

2012年度 社会構築論系
地域・都市論ゼミ
ゼミ論文

コミュニティの力を活かした「地域包括ケア」の仕組み

～「線」から「面」を目指す長野県茅野市を事例に～

主査 浦野正樹 教授

早稲田大学文化構想学部 社会構築論系
地域・都市論ゼミ
1T095027-7
山森 有夏

目次

序章

- 1 問題意識
- 2 研究目的と研究対象

第1章 地域医療が抱える問題

- 1.1 医療制度上の問題
- 1.2 地域医療の現状

第2章 「地域包括ケア」

- 2.1 「地域包括ケア」のはじまり
- 2.2 長野県における成果とその要因

第3章 長野県茅野市における「地域包括ケア」

- 3.1 茅野市の地域的特性
 - 3.1.1 茅野市の概要
 - 3.1.2 茅野市の医療と健康に関する概況
- 3.2 【保健】保健補導員活動と公民館における生涯教育活動
- 3.3 【医療】諏訪中央病院を中心とした地域医療
- 3.4 【地域福祉】市民主導で福祉課題解決—第1次「福祉21 ビーナズプラン」

第4章 「線」から「面」へ —第2次「福祉21 ビーナズプラン」における課題

- 4.1 地縁型コミュニティによる地域福祉課題の解決
- 4.2 いま、直面している課題

第5章 茅野市における地縁型コミュニティ

- 5.1 茅野市における区会制度
- 5.2 仲町区という地縁型コミュニティ
- 5.3 本町区における福祉推進委員の活動
- 5.4 区会で活躍する高齢者からコミュニティの力を考える

第6章 これからの「地域包括ケア」を考える

- 6.1 コミュニティがもつ二種類の力
- 6.2 コミュニティの力を活かした「地域包括ケア」の仕組み

第7章 まとめ

- 7.1 まとめ—本論を概観するチャート
- 7.2 本論執筆の意義と残された課題

謝辞

参考資料・URL 一覧

脚注一覧

序章

1. 問題意識

筆者の地元は北海道赤平市である。このまちは、フジテレビドラマ『北の国から』で有名となった富良野市から一つ隣（芦別市を挟む）に位置し、かつては、人口 8 万人が暮らし、賑わう産炭地だった。今や人口 1 万 2 千人（2012 年 11 月時点）、高齢化率 37.1%（2009 年時点）、2018 年には人口 1 万人、高齢化率 45.9%になると予測される、過疎・衰退が著しいまちである。2006 年、自治体として日本で初めて財政破綻した旧産炭地、北海道夕張市を知るひとは少なくないだろう。赤平市と夕張市が属する北海道空知地方は、旧産炭地が集中しており、どのまちも閉山後、経済低迷、人口流出、少子高齢化の急速な進展に見舞われた。そして財政破綻の危機に陥った。今後一層、少子高齢化が進展する我が国においては、この旧産炭地の姿は、明日のわがまちの姿となるのかもしれない。

筆者は当初、一時「第 2 の夕張」といわれ、破綻寸前だった赤平市財政の赤字主原因が自治体病院であったことに関心を抱いていた。そこで旧産炭地をはじめ、各地の病院事情を調べた。すると、赤字を重ね、医師不足に悩みながら病院を運営している自治体が多々あったのである。なぜ自治体は病院を守るのか。それは、医療が日本国憲法第 25 条第 1 項（生存権）で基本的人権を保障する装置であり、「社会的共通資本」^{巻末}の一つでもあるからだ。すなわち医療は、人間が人間らしい生活を持続的、安定的に維持する上で不可欠な社会システムなのである。それゆえ憲法第 25 条第 2 項では、社会保障制度全般に対する国・地方公共団体の責任が明記され、これまで市場価値が乏しく民間参入が期待できない地域では、自治体が病院を経営してきたのである。だが今や自治体病院の多くが深刻な赤字経営の状態である。すでに自治体病院が倒産した地域さえある。こうして医療がまちからなくなるとき、私たちはその地域での暮らしを継続できるだろうか。片や医療を支える国の社会保障制度に目をむけてみれば、こちらにも国家の累積赤字を牽引するほどの危機状態だ。今後ますます社会保障費の担い手が減る一方、慢性疾患をもつ高齢者が増加し、医療費が増大していく状況にある。要するに、国家や自治体がパターン的に国民の生命を守る仕組みも揺らいでいるのである。では、このような社会で生きている私たちには一体何ができるだろうか。筆者はまず、医療を受ける主体として各々がこれからの医療の在り方を考えること、そして、従来への公に対する依存から自立・自律した新しい公共空間を構築し、共助の力を発揮させることだと考える。そこで注目したのが、保健・医療・福祉を連携・一体型システムとする「地域包括ケア」と、そのシステムにおける地域住民の活躍である。実際に市民主導によるまちづくりや「地域包括ケア」で先駆的とされる地域への観察を通して、今後の少子高齢社会における住民参加型「地域包括ケア」の在り方を考えてみたい。

2. 研究目的と研究対象

本論文における目的は以下の3点である。

- 1) なぜこれからの地域社会には「地域包括ケア」が必要なのか、その根拠となる制度的・社会的背景を明らかにする。
- 2) 研究対象地における「地域包括ケア」の実際、推進の秘訣、課題を明らかにする。
- 3) 「地域包括ケア」における住民とコミュニティの役割を考察し、コミュニティの力を活かした「地域包括ケア」のしくみを提言する。

研究対象は長野県茅野市である。同市は、1995年から「パートナーシップのまちづくり」という市民主導によるまちづくりを実践し、保健・医療・福祉の連携・一体化も全国に先駆けて推進しているまちである。なお、今や全国各地に設置されている「地域包括支援センター」のモデルにもなった「保健福祉サービスセンター」の構想は、茅野市の住民同士による議論から誕生したものである。

また、茅野市を含む長野県は、かねてから長寿で医療費が低い都道府県として知られる。その背景にはまず、地域医療のフロンティア若月俊一氏が活躍した佐久総合病院や茅野市の基幹病院である諏訪中央病院といった医療機関を中心として広まった在宅ケアの推進や健康・疾病予防教育があり、そして保健補導員という住民による保健推進活動、さらには全国で最も数多い公民館を拠点にした生涯学習活動などもある。茅野市はその長野県の中でも、活発に活動し、成果を挙げているまちである。こういったことから本研究の主旨にふさわしいと考えた。

【図1】長野県茅野市

ピンク色が茅野市のエリア。地図上右側には八ヶ岳連峰や別荘地である蓼科、左上方には、諏訪湖を囲むように、諏訪市・岡谷市がある。

(出典) Yahoo ロコ!

<http://maps.loco.yahoo.co.jp/maps>
を基に筆者作成



* “住民” “市民” という語の使い分けについて

各語の使い分けには諸論あるが、本論文では、地縁に関わる地域居住者に焦点を当てていることから原則的に“住民”と表記する。但し、参考資料やインタビューの発言に“市民”という語が出てくる場合は、“市民”も用いる。本論文では両語を明確な差異のない語として扱いたい。

第1章 地域医療が抱える問題

第1章の目的は、本論執筆の動機となった、日本の医療制度や地域医療における問題への理解を深めることである。言いかえるならば、本章の目的は、本論文が様々にある社会問題のどの部分を扱っているのかを明確にすることなのである。第1章・第2章を展開するにあたっては、実のところ、健康長寿と関連する要因は医療環境の充実以外にあるということ、そして、地域医療が抱える問題における住民の当事者性についても言及し、住民は「地域包括ケア」における実践主体でもあることを示す所存である。そうすることで、本論文全般の基礎にある主張を提示したい。

1.1 医療制度上の問題

まずは、日本の医療保険制度の特徴と現状を把握するところからはじめる。

医療保険を包括する制度、社会保障制度の起源は、1601年にイギリスで制定されたエリザベス救貧法（別名 **Poor Law**）にあるといわれている。その後、当時のドイツ（ドイツ帝国やワイマール共和国）における社会保険制度誕生を経て、第2次世界大戦中であった1942年のイギリスで、「ゆりかごから墓場まで」で知られるベヴァリッジ報告が発表され、国民の最低限度の生活水準を国家が保障することを指す「ナショナル・ミニマム」、いわゆる「セーフティーネット」の考えが出来上がった。これが社会保障制度に対する世界的な歴史認識である。日本の社会保障もこの流れを汲みながら今日に至るが、現在の社会保障制度を規定しているのは、戦後制定された日本国憲法である。憲法第25条【生存権・国の社会的使命】がその部分にあたり、第1項で「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」と生存権の保障を明記し、第2項では「国は、全ての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と、社会保障制度全般に対する国や地方公共団体の責任を規定している。実際のところ、これらは非常に抽象的な表現であるがために解釈を要し、社会情勢が変化してゆく時代とともに、社会保障が担うべき事柄も変化しているのが現状である。この点に関し鎌田繁則は、現代社会保障の目的として合意されるものとして、「自立生活への支援・生活の安定・安心できる社会の実現」を挙げている（鎌田,2010,p6）。

我が国の医療保険制度は、公的扶助、社会保険、公衆衛生、社会福祉という4つの柱で構成され社会保障制度のうち、社会保険に含まれる。そして制度としての特徴は、すべての国民が被用者保険¹⁾や国民健康保険²⁾などといった公的な医療保険制度に加入し、いつでも必要な医療を受けることができる、国民皆保険制度を採用しているところにある。1961年にこの制度が実現して以降、保険証をもつ国民の誰もが、いつでも・どの医療機関へで

も受診できる上に、通常の保険適応診療であれば、自己負担は診療費のうち 3 割未満で済むようになった。もしかすると、日本で生まれ育ち、海外の医療制度下で生活した経験のない国民にとっては、この日本における医療制度を当然のことと思われるかもしれない。しかし世界を見渡してみると、非常に優れた医療保険制度だということがわかる。アメリカ、イギリスの例を挙げ比較してみよう。

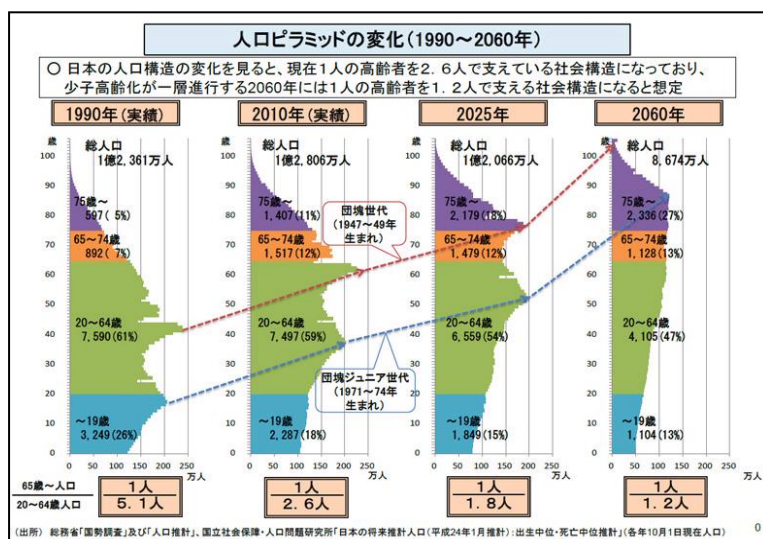
まず、世界の医療技術を牽引するアメリカでは、バラク・オバマ大統領が 2010 年から医療保険制度改革に着手しているが、それまでは国民 6 人に 1 人が無保険だといわれてきた。無保険ということは、いかなる治療費も全て自腹で負担しなくてはならないということだ。日本の場合、生活保護を受給することができれば、いつでも・どの医療機関へでも受診できる条件はそのままに、かかった医療費は全額免除となるため、アメリカよりもセーフティーネットが機能していると思われる。ただアメリカでも、無料の医療活動があったり、公的保険として、高齢者や障害者を対象とした「メディケア」と、低所得者を対象にした「メディケイド」があったりする。鈴木厚は、無保険者が 4700 万人いるアメリカでさえ無料の医療活動が行われていること、日本で国保料未納入世帯が増加している背景には、非正規雇用や失業といった雇用問題があることを鑑みて、日本の医療制度は「弱者を助ける相互扶助ではなく、弱者いじめ」だという（鈴木,2010,P88）。しかし、世界経済で中国や韓国に苦戦し、これから少子高齢化がますます伸展する日本で、相互扶助に必要なだけの負担を誰が背負えるのだろうか。もし北欧のように国民が高負担を受け入れるならば、日本でも高福祉を享受できる。だが現実には、今日消費税が 5%から先進国並みの 10%程度に上がる程度で騒ぎになる日本で、そのような福祉国家の発想は受け入れられるのであろうか。その点、北欧と逆のイデオロギーをゆくアメリカは、基本、自由診療を主とするので、高額な医療費を自力で支払うことができなければ、たとえ優れた医療技術が身近にあっても、それを受けることはできない³⁾。アメリカではそもそも、自分の身は最初から自分で責任を持たなくてはならないのである。

次に、NHS (National Health Service) という公的サービスにより、医療費は原則無料となっているイギリスだが、こちらは、何はともあれ、まずかかりつけ医 (GP: General Practitioner~ゲートキーパーと称される) の診察を受けなければならない。専門医の診察を受けるまでに数日 (かつては数週間) を要すともいわれている。緊急時でも例外はないようである。要するにイギリスでは、誰でも医療を受けることはできるが、受療における時 (いつでも) と場所 (どこへでも) には制限が加わるのである。一方、いつでも・どこへでも受療できる日本では、まるでコンビニへ行くかのような気軽さで夜間の救急病院へ行く者や、明らかに非緊急で、生命の危機状態でもないにもかかわらず、タクシー代わりに救急車で来院する者もいる。モラルは問われるものの、行動自体は消極的に許容されているのが現実だ。イギリスの場合、そもそもこういった受療行動自体が不可能なのである。

本章ではアメリカやイギリスのみの紹介に留まるが、筆者が調べた限りにおいて、皆保険の元で誰でも・いつでも・どの医療機関でも自由に受診できる先進国は、日本の他にな

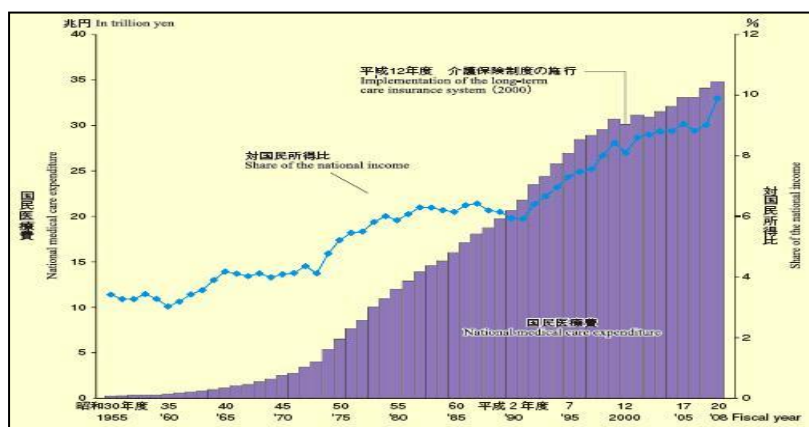
い。加えて、所得の 5 割を租税に割り当てる北欧に比べ、日本は所得の 3 割で、北欧と同じかそれ以上の長寿を維持しているのである。日本が世界トップクラスの長寿国になったのにはいくつかの要因があるといわれているが⁴⁾、この医療保険制度が国民長寿化の一要因であることは間違いなく、世界的にも高い評価を受けている。その一方で、保険医療を維持するのに不可欠な医療保険財政は極めて厳しい状況にある。その最大の理由は、これまで述べてきているとおり、高齢化の進展（【図 3】）にあり、高齢化とともに老人医療費をはじめとする医療費が年々増大している（【図 4】）からである。加えて、景気の低迷から医療費の主たる財源となる保険料収入が伸び悩んでいるため、医療保険制度持続が危ぶまれるほどの財政困難に陥っているのである。存続是非が審議されている後期高齢者医療保険制度は、医療支出を縮小させることを目指し作られた政策といわれる（鈴木,2010,p84）。

【図 2】人口ピラミッドの変化



(出典) 厚生労働省「社会保障改革 - なぜ改革が必要なのか?」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokukabunya/shakaihoshou/kaikaku_1.html

【図 3】国民医療費と対国民所得比の年次推移（昭和 30 年度～平成 20 年度）



(出典) 厚生労働省「我が国の保健統計」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/national/dl/22-06.pdf>

次に、保険制度がもつ公平性の担保に関して述べる。

医療保険を含む社会保障制度は、社会における不平等を是正し、公正・公平を担保するはたらきも兼ねている。したがって国民皆保険制度にも、疾病による金銭的負担を相互扶助するという意味が込められているのである。医療における公平・公正を考える際には、医療機関へのアクセスといった地理的問題と、所得格差による受療機会の不公平といった経済的問題を考えなくてはならない。

まず、前者の地理的格差という問題についてであるが、国でさまざまな対策がとられてはいるものの、公正・公平が担保されているとはいえない。その理由は、僻地と都市では、医療機関における設備水準や専門分化の面で差があることが明白だからである。換言すれば、高度専門化する医療技術へのアクセスに関しては、都市で暮らす住民のほうが圧倒的に優位ということである。また、専門分化以前に診療科目も地域偏在しており、僻地化してゆく地域では不採算領域とされる小児科・産科・救急医療（2012年の診療報酬改正では対策が講じられている）の医師不足は深刻な問題である。例えば、北海道のように広大な地方では、緊急手術が必要な患者をふさわしい病院まで搬送するのに1時間以上要す地域がある。救急患者にとっての数分は、時に生死を分ける時間損失である。つまり、僻地居住者は医療保険に加入するという義務を都市居住者同様に果たしていながら、医療アクセスにおいては不平等を被っているというのが現状なのである。しかし実際のところ、医療機関へのアクセスが寿命を左右するかというと、一概にそうとはいえない。事実、本論文で扱う長野県は可住地面積100km²当たりの一般病院数が3.5であり、全国平均の6.3よりも少ない（第2章2節参照）。

次に、もうひとつの格差、所得格差による受療機会の公平性である。早速だが、この側面は国民皆保険体制によって公平性が担保されている。したがってここで述べなくてはならない問題は、受療機会の不公平そのものではなく、受療機会を公平にしている制度上の問題ということになる。なぜなら、我が国の医療保険は、被用者保険と国民健康保険というルーツの違いから大きく5つの保険にわかれており（【図4】）、保険者によっては財政状況が厳しい状態にあるからである。なかでも財政状況が厳しいといわれているのが、自治体が保険者となる自治体国民健康保険（通称 自治体国保）と協会けんぽである。各保険加入者の内訳（【図5】）をみると、その理由がわかる。

自治体国保の加入者には低収入者が多く、その上、後期高齢者医療制度が適応される前の就労していない65歳以上高齢者がここに入るため、加入者の平均年齢が49歳と他よりも10歳以上高くなっているのである。ここ数年は、保険料を払えない低所得者が増加していることや、65～74歳の年齢階級別1人当たり医療費は43.6万円（平成21年度）と、全国民を対象とした1人当たり医療費29.6万円（平成23年度）よりも14万円高い⁵⁾ことから、自治体の保険財政は厳しいことが想像できる。さらにいうと、医療消費は65歳あたりから加速的に増加し、75歳以上が医療費全体の3分の1を消費しているのが現状である。なおこの比率は、75歳以上人口が総人口の1割であるの2010年に算出されたものであるが、

1.2 地域医療の現状

これまでのところ、医療制度というマクロな問題から、地域医療最後の砦である自治体における医療財政難までを述べてきたが、地域医療の現場では制度以外のミクロな問題も併せて起こる。繰り返して言うが、そういった問題が地域で多発し、まちから医療がなくなれば、私たちは安心してそのまちで生活することはできなくなるのである。そこで本節では、実際、地域医療の現場では実際どのような問題が起こっており、どのような原因が考えられるのかを述べていく。さらにそれらを踏まえて、本項では、住民は地域医療における問題に対してどのような関わりができるのか考えていきたい。

地域医療が抱える主要問題を端的に表現するならば、①「医師が足りない」、②「お金がない」である。この①と②の背景には、③「慢性疾患を抱えた高齢者の増加」、④「高度・専門化する医療」、⑤「権利意識が高すぎる住民」、といった問題がある。これらすべて表面化したのが、財政破綻直後の北海道夕張市における医療である。そこで、夕張市の経緯を随時照らし合わせながら、この5つの問題背景について考えていくことにする。

北海道夕張市は、2006年に600億円の実質債務を抱え、日本で初めて財政破綻した自治体である。夕張市は自治体病院を運営していたが、市が破綻した時、病院にも39億円の实質債務があった。当時、病院は171床9科を備える総合病院であったが、病院再建では、予防医学と在宅医療に特化した、19床の有床診療所（夕張医療センター）と40床の介護老人保健施設へ切り替えた。要するに、高齢化率39.7%（2005年国勢調査）、人口6700人のまちの規模に見合った医療施設にし、在宅医療を推進したり、介護施設も併設することで、加速する高齢化に対応する包括システムを構築したのである。この中心となってきたのが、地域医療を専門としている村上智彦医師である。余談であるが、かつて不健康であった長野県佐久市が、若月俊一医師による予防医療で健康になっていったように、夕張市の場合も、1人の医師が地域の医療を大きく変えているのかもしれない。さて、この病院再生に対し、アドバイザーとして参画した伊関友伸は、夕張市立総合病院が経営破綻した理由として「急激な人口減と立地条件の悪さ」、「医師の退職」、「看護師不足」「病院マネジメント能力の欠如」を挙げており、中でも、最も大きな要因は「医師の引き揚げ」だったと述べている（伊関,2007,pp98 - 106）。

先に、地域医療が抱える主要問題の一つは、①「医師が足りない」ことだと述べた。夕張のケースではこれが病院破綻最大の原因となった。無医になるとそのまちに住めなくなるが、医師が少なくなると病院が破綻するということだ。伊関は病院破綻の要因として「看護師不足」も挙げているが、こちらは人材不足という点で医師と同様の理由になるだろう。因みに、1人の医師が1日に得る診療収入は、平均で[入院]25万円、[外来]11万9千円⁸⁾＝合計約37万円ということである。

ではそもそも、なぜ地域で医師不足が起こるのか。その理由は大きく3つある。

1つめは、2004年に新臨床研修医制度が導入され、新人医師が研修を受けたい病院を選

べるようになったためである。この制度により、地理的に不便な地域や、指導医の質が低い医療機関へ新人医師が行かなくなったのである。一部には、交通アクセスが良くなるとも、充実した設備と優秀な指導医が揃っている病院や、「地域包括ケア」を学ぶのにふさわしい医療機関がある。しかし全国的には限定される。さらに医師が一部に集中しやすい別の理由として、若手医師の多くは、専門医というライセンス取得に向けて、十分研修が積める施設での就労を希望することや、日本の医学界では、初期診療で幅広く診ることができる実践的な臨床スキルよりも、専門的な研究スキルが高く評価される傾向であることも挙げられる。つまり、医師が集まる病院とそうではない病院の 2 極化が進んでいるのである

夕張の事例では直接的な破綻要因として挙げられてはいないが、地域医療を危機に陥れる 2 つめの背景として、③「慢性疾患を抱えた高齢患者の増加」と④「高度・専門化する医療」により、需要と供給のバランスがとれなくなるという点がある。医療が発達したことで、かつて助からなかった疾患が慢性疾患化して長生きできるようになったため、患者の絶対数、つまり医療における需要が増加したのである。その一方、医療は高度・専門化していくため、分化しただけの診療科とそれに伴う医師数が必要になっており、この両者によって、一層、需要と供給が乖離しているということなのである。

さらに、地域の医師不足を招く 3 つめの背景として、診療科の偏在がある。地域医療においては特に、小児科・産科・麻酔科の医師が不足している。夕張でも破綻した年の 2 年前、すでに、小児科が医師不在のため休診になっていた（伊関,2007,p97）。これらの科の特徴は、24 時間常に診療・緊急手術などといった緊張と負荷が伴いやすいという点である。産婦人科に至っては、医師 1 人当たりの損害賠償請求訴訟率が最も高いという特徴もある。こうした診療科ほど敬遠され、なり手がいないのである。その結果、当該科診療医の絶対数は不足し、勤務環境は一層苛酷になり、長時間に渡る時間外労働（そもそも何時から時間外なのか不明である）や 32~48 時間連続勤務といった、一般にはありえない勤務状態に陥るのである。

本項で強調して述べたいのが、この過酷な勤務状況に拍車をかけているのが、⑤「権利意識が高すぎる住民」であるということだ。前項で述べたとおり、日本の医療制度には、いつでも、どこの医療機関へでも自由に受診できるという特徴がある。受療における住民のモラルハザードも前項で述べた通りであるが、日本における医師法は原則上、診療の拒否を認めていないため、医師はこうして医療機関へ来た人びとを皆診察しなくてはならないのである。国民皆保険制度下の医療に慣れきっている国民が「24 時間いつでも最高水準の技術で診てほしい。待ち時間は短く、医療費は安いほうがよい」（伊関,2010,p12）という意識を持つのは、ある種仕方がない部分もあるかもしれない。ただ、その意識をそのまま態度や行動に換えてしまうことが容認されるとは考え難い。医療サービスが限られた資源のなかで提供されていることを前提とすると、全ての要求を受け入れるのは不可能であるからである。たとえ受け入れようとしても、間違いなくどこかでトレードオフが生じるで

あろう。そう考えるとやはり、医療を真に必要とする人びとが優先される状況を確保しなくてはならないのである。さらに、住民の中には、患者権利を過剰に煽る一部マスコミの影響か、自身の健康に対する関心の乏しさを棚に上げ、患者の権利として納得いくまで説明を求め続けたり、ついには、医療の不確実性⁹⁾を理解できずに何かあれば直ちに苦情や訴訟をとという人たちがいるのも確かである。医師が地域から出て行ってしまう背景には、こうした人びととのやりとりで蓄積された疲弊があるように推察する。夕張市の場合、旧産炭地という土地柄上“(国や自治体、企業に)してもらって当たり前”という風土が染みついている。そのような風土は住民全体の受療行動にも負の作用をしている。村上は「(診察なしで)薬だけよこせ、なんでお前の顔みなきやなんねんだ」と横柄な態度をみせる住民も一部にいたと述べている(村上,2008,p172)。村上医師の場合は、そのような患者に適正受診を指導し、「真に必要な患者以外は、夕張医療センターの救急外来を利用しないようになっている」のだが(自治医科大学,2009,p158)、そこまで強く住民へ指導できる医療者ばかりが地域医療を担っているわけではない。

因みに、日本医師会が2009年に発表した勤務医調査(回答者数3879人)では、「人生を空っぽに感じ、生きている価値があるかどうか疑問に思う」と答えた医師は全体の12.7%(493人)、「自殺や死について、1週間に数回、数分間にわたって考えることがある」医師は5.3%(204人)いたという(伊関,2010,p7)。医師にも限界があるということだ。人口が少ない地域で活動する医師のなかには、職場からの緊急電話対応に備え、常に携帯電話を身近に置いて生活しているひともいる。四六時中、ゆるやかに拘束され続けているようなものだ。患者として住民たちの権利が守られるのは当然であるが、自分らと同じように医師にも人間として普通に生活する権利があるということ、そして、地域医療に携る医師たちは、自らの時間を捧げて地域へ貢献しているということに住民は気付かなくてはいけないのではないだろうか。地域医療再生で数々の地域をみてきた伊関は、「住民、医療関係者、行政が一体となり、『なぜ医師不足がおきているのか』を学び、それぞれができることをしければ、医師は地域に残らない。」と述べている(伊関,2010,p61)。住民と医師はともに、インフラとしての地域医療を創り上げていく、対等のパートナーなのである。当然、医療には医師にしかできないことが沢山ある。だが、だからといってパートナーリスティックな関係に留まってはいけない。確実に住民にもできることはある。それが、それぞれの生活における日々の疾病予防行動や、医療の受け皿として必要となる地域福祉への取り組みだと筆者は考える。

次に、地域医療におけるもうひとつの主要問題、②「お金がない」である。この理由は大きく4点に分けられるように思う。A)地域を支える基幹病院の多くが自治体病院であり、不採算部門を一手に引き受けていること、B)診療報酬改定 C)医師をはじめとする医療スタッフ数の不足、D)非効率な経営、この4点である。B)は本論文の射程外であり、C)は上記ですでに述べたので、ここではA)とD)について述べることにする。

まずA)であるが、本論文冒頭でも述べたように、自治体が病院を経営するのは、人口密

度が低く、居住者数も少ないような不採算地域に民間が参入しないためである。自治体は、地域の医療を守る最後の砦なのである。不採算領域については、自治体病院を所管する総務省が、小児医療、救急医療、がん治療などの高度な医療、医療過疎地である山間へき地・離島における医療を挙げている¹⁰⁾。本来、病院の経営では、外来患者数が多く、平均在院日数が短い上に稼働率¹¹⁾が高いほど、経営状態の良い病院だといわれる。しかし、小児・救急・がん医療は不採算だということからして、来てもらっては経営上困るケースもあるということなのかもしれない。また自治体は、財政厳しい自治体国保の保険者でもあることから、病院経営と健康保険を合算して考えるならば、住民が健康であるほうが自治体の財政は改善されるものと推察される。

次に D)であるが、伊関は「自治体病院は、民間病院に比べて高コスト体質である」と言っている(伊関,2007,p22)。その理由は、自治体病院の経営者が医療経営の専門家ではないからである。自治体病院は行政の一部であることから、病院経営は、行政から出向してきた行政職員が行うことになる。ようやく仕事を覚えてきた頃に、彼らは本庁へ戻ってしまう。したがって、自治体病院を長期的視点で病院経営できる人材がなかなか養成されないのである。事実、夕張市立総合病院破綻の要因でも、「病院マネジメント能力の欠如」が挙げられている。

以上、本項では夕張市の事例を通して地域医療の現状をみてきたが、北海道にはほかにもいくつも夕張市同様の課題を抱えた地域がある。知床半島の南東部に位置する羅臼町では、2008年に有床の町立病院を診療所へ縮小し、夜間救急の受け入れを中止した。地域医療の未来像とも思われる、その一連の経緯と地域住民の様子について町長が話している新聞記事を紹介し、本項を閉じることとしたい。

2007年度末に看護師4人が相次いで退職し、夜勤体制が維持できなくなった。国の診療報酬引き下げの影響も大きく、以前と同じ診療体制なのに赤字が年間1億円も増え、病院の不良債務が6億5000万円まで膨らんだ。町民のことを考えると、医療を縮小するのは断腸の思いだったが、このままでは今年度決算で財政再生団体に転落する状況だったため、決断した。当初、町民約1400人の反対署名が提出された。そこで客観的に判断するため、四つの組織・専門家に意見を聞いた。町民参加の検討委員会、町議会の特別委、町職員の検討チーム、総務省が派遣する公営企業経営アドバイザーだ。いずれからも『財政事情を考えると診療所化はやむを得ない』という提言を受けた。署名を出した団体も納得し、今は地域医療の再建に協力してくれている。

診療所の医師は2人だけなので、夜間救急ができず、車で1時間余り離れた中標津町立病院に搬送する。町には救命機器を搭載した高規格救急車が2台しかなかったが、町内の漁業者が『救急車を増やしてほしい』と約5000万円を寄付してくれたため、計3台になった。救急救命士も6人から8人に増員し、心肺停

第2章 「地域包括ケア」

これまでのところ、医療全般と地域における医療問題について述べてきた。その中で、実は健康長寿な地域は、医療機関へのアクセスが良いわけでもないし、医療機関や医師の数が十分満たされているとは限らないということもわかった。では、一体何が健康長寿を導いているのか。その答えが「地域包括ケア・システム」（以降、「地域包括ケア」に統一する）にある。本章の目的は、この「地域包括ケア」とは何かを理解すること、そして長野県のすがたから「地域包括ケア」を実践した成果を学ぶことである。

前章で、地域医療の問題においては、住民もまちの医療を守るための重要なアクターであることを述べた。「地域包括ケア」では住民もシステムの一部として組み込まれている。本章では「地域包括ケア」の中で、住民にはどのような役割があるのかも併せて見ていきたい。

2.1 「地域包括ケア」のはじまり

「地域包括ケア」が国の方針となったのは、2005年の介護保険法改正においてである。国は1980年代後半から、2025年に団塊世代が75歳（後の介護保険制度上、後期高齢者）になることを見据え、高齢者保健福祉政策における改革を行ってきた。主な流れは【図7】の通りである。2005年介護保険法改正の際、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において、地域の保健・医療及び福祉の関係者が連携・協力して住民のニーズに応じた一体的なサービスを行う仕組み、と定義して導入されたのが、「地域包括ケア」である（【図8】）。【図9】は、認知症や65歳以上の単身・夫婦のみの世帯が増加することを示し、【図10】は、介護を必要とする高齢者は年々増加する様を示している。本来ならば、介護保険・医療保険・地域での見守りなどの連携によって、切れ目ないサービスが提供されることが望ましいのだが、こういった高齢者を支えるのに必要な労働力は、少子化によって5～13%低下すると見込まれており、現実にはそうはうまくいっていない。国が「地域包括ケア」を推進する背景にはこういった要因があるのだ。（厚生労働省「介護保険制度改正の概要 及び地域包括ケアの理念」）。小笠原・島津によれば、「地域包括ケア」推進の目的は、「地域における住民のQOLの向上」であるともいわれる（小笠原・島津,2007,P11）。

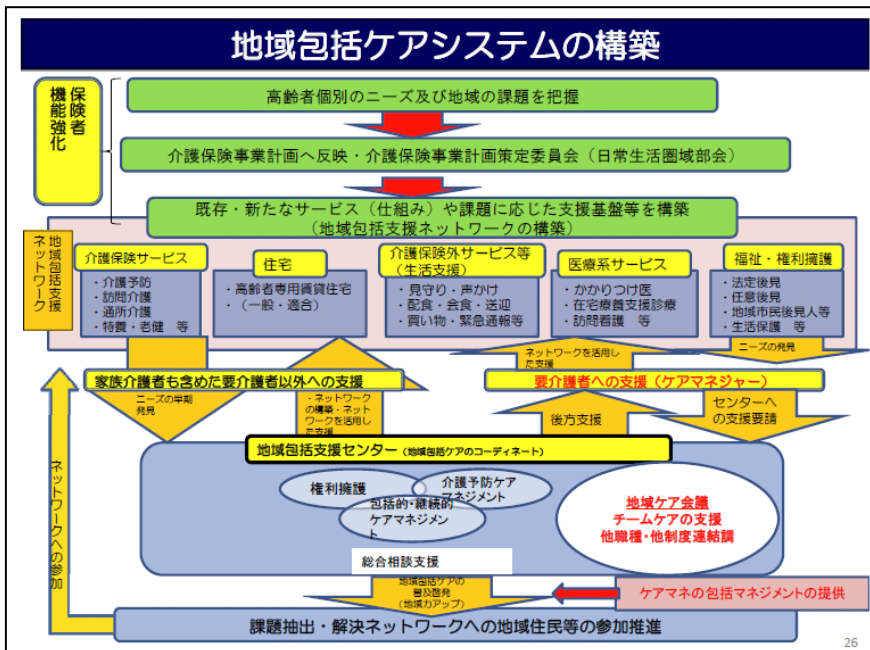
【図7】高齢者福祉政策の流れ

高齢者保健福祉政策の流れ		
年代	高齢化率	主な政策
1960年代 高齢者福祉政策の始まり	5.7% (1960)	1963年 老人福祉法制定 ◇特別介護老人ホーム創設 ◇老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）法制化
1970年代 老人医療費の増大	7.1% (1970)	1973年 老人医療費無料化
1980年代 社会的入院や寝たきり老人の社会的問題化	9.1% (1980)	1982年 老人保健法の制定 ◇老人医療費の一定額負担の導入等 1989年 ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◇施設緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 ゴールドプランの推進	12.0% (1990)	1994年 新ゴールドプラン（新・高齢者保健福祉推進十か年戦略）策定 ◇在宅介護の充実
介護保険制度の導入準備	14.5% (1995)	1996年 連立与党3党政策合意 介護保険制度創設に関する「与党合意事項」 1997年 介護保険法成立
2000年代 介護保険制度の実施	17.3% (2000)	2000年 介護保険施行 2005年 介護保険法の一部改正

(出典) 厚生労働省「高齢者保健福祉対策の流れ」

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/hoken_03.html

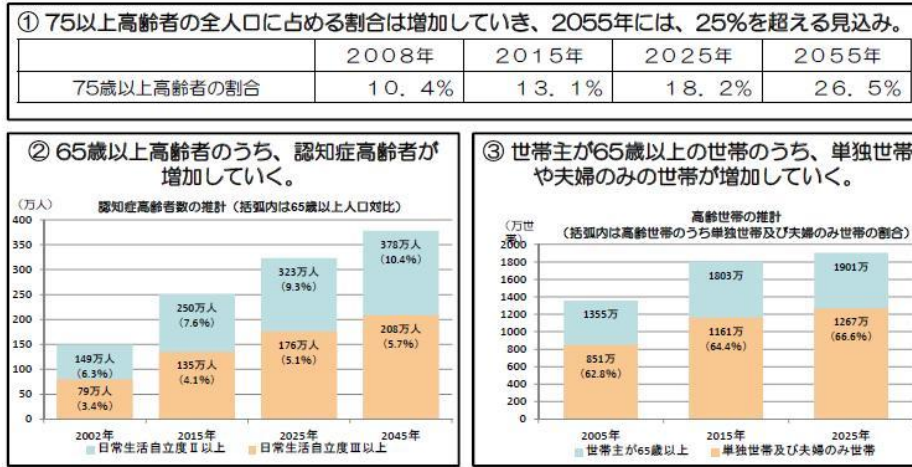
【図8】国が推進する「地域包括ケア」全体像



(出典) 厚生労働省老健局「地域包括ケアの理念と目指す姿について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000uivi-att/2r9852000000uiwt.pdf>

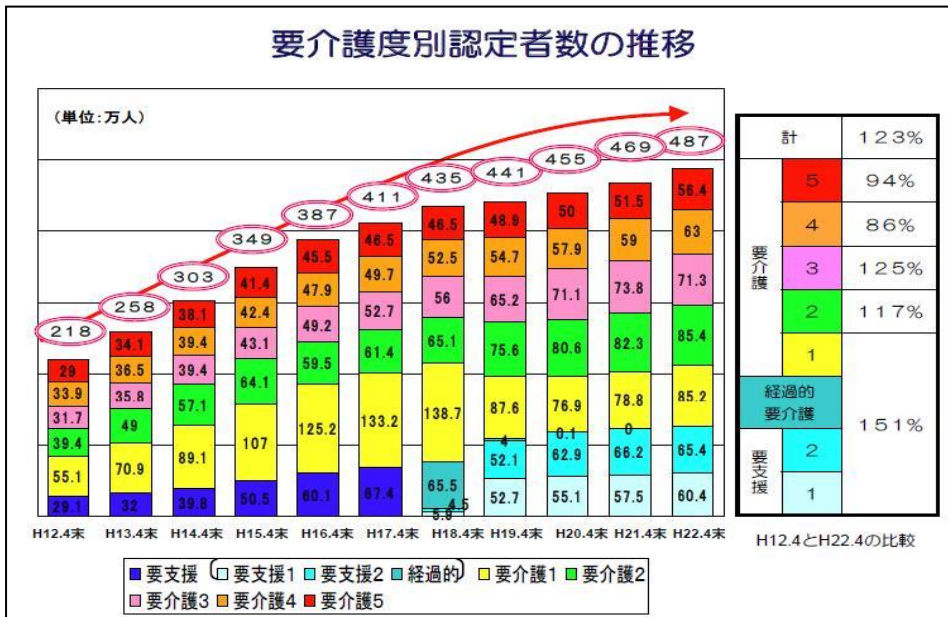
【図 9】 今後の介護保険を取り巻く状況



(出典) 厚生労働省「介護保険制度改正の概要 及び地域包括ケアの理念」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001oxhm-att/2r9852000001oxlr.pdf>

【図 10】 要介護度別認定者数の推移



(出典) 厚生労働省「介護保険制度改正の概要 及び地域包括ケアの理念」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001oxhm-att/2r9852000001oxlr.pdf>

このような国の方針よりも遠く 30 年前から、地域医療や介護の現場ではすでに、疾病予防、治療、その後のリハビリや介護までを含む包括的なシステムが実践的な形で出来上がっていた。その原点となっているのが、広島県御調町（現在の尾道市御調町）にある御調国保病院（現在の公立みつぎ総合病院。以降、みつぎ総合病院として表記する）で誕生した、「地域包括ケア」である。国には在宅ケアに関する制度が皆無であった 1974 年すでに、同病院は、寝たきりゼロを目指し、訪問看護、訪問リハビリなどの在宅ケア推進に取り掛

かっていたである。

そもそも御調町で「地域包括ケア」が始まったきっかけは、同病院の医師であった山口昇が、緊急手術で一命を取り留め、杖をついて歩けるようになり、「先生ありがとう」といって退院した患者たちが、退院後、無残にも寝たきり状態で病院に戻ってくることへ衝撃を受けたことにあった。そうした患者の多くは、身体的な変化として、褥瘡（床ずれ）形成、オムツを当てた失禁状態を認め、精神的にも理解力の低下（認知症様症状）を起こしていた。そこで山口は、こうして退院後の患者が寝たきりになる原因を調査し、以下に述べる4つの問題点を見出した。

1つ目は家庭内における介護力不足である。当時、在宅介護における介護者の多くは女性であった。しかし、共働きや核家族化の進展により、日中の介護者が不在となり、高齢者だけが家に残される状況となっていた。

2つ目は、不適切なケアである。昭和40～50年代の家屋構造ではトイレが離れにある家が少なくなかった。そういったことも関係し、介護者が容易にオムツを着用させてしまいがちであった。

3つ目は、不適切な療養環境である。これは、家屋内に階段をはじめとする段差が多く、リハビリに必要な手すりがないため自宅での歩行訓練ができず、結果として筋骨格系の機能低下を起こし、外出しなくなるというものであった。

そして4つ目は、患者本人が家へ閉じこもりがちとなることである。この要因は、先の3要素によって家に閉じこもりがちになり、他者との接触がなくなり、思考したり刺激を受けたりする機会が減少した結果、運動機能だけでなく知的能力も衰退させ、顛末として、寝たきり状態になるというものであった。

要するに、寝たきりという一種の病態（廃用症候群）は、人為的につくられたものなのであった。ということは、逆説的に考えれば、健康づくり活動で病気にならない心身をつくり、病から回復する時期に適切な介護環境を確保できれば、医療を必要とする状況には至らないということでもある。寝たきりは、筋・骨格系の器質・機能変化を起こすだけでなく、呼吸・循環器系の機能低下も起こす。肺炎へのリスクも高く、もし肺炎になったならば、入院が必要になり、場合によっては命を落とすということさえありえる。したがって、できる限り回避しなくてはならないのである。このような事態を克服すべく、「つくられた寝たきり、つくられた褥瘡、つくられた失禁、つくられた理解力の低下（認知症様症状）」を防ぐことを目指し、病院の看護やリハビリテーションといった医療を家庭の中までもっていく「医療の出前」、在宅ケアの推進が始まったのである（高橋,2012,pp13 - 16）。

山口は、この後在宅ケアから広がって行く「地域包括ケア」を次のように定義している。

- ①地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民の QOL (生活の質) の向上をめざすもの。
- ②包括医療・ケアとは治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、

在宅ケア、リハビリテーション、福祉、介護サービスのすべてを包括するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケアである。

③地域とは単なる Area ではなく Community を指す。

(高橋,2012,pp30 - 31)

「地域包括ケア」とは、住民の QOL の向上を目標とし、保健・医療・リハビリ・福祉・介護全てを包括するもので、住民を含めたコミュニティ全体が連携し、全人的医療・ケアをするものである、ということである。換言すると「地域包括ケア」とは、保健・医療・福祉（本稿では介護とここでの福祉を併せて福祉と表現している）によるまちづくりなのである。

そうして在宅ケアに取り掛かり始めた山口が、御調町とともに次にとりかかったのが、「地域包括ケア」の拠点となる「健康管理センター」である。御調町では、1984年に、町厚生課が所管した保健と町住民課が所管した福祉を統合・移管して、健康管理センター（現在の保健福祉センター）を病院内に設置した。保健・医療・福祉を一括する拠点である。今となってみれば、保健担当課と福祉担当課が一つになるということはそれほど珍しいことではないのかもしれないが、当時は相当先進的な行政改革であったと推察する。その上、健康管理センターが病院内に併設されるということは、御調町の保健と福祉に関する行政部門を、行政職員ではない病院長が一元的に管理運営をすることである。首長の英断や先見の明があったので、御調町の「地域包括ケア」は実現したといっても過言ではない。ただ、補足として、国保直診の開設者は市町村であり、介護保険の保険者、国民健康保険の保険者も同じく市町村ということで、相互に連携がとりやすい特殊な関係にあったという事情も付記しておく。

そして、次に建設したのが、介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・グループホーム・ケアハウス・リハビリテーションセンターである。これらは、病院から車で7分ほどの同じ敷地に保健福祉総合施設として立てられた。このような総合施設も、今では中山間地域でちらほら見かけるようになり、ひとつの地域で保健・医療・福祉へのニーズを満たす地域完結型システムとして注目を集めているが、1980年代初頭にこのような総合施設が町規模の自治体で構築されたということは相当画期的であったと思われる。このようにして、包括ケアにおける制度と

【図 11】 御調町における保健福祉総合施設全景



(出典) 高橋紘士 (2012) P28

拠点設備は確立されたのである（高橋,2012,p27 表 2・6 より）。なお、保健福祉総合施設の全体図が【図 11】になる。

次は、“住民参加による”「地域包括ケア」という部分である。早速だが、この点を山口はどのように捉えていたのかみてみよう。

地域包括ケアとはコミュニティーケアのことである。地域包括ケアシステムの「地域」もコミュニティーを意味する。（中略）「面」の連携には住民参加が欠かせない。住民参加なくしては、地域包括ケアシステムの構築は困難である。

（高橋,2012,p35）

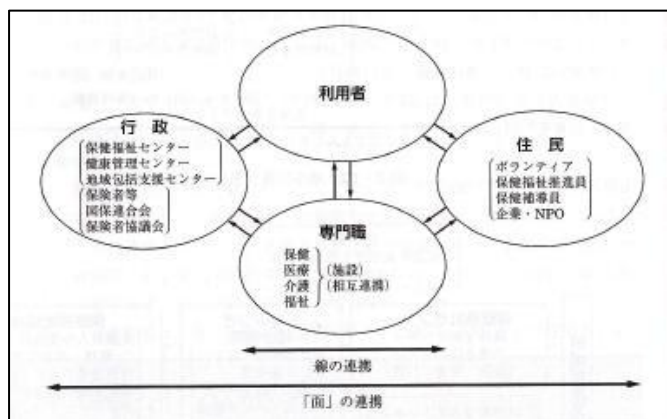
住民はもはやケアされる主体としてだけではなく、ケアする主体としても存在していると解釈できるかと考える。【図 12】は山口が考える「面」の連携である。この「面」の連携について彼は、次のように述べている。

利用者（住民）に対して、保健、医療、福祉、介護の専門職、あるいは施設が相互連携を取る。これは線の連携です。それに行政が加わってきます。住民のボランティア、NPO などの組織もあります。行政、専門職、住民の三者で連携をとることが「面」の連携になるのではないのでしょうか。これからはこんな「面」の連携が必要になるのではないかと思います。単なる連絡会議の開催だけでなく、情報を共有し、総合的・一体的にサービスを提供することが求められています。医療のサービスだけでは住民のニーズに応えたとはいえません。看護師とリハビリスタッフが一緒になって在宅支援をしたり、あるいはヘルパーと介護福祉士が一緒になってサービスを提供するなどを通して、ネットワーク構築という「面」の連携が出てきます。

（公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会情報センター山口昇氏基調講演

http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/conf/080829seminar/01_02.html）

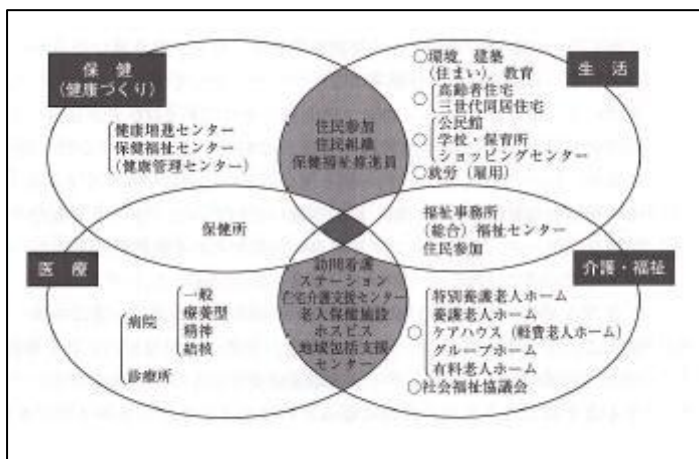
【図 12】「地域包括ケア」におけるネットワーク（「線の連携」と「面の連携」）



（出典）高橋紘士（2012）p32

引き続き、彼は寝たきりゼロを目指す長寿社会におけるまちづくりをイメージしている。それを図示したのが【図 13】である。

【図 13】長寿社会におけるまちづくり（山口昇による「地域包括ケア」のイメージ）



(出典) 高橋紘士 (2012) p35

つまり、保健・医療・福祉に関わるひと、サービスを提供する場、それらをシステムとする制度、そしてこれらを求める存在も含めて、ひとつの構成物となり、各アクターがそのなかでネットワークをめぐらすことが、包括ケアにおける「面」ということなのである。線の連携においてサービスの受け手としてのみ存在していた住民は、面の連携においては、利用者であると同時に、ケアする主体として行政や専門職と並んだサービスの提供者でもあるということなのである。これは筆者が考える、行政、住民、医療をはじめとする専門家が連携し、それぞれが得意領域を發揮しつつ補完的な役割を果たすネットワークのイメージと一致する。ただ、一つだけ違和感を覚えるのが、山口が「面」に対する上記のコメントにおいて、連携する住民について、“ボランティア、NPO などの組織”としていたところである。【図 12】をみても、住民は、受け手としての“利用者”（矢印は相互関係を示してはいるが）と、ボランティア・保健福祉推進員などを指す“住民”とに区分されている。住民のなかでこうしてケアする側とされる側として明確に区分すべきではないように思われる。が、この議論は次回へ持ち越すことにする。

では、御調町・みつぎ総合病院では実際にどのような「面」の活動がなされているのか。そして、住民が担当する領域はどのあたりになるのだろうか。これらについて見ていこう。では早速、御調町における実践を以下に記す。

寝たきりにならないためには健康づくりが必要です。健康づくり座談会を地域にある集会所単位で、年に三十数回実施しています。座談会方式、ワークショップ方式で、健康づくりに関することをいろいろやっています。もう二十数年やっていますので、介護保険ができる時にもこういう場を使って住民の皆さま

んと意見交換を行いました。我々は「つくられた寝たきりを防止する」という発想で取り組んでいます。「つくられた」というのは、対応がまずいために寝たきりになるケースを何とか防ごうということです。さらに、口腔ケア、歯科保健活動なども実施して在宅ケアを支援していますが、住民の皆さんが参加するネットワークがあるという点が一番大事なことだと考えています。住民の皆さん方に参加していただいて、初めて「コミュニティ」という言葉が使えるのではないかと考えています

(公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会情報センター山口昇氏基調講演

http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/conf/080829seminar/01_02.html)

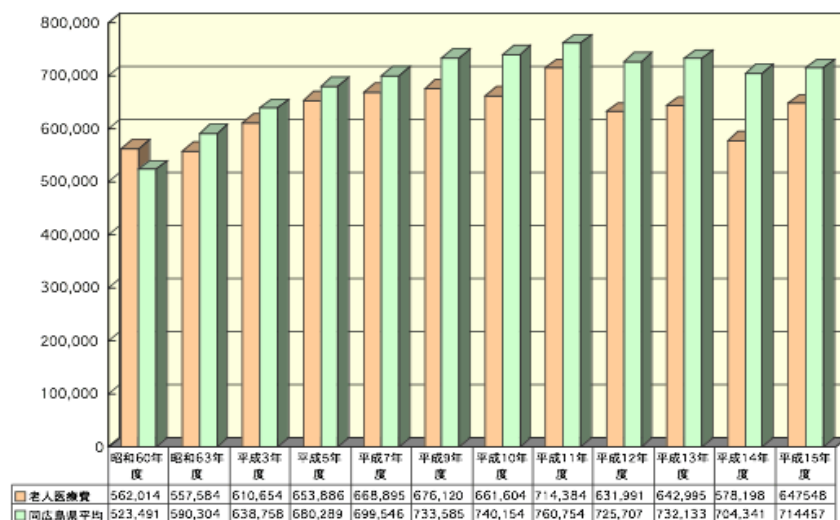
御調町における住民参加とは、まずは場に参加する、行政や専門家と一緒に考える、そして健康維持や疾病予防に関して自ら実践する、ということであろうか。【図 13】を改めて見ても、住民参加が必要とされているのは、生活と保健、生活と介護、この二つの領域であり、要するに、日々の生活に密着した行為が、包括ケアにおける住民の“得意領域”ということである。

国は、主に介護保険の文脈で「地域包括ケア」というシステムを推進しているが、1975年の在宅ケアから数えてすでに37年も実践している御調町では、医療費の削減に効果を見せ、町の活性化にもつながったそうである。医療費に関しては、また保健福祉総合施設を建設して間もない1986年当時、「お金をつぎ込みながら、寝たきりも多かった。最悪でした。」と山口がいうほどの状況であった。しかし、2年後の1988年以降は逆転し、以後県平均より常に低い医療費水準を維持している（【図 14】）。また、保健・医療・福祉のシステムが確立している、ということは、まちのイメージアップや魅力にもつながり、県外から御調町に移り住む者もいるという。なかには首都圏から希望し転院してきた患者もいたそうである（高橋,2012,p29）。山口は「この地域包括ケアシステムがなかったら、御調町はもっと過疎化したのではないかと考えています。」と言う（山口基調講演より）。また、1974年から開始された在宅ケアによって、御調町における寝たきりは10年で3分の1にまで減少した（【図 15】）。一度激減して以降、数値が大きく減ることはないが、高齢化が進展している社会情勢を鑑みると、発生率は微減し続けているのではないだろうか。こうした御調町の取り組みにおける成果をみたところで改めて言いたいのだが、やはり、医療の前にまず、健康の維持・増進、疾病予防という1次予防があり、そして、リハビリテーションなどによって病気から回復し、地域社会へ戻る3次予防があつて、これらが充実していれば、医療が必要とされる場面が減るといことなのである。本項で論じたかった点はここにある。

なお、高齢化率の高い中山間地域に主として設置されている全国の国保病院（国民健康保険診療施設）では、公立みつぎ総合病院（かつては御調国保病院）以外の地域でも在宅診療や介護・福祉施設の併設といった地域包括ケアが実践されている。例えば、岩手県に

ある国保藤沢町民病院（中山間地域）も行政・専門家・住民の連携による地域包括ケアが行われ、御調町同様の成果を挙げている¹³⁾。こうして、本来ならばまちの過疎・衰退により医療が消えてもおかしくない土地でも、保健（1次予防）や福祉（主に3次予防）に力を入れ、関係アクターによるネットワークと補完的な関係をつくることで、住民がQOLを維持した生活を送り、医療も持続させることが可能ということなのである。

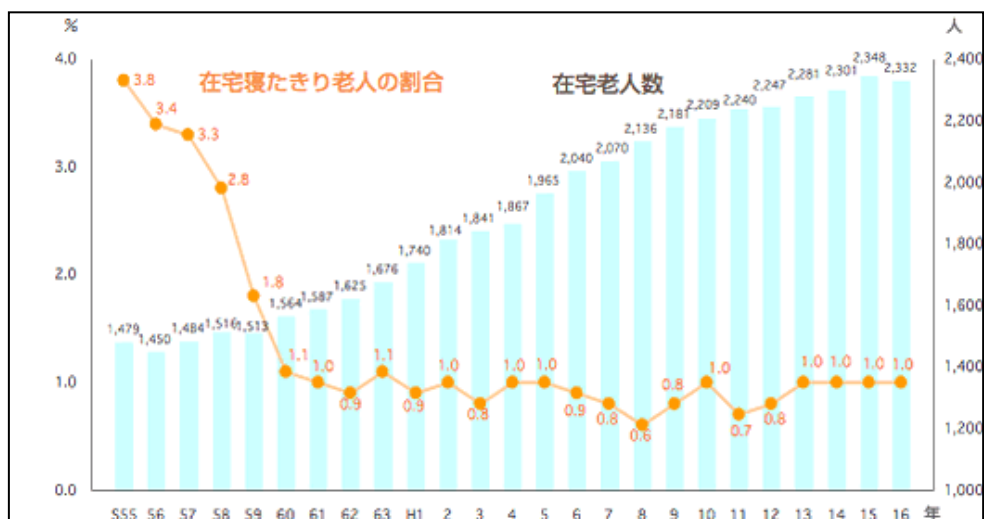
【図14】 広島県御調町（現 尾道市御調町）における1人当たり老人医療費
人口 8,123人、高齢化率 30.2%、病床数 240（一般 192・療養医療型 23・療養介護型 25）



（出典）全国国民健康保険診療施設協議会「地域包括医療・ケアの取り組みと成果」

http://www.kokushinkyo.or.jp/index/about_kokuho/kokho_approach_result/tabid/115/Default.aspx

【図15】 御調町における在宅老人と在宅寝たきり老人の推移



（出典）全国国民健康保険診療施設協議会「地域包括医療・ケアの取り組みと成果」

http://www.kokushinkyo.or.jp/index/about_kokuho/kokho_approach_result/tabid/115/Default.aspx

2.2 長野県における成果とその要因

次に本項では、第3章で特定の地域観察に入るまえに、予防医療^{巻末}という視点で「地域包括ケア」が目指す内容と同様の実践がなされてきた長野県の成果とその要因を明示する。そうすることで「地域包括ケア」の有益性を明らかにし、本項における「地域包括ケア」推進のヒントを考える手掛かりとしたい。

まず、予防医療が推進される以前の長野県がどのような地域であったのかを示そう。

【図16】は、日本の三大死因（がん[悪性新生物]、心疾患、脳血管障害）における全国と長野県の推移（男女別）を1960年（昭和35年）から5年刻みで追った図である。1960年以前のデータを示すことはできないが、図の1960年～1965年あたりをみると、長野県の脳血管障害死亡率は全国平均をかなり上回っていることがわかる。当時、その率の高さは全国トップクラスであった。さらに、【図16】②心疾患を見ると、当時は脳血管障害だけでなく、心疾患による死亡率も全国平均を大きく上回っていたこともわかる。それらの主因とされてきたのが、農業従事者の生活（食事、衛生環境など）である。因みに、長野県では古くから農業を基盤産業としており、平成17年の時点でも農家数は全国一である¹⁴⁾。

昭和20年頃の農業従事者の生活において、脳血管障害や心疾患に悪影響を及ぼしていたのが、まず塩分を過剰に摂取する食生活だった。一般に知られる通り、塩分の過剰摂取は高血圧症の誘発因子であり、高血圧症は心・血管系疾患の発症リスクとなる。食品の保存方法が限られた近代、農家では特に、塩漬けされた保存食を摂取する機会が多かったのであろう。長野県下諏訪町における昭和16年頃の食生活を調査した中澤によれば、漬物は冬の貴重な食物であったようでもある（中澤,2011）。また長野県の場合、海に面していない、県面積の75%を山間地が占める、冬は降雪と気温低下が著しい土地でもある、という地理的特性があることから、海産物などをはじめとする新鮮な食品が手に入りにくかったことも、保存食に頼る食生活に影響したものと思われる。

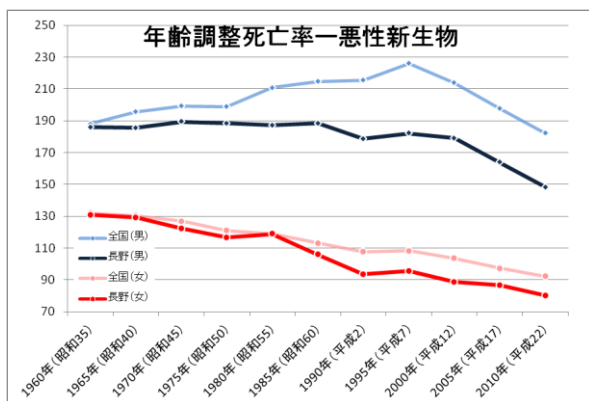
食生活以外の点では、昭和20年から長野県八千穂村（現在の佐久市）で農村医療を実践し、今日の地域医療における基礎を構築した若月俊一が、当時、とにかく手遅れの状態で来院する農民が多く、また、衛生環境の悪さに由来した寄生虫（回虫）による疾患が多発していたと述べている（若月,1971,pp30-32,pp114-115）。農家の暮らしといえば、歴史を振り返る限り貧困を連想せざるを得ないが、当時の農民も決して豊かな生活ではなかったようで、若月によると、冬であるにも関わらず、農民たちは外気温とほぼ同じ摂氏2度の室内で生活していたり、緊急手術が必要な虫垂炎（盲腸）破裂の状態でも10日も我慢し死亡する者がいたというのだ。虫垂炎破裂に伴う腹膜炎の痛みは、今日の医療現場を鑑みるに、一般の人間が我慢できる程度をはるかに超えており、その痛みを10日も我慢していたとは非常に信じがたいことである。若月は佐久周辺の部落における潜在的な疾病件数（病気なのに医療機関へ行かないケース）を調査しているのだが、その結果は、受診を控える「がまん型」が58%にも及んでいた（同,p120）。こうした農民の意識や行動の背景には、

恐らく貧困という経済的な要因だけでなく、健康や衛生に関する教育の不備、そして、貧困の常態化というストレスへの対処として、我慢は美德であるとする価値間のすり替えもあったのではないだろうか。

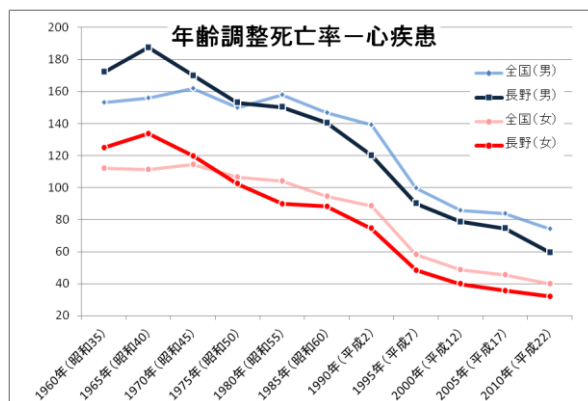
こうして、農民の生活に関連し、彼らが我慢することによって悪化していた病気は、主に次のような取り組みで改善していったのである。まず、若月をはじめとする医師、保健師といった医療保健従事者による健康・衛生環境教育の徹底（1次予防）、そして、若月が積極的に推進した出張診療の推進（2次予防）、さらに、地域社会の中から保健補導員という保健福祉活動を推進する人びとが登場し、住民レベルで起こった健康に対する意識・行動改革である。こういった活動を通して、日の当らない部屋で寝かされていた結核や脳卒中後遺症の患者たちへのリハビリテーション（3次予防・福祉）も推進されていった。こうした一連の成果が【図16】であり、全国の平均寿命ランキングにおける長野県の位置推移【表1】なのである。そして、【表2】は長野県の保健・医療に関する主要データを集めた表であるが、これをみると、長野県の健康長寿、そして低医療費は、医療者や医療設備の充実にあるのではなく、保健師数の多さが全国2位であることが示す通り、1次予防に重点をおくことで達成されていることがわかるであろう。

【図16】 長野県における年齢調整死亡率*推移

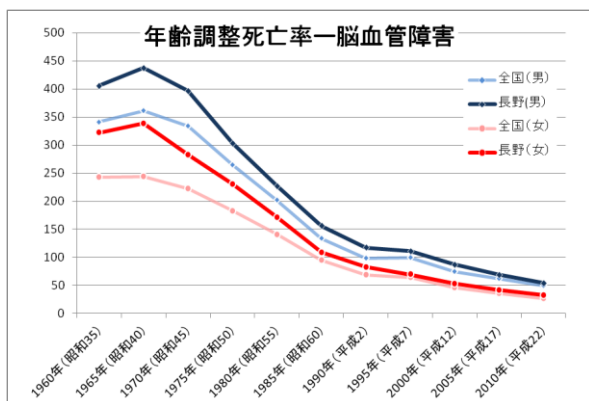
①悪性新生物（がん）



②心疾患



③脳血管障害



(出典) e-stat

「平成22年 都道府県年齢調整死亡率」
(悪性新生物：表1-4、心疾患：表1-23、脳血管障害：表1-29) を基に作成

* 巻末参照

【表 1】平均寿命の推移 長寿都道府県トップ 5 (男性) *昭和 40 年長野は 9 位

	昭和40年	昭和50年	昭和60年	平成7年	平成12年	平成17年
1位	東京	東京	沖縄	長野	長野	長野
2位	京都	神奈川	長野	福井	福井	滋賀
3位	神奈川	京都	福井	熊本	奈良	神奈川
4位	愛知	長野	香川	沖縄	熊本	福井
5位	岐阜	愛知	東京	静岡	神奈川	東京

(女性)

	昭和40年	昭和50年	昭和60年	平成7年	平成12年	平成17年
1位	東京	沖縄	沖縄	沖縄	沖縄	沖縄
2位	神奈川	東京	島根	熊本	福井	島根
3位	静岡	神奈川	熊本	島根	長野	熊本
4位	岡山	岡山	静岡	長野	熊本	岡山
5位	広島	静岡	岡山	富山	島根	長野
	長野26位	長野16位	長野9位	—	—	—

(出典)
厚生労働省「平成
17年 都道府県
別生命表の概況」
— 3、都道府県別
にみた平均寿命の
推移

【表 2】長野県の高齢者医療に関する主要指標

		全国	長野県	順位
A. 医療費(2010年)				
[市町村国保]	合計	294	280	35
1人当たり実績 医療費(千円)	入院	114	108	36
	入院外	158	152	38
[後期高齢者医療 制度] 1人当たり 実績医療費(千 円)	合計	891	761	44
	入院	455	381	38
	入院外	407	358	43
[市町村国保] 地域差指数*	合計	—	0.918	43
	入院	—	0.917	38
	入院外	—	0.928	46
[後期高齢者医療 制度]地域差指数	合計	—	0.849	45
	入院	—	0.822	41
	入院外	—	0.882	43
B. 医療・保健従事者数(人口10万人対)				
医師(2008年)		212.9	196.4	33
看護師・准看護師(2010年)		871.6	873.1	30
保健師(2010年)		35.2	61.9	2
C. 医療施設(施設数・病床数は2009年)				
施設数	一般病院数 (可住地面積 100km ² あたり)	6.3	3.5	39
	一般診療所 (人口10万人 対)	78.1	72.8	31
病床数(人口10万人対)		1053.3	1022.5	33
病院平均在院日数**(2011年)		32	25.5	3
D. 在宅死の比率(2011年)				
自宅での死亡率		12.5	13.6	37

(出典)
田中敏(2004)表3を参考
に作成
A(実績医療費):厚生労働
省「平成22年医療費の地域
差分析」基礎データ1
A(地域差指数):「同」基礎
データ2
B・C(医療施設数・病床
数):e-stat「統計でみる都
道府県のすがた2012」健
康・医療
C(平均在院日数):厚生労働
省「平成23年病院報告」G8
D:厚生労働省「平成23年
人口動態統計」表5-8

* 巻末参照

** 精神科・結核病棟も含む総
数

1990年代に入り、日本の少子高齢社会における高齢者医療費の問題がそれまで以上に取り沙汰されるようになった。当然、長野県へ注目が集まった。なぜなら、都道府県別に1人当たりの老人医療費をみると、北海道（最高）と長野県（最低）では約2倍近く医療費に差があったからだ。そこで、国民健康保険中央会（国保中央会）は平成8年に、このような地域格差が生じる原因分析と長野県が低医療費である要因を明らかにすることを目的に、「市町村における医療費の背景要因に関する研究」¹⁵⁾を行った。本節ではその研究結果を要約したものを以下に示す。ただ、これは平成8年（1996年）時点の研究であるため、自宅での死亡率に関するあたりは2012年の現状（【表2】D. 在宅死の比率）と若干開きが出てきているようにも思われることも付記しておく。

＜長野県が低医療費である要因＞（国保中央会による研究結果を筆者独自に要約）

- 1) 在宅ケアの普及やかかりつけ医機能の存在、患者サイドでも持ち家比率の高さや家庭機能の高さがデータで示されており、在宅医療を可能とする条件が整っている。平均在院日数の短縮はその結果である。
- 2) 一般に、生涯医療費の多くは終末期に充てられている。老人医療費の増加に影響を及ぼしているのも終末期における入院医療費であるが、長野県ではその額が全国最低である。これは、在宅医療の普及と延命医療に対する医師や患者・家族の理解と態度によって自宅で死亡する割合が高いためである。
- 3) 地域住民による保健活動（保健補導員や食生活改善推進員など）や公民館をはじめとする社会教育活動が活発で、生きがいや仕事を持つ高齢者（高齢者就業率は全国一）や少しぐらいの病気ならば受診は贅沢と考える高齢者も多く、「少しぐらいの病気なら医師にかからず病気と上手に付き合いながら過ごせる」人が長野県は多い。

第1章からここまでのところを振り返ると、まず第1章では、国というマクロレベルでの医療問題から北海道夕張市というメゾレベルにおける医療問題を俯瞰した。そして第2章では、そういった医療が抱えた問題の解決策として「地域包括ケア」を提示し、御調町、長野県における成果もみてきた。自明となったことは、医療という領域だけに注力すれば地域における医療問題はおのずと解決されるのではなく、医療の前にある疾病予防と、医療の後にある福祉（リハビリテーションも含む）が非常に重要であるということである。上記の＜長野県が低医療費である要因＞をみると、在宅ケアやかかりつけ医といった医療整備もさることながら、延命医療に対する住民の“意識”や医師との“信頼”であったり、高齢者の“生きがい”や“仕事”も健康長寿や低医療費を導く要因であったことが明らかである。こういったことをふまえて、次章から具体的な地域のすがたをみていくことにしよう。

第3章 長野県茅野市における「地域包括ケア」

ここでは、長野県のなかでも特に、健康長寿で医療費が少ない、茅野市に焦点を当てる。茅野市は、市民主導によるまちづくりが推進され、「地域包括ケア」の先進地としても知られる。本章では、前章で述べた「地域包括ケア」や長野県における取り組みが実際、茅野市ではどのように実践されているのかを明らかにする。そのなかで、長野県のなかでも高い成果を誇る茅野市の特性を随所で明らかにしていきたい。なお、地域福祉における「パートナーシップのまちづくり」という公民協働の取り組みと、そこで創られた「福祉 21 ビーナズプラン」(地域福祉計画)に関しては、第1ステージと第1次までの経緯をたどることとする。第2ステージ、第2次にある現在に関しては、次章で詳細を論じる。

3.1 茅野市の地域的特性

3.1.1 茅野市の概要

<地理・歴史・文化・産業的特徴>

現在の茅野市は、昭和30年に1町8か村が合併し茅野町が設置されたのを経て、昭和33年の市制施行によって出来た自治体である。総面積は265.88平方キロメートルにも及ぶ。【図17】で色分けされている10の地区分け¹⁶⁾(ちの・宮川・米沢・豊平・玉川・泉野・金沢・湖東・北山・中大塩)は1町8村の名残である。ちなみに、米沢・豊平地区は農村地帯、北山地区は古くから蓼科を中心とした別荘地となっており、ちの地区は、JR中央線特急「あずさ」の停車駅がある商業中心の地区である。こうして、同じ茅野市内でも、地区によって異なる特性を持っている。また、八ヶ岳連峰をはじめとして数々の山に囲まれた諏訪盆地の中央に位置していることから、豊かな自然に囲まれた地域でもあり、リタイア後の生活拠点として移住する高齢者が少なくない。

交通では、まずJR中央本線があり、新宿とを結ぶ特急「あずさ」がほぼ1時間毎に走っている。道路も古くから甲州街道(国道20号線)と中央自動車道(諏訪インター)通っていることから、都心とのアクセスが良好である。こうした条件からか戦時中は都会の人々



【図17】茅野市における10地区
(出典)茅野市HP「茅野市のプロフィール」
www.city.chino.lg.jp

の疎開先でもあった。

歴史的には、縄文時代の集落遺跡が市内に 200 か所も点在する由緒ある地域である。「尖石遺跡」は国の特別史跡、「上ノ段遺跡」は国史跡に指定されており、「棚畑遺跡」から出土した土偶「縄文のビーナス」は 1995 年に我が国最古の国宝として指定されているほどである。泉野地区にある槻木区や北山地区にある糸萱区の区史をひらいてみても、旧石器時代からの歴史が脈々と記されており、これらの土地がもつ歴史と文化の長さにただ驚くばかりである。古代から中世にかけては、茅野は諏訪地方の政治・経済・交通・文化の中心地として栄え、戦国時代には、上原城（茅野市上原に城跡がある）の主であった諏訪頼重が武田信玄に敗れ、武田家によって領国支配下におかれるという時代もあった。このような長い歴史をもつ土地であるだけに、市民のなかには、戦国時代までルーツを辿れる者も少なくなく、また、土地や林野といった、かつてのムラが共有してきた財産を先祖代々受け継ぐ者たちもいる。こうした背景があるため、まき¹⁷⁾が今でも機能し、地域の中で派閥を形成していたり、住民を「ジッコ（いわゆる土着）」と「キリュウ（新住民）」¹⁸⁾という呼び名で分け、「キリュウ」をよそ者扱いしがちなコミュニティーも一部に認められるようである。第 5 章で述べる地縁型コミュニティーの実際では、この「ジッコ」と「キリュウ」という区別がコミュニティーの結束力に影響している様子が見られる。

文化では、宮川地区安国寺にある諏訪大社上社前宮¹⁹⁾で 7 年に 1 度開催される「御柱祭」が有名である。奇祭の一つともいわれている。上社前宮は山を御神体としており、「御柱祭」の際には、茅野市内の至る所に御柱が建てられる。そして、樹齢 200 年ほどのモミの大神木が山から曳行され、木落しから川越え、建御柱と続くそうである（【写真 1】）。この時ばかりは、日頃他域で生活する者もこぞって帰省するほどで、茅野市民と地域コミュニティーにとっては非常に重要な祭となっている。特に、区・自治会という地縁型コミュニティーにおいては、紐帯を強め、地域への愛着を深める装置として欠かせない行事である。



【写真 1】 御柱祭の様子
(出典) 茅野市 HP「茅野市の紹介」

産業に関しては、古くから農業を中心としつつ寒天製造なども行われてきたが、明治時代から茅野を含む諏訪地方は、日本の製糸産業をささえた地域でもあった。戦前から戦中にかけては多くの疎開工場が作られ、戦後は、製糸産業から機械工業へと産業転換がされていった。今や、諏訪地方は精密機械生産の一大集積地となり、精密機械とともに電子部品分野でも高い評価を得る工業エリアとなっている。セイコーエプソン²⁰⁾やオリンパス²¹⁾といった日本を代表する電子機器メーカーの生産拠点も諏訪地方にあり、その関連企業が多く存在する茅野市では、製造業従事者が全職業従事者中の 28.5%³⁰⁾を占めている。茅野

市における職業別従事者率としては、最も多い数となっている。(本項は主に「茅野市の沿革」www.city.chino.lg.jp を参考にして作成)

<人口動態的特徴>

まず注目するのは、年少人口が 14%を維持されている点である(【表 3】)。茅野市では、福祉同様、子育てや教育もまちづくりの重点課題とし、市民主導でさまざまに取り組みてきた。行政区でも子ども育成会を中心とした活動がされており、さらに自然環境も豊かであることから、子育て世代が定住しやすい環境にあるのではないかと思われる。年少人口の確保は、そうした世代が新たに子ども産み、育てているからではないだろうか。

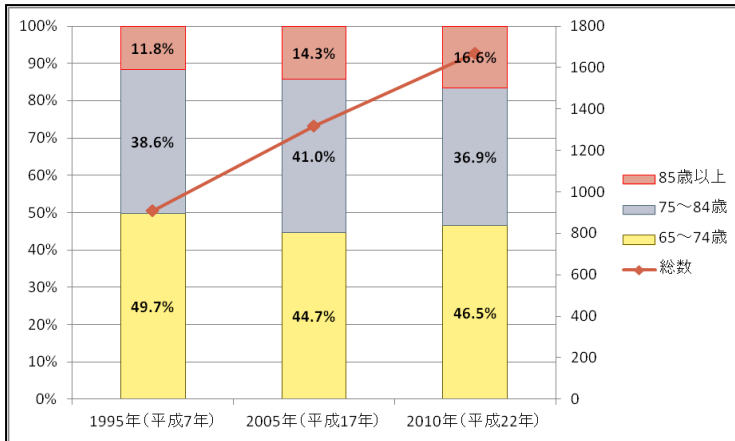
人口の増減に関しては、この6年で 1,000 人程度の人口減少を認めている。今後も、製造業を主とする地域であることから、国内経済や各企業の影響で人口が変動することは予測されるが、茅野市の場合、転入者を増やす要素も揃っている。居住地選択においては、まず本論冒頭でふれた「社会的共通資本」がどうなっているかということが重要になる。この点、茅野市は、交通アクセスがよく、豊かな自然環境があり、そして市民主導で福祉・教育の充実が推進されてもいる。入居を検討する者にとっては、魅力的な条件となるであろう。現に、こうした居住環境を好んで、リタイア後の転居先として茅野市を選ぶ人が少なくないようである。もうひとつ、転入者を増やす要素となりえるのが、かつて茅野市で生活していた者たちが抱く茅野市への愛着である。茅野市をフィールドワークした際、筆者が出会った住民の半数は確実に、学生時代に首都圏で生活してから U ターンした人であったり、他県や県内他地域で単身赴任をした後に茅野市へ戻ってきた人たちであった。今回、転入者の内訳を調査するには至らなかったが、こうして、茅野市に愛着をもって戻ってくる者が少なからずいるのは確実に、また、これは筆者の感覚でしかないが、茅野市の場合、高学歴であったり、知的水準の高い人が U ターンしてきているように思われた。こうして U ターンする者が抱く地域への愛着は、「社会的共通資本」と直接関連する因子ではないものの、地域に人的資源をもたらす重要な要素である。

最後に高齢者についてである。茅野市の平成 24 年高齢化率は 25.4%である。わずかに全国平均 23.3%²³⁾ を上回る。茅野市における単身高齢者の推移を示したのが【図 18】【表 4】である。これらから明らかになったのは、女性単身高齢者が男性の 3 倍近いこと、そして、単身高齢者の割合が若干ながら上昇してきていることであった。女性単身高齢者が男性よりも多いのは戦争の影響であろう。

年	人口						指数					
	総数	年少人口	%	生産年齢人口	%	老年人口	%	年少人口	老年人口	従属人口	老年化	
平成18年	57,061	8,353	14.6%	36,639	64.2%	12,043	21.1%	22.8	32.9	55.7	144.2	
平成19年	57,201	8,412	14.7%	36,265	63.4%	12,498	21.9%	23.2	34.5	57.7	148.6	
平成20年	57,379	8,449	14.7%	36,033	62.8%	12,871	22.4%	23.4	35.7	59.2	152.3	
平成21年	57,382	8,433	14.7%	35,505	61.9%	13,418	23.4%	23.8	37.8	61.5	159.1	
平成22年	56,391	8,244	14.6%	34,337	60.9%	13,509	24.0%	24.0	39.3	63.4	163.9	
平成23年	56,121	8,115	14.5%	34,009	60.6%	13,696	24.4%	23.9	40.3	64.1	168.8	
平成24年	56,030	8,041	14.3%	33,495	59.7%	14,229	25.4%	24.0	42.5	66.5	177.0	

【表 3】
年齢 3 区分別人口と指数の推移

(出典) 茅野市 HP
「人口動態の推移」
<http://www.city.chino.lg.jp/ctg/01040240/01040240.html>



【図 18】

茅野市における単身高齢者数の推移

茅野市 HP

<http://www.city.chino.lg.jp/>

「高齢者単身男女別、年齢人口」

「人口と世帯の推移」を基に作成

成

【表 4】茅野市における単身高齢者数 男女別・総人口比・5歳区分単身者数

	市総人口	高齢単身者数	(総人口比)	5歳区分単身者数					
				65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	
1995年(平成7年)	52,807	910	1.72%	199	253	205	146	107	
男	26,024	237	0.91%	72	73	42	24	33	
女	26,783	673	2.51%	127	182	163	122	74	
2005年(平成17年)	57,099	1,318	2.31%	334	255	303	237	189	
男	28,634	374	1.31%	140	73	70	58	33	
女	28,465	944	3.32%	194	182	233	179	156	
2010年(平成22年)	56,391	1,670	2.96%	776		617			277

茅野市 HP 「高齢者単身男女別、年齢人口」「人口と世帯の推移」を基に作成

*2010年度(平成22年)のデータは国勢調査内容による。

3.1.2 茅野市の医療と健康に関する概況

基幹病院は、原村、諏訪市と茅野市が共同で経営する諏訪中央病院であるが、市内の総合病院も同病院1か所のみとなっている。他は、39の診療所・クリニックといったプライマリケアを中心とする医療機関で構成される。救命救急対応が必要な場合は、隣の諏訪市にある3次救急施設、諏訪赤十字病院へ搬送されるケースも多々あるそうだ(A医師)。なお、茅野市全体の病床数は合計で430床²⁴⁾である。全国平均は人口10万人に対し1100床ほどなので、人口56,000人がいる地域の病床数としては少ない。

茅野市は、2.2でみた長野県のなかでも、長寿かつ、最も医療費が少ない自治体である。それを明確に示す図表として【図19】【表5】【図20】を掲載する。なお、【図19】は3大死因の推移を全国・長野県と比較したもので、【表5】・【図20】は医療費の少なさを県内(市レベル)で比較したものである。

医療費の増減には、①人口の年齢構成、②病床数等の医療供給体制、③健康活動の状況や健康に対する住民意識、④受診行動、⑤住民の生活習慣、⑥医療機関側の診療パターンといった因子が関与するといわれているが²⁵⁾、茅野市の「地域差指数」が低い理由の一つ

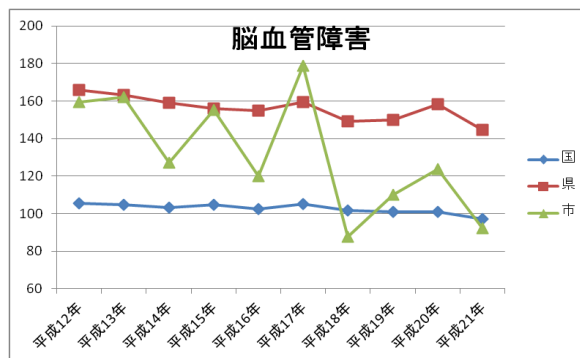
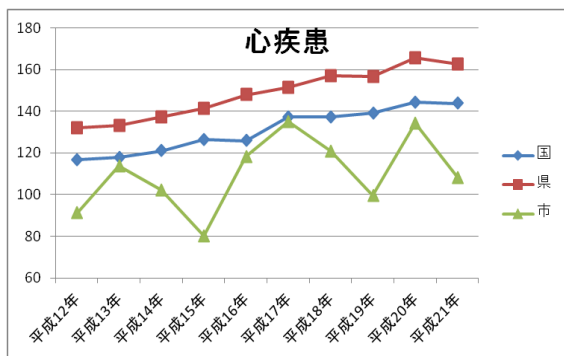
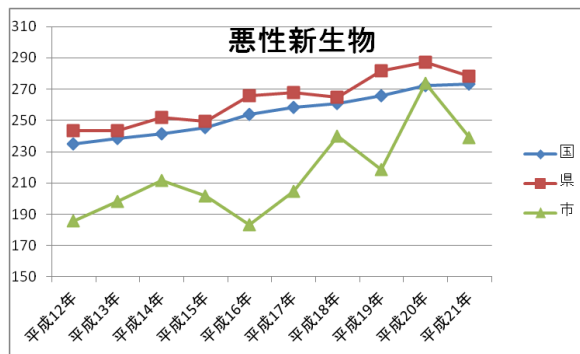
には、平均在院日数が少ない²⁶⁾ということがあげられる。これには二つの要因がある。

まず、茅野市における「地域包括ケア」である。詳細は次章で述べるが、茅野市では前から、諏訪中央病院の今井澄医師（故人）と執筆活動やテレビ出演でも知られる鎌田實医師（現、諏訪中央病院名誉院長）が地元開業医と共に、「地域包括ケア」を実践してきている。要するに、基幹病院である諏訪中央病院と開業医との連携がとれているため、施設ケアから在宅ケアへの移行がスムーズであるのだ。入院加療を必要としない病状となっても、その後の行き場が見つからないために入院し続けるケースを抱えた地域とは異なる点である。また茅野市の場合、39の診療所がかかりつけ医としての機能を発揮し、疾病が入院加療を必要とするような状態に至らず回復していることも考えられる。これは、診療所の医師がその地域で生活する住民の健康や生活状況を把握し、個別性のある診療を行っているから実現することである。これもまた、地域をよく知る医師がその地域の住民をケアする、「地域包括ケア」の特徴であると思われる。

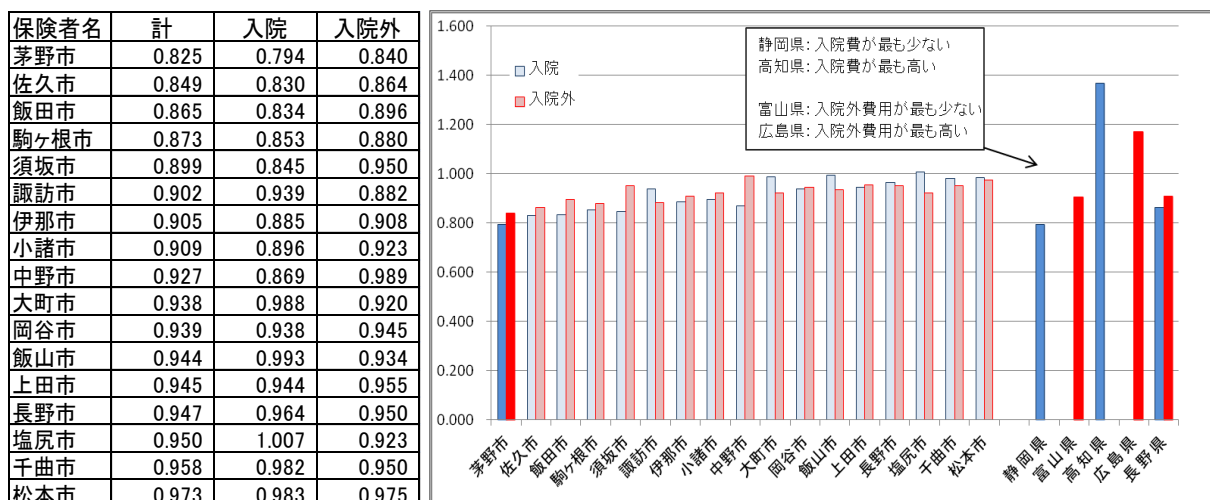
もうひとつは、そもそも茅野市の住民は、健康もしくは、受療を必要としない状態を維持しているということである。【表5】「地域差指数」における「入院外」の欄をみると「入院」の欄同様に、茅野市は長野県（市のみ）のなかで最も低い数値となっていることがわかる。要するに、茅野市は受療そのものが少ないということである。一般的に、加齢するにつれ、慢性疾患有病率が上昇する。通院しながら日常生活を送る高齢者が多くなるのである。その上、前節で述べた通り、茅野市の平成24年高齢化率25.4%で、これは全国平均の高齢化率23.3%より高い。これらを念頭にいれると、茅野市は、通院を必要としない“元気高齢者”が多いということになるのである。その秘訣は高齢者の就業率にあるといわれている（【表6】）。

【図19】茅野市における3大死因の推移(率)
全国・長野県との比較【人口10万対】

(出典)「平成23年度 茅野市の保健福祉」p64
を基に作成



【表 5】【図 20】 長野県内（市のみ）における医療費の「地域差指数」



(出典) 厚生労働省

「医療費の地域差分析 基礎データ 19 市町村別データ」(平成 22 年度) を基に作成

【表 6】 茅野市における 65 歳以上の就業率

	総数	労働力人口		就業者		主に仕事	家事と仕事
65歳以上	13509	4008	29.7%	3787	28.0%	2696	981
65～74歳	6947	2874	41.4%	2697	38.8%	1943	678
75歳以上	6562	1134	17.3%	1090	16.6%	753	303

(出典) 平成 22 年国勢調査産業等基本集計(総務省統計局) <http://www.e-stat.go.jp/SG1/>

第 1-2 表 を基に作成

3.2 【保健】保健補導員活動と公民館における生涯教育活動

ここでは、長野県全体の取り組みである、保健補導員活動と生涯学習を推進する公民館の活動が茅野市ではどのように行われているかを述べそれらが、茅野市の健康長寿にどう貢献しているのかを説明する。

では早速、保健補導員から述べよう。かつて、全国で最も脳卒中発症数が高かった長野県を日本一の健康長寿県に変えることに貢献したといわれる保健補導員は、昭和 20 年、現在の須坂市で立ち上がった。戦時中で劣悪な衛生環境と奮闘する保健婦(当時)を見た一般主婦たちが「自分たちの健康を守るためには自分たちがまず学習することが大切だ」と実感し、行動したのがはじまりである²⁷⁾。

茅野市では、1978 年に元々あった衛生自治会から分かれる形で保健補導員活動が開始され、今では 286~302 人²⁸⁾の保健補導員が 99 の区・自治会の中で活動している。長野県保健補導員等連絡協議会 HP によれば、茅野市の保健補導員最高齢は 78 歳、一方最年少は 28 歳ということで、幅広い世代が担う活動になっているようである²⁹⁾。活動目的は、「保健思想の向上と保健予防活動を行い、地域住民の健康で文化的な生活の向上に寄与する」

こと³⁰⁾で、長野県保健補導員等連絡協議会による「保健補導員等活動状況調べ(茅野市)」によれば、茅野市では以下のような活動を行っている。

<茅野市保健補導員の活動>

- 1) 生活習慣病予防など、成人保健予防活動への取り組みとして、健診申し込み書の配布/回収・各種健診の放送/PR・各種講座の開催・基本健康診査の手伝い・健康相談の手伝い
- 2) 母子保健活動として、育児相談の手伝い
- 3) 献血推進運動への取り組み
- 4) 禁煙活動への取り組みとして、各種講座の開催
- 5) 健康づくり大会、福祉大会などで、健康づくり集いへの参加を促進
- 6) 健康劇や寸劇を市民会館で上演する
- 7) 調査活動
- 8) 寝たきり、認知症、独居生活者への関わりとして、独居高齢者昼食会の手伝い
- 9) 保健補導員としてのボランティア活動
- 10) 研修会・講習会・大会・視察

ほぼ無償のボランティアであるにもかかわらず、さまざまな保健福祉活動を行っていることがわかる。活動のメインは、講演会や講座の開催と健診の推奨であると思われ、講座のテーマや勉強会の内容もやはり、食生活と生活習慣病に絡んだテーマが多い印象である。そのほか、ストレッチ体操なども行われている。保健補導員の主要な活動をまとめると、まず研修会や講習会を通して、自らと区民が健康や地域の現状について学習をして知識を身につけること、そして、自らと区民が成人保健活動や地域の健康づくり大会へ参加をすることであるかと思われる(今村ほか,2010,p47を参考)。講座の開催では、誰を呼んでも謝礼金は同額ということで、諏訪中央病院名誉院長の鎌田實をはじめとする専門家を講師に呼んで勉強を行ったり、健診申し込み書の配布では、各保健補導員が担当する世帯(茅野市では1名あたり66世帯と報告されている³¹⁾)を戸別訪問し、がん検診の受診を呼び掛けたりしている。啓発に関しては、回覧板や区内放送も使うようである³²⁾。こういった保健補導員の活動が功を奏して茅野市のがん検診受診率は高い。その結果、医療費の自然減につながり、茅野市では1991年と1993年の2回に渡って国保税が減税されたそうである(鷹野,2005,P66)。食生活に関する保健補導員の取り組みに対しては、鎌田實が次のように述べている。「保健補導員やショッカイさん(「食生活改善推進協議会」³³⁾の通称で「食改」と書く)は、ぼくたちの話を元に、野菜や繊維が豊富で、塩分を減らし、海のない長野県でできるだけ魚が食べられるような献立を考えて、長野県中に広げていった。僕の住んでいる茅野市は5万6000人に保健補導員の経験者が9000人を超えている。食生活は格段に改善した。」³⁴⁾要するに、講座開催をはじめとした保健補導員らによる食生活改善活動

が茅野市の健康長寿に多大な貢献してきた、ということである。なお、年間の活動に関しては、今村が2006年の1年に茅野市の区・自治会で行われた健康教室と参加者数を算出しており、健康教室開催数は補導員のみの学習活動を除いても121回、参加者数は延べで2992人ということであった（今村ほか,2010,p52）。

こうした保健補導員の活動は、何よりもまず保健補導員本人が健康づくりへの関心を高める機会となっている。例えば、保健補導員として健診に関わることは、「特定健診ってなに？」「検査方法は大変なの？」「家庭でできる糖尿病の予防法はあるの？」と、それまで何となくしか知らなかったことに興味を抱くことに繋がったり³⁵⁾、医師や保健師による講義で適切な塩分摂取量を学んだり、その知識を地域へ広めることは、自らの食生活を振り返る機会にもなり、「塩分計を家に持ち帰って、お味噌汁とかの塩分を測ったりして減塩にしました。夫もその味になれてきましたね」（今村ほか,2010,p45）と自らの行動変容へと帰結している。茅野市では、福祉同様に環境問題にも積極的に取り組んでおり、ごみは9品目16分別にしなければならない。分別開始当初は、非常に面倒な作業であるため、夫が妻に文句をいう家庭もあったそうだ。しかし、「一家にひとりそういうことを考える人がいると、一家みんなが同じようにやるようになる」（仲町I氏）という。食生活の改善においても、まず妻の行動が変わり、それにつられて夫も変わる、といったように、一人の行動が変わることで家族全体の行動も変容していったのであろう。

1年の保健補導員を終えた後は、任意でOB会と呼ばれる会で活動を継続することもできる。茅野市OB会には330人が登録されている³⁶⁾。「命の輝きを考える会」という終末期医療の学習会グループは、このOB会の呼びかけに反応した人びとで構成され、医師・弁護士・宗教家といった方々が支援している組織である。2002年の時点で150人収容可能な寺の一室がいっぱいになるほど、関心を持たれている組織となっていた（鎌田,2003,P95）。2012年の今は、更に活動が拡大していることが想像される。結成のきっかけは、がん検診を受けていたにも関わらず、活動中の40代の保健補導員が亡くなったことだったそうである。彼女の病気は健診では発見されにくいタイプの胃癌であったそうだが、少なくとも市内女性の3割以上（後述）が保健補導員の経験をもち、健診に関心を持っていたからこそ、こうして生死について深く考える行動に至ったのであると思われる。同会の活動は、諏訪中央病院に緩和ケア病棟が設立されたきっかけになったともいわれている。

現在、保健補導員に関して問題となっているのは、区によって保健補導員を選出できない地域が出はじめていることである。その背景には、個人情報保護の観点で保健補導員が個人宅へ訪問するのが難しくなったこと、それをきっかけにして保健補導員の必要性に対する疑問が出始めたことや、保健補導員を負担に思う人が増えてきていることがあるようだ。

保健補導員の選出は表向き、「区長・自治会長が推薦し、自治体によっては首長が委嘱する」ことになっているが、実際のところは、持ち回り制で順番に役が当たっている。任期は1年だが再任が可能であるため、世帯数が少ない区では2度経験する人もいる。茅野市

で最も小さい区は 30 世帯前後³⁷⁾しかないため、そのような区では他の役も兼務しなくてはならない。保健補導員を負担に思う理由にはこういったことも関係しているように思われる。ただ、茅野市内の保健補導員を経験した・している人の割合は、再任者数を無視した場合、市内女性の 3 割に及ぶといわれ(今村ほか,2010,pp39-40)、この人びとが茅野市の健康づくりの基礎を成してきたことは確かである。第 4 章以降で茅野市のコミュニティを観察していくことになるが、今後は、保健補導員の確保をどうするかということもコミュニティの問題として検討していかなくてはならないだろう。なお、市役所で地域福祉を担当する I 氏は、保健補導員が地域で自律的に行われる活動であることから、今は見守っている状況としつつも、「保健補導員が手を出せなくなっているところに、行政がどう動いていくかだ」と述べていた。

次は公民館活動である。長野県ではかねてから公民館活動が盛んで、公民館の数は全国で最も多い³⁸⁾。茅野市では、昭和 21 年に国から公民館設置に関する通達が出たことを受けて、自治体設置のものとは別に、各区・自治会でも公民館(一般でいう区民館。茅野市では公民館と呼んでいる)が設置された。茅野市には区・自治会が 99 あるが、2012 年現在、そのうち 80 もの区・自治会が公民館を所有し³⁹⁾、自主運営・管理している。こうして区ごとに公民館が建設された背景には、かつての公民館には社会教育機能のみならず、ムラの行政機能も含まれていたという事情もあるという(地区コミュニティセンター Y 氏)。公民館建設の際は、行政から一部補助が出るものの、基本的には区の自主財源によって賄われる。茅野市には、財産区といって山林を財産として収入を得ている区と財産を持たない区があり、後者の場合、数千万円から数億円かかる建設費用を区民自らが負担している。そこまでしても公民館を所有するのはやはり、公民館が区・自治会の拠点となり、そこで行われる各種行事がコミュニティの紐帯を保つ装置となるからである。なお、保健補導員による健康管理教室も公民館が拠点となる。

運営は、館長をはじめとする 3 役(ほか主事・部長)が中心となっていく。ただ、行政の関与を受けない自主活動・自主管理組織であるので、第 5 章で登場する仲町区の場合は、分館長 1 名・副分館長 2 名・主事 1 名・体育部/文化部(PTA も含む)/学習部/広報部の各部長と部員、総勢 39 名の区民が公民館運営に関わっている。

活動内容も各区で独自に考えられたものを行っており、例えば仲町区の場合は、学習部が子供映画祭を開催したり、文化部が区民ハイキングと称して、山梨県へ桃狩りをしに行ったりする。お祭りも公民館にとっては重要な行事で、本町区では御柱祭の際に「どぶろくづくり」が行われたりもしている。また敬老会といった行事は、区の高齢者にとって、地域コミュニティとのつながりを維持する重要な装置であり、生きがいの場ともなることから、役員たちは頭を悩ませながら行事を考えている。現に、筆者が区会の方々へグループインタビューを行っている最中にも自然発生的に、敬老会の企画に関する議論が湧きあがっていた。こうして公民館は、自主的・自律的な地域運営と生涯学習の実践を行う拠点として、そして地域コミュニティの紐帯を形成する装置として機能してきたのである。

昭和 63 年、茅野市は全国で 4 番目に「生涯学習都市宣言」をした。その宣言から 7 年を経て、市は市民 2,000 人を対象に「生涯学習市民意識調査」を実施した。その結果、福祉・環境・教育に興味をもっていること、学びを社会へ還元したいと考えている市民が多いことが分かった。公民館活動そのものは、前半の保険補導員活動に比べると、健康に直接影響を及ぼすものではないものの、福祉活動に参加する主体性を養成したり、高齢者の生きがいの場をつくることで区民の健康長寿に貢献していると思われる。

3.3 【医療】 諏訪中央病院を中心とした地域医療

諏訪中央病院といえば、デイケアの生みの親といわれ、在宅ケアにもいち早く取り組むなど、今や「地域包括ケア」のお手本的存在であるが、かつては基幹病院であるにもかかわらず、「累積赤字が 4 億円もあり、患者さんは来ないし、地域の人からも見捨てられた病院」だったという⁴⁰⁾。その上、当時の茅野市は、脳卒中の死亡率が秋田県に次いで全国第 2 位であった長野県の中でも、ダントツにその死亡率が高く、また、地域全体は不健康で、来院時にはすでに手遅れの状態となっているケースが度々あったそうである（鎌田,1997,p114）。さらに、地域の命を支えている医療システムも、茅野市は農村地域であるため自治体国保の加入者が多く、市はお金を繰り入れないと経営を維持できなかつたため、破産寸前の状況であったそうだ（鎌田,2006）。そのような病院へ 1974 年に赴任した今井澄と鎌田實は、幾つもの革新的な活動を行い、「開かれた医療」の確立と茅野市の健康水準向上を実現させた。いまだに続くスローガンは、「予防からリハビリりまでの一貫した医療」「地域に密着した手作りの医療」「救急、高度医療を担う」の 3 つである（鎌田,1996,p4）。実際に同院で行われた取り組みを大別すると、①システム構築（主に介護）、②連携（主に医療）、③教育・学習（主に保健）の 3 つに区分されるように思われる。それでは一つひとつみていこう。

まず、①システム構築である。現在の諏訪中央病院は集中治療室も兼ね備えた救急指定病院となっているが、その一方、「出ていく医療」在宅医療も全国に先駆けて実践されてきた。老人保健施設も病院に併設され、病院から中間施設、そして在宅という経過がスムーズに行われるようになった。患者が本来生活する場である地域社会へできるだけ早く戻れるように、と考えての実践と思われる。日本で最初といわれるデイケアは、在宅ケアの際、介護者であるお嫁さんや高齢の妻が苦勞している様子に気付いたことがきっかけとなって始まったものである。取り組むうえでテーマとして掲げられたことは、a)在宅療養におけるリハビリの強化をする、b)障がい者が一日楽しめる機会にする、c)家族を介護から解放する、d)ボランティアの組織化を促進する、e)“やさしさ”再確認の場にする、といったことであった（鎌田,1996,pp129 - 130）。取り組みのなかでは、施設から自宅での療養へ移行する準備として、施設内に「家庭復帰モデル室」という浴室が設けられ、患者が実際にそこへ入

浴する様子を運動療法士とケア担当スタッフが見ながら家族と患者へアドバイスする、という支援もある。このように、諏訪中央病院では、急性期医療だけでなく、患者と家族が障がいを抱えながらも地域で生活できることを想定した、包括的なシステムが構築されているのである。諏訪中央病院の在院日数が県や全国と比べて非常に短い(3.1.2 参照)理由には、急性期を脱した患者の療養先選定や退院後の生活環境整備がこうしたシステムによってスムーズに行われるからという点が含まれるであろう。

次に、②連携である。鎌田らはさまざまなアクター間とつながることでよりよい医療を患者へ提供しようと考えている。鎌田はこのことを「つながる医療」といつている。このつながりのなかでも、とりわけ重要と思われたのが、地元医師会とのつながり(=病診連携⁴¹⁾)、そしてボランティアのつながりである。地元医師会と病院との関係については、鎌田だけでなく、「福祉 21 茅野」で鎌田と代表・副代表幹事の関係にあった土橋善蔵も「たしかに昔は病院と医師会の間はぎくしゃくしていました」と述べている(鎌田,1996,P171)。地元医師会は、地域医療におけるゲートキーパーとしてなくてはならない存在であり、「地域包括ケア」においては不可欠なパートナーであろう。この“ぎくしゃくした”関係を打開したきっかけのひとつが、今井、鎌田らの「患者を大事にする姿勢」であった。土橋によれば、よく勉強し、人間愛をもって仕事する彼らを医師会が理解した、というのである。また余談であるが、土橋個人と諏訪中央病院との関係では、あるとき土橋が先輩医師にいわれて諏訪中央病院へ偵察にいったところ、逆に、鎌田、今井らと意気投合して仲良くなり、マージャン仲間になったという逸話もある(土橋,2003,pp17-18)。こうしたことを経て、医師会と病院にはつながりができ、また、医師会は 1 次医療(かかりつけ医)を、諏訪中央病院は 2 次医療(救急車も対応)を、そして、訪問診療に関しては連携を、という関係が構築されたのである。

②連携のもう一つ、ボランティアとのつながりであるが、鎌田の著書『病院なんか嫌いだ』(2003)に登場するボランティアは7つで、それぞれが諏訪中央病院で活躍している様子が同書に記されている。7つのうち最古のボランティア組織「かすみ草」は、デイケアを中心に、車いすの介助、入浴後の結髪、食事のセッティング、レクリエーション、といった活動を中心に行っている。病院にとっては「なくてはならない存在」で、病院にこうしてボランティアの人たちが入ることで、病院と地域社会との結びつきがより深くなった、と鎌田は言っている。また、彼女らによって、病院の事情や考えが地域へ伝わり、また地域が病院に対して抱く要望や思いも入りやすくなったそうなのだ。(鎌田,2003,pp142-164)要するに、病院とボランティアがつながった結果、地域と医療機関もつながったということである。因みに 2012 年の今、病院内で活躍するボランティアは次の 10 組織となっている。「茅の実(病院案内ボランティア)」、「グリーンボランティア(病院周辺にあるハーブガーデンの維持・管理など)」、「図書館ボランティア(院内図書館の司書活動)」、「外来案内ボランティア」、「音楽ボランティア(院内デイケアとして、歌唱エレクトーン伴奏)」、「院内デイケアボランティア」、「緩和ケアボランティア(環境整備、傾聴など)」、「4 南病棟ボ

ランティア（環境整備、身の回りのお世話）」、「動物ふれあい活動（アニマルセラピーの一環）」、「障害者・高齢者パソコン広場」。筆者は医療者であるが、これほどのボランティアが活動している病院をほとんど知らない。

最後に、③教育である。鎌田らが赴任した当時の茅野市における健康状態については先に述べたところであるが、鎌田は「不健康な地域を、まず健康にしようと、病院の仕事が終わってから、前院長の今井澄先生と一緒に地域へ出て行き、健康づくりを目指した運動を始めました。減塩運動などによって、脳卒中の死亡率は激減していきました。脳出血はすぐに減りましたが、その次には、恐らく来る血管が詰まるような病気の予防が必要であると考え、勉強会をくりかえし、人々の生活の仕方から変えるようにしたのです。」と述べている。最初は、部落ごとの集まりに押しかけて、「模造紙に絵や表や説明を書いて持っていき、壁にはって説明をした」という。（今井澄＜鎌田,1996,p115＞）多い年には、このような健康教育活動を年 80 回も行っていった。次第に、この活動は地元医師会を巻き込んだ講演会となり、住民側から依頼されて講演するようになっていった。依頼先は、保健補導員会、地区公民館、老人クラブ、PTA、企業などで、テーマもレパトリーが広がり、生活習慣病に限らず、在宅ケアやボケ予防、メンタルヘルスや公害についても扱うようになった。それとは別に諏訪中央病院の職員内で始まった勉強会、「ほろよい勉強会」も、いつしか市の生涯学習メニューとして採用され、住民への健康教育活動の一つとなっていった。この「ほろよい勉強会」や、地域でおこなわれている「見つめてみよう私たちの命」などの学習活動の結果、茅野市では訪問ケアを受けながら在宅死するひが増えたそうだ。第 2 章の終盤で、長野県の低医療費には在宅死の多さが関係していることを示した。医療費削減のためでなく、充実した生とはなにかを住民と医療者が共に考えているからこそ、在宅死が増加し、副次的に医療費が縮小したということなのであろう。なお 2012 年の現在、「ほろ酔い勉強会」は 2 か月に 1 回の頻度で、さまざまな診療科の医師がこれまた様々なテーマで行われている⁴²⁾。

教育に関連するところで、集団検診活動にもふれておきたいのだが、茅野市では自治体主催の集団検診が実施されていたことなどから、病院が主体となつての検診活動は行われていない。ただ、健康教育活動は集団検診にリンクしたものであり、胃がんの早期発見は目指すところの一つであったようである。鎌田、今井が赴任したころは、進行した状態で発見されることが多々あった胃がんも、健康教育の成果で早期発見率が上昇し、5 年生存率は 60%を超えるようになったそうである（同,p122）。

こうした全ての取り組みをもって、諏訪中央病院における地域医療といえるのである。赴任当初は、病院は地域に見放されて借金を抱えた状態、地域住民は不健康、といった在り様だったが、システムを変え、さまざまに連携し、教育と学習を進めた結果、住民は全国有数の健康長寿へ、病院は黒字経営へと変わったのである。鎌田は病院の行く先を次のように述べている。「ある程度の独立をさせながら、ゆるやかな連携を保ちながら、機能分担していく」「地域と共生し、そこに生活する地域の人々と共に生きていこうとする医療活

動を、これからも多様に展開していこうと思う。」(鎌田,1996,p261・p267)。

【表 7】 諏訪中央病院の沿革

年	主なできごと
1950	ちの町(当時)国保直営として、8診療科を擁する22床の小規模病院として誕生
1953	市町村合併により、一部事務組合へ経営が移管
1980	長野県の国保病院では二人目となる医療ソーシャルワーカーを採用し、健康相談室を設置。本格的な地域医療福祉システム構築が開始される
1982	健康相談室に保健師を採用し、家庭訪問事業(同院では、看護師以外の職種も患者宅を訪問していたので、「訪問看護」ではなく「家庭訪問事業」と呼んだ)が始動
1983	「ほろ酔い勉強会」スタート
1984	障害を有する高齢者を対象にした、試験的デイケアを実施。本邦初の試み。
1986	新病院(200床)完成。ハーブガーデン開園。高校生ボランティアワーク開始。
1990	介護老人保健施設「やすらぎの丘」(50床)開設。蓼科に別荘をもつ有志を中心に、気鋭の音楽家によるホスピタルコンサート第1回目開催。
1992	第1回病院建築大賞受賞
1993	分院リバーサイドホスピタル(105床 1998年クリニックへ変更)開院。諏訪看護専門学校開校。分院東洋医学センター開設
1995	自治体立優良病院 自治大臣表彰
1997	「ほろよい勉強会」100回達成
2000	介護療養型病床30床、短期入所療養介護指定。訪問看護ステーション開設
2003	臨床研修指定病院となる。一般病床312床(緩和ケア6床、回復期リハビリテーション45床含む)、療養病床45床の体制となる。

(出典) 鷹野,2005,pp48 - 49 を一部抜粋・要約して作成

3.4 【地域福祉】市民主導で福祉課題解決—第1次「福祉21 ビーナズプラン」

本節では、「パートナーシップのまちづくり」という市民主導・公民協働のまちづくりと、その取り組みから誕生した地域福祉計画「福祉21 ビーナズプラン」における第1段階(第1ステージと第1次)を振り返り、成功要因が何であったのかを考えてみたい。

「パートナーシップのまちづくり」と「福祉21 ビーナズプラン」のきっかけは、明確なビジョンを有したリーダーの登場とそれに共感する有力な医療者の存在、そして、市が行った生涯教育に関するアンケート(1995年実施)結果にあったと考える。なぜなら、この二つによって、それまで潜在していた住民の底力が表舞台に出るとともに、その力を活用する方向へと地方行政の舵が切られたからである。まずは、リーダーであった矢崎和広元市長に焦点を当てながら、茅野市における市民主導・公民協働の始まりをみていこう。

茅野市出身の矢崎氏が市長に就任したのは1995年である。30歳で茅野市へUターンするまでの8年間、矢崎氏はソニーの営業部門で就業していた。「権威や伝統とは全く無縁の会社」(矢崎和広—茅野市,2003,p224)での経験は、市長としてまちに革新を起こす際にも力を発揮したようである。とりわけ、上司に叩きこまれた“Something New(いつも新し

いものを)”という発想から受けた影響は大きいそうである(『地方分権』2000,p73)。また、矢崎氏が掲げた“行政の落ち穂拾いみたいな市民参加ではなく、施策の企画・立案段階から市民が直接当事者として関わり、責任も分担することこそ市民参加である”という市政における理念は、LD・CD(Leader Development, Community Development)を目標に、「真剣にまちの将来を考える若手経営者の集まり」(矢崎氏のコメント)であった、地元青年会議所の仲間とともに考え、生み出されたものだという。革新が起きた茅野市には、このような背景や経験をもつ人がリーダーの位置に就いていた。

本章でこれまでみてきたように、茅野市では、地域・機関などが個々に地域課題を議論し、個々に活動していた。とりわけ地域社会では、公民館を拠点にした学習が長年に渡って実践されてきており、市民社会の基礎はすでに構築されていた。だが、地域課題へ問題意識や関心をもつ人びと＝「点」(個々の住民)を「線」(集団)として繋いでゆく装置がないために、組織ダイナミズムを活かした地域福祉を実現できずにいた。そのような茅野市に対し矢崎氏は、市長に就任した直後から市民主導・公民協働のまちづくりに向けて改革を推進していった。中でも筆者が目にしたのが、各地区で「市長と語る会」が開かれ、市長と住民が意見交換し始めたことである。今となつては様々な自治体で催されるようになった会であるが、ポイントはこの会の主旨は市長と住民の直接対話にあり、“陳情”から“要望”という表現の変更から推察できるように、市長(行政)－住民の対等な関係性の構築、ひいては住民自治に向けての住民意識変革も含意していた。ポイントは、個々の住民が予算執行権をもつ市長へ直接要望を出せるという点もさることながら、それまで地域で他人事として見て見ぬふりをされてきた問題や、個々人が対応してきた地域の困った問題が差し出される公の場ができたことである。問題の発露は市長へむかうベクトルだが、結果的にそのベクトルは住民の間をつなぐものへ移行し、住民間で地域課題が議論される契機となったに違いない。地域課題に取り組む住民組織化のひとつには、こうした公共の場づくりがあった。

「パートナーシップのまちづくり」として、茅野市の市民主導・公民協働のまちづくりが確実なかたちで動き出した発端は、市長と近所付き合いのあった茅野市医師会会長(当時)土橋善蔵医師や、諏訪中央病院院長(当時)の鎌田實医師ら数人による茶飲み話だったとされる。そこで話題にあがった教育問題を起点にして、人間関係が希薄化している地域社会全体を考える方向へ議論は広がり、次第に、土橋・鎌田氏が周辺の人びとを巻き込むかたちで、週2～3ペースの話し合いへ発展していった(土橋,2003,pp16-18)。そして行政では、行政課題を確認しようと、このころ市民意識調査アンケートを実施した。これが、本節冒頭で述べた1995年実施のアンケートである。結果、学習したことを社会へ還元したいと考えている住民が多く、彼らが、福祉・環境・教育に問題意識を持っていることも明らかとなったのである。こうして茅野市は、矢崎氏が市長に就任した年から、福祉・環境・教育(具体的には、「地域福祉・生活環境・こども/家庭応援」矢崎和広『月刊福祉』2004)の3分野における市民主導のプロジェクト「パートナーシップのまちづくり」を始

動させたのである。

「福祉 21 ビーナプラン」策定というかたちで結実する、地域福祉における「パートナーシップのまちづくり」では、前述の土橋・鎌田氏が引き続き住民側の中心となって市民主導を推進していった。1996年には、代表に土橋氏、副代表に鎌田氏が就任するかたちで、茅野市の地域福祉を考える市民組織「茅野市の 21 世紀の福祉を創る会（通称「福祉 21 茅野」）」が結成され、さらに、それまでの議論で茅野市の福祉課題として挙がっていた 12 カテゴリー⁴³⁾を専門部会として編成して、各部会で地域福祉問題が議論されるようになった。地域福祉における「パートナーシップのまちづくり」第 1 ステージの核は、まさにこの 12 の専門部会における活動であったと考える。この各部会には、医師、福祉に関するボランティアや NPO、行政職員や社協職員、そのほかにも福祉のまちづくりに関心をもつ住民が参加し、「やらざあ 100 人衆」と呼ばれた。なお、教育・環境カテゴリーも併せ、こうした「パートナーシップのまちづくり」に関与する住民は、“自分たちは言うだけでなく実践する存在でもある”という表明として、自らを「実行する提言集団」と呼んでいる。さて話は戻るが、各部会のリーダーには主に医師やボランティア関係者が就いた。各部会は、まちの地域福祉を考えるという目的を共にした人びとで構成されるものの、それぞれ地域福祉に関する知識や専門性が異なっていた。そうした前提条件が異なるメンバー同士がひとつのテーマを議論したため、所要時間の割に議論が先に進まず、時にストレスを感じる者もいたようである。医師に関しては、医療の専門家というだけでなく、一般にインテリゲンチアでもあることからして、専門的、論理的な意見で議論を集約させることも不可能ではない。しかし彼らは一様に、ひとりの茅野市民として部会に参加し、議論では聞き手にまわるかたちでファシリテーションをしていたという。その一方、別の参加者である、ボランティアや NPO 出身の住民のなかには、医師や行政職員といった専門的背景を持つ人が集まる部会の中で、委縮しそうになったものもいたようである。このように個々の参加者は、部会という集団のなかで何かしらの心情を抱きながらも、各自がそれぞれの立場や経験に基づいた発言をしていった。議論の集約や方向性の修正には、福祉領域の学識者（大学教授）による助言が活かされた。こうした外部の力も借りつつ、各部会では、茅野市の地域福祉の課題を共有するとともに、課題解決に向けた施策の素案を作っていたのである。「パートナーシップのまちづくり」が始まる前、市民社会の担い手となる住民は市内に「点」在していた。それが「パートナーシップのまちづくり」というしかけによって、地域福祉というテーマの元に「点」が集まり、部会というかたちでひとつの「線」に繋がったのである。この「線」は、もはや“集団”というよりも、目的や目標を共有し、その実現に向けて結束した“組織”というのが妥当であると思われる。なお当時の様子については、矢崎氏が次のように語っていた。「夜 6 時半くらいになると（市役所 8 階に住民が集まってきて）、多いときには何十人、何百人とそのカテゴリー別に計画策定とか打ち合わせをやっていて、大騒ぎだったんだよ。いろんなところでバンバンはじまるんだから。」2 年もの間、茅野市役所 8 階ではこのような光景が每晚繰り広げられたという。ある住民は仕

事を終えたその足で、別の住民は家族の夕食を急いで作ってから市役所へ向かったのだろう。茅野市の地域福祉計画となる「福祉 21 ビーナプラン」の素案はこうして出来上がった。

一方、行政や社協といった機関側では、矢崎市長によって改革が推進された。まず、保健・医療・福祉の連携一体化を推進しやすくするために、行政（保健）と医療（諏訪中央病院の管理者）のトップでもある市長が社会福祉協議会（以下、市社協とする）の会長にも就いた。この改革が始まるまでの市社協は、地域福祉の中核的機関でありながら、茅野市における保健や医療に比べると、「福祉は遅れているよね、追いついていないよねという状況があった」（社協 M 氏）という。しかし、市長が市社協の会長へ就任したことで、“地域福祉は市社協”という位置づけがなされるとともに、市社協と市長にはへ直接情報交換できる関係が構築された。そうして市社協は「福祉でまちづくり」の推進を担う中核機関へ発展した。「福祉 21 茅野」が立ち上がった当初から茅野市の地域福祉に携わっている市社協事務局の M 氏は「この 10 年で行政と社協の関係性は大きく変わった」という。行政の下請けと揶揄されることもある社協であるが、茅野市の場合はこうした改革によって、社協の活動にも自主性や独自性が活かされるようになってきている。市長の御膝元である行政は、こちらにも公民協働という発想に基づき、市民主導を支援する存在として位置づけられ、住民から出た提言に予算を配分して支援したり、行政職のプロとしてアドバイスする役割を担う機関となった。なお「福祉 21 茅野」の事務局は行政内に作られており、現在も行政職員が「福祉 21 茅野」や市社協などとの連絡・調整係を請け負っている。以上のとおり、「福祉 21 茅野」を構成する 12 の専門部会が主体となって作った素案をもとに、行政が地域福祉計画としてかたちにしたのが、第 1 次「福祉 21 ビーナプラン」なのである。茅野市の住民が 2 年間議論し続けて決めた、地域福祉プランの基本理念は次の 4 つであった。

<福祉 21 ビーナプラン（第 1 期）の基本理念>

- ① 1 人ひとりが主役となり「共に生きる」ことができるまち
- ② 生涯にわたって健やかに、安心して暮らせるまち
- ③ ふれあい、学びあい、支えあいのあふれるまち
- ④ 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

住民は、④を実現するために「市民のだれもが、必要なときに、できるだけ身近なところで、必要とする保健福祉サービスを利用できることがのぞましい」（土橋,2003,p272）と考えた。それを受けて茅野市では、市内を中学校区に相当する 4 つのエリアに分け（茅野市では「3 層」という）、一か所で保健・医療・福祉に関する全てが済む施設（ワンストップサービス）である、「保健福祉サービスセンター」（【図 21】【表 8】）を各エリアに設置した。矢崎氏は変革とその持続に必要な要素は「拠点・システム・人材育成」だと述べてお

り、このサービスセンターもこの3要素に倣って、拠点（市内4か所にセンターを設置）、システム（ワンストップサービス）、人材（行政・病院・社協の職員が同じフロアで働く）に革新がなされた。「保健福祉サービスセンター」はまさに、第1次「福祉21 ビーナズプラン」の目玉事業なのである。この斬新な取り組みは国からも注目され、現在各自治体で設置されている「地域包括支援センター」のモデルにもなった。

【図 21】

保健福祉サービスセンターのエリア



(出典) 土橋,2003,p278

【表 8】

保健福祉サービスセンターの主な機能

1)24時間体制での総合的な相談窓口
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とコーディネート(連絡・調整)
6)福祉教育、生涯学習などの計画的推進
7)保健福祉叙法の収集、発信
8)ネットワークの構築

(出典) 土橋,2003,p278 を基に作成

ただ、現場で勤務するスタッフにとってはストレスもあるようだ。開設当初は国による介護保険制度導入期と重なったため、センターでも一丸となって制度立ち上げに取り組んでいたそうであるが、今日では、各職種の専門性をどう発揮するかという点で困難が顕在化しはじめている。複数の関係者が筆者とのインタビューで、所属母体や専門性が異なる行政（保健）・病院（医療）・福祉（社協）が、対話を通して価値観や問題意識を共有するのが難しいと答えていた。また、行政にとっては、拠点が複在することは確実に非合理であるため、一部にはかつての縦割り行政への回帰を望む声もあるようだ。ただそのような状況においても、「福祉21 茅野」事務局を担当するI氏は次のように述べる。「住民の近いところに（サービス拠点が）あるわけだから、安心感はあるよね。思いがけないニーズの掘り起こしになることもあるし。市民にすれば、市役所の活用の仕方がわかるようになるし、こうして身近なところに相談窓口があるっていいと思う。」第2次になり、改革を推進した3名（矢崎氏・土橋氏・鎌田氏）は役から引退し、次のリーダーたちが「福祉21 茅野」を引き継いでいる。いわゆる組織の新陣代謝である。新たなリーダーには、取り組みに込められた理念を継承しつつも、更なる革新を起こすことが期待される。そこで「福祉21 茅野」事務局では、まず矢崎氏ら3名が改革に込めた思想を再確認するために“ビーナスプラン研修”を実施したところだという。以上の流れを経て、「福祉21 ビーナズプラン」は現在第2次の段階に至っているのである。

これまでみてきたとおり、「パートナーシップのまちづくり」第1ステージにおける地域福祉で最大の成果は、住民が「福祉21 ビーナズプラン」の素案を策定したことである。そ

れ以前は、日本におけるほとんどのまちがそうであるように、茅野市でも行政（官）によって地域福祉計画が策定されていた。それが「パートナーシップのまちづくり」によって、住民が共に暮らす者と地域における福祉課題を共有し、情報や意見を交換しながら、まちの地域福祉課題をどうしたら解決できるかを考え、方策を提言するところまで行うことができた。住民（私・民）と行政（官）が共に公の課題に取り組んだという点でまさに「新しい公共」的な取り組みといえる。

茅野市が市民主導のまちづくりに着手できた要因は何であったかをここで振り返ると、次の4要因があったと考える。まず1点目に、明確な理念をもち、それを素早く現実化したリーダー（矢崎氏）の存在である。近頃の組織論やリーダーシップ論では、「フォロワーシップ」（中竹雄二（2009）『リーダーシップからフォロワーシップへ』）といったような、強力なリーダーシップを排し、脱カリスマなリーダーが組織や集団を変革する手法が注目されていたり、歴史を振り返れば、組織や集団の構成員が結束して“ヨコの力”で物事を変革していったケースもある。次章で述べる第2次「福祉21 ビーナプラン」はまさに“ヨコの力”を活用しようとする試みであると考えられる。しかし、茅野市におけるここまでの流れを振り返るとやはり、まちという社会の一部に革新を起こすには、何よりもまず、市長というまちのリーダーがどのような理想を描き、それを実現可能にする行動力を備えているかが重要であるといえる。

2点目には、リーダーに共鳴し、主体的に行動化できる地域の有力人物（土橋氏と鎌田氏）の存在である。リーダーとともに、地域で一目置かれた人物たちがリーダーのフォロワーとなって、フォロワー自らの力で周辺へ影響を及ぼしていったことも成功の鍵であったように思われる。また一般的には、医師会と病院はライバル関係にあり、協力しあうことは難しいといわれているが、この土橋氏・鎌田氏という各集団の長が良好な関係にあったことも特筆する点である。現に市役所I氏の話では、「地域包括ケア」を推進しようとしている自治体から“医師同士の関係が良くない。なぜ茅野市では病診連携がスムーズに行えているのか”と尋ねられることがあるという。さらに、この2大リーダーが、共に専門家としてというよりも、基本的には地域住民という立ち位置で「福祉21 茅野」に参加していたこともプラス要因であったと考える。なぜなら、「福祉21 茅野」には多くの医師が主体的に参加しているが、そうしたリーダーの考えは部下である医師たちの参加動機に少なからず影響したと考えられるからである。

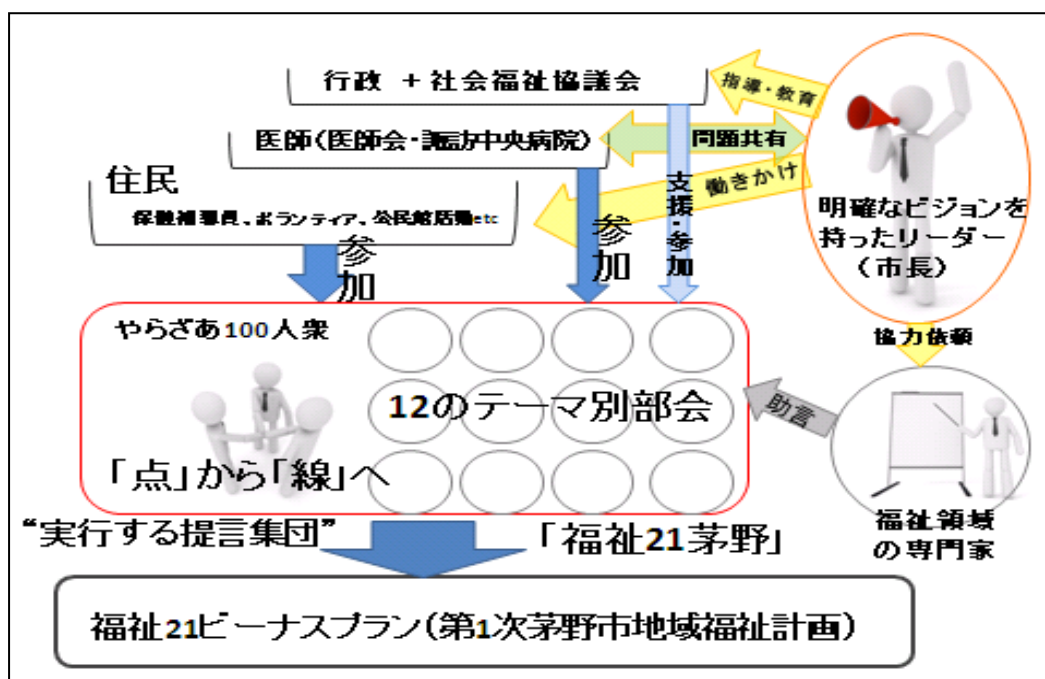
ここまでリーダー的存在を中心に論じてきたが、勿論、リーダーと有力な地域住民だけでも、まちの地域福祉計画を住民自らの力で作れるわけではない。茅野市の場合は、長年に渡る生涯学習によって、市民社会の担い手となれる住民が沢山いたからこそ、「点」を「線」にするしかけで結集し、2年にも渡る議論と素案策定まで達成できたのである。3点目の成功要因はまさに成熟した住民の存在である。

最後4点目には、「福祉21 ビーナプラン」の策定や社協の活動には、福祉を専門とする大学教授がアドバイザーとして参画していた点である。地域福祉に関して専門家の知見

をきけること、そして進むべき道に迷いが生じたときに、アドバイスをもらえることも成功要因のひとつであったと考える。

【図 22】

筆者がイメージする「パートナーシップのまちづくり」(第1ステージ)における「福祉21 ビーナプラン」(第1次)の全体像



(クリップアート出典) <http://working-illustration.com/06-company/119-presentation.html>

第4章 「線」から「面」へー第2次「福祉21 ビーナズプラン」における課題

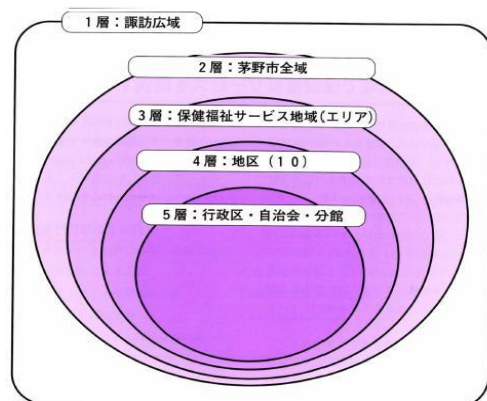
2005年から「パートナーシップのまちづくり」は第2ステージへ進み、2009年には「福祉21 ビーナズプラン」も第2次へ入った。「福祉21 ビーナズプラン」第2次では、地縁型コミュニティの力によって地域福祉の課題を解決しようとしている。本章では、この第2次が目指す姿と現状をみながら、直面している課題を明らかにしたい。

4.1 地縁型コミュニティによる地域福祉課題の解決へ

「パートナーシップのまちづくり」第1ステージを振り返ると、公民協働のまちづくりに参加する住民は「実践する提言集団」であり、彼らは地域福祉において「福祉21 茅野」を発足、12の専門部会に分かれて、茅野市における地域福祉計画である「福祉21 ビーナズプラン」の素案を策定した。こうした第1ステージにおける取り組みは、まちづくりにおける課題をテーマ（福祉・環境・教育）に分けて、市全体でそれらの課題に取り組むことであり、見方を変えれば、各テーマに関心のある住民（＝「点」として存在）のうち、地域福祉に関心のある人びとが「福祉21 茅野」という議論の場に集結し、ひとつの集団・組織（＝「線」となる）を形成したとい

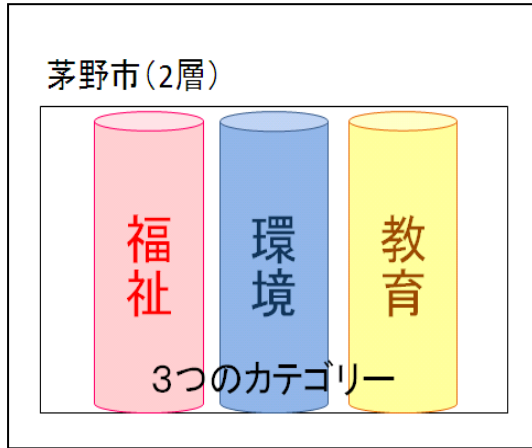
うことでもあった。社会学者の中田実によれば、日本のコミュニティは、江戸期までの近世都市における町（チョウ）や農村における村（ムラ）に起源をもつ地縁型コミュニティと、社会が都市化していき、地縁や家族形態が変化していくなか出来上がってきたテーマ型コミュニティに分けられるという。これらを組織類型的に区分すると、前者はコミュニティ、後者はアソシエーションに該当する（中田,2007,第7・8章）。この中田の分類に従うと、第1ステージにおける取り組みは、テーマ型コミュニティ、もしくはアソシエーションによる問題解決手法であったといえる。対して、2005年から始まった「パートナーシップのまちづくり」第2ステージおよび、「福祉21 ビーナズプラン」第2次では、第1ステージ・第1次でつくられた「線」を「面」にして地域福祉における課題に取り組むことを目指している。この「面」こそ、地縁型コミュニティのことなのである。ちなみに、第2章「地域包括ケア」でも「面」の概念（【図12】参照）は登場したが、本節で述べる「面」

【図23】生活圏における5つの階層（5層のなかではさらに6層[常会等]・7層[隣組]へと細分化する）



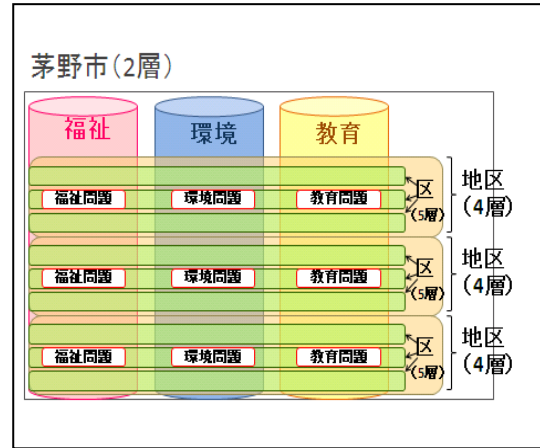
(出典) 茅野市 HP

【図 24】「パートナーシップのまちづくり」
第 1 ステージのイメージ図



<第 1 ステージのポイント>
* 「点」から「線」へ
* テーマ型コミュニティによるまちづくり

【図 25】「パートナーシップのまちづくり」
第 2 ステージのイメージ図



<第 2 ステージのポイント>
* 「線」から「面」へ
* 地縁型コミュニティによるまちづくり

とは対象範囲が異なる。第 2 章では、保健・医療・福祉をひとくくりにした専門職と、行政、住民をそれぞれ別の「面」と捉え、面同士の連携に着目していた。それに対し「福祉 21 ビーナズプラン」第 2 次では、地域社会のみに注目し、地域社会という「面」の中で住民同士がどのように連携や協力するかという点に関心をもつという違いがある。要するに、第 2 ステージにおける「線から面へ」という表現には、「線」として集まった地域福祉に興味をもつ一部の住民によってビジョンを構築するという段階から、地域住民全体が「共助」「自助」によって地域課題を解決していこうとする「面」の段階へ発展させようとするねらいや思いが込められているのである。この点に関して茅野市では、生活圏の階層化（【図 23】）という考え方を導入し、実践する主体が属するコミュニティレベルの違いを表現している。【図 24】【図 25】は第 1 ステージ・第 1 期と第 2 ステージ・第 2 期の違いをイメージしたものである。これらの図を見比べてほしいのだが、【図 24】では第 1 ステージ・第 1 次では、市全体（2 層）をひとつのコミュニティとしている一方、第 2 ステージ・第 2 次の【図 25】では、10 に分かれる各地区（4 層）を活動の中心と位置づけ、4 層より小さい生活圏となる区・自治会（5 層）、さらには常会（6 層）や生活圏における最少単位である隣組（7 層）も視野にいたれたコミュニティが実践主体となっている。

ところで、第 1 ステージのキーワードであった公民協働であるが、第 2 ステージにおいても勿論継続されている。但し、公と民の関係性は第 1 ステージと異なっている。第 2 次「福祉 21 ビーナズプラン」では、行政と住民それぞれが担うべきことは生活圏という発想のなかでより明確に区分され始めている。具体的には、行政と住民が 2 層という同一層のなかで協働したのが第 1 次（「パートナーシップのまちづくり」第 1 ステージ）であったの

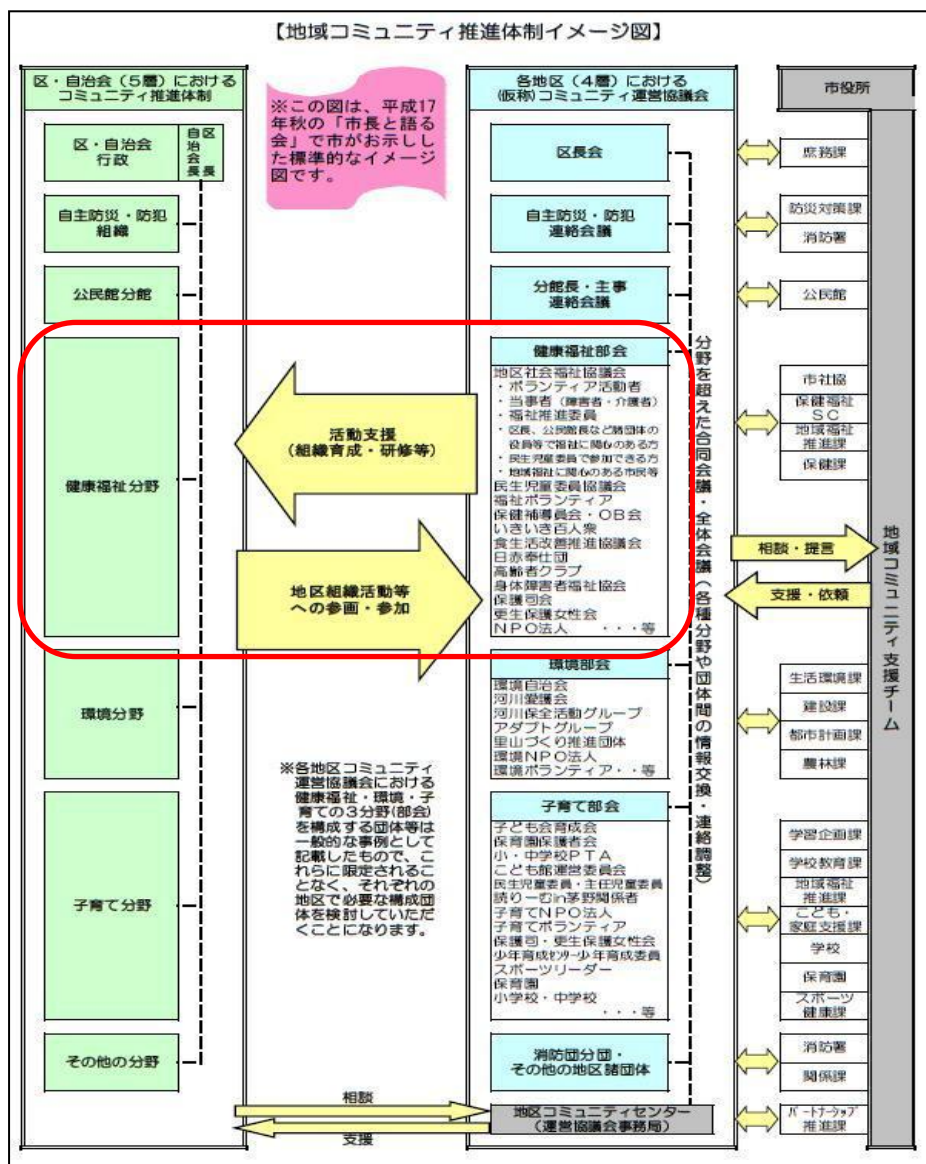
に対し、第2次では、2層や3層で住民が生活する上で基本的に必要なサービスの提供（例 保健福祉サービスセンター）をするのが行政の主たる役割、そして、4層である地区や5層である区・自治会で地域課題を自治によって解決するのが住民の役割、といったように、層によって行政と住民の役割分担がなされているのである。社協と住民の関係も同様に、2・3層では市社協、4層では地区社協が5層の区・自治会を支援する構造になっている。なお行政では市の責務を「市民等の活動支援」「施策の推進」「情報の提供」「情報の公開」「説明責任」の5つとしている（茅野市資料）。つまり、第2期における公民協働は、より住民自治を促すかたちへと進化し、継続されているということだ。では、実際どのようにして「面」での地域福祉が行われているかへ視点を移していこう。

まず、第2次「福祉21 ビーナズプラン」の新しい取り組みとしてあげられることは、市内10地区それぞれに「地区コミュニティセンター」（以降、地区CCとする）を設置したことである。前節では、変革の拠点として「保健福祉サービスセンター」が建設されたことを述べたが、次の段階として第2ステージでは、より地域住民の生活に近い場に拠点を設けるべく、地区CCが設置されたのである。建物自体は元々、市役所の出張所事務と貸館事務を主な機能とする「地区センター」として存在していたもので、そこには1名の行政職員が常駐していたのだが、この地区CC化で職員は2名に増員された。この2名が地域の各組織や団体を繋ぎ、第1期のテーマ型コミュニティと地縁型コミュニティをもつなげることを意図しての変更である。したがって地区CCに配置される職員は、当該地域コミュニティをよく知り、コミュニティに入り込んでいける人が望ましく、筆者が訪問した地区CCでは、その地区で生まれ育ち、現在も同地区で生活している、地域に精通した市役所職員が就いていた。そして、この地区CCで活動する住民組織が、地区コミュニティー運営協議会である。住民自治をマネジメントする場となる。この組織は、各区の区長が集う区長会のほか、各区・自治会内で健康福祉、環境、子ども育成などの役に就いている住民で編成される部会（呼称は地区によって異なる）などで構成され（【図26】）、中でも地域福祉を扱うのが健康福祉部会となる。同部会は、地区社協・民生児童委員協議会・保健補導員会・食生活改善推進協議会・福祉系団体などで構成され、行政・医療・社協側の地域拠点である「保健福祉サービスセンター」とは「地域ネットワーク会議」という場で意見交換することが目指されている。なお「保健福祉サービスセンター」では、ソーシャルワーカーや保健師が行政の地域福祉推進係として保健福祉に関する相談や支援を行い、市社協職員が地域生活支援係として生活全般に関する相談や支援、そして地区社協や後述する福祉推進員の支援を行っている。

健康福祉部会のなかでも特に、4層・5層による地域福祉推進の鍵を握るのが、地区社協と福祉推進員（委員）と考える。地区社協はもともと、市社協とともに社会福祉法109条に基づき地域に存在する住民組織である。したがって、職員が勤務している市社協とは異なり、中身は区・自治会で福祉に携る諸役、地域で福祉活動を行う団体や個人、さらに障がい者や要介護者といった当事者で成り立っている。組織というよりもむしろ、地区で地

域福祉に関与する人びとが協議し、連携して活動することを推進する“空間”や“場”と表現するのが妥当かと思われる。地区社協の活動例としては「いきいきサロン」と呼ばれる場づくりが挙げられる。「いきいきサロン」は、孤立しがちな高齢者が、地域住民との交流を通して生きがいや仲間を見つけることを目的とした、地域住民によるボランティア活動の一つで、地域で生活する認知症患者の見守り活動などと共に、各地の地区社協で実施されている。しかしまだ、地域社会で普及・浸透するには至っておらず、茅野市でも市社協のバックアップを受けながら推進強化が図られている状況である。こうした「いきいきサロン」や認知症者を地域で見守るといった取り組みは、地縁で繋がった近隣の間人間関係においてこそ可能となると考えるが、その根拠については次章で論じることとする。

【図 26】 地区コミュニティ運営協議会（4層）と区・自治会（5層）の関係



(出典) 茅野市「パートナーシップのまちづくり」ガイドブック
 IIIパートナーシップのまちづくり第2ステージ「地域コミュニティの活動」P42を加工

地区社協の活動として特筆すべきもうひとつが「地域福祉行動計画」である。この計画は、行政の声かけと市社協支援の元、各地区（ちの地区では各区で）住民が自分ら地域の地域福祉をどう実践していくか、活動目標を定めたものである。この計画策定の中心を担ったのが地区社協であった。第1期では、矢崎元市長が語っていたように、毎晩「福祉21 茅野」を構成する各部会が市役所の8階に集まって、まちの地域福祉を議論したが、第2期では、各地区CCに地区（または区）の住民が集まって、それぞれが生活する地区

【写真2】 地域福祉行動計画



(筆者撮影)

における地域課題を話し合い、地域の特性や自治能力を考慮した計画を決めたのである。実際に出された課題内容が【表9】で、それに基づいて策定された計画が【表10】となる。各地区・区を比較すると、ちの地区という茅野市の中心部にある区（5層）のなかにあっても仲町と本町では課題が異なり、農村色を残す米沢地区では、市街地と異なる課題が出されている。計画に至っては地域の特色が一層明確にでている。なお、地域福祉行動計画ではあるが、教育や環境も含む地域づくり全般の計画として立てられている。

【表9】 地区・区で出された地域の課題（仲町区・本町区・米沢地区の例）

ちの地区		米沢地区
仲町区	本町区	
<少子高齢化> ・子どもが少なくなっている	<日常生活でのこと> ・交通量が多い。交通渋滞。車の音がうるさい	<人のつながり> ・近所の付き合いが希薄になりつつある
・高齢化がすすんでいる	・道路・歩道が狭い。段差があり危険	・お互いさまの輪が広がりにくい
<道路環境> ・交通の便はよいが、交通量が多く危険	・車がないと生活できない	・行事への参加が少ない
・歩道が少ない。歩道の樹木が視界を妨げて危険なところがある	・商店が少なくなり、買い物が不便	<高齢化から困ること> ・雪かき、草刈り、協働作業が困難
・道幅が狭い	・街中がさびしい	・買い物、通院の不便さ
<買い物の不便> ・歩いて行ける店舗が少なくなり、特にお年寄りが不便。	<自然によるもの> ・大雨のとき、山が崩れないか心配	<生活、自然環境整備> ・田畑、山林の荒廃
<環境> ・子どもが安全に遊べる場が少ない	・雨で川があふれて床下まで水が入る	・交通の便が悪い
・雪の捨て場がない	・雪の置き場所がない	・店が近くにない
・ゴミステーションにカラスが来る	<人のつながり> ・町が大きく、区民がまとまりづらい	<各団体等の役員の負担感> ・役員になる人がいない
<騒音> ・深夜の車・バイクによる騒音	・世代間で懇談する機会がない	・消防団員のなり手がいない
・酔っ払いがうるさい時がある	・役員のなり手がない	
	・行事が多く負担なことも	
	<環境のこと> ・ゴミ出しのルールを守らない	
	・魚や蜆が少なくなった	
	・子どもが遊べる場所がない	

(出典) 仲町区地域福祉行動計画、本町区地域福祉行動計画、米沢地区地域福祉行動計画策定委員会 を基に作成

【表10】地域福祉行動計画（仲町区・本町区・米沢地区の例）

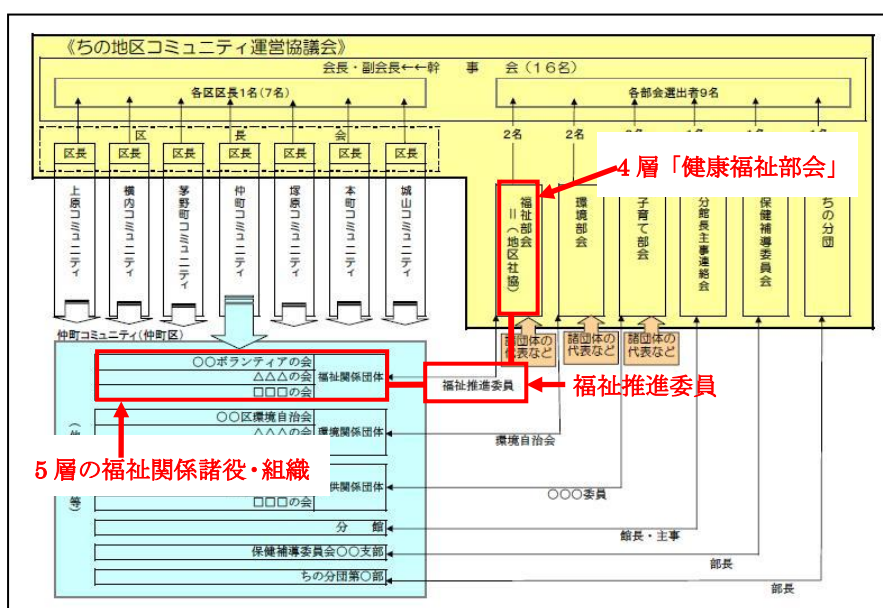
タイトル	「仲町区 住みよいまちづくり計画」	「本町区 住みよいまちづくり計画」	「米沢ピナーズクラブ」
基本理念	ふれあいと助け合い、仲のよいまち「仲町」	先人の心を伝える 自然豊かな ふれあいのまち本町	今ある豊かな自然を守り人の輪を広げよう 米沢地区コミュニティー運営協議会（実践は米沢地域に 関わる全ての方・区・自治会・各種団体・個人）
実施主体	区民（区・自治会・各種団体・個人）		コミュニティー運営協議会で、年1回以上必要に応じて実 施状況や問題点、改善点等を協議し、次年度以降の活 動へ反映する。
進行管理	区で年1回度は改善点を協議し、次年度の事業へ反映する		
目標と行動 （■行動目標）	■笑顔であいさつ、豊かな心かよう町をつくらう	■みんなであいさつをかわし、みんながふれあえる 本町にしよう	■笑顔でお互いさまの助け合いを広めよう
	・行事への積極的参加	・区行事で積極的に参加する、小さい頃の行事を語り継ぐ	＜個人の行動目標＞
	・声かけ、誘い合い参加する	・本町区民でいる	・目配り、気配りとおかげさまの心を持つ
	・人付き合いを大切にす	・ボランティア活動をする、障害者との交流、趣味を伝える	・小さな親切を心がける、ボランティア活動への参加
	・あいさつ、声かけ	・子どもや高齢者に本を読む、みんなで歌を歌うことをす まめる	・あいさつ、声かけをしよう。行事への積極的参加
	・近所の人と知り合う、井戸端会議	・笑顔であいさつ、隣りづきあい	＜団体の活動＞
	・困っている人への手助け（お年寄りの送迎、ゴミ出し、 雪かき等）	・隣の人に声をかける、近所との友好関係	・ボランティア活動、広報活動の充実、支え合いマツゾウの 作成など
	・ちょっとしたお世話	・自分でできる健康増進（マレットゴルフ、ジョギング等）	・米沢園児の集い、高齢者ふれあい親睦会など
	・ボランティア活動に参加協力	・健康に気をつける、車に乗らずバス・自転車・徒歩	・地区公民館活動、コミュニティー祭り、区民祭など
	■自然と共存した安心・安全な 住みやすい町をつ くらう	■自然豊かで安心、暮らしやすい本町にしよう	■自然と伝統を守り住みよい環境をつくらう
・災害への備え、防犯意識を高める	・租を中心とした助け合い、助け合いボランティア	＜個人の行動目標＞	
・災害時の情報伝達方法の確認	・高齢者の困ることを手伝う、隣近所の高齢者に常に目を 向ける	・地産地消の推進、家周りの草刈り、花を育てよう	
・緊急災害訓練への参加	・まちづくり勉強会へ参加する、できるだけ地元で買い物 をする	・郷土食や伝統的な技術の伝承	
・交通ルールを守る	・家の前などのゴミ拾い、ゴミ出し、分別のルールを知る	・防犯防災意識の高揚、不審者への注意・通報	
・エコ、美化活動、ゴミ拾い、区内・公共の場清掃	・まちをきれいにする、上川の草刈・草取り、道路の改良	＜団体の活動＞	
・ゴミステーションの整備、クリーンウォーク等の参加		・クリーンウォーク、環境美化活動、里山の整備など	
・ゴミの減量、雪かき		・農地の保全、地域の祭の伝承、遺跡の保存など	
・旅人や往来する人ひとをやさしく迎える		・防災マツゾウ作成と防災訓練、地域の見守り、パトロール など	
・町の活性化を考える			

（出典）茅野市（2011）「～みんな同じ空の下～第2次福祉ピナーズクラブ」p171,175,181を基に作成

次は福祉推進委員である。福祉推進委員は、第2次プランと共に誕生した区の役職の一つで、主要な役割は「区・自治会における地域福祉の窓口」「地域福祉の推進を担う、ボランティアや民生児童委員、地域の活動団体などのつなぎ役」「身近な地域での福祉活動の推進役」(茅野市,2011,p22)である。要するに福祉推進委員とは、区・自治会(5層)における福祉活動を推進する存在であり、自らが地域福祉の実践を行うというよりも、地区(4層)と区・自治会(5層)間や、区・自治会(5層)内部の福祉関係諸役間をつないだり、地域福祉を活性化させるきっかけやしくみをつくったりすることが期待される存在なのである。

【図27】は、ちの地区(4層)と仲町区(5層)の連携を図示した茅野市資料であるが、福祉に関しては福祉推進委員が両層を繋いでいることが明確に示されている。なお、類似する役職として民生児童委員があるが、こちらは社会福祉の増進に努めることを目的として厚生労働大臣から委嘱される役職で、市の非常勤特別職として活動しているという点で福祉推進委員とは立場や義務が異なる。また、民生児童委員の人員配置は世帯数割なので、必ずしも各区・自治会に1人いるとは限らない。したがって、本町区のように世帯数が955(茅野市公表数)ある大きな区・自治会には3名も配置されている一方、小さな区・自治会が集まるエリアでは、2~3の区・自治会にまたがって1人の民生児童委員しか配置されていないところもある(市社協M氏)。橋渡しという視点で民生児童委員と福祉推進委員の違いを考えると、民生児童委員が行政と地域の橋渡し役であるのに対して、福祉推進委員はあくまで自身が居住地の中で人びとを橋渡しする役という違いがある。このように元々ある地域福祉の力をつなげ、福祉活動を活発にする仕掛け人として福祉推進委員は存在しており、第2次プランの成否は福祉推進委員の活躍次第であると言っても過言ではないように思われる。

【図27】福祉推進委員の位置



(出典)
茅野市「パートナーシップのまちづくり」ガイドブックⅢパートナーシップのまちづくり第2ステージ「地域コミュニティの活動」P23を加工

4.2 いま、直面している課題

第2ステージに入って必要なことは、数名の強力なリーダーシップによって前進していくまちづくりから、一つひとつは小さくとも地域に沢山ある力を結集させて、地域課題の解決に取り組めるようになるまちづくりへ進化させることだと考える。行政職員（元市長を含む）、市社協職員といった2層レベルの方々が口を揃えて現在の課題として挙げているのが、“4層-5層におけるシステム・人材育成”であった。具体的には“4層・5層の連携強化”（市役所A氏）、“地区CC（4層）の役割明確化”（市社協M氏）、“地区コミュニティ運営協議会（4層）の活性化”（市役所I氏）である。これらをみると、2層を担う機関の役割自体を見直すという側面もあるがやはり、4層・5層という生活圏で自治の主体となる“地域住民の自発性”をどう引き出すかということが最大の課題であるかと思われる。

「パートナーシップのまちづくり」第2ステージを構想し、実行指揮をとりつつも任期満了で市長を引退した矢崎氏によれば、当初のねらいは、地域住民のなかから地区をまとめるリーダーが誕生し、地区CCという場を拠点として、行政職員の支援を受けながら、地域（各地区）が住民自治によって福祉・環境・教育という重点課題に取り組むようになることであったという。さらに、ゆくゆくは各地区に市の一部予算を配分し、その地区の人たちが予算の使い方を決める自治へ進化させる考えがあったそうだ。もしこの住民自治の仕組みが実践されたならば、例えば、高齢者居住率が高い地域では高齢者の地域生活づくりを強化できるし、片や若年世代の育成に力を入れる地域では、教育に予算を費やすことができる。こうした地域特性や付加価値の明確化は、各地域の魅力を引き出すことにもつながる。もし外部評価などで地域住民が成果を感じられる機会があるならば、こうした住民の努力は一層促進されることも期待できそうだ。ともかく第2ステージでは、こうして各地区の住民が居住する地域の理想を考え、計画を決め、遂行する、そういった市民主導のまちへと進化していくことが目指されているのである。しかし、このビジョンが実現するまでの道のりは、それほど短くなさそうである。なぜなら「矢崎市長の時は珍しいことを打ち出していたし、市長もあちこち回って話をしたので（住民の）関心は高かった。当時に比べると、（市民主導のまちづくりに関する住民の）意識は少し下がってきている」（市役所A氏）と関係者が述べているように、むしろ住民参加によるまちづくりへの気運、熱気は下火になり出している部分も認められるからだ。加えて、「パートナーシップのまちづくり」は2005年から第2ステージへ、「福祉21ビーンズプラン」は2010年から第2次へ入っており、2012年の現在、4層・5層でのまちづくりが始まってから前者は7年、後者も2年経過しているにもかかわらず、第1ステージの進捗と比較すると、展開が緩慢であるのも事実である。勿論、発展速度が最も重要なわけではないし、「地域福祉行動計画」策定においては、金沢地区で通学支援バス⁴⁴運行開始という成果をあげていたり、今やほとんどの区・自治会にいる福祉推進委員の数は300人前後まで増えているという事実もある。ただ、地区CCを拠点に、地区コミュニティ運営協議会が中心となって自治能力を発揮し始

めているかと問われれば、そのような状態ではないことも確かである。現に、市役所 I 氏が課題に挙げていたように、地域コミュニティ運営協議会の機能はまだ住民自治の中心を担えるほどに至っていない。むしろ「市から自治会にお願いするかたちで仕事が増えている」（市役所 A 氏）のが現状で、行政では地域に潜在する様々な能力、技術が生かされる場所や受け皿づくりによって住民の自主性を引き出したいと考えているほどである。また、地域福祉の推進に関しても、就任間もない福祉推進委員からは「自分たちはなにをやったらよいかわからない」という声があがったり、つなぎ役としての活動も「今年から地区の人を集めて福祉推進委員の会議をしている。今後どういった活動をしていったらよいかという話を漸くし始めたところなんです」（福祉推進委員）という段階にある。福祉推進委員が地域福祉推進役として十分機能するのはもう少し先になるのかもしれない。

万が一、これまで長年に渡って保健補導員が活躍し、公民館活動では住民による自主的・自律的な地域運営がなされ、「パートナーシップのまちづくり」第 1 ステージでは公民協働のまちづくりを実践してきた茅野市でさえ、4 層・5 層という「面」による市民主導のまちづくりをするのが難しくとなると、他のまちで実現させるのは到底無理な話である。

マクロレベルで本論文を位置づけるとするならば、これからの日本社会と地域医療における問題を、いかにコミュニティの力を巻き込んで解決していくかという視点に立つて方策を検討するものであると考える。茅野市が「パートナーシップのまちづくり」で地域福祉を推進することは、今後少子高齢化を進展してゆく日本各地における地域福祉の行方を推し測る取り組みとして位置しているようにも思われ、また、住民参加による地域福祉課題の解決方法を考える際には、重要な先行事例として参考にされると思われる。こうしたマクロな観点からも茅野市の住民主体によるまちづくり・地域福祉を分析することは意義がある。

茅野市における市民主導の地域福祉は今、「確かに（行政や市社協がまちづくりのしかけとなる）石は何度も投げてきたけれど、（中略）一応、区の人たちが考えた結果、福祉推進委員が増えてきたということだから、積極的に取り組んでいるかどうかは別としても、福祉ってものをほんのちょっとでも意識している人は格段に増えたということはいえる」（市社協 M 氏）という段階だ。地域のなかに福祉を実践する芽が出始めているところである。本節におけるここまでの内容を振り返ってみると、4 層・5 層でのまちづくりと地域福祉は今、軌道に乗るか否かという岐路に立っているとといえるのではないだろうか。そこで次章では、課題の発生現場である茅野市の地縁型コミュニティに焦点を絞って論じていきたい。

第5章 茅野市における地縁型コミュニティー

本章では、前節の課題提起を受けて、具体的に茅野市における区という地縁型コミュニティーの実像に迫り、且つ、福祉推進委員という第2期「福祉21 ビーナプラン」で重要な役がコミュニティーでどのように機能しているのかをみていく。これらを通して、これまで公民協働のまちづくりを推進してこられた茅野市の秘訣を確認するとともに、第6章に向けて現在直面している課題に対する解決の糸口も見出したい。

5.1 茅野市における区会制度

【表11】は2012年現在の茅野市における区（行政区）一覧である。工場地や別荘地で定住者がほとんどいないといった区を除き、99の区が茅野市では区会活動を行っている。なお平成24年11月時点の行政情報によれば、区人口が最も多いのは玉川地区神之原の3,504人、一方最も少ないのは蓼科中央高原の12人である（茅野市役所「行政区別人口と世帯数」）。

茅野市における区会は、いわゆる行政区における住民組織である。成り立ちや制度は、細部をみれば各区で異なるものの、明治政府によって廃藩置県制度が施行されるまで営まれてきた農村（ムラ）での自治に原型がある。したがって、成り立ちも一般の町内会・自治会とかわらない。戦時体制下における機能も当然ながら同様に、「戦争への国民動員を実施する末端組織として、また、消費物資の配給機構として」（槻木区,2010,p612）、「上意下達の間として」（同 p616）の役割を果たし、終戦後は組織活動を停止せざるを得なかった時期もあった。こうして、日本における一般的な住民組織同様の経緯を辿りながらも、第3章でみた保健補導員というボランティアな活動や公民館における自主的活動といった、行政の委託に留まらない活動が茅野市の住民組織内で実践され続けていることの要因には、農業従事者率の高さと、郷や古村⁴⁵⁾から続く農耕地帯としての古い歴史が関係しているのではないかと筆者は推測している。事実、旧農村地区で生まれ育ち、現在は地区の公共施設で勤務する傍ら、区会にも参加しているY氏に、区会活動へ参加する理由や背景を伺ったところ、“自分らは歴史的なものを引き継いでいる存在”であり、区会に参加するのも、“ムラに住んでいる限りはムラに御奉公するという意識があるからかもしれない”という答えが返ってきた。農村（ムラ）では、水や土地・林野といった生活や農業に関わる共有財産の管理はもとより、不文律の継承、ムラごとに役割が与えられている諏訪大社御柱祭や産土神（うぶすながみ：居住地の守護神）の祭祀、そして、かつてはムラの行政機能も含まれた公民館活動、といったことも長年に渡って行われてきた。したがって、こうしたムラの歴史を知る地域住民にとってみれば、居住する土地と先祖が築き上げてきた歴史と

文化を意識せずに暮らすことは困難なのである。加えて、茅野市は旧石器時代・縄文時代の遺跡や土器が多数出土している地域であることから、住民は地域の歴史を実感しやすい環境にいると思われる。筆者は、その土地が築き上げてきた歴史や文化に対する住民の敬意が地域の自治的な活動参加へ貢献しているのだと考えている。

さて、今日の茅野市における区会（以降、自治会も区会に含めて表記する）であるが、具体的な活動は次節以降でみていくこととし、茅野市における一般的な形式を述べると、まず区には条例があり、それに基づき人事や会計といった区の運営管理がなされる。区長をはじめとする 3 役も区条例が規定する選挙によって選出され、区の運営に関する議論は区議会で行われる。中には、区の下流に常会という組織を形成しているところもある。区の役には、子どもの教育に関わる子ども育成会と PTA、社会教育全般を担う公民館、地域福祉を担当する福祉推進委員・民生児童委員⁴⁶⁾、保健活動を行う保健補導員、ごみ出しをはじめとした環境全般を担う環境自治会員といったものがあり、ちの地区にある仲町区や本町区のように居住世帯が多い地域では、1~2 年交代制で毎年 100 人以上の区民が何かしらの役を受けている。ごみ管理に関しては今や自治体行政の手を離れ、区行政の力だけで 9 種類 16 分別を行い、各区が独自に収集するほど住民自治を発揮している。そして地域福祉に関しては、前章で述べた通りであるが、区によっては福祉推進委員を区条例で定め、区内に福祉推進委員会を設置しているところもある。なお区の諸役については、区長以下 3 役、区会議員といった重要な役には男性が就いており、区・自治会組織全体をみても、男性主体の地縁組織といえる。女性はというと、公民館婦人部・保健補導員・民生児童委員・PTA といった一部の役を担うに留まっている。だが実は、主婦は高齢者同様に 4 層・5 層という生活圏で過ごしている時間が長く、現役男性よりも地域の細かな事柄を知っている。地域課題を見つけやすい存在だ。現に、高齢者福祉や育児に関する領域では、主婦たちが課題解決に取り組み、成果を挙げている事例が数多く報告されている。こうした主婦の活用は今後の課題かもしれない。

【表 11】

茅野市の行政区
10 地区のなかに合計 105 の行政区がある。
2012 年現在、区会・自治会を持っているのは 99 ヶ所（市役所 A 氏）

（出典）
茅野市 HP 「行政区別人口と世帯数」を基に作成

地区	区・自治会名	合計
ちの	上原、横内、茅野町、仲町、塚原、本町、城山	7
宮川	高部、新井、安国寺、中河原、茅野、西茅野、坂室、両久保、田沢、ひばりが丘、みどりが丘、西山、墨筋内、向ヶ丘、長峰、雇用促進団地、東向ヶ丘、赤田、塩久保	20
米沢	埴原田、鑄物師屋、北大塩、塩沢、米沢台	5
中大塩	中大塩1区、中大塩2区、中大塩3区、中大塩4区	4
豊平	南大塩、下菅沢、福沢、下古田、上古田、御作田、塩之目、広見、奥蓼科、山寺団地、グリーンヒルズ	12
玉川	山田、中沢、田道、栗沢、神之原、北久保、上北久保、子之神菊澤、穴山、農場、小泉、南小泉、小堂見、緑、美濃戸	16
泉野	大日影、下槻木、上槻木、小屋場、中道、南蓼科台、若葉台	7
金沢	大沢、青柳、御狩野、金沢上、金沢下、大池、木舟、金沢台、新金沢、旭ヶ丘、サン・コーポラス旭ヶ丘	11
湖東	上菅沢、中村、山口、松原、花蒔、堀、新井、金山、須栗平、笹原、白井出、東平	12
北山	相原、湯川、芹ヶ沢、糸萱、鉄山、白樺湖、蓼科、緑の村、車山、蓼科中央高原	10
／	中沖	1

区営における金銭的な側面であるが、区によっては入区時に加入金が必要となる。林野といった財産を持たない非財産区では、公民館に関連する財源確保が困難であるため、入区時 20 万円以上の費用負担を求めざるを得ないのである。この金額があまりに高額であるため、未入区者のなかには「本当は入りたいのだけど、家建てちゃったばかりで入れない」という理由の人もいるという（茅野市役所 A 氏）。年間の区費に関しても、0 円（4 区/95 区中）から 5～10 万円（1 区/95 区中）と幅広くなっており（加入金・年間区費ともに、茅野市による住民アンケート結果―「まちづくり懇談会」資料による）、高額な区では、この金銭的負担が入区における障壁のひとつとなっている。

そのような中、2011 年以降、茅野市で話題となっているのが「入区条例」である。町内会や自治会における加入率の低下や、非加入者が地域活動に無関心であるといった事柄は、今や日本における地縁型住民組織全体の課題となっているが、茅野市では「未加入者がごみの出し方のルールを知らない」「生活道路の雪かきや区民総出の草刈りなどの『出払い』に参加してもらえない」（朝日新聞 2011 年 08 月 29 日長野東北信版）という区民からの声を受けて、「入区条例」の是非を問うというかたちで、今後の超高齢社会に向けた地域コミュニティの在り方と支えあいの仕組みを検討することになったのである。全国における「入区条例」に関する動きをみると、長野県内小諸市と高森町ではすでに条例化されている一方で、埼玉県の間宮団地における事例（2005 年 4 月 26 日最高裁第 3 小法廷）のように、自治会の退会や非加入を巡って最高裁まで争ったケースもある。なお、埼玉県の事例では「自治会は、快適な環境の維持や会員相互の助け合いを目的として設立され、強制加入団体ではないから、会員はいつでも一方的に退会することができる」という判決が下されている（読売新聞 2005 年 4 月 26 日東京夕刊）。茅野市では現在、「入区条例」の制定是非を含め、今後のコミュニティの在り方や支えあいの仕組みを考える場として、各地区 CC において、市長をはじめとする行政職の人たちと地域住民によるまちづくり懇談会を実施している。筆者が見学した 2012 年 11 月の豊平地区におけるまちづくり懇親会では、まず行政から「入区条例」や地域の支えあいに関する住民アンケート⁴⁷⁾結果が公表され、その後、住民と市長・行政関係者との質疑応答がなされた。参加者は区会役員など地域を代表する人びとで、区からの要請で集合していた。目視で 100 人ほどいた参加者の中で自ら挙手して発言した人は 2～3 名だった。皆真剣に聞いている様子ではあったものの、この発言の少なさは意外であった。市長交代以降も「市長と語る会」は継続されており、市長に対する住民の意見表出はより自発的になっているであろうと想像していたからである。自発的発言が少なかったことの要因として考えられるのは、地縁関係者の集まりで発言すること、その後の日常生活におけるリスクを伴う行為なのかもしれないということである。

アンケートの結果を一部紹介すると、茅野市全体における区（と自治会）への入区率は 67.5%⁴⁸⁾で、入区者・未入区者ともに住みやすい理由として最も多かったのは「近所づきあいができているから」という回答であった（入区者 N=59 のうち 64.8%、未入区者 N=39

のうち 35.9%)。一方、入区者における住みにくい理由をみると、慣習 (N=119 のうち 47.1%)、区費 (35.3%)、区役 (37.6%) が上位を占めており、区民の約半数が慣習を苦痛に感じていることが明らかとなった。慣習や区役といった柵は全国の自治会が抱える問題であるが、茅野市でも同様の問題が起きているということの証明となった。区・自治会制度そのものを見直す時期なのかもしれない。また、区役に関してであるが、役を受ける面子が決まっていて、同じ人たちのなかでローテーションする状況に陥っている地域があるという。こうした一部住民の負担も区が抱える問題となっている。

5.2 仲町区という地縁型コミュニティー

本節では、ちの地区の仲町区で区会活動をされている方々へのインタビューを基に、茅野市における地縁型コミュニティーの実際を見ていきたい。

なおインタビューの構成であるが、区で昨年区長をされた方 1 名 (I 氏)、来年区長をされる方 2 名 (S 氏、Y 氏)、区公式ホームページを作成している方 1 名 (H 氏) の合計 4 名にお受け頂き、インフォーマルなグループインタビューを実施した。参加者の発言が相互作用することによって、よりリアルな情報が得られることを目指したためである。

【写真 3】 仲町区ホームページ



(出典) 仲町区 HP
写真に写っている建物は平成 11 年に完成した「仲町区民館 (公民館)」

< 仲町区の歴史 >

昭和 22 年、仲町(当時は旭町)は、永明村 (当時の茅野市) 塚原から分区するかたちで誕生した。当時の世帯は 262 戸、人口 1058 人のコミュニティーであった。

仲町区 HP「仲町区今昔物語」で仲町のルーツを辿ると、現在の仲町及び周辺に居住者が増え始めたのが大正 10 年、そこから昭和初期にかけて飲食店や料亭が立ち並び、花柳界も賑わう地域へと発展したようである。2012 年の現在、茅野市は 5 万 6 千人のまちではある

が歓楽街と呼べるほどのエリアはない。したがって、今でも仲町は茅野市の中で最も飲食店が多い地域なのではないかと推察する。

仲町という地名は、分区からそれほど日を置かずして区の総会が開かれ、投票によって決められた。仲町創立 30 周年記念の際、「仲町は仲の良い町 みんなで作った新しい町 ふれあいの絆が固く結ばれ 人の心が通った住みよい町 夢と希望の明日に向かって進む町」というキャッチフレーズが作られたのだが、仲町の方たちによれば、仲町という地名にはこのフレーズと同じ思いが込められているのだという。詳細はこの後論じるが、今日の仲町においても“仲の良い町”というフレーズは生きている。現に、インタビューでは「仲町をつくった先人の気持ちが自分らにも脈々と受け継がれているんです。心で脈々と引き継がれている。だから、仲町ではいさかいてないですよ。」というコメントがあった。

公民館の裏手には、「仲町区民の守護神」(仲町区 HP「現在の犬塚神社に至るまでの経過」による)とされる犬塚神社があり、毎年 8 月には「犬塚様夏祭」と称して、区民総出の夏祭りが催されている。公民館は、分区以来、塚原にある公会所を借用していたそうなのだが、昭和 40 年には民間の会館を買い取る形で公民館を所有し、平成 6 年から各世帯月 500 円ずつ(平成 9 年に 2000 円へ増額)積み立てて、平成 11 年仲町区民会館完成に至った。2 億 2 千万円かかったようである。仲町は財産区(山などの財産で収入を得ている区。厳密には公民館も財産である。)ではないため、公民館建設における区民の負担は、相対的に大きかったものと思われる。(以上、仲町区 HP「仲町区今昔物語」を参考にして作成)

なお 2012 年現在、市役所発表による仲町区世帯数は 451 世帯、仲町区に入区している世帯は 281 世帯(仲町区会発表)となっている。

<組織>

仲町区 HP によると、仲町区会は、区長をリーダーとして以下のように組織されている。

●区会

- ・区長 2 名、会計 1 名
- ・1~4 丁目区会議員 3 名×4

●公民館

- ・分館長 1 名、副分館長 2 名、主事 1 名
- ・体育部 7 名、文化部 12 名、学習部 6 名、広報部 3 名

●氏子総代 6 名

●仲楽会(高齢者クラブ)

- ・会長 1 名、副会長 1 名、女性部長 1 名、副女性部長 1 名
- ・幹事 8 名、監事 2 名、相談役 2 名

●消防

- ・部長 1 名、副部長 1 名、会計 1 名
- ・1~4 丁目班長 1 名×4

- 若連
- 子ども会育成会 1名
- PTA（小学校・中学校）4名・4名
- 保健補導員 3名
- 仲町ボランティアの会「愛友会」3名
- 会計監査2名
- 特別職（共同墓地管理など）4名
- （●児童民生委員 2名）

入区世帯数 281 のなかで、総勢 99 名（若連を除く）が毎年仲町区で何らかの役を受けている。ここに役は挙がっていないが、公式ホームページを管理しているホームページ委員会作業部会という組織も存在し、6 人所属している。そのほかにも何かしらの役がある可能性があり、したがって、区会に関係している人は 99 人に留まらない可能性が高い。

区長 3 役は選挙によって選出される。現 3 役が 1 人ひとりに声をかけながら次期候補を探そう。そうした努力を経て、区長を頂点にし、各丁目 3 人ずつ選出された区会議員からなる区会中枢部分が出来上がる。公民館は組織上この下流に位置するが、実際の活動は独自性の高いものである。なお、中心組織の中ではさらに、建設委員会・氏子委員会・環境委員会・福祉委員会・ホームページ委員会などへと分けられ、各委員会では、仲町区の行政をどのように守り、維持していくかということが検討されている。その熱心さといえば、「たとえ朝 6 時半であっても、ふっと思いついたときに責任者同士が電話しあう」ほどである。

<仲町区の特徴①－web をつかった情報共有>

仲町区では平成 15 年から公式ホームページを立ち上げ、区内の出来事や区会発行の回覧板情報などを掲載し、随時更新している。きっかけは、IT による情報発信に関心をもつ、先駆的な視点をもった区民による一声だった。その声を受けて、当時の区会長が上記組織メンバー皆を呼んで話し合った。当初は「こんなのできないよ」という意見も出ていたが、仲町区の特徴として、何か難しいことに直面したときに「止める方向ではなくて、どうしたらできるだろうかという方向で議論される」（Y 氏）ということで、最終的には「つくろうじゃねえか」（H 氏）ということになったという。

そうして始まったホームページであるが、「開設当初は、区民に区長の顔を知ってもらおう、区ではどんな仕事をしているか区民に知ってもらおう、という程度」（H 氏）の内容だった。それが次第に、公民館からは「公民館便り」を、高齢者クラブからも会報掲載を依頼されるなど、web を介した情報発信の機会は増えていったそうである。仲町区ホームページ委員会作業部会では、ゆくゆくは行政からの回覧板もペーパーレスにしたいと考えている。回覧板の取り扱いに関しては、“入区しなければ回覧板が回ってこない”ということで、

ごみ管理や災害時の救助などと共に、区・自治会加入論議における主要問題となっているが、仲町区が目指すのは、回覧板といったことを抜きにして、あくまで地域での活動を通して仲町区という組織の意義を理解してもらおうというスタンスなのだろう。

なお、区会では、平成 24 年 10 月（インタビューの前月）に入区している 281 全世帯に対し、「仲町区ホームページ利用状況等に関するアンケート」を実施している。回収率は約 82% である。そのうち、82% の人がホームページの存在を知っており、閲覧頻度はまちまちであるが、52% の人が利用していることがわかった。仲町区は、web を介したコミュニケーション・情報伝達システムの構築によって、これからの地縁型コミュニティをつくらうとしているのかもしれない。

<仲町区の特徴②ー子ども育成活動>

仲町区には 2012 年現在、60 人の小学生と 33 人の中学生が居住している（仲町区 HP）。この小学生の子どもたちを対象とした行事として代表的なのが“子ども神輿”である。茅野市では毎年 8 月第 1 日曜日に「ちのどんぼん」という夏祭りが催されるのだが、その前日の土曜日に、仲町区では夏祭りが開催される。そこで子どもたちは、お揃いの白い T シャツを着て、“子ども神輿”を担ぐのである（【写真 4】）。また、小正月になれば、子ども会育成会、児童民生委員、小学校 PTA、愛友会（地区社協活動を主としたボランティア組織）といった区内メンバーによって、伝統行事である“繭玉づくり”が行われる。愛友会というボランティア組織の方々が子どもたちに繭玉の作り方を教え、出来上がったものを地域の高齢者宅へ届けるのである（【写真 5】）。この行事は今年で 3 回目になるそうだ。正直なところ、筆者は、東京という大都市の子どもたちをみて生活しているせいか、もしくは、現在生活する地域における子ども育成活動に無知なせいか、小学生といえども、果たして自分の学童期に地域でやっていたような、繭玉づくりという行事に、“今どき”の子どもたちが喜ぶのか疑問を感じた。そこで、率直に区会役員の方にこの疑問を伝えてみたところ、子どもたちは「これはあそこのおじいちゃんのために作る」と言って喜んで参加していたという話であった。仲町区の歴史資料を編纂しホームページに掲載している Y 氏は、「愛友会」（いきいきサロンなどを行っている仲町区のボランティア組織）主催のイベントで、仲町区居住の学生に区の歴史を説明したが、その際も子どもたちは区の歴史に関心を示していたという。

こうして、仲町区では、地域に根付く伝統文化を子どもたちへ伝えたり、高齢者という異なる世代との交流をしたりすることにより、子どもが社会を体感し、学んでいくような場を提供しているのである。世帯数が 280 しかない仲町区で、活発な活動をしようとするれば、子ども育成を担当する区民の負担は当然大きくなる。現に、学童期のお子さんがある飲食店経営のご夫婦は、“区の役を果たすには、仕事を犠牲にしなくてはならないときもある。自分らは自営業だから、店開けないと収入がなくなってしまうので、区の役を受けることは決して楽なことではない”と仰っていた。しかしそのご夫婦は続けて“それでも区

会は必要だと思う。子どもたちを地域で育てているんだから”とも言った。こうして時に仕事を犠牲にしてまで活動されているだけあり、他の区に比べ、仲町区の子ども育成活動は茅野市のなかでも充実しているようである。現に、時には仲町区以外の区に居住する世帯から、住まいは他区のままに入居は仲町区に、という希望があったり、他の区で生活する子どもが仲町区の子ども会活動に参加したりすることもあるそうだ。こうして仲町区の子どもたちは地域社会に守られ、育てているのであろう。また活動を通して、地域の高齢者と子どもとの間に面識ができるため、通学路にいつも通る子どもがいないと「あの子今日通らないけど大丈夫かい？」と、高齢者によって通学路の安全が確保されるようになっているという。仲町区の子ども育成活動を通してみえてくることは、何かしらの“しかけ”が誰かと誰かを結びつけ、そこに線（つながり）ができ、その線がまたほかの線と繋がる、というネットワーク状の地縁関係であり、仲町区の場合、区会がそのしかけをつくっているということである。

【写真 4】 仲町区の子ども神輿



【写真 5】 繭玉づくり



(出典) 写真 4・5 共に 仲町区 <http://www16.plala.or.jp/nakamachi/>

<仲町区という地縁型コミュニティの特徴>

インタビュー全般を通して筆者が驚いたことは、インタビューさせて頂いた 4 名全員が仲町区への強い愛着を述べていたというところである。その要因のひとつとして考えられることは、茅野市のなかで仲町は相対的に歴史が浅い地域だという点である。そのことに関連して仲町の H 氏は次のように述べていた。「仲町の人はどうしてこんなにまとまっているかという、次男坊やもう農業をやらない人たち、そういった人たちが流れて、サラリーマンになるとか、皆で仲良くなるうねって。だから生粋の土着の仲町の人ってあんまりいないんです。〇〇や〇〇（他の地域名）あたりにいくと、『ありゃキリュウの人間だ』とか未だに言っている」（茅野の一部地域では、先祖代々からその土地にすんでいるひとを「ジッコ」、後から入ってきたひとを「キリュウ」という風習がある）そう区別する人びとの本意は定かでないにせよ、「キリュウ」といわれる側の心境としては、差別の一種と感ずる場合もあることが想像できる。一方、仲町区の場合はいえ、「ハードルがないんですよ。

新しい人と古い人の。明日っからおんなじですよっていう付き合いなんです。私 12 年間単身赴任してたんです。去年（単身赴任から）帰ってきたけれど、みんな全く変わらず付き合ってくれたんです」（仲町 Y 氏）、「私もよそから来たんですけど、よそから来てすぐ受け入れてくれた区が仲町なんです」（仲町 I 氏）というオープンな地縁型コミュニティなようなのである。この開放的なスタンスは、＜仲町区の歴史＞で述べたように、旭町から仲町へと地名を改正した当初から代々受け継いできたものであるようだ。インタビューの 4 名は、そのような開かれた風土を伝統とし受け継いできた仲町の先人に敬意を払うとともに、自分らも受け継いでいかなければならないと考えているのであろう。この“歴史を引き続く存在としての自覚”については、すでに 5.1 節で述べているとおりである。

但し、住んでいるだけでコミュニティの仲間に自然と入っていくことは難しい。「(既に)何かをやっていて、それを認めてもらって受け入れてもらうのではなく、何か役をやらんと受け入れてもらえないよ、ということ」（仲町 Y 氏）、「とにかく自分から手を挙げて、何か一緒に区のことやって、区のこと覚えて仲間に入れよってことを（すでに仲町で生活していた I 氏が）遠回しに教えてくれた。（I 氏は S 氏に）“役が来たら絶対受ける”って。先輩からこうやって下りてくる。H さんも、I さんもそうやってきた」（S 氏）というように、自分からコミュニティに接近していく姿勢も必要とされるようである。仲町区の場合、区役は 3～4 年で入れ替わるという。そのため、地縁組織の難点として耳にする長老支配というものは仲町区に存在し難いようであった。新参者が区会に参加しやすい環境づくりに貢献していると思われる。そうして新参者が区会に参加すると、区の人たちと仲良くなるだけでなく、自分が居住している地域のことをよくわかるようになって、コミュニティを盛り上げるようにもなっていくという（H 氏）。ただ、そうした意思を当人がもっていても、規模の大きな地域ではマネジメント力などを必要とされる場合もあり、コミュニティに接近することが困難な場合もあるように思われる。だがこの点に関しても仲町は寛容であった。「能力ないからあの人だめってのはない。社会一般人で話が通じればそれでいい。能力なんてなくてもいい。」（H 氏）、「彼はできないっていうかもしれないけれど、区はその人のお陰で助かってるんです。人間 100%なんていないから。どっか補ってくれる人間がいれば OK なんです」（S 氏）という。こうした寛容さや開放性は、コミュニティへ参加をしやすくする要素として間違いなく重要である。

そうはいっても、5.1 節の住民アンケート結果でみたように、入区している住民さえ、慣習や区役を住みにくい要素として挙げているのが現状である。仲町区ではそうした地縁型コミュニティの活動がもつ負の側面に対し、楽しい行事を企画することで乗り越えようとしている。「行事をいかに楽しくするかというのが大事で、だから役員は行事をどうするかを考えるのに苦労している」（H 氏）。やはり、コミュニティの紐帯を形成しつつ、ネットワークを広げるには、どのような“しかけ”をつくるかが鍵となるのではないだろうか。

5.3 本町区における福祉推進委員の活動

本町区は 5.2 で論じた仲町区と同じちの地区に属しており、世帯数 955 戸・人口 2,179 名（ともに茅野市 2012 年 3 月公表）と、市内で 2 番目に大きい行政区である。地域としての歴史は仲町よりも古く、かつては玉川、豊平地区（p27 地図参照）などの住民も買い物する商店街として賑わっていたという。しかしその商店街は 10 年ほど前より衰退の一途を辿り、今となつては、本町区に代々居住してきた住民に対して、新入居者の割合が増加する傾向にあるようだ。なお 5.1 で触れた入区条例にまつわる議論であるが、本町区会の役職につく M 氏、K 氏によれば、本町ではほとんどの住民が入区しており、問題は起こっていないという。

さて、本町区における福祉推進委員の活動であるが、現在 3 名の区民が同委員として活動している。本町区では福祉推進委員を諸役の一つとして区条例で定めており、2 年の任期を果たすことになっている。本町区では更に、福祉推進委員会なる組織も結成しており、民生児童委員・ボランティア・PTA といった福祉に関連する役職、総勢 20 名前後で構成されている。区によっては福祉推進委員が 1 人のところがあったり、福祉推進委員会を結成していない区・自治会も多々あるので、本町区では福祉推進に向けての組織構築が他の区・自治会よりも一歩先に進んでいるといえるかもしれない。

福祉推進委員の一般的な役割については 4.1 で説明した通りで、具体的な取り組みに関しては各区・自治会にゆだねられている。地域住民のアイデアと参加度次第ということだ。現在、本町区の福祉推進委員である K 氏が取り組んでいるのが、災害時に区民が安全に避難する方法を整えることである。インタビュー時は「助け合いマップ」作成を行っているということであった。このマップは、東日本大震災を教訓に、どこにどういう高齢者がいて誰が救護するのかを一目でわかるようにしたもので、市が各区・自治会に作成を要請して始まった取り組みである。K 氏はこれに併せて、避難訓練の実施も行いたいと考えている。なぜなら、本町区のように 2100 人強の区民が安全に避難するには日頃の訓練が必要であり、災害時の 1 次避難場所を予め区民に知ってもらうことは重要なことだからである。しかし、実際のところは実施の目途を立てられずにいる。その理由として K 氏が述べていたのが「大きな枠組みのなかで活動しているものだから、できることとできないことがある」「区で認めてもらわないと進められないというのがある」ということであった。本町区は前節の仲町区よりも歴史ある区会だけに、区会としての意思決定システムには伝統的なやり方があるのかもしれない。少なくとも、福祉推進委員だけが活動しても、なかなか実施まで到達できない組織であることが K 氏のコメントから想像できた。ちなみに、『ハーバード白熱教室』などで知られるコミュニタリアンのマイケル・サンデルは、伝統は共同体（地縁型コミュニティはまさに共同体である）に必要な要素だと主張しているが、伝統は時として、硬直的なタテ社会を形成し、革新の妨げにも働きかねない。K 氏の言葉はそれを物語っているように思われる。こうした伝統を維持することと新しいことを柔軟に受

け入れていくことの両立は、ネットワーク論における社会的ネットワーク分析や、ロバート・パットナムによるソーシャル・キャピタル論における「結束型」と「橋渡し型」ネットワークの違いにも関連する。そこで次章ではこの点に関して詳しく考察していく所存である。さて話を戻すが、避難訓練に関しては、他の区・自治会にはすでに実施したところもあり、実際やってみて浮き彫りになった課題もあるようだ。そのような結果を耳にしている K 氏としてはやはり、いつか避難訓練を実現させたいという思いがあるようで、「どういところから始めたらよいのか知りたい」と、アプローチの方法を検討している状況である。そもそも福祉推進委員は 4.1 で述べたとおり、5 層という地域社会で福祉が実践されるよう、住民や地域に働きかける存在として位置づけられている。したがって、本来のことをいえば、福祉推進委員に避難訓練を実施する役目があるわけではない。むしろ福祉推進委員は、防災対策を考えるように地域へ働きかけ、関係する区民を繋いだり、議論する場をつくったりすることによって、地域の防災対策を推進する立場にある。しかし、そうした議論の場をつくっても、地域住民がそこに参加し、且つ行動しなければ、福祉推進委員のねらいには到達しない。本町区で福祉推進委員が直接的に避難訓練を計画せざるを得ない背景には、応答する区民が不在であるか、声かけに応答する仕組みが構築段階にあることがあるのではないだろうか。それゆえ、福祉推進委員が直接手を下さざるを得ない状態なのだと推察する。現在のところは、「福祉推進委員会って一体何なんだってみんな思いつつ参加している」(M 氏) 状態だという。これから時間をかけて少しずつ地域福祉への関心を高めていこうとしている段階にあると想像される。なお、当人の K 氏は次のように言っている。「当たり前のようにできるには時間が必要。こういうこと(5 層での地域福祉実践を指している)って呼び続けられないいけないですよ。すぐにはできないから。」まずは福祉推進委員という存在を地域で認知してもらうこと、そして少しでも地域福祉に関わりを持ってもらう機会をつくること、こういった取り組みを地道に継続していくことが必要ということであろう。その先にあるのが「何か新しいことをやったときに、ちょっと協力してみようとか、そういう人が出てくる可能性」(K 氏)なのかもしれない。

本町区の福祉推進委員が取り組んでいるそのほかの活動として、地区社協、民生児童委員、敬老会との連携・協力がある。つまりは福祉推進委員会内部における連携である。地区社協(4 層)とは 2012 年になってから会議を開き、ちの地区における福祉活動の方向性を議論したり、他の区・自治会(5 層)と取り組みに関する情報交換したりしている。さらに、社協が主催する健康や認知症サポーターの養成講座に協力してもいる。民生児童委員、敬老会との連携に関しては、どこでどういう人が困っているか協力して把握したり、情報提供したりしている。「助け合いマップ」もこうした連携による情報を基に作成している。まずはこうした区内の福祉関係担当者との連携で、福祉推進委員としての力を発揮できているということであろう。

5.4 区会で活躍する高齢者からコミュニティの力を考える

5.2 で仲町区における区会活動について述べた。特徴の一つとして web を使った情報共有があった。その運営における中心人物が H 氏である。H 氏は現在 82 歳で、仲町区ホームページ委員会作業部会リーダーとして、区内関連情報の IT 化を推進しているだけでなく、区の老人クラブ活動、ダンス教室といった地域活動へも積極的に参加されている人物である。一方、大きな自宅に 1 人で暮らす独居高齢者でもある。H 氏のすがたを通して、高齢者にとっての仲町区コミュニティと、仲町区コミュニティにとっての高齢者、この二つを考えてみたい。

<H 氏の生い立ち>

H 氏は、1930 年に 6 人きょうだいの長男として諏訪郡永明村(合併前の茅野市)で誕生した。1 歳のとき、満州事変が勃発、戦時色が強くなっていく社会で幼少期を過ごした。1939 年(H 氏 8 歳)、父親が上海へ出兵。それに伴い、安国寺(宮川地区)で農業と養蚕を営んでいた母親の実家で、農業を手伝いながら生活することになった。1949 年(H 氏 9 歳)、村立国民学校高等科(今の中学校)へ入学。しかし、当時は子どもであっても労働力として勤労奉仕しなくてはならず、学校に行ける状況ではなかった。

その代わりに、家の近くに「大同義塾」という私塾があり、そこで英語や数学を学んだそうである。この私塾で学ぶことが「楽しかった」と H 氏という。現在 82 歳にして IT 機器への興味関心が強い H 氏の知的好奇心は、この頃からすでに芽生えていたのかもしれない。

1943 年(H 氏 13 歳)、父親が死亡する。当時は、子どもであっても男性が家の主となるという家長制度が機能していた時代である。H 氏は若干 13 歳にして家長となる。母親と 5 人のきょうだいを養育する立場となったことから、14 歳で 通信省(現在の NTT)へ就職し、翌年、官吏(現在の国家公務員)となる。14 歳以降は、57 歳で定年退職を迎えるまで、長野県内の転勤(単身赴任)を 13 回繰り返しながら NTT に勤務した。退職後の 1 年間は特別嘱託勤務をし、1989 年(H 氏 58 歳)、44 年の勤労生活に終止符を打った。この間、結婚し 3 人の子どもを儲けている。また母親とは、母親が 97 歳で亡くなるまで同居し、長男として世話をし続けた。

<H 氏に貢献する仲町区コミュニティ>

H 氏は現役時代、人事や労務に関する部門を担当しており、Word で文章を作成する程度



【写真 6】

玄関前にパンジーが咲く Y 氏自宅前で
筆者撮影

のパソコン操作はやっていたが、本格的にパソコンを勉強し始めたのは、完全にリタイアしてから（1989年－58歳）である。以降、ほぼ独学にもかかわらず、プログラミングを学習し、今や仲町区ホームページ（<http://www16.plala.or.jp/nakamachii/>）の更新や管理を一手に担当するほどのスキルを持つようになった。また現在では、仲町区ホームページ委員会作業部会リーダーとして、自分より20歳近くも若い部会員へ技術指導をし、後継者養成にも力を入れてもいる。是非一度、仲町区ホームページへアクセスしてみしてほしい。さて、筆者の先入観かもしれないが、多くのお年寄りは複雑なデジタル機器を敬遠する傾向にある。高齢でなくとも、デジタル機器を苦手とするひとは世の中に沢山いる。筆者もそのひとりだ。それなのにH氏は、独学で勉強し始めて以降、むしろパソコンへの興味を強めていった。インタビューのときも、最新のOSを購入したことを嬉しそうに話されていた。そこで、このように年齢を重ねてから新しいことを始め、夢中になれる秘訣を伺ってみた。すると、「好きだから続けられるんだよね。珍しいものは少し苦労してでもやろうと思って」という答えが返ってきた。続けて困難に直面したときのことを伺うと、「(公民館建設時の会計で2億6千万円を管理したときの話) エクセルでプログラム組むのが全然できなくて、“俺のあたま、どうなってんだ” って自分の頭叩きながらやってた。でも出来上がったときに、数字入るとパーっと計算してくれて……。あの時の喜びは忘れられないよね」とのことであった。脳科学者の茂木健一郎は、こうした成功体験が脳にドーパミンを放出させるといっている。ドーパミンは脳を活性化させる物質であることから、こうした体験が高齢者の知的水準を若く保つというのは確かである。こうしたH氏ひとりの事例から茅野市全体の高齢者を語るなど到底できないし、H氏の知的水準が高いのも、単にH氏の生得的能力である可能性も多いにあるが、それでもやはり、茅野市に元気高齢者（入院期間が短い。長寿である。）が多い理由のひとつには、日常的に、H氏が経験したような“喜び体験”があるのではないかと想像した。また、H氏と仲町区との関係をみると、その“喜び体験”は仲町区というコミュニティの関与があってこそそのものだったのではないかという仮説が浮かんでくる。

高齢期は「子育てや退職など何らかの役割をやり遂げ、人生を振り返る時期」（小松,2008,P23）といわれる。同時に、心身の機能変化が著しく起こる時期でもある。運動機能をはじめ、視力・聴力などの感覚器官も機能低下し、身体的に回復力・予備力・防衛力・適応力⁴⁹⁾に変化が生じるだけでなく、記憶力や学習力の低下をはじめ、脳の器質的变化によって性格や人格が変化する場合さえある。その上、定年や子どもの独立といったライフコースにおける大きな役割を終えたり、配偶者や友人を失う経験が多くなったりという経験によって、生きがいや自尊心の喪失、不安・孤独・抑うつを誘発してしまうこともある。（小松,2008,pp25 - 26、岩本,2010,pp30 - 41）そうやっても、高齢者が社会との接点をなくして家に引きこもり、身体機能・生活機能を低下させたならば、若者が引きこもるとは違って、不可逆的なQOLの低下をもたらすことになる。認知症はその好例ではなかろうか。第1章ですでに触れたかと思うが、これから高齢化が進展すると、地域で認知症の

お年寄りを支えていく機会が確実に増える。筆者は医療者であるため、認知症の方をケアする方々の苦勞を目にすることが時々あるのだが、同時に、ケアする側と同じくらいに、認知症になったご本人も中核症状⁵⁰⁾などで苦しんでいることがある。恐らく、人間としての尊厳という側面においては、認知症となったご本人が一番傷ついていることだろう。だから、当然避けられない遺伝的素因や器質的変化はあるにせよ、出来る限りそうならないようにするためにも、個々の高齢者が今もっている機能を低下させないことが重要となるのである。では具体的にどのような方法があるか。

現在、多くの市町村社協では、高齢者など福祉を必要とする住民が住み慣れた地域のなかで孤独にならず、且つ生き生きと暮らすことができるようにと、地区社協における「ふれあい・いきいきサロン」や「支えあいミニデイ」といった活動を支援している。筆者がかつてフィールドワークをした東京都世田谷区でも、区社協がバックアップするかたちで、リタイア後の男性を対象にした料理教室「おとこの台所」が住民主体で開催されていた。団塊世代のサラリーマンたちが大量リタイアするのを機に、その人たちが地域社会のなかで顔見知りや友人をみつけ、生きがいをもって暮らすことを目指した活動であった。このとき行政では、区の最重要施策の一つとして“生涯現役プロジェクト”というものを立ち上げており、「おとこの台所」はその実例といったところであった。まさに行政・区社協・住民（地区社協）の連携による地域福祉の推進である。一方、茅野市の場合であるが、こちらは、もともと農業に従事し続けている高齢者が多いといわれており、就労が長寿の一要因でもあることはすでに第3章で述べた。世田谷区の前サラリーマン高齢者と茅野市の農業従事高齢者を比較すると、前者が、何かを見つけることを目的として予め人為的に作られた場への参加であるのに対し、後者は、生産者としての責任が根底にある自発的な行動というところで、行為の主体性に違いがあるよう思われる。勿論、世田谷区の活動は都市における住民主体の地域福祉活動としては先進的な取り組みであり、“生涯現役”というスローガンについては非常に共感するところである。また、そもそも世田谷区が目指すのは、高齢者が元気に、且つサービスの受け手だけでなく提供者にもなることであり、筆者の考えとそう変わらない。これらを念頭に入れつつも、今論じているのは個々の高齢者が今もっている機能を低下させないには何が最良なのかを考えること、という点に立ち返るならば、恐らく農業従事高齢者のほうが、行為が生きがいに直結し、健康維持にも良い影響を及ぼしている⁵¹⁾のであると考える。何より、茅野市の長寿がそれを裏付けている。そうすると、個々の高齢者が今もっている機能を低下させない方法とは、かつて当人が果たしていた社会的役割の変わりとなる、新たな役割を高齢者一人ひとりに付与することになるのではないだろうか。ある程度行為に責任が伴い、能動性を必要とする役割のほうが、“喜び体験”が多く、運動機能・精神機能の現状維持や健康に貢献するのではないかと筆者は考えるのである。

ここで話題をH氏に戻すと、H氏の場合は、区会がH氏のスキルを見込み、高齢のH氏を“現役”として区会活動に引き込み、ホームページ委員会という活躍の場を提供した。

これこそまさに社会的役割の付与である。つまり、区会が H 氏にもたらしたものは、社会的役割の付与によって H 氏が見出す、生きがいと居場所だったと推察されるのである。

但し、当然ながら、全ての人がそのような役割を受けることができるわけではなく、あくまで根底にあるのは、「地域に生活しているすべての人が、助け合い、支え合いながら、安心して充実した生活を送ることができる」（岡山県 HP <http://www.pref.okayama.jp/>）ことを目指す地域福祉の発想である。また、できることにも個人差がある。とりわけ、高齢になるにつれ、それまでの長い人生を反映する分、さまざまな面で個人差がより大きく出やすい。だから、1人ひとりの高齢者が、難しすぎると感じたり、逆に簡単すぎると感じたりすることなく、その中庸にあるような社会的役割を見つける必要がある。

稲葉陽二は『ソーシャル・キャピタル入門』で、井伏鱒二の小説『掛け持ち』に登場する、“甲府の旅館ではうだつがあがらなかったのに伊豆では非常に優秀だった番頭”を引き合いに出し、ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）を次のように説明している。「周囲の環境によって変わる番頭の立ち位置は、まさに社会関係資本そのもの」であり（稲葉,2011,P6）、「社会関係資本とは、このように人々の置かれる人間関係によって大きく変わってしまうもので、周囲の人々との間に埋め込まれて存在している。」（稲葉,2011,P7）H 氏と番頭のキャラクターは全く異なるが、誰でもひとはおかれる社会環境次第で、能力を開花させることも、駄目にしてしまうこともあるということなのではないだろうか。（ソーシャル・キャピタルについては 6.1 で論じる。そちらを参照願いたい。）

<H 氏が仲町区コミュニティに貢献する背景>

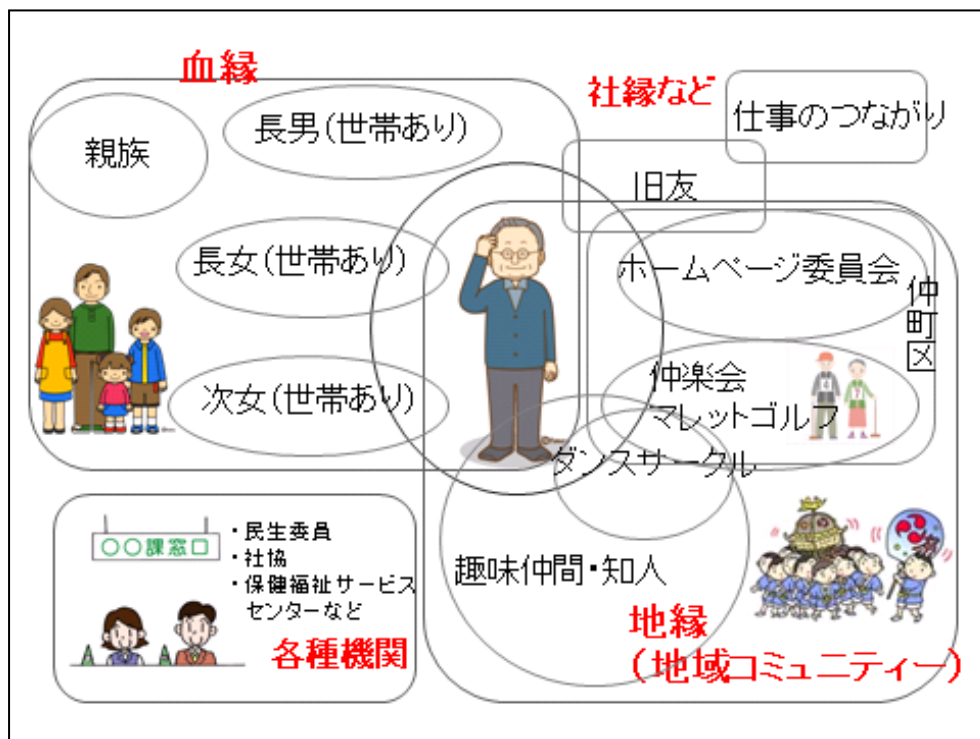
H 氏は生まれこそ現在の仲町だが、幼児～学童期は母親の実家がある宮川地区安国寺で生活し、14 歳以降は転勤族として長野県を転々とした。そのため、完全リタイアするまでの間、H 氏自身は、仲町をはじめ、特定のコミュニティに深く関与することはなかった。但し、家族（妻、3 人の子ども、H 氏の母親）は、H 氏が単身赴任の間も仲町で生活していた。

完全リタイアし、茅野市に生活の拠点を戻したその年から早速、区内で区長と同じくらい重要な役職である公民館長への就任を依頼され、H 氏は引き受けた。その 3 年後には、副区長と衛生自治会長を、翌年には区長も歴任した。茅野市では 7 年に一度、「御柱祭」という諏訪大社を祀る非常に重要な大祭があり、祭の年は、区の業務が非常に多忙となるそうなのだが、H 氏が副区長に就任したのはちょうど御柱祭の年であった。こうして H 氏が受けてきた役について、仲町区役員の方に言わせると「すごい大役ばかり」だそうである。H 氏のリーダーシップ力が高く評価されている証拠でもあろう。

さて、単身赴任生活が長く、仲町コミュニティとの接点が多くはないと推察されるのに、なぜ H 氏は仲町に戻って間もなくから重要な役を受けたのだろうか。ご本人に理由を伺った。H 氏の返答は「やっぱ、自分も仲町の生まれだから、3 回ぐらいは奉公しなくちゃなと思った」「私、単身赴任で子ども 3 人おいて歩いてた（転勤してた）から、仲町の人たちに

恩返しなくちゃなつてのもあった」というものであった。要するに、コミュニティへの感謝を態度で示したということなのである。確かに、個人にとって“生まれ故郷”という要素は、その人のルーツやアイデンティティーと密接な関係にあるものと推察され、故郷への愛着があれば尚更、そのコミュニティ活動へ参加する動機になるものと推察する。ただH氏の場合、それ以上に大きな要因であったのは、後方で述べていた“自分が家を空けていた間、仲町コミュニティが家族を守り、育ててくれていた”という思いであったように推察されるのである。そのように考えた理由はあくまで主観的ではあるが、実際の区内行事やお話を伺った方々の言葉から、仲町区では“子どもは地域で育てる”という熱意が感じられたからである。また、先に、区会は社会的役割の付与によって高齢者の生きがいや居場所づくりに貢献していると述べた。実は高齢者から区会に提供しているものがある。それは知恵と労働力である。高齢者には、現役時代に培ったスキル、自由な時間といった様々な財産がある。H氏のような高齢者は、こうした無形財産を地域の自治活動に使っているのである。高齢者を区会のような地縁型コミュニティ活動に巻き込むことは、地域・高齢者相互に利益をもたらす。こうしたwin-winなコミュニティ活動のしゅくみを構築することが、4層・5層における地域福祉の推進にもつながるのではないだろうか考える。

【図 28】 H氏をもつ人的ネットワーク（H氏個人にとってのソーシャル・キャピタル）



第6章 これからの「地域包括ケア」を考える

ここまで見てきた長野県茅野市における「地域包括ケア」を振り返りつつ、これからの「地域包括ケア」のすがたを検討していく。検討するにあたっては、住民とコミュニティの力をいかに活用できるかに力点を置き、まずはソーシャル・キャピタル（社会関係資本）論を援用しながら、今、コミュニティという「面」が抱える問題とその打開策を考える。そして最終的には、筆者が考える“コミュニティの力を活かした「地域包括ケア」の仕組み”を提示してみたい。

6.1 コミュニティがもつ二種類の力

第2章において「地域包括ケア」とは、“住民のQOLの向上を目標とし、保健・医療・リハビリ・介護（福祉）全てを包括するもので、住民を含めたコミュニティー全体が連携し、全人的医療・ケアをするもの”である（p18参照）と述べた。これまで長野県茅野市における「地域包括ケア」の実際を見てきたが、振り返ると、茅野市の住民はこのケアシステムにおける保健と地域福祉の領域で貢献・活躍していたように思われる。ただ筆者は、フィールドワークを通して、地域のそうした活動に参加している住民の殆どが、自主的、積極的に参加しているわけではないことも実感していた。実際は「積極的に“私はこの区の職を背負ってバリバリ区をよくしていこう”と思って（区の役に）就いている人はほとんどいない。だけど、区のことはやっぱり皆が協力して、区が住みやすくなったほうがいいわけだから、そのためにはできる範囲で協力はすべきだろうっていう認識を多分みんな持っているんだろうね」という声がインタビューで聞かれたように、住民は頼まれるから消極的に引き受けているケースが大半であるというのが現状であった。本論文の先行研究にあたる、今村らによるコミュニティ研究では、こうした受動的ながらも地域活動へ参加する住民・コミュニティを“遠慮がちな”ソーシャル・キャピタル」と表現し、これこそ長野県の各地域で保健補導員という住民による保健活動が根付き、茅野市が「パートナーシップのまちづくり」第1ステージでみせた“コミュニティのちから”だと分析していた（今村ほか,2010）。筆者も今村らの分析結果に同意する。ただ、現在茅野市が展開しようと試みているように、より住民の生活に近い圏域で住民主体の地域福祉実践をしようとなった場合には、これまで以上に数多くの住民による参加と、さらに各住民の主体性を求めていかざるを得ないことになるようにも思われる。この点について考えなくてはならない。

そもそもソーシャル・キャピタル（以降S.Cと表記する）とは何か。それは「人々が他人に対して抱く『信頼』、それに『情けは人の為にならず』『お互い様』『持ちつ持たれつ』といった言葉に象徴される『互酬性の規範』、人や組織の間の『ネットワーク（絆）』」（稲

葉,2011,P1) のことで、近年、コミュニティに関する領域で注目されている理論である。この語を一躍有名にしたのが、アメリカの政治学者ロバート・パットナムの著書『Bowling alone』(邦題『孤独なボウリングー米国コミュニティの崩壊と再生』) であるが、同書によれば S.C は「私財」且つ「公共財」であり (パットナム,2006,p16)、S.C 指数が高い地域ほど、子どもたちへの教育・福祉環境は良好で (第 17 章)、犯罪率は低く (第 18 章)、経済効率を高める希望があり (第 19 章)、そして健康と幸福感が増進される (第 20 章) のだという。現に日本でも、杉並区のと泉地区では小学生の通学時に不審者が現れて子どもたちを脅かすという事件が相次いだ際に、小学校 PTA の見守りだけでなく、町会も通学時間に植木の水やりや犬の散歩をしながら子どもたちを見守ったところ、不審者はほとんど現れなくなったり (稲葉,2011,P54)、社会疫学の観点から日本のコミュニティに関心をもつイチロー・カワチらによって「日本人の長寿は、食習慣や遺伝子、皆保険では説明しきれない部分がある。地域の強いつながりが、健康と関わっているのではないか」と仮説が立てられている状況である (朝日新聞デジタル 2012 年 3 月 31 日)。

茅野市が推進してきた「パートナーシップのまちづくり」(もしくは「福祉 21 ビーナスプラン」) における地域福祉では、第 1 ステージ (第 1 次) の主役がテーマ型コミュニティであったのに対し、次の第 2 ステージ (第 2 次) では、4 層・5 層という地縁型コミュニティへとターゲットが転換されてきた。このテーマ型コミュニティと地縁型コミュニティであるが、パットナムの S.C 論における「橋渡し型 (bridging)」と「結束型 (bonding)」にそれぞれ当てはめることができると考える。テーマ型、地縁型それぞれが S.C という資本なのである。本節タイトルにもなっている“コミュニティがもつ二種類の力”とは、つまり、この「橋渡し型」・「結束型」S.C としてのテーマ型・地縁型コミュニティのことを指すのである。

さて、「橋渡し型」と「結束型」S.C の違いであるが、パットナムは、前者が社会的な潤滑油であるのに対し、後者は社会的な強力接着剤だと比喻している。そもそもこの二つの違いは、社会ネットワーク分析で知られる『弱い紐帯の強さ』で、マーク・S・グラノヴェッターが社会における二者間の紐帯に関する強さがネットワーク全体の凝集性に影響するとしたことを受けており、グラノヴェッターは「特定の集団内部に集中する傾向にある強い紐帯よりも、弱い紐帯のほうが異なる小集団の成員同士を連結する可能性がある」(大岡,2006,p144) と述べている。一般に、「結束型」の S.C は、概して強い結束・絆をもち、メンバーの利益を促進する内部指向性がある反面、それが強すぎると外部や他に対して“排他型”になる可能性をもっている一方、「橋渡し型」は“包括型”ともいわれ、そのつながりは「結束型」と比べ弱く薄いものの、外部志向的でより横断的な性格をもっている、とされる (所,2008,p59)。因みにパットナムは、「結束型」が特定の互酬性を安定させ、連帯を動かしていくのに都合がよく、メンバーにとって重要な精神的・社会的支えの場となり、地域の企業家にとっては事業立ち上げの財源や市場、信頼できる労働力の供給する場ともなるという特徴があるのに対し、「橋渡し型」は、外部資源の連繋や情報伝播において優れ、

より広いアイデンティティや互酬性を生み出すという特徴があると述べている（パットナム,2006,pp19-20）。この二つの型の S.C はトレードオフの関係にあり、片方が強いともう一方が弱い社会になりがちだという指摘がなされている。また、S.C 研究では、社会的凝集性に着目し、組織や地域がもつ特性として S.C を捉える考え方と、集団に属する個人がもつ特性として S.C を捉える考え方がある（カワチほか,2008,pp11-13）とされ、グラノヴェッターのネットワーク理論に基づくものは、S.C を人々のソーシャル・ネットワークの中に埋め込まれたリソースとしての観点で論じられたものであることから、後者の集団に属する個人がもつ特性に着目したタイプであるといえる。

さてここで、茅野市のコミュニティではどのような問題が起こっていたのか振り返ってみると、慣習、まきや「ジッコ」「キリュウ」といった新旧住民の分け隔て、新たな取り組みを実施するに至るまでの合意形成が大変、といった地縁社会の伝統に係る事柄が挙がっていたことが思い出される。これらは「結束型」S.C の欠点である排他性や風通しの悪さを示す一端かと思われる。もしこういった要因だけに注目するならば、「橋渡し」S.C の構築を促進すればコミュニティ問題は解決するといえるかもしれない。しかし、実際はそう簡単ではないだろう。地縁組織に詳しい中田実が「部分的な機能を担う NPO だけで地域共同管理の機能を総合的にはたすことはできないのであり、その意味で町内会に代わることはできない」（中田,2007,P71）と述べているように、NPO のようなテーマ型コミュニティもしくは「橋渡し」S.C にも、弱い紐帯であるが故の課題があるのだ。これまでトレードオフの関係にあるといわれてきた「結束型」と「橋渡し型」であるが、では実際どのようなコミュニティを目指せばよいのであろうか。この問いに対して、野口定久と所めぐみがそれぞれ方向性を提示している。まず野口であるが、ナショナル・ミニマムの維持が財政的に困難な状況に陥り、高齢化と過疎化に悩む地域における新たな地域福祉の展開として、「今までは、地域社会の SC と新しい市民活動の SC を別々にみてきたが、これからの持続可能な地域コミュニティの形成には、これら両者の SC を結合させていく方法をとる必要がある」（野口,2007,p32）という。そして、所は『「橋渡し型」ネットワークは、外部の資源への接続と、情報の伝播に関してはより優れているかもしれないが、そのような機能を果たしうるには、そのネットワークを発展させるための力の獲得が必要であり、『結束型』ネットワークはそういった場になりうる』と述べている（所,2008,p65）。要するに両者が主張していることは、「結束型」（地縁型コミュニティ）と「橋渡し型」（テーマ型コミュニティ）それぞれの特徴を活かしながら両立させることなのである。筆者もこの考えに同意である。

また、茅野市だけでなく、地縁社会が衰退している主原因の一つである地域生活に伴う柵であるが、パットナムは“S.C は自由や寛容さと相容れないのだろうか”という問いにおいて、S.C と寛容性は両立するという答えを出している（パットナム,2006,pp433-441）。彼曰く、社会は、【図 13】における(1)の自由が多いがコミュニティの少ない個人主義社会と、(4)のコミュニティは多いが自由の少ない派閥的社会の二項対立ではなく、実は (3) があるというのである。その証拠として、コミュニティと関わりの多い人ほど家に閉じこも

る人より寛容度が高い傾向があり、また、高 S.C 州（パットナムは研究でアメリカの州を比較していた）の市民は、低 S.C 州の市民よりもずっと市民的自由に関して寛容であり、人種や性別に関する平等意識も非常に高い、という結果を出している（同 p439 図）。第 5 章でみた仲町区のように、従来の地縁型コミュニティでありながら、フラットで開放性を志向する地縁組織もある。こうした地域をみる限り、「結束型」 S.C でありつつも、柵とは逆の性質である自由や寛容のある社会にすることが可能なのだといえそうである。

【表 13】 社会関係資本と寛容性－社会の 4 タイプ

	低社会関係資本	高社会関係資本
高寛容	(1)個人主義的 あなたはあなた、私は私	(3)市民的コミュニティ （「魔女」のいないセイラム）
低寛容	(2)アナーキー的 万人の万人に対する闘争	(4)派閥的コミュニティ （内集団対外集団－「魔女」のいるセイラム）

* “セイラム” はアメリカの地名であると推察される

（出典）パットナム,2006,p438 表を複製

6.2 コミュニティの力を活かした「地域包括ケア」の仕組み

まずは【表 14】を見て頂きたい。茅野市では地域福祉の対象となる高齢者が少なくともこれだけいる。総人口に占める割合はどれも高くないが、しかしどれも着実に人数は増えている。茅野市の高齢化率はまた全国平均より僅か高い程度であるが、第 1 章で登場した北海道夕張市の高齢化率ではすでに 45%を超えており、茅野市とは比較にならないほど、夕張市の要介護者割合は高いと推察されるが、いずれは多くの地域も夕張市のような高齢社会を迎えることになる。そうなると行政や病院・福祉施設といった専門機関のケアだけで、全ての住民の“人間らしい生活”を持続的・安定的に維持することは不可能である。地域には、認知症や運動機能障害を抱えながらも、施設に入居できない高齢者が増加する

【表 14】 茅野市における寝たきり高齢者などの推移（65 歳以上・各年 7 月 1 日現在）

	総人口	寝たきり		認知症		認知症で寝たきり		1人暮らし	
		人数	総人口比	人数	総人口比	人数	総人口比	人数	総人口比
平成17年	57,099	390	0.68%	176	0.31%	219	0.38%	847	1.48%
平成18年	57,061	452	0.79%	259	0.45%	172	0.30%	837	1.47%
平成19年	57,201	477	0.83%	324	0.57%	236	0.41%	861	1.51%
平成20年	57,379	625	1.09%	481	0.84%	346	0.60%	972	1.69%
平成21年	57,382	755	1.32%	552	0.96%	345	0.60%	991	1.73%
平成22年	56,391	792	1.40%	601	1.07%	402	0.71%	981	1.74%

（出典）「平成 23 年度 茅野市の保健福祉」 P48 を元に作成

ため、幅広い福祉を地域で担う必要性が一層高まることだろう。そうすると、地域住民による自助・共助がどこまで発揮されるかが鍵になってゆく。

これまでの茅野市における「地域包括ケア」を振り返り、これからの少子高齢社会における、“コミュニティーの力を活かした「地域包括ケア」の仕組み”には以下の項目を考慮することが望ましいと考えた。妥当性はまた改めて評価することにし、本論文では恐れず提言する。

<筆者が考える、コミュニティーの力を活かした「地域包括ケア」の仕組み>

- 1) 「地域包括ケア」において住民・コミュニティーが積極的に関与できるのは、「保健」と「地域福祉」である。
 - ・住民：自助で疾病予防や健康維持をする。
 - ・コミュニティー：共助で地域福祉の推進をする。
 - ・保健と福祉の充実によって、間接的に地域医療の問題が解消されていく。

- 2) 地域に眠っている人材を活用する。
 - ・高齢者：元気高齢者の方たちには、地縁型コミュニティーの役をお願いする。ケアする側、される側、というのはあくまで当人の心身状況に応じて、柔軟に変化してもよいものであると考える。むしろ高齢者の QOL を考えると、明確な社会的役割がある人のほうが生きがいの獲得や心身の機能維持といった利点があると思われる。地域にとっても高齢者がもつ知恵や労働力といった財産を活用できることから、地域・高齢者双方に利点があると考えられる。
 - ・主婦：家事労働の主たるフィールドは地縁型コミュニティーであり、地域課題を目にする機会が多いを推察する。区・自治会の主要メンバーには、育児が一段落した主婦たちを取り込んでいく。現に、高齢者福祉や育児に関する領域では、主婦たちが課題解決に取り組み、数多くの成果を挙げている。
 - ・都会からの U ターン、I ターン者をコミュニティー活動へ勧誘する。

- 3) 地縁型コミュニティーとテーマ型コミュニティーの共存と役割分担
 - ・テーマ型コミュニティーの主体は、そのテーマに関心のある住民。自主参加を基本とし（参考－茅野市の IT 推進では、PC に興味のある若手が自主的に参加していた）、新たなアイデアの創出や、茅野市における福祉推進委員のように関係者を橋渡しする役を担う。地縁型コミュニティーを敬遠する若者、U ターン、I ターン者が地域活動に参加できる開放性が必要となる。
 - ・地縁型コミュニティーの主体は、区・自治会。強い紐帯を活かして、地区社協におけ

る「いきいきサロン」や高齢者の見守りといった実践を通して、近隣の要介護者支えていく。

- ・地域社会全体のイメージとしては、ヨコのつながり（テーマ型もしくは「橋渡し型」S.C）とタテのつながり（地縁型もしくは「結束型」S.C）で編み込まれた社会。

4) 地縁型コミュニティにおける課題の解決

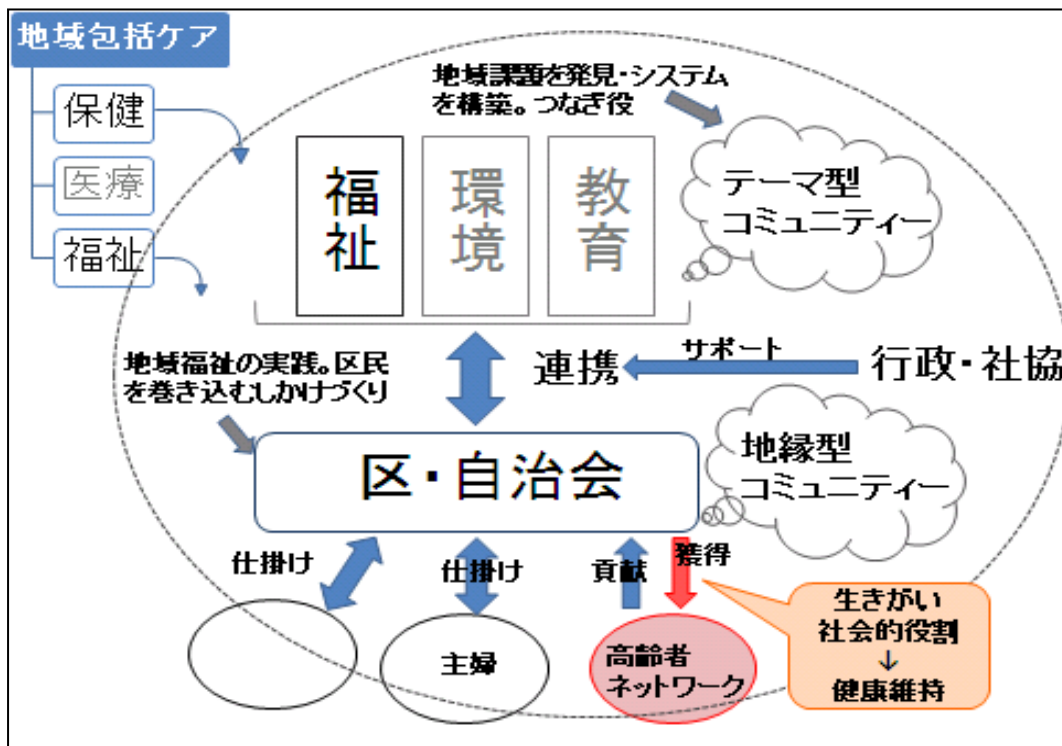
- ・楽しい行事を企画するなど、地域住民の興味を引くしかけを考える
- ・フラットで開放的な組織づくりに努める。
- ・回覧板以外にも地域の情報を共有するシステムを構築し、地域情報を広めるようにする。

5) 行政や市町村社協の役割

- ・テーマ型コミュニティと地縁型コミュニティによる住民自治、地域福祉の推進がなされるよう、専門職としてよきアドバイザーとなる。また自助・共助では担えない保健・福祉領域を医療機関も併せた3機関で連携して実施していく。

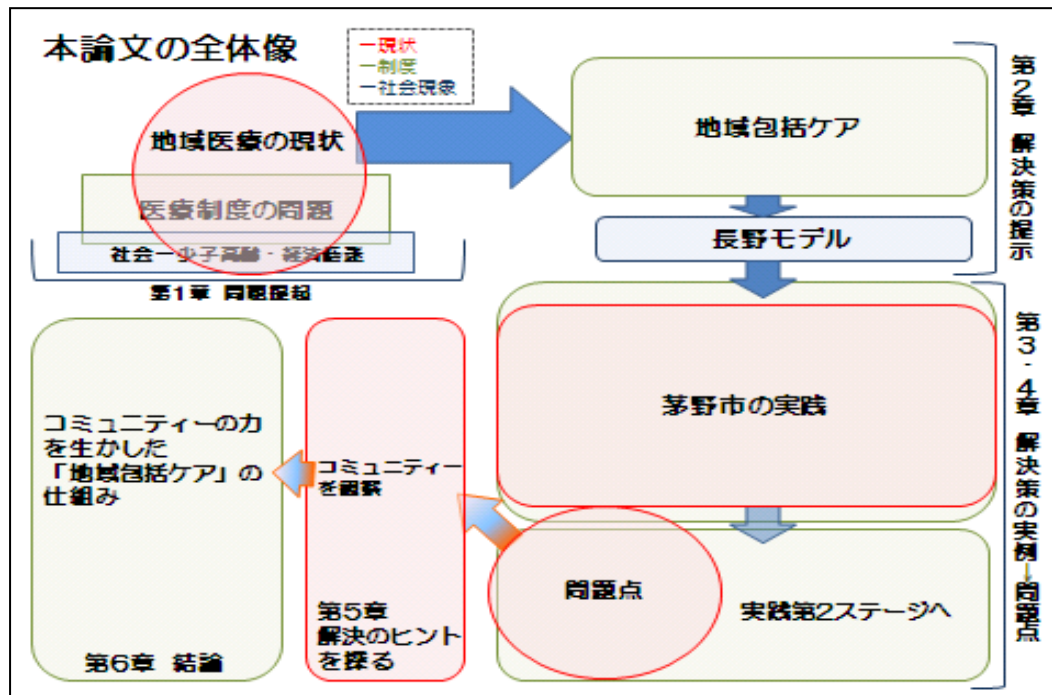
1) から5) を取り込んだ「地域包括ケア」の仕組みが【図 30】である。

【図 30】 コミュニティーの力を生かした「地域包括ケア」の仕組み



第7章 まとめ

7.1 まとめ一本論文を概観するフローチャートと各章概要



序章で提示した本論文の目的は次の3点であった。

- 1) なぜこれからの地域社会には「地域包括ケア」が必要なのか、その根拠となる制度的社会的背景を明らかにする。
- 2) 研究対象地における「地域包括ケア」の実際、推進の秘訣、課題を明らかにする。
- 3) 「地域包括ケア」における住民とコミュニティの役割を考察し、コミュニティの力を活かした「地域包括ケア」のしくみを提言する。

本論文はこの3つに対して、第1章・第2章—1)、第3章・第4章—2)、第5章・第6章—3) という対応で構成されている。各章の概要・振り返りは以下の通りである。

第1章

1.1 では、日本の人口動態や経済といったマクロレベルの問題、そして国民皆保険という特徴をもつ日本の医療保険制度が抱えている問題を述べた。

1.2 では、実際の地域医療で何が起きているのかを北海道夕張市の事例をみながら論じた。ミクロレベルを家族社会とするならば、メゾレベルにおける医療問題を扱ったことになる。導かれた課題・結論は、健康長寿と関連する要因は医療環境の充実以外にあるとい

うこと、そして、地域医療が抱える問題における住民の当事者性、住民は「地域包括ケア」における実践主体でもあるということであった。振り返れば、第 1 章は、様々にある社会問題のなかで本論文がどこを扱うのかを明確に示すことでもあった。

第 2 章

前章をうけてその解決策として「地域包括ケア」を提示した。

2.1 では、「地域包括ケア」生みの親である、広島県御調町（現在の尾道市御調町）御調国保病院（現みつぎ総合病院）の医師（当時）山口昇氏に焦点を当て、成り立ちを振り返った。2.2 では、予防医療を重視し、在宅ケアを推進するという「地域包括ケア」同様の観点で取り組んできた長野県に焦点を当て、若月俊一医師ら医療・保健従事者による 1 次予防・2 次予防に加えて、保健補導員という住民活動の登場によってもたらされた成果をデータで表した。疾病予防を重視し、且つ保健・医療・福祉を連携させたアウトカムとして、医療費の自然縮減や地域の魅力アップが認められた。

第 3 章

前章で紹介した「地域包括ケア」が地域でどのように実践されているのか、長野県内でも特に健康長寿で医療費が少ない茅野市に焦点を当てて観察した。

3.1 では茅野市の地域的特性と医療や健康に関する現況を論じたが、そのなかで、茅野市は通院を必要としない“元気高齢者”が多く、その秘訣は高齢者の就業率にあることがわかった。3.2 は、「地域包括ケア」における【保健】に焦点をあて、長野県全体の取り組みである保健補導員活動と生涯学習を推進する公民館の活動に注目し論じた。住民は保健補導員という役を通して、自らだけでなく周囲の住民にも健康に関する行動変容を起こしており、一方公民館は、自主的・自律的な地域運営と生涯学習の実践を行う拠点として、そして地域コミュニティの紐帯を形成する装置として機能していた。3.3 は【地域医療】として、諏訪中央病院に焦点を当てた。①システム構築（主に介護）、②連携（主に医療）、③教育・学習（主に保健）の 3 つに区分し、不健康な住民と地域に見放されて借金を抱えた病院が、全国有数の健康長寿な住民と黒字経営を維持する病院へと変化するまでの同院における取り組みを記した。3.4 は【地域福祉】ということで、茅野市独自の取り組みである、市民主導・公民協働のまちづくり「パートナーシップのまちづくり」から創られた「第 1 次福祉 21 ビーナズプラン」（地域福祉行動計画）完成までの経緯を論じるとともに、この取り組みを推進した要因を分析した。推進要因として、①明確な理念をもち、それを素早く現実化したリーダー（市長）、②リーダーに共鳴し、主体的に行動化できる地域の有力人物（医師会会長、基幹病院長）、③市民社会の担い手となれた住民、④福祉を専門とするアドバイザー、この 4 つが考えられた。

第4章

第2ステージ・第2次に入っている「パートナーシップのまちづくり」、「福祉21ビーンズプラン」の時間軸を現在へ進めて観察している。

4.1では、3.4で論じた「パートナーシップのまちづくり」第1ステージ・第1次「福祉21ビーンズプラン」から進化し、地縁型コミュニティの力によって地域福祉の課題を解決することを目指している第2ステージ・第2次の詳細を説明した。第1ステージ・第1次における市民主導・公民協働はテーマ型コミュニティをターゲットにしていたが、第2ステージ・第2次では地縁型コミュニティ（茅野市では「生活圏」という考えを導入し、4層（10地区）と5層（99行政区）がこれに該当）を地域福祉推進・実践の場とする違いがあった。地区社協と福祉推進委員が成功の鍵を握っている。4.2では、現在直面している課題を指摘した。フィールドワークを通して筆者は、4層・5層という生活圏で自治の主体となる“地域住民の自発性”をどう引き出すかということが最大の課題だと考えた。福祉推進委員の数が増加してきている一方、「(市民主導のまちづくりに関する住民の)意識は少し下がってきている」「市から自治会にお願いするかたちで仕事が増えている」という声や、4層・5層での地域福祉推進で拠点となる地区コミュニティセンターの役割、併せて、中心を担う住民組織である地区コミュニティ運営協議会の活性化を課題とする声も挙がっている。

第5章

第5章は4.2の課題提起を受けて、具体的に茅野市における区という地縁型コミュニティ（5層）の実像に迫り、課題解決のヒントを見出すことを目指した。

まず5.1では、茅野市における区会制度を説明した。農村（ムラ）に区会の原型があり、成り立ちは一般同様であるが、茅野市の区・自治会は行政の委託に留まらない活動も実践しており活発である。その要因として推測されたのが、農業従事者率の高さと、郷や古村から続く農耕地帯としての古い歴史であった。5.1ではさらに、現在茅野市で議論されている入区条例にも触れた。市が行ったアンケート結果では、地域での住みにくさとして、慣習、区費、区役などが挙がっており、こうした因子が入区問題の背景にあると示唆された。次に5.2では、仲町区民へのインタビューを基に、茅野市における地縁型コミュニティの実際を観察した。仲町区における活動の特徴には、webによる情報共有と子ども育成活動があり、地域自体には、地域への強い愛着を持ちつつ、後から入区した者とヨコの関係を構築しようとする特徴があった。区会役員は行事をいかに楽しいものにできるかが区会運営の鍵だという。地縁型コミュニティの紐帯を強くし、ネットワークを広げるには、どのような“しかけ”をつくるかが鍵となると考えられた。5.3では、福祉推進委員に焦点を当て、本町区の委員は現在どのような活動しているかを述べた。本来、地域福祉の推進に向けて住民や地域に働きかけることを役割とする福祉推進委員だが、本町区の委員は災害時

に向けた避難訓練の実施にむけても意欲的であった。さらに区では、福祉推進委員会という組織を立ち上げ、組織としても5層による地域福祉実践を推進しようとしていた。ただ、区会という組織のなかで新しい取り組みを導入するには障害があり、また福祉推進委員や福祉推進委員会もさらに発展していくことで目標とする役割を担えるようになると思像された。最後に、5.4 は区会で活躍する高齢者のすがたを通して、高齢者と地縁型コミュニティ（区会）の相互作用について考察した。区会（地縁型コミュニティ）が高齢者へ提供するものは社会的役割の付与であり、これにより高齢者は生きがいと居場所を見つける機会を得ていると考えた。一方、高齢者から区会に提供するものは労働力である。現役時代に培ったスキルや引退後の時間といった様々な財産を、高齢者は地域の自治活動に使ってくれる。地域と高齢者相互にメリットをもたらすコミュニティ活動の在り方を模索する必要があると考えられた。

第6章

6.1 は、ソーシャル・キャピタル論を援用し、茅野市のコミュニティを考察した。ソーシャル・キャピタルとは、「信頼」「互酬性の規範」「絆」といったものによって創られる資本の一種であるが、茅野市の「パートナーシップのまちづくり」（もしくは「福祉21 ビーナプラン」）におけるテーマ型コミュニティと地縁型コミュニティをそれぞれ「橋渡し型（bridging）」と「結束型（bonding）」として捉えなおした。「橋渡し型ネットワークが得意とする外部の資源への接続や情報の伝播機能を果たしうるには、「結束型」ネットワークの場が必要であり、これからの持続可能な地域コミュニティの形成は、「結束型」（地縁型コミュニティ）と「橋渡し型」（テーマ型コミュニティ）それぞれの特徴を活かしながら両立させることが必要である。6.2 は本論文の結論として、筆者独自に考えたコミュニティの力を活かした「地域包括ケア」の仕組みに必要なと思われる項目を提示し、論文を収めた。

7.2 本論文執筆の意義と残された課題

本論文は、様々にある医療問題のなかでもとりわけ、地域医療の持続性に関する問題を起点とするもので、この問題を打破する策として「地域包括ケア」というシステムを提示した。本論文の特徴は、地域医療や保健領域の文脈で扱われてきた「地域包括ケア」を住民やコミュニティの側面から論じたことである。ただ、本論文で登場した各地域や専門家による取り組みは、複数の研究者などによって既に取り上げられており、とりわけ研究対象とした長野県茅野市に関しては、慶應義塾大学金子郁容研究室の今村らが詳しく調査し、書籍化（今村晴彦ほか『コミュニティのちからー遠慮がちなソーシャル・キャピタルの発見』）している。本論文は今村らの研究を基礎として、その後の茅野市における地域福祉の

まちづくりを追跡研究するものである。このような背景をもつ論文であるが、2つの意義があったと考えている。

一つ目は、医療者であり且つ地域社会学を学んできた筆者が、“医療者としての目線”と“地域社会的な目線”の両方から地域医療の問題と対策を論じたことである。今日の医療問題は決して単純なものではなく、マクロレベル（国の制度）からミクロレベル（地域社会）まで網羅して論じることは簡単ではない。先行研究でも地域医療の側面は詳しく論じられていない。そこを本論文は“コミュニティの力を活かした「地域包括ケア」の仕組み”というテーマに繋がるかたちに整理して、地域医療の問題を論じることができたのではないかと自負している。ただ、やや第1章・第2章に力点を置き過ぎた感も否めない。

二つ目は、本論文が先行研究を追跡している点である。先行研究だけでなく、他の茅野市を扱った資料も「パートナーシップのまちづくり」第1ステージと第1次「福祉21ビーンズプラン」までを扱うものばかりで、第2ステージ・第2次を詳しく論じたものは見当たらなかった。本論文は、第2ステージ・第2次にある現在進行形の茅野市に注目するものであり、研究における新鮮さの点では意義があると思われる。また「地域包括ケア」という枠組みで論じなおしているところも他にはない点である。援用した理論は先行研究と同じくソーシャル・キャピタルであったが、論じる対象である茅野市の地域福祉は、先行研究当時と状況が異なっていることから、追跡研究をする上ではよかったのではないかと考える。

本論文で残された課題は、茅野市における4層・5層による福祉のまちづくりが今だ進行中であり、どのような成果をあげるか評価できていないことと、医療における住民参加を検討できなかったことである。後者については、議論をする土台すらできていないため、検討するにしても暫く先のことになると思われるが、前者に関しては、第2次「福祉21ビーンズプラン」が2017年に満期を迎える。現在は課題を抱えているものの、茅野市の地域福祉における取り組みは先進的であることは間違いなく、2017年までどのような経過を辿るのか、改めて研究する必要があるだろう。その際には、ソーシャル・キャピタル論だけでなく、地域福祉論を積極的に援用していきたい。

個人レベルの課題としては、地域を論じるに必要な学術的な知識・思考方法を習得していくこと、茅野市に関しても、より地域特性・社会的背景への理解を深める必要がある。この先、もし本論文にも第2ステージがあるならば、次は第5章・第6章によりウエイトを置いた論文にしたいと考えている。まずは実践者として、今回研究し学ばせて頂いたことを社会へ還元していきたいと思う。

謝辞

ゼミを選択した時点から論文テーマは「地域医療への住民参加」と決めていたにも関わらず、論文を書くという行為は想像していたよりもはるかに困難なものでした。多くの方のご協力があって、ようやく、何とか、ここまで到達できました。

フィールドワークでは、調査にご協力くださった長野県茅野市の皆さんに大変お世話になりました。特に茅野市役所保健福祉課地域 21 推進係の井出弘様には、インタビューの選定・連絡やスケジュール調整などで多大なご協力を頂きました。インタビューではどの方も真摯にお話しして下さったのに、論文では不快な思いを与えてしまった箇所があったかもしれません。執筆中、茅野市を愛する皆さんの姿が何度も脳裏に浮かんで来て、何とか皆さんの思いを本論文へ反映させたいと思い続けて参りましたが、私の構成力や表現力が至らないばかりにこのような内容になりました。失礼がありましたらお詫び申し上げます。確かなことは、皆さんのご協力なしにこの論文は存在しないということです。そして、皆さんと出会えたことには心から感謝しています。また感謝といえば、矢崎元市長とお話する機会を頂けたことにも感謝しています。早稲田大学の先輩として、また周囲を巻き込みながら、理念を実現させたリーダーとして敬意を表しています。伺ったお話には印象的な事柄が多く、これから自分が歩もうとする道で活かしていきたいと思っています。

今、改めて思うことは、“ひと”はまちの重要な魅力だということです。確かに、トレンドを感じる町並みや利便性の高さもまちの魅力ではあります。しかしどんなにまちがきれいでも、そこに住むひとたちがそのまちを愛していなければ、魅力は半減するのではないのでしょうか。そう思うのもやはり、茅野市には、地域を愛し、行政・社協・区会といったそれぞれの組織で地域づくりに貢献している人びとが茅野市にいたからです。「茅野が故郷だったらよかったのになあ」と思うほど、私は茅野というまちが大好きです。

ゼミでは、的確で温かいアドバイスを下さる先輩、世代が異なる私を仲間に入れ、日々支えてくれた同期、鋭い視点で刺激を与えてくれた後輩、そして、社会はひとで創られていることを実感させて下さった浦野教授、皆さんに囲まれながら勉強することができました。幸せなゼミ生活でした。浦野教授には、論文作成がなかなか前へ進まずご迷惑もおかけしましたが、最後まで温かく見守って下さったことにお礼申し上げます。そして、慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科研究員の今村晴彦様には、研究の方向性やソーシャル・キャピタル論の捉え方などでアドバイスを頂きました。まだまだ勉強不足の身ではありますが、これからも住民参加による「地域包括ケア」、ソーシャル・キャピタルをテーマに学んでいきたいと考えています。今後どうぞ宜しくお願い申し上げます。そのほか沢山の方々にもお世話になりました。この場を借りてお礼申し上げます。

最後になりましたが、大学4年間を支えてくれた家族と職場の方々にも心から感謝します。論文作成中は、執筆が思うように進まず、度々落ち込んだり、愚痴ったりしましたが、その都度みなさんに助けられました。今があるのは皆さんのお陰です。本当にありがとう。

参考資料・URL 一覧

(茅野市関連)

- ・茅野市・茅野市社会福祉協議会『平成 23 年度茅野市の保健福祉』
- ・今村晴彦ほか(2010)『コミュニティのちからー遠慮がちなソーシャルキャピタルの発見』慶應義塾大学出版会
- ・鎌田實編(1996)『医療がやさしさをとりもどすとき 地域と生きる諏訪中央病院の実践 第 2 版』医歯薬出版株式会社
- ・鎌田實(2003)『病院なんか嫌いだ』集英社新書
- ・土橋善蔵ほか(2003)『福祉 21 ビーナズプランの挑戦 ～パートナーシップのまちづくりと茅野市地域福祉計画～』中央法規出版
- ・「テイクオフ分権時代を開く自治体先進事例ー地域主権と公民一体で新しいまちづくり」『地方分権』2000 年 9 月号
- ・「特集座談会 新たな自治体像とこれからの社会福祉」『月刊福祉』2004 年 10 月号
- ・茅野市健康福祉部地域福祉推進課(2011)『～みんな同じ空の下～第 2 次福祉 21 ビーナズプラン[第 2 次茅野市地域福祉計画 2010-2017]』
- ・茅野市企画総務部パートナーシップのまちづくり推進課『パートナーシップのまちづくり～新しい生涯学習に向けて、茅野市の挑戦～』
- ・仲町区地域福祉行動計画『仲町区住みよいまちづくり計画』
- ・本町区地域福祉行動計画『本町区住みよいまちづくり計画』
- ・米沢地区地域福祉行動計画策定委員会『地域の恵みと人の絆 米沢ビーナズプラン「地域福祉行動計画」』
- ・槻木区史編纂特別委員会(2010)『槻木区史』長野県茅野市槻木区
- ・米沢村村史編纂委員会(2006)『米沢村村史』米沢地区コミュニティー推進会議
- ・茅野市パートナーシップのまちづくり推進課「2012 年 11 月 7 日まちづくり懇談会」資料

(他)

- ・宇沢弘文(2010)『社会的共通資本』岩波新書
- ・池上直己(2010)『ベーシック 医療問題』日本経済新聞出版社
- ・鎌田繁則(2010)『社会保障論ー経済の視点からみた保険制度ー』ミネルヴァ書房
- ・厚生労働統計協会(2012)『国民衛生の動向・厚生指標 Vol59 No.9』
- ・鈴木厚(2010)『安全保障としての医療と介護』朝日新聞出版
- ・伊関友伸(2010)『まちに医療を！住民が地域医療をつくる』岩波書店
- ・伊関友伸(2007)『まちの病院がなくなる?!ー地域医療の崩壊と再生』時事通信社
- ・村上智彦(2008)『村上スキームー地域医療再生の方程式ー』エイチエス株式会社

- ・自治医科大学地域医療白書編集委員会（2012）『地域医療白書 第3号』自治医科大
- ・高橋紘士（2012）『地域包括ケアシステム』オーム社
- ・鷹野和美（2005）『地域医療福祉システムの構築』中央法規出版
- ・藤沼康樹（2012）『新・総合診療医学 家庭医療学編』カイ書林
- ・若月俊一（1971）『村で病気とたたかう』岩波新書
- ・中澤弥子（2011）『長野県短期大学紀要 第66号』「長野県諏訪郡下諏訪町高木における食文化の変化 昭和16（1941）年と平成17（2005）年の聞き取り調査の比較から」
- ・田中敏「長野県における医療・保健活動」『レファレンス 637号』2004年2月発行
- ・中田実（2007）『地域分権時代の町内会・自治会』自治体研究社
- ・岩本俊彦ほか（2010）『みるみる老年看護』医学評論社
- ・小松啓 編著（2008）『高齢者と家族の支援と社会福祉 高齢者福祉入門』ミネルヴァ書房
- ・稲葉陽二（2011）『ソーシャル・キャピタル入門』中公新書
- ・ロバート・D・パットナム（2006）『孤独なボウリング』（柴内康文訳）柏書房
- ・Granovetter, Marks S(1973)“The Strength of Weak Ties” *American Journal of sociology*, 78:1360-1380.[邦訳 大岡栄美訳（2006）「第4章 弱い紐帯の強さ」『リーディングス ネットワーク論—家族・コミュニティー・社会関係資本—』勁草書房]
- ・イチロー・カワチほか（2008）『ソーシャル・キャピタルと健康』日本評論社
- ・山岸敏男（1999）『安心社会から信頼社会へ』中央公論新社
- ・野口定久（2007）「第1章 地域福祉の新たな展開—協働的運営の視点から」『地域福祉と民間非営利セクター』中央法規出版
- ・所めぐみ（2008）「第1部 地域福祉の視点 第5章 地域福祉とソーシャル・キャピタル」『住民主体の地域福祉論—理論と実践—』法律文化社

(URL)

- ・厚生労働省「我が国の医療保険制度」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken01/index.html
- ・厚生労働省「年齢調整死亡率について」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/other/10sibou/dl/01.pdf>
- ・総務省「平成22年度地方公営企業年鑑」第2章 病院事業
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouei22/pdf/byoin.pdf
- ・公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
<http://www.kokushinkyoo.or.jp/tabid/110/Default.aspx>
- ・公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会情報センター 山口昇氏基調講演
http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/conf/080829seminar/01_02.html

- ・国民健康保険中央会「平成 8 年度 市町村における医療費の背景要因に関する研究/要旨」
<http://www.kokuho.or.jp/insistence/lib/haikei.pdf>
- ・茅野市ホームページ www.city.chino.lg.jp/
- ・鎌田實インタビュー「DOCTOR'S NETWORK」No29 2006 年 12 月号
http://www.tokushukai.or.jp/media/dnet/dnet-29_01.html
- ・仲町区ホームページ <http://www16.plala.or.jp/nakamachii/>
- ・内閣府「新しい公共」宣言 <http://www5.cao.go.jp/npc/pdf/declaration-nihongo.pdf>

注) 脚注のみに登場する一部資料、及び URL はこのページでの掲載を省略した

脚注一覧

<第 1 章>

- 1) 1927 年に一部のブルーカラーを対象として始まった
- 2) 昭和初期に市町村が設立した協同組合がはじまりとされる
- 3) HMO（会員の年間総医療費を請負契約する互助制度）・PPO（保険者が医療機関を選択し、治療方法や薬剤を限定した医療サービスを提供する制度）・通常の出来高払いの医療保険（非営利の地域保険も含む）、といった 3 つの民間医療保険がある
- 4) 例えば、イチロー・カワチが指摘する「ソーシャル・キャピタル」との関連や、栄養水準の向上など。
- 5) 公費 5 割のうち、国 4：都道府県 1：自治体（広域連合）：1
- 6) 厚生労働省「老人医療費の状況」
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1e.html>
- 7) e-stat「最近の医療費の動向（概算医療費）」<http://www.e-stat.go.jp/>
- 8) 厚生労働省「年齢階級別 1 人当たり医療費」平成 21 年度医療保険制度分
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/database/zenpan/dl/nenrei20.pdf>
- 9) 医療の不確実性：適切な医療が実施されても、一律な結果にはならないこと。
- 10) 総務省「平成 22 年度地方公営企業年鑑」第 2 章
- 11) 稼働率：入院患者数÷病床数×100
- 12) 全国自治体病院協議会「平成 23 年病院経分析調査報告」医師 1 日当たり診療収入（DPC[診断群分類別包括制度]以外の病院の場合）
＜参考＞DPC の病院の場合、入院+外来=34 万 8 千円/日
<http://www.jmha.or.jp/statis/23bunsekigaiyo.pdf>

<第 2 章>

- 13) 岩手県国保藤沢町民病院の成果
http://www.kokushinkyu.or.jp/index/about_kokuho/kokho_approach_result/tabid/115/Default.aspx
- 14) website 信州 <http://www.pref.nagano.lg.jp/nihon/index.htm>
- 15) 保健医療関係者の間では「長野モデル」といわれる

<第 3 章>

- 16) 行政上厳密には 11 地区（10 地区+中沖区）
- 17) 参考「まき」[まけ・ずじ]

- 古代の氏族、近世の本家・分家の関係など、同一の血族団体のこと（『広辞苑』）
- 18) 参考「キリュウ」
寄留
①他郷または他家に一時的に身を寄せて住むこと。かりずまい。寓宿。仮宿
②[法律]旧制で、90 日以上、本籍地以外の一定の場所に居住する目的で住所または居所を有すること。（①②共に『広辞苑』）
 - 19) 諏訪大社
諏訪湖を周辺に 4 つの境内をもつ大社で、日本書紀にも登場する国内最古の神社の一つ。安国寺区にある上社前宮のほか、諏訪市中洲宮山に上社本宮、諏訪郡下諏訪町に下社春宮と下社秋宮がある。諏訪大社 HP <http://suwataisha.or.jp/>
 - 20) セイコーエプソンー諏訪市に本社がある
 - 21) オリンパスー上伊那郡辰野町と伊那市に生産拠点がある
 - 22) 茅野市 HP 統計ー平成 22 年度「産業別就業人口」 ちなみに農業は 7.2%
 - 23) 平成 24 年高齢社会白書 第 1 章第 1 節
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/24pdf_index.html
 - 24) e-stat「統計でみる都道府県のすがた 2012」健康・医療
 - 25) 厚生労働省「地域差指数について」(pdf)
 - 26) 平成 23 年度 全国 32 日、長野県 25.5 日（厚生労働省「病院報告」）、茅野市 17.0 日（諏訪中央病院における日数。諏訪中央病院調べ。＊算出方法は厚生労働省と同じ）
 - 27) 佐久市ホームページ「保健補導員とは」
<http://www.city.saku.nagano.jp/cms/html/entry/208/83.html>
 - 28) 長野県保健補導員等連絡協議会
<http://www.kokuho-nagano.or.jp/hokenhodouin/01si/chino.html>
 - 29) 2007 年の「長野県保健補導員等研究大会」の資料では、茅野市の保健補導員平均年齢は 50.7 歳。（今村,2010,P61）
 - 30) 『平成 23 年度 茅野市の保健福祉』 P97、長野県保健補導員等連絡協議会
 - 31) 28 同
 - 32) 茅野市保健補導員連合会 会長帯川美女子氏「保健補導員になって」『広報ちの』2011 年 2-15 号
 - 33) 食生活改善推進員育成事業（『平成 23 年度 茅野市の保健福祉』）
健康の大切さを認識し、自分・家族の望ましい生活習慣や食生活について学習することを目的とした地域活動で、「市のおいしく・楽しく健康講座（健康教室）」を修了した人 76 名（平成 23 年 3 月現在）が対象となっている。スローガンは「私たちの健康は私たちの手で」
 - 34) 鎌田實「さあこれからだ/29 健康長寿の秘密」『毎日新聞』2012 年 5 月 5 日東京朝刊
 - 35) 32 同
 - 36) 28 同
 - 37) パートナーシップのまちづくり推進課 A 氏による。市役所公表資料「行政区別人口と世帯数」（平成 24 年 11 月 1 日現在）では、最小区は蓼科中央高原区の 7 世帯（12 人）、最大区は上原区の 1,304 世帯（3,036 人）。
 - 38) 平成 20 年文部科学省「社会教育調査報告書」公民館数
1 位：長野県 632.4 館、2 位：山梨県：599.3 館、3 位：山形県：524.4 館
＊区会・自治会が管理する公民館は含まれていないものと推察される
因みに、「矢崎和広 2010 年 11 月 16 日基調講演「つながり」で紡ぐおらがまち～地域力を育てる～」では、公民館数 1 位：長野県 1373 館、2 位：新潟県 740 館と述べられている。
 - 39) パートナーシップのまちづくり推進課 A 氏による。
自治体でも 11 か所（茅野市市民館・地区コミュニティーセンター内×10）所有しているため、茅野市内では、91 の公民館があるという計算になる。
 - 40) 鎌田へのインタビュー「DOCTOR'S NETWORK」No29
 - 41) 病診連携：患者が効率的かつ継続性のある医療を受けられるようにすることを目的に、病院と診療所が機能分担し相互の特性を活用しながら連携すること。

- 42) 諏訪中央病院 HP <http://www.suwachuo.jp/>
 43) ①現状等調査部会、②痴ほう対策部会、③学校保健部会、④健康づくり部会、⑤在宅支援部会、⑥ターミナルケア部会、⑦ケアマネージメント部会、⑧子育て部会、⑨情報提供プロジェクト、⑩地区学習部会、⑪福祉教育・ボランティア活動推進部会、⑫福祉マンパワー育成・確保・研修部会（全て第1期時点の組織と名称）

<第4章>

- 44) 通学支援バス
 学校区域が広く、親が送迎をしている家庭が多かった地区で、課題となっていた中学校の通学方法を改善するため、通学支援バスの運行を開始した（「パートナーシップのまちづくり」冊子 P9）

<第5章>

- 45) 「郷」、「古村」
 諏訪頼水は関東から復帰（1601年－慶長6年）し、盛んに新田開発を行った。頼水による新田開発以前からあったムラのことを「古村」あるいは「本村」と呼び、それ以降に成立したムラを「新田」とよぶようになった。中世から近世初めの「古村」の状態を「郷」といった（『槻木区史』p156、米沢地区コミュニティー推進会議『米沢村村史』p76）
- 46) 民生委員は世帯数に基づいて配置されるため、各区に必ず1名いるとは限らない。茅野市では、1名の民生委員が2～3区を担当しているところが多い。（茅野市社協事務局長）
- 47) 茅野市は「茅野市民プランの見直しに向けた市民アンケート」無作為抽出で市民2,300名へアンケートを送付、回収817名。そのうち未入区者は67名。回答者の属性は不明。ただ、まちづくり懇談会では、“同時期に実施された、広報挟み込みによるアンケート調査結果よりも年齢の偏りが少なかったため、統計資料として採用した”との説明がなされていた。
- 48) 国勢調査に基づく推計世帯数から見た加入率。なお、区が把握している世帯数からみた加入率は90.7%
- 49) 回復力ーホメオスタシス（恒常性の維持）が異常や刺激を元に戻す。
 予備力ー生体には普段使う以上の能力が蓄えられている（例：心肺機能）。
 防衛力ー獲得免疫系（細胞性免疫）の機能により感染を防御する。
 適応力ー心身ともに新しい環境の変化に適応する能力がある。
- 50) 認知症の症状には、「中核症状」と「周辺症状」がある。「中核症状」は、何度いっても忘れる・迷子になるといった症状。このような症状をもつ高齢者が、周辺の人間関係の中で起きる不安や心身のストレスを抱えたまま放置されると、睡眠障害、ものとりれ妄想、うつ状態といった「周辺症状」を起こす。
- 51) 参考（e-stat）
 世田谷区 2010年総人口87万7千人、高齢化率18.2%、2009年死亡者数5783人
 茅野市 2010年総人口5万6千人、高齢化率23.9%、2009年死亡者数461人

<巻末>

P2「社会的共通資本」（宇沢,2010より）

宇沢弘文氏が、「一つの国ないし、特定の地域に住む全ての人々が、豊かな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、継続的に維持することを可能とするような社会的装置」とした概念。自然環境、インフラ、制度資本の3つで構成され、医療は教育や司法と共に制度資本に入る。

P23「予防医療」の分類（藤沼,2012,P111より）

【1次予防】健康増進、疾病予防または特殊予防

社会全体の適切な衣食住の提供、休養、レクリエーション、健康教育、生活環境の改善

【2 次的予防】 早期発見・早期措置、適切な医療

がん、結核、性行為感染症など早期発見・治療、疾病の進行阻止、合併症予防

【3 次的予防】 リハビリテーション

機能回復、後遺症の予防、社会復帰対策、再発防止対策

P24 「年齢調整死亡率」（厚生労働省「年齢調整死亡率について」より抜粋）

都道府県別に、死亡数を人口で除した死亡率（以下「粗死亡率」という。なお、人口動態統計月報（概数）や人口動態統計年報（確定数）等では単に「死亡率」という）を比較すると、各都道府県の年齢構成に差があるため、高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向がある。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整しそろえた死亡率が年齢調整死亡率である。この年齢調整死亡率を用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にせずに、より正確に地域比較や年次比較をすることができる。

P25 「地域差指数」（厚生労働省「平成 22 年度医療費の地域差分析」より抜粋）

医療費の地域差の要因としては、(1)人口の年齢構成、(2)病床数等医療供給体制、(3)健康活動の状況、健康に対する意識、(4)受診行動、(5)住民の生活習慣、(6)医療機関側の診療パターンなど様々である。「地域差指数」とは、地域の 1 人当たり医療費について、(1)の人口の年齢構成の相違による分を補正し、指数化（全国を 1）したものである。

地域差指数 = $\frac{\text{仮に当該地域の加入者の年齢構成が全国平均と同じだったとした場合の 1 人当たり医療費}}{\text{全国平均の 1 人当たり医療費}}$