HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	分権時代の高齢者福祉政策
Author(s)	三坂, 至賢
Citation	北大法学研究科ジュニア・リサーチ・ジャーナル, 4, 273-302
Issue Date	1997-10
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/22289
Type	departmental bulletin paper
File Information	4_P273-302.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

分権時代の高齢者福祉政策

三坂至賢（みさかゆきやす）

目　次

はじめに …… 274
第1章　高齢者をとりまく状況 …… 274
　第1節　福祉政策の変遷と社会的背景 …… 274
　　1　基盤整備の時代 …… 274
　　2　福祉拡充の時代 …… 275
　　3　福祉見直しと日本型福祉社会 …… 275
　　4　高齢化の到来と高齢者保健福祉 …… 276
　第2節　高齢者福祉政策の現状と課題 …… 277
　　1　高齢化と少子化の問題 …… 277
　　2　ゴールドプランから公的介護保険へ …… 278
　　3　国民負担率の問題 …… 279
第2章　北海道における高齢者福祉政策 …… 281
　第1節　北海道の高齢化の状況 …… 281
　第2節　北海道内町村の取り組み …… 282
　　1　アンケート調査の概要 …… 282
　　2　老人保健福祉計画とその取り組み …… 282
　　3　介護保険に対する町村の意識 …… 286
　第3節　北海道内町村の先進的取り組み …… 287
　　1　栗山町の取り組み …… 287
　　2　鷹栖町の取り組み …… 289
　　3　奈井江町の取り組み …… 290
　　4　まとめ …… 292
第3章　高齢者福祉政策の展望 …… 293
　第1節　地方分権と高齢者福祉政策 …… 293
　　1　中央集権から地方分権へ …… 293
　　2　地域重視の福祉政策 …… 294
　第2節　豊かな地域社会を目指して（池田町を題材として） …… 295
　　1　池田町の高齢者福祉政策の現状 …… 295
　　2　池田町の高齢者福祉政策の課題と目指すべき方向 …… 298
おわりに …… 302

はじめに

戦後「日本国憲法」が制定されて第8章（第92～95条）には「地方自治」が規定され，住民自治と団体自治からなる「地方自治の本旨」に基づき，地方自治法等で，その内容が定められている。

しかしながら，戦後の日本は，経済復興の名のもとに中央集権体制のなかで産業分野中心の政策が強力に推し進められ，世界でもトップクラスの経済大国とはなったが，無秩序な開発が行われ，環境破壊や汚染，公害問題などが惹起された。公共事業には大幅な税金が投入されてきた。限られた財源のなかで効率よく政策を執行していくことが政治・行政の責務であるが，全国的な大規模の事業から地域単位の小さな事業まで，ほとんどが国により画一的にコントロールされてきた。地域では，地域の特性に合ったまちづくりをしようとしても，さまざまな制約があるため思うにまかせない。しかし，これからはナショナル・ミニマムを超える行政サービスは地域住民のニーズを反映した地域住民の自主的な選択に委ねるべきであり，行政の総合化と住民参加による「住民主導の個性的で総合的な行政システム」を作りあげていく必要がある。

ここにきて，1996年3月に地方分権推進委員会の「中間報告―分権型社会の創造―」が，12月には「第1次勧告―分権型社会の創造―」が出され，地方自治の流れが少しずつではあるが着実に地方分権の時代へと進んでいる。

我が国の福祉政策は，高齢化・少子化・核家族化を社会背景として，いままでの「日本型福祉社会」論と中央集権体制のなかでの官僚主導型の福祉政策ではもはや対応できないところまできている。国の縦割り行政のなかで，平等性という画一的で融通のきかない非効率な補助金行政が行われてきたが，常に対応が後手にまわり，我が国の高齢者福祉の現状は危機的な状況に追い込まれている。超高齢社会を間近に控え，この福祉の分野は住民に密着した政策が必要であり，地域が一体となった取り組みが求められてくるのである。

昨今の福祉政策は，在宅福祉に重点がおかれている。老人保健福祉審議会が1996年4月に厚生大臣に提出した『高齢者介護保険制度の創設について』の中でも「高齢者の多くが，できる限り住み慣れた家庭や地域で老後生活を送ることを願っていることから在宅介護を重視し……」と述べられている。自分の住み慣れた場所で老後を過ごすことはほとんどの人が望むところであろう。しかし，今の日本の現状は悲惨なものである。老後を家族と過ごしたいと思っても，その環境がまったく整備されていない。ウサギ小屋あるいは鳥カゴとまで言われる日本の住宅事情の悪さから，核家族化が進み物理的に在宅での介護にも限界がある。在宅による福祉を可能にする住環境の整備と，いざというときに迅速に対応できうる質・量ともに十分な施設の整備が，よりよい在宅福祉実現の前提となってくることは言うに及ばない。また在宅福祉サービスを提供する側の人材確保も欠くことのできないものであるが，それすら困難を極めている。

このような社会的背景のもと，福祉というものを社会保障や保健，医療なども含めた広い意味でとらえたとき，全ての人間の生活に何らかの形で関わっているものであり，分権の時代におけるまちづくりを，この福祉の分野に焦点をあてて考察していくことは意義のあることと考える。そこで本稿では，地域における住民の生活の場面で発生する保健・福祉・医療などのニーズに対する住民の主体的活動も含めた取り組みを地域福祉の活動ととらえ，地域福祉における自治体の政策のあり方について考察してみたい。

第1章　高齢者をとりまく状況

第1節　福祉政策の変遷と社会的背景

I　基盤整備の時代

戦後制定された新憲法は国民主権，戦争の放棄，議会制民主主義，基本的人権，地方自治を基本として，自由と民主主義を保障した。なかでも第25条は「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」と規定し，また国の社

会福祉，社会保障および公衆衛生の向上および増進に努める責務を規定している。

戦争により日本の国土は壊滅的な打撃を受けたが，GHQの指導の下に非軍事化と社会的救済の制度化が行われ，1946年9月旧生活保護法の制定（1950年新生活保護法に改正され公的扶助の近代化が図られた），1947年児童福祉法，1949年身体障害者福祉法，1951年社会福祉事業法などが制定されている。この児童福祉法においては，長い間社会福祉サービスの根幹を成してきた「措置制度」が規定されている。

1950年代の後半になると国民健康保険法（1958年－1938年制定の全部改正），国民年金法（1959年）が相次いで制定され国民皆保険，皆年金が実施された。

1962年の社会保障制度審議会「社会保障の総合整備に関する勧告」は，公的扶助（救貧的な生活保護受給者の救済）と社会福祉を分離し，1963年には老人福祉法が制定され，高齢者福祉の基盤はできたものの，社会福祉は低所得者層を対象とした防貧的な社会保障制度であり，質量ともに十分なものとは言い難い状況であった(1)。

1960年に池田内閣は「所得倍増計画」を提唱して産業基盤整備に公的資金を集中し，高度経済成長の基盤を作ったが，インフレと「便利になるが，お金のかかる」生活様式が強制され，いくら働いても収入が追いつかず，夫婦共働きや出生率低下という現象も見られるようになる。

2　福祉拡充の時代

この時期は，高度経済成長に後押しされるように積極的な制度改正等が行われている。1966年には国民健康保険法の改正により医療費の自己負担が5割から3割へ改正され，1973年には健康保険法の改正により被用者の家族も自己負担3割となり，併せて高額療養費の導入（国保も同時に）が行われた。また，1972年の老人福祉法の改正により70歳以上の老人の医療費の無料化が図られた。

1970年に出された「新経済社会発展計画」では，「成長より福祉優先」とか「生活重視」などが言われ，また，施設整備の立ち遅れに対する反省から，同年策定された「社会福祉施設緊急整備5か年計画」により特別養護老人ホームなどの施設の整備も行われている。このようななかで1973年に出された「経済社会基本計画」では，その副題に「活力ある福祉社会のために」と掲げられており「活力ある」という限定付きではあるものの「福祉社会」の実現が政策目標として採り入れられている。しかしここでは「福祉国家」という言葉に対して「福祉社会」という言葉が使われ，その後の家族，近隣，企業の相互扶助が福祉を支えるべきとする「日本型福祉社会」論へと進んでいくというネガティブな含意をも内包していた(2)。

また，1960年代後半から1970年代にかけては，例えば東京都の70歳以上の「老人医療費の自己負担分の無料化」（1969年）や秋田市における「高福祉都市づくり」（1970年），東京都町田市の「車椅子でも歩けるまちづくり」（1972年）など，いわゆる革新自治体といわれる革新系の首長による積極的な福祉政策も行われた(3)。そして，この革新自治体をはじめとする先駆自治体の取り組みが，国の各省庁の政策を変えていくという構図もこの頃から見られるようになった(4)。

3　福祉見直しと日本型福祉社会

1972年に成立した田中内閣は，翌年の予算編成にあたり，高度成長を前提とした「福祉元年」を唱え，積極的な福祉政策をとるかに見えた。しかし，1973年の第4次中東戦争の勃発による石油価格の暴騰（第1次石油危機）は，石油消費の大半を輸入に依存していた我が国においてはその衝撃は深刻なものであった(5)。石油危機は「狂乱物価」と呼ばれる深刻なインフレーションを引き起こし，その後の大がかりな総需要抑制策により，日本経済は1974年に戦後初のマイナス成長を記録し，スタグフレーションに陥っていった。このような経済状況のなかで，依然として財政運営全体としては公共事業支出を中軸とした高度成長型財政運営を行いながら，財政支出削減とからめた「ばらまき福祉」批判が台頭するなかで(6)，政策も「福祉見直し」という福祉抑制政策に転じた。それまで福祉政策で先導的役割を担ってきた革新自治体

が攻撃の標的にされるようになり，その多くが「福祉見直し」に同調していった(7)。

「日本型福祉社会」は，1979年の「新経済社会7か年計画」で「活力ある福祉社会」の実現として具体的に提起されている。この計画では，低経済成長のなかで，効率的な社会保障体系の創出と，給付と負担の両面にわたり社会的公正の確保，適正な給付と負担の関係の明確化，あるいは財政再建とかかわって，自立自助原理に基づく私的扶助体制の充実と併せ，財政支出に対応する国民負担の再認識などが提起されている(8)。

その後，第2次臨時行政調査会の基本答申(1982年7月)は，「我が国が目指すべき『活力ある福祉社会』とは，自立・互助，民間の活力を基本とし，適度な経済成長の下で各人が適切な就業の場を確保するとともに，雇用，健康及び老後の不安等に対する基盤的な保障が確保された社会を意味している。それは必ずしもより『小さな政府』を求めるものではないが，西欧の高福祉・高負担による『大きな政府』への道を歩むものであってはならない」と述べている。このような論調で見る限り，日本型福祉社会論は公的福祉支出の縮小・切り捨てを目指すものであり，「福祉国家から福祉社会へ」といわれるように，福祉政策における国家の責任を市民社会責任へ転嫁し，福祉政策のリソースを家庭や地域の中に求め，日本的な相互扶助の意義を強調するものであった(9)。このように1980年代は財政再建，行政改革を前面に出し，福祉の抑制を「日本型福祉社会」あるいは「活力ある福祉社会」の建設として正当化していったのである。

また，1983年2月には老人保健法が施行され，1972年から続いてきた老人医療費の無料化制度に，老人医療費の抑制を目的とした一部負担金が導入され，1984年8月には健康保険法の改正による被用者本人への1割負担導入や退職者医療制度の導入，1986年の基礎年金の導入による年金の一元化などの制度改正が行われる一方，臨調の答申などにもとづく国庫負担率の削減や福祉関係事務の団体事務化などが進められた(10)。

4　高齢化の到来と高齢者保健福祉

1985年には，我が国の高齢化率も10%を超え，高齢社会に向けた対策が急務となってきた。政府も1986年に長寿社会対策大綱を閣議決定するなど本格的な取り組みを見せるようになった。1987年に福祉・介護の専門職を資格として定めた「社会福祉士及び介護福祉士法」を制定し，専門的能力を有する人材育成により福祉サービスの資質向上が図られた。1988年には，厚生省・労働省が「長寿福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」を公表し，ホームヘルパー，デイサービス，ショートステイの在宅福祉サービスおよび特別養護老人ホームの整備目標水準を設定した(11)。

そして，1989年12月に，厚生省・大蔵省・自治省の3省合同で「高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)」が策定され，さらに翌90年の福祉関係8法の改正により，市町村重視の原則のもとに高齢者に対する保健福祉の環境整備が進められることになった。

この福祉関係8法の改正により，都道府県および市町村に「老人保健福祉計画」の策定が義務づけられ，各自治体ごとに1999年度末におけるサービスの目標量を具体的に決めて，整備に取り組むことになった。その後，ゴールドプランの中間年にあたる1995年，市町村の老人保健福祉計画のサービス目標量を確保するために，目標数値を上方修正した新ゴールドプランが策定された。

また，福祉8法の改正で，福祉施設等への入所措置権が町村へ移譲された。この措置権は，1986年の「地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律（機関委任事務の団体事務化法)」によって，都道府県，市および福祉事務所を設置する町村に移譲されていたが，福祉8法改正で「市町村重視の原則」のもとにすべての町村に権限が移譲された。

また，この時期，高齢化・少子化そして核家族化という社会状況の変化が進むことにより（本章第2節参照)，公的福祉抑制のための「日本型福祉社会」論も論破され，介護などの保健福祉サービ

スを社会化することの必要性が認識されるようになっていった。

第2節　高齢者福祉政策の現状と課題

1　高齢化と少子化の問題

いま，我が国では，かつて人類が経験したことのない速さで高齢化が進んでいる。高齢化率が7％から14％へ上昇するまでの期間は，フランスでは130年，スウェーデンは85年，比較的短いドイツでさえ45年かかっている。それに比べて日本は，7％になったのが1970年のことであり，それからわずか25年で14％に達している(表1-2-1)。急速に高齢化が進む要因としては，平均寿命が1995年は男76.36歳，女82.84歳[12]と，世界一の水準を保ち続けているということもあるが，もう一つの深刻な要因として少子化の問題がある。少子化の問題は欧米先進国共通の問題であり，1970年代から1980年代にかけては，合計特殊出生率[13]がいずれの国も2.0を大きく下回る状況となっている。その後スウェーデン等の北欧諸国やアメリカなどの国々では出生率の回復が見られたが，他の国々では依然低下する傾向にある[14]。

我が国の状況は，1995年の国勢調査1％抽出速報で65歳以上の高齢者が総人口に占める割合(高齢化率)は14.8％に拡大している一方，15歳未満の人口が初めて2,000万人を割り込んでおり[15]，また，1995年の合計特殊出生率は1.43人[16]まで落ち込み史上最低を記録している。この出生率の低下は，女性の社会進出が進むことにより夫が外で仕事をし妻は家事育児に専念するという伝統的生活様式が大きく変わったこと，結婚年齢や出産年齢が上昇傾向にあることなどが大きな要因と考えられる。これに加えて，経済的な面から将来に不安があり子供を産むのをためらうということ，あるいは育児と仕事の両立を社会的に支援する体制が整っていないことなどが考えられる。既婚の男女は，平均2.2人の子供を産んでおり，1970年代以降ほとんど変化は見られないが，理想の子供数は2.6人をやや上回る数で推移しており，理想と現実にはかなりの開きがある。厚生省が行った調査でも，理想の子供数をもたない理由として，子供の養育や教育にお金がかかるからという経済的な理由が最も多くなっている[17]。

このような事態に対して，1994年12月には「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について(エンゼルプラン)」が示された。そのなかでは，子供を産みにくい状況として，女性の職場進出による仕事と育児の両立の難しさ，育児の心理的・肉体的負担，住宅問題，子育てコストの増大などが挙げられており，そのための重点施策として，育児休業制度や保育サービスの充実，良質な住宅の供給，経済的負担の軽減などが示されている。

しかし，現実を見ると，経済的にも精神的にも子供を育てにくい状況はますます進んでいくと考えられる。「子供は自分でつくらず他人に産んで育ててもらう。そして年をとったら，その子供たちに公的年金等で世話になる」—これが今最もラクであり，トクな選択になっているという指摘[18]も

表1-2-1　人口高齢化速度の国際比較

国名	65歳以上人口比率の到達年		所要年数	国名	65歳以上人口比率の到達年		所要年数
	7％	14％			7％	14％	
日本	1970	1995	25	ドイツ	1930	1975	45
アメリカ	1945	2015	70	フランス	1865	1995	130
イギリス	1930	1980	50	スウェーデン	1890	1975	85

※資料：日本　厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成4年9月推計)」外国　国連資料

(注)　年次は5年単位　出典：平成8年度版社会保障入門（中央法規出版）

ある。

このまま子供の数が減り続ければ，地域だけでなく日本の社会自体が成り立たなくなってしまう。子供は将来の社会を支えていく重要な役割を担っている。高齢化の進行を抑制し，適正なバランスのとれた人口構造にしていくため，そして日本の社会を崩壊させないためにも，子供を産み育てることを特に優遇した税制などを取り入れることにより，社会全体でコストを負担し合い，安心して子育てのできるシステムをつくっていくことも必要であろう。

2　ゴールドプランから公的介護保険へ

高齢社会の急速な到来に向けた対策として，1989年12月，高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)が策定され，1990年の福祉関係8法の改正により実施のための法的な整備が行われた。この政策は，高齢者が住み慣れた地域で保健福祉サービスを受けられるように在宅サービスおよび施設サービスの充実を目指したものである。

住み慣れた地域で，適切な介護を受けながら家族とともに老後を暮らしていくことは，多くの人の望むところであろう。しかし，それができないのが日本の社会である。また，社会的入院[19]といわれるように，現行の制度のなかで最も高価なサービスである医療制度のなかで，治療が終わり医療の必要のなくなった高齢者を介護しているものの，医療機関では介護の体制はほとんど整っていないことから，サービスを受ける側にとっても非常に満足度の低いものになってしまっている。今までの医療中心，家族による福祉中心の日本型福祉社会の転換が急務となってきているのである。

このようななかで，従来機関委任事務であった特別養護老人ホームなど福祉施設への入所措置を市町村の事務とし，ホームヘルプサービスやデイサービスなどの在宅福祉利用の措置行政とともに市町村への一元化を行い，その政策の実現化を目指して市町村，都道府県に「老人保健福祉計画」の策定が義務づけられた。そして，この老人保健福祉計画の計画数値を集計した結果をもとに1994年整備目標を引き上げた「新ゴールドプラン」が策定された。

この一連の政策は我が国の福祉政策としては極めて画期的なことであるが，これでも福祉先進各国，特に北欧の国々に比べると非常に劣るものである。例えば，在宅福祉を行ううえで最も重要な役割を果たすホームヘルパーの数は，1985年のスウェーデンにおいては人口10万人当たり884人となっている[20]。日本の場合，新ゴールドプランの目標値である17万人を達成したとしても，人口10万人当たり130人程度であり，スウェーデンの2割にも満たないのである。保健福祉サービスのレベルは数字のみでは判断できないにしても，北欧の先進事例を見る限りでは，決して十分なサービスの供給体制が整うとは考えられないことは明らかである。

老人保健福祉審議会は，高齢者介護のあり方について1995年7月の第1次中間報告，1996年1月の第2次中間報告を経て，同年4月22日に「高齢者介護保険制度の創設について」と題した最終報告書を提出した。一連の報告では，高齢者介護の現状を「介護を担ってきた家族への社会的配慮が十分でなく家族に非常に重い負担がかかっている。このため，家族の人間関係が損なわれ，介護放棄や老人虐待，家族の離職といったケースも見られる」(第1次中間報告)と指摘し，制度による負担や手続等の格差や差異，措置制度の選択性のなさ，介護サービスの量的質的不十分さ，あるいは縦割りの制度のもとでの非効率な供給体制など高齢者介護の現行制度の問題点を挙げた。そして，介護保険制度の目指すべき基本目標として，高齢者自身がサービスを選択することを基本としたケアマネジメントの確立，在宅介護を重視した支援体制の確立，高齢者自身の自立・自助を基本とした地域住民，ボランティアなど市民参加型のシステムの確立などを挙げ，高齢者および現役世代による社会全体の連帯で介護費用を支え合うことを基本とすべきであるとしている。

その後，「介護保険制度案大綱」(1996年6月6

日）が示された。しかし，財源問題などで市町村からの反発も多く，そのため連立与党は全国6か所で地方公聴会を行い，市町村等からの意見の聴取を行った。そして，9月19日に「介護保険法案要綱に係る修正事項」を決定し，11月に召集された臨時国会に「介護保険法案」を提出した。

しかし，問題点がすべて解決されて法案が提出されたわけではなく，制度自体にもまだまだ問題が残されている。

財政問題では，直接的な運営に係る財政支援は，例えば，要介護認定事務に係る事務費の2分の1相当額を国が市町村に交付する，財政安定化基金を都道府県に設置するなどがこれまでの議論のなかで強化されている。しかし，事業実施に伴う保険料徴収や台帳管理といった間接的な事務負担増に対する財源措置が明確になっていない。また，介護認定の基準が全国的に統一された基準となることから，その枠から外れた虚弱高齢者などに対するサービスを，市町村の単独事業として行った場合，市町村の単独負担となる。

被保険者については，65歳以上の第1号被保険者と40歳から64歳までの第2号被保険者に区分されている。このうち第2号被保険者は，保険料の負担をするものの，その給付は「老化に伴う疾病」により要介護の状態になった場合とされ，非常に限られたものになっている。

要介護の認定からサービスの供給までを含めた体制の整備も大きな問題である。まず，要介護認定に係る審査判定業務は都道府県に委託できることになっているが，都道府県がこの事務を行う場合，迅速性の確保や給付を受けようとする人の生活環境の把握などに問題が残るであろうし，ケアプラン作成業務との連携も考慮する必要がある。利用者の立場からは，事業主体であり，住民に身近な市町村が責任を持って認定およびケアプランの作成を行うことが好ましいことであるが，人材の確保や効率性などの点から適度な広域化の対応も必要になってくるであろう。

個々のサービス供給体制整備については，市町村によってかなりの差はあるものの，そのほとんどが施設，在宅ともにまだまだ不十分である。そのうえ，現在進められている市町村老人保健福祉計画の達成でさえ危ぶまれるなか，はたして介護保険に耐え得るだけのサービスの供給が可能となるのであろうか。サービスの需要に対して供給量が絶対的に不足すれば，介護保険の大きな柱である，利用者によるサービスの選択性を確保することは難しく，供給する側が利用者を選別するという結果になりかねない。現行の制度で言われている措置制度の選択性のなさは，基本的に供給量の不足からくるものであろうし，十分な供給量が確保されていれば，措置制度のなかでも利用者の選択性を確保することは可能だったはずである。さらに新ゴールドプランが達成されたとしても，介護保険にかかわる給付に十分対応できるだけの体制が整うわけではなく，その後の整備を公的責任で行うのか，民間のシルバー産業の力を借りて行うのか，まだまだ議論が足りないところである。

3　国民負担率の問題

国民負担率は，一般的に租税や社会保障負担の国民所得に対する比率として表される。自民党行革推進本部は，「日本を元気にする行政システムの確立―超高齢社会と大競争時代に備えて」と題した橋本首相の行革ビジョンを発表した。それによると国民負担率の上昇が労働意欲を減退させるとの観点から上限50％で45％程度を目指すとなっている(21)。しかし，表面上の国民負担率を抑えることが経済の活性化，あるいは国民の負担自体を軽減することにつながるのだろうか。たとえ国民負担率を抑制したからといって，福祉に対する需要が減少するわけではないし，公的サービスが減少する分を私的なサービスに頼るか，家庭内で介護を行うかという選択になるであろう。むしろ「社会的介護を私的介護に転嫁することにより，現役世代の心身の活力をかえってそぐばかりか，長期的には福祉需要の連鎖的再生産につながることにもなりかねない」という指摘もある(22)。

表1-2-2は，租税・社会保障負担率，いわゆる国民負担率の国際比較をしたものであるが，日本は民間サービスが中心で公的な医療保険さえ整っ

表 1-2-2　租税・社会保障負担率等の国際比較

（単位：%）

国　名		老年人口比率(65歳以上人口比率) 1991年	租税・社会保障負担の対国民所得比（1991年）		
			租税負担	社会保障負担	計
日　本		12.6	27.1	11.6	38.7
	1993年	13.5	24.3	12.1	36.5
	1995年	14.8	23.2	13.6	36.8
アメリカ		12.6	25.6	10.3	36.2
イギリス		15.7	40.0	10.7	50.7
ドイツ		15.0	29.1	21.7	50.8
フランス		14.2	34.2	28.4	62.6
スウェーデン		18.2	52.8	21.7	74.5

※　1．ドイツおよびフランスの租税・社会保障負担の対国民所得比は，1990年の数値である。
2．ドイツは，1990年は旧西ドイツ，1991年は統一ドイツの数値である。
3．日本の1995年の租税・社会保障負担の対国民所得比は補正後見込み。
4．租税・社会保障負担の対国民所得比は大蔵省調べ。

資料：社会保障研究所「社会保障給付費」
出典：平成8年版社会保障入門（中央法規出版）

ていないアメリカとほぼ同じ水準である。表中のアメリカ以外は，高齢化率が14%を超えて高齢社会となっているが，日本とアメリカを除くいずれの国もが50%を超える国民負担率となっている。ところが，1995年の日本の高齢化率は14.8%で，フランスを上回っているが，国民負担率を見てみると36.8%と極端に低い数値になっている。日本の政府はこの低い水準を維持していかねばならないと言っているわけである。

日本は国民負担率はたしかに低めに推移しているが，実際の国民が負担する社会的経費は本当に低いのであろうか。例えば，スウェーデンは，社会保障で大学まで授業料は無料であり，子供の教育は家計の負担とはならない。家族が増えるにつれて，広い住宅が社会保障として提供され，家賃も家計の25%を超えた分は家賃手当として社会保障費から支出される。その他，所得保障付きの出産・介護休暇，所得制限のない児童手当など，高齢者に対する福祉以外にも，十分な社会保障があり，日本のように住宅が狭いから，あるいは教育費などに不安があるから子供が産めないなどといった状況はないのである(24)。

経済審議会構造改革推進部会の財政・社会保障問題ワーキンググループの報告書(25)のなかで「国民負担率の下降は，その負担の形態が受益側の自己負担に変わっただけであり国民全体の負担が軽減するわけではなく，逆に国民負担率の上昇は，家計で負担されていた介護などの費用を公的部門が負担するようになれば家計の負担が減少し，国民全体としては負担が増大するとは言えない。国民負担率と経済成長の関係については，国民負担率の上昇が経済成長にマイナスの影響を及ぼすという考えがある一方，国際的に見ても両者の間にはそれ程明瞭な関係があるわけではない」と指摘されている。国民の側から見れば国民負担率の抑制が負担自体の抑制につながるわけではないということを認識する必要がある。

非常に強固な中央集権体制により，日本が世界有数の経済大国になったことは否定するものではない。しかし，日本が小さな島国だといっても，北から南まで多様な文化や地域性があり，そこに住む人たちの生活環境も考え方も多様である。このようななかで，日本の経済発展を支えてきた中央集権体制に歪みが出てきているのである。日本

も都市型社会[26]へと移行して各自治体レベルでの政策による制度の整備が必要になってきている。

市町村も下降型，上昇型，競争型の自治体を経て，必然型自治体になりつつある[27]。すなわち自分たちで政策の議論をし，政策を決定していく能力は十分に付いているのである。やはり，これからは程度の差こそあれ国民に高負担を強いることになることは避けられないのであるから，負担する者が納得のいく形で政策を決定していく仕組みをつくらなければならない。

〈注〉

(1) 高島　進『社会福祉の歴史』（ミネルヴァ書房・1995年）214－215頁。

(2) 里見賢治「新介護保障システムと公費負担方式」『公的介護保険に異議あり［もう一つの提案］』（ミネルヴァ書房・1996年）6－7頁。

(3) 「資料・革新自治体」刊行委員会編『資料・革新自治体』（日本評論社・1990年）など。

(4) 松下圭一『日本の自治・分権』（岩波書店・1996年）63頁など。

(5) 新川敏光『日本型福祉の政治経済学』（三一書房・1993年）114－115頁。

(6) 新藤宗幸『福祉行政と官僚制』（岩波書店・1996年）62－63頁。

(7) 新川前掲〈注5〉186頁。

(8) 佐藤　進『福祉と保健・医療の連携の法政策』（信山社・1994年）258頁。

(9) 神原　勝『転換期の政治過程』（総合労働研究所・1986年）119－121頁。

(10) 辻山幸宣「80年代の政府間関係―「統制のとれた分権」体制の構築―『新保守主義下の行政』（日本行政学会編・1993年）。

(11) 新藤前掲〈注6〉81－84頁。

(12) 厚生省大臣官房統計情報部「1995年簡易生命表」より。

(13) 合計特殊出生率は一人の女性が生涯に生む平均子供数であり，その数値が2.08を下回ると人口は将来減少すると言われている。

(14) 厚生省編『平成8年度厚生白書』（ぎょうせい・1996年）23頁。

(15) 総務庁が1996年6月28日に発表した1995年国勢調査の「1％抽出速報」より。

(16) 厚生省大臣官房統計情報部「1995年人口動態統計」より。1995年1年間に生まれた子供の数は1,187,067人，人口1,000人当たりの出生率は9.5人でともに統計が始まってからの最低記録。

(17) 厚生省編前掲〈注14〉26頁。その他少子化の要因ついては，同白書で詳細に分析されている。

(18) 高山憲之「出生率低下は何を意味するか」文芸春秋編『日本の論点'97』（文芸春秋・1996年）500－503頁など。

(19) 社会的入院と思われる6か月以上の長期入院の高齢者は1993年で約27.5万人いる（平成8年版国民生活白書）。

(20) 山井和則『体験ルポ　世界の高齢者福祉』（岩波書店・1991年）83頁。

(21) 朝日新聞1996年6月19日。

(22) 例えば，醍醐　聰「「国民負担率」抑制論の虚実」『週間・社会保障No.1898』（法研　・1996年）など。

(23) 一番ヶ瀬康子「スウェーデンから何を学ぶのか」福祉文化学会編『スウェーデンから何を学ぶのか』（ドメス出版・1994年）11頁以降。

(24) 1996年10月25日および同月29日官庁速報（時事通信社）など。

(25) 松下圭一『政策型思考と政治』（東京大学出版会・1991年）など。

(26) 神原　勝『現代自治の条件と課題』（北海道町村会・1996年）59－63頁。必然型自治体とは，「様々な情報を取得しながらも，決して模倣ではなく，自分の自治体にとって本当に必然性のある政策かどうかを吟味して，しかも内発性を重んじながらまちづくりを進める自治体」と述べられている。

第2章　北海道における高齢者福祉政策

第1節　北海道の高齢化の状況

北海道の高齢化は，全国平均をやや下回りなが

らも同じ傾向で上昇し続けていたが，1990年の国勢調査で，全国平均の12%にほぼ追いつき，1995年には全国平均を上回るに至った（表2-1-1）。

また，市町村別に高齢化の状況を見てみるとすでに高齢化率30%を超えている自治体が3村あるほか，25市町村で25%以上となっている（表2-1-2）。さらに，全国平均の14.5%を超えているのは191市町村にのぼり，高齢化の進んでいる自治体が非常に多いことがわかる。

北海道全体としても高齢化は進んでいるわけであるが，都市部より過疎地域の方が一層高齢化が進んでいる。やはり就労の場が都市部に偏在していることがその大きな原因として挙げられる。このことは，これから整備を進めていかなければならない福祉政策における人材確保という面から考えても大きな問題である。道内の医療現場などでは，かなり以前から，過疎地域では医師や看護婦等の専門職の確保ができない(1)といった問題が起きており，保健福祉の現場においても今後整備が進むにつれて人材不足という傾向が顕著になってくるであろう。しかし，逆に保健福祉サービスを提供するための基盤整備を進めることにより，過疎地に若い労働力を呼び戻せる可能性もある。

このまま高齢化が進み続ければ，2018年に我が国の高齢化率が25%を超えると予測されており(2)，都市と過疎地の労働力の奪い合いといった状況も生まれてくる。これからは，保健福祉の限られたリソースをいかに効率的かつ有効に利用できるか，自治体だけでなく地域社会全体として考えていく必要がある。また，福祉政策の充実による地域活性化という観点からの取り組みも，これからのまちづくりの重要な視点となってくるであろう。

第2節　北海道内町村の取り組み

1　アンケート調査の概要

本アンケート調査は，筆者が所属する北海道町村会企画調査部が，全道178町村の高齢者福祉を担当するセクションの係長を対象に1996年9月に実施したものである。調査項目は，各町村における福祉政策の現状や老人保健福祉計画に対する取り組み状況，公的介護保険に対する考え方，あるいはこれからの福祉政策をどのように考えていくかなどについて，現場の担当者としての考え方を基本に回答を求めた。回答率は95.5%（170/178）であった。

2　老人保健福祉計画とその取り組み

国（厚生省・大蔵省・自治省）が1989年12月に策定したゴールドプランに基づき，町村における福祉行政の基本的な計画として，1993年度に市町村老人保健福祉計画が策定された。計画の策定への取り組み方も各町村によりさまざまであったが，将来の福祉充実への第一歩が踏み出されたわけである。この市町村老人保健福祉計画の数値をもとにゴールドプランの数値を上方修正したのが，1996年4月から実施された新ゴールドプランである。現在の福祉政策はこれらを基本として行われているが，町村の現場ではこれら計画の推進

表2-1-1　高齢者人口の推移

		昭和45年		昭和50年		昭和55年		昭和60年		平成2年		平成7年	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
全道	総人口	5,184,287		5,338,206		5,575,989		5,679,439		5,643,647		5,692,321	
	65歳以上	299,069	5.8	366,651	6.9	451,727	8.1	549,487	9.7	674,881	12.0	844,927	14.8
	75歳以上	85,221	1.6	110,013	2.1	146,676	2.6	194,518	3.4	252,547	4.5	318,985	5.6
全国	総人口	104,665,171		111,939,643		117,060,396		121,048,923		123,611,167		125,570,246	
	65歳以上	7,393,292	7.1	8,865,429	7.9	10,647,356	9.1	12,468,343	10.3	14,894,595	12.0	18,260,822	14.5
	75歳以上	2,237,300	2.1	2,840,510	2.5	3,659,698	3.1	4,711,527	3.9	5,973,485	4.8	7,169,577	5.7

※資料：総務庁「国勢調査」

表 2-1-2　高齢化率 25%以上の市町村

（単位：人，%）

	市町村名	総人口A	65 歳以上 人口B	75 歳以上 人口C	高齢化率 B／A	後期高齢化率 C／A
1	浜 益 村	2,611	905	377	34.7	14.4
2	泊　　村	2,219	764	384	34.4	17.3
3	神恵内村	1,410	431	181	30.6	12.8
4	積 丹 町	3,652	1,061	415	29.1	11.4
5	上砂川町	5,795	1,666	679	28.7	11.7
6	大 成 町	2,988	850	362	28.4	12.1
7	増 毛 町	6,867	1,932	768	28.1	11.2
8	三 笠 市	15,176	4,237	1,692	27.9	11.1
9	西興部村	1,269	352	156	27.7	12.3
10	和 寒 町	5,030	1,369	595	27.2	11.8
11	歌志内市	6,770	1,841	725	27.2	10.7
12	夕 張 市	17,538	4,735	1,723	27.0	9.8
13	栗 沢 町	7,907	2,110	918	26.7	11.6
14	寿 都 町	4,410	1,170	495	26.5	11.2
15	浦 臼 町	2,926	776	333	26.5	11.4
16	滝 上 町	4,160	1,101	424	26.5	10.2
17	熊 石 町	4,321	1,143	452	26.5	10.5
18	丸瀬布町	2,331	615	264	26.4	11.3
19	朝 日 町	2,188	576	247	26.3	11.3
20	島 牧 村	2,414	633	235	26.2	9.7
21	苫 前 町	4,726	1,236	508	26.2	10.7
22	下 川 町	4,651	1,203	479	25.9	10.3
23	初山別村	1,924	491	196	25.5	10.2
24	幌加内町	2,377	605	268	25.5	11.3
25	黒松内町	3,682	921	425	25.0	11.5

※平成 8 年 3 月 31 日現在住民基本台帳人口要覧：自治省行政局編より作成

についてどのように考えているのか，アンケート調査の結果をもとに分析する。

表 2-2-1 は，各町村老人保健福祉計画が，福祉政策を進めていくうえでの指針となっているかを質問したものである。指針となっていると考えているのは，「なっている」と「まあまあなっている」を合わせた 150 町村あり，老人保健福祉計画が町村の保健福祉関連施策の基準となっていることがうかがえる。一方「なっていない」あるいは「あまりなっていない」と答えているのは 6 町村であるが，これは施設整備を広域的に考えているために計画上の目標値が極端に低かったり，首長の福祉に対する消極的な姿勢のため整備が進まないといった理由による。

表 2-2-2 は，老人保健福祉計画の目標数値の達成の可能性について，担当者として可能と考えるかどうかの質問である。この質問に対しては「達成可能」が 31 町村で「達成は難しい」との答えが 69 町村であった。そして達成が難しい理由は，表 2-2-3 である。回答中最も多いのが「財源措置不十分」の 51 町村である。基本的に択一のためこの数字に止まっているが，「達成が難しい」あるいは「どちらともいえない」と考えている町村のほとんどは，財源問題を抱えていることは明らかであろう。

表 2-2-1 保健福祉計画は貴町村の福祉政策の指針になっているか

内　　容	町村数	構成比
なっている	82	48.2
まあまあなっている	68	40.0
どちらともいえない	14	8.2
あまりなっていない	4	2.4
なっていない	2	1.2
合　　計	170	100.0

表 2-2-2 保健福祉計画は達成可能と考えるか

内　　容	町村数	構成比
達成可能	31	18.2
どちらともいえない	70	41.2
達成は難しい	69	40.6
合　　計	170	100.0

表 2-2-3 計画達成が難しい理由

内　　容	町村数	構成比
財源措置不十分	51	27.9
目標が過大	17	9.3
他の課題がある	12	6.5
人材確保の問題	16	8.7
その他	5	2.7
記載なし	82	44.9
合　　計	183	100.0

※一部重複回答あり

また，「目標が過大」を選んだ町村は，そのほとんどは特別養護老人ホームの整備は目標値をクリアしていたが，特にホームヘルパーの確保の状況が目標値をかなり下回っていた。また，人材確保の問題を選んだ16町村については，ヘルパーの確保を達成困難としているのは2町村のみであった。これらの町村ではホームヘルプサービスの需要が小さいということがサービス体制の整備を遅らせている要因の一つになっていると考えられる。実際に現場に行くと，他人に家のなかに入られるのはイヤだなどの理由によりヘルパーの派遣が敬遠されているという実態もまだあるようである。

しかし，これからは介護保険の導入などにより，保健福祉サービスの需要は当然増加していくことから，全体的に需要を満たすに十分な量のサービス供給体制の整備を目指すことを考えていかなければならない。

表2-2-4は計画中の個々のサービスの評価と達成について，それぞれ3段階に分けての回答の集計結果である。表2-2-5の整備目標の進捗度と合わせてみてみる。

まず，ホームヘルパーの確保については，現行の計画で十分との回答が57.1%と半数を超えており，達成見込みについては45.3%が達成可能と答えている。ホームヘルプサービスは，新ゴールドプランのなかでも最も重点的に整備目標が設定されており，これからの高齢者保健福祉サービスの中心的な役割を果たすものである。アンケートに記載された各町村のホームヘルパーの確保状況は，整備目標1町村平均9.7人であるのに対して5.0人で，51.9%の整備状況となっている。

ホームヘルパーの業務としては個々の利用者の状況に応じて，介護または家事援助などを行うとともに，話し相手になったり生活の相談を受けたりと多岐に渡っている。ホームヘルパーの養成については，自治体や社会福祉協議会を中心に積極的に取り組まれるようになってきている。今後は，早朝や夜間，あるいは24時間のサービス提供が一般的になることが予想されることから，専門的な知識を要するヘルパーなどの養成と併せて，簡単な家事援助や話し相手となるような軽微なサービスについては，地域のボランティアなどを活用していく体制を整えることも必要である。

ショートステイやデイサービスは，施設の面から在宅福祉を支えていく重要な役割を果たす。ショートステイは在宅で介護を受けているものが，介護者の事情などにより一時的に家庭での介護ができなくなった場合に入所する施設で，原則として1週間以内と期限を切っての利用となる。アンケートによると，回答のあった170町村中138町村でサービスが行われており，1町村平均

表 2-2-4　老人保健福祉計画達成の見通し

（上段：町村数，下段：構成比%）

名称＼区分	計画の評価					達成見込み				
	①	②	③	ナシ	計	①	②	③	ナシ	計
ホームヘルパーの確保	97	48	19	6	170	77	54	35	4	170
	57.1	28.2	11.2	3.5	100.0	45.3	31.8	20.6	2.3	100.0
ショートステイ	114	27	11	18	170	107	20	18	25	170
	67.0	15.9	6.5	10.6	100.0	62.9	11.8	10.6	14.7	100.0
デイサービス	128	25	8	9	170	118	23	10	19	170
	75.3	14.7	4.7	5.3	100.0	69.4	13.5	5.9	11.2	100.0
在宅介護支援センター	135	17	8	10	170	104	38	17	11	170
	79.4	10.0	4.7	5.9	100.0	61.2	22.3	10.0	6.5	100.0
特別養護老人ホーム	84	15	34	37	170	98	8	17	47	170
	49.4	8.8	20.0	21.8	100.0	57.7	4.7	10.0	27.6	100.0
老人保健施設	28	15	9	118	170	21	14	15	120	170
	16.5	8.8	5.3	69.4	100.0	12.4	8.2	8.8	70.6	100.0
高齢者生活福祉センター	35	1	7	127	170	24	8	9	129	170
	20.6	0.6	4.1	74.7	100.0	14.1	4.7	5.3	75.9	100.0
ケアハウス	37	16	11	106	170	15	31	20	104	170
	21.8	9.4	6.5	62.3	100.0	8.8	18.2	11.8	61.2	100.0

※計画の評価－①：十分　②：どちらともいえない　③：不十分　ナシ：無記入または計画なし

※達成見込み－①：達成可能　②：どちらともいえない　③：達成は難しい　ナシ：無記入または計画なし

表 2-2-5　道内町村の高齢者保健福祉計画の目標の進捗度

区分	目標数	7年度末	
		実績	進捗度
ホームヘルパー	1,643人	853人	51.9%
デイサービスセンター	223か所	135か所	60.5
ショートステイ	1,190床	739床	62.1
在宅介護支援センター	189か所	45か所	23.8
高齢者生活福祉センター	48か所	17か所	35.4
ケアハウス	1,734人	188人	10.8
特別養護老人ホーム	8,060床	7,776床	96.5
老人保健施設	3,050床	1,324床	43.4

※アンケート調査に回答した町村のみの集計

5.4床の整備がされている。また，ショートステイ事業の弾力的運用の形態としてミドルステイ事業があり，これは3か月以内の利用を限度とし，現在道内には11か所[3]設置されている。また，デイサービスセンターは，外部との接触の機会が少ない在宅の虚弱・寝たきり等の高齢者を対象に入浴や給食サービスを行い，社会的孤立感の解消や心身機能の維持向上を図るものであり，アンケートに回答のあった170町村中130町村に135か所設置されている。

これらについては，計画の評価，達成の見込みともに①の十分あるいは達成可能の比率が高く，ショートステイで67.0%は計画が「十分」，62.9%が「達成可能」，デイサービスで75.3%が計画は「十分」，69.4%が「達成可能」と答えており，多くの町村が積極的に取り組んでいる結果の数値と考えられる。

在宅介護支援センターは，在宅介護に関する総合的な相談に応じ，関係機関との連絡調整を行うものである。170町村中166町村で189か所の計画があり，計画の評価は79.4%が「十分」と答えており，達成の見込みも61.2%が「達成可能」と答えている。しかし，整備済みは43町村45か所で，目標に対する整備率は23.8%とかなり低く

なっている。これは同センターの機能が相談と連絡調整を業務とするため，当面役場等の窓口で対応できるため，他のサービスの整備を優先しているのではないかと考えられる。

特別養護老人ホームについては，高齢者の保健福祉サービスのなかでは最も需要の大きいサービスであり，町村での取り組みも積極的に行われている。アンケートでの整備目標が8,060床に対して整備済みが7,776床と96.5%の整備率になっている。しかし，達成見込みで「達成可能」が57.7%と6割近くの数値であるのに対し，計画の評価は「十分」が49.4%で5割を切っており，かなりの町村は計画の不十分さを感じている。この点について，計画の策定時に国の指針に従って北海道が調整を行ったという経緯があり，アンケートのなかにも，計画策定時に道の指導により広域的な整備になったが，需要が多くなんとか単独で町内に施設を建てたいという意見もあった。また，各町村とも50〜80床程度の整備が大半であるが，需要が多く，入所待機者の数も1町村あたり15.5人となっており，単独で設置している町村のなかにもかなり増床あるいは新設の希望がある。在宅福祉に重点をおいた政策の充実が求められるなか，まだまだ施設に頼らざるを得ない町村の実態が見受けられる。

老人保健施設は，54町村で3,050床の目標に対して1,324床の整備に止まり，整備率は43.4%と5割を切っている。同施設の整備計画を持っている町村自体少ないが，担当者の意見のなかには，積極的に整備を進めるというものはあまり見受けられなかった。同施設は老人保健法に基づき，病状安定期にあり入院治療は必要ないが，リハビリテーション，看護，医学的管理の下における介護などの医療ケアを必要とする寝たきり老人等に対し，必要な医療ケアと日常生活サービスを提供することにより，心身の自立を支援し，家庭復帰を目指すことを目的としている。すなわち医療機関と在宅での生活との中間的な施設という位置づけである。社会的入院の解消という観点からも積極的な取り組みが求められる。

その他，高齢者生活福祉センターやケアハウスなどは，それぞれ目標数に対する整備率は35.4%，10.8%と非常に低く，達成可能と答えている町村も14.1%，8.8%と少ないことから，取り組みとしては今のところ消極的なものである。

国の政策が施設中心から在宅での介護を中心とした政策に変わり，町村の意識も在宅福祉を積極的に進めようという方向になってきていることは，アンケート調査の記述回答部分から読みとれるが，整備状況を見る限りはまだ施設に重点がおかれている。国民負担率の議論とも絡んでくることであるが，保健福祉の充実には，在宅，施設いずれにしてもそれ相応の経費がかかるわけで，効率性も重要であるが，費用が安く済むから在宅へシフトするのではなく，地域の実情やニーズを考えて在宅も施設もバランスを取るとともに，費用に対する住民の満足度を常に検証しながら良質なサービスの確保に努めることが求められる。

3　介護保険に対する町村の意識

公的介護保険導入に関する現在までの経過については第1章で触れているが，ここでは，アンケートの結果について見てみたい。

表2-2-6は，介護保険の必要性についての質問である。町村の担当者の66.5%が「必要である」と答えており，「不要である」の2.9%を大きく上回っていた。しかし，「どちらともいえない」が29.4%あり，このなかには「制度がよく解らない」というものも一部あったが，大半は必要性と導入による不安の板挟みの状態であった。「不要である」の回答のなかには現行の措置制度を充実させて継続するべきであるという意見や介護保険を導

表2-2-6　介護保険の必要性

内　　容	町村数	構成比
必要である	113	66.5
どちらともいえない	50	29.4
不要である	5	2.9
その他	1	0.6
記載なし	1	0.6
合　　計	170	100.0

入することによって住民の権利の主張が急激に顕在化する恐れがあるという意見があった。

介護保険導入にあたっての問題点(表2-2-7)を見てみると，やはり「財源措置が不十分」であるという意見が55.5%と非常に大きな数字を示している。第1章でみてきたとおり，財源問題も含めて制度的に問題点も多く，はたして介護保険がうまく機能するか疑問の残るところである。

北海道新聞が北海道新聞情報研究所に委託して行った公的介護保険に関する世論調査がある[4]。それによると「賛成」「どちらかといえば賛成」を合わせると道民の72%が介護保険に賛成している。また，十分な介護を受けられる場合の保険料については，「3千円以上，5千円未満」が19.0%と最も多く，続いて「5千円以上，1万円未満」が18.2%おり，1万円以上負担してもよいとした14.0%と合わせて3千円以上が51.2%，5千円以上でも32.2%となっている。

この5千円という数字が，高い給付の水準を確保できるだけの高負担かというと，決してそうではないであろう。しかし，十分なサービスが提供される体制が整いさえすれば，ある程度の高い負担は受け入れられると判断すべきではないだろうか。ただし，その負担がきちんと目的どおりに使われるという前提が必要である。複雑な財政の仕組みを国民にも理解できるように透明化して，納得したうえで負担をし，そして適正な給付を受けることができるシステムづくりが必要である。

表2-2-7　介護保険導入にあたっての問題点

内　　容	町村数	構成比
財源措置不十分	117	55.5
人材の確保	33	15.7
要介護認定の体制	37	17.5
問題なし	2	0.9
その他	20	9.5
記載なし	2	0.9
合　　計	211	100.0

※重複回答あり

第3節　北海道内町村の先進的取り組み

道内の町村の取り組み状況は，第2節で見たように全体的には，まだまだ未整備の部分が多い。そのようななかで，各町村がさまざまな工夫をしながら積極的に福祉政策に取り組んでいる例も見受けられる。本節では，北海道内で先進的に福祉政策を展開していると一般的に評価されている，栗山町，鷹栖町および奈井江町の例を紹介する。

1　栗山町の取り組み[5]

(1)　栗山町の概要

栗山町は，札幌市から東へ約50 kmに位置し，1996年3月31日現在の人口は15,670人で，そのうち65歳以上の高齢者が3,273人（高齢化率20.9%）の町である。同町は「くりやまプレス」の発行や「高齢者サービス調整チーム」の活動など町民を巻き込んだ積極的な福祉政策のほか，文化・芸術や自然保護にも力を入れ「心ふれあう豊かな文化都市」を目指したまちづくりにも取り組んでいる。

(2)　行政と住民の意識改革

栗山町では，1992年に福祉課が独立して高齢者福祉係が新設された。そして，「くりやまならだいじょうぶ」をキャッチフレーズに，「福祉の香りのするまちづくり」を目指して先進的な試みが行われている。

福祉政策は行政主導の施設中心になりがちであるが，サービスをつくるだけではなかなか住民は利用してくれない。福祉のまちづくりを行ううえでは，まず行政と町民の意識を変えること，町民が福祉に関心を抱いてくれることが重要という考えのもと，1993年3月に福祉課の編集による『くりやまプレス』が発行され町内全戸に配布された。くりやまプレスでは，実例を通してボランティア活動のすばらしさや保健福祉活動の内容をを紹介していく。読んでいくうちに自然と保健福祉サービスの内容が理解できるように工夫がされている。

行政がどんどん情報を出すことにより，住民もどんどん意見を言ってくる。住民も意見を言うことによって義務感が出てくる。そして行政と住民

が対等な立場で，対等な情報を持って議論し，住民に現状を認識してもらうとともに，住民からの批判を受け止めて改革していく。とにかくみんなが情報を共有することが大切だということである。

(3) 地域社会で高齢化を考える取り組み

栗山町では，1994年から高校生や介護福祉学校生を対象に夏休み冬休みを利用して「体験ボランティア」を実施し，翌年からは参加対象を中学生にも拡大している。同事業はデイサービスセンター・特別養護老人ホームでの介護活動や独居老人宅へのふれあい訪問など6つのコースのなかから，参加者が任意に選択して参加する。1996年の夏休みも含めて5回実施されており，毎回50〜60人程度の参加があり，ボランティア体験者の数も200人を超えている。この体験がもとで福祉関係の学校へ進学する者や福祉関係の仕事に就く者も多い。

また，高齢者のいない家庭に独居老人が宿泊する「いきいきホームステイいん栗山」が町内のボランティアグループなどの協力を得て行われている。このような世代間の交流を行うことを通して地域社会全体で高齢化の問題を考えていくという取り組みは，行政のみでは限界のある高齢社会の対応を地域全体で支えていかなければならないという合意形成の一助となっている。

保健福祉サービスの充実を図るためには，マンパワーの確保も大きな課題である。1988年に設立された町立としては全国初の「北海道介護福祉学校」では，毎年多くの卒業生を出し，特別養護老人ホームや老人保健施設を中心に，町内だけでなく北海道全域で活躍している。高齢化が進み在宅，施設にかかわらず，介護を社会的に行っていかなければならなくなってきており，専門職の養成は非常に重要な課題となっている。栗山町が町立で介護福祉士養成施設を設立し，その卒業生が全道各地で活躍しはじめていることは他の町村にとっても意義のある取り組みである。

(4) 保健・医療・福祉サービスの現状

施設の整備状況は，特別養護老人ホーム「くりのさと」が80床で，これにショートステイ8床が併設されている。老人保健施設「ガーデンハウスくりやま」は100床で，デイサービスセンターが併設されている。在宅介護支援センターは老人保健施設内に設置されており，24時間体制で業務を行っている。ホームヘルパーは常勤が8人おり，1級ヘルパー4人，2級ヘルパー2人，介護福祉士の資格を持っているヘルパーが2人とかなり充実している。

栗山町の保健・医療・福祉の連携は，高齢者サービス調整チームのケアマネジメント会議を中心に行われている。マネジメント会議は，毎週月，水，金曜日に開催されており，メンバーは福祉担当者，保健婦，社会福祉協議会，在宅介護支援センターの各担当者などで構成されており，相談内容に応じて迅速な対応が行われている。この会議には医師が入っていないが，医師に合わせて会議を行うことは難しく，メンバーに医師が入っていると迅速な対応ができない。医療側からは，相談者の受診に関する医療情報を提供してもらえば足りるとのことであった。

このマネジメント会議で決まった内容に沿ってサービスの提供が行われるわけであるが，「いかにして高齢者や障害者に自立するという意識を持ってもらうか，そして利用者のニーズに合わせたサービスの提供を行うために，いかにしてサービスの質を高めていくかが今後の課題である」ということである。そして，これから高齢者が増加してくると，在宅サービスの重要度がますます増していくだろうが，その中心となるホームヘルプサービスの体制も，「16時間」ヘルプに対応できるよう整えていくということであるが，同町におけるホームヘルパーの需要は今のところそれほど多くはない。特別養護老人ホームの入所待機者約30人ほどいるということなので，在宅で介護を受けている要介護者はかなりいるのに，ヘルパーの需要が少ないということである。この点について同町では，「保健福祉サービスは整っても，まだ福祉に対する暗いイメージが残っている。このイメージを払拭するために，いま，福祉のPRビデオを

作っている」という。サービスをつくっても利用されなければ意味が無いということである。

また，広域的に対処が可能なものは，広域化して一定のレベルを保つ必要があるということで，施設の入所措置の際の判定会議は，月に1回近隣の由仁町，南幌町と3町持ち回りで実施されている。一方，保健福祉のサービスの供給は最終的に地域の会館を拠点としてきめ細かなサービスの提供を目指すという。

2　鷹栖町の取り組み(6)

(1)　鷹栖町の概要

鷹栖町は，旭川市に囲まれた面積139.31 km²の水稲農業を基幹産業とした町である。1996年3月31日現在の人口は7,067人，65歳以上の人口1,450人（高齢化率20.5%）で，地理的に旭川市のベットタウンとして宅地造成などが行われているものの，基幹産業である農業人口の減少により，町全体の人口としては横這い状態である。同町は，積極的な保健活動への取り組み，全国的に有名な健康食品である完熟トマトを使用したトマトジュース「オオカミの桃」，あるいはメロディーホールやメロディー橋といった文化的な面にも力を入れており，「安心して，健やかに老いる」を合い言葉に健康と文化の香るまちづくりに取り組んでいる。

(2)　健康で豊かな福祉農村づくりへの取り組み

鷹栖町の健康づくりの取り組みは，1967年の小林前町長（当時は鷹栖村）の就任にさかのぼる。当時直営の診療所では定着した医師がおらず，2年に一度くらいの割合で医師が替わるという現実があり，医師と住民の信頼関係がなかなか築けない状況であった。実際，住民の多くは旭川市内の病院を利用しており，診療所は年間800万円もの赤字を出していた。そこで，直営の診療所を廃止して，その施設や設備を若い医師個人にすべて無償で提供し，終身ホームドクターとしてそこで診療に当たってもらうという方法を考え，町長就任の翌年の1968年に診療所の民営化に成功した。診療所では外来と往診を行い，入院や高度な治療は旭川市の病院に依存するという体制ができあがった。そして，直営の診療所経営により出ていた赤字と人員を保健活動に集中することになったのである。

その後，健康づくりに関するさまざまな施策が展開された。たとえば，保健婦の増員，栄養士や助産婦の採用，保健推進委員制度の創設などである。また，老人の生きがい対策としては，老人大学の開設や老人自らが運営する老人保健センターの建設，あるいは，これまで丈夫で長生きできたことに感謝しようと，9月15日の敬老の日には，老人が町民を招待して楽しんでもらうという長生き感謝祭なども老人自らの手で開催されている。健康づくりにおける町民と行政のパイプ役として1968年に家庭の主婦59人を町（発足当時は村）が委嘱して発足した保健推進委員制度により，健康を守る仕事は行政だけでないという考えが住民のなかにも浸透し，1974年に自主的な住民組織へと衣替えした。町から交付金を受けながら活動を行い，現在までに700人以上の町民が委員を経験している。

(3)　住民健康台帳と総合健康診査

1969年から始まった住民健康台帳の作成は，当初保健婦間の情報の共有のために作られたが，各種の健診データや総合健康診査（ミニ・ドック）など住民の健康に関するデータが膨大な量になり，充実した健康管理を行うため保健事業のシステム化，データの一元化を図る必要が出てきた。そこで町は1986年から独自の健康管理システムを開発することにより，健診対象者の把握，各種保健指導，統計資料の作成など効率的な保健事業の推進を可能にした。また，総合健診のデータや保健指導の内容などをコンパクトに出力した健康手帳を作成し，住民の健康に対する意識の高揚などにも活用されている。

1975年から行われている総合健康診査は，30歳以上の町民を対象に，旭川厚生病院や地元開業医の協力を得て，地域の公民館を会場に人間ドックに匹敵する項目の検査を行うもので，1次健診，2次健診および事後指導からなっている。1996年は，6月5日から20日にかけて1次健診が行われ

1,668人が受診している。この1次健診の膨大な量のデータは，旭川厚生病院を経営する北海道厚生連で電算処理されたものをそのまま町の健康管理システムのデータとして使用できるため，作業の無駄がなく事務量の軽減にもつながっている。

(4) 保健・医療・福祉サービスの現状

施設の整備状況は，50床の特別養護老人ホーム「鷹栖さつき苑」とそれに併設するデイサービスセンター，在宅介護支援センターとショートステイ3床がある。また，地域間での分業を徹底しており，町内には入院設備を持った医療機関は無く，内科・小児科の無床診療所1か所と町立の歯科診療所が1か所のみとなっている。

鷹栖町で特徴的なのは，総合健康診査と健康管理情報システムによる保健と医療の連携である。これにかかわる旭川厚生病院や地元開業医，そして町の保健婦やヘルパーが健診のデータを共有する。さらには，旭川厚生病院をはじめとする同市内の総合病院に入院していた患者が退院するときなども，地元医師や町の保健婦などに病状や投薬に関する情報が提供され，退院後は地元の診療所で入院時と同じデータによる診察を受けることが可能となり，重複して検査などを受ける必要もなく安心して受診できる体制が確立している。

同町の保健福祉サービスは，在宅介護支援センターが中心となって行われている。在宅介護支援センターは，1992年4月に開設され，在宅ケアに深い理解があり鷹栖町のホームドクターとして活動している浅井医師，そして町職員などが，支援センターのソーシャルワーカー，看護婦，特別養護老人ホームの介護ヘルパーなどと一体となって事業展開されている。そして，相談協力員として町から委嘱されている民生委員や老人会の役員，あるいは住民から直接持ち込まれた介護に関する相談を，「ケースマネジャー」としてのソーシャルワーカーが中心となり「在宅介護支援センター連絡会議（高齢者サービス調整チームのケースマネジメント会議）」で検討を行いサービスの内容を決定していく。連絡会議は月2回行われているが，緊急の場合は随時開催される。

以上，見てきたように鷹栖町の保健福祉サービスは，在宅，施設の両サービスを一つの施設に統合してマンパワーと施設の共有を図ってきた。しかし，デイサービスやショートステイなどの在宅関連サービスの利用者が増加するにつれて施設が手狭になってきたことや，在宅福祉と施設福祉の機能を分離して在宅福祉の充実を図るために，保健福祉センターの建設が計画されている。また，既存の特別養護老人ホームも2人部屋と4人部屋が大部分を占めるため，その個室化が急がれるところである。在宅介護の中心となるホームヘルプサービスについても，現行の9時から17時のサービスでは，虚弱老人への家事援助には対応できても，要介護老人に対しての介護サービスとしては不十分なものであるため，在宅福祉を中心としたサービスの量の確保とともに，要介護者のニーズに沿ってサービスが提供できる質の確保が今後の課題であろう。

健康づくりから始まった同町の保健・福祉・医療の取り組みは，人口が1万人に満たない小さな町の試みとして，他の町村の参考になるところが多々あると思われる。住民との相互理解のもとに赤字の診療所を廃止しても，近郊の総合病院との連携により十分な医療が確保されている。病院や診療所を持つ町村では，医療部門が多大な赤字を抱え一般会計を圧迫している現状である。鷹栖町のように，住民の健康データをきちんと把握する体制ができており，かつ適切なプライマリ・ケアを担うホームドクターがいれば，あえて経営的に成り立たない中規模の病院を町村で持つ必要は無くなってくるのではないかと思われる。これからの医療の一つの形態として意味のある取り組みである。

3 奈井江町の取り組み(7)

(1) 奈井江町の概要

奈井江町は，石狩平野のやや北部に位置し，面積88.05 km²のうち約60%が森林に覆われている自然豊かな町である。1996年3月31日現在の人口は7,768人，65歳以上の人口は1,670人（高齢化率21.5%）で稲作中心の農業と製造業を中心

とする工業が主な産業である。

また，高齢化が進むなかで，住民が健康で元気に暮らせるように，住民主体の保健・医療・福祉行政を展開するため，「健康と福祉のまち宣言」を行政の柱にまちづくりに取り組んでいる。

(2) 総合的地域ケアシステムの形成

奈井江町の代表的な取り組みは，病診連携による共同利用・開放型病院である。町立国保病院の建て替えにともない，地元の医歯会が中心となって「奈井江町地域医療懇話会」が設置され，町民のアンケート調査などを行いながら検討を重ねた結果，保健・医療・福祉の連携という観点から「かかりつけ医」という機能を重視した施設とすべきであるとの提言が出され，それをもとに取り組まれたものである。町立国保病院には，CT 等の高度医療機器や高度な検査機器が用意されており，かかりつけの開業医の指示に従い町立国保病院で検査を受けることができる。また，開業医のところから入院した患者は，定期的にその医師の診察を受けることができる。さらに同町では，老人保健施設「健寿苑」や特別養護老人ホームやデイサービスセンターのある老人総合福祉施設「やすらぎの家」でも開放型共同利用制度が行われており，かかりつけ医が入所者の診療を施設嘱託医と共同で行い，継続性のある医療の提供を可能にしている。

共同利用の運営状況を見てみると，町立国保病院には，共同利用のために 12 床のベットが用意されているが，毎月ほぼ満床の状態であり，1996 年 4 月 1 日から 10 月 31 日までの医療機器の共同利用は CT 撮影，内視鏡検査を中心に 63 人延べ 87 回の利用があり，検査施設は，血液検査，尿検査を中心に延べ 5,243 件の利用となっている。また，老人保健施設や特別養護老人ホームにも開業医にかかっている入所者が 5 ～ 6 人程度おり，共同利用制度のもとで在宅時と同じ医師の診療を受けている。

(3) 保健情報システムの活用

国民健康保険の安定化事業制度の活用により蓄積された各種の住民検診データを町立国保病院内に設けられた健康管理室で管理を行い，そのデータをかかりつけ医と協力して利用することにより早期治療の促進が図られる。今後，高齢者の実態調査や保健指導等のデータなどの入力を行うことにより，在宅介護への活用なども検討が行われている。また，同町は厚生省から公的介護保険モデル地区の指定を受けており，この保健情報システムと公的介護保険 IC カードシステムとの連動についても検討が進められている。

(4) 福祉先進国に学び人材育成

町では，福祉のまちづくりを目指し，1995 年 8 月にフィンランドのハウスヤラビ市と友好都市提携を結び，一般町民，議員，中学生などの交流団と合わせて，保健婦，看護婦，町職員などを 1 か月ほどの研修に派遣し，「福祉でつなぐ国際交流」を進めている。同市は，ヘルシンキから北へ約 85 km に位置し，人口約 8,200 人で，福祉先進国フィンランドのなかで，在宅介護のモデル都市の指定を受け，保健・医療・福祉の連携を進めて在宅福祉の推進に取り組んでいる。また，個人ごとの介護方針は，医師やホームヘルパー，看護婦などの専門職によるミーティングで決定されるが，特に医師が決定権を持つということはなく，すべての職種の人が対等に議論を交わし結論を出していく。医師が特別偉い日本とは大きな違いである。さらに，同市との交流は福祉のみに止まらず，教育・文化・産業など幅広く行われており，国際性豊かな人材の育成が行われている。交流団は現在まで 2 回派遣されており，町職員も含めて約 20 人の町民が交流に参加している。

(5) 保健・医療・福祉サービスの現状

施設の整備状況は，まず，奈井江町の特徴である「かかりつけ医」制度の核となる町立国保病院が，以前は 130 床であったものを 100 床に規模縮小をし，1995 年 2 月に全面改築が完了している。老人保健施設「健寿苑」は，1989 年に自治体が設置するものとして全国で初めて，52 床で開設した。また，1996 年 7 月には特別養護老人ホーム，デイサービスセンター，老人介護支援センター，訪問看護ステーションを統一した老人総合福祉施

設「やすらぎの家」を開設している。同町の保健福祉関連施設は，すべて町の直営で行われており，施設間の連携も取りやすい体制が整っている。病院と老人保健施設は4人部屋が中心であるが，それぞれ各部屋の面積は広く，特に病院には各部屋ごとにトイレと洗面所が設置されており，入院患者が快適な入院生活を送ることのできる配慮がなされている。老人総合福祉施設には，30床の特別養護老人ホームと10床のショートステイがあり，個室と2人部屋で構成されているが，2人部屋も十分な広さがあり，間をカーテンでしきり，個室的に使うことができる。また，将来的に壁を付ければすぐに個室に改造できる構造になっており，トイレや洗面所も2人に1か所用意されており，車椅子でも利用できる広さがある。また，各部屋には備え付けのタンスなども置かれて，日常生活に使う荷物も十分持ち込める。このように利用者側に立った配慮が随所に見られ，老人ホームは高齢者の生活の場であるという理念を持って整備が進められており，フィンランドとの交流の成果が十分に活かされている。

保健・医療・福祉の連携の推進機関として，地域医療連携運営委員会と地域福祉連携推進協議会が設置されている。前者は，主に開放型病床や高額医療機器の共同利用の推進を図る機関で，奈井江医歯会と町立国保病院の間での診療に関する連絡調整を行い，機能分担の促進，医療供給体制の確立により効率的な運用を図ることを目的としている。また，後者は，高齢者のニーズを総合的に把握し，保健福祉サービスを一体的に供給するための福祉の総括機関として，入所判定会議，在宅介護支援センターの運営，サービスの企画調整や指針の策定などを行っている。

このように各分野の施設や連携のシステムが整ったなかで，病院での治療を要しなくなった要介護者を老人保健施設あるいは特別養護老人ホームへ，そして，十分な介護とリハビリにより高齢者の自立を促し，在宅での介護を可能にするというサイクルでサービスを提供していくことにより，将来的には全体的なコストの削減にもつながっていくであろう。

4 ま と め

以上，3町の取り組みを見てきたが，いずれも福祉の先進的な取り組みを行っているという点では共通するが，そのアプローチにそれぞれの特長を見い出すことができる。

栗山町は，福祉課を新設して福祉という分野から積極的な取り組みを行っており，より多くの情報を住民に提供することにより，住民の意識を変えることに成功している。

鷹栖町は，早い時期から町民の健康づくりという視点を持ち，積極的に保健活動に取り組んできた地盤があり，保健部門からの取り組みが大きい。老人医療費の減少という面からも，健康づくりの取り組みの成果は出ており，高齢者が地域に帰っても安心して暮らせるシステムをつくり，高齢者が最後まで普通の生活を送ることができるということに重点をおいた町の姿勢がうかがえる。

奈井江町は，医療という分野から総合的地域ケアを目指して，保健福祉の分野を包括したシステムづくりに取り組んでいる。一般的に行政と医療の連携は難しいとされているが，医療からのアプローチという点に同町の特徴がある。

医療を中心と施策を展開している代表例として広島県の御調町がある(8)。同町は人口8千人余りの小さな町であるが，そこに220床の病床を有し，15の診療科を持つ公立みつぎ総合病院がある。この病院のなかに保健と福祉（国保も含む）を扱う行政部門の健康管理センターがあり，その所長を病院長が兼務している。在宅介護支援センターも併設され，保健・医療・福祉が機能的に結びつき，これらの施設を拠点とした地域包括ケアシステムが展開されている。同病院の山口院長は地域包括システムの実現の条件として，①人材と資金②首長の理解とやる気③連携のための機構改革④保健医療関係者と福祉関係者の相互理解⑤住民の協力と参加⑥活動の拠点⑦ハードとソフトのリンケージを挙げている。このなかでも同院長は行政の機構改革が重要であるという。

この例に限らず，今までバラバラに活動してき

たものを一つにまとめようとするとき，何らかの改革は必要であろう。道内の先進事例で見ると，鷹栖町は取り組みの初期の段階で，町立診療所を廃止するという大改革を行い，また，栗山町は平成4年に福祉課を独立させているし，奈井江町も町立病院を中心とした連携のための部署を新設している。上辺の機構だけを改革しても「仏作って魂入れず」になりかねない。機構のなかにそれを動かす人材がいるからこそ他の模範となる施策の展開が可能となるのである。

〈注〉

(1) 北海道町村会地域医療問題研究会報告書（委員長：神原　勝　北海道大学教授，1996年6月）など。

(2) 厚生省編『平成8年度厚生白書』（ぎょうせい・1995年）62頁。人口問題研究所『日本の将来推計人口（平成4年9月推計）』。

(3) 設置されている市町村は，幕別町，函館市（2か所），稚内市，留萌市，恵庭市，小樽市，栗沢町，士別市，苫小牧市，釧路市の10市町村11か所である（北海道生活福祉部高齢福祉課調）。

(4) 北海道新聞1996年7月11日。

(5) 資料として，くりやまプレスVol.1〜5，くりやまならだいじょうぶ1〜2，栗山町町勢要覧「くりやまライフ」，くりやまポケット統計，栗山町広報誌（以上，栗山町編集発行），「平成7年度健康開発（寝たきり予防）啓発事業事例集」（長寿社会開発センター・1996年），1996年12月16日の栗山町担当者ヒアリングなど。

(6) 資料として，鷹栖町老人保健福祉計画，鷹栖町健康管理活動20年のあゆみ，「健やかに老いる町」を目指して（以上，鷹栖町編集発行），小林勝彦「オオカミの桃の里に生きる」（ぎょうせい・1994年），西田真理子「高齢化のまちづくり—北海道鷹栖町を事例として—」『ジュニア・リサーチ・ジャーナルNo.3』（北大大学院法学研究科・1996年），1996年12月12日の鷹栖町担当者ヒアリングなど。

(7) 資料として，奈井江町老人保健福祉計画，奈井江町保健医療福祉連携システム資料，奈井江町町勢要覧（以上，奈井江町編集発行），1996年12月6日および12月16日の奈井江町施設見学および担当者ヒアリング，神原　勝の首長対談No.7「健康・福祉と文化の結びつくまちを」『フロンティア180第16号』（北海道町村会・1996年），1996年12月4日官庁速報（時事通信社）など。

(8) 山口　昇『寝たきり老人ゼロ作戦』（家の光協会・1992年）144−151頁，「高齢社会における保健・医療・福祉の連携」に関する研究チーム編前掲〈注18〉180−182頁。

第3章　高齢者福祉政策の展望

第1節　地方分権と高齢者福祉政策

1　中央集権から地方分権へ

1995年7月3日地方分権推進法が施行され，同日地方分権推進委員会（以下「推進委員会」という）が設置された。そして，同年10月に地方分権推進委員会令に基づく部会として，「地域づくり部会」と「くらしづくり部会」を設置して議論を重ね，翌96年3月29日に「中間報告—分権型社会の創造—」が内閣総理大臣に提出された。この中間報告では，勧告に向けた推進委員会の基本的な認識と見解が示されており，我が国の中央集権型行政システムが近代化と経済発展に果たしてきた役割を評価しながらも，地域社会の自治を制約し，権限・財源・人間・情報の過度な中央集中を招くなど，多様性や個性が求められる時代状況に対応しきれないものとなっている現実を踏まえ，地方分権の理念について「全国画一の統一性と公平性を過度に重視してきた旧来の「中央省庁主導の縦割りの画一行政システム」を，地域社会の多様な個性を尊重する「住民主導の個性的で総合的な行政システム」に変革することである」と述べている。そして国からの都道府県・市町村への分権，続いて都道府県から市町村への分権と段階的に分権を進めていく道筋を示している。その具体的方策として，国と地方の役割分担，機関委任事務の廃止，自治体が担うべき事務としての自治事務と

法定受託事務の区分の明確化，国・自治体間の関係調整ルールの創設，必置規制の見直し，国庫補助負担金と税財源の見直しなどを挙げている。

その後，推進委員会，両部会を中心に自治体関係者，関係各省庁，有識者などから意見聴取を行い，また，中間報告後に発足した行政関係検討グループや補助金・税財源検討グループにおいて，それぞれ機関委任事務廃止に伴う従前の機関委任事務の整理や国と地方の関係についての新たなルールのあり方，国庫補助負担金の整理合理化や地方税財源の充実確保等の課題について検討を行ってきた。そして，同年12月20日に推進委員会の第1次勧告が内閣総理大臣に提出された。この勧告には，中間報告の趣旨に添う形で，機関委任事務廃止，国の関与の一般原則としての「国と地方公共団体との関係のルールに関する一般法」の制定，国と自治体間の紛争処理機関としての第3者機関の設置などが盛り込まれている。

第1次勧告における最大の焦点は機関委任事務制度の廃止であり，廃止される機関委任事務は原則として自治事務と法定受託事務，国の直接執行事務に分類される(1)。しかし，自治事務については法令（又は法令の委任に基づく告示）による国の関与がかなり広く認められていたり，法定受託事務に多数の事務が分類されるなど，この勧告からも国の各省庁の抵抗が強く，推進委員会がかなりの妥協を強いられていることがうかがえる。具体的には，地方自治法別表に列挙されている機関委任事務561項目のうち，120項目は自治事務に，71項目は法定受託事務に分類され，残りの事務については継続して検討されることとなっている(2)。

今後，さらに検討を重ねて，1997年6月頃には第2次勧告が出されることになる。そのなかには地方分権を実効性のある改革とするうえで，最も重要な位置を占める補助金・税財源の問題などが盛り込まれることになる。高齢化が進むことによってますます効率的な行政が求められてくる。表面上の事務や制度をいくら改革しても，中央統制の根幹を成す現行の補助金制度が残され，事務配分に応じた財源が自治体に保障されなければ，現実の問題として効率的かつ効果的な行政を行うことが可能な分権型社会の実現は机上の空論になりかねない。今まで補助金や地方交付税などの財源配分で行われてきた中央統制を打ち破るには，その制度自体を大胆に改革し，明確な配分ルールをつくるとともに，地方税，国税の区分の見直し，地方の課税自主権の確立を図ることなどが必要である。

現行の制度は，その配分ルールに不明確な部分が多く，配分する側の恣意的な操作が可能となってくる。地域で望むことが中央（国）の理論で実現できない。地域で望まないことが中央（国）の理論で押しつけられる。このような状況では，地域の実状に合った福祉の充実などままならない。これからの推進委員会の作業においては，国の各省庁の抵抗はなお一層激しくなることが予想されるが，権力を温存しようとする側の理論に屈することなく，主権者である国民が納得のできる形での勧告が出されることが期待される。

2　地域重視の福祉政策

地方分権が実現することにより，生活に関連した多くの分野での政策決定を身近な市町村のレベルで行うことが可能となってくるであろう。日本の国がこれだけ経済的に豊かになったのに，なぜ一般の市民の暮らしにおいて豊かさを実感できないのか。経済の発展によってゆとりある福祉社会が実現されるのは当然のことであろうが，日本の社会ではそうはならなかった。モノとカネを社会福祉のために使う習慣が，日本には根づいていなかった(3)ということである。「活力ある福祉社会」にみる「日本型福祉社会」論は，福祉切り捨ての理論的裏付けとして，福祉が日本を先進国病に陥れると言っていたわけである(4)。福祉の充実には，経済の安定した発展が欠かせないことは言うまでもないことであるが，経済の発展のために必要以上に福祉を犠牲にすることはあってはならないことである。

高齢化の進行という社会的変化のなかで，福祉行政における社会福祉の考え方も施設中心の福祉サービスから，在宅福祉サービスを重視し保健や

医療との連携も視野に入れた保健福祉サービスへと変化してきている。同時に，中央集権体制下での画一的福祉サービスの供給から，自治体による地域社会の独自性を活かした保健福祉サービスの供給へと変化してきている。かつては国による福祉サービスの隙間を埋める形で行われていた革新自治体の個性的な取り組みが，すべての自治体に求められる時代となってきた。この自治体の責任の増加とともに，福祉政策における地域福祉(5)が意識されるようになってきたのである。

地域福祉という言葉は，自治体の政策のなかでも一般的に使われるようになっているが，それは単に地域に視点をおいた施策を展開するということだけでなく，住民の自主的参加による地域社会における福祉機能の拡大をも含む概念として使われている。すなわち地域福祉の実現に向けては，自治体の保健福祉サービスの充実はもちろんのことであるが，地域社会ですべての人が普通に暮らせる社会，ノーマライゼーションの視点に基づく地域社会の形成が求められてくるのである。

この地域福祉活動の基盤となってくるのは地域社会のコミュニティである。高度経済成長による人口流出や過疎化の進行により崩壊しかけた地域コミュニティを，地域福祉実現のための地域社会，すなわち「福祉コミュニティ」として再構築していくことが必要になってくる。これまでの行政主導による縦割りの社会福祉を，地域に根ざした生活者重視の社会福祉へと変えていくためには，ノーマライゼーションの視点でこの「福祉コミュニティ」を再構築し，行政と住民が多様な「福祉ネットワーク」をつくり上げていくことが必要なのである。

行政の縦割り構造のなかで「日本型福祉社会」論という現実を無視した形で進められてきた社会福祉政策(6)では，社会福祉の多様化に対応しきれなくなってきた。その結果として自治体への権限移譲が行われたものの，自治体には財政的，立法的な自主権は極めて制限されたものとなっている。しかし，今後は地方分権が推進され実効性のある権限が自治体に集中することにより，地域福祉の実現はより確実なものとなってくるであろう。

この地域福祉の概念が，かつて「日本型福祉社会」論のなかで行われてきたような，公的福祉縮小のための概念として利用されないためにも，真の地方分権により自治体が直接住民に対して責任を持ち，自らの責任において決定実行していく体制の確立が不可欠なのである。

第2節　豊かな地域社会を目指して（池田町を題材として）

Ⅰ　池田町の高齢者福祉政策の現状

(1)　池田町の概要

池田町は，十勝平野の中央東部，十勝の中心都市帯広市から北東23kmに位置している。基幹産業は農業であるが，昭和30年代に農業所得向上を目指して取り組んだブドウ栽培に始まり，まちづくりの一環として取り組んでいるワインづくりを中心とした観光産業も盛んであり，十勝の代表的な観光地にもなっている。

同町の1996年3月31日現在の人口は，9,396人で，そのうち65歳以上の高齢者が2,037人（高齢化率21.7%）となる一方で，15歳未満のこどもの数は1,359人で1993年度末に比べて約100人，1994年度末との比較でも約50人と減少し続けている。高齢化も少子化も地域にとっては深刻な問題となりつつある。全体の人口も年々微減の傾向があったが，1995年度に旧国鉄用地を利用して民間の宅地開発が行われ，人口の減少に歯止めがかかることが期待されている。

(2)　福祉政策の占める位置づけ

池田町第2次総合計画は，1990年度を初年度として2000年度を目標年度に計画が策定され，その中間年にあたる1995年度に見直し作業が行われている。そこで，本稿の主題である高齢者福祉政策という観点からその基本構想と基本計画などにおける福祉の位置づけについて見てみたい。

まず，基本構想における基本理念として，基本目標（メインテーマ）は「知恵をあつめ，個性豊かで，たくましいまちを，共に創る」とあり，そ

の基本目標を支える3つの柱（サブテーマ）として「地域に根ざした産業の発展を図る」「ゆとりある生活と環境を創る」「交流を広げ，共にまちをおこす」がかかげられている。

続いて，計画のなかで具体的にどのように高齢者福祉に関する部分が扱われているかを見てみる。施策の大綱のなかでは，「やさしく豊かな生活づくり」の項目のなかで，「人生80年型の各世代にあわせた健康づくり，生きがい対策の推進と，高齢化の進展にあわせた保健，医療体制の充実が必要です。特に高齢化の急速な進展に対応するための，相互扶助や地域活動，就労機会，学習機会等，新しい仕組みづくりが必要です。また，年齢や身体その他ハンディを超えて，支えあい，地域に住み暮らす喜びを共に享受するノーマライゼーションの思想啓蒙を通して，地域ボランティア活動をさらに推進させなければなりません」と述べられている。また，7つのシンボル事業のなかの「いきいき・はつらつコミュニティの形成」では，地域の保健・医療・福祉の充実が大切だとして，「保健・医療の連携による予防医療に重点をおき，情報の蓄積，指導者の育成を進めると同時に，福祉活動のリーダーとボランティア組織の育成，婦人や高齢者の人材バンクなど，幅広い体制づくりを進めます」と述べられている。

一方，1995年度に見直しが行われた基本計画のなかでは，「保健・医療の充実」「福祉の充実」のなかで，それぞれ「小児から成人，老人まで一貫した健康づくりの推進」「在宅医療サービスの強化および拡大」「地域福祉推進体制の強化」「高齢者福祉の充実を図るため，施設の整備と在宅サービス事業の推進」などが挙げられており，関連するものとして，CATV（有線テレビ）の高齢化社会における保健福祉サービス提供への有効活用や公営住宅の高齢社会に対応した整備などがある。

また，1996年3月には，総合計画のシンボル事業の一つである「いきいき・はつらつコミュニティの形成」の実現を目指した基本計画が策定されている。この計画は1996年度を初年度に2005年度までを前期と後期に分けて目標が定められている。具体的には，町内を5つの拠点エリアに分け，それぞれのエリアごとに地域バランスを取りながら，地域社会の自主的活動の促進を図る拠点としてのコミュニティを形成していく。そして，各コミュニティ間のネットワークを形成し，その受け皿となる行政機構の整備も図ることとされている。

財政が危機的な状況におかれていることは池田町も例外ではない。しかし，計画に盛り込まれた政策は実行されなければ意味がない。そのためにも，計画全体のなかでの各施策の優先度を明らかにすることが必要になってくるのである。

次期の総合計画が策定される頃には，池田町の高齢化率も25%を超えると予想[7]されており，高齢者のみの世帯も急激に増加してくる。施設中心で対応しようとすると大変な額の財源が必要となるであろうし，在宅中心にしたとしても，かなりの数のマンパワーが必要なため，やはり相当な財源が必要となる[8]。いずれにしても福祉政策に財源が必要なことは明らかである。人口1万人を下回るような小規模な自治体での対応には限界があるであろうが，まちづくり全体のなかでどのように地域福祉の実現を位置づけ，そしてどのように整備を図っていくか，課題は山積している。

(3) 高齢者保健福祉サービスの現状

池田町の福祉政策の現状についてふれてみる。特別養護老人ホーム「池田光寿苑」はベット数50床と4床のショートステイを併設する形で1985年4月開設され，運営は社会福祉法人池田社会事業協会により行われている。その後1996年1月にショートステイ用に10床が増床されている。内訳は当初の54床については，2人部屋5室，4人部屋11室，増床分の10床については，個室2室，2人部屋2室，4人部屋1室となっている。

特別養護老人ホームの利用状況は，町内の人が34人，町外の人が16人で，入所待機者は20人（1996年12月末現在）となっている。また，ショートステイは，増床後は月によりばらつきはあるものの，月平均10件以上，利用延べ日数も80日以上となっており，かなりの利用がある。そして，

1997度からは，ミドルステイ導入の検討もされており，在宅介護の支援機能の充実，あるいは特別養護老人ホームの待機者対策も図られている。

デイサービスセンターは，特別養護老人ホームに併設する形で1994年2月に開設され，運営は特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人に委託されている。池田町デイサービスセンターはB型で，基本事業と通所事業を行っており，1996年12月末現在の登録者数は108人となっている。

また，1995年10月から，道のモデル事業である休日デイサービスモデル事業に取り組み，1996年10月から国庫補助によるホリデイサービス運営事業を開始している(9)。この事業は，日曜，祝祭日にデイサービスを行うもので，国の補助基準にはない送迎を付加して通常のデイサービスと全く同じサービスを行っている。利用者からすれば，今まで空白であった休日にサービスが受けられるということで，大変好評である。

保健センターは，1992年に建設され，1996年12月末現在保健婦5人が常駐している。活動としては，40歳以上の住民を対象とした「ながいき検診」をはじめ各種の検診や健康教育，健康相談，訪問指導などを行っており，地域住民の健康保持に大きな役割を果たしている。

町内の医療機関は，80床の町立病院，町立診療所各1か所と2つの民間診療所がある。町立病院は，80床のうち一般病床32床と療養型病床群48床で運営されており，地域医療の中核的病院となっているものの，一般会計からの繰り入れが2億円近くあるなど経営的に問題も多い。町立の診療所は市街地から離れた高島地区にあり，町立病院の医師が週2回診療を行っている。2つの民間診療所は，いずれも1996年に開業しており町内の医療の充実に寄与しているが，今後地域医療のより一層の充実のため，町立病院との役割分担や連携などを模索していく必要があると思われる。

在宅福祉を推進するうえで，最も中心となるホームヘルプ事業は，社会福祉協議会に委託されており，1996年12月末現在常勤5人と非常勤2人のホームヘルパーが配置されている。派遣世帯は約30世帯となっており，その内容も，家事援助が中心であるものの，身体介護や入浴介助なども行われている。しかし，サービスの時間帯は，ニーズに応じて早朝や夜間などの時間帯にも対応することになってはいるが，実際は通常の勤務時間内で行われており，十分なサービス供給の体制にはなっていない。

在宅介護支援センターや訪問看護ステーションの設置，あるいはケアハウス，高齢者生活福祉センターの建設などは広域的な対応も考慮しながら現在検討されているが，具体的な方向性を見出すまでには至っていない。

(4) 社会福祉協議会の取り組み

社会福祉活動を推進するうえで，行政の取り組みと一体となって，あるいはそれを補完する意味において社会福祉協議会も重要な役割を果たしている。社会福祉協議会は地域住民および公私の福祉関係者の集まりである自主的な民間組織であり，全国の市区町村，都道府県および全国レベルで結成される(10)。その活動は在宅福祉事業，老人クラブの援助，ボランティア活動の育成など多岐にわたっており，地域社会における社会福祉を目的とする事業に関する調査・総合的企画・連絡調整・助成・普及宣伝などを実施する(11)重要な役割を担っている。

池田町社会福祉協議会は，近年地域福祉の推進に対して，積極的に取り組んできている。主な取り組みは，町からの委託業務であるホームヘルプ事業，地域福祉の啓蒙活動，地域における社会福祉活動（ボランティア活動）の支援などである。

啓蒙活動の一環である広報活動としては，年4回の社協だよりのほかに，町の有線テレビ（CATV）を活用した自主制作ビデオの放映を行っている。ボランティア活動の普及に向けては，1995年度からボランティアスクールを開催するとともに，ボランティアセンターの事務局を社協に置き，14団体約180人と個人10人のボランティア活動の支援なども行っている。また，1995年度から実施しているワークキャンプは，夏休みや冬休みを利用して中高生に福祉のボランティア

体験をしてもらおうと取り組まれている。規模的には1回5～8人程度の参加であるが，学校では教えることのできない社会体験は少しずつ広がりを見せている。

高齢者福祉活動としては，65歳以上の一人暮らし高齢者を対象に，月に1回保健センターを利用して行うふれあい昼食会，一人暮らしの高齢者の安否確認のため，月に2回ボランティアの手による絵手紙を郵便局の協力により行うふれあい郵便，地域での助け合いを目的に町内会組織を活用して行われている小地域ふれあいネットワークの推進などがある。その他，町から委託されているホームヘルプ事業，移送サービス事業，ふとん乾燥丸洗い事業，電話サービスなどがある。

このように社会福祉協議会が積極的に地域福祉に取り組み，公的部門の在宅福祉サービスの多くを担うことにより，行政の高齢者福祉部門における福祉行政の企画立案や調整の機能が強化されてきている。

(5) 保健・医療・福祉の連携

池田町の保健・医療・福祉の連携は保健センターが中心となり行われている。サービスの利用を希望するものは，各機関や小地域ネットワークに相談をして，必要に応じて高齢者サービス調整チーム会議や在宅ケア推進担当者会議で検討が行われサービスが決定される。小地域ネットワークについては，各地域にいるその構成員に相談ができるということで，細部にまで目の行き届いた活動が可能になり，今後の地域福祉の担い手として期待される。それ以外の各機関では，窓口が分散しており，利用しやすい体制にはなっていない。やはり在宅介護支援センターなどの総合的なサービス相談窓口の設置は早急に行う必要がある。

また，月に1回の割合でヘルパー・保健婦連絡会議が開催され，福祉部門のホームヘルパーと保健部門の保健婦の情報交換が行われている。しかし，高齢者の増加により，サービスの対象者も増加し，ニーズも多様化している現状を踏まえるならば，常に情報交換をしながらサービスの提供を進めていく必要がある。

各分野と医療の連携は，医師の意識がその質を左右すると思われるが，池田町の場合は，診療に関する情報が保健や福祉の分野に提供されておらず，保健センターで管理している各種検診データとの有機的なつながりがなく，効率的なサービスの提供の障害となっている。

これから高齢社会に向けて，効率的かつ効果的なサービスを提供していくためには，各分野の機能的な結びつきと情報の共有化が絶対条件である。情報の共有化は保健福祉の分野に限ったことではないし，行政の内部だけの問題でもない。行政と住民が情報を共有することにより一体となって取り組むことも必要である。

2 池田町の高齢者福祉政策の課題と目指すべき方向

(1) 高齢者福祉政策の課題

地域福祉を進めていくうえでは，住民参加による「福祉ネットワーク」や「福祉コミュニティ」の構築が重要なことである。現在社会福祉協議会が進めている小地域ネットワークなどが，積極的に活動できる環境を作り上げていく必要がある。

そして，行政内部のネットワーク，つまり保健・医療・福祉の連携は，まだ不十分であるが，早急にその体制を整えて，地域全体で高齢者をささえていくことが重要なのである。

先進事例で見たように，栗山町は福祉分野が，鷹栖町では保健分野が，そして奈井江町では医療分野がそれぞれ中心となって連携がなされ，他の模範となる施策の展開が可能となっている。池田町では，その中心となる分野の位置づけが明確になっていない。1996年4月に福祉課を保健福祉課に改組し，そこに保健センターを移管して同センターを保健福祉の拠点にしようという動きはある。しかし，人員の配置にも変化はなく，機構の縦割りのラインを多少変更したにとどまっている。

サービスの質の面からも課題がある。特別養護老人ホームは，入所者がそこで介護を受けながら生活する場所である。しかし，4人部屋が中心で，個人のプライバシーというものがない。また，入

所待機者が常時20人程度いることから，量的にも検討を要するであろう。

ホームヘルパーの派遣も，基本的に通常の勤務時間に限られることから，利用者のニーズを満たすものにはなっていない。

また，池田町には，現在整備を進めている市街地におけるコミュニティ形成事業のほかにも，廃校を地域のコミュニティセンターとして位置づけ活用しているものが8か所ある。この廃校を利用したコミュニティセンターの地域福祉活動への利用なども今後検討していく必要がある。

医療と他の分野との連携をどう図っていくかということも，早急に検討を要する課題である。

これからは，まちづくりという観点からも高齢者に対する施策が必要になってくる。町内の公共施設は決して高齢者や障害者が使いやすい状態にはなっていない。車椅子用のスロープも急であったり，車椅子ではドアが開けられなかったり，歩道なども段差があり車椅子を利用する人が一人で行動するには困難を極める状態である。これまでは，ノーマライゼーションの考えに基づいたバリアフリーのまちづくりという視点が十分ではなかったと思われる。

細かく見ればまだまだ課題はあるであろうが，筆者が感じている高齢者保健福祉の観点から見た池田町の課題と思われるものを挙げてみた。これらの課題を一度に解決していくことは無理なことであるが，少なくともその進むべき方向や位置づけは行政の職員や住民の共通の理解のもとにあることが必要であろう。

(2) 高齢者福祉政策の目指すべき方向

池田町は，1996年3月末現在の高齢化率が21.7%となっており，既に高齢社会を突破して超高齢社会に入っている。このようななかで，自治体の抱える課題も多岐にわたっているが，本稿では高齢者福祉という観点に絞って考察してきた。そのまとめとして，池田町の抱える課題を中心に高齢者福祉政策の方向性を探ってみたい。

池田町の保健福祉政策にまず求められるのは各分野の連携であろう。前述のとおり保健・医療・福祉の連携に関することは，現在保健センターが中心となって行われている。保健センターは保健福祉課の所管になったものの，保健センター自体の機能強化が図られたとは言い難い状況である。そこで，保健センターを保健福祉サービスの拠点として明確に位置づけ，在宅介護支援センターなどを併設しその機能強化を図るべきである。

そのうえで，機能的な連携を進めるために，その企画調整をする部門，すなわち事務的機能も強化すべきである。また，福祉部門を専門に担当する保健婦の配置も連携を機能させるためには必要である。将来的には保健部門と福祉部門が一体となってサービスの提供を行うことになるであろうが，当面は緻密に情報交換等を行っていくことが必要である。

先進事例で見た栗山町や鷹栖町は，各部門の連携に高齢者サービス調整チームが果たす役割は非常に大きい。例えば栗山町は調整チームのケアマネジメント会議が毎週月，水，金曜日に開催されており，鷹栖町でも調整チームの在宅介護支援センター連絡会議が月に2回定期的に行われ，その他必要に応じ随時開催されている。両町の会議では，サービスの利用希望者のマネジメントのほか，各分野の情報交換なども行われ，相互理解のもとで連携が進んでいる。

池田町では調整チームのなかに在宅ケア推進担当者会議がおかれている。この会議を活用して，常時情報交換のできる体制をつくり，住民ニーズに合ったサービスを展開していくことが必要である。

保健福祉サービスの量の面では，まず，福祉施設の中心となる特別養護老人ホームは現在50床であるが，入所待機者が常時20人前後いる状態である。入所を希望する者は基本的に家庭での介護が難しくなくなった人たちであろうから，現状のように数年も待たされることには問題がある。ホームヘルパーの24時間対応など，在宅介護サービスを充実することにより，在宅での介護希望者は増加するであろうが，高齢者が増加していくなかで特別養護老人ホームへの需要は減少すること

はないであろう。従って，個室化に向けた質の整備とともにサービス量の拡大も必要となってくる。

ショートステイは1996年に10床に増床され，現在のところ需要を満たしているが，ミドルステイの導入も検討されており，今後整備が進むと予想される。しかし，デイサービスは，在宅で介護を受けている人たちの利用度が高く，現在B型で休日サービスも行われているが，週に2回のサービスが限界であり，サービスのより充実したA型への移行も含めて施設の再整備が必要となってくる。

また，地域の廃校利用のコミュニティセンターのいくつかを，需要の多いデイサービスセンターとして活用することも検討する必要がある。地域ごとに小規模のデイサービスセンターがあれば，利用者もますます増えてくるであろう。行政の一方的なサービスだけでなく，地域住民によるデイサービスの取り組みなども合わせて検討していくべきであろう。

地域福祉の基盤としての地域コミュニティについては，その活動の基盤となる施設を整備していくことも重要であるが，活動の担い手をどのように育てていくかということが一番の課題であろう。現在は社会福祉協議会が中心になり，ボランティアスクールなどを開催しているが，今後はより一層人材育成の取り組みを強化していく必要がある。

医療の面では，池田町は第2次医療圏としては全国一広い十勝圏（第3次医療圏も同じ範囲）に属する。幸いなことに町の中心部から地域(地方)センター病院である帯広厚生病院までは30分程度の距離である(12)。高度専門的な医療はセンター病院で対応するため，町内の医療機関ではプライマリ・ケアを重視した保健医療体制の整備を目指すべきである。町内には町立病院と2つの民間診療所があるが，効率的で良質の医療の提供という観点から，2つの民間診療所と町立病院との役割分担を図りながら連携していくことの可能性を探るべきであろう。その一つの方法として奈井江町で行われているような，共同利用・開放型病院による病診連携が考えられる。この病診連携がうまく運営されれば，病院経営の改善にもつながるし，町内全体で見れば医療の効率化が図られ医療費の抑制にもつながることである。

高齢社会でのまちづくりという観点からは，その基本的なものとして，ノーマライゼーションの思想に基づいたバリアフリーのまちづくりが必要になってくる。最近は「福祉のまちづくり条例」などを制定する自治体も増えてきている。ハード面からのバリアフリーへの取り組みとして，条例などの制定によりバリアフリーを誘導していくことは，意義のあることである。また，国の取り組みとしても1994年9月から「高齢者，身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築促進に関する法律（ハートビル法）」が施行され，不特定多数が利用する公共的性格の強い建物にバリアフリー化のための建築基準が定められている(13)。実際に障害を持つ高齢者や障害者の意見を採り入れた明確な基準を示すことにより，より一層のバリアフリー化が促進されることになる。バリアフリーを進めることにより，それにかかる経費はたしかに高くなるであろうが，将来を見越した先行投資と考えればその負担も納得のできることではないだろうか。池田町の場合は，公共施設に於いてさえもまだバリアフリーが徹底されているとは言い難く，このような条例等を制定することによる効果は大きいものと考える。

また，池田町には，ほぼ町内全戸に行き渡ったCATV網がある。現在は一方的に役場のスタジオから放送を流すだけであるが，将来的に双方向の通信を行い，それを在宅福祉に活用していくことも考えられる。CATVを活用した先進事例として淡路島の五色町のCATVを活用した在宅医療支援システムは，患者の家庭に据えたテレビカメラを通して患者の表情を見たり，血圧や脈拍データなども回線を使って医師のもとへ送られる(14)。池田町もその基盤は整っているわけであるから，積極的に活用すべきであろう。

以上，述べたような事柄を実行するためには，

やはり政策の位置づけを明確にしていくことが重要である。当面は財政が好転することは期待できないであろうが，福祉に対する政策の実施は緊急を要するものばかりである。このようななかで，政策を推進していくためには，各政策に対する重要度のランク付けが行われていないと場当り的な対応になってしまい，結果として満足度の低いものになってしまう恐れがある。例えば町の総合計画は，その基本構想が地方自治法第2条第5項による議会の議決を経たものであり，将来を見通した長期にわたる町村経営の基本となり，地域発展のための各種計画の基本となるのもである(15)。基本構想が議決を経ているものであり硬直性があるという性格上，ある程度抽象的なものとなるのは避けられないところである。しかし，地方財政の好転が当分の間見込めない状況では，少なくともその基本計画のなかに財政計画あるいは財政の中期見通しを入れ込むことが必要となってくる(16)。さらに実施計画には明確に予算との関連づけが必要であろうし，実施計画が予算を後追いするような状況では計画自体の信頼性にも疑問が出てくる。各々の政策に予算配分も含めて明確な位置づけを行い，併せて政策の執行の管理を的確に行えば社会情勢などが変わったときの計画の見直しなども容易になるのではないだろうか。

分権の時代を迎えて，「地方政府」としての自治体の役割と責任がより鮮明になってくる。自治体職員にも調査企画能力が求められてくる。自治体に策定が義務づけられた「老人保健福祉計画」もその例であろう。これは抽象的な表現ではなく，具体的な目標を計画に盛り込まなければならないというものであった。現実には国から示された基準の範囲内での計画策定が求められたが，住民ニーズの把握やその分析を自ら行った自治体は，少なくとも国からの自立に一歩近づいたはずである。その点は池田町にも当てはまることである。さらに池田町にはワインを中心とした独創的なまちづくりに成功したという実績もある。21世紀に向けて，すべての人が明るく安心して暮らすことのできる地域社会を創ることは決して不可能なことではない。

〈注〉

(1) 自治事務と法定受託事務については，地方分権推進委員会第1次勧告で「自治事務とは，地方公共団体の事務のうち，法定受託事務を除いたものをいう。自治事務には，法律に定めのない自治事務と法律に定めのある自治事務がある。法律に定めのある自治事務には，その実施が地方公共団体に義務づけられるものと任意のものとがある。法定受託事務とは，事務の性質上，その実施が国の義務に属し国の行政機関が直接執行すべきではあるが，国民の利便性又は事務処理の効率性の観点から，法律又はこれに基づく政令の規定により地方公共団体が受託して行うこととされる事務をいう」と定義されている。

(2) 地方分権推進委員会で検討の対象とされている機関委任事務は，地方自治法別表3（都道府県の機関委任事務）379項目，別表4（市町村の機関委任事務）182項目の計561項目に及ぶ。そのうち今回の勧告にあたっては，別表3が201項目，別表4が82項目の計283項目について検討が行われ，そのうち別表3が104項目，別表4が61項目の計165項目について自治事務と法定受託事務に振り分けられた。ただし振り分けに重複があるため振り分けられた事務の項目数が多くなっている（大森彌：1997年1月18日地方分権を考えるフォーラム―北海道自治労会館）。

(3) 暉峻淑子『豊かさとは何か』（岩波書店・1989年）232頁。

(4) 神原　勝『転換期の政治過程』（総合労働研究所・1986年）132－133頁。

(5) 右田紀久恵「地域福祉―その価値と創造性―」『ジュリスト増刊　福祉を創る』（有斐閣・1995年）134－135頁で，「地域福祉は一般的には，それまでの社会福祉が施設中心であったのに対して，地域に焦点をおいた「あらたな社会福祉への途」である」「一連の地域政策やコミュニティ

構想のもとに社会福祉が位置づけられ，地域福祉として領域化されている」と述べられている。

(6) 一番ヶ瀬康子『地域に福祉を築く』（労働旬報社・1992年）36－39頁。

(7) 池田町保健福祉計画（1993年12月策定）によると，第2次総合計画の目標年次である平成12年の池田町の高齢化率は25%と予想されている。しかし実際はこの推計よりも高めに推移している。

(8) 高齢者介護制度研究会編『介護保険と自治体負担』（東京市町村自治調査会・1997年）で，人口約7万8千人のA市の場合の現状に基づいた現行制度と介護保険制度導入による費用負担の将来推計を行っている。その推計によると介護保険を導入した方がその保険料があるためA市の負担は少なくなっているものの，市法定負担（市単独負担―上乗せ分）は1995年と比較して，2000年で3.1（2.8）倍，2005年で6.3（13.7）倍に増えている。高齢化率の違いや制度の充実度の違いがあり，単純な比較はできないが，現在の自治体の財源構造では持ちこたえられないであろう。

(9) 道のモデル事業は，旭川市，網走市，稚内市，伊達市，池田町，釧路町の4市2町が取り組み，そのうち稚内市，伊達市と池田町がホリデイサービス運営事業に移行している。

(10) 平成8年版社会保障入門（中央法規出版・1996年）87頁。

(11) 社会福祉事業法第74条第2項。

(12) 北海道町村会地域医療問題研究会報告書（委員長：神原　勝　北海道大学教授，1996年6月）。

(13) 山城義雄「福祉のまちづくり条例をめぐる法政策」『自治研究　71－1』（良書普及会・1995年）44－61頁。「福祉のまちづくり条例」と建築基準法の関係で，「建築基準法に基づく建築確認事務が機関委任事務とされており，また同条例は同法に基づく条例ではないことから，同条例に基づく事前協議と建築確認を連動させる扱いは，法律に定めのない，強制力のない行政指導となる。また，「ハートビル法」ではその基準遵守が努力義務とされており，強制力のあるものではなく，基礎的基準による助言，指導，あるいは一歩進んだ誘導的基準による助成，税制上の優遇に活用される。しかし，この分野の立法が，いつまでも努力義務では，時代遅れになる」と指摘されている。

(14) 北海道新聞1996年8月21日。

(15) 長野士郎『逐条地方自治法　第12次改訂版』（学陽書房・1995年）47頁。

(16) 大森　彌『自治体行政学入門』（良書普及会・1987年）58－60頁。

おわりに

今回，このように池田町を外から見つめ直し考える機会を与えられた。行政の中で仕事をしていると，なかなか周りが見えてこない。北海道町村会という道内の全町村を相手に仕事をしている中に席を置けたことも良い経験となった。

この2年間高齢者福祉にテーマをおいて研究を進めてきたわけであるが，町村の抱える課題は他にも多数存在している。しかし，筆者には高齢化の問題は少子化の問題と合わせて考えるとき，将来の地域社会を崩壊させかねない大きな問題に思われた。また，地方分権推進法が制定され，さらに公的介護保険導入の議論が盛り上がるなかで，まさにタイムリーなテーマでもあった。地方分権にしても介護保険にしても，これからどういう方向に進むか予断を許さないところであるが，自治体の役割と責任が大きくなっていくことは疑いのないところであろう。その中で自治体の職員が果たす役割も当然大きくなってくる。

この間多くの人と知り合い，多くのことを教えられた。これから，自治体職員として，また池田町民として，今回の経験を生かし，池田町のまちづくりの一翼を担っていきたいと思う。

（みさか　ゆきやす：北海道池田町役場総務課）