資料4　　長野県内市町村別１人当たり老人医療費の推移

（単位　円）

年度	平成9		平成10		平成11		平成12		平成13	
市町村名	順位	額	順位	額	順位	額	順位	額	順位	額
長野市	7	636,209	7	662,052	5	705,035	7	651,363	8	642,468
松本市	11	628,506	14	648,341	11	679,108	13	618,715	12	633,029
上田市	4	660,089	4	688,788	2	729,124	8	647,291	9	640,749
岡谷市	5	646,769	12	651,730	16	669,449	12	621,401	5	654,180
飯田市	23	605,281	29	610,679	27	644,538	53	570,413	56	577,282
諏訪市	20	607,321	25	618,792	18	662,102	33	590,481	38	601,820
須坂市	30	595,225	43	595,636	37	629,591	17	608,510	14	629,122
小諸市	14	624,665	21	629,735	8	692,107	15	613,968	31	609,360
伊那市	78	533,849	83	545,355	72	579,277	56	565,486	58	575,576
駒ヶ根市	99	496,522	82	547,204	86	561,119	58	563,197	74	562,422
中野市	28	600,109	27	612,797	40	625,794	32	591,118	48	588,998
大町市	67	554,585	56	573,937	61	599,661	69	553,681	45	595,036
飯山市	45	577,215	63	568,892	99	545,542	87	534,446	90	549,315
茅野市	32	592,747	35	606,596	24	650,421	66	555,210	68	568,828
塩尻市	36	585,057	42	596,904	34	636,330	23	601,922	10	639,509
更埴市	27	600,571	26	613,161	33	637,263	19	605,340	34	607,178
佐久市	12	628,026	8	660,076	20	656,558	30	594,058	52	583,822
臼田町	51	569,012	31	609,705	35	630,967	76	548,472	89	550,246
佐久町	6	641,108	3	694,008	10	687,028	64	555,692	82	557,474
小海町	19	607,910	41	599,017	52	611,011	91	529,762	113	492,415
川上村	24	604,044	30	609,995	47	615,528	65	555,518	59	575,491
南牧村	40	583,612	16	632,700	55	608,176	40	583,964	92	546,459
南相木村	46	576,662	36	605,229	39	627,867	80	545,162	54	579,258
北相木村	75	539,387	101	509,387	71	582,048	47	575,182	65	569,595
八千穂村	35	586,434	17	631,641	50	612,811	95	525,430	109	504,110
軽井沢町	69	551,406	75	557,639	62	594,932	81	542,947	70	567,411
望月町	59	562,942	51	582,950	44	617,288	55	569,046	79	560,206
御代田町	17	611,907	10	656,877	14	672,015	72	551,047	80	559,199
立科町	53	567,481	66	566,161	22	655,766	29	594,072	20	622,799
浅科村	68	552,129	45	594,285	63	593,200	61	561,325	32	608,348
北御牧村	56	564,359	32	607,893	58	602,027	57	563,686	63	573,083
丸子町	1	704,691	1	760,481	1	778,874	4	670,820	6	649,829
長門町	21	606,659	67	564,636	41	619,624	79	547,748	88	551,480
東部町	18	610,814	13	648,692	13	675,419	37	587,113	41	600,546
真田町	37	584,699	40	599,445	49	614,569	34	590,014	40	600,628
武石村	65	559,325	49	586,512	48	615,087	70	553,610	76	561,591
和田村	26	603,503	89	537,810	98	548,426	82	542,338	39	600,849
青木村	91	507,390	86	543,291	65	588,760	75	548,898	108	508,059
下諏訪町	9	631,382	5	684,554	7	698,979	24	601,425	17	625,824
富士見町	49	572,020	52	582,420	46	615,999	78	548,208	87	551,973
原村	81	527,163	59	572,710	23	654,347	39	584,701	77	560,522

年度 市町村名	平成9		平成10		平成11		平成12		平成13	
	順位	額	順位	額	順位	額	順位	額	順位	額
高遠町	112	457,842	107	502,400	105	538,982	67	554,823	69	568,450
辰野町	54	567,361	37	604,822	38	628,130	22	602,477	29	609,747
箕輪町	86	517,276	79	553,191	97	548,752	93	528,588	75	561,829
飯島町	102	491,979	95	529,833	103	541,176	97	520,755	104	521,205
南箕輪村	115	448,593	100	517,217	84	562,884	103	508,348	91	547,217
中川村	44	579,406	84	544,273	36	630,863	62	557,248	24	613,514
長谷村	117	420,546	119	426,770	120	413,435	116	479,295	114	490,811
宮田村	110	461,677	108	492,166	78	575,221	110	497,194	106	516,212
松川町	31	595,139	38	603,177	77	575,860	74	549,125	66	569,082
高森町	63	560,757	76	556,474	51	612,523	38	585,616	49	587,364
阿南町	74	545,835	78	554,194	87	561,087	115	483,711	95	536,481
清内路村	13	625,993	60	572,257	70	582,596	20	603,107	102	525,912
阿智村	58	563,047	65	567,962	56	602,813	104	577,685	53	581,916
浪合村	118	414,348	111	475,661	106	532,229	116	507,381	119	447,235
平谷村	16	614,437	55	574,354	68	584,162	92	529,596	43	598,987
根羽村	92	506,930	91	534,352	93	552,179	90	531,800	101	527,921
下条村	95	501,570	85	543,432	115	490,259	113	491,738	111	497,873
売木村	106	478,416	90	537,592	116	486,122	48	574,715	36	605,651
天龍村	83	520,088	72	559,962	96	549,527	50	571,161	81	558,163
泰阜村	119	406,030	118	431,554	118	464,210	119	437,399	115	483,419
喬木村	82	525,826	103	507,908	73	578,966	94	528,315	99	531,079
豊丘村	73	546,384	54	579,899	53	610,798	84	541,183	50	586,393
大鹿村	103	484,357	64	568,846	102	542,368	77	548,240	72	564,827
上村	70	550,372	93	531,996	67	585,651	96	525,359	117	474,401
南信濃村	85	517,469	117	460,639	117	481,909	89	532,596	96	535,653
木曽福島町	98	496,660	106	503,670	100	542,704	99	514,826	97	535,171
上松町	104	481,123	104	507,018	80	570,838	101	511,673	93	539,463
南木曽町	88	512,673	74	558,042	76	577,914	59	562,147	21	621,047
楢川村	60	562,494	15	639,888	19	656,837	44	579,240	35	606,783
木祖村	76	536,609	80	550,744	59	601,832	54	570,171	64	572,462
日義村	87	513,684	99	520,376	83	567,002	111	496,393	61	574,364
開田村	77	534,593	58	572,900	54	610,669	108	502,424	110	501,299
三岳村	93	504,717	87	538,956	113	499,412	118	452,361	103	525,552
王滝村	120	349,753	120	373,363	119	429,227	120	389,103	120	358,026
大桑村	114	451,008	114	468,771	89	559,982	83	541,710	23	615,637
山口村	100	494,292	62	569,174	45	616,557	112	495,809	73	564,288
明科町	34	588,790	61	571,792	88	560,266	63	556,304	46	593,377
波田町	80	527,627	88	538,885	57	602,107	28	596,563	60	574,482
四賀村	84	518,674	97	524,587	110	513,997	102	509,504	107	510,733
本城村	42	579,618	44	594,487	92	552,708	52	571,130	51	585,372
坂北村	111	461,383	98	521,802	69	583,785	49	572,721	78	560,349
麻績村	96	500,414	110	480,493	111	512,881	42	581,804	15	627,501

年　度 市町村名	平成9 順位	平成9 額	平成10 順位	平成10 額	平成11 順位	平成11 額	平成12 順位	平成12 額	平成13 順位	平成13 額
坂井村	109	464,265	116	467,928	109	519,788	100	514,498	85	555,155
生坂村	72	546,433	70	561,280	25	644,888	31	591,632	4	655,918
山形村	108	465,685	113	469,819	90	558,503	105	506,233	98	533,690
朝日村	90	508,344	109	487,587	112	504,887	43	581,657	42	599,538
豊科町	39	583,970	39	603,164	31	640,903	16	612,896	25	612,126
穂高町	33	589,913	23	622,266	28	644,244	18	606,909	26	610,848
奈川村	101	492,785	6	680,580	30	641,276	88	533,974	67	569,079
安曇村	105	481,003	73	559,200	95	551,454	9	645,946	62	573,614
梓川村	71	546,952	47	587,486	29	642,976	14	614,324	22	617,862
三郷村	22	606,654	46	593,840	21	656,488	41	582,757	47	591,535
堀金村	41	582,215	71	560,234	74	578,815	86	535,666	71	565,161
池田町	8	632,941	9	657,399	6	699,401	5	657,140	13	632,719
松川村	62	562,478	33	607,094	42	618,441	35	588,766	28	610,190
八坂村	61	562,487	48	586,665	104	540,474	109	500,353	105	518,799
美麻村	94	502,883	94	531,379	107	522,208	73	550,182	112	492,673
白馬村	79	531,555	105	506,758	91	554,005	68	554,755	83	555,711
小谷村	113	455,726	115	468,748	108	520,438	106	504,82	116	479,863
上山田町	15	617,828	20	629,873	15	671,949	11	625,595	37	604,553
大岡村	64	559,434	102	508,836	60	601,543	36	587,583	18	625,520
坂城町	29	595,612	18	630,920	4	707,663	3	671,864	11	637,455
戸倉町	47	575,883	34	607,062	17	666,687	1	676,566	3	663,022
小布施町	43	579,589	22	626,368	12	678,541	10	632,001	7	647,833
高山村	97	498,931	77	554,787	81	569,902	71	553,133	84	555,477
山ノ内町	66	557,021	24	620,974	43	617,573	51	571,159	44	596,992
木島平村	38	584,366	53	580,722	85	562,471	85	538,091	30	609,431
野沢温泉村	25	603,615	50	583,144	66	587,177	27	596,844	27	610,459
信州新町	57	563,657	28	612,201	32	639,266	6	653,299	1	694,713
豊野町	10	629,845	19	630,081	9	690,455	21	603,029	16	625,934
信濃町	3	682,976	2	710,745	3	717,181	2	675,133	2	677,732
牟礼村	52	568,546	68	562,677	79	571,876	46	576,186	33	607,310
三水村	107	477,534	81	549,714	94	552,082	25	598,808	55	578,357
戸隠村	48	575,655	69	562,048	75	577,954	107	503,560	100	530,250
鬼無里村	89	508,636	96	528,208	101	542,391	117	472,657	86	552,614
小川村	116	440,184	112	470,783	114	491,950	114	485,056	118	471,800
中条村	55	565,772	92	532,036	82	567,946	98	519,317	94	536,829
豊田村	2	687,563	11	653,959	26	644,809	26	596,911	19	624,800
栄　村	50	569,451	57	573,011	64	590,725	60	561,547	57	577,216
全県平均		592,480		612,544		642,954		594,262		602,378
最　大		704,691		760,481		778,874		676,566		694,713
最　小		349,753		373,363		413,435		389,103		358,026
全国平均		789,853		800,694		832,108		757,856		—

長野県社会部厚生課　平成９年度～平成13年度『老人医療事業年報』より抜粋・作成

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
分担研究報告書

地域住民活動の分析と長野県モデルの構造分析に関する研究

分担研究者　依 田 發 夫　　長野大学社会福祉学部社会福祉学科　教授

研究要旨
佐久総合病院地域保健セミナー修了者（セミナー同窓会員）による地域保健・福祉活動が、佐久地域の総合的な地域ケア活動に果たしてきた役割と今後の課題を明らかにするため同窓会員へのアンケートを行い、現在集計・分析中である。同時に、予備調査として下伊那郡松川町、小諸市・北佐久郡地方、上田市豊殿地区の地域住民活動を調査分析し、いずれも地域の保健・福祉向上に有効であることが明らかになった。

A　研究の目的

いわゆる「長野モデル」の背景要因の一つとしての地域住民活動の構造関連を分析し、その普遍性の解明を通して動的な統合モデルを策定する

B．研究方法

「長野県モデル」といわれる健康長寿・低医療費具現化の要因を先行研究（平成7～8年、国保中央会）では、（1）医療内容の特徴、（2）短い平均在院日数、（3）高い自宅死亡率、（4）地域保健活動の活発の4項目を確認しているが、当分担研究では「（4）地域保健活動が活発」についての関連研究を実証的に行うこととした。

第一年度の研究方法は次のとおりであった。

1　保健・医療・福祉課題を地域住民がどのように意識し、そこから発生する課題の解決に住民の組織活動がいかに機能し発展の過程を辿るのか、県内3地区（下伊那郡松川町、小諸市・北佐久郡地方、上田市豊殿地区）の事例をもとに検討した。

2　佐久総合病院地域保健セミナー修了者たちによる地域保健・福祉活動が指向する目標とその実践過程について検討した。

（倫理面への配慮）

調査書は、研究班で検討したものを用い、調査の際は調査の趣旨を説明した共同研究（長野大学・佐久総合病院）責任者からの依頼書を添付した。調査用紙は無記名とし、結果はすべてＩＤ番号で処理中である。

C　研究結果

はじめに

地域で生活する住民のほとんどは、「健康」についての認識は多様ではあるが、健康で生きたいという願いを共通に持っている。

健康で生きることの内実は人の生き方、

QOLによって格差が生じる。健康は極めて主観的なものであるといえる。

地域保健・福祉における住民活動の萌芽は、一般的には保健・福祉問題への直面と学習からであるが、そこでは主観的な意識の変革に結びつくことが多い。人権論に根ざす健康観はここで育まれる。

健康が個人的なものであるとはいっても、今日のように健康の阻害要因が社会的に大きく存在する状況のもとでは、健康問題は単に個人の問題ではなく、今日に生きる人間の共通課題となる。この課題を解決するために組織的、個人的な力量形成が求められ、住民活動はこの力量を土壌として育つことになる。

1－1　下伊那郡松川町における住民活動の検討

下伊那郡松川町は南アルプスと中央アルプスの間にあり、伊那谷のほぼ中央に位置し人口14,164人（平成15 2 1現在）の果樹を中心にした農村地帯で、村の中央を天竜川が流れる。

この町では健康問題における課題解決のプロセスを、住民要求に根ざす社会教育活動と連携し進めているところに大きな特徴がある。

従来この課題での行政の現場の対応は、保健衛生と社会教育の各分野がたて割り行政のなかで捉え、住民のもつ課題に対し総合的な取り組みがなされないのが一般的であった。松川町では住民を主体とする課題の設定を重視し、そこに専門性をもつ行政職員（社会教育主事、公民館主事、保健師、栄養士、医師、ソーシャルワーカー等）が共通理念に基づいて連携し、住民活動を援助する態勢を築いてきた。

（1）健康問題への口火を切った農薬問題への取り組み

日本の高度経済成長を支えた豊潤な労働力の多くは農村からの流出労働力によるものであるが、人口流出を可能にした要因は農業生産における政策的省力化であった。そして省力化が成果を上げることができたのは機械化と農薬の大量使用によってであった。少ない労働力で農業の生産力を上げるため、農薬がどれほど有効であったかは測り知れない。

しかし、やがて農薬による健康被害が発生し始め、一大社会問題へと発展した。松川町の住民が健康問題を積極的にとり上げるようになったのは、果樹栽培における農薬撒布による健康への危機感からであった。

昭和40年代後半の松川町には20世紀梨とりんごの果樹地帯が約400ヘクタールあった。1967（昭和42）年農薬撒布の新鋭機としてスピードスプレヤー（S・S）が導入されたが、1970（昭和45）年8月、炎天下で硫酸ニコチンの撒布をしていたオペレーター4人が激しい嘔吐、目まい、食欲不振、頭痛等、急性の農薬中毒症状を発症し、地区の大問題となった。この「事件」をきっかけに地区の婦人たちが結束し、問題解決への第一歩を踏み出した。

農薬被害という健康問題の課題解決にむけ最初に取り組んだことは実態調査である。専門家の協力のもとに調査結果の分析と学習活動が行われ、まとめを町の婦人集会の「公害と健康」分科会で報告した。分科会の討論ではS・S防除による人体への害を科学的に明らかにし、健康を守るための健康診断を町と農協で負担して実施する要望が強く出され、後日の町長交渉で実現の見通しが示されるところまで住民の活動は

到達した。あわせて婦人グループによる防除衣の工夫も始められた。

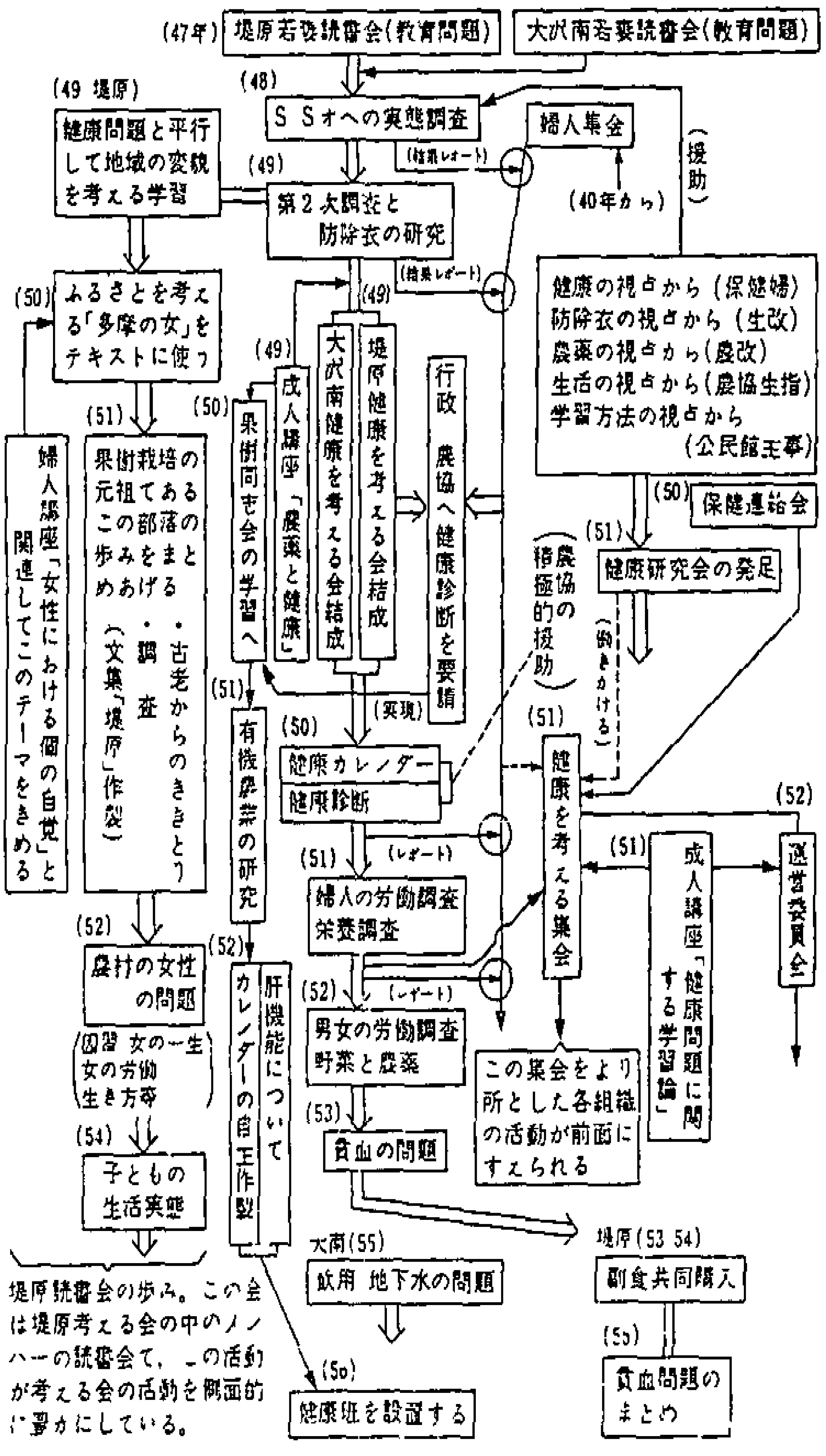
（2）全町的住民運動の広がり

婦人集会における農薬問題のレポートは、参加者の健康問題への問題関心と学習の場をさらに広げていくことになった。同時に「この問題は婦人だけでは解決できない」という認識のもとに町全体の健康を守る住民運動へと発展した。(図参照)

松川町の健康問題に取り組む住民組織のテーマは婦人の健康実態(生活時間、貧血、産後労働など)、食生活の実態（漬物と塩分、緑黄野菜づくり、副食共同購入、食品添加物、食の安全など)、環境・農薬使用の実態（洗剤、河川汚染、農薬被害、防除着など)、医療の実態（国保医療費、医療機関への住民要求など)、その他健康の実態（むし歯、腰痛、ねたきり老人など）等々で、60を越す課題への取り組みが継続的に行われ、毎年開催している町の「健康を考える集会」で実践報告がなされる。

松川町における健康問題の取り組みを概観したが、重要なことは健康問題を解決する主体は住民であるということである。健康主体としての住民が健康問題を「問題」としてとらえ、解決のための学習実践を積むことである。この学習実践の過程で行政等の専門集団(保健・衛生、社会教育ほか)

図　農薬問題のとりくみからの発展



が果すべき役割は、住民主体の活動に軸足をおき、住民が「その気になる」までの過程に力点をおくことが求められる。「その気になり」「それを実践する」ことは、組織の中で受けとめられ、組織としての活動によって課題解決は前進する。町内のいたる所に張りめぐらせている「健康」の住民組織はネットワークを形成し、町の保健力を高める極めて有力な社会資源として機能しているといえる[1)]。

松川町の国保医療費は年間一人当たり307,011円（平成13年度）で、県下120市町村のうち上位から99位である。100位前後の水準が続いている。この数値と住民の長期間にわたる保健活動との関連性は高いものであると考えられる。

1－2　小諸市・北佐久郡地方の住民活動の検討

小諸市・北佐久郡地方は浅間山と蓼科山に囲まれる佐久平の北部に位置する1市6町村、人口約10万人の地方である。高原野菜、水稲、果樹、畜産などを主作目とする農村地帯であるが、第2種兼業農家が圧倒的に多い。中山間地にある4町村の高齢化率は30%に届こうとしている。

（1）地域医療懇談会での高齢者ケア論議から住民組織活動

小諸市にある長野県厚生連小諸厚生総合病院（金井彬院長320床、平成14年）は、1960（昭和35）年佐久総合病院小諸分院として開設されて以来農村医療活動に積極的に取り組み、在宅医療にも早くから着手してきた。

病院と労働組合（長野県厚生連労働組合小諸厚生総合病院支部・組合員約500人）が共催し、1977（昭和52）年から開催してきた第9回地域医療懇談会（昭和60年）で、1983（昭和58）年からの老人保健法の施行による高齢者ケアの変容をめぐり懇談会参加の老人クラブの会員、民生委員、保健補導員、農協婦人部（現ＪＡ女性部）員などの間で熱い議論が行われた。老人医療費抑制政策に対する将来不安が噴出した。結論的には、年老い、また身体が不自由になってもこの地で安心して過ごせる方策を考えることを申し合わせた。

一年間の検討期間を経たのち翌1986（昭和61）年の第10回懇談会で、「昼間預かりの老人介護施設を中学校区単位につくる」方針案が主催者事務局から提案され、「老人の介護施設をつくる小諸・北佐久地区住民連絡会」が結成された。1市6町村に及ぶ広域で、福祉課題を掲げた住民の組織活動の発足はこの地方では画期的であった。

高齢化の先端を行く自治体がいくつもあるこの地方では、介護問題は切実である。市町村政の最優先政策の一つに高齢者福祉が位置づけられているが、1985（昭和60）年当時の具体施策は明確ではなかった。そのような状況下で病院職員による「在宅ねたきり老人実態調査」、農協生活指導員による「高齢組合員の生活実態調査」が行われ、さらに高齢者医療・福祉の先進地視察や学習会を重ね、行政に対し政策提案できる主体的な力量が形成できたことは特筆される。

（2）住民連絡会の市町村支部づくりと住民が年老いても安心して住める地域づくり運動

第10回地域医療懇談会で確認されたことは、老人医療費の抑制によって高齢者医療が困難な状況をむかえ、また地域ケア活動

の広がりが予想される。その場合高齢者自身の生活の質を低下させず住みなれた場所で安心して住み続けられるような地域支援活動の一つの選択として「昼間預かりの介護施設」を中学校区単位につくるということであった。小諸市・北佐久郡地方といってもそこにある各市町村の実情は異なり、それぞれが特徴を有している。施設を中学校区単位にという構想はほぼ市町村単位となることから、住民による運動体組織は市町村単位に支部組織をつくることを懇談会全参加者で合意した。1987（昭和62）年9月から1市6町村で一斉に住民連絡会の支部づくりが始まった。

この支部づくりは単に市町村単位の住民組織を結成するという目的だけでなく、それぞれのまちやむらの将来の姿をどのように描き、地域における協同をどう創っていくかの議論と実践を期待するものであった。そこで練りあがった構想を行政に示し、施設の建設を求めたのである。各支部はそこに所在する農協を事務局に据え、可能な限りの団体・組織・個人に参加を呼びかけ、次々と結成されていった。請願・署名をはじめ多様な住民活動が展開された。組織づくりや施設の青写真づくりで、また行政への働きかけの面でも常に中核的存在であったのは農協婦人部のメンバーであった。とりわけこの中でも小諸厚生総合病院実践保健大学（昭和58年から毎年開催、計10回講座）を修了した女性たちの力は際立っていた。学習が力となる典型を示した。

この地方での住民運動による介護施設づくり運動の成果は、直接的には昭和60年代前半に在宅福祉の重要な入り口となるデイサービスセンターがすべての自治体に建設されたことであるが、あわせて意義深いことは、住民活動に参加した人びとが自分の住む市や町や村の主体者に成長したことであり、高齢社会における地域づくりの構想を描けるようになったことである。住民組織のメンバーたちは、この介護施設づくりの運動の成果を土台にして地域の中でさまざまな分野で活動を続けている。建設された施設でのボランティア活動はもとより、高齢者福祉における多様な地域ケア活動にかかわっている。小諸市・北佐久郡地方がやがて福祉コミュニティ形成へと移行するとき、高齢者が生き生きと生活し、健康・長寿を全うできるようになっていくであろうことが期待された[2)]。

1－3　上田市豊殿地区の住民活動の検討

上田市豊殿地区は上田市の東南部で、菅平高原への入り口にある人口約5,400人の農村地帯である。水稲、野菜、果樹を主作目としているが、農業後継者不足が進行し農地の荒廃がすすんでいる。

この地区で農業に従事する高齢者たちは、農業の継続を困難視し、後継者の充足を熱望すると同時に、医療・福祉施設の充実を長期にわたり待ち望んできた。

（1）手遅れ患者の発生が医療施設誘致運動の引き金に

1999（平成11）年夏、ＪＡ信州うえだ豊里支所野菜直売所で、手遅れで亡くなった組合員のことがそこに集う農家組合員・女性グループの間で話題となった。このことが引き金となり「近くに医療施設が欲しい」との強い要望が地区住民の間に自然発生的に高まり、直売所所長を筆頭に一気に要望実現のための住民運動の組織化がすすんだ。医療施設が少なく日常的に医療への不安を抱いてきた地区であるだけに、住民の組織化は時間を要しなかった。

1999（平成11）9月、地区住民の自主的活動組織である豊殿地区振興会に「医療・福祉施設誘致運動推進委員会」（以下「委員会」）を設置し、活動を開始した。代表よびかけ人（直売所所長）からの呼びかけにより委員会に参加した構成メンバーは自治連役員、地区振興会役員、圃場委員、農業委員、ＪＡ運営委員長、活性化組合長、老人クラブ会長、民生児童委員長、元ＪＡ役員などであった。委員会は次のような活動の基本方針を確認した。

・委員は本活動の目的達成までの任期て活動に参画する。
・委員の活動は自主的ボランティアとし、無報酬とする。
・活動の基本は地域住民の総意結集による行動を原則とする。
・政治、特定業者との提携は自粛する。
・神科／神川地区、行政、ＪＡ、厚生連との連携を密にする。

この基本方針には委員の任期、無報酬による自主性、政治的立場などを利用しない自律性などの強い意思と住民の総意を尊重する民主性が見事に盛りこまれている。住民活動の陥りやすい弱点をわきまえ、地域住民に対し委員会としての運動スタンスを明確に示したことは、その後の住民活動を広げるうえで有効な方法であったといえる。

委員会は医療・福祉施設誘致賛同署名（賛同率99％）を集め上田市長、上田市議会議長、ＪＡ信州うえだ組合長に陳情を行い、独自に建設予定地の選定もすすめた。隣接する神科、神川地区にも賛同を呼びかけ、住民組織は拡大した。上田市と長野県厚生連への数次に及ぶ陳情のなかで、住民が要望する規模の医療施設の建設は諸般の情勢から不可能であり、当面福祉施設の建設を先行せざるをえなくなった。まず、医療施設を、次に福祉施設をとの計画ですすめてきた委員会は苦渋の決断を迫られた。地区振興会の総会で状況を説明し、住民の討論のなかで結論を導き出した。民主的手続きを重視した委員会の意思は生かされたのである。「住民参加」がともすると形式的なことになり易い傾向が一般社会にあるなか、この地区では内実として生きた住民参加を住民が手にしたことになった。

（2）福祉施設建設の実現から「安心」の地域づくり事業実行委員会の発足へ

100床（うちショートステイ10床）の老人介護福祉施設（特養）の建設助成金交付内示が2001（平成13）年４月国・県からあり、同年12月工事着工、2002（平成14）年９月施設が開所した。運営はＪＡである。この間厚生連診療所開設のための折衝が関係組織と再三にわたり行われ、2003（平成15）年４月開設の目途がついた。

３年にわたる住民たちの要望実現運動は一応のピリオドをうつことになったがこれで全て良しにはならなかった。この地区の住民たちの願いは、もともと医療・福祉に「安心」を実現することであった。そのためには施設の建設のみでこと足りるものでないことを住民たちは知っていた。

2001（平成13）年４月委員会のメンバーが参加する「上田市東部地区『安心』の地域づくり事業実行委員会」が発足し、「施設の目途が立ったのを機会に、この施設か真に住民のためになって行くための地域づくり住民運動を推進する」とする会の目的を明確に掲げた。この実行委員会の事業として同年11月、「安心の地域づくりセミナー」（計６回講座）が開講され、地区の女性たちを中心に受講者が参加している。セミナーは地区の「保健力」「福祉力」を高

揚していくためその核となる人材を育て、やがて人びとが協同し安心して暮らせる地区をつくることを指向するものである。

このような内容をもつセミナー等は一般的に行政や社協、非営利団体等が開催するが、この地区では住民による実行委員会が開催するそのことの意義は大きい。施設の誘致運動のなかで、住民組織の担った役割、官制でない自主的な取り組みの意義深さ、組織の中核となる人材の大切さなど、身をもって実感したと考えられる。そこで会得した真摯な経験がこのセミナー開講に結びついているといえよう。住民組織の活動をとおして住民が自力をつけることはやがて生活の質を高め、「健康」に生きることに結びつくであろう。

2　佐久総合病院地域保健セミナー修了者たちによる地域保健・福祉活動が指向する目標とその実践過程の分析

長野県厚生連佐久総合病院（南佐久郡臼田町、清水茂文院長、821床）が昭和20年代から農村医療・医学の面で顕著な実績を残してきたことは多くの人の良く知るところである。佐久総合病院（以下、病院）の所在する南佐久地方は、八ヶ岳のふもとに広がる高原の農村地帯で、佐久市、南佐久郡の1市8町村、人口約11万人の地方である。

（1）地域保健セミナーの目的

1990（平成2）年2月、病院地域保健セミナーは主にこの地方の住民を対象に、農閑期の計10回の講座で開講した。講座の目的は、①住民にとって役立つような保健・医療・福祉の学習をする、②地域で住民の立場で活動する理念と実践方法を学ぶ、③セミナー受講卒業生による同窓会を組織し、地域の健康づくりと福祉のための活動を行ってもらう、とした。すなわち当初から単なる知識を身につけるだけの講座ではなく、住民サイドで地域の中で長く活動する保健・福祉のリーダーを育てることをねらいとした。2003（平成15）年3月、第14期を終え同窓会員368人、市町村支部8か所、班は演劇、食と環境、機関誌、高齢化社会、音楽の5班があった。

市町村単位の支部活動は、セミナー開講の目的に照らしてももっとも重要な活動で、自分たちが住む町や村の保健や福祉の問題を住民の立場から守り発展させる活動を行い、住みよい地域づくりへとつながることが期待されている。たとえば八千穂村では、村の健康まつりで介護問題の演劇を上演したり村長と保健・福祉について懇談会をする、川上村においては環境ウォッチング、独居老人昼食サービス、朗読ボランティア、健康まつりで人形劇を行うなど、どの支部も地域の中にとけこんだ独自の活動を展開していた。

これらの同窓会活動について整理すると①地域に根ざした住民自身の支部活動の組織化、②同窓会員による仲間づくり、③地域に発信する演劇班をはじめとする班活動による問題提起の教育的役割、④地域のボランティア活動の他分野にわたる位置づけの拡大、⑤保健・医療・福祉に対する住民の声を反映させるパイプ役などである。今後の課題としては、同窓生が自分の地域で具体的な目標をどのように確立するか、また自分の住んでいる地域の中のさまざまな団体や組織の活動とセミナー同窓会自身の活動との整合性をどう保つかなどがあげられた[3)]。

（2）同窓会員が種をまく人に

地域保健セミナーは第２期から現14期まで、そのカリキュラムの最終部分で「健康で明るい地域づくり」をテーマにグループ討議をすることにしている。ここで強調されることは「種をまく人に」である。セミナーで学び身につけた知識や物の考え方、そして行動する力を地域の中で生かし、広い意味での「健康」を実現していくための種をまく人がもっともっと増えて欲しいとの主催者側の願いがこめられている。

ここでいう広い意味の「健康」の実現とは、人びとが人間らしく生きられる住みよい社会の実現にまで思考を広げることが重要である。そのような地域づくりをすすめる主体者となることが同窓生たちには求められている。

現在同窓生たちが地域の中でどのような種をまこうとしているのか、そのことが佐久地域の保健・福祉にどう貢献していくのか、第一年度実施した同窓会員へのアンケート調査結果を分析し、今後の研究をすすめていきたい。

D　考察

（1）研究対象とした下伊那郡松川町、小諸市・北佐久郡地方、上田市豊殿地区の住民活動は、「健康でありたい」、「高齢社会に安心を」の住民課題の実現に向け、いずれも学習、調査、討論、実践の中から可能性を追求してきた。住民活動はそのような主体的な取り組みが共通に存在することがあげられる。

この「どう生きるか」のテーマを地域的な組織活動のテーマに据えたとき、住民生活は快適性を増していくことになる。

（2）佐久総合病院地域保健セミナー同窓会による住民活動は、すでに12年経過の中で、佐久地方に多彩な“種”蒔きを始めているが、その活動が地域でどのような影響を与えるかについては来年度以降の研究に継続させたい。

E　結論

地域住民活動（予備調査）は、住民の主体性が発揮され、活動が高揚することと地域の保健福祉の向上とが相関を生む。

【注】

1）松下拡『健康問題と住民の組織活動』勁草書房，1982年。

2）依田発夫ほか編『在宅ケアの活きるまち』自治体研究社，1992年。

3）佐久地域保健セミナー同窓会編『種をまく人になろう』佐久地域保健セミナー同窓会10年のあゆみ　1999年。

F．健康危険情報

特記すべきことなし

G．研究発表

特記すへきことなし

H　知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

特記すべきことなし

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
分担研究報告書

長野県における健康学習の構造と特質に関する研究

分担研究者　石 原 剛 志　　長野大学社会福祉学部社会福祉学科　講師

研究要旨

本分担研究においては、仮説的に、長野県が健康長寿・低医療費を実現している要因の一つとして住民自身の健康（問題）に関する学習活動の量的・質的な豊かさにあると捉え、特にその学習方法に着目し、その共通性の抽出を行った。典型的な事例として検討を行ったのは、①長野県厚生連佐久総合病院を中心として組織化された健康・保健学習、②保健婦（保健師）による地域保健活動の一環として組織化された健康学習、③公民館活動における健康・福祉学習である。健康の実現は、自己と生活（の質）を見つめなおし、生き方を見通す自己実現の問題でもあり、さらには地域づくりの課題でもある。その意味で、健康学習は、単なる健康のための知識の啓蒙では不十分であり、実践（地域活動）と結びついた学習、話しあいを通しての交流や共同学習こそが、その教育方法としてふさわしい。典型事例の検討を通して得られた結論でもある。

A　研究の目的

本分担研究においては、仮説的に、長野県が健康長寿・低医療費を実現している要因の一つとして住民自身の健康（問題）に関する学習活動の量的・質的な豊かさにあると捉え、特にその学習方法に着目し、その共通性の抽出を目的とする。今年度は、健康学習に関する組織形態の典型例を検討し、今後の検討課題を明らかにする。

B　研究方法

健康学習に関する組織形態の典型例として、①長野県厚生連佐久総合病院を中心として組織化された健康・保健学習、②保健婦（保健師）による地域保健活動の一環として組織化された健康学習、③公民館活動における健康・福祉学習の事例を検討し、分析を試みる。

C　研究結果

1．研究課題

ＷＨＯは、1947(昭和22)年の時点で、健康を「　　単に疾病がないということではなく、完全な身体的・心理的及び社会的に満足のいく状態にあること」と定義した。ＷＨＯは、この定義を発展させ、さらに1998（平成10）年には「Spirituality」を構成要素の一つとして健康概念を捉える提案をしている。「健康」概念は人間の尊厳にふさわしい生き方との関連で捉えられるようになりつつある。まさに、健康の実現は、自己と生活（の質）を見つめなおし、生き

方を見通す自己実現の問題でもある。

こうした健康概念の変化は、農民・住民の健康の実現のために、健康学習における学習方法はどうあるべきか、医療・保健と社会教育・生涯学習との連携や役割分担はどうあるべきか等を検討する重要性を高めている。

2．健康学習の構造と特質

（1）佐久地域保健セミナー

1990（平成2）年2月、佐久地域保健セミナーは、地域における保健・健康リーダー育成を目的として佐久総合病院によって開催された。毎年、セミナーは農閑期に行われ、セミナー卒業生はそれぞれの地域でリーダーとして活躍している。

この成果を生み出しているセミナーの特徴は、住民に対する啓蒙的で講義のみによる学習方法を採用せず、講師による講義とともに受講生相互の学びあいを位置づけ、さらに実践と学習を関連づけ、実践のためのグループワークが組織されている点であろう。

具体的には、次のようなものである[1]。

①一期10回開催されるセミナーにおいて、歌や演劇などの文化活動、実技、講義、話しあいが相互に関連しながらすすめられている。

②セミナー期間終了後、地域における活動組織として、各市町村ごとの同窓会支部が組織されている。

③「高齢化社会班」、「食と環境班」、「機関誌班」、「演劇班」と受講生の関心に即するとともに、地域ごとの支部を越えるものとして「班」が組織されている。

こうした学習方法について受講生（同窓生）は「わかりやすい、同じ場で学び合うことにより交流の輪、仲間意識が拡がる」と評価されているとともに「学んだことを実行している人が80%を越えている」と成果としても現れている[2]。また、同窓会・小海支部におけるアンケートでは「仲間ができ、視野が広がった」74%、同窓会活動をしていくなかでの姿勢の変化として「地域の活動により積極的になった」63%という結果もでている[3]。

（2）保健師による地域保健活動の一環として組織化された健康学習

長野県松川町では、保健婦（師）による地域保健活動の一環として健康教育・健康学習が取り組まれてきた。

公民館主事として保健婦（師）とともに、住民の健康学習を組織化してきた松下拡氏によれば、保健婦（師）の役割は「医療機関で行なう病気の治療活動ではなく、健康をそこなわないようなことを考える予防活動や、充実した生き方を実現するような『健康づくり』の活動に焦点をおいて住民の主体的なとりくみを支えるところに特徴があ」るとしている[4]。

そこでは、たとえば、月に1度の血圧測定に集う過疎地の高齢女性の「健康学習」に取り組んだ事例において、「『学習』など、そんなことばを聞いただけでむずかしくて自分とはかかわりのないこと」、「話しあうなど思ってもみない。よいお話をおききするもの」という学習観をもっていた女性たちの学習のプロセスが紹介されている[5]。

公民館主事が、高齢女性に、自分のからだのこと、地域の変化のこと、生活上の不安などを話しあうよう働きかけ、その後、健康に対する意識アンケート調査を実施し、行政への交渉を行うという、受け身の学習から学習の主体へ、学習から実践へというプロセスをみることができる。

（3）公民館活動における健康・福祉学習活動

長野県松本市では、公民館における学習活動においても健康・福祉学習は、重要な位置を占めている[6]。

公民館、図書館、体育館、勤労青少年ホームの複合施設「なんなんひろば」主催講座「熟年塾」では、一人暮らし、高齢者世帯、介護中の人たちが受講する講座である。この講座では、北欧の福祉についての講義と、県内各地の地域福祉や在宅福祉の先進事例を実際に視察し、北欧の福祉を信州のなかで実現する条件を、話しあいのなかで整理し、導き出した。

「なんなんひろば」では、「一人ぐらし高齢者お元気さろん」という、その名のとおりの一人暮らし高齢者が集い、料理教室をはじめた。この集いは料理教室にとどまらず、集いのある日は一人暮らし高齢者の一日交流の場となり、その後、自主グループとして継続することとなった。このグループは、さらに地域の高齢者の集いや、地域の福祉施策の要求主体として発展していった。福祉の対象者としてではなく、主体としての形成を社会教育・生涯学習の場が支えた事例である。

D．E　考察および結論

松下氏は、健康学習（健康教育）について次のように指摘する。

「予防学習としての健康教育とは、病気の注意や管理方法を上から一方的におしつけることではない。住民個々が共同のとりくみの中で、個々の主体的な考え方や生き方を現実の生活の中で実現していこうとすることを支える営みなのである」[7]。

このように健康の実現は、自己と生活（の質）を見つめなおし、生き方を見通す自己実現の問題でもあり、さらには地域づくりの課題でもある。その意味で、健康学習は、単なる健康のための知識の啓蒙では不十分であり、実践（地域活動）と結びついた学習、話しあいを通しての交流や共同学習こそが、その教育方法としてふさわしい。このことは、すでにみた長野県下における典型事例も示していることである。

【注】

1）佐久地域保健セミナー同窓会『種子をまく人になろう』1999年11月。佐久総合病院創立50周年記念行事実行委員会編『農民とともに五十年』佐久総合病院，1994年。宮本憲一・遠藤宏一編『地域経営と内発的発展』農文協、1998年など。

2）同窓会・食と健康班、第52回長野県農村医学会総会における発表，1995年7月。

3）第53回長野県農村医学会総会における発表，1996年7月。

4）松下拡「地域保健活動と保健婦たち」小川利夫・高橋正教編『教育福祉論入

門』光生館，2001年。

5）同上書。

6）以下、（3）については、手塚英男「生涯学習が福祉と出会うとき」島田修一編『生涯学習のあらたな地平』国土社，1996年より。

7）松下・前掲論文。

F　健康危険情報

特記すべきことなし

G　研究発表

特記すべきことなし

H　知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

特記すべきことなし

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
分担研究報告書

地域特性の分析と比較に関する研究

分担研究者　村 田 隆 一　　横浜市立大学国際文化学部人間科学科　教授

研究要旨

地域特性の分析および比較研究を行うにあたって、基礎的作業として基本的概念となる「地域」概念について、先行研究をもとに主として文献研究を中心に行った。地域概念を行政区画や生活共同体としてのそれとして区分して捉えることが、歴史的な事実に即したものであることが確認されるとともに、住民が主体的につくる生活共同体を基本に住民主体型地域概念を再構築していく必要性と、こうした住民主体型の地域づくりにおける行政支援の重要性を踏まえて従来型の行政管理型地域概念から、住民支援型行政地域概念への転換が求められることが確認された。この両者は協働的関係として併行していくものか、統合的に展開していくかは、実践の中で見極めていくものとなろう。

A　研究目的

本研究の目的は、長野県の健康長寿・低医療費という特性の構造分析を通して、普遍性を持った地域レベルでの保健・医療・福祉の統合的アプローチの実践的かつ理論的モデルの策定にあるが、特に統合的サービス提供システムと地域住民活動との関連に焦点をあてて実証研究を行うこととしている。いわゆる長野モデルの普遍化の可能性を検証するにあたっては長野モデルにおける県の地域特性が規定要因としてどのような位置を占めているかを確認する必要がある。

本年度は、地域特性の分析及び比較研究を行うにあたって、基礎的作業として基本的概念となる「地域」概念について検討を行った。

B　研究方法

「地域」概念に関する先行研究をもとに主として文献研究を中心に行った。

C　研究結果

1 「地域」概念の再検討の意味

いわゆる長野モデルの普遍化の可能性を地域特性という視点から検討することは、長野モデルの特徴が、「健康長寿・低医療費」として象徴的に語られていることに対して、そのモデルの内実を構造的に分析・把握する上で不可欠な作業である。その理由は、象徴の一つである健康長寿は住民生活そのものの状態であり、もう一つの象徴である低医療費は医療制度の結果の状態であり、この両者は「生活」と「制度」という異なる世界に属するものであるからである。したがって、地域特性の研究にあたっ

ては少なくともこの二つの領域を対象に分析・検討をおこなう必要がある。

ところで、これまで保健・医療・福祉サービスについては地域を問題にするときには都道府県ないし市町村という行政単位で考えるのが通例であった。これは、これらのサービスが基本的には公的責任すなわち行政責任において制度設計がされ、供給ないし運営がおこなわれていることと、近年までこれらのサービスは供給側が主導的に機能してきたことから行政単位で地域を把握することが当然のことと意識されてきたといえる。

しかしながら、2000（平成12）年の社会福祉法の制定によって利用者主体の基本理念が明確化され、地域住民をはじめとした地域福祉の推進が明記されたことなど、現在、利用者・住民主体の視点から民間活力活用を基本としたシステムの再編集が展開されており、基本的な状況変化が生じている。こうした状況の変動は、これまでの行政の掌握のもとで、その行政の区域内での相互作用を想定した地域の把握、すなわち地域と行政区域を一体的に把握してきたこれまでの認識について、その見直しを求めているといえよう。

行政に依存し、その指示管理下で受け身のサービス受給者として住民を位置づけることからの決別を目指すのであれば、当然に行政から相対的に自立・自律した生活の営みの主体者として、生活の必要に応じて多様な社会的ネットワークを主体的に作りだしていくことが尊重されなければならない。そして、生活主体者にとっての地域とはこうした生活上の多様なネットワークとして個々に形成されるものとして認識され、把握されるものでなければならないといえよう。

同様に制度における地域の見直しも求められている。すなわち、行政が自らサービス供給者として区域内の住民を対象にサービス供給を行う場合には、行政区域がサービス利用区域であり、地域と行政区域の一体的把握が当然のこととなる。しかし、行政区域にとらわれないでサービス提供事業者との自由契約によりサービス利用がおこなわれる場には、サービス利用の地域的広がりとしてのサービス利用地域と利用者住民の所属する行政区域とは一致しないことになる。医療はすでにこうしたシステムとなっていたのであるが、近年福祉についても基礎構造改革により同様のシステムとなった。保健については引き続き行政サービスとして供給されることから一体的把握が可能である。地域における保健・医療・福祉の有機的連携による総合的なサービスの提供が基本原則として確認されている今日において、サービス提供そして利用に際して地域をどのようにとらえていくのかが改めて問われているといえよう。

もともと地域概念は、多様かつ多義的であったのであるが、特に地域概念の基本要件として「繋がり」と「地理的範域」の比重の違いによって、機能的地域と地縁的地域の二分法的に区分されるのが通例であった。そのいずれの概念を採用するのかという問題もある。また、生活と制度ではその形成にあたっての基本的論理が異なっていることから、そこで問題にする地域概念を機能的にであれ地縁的にであれ同一のもの

で済ますことには無理がでてくるといえよう。

“土地の広がり” (zone) として捉えるのか、“地域社会” (community) として捉えるのかによって異なる。住民生活の物理的管理を目的とするのではなく、住民生活の主体的な営みを前提として、その支援を目的とする制度のあり方を問題とするのであるから、当然にここで問題とする「地域」は、単に“土地の広がり” (zone) として捉えるのではなく、“地域社会” (community) としての意味において捉えられなければならないことになる。しかし、この区分も、“地域社会” (community) の概念自体に機能的地域と地縁的地域という質的にことなる要素の位置づけにより多様性を抱え込んでいるという問題があることによって、地域という言葉は多様な内容を抱え込むことになっているのである。この多様性は、柔軟性でもあり“あいまいさ”ともなる。

「地域」という言葉は、往々にしてその概念があいまいなでまま使われがちである。そこで、こうした改革期において利用者・住民、行政、民間事業者等の連携システムを適切に編集していくために、その基本となる「地域」概念の再検討を行った。

2 「地域」概念の再構成

「地域」概念が、あいまいなまま使われることについて芳賀登がその概念の歴史的変遷を踏まながら考察している。芳賀は、「行政的地域概念は、複合地域をまとめたものにすぎなくなり、それ自体、統合概念でしかなくなりつつある。したがって、かつて存在した伝統、由緒ある村でさえ新しい住居区域ができ、そこに住む人々がかわるに至って統合地域概念は住居表示用の符牒、番号化してしまった[1]」として、国家が上から編成する行政機構としての中央集権的地域概念の安易な使用を反省すべきとしている。そして、なによりも住民の生活を基本としてその領域、関係の広がりにおいて主体的につくられる「生活共同体」の歴史的変遷をふまえて、行政地域概念との区別と関連を実証的に把握することで地域概念の再検討を行うべきとしている。

こうした行政地域概念と生活共同体との不一致、“ずれ”の問題については中村吉治が集落の実態調査をもとに実証的に明らかにしている。中村は実態調査により「地域的に集團している家を村または部落として単純に一共同体村落とみたり、自然村落とかたつけておいては、村落の解釈は極めて危険であることが分かった。行政村としては地域的に煙山村を設定したり、字松ノ木を定めたりするが、それが村落共同体そのものであるというわけではなかった。行政的に區劃したことから生ずる新しい地域的な共同の面は出るにしても、基本的な生産・消費の生活においては、それにこだわっていないのである。そして旧藩時代の村すなわちいわゆる郷村制についても同じことであることが分かった。つまり家家の関係は地域的にまとまっているわけではないが、行政・支配の上からは地域的にまとめるのが便利なので、村制度がつくられているというだけである。[2]」ことを指摘している。生産・消費の様々な面での共同体が存在し、それらの個々の機能毎につくられ

る共同体が複合的重層的に、すなわち個々の機能的共同体が“ずれ”ながら存在するという事実は、歴史的な共同体の分解過程にあることを示しており、「共同する諸契機の発達につれて地域の意味は小さくなるのだと解される。[3]」としており、事実にもとづく動的な把握の必要性を提起している。

中村吉治とともに調査、研究を行った岩本由輝は、行政地域概念と“人と人とのつながりとしての共同体”を一体のものとみなす議論を批判しつつ、なぜそのような安易な認識が生まれるのかについて次のように考察している。すなわち、「政治権力はしばしば村落共同体の把握にあたって擬制としての共同体を創出する。その擬制の度合は政治権力が中央集権的であればあるほど強まる[4]」とし、「現にある共同体を把握するために、共同体の擬制をつくりだすというのでなく、すでに共同体など存在しないところにおける疑似共同体づくり[5]」を行うという歴史的事実がある。そして、疑似共同体は行政管理の効率から「地域的にまとめるのが便利」であるから面的に連続した行政区画として設定されることになるが、「行政区画や集落景観のなかにおける人と人とのつながりは当然のこととして扱われることにより、そのつながりが行政区画や集落景観におさまり切れないことやズレのあることを見落としてしまい、共同体ではいつでも一個完結的にあらゆる機能がその内部で行われるといった式の議論がかっても今も多いのである。しかし、そのような共同体に対する認識は政治権力の村落共同体把握の手法に通ずるものであることに気がつく必要があろう。[6]」としている。

しかしながら、戦後の高度成長期を経て日本の地域社会は大きく変動し、極端な過疎過密状態がつくり出されてきている中では、行政と生活共同体の関係も変化してきている。高桑史子は、つくられた「離島」と一元的行政指導型村落への改編という問題を指摘している。高桑は社会人類学の視点から「島嶼社会は多くの場合、離島という構図で認識されがちであるが、実際のところ、「離島」自体は文化的に創りあげられた観念である。[7]」との認識のもとに、“つくられた「離島」の「過疎のムラ」”の実態を次のように分析している。すなわち、かかる過疎のムラは「ムラは生産単位ではなく、消費と受益の単位となった。ここで論を、人口の急激な減少の結果、地域社会が存立していくための自律性を失ったものが過疎であるという立場で進めよう。確かに伝統行事や祭りは、子供や若者の数の減少により消滅、衰退を余儀なくされており、この点に関して自律性の喪失はまぎれもない事実である。しかし、ムラの政治機構や共同慣行の伝統は、形を変えたとはいえ機能している。つまり若年層の減少が必ずしもムラの自律性喪失には結びついていない。これはムラが国家の末端である最小行政単位として機能し続けているからである。行政単位として組織化された伝統的ムラは、行政・政策を効果的に遂行するために別の形で自律性が保たれている。受益体に変形した形での自律性が存在するといえよう。現在、ムラ組のような伝統的な政治機構がおおむね行政の伝達機関としての

役割しか果たしておらず、このような状況下で家族の独立性は高まり、家族はムラを超越して直接村や県と結びついている[8)]」「行政の個々の家族へ関与も良いにつけ悪いにつけ、より整備されたものとなっている。若年人口の一極集中がありながらも日本の官僚機構はますます強化され、末端のムラまで組織化されるに至っている。このことは、日本の伝統的村落社会が大なり小なり内在させていた状況対応型論理が崩壊し、一元的な行政指導型村落社会として改編されたということである。[9)]」として、生活共同体の萎縮、崩壊に対応して行政が直接家族とつながることでいわば疑似共同体を何とかつくり出している事実を提示している。

住民の主体的な地域づくりという、より実践的な視点を強調した議論として中田実、鳥越皓之、真田是などの議論がある。

中田実は、地域の共同管理論を提起している[10)]。中田は、地域社会とは、人々の生産と生活にかかわる、さまざまな範域と程度において地域共同管理組織である」と規定する。そして、「管理とは、ここでは当該地域共同組織の性格にそって、地域内の土地とそこでの"共同社会的消費手段"を中心とする地域生活諸条件に働きかけて、構成員が継続して、有効に利用しうるように、これを適切に維持・改良し、さらにそのために構成員を秩序づけることである」として、歴史的な形態として共同体型、所有者支配型があったとしている。そして、「地域環境の整備がすすみ、所有よりもその共同的利用の側面が中心的な問題となる段階においては、これらの利用秩序の確立が独自に求められてくる。"共同社会的消費手段"の利用者は"不特定多数"であることを前提とするが、日常的には"不特定多数"の利用者の要求が利用秩序を規定しはじめる。それは利用者が管理者となる方向を予告する。このことが完全に行われるためには、所有者を規制できる権力機関の確立が必要であるが、その方向性が利用形態のなかにあらわれはじめる」ことで、共同管理型の地域が成立するとしている。

同様の議論は鳥越皓之も展開している[11)]。鳥越は、「地域社会という地理的空間を根拠とした権利の基本は空間の所有権(一番直接的には土地所有権)としてたち現れる。「所有の本源的性格にもとづく権利」は、ある人が当該の空間に対して「働きかける」(原型的には、当該の土地を「耕す」という働きかけがある。もちろん「住む」というのも一種の働きかけである)という行為によって成立する権利である」「当該地域を占拠している集団が一定程度の高さの組織化をとげていると、この「所有の本源的性格にもとづく権利」は個別の人間だけでなくその組織そのもの(原初的には共同体)が網掛けのような形でもつ。」「つまりそれは当該地域に住んでいる人たち全員が、地域社会住民"総体"としてもつ権利で、土地所有論のレベルではそれは「共同占有権」と表現するのが適当であろう[12)]」としている。そしてこれを居住者のゾーニングの権利として規定している。すなわち、「その土地への働きかけ——耕作であろうと、居住であろうと——によって生じるのが共同占有権で、それは必ずしも私的所有権を否定するものではない(土地所有権と