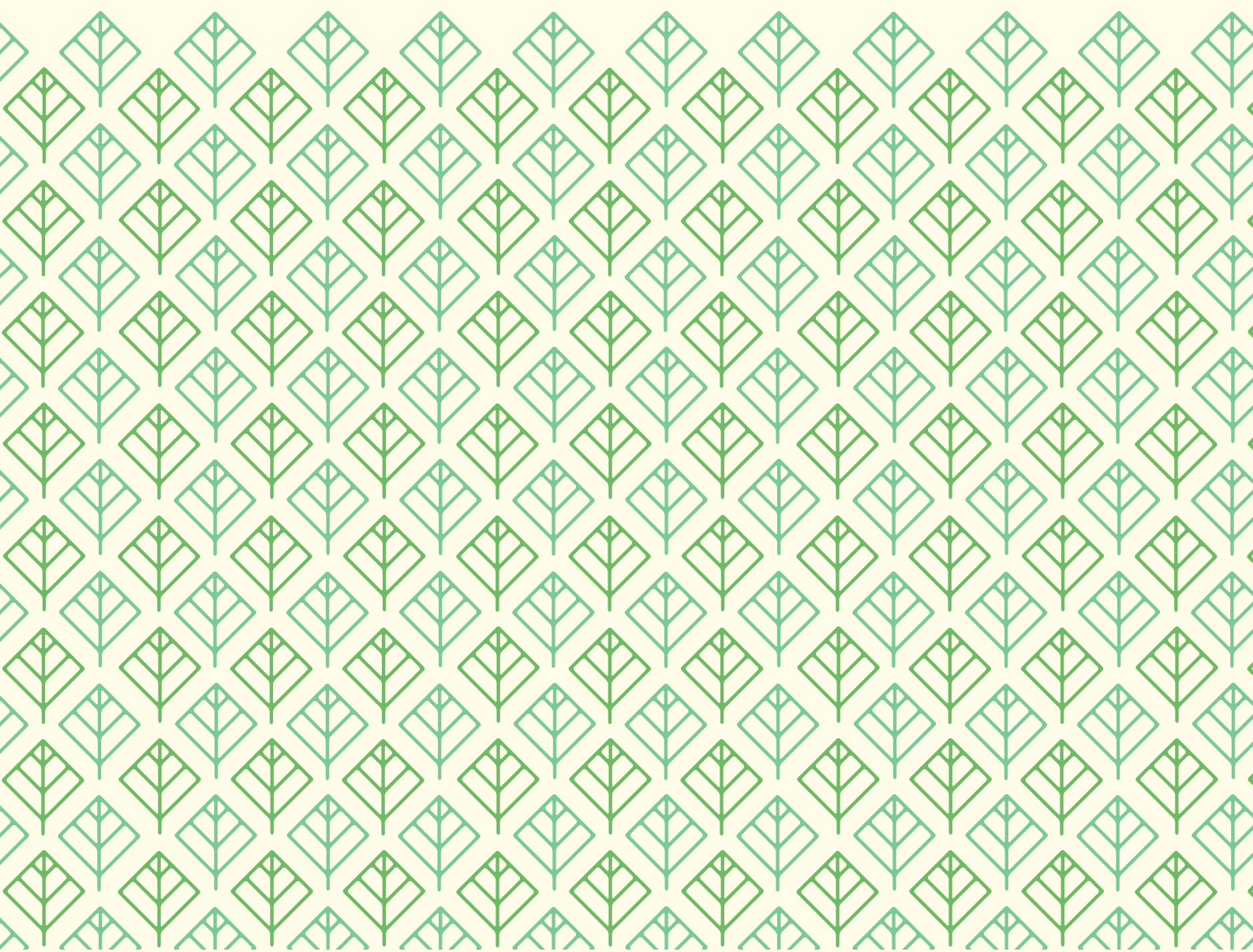


厚生労働省 平成27年度老人保健健康増進等事業

要支援者等への支援における専門的援助と住民主体の福祉活動の協働に関する調査研究事業

専門的援助と住民主体の 福祉活動の協働を進めるために

～新しい総合事業における要支援者等への支援を考える



社会福祉法人 全国社会福祉協議会

要支援者等への支援における専門的援助と住民主体の福祉活動の協働に関する調査研究委員会

はじめに

平成27年4月の介護保険制度改正により新しい総合事業への移行がスタートした。住民主体の多様な生活支援サービスの拡充にむけて生活支援体制整備事業も開始され、生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置が各地で進みつつある。

専門職中心に行われてきたこれまでのサービス提供体制に対して、総合事業では住民主体のさまざまな活動やサービスと専門的な援助が協働し、要支援者等の生活を地域で支えていくことが必要になる。従来も、インフォーマルなサポートと連携したケアマネジメントの重要性が指摘されてきたが、ともすれば専門職の側がケアプランのために住民を「活用」するような発想になりがちな面もあった。しかしこれからは、むしろ住民が主体となり専門職のサポートを得ながら地域の支援体制をつくりだしていくような取り組みを進めなければならない。本調査研究ではこうした問題意識に立ち、具体的な事例検討をモデル地域で行うことにより、要支援者等への支援にあたっての住民と専門職の協働のあり方や協働をすすめるための基盤について検討を行った。

本報告書は、主として専門職を対象にまとめられており、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、社会福祉協議会の地域福祉コーディネーター（コミュニティソーシャルワーカー）、コミュニティワーカー、生活支援コーディネーター、行政職員等、要支援者等の支援に関わる幅広い方々を読み手として想定している。第1章では新たな総合事業の捉え方や住民と専門職の協働の意義、専門職に求められる姿勢、市町村の役割等について総括的に論じ、第2章においてそれらの具体的なポイントをモデル地域の実践から整理している。また第3章では個別事例に即して住民と専門職の協働の効果やポイントを紹介している。

住民と専門職の協働は、一人ひとりに対するよりよい支援のために行われるものであり、その実践の積み重ねが支え合いのある地域づくりにつながっていく。本報告書がそうした取り組みにむけて参考になれば幸いである。

平成28年3月

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

要支援者等への支援における専門的援助と住民主体の福祉活動の協働に関する調査研究委員会

目 次

はじめに

調査研究の趣旨、概要.....	4
-----------------	---

1. 調査研究の成果と今後の課題

1.1 新たな総合事業のとらえ方～地域づくりを進めるために	8
1.1.1 「サービス切り」なのか?	8
1.1.2 「受け皿づくり」なのか?	9
1.1.3 地域づくりの方向性を協議する場	10
1.2 要支援者等への支援における専門職と住民の協働の意義	11
1.2.1 住民主体の福祉活動の値打ち	11
1.2.2 「切り取らないケア」に向けて～住民主体の福祉活動との協働の必要性	12
1.3 協働にあたって専門職に求められる姿勢	13
1.3.1 専門職と住民主体の福祉活動の関係	13
1.3.2 本人を中心に、それまでの生活から「切り取らない」姿勢	13
1.3.3 丸抱えしない・丸投げしない姿勢	14
1.3.4 排除しない地域づくりという姿勢	14
1.3.5 住民主体の福祉活動と専門職をつなぐ姿勢	15
1.3.6 住民活動と「まじりあう」姿勢	15
1.4 市町村に期待される役割	15
1.4.1 地域づくりの方向を多様な主体と協議し、合意する	15
1.4.2 ケアマネジメントの体制を構築し、運用する	16
1.4.3 住民主体の福祉活動の支援	16
1.4.4 地域づくりにかかわる多様な社会資源とのネットワークの構築	17
1.5 今後の研究課題	17

2. 要支援者等への支援における専門職と住民の協働

2.1 個別支援における協働のポイント	20
2.1.1 基本的な考え方	20
2.1.2 支援の各プロセスにおけるポイント	22
2.1.3 専門職に期待される視点や役割	27
2.1.4 専門職と住民の間での情報や支援方針の共有の方策	28
2.1.5 具体的な取り組み～まずは要支援者のケアプラン分析からはじめる	31
2.2 専門職と住民の協働を推進する基盤	32
2.2.1 住民の理解をどう得るか	32
2.2.2 住民主体の福祉活動、生活支援サービスの拡充	32
2.2.3 幅広い住民の関わりを増やす	33
2.2.4 専門職間での連携	34
2.2.5 住民と専門職の協働の場	34
2.2.6 生活支援コーディネーターの役割、ケアマネジャーとの連携	37
2.2.7 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画への位置づけ	38
2.2.8 中長期的な地域づくり、地域福祉計画との連携	38
2.3 住民参加による事例検討会議の手法	39
2.3.1 モデル地域での取り組みの成果と今後の課題	39
2.3.2 本人のための事例検討の必要性	40
2.3.3 住民参加による事例検討会議の具体例	40

2.3.4 事例検討会議のポイント.....	41
------------------------	----

3. 専門職と住民の協働による実践事例

3.1 高齢障害者の地域における心地よい一人暮らしの継続を目指した事例	46
3.1.1 事例のポイント	46
3.1.2 事例概要	47
3.1.3 事例考察	51
3.2 妻が入院して高台に一人で暮らす男性の当面の生活支援と住み替えを検討した事例	53
3.2.1 事例のポイント	53
3.2.2 事例概要	54
3.2.3 事例考察	58
3.3 骨折で地域や友人とのつながりが切れそうになった一人暮らし女性に支援を追加し生活を維持した事例	60
3.3.1 事例のポイント	60
3.3.2 事例概要	60
3.3.3 事例考察	65
3.4 手厚い介護保険サービス利用の一方で住民による重層的な支援が明らかになった事例	67
3.4.1 事例のポイント	67
3.4.2 事例概要	67
3.4.3 事例考察	72
3.5 糖尿病患者個人の服薬管理の課題から地域全体での糖尿病対策の取り組みが提案された事例	73
3.5.1 事例のポイント	73
3.5.2 事例概要	73
3.5.3 事例考察	78

4. モデル事業実施報告

4.1. モデル事業のねらい、実施の枠組み	80
4.1.1 モデル事業実施要項（抜粋）	80
4.1.2 事例検討の進め方	81
4.2. モデル事業実施報告	89
4.2.1 神奈川県大磯町	89
4.2.2 名古屋市中川区	94
4.2.3 香川県琴平町	99

1.

調査研究の成果と今後の課題

1. 調査研究の成果と今後の課題

1.1 新たな総合事業のとらえ方～地域づくりを進めるために

1.1.1 「サービス切り」なのか？

2015年4月に介護保険法改正が施行され、これまで予防給付として提供されてきた介護予防訪問介護と介護予防通所介護（以下、介護予防訪問介護等と略記）が市町村の「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、総合事業と略記）に移行することになった。予防給付が保険給付から市町村の地域支援事業になることから、一部では「サービス切り」といった批判も生まれ、要支援者に該当する高齢者がこれまで受けていたサービスを受けることができなくなるのではないかとすることに注目が集まることになった。

一方、地域での支え合い活動に取り組んできた立場からは、要支援者の状態像を見ると、ADLが自立している人も多く、日常的生活支援を必要としていても、必ずしも介護サービスを必要としているわけではないことや、安易なサービスの導入がかえって本人の力や地域とのつながりを削ぐ結果になっていることから、むしろ生活支援を必要としている高齢者のニーズをベースに、地域生活を支えていくための多様な生活支援のあり方を構想し、地域づくりを進める機会としてとらえる必要性が提起された（新地域支援構想会議「新地域支援構想」2014年）。

前者の見方を「サービス切り」、後者の見方を「地域づくり」とするなら、総合事業に対する評価は、どちらの視点でこの事業を捉えるかによって大きく変わってくることになる。また、同時に総合事業を運営する市町村や関係者がこの事業をどのように運営するかによっても、事業の性格は変わってくることになる。市町村が、介護予防訪問介護等の単価をできるだけ安く設定しようとし、本来専門家によるサービスが必要な人に対するサービスまで住民主体の福祉活動に任せようとするれば、この事業は、「サービス切り」という結果にとどまらず、住民主体の福祉活動にも混乱をもたらすことになりかねない。

一方、現在の要支援認定者の状態像やニーズを丁寧に明らかにし、専門的なサービスが必要な人にはそれをきちんと提供し、それ以外の幅広い高齢者が地域で暮らしていくためのニーズに対応するサービスや活動を地域支援事業の中で支援していくことができれば、総合事業は「地域づくり」につながっていく可能性がある。したがって、現在の要支援認定者の状態像やニーズを丁寧にとらえ直し、それにあった支援のあり方を考えていくことが、地域づくりとして総合事業を進めていく前提として必要になるといえる。

また、予防給付を保険給付から切り離すことに注目が集まっているが、総合事業は介護予防訪問介護等に移行し、必要な支援を行う「介護予防・生活支援サービス事業」と、第1号被保険者に対して介護予防を行う「一般介護予防事業」を総合した事業である。一般介護予防事業は、「高齢者を年齢や心身の状況等によってわけ隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進す

る」ことが目的として謳われており、主として心身機能の改善を目的としたこれまでの介護予防の考え方から大きく転換していることにも注目しておきたい。つまり、地域の中で、高齢者の社会関係を豊かにし、孤立を防止するような居場所づくりや役割、生きがいつくり、すなわち、地域づくりが求められているのであり、一般介護予防事業の取り組みも総合事業を地域づくりの方向で進めていくために重要な要素になるといえるだろう。

以上のように、総合事業がサービス切りの方向に向かうのか、地域づくりの方向に向かうのかは、ひとえに各市町村においてこの事業をどのようにとらえ、進めていくかに大きく左右される。それには市町村行政だけでなく、介護予防ケアマネジメントや総合相談の中心になる地域包括支援センター、ケアプラン作成に携わるケアマネジャー、実際の支援にかかわる事業所やその担い手、資源開発や活動者のネットワーク構築の中核となる生活支援コーディネーター、これまで住民活動を支援してきた社会福祉協議会の認識や取り組みも当然含まれる。

1.1.2 「受け皿づくり」なのか？

国が示しているガイドラインは、現行のサービスに相当する「現行型」に加え、多様なサービスとしてサービス A（緩和した基準によるサービス）、サービス B（住民主体による支援）、サービス C（短期集中予防サービス）、サービス D（移送前後の生活支援）といった類型を例示している（図 1）。現行型は、医療的なケアが必要な人や認知症などの症状によって生活管理が必要な人など、要支援者の中でも専門職による継続的な支援が不可欠な人に対して、引き続きこれまでと同じサービスを提供する類型として想定されている。一方、高齢者の多くには、必ずしも介護予防訪問介護等の画一的なサービス類型には収まらない様々な生活支援ニーズがあるとすれば、ガイドラインにおける「多様なサービス」は、あくまで「例示」であり、それぞれの地域の実情や高齢者の実態によって、多様なサービスや活動を開発していくことが、市町村の事業として総合事業を進めていくうえでのポイントの一つといえるだろう。

図 1
訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

<p>○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。 ○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。</p>					
基準	現行の訪問介護相当		多様なサービス		
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

厚生労働省資料より一部修正

ところが、総合事業の実施主体である市町村は、これまでサービスを利用していた人や、今後利用できることを前提としている人からの不安などを背景に、総合事業を現行型が使えなくなる人の受け皿づくりととらえる傾向が強いように思われる。こうした発想からスタートしてしまうと、これまでの介護予防訪問介護等と同じような「サービス」を緩和した基準によるサービスや住民主体の活動で作らなければならないという発想にとどまり、地域で高齢者に必要とされている「多様な」生活支援を創りだしていくという方向に向かわないだけでなく、住民主体の福祉活動もサービスの受け皿として位置づけられてしまう恐れがある。このように住民主体の活動を捉えてしまうと、住民主体の福祉活動は、介護予防ケアマネジメントの中で「サービス」を提供する一主体として、介護保険事業所と同じように扱われてしまうことになる。こうした発想で総合事業が進められると、一部で懸念されているとおり、住民主体の福祉活動の「制度化」といった事態を招きかねず、結果として、住民主体の福祉活動を安上がりに活用することになってしまうだろう。

一方、「受け皿づくり」としてではなく、地域づくりとして総合事業を捉えていくためには、長期的な視点が不可欠になる。住民主体の福祉活動や住民による支え合いは、総合事業に移行する時期までに対象となる人を支えられる程度に整備されるかどうかはわからない。緩和した基準によるサービスは、むしろこうした移行期を支える過渡的なサービスととらえるべきだろう。住民主体の福祉活動は、一般介護予防事業も含め、地域の中に高齢者を含めた多様な人が集うことができる居場所やちょっとしたことを助け合えるような仕組みを支援する中で、徐々に蓄積されていくのであり、長期的な視点での活動支援が求められる。こうした地域づくりの結果、要支援者にかかわらず、高齢者をはじめとした多様な人が自らの役割を發揮したり、関係の中で暮らしていく基盤がつくられていくと考えるべきだろう。移行時にどのように対処していくかという短期的な目標と長期的な地域づくりの目標を区別できるかどうかは、住民主体の福祉活動をどのように支援するかの大きな分かれ道なると思われる。

1.1.3 地域づくりの方向性を協議する場

以上のように、要支援者の状態像をきちんと明らかにし、専門的な支援に加え、地域で必要とされる多様な生活支援サービスや活動の短期的・長期的な整備と支援のビジョンを明確にすることが、サービス切りや受け皿づくりではない、地域づくりとしての総合事業を進めていく前提とすることができる。逆にいえば、こうした点に留意して進めることで、総合事業は地域づくりにつながる可能性を秘めた事業になるといえるだろう。

そして、こうしたことを市町村の担当課だけでなく、幅広く多様な主体と話し合いながら決定していく場として想定されているのが「協議体」である。協議体は、多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取り組みを推進することが役割とされており、地域福祉計画や地域ケア推進会議など、地域づくりに関係する諸会議と有機的に連携しながら、総合事業を市町村（担当部局）だけでなく、幅広い主体と検討していく場としていくことが必要になる。特に、

住民主体の福祉活動を行う組織や人がこうした議論に参加し、かつ中心的な役割を果たしていけるように運営していくことが、地域づくりの視点で総合事業を進めていくだけでなく住民全体の地域包括ケアを進めていくキーになるだろう。

また、生活支援コーディネーターは、主として資源開発やネットワーク構築の役割を果たす住民主体の福祉活動を熟知した人物が想定されている。簡潔に言えば、地域づくりのためのビジョンや方向性を多様な関係者が協議するのが協議体の役割であり、住民主体の福祉活動の支援を行うのが生活支援コーディネーターと言えるだろう。その意味で、生活支援コーディネーターは、地域を支援するコミュニティワーカーの役割といえる。

こうした場やコーディネーターを活用し、長期的な地域づくりのビジョンを協議しながら、地域づくりとして総合事業を進めていくことが重要になる。

1.2 要支援者等への支援における専門職と住民の協働の意義

1.2.1 住民主体の福祉活動の値打ち

専門職と住民の協働の意義について考えてみる前に、住民主体の福祉活動そのものの意義について改めて確認しておきたい。

総合事業において、住民主体の福祉活動に期待されているのは、多様な生活支援の活動を展開し、その中で高齢者が役割を発揮して生きがいを持つことや、居場所づくりなどを通じて孤立を防止したり、様々な困りごとに対応していくような支援を提供することである。もちろん、これらは住民主体の福祉活動の重要な役割であるが、その役割を生み出すことを支えている活動そのものの価値についてももう少し掘り下げて考えてみたい。それは端的に言えば、様々な住民活動を支えている動機や意識、もう少し具体的に言えば住民が様々な福祉課題を「私たち」の問題として考えていく力ではないかと思う。例えば、認知症の問題を「私たち」の問題としてとらえることができないと、見守りは容易に「監視」になってしまい、早期発見は「気づかい」ではなく「通報」と呼ばれ、生活支援は「お互い様」の延長ではなく「支援（施し？）」となってしまう。地域でのつながりづくりや孤立防止は、対等な住民同士の助け合い（お互い様）の延長線上にあるから社会関係の構築につながるのであって、一方的な関係であれば、専門職のほうが得意とするところである。

このように、住民主体の福祉活動について考えるときには、その機能と同時に、住民が福祉課題を「私たちの問題」としてとらえていくことをどのように支えていくかという視点が不可欠である。そういった思いの中から生活のしづらさを抱えて暮らす人へのまなざしが「厄介な人」、「困った人」としてだけでなく、同じ地域で暮らす者同士、何ができるかという視点になっていくのだろう。また、こうした意識に支えられた活動は、「主体的」なものである。住民は「私たちの問題」を解決するために、行政や専門職といった「資源」を活用しようとするのであって、決して逆ではない。

こうした活動が育ってくれば、住民のほうから、地域ケア会議（たとえそう呼ばなくても）を

開こう、認知症サポーター養成講座（そう呼ばなくても）をやろう、という要請が上がってくることになるかもしれない。やや理想論に聞こえるかもしれないが、このような住民と専門職の協働のあり方こそ、本当の意味での地域づくりのゴールなのではないかと思う。

地域の課題を私たちの問題として考えていく力、そしてそれを主体的に解決しようとする意識こそが、住民主体の福祉活動の値打ちであり、そうした力や意識と協働していくという姿勢が必要なのである。「専門職が住民を活用するのではなく、住民が専門職を活用する」地域包括ケア（住民主体の地域包括ケア）、総合事業のあり方こそが地域づくりの目指すべき地点であると提起しておきたい。

1.2.2 「切り取らないケア」に向けて～住民主体の福祉活動との協働の必要性

総合事業における専門職と住民主体の福祉活動との協働の場面は、大きく分ければ、地域づくりと個別支援の二つの場面が想定できる。前者は、協議体や地域ケア推進会議など、地域づくりの方針を決定するような場面での住民との協働であり、こうした場面での協働は、地域福祉計画や地域福祉活動計画など、これまでの協議の蓄積を生かしていくことが必要だろう。後者は、個別の地域ケア会議や、例えば、介護予防ケアマネジメントにおける地域包括支援センターや介護支援専門員と、住民主体の福祉活動との間の協働である。ここでは主に、後者の個別支援における協働に焦点を当てて、住民主体の福祉活動と専門職の協働の必要性について述べる。

日本では、介護保険制度創設から16年が経過し、高齢者福祉制度はそのカバーする範囲やサービスの供給量を飛躍的に拡大させてきた。しかし一方で、地域での生活から切り離して、専門職だけ支えようとするケア（ここではこうしたケアのあり方を「切り取るケア」と呼ぶことにする）が進み、その結果、地域での支え合いと専門職による支援の協働が十分でなく、介護保険を使うことによって地域の力が奪われてしまう状況も指摘されてきた。例えば、地域のサロンに通うことを楽しみにしていた高齢者に対して、介護保険制度が使えるようになったことで機械的にデイサービスの利用を勧めてしまうと、要支援（要介護）認定を期に、地域との関係から「卒業」してしまうという状況が生まれてしまう。地域で本人を気にかけていた地域住民も、専門職がかかわることで安心してしまい、本人との関係が希薄になってしまうこともしばしば指摘されてきた。

特に、要支援者の多くは、食事や排せつといったADLは自立しており、このような高齢者への支援は、できるだけその人の生活の基盤である地域から「切り取る」のではなく、それを前提に支援を行うことが一層重要になる。総合事業が地域づくりであると言われるのは、まず基盤となる地域での多様な社会関係を形成できるような場や活動をつくりだしていくことを前提に、地域包括支援センターや介護支援専門員などが地域の様々な活動と協働しながら、高齢者を支えていくことを強調しているからである。介護保険制度を前提にした支援ではなく、その人の生活を前提とした支援を行うためには、その人の生活を取り巻いている住民主体の福祉活動を含む様々な関係者との協議や協働が不可欠なのである。

しかし、住民主体の福祉活動との関係は、それが主体的な活動であるがゆえに、職務権限で役

割を規定したり、報酬でコントロールすることはできない。また、住民は職業として活動しているわけではないので、専門的知識体系や職業倫理を前提として、専門職業的な価値観を押し付けてもうまくいかないだろう。つまり、住民の主体的な福祉活動と専門職が協働していくためには、専門職同士の協働とは異なる姿勢や考え方が必要になるということである。行政職員や専門職の地域住民や住民主体の福祉活動を行う者への見方の一つとして、誤解を恐れずにいえば「批判される」「うるさいことを言う」といった見方があるように思う。行政職員は、住民は常に要求するもので、地域に出ていけば要求や批判ばかりされると思っている人がいるし、専門職の中にも残念ながら、「専門家」である私たちが決めたプランに「素人」からいちいち文句を付けられたくない、と思っている人がいる。このような行政職員や専門職の先入観や思い込みも住民主体の福祉活動との協働を妨げる要因の一つだろう。

切り取らないケアを進めるためには、介護保険の認定を機に地域活動から「卒業」するのではなく、それまで本人が大切にしてきた生活の基盤、地域などとの社会関係を維持しつつ、こうした本人や地域の力と協働する専門職の力が重要になる。実際の協働にあたって求められる姿勢とはどのようなものなのか、どのような点に留意すればよいのかについては、次節で考えてみたい。

1.3 協働にあたって専門職に求められる姿勢

1.3.1 専門職と住民主体の福祉活動の関係

前述の通り、専門職と住民主体の福祉活動との関係は、一方の主体から他方への経路が指示的ないし指導的な関係ではない。また、インフォーマルな活動をフォーマルな仕組みの中に強引に位置づけようとするれば、こうした活動が持っている自発性や活動理念がゆがめられてしまう危険性も否定できない。そのため、協働を進めていくためには、専門職同士の協働とは異なる姿勢と方法論が必要になると考えられる。本研究では、「個別支援における協働のポイント」について第2章1.において整理しているが、ここでは後述のポイントを含む「協働にあたって専門職に求められる姿勢」について、整理してみたい。

1.3.2 本人を中心に、それまでの生活から「切り取らない」姿勢

地域生活支援の基本は、本人がその権利を理解し、活用していけるように、生活全体を捉え、強みを理解し、環境を整えたいうでその意思決定を支援していくことである。しかし、専門職はともすれば、本人のそれまでの生き方や地域での営みを無視して、介護保険サービスを前提に支援を組み立てる傾向にある。本人のそれまでの生き方や地域での営みを尊重し、そこから「切り取らないケア」のあり方をもう一度中心に据えるという方向性を専門職が共有することが重要になる。「足りないところに住民主体の福祉活動を活用する」という発想ではなく、「足りないところを専門職が支援する」という発想に転換しなければ、住民主体の福祉活動との協働は進まないだろう。

切り取らないケアの発想が共有されれば、住民主体の福祉活動への見方は大きく変わってくる。

その人が暮らす地域の住民ならではの視点は、アセスメントにおいて不可欠な要素であり、新しい気づきや視点をケアマネジャーやヘルパーをはじめとする専門職にもたらすものになるだろう。その人が培ってきた地域での関係は、介護保険のサービスで代替できるものではなく、むしろその人の生活の基盤であることがわかるだろう。総合事業におけるケアマネジメントにおいては、こうした考えに立って住民主体の福祉活動を積極的にケアプランに位置づけていくことが必要である。そしてその際には、地域包括支援センターやケアマネジャーが機械的に住民主体の福祉活動につなぐのではなく、その調整は事業所とは異なる調整の方法が必要なことを理解しなければならない。また、実際に支援にあたるホームヘルパー等も専門職による支援が、本人の役割や地域とのつながりを切り取っていないか熟慮し、また、切り取らないための支援を本人のことをよく分かっている住民の知恵から学ぶという姿勢が必要になるだろう。

1.3.3 丸抱えしない・丸投げしない姿勢

切り取るケアは、言いかたを変えれば、「やりすぎるケア」でもある。専門職の基本的な姿勢と書くと、専門職として「すべきこと」に注意が向いてしまうが、むしろあまり「やらない」という姿勢が重要な場合もある。本人の強みや地域の強みを生かすことが強調されて久しいが、依然として本人ができていないこと、周りでできていることを無視して、専門職が困りごとを作ってしまう場合もある。本人や住民ができていないことを、専門性を振りかざして解決しようとするのではなく、できていることを尊重しながらそれを側面的に支援していくという姿勢が必要になる。

一方、専門職がすべてを解決しようとする姿勢（丸抱え）に問題があるからといって、「切り取らないケア」を地域ですべてをやればよいという姿勢（丸投げ）と勘違いしてしまうことも住民との協働を妨げることになる。例えば、何か困ったことがあれば専門職がしっかりと相談にのれる、対応できる、そういう準備や姿勢を住民に示すことで、住民は安心して活動ができるという側面がある。また、モデル事業の中でも本人の状況を伝えること、本人と住民の活動者との橋渡しとしての役割が重要になっている場面があった。このように、かかわり方や本人の障がいの特性などを的確に伝えることで、住民が本人を理解する機会を作ることも重要である。さらに、地域との間で摩擦などがあり、住民主体の福祉活動では支援が難しい場合などは、まず専門職がかかわって本人の状況を改善することで、関係が変化し、地域がかかわることが可能になっていくようなケースもあると思われる。丸抱えでも丸投げでもなく、住民主体の福祉活動に寄り添い、ケースに応じた専門職としての役割を果たしていくという姿勢が専門職に求められるといえるだろう。

1.3.4 排除しない地域づくりという姿勢

住民の主体性は、場合によっては排除したり、統制する力と裏表である場合もある。住民主体は、住民に常に迎合するという姿勢のことではない。時には専門職として本人の立場に立って、そうした排除と向き合わなければならないこともあるだろう。しかし一方では、学習や話し合い、課題の共有を通じて住民には様々な課題を受け止める力があることを信頼する姿勢も必要である。

理解がないと決めつけるのではなく、住民の気づきを促し、共感や参加につなげていく機会を作ることが重要だろう。一人の事例を受け止める機会を持つことで地域が変わるということもある。様々な学習や話し合いの場を作りながら、課題の共有を進め、多様性を認め合うことができるような地域づくりをしていくという姿勢が専門職には求められる。

1.3.5 住民主体の福祉活動と専門職をつなぐ姿勢

前項で述べたような様々な協議の場を作りながら、住民の気づきを促し、参加につなげ、排除しない地域づくりを進めていく実践は、コミュニティワーク（地域支援）と呼ばれてきた。地域福祉の推進主体としてこうした実践の中核となる社会福祉協議会はもちろん、地域包括支援センター、生活支援コーディネーターのような地域づくりを進める専門職や地域住民とともに個別支援を進めるケアマネジャーのような専門職は、住民主体の福祉活動の立場に立って、市町村や他の専門職の住民活動に対する認識を変えたり、間に立って両者の関係を調整していくということが重要になる。一般に、個別支援の専門職は個人の課題から出発するため、即応的な支援を住民主体の福祉活動に求めがちである。しかし、住民のペースや主体性、活動の発展段階などを無視した総合事業への統合は、かえって専門職と住民主体の福祉活動との協働を妨げることになってしまうだろう。住民主体の福祉活動の側に立って、専門職と住民主体の福祉活動の橋渡しをしていくという姿勢が重要になる。

1.3.6 住民活動と「まじりあう」姿勢

最後に、住民と協働していくために、住民活動とまじりあうことのできる「専門性」を指摘したい。これは、専門用語を使わないとか、わかりやすく説明するといった表面的なことだけを目指しているのではなく、制度や専門用語の枠を越えて本人が大切にしてきた生活を理解し、そこで暮らしたり活動したりしている住民の流儀と波長を合わせようという姿勢である。制度ではなく、暮らしの実態に即して必要なことを考えれば、必要なことは一人ひとり違うのであって、専門職や本人を取り巻く住民の役割もその都度変わるはずである。制度の枠ではなく、生活の実態に即して支援を考える「姿勢」がなければ、住民活動との協働はうまくいかないし、専門職の答えが常に正しいという発想（制度を前提にした発想）から抜け出せないと、住民の発想は厄介で面倒を押しつける存在にしか映らないのである。これは、介護予防プランを考える地域包括支援センターやケアマネジャー、実際に支援を行うホームヘルパー、そして住民活動を支援する社会福祉協議会や生活支援コーディネーターに共通して求められる姿勢であると思われる。

1.4 市町村に期待される役割

1.4.1 地域づくりの方向を多様な主体と協議し、合意する

総合事業は、市町村の事業であり、各市町村がこの事業をどのように認識するかということが出発点として極めて重要になる。実施主体である市町村が地域づくりという認識をもてなければ、

そうした方向で総合事業を進めていくことも極めて困難になる。具体的にいえば、短期的に要支援者等の受け皿をどうつくるかという発想をいったん止めて、長期的な地域のビジョンや支え合いのあり方を考えていくという発想の転換が必要である。短期的な視点で基準を緩和した雇用型のサービスに安易に頼ると、介護サービスという職種の評価を不当に下げたり、価格の安いこうしたサービスに利用が集中し、住民主体の福祉活動をかえって圧迫することにもなりかねないからである。こうした移行の進め方では、総合事業を地域づくりにつなげていくことは難しい。

また、こうした長期的なビジョンは、介護保険を担当する部局だけで考えずに、地域づくりに関わる幅広い庁内での横の連携が必要になってくるだろう。基準に沿って事業所を指定し、指導・監督していただくの立場から、地域住民を含めた関係者と協議体で話し合い、みんなで決めていくという姿勢への転換が求められる。さらに、こうした地域のビジョン（デザイン）は、介護保険事業計画や老人福祉計画は当然として、地域福祉計画など行政計画の中に反映させたり、こうした計画と連携させることも必要である。つまり、地域づくりのビジョンを多様な主体と協議し、合意していくことが重要であり、これは、わがまの地域包括ケアシステムをどのように構築していくかという、地域包括ケア、介護保険の責任主体としての市町村の姿勢ともいえるだろう。

1.4.2 ケアマネジメントの体制を構築し、運用する

こうした発想の転換を前提に、要支援者の状態を適切に把握し、ケアマネジメントのあり方について、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に一定の考え方を示していくことが必要になるだろう。まず必要なのは、現在の介護予防訪問介護等を利用している高齢者の状態やケアプランの分析である。要支援者等のニーズを踏まえなければ、地域に必要なサービスや将来像も見えてこないからである。また、ケアマネジメントにおいては、特に、チェックリストを使用することがひとり歩きしているような感があるが、大切なのは、本人の思いを受け止め、専門的な支援が必要な人と地域の支えがあれば生活が可能な人のアセスメントを的確に行うことであろう。言い換えれば、チェックリストで機械的に振り分けるのではなく、これまでの総合相談支援（インテーク、必要に応じた相談者の生活ニーズの把握、緊急性の判断を踏まえた必要な社会資源の情報提供）を丁寧に行い、相談内容やニーズに応じて適切な支援につなぐということである。そして、その際には、住民主体の福祉活動の意義をふまえ、積極的にケアプランに位置づけることが重要である。こうした窓口のフローやアセスメントからケアマネジメントにいたる体制の整備については、地域包括支援センターに丸投げするのではなく、関係者と協議しながら市町村がきちんと考えていく必要がある。

さらに事業開始後も、たとえば、本人の生活の基盤や地域などとの社会関係を維持しつつ、必要な支援が提供されるか等事業の実施状況について、市町村が適切に把握し、構築したケアマネジメントの体制が機能しているかを確認する必要がある。

1.4.3 住民主体の福祉活動の支援

地域づくりという方向に基づいて、住民主体の福祉活動の支援や育成の方策を検討していくこ

とも市町村の大きな役割である。市町村が、どのように住民活動を支援していくかという姿勢は、地域づくりに大きな影響を及ぼす。住民主体の福祉活動への自治体の支援は、家賃や人件費などに対する補助が想定されているが、支援は金銭的なものだけではないという視点も重要である。住民主体の福祉活動の活動者の中には、制度の枠や補助金に付いて回る報告書などのわずらわしさを嫌い、自由に活動したいと考えている人も多い。こうした活動者同士の交流の場を作ったり、社会資源として「見える化」するといったことも、市町村ができる住民主体の福祉活動への支援である。住民の主体的な活動をコントロールしようと思わずに、長期的な視点でどのような支援が必要かを考えていくことが必要だろう。

また、総合事業を地域づくりの視点で進めていくためには、居場所やサロンといった様々な住民主体の福祉活動の拠点となる場が必要になる。近年では、空き家や空き店舗、廃校舎の利活用が、まちづくりや地域創生の課題として注目されるようになってきているが、庁内のこうした担当部課、社会福祉協議会がこれまで蓄積してきた取り組みやネットワークとも連携し、まちづくりとともに総合事業を進めていくという視点も必要になるだろう。

1.4.4 地域づくりにかかわる多様な社会資源とのネットワークの構築

介護保険事業所も含めた地域の多様な社会資源とのネットワークを構築し、適切に誘導していくことも市町村の重要な役割である。地域包括ケアシステムで、規範的統合といわれているような目指すべき地域包括ケアのビジョンは、市町村が旗振り役となって方向性を示さなければならぬ。また、社会福祉法人の地域貢献のあり方なども視野に入れ、地域の中で社会福祉法人が果たすべき役割も併せて考えていく必要があるだろう。さらに、本人の地域生活を支えていくためには、狭義の福祉関係者だけでなく、多様な専門職（弁護士、司法書士、医師など）とのネットワークを構築していくことも市町村の重要な役割であるといえる。

ただし、繰り返しになるがこうしたビジョンは、トップダウンではなく、協議体や介護保険事業計画、地域ケア（推進）会議、地域福祉計画など、様々な協議の場を使いながら、多様な主体とともに決定していくというパートナーシップの考え方を基本とすべきだろう。市町村には、地域包括ケアや総合事業の「舵取り」役としての能力が求められているのである。

1.5 今後の研究課題

平成 27 年度に総合事業に移行した市町村は、283 か所（平成 28 年 1 月 厚生労働省調べ）と「様子見」の市町村が多いのが現状である。また、移行した市町村の多くも、いきなり住民主体の福祉活動（サービス B）に従来の要支援者を移行させているというよりは、サービスの内容自体は大きく変えていないところが多いといわれている。地域づくりは時間のかかる取り組みであり、実際に住民主体の福祉活動が介護予防ケアマネジメント等の枠組みの中で、専門職と協働していく場面は、まだ当たり前の風景となっているわけではない。協議体づくりや生活支援コーディネーターの配置についても、各地域で試行錯誤しながら進められているのが実態だろう。

しかし、実際に総合事業を地域づくりの視点で進めていくためには、協議体などでの長期的な

ビジョンづくりと同時に、一人ひとりの支援を専門職と住民主体の福祉活動が「まじりあって」進めていく実践が伴わなければ進んでいかない。そして、こうした実践を進めていくためには、住民と専門職が同じテーブルを囲み、協議することで生まれる「学びあい」を蓄積していくしかない。

本モデル事業では、こうした場づくりを地域ケア会議やケース検討会などの場を作って実際に試行し、「協働」のための具体的なポイントを整理することができた。しかし、多くの気づきがあったとはいえ、短い期間の中での試行であったため、こうした「学びあい」が十分深まったとはいえ、探索的な検討にとどまったことは否めない。こうした場で具体的にどのようなシートやツールを使って課題を提示することが有効なのか、住民と協働するための場のコーディネート（専門職同士の協働の場と異なる住民と協働するための場のコーディネート）といったことについては、十分明らかにすることはできなかった。具体的な場での検討を踏まえながら、「ポイント」として明らかになったことを蓄積し、住民主体の福祉活動や地域と協働する専門職のより具体的な「専門性」とは何か、一般化していくことが今後の研究課題であるといえるだろう。

（永田 祐）

