

論 説

介護保険・地域福祉における民主的効率性

— 高知県内外の地域調査から —

田 中 きよむ

I 問題の所在

介護保険実施後1年を経過したが、在宅福祉の充実という導入理念に反する形で、予想以上に入所施設に利用が偏るという事態が生まれている^(註1)。このような事態が生まれる原因として、費用負担差（居住費を含めれば入所施設の方が安上がりになる場合がある）や対象者の動向（要介護1以上であれば入所可能であるため中軽度の人利用が生じる）以外に、在宅で介護を受けることへの不安と家族に残る負担感が払拭されていないことがある。各種の調査で明らかにされている通り、高齢者の多数派は在宅で介護を受けることを望んでいる。しかし、施設への利用シフトが進むという矛盾した現象が生まれる原因の一つに、サービス格差がある。入所施設のサービス・パッケージに比べると、地域でのサービスに不安が残っており、それが家族の根強い負担感となって現れ、結果的に入所に結びつくことになる。

入所施設へのシフトが進むことは保険料の高騰傾向をもたらすうえ、地域でふつうの暮らしを望む人にその条件を整えるというノーマライゼーションの理念にも逆行することになる。自己決定を実現可能とする基礎条件が自分の地域に備わっているかどうか、住民の生活の質と豊かさを左右する。「在宅で介護を受けたい」という自己決定を現実のものにするには、利用者や家族からみて安心と信頼が得られる地域での在宅サービスを確立するという条件が満たされなければならない。それは、入所施設のサービス・パッケージに匹敵する地

域のサービス・パッケージを創出することを意味する。

介護や医療を要する状態にならずに住み慣れた地域で元気に暮らせることをめざす予防的なサービスを含め、保健福祉のまちづくりを積極的に推進し、住民の信頼を得てきている地域が存在する。本稿では、そのような先進的事例を現地調査をふまえて分析しながら、地域のなかに、自己決定に沿える条件をどのようにすれば生み出せるか、ということ进行らかにしたい。そのような成功条件を結論先取的に言えば、保健福祉ビジョンを住民の合意と参画のもとで策定し、それを効率的に起動させるための保健・医療・福祉の連携システムを整えつつ、住民自身も主体的に保健福祉活動に参画できる環境を整える、ということがポイントになる。住民が納得・合意できるビジョンを編み出し、その実行面においても主体的に参画できる環境を整えることが、地域の潜在的な福祉力を能動的に発揮させ、効率的な計画実施を可能にし、その地域に暮らし続けたいという満足感をもたらすことに通じる。すなわち、民主的な意思決定と参加が効率性を生み出す、という意味での「民主的効率性」を証明することが本稿のテーマとなる⁽¹¹²⁾。以下では、そのような視点から各地域の分析をおこない、最後に、考察をくわえながら具体的な成功条件を総合的に抽出する。

II 事例分析

(1) 高知県西土佐村

高知県西部に位置する西土佐村では、1985年に保健センターが設置されて以来、15年にわたって、住民の自主性と主体性を尊重した健康づくり運動が展開されてきた。その結果、一人当たり医療費（国保）は低下し、1999年度には県下最低を記録している。また、施設、会議、人事面で保健・医療・福祉の連携が徹底され、住民に対して保健福祉サービスを総合的、効率的に提供できる体制を構築している。健康活動への住民の主体的参加とならんで、福祉施策への住民の意思反映も尊重されている。

西土佐村では、「自分たちの健康は自分たちで守る」を基本理念に、各地区の保健推進委員が中心になって作成する「地区健康づくり活動計画」に基づい

た活動が展開されてきた。それは、単なる長生きのための運動ではなく、より人間らしく充実した人生を送るために住民の生活全体を視野に入れた総合的な活動として位置づけられ、「病気になる社会」「病気になっても安心して住める社会」を総合的に発展させた「豊かで健康な村」づくりがめざされている。

地区健康づくり活動は、「強い体質づくり」、「病気の早期発見」、「正しい治療」、「健康学習」という4本の柱にそって展開される。このうち「健康学習」は、すべての活動の基本となるもので、どうしたら強い体質が作られるのか、どうしたら病気の早期発見ができるのか、どうしたら正しい治療ができるのか、という「どうしたら？」の部分学ぶ活動であり、具体的には、地区ごとの「健康づくり活動計画」に沿って展開される。

地区健康づくり活動は、行政が住民に与えるという考え方ではなく、住民の主体性と自主性を尊重する地域保健活動であり、具体的には各地区（全32地区）によって取り組まれる計画・内容が異なる。その企画・運営を担うのが地区保健推進委員である。その一つ、宮地地区の保健推進委員からの聞き取り（2000年6月）に基づき、取り組み状況と成果を紹介する。

健康づくり活動を企画運営するためには、地区ごとに、保健推進委員6～10名くらいで地区保健推進委員会（運営委員会）が作られ、委員長、書記長、地区長、班長、健康学級生で構成される。宮地地区の場合、人口100人程度のなかから、50代～70代の保健推進委員10名程度が企画運営を担っている。村の保健婦・保健センターと連携しながら活動が展開される。たとえば、医師などを講師にした保健学習会が年3～4回開かれている。喫煙や飲酒の身体への影響を学習したうえで、地区住民を対象におこなわれる喫煙率や飲酒量の調査研究活動（たとえば、いつから喫煙を始め、1日に何本吸うか等）も住民自身が担っている。伝達料理会も花見などに合流しながら開かれている。それらの各地区の実践、学習、調査の成果は、保健センターで年1回開催される「健康まつり」で発表される。4地区ぐらいいから発表がおこなわれ、たとえば、喫煙・飲酒の調査結果の発表、添加物を含まない自慢料理の発表、活動・研究内容のパネル展示などがおこなわれる（宮地地区の場合、グループハウス構想をパネル展示した経験をもつ）。

これらの実践、学習、調査の成果は、住民の意識や行動の変化となって表れている。自主的、自発的な学習活動により、健康に対する自覚が住民全体に広がり、どこへ行っても「うす味」(が大事)という言葉が聞こえるという。血圧は上がりすぎても下がりすぎてもいけないことを住民全体が知っているだけでなく、さらに何が原因であるかも考えるようになっていく。女性が主導的になって、喫煙は肺がん率を高めること等の学習結果を家に持ち帰ったりする結果、喫煙率低下という効果を生み出している。骨粗症の学習調査をおこない、希望者を検診につなげる態勢をとった結果、じゃこを食べたり牛乳を飲む習慣が生まれたりしているという。

宮地地区で聞き取られたような効果は、住民による保健活動が取り組まれ出した10年以上前から、村全体に表れてきた。「西土佐村健康白書－10年（1985～1994）の活動評価－」によれば、1985年と1993年の比較で、全国喫煙率（男）は62.0% → 61.0%と横這い傾向にあるのに対し、西土佐村（男）では53.5% → 46.9%と減少傾向にある。また、同年比較で、同村のたばこ税収入は、1507万円から1280万円へ減少し、喫煙者に占める21本以上喫煙者の比率も42.1%から17.5%へ顕著に減少している。脳卒中発症者でADLがCランクの人は、1985～1994年の間、1987年の11名を除き、10名以下で推移している。医療費に関しても、1988～1993年の間、国保医療費の伸び率、老人医療費の伸び率、一人当たり老人医療費（国保）、一人当たり国保税のいずれをとっても、高知県平均および全国平均を一貫して下回り続けている。

このような効果は、村役場からの聞き取り（2000年5月）によって、今日まで続いていることが確かめられた。Cランクの寝たきり高齢者は現在3人のみであること、重度の脳血管障害をもつ人が非常に少なくなっていること、ヘビースモーカーが減少していること、保健活動による医療費抑制効果が3～4億円あること、国保税の引き下げを2回おこなったこと、そして、保健・治療・病気に対する住民の考え方がしっかりしていることが、聞き取り時点の評価として挙げられた。医療費に関しては、冒頭でも触れたように、1999年度の国保一人当たり療養諸費は、県下53市町村中53位の最小記録（県全体平均410,745円に対し、西土佐村276,195円）を示している。

西土佐村のもう一つの特徴として、保健・医療・福祉の連携がハード・ソフト両面から強化されていることが挙げられる。ハード面では、保健・医療・福祉関連施設がすべて用井地区に集中して総合ゾーンが形成されており、それらは廊下伝いでつながっている。保健福祉課、保健センター、診療所のほか、村直営の在宅介護支援センター、全国初の公設民営による特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、ヘルパーステーションにくわえ、2000年度から、公設民営のケアハウス、総合福祉センターが併設開所されている。

さらに、ソフト面における保健・医療・福祉の連携がサービスの質と効率的提供を担保する役割を果たしている。隔週の水曜日の夕方にはサービス担当者会議が開かれ、西土佐福祉会、診療所、保健センター、在宅介護支援センター、社会福祉協議会の職員が一同に会してケアプランを中心とするケース検討がおこなわれる。市部など人口規模が大きく事業者が多い地域では担当者会議を開くことが困難な場合が多いが、ここでは関係機関全部が集まって連携をとっている。しかも、毎週水曜日の朝には連絡会（「朝のミーティング」）が開かれ、担当者会議と同じメンバーが集まり、サービス利用者個々人に関する1週間の報告と予定が話し合われる。村外との広域的連携としては、4市町村をエリアとする介護保険推進協議会により、居宅介護支援、認定、訪問調査の合同研修会が開かれてきている。また、人事面では、村直営の在宅介護支援センターの職員が、保健福祉課、保健センター、診療所を兼務している。

西土佐村は、当初、県下で唯一、介護保険以外のいわゆる横だしサービスを保険料引き上げでまかなう市町村特別給付を実施する予定であった。しかし、1999年8～9月に村内29ヶ所でおこなわれた地区懇談会で、それに関する意向調査アンケートを住民に実施したところ、男性の72.6%、女性の68.5%が希望しなかったため、難しいと判断し、一般事業や住民参加型サービスに切り替えた。たとえば、配食サービスは、村から西土佐福祉会への委託という形をとり、福祉会職員、村職員、社協職員がボランティアで担っているという。ショートステイでは、介護保険で認定された人で拡大枠を利用しても不足する人や、認定漏れの人を対象に村単独事業で対応する体制をとっている。また、元気高齢者を対象とする「生きがい対応型デイサービス」が、デイサービスセンターや

サテライト方式で、月2回、実施されている。元気高齢者対象の「ふれあいサロン」（健康チェック、昼食会、学習会、レクリエーション）も、各地区で年1回、ボランティア、保健推進委員、老人クラブの協力のもとに開かれている。

介護保険でカバーするサービスの内容・水準をどこにおくかは最終的には市町村の判断となるが、その際、住民の意思・ニーズとすり合わせながら合意形成を図ることが事業を円滑に進めるうえでのポイントになる。計画策定プロセスで介護保険の制度説明とは別に、保険・保険外サービスの内容・水準・担い手に関するビジョン全体（計画案）の是非を住民に問いかける市町村は極めて少なかったが、西土佐村では、市町村特別給付に関するアンケート調査という形で、それを部分的に遂行したと言える。

以上のように、西土佐村では、10年以上も前から、住民の自発性、主体性を引き出す学習・調査・実践を通じた健康づくり活動により、住民の健康への意識と行動が上向き、心身状態や医療費の良好なパフォーマンス効果をも生み出してきた。介護保険が実施されるなかで介護予防やそれに関わる住民参加活動の重要性が強調されているが、同村はそれを先取的に証明してきている。その意味で、健康増進型むらづくりのモデルとすることができる。

(2) 高知県梶原（ゆすはら）町

高知県中西部に位置し、愛媛県に隣接する梶原町では、健康を個人的な問題として捉えるのではなく、環境や文化の影響を重視し、まちづくり全体を健康文化の視点から捉え直すという総合的なアプローチを進めている。そのような健康ビジョン「健康文化の里づくりプラン」をマスタープランに位置づけ、高齢者保健福祉・介護保険計画は個別計画として策定・実施している。そして、保健・医療・福祉各部門を「地域包括ケアシステム」として連結させ、住環境の段階的整備と合わせて、効率的、総合的なサービスを実施している。これまで、町をあげた保健活動により、保健文化賞（1981年）や厚生大臣賞（1985年）など多くの賞を受け、健康文化都市にも指定（1994年）されている。

「健康文化の里づくりプラン」は、1995年から10年間を見通した計画として立てられたものであり、その基本的視点は健康観の発想転換にある。すなわち、

個々人の心身の健康を個人的なレベルの問題に矮小化するのではなく、地域の生活様式や環境による健康への影響を考慮に入れることにより、健康とまちづくりを結合させるというアプローチをとる。そのような健康のまちづくりは、住民参加を組み込みながら文化にまで高められる。

このプラン作成は、住民への健康意識調査（健康概念、健康状態、個人的課題、これまでのまちづくりの評価と今後の健康なまちづくりの目標などに関するアンケート調査）が出発点におかれた。その結果にもとづき、健康文化の里づくりの課題が、「高齢社会に対応するまちづくり」「若者定住を促進するまちづくり」「心身の健康づくりの課題」「町民意識、町民要望に関連する課題」「まちづくりの主体、推進に関する課題」の5つに整理される。

それらの課題にこたえるために目標が設定される。「生きていて良かった一住みたい、住んで良かった健康文化の香るまち」をめざし、6つのテーマが立てられる。すなわち、①「健康文化の意識づくり」（健康な暮らし方や新しい健康観の普及など）、②「心身の健康づくり」（ライフステージに合わせた予防活動の推進など）、③「健康文化を支える基盤づくり」（地域に根ざした住まいづくりなど）、④「健康文化を育む環境づくり」（自然環境の保全とふるさと景観の創造など）、⑤「地域資源を生かした健康文化の里づくり」（健康・安全なもののづくり、炭・薬草づくり、木の施設づくりなど）、⑥「健康文化の里づくりを進める人・システムづくり」（健康文化推進会議の設置や健康・環境教育の推進など）として体系化されている。

このプランを上位指針として、高齢者保健福祉・介護保険事業計画は立てられている。その施策には、①一人一人が生涯現役をめざす地域づくり、②お互いが支え合う地域づくり、③安心して暮らせるサービス支援、という3つの柱がある。

①は、健康・生きがいづくりや介護予防に関わる内容をもつ。早期発見早期治療のための検診（2次予防）以前の0次・1次予防活動としての生活習慣や健康学習、森林浴やウォーキングのほか、「いきいきふれあい地域活動」（健康推進員と保健婦が協力しながら各地区の自主的活動として取り組まれる高齢者の交流の場づくり）や「あゆみの会活動」（脳卒中の後遺症がある当事者・

家族が主体的に取り組む機能訓練や屋外活動)、「農業生産を通じた生きがいくくり」(家庭菜園プラスアルファの野菜づくり)などが取り組まれる。

②に関しては、高齢者の生活・交流の場としての「高齢者合宿施設」の整備、高齢者の交流の場としての「にこにこ喫茶」・託老所や精神障害者作業所の整備、軽度生活援助や見守り・支え合い活動(郵便局や企業のボランティアを通じた支援センターとの往復書簡)などが進められている。このうち、「高齢者合宿施設」は、生活不安を抱える高齢者が相互にコミュニケーションを図る一時居住施設(5部屋)として地区ごとに整備され(現在5ヶ所)、保健・医療・福祉サービスを効率的に受けられる拠点にもなっている。すでに町単位では、病院と廊下続きで居住スペース(8室)をもつ高齢者生活福祉センターや、長期利用も一部可能な居住施設「こうふくの家」(5室)が町民アンケートに基づき設置されている。このような居住空間の重層的整備により、梶原病院やデイサービスセンター「ふじの家」との連携を図り、効率的なサービス提供が可能になる。

③に関しては、保健・医療・福祉を一体化した「地域包括ケアシステム」が構築されている。これは、保健福祉支援センター、医療機関、社会福祉法人の協力関係によって成り立っている。保健福祉支援センターは、保健福祉行政事務、町立在宅介護支援センター、デイサービス、ホームヘルプ、高齢者生活福祉センター、社会福祉協議会の地域福祉事業を統括する総合事務所として機能している。これと併設されているのが、町立国民保険「梶原病院」である。また、歯科診療所1ヶ所と、町中心部から離れた僻地診療所も2ヶ所ある。住民全員がかかりつけ医をもっており、医療「自給率」は8割くらいという。さらに、在宅介護保険サービスを担うものとして、社会福祉協議会と社会福祉法人カルスト会(公設民営の草分けとされる)の2つの社会福祉法人がある。

これら、保健福祉支援センター、病院、社会福祉法人の連携により、保健・福祉係、保健婦、社会福祉協議会のワンフロア業務、保健婦と医師の連携による健康教育、保健婦と在宅介護支援センターとヘルパーの共同作業による訪問活動などが可能になり、総合的で効率的なサービス提供体制が構築されている。保健福祉支援センターでの聞き取り(2000年8月)によれば、「保健福祉支援

センター&栲原病院」の整備により、心のバリアフリー、時間のバリアフリー、ハード面のバリアフリーという3つのバリアフリーが生み出されているという。さらに、在宅介護支援センターを軸として、社会福祉2法人の統合化、栲原病院の在宅部門との連携により、介護保険の在宅サービスの一元的供給をめざす「総合ケアセンター」構想も検討されている。

健康文化の里づくりが進められるようになった背景には、住民と保健婦の二人三脚による長い健康づくり活動の歴史があった。保健福祉支援センターでの聞き取りによれば、栲原町が健康づくりで成果を上げた歴史的要因として、集団赤痢の発生により衛生思想が普及したこと、無医村時代に健康の重要性の認識が深まったこと、そして、町をアウトサイダーの立場から眺められる県駐在保健婦の存在と、そのノウハウが遺産として保健推進員に蓄積されてきたことであるという。

健康推進員活動は、1977年の「保健衛生推進員制度」の創設に端を発する。これは、「自分の健康は自分で守る」を合い言葉に、早期発見早期治療を進めるための住民組織として誕生したものであり、町民の健康保持のため、問題の発見、情報の提供、公衆衛生活動の理解・協力をおこなう者として位置づけられた。この頃から、保健婦との協力関係のもとに地区の総合検診などを手伝ったり、家族や地区住民への受診勧奨をおこない、県下トップレベルの受診率や早期ガンの発見をもたらしていった。推進員になって1年目は健康についての研修、次の2年間は実践活動や互いの交流を深めることになっていた。1989年には、人口構造の高齢化や疾病構造の変化を背景に、高齢者や障害者とのふれあいに重点をおくことになり、福祉活動をも担う「けんこうふれあい健康推進員」に名称変更される。この場合も、1年目は基礎講座や料理実習（食生活改善）、2、3年目はそれにくわえ、総合検診参加、保健婦指導の手伝い、血圧測定、高齢者宅への訪問などがおこなわれた。さらに、1997年からは、環境問題や生涯学習へと活動範囲を広げてゆくものとして、「健康文化の里づくり推進員」制度へと発展することになる。やはり任期は3年で20戸に一人くらいが選任され、原則として再任はないという。1年目は、6日間の養成講座など研修が中心であるが、3級ヘルパー講座も加えられるようになり、2000年3月現

在、255名の3級ヘルパーがいる。

このように、保健推進員活動は時代の変化に合わせ、研修・活動内容に幅をもたせながら発展してきている。このような住民による健康推進活動の結果、きわめて高い検診受診率を達成してきている。基本検診をはじめ、胃ガン、子宮ガン、肺ガン、乳ガン、大腸ガンの各種検診の比較では（1994年度）、高知県平均が20～40%程度の受診率、全国平均が10～30%程度の受診率であるのに対し、梶原町は80～90%という高受診率を達成している。医療費においても、1999年度の一人当たり国保診療諸費は、県平均482,064円に対し、梶原町は371,731円であり、53市町村中49位と、低い医療費をもたらしている。

以上のように、梶原町では、住民と保健婦の二人三脚による健康づくり活動の地道な取り組みが目に見えぬ貴重な地域資産を形成してきている。そして、その基盤の上に、保健・医療・福祉の「包括ケアシステム」や居住環境が整備され、総合的なサービスが効率的に提供されている。しかも、健康を個々人の心身の健康問題だけに解消せず、住民をとりまく生活環境から健康を考え、まちづくり自体を健康の視点から見直しつつ健康文化を育てようとしている。利便性や経済性を過度に追求する地域振興策とは異なり、自然環境や伝統文化を大事にしながら、住民自身が健康に暮らせることをまちづくりの基本にすえる梶原町の取り組みは、地域づくりの本質を衝いていると言えよう。

(3) 高知県香北町

高知県北東部に位置する香北町は、「健康で生きがいのある自立した生活を送る」ことを目標に、1992年度から以下の独自の各種健診・調査・教室を柱とする「香北町長寿計画」を住民参加のもとに実施している。その結果、日常生活自立度は年々上昇して元気な高齢者が多くなり（完全自立者の割合は1995～98年度の間、85%以上）、一人当たり老人医療費は、県平均を大幅に上回る状態から下回る状態（1992、94～98年度）へと変化するようになっている。

「計画」の柱として第一に、町独自の「健康長寿健診」がおこなわれている。健康長寿健診は、基本健診に神経行動機能検査、整形外科諸検査を加えることにより、高齢者の総合的な活動能力を評価する。そして、健診結果説明会を開

き、医師、保健婦、栄養士が日常生活のアドバイス、食事指導、デイサービスの利用勧奨、医療機関の紹介をおこなう。そのような評価と助言を通じて、老化に伴う活動能力全般の低下を予防することが目的とされている。1998年度は、対象者341人に対して受診率38.0%となっており、2000年度から2004年度にかけては40%を目標にしている。今後は、受診率を維持するためにも、健診時間の短縮や健診内容を再検討することを課題としている。疾病の早期発見のための健診という次元を超えて、日常生活能力を維持するために独自の健診方法を編み出している点に特徴がある。

第二に、住民参加型の調査の一つとして、「高齢者日常生活調査」がおこなわれている。1992年度から、65歳以上の高齢者全員に対し、毎月、健康状態や日常生活自立度の調査を住民参加のもとに実施している。具体的には、町内41地区から委嘱された42名の「長寿計画推進委員」が、「長寿連絡票」を使い、対象者について「問題なし」「多少障害あるが日常生活自立」「一部介助を要する」「全介助を要する」のいずれかに○をつけることを主な内容とし、入退院などの突発事項も連絡することになっている。これにより日常生活の変化の把握が可能になっている（変化のあった報告件数は、1998年度1,376件）。調査にあたっては、項目の記入のしかたなど簡単な研修がおこなわれる。委員は女性が多く、高齢者や若い人もおり、年齢差が大きいという。介護保険の実施をふまえ、要介護状態や在宅介護状況などの情報も検討されている。この調査結果は町のコンピュータに入力され、保健福祉施策に活用されている。この調査活動により、高齢者と住民、保健婦・看護婦の情報ネットワークが生まれ、住民どうしの見守り、支え合いにもなっている。

第三に、住民自身が担うもう一つの調査活動として、「長寿アンケート調査」がある。これは、毎年1回、65歳以上の高齢者を対象に、基本的な日常生活動作、身体情報関連機能、社会生活状況（仕事の頻度、友人関係の親密度、集団行動への参加度など）、ライフスタイル、主観的な健康度や気分、人間関係の満足度、経済状態、生活満足度、主観的幸福度など、包括的な健康度調査が住民の協力のもとにおこなわれている（主観的な自己評価は、0点から100点までの線上で自分の位置を記す）。アンケート結果は個人別に点数化される。このア

ンケートの回収率は、1992～98年度の間、97%という高水準で一定しており、2004年度の目標を98%にしている。この調査は、各班（町内会単位）に1名、全体で100数十名の「町健康推進員」が担っている。この調査により、高齢者住民の総合的な健康状態が把握できるうえ、必要に応じて保健福祉サービスにつなげられ、在宅生活支援にも役立てられている。この調査結果で得られる総合的な健康度、すなわちQOLを上げてゆくことが役場職員の目標意識になっている。調査分析をおこなっている高知医大の奥宮清人医師によれば、後述の運動教室やデイサービスなど、運動をしたりグループ活動に参加する人ほどADLや生活満足度が高いという。医大の協力のもと、高齢者の生活状態の把握をADLやIADLだけにとどめず、生きがいをもって幸せに暮らせているか、という生活の質まで見つめようとする町の姿勢は、画期的な福祉アプローチの実践と言える。

「健康長寿計画」の一環として、このような調査活動とならんで重要視されているのが「長寿運動教室」と「脳機能回復訓練」である。

「長寿運動教室」は、1993年度から75歳以上を対象に、1994年度からは65歳以上を対象に実施されているもので、室内運動（毎週月曜）と水中運動（毎週金曜）がおこなわれている。室内運動は福祉センターが利用され、水中運動は第3セクター方式で設立された健康センター「セレネ」が利用されている。教室参加者はメディカルチェックを受け、事故防止に配慮されている。運動指導には「セレネ」専属のインストラクターがあたり、保健婦や看護婦がサポートする。ゲーム的要素も取り入れながら、有酸素性運動、無酸素性運動、柔軟運動などが無理のない形でプログラムに組みこまれた1回1時間の教室である。神経行動機能や骨密度の改善、交流による精神的・情緒的安定などの効果が表れている。1998年度の参加者は112名、2000年度150名、2004年度200名の参加が目標にされている。車3台で地区ごとに送迎がおこなわれることにより、利便性が図られている。参加者は元気組、準元気組、関節障害組に分けられる。1日平均50～60人の参加があり、利用者は固定化しているという。インストラクターによれば、利用者からは「足腰が良くなった」「みんなとワイワイ楽しめる」「友達ができる」などと言われるといい、評判が良い。体力的に個人差

があるので、どう対応してゆくかが課題という。また、高齢者自身の教室での役割分担や参加者の増加も今後の課題になっている。

「脳機能回復訓練」は、2000年度から、県の補助を受け、痴呆高齢者対策として開始されている。長寿健診やアンケート調査で痴呆の疑いのある人を対象に、脳を活性化するための訓練として文化教室を開いている。想起法（新聞やテレビで見聞きしたことを話す）、音楽、手工芸（押し絵やちぎり絵、マープリング）、野外活動（ハーブ園、あじさい街道など町内名所めぐり）、ゲーム、もちつきなど、メニューについて医大からのアドバイスも受けながら、多種多様な活動がおこなわれている。QOLが上昇するなどの効果が表れているという。

以上のように、香北町では、住民自身による調査活動を通じて健康・自立意識を高めている。また、独自の包括的な健診、アンケート、運動・文化教室などを通じて、広い意味での健康（生活能力と生活の質）を維持促進するための実践と評価をおこなってきている。医大等の専門機関の協力を受けていることは、科学的な健康・生活管理の大きな推進力になっている。しかし、それも行政の熱意に支えられた住民自身の日常的な取り組みがあるからこそ、地域の保健福祉力となって結実していると言える。

(4) 高知県高知市

高知市では、宅老所を地域の保健福祉活動の拠点として位置づけ、老人保健福祉計画のなかにも折り込みながら、校区に1ヶ所設置という計画的目標を立てている（2000年11月現在8ヶ所）。高知市を実施主体として、NPO法人などの法人に委託される。臨時職員1名分の人件費、事務費、補償保険料、家賃補助が委託料として支払われ、初年度施設整備補助もおこなわれる。利用料は半日単位で200円を限度、昼食代は400円を限度、入浴料は200円を限度としている。以下、聞き取りをおこなった宅老所の取り組み状況を紹介する。

A宅老所（2000年5月聞き取り）では、常勤1名を置き、ボランティアが30名登録している（実働22－23名）。ボランティアとしては、市民活動をしている人の方が気持ちが変わらず、わかりあえるという。1日1－2人（土曜は集

中)のボランティアが協力している。週に1回必ず来る人は全部で10人程度であり、あと10人くらい同様の人を確保したいという。30人の登録ボランティアのうち、1-2人除き、2・3級ヘルパー資格をもっており、年齢は47-83歳(男3名)。利用者は、登録制で22-23名の登録があり、1日の利用は午前2-3人、午後7-8人。年齢は、70-80歳代である。要介護1の人が3人おり(介護保険サービスを利用せず)、認定の可能性のある人は2人、他は元気であるという。利用者の活動内容、状態等は、いざという時のため、毎日記録されている。活動内容は、絵手紙、生け花(木曜)、お茶(土曜:お茶の会)、和菓子作り(金曜)というように曜日ごとに分けられ、すべて、利用者が得意なもの先生の先生役をしている。保育園が発表会に呼んでくれたり、障害者施設利用者が昼食をとりに来たり、不登校の子に介護ビデオを見せるなど、世代間交流もおこなわれている。宅老所の効果として、みんなが優しくなれる、地域の間関係が少しずつできてくる、利用者の歩き方がよくなる、服装が変わる、笑顔がでる、といったことが挙げられている。

B宅老所(2000年5月開き取り)では、もと福祉施設職員、介護福祉士の常勤職員1名を確保している。完全無償ボランティア8人(全員女性、2・3級ヘルパー資格)がおり、1日2-3人が協力している。利用者は、60人登録(家族同居が多い、男20人、女40人くらい)しており、1日7-8人の利用状況である。年齢は、50-90歳代で、要介護2、3の人もあるが利用者どうし配慮しあっているという。活動内容は、陶芸、絵手紙、英会話、囲碁、生け花などであり、ボランティアが指導にあっている。何をした、誰がどういう状態だった、等の申し送り事項がノートに記録されている。地域との交流、世代間交流として、モーニングサロンが月1回開かれる。障害者作業所(無認可)との交流も、毎日合同で昼食をとることにより、おこなわれている。運動会を通じた小学校、保育園との交流もある。利用者は外出を喜ぶという。支援センターとの間では、デイサービスを利用しない人の紹介を受けたり、宅老所から、来ていない人などの連絡をしているという。利用者の反応は、家では言えないことをなんでも言える、近くに遊ぶところができたなど、本当によかったと言われているという。

C宅老所（2001年1月開き取り）は、常勤1名（調理パート含め1.5人）、有償ボランティア6人（2・3級ヘルパー）、無償ボランティアで運営されている。利用者は、月のべ260-280人の利用がある。受付（登録）は97人であるが、実質は67人で、1日15-16人の利用となっている。年齢は65-94歳で、67人のうち、男性は7人である。要介護の人が15人程度（要支援、要介護1・2）いる。要介護4の人も1人おり（80歳、痴呆）、宅老所に通うようになってから、折り紙ができるようになったり、利用者どうしの会話ができるようになったという。そのような介護予防の効果は全体に出ているという。活動内容は、絵手紙、生け花、おり紙、陶芸、布工芸（猫、梟、バック、ピエロ）、愛唱歌（本作成、宅老所の歌も）などである。高齢者施設との交流もあり、民生委員全員が立ち寄っているという。支援センターは、行事手伝い、教材と本、声かけ、紹介など、発足当初からよく支援してくれているという。職員の一人一人に対するきめ細かな目配りのなかで、利用者の表情が生き生きしている様子が印象的であった。

以上のように、高知市では宅老所が、多くのボランティアの参加を得ながら、住民の保健福祉活動の拠点として機能している。地域への一層の展開を広げながら地域支援機能を強化することが課題になっている。

(5) 長野県松本市

長野県の中心部に位置する松本市では、長野県に特徴的な公民館活動によって根づいた生涯学習意識を基礎にしなが、「福祉のひろば」の設立を契機にした具体的活動により、「受け身の福祉」から「自分たちでつくる福祉」へと、住民の福祉意識の転換が起こった。「福祉のひろば」参加者のなかでは、「福祉日本一」のまちづくりをめざそうとする気概がみなぎっている。実際、「福祉のひろば」は『厚生白書』平成12年版でも紹介され、全国的に注目を集めている。

「福祉のひろば」は、2000年3月に、各行政区（29地区中24地区）ごとに、施設として整備された。教養娯楽室、事務室、トイレ・廊下等があり、総面積135~155㎡の施設規模である。市有地を利用して建設されたもので、各地区住

民にとっては2～10kmの移動距離の範囲内に位置する。1ヶ所あたり、建設費は5千万～6千万円、年間運営費は約50万円であり、市の単独事業である。

比較的元気な高齢者を対象に、介護予防、とじこもり予防などを目的とする活動をおこなう。主な事業は、健康相談、体操・レクレーション、茶話会などを内容とする「ふれあい健康教室」、住民と市職員が地域福祉についてざっくばらんに語り合う「地区の福祉を語る集い」、介護方法や介護保険を学習する「健康・福祉づくり学習」、福祉ひろばの活動紹介や作品展示などをおこなう「福祉ひろばまつり」など、10種類以上に及ぶ。そのような「ひろば」には、「ふれあい」、「相談」、「健康づくり」、「福祉づくり」、「ボランティア支援」、「担い手づくり」という6つの機能があると言われている。

「ひろば」には、「地区福祉コーディネーター」が1名配置される。これは市の嘱託または臨時職員であるが、ほとんどの地区では、地区から推薦された人（連合町会長、民生児童委員、主婦、元教員など）が臨時職員として配置されている（実際には1名分の人件費で2～3人確保している地区もある）。コーディネーターが地区で受け入れられ、円滑に機能するためには、地区推薦という形をとった方がよいという。市役所内には、「ひろば」事業推進チームも設置されており、保健婦と専門員の2名で1チームをつくり、4チームで各「ひろば」の活動を支援している。

「ひろば」のあり方や方針、効果などを検討するために、「地区福祉ひろば事業推進協議会」と「地区福祉ひろば運営協議会」が設けられている。「事業推進協議会」は各地区ごとに設けられるもので、町会長、民生委員、保健補導員、公民館長など30～40名で構成され、年1～2回開かれ、「ひろば」の取り組み状況の報告などがおこなわれる。この小委員会は10～15人で構成され、月1回開催される。「運営協議会」は、全市レベルで今後のあり方や効果を検討するもので、大学教員も参加している。

2000年9月に訪れた3つの地区の「ひろば」の活動内容は、次のようである。

田川地区では、健康づくりが「ひろば」の基礎という認識のもとに、地区の65歳以上の人全員が「生きがいクラブ」の会員になり、介護予防支援を目的に、世代間交流や家事援助的な相互助け合いをおこなっている。また、75歳以上の

人がリーダーになって10のサークル活動（民謡、絵手紙、カラオケ、囲碁、ヨガ、編み物、リハビリなど）をおこなっている。そして、高齢者だけに限定せず、地区の福祉全体を考えてゆくうえで、高齢者連、身障者連、子供連という3つの地区福祉連をつくり、それを若者連が支えている。ひろばの活動内容の大枠は、コーディネーターが事業計画案として提案するが、たとえば「ふれあい健康教室」では何をするか、等の具体的内容は利用者住民自身が部会をつくり企画、実行する。地域の手伝いスタッフに依存せず、指示待ちではなく自分たちで決め、実行するという姿勢が貫かれている。

第3地区では、「ふれあい健康教室」を見ることができた。当日は、健康相談、血圧・体脂肪測定、歌体操、レクレーション、茶話会、保健福祉ワンポイント情報、というメニューが組まれていた。参加者の年齢制限はなく、毎月30～60人くらいの参加があるという。受付・進行以外は住民自身がそれぞれの担当を決め、お客様扱いはしないことになっている。参加者全員の生き生きとした楽しい表情が印象的であった。中山地区では、「ひろば」の建物が未設置であるが、公民館を使って、笑いながら体を動かす「ふれあい健康教室」がおこなわれた後、ケアマネジャーを講師に介護保険説明会が開かれていた。住民には一定の知識があることがうかがえ、説明を熱心に聞き入りながら活発な質疑応答がおこなわれていた。

「ひろば」には、「地区型在宅介護支援センター」も併設されている（6ヶ所）。このセンター事業は市から市社協に委託されているものであるが、基幹型支援センターや地域型支援センターとは別に、全国で唯一、地区型として設けられている。介護保険のケアマネジメントには携わらず、在宅介護に関する総合的な相談、福祉サービスの手続き代行、保健福祉に関する情報提供、緊急ヘルプサービスの実施、介護用品・機器の紹介、そしてケアマネジャーの補助的役割も果たす。

「福祉のひろば」は地区単位でおこなわれるが、地区によっては人口規模が大きかったり、個々の住民にとっては「ひろば」までの距離もかなり遠い場合がある。そこで、「ひろば」より身近なところで築かれた福祉ネットワークとして、「町会福祉」が展開されている。旧村単位に設けられた町内公民館を拠

点に、市内378の町会をエリアとしておこなわれる小地域福祉活動である。市の中心部など、人口移動の少ないところは町会意識も強いという。

町会福祉は、生活援助（ゴミ出し、雪かき、送迎など）、介護予防・健康増進（健康教室、お茶のみ会、町会ひろばなど）、見守り・安否確認（ふれあいコール、見守りネットワーク、友愛訪問など）、生きがい・仲間づくり（サークル活動、介護者の集い、学習会など）という4つの機能をもち、非貨幣的な相互支援領域と位置づけられている。それを支えているのが、公民館活動で培われた知的、精神的な福祉意識である。この町会福祉に対して、「ひろば」は支援、相談、連携する関係にある。町会福祉は町会をエリアとするが、町会がやる福祉ではない。タテ系列ではなく、自発的におこなう活動である。また、具体的な活動内容は各地域によって異なり、一律の定義がないという。

以上のように、松本市では、住民の主体的な保健福祉力が、「ひろば」や「町会」という活動拠点・枠組みが与えられることで、大きく跳躍を果たしている。「ひろば」は、市長が福祉の拠点づくりを公約に掲げたのが発端であった。ただ、建物を建設する以外の具体的なイメージが定まっていなかった。そこで、まず、職員のワーキンググループにより、「住民の手作りによる福祉」という方針が出され、次いで、市民が参加し職員と対等に話し合う「福祉ビジョン懇話会」のなかで提言書がまとまり、市民向けのダイジェスト版も配布された。そのようななかで、「ひろば」は市民権を得ていったという。

具体的な中身を決めずに拠点だけを提供し、職員と市民が共同論議のなかでイメージを固め、個々の具体的な活動内容と実践を住民の自主性に委ねたことが、結果的に、住民の主体性を引き出し、福祉活動を地域に根付かせたと言える。行政が住民を信頼し、住民自身に考えてもらおうという姿勢が成功をもたらした好例である。

(6) 長野県茅野（ちの）市

長野県中央部東側に位置する茅野市では、市民100人以上で地域のニーズを拾い上げながら、個別保健福祉計画の土台となるマスタープラン「福祉21ビュースプラン」を策定・実施している。その一環として、行政窓口を4つのエリ

アに降ろし、保健・医療・福祉の連携、高齢者・障害者・児童の生活支援の一体化を、より身近な地域単位で進めている。茅野市の取り組みも新聞で紹介されるなど、全国的に注目を集めている。

生涯学習活動を通じて、市民が一体となって取り組むべき課題として「福祉、環境、教育・文化」が確認され、「地域福祉、生活環境、教育問題」が市の重点課題として位置づけられている。そのうち、「地域福祉」は保健・医療・福祉の連携、住民参加と相互支援を意味する概念として重視され、市役所内の福祉担当部署も「地域福祉推進課」になっている。市長の音頭のもと、「公民一体」「地域主義」の福祉のまちづくりが進められている。

地域の病院が中心となって進められてきた在宅ケア、保健婦や保健補導委員会が中心となって進められてきた健康づくり活動を下地として、住民参加による福祉のまちづくりを進めるため、1996年に「茅野市の21世紀の福祉を創る会（通称：福祉21茅野）」が発足した。これは、市が農協、商工会議所、医師会等のいろいろな団体に呼びかけて集まった21人によって構成されていた（ただし、団体のトップはいないという）。それが専門部会（痴ほう対策部会、健康づくり部会、在宅支援部会、ターミナルケア部会、ケアマネジメント部会、子育て部会など12部会）に分かれて始動するなかで参加者が増え、「やらざあ100人衆」と総称される（保健・医療・福祉関係の組織・施設・センター、高齢者・障害者・児童・女性等に関する各種のボランティア団体・クラブ・サークル、教育関係機関などを出身団体とする約180人で構成）。

各部会は、さまざまな調査活動や関係者へのヒアリング、各地区での地域福祉懇談会などを通じて市民のニーズを把握し、1998年、ビナスプラン「素々案」を提示した。これを受け、「地域福祉計画策定委員会」が立ち上がり、総合的な検討を経て、2000年3月、同プランは正式に策定された。それは、様々な領域で活躍する市民集団が地域のなかから掘り起こしたニーズを福祉活動・施策に反映させるために成立させた200数十ページに及ぶ力作であり、福祉計画策定プロセスからみた市民参加のモニュメントと言える。

これは、保健・医療・福祉の総合計画であると同時に、高齢者、障害者、児童の全体を視野に入れた包括的な地域福祉計画である。分野ごとの個別具体的

な計画は、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画、障害者福祉計画、地方版エンゼルプランなどとして策定が進められてきているが、このビーナスプランはそれらと整合性を保ちつつも、その土台となる総合計画であり、福祉計画におけるマスタープランと言える。同時に、それは、社会福祉基礎構造改革のなかで成立した社会福祉法に規定された、住民参加による地域福祉計画の策定を先行実施するものであった。

ビーナスプランの基本理念は、地域福祉懇談会や各種調査のなかで明らかになった課題が「ねがい」としてまとめられたもので、4つの理念から成り立つ。すなわち、「一人ひとりが主役となり、『共に生きる』ことができるまち」、「生涯にわたって健やかに、安心して暮らせるまち」、「ふれあい、学びあい、支えあいのあふれるまち」、「すべての人にとって豊かで快適に生活することができるまち」をめざしている。

この基本理念を具現化するために、市民の生活圏を5段階に分け、それに合わせて保健福祉サービスを体系化することが考えられた。これは、市民の「保健福祉サービスは、できるだけ身近なところで利用したい」という要望に応じてゆくための発想であり、ビーナスプランの基本的骨格になっている。各生活圏は、最も広い共通エリアから順番に、1「諏訪広域」、2「茅野市全域」、3「保健福祉サービス地域（エリア）」、4「地区」、5「行政区・自治会・分会」の5層に分けられ、1層に近づくほどサービスは専門的になり、5層に近づくほど住民に身近になる。

保健福祉サービスの基本エリアになるのが、第3階層の「保健福祉サービス地域」である。これは、基本的サービスを利用するには市全域では広すぎ、地区単位では狭すぎるという観点から新たに設けられた中間圏域である。また、ホームヘルパー等がより身近なところから派遣されることになり、サービス業務の効率化を図ることもできる。この保健福祉サービス地域（ほぼ中学校区に相当）を基本として、市全域、さらに諏訪広域（住居・職業・消費圏でもある）へと広がりをもったサービス圏域を考える一方、地区（ほぼ小学校区に相当）、行政区（集落）へと、より身近なサービス圏域も考えられている。そして、各生活圏に合わせて、重層的なサービス活動がおこなわれる。このうち、とくに

5層と4層では、見守りや声かけなど住民が互いに支え合う場、健康づくりや生きがいづくりの場として、住民の自主的な保健福祉活動が展開される圏域になっている。

基本的サービス・エリアである保健福祉サービス地域は、人口や福祉サービス利用者の分布、交通経路や病院・施設の分布などを総合的に考慮し、東部、西部、中部、北部の4エリアに区分され、市内10地区が2～3地区ずつ組み込まれる形になっている。この各エリアごとに、保健福祉サービスセンターが設置されている。ただし、各センターと連携をとりつつも、専門的な対応をこなうセンターとして、「基幹」センターが2層に位置づけられている。各エリアの保健福祉センターは、①24時間体制の総合相談窓口、②ケアマネジメントの実施、③公的な在宅福祉サービスの提供、④健診・保健活動の拠点、⑤インフォーマルサービスの支援・コーディネート、⑥福祉教育・生涯学習の計画的推進、⑦保健福祉情報の収集・発信、⑧エリア内の保健福祉ネットワークの構築、という8つの機能をもつと言われる。各エリアは在宅介護支援センターの設置区域でもあり、すべて市直営の地域型支援センター4ヶ所と基幹型支援センター1ヶ所も設置されている。訪れた中部保健福祉センターの職員の話によれば、保健センターは市本部と社会福祉協議会の機能を一部移したものと考えており、最終的には、家族全体を一本で捉えるファミリー・ソーシャルワークを狙っているという。市役所の福祉機能を地域の中へ分散化させることにより、市職員と住民の距離が近くなり、きめ細かなサービスの効率的な提供・調整が可能になる。

保健福祉センターには、市職員が「地域福祉推進員（コーディネーター）」として配属される。「地域福祉推進員」は、健康づくりや地域保健に関する相談・支援、介護保険に関するケアマネジャーとしての相談・支援、高齢者・障害者・児童それぞれの保健福祉に関する相談・支援などを担う。社会福祉協議会からは、各センターに1名出向という形で「ふれあい福祉推進員（ネットワーク）」が配置されている。「ふれあい福祉推進員」は、インフォーマルサービスに関する相談・支援、ボランティア活動のコーディネートと支援、福祉意識の啓発と福祉教育の推進、サービス利用者・家族の当事者組織の育成・援助な

どを担う。このようなコーディネーターとネットワークカーの協力・連携により、フォーマルサービスとインフォーマルサービスが一元的に提供・調整されることになり、保健福祉のクライアントとしての住民と担い手としての住民双方を支援することが可能になっている。

以上のように、茅野市では、市民参加のもとに、住民のニーズにマッチする総合的な福祉ビジョンを時間をかけて作り上げた。そして、それを具体化するために、住民自身の保健福祉活動への支援を含めたサービス提供・調整システムと独自のマンパワーを実現・機能させている。ここには、政策的意思決定（計画策定）プロセスへの住民参加と、実際の保健福祉活動プロセスへの住民参加、という二重の意味の住民参加が実現しており、まさに住民参加の福祉のまちづくりとなっている。とりわけ、多くの市民が結集して自分たちの福祉のあり方を「自己決定」したことの意味は大きい。地域福祉担当課職員から聞いた、「ビーンズプラン作成に向けた4年間の過程が茅野市の特徴であり、結果だけに注目してほしくない」という言葉がそれを象徴している。もっとも、計画作成に向けられた市民の主体的なエネルギーが、計画の着実な実行と点検、そして日々の住民の保健福祉活動に広く生かされてゆくことが、計画を、生きた市民資産として高めてゆくカギになるだろう。

(7) 岩手県遠野市

岩手県の北上山地の東南部に位置する遠野市では、第一次老人保健福祉計画の評価をふまえ、二次計画（介護保険事業計画・老人保健福祉計画）のための実態調査を2度おこない、市民レベルの懇話・懇談会を二元的に開催して、住民のニーズに根ざした「ハートフルプラン2000」を策定した。そして、縦割り行政を取り払った保健・医療・福祉の連携施設「遠野健康福祉の里」、地区センター、在宅介護支援センターを拠点に、「包括的地域ケアシステム」を構築・展開している。1週間のうちの1日を視察日として特定しなければならないほど、全国からの視察も多い。

介護保険事業計画・第2次老人保健福祉計画を、それまでの到達点と課題、今後の住民のニーズ・意見を的確に捉えた着実で民主的な計画にするためには、

第1次老人保健福祉計画の実施状況の評価、第2次計画に向けた正確な実態・ニーズ調査、計画案に対する地域住民の広範な意見収集が欠かせないが、遠野市ではそれを理想に近い形でおこなってきている。

第1次老人保健福祉計画の実施状況の評価については、第2次計画（介護保険事業計画をふくむ）のなかで触れていない市町村も多いが、遠野市では約60ページ分を費やして現状評価と今後の課題を分析している。評価にあたっては、各種業務実績や各種指標のデータ、関係職員のヒヤリング結果の分析にくわえ、1999年度の事業評価においては、関係部署の自己評価を調査票形式でおこなったり、関係職員への集中的懇話会形式によるヒアリングを実施している。その結果、「予防対策と一貫した包括的地域ケアシステムの構築」、「介護保険に対応した介護サービス・システムの整備」、「保健福祉サービス・事業の充実強化」、「市民参加の促進と基盤整備・まちづくり推進」、「行政の推進体制整備」の各項目ごとに今後の課題を整理している。

第2次計画の策定にあたっては、保健福祉部門のみならず、この計画策定を地域福祉計画策定の糸口と位置づけ、生涯学習や生活関連部門などを広く含めた行政推進体制を編成し、作業学習会（ワークショップ）やケアカンファレンスもおこなっている。保健福祉の枠組みにとらわれないで、生活関連職員等の総合的な連携と問題認識の共有化・深化を図ってきているという特徴があり、タテワリ行政の弊害を防止する姿勢がみられる。

第2次計画を具体的に立案するには、実態・ニーズ調査結果が基礎資料になるが、遠野市の場合、1998年度に全国共通におこなわれた要援護高齢者等実態調査（第1次調査）にくわえ、1999年度に「第2次介護サービス利用意向アンケート調査」をおこなっている。第1次調査も、一般高齢者・要援護高齢者別に悉皆調査をおこない（無作為抽出の一般若年者調査も含む）90%以上の回収率をあげているが、第2次調査は、計画の実効性と適切性をより高いものにするためにおこなわれたものである。これは、第1次調査の対象者のうち回答のあった在宅要援護高齢者全員と新たに要援護者と認められた人を対象におこなわれたもので、利用料の負担能力、推計利用料に基づく介護保険サービス及び市独自サービスの利用意向と利用しない場合の理由、ボランティア支援の受け

入れ意向、在宅継続意志などユニークな調査項目を設定している。この調査結果は、後述の通り、サービス整備計画や低所得者対策に生かされることになる。

調査以外の計画策定プロセスへの市民参加も多角的に保障された。計画策定の基本的審議は、老人保健福祉計画に関して市長に答申する「遠野健康福祉の里運営審議会」（保健、医療、福祉、教育、産業、地域活動の団体等の代表など25名以内の委員で構成）と、その委員を主な構成メンバーとして第2次計画の重要事項を協議する「第2次基本計画策定委員会」（26名委員）などが担う（これ以外に、行政組織として、保健福祉担当部署を含む生活関連領域担当部署の職員から広く構成される「第2次基本計画作成本部」と「策定幹事会」が設置された）。「運営審議会」と「策定委員会」も市民参加の一形態であるが、これ以外に、「介護保険事業計画策定懇話会」が市民の意見・提言等を反映する機関として設置された。この懇話会は、公募のよって選ばれた会員11名がボランティアとして参加するもので、月1回開催されてきた。さらにきめ細かいものとして、住民対象の「地域福祉懇談会」が市内8地区レベル、および70以上の各行政区レベルで開催されてきている。このなかで住民への計画素案の提示と意見吸収がおこなわれている。介護保険担当職員の話によれば、この懇話会により、いわゆる上乘せ・横出しサービスを保険料引き上げで実施することには反対という住民の意志が示され、一般事業化することで納得が得られたという。

介護保険の制度説明中心の住民説明会が開かれるだけで、肝腎の保険・福祉ビジョンである計画案そのものが計画策定プロセスで示されない市町村が多いなかで、遠野市は地道な合意形成を図った数少ない自治体の一つと言える。

作成された第2次計画の「ハートフルプラン」の基本的特徴として、サービス推進体制としての「包括的ケアシステム」が挙げられる。これは、保健（保健婦）、医療（看護婦）、福祉（ヘルパー）を同一施設内で配置した総合連携施設「遠野健康福祉の里」（社会福祉課、保健福祉課、介護保険準備室、中央診療所、基幹型在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、デイサービスセンターなどから構成）、市内8つの「地区センター」、3つの地域型在宅介護支援センターを拠点に、保健・医療・福祉等のサービスを総合的に提供しようと

するものである。

サービス提供にあたっては、生活圏が3つのエリアに区分される。住民に身近な地区センターを拠点に生きがい・健康づくりをおこなうのが「第1次エリア」であり、基幹型を含めた4つの支援センターを拠点にケアマネジメント機能を発揮するのが「第2次エリア」とされ、市全域のレベルで各事業所や関係部署の連携・調整、計画の進行管理をおこなうのが「第3次エリア」と位置づけられている。このうち、第2次エリアでは、4つの各支援センターが2地区ずつを担当し、介護保険対象・対象外の高齢者、母子、障害者等の生活総合相談機能を果たしている。第3次エリアに関わっては、健康福祉の里におかれる地域ケア会議が、市全体のサービスの質・量の調整を担う。

高齢者の場合、具体的なサービスは、健康な高齢者が自由に参加できる「高齢者参加プログラム」、要介護認定で自立判定を受けた高齢者を対象とする「生活支援・生きがい支援・介護予防プログラム」、要支援・要介護認定を受けた高齢者を対象とする「在宅介護支援プログラム」により、地区センターや支援センターを拠点に展開される。とくに、健康な人や自立認定を受けた人には、痴呆・閉じこもり・転倒骨折・脳血管疾患の予防に重点を置き、ヘルスアセスメント・ヘルスプランに基づくヘルスプロモーション（生きがい対応型デイサービスなど）が実施される。その際、地区センターを拠点に、地域の関係者で組織される「地域いきいき会議」を設け、必要な検討・協議をおこなう協力体制が築かれる。遠野市では医療よりも保健福祉に力を注ぎ、国保財政の黒字と保険税引き下げを実現してきたというが、ここにも健康・予防重視の姿勢がみられる。

介護保険サービスに関しては、相談機能の充実、全調査員の研修による公正な訪問調査、認定審査会の効率的運営、ケアマネジャーの研修による能力向上と連携などにより体制整備が強化されてきている。このうち、ケアマネジャーに関しては、21名中16名が実働可能とされており、同一ケースへの各職種別のプラン作成やケアカンファレンスなどを通じてチームワークの育成が図られている。サービス整備計画に当たっては、前述の第2次調査により、利用料の負担能力や、推計利用料を提示したうえでの利用意向が明らかになったため、保

険料の急変緩和にも配慮しながら、より実態に即した利用希望率に基づく計画が立てられている。また、同調査の結果、利用料の最大負担可能額の月平均が13,381円と低かったため、遠野市独自に、高額介護サービス等資金貸付基金を設けて必要な人に貸し付けることにした。さらに、低所得者へのホームヘルプ利用料の3%措置（国の特別対策）を新規利用者にも拡大したうえ、デイサービス、訪問入浴、訪問看護にも3%措置の適用サービスを拡大した（いずれも3年間の措置で、市民税世帯非課税を対象）。

介護保険対象外サービス（限度額以上を含む）や介護予防・生活支援事業としては、自立、要支援、要介護者それぞれに、全体で10種類以上のサービスメニューが体系化されている。介護環境については、市営住宅の高齢者向け立て替えや三世帯住宅の整備など「居住環境の整備」、緊急通報装置の設置・拡大や住民の協力による安否確認・防災対策など「安全確保体制の整備」、安全な道路・公共施設の整備や移送サービスの整備など「人にやさしいまちづくり」、住民主体の介護予防活動・ボランティア・福祉学習などが推進されている。これらにおいては、保健・医療・福祉だけでなく、住宅、まちづくり、教育、消防、警察など生活関連部門の総合的な連携がめざされている。

以上のように、遠野市では、住民のニーズと参加を大事にした着実な計画策定、住民の身近な地区から市全域までを視野に入れた保健・医療・福祉等の包括的ケア、タテワリ行政を排した生活関連部門の総合的連携などを進めてきている。いわば、行政内部の壁と、行政・住民間の壁を取り払うことによって民主的効率性を編み出しながら、住民の生活の質をトータルに押し上げようとしている。その意味で遠野市は、「二重の壁」を取り払うことが民主性と効率性のジレンマを解決することを住民の生活向上プロセスにおいて示そうとするモデル地域とも言える。そのシステムが今後とも有効に機能し続けるためには、計画策定プロセスに示された「二重の壁」の排除機能が、計画の実行・見直し・再構築のなかでも生き続けるかどうかにかかっている。そのことは、このハートフルプランが糸口と位置づけられた地域福祉計画の策定・実施プロセスにおいても試される。

(8) 岩手県宮古市

岩手県の東端に位置する宮古市では、福祉・保険計画の策定・管理委員会等で市民参加を充実させるだけでなく、市民の発案で「サービス向上委員会」や「まちかど相談所」を立ち上げ、利用者本位の独自のサブ・システムを形成している。また、健康づくりを重要施策として取り組むなかで、脳刺激訓練に力を入れ、その効果を上げることで、全国的に報道され注目を集めている。

宮古市では、介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画の策定・実施プロセスで市民参加に力を入れてきている。

策定過程においては、「計画策定懇話会」を立ち上げ、30名のメンバーのうち、17名を市民からの一般公募によっている。介護家族や福祉現場職員など市民代表が1年半にわたり、真剣な議論を交わしたという。公募委員はせいぜい数名という市町村が大部分であるなかで、過半数が一般公募というのは数少ないケースである。

住民への合意形成プロセスにおいては、一般住民、施設職員、民政委員、会社員、年金生活者、その他団体など対象者ごとに、2年間で延べ125回の説明会をおこない、6,960名の参加を得ている。宮古市健康課での聞き取り（2000年6月）によれば、その際の説明方法を、制度説明、計画内容、制度変更というように、およそ3段階に分けて実施したという。計画内容の説明に関しては、「中間まとめ」の後、「計画概要版」を配布している（1999年10月時点）。制度変更に関しては、当初、3,115円の介護保険料を提示していたが、いわゆる上乘せ・横だしサービスの一般事業化やベット数の下方修正をおこない、2,833円への変更で合意形成を図っている。介護保険の制度説明中心の形式的な説明会に偏る市町村が多いなかで、宮古市は肝腎の計画案や制度変更について適時の合意形成機会を設けている。そして、このような市民参加と合意形成を通じて、後述の「サービス向上委員会」や「まちかど相談所」が市民提案事業として実現されてきた。

計画実施の進行を管理・点検する計画管理プロセスにおいては、宮古市の場合、その役割を担うため「いきいきシルバーライフ推進協議会」を立ち上げ

(条例化)、市の広報を通じて委員を一般公募している(2000年6月)。これは、市民代表5名、サービス提供事業者5名、公益代表2名の計12名で構成され、原則3年任期である。年4回くらいの開催ペースで市に意見を出すもので、計画の見直しを迫ることもありうるという。ここでも、公募形式のオープンな市の姿勢が貫かれている。

宮古市では、介護保険サービス内容に関する相談や意見など、利用者の意見を直接聞いて、より良いサービスとするための調整をおこなうため、「サービス向上委員会」を独自に設置している。これについても、市の広報を通じて委員を一般公募している(2000年6月)。「いきいきシルバーライフ推進協議会」と同様、市民代表5名、サービス提供事業者代表5名、公益代表2名の構成をとり、原則3年任期である。半年に一度の定期開催のほか、必要に応じた開催もある。サービス利用者が苦情相談を市民代表や市に伝えれば、この委員会にかけられ、事業者は改善措置を報告する。市民の意見に対し、事業者代表が同席しているため、対応が早くなるという。行政からも事業者からも独立した公募市民代表がいることで、利用者にとって相談しやすい体制が整い、サービスの質の向上を促してゆくパイプスルーとなる。なお、市役所内には相談窓口が設けられ、苦情相談専門員(市職員)が専属で1名配置されている。

宮古市内では、ほぼすべての薬局・薬店(27ヶ所)の協力を得て、「まちかど相談所」を設置し、介護など保健・福祉全般の相談を受け付けている。そして、そこから在宅介護支援センター(市設の基幹型支援センターのほか、地域型6ヶ所)や市、あるいは「サービス向上委員会」に相談内容を上げてゆく情報のパイプ役を果たす。「相談所」間では、随時、会議がもたれて連携が図られているという。市民にとって最も身近な、いわばプライマリ・カウンセリング機能をもつと言える。

したがって、サービス利用者からみれば、「まちかど相談所」、「サービス向上委員会」、のほか、市・苦情相談窓口、在宅介護支援センターという少なくとも4つの相談ルートが存在することになり(都道府県レベルで、介護保険法のもとで制度化された国保連合会の苦情相談業務や、新たに社会福祉法により制度化された社会福祉協議会をセンターとする苦情相談制度を含めれば6つの

ルートが存在する), 多様な次元のサービス利用支援が選択的に可能になる。

宮古市では、「いきいき都市宣言」をふまえつつ、介護予防に重点を置きながら、G (体の「元気」と脳の「元気」), N (「にこにこ」, 「長生き」), P (最後まで「プライド」をもって、「ポックリ」一生を終える) という「GNP」二乗運動を推進している。

市では、健康教育や訪問指導など保健活動の充実を図り、保健婦が介護保険の訪問調査に追われるのを防ぐため、介護と予防を区別し(訪問調査はすべて社会福祉協議会などの社会福祉法人に委託)ている。そのうえ、保健婦を現状11人から、さらに増員することも検討されている。

保健事業の展開に当たっては、「対象者別の課題」、「疾病等の予防別課題」に課題を区別して整理し、「健康づくりのための基本事業」と「具体的事業」に取り組みされる。「対象者別の課題」は、働き盛りの健康支援(勤労者の健康教室や健康診査)、高齢者の健康支援(閉じこもり予防)、女性の健康支援(母体の健康管理)に分類される。「疾病等の予防別課題」は、生活習慣病予防、骨粗しょう症予防、禁煙支援、歯の健康に分類される。「健康づくりのための基本事業」は、これらの課題をふまえ、壮年期からの健康管理を重視しながら、健康手帳交付、健康教育・相談・診査、機能訓練、訪問指導の項目ごとに方針が立てられる。「健康づくりのための具体的事業」は、基本的事業を推進するうえでも特に力を入れる事業として、「サーモンウォーキング」(自主的なウォーキングがおこなわれるよう、地区ごとのウォーキング・マップを作成し、運動普及推進員を育成しながら定着を図る)、「栄養改善」、「男の料理教室」、「介護食づくり教室」、「高齢者健康教室」(公民館等を利用して、閉じこもりがちな虚弱・独居高齢者を外へ誘う)、「小児肥満予防教室」、「脳刺激訓練」(右脳刺激訓練を取り入れた痴呆予防訓練教室)などが推進されている。いきいきとした人生を全うすることを支援するために保健施策・活動に優先順位を与え、密度の高いサービスが展開されている。

上述のように、宮古市では「GNP」二乗運動のなかでも、ウォーキングや高齢者健康教室と組み合わせながら脳刺激訓練に力を入れてきている。健康推進課からの聞き取りによれば(2000年6月)、1999年度は、ウォーキング普

及事業、水中ウォーキング、なるべく外に誘うこと、笑顔の輪を広げることに重点を置いたという。体操や歌をはさんでの陶芸やエアロビクスもおこなわれている。脳を刺激し痴呆を予防するには、運動やレクレーションを通じて脳に良いと意識することが大事で、考える運動ばかりではないという。介護保険対象外の人が参加対象になるが、1999年度はモデル的に1地区に限定し、30名くらいの希望があったという。2000年度は、3地区に広げ、同モデル地区では40名くらいに希望が増えているという。新聞報道によれば、1999年度において、テストにより軽度と判定された5人のうち4人が訓練を通じて正常値に変わり、回復可能な中程度と判定された3人のうち2人が軽度になったという。健康推進課からの聞き取りによれば、アルツハイマー型の人でも改善の可能性があるという。ただ、このような訓練が地域に根ざすには、住民が自主的に取り組むことが大事で、2000年度は、笑顔の回数を増やすこととならんで、地域（住民）で継続することに力を入れているという。住民の主体性を育てようとする姿勢がうかがわれた。

以上のように、宮古市では、保健福祉施策の意思決定プロセスにおいて住民参加と合意形成を徹底するなかで、介護保険制度に対しても、利用者本位の「サービス向上委員会」と、いわばプライマリ・カウンセリングの拠点とでもいべき「まちかど相談所」の2つのサブ・システムを成立させた。めざましい効果を生みだした脳刺激訓練においても、住民の主体性が発揮されることに配慮されている。福祉・保健計画の管理や、2つのサブ・システムが有効に機能し続け、脳刺激訓練などの介護予防活動が地域に根ざしてゆくかどうかは、今後、住民の主体性と行政のサポートが相乗効果を発揮する程度にかかっている。

(9) 沖縄県平良（ひらら）市

宮古本島の西北部に位置する平良市では、種々の介護予防活動、元気高齢者を対象とする「ひらら大学」、沖縄に特徴的な「ゆいまーる」の精神による相互扶助活動、役所内部と外部の壁を取り払った「宮古島ひとにやさしいまちづくり研究会」、そして「在宅健康管理システム」など、様々な形で保健福祉の

まちづくりが進められている。そのような諸活動の結果、県下53市町村でも48位（1998年度）という低い一人当たり医療費をもたらし、健康都市賞も受賞している。

平良市では、介護保険以外の保健福祉分野こそ独白色が出せるという認識のもと、様々な活動がおこなわれている。たとえば、「生きがい対応型デイサービス」（毎日）、個人宅でおこなわれる「地域サロン」（週2回）、ミニデイサービス（月2回）、「にこにこ教室」（B型リハビリ）が、介護予防などを目的として、民生委員、ボランティア、社会福祉協議会などの協力のもとにおこなわれている。そして、サービス担当者会議、ケアマネジャー連絡会、地域ケア会議、宮古地区介護保険連絡協議会など、介護保険を含めた保健・医療・福祉のソフト面での連携も図られている。視察に訪れた時（2001年3月）も、社会福祉協議会、介護長寿課、保健センター、在宅介護支援センターの関係者が集まり（地域ケア会議）、上述の地域福祉のあり方をめぐって熱心な議論がおこなわれていた。

「ひらら大学」は、元気高齢者を対象に、仲間づくりと生活の充実を目的として、市老人福祉センターなどで開催されているものである。舞踊、三線、大正琴、書道の講座があり、2000年度は333名が修了し、ほとんど（330名）が女性である。

「ゆいまーる」とは、「結いが回る」のことで、相互扶助精神を象徴する言葉になっている。介護長寿課での聞き取りによれば、いつかまわりめぐってくるが、見返りを求めず、余裕のある人がない人を支える協力意識であるという。それは、農作業の植え付けや冠婚葬祭を近所の数世帯が手伝ったり、隣近所で困っている人がいれば手助けしたり行政に連絡したりする行動となって表れるが、義務意識はなく自然な形でおこなわれる。それは配食サービスを手伝ったり、ホームヘルプの弾力的対応という形でも表れる。ただし、困った時は助けるが、生活の中までは入り込まないという。

「ゆいまーる」の精神を基礎とするボランティア活動も積極的におこなわれている。その一つとして、隣近所を寄せ付けずに死後発見される人がいたことを契機として1974年度から継続されている「愛のひと声運動」がある。運動の

代表者の話によれば、実働20数名のボランティアで団体をつくり、民生委員の情報に基づき、独居や夫婦など介護保険対象外の20世帯を選び（毎年変更）、介護予防を目的に最低週1回の訪問活動をおこなっているという。軽微な掃除や布団干しをしながら話しかける一方、民謡や方言での敬語の使い方など対象者から教えられることも多いという。高校や中学校にもボランティアグループがあり、卒業生は現在も活動を続けている。この運動は各新聞社や県からも賞を受けてきている。

「ひとにやさしいまちづくり研究会」は、宮古圏域住民すべてが地域で快適な生活環境を営めるよう環境整備に努め福祉の向上に寄与することを目的として1996年度から開催されているもので、保健・医療・福祉・住環境の各分野の実務家及びボランティアで組織されている。平良市の生活関連課、宮古支庁の生活関連課、保健センター、保健所、支援センター、訪問看護ステーション、介護用品事業所、福祉施設、病院、建築設計事務所などから約50名が参加している。保健センター職員からの聞き取りによれば、役所内部に限定しないネットワークにより、情報が入りやすくアイデアが生まれやすいという。この研究会が提案し実現したものは多いが、その一つに平良団地（バリアフリーの公営住宅）がある。広い敷地内で緑地も配置され、スロープ、手すり、ドア、エレベータ、渡り廊下などバリアフリーが行き届き、快適な住環境の様子を見ることができた。

「在宅健康管理システム」は、沖縄では脳出血が多い状況を背景に、保健指導に基づく健康管理意識の啓発と適切な保健・医療の確保を目的として、1996年度から実施されている。端末機を住民に貸し出し（当初380台）、保健婦が声と画面で対応しながら血圧、心電図、体重など5項目をチェックし、医師と連携しながら、必要に応じて受診などに結びつけている。地区医師会、県立病院、保健所間での連携が図られている。

以上のように、平良市では、介護予防と健康・生きがいづくりに重点を置いた活動が展開されており、それと並行して、「ゆいまーる」の相互扶助精神にもとづく住民の自発的な活動がネットワークを形成している。行政内部および外部との壁を取り払った研究会の提言・実行活動も、福祉のまちづくりに重要

な役割を果たしている。そして、各種の専門家会議や「健康管理システム」を活用した保健・医療・福祉の連携により、地域・在宅福祉の向上が進められている。

(10) 沖縄県読谷（よみたん）村

沖縄本島中部の西海岸に位置する読谷村は、沖縄独特の「ゆいまーる」活動を事業として推進して注目を集め、各地からの視察も多い。

読谷村は、「ゆいまーる」活動を「ゆいまーる共生事業」として事業化し（1989年度からモデル的に開始）、全村的な展開を図っている。これは、ねたきり予防や健康維持を目的として、各「字」の公民館を拠点に、住民自身が自主的に取り組むミニ・デイサービス事業である。血圧測定等の簡易な健康診査は看護婦や保健婦のOGに依頼し、公民館への送迎や菓子づくり等はボランティア（完全無償）が担っている。月2回おこなわれ、ボランティアの数（669人）と参加者の数（663人）はほぼ同じである（1999年5月）。2001年3月現在、全23カ字のうち22カ字で事業が実施されている。1999年3月におこなわれた利用者意識調査では、「大変」と「まあまあ」を合わせた満足派は94.8%と非常に満足度が高く、「友人が増えた」、「健康になった」といった参加後の変化があらわれている。

この事業の拠点となる字公民館は中央公民館とは区別される。役場健康共生課での聞き取りによれば、この字公民館は住民にとって「小さな自治体」になっており、字自体が土地をもち、住民の負担金と行政区補助金によって運営されているという。読谷の福祉は「地域化させる福祉」であり、地域のコミュニティで支えてきた福祉が最も重要であるという。そして、保健・医療・福祉、高齢者・障害者・児童の総合化が目標とされ、介護保険事業計画とは別に、それらを包括した保健福祉計画が「がんじゅう（丈夫）・ゆいまーる・プラン」として2000年6月に策定されている。この「ゆいまーる共生事業」の成果として、医療費が抑制されていることも挙げられ、実際、1993-97年の間、老人一人当たり医療費は県平均および全国平均を下回り続けている。

22カ字の一つである喜名（きな）地区の役員からの聞き取りによれば、1～

2で組織化ができ、3～4年で事業が軌道にのってきたという。役場と社協の役割も大きいという。事業の効果としては、対象者が定例日を待ち遠しく感じていること、同年輩の語り合いによる安らぎ、閉じこもりがちの人が口数が多くなり明るくなったこと、家族やボランティアにも喜びが生まれていることなどが挙げられた。課題としては、男性ボランティアや若いボランティアが少ないこと、技術的に精神ケアができるボランティアが必要であることが挙げられた。村民は「字」を自分のムラと言って愛着心をもっており、字公民館は自分たちの地域づくりの拠点、シンボルとなっているという。

以上のように、読谷村では「ゆいまーる」の風習をベースに、字公民館を拠点とする住民の保健福祉活動が主体的に取り組まれ、一種の福祉文化が形成されている。ただし、新規移住者や若い人のなかには、公民館負担金や参加に対する意識が希薄になる傾向があることも指摘されている。文字通りコミュニティ意識のなかで育まれてきた福祉文化が、時代の変化のなかでどのように発展させられてゆくのが注目される。

(II) デンマーク・ファールム市

コペンハーゲンの北部に位置するファールム市は、福祉サービスにおけるコスト・パフォーマンスを重視し、税負担を抑えながら高い水準の在宅サービスを実現しており、ドイツのベアテルマン財団が主催した世界地方行政コンクールで最終選考の10都市にまで残った実績をもつ。

ファールム市の国際交流マネージャーからの聞き取りによれば(2001年3月)、デンマークでは、所得に対し国税20%、アムト(県:amt)税10～20%、コムーネ(市町村:kommune)税16～23%が平均的に課せられ、高い自治体であれば全体で60～65%になるが(アムト税とコムーネ税は自治体により格差がある)、ファールム市ではアムトとコムーネを合わせた自治体税が19.5%になっており、低い自治体税のベスト10に入っている(デンマークは、10のアムトと275のコムーネから構成される)。一方で、202人いた職員が現在72人に減らされている(因みに、デンマークでは地方議会議員は無給で首長のみ有給である)。市庁舎は経費節減のため、市長の考えでテナントになっている。何に税金を使うのに

最大の価値があるかを常に考え、「住むのが楽しい魅力ある自治体」、「移住しなくなる自治体」づくりを市の目標とし、それは最低の料金(税)で最高のサービスを提供することだという。実際、市の資料によれば、1970年で10,000人足らず、80年で約16,000人だった人口が2000年には18,000人以上に達している。

ファールム市が人口を惹きつけている理由には、サービス面でも、いくつかのポイントがある。まず、住環境の整備があり、全住居のうち33%が低所得者中心の非営利団地になっている(他市町村では5%程度)。保育面では、申請があれば7日以内に保育園入所を約束している(守れなければ市長自ら子供の面倒をみるというもので、実際に1度あったという)。教育面では、無償のまま他市町村より長い義務教育時間を提供している(1年多く通学した効果をもつ)。雇用面では、失業に対して48時間以内に仕事の斡旋を保障しており、失業手当の対象者はいない。そして、高齢者には、有資格者にはプライエム(介護ホーム: plejehjem)が即日提供され(他市町村では3ヶ月程度の待機期間)、65歳以上全員に14日間の無償休暇が保障されている(余暇関連支出は最も多い自治体になっている)。このような市政を進めてゆくなかでは、市民会議が不定期、テーマ別に開かれており、市と市民の相互の情報提供の貴重な場になっている(市長等への投書もおこなわれる)。

介護サービスの提供は4本の柱に沿って進められる。①高齢者の選択と尊厳の尊重、②予防の重視、③高齢者の希望にあわせ自宅で長く過ごせるようにする、④前3つを関連づける、の4点である。そのために、70歳以上の高齢者を対象に、ホームドクター、訪問看護婦、ホームヘルパーがチームを組んで家庭訪問がおこなわれる。訪問の際には、自宅での過ごしぶりを聞き、本人が何を望んでいるかをまず尋ね(①)、たとえば転倒・骨折を防止するための住宅改造をおこない(②)、できるだけ長く在宅生活を送れるようにする(③)。そこには、たとえば、玄関の段差の除去費は500クローネですむが、骨折による治療費は1日1000クローネかかる、という効率性の視点もある。ただし、行政が一方的な判断はせず、本人の自己決定が起点になる。その一環として、今後10年間で何が必要か、という市民アンケートもおこなわれている。

24時間体制のホームヘルプと訪問看護(両者の共同作業が多い)、無料の補

助器具貸与などのほか、市独自のサービスとして、雪かき・庭の手入れ、体操教室、フィットネスセンター（市庁舎内）、室内プール（同隣り）、買い物手伝いなどがおこなわれ、前述の2週間のバカンスが手配される。このバカンス投資が最大の予防効果をもつという。心身をリフレッシュするばかりでなく、自分たちで考えた企画を実行するなかで、高齢者どうしの交流とネットワークが生まれる（バカンス後のアンケートでは、78%の人が「バカンスで知り合い、今もつきあっている」と答えている）。

ホームヘルプと訪問看護による在宅サービスの社会的コストは1年間で平均66,000クローネ要するが、プライエム入居費用は419,750クローネかかる。つまり、プライエム一人分のコストで7人分の在宅ケアが可能になるわけであり、在宅への資源配分の重点化によりコスト軽減が図られている（ただし、在宅の場合、市から3分の2の家賃補助がつく）。ただし、プライエムが否定されているわけではなく、在宅が無理な場合、必要とされている。そのプライエムにおいても、月1回、ミーティングをもち、自分が何を食いたいかを決め、起床と就寝の時刻や入浴の回数も自分で決めるという自己決定が尊重される。職員は制服を着ず、若い職員には伝統料理を利用者が教える、というように家庭的雰囲気尊重される。視察したデイサービスセンターとプライエムの複合施設のうち、プライエムの方では、「できるだけ家庭的な雰囲気をつくる」、「自分でできることはやってもらう」の2つが目標にされていた。平屋建てで広く（共通スペースを含め一人当たり65㎡、全国平均は22㎡）、明るく快適そうな住環境が印象的であった（因みに、この複合施設は市から民間会社に委託されたものであり、ファールムは民間委託度も全国でトップの自治体である）。

以上のように、ファールム市では、住民の意思と自己決定を尊重しながら、最小の費用で最大の効果を図りつつ、水準の高い福祉サービスを実現している。

Ⅲ 考 察

前節においては、保健福祉施策・活動において先進的な取り組みをおこなっている高知県内外の市町村を取り上げ、その保健福祉施策・活動の形成過程と

内容を分析してきた。本節では、各地域の特徴を考察し、今後の中山間地における高齢者保健福祉の課題と方向を明らかにしたい。

その際、第一に、前章までの各地域ごとの分析をふまえ、保健福祉施策の基本となる計画の策定・合意形成・管理プロセスに考察をくわえる。とくに、政策的意思決定プロセスにおける住民参加のあり方がポイントになる。第二に、その計画を実施してゆくうえでのエンジンの役割を果たす保健・医療・福祉の連携システムの考察をおこなう。ハード面とソフト面における連携のあり方がポイントになる。第三に、住民自身による保健福祉活動についての考察をおこなう。高齢者保健福祉サービスの総合的、効率的提供を実施してゆくためには、介護保険を中心とするフォーマルサービスだけでは十全な機能を果たせず、住民自身によるインフォーマルな保健福祉活動が、予防面からの基盤的役割と、住民のきめ細かい生活ニーズへの補完的役割を果たす。とくに、住民自身の自発性・主体性・継続性を促す動機づけのあり方や、その条件の確保がポイントになる。

住民が納得する保健福祉ビジョンを策定し、それを効率的に実行するための保健・医療・福祉システムを整え、さらに、住民自身が主体的に保健福祉活動に取り組める領域と条件が整うならば、地域の福祉資源が効率的、主体的に活用され、持続的な活力が生まれる。そのような民主的効率性を生み出すことが、入所施設のサービスパッケージに匹敵する地域のサービスパッケージを創出する条件になる。

(1) 保健福祉施策の基本となる計画の策定プロセス

介護保険が始まるに際して、高齢者サービスのうち、保険料との関係上、介護保険でどこまで（種類）カバーし、その水準をどこにおくのか、保険外サービスの内容、水準、費用負担、担い手をどうするのか、あるいは保健活動の内容と水準や、住民との関係をどう築くのか、といった各市町村の保健福祉ビジョンは、その策定プロセスがポイントになる。なぜなら、そのプロセスで、住民の十分な参加や合意形成が得られることによってはじめて、住民に根付く形で円滑な実施が可能になるからである。その経験は、介護保険の中間見直し期

(2002-2003年度)や抜本見直し期(2004-2005年度),あるいは社会福祉法で2003年度からの策定が位置づけられた地域福祉計画にも影響を与える。

高知県西土佐村では,計画案全体を問う形ではないものの,市町村特別給付に関する村の重要判断を住民の意思と照らし合わせながら,最終決定を下している。もし,行政や議会の判断のみで,既決事項として住民が知らされていたならば,混乱を招いたことであろう。

高知県梶原町では,保健福祉分野のマスタープランを策定するプロセスで,アンケート調査結果を正面から見据えることで,住民のニーズをしっかりと把握して活かす作業をおこなった。その経験は,地域福祉計画策定の際に摺り合わされることになるであろう「里づくりプラン」の評価・再検討にも活かされるであろう。

高知県香北町では,住民が主体的に担う健康調査活動により,ADLだけでなくQOLまでが把握され,必要に応じて保健福祉サービスにもつなげられている。住民の生活の本質に関わる調査が今後の各種福祉計画の見直しや策定にどう結びつついてゆくのが注目される。

長野県松本市では,そもそも福祉とは何か,ということから始まり,松本では何が大切か,住民には何ができるか,行政は何をやるべきなのか,といった松本型福祉ビジョンが,市民と職員が対等の立場で自由に話し合う懇話会のなかで,ひとつずつ固められていった。市民自らが寄り集まって,自分たちのまちをどうしてゆくのかを考え,提言に結びつけた経験が市民のなかで自信を生み出し,地域に根ざした福祉活動を可能にしたと言える。

茅野市の場合は,様々な領域で活躍する市民集団約180人が専門部会に分かれて,調査活動や地区福祉懇談会を通じて市民のニーズを吸収し,高齢者,障害者,児童の各福祉分野全体を視野に入れたマスタープランを作り上げた。これは,まさに社会福祉法に規定された地域福祉計画を先取りするものとなっている。松本市と同様,自分たちのまちの最も基本となる福祉ビジョンを自己決定したことが,その後の実際の福祉のまちづくりを押し進める原動力となっている。今後の計画の着実な実行と点検,見直しのプロセスにおいても,市民主義が貫かれてゆくかどうか注目される。

岩手県遠野市では、第一次老人保健福祉計画の評価と課題分析を市職員間で十分におこなったうえで、介護保険をふくむ第2次計画の策定にあたっては行政内部の壁を取り払ったうえで、二段階のニーズ調査、二次元の懇話会形式による住民の意見反映、という手堅い手法を用いている。二度目のニーズ調査では、介護保険利用料の負担能力とそれに基づく有効需要を把握できたために、その結果は低所得者対策や、より実態に合わせた基盤整備計画として活かされている。そして、行政内部の壁と行政・住民間の壁という二重の壁を取り払って策定された計画は、生活関連部門の総合的連携と住民の協力体制を視野に入れた包括的なプランとして結実している。

岩手県宮古市の場合は、介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画の策定から、合意形成、管理に至るまで、計画進行の節目、節目で周到的な市民参加手続きを組み込んでいる。策定過程では、「策定懇話会」メンバーの過半数を一般公募市民にあてている。合意形成過程では、初期の制度説明、中間段階の計画案の提示、そして計画案変更への合意形成、という3段階の手続きを踏んでいる。一般に、計画案そのものが住民に提示されることなく実施にだれ込む市町村が多いなかで、計画概要版をきちんと作成して、適時に住民に案を問うという正当な手続きを踏んでいる。さらに、計画管理プロセスにおいても、市民公募というオープンな手続きをふまえている。そのような市民に対するクリアな姿勢が、市民発案のユニークな苦情・相談システムを生み出すに至っている。今後の計画見直しや、地域福祉計画の策定のなかでも、手続き的民主主義が確保され、市民のユニークな発想が醸成されることが期待される。

デンマーク・ファールム市では、市民会議や訪問調査を通じて、市民の意志と自己決定を尊重したまちづくりを進め、最小の負担で最大のサービス効果を生みだしている。

以上のようにみえてくると、福祉ビジョンが住民のなかから生まれ、地域に根付いてゆくためには、行政が市町村住民を信頼し、対等な立場で共同作業や話し合いをおこなったり、住民主体の調査活動やワークショップを用意することが有効であり、少なくともタイムリーな合意形成機会を用意して、情報をきちんと提示しながら、負担と給付のあり方を正面から問いかける必要があること

がわかる。

コンサルタント会社への計画作成の投げ売りは論外だとしても、一般的によく見られるように、行政担当部局や形式的な委員会承認（および形式的な住民説明会）で計画を仕上げってしまう方法は有効ではない。そのような方法では、住民が計画実施後も計画を見ることなく、その存在すら知らないことも多い。計画書を受け取ろうとしても、当初から配布対象を少なく見積もって早くから在庫切れになったり、住民への提供を渋る自治体すら存在する。そのような自治体では、行政の壁が厚く、職員が住民と対等な立場に立っているとは決して言えない。誰のための計画なのかすら理解できていないと言える。

計画が住民のなかで浸透しない限り、計画は生きず、結果的に福祉施策への不満が高まれば大幅な修正を余儀なくされるという意味で、非効率でもある。とりわけ、住民自身の主体的な保健福祉活動に関わる部分については、計画段階での合意形成が不可欠であり、今後、地域福祉計画の策定においても、そのことが試される。住民の参画を保障することが、効率的なサービス実施と住民の円滑な協力に通じる、という民主的効率性の視点が、先進事例から導き出される教訓である。そのことが保健福祉分野のみならず、地域政策、地域活動一般にも当てはまることは、秋田県鷹巣町の多様なワーキンググループ活動によって証明されている^(注3)。

(2) 保健・医療・福祉の連携

サービスの実際の提供過程においては、保健・医療・福祉が機能的に連携することによって、個々の住民に対する総合的なサービスが効率的に提供される。保健に力を入れることにより医療・福祉コストを縮小することができるし、医療が必要になれば迅速にスイッチし、さらに福祉の受け皿をきちんと用意しておくことにより医療部門からの移行をスムーズにすることができる。そのような守備範囲を明確にしたうえでの連携が合理的、効率的な資源配分を可能にする。その際、各機関間の移動コストと情報コストによる非効率を補ううえでも、ハード面とソフト面の連携が有効であり、それと各地区ごとの小地域福祉活動が有機的に組み合わせられることが重要である。

高知県西土佐村の場合、ハード面では、保健・医療・福祉の関係機関が一地区に集中して総合ゾーンを形成しており、しかも互いに廊下伝いに行き来できるようになってきている。ソフト面では、週1～2回のペースで、その関係機関の職員が一同に会し、サービス担当者会議や連絡会が開かれ、保健・医療・福祉関係者間の連携が図られている。住民からすれば、このゾーンから、すべてのサービスを利用することができる。関係職員にとっては、移動コストと情報コストを合理化することができるうえ、同一ケースについて関係者全員で問題認識を共有することができる。

高知県梶原町では、保健福祉支援センターの設立により保健福祉業務が一元化され、ワンフロアで関係職員が業務遂行できるうえ、町立病院の併設により、保健・医療・福祉が連結した包括ケアが可能になっている。健康教育や訪問活動なども、関係職種が効率的に連携をとりながら共同作業を円滑に実施することが可能になっている。

高知県香北町では、高齢者の総合的な活動能力を評価する「健康長寿検診」、健康状態や日常生活自立度、生活変化などを毎月調査する「高齢者日常生活調査」、そして、ADL、IADLからQOLに至る包括的な健康度を毎年調査する「長寿アンケート調査」といったユニークな調査をコンピュータも使って活用することにより、科学的、包括的な住民の生活能力・状態把握が可能になり、保健・医療・福祉関係者のネットワークのなかで共有できるようになっている。独自の調査方法を駆使することにより、ソフト面での連携手段を確保していると言える。

長野県松本市の場合、地区「福祉のひろば」を拠点に、福祉コーディネーター、社会福祉協議会、保健婦、市専門員などの連携やチーム支援が可能になっており、地域に入ることにより、住民との連携も深められている。地域保健福祉分野において、ハード面での拠点があることにより、住民も含めたソフト面での連携が可能になっている。

長野県茅野市では、ピーナスプランに基づき、市民の生活圏を5階層に分け、重層的なサービス提供を可能にしているが、その中心になる第3階層の「保健福祉サービスエリア」「保健福祉サービスセンター」では、市職員（コーディネ

ネーター)と社協職員(ネットワークャー)が連携を図ることにより、フォーマル・サポートとインフォーマル・サポートの一元的提供・調整が可能になっている。健康づくりから、介護保険、障害者・児童福祉を含めた総合相談・支援機能をもつ。市内4区域に中間エリアとセンターを独自に設定するハード面の整備により、市本部機能と社協機能の一部を統合するソフト面での保健福祉の連携が身近なエリアで可能になっている。人口規模が大きく面積の広い地域では、このような中間エリアの創出が有効な手段として参考になるだろう。

岩手県遠野市では、保健・医療・福祉関係機関を同一施設内に統合したハード面の整備(遠野健康福祉の里)により、保健婦・看護婦・ヘルパーなどのソフト面での連携が効率的におこなえるようになっている。また、市内2地区ずつを担当する地域型支援センターとの連携も図られている。

岩手県宮古市では、市の苦情相談窓口、「サービス向上委員会」、在宅介護支援センター、そして「まちかど相談所」という4次元の苦情相談拠点を設けることにより、住民にとっては、選択的なサービス利用支援が得られるとともに、4部門間および部門内の連携が図られている。苦情相談にもとづくサービス向上局面における連携と言うことができる。とくに、向上委員会内部に住民代表、サービス事業者代表、公益代表が参画することにより、公平な立場で効率的な苦情処理を可能とする条件が整えられている。

沖縄県平良市では、「ひとにやさしいまちづくり研究会」や「在宅健康管理システム」、各種専門家会議を通じた保健・医療・福祉の連携がおこなわれている。

デンマーク・ファールム市では、医師、看護婦、ホームヘルパーのチームによる訪問活動により、利用者の自己決定を尊重しながら、介護予防や在宅サービスの効率的なサービス提供が可能になっている。

以上みてきたように、保健・医療・福祉の3部門間または2部門間の連携による効率的で総合的なサービス提供を確保するためには、人口規模や地理的条件を考慮しながら適切な位置に総合的なセンターや拠点を配置すること(ハード面の連携)が有効である。そして、合同会議・研究会や、各専門職が生かせる調査手段の共有、コンピュータ・端末機による情報化、チームアプローチや

共同行動、相互連絡体制や人事合流などの様々なソフト面の連携手段が可能である。それらを参考に、各市町村の条件に合わせた選択やアレンジ、新基軸が検討されてよいだろう。

このような連携により、移動コストや情報コスト（経済学用語でいう取引コスト）が節約され、効率的なサービス提供の条件が生まれる。しかし、連携が常態化するなかで「慣れ」が生まれるならば関係者・機関の相互牽制・相互緊張が弱まり、情報の守秘徹底やサービス内容全体の客観的なチェック、掘り下げたケース検討、専門性の維持向上といった諸機能が弱まる危険性がないとは言えない。もし、そうなれば、合理的なサービス提供に支障が出る可能性がある。連携のメリットを活かし、デメリットの可能性を防止するためには、連携システム全体の定期的なモニタリングや個別研修の強化が欠かせないだろう。

(3) 住民による保健福祉活動

保健・医療・福祉システムが住民全体にとって有効に機能するためには、行政やサービス事業者、あるいは、それらを核とするセンターからのフォーマル・サービスだけでは十全な役割を果たしきれず、住民自身によるインフォーマルな小地域福祉活動や協力が欠かせない。とりわけ、それは保健・予防活動や身近な生活支援や見守りの局面で重要な意味をもつ。その点から、各地域の事例を振り返ってみよう。

高知県西土佐村では、各地区保健推進委員を軸に、学習を基盤に据えた健康のまちづくりが推進されている。健康づくり活動計画に基づき、住民が自主的に地域調査、実習、学習会などを企画・運営したり、活動・研究発表や修得内容を地区・家庭へ持ち帰ることを通じて、地区住民の健康意識や行動に前向きな変化が表れ、村全体で、心身機能の維持や医療費の低下という効果を確実に生み出してきている。そのような健康づくり学習の定着には、診療所の医師のリーダーシップも重要な役割を果たしてきた。いずれにせよ、自らが調べ学び実行するという習慣形成が、自覚と自信を生み出し、住民の主體的な健康づくりを推進する動因となっている。

高知県壽原町の場合も、住民による健康推進委員活動が重要な役割を果たし

てきた。任期2年のうち、1年目は研修や実習が中心で、2年目は検診参加など実践的な活動をおこなう。その活動は3段階の発展のなかで、福祉活動や環境問題・生涯学習へと視野を広げてゆくことになる。その過程では、県駐在保健婦がキー・パーソンとして大きな役割を果たしてきた。いずれにせよ、保健婦と二人三脚になって、住民自身が学習、問題発見、保健活動に主体的に関わったことが大きな自信になり、豊富な経験者層を形成している（原則として再任がない）。その結果、きわめて高率の受診率を達成してきている。

高知県香北町の場合は、町独自の生活・健康度調査を、「長寿計画推進委員」や「町健康推進員」として住民が主体的に担っているという特徴がある。そのことにより、住民に科学的な調査の素養が育まれると同時に、生活の質全体を見直す広い視野が生まれる。高知医大スタッフの協力も重要な役割を果たしている。

長野県松本市の場合は、地区エリアの「福祉のひろば」と町エリアの「町会福祉」の2段階での健康・予防・生活支援活動が、住民の地域に根ざした保健福祉活動を活気づけている。「ひろば」における「地区福祉コーディネーター」もポイント機能を果たしている。活動拠点や活動エリアが明確になっていることが、住民の活動対象・範囲を明確にし、まさに自分たちの地域づくりを実感できることになる。

長野県茅野市では、5階層の生活圏のうち、第4階層の「地区」、第5階層の「行政区・自治会・分会」が、住民の自主的な見守り、健康・生きがいづくりの場として、保健福祉活動が展開されている。

岩手県遠野市では、ヘルスプロモーションの一環として、地区センターを拠点に「地域いきいき会議」が設けられ、住民の協力体制が築かれている。そして、介護環境が整備されるなかで、安否確認、防災対策、介護予防活動、ボランティア、福祉学習など多様な活動が住民の主体的協力のもとで展開されている。

岩手県宮古市では、「まちかど相談所」として、地域の薬局・薬店が、いわばプライマリ・コンサルティング機能とも言うべき重要な役割を果たしている。市民も、運動普及推進員を通じた「サーモン・ウォーキング」などの主体的活

動に取り組んでいる。

沖縄県平良市や読谷村では、「ゆいまーる」精神を基礎とする住民の自主的な保健福祉活動が活発に取り組まれている。

以上みてきたように、住民の主體的な活動が地域のなかに定着してゆくためには、健康等の推進員制度のようなものが、住民に役割意識を付与し、知識と経験、自覚と自信を育てることを通じて、有効に機能することがわかる。そのような活動を軌道に乗せるうえで、医師や保健婦、福祉コーディネーターといったキー・パーソンが存在して、呼び水的役割を果たしていることも重要なポイントになっている。いずれにせよ、住民自らが学び、調べ、実行するというプロセスを経験する機会をもつことが、能動的な地域福祉形成の原動力を醸成する。住民の役割システム、キーパーソン、活動拠点などの条件がそろえば、地域を巻き込んだ保健福祉活動が発動・持続する可能性は大きい。

しかし、時代の変化や価値観の多様化のなかで若年世代や次世代への継承・発展をどう実現してゆくかという課題が現れ始めている。また、女性主導で、男性の参加度合いが相対的に低いという問題もある。若年世代が魅力を感じる活動内容の再検討が、若年世代の発案をも引き出す形でおこなわれる必要があるだろう。若年世代からの生活習慣病の増加は、それを可能にする客観的条件にもなっているのではないか。共働き世帯の増加のもとで、負担が大きくなるような活動スタイル（たとえば、活動時間を柔軟に設定できて、自分の興味と関心に応じて選択できるボランティア・サークル的なスタイル）も求められるだろう。男性が参加しやすい健康づくり活動も工夫の余地があるだろう。検診にしても、集団検診というスタイルだけではなく、個人の選択を尊重した個別検診のオプションが工夫されてよいだろう。そして、橿原町や松本市の取り組みにみられるように、個々人だけに焦点をあてた保健福祉アプローチではなく、環境や文化、まちづくりという広い視点から保健福祉を捉え直すという大胆な発想も、今後の保健福祉活動・施策のあり方を示唆している。

(4) 民主的効率性の条件

全体を通じて言えることは、地域のニーズを吸い上げ、保健福祉ビジョンを

策定、実行、点検するプロセスで、できる限り住民の参加と合意形成を図ること（政策遂行プロセスにおける住民参加）と、住民自身の保健福祉活動においても、民主的議論を通じて、住民の「役割」と担当「エリア」を明確にし、「キーパーソン」や「拠点・手段」を確保しながら住民の主体的福祉力を育むこと（保健福祉活動への住民参加）が、住民の主体性と責任を引き出し、生き生きとした福祉のまちづくりに結びつくということである。同時に、保健・医療・福祉の間の「壁」、行政と住民の間の「壁」、行政内部の「壁」を取り外すことが、サービスの重複を防ぎ、移動・情報コストやトラブルコストを縮小する（行政内部の「壁」に関していえば、茅野市などのように高齢者、障害者、児童を視野に入れ、一元的、総合的な相談・調整体制を組むことがたらい回しを防ぐし、遠野市などのように生活関連諸部門全体がビジョン策定・実施に協力することが有機的連携による資源配分を可能にして非効率を防ぐ）。また、宮古市のまちかど相談所のような、住民にとって最も身近な保健・医療・福祉の相談拠点があれば、いわば「プライマリ・カウンセリング」機能が期待でき、早期対応を可能にする。

このうち、「役割」とは、西土佐村、禰原町、香北町で積極化がみられるような保健等の委員活動に好例を見ることが出来る。住民自身が企画し、学び、調べ、実行し、点検するという活動が住民の知識、自信、責任を深め、そのことを通じて、住民の行動、意識、価値観、生活スタイルなどが健康と福祉を主体的に捉える状況が生まれるならば、それは、保健福祉文化の形成を意味する^(註4)。その結果、地域の潜在的な保健福祉力が顕在化し、行政や予算の限界を補う人的な地域資源が発動する。

「エリア」とは、いわば、「公助エリア」、「共助エリア」、「自助エリア」とも言うべきものに分けられる。「公助エリア」は、市町村が最も責任を負うべきエリアで、市町村全域で、あるいは他市町村との間で調整しながら、市町村全体で必要なサービス量を確保し計画管理を図るエリアである。「共助エリア」は、市町村、住民、事業者、非営利組織などが協力しながら、そのエリアの住民が主要なサービスをマネジメントされながら自足できるエリアであり、要介護者にとって基本的なエリアとなる。「自助エリア」は、とくに住民自身

の保健福祉活動領域であり、介護予防、生活支援、生きがいづくりなどが主体的に取り組まれるエリアである。とりわけ「自助エリア」が明確になっていることが、住民自身の自治意識や目的意識を明確にすることにつながる。どの次元でどの主体が何を担うのかという守備範囲を明確にすることが、ニーズに合ったサービスを過不足なく効率的に提供することや住民の主体的力量の喚起に資する。

「キーパーソン」とは、地域に積極的に関わりをもってゆこうとする医師、保健婦、地域福祉コーディネーター、首長、福祉職員、研究者などを指す。事例でもみたように、そのようなキーパーソンが一人でもいることが、住民の主体的活動に契機をもたらす。その場合のキーパーソンとは、万事を決めて請け負う個人プレーヤーではなく、ヒントを示しながら住民の主体性を引き出せる知的、精神的支援者である。そのようなキーパーソンを一人でも多く地域の中に育てることが、保健福祉のまちづくりに合理的支柱を与える。

「拠点」とは、松本市の福祉のひろばや読谷村の公民館（長野県でも全体的に、公民館活動が保健福祉活動の基礎を形成している）、高知市の宅老所などに好例を見いだせる。明確な活動拠点があることが、住民活動を円滑にする。「手段」とは、香北町のような情報ネットワークや、小地域福祉活動に見られる人的ネットワーク^(注5)を例に挙げることができる。沖縄県のゆいまーるのような風習も、適切な表現ではないが、ソフトな手段になる。いずれにせよ、住民がその地域独自の福祉形成をおこなう手綱を確保していることは持続性を担保する。

短期的には、住民の民主的合意形成にもとづく福祉システムづくりは非効率にみえても、長期的にみれば、住民の意識と力に深く根ざした安定した福祉のまちづくりを可能にし、地域の潜在的な福祉資源を掘り起こしながら、効率的、能動的なサービス提供を実現してゆく。その際、同時に、上述の3つの「壁」を民主的に取り除くことも、効率性を生み出すうえで有効である。以上を図式化すれば、以下のようなになる。

介護保険・地域福祉における「民主的効率性」の条件

①福祉ビジョンへの住民参加と合意形成

住民と行政の「壁」を取り外す→主体的参加による不満・トラブルコストの縮小
 計画実行への能動的な参加や関心・チェック
 計画の実効性の高まり（計画のやり直しコストの縮小）



納得に基づく主体的力量の効率的発揮

行政内部の「壁」を取り外す→縦割り行政（たらい回し、非効率）の排除



機動的な総合的生活支援

②計画の効率的実行

保健・医療・福祉の連携→効率的資源配分，移動コスト・情報コストの縮小
 ハード面の連携：建物の一元化あるいは地域拠点への集中
 ソフト面の連携：合同会議，情報共有，相互連絡体制，共同活動

③保健福祉活動への住民参加

「役割」：住民が自ら学び，調べ，企画，実行，点検→地域の潜在能力の発揮

（住民の客体化→主体化）

「キーパーソン」：医師，看護婦，保健婦，首長，役場職員，社協職員，ボランティアコー
 ディネーター，サービス従事者，ケアマネジャー，研究者，その他の
 なかから，「地域の中に入り，住民の主体性を引き出せるヒントを発信」
 できる人を一人でも多く地域のなかで育てる

「エリア」：「公助エリア」行政中心，「共助エリア」行政・事業者・住民の協働「自助エリ
 ア」住民自身の主体的活動

→場と活動内容の明確化による効率的，主体的サービス活動

「拠点・手段」：自主的活動の拠り所となる場所や，調査・ネットワーク手段を確保



【①②③の総合的效果】

ADLの維持向上，検診受診率の向上，疾病予防の充実，医療・福祉コストの低下，健
 康福祉に関する意識・知識・実行力の向上，QOLの向上，健康福祉のまちづくり



住民の意識，行動，生活スタイル，まちづくりが健康福祉の面でも向きに変化
 （保健福祉文化の形成）

(注)

- 1) たとえば、高知県では、計画上の在宅サービス利用見込み量(訪問・通所系サービスは週あたり利用回数、短期入所は月あたり利用回数)に対する2000年11月分の利用実績は訪問介護57.4%、訪問看護40.8%、訪問入浴229.1%、訪問リハ30.7%、通所サービス112.1%、短期入所36.7%となっており、訪問入浴と通所サービスを除けば3～5割と低調傾向にある。これに対し、施設入所サービスの同年月の利用実績は、計画利用見込み(利用人数)に対して、老人福祉施設98.7%、老人介護施設131.7%、療養型病床群94.3%、入所施設全体で102.8%と、計画をすでにほぼ達成している(高知県資料)。全国的にも、在宅サービスが予想以上に伸び悩み、施設入所が予想以上に進んでいる傾向が明らかにされている(「朝日新聞」2001年3月4日・8日付、「読売新聞」2001年4月1日付)。
- 2) 「民主的効率性」という概念は地方財政論の文脈で、効率性だけでなく民主性も必要だという趣旨で用いられる場合がある(坂本忠次『現代地方財政論』青木書店、1986年、p.100)。ここでは、それを一歩進め、後者が前者を条件づける可能性を積極的に論証しようとするものである。それは、また、財政問題などの文脈で、両者のトレード・オフを主張する論調への反証をも意味する。たとえば、J. M. Buchanan & R. E. Wagner, *Democracy in Deficit — The Political Legacy of Lord Keynes*, Academic Press, Inc., New York, 1977(深沢実・菊池実訳『赤字財政の政治経済学』文眞堂、1979年)では、法的歯止めがない限り、政治家の大衆迎合的行動が「赤字づけのデモクラシー」をもたらすと主張されているが、単なる政治家の選出という形式的民主主義の次元を超えて、とくに地方レベルの個別政策プロセスや主体的活動領域への住民参画という積極的民主主義が進めば、効率性にプラス効果が生まれる可能性がある。アマルティア・センは、インドなどを事例に、政治や報道の自由が飢饉などの生活困難を防いできたことを論証したうえで、公平性要求と財政保守主義とのジレンマを解決してゆくためには、両者のバランスを決める意思決定過程に参加する自由を保障することの重要性を指摘している(拙稿「アマルティア・センの福祉経済思想に関する一考察」『高知論叢』第60号、1997年)。それは、筆者の問題意識にひきつけて解釈すれば、民主的環境が、社会的コストの増大や、合意に基づく協力のない非効率な政策決定を防ぐという意味での民主的効率性を示唆するものと言える。ここでは、それを介護保険・地域福祉の文脈で主要テーマとして正面から据え、積極的に論証しようとするものである。なお、本稿は、水谷・田中・玉里・時長『「介護保険」から「保健福祉のまちづくり」へ』(自治体研究社、2001年)で筆者が担当した市町村の事例分析を縮小しつつ再度取り上げたうえで、高知市、平良市、読谷村、ファールム市の事例分析を追加し、「民主的効率性」を主題に据えて、その条件を明示的に導出しようとするものである。

- 3) 水谷利亮・永森直子・田中きよむ「中芸広域連合と介護保険制度—福祉の地域づくりシステムの構築に関する分析—」『社会科学論集（高知短期大学）』2000年，第77号，pp. 163-174を参照。
- 4) ここでいう「文化」は，文化的な行事や財，施設という狭い意味ではなく，人々の行動や意識，生活スタイルの主體的な一定傾向という広い意味で用いている。ガルブレイスは，「満ち足りた選挙多数派（the contented electorical majority）」が増加する下で，彼らの利己的な意識や行動が，貧困層や少数派に関わる政策プロセスに与えるネガティブな影響を分析している（J. K. Galbraith, *The Culture of Content*, 1992, 中村達也訳『満足の文化』新潮社，1993年）。本稿の事例分析を通じて導出される「文化」は，ガルブレイスと同様，人々の行動や意識などの一定傾向という広い意味あいでも用いながらも，保健福祉領域における，そのポジティブな側面を指し示している。それは，「制度内の努力も含めとくにその前後のインフォーマルな努力，ボランティアな努力など福祉全体にかかわる文化的努力」，QOL，自己実現、人権と関わる「全人的存在の具現としての創造性であり，全面的な活動のさまざまなものを包含した概念」といった，一番ヶ瀬康子の捉え方（一番ヶ瀬・河島・小林・園田編『福祉文化論』有斐閣，1997年，序章，終章）にも通ずる。
- 5) 高知県では，日高村，土佐町，葉山村，田野町などが，小地域福祉ネットワーク（社協，民生委員，住民が協力して，高齢者や障害者の状況やニーズを把握し，連絡・相談・対応システムを築く）に積極的に取り組んでいる（拙稿「介護保険制度の現段階」『高知論叢』第68号，2000年，pp. 92-94）

（参考資料等）

宮原伸二「これからの健康づくり —わかりやすい活動の手引—」（三輪書店，1994年），西土佐村保健センター「西土佐村健康白書 —10年（1985～1994）の活動評価—」，同「明日へ向けて—平成12年度保健センターのしごと—」，西土佐村「合併40周年記念西土佐村勢要覧1998」，同「高齢者生活実態調査」，同「西土佐村高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」，梶原町勢要覧「雲の上のまち」，高知県須崎保健所・梶原町「笑顔を未来へ —ゆすはらの人々と共に歩んだ日々—」，梶原町「健康文化の里づくりプラン」及び「資料編」，同「高齢者保健福祉計画 & 介護保険事業計画」，香北町「健康長寿計画」，同「高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」，高知市「高齢者保健福祉計画」，松本市「安心いきいきプラン松本（高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画）」，同「福祉ビジョン提言書」，同「福祉の青い鳥を求めて」，同「地区福祉ひろば事業概要説明書」，茅野市「第2次老人保健福祉計画・介護保険事業計画」，同「福祉21ピナスプラン（茅野市地域福祉計画）」，遠野市「ハートフルプラン2000（第二次老人保健福祉計画・介護保険事業計画）」，遠野市健康福祉の里「平成11年度 主要事務事業の概要」，中島修「老人保健福祉

計画見直し及び介護保険事業計画の策定についてー岩手県遠野市の場合ー」（地域福祉新事情），鷹野吉章「包括的地域ケアシステムの構築に関する研究（その1）ー遠野市の事例を中心としてー」（第14回日本地域福祉学会報告資料），宮古市「いきいきシルバーライフプラン（老人保健福祉計画・介護保険事業計画）」，同「介護保険実施状況報告」，同「いきいきシルバーライフ推進協議会条例」，同「介護保険サービス向上委員会設置要綱」，同ホームページ（<http://www.city.miyako.iwate.jp>），「朝日新聞」宮古市関連記事1999年10月30日付，2000年1月16日・4月3日・4月4日付，平良市「介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画」，同「第3次総合計画」，「新宮古風土記」（近代情報，1997年），読谷村「保健福祉計画」，同「介護保険事業計画」，同「村勢要覧」，上地武昭「沖縄の地域福祉と社会教育ー地域住民の主体形成活動としての字公民館活動の現状と課題を考えるー」，山内美恵子「字公民館を利用したミニデイサービス事業（ゆいまーる共生事業）の実施について」（ともに川添雅由編著『沖縄の地域福祉実践』沖縄県地域福祉学会・社会福祉協議会発行，1997年，所収），喜名誌編集委員会『喜名誌』（喜名公民館発行，1998年），西澤秀夫ほか『世界の社会福祉6 デンマーク・ノルウェー』（旬報社，1999年），その他，各市町村資料

