

地域包括ケアシステムにおける保健機能の強化策
として保健補導員等制度を

平成26年10月

長野県の平均寿命延伸に寄与してきた「保健補導員等制度」

昭和40年：脳卒中の死亡率全国1位
平均寿命〈男性〉68.45歳 全国9位 〈女性〉72.81歳 全国26位 であった長野県

この状況改善に向け、
県ぐるみで取り組まれてきた健康増進の施策の中で、全国に先駆けて推進してきた【保健補導員等制度】の概要

— 平成24年「保健補導員等活動のしおり」（平成 24年3月 長野県国保連合会等作成） より —

＜保健補導員の成り立ち＞

昭和20年に須坂市で、主婦等が「保健婦さん何か手伝わせてくれないか」の一声から始まり、昭和33年から、「一家にひとり保健補導員」を目指して研修などを実施し、全家庭に一人は保健補導員経験者がいる状況になった時点で「保健補導員制度」を全市に設置した。

昭和46年に長野県国保地域医療推進協議会が設置され、脳卒中対策として、保健婦、保健補導員等による、冬期室温基礎調査や食事の塩分濃度の調査を行う取り組みが県全体に広がり、昭和40年～昭和51年の間に81市町村で保健補導員等が設置された。

＜保健補導員の名称について＞

保健補導員等が発足した昭和20年当時、「補導」という言葉にお互いに助け合い、より良い方向に導くという
意味があることから、組織の名称として採用されている。

現在、長野県の市町村の52%が保健補導員の名称を用い、それ以外では、保健推進委員会、健康づくり推進委員会、保健委員会連合会、保健委員会等の名称が用いられている。

＜保健補導員等の活動内容＞

- ・地域社会にあって、組織活動により住民の健康生活推進のための問題発見者であること
- ・その地域社会における健康管理の担い手であること
- ・地域住民に保健福祉行政がスムーズに行き渡るための協力者であること
- ・保健師業務のよき理解者であり、また、協力者であるが、助手ではないこと

－ 平成24年「保健補導員等活動のしおり」（平成 24年3月 長野県国保連合会等作成） より －

<保健補導員等の特徴>

「やって良かった」保健補導員

保健補導員等の中には、町内会の日頃の「お付き合い」や「持ち回り」でしかたなく引き受けたという人も少なくないが、任期終了後には「やって良かった」という感想を持つことが多い。

経験者のこうした声には、以下のような保健補導員等制度の特徴が関係している。

【保健補導員等制度の特徴】	【経験者の声】
学習して実践する活動（活動内容の特徴）	→ 「勉強になった」
様々な人と一緒に活動（メンバーの特徴）	→ 「仲間ができた」
地域に密着した活動（選出方法の特徴）	→ 「地域のことがわかった」

活動内容の特徴 —学習して実践する活動—

学習のテーマは、メタボリックシンドローム、生活習慣病、医療保険制度、地域の健康状態等様々だが、保健師に地域の話の聞いたりする「活きた学習」をしていることがポイント。また、研修会や研究会、講習会の参加を通して学ぶだけでなく、地区や市町村の健康課題やニーズに応じた健康教室の企画と実施を通して、さらなる学習につながっていることも重要。

こうした組織的な学習活動により、自分自身の健康づくり（血圧測定、運動習慣・・・）や家族の健康づくり（夫に薄味に慣れさせた・・・）、地域の健康づくり（健診の大切さを受診表配布の際に話した、近所の年寄に歩き方を教えた、地区の公会堂を禁煙にした・・・）といった日常の実践につながっている。

メンバーの特徴 —様々な人と一緒に活動—

保健補導員等の平均年齢は57.5歳（データのある65市町村）で、下は20～30歳代から、上は70～80歳代まで幅の広い年齢層の人が参加しており、違う年齢の人と活動することにより、色々な刺激があって、とても新鮮だったという感想が聞かれている。

職業別に見ても、会社勤務から、農家、主婦など様々で、最近は少ないながら、男性の補導員も徐々に増えつつある。ひとり一人の長所を生かすことで、「保健補導員等ならではの活動」が可能になっている。

－ 平成24年「保健補導員等活動のしおり」（平成 24年3月 長野県国保連合会等作成） より －

<保健補導員等の特徴>（つづき）

選出方法の特徴－地域に密着した活動－

2011年の保健補導員等数は11,259人で、人口1万人当たり52.5人と、多くの保健補導員等が活躍している。任期が2年なので、1973年以降、延べ24万人が保健補導員等を経験しており、県内の女性の5人に1人が保健補導員等を経験していることになる。

活動の一つである検診の受診勧奨は、単に検診の受診を勧めるだけでなく、「地域のことを知る」「高齢者の方に一声かける」きっかけになっている。地域の人と話すことでこれまで気付かなかった地域の課題を見つけられることも少なくないし、地域での顔も広がっている。

保健補導員等が、自治会や民生委員、食生活改善推進、公民館等の団体と連携して活動を進めることがあると回答した市町村が68.4%に上っていることから、保健補導員等は、地域で活動している様々な人たちと協力し合いながら活動を進めていることがわかる。

厚生労働省が推進する「地域包括ケアシステム」の構築

— 「厚生労働省」 ホームページ 「[地域包括ケアシステム](#)」 より引用 —

地域包括ケアシステムの実現へ向けて

日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。

65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えており（国民の約4人に1人）、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も、75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されています。

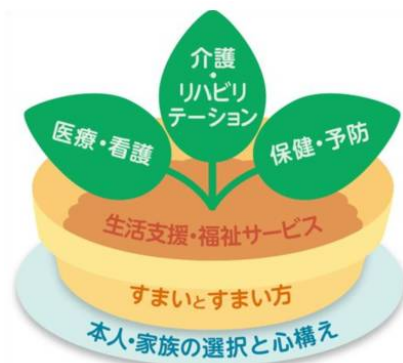
このような状況の中、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年（平成37年）以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。

このため、厚生労働省においては、**2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進**しています。

— 「厚生労働省」 老人保健事業 地域包括ケア研究会

『[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整理】](#)』（平成25年3月）より引用 —

地域包括ケアシステムにおける「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合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】

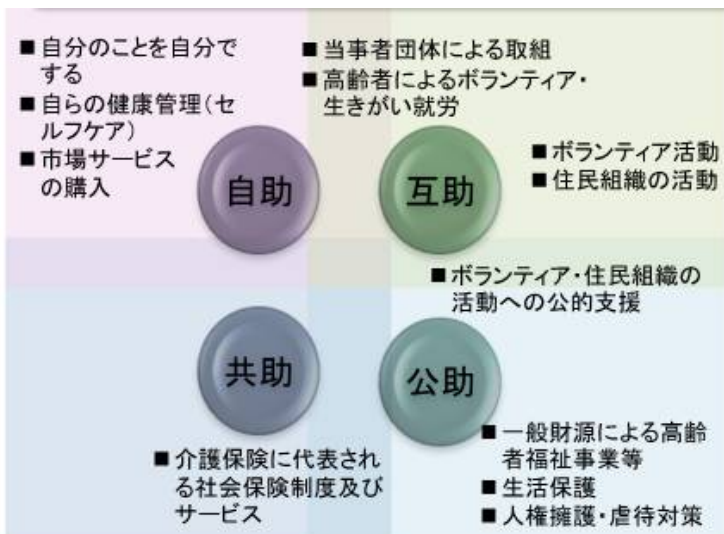
- ・単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのため的心構えを持つことが重要。

厚生労働省が推進する「地域包括ケアシステム」の構築

— 「厚生労働省」老人保健事業 地域包括ケア研究会
 『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】 【今後の検討のための論点整理】』 より引用

The National Policy Research Institute

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



- 【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。

・ 「共助」「公助」を求める声は小さくないが、少子高齢化や財政状況を考慮すれば、大幅な拡充を期待することは難しいだろう。その意味でも、今後は、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなっていくことを意識して、それぞれの主体が取組を進めていくことが必要である。

厚生労働者が推進する「地域包括ケアシステム」の構築

— 「厚生労働省」老人保健事業 地域包括ケア研究会
 『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】 【今後の検討のための論点整理】』 より引用

<地域のすべての住民>

- 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、すべての住民のかかわりにより実現。
- 市町村が、地域住民の意識付けや個人の意欲の組織化を施策として積極的に取り組み、社会全体の運動につなげていくことが重要。

<担い手としての高齢者の社会参加>

- 今後の地域包括ケアシステムを考えた場合、高齢者は単なるサービスの受け手、利用者ではなく、自ら能動的に地域で活躍する主体として捉える考え方—すなわち「高齢者の社会参加」が重要である。特に、介護保険の第一号被保険者であっても65歳から75歳までの要介護認定率は、5%未満であり、ほとんどの高齢者は自立した生活を送ることができる状況にある。
- こうした積極的な高齢者の社会参加は、地域における支援の担い手となるだけでなく、高齢者自身の生活に対する意欲を高め、最終的に要介護状態となることを予防する効果を持つものである。「働く」ことは高齢者にとっても重要な自己実現であり、より自然な社会参加の形態である。「働く」ことによる社会参加の機会を意識的に生み出すことが重要である。また、多くの高齢者にとっては、自らの行動が社会に貢献しているという実感そのものが、社会的な孤立を解消し、生活への意欲を向上させるという意味で「介護予防」にもなるという認識をより広めることが必要である。

- 地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」は、介護、医療、予防、住まい、生活支援・福祉サービス
- 少子高齢化や財政状況を考慮すると、今後は、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなる
- 地域包括ケアシステムは、地域のすべての住民のための仕組みであり、すべての住民のかかわりにより実現
- 地域住民の意識付けや個人の意欲の組織化を施策として取り組み、社会全体の運動につなげていくことが重要
- 高齢者をサービスの受け手としてだけではなく、自ら能動的に地域で活躍する主体として捉えることが重要
- 高齢者が主体的に地域で活躍する「高齢者の社会参加」は、支援の担い手となることのみならず、介護予防にもなる

「地域包括ケアシステム」に“保健補導員等制度”を組み込む

地域包括ケアシステムの観点から

- 地域包括ケアシステムの5つの構成要素の1つに「保健・予防」掲げられていること
※「専門職によって提供される」との記述あり
- 少子高齢化、財政状況の観点から、「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みが求められること
- 地域住民の意識付けや個人の意欲を組織化して、社会全体の運動につなげていくことが重要であること
- 高齢者が地域で活躍できる機会の創出が期待されていること
- 高齢者の社会参加は、支援の担い手確保のみならず、介護予防にもなること

保健補導員等制度（長野県）の観点から

- その地域社会における健康管理の担い手であること（保健・予防）
- お互いに助け合い、より良い方向に導くという取り組みであること（互助）
- 組織的な学習活動により、自分自身の健康づくりや家族の健康づくり、地域の健康づくりといった日常の実践につながっていること（社会全体の運動）
- 保健補導員等の平均年齢は57.5歳で、下は20～30歳代から上は70～80歳代まで幅の広い年齢層の人が参加していること（高齢者の社会参加機会）
- 保健補導員等の活動を通じて、「勉強になった」「仲間ができた」「地域のことがわかった」「地域での顔も広がっている」等、地域貢献の実感や生きがいにつながっている（介護予防）



「地域包括ケア」という言葉のイメージから、現時点で支援を必要としている方々へのサービス提供が連想される可能性が高いが、構成要素には「保健・予防」が掲げられており、また、少子高齢化・財政状況からも「保健・予防」の取組みを強化する必要がある。

上記のように、「地域包括ケアシステム」と「保健補導員等制度」の親和性は高いことから、医療費・介護費の抑制の観点から、各都道府県においても取組みが進められている「保健補導員等制度」を「地域包括ケアシステム」に組み入れた形で一体化させ、保健活動を強化することが望ましいと考える。