

論文

高知県梼原町における地域包括ケアの地理的多様性

Geographically Diverse Community-based Integrated Care in Yusuhara Town in Kochi Prefecture

中村 努（高知大学教育学部）

NAKAMURA Tsutomu

Faculty of Education, Kochi University

ABSTRACT

For many years, Yusuhara Town in the Kochi Prefecture has promoted diversified community-based integrated care for its residents. In this regard, this study examines the geographical diversity factors in the community-based integrated care provided in Yusuhara Town. The local governance based on long-term community health promotion and mutual support has improved the consultation rate of routine medical examinations or delivered care prevention. Moreover, the location of the hospital and healthcare facility in the central area of town not only ensures cooperation among relevant organizations but also offers local residents a one-stop opportunity to use such services. However, regional disparities such as traffic accessibility or infrastructure development have widened, whereas central-and-periphery relations have been strengthened. The shortage of human resources has also become a pressing issue in light of an aging society and depopulation in Japan. Examples can be found in the Hatsuse and Matsubara Districts, where aging and depopulation have increased among single, elderly households, and they have difficulty living independently as well as between elderly couples living alone who are forced into “elderly care by the elderly” due to dementia. Therefore, composite welfare facility, the development of community social welfare by the social welfare council, and the arrangement of the necessary transportation by the incorporated non-profit organization have been established to eliminate such problems not covered by medical insurance or long-term care insurance. Meanwhile, the former mayor-centered, centralized governance could actually increase the cost of developing a community-based integrated care system, despite being a small-scale local government.

1. はじめに

日本では、ベビーブーム世代が後期高齢者（75歳以上）に到達する2025年を念頭に置いて、住み慣れた地域で人生の最期まで暮らし続けられるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が目指されている。ここでいう地域とは、2005年の介護保険法の改正によって、高齢者が住み慣れた自宅や地域で生活し続けられる環境づくりを図るために設定が義務付けられた日常生活圏域を指す。とりわけ、地域密着型サービスや介護予防拠点などの整備を目的として、地理的条件、人口や交通条件など社会的条件などを勘案して設定される。地域包括ケア研究会（2009）は、地域包括ケア圏域について、おおむね30分以内に駆けつけられる圏域を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とすることを提案している。地域包括ケアシステムの主たる対象地域として、農村部を軽視しているわけではないが、今後高齢者が急激に増える大都市圏が想定されている（二木，2015）。こうして、地域包括ケアシステムの理念は規定されているものの、実態は全国一律の基準によって規制、監督が行われるシステムではなく、各地域で自主的に取り組むことが求められているネットワークであることに留意する必要がある（二木，2017）。

地域包括ケアシステムの実態がネットワークである以上、その様態は地域によって異なると考えられる。なかでも、山間部や島嶼部など人口低密度地域では、医療および介護サービス事業者にとって経営効率が悪く、サービスへのアクセシビリティが制約される傾向にあるため、①誰が地域包括ケアシステムの推進役となるか、②最適な地域スケールをどのように設定し、地域内外の多様な資源をどのように活用するかについての検討が不可欠である。このうち、島嶼部について、長崎県新上五島町では、入院や人工透析、訪問看護の機能が集約された結果、上五島病院に対するケア資源の依存度は高まる一方、若松、奈良尾両地区において、人工透析や訪問看護サービスへのアクセシビリティの低下は、周辺性をより高めた。これに対して、社会福祉協議会やNPO法人が、介護タクシーや訪問看護サービスの新規事業を展開することによってアクセスの改善が図られた。

新上五島町では、カトリック信徒が多いという歴史的経緯から、居宅サービスに対する需要は高い。ただし、介護や看護に関わる人員や、周辺地域のボランティアの不足によって、日常生活を送るための周辺性の克服における限界もまた明らかになった。特に、周辺部における見守りによる支援が必要な認知症の独居高齢世帯への対応の困難性が指摘された。今後、地域包括ケアシステムを考えるにあたって、自治体領域内の地域差のみならず、スケール間の事象の結びつきを考慮に入れた、島内外の資源のネットワ

ーク化とそのマネジメントが求められる（中村，2018）。

山間部では無医地区を多く抱える高知県の中山間地域が検討に値する。高知県では、4つの二次医療圏（中央、安芸、高幡、幡多）を構想区域とした地域包括ケアシステムの構築が目指されている。しかしながら、医療資源は高知市を中心とする中央医療圏に偏在しており、周辺医療圏に居住する入院患者が中央医療圏の医療機関を受療するといった、圏域をまたいだ患者の移動がみられる。こうした行動パターンは介護サービスの利用においても同様にみられる。今後、保健、医療、福祉サービスが相対的に不足する縁辺地域において、関連する事業者や住民が協力することで、地域のニーズを充足することが課題とされる。従来、こうした地域のニーズに柔軟に対応する仕組みの一つとして、自治組織が有効に機能してきた。しかし、地域によって人口減少と高齢化の進展度が異なるため、地域自治を担う人材が不足したり、交通アクセスの格差が拡大したりするケースがみられる。こうした自治組織力の低下に対して、多職種がいかんにして情報共有を図りながら、地域の実情に応じた多様な地域包括ケアを展開しうるか、すなわちローカル・ガバナンスのあり方を検討する余地が残されている。

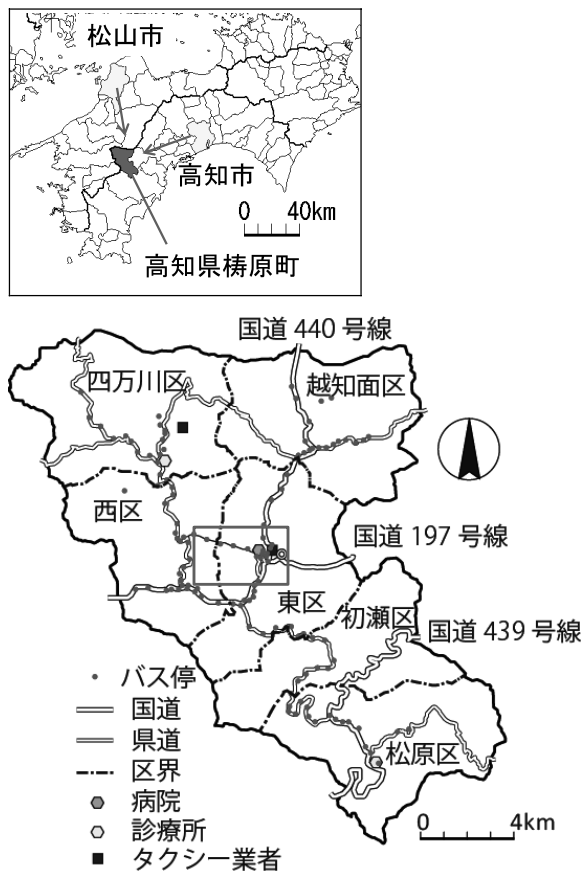
ローカル・ガバナンスは「国家より狭域の地理的範囲を対象とした、政府を含めた多元的なアクターが参加し、交渉や合意形成等の相互関係を通じた、地方自治での意思決定およびその運営にかかる統治様式」と定義され、ローカル・ガバナンスに関わるアクターのネットワークへの参加状況および、資源賦存状況やアクターによる資源行使状況には地域差が生じる（佐藤・前田編 2017: 72）。地域特性の相違による地域包括ケアシステムの地理的多様性を地理学の視点から明らかにする意義がある。

畠山ほか（2019）によると、地域包括ケアシステムの圏域構造に地域的バリエーションを生じさせる要因は自治体の（高齢）人口規模が最も大きいものといえ、それは地域包括支援センターの設置ならびに日常生活圏域の画定に関する基準人口によるものであることがわかった。そして、このような圏域構造の違いに対応するかたちで地域包括ケアをめぐる集権的または分権的なローカル・ガバナンスが形成されていた。

具体的には、人口の少ない小規模自治体では、単一の日常生活圏域で単独の地域包括支援センターが拠点となって運営する単層かつ単一の地域ケア会議を中心に集権的なローカル・ガバナンスとなる傾向が強くみられた。逆に人口規模が大きいほど、日常生活圏域単位に地域包括支援センターやブランチ、地域ケア会議を配置しており、地域包括ケアシステムの構築において自治体全域と日常生活圏域による重層的なローカル・ガバナンスが形成される傾向にあった。また、それほど人口規模が大きい自治体

でも、新上五島町やつがる市のように市町村合併を経験した自治体では、合併前の旧市町村単位で異なる地域性が存在しており、同単位ごとの分権的なローカル・ガバナンスを形成するケースがみられた。一方、小規模自治体を中心に非重層的かつ集権的なガバナンスを採用する自治体では、異なるローカル・ガバナンスが形成されている可能性がある。

そこで本稿は、人口の少ない小規模自治体で、単一の日常生活圏域で単独の地域包括支援センターが拠点となって運営する、単層かつ単一の地域ケア会議を中心にローカル・ガバナンスを形成している高知県梼原町を取り上げる。梼原町では、長年にわたって地域によって多様な地域包括ケアシステムが構築されてきた。しかし、平成期以降、市町村合併を経験せずに非重層的かつ集権的なガバナンスが維持されている。こうしたローカル・ガバナンスの形成過程から、地域包括ケアシステムの地理的多様性の要因を考察する。調査方法は関係機関に対する聞き取り調査である。具体的には、地域包括支援センター、元初瀬区長（NPO 法人絆会長）、社協職員、デイサービス、特別養護老人ホーム所長に対して、2016 年 9 月および 2018 年 8 月に聞き取り調査を実施した。

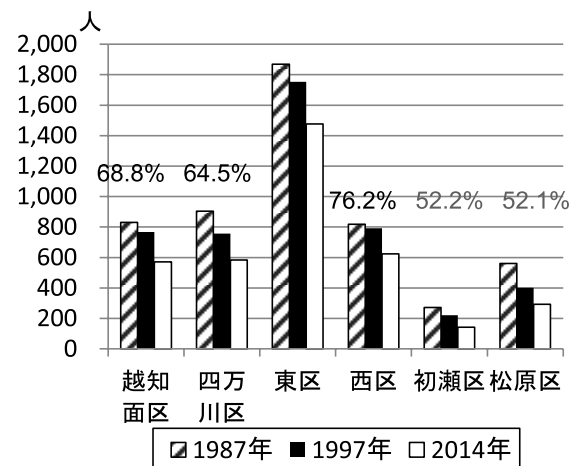
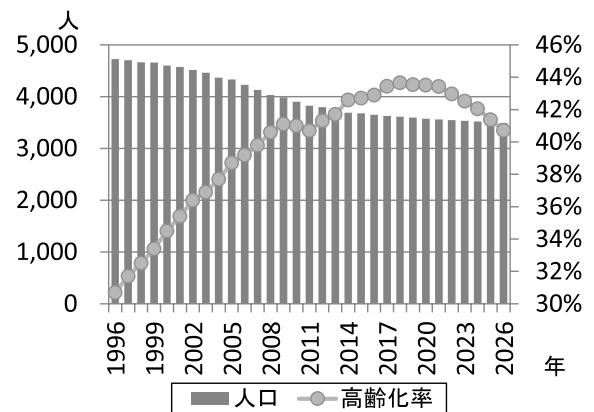


第1図 調査対象地域

資料：高知高陵交通資料より作成。

II. 地域概要

梼原町は高幡医療圏の北西部の愛媛県境に位置している（第1図）。森林が町域面積の91%を占める一方、宅地面積は0.4%に過ぎない。梼原町は1889（明治22）年の市町村制の実施によって、旧6カ村が西津野村として発足した。その後、梼原村と村名が改められ、1966年に町制を施行して梼原町と改称されて現在に至る。旧村単位で梼原東・梼原西・越智面・四万川・初瀬・松原の6区と53の字に分けられている。2015年の国勢調査における人口は3,608人、総世帯数は1,560世帯と5年前と比べていずれも約1割減少した。しかし、6つの区別にみた人口の減少率は大きく異なる。2014年の人口は1987年の人口の70.2%の水準に減少したが、人口集中地区である東区では、同時期に79.1%にとどまる一方、人口が希薄な初瀬区と松原区では、それぞれ52.2%、52.1%とほぼ半減した（第2図）。このことから、町内の人口が希薄な縁辺地域において、過疎化の影響がより大きい。移住者は交通便利地である東区や越知面区に多いという。2014年現在の高齢化率は43.2%で年々上昇傾向にある。2017年度の要介護認定



第2図 梼原町における人口の推移

資料：住民基本台帳（9月30日現在）、梼原町史編纂委員会編（1988）、矢野（2016）より作成。

者数は247人で、うち要介護度3以上の割合は49.8% (123人) を占め漸増傾向である。

多くの町民の生活は、国道440号や197号といった命の道の整備や、条件不利地域の解消を目的とした公共事業に依存しながらも、農業、畜産、林業を組み合わせた小規模な複合経営によって支えられてきた（梶原町保健福祉支援センター、2015）。2015年における梶原町の就業者数は1,846人であるが、産業別にみると、第一次産業従事者が27.7%、第二次産業が24.0%、第三次産業が48.3%である。2005年と比較すると第一次、第二次産業従事者が減少し第三次産業従事者の割合が11.8%増加している。財政力指数は0.11（2016年度）と自主財源の割合がきわめて低く、財政力が乏しい。

人口規模や交通利便性に地域差が生じた要因として、地形の起伏や気候などの自然地理的条件のみならず、大規模災害とその復旧にかかる政治的対応を指摘することができる。大規模災害とは、1963（昭和38）年に発生した三八災害と呼ばれる豪雪および台風による被害である。1963（昭和38）年1月から2月上旬にかけて、大雪や異常低温により大きな被害を受けた。大雪の中心は梶原村方面の山岳地帯で、交通途絶した孤立地帯を救援するため自衛隊が出動した。また、雪のため生活困窮者が増え、309世帯が保護を申請した。梶原の最深積雪は1月26日に102cmを記録した。被害は家全壊2戸、半壊22戸、非住家21戸、農作物31,512トン、林産物13,181haに及んだ。さらに、1963（昭和38）年8月8日夜半から9日にかけて、台風9号が来襲し、900ミリの大豪雨をもたらした。この豪雨により、河川の氾濫、道路の決壊、橋梁の流失、山崩れが起り、住宅の全壊・流失・浸水が相次ぎ、交通、通信は切断され、1890（明治23）年以来と言われる甚大な被害を受けた。人的被害は死者1人、負傷者7人に及んだ（四国災害アーカイブスウェブサイト）。この甚大な被害に対して、多額の復旧予算が組まれるとともに、当時の住民から砂防ダムの建設への陳情が出された。砂防ダムの建設計画では、1,000人、252戸が居住していた松原区は水没する予定であった。このことから、道路は未整備の状態に置かれた。しかし、ダム建設の賛否は、梶原町の住民には補助金を受け取って移住しようとする賛成派と、営林署関係者による反対派とに分かれたという。

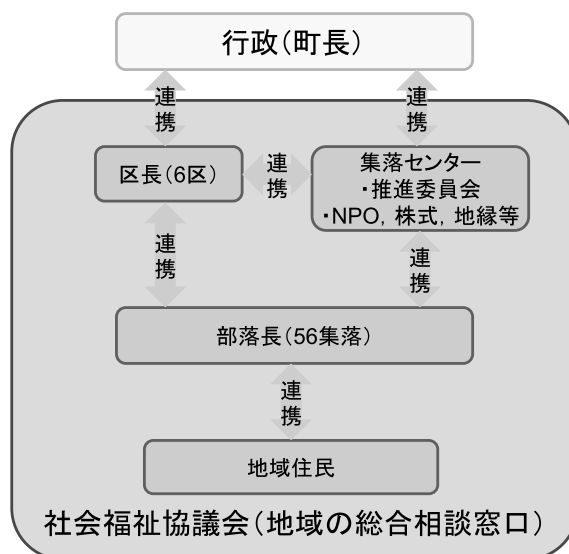
一方で、他区では地方主要道の国道昇格によって交通利便性が改善していった。1969年に国道197号が昇格、1981年に国道439号と440号が同時に昇格した。その間もダム建設をめぐる議論が決着をみず、ようやく1975年に松原区で反対意見に集約され、1977年に梶原ダム予備調査研究協議会による予備調査の全面的反対に至った（河野、1998）。こうした事情から、道路行政の対応に地域差を生じたことが、その後の人口動態や交通利便性に大きな格差

を生じる遠因になったと考えられる。松原区では町議が選出されずに予算が下りにくかったことから、住民自治の意識が高いという。実際に、道路整備計画を断った経緯があるという。

梶原町のローカル・ガバナンスにおける特徴は、住民から選挙で選出された区長を軸とする住民自治システムが行政の補完的役割を果たしていることである（第3図）（佐藤、2014）。合議制を採用しているものの、区長のリーダーシップは大きいという。区長制の起源は明治の大合併によって西津野村（現梶原町の前身）が誕生した1889（明治22）年にまでさかのぼることができる（佐藤、2014）。元来区長は旧6村の村長とほぼ同義であった。区長は住民の要望等を直接行政に伝えることができ、パイプ役として重要な役割を担ってきた。毎年4月に、区長・部落長・各種団体、国、県出先事務所棟と意見交換会により情報共有が図られる。一方、梶原町区長・部落代表者会では、町の方針が説明される。こうして、行政の施策に地域住民のニーズが反映されるよう、ボトムアップ方式のガバナンスが維持されている。しかし近年、部落長や区長などそれぞれの自治組織のリーダーの担い手の不足から、彼らにかかる負担が増えている。

III. 梶原町の地域包括ケアシステムの概要

梶原町の人口規模は、国の想定する日常生活圏域の規模である対象人口2～3万人を下回っていることなどを踏まえ、梶原町全域が一つの日常生活圏域として設定されている。2006年度には地域の高齢者の心身の健康維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行う中核機関として地域包括支援センターが設置された（梶原町保健福祉支援センター、2018）。地域



第3図 共助（区長制）による行政の補完的機能
資料：筆者作成。

包括支援センターでは、介護予防マネジメント業務、総合的な相談支援業務および権利擁護業務、包括的・継続的マネジメント業務を行っている。（梼原町保健福祉支援センター，2015）。

第6期梼原町高齢者福祉計画および介護保険事業計画（2015年度～2017年度）では、基本理念を「人の尊厳が守られ絆を大切にしながら、町民みんなが家族として住み慣れた地域で暮らし続ける」と掲げ、地域住民同士、さらに住民と社会福祉協議会（以下、社協）と行政が信頼の絆で強く結ばれることによって、個人が抱える不安を最小限に抑え、住民が安心して生活でき、希望をもって、明るく笑顔で暮らすことができる地域づくりに取り組んできた（梼原町保健福祉支援センター，2018）。

梼原町は1971年に医師の不在を経験しており、医師確保に苦慮した。また、1960年前後に赤痢が集団発生したことから、安定した医師確保に加えて、疾病予防や健康づくりに向けて、行政が住民と連携して地域保健、地域福祉の推進を進めてきた。

ハード面においては、1996年に国保梼原病院（東区）と保健福祉支援センター（医療保険係、介護保険係、福祉係、健康増進係、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、子育て世代包括支援センター）、高齢者生活支援ハウス、社協のデイサービスセンターが併設された（第4図）。職種間の円滑な情報共有が図られるとともに、物理的、時間的な移動を伴うことなく、保健、医療、福祉、介護の各ニーズが充足されるうえに、各種行政手続きや相談がワン

ストップでできる。組織体制においても、梼原病院長が、保健福祉支援センターのゼネラルマネージャーとして、業務全体を総括しており、一体的な組織運営が図られている。

このうち、高齢者生活支援ハウスは、住み慣れた地域でできるだけ自立した生活を送るための施設であり、介護保険外サービスでありながら、バリアフリーで冷暖房が完備されていることから、とりわけ、冬期は8室の部屋が満室となっている。なかには、自宅が改修中のための仮住まいとしている利用者や、退院後の在宅生活に不安を抱える利用者を含む。しかし、入室者の是非を決定する梼原町の優先会議において、入室希望者が多いために入室を断らざるを得ないケースが生じた。

また、1980年、福祉施設として総合福祉センターが、老人福祉センター、母子健康センター、健康センターの併設された、県下で初めての複合施設として東区に開所した。保健衛生、老人福祉、身体障害者福祉、母子福祉の拠点的作用はもちろん、各種健診、健康相談コーナー、保健師駐在などのほか、研修やリハビリテーション施設、健康増進施設、町民憩いの場として広く町民に利用されている（梼原町史編纂委員会編，1988）

梼原町では、住民の健康づくりを積極的に推進するため、1958年に衛生組織連合会が発足した。同連合会は町内全戸で組織され、6区の自治組織ごとに衛生委員長が選出される。連合会には1977年から始まった町独自の健康推進員制度によって、住民同士が話し合っ、3年任期の保健衛生推進員（現健康文化の里づくり推進員）が、20戸に1



第4図 梼原町中心部における医療・保健・福祉・介護関連施設の立地

人の割合で推薦される。選ばれた住民は講習会などに参加して病気の知識を蓄え、医療者と町民の間をつなぐ役割として、特定健診やがん検診への参加を住民に呼び掛ける活動などを行っている。その結果、特定健診受診率は80.4%（2015年度）と全国平均の36.3%と比べて相当高く、県内で1位となっている。このほか、6区のそれぞれの実情に合わせて、月1回利用者と昼食づくりや食事をする「いきいきふれあい広場」、年1回町内の80歳以上を対象とした「まごころ弁当」の調理や配食への協力など時代に合わせて目的を変えながら活動している（全国国民健康保険診療施設協議会、2018）。しかし、人口減少の進展により、集落によって推進員を担当できる者が限定されるなど、推進員にかかる負担に地域差が生じている。

ソフト面では、多職種が情報共有を図る機会として、月1回の地域ケア会議や週1回のケアプラン会が実施されてきた。前者では、月1回の定例会として1996年以降、高齢者サービス調整会議を行っているが、障害者等についても会議の対象とすることから、2000年4月から地域ケア会議に名称が変更された（厚生労働省ウェブサイト）。福祉サービスのあり方や地域の課題等を協議するため、栲原病院医師、看護師、理学療法士、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、民生委員が参加している。とりわけ、養護老人ホームの入所判定や、生活支援ハウスの入居・在宅介護家庭支援金支給に係る申請などが検討されてきた。現在では社協や後述する複合福祉施設の職員も参加している。しかし、地域課題を検討するという役割は果たしていない。

後者では、1996年以降、検討ケースがある場合に会議が開かれていたが、共有の遅れによる退院支援等に課題が生じてきたことから、保健・医療・介護・福祉関係者による定例会として、2008年度から週1回のケアプラン会が

定期的に開催されている（厚生労働省ウェブサイト）。栲原病院の医師や看護師、理学療法士、管理栄養士に加えて、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、健康増進係保健師によって、在宅医療・介護連携事業が推進されてきた。主に在宅から栲原病院に入院してきた患者の方針や、退院後の患者の支援態勢が話し合われるとともに、在宅支援の必要なケースの共有が図られる。退院後の在宅生活が円滑に実現できるよう、ケアマネージャーが療養上の課題や退院後のサービスプランを提案するとともに、理学療法士が参加してリハビリの計画を立てられるようにしているという。

IV. 地域包括ケアシステムの地理的多様性

前節まで言及した通り、栲原町内において、人口動態や交通利便性の地域差が大きい。そのため、地域包括ケアの提供にかかわるローカル・ガバナンスにも地域特性がみられる。以下では、医療・介護サービスと地域福祉においていかなる地域差が生じているのかを検討する。

1. 医療・介護サービス

医療サービスについて、東区に国保栲原病院（30床）および国保歯科診療所が1施設、松原区と四万川区に町立診療所がそれぞれ1施設立地している。診療所には週2回内科医師が派遣されている。介護サービスについて、社会福祉法人が西区で特別養護老人ホーム1施設（80床）とショートステイ（15床）、デイサービスを運営している。加えて、同法人は障害者支援施設（80床）を運営するほか、株式会社1社が訪問介護を実施しており、いずれも公設民営方式である。デイサービスは、2001年以前に社協が運営していた事業と一元化された経緯がある（第1表）。

2016年8月現在の要介護度別にみた介護サービス利用

第1表 介護サービス事業者の沿革

	社会福祉法人 栲原町社会福祉協議会	社会福祉法人 カルスト会	株式会社四国部品
1966年	財団法人設立		
1971年	ホームヘルプ開始		
1982年		社会福祉法人栲原町身体障害者福祉会設立	
1983年	社会福祉法人設立		
1987年		デイサービス開始	
1990年		法人名を社会福祉法人カルスト会に変更	栲原町の誘致により操業開始
1991年		ショートステイ・特別養護老人ホーム開始	
1996年	デイサービス開始		
2000年	ホームヘルプ事業廃止		訪問介護開始
2001年	職員全員退職 デイサービス廃止	(民間参入)	デイサービス開始
2004年	解散、任意団体に移行		
2013年			人材確保難によりデイサービス廃止
2014年	再法人化		
2018年	複合福祉施設運営開始	デイサービス廃止	

資料：聞き取り調査より作成。

者数をみると、要介護度3以上の重度者は特別養護老人ホーム、要介護度2以下の軽度者はデイサービスや訪問介護、ショートステイを利用しながらの在宅生活を指向している。しかし、介護サービス事業所による訪問が難しい周辺部では在宅生活が困難であるという。いずれの要支援・介護者あたりのサービス延べ受給者も、他の同規模自治体と比較して少ない。とりわけ、訪問型サービスにおいて、梼原町は1.97人(2014年)と1万人未満の県内自治体の2.35人よりも0.37人低い水準となっている。特に、2018年4月以降、ヘルパーが5人から3人に減少したことによって、介護事業者ではこれまで実施していた週4回の訪問介護サービスが週2回となった。このことから、在宅介護の満たされないニーズが生じるようになった。

特別養護老人ホームでは毎年30人以上の待機者を抱えていたものの、2013年度に申し込み待機者全員の状況および入所意思が再確認されたこともあって、2015年度末現在で9人にとどまっている(第2表)。ただ、入所の待機者が依然として存在することや、介護保険制度の改正に伴って、2015年度以降、特別養護老人ホームへの入所者が要介護3以上に限定されたことから、要介護1や2の軽中度者が入所できる施設が不足していた。また、待機者のうち、入所のめどが立たないと判断して町外の施設へ入所したケースもあったものと考えられる。こうして、現状では住み慣れた地域で生活するための施設整備が十分とはいえなかった。

デイサービスの地区別利用者の推移をみると、中心部にあたる東区を中心に週1~2回の利用が多くなっている。一方、初瀬区や松原区の利用者は利用者が一桁台にとどまり、町全体のデイサービス利用者数は増加傾向にあるものの、両地区の利用者数は減少傾向にある。この傾向の要因として、過疎化による需要の減少のみならず、初瀬区や松

原区において、多くの送迎時間を要することに起因するサービス利用の困難性が影響している。たとえば、デイサービスのサービス開始時刻は9:30であるが、松原地区では、片道で45分を要するため、7:30に事務所を出発しなければ間に合わない。それより時間距離のかかる利用者の送迎は超過勤務となるが手当ては出にくい。なぜなら、介護報酬を主な収入源とする事業所では、その規模や利用者数によって、収入があらかじめ決まっており、安定した事業所運営のために、超過勤務手当を申請しにくい環境にあるからである。距離に応じた施設加算や、梼原町中山間地域介護サービス確保対策事業²⁾による加算を得たりしているものの、採算性の改善には限界がある。したがって、時間外労働となる利用者の送迎には消極的にならざるを得ないのである。訪問介護サービスについても同様の問題が生じているものと考えられる。

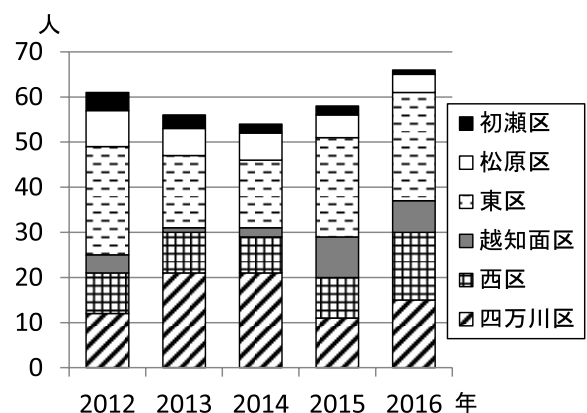
こうした問題を解消するため、2018年4月、自立度は高いものの見守りを要する人や、重度ではないものの介護を必要とする人が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることを目的として、中心部にあたる東区において複合福祉施設が開設された。同施設の開設は、前町長の2期目の公約であった。1階にはデイサービス、フィットネス、町民交流室が設けられた。2階には主に、要介護1および2の人を対象としたケアハウス(地域密着型特定施設入所者生活介護)が9部屋と、3階には要介護・要支援認定を受けていないながらも、在宅生活に不安を抱える人が一時的に利用できる生活支援ハウスが18部屋設けられている。また、社協が指定管理者となって、施設全体の運営管理を行っている(梼原町保健福祉支援センター、2018)。2018年8月現在、ケアハウスの9部屋は満室になっているうえに、10人の待機者が存在している。高齢者生活支援ハウスには18室のうち、3人が入室している。そのうち、一人は

第2表 特別養護老人ホームの年度別にみた
退所者数および待機者数

年度	死亡 退所	病院へ	退所 者数	施設 看取り	年度末 待機者数
2007	16	2	18	4	23
2008	14	0	14	2	33
2009	20	1	21	3	40
2010	7	4	11	0	48
2011	17	6	23	7	35
2012	16	4	20	9	35
2013	21	4	25	9	14
2014	20	5	25	7	15
2015	19	4	23	8	9

注：2013年度に申し込み待機者全員の状況および入所意思を確認した。

資料：カルスト会提供資料より作成。



第5図 デイサービスの地区別利用者

注：各年3月の利用状況。

資料：カルスト会提供資料より作成。

認知症のためにバリアフルな自宅において服薬や自炊など自立した生活ができない利用者で、ケアハウスの入居待機者である。ただし、原則として1年間のうち最大で半年間という利用日数制限が設けられている。

立地場所と運営主体の選定の経緯は以下の通りである。まず、施設のサービス内容として、高齢者生活支援ハウスとデイサービスはセットで提供しなければ、予防効果がないとの判断から、施設には両サービスの機能を持たせる方針が決められた。施設候補となった、既存の介護施設は狭隘かつ老朽化しているうえ、交通利便性が低い場所に立地している。また、総合福祉センターは東区の交通便利地に立地しており、週1回提供された食事のニーズがあったものの、老朽化と耐震性の問題から2016年に閉鎖された。そこで、その代替施設として、町の中心部を立地場所にするようになった。社会福祉法人は採算性を考慮して、特別養護老人ホームによる施設中心の実施主体とする方針から、新施設によるデイサービスを引き継がなかった。こうして、社協が複合福祉施設の運営を担うことになり、社協の地域福祉を担う役割が明確になった。県内外で職員を募集した結果、Uターン者、町外出身のIターン者含めて募集定員が集まった。

施設に関わる問題を当事者のみで抱え込むことを防ぐため、ケアハウスの運営推進会議が隔月で開催されている。メンバーは利用者家族、施設立地部落長（消防団員）、図書館長、こども園代表、介護保険係、地域包括支援センター所長、人権擁護委員、施設者となっている。パワーポイントの資料をもとに、施設内の活動報告を行っている。現在、2回目の会議が実施済みであり、初回の会議において、リハビリの要望があったことから、病院の作業療法士が参加した。また、今後のケアハウスの方針についても共有された。

2. 地域福祉

(1) 社会福祉協議会

社協は従来、実施していたデイサービス事業を株式会社に移行したことに伴って、2004年、いったん解散された。しかし、介護保険サービスでは解決できない、服薬確認やゴミ出しなどの生活支援ニーズが生じていた。社協解散後の2007年度、13団体²⁾で構成される、いきいきふれあい地域活動運営協議会によって、地域通貨「つむぎあい」事業が開始された。利用会員は入会金300円を支払えば、1回100円で30分程度の活動を協力会員に依頼できる。実際の利用の流れとして、利用者はつむぎあい券という地域通貨を購入し、協力会員には生活支援を受ける代わりに、つむぎあい券を渡す。協力会員は事務局である協議会で換金することで、地域の相互扶助を妨げないよう工夫されている。主な依頼内容は、買い物や弁当の配達、ゴミ出し、

布団干し、服薬確認、冬の灯油の配達などである。利用会員は約10人、協力会員は100人前後で、2012年度の利用回数は延べ413回を数えた。依頼先の多くは民生委員であったという。

しかし、老老介護に対する家族や地域によるソーシャル・サポートの不足から、地域ごとに異なる問題を洗い出し、解決に導いていくことができる地域福祉コーディネーターの役割を担うことを目的として、2014年度に再法人化された。2018年8月現在、社協職員6人が地域福祉を目的として、各地区の全戸を見守る活動を行っている。梶原町では保健師6人（地域包括支援センター2人、健康増進係4人）が担当地区の健診を促したり、保健指導を行ったりしているが、生活困窮や金銭管理といった保険サービスではカバーできない問題に関しては、社協の職員が対応している。たとえば、生活困窮に対して、高知県社協のフードバンクの利用を勧めたり、生活保護申請の是非を検討したりしている。また、「つむぎあい」事業は2014年度以降、社協に事務局が移された。事務局の移転に伴って、入会金の300円は廃止された。

2016年8月現在の社協職員9人の経歴をみると、梶原町出身者5人と過半数を占めた。しかし、町内外から職員を募集したこともあり、高知県の梶原町外出身者が3人、愛媛県出身者も1人含まれている（第3表）。前職は学生が4人、福祉・介護職だった者が3人、民間企業が2人であった。町内出身者のうち、事務局長を務める職員は、前職が他の自治体の社協職員であったが、従来津野山神楽の保存会に所属しており、神楽の保存活動を行うことがUターンのきっかけとなったという。各地区の全戸を見守る活動を担当する社協職員は、町内出身者と町外出身者が半数ずつであるが、社協職員によると、とりわけ町外出身者にとって、プライバシーにかかわる生活支援ニーズを把握するために必要な住民との信頼関係を構築するのに苦慮するケースがあるという。

社協は、保健福祉支援センター西側に建設された町有施

第3表 社協職員の経歴（2016年9月現在）

入社年	役職／ 担当地区	出身地	前職	入社理由
2014	事務局長	梶原町	社協	神楽保存会
	西区	梶原町	自動車産業	知人の紹介
	四万川	梶原町	情報産業	
	会計	梶原町	専門学校生	
	退職	高知県佐川町	福祉産業	
2015	松原	高知市春野町	大学生	大学ゼミ
	東区	愛媛県西条市	介護・社協	視察
	越知面	梶原町	大学生	
2016	初瀬	高知県日高村	大学生	

注：総務系の職員経歴は掲載していない。

資料：聞き取り調査より作成。

設の施設管理者の指定を受けて、2017 年 4 月、これまでの保健福祉支援センターの 3 階から法人事務所を移転した。この新施設の立地と移転は、住民が気軽に足を運びやすく、役場の福祉行政と一体的に業務を遂行することによって、総合相談窓口としての機能を果たすことを目的としている。とりわけ、保険サービスでは満たされない訪問介護のニーズがあることから、「つむぎあい」事業をさらに拡大するため、80 歳以上の単身高齢世帯を訪問して生活支援ニーズを把握しているという。具体的には、ごみ集積所までのアクセスが悪いことに起因する、ゴミ出しの要望が多いという。ただ、2015 年度以降の「つむぎあい」による利用回数は 2015 年度以降 40 回前後にとどまっている（梼原町社会福祉協議会広報誌「ゆすまいる」）。

2018 年度には、包括的支援事業の一環として、町全体を管轄する協議体が設置され、社会福祉協議会の職員が、生活支援コーディネーターを兼務するかたちで、各区に 1 人が配置されている。協議体としては、コーディネーターが地域で行っている座談会等に出席している。また、社協の取り組み内容は、役場の福祉係や介護保険係の業務と関係が深いため、2017 年以降、月 1 回、社協と地域包括支援センター職員との間で取り組む内容を協議している。さらに、年に 1 回、保健福祉支援センター長や関係する係も参加して、第 1 層の協議体も行っている。しかし、生活支援体制の整備状況について、これまでとは大きな変化はみられない。

(2) NPO 法人

交通利便性を改善する NPO 法人の取り組みも注目される。初瀬区と松原区の人口は 2015 年 12 月現在、416 人に過ぎないが、高齢化率は 56.5%で、高齢者のみの世帯が約 50%を占める。両地区は中心部（東区）に立地する梼原病院から 20km 前後の距離に位置するものの、利用可能な公共交通機関が限られている。そのため、患者は交通アクセスの悪さに不安を抱えているという。定期バスは松原区および初瀬区の西部において運行されているが、1 日で朝夕の 2 往復の運行にとどまる。また、バス停は主に国道に沿って設置されているため、最寄りのバス停から離れた地域の住民にとっては利用しにくい。それ以外に、両区ではスクールバスに同乗できる。ただし、初瀬区の東部では学校の長期休暇期間は運休となる。タクシーによる移動も可能であるが、片道 6,000 円前後の高額な料金を要する。このように、既存の移動手段は料金が高い、運行頻度が低い、バス停までのアクセスが悪いといった交通条件の不利性を抱えていた。

そこで、梼原町は 2007 年度、75 歳以上の単身高齢者 290 世帯に対して、移動手段と買い物などの生活必需品の確保に関する実態調査を行った。調査結果によると、運転者は

不安を抱えながら運転していた。運転していない者について、運転をやめた平均年齢が 73.6 歳で、単身世帯の 8 割が運転していなかった。定期通院の割合が高く、医療ニーズが高いものの、回答者の 41%が、自宅からバス停まで遠い、便数が少ないといった交通利便性の低さを指摘した。希望する移動手段として、気兼ねがないという理由から、バスやハイヤーが挙げられた。

2008 年以降、行政が関係事業者と今後の移動手段の確保に向けた検討会を実施した。町からの提案として、① 2011 年度に東区において小中一貫校が開校したことによって、スクールバスの業務委託料が増加する見込みである、②各種事業の移送の委託先をシルバー人材センターからタクシー事業者へ変更する、③町全体の移動手段の選択肢を増やすため、タクシーチケットを事業化する、④NPO 法人の設立によって、津野町営バス路線を廃止する、の 4 つが挙げられた。2011 年 3 月 行政、各区長、運送事業者、移動販売事業者、四国運輸局、商工会から構成される「ゆすはらふとわーく推進協議会」を設置し、初瀬区と松原区において住民による過疎地有償運送事業（2015 年 4 月に公共交通空白地有償運送に名称変更）が正式に合意された。

また、梼原町では 2011 年度にタクシーチケットを事業化して利用者の交通費負担の軽減を図った。町内に住所を有し、自動車運転免許証を有していない 75 歳以上の高齢者を対象として、タクシーの初乗り運賃 24 回分が助成される。チケットの交付者数は 2011 年度に 285 人、2012 年度に 276 人、2013 年度に 278 人、2014 年度に 298 人、2015 年度に 317 人、2016 年度に 321 人と毎年 300 人前後を示し、補助金額は 200 万円前後で推移している。しかし、初乗り運賃分を超えた料金は自己負担となるため、遠方からの利用の場合、数千円を負担することとなり、公平性について課題が生じている。一方、タクシーチケットの事業化によって、タクシー業者の競合相手となる運送業の新規参入への態度は軟化したという。

2011 年 4 月には NPO 法人絆が設立され、5 月以降事業



第 6 図 過疎地有償運送活動実績（2014 年度）

資料：NPO 法人絆資料より作成。

開始された。事業の開始にあたって、8人乗りのエスティマを2台町から無償貸与された。それ以外に松原区に居住する女性の私用車が車両登録されている。運転者には安全性への配慮から、70歳までの年齢制限が設けられたが、運転者の不足から75歳に引き上げられた経緯があり、2016年9月現在の登録者数は16人である。検査は町が管理するが、タイヤのチェックや燃料代はNPO法人がカバーしている。ドライバーの取り分はエスティマでは60%、自家用車では80%である。松原区では、女性の登録運転手も多く、女性の果たす役割が大きい。片道の利用料は、区内で300円、初瀬区から町中心部で1,000円、松原区から町中心部で1,500円に設定されている。

データが入手できた2014年度の利用実績によると、延べ利用者数1,056人のうち、松原区の利用者は773人(73.2%)、初瀬区の利用者は283人(27.8%)であった。松原区の利用者では区内の利用者が469人と多い。目的地別にみると、区外の町中心部への利用者が過半数の587人(55.6%)を占める。車両別にみると松原区における私有車が608人(57.6%)と過半数を占め、運転手としての地域住民による協力が移動手段の確保に大きく貢献していることがうかがえる(第6図)。

さらに、2012年6月以降、同法人は見守りを兼ねた配食サービス事業を週1回、一食400円で提供し、毎年度1,000人前後の利用者を数える。ただし、運転手の減少と高齢化が進んでいるが、担い手の若返りが進んでいないため、サービスの存続が危惧される。

V. おわりに

本稿は、長年にわたって地域包括ケアを推進してきた高知県梼原町を事例に、縁辺地域でありながら多様な地域包括ケアシステムが構築されてきた経緯から、地域包括ケアシステムの地理的多様性の要因を考察した。梼原町では、長年にわたる地域住民を巻き込んだ保健衛生活動や相互扶助の支援によって、健診受診率の向上や介護予防につながるローカル・ガバナンスが構築されてきた。一方、病院や福祉・保健施設は町の中心部に集約されており、供給サイドにとっては地域包括ケアにかかわる全職種が即座に連携をとることを可能にしている。また、住民にとっても、中心部にアクセスできれば、ワンストップでサービス利用に関係する申請や手続きが行えるメリットがある。

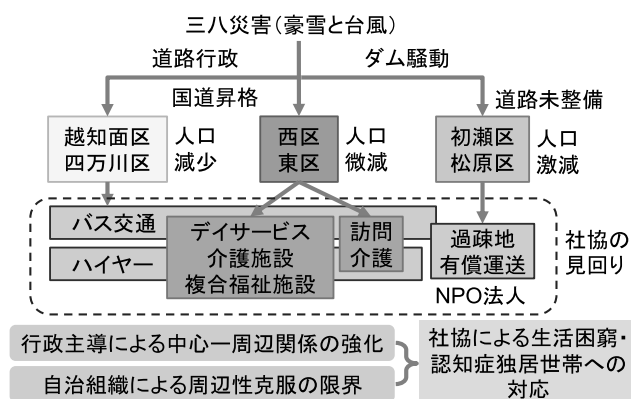
ところが、交通利便性やインフラ整備における地域差は拡大しており、中心—周辺関係はむしろ強化されている。その要因として、三八災害を契機とする行政主導によるローカル・ガバナンスが示唆された。自立の意識の高い周辺部では、自治組織による周辺性を克服する努力が続けられてきた。しかし、周辺部の交通アクセスが悪い地域の住民にとって、在宅での自立した生活や、受診のための中心部

へのアクセスの改善が課題となっていた(第7図)。とりわけ、初瀬区や松原区といった町内周辺部における過疎化や高齢化は著しく、単身高齢者世帯で自立した生活が困難なケースや、認知症の家族がいるために老老介護を強いられる世帯が増加している。

こうした医療・介護保険ではカバーしにくい問題を解消する方策として、複合福祉施設の開設、社協による地域福祉の展開、NPO法人による移動手段の確保が採用された。こうした対応の背景には、梼原町独自の区長制を生かして、住民のニーズを集約し、公約として事業化を実現した、前町長の強いリーダーシップがあった。町長を中心とした集権的なガバナンスが、小規模自治体ながら、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築に必要な費用の捻出に有効に機能したといえる。

しかし、過疎化と高齢化によって、健康推進員、自治組織を担う人材、NPO法人のドライバーや配食を担当するボランティアなどマンパワーが不足していることもまた明らかになった。周辺部において共助自体が機能しにくくなっている現在、社協がいかんして周辺部の生活支援ニーズを把握し、課題解決につなげていけるか、総合相談窓口としての機能が期待される。ただ、包括的支援事業のうち、生活支援体制整備事業に関して、社協の職員が生活支援コーディネーターを兼ねているものの、各区の地域課題を具体的に把握して、課題解決につなげるには至っていない。社協が再法人化されて6年目を迎えようとしているが、地域の事情に精通し、住民の自立を支えるコーディネーターとしての役割を發揮するために残された課題は少なくないと考えられる。

課題の一つとして、町外出身者がコーディネーターとして住民の生活支援を把握することの困難性が指摘できる。たとえば、いの町吾北地区では、依然として、血縁や地縁に基づく社会関係が残っている。実際に、吾北地区出身者の職員が生活支援ニーズ調査に同行した場合、かなり広域



第7図 梼原町における地域包括ケアの地理的多様化
資料：筆者作成

の地域の被調査者が職員の家族関係を含めた事情をよく記憶しており、その後の被調査者の回答に対する心理的障壁が相当下がることを実感した（高知大学地域包括ケア研究会，2018）。こうしたエピソードは、都市部では見られない中山間地域固有の、世代を超えて受け継がれてきたソーシャル・キャピタル（家族や地域とのつながり）とみなせるかもしれない。一方で同時に、負の外部性を伴ったソーシャル・キャピタルも確認された。具体的には、隣人の属性を深く知っており、互いに助け合う関係ができていたがゆえに、些細なもめごとが人間関係を悪化させる要因となる事例や、噂話がすぐに広まるために愚痴や弱音は他人には言わないようにしているといった事例がみられた。こうしたエピソードからは、会やグループ自体が、メンバーにとって都合の悪い人を排除する、負の外部性を伴ったソーシャル・キャピタルとしてふるまうリスクを孕んでいる。このことから、地縁・血縁関係が強く残る地域では、地縁・血縁関係のない町外出身者が、住民との信頼関係を構築するのに苦慮する可能性が容易に想像できる。

実際に、梼原町では新たな雇用先となっている社協や複合福祉施設に加えて、役場においても、町外出身者の割合が増加傾向にある。彼らが地域住民との関係をいかにして築き、地域課題を把握し、解決につなげていくのか。以上を検討するため、旧住民間の関係のみならず、旧住民と新住民との関係の再構築過程を検証する作業が必要となる。以上のテーマは、地域づくりとソーシャル・キャピタルとの関係性を考察することにつながる。これらについては中長期的かつ綿密な実態調査を必要とするため、別稿に譲りたい。

謝辞

調査にあたって、地域包括支援センター、元初瀬区長（NPO 法人絆会長）、社協職員、デイサービス、特別養護老人ホーム所長の皆様からお話をうかがうとともに、貴重な資料を提供いただきました。ここに記して、厚く御礼申し上げます。本稿の執筆にあたっては、科学研究費補助金（基盤研究（A））「社会保障の地理学」による地域ケアシステム構築のための研究」研究課題番号 15H01783、研究代表者：宮澤 仁）を使用した。なお、本稿の骨子は 2016 年日本地理学会秋季学術大会において発表した。

注

- 1) 介護が必要な状態になっても、必要な介護サービスが十分に受けられ、安心して在宅生活が続けられるよう、事業所に対して、サービス提供に要する費用の一部を助成することで、持続的な介護サービスの提供を図ることを目的として、2011 年度から開始された。事業所から利用者宅までの訪問（訪問介護）または送迎（通所介護）

に要する時間が 20 分以上 1 時間未満である場合は、所定単位数の 15%に相当する単位数に 10 円を乗じて得た金額を補助するもので、財源は高知県と梼原町が 2 分の 1 ずつとなっている（梼原町保健福祉支援センター，2018）。

- 2) メンバーは、区長・各区のいきいきふれあい広場運営委員会・民生児童委員協議会・老人クラブ・婦人会・ボランティアよつば会・エプロン会（梼原町食生活改善推進協議会）・シルバー介護士・衛生組織連合会・健康文化の里づくり推進員・シルバー人材センター・商工会・社会福祉法人カルスト会各代表である。

文献

- 高知大学地域包括ケア研究会（2018）：『いの町吾北地区生活支援ニーズ調査報告書』西村謄写堂。
- 河野 裕（1998）：『雲の上のまちおこし—高知県梼原村—』金高堂書店。
- 佐藤正志・前田洋介編（2017）：『ローカル・ガバナンスと地域』ナカニシヤ出版。
- 佐藤友光子（2014）：「伝統的自治システムの現代的意味に関する一考察—高知県高岡郡梼原町の「区長制」と地域活性化への取り組み—」四国学院大学論集，143：29-46。
- 全国国民健康保険診療施設協議会（2018）：『中山間地域等（離島及び小規模自治体（保険者）における地域包括ケアシステム構築の好事例の実態把握と都道府県、地方厚生（支）局の支援方策のあり方に関する研究事業報告書』全国国民健康保険診療施設協議会。
- 地域包括ケア研究会（2009）：『地域包括ケア研究会報告書—今後の検討のための論点整理—』地域包括ケア研究会。
- 中村 努（2018）：「離島の医療再編による日常生活圏域のケアへの影響—長崎県新上五島町を事例として—」季刊地理学，69：189-206。
- 二木 立（2015）：『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房。
- 二木 立（2017）『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房。
- 畠山輝雄・中村 努・宮澤 仁（2019）：「地域包括ケアシステムの圏域構造とローカル・ガバナンス」E-journal GEO，14（投稿中）。
- 矢野富夫（2016）：「ゆすはらの生きる仕組みづくり・小さな拠点集落活動センター—地方創生・人口減少に立ち向かう ゆすはらのまちづくり—」地域の課題解決のための地域運営組織に関する有識者会議（第 5 回）参考資料 URL:https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/chiisana_kyoten/rmo_yushikisyakaigi/h28-06-14-siryo_u2.pdf（最終閲覧日：2018 年 8 月 17 日）。
- 梼原町史編纂委員会編（1988）：『梼原町史』高知県高岡郡

梶原町.

梶原町保健福祉支援センター（2015）：『第6期梶原町高齢者福祉計画 介護保険事業計画平成27年度～平成29年度』梶原町保健福祉支援センター.

梶原町保健福祉支援センター（2018）：『第7期梶原町高齢者福祉計画 介護保険事業計画平成30年度～平成32年度』梶原町保健福祉支援センター.