

自治体における地域包括ケアシステムの構築 —「自助」・「互助」に関する位置づけと今後の方向性—

石 田 路 子

【要旨】

高齢者が安心して地域生活をおくりながら、自らのマンパワーを柔軟かつ多様に発揮して社会参加や社会活動に取り組み、場合によって就労による収入を得ながら、生きがいとともに自らの「予防」と他者への「支援」、そして地域コミュニティの「再生」につながっていくような地域包括ケアシステムを構築するため、自治体が地域住民の自助及び互助をどのように位置づけ、またその機能をシステムにどのように組み込んでいくべきかを探っていく。千葉県において、2014年9月に主として60代・70代を中心に行った調査の結果を踏まえ、住民の生活ニーズを把握した上で新たなシステムの方向性を考察する。

キーワード：地域包括ケアシステム、自助、互助、地域支援事業

1. はじめに

厚生労働省は、65歳以上の人口が全人口の30%を超え、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上高齢者に到達する年である2025年を見据えて、「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、住まい・医療・介護・予防・生活支援（福祉サービス）が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していく」ことを提唱している。これは、膨らむ一方の医療保険費や介護保険サービス費を抑制するという課題に対して打ち出された施策であり、税金による公助や公的社会保険による共助のみならず、互助や自助の機能が発揮されるしくみの重要性を謳っている。

このことを社会保障の後退と非難する向きもあるが、これを契機に自助・互助を核にした住民主体型の地域ケアシステムを確立することで、人々の人生と生活の質を豊かにする新たな仕組みづくりを前向きに考案していくことが、より現実的な課題の攻略法なのではないかと思う。地域包括ケアシステムの5つの構成要素「住まい・介護・医療・保健・生活支援（福祉サービス）」のうち、「介護・医療・予防」などの専門的サービスは必要な時に迅速かつ的確に提供されなければならないが、人々の日常生活場面では日々の不安が軽減され、危

険が可能な限り回避されるような住民相互の助け合いや協力のしくみが日頃から地域に根付いているかどうかが重要な要素になってくる。

高齢者が安心して地域生活をおくりながら、自らのマンパワーを柔軟かつ多様に発揮して社会参加や社会活動に取り組み、場合によって就労による収入を得ながら、生きがいととも自らの「予防」と他者への「支援」、そして地域コミュニティの「再生」につながっていく地域包括ケアシステムを構想したいと思う。

2011（平成 23）年 6 月成立の「介護サービスの基盤強化のための介護保険法の一部を改正する法律」に基づき、2012（平成 24）年 4 月から実施された改正介護保険法では、社会保障審議会介護保険部会による 2010（平成 22）年 11 月 30 日に発表された報告書「介護保険制度の見直しに関する意見」にある「地域包括ケアシステムの構築」の具体的方法が提示されている。

地域包括ケアシステムは、「介護が必要になった状態になっても住み慣れた地域で生活を続けたい高齢者が多数いるにもかかわらず、地域全体で介護を支える体制が未だに不十分であり、とくに高齢者のみの世帯や重度の要介護者に対する支援が不足している、あるいは要介護度が進んだ場合でも住み続けることができる高齢者住宅などが不足している、といった地域が抱えている介護課題を解決するため」¹として提唱された。

つまり、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるように、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供されるために、地域包括ケアシステムの構築が必要とされている。すでに 2005（平成 17）年の介護保険法改正においても、「地域密着型サービス」や「地域包括支援センター」の創設等によって地域包括ケアの考え方は打ち出されていた。しかし、2011（平成 23）年の改正では、介護保険サービスのみならず医療サービスとの連携がさらに強化されており、地域包括ケアシステムの中核に医療と介護の切れ目のないサービス提供体制が確立されることが目指されている。

また、2014（平成 26）年 6 月の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」の成立に伴い、2015（平成 27）年 4 月から実施される改正介護保険法では、さらにこの方向性が具体的に盛り込まれている（表 1）。

表 1 医療介護総合確保推進法の概要

【趣旨】

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

【概要】

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）
 - ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
 - ②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定
2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）
 - ①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
 - ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け
3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）
 - ①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化
※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
 - ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
 - ③低所得者の保険料軽減を拡充
 - ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、月額上限あり）
 - ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
4. その他
 - ①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
 - ②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
 - ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
 - ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

厚生労働省ホームページ「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要」より

本論文では、2013（平成25）年に地域包括ケア研究会が提出した「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書」において、地域包括ケアシステム構築について説明している以下の①から③にある内容について着目している。そこには、地域包括ケアシステムにおいて取り組むべき方向が示されており、「地域の諸主体が、地域に固有の資源を活用して、地域の特性にあった仕組みを構築」していくことが謳われている。

- ①地域包括ケアシステムは、元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子どもを含む、地域のすべての住民のための仕組みであり、すべての住民の関わりにより実現されるものである。
- ②高齢者はサービスの利用者である前に、その生活を自ら支える自助の主体であり、自ら能動的に地域で活躍する主体（つまり「高齢者の社会参加」が重要）である。高齢者も地域における支援の担い手となり、それは高齢者自身の生活意欲向上と介護予防の効果にもつながる。
- ③異業種も含め、地域の事業者も地域包括ケアシステムの重要な主体として活動に参加してもらうことが重要（NPO、社協、老人クラブ、自治会、民生委員に加え、商店、コンビニ、郵便局、銀行なども）であり、潜在的な地域資源を発見し、互助を含めて地域包括ケアシステムに組み込んでいくことが重要。

上記のように地域包括ケアシステムの構築では、とくに「自助」と「互助」が強調されている。介護保険を含む公的社会保険を「共助」、税金などを投入して国や自治体が行うものを「公助」としたうえで、今後は「自助」や「互助」の果たす役割が重要になるという主張である。財政の逼迫が危惧される介護保険や医療保険の今後を考えれば、自助努力や地域住民あるいは知人・友人といった間でのお互いの協力等の必要性は明らかではあるが、どこまでの部分を「自助」や「互助」で担うべきかについては、いまいちど慎重に議論される必要がある。

本論文では筆者が先の論文で述べたように、地域包括ケアシステムが「総合的なケア」²機能を保有した地域（コミュニティ）という概念に基づいて実現されるシステムであるとする観点から、各自治体が独自の地域包括ケアシステムを構築するにあたって、地域住民の自助及び互助をどのように位置づけ、またその機能をシステムにどのように組み込んでいくべきかを探っていきたいと思う。

2. 厚生労働省による地域包括ケアシステムの概要

図1 地域包括ケアシステムの5つの構成要素

「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

- 生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

- 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

- 個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

- 単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。



「平成25年3月地域包括ケア研究会報告書」より

厚生労働省は2008（平成20）年度老人保健増進等事業として、有識者をメンバーとする地域包括ケア研究会を立ち上げた。この研究会の目的と作業内容については、平成20年度の報告書（以下、「20年度報告書」とする）に「安心と希望の介護ビジョンや社会保障国民会議における議論等を受け、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現に向けた検討に当たっての論点を整理するため」³と説明がされている。

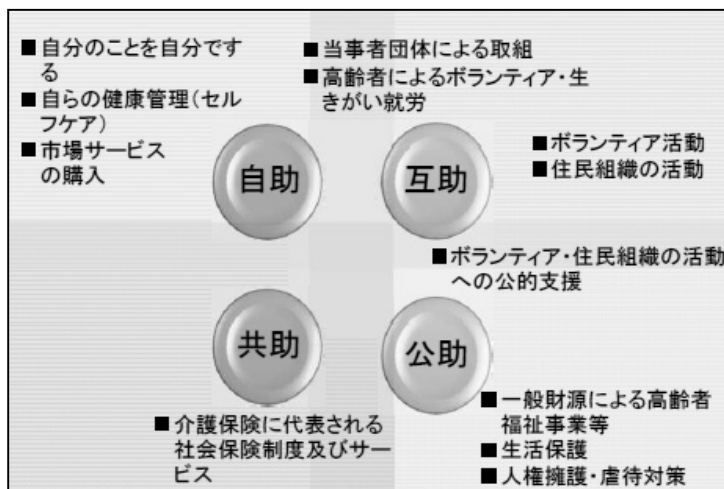
図2 地域包括ケアシステムの「自助・互助・共助・公助」

【費用負担による区分】

- 「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
- これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

- 2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
- 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく、「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
- 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。



「平成25年3月地域包括ケア研究会報告書」より

現在、「地域包括ケアシステムの構築」として厚生労働省が推進を謳っている基本的な考え方や概念は、ここから始まったとしていいだろう。65歳以上の人口が全人口の30%を超えると見込まれ、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上高齢者に到達する年である2025年を目標として、目指されるべき地域包括ケアの方向性と、その実現のために解決すべき課題等を検討することが研究会の役割とされたのである。

ここに提唱されている地域包括ケアシステムという理念については、20年度報告書に「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」であり、「地域包括ケア圏域は『おおむね30分以内に駆けつけられる圏域』を理想的な圏域とし、具体的には中学校区を基本とする」⁴ という定義づけがされている。

また、具体的に高齢者や地域住民にとって地域包括ケアシステムとはどのようなものを指しているのかについては、「住民が住居の種別を問わず、生活における不安や危険（急病や病態の急変、虐待、引きこもり、地域での孤立等）に対して、自らの選択に基づき、おおむね30分以内に生活上の安全・安心・健康を確保するサービスや対応が提供され、また、サービスが24時間365日を通じて提供されることが理想」⁵ であるとして、これを実現するためには、地域内の様々な社会資源を組み合わせながら、複合的なサービスシステムを編成することでサービス提供が可能になるという説明がされている。

さらに地域包括ケアシステム構築の前提としては、「それぞれの地域が持つ『自助・互助・共助・公助』の役割分担を踏まえた上で、自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要である」⁶と述べられている。ここに説明されている「自助」は、文字通り可能な限り自分のことは自分で行うことを意味しているが、自らの選択に基づいて自分らしく生きるためのものとされる。また「互助」は、「自助」のみでは支えられなくなった事柄について、家族・親族等、地域の人々、知人・友人たちとの助け合いのことを指している。

20年度報告書では、「特に、これまであまり明確に議論されてこなかったが、互助の取組は高齢者等に様々な好影響を与えていることから、その重要性を認識し、互助を推進する取組を進めるべきではないか。その際、地縁・血縁が希薄になりつつある都市部等でも互助を推進するため、これまでの地縁・血縁に依拠した人間関係だけでなく、趣味・興味、知的活動、身体活動、レクリエーション、社会活動等、様々なきっかけによる多様な関係をもとに、互助を進めるべきではないか。」⁷と述べられている。

これを踏まえたうえで、介護保険サービスや医療保険サービスを「共助」と定義し、「自助や互助は、単に介護保険サービス（共助）等を補完するものではなく、むしろ人生と生活の質を豊かにするものであり、『自助・互助』の重要性を改めて認識することが必要」という考えが示されている。

3. 地域包括ケアシステム構築における「自助」「互助」について

地域包括ケアシステムの構築に関して、佐藤卓利（2013）は次のように述べている。「人々は、その一生を通じて様々な支え合い助け合いの仕組みの中で暮らしている。その仕組みを『自助・互助・共助・公助』という視点から捉え、整理するという分析方法は、一定の有効性を持つことは否定しない。しかし、医療費削減計画と一体である『地域包括ケアシステム』にその分析方法が適用されるとき、それは一面的分析となる。」

さらに、地域包括ケア研究会による報告書「今後の検討のための論点整理（地域包括ケア研究会平成20年度老人保健健康増進事業）」（以下、「論点」とする）に述べられている、「多様な支援の提供を『誰の費用負担で』行うのかという視点から整理するよう試みた」という点を取り上げ、「『地域包括ケアシステム』は『公助』は税による負担、『共助』は『リスクを共有する仲間（被保険者）』の負担、『自助』は『自費で一般的な市場サービスを購入する』こと、『互助』は『費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの』というように切り分けられている。」と指摘している。

そして、「『地域包括ケアシステム』が、リアリティーのあるもの・現実的なものとして提起されるためには、それを構成する諸要素の有機的なつながりが示されなければならない。有機的なつながりとは、＜中略＞税で支えられる『公助』なくして『共助』を取り込んだ社

会保険（その意味で社会保険は『公助』の性格を持つ）としての医療保険や介護保険は成り立たず、人々の自発的連帯にもとづく『共助』と『互助』において、はじめて自由と自律という意味での『自助』が実現する、そういう関係である。」と持論を展開している。

佐藤は、「地域で人間らしく生きたいと願うすべての人が、その願いを叶えるために、どのような支援を必要としているのかを把握し、必要な体制を組むにはどのような人々のあるいは組織の力が必要なのか、また既存の制度の活用と、制度をつなぎ制度を超える活動について検討すること、まずそこから出発しなければならない。したがって、現実的な『地域包括ケアシステム』は、地域における住民・医療福祉の専門家・自治体の試行錯誤の実践の中からしか生み出されない。『論点』の一面性と弱点は、この視点の欠如にある。」と指摘している。

そして、「たしかに『論点』は『そのシステムは地域の実情に応じて構築されるべきである。したがって、地域包括ケアシステムの具体的な形は、大都市部、中小都市、各々の中心部と郊外、農漁村などそれぞれの地域で大きく異なる』と言い、『島嶼部や限界集落などの地域におけるケア体制については、別途、異なる視点からの議論が必要であろう』とは言っているが、それが対象とする大都市部も含めて、地域ケアの実践がその提言に反映されているとは思えない。各地の地域ケアの実践を総括し、その中から普遍的な地域ケアの仕組みを抽出し、その上で地域特性やケアを必要とする人やその家族の事情を勘案して、『地域包括ケアシステム』は構築されるべきである。その上で必要とされるケアのコストが計算されなければならない。そのコストを『誰が・どのように・どのくらい負担するのか』の問題は、政治経済の問題であり、自治の問題である。このことを避けて『地域包括ケアシステム』は論じられない。」と述べている。

佐藤が指摘するように、地域包括ケアシステム構築の第一義的な目的が、膨らむ一方の医療費や介護保険サービス費を抑制することであるからこそ、公助のみならず共助のしくみが確立し、整備されて初めて互助や自助の機能が十全に発揮されるというのが社会保障制度の根幹である。しかし、20年度報告の「自助や互助は、単に介護保険サービス（共助）等を補完するものではなく、むしろ人生と生活の質を豊かにするものであり、『自助・互助』の重要性を改めて認識することが必要」という文言をみても、互助や自助が共助を補完するものとして、今後はさらに重視されていく様相がみえる。

2015（平成 27）年 4 月から実施される改正法では、2017（平成 29）年までに介護予防給付の訪問介護と通所介護（あるいは、一部）について地域支援事業へ移行されることになっている（表 2）。これも、国が「食器洗い、洗濯物の取り入れ、ゴミ出しなど従来は介護保険サービスに組み込めなかった多様なサービスを、地域支援事業として利用することが可能になる」と広報しているにもかかわらず、いわゆる「要支援者切り」として利用者から介護保険サービスが剥ぎ取られていくといった懸念のほうが、利用者をはじめとして関係者間で先行しているのは事実である。少なくとも、各自治体が 2015（平成 27）年度からどのような

プログラムを持って独自の地域包括ケアシステムを構築していくか、重大な時期に差し掛かっていることは間違いないといえる。

石橋敏郎（2013）は、「地域包括ケアシステムを実現するためには、介護保険サービスだけでなく、見守り・配食・買い物など多様な生活支援型サービスの確保や、高齢者が安心して暮らせるための財産管理などを行なう権利擁護事業、あるいは高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備など多くの課題が残されている。地域包括ケアシステムは2025（平成37）年に完全実現をめざそうとしているが、人的・物的資源の十分な確保と、保健・医療・福祉の有機적連携の確立という絶対的条件が整ってこそ実現できるサービスである。量的にも質的にも、現在より何倍もの予算と基盤整備が必要とされる気の遠くなるような広大な構想である。」と述べている。

そして、「地域包括ケアシステムをより効果的に作動させるためには、介護保険法に規定されているような事業者・行政機関だけでなく、NPO、ボランティア、民生委員など多様な民間マンパワーの活用、公民館、自治会館、保健センターなどの地域の多様な社会資源の活用が不可欠の要素である。ただ、こうしたいわばインフォーマルな人的・物的資源も含めた広範囲のケアシステムの構築を、介護保険法という法制度のなかで規定することが法体系としてふさわしいことなのかという問題は残される。」と指摘する。

表2を見ると、今後に市町村の地域支援事業へ移行されるのは、これまで介護予防として給付されていた訪問介護や通所介護である。これ以外の部分には、先述した食器洗い、洗濯物の取り入れ、ゴミ出しなど介護保険サービスに組み込めなかった生活支援に関わる諸サービスが含まれる。財源は予防給付と同様に公費と保険料からとなっているが、利用料は市町村ごとに設定が任されている。ガイドラインは2014（平成26）年7月に厚生労働省から提示されており、具体的な内容を練り上げていくことが市町村に求められている

表2 予防給付から移行する要支援者に対する事業

- | |
|---|
| <p>①実施主体：市町村（事業者への委託、市町村が特定した事業者が事業を実施した費用の支払等）</p> <p>②対象者：要支援者は現行の予防給付を段階的（27～29年度）に廃止し、新総合事業の中で実施</p> <p>③利用手続き：要支援認定を受けてケアマネジメントに基づきサービスを利用</p> <p>④事業の内容：現行の予防給付・事業を移行し、予防・生活支援サービスを一体・効率的に実施
[各個別サービスについて]</p> <p>(1) 訪問型・通所型サービス（現行の訪問介護、通所介護から移行等）
人員基準等を緩和し、地域で多様なサービスの提供を推進。
訪問型・通所型サービスについて市町村が何らかの事業を実施する義務。</p> <p>(2) (1)以外のサービス：
国が一定程度の基準を提示し、各サービスについて市町村は必要に応じて事業を実施する義務。</p> |
|---|

- ⑤事業費の単価：訪問型・通所型サービス（上記(1)）については、サービスの内容に応じた市町村による単価設定を可能とする。これらも含め上限単価等全国的なルールのもと市町村が設定する仕組みを検討。
- ⑥利用料：地域で多様なサービスが提供されるため、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定する。（利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要）
- ⑦事業者：市町村が事業者へ委託する方法に加え、あらかじめ事業者を認定等により特定し、当該市町村の一定のルールの下事業者が事業を実施した場合事後的に費用の支払いを行う仕組みを検討。
- ⑧ガイドライン：介護保険法に基づき厚生労働大臣が指針を策定し、市町村による事業の円滑な実施を推進。
- ⑨財源：1号保険料、2号保険料、国、都道府県、市町村（予防給付と同じ）

社会保障審議会第51回介護保険部会（平成25年10月30日）資料1 p2より

堀内仁（2014）は地域包括ケアシステムの構築について、「狙いは、『在宅介護の限界点の引き上げ』です。国が運営する社会保障給付費は限界を来たしています。支出を抑え運用の効率化が急務です。国が目指しているのは、『たとえ病気や要介護であっても、個々人の心身状態にふさわしいシームレスなサービスの利用によりできる限り住み慣れた地域や故郷での在宅生活を継続し、人の世話にならずに豊かな人生を送っていただく環境づくり』と『社会保障制度に捉われないサービス提供の創出』です。」と述べている。

そして、地域包括ケア研究会の資料に基づき、「『公助』は税による公的負担、『共助』は介護保険などリスクを共有する仲間(被保険者)の負担であり、『自助』には『自分のことを自分でする』ことに加え、市場サービスの購入を促している。『互助』は『共助』と共通点があるが費用負担が社会制度的に裏付けられていない自発的なサービスの提供を意味しています。」と説明し、「2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみの世帯がより増加します。少子高齢化に伴う公の財政状況から『公助』『共助』による大幅な拡充を期待することは難しい」ゆえに、『自助』『互助』の果たす役割が大きくなり、その取組みが求められています。」としている。

堀内は、2010年3月に発表された地域包括ケア研究会報告書にある、「地域住民は住居の種別、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅などの従来の施設や自宅に係らず、概ね30分以内の日常生活域に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを、24時間365日を通して利用しながら病院等に依存せず、住み慣れた街での生活を継続することが可能となる。」という点に着目している。

また、「2025年には、地域包括ケアを支える人材間の役割分担と協働が図られ、人材の専門能力の一層の向上と生産性・効率性が図られる。医療や介護の専門職の他に、元気な高齢者や

住民の参加による自助・互助を担う人など様々な人材が連携し、コミュニティが形成される。」とある箇所を抽出して、30分以内に駆けつけられる日常生活域において、生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスが展開されると予測し、30分以内に駆けつけられる日常生活域をターゲット商圈と設定した上で、そのエリアでマーケティング戦略を立案・計画化することが企業や機関にとっての重要課題であると述べている。

堀内は、マーケティング戦略を立案する上での与件となる「地域包括ケアシステムに内在する需要構造」を考察するにあたって、高齢者のライフケア過程を以下のような3つのサイクルに分類している。

①元気な高齢者、生涯現役といわれる健康寿命が長く、幸せな人生を送る人。

(加齢)→(予防)→(末期ケア)→死

②大きな疾病・怪我を患い、病院での治療の甲斐もなく回復せず、死に至る。

(加齢)→病気(治療)→(急性期ケア)→(末期ケア)→死

③現代の医療技術が進んだケアの過程、疾病・回復を繰り返し、終末期を迎え死に至る。

(加齢)→例えば、糖尿病(慢性期ケア)→(治療)→例えば脳卒中発作(急性期ケア)→

(回復期ケア) リハビリテーション治療→(維持期・長期ケア) 医療と介護を必要とする状態→他の病気を患う例えば、肺炎{(急性期ケア)→(回復期ケア)→(長期ケア)}を繰り返す→(末期ケア)→死

堀内は、「上記、①②③のケアサイクルから生まれる需要構造が顕在化しています。期待できる市場規模は、高齢者の人口構成及び要介護者シェアから判断できます。医療保険・介護保険等の公的給付金に裏づけされる市場は③のケアサイクルから生まれる需要です。社会保障費における国家財政の逼迫が言われていますが、高齢者の長寿化が進み、市場の伸びは顕在化しています。従来は、急性疾患を患い死に至るケースが多かったが、医療技術の高度化・介護ケアの普及、地域包括ケアがもたらす医療と介護の連携により、ケアサイクルが複数回転する。需要の増大が見込めます。②のケアサイクルは、③に変換されます。」と自身の見解を述べている。

堀内のいう③および②のケアサイクルは、医療ニーズを持つ要介護者としての高齢者を主体としたものである。一方、①のケアサイクルとして位置づけられている高齢者は、地域包括ケアシステムの中で、ケアを受ける側になるとともに自立生活を実践することで地域におけるケアの提供者としても、その役割が期待できるのではないと思われる。

堀内も同様に、「最も大きな市場規模が存在するのは、①のケアフローです。急性期医療及び介護サービスの必要がない元気な高齢者の人口が多いからです。この市場は、医療・介護の保険給付を源泉としない「自助」「互助」から生まれるサービス市場です。元気な高齢者が求める生き活きとした暮らしを支える『医療・介護の予防のサイクル市場』です。対象高齢者が所有する「年金+蓄財資産+生きがい就労収入」が市場の源泉です。未知数ですが期待されるマーケットです。」と述べている。

さらに堀内は、経済産業省等が進めているコンパクトシティ構想にもふれ、地域資源の効率的運用の意味も含めた地域包括ケアシステム（＝地域活性化・まちづくり）の考え方を提示している。その中核をなすのが「元気な高齢者が自助・互助の活動に参加する市場」である。堀内は『『自助』は『長寿への予防のサイクル市場』であり、『互助』は『ケアサイクルに3人称として参加する助け合いの社会参加』です。』と説明している。

筆者も堀内が考える「ケアサイクル商圏」の構想、「地域包括ケア市場」の考えに位置づけられる「自助」「互助」の役割について、高齢者層の新たな就労スタイルを組み込んだ地域経済の再生といった観点から、おおむね同様の考えを持っている。しかし、堀内がいう市場論理に基づいた「ケアサイクル商圏」の前提となる高齢者の財産規模は、実質の金額よりはるかに小さいものを想定する必要があるのではないかと思われる。

つまり、多数の高齢者が所有する財産(堀内のいう「年金＋蓄財資産＋生きがい就労収入」)は、その多くが病気や介護の必要に備えた老後の蓄えであると推測できるからである。厚生労働省の2013（平成25）年度国民生活基礎調査によれば、公的年金・恩給を受給している高齢者世帯で総所得のうち、公的年金・恩給の割合が100%を占める世帯は57.8%、80～100%が11.9%で、合計69.7%となっている。また、高齢者世帯の総所得のうち、「病気や介護の備え」が占める割合は62.3%である。

さらに、2013（平成25）年の貯蓄現在高をみると、前年と比べて「貯蓄が減った」と答えている「60～69歳」が46.2%と他の世代を抜いて最も高く（平均は41.3%）、次いで「70歳以上」が42.9%となっている。また、貯蓄の減った理由をみると、「日常の生活費への支出」として「60～69歳」が74.7%と最も高くなっている。

このような状況を見てみると、堀内がいう「元気な高齢者が求める生き活きとした暮らしを支える『医療・介護の予防のサイクル市場』」の現実的な実現を図っていくためには、高齢者が安心して地域生活をおくりながら、自らのマンパワーを柔軟に生かして社会参加や社会活動に取り組み、場合によって就労による収入を得ながら、生きがいとともに自らの「予防」と他者への「支援」、さらには地域コミュニティの「再生」に取り組んでいくことができるようなシステムを想定していく必要があるのではないかと思われる。

そこで、地域包括ケアシステムの実質的な参画者であり、日常生活圏に暮らす「自助」「互助」の主体者として的高齢者は、自らの生活をどのように自立させるとともに、どのような形で助け合っていくことを望んでいるのか調査したいと考えた。筆者は、2014年9月に千葉市で開催された「第33回NPO法人高齢社会をよくする女性の会全国大会イン千葉」へ参加した人たちを主な対象として「地域で安心して老いるためのアンケート調査」を実施した。

この調査は、これからの地域支援事業における自助や互助の主体者である高齢者のニーズあるいは実態に関するひとつの事前調査と位置づけている。上記の全国大会への参加者は、NPO法人高齢社会をよくする女性の会のメンバーあるいは会の趣旨に関心を持つ人たちが大半を占めていると考えられ、介護保険サービスや地域包括ケアシステム等への関心度も相

対的に高いことが予測される。しかし、むしろ自らの日常生活に照らして今後に必要なとされる生活支援サービスへのより明瞭な意見が聞き取れるのではないかと考えた。また、この調査を実施する際には調査対象者へ調査の趣旨・目的、得られた情報に関する管理及び結果の利用方法や公表に関する説明を十分に行ったうえで協力をしてもらった。

4. 「自助」「互助」の主体者である高齢者のニーズ・実態調査

この調査の詳しい内容は以下のとおりである。

有効調査票数 522 (N=522) ※配布総数 720 有効票回収率 72.5%

<調査期間> 2014（平成 26）年 9 月 20 日～30 日

<調査対象> 高齢社会をよくする女性の会千葉大会参加者および関係者（成人男女）

<調査方法> 質問票配布による集合調査法

<調査内容>

【問 1】自分の体が弱ってきたのに家族から面倒を見てもらえない場合、以下の(1)～(14)の事柄について誰に助けてもらいたいですか。①～⑤から 1 つ選択。

①近所の人 ②友人 ③ボランティア ④専門職・専門業者 ⑤助けてほしくない

<毎日必要な家事など>

(1)日用品・食糧の買い物、(2)室内の掃除・片付け、(3)洗濯・物干し・取入れ、

(4)食事の支度・食器洗い、(5)日常のゴミ出し、(6)日常の話し相手

<時々必要な家事など>

(7)病院への付き添い、(8)布団干し、(9)電球の取り換え、(10)庭の手入れ、(11)電化製品の修理、(12)困りごとの相談

<緊急のときなど>

(13)体調不良で助けを求める、(14)万一のときに家族へ連絡

【問 2】近隣住民による助け合い活動について、下記から最も近い考えを 1 つ選択。

(1)日頃から積極的に参加したい、(2)必要な時に参加したい、(3)できるだけ参加したくない

(4)参加しない、(5)必要ない

【問 3】ボランティア活動に関する考え方について、下記から 1 つ選択。

(1)ボランティア活動をすることで自分も何かの役に立っているという充実感が得られる

(2)より多くの人ボランティア活動に参加することでボランティア社会を築いていける

(3)ボランティア活動はあくまで個々の自主参加であり、責任の所在等が不明瞭になりやすい

(4)明確な目的や強い意志がないとボランティア活動を継続していくことは難しい

(5)経済的な余裕がないとボランティア活動に積極的になれないのではないかと

【問 4】 ボランティア活動にお金を払う有償ボランティアの考え方について、下記から 1 つ選択。

- (1) 利用する側にとって有償ボランティアの方が気を遣わなくてすむ
- (2) 有償ボランティア活動には責任性・継続性が期待できる
- (3) 有償ボランティア活動によって就労の機会拡大が期待できる
- (4) 有償ボランティア活動によって地域経済の活性化が期待できる
- (5) ボランティアというからには、活動は無償で行うべきである

【問 5】 地域包括ケアシステムに関する考えについて、下記から 1 つ選択。

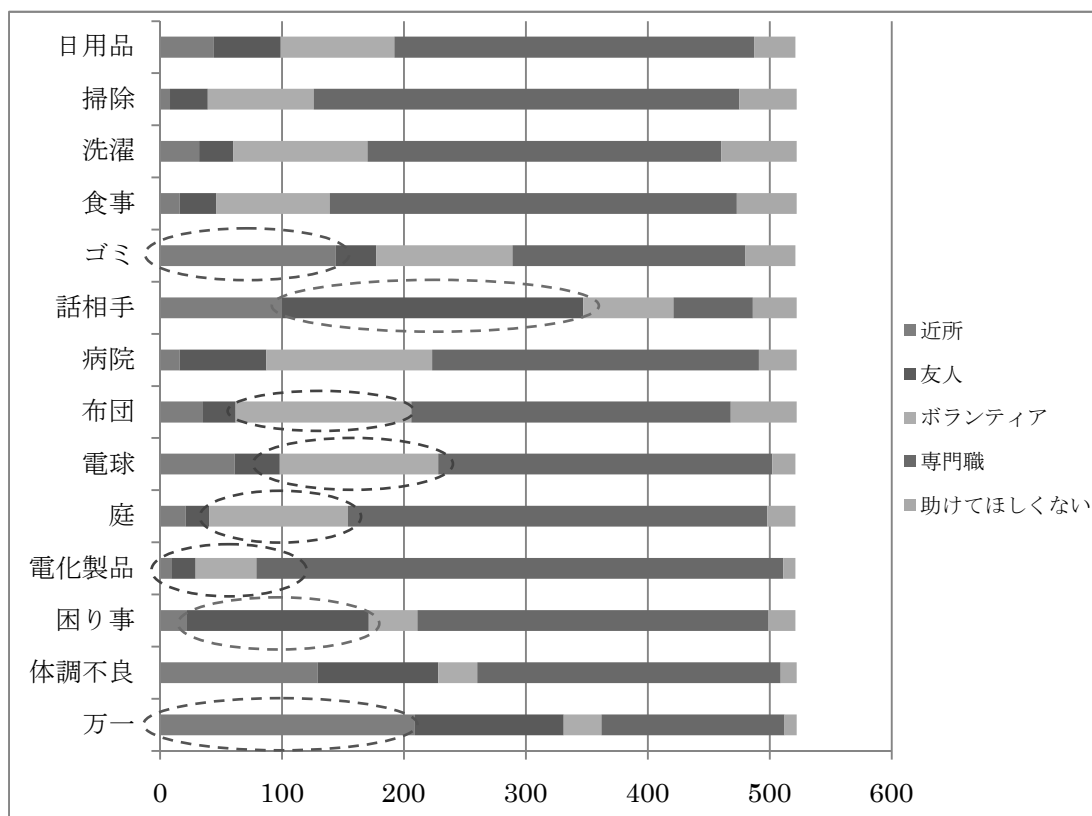
- (1) よく知っており、詳しく理解している
- (2) 関心があり、詳しく内容を知りたい
- (3) 聞いたことはあるが、詳しい内容は知らない
- (4) ほとんど知らない
- (5) 初めて知った

【集計結果】 (N=522)

- ①性別 男性 22.5% 女性 77.5%
- ②年代別 30 代以下 4.0% 40 代 2.7% 50 代 14.8% 60 代 37.4%
 70 代 37.0% 80 代以上 4.4%
- ③介護経験 介護経験あり 52.9% 介護されたことあり 2.1% 介護経験なし 37.7%
 その他 7.3%

この調査の特徴は、60代・70代の高齢者から多くの声を聞き取っていることにある。高齢になっても地域で安心して生活ができるようなシステムを考える場合には、当事者たちからのニーズを聞き取ることが最も重要である。この調査で、14項目にもわたって詳細に日常的な家事や生活支援の内容を設定したのは、高齢者たちが日頃の生活を可能なかぎり自立しておくために、「何を、誰に、どのようにしてもらいたいかな」を踏みこんで調べる必要があると思ったからである。その結果は図3にあるように、「日常的な話し相手」と「万一の場合に家族へ連絡」、そして「ゴミ出し」以外の項目は、「専門職・専門業者」を頼むという人が大半を占めることが分かった。

図3 日常的な生活支援をだれに頼むか（体が弱ってきたが家族に頼めない場合） N=522

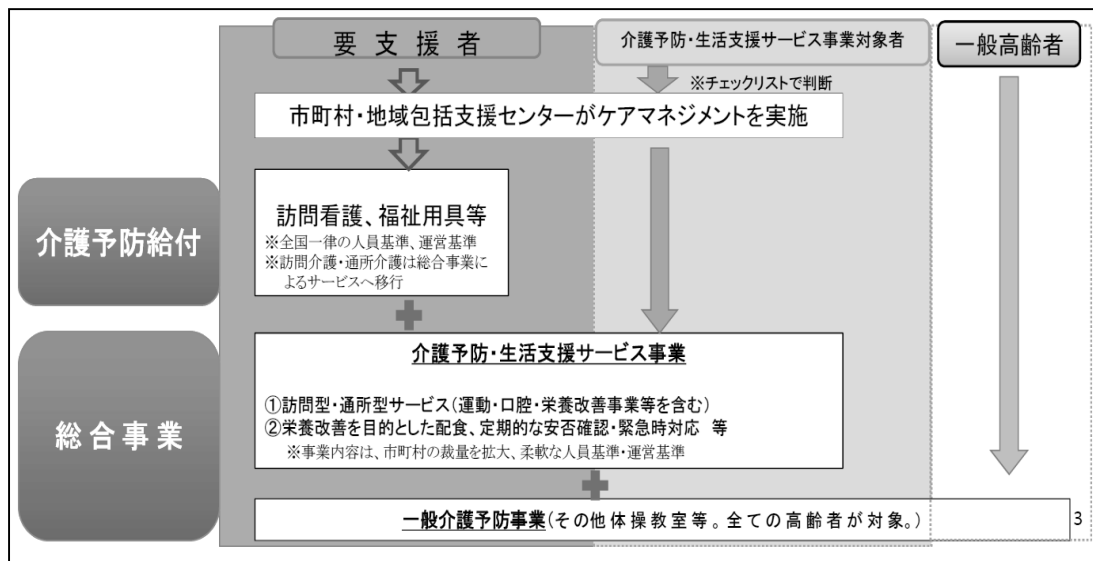


今後、介護予防給付から地域支援事業へ移行されることになっているのは訪問介護と通所介護である。厚生労働省の発表⁸では次のように説明されている。①地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業を発展的に見直し、新しい総合事業としてすべての市町村で平成29年4月までに実施していく。②多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、平成29年度末までに予防給付の訪問介護、通所介護は事業にすべて移行する。③その他のサービス（訪問看護、福祉用具等）は予防給付によるサービス利用を継続する。④総合事業の実施により、既存の介護事業者を活用しつつ、住民主体のサービスの拡充等を推進し、効率的に事業を実施する。また、総合事業の事業費の上限について、給付から事業へ移行する分もまかなえるよう見直しする。⑤総合事業実施に向けた基盤整備を推進していく。

一方、ここに挙げられている地域支援事業は新しい総合事業として位置づけられており、これを利用できる対象者は、従来の要支援認定者とともに、介護予防・生活支援サービス事業対象者（チェックリストで対象者となるかどうかを判断することになっている）、さらに一般高齢者も含まれている⁹。図4を見ると、これまでの訪問介護や通所介護は、要支援認定者や介護予防・生活支援サービス事業対象者も利用することが可能とされている。しかし、

一般高齢者については体操教室等の一般介護予防事業への参加が想定されており、生活支援サービスの利用については枠外に位置づけられている。

図4 新しい介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）



社会保障審議会介護保険部会資料2（平成25年11月14日） p3 より

また、介護保険の訪問介護サービスについて、福祉医療機構 WAM NET のホームページには以下のような内容が挙げられている¹⁰。

- ①身体介護・・・食事介助、入浴介助、排せつの介護ほか
- ②生活援助・・・掃除、洗濯、調理、買い物ほか
- ③通院等乗降介護

これらのサービスのうち、介護専門職による専門的介護サービスの必要性が高い「身体介護」に比べて、とくに「生活援助」「通院等」に区分されるサービスは、専門職の手によらなくてもご近所や友人、ボランティアに頼むこともできるのではないかと、という見方が強く、この部分での「互助」の必要性がいわれていると思われる。「生活援助」と「通院等」の項目は、本調査の「日用品・食糧の買い物」、「室内の掃除・片付け」、「洗濯・物干し・取入れ」、「食事の支度・食器洗い」、「病院への付き添い」などの項目と重なっており、その回答の詳細は図5のようになっている。

本調査に回答した60代・70代の高齢者の内訳は「介護経験あり59.1%」、「介護されたことあり2.6%」、「介護経験なし38.3%」となっており、その大半は現在のところ要介護認定で「自立」とされる人たちである。そして、図5のとおり本調査に回答した高齢者の多くは、「ご近所」、「友人」、「ボランティア」よりも「専門職・業者」を選んでいる。この選択が多

くなる理由は、すでにある介護保険サービスをいずれは利用することが想定されているからであろうし、場合によっては市場サービスの購入も視野に入っていると思われる。

図5 各サービスで専門職・業者を選ぶ割合（性別・年代別）

(60代男性 N=40 70代男性 N=43 60代女性 N=155 70代女性 N=149) (%)

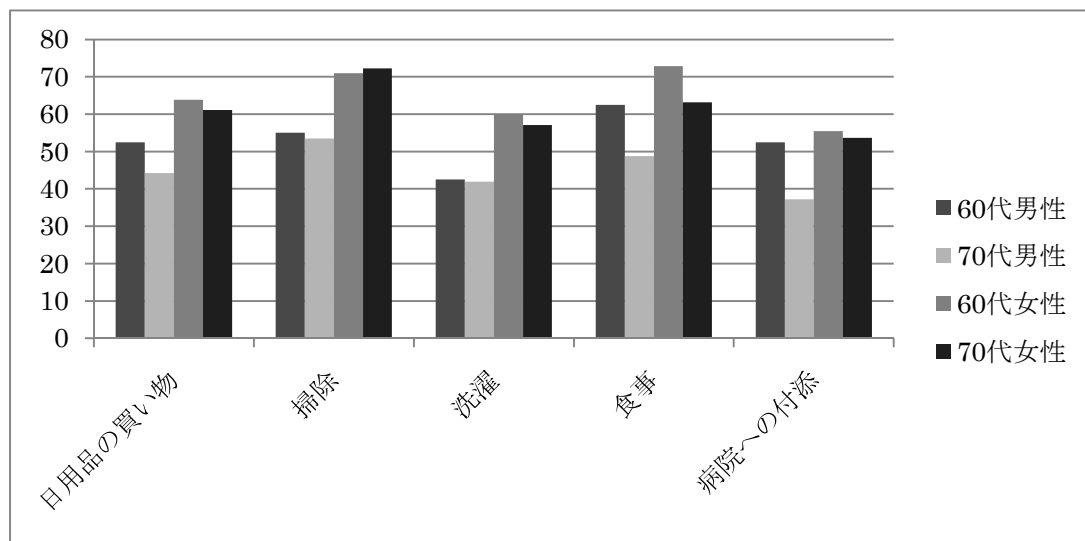


図5にあるサービスについては、宅配弁当や買い物代行のように、すでに大手スーパーマーケットや宅配業者など一般企業がマーケットに参入しているし、家事代行業等の会社も少なからず存在している。高齢世帯がこれらのサービスを購入して自立生活を確保できるとすれば、『自助』には『自分のことを自分でする』ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。」¹¹としている国の地域包括ケアシステム構築において、生活支援サービス事業を営んでいる企業なども、その一翼を担っているといえる。

しかし、老後の生活費用を一般の市場サービスで全て賄うことができる人たちはむしろ少数派であり、多くは市場サービスの利用に一部分は頼りつつ、やはりより安価なサービスを求めていることは間違いない。これからの介護保険制度の中で「介護予防・生活支援サービス事業対象者」や「一般高齢者」に区分される人たちが、自身の自立的な生活を支えるために、従来は介護保険予防給付に含まれていた生活支援サービスやその他のサービスについて、より安価な価格で利用できるように、いわゆる「互助」のレベルでサービスを提供あるいは購入ができる仕組みを創設することが必要なのではないだろうか。

図 6 各サービスでボランティアを選ぶ割合（年代別）

（60代 N=195 70代 N=216）

（%）

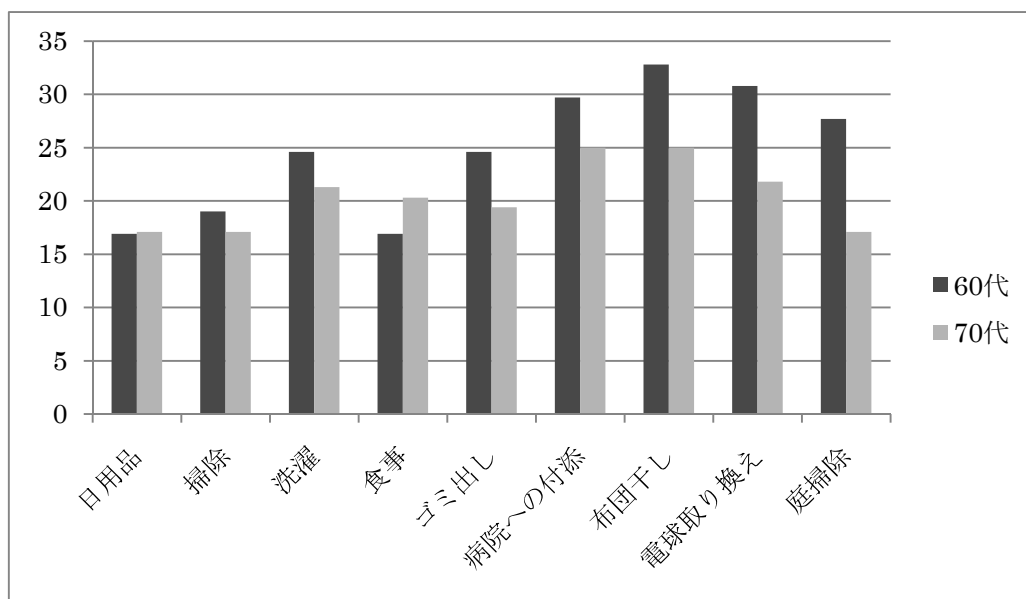


図 6 は本調査で、生活支援サービスをボランティアに頼みたいと考える人の割合である。また、ボランティアの活動について、さらに「お金を支払ってボランティアに仕事を頼む」という有償ボランティアの考え方について聞いたところ図 7・8 のような結果となった。これらを見ると、もし今後生活支援サービスを地域で利用する場合の選択肢として、有償ボランティアによるサービス提供も重要な要素の一つとなるのではないと思われる。

ただし、有償ボランティアによる生活支援サービスの提供・購入という仕組みは、市場における競争には馴染まないため、一定の基準内（サービス提供者あるいは購入者の限定等）における特定のサービスとしての括りを設ける必要がある。そこで、どこまでを「共助に代わる互助」として位置づけ、その互助の内容を吟味し、どのような方法によって運営していくかが鍵になるだろう。

図7 ボランティア活動についての考え方（性別・年代別）

(60代男性 N=40 70代男性 N=43 60代女性 N=155 70代女性 N=149) (%)

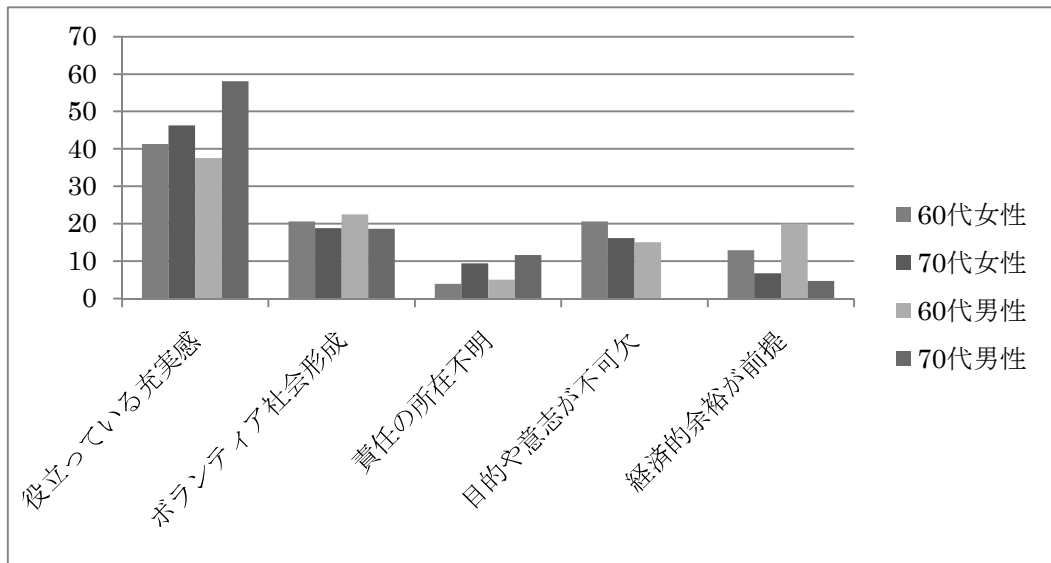


図8 有償ボランティアに関する考え方（性別・年代別）

(60代男性 N=40 70代男性 N=43 60代女性 N=155 70代女性 N=149) (%)

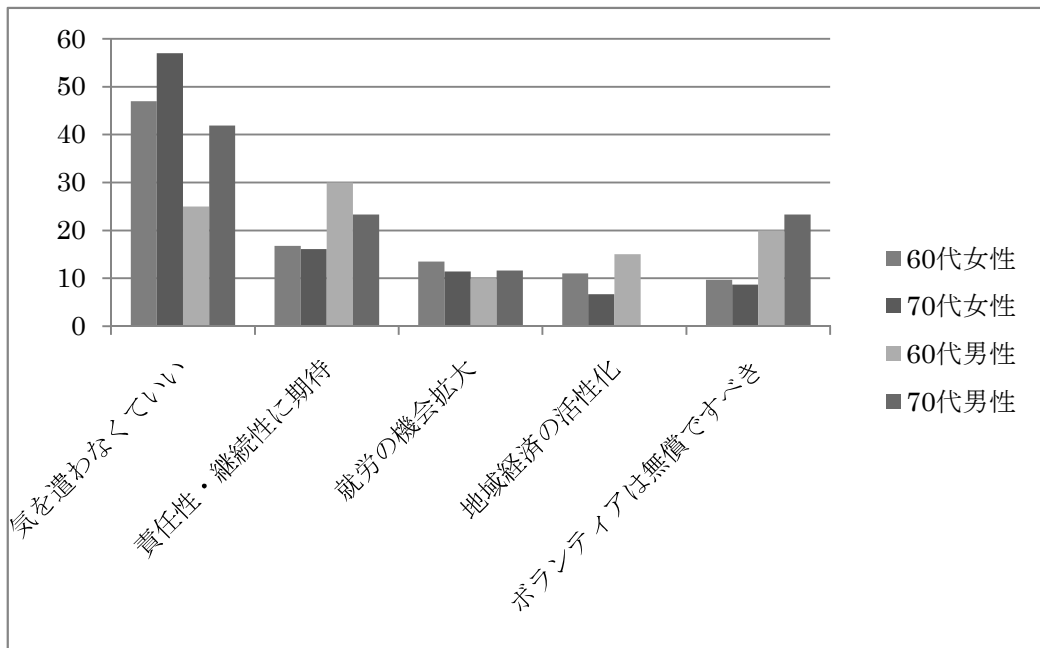
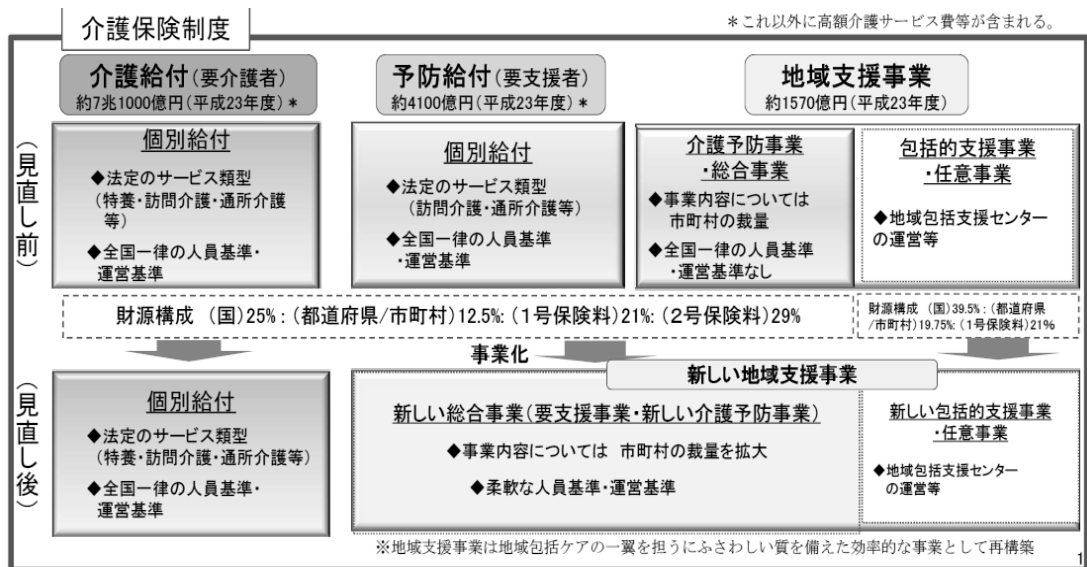


図 9 介護予防給付の地域支援事業への移行（案）



社会保障審議会介護保険部会 平成 25 年 10 月 30 日資料 1 p1 より

互助については、地域包括ケア研究会報告書において『互助』は相互に支え合っているという意味で『共助』と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの¹²と説明されている。制度的に裏付けられていないというのは、介護保険などの社会保障や公費などによる財源確保がされていないものを指している。

図 9 は厚生労働省が提出している地域支援事業である。これをみると、地域支援事業に組み込まれるはずの様々な事業は、全て介護保険制度による裏付けのあるものに限られている。しかし、新しい地域支援事業は、「事業内容については、市町村の裁量を拡大」とされており、「柔軟な人員基準、運営基準」についても認めていくという方向性が示されている。今後は、市町村の裁量による費用（介護保険予防給付に加えて関連する補助金など）の投入や、柔軟な事業運営等によって独自の地域支援事業の方法が生み出されていく可能性に期待したいと思う。

5. おわりに

2013（平成 25）年 3 月に発表された地域包括ケア研究会・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングからの「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書—概要版—」¹³には、今後の地域支援事業に関して従来の要支援者への介護予防サービスを総合事業へ移行することに関して、「残されている心身の能力が高いほど、従来の生活スタイルや嗜好性を重視する人が多いことから、生活支援や介護予防については、多

様な需要に対応することが必要」であり、「全国一律の単価や基準で定型的なサービスを提供する保険給付という形態ではなく、地域の実情に合わせ、市町村が創意工夫する中で住民主体の生活支援の取組などを積極的に活用すべき」であるとしている。

一方、現在は自立と判定されている高齢者へは、「在宅生活の継続には、住まいの確保を前提に、医療・介護に先立ち『生活支援』の基盤が必要」であり、「生活支援のニーズと需要は多様かつ地域差も大きいため、『自助』『互助』を基本とし、多様な主体が多様なサービス提供を実現すべき」としている。市町村に対しては、「地域診断とボランティアの発掘などの地域資源の確保」が重要であるとして、「地域づくりのための中間組織の立ち上げも検討すべき」であり、それらにかかる費用は地域支援事業や一般財源により実施」と述べられている。

ここでは、市町村など自治体による舵取り役の重要性が強調されているが、地域支援事業の主役はあくまでその地域に暮らす高齢者自身であることを忘れてはならない。つまり、高齢者は事業によるサービスを利用するだけでなく、サービスの提供主体の一員としても、その役割を期待できるからである。今後に展開される地域支援事業について、厚生労働省によるガイドラインでは、生活支援や介護予防のための基盤整備として生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置が予定されている¹⁴。その場合にも、高齢者自身の参画や事業実践が重要な要素として位置づけられなければならない。

松繁卓哉（2012）は、イギリスで一定の効果を上げたと言われるセルフケア振興策について次のように論述している。「2005年にイギリス保健省（Department of Health）が刊行した白書『Self Care - A Real Choice: Self Care Support - A Practical Option』は、同省の保健医療改革におけるセルフケアの位置づけを示すものであった。」、「イギリスのセルフケア振興策のハイライトの一つが「Expert Patients Programme（EPP）」である。EPPは慢性的な症状を持つ人々が、その症状に上手く対処しながら社会生活を送るセルフマネジメント・スキルを獲得するためにつくられたトレーニング・プログラムであり、保健省の主導により2002年にスタートした。」、「EPPの効果について、2007年の保健省の発表によれば、2003年から2006年までの間にコースを修了した約1,000人の人々を対象にしたプログラム参加前と参加後の比較では、プログラムが参加者の健康改善に効果があったとされ、また、医療サービスの依存度・費用が減少したと報告されている。」

松繁が紹介するイギリスのセルフケアは、これまで論述してきた「自助」に相当する。イギリスでは、患者本人が自助努力を基本としたプログラムで自身の病状の把握や健康改善に取り組み、健康悪化を抑制することで結果的に医療サービスへの依存度や費用を減らしたのである。しかし、松繁は、「重要なことは、イギリス保健省が主導したセルフケア振興策の『Expert Patients Programme』が、あくまで『セルフ』であることを徹底し、公的サービスとの分離を明確に打ち出したことである」という。イギリスのEPPプログラムは、医療などの公的サービスの過剰依存から人々をどのように脱却させていくかという国の施策について、

政府主導ではなく当事者（患者）自身による主体的参画を重視した例である。

イギリスにおけるセルフケア振興の事例にあるような当事者参画型によるボトムアップの動向が、これからの日本の医療制度及び介護保険制度における「自助」・「互助」の展開を決定していく重要な要素であると考えられる。

【注】

- 1 地域包括ケア研究会「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書－概要版－」平成25年3月「地域包括ケアシステムにおいて諸主体が取り組むべき方向」より一部手を加えて抜粋
- 2 石田路子「これからの東アジア諸国における高齢者ケアについて－日本における高齢者ケアシステムの先行事例を参考に－」2013年3月城西国際大学紀要第22巻3号 p13
- 3 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」2008（平成20年度老人保健健康増進等事業）1p
- 4 同上 p6より抜粋
- 5 同上 p6より抜粋
- 6 同上 p7より抜粋
- 7 同上 p7より抜粋
- 8 厚生労働省「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」平成25年11月14日 社会保障審議会介護保険部会資料2 P1より
- 9 同上 p3より
- 10 福祉医療機構 WAM NET(HP)「訪問介護（ホームヘルプサービス）より
<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/handbook/service/c078-p02-02-Kaigo-01.html>
- 11 地域包括ケア研究会報告書「地域包括ケアシステムの5つの構成要素と『自助・互助・共助・公助』」平成25年3月より
- 12 同上
- 13 地域包括ケア研究会・三菱UFJリサーチ&コンサルティング「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業 報告書－概要版－」平成25年3月 P12
- 14 厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン案（骨子）」平成26年10月22日 社会保障審議会介護給付部会参考資料1-1 p5より

【参考文献】

佐藤卓利（2013）「地域包括ケアシステムの検討」『立命館経済学』62（5）・（6）：336－349

堀内 仁（2014）「地域包括ケア・ネットワーク構築の意義をマーケティング視点で解説する」『ディ

ルフィス介護総研』2: 1－9

石橋敏郎（2013）「介護保険法 2011（平成 23）年改正と報酬体系の改定」『熊本大学 アドミニストレーション』19 (2): 34－35

松繁卓哉（2012）「地域包括ケアシステムにおける自助・互助の課題」国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部『保健医療科学』61 (2): 113－118

厚生労働省（2013）「平成25年度 国民生活基礎調査」15－17

地域包括ケア研究会・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書－概要版－」平成 25 年 3 月 平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」2008

厚生労働省「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」平成 25 年 11 月 14 日 社会保障審議会介護保険部会資料 2

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの 5 つの構成要素と『自助・互助・共助・公助』」平成 25 年 3 月

Measures for a Construction of the Community-based Integrated Care System Promoted by Local Government

: The evaluation as well as direction of self care and mutual aid as indispensable factors of the system

Michiko Ishida

Abstract

The Community-Based Integrated Care Research Committee, which was organized under the auspices of the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, emphasized the provision of self care and mutual aid in case of the construction of the community-based integrated care system managed by local government.

This paper tried to consider the evaluation and direction of self care and mutual aid as indispensable elements to realize the system based on the result of 522 questionnaires conducted on September 20, 2014.

In order to develop the sustainable integrated care system, it is necessary in community support comprehensive projects to appeal that the elderly residents who are treated as just initiative participation of care users, but at the same time, they are providers of care services.

Key Words: community-based integrated care systems, self care, mutual aid,
community support comprehensive projects