

改正介護保険制度と市民による助け合い活動の新たな展開 — 「市民福祉団体の意義」再考

橋 本 理

Revision of the Long-Term Care Insurance Act and a New Movement of Mutual Assistance Activities Led by Local Citizens: Rethinking the Meaning of a Citizen-led Welfare Organization

Satoru HASHIMOTO

Abstract

This study focuses on the nature of mutual assistance activities conducted by citizen-led welfare organizations and analyzes the revision of the Long-Term Care Insurance (LTCI) Act. First, it clarifies the features of the concept of a community-based integrated care system through an analysis of a discussion on the social security reforms in Japan. It explains the history of LTCI and provides an overview of the 2015 revision of the LTCI Act. Second, this study presents the state of citizen-led welfare organizations under the revised LTCI. Third, through case studies, it presents the meaning of and problems associated with the mutual assistance activities conducted by citizen-led welfare organizations.

Keywords: Long-term care insurance, Community-based integrated care, Citizen-led welfare organization, Nonprofit organization, Medical co-operative, Resident participatory-type home-care service

抄 録

本稿は、改正介護保険制度の検討を通じて、市民による助け合い活動の意義を再考する。第1に、介護保険制度において重視されている地域包括ケアシステムという概念の特徴について、近年の社会保障制度に関する論議を検討しながら明らかにする。また、介護保険制度の沿革を概観したうえで、2015年の改正介護保険制度の要点を整理する。第2に、揺れ動く介護保険制度のなかで市民福祉団体がどのような状況におかれているかを述べる。第3に、2つの事例を紹介することにより、市民福祉団体による助け合い活動の意義や課題を提示する。

キーワード：介護保険、地域包括ケア、市民福祉団体、NPO、医療生協、住民参加型在宅福祉サービス

1. はじめに

2015年の改正介護保険制度はこれまでの社会福祉のあり方を大きく転換する意味合いを持つ。さかのぼれば、2000年の介護保険制度導入もまた非常に大きな制度転換であった。

2000年の介護保険制度導入は、大きな流れのなかでいえば、それまでの社会福祉のあり方を根本から問い直す社会福祉基礎構造改革が進められるなかでスタートした。その内容は、社会福祉サービスの量的拡大および質の向上が目指されるだけでなく、「措置から契約へ」というフレーズに代表されるように利用者の立場にたった社会福祉制度の構築という点が強調される改革であった。その文脈に沿うかたちで、利用者保護の制度が創設され、権利擁護や苦情解決などの制度の整備がすすめられるとともに、利用者の「選択」を実現するために事業者の参入がはかられ、社会福祉の事業主体となる要件が緩和された。本稿との関連でいえば、市民福祉団体の多くが特定非営利活動法人として法人格を取得し、介護保険に基づくサービスや障害者自立支援法（その後の障害者総合支援法）上の障害福祉サービスを提供するようになったことが指摘できる。それと同時に、株式会社に代表される営利法人もまた、介護保険制度などの公的制度のもとで社会福祉サービスの供給主体になる道が開かれた。単純化をおそれずにいえば、社会福祉サービスの受け手を消費者になぞらえ、擬似的に形成された市場を通じてサービスの受け手自らが供給者を「選択」できる体制の構築が目指されたのが、社会福祉基礎構造改革であり、介護保険制度の導入であった。20世紀末に進められた社会福祉基礎構造改革および、ほぼそれと軌を一にしてスタートした介護保険制度は、社会福祉制度を根幹からとらえなおす意味合いがあり、その制度変化は本稿の主な対象である市民福祉団体のあり方にも多大な影響を与えた。

しかし、2015年の改正介護保険制度のもとでは、うえにみた擬似的な市場原理の導入とは異なる次元で、2000年の介護保険制度導入以降、最も大きな転換をもたらす制度改変がなされようとしている。本論で改めて触れるが、国が進める地域包括ケアシステムの構築に向けては、「自助」や「互助」という概念のもとで、高齢者自身や住民・ボランティアが地域を支える主体となることが期待されるようになり、さらに具体的な制度としては、例えば介護予防・日常生活支援総合事業のサービス類型の1つとして「有償・無償のボランティア等により提供される、住民主体による支援」がとりいれられた。すなわち、これまで市民の自発的な意思に支えられて展開されてきた民間の諸活動を、国が定める制度のなかに位置づけるという試みが進められているのである。このような新しい試みは、国が、市民の自由な意思に基づく活動の存在を前提とした制度設計を行い、本来は自発的な意思に基づくボランティア活動を公的制度に基づくサービス供給の1つとして位置づけたという特徴を持つ。この点において、2015年の介護保険制度改正はこれまでとは異質な次元に踏み込んだ制度改変を意味する。したがって、2015年の介護保険制度改正が果たして現場に何をもたらすのかを検討することは重要な意味を持つ。また、これらの制度改変は、市

民福祉団体の活動領域と大きく関わっており、制度改変が市民福祉団体にどのような影響を及ぼすのか、また、市民福祉団体が制度の変化にどのように対応しようとしているのかをみるのが重要となる。

本稿では、以上の観点を踏まえて、第1に、介護保険制度において重視されている地域包括ケアシステムという概念の特徴について、近年の社会保障制度に関する論議を検討しながら明らかにする。また、介護保険制度の沿革を概観したうえで、2015年の改正介護保険制度のポイントを整理する。第2に、揺れ動く介護保険制度のなかで市民福祉団体がどのような状況におかれているかを述べる。第3に、2つの事例を紹介することにより、市民福祉団体による助け合い活動の意義や課題を検討する。1つ目の事例からは、高齢者支援に携わる市民福祉団体の典型と位置づけられる住民参加型在宅福祉サービスの担い手が、介護保険制度の導入やその後の数次の改正を経るなかどのように活動を展開してきたのか、また、2015年の介護保険制度改正にどのように向き合おうとしているか、その一端が明らかになる。2つ目の事例からは、介護保険制度が転換期を迎えるなか、市民の手による助け合い活動が広がりを見せる場合にはどのようなかたちがとられておりどのような課題があるのか、また、新制度のもとで重要な役割を担わせられることになる基礎自治体の役割とは何か、といった諸点を考察するうえでの示唆を得られよう。なお、本稿では、一般に住民参加型在宅福祉サービスや「くらしの助け合い活動」と称される地域住民や市民が互いに助け合いを行うことを目的とした活動を運営する組織を「市民福祉団体」と総称している。

2. 介護保険制度と市民福祉団体

2.1 社会保障制度改革と「自助」「互助」「共助」「公助」

2015年改正介護保険制度の具体的な内容については後述することとし、近年の介護保険制度の背景にある「地域包括ケア」という概念を検討し、さらには市民福祉団体が、地域包括ケアという概念のなかでどのような位置づけにあるかを確認したい。だが、まずここでは地域包括ケアという概念を説明する際によく用いられる「自助」「互助」「共助」「公助」の組み合わせという考え方が、社会保障制度改革のなかでどのように説明されているのかを確認しておく。

国が推進する社会保障制度改革について知るうえでは、関連の法律や各種会議の報告書の議論を踏まえることが必要となる。まず、ここで取り上げられるべきなのは、2012年8

月に成立した社会保障制度改革推進法である。同法は当時の民主党（現在の民進党）、自由民主党、公明党による「社会保障と税の一体改革」に関する三党合意に基づく議員立法であり、社会保障改革の「基本的な考え方」、年金・医療・介護・少子化対策の4分野の「改革の基本方針」が明記されるとともに、社会保障制度改革国民会議の設置を規定するものである¹⁾。

社会保障制度改革推進法第一条では、同法の目的について「受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、社会保障制度改革について、その基本的な考え方その他の基本となる事項を定める」と明記されており、これまでの社会保障制度のあり方と比すれば、受益者負担の考え方が明確に示され、社会保障における国の責任を後退させる方向性が色濃いことがわかる。個々の分野の改革についても、例えば、医療については、「医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること」（第六条第二項）と述べられており、医療保険によって提供される治療の範囲が財政との兼ね合いで適正化（実質上は縮小）されていく方向性が示されている。また、介護保険制度については、「政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス（以下「介護サービス」という。）の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする」（第七条）とされ、低所得者層への対応を明記するとともに、介護サービスの範囲の適正化を進めることが示されている。すなわち介護保険財政との兼ね合いで、受けられるサービスのメニューや量が縮小される方向性が明記されたといつてよい。

うえにみた受益者負担を押し進める方向性ととも、国民の自助や助け合いの重要性を強調する点に、社会保障制度改革推進法の特徴があらわれている。社会保障制度改革の基本的な考え方を定めた第二条第一項では「自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと」とされる。本稿の主題との関連でいえば、介護や生活支援を進めるうえで、家族介護や地域での助け合い活動などを前

1) http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf を参照。なお、三党合意に基づく法律としては、社会保障制度改革推進法のほかに、消費増税関連、子育て支援関連、年金改革関連の法が成立した。消費増税については、周知のとおり、2012年6月の段階で、2014年に消費税率を5%から8%に、さらに2015年10月には10%に引き上げることが決まっていたが、実際には、2014年4月に消費税率は8%に引き上げられたものの、10%への引き上げについては、2017年4月まで1年半の延期（2014年11月時点）とされたのち、さらに2019年10月まで2年半延期（2016年6月時点）されている。

提とした制度設計が図られていることが注目されよう。

社会保障制度改革推進法に基づいて内閣に設置された社会保障制度改革国民会議は、2013年8月6日に「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」と題する報告書を公表している。同報告書においては、社会保障制度改革推進法の基本的な考え方を整理するなかで、第一に「自助・共助・公助の最適な組合せ」をあげている。すなわち、「国民の生活は、自らが働いて自らの生活を支え、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、高齢や疾病・介護を始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仕組みである『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、受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などの『公助』が補完する仕組みとするものである」と述べられ、「この『共助』の仕組みは、国民の参加意識や権利意識を確保し、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みである社会保険方式を基本とするが、これは、いわば自助を共同化した仕組みである」という。そのうえで、「日本の社会保障制度においては、国民皆保険・皆年金に代表される『自助の共同化』としての社会保険制度が基本であり、国の責務としての最低限度の生活保障を行う公的扶助等の『公助』は自助・共助を補完するという位置づけとなる。なお、これは、日本の社会保障の出発点となった1950（昭和25）年の社会保障制度審議会の勧告にも示されている」と述べられるのである（社会保障制度改革国民会議[2013] 2-3）。

ところで、1950年の社会保障制度審議会による「社会保障制度に関する勧告」では上記のような「自助・共助・公助の最適な組合せ」が示されているのであろうか。同勧告においては、当時の社会保障制度審議会会長である大内兵衛の序説に続き、本文冒頭において、憲法第二十五条の全文が示されて国家には生活保障の義務があるということが確認されたうえで、当時の段階では社会保障制度が一貫する理念をもってつくられるにいたっておらず、さらには、インフレーションにより従来からの社会保険制度や社会事業制度が財政難により破綻の状態にあること、戦争により国民生活が極度に圧迫され、窮乏と病苦に耐えないものが少なくないこと、家族制度の崩壊が国民のかくれ場を奪ったことなどの現状認識が示される。それらを踏まえ、同勧告は以下のように述べる。「社会保障制度審議会は、この憲法の理念とともに、この社会的事実の要請に答えるためには、一日も早く統一ある社会保障制度を確立しなくてはならぬと考える。いわゆる社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低

限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいうのである」。さらには、国の責任について、以下のように記される。「このような生活保障の責任は国家にある。国家はこれに対する総合的企画をたて、これを政府及び公共団体を通じて民主的能率的に実施しなければならない。この制度は、もちろん、すべての国民を対象とし、公平と機会均等を原則としなくてはならぬ。またこれは健康と文化的な生活水準を維持する程度のものたらしめなければならない。そうして一方国家がこういう責任をとる以上は、他方国民もまたこれに応じ、社会連帯の精神に立って、それぞれその能力に応じてこの制度の維持と運用に必要な社会的義務を果さなければならない」(社会保障制度審議会 [1950])。

比べてみるとわかるように、1950年の社会保障制度に関する勧告においては、統一した社会保障制度の確立の必要性が述べられるとともに、国家に生活保障の責任があることを明記したうえで、国民には、社会連帯の精神のもと、制度の維持と運用に必要な社会的義務をそれぞれの能力に応じて果たすことが求められると明記されるのみである。少なくとも、社会保障制度改革国民会議がいうように1950年の社会保障制度に関する勧告において「国民の生活は、自らが働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持する」という考え方や、「自助」という考え方が示されているとはいえない。この点は確認されてしかるべきであろう。

ところで、社会保障制度改革国民会議の報告書では、「自助」「共助」「公助」に加えて、「互助」という考え方が示されている。後にみるように、「地域包括ケア」なる概念においては、「自助」「互助」「共助」「公助」の組み合わせが強調されるが、同報告書においても、「地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て」という項目において、「互助」の重要性が提示される。すなわち、同報告書では、「地域内には、制度としての医療・介護保険サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等とのインフォーマルな助け合いを『互助』と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする『互助』の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである」という。また、「今後、比較的低所得の単身高齢者の大幅な増加が予測されており、都市部を中心に、独居高齢者等に対する地域での支え合いが課題となっている。地域の『互助』や、社会福祉法人、NPO等が連携し、支援ネットワークを構築して、こうした高齢者が安心して生活できる環境整備に取り組むことも重要である」とされ、「このような地域包括ケアシステム等の構築は、地域の持つ生活支援機能を高めるという意味にお

いて『21世紀型のコミュニティの再生』といえる」と述べられるのである（社会保障制度改革国民会議〔2013〕12）。

さて、2013年には、「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」（以下、「プログラム法」と表記）が制定された。プログラム法の第一条では、社会保障制度改革推進法、社会保障制度改革国民会議の審議の結果を踏まえることが述べられている。そして、プログラム法において、「講ずべき社会保障制度改革の措置等」の第一にあげられるのが「自助・自立のための環境整備等」である。それを定めた第二条第二項では、「政府は、住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立のための環境整備等の推進を図るものとする」とされ、自助・自立とともに、「住民相互の助け合い」という語句が用いられていることが注目されよう。また、「介護保険制度」について記された第五条では第一項において「政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする」と述べられる。上記のように、プログラム法においては、自助努力という言葉が何度も用いられ、自助努力を促す仕組み、環境整備が政府の役割であるとされる。続いて、着目されるのが、住民相互の助け合いの重要性という文言である。その重要性を政府が認識し、それを踏まえて自助・自立のための環境整備等の推進を図るという考え方が明示されている。このように、自助や住民相互の助け合いを重視する社会保障のあり方の提起は近年の社会保障改革論議の特徴となっており、以下にみる「自助」「互助」「共助」「公助」の組み合わせを重視する地域包括ケアでも同様の考え方が踏襲されている。

2.2 地域包括ケアと市民福祉団体

うえにみたように、近年の社会保障制度改革においては、「自助」「共助」「公助」の組み合わせ（さらには「互助」の重要性）が基本的な考え方として強調されてきたが、このような考え方は地域包括ケアのあり方を示す際にも同様に強調されている。

地域包括ケアおよび地域包括ケアシステムに関する考え方は、「地域包括ケア研究会」による4つの報告書において示されている（地域包括ケア研究会〔2009〕〔2010〕〔2013〕〔2014〕）。例えば、同研究会による最初の報告書は2009年に公表されているが、同報告書の冒頭において、「社会保障の在り方に関する懇談会」による2006年5月26日公表の「今後の社会保障の在り方について」等を踏まえたうえで、「自助・互助・共助・公助」について以

下のように定義している²⁾。すなわち、「自助」とは「自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること」、「互助」とは「インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等」、「共助」とは「社会保険のような制度化された相互扶助」、「公助」とは「自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等」と述べる（地域包括ケア研究会〔2009〕3）。

また、2013年に公表された報告書においても、地域包括ケアシステムを支える方法として「自助」「互助」「共助」「公助」の概念から整理されている。そのうえで、生活支援に関しては「『自助』『互助』を基本としつつ、必要に応じて『共助』『公助』で補うことが必要である」と述べられるのである（地域包括ケア研究会〔2013〕17³⁾）。なお、有償ボランティアについては、「利用者から金銭を受け取っているものの、市場価格には及ばない部分的な報酬のみを受け取っている場合は、『互助的要素』と、『自助的要素』を重複して備えている」とされ、「ボランティア組織の取組に、市町村が部分的に補助金を交付している場合などは、『互助』と『共助・公助』が重複している」と位置づけられる（地域包括ケア研究会〔2013〕5-6）。

さらに、地域包括ケアシステムの実施主体については、以下のように多種多様なものがあげられる。すなわち、「これまで地域の資源として活動してきたNPO、社会福祉協議会、老人クラブ、自治会、民生委員といった主体に加え、今後は、地域の商店やコンビニ、郵便局や銀行などの地域の事業者も、地域包括ケアシステムを支える重要な主体として活動に巻き込んでいくことが重要である。とりわけ、伝統的な地域の近隣関係や親戚関係などによる結び付きが弱くなっている都市部においては、企業・団体の組織力や機動力が重要になるだろう」というのである（地域包括ケア研究会〔2013〕15）。

2) ただし、「今後の社会保障の在り方について」においては、「自助、共助、公助の適切な組み合わせ」については述べられているが、「互助」については触れられていない（社会保障の在り方に関する懇談会〔2006〕5）。

3) さらに、生活支援を担う地域資源については以下のように述べられる。「在宅生活を継続するために必要となる生活支援は、介護保険サービスよりも、住民組織（NPO、社会福祉協議会、老人クラブ、町内会、ラジオ体操会等）や一般の商店、交通機関、民間事業者、金融機関、コンビニ、郵便局など多方面にわたる主体が提供者となりうる。弁当店や食堂だけでなく、スーパーマーケット、喫茶店、リネンサービス、ドラッグストア、理髪店といった一般住民を対象としたサービスは、そのほとんどが、要支援者・要介護者の生活にとっても必要なサービスである」（地域包括ケア研究会〔2013〕17）。地域包括ケア研究会の考えにたとえば、生活支援は、「共助」による介護保険サービスではなく、「自助」「互助」でまかなわれるべきということになる。「共助」や「公助」の必要性は以下の場合に限定される。すなわち、「『自助』や『互助』のための社会資源の立ち上げのための支援や、生活を成り立たせることが困難な生活困窮者には、『共助』や『公助』も活用しつつ、生活支援を実施する必要がある」とされるのである（地域包括ケア研究会〔2013〕19-20）

うえにみたように、地域の資源の確保という観点から、「自助」「互助」「共助」「公助」の組み合わせにより、地域包括ケアシステムを構築するというのが、地域包括ケア研究会の基本的な考え方である。そして、その担い手として、住民組織やNPOに加えて、民間企業などがあげられるのである。また、地域包括ケア研究会では、地域資源の活用における地域差についても言及しており、例えば、親族や近隣住民による助け合いなどの希薄な都市部では、「互助」の基盤が薄い、民間事業者が比較的多いことから市場サービスを利用するなどの「自助」が促され、都市部以外では家族、親族、近隣などの関係性が健在であるので「互助」による支援が促される（地域包括ケア研究会〔2013〕20-21）⁴⁾。

また、地域包括ケアシステムの構築においては、地域での取り組みを進めるうえで「規範的統合」という概念が提起されていることが注目される。「地域包括ケアシステムの構築の本質は、『まちづくり』である」という基本的な考え方のもと、「医療と介護の統合や連携だけでなく、地域内の一般商店や民間企業、ボランティアや高齢者自身が地域を支える主体になるためには、自治体が旗振り役としてまちづくりの基本方針を明確にする姿勢が必要であり、それが地域包括ケアシステム構築の出発点になる。共通の方向性を住民や地域の諸主体が共有する『規範的統合』を推進するためには、自治体の首長のリーダーシップが何よりも重要になる」というのである（地域包括ケア研究会〔2014〕45）⁵⁾。

2.3 介護保険制度の変遷——その概観

ここでは本稿と関わる点を中心に、介護保険制度の変遷についてごく簡単に整理しておく。介護保険制度は2000年からスタートした（介護保険法は1997年成立、2000年4月施行）が、その後、数度の改正を経て現在に至っている。2005年改正（2006年施行）においては、予防重視型システムへの転換がうたわれ、新予防給付や地域支援事業が創設されるとともに、新たなサービス体系の確立の一環として各市町村が主体となる地域包括支援センターや地域密着型サービスがスタートした。2011年改正（2012年施行）においては、地域包括

4) これに関して、二木立は、地域包括ケアシステムの主たる対象は都市部であると考えており、「今後の人口高齢化、特に後期高齢人口の急増が首都圏を中心とした都市部で著しいこと、それにもかかわらずこれら地域では他地域に比べて、人口当たりの病床数・老人施設定員がはるかに不足していることを考えると、合理的」と述べている（二木〔2015〕7-8）。

5) なお、多様な実施主体を擁する地域社会のなかで、市町村には以下のような役割も求められている。すなわち、「資源のマッチングの作業は、市町村が主導的な役割を果たしていくことが重要である。また、互助としての活動に取り組もうとする組織などに、場所の提供やコーディネートなども含めた一定の支援をするなどにより、インフォーマルな資源を、市町村のフォーマルな仕組みの中に位置づけ、地域包括ケアシステムを構築していくことも可能であり、この場合も、市町村の主導的な取組が重要になるだろう」というのである（地域包括ケア研究会〔2013〕18-19）。

ケアシステムの構築がうたわれ、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）が推進されることになった。医療と介護の連携の強化や認知症対策の推進の取り組みが進められるとともに、「介護予防・日常生活支援総合事業」（旧総合事業）が地域支援事業の1つとして創設された。

2014年成立（2015年施行）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」（以下、「医療介護総合確保推進法」と表記）によって、医療法や介護保険法などが一括して改正される運びとなった。2015年の改正介護保険制度は医療介護総合確保推進法に基づく介護保険法改正によるものであり、在宅医療・介護連携の推進、認知症対策の推進、生活支援・介護予防サービスの充実が図られるとともに、新しい介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「新しい総合事業」と表記）がスタートすることとなった。以下、項を改めて、その要点を確認することにしよう。

2.4 新しい総合事業の要点

ここでは市民福祉団体の活動と関わる点を中心に、「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」（「新しい総合事業」）のポイントを整理する。上述のとおり、「介護予防・日常生活支援総合事業」（旧総合事業）は地域支援事業の1つとして2012年に創設されたもので、市町村が主体となって予防と生活支援を一体的に提供する事業である。旧総合事業の対象は、要支援1、2の人と、要介護状態になる可能性のある人（2次予防事業対象者）⁶⁾であり、提供されるサービスは、予防サービス、生活支援サービス、ケアマネジメントであった。2015年改正介護保険制度によって総合事業は新たなかたちとなり、いわゆる「新しい総合事業」がスタートすることとなった。

新しい総合事業⁷⁾は、従来の2次予防事業対象者に向けたサービスである「介護予防・生活支援サービス事業」と、すべての高齢者を対象とする「一般介護予防事業」の2つからなり、いずれも市町村が主体となる。

第1に、介護予防・生活支援サービス事業については、要支援1、2の人および基本

6) 介護予防における一次予防とは「主として活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取り組み」、二次予防とは「要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見し、早期に対応することにより状態を改善し、要支援状態となることを遅らせる取り組み」、三次予防とは「要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防するもの」とされる。http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_01.pdfを参照。

7) 以下、新しい総合事業については、「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」（厚生労働省老健局長2015年6月5日）（<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088520.pdf>）を参照。

チェックリストで要介護リスクが高いと判定された人が対象となる。事業内容は、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）⁸⁾、介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）からなる。なお、要支援1、2の人は、従来は介護予防給付によるサービスを受けていたが、訪問介護と通所介護については総合事業に移行し、「介護予防・生活支援サービス事業」として提供されることになった。なお、訪問介護と通所介護以外（介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリ、介護予防通所リハビリなど）は、従来どおり介護予防給付としてサービス提供される。

訪問型サービスについては、現行の訪問介護に相当するものと多様なサービスからなり、多様なサービスについては、訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）、訪問型サービスB（住民主体による支援）、訪問型サービスC（短期集中予防サービス）、訪問型サービスD（移動支援）からなる。また、通所型サービスについても、現行の通所介護に相当するものと多様なサービスからなり、多様なサービスについては、通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）、通所型サービスB（住民主体による支援）、通所型サービスC（短期集中予防サービス）からなる。なお、訪問型サービスAおよび通所型サービスAについては雇用労働者によって、訪問型サービスB・Dおよび通所型サービスBについては有償・無償のボランティア等によって、訪問型サービスCおよび通所型サービスCについては保健・医療の専門職によって提供されることになっている。

第2に、すべての高齢者を対象とする一般介護予防事業については、介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業からなり、具体的な事業の例としては、住民運営のサロンや居場所の提供、健康教室の実施などがあげられる。

なお、上記の新しい総合事業のサービス内容については、厚生労働省が典型例を示したものであり、市町村は上記の例を踏まえて、地域の実情に応じたサービス内容を検討して提供することが求められている。

以上が新しい総合事業の要点となるが、本稿との関わりから注目されるのは、訪問型サービスB・Dおよび通所型サービスBについては有償・無償のボランティア等が主体となって提供される支援（住民主体による支援）であることが明示されている点である。新しい総合事業においては、「多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提

8) 栄養改善を目的とした配食、定期的な安否確認・緊急時の対応等。

供」が目指され、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体によるサービス提供が必要とされている。また、市町村には多様な事業主体によるサービス供給体制の構築を支援することが求められている⁹⁾。

また、新しい総合事業においては、生活支援コーディネーターおよび協議体という仕組みが制度化されたことも注目される。新しい総合事業では、上述のとおり、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要とされているが、その際、多様な主体による取り組みをコーディネートする必要がある、さらには、多様な関係主体間の定期的な情報共有や連携・協働などが求められるため、生活支援コーディネーターおよび協議体が制度化されたのである¹⁰⁾。

新しい総合事業においては、サービスの供給主体のなかに有償・無償のボランティア等が位置づけられたという点で、これまでの介護保険制度のあり方とは全く異なる特徴を有することになる。有償・無償のボランティア等による生活支援や介護予防の取り組みは、地縁団体や老人クラブ・シルバー人材センターなどが実施主体として想定されるが、さらには、従来、住民参加型在宅福祉サービスやくらしの助け合い活動を組織化してきた特定非営利活動法人や協同組合などが実施主体となることも大いに期待されているとみせよう。すなわち、新しい総合事業を進めるうえでは、いわゆる市民福祉団体が中心的な実施主体の1つとして位置づけられることになる。したがって、改正介護保険制度のもとでは、生活支援・介護予防を担ってきた市民福祉団体の活動が大きな影響を受けるであろう。揺れ動く介護保険制度のなかで、市民福祉団体はどのような役割を担ってきたか、また今後どのような役割を担おうとしているのか、節を改めて検討することにしたい。

9) 「生活支援等サービスの体制整備にあたっては、市町村が中心となって、元気な高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センターなどの多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していく必要がある」(前掲「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」29頁)。

10) <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088276.pdf>を参照。なお、生活支援コーディネート機能は3つの層に分けられる。第1層が市町村区域で主に資源開発を担い、第2層が中学校区域において第1層の機能の下で具体的な活動を展開する。第3層は個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能となるが、新しい総合事業の対象は第1層と第2層であり、第3層は同事業の対象外とされる。<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000074692.pdf>を参照。

3. 市民福祉団体はどのように位置づけられるか

3.1 介護保険制度の導入と市民福祉団体

介護保険制度の導入以前から、市民福祉団体は助け合いの精神に基づいて高齢者の介護や生活支援などを担ってきた。公的な介護は、自治体や自治体から委託を受けた社会福祉法人などによって提供されていたが、それだけでは高齢者の必要を満たすには不十分であった。そのようななか、1980年代頃から住民や市民による助け合い活動を促す仕組みが広がりをみせた¹¹⁾。いわゆる「住民参加型在宅福祉サービス」¹²⁾と呼ばれるもので、サービスの利用者も提供者も会員となる会員制や有償制（利用者は利用料金を支払い、ボランティアは活動費を受け取る）という特徴を有している。すなわち、有償ボランティアの仕組みを取り入れた助け合い活動の組織化が進められていったのである。運営主体は、「住民互助型」、「社協運営型」、「生協型」、「農協型」、「ワーカーズコレクティブ型」など団体の出自によって様々であるが、住民・市民が地域社会で求められるサービスを自らの手でつくりだすという点では共通しており、高齢化の進展とともに地域のなかでいわゆる「互助」の取り組みが組織化されて広がっていったのである。

だが、住民参加型在宅福祉サービスは2000年の介護保険導入に際して分岐点にたつ。すなわち、介護保険制度に基づくサービスを提供するのか、独自の活動を続けるのかという選択を迫られることになったのである¹³⁾。なお、介護保険制度に基づくサービスを提供する際には原則として法人格が必要となるため、介護保険サービスを提供することを決断した団体の多くは特定非営利活動法人の法人格を取得することになった。

実際のところ、住民参加型在宅福祉サービスに携わっていた団体の多くは介護保険サービスを提供するようになる。だが、介護保険サービスを提供するようになったからといって、助け合い活動が行われなくなったことを意味しない。そもそも、介護保険制度のもとでは、制度が定めたメニュー以外のサービスは利用できず、さらには要介護認定によって利用限度額が設定されており、制度に基づくサービスには利用上限がある。したがって、

11) 1980年代以前の住民による参加型サービスの歴史については、金川・東根 [2012] で論じられている。

12) 1990年には、住民参加型在宅福祉サービスを実践する団体のネットワークとして、住民参加型在宅福祉サービス団体全国連絡会が結成されている。住民参加型在宅福祉サービスについては、同会のホームページの叙述を参照した (<http://www.sankagata.net/>)。住民参加型在宅福祉サービスの先行研究については、金川・東根 [2011] で整理されている。また、住民参加型在宅福祉サービスなどボランティア・セクターによる高齢者の生活支援の取り組みの歴史および今日の活動動向については、Hayashi [2015] を参照されたい。

13) 介護保険制度が導入された当初の市民福祉団体の動向については、橋本 [2000] を参照されたい。

介護保険制度のメニューには存在しないケアが必要な場合や要介護認定に基づく利用限度以上のケアが必要な場合には、介護保険制度の枠外で助け合い活動のスキームを使用してサービスを提供するかたちがとられるようになった。すなわち、多くの市民福祉団体では、利用者が介護保険制度を利用できる場合は介護保険制度に基づくサービスを提供し、介護保険制度が利用できない場合は助け合い活動（有償ボランティア）としてサービスを提供する仕組みを維持し続けたのである¹⁴⁾。なお、介護保険制度外でサービスを提供する（助け合い活動を実施する）だけでは、事業の収支があわないことも少なくない。介護保険制度に基づくサービスと、介護保険制度外のサービスの双方を提供している団体の多くは、介護保険事業の剰余を内部補助するかたちで、介護保険制度外のサービス提供（助け合い活動）を維持している¹⁵⁾。

住民や市民による助け合い活動によって高齢者の介護や生活支援の必要にこたえてきた団体が、介護保険サービスを提供することになったのは、サービスの量的拡大の必要性のなかで供給者としてその期待にこたえる意味合いがあった。また、介護保険制度のもとでは、法人格の種別を問わず、在宅サービスに参入することができるようになり、株式会社に代表される民間営利企業もサービスを提供するようになった。そのようななか、助け合いの精神に基づく独自の行動原理を有する市民福祉団体が介護保険サービスを提供することは、地域における高齢者介護や生活支援のあり方に関するあるべき基準や規範を提示するという意味合いを持ってきたのではなかろうか。だが、2015年の改正介護保険制度に基づく新しい総合事業の登場により、市民福祉団体の活動はさらなる分岐点を迎えようとしているのである。

14) 住民参加型在宅福祉サービスを提供している団体の多くは、介護保険サービスを提供するために特定非営利活動法人の法人格を取得したが、他方、介護保険サービスを提供している特定非営利活動法人であるからといって、それらの団体の出自が住民参加型在宅福祉サービスの提供主体であるわけではない。介護保険サービスを提供する際には原則として法人格が必要であり、特定非営利活動法人の法人格を取得することは比較的容易なため、イメージの良さなどを理由に会社形態ではなく特定非営利活動法人の法人格を取得して介護保険事業に参入した事業者も多くみられる。したがって、介護保険制度外のサービスを提供していない特定非営利活動法人の割合は少なくなく、そのような事業者の出自は住民参加型在宅福祉サービスを提供している団体ではないことが想定される。この点については、橋本 [2013] 56頁も参照されたい。

15) 特定非営利活動法人のなかには介護保険事業で生じた剰余を団体のミッション遂行に活用する例もみられる。例えば、高齢者の賄い付き住宅（グループハウス）を地域に増やしていくことをミッションとしている特定非営利活動法人では、介護保険事業で生じた剰余を内部留保し、独自事業で運営しているグループハウスの施工や改修のための資金としている（橋本 [2013] 13-14）。採算が合わないが地域に必要な活動を団体のミッションと定め、介護保険事業と独自事業（団体のミッションとなる活動）を組み合わせることにより、活動継続とミッション達成を実現可能なものとしているのである。

3.2 新しい総合事業と市民福祉団体

新しい総合事業のもとでは、訪問型サービスB・Dおよび通所型サービスBについては有償・無償のボランティア等が主体となって提供されることとなった。住民主体による支援が制度に位置づけられたことは、改正介護保険制度の大きな特徴となっている。住民や市民の助け合い活動による介護予防や生活支援の取り組みが、制度設計の前提となっているといえよう。その背景には、「自助」「互助」「共助」「公助」の組み合わせにより、地域包括ケアシステムを構築していくという考え方がある。助け合いの精神に基づき活動を行ってきた市民福祉団体は新しい総合事業にどのように向き合おうとしているのだろうか。

新しい総合事業において、サービスの供給主体として有償・無償のボランティア等が位置づけられたことは、見方によれば、市民福祉団体が安上がりな供給者としての期待を背負うことを意味しかねない¹⁶⁾。だが、市民福祉団体は2015年の改正介護保険制度をおおむね積極的に受容しているとみなせる。例えば、全国の介護系NPOの連合組織である認定特定非営利活動法人市民福祉団体全国協議会（以下、「市民協」と表記）は、同法人が監修した著作において、今般の介護保険制度改正を「国＝行政側が認めた介護保険事業者がサービスをすることから、軽度者に関していえば、『住民が住民を支える、助ける』方向へ哲学・理念が転換する」ものとみなす。そのうえで、「『この変化、行政側の変化に我々市民が主体となる福祉ができるチャンス』と考えて、福祉を担う主体として市民を登場させていこう」と述べるのである（田中・奈良 [2015] 30-31）。また、新しい総合事業における『生活支援サービス』は、介護保険制度という賃労働社会の範疇なのか、それとも『助け合い、支え合い』＝ボランティアの世界なのか？という問いがある」としたうえで、前者は賃労働単価の切り下げ、後者は助け合い、支え合いの支援を介護保険制度が行うことになるが、介護保険の一部切り捨てとなると指摘したうえで、「NPOの態度としては、賃労働の切り下げを認めるわけにはいきませんが、インフォーマルサービス、助け合い、支え合いの強化という観点からは、今回の制度改正にこれまでも取り組んできたし、今後も先頭を走ることにあります」というのである（田中・奈良 [2015] 39）。すなわち、介護保険改正後も、市民福祉団体が助け合い活動の精神に基づく生活支援を引き続き積極的に行うことの重要性が表明されている。

また、市民協のほか全国の多くの非営利の連合組織によって構成された「新地域支援構

16) 例えば、「ボランティアは有償ではあっても『賃金』を保障する必要がなく、格段と安上がり」であり、住民主体のサービスへの移行は、「『自助・互助』の活用による公的介護費用の『効率化』が意図されていると評されることもある（日下部 [2014] 93）。

想会議」は、新しい総合事業の創設に際して、新しい総合事業と助け合い活動との関係について検討を重ね、2014年6月20日に「新地域支援構想」（新地域支援構想会議 [2014]）を公表している。助け合い活動との関わりからいえば、介護予防訪問介護・通所介護がそれぞれ新しい総合事業へ移行し、有償・無償のボランティア等による住民主体の支援が制度化されたことへの対応がポイントとなるが、新地域支援構想においては新しい総合事業について「高齢者の自立支援に向けたサービス、生活支援サービスに合わせ、高齢者と地域社会との関係の回復・維持に向けた取り組みを含み組み立てるべき」としたうえで、「今回、地域支援事業に移行する介護予防訪問介護・通所介護については、専門職が対応すべきもの（専門的サービス）を明確にした上で、助け合い活動に移行すべき」と述べるのである（新地域支援構想会議 [2014] 5）。また、要支援者の支援については、「専門的サービス」と「住民・市民、ボランティアによる助け合い活動」の2つのアプローチからなるが、要支援認定者への対応はニーズの内容に即すべきとされる。すなわち、「介護保険財源の限界から、従来の介護予防訪問介護・通所介護の費用を低く抑えるために住民・市民の活動に移行させるという理解」が一部でなされていることを懸念してそのような理解を否定し、ニーズの内容に基づいてアプローチの仕方を判断すべきと述べるのである（新地域支援構想会議 [2014] 9）。つまり、新地域支援構想は、新しい総合事業における助け合い活動の重要性を確認し、ニーズに即して、専門的サービスと助け合い活動に基づくサービスが調整・連携されながら提供されることが重要だというのである。

このように、市民福祉団体は、改正介護保険制度のもとでの新しい総合事業を積極的に受け入れ、助け合い活動の取り組みを引き続き積極的に行おうとしている。だが、それは国が進める地域包括ケアシステムの構想をそのまま受け入れているということにはならない。この点に関して、中條共子は、地域包括ケア研究会による「地域包括ケアシステム」構想と、助け合い活動の担い手による「新地域支援構想」を比較し、助け合い活動の制度化への向き合い方が政策立案側と市民福祉団体では異なることを指摘している。すなわち、国が「『地域包括ケアシステム』を通して展望する『地域づくり』とは、サービスを必要とする個人の生活機能を補完するという、機能面に焦点を当てたもの」とみなせるものであり、国の考える「『互助』とは『自助』の補完であり、結局のところ焦点は『自助』である」というのに対して、市民福祉団体においては、「地域における孤立の広がりに対して、住民から住民への、制度を媒介しない直接的な支援の仕組みが目指されて」おり、「地域住民自身の主体性と行政とは異なる役割を追求する姿勢、行政の取りこぼした問題へのまなざしを読み取ることが可能である」という。したがって、新地域支援構想からは「政

策構想に参画しつつ、地域に『自助』の補完機能を求める政策に飲み込まれまいとする、対抗の姿勢」をみてとれるというのである（中條 [2015] 147）。

市民福祉団体の多くにとっては、介護や生活支援の必要な人に対応することが第一義的に重要であり、新しい総合事業において助け合い活動が制度に組み込まれるかどうかにかかわらず、介護や生活支援を提供し続けることになるだろう。だが、その取り組みは各団体の本来のミッションに即してなされることになるため、うえにみたように必ずしも国の思惑どおりに市民福祉団体が動くわけではないと考えられる。とはいうものの、自らの活動領域における制度の導入や改変が活動に与える影響は小さくない。市民活動団体は、地域で困り事を抱える人々の必要を満たすために様々な活動を行うが、その活動の多くは既存の公的な制度では満たされない必要に応ずるというかたちをとられる。したがって、制度が変わるたびに、市民福祉団体は制度から漏れるニーズへの対応に迫られることになる。市民福祉団体は制度の導入や改変の影響を強く受けざるをえない立場にあるといえよう。また、市民福祉団体が助け合い活動を維持するうえでは、その財源を確保するために、何らかの公的な制度が整備されておく必要がある。時代毎に改変なされる公的制度を活用しながら、現場の必要にできるだけこたえていくのが、市民福祉団体の基本姿勢といえることができる。以下、揺れ動く介護保険制度下、市民福祉団体がおかれる現実がどのようなものであるかを2つの事例からみていくことにしたい。

4. 市民福祉団体の取り組みの実際

4.1 事例1－NPO法人伊勢まごころ¹⁷⁾

4.1.1 活動の経緯・概況

「伊勢まごころ」は1989年1月に会員制（互助）の有償ボランティア団体として設立された。設立以来、高齢者・障害者・子育てのための在宅福祉サービスを軸にした助け合い活動を行っている。「困ったときにはお互い様」という考え方のもと、助けの必要な人に対応するため、助け合い活動は24時間365日体制がとられていた。団体名は介護保険制度が開始されるまでは「まごころサービス」であったが、介護保険制度が開始されるのに先立ち、1999年に特定非営利活動法人として認証をうけ、それ以降は「NPO法人伊勢まごころ」と

17) この項の叙述は、NPO法人伊勢まごころ理事長の大西良太さんからのヒアリング（2014年8月4日）および提供を受けた資料に基づいている。また、2014年以後の状況については、2016年6月28日に大西氏からご教示いただいた内容に基づいている。

して活動が行われている¹⁸⁾。後述のとおり、2015年6月に介護保険事業から撤退するが、介護保険制度の導入から2015年6月までは、介護保険制度の導入以前からなされている「まごころサービス」という名のボランティア部門（助け合い活動）、介護保険事業（訪問介護、通所介護、居宅介護支援）、生きがい対応型デイサービス（伊勢市からの委託事業）の3つの部門の事業が行われていた。

1989年の設立当初から、入会金は1,000円、年会費が3,000円となっている。助け合い活動において手助けする側（協力者）も入会金、年会費を払う仕組みとなっている。設立当初はなぜ協力者が入会金や年会費を払わなければいけないのかという声もあり、会員制をとる「まごころサービス」の仕組みを納得してもらうのに1年以上かかったという。助け合い活動の会はみんなのものであり、みんなで運営していくというのが会の考え方である。会の代表個人の取り組みではなく、助け合い活動に関わるみんなの会であることを納得してもらうのに時間がかかったという。しかし、そのようななかでも、助け合い活動の開始後およそ1年間で、会員は約750名、うち協力者の会員が約370名となった。設立当初の会員数増加の状況は、地域のなかに助けの必要な人、そして手助けを惜しまない人が多く存在していたことを裏付けていよう。すなわち、うまく仕組みづくりができれば、助け合い活動を組織化できることが、実践のなかから次第に明らかになっていったのである。

NPO法人伊勢まごころの利用者は、介護保険制度の導入以降、介護保険事業を利用できる場合には介護保険制度に基づくサービスを受けることとなった。その場合、サービスの提供者は家事援助の場合、1時間1,200円、身体介護の場合、1時間1,500円を賃金として受け取る。だが、介護保険サービスの利用限度枠を超えたり、制度に定められたメニュー以外のサービスを受けたりする場合には、助け合い活動としてサービスを受ける。その場合、サービスの提供者は有償ボランティアとして1時間650円を受け取ることになる。したがって、介護保険事業を実施している状況のもとでは、NPO法人伊勢まごころで働く人は、利用者の状況により、有償ボランティアとして働くときもあれば、賃労働者として働くこともあることになる。ホームヘルパー等を募集する際には、助け合い活動と介護保険事業の双方を行う同法人の理念を説明して、納得を得た人のみに働いてもらうことにしていたという。

近年の活動状況について記しておく。2012年度時点で利用者は30名強であった。また、

18) 法人の正式名称は、「特定非営利活動法人三重県高齢者福祉問題研究会伊勢まごころ」である。本稿では、通称である「NPO法人伊勢まごころ」と表記する。

年間活動実績は、助け合い活動が延べ674時間、介護保険事業（訪問介護）が延べ5,041時間であった。2013年時点での財務状況は、年間の収支構造をみると、収入が約4,700万円、支出が約5,100万円となっており、約400万円の赤字であった。赤字のうち助け合い活動によるものが約300万円、伊勢市からの委託事業である生きがい対応型デイサービスによるものが約90万円となっており、それらの赤字を介護保険事業の黒字で補うという状況にあった。

その後、NPO 法人伊勢まごころは2015年6月30日をもって介護保険事業からすべて撤退している。2016年現在においては、助け合い活動、伊勢市からの委託事業の生きがい対応型デイサービス、福祉有償運送を実施している。介護保険事業からの撤退の原因については、経営状況が苦しいからというのが最大の理由ではない。最も大きな原因は人材不足であった。現場での人材不足の大変さは以下のように説明される。例えば、1人の利用者が利用時間の変更をするとその1人の時間変更の穴埋めのために数人のヘルパーを移動させなければならない。そのような状況が毎日のように生じる。高齢社会のなかで利用者は増える一方であるので新規の利用希望者は後を絶たない。したがって、仮に3名でも4名でも従来からの利用者の要望に対応しなかったり、契約解除すれば、人材不足は解決できるがそのようなことはできなかったという。何かの縁でNPO 法人伊勢まごころが介助するようになった利用者を最期まで見届けたいというのが代表の大西氏の思いである。そのようななか、助け合い活動を維持するかたちで、介護保険事業からの撤退を決意した。従来からの介護保険利用者については信頼のおける親しい事業所に依頼して介護保険サービスが継続的に提供されるようにして、介護保険事業の幕引きを行った。今後は、弁護士、司法書士と協力し成年後見制度に取り組むことを考えており、助け合い活動と市民後見によって、近くに住む人達を見守っていききたいとのことである。

4.1.2 介護保険制度導入がもたらした影響

介護保険制度の導入は、利用者側と提供者側の双方に意識の変容をもたらした。介護保険制度の導入後、介護保険制度の枠内でサービスが利用できる場合は、介護保険制度が活用され、制度枠内でサービスを利用する限り、利用者はサービスの買い手、事業者がサービスの売り手、提供者は賃労働者という位置づけになる。そのようななかで、従来の助け合い活動の仕組みのなかでは、手助けを受けた人が「ありがとうと涙を流して喜ぶ」ような状況がみられていたが、介護保険サービスを利用する際には「お金を払っているのだからサービスを受けるのは当然だ」という意識を持つ人がでてくるようになる。また、提供

者側も、多くの人は、これまで有償とはいえボランティアとして助け合いの精神で活動に携わっていたが、介護保険サービスの枠内では賃労働者として給料を労働の対価として受け取るという意識が生じるようになったという。

このような状況をもたらした介護保険制度に関して、大西氏は、制度設計に問題があったのではないかと指摘する。そのポイントは要支援の人を介護保険制度の対象にしたことに集約される。つまり、要支援の人には助け合い活動で対応し、介護保険制度は要介護の人のみを対象とすればよかったのではないかというのである。助け合い活動で対応可能な要支援の人も介護保険を利用できるため、助け合い活動のボランティアが介護保険事業者に雇用されるようになり、有償ボランティアが減る状況が生み出されてしまった。さらに、2005年の介護保険制度改正において介護予防が重視され、要支援への対応に力が入られたことにより、市民福祉団体に属していた有償ボランティアが介護保険事業者に雇用されていく流れが強まった。同様の仕事をするのであれば、有償ボランティアの人が介護保険事業者に雇用されるようになるのは致し方がないという。

だが、有償ボランティアは1時間650円の収入を得ているが、そもそも助け合い活動を「お金のためにやっているつもりはない」という人は地域のなかに多く存在しており、助け合いの精神で利用者のためになることをしたいという人は多いという。互いに心のこもったことが1時間650円というお金のやりとりを通じてできていたのが、介護保険制度の導入によって損なわれ、お金だけのつきあいになってしまう状況が起きてしまった。助け合いの精神を持っている人は地域に多く存在するのに、それをスポイルしてしまうのが行政ではないかというのが大西氏の考えである。1時間650円のやりとりで地域での助け合いを維持することは可能であり、その650円さえも払えない人ができた場合に行政の出番がでてくるという。今後は、介護報酬をもっと高くしていくべきで、助け合い活動と介護保険事業は切り離していくべきと氏は考えている。

また、大西氏は介護保険事業からの撤退を決断した背景として、介護保険事業に関わる業界の動向について以下のように述べる。介護保険制度の導入によって利用者はうなぎ上りに増え、多くの事業者が介護保険事業を行っている。しかし、波風の立たない業界のようでも水面下での事業者間の競争はすさまじいものであるという。利用者の強引な移動、ヘルパーの引き抜き、報酬アップ、異常な看護師の争奪等、事業者間をめぐる動向は激しい。助け合い活動を中心にしてきたNPO法人伊勢まごころにとっては、その仕事が儲かるか儲からないかということにかかわらず事業活動を続けてきたが、商品として高齢者、障害者を扱う介護保険業界の現状に嫌気がさし、そのような現実に耐えられず、介護保険

事業から撤退し、助け合い活動のみを実施することになったという。

4.1.3 新しい総合事業への対応

市民福祉団体は新しい総合事業をどのように受けとめているのだろうか。また、どのように対応していくのであろうか。大西氏は、2015年改正介護保険制度について以下のように評価している。まず、介護保険制度は「介護の社会化」という理念でスタートしたにもかかわらず、予算が逼迫してきたのをうけて、市や町に責任を持たせたり、家族介護を大いにやってくださいというかたちでの制度変更はあまりにもいいかげんではないかという。また、市民福祉団体の立場からいえば、介護保険制度の導入によって、有償ボランティアから雇用労働への移動が引き起こされたが、再び、助け合い活動に期待をかけるという制度設計は、朝令暮改ともいえる一貫性に欠いた制度設計であると指摘される。「介護の社会化」という謳い文句を信じて介護保険事業を実施してきたが、今日では、新しい総合事業の導入等によって2000年の「介護元年」以前に逆戻りしているのではないかと感ずるという。業界最大手の株式会社も赤字決算となり、これからは高齢者も事業者も冬の時代と向き合うことになる。また、今般の介護保険制度のもとではスケールメリットが求められており、小規模のNPO法人による介護保険事業の経営・存続はますます難しくなるのではないかという。

だが、他方で「介護の社会化」という言葉で表現されるように、介護を誰が担うのかという考え方からいえば、それは「私たちの問題」であるという。国の制度設計はあまりにもいいかげんだとしても、高齢者や地域で困りごとを抱えている人々の介護や生活支援は、自分たちの問題であり、皆が安心して暮らせるまちを私たち自身でつくっていかねばならないというのが、大西氏の考え方である。現在は助け合い活動が十分になされている状況にはないが、だからといって助け合い活動をしないわけにはいかない。自分たちの老後や生涯は自分たちで守っていかねばならない。例えば、庭の手入れができないといった状況にある家はたくさんあるが、そのような状況を放置したままというわけにはいかない。やり方次第で市民は協力してくれると考えており、改めて市民同士が助け合えるような地域にすることが必要であると考えられている。しかし、現状では、助け合い活動を利用したいという希望のすべてに応じられていない現状があり、どのように活動を広げるかは今後の課題となっている。

地域支援事業の導入により、要支援者への対応が地方自治体に移管されていく流れは、制度でもうたわれているように、広い意味でのまちづくりを意味するものにとらえられて

いる。そのようななか、大西氏は、改めて、お金以外の動機で動く団体が地域のなかで重要な意味を持つてくるという。例えば、地域包括ケアの構築のうへでは、生活支援コーディネーターが重要な役割を果たすものと期待されているが、日常生活圏域の生活支援コーディネーターの人材が市民福祉団体から輩出されていくことも考えられよう。また、広い意味でのまちづくりという観点からいえば、大西氏は「ニンジンをお金をぶらさげる」ようなやり方（お金で解決するやり方）で、地域の課題を解決するのは無理だと考えている。お金の観点からアプローチしても地域の課題の解決には効果的でなく、「地域を守る」ということはどういうことなのかといった観点、いわば哲学的な観点から市民を説得することが重要だという。以前は助け合い活動でできていたことが、介護保険制度の導入によってできなくなり、お金で介護や生活支援のサービスがやりとりされるようになってしまった状況にあるなか、お金をインセンティブとして助け合い活動を促進するのは難しい。現在でも、困った人がいると助けてあげたい、お互いさまの気持ちで助け合いながら日々の生活をおくりたいと思っている市民は多くいるので、市民同士が助け合えるような地域にすることは可能であり、その実現に向けて、助け合い活動を促進する市民福祉団体の役割や意義は大きいと考えられている。

4.1.4 市民福祉団体の展望

2015年介護保険制度改正をうけて、市民福祉団体はどのように対応し、どのような活動を行っていくのだろうか。大西氏は、NPO 法人については助け合い活動に力を入れる団体と事業化を進めていく団体の二極化が進むとみている。とりわけ、新しい総合事業については、助け合い活動に力を入れる団体の動きが重要になるのではないかとという。また、非営利組織のなかでも、農協や生協のような協同組合よりも NPO 法人のほうが地域支援事業の担い手としてより積極的に活動を行うのではないかと述べる。農協や生協は NPO 法人よりも介護保険制度に事業性を求めており、事業性の低い地域支援事業においては NPO 法人がその役割を担うことが多くなるとみられている。もちろん、協同組合のなかにも助け合い活動に力を入れる団体の活動が存在することを大西氏は評価しており、それらの団体との情報共有は図られている。地域支援事業はそもそも事業性の低い領域なので、国は自治体や自治会・まちづくり協議会などの地縁組織を頼りにし、さらに NPO 法人が頼りにされている現状がある。介護保険事業に頼らないスタイルの NPO 法人、市民福祉団体の再構築が求められている。介護保険制度の導入の際には、非営利組織だけでなく営利法人も事業主体として想定されていたが、地域支援事業についてはそのようなことが想定さ

れていない。つまり、事業という面では独立採算として成り立たないことを前提として、新しい総合事業が構想されていることがわかる。

しかし、事業性が低い領域で活動するところに市民福祉団体の本領が発揮されるとはいえず、事務経費や職員の人件費を確保できる状況がないと活動は成り立たない。NPO法人伊勢まごころでは、介護保険事業を実施していた段階で、助け合い活動を延べ674時間提供していたが約280万円の赤字を出しており、その赤字部分を介護保険事業で補填している状況にあった。このような状況は、市民福祉団体が地域支援事業に協力しようとすると、助け合い活動の赤字を埋める解決策が必要となることを意味している。「互助」を基盤とする市民福祉団体にサービス供給を期待するならば、国・自治体にも市民福祉団体の財政的課題の解決への取り組みが求められることになる。

4.2 事例2 一郡山医療生活協同組合小野支部¹⁹⁾

4.2.1 医療福祉生協の概観

医療福祉生協は、保健・医療・福祉に関わる活動・事業を行う生協である。具体的には、健康増進・健康維持などの保健活動、病院や診療所における医療事業、介護保険関連の事業を中心とした福祉事業などを行っている²⁰⁾。医療福祉生協のほとんどは、日本医療福祉生活協同組合連合会に加盟している。2014年現在、同連合会の会員数は111（110の医療福祉生協と日本生活協同組合連合会が加盟）となっている。同連合会に加盟する110の医療福祉生協の概況については、組合員数292万8千人、出資金額832億1300万円、総事業高3296億3700万円（うち医療事業2635億円、福祉事業648億5000万円）となっている²¹⁾。医療福祉生協の多くでは「医療生活協同組合」（医療生協）という呼称が用いられているが、なかには「保健生活協同組合」もしくは別の呼称を用いているものもある。

医療福祉生協では、介護保険制度がスタートして以降、介護保険事業についても積極的に取り組まれている状況にある。また、各医療福祉生協においては、患者によって構成される患者会、ボランティア活動や助け合い活動などを行う会などが組織されており、健康や医療に関する学習会を開いたり、居場所づくり（サロン活動）を行ったりするなど、ボランティアをベースにした活動がなされているという特徴がある。協同組合の福祉活動を

19) この項の叙述は、郡山医療生活協同組合小野支部からのヒアリング（2015年11月9日）および提供を受けた資料に基づいている。

20) 医療福祉生協の歴史や今日的状況に関しては、日野 [2009] および江本 [2015] を参照されたい。

21) 事業高については推計値である。http://hew.coop/about/gaiyou を参照。

みるうえで、介護保険事業に代表される制度に基づく事業と、ボランティアや助け合い活動など組合員による助け合いの仕組みの双方に目を向ける必要がある。協同組合における高齢者福祉の活動については、医療福祉生協のほかに、購買生協、農協、JA厚生連、高齢者生協やワーカーズコレクティブなどによる取り組みがあげられるが、そのいずれにおいても、介護保険サービスや障害福祉サービスの提供など制度に基づく事業活動とともに、組合員によるボランティア活動や助け合い活動がなされているという特徴がある²²⁾。

4.2.2 郡山医療生活協同組合の概観²³⁾

郡山医療生活協同組合（以下、郡山医療生協と表記）は1972年に設立総会が開かれ、1974年に最初の診療所（桑野診療所）を開設し、1980年には53床の病院を開院させるなど、設立以来、医療体制を充実させてきた。また、福祉事業については、1995年に在宅介護支援センター（郡山市委託事業）を開所し、介護保険事業については、2000年に居宅介護支援事業、訪問介護事業、通所リハビリ事業、訪問リハビリ事業をスタートさせ、2002年には通所介護事業をスタートさせている。2005年には、郡山市委託事業として西部地域包括支援センターを開所している。2016年現在、事業所は桑野協立病院（120床）をはじめとして16の事業所を擁している。組合員数は27,902人、出資金額は931,171,000円、総事業収入は2,252,542,440円、職員総数は298人となっており、28支部、414班を擁している（2015年3月31日現在）。機関紙配布数は13,353部（手配り配付数）、配布ルート数は1,121となっている。なお、事業収支の内訳でみると、おおむね医療事業が8割強、福祉事業が2割弱となっている。

4.2.3 郡山医療生協小野支部の取り組みとその経緯

郡山医療生協小野支部（以下、小野支部と表記）の取り組みは非常にユニークである。なかでも、小野支部が小野町²⁴⁾からの委託事業として、「小野町ミニデイサービス事業」と「小野町高齢者お助けサービス事業」の2事業を実施している点が注目される²⁵⁾。小野支部

22) 介護保険制度下での生協による福祉の取り組みについては、橋本 [2010] を参照されたい。また、協同組合による高齢者福祉の取り組みについては、Hashimoto [2015] においてその状況を素描した。

23) 郡山医療生活協同組合の概要については <http://www.koriyama-h-coop.or.jp/> に基づいている。

24) 福島県田村郡小野町は、人口10,948人、高齢化率は29.2%である（2014年現在）。なお、小野町の中心部から福島第1原子力発電所までの距離は約40kmである。

25) 小野町委託事業については、郡山医療生協介護保険事業部長による同事業の紹介があり（加藤 [2015]）、さらには、日本医療福祉生活協同組合連合会の情報誌『comcom』2014年7月号（<http://www.hew.coop/2014/06/11577.html>）においても同事業の紹介がなされている。本稿の作成にあたってはこれらの資料も参照した。

は郡山医療生協の本部から35km以上離れており、車で約1時間かかる距離にある。郡山医療生協の事業所（病院や診療所、福祉事業所）は1つもなく、小野支部の理事や運営委員はすべて基本的にボランティアとして活動にかかわっている。

小野町からの委託事業については、郡山医療生協本部と小野町が契約を結んでいるが、事業の実施は小野支部が中心を担っている。小野支部理事の千葉氏によると、自治体から事業を受託していることの意味を知るためには、これまでの小野支部の活動の経緯を知ることが重要であるという。以下、その経緯を氏の話の踏まえて簡単に述べておく。

小野支部では組合員活動を活発化させるために10年ほど前から様々な取り組みを行ってきた。支部の活動は後にふれるように運営委員会が中心となって進められているが、最初に運営委員会が取り組んだのが組合員の名簿整理である。行政区別に並んだ名簿を整理していくと、「先輩達が築き上げた組合員が宝にみえた」という。組合員のなかには、以前に学校や教育委員会で勤めていた人や区長を務めた人が多く存在し、小野支部が結成された1990年半ばからの組合員も多く存在し、地域のことをよく知っている組合員が多くいることがわかったという。組合員活動を活発化させる決意は固いがそれを実現する「背骨」がないという思いがあり、医療生協の理念を運営委員が理解し共有するために、医療生協について論じている日野氏の文献や医療福祉生協の年史など²⁶⁾を読み進めるとともに、先達が小野支部をどのような思いでつくったのか、当時の活動が地域にどのような影響を与えたのかといった点について、組合員を訪問して口コミで聞いてまわったという。また、郡山医療生協の機関誌『みんなの健康』の配布率が当時の現状分析の中で17%程度であることがわかり、配布担当者になってもらうことをお願いしに戸一戸、住宅地図を使って組合員を訪ね歩いた。このように組合員を訪ね歩くことによって、ようやく町の現状が把握できるようになったという。2013年の時点で、機関紙の配布率は63.5%に至っている。

小野町のような中山間地域の農村は「江戸時代の尻尾がたくさんついている」ような現状があり、それも「新参者は余計な口出しをするな」といった「太いたヌキのような尻尾がある」という。そのようななか、医療生協は活動していかなければならず、医療生協を「民主主義教育の学校にしなければならない」という視点を持つようになった。「医療生協の理念をこの地域で具体化するために何が最も肝心か」という問いのもと、何をなすべきかを考えていったという。具体的には、小野町に住む高齢者のなかには、4万円強の年金

26) 最近の日野氏による医療生協に関する文献としては、日野 [2009] がある。また、医療生協に関する年史としては、医療部会50年史編纂委員会 [2007] がある。

収入で生活しているにもかかわらず薬をもらいにいくにはタクシーを使うしかなく、薬をもらうたびにタクシー代を4,000円近く払っている人がいたり、お年寄りが1人で家にと家族は心配なので、農繁期には高齢の親を町の公共入浴施設に朝早く連れてきて夕方の作業が終わったときに迎えにくるといった家庭があることがわかってきた。このような状況から、お年寄りが外出時に困っているときに車を出してあげられるような助け合いの仕組みやお年寄りの居場所（宅老所）が必要であることがわかってきた。訪問活動を繰り返すことにより町民が抱える様々な具体的な問題がみえてきて、医療生協がやらなければならないこともみえてきたという。

組合活動を活発化させるには、何よりも組合員や地域の住民を訪問することが大事だと運営委員会では考えられている。訪問することによって、心を聞いて話すことができ、言葉を超えたところで地域の人たちの思いがわかってくる。訪問しなければ、支部には様々な情報があっても「頭でっかち」になってしまう。訪問することの大事さが運営委員会全体にしみとおらなければならず、地域の人たちと共に涙したり、共に腕を組んだりするのは訪問することによってはじめてできることであるという。訪問することの大事さが痛感されており、言葉ではなく具体的な行動で寄り添うことの重要さが感じられている。運営委員会が地域を訪問して実践型で活動することこそが、組合員数の増加や増資につながり、地域の信頼を勝ち取っていくことにもなる。そしてさらにはその過程が大事だという。また、小野支部が地域の信頼を得ていく状況を、行政側も認識しているのではないかという。仲間を増やして組織を強くしなければ行政は社会的資源として認めてくれないと感じられている。小野支部が組織的に動いて社会的資源としてみられるようになったことが、町からの事業の受託に結びついていったと運営委員のメンバーは考えている。

4.2.4 小野支部による事業

うえにみたように、地域を訪問することを通じて小野支部が取り組むべきことが明らかになってきた。具体的には、運営委員会の際に、「組合員のゲートボール仲間のなかに奥さんを亡くしてから外に出てこない人がいる」という話題がでたことがきっかけとなった。その人だけの問題ではなく小野町には単身高齢者が約400人いることがわかり、お年寄りが気軽に集まれる場所をつくるために「お元気クラブ」という名称でミニデイサービスをスタートさせた。小野町の公共入浴施設「ゆーゆーこまち」において、入浴やカラオケ、昼食、おしゃべりなどを気軽に楽しめる内容で、30人以上の参加者が集まるようになった。当初は、組合員を対象としており、「ゆーゆーこまち」の使用料金が1人あたり500円かか

るため、弁当代の500円とあわせて、参加者からは1,000円の利用料金をとるかたちで行っていた。活動を行ううえでは全員がボランティアで、利用者の送り迎えもボランティアが自分の車を出してガソリン代も自前で払っていた。他方、小野町では、行政区の老人会に補助金をだして、行政区ごとに「ゆーゆーこまち」で高齢者が入浴できるという事業を行っていたが、小野支部は補助金をもらわず独自事業としてミニデイサービスを行っていた。活動を続けるなかで、「ゆーゆーこまち」施設使用料の500円を減免してもらいたいという交渉を小野町との間で何度も積み重ね、200円に減免されることになった。施設使用料が200円になってからも、利用者からは1,000円を払ってもらっておやつを提供するなどしていたが、先述のとおり、2014年4月から「小野町ミニデイサービス事業」が委託事業となり、郡山医療生協が受託して、小野支部がサービスを提供することになった。

ミニデイサービスの内容はおおむね以下のとおりである。朝、集まると、全員が血压をはかり、その後、ラジオ体操をする。続いて、専門家を招いての勉強会（例えば医療生協の看護師を招いて、認知症や熱中症の話や聞くなど）をして午前中が終わる。昼食は弁当が出るが、ボランティアがそのほかに天婦羅を揚げてきたり漬物を持ってきたりしている。午後は、入浴したり、昼寝をしたりしたのち、カラオケや体験発表（例えば、戦争中の体験を話す。女性は最初から最後まで浪花節のように戦争は嫌いだとしゃべり、男性は俺は兵隊に行つて勲章をもらったと懐かしがってしゃべるなど）を行う。最後に歌を歌う。「赤とんぼ」や「月の砂漠」などをみんなで歌う。みんなで歌うと緩やかな連帯感のようなものがうまれてくる。利用者は参加したことが楽しいという思いになり、ボランティアの人が親切にやってくれるとか、次も参加したいというような気持ちになって一日が終わるといふ別れ方になる。委託事業になってからも、小野町からとりたてて内容に特別な注文があるわけではないが、医療生協がやっているのだから、町からの委託内容を請け負つて行くというだけではなく、医療生協らしい内容にしているとのことである。

また、小野支部の活動に関わるボランティアは多彩であり、ボランティアのメンバーが日々の活動を支えているという。例えば、みんなが集まったときに盛り上げる能力に長けている人もいれば、料理が得意な人、車の免許を持っている人がいて、それぞれの個性を活かして活動が展開されている。料理については、味噌汁に加えて数品作つてきて、弁当にプラスして提供するなど、参加者が楽しめる工夫がなされている。

委託事業（ミニデイサービス）は、雪深い1～3月を除く9ヶ月間（月2回）、年間合計18回開催されている。参加者数は各回40名程度で、二次予防事業対象者が30名程度である。ボランティアは各回10～12名程度で、ボランティアも全員二次予防事業対象者かどうかを

チェックしており、ボランティアのおよそ半分が二次予防事業対象者となっている。小野町の委託事業の対象者は二次予防事業対象者であり、一次予防事業対象者や介護保険を利用している人は原則対象外となっている。そのような組合員からは利用料をとらず、弁当代のみで参加してもらっている。委託事業の対象者以外に対しては医療生協としてサービスを提供し、組合員を対象としている。小野町からは委託事業の対象者（二次予防事業対象者）について、1回1人あたり3,000円が郡山医療生協に支払われる。ボランティアには1回につき1,000円が手当として支払われる。

現在、郡山医療生協が小野町から委託を受けているもう1つの事業が、「小野町高齢者お助けサービス事業」である。先にのべたとおり、小野町には単身高齢者が少なくなく、組合員同士で助け合いがなされていた。炊飯器の電気が入らない、電球が切れたので取り換えてほしい、腰が痛いけど湿布が貼れないなど、細かな悩みがたくさんあって、仲間同士で助け合ってきた。しかし、助けてもらった側はお返しをしようとするので大変ではないか²⁷⁾ということの有償で助け合い活動を行う「お助けクラブ」が立ち上げられた。なお、病院通院や買い物のための、タクシーなどの交通費が、高齢の組合員の生活費を圧迫している状況があり、福祉有償運送やコミュニティバスなどについても情報収集している。

2014年からは小野町からの委託事業（小野町高齢者お助けサービス事業）として、65歳以上の高齢者の困り事に対応することになった。1時間につき小野町から1,500円の委託料が出て、利用者は1時間につき250円を支払う。小野町からお助けサービス事業を受託することにより、ボランティアについても無償から1時間700円を支払う有償ボランティアに変わった。それまでは、組合員同士の仲間内の助け合いということで、ボランティアが自分の車を出して、ガソリン代も自前を出して動いていたが、少しずつ有償のかたちになってきている段階にある。ただし、今まで一度も事故がないからよかったものの、事故が起きたときにどうなるのかという不安をボランティアは持ち続けてきた。現在、ボランティア自身のケガや、賠償が必要な事故に係る保険に加入し、さらに補償範囲の広い保険があるかどうかなどの検討を続けている。

小野町からの委託事業としての「お助けサービス」は利用制限があり、週1回2時間以

27) 有償ボランティアの導入については、一般によく述べられるように、手助けを受ける側が気兼ねして助けを求めるとのを控えてしまう状況を乗り越えることが意図されている。小野支部においても、頭を悩ました結果として有償ボランティアを導入したという。例えば、ボランティア側は献身的な気持ちで手助けをするが、お返しとして例えばビールのケースを手土産に持たされるなど、互いに気兼ねや気苦労が絶えない状況があり、手助けを頼む側も頼まれる側も気兼ねなく気楽にできるシステムとして、有償ボランティアの仕組みを取り入れ、利用単価を決めたという。

内で1ヶ月4回までとなっている。サービス内容は外出や散歩の付き合い、話し相手、清掃、買い物、書類の代筆、家の廻りの整理、庭の手入れなどである。小野町の委託事業は要件を満たしている小野町の高齢者（65歳以上の単身、または世帯）であれば上記の限度内でサービスを利用できるが、小野町の委託事業のお助けサービスを利用できない場合に、郡山医療生協の組合員であれば、郡山医療生協小野支部の独自事業である「お助けクラブ」のサービスを利用できる。お助けクラブのサービスは1時間700円で利用できる。例えば、介護保険サービスを利用している場合にはお助けサービス（小野町委託事業）は利用できないが、介護保険サービスの利用上限を超えた組合員が助けが必要な場合、1時間700円でお助けクラブ（郡山医療生協独自事業）のサービスを利用するという例もみられる（介護保険事業を実費で利用するよりは安くサービスが受けられる）。利用状況については、お助けサービス、お助けクラブともに、それぞれ1ヶ月50時間程度となっている。

組合員を対象として実施している組合員同士の助け合い活動としては、お助けクラブに加えて、「ミニミニデイサービス」がある。委託事業のミニミニデイサービスは、送り迎えの事故を防ぐ必要もあり雪深い時期の1～3月は行われていない。しかし、1～3月であっても、お年寄りがひきこもりがちになるなどの生活課題は残るので、冬季（1～3月）は小野支部が独自にミニミニデイサービスを行っている。事務所のスペースを活用して、手作りの食事を出すなどしている。少人数で5人ぐらいの参加者を想定していたが1回約15人の参加者がいる。委託事業のミニミニデイサービスを行っていない期間のつなぎとなっており、送り迎えもボランティアが担って、1回500円（食事代込み）の利用料で提供されている。

4.2.5 小野支部の活動の展開と課題

小野支部では、「地域で医療生協が何をやるのかを明確にして組織を強化する」ということに力を入れてきた。組織を大きくすることを重点課題とし、組織体制（運営委員会）と活動のイノベーションを進めて、地域づくり（つながりの強化）を図ることが試みられてきた。運営委員会については、以前は、約4分の3を男性が占めていたが、現在では男性は15人のうち5人となっており、組合員になって1～3年の人たちが運営委員の中心を占めている。「男性は立派な理屈は言うけども、具体的ネットワークを作る技はない人が多い」と評されており、実際に考えて動ける人が運営委員会のメンバーとなっている。

組織体制をどのようにつくるかは重要視されている。運営委員会では、約5年前に福島県の老人クラブ連合会の資料を取り寄せた。高齢化が進むなか、老人クラブの会員数が伸びているかというところではなく、組織率が下がっていることがわかった。そのような状

況を踏まえて、運営委員会は次のように考えた。活動のイノベーションがないと組織が大きくなることはない。例えば、与えられた補助金をもとに旅行に行くというメニューだけでは高齢者はたくさん集わない。高齢者は生きがいを感じたいと思っている。そのようななか、活動するためには知恵を使う必要がある。補助金を使うだけでなく、みんなのために何かをしたいという思いや生きがいを発揮できる場をつくっていくことが重要と考えたのである。上記のような考えのもと、特に、東日本大震災以降、体制と活動のイノベーションが必要と考えられて、組織強化が図られてきた。

運営委員会では、来月は何をやるかということ具体的に決める。決定するという側面に加えて、運営委員会は方針を決定すると、自らが実行する。活動自体も運営委員が中心になって進める。小野支部は事務局の仕事も運営委員の人たちが行っている。運営委員会や活動を進める組織体制は、まだ整ったものとなっておらず、すべてが運営委員の負担になっている。あらゆる面で運営委員が中心になっており、決めて実行し、反省もする。事務局長と2人の補佐が活動の中心を担っているが、資金は十分でなく、仕事は非常に多く、日々の業務を進めるのも容易なことではない。町からの委託事業に関連する業務を行う部分については、委託事業費から一定額の手当が支払われてはいるが、生活協同組合としての組合員の活動部分については、医療生協の理念や意義、現在の状況を常に確認しながら、みんながほぼ無償で働くというかたちで行われている。例えば、お助けクラブの活動の場合、困り事を抱えているお年寄りからは、朝の6時に電話がかかってくることもあれば、夜9時過ぎにかかってくることもある。土曜も日曜もかかってくる。運営委員を中心に、休みの日がほとんどない状況でなんとか対応しているという現状がある。常にこのような厳しい状況がつきまとっているところが、小野支部の悩ましいところであるという。

この悩ましさは医療生協の目指すところと関わってくる。医療生協は地域の思いを協同のかたちにかえて実現する組織だと運営委員は考えている。困っている人を見て見ぬふりはできない。医療生協は、見て見ぬふりはできないという思いで出資し、利用し、運営し、自らが作り出している組織である。組合員の要求にこたえるために、みんなができる限りのことをするという思いがあり、医療生協のメンバーはできる限りのことをしようとする。そのようななか、医療生協の思いの実現のために組織を強化することの重要性が強く感じられているのである。

ただし、どこまで困っている人に対応すればいいのか、現場での悩みはつきない。例えば、理事のひとりには次のように述べている。困っている人から「お金を貸してほしい」と頼まれることがある。例えば、ある家族では、母の年金収入7万円のみで、その息子は病

院通いで収入がなく、明日どうやって食べようかという次元で困っている。なんとか助けてもらえないかと頼まれて、まずは親戚に集まってもらってすこし援助してもらえないかと取り次いでみたりはするが、自分も援助せざるを得ないという場合もでてくる。しかし、お金の問題は仮に今月貸しても、また、来月がやってくる。お金の問題は、個人的に貸してあげたから解決するというわけにはいかない。日本の社会の様々な制度の問題でもある。しかし、そうはいってもそれが解決するまで自分が何もしないというわけにはいかないから、多少の援助をせざるを得ないという状況がでてくることもある。経済的な困窮はきわめてまれな例というわけではない。例えば、中山間地域では毎日のように葬式があるが、香典の3,000円や5,000円といったお金がなくて肩身の狭い思いをする高齢者の存在は少ない状況にある。社会福祉協議会の福祉資金の貸付制度もあるが、条件が厳しいこともあって、制度の利用に至らないこともある。また、困窮していることを知られたくないという思いが問題を複雑にしている面もある。ムラ社会では、葬式があれば誰がきていたか誰がきていないかということも含めて、話がすぐに広がる状況があり、多くの人はそのようななか自分のプライドを保ちたい気持ちを持っているが、日々の出費がかさみ、隣近所のつきあいだけで生活が困窮してしまいかねない現状がある。当人が噂を立てられないようにしながら、例えば、医療生協が互助会組織のようなかたちで2万円程度の貸し付けをして、近所から冷たい目でみられないようにしていくような仕組みはできないか、といったことについても勉強をはじめようとしている。地域の人が抱える困り事に対応しようとする問題はつきない。また、対応するために組織の力をレベルアップしていく必要がでてくる。そういう意味で、医療生協の思いをかたちにしていくうえで、課題はつきないという。

5. おわりに

うえにみた2つの事例を踏まえ、市民福祉団体による介護・生活支援の取り組みの意義や課題に関わるポイントを2つあげておこう。第1のポイントは、新しい総合事業のもとでサービスの供給主体のなかに有償・無償のボランティア等が位置づけられたことに関わる。有償・無償のボランティア等で成り立つ助け合い活動は、これまでも制度によって大きな影響を受けてきた歴史があり、今般の改正介護保険制度下でもその影響を受ける可能性が高い。1つ目の事例でみたように、住民・市民による助け合い活動の一部は、2000年の介護保険制度の導入により、制度枠内の事業として実施されることになった。それは、手助けする側と手助けを受ける側の意識の変容をもたらした。「介護の社会化」を目指した

介護保険制度の導入は、準市場の導入により介護の量を増やすことを可能にした。市場取引は、需要と供給のマッチングに適しており、その利点を確認しておくことは必要であろう。だが、他方で市場取引によって損なわれる負の部分も存在する。介護保険制度の導入は、助け合い活動の意味を変容させた。助け合いの精神に基づくやりとりがサービスを受ける権利主体とサービスを提供する義務主体の関係へと変容した。すなわち、助け合い活動は、準市場のもとで貨幣によって取引されることにより、その本質が損なわれたのである²⁸⁾。

2015年改正介護保険制度下での「互助」を前提とした新しい総合事業の制度枠組もまた、助け合い活動の意味を変容させかねない。有償・無償のボランティア等によるサービス供給（住民主体による支援）の制度化は、「互助」精神に基づく行動の意味の変容をもたらす可能性が高い。助け合い活動は、住民・市民の自発的な活動であるからこそ成立している。だが、「互助」によるやりとりが制度化されると、手助けする側と手助けを受ける側の意識の変容を引き起こすであろう。助け合い活動であるからこそ手助けを受ける側は安心して依頼することができ、助け合いの精神で関わるからこそ手助けをする側は活動の意義を実感できる²⁹⁾。地域包括ケアシステムの構想においては、行動原理が異なる主体（住民や地域の諸主体）がそれぞれの特性を活かすことの重要性が述べられ、さらには、各主体の行動がばらばらになされないように首長のリーダーシップに基づく「規範的統合」の必要性が説かれている。しかし、制度に基づき、さらには、首長・自治体が示した規範に基づく活動となった場合には、助け合い活動の源泉となる助け合いの精神や自発性の意味合いが損なわれてしまう危険がある。助け合い活動の本質は、介護保険制度下の準市場の導入による貨幣を通じた取引のもとでも損なわれたが、他方では、国や自治体の制度下に組み込まれることによっても損なわれる可能性がある。制度に位置づけられた活動は、助け合い活動の本質であるお互い様の気持ちや手助けする側の自発性を損ない、貶めることになりかねない。助け合い活動の組織化は人々の意識や心の内面に関わる問題であり、市民福祉団体の多くは助け合い活動の本質を尊重して、活動に関わる人々の助け合いの精神を損なわないように活動を組織化し維持してきたと考えられる。新しい総合事業ではその実施の責任は市町村にゆだねられているが、制度の実施に向けては助け合い活動の本質を尊重する

28) 貨幣で取引されることによって人々の行動の意味が変容すること、道徳心が貶められる場合があることについては、例えば、Sandel [2012] において多くの例が示されている。

29) もちろん、助け合い活動が万能というわけではない。妻鹿 [2010] では住民参加型在宅福祉サービス団体に内在する課題について論じられている。

ことが何よりも求められよう³⁰⁾。有償・無償のボランティア等が関わるという形式だけを整えた場合には、見て見ぬふりできない人々がやむなく活動に関わる状況を生ぜさせ、活動がゆがめられる危険がある。農村部のみならず都市部であっても「ムラ社会」の論理が根強い地域では、立場の弱い人々が助け合い活動や自発性に基づく活動の担い手をやむなく引き受ける状況が生じかねない。自発性を実質的なものにする担保がなければ、「互助」の制度化は非常に危ういものとなる。

うえに述べたことは、地域包括ケアシステムの構想が前提としている「自助」「互助」「共助」「公助」の組み合わせという考え方が、「互助」に基づく活動の本質を十分に踏まえていないことに起因している。そもそも、行動原理の異なる主体を前提とした「自助」「互助」「共助」「公助」の組み合わせという考え方は矛盾を抱えている³¹⁾。さらに、地域包括ケアシステムの構想は、行動原理が異なる主体を首長のリーダーシップによる規範的統合で律することが想定されている³²⁾。もし、その試みが『自助努力』と『助け合い』を押し付ける『規範的統合』（伊藤・日下部 [2015] 64）となれば、「互助」に基づく助け合い活動はゆがめられてしまう³³⁾。現場においては、地域のなかで困り事を抱えている人を見て見ぬ

30) もちろん、現場の困難に直接向き合わない国が、責任を市町村に「丸投げ」しているという側面もあり、規範的統合の推進が市町村に押しつけられていることを指摘しておかなければならない。

31) 「自助」「互助」「共助」「公助」と並列して称されるものの、各概念を並列して同次元で議論できるかどうかの吟味が必要であろう。「自助」「互助」「共助」「公助」という表現は、「誰かが誰かを助ける」ということが前提となっている。助けられる客体は一般には何らかのケアが必要な当事者となるだろうが、助ける主体は様々であり、主体のあり方が「自助」「互助」「共助」「公助」の境界を決める要素となっている。したがって、主体は誰か、各主体の行動原理は何かポイントとなる。その主体について、例えば、「自助」であれば、自分が自分の健康や生活維持に責任を持つという考え方が基本となるであろうが、「自らが企業から購入したサービス」によって生活を維持する場合も「自助」に含むというのが、先にみた社会保障制度改革論議や地域包括ケア研究会における基本的な考え方であり、この場合のケアの主体は企業（の労働者）となる。なお、家族介護の場合には、「家族」が主体となるが、家族介護を「自助」とみなすか、「互助」とみなすかは厚生労働省の文書において定まった見解がない状況にある（二木 [2015] 19-20）。「自助」「互助」「共助」「公助」の組み合わせという考え方は、金銭負担の主体とケアを提供する労働の主体が混在して論じられていることは確認されるべきであろう。

32) この点に関して、例えば、堤修三は、「地域包括ケア研究会報告書」の考え方を「上から目線」の設計主義的発想に基づくものとしており、「地域包括ケアシステムの基本は、地域の事業者・関係者・住民などがそれぞれの地域の実情に合わせてつくりあげる人的ネットワークであるはず」であり、「そのような人と人との信頼関係に基づくネットワークを制度によって実現しようとするには、無理がある」のではないかと述べている（堤 [2010] 144）。これに関して、二木立は、システムという概念は「国が法律またはそれに基づく通知等により、全国一律の基準を作成して、都道府県・市町村、医療機関等がそれに従うものを連想」させるが、「国・厚生労働省が目指している地域包括ケアシステムはこのような意味での『システム』ではなく、各地域で自主的に取り組むことが求められている『ネットワーク』」であると述べている（二木 [2015] 6）。そして、「地域包括ケアシステムの実態がネットワークである以上、全国一律のモデル」はなく、「誰が地域包括ケアシステムの中心を担うかは地域によって違う」という（二木 [2015] 7）。

33) さらに、規範的統合は以下のように評されることもある。「要支援者のサービスを従来の指定事業者による『専門的サービス』から住民主体等の『多様なサービス』に肩代わりさせるために、さまざまな『受け皿』をつくるだけでなく地域社会全体が、『自助・互助』で思想統合され、有無を言わず移行させるような仕組みを形作ろうと

ふりできないという人々の思いがあり、その思いを「私たちの問題」としてとらえて、自発的に解決しようとして助け合い活動の組織化が進められてきた。助け合いの精神や自発性を発露させる点にこそ、市民福祉団体の意義を見出すことができる。

上記との関わりから、第2のポイントとして、「介護の社会化」が上からの動員ではなく、現場からの（ボトムアップの）「社会化」として実現することの重要性があげられる。新しい総合事業に限らず、地域自治組織の広がりとその実践にみられるような地域の課題を住民自らが解決していく営みは、住民自身の自発的な参加に基づくからこそ意義があるのであり、首長・自治体の意向や規範が反映される場合や制度に組み込まれる場合には、上からの動員となって地域の一部の人々に負担が押しつけられる可能性が高い。もちろん、「介護の社会化」のあり方は、地域性や人口動態、高齢化の状況など、地域社会のあり方によって異なるであろうが、住民・市民の主体性や思いを忖度しなければ本来的な意味での「互助」に基づく活動を実現することは困難であろう。住民・市民が地域の課題を自分達の手で解決しようとしたとき、それらの課題を「私たちの問題」としてとらえることによって、「社会化」が実現する。本稿で取り上げた1つ目の事例は、高齢者や障害者等が抱える困難を地域における「私たちの問題」としてとらえ、地域のニーズに応じていく営みと位置づけられる。また、2つ目の事例は、地域課題解決の「社会化」の実践のプロセスを示すものとして把握できよう。地域の住民を訪問することを繰り返し、地域の課題を発見し、その解決のために自らが動き、地域の信頼を得ていく過程³⁴⁾は、現場からの「社会化」の実践の典型といえよう。

なお、現場からの「社会化」を実現するためには、助け合い活動を実施する市民福祉団体の主体性を維持するかたちでの公的な助成が必要となろう³⁵⁾。だが、地域包括ケアシステムが求められる背景には、従来からの福祉国家や福祉レジームの理念をこえた次元の課題

している」（伊藤・日下部 [2015] 64-65）。

34) 井上信宏は、地域包括ケアシステムの機能と地域包括支援センターの役割を分析したうえで（井上 [2011]）、以下のように述べる。「地域包括ケアの実践的な取り組みの好事例では、個別支援や地域課題の解決に向けた取り組みに参加する主体が、日常的な支援を繰り返すなかで活動の流れと意味を自覚し、それを支援の型として認知することになる。こうした支援に参加した主体は、成功体験を積み上げ、それを地域の支援仲間と語り合うなかでお互いの活動を信認しながら、一連の活動のなかにおける自らの役割とポジションを繰り返して確認し合うのである」（井上 [2014] 104）。本稿で紹介した2つ目の事例は地域包括支援センターという場を通じてではないが、うえに引用したのと同様のプロセスを通じて、地域社会の必要に応じているとみなせよう。

35) 現実には、いわゆる「公助」によって対応すべき経済的な困窮でさえ、市民福祉団体が対応せざるをえない状況が生じている。公的な責任の基本が果たされない現実があるなか、市民福祉団体の活動を支える公的助成を充実させる道筋を描くことは容易ではないが、「互助」の仕組みを支える公的助成が不十分なままであれば、すべてを「自助」でまかなう社会になりかねない。社会保障制度における国の責任とは何か改めて根本から問われている。

に直面しているという状況があげられる。すなわち、現代のケアにおける「生活課題の個別性」と「支援資源の地域性」という2つの制約条件のもとで生活保障の再編を進めるには、新しい社会システムのあり方が求められると指摘されるのである（井上 [2014] 106）。その意味において、従来型の福祉国家や福祉レジームの体制を前提とした地域包括ケアシステムの構想が矛盾を抱えたものにならざるをえないのは当然のことといえるかもしれない。そのようななか、本稿で紹介した2つ目の事例からは、地域の文脈に即して地域住民の課題に対応し、さらには段階を踏みながら自治体との関係性をつくりあげているという点において、新しい社会システムの萌芽をみてとれよう。首長・自治体による規範的統合に基づいた公的助成ではなく、地域社会を出発点として人々が抱える生活課題に対応するプロセスのなかから民間の主体と自治体の関係性をつくり出すという点に、現行の社会保障制度および地域包括ケアシステムが抱える限界を乗り越える可能性を見出せるのではなかろうか。従来型の社会保障制度の限界に直面するなか、「互助」という名のもとで助け合い活動を行う市民福祉団体への期待が高まるのは故なきことではないが、その試みはあくまでも地域の主体から発信されなければならないことは銘記されなければならない。

謝辞

本稿の作成にあたっては、ヒアリング先の皆様方に大変お世話になりました。ここに記して感謝申し上げます。もちろん、ありうべき誤謬はすべて筆者に帰する。なお、本研究の一部は、JSPS 科研費15K03703、25380808の助成を受けている。また、本稿執筆にかかわる調査の際に大阪経済大学の藤澤宏樹教授、森詩恵教授にご協力いただいたことに感謝申し上げます。

参考文献

- 伊藤周平・日下部雅喜 [2015] 『改定介護保険法と自治体の役割——新総合事業と地域包括ケアシステムへの課題』自治体研究社
- 井上信宏 [2011] 「地域包括ケアシステムの機能と地域包括支援センターの役割」『地域福祉研究』39号、12-23頁
- 井上信宏 [2014] 「生活保障システムの転換と地域包括ケア」宮本太郎編『地域包括ケアと生活保障の再編——新しい「支え合い」システムを創る』明石書店、79-117頁
- 医療部会50年史編纂委員会編 [2007] 『日本生活協同組合連合会医療部会50年史』日本生活協同組合連合会医療部会
- 江本淳 [2015] 「医療福祉生協をとりまく環境と事業戦略——医療福祉生協の地域包括ケアをめざして」『生

- 活協同組合研究』477号、18-26頁
- 加藤友 [2015] 「福島県小野町 生活協同組合の『思い』で実現した、高齢者支援活動の自治体委託事業化」『住民と自治』632号、21-23頁
- 金川めぐみ・東根ちよ [2011] 「住民参加型在宅福祉サービス研究の現状と課題——先行研究の整理と検討による考察」『経済理論』364号、1-21頁
- 金川めぐみ・東根ちよ [2012] 「住民参加型在宅福祉サービスの歴史的経緯——4区分の形成過程による検討」『経済理論』365号、1-22頁
- 日下部雅喜 [2014] 『2015「改正」介護保険——要介護外し新総合事業に立ち向かう』日本機関紙出版センター
- 社会保障制度改革国民会議 [2013] 「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」
- 社会保障制度審議会 [1950] 「社会保障制度に関する勧告」
- 社会保障の在り方に関する懇談会 [2006] 「今後の社会保障の在り方について」
- 新地域支援構想会議 [2014] 「新地域支援構想」
- 田中尚輝・奈良環 [2015] 『改正介護保険実務ガイド——「自治体」「事業者」「利用者・市民」のための対応マニュアル』明石書店
- 地域包括ケア研究会 [2009] 「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～」地域包括ケア研究会
- 地域包括ケア研究会 [2010] 「地域包括ケア研究会報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング
- 地域包括ケア研究会 [2013] 「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——地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」三菱UFJリサーチ&コンサルティング
- 地域包括ケア研究会 [2014] 「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング
- 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
- 中條共子 [2015] 「介護保険制度への『助け合い活動』参入の意図——『生活支援』をめぐる二つのフレージングの比較を通じた検討——」『社会福祉』55号、135-149頁
- 二木立 [2015] 『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房
- 橋本理 [2000] 「公的介護保険制度下における市民活動団体の動向——大阪府下の事例から」大阪自治体問題研究所研究年報第3号『介護保険』文理閣、95-113頁
- 橋本理 [2013] 『非営利組織研究の基本視角』法律文化社
- 橋本吉広 [2010] 「介護保険制度下での生活協同組合福祉の10年と今後の展開」『金城学院大学論集：社会科学編』7巻1号、120-132頁
- 日野秀逸 [2009] 『地域から健康をつくる——医療生協という挑戦』新日本出版社
- 妻鹿ふみ子 [2010] 「住民参加型在宅福祉サービス再考——『労働』と『活動』の再編を手がかりに」『京都光華女子大学研究紀要』48号、117-145頁
- Hashimoto, S [2015] The provision of care services for elderly people by the co-operative sector in Japan. *EMES Conferences Selected Papers Series*. ECSP-5 EMES-29
- Hayashi, M [2016] The Japanese voluntary sector's responses to the increasing unmet demand for home care from an ageing population. *Aging and Society* 36 (3): 508-533.
- Sandel, M. J [2012] *What Money Can't Buy: The Moral Limits of Markets*. Farrar Straus and Giroux. (鬼澤忍訳『それをお金で買いますか——市場主義の限界』早川書房)