

# 高齢者の介護予防事業の運営に関する研究

— 広島県における3自治体を中心として —

## Management of Disability Prevention Project for Aged People; Focusing on three municipalities of Hiroshima Prefecture

平 岩 和 美  
Kazumi HIRAIWA

### 要 約

高齢者の健康維持を目的とする介護予防事業の計画及び実行の段階において、いかなる主体間連携が行われているかを把握するため、先行研究をもとに主体間連携の分析フレームを作成した。この分析フレームを用いて、広島県大崎上島町、庄原市、廿日市市の介護予防事業を実証的に分析した結果、人口規模と合併、委託先の確保の相違により事業運営は異なっていた。

実証分析の結果は次の通りである。まず、小規模の人口、合併の影響が少ない地域である大崎上島町は、ボトムアップの手法を用いている。その長所は計画初期から市民が参加すること、短所は計画策定に時間がかかることである。次に、人口規模が大きく合併の影響の大きい庄原市は、トップダウンの手法を用いている。その長所は計画策定から実行まで短時間であること、短所として市民の意見が生かされない危険性がある。この対策として、庄原市では31の自治振興区を利用し市民の声をくみ上げる仕組みを作っている。この二つの自治体ではプロセスの各段階において、多様な主体を活用しており中心となる主体の交替により、事業の硬直化、画一化を防いでいる。最後に、人口規模が大きく予算があり委託先が確保された廿日市市においては委託料方式を採用しており、事業を会社、老人クラブ、市民団体に委託していた。委託の課題として個人情報保護や事業の画一化がある。廿日市市では情報保護の契約を交わし、会社、老人クラブ、市民団体に委託することにより事業を活性化していた。

キーワード：連携、委託、高齢者、健康支援、介護予防事業

### 1. はじめに

近年日本では、少子高齢化、経済成長率の停滞への対策として、社会保障改革、市町村合併が行われた。生産年齢人口の減少および経済成長の鈍化に対して、高齢化率、社会保障費は継続的に増加している。日本における65歳以上の人口は総人口の4分の1となり、社会保障費は既に年間100兆円を超える。制度の持続のために2011年には消費税の引き上げが閣議決定された。

社会保障制度改革国民会議（2013）は、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本としながら高齢や疾患介護をはじめとする生活上のリスクに対しては社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える「共助」が自助を支え、自助や共助では対応できない困窮などの状況については受給要件を認めたくえで必要な「公助」を行うべき

としている。介護保険制度に関わる新たな見直しとして軽度要介護者（要支援）の予防サービスを介護予防事業に組み込むことが検討された。これを踏まえて、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく法制上の措置の骨子について」プログラム法案骨子（2013）が閣議決定された。この中では介護保険制度改革案冒頭に「個人の選択を尊重しつつ、介護予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な取り組みを奨励する」「高齢者の生活支援及び介護予防に関する基盤整備」とある。このように少子高齢化に伴い行われた社会保障制度改革の要として介護予防事業があげられている。

### 2. 研究の背景と目的

それでは、介護予防事業はどのように運営され

ているのか。本稿で取り扱う介護予防事業は、2000年に制定された介護保険制度のもとで2006年より実施されている。介護予防事業とは、介護保険法第115条の44の規定に基づき、要介護状態等ではない高齢者に軽度の要介護認定者になることの予防又は要介護状態の軽減もしくは悪化の防止のための事業で、市町村が実施するものである。事業は、要支援・要介護状態等となる可能性のある高齢者が対象であり、予算は国1/4、都道府県1/8、市町村1/8、保険料（第1号被保険者：2/10、第2号被保険者：3/10）となっている。厚生労働省は高齢者全体の5%に二次予防事業サービスを行い、将来の要介護者の増加を抑えることを目標にしている。

2010年6月における厚生労働省の報告によれば2007年度の当時特定高齢者（現二次予防事業対象者）は高齢者全体の3.3%であったが施策参加者は0.4%、2008年度の特定高齢者（現二次予防事業対象者）は高齢者全体の3.7%であったが施策参加者は0.5%であった。著者の調査、平岩（2010）においても、広島県を対象とした2007年度から2010年度の調査において、利用者は増加している。その理由として、対象者の把握方法の変化や、事業実施方法の工夫、委託による事業の活性化の効果が指摘できる。

介護保険法が制定され、市町村は保険者の役割を担うようになった。さらにその当時に市町村合併が行われた各自治体においては、保険者という新しい業務に加え、これまでとは人口規模の異なる住民を対象とした保健事業を行うことになった。また2006年老人保健法の廃止に伴い、介護保険以前に行われてきた機能訓練事業等の保健事業は、健康増進法のもと市町村の任意事業となった。公的支援が基本であった機能訓練事業に対して、介護保険制度は民間活力の導入による事業の多様化と活性化をめざしている。しかし、需要の多い都市部に民間介護事業者が集まり、島嶼部や中山間地域では不足するという不均衡がある。西村（2013）は、高知県の地域保健部が行った厚生労働省に対する介護サービス助成制度の提案を上げ、中山間地域、過疎地域、離島の現在の事例が、将来高齢化が急速に進む都市部の社会保障の在り方を考えるときの参考になるとしている。いかなる主体と連携し介護予防事業を成功させるか

は、自治体の裁量によって対応しているものと考ええる。このような背景から、各自治体における介護予防事業における主体間連携や運営方法の検討はますます重要になってきている。

連携について医療場面では、医療従事者間の連携や、医療の質の確保を目的とし、診療工程表（クリニカルパス）が使用されている。この取り組みは米国の診断群別支払い方式に伴い発展した仕組みであり、日本においては医療費の増大を抑えるため入院日数の短縮化が議論され始めた1990年代において急速に普及した。急性期から転院、退院した人々に対しては、熊本県の取り組みをもとに、2006年から地域連携クリニカルパスが使用されるようになっており、連携の標準化、質の確保が図られている。また、厚生労働省（2013）は各自治体において地域包括ケアシステムを構築することを推進している。（図1）地域包括ケアとは、広島県尾道市御調町など地域ケアの先進事例をもとに作られたシステムであり、高齢者のニーズに応じて、介護サービス、予防サービス、医療サービス、見守り等の生活支援サービス、住まいを適切に一体的に提供していくというモデルである。

既に疾患を持つ人のための医療介護の連携は、このように標準化されているが、健康支援におけるクリニカルパスや地域包括ケアのようなネットワークのモデルは確立していない。介護予防事業は社会保障の重点事業であるにもかかわらず、運営方法は確立していない。

本研究の目的は、介護予防事業に関わる主体間連携の分析を通して、高齢者の健康を支援するスキームを提案することである。具体的には、介護予防事業の主体間連携の分析フレームを作成し事例分析により、効果的な介護予防の運営方法を提案することである。

### 3. 先行研究

#### 3-1. 介護予防事業における組織間連携の現状と課題

介護予防事業に関わる連携の方向性として、多様な機関を組織する連携システムの構築が望まれている。ここでは、研究事例により介護予防事業の現状と課題を述べる。

田中（1996）は、介護保険が開始される前の

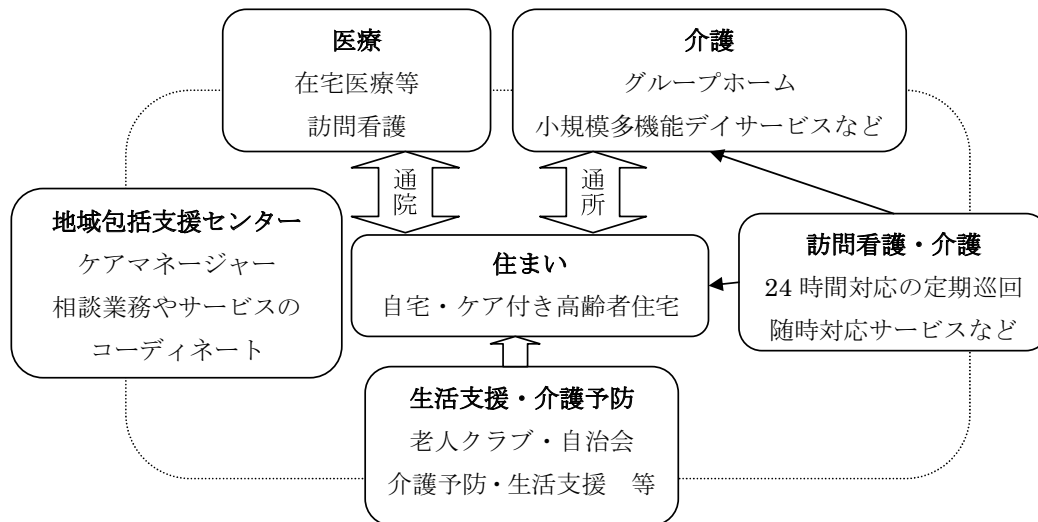


図1. 地域包括ケアシステム 出所：厚生労働省ホームページ（2013）を参考に筆者作成  
 (注) 地域包括ケアシステムは人口1万人程度の中学校区を単位として設定

1996年において、全国10カ所のケアマネジメント実践を行う医療や行政、福祉機関の分析を行った結果、行政・福祉機関と比較して、医療機関が行う組織のケアマネジメントは自己完結的、新たなサービス創出に熱心、対象者の生活に影響を与えやすいという特徴がある事を導いた。

小関（2004）は広島県H市において、市町村担当者、社会福祉協議会、自治会、老人クラブ、在宅介護支援センター、民生委員に対してインタビューを行い、高齢者のサポートを行っている人達に統一の動きや情報共有と連携が図られていないことを述べている。

韓（2006）は、介護予防教室の実践例をとおして、保健・医療・福祉の連携の問題点として各分野のセクショナリズムが強く組織だけに依存している、どのように連携するのかについての議論が少ないと述べる。

東川（2006）は自治体の各計画を分析し地域福祉計画が老人保健福祉計画、介護保険事業計画、児童育成計画、障害者計画を補完し、社協地域福祉活動計画と連携するという関係を述べている。他の計画主体は市町村であり、医療計画のみ都道府県が主体である事が、医療と保健福祉の連携を困難にしている理由としている。また退院時における保健医療福祉の連携について行政、企業、市民の3主体に分類し身体状況の変化に伴いネットワークのリーダーが変わっていくような協働関係が望ましいと述べる。

財団法人日本公衆衛生協会（2009）「今後の介護予防事業の在り方に関する研究報告書」で施策の参加率向上のための主な工夫は、行政機関内の連携による体制強化、医療機関・関連事業所との連携、一般高齢者施策・既存事業との連携、老人クラブなど高齢者グループへのアプローチ、地区組織・知人・家族の活用であった。他機関との連携状況では、プログラムの開発、評価指標の開発、評価のためのデータ分析の連携先について大学研究所となっている。

サービス委託業者との連携状況について、運動器の機能向上における委託割合が最も高く7割の自治体で委託を行っていた。委託の課題として地域に委託先となる事業者が少ない、委託先業者に専門職が不足しているとなっている。

以上により各機関に役割はあるものの、計画段階から連携が取れていない、自治体によっては連携先が確保できないといった課題があげられた。

### 3-2. 連携事例

ここでは、連携の先行事例を取り上げ、いかなる主体間連携がみられるかをまとめる。事例にあげた自治体の連携内容を図に示す。（図2）

厚生労働省（2010）は介護予防事業の効果的な取り組み事例をホームページで公開している。このうち連携や協働というキーワードのある事例を抽出した。

大分県豊後高田市では委託先は1カ所しかない

事例	主体間連携
大分県豊後高田市	市行政 養成講座 → ボランティア 地区公民館（場所提供）
大阪府柏原市	市行政 委託 → 社会福祉協議会 事業協力 ← ボランティア 食生活改善推進員 健康づくり推進員 認知症予防キャラバンメイト
茨城県城里町	町行政 定例会・活動助言 ↔ 社会福祉協議会 事業者 歯科衛生士会
宮城県柴田町	大学生 } 交流会開催 NPO, ボランティア } 事業実施・事業協力
鳥取県若桜町	町行政 事業評価・情報交換 ↔ 委託事業者間（地域ケア会議）
浦安市（畠山 2011）	市行政 ↔ 介護予防を進める会（民間） ↔ 市民 知識の習得
座間市（小比田 2011）	市行政 } ボランティア養成講座 → 自主グループ 大学 }
新潟豪雪地帯（飯吉 2011）	大学 見守りリストの作成 → 民生委員 機能低下の早期発見 → 住民
玉名市（吉沢 2012）	大学 アドバイズ → 高齢介護課 委託 → 社会福祉協議会 事業 → 自治振興区 地域包括支援センター コーディネート

(注) →, ↔ : 主体間連携を示す

図2. 事例にみられる主体間連携

出所: 筆者作成

が、ボランティアの育成、地区公民館の利用により要介護認定率を低下させている。大阪府柏原市では社会福祉協議会への委託、ボランティア、食生活改善推進員、認知症予防キャラバンメイト、健康づくり推進員など市民を活用している。茨城県城里町では、行政、社会福祉協議会、民間事業者、歯科衛生士会が連携しており、定例会で活動の助言や町の意向を伝えている。また町の50カ所ある集落センターで活動している。宮城県柴田町ではNPO法人、大学生、ボランティアサークルと連携し参加率を高めている。鳥取県若桜町では委託事業者が地域ケア会議（事業者ネットわかさ）で顔の見える関係づくりを行う。行政は年2回の事業評価、事業へ顔を出し、情報交換を行う。

日本公衆衛生学会（2011）では健康支援の連携事例が数多く報告されている。このうち介護予防に関連し複数の主体間連携がみられるものを抽出した。

畠山（2011）によれば浦安市では行政と市民、

民間の介護予防を進める会が運営方法や体力測定、認知症ケアなど専門的内容に関する知識の習得を行っている。小比田（2011）によれば、座間市では行政と大学、自主グループが連携し介護予防事業の参加者数の増加をはかっている。

飯吉（2011）は、新潟県の豪雪地帯において民生委員と大学、住民が協力し近隣の見守りリストを作成し、専門職が少ない中で介護予防が必要な高齢者の早期発見の報告をしている。

吉沢（2012）は熊本県玉名市における市民・行政・大学の協働を報告している。住民組織の下位組織である自治振興区の連携による要請力の強化、高齢介護課、地域包括支援センターなど協力する行政内部の多様化と連携の強化、社会福祉協議会の協力を図ることで、市民と行政が双方向のネットワークになったとしている。

以上の事例から構成主体には行政、大学や研究所、社会福祉法人、社会福祉協議会、医療法人、市民団体、老人クラブ、NPOなどがあつた。

### 3-3. 既存の連携モデル

地域包括ケアシステムの萌芽である広島県尾道市御調町では、病院と行政という点と点を結ぶ線から、さらに専門職と行政、住民を結ぶ面へとネットワークを構築した(図3)。山口(2012)は生活やまちづくりといった概念を付け加え保健・医療・介護・福祉と生活の連携システムに発展させている。厚生労働省が2005年に報告した最初の地域包括ケアシステムは山口のモデルに類似しており医療・介護・生活支援・予防・住まいの連携で構成されている。

小笠原(2007)は地域医療・介護の連携について、資源依存理論、制度理論、社会ネットワーク

分析論、組織間学習論、ネットワーキング論、取引コスト理論など組織間ネットワークの分析を試みている。ここでいうネットワークとは直接的、間接的に結ばれている社会関係の網であり、結ぶ線の間接関係を紐帯と呼ぶ。(図4)この理論ではネットワークのメンバーを示す点と点の二者間の関係だけではなく組織間関係を含むネットワーク全体の構造が組織に影響を与えている。この視点は現在出来上がっている事例分析には適するものの、ネットワークの生成理由を説明することが難しい。また、医療・介護の連携とは異なり健康支援においては、このモデルの構成主体には無い企業や住民のエンパワメントを活用する視点

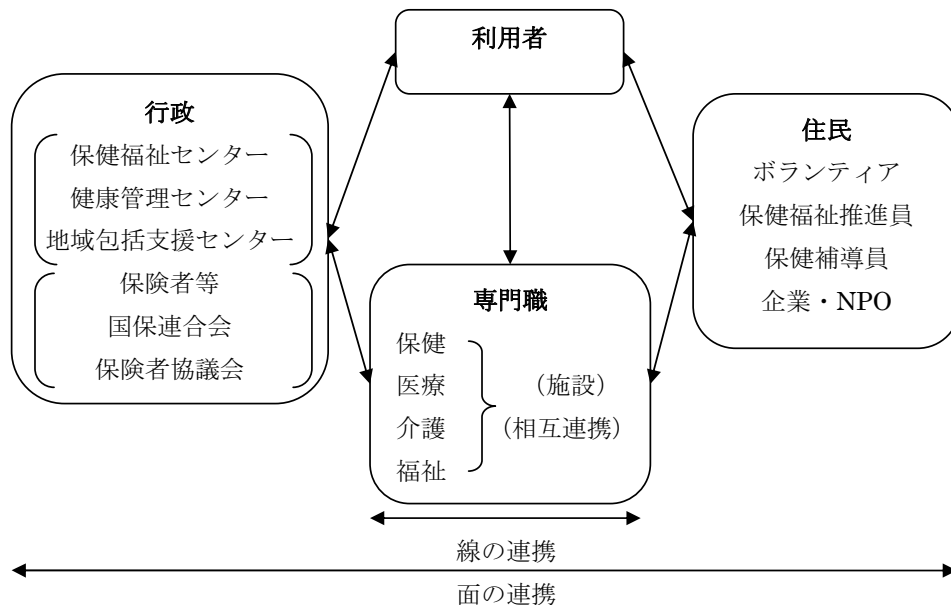


図3. 地域包括ケア(システム)のネットワーク  
—地域連携システム, 点から線へ, 線から面へ—

出所: 山口(2012)「地域包括ケアのスタートと展開」『地域包括ケアシステム』をもとに筆者作成

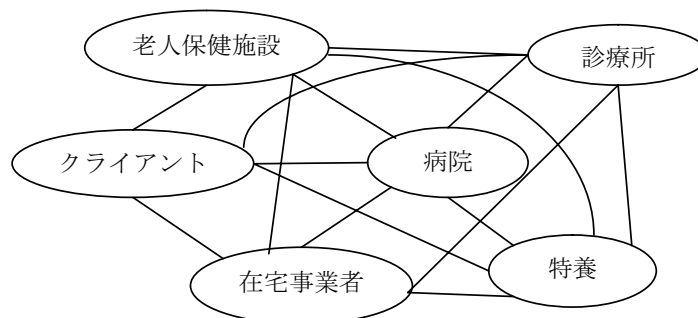


図4. ネットワーク型の連携

出所: 小笠原(2007)『地域医療・介護のネットワーク構想』をもとに筆者作成

が必要である。

関係団体と行政の連携について、寺田ら（2002）は健康保険組合と地域（市町村）との連携について、以下のような分類を行っている。（表1）連携により、主体間はどのような資源を共有するかという観点を示唆する。ただし健康保険組合と市町村は公益、保険料の増加を抑えるという共通の目的のもとで行動しており連携は必然的といえる。目的の異なる組織間の行動はさらに複雑であり、行動目的に即した連携構造の分析が必要である。

次に医療連携のクリニカルパス（治療工程表）を示す。クリニカルパスはもともと作業の効率化を狙い1950年代に工業分野で考えられた手法である。医療分野では、チーム医療の促進、医療の標準化、インフォームドコンセント、在院日数の短

縮化などに役立てられる。例として大腿骨頸部骨折患者のクリニカルパスのモデルを示す。（図5）必要な治療・検査やケアなどを縦軸に、時間軸（日付）を横軸に取って作られている。この工程表は他の部門が同時期に何をしているかがわかり、共同作業は何であるか明確になる。ただし、クリニカルパスにはバリエーション（逸脱）が起きる。バリエーションには、転院先が見つからない等の社会的要因、医療技術や機器の不足といった設備技術的要因、経過の差等の個人的要因がある。さらに、クリニカルパスは各部門同士が与える影響を示せないことが欠点である。

熊川（2006）のヘルスケアシステムでは、ある刺激に対して構成要素がどう反応するか正確に予測することができるものを単純系機械型システム

表 1. 健康保険組合と地域の連携

タイプ	内容
個別事業連携型	①健康保険組合や企業と市町村が共催し健康教育を行う健康教育共催型 ②市町村が行う健康づくりイベントに健康保険組合・企業が協賛する健康づくりイベント等協賛型
施設共同利用型	地域が健康保険組合や企業に施設を提供、賃借
人的交流による連携型	①市町村の委託により健康保険組合・企業から市町村に人材を派遣する業務委託型 ②健康保険組合・企業と市町村の専門家が参加する勉強会を行う人材交流型
健康管理情報共有型	健康保険組合・企業から健康管理情報（健康管理手帳やカード等による）を市町村に提供する
総合的事業連携型	健康づくりに関連する専門スタッフを保有する健康保険組合・企業体が社会資源を活用して地域（市町村）との連携を総合的に推進する

出所：寺田（2002）「健保組合の保健福祉事業における「地域」との連携モデルの検討」をもとに筆者作成

月日	入院日	手術日	1~2日	1週間後	2週間後	退院後
処置	説明	点滴	→	抜糸	投薬	
検査	XP、血液					通院検査
リハビリ	血栓予防		車椅子	免荷歩行	部分荷重	杖歩行
食事	指示食	絶食	指示食			→
排泄		カテーテル	カテーテル抜去、Pトイレ	病棟トイレ	→	
その他	オリエンテーション	手術経過説明	MSWへの連絡	転院先への連絡、カンファレンス	退院オリエンテーション	

図 5. 大腿骨頸部骨折のクリニカルパス 出所：佐世保市立総合病院ホームページを参考に筆者作成

と呼び、刺激に対して構成要素がきわめて多様な反応を起こすものを複雑系適応型システムと呼ぶ。単純系機械型システムは統計的管理手法により、複雑系適応型システムは単純な原則を導入し自己組織力を発揮させる条件と状況を創出することにより、「質」の向上を図ると述べる。ヘルスケアシステムが良いパフォーマンスを発揮するためには、2つのシステムを同時にマネジメントすることが必要であるが、クリニカルパスは単純系機械型システムにのみ有効とし、複雑系適応型システムの研究の遅れを指摘している。

小笠原（2007）は熊川の定義を踏まえ、アウトカムの明確な医療は単純系機械型システム、ケースに即した在宅医療や介護・福祉などの地域包括ケアは複雑系適応型システムであるとしている。著者は、健康支援においてはクリニカルパスのような時系列的な各主体の動きを示すものと、山口や小笠原のように各主体間の連携行動をネットワークで示すものの二つの視点により分析することで、事例の特徴が捉えられるものと考える。

## 4. 方法

### 4-1. 検証の枠組み

先行研究をもとに連携を構造化した分析フレームを作成する。まず主体認識について説明する。日本公衆衛生協会（2009）の報告、東川（2006）、吉沢（2012）、山口（2012）の研究を参考とし、組織の行動目的、図2にあげた連携事例中の役割に注目して、構成主体を次のように分類した。公益目的により事業をコーディネートする行政、教

育研究目的により調査やツールを提供する大学・研究所、専門的な保健福祉行動により事業を開催する専門職団体、私益を目的とし事業を開催する民間、QOL（Quality of life：生活・人生の質）の向上を目的とし事業に協力する市民・市民団体である。（表2）

行政の役割では、健康支援においては市町村の高齢介護課は介護保険、健康推進課は健康増進、地域包括支援センターは介護予防のコーディネーター、県は情報提供や国との調整、国は基本指針の提示などを行っている。それぞれ異なる役割を担うが、分析フレームを出来るだけ単純化する意図から本稿では公益という行動目的に注目し、まとめて行政とした。日本公衆衛生協会（2009）と吉沢（2012）の報告を参考に、専門的役割が期待される大学・研究所を連携主体に加えた。

東川（2006）の研究では行政・企業・市民の3主体に分け公的病院を行政に、民間病院を企業に分類している。本稿では病院などの医療法人は行動目的として専門的保健医療の提供を行うため専門職とした。厚生労働省（2013）の提示する地域包括ケアモデルでは医療施設と介護施設、介護サービスは別々の主体と認識されている。医療法人や福祉法人は介護サービスでは急性期と維持期といった別の健康状態を支援する団体として区別されるが、健康支援の中では同様の専門的な健康維持活動のサービス提供を行うため、本稿では、まとめて専門職ととらえることとした。

山口（2012）のモデルでは企業が住民に分類されている。過疎地域において小規模な企業は住民

表2. 連携主体の構成と行動目的

主体	行動目的 (役割)	構成組織
行政	公益 (事業コーディネート)	国, 県, 市町村, 市町村各課, 地域包括支援センター
大学	教育・研究 (調査, ツール提供)	大学, 研究所
専門職	専門的支援 (事業の主開催)	医師会, 医療法人, 社会福祉法人, 社会福祉協議
民間	私益 (事業の主開催)	企業, 商工会, スポーツクラブ, 文化教室
市民	QOLの拡大 (事業の協力)	住民, 自治会, 自治振興区, ボランティア, NPO, 民生委員 老人クラブ, 自主グループ, 市民団体, 家族会, 当事者の会

出所：筆者作成

組織に近い存在であるが、私益を行動目的とし、事業開催を行うことから別の主体と認識し民間とした。また老人会、市民団体は各々のQOLの向上を目的とすることからまとめて市民とした。NPOに関して行動目的は公益であるが、行政とは意思決定を異にする活動に意義をもつと判断し市民団体に類似すると判断した。これらを住民ではなく市民と表現した理由は、住民は当該市町村に住所を置くものであるのに対して市民は当該住所へ通勤する人やサービスを受ける人という幅広い概念を持つからである。先行研究の事例の分類を参考に主体間連携の分析フレームを作成した。(図6、表3)

図6は5つの主体間の連携内容を示すフレームとした。小笠原(2007)のネットワーク分析における紐帯は双方向であり内容は言及されていない。

山口の地域包括ケアモデルでも、連携の行動内容は表現されていない。ここでは紐帯を方向付け矢印とし、矢印上に行動内容を示した。

まず、行政は、計画策定段階Ⅰ課題設定段階において調査を大学・研究所に委託する。次に計画策定段階Ⅱ実施計画策定段階において、行政は民間から事業開催のための人材・場所の提供を受ける。大学・研究所は、計画策定段階Ⅰ課題設定段階において評価やツールなどのノウハウを行政に提供する。また、市民のニーズを把握し、市民の声を代弁する。専門職、民間は事業のノウハウを大学・研究所から得、大学の教育研究に協力する。実行段階において専門職、民間は事業を開催する。市民は大学が行う調査に協力することによって、教育研究に協力する形となる。市民は場合によってその一部である自治会や老人クラブ、NPOは、

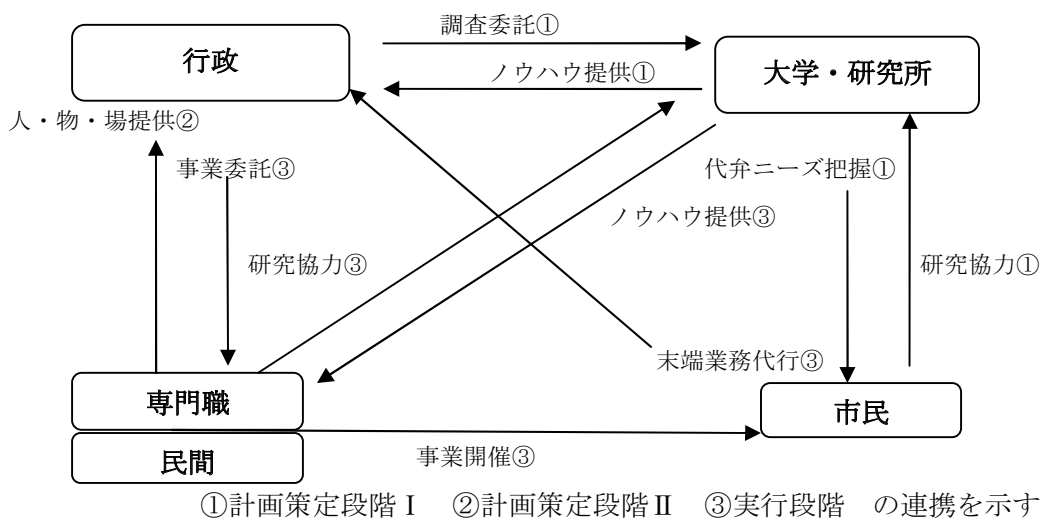


図6. 主体間の連携内容に着目した分析フレーム 出所:筆者作成

表3. 分析フレーム (計画実行段階と主体の役割)

主体 \ 段階	①計画策定段階Ⅰ		②計画策定段階Ⅱ		③実行段階	
	課題設定	課題範囲決定	手段・制約条件検討	実行計画策定	事業実施	モニタリング
行政	計画策定予算検討		目的・方法・人材の検討 予算決定		事業実施	
大学・研究所	理想設定	ニーズ把握調査	ノウハウ提供		ノウハウ提供	再調査
民間 専門職	調査協力		人材・物・場所の提供提示		事業開催	
市民	情報提供	意見提示	協力要請	意見提示	事業参加	評価

出所:筆者作成



行政の末端業務代行として事業対象者の把握や事業の開催協力を行う。また、専門職、民間に対して利用料を支払う。行政には日ごろより税を支払っている。支払いに関しては図に表示していない。

表3は医療連携のクリニカルパスを参考に作成し、プロセスを示すフレームとした。横軸に計画実行までのプロセスを時系列に並べ、縦軸に各連携主体の役割と実行内容を示した。介護保険計画策定指針（2011）には住民の参画を掲げているが具体的なプロセスは無いため、計画策定の段階は健康日本21計画実践の手引（2002）と地域福祉計画策定指針（2002）を参考にした。厚生労働省の健康日本21計画では計画策定の指針として健康課題の設定、実現可能な目標の設定、目標達成の評価のプロセスをあげている。また、社会保障審議会による地域福祉計画策定手順においても、課題の把握、計画の策定、実施の評価の3段階に分けている。計画策定段階Ⅰは課題設定段階と課題範囲の決定段階に分かれる。課題設定段階において、市民は現状の情報を提供する。大学・研究所が理想を設定する。課題範囲決定段階において市民は意見を提示し、大学・研究所は調査を行い、ニーズを把握する。専門職、民間は調査に協力する。行政は計画を策定し、予算を検討する。計画策定段階Ⅱは手段・制約条件の検討段階と実行計画策定段階に分かれる。手段・制約条件の検討段階において市民は協力を要請する。計画策定段階Ⅱにおいて、大学・研究所はノウハウを提供し、専門職、民間は人材・道具・会場の提供を提示する。行政はこれを基に目的・人材を検討し予算を決定する。実行段階は事業実施段階とモニタリング段階に分かれる。実行段階において行政は事業を提供し、専門職、民間は事業を開催する。事業実施段階において大学・研究所はノウハウを提供し、市民は事業に参加する。モニタリング段階において市民は事業を評価し、大学・研究所は再調査を行う。

以上の分析フレームを用いて、実施されている事業を検証する。

## 4-2. 調査方法と対象地域

### (1) 調査方法

実際に行われている介護予防事業の計画実行段階における主体間連携を把握することを目的とし

て、2012年11月7日庄原市、2012年12月10日大崎上島町、2013年6月18日廿日市市に訪問し、各自自治体の介護予防事業担当者に約1時間の聞き取り調査を行った。調査前に下記の内容について記入用紙を送り、訪問時に聞き取り補足した。

調査内容は、以下のとおりである。重点事業を探るため各事業の予算と人員、連携実態を探るため、図式化した分析フレームを見せ、このような連携が行われているか、連携内容、連携機関や人、連携の目的、効果、連携に関わる委託や市民参加の状況について尋ねた。また訪問調査時に聞き取れなかった内容については後日電話とメールで確認し、公開されている各種報告書により補った。

### (2) 調査対象地域

本研究では広島県を対象として方策を分析する。広島県を対象とする理由は、本県が日本の代表的な気候風土、人口比を持つからである。広島は一県の中に中山間地域、離島があり、政令市を含む。気候では中山間地域の積雪量は多く、沿岸部では温暖、平野と盆地があり、日本の全ての特徴を凝集している。以下の市町統計は2010年10月の国勢調査資料による。広島県の年齢別人口比率は、0～14歳13.5%（全国13.1%）、15～64歳62.5%（同63.8%）、65歳以上24.0%（同23.0%）であり全国と類似する（2010年）。および産業構造別人口の構成比でも、広島県は第1次産業3.3%（全国4.0%）、第2次産業25.3%（同23.7%）、第3次産業66.6%（同66.5%）と全国の値に類似する（2010年）。ゆえに、広島県の特徴的な地域の事例を分析することは全国にも汎用性が高いものと考えられる。また、高齢化率の高い地域の事例を分析することが、同様の地域や、将来高齢化が進む都市部および日本、他国の社会保障対策に役立つと考える。

この広島県の特徴的な3自治体を調査対象とした。まず大崎上島町は、人口8,448人、高齢化率42.8%（2010年）、瀬戸内海にある温暖な有人離島である。広島県で特に高齢化が進行している町であること、離島という地理的条件から選択した。離島は、民間病院や介護サービス事業者の参入が少ない医療福祉の条件不利地域である。庄原市は、人口40,244人（2010年）、広島県の北東部内陸に位置する豪雪地帯、中山間地域であり大崎上島とは地理的条件が大きく異なる。庄原市の高齢化率

は37.7% (2010年), 無医地区 (半径4キロ以内に医師のいない地域) が広島県で最も多い。また著者の調査, 平岩 (2010) において庄原市は介護予防事業が開始されて間もない2008年の事業参加者数, 参加延べ人数が広島県において最も多く, 現在も参加者割合が高いことから選択した。

廿日市市は世界文化遺産の宮島がある人口114,038人 (2010年) の広島県西部に位置する都市である。西日本有数の木材専門港, 輸入木材に関連した住宅産業, 家具関連産業がある。この地域を選んだ理由は, 人口規模が大きく政令指定都市広島市のベッドタウンであり, 標準的な都市的地域の特徴を持つからである。高齢化率は23.5%であり, 広島県全体24.0%, 全国23.0%に類似する (2010年)。また産業別人口でも第1次産業2.5%, 第2次産業24.8%, 第3次産業72.6% (2010年) であり, 全国や広島県全体と類似している。(図7) 3つの地域においていずれも近年の総人口は減少し高齢化率は上昇する傾向にある。以上3つの自治体の特徴をまとめる。(表4)



図7. 調査対象地域

出所: 国土地理院白地図をもとに筆者作成

表4. 対象地域の特徴 (2012年3月現在)

市町	地理的特徴	合併の様子	医療提供体制
大崎上島町	離島, 温暖 柑橘類の生産, 漁業	2003年に島内の3町が合併 合併前後, 町は小規模	人口千人に医師数1人 医療インフラ不足, 島内の医師は9人, 専門医の受診はフェリー利用
庄原市	島根, 鳥取岡山県に接する中山間地域, 豪雪地帯 農業	2005年に1市6町が合併, 合併前の市町は50以上の歴史あり合併前の市町の自立性が高い	人口二千人に医師数1人, 市の面積が広大で無医地区27カ所 赤十字病院, 市民病院あり
廿日市市	山口県に接する中国山地の盆地, 広島市のベッドタウン, 温暖多雨, 高地は冬季積雪, 木材業, かき養殖	2003年1市2町が合併 さらに2005年大野町, 宮島町が合併	無医地区2箇所, 僻地診療所1箇所 国立医療センターあり 民間病院は多数

出所: 各市町ホームページを参考に筆者作成

## 5. 結果

### 5-1. 大崎上島町

#### (1) 回答者と行政内の連携

聞き取り調査の対象は, 地域包括支援センターの保健師であり, 健康づくり計画の責任者である。高齢者への訪問や介護予防活動を計画し実施している。行政内においては厚生環境局や, 東広島地域保健所が情報提供や方法論の提示を行い, 保健衛生課, 福祉課が助言, 計画実施する地域包括支援センターと複数の主体間連携がみられる。

#### (2) 重点事業

大崎上島町では人員, 予算の状況より, 二次予防事業対象者の見極めおよび一次予防事業に力点を置いている。(表5)

#### (3) 連携の実態

大崎上島町に協力している研究機関は県立広島大学とヘルスプロモーション研究所である。それらはノウハウを提供し行政とともにワーキング会議を行う。行政は公募された市民代表とワークショップにおいて課題の設定を行う。行政から委託された民間事業所と社会福祉協議会は事業を実施する。行政は医療法人に依頼し, 銀行や郵政, 商工会に高齢者の機能低下について講義を行ってもらう。銀行や郵政, 商工会は機能低下を起こす高齢者を発見し行政に伝える。また, 銀行や郵政, 商工会は市民に対して事業の広報を行う。行政, 市民, 民間事業所は年3回のケア会議で事業の見直しを行う。市民はワークショップやケア会議を通じて計画の全ての段階に参加している。

#### (4) 連携の特徴

各段階における連携主体をみると, 課題策定において大学と行政, 大学と行政, 市民, 実行計画

策定段階において行政と市民、実行段階において行政と市民、民間と、常に複数が関わっている。民間の中に複数の主体があり健康維持に関与していないと思われた郵便局、銀行、商工会が対象者の把握を担っており、多様な地元の資源を活用していることがわかる。大崎上島町の介護予防事業における連携を次の図表に示す事ができる。プロセスは介護保険計画と健康づくり計画を合わせたものである。このように異なる計画も限られた行

政職員が協力し作成している。また、広島県内の他自治体では、ほとんど実施されていない機能訓練事業も介護予防事業と連携して行っている。(表6、図8)

### (5) 課題

聞き取り調査の対象である保健師は「せっかく良い計画を作っても実行段階において自分のこととしてとらえる市民が少ない。」という課題を述べている。

表5. 大崎上島町における代表的な介護予防事業の職員数と予算 (2012年度)

対象者の状態と事業		職員数	予算 (千円)	
虚弱高齢者対策	二次予防事業	実態把握事業 (対象者見極め)	10	1,207
		通所型 (口腔、転倒予防)	1	1,116
		介護予防ケアマネジメント	3	1,469
		食の自立支援 (訪問)	1	768
高齢者全般	一次予防事業	介護予防普及啓発	4	3,017
		地域介護予防活動支援	1	2,434

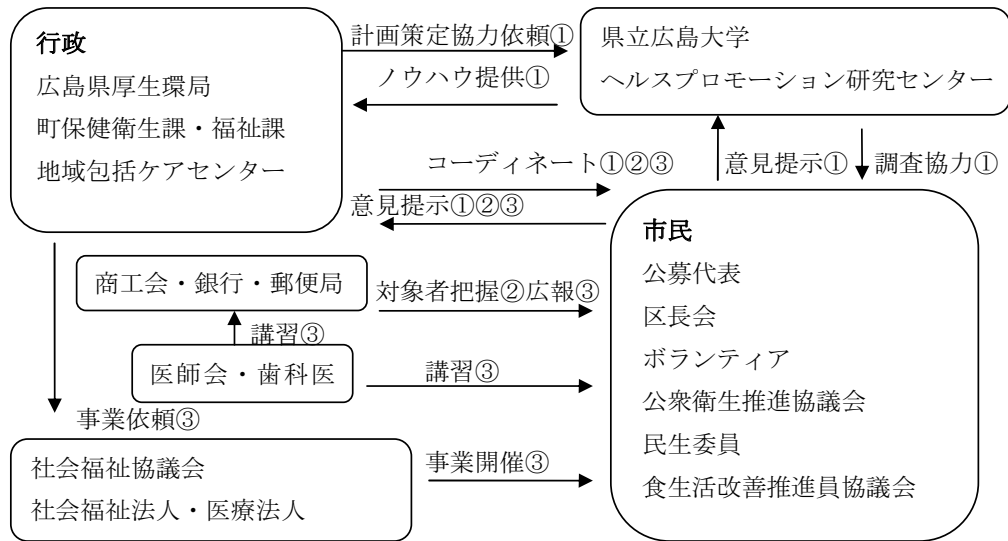
出所:筆者作成

表6. 大崎上島町の介護予防事業における計画実行段階と主体の役割 (2012年度)

主体	段階	①計画策定段階Ⅰ		②計画策定段階Ⅱ		③実行段階	
		課題設定	課題範囲決定	手段・制約条件検討	実行計画策定	事業実施	モニタリング
県立広島大学		ノウハウ提供・ワーキング会議	ワークショップによる意見交換・調査・目標設定	———			
ヘルスプロモーション研究センター							
行政	広島県東広島地域事務所厚生環境局	ワーキング会議		———	予算決定	事業提供	———
	町保健衛生課			ワークショップによる計画検・手段決定			
	町福祉課						
	地域包括支援センター						
住民	公募市民代表	———		———	事業協力		
	民生委員	調査協力	対象者把握協力				
	ボランティア	———	———				
専門家	社会福祉協議会	調査協力	人材・物・場所の提供提示		事業開催	———	
	社会福祉法人						
	医療法人	———					
民間	商工会・銀行・郵便局	———	対象者把握協力		広報		

(注) ———: 該当する役割無し

出所:筆者作成



(注1) ①計画策定段階Ⅰ ②計画策定段階Ⅱ ③実行段階 の連携を示す  
 (注2) 連携の目的: 人材育成, 事業の効率化, 内容の充実  
 (注3) 連携の効果: 参加者の増加, 参加費用の削減, 満足度の拡充, 地域力の強化, 活動の活性化

図8. 大崎上島町介護予防事業における主体間連携の内容 (2012年度) 出所: 筆者作成

## 5-2. 庄原市

### (1) 回答者と行政内の連携

聞き取り調査は、介護保険計画の責任者である高齢福祉課係長と、健康づくり計画責任者である保健医療課健康推進係の係長に行った。行政内の連携として、介護保険計画と健康づくり計画は両計画策定者がそれぞれの策定会議に参加し、双方の計画に生かすようにしている。アンケート結果や基礎資料を活用しあう。異なる計画の事業は予算編成時に本庁、支所、関係機関と事業調整、事業紹介をしている。その他の行政内の連携として毎月1回、地域包括支援センター、支所間の連絡会がある。

### (2) 重点事業

庄原市では人員配置と予算の状況から、二次予

防事業通所型運動機能向上と一次予防事業ボランティア養成に力点を置いている。(表7) また、虚弱高齢者、一般高齢者対策のみならず活動的な高齢者対策も行っている。生き甲斐創造型サロン型モデル事業は社会福祉協議会や老人クラブに委託し、高齢者が始める地域おこしの新事業について行政が資金提供を行うものである。例えば、焼き芋屋や花の栽培などである。その他の任意事業として独居高齢者に対して配食サービスを通した見守りを行っている。配食された弁当を残している場合は、事業所から連絡を受け、行政の担当者が訪問し高齢者の心身状態を確認する。

### (3) 連携の実態

庄原市に協力している研究機関は人間科学研究所である。行政は人間科学研究所の協力によりア

表7. 庄原市における代表的な介護予防事業の職員数と予算 (2012年度)

対象者の状態と事業			職員数	予算 (千円)
虚弱高齢者	二次予防事業	実態把握事業 (対象者見極め)	7	7,316
		通所型 (運動機能の向上)	11	28,870
		うつ・閉じこもり対策 (訪問)	8	2,275
高齢者全般	一次予防事業	高齢者健康教室	11	11,371
		健康相談	11	
		ボランティア養成	14	
アクティブな高齢者	重点事業	生き甲斐創造型サロンモデル事業 (新事業支援)	1 社協に委託	2,350

出所: 筆者作成

ンケートを行い、市民のニーズを知る。

あらかじめ医療法人により講習を受けた商工会は、高齢者が買い物をする様子を見て心身機能の低下が疑われた場合、行政に伝える。民間は社会福祉協議会、社会福祉法人、医療法人があり事業実施計画の際、提供できる人材や道具、場所を行政に提示する。行政はこれを基に実施計画を策定する。

実行段階の市民参加は自治振興区や市民ワークショップにより行われる。自治振興区とは、自治会や行政区など一定の地域に住む人が参加し、良好な地域社会の維持発展を目的とする団体または組織である。庄原市には7町31の自治振興区がある。自治振興区は、行政から独自の活動のための資金を受けている。庄原市の自治振興区は月1回集会を開き、行政に新しいニーズを要請する。また、庄原市では、市民ワークショップを開催している。ワークショップでは専門職やボランティアが交流し、課題に対するアイディアを出し合う。現在行われている健康維持や介護予防に関わるワークショップは認知症サポーター養成講座、食の見守り、がん検診受診率向上がある。庄原市の介護予防事業における連携を図表に示す。(表8、図9)

#### (4) 連携の特徴

庄原市では連携の中心主体は段階ごとに単一であり、課題策定段階において研究所、実行計画段階において行政、実施段階において民間、モニタリング段階において市民へとバトンタッチしている。健康支援と関連が無いと思われた商工会や、配食サービスなど多様な主体の活用により、機能低下を起こす高齢者が早期発見されている。また、市民が組織化された自治振興区の活用が特徴的である。自治振興区ごとの市民の要請によってサービス内容に変化を持たせることで参加者数を増加させている。さらに、地域おこしにつながる新事業も展開されている。

#### (5) 課題

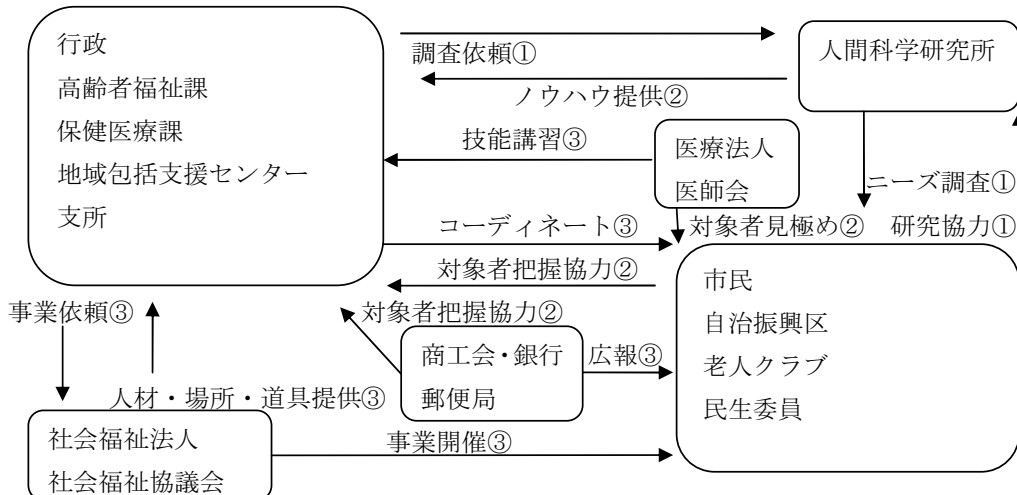
事業担当者は、合併以前の計画策定時の市民参加について次のように述べていた。「合併以前、町によっては計画の課題策定段階から市民参加が行われた。その際、計画実行にも協力的で、実施内容について市民の満足度が高い印象があった。現在のところ規模が大きくなり、計画段階の市民参加は時間がかかる。予算編成の期限内に計画を策定しているため、市民はモニタリングの段階で参加している。」モニタリング段階における市民の要請力は強いとのことである。

表8. 庄原市の介護予防事業における計画実行段階と主体の役割 (2012年度)

段階		①計画策定段階Ⅰ		②計画策定段階Ⅱ		③実行段階	
		課題設定	課題範囲決定	手段・制約 条件検討	実行計画 策定	事業実施	モニタリン グ
人間科学研究所		理想設定	ニーズ把握	事業企画・ノウハウ提供		ノウハウ提供	再調査
行政	高齢福祉課	介護保険計画策定		予算決定会議においてアンケート結果・基礎資料の共有、事業調整、事業紹介		事業提供	
	保健医療課	健康づくり計画策定				事業コーディネ ット	月1回連絡 会、ワーク ショップに よる意見交 換
	支所	住民の意見代弁					
	地域包括支援センター	――					
住民	民政委員	調査協力		対象者把握協力		事業協力	
	自治振興区	住民の意見取りまとめ提示					
	ボランティア	――					
専門家	社会福祉協議会	調査協力		人材・物・場所の提供提示		事業開催	
	社会福祉法人			対象者見極め		講習	
	医療法人	――				――	
民間	商工会・銀行 郵便局	――		対象者把握協力		広報	――

(注) ―――：該当する役割無し

出所：筆者作成



(注1) ①計画策定段階Ⅰ ②計画策定段階Ⅱ ③実行段階 の連携を示す  
 (注2) 連携の目的: 人材育成, 事業の効率化, 内容の充実, ニーズの発見  
 (注3) 連携の効果: 参加者の増加, 満足度の拡充

図9. 庄原市介護予防事業における主体間連携の内容 (2012年度) 出所: 筆者作成

5-3. 廿日市市

(1) 回答者と行政内の連携

聞き取り調査の対象は高齢福祉課職員, 健康推進課保健師, 地域包括支援センター保健師である。計画策定のニーズ調査は高齢福祉課が行い, 議会の承認後, 事業実施の段階で健康推進課, 地域包括支援センターが関わっている。

(2) 重点事業

廿日市市では地域介護予防活動支援に重点が置かれている。この事業は, 健康づくり応援団養成・育成事業と老人クラブ委託事業があり, いずれも地域住民が主体となって健康づくりに取り組めるよう, 住民リーダーを養成するものである。(表9)

(3) 連携 (委託) の実態

現在の廿日市市の事業は各機関に委託している。委託先は会社, 老人クラブ, 事業所, 市民団体である。委託の目的は事業の効率化, 費用の削減, 内容の充実である。委託の効果は, 参加者の増加, 参加費用の削減, 利用者の満足度の拡充である。

介護予防事業の対象者把握は, 2011年度から郵送による全数調査となった。会社 (株式会社W) に委託したところ, これまで検診に来なかった人の状態も把握できるようになり, 大規模な郵送や専門的な統計処理, 経年的変化の分析が可能になった。

一次予防事業では老人クラブ, 会社に委託しているもの, 保健師が直接実施しているものがあ

表9. 廿日市市における代表的な介護予防事業の職員数と予算 (2012年度)

対象者の状態と事業			職員数	予算 (千円)
虚弱高齢者対策	二次予防事業	実態把握事業 (対象者見極め)	1 委託	26,841
		通所型	3 委託	
高齢者全般	一次予防事業	地域介護予防活動支援	1	22,935
		介護予防普及啓発		
	任意事業	認知症サポート安心まちづくり事業	1 委託	4,852
		認知症高齢者見守り事業		
徘徊高齢者家族支援事業				

出所: 筆者作成

る。旧大野地域では老人クラブの活動が合併以前から盛んであった。5地域の老人クラブ連合会有り、隔週1回の運動教室を開催している。事業に関する要望があれば各地域の老人クラブにおいて取りまとめ、行政に伝えられる。二次予防事業の実施は入札により会社に委託している。委託料方式であり、市民から事業への支払いは生じない。受託先は、教室のプログラム、体力測定等の結果、参加人数や委託金の使途について報告書を行政に提出している。

その他に事業を委託している市民団体として「認知症になっても安らぎのある廿日市市をつくる市民の会」がある。この市民団体は、1971年に開設された特別養護老人ホームにより1995年に廿日市市阿品に開設された廿日市高齢者ケアセンターを母体とする。認知症対応型デイサービスセンター、仲間作り、認知症専門ボランティア養成セミナーなどに取り組んでいる。廿日市市の介護予防事業における連携を図表に示す。(表10、図10)

#### (4) 連携の特徴

廿日市市ではまちづくりに関する市民参加の仕組みとして、行政担当者、市民、専門家で構成される円卓会議が行われている。市民と行政が平成12年度に策定した「コミュニティ推進プラン」により、行政側の実現化方策と、各地区(小学校区単位)において、市民が主体的に策定する「地区別実施計画」の策定や地域づくりの場として、各

地区のコミュニティ推進組織を中心に設置されているものが、「円卓会議」である。

介護予防事業と関連のある円卓会議は現在行われていない。健康増進計画にも介護予防について述べられている。2007年報告書によれば第1期2007年度の健康増進計画策定時は円卓会議を行っており日本赤十字広島看護大学と、公募した市民に意見を聞き策定している。廿日市市高齢者福祉計画では、関係団体・機関との連携について、地域事務所、地域保健所、地区医師会、歯科医師会、薬剤師会、日本赤十字広島看護大学、広島県立大学、社会福祉協議会、民生・児童委員協議会、シルバー人材センター、町内会・自治会、老人クラブ、ボランティア団体・NPO法人など、地域資源と密に連携しながら、計画を推進している。計画策定委員会が設けられている。

#### (5) 課題

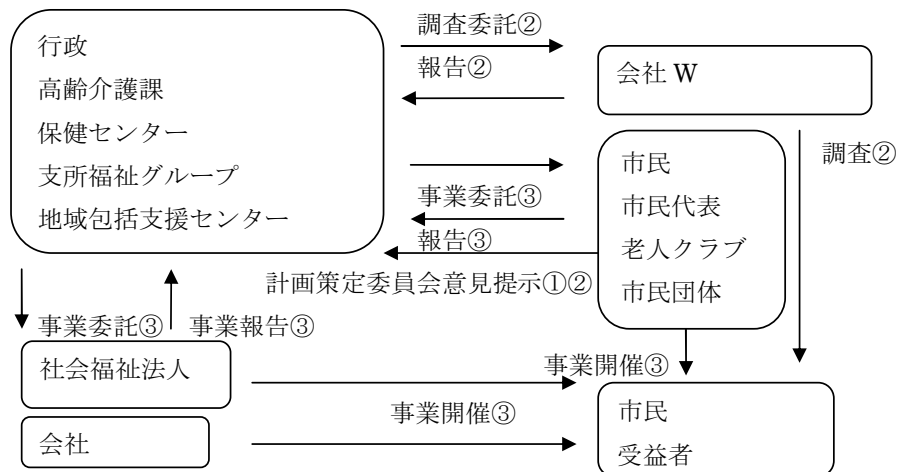
廿日市市各報告書によれば介護予防について述べられている計画は健康増進計画と高齢者福祉計画・介護保険事業計画である。健康増進計画には具体的な活動内容が、介護保険事業計画には事業内容と目標値が記述されており、予算については高齢福祉課が担当している。健康増進計画は健康推進課、高齢者福祉計画・介護保険事業計画は高齢介護課が策定しており、各部門は敷地の異なる別の建物内にあるため連絡調整が困難となっていると推測された。

表10. 廿日市市の介護予防事業における計画実行段階と主体の役割 (2012年度)

主体		段階		①計画策定段階Ⅰ		②計画策定Ⅱ		③実行段階	
		課題設定	課題範囲決定	手段制約条件検討	実行計画策定	事業実施	モニタリング		
行政	高齢介護課	ニーズ調査	パブリックコメント提示 目標設定、議会の承認			事業委託	再調査		
	保健センター	——				事業コーディネート	——		
	支所福祉グループ					事業開催			
	地域包括支援センター								
専門職	社会福祉法人	計画策定委員会				事業開催	事業報告		
市民	市民代表					——			
	老人クラブ					事業開催	事業報告		
	市民団体								
民間	会社W	——		対象者把握		——			

(注) ——：該当する役割無し

出所：筆者作成



(注1) ①計画策定段階Ⅰ ②計画策定段階Ⅱ ③実行段階 の連携を示す  
 (注2) 連携と委託の目的: 人材育成, 事業の効率化, 内容の充実  
 (注3) 連携と委託の効果: 参加者の増加, 満足度の拡充, 活動の活性化

図10. 廿日市市介護予防事業における主体間連携の内容 (2012年度) 出所: 筆者作成

## 6. 考察

### 6-1. 確認された連携主体の役割と連携の特徴

行政は事業の責任主体であり、全体のコーディネートを行っていた。行政内の連携については、小さな自治体においてはマンパワーの不足を補うために、大きな自治体においては関連事業の把握により事業を効率化するために、各部署が協力することが必要であろう。大崎上島町では国や県が重層的に相談や助言をしている。今後もこうした条件不利地域においては町内行政の連携のほか、広域連合や県の活用が必要であろう。また社会福祉協議会を専門職として認識したが、このような地域では計画段階から事業実施まで行政に近い役割を担っている。庄原市は市行政の各部門が互いに連携をとっていた。

民間の多様性については、庄原市や大崎上島町において顕著であった。専門事業者や行政のマンパワー、予算不足を補うために積極的に利用すべきであろう。専門職、行政との連携により、通常では直接健康支援に関わりの無い商工会、郵便局、銀行などが高齢者の機能低下を発見している。高齢化が進む中、このような条件不利地域以外にも多様な民間組織を活用することが望まれる。

また、大学・研究所と行政のネットワークはみられたものの大学・研究所と専門職・民間のネットワークは見られなかった。企業の連携では、技術革新による利潤の最大化を図るため、積極的に大学・研究所と連携する。健康支援の分野では高

度先進医療のような技術革新は目標としていないこと、医療機関などの民間部門が高度に専門化していることから、大学からのリソースを必要としないものと考えられる。しかし先行研究にもあげたように、プログラムの開発、評価指標の開発、評価のためのデータ分析などの分野で大学の活用が望まれる。

専門職は行政との連携により事業開催を行っており、専門職が少ない医療福祉の条件不利地域と思われた庄原市や大崎上島町で活用されている。委託先がある廿日市市では専門職の他、会社や市民団体が事業開催を行っている。医療の専門家でなくても、ノウハウが分かれば健康支援は行えることから活動のサポートを担う役割が期待される。

市民参加の状況は各自治体において異なり、意見を提示する公募の市民や自治振興区、事業を提供する老人クラブや市民団体など様々な関与がみられた。参加する市民の特性や市民間のつながりを示すソーシャルキャピタルと健康状態の関連は盛んに論じられている。今後、市民参加を促すためには、行政からの助成、活動の保障、大学から生涯学習の機会、民間から場や道具の提供、住民の下位組織等の活用があげられる。

### 6-2. 連携方法の比較

次に大崎上島町と庄原市の連携方法の比較を述べる。



共通点は、計画実行段階のプロセスごとに連携主体が異なること、行政内でも複数の機関が連携していること、行政、大学・研究所、民間、市民の連携がみられることである。このような連携主体の複数化や段階ごとの連携主体の変化が、事業の硬直化、画一化を防いでいるものと考えられる。例えば大崎上島町では、広島県内の他の自治体ではほぼ終了している機能訓練事業を、住民のニーズにより介護予防事業と連携して継続している。また庄原市では自治振興区の要請により、介護予防事業の内容を変化させアクティブな高齢者のための事業を追加している。このような柔軟で多様性のある事業展開は連携の賜物といえる。

市民参加の形態は人口規模と合併の影響により異なるものと考えられる。小規模の人口、合併の影響が少ない大崎上島はボトムアップの手法を用いている。ボトムアップとは計画初期から複数の主体が関わり協議した課題を計画、実行するものである。その長所は計画初期から市民が参加し意見が活かされること、短所は計画策定に時間がかかることである。受益者は計画初期に参加しているものの、便益を受ける時点でニーズが変化している危険性がある。

人口規模が大きく合併の影響の大きい庄原市はトップダウンの手法を用いている。トップダウンとは単一の主体（主として行政）が課題を設定し予算計画まで立て役割分担した実施内容を他の主体（大学・研究所、民間、市民）に委ねるものである。宮川（2002）は、トップダウンアプローチの弱点として政策決定者が実施に影響する組織的、政治的及び技術的アプローチをコントロール

しているという暗黙の仮定を置いていることとしている。

庄原市におけるトップダウンの長所は計画策定から実行まで短時間であること、短所は市民の意見が生かされない危険性である。これに対して庄原市では31の自治振興区や市民ワークショップを活用し市民の声をくみ上げる仕組みを作っている。

### 6-3. 連携方式と委託方式の比較

次に3つの自治体の比較を述べる。公共から民間に執行を任せる場合、様々な方法があるが、大崎上島と庄原市では執行する事業提供者に利用者は利用料を支払う。廿日市市では市からの委託料により事業を運営しているため受託事業者は利用者から利用料を直接は受け取らない。このことにより利用者が参加しやすい利点がある。宮脇（2003）は前者を利用料方式、後者を委託料方式と呼ぶ。ここでは、大崎上島町と庄原市を連携方式、廿日市市を委託方式として比較する。委託と連携の違いを表に示す。（表11）

宮脇（2003）によれば委託方式では、民間企業の業務、費用負担の決定、それらを定める契約締結、公共サービスの適切な提供を担保するための作業基準策定やモニタリング等に関するルール化が必要である。ルールが形骸化するとサービスの質的悪化、住民との乖離、行政の肥大化などの問題が生じる。これは廿日市市において委託事業の監視が必要なことを示唆している。また、宮脇（2003）はサービスの提供者と需要者が少ない場合、ともに自己利益追求型の便宜主義に偏り自ら公共性を発揮することが困難となると述べる。大

表11. 連携と委託の相違

主体間関係	長所	短所
連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機能として補完と協働がある</li> <li>・単独では出来ない事が可能になる</li> <li>・似た事業を合わせる事が可能</li> <li>・担当者の意見が生かされ易い</li> <li>・利用者の視点が生かされ易い</li> <li>・柔軟な対応が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託先、委託金が無い</li> <li>・公共サービスの提供者と需要者が少ないため委託できない</li> <li>・執行が不確定な事がある</li> <li>・執行の責任所在が不明な事がある</li> </ul>
委託	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託金と委託先が確保されている</li> <li>・執行が確実</li> <li>・執行の責任所在が明確</li> <li>・大規模な事業が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・議会で承認された内容を最低限行いそれ以上の事は行えない</li> <li>・議会の承認が無ければ事業間の連携は無い</li> <li>・市民が不満を感じても議会が吸い上げなければサービス内容は変わらない</li> <li>・市民の個人情報の保護に留意が必要</li> </ul>

出所：筆者作成

崎上島町はこのため委託方式には適さない。

介護保険のうち介護予防事業が含まれる地域支援事業の平成24年度予算は、大崎上島町10,011(千円)庄原市52,182(千円)廿日市市225,585(千円)となっている。このように、廿日市市は委託金、委託先を確保しており、公共サービスの提供者と需要者が充分にある。ただし、委託方式では事業の硬直化、画一化が起きやすいため、議会により市民の声をくみ上げる仕組みが必要である。

また、大崎上島町と庄原市は、ニーズ把握のための調査を大学・研究所が行っている。大学・研究所は教育研究が連携の目的であるため、調査のために住民名簿を渡しても営利目的に使用する危険性は少ない。廿日市市は調査を会社に委託しているが受託会社との情報保護のための契約を既に取り交わしている為、危険は回避されている。その他、廿日市市の委託先には、老人クラブや市民団体がある。委託方式では事業の硬直化、画一化が起きやすいが、廿日市市ではサービス提供者と受益者が一致するため、議会を通さなくてもニーズ把握は行いやすい。庄原市、大崎上島町は委託金、委託先が確保できないものの連携により、補完と協働が行われているものと考えられる。

#### 6-4. 運営の効果

連携の効果および受益者である市民の満足度を具体的に示すものとして、サービス受給者である介護予防事業の参加者数がある。2012年度の参加者数は廿日市市456人、庄原市413人、大崎上島町33人であった。これを高齢者中の参加者割合で3自治体の中での伸びをみると廿日市市の変化が最も大きく、2010年度0.76%、2011年度1.13%、2012年度1.58%となっている。委託による対象者把握が功を奏しているものと考えられる。庄原市は2010年度2.14%、2011年度2.31%、2012年度2.73%と増加している。大崎上島町は2010年度0.87%、2011年度0.78%、2012年度0.88%とほぼ横ばいである。ただし、大崎上島町では介護予防事業以外の健康維持事業である機能訓練事業を並行して行っており、両者を合わせた事業参加者はさらに多いものと考えられる。厚生労働省の報告によれば、2011年度の介護予防事業二次予防事業の参加者数は前年度より増加していたが、2012年度はほぼ横ばいとなっており全国の市町村における平均

は0.7%である。3つの地域は平均を超えており、各地域における運営手法は効果的であるものと考えられる。

## 7. 結語

まず本研究の成果として、連携主体を整理し作成した介護予防事業の分析フレームにより、実際に行われている事業の検証が可能である事を示した点があげられる。

次に社会的貢献として、介護予防事業の運営に苦渋する自治体に対して、本稿において分析の視点と事例を提示した。全ての自治体が、本稿が選択した3自治体と同様のタイプに分類されるとは限らないため、実際の事業では各自治体において異なるマネジメントが必要である。しかし、分析の視点、3自治体における運営上の工夫については他でも応用できるものである。

終わりに、調査対象とした3つの地域と同様に他地域も今後、総人口は減少し高齢化率は増大する傾向にある。各地域の社会資源、人的資源を有効活用し事業運営を持続、活性化する手法がさらに検討されるべきである。

本研究にご協力下さいました大崎上島町、庄原市、廿日市市の介護予防事業担当者の方々に深謝いたします。

## 参考文献

- 飯吉令枝・平澤則子他(2011)「過疎地域の介護予防が必要な高齢者を早期発見するための近隣見守りリストの検討」『2011年日本公衆衛生学会抄録集』p.286.
- 小笠原浩一・島津望(2007)『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房
- 熊川寿郎(2006)「クリニカルパスとは」『老年精神医学雑誌』17(11), pp.1131-1140.
- 小関祐二・戸梶亜紀彦(2004)「地域における高齢者情報の把握と共有—H市における事例」『広島大学マネジメント研究』4, pp.175-184.
- 小比田協子・柴喜嵩他(2011)「官市民協働において一次・二次予防事業の有機的連携を図り自主グループ参加者を増やす」『2011年日本公衆衛生学会抄録集』p.285.
- 財団法人日本公衆衛生協会(2009)『今後の介護予防事業の在り方に関する研究報告書』

- 社会保障制度改革国民会議報告書（2013）『週刊社会保障』2740, pp.54-83.
- 政府閣議決定「プログラム法案骨子」（2013）『賃金と社会保障』1594, pp.49-51
- 田中千枝子・大本和子（1996）「ヘルスケアとソーシャルワークの視点—医療主導の組織連携の類型化とケアマネジメントへの影響—」『東海大学健康科学部紀要』2, pp.65-74.
- 寺田勇人・井谷徹他（2002）「健保組合の保健福祉事業における「地域」との連携モデルの検討」『産業衛生誌』44, p.654.
- 西村周三（2013）「地域経済視点からの社会保障支出とその将来見通し：第17回厚生政策セミナー地域の多様性と社会保障の持続可能性」『季刊・社会保障研究』49（1）, pp.5-29.
- 廿日市市（2012）「廿日市市高齢者福祉計画」
- 韓榮芝・高橋信幸（2006）「保健・医療・福祉の連携による健康づくりの地域実践—在宅介護支援センターにおける介護予防教室の効果—」『長崎国際大学論叢』6, pp.187-194.
- 畠山典子・鈴木敏子他（2011）「住民と協働した介護予防活動の継続に向けた検討」『2011年日本公衆衛生学会抄録集』p.284.
- 東川薫（2006）「地域における保健・医療・福祉連携と行政・市民・企業協働の統合—地域福祉計画のあり方を考える—」『四日市大学総合政策学部論集』pp.23-36.
- 平岩和美（2010）「広島県における介護予防事業と機能訓練事業のアンケート調査」『理学療法の臨床と研究』19（1）, pp.117-121.
- 平岩和美（2012）「広島県における介護予防事業と機能訓練事業の変容：2007年と2010年の実態調査の比較を通じて」『理学療法の臨床と研究』21（1）, pp.67-71.
- 宮川公男（2002）『政策科学入門』第2版東洋経済新報社
- 宮脇淳（2003）『公共経営論』PHP 研究所
- 山口昇（2012）「地域包括ケアのスタートと展開」高橋 紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社 pp.12-37.
- 吉村沢子（2012）「介護予防と地域づくりは住民主体の活動から 玉名市における市民・行政・大学の協働作業」『保健師ジャーナル』68（3）pp.208-212.
- 大崎上島町ホームページ「大崎上島町第1次長期総合計画」（2007）  
<http://www.town.osakikamijima.hiroshima.jp/>（閲覧日10/15, 2013）
- 健康日本21実践の手引  
[www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21//menu\\_2.htm](http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21//menu_2.htm)（閲覧日10/15, 2013）
- 厚生労働省老健局老人保健課「平成18年度介護予防事業報告」p.2  
<http://www.mhlw.go.jp>（閲覧日12/8, 2009）
- 厚生労働省老健局老人保健課「平成22年6月1日地域包括支援センター全国担当者会資料4介護予防事業について」p.12,  
<http://www.mhlw.go.jp>（閲覧日12/4, 2011）
- 厚生労働省ホームページ平成23年度介護予防事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果（概要）  
<http://www.mhlw.go.jp>（閲覧日10/15, 2013）
- 厚生労働省ホームページ「介護予防事業の効果的な取り組み事例」「第5期介護保険計画策定に当たってのポイント等について」「地域包括ケアシステム」「市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画策定指針の在り方について」  
<http://www.mhlw.go.jp>（閲覧日10/17, 2013）
- 国土地理院地図  
[www.gsi.go.jp/tizu-kutyu](http://www.gsi.go.jp/tizu-kutyu)（閲覧日10/17, 2013）
- 佐世保市立総合病院ホームページ「大腿骨頸部骨折の地域連携クリニカルパス」  
<http://www.hospital.sasebo.nagasaki.jp/medical/chiiki-renkei-pasu/daitaikotsu-keibu-kossetsu/>（閲覧日10/15, 2013）
- 庄原市ホームページ（2012）「庄原市健康づくり計画」「庄原市介護保険計画」  
<http://www.city.shobara.hiroshima.jp/>（閲覧日10/15, 2013）
- 総務省「国勢調査」  
[www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/](http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/)（閲覧日10/15, 2013）
- 廿日市市ホームページ「廿日市市第2次健康増進計画」「廿日市市第1次健康増進計画」  
[www.city.hatsukaichi.hiroshima.jp/](http://www.city.hatsukaichi.hiroshima.jp/)（閲覧日10/15, 2013）