互助による生活支援とプライマリ・ヘルスケア： 地域包括ケアシステム構築のための視点

夏原 和美¹

Daily life support through “mutual aid” in the community-based
integrated care system from the perspective of primary health care

Kazumi NATSUHARA¹

The community-based integrated care system, which the Ministry of Health, Labor and Welfare aims to fully implement by 2025, relies on the cooperation of local inhabitants in community life-support services called “mutual aid”. However, the cooperation of local inhabitants in communities with significant population decline is problematic. Elderly people tend to be reluctant to ask for help from neighbors. This study investigated the implementation of activities to assist community life-support services using “mutual aid” by examining a previous activating principle of primary health care.

One reason for the introduction of the Alma-Ata declaration was that the way in which people depended on health professionals meant that the system was ineffective in protecting people’s health. Thus, if the quality of daily life cannot be ensured by using healthcare insurance and government aid in the coming years, it is important to increase citizen participation in community life-support services. How can we best nurture a sense of ownership in daily life-support services using “mutual aid” among community residents? This requires a change in perception with regard to helping others. We should acknowledge one another as equals, and the idea that “vulnerable people can play a role in accepting help”, should be promoted.

Key words : community based integrated care system, the mutual aid, everyday life support, primary health care, community participation

地域包括ケアシステム, 互助, 生活支援, プライマリ・ヘルスケア, 住民参加

I. はじめに

1. いま, コミュニティーに求められていること
厚生労働省老健局が2025年に向けて構築を求めている地域包括ケアシステムでは, 老老生活支援も含めた地域住民による助け合いが前提にされている。住民を自助・互助・共助・公助の組み合わ

せにより地域で包括的に支えることが謳われ, 「互助」を「家族や地域の支え合いなど, 市場とは異なる生活空間の中で支えあう地域の機能」と定義している¹⁾。今後, 独居高齢者や高齢者のみ世帯の増加が見込まれるなか, 高齢者が積極的な社会参加をすることが介護予防につながるとして, 高齢者が行う地域住民活動(生活支援サービスを含

¹ 東邦大学看護学部

¹ Faculty of Nursing, Toho University

む)への期待は高い。具体的な支援内容を見ると、日用品の買い物、室内の掃除、食事の支度、洗濯、ゴミ出し、話し相手、病院への付き添い、庭仕事/電球交換等の雑用、体調不良など緊急時の助け、金銭管理などが挙げられている²⁾。

2. 地方の現状

しかし、地域包括ケアシステムの地域住民による助け合いの準備状況をみると、人口減少が著しい地方の過疎市町村の状況は非常に厳しいものがある。民生委員が中心となって独居高齢者に生活支援が必要かどうかの状況は把握されている場合もあるが、「助けてほしい」という要請が本人から出されない限り、何も手出しができないという声もきかれる。一方的に助けられたり助けたりすることではなく、「お互いに」という関係性が築けなければ「互助」や「助け合い」とは呼べないが、ゴミ出しができなくなった高齢者が、自分には何もできることはない、世話になるばかりで申し訳ないから、と支援を求めることを躊躇することは想像に難くない。

筆者らがインタビュー調査を続けている秋田県男鹿市の中山間部の集落でも、近所の人に支援を求めることを躊躇する方のエピソードを聞いた。

ある独居の高齢者の方が、ゴミ集積所まで自力でゴミを運ぶことができなくなった。近所の人たちは、ゴミ集積所の管理は地区の問題だから私たちが何とかしよう、ということで、交替でゴミを運ぶことにして、その方にも伝えた。しかし、近所の人たちの世話になるわけにはいかないと、その申し出を本人は断ってきた。その代わりにゴミ集積所までゴミ出しができないから、自宅の前にゴミ収集車を止めて欲しいと男鹿市役所に電話をしたということであった。

この方の行動について、地域のまとめ役をされている方々は理解を示していた。昔からの習慣で、迷惑をかけたくないし、いくらお礼をしないといけないという気持ちもある、そういう人が結構いる、と言っており、困ってはいるが他人の善意に甘えたくないという人がいるのは、仕方がないことだと受け入れているように思えた。

この方のように、他人に頼りたがらない気質を表す言葉は各地にあるに違いない。秋田には、「ええふりこぎ(えふりこぎ)(見栄っ張り)」という言葉がある。「天野祐吉のあんころじい 方言放言」というブログには「えふりこぎ」には、「見栄を張る」から「誇りが高い」まで、幅広いイメージが含まれていると、マイナスの面を示すだけの言葉ではない³⁾ことが書いてある。「見栄っ張り」にしろ「誇りが高い」にしろ、困っても他人に頼りたがらない気質をもつ人のことを指すと考えてよいだろう。

秋田県民が「えふりこぎ」だからゴミ捨てを近所の人に頼めないのかどうかについての検証は難しい。ただ、秋田に限らず、近所の人に頼りたがらない(或いは頼ろうと思っても頼れない)人がある程度いることは事実である。それが地域包括ケアシステムの「互助」を考える上で無視できないハードルとなっていくことが予想される。

例えば、筆者のグループが秋田県男鹿市で行った居住地域の買い物環境が高齢者の栄養状態に及ぼす影響についての研究でも、男鹿市全体の結果では、買い物支援を家族以外の人に頼んでも良いと答えた割合は、友人9%、近所の人7%、無償ボランティア3%と低かったのに対し、便利屋等の有償サービスは14%だった。つまり、友人・知人やボランティアの善意に頼るよりもサービスの購入が好まれている傾向が見受けられる。一方で、男鹿市を7つの自治会に細かく分けてみると、友人や近所の人に買い物を頼んでも良いと考える人の割合は地域背景によって異なっていた。買い物にバス1本で行けない自治会では買い物を近所の人に頼んでもよいという割合が高いなどの特徴が見られた。しかし、この自治会での買い物以外の生活サービス受け入れについて見てみると、近所の人に頼みたいという人が0人のものもあった。

これらの結果が示すように、利用者の気質や、互酬性に対する考え方にあった「互助」サービスでなければ、実質的な生活支援として活用されないことは容易に想像される。また、サービスが利用されないだけでなく、サービスを提供する側に

とつても、いつ、どんな形で「お互いさま」としての対価を受け取るのかが見えていなければ、活動が続けることはできない。これらの落としどころを探ることが重要であることは明らかだが、「インフォーマルケアの提供実態に関して、多様な側面での評価を可能にするほどのデータは収集されていない」⁴⁾のが現状である。どのような生活サービスのニーズがあるのか、どうすれば地域の住民活動を「互助」サービスの取り組み主体としていけるか、住民組織の活用についての基礎データの蓄積が求められている。

ここからは、「互助」による生活支援がどうしたらうまくいくか、について、プライマリ・ヘルスケア（Primary Health Care）の活動原則を軸に考えていく。

Ⅱ. プライマリ・ヘルスケアの考え方と「互助」による生活支援の関係

人類が初めて体験する高齢化・人口減少社会の到来に対して、40年前に提案されたプライマリ・ヘルスケアの枠組みが参考になるという主張は少々地味かもしれない。しかし「住民参加」をどう促すかというプライマリ・ヘルスケアの活動原則には、地域包括ケアシステムにおける「互助」による生活支援を進めていくうえで、重要なヒントが沢山含まれている。1978年に発布されたプライマリ・ヘルスケアに関するアルマ・アタ宣言には、「全ての人が個人または集団として、ヘルスケアの立案と実践に参加する権利と義務を有す。」と書かれている⁵⁾。当時、World Health OrganizationはHealth for allを目標に掲げており、今までのような専門家に頼ったやり方ではこの目標は達成出来ないことから、公衆衛生活動に住民が参加し病気になる環境を整えることや、患者自身が服薬の管理などに主体的に参加することなど、自らの健康は自分たちで守る当事者主権への意識改革が求められたのである。

このように、いかに地域住民を活動に巻き込むか、いかに住民に当事者意識をもってもらうか、が成功の鍵となるという点で、プライマリ・ヘル

スケアによってヘルスケアモデルの転換に取り組んだ際の知見は、どうすれば地域の住民活動を「互助」サービスの取り組み主体としていけるか、に活かすことができるだろう。

プライマリ・ヘルスケアでは、1) 住民のニーズに基づくこと、2) 地域資源の有効活用、3) 住民参加、4) 農業、教育、通信、建設・水利など多分野間の協調と統合、5) 適正技術の使用、(5)は2)の中に含めることもある)を実施上の原則としているが⁶⁾、これらの原則を地域包括ケアシステムの中でどう活かすことができるのか見ていこう。

1. 住民のニーズに基づくこと

地域包括ケアシステム構築にあたっては、地域による要介護認定率の違いもあり、介護ニーズも多様化しているため、介護保険者である自治体が地元のニーズを踏まえて自らの裁量で介護サービス事業をカスタマイズすることが求められる⁷⁾。また、生活支援ならではの難しさがあり、どこまでが日常的に行われる家事の範囲なのか等についても議論が続いている⁸⁾。例えば掃除の場合、1日に1度は床の拭き掃除までしないと埃が気になって落ち着いて暮らせないという人もいるだろうし、掃除はしなくても死なない、という人もいる。どの程度のサービスがあれば本人の生活の質が保たれるのかについて基準は作りにくく、当事者との話し合いの中で優先順位を決めていくしかない。この原則が大切なのは、ニーズに基づいた活動でない限り、3)の住民参加は見込めないということにも関連する。

2. 地域資源の有効活用、適正技術の使用

いくら良いサービスでも供給源を外部に頼っている、外部の条件によってサービスの継続は難しくなる。そのため、プライマリ・ヘルスケアでは地域の資源を活用することが求められている。この原則もまた3)の住民参加を促すうえでの前提条件ともなる。

プライマリ・ヘルスケアのこれらの原則と地域包括ケアシステムの関連については、活動のベースは地域でなくてはならないというところに共通点がある。これからの日本で、なぜヘルスケアが

地域化されなければならないかについては、高橋らが「地域連携論－医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援（p213）」⁹⁾の中で、1. 人々は生活のための環境としては施設よりも地域を選好する傾向にあること、2. 地域的環境ではもともとある生活環境の要素を使えること、3. 生活ニーズの多様性に対応するのに地域社会の多様性が資源として適していること、4. 生活ニーズに関する情報は生活環境にあることから、生活の質を上げるためには支援する側が地域的に活動することが効率的であること、の4つの理由を挙げて整理している。

このように、生活支援サービスについては、地域住民が人的資源として期待されていることや、サービスを受ける人の生活のあり方に寄りそうものである必要がある、つまり、その人が持つ資源の有効活用が基本となることが、この原則に当てはまる。

3. 住民参加

住民参加は、当事者主体のプライマリ・ヘルスケアの考え方の中心をなすものである。健康を守るのは、よそから来た専門家ではない、ここに住む私たち自身なのだ、と住民がプライマリ・ヘルスケア活動に自信を持てることが、活動の成功には必要である。同じように、生活を守るのは私たち自身だと住民が思えることが、「互助」による生活支援活動の成功の鍵となると思われる。地域包括ケアシステムのなかには地域住民、町内会、自治会、NPO、ボランティア団体が「互助」サービスの提供者として位置づけられているとともに、民間のサービスがあるところでは住民自身によるサービスの購入（自助）も期待されていることから、地域包括ケアシステムがうまく回っていくために住民参加が必須の要件であることがわかる。その背景には高齢化社会の到来による介護保険財政のひっ迫という差し迫った状況があるだけでなく、2) 地域資源の有効活用で述べたように、地域の暮らしにおける多様性に細やかに対応するには、その土地の暮らしのことがよくわかっている住民によるサービス提供が望ましいという積極的な理由もある。

4. 多分野間の協調と統合

多分野間の協調と統合がプライマリ・ヘルスケアの活動原則に含まれているのは、医療の力だけではプライマリ・ヘルスケアの目標である Health for all を達成できないからである。母親の識字率をあげるための教育や、病院に行くための道路を整備する土木建築や、栄養状態を向上させるための農業など、関連分野と協調しながら活動を統合して初めて病気になる原因を取り除くことができる。

地域包括ケアシステムにおける多分野間の協調と統合は、保健・医療・福祉の統合である包括ケアという形で当てはまる。前述の「地域連携論－医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援(p213)」ではケアの包括化について「QOLを目標とする生活モデルの下では医療領域も究極的には生活ないしQOLへの貢献によって評価されることになる。つまり、およそ1世紀ぶりに保健・医療・福祉は究極的に一つの共通の目標をもつことが可能になったのである⁹⁾」と説明している。

高橋らが参考文献としてあげた「病院の世紀の理論」を著した猪飼もヘルスケアの目標の転換を前提とすると、それに適合するヘルスケアシステムとして、より地域的（地域社会を舞台およびケア資源とする）性格と包括的（保健・医療・福祉が統合される）性格を強めたシステムが必要となると指摘している¹⁰⁾。

Ⅲ. コミュニティーベースでの課題解決は本当に可能なのか

ここまで、資源のないところで住民自らが自分の健康を守るためのプライマリ・ヘルスケアの原則を、高齢化・過疎化で悩む自治体における地域包括ケアシステムの中の生活支援に活かせないか、という視点から述べてきた。地域包括ケアシステムとプライマリ・ヘルスケアの原則の親和性が高いことが見えてきたと思う。しかし、本当にこれで成果が出るかは別問題である。バッシュは、プライマリ・ヘルスケアのプログラムはコミュニティの構成員の規範や価値観とも食い違いがな

いもので、さらにオーナーシップの感覚を持つことができれば意味がないと指摘している¹¹⁾。当事者意識が鍵であるというバッシュの指摘は、「互助」による生活支援サービスを提供していくうえでも重要な指摘になるだろう。

当事者意識については、高橋がシンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」の中で「地域包括ケアというのは、文化活動でもある。既存の価値を維持しているままでは地域包括ケアシステムは成り立たない」¹²⁾と表現しているように、住民自身の意識をどう変えていくか、が一番難しいところかもしれない。

実は、地域包括ケアシステムの構成要素を表す植木鉢モデルの一番下の鉢皿には「本人の選択と本人・家族の心構え」と書いてある。この「本人」は地域に住むサービスの受け手となる可能性がある一人一人の住民であり、「選択」とは高齢化、人口減少が進む地域で暮らし続けることを自ら選ぶことである。「本人・家族の心構え」は、高橋が述べる既存の価値を捨てる心構えと読むこともできる。さて、この植木鉢モデルにおいて、基盤となり一番重要だと言ってよい鉢皿の部分は住民の間でどのくらい完成されているのか。

プライマリ・ヘルスケアは、健康に関する決定権を専門家から住民自らへ取り戻す活動であり、価値観の転換が必要だった。バッシュが指摘したように、コミュニティがプライマリ・ヘルスケアのプログラムの価値を確信し、自分たちで運営していく覚悟を持つことが必要だったのである¹¹⁾。地域包括ケアシステムの生活支援に関しても、同様の価値観の転換が必要だと思われる。少子化と生涯未婚率の増加が進む中で家族による支援は既に当たり前のものではなくなりつつある。だが、家族がいる限り家族が面倒を見るべきだと思いはなかなか捨てられないだろう。また、一度持つようになった権利意識も手放すのは難しいと思われる。近所の人には頼りたくないが、市にはサービスを要求できる冒頭のエピソードの住民のような価値観は、実は国民に深く根付いており、まずはそれを変えていくことから始めるのだと思って

いないと、地域包括ケアシステムを拙速に進めることによる弊害も出てきかねない。

次に紹介する状況は、住民のボランティア活動が思ったより機能しないことが介護事業の課題に関連しているという点で興味深い。2018年1月27日（土）の新聞各社の一面は介護報酬の改定方針についての記事だった。改定によって、リハビリテーションなど高齢者の自立支援や介護状態の重度化防止を進める事業所で収入が増えるようになる。厚生労働省のねらいとしては、介護費用を抑制したい狙いがあるのだろうと解説されていた。利用者負担が増えることになる場合もあり、全国ニュースとして注目を浴びていたのだと思われる。当時筆者が住んでいた秋田の地方紙である秋田魁新報は翌日も介護に関する記事がトップだった。解説には「甘かった国の制度設計」の見出しの後に、市区町村の多くが民間業者による専門的なサポートを用意した上で、住民同士が助け合うボランティアの仕組みを順次構築していくシナリオを描いていたが、前に進めない状況に陥っていることが書かれていた¹³⁾。また、介護大手の地方からの撤退により、利用者が介護難民化するおそれについて、トップ記事の解説記事がとりあげられていた。そこには、介護費の抑制と地方の実情に応じた多様なサービスの提供を期待し「軽度の介護なら、住民主体による助け合い事業に置き換えても十分カバーできると思った」という財務省幹部の言葉に続き、しかし実際には「判定上軽度でも認知症や難病の患者、自力の入浴が困難な利用者へのサービスを住民のボランティアでまかなうのは不可能」という声が圧倒的、と紹介されていた¹⁴⁾。

この記事にあるように、国が軽度の要介護者向けサービスを市区町村に移行させたのは、ケアの地域化のところで述べたように考え方としては正しいはずである。しかし、住民主体による助け合い事業が伸び悩んだ。入浴介助などの生活支援の難しさをボランティア導入の妨げとなっている理由として挙げているが、それだけではなく、価値観の転換が進んでいないことも理由として考えら

れるだろう。普段の生活で経験することの少なくなった他人に頼ることへの、サービス利用者、サービス提供者、双方の戸惑いがあるのではないだろうか。

また、地域とは何なのか、プライマリ・ヘルスケア活動成功の鍵である当事者意識、つまり住民自身が「私たち」という実感が持てるくくりは、どの範囲まで広げられるものなのか、という問題もある。地域包括ケアシステムでは中学校域を一つの生活圏域の目安としているが、中学校域の広さは各地によりさまざまである。生活圏域を広くとらないと必要な生活支援サービスが得られない場合、その範囲に対してコミュニティというまとまりが期待できるのかどうか、これも難しい課題である。

IV. おわりに

地域包括ケアシステムを導入するかしないか、ではなく、これからは良い地域包括ケアシステムか、悪い地域包括ケアシステムか、という時代が来ている、という話もあるように、高齢化・人口減少が進む日本において、地域包括ケアシステムは、選択の余地なく機能させていかなければならないものとなっている。どうすれば当事者意識をもって「互助」による生活支援に住民が参加していけるのか。ここで求められるのは、サービス利用者は「支援を受けいれる役割」を果たしている、という発想の転換である。それによって「住民参加」というプライマリ・ヘルスケアの原則に、生活支援の利用者も含めていくことができ、支援する側も支援を受け入れる側も前節で示した「当事者意識」をもって生活支援に参加していけるのである。

秋山はMED プレゼン 2016 における「新しい健康観」の発表で、「健康とは人の役に立っている状態」と定義していた。人間には人の役に立ちたいという欲求があり、それを満たすことで WHO が定義する健康の定義とは別の健康を手に入れることができる¹⁵⁾という。この定義の面白いところは、サービス利用者が支援を受けいれることによって

しかサービス提供者の役割は創出することができないのだと考えると、誰かの支援を受けなければ生きられないことは人の役に立っていることになる。このような発想の転換のことを秋山は「人生の補助線」と呼んでいたが、この補助線を引くことで「互助」の落としどころが見えてくるように思えた。

元気なうちは高齢者も積極的な社会参加の一環として支援者の役割をすることで介護予防につながる。そのうち生活上の助けが必要になった時は役割交代をする。今まで近所の誰かがやってくれていた「支援を受けいれる役割」を今度は自分が果たす番だと考えられるようになってこそ、「お互いさま」の関係になれる。「支援を受けいれる役割」があると考えられるようになれば、死ぬまで地域包括ケアシステムに「人の役に立っている状態」で参加することは可能なのである。この土地で生きていくのは自分たちであり、そこでの生活の質は自分たちで選ぶのだ、という覚悟を決めるためにも、自分にとって望ましい生活とはどのようなものか、この地域で人生を送っていくうえで欠かせないものは何か、どういう死に方であればまあいい人生だったと思えるのか、死ぬまで何かの役割を果たしていくことについて、隣近所と話し合う時がそろそろ来ているのだと思う。

V. 謝辞

本研究は日本学術振興会科学研究費補助金の助成を受けておこなわれた(番号:17K12542, 15K15233, 15K03031, 16K13427)。開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング、＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016。
- 2) みずほ情報総研株式会社、平成23年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「一人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支

- 援方策に関する調査研究事業報告書」, 2012.
- 3) 天野祐吉, 秋田のえふりこき [ことばの元気学]. Retrieved from <http://amano.blog.so-net.ne.jp/2007-09-23> (2018 年 7 月 15 日)
 - 4) 筒井孝子, 日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方: 自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのありかた (特集 地域包括ケア提供体制の現状と諸課題). 季刊社会保障研究, 2012; 47 (4): 368-381.
 - 5) AMDA, AMDA 熱帯医学データベース Archive, アルマ・アタ宣言 <https://amda.or.jp/old/contents/database/1-1/1.html> (2018/10/27 参照)
 - 6) 本田 徹, プライマリ・ヘルス・ケア http://share.or.jp/health/knowledge/primary_health_care/index.html (n.d.). (2018 年 7 月 15 日閲覧)
 - 7) 星 貴子, 地域包括ケアにおける住民組織の役割と求められる対応. JRI レビュー, 2015; 6 (25): 130-155.
 - 8) 福田幸夫, 訪問系サービス運営の課題—訪問看護と訪問介護の実情から—, いわき明星大学研究紀要 人文学・社会科学・情報学篇, 2016, 1: 54-63.
 - 9) 高橋紘士, 武藤正樹, 地域連携論 - 医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援. 東京: オーム社, 2013: 213.
 - 10) 猪飼周平, 歴史的必然としての地域包括ケア化. JIM, 2011; . 21 (6): 447-451.
 - 11) Paul F. Basch. Textbook of International Health 2nd edition. Oxford Univ, 1999. Pr. (ポール・バッシュ, (著), 梅内拓生, (監修), PHC & 開発研究会, (翻訳), バッシュ国際保健学講座. 東京: じほう, 2001: 218-235.
 - 12) 高橋紘士, 地域包括ケアシステムの構築と住民参加: ご挨拶 高橋紘士氏, http://www.mri.co.jp/news/press/public_office/017933.html (2018/1/30 閲覧)
 - 13) 秋田魁新報, 軽介護 100 自治体が運営難—背景に人手不足, 大手撤退. 秋田魁新報 2018, January 28: 1.
 - 14) 秋田魁新報, 表層深層 秋田魁新報, 2018, January 28: 2.
 - 15) 秋山和宏, MED プレゼン 2016@ 秋田 秋山和宏「新しい健康観」～ ED <https://www.youtube.com/watch?v=HATLq0W83fs> (2018/7/15 閲覧)