

《基調講演》

“公民館活動”という名の地域福祉ガバナンスー私がスウェーデンと松江で学んだこと  
Community Welfare Governance based on Community Center District (Kominkan-ku):  
What I learned from Matsue and Sweden

齊藤 弥生  
Yayoi SAITO

日 時 平成31年2月16日（土）13:10～14:40  
場 所 島根大学松江キャンパス 大学ホール

島根大学人間科学部福祉社会コース創立 20 周年、誠におめでとうございます。国立大学で社会福祉士養成コースを持つ大学は限られており、ここで学ばれた優秀な卒業生の皆様が山陰地域の社会福祉を支えておられることを思うと、福祉社会コースがいかに地域に根差し、貢献してきたかを感じ、尽力してこられた教員と卒業生の皆様に改めて敬意を表します。

本日のテーマは「新たな福祉社会の構築ー地域づくりの視点からー」ですが、私の講演には「“公民館活動”という名の地域福祉ガバナンス」というタイトルをつけました（スライド1）。後半のシンポジウムでは、社会福祉の現場の第一線で、社会福祉士として活躍する卒業生の方々がそれぞれの実践について話されます。私は前座として、そのような福祉実践の背景にある考え方に焦点を当てて議論します。私の研究分野は、社会福祉学のなかでも地域福祉、高齢者介護の領域です。もとの専門が政治学、行政学だったこともあり、残念ながら、社会福祉士の資格は持っていません。

本日はまず介護保険制度で目指されている「地域包括ケアシステム」から問題提起をします。そして私が1990年代から研究を続けている、スウェーデンの包括ケアとそれを支えるスウェーデンの地域社会の様子を紹介します。次に、日本の「地域包括ケアシステム」構想では「互助」や「自助」が推奨されていますが、日本の高齢者の意識はこれに反応しているかどうか。国際比較調査の結果を用いて、日本の高齢者の近所付き合いの特徴や高齢者の経済生活の状況をご紹介します、議論したいと思います。そしてそれらを踏まえ、松江の地域福祉の特徴を「公民館を核とした地域福祉ガバナンス」という視点で議論し、まとめます（スライド2）。福祉社会コースの加川充浩先生は長年にわたり、松江市の地域福祉に深く関わっておられますが、私は地域外の地域福祉研究者として、年に1～2回は松江市を訪れ、その活動を学ばせていただき、早10年を過ぎたところです。

## 1. 介護保険制度の「地域包括ケアシステム」を巡って

### （1）気になること： 介護保険サービスは増えている、しかし利用率は下っている

この図は、今、政府が力を入れる「地域包括ケアシステム」の姿です（スライド3）。中心に高齢者がいて、自宅または「サービス付き高齢者向け住宅」に住んでいる。「サービス付き高齢者向け住宅」は今、厚生労働省と国土交通省が力を入れて増設しています。「地域包括ケアシステム」では介護が必要な人には介護、医療が必要な人には医療が使えることを目指します。生活の質を高めるために文化的な生活を送ることができ、地域で暮らすという視点は重要で、地域には老人クラブや自治会やボランティア、NPOが活発に活動し、生活支援や介護予防を担っていくことが期待されています。「地域包括ケアシステム」では、これらの活動やサービスがおおむね30分以内で利用で

きる、つまり日常生活圏域という考え方のもとに、団塊世代が75歳となる2025年を目標に、全国各地でその構築が目指されています。

このような政策の流れの中、私が気になる点を少し整理します。2000年に介護保険制度が導入されてから、介護サービスはどれだけ増え、どのように利用されているのでしょうか。このスライドの右のグラフは厚生労働省がよく使うグラフです(スライド4)。2000年4月当時のサービス利用者は全体で149万人でしたが、2015年には512万人になり、約3.4倍に増えました。確かに昔に比べて、デイサービスの送迎バスや訪問介護事業所の看板はよく目にするようになり、介護サービスは増えています。しかし、左のグラフを見てください。このグラフは介護保険統計を使って私が作成したのですが、サービス利用者数を80歳以上人口で割った数字で、80歳以上高齢者のサービス利用率の推移を示します。訪問介護では、介護保険制度開始直後の2001年から2005年までは、80歳以上高齢者の約3割がサービスを利用するようになり、利用率は確かに伸びていました。しかし2005年の制度改革を経て、訪問介護の利用率は徐々に減ってくるのがわかります。つまり、高齢者数の増加に伴い、サービスの供給量は増えていますが、利用率はむしろ下がっています。介護保険施設の利用率は、制度が導入当初から微減の状態が続いています。

その要因として80歳以上高齢者の要介護率が下がったとは考えにくく、施設では介護保険施設に限らず、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅という、民間主導の選択肢に利用が広がっています。訪問介護については、政府の「地域包括ケアシステム」報告書(2017)では、掃除などは民間企業のサービスの自費購入を推奨しています。しかし高齢者や家族からみればお金がかかります。そのため、介護保険制度により、家事支援サービスとして一度、外部化した家事が再び家族が担う役割として戻ってくる、「再家族化」(re-familialization)という現象も指摘されています。介護を理由とする退職者は全国で10万人を超えており、家族の介護負担はじわじわと増えているのではないのでしょうか。社会保険制度の財政が緊縮する中で、政府が「地域包括ケアシステム」を目指すことの意味に注目することが必要です。

## (2) 「地域包括ケアシステム」で推奨される「自助」と「互助」

「地域包括ケアシステム」では、「自助」「互助」「共助」「公助」という役割分担が示されています(スライド5)。介護保険制度の創設期には「これからは共助の時代」として、介護の社会化が目指され、その財源として社会保険制度の必要性が議論され、そのため費用負担には多くの人々が賛同しました。しかし「地域包括ケアシステム」では、「自助」と「互助」が推奨されています。私が高齢者介護の研究を始めた1980年代半ば頃の「自助」の説明は「自分でする」あるいは「家族がする」ことでしたが、「地域包括ケアシステム」では市場サービスの購入も含まれると記されています。特に見分けのつきにくい「互助」と「共助」の違いについて、「共助」は社会保険制度による財源の裏づけがあるもので、「互助」は相互に支え合うという点は「共助」と共通するが、「互助」は費用負担の制度的に裏づけがない、自発的なもの」と説明されています。つまり、「地域包括ケアシステム」では「自助」「互助」といった公的な財源の裏づけのない部分がますます重要になる、というわけです。

そうした中で、多様な主体による生活支援、介護予防サービスの重層的な提供というテーマが出てきました(スライド6)。先ほどの地域包括ケアシステムの図(スライド3)にもありましたが、地域のさまざまな団体によるさまざまな、いわゆる地域福祉活動を活発にさせていくという方針が出されています。そして、地域住民の活動で高齢者の生活の一部を支えていこうというもので、市町村には

住民の活動をバックアップしていく役割が求められています。

## 2. スウェーデンの包括ケア

### (1) スウェーデンの留学中にみたこと、学んだこと

「小地域で高齢者の生活を支える」という「地域包括ケアシステム」の考え方の背景には、スウェーデンの包括ケアの考え方があると考えられます(スライド7)。1990年代の高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）は1994年までに各市町村が老人保健福祉計画を策定することを求めました。これから高齢社会では住民に最も身近な市町村がその基盤整備を行っていく、その考え方の背景には北欧諸国の包括ケアモデルがありました。1990年に「在宅介護支援センター」が事業化され、中学校区単位という小地域単位の考え方が生まれ、2000年までに全国に1.7万カ所の設置が目指されました。介護保険制度以降は「在宅介護支援センター」は2005年の介護保険法改正で「地域包括支援センター」へと形と機能は変わっていくわけですが、30分圏内でコンタクトがとれる小地域でサービスの整備を行うという考え方は続いています。（「在宅介護支援センター」という名称を使用し続けている自治体もあります。）

私は1990年から1993年までの約3年間、高齢者介護の研究をするためにスウェーデンに留学しました。初めの1年間はスウェーデン南部にあるヴェクショー大学に、その後2年間は島根大学とも学術交流協定があるルンド大学に留学し、ルンド大学で修士号（行政学）を修得しました。当時、留学先と言えばアメリカという時代に、私はスウェーデンを留学先を選びました。1980年代半ばに、日本では「寝たきり老人ゼロ作戦」と政策が始まり、それをきっかけに「スウェーデンやデンマークには寝たきり老人がいない」と報道されるようになりました。当時、高齢者介護を学び始めた私は、日本では寝たきり、寝かせきりのお年寄りがこれだけいるのに、寝たきりがない国なんて本当にあるのだろうか、と思いました。それが私の研究の入り口で、実際にこの目で見て確かめたいという思いで、スウェーデンに向かいました。

確かに日本とは全く違いました。日本の老人病院（当時）には昼間から寝かせきりの高齢者、認知症高齢者がいましたが、スウェーデンにはそのような光景はなく、グループホームで認知症高齢者が普通に暮らす姿を目の当たりにしました(スライド8)。その頃の日本では、グループホームは夢のまた夢で、日本でグループホームが実現することは考えられませんでした。この違いはどこにあるのか、スウェーデンの包括ケアを支える社会基盤に私は大きな関心を持ちました。

### (2) 介護予防を目的とするホームヘルプ

スウェーデンを始め、北欧諸国では、今も昔も、国際比較において、福祉や介護サービスの利用率が高いという特徴があります(スライド9)。スウェーデンでホームヘルプの利用率が一番高かったのは1970年代ですが、当時は65歳以上人口の30%がホームヘルプを使っており、今考えると驚くほど高い利用率を示す数字です。しかし現在、ホームヘルプ利用率は8.6%（2018年）で当時に比べて、格段に減っています。それでも日本の訪問介護利用率は4%程度ですので、スウェーデンでは日本の2倍の利用があるともいえます。介護サービスの利用率が下がっているとはいえ、世界的に見ればスウェーデンのホームヘルプ利用率はまだ高い。当時から、スウェーデンには予防を重視した24時間対応の包括ケアがあり、必要な人に必要なサービスを届けていました。

そして重要なのは、地方分権による自治体の大きな裁量で、24時間対応の包括ケアを自治体の責任で行うことが大きな特徴になっています。スウェーデンにおいて、福祉の基本法は社会サービス

法ですが、同法2章2条は「コミューン（基礎自治体）は地域内に住む住民が必要な援助を受けることができるよう、その最終責任を負う」と規定しています。スウェーデンのコミューン（日本の市町村にあたる）は、地域住民の生活に対し、必要な援助を行わなければならない、24時間対応の介護サービスの整備は不可欠です。

ホームヘルプの予防的な使われ方とはどのようなものか。私にはルンド大学社会福祉学部在籍する、70歳を超えた社会人大学院生の友人がいました。彼女は若い時、大学進学を希望していましたが、家庭の事情で願いが叶わず、銀行に勤め、定年まで働きました。タイプライターの打ち過ぎで彼女の指は腱鞘炎で、はさみもうまく使えず、指に力が入らない人が使うはさみを使っています。老眼のため大きなルーペも必要です。窓をあける鍵を自力であけられず、力がなくても開けることができるよう、手すりつけてもらっています。コミューンは無料で補助器具を貸し出し、無料で住宅改修を行います。このようにコミューンから、さまざまな支援を受けて、彼女は大学院で修士論文に取り組んでいました。

私が一番驚いたのは、彼女の家には週に2回、ホームヘルパーが掃除と洗濯にやってくることでした。日本では、重度の介護を必要とする高齢者宅でさえ、ホームヘルプの訪問は週2回がやっと、という時代でした。私は思わず、ヘルパーさんに「彼女は大学に通えるぐらいお元気なのに、なぜホームヘルプが利用できるのか」と尋ねました。ヘルパーさんの答えは「もし私がここに来なければ、彼女は掃除や洗濯で疲れ、大学で勉強を続けることができなくなる」と言うのです。「日本だったら、大学に行く元気があるなら、掃除ぐらい自分でしなさいと言われる」といって、笑い合った経験があります。ホームヘルプという介護予防の考え方を私はルンドで初めて知りました。スウェーデンで行われているホームヘルプの概念は日本とは全く違うものでした。

### （3）包括ケアの経済的合理性

包括ケアシステムでは、朝、ホームヘルパーがやってきて、リフトを使って、高齢者をベッドから車椅子に移動させます。夜間はホームヘルパーが町の中を巡回し、必要な高齢者の家を見守りのために訪問する。一人が不安な高齢者は緊急アラームを持ち、アラームを押せばホームヘルパーが20分程度で駆けつける。糖尿病の高齢者宅には訪問看護師が訪問し、インシュリンの注射を打つ。スウェーデンの高齢化率は、1990年代初頭の当時、世界で最も高い17%で（当時の日本は14%）、病院や老人ホームはいくつあっても足りない。包括ケアは「地域ごと老人ホームにする」という構想だと思いました。地域の道路や路地が老人ホームの廊下の代わりで、ホームヘルパーや訪問看護師は車で高齢者宅を定時にあるいは必要に応じて訪問する。スウェーデンでは1990年代中頃には、このような小地域単位の24時間対応の包括ケアが、多くのコミューンですでに標準装備となっていました。末期がんの患者も自宅で最期を暮らすという自己決定のもと、在宅で医療を受けながら安心して暮らすことができ、医療が包括ケアに統合されるという時代でもありました。

在宅ケアの充実が高齢者の自己決定を保障するだけでなく、財政的にも合理的な選択肢であることは科学的にも実証されていました(スライド10)。1977年のアメリカの研究は、高齢者が施設を利用する場合の要介護度別コストを比較し、要介護度が低い人が入所して施設ケアを受けると費用はより高つくこと、要介護度が高い人の場合は施設ケアの方が費用はかからないというように、費用面で見ると軽度の方は在宅ケア、重度の方は施設ケアが財政的には合理的選択であることは明らかでした。軽度の方はできるだけ地域で生活ができる方が、本人の希望をかなえることができ、同時に社会的コストも安い。重度の介護が必要な場合、認知症の場合は、在宅よりも集合住宅やグルー

プホームが本人に安心感を与え、同時に社会的コストも安い。スウェーデンでは、このような研究と試算をしながら、財政的にも合理的な選択を行っていました。当時の日本では夢と考えられていた認知症高齢者向けグループホームですが、スウェーデン政府が急ピッチで増設した理由は、認知症高齢者の生活の質の向上だけでなく、社会保障の効率的な運営を考えていたからでもありました。

さらにスウェーデンで、研究者や行政がこだわっていたのはホームヘルパーの移動距離の短縮でした。多くの国々では、利用者の事業者選択の自由が強調され、ホームヘルプはバラバラに提供されています(スライド11)。日本の介護保険制度におけるホームヘルプは「選択自由型」の仕組みです。距離が遠い利用者でもA社を選ぶことができます。結果として、地域では事業者間の利用者獲得競争が激しくなり、ホームヘルプやデイサービスは無秩序な供給体制となっています。「選択自由型」のホームヘルプやデイサービスの編成では、移動コストを考慮せず、移動コストは事業者任せであり、多くの場合、直行直帰といった雇用形態でホームヘルパーの個人的な持ち出しに頼っています。

その一方で、スウェーデンやデンマークのホームヘルプは「エリア設定型」の編成で、D地区の高齢者はD社、C地区の高齢者はC社を利用するというように、事業者に対してサービス提供のエリアを限定しています。利用者にとっては事業者選択の自由が制限はされますが、それ以上のメリットがあります。事業者にとって「エリア設定型」は24時間体制を編成しやすく、住民は24時間体制サービスが利用できるようになります。またホームヘルパーの移動時間を少なくし、小地域ごとに利用者との顔見知りの関係をつくることはサービスの質の向上にもつながります。スウェーデンでも民間事業者が増えています。多くのコミュニティで「エリア設定型」は維持されています。

#### (5) 営利事業者の増加

民営化の話ですが、私が留学した1990年代初頭は、ホームヘルプも介護付き住宅も全てがコミュニティ(自治体)直営でした。近年ではストックホルム近隣のコミュニティには約7~8割の介護サービスが民間企業によるというコミュニティもあります。スウェーデンでは、日本の社会福祉法人やNPO法人のような非営利団体の介護サービス事業者は3%程度でほとんどないに等しく、コミュニティ直営か営利法人の二者択一になっている点は日本からみると不思議でもあります。都市部の新聞ではホームヘルプ事業者の広告が並ぶというのが今のスウェーデンです。

スウェーデンでは、投資系介護会社のチェーン店が運営する介護施設で事故や事件報道が続いた時期がありました。2011年から2012年にかけて、カレマケア社という介護企業の不適切な介護が連日のように報道されていました。一つの事例では、カレマケア社が運営する介護付き住宅で、療養中の高齢男性がベッドに拘束された状態で見つかるという事件がありました。新聞には「彼は1時間余り助けを叫び続けていた」という大きな見出しがありましたが、民間委託された施設で、さまざまな事件やトラブルが起きているのも事実です。いずれにしても、コミュニティが最終責任をとるという形は変わっていないことも事実です。

#### (6) スウェーデンのコミュニティ自治

次にスウェーデンの包括ケアを支えるコミュニティ自治について話をしたいと思います。ルンド大学の指導教員は「スウェーデンの高齢者福祉を勉強するには、まずコミュニティ自治を勉強しなさい」といい、コミュニティ議会を始め、政党のミーティングなどさまざまな会合に私を連れてってくれました。もちろん初めは、言葉の壁があり、何が話されているのかほとんどわかりませんでした。

が、その空気を思う存分に感じることができ、それは今でも私自身の財産です。

### スウェーデンの地方分権は「砂時計モデル」

地方分権とコミューン自治は、砂時計モデルとして表現されることがあります(スライド12)。このモデルに示されるように、スウェーデンのコミューンは国と対等の関係で、国は防衛、外交、経済、高等教育、社会保険と領域、つまり国でなければできない仕事に特化していて、生活関連の事業、義務教育や社会福祉は、コミューンという基礎自治体が責任を持って行います。コミューンは市町村、基礎自治体と邦訳されますが、人口規模は小さく、標準規模で1.6万人、つまり日本の中学校区程度の規模ということができます。

### コミューン議員の多くが福祉や教育現場と直結

私が最初に留学したベクショーという人口7万人の中規模コミューンでは、当時、市議会議事堂はなく、市民公園にある会議室で市議会が行われていました。コミューン議員は40人程度でしたが、そのうちフルタイムの政治家は3人で、あとはパートタイムの兼業議員でした。コミューン議員で多いのは、小中学校の教員や高齢者福祉や児童福祉、保育の職員です。これはベクショーに限ったことではなく、どこのコミューンでも似たような状況です。

私がベクショー大学に留学をしていたとき、社会民主党で高齢者政策担当のコミューン議会議員の女性に大変お世話になりました。彼女の選挙用ポスターには「高齢期におけるあなたの権利と安心と選択の自由を」、「社民党を支持して、私たちに信じてください」と党の政策が書かれていました。彼女は午前中に中学校の社会科教員として授業を持ち、午後は老人ホームや高齢者関係の施設を回って、介護職員からヒアリングをし、議論をしていました。

### さまざまな社会グループからの代表者

コミューン議員にはいろいろな方がいます。スウェーデンの選挙はコミューン議会選挙も含み、すべて比例代表制です。障がいのある方や外国籍の方、外国籍の方でも、スウェーデンに3年住み、居住権を持つ人は、国籍を問わず、地方選挙の参政権があります。ですから、外国籍のコミューン議員、18歳から被選挙権があるので高校生の議員もいます。様々な社会グループの人たちが月1回の議会に出席し、給料も時給制で支払われます。スウェーデンのコミューンには、一般の人々が参加しやすい政治と合意形成の仕組みがあります。

ルンドにはコミューン議会の議事堂があり、2階の傍聴席には高校生の姿をよく見かけます。その若者たちは議会に関心があって傍聴しているというよりは、高校で議会の議論の様子についてのレポートが宿題となるようです。

また高齢者評議会、障がい者評議会という当事者による会議があります。新しく介護付き住宅を建てる、介護サービスの料金見直しといった関連の議題は、必ず当事者による評議会の意見を聞かなければならない仕組みがあり、当事者参加が制度化されています。

### 子どもは子どもの権利を学ぶ

コミューン自治の重要性、その財源となる税金の使われ方について、スウェーデンでは小学校の教育で教えられています。小学校高学年の社会科教科書では、税金の使い道について、医療や高齢者介護や福祉、防衛、道路建設などの公共事業、子どもたちの教育に税金が使われていることをわ

かりやすい図で示しています。子どもの権利を扱う章では、絵の中の子どもたちは「子どもには遊ぶ権利がある」、「食事をする権利がある」、「学ぶ権利がある」、「医療を受ける権利がある」、「住む権利がある」と書かれたプラカードを持っています。

その教科書と同じ光景をルンド市役所の前で偶然に見かけました。ルンド市役所の前に10人くらいの子供たちがプラカードを持って立ち、そのプラカードには「学校の教科書を新しくしてほしい」と書かれていました。日本の義務教育では、新学年になると、新しい教科書が配られますが、スウェーデンの小中学校では当時、先輩たちのお下がりを使っていました。ですから、その古い教科書にはメモが書かれて汚れもひどく、ボロボロになっている。しばらくすると役人らしき大人が出てきて、子どもたちに対応をしていますが、これは特別な光景ではないようです。

コミューン議員は選挙が近くなると、各政党の代表者からなる議員団をつくって、高校を回り、地域の課題を示し、それに対する党の意見や政策を提示します。高校生たちからは「スポーツクラブの会費が高すぎる」などの意見が出てきます。各政党の議員の話聞いた後で、選挙本番さながらの模擬投票が行われます。学校では投票の仕組みなども学びます。

### 子どもの時から税金の使い道を学ぶ

『あなた自身の社会』というスウェーデンの社会科教科書が日本語に翻訳されています。私は大学の授業でこの教科書の一部を使用しています。この本のなかで印象深い内容に「なぜ税金を廃止しないのか」という一節があります。そこには次のように書かれています。「給料から税金が差し引かれているのを見るとき、多くの人々が税金さえなければと考えます。しかし、税金をなくせば社会の大部分が機能しなくなるでしょう。税金で集められたお金は国やコミューンが行っている事業に支払われます」。コミューンというのは、今ずっとスライドで見ていただいた自治体、市のことですね。「税金の半分はさまざまな社会サービスに支払われます。学校、保育園、道路、裁判所、防衛、医療などです。残りの半分は、児童手当、就学補助、住宅補助、国民年金の形で直接国民に戻ってきます。これらの補助金のことを一括して所得移転といいます。高い所得のある人から低い所得の人へ税金という形をとって、お金が再配分される」。

スウェーデンの包括ケアシステムの背景には、「地域で決める」という考え方があります。自分の意見を出し、その意見が反映されることが実感できるという仕組みの中で、スウェーデンの人たちは高い税金を納得して払っているように思います。地域住民から税金を集め、その使い方を地域住民で話し合い、それを教育や福祉として地域社会に還元していくという仕組みがコミューンの中に存在しています。

私はこのスウェーデンのコミューン自治は、松江の地域福祉ガバナンスの基盤にあるものと似ていると考えています。詳しくは後ほどお話します。

## 3. 国際比較から見た日本の高齢者

### (1) 日本の高齢者の「近所づきあい」は？

日本の「地域包括ケアシステム」に戻りますが、ここでは「自助」と「互助」は推奨されています。日本の高齢者は、果たしてそのような意識を持っているのでしょうか。内閣府の「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」の調査結果をもとに、国際比較の視点から、日本の高齢者の意識とその現状を議論します(スライド14)。この調査は内閣府が1980年から5年ごとに実施しており、インターネットで簡単にダウンロードができます。2015年には、日本、アメリカ、ドイツ、スウェーデ

ンの4カ国で、いずれの国でも60歳以上高齢者1000人を対象に、現地語による個別面接聴取調査を実施しています(スライド15)。

調査では、家庭生活の状況から健康・福祉、経済生活、就労、住宅、生きがい、不安、生活満足度、政策に対する態度まで幅広い設問がなされていますが、「地域包括ケアシステム」に関連する項目を調査結果から取り出して整理します。

まず世帯構成です(スライド16)。日本では高齢者の独居、高齢夫婦世帯が増えていると言われますが、スウェーデン、ドイツ、アメリカに比べると、まだ子ども、あるいは子ども世帯との同居が48.1%で多くなっています。しかしこの調査は60歳以上の人を対象にしているため、60歳代前半の夫婦が20～30歳代未婚の子どもと住むケースも含まれていることを考慮しなければなりません。

「あなたはふだん、近所とどのようなおつき合いをなさっていますか」という問いに対し、回答には、お茶や食事を一緒にする、趣味をともにする、相談ごとをするなどの選択肢があります(スライド17)。「地域包括ケアシステム」で「互助」を推奨する視点からみれば、「相談ごとをする」、「ちょっとした用事を頼む」、「病気の時、助け合う」という選択肢の数字が高くなってほしいものですが、結果は逆で、日本の高齢者ではこの数字が低くなっています。

「相談ごとをする」では、スウェーデン31.2%、ドイツ48.3%、アメリカ28.3%に対し、日本は18.6%で最も低い数字です。日本の高齢者は諸外国に比べて、近所の人には「相談ごとはしていないようです。興味深いのは、日本では「物をあげたり、もらったりする」という選択肢が41.9%で、スウェーデン24.3%、ドイツ14.3%、アメリカ18.4%に比べ、多くなっています。近所づきあいの捉え方について各国で違いがみられます。日本には周りへの気遣いの形として、お中元やお歳暮などの慣習があるように、近所にお土産を届けたりします。また「ちょっとした用事を頼む」ことや「病気の時、助け合う」ということも諸外国に比べて少なく、逆に近所には迷惑をかけたくない、という気遣いが強いようにもみえます。

日常生活に必要な作業を頼れる人の存在(スライド18)ですが、「あなたは病気のときや一人ではできない日常生活に必要な作業、電球の交換や庭の手入れなどが必要なとき同居の家族以外に頼れる人がいますか」という質問に対して、どの国も「別居の家族・親族」に頼る人が一番多いのですが、日本では「友人」や「近所の人」を頼りにしている高齢者は2割弱に満たないばかりか、「頼れる人がいない」という高齢者が16.1%もいます。スウェーデンを始め、あまり近所づき合いがなさそうに見える欧米諸国に「友人」や「近所の人」を頼りにしている高齢者が意外と多いことも興味深い点です。

「地域包括ケアシステム」では「互助」が推奨されていますが、日本は諸外国に比べて、困りごとは血縁に、という文化が、今でも根強いことがわかります。超高齢社会においては、近くの人との付き合い方を身に付けなくてはならず、日本の高齢者の意識がそこまで追い付いていないことを数字が示しているようにみえます。

## (2) 日本の高齢者の経済生活は？

「老後の生活における生活費について、あなたは主にどのように賄われるべきだと思いますか」という質問では、「家族や公的援助に頼らないように自分で貯金して準備すべき」という高齢者が45.7%、そして「社会保障など公的援助で賄うべき」という高齢者が44.9%で、両者は拮抗しており、この傾向はアメリカの高齢者と似ています(スライド19)。一方で、社会保障が手厚いと言われるスウェーデン、ドイツでは「社会保障」という高齢者が多く、スウェーデンでは75.3%、ドイツで

も50.3%と高い数字です。

自分たちで準備するというがどれだけ準備しているかを問うのが次の設問で、「あなたは50歳代までに老後の経済生活に備えて何かしていましたか」という内容です(スライド20)。日本の高齢者には「預貯金」をしていた人が46.6%いますが、日本の高齢者には「特に何もしていない」人が42.7%もあり、これは衝撃的な数字です。(今は必ずしもそう言いきれないと思われませんが)老後の経済的心配はいらないと言われるスウェーデンでさえも、民間の個人年金、投資信託や株式保有などで老後に備える人は増えているようで、「特に何もしていない」人は25.4%にとどまっています。

さらに「現在の貯蓄や資産は今後あなたたち夫婦の老後の備えとして十分だと思いますか」という設問に対して、日本では「十分」(「十分」+「まあ十分」)という回答が37.4%、逆に、「足りない」(「やや足りない」+「全く足りない」)という回答が57.0%にもものぼっています(スライド21)。スウェーデン、ドイツ、アメリカは日本とは正反対で、いずれの国も「十分」(「十分」+「まあ十分」)という回答が7割前後になっています。

日本の高齢者の半数近くは「家族や公的援助に頼らないように自分で貯金して準備すべき」と考えているにもかかわらず、実際には50歳代までに老後の経済生活への備えをしてこなかった人が4割強もいます。これをどう考えるか。日本の高齢者は、困った時は子どもが助けてくれると信じている、のん気な人が多いのかと思ってしまう。しかし冷静に考えると、決してそうではなく、40歳代から50歳代は子育てや子どもの教育費にお金がかかるので、自分の老後のために備えている余裕はなかった、ということだと推測できます。

「地域包括ケアシステム」も日本の社会保障制度の一部ですが、老後の安定した経済基盤がなければ、要介護者の「自助」は成立しません。公的年金制度で老後の安定した経済基盤を求めるのが困難であれば、人生設計の中で他の方法をどう組み立てていくのかを考えていかなければなりません。超高齢社会に向けた意識改革や老後の経済設計の再検討等の準備が他国では行われていますが、日本では行われていないということが数字から推測されます。

### (3) 社会保障給付の国際比較にみる「神話」?

今でも日本では、スウェーデンは高福祉高負担の国といわれます。しかし社会保障給付の部門別国際比較では、その状況は変わってきていることがわかります(スライド22)。社会保障給付ではフランスがスウェーデンを抜いていますし、アメリカ以外の国は大きな差がないことがわかります。このグラフでは日本の社会保障給付がヨーロッパ並みに増えているようにも見えますが、日本はこれらの国よりもはるかに高齢化率が高く、日本の社会保障給付がヨーロッパ並みになったと簡単に言うことはできません。

このグラフで着目したいのは、社会保障給付の大きさというより構成比率です。社会保障給付の部門別構成比率も国により大きく異なります。日本では年金の構成比率が約5割ですが、スウェーデンで福祉の構成比率が約4割5分です。社会保障給付に対する人々の満足度、生活に対する安心感は社会保障の給付量だけではなく、その給付構造も影響しているように思います。日本では社会保障給付の構成比には課題があると考えられ、人々が安心感を得られる効果的なバランスを考える必要があります。

「地域包括ケアシステム」で「自助」「互助」が推奨されるなかで、改めて日本の高齢者の意識や暮らしぶりを振り返ってみると、日本では超高齢社会に備えて、私たち自身の意識も準備できていないことが浮かび上がってきます。

#### 4. 公民館を核とした地域福祉ガバナンス：松江の地域福祉の特徴

##### (1) 松江の地域福祉ガバナンスとの出会い

同志社大学社会学部教授の上野谷加代子先生は、松江市地域福祉計画策定委員会委員長として第1次計画から第3次計画の策定に尽力し、第4次計画からは加川充浩先生に委員長が引き継がれました。私は関西の研究会で、上野谷先生からいつも松江の地域福祉の話聞かされていて、その関心から松江に行きたいと思い、実現したのが2007年頃だったと思います。それから私は松江の地域福祉に魅せられて、年に1～2回の訪問を続けています。なぜ松江に私がここまで惹かれるのか(スライド23)。私は初めて松江でいくつかの公民館を訪問した10数年前、前述したスウェーデンのコミュニケーションを見ているように思いました。

##### (2) 地域福祉の考え方

さて地域福祉研究では、まず地域福祉は、「地域の福祉」と違うことにこだわります。地域福祉は「地域社会を住民の生活の営みの場であるとして、生活の形成過程で住民が福祉への目を開き、地域における計画や運営への参加をとおして、地域を基礎とする福祉と自らの主体力の形成、さらに、新たな共同社会を創造していく、固有の領域」(右田2005:12)と説明されています(スライド24)。地域で高齢者福祉をやれば地域福祉といえるか、といえば決してそうではありません。そこでは地域住民が主体として関わる必要があり、その取り組みが新たな共同社会をつくるきっかけになる。このような発想に立つことが地域福祉研究です。

さらに、「地域福祉は新たな質の地域社会を形成していく内発性を基本要件」(右田2005:17)とします。右田(2005)によれば、内発性とは内発的な力(マハト)です。「マハト」はドイツ語で「力」という意味ですが、内発的な力とは地域社会を形成していく力、主体的にかかわる力、共同で何かに取り組む力、いろいろなものを分かち合いながら連帯をしていく力、自分たちの地域のことを自分たちで決めていく力などを指します。いわゆる「地域の福祉」は地域で行われる福祉サービスや活動であって、そこまでは問われません。松江において公民館を核として展開される地域福祉活動には、この内発性がみられます。地域福祉とは何かについては研究者により諸説がありますが、私は「自治型地域福祉論」と呼ばれる右田紀久恵先生(大阪府立大学名誉教授)の理論をよく引用します。

##### (3) 社会教育と地域福祉の一体化

地域福祉研究者からみると松江市の公民館活動は地域福祉ですが、教育学者からみると社会教育で福祉ではありません。しかし社会教育と地域福祉の協働で成り立っているのが松江市の公民館活動であると思います。故福間敬明先生(元松江市<sup>いんべ</sup>本部公民館館長)にはこれまでに何度もお話をうかがいましたが、「公民館というのは、いわゆる生涯学習ということだけではなく、子どもの健全育成、環境の問題、高齢者の福祉、乳幼児の問題などのさまざまな地域課題について学習し、それを実践して、住みよい地域づくりを行うところです。(中略)公民館活動は、もともと「地域福祉」を内包しているということなのです」(福間2006:162)(スライド25)と述べています。

松江では「一体的に運営する」という言葉をよく聞きますが、松江市の公民館は社会教育と地域福祉を一体的に運営しています(スライド26)。社会教育は教育基本法第7条で規定される教育機関ですが、第20条には「(前略)公民館とは社会福祉の増進に寄与することを目的にする」とも書かれて

います。

#### （４）2017年社会福祉法改正で地域福祉計画策定は努力義務に

地域福祉は、社会福祉法第4条で「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、（中略）地域福祉の推進に努めなければならない」と規定されています。2017年に社会福祉法改正があり、第107条と第108条では市町村に対し、市町村地域福祉計画の策定について努力義務を課すこととなりました。地域福祉計画の策定については、2000年の社会福祉法改正で規定されましたが、策定はあくまでも任意であり、市町村の努力義務には踏み込んでいませんでした。そのため、まだ約2割の市町村には地域福祉計画がありません。そこで2017年の改正では、地域福祉をさらに推進するために自治体に計画策定の努力義務を課したわけです。

#### （５）松江市における公民館活動と地域福祉活動一体化のプロセス

松江市では、歴史的にみても、長い時間をかけて公民館活動と地域福祉活動の一体化が意図的なのか、または目指されていたのか、あるいは自然の流れなのかがわかりませんが、いずれにしても両者の一体化が進んできました。

図は地区の社会福祉協議会（以下、地区社協）と公民館の動きをまとめています(スライド27)。1952年に公民館が市役所、支所に併設で始まり、やがて1960年代に公民館は自主運営方式になります。それは松江市が財政再建団体となり、財政事情の悪化に伴い、市が公民館を丸抱えで運営していくのは困難になり、地域ごとに運営を任せる自主運営方式になったと聞いています。その頃の資料をみると、公民館の事業費は年にわずか3~4万円で、主な仕事は苦情の受付ぐらいだったようです。

松江市には地区社協が29団体ありますが、初めの頃、地区社協は、松江市社会福祉協議会の分会として設立されました。それが分会ではなく、地域で独立した団体としての地区社協へ変わっていききました。

初め公民館と地区社協は「エリアが同じ」というだけの関係でしたが、1970年代から1980年代には高齢化が進み、地域ボランティアの養成が社会の課題となってきました。その流れのなか、松江市社協は「福祉協力員」という新たな仕組みをつくり、地区社協ごとに福祉協力員の配置を目指しました。配置といっても、「福祉協力員」になる地域住民を地道に募るわけですが、そういう中で公民館活動をする住民と地区社協の活動をする住民が一緒になり、活動自体も徐々に一体化していききました。

そして1997年に松江市では、各公民館に「地区保健福祉推進職員」を配置します。公民館に地域単位の福祉職員を配置するようになり、結果として、公民館の職員が増員されました。公民館館長が地区社協の役員を兼務するようになり、公民館を拠点とした地域福祉活動が定着していききました。これを松江の関係者は「公民館活動と地域福祉活動の一体化」と呼んでいます。

#### （６）活動体としての公民館の構造

図は松江市の公民館の運営体制を示しています(スライド28)。公民館区はおおむね小学校区と地区社協の活動エリアが同じです。市内に29地区あり、人口規模は1300人から1.6万人までさまざまです。公民館は地区住民が主体でつくられた公民館運営協議会という組織により運営され、市が指定管理者制度に基づき、公民館運営協議会に公民館の運営を委託する形式となっています。

ガバナンス構造の特徴として、松江市の公民館には、地域住民による意思決定の仕組みがあります。年間行事は公民館運営協議会の中で決められ、第5次まで進んだ地区地域福祉活動計画もこの単位で策定しています。そして松江市の公民館は活動資金、自主財源を持っています。その結果、公民館活動は社会教育や福祉だけにとどまらず、環境問題、安全、地域防災、子育て支援など、あらゆる層の人々が集まっており、公民館自体がそういった活動体になっています。

各公民館には公民館長、主任、主事、そして1997年からは保健福祉推進職員が配置されています(スライド29)。1万人を超える規模の公民館区では1人増員され、5人の職員が常駐する公民館もあります。公民館運営協議会には、会長、副会長、各自治会会長、地区社協会長、老人会代表、PTA代表、福祉委員代表、青少年育成会代表、女性会代表というように、地域の各種グループの代表が入って公民館運営協議会が構成され、年間の事業計画や予算の決定をしており、公民館区の一つの意思決定機関になっています。そして公民館組織には総務部、環境部、女性部、福祉部などの部局があり、それぞれの活動が行われています。

松江市市民はそれが普通だと思っておられるかもしれませんが、私が生まれた東京や現在住んでいる京都、仕事をしている大阪から見ると、全然違うしくみが松江市にはある。そもそも大阪市には公民館がありません。人口17万人の京都府宇治市には5つの公民館がありますが、館長は市役所職員か市役所職員OBです。宇治市の公民館では市民活動が活発ですが、どちらかといえば趣味や文化活動が中心で、地域住民が年間行事や予算を決め、自分たちで公民館費を払って運営するという仕組みはありません。

#### (7) 地区活動の自主財源

さらに興味深いのは、公民館の自主財源と財源構造です。図は2006年の公民館運営費の収入のイメージです(スライド30)。小規模な公民館の予算イメージですが、市費が約93%、そして地元から集めるお金(地元費)が7%です。松江市市民は公民館費を払うのは普通と思っていると思われますが、例えば京都の宇治市に住む私は公民館費を払う必要はありません。地域住民が公民館費を払う自治体はそう多くないと思います。もちろん松江市でも公民館の運営予算の多くは、松江市が支出しており、社会教育機関である公民館ゆえに社会教育事業としての運営費があり、人権同和教育の運営費、また福祉部局から福祉推進事業の運営費があり、これは保健福祉推進職員の人件費だと思われれます。公民館長の人件費は別途、教育委員会から支給されています。

さらに松江市の公民館には地区社協をはじめ、PTA、老人会、女性会等、様々な地域活動があるので、それぞれの活動予算を総合すると、公民館のイメージを超える規模の予算で事業が運営されているといえます。

また私が初めて知った松江市の地域福祉活動の財源に、篤志寄付金があります(スライド31)。松江市では、葬儀の香典返しの一部を社会福祉協議会に寄附するという習慣があることを知りました。篤志寄付金は年間約3000万円が集まるそうですが、それは松江市社協に集められ、そのうちの約半分は地区社協に配分され、地区社協の地域福祉活動の貴重な財源となっています。地域援助費は地区社協ごとに行われる高齢者を中心とした「なごやか寄り合い事業」などに使われ、これも地区社協に行くお金ですから、篤志寄付金の相当部分が地区社協の活動財源になっていることがわかります。

松江市の公民館区には意思決定のしくみがあり、そして地域活動の財源があります。29地区には、人口1600人の地域もあれば、1万6000人の地域もありますが、それぞれが地区地域福祉活動計画を

つくっています。人口1600人の地域でなぜ計画づくりができるのか、というのが、10年前の私のリサーチクエストでしたが、松江市の公民館区は小さい単位でも、しっかりとしたガバナンス構造があるということが一つの答えでした。

#### （8）公民館区を越えた新たなつながりづくり—JA、生協、社協

さらに興味深いのが、7～8年前から、地域を越えたつながりが始まり、JAまつえ、生協まつえ、松江保健医療生協、松江市社会福祉協議会、島根県社会福祉協議会など、地域福祉の活動主体が集まって、新たにつながりを広げる動きがみられます。皆さんで勉強会を重ね、2014年に「地域つながりセンター」を立ち上げ、勉強会をしたり、地域に密着したユニークな事業を始めています。地域で活動するさまざまな団体による新しい協働が始まっています。

例えば、大庭<sup>おおば</sup>地区には松江保健生活協同組合の介護医療院・虹（「老人保健施設・虹」から名称変更）があります。施設では、施設内で空いているデイルームを何か地域のために使えないだろうかと考えていました。その流れの中で、このデイルームで子ども食堂「なないろ食堂」を始めることになりました。この地域に住んでいる子どもが集まりますが、「つや姫」というTシャツを着た男性はJAしまねからの参加です。赤いエプロンの方々は生協しまねからの参加で、市社協や県社協からの参加もあります。松江市にみる公民館活動では、従来の活動に新たな活動主体として協同組合や社会福祉協議会など、公民館区を越えて活動する人たちが支援に入る、あるいは一緒に活動を行うと動きが始まっています。

そして、その活動は新たな社会的価値を生み出していますが、その一例がこの「なないろ食堂」です。また、地域の若者を支援する任意団体「すまいるーねっと」の皆さんが「なないろ食堂」に参加することでJAの方に出会い、JAしまねを通じて、ぶどう農家の方とつながることができました。若い人たちがぶどう農家の仕事を始めました。「農福連携」といわれますが、地域団体のつながりから、新たな活動が始まっています。

#### （9）「チーム古志原<sup>こしはら</sup>」という包括ケアネットワーク

包括ケアの話では、昨日ヒアリングにうかがって聞いた新しい話があります。人口1万6000人の古志原地区を訪問しました。古志原公民館では「チーム古志原」という包括ケアネットワークを立ち上げました。（スライド32）。「チーム古志原」の正式名称は「暮らしを守る助け合いのネットワークづくり検討会議」ですが、公民館が中心となって地域活動をするJA、生協などの団体ネットワーク「あったか地域づくり協議会」、地域包括支援センター、地域の中のさまざまな会や団体、福祉事業者、開業医が集まり、「チーム古志原」を結成しました。認知症介護の啓発のために、「開業医の先生とも、最近、一緒に寸劇をやっているんです」という話を聞きました。学校、保育所、老人クラブ、銀行、交番の方も加わって、「チーム古志原」を結成し、検討会議を行い、地域の課題発掘と課題解決のしくみづくりを始めています。

地域にボランティアを増やそうと、「チーム古志原」がボランティア養成講座を行ったり、サロン活動を新たに立ち上げています。また「チーム古志原」は、市が行う避難行動要支援者名簿づくりへの協力も行っているそうです。

#### （10）松江の公民館はミニ自治体のようにも

私は松江市の公民館で10年以上にわたり勉強させていただいていますが、松江市の公民館活動は

スウェーデンのコミュニオンと重なるところがあり、私にはミニ自治体のように見えることがあります。地域に根差し、かつ自立した活動を行っている。そこには住民の声を生かす、住民が参加する場が提供されています。

さらに29公民館で構成される公民館運営協議会連合会は公民館の連合体ですが、あえて言えば、これは地域コミュニティ連合体です。地域コミュニティ連合体と市の間では、ある種の緊張関係もあり、同時にある種の信頼関係があります(スライド33)。市が一律に「地域包括ケアシステム」をつくらうとするトップダウンではなく、地域コミュニティ連合体自身が地域事情にあわせて、市に対しても公民館区自治に必要な要求を主張するという構造になっていると思います。そこでは議論もあり協働もあります。

この後、卒業生の皆さんから具体的な実践の話がありますが、松江の地域福祉実践の背景には、力強い地域のネットワーク、地域福祉ガバナンスがあります。その力強さゆえに、若いソーシャルワーカーの皆さんは、ベテランの地域福祉実践者を相手に厳しく鍛えられる場面も多々あると思います。いずれにしても松江の包括ケアには長い年月をかけて築かれてきた地域単位の自治という社会基盤があり、それは外部の者からするとすぐには入手できない、羨ましい財産です。

#### (11) 医療の協同組合は100年前に島根で誕生

松江の地域福祉を学び、包括ケア、そしてその背景にあるものを考えたときに、100年前の日本に思いを馳せるようになりました。たとえば近年では、民生委員制度など、日本社会の様々な制度や取り組みが100年を迎えています。今から100年前といえば、大正デモクラシーの時代で、日本では民主的な市民活動が始まった頃です。ちょうどそれから100年後の今、私たちがここにいるわけです。松江の公民館活動にみる、住民主体の協働の原点はどこにあるかに強い関心を抱きます。

最近の私の研究対象の一つは協同組合が行う医療と介護です(スライド33)。先ほども松江の地域福祉にみる協同組合の活動をご紹介しましたが、日本の協同組合は1990年にドイツの考え方を輸入して成立した産業組合法に始まります。一方で、日本では1874年に医制ができ、それは「一府県あるいは有志の人民が協同して病院を建設せんと欲するとき許可を受くべし」というもので、病院の自由開業制を前提としていました。つまり許可を得れば、誰でも病院を建てることができました。

「農村に医療を」という村民の思いから、島根県青原村(現在、津和野町)に日本で最初の協同組合医療が生まれました。私たちは今「地域包括ケアシステム」を議論していますが、すべての人が医療を受けられるようにというムーブメントは今から100年前に、この島根にありました。

法文学部の福井栄二郎先生や福祉社会コースの加川充浩先生たちの研究会に私も参加させていただき、「山陰地域における地域包括ケアのあり方に関する動態的研究」を行っています。1年ほど前の2018年3月に福井先生、教育学部の諸岡了介先生と青原(現、津和野町青原)を訪ねました。JR益田駅とJR津和野駅の間にはJR青原駅があります。この地で日本初の医療の協同組合による診療所ができたことについては、別の機会にとします。島根県青原村に日本初の協同組合による診療所ができて、2019年の今年でちょうど100年となります。「地域包括ケアシステム」の議論を協働の原点を考える機会にしたいと考えます。日本の社会で培われてきた協働の「和」に目を向けなくてはなりません。

北欧の100年前を振り返ると、ノルウェーには“デュグナット”(dugnad)という単語があります(スライド35)。“デュグナット”とは協働作業を意味するもので、100年前の20世紀初頭の“デュグナット”では、地域の人たちが総出で屋根のふき替え作業をする例が出されます。屋根のふき替え作業

は一人ではできないので、近隣の人達の協力が必要で、一つ一つの家を地域の人たちが総出で作業しました。ノルウェーの人たちの話では、こういったものは確かに協働作業だけど、これに加わらないと村八分になったり、自分の家の屋根の張りかえができなかったりという制裁がありました。今の“デュグナット”はもっと気楽なもので、近隣で公園の掃除や草むしりをしましょうという話で、作業を欠席したからといって、何の制裁もありません。“デュグナット”をみると、生活を守るための知恵がどこの国にもあることと感じます。一人一人が豊かに暮らすために、コレクティブ、集約的な生活課題の解決方法が必要なことを先人たちに気づかされます。

## 5. 協働のパートナーか、自発性を強要された住民か？

### (1) 公民館活動という名の地域福祉ガバナンス

日本の「地域包括ケアシステム」では、生活支援、介護予防に地域住民の力が必要だと言われています。松江の地域福祉ガバナンスには、政府の構想する「地域包括ケアシステム」にはない優れた5つのポイントがあると思います(スライド36)。

1つめは、自分が参加していることを感じられる単位、参加の単位として小地域があり、それらが組織化されていることです。2つめに、小地域に意思決定の仕組みがあり、地域福祉活動計画があります。住民がつくる地域福祉活動計画が地域福祉計画につながっていくわけですが、松江ではすでに第5次計画の策定が行われており、第5次計画まで進んでいる自治体は全国でもごくわずかです。松江市では全国に先駆けて計画づくりに取り組んできたといえます。3つめに、小地域単位の地域福祉活動に自主財源があります。行政に助成を求めるのではなく、住民が公民館費や会費を払い、資金捻出の工夫もしています。4つめに、政府の「地域包括ケアシステム」は介護保険制度が基本で高齢者が対象になっていますが、松江市では障がい者や子どもを含め、全ての人たちを対象にしています。子どもから子育て中の家庭なども含め、小地域単位で全ての人たちを対象に参加の場をつくり、生活を守るための取り組みをしている。5つめに、狭義の福祉だけではなく、暮らし全般を包括的に支え合うという取り組みがあります。

### (2) コ・プロダクションという概念

私はスウェーデンの政治学者にヴィクトール・ペストフ教授と協同組合による医療と介護についての共同研究を続けています。ペストフ教授はサードセクター、協同組合などの市民社会研究の第一人者ですが、彼は「コ・プロダクション」（共同生産）という概念を追求しています(スライド37)。「コ・プロダクション」とは、公共サービスの生産過程で、サービス提供者と市民・利用者が協働することにより、より高い質のサービスが生まれ、新たな社会的価値を生み出すことが出来るという考え方です。今日のテーマに置き換えると、医療や福祉サービス提供者と地域住民がそのサービスの生産過程で一緒に共同作業を行うということです。

### (3) 「コ・プロダクション」の分岐—協働のパートナーか、自発性を押し付けられた住民か？

ペストフ教授は、財政難の時代に「コ・プロダクション」が危険な状態があることに警鐘を鳴らしています(スライド38)。図は「コ・プロダクション」の分岐を示しています。横軸は社会の方向性を示しており、介護や保育をはじめ、ライフステージにおけるさまざまな課題は、お金を払ってサービスを購入するなど個人的に解決する方向に向かっています。縦軸は人々が積極的か受動的かを示しています。目指すのは、第I象限で、専門職と住民が協働して、高い質の包括ケアを築くため

の「コ・プロダクション」ですが、「コ・プロダクション」といっても形がいろいろな形があるというのがペストフ教授の問題提起です。最も古い形が「単なる受給者」（Ⅳ象限）で、住民は単なる福祉の受給者で、発言もできず、選ぶこともできません。新自由主義のもとでは、（購入するお金があればという条件がありますが）消費者という概念でサービス選択の自由があります（Ⅲ象限）。境界があいまいになりがちなのは、Ⅱ象限で、新自由主義的な個人的解決志向の社会でボランティアを積極的にやると、その行為は強いられた協働となり、必要な福祉サービスの不足を補う地域住民になってしまいます。

私たちが気を付けたいのは、政府が目指す「地域包括ケアシステム」の構築のなかで、地域住民が協働を強いられていないかという点です。松江市にみる公民館を核とした地域福祉ガバナンスには「協働のパートナーとしての地域住民」の姿があり、地域住民は主体的に参加と発言をし、影響力を行使しています。

今日の話は「地域包括ケアシステム」そのものの話ではなく、それを支える基盤の話をしてきました。高齢者介護では、これまでに政府によるさまざまなモデル事業がありました。トップダウンで強いられたモデル事業は、数年後には姿を消しています。しかし、地域住民が参加する土壌のある地域では、時代に合わせて姿を変えながらも、その取り組みは残っていきます。スウェーデンでも、住民参加のコミューン自治の力は根強く、市場化や民営化が進んでもその地域福祉の運営はきちんと行われています。松江の包括ケアと地域福祉実践を支える基盤も同様で、これからも松江の地から、先駆的な実践を全国に発信し続けていただきたいと思います。最後までご清聴ありがとうございました。（完）

※講演録のため、引用の表記が不十分であることをお許しください。

## 引用・参考文献

- アーネ・リンドクウィスト／ヤン・ウェステル著、川上邦夫訳（1997）『あなた自身の社会：スウェーデンの中学教科書』新評論。
- 福間敬明（2006）「公民館活動と地区社協活動にみる住民主体の形成」上野谷加代子・杉崎千洋・松端克文編著『松江市の地域福祉計画：住民の主体形成とコミュニティソーシャルワークの展開』ミネルヴァ書房。
- Pestoff, V. (2018) *Co-Production and Public Service Management. Citizenship, governance and Public service management*. Routledge: NY. US.
- Pestoff, V. (1998) *Beyond the Market and State: Social enterprises and civil democracy in a welfare society*. Ashgate: London, UK. (=藤田暁男他訳. 2000. 福祉社会と市民民主主義. 協同組合と社会的企業の役割. 日本経済評論社)
- 斉藤弥生・山井和則（1994）『スウェーデン発高齢社会と地方分権』ミネルヴァ書房
- 斉藤弥生（2009）「「公民館活動」という名の地域ガバナンスー松江市の地域福祉の事例から」『地域福祉研究』No.37、日本生命済生会。
- 斉藤弥生「高齢者福祉」『NHKテキスト：社会福祉セミナー』2011年～2018年  
（当該年度分は、NHKラジオ「らじる★らじる」<http://www4.nhk.or.jp/f-seminar/21/>で視聴可）
- 斉藤弥生（2014）『スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成』大阪大学出版会
- 斉藤弥生（2016）「高齢者の日常生活ー日本とスウェーデンの比較ー」内閣府『高齢者の生活と意識に

関する国際比較調査』 (<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h27/zentai/index.html>)

須田敬一（2014）「第一次地域福祉計画・地域福祉活動計画のその後の展開」上野谷加代子・松端克文・斉藤弥生編著（2014）『対話と学び合いの地域福祉のすすめ：松江市のコミュニティソーシャルワーク実践』CLC.

上野谷加代子・斉藤弥生（2018）『地域福祉の現状と課題』放送大学教育振興会（2021年度までBSチャンネルで放映。□詳しい放送予定は<http://www.ouj.ac.jp/hp/bangumi/howto.html>）

上野谷加代子・杉崎千洋・松端克文編著（2006）『松江市の地域福祉計画：住民の主体形成とコミュニティソーシャルワークの展開』ミネルヴァ書房.

上野谷加代子・松端克文・斉藤弥生編著（2014）『対話と学び合いの地域福祉のすすめ：松江市のコミュニティソーシャルワーク実践』CLC.

右田紀久恵（2005）『自治型地域福祉の理論』ミネルヴァ書房

地域包括ケア研究会（2017）『地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング（平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）

厚生労働省資料、統計多数。

“公民館活動”という名の  
地域福祉ガバナンス

私がスウェーデンと松江で学んだこと

大阪大学大学院人間科学研究科 齊藤弥生

1

1

“公民館活動”という名の地域福祉ガバナンス  
本日の話題

1. 介護保険制度の「地域包括ケアシステム」を巡って
2. スウェーデンの包括ケア  
(1) 24時間対応の在宅ケア  
(2) コミュニティという共同体
3. 国際比較から見た日本の高齢者の意識  
(1) 近所づきあい  
(2) 老後の生活をどう考える？
4. 公民館を核とした地域福祉ガバナンス：松江の地域福祉の特徴
5. 協働のパートナーとしての市民か、自発性を押し付けられた住民か？

2

2

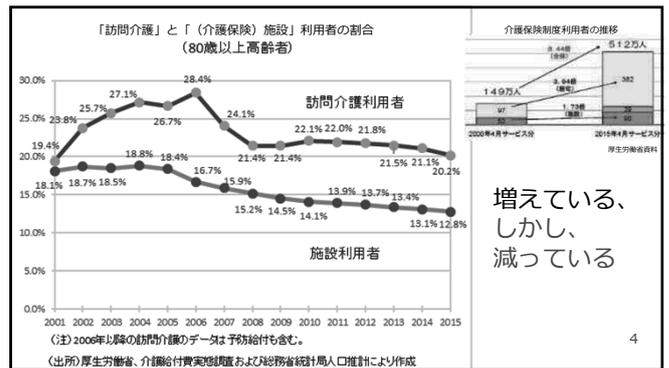
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいから50歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。

地域包括ケアシステムの姿

3

3



4

「自助・互助・共助・公助」からみた  
地域包括ケアシステム

- 自助: 自分自身によるサービス購入
- 互助: ボランティア活動、住民組織の活動
- 共助: ボランティア・住民組織の活動への公的支援
- 公助: 介護保険に代表される社会保険制度及びサービス、一般財源による高齢者福祉事業等、生活保護、入居支援・虐待対策

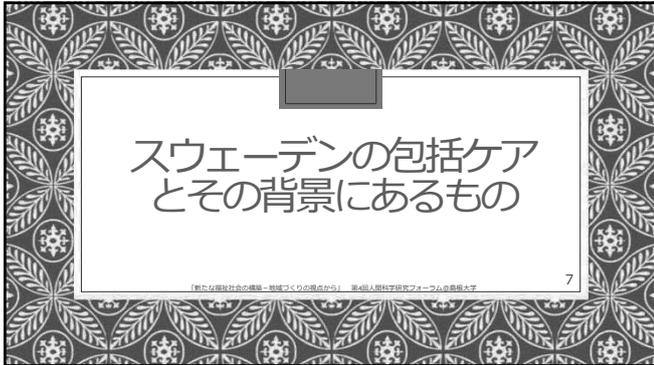
5

5

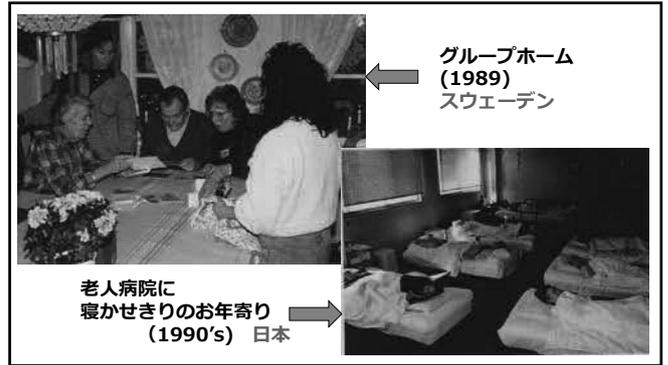
多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

6

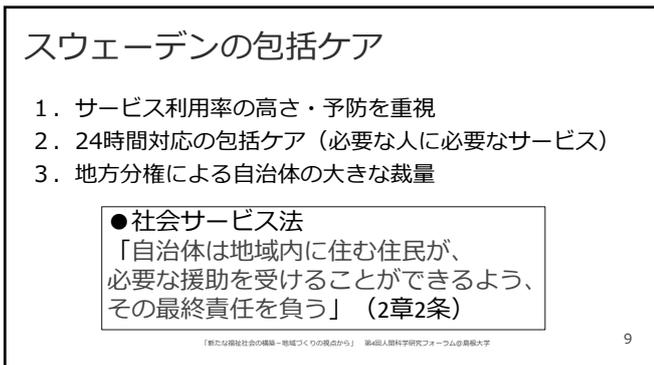
6



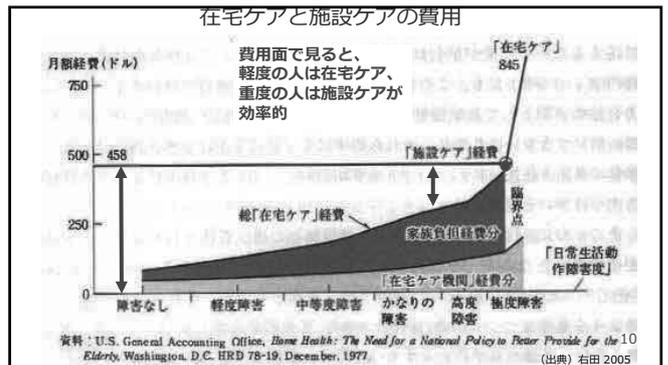
7



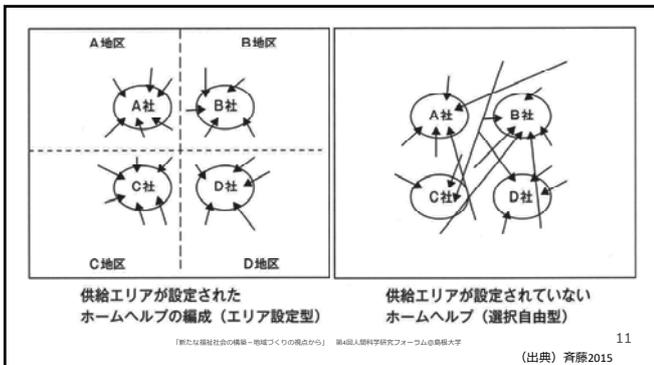
8



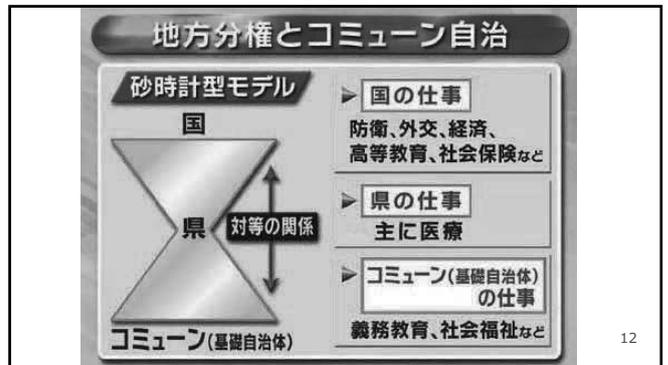
9



10



11



12

### 何故税金を廃止しないのか

給料から税金が差し引かれているのを見ると、多くの人々が「税金さえなければ…」と考えます。しかし税金をなくしたら、社会の大部分が機能しなくなるでしょう。税金で集められたお金は、国やコミュニンが行っている事業に支払われます。

税金の約半分が、さまざまな社会サービスに支払われます。学校、保育園、道路、裁判所、防衛、医療などです。

残りの半分は児童手当、修学補助金、住宅補助金、国民年金の形で直接国民に戻っています。これらの補助金のことを、一括して「所得移転」と言います。高い所得のある者から低い所得の者へ、税金という形をとってお金が再配分されるのです。

13

(出典) アーネ・リンドクヴィスト他「あなた自身の社会：スウェーデンの中学教科書」

13

## 国際比較から見た 日本の高齢者の意識

14

「新たな福祉社会の構築－地域づくりの視点から」 第48回人間科学研究フォーラムの巻頭論文

14

### 国際比較からみた日本の高齢者

>内閣府（2016）「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」  
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h27/zentai/index.html>

>内閣府は1980年から5年ごとに実施。（国は調査年により異なる。）

>2015年に、日本、アメリカ、ドイツ、スウェーデンの4カ国で、各国の高齢者（60歳以上）約1000人を対象に、現地語による個別面接聴取調査を実施。

>家庭生活の状況、健康・福祉、経済生活、就労、住宅・生活環境、社会とのかかわり、生きがい、不安・関心・満足度、政策に対する態度

15

「新たな福祉社会の構築－地域づくりの視点から」 第48回人間科学研究フォーラムの巻頭論文

15

### (1)高齢者の世帯構成（％）

	日本	スウェーデン	ドイツ	アメリカ
単身世帯	15.5	47.9	40.6	38.0
夫婦2人世帯	36.5	47.4	47.7	38.3
その他*	48.1	4.7	11.4	23.7

(問い) あなたは、現在、どなたと一緒に暮らしていますか。  
 \*子どもや子世帯との同居

16

「新たな福祉社会の構築－地域づくりの視点から」 第48回人間科学研究フォーラムの巻頭論文

16

### (2)近所づきあいの内容（％）

	日本	スウェーデン	ドイツ	アメリカ
お茶や食事を一緒にする	24.2	35.9	50.1	24.9
趣味をともにする	15.6	9.2	16.3	13.5
相談ごとをする	18.6	31.2	48.3	28.3
ちょっとした用事を頼む	5.2	3.2	7.3	15.2
病気の時、助け合う	5.9	16.9	31.9	27.0
物をあげたり、もらったりする	41.9	24.3	14.3	18.4
外で立ち話す程度	67.3	89.7	38.7	45.9
その他	9.7	8.4	1.3	6.1

(問い) あなたは、ふだん、どのようなお付き合いをなさっていますか。（複数回答可）

17

「新たな福祉社会の構築－地域づくりの視点から」 第48回人間科学研究フォーラムの巻頭論文

17

### (3)日常生活に必要な作業を頼れる人の存在（％）

	日本	スウェーデン	ドイツ	アメリカ
別居の家族・親族	66.2	59.2	69.0	60.7
友人	18.5	43.4	45.0	45.0
近所の人	18.3	31.2	42.2	24.6
その他	3.7	7.7	5.0	7.6
頼れる人はいない	16.1	10.8	5.8	13.0

(問い) あなたは、病気のときや、一人ではできない日常生活に必要な作業（電球の交換や庭の手入れなど）が必要な時、同居の家族以外に頼れる人がいますか。（複数回答可）

18

「新たな福祉社会の構築－地域づくりの視点から」 第48回人間科学研究フォーラムの巻頭論文

18

(4)老後の生活費のあり方 (%)

	日本	スウェーデン	ドイツ	アメリカ
家族や公的援助に頼らないように働いて準備すべき	45.7	19.0	35.0	43.6
家族が面倒をみるべき	6.0	0.8	7.3	5.9
社会保障など公的援助で賄うべき	44.9	75.3	50.3	42.3
その他	3.4	4.9	4.5	7.8
無回答	-	-	2.9	0.5

(問い) 「老後の生活」における生活費について、あなたは主にどのようにまかなわれるべきだと思いますか。

「新たな福祉社会の構築～地域づくりの視点から」 第4回人間科学研究フォーラム@鳥取大学

(5)老後の生活費の準備 (%)

	日本	スウェーデン	ドイツ	アメリカ
預貯金	46.6	29.7	56.9	56.7
個人年金への加入	19.6	56.7	15.7	42.6
債券・株式の保有、投資信託	7.1	40.5	13.5	33.2
不動産取得(賃貸収入を得るため等)	5.0	6.8	21.4	15.9
貴金属(金、宝石等)の保有	0.5	0.7	2.8	5.6
老後のために職業能力を高める	6.4	3.2	8.0	13.8
その他	1.4	3.1	3.3	4.3
特に何もしていない	42.7	25.4	26.1	20.9

(問い) あなたは、50歳代までに、老後の経済生活に備えて特に何かしていましたか。(複数回答可)

「新たな福祉社会の構築～地域づくりの視点から」 第4回人間科学研究フォーラム@鳥取大学

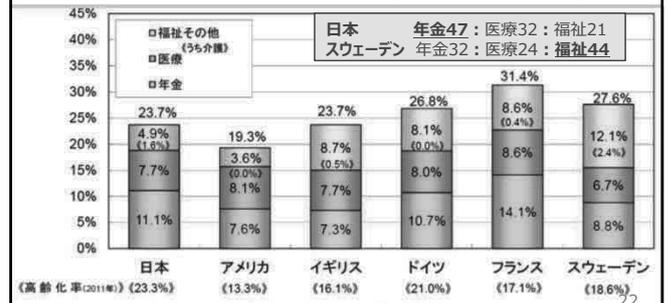
(6)老後の備えは十分か (%)

	日本	スウェーデン	ドイツ	アメリカ
十分	10.4 (37.4%)	29.0 (72.7%)	32.7 (66.3%)	30.8 (69.6%)
まあ十分	27.0	43.7	33.6	38.0
やや足りない	34.9	14.3	12.6	13.1
全く足りない	22.1	4.6	5.4	11.8
その他	5.6	8.4	15.7	6.4

(問い) 現在の貯蓄や資産は、今後、あなた(あなたたち夫婦)の老後の備えとして十分だと思いますか。

「新たな福祉社会の構築～地域づくりの視点から」 第4回人間科学研究フォーラム@鳥取大学

社会保障給付の部門別の国際比較 (対GDP比)



公民館を核とした  
地域福祉ガバナンス

「新たな福祉社会の構築～地域づくりの視点から」 第4回人間科学研究フォーラム@鳥取大学

「地域の福祉」 or 「地域福祉」

**地域福祉**は、地域社会を住民の生活の営みの場であるとして、生活の形成過程で住民が福祉への目を開き、地域における計画や運営への参加をととして、地域を基礎とする福祉と自らの主体力の形成、さらに、あらたな共同社会を創造していく、固有の領域である (右田2005:12)。

**「地域福祉」**は、あらたな質の地域社会を形成していく内発性を基本要件とするところに「地域の福祉」との差がある。  
(内発性とは内発的な力(マハト)の意味であり、地域社会形成力、主体力、さらに、共同性、連帯性、自治性を含む) (右田2005:17)。

「新たな福祉社会の構築～地域づくりの視点から」 第4回人間科学研究フォーラム@鳥取大学

### 松江の公民館活動と地域福祉

(「社会教育」と「地域福祉」の協働)

「公民館というのは、いわゆる生涯学習ということだけではなく、子どもの健全育成、環境の問題、高齢者の福祉、乳幼児の問題などのさまざまな地域課題について学習し、それを実践して、住みよい地域づくりを行うところです。 . . . . (中略) . . . .

**公民館活動は、もともと「地域福祉」を内包している**  
 ということなのです」(福間2006:162)

(福間敬明氏・元松江市公民館館長会長、元忌部公民館館長)

『新たな福祉社会の構築—地域づくりの視点から』 第4版人間科学研究フォーラムの巻頭論文 25

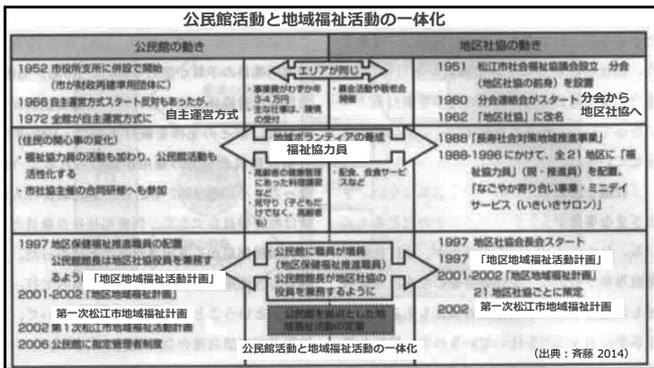
25

### 社会教育と地域福祉

社会教育	地域福祉
<p><b>教育基本法第7条 (社会教育)</b>                  家庭教育及び勤労の場所その他社会において行われる教育は、国及び地方公共団体によって奨励されなければならない。</p> <p><b>社会教育法第20条</b>                  公民館は、市町村その他一定区域内の住民のために、實際生活に即する教育、学術及び文化に関する各種の事業を行い、もって住民の教養の向上、健康の増進、情操の純化を図り、生活文化の振興、社会福祉の増進に寄与することを目的とする。</p>	<p><b>社会福祉法第4条 (地域福祉の推進)</b>                  地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスが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。</p> <p><b>第107条 市町村地域福祉計画 策定の努力義務</b>  <b>第108条 都道府県地域福祉支援計画策定の努力義務</b></p>

『新たな福祉社会の構築—地域づくりの視点から』 第4版人間科学研究フォーラムの巻頭論文 26

26



27

### 公民館を核とした松江市の地域福祉の特徴

1. (ほぼ) 小学校区、地区社協とエリアが同じ
2. 市内に29地区、人口1300人~1万6000人
3. 地区住民 (公民館運営協議会) への運営委託
4. ガバナンス構造： 意思決定のしくみがある
5. 活動資金の捻出： 自主財源がある

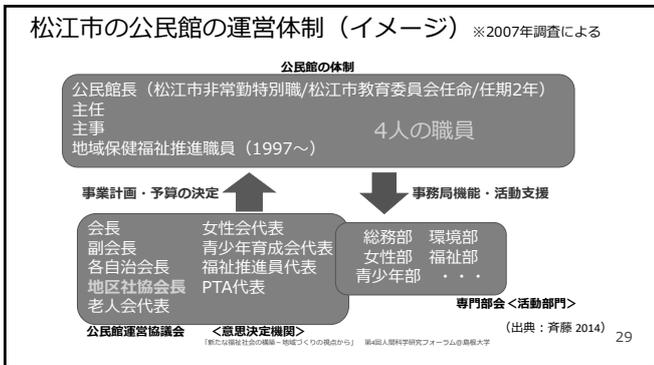
その結果

5. 活動が多彩： **福祉だけでなく、社会教育、環境問題、安全、地域防災、子育て支援等々...**

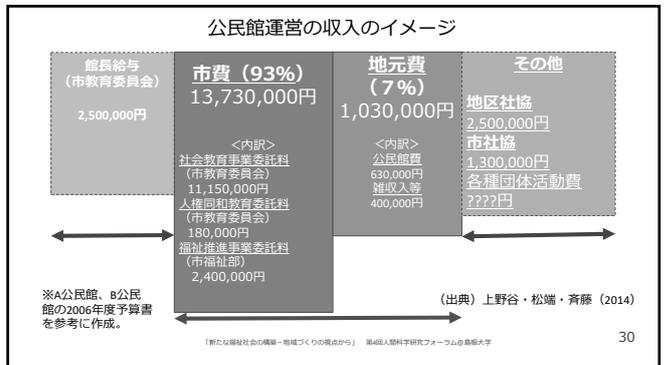
(出典：齊藤 2014)

『新たな福祉社会の構築—地域づくりの視点から』 第4版人間科学研究フォーラムの巻頭論文 28

28



29



30



### コ・プロダクション(共同生産)とは

「公共サービス提供者」と「市民・利用者」が、サービス提供の過程で行う協働作業

↓

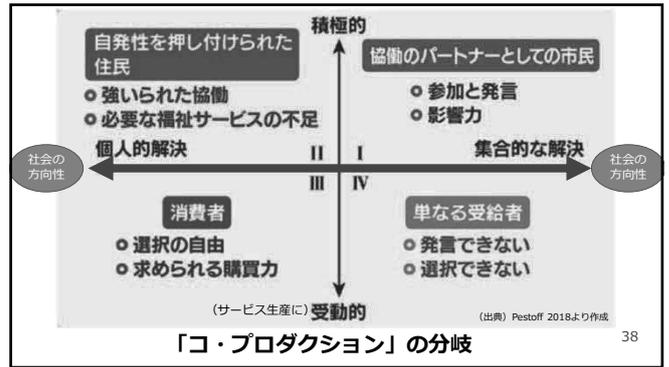
「医療や福祉サービス提供者」と「地域住民・利用者」が、そのサービス提供の過程で行う協働作業



エーシュタ・シュンタール大学 (スウェーデン)  
V. ベストフ教授

「新しい福祉社会の構築—地域づくりの視点から」 第4回人間科学研究所フォーラム 筑波大学

37



38