企画分科会「今後の社会福祉のあり方について（意見具申）一健全やかな長寿・福祉社会を実現するための提言」（平成元年 3 月 30 日）、経済企画庁・民間活力活用に関する研究会「民間活力活用に関する研究会中間報告一 90 年代の民活施策の基本的方向に関する提言一」（平成元年 7 月）などである。

これらの文書にみられる公私論の多くは、個人の責任を前提に、個人では対処できないものに対する公的部門（国および地方公共団体）の責任と役割を一般的に述べ、インフォーマル部門の重要性とそれへの支援、さらに民間営利部門の活用を謳ったものであった。

たとえば、1986 年の厚生省の「高齢化対策企画推進本部報告書」では、次のように述べている。

「長寿社会においては、高齢者本人を含む国民全てがその主体的な構成員であることを認識し、家庭、職場、地域等各々のレベルで社会的役割を十分果たしていかなければならない。高齢者対策は、こうした国民の自助努力と行政施策とを適切に組み合わせていくことにより、初めて効果を発揮できるのであり、また、自らの能力と責任による人生設計を行うことが可能となる環境づくりを行うことが行政の課題となる。したがって、行政としては、生活の安定に備える基盤的な保障を確立していくとともに自立を助成し、連帯と相互扶助が十分行われるよう条件整備を行うことが肝要である」と。

ところが、80 年代の後半に入ると、高齢化の急激な進行と要介護高齢者の増加が一層明白になり、高齢者介護が社会的問題としてより強く意識されてくるようになる。そのことは、平成元年 4 月の消費税の導入と差し替えに、高齢者福祉対策の整備・充実をはかる「高齢者保健福祉十ヵ年戦略（ゴールドプラン）」（平成元年 12 月 21 日）が策定されたことから明らかであろう。そのため、公私論もやや論調が異なることになった。個人の責任はあまり強調されなくなり、近隣関係を含む地域社会の福祉機能の脆弱化と、核家族化の進行や女性の社会進出の拡大、同居率の低下、扶養意識の変化等による家庭の福祉的機能の低下が前提とされるようになった。こうしてインフォーマル部門への期待は薄れることになったが、増大・多様化する国民の福祉需要に的確に対応していくためには、公的部門ばかりではなく、民間営利部門や民間非営利部門を育成して、サービス供給主体の多元化を図ること、そして、それらのサービス供給主体間の協働を推進することが課題とされるようになった。

わが国におけるフォーマルとインフォーマルの連携に関する議論は、サービス供給主体

の多元化とその連携という形で論議されたところに特徴がある。なお、これら公式文書のなかでは、連携や協働の具体的な方策はほとんど示されていない。また、保健と福祉等の連携についても、同様に一般的な指摘にとどまっていた。

具体的な政策としては、保健と福祉のサービス調整を図る「高齢者サービス総合調整推進事業」の開始、保健と福祉の協議による「老人保健福祉計画」の策定などが導入された。

3. コミュニティ・ケア改革の中での連携問題

イギリスでは、1990年代に入って、コミュニティケア改革が行われている。改革の必要性を認識させた要因には、前述した民間営利施設への入所の急増と社会サービス運営上の混乱に加えて、1979年5月にサッチャー（Margaret Thatcher）保守党政権が誕生して以来、推進されてきたいわゆる民営化（privatisation）政策があったといえる。それは、従来の経済運営に対する反省に基づくものであった。社会保障制度の充実や衰退産業への補助金の増大などの政府の直接介入政策の結果、経済全体に占める公的部門の比重が増大し、その裏返しとしての国民の税および社会保険料負担の増加や政府の財政赤字の拡大、失業の増大などが経済の活力低下をもたらしていた。これに対して、競争原理や市場メカニズムの有効性を再評価し、公的部門の財やサービス供給に民間部門の参入を促進しようというのが民営化政策であった（経済企画庁・民間活力活用に関する研究会,1989）。

コミュニティ・ケアの領域においても、公的部門の役割の縮小と民間部門の役割の拡大を追及をすることが必須のことになった。こうした事情を背景に、政府はグリフィス卿に改革案の検討を依頼した。その報告書「コミュニティ・ケア:行動のための指針（Community Care: Agenda for Action）」（1988年3月）とそれを受けた政府白書「人々のためのケア（Caring for People）」（1989年11月）によって、コミュニティ・ケア改革の方向が示され、1990年6月にその改革案の内容を盛り込んだ「NHSおよびコミュニティ・ケア法」が成立した。翌年4月から改革が着手されている（平岡,1991；市川,1994；杉野,1990；吉原,1990）。

このコミュニティ・ケア改革のなかでは、フォーマルとインフォーマルの連携および保健と福祉等のサービス間の連携はどのように扱われたかをみておこう。

まず、フォーマルとインフォーマルの連携については、この改革が民営化政策および混合経済（mixed economy）の推進をねらいとしている以上、当然のことながらインフォーマル・ケアをはじめとする民間部門の最大限の活用が求められている。

グリフィス報告は、「地方自治体の社会サービス当局は、利用可能な資源内で、次のようにすべきである。… 個々人に対するケア・パッケージの提供を用意するにあたっては、まず最初に非公式的介護者や近隣の支援を活用し、その後在宅サービス、デイサービス、場合によっては入所施設ケアを提供するようにすべきである」（Griffiths Report,1988, para. 1.3）と述べている。

また、白書では、「…政府は、公的資金でまかなうケアを行うより前に、個々のニーズの適切なアセスメント、とりわけ、個人が自立生活が続けるのに十分なものかどうかをアセスメントするほうが先だとするグリフィス卿他の考え方を支持している。さらに、行政機関の役割を、独占的供給体というよりは、ケア・サービスを企画したり、買い上げたりする機関であるという考え方も同様に支持している」（White paper,1989,para.3.1.3, 訳書, 1991,p.20）としている。「個人のアセスメントが完了し、公的資金によるケアが用意できる、あるいは用意すべきだという決定がなされると、個人のニーズに沿ったケア計画を立てることが社会サービス当局の責任となる。その際には、利用できる社会資源内で、クライアントや他のケア専門家と協議する必要がある。決定の際には、家族、友人、近隣、地域の民間団体など、地域内で利用できるあらゆる援助資源のみならず、地域でのサービス利用性や形態をも考慮されなければならない。」（Ibid.,para.3.3.1,訳書,p.27）「いったんケア・パッケージが組み立てられると、承認されたサービスが行われるように保障するのは社会サービス当局の責務である。保健当局や他の機関は、サービス・パッケージの一部として提供することになっているケアの担当部分を供給することが期待される。費用効果的なケアの選択である限りにおいては、地方自治体が民間団体、非営利団体、さらには、営利団体のサービスをできる限り活用することを政府は期待している。社会サービス当局は、サービスの供給に関して今後も重要な役割を担うものであるが、いまだに主要なあるいは唯一のサービス供給主体である場合には、多様な供給主体を確保するために適当な処置をとるよう期待される。」（Ibid.,para.3.4.1,訳書.p.29）

すなわち、地方自治体は、ニード・アセスメントとケアの計画と手配（＝ケア・マネジメント）に責任を負うが、サービス提供にあたっては、直接的な提供者（provider）である必要はなく、民間部門を最大限に活用することが期待されることになった。民間部門の活用にあたっては、「政府は、グリフィス卿の提案を受け入れ、公的資金助成機関が基金を出している民間団体と、今後契約関係をより多く結んでいくことを期待している」

（Ibid.,para.3.4.12,訳書,p.33）としており、地方自治体が購入者（purchaser）として民間団体と契約を結んで民間サービスの購入を行うことになった。

一方、保健と福祉等の異なるサービス間の連携については、グリフィスは、「地方性に基づくコミュニティ・ケアに関するニードを査定し、地方自治体の優先性とサービス目標を明確にし、保健当局（住宅当局、民間団体、私的ケア提供者を含む）と相談のうえで、地方計画を発展させ、特にその目標の運用を図る」（Griffiths Report para.1.3.1 訳書 p.20）ことを勧告していた。

白書では、地方自治体と保健当局は他の機関とも協議して、コミュニティ・ケア・サービスについて的一致した計画を策定するよう求められた（Ibid.,para.1.12,4.9,4,10）。また、過去15年間にわたる連携政策は、主として「共同計画」と「共同財政」であったわけであるが、もはやこのアプローチでは「患者に対する活動」を整理しようとする国民保

健サービスの政府目標に対しても、コミュニティ・ケアの提案に対しても、十分には対応できなくなっているとして、「合同計画」と「合同財政」の再検討を行うよう指示している（Ibid.,para.6.1-6.13）。また、ケアマネジメントの導入やサービスの買上げなどの今回の改革は、保健と福祉の協働を進めるインセンティブを強化することになるはずであるとしている（Ibid.,para.6.2-6.4）。そして、「協働が好結果を生み出すためには、各々の機関と責任と権限、どこが何を行うか、さらには財源の流れについて、明確な相互理解が必要である。このことを理解することによって、協働体制が実現していく方法、あるいはその主体を明確化することができる」（Ibid.,para.6.5）と述べている。

以上みてきたように、この改革の特徴の1つは、民営化路線に沿って、地方自治体の社会サービスに市場原理を持込み、公的サービスの縮小と民間サービスの拡大を図ろうとしている点にある。そのため、フォーマルとインフォーマルの関係は、民間部門が契約を通じて公的部門のいわば肩代わりをする形で、地方自治体の責任範囲内に組込まれることになった。「契約の主導権は、ボランティア団体への財政的援助の方法を事実上変更する決定をしてきた公的当局がにぎっており、ボランティア機関は対応を迫られている」のであって、契約がボランティア・セクターの基盤の強化に必ずしも寄与しない場合がある」（市川一宏 1994 p.264）と指摘されている。従来、ボランティア団体が果たしてきた先駆的機能や代弁機能、圧力団体機能などが弱化するのではないかと危惧されており、ボランティア団体のあり方が改めて問われることになるろう。

一方、保健と福祉の連携については、ケア・マネジメントと共同計画を通じて行われることになったことは紹介したとおりである。平岡は、連携に関する今回の改革が、これまでのような組織の統合ないし一本化、単一の予算の導入といった抜本的改革ではなく、保健と福祉の組織的な分離を前提とした改革であることを指摘して、成果は制度の運用いかんにかかっていると述べている（平岡,1991,p.72）。果たして、どの程度の実効性があるのかが判明するまでには、まだしばらく時間を必要とするようである。

引用文献

- Audit Commission for Local Social Services in England and Wales (1985) Managing Social Services for the Elderly More Effectively London:HMSO (訳書,イギリス地方政府会計監査委員会報告一老人社会サービスのより効果的な運営一長寿社会開発センター.)
- Barclay ,P.M. (1982) Social Worker; Their Role and Tasks, London: Bedford Square Press(NCVO).
- Brown,P.,Hadley,R.,and White,K.J. (1982) pp.219-235 Appendix A; A case for neighbourhood-based social work and social services,NISW (Ed.) Social Workers; Their Role & Tasks(Barclay Report),London:Bedford Square Press(NCVO).
- DHSS (1971) Better Services for Mentally Handicapped, Cmnd4683, London,HMSO
- DHSS (1976) Priorities for Health and Personal Social Services in England, London: HMSO.
- Griffths,R.(1988) Community Care : Agenda for Action, London : HMSO,
- DHSS (1981) Care in Action, London: HMSO.
- 平岡公一 (1991) イギリスのコミュニティ・ケア改革の動向, 月刊福祉第 74 巻 1 月号, 東京: 全国社会福祉協議会, pp.70-75.
- 市川一宏 (1994) イギリスにおけるコミュニティ・ケア改革の展開, ソーシャル・ワーク研究 vol.19 No.4, pp.259-265.
- 市川一宏 (1995) イギリスにおけるコミュニティ・ケア法以降の動向, 三浦文夫編『図説高齢者白書 1995』, 東京: 全国社会福祉協議会 pp.160-72.
- Jones,K.(1975) Opening the Door, London: Routledge & Kegan Paul.
- Jones,K.,Brown,J. and Bradshaw,J.(1978) Citizen Participation, Jones,et.al.(Eds) Issues in Social Policy, London: Routledge & Kegan Paul, PP.98-113.
- 小林良二 (1992) 『イギリス社会サービス改革の現状一社会サービス指導監査庁を中心として一』, 東京: 長寿社会開発センター.
- 京極高宣 (1987) 福祉六法体制の見直し, 『明日の福祉をめざして』, 東京: 中央法規, pp.211-225
- 京極高宣 (1990) 福祉政策学の成立と方向, シルバーサービスの経済的特質, 『現代福祉学の構図』, 東京: 中央法規, pp.45-63, pp.347-362.
- 三浦文夫 (1985) 『増補社会福祉政策研究一社会福祉経営論ノート』, 東京: 全国社会福祉協議会.
- National Audit Office (1987), Community Care Development; Report by the Comptroller and Auditor General, London:HMSO.

- Secretaries of State for Health, Social Security, Wales and Scotland (1989) Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond 1989 (White paper), Cm849, London: HMSO.
- Seeborn Committee (1968) Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services, Cmnd3703, London: HMSO.
- Skeffington Report (1969) People and Planning, Report of the Skeffington Committee on Public Participation in Planning, Cmnd2274, London: HMSO.
- 杉野昭博 (1990) ベバリッジ改革以後の英国におけるコミュニティ・ケア政策の展開と今日の問題点—グリフィス報告と1989年白書の意味するもの—, 日本の地域福祉 第4巻, 日本地域福祉学会, pp.101-118.
- 武田文祥 (1986) イギリス・コミュニティ・ワークの現在, 季刊社会保障研究 Vol.22 No.2, pp.135-150.
- 右田紀久恵 (1986) 社会福祉運営における公私関係, 右田紀久恵・松原一郎 共編 『地域福祉講座2』, 東京: 中央法規出版, pp.78-139.
- Walker, A. (1982) The Meaning and Social Division of Community Care, in Walker, A. (Ed.) Community Care: The Family, the State and Social Policy, Oxford: Basil Blackwell & Martin Robertson, pp.13-39.
- 吉原雅昭 (1990) 英国における「グリフィス論争」が我々に問うもの, 日本の地域福祉, 第3巻, 日本地域福祉学会, pp.6-22.

第7章 福祉コミュニティ形成の戦略

第1節 福祉コミュニティ形成主体の極大化

1. 2つの戦略的課題

本章では、要援護者とその家族、さらには地域住民が地域で生活し続けることができるように支援する「福祉コミュニティ」を形成するには、どのような方策があり得るのかを考究することを課題とする。形成を目指す「福祉コミュニティ」の概念については、すでに第Ⅰ部において地域福祉の理論的な検討を行った中で明らかにしたとおり、特定の地域を基盤として、要援護者とその家族援護者を中核に、「インフォーマルな在宅ケア・サービス」の提供者と「フォーマルな在宅ケア・サービス」の提供者、そして「相互援助・互酬的支援の関係」を有する地域住民が、ケアとその予防という共通関心に基づいて、相互に関わりあって成立する社会関係ネットワークの総体であると規定した。

そうした福祉コミュニティを形成する手懸りを得るために形成主体の実態を把握する調査を行った結果は、第Ⅱ部に示したとおり、家族・親族によるインフォーマル・ケアが大分部を占め、フォーマル・ケアはボランティア・ケアも含めて極めて乏しく、また、家族・親族以外のインフォーマル・ケアもほとんどないという実状であることが判明した。

このことから、福祉コミュニティを形成するには、まず第一に、家族・親族以外の形成主体の極大化を図ること、そして、第二に、それら形成主体の間の連携を作りだすことが課題として認識された。この2つの課題は、シーボーム以後のコミュニティ・ケア政策ないし地域福祉政策の一貫した課題であったともいえる。すなわち、在宅の要援護者とその家族のニード全体に的確に応える総合的なサービスを提供するには、公私を問わずあらゆる資源を動員し、それらを効果的に組み合わせることなしには不可能であると考えられてきた。前章では、この2つの課題に対するこれまでの取り組みをみてきたが、高齢化社会の急速な進展という新たな状況の中で、未だ成功裡に実践を導く戦略的解答が必ずしも十分に得られたとは言い難い面がある。そこで、この2つの課題にこたえて、福祉コミュニティを形成するための戦略を考察することにしたい。

まず、第一の課題である形成主体の開発・動員については、ニードに適合したサービス提供主体を開発し、極大化することが重要であると考ええる。したがって、各サービス提供主体がどのニード領域に的確に対応し得るのか、逆に対応し得ないのかを明らかにすることから始める必要がある。

2. ニードに適合したサービス提供主体の極大化

(1) ニードの構造

ベイリー (Michael Bayley) は、自宅で精神薄弱者(the subnormal) を介護している家族を訪問調査して、自宅での介護を可能にしている要因を考察している。彼によると、まず重要なことは、家族が介護の「きまったやり方」(routine) をつくり出していることで

あるという。乳児や幼児の世話と全く同様に、「きまったやり方」をすることによってのみ、精薄者の介護が可能であったということである。ベイリーは、これを「対処の構造」(a structure for coping)と名付けている。

この構造は、通常、1人の人(たいてい母親)が継続的に行っているケアを基礎としたものであった。それに、種々の工夫された装置やもう1人の人(父親の場合が多い)が手伝うルーティーンがあり、さらに法定的サービスが加わって組み立てられていた。例えば、食事は時間どおりに食べ、晩の8時過ぎに決まってジュースを飲み、水曜日の朝は必ずキットカット菓子を食べる(母親が毎週火曜日に郵便局に行き、帰りに買ってくるのが長い間の習慣になっていたためである)、といった習慣である。これに、庭の門に鍵をかけたり、お風呂の出入りや階下への移動のための特別な工夫などがあり、さらに、父親が出勤前にベットから起こす、姉妹が入浴を手伝う、父親や友人が買物を手伝うといったルーティーンが加わっていた。そして、失禁パッドの提供や入浴介助、デイケアや訓練センターのサービスなどの法定的サービスがあった(Bayley, 1973, p.228-229)。

介護は、こうした「きまったやり方」＝「対処の構造」の中で行われていたという発見はきわめて重要である。このことは、援助が毎日あるいは週のルーティーンと結びついた「構造的な援助」(structural help) でなければならないということを意味する。換言すると、援助が「規則的で」(regular), 「確実で」(reliable), 「時間どおり」(punctual) でなければならないということである。ベイリーは、この必要条件を満たすのは法定的サービスであって、近隣からの援助は概して満たしていなかったと述べている。(Ibid., p.229)

第2に重要なことは、以上のことと密接に関連しているが、別のものである家族の「生活の構造」(a structure of living) という概念である。これは、精神薄弱者のニードや権利ばかりでなく、家族のニードや権利を認めるということであり、家族が精神薄弱者の世話をするだけの生活ではなく、種々の社会活動に参加したり、余暇を楽しんだり、コミュニティ内での普通のつきあいをしているかどうかという「生活の質」(the quality of living) にかかわる概念であるという。この家族の「生活の構造」は、精神薄弱者と家族が社会に組み込まれているか、孤立しているかを示すものであり、親族や友人や近隣の人々との関係にかかわるものである。

以上から、「対処の構造」は精神薄弱者のニードに基づき、それを処理するためにできあがった構造であり、「生活の構造」は、家族のニードに基づき、家族の息抜きや余暇など「生活の質」を維持し、外界との接触を保つ構造であるということができる。この場合の家族とは、本人と介護者、その他の家族員がすべて含まれるが、中心は介護者である。この2つが、精神薄弱者を自宅で介護していく上での基礎的部分であり、その意味では、本人と主介護者のニードの構造であるとみることができる。

これを在宅の要介護高齢者のケアに敷衍すると、在宅ケアは高齢者が生活するための「介護ニード」と家族介護者が外界との接触を保つための「社会的統合ニード」からなるとみ

なすことができる。後者は要援護高齢者本人の「生活の質」の維持にとっても不可欠なニーズであるが、介護ニーズの中に含まれるものとしておく。理由は、単に介護者のニーズを要介護者のニーズと明確に区別したいためである。

加えて、見落してはならないのが要援護に陥らないための予防ニーズである。すでに第2章で明らかにしたとおり、地域福祉の概念を構成する要素の1つに、予防的サービスを規定した。要援護に陥らないためには、主として国・地方自治体による住民一般を対象とした予防的施策と住民自身による助け合いや見守りが不可欠である。そこで、「予防」と「相互依存／社会的連帯」の2つを地域福祉のニーズとしておくことにしたい。

以上から、一般住民の「予防ニーズ」、要介護者の「介護ニーズ」と家族介護者の「社会的統合ニーズ」、社会関係ネットワークを築いている一部の地域住民の「社会的連帯ニーズ」を地域福祉のニーズと捉らえることにする。

(2) ニーズとサービス提供主体との関係

そこで、次にこれらのニーズとすでに地域福祉の概念枠組みで示したサービス提供主体との関係をみることにしたい。図7-1は両者の関係を示したものである。

Aの領域：住民一般の「予防ニーズ」に対しては、国および地方自治体による社会保障や医療保障、健康づくりや社会参加促進対策、生涯教育対策、住宅対策などの各種対策が対応している。現在のわが国では、国民の最低生活を守る社会保障制度が整備されており、住民の基礎的な「予防ニーズ」を充足する公的な制度・サービスはかなり整えられているとみることができる。地方レベルでは、相談・助言や情報提供サービス、ニーズの早期発見などのサービスがある。近年、相談窓口の整備や保健と福祉の窓口の一本化、民生委員やその補助的な福祉委員などによるニーズの発見システムが整備されてきている。必ずしも十分に機能しているとは言い難い面はあるが、「地方自治体・公的専門機関」のサービス提供主体はこの「予防ニーズ」領域への対応は一応可能である。ただし、人々の生活に介入しすぎても、人権やプライバシーの侵害となるため、公的なサービス提供主体は十分注意を払わなければならないであろう。個別問題での予防は、フォーマル・サービスよりは身近にいる人々の相互援助の方がより優れている面がある。それゆえ、住民の相互援助・互酬的支援が求められることになるわけである。

B～Eの領域：障害高齢者本人の「介護ニーズ」に対しては、対応する「フォーマルな在宅ケア・サービス」のうち「地方自治体・公的専門機関」と「民間非営利団体」によるサービスが介護型ホームヘルプサービスを中心に急速に整備されてきている。これらの公的なサービス提供主体は、計画的に人的・物的資源を投入しさえすれば、このニーズ領域に十分対応できる。

最近、「民間営利団体」も食事や入浴サービスに加えて、介護型のホームヘルプサービスを開始するところが都市部を中心に増加している。採算がとれれば、対応可能であるし、むしろ費用効果性の高いサービスが提供される可能性が高い。

「ボランティア団体」による「介護ニーズ」への対応は、安定的にサービスを供給ができるだけの「ボランティア団体」が全国どこでも組織されている状況にはないことから、不均等、不確実があるといわざるをえない。しかも、自発的なボランティアだけで、「規則的で」「確実で」「時間どおり」の安定したケア・サービスを提供するのは難しい面がある。実際、第5章で明らかにしたように、「無償型」は食事サービスには携わっていたが、ホームヘルプ・サービスにはほとんどかかわっていなかった。他方、「有償民間型」と「有償公社型」は家事と介護を含むホームヘルプ・サービスを提供しており、「介護ニーズ」に対応したサービス供給主体として成長しつつある。ただし、全国社会福祉協議会の調査によれば、1995年6月現在、この種の組織は全国約700団体に過ぎない（全社協,1995）。近年、急増してきてはいる（三浦,1994；吉村,1993）が、今のところ、「だれでも、どこでも、いつでも利用できる」ほどには発展しているとは言い難いところに難点がある。したがって、Eの領域は、対応が可能であるが、十分な対応ができていない領域である。今後、サービス提供主体の開発を行う必要がある部分である。

FとGの領域：要援護高齢者本人の「介護ニーズ」に対して、「インフォーマルな在宅ケア・サービス」提供主体のうち家族・親族は、第一義的なサービス提供者であり、確実に適切なサービスを提供できる主体である。しかし、友人・近隣の人々は、ベイリーによれば、「規則的で」「確実で」「時間どおり」という「構造的な援助」の水準にまでは達していなかったという（Bayley, 1973, p.229）。もちろん、そうしたケアを提供しているケースが全くないとはいえない。実際、第5章で示した実態調査では、主介護者としてかかわっているケースが1例、副介護者としてかかわっているケースが町田市で1例、前橋市で2例あった。したがって、Gの領域は対応が不可能ではないが、十分な対応ができていない領域である。ハドレーらが注目したように、「コミュニティによるケア」の資源として活用できる可能性が最も高いのは、この「近隣、友人など」である。なぜなら、インフォーマル・ケアは個人的な繋がりによって提供されるケアであるからである。「近隣、友人など」との繋がりは一般的には家族に次いで深いと考えられるし、人によってはそれ以上である場合もあろう。開発すべき戦略的ポイントであると考ええる。

Hの領域：要援護者やその家族援護者との個人的な繋がり薄い地域住民が、要援護者の直接的な介護に自発的に参加することはほとんど期待できない。まれに何らかの援助を提供することがあったとしても、継続的に「構造的な援助」を提供することはほとんどないとみて間違いないであろう。したがって、Hの領域は対応できない領域である。

I～Lの領域：家族援護者の「社会的統合ニーズ」に対して、フォーマルなサービス提供主体は、本質的には適切な対応ができない。なぜなら、このニーズは家族援護者やその他の家族が友人や地域の人々などとの交流を保って、社会関係のネットワークのなかに組み込まれることを求めるものだからである。専ら、友人や近隣の人々、地域住民にかかっているものだからである。しかし、近年、地方自治体はデイ・サービス、ショートステイな

どのいわゆる「レスパイト・ケア・サービス (respite care service)」を発展させ、介護者を一時的に介護負担から開放するサービスを提供するようになった。そうしたサービスは、地方自治体からの委託により「民間非営利団体」からも提供されるようになってきている。今後は「民間営利団体」への委託も考えられるだろう。「ボランティア団体」の中にも、痴呆性高齢者のデイサービスを始めているところがある。介護者が自由な時間を確保し、自分の生活を楽しむことができるように支援するサービスが拡大している。直接、他者との交流を提供するものではないが、間接的にそうした時間を保障することにより、家族援護者の「生活の質」に側面的に貢献することができるようになった。その意味では、フォーマル・ケアが全く対応できない領域であると言い切れなくなっている。したがって、I～Lの領域は対応できるが、間接的で不完全な領域である。

MとNの領域：家族介護者の「社会的統合ニード」に対しては、家族や友人、近隣の人々は一員として付き合いを保ち、孤立しないようにかかわることができる。また、援助は必ずしも一方的なものばかりでなく、双方向的なものであることが一般的である。そうした社会関係の一員としてとどまれるかどうかは、まさにこれらの人々の対応にかかっている。しかし、Mの領域の家族、親族には期待できるとしても、Nの領域に関しては、近年、近隣の付き合いや地域の共同作業が失われつつあり、友人との付き合いさえ表面的なものになりつつある風潮の中で、家族援護者の状況を理解し、尊重した付き合いがどの程度できるのかは疑問が残る。その意味では、Nの領域は、かつては対応していたが、対応がやや難しくなっている領域であるとみる方が適切だろう。しかしながら、家族援護者の「社会的統合ニード」に最も的確に応えられるのは、友人や近隣の人々をおいて他にみあたらない。このNの領域も、サービス提供主体を開発・極大化する必要があるだろう。

Oの領域：家族援護者が地域住民の社会関係ネットワークのなかに組込まれていれば、家族援護者は一般的な付き合いと相互援助を受けることが可能であろう。しかし、このネットワークは介護にあたっている人を支援するためのものではなく、対等な関係・付き合いに基づくものである。そのため期待される役割を果たすことができなかつたり、家庭内を詮索され、とやかく言われたくなかつたりする場合は、そうしたネットワークから遠ざかりがちである。地域は時には排他的である。お互いに見られている地域であればこそ、見られたくない意識が働くこともある。このOの領域に、家族援護者への具体的な支援を期待するのは難しいが、一般的な関心、見守り、情緒的サポートは期待できるであろう。家族援護者が地域での普通の付き合いを通じて、「生活の質」を保つことができるようにするためには、このOの領域も極大化する必要があるだろう。

Pの領域：地域住民が、お互いがあいさつをかわすか否かは社会関係が成立するかどうかの分れ目であるといえる。あいさつや言葉をかわす、ちょっとした物のやり取りをする、地域の清掃作業や行事に参加するなどの関係がある場合は、少なくとも地域の一員として相互に認識しあっていることを意味する。そうした関係が成立してはじめて、ウイルモッ

ト (Willmott,1984,本稿第3章第2節を参照) が示唆したように地域意識も芽生えることになるだろう。また、困った時には助け合いをすることにもなる。平成7年1月の阪神・淡路大震災は、お互いに顔を見知っていなければ、救助が遅れ、孤独死の危険性もあることを示した例であった。かつてのように、どこの誰か、どのような出自であるかお互いに知っているようなコミュニティは失われたが、地域に根差した社会関係ネットワークの重要性は失われていないのである。地域で安心して生活するために、また、福祉コミュニティが開かれたコミュニティであるためには、このPの領域の極大化が欠かせない。

3. サービス提供主体の極大化の方策

ニードとサービス提供主体との関係を検討して、ニードに適合したサービスを提供し得るにもかかわらず、不十分であるサービス提供主体を明らかにした。そこで、それらのサービス提供主体を開発・極大化するためには、どのような方策があるかを考察することにした。

(1) Eの領域：「介護ニード」に対するボランタリー・ケアの極大化

第5章に示した実態調査からは、従来型の無償型ボランティアは、配食サービスや施設での援助活動、手話・朗読などの専門技術を要する活動など幅広い活動を展開していたが、活動時間は相対的に短く、在宅ケアにかかわる活動はきわめて少ないことが明らかになった。「介護ニード」に対応する介護や家事援助などの活動は、専ら「有償民間型」「有償公社型」の参加者によって担われていた。他の調査からも同様な傾向が指摘されている(平岡,1991; 小林,1991)。このことから、高齢者の直接的なケアに巻き込むことのできる資源は、有償の住民参加型活動の参加者であるといえる。有償型のボランタリー活動に対しては、伝統的なボランタリー活動の参加者や現場のワーカーからの批判があり、ボランタリーな活動の「精神的基盤を危うくする」(大橋,1986)というもっともな批判もあるが、現実的には、ケアに参加する資源としての可能性は、この有償型において他に見い出せない。

有償型は、比較的低額な料金で家事援助や介護サービスを提供するものであるが、それを可能にしているのは、会員同士の助け合いという社会的連帯を基本にしているからでもある。また、利用者にとっては、「スティグマを伴わず、容易に利用できる」利点があり、「都市部を中心に急速に広がりはじめている」(三浦,1994,p.117)点も見逃せない。ピンカーは利他的動機と金銭的動機は矛盾する要因というよりも補完する要因とみるべきであると指摘しており、ケアリング・ネットワークを拡大する方法の1つであることを認めている(Pinker,1985)。

要援護高齢者の「介護ニード」に対応するボランタリー部門を強化する方策の1つとしては、この有償型の奨励、組織化を図ることが最も現実的であると考ええる。本来、自発的な活動であるので、その組織化の範囲は、それぞれの団体の決定に委ねられることになる

が、広域的組織化と小地域での組織化（たとえば、小学校区ごとに支部を設けるなど）の両面からの組織化が図られるならば、活動参加者にとっての選択の幅を広げることになり、より活動しやすい条件を提供できるのではないかと考える。なお、第5章に示した調査によれば、有償型組織の参加者は50歳代の女性で就労していない人が多かった。無償型組織の参加者よりは若干年齢層が若いようであるが、大差は認められなかった。担い手としての可能性は、現在のところ、50歳代、60歳代の就労していない既婚女性が最も高い。子育てが一段落して、時間のゆとりがもてるようになった世代で、親の介護や自分自身の老後が気になりだした人たちであるのだろう。

有償の金額をめぐるのは、大いに議論が噴出するところであるので、差し控えることにしたいが、決して生活を支えるものではない額であるべきだろう。高すぎれば、ボランティア性を損うし、低すぎれば、参加の誘引とはなくなる。実態調査からは、月5,000～1万円が最も多く、2万円以下が大半であった。

ところで、無償型でも配食サービスや友愛訪問、買物を手伝うなどの間接的な在宅ケア活動を行っている人たちがいる。こうした活動も要援護者の生活を支え、家族援護者の負担の軽減および支援につながるものであることから、可能な限り拡充する必要がある。ボランティア・センターに登録している各種ボランティア・グループに働きかけ、グループの活動の中に加えてもらう、あるいは新たなグループを結成してもらうことも1つの方法である。また、社会福祉協議会は、絶えず地域住民に働きかけて、ボランティア・グループの結成を促す必要がある。無償型のボランティア団体は、フォーマル部門の一翼を担っているという点では、当てに出来る確実なサービスの提供が求められるが、ボランティアの長所の1つとされる人間的感触（human touch）を失わずにかかわりをもっていくことが重要である。

（2）Gの領域：「介護ニード」に対する家族・親族以外のインフォーマル・ケアの極大化

近隣の人々などのインフォーマル部門は、要援護者本人へのケアという面では、「規則的で」「確実で」「時間どおり」という水準をみたすものではなかったとベイリーは指摘していた。実際、介護を近隣一般に期待するのはかなり難しいであろう。しかし、要援護者の地域からの孤立は危険性が高く、施設入所に直結する可能性が高い。地域に住み続けるためには、近隣の支援が必要である。ケアに巻き込む必要がある。

この方策としては、民生委員を核（キーパーソン）として、小学校区くらいの徒歩圏ごとに拠点施設を設けて要援護高齢者のデイサービスを近隣の人々を巻き込んで行う方法を提案したい。近隣の人々が特定の家庭を「規則的で」「確実で」「時間どおり」に訪問して、介護を手伝うのはほとんど不可能である。家庭外の拠点であれば、ケアを受ける側も提供する側も抵抗感が少ない。しかも、近隣の人々が交代でケアにあたれば、ひとり当たりの担当部分が相対的に少なくなり、精神的・身体的負担が重くならずにすむ。実際、石

川県金沢市では、戦前の方面委員時代から引き継いだ善隣館（コミュニティ・センター）を拠点に、民生委員が住民ボランティアや福祉公社職員と一緒に地域の要介護高齢者のサービスを行っている（中野,1993）。

民生委員は、第5章の調査から判明したとおり、地域帰属意識が高く、奉仕性意識も高かった。しかも、民生委員は、その制度の特徴として、第一に地域割で全地域に配置されており、ボランティアと異なって、どこの地域にもいるという利点を有している。地域住民でもあり、地域の資源として、どこの地域でも活用できる可能性が高い。第二に、法と厚生大臣の委嘱といういわばお墨付きのある「認知された世話役」であること。このことは、「でしゃばり」「おせっかい」と批判されることなしに、地域で活動できる利点をもっていることを意味する。地域の実情を考えると、積極的に活用すべき長所であるといえる。第三に、在任中は職務を遂行する義務を負っており、少なくとも3年の任期の間は活動の継続性が保障されている点も地域活動を行う上で利点である。第四に、民生委員は守秘義務があり、職務上知った個人のプライバシーを口外してはならない。この点はお互いに見られている地域で、人権を守るという点からはきわめて重要であり、長所の1つであるといえる。第五に、民生委員は、少なくとも関係する福祉行政については、研修を受けて、知識をもっている。行政サービスや関係機関についての情報源として活用できる点も見逃せない長所である（中野,1988）。

以上のような民生委員の制度上の長所は、地域活動を行う上で非常に有用である。この長所を有効に活用して、民生委員を核（キーパーソン）として、地域住民の高齢者ケアへの関心を高め、ケア活動に巻き込む活動を展開することができれば、近隣の人々をインフォーマル・ケアの提供主体として組織化することが可能になるだろう。現状で考えられるかぎりでは、この民生委員と小地域の拠点施設を活用して、近隣の人々をケアにまき込む方法が「コミュニティによるケア」を開発・極大化する最も適切で、効果的な方法であると考えられる。

セルフヘルプグループや相互援助グループも、インフォーマル・ケアを拡大する可能性のあるものとして、知られている。痴呆性高齢者を介護する家族の会や相対的に若い高齢者がより高齢のお年寄りを友愛訪問したり、援助したりする活動などがそれにあたるが、そうしたグループが地域の中により多く組織化されるように、社協の専門員や民生委員、行政のソーシャルワーカー、保健婦などは側面から支援する必要がある。

（3）Nの領域：「社会的統合ニード」に対する家族・親族以外のインフォーマル・ケアの極大化

第5章の調査の分析からは、6～7割の介護者に、情緒的サポートを提供してくれる「友人や近隣の人」がいることが判明している。

近隣の人々や友人などによる家族援護者の「社会的統合ニード」への対応は、個人的な繋がり（personal tie）に基づくものであり、介入が難しい領域である。方策としては、家

家族援護者が友人や近隣の人々と普通の付き合いができるように、側面から支援することであろう。その1つは、Gの領域で示した民生委員と小地域の拠点施設を活用したデイサービスである。これは、高齢者本人にケアと社会的交流の機会を提供するとともに、家族援護者にはレスパイト・ケアを提供するものとなる。介護から開放された時間をもつことができれば、友人などとの付き合いが可能になる。また、もし家族援護者がデイサービスの担い手として参加するならば、デイサービスにかかわる地域の人々との新たな付き合いができることにもなる。

また、セルフヘルプグループや相互援助グループは、家族援護者の「社会的統合ニード」や「生活の質」の充足・維持にきわめて有効である。

(4) Oの領域：「社会的統合ニード」に対する住民の相互援助・互酬的支援の極大化

この相互援助・互酬的支援の社会関係ネットワークは、同一地域に居住することへのアイデンティティをもって、お互いを受容し、もし必要が生じたら、お互い同士援助しあう関係、あるいは援助しようという意識をもった関係を示すものである。これは、要援護者の直接的なケアにはかかわらないが、要援護者やその家族援護者がそのネットワークに含まれていた場合には、一過性のケアや援助を提供する可能性も全くないわけではない。しかし、基本的には、通常の挨拶や声かけ、見守り、ちょっとした物のやりとりを行うなどの関係である。家族援護者が一員として組込まれるならば、介護に関係しない地域の普通の付き合いとして、「生活の質」の維持に役立つものとなる。

このネットワークは、成員にとっては予防と安心感や安定感をもたらすものである。

こうした関係を地域の中につくりだすには、まず、知合うことが前提となる。挨拶を交わすことから始るといえるが、かつては引っ越してきた人や結婚して転入してきた人などを町内会の役員が町内の各戸に紹介して回ったものであったが、いまやそれもあまり行われなくなっている。そこで、小学校の行事や地域のイベントが重要性をもつことになる。運動会やバザー、祭、敬老会、地域の清掃などを活用して、関係づくりを行うことが方策の1つとなろう。民生委員や社協の専門員はそうした機会をつくることや地域の福祉に関する情報を提供したり、啓蒙活動を行ったりして、関係づくりに働きかける必要がある。そうした関係が築かれれば、そこから、ケアの提供主体も育つ可能性が高まることにもつながる。

(5) Pの領域：「社会連帯ニード」をもつ地域住民の極大化

このニードを充足するための住民の関係づくりの方策は、Oの領域と同じである。Oでは、家族援護者の立場からみたのに対して、住民の立場からみることになる。ここでは、家族援護者も住民のひとりに過ぎない。

以上、福祉コミュニティの形成主体の開発・極大化を図るために、形成主体のうちニードへの対応が不十分であるサービス提供主体（＝福祉コミュニティ形成主体）を開発・極大化することを戦略として、その方策を検討した。ここでは、公的なサービス提供主体の整

備・拡充は、「新ゴールドプラン」や「老人保健福祉計画」によって図られつつあることを前提に触れなかったが、可能な限り計画的な整備が進めらるべきであることはいうまでもない。

図7ー1 ニードとサービス提供主体との関係

ニード・主体 サービス・主体	予防 一般住民	介護 要援護者	社会的統合 家族援護者	社会的連帯 関係住民
フォーマルな予防的サービス 地方自治体・公的専門機関	A			
フォーマルな在宅ケアサービス 地方自治体・公的専門機関		B	I	
民間非営利団体（認可型）		C	J	
民間営利団体（市場型）		D	K	
ボランティア団体（参加型）		E	L	
インフォーマルな在宅ケアサービス 家族・親族		F	M	
近隣・友人、セルフヘルプグループ		G	N	
相互援助・互酬的支援の社会関係 ネットワーク（づくり） 地域住民		H	O	P

注) A～Pのうちの四角で囲ったところが開発すべき戦略的ポイントである。

第2節 福祉コミュニティ形成主体の連携

1. サービス提供主体間の連携の方策

福祉コミュニティを形成する上での第二の課題は、サービス提供主体の間の連携をどのように作り出すかである。これには、さらに2つの課題があることはすでに指摘したとおりである。1つはフォーマルなサービス提供主体間の連携であり、もう1つはフォーマルとインフォーマルなサービス提供者の間の連携である。この2つのうち、相対的には前者の連携の方が容易であるといわれており、いくつかの手法も開発されてきた。すなわち、共同計画、共同財政、窓口の一本化、合同のケース会議、そしてケアマネジメントなどである。また、各機関の責任や権限についての相互理解が重要であること、その理解のうえにはじめて連携が成立することも指摘されている。

このフォーマル・サービス提供主体の間の連携は、ケアマネジメントの手法の導入によって、概ね出揃ったとみることができる。今や、サービス提供主体が連携の意欲をもって、コミュニケーションを密にとるかどうかにかかっていると思われる。

これに対して、フォーマルとインフォーマルとの連携は、コミュニティ・ケア政策の要ともいうべきものであったが、適切な手法や方策が理論的にも実践的にも十分に開発されていないといえる。そこで、まず、具体的にどのような連携の方法・様式があり得るのかを検討しておくことにしたい。

(1) フォーマルとインフォーマルの連携の様式

ブルマー (Martin Bulmer) によれば、フォーマルとインフォーマルの関係に関する最も楽観的な見解はリトワクとメイヤー (Eugene Litwak and Henry F. Meyer) によって形成されたバランス理論であるという (Bumler, 1987, p. 180)。かれらは、ウェバーの官僚制論とそのアンチテーゼとしてのパーソンズの核家族論を検討して、官僚制組織と第一次集団の双方の機能がほとんどの社会的課題を達成するためには必要不可欠であるとみている。なぜなら、官僚制組織が十分に機能しえない課題領域、すなわち、①課題が非常に単純である、逆に②複雑で特異である、③科学的な知識にかけるといった領域があるからである。そこに第一次集団の存在意義と協同 (coordinate) の必要性が生じる。課題達成を効果的に行うためには、両者が「遠からず近からず」の midpoint でバランスをとって協同するが肝要であるという (Litwak and Meyer, 1966; Litwak, 1968; 藤崎, 1982)。

「最適社会統制 (optimum social control) は、官僚制組織と第一次集団の関係が相互にあまりに親しすぎず、また孤立しすぎずの社会的距離の midpoint でバランスをとる調整メカニズム (coordinating mechanisms) が発達する場合に生じるようである。この形成は多様な調整メカニズムの重要性を認識することを必要とする…」 (Litwak and Mayer, 1966, p. 38) と述べている。

この理論の弱点は、フォーマル・ケアとインフォーマル・ケアの間の相互作用については何も示していない点である。また、この2つのタイプのケアが必ずしもバランスをとら

される必要もないと指摘されている (Bulmer,1978,p.181)。

関連するアプローチとして、サスマン (Marvin Sussman) によるリンケージプロセス・モデルをあげることができる (Sussman,1977;藤崎,1982)。

官僚制組織と第一次集団は、しばしば共通目標をもって活動するが、その過程は不断の調整、抗争、交換のプロセスとなる。サスマンは、こうした過程をリンケージと呼んでいる。また、リンケージは時間的経過の中で生起することを強調して、リンケージプロセスモデルと称している。リンケージ過程は、個人と官僚制組織の間で直接的に生じることもあるが、多くは集団や組織などの媒介者が存在する。両者の関係に影響を及ぼすリンケージ集団には、親族ネットワーク (kinship networks)、同輩集団 (peer groups)、特定の関心に基づく集団 (special interest groups)、ボランティア協会 (voluntary association)、オンブズマンシステム (ombudsman systems) があるという。高齢者と官僚制組織とのリンケージ過程で最も重要な媒介的機能を果たすのが家族・親族ネットワークである。それは、高齢者ケアでは主要な役割を果たし得るし、とくに情緒的支援では他を抜きん出ているからである。家族・親族ネットワークがこの役割を自発的に引き受け、官僚制組織と対等の関係を築くには何らかの報酬が得られるようにすべきであるとして、「誘因 (incentive)」の形成を提案している。

サスマンは、官僚制組織と第一次集団が支配-服従の関係ではなく、双方向に影響しあう同格モデルを示唆しているが、両者の間に葛藤ではなく、協同 (co-ordinate) の関係をもつことが可能だろうかと問うている。その意味では、リトワクとメイヤーほどには楽観的ではなかったといえる (Sussman,1976,1977)。

リトワクとメイヤーが、官僚制組織と第一次集団のそれぞれの固有の機能を認めて、両者の中点でバランスをとるというバランス理論を展開したのに対して、サスマンは、両者の間の相互作用に着目して、調整、抗争、交換のリンケージプロセスモデルを構想した。サスマンが官僚制組織と第一次集団の関係に相互作用を導入した点では前進であったが、官僚制と第一次集団の関係を単一モデルでとらえようとしている点ではリトワクと同様であったといえる。

ブルマーは、バランスのような単一原理は不適當であり、関係の異なるタイプがありうるとして、エイブラムズ (Philip Abrams) によるフォーマル・ケア (官僚制) とインフォーマル・ケア (第一次集団) の単一モデルを前提としない関係についての考察を敷衍して展開している (Bulmer,p.182)。

エイブラムによれば、両者の関係には3つのタイプが識別されるという (Abrams,1979,p.19)。

すなわち、植民 (colonization)、葛藤 (conflict)、共存 (co-existence) の3つである。さらに、ブルマーは、エイブラムの講義ノートをもとに協働 (collaboration) と混乱 (confusion) を加えている (Abrams edited by Bulmer,1984; Bulmer,1987)。

1) 植民 (Colonization)

まず第一の、そしておそらく主要な関係はフォーマルによるインフォーマルの植民であるとされる。植民とは、インフォーマル・セクターないし近隣関係が法定的ないしボランティア・サービスによって侵入され、その目的に従属させられるもので、広範囲のそうした関係を包含する。植民はケア（サービス提供）と統制（範囲、信頼性、責任）の両方に向けられ、依存性を作り出すことが諸タイプに共通した戦略となっている。典型的にはフォーマルなサービス提供がインフォーマル・ネットワークに取って代ることであるという。

植民の最も単純かつ主要な形態が支配（domination）である。これは、法定的とボランティアな機関が、インフォーマル・システムに対して自分たちの都合のよいヒエラルキーを一方向的に押し付けるものである。エイブラムは、支配の傾向は近隣レベルないしフォーマルとインフォーマル・システムの境界で働いているすべてのケア・プロジェクトの組織者の中に潜んでいるようであると述べている。エイブラムは、ホームズらのソーシャル・ワーカーとボランティアに関する研究（Holmes and Maizels, 1979）を引合に出して、ソーシャルワーカーがいかに関係をボランティアをすべてのケースワークから排除して、実際的な仕事のお手伝いに役割を限定したか示していると指摘している。役割が組織のカテゴリーに合せて順序づけられ、インフォーマル・ケアラーは末端で下位の責任が与えられることになるという。

植民の第2の形態は、専有（appropriation）と呼ばれるものである。フォーマルとインフォーマル・セクターの境界を再定義するようなやり方で、境界が引き直され、かつてインフォーマルであったものがフォーマルの拡大した領域のなかに強制的に組み込まれるものである。よい例は、チャイルドマインダー（筆者注：保育ママ）を地方自治体に登録させる動きであったという。専有の利点は、官僚制的秩序と統制という管理運営上の強みにあるが、それは、実はインフォーマル・セクターの損失でもある。

植民の第3の主要な形態は、合併（incorporation）である。これは、専有の一層極端で包括的な形態としてか、あるいは逆に近隣レベルでのフォーマルとインフォーマル・システムのより確かな共存（co-existence）をめざす戦略としてかのどちらかにみられるという。合併と専有の明白な違いは、より強力なフォーマル組織が、より力の弱い組織を組み込むだけでなく、自分たち自身のアプローチのなかにインフォーマリティの要素を取り込もうとするところにある。なお、ブルマーは、これを共同選択（co-option）という用語に置き換えている。

2) 葛藤 (Conflict)

これは、文字どおり、フォーマルとインフォーマルのセクター間の争いであるわけだが、葛藤は、インフォーマルネットワークに包摂される人々が政府が推進するケアの政策とあわない場合に生じる。古典的な例は、イギリスでの福祉権運動やアメリカでの市民権運動であるという。主要な特徴は、ニードを明確にして、圧力団体として政治システムに働

きかけるところにある。計画にかかわったグループの中には、葛藤を通じてインフォーマルな近隣ネットワークの連帯強化につながったケースも見出されるという。エイブラムは、葛藤はインフォーマル・システムを丸ごと維持し、エネルギーを取り戻す最良の方法であるかもしれないと述べている (Abrams, 1980, p. 22)。

ブルマーは、これに競争 (competition) を加えている。競争は、ニードについての共通の認識はあるが、責任の評価やケア提供に利用できるものの容量にアンビバランスがある場合に生じるという。この例は、高齢者の施設ケアにみられるという。法定的と私的市場による提供との間の競争である。

さらに注意を要する点は、フォーマルとインフォーマル・セクターの2つのタイプのケアの各々の内部に競争、分裂、葛藤の可能性があるのである。単一体としてそれらを扱うのは誤りであるという。たとえば、イギリスでは、地方当局社会サービスと保健サービスの間に明確な責任分担があり、調整のメカニズムがあるにもかかわらず、実際には、両者ともかなりの程度独自に政策追及をしているという。インフォーマル・セクターにおいても同様に、インフォーマル・ネットワークを動員するにあたって、地域内での分裂の可能性が十分ある。たとえば、高齢者と若い子どもをもつ家族との間に子どもの遊び場をめぐって、わずか通り1つのレベルで利害の対立があったりする場合がある。また、人種や社会階層による葛藤もあるという。

3) 共存 (Co-existence)

植民はフォーマル・セクターの牽引力を示し、競争および葛藤は異なる立場からの相互挑戦を示しているという。これに対して、共存は一方から他方の相互隔離の程度を示すものである。フォーマルとインフォーマル・セクターの間のもっとも一般的ないし特徴的な関係であるとされる。相互作用の欠如は、無知、無関心、相互無視あるいは相互作用する適切な理由がないという判断から生じるという。例としては、家族内のケアや近隣や友人によるケアであまりにも自然発生的すぎて、フォーマル・セクターに考慮されないようなケースやフォーマルの介入を望まず、係わりを拒否されたケースなどであるという。2つを繋げようという動機がどちらかの側にほとんどないので、相互作用なしに共存することになる。

4) 協働 (Collaboration)

植民や葛藤、共存はフォーマルとインフォーマル・ケアが補足的な貢献をしない様式であるのに対して、2つの間の協働 (collaboration) や織り合わせ (interweaving) のモデルに基づく様式が考えられるとブルマーはいう。「協働の最良の例は、アドホックベースで生じるようである。高齢な隣人に親密な安心感を提供する近隣ヘルパーに専門職が相談役関係を形成することができるような場合；アウトリーチ・チームが慢性精神病患者のコミュニティへの適応を促進するためにホテルマネジャー、ケア・オペレーター、バーテンダー、食料品店店員の支援システムを形成することができるような場合；相互扶助ないしセ

ルプヘルプグループと専門職との間にインフォーマルな一緒に仕事する関係が作られる時」(Foland,1980, p.579)などであるとされる。

そうした協働を維持するのは、かなり困難であるという。インフォーマルかフォーマルかのどちらかの方向に押す力が働くからである。フォーマル・システムがインフォーマル・システムに取って代り、それを破壊する危険性があることもよく知られている(Bayley, 1982,p.185)。ブルマーは、「必要なことは、インフォーマル・セクターをフォーマル・セクターと対等に扱うことができるように強化することであり、合併の運命を避けることである。インフォーマル・セクターの価値と関係は尊重され、維持される必要がある。法定的とボランティア機関はインフォーマル・セクターを同等なものとして共に生きることを学ばなければならない」(Bulmer,1987,p.187)と述べている。

5) 混乱 (Confusion)

最後の様式が混乱である。フォーマル・システムを通じて利用できる資源とインフォーマル・システムの価値との間の緊張であるとされる。フォーマルサポートを必要とする条件を満たしているのを犠牲にしてまでも、インフォーマリティの要素を保持しようすべきか、あるいは、本質的にインフォーマルな関係のものを専門化する危険を冒してまでも、フォーマル・サポートを受入れるべきか、といったことであるという。ボランティアの報酬問題が、このタイプの争点のよい例であるとされる。

エイブラムは、フォーマル・ケアとインフォーマル・ケアの間には原理的なアンチテーゼー官僚的 (bureaucratic) と共同的 (communal) ーがあり、両立しえないものであるとみていたようである。ブルマーも同様に両者は非連続で原理的に異なるものとみていたようであるが、「協働」を加えることによって、アドホックベースでは連携が成立し得る可能性のあることを示唆している。

以上から、フォーマルとインフォーマルの間の連携は原理的には極めて難しいことが示唆された。しかし、可能性がないわけではない。実践の場に応じた多様な方式を模索・開発する必要があるだろう。

(2) フォーマルとインフォーマルなサービス提供主体間の連携の方策

エイブラムによれば、フォーマルとインフォーマルの主要なパターンは「植民 (Colonization)」であり、両者は全く異なる原理に基づく、両立しがたいものであるとされた。ブルマーは、「協働 (Collaboration)」を追加したが、それはアドホックベースで生じると条件を付している。これまでの伝統的な理念であった対等のパートナーシップは成立し得ないのだろうか。

しかし、イギリスでは、分権化と小地域を基盤としたサービス運営体制の形成によりフォーマルとインフォーマルの連携を図る試行が続けられてきた。たとえば、人口 5,000～10,000 人の小さい地域 (パッチ) にわけて、そこに複数のパッチチーム (ソーシャル・ワーカーとケアワーカーだけのものから他の多様な職種を含むものもある) をおいて、ジェ

ネリックなケアを提供する試みがあげられる。ソーシャル・ワーカーは、地域に密着し、コミュニティやそのケアリング・システムについての詳細な知識をもつことが要求された（Hadley,1983）。パッチ方式はかなりの地域で取り入れられたが（Hadley,1983;Hadley and McGrath,1980）、その評価をめぐっては賛否両論があり、はっきりした結論にはいたらなかったようである（大山・濱野,1988）。

また、ロンドンのイスリントンのように、徒歩圏の範囲に福祉事務所（neighbourhood office）を置いて、マネジャーのもとに、ソーシャルワーカーや住宅担当官や環境保健担当官などの多職種を加えて、地域のすべてのニーズに対応する方式をとっているところもある。サービスの分権化と再統合、インフォーマル・ネットワークとの連携をねらったものである。

さらに、ケントのコミュニティ・ケア・スキームでは、ソーシャルワーカーとコミュニティケア・ケースマネジャーとホームヘルプ・オーガナイザーの役割を統合したホームケア・マネジャーをおき、これにケア・サービスの一定の財源を与え、その傘下で働くインフォーマルな介護者に支払うこともできるようにする試みが行われた（Chalis and Davices,1986；平岡,1991）。

この実験プロジェクトの成果が、グリフィス報告にも予算をもつケースマネジャーの任命として取り入れられたことは周知のことであろう。

分権化と小地域ベースでのサービス運営が必ずしもインフォーマル・ネットワークとの効果的な連携に貢献するものであるかどうかはさらに検討の必要があるようだが、できるだけニーズ発生の現場で、その人の総合的な生活環境の中でアセスメントがなされ、ケアプランが決定される方がよりニーズに的確に応えるサービスとなりうることは確かであろう。

以上を踏まえて、わが国におけるフォーマルとインフォーマルのサービス提供者の連携の方策としては、地域のインフォーマル・ケアを組織化し、フォーマル側からの「植民」を防ぎ、すなわち、要援護者や住民を代弁して、対等なパートナーシップおよび「協働」を築くキーパーソンとして、民生委員を活用することを提案する。

最後に、福祉コミュニティ形成の戦略をまとめると、まず第一に福祉コミュニティの構成要素である各ケア・サービス提供主体のうち、①要援護者の「介護ニーズ」を充足する「ボランティア団体」と「近隣や友人など」の開発・極大化を図ること。前者については、有償型ボランティアを、後者については、民生委員と小地域の拠点施設を活用して開発・組織化を図る方策を提案した。また、②家族援護者の「社会的統合ニーズ」を充足する「近隣や友人など」と相互援助・互酬的支援の関係を有する「地域住民」の開発・極大化を図ること。前者については、小地域の拠点施設でのデイサービスにより家族援護者にレスパイト・ケアを提供すること、後者についてはイベントを活用することを提案する。

第二にフォーマル・サービス間の連携を促進するためには、共同計画、共同財政、窓口

の一本化、合同のケース会議やケースマネジメントなどの手法を全て活用するばかりでなく、従事する職員の意識改革を図ることが不可欠である。

第三にフォーマルとインフォーマルの連携については、民生委員を地域の側のキーパーソンとして、「コミュニティによるケア」を開発し、フォーマル・サービスの「植民」から要援護者を防衛する役割をもたせること、これによりフォーマルとインフォーマルの対等なパートナーシップおよび「協働」の関係をつくりだそうというものである。

当然のことながら、フォーマルなサービス提供者の側に連携する心構えのあることを前提とするものである。

第3節 地理的範域

福祉コミュニティの形成を論じるにあたって、避けて通れないのは地理的範域の問題である。「コミュニティ」がかってのように共同生産の場でなくなってから、地域性と共同性が分離してきたことは、第3章でも述べたとおりである。物理的空間から離れて、社会関係や共同関心に基づくコミュニティが成立し得ることは周知のこととなっている。

しかしながら、地域福祉は、特定の地域において人々がお互いに助け合い、係わりあう関係を作り出すことを目指している。それは、困った時や緊急時の近隣の重要性を経験的に知っているからである。我々がまず援助を求める相手は家族・親族であり、次いで友人などの親しい人か、隣り近所の人など「近くにいる人」かであるのが一般的である。また、地域で孤立した生活はわずかな危機にも対処できず、場合によっては孤独死に至る危険性も孕んでいることは、この度の阪神淡路大震災後に頻発した不幸な孤独死からも示されている。

地域がかっての地域共同体に戻ることはありえないが、「人生80年時代」に入って、地域で過ごす老後が長期化しており、高齢者を支える「福祉コミュニティ」が求められざるをえない状況がある。そして、この「福祉コミュニティ」は、地域を超えた機能的コミュニティではなく、特定の地域に基礎をおくコミュニティでなければならないのである。

そこで、この困難な課題である「福祉コミュニティ」の地理的範域について論じる必要が生じる。「福祉コミュニティ」は、まず、インフォーマル・ケアを提供している人々や相互援助・互酬的支援の関係を結び人々のネットワークに依拠するものである。これらのネットワークは、個人的な繋がりに基づくものであるから、特定地域内に限定されない広がりをもつことは、すでに指摘したとおりである。

しかしながら、第5章でみたとおり、インフォーマル・ケアの主たる担い手である主介護者は、ほぼすべてが同居の家族であった。要介護者と同じ家、同じ地域に居住している人によってケアが提供されているわけである。また、副介護者についても、9割までが同居ないし15分以内のところに居住している親族であった。さらに、近隣の人がインフォーマル・ケアの担い手になっているケースはごく稀であった。

以上から、わが国におけるインフォーマル・ケアは、専ら同居の家族と近居の親族によって提供されているものであり、地理的にはかなり狭く限定された範域内の資源からのケアであると結論付けることができる。このことは、「福祉コミュニティ」が存立、あるいは形成される範域は、比較的狭い範域に限定されることになるだろうことを示唆するものである。

また、住民の間に相互援助・互酬的支援な社会関係が成立する範域も、ある程度限定されたものとならざるをえないのではないだろうか。なぜなら、人々がお互いに居住を認識し合い、直接顔をあわせて、交流する機会をもつことができる範囲はあまり広い範域でないと推測されるからである。地域の付き合いは、多くの場合、子どもを通して始まり、小学

校の行事などを通じて拡大していく。小学校の運動会や親子参加の行事が地域交流の機会となっていることは言うまでもない。学校は「地域社会なかんづく日常定住圏に存在する生活関連施設体系の中で、最も普遍的に在り、かつ質の高い施設内容を保っている」ばかりでなく、「地域社会とそこに生きる人々とをつなぐ”心の糸”になるシンボリック的意義をもっている」（松原,1978,p.37）ためコミュニティ形成の核になりうるものであるといわれている。地域でのインフォーマル・ネットワークは、顔を見知っている、どこの誰か知っている程度が存在するところでしか成立しえないだろう。face to face の関係が成立する範囲は、せいぜい人口 5,000 人～1 万人以下の小学校区程度の範囲ではないだろうか。

一方、フォーマル・ケア・サービスは、ニード充足が最も効率的、効果的に行えるように、ニードの出現率や人的・物的資源、財政などを勘案して、いくつかのレベルに分けて、サービス運営・提供の地理的範囲を設定することになるだろう。「利用圏」として設定されるものである。最も基礎的なニード、すなわち、食事や着替え、排泄、入浴など日常生活上のニードに対するサービスの提供にあたっては、「規則的で」「確実に」「時間どおり」の提供ができ、かつ状況の変化に応じて柔軟に即応できる体制が必要である。そのためには、小回りのきく比較的小地域を単位とするのが望ましい。また、インフォーマル・ケアやインフォーマル・ネットワークとの協働やその掘り起こしを行うためにも小地域を基盤とすることが求められるだろう。さらに、利用者側の視点に立つならば、接近しやすい徒歩圏をサービス提供範囲（＝サービス利用圏）とすることが望まれる。

以上をまとめると、「福祉コミュニティ」の地理的範囲はインフォーマル・ケア・ネットワークや相互援助・互酬的支援の社会関係ネットワークが存立ないし形成されうる範囲に依拠したものであること、そうしたネットワークは比較的狭い範囲で成立すると推測されること、しかしながら、そうしたネットワークは、本来地域性を必要条件としないことから範囲を明確に線引きすることが困難であることなどを指摘することができる。したがって、face-to -face の関係が成立しうる範囲、”心の糸”のようなアイデンティティをもちうる範囲、あるいはニードの効率的・効果的充足やサービスへの容易な接近といった視点から設定されたフォーマル・サービスの「利用圏」などに配慮して、小学校区程度の範囲を「福祉コミュニティ」の形成可能な範囲とみなすことを提案しておくことにしたい。しかしながら、「福祉コミュニティ」の形成を図るための目安にしか過ぎないことは付言しておく。

引用文献

- Abrams,P. (1979) Social Change, Social Networks and Neighbourhood Care, Social Work Service, No.22, pp.12-23
- Abrams,P. edited by Bulmer,M. (1984) Realities of Neighbourhood Care :The Interactions Between Statutory, Voluntary and Informal Social Care, Policy and Politics, Vol.12 No.4, pp.413-429.
- Bayley,M. (1982) Helping Care to Happen in the Community. Alan Walker (Ed.) Community Care; The Family, the State and Social Policy, Oxford: Basil Blackwell & Martin Robertson, pp.179-196.
- Bayley,M. (1973) Mental Handicap and Community Care; A Study of Mentally Handicapped People in Sheffield, London:Routledge & Kegan Paul.
- Bulmer,M. (1987) The Social Basis of Community Care, London:Allen & Unwin.
- Challis,D.and Davices,B.(1986) Case Management in Community Care (訳書 窪田暁子・谷口正隆・田端光美,『地域ケアにおけるケースマネジメント』, 光生館,1991)
- Foland,C. (1980) Formal and Informal Care: Discontinuities on a Continuum, Social Service Review, Vol.54 No.4, pp.572-87.
- 藤崎宏子 (1982) 老人扶養における家族, 親族ネットワークと社会福祉サービスの機能分有—リトワク, サスマンの諸説を中心に—, 人文学報 No.157, 東京都立大学 pp.57-82.
- Hadley,R. and McGrath,M. (1980) Going Local; neighbourhood Social Services, London: Bedford Square Press(NCVO). (訳書, 浜野一郎・大山博編『パッチシステム』, 全社協,1988)
- Harbert,W. and Rogers,P.(1983) Community-Based Social Care, London: Bedford Square Press (NCVO).
- 平岡公一 (1991) イギリス・ケント県における社会福祉行政とコミュニティ・ケアの展開, 日本の地域福祉 第5巻, 日本地域福祉学会, pp.122-138.
- 小林良二 (1991) ボランティア活動と公私関係—活動紹介事例の分析—, 日本の地域福祉 第5巻, 日本地域福祉学会, pp.38-56.
- Litwak,E.and Meyer,H.J.(1966) A Balance Theory of Coordination Between Bureaucratic Organizations and Community Primary Groups, Administrative Science Quarterly, Vol.11 No.1, pp.31-58.
- Litwak,E. (1968) Technological Innovation and Theoretical Functions of Primary Groups and Bureaucratic Structures, American Journal of Sociology, Vol.73 No.4, pp.468-481.
- 松原治郎 (1978) 『コミュニティの社会学』, 東京: 東京大学出版会

- 三浦文夫 (1994) ボランティア活動の新たな展開, 季刊社会保障研究, Vol.30 No.2, p.116-7.
- 中野いく子 (1988) 非専門的マンパワーの現状と課題, 仲村優一・秋山智久編『福祉のマンパワー明日の福祉9』, 東京: 中央法規, pp.172-201.
- 中野いく子 (1993) 善隣館活動の展開, 阿部志郎編『小地域福祉活動の原点—金沢・善隣館活動の過去・現在・未来』, 東京: 全社協, pp.25-164.
- Sussman, M.B. (1976) The Family Life of Old People, in Binstock, R.H. and Shanas, E. (Eds) Handbook of Aging and the Social Sciences, New York: Van Nostrand Reinhold Company, pp.218-243.
- Sussman, M.B. (1977) Family, Bureaucracy, and the Elderly Individual: An Organizational Linkage Perspective, in Shanas, E. and Sussman, M. B. (Eds) Family, Bureaucracy, and the Elderly, Duke University Press, pp.2-20.
- 大橋謙策 (1986) 社会福祉におけるボランティアリズムと有償化, 社会福祉研究, 第 39 号, pp.37-42.
- 大山博・濱野一郎 (1988) 『パッチシステム—イギリスの地域福祉改革』, 東京: 全社協.
- Pinker, R. (1985) Social Policy and Social Care: Division of Responsibility, in J.A.Yorder, et al., (Eds) Support Networks in a Caring Community, Dordrecht: Martinus Nijhoff, pp.103-21.
- Sinclair, I. and Thomas, D.N. (1983) Perspectives on Patch, London: NISW.
- Willmott, P. (1984) Community in Social Policy, London: Policy Studies Institute.
- 吉村亮二 (1993) 増え続ける住民参加型在宅福祉サービス団体—住民参加型在宅福祉サービス調査結果から—, 月刊福祉第 76 巻 11 月号, pp.58-61.
- 全社協 (1995) 『平成 7 年度住民参加型在宅福祉サービス団体活動実態調査』, 東京: 全国社会福祉協議会.

おわりに一まとめと課題

本研究は、わが国の「地域福祉」論をめぐる理論的混乱を整理して、新たな理論構築を行うとともに、増大する要介護高齢者の介護および家族介護者への支援を行うことを中心とした「福祉コミュニティ」の形成の方策を考究することを課題とした。

「地域福祉」論の検討にあたっては、それに影響を与えたイギリスのコミュニティ・ケア政策の検討から始めた。それというのも、わが国の「地域福祉」論は、社会福祉協議会の活動に理論的根拠を提供していたコミュニティ・オーガニゼーション論の上に、ケアを中心とするコミュニティ・ケア政策が導入され、接合されて成立したものであるとみただからである。

イギリスにおいても、コミュニティ・ケア政策は当初から確固とした原理をもったものではなく、政策が発展する過程で、混乱を含みながら徐々に原理が明らかにされてきたものである。精神衛生の分野から始った施設からコミュニティへの動きは、高齢者や児童の領域に広がり、太い流れとなった。しかし、それが、広く承認される政策にいたった背景には、収容施設のもつマイナス面への社会学的研究および実践的抗議運動が存在した。コミュニティ・ケアは政策として登場してから後に、それが何であるかを問われることになった。そして、シーボーム報告（１９８６）以降は、「コミュニティにおけるケア」と「コミュニティによるケア」が織り込まれたものであると考えられるようになった。

わが国では、イギリスのコミュニティ・ケア政策が必ずしも明確になっていなかった段階で、それが導入されたために、それが何であるか様々な議論を呼ぶことになった。それに回答を与えたのが岡村重夫の『地域福祉論』（１９７４）であった。しかし、これは、はじめにも述べたように、地域開発や地域組織化をはかるコミュニティ・オーガニゼーションと要介護者のケアをコミュニティで行おうというコミュニティ・ケア論とを合体させたものであった。そのため、ケアのための公的なサービス（施設ケアも含む）であるコミュニティ・ケアと住民の組織化を図る地域組織化が概念を構成する要素として組み込まれることになった。そして、「福祉コミュニティ」は、要援護者に同調する人々からなる公的サービスを引出すための圧力団体的な運動体として位置付けられた。

これに対して、筆者は、「地域福祉」概念をケアの観点から組み直すことを試みた。したがって、概念を構成する要素を要援護者のケアとその家族援護者への支援を行うフォーマルな在宅ケア・サービスとインフォーマルな在宅ケア・サービスからなるものとし、これに、公的な予防的サービスと住民の間での予防的活動にあたる相互援助・互酬的支援の社会関係のネットワークを配することにした。そして、「福祉コミュニティ」はケアと予防という関心にに基づきサービスを提供するフォーマルおよびインフォーマルなサービス主体と互酬的な社会関係を取り結んでいる住民が相互に結び合わされた社会関係の総体をいうと定義づけた。

次なる課題は「福祉コミュニティ」を形成する方策を考究することであるが、それを行うために、わが国の高齢者ケアの実態とボランティア活動の実態の把握を行った。

その結果、高齢者介護は同居の家族に依存した介護であること、相対的に援助や支援が得られにくい介護者は、高齢の配偶者や独身の息子や娘であることが明らかになった。コミュニティは直接的なケアへの貢献はほとんどないことが判明した。

また、ボランティア活動の担い手のうち、ケア・サービスを提供しているのは、有償型であって、従来からの無償型ボランティアは、ほとんど携わっていないことも判明した。無償型は施設や専門技術を要するサービスの提供を行っているが、相対的に活動時間数は有償型に比べて低かった。因子分析と分散分析を用いて分析したボランティアリング意識は、所属する団体により差が認められた。有償型は無報酬や奉仕性に関する意識は低かった。つまり有償を肯定していた。民生委員は、奉仕性意識が非常に強いことも判明した。

こうした結果を踏まえて、フォーマルおよびインフォーマルのサービス提供主体が十分対応できないニード領域を確認し、その領域でのサービス提供主体の極大化を図る方策を考察した。その結果、ボランティア部門でケアへの動員が可能な資源は、有償型の住民参加であること、近隣によるインフォーマル・ケアの開発には、民生委員と小地域の拠点施設を活用した方策が現実的であること、また、住民の間の相互援助や互酬的な支援の関係づくりにはイベントや広報活動が有効であり、民生委員や社協の専門委員の働きかけが必要であること、そして、フォーマルとインフォーマルの連携にとっては、フォーマル側では分権化や小地域を基盤としたサービスの運営が有効であること、また、インフォーマル側では対等なパートナーシップを築く方法の1つとして、民生委員をインフォーマル側を代弁し、フォーマルからの「植民」を防衛する核（キーパーソン）として活用すること、フォーマル・サービス間の連携にとっては、共同計画や合同ケース会議、ケアマネジメントなどが重要であることを指摘した。

今回は理論レベルの検討を行ったが、今後は「福祉コミュニティ」づくりの実践レベルの観察を踏まえて、理論をより精緻なものとしてことを課題としたい。

あとがき

私が博士論文の執筆に挑戦することになろうとは、思いもよりませんでした。

3年前の冬、前田大作先生から、日本社会事業大学大学院に博士後期課程ができる予定なので、希望者は準備をしておくようにとのご連絡をいただきました。やってみようかなという気を起こして、幸運にも入学させていただいたまでは良かったのですが、集中する時間がもてないままに時間が過ぎていきました。指導教授の三浦文夫先生、大学院社会福祉研究科科長の大橋謙策先生にはご心配をおかけしてしまいました。

本研究の源は、思い起こせば、私が20余年前修士課程を修了して、当時、社会保障研究所の研究第三部部長でいらした三浦文夫先生のもとで勉強を始めた頃に遡ることができるものです。三浦先生は、国や東京都の審議会や委員会、全国社会福祉協議会のブレーンとして、八面六臂のご活躍をされていたばかりでなく、部下の若い優秀な研究者たちとともに理論研究や行政委託調査なども精力的に取り組んでいらっしゃいました。私がお手伝いさせていただいた最初の大量調査は、東京都の委託による民生委員調査でした。知識としてでは知っていたサインプリング理論が、実際に威力を発揮するのを目の当たりにして、驚嘆したことを思い出します。

この民生委員調査の結果の分析が、私の最初の論文となりました。その後、民生委員やボランティアが研究テーマの1つとなりました。「イギリスにおける戦後のボランタリー・アクションの展開」（季刊社会保障研究, Vol.14, No.4, 1979）、「地域福祉の理論的枠組に関する一考察」（季刊社会保障研究, Vol.15, No.4, 1980）、「民生委員活動の将来」（熊本短学論集, Vol.31, No.3, 1981）が、博士論文の問題意識や考え方の基礎をなすものとなっています。20年余り、あたかも一貫した研究を続けてきたかのように聞こえますが、実はそうではありません。続けていたら、もっと大著の博士論文が書けただろうと言いつせざるを得ないのを残念に思います。今後も、より完成度の高いものにするよう努力していきたいと考えています。

日本社会事業大学大学院博士後期課程の第一期生として、素晴らしい先生方のご指導をいただく機会に恵まれ、この研究をまとめることができましたことを心から感謝しています。とくに指導教授をお引き受けくださいました三浦文夫先生には厚く御礼申しあげます。先生が、適切なご助言はもとより、不肖の弟子を根気よく見守り、励ましてくださらなかったならば、論文を仕上げることはできなかったと感謝しています。

副査をお引き受けいただいた前田大作先生にも心より御礼申しあげます。そもそも先生のお誘いがなければ、名誉ある第1期生になることも、博士論文を執筆することもなかったでしょう。機会を与えてくださったばかりか、在学中、なにかとご高配を賜り、貴重なご助言で導いてくださいましたことに深謝します。

大橋謙策先生には、ずいぶんとご心配をおかけしました。忙しさにかまけて、通常の学

生のように接触できなかった私たちに、何かとお心配りいただき、時には優しく、時には厳しく、大きな力で後押ししてくださいました。そのお陰で、何とか前進できたと感謝しています。

また、論文の審査にあられる先生方にも御礼申し上げます。初めての博士教育と博士論文の審査で、先生方には何かとご苦勞をおかけしたと存じます。在学中の研究報告会では、度々、貴重なご助言をいただきましたことをありがたく思っています。

最後になって失礼とは存じますが、学長の京極高宣先生には、私どもが恵まれた環境下で学べるようにご尽力を賜りましたこと、厚く御礼申し上げます。社大のますますの発展を心より祈念します。

なお、職場の同僚にも感謝の意を表したいと存じます。研究を主導しなければならない研究室長がその務めを十分に果たせないことがありましたが、理解と協力を惜しまず、部門の研究を進めてくれました。また、私事になりますが、母にも感謝を捧げたいと思います。母は、私が研究者の途に進むことに賛成していませんでしたが、いつも精神面、栄養面で支えてくれました。高齢になって、身体の不調が出てきたようですが、博士論文を書き上げるまでは病気になって私に負担をかけないようにと張り詰めて生活している様子でした。自立心が強く、勤勉で、足るを知る母には、どれほど励まされてきたか分かりません。この支えがあったからこそ、ここまで来れたと深く感謝します。

本研究は、このように多くの方々の温かいご支援とご協力によって、まとめることができたことを改めて心に刻み、重ねて感謝の意を表しますとともに、今後の励みにしたいと存じます。ありがとうございました。

1996年11月

中野 いく子