

地域包括ケアシステム（保健・医療・福祉）への「住民参加」

システムにおける「互助」の問題

松繁卓哉（国立保健医療科学院）

「看取り」の営みは「医療・福祉」のカテゴリーに含まれるものなのか。この問いに対し、「看取り」は「看取り」であって、医療や福祉のサービスは、それを支えるものである、と考える人は少なくないだろう。しかし現実には、診療報酬・介護報酬に「看取り加算」というものが含まれるようになっており、医療・福祉の従事者は「ターミナルケア」という名のもとに「看取り」の実践を行っている。そこでは家族・親戚・近隣住民・友人らの「互助」がこれを支えるという図式が描かれている。いわゆる保健・医療・福祉への「住民参加」（諸外国では“Patient and Public Involvement: PPI”として知られる）である。この点において主客の逆転構造が潜在している。「看取り」の主体とは誰なのか。

2000年代以降、日本政府は「地域包括ケアシステム」という名称で、従来の「縦割り行政」のもとで提供されてきた保健・医療・福祉の各サービスの統合をはかり、地域ごとにその整備を進めるよう地方自治体へ促してきた。現在、各地域で縦割りによる「切れ目」のないサービスを、自宅ないしは自宅に近い環境で受けられるような仕組みづくりが着々と進められている。そこでは、住み慣れた場所で人生の最期を迎えられる体制を整えるべく、様々な職種の人々と家族・近隣の住民が一丸となって「看取り」を支えることが期待されている。

本報告では、近年の地域包括ケアシステムとその関連施策の中でキーワードとなっている「住民参加」および「地域資源」を取り上げる。とくに、国が進めている「介護予防・日常生活支援新総合事業」（以下「新総合事業」）に着目し、その政策展開において「地域」「住民」「行政」が相互にどのような位置づけにあり、どのような問題を生み出しているのかを整理する。

新総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて住民等の多様な主体が参画し多様なサービスを充実させていく事業である。2015年に発行された厚生労働省の「介護予防・日常生活支援新総合事業のガイドライン」では、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する「効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指す」と述べられている。「要支援者」とは、ADL（身の回りの動作）は自立できているものの、IADL（「掃除機をかける」「トイレを掃除する」等の生活行為）に困難のある人々とされている。

新総合事業では、要支援者への介護予防や生活支援

に専門資格のない地域住民が関わるができるようになった。2015年4月から2018年3月までの3年間が移行期間とされ、その期間中に各市町村は、これまで「予防給付」として国内一律に給付されていた要支援者への訪問介護や通所介護を、市町村が実施主体となる介護予防・生活支援サービスへと移行を完了させることとされた。しかしながら、その後の状況を見てみると、当初期待されていた「地域の実情に合わせた、より多様なサービス体制の整備」は、未だ途上にある。

原因として次の点を挙げられる。第一に、各地域において住民主体の支え合いの活動を振興・育成していく経験や手法が蓄積されていない。どのように地域の活動を「発見」し、それをどのように公的なサービス体系に結びつけていくか、日本社会はこれまでそのような経験を十分に積み重ねてきていない。第二に、「公平性」の概念、すなわち「どこに住んでいても同じサービスが受けられること」という福祉の前提となる伝統的な規範意識が、地域独自のサービスシステム構築の壁となっている。都市と農村部とでは、人口構成も社会資源も大きく異なる。そのような相違がある中、「地域資源」を活用したうえで構築されるサービスシステムが全国一律のクオリティを保持することは現実的でない。

このように、地域における「互助」について人々が具体的なイメージを抱けないところに、それを公的なサービスシステムに組み込むことの困難が存在し、二重の問題系が存在している。「対象者を明確に特定する」「質の均てん化をはかる」などの行政施策固有の特性と、地域住民による自発的活動の基本的性格との折り合うポイントを見定めていくことがさしあたっての課題となる。放っておいては必ずしも地域の「互助」は充実しないが、行政による振興策によっては地域資源を上手く活用できないことがある。ケアする側／される側の固定的関係性からの脱却も必要であり、そこにはいくつものハードルが存在する。地域性の中から自然発生的に展開してきた既存の「互助」を、「システム」の中に統合していくことの問題点をふまえた、柔軟な地域づくりが必要となる。

キーワード 地域包括ケアシステム 互助 新総合事業 住民 地域資源