

「社会的入院」問題から居住支援と 地域ケアを考える(下)

滝脇 憲 (ふるさとの会)

(承前)

【〈地域〉という問いへ】

古い町にあっていまの郊外のニュータウンにないものが三つある。一つは大木、一つは宗教施設、いま一つは場末だ。この三つには共通するものがある。世界が口を空けている場だということだ。¹⁾

「彼」が暮らすまち、山谷地域はその昔、日光街道と奥州街道の江戸の入り口にあたる宿場であった。木賃宿が建ち並び、行商人や旅芸人たちで大いににぎわったという。南千住駅の西側に位置する回向院の辺り一帯は、江戸時代に「小塚原刑場」があった場所だ。その名残か、日光街道から吉野通りに繋がる道路は、「コツ通り」と呼ばれている。コツ通りから常磐線のガードをくぐると、すぐに明治通りとぶつかる。ここは「泪橋」という名の交差点である。かつて小塚原で処刑を受ける囚人たちは、小伝馬町の牢屋から役人にひかれてゆき、浄閑寺（投げ込み寺）に向かって流れる「思川（おもいがわ）」に架かる橋を渡った。泪橋の名は、「御仕置場」に向かう囚人たちが、現世との別れに涙を流しながら渡ったからとも、囚人の身内が今生の別れを惜しんで涙したからとも伝えられている。泪橋は「別れ橋」だった。「思川」は震災後埋め立てられ、いまは道路になっている。木賃宿もまた、震災で多くが消失した。

回向院の方から泪橋を渡ると、すぐ左手に簡易宿泊所が密集する通称「山谷

1) 鷲田清一『京都の平熱』講談社、2007年、47頁。

2) 今川 勲『現代棄民考』田畑書店、1987年、19-32頁。

銀座通り」がある。ここは敗戦後、テントホテルやバラック建ての簡易旅館が建てられ、関東大空襲などで行き場がなくなり上野周辺に溢れた「浮浪者」を収容したところだ²⁾。やがてテント村に入った男たちが日雇労働に従事するようになると、この地域は本建築の簡易宿泊所の街に変わっていった。

山谷銀座を抜け、右に折れてすすんでいったところに神社がある。革靴生産が盛んなこの地域は、神社の氏子にも靴生産者が多く、毎年「こんこん靴市」という祭りが行われている。由緒をみると「正慶二年新田義貞朝臣、鎌倉高時を追討のみぎり、弘法大師筆の稲荷の像を襟掛にしたまひしを、瑠璃の宝塔にこめて当所におさめまつり給ふ」とある。そんな歴史を神社の大本に感じながら、視線を水平に降ろすと、そこに公園がある。

「彼」の行き付けのうどん屋があるのは、こういう土地柄だ。

まずはこの空間イメージを立てることから出発してみよう。そして「地域ケア」というときの〈地域〉、「居住支援」が依って立つ場であるところの〈地域〉——これを主題にいくつかのことを考えてみたい。

さて、「彼」が「われわれ」の知らないところで行き付けのうどん屋をもっていったということ。それは言い換えると、「彼」が「われわれ」が思いもよらない生活世界をもっていた、という驚きを、「われわれ」に与えるものである。

なぜ驚きを覚えるのか。それは、「彼」が重度の要介護認定を受けており、医療や介護などのサービスを「われわれ」の援助のもとに組み立てているため、おおよそ「彼」の社会生活は「われわれ」の知るところである、という先入見に覆われていたからである。ところが事実はそうではなかった。「彼」は「われわれ」とは独立して社会の中で探索行動をとり、社会の中に自らの座を占めていたのである。

ここでは座の占め方は「消費」という活動に基づいている。うどんを注文しお代を払う。これは消費である。しかしただ消尽するのではない。

消費活動は生産活動よりも一般に密度の高いコミュニケーション活動といえることができる。やりとりされるものは金銭と商品だけではない。ことばと微笑であり、さらに、一種の“呼吸合わせ”(tune-in)のごときものがある。…そして、生産活動にまさるとも

劣らず、余韻を楽しむことができる。³⁾

「彼」がふとした瞬間に「店のねえさんがとてもやさしく接してくれている」と漏らした感覚は、まさにこの余韻の表現であろう。

このようなコミュニケーション活動に対して、「われわれ」は「支援者」としての限界を持っている。価値観としては、指導的ではなく「対等」な、一方的ではなく「相互的」な関係を希求するとしても、風呂に入らなければ入ってもらいたいと願うし、病的だと思えば「病識」を持ってもらいたいと願う（本人のために、とも言えなくもないが、周囲のために。つまり「われわれ」のために。または「社会」のために）。ときには問いただすような視線を向けているだろう。もちろん、そういう眼で周囲からみられていることは、本人は敏感に察知している。これに対し、うどん屋でそのような、問いただすような視線を受けることは、より少ないだろう。「消費活動は（貨幣取得活動に対して）、より多数の、より自由に選択しうる相手と共にする、拘束度の低い、多様な活動」⁴⁾へと開かれている。

このように合目的でも予定調和でもない消費活動は、同時にクリエイティブでもある。うどん屋の姉さんは、「彼」のことをどれだけ理解したかに拘わらず、やさしく接したのであり、「彼」もまた、姉さんのやさしさを享受するために、姉さんの人となりを理解する必要はない。ただ、おそらく、いくばくかの会話が合ったのであり、それ以上のことがあったのなら、なお善いかもしれないが、それ以上のことがなくても、大きな欠如があるわけではない。

この二人の見知らぬ個人は相互理解に成功したか否か、有意味な情報を交換し得たか否か、何らかの合意や了解に到達したか否か、さらには挨拶の言語ゲームを上手に演じられたか否か等々には関わりなく、会話を営むというまさにそのことによって、互いに相手を観察すべき客体としてではなく、話しかけられ、聞かれ、答え返さるべき人格として承認し合う社会的結合を享受する。⁵⁾

3) 中井久夫『中井久夫著作集』第5巻、岩崎学術出版社、1991年、42頁。

4) 前掲書、41頁

5) 井上達夫『共生の作法』、創文社、1986年、254頁。

こうしたやりとり——相互承認の創造——をする探索行動の主体は、支援者がリードする公式なカンファレンスなどではなかなか気づきの対象にならない。というのも、探索行動は〈非公式的〉であるからだ。だが、この非公式性こそが、自由な行為主体として〈世に棲む〉ことを保障するものであるだろう。そして、この〈世に棲む〉ことの安全保障に価値を置くならば、支援者は「社会通念によって順序を規定したり、個々の行動の成否を性急に判断したり、道徳化（モラライゼーション）を行ったりすること」に自ずと慎重になる⁶⁾。

こうして管理的、訓導的、治療的な営為は、その依って立つ地平を失う。ここに「彼」と「われわれ」の二項図式はパラダイムチェンジを起こし、かわりに生活世界（フッサール）に内在する人間の〈共生〉が現れるだろう⁷⁾。この共生の地平は、施設の援助者と利用者の関係ではなく、地域に棲むというパフォーマンスな動態において出来るものである。すでに原初的な社会形成の可能性は、〈社交体〉として顕現している。

（社交体において）人々は自己の善き生の構想に従って、自己の生を形成し得る自律的存在として扱われる。人々を結合させているのは…多様な生が語られる宴としての「共生」(conviviality)を可能にする共通の作法である。…社交体に対応するのは、あてにならない充足よりも欲求を、不確実な成果よりも冒険を、宿よりも道中を、目的を達成するための手段についての熟慮よりも歩きながらの会話を、目的地への着き方についての指図よりは道路規則を愛好するような性向である。⁸⁾

居住支援とはこの探索行動の「基地」を保障することである。享受されるべきは、居住を核とした社会的結合のネットワークであるから、彼が座を占めることは、社会に受容されなくてはならない。これは地域の包容力（インクルージョン）に係る問題である。ここでいう〈受容〉は、マジョリティが異なる者

6) 中井、前掲書、12頁。

7) そもそも「援助技術」なるものに先だって、生活世界の共生という目的があったはずである。この目的と手段の逆立ちから立ち直ったとき、「援助技術」は客観世界に対するテクノロジーではなく、「共生の作法」という主観的意味に変換されるこのだと思う。

8) 井上、前掲書、262頁。

に場所を与えるような父権的な関係ではないが、後述するように、それは人間的な営みによって広げ深められるものでもある。行動を共にする人間の結合ではなく、行動を異にしながら同じ共生の営為を営み続ける人間の結合として、「われわれ」が、新たな「われわれ」として、ゆっくりと、待ちつ待たれつ、〈同行〉⁹⁾していくための地平＝地域のあり方を考えてゆかなければならない。

4. コミュニティの開発と再生

【再開発の光と影】

探索行動をとるには条件がある。「まち」には陰影がなければならない。探索行動は非公式的な生活世界を生み出すものであった。だから、すべてが眼差しにさらされ、隔壁がなくなれば、探索行動は成り立たない。

たとえば、現在、東京の南千住エリアでは再開発が進み、「リバーハブスクエア」なるタワーマンションが建ち並んでいる。駅周辺では整理された商業施設や公園が広がり、これがこの地域のメインストリームを形成している。再開発の周縁は山谷地域を部分的に浸食している。分譲マンションもいくつか建設された。老朽化した簡易旅館は一つ、また一つと近代的な（しかし比較的安価な）「ビジネスホテル」風の形姿に変化し、外国からの旅行や出張などに利用されている。泪橋の交差点から上空を見上げると、否応なくタワーマンションが視界に入る。再開発の波が自分の左右に嵌入してくるのを感じるが、同時にこの波が自分には触れぬものであることも分かっている。

ポストバブルの都市再生政策は、汐留シオサイトや品川のウォーターフロントなど大規模な開発事業を支援し、マンション供給を促進することで、「ホットスポット」を人為的に形成した。タワーマンションは多様な共用施設とサービスを備え、周辺地域からは水平方向に切り離された小さな「都市」である。「飛

9) 四国遍路の巡礼者が菅笠に書く「同行二人」は、たとえ一人で巡拝しても、常に弘法大師に守られ、聖なる存在に包含されていることを示している。一方、八十八カ所の霊場の本堂には、薬師如来、阿弥陀如来、十一面観音、千手観音など千差万別の本尊がまつられ、多くのほとけたちが、病気の平癒、厄難の救済など、それぞれの諸願成就に固有の働きをしながらひとつの遍路マンダラを形成している（頼富本宏『密教』、講談社現代新書、1988年）。この世とあの世の祈願をともにそなえながら、共に歩いていくこの再生のコンセプトは、北澤信次氏がふるさとの会において行った「司法福祉について」の講演の中で与えられたものである。

び地」の私有領域は孤立・自足し、都市という公共空間から自らを切り離す。これに対し、都市の縁辺部と郊外では住宅価格の下落が続き、住宅市場がスランプに陥ったままの「コールドスポット」が広がった。ホットスポットの勃興は、スランプ市場をいっそう冷却している¹⁰⁾。

南千住は東京を鳥瞰する眼からみればホットスポットではない。しかし解像度をぐっと上げてみると、ここにも相対的にホットなスポットとコールドスポットがモザイク状に分布していることが分かる。たとえばこんな商業広告をみてみよう。

「この再開発エリアの魅力はなんといっても、計画的に整備された美しい街並み。並木の植えられた道路は歩道と車道、さらに歩道内は歩行者、自転車と分けられ、広々とした雰囲気。学校や消防署、公園は計画的に配されています。特に防災拠点でもあり、荒川区内では最大の広さを誇る都立汐入公園は芝生の緑が目まばゆいほど。テニスコートや荒川区では唯一というバーベキューサイトもあり、休日には子どもの声が響きます。隅田川沿いには散歩やジョギングにうってつけのコースも整備されています」。

絵に描いたようなニュータウンのイメージである。もちろん、このようなエリアにも、もしかしたら、うどん屋の一つぐらいはあって、その店には「彼」にやさしくしてくれる姉さんの一人ぐらいはいるかも知れない。だが、いささかアイロニカルな言い方をすれば、ここではうどん屋も姉さんも「計画的」に配されているだろう。別に懷古趣味で言っているのではない。われわれもここで定期的に消防訓練をしている。木造密集地は公園の面積率と道路率が極めて低いので、周辺から避難できる開かれた防災拠点が必要である¹¹⁾。だが日常の生活世界はどうか。考えるべきは、都市が切り分けられていることである。まちに陰影があることと、都市が切り分けられることとは、区別しなければならない。

陰影をかたちづくるのは、冒頭の引用によると、「大木」と「宗教施設」と「場末」であった。大樹はお杜や町の外れにあり、われわれが生きる時間感覚の〈外〉にある。「私」や、私を生んでくれた人に生きられる時間を越えたその存

在は、自分の生を相対的にみるきっかけを与えてくれる。寺社は、聖なる世界と接触しうる領域空間であり、日常生活のなかで自明にしている世界観や感受性とは別の次元、つまり世界の〈外〉から自分の「いま」と「ここ」を見つめるきっかけを与えてくれる。そして場末、もう一つの〈外〉。

近づくのがちょっと怖いこの薄暗くていかがわしい場所は、鬱屈した不良たちがたまり場にする、あるいはある日突然「蒸発」し来歴を削除した中年男が身を潜める、はたまた年増の「立ちんぼ」が電柱の陰で客を待つ、そんな都市の〈闇〉を象徴している。都市の顔のその裏面にあって、ないことにされている驕りであり、吹きだまりである。さまざまな恨み辛みが堆積し、さまざまな不幸の影が差している場所である。そこは人を追いやる場所というよりもむしろ、そこに身を沈めることで、緊急避難場所として、ひとが息をひそめ、かろうじて生きのびることのできる場所でもある。せっぱつまった、追いつめられたと、おもっていたものが、じっさいにそこに来ればそれはそれでひとつの人生である。……。そんな別様でもありうるという感覚にじわりじわりなじんでゆくなかで、生きるということの別の選択肢がはじめて見えてくる。¹²⁾

このような「場末」は、現代においてもっとも禁忌の空間かもしれない。「安全・安心まちづくり」といえば、いまや——数年前のように震災・危機管理体制の確立ではなく、もちろんノーマライゼーションの問題でもなく——防犯対策の重要なスローガンである¹³⁾。これは必ずしも行政・警察セクターが主導しているのではない。人びとの多くが「安全・安心」のための施策を望み、その推進を支持している実態がある。だが、「安全・安心」と一口に言っても、「安心」は「安全」のように客観的の制度やリスクの数値化によっては確認されない主観的感情である。この主観性が隠蔽する都市の〈闇〉は、「ないことにされている」にもかかわらず（あるいはこの反証不可能性ゆえに）、強迫症的に監視カメラが増殖し続けている。こうして犯罪の「原因」だけでなく、「機会」の除去が指向され、「汚れた建物、うらぶれた景観、公園・街路の死角、侵入しやすい建築など

10) 平山洋介『東京の果てに』NTT出版、2006年、79～100頁。

11) 青山 脩、進藤兵、塚田博康「石原都政は何を目指してきたか」『世界』no.757、2006年、121頁。

12) 鷺田、前掲書、248頁。

13) 清水雅彦「検証 治安対策」『世界』no.757、2006年、151頁。

を犯罪誘発の要因とみなし、その削除を課題とする環境整備が始まった。美観と秩序を備えた物的環境の形成が犯罪機会の減少と『安全・安心』に結びつくと仮定されている¹⁴⁾。

だが、そのように「社会の危機」を封印すればするほど、逆説的に、「犯罪の少なからぬ部分は、団地や住宅街やオフィス街といった『普通』の場で起こる」¹⁵⁾ようになりつつある。このことは、2007年という年が、二つのバラバラ殺人事件のニュースで幕を開けたことを想起すれば足りるだろう。その一つ、歯科医一家の事件で兄が妹に言われたのは、「夢がない」という言葉だったという。ホットスポットで凍てついた夢は、コールドスポットの夢をもいっそう冷却するのだろうか。「思川」といえば、泪橋よりも、同時代の2004年に栃木県小山市で幼い兄弟の死体が発見された、同じ名前の渡良瀬川の支流を想起させる。

「かつての場末がおどろおどろしかったのは、じつは共同体がそこで消える、もしくは解体されるのを肌で実感できたからだ」¹⁶⁾。ところがいまや、共同体の解体がなによりも「普通」の場所で起こっている。山谷の場合は、そもそも「つくられた」单身男性のまちであった。山谷暴動が頻発した60年代から、「東京都は、家族連れにのみ絞ってあちこちの都営住宅に居宅を提供し、分散させる措置をとった。劣悪な居住環境にあった貧しい家族はそれに応じ、1970年代には「女、子ども」は消え单身男性の隔離空間としての山谷が成立したのである」¹⁷⁾。だから家族の再生産機能は弱く、家族を基礎的ユニットとした「コミュニティ」は構造的に成立しにくい。

だが、30年を経て、共同体の解体を追っかけてきたのは、「普通」の場所をわたちづくってきた近代家族のモデルではないか。性別役割分業の相対化、夫婦別姓の肯定、婚姻によって担保された性のモラルの解体などは、「市民社会」と

市場経済を陰で支える近代家父長制的な家庭の理想像¹⁸⁾が、生産主義的な成長社会もろとも解体しつつあることを示している¹⁹⁾。

そうであるならば、「そこに身を沈めることで、緊急避難場所として、ひとが息をひそめ、かろうじて生きのびることのできる場所」において、そこから出発し、そこから別の共同性、「生きるということの別の選択肢」が現れる可能性を見出すことができないだろうか。

この可能性を引き出すためには、いま、共同性が、あるいは社会の紐帯が、いかに解体されつつあるのかを空間的に凝視しなければならない。

【社会の断裂】

さて、先ほどの広告に従って、南千住から隅田川の散歩コースに向かってみよう。まず川のテラスに立つと、隅田川の河川敷にはブルーテントが並んでいる。数年前まではひしめき合うほどだったが、2004年度からの地域生活移行支援事業によって、その数は目に見えて減少した²⁰⁾。とはいえ、このエリアが「ホームレス問題」の重点地点、つまり格差と社会排除を象徴するゾーンの一つであることに変わりはない²¹⁾—そんなことを考えながら、隅田川を越えると、その向こうには木造密集地がある。この一帯は東京大空襲の直撃を免れたところだ。多くはないが、いまでも長屋が散在するこの地域には、周縁を含めると空き家が700軒以上あると言われている。そしてこの木造密集地の手前には、まるで巨大な門のように公営住宅群がそびえ立っている。1607戸を擁するこのS団地は、区内では2281戸のB団地に次ぐ公営住宅群であるが、この地に立っているのは

18) 「家父長制」を「封建遺制」と捉え、「近代家族」と対比的関係にあるという憶見もあるが、近年の家族史研究は、「家」が明治民法の制定による明治政府の発明品であることを明らかにしている。「家」制度は、近代国民国家に適合的に形成された家族モデルであり、逆に国民国家もまた、家族モデルに適合的に形成された」（上野千鶴子『近代家族の成立と終焉』岩波書店、1994年、70頁）。

19) 見田宗介「近代の矛盾の『解凍』」『思想』No.1002、2007年。なお、性別役割分業の相対化、夫婦別姓の肯定、婚姻によって担保された性のモラルの解体などは、近代家父長制家族の理想像を描るがしてはいるが、近代家父長制そのものは、「婚姻」から「愛情」に価値が移行しても、「自由意思」に基づき再構成されているという意味で、揺らいでいるわけではないと考える。

20) 東京都福祉保健局「東京ホームレス白書Ⅱ」（2007年5月）によれば、「平成16～17年度事業」は隅田川流域の対象人員323人中移行者194人、参加率60.1%、テント数は248→34。「平成18年度事業」では494人中176人、参加率35.6%である。

21) 「政府とビジネス・コミュニティは“ホットスポット”の建設に投資を集中し、東京の新たなフロンティアを探そうとした。都心とベイエリアの空は切り開かれ、新しいスカイラインは都市再生の進捗を表現した。しかし、『売れ残り住宅』と『低廉マンション』、『焼畑農業』の果ての光景、河川敷に建ち並ぶ野宿者のバラック……が散らばった様子は東京の社会と空間が割れ始めたことを暗示する」（平山、前掲書、151頁）。

14) 平山洋介『東京の果てに』NTT出版、2006年、114頁。

15) 鷺田、前掲書、57頁。

16) 前掲書、57頁。

17) 西澤見彦「排除による貧困—東京の都市下層—」岩田正美、西澤見彦編著『非婚と社会的排除』ミネルバ書房、2005年、57頁。

決して歴史の偶然ではない。

1951年に制定された公営住宅法は、「国および地方公共団体が協力して、健康で文化的な生活を営むに足りる住宅を建設し、これを住宅に困窮する低額所得者に低廉な家賃で賃貸することにより、国民生活の安定と社会福祉の増進に寄与する」ことを目的に、大量の住宅建設を進め、60年代末から70年代初頭には年間10万戸のピークに達した。だが、その間公営住宅制度は「本来階層」の「残余性」を増してゆき、1959年の改正では「収入超過者」の「明け渡し努力義務」を導入、1969年の改正では「高額所得者」の「明け渡し請求」を可能とした。収入が一定水準を超えた世帯は公営住宅に住むべきではないという考え方を明示したのである。

住宅事情全般を見れば、1973年には全都道府県の住宅総数が世帯総数を上回り、住宅不足から住宅余剰に移行した。しかし住宅が余剰になっても選択が困難なのは低所得者である。低家賃住宅が不足するなか、低所得者は公営住宅に集中していった。こうして「公営住宅制度の残余化が進むにつれて、中間層社会と公営住宅の分割が始まった。借家人の居住期間は長期化し、入居者には高齢の世帯が増加した」のである²²⁾。

この分割は強力に推し進められた。1996年の改正では一般の収入基準について収入分位カバー率を33%から25%に引き下げ（月収でいえば約25万から20万）、「標準世帯」の退去を促すとともに、高齢者、障害者の「受け皿」としての公営住宅の位置づけ、つまり公営住宅の「福祉的」性格が強く打ち出された²³⁾。

さらに2005年改正では、知的・精神障害者やDV被害者の単身入居許可や、収入超過世帯に対する家賃の民間並みの増額など、社会的弱者と団地内の安定層の入れ替えがすすめられた。このことによって、低所得である以外に特徴をもたない「単なる低所得者」は、公営住宅に入居しにくくなっていった。さらに2008年4月からは、入居収入基準を15万8千円に引き下げることになっている。これにより既存入居者のうち約14%は新基準を上回り、一定期間後段階的に市場価格に近い家賃が適用される。新聞報道でも「新基準により、低所得の高齢

22) 平山、前掲書、230頁。

23) 森千香子「『施設化』する公営団地」『現代思想』vol.34.14、2006年、102頁。

24) 朝日新聞、2007年12月26日夕刊。

者ばかりでコミュニティとして機能しない団地が増える恐れがある」²⁴⁾と警鐘を鳴らしている。

全国の実態に目を向けると²⁵⁾、総数219万世帯（2003年）の収入構成は、月収20万円以下が189万世帯（86.5%）、月収12.3万円以下が158万世帯（72.6%）である。年齢構成は60歳以上が92万世帯（42.4%）、なかでも高齢単身者の割合が近年著しく増加し、全体の15%を超えている。母子・父子世帯は20%で、全住宅における比率の倍以上高い。生活保護世帯数は18万世帯（8.2%）で、内訳は母子世帯1万3千世帯、障害者世帯 7万2千世帯、高齢・その他世帯が9万5千世帯となっている。生活保護世帯の約2割が公営住宅に入居し、身体障害者の18.4%、知的障害者の16.9%、精神障害者の20.4%が公営・公団・公社など公的賃貸住宅に居住している。

高齢者、障害者、母子家庭、生活保護受給者。まるで福祉六法を具現化した空間である。公営住宅の歴史は、一般的な低所得者世帯向け住宅から「福祉施設」へと変化してきた歴史である。「周辺地域からは水平方向に切り離され」たのは、公営住宅の方かもしれない。「飛び地」の私有領域は、ここでも孤立・自足している。タワーマンションと違うのは、自ら切り離したのか、それとも非選択的に都市の公共空間から切り離されようとしているかの違いである。

公営住宅が福祉的な色彩をより強めるほど、現実の都市や地域に存在する団地空間は、活力がなく、周辺からは孤立し、ともすると地域にとってのネガティブな空間となりがちである。そもそも福祉的な対応が必要な人たちをたくさん集めてくることが自体が、すなわち「施設化（インスティチュショナルリズム）」ということであって、集中による効率的な対応という規模の経済が働くどころか、居住者の自主性の衰退、過度の依存、さらなる衰退というマイナスのスパイラルに陥ることは既に多くの先例により明らかである。²⁶⁾

隅田川をはさんで、S団地側から南千住のタワーマンションを眺める。今朝の折り込みチラシで、築15年の4LDKマンションが3980万円で売られていたのは、ちょうどあのあたりだ。「東京都が大規模開発した団地」は東京都都市整備局、

25) 国土交通省住民局「公的賃貸住宅の施策対象及び検討課題について」2005年5月。

26) 園田眞理子「住宅政策と福祉政策の統合的な展開に向けて」『住宅』2006年2月号、5頁。

都住宅供給公社、UR都市機構などが管理している。どれも美築で、素人目には区別が付かない。地理的にはすぐそばだが、同じ公営住宅でも再開発の波にのったところとそうでないところとは、目に見えない分割線が引かれているのだろうか。それとも、あの団地の中にも分割線が引かれ、この公営住宅と底流でつながっているのだろうか²⁷⁾。

このような地域の温度差に対して、考えられる対応策が二つある。一つは、「従来の公営住宅が過度に集中している団地空間は解体、分散化を図らなければならない」²⁸⁾という考え方。もう一つは、冷え込んだ地域に安心と活力を取り戻すという、シンプルだが現実的な考え方である。

地域の住宅行政担当者は、地域住宅政策とは公営住宅をつくることだといったような考えからいち早く脱却し、地域のハード、ソフトの資源を巧みに組み合わせ、より高次の住環境が提供できるように努める地域マネージャーのような役割が求められる。また、何も公共がすべての責任を負うのではなく、地域の人材や経済資源を活用して、その地域に根ざした住宅提供やサービス提供の仕組みをつくり出すことを考えてみる。これこそがコミュニティビジネスであり、英語ではコミュニティ・ディベロプメント、日本語ではまちづくりということになる。²⁹⁾

ハードを解体せずに、地域をホットにする道筋はありえないのだろうか。都市の分断とコールドスポットの福祉化に対し、人為的な営みによって地域の包容力を深め、新たに「別の共同性」が立ち上がる土壌を形成すること。そのためには、「コミュニティビジネス」を展開する「コミュニティ・ディベロプメント」の方法を編み出すことが課されている。

【社会の自己治癒力としてのNPO】

コミュニティ開発を推進するアクターの一つとして、アメリカ合州国で発展

27) 療養病床の再編成に伴う地域ケア体制整備構想は、見守り・住まいの取り組みの例として、「公営住宅の適切な管理」を挙げている。内容としては、公営住宅の入居者募集方法の工夫による若い世帯の入居促進や、コミュニティの活性化も目標にしているが、その具体的な仕組みについては言及していない。だが、行政主導で決めてしまうことでもないだろう。

28) 園田、前掲書、5頁。

29) 園田、前掲書、6頁。

したのがCDC（Community based Development Corporation）である。『NPO教書』によると、CDCは合州国において、「都市・農村いずれであれ、衰退し、荒廃するコミュニティの再生を目的として、そのコミュニティの中で組織され、そのコミュニティのために中心となって活動している住民主導の民間組織であり、その大部分がNPOである」³⁰⁾。CDCは1960年代に生まれ、やがてほとんどの州、市、町、辺境の農村部に広がり、その数は「最低に見積もって2000」、類似組織を合わせて5000に及ぶとされており³¹⁾、一般に以下のような事業を行っている。³²⁾

- ①低所得者向けの住宅の供給と運営
- ②コミュニティの住民のための仕事の機会の創出
- ③住民のための職業訓練
- ④高齢者、障害者、片親の家族、子ども、ホームレスなどのための社会サービス提供
- ⑤事業を起こそうとする住民起業家(entrepreneur)に対する少額融資(micro credit)の提供

CDCは、とりわけ低所得層の住宅に関しては、米国の最も重要な供給者となっているが、上記のように自らコミュニティビジネスを展開しながら地域社会全体の利益に貢献するソーシャルインクルージョン実践とも捉えられるだろう。「その社会福祉サービス機能（医療健康問題に関するものから、保育、麻薬に関わる相談、老人やホームレスの世話に至るまで）、援助の必要な個人と、もしあったとしても、冷淡な、官僚的サービスしかない社会との間を取り次ぎ仲介する役割を果たしている」³³⁾。つまり行政サービスを地域のニーズに応じて修正し、発展させていく媒体である。

これは日本における「社会的入院」を考えるにあたって、重要な視点を提供しているだろう。前号で述べたのは、「社会的入院」問題における〈貧困〉の視

30) (財) ハウジングアンドコミュニティ財団『NPO教書－創発する市民のビジネス革命』、風土社、1997年、38頁。

31) 平山洋介『コミュニティ・ベースと・ハウジング－現代アメリカの近隣再生』ドメス出版、1993年、5頁。

32) (財) ハウジングアンドコミュニティ財団、前掲書、41頁。

33) (財) ハウジングアンドコミュニティ財団、前掲書、38頁。

点である。帰来先のない病院退院者は、有料老人ホームや認知症のグループホームなどの選択肢がそもそもなかった。だから生活保護のケースワーカーが病院さがしという難題を突きつけられているのである。差額ベッド代でも払えれば、事情は違うかもしれないが、それはないものねだりというものだ。入院から地域生活に移行しても、生活支援はニーズではなく主観的欲求（ウォンツ）であるとして、保険給付対象の外側とする「冷淡な」意見があった。実際に保険給付としての生活支援の幅は（たとえば通院介助における待ち時間の非算定化のように）狭まっている。精神障害者の居住確保は、遅々としてしか増えないグループホームに依存している。地域生活に移行しても、生活支援の供給量不足は介護保険と同様であり、就労などの社会参加へのアクセスは極めて悪い。居住支援と地域ケアの総合を課題とした所以である。

簡単に言えば、これらはすべて、制度の谷間を表現している。家族、雇用、住宅、医療、福祉などの諸制度が、それぞれの欠如を補い合える限りは表面化しないが、現在は個々の制度が痩せ細り、谷間が拡大している。このとき、谷間を渡す橋がなければ、それは社会に穿たれた傷口になり、放置すれば再生が困難になるだろう。

もとより、NPOはこうした社会の危機に対する治癒力として期待されていたのではないだろうか。「少子高齢化社会の進行、産業構造の転換による衰退地域の発生、深刻化する地球環境や資源問題、そして貧富の格差の拡大などへの対応は、いずれも市場主義のみでは解決不能なことが明らかになった。政府の力でも、企業の力でもない第三の力への社会的需要が認識されることになった」³⁴⁾。この必要がNPOを産み落としたのである。

少子高齢化は社会保障改革の名目になっているが、家族や地域による相互扶助機能と行政の福祉機能の低下が相乗した結果、高齢者や子どもの虐待、孤独死などが後を絶たない。産業構造の転換による衰退地域の発生は、公共事業の縮小、地場産業の空洞化、自営業の行き詰まり、若者の流出と過疎化などの諸要因により、地方の衰退からはじまったが、東京でも木造密集地の空き家、施

設化する公営住宅などの空間などによって、コールドスポットの光景が奥行きを深めている。地球環境や資源問題は、全世界的に環境汚染のしわ寄せや天然資源へのアクセス難を貧困層に与えているが、日本でも生産主義などエコノミーの原則が貫徹した負の遺産は——たとえば水俣病がそうであるように——総括が終わっていない。貧富の格差の拡大は、貧困世帯1105万世帯および貧困世帯に含まれる勤労世帯（ワーキングプア）656万世帯に対し、セーフティネットが「底抜け」であることを示した³⁵⁾。従来の「会社」や「家族」のシステムが揺らいで以降も、「世帯主」を仮構した補助的な低賃金と不安定雇用がすそ野を広げ、インターネットカフェや漫画喫茶等で寝泊りする新しい「住居喪失」が見過ごせないほど増加している。

これらの諸問題が与える社会の緊張に対し、NPOがあらゆる領域で活動していることは説明を要しないだろう。住むこと、働くこと、必要なケアを受けることなど、人間にとってもっとも基礎的な安全保障の仕組みを〈市民〉の、あるいは〈地域〉の視点からつくっていくことがNPOのミッションである。では、それはどこまで遂行されているだろうか。現状を見立てるためにも、まずは足もとから、シンポジウムで報告した「ふるさとの会の取り組み」をもとに到達点を確認し、これからの課題を考えてゆくことにしたい。

【包括的地域生活支援システム】

先ほど挙げたCDCの一般的な事業を、ふるさとの会の取り組みと対応させてみると、以下のようになる。

①低所得者向けの住宅の供給と運営：5つの宿泊所と2つの自立援助ホーム、1つの精神障害者グループホームがこれにあたる（図1）。その社会的な役割については別稿があるので参照されたい³⁶⁾。建物については、まちづくりの観点から、山谷や吉原の旅館、墨田の工場やアパートなどをリノベーション（改修）あるいはコンバージョン（用途変更）して、居住空間への再生を図ってきた。アパート転宅に関しては、居住支援、賃貸物件情報の提供、賃貸借保証サービスなどを行っている（2008年1月現在86名が利用。図2）。

35) 後藤道夫「ワーキングプア増大の前史と背景」『世界』2005年1月号

36) 滝脇憲「二種事業宿泊所の総括と自立支援型居住福祉の展望」『Shelterless』No.27、2005年。

図1 居住支援サービス

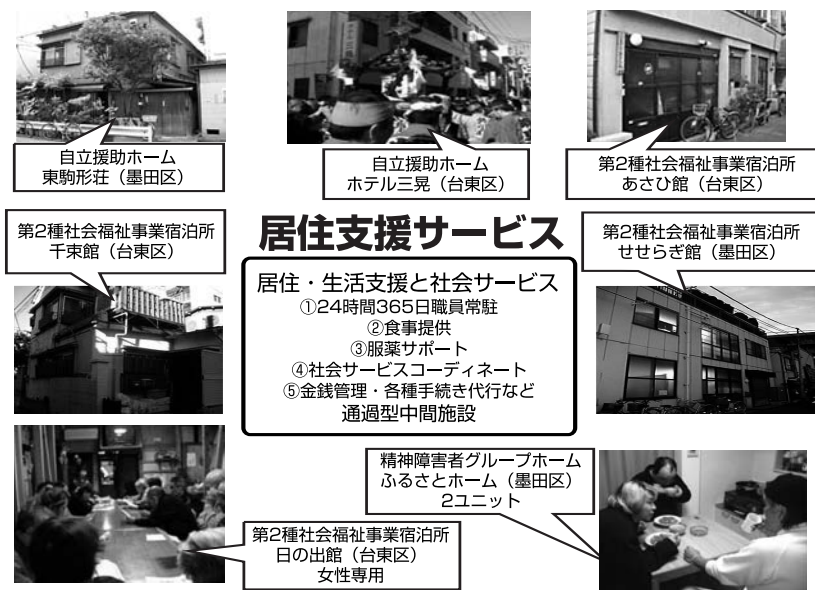


図2 アパート転宅支援

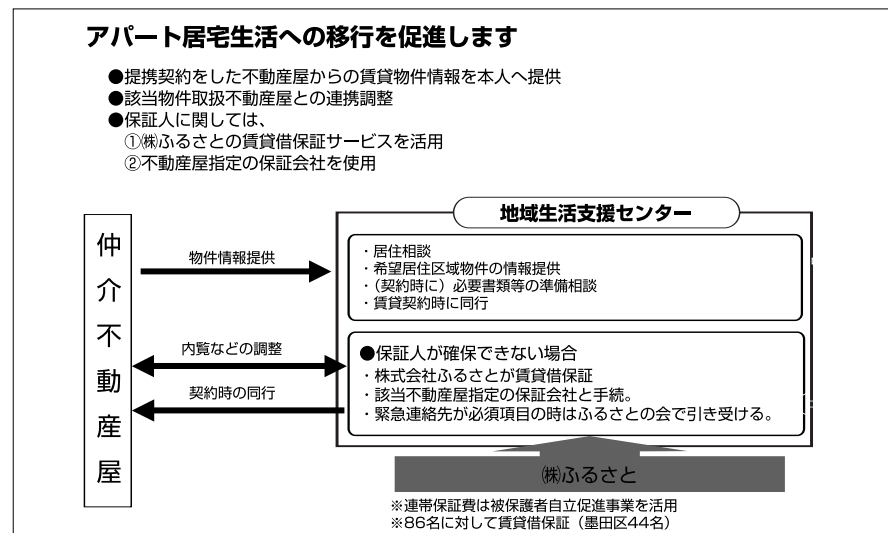


図3 地域ケア体制

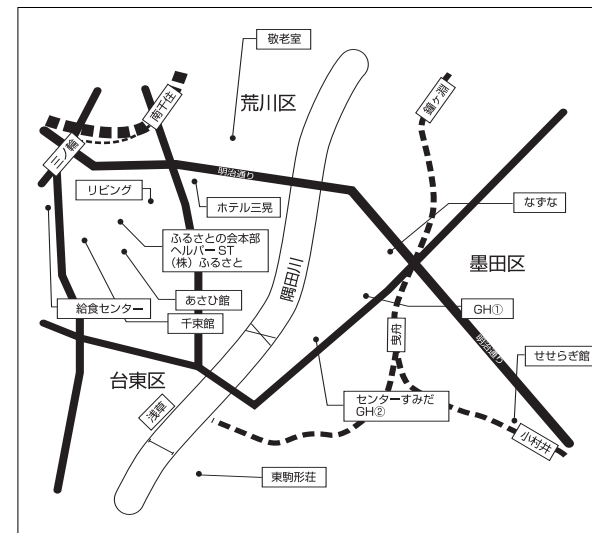
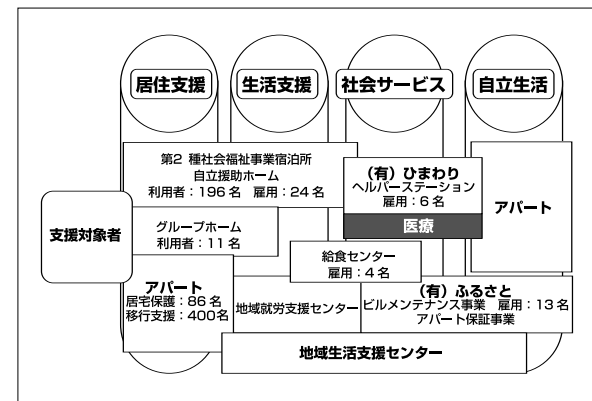
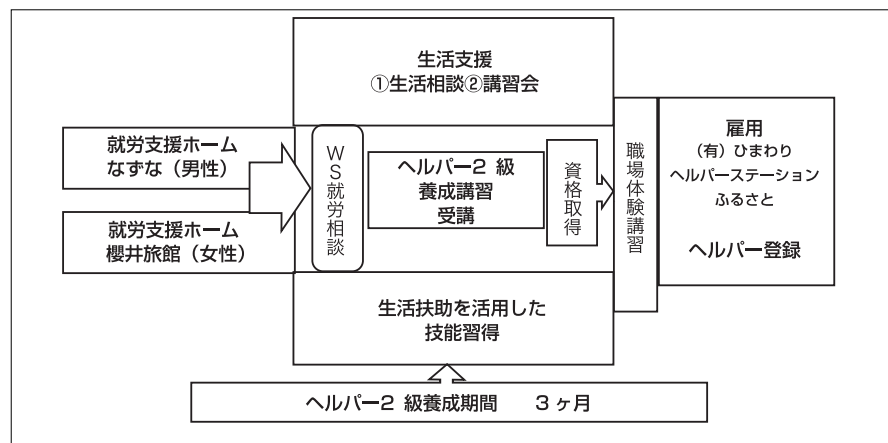


図4 社会サービス（多様な支援を受けながら多様な自立生活）



援、地位の向上を可能にする。これを支えるのが「地域ケア体制」（図3）であり、サービスの視点から言えば「地域包括支援システム」である（図4）。このように必要なサービスを必要に応じて供給する有機的な〈近隣〉があつてはじめて、かつては「社会的入院」をしていた人を含め、雇用弱者の就労

図5 就労支援ホ一ム事業



保障に〈幅〉が生まれるのである³⁷⁾。

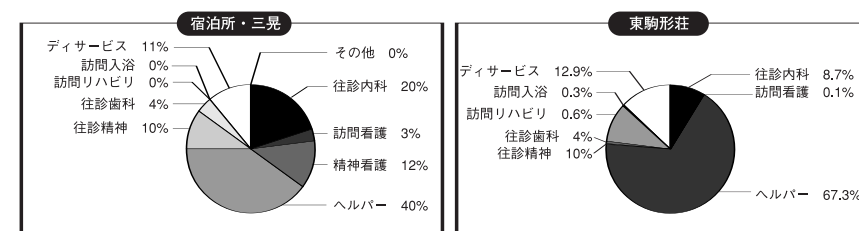
③**住民のための職業訓練**：移行支援事業参加者や生活保護受給者などの就労意欲回復（パソコン教室、まち歩き手作りマップ作成講習、ボランティア体験など）、就労体験会、生業扶助を活用した技能講習などを行っている。移行支援の職場体験講習は80名を受け入れてきた。現在は、集中的な就労支援が必要なケースのために、資格取得、就労体験、雇用確保、就労継続支援等、不安定な就業と生活からの脱却を一連に行う就労支援ホームを準備している（図5）。

④高齢者、障害者、片親の家族、子ども、ホームレスなどのための社会サービス提供：高齢者、障害者、ホームレスなどのための社会サービスを提供またはコーディネートしている（図6）。医療や介護サービスの視点からみた「地域ケアの特質」は前号で触れたとおりだが、グループ内の社会サービスとしてはヘルパーステーションと給食センターがある。ヘルパーステーションは

37) さまざまな仕事をしてきた人たちが、それまでしたことのない仕事もすることで、硬直したヒエラルキーのかわりに、主観性の新たな形態が生成する。「支援される側」が「支援する側」に役割を変化させるとき、その人に「支援される側」は単なるケア以上のケアを受けているはずである。あるいは逆に、「支援する側」を「支援する」こともしてはいるはずである。このように媒介された相互ケアを可能にする地域ケア体制、あるいは地域包括支援システムそのものが「ケア」なのである。

図6 社会サービス

施設	往診内科	訪問看護	精神看護	ヘルパー	往診精神	往診歯科	訪問リハビリ	ディサービス	その他	合計
NPO	3,883	1,347	1,244	12,028	1,112	369	293	2,461	954	23,691
東駒形荘	528	8	0	4,064	15	34	594	780	16	6,039



ケアプラン作成からヘルパー派遣までトータルなサービスの提供を行うとともに、生活保護受給者などの資格取得後の雇用先として、ヘルパー育成の役割も担っている（図3）。給食センターは、一日約600食、年間22,000食を提供している（保健指導メニューの重要性については「東京提言」³⁸⁾を参照）。雇用創出についてはヘルパーステーションと同様である。

⑤事業を起こそうとする住民起業家(entrepreneur)に対する少額融資(micro credit)の提供： NPOや社会的起業にとって、資金調達は大きなハードルである。そのため、ある地域のNPOが事業ソフトを確立しても、資金調達が壁になって、同じソフトを応用しうる地域への普及がすすまない。一般に日本では、銀行や信用金庫はNPOを融資の対象にしていないため、個人が不動産を担保に入れるか、預金を担保に（低金利ではあるが）同額の融資を受けるなどの苦肉の策をとらざるを得ない。つまり、経済社会のメンバーシップを獲得しているとはいえない状況である。NPOが発展するためには、事業の公共性と実績を信用力に資金調達が可能になる仕組みをつくらなければならない。

38) 主要な提供先である宿泊所・自立援助ホームの利用者は、(1)循環器系疾患を有する要介護高齢者、(2)生活習慣の問題や生活スキルの低下により日常的なサポートが必要な高齢者、(3)認知症を含む精神障害者に大別されるなかでも、糖尿病、脳卒中、心筋梗塞等生活習慣病の患者・予備軍に対しては、「減少率の目標や健診及び保健指導の実施率の目標を設定し、これらの達成に向けて個別の被保護者への支援を計画的に実施するよう具体的な仕組みを構築する」とともに、「医療扶助の伸びの要因の一つである生活習慣病を予防するためには、運動習慣の定着やバランスのとれた食生活などの生活習慣の改善が効果的であり、こうした保健指導メニューを自立支援プログラムに導入し、支援を図る必要がある」（東京都「生活保護を変える東京提言」、2007年3月、33頁）。栄養価や塩分を計算した食事を3食提供する社会サービスの重要性は、さらに増していくだろう。

これは今後の課題である。

以上のように、われわれが地域包括支援システムと呼ぶ布地のうえで、NPOによる居住供給、網目のような専門的社会サービス、就労支援を含むケア体制、起業・雇用開発など、コミュニティ再生のための取り組みが一つ一つ織りなされてきた。しかし、である。前号で確認した、「社会的入院」という概念の曖昧さの中に、医療依存度が高い患者のケア体制が宙づりになっている問題はどのようなのだろうか。先に見たような公営住宅の「施設化」が医療制度改革と連動したとき、より高度な医療ケアの問題が深刻化してくる。コミュニティビジネスによるコミュニティ・デベロップメントでは十全な答えにならない問題があるのである。

医療制度改革による病床数の削減から、医療器具を用いた「自宅療養」というスタイルの一般化が予想され、介護保険制度の見直しに伴い、従来の「施設型」から「自宅居住」型への移行が進行する。さらに障害者に関しても、自立支援法によって「脱施設化」「ノーマライゼーション」が強く打ち出され、精神病床数の削減で、精神障害者も病院から地域に生活の場を移し、人々と支え合って「自立」した生活をするのが求められている。公営住宅の「福祉化」への転換の背景には、こうした福祉政策の「改革」に伴って「脱施設化」される人々の受け入れという側面がある。³⁹⁾

いったん入院したら「出口がない」のが「社会的入院」であり、逆にイヤでも「出口から押し出される」のが「社会的退院」であるとすれば、どちらがマシであるかではなく、病者であることと生活者であることをありのまま肯定しながら、必要に応じて入口から出口へ、出口から入り口へのルートを確認しておくことが重要であろう。医療依存度が高まったとき、支え合いはコミュニティサービスだけで完結するものではない。地域ケアを底上げしながら社会的に入院を支援するためのネットワークを形成する道筋を、「病診連携」の取り組みに見いだしてゆきたい。

39) 森、前掲論文、102頁。

【病診連携・病介連携⁴⁰⁾】

入院医療のニーズに対し、まずは現在進められている病床削減の実態をみておこう。「東京都の医療施設」によると、ここ数年の病床数は表1のように推移しており、この変化に対し下記の分析が加えられている。

表1 施設・病床の種類別にみた病床数⁴¹⁾

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
精神病床	25,644	25,717	25,558	25,575	25,357
療養病床	13,160	16,847	19,309	19,733	21,102
一般病床	90,674	87,037	83,133	83,108	83,437
一般診療所	8,931	8,378	8,081	7,733	6,949

- ・精神病床は25,357床で、平成4年（27,095床）をピークに減少している。
- ・療養病床は、21,102床で、年々大幅に増加している。
- ・一般病床は83,437床で、平成17年は増加したものの、減少傾向にある。
- ・一般診療所の病床数は6,949床で、前年に比べ784床減少し、毎年大幅な減少が続いている。

精神科の病床削減は出遅れているが、一般病床はこの5年間で7,238床（8%）、一般診療所は約2,000床（22%）減少している。療養病床は7942床（60%）増床したが、2011年までに介護療養病床は全廃、医療療養病床も大幅削減することが決まっております⁴²⁾、すでに閉鎖した療養病床もある。そのため急性期から療養への転床も難しくなってくる。

実際、われわれの実感として、在宅診療の主治医が入院先を探しても、ベッドの確保に手間取ることが増えている。救急搬送においても、搬送先の選定に

40) 病診連携・病介連携については賛育会病院の清田敦氏（地域連携室係長）から多くのご教示をいただいた。

41) 東京都福祉保健局「東京都の医療施設－平成17年度医療施設（静態・動態）調査・病院報告結果報告書－」2007年、10頁。

42) その後厚生労働省は36万床を15万床にする計画を緩和し、5万床上乗せした20万床程度を存続させる方針に転換した。

時間がかかるようになってきている。これは「医療崩壊」と言われる医療アクセスの低下が、いよいよ身近になってきたということではないか。

救急医療の中心は交通外傷から循環器や脳外科疾患にかわり、脳卒中の「地域連携パス」など4疾病5事業ごとの医療連携体制が、急性期医療に求められるようになっていく。求められる体制や設備、技術が進歩するにつれて、急性期医療や超急性期医療といった機能分化が進み、中小の民間病院が脱落をはじめている。それどころか、地方では公立病院まで崩れ始め、地域格差に拍車をかけている。

根本的には人手不足の問題もある。入院基本料は看護配置、平均在院日数、看護師比率などで決まるが、都心であっても看護配置7：1以上、看護師比率70%以上を確保するのは難しい。看護師が不足すると定床を埋められない。使っていないベッドは削減対象になる。是非はともかく、様相だけみれば、患者にとっては「椅子取りゲーム」である。それだけではない。入院期間の加算も15日を過ぎると200点以上下がる。さらに、急性期は診断群分類（DPC）別包括評価という医療費支払い方式に移行しようとしているが、逡巡制をとるため、粗診粗療や泊っていないのに退院させられるなどの懸念もある。

以上のことから、医療制度改革の弊害として、「回復期あるいは長期に問題を抱えているような人、それから家庭や外来でちょっと悪くなった軽度の人の受け皿をどうするか。それは一応療養病床であり地域急性期病床ということになりますが、それをどう使い分けるかはまだ未確定」⁴³⁾という危機感が成長しているのである。

「地域格差」がある場合に、通常は地方の状況が悪化し、都心は有利なことが多いが、都心で同じ問題を経験しはじめていくことの意味は重い。真っ先に経験しているのは、単身、低所得、認知症などのハンディキャップのある人たちである。単身であるとは、医療行為への同意や保証人などの手続に十分な条件を満たせないということだ。生活保護を受けるなど低所得であることは、支払える日用品費や差額ベッドの利用に限界があるということだ。認知症であるということは、たとえ軽度であっても、自己決定などの権利擁護にサポートを要する。医療スタッフが不足するなかで、他患に「迷惑行為」を及ぼすのではないかと不安を与える。しかも単身であることなどの要素が重なり、病院が困っても転帰先を確保できないという不安まで与える。「政治の意図の影響をまとも

43) 石井暁禧「『医療崩壊』の真実」『現代思想』vol.36-2、95頁。

に受けるのは、貧富、家族、地域、情報入手能力の格差など、重層的な格差の底に生きることを余儀なくされた者たちである」⁴⁴⁾。

こうした困難に対しては、ネットワークで解決するしかない。病院でも患者ニーズに対応するため、さまざまな工夫がはじまっている。厚生労働省が医療改革の一つとして「病診連携」に着手したのは十年以上も前のことであるが、病院とかかりつけ医の機能を持つ診療所（開業医）が密接に連携することで、医療の質は確実に高められる。オープン外来や病院のベッドを開放する制度、病院の高度の検査機器を開業医らに使う制度も普及し始めている。たとえば神奈川県では、入院ベッドを確保するための紹介システムからはじまり、緊急時の受け入れ、入院後の経過や消息の連絡、予約システムの合理化による検査にかかる時間の短縮、病院から開業医への逆紹介による在院日数の短縮などの試みがある⁴⁵⁾。兵庫県の病院では、病院に来るまでの手続きを整える一方、退院した患者が落ち着き先を得るまでをサポートするなど、入退院に病院と診療所が相互に乗り入れている。併設した老健では、定員の10倍以上の入所者を年間で受け入れ、家族のレスパイトが必要な場合は二週間ごとに入所と在宅生活を送れるようになっている⁴⁶⁾。東京都でも病院間の連携により転院のネットワークをつくったり、医療ケアが必要なため老健や特養のショートステイが使えない患者を対象に、期間と回数を限定したうえで「短期入院」の仕組みを作ったりしている病院もある。開業医や訪問看護ステーションと連携し、患者の状態やリハビリのチェック、介護疲労の軽減を兼ねて病院で「休息」できるようにもなっているという⁴⁷⁾。以上のような取り組みと連携すれば、地域での暮らしはより安全・安心なものになるだろう。入口が開かれているからこそ、出口が開いても安心して受け止めることができる。

このように述べた上で、もう一度〈地域〉の課題を見直してみよう。たしかに病院は急変時にも対応してもらえるというセキュリティの感覚を与える。あるいは治

44) 向井承子「超高齢社会と死の誘惑」『現代思想』vol.36-2、104頁。

45) 中村眞巳『病診連携』、悠飛社、2004年。

46) 谷尚『僻地こそ医療の原点』、悠飛社、2005年。

47) 「『転院問題』から見た医療・介護・地域（下）」『社会保険旬報』No.2217、2004年、26頁。

療を受ければ受けるほど健康を取り戻せるという希望を与える。空間は基本的にバリアフリーである。だからもっと入院したい（させたい）という患者（家族）の希望が医療に対する過剰な依存に陥りやすい。病院は病気だけを診て病人を見ていない、と倫理的に糾弾することは容易いが、問題にすべきはむしろこの「依存」を生み出す社会構造なのではないか。「医療サービスの質の低下や医療へのアクセスの低下は、医療だけの問題ではなく、（とくに地方での過疎化した地域においては）公共的なサービス一般の低下や地域コミュニティの全般的な弱体化に伴って生じている可能性が高い」⁴⁸⁾。繰り返しになるが、地方から可視的になっている問題は、都心においては貧富、世帯構造、情報格差などでハンディキャップを負う人びとが、社会から見えにくいかたちで直面していることである。公共的なサービス一般が低下し、地域コミュニティから疎外されているからこそ、地域生活の社会的支援と環境面における社会的不利の解消（バリアフリー）が重要になる。逆にいえば、バリアフリー環境で日常生活をサポートするマンパワーがあれば、病院への依存は解消しうる。

自立援助ホームはこの二つの課題をハード面とソフト面から解決しようとともに、コミュニティサービスの集積地でもある。忘れてならないのは、病床削減が膨大な財政赤字を背景とした社会保障費の削減に規定されていることだ。たとえば2006年3月の厚生労働省通知「平成18年度セーフティネット支援対策等事業費補助金に係る国庫補助協議について」の「別紙」では、国は都道府県・指定都市・中核市に対し生活保護自立支援プログラムの「効果額」を算出するよう求めている。本稿との関連でいえば、長期入院患者退院促進事業の「効果額」というものもあり、「入院中の保護費（月額）」から「退院後の保護費（月額）」を引いた額を「退院による保護費の減額（月額）」として、これに退院後の月数を乗じたものがそれである。もちろんこの数字が一人歩きする危険性はあるが、不必要な入院にかかる医療扶助費が地域生活のコストと他法他施策のサービスに効率的に分散するならば、むしろ積極的に評価してもよいのではないか。そして、コミュニティサービスの集積地が増えていけば、自立援助ホームだけでなく、アパートや公営住宅などでの独居を含め、地域での生活を豊かに継続するための地域ケアが底上げされていくことになる。自立援助ホームからアパート等の住居に移っても同じサービスを利用することができる。これも一つの病診連携・病介連携の

あり方だろう。「介」とは介護施設だけでなく、在宅サービスにまで広げて考えたい。

翻って、公営住宅の「施設化」に即してみても、はたして本質的な問題は、特定のハードに社会的不利を被った人たちが集まることなのだろうか。これまで見てきたように、そうした人たちも消費者であり、働き手になり、したがって近隣再生のキーパーソンになることができる。集住していること自体よりも、社会的に孤立していることの方が問題であると考えるなら、社会的不利をコミュニティビジネスのソフトで解消することも可能なのではないか。管理的、訓導的、治療的ではなく、自由と主体性が尊重され、安心して生活できるサービスが密度高く享受できる「在宅」の有り様を、自立援助ホームを中心に、空き家や公営住宅も活用し、地域特性を活かしたアフォーダブル住宅など多様なかたちで構想していくこと——これがCDCの目指すところである。

【インターメディアリーと官民協働】

最後に、CDCを展開するためになお必要な論点を二点ほど示しておきたい。

第一に、インターメディアリーの発展である。米国では1977年の地域再生法（CRA）により、営利の金融機関は衰退する地域社会への一定基準以上の融資を義務づけられている。地域社会で非営利金融を提供する主体としてCDFI（Community Development Financial Institutions）があるが、CRAは営利金融と非営利金融をつなぐ役割を果たしている。

CDCもCDFIの一つであるが⁴⁹⁾、その活動を支える組織としてインターメディアリー（仲介組織）の存在は重要である。インターメディアリーが媒介することによって、CDCは起業・経営・社会的ネットワークを展開することができる。なおインターメディアリーの活動は、資金支援に限ったものではなく、主として次の領域に及んでいる⁵⁰⁾。

① CDCの住宅供給やまちづくりに対する直接的な資金支援。

② CDCが資金を調達できるよう、資金をパッケージ化するなど、民間セクタ

49) CDFIには①伝統的なコミュニティ・バンクで地域開発に特化する地域開発銀行（CDB）、②同じく伝統的なクレジット・ユニオンの地域開発型（CDCU）、③地域向けに融資するローンファンド（CDLF）、④同じく起業支援の投資ファンド（CDVC）、⑤零細企業開発ローンファンド（MDLF）、⑥低所得者向け住宅建設や地域再開発を自ら手がける地域開発機関（CDC）の分類がある（藤井良広『金融NPO』、岩波新書、2007年、179頁）。

50) (財)ハウジングアンドコミュニティ財団、前掲書、43頁。

ーとの文字通り「仲介」役を果たす。

- ③ 行政の政策や補助金に関する情報の提供。
- ④ CDCの経営などの技術支援。
- ⑤ CDCの運営のためのトレーニング。
- ⑥ 組織間のネットワーク化。
- ⑦ アドボカシー、すなわちCDCの活動を広げ、支えるための合衆国議会、自治体などへの働きかけ。

90年代半ばから、日本でもいくつかのNPOバンクや市民ファンドが生まれてきたが、いまはまだ、限られた地域において、限られた融資額のなかで格闘している段階である。これからは自治体、営利金融機関、金融NPO、事業NPOなどが協働をすすめ、ともすれば委託事業に依存しがちなNPOの自律性を高めるためにも、インターメディアリーを発展させなければならない。

第二に、民間のノウハウを公共サービスに活かすための仕組みである。たとえば英国で開発されたPFI（Private Finance Initiative）は、民間資本で施設を整備させ、そこで提供されるサービスを官が購入する仕組みである。行政を公共サービスの購入者と位置づけ、公共事業の対象を「施設」ではなくそこで提供される「サービス」と捉え、税金の効率的かつ効果的な使用を図っている。日本では早くも「PFI病院」やスポーツ施設の失敗も報じられているが、銀行も現状のように施設を担保にとるのではなく、官から事業者に支払われるサービスの「対価」を担保にとるようになれば、立て直しのために知恵や労力を出すようになるのではないか。また、価格以外の要素も考慮に入れて落札者を決定する総合評価一般競争入札方式を採用する⁵¹⁾ことで、雇用弱者の雇用を促進し、われわれのいう「ケア付き就労」がさらに促進される期待ももてる。

前号では「ケアコスト」に係る註のなかでイニシャルコストの評価という問題が残ると指摘したが、リノベーション等にかかるイニシャルコストや大規模修繕などを民間の経営努力に依存するだけでは、その公共財的性格を伸ばすことはできない。民間ソフトの多様性・柔軟性を活かしながら、公的財源を活用することにより、継続性をさらに確

51) 吉野智「PFI手法による官民協働の新たな刑務所の整備について」『ジュリスト』No.1333、2007年。

かなものにしていくことができる。自立援助ホームを軸としたCDCの展開は、まだまだ飛躍のための仕組みづくりをする余地が残されているのである。

【おわりに】

本稿では二つ相対立する「安全」の概念が出てきた。一つは「世に棲むことの安全保障」というときの「安全」。もう一つは「安全・安心まちづくり」というときの「安全」である。前者を確認するためには、具体的には居住の安全、経済の安全、社会との関係における安全が保障されていなければならない。これは「社会的な安全性」である。一方、後者は社会の〈闇〉をないことにしようとする公安・治安としての「公共的安全性」であるが、これはそもそも確認し得ない〈安心〉の不可能性に依拠しながら、底抜けの〈不安〉が世界の〈外〉ではなく〈内〉に蔓延している救い難さを露わにした。治安への〈不安〉は貧困とともに「普通」の生活世界にネットワーク化している。

冒頭で「大木」「寺社」「場末」という世界の〈外〉への入り口を見た。これらは共同体の〈外〉につながる孔である。だが「普通」の生活世界に〈外〉が内在しているならば、共同体が解体した空間から「生きるということの別の選択肢」を立ち上げていくしかない。〈希望〉はコールドスポットの再生にこそ見出されなければならない。思えば、長期の「社会的入院」は、本当の意味での〈外〉であった。ところが、医療制度改革に伴い、「社会的入院」という所在なき境遇から〈内〉＝地域に帰還したとき、そこに〈安全〉が保障されているとは言えないことが明らかになった。「社会的入院」は、社会的な安全性＝社会保障が極端に保障されたパターナリズムの一形態であるが、「社会的退院」は社会的な安全性が極端に痩せ細っていることの現れである。公営住宅の施設化という問題が示すように、地域に居ながら余所者である限り、これはソフトな社会的排除（social exclusion）である。安全性の過剰と過小のあいだで欠落しているのが、実質的な〈地域〉である。

この実質的な〈地域〉は〈生活世界〉と言い換えてもよいが、そこに内在することの〈安心〉は二重構造をもっている⁵²⁾。不安なく世に棲むことということは、その分、他の誰かがどこかで気づかいをしていなければならない。〈安心〉

52) 市野川容孝×村上陽一郎「思想としての安全学」村上陽一郎『安全学の現在』青土社、2003年、241頁。

は意識されたとたん、〈安心〉ではなくなる。これが根元的な「社会的な安全性」のアポリアである。では社会保障（social security）が肥えていけば問題は解決するのだろうか。そう単純ではあるまい。社会保障が痩せ細っていくことと、社会的な安全性（social security）の危機とは同一ではない。安全性の過剰と過小はどちらも〈安心〉と無縁である。「社会的入院」も公営住宅の施設化も、雇用、住宅、医療、介護などの諸制度が上層で谷間を広げながら、底流でつながっているような社会的事象であった。これに対し、CDCを軸にしたソーシャルインクルージョンは、谷間を渡していく営みである。必要なのは、架け橋である。

本稿全体を通して、さまざまな社会の裂け目を見てきた。この裂け目を癒すのは、公的サービスだけではなく、NPOを含めた多様な社会資源による「気づかい」のシステムであるだろう。前号で「残余的福祉モデル」と対比しながらNPOへの「委託」を評価し、今号で民間サービスの公共財的性格を伸ばしていくための方法としてPFIを参照したのは、公費財源が地域再生のために効果を発揮するための具体的方式であると考えたからである。このような方式に支えられた「気づかい」のシステムが、社会の危機に対応しながらイノベーションを繰り返すことで、つねに社会を修復していく。受容的であるとともに持続可能な〈公共性〉に伴われることで、コミュニティは創造的再生に向かっていく。いくつもの分割線によって刻まれた世界の傷は、癒えなければならないのである。（了）

謝辞

本稿は2007年10月のふるさと会主催シンポジウムに対する多くの方のご協力のうえに成り立つものである。出演して下さった矢田真司さん（厚生労働省）、阪東美智子さん（国立保健医療科学院）、上原隆夫さん（新宿区福祉事務所）、安仁屋衣子さん（厚生中央病院）、稲田七海さん（国立社会保障・人口問題研究所）に改めて感謝したい。協賛団体のホームレス支援全国ネットワーク・奥田知志さん、後援団体の東京都社会福祉協議会医療部会・清田敦さん、友愛会・吐師秀典さんには多くのご教示をいただいた。相原力さん（竜泉協立診療所）と飯田茂さん（川崎メンタルクリニック）には貴重な資料を提供していただいた。また日頃から事業連携している医療・介護関係の事業所の皆さんには、資料作成のためにヒアリングをさせていただいた。富士ゼロックス東京株式会社には印刷のご協力をいただいた。紙幅等の制約からお名前を挙げられないが、講師の紹介、プログラム作成のための事前討議、拙稿へのアドバイスにも多くの方のご協力を得た。最後に、会場に来て下さった方々、そして準備や議論を共に行ったふるさと会の職員に感謝したい。むろん文責はすべて筆者にある。またはじめにお断りしたとおり、本稿は主催者側の振り返りであり、シンポジウムの内容とは別物であることをご了解いただきたい。