

## 第2章

### 地域ケア会議を実践に導く提言～推進のポイントの理解を深める～

#### 1 地域包括ケア推進における課題

竹端寛（山梨学院大学法学部政治行政学科）

##### 1) 自治体がなぜ地域包括ケアを推進する必要があるのか？

地域包括ケアをなぜ推進する必要があるのか？ それは我が国の社会情勢の急激な変化に対応している。2025年には団塊の世代が75才以上の後期高齢者世代に達し、この10年間に認知症高齢者、高齢者夫婦のみ世帯や高齢者独居、も増加している。その中で、このままでは介護保険料や医療費が上昇し続け、国や自治体の財政を圧迫する事が危惧されている。また、近年では精神科病院に入院する認知症患者が急増しているが、本来認知症の治療のために必要な入院はそのうちわずかであり、地域での認知症者への支援体制の不足による「長期社会的入院」が多い。これは、要介護者の長期社会的入所者の問題とも通底する課題である。

だが、あなた自身は、介護が必要だから、という理由だけで、住み慣れた自宅を離れて施設・病院入所もしかない、と思えるだろうか？ 要介護高齢者だから、認知症患者だから、と、いって、長期社会的入院・入所をするのは、本来のあるべき姿ではない。病院・施設中心ケアから、認知症でも、ターミナルでも、ALS やパーキンソン病でも、地域で継続的に支える仕組み作りを作る事が急務とされている。自治体にとってみれば、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続ける為に、どのような支援体制が構築できるか、そしてそれが財源的な部分も含めて「持続可能性」をどう担保できるか、が課題である。その時に、着目されたのが、包括ケア、という方法論であった。では包括ケアとは何を意味するのか。

資金・運営・ケア提供者のレベルにおいて治療（cure）部門とケア（care）部門の内部の相互間で連携、提携、協力を作り出すために考えられた一連の技術や組織モデル（『日欧米の包括ケア』新井光吉著、ミネルヴァ書房）

この定義から明らかなのは、治療とケアの「相互間で連携、提携、協力」が自治体（資金）、地域包括支援センターや福祉施設・医療機関（運営）、ケアマネージャーやヘルパー、看護師（ケア提供者）の各レベルで行われる事によって、より効果的なケアシステムを構築する事が出来る、という視点である。では、なぜその「包括ケア」の前に「地域」という言葉がついているのであろうか？

このことを考えるために、「在宅生活」と「地域生活」という、一見よく似ている二つの言葉の違いを押さえておきたい。要介護状態になっても、ヘルパーさんに来てもらって、デイサービスにも出かけているので、入院や入所せずに自宅で暮らしている。この状態は「在宅生活」ではあるが、「地域生活」であるかどうかは疑わしい。介護保険のサービスを活用して自宅で暮らしていても、要介護状態になる以前の、無尽や会合に出かけたり、近所の人と茶飲み話に花を咲かせたり、孫や子供と楽しい時間を共有したり、という「なじみの人々との関わり合いや信頼関係」が奪われてしまつては、生きる喜びも楽しさも人生の質（QOL）もかなり低下する。つまり「在宅」生活とは違い、「地域」生活とは、そのような様々な人々との「関わり合いや信頼関係」を継続する、あるいはつなぎ直す生活である。ということは、「地域包括ケア」が射程に入れるべきは、「治療とケア」だけでなく、ご本人の「関わり合いや信頼関係」を維持・発展するための「相互間で連携、提携、協力」が求められるのである。

ゆえにその旗振り役は、自治体圏域という特定の範囲内において、運営・ケア提供者だけでなく広く住民にも強い影響力を持つ、保険者＝資金管理者である自治体行政に求められている。もし、自治体が地域包括ケアを真剣に取り組まなければ、地域で安心して暮らし続けられる支援体制作りが構築できないだけでなく、その地域での医療費も介護保険料も無秩序に増大し、住民の安心も安全も護れなくなる。ただその際、自治体行政だけで地域包括ケアを主体的に推進するのは不可能である。特に住民同士の「関わり合いや信頼関係」の維持・発展支援には、社会福祉法に「地域福祉の推進を図ることを目的とする団体」と規定されている市町村の社会福祉協議会との連携・共同も必要不可欠である。

一人一人の住民の生きがいや役割、誇りをもち続けること（自助）、住民同士が関わり合いや信頼関係を維持する中で、地域の中で見守りや支え合い、地域活動を展開すること（共助）、医療・保健・福祉の様々なサービスを使って住民の安心と安全を守り続けること（公助）の3つ全てをトータルに考える事ができるのは、保険者でもある基礎自治体である。そこで、自助と共助への支援をどう展開出来るか、および治療（cure：医療）とケア（care：保健福祉）サービスをどのように切れ目なく展開できるか、を考えるのが、地域包括ケアシステムである、と整理できる。この推進のためには、住民、民生委員や町内会・自治会、ボランティア団体やNPO、社会福祉協議会、介護保険事業者、医療機関・・・など、地域での自助・共助・公助に携わる関係者・組織の全体像を把握し、有機的にお互いを結びつけ、より効果的で住民にとって価値ある支援をどう展開出来るか、が自治体行政に求められている。つまり「大きな地図の中での位置づけ」が地域包括ケアシステム構築には必要不可欠なのである。

その際に、大切なのは「本人中心」「住民主体」という姿勢である。

## 2) 「本人中心」と「住民主体」

自治体職員にとって「住民主体」という言葉は聞き慣れている一方、「本人中心」という言葉になじみのない人も少なくない。ここで、認知症ケアにおける「本人中心」の定義をご紹介します。

- ・ 年齢や認知能力に関係なく、全ての人間には絶対的な価値があるとする価値観
  - 市民としての権利と権限を促進する
- ・ 各々の個性を大切にした個別アプローチ
  - 神経学的疾病には個性や個人史が反映している
- ・ サービス利用者の世界観への理解
  - 個人の経験には心理学的妥当性があり、この視点に寄り添うことに大きな可能性がある
- ・ 心理的なニーズを支援する社会環境の提供
  - 自分の疾病を補い、個人的成長の機会を促進する社会環境を必要としている

(Brooker, D.(2007) *Person-centered dementia care*, Jessica Kingsley Publisher p12-13)

これは、地域包括ケアシステムを推進する上で、絶対に外してはならない視点である。例えば第2章2節では「間違った効率化」の例として、「ケースの類型化・パターン化」や「ニーズを生む個人的事情への無理解」を指摘している。なぜ安易な「類型化・パターン化」が問題かといえば、それは同じ疾患・同程度の要介護状態であっても、そこには「個性や個人史が反映」することによって、「病気のしんどさ」や「生活のしづらさ」は異なってくるからである。また、いわゆる「ゴミ屋敷」などに代表されるように、支援する側から見れば「異常」に思えるようなケースであっても、「個人の経験には心理学的妥当性があり、この視点に寄り添うこと」なく勝手に周りで支援を展開すると問題は何も解決しない、という場合も少なくない。

また、「要介護者」や「困難事例」とラベルを貼ることによって、対象者を「何も出来ない無力な人」とおとしめる事になってはいないか。第2章4節で述べられているように、「加齢によって生み出される価値」を大切にしながら、「徐々に衰えていく自己の心身機能とどう向き合うのか」を支援することが、要介護者自身の「疾病を補い、個人的成長の機会を促進する社会環境」を作ることにもつながる。

そのためにも、現にサービスや支援を受けている人を「本人中心」の視点で捉えるだけでなく、地域住民全体の「住民主体」を重視する必要がある。行政にお任せ状態である地域なら、住民達の力を引き出すエンパワメント支援が必要不可欠になる。そこで、第2章5節でも述べているような、町内会や自治会、民生委員だけでなく住民団体の組織化支援を行う社会福祉協議会のコミュニティー・ソーシャルワーカー（CSW）の力が重要不可欠になってくる。また「住民主体」の取り組みを進めようとするならば、第2章3節で書か

れているように、まずは行政や専門職が「知ったかぶり」をせず、その地域のことを知らないという当たり前の前提に立ち返り、住民たちに教わるという姿勢を持つことが大切だ。あなた自身が「年齢や認知能力に関係なく、全ての人間には絶対的な価値があるとする価値観」で向き合おうとしているかどうか、を住民は見抜いている。知らない地域のことを住民たちから教わり、学ぶ中でこそ、「その地域のことを『好きになる』」ことが可能なのである。

つまり、地域包括ケアシステムを推進するためには、「本人中心」と「住民主体」はキーワードなのである。万が一、縦割り行政の都合を住民側に押しついたり、住民の声に基づかない専門職主導で進めたら、地域ケア会議なるものは一瞬にして形骸化する、と警告しておく。

### 3) 地域包括ケアシステムの 5W1H

山梨の各自治体で地域包括ケアシステムを構築・推進するにあたって大切な論点を、以下では 5W1H に沿って整理していく。

#### (1) Who (誰のために? 誰が?)

まず真っ先に問われるべきは、この地域包括ケアは誰のために構築されるものなのか、という問題である。「そりゃあ、要介護状態のご本人のために決まっているではないか」、という反論が来そう。だが、現在支援や見守りが必要な人、だけが対象者ではない。同じ地域の中で、普段から関わり合いのある人が支援や見守りが必要を必要としている。あなた自身、既にこの状態におかれているかもしれないし、近い将来、必ずそうなる。あなた自身だって対象者になる可能性は十分にある。つまり、これは誰にとっても他人事ではなく、対象者は広く地域住民全体のために、そして将来の自分のために、という視点を持つておく必要がある。

また、誰が地域包括ケアシステムの主体的責任を担っているのか、が不明確なままでは、事業は進まない。本来なら、地域包括ケアシステムの推進は、自治体行政が、責任をもって取り組むべき課題である。この地域包括ケアシステムを推進する中で、地域福祉計画、介護保険事業計画や障害福祉計画とも密接に連動する内容に発展する可能性が高いため、地域包括支援センターに丸投げしては、事業展開が進まない。

ただ、全体統括は自治体の責務であるが、地域作りの部分では地域包括支援センターや社会福祉協議会と、そしてサービス調整や連携については、介護保険事業者や医療機関にも、役割分担をしてもらう必要がある。

#### (2) What (何を?)

どんなに重度な要介護状態であっても、ターミナルや医療的ケアが必要でも、「住み慣れ

た我が町」で「関わり合い」を維持しながら暮らし続ける支援体制を作り上げるためには、自助・共助・公助の持てる力のフル稼働と有機的連携、お互いが抱え込まない・つぶれない役割分担関係の構築が必要不可欠である。地域ケア会議とは、そのための重要な手段となる。

ただいくら地域ケア会議を行っても、行政も社協も介護保険事業所も、自らの事業ベースでのみ仕事をしていると、お互いがタコソボに陥り、誰も全体像を見なくなってしまう。そこでもう一つ大切なのは「大きな地図の中での位置づけ」である。本来、地域福祉計画や社会福祉協議会の地域福祉活動計画は、そのマッピング機能を果たしている「はず」のものである。また、介護保険事業計画や障害福祉計画は、そのマッピングの中で、互いが有機的に連携しながら機能「すべき」ものである。だが、現状では、コンサルティング会社に丸投げして、住民アンケートをとっておしまい、という各種計画が実に多い。これでは、地域包括ケアシステムに求められる個別の地域課題を行政計画に吸い上げる、という「地域課題発見機能」や「政策形成機能」を推進する事は不可能である。

そこで、これから地域包括ケアシステムを推進するにあたって、地域ケア会議等の中で出てきた「困難事例」の集積の中から「地域課題」を整理し、その「地域課題」の解決に向けた政策形成を実行するためのマスタープランとして地域福祉計画を位置づけるとともに、各領域での具体的な推進方法論として介護保険事業計画等の各種の福祉計画を位置づけることが求められる。地域ケア会議の積み重ねの先に自治体福祉計画が連動していなければ、せっかく掴んだ地域課題のニーズを自治体が無視・放置することになりかねず、「地域の問題を地域の中で解決する仕組み」は成り立たない。

### (3) Where(どこで?)

地域包括ケアシステムは基礎自治体単位で推進すべきであるが、「本人中心」「住民主体」の見守り・支援体制を作り上げていくためには、重層的な構造が必要不可欠である。本報告書の中で「町内会・自治会・行政区」レベルで実施する地域ケア会議のモデル事例を紹介するのも、まずは「本人中心」の支援体制の構築には、身近な地域のなかで「住民主体」で支え合う事が必要不可欠であるからだ。

ただ、個別の事例には、地域内での共通する課題が隠れている場合も少なくない。すると、個別の支援事例の積み重ねから見えてくる地域課題を、小学校区（旧村レベル）や中学校区（旧町レベル）で整理し、広域課題として捉えると、効率的で効果的な解決策が見いだせる場合もある。

前述の「町内会・自治会・行政区」単位、「中学校区」単位で整理してきた課題をもとに、自治体全体で施策化すべき課題や、各種の福祉計画に反映すべき課題を探るのが、自治体レベルでの地域包括ケア会議であろう。とすれば、各地域の実情や、合併以前と以後の変化、地理的な広さ等の観点を勘案した上で、町内会・自治会単位－旧町村単位－市町村単位、の3層構造程度の重層システムが必要不可欠である。

#### (4) When (いつ?)

時間軸で考えると、すぐに出来る事ーちょっと工夫すれば出来る事ー予算化・事業化が必要な事、に分けて取り組む必要がある

すぐに出来る事とは、地域包括支援センターと自治体行政での、地域包括ケアシステム推進に向けた作戦会議であろう。その際、社会福祉協議会や障害者領域の基幹型相談支援センター等との、作戦会議の段階からの協働も検討する必要がある。また、現時点で行われているサービス担当者会議等で挙げられている個別事例に関して、地域課題として検討すべき内容がないかを精査するのも、すぐに出来ることである。

ちょっと工夫すれば出来る事とは、地域包括ケアシステム推進のプロジェクトチーム作りも挙げられる。チーム作りの中では、行政の縦割りや多職種の方向性のズレを超えた、5W1Hの共有や共通認識化が必要不可欠になる。お互いの立場や専門性の違いが意外と大きいいため、このすり合わせには時間をかける必要がある。ここの部分を手抜き・怠ると、たちまち会議は形骸化するだろう。また、認識が共有できた段階で、具体的にモデル地区を設定しての地域ケア会議の実践と検証、「困難事例」の検討、あるいは地域課題のアセスメント、などのモデル実践を試みるのも有効である。これらの認識の共有とモデル実践の展開を通じて、医療機関や介護保険事業所との連携体制、また社会福祉協議会や民生委員などとの連携体制、なども見直し、何が課題になっているか、を浮き彫りにすることも重要である。

予算化・事業化が必要な事としては、地域包括ケアシステム推進のための、担当責任部局の設置と全庁的対応の仕組み作りであろう。それがないと、自治体の全ての地区で地域ケア会議を開催することは不可能である。そのためにも、県内外の地域包括ケアシステム構築の先進地への視察・交流や研修会の開催、スーパーバイザーの活用等も検討する必要がある。また、相談支援体制の見直しや、南アルプス市のような福祉総合相談窓口設置、あるいは社会福祉協議会のコミュニティ・ソーシャルワーカーへの財源確保や委託内容の検討、さらには各種福祉計画の策定に、この地域包括ケアシステムの取り組み内容を接続すること、なども予算化や事業化の検討課題である。

#### (5) Why (なぜ?)

国が地域ケア会議を位置づけたから、国が指示する範囲で、とりあえずこの会議を設定する、というスタンスでは、この仕組みは成功しない。

実は、地域包括ケアシステム、および地域ケア会議は、地方分権の試金石である。なぜなら、自治体の現場での支援課題は、その自治体の人口規模や地理的条件、社会資源の質と量、住民の気質や特性、これまでの地域福祉の推進体制の歴史的経過・・・などに大きく依存している。ゆえに地域包括ケアシステムに関しては、抽象的なモデルや、先進地域の具体事例を示すことが出来ても、こうすれば成功するという画一的で標準化したノウハウを指し示す事は不可能である。国が示しているものも、あくまでも上記の範囲内である。つ

まり、この問題は、個々の自治体で、行政担当者と専門職、住民が共に汗をかきながら、一緒に考える中でしか、解決策が生まれないのである。

これは、画一的で規格化が可能な自治体事務を遂行されてこられた自治体担当者にとっては、ある種のカルチャーショックかもしれない。しかし、福祉課題の解決は、法や制度の運用・適用と違い、「これをすれば正解」という唯一の「正解」はない。むしろ、その地域や現場で、「こうしたら成功した」という成功を導く解決策、つまりは「成解」\*を導き出すしかない。そのために、「本人中心」「住民主体」という前提にたって、住民と行政、専門職が、巻き込み・巻き込まれながら、共に考え合いながら、解決策を模索するしかない。この手引き書にも、国のマニュアルにも、「正解」は書かれていないのである。

自分自身が高齢者になったとき、認知症になったとき、医療的ケアが必要になったり、要介護状態が重くなったとき、「我が自治体に住んで良かった！」と思えるような地域作りを今から展開していく。「他人事」ではなく、「自分事」の視点を持って、「本人中心」「住民主体」の考え方で、自分たちの自治体にあったやり方を模索するしかない、のである。  
\*この「正解」と「成解」の違いについては、矢守克也『防災人間科学』東京大学出版会に詳しい。また、福祉分野における両者の違いや、「成解」を導く方法論については、拙著<竹端寛『枠組み外しの旅ー個性化』が変える福祉社会』青灯社>の中でも検討している。)

## (6) How (どのように?)

第1章で述べた、山梨で大切にしたい地域ケア会議の定義をここで再掲する。

地域ケア会議とは、自分の住んでいる地域でよりよい支え合いの体制づくりを作るためのツールであり、単に会議を開催すれば良いのではなく、各地域の実情に基づいて、地域づくりの展開のプロセスの中で、開催形式や方法論を柔軟に変えていくことが求められる、動的プロセスである。

地域ケア会議の具体的な展開を考える際、「各地域の実情に基づいて、地域づくりの展開のプロセスの中で、開催形式や方法論を柔軟に変えていくことが求められる、動的プロセスである」という部分に着目する必要がある。

「地域の実情に基づいて」進めるためには、地域ケア会議に関わる住民・行政・専門職間での「お顔の見える関係作り」がないと始まらない。この部分をなおざりにして機械的に計画を推進しても、現場では全く役立たない会議になってしまう。

また、「対応方法」を検討するケース会議を超え、「困難事例」を読み解き、掘り下げる中で地域課題という地下水脈を掘り当てる、というボトムアップ制が必要不可欠である。「サービス担当者会議」や「事例検討会」などから浮かび上がる地域課題について、「小地域ケア会議」の中で、その地域の課題を抽出し、関係者を集めて解決に向けた検討を行う地道な努力の積み重ねが大切である。その具体的方法論や、小地域の課題を自治体の課題に吸い上げる方法論は、第1章にも示されている。

繰り返しになるが、地域ケア会議の推進において、唯一の正しい「正解」はない！ そ

の自治体・地域特性、社会資源、地理的・風土的特徴を活かした形での「成功」する「解決策」(＝「成解」)を作り出すしかない。そして、その推進は、自治体行政こそが担うべき重要課題なのであり、自治体担当者は住民や専門職と協働して、この課題に取り組むべきである。第4章に登場する山梨県内の3人の実践者達も、地域の中で「成解」を模索してきた。この手引き書を読むあなたも、3人の実践から学びながら、自分たちの地域・自治体なりの「成解」を導くための試行錯誤や模索を続けて頂きたい。



## 2 支援困難事例を通して考える地域課題

伊藤健次（山梨県立大学人間福祉学部福祉コミュニティ学科）

### 1) はじめに

地域ケア会議は、個別ケースの支援内容の検討という手法を用い、①自立を支援するケアマネジメントを地域全体に普及すること、②支援ネットワークを構築・強化すること、③具体的な地域課題やニーズを把握すること、の3点の達成を目的としている。多くの地域包括支援センターや社会福祉協議会は、これらの目的に沿った様々な取り組みを行い、地域包括ケアの推進に取り組んできた。しかし、取り組みの成果が個別の支援にとどまっている、個々の援助者やその所属組織内での共有にとどまり地域へ波及しない、地域課題の抽出やネットワークの強化につなげていけない、などの声を耳にする。

発揮されている機能の面から見ても、地域ケア会議が果たすべき機能として、①個別課題解決機能、②地域課題発見機能、③連絡調整機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能、の5つが提示されているが、現状においては個別課題解決機能が中心となっている印象を受ける。

これらの状況を踏まえた上で本節では筆者のこれまでの事例検討実施を通じて得られた知見をもとに、地域ケア会議における個別ケース検討のあり方について提案したい。

地域ケア会議の3つの目的を達成していくには、課題解決に特化し対処療法的になりがちなケース検討から、一度離れる必要があると考える。いわば地域全体で体質改善を行い病気にかかりにくい体を目指す漢方療法のような、地道な取り組みを展開することが、遠回りに見えても目的達成への一本道なのではないだろうか。寄せられる「困難事例」を深く掘り下げることによって、表面に見えている枝や葉の問題にだけ対処するのではなく、地面に埋まっている根本的要因に迫ることで、森全体を再生する手がかりが得られるのではないだろうか。一本の木であれば一人の援助者が必死になれば対処できるかもしれない。しかし森全体を手入れするには様々な専門性を持つ多くの人手が集まらなければ手の打ちようがない。普段何気なく見ている一本の木を、参加者の様々な専門性や経験を活用しててっぺんから根っこまで眺め渡し、見上げ、俯瞰してみることで、その一本の木を通して森全体の様子がわかり、結果として5つの機能が発揮される下地が生まれるのではないかと考える。

具体的には従来の「どのように支援するかを検討」を行うケースカンファレンス的内容から脱却して、なぜこのような状況が生まれるか、なにが影響して悪化させ、改善が妨げられているのかを、事例検討によって様々な角度から再アセスメントし、事例そのものを深く掘り下げ、問題の本質に迫っていく必要があると考える。

### 2) ケース検討の現状と問題点

#### (1) 対応方法を検討するケース検討の限界

多くのサービス担当者会議やケースカンファレンスで中心的なテーマとなっているのは「このケースにどう対処すれば良いか？」という、対応方法を問うものである。しかし対応方法の話に終始してしまい、この対応がよくない、援助のこの部分が問題だ、というあら探しになってしまうとの声も耳にする。大勢の前で問題点を指摘され、つるし上げられるような状態では教育的な効果は望めず事例検討への参加そのものに二の足を踏む恐れがある。また、仮に対応方法を編み出すことができたとしても、利用者や家族に拒絶されたり、短期的には沈静化しても根本的な解決には至らずに再燃したり、不本意な結果に終わることも少なくない。関係者が知恵を集めて何度も検討しても解決しなかった「困難事例」を題材に事例検討を行うと、とっくに終結した事例であるにも関わらず対応した援助者の心の引っかかりや不全感が激しく表出されることも珍しくない。こういう際にも決まり文句のように発せられるのは「こういう場合はどうすればいいのか」という方法への問いである。このことからわかるのは、表面化している「モンダイ」に対して対症療法的に関わることはできても根本的な解決が望めないでいる現状と、対応方法を検討するタイプのケース検討の限界である。同時にこの点にこそ、地域ケア会議におけるケース検討に必要な内容が隠されているのではないだろうか。

## (2) 従来のケース検討の問題点

従来のケース検討の最大の問題点は一つの事例を掘り下げ切れず対応方法の検討に終始しがちなことである。対応方法の検討だけでは、援助者の個人的能力でなんとか解決に導いたとしても、そこで作り上げたネットワークや実践知を振り返り評価し共有する間もなく次のケースに当たり、そこでまた対応方法を考えることの繰り返しとなる。結果としてせつかく築き上げたその個人技は伝承されることもなく、その人にしか出来ない一代限りの名人芸と化す。

ではなぜ、対処療法的に対応方法を探し求めてしまうのであろうか。影響する要因には二つあると考えられる。1 つめはマンパワー不足に起因する「間違った効率化」、2 つめはケースを掘り下げきれず根本的要因を見逃すこと、である。これら 2 つの要因は相互補完的に作用して課題の解決を困難にする。

1 つめの「間違った効率化」とは、少ない人員で対応しようとするあまり、ある程度ケースのニーズを類型化しその対応もパターン化してしまっている点を指す。ニーズの類型化は一見効率的であるが、類型の見立てが間違っている場合や、類型に当てはまらない個性的ケースには全く効果がない。また、援助者自身が類型化し対処していることに気がつかないでいるケースも散見される。類型化する時点で実は援助者が相当な力量を持っていることと、地域での実践知が蓄積され共有されていることが前提になるのである。

地域包括支援センターや社会福祉協議会は、守備範囲が広く地域支援の中核として様々な役割を担い、悪戦苦闘しつつ配置人員以上の成果を上げている。余力のない状況の上に多くの「困難ケース」が寄せられ、援助者の個人技と地域の様々なサービスの組み合わせ

で「なんとかけりをつけ」、一つのケースをようやく収めたら、またすぐに次の困難ケースがやってくる、というモグラたたきになってしまっている。このようなマンパワー不足の状況下では、一見効率的に見える「間違っただけ効率化」が推進されやすい。

2つめの根本要因を見逃すこと、とはひと言で言ってしまうとニーズやニーズを生む個人的事情への無理解を指す。あらゆる援助者は当事者や家族のニーズを把握しようと熱心に取り組んでいる。しかし個別性に富んだ広く深い人生の森は、そう易々とよそ者を受け入れて全容をさらしてはくれず、高度な対人援助技術を身につけていなければ核心部分にたどり着くことは出来ない。根本要因を見逃すことが、解決に至らない原因となり、モグラたたき状態を生む一因にもなる。「困難事例」と呼ばれる援助者が必死に関わっても解決に向かわないケースでは、多くの場合「本人や家族にとっての問題」と「援助者が認識している問題」が一致せず、援助者がその不一致を認識せずに空回りをしている場合が多い。こういった場合ではいくら対応方法を検討しても、問題の箇所が異なっている以上、解決は望み得ない。

人体の機能とシステムを対象とする医療においては、病名が確定すればある程度、標準的な治療というものが存在し、それに沿って対応方法を決めていくことができる。しかし「標準的な人生」というものを定められない以上、ニーズを類型化することは意味を持たず、その人の人生に根ざした奥深いニーズであればあるほど援助者がつかみきれずに「困難事例」と化す恐れは強まる。多くの援助者は個別化してケースに当たらなければならぬことを頭ではわかっているし、なかなか解決に向かわない困難ケースであればなおさらである。そのためになかなかありがちに思えるケースであろうと掘り下げて考えることが必須であるはずだが、少ないマンパワーで課題に立ち向かわなければならない現状では、一つ一つのケースで足を止めて掘り下げて考える余裕がないのであろう。

### (3) 具体例で考える ゴミ屋敷問題の解決はなぜ難しいのか？

ここまでの内容を具体的な例で考えてみたいと思う。いわゆるゴミ屋敷問題は解決しにくい地域の課題とされている。多くの自治体で対応に苦慮し、東京都足立区のように条例を制定し撤去費用を拠出し生活支援と組み合わせた対応をとる例も出てきている。ゴミ屋敷問題では、周辺住民は悪臭や虫の発生、景観の悪化などに悩まされ、切実に解決を願う。しかし行政が介入し、一度はすべて撤去しても、時間が経つと元に戻っているという例があつとを絶たない。これは、表面に見えている具体的な問題点に対処しても、根本要因の解決がなければ再発してしまういい例である。ゴミの撤去という行為は悩まされている周辺住民や援助者にとっては解決だが、本人が「片付けられない」という悩みを持ち、「かたづけたい」というニーズを持っていない限りは本人にとっての解決にはなり得ない。

この場合、本人にとってのニーズは別にあり、周囲の人間がいかにか撤去方法に知恵を絞り、そのことを本人にどう納得してもらおうかを検討しても効果は上がりにくい。むしろ本人からはこの事態がどのように見えているのか？ 客観的に見ればゴミとしか思えないも

のをため込むのはなぜなのか？ 何が解決を妨げているのか？を掘り下げ、本人にとっての問題の中核を探ることこそが、地域ケア会議におけるケース検討では必要なのではないだろうか。

ゴミ屋敷問題に限らず、地域で起きる様々な困りごとは、その地域や当事者個々人に固有の文脈をもち、その文脈に沿って見なければ何が問題なのかすら、わからないことも生じる。きわめて個別性に富む当人の主観的なニーズをキャッチするには、当事者の視点から、その人の人生のレベルで掘り下げていま生じていることを見つめる必要がある。これこそが問題の中核を見つけ出す際に必要な視点であり、地域ケア会議におけるケース検討はこのようなことを念頭に置いて進める必要がある。

### 3) 「困難事例」の検討を行う意味と今後の地域ケア会議におけるケース検討の方向性

#### (1) 困難事例の検討を行う意味

「困難事例」は複数の要因が複雑に絡まり、担当援助者の個人の努力では解決しがたい、地域課題の凝縮されたものとも捉えることができる。そのため、「困難事例」の解決には必然的に地域ネットワークの活用が求められ、対応方法に特化せず困難事例のケース検討を実施することは、地域ケア会議が果たすべき5つ機能をもれなく活用することを意味する。一般に困難というのは地域や社会や組織の最も弱いところに現れる。そういう意味からも困難事例をやっかいな対象として扱うのではなく、地域の潜在的な危機に真っ先に警報を鳴らしてくれる「炭鉱のカナリア」のような貴重な存在として丁寧に読み解いていくことが、地域包括ケアの土台となっていく。

名医は表面に出ている少ない症状からその病名を予測し、予測に沿った検査を実施することで効率的に病名を絞り込み確定診断を下すことができる。熟練した援助者も実は同じように当事者や家族と向き合っているのではないだろうか。その前提となるのは医師が人体と病に精通しているように、地域と人生に生じる様々な課題に精通する必要がある。従来の方法検討型のケース検討ではこういった点を深めることは困難である。地域ケア会議におけるケース検討は、困難事例に対して対応方法（how）を探るのではなく、なぜ、どうして、何が（why・what）がわからないことからくる問題のありかをじっくりと掘り下げていく必要がある。

これまでの記述と矛盾するようだが、すべてのケースを吟味し尽くすことが出来ない以上、解決方法の発見を一度脇に置いて、一つのケースを掘り下げて再アセスメントをし尽くし1つの事例から豊かで奥深い人間の人生を学び、大事にストックすることが有効になるのではないだろうか。このことは単純なケースの類型化と似ているようで、全く違うものである。モグラたたきのように表面化した出来事だけを個別の特殊事例として扱い、そういった特殊事例への対処方法をノウハウとして身につけるのではなく、対応力を高めつつ、同様の事象が他にも数多く潜在していることに意識を向けるには掘って掘って、表面からは見えない深い地下水脈を掘り当てる覚悟が必要であると思う。事例を深く掘り下げ

ることで当事者のニーズを的確にキャッチする能力をはぐくみ、これまで取り逃がしてきた地域課題を発見していくシステムの一つとして事例検討が機能することが求められる。

## (2) 今後の地域ケア会議におけるケース検討の方向性

では地域ケア会議におけるケース検討の目的と実施方法とはどんなものなのだろうか？地域に暮らす人たちがより良く支え合うことを目指すのだとすれば、最終的なゴールは、住民目線でいえばその地域に暮らす人たちの困りごと対応能力が向上し、困っているけど「問題」にはならない状態が増えること（住民の解決能力の向上）、「問題」が生じたときにどこに相談に行けば良いのか、どことつながれば良いのかがわかること（適切に頼れること）、であり、援助者目線でいえば、個々の援助者の問題発見能力（真のニーズをつかむ能力）と解決能力が向上すること、そして個々の援助者が蓄積した実践の知が、他の実践者も活用可能な形でストックされ、熟練者の技と知恵が引き継がれていくこと、といえるであろう。地域包括ケアにおいては特定個人の頑張りだけでなく、地域の支え手全体のレベルアップと、課題解決の仕組みが作り上げられていく必要がある。その意味では地域包括ケアにおける事例検討では実践家としての成長をサポートし名人芸を継承するための教育の場としての側面も意識しなくてはならないであろう。

だとすれば、事例検討のゴールも援助方針が固まり、そのための援助方法が決定する、というサービス調整レベルでは不十分ということになる。優れたスーパーバイザーが寄せられる相談を短時間に次々と解決することはむしろ、住民や個々の援助者の解決能力向上というゴールを遠ざける結果を招き、必要以上の依存（何でもかんでも行政に頼る、上部組織に頼る、上司・先輩・地域の「デキル」援助者に任せる、という不適切な頼り方を助長する）を生み出すことにもなりかねない。そう考えると、地域ケア会議におけるケース検討は、困難事例を読み解き、本人や家族にとって今の状態はどう認識されているか、彼らの主観的な立場からみた、必要不可欠なものは何か？それは人生のどのようなプロセスを経て形成されてきたかを再アセスメントし、様々な「なぜ・どうして・何が」を参加者全員で掘り下げていくことが得策である。これは単純なノウハウの蓄積ではなく、専門職としての思考を積み重ね、それに基づく行動レベルの実践知というべきものの蓄積し、地域で共有する、ということであり、地域課題を解決する仕組みを構築するということでもある。

### 3 地域課題の把握とアセスメントの視点

望月宗一郎（山梨県立大学看護学部地域看護学）

#### 1) はじめに

大切な人を思い浮かべてください。親や親友、旦那、恋人、片想いの相手でも構いません。その大切な人に自分ができることは何なのかを考えると、「そういえば、あの人は甘い物が好きだったなあ。でもあんこだけはダメだったかな。」「最近肩こりがひどいって言っていたなあ。健康には気をつけているみたいだけど運動は苦手みたい。」等々、まずはその人のことをよく考え、その人が何を必要としているのかを把握します。片想いの相手だったら、自分の知らない情報を得るために周囲の人に相談したりすることもあるでしょう。

この章を読んでくださっている方々は皆「私たちの住んでいる（勤務する）地域をもっと住みやすくしたい」と考えています。冒頭の話は、地域の課題を把握することによく似ています。まず、その地域のことを「好きになる」。そして「よく知る」ことから始めなくてはなりません。自分がやるべきことの優先順位を考える暇もないくらい目の前にある仕事に翻弄される毎日。いつの間にか事業が先に立ち、その事業の目的すら見失っていることが往々にして見受けられます。「誰のために」「何のために」活動するのか、を念頭に置くことを、改めて伝えさせていただきます。

#### 2) 課題の明確化

皆さんが日々個別事例に対する支援をする際には、そこに生じている問題を引き起こしている原因を探り、それを解決するために課題を明確にしたうえで、最善策を講じるプロセスを踏んでいると思います。私が今回の事業の中で痛感したことのひとつとして、「問題」と「課題」を混同すると今自分たちが何（誰）の問題解決のために行動しているかが不鮮明になり、その評価も曖昧となってしまうことが挙げられます。一般的に、問題とは「本来あるべき姿（目標）と現状との差異（ギャップ）」と考えられており、そこに差異が生じている状況を「問題」と認識します。また、課題とは「現状をあるべき姿に近づけていく（目的を達成する）ために解決すべき事柄」といえます。課題を明確にするには、その問題となりうる現象が「誰にとっての問題で、何が原因で、何が足りないのか、どうすれば解決に至るのか」等を的確に見極める必要があります。

課題が明確になると、いま実践している活動の中で優先順位を繰り上げて解決策を練り、計画的に活動を展開していきます。また、その取り組みのプロセスを結果と結びつけて評価します。この一連の流れはまさに、Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Action（改善）のPDCAサイクルです。PDCAサイクルは、情報の集積から課題を的確に見出し、その解決に向けて質の管理や、維持・向上、継続的な業務改善を促すマネジメント方法の一つです。問題解決にはプロセスがあり、特にPlan（計画）を立てる際には、次の3つのプロセスを意識することが大切です。

①現状を把握し、問題を認識する。

⇒ ②問題状況をアセスメントし、課題を明確にする。

⇒ ③課題を基に目指すべき目標を設定したうえで、計画を立てる。

「課題の明確化」と問題解決のための「計画立案」は自転車の両輪のようなものです。計画を実行したあとは、結果を検証し、再度計画を見直していきます。

個別課題においても地域課題においても、このサイクルを良好な状態に保つためには、今起こっている問題とその課題を常に明確にしておく必要があります。「常に」と書いたのは、問題は経時的に変化するものであるし、課題も問題状況の変化やそのときの環境に応じて変わっていくものだからです。

また、地域課題を現状からの確に見極めるためには、今ある情報をアセスメントする力をつける必要があります。アセスメント (assessment) は、「査定・評価価値」などを意味する英語ですが、日本では「分析・評価」の意味で用いられることが多いため、私は地域課題を把握するプロセスを「地域アセスメント」と呼んでいます。

### 3) 地域アセスメントのための情報収集

地域包括ケアを進める際には、その地域とそこに住む人たちをよく理解し、その地域の生活の仕方の特徴や健康課題を明らかにすることから始まります。「この辺りの地域の人たちは、なんだかみんな降圧薬を飲んでいるなあ。」とか「この部落では、脳梗塞で倒れた方がこの冬に3件もあったようだ。」という情報が日頃の活動の中で皆さんのアンテナに引っかかったとき、これらが果たしてその地域の実情と言えるかどうか、その答えを導くために適切な客観的資料を集めていく作業が必要です。上記の例でしたら、その地域の医療情報をレセプト等から集めたり、その地域とともに歩んできた医療機関に話を伺ったりしてもいいでしょう。当事者やその家族から直接得られる情報に限らず、その人たちを取り巻く地域の社会資源（病院、介護施設、スーパー、公園、運動施設、企業、教育・研究機関等）に注目してみてください。また、社会資源には人的資源も含まれます。例えば、自治会や愛育会等の地区組織、地域ボランティアやNPOの活動、民生委員による見守り活動、近くに住む家族や親戚の関わり方、ご近所付き合い等々。これらと、地域包括支援センターや社会福祉協議会による既存の活動を照らし合わせながら、この地域に不足しているモノ、もしくは特徴的なその地域の「強み」などを整理していく必要があります。

もう少し幅広くアセスメントしていきましょう。まず不可欠なのはその地域の人口動態です。出生率や死因別死亡率、転入や転出の状況にも着目してみてください。次に人口静態です。65歳以上高齢者の割合や独居者の割合、3区分別人口割合、もしくは昼夜の人口が大きく異なる地域もあると思います。そのほか、その地域の財政力や主な産業、家族形態や所得水準、住環境や交通の便、治安、祭りや食文化・・・、挙げ出すとキリがないですが、これらの情報を必要に応じて集めていきます。具体的に何をアセスメントしたらよいかを表にまとめてみましたので、参考に見てみてください。情報収集の際の留意点としては、

その地域を代表するような形で情報が的確に集められているかどうかです。既存の資料に必要な情報がなければ、場合によってはそこに住む人たちに直接聞き取り調査やアンケート調査を行うことも必要となります。また、地域ケア会議こそ、地域課題の把握と整理の絶好の場となると、私は確信しています。

次に大切なことは「比較」です。地域の特徴を知るためには、ほかの何かと比較する必要があります。比較の原則として①属性比較、②時間比較、③地域比較の3つが挙げられます。属性比較では、性別、年齢階級別に比較するのが基本となります。経済状況による違いを見ることも重要です。時間比較は、主に年次推移のことです。前年度や2年前との比較、もしくは5年ごと、10年ごとの中長期的な比較も大切です。地域比較では、全国や全県、保健所管内、同じ人口規模の地域などと比較します。その際に活用していただきたいのが「政府統計の総合窓口（e-Stat）」のホームページで、これは今まで各府省からバラバラに提供されていたわが国の統計データを一つにまとめたポータルサイトです。この政府統計は、人口、医療、経済、産業、消費、教育など、多岐にわたっています。地図表示やグラフによる説明もあり、地域アセスメントに有力なツールだと思います。検索サイトで「e-stat」と入力するか、URL「<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/>」で、どなたでも閲覧可能です。

#### 4) 最後に

地域アセスメントに必要な情報、特に統計データの多くは自治体から得られるものです。しかしどの自治体でも、蓋を開ければ保健部門や介護部門、国保の健診データ部門等が縦割りとなっているため、情報が横串で管理される仕組みとは言い難い状況です。地域アセスメントを進めていくと、縦割りの壁に必ずぶつかります。他部署に対し、どの情報が何のために必要かを具体的に説明しディスカッションを繰り返すことで、徐々に組織内の連携が生まれ、継続的に把握・管理できる仕組みづくりができてくると思われますので、日頃からの横の繋がりを大切にしていきたいです。

また、私は保健師ですので保健師活動を例にとってみると、保健師は当事者の健康課題について、保健統計や健診データの集積、個人を取り巻く家族や周囲の人々、その環境と切り離さずに捉えて分析し、いわゆる個から地域の健康課題を導き出してきました。また、地区組織活動の中から住民の生の声を的確に拾い、施策化に貢献してきたという歴史もあります。地域課題の把握は、保健師の従来の活動そのものだと考えております。そう考えると、ここで全く新しいことを始めるというよりは、むしろ今までの皆さんがされてきた地道な活動の「振り返り」をしっかりと行うことに通じるのではないのでしょうか。



### 地域アセスメント表

カテゴリー	サブカテゴリー	データの例示
1 人口構成	人口動態 人口静態	総人口・3区分別人口 出生率・死亡率 転出入人口・昼夜人口 性別年齢別人口 地区別人口
2 健康	疾病構造 寿命・健康寿命	死因別死亡率 寿命・健康寿命 特徴的な疾患や症状 要介護認定者数
3 家族	家族形態 世帯構造	世帯総数(核家族世帯・高齢者世帯) 独居高齢者数・障害者数
4 労働	雇用状態 就業状況	雇用形態別人口 所得水準 生活保護世帯数
5 文化	社会規範 風習	教育背景別人口 歴史 習慣・住民の価値意識 祭事・特産物・伝統工芸
6 物理的環境	地理的条件 気候 住環境	地形・位置・面積・土壌・河川 街並み・騒音 土地利用・道路・線路 生活の豊かさ・困難さ・清潔さ
7 経済	基幹産業 地場産業 流通システム	産業別人口 産業別事業所数 失業率 購買力
8 政治と行政	行政組織 政策 財政力 住民参加状況	自治体の方針・条例 政策(総合計画・保健福祉計画・事業計画) 自治体の財政力指数 政治的風土・投票率(政治への関心)
9 教育	学校教育 生涯教育	学校教育機関数・配置 生涯教育機関数・配置 図書館数・利用状況
10 安全と交通	治安 災害対策 交通	治安機関の数・配置 犯罪発生率・検挙率 救急車出動率・消防車出動率 ライフライン(上下水道・ガス・電気)の整備 公共交通機関の整備
11 コミュニケーション、情報	近隣関係 地区組織 通信手段	地域の親交状況 近隣との人間関係 地区の公的組織・民間組織 ボランティア団体の種類・数 新聞・タウン紙・ローカルテレビ・ラジオ 通信手段の普及状況 インターネット利用状況
12 レクリエーション	レクリエーション施設 憩い・交流の場	広場・空地の活用方法 文化・スポーツ・娯楽施設の利用状況 公園の雰囲気
13 保健医療と社会福祉	保健システム 医療システム 福祉システム マンパワー 連携・調整システム	保健センター・医療機関 医療費・介護保険料 介護保険サービス提供事業者数・内容 福祉施設と提供サービス内容 障害者支援 年金 保健医療福祉従事者数 地域包括ケアシステム構築状況 NPOの種類・数

コミュニティ・アズ・パートナーモデル 及び 佐伯和子著「地域看護アセスメントガイド」参考、一部改編

## 4 老年期をよりよく過ごすために

### －地域包括ケアシステムの中で保健・医療・福祉が果たす役割－

小山尚美（山梨県立大学看護学部老年看護学）

#### 1) はじめに

人は年齢を重ねることで、経験を積み、英知を獲得し、いわゆる「円熟」「老練」などという言葉で表現されるように、加齢によって生み出される価値を獲得していく。例えば、若くて柔軟な発想の政治家が、時代にあった政策を推進していくこともあるが、その一方で、政治家歴の長い者がこれまで培ってきた経験・人脈・判断力を用いて政権の為に尽力するといったこともあるだろう。本章をお読みいただいているあなた自身はどうだろうか。若いころと比べ体力・作業効率などの衰えを感じていたとしても、新人の仕事ぶりをみながら「若い時にはこうなりがち」「もう少し経験を積めばわかってくるだろう」と自分自身に経験を積み重ねたからこそ生み出されている価値を自覚することはないだろうか。このように、人間には流動性知能（短期記憶、情報処理など）と結晶性知能（過去に身につけた知識や経験を生かした判断力、問題解決力）があり、老年期には、流動性知能は低下するが、結晶性知能は保たれることが知られており、特に「判断力」「組織力」などは、この時期に磨きがかかることも珍しくない。その一方で、歳を重ねることで、生理的機能の低下が顕著となり、数々の老年病に罹患しやすくなり、身体面の衰退が出現するのも事実である。特に、高齢者の場合、何らかの疾病や障害を抱えたときに、臓器の変化が単に部分的な変化にとどまらず、全体的に日常生活機能全般にわたって変化をもたらすことが少なくない。

「ピンコロが理想」と言う高齢者の発言を耳にしたことはないだろうか。これは「ピンピンした身体で晩年まで過ごし、最期はコロっと逝きたい」という意味であり、老いて人の世話を受けたくないという高齢者の願望ともとれる。しかし、「ピンピンした身体でないと自分の人生を“価値あるもの”として納得した形で全うできない」という現代社会の課題ともとれるのではないだろうか。生きている限り人は老いていく。したがって、加齢による疾病や障害を抱え自立した生活が維持できなくなる可能性は誰もが持っており、やがて最期の時を迎える。その過程の中で、どのステージにおいても人生を“価値あるもの”として全うするために、地域包括ケアシステムの中で保健・医療・福祉がどのような役割を担うのか、ここでは、老年看護の立場から述べていきたい。

#### 2) 価値ある老年期を過ごすために

わが国では核家族化の進行、三世代の家族形態の減少に伴い、かつては家庭や地域の中で自然に営まれていた世代間交流の機会が少なくなっている。そのため、高齢者と身近に接することで得られる情操的な教え、老いの諸相や看とりについての理解といったことが若い世代のなかで希薄になっている。また、生産性・効率性・利益重視の考えでは、

人は生産的であるべきという社会的役割期待があり、高齢者自身が自らの価値を見失う危険も大きい。したがって、老年期のポジティブな意味について高齢者自身を含んだ全ての世代が認識すること、高齢者の力を社会の中で生かせるような地域活動を、地域の実情に合わせて作り上げていくことが大切である。

第1章で示した表1『各圏域で実施する地域ケア会議の内容例一覧』の「町内会・自治会・行政区」の地域ケア会議は住民主体の問題解決組織である。問題を解決することを主眼におきつつも、高齢者が自己の経験を生かした活動を行い、人と人が触れ合う交流の場ができることが、健康づくり、介護予防にもつながる。こうした取り組みは、保健・福祉分野でこれまでも実践してきた部分もあるだろう。住民が主体となる地域包括ケアでは、高齢者が行政から与えられた役割を担うのではなく、高齢者自身が自分達の培ってきた経験から生まれる価値を認識し、また行政とともに地域の課題を把握したうえで、主体的に活動していく姿勢が重要である。

では、疾患や障害などにより介護が必要になった高齢者は社会の中でどのような役割を担うのか。彼らは他者の援助を受けながら生活すると言う意味で“自立\*”は難しくなっても、自らの意思で「委ねる」ことを決定できるという意味で“自律\*”は保たれる。老いの過程や最期に向かう各段階で、最期まで自律した人生を全うする姿を、他世代に「いずれ行く道」として示すという役割があるのである。介護が必要になったら施設へ、死は病院で迎えるという社会構造では、徐々に衰える心身機能の捉え方・向き合い方・支え方は、当事者になって初めて直面することとなり、困惑のうちに他者に決定を委ねてしまうことも考えられる。人は必ず老いること、加齢変化は徐々に訪れること、助け合いながら生活する術、介護を受ける立場になっても他者の援助を上手に受ける術を、全ての世代が学んでおく必要がある。第1章で示した表1の「町内会・自治会・行政区」の地域ケア会議では住民が学び合い、共に考えるという意味での学習・啓発もその役割として期待されている。真の意味での高齢者理解をこうした機能とリンクさせ、老年期を価値あるものとして過ごせる地域作りをサポートしていくことが、保健・福祉分野に求められるのではないか。

(\*ここでは、自律：自己決定できる自由があること、自立：人に頼らず一人でできることを意味する)

### 3) 高齢者の自立した生活を支援する為に

どんなに健康的な生活を送っていても、老化や疾病を完全に遠ざけることは難しい。しかし、疾病を抱えながらも、症状や疾患のコントロールを適切に行えば、高齢者が自立した生活を維持することはできる。そのためには、適切なタイミングで医療サービスを受け、疾病や障害が最小限となるよう支援することが必要である。例えば、「最近活気がない」という高齢者を、閉じこもり防止の為に何らかのサービスにつないだ途端、家族・近隣・行政・事業所などの関係者が安心してしまうというケースはないだろうか。高齢者の疾患の特徴として、「自覚症状が乏しい」「症状が非定型的」であることが挙げられるうえ、生き

てきた時代背景から「弱音を吐かない」「がまん強い」人が多かったり、認知機能やコミュニケーション力の低下から自分の状態を的確に伝えられない人もいるだろう。したがって、「活気がない」の裏側には、身体の不調・認知機能の低下・精神機能の低下などが潜んでいる場合もあり、これらが顕在化もしくは重症化してから医療サービスを受けるのではなく、早期の段階で高齢者の発するサインに気づき、早期対策・早期治療を行うことが、その人のその後の自立した生活の維持につながる。第1章で示した表1『各圏域で実施する地域ケア会議の内容例一覧』の「中学校区・旧市町村単位」の地域ケア会議の役割・機能には、各従事者のスキルアップと関係機関の連携も含まれる。したがって、地域包括ケアが推進されていくにつれ、こうした事例ではサービス担当者がベストなタイミングで医療系サービスにつなぐことも期待できる。しかし、それだけで十分だろうか。

先述したが、表1の「町内会・自治会・行政区」の地域ケア会議では住民が学び合い、共に考えるという意味での学習・啓発もその役割として期待されている。例えば、「最近物忘れが目立つ」などの場合、本人も家族も「認知症」と診断されることを恐れ、受診を先延ばしにする例をよく聞く。もちろん、こうした本人・家族の思いも理解できるが、“疑い”から“診断”となることで打てる対策も多くある。進行防止の為に治療の開始はもちろん、周囲の人が疾患を理解し、適切に本人に接することで、ずいぶんと本人は暮らしやすくなるだろう。したがって、住民が当事者意識で医療機関の上手な利用法を学習し、その知識を自分の為・家族の為・地域の為に役立てられるようになることが必要である。加齢変化は誰にでも訪れるものであり、「加齢によって生み出される価値」とともに、「徐々に衰える心身機能の捉え方、向き合い方、支え方」を、住民が自分ごととして捉えることが重要である。高齢者の自立を支援するために、住民が自分達の手で医療を上手に活用できるようになっていくこと、その過程を保健・医療・福祉が協働して支援していくことが、超高齢社会の今、求められているのではないか。

#### 4) 高齢者の自律した生活を支援するために

内閣府は、「介護が必要になった場合、どこで介護を受けたいか」という問いに対し、自宅と回答する者が41.7%で最も高かったことを報告しており<sup>1)</sup>、高齢者は要介護状態になっても可能な限り住み慣れた地域や自宅で生活し続け、人生の最期のときまで自分らしく生きることを望んでいることがわかる。しかし、加齢変化や様々な疾患への罹患、転倒事故などに伴って入院治療が必要になることもあり、本人が望む日常生活を継続していくためには、急性期医療も不可欠となる。しかし、この急性期医療も、それ単体ではむしろ、高齢者にとっては暮らしにくさを生む要因ともなり得ることがある。例えば、入院という環境の変化による身体機能・認知機能の低下、危機的状態を脱したのちに残る障害、治療の継続・管理の難しさなどである。

近年、急性期病院のDPC導入により、過剰診療が防止される一方で、在院日数短縮の流れが進み、医療依存度の高い状態での転院・転所・退院を余儀なくされるケースも少なく

ないのが現状である。したがって、急性期医療を受けた後に、高齢者が住み慣れた環境で自律した生活を送るためには、医療、生活支援、介護サービス間の連携が必要不可欠である。2008年に行われた山梨県内5つの所属（病院、訪問看護ステーション、行政、社会福祉施設、事業所）の看護職を対象とした継続看護に関する調査<sup>2)</sup>によると、7割以上の看護職が有効な連携・スムーズな連携が図れたと回答している一方で、病院看護職の継続看護に対する関心及び積極性は、他所属の看護職と比較して優位に低い結果であったことが報告されている。山梨県内の医師を対象とした地域連携に関する調査は見あたらないが、脳卒中医療の地域連携に関する医師の意識調査<sup>3)</sup>や、急性期病院を対象とした調査<sup>4)</sup>では、急性期病院と回復期病院及び一般診療所との間の連携に比べ、自治体との連携が取れていないことが報告されている。こうした中、近年、「退院患者が引き続き療養を必要とする場合、病院管理者は保健・医療・福祉サービス提供者との連携を図り、療養の継続に配慮しなければならない」と改正医療法（2006年）で明記され、後期高齢者医療制度では退院調整部門への看護師または社会福祉士の専従配置を基準とした退院調整加算が新設され（2008年）、2010年の診療報酬改定では、地域完結型医療の実現に向けて地域の機関が連携することで報酬が得られるようになるなど、医療機関の地域連携を強化する体制が整いつつある。

今回、第1章で示した表1『各圏域で実施する地域ケア会議の内容例一覧』でも、「中学校区・旧市町村単位」、「市町村全域・自治体が設定する保健福祉圏域」地域ケア会議の「主体・担い手」には、医療関係担当者・医療機関代表者は当然のことながら含まれている。しかし、構成メンバー間でどのような連携を行っていくのかについては具体例として十分に示すことができなかつた。これは、今年度の地域包括ケア推進研究会のメンバーに医療機関担当者が含まれなかつたことが理由として考えられるが、医療機関の地域連携体制が整えられ始めてから日が浅く、まだまだ医療機関の地域連携意識が不十分であることも理由として考えられる。また、佐藤らの調査<sup>2)</sup>では7割以上の看護職は有効な連携・スムーズな連携が図れたと回答していることから、継続看護連絡票などにより連携が図れている事例が大半を占め、連携課題のある事例が埋もれていることも理由として推察できる。今後、地域ケア会議が推進されていくにつれ、医療機関との連携に課題のある事例が十分に検討・整理され、個別課題から地域課題としての関係機関の相互連携における具体策も見えてくることを期待したい。

##### 5) 医療機関と地域の関係者（行政・サービス事業所・ケアマネ等）が地域ケア会議の主体的な担い手となるために

では、医療機関を地域ケア会議にどのように巻き込んでいくことが有効なのだろうか。佐藤ら<sup>2)</sup>は、連携がスムーズに図れた群は「相互の連絡が容易に取れる」「必要時会議の開催がある」と高く感じており、「他組織の看護職から期待されているという認識がある」「相互の連絡が容易に取れる」といった特徴があったことを報告しており、富田<sup>5)</sup>は、地域医

療連携の推進に関し、医療・看護・介護サービスの各職種間での「顔の見える関係」の構築が連携の基盤作りとなることを示唆している。「病院の医師や看護師は怖い。なんとなく近づき難い。」という印象を持つ地域の関係者の声を聞くが、一方で「連携してみたら、意外と話はスムーズだった」という声も耳にする。医療機関の関係者も地域連携の必要性を感じており、地域連携体制強化の流れの中で地域医療に対する意識は高まってきている。お互いの垣根をなくし、双方が「期待されている」という意識がもてるよう、まずは、個別ケースにおける退院カンファレンスを積極的に設け、顔の見える関係作りを強化していく必要があるのではないだろうか。

入院中の患者は24時間の医療・看護が展開される環境で疾病・生活の管理を行っている。しかし、退院後のその人の生活環境によっては、入院中に管理してきたことが継続できない場合も少なくない。定時の内服やバランスの良い食事・入浴・排泄など、入院中に“日常”として行っていることが、その人自身の心身機能の低下に加え、独居・家族がいてもその機能が崩壊している場合・経済的問題などによって、実行困難なケースもある。地域の関係者は、日々の仕事としてこのようなケースの支援に入ることも多く、また、実際のその人の生活環境を目にしており、当然のように退院後の生活をイメージし必要な支援を考えるだろう。しかし、医療機関の関係者は、退院後の疾病・生活管理ができずに入退院を繰り返す患者の存在から、地域医療連携の必要性は認識しているものの、実際にこうしたケースの地域での生活を目にする機会は少ない。また、退院時の心身機能でもとの生活環境に戻るのが明らかに難しいケースでは、医療機関の関係者も地域医療連携が必要と判断できるが、医療機関がそのケースの詳細な生活環境に関する情報（例1：同居家族がおり一見すると家族の支援が得られそうだが、実際の関係性は非常に悪く支援体制は不十分。例2：入院費の支払いなどは問題なく、一見すると経済的な問題を抱えているとは考えにくい。普段から家族が生活費を浪費しており、食費・医療費を削って生活する可能性がある。）を得ていない場合はどうだろうか。

しばしば地域の関係者の「病院から必要な情報が来ず、困る」との声が耳にする機会があるが、医療機関も地域医療連携の必要性を判断するための情報がなければ、「地域から必要な情報が来ず・・・」ということになるのではないか。したがって、医療機関も地域の関係者も双方が「大切な情報を持っている」「期待されている」と認識しながら、互いに連絡を取り、情報提供を行っていく。こうした意識で、個別ケースの退院カンファレンスを開催していくことが、顔の見える関係作りの土台として重要である。そして、個別ケースを積み重ねることで、自ずと地域医療連携における地域課題が見えてくるのではないだろうか。こうした地域課題を医療機関・地域の関係者の双方が共通認識し、その地域の実情に合った連携システムを構築するためのツールが、まさに「中学校区・旧市町村単位」、「市町村全域・自治体が設定する保健福祉圏域」の地域ケア会議である。この地域ケア会議においても、医療機関・地域の関係者が「両者は大切な情報・役割を持つ機関として、地域ケア会議の主体・担い手として欠かすことができない」という認識を持つことが重要であ

る。この認識のもと双方が積極的に地域ケア会議に参加することは、互いが「高齢者の自律した生活を支援する」という共通の目標を持って日々奮闘していることを再認識する機会となる。そして、こうした目標達成の近道として、地域ケア会議が機能することを互いが認識することで、より両者の主体的な参加につながっていくのではないかと。

## 6) おわりに

高齢者に限らず、人は皆、地域、家族のなかで生活をする事ができれば、障害や病気と向き合いながらもその人らしく生きる力を持っている。その力を発揮するためには、その人自身、その地域が力をつけ、保健・医療・福祉などの関係機関も力を付けながら、継続的な支援を実施していくことが必要である。そのための仕組み作りのツールとして、地域ケア会議が機能していくよう、それぞれの立場で考え、実施していければと思う。

- 1) 内閣府共生社会政策統括官（2007）：高齢者の健康に何する意識調査，  
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h19/kenko/zentai/index.html>
- 2) 佐藤悦子，他（2009）：在宅ケアシステムの視点からみた山梨県内の継続看護の実態と連携のスムーズ例に関連する要因の検討-異なる組織に所属する看護職間の連携に焦点をあてて-，山梨県立大学看護学部紀要 11，61-71)
- 3) ファイザー株式会社（2010）：脳卒中治療に関する意識調査，  
[http://www.pfizer.co.jp/pfizer/company/press/2010/2010\\_05\\_21.html](http://www.pfizer.co.jp/pfizer/company/press/2010/2010_05_21.html)
- 4) 古賀政利，他（2009）：脳卒中地域医療の現状を把握するためのアンケート調査 急性期病院の現状，脳卒中 31(2)，67-73
- 5) 富田直明（2011）：地域医療連携推進における宇和島保健所の働きかけの有用性の評価，日本公衆衛生学会誌，52（9），768-777

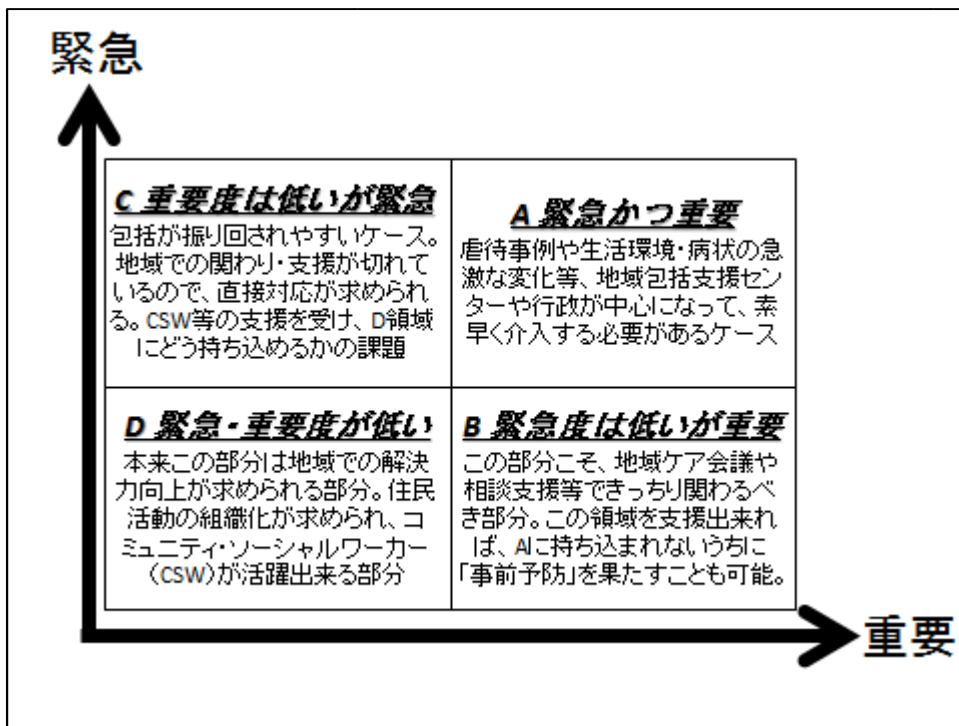
## 5 地域包括ケアにおける行政・包括・社協の協働の必要性

竹端寛（山梨学院大学法学部政治行政学科）

### 1) なぜ現場は切羽詰まっているのか？

各地域の地域包括支援センターは、地域包括ケアシステム構築に関して、非常に期待もしているし、その構築を心待ちにしている。それはなぜか？ 実は、その背後に、地域包括支援センターの業務量の飛躍的増大、および一つ一つの支援に十分にに関わりきれない、という理由がある。

筆者は山梨県内のある自治体において、行政の相談窓口を持ち込まれる事例を、以下の緊急性・重要性の二つの軸で整理して分析した事がある。その中で見えてきたのは、次の図に象徴されるような課題だった。



上記の図は、ビジネス書の名著（『7つの習慣』コヴィー著、キングベアー出版）で時間管理のマトリックスとして紹介されているフレームを、地域包括ケアシステムの現状に応用したものである。4つの象限に当てはまるものを具体的に読み解いていくと、現在の地域包括ケアシステム構築に向けた課題や、協働すべきポイントなどが見えてくる。

まずAに示したのが、緊急かつ重要である、というケースである。虐待対応や、老老介護における介護者の入院、在宅で医療的ケアが必要な人の病状の急激な悪化、あるいは一家離散状態、など、介護環境や本人の状態増が急激に悪化した場合、緊急に介入しないと、生命への危険性が及ぶかもしれない、という重要なケースである。この場合は、公的責任を持った行政や地域包括支援センター、虐待対応部局等が早急に事例に関わる事が求めら



れている。

一方、Aのような緊急・重要とは言えないのだけれど、地域包括支援センターや行政にとって「気になるケース」というのがある。ただ、その気になり方、によって、BとCに分類可能である。

Bは、緊急度は低いが重要である、という項目である。この部分に当てはまるケースとしては、例えば父親は初期の認知症で、お子さんは統合失調症で引きこもり、だが今は母親がしっかりしているからその家族はうまく回っている、しかし最近母親の腰が折れ曲がり、車もあちこちぶつけ、そろそろ免許を返上しなければならないのだが、足がなくなると孤立するかもしれない……、といった事例である。つまり、現状では支援の緊急度は低い、放っておくと、あるいは家族の中の一人が倒れると、その家族的安定が瓦解し、Aの緊急かつ重要な課題になる可能性が予見される事例である。実はこのような事例を放置せずに、関わることによって、Aのような「事後対応」型から、「事前予防」型へとシフトする事が可能になる。地域包括ケアシステム構築が必要とされているのは、この「事後対応」型から「事前予防型」へのパラダイムシフトの必要性があるからである。そして、Bのような「事前予防」(＝見守り)の仕組みを整える為には、地域ケア会議や障害者の相談支援など、ご本人や家族、そして関係者が一堂に会し、今後の方針を考え合う場が必要不可欠である。

だが、そのようなきめ細かい支援を展開しようとしても、現場では「そんな余裕がない」という声も聴く。その理由を探してみると、実はCのような重要性は低い緊急のケース対応に必死になっている、という場面も少なくない。それはどういうことだろうか？

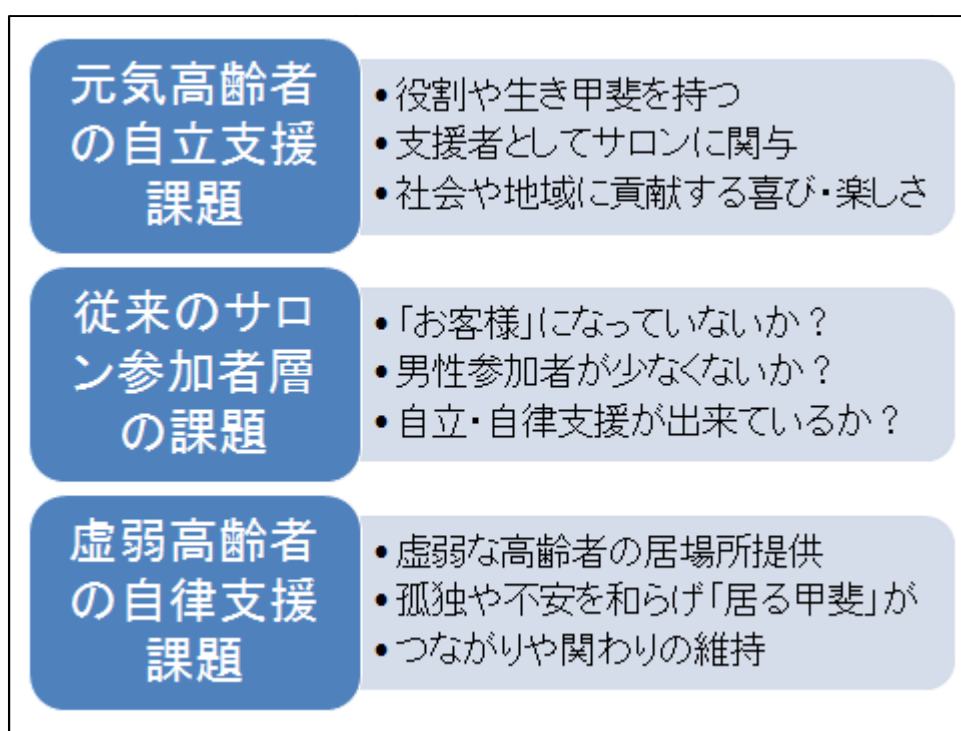
例えば地域包括支援センターには、様々なSOSの電話がかかってくる。その中には、電話をかけてくるご本人や関係者にとっては切迫度や緊急度は高いが、地域包括支援センターでしか対応出来ない内容なのか、を精査する必要がある事例もある。このままでは生活がやっていけないから、と介護保険の申請や早急な対応を求められるが、いざ支給決定の段になると、やっぱり介護保険はいらない、というケース。あるいは、自殺願望や不安感を毎日のように包括支援センターに何度も電話してこられ、その電話対応に本来業務の分まで時間が取られると感じられるようなケースである。往々にしてそのようなケースに「振り回される」という感覚を現場の人は持ちがちだが、しかし、ご本人の切迫性も理解できる為、安易には断れず、困惑しながら関わり続ける、という事例だろう。このような事例にどう対応したらいいのか。

そこで大切なのが、Dの緊急性も重要度も低い事例にどう対応するか、というポイントである。社会福祉協議会との協働、中でもコミュニティ・ソーシャルワーカー(CSW)の活躍が、その鍵を握っている。地域の中での「支え合い」の重要性が近年声高に叫ばれているのは、旧来の共同体システムが崩壊局面にある中で、核家族化や老老介護、孤独死などの課題が浮き彫りになり、それへの対応が喫緊の課題になっているからである。Cのようなケースは、その「支え合い」の輪から外れた人の必死のSOSとも受け取れるし、Bでは逆に家族内の「支え合い」の限界を露呈している。そのような問題点を克服するために、

普段からの地域内での支え合いを、公助だけでなく、自助や共助の力を借りながらどう構築していくのか、という D 領域への支援課題が浮き彫りになる。この問題を具体的に考えるため、次に各地域で行われている「サロン活動」を例に考えてみたい。

## 2) サロン活動にみられる地域支援の課題

「地域での支え合い」を目標にしたふれあいサロンのような高齢者の居場所作りは、全国的にも進められており、山梨県内でも多くの自治体で、社会福祉協議会が中心となって、その活動の場作りの支援等が進められてきた。だが、ある自治体のサロン活動の現状を分析する中で、次のような課題が明確になってきた。



従来のサロン活動で最も課題になっていることの一つが、参加者の固定化、および男性参加者の少なさ、そして、「お客様」化、である。

サロン活動を始めて数年が経つ中で、参加者の顔ぶれが年々固定化されて行くと共に、参加者がだんだん高齢化し、かつ減少していく傾向にある、という声を聴く。あるいは、編み物や井戸端会議等のプログラム内容のせいもあり、男性参加者が少なく、女性参加者に限定されている、という実態も少なくない。さらには、食事会やアルコールが提供される等の場では男性も参加するが、逆に言えば「もので釣る」事をしない限り参加者が減少傾向である、参加しても「与えられる・してもらう」のをただ待っている参加者が多い、という場面もある。これらが、サロン活動をしているボランティア達からも聞こえてくる。

もちろん、これらの課題に対して、県内でも既に、様々な取り組みがなされている。例

例えば、サロン同士の交流会やボランティアの情報交換会を行う、サロン活動のアクティビティーに関する研修会を開催する、社協職員がサロンを訪問しボランティア派遣の調整をする、サロン活動を市や社協の広報誌で宣伝する、サロン活動に参加しない人・気になる人をボランティアから民生委員・社協に伝えてもらい安否確認に行く・・・などの実践が、県内で行われている。

だが、このサロン活動の課題を根本的に考えるならば、現状のサロン活動で取りこぼしやすい二層の検討が必要である。それは、第2章4節で述べられている「自立」と「自律」の概念を用いれば、「元気高齢者の自立支援課題」と「虚弱高齢者の自律支援課題」である。

「元気高齢者の自立支援課題」とは何か。団塊の世代の前期高齢者などは、従来の高齢者像と大きく異なっている。退職した後も、ゴルフやテニス、登山や旅行など、アクティブに活動している層である。現在の80歳以上の高齢者とは、明らかにライフスタイルや価値観も異なっており、従来の「老人」という枠組みに縛られる事を拒否している世代である。だが、この「元気高齢者」の中には、徐々に老いを迎える中で、地域の中での楽しみや同じ趣味の人との関わりを求めている人もいる。あるいは、自分の楽しみ、だけでなく、周りのため、地域のために何かしたい、という想いを持っている人も少なくない。とはいえ、従来の老人クラブやサロンを自らの居場所とは感じられず、また民生委員や町内会活動に代表されるような「縦型」の「～せねばならない」という義務的活動にはあまり積極的に関わりたくない、という気持ちを持っている。

こういう新たなニーズに対応して、「元気高齢者」向けのサロンを展開するのであれば、囲碁や麻雀、合唱サークルなど、従来は生涯学習やカルチャースクールのメニューとされていたような内容も検討する価値がある。ただ、これらの活動内容を行政や社協側が設定するのではなく、ここでも住民主体が求められる。例えば5人程度の希望者が集まれば、場を提供し、サロンの公認活動として認定し、その活動をサポートし、より多くの希望者を集める、といったような、場と機会の提供も必要かもしれない。

また、「元気高齢者」のボランティア活動を展開していく際も、その方のこれまでの職業経験や人柄、性格が最大限に活かせるような、人材バンク的なボランティア活動支援も必要であろう。例えば大工や左官の技術を持つ人が虚弱高齢者のお宅の修繕を行う、経理や会計知識のある人にサロンの会計をお願いする、教師経験のある人はサロンでレクチャーする、会社経営や営業の経験のある人にはサロンでコミュニティ・ビジネスが出来ないかを考えてもらう・・・等々、自らが持つ能力や役割、可能性をどんどん追求してもらう中で、楽しんで地域活動に関わってもらい、自らの生き甲斐と、地域への貢献を両立してもらうような戦略が必要不可欠である。

また、本来サロンが対象者にすべき「虚弱高齢者の自律支援課題」への関与の薄さも気になるところである。例えば、「足（＝送迎等の移動手段）がないのでサロンまで行けない」「最近あの人はどうもお顔を見ないけど、少し引きこもっているようだ」というような方こそ、地域の中での「関わり」「つながり」のネットワークから落ちこぼれ、放っておけば

要支援・要介護状態になりかねない。つまり、先のマトリックスで言う、BやC層、時にはA層の予備軍である、とも言える。

近年、サロン活動のあり方が、「ふれあい」から「支えあい」へと変化してきている、と言われているが、では具体的にどのように「支えあう」のか、その際にサロンボランティア・民生委員・社協・行政の役割分担や連携のあり方をどうするのか、サロンで浮かび上がるニーズを誰がどのように吸い上げてフィードバックするのか、が不明確なままのサロンも散見される。

例えば、サロンを行政や社協などの公的機関に相談が持ちかけられる前の、住民の本音がぼつりと漏らされる、一次相談の最前線の現場、と考えるればどうだろうか。すると、その一次相談の現場で浮かび上がった「気になる人」「SOSを出している人」に対して、例えばお出かけ訪問という形で呼びかけを行いサロン活動への参加につなげる、民生委員や社協のCSW等につなげて困りごとの相談に応じる、等のアプローチを豊かにしていけば、問題が複雑・重度化する前に顕在化し、支援の輪へとつなげ、結果として孤独死や老老介護の問題を防ぐ、などの事前予防につながる可能性も少なくない。これも、本人中心の事前予防支援である、ともいえるだろう。

だが、これらの活動の組織化には、黒子が必要である。地元住民のボランティア達だけで、住民活動の組織化や活性化という上記の三層の課題に取り組む事は、出来なくはないが、よほどボランティアリーダーに力量がない限り、現実的には厳しい。それが、今のサロン活動の弱体化・固定化にもつながっている。

それらの壁を乗り越えるために必要なのが、コミュニティ・ソーシャルワーカー（CSW）である。

### 3) 地域の中でのつながりや関わりの（再）組織化支援

元々コミュニティ・ソーシャルワークには、コミュニティ組織化（community organizing）とコミュニティ形成（community building）の二つのアプローチがある。前者に関しては、例えばバラク・オバマ大統領を例に挙げることが出来る。彼は大学卒業後、シカゴの黒人貧民街でコミュニティ・オーガナイザーとして活動し、住民たちの政治参加や地域発展の組織化活動を行っていた。社会変革のために、住民が声を上げ、住民運動を展開していく。これが、コミュニティの組織化アプローチである。ちなみに彼の選挙活動には、そのコミュニティ・オーガナイザーとしての運動手法が巧みに取り入れられた、と言われている。一方、我が国の地域福祉の文脈で着目されているのは、地域の中でのつながりや関わりの（再）組織化としてのコミュニティ形成である。そして、コミュニティ・ソーシャルワーカー（Community Social Worker: CSW）とは、そのような、地域内でのつながりや関わりの（再）組織化支援を担う専門職、と位置づけられている。では、このような、地域内でのつながりの（再）組織課支援は、誰が担うべきなのだろうか？

もちろん、正解は一つではない。例えば、東京都立川市の大山自治会の自治会長、佐藤

良子さんの活動は、間違いなく CSW である。自治会の組織率を 100 パーセントにし、住民の安心相談に自治会で応じ、見守り支援活動などを展開する事で、孤立死ゼロを実現している自治会長の仕事は、地域内でのつながりや関わりの（再）組織化支援を担う CSW そのものである。（佐藤良子著『命を守る東京都立川市の自治会』廣済堂新書） だが、このようなカリスマボランティア・自治会長・専門職…の力にのみ頼ろうとしていては、地域活動は十分な広がりをもって展開しない。そこで、期待されるのが社会福祉法に「地域福祉の推進を図ることを目的とする団体」と規定されている市町村の社会福祉協議会である。とはいえ、自治体職員の中には、社会福祉協議会との連携に疑いを持つ人も少なくない。それは何故だろうか？

歴史的経緯を振り返るならば、介護保険施行後、社会福祉協議会は、介護保険事業や指定管理の仕事に追われている、あるいは独立採算を求められる、行政からの一方的・上下関係的な委託・補助事業の展開、市町村合併による社協事業の再編…など、様々な不利な局面に追い込まれた。その中で、本来果たすべき地域内でのつながりや関わりの（再）組織化支援機能が十分に果たせていない社協も少なくない。そこで、地域包括ケアシステム構築にあたっては、本来の社協のミッションに立ち戻り、コミュニティ・ソーシャルワークの実践と、その担い手としての CSW の育成・地域への派遣が求められている。

では、具体的に CSW に出来ることとはどんなことだろうか？

全国的に先駆けて CSW を都道府県レベルで制度化した大阪府で、ゴミ屋敷リセットプロジェクトなど、先駆的な地域福祉実践をしているのが豊中市社会福祉協議会である。その豊中社協の CSW である勝部麗子氏は、CSW の役割を次のように整理している。

- ① 住民自らが地域課題を発見していくことができるような仕組みを作る支援
- ② 住民とともに事業を作っていくという視点
- ③ 声なき声や、マイノリティ（少数派）など、社会的援護を要する様々な課題や制度の狭間の課題を発見し支えることの意味を共有し、当事者自身の組織化などを通じてエンパワーメントしていくことや代弁していくこと
- ④ 住民任せではなく、行政や専門機関も必要時に必ず支援するというネットワーク形成をするなかで、住民主体で問題解決できるしくみ作りをすること
- ⑤ 点と点で支え合う住民同士の助け合いから、同じ課題の共通性を考え、問題解決のルールや事業へ発展させる
- ⑥ 支援していく地域福祉全体のしくみ（地域福祉計画）に、CSW の役割が明確化されるように支援すること
- ⑦ 地域住民がいきいきと活動できるよう、専門職も腕を磨き、協働の支援の輪を常に広げていくこと

（勝部麗子「住民とまちづくりを支える専門職の役割」『地域福祉研究』(37)p17-23、一部筆者改変）

この勝部氏の整理を基に、地域包括ケアシステム推進にあたり、行政や地域包括支援センターと社会福祉協議会との協働課題を考えてみたい。

まず、①で書かれた「住民自らが地域課題を発見していくことができるような仕組み」こそ、究極の地域包括ケアシステムの目標である。だが、勝部氏も指摘しているが、「専門職の下請けや指示待ちの活動」であれば「自ら動く組織」になっていかない。そのためには、住民達の「自発性」を支え、「主体性」を引き出す支援が必要不可欠になる。この住民の「自発性」「主体性」を引き出すためには、従来型の上下関係的な関わりではなく、CSWや包括の職員が②「住民とともに事業を作っていくという視点」も必要不可欠だ。この二つが柱になれば、地域の中での問題解決を果たすことは出来ない。

具体的な事業の中身に関しては、③「声なき声や、マイノリティ（少数派）など、社会的援護を要する様々な課題や制度の狭間の課題を発見し支えることの意味を共有」することが必要不可欠である。引きこもりやうつ病、若年認知症等の当事者や家族は、自分たちの生きづらさや不安を分かち合える仲間が少なく、その地域における「声なき声」や「マイノリティ」「制度の狭間」となっている場合が少なくない。それらの人の声に耳を傾けることが、⑤地域の中で助け合う「ルールや事業へと発展させる」ための「地域課題の発見」から「問題解決」機能への橋渡しに、大きく役立つからである。

ただ、行政では対応しきれない、きめ細かいニーズに対応していく為に、例えば引きこもりの当事者会や若年介護者の会の立ち上げ支援など、③「当事者自身の組織化やエンパワーメント」をCSWが中心となって地域の中で展開する事も必要不可欠だ。また、住民活動や当事者活動の組織化にあたっては、④「住民任せではなく、行政や専門機関も必要時に必ず支援するというネットワーク形成」が必要不可欠である。元気高齢者の参加・参画意識を高め、虚弱高齢者の居場所を提供しながら、住民活動の組織化・再活性化を進めていくためには、その活動支援を担う黒子の存在が重要であり、それが行政、専門機関と住民を結ぶCSWという存在でもある。

ただ、その住民活動の組織化は、⑤「点と点で支え合う住民同士の助け合いから、同じ課題の共通性を考え、問題解決のルールや事業へ発展させる」必要がある。そうしない限り、現場レベルで積み上げた知識や対抗策も、個々人の職人芸で終わってしまう。CSWも一代限りの名人芸、ではなく、担当者が変わってもその役割が地域の中で引き継がれていくためには、CSWの事業化と継続的な人材育成の仕組み作りも必要不可欠である。

そこで大切になるのは、⑥「支援していく地域福祉全体のしくみ（地域福祉計画）に、CSWの役割が明確化される」ことである。地域福祉計画をコンサルティング会社に丸投げして、おしまりの住民ニーズ調査をして終わり、としていては、本当の地域課題は出てこない。そもそも、1で述べたA～Dまでの4つのマトリックスを、誰がどのように担うのか、そして、Dのような裾野の広い地域福祉実践をどう役割分担するのか、について、現場のデータに基づく包括的な戦略形成が必要となる。その地域福祉の戦略が、地域福祉計画である。その際、自治体が目指す包括的な地域福祉全体の戦略の中で、社協のCSWがど

のような役割や位置づけを担うのか、を位置づける事も重要である。当然、行政から社協への委託や人件費補助の見直し等も、その際には検討されるべき課題である。

ただ、これらの事が展開できる上では、先にも述べたように、「本人中心、住民主体」という軸を、専門職が決して忘れない、という点が大切である。そのためにも、⑦「地域住民がいきいきと活動できるよう、専門職も腕を磨き、協働の支援の輪を常に広げていくこと」が求められる。サロン活動の発展・展開が、「元気高齢者の自立支援」や「虚弱高齢者の自律支援」につながるだけでなく、「声なき声や、マイノリティ（少数派）など、社会的援護を要する様々な課題や制度の狭間の課題」ともつながり、それらの「問題解決のルールや事業へ発展させる」ためにも、「本人中心・住民主体」というぶれない軸の下で、CSWや包括支援センター職員などの専門職の力量アップと協働、連携、そして、それを地域福祉計画で根拠づける事、などが必要不可欠である。

もちろん、現時点で①～⑦までを全て完璧に出来ている自治体などない。だが、1で述べたA～Dの4領域の課題に向き合う中で、Dの「緊急・重要度の低い」部分にこそ、地域包括ケアシステム構築における最も重要な課題が眠っている。事後対応型から事前予防型へと、地域福祉実践を転換していくためには、このD領域で、地域をエンパワーメントするための住民活動の組織化支援、そのためのCSWの地域展開が喫緊の課題である。

地域包括ケアシステムとは、単に個別支援の積み重ねで終わらせず、そこから見えてくる地域課題に常に立ち向かう包括性と持続性を持ったケア戦略である。この戦略を機能させるには、行政・地域包括支援センター・社協CSWの連携が必要不可欠である。