

2010年3月
島根大学
社会福祉論集第3号抜刷

地域包括ケアの推進方法とその構造
——困難事例解決と社会福祉協議会活動の取り組みを通じて——

加 川 充 浩

地域包括ケアの推進方法とその構造

——困難事例解決と社会福祉協議会活動の取り組みを通じて——

Methodology for practicing community based social work

加川 充浩*

Mitsuhiro KAGAWA

キーワード：地域包括ケア 困難事例 社会福祉協議会 援助技術の統合

はじめに

小論は、地域包括支援センターと社会福祉協議会（以下、社協とする）とが主体となって取り組む「地域包括ケア」の分析を通し、その方法について論じようとするものである。

その際、着目するのは、第一に、地域包括支援センターの困難事例への取り組みを通じた地域包括ケアである。第二には、市町村を単位とした範囲で、社協の活動を活かしながらどう地域包括ケアを形成するのか、という点である。

第1章（1）では、小論の持つ3つの関心領域について述べ、研究上の位置づけを明らかにする。第2章（2）では、地域包括支援センターと社協の実践事例をみていく。第3章（3）では、両者が取り組む地域包括ケアの内実と、今後の課題について検討する。

1 地域包括ケアとその担い手をめぐる課題

小論は、地域包括支援センターと社協の実践を描きながら、地域包括ケアのあり方を検討するが、特に3つの研究領域の中で議論を展開する。その3つとは、地域包括ケア、地域包括支援センターが取り組む困難事例、および個別援助と地域援助の統合、である。以下、3つの研究領域を概観しつつ、小論の問題関心が奈辺にあるのかについて述べる。

1.1 地域包括ケアの形成

(1) 自治体病院を中心とした地域包括ケア

「地域包括ケア」の定義については、これまで複数が示されている。下記では、それらのいくつかを提示しつつ、整理する。

そもそも、地域包括ケア（システム）というものが実際に登場したのは、1980年代頃であると言われる。広島県御調町（現、尾道市）の公立みつぎ病院（前身は国保病院）を中心に始まった¹。その後、全国にも知られるようになったのは兵庫県五色町や山形県最上

* 島根大学法文学部社会文化学科

¹松永俊文ほか（2002）「コミュニティワークの展開領域」松永ほか編著『新版 現代コミュニティワーク論』中央法規出版、188-195頁、参照。

町などの自治体である²。

これらの地域包括ケアには共通した特徴がある。それは、①自治体病院が中心となっていること、②病院内に行政の保健・福祉部門が併設されていること、③介護サービス部門が併設されていること（在宅および施設サービス。例えば病院に隣接して老人保健施設が建設される等）、④これらにより保健・医療・福祉の統合化をはかり、利用者を中心において各種サービスが横断的に提供できるようにしていること、といった点である。

なぜ、このような取り組みが始まったのか。筆者は2003年に最上町で調査を行ったが、その際、町助役から、地域包括ケアシステムに着手した動機が語られた。それは次のようなものである。

「治療した患者が退院したら、自宅に帰って元気に過ごしていると思っていた。しかし、認知症になっている人が多いことに病院長が気づいた。医師や看護師が自宅を訪問してみると、高齢者が寝たきりになっている。家族は共働きが多く、老人を日中に寝かせたきりにしていた。寝たきり老人は在宅でつくられている、と思った。そこで、まずは保健師による予防事業（在宅訪問）を始めた。訪問を行う中で、保健師がヘルパーやデイサービスのニーズがあることに気づいた。そこで、次に福祉職との連携が必要となった。これにより、保健・医療・福祉の専門職が一緒に仕事をする重要性が明らかとなった。最終的にはこれら3職種が一緒に仕事をする場所を作ろうということで、病院・健康福祉課・老人保健施設・ヘルパーステーション・社協などが同一敷地内にあるセンターを建設した³」

ここにみる生活課題は最上町に特別のものではない。御調町でもほぼ同様であった。これらの町の自治体病院中心の取り組みを参考にして、地域包括ケアシステムの定義が、以下のようになされている⁴。

「地域の保健、医療および福祉の関係者が連携、協力して、住民のニーズに応じた一体的なサービスを行う仕組みをいう⁵」

簡潔であるが、要するに①保健・医療・福祉という3つの専門職が連携すること、②一人ひとりの住民に対して、各種サービスが個々ばらばらに提供されるのではなく一体性を持つこと、がうたわれていると言える。

(2) インフォーマル資源も組み入れた地域包括ケアの考え方

次に、前記とは異なる要素も取り入れた地域包括ケアの定義を紹介しておきたい。この定義が、現在ではもっとも広く支持されていると言ってもよい。まずは2003年の高齢者介護研究会による定義である。

² 松浦尊磨 (2002)『保健・医療・福祉の連携による包括的地域ケアの実践』金芳堂、など。

³ 加川充浩 (2003)「最上町助役からの聞き取り調査」、内容は適宜要約してある。

⁴ ここでの御調町および地域包括ケアシステムの説明については、全国国民健康保険診療施設協議会 HP も参考にした。

http://www.kokushinkyo.or.jp/introduction/cYre_system.html

⁵ 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」2004年7月30日、厚生労働省告示第307号、2009年改正。

「介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するため、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・医療・福祉の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア⁶⁾」

また、さらに直近に示された定義としては厚生労働省のものがある。

「高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活を送れるよう支えるため、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供することが必要である。そのためには、自助努力を基本にしながら介護保険を中心としつつ、保健・医療・福祉の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な資源を統合、ネットワーク化し、高齢者を継続的かつ包括的にケアする必要がある⁷⁾」

これら2つの定義は、前項で見たものと比較すると、説明が詳細になり、地域包括ケアに関する要素がかなり増えていることが分かる。両者の違いであるが、前項で述べた地域包括ケアは、病院中心の実践を参考にしたため、専門職連携を主に置いた定義であるといえる。一方、高齢者介護研究会と厚生労働省の定義は、専門職だけではなく、住民などのインフォーマル資源も地域包括ケアの構成要素として盛り込んである。いわば、地域の幅広い福祉資源を用いたケアを、地域包括ケアと呼んでいるのである。

上記の定義を整理すると、地域包括ケアには次の5つの要素があると言える。

- ①保健・医療・福祉の連携があること
- ②利用者に提供される支援は介護保険サービスが中心（前提）であること
- ③ボランティア・住民活動といったインフォーマル資源も利用すること
- ④フォーマルとインフォーマルの両資源を統合・ネットワーク化すること
- ⑤目的は高齢者の地域生活を包括的な資源で支えること

1.2 困難事例への対応と多職種連携

地域包括ケアが障害を持った人々にとって望ましいものであることは、保健・医療・福祉関係者のほとんどが同意するであろう。ただ、その責任主体が誰であるのか、実際に推進する専門職は誰であるのか、および方法は如何なるものであるのか、といった諸点は明らかではない。

しかし、地域包括ケアの推進を期待されている専門職はいくつかある。小論ではそのひとつであり、2006年に設置された地域包括支援センターに焦点を当てる⁸⁾。特に、地域包

⁶⁾ 高齢者介護研究会 (2003)『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』CLC複製・発行版、35頁。字句を若干改変した。

⁷⁾ 厚生労働省老健局 (2007)『地域包括支援センターの手引き』東京都社会福祉協議会複製・発行版、25頁、筆者が文言を若干改変してある。

⁸⁾ 地域包括支援センターが担うべき事業は多岐にわたるが、そのひとつが(名称のとおり)地域包括ケアの推進である。地域包括ケアの推進のためには主として次の4つの業務が求められている。①個々の高齢者の総合相談・権利擁護、②専門職の連携支援、③地域の専門職・住民間のネットワーク、④介護予防関連事業、である。これら4つに(特に

括支援センターが「困難事例」を支援する過程に着目して分析する。

困難事例については、厚生労働省による一応の定義がある。

「①高齢者やその家庭に重層的な課題が存在している場合、②高齢者自身が支援を拒否している場合、③既存のサービス等では適切なものが見つけにくい場合等⁹⁾」

末尾に「等」が付くように、明確な定義ではない。しかし、おおむねの理解は「専門職が簡単に支援できると見なさない事例」ということでよいと思われる。

この定義は 2007 年のものであるが、困難事例をめぐる研究・実践の登場は目新しいことではない。これまでも研究がなされ、解決に向けての実践方法が論じられている¹⁰⁾。いくつかの論者も指摘するように、2006 年の地域包括支援センター設置以前、困難事例に主に対応してきたのは福祉事務所や在宅介護支援センターである¹¹⁾。小論のように、地域包括支援センターの困難事例への対応を分析しつつ、地域包括ケアへ言及した研究はまだ少ない。

なぜ、地域包括支援センターの困難事例対応に着目することが、地域包括ケアを考察することにつながるのか。その理路を述べておきたい。困難事例は、上記の定義にみるとおり、高齢者（障害者も含む）とその家族が複数の生活課題を抱えることが多い。そのため、単一の専門職だけでは解決が難しい。多職種が関わらなければ解決をはかることができないのである。いわば、「多職種連携」が不可欠と言える。

一方、地域包括ケアも、先の定義でみたように同様である。単一の専門職・機関のみで形成することは出来ない。住民も巻き込んだ複数の支援者の参加が求められる。

「地域の複数の関係者の参加が必要である」という点では、困難事例と地域包括ケアは共通の要素を持つ。そのため、困難事例への取り組みをみることで地域包括ケアのあり方を検討することができる。

1.3 個別援助と地域援助の統合

前記にみたように、地域包括ケアの先進地とされてきた自治体では、病院が中心的役割を担ってきた。一方、2000 年代に入り、そうではない地域包括ケアのあり方も模索されている。繰り返しになるが、介護保険も利用し、またインフォーマル資源も取り入れた地域包括ケアを目指すという方向性である。

ソーシャルワーク研究の関心からいえば、「個別援助と地域援助をどう統合するのか」と

①～③) 取り組みながら地域包括ケアの推進を図ることが地域包括支援センターに期待されている。

⁹⁾ 厚生労働省老健局 (2007) 『地域包括支援センター業務マニュアル』東京都社会福祉協議会複製・発行版、89 頁。

¹⁰⁾ 例えば、窪田暁子 (1993) 「多重問題ケースへの社会福祉援助」『東洋大学社会学部紀要』30-1、中恵美ほか (2006) 「複合型支援困難事例へのアプローチ—複数のソーシャルワーカーによる協働と連携—」『ソーシャルワーク研究』Vol.32、No.1、など。

¹¹⁾ 井上信宏 (2007) 「地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応—地域包括ケアの実践と困難事例解決のために—」『信州大学経済学論集』第 57 号、26 頁。

ということである。別言すれば、「フォーマル資源とインフォーマル資源の両方を用いる福祉援助をどう展開するか」という課題でもある¹²。

現在、地域包括支援センターには、この個別援助と地域援助の統合をはかりながら地域包括ケアを担うことが期待されている。しかし、地域包括ケア形成は、地域包括支援センターのみでなし得るものではない。地域援助が必要、ということでは社協の役割も重要となる。

小論では、地域包括支援センターと同時に、社協も主要なアクターとして描いている。

小論が主テーマとする地域包括ケアの形成という課題は、近年の社協にどのような影響を与えているのだろうか。例えば、介護保険制度導入以前の病院中心モデルにおいては社協の役割は限定されていた。代表的な役割は、ホームヘルプ事業を自治体から受託し、フォーマル（公的）サービスを提供するということである。

しかし、現在の地域包括ケアでは、フォーマル資源だけではなく、インフォーマル資源も利用することが求められている。そうであるならば、社協が従来から取り組んできた「地域組織化」の役割（業務）も地域包括ケアの展開には必要となる。具体的には、社協が日常業務において支援しているボランティア、民生委員、町内会の福祉委員、当事者組織などが、地域包括ケアの一員として参加できるよう促すという役割である。

これら、ホームヘルプ事業等の直接的サービスと、地域組織化という間接援助との2つは社協が伝統的に有してきた基本的役割である。

しかし、2006年以降は、この2つの基本的業務に加え、第三の役割を担う可能性も生じた。それが、地域包括ケアを担うという機能である。なぜ、社協がそのような役割を持つ可能性があるのか。その理由の一つは、地域包括支援センターの運営を社協が行政から委託される事例がみられるという点にある。小論で取り上げる社協もそれに該当する。

つまり、地域包括支援センター業務を受託した社協は、組織全体の業務をみたとき、①センターで個別事例（困難事例含む）に取り組むこと、②介護保険事業に取り組むこと、③従来の地域援助に取り組むこと、を課せられたと言える。これら3つは地域包括ケアの要素であり、こうした多様な支援を業務とする保健・医療・福祉の専門職は他にはない。

1.4 研究目的

上記を踏まえて、改めて研究目的について述べておく。ここまで、地域包括支援センターの業務が多岐にわたり、期待も大きいことをみてきた。ただ、これはあくまでも、2009年度現在、設置4年目を迎えているセンターへの「期待」である。地域包括ケアのシステムができあがっており、それを利用して地域包括支援センターが円滑に業務を進めている、ということではない¹³。小論では、地域包括支援センターの困難事例への取り組みと、社

¹² こうした問題関心を持つ研究として、D.チャリス、B.デイヴィス著、田端光美ほか訳（1991）『地域ケアにおけるケースマネジメント』光生館、など参照。

¹³ こうした指摘は、中澤伸（2008）「高齢者虐待事例の発見とリーチアウト」高橋紘士編『地域包括支援センター実務必携』オーム社、122頁。

協の活動という2点を分析することを通じ、地域包括ケアを形成することがどのように可能であるか、その方法論について考察する。

地域包括ケアはどの組織・団体・専門職が主体となるかについては、研究および実践でも十分に明らかではない。さらに、社協が取り組む地域包括ケアに焦点を当てた研究は少ない¹⁴。小論は、社協が「地域包括ケアを志向する」といったとき、如何なる取り組みをするのか、という関心を有しているのだが、まずは次章からその実践を素描していきたい。

2 事例調査：地域包括支援センターと社協による取組事例

本章では、2種類の事例を紹介する。第一は、Y市地域包括支援センターが困難事例に対して行った支援（ソーシャルワーク実践）、第二に、Y市社協と地域包括支援センターの両者が行った小地域福祉活動支援の事例、である。

なお、Y市は人口約20万人、高齢化率22.3%（2005年国勢調査）、県庁所在地である。

2.1 地域包括支援センターによる困難事例支援

(1) 事例記述の枠組み

以下では、地域包括支援センターの実践事例を紹介する。その際、ソーシャルワーク展開理論に沿って、次の5つのプロセスがいかなるものであったのかに留意しながら、事例を描く。①ケース発見、②課題設定、③アセスメントとプランニング、④実践（多職種連携、およびインフォーマル資源の利用）、⑤評価、の5つである¹⁵。

(2) 調査の概要

調査は2009年12月に実施した。Y市には5つの地域包括支援センターがあるが、そのうちの任意の3か所のセンターを選んでヒアリングを行った。事前に質問項目を渡し、半構造化面接の方法を用いた。各地域包括支援センターには、事例提供に当たり、次の3点を特に依頼した。①困難事例とみなした事例であること、②多職種連携、ないしはインフォーマル資源の関わりがあった事例について提供を依頼するが、後者の場合は困難事例でなくてもよいこと、③事例の提供件数は3点程度、である。

提供事例は、いずれも2009年に取り組まれたものである。参考までにY市の地域包括支援センターが2009年度上半期（4～9月）に取り組んだ困難事例の数を表1に示しておく（表中のセンター名称は仮称である）。なお、新規件数の中には虐待事例も含めてある。

¹⁴本研究と問題関心が類する直近の研究としては、東京都社会福祉協議会 地域包括ケア促進モデル事業検討委員会(2009)『連携が生み出す地域包括ケア～区市町村社協と地域包括支援センターの連携を目指して～』東京都社会福祉協議会、がある。同書は、主に社協活動のあり方に重点を置いた研究である。一方、本研究は、最終的に社協活動にも言及するが、地域包括支援センターの実践の考察にも重点を置くという点で異なる。

¹⁵この分析枠組みについては、日本社会福祉士会地域包括支援センターネットワーク研究委員会(2009)『地域包括支援センターにおける連携・ネットワークの構築に関する研究研修事業』日本社会福祉士会、22頁を参照した。

虐待事例は困難事例として扱われることも多いからである。以下に紹介する事例にも虐待事例がいくつか含まれる。

ヒアリング中で提供された事例数は、3センターから合計9件であった。そのうち、困難事例数は7件であった（2件はインフォーマル資源を利用したが「困難事例」とは見なさない事例）。9件中から、以下では4件を選択して紹介する。その4件は、多職種連携とインフォーマル資源の利用が特にみられたものである。また、課題の要素（虐待や盗癖）は、紹介できなかった事例と共通するところが多い。その意味では、2009年度上半期の困難事例新規件数合計が14件であるから、以下に紹介する4ケースもそれほど特殊な事例でない、と評価しても差し支えないであろう。

表1の「継続件数」というのは、以前に対応したケースで、継続的な相談・支援を行った件数である（初回を除く、第2回目以降の相談等の数をカウントしている）。

事例掲載については、Y市地域包括支援センターから許諾を得ている。また事例に登場する家族については実際の家族構成等について設定を大きく変更してある。これら措置を含め、事例の扱いについては日本社会福祉学会研究倫理指針に従っている。

センター名称	新規件数	継続件数
中央	2	5
東部	1	16
西部	3	9
南部	5	10
北部	3	7
合計	14	47

表1 Y市地域包括支援センターが扱った困難事例数（2009年度上半期）
Y市地域包括支援センター提供データより作成

(3) 事例

【事例1】家族構成員全員が障害を抱えており、生活困難に陥っている事例

①家族構成

構成員	抱える課題
A（80代・男）	・認知症
長男（50代）	・アルコール依存症
孫（20代）	・重度身体障害

②実践の展開過程

段階	具体的展開と戦略
(1)発見	・Aを見守ってきた民生委員から相談が入ってきた。
(2)課題	・Aと孫の二人暮らし世帯。2人はそれぞれ障害を持つ。Aの妻が死亡し、2人の介護者が不在となった。 ・そこにこれまで別居していた長男が同居するようになった。しかし長男はアルコール依存症であり、2人の介護ができる状況にはない。また、暴力行為もみられた。

	<ul style="list-style-type: none"> ・当面、解決すべき課題としては、①二人の介護をどうするか、②一家の財産（金銭）管理、③長男の扱い、の3つとした。
(3) アセスメントとプランニング	<ul style="list-style-type: none"> ・事例を、市が設置主体となる「虐待小委員会」において検討した。 ・参加者は、市介護保険課、弁護士、社会福祉士、精神科医、社協、地域包括支援センター、の6者である。 ・一家の財産の管理者が不在であることが課題としてあげられ、弁護士と社会福祉士から成年後見制度利用の助言を得た。財産管理のため、成年後見制度の手続きをとる。社会福祉士が後見人となる。 ・身体的虐待からの緊急避難が必要。
(4) 実践 (連携・インフォーマル資源利用)	<ul style="list-style-type: none"> ・財産を適切に管理することができるようになったため、介護サービス利用の体制が整った（介入当初、Aの介護サービス利用は皆無）。 ・Aが要介護認定を受け、在宅サービスの利用を開始することでケアマネジャーによる支援を得た。 ・長男に精神科受診を勧める。受診の結果、入院となり、医療的支援が開始となる。 ・孫の障害程度が進行（自力呼吸困難）しており、在宅生活が困難になっていたので施設入所とする。 ・孫の入所に当たり、障害者施設担当者とケース検討会をもった。長男の暴力から身を守るという観点からも入所とした。 ・孫の入所日と同日、Aもグループホームに入所となる。 ・Aと孫を同時入所とすることで、世帯分離となる。そのためAは生活保護受給が可能となった（孫の障害年金がAを含む一家の収入と見なされないため）。
(5) 評価	<ul style="list-style-type: none"> ・3者全員に医療・福祉サービスが介入した。 ・家族間の関係調整の結果、Aと孫は、長男の虐待からは逃れたが、自宅での生活は断念。

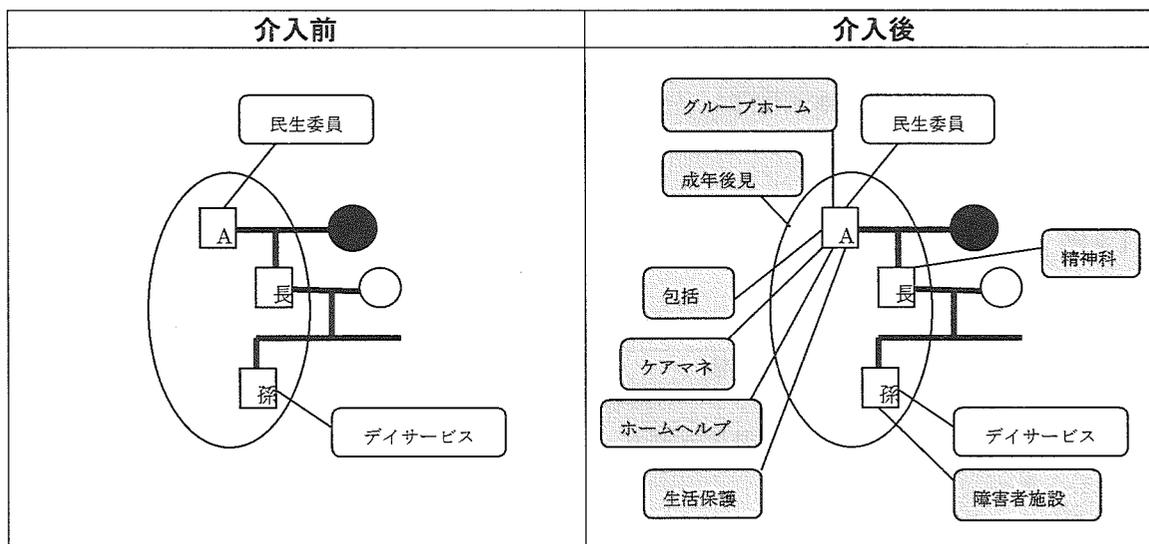


図1 【事例1】介入前後の変化

※ジェノグラム・エコマップにおいては、「地域包括支援センター」は「包括」と、「ケアマネジャー」は「ケアマネ」と略す（以下、同）。

【事例2】精神疾患のある子どもが、親の財産を使い込んでいる事例（経済的虐待）

①家族構成

構成員	抱える課題
B（70代・男）	<ul style="list-style-type: none"> ・独居 ・要支援1（心疾患後、歩行不安定）
長女（50代）	<ul style="list-style-type: none"> ・Bの通帳管理、しかし使い込み（経済的虐待） ・精神疾患、生活保護
次女（40代）	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患で入院中、生活保護 ・入院前はBの財産を使い込み

②実践の展開過程

段階	具体的展開と戦略
(1)発見	<ul style="list-style-type: none"> ・市の介護保険担当職員から相談が入る。相談時点では「保険料の支払いが滞っている」ことしか分からなかった。介入して初めて、家族が複数の課題を抱えていることが判明した。
(2)課題	<ul style="list-style-type: none"> ・Bは独居であったが、複数の福祉サービスを利用しており（家事援助、デイサービス、配食、福祉用具レンタル、住宅改修、入院）、在宅生活は安定していた。 ・しかし、あるとき、介護保険料が未払いであることが発覚した。 ・調べてみると、長女が通帳を管理していたが、勝手に引き出し使い込んでいる（＝経済的虐待）。同時に上記全てのサービスに関して、長女は支払いをしておらず、滞納が発生していると分かる。 ・財産保護をどうするか、が課題としてあげられた。 ・しかし、Bは長女のことを頼りにしている。次女も含めた3人の関係をこじらせず、かつ財産も守る、という複数の課題を同時に解決せねばならない。
(3)アセスメントとプランニング	<ul style="list-style-type: none"> ・当初は市職員から話のあった滞納問題だけだと思い、地域包括支援センターが自宅訪問したが、よく話を聞くと、家族それぞれが課題を抱えていることが判明した。そのため、複数の専門職が集まり、検討することが必要と判断された。 ・地域包括支援センターが呼びかけ、ケース検討会を開催した。 ・次女入院病院のMSW、次女担当の生活保護ケースワーカー、長女担当の生活保護ケースワーカー、市職員（介護保険課、虐待問題担当、配食事業担当）、の7者が出席。 ・各出席者が、それぞれの視点から支援を検討する。次女担当MSWは「退院して自宅に帰ることは可能か」、市職員は「滞納分の支払いが可能か」、地域包括支援センターは「長女もしくは次女がBの介護者になりうるか」また「財産保護をどうするか」、という視点である。 ・会議での検討の結果、①長女・次女に対して、統合失調症に関わる個別支援もしつつ、②彼女らを一家の担い手となるよう支援する、という両立が不可能と結論づけられた。 ・上記を踏まえ、経済的虐待の解決を最優先とした。経済的虐待を解決しなければ、支払いがさらに滞り、サービスが打ち切られてしまうからである。それにより、Bの生命に危険が生ずる可能性がある。
(4)実践 （連携・インフォーマル資源利用）	<ul style="list-style-type: none"> ・対応としてBが低所得者向けの養護老人ホームに入所することになった。養護老人ホームでは本人の通帳を預かることが規則となっているため、長女も通帳を手放さざるを得なくなった。また、これ

	<p>により滞納分も返済が可能となった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ B への介護サービスも確保しながら、同時に 3 人の関係性も損なわない、という課題の両立のための解決策であった。長女・次女の病気を勘案すれば、強制的に通帳を取り上げること、および介護能力不足を宣告することは困難であった。
(5)評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当初は、家族構成員の個々の課題（精神疾患や滞納）しか明らかでなかったが、地域包括支援センターが家族全体の不調和を調整する視点に立って支援を行った。 ・ 複数の専門職の支援の視点が異なる中、地域包括支援センターが 3 人の関係性に焦点を当てて調整を行ったと言える。 ・ B が施設入所になったことについての評価には議論の余地有り。

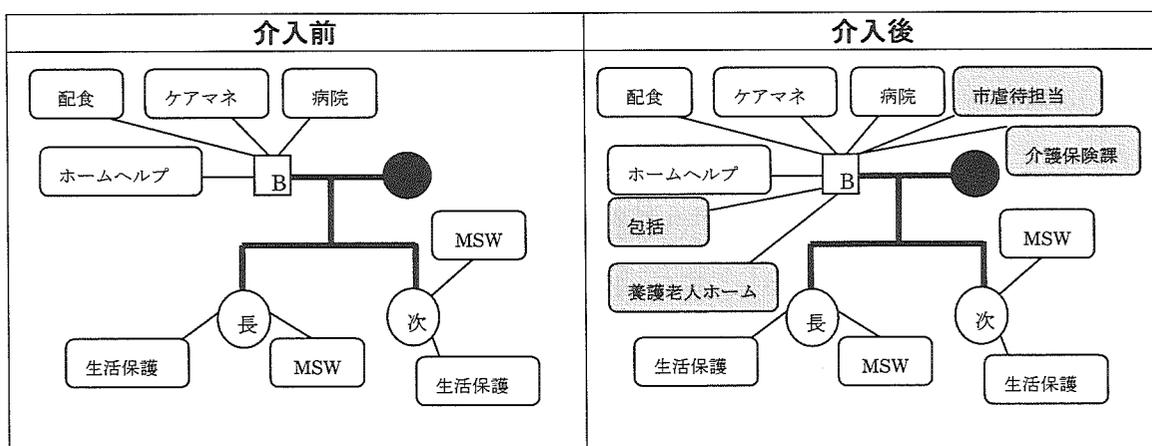


図2 【事例2】介入前後の変化

【事例3】盗癖のある認知症高齢者を地域の関係者で支援した事例

①家族構成

構成員	抱える課題
C (70代・男)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護度 2 (認知症) ・ 盗癖があり万引行為が絶えない
長男 (50代)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県外在住

②実践の展開過程

段階	具体的展開と戦略
(1)発見	<ul style="list-style-type: none"> ・ C 担当のケアマネジャーから相談が入った。
(2)課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 盗癖があり、近所の商店での万引行為が頻繁である。店からケアマネジャーに苦情が入るが、本人は認知症のため理解ができない。 ・ 本人と長男の希望が異なる。長男は「父親の面倒を見るのも限界。施設に入所してもらいたい」と言う。一方、ケアマネジャーが C に「施設はどうか」と聞いてみると、「施設には行きたくない。この家にずっと住みたい」と言う。
(3)アセスメントとプランニング	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケース検討会を複数回、開催する。 ・ 出席者は地域包括支援センター係長、社協地区担当職員（コミュニティワーカー）、民生委員、ケアマネジャー、地域包括支援センター、生活保護ケースワーカー、市介護保険課職員、の 7 者である。

	<p>介入前は、病院、ケアマネジャー、福祉協力員、の3者であった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケース検討会では、「地域の中で関係者が見守りを続けていく」という方針で一致した。
(4)実践 (連携・インフォーマル資源利用)	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスを増回して日中自宅にいる時間を減らした。 ・自治会選出の福祉協力員が営む商店で買い物をしてもらうようにし、支払いは長男に依頼した。 ・近所のスーパーにケアマネジャーがでかけ、Cの状況を説明したところ、理解を得ることができた。同時に、警察にも伝えて（すぐに窃盗犯と扱わないように）理解を求めた。 ・福祉協力員の見守りだけではなく、民生委員にも新たに見守りに加わってもらうことにした。また、民生委員が近所の人にCの情報を伝え、これまで摩擦のあった近隣関係を修復した。
(5)評価	<ul style="list-style-type: none"> ・インフォーマル資源を取り入れた対応ができた。 ・「地域で生活する」という支援目標を複数の関係者で共有できた。

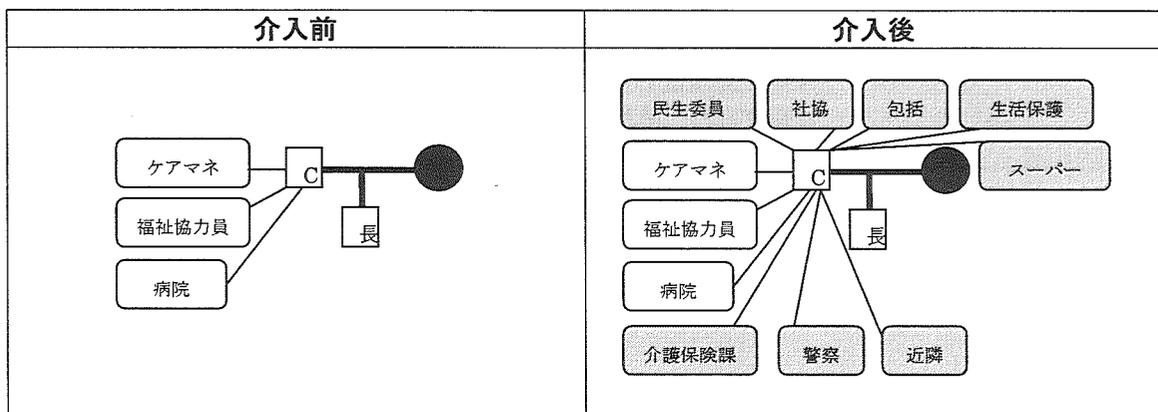


図3 【事例3】介入前後の変化

【事例4】親子関係に問題はないが、家族が複数の課題を抱えた事例

①家族構成

構成員	抱える課題
D (60代・男)	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護度2 (認知症と金銭管理不安) ・生活保護
長女 (30代)	<ul style="list-style-type: none"> ・知的障害 (の疑い) ・失業、借金

②実践の展開過程

段階	具体的展開と戦略
(1)発見	<ul style="list-style-type: none"> ・長女が「父が徘徊して、近所の人からも苦情が来て困っている」と地域包括支援センターに相談。
(2)課題	<ul style="list-style-type: none"> ・Dは判断能力が不十分で、入浴、排泄等の基本的な生活にも支障がある。しかし病院の受診を拒否しており、要介護認定も受けていない。 ・長女も判断能力が不十分で借金を複数抱える。知的障害の疑いがある。 ・二人とも、金銭管理が不十分。介護保険料滞納、税金滞納、および借金がある。

	<ul style="list-style-type: none"> ・二人とも、基本的な生活能力を喪失しているが、支援者が不在。 ・Dと長女の関係は良好であり「ずっとこの家で暮らしたい」と希望している。
(3)アセスメントとプランニング	<ul style="list-style-type: none"> ・介護や金銭管理といった生活の基本的部分を改善しつつ、在宅生活を継続させる。 ・D、長女とも未認定のため、保健師を交えケース検討会を行う。
(4)実践 (連携・インフォーマル資源利用)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターと障害福祉課保健師で家庭訪問し、Dに病院受診するよう説得する。本人承諾後、受診。要介護度2と認定され、デイサービスを利用し始める。生活が安定してきた。 ・要介護認定後、サービスを利用しようとしたところ、介護保険料滞納が判明する。 ・長女の療育手帳取得の手続き。IQ測定のため病院受診。知的障害と判定される。 ・借金については弁護士に相談。 ・二人の収入が最低基準に満たないため、生活保護の申請を行う。同時に、長女に就労支援を行う。長女の支援に、生活保護ケースワーカーと障害福祉課保健師が加わることになる。 ・成年後見制度の利用手続きを行う。D、長女とも判断能力が不十分と判定され、成年後見制度の利用を開始する。後見人が、一家の財産管理、および財産処分を行い、借金を返済する目処がついた。
(5)評価	<ul style="list-style-type: none"> ・介入前は、福祉サービスを利用していなかったが、介入後、多くの資源を利用することで生活が安定した。

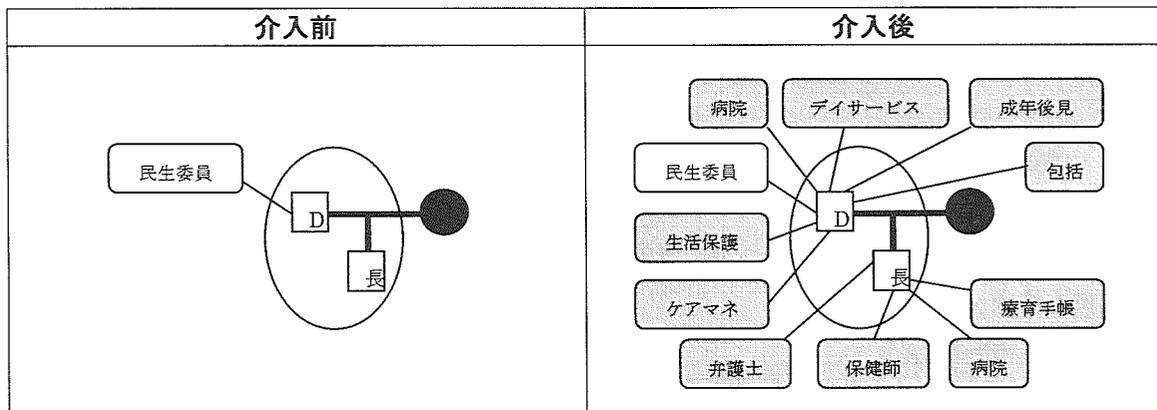


図4 【事例4】介入前後の変化

2.2 社協による地域包括ケアシステム形成の実践

(1) Y市社協による助成事業への取り組み

本節では、Y市社協が取り組んだ地域包括ケアの実践について整理する。Y市社協は、地域包括支援センターを受託・運営し始めた2006年、Z財団から助成を受けて、地域包括ケア形成のための実践を試みることになった（2006年から3年間）。

つまり、地域包括ケアに意識的に取り組むことになったのである。本節は、「社協が地域包括ケアを目指そうとするとき、どのような実践を行うのか」を描くことを目的とする。もちろん、現場の実践であるため、成果もあれば課題も残る。小論では、社協の実践が地域包括ケアを志向する際、可能であることは何であるか、および課題は何であるのか、の

2点について明らかにしたいと考える。

(2) 取り組みの概要

助成事業の取り組み名称は「わがまちを元気に！地域で創る包括ケア体制」である。事業の目的は次のようにうたわれた。

「介護保険制度の改正（2006年度）にともない、地域包括支援センターが設置され、社協が受託することになった。そこで社協として地域包括支援センターが介護予防に終始することなく、コミュニティソーシャルワークの実践を含めた包括的サポートシステムづくりの拠点となることが使命だと考える。

その実践方法として、①地域包括支援センターを拠点に、法により義務づけられている保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーに加え、コミュニティワーカー（市社協に常駐）、行政保健師、公民館（地区社協）の地域保健福祉推進職員（市単費によるコミュニティワーカー）等の専門職チームを結成する、②これら専門職が地域住民、関係機関・団体（医師会、事業所、NPO、ボランティア等）とともに地域の生活課題を把握し、関係機関と協働して課題解決を図るためのコミュニティソーシャルワークを展開する、という2点に取り組む。

（中略）地域包括支援センターを拠点とした日本型のコミュニティソーシャルワークおよび包括的ケアサポートづくりの展開方法を探る¹⁶⁾

あらためて整理すると、次の3点が取り組みの重要点である。

- ①社協が受託した地域包括支援センターが、実践の中心となり、地域包括ケアを推進すること。
- ②推進方法の第一として、地域包括支援センターが呼びかける形で他機関の専門職との連携に取り組むこと。
- ③推進方法の第二として、地域の多様な関係者（専門職に限らずインフォーマルな支援者も含む）を巻き込んだ包括的なケアを展開すること。個別援助に重点を置くのではなく、いわゆる地域援助に関わる取り組みである。

こうした3つの柱を掲げて、複数の実践が3年間で展開された。①と②は主に前節で既にみた（地域包括支援センターが取り組んだ4事例の紹介）。以下では、①と②の要素も含むが、主には③に関わる、社協が中心となった実践を紹介する。

(3) 地域援助を用いた地域包括ケア実践

【事例5】認知症見守りネットワーク事業

①事業の概要

認知症高齢者の徘徊および行方不明時に、地域の協力を得て発見するための仕組みづくりである。図5のような仕組みであるが、実際の取り組みを時系列に沿って整理すると、

¹⁶⁾ Y市社協、助成申請資料より。筆者が若干字句を改変した。

(1)徘徊および行方不明に気づいた家族、近隣、介護施設等が社協と警察署に連絡をする、(2)社協・警察署から協力者に徘徊者の特徴等が伝えられる、(3)協力者が探索・発見した後、社協・警察署に報告する、(4)家族、近隣、介護施設等（最初の報告者）に発見の連絡がなされる、(5)協力者全員に解決したとの連絡がなされる、という順序である。

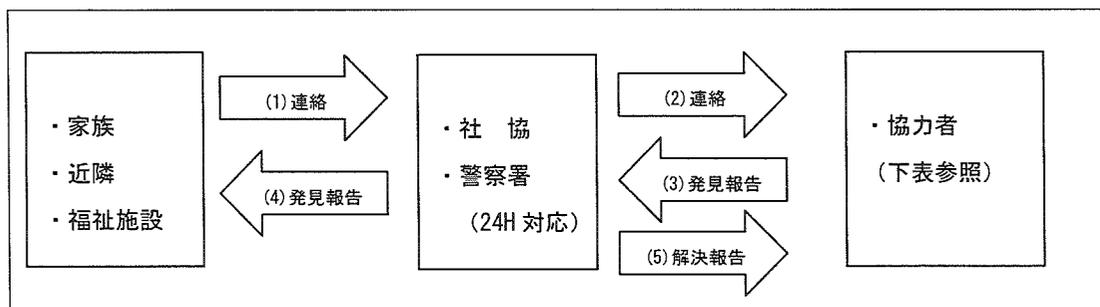


図5 認知症見守りネットワークの概要

②協力者の確保と養成

本事業は多様な協力者が必要である。社協から表2のような組織・団体等に依頼を行い、協力を得ている。

事業者等	・公共交通機関	・コンビニエンスストア
	・タクシー会社	・金融機関
地域関係者	・警備会社	・ガソリンスタンド
	・宅配業者	・郵便局
	・地区社協	・民生児童委員
	・福祉推進員	・自治会
	・認知症サポーター	

表2 事業への協力者一覧

なお、認知症サポーターとは、事業に協力する地域住民である。これら住民の協力を得るため、2007年度からの2か年度で9回の「認知症理解者養成講座」を実施した。参加者はのべ638名であった。

【事例6】住民組織による地域生活支援の仕組みづくり

①事業の概要

地域住民と福祉専門職が協働して、地区内の福祉課題を解決するための組織をつくるという取り組みである。組織は、小学校区を一つの単位として設けることとした。組織名は「地域生活支援会議」となった。地域生活支援会議の目的は、(1)地区内で発生した福祉課題を住民組織が中心になって解決する、(2)住民だけではなく、福祉専門職の参加も得ながら課題解決に取り組む、という2点である。

②地域生活支援会議の構成員

図6は、地域生活支援会議の構成員を示してある。住民側（インフォーマル支援）と専門職側（フォーマル支援）の2者に分けて整理している。また、会議の具体的活動内容についても3点をあげている。

③支援事例

ここでは、地域生活支援会議が実際に支援した事例を1つ紹介する。

支援対象者は、高齢の夫婦のみ世帯である。夫Eは90代、要支援1、その妻は80代、要介護度3であった。

E自身も身体状況に不安を抱えていると同時に、妻はさらに要介護度が高い。しかし、Eの主訴は「自宅で最期まで暮らしたい、最期まで妻の面倒をみたい」というものである。

地域生活支援会議でE夫妻をどのように支えるかを検討した結果、(1)自治会、民生委員が見守りを行う、(2)配食サービスを依頼して食事づくりの負担を減らす、(3)有償ボランティア組織を立ち上げ、Eの支援を行う、ということであった。

結果として、次のような成果が得られた。(1)Eの近隣住民がボランティア組織に登録し、訪問を開始した、(2)ボランティア組織事務局を公民館におくことで地域関係者が常に状況を把握できるようになった、(3)専門職も含め、関係者が一致して「在宅生活継続」を確認し、一時は検討された施設入所が回避できた、という点である。

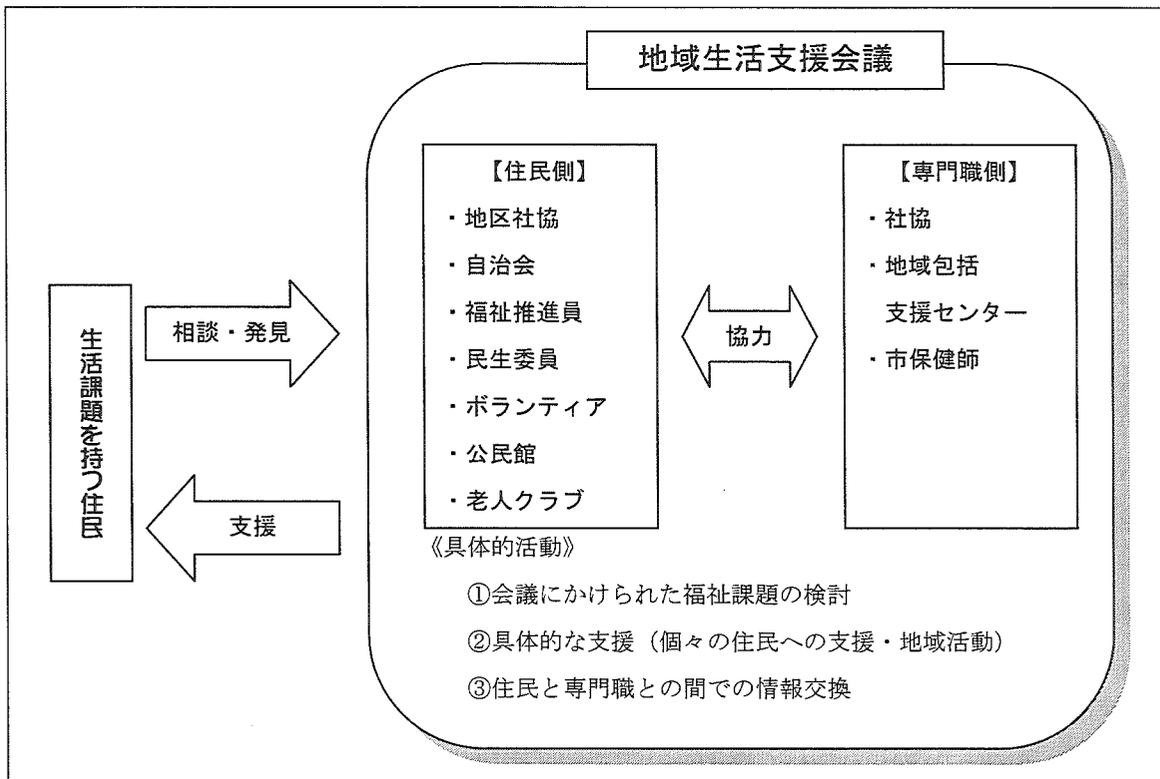


図6 地域生活支援会議の概要

3 考察——地域包括ケアを推進する実践の構造と主体の役割分担

本章では、第2章でみた実践をもとに、地域包括ケアを推進するための方法について論じる。地域包括支援センターと社協が担う地域包括ケアはどのようにすれば可能であるのか、また課題は何かについて明らかにしたい。特に、「解決課題の設定」「地域包括ケアを推進する3つの政策・実践領域」「インフォーマル資源を取り入れた地域包括ケアと社協の役割」という3点に焦点を当てて述べていく。

3.1 解決課題の設定

地域包括支援センターが困難事例に取り組むとき、いずれも複数の専門職との連携があった。いわゆる多職種連携であるが、これは地域包括ケアに必須の要素である。多職種連携をはかっていた地域包括支援センターの、地域包括ケア形成における役割とは何であろうか。ここでは「解決課題の設定」が重要であることを述べたい。

解決課題の設定とは、問題解決のゴールを示すことでもある。【事例1～4】は、いずれも介入当初、何が解決されるべき課題かが不明であった。もちろん、地域包括支援センターに相談があるということは、何らかの課題が生じていることは確かである。しかし、その課題は、家族内に生じている「断片的」な課題である。介入当初は「この家族にとって解決されるべき総合的な課題」は明らかではない。

「断片的」な課題は、地域包括支援センター以外の専門職が把握している。しかし、「総合的な課題」は誰も認識できていない。地域包括支援センターは困難事例に取り組む過程において、介入当初は明らかでなかった「総合的な課題」を発見しようとしていた。

この「総合的な課題」の発見が、他の福祉専門職ではなし得ない、地域包括支援センターによる支援の独自性であると思われる。また、「総合的な課題」を解決することが、ゴールであると言える。

これらのことを、第2章の困難事例への取り組みに立ち返って具体的に説明してみたい。

【事例2】は、2人の娘（両者とも障害有り）が父親に対して経済的虐待を行っていた。娘を支援していた専門職であるMSWの関心は「彼女は退院できるか」ということであり、市介護保険課の関心は「保険料滞納をどう解消するか」ということであった。一方、地域包括支援センターは、「父親の介護保険サービスも確保し、経済的虐待を止めさせながら、一家の財産管理を確保できる体制を整え、かつ3人の関係性も損なわない」ということを総合的な課題として設定し、ここに至ることをゴールと考えた。

「精神疾患で入院中の娘が退院する」「滞納をなくす」ということは、確かに重要な課題であるが、この家族にとっては複数ある課題の一つである。いわば一つ一つの「断片的」な課題である。しかし、それとは別に「総合的な課題」が存在する。これを探しだし、ゴールを設定することが地域包括支援センターの役割である。

逆に言えば、「総合的な課題」を解決しなければ、個々の「断片的」な課題も根本的に解決しない。そのため、複数の問題を抱えるケースには、地域包括支援センターが持とうとしていた総合的な支援の視点が必要なのである。

【事例4】も同様である。最初の相談時に明らかであった課題は「Dの認知症」という単一のものだけであった。介入後、長女の知的障害、借金、貧困、および家族全員の判断能力欠如、という課題が明らかになった。これら複数の課題解決のため、「平穏な二人の生活」というゴールを設定した。次に、「基本的介護サービスの提供」によりDの日常生活を立て直した。加えて、サービスの原資を担保するために「一家の金銭管理能力の確保」をはかった。そのことにより、すべての家族構成員の生活が安定し、家族生活が成立するようになった。

これらのことを図式化すると図7のようになる。

図の意図するところは2点である。第一は、ほとんどの福祉専門職の役割や設定している課題は単一であるという点である。例えば、ケアマネジャーであれば、介護保険サービスの組み合わせであり、ケースワーカーであれば生活保護の適用による最低生活の保障である。第二は、地域包括支援センターは、単一の課題だけではなく、「総合的」な視点から支援を行っていることである。「総合的」といったときの要素は、「コーディネート（多職種、および複数のサービス）」「家族間調整」「解決課題の設定」といった点である。

「コーディネート」については、厚生労働省の研究会でも、地域包括ケアに求められる重要な要素として指摘されている¹⁷。しかし、どのような実践を通じてコーディネート機能を高めていくか、またそもそも誰がコーディネーターとなるのか、については现阶段では十分に明らかにされていない。コーディネートという機能の重要性は認知されている。しかし、方法論と主体の明確化については、課題が残る、とも言い換えられる¹⁸。

現時点では、少なくとも高齢者分野においては地域包括支援センターが担い手となることが現実的と思われる。次項では、そのために地域に必要な条件について論じる。

¹⁷ 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～』。本報告書は、地域包括ケアをめぐる課題が総論的に提示されている。

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html>

¹⁸ 例えば、2009年、雇用・失業対策の分野では「ワンストップサービス」が試みられた。これは、ハローワークの中に多職種が窓口を設置し、職業紹介、生活保護、社協の生活福祉資金、および住宅確保、等の福祉資源を総合的に提供する取り組みである。窓口を訪れた30代の無職男性は次のように述べている。「失業中は生活費や住宅の維持・確保などの悩みが枝分かれするように増えていき、先が見えなくなってしまう。ワンストップサービスは“道しるべ”のような存在。今後も続けてほしい」（「大分合同新聞」2009年12月21日、夕刊）。つまりこのコメントは、複合的な問題を抱えると、当事者は自らの力で「ゴール」を設定することが困難になってしまうということを示唆していると言える。ただし、この取り組みも、問題を総合的に俯瞰するコーディネーターの存在は十分位置づけられていない。

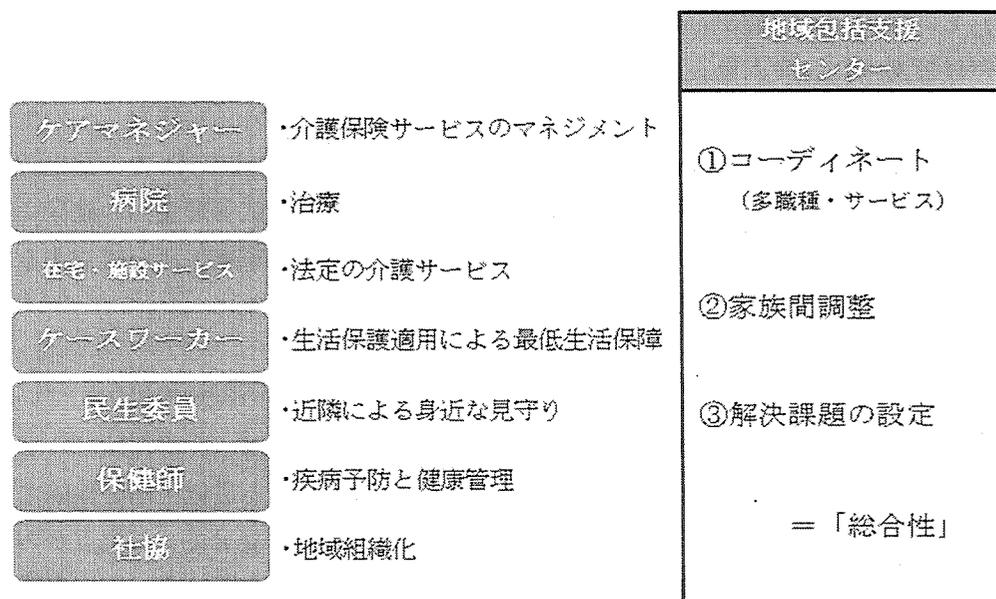


図7 地域包括支援センターの支援の視点

3.2 地域包括ケアを推進する3つの政策・実践領域

前章でみた【事例1～4】のいずれも多職種連携があった（各ケースの展開過程を描いた表中の「(3)アセスメントとプランニング」欄を参照）。それでは、具体的に連携を推進するにあたり、どのような方法がとられていたのだろうか。特徴的な点を一つ述べれば、多職種が集まる場を活用していたことである。また、こうした「場（＝会議）」は異なる種類のものが複数存在していた。整理すると表3のようになる。

会議名	会の構成員・概要
①ケース検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・事例に関わる支援者で構成 ・随時、開催されるもので制度上の位置づけはない
②社協・包括職員検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・社協、地域包括支援センター、社会福祉士（社協法人外）、の3者で構成 ・困難事例等の検討 ・法人（Y市社協）外のメンバーである社会福祉士が部外者として助言
③虐待小委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・市介護保険課、弁護士、社会福祉士、精神科医、社協、地域包括支援センター、の6者で構成 ・Y市が主催 ・虐待問題、および（虐待でなくても）困難事例の検討

表3 地域包括支援センターが多職種連携のために利用する会議

いずれの会議の目的も、困難事例等の解決方法を参加者で互いに検討することである。ソーシャルワーク実践を展開するにあたり、こうした「仕組み」は、多職種連携を推進する重要な要素となりうる。全国的な状況を見ても、多職種連携は制度上の強い裏付けを持っていない。例えば、多職種連携が国の福祉サービスのメニューとなっていたり、連携を

行った場合の財政的インセンティブがあったり、などということはない。

あくまで、各地域で福祉現場に関わる人たちが、より良いケアを志向する熱意を持ちながら自発的に連携を図っているというのが実際であろう。多職種連携は制度的には十分に保障されていない。だからこそ、フォーマルであれ、インフォーマルであれ表3のような「仕組み」があれば、専門職らは連携に取り組みやすい。また取り組みが習慣化しやすいと言える。

表3の3つの会議を2つに大別するとすれば、①②はインフォーマルな会議である。専門職が事例の対応に困ったとき、随時、開催される。③はY市主催のフォーマルなもので、定期的で開催される。その意味では2つは性格を異にする。いずれも、地域包括ケアを展開するためには不可欠なものである。この2つを含め、地域包括ケアに必要なと思われる「仕組み」の全体像をもう少し整理して描けば、図8のようになると考えられる。

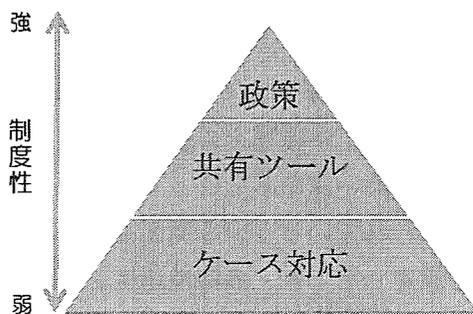


図8 地域包括ケアを推進する仕組みの3要素

図8で示した3つの要素について上から順番に説明しておく。

第一の「政策」についてである。これは、第1章でも述べた「自治体病院を中心とした地域包括ケア」を実践しているような自治体の取り組みが該当する。つまり、自治体病院と行政の強いイニシアティブがあって初めて成立する「仕組み」である。第1章でも触れた最上町や旧御調町の実践の特徴は、①病院、介護施設、在宅福祉サービス、行政の保健・福祉部局、および相談機能（かつての在宅介護支援センター）等を1か所に集約し、②病院長の強い指導の下で、③専門職が連携して高齢者をケアする、といったものである¹⁹。

しかし、今後、こうした方法を採用する自治体が多数登場するとは考え難い。ここでは理由を2つあげておく。一つには、多くの自治体が財政難にある中、こうしたハード整備を必要とする地域包括ケアの実現は困難ということである。二つめには、介護保険制度開始以降、供給主体が多様化しており、行政が音頭をとって専門職を一元的に管理することが困難になっていること（また自治体がそうした意欲の生じる環境にないこと）である²⁰。

¹⁹ 横山敏（2006）「最上町ウェルネスプラザと介護保険一施設整備と介護の拡がりー」『山形大学紀要（社会科学）』第36巻第2号、も参照。

²⁰ ただ、地域包括ケアを担うことが地域包括支援センターに期待されていると同時に、セ

第二の「共有ツール」についてである。これは、ある程度の制度上の裏付けを持ち、現場の専門職が共通に利用することのできる「仕組み」のことである。表3でいえば、「③虐待小委員会」が該当する。類するものとしては、医療・介護分野の「地域連携クリティカルパス」もその一つであろう。利点としては、フォーマルな仕組みのため、他の専門職にも気兼ねせずに参加を呼びかけられる、ということがある²¹。一方で、フォーマルな性格のため、利用できるケースが限定されるということも否めない。小論の事例であれば、虐待・困難ケース以外は会議に諮りにくい、といったことである。

また、第2章の【事例6】でみた、社協が取り組みを支援した地域生活支援会議も共有ツールの一つである。こちらは、逆に虐待・困難ケースは扱いにくい（近隣住民が関与することに抵抗がある）といえる。

第三の「ケース対応」についてである。表3の「①ケース検討会」のような取り組みのことである。インフォーマルな会議ではあるが、専門職が事例の対応に苦慮する際に、ケースに関わる多職種が集まり、解決の方向性を検討する。いわば、必要に応じて柔軟に専門職が連携を行うものである。

しかし、実際にはこうした柔軟な取り組みを重ねることは容易ではない。先にも少し述べたが、多職種連携は明確に制度化されていない。そのため、多職種を招集するための権限は曖昧であるし、報酬としても反映されない。現状は、高い使命感を持ってソーシャルワークを展開しようとする専門職らによって、連携が担われているという側面も強い。だが、前項で述べたように困難事例等で支援のゴールを設定したとき、多職種連携という過程を経なければ、問題解決には至らない。

結局は「政策」「共有ツール」「（現場の個々の）ケース対応」の3つを組み合わせながら地域包括ケアを推進することになる。その際、各地域で強みと弱みがどこにあるかを踏まえながら取り組むことも必要であろう。

まとめとして、図8の3つの要素の「積極面」と「消極面」を一覧表にしておく（表4）。

ンターの設置主体は市町村である。「自治体がなすべき役割は何か」ということは改めて問われなければならない。上野谷は、介護保険制度開始後、および地域包括支援センター設置後、自治体の責任をどう捉えるかという課題が生じていると問題提起している。上野谷加代子（2007）「見えにくくなった自治体の責任と権限」『地域福祉研究』No.35、1頁。

²¹多職種連携を呼びかけることは、現場の専門職にとっても容易ではない。理由として、相手が忙しいので遠慮する、権限がないので呼びかけてよいか不安である、業務が多忙で手が回らない、といったことがあげられる。こうした点の他、多職種連携の問題を整理したものとして、副田あけみ（2006）「高齢者虐待防止ネットワークの構築」日本社会福祉士会 地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会編『地域包括支援

	積極面	消極面
政策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院長、首長の強いリーダーシップ ・ 財政的裏付けがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ハード整備が必要なため、すべての自治体に有効でない
共有ツール	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職が技術的、および心理的に連携に取り組みやすい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象となる利用者が限定される
ケース対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 柔軟に連携がとれる ・ 実質的な問題解決をはかることができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ フォーマルでないため、地域、および担当者によって取り組みに差が生じる

表 4 3つの領域の積極面と消極面

3.3 インフォーマル資源を取り入れた地域包括ケアと社協の役割

(1) フォーマル資源とインフォーマル資源との統合（マネジメント）

第1章において、地域包括ケアの要素として、住民による活動といったインフォーマル資源を利用したケア、およびフォーマル資源とインフォーマル資源の統合、という2点があることを述べた。つまり、地域包括ケアを展開している、と言うためにはインフォーマル資源を取り入れたケアの実践と仕組みが必要である。

日本のソーシャルワーク実践の歴史をみたととき、インフォーマル資源に最も強く関与してきたのは、社協である。社協によるコミュニティワーク実践が、インフォーマル資源を形成してきた。具体的にいくつかあげれば、ボランティアを育成したり、自治会・老人クラブといった地域組織が行う福祉活動を支えたり、障害を持つ親の助け合いの組織づくりをしたり、民生委員の福祉活動を支援したり、といったことである。

地域に存在する組織との信頼関係を築いてきたのが社協であるといえる。【事例5】は地域の多様な組織により、認知症の見守りネットワークが形成されている。こうした住民・地域組織をまとめるといったコミュニティワークは、社協の得意分野であり、他の専門職にはない機能である。その意味では、インフォーマル資源を利用したケアの担い手として社協は欠かせない。

だが、インフォーマル資源の利用に関しては、2006年に地域包括支援センターが設立されて以降、社協の専売特許ではなくなった。例えば【事例3】では、民生委員、スーパー、警察、近隣といったインフォーマル資源が、認知症高齢者の支援に参加できるよう、地域包括支援センターが働きかけている。

インフォーマル資源を利用したケアの重要性は、近年、地域福祉分野でも特に提起されている。その背景には、福祉課題を持つ要援護者に専門職だけが関わっていても生活の質が向上しないという認識、ならびに住民同士の支え合いによりコミュニティを再構築していくという価値観がある²²。インフォーマル資源の活用は、現代の生活問題解決の根幹に関わるテーマなのである。

センターのソーシャルワーク実践』中央法規出版、110頁、などがある。

²² これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告（2008）『地域における「新たな支え合い」を求めて』全国社会福祉協議会、などもこうした認識がある。

その活用を図ってきたのは伝統的には社協であり、近年になり地域包括支援センターが登場してきたといえるのだが、両者は優れた実践の担い手として協働関係にあり、一方で競争関係にもある(どちらがよいケアの担い手たり得るのかという評価にさらされている)。

とはいえ、両者に役割分担はあると思われる。それを以下に整理しておきたい。

両者の役割分担のイメージを図9に示した。同時に、図9はフォーマル資源とインフォーマル資源の統合(マネジメント)のイメージでもある。

地域包括支援センターの役割としては2つある。①多職種連携、②フォーマル資源とインフォーマル資源の統合、である。①は、【事例1～4】でみたように、解決に向けて複数の専門職をコーディネートする役割である。②は、地域包括支援センターが解決しようとするケースに関し、フォーマル資源に加え、インフォーマル資源も活用(統合)しようとする機能である。

一方、社協の役割をここでは1つあげてある。住民らに働きかけて、地域で福祉を支える基盤を形成することである。いわゆる地域組織化と言われるものである。

つまり、この両者で3つの役割があると整理した(図9中の「(役割1～3)」)のだが、なぜこうした分担を指定したのかについて述べておきたい。

図9で(役割1)とした「多職種連携」であるが、これを現実に展開するには、地域包括支援センターが、個別ケースへの介入を通じて実践するほかない。なぜなら、多職種が連携する動機としては、問題に直面しての「切迫感」が大きいからである。例えば、「いまこの問題を解決せねばならない、そのためには他の専門職と協力せねば解決は覚束ない」といった切迫感である。

図9で(役割2)とした「地域組織化」は、主には社協が担い手となるのが適切であろう。なぜなら、地域組織化の特徴として、特に個別支援(【事例1～4】のような個人・家族への支援)と比較した場合、次のような点があげられるからである。①組織に働きかけ活動を促すには、周知と合意形成に多くの時間が費やされる、②緊急性を要する福祉課題は扱いづらい、という2点である。一方、第2章の事例のように、地域包括支援センターが扱う福祉課題は、虐待や精神疾患など対応に緊急性を要する。つまり、社協には時間をかけて、地域に福祉の担い手を育成していくという役割が課されているといえる。

図9で(役割3)とした「フォーマル資源とインフォーマル資源の統合」についてである。ここでは、地域包括支援センターの役割として整理しているが、その理由は、個別支援に関わる専門職の方が、多様な福祉資源のマネジメントの必要をより強く認識するからである²³。先に述べた「切迫感」ということでもある。

ただ、地域包括支援センターがインフォーマル資源を利用したいと考えたとき、社協は

²³ この考え方は、他の研究でも示されている(東京都社会福祉協議会 地域包括ケア促進モデル事業検討委員会、前掲書、5頁)。社協と地域包括支援センターを比較して、どちらが連携を積極的に求めているか、という議論なのだが、筆者も後者であると考え。前掲の東京都社協の研究でも、社協が日常生活自立支援事業以外に、個別の要援護者に関わるのが少なく、それゆえ連携への取り組みが積極的ではないと指摘されている。

適切な資源が何であるのかということを示すことができる、という協働関係が必要であろう。

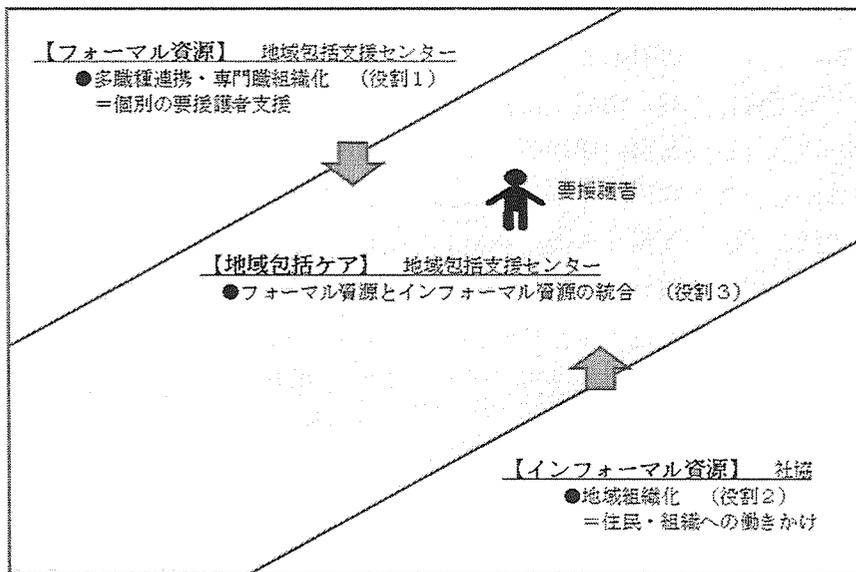


図9 フォーマル資源とインフォーマル資源との統合イメージ図

(2) 社協活動の新しい領域としての地域包括ケア

【事例5】【事例6】で用いられた援助技術は、両方とも、地域組織化という点では共通している。しかし、社協のソーシャルワーク実践として読み解く際、1つ、違いがあることに留意せねばならない。それは、後者がある一人の要援護者を支援対象にしているという意味で、個別支援に関わっているということである。【事例6】に参加しているような地域組織（住民）が、個別支援に関わることは、それほど多くないことである。

しかし、地域包括ケアという考え方が今後のソーシャルワークの方向性として、概ね理解を得ている現在、こうした取り組みが社協にも求められている。なぜそれが社協に求められるのかについて、社協の歴史的歩みも踏まえつつ、説明しておきたい。

社協が担い手となる地域福祉の出発点は、次の2つのことに集約される²⁴。一つは、地域住民の参加により要援護者を見守る組織づくりをどう展開するか、という問題意識である。二つめには、地域生活を保障するサービスである在宅福祉サービスをどう整備していくか、という問題意識である。歴史的に社協はこの2つに取り組んできた。前者については、1960年代以降の「住民主体」という考え方を根底に置いた地域組織化活動を通じてである。後者については、1980年代以降の在宅福祉サービスの実施団体（法人）として、である。

この2つが社協の中心的業務であった。そこに現在では、ここまで述べてきた「地域包括ケアの担い手」という、第三の役割が期待されているといえる。

まとめとして述べれば、①地域包括支援センターが取り組むような個別支援の解決を通

²⁴ こうした指摘は、柴田謙治編著（2009）『地域福祉論』ミネルヴァ書房、i頁。

じた地域包括ケアに着手すること、②その地域包括ケアには、従来から地域組織化という方法を通じて関わってきたインフォーマル資源も取り入れること、である²⁵。

そうした取り組みのためには、支援対象者についての再考も求められるかもしれない。従来、社協が支援対象としてきたのは「地域の組織・団体」である。そのため、個別の要援護者には関与し難いという社協の業務の構造があった（図10）。もちろん、「間接援助」が社協の主要業務であるから、この構造自体に瑕疵があるわけではない。

そうではなく、地域包括ケアという第三の役割を担おうとするならば、新たな業務も意識せざるを得ないということである。新たな業務とは、「地域の組織・団体」だけでなく、「個別の要援護者」へアプローチするということである。そのためには、地域包括支援センターとの協働が必要と思われる。紙幅の都合上、これ以上は言及できないが、両者の役割分担の整理は、今後の重要な研究課題である。

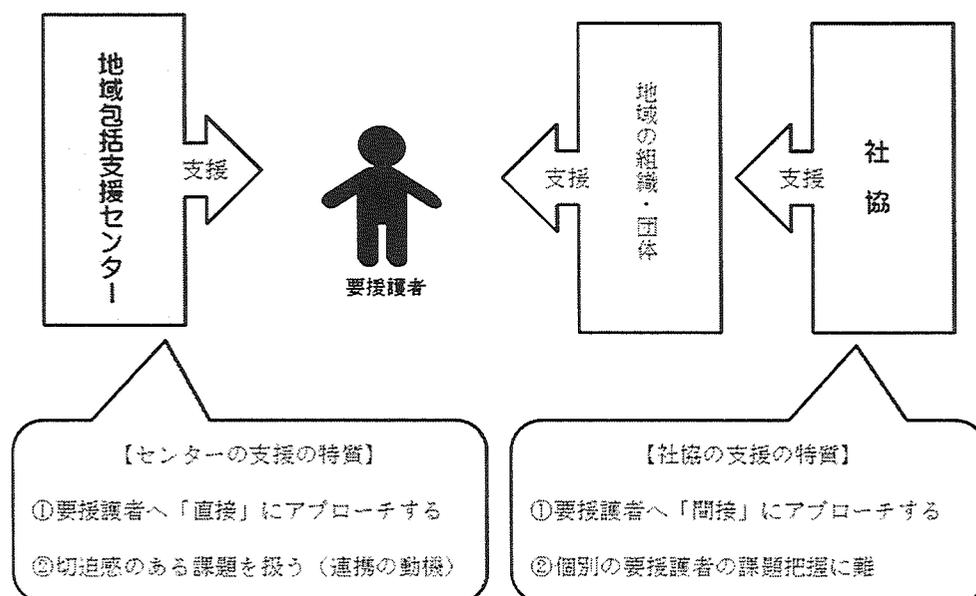


図10 社協の支援の構造

おわりに

小論では、主に社協と社協が受託する地域包括支援センターとの実践を描きながら、地域包括ケアの方法について論じてきた。

結論部分では、①個別ケースを解決する際、「総合的な課題」を発見しようとする実践が地域包括ケアに至る方法の一つであること、②3つ政策・実践領域を活用しながらの地域包括ケアを考える必要があること、③フォーマル資源とインフォーマル資源の統合のためには、地域包括支援センターと社協の役割分担が求められること、について述べた。

²⁵ 近年注目を集めている大阪府豊中市の実践も、こうした問題意識を有している。事例については、『Juntos』Vol.51、2009年、など。

地域包括ケアにはインフォーマル資源の利用が欠かせない。そのためには、どの専門職と比較してもインフォーマル資源との関わりが最も強い社協の視点から議論を展開することが有効である、との問題意識があった。

しかし、地域包括ケアは、全国どこでも普遍的に通用する枠組み、および参加する主体が明確になっているとはいえない。医療との連携をどう考えるか、また障害者も含めた枠組みをどう考えるか、といった課題がある。論者によって、地域包括ケアを議論するときの力点の置き方は異なるとも言える。今後は、さらに多くの専門職や福祉課題も含めた地域包括ケアのあり方を課題としたい。

謝辞：お忙しい中、調査にご協力いただいた Y 市地域包括支援センターと Y 市社協の皆様
に心から感謝申し上げます。