

## 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——

筒井孝子

### I はじめに

日本は、2000年に要介護高齢者に対する介護を「家族による介護」から、「社会による介護」へと大きく転換するために社会保険方式による介護保険制度を導入した。次いで、2006年の介護保険制度改正では、地域密着型サービスの創設や地域包括支援センターを設置し、地域での医療・介護サービス提供体制の再構築を推進する方向を示した。これは2000年に目標とした「社会による介護」を日常生活圏域単位での介護サービスの提供を可能とする「地域による介護」へとする方向を示したものととらえられる〔筒井 2009, pp.84-89〕。

これを国際的なヘルスケア政策の動向を踏まえてとらえるなら、integrated careという概念で説明されてきた内容と同義といえる。integrated careは、ヘルスケアシステムのデザインの一つとして政策的に検討されてきたものであったが、すでにOECDやWHOは、これを先進国におけるケア政策の主要なイシューとして、1990年代後半から取り上げてきた。ただし、これを推進する場合として、日本は、前述の「地域による介護」の文脈で用いられるcommunity-based careを提案したこと、しかも従来の行政区分としての中学校区などにこだわらず、日常生活圏域という表現が用いられており、今後、この圏域がケア提供体制の基盤となるシステム構築が目指されるという点において、ユニークなデザインが採用されたといえる〔筒井 2012, pp.42-48〕。

そもそもintegrated careというヘルスケアシステムのデザインは、医療体制の低パフォーマンスの改善を目的に導入された医療と介護の連携をすすめるシステムである。すなわち、慢性疾患を抱える患者にとっての効率的な医療体制の構築という政策的課題に対するひとつの解答として生まれてきたものであった。

このシステムにおいて重要視されたのは、伝統的な医療体制の主要なターゲットであった急性増悪による短期的な介入で治癒できるという急性期疾患への適応ではなく、慢性疾患、かつ終末期に至るまでの長きに渡って提供される治療とケアの効率的提供を目的としたものであった。このため、これを導入した国は、integrated careを実現させるために、まずは医療分野の臨床におけるintegrationを試み、このシステム化を図り、次の段階として、これを地域医療圏へと拡大するという方法をとっている。そして、さらに、システム化されたサービスの効率化をより推進するために、介護・福祉領域までintegrationの範疇を広げてきた。

したがって、日本で実施されようとしている地域包括ケアシステムのように、介護予防という公衆衛生的な予防活動に加えて、低所得者対策としての住宅施策をもintegrationの対象として、そのシステム化を図るといった考え方や、これらを地域圏域を基盤として同時に展開しようとする試みは、国際的にも稀有な例といえよう。

前述の報告書には、地域を基盤とする医療と介護のみならず、福祉のintegrationも構想されている。これは、いわゆるヘルスケア（保健・医療）

とソーシャルケア（福祉）の間のintegrationを意味し、さらに新しいintegrationの道筋が示されたとも解釈できる。

本稿では、この地域包括ケアシステムの構築によって達成しようとしている目的を明らかにするとともに、このシステムがヘルスケアシステムのデザインの一つであることを示す。さらに、厚生労働省が地域包括ケアシステムの構築に際しての視点のひとつとして示した福祉（生活支援サービスの推進）の提供者や提供主体をどのように考えるべきかといった内容に関して、諸外国の事例を紹介しながら考察し、今後の地域包括ケアシステムのありかたと課題を論ずることを目的とする。

## II 地域包括ケアシステムにおける提供主体の考え方を巡る動向

前述の2008年の地域包括ケア研究会による報告書の中には、「介護費用が増大する中で、すべてのニーズや希望に対応するサービスを介護保険制度が給付することは、保険理論からも、また共助の仕組みである社会保障制度の理念に照らしても適切ではない。一定限度額までの介護サービスを、その内容と成果を吟味しつつ介護保険制度が給付することは当然であるが、自助・互助・公助との適切な役割分担を検討していかなければならない」との記述があり〔地域包括ケア研究会 2008〕、住民のニーズや希望に対応するサービスの提供主体を検討すべきとの説明がなされている。さらに、2009年の地域包括ケア研究会報告書では、地域包括ケアシステムの構築の方向性として、「介護保険サービス（共助）、医療保険サービス（共助）、住民主体のサービスやボランティア活動（互助）、セルフケアの取り組み（自助）等の多くの資源があるがこれらの多くが断片化している。今後、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ながら、これらが有機的に連動して提供されるようなシステムが構築されなければならない」との記述がある〔地域包括ケア研究会 2009〕。

つまり、ここでは、日本の地域包括ケアシステ

ムを「地域による介護」の方向性で推進するものとして、自助・互助・共助・公助のうち、いずれのケア提供主体がイニシアチブをとるのかという論点と、これらの提供主体のintegrationの必要性が述べられているとともに、これらのケア提供主体をすべて含み、マネジメントする仕組みとして、地域包括ケアシステムが説明されている。

前述の報告書には、この四つの提供主体には「補完性の原理」が適用されるとの記述もあるが、この原理は、1931年に教皇ピオ11世の社会回勅において用いられたことを始まりとするもので、この目的は、教会を含めた中間組織への「国家介入を制限」することにあったとされ〔澤田 1992〕、この発想は近年、EU統合の文脈の中において立憲主義（連邦主義）と結び付けられ、1992年のマーストリヒト条約やドイツ連邦共和国基本法に体现されたとの説明がある。これらの歴史的な展開を踏まえた上で、「補完性の原理」とは、「より小さな単位の主体の活動の自由を制限すべきではないという権力制限の発想に基づき、問題の当事者にとって最適な役割分担で問題を解決しようとする原理」と定義した上で、現代の日本における地方分権化の流れの中で関心を集めるようになったとの解釈もされている〔関谷 2007, pp.81-109〕。

このほかにも、「個人ができることは個人で行い、それが不可能もしくは不効率な場合には、それより大きな家族や地域社会に解決が委ねられる」というように理解されているとの解釈もなされ、近代における「国民国家」と「個人」への二極化に対抗して中間・中位の共同体の価値を再評価するためのものであったとする説明もなされている〔岡部 2007, pp.110-134〕。

このように、補完性原理とは、個人、家族や地域社会といった中位の共同体、国家という問題解決に対する権限行使の順序を示した原理として利用されてきた。中位の共同体としての互助と共助の考え方としては、前述の地域包括ケア研究会の報告書における補完性原理に戻ると、「自助・互助・共助・公助」と四つの主体があり、互助と共助とが分かれている。これは、池田による解釈に倣ったもののようであるが、池田は、この中位の

共同体は、家族や隣人を互助、共助については、システム化された自治組織と定義している。さらに、このシステム化された自治組織については、かつては村落共同体やヨーロッパ社会においては教会などが当てはまったが、現代においては、職域の自治組織によるセーフティネットが登場したと説明され、多くの国では社会保険という形で収斂していった〔池田 2000, pp.200-201〕との説明を加えている。

だが、この解釈に対しては、社会保険は共助ではないとする指摘〔岡崎 2011, pp.7-22〕や、また介護保険や行政サービスの対象外となる互助について、共助と区分けした上で、地域包括ケアシステムの提供主体としたことに、過度の期待があるという指摘〔堤 2010, p.143〕もある。

その例として、よく言及されるのが、生活支援サービスがこのシステムを支えるものとして含まれるとされている点である。報告書で示された生活支援サービスとは、「見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他、電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活にかかる支援」とされるが、これらは、いわゆる中位の共同体の中での支えあいの活動であり、市場化できるサービスとしての標準化は、現時点では困難な内容といえる。したがって、これらのサービスのシステム化が前提とされる、あるいは条件となるような地域包括ケアシステムの想定は、現実的ではないだろう。

ただし、すでに生活支援サービスが存在し、これらが地域包括ケアシステムの基盤となりうる地域圏域もある。今後のシステム構築を考えるにあたっては、これらサービスの担い手を配慮し、その資源をシステムへ包摂する選択肢もあるだろうが、これらのサービスのシステム化を目指すことが、地域包括ケアシステム構築の目的と解釈することには、特に慎重が必要といえよう。

### Ⅲ 生活支援サービスとしての インフォーマルケアとそのシステム化

#### 1 インフォーマルケアとしての生活支援サービス

日本で地域包括ケアシステム構築に際して、その推進が示された生活支援サービスと呼ばれる内容は、これまで隣人、知人、友人が提供者となつて無給で提供されていたインフォーマルケアの領域に位置するものであった。元来、ケアとは、有給と無給にもかかわらず、感情の共感を含んだサポートを提供することである。これらのサポートは、女性が担ってきたわけだが、これらは明らかに私的な領域に存在したものであった〔Thomas C. 1993, pp.649-669〕。

また、職業としてケアを提供する際の担い手の多くは女性であり、報酬も評価も低い労働であった。こういった背景については、70年代からフェミニストらによる研究がなされ、家事と子育て（当時、高齢者介護は、まだ課題になっていなかった）は、女性による無給の私的な感情に基づくケアとされてきたが、実際のところは、男性が家庭外での仕事ができるようになるため、力を復活させるものとして暗黙的に位置づけられた、いわば有給の雇用に隠されたシャドウワーク（Shadow work）として存在してきたのであるとした〔Lewis J. 1992, pp.159-173 ; Daly M., Lewis J. 1993, pp.81-103〕。

イギリスでは、ケアは、ソーシャルケア（Social care）と表現され、使用されることが多いが、その用法によって、より広義の意味を持つ用語となり、たとえば自分や他人、すべてのものに対する世話であるといった、かなり広い定義もあれば〔Tronto J. 1996, p.147〕、ケアを提供する者が、ケアを受ける者を社会的に包摂する目的で行われる行為のすべてであるというような活動の目的そのものに着目するといった概念設定も少なくない〔Leira A. 1992 ; Finch J., Mason J. 1993, pp.345-367 ; Fraser N., Gordon L. 1994, pp.4-31 ; Senghaas-Knobloch E. 1999〕

ことから、その全体をとらえることは、いまだ難しい概念となっている。

しかし、ケアは人に対する日常の社会的、精神的、情緒的、身体的な関心 (attention) を含むことになる〔Knijn T., Kremer M. 1997, pp. 328-361〕という定義からは、いわゆる医療サービスとの違いが想起される内容ともいえる。

## 2 インフォーマルケアに対する社会手当という提案

このような多義的な意味を持つケアではあるが、前述したように、1970年代に実施されたフェミニストらの研究では、その暗黙的な目標は、男性の労働力を確保し、サポートすることにあつたとの指摘がなされ、このシャドウワークとなっていた労働を正当に評価するための家庭での家事や育児労働への従事に対する「家事のための手当」が提案された〔Dalla Costa M., James S. 1973〕。

だが、この提案は、結局のところ、女性を育児と家事に固定化する危険性があるとの理由から導入されず、その代わりとして、女性の教育と仕事という市場へのアクセスを確保し、家族の民主化を通して、女性が世話をするという固定概念からの脱却を目指すことになったという経緯がある。

つまり、彼女達は、家事や育児のための社会手当の支給という代替として、国に対して、女性のために雇用機会を拡大するという政策や、これらのうち、特に育児というケアの提供には、国が一定の責任を負うことを明確にすることを要求した。

こうした経緯が踏襲されたのが、「家族による介護から社会による介護へ」というスローガンのもと、女性の視点から「介護の社会化」を国に提言していった「高齢社会をよくする女性の会」をはじめとするフェミニストらの活動であった。彼女達は当時、主介護者であった嫁を介護に固定化することになるとの主張から、家族への現金給付に反対し、その代替として、国が介護の責任を担うことを求めた。これは、介護保険という「介護の社会化」の制度化を推進することになった〔Tsutsui T, et al. 2010〕。

結果として、介護保険制度が実施された後、多

くの主婦は、ヘルパーとして働くこととなり、これは、日本の介護市場にとっては、大きな労働供給源となった。また1970年代に、女性の労働市場へのアクセスを要求したのと同じ現象、すなわち、これまでの家族によって無給で行われていた作業を有給へとシフト化し、同時に主婦層の社会的進出の拡大を図るという現象が日本でも起きたことを意味していた。

ただし、ヨーロッパの国々で認められている高齢者介護における家族給付には、別の意義がある。これは、そもそもケアという行為は、自由な関係に基づくもの、社会から義務づけられるもの、契約によるもの、これらのいずれにもかかわらず、情緒的な絆を有する子どもや配偶者、高齢者との関係づくりが前提となる。このため、他人に対する関心や人間の身体的、情緒的な依存性を必ず意識させることになる〔Senghaas-Knobloch E. 1999〕。このような依存関係を克服するための仕掛けとして、ヨーロッパの国々では、家族によるケアに対しての社会給付を導入したとされる〔Daly M., Lewis J. 2000, pp.281-289 ; Ballarin P., et al. 2003〕。

日本では、家族への現金給付という社会手当ではなく、ケアのフォーマル化を推進するという方法が採られた。それは、諸外国では、ほとんど主たる介護者になってこなかった縁戚者である「嫁」が、日本では、主介護者としての役割を担っていたという特殊な事情があったためである。つまり、血縁のない嫁が主介護者であったが故に、ケアの依存性という観点での議論はされにくい構造となっており、どちらかといえば、イエ制度を基盤とする互酬制による介護という慣習の克服のほうが優先されたものと推察される。

そして、今回、類似の性質をもつ生活支援サービスもまた、担い手が隣人、知人であるものの、インフォーマルケアを出自とすることを鑑みれば、その担い手と、サービス提供主体の組織化とともに労働市場への取り込みをどのようにすべきかについては、前述したように、より慎重に検討されるべき内容と考える。



### 3 生活支援サービスを包含した地域包括ケアシステム

#### (1) 自治体による生活支援サービスのシステム化

これまでに、日本の地域包括ケアシステムに生活支援サービスを包含してきた試みとしては、武蔵野市の「認知症高齢者見守り支援事業」がある。

この事業では、介護保険制度の対象となるサービスは行われず、見守り、話し相手、散歩の支援などを市が認定したケアヘルパーが行う事業として設計され、事業の対象者は、①おおむね65歳以上の市民（若年性アルツハイマーも対象になる）、②認知症の症状がある（認知症高齢者の日常生活自立度がⅠまたはⅡ）、③身体介護を必要としない、とされている。

この事業の目的は、介護をする家族の負担を軽くすることであることから、独居や高齢者のみ世帯だけではなく、家族が同居していても利用できるというように、介護保険の対象とならない軽度、一手前のサービスとしての位置づけがなされている。したがって、認定の有無を問わないし、高齢者のみの世帯に限定もしない。これを利用する際の利用料金は、1回1時間単位で最長4時間までとされ、原則、週一回の利用までとしているが、複数の利用もあるという。そして、この担い手となるヘルパーは、武蔵野市独自制度となる「武蔵野市認知症ケアヘルパー認定研修」を修了した者とされる。

また、この事業で提供されるサービスは、見守りなど軽度の内容であることから、利用者の費用負担は低額であるが、最長4時間使えることから、一回あたり最大2,000円の利用料を得られるため、単なるボランティアではない収入の道も可能となっている。つまり、この事業は、ボランティアでもなく、収益事業でもないという中間的な形態がとられ、いわば、アソシエーション的性格（システム化された互助<sup>1)</sup>）を持った事業といえる。

武蔵野市では、認知症高齢者に対する医療サービスと介護サービスの連携を目的とした「認知症連携パス」と呼ばれる地域連携パスを整備しており、この独自の生活支援事業は、地域での医療と

介護のintegrationを推進がなされる中で、有効なツールであると判断されているとも考えられる。

このような互助的な性格をもった「住民同士の見守り」という、いわゆるインフォーマルなケアをセミフォーマル化しつつ、また低額な利用料を支払う仕組みとしている点は、後述するヨーロッパの社会手当と同様の色彩を持った日本においては、ユニークな事業ともいえる。

#### (2) アソシエーションによる生活支援サービスのシステム化

現時点で、日本では、武蔵野市のような自治体主導型の生活支援サービスの事業化は少ないが、国内では、むしろ、後述する自治会組織やNPOといったアソシエーションが提供主体となる生活支援サービスのシステム化が多いようである。

この例として、1964年に入居が始まった横浜市郊外の栄区の高台にあるUR都市再生機構（以下「UR」という）の公田町団地の取り組みがあげられる。この団地では、少子高齢化が進み、一人暮らし高齢者や高齢者世帯が増え、団地内のスーパーマーケット、続いて、コンビニエンスストアの撤退と、高齢者にとっては、日常の買い物ができない、そして、誰にも看取られない孤独死が発生するようになった。これが契機となり、有志によって、毎週「あおぞら市」と呼ばれる買い物の支援が行われ、孤独死の予防を目的とした見守りネットワークづくりが進められることになったという。

2008年6月には、栄区役所と団地自治会が協働し「お互いさまねっと公田町団地」を発足し、2009年9月に、NPO法人お互いさまねっと公田町団地（理事長大野省治）として認証を受け、現在、①高齢者などの孤立予防・孤独死予防を考慮した生活支援事業、②子育て支援事業、③介護保険法に基づく介護予防サービス事業の3つの事業が展開されている〔横浜市栄区サービス課長2009〕。

この事例は、これまでの隣人、知人といったインフォーマルケアを担っていたアソシエーション（慈善活動、共済組合、福祉団体）の機能強化を

図るため、生活支援サービスの一部をセミフォーマル化し、さらに、システム化することで、住民がサービスの安定供給を目指したものと見える。こうした例は、地域包括ケアシステムの推進が謳われるようになって以来、全国で増加しているものと推量する。

ただ、すでに、ケアの本質からは、これまで述べたようなケアのフォーマル化・金銭化は、限界があり、部分的にしか達成できないことが指摘されている〔Kramer H. 1981 ; Geissler B. 2002〕。

そこで、ここ数十年間にわたって、日本と同様に家族の構造が大きく変化し、国家のあり様についても変貌を遂げてきたヨーロッパの国々において、インフォーマルケアの提供が、どのように位置づけられ、その提供主体は、どのように変化してきたかを紹介しながら、今後のケア提供体制のありかたについて考察する。

#### Ⅳ ケアの種類とその提供体制の 多様性を巡る動向

##### 1 ユーロッパの国々におけるケア提供者と雇用形態の多様化

日本では、介護保険制度の実施を契機に、ケアは、公的なフォーマルな雇用とされる道が開かれた。ヨーロッパ諸国でも同様に、ケアのマーケットが形成され、発展してきている〔OECD 2000〕。しかし、昨今のヨーロッパ諸国の新たな動きをみると、報酬を伴う「セミフォーマルな家族ケア」や、ケア提供のための「インフォーマルな雇用」という例が散見される。つまり、日本の地域包括ケアシステムにおける生活支援サービスは、すでにヨーロッパ諸国では、「セミフォーマルな家族ケア」と呼ばれるような新たなケアの種類として扱われつつあり〔Pfau-Effinger B. 2001, pp. 488-501 ; Pfau-Effinger B. 2005, pp.321-341〕、友人および家族の介護者と国家の間の新しい関係が生まれていることを示している。このような変化は、日本での生活支援サービスの位置付けの示唆となるものと考えられる。

たとえば、セミフォーマルケアとしては、児童

の世話をするための有給の育児休暇は、すでに多くの国が導入しているが、これは、「ケアを与える権利」と呼ばれる新しい社会的な権利と表裏一体の関係を持っていると考えられている〔Knijn T., Kremer M. 1997, pp.328-361〕。

つまり、このケアを与える権利は、人が生涯において、特別な期間にしか持つことができない親・親族・友人が在宅で子どもや高齢者の家族や友人を世話する権利を指している。もともと子どもや高齢者の世話を背負うのは家族（またはソーシャルネットワーク）なので、国としては、この世話をする家族のための新しい報酬の仕組みを社会保障制度の枠組みの中に位置づけたものといえる。

しかしながら、育児や介護の報酬を当事者だけでなく、家族や知人などに対しても与えるということは、一方でケアの商品化が進められてきたとの表現もできるかもしれないが、この場合のケアは、フォーマル化されていない、否、フォーマル化することが相当に困難であることに留意しなければならないだろう。

このケアへの現金給付という施策は、報酬の本質は多様で、しかも労働時間にも見合っていない報酬である場合が多い〔Ungerson C. 2000, pp.623-643〕とされ、フォーマル化の要件を満たしていないとの指摘がなされている。つまり、ケアに携わる者は、確かに有給の介護者ではあるが、非正規雇用に属しており、この雇用形態は、ある意味で新しいインフォーマルな雇用形態であるとも説明できる。なお、ここでいう非正規雇用は、被雇用者がフォーマルな雇用において存在するような法律の枠組みの外に位置づけられ、その被雇用者には、労働法も社会保障権も適用されないことを意味しており、この雇用形態は極めて不安定なものであるということである。

このような雇用の形態が採用された背景としては、日本とは異なった国々の特殊な事情もある。というのは、ヨーロッパの国々では、特に移民のフォーマルな雇用に関して、厳しい法律があり、このセミフォーマルな雇用は、実は彼らに対する雇用対策の側面があるということに留意すべきであろう。

なぜなら、この雇用形態は、移民数の増大とともに拡大したとも言われており〔Gather C., Geissler B., Rerrich MS. 2002〕、ヨーロッパの国々にとっては、特にEUの構成員となった国としては、国だけでなく、EU全体の社会保障全体の枠組みを勘案した結果として、インフォーマルケアやセミフォーマルケアの社会手当とする施策を利用し、社会保障政策の実効性を高める施策を導入してきたとも説明できる。

このように、ヨーロッパの国々では、ケアの提供に際して、その時々々の国の状況を勘案しながら、ケア提供者と雇用形態の多様化する手法が採られてきた。今後は、ケア提供者の役割をどのように考えるかに大きな関心が寄せられている。つまり、ケアを提供するということは、伝統、宗教、相互関係、愛情、義務という様々な理論的根拠に基づくわけだが、これを評価することは、そもそも困難である。

さらに、これらのケアの提供主体として国、自治体、雇用者、労働組合、市民組織、NPO、教会などと多様となり、ここで雇用される者についても移民をはじめとし、かなり多様な集団が担い手となっている。これにより、ケアがどのように提供されるべきかという、サービスの質の基準の設定が相当、難しくなっているのである。

## 2 生活支援サービスにおけるケア提供主体と雇用形態

日本では、生活支援サービスは、現在、そのサービスがボランティア組織の責任で一元的に実施される、あるいは、個人と組織が個々に実施する場合もある。担い手が多様であるということは、その報酬に関する考え方も多様とならざるをえない。

たとえば、知人などの個人がケアを提供する場合には、むしろ担い手側の知人側にとって、このケアそのものが提供者としての心情的、精神的な支えとなることも少なくない。ボランティアであっても、このような生活支援サービスなどのケアにかかわる活動は、その実施者にとって社会的地位を高めることも少なくない。このため無報酬、あるいは低い報酬でも、その提供が円滑にすすむ場

合もある。

また、こういった生活支援サービスは、商業ベースで言えば、消費者にとっては、評判のいいサービスとなる可能性が高いため、企業体としては原価を割いて、いわゆる宣伝活動の一環として実施する場合もあり、その際も報酬の多寡があまり問題とならない場合もありうる。

さらに、地域圏の構成員としては、圏域内の社会秩序と社会との一体性を支える効果をあげるというメリットもあることから、自治体の市民の公正さを高めるための啓蒙活動として、積極的に市民参加を推進させるという政策としての展開も可能かもしれない。結果として、これらの活動に対しては、国や自治体が補助金を出すこともあるし、このような国などの公的機関との協力を通じて、地域と社会が地域のボランティア組織を支える場合もありうる。しかしながら、一方で、ここで扱われるケアというサービスは、マーケットにおける商品としても流通しているものとしての交換もできることから、当然ながら、一定の水準は要求されることになる。

## 3 多様なケア提供主体と雇用形態を踏まえた地域包括ケアシステムの今後の方向性

このように、様々なアソシエーション、公共団体、マーケット、個人などで提供されることがあるという提供主体の多様性は、たとえば、ケアというサービスを法的責任の下で、一律に定義することを困難にする。

また、それぞれの提供体制は、これの提供にあたって、自らの論理に基づくことになり、提供体制間の違いは、今後、徐々に明らかにされていくだろうが、社会保障によるサービスと違って、ケア、特にインフォーマルケアについては、表1に示したような多様な雇用形態も生まれており、表2のように、社会の様々なセクターによって提供可能となっている。

つまり、このケア提供に際しての最も大きな課題は、特に、インフォーマルケアというものが、複数の複雑な提供体制を含み、様々な理由と論拠によって動かされている制度となったために、そ

表1 雇用形態・報酬・経済的な領域によって分類したフォーマル・インフォーマルケアの種類

ケアの種類	雇用形態・ケア形態	報酬	経済的な領域
フォーマルケア			
フォーマルな雇用	フルタイム/パートタイム <sup>2)</sup>	あり	すべての領域
インフォーマルケアとフォーマルな雇用の組み合わせ（親がパートタイムで働く場合が多い）。	パートタイム/特殊な形態	あり	すべての領域
様々なインフォーマルケア			
ケアのためのインフォーマルな雇用	非正規雇用のフルタイム/パートタイム	あり	家庭経済の領域がマーケットとなっている
インフォーマルな家族ケア（親戚と友人）	フォーマルではなく、相互扶助に基づく関係	なし	相互扶助に基づく家庭内の経済的な領域
セミフォーマルな家族ケア（親戚と友人）	福祉国家が形成したケア関係	あり（たとえば育児手当）	相互扶助に基づく家庭内の経済的な領域
ボランティア	フォーマルではなく、相互扶助に基づく関係性	なし（時々何かしらの補償）	相互扶助に基づく経済範囲（国、非営利のセクター、市民社会）

出所：Geissler, B., Pfau-Effinger, B. (2005) "Changes in European care arrangements" in B. Pfau-Effinger and B. Geissler eds. *Care and Social Integration in European Society*. p.9. 訳語は筆者による。

表2 多様なケアの提供形態

提供形態	支援の提供元	ケア提供者	ケア利用者	ケア提供者の条件
インフォーマルケア	仕事と資金の相互分担（義務、相互関係）	家族・親戚・友人・隣人	家族・親戚・友人・隣人	無報酬で働く、同居人・家族・友人・隣人
ボランティア・慈善団体	献金・仕事での貢献・相互責任	ボランティアの団体・慈善団体・教会・地域	ケア提供の対象に承認された人	ボランティア
福祉団体・非政府機関	献金、会費、公的助成金、サービス使用料	営利/非営利福祉団体	（サービス）消費者・利用者	専門家/準専門家・有給/又はそれ以下の労働者
商業的サービス	サービス料・公的助成金	会社・自営のケア提供者	（サービス）消費者・利用者	専門家・未熟練労働者
公共機関（国や自治体）	税金・サービス使用料	自治体・自治体の下請け契約者	認可された市民（住民）	有給の専門家/準専門家

出所：Anttonen, A., Sipilä, J. (2005) "Comparative approaches to social care diversity in care production modes" in B. Pfau-Effinger and B. Geissler eds. *Care and Social Integration in European Society*. p.118. 訳語は筆者による。



の供給も需要量も正確な予測が困難で、これを評価することも難しいという問題を、その発生時点から抱えてきたことにある。

しかも、ケアは、元来、家族や親戚によるインフォーマルケアであったため、フォーマルケアに比較すると、現在、日本でも、ヨーロッパにおいても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。したがって、これに、どのような報酬をつけるかによって、そのありかたにも大きな影響を与える可能性がある。

現在、喫緊の課題とされている地域圏におけるサービスのありかたとは、まずは、医療セクターと介護セクターにおけるサービスの効率化のためのintegrationであり、これを円滑にすすめるための手法のひとつとして、生活支援サービス提供という手法がとられるというのが、おそらくは有効となる。だが、先に述べたように、このサービスは、その提供セクターの複雑さと多様さによって、本来的に解決しておかねばならない課題がわかりにくくされている。

すなわち、インフォーマルケアの提供主体が多様化するなかで、これらを地域包括ケアシステムがマネジメントするためには、提供主体別のデータが収集され、これを分析した後に、システムへの包含を決定するべきと考えられる。

## V 地域包括ケアシステムにおける コミュニティと保健医療システムの関係性

### 1 ヘルスケアシステムにおけるインフォーマルケアの位置付けを考えるための概念

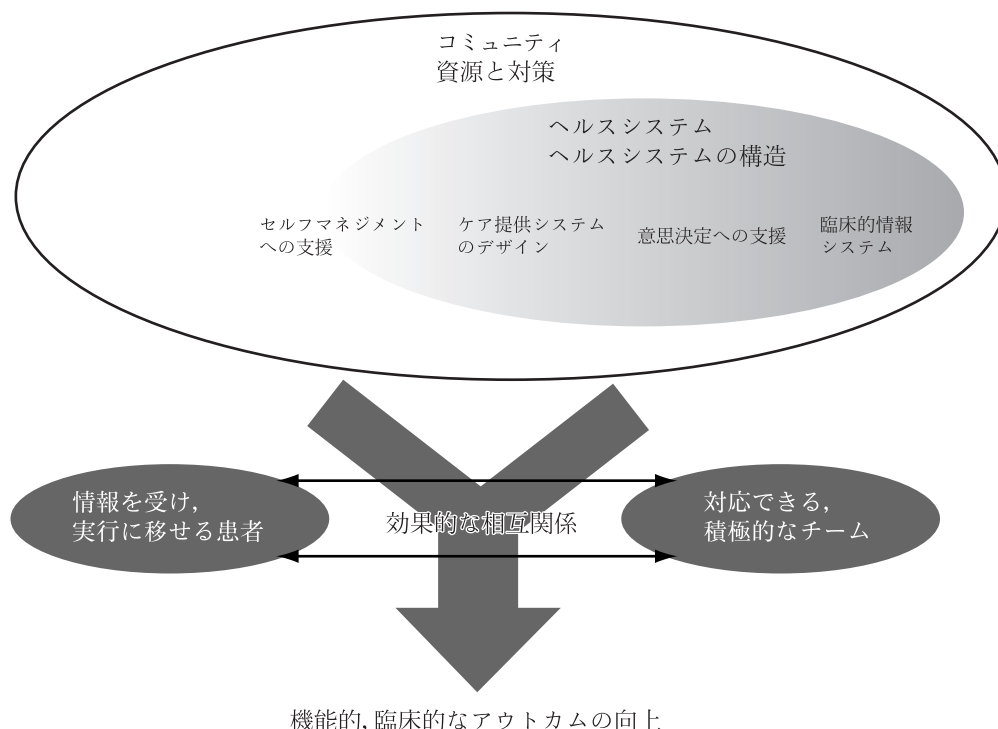
これまで地域包括ケアシステムをとらえるのに有効な概念として、integrated careを紹介し、これを基に、その提供主体のありかたについて考察してきたが、このintegrated careは、先にも述べたように、ソーシャルケアと対比される医療分野におけるintegrationの方策から始まった経緯があり、インフォーマルケアが含まれるソーシャルケアの位置付けによって、このシステム構築の方法や、そのあり様は大きく異なる。

今日、このような医療制度とかがかわる段階におけるインフォーマルケアの位置付けを考察する際に、Wagnerらによって開発されたクロニックケアモデル（Chronic care model：以下はCCMと呼ぶ）が参考になる〔Wagner E.H., et al. 2001, pp.64-78〕。このCCMは、慢性疾患の管理をコミュニティと保健・医療システムの大きく2つの要素からとらえている点で日本の地域包括ケアシステムに有用なモデルとなる可能性がある。

このモデルは、図1に示したように、コミュニティとヘルスシステムという2つの要素と、これの下位項目として位置づけられる以下の6つの関連する柱となる①地域の資源と政策、②ヘルスケア組織、③セルフマネジメントへの支援、④ケア提供システムのデザイン、⑤意思決定への支援、⑥臨床情報システム、から構成されている。このモデルの鍵となるのは、資源と政策を含むコミュニティ（地域）の状況とヘルスケア組織に代表されるヘルスシステムにおける、情報を持った能動的な患者である。すなわち、このCCMは、知識のある積極的な患者と、これに対応できる積極的な多職種からなるチーム医療との相互関係によって、臨床的なアウトカムが向上されるという前提にたっている。

図1で示されているように、影響し合うこの2つの領域、コミュニティとヘルスシステムが慢性疾患のためのサポート体制としてのシステムにも変化を呼び起こすと考えられており、CCMは、①セルフマネジメントへの支援、②ケア提供システムのデザイン、③意思決定への支援、④臨床情報システムの質によって規定される。これまで示されたエビデンスとしては、糖尿病患者に対してCCMを適応した結果、血糖状態を示す生理学的指標であるHbA1cのレベルと患者の中の喫煙者の割合が減ったことなどが示されている〔McCulloch D.K., et al. 1998, pp.12-22〕。

一方、1970年代から、健康へ影響する要因として、社会的、経済的、環境的な要素が重要であることが示されてきた〔Evans R.G., Barer M.L., Marmor T.G. 1994 ; Evans, R.G. and G. L. Stoddart 1990, pp.1347-1363〕が、これ



出所：Wagner EH, et al. (2001). 訳語は筆者による。

図1 クロニックケアモデル

に最も影響するのは、ヘルスシステム、個人の判断、習慣といった個人的な要素だけでなく、より社会的な要素によって影響される〔Wilkinson R.G. 1996〕と言われ、しかも、ヘルスシステムとは直接的に関係がない分野の政策（住宅手当、交通手段、配食）から、強い影響を受けていることが明らかにされてきた。

具体的には、低所得者あるいは、低所得の家族と地域が高所得者より身体的、社会的、精神的な問題を有するリスクが高く、死因を問わず、より短命である〔Wilkinson R.G. 1996；Smith G. D., et al. 1996, pp.486-496；World Health Organization 1998〕といったエビデンスも示され、より社会的な要因やその変化に着目した健全な公共政策が実施されなければならないと考えられるに至っている。

これが、今日、医療分野の専門家らが臨床的・治療的サービスという枠組みを超え、個人やコミュニ

ティをサポートすることを実施しはじめた契機ともいえるが、後述するような保健や医療分野だけでなく、さらに福祉分野という、より広範囲のintegrationもすでにその構想がはじめられている。

## 2 福祉分野のintegrationを促進するコミュニティを意図した実践モデル

これらの異なったセクターのintegrationを地域圏ですすめるためには、多様な提供主体である市民団体、非営利団体、保健・医療分野の組織、自治体などの提供システムそのものの再構成がなされることによって、保健・医療・福祉の各制度がコミュニティとより強固なつながりを持つることになると考えられている。すでにいくつかの国では、コミュニティを意図した実践モデルも想定されている。たとえば、ヘルスプロモーションと臨床的な保健・医療サービスが統合され、より広

範囲の多岐にわたる専門分野を包括したチームが、コミュニティサポーターらと協力し、患者の抱える不安の根本的な部分と、患者の健康改善の障害となる部分を解消するリーダーシップを取るといった取り組みなどがある。

このモデルは、専門職のチームが患者の個々の問題に対処し、コミュニティをサポートするために食品衛生、社会的隔離、交通手段といった問題をも解決するという専門職による（主に、想定されているのは保健・医療分野）リーダーシップを企図するモデルであり、これを採用することで長期的には、たとえば、コミュニティ内での健康改善のアウトカムにおいて、最高の効果を生む要因となると考えられている。

このように、CCMを導入した国では、保健医療システムから、コミュニティや福祉へのintegrationをすすめるというアプローチが採られたために、このリーダーシップも保健・医療職を主体として想定しているわけであるが、日本の地域包括ケアシステムというモデルは、コミュニティや福祉制度からの医療制度へのアプローチという側面がある。

したがって、もともとCCMが想定している保健・医療システムにおける積極的な多職種チームと、情報を受け、実行に移せる患者の相互関係が機能的・臨床的なアウトカムの向上をもたらすといったシナリオをそのまま適用することは困難であろう。

### 3 保健・医療・福祉制度にかかわるintegrationの方策を進めるためのアプローチ

CCMと目的が同じで、さらに改善を加えたとされる「拡張されたクロニックケアモデル」[Barr V.J., et al. 2003, pp.73-82] (Expanded Chronic care model: 以下はECCMと呼ぶ)の方が、日本にはなじみやすい可能性もある。このモデルの基本は、コミュニティ全体の健康を改善していくには、コミュニティのメンバー、医療従事者、組織、個人、そしてコミュニティ内の集団が積極的、かつ先を見据えた相互関係を築くことによって、アウトカムが得られ、さらに個人の機

能的・臨床的なアウトカムが示されるとされ、ECCMでは、「セルフマネジメントへの支援」、「意思決定への支援」、「ケア提供システムのデザイン」、「情報システム」の位置がCCMと異なり、図2に示されたように、保健・医療システムとコミュニティとの間でこの4分野の行動がintegrationされ、その効果が発揮されることが期待されると考えられている。

今日、日本で提案されている地域包括ケアシステムのアプローチは、コミュニティからのアプローチに重点が置かれているが、一方で、このECCMのアプローチはいわば、ヘルスシステム内で主に実施されてきた「セルフマネジメントへの支援/個人の能力向上」を前提とした、「ケア提供システムのデザイン/ヘルスサービスの方向転換」といえる。

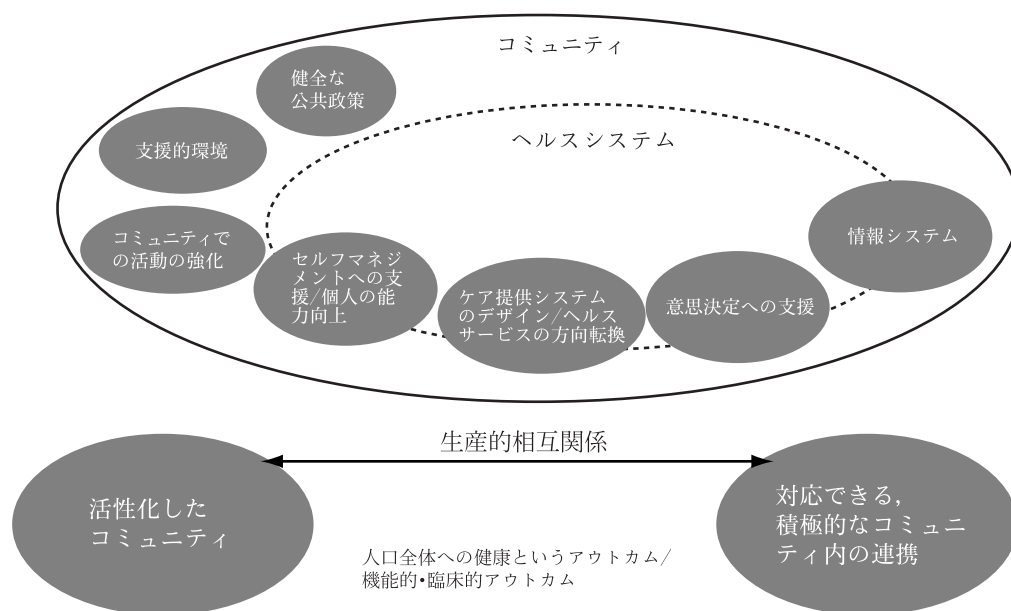
このため、ここでは、医療分野の専門職の臨床的サービスや治療的サービスという枠組みを超えた個人やコミュニティのサポートの推進や、一般開業医と専門医との協働も可能となることを可能としたコミュニティへのアプローチが想定されている。こうしたアプローチのもととなっているのは、「意思決定への支援」においても、コミュニティにおいて決断をできるように患者を支援したほうが、より多様な方法の選択肢が示されるし、決断も容易とされるといった考え方である。

このため、今後の課題としては、このようなECCMなどを参考に、まずは、慢性疾患に関する個々人の管理の重要性に関する議論がなされたうえで、保健・医療・福祉制度にかかわるintegrationの方策を進めていくことが必要であろう。

## VI おわりに

地域包括ケアシステムの構築を日常生活圏域（地域圏域）毎に構築されるヘルスケアシステムとしてとらえた場合、地域における社会資源の状況を踏まえた上での医療・介護資源の整備及び、これらが効率的に運用されるケア提供体制のシステム化に本質がある。

日本でも、ほかの先進諸国と同様、慢性疾患患



出所：Barr VJ, et al. (2003). 訳語は筆者による。

図2 拡張されたクロニックケアモデル

者は、今後も増加し続ける。このため、慢性疾患の管理と予防に関する効率的な戦略は必須とされる。これまで各国で実施され、一定のエビデンスやシステム全体の効率化が図られたと言われる多様なintegrated careあるいはCCMといったヘルスシステムのデザインを本稿で紹介してきたが、これらの新しいデザインに基づいたモデルを実施すれば、必ずしも良い効果が得られるというわけではない。

多様なケアの種類に対応する、多様な提供主体が存在する今日では、いずれの地域圏域においても標準的な効果をあげるモデルというものを想定すること自体が幻想である。

ただし、いずれのモデルを実施するにあたって必要な要件とは、知識のある積極的な患者と、これに対応できる積極的な多職種からなるチーム医療との相互関係ということだけは明らかである。したがって、日本の地域包括ケアシステムの構築にあたっては、まずこの相互関係をいかに創るかといった視点が求められる。

#### 注

- 1) このシステム化された互助というケア提供主体の位置付けについては、Tsutsui, T., et al. (2010)を参照。
- 2) ここでの「フルタイム」と「パートタイム」は、原語では「Standard employment」と「Atypical employment」であり、直訳するなら「典型雇用」、「非典型雇用」となる。労働に関するヨーロッパの共有辞書によれば、「Standard employment」は、社会的に安定している雇用、無期限契約のフルタイム雇用、標準的な労働時間のもと定収入を保証している雇用、また、社会保障のもとで年金の保証及び、失業や健康の問題も保障する雇用を指す。逆に、「Atypical employment」というと、パートタイム、一時的な雇用、有期雇用、派遣雇用、自営業、在宅ワーカーなどを指す。

#### 参考文献

- 池田省三 (2000) 「サブシディアリティ原則と介護保険」『季刊社会保障研究』Vol.36, No2, pp.200-201。
- 岡崎祐司 (2011) 「地域包括ケアシステムと地域福祉」京都府保険医協会編『国が進める地域包括ケアを考える』かもがわ出版社, pp.7-22。
- 岡部明子 (2007) 「EU・国・地域の三角形による



- 欧州ガバナンス—多元的に〈補完性の原理〉を適用することのダイナミズム』『千葉大学 公共研究』Vol.4, No.1, pp.110-134.
- 澤田昭夫 (1992) 「補完性原理 The Principle of subsidiarity 一分権主義的原理か集権主義的原理か?」『日本EC 学会年報』Vol.12。
- 関谷 昇 (2007) 「補完性原理と地方自治についての一考察—消極・積極二元論に伴う曖昧さの克服に向けて」『千葉大学 公共研究』Vol.4, No.1, pp.81-109。
- 地域包括ケア研究会 (2008) 「平成20年度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」『「平成20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) 報告書」, 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社。  
URL:<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html> (最終確認2011年12月26日)
- (2009) 「平成21年度地域包括ケア研究会報告書」『平成21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) 報告書』, 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社。  
URL:<http://www.murc.jp/report/press/100426.pdf> (最終確認2011年12月26日)
- 筒井孝子 (2009) 「地域包括ケアシステムの未来—社会的介護から、地域による介護へ—」『保健医療科学』Vol.58, No.2, pp.84-89。
- (2012) 「なぜ地域包括ケアシステムか」『こころの科学』Vol.161, pp.42-48。
- 堤 修三 (2010) 『介護保険の意味論—制度の本質から介護保険のこれからを考える—』中央法規出版。
- 横浜市栄区サービス課長 (2009) 「高齢者の『安心』の確保と多世代交流を通じたコミュニティ形成を目指し、栄区公田町団地の安心住空間創出協議会を立ち上げます!」  
URL:<http://www.city.yokohama.jp/ne/news/press/200902/images/phpTIH0Wr.pdf> (最終確認2011年12月26日)
- Barr, VJ., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., Salivaras, S. (2003) "The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model", *Hospital Quarterly* Vol.7, Issue 1, pp.73-82.
- Ballarin, P., Euler, C., Le Feuvre, N., Raevaara, E. (2003) "Women in the European Union" URL:[www.helsinki.fi/science/xantippa/wee/wee20.html](http://www.helsinki.fi/science/xantippa/wee/wee20.html) (最終確認2011年12月26日)
- Daly, M., Lewis, J. (1993) "Introduction : conceptualising social care in the context of welfare state reconstructing". in J.Lewis ed. *Gender, social care and welfare state reconstructing Europe*, Aldershot: Ashgate, pp.81-103.
- (2000) "The concept of Social care and the analysis of contemporary welfare state", *British Journal of Sociology*, Vol.51, No.2, pp.281-289.
- Dalla Costa, M., James S. (1973) *Die Macht der Frauen und der Umsturz der Gesellschaft*, Berlin: Merve.
- Evans, RG., Barer, ML., Marmor, TG., eds. (1994) *Why Are Some People Healthy and Others Not? The determinants of Health of Populations*. New York: Aldinede Gruyter,
- Evans, RG., Stoddart, GL. (1990) "Producing Health, Consuming Health Care" *Social Science and Medicine* Vol.31, No.12, pp. 1347-1363.
- Finch, J., Mason, J. (1993) "Obligations of kinship in contemporary Britain, is there normative agreement?", *British Journal of Sociology*, Vol.42, No.3, pp.345-367.
- Fraser, N., Gordon, L. (1994) "'Dependency" demystified: inscriptions of power in a keyword of the welfare state", *Social politics* Vol.1, No.1, pp.4-31.
- Gather, C., Geissler, B., Rerrich, MS. (2002) *Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Haushaltsarbeit im globalen Wandel*, Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Geissler, B. (2002) "Die Dienstleistungslücke im Haushalt. Der neue Bedarf nach Dienstleistungen und die handlunglogik der privaten Arbeit" in Gather C, Geissler B, Rerrich MS, eds. *Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Haushaltsarbeit im globalen Wandel*. Münster: Westfälisches Dampfboot, pp.30-49.
- Knijn, T., Kremer, M. (1997) "Gender and the caring dimension of the welfare state: towards inclusive citizenship", *Social politics*, Vol.4, No.3, pp.328-361.
- Kramer, H. (1981) "Hausarbeit und taylorisierte Arbeit" in Institut für Sozialforschung eds, *Gesellschaftliche Arbeit und Rationalisierung, Leviathan-Sonderheft*, Opladen: Westdeutscher V, Vol.4, pp.136-151.
- Leira, A. (1992) *Model of motherhood: Welfare state policy and Scandinavian experiences of everyday practice*, Cambridge: Cambridge University Press.

- Lewis, J. (1992) "Gender and the development of welfare regimes", *Journal of European Social Policy* Vol.2, No.3, pp.159-173.
- McCulloch, DM., Price, M., Hindmarsh, E., Wagner. (1998) "A Population-Based Approach to Diabetes Management in a Primary Care Setting: Early Results and Lessons Learned", *Effective Clinical Practice, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine* Volume 1, Issue 1, pp.12-22.
- OECD. (2000) *Employment outlook*, Paris: OECD.
- Senghaas-Knobloch, E. (1999) "Das problem der 'Angewiesenheit' in der postindustriellen Gesellschaft", *Artec paper 75*, Universität Bremen.
- Pfau-Effinger, B. (2001) "Wandel wohlfahrtsstaatlicher Geschlechter-politiken im soziokulturellen kontext" *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* Vol.41, pp.488-501.
- (2005) "Welfare state policies, cultural differences and care arrangement", *European societies*, pp.321-341.
- Smith, GD., Neaton, JD., Wentworth, D., Stamler, R., Stamler, J. (1996) "Socioeconomic Differentials in Mortality Risk Among Men Screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: I. White Men.", *American Journal of Public Health*, Vol. 86, pp.486-496.
- Thomas, C. (1993) "De-constructing concept of care", *Sociology*, Vol.27, No.4, pp.649-669.
- Tronto, J. (1996) "Politics of care; Fürsorge und Wohlfahrt", *Transit-Europäische Revue*, Vol.7, No.12, Page 147.
- Tsutsui, T., Matsushige, T., Otaga, M., Morikawa, M. (2010) "From 'care by family' to 'care by society' and 'care in local communities': switching to a small government by the shift of long-term care provision". *ISA world congress of Sociology*, Gothenburg, Sweden 11-17 July, discussion paper.
- Ungerson, C. (2000) "Thinking about the production and consumption of long term care in Britain: does gender still matter?", *Journal of social policy*, Vol.29, No.4, pp.623-643.
- Wagner, EH., Austin, B., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., Bonomi, A. (2001) "Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence into Action", *Health Affairs*, Vol.20, No.6, pp.64-78.
- Wilkinson, RG. (1996) *Unhealthy Societies: From Inequality to Well-being*, New York: Routledge.
- World Health Organization. (1998) *The Solid Facts: Social Determinants of Health*, Geneva: World Health Organization.
- (つつい・たかこ 国立保健医療科学院 統括研究官)