

し問題は住民参加の方式が問題なのではなく、住民が納得のいく地域福祉計画が立てられるかどうかにある。むしろ行政側からは、住民と協働することのできる根拠を持つことができるかどうか問題なのである。

これまでの日本社会の地域行政と住民参加の関係は、制度的にみれば、住民が首長や議員を選挙するという政治参加によって、自分たちの代表を通して意見を反映し、かれらが構成する議会で条例、計画を制定して行政施策を講じるという動きを主とし、それに対する補完的対抗的な請願や住民運動を従として、展開されてきた。そして時には裁判制度にかける訴訟を通じて判例を引き出すという過程を踏んできた。しかしその道のりは長く険しいことは経験的に分かっている。一旦決まったことは現実には合わなくてもなかなか変えることができないのである。公共の無謬性にこだわって、遵法性、前例実績主義（シーリング方式）の予算査定、省庁の垣根を守らせ目的外使用の阻止を図る会計監査、行政効率の観点から行う行政監察に力を入れたところで、なかなか自体は改善しない。そこで「時のアセスメント」という考え方が出され、情報公開と説明責任（アカウントビリティ）によって、政策評価を行うという新しい手法が取り入れられるようになってきた。そこで問われるのはオンブズマンという住民行政観察人制度である。行政サービス・公益サービスに対する第三者評価を行うという動きも現れており、NPOなども加わってさまざまな住民参加の機会を作り出している。

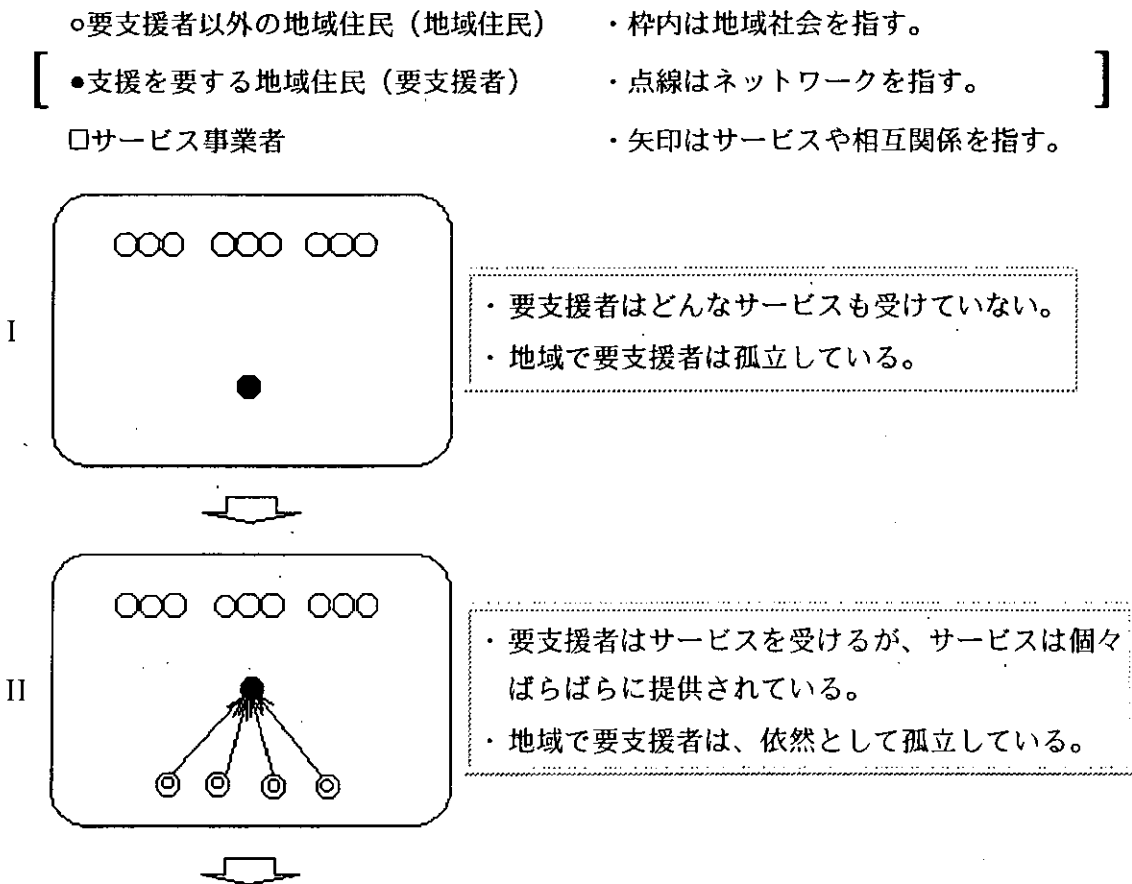
また議会は各種委員会や審議会に諮問し、その答申を得て議決を行うという過程があるが、そこでも住民参加はある。行政の設置する懇談会や協議会においても住民参加はある。だが、多くの場合、住民代表として任命されるのは「当て職」といわれるように、既に自治会連合会会長であったり、婦人会会長であったりする人が自動的に住民代表としての席に座ることになる。このような代表制については、議員や首長以上に代表の根拠が疑問視されることがある。そこで、今日では、盛んに委員の公募制が取られるようになっている。さらに議会の議決と時には対立するような住民投票という動きも現れている。

では市町村地域福祉計画における住民参加はどのように構想されているのであろうか。まず、市町村には、既に高齢者保健福祉計画、障害者計画、児童育成計画などの事業計画があるが、それらの計画に盛られたサービスの適切な利用促進、福祉事業の健全な発達、活動への住民参加の促進を図るという期待を込めている。しかしそれだけでなく、既存の事業計画ではカバーされていない地域の生活課題を取り上げて地域福祉計画の盛り込むことをも期待している。それは地域によっては、ホームレス問題であったり、外国人問題であったり、ドメスティック・バイオレンス問題であったり、災害・交通事故・犯罪被害者問題であったり、被差別部落問題であったり、住宅問題であったりするだろう。周防大島の場合には、なんといっても高齢者生活支援が大きな課題である。高齢者モデル居住圏構想が目ざしたのは、そのような地域福祉課題への取り組みをも含んでいたはずである。

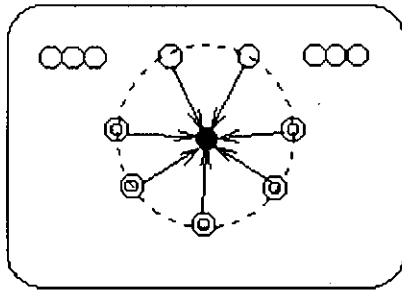
そして住民は、これらの多様な地域の福祉課題に対して、地域福祉計画を策定し、その実施結果について評価するだけでなく、実際に地域福祉計画に基づく活動に参加すること

が期待されている。そこでは、サービスの受け手といえども受けるだけではなく、何らかの意味でサービスの与え手にもなり得る道を模索するよう方向づけている。図1-5はその説明図である。理念としてノーマライゼーションが強く意識されているといえる。第V段階は、あまりにも要支援者の対等性を協調しすぎて、かえって負担を重くするのではないかという批判もあるが、理念としてのノーマライゼーションを適用すれば、確かに図示した通りであろう。むしろ注目すべきは、地域住民がこれとって特定はされておらず、理念的には全ての住民を対象にして考えているということである。計画は法と同じような拘束力を持つので、地域住民は地域福祉計画に盛り込んだ事柄については自らの行動を律しなくてはならないことになる。計画策定から関わること、実施に際しても関わること、そして評価に関わることは、計画の成功、失敗を他者に責任を転嫁することができないということである。自らの責任において、地域福祉計画に関わるという草の根の住民自治について力量が問われているのである。

図1-5 地域福祉推進と住民参加



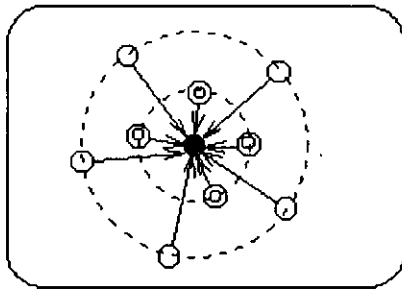
III



- ・要支援者はケアマネージメントされたサービスを受けている。
- ・地域住民の一部が民間によるサービス・サポートに参加するようになる。
- ・しかし、要支援者は地域において「支援すべき特別な存在」である。



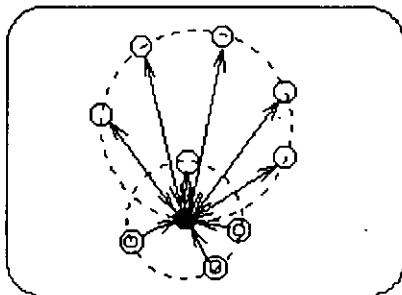
IV



- ・多くの地域住民が民間によるサービス・サポートに参加するようになる。
- ・しかし、この場合でも、要支援者が地域において「支援すべき特別な存在」であることに変わりはない。



V



- ・地域住民が要支援者を「支援すべき条件を持つてはいるが、人格は平等・対等である」と意識することによって、要支援者は「特別な存在」ではなく「対等の存在」となる。これがノーマライゼーションの地域社会であり、住民の意識変革が大前提である。住民参加が不可欠とする理由はここにある。
- ・要支援者は、地域の他の住民と同格の地域社会の構成員として社会に参画し、自立・自己実現を図る。

4 地方自治体と草の根住民自治組織の協働実験を

以上のような社会的文脈を考えると、市町村が真に住民の草の根自治に向き合う地方分権の力を発揮できるかどうか、地域福祉計画策定において問われているということになるだろう。スウェーデンの行政改革では、コミューンの数が10分の1に減らされ、担うべき機能は、福祉と教育と環境衛生に限定されたという。県にあたる広域自治体は産業や医療を担い、国は国土保全や外交や国防を担うというような機能分担が行われたのである。日本の行政改革は、市町村の広域合併で済む問題ではなく、早晩、道州制の論議も起こってくるだろう。そのときには行政の機能分担がもつとはっきりしてくる可能性がある。そのときに基礎的自治体を標榜する市町村がどんな機能を担うのかという展望によって、草の根住民自治組織の担う機能のあり方が変わってくる。基礎的自治体が、これまでの都道府県のような総合行政を担うとした場合、ますます行政効率の追求が強くなり、住民自治の問題がますます問われることになる。

子供がたくさん生まれて育てられていた時代に作り出された「校区」という地域的単位は、学校教育というヒューマン・サービスの提供を基礎にした概念であった。この地域概念はきわめて住民の感覚に合っていたので、コミュニティ行政の時代においても、コミュニティの範囲はおよそ中学校区や小学校区として認識されてきた。ゴールドプランにおいても、デイ・サービスセンターや在宅介護支援センターは、およそ中学校区に1ヶ所ずつ整備すると謳われた。しかし少子高齢化が著しく進行する今後の日本を考える場合、学校教育的概念である校区を範囲とする発想でよいのかどうかも再検討する必要がある。福祉コミュニティをどのように構想するかは、住民の現実的な生活に即して考えなければならないのである。既存の公共施設の利用転換も図りながら新しいヒューマン・サービス利用圏を設定し、いかに住民活動ネットワークの結び目を作り出していくのか、自治体にとっては、協働の相手探しとともに重要な課題であろう。

ぜひ自治体は、地域福祉計画を今後の自治体としての力量を測る試金石として捉え、さまざまな住民との協働実験に取り組んでもらいたいものである。

表1-4 周防大島と紀南地区の人口指数

	老年人口割合	年少人口指数	老年人口指数	従属人口指数	老年化指数
久賀町	36.3	18.7	68.7	87.3	367.6
大島町	39.9	16.5	77.3	93.8	469.2
東和町	50.6	20.8	123.8	144.5	596.4
橘町	42.8	17.7	88.3	106.0	499.8
熊野市	28.3	22.8	48.4	71.2	211.7
御浜町	29.5	26.8	53.0	79.8	197.8
紀宝町	26.8	24.9	45.7	70.6	183.8
紀和町	49.7	17.1	115.8	132.9	676.6
鵜殿村	18.0	29.2	28.3	57.5	97.0

表1-5 周防大島と紀南地区の高齢者世帯

	総数				65歳以上の親族のいる世帯		
	一般世帯数	3世代世帯	単独世帯	夫婦のみ	総数	単独	夫婦のみ
久賀町	100(1892)	6.2	30.3	30.0	57.1	31.6	35.6
大島町	100(3116)	6.4	29.3	34.0	64.1	32.6	37.7
東和町	100(2593)	3.5	40.5	32.0	71.0	44.3	35.3
橘町	100(2585)	4.9	34.6	31.2	65.6	38.2	33.5
熊野市	100(8849)	3.5	30.9	29.9	46.6	36.5	37.5
御浜町	100(4084)	2.9	26.0	29.8	48.2	35.6	38.3
紀宝町	100(3208)	3.9	24.0	30.0	45.9	31.9	38.3
紀和町	100(863)	2.9	39.3	35.9	68.9	42.4	39.3
鵜殿村	100(1853)	4.1	19.5	28.7	33.9	30.7	39.1

表頭の各項目は左端の項目を100%とした時の割合

表 1 - 6 介護保険施設事業者状況

	定員 (事業者数)		
	介護老人福祉	介護老人保健	介護老人医療
久賀町	50 (1)	0 (0)	0 (0)
大島町	50 (1)	50 (1)	0 (0)
東和町	83 (1)	0 (0)	0 (0)
橘町	50 (1)	50 (1)	0 (0)

表 1 - 7 介護保険居宅サービス事業者数

	居宅介護支援事業	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	通所介護	通所リハビリ	短期入所
久賀町	2	2	1	0	1	0	1
大島町	5	1	1	1	3	1	1
東和町	4	2	1	0	4	0	1
橘町	3	2	1	1	2	1	1

表 1 - 8 介護保険居宅サービス事業者数 (続き)

	短期療養	痴呆共同生活	特定施設	福祉用具
久賀町	0	1	0	0
大島町	1	1	0	0
東和町	0	0	0	0
橘町	1	1	0	2

表 1 - 9 介護保険居宅サービス定員

	通所介護	通所リハ	短期入所	痴呆共同生活
久賀町	20	0	10	9
大島町	44	10	10	18
東和町	77	0	13	0
橘町	35	10	10	9

表 1 - 1 0 介護保険料と利用料減免

	当初保険料	改訂保険料	保険料減免	利用料減免
久賀町	3000 円/月	3180 円/月	無	無
大島町	3000 円/月		無	有
東和町	3000 円/月		無	有
橘町	3000 円/月		無	無
山口県平均	2967 円/月	3617 円/月		
全国	2911 円/月	3293 円/月		

第2章 市町村合併と住民参加による福祉活動 —社会福祉協議会活動を中心に—

第1節 合併と社会福祉協議会

平成16年10月に大島郡の4つ町は「周防大島」という名称で合併されることが予定されている。「周防大島」町の町将来構想では、新町まちづくりの将来像「元気にここに安心して21世紀にはばたく先進の島」としている。これは、モデル居住圏構想の基本計画「元気・ここにこ・安心」と共通の理念のうえに合併後の町づくりの視点をおかれていることを意味していると考えられる。ここでは、周防大島高齢者モデル居住圏構想で提唱される「元気」と「安心」をキイ概念としたまちづくりとりわけ大島郡内にみる住民参加による地域福祉活動の展開との結びつきについて考える。

周防大島の住民は過疎高齢という地域社会にあるからこそ、地域の問題を敏感に受け止め、旧来の住民関係も寄与し、相互扶助活動が誘発されると考えられ、住民の主体的な活動を多々みることができる。周防大島におけるインフォーマルケアの進展は、専門職によるコミュニティワークの実践の賜というよりも、超高齢社会の厳しい現実が住民相互扶助の活動の新たな展開を推進しているとも考えられる。そうした地域背景における住民の地域福祉活動の支援を専門とする社会福祉協議会（以下社協という）の活動について考察する。

大島郡合併協議会の協議においては、これまでそれぞれの町で取り組んできた行政施策を評価分析し、新町で取り組む福祉事業の内容についての検討を行なっている。これらの協議は、どれだけの行政施策を盛り込むかが重要な議題となっている。

福祉に関しては、大島町における24時間巡回型ホームヘルプサービス、東和町における365日毎日給食に代表される傑出した市民サービスを合併後も維持していくのが議論になっている。とりもなおさず、市民生活を公的に支援するか論議が集中している。これらの市民サービスに関しては、住民生活の需要を分析し、公的に保障すべきものなのか、市場により供給され、住民が購入すべきものなのか、あるいは、住民が家族、近隣の支援を期待すべきものなのかを考慮する必要がある。市民生活に密着した福祉課題に関しても、これまでの政策の決定が、市民の課題の分析により形成された施策の実施というよりは、国制度による補助をいかに運用するか視点が向いていたとも考えられる。

しかしながら、こうした行政施策に基づく福祉事業の中にも、住民参加に期待した活動が数々用意されている。例えば、東和町で実施されている毎日給食に関しても、事業は町から町社会福祉協議会に委託という形態をとっているものの、業務の実際は、調理を町内の民宿が担い、配達も地域住民によって行われているなど住民の参加が事業の実施の重要な位置を占めている。また、友愛訪問活動に関しても、表6-1にみるように各町とも、

施策化されているがその担い手は、老人クラブ会員等の住民にゆだねられている。「高齢者生きがいと健康づくり推進事業」に関しても住民参加が必要といえる。こうした福祉事業が活発に行なわれるためには、住民の力を引き出す専門的支援が必要と考えられ、その結果表6-4にみるように数々のインフォーマルケアが大島郡において実施されている。

また、公的サービスと住民参加による互助活動の有機的な結びつきをいかに作っていくかは、住民活動の支援方法にかかっているといえる。それらを担っている専門職は、社会福祉協議会職員であり、社会教育関係者であり、保健師であるといえる。

表2-1 大島郡4町の住民参加関連社会福祉事業（給食サービス）

久賀町	大島町	東和町	橘町
給食サービス促進事業 月8回（夕食） 委託料 1食当たり 750円 利用者負担300円	給食サービス事業 支援型給食 週3回（昼食） 委託料 1食当たり 650円 利用者負担 350円 ふれあい型給食 月2回（昼食） 委託料 1食当たり650円 利用者負担350円	高齢者等毎日給食サービス事業 支援型給食 週7回（昼食） 委託料 1食当たり650円 利用者負担300円 給食サービス事業 年10回（昼食） 委託料 1食当たり400円 利用者負担200円	（食の自立支援事業） 食関連サービスの利用調整の実施 配食サービス事業 生きがいデイサービス利用者 月20回（昼食） 委託料 1食当たり820円 利用者負担400円 配食サービス事業（単独型）週1～3回 委託料 1食当たり600円 利用者負担300円
委託先 久賀町社会福祉協議会	委託先 大島町社会福祉協議会	委託先 東和町社会福祉協議会	委託先 橘町社会福祉協議会

出所：大島郡合併協議会資料

表2-2 大島郡4町の住民参加関連社会福祉事業（友愛訪問員促進事業）

久賀町	大島町	東和町	橘町
友愛訪問員 27名	友愛訪問員 34グループ	友愛訪問員 100グループ	友愛訪問員 24グループ
委託料 120,000円	委託料 1,020,000円 (1グループ 30,000円)	委託料 700,000円 (1グループ 7,000円)	委託料 300,000円
委託先 久賀町社会福祉協 議会	委託先 大島町社会福祉協議 会	委託先 東和町老人クラブ連 合会	委託先 橘町老人クラブ連合 会

出所：大島郡合併協議会資料

表2-3 大島郡4町の住民参加関連社会福祉事業（高齢者生きがいと健康づくり推進事業）

久賀町	大島町	東和町	橘町
文化伝承・3世代交 流事業、スポーツ・ 健康づくり活動推 進事業、文化活動進 行事業他	囲碁、将棋、習字、 竹細工	スポーツ・健康づく り活動、趣味教養講 座、研修事業	3世代交流、老人大学、 高齢者スポーツ、高齢 者文化活動
委託先 久賀町社会福祉協 議会	委託先 老人クラブ等	委託先 東和町老人クラブ連 合会	委託先 橘町老人クラブ連合 会 (町実施事業) 高齢者のパソコン教 室、手芸教室等生きが いと健康づくりを推 進事業

出所：大島郡合併協議会資料

表 2-4 大島郡におけるインフォーマルケアの実施例

久賀町・大島町・橘町・東和町	福祉の輪づくり運動による見守りネットワーク構築
久賀町・大島町・橘町・東和町	生活支援型給食配達ボランティア、特に東和町では365日の毎日給食が平成3年から実施されている。
久賀町・大島町・橘町・東和町	ふれあいいきいきサロンの実施
久賀町	子育てサークルの実施
東和町	「痴呆性老人を支える家族の会」による相談活動、ふれあいいきいきサロンの実施

表 2-5 ふれあいいきいきサロンの実施状況（平成15年3月現在） 単位：実施力所数

	総数	内 訳			
		週1回	月2回以上	月1回	年に数回
久賀町	15		1	9	5
大島町	1			1	
東和町	23	5	5	13	
橘町	21		8	12	1

第2節 大島郡4町社会福祉協議会の課題

2000年に成立した社会福祉法においては、「地域住民、社会福祉を目的とする事業を営業者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない。」と規定され（第4条）、市町村社協は、法第109条に、地域福祉の推進を図る目的とする団体とされた。まさに社協の“出番”が用意されたといえる。

しかしながら、今日の財政事情の緊迫から公的な財源の削減や介護保険事業における民間事業者との競争等、社協のおかれた立場は、厳しい状況であり、社協の組織としての目的である「地域福祉を推進すること」とはいかなることなのか問うことが重要となる。

一方、社協の職員の専門性を考えた場合、①コミュニティワークについての専門性の難解さ②職場内のスーパーバイザーの不在③社会福祉専門職の養成と採用の不一致④コミュニティワーカーの体系的な研修の不在と諸々の問題を抱えているといえる。

大島郡内の町社協職員をみると、久賀町は、ホームヘルプサービスやデイサービスなど

福祉サービス（事業）を持たない社協であり、業務は、地域福祉活動のみに限定されている。他の3町では、介護保険制度に基づく、居宅支援事業、訪問介護、通所介護、訪問入浴などの事業部門の職員数が多数占めていることがわかる。（表6-6、表6-7参照）

表2-6 大島郡4町社協職員数

	総数	事務局職員		事業職員			
		事務局職員総数	地域福祉担当(再掲)	事業職員総数	訪問介護員(再掲)	通所介護部門職員(再掲)	在宅介護支援センター等相談職員(再掲)
久賀町	5	5	2	0	0	0	0
大島町	59	5	2	54	32	12	2
東和町	59	6	2	53	21	26	3
橘町	36	3	1	33	20	9	2

出所：山口県社会福祉協議会『平成14年度社会福祉協議会便覧』

表2-7 大島郡内の町社協事業一覧

事業名	久賀町	大島町	東和町	橘町
社会福祉協議会が実施している事業	生きがいデイサービス事業 給食サービス事業 心配ごと相談所運営事業	居宅介護支援事業 訪問介護事業 通所介護事業 生きがいデイサービス事業 在宅介護支援センター事業 給食サービス事業 心配ごと相談所運営事業	居宅介護支援事業 訪問介護事業 訪問入浴介護事業 通所介護事業 生きがいデイサービス事業 高齢者生活福祉センター 給食サービス事業 心配ごと相談所運営事業	居宅介護支援事業 訪問介護事業 通所介護事業 生きがいデイサービス事業 高齢者生活福祉センター 給食サービス事業 心配ごと相談所運営事業

出所：大島郡合併協議会資料

第3節 大島郡4町社協の地域福祉活動自己評価

ここでは、山口県社会福祉協議会が開発した社会福祉協議会自己評価チェックリストの記入に基づき、市町村社会福祉協議会の住民の福祉活動への参加を働きかける専門的援助について検討する。このチェックリストは、社会福祉協議会組織の使命、コミュニティワークに関する難解さを役員体制、事務局体制、財政基盤、福祉サービス利用者支援、広報・啓発、福祉教育・ボランティア活動の推進等の項目により、社協職員の自己評価を通じて市町村社協のあり方を検討するために筆者も加わり開発したものである。ここでは、地域福祉活動に関連する住民生活に関する問題把握についての大島郡各町の社協活動の自己分析について検討を行なう。調査は平成15年3月に山口県内の市町村社協事務局職員が自己評価したものを山口県社会福祉協議会が行なった集計をもとに分析した。

表2-8 社協活動（地域の問題把握の状況）

	大島郡4町 社協の実施 状況	山口県内社 協の実施状 況
窓口に寄せられた相談内容をもとに、福祉ニーズの把握に役立っているか。	75%	89%
(相談窓口以外の)日常の社協事業を通して福祉ニーズの把握を行っているか。	75%	88%
住民の福祉ニーズを把握するために、定期的な調査を行っているか。	0%	16%
把握した福祉ニーズに関する情報を事務局内で常に共有しているか。	50%	64%
窓口に寄せられた相談内容について、社協内で解決に向けて議論がされているか。	50%	86%
住民の福祉ニーズに基づいて行政の施策等に対する具体的な提案や要望活動をしているか。	25%	48%
障害者団体等との連携のもとに、ユニバーサルデザインの立場に立ったまちづくりに向けた具体的な取り組みをしているか。	0%	11%

地域の問題把握の状況は、大島郡4町社協は、山口県内の市町村社会福祉協議会とほぼ同様の傾向を示しているが、実施の比率がすべての項目において県平均を下回っている。大島郡内の社協職員は、日常、住民の生活ニーズをあまり意識していないとも捉えられる一方で、郡部の社協職員は、日常住民に接しているため、改めて住民の生活ニーズを意識するということが少ないことを意味するとも考えられる。

表 2 - 9 社協活動（小地域福祉活動の推進）

	大島郡4町 社協の実施 状況	山口県内社 協の実施状 況
福祉の輪づくり運動に基づく、要援護者の見守りネットワーク活動を進めているか。	75%	82%
見守られている人が、見守る側として別の見守りネットワーク活動に参加している場合があるか。	50%	39%
住民による見守りネットワークと、専門家による支援ネットワークが有機的に連携しているか。	50%	34%
住民座談会等、地区社協もしくは自治会単位で住民と直接話し合いを行う場を設けているか。	75%	52%
住民座談会等の開催にあたり、住民が参加しやすいような配慮をしているか。（曜日・時間・会場・内容等）	75%	48%
自治会福祉部等、福祉に関する話題を取り上げたり、福祉の学習をしたり、相互の助け合い活動を行う組織づくりを進めているか。	25%	48%
福祉員が積極的に地域の見守りネットワーク活動を行っているか。	25%	57%
福祉員の研修を行い、社協として具体的な地域福祉活動への期待を伝えているか。	75%	86%
地区社協が担当地区の福祉活動を（助成だけでなく）主体的に実施しているか。	25%	39%
地区社協で担当地区内の地域福祉活動計画を作成しているか。または作成を進めているか。	0%	7%
住民が参加する福祉活動を把握し、評価できているか。	50%	34%
災害弱者支援マニュアル等、災害時に地域の要援護者を支援する仕組みをつくっているか。	50%	27%

小地域福祉活動についても、山口県内の市町村社会福祉協議会とほぼ同様の傾向を示しているが、見守りネットワーク活動、住民座談会などの項目の実施の比率が県平均を上回っている。見守りネットワーク活動に関しては、住民相互扶助と社協職員など専門職との連携が図られていると推察され、住民座談会の実施により、社協職員が住民に直接話題提供を行なう機会を設けている状況がうかがえる。過疎高齢社会における地域福祉推進の方法として、地域に基盤をおいた働きかけが行なわれていることがうかがえる。

表2-10 社協活動（福祉教育・ボランティア活動の推進）

	大島郡4町 社協の実施 状況	山口県内社 協の実施状 況
社協が地域と学校と家庭の三者の連携による福祉教育の推進を図っているか。	75%	63%
総合学習の実施にあたり、学校に対して福祉教育の推進にむけた働きかけをしているか。	25%	66%
完全学校週5日制の施行にあたって、地域の団体と連携のうえ、子どもの受け皿づくりに関わっているか。	25%	30%
ボランティアセンターの機能を十分に生かして、コーディネート業務とボランティア活動情報の提供を行われているか。	25%	54%
ボランティアセンターの活動がボランティアの掘り起こしとボランティア活動の拡大につながっているか。	0%	50%
ボランティアアドバイザーを配置しているか	25%	21%
ボランティアグループや活動に対する記録を収集し、さらなる展開に活用しているか。	75%	61%
ボランティアグループの連絡組織等の組織化をすすめる、活動を支援しているか。	50%	80%
NPOへの支援や情報交換が行われているか。	0%	18%

学校との連携による福祉教育やボランティア活動の支援については、地域と学校と家庭の三者の連携による福祉教育の推進、ボランティアグループや活動に対する記録の収集に関する項目を除いて、県平均を下回っている。ボランティア、NPO支援に関しては、積極的でない傾向がうかがえる。このことは、前項にみた地域福祉活動の支援の視点が地域基盤型であることによるものと考えられる。

また、福祉教育実践の大島の福祉の関心事が高齢者中心となり、子どもの福祉に関する支援が少ない傾向にあり、福祉教育の実施の低さも子どもに関する事業の実施の低さの一つといえる。

表 2 - 1 1 福祉サービス利用者支援

	大島郡4町 社協の実施 状況	山口県内社 協の実施状 況
第三者評価事業として外部から評価を受ける仕組みを持っているか。	0%	7%
地域のニーズの実態として地域福祉権利擁護事業の必要性を感じているか。	100%	89%
地域福祉権利擁護事業の推進に推進員や生活支援員が積極的に取り組んでいるか。	50%	84%
福祉サービス苦情解決に第三者委員を設置しているか。	0%	30%
福祉サービス利用者支援について、啓発と潜在ニーズの発掘の働きかけを行っているか。	75%	77%

2000年の社会福祉法の成立、介護保険制度の実施、支援費制度の実施はいずれも、福祉サービス利用者が、サービス提供事業者と対等な関係でサービス利用の契約を結び、利用者は自己負担を行い、税や保険により社会的な経費の支給を受けサービスを利用するとされたが、情報の非対称性、サービス利用者の意思能力に関する問題等から対等な契約を結ぶことに支援の必要な人々への援助が規定された。それらを担うのが社協の役割とされているが、大島郡の実施状況は、山口県内の状況とほぼ同じといえる。

第4節 合併と地域福祉活動

10年前まで、暇を惜しんでみかんの世話をしてきて、おおよそ“遊び”とは縁のなかった東和町船越集落の住民も、今ではふれあいいいききサロンを実施し、集落全体の高齢化は進んでいるものの、豊かな時間を過ごすことができるようになったという。

住民の相互扶助は、自然発生的に形づくられて行くものなのか。あるいは意図的に働きかけて、作られていくものなのか。近年、著しく増加したふれあいいいききサロンは、住民の相互扶助に関する内在する力を社協や保健師など関係者が呼び起こしたとも考えられる。

社会福祉協議会とは、住民にとって分かりづらい組織である。直接的な福祉サービスを担う社協もあれば、サービスを全く持たない社協もある。住民の地域福祉活動を支援する、あるいは、福祉サービス利用に関する住民の権利を守りサービス利用を支援するという役割を社協はもっているのであるが、地域住民のほとんどを会員とした法人でありながら、その性格は住民に分かりづらいものである。そのためにも大島郡では、社協役職員が住民に直接話題提供を行なう機会を設けていることは評価できる。

市町村が合併すると社会福祉法により社協も必ず合併しなければならないと規定されて

いる。今回の合併の論議で登場してくる社協像は、悪くすると市町村事業の“下請け”機関の位置づけを脱し得ない。それを払拭するためには、これまでの社協活動を明らかにすること、つまりは、社協は、公的サービスと住民参加による互助活動の有機的な結びつきを作っており、社協は、住民の活動の支援を行なっていることを明らかにする必要がある。前節に見たように大島郡の社協の地域福祉活動内容は、公的サービスと住民参加による互助活動の有機的な結びつきを意図的に創造しており、4町合併後の新しい枠組みでもその役割は期待できると考えられる。

地域福祉活動を盛んにするということは、広域化とは反対に小さな地域での取り組みをいかに行なうかが重要となってくる。周防大島高齢者モデル居住圏構想で提唱された「元気」と「安心」をキイ概念としたまちづくりと、大島郡内にみる住民参加による地域福祉活動の展開との結びつきは、専門職によるコミュニティワークの実践によるものとも考えられる。一方で、周防大島の住民は過疎高齢という地域社会にあるからこそ、地域の問題を敏感に受け止め、住民相互扶助活動を主体的に創造しているとも考えることができる。超高齢社会の厳しい現実が、住民相互扶助の活動の新たな展開を推進しているとも考えられる。そうした地域背景にあるからこそ、住民の主体性と社協等専門職の援助が結びつく可能性が予想される。

第3章 アクティブ・エイジングをめざして

第1節 active ageing とは

“active ageing”（活力ある高齢化、生き生き長寿）という考え方は、1990年代の後半に欧米の老年学者の間で言われるようになった考え方であるが、それが一般的に広まった契機は、世界保健機関 World Health Organization（WHO）が、国際高齢者年（1999年、平成11年）の際の世界保健デー（4月7日）のテーマを“Active ageing makes the difference.”（日本語では「生き生き長寿社会で新風を」と訳された）としたことであつた。WHOはこの考え方を非常に重視し、「アクティブ・エイジングを全世界で実現させよう」「Global Movement for Active Ageing」と言う活動を始めた。その手始めとして、1999年（平成11年）10月2日にグローバル・エンブレイス Global Embrace（直訳すれば、「地球を抱擁する」）という「歩くイベント」を開催した。このイベントは、ニュージーランドから始まり、日本、韓国、中国、タイ、と、世界を一周する形で（つまり地球を抱擁する形で）世界各国で行われた。

しかし、この“active ageing”と言う言葉、あるいは考え方が本格的に全世界に広まったのは、第2回高齢化に関する世界会議 The Second World Assembly on Ageing（しばしば WAA2 と略記される。この論文でも以下この略語を使用する）に、世界保健機関が“Active Ageing…A Policy Framework”と言う文書を提出したことによる。この文書は、WAA2の開催に備えて、2001年に世界保健機関が“Health and Ageing, A Discussion Paper”と題する討議用の資料を作成し、世界各国の多数の専門家に配布して意見を求め、集まった意見を専門家会議（2002年1月、WHO神戸センターで開催）で集約し、タイトルも新しくして“Active Ageing…A Policy Framework”と題する冊子にまとめたものである（この冊子の英語版の全文は <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf> からダウンロードできる）。

WHOは、この文書をWAA2への“WHOの貢献”として会議に提出するとともに、その冊子をWAA2に関連して開かれた Valencia Forum、並びにNGOの世界会議（WAA2の直前に、前者はスペインのバレンシア市で、後者はマドリッドで開かれた）に持ち込んで、それぞれの会議で WHO特別セッションをもち、この文書で言う“active ageing”と言う考え方について詳しく解説し、また大量に配布した。世界中の高齢者福祉関連の行政官や老年学者などが多数集まっているところで、WHOでこの問題を直接担当している Dr. Alexandre Kalache が熱弁をふるって active ageing の理念とそれを実現するための政策について説いたので、その影響は非常に大きく、その後“active ageing”と言う言葉は急速に世界中の関係者の間に広まった。実際のところ、筆者（過去20年くらいWHOの「高齢者の健康に関する専門委員会の委員であつた）も、Valencia Forum で Dr. Kalache から直接話を聞くまでは active ageing という考え方の重要性についてはっ

きりとは認識していなかった。

当然のことながら、この考え方はWAA2の報告書の主要な内容である Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (マドリッド国際行動計画) (この文書の英語版の全文は <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/> でダウンロードできる) にも反映されている。しかしこの行動計画は前文と本文で44ページもある膨大なものである上、高齢者問題のあらゆる側面を取り上げているので、“active ageing” についての直接の言及はごくわずかしかない。しかし全体にわたってその考え方が貫かれている。

<healthy ageing と active ageing——どこが違うのか>

高齢者の健康に関しては、これまで healthy ageing 健康長寿ということが強調されていたことはご承知の通りである。しかし、ほとんどの高齢者にとって70歳以上ともなれば、医師に常時的にかかっているかどうかは別として、何らかの病気を持っているのが普通である。健康の定義としては、世界保健機関が設立後間もない1951年に定めたものが古典的定義としてよく知られている。念のためにWHOの健康の定義を引用しておく。

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." 「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない」(昭和26年官報掲載の日本語定義)

この定義は、常識的には非常によい定義のように思われるが、最近では公衆衛生学や老年医学の専門家の間では必ずしも評判がよくない。その理由は、平均寿命80歳前後と言うような長寿社会では、前期高齢者については、病気があるということと行動的な日常生活を送ることができることとの間の因果関係は、非常に薄くなっているからである。たとえば世界一の長寿国で、健康寿命でも世界最長の日本では、65歳以上の高齢者の65%以上は調査時点で「定期的に通院中の病気」を持っている。65歳から74歳の前期高齢者でも、通院者率は男で44%、女では50.6%に達する。ところが日常生活、その中でも“外出に影響がある”ような病気や障害のある人の割合をみると、65歳以上の人全体で10.4%にすぎない。65-74歳の前期高齢者ではわずかに6.8%にすぎないのである。(以上のデータは2001年の国民生活基礎調査による)

たしかに healthy ageing (健康長寿) ということは誰でもが望む理想であるが、人間は生物であるから、老化の進行とともに何らかの疾病を持つようになることは避けられない。そのようになる時期は人によって違ふし、また医学の進歩により、発症の時期を遅らせることは今後ともある程度可能ではあろうが、それには自ずと限度がある。しかも、多くの先進国ではその限度に漸近線で近づきつつある。冷静に、理論的に考えれば、高度の長寿社会は実は高度の健康長寿の社会とはなり得ないのである。つまり高度の長寿社会になって後期高齢人口の比率が高くなれば、有病者の比率も上がらざるを得ないのである。そう

であるとすれば、病気をもちながらも可能な限り活動的な生活を送るようにすることを考えるべきである、ということになる。

最近亡くなった東大名誉教授で社会保障審議会の会長をつとめられ、日本の社会保障制度の改革に大きな貢献をされた隅谷三喜男氏（2003年2月22日逝去、享年86歳）は、16年前の1987年1月にガンの告知を受け、3回の手術と25回の放射線照射を受けながらも、友人、知人に自分がガンにかかっていることを公表して、その後の人生についてまず「第1次5カ年」を作って友人・知人に公表した。92年には無事5年目を迎え、さらに第2次3カ年を立てられたとのことである。実際にはその後も積極的で活発な人生を送られ、ガンと共存しながら、告知後実に16年も社会のために尽くされた。（阪大教授大熊由紀子女史の03年3月16日付け email 情報による）

隅谷先生には及びもつかない平凡人ではあるが、筆者自身のことを言えば、最近5、6年は内科から高血圧、泌尿器科から前立腺肥大、耳鼻科から慢性鼻炎の治療を受け、毎日欠かさず服薬する生活である。しかし日常生活ではWHOの古典的な定義での健康を保持している中年の人とまったく同じように、多忙な職業生活を送っている。

隅谷先生のような例をみれば、“active ageing” というスローガンが目指している老後の過ごし方が、医学・医療の進んだ長寿社会のあり方として実にふさわしいということが実感されよう。

このように病気をもちながらも長生きする時代となったのであるから、“healthy ageing” ということもさることながら、一つ、二つの病気があっても、また心身に障害があっても、それを乗り越えて積極的、活動的な生活を維持しながら齢を重ねてゆくことを重視する“active ageing” の考え方が大切であることは論ずるまでもあるまい。

世界保健機関の提唱する“active ageing” という考え方は、長寿社会を達成した高齢化先進国の経験から出てきたものである。そのための具体的な生活スタイルとして、active participation とか volunteer という考え方が強調されている。これらは国際連合やWHOに言われるまでもなく、日本ではかなり前から強調され、また具体的な施策が採られていることである。

第2節 高齢者の社会参加、相互扶助活動の可能性

さて、与えられた本題に入ろう。この論文の前半で解説したとおり、長寿社会を実現した国での高齢化のあるべき姿は“active ageing” である。またその可能性については、数字をあげて説明したように、65歳から74歳までの前期高齢者では、外出に支障があるような病気や障害のある人はわずかに6.8%しかいない。また“active ageing” を志向し実践することが、老化による衰弱の進行を少なくとも多少は防げることはたしかにである。

<社会の変化は高齢者の積極的参加を求める>