

地域生活形成支援システムの現状と課題

—— 在宅介護支援センターの役割を中心に ——

藤 松 素 子

〔抄 録〕

本稿においては、現代日本の地域福祉における主要な課題のひとつとして認識されている要介護高齢者の生活支援問題を取りあげる。まず、1988年12月に策定された「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」をうけて提起された「地域総合ケアシステム」の理念と現実について分析する。そして、その確立に大きな役割をはたしてきた在宅介護支援センターの機能と社会的役割について概観した上で、事例の検討をふまえて、地域における個々人の生活形成を総合的に支援するシステム構築にむけた課題を明らかにすることを目的とする。

キーワード：地域総合ケアシステム、要介護高齢者、生活支援、地域福祉、在宅介護支援センター

は じ め に

2000年4月の介護保険制度導入を目前に控え、市町村の社会福祉関係諸機関は岐路に立たされている。1997年12月の介護保険法成立以降、とりわけ高齢者福祉の所轄においては、既存の市町村直営の社会福祉サービスの存廃問題、委託問題、行政責任の縮小（民間諸団体への監督・指導への限定）問題等の是非をめくり、現場において様々な議論が行われてきた⁽¹⁾。しかしながら、1999年10月の要介護認定作業の開始以降は、社会福祉サービスにおける地方自治体の役割をめぐる本質的な議論は背景に退き、従来の高齢者保健福祉サービスを介護保険サービスに限定させた上での制度運用レベルの議論に収斂されてしまった感が否めない。

これまでの高齢者福祉の枠組みとは、1989年から開始された「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」にもとづくものである。これにより、1990年代の日本における高齢者福祉政策の具体像が掲げられたわけであるが、翌1990年には老人福祉法が改正され、在宅福祉サービスの実施主体は市町村であることが明示された。同時に、地域において在宅福祉

サービスを展開するために、各地方自治体ごとに、独自の「老人保健福祉計画」を策定することが義務付けられている。ここに、社会福祉分野における地方分権化の流れが確立されたのである。このことは、地域社会における高齢者の生活支援を、身近な地方自治体が責任をもって遂行するという理念を示す反面、高齢者福祉において国の役割を後退させるものだという指摘がなされているのも、また事実である⁽²⁾。

そして、ゴールドプラン完成を待たずして導入された介護保険制度により、社会福祉供給主体の多元化・多様化、市場原理の導入を推進するという形で、国に続いて地方自治体までもが、高齢者福祉の実施責任から後退する方向性を示すにいたっている。また、この動きは高齢者にとどまらず、児童、障害等の社会福祉の各分野に大きな影響を及ぼすことが予想されている⁽³⁾。

住み慣れた地域で生活を続けることは、高齢者を含め全ての住民にとって必要なことであろう。その意味で「老人保健福祉計画」策定以来、議論され始めた「地域総合ケアシステム」、
「在宅福祉の充実」という発想は、これからの地域福祉を考える上で重要なものである⁽⁴⁾。では、高齢者福祉を展開するべく提示されてきた各地の「地域総合ケアシステム」は、地域社会における個々人の生活を包括的に支援するシステムとして、十分に機能しているのだろうか。

本稿においては、1989年以降、地域福祉における医療・保健・福祉の連携を具体化させる上で、重要な役割を担うものとして位置付けられてきた在宅介護支援センターの動向に着目して議論を進める。まず、要介護高齢者をめぐる施策の動向をたどり、高齢者問題の解決策として家族や在宅、地域に焦点が当てられてきた経緯を明らかにし、また地域福祉の推進役として、在宅介護支援センターに対する役割期待がいかに形成されてきたのかを確認する。その上で、南東北A県B市における高齢者保健福祉推進にかかわる地域事例の検討をふまえて、地域における個々人の生活形成を総合的に支援するシステムの構築に必要な要件を提示していきたい。

I 要介護高齢者をめぐる政策理念と高齢者保健福祉十か年戦略

1973年のオイルショックを契機として推進されてきた、いわゆる「日本型福祉社会」論に基づく高齢者福祉政策は、大きく二つの流れを汲みながら展開してきた。ひとつは、財政的観点から、従来の施設福祉を中心とする高齢者福祉政策の非効率性を批判する「在宅福祉重視」論である。もうひとつは、ノーマライゼーション理念を背景としながら、サービス供給体制の多元化を指向する「在宅福祉充実」論である。両者が意図するものは異なっていたとはいえ、結果的には両者とも高齢者福祉政策における「施設から在宅へ」という方向性を形成する論拠を与えることとなった。この中で打ち出されてきたのが、ショートステイ事業（1978年）とデイサービス事業（1979年）である。既に事業化されていたホームヘルプ事業の目的が、高齢者の生活援助にあり、家族が介護できないのを補うことを前提に展開されてきたのに対して、この二事業は、在宅における「家族介護の支援」事業として位置づけられるものであった。

すなわち、ショートステイ事業の目的は、「介護者に代わって当該要介護老人を一時的に養護する必要がある場合、老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等の施設に入所させ、これらの要介護高齢者およびその家族の福祉の向上を図ること」にある⁽⁵⁾。また、デイサービス事業の目的は、「要介護老人に対し、通所または訪問により各種のサービスを提供することによって、要介護高齢者の生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上等を図るとともに、その家族の身体的・精神的な負担の軽減を図ること」にある⁽⁶⁾。このことは、これらの事業が高齢者の「介護の社会化」を進める在宅福祉施策としてではなく、むしろ「私的介護優先」を前提とする在宅高齢者福祉を指向した「家族介護支援」策であることを意味しているといえよう⁽⁷⁾。

そして、1989年12月に出された「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」においては、増加の一途をたどる要介護高齢者に対して、「家族の介護機能の低下」がおおきく取り上げられ、この対応策として①在宅福祉推進十か年事業、②「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開、③「長寿社会福祉基金」創設、④施設対策推進十か年事業、⑤高齢者生きがい対策の推進、⑥長寿科学研究推進十か年事業、⑦高齢者のための総合的な福祉施設の整備、の7点を具体的施策として示すこととなる。このうち、最も重視されたのが、在宅福祉対策および施設の緊急整備であり、1999年度までに整備すべき目標値が具体的に提示された。

このことは、これまでの日本の社会福祉政策においては特筆すべきことで、単に抽象的な努力目標を掲げるだけでなく、年限を区切った上での社会福祉整備計画が掲げられたのである。もちろん、これらの目標値の妥当性等に関しては、既に多くの議論がなされている上、全国の自治体が示した「老人保健福祉計画」における整備目標の積算との齟齬により、1994年には「高齢者保健福祉推進十か年戦略の見なおしについて（新・ゴールドプラン）」が出されたことも周知のことである⁽⁸⁾。

「ゴールドプラン」においては、ホームヘルパー、デイサービスセンター、ショートステイ、特別養護老人ホーム、老人保健施設、ケアハウスなどの整備に加え在宅介護支援センターの創設が唱えられた。在宅介護支援センターとは、「在宅老人デイサービス事業要綱」によれば「在宅の要援護老人の介護者に対し、在宅介護に関する総合的な相談に応じ、在宅の要援護老人及びその介護者の介護等に関するニーズに対応した各種の保健、福祉サービスが、総合的に受けられるように市町村等関係行政機関、サービス実施機関等との連絡調整等の便宜を供与し、もって、地域の要援護老人及びその家族の福祉の向上を図ることを目的とする」ものとされた⁽⁹⁾。

すなわち、在宅介護支援センターはホームヘルプ、デイサービス、ショートステイのいわゆる「在宅介護3本柱」を地域において推進していく為の中心的な役割を期待されており、その意味で高齢者保健福祉計画における「家族介護支援」策の中心的な位置づけにあったといえよう。あわせて、各社会福祉サービスを効果的に提供するために、相互のネットワーク化をはかり、在宅介護支援センターを主軸とする「地域総合ケアシステム（トータルケアシステム）」を構築することの必要性が強調されている。

Ⅱ 在宅介護支援センターの現状

ⅰ 在宅介護支援センターの事業内容について

1994年6月に改正された老人福祉法において、在宅介護支援センターは「老人福祉施設」として位置付けられた。これを受けて、「在宅介護支援センター運営事業」も見直しがなされ、「在宅老人デイサービス運営事業実施要綱」から独立する形で「在宅介護支援センター運営事業実施要綱」が定められた。その「事業内容」は次のようになっている。

- ア 地域の要援護老人の心身の状況、家族の状況等の実態を把握するとともに介護ニーズ等の評価を行うこと。
- イ 市町村の公的保健福祉サービスの円滑な適用に資するため、要援護老人およびその家族に関する基礎的事項、支援・サービス計画の内容及び実施状況、処遇目標達成状況および今後の課題等を記載した台帳（以下「処遇台帳」という）を整備すること。
- ウ 各種の保健福祉サービスの存在、利用方法等に関する情報の提供及びその積極的な利用についての啓発を行うこと。
- エ 在宅介護に関する各種の相談に対し電話相談、面接相談等により、総合的に応じること。
- オ 要援護老人を抱える家族等からの相談や、在宅介護相談協力員（以下「相談協力員」という。）からの連絡を受けた場合、これらの者に対し、訪問等により在宅介護の方法等についての指導、助言を行うこと。
- カ 地域の要援護老人やその他の家族の公的保健福祉サービスの利用申請手続きの受付、代行（市町村等への申請書の提出）等の便宜を図る等、利用者の立場に立って公的保健福祉サービスの適用の調整を行うこと。
- キ 福祉用具の展示、利用対象者の心身の状況を踏まえた福祉用具の紹介、選定及び具体的な使用方法並びに高齢者向け住宅への増改築に関する相談、助言を行うこと。
- ク 相談協力員に対する定期的な研修会及び支援センターと相談協力員との情報交換及び相談協力員相互の情報交換、親睦等を図るための相談協力員懇話会の開催並びに相談協力員の日常的な連絡調整を行うこと。
- ケ 在宅介護支援センター運営協議会を定期的に開催すること。（下線は筆者）

ここで注目されるのは「介護ニーズ等に関する評価」の実施や、「処遇台帳の整備」、「利用者の立場に立った申請代行を含む公的保健福祉サービスの適用の調整」を行うというように、新ゴールドプランで謳われた「利用者本位・自立支援」「総合的サービスの提供」といった新たな視点をもりこんでいることである。¹⁹⁾

また、これらの事業内容においては、介護保険制度では捨象されてしまう「家族の状況等の

実態を把握する」ことを踏まえた上でのニーズ評価の必要性や、介護者支援を念頭におく介護機器だけでなく、「利用対象者の心身の状況を踏まえた福祉用具」の扱い等が明示されている。上述の内容に沿った事業が運営されることは、高齢者問題を介護問題のみに限定し、家族支援で対応しようとする今日の高齢者福祉において、重要な意味をもつものだといえよう。

さらに「各種の相談に対し、電話相談、面接相談等により総合的に応じる」、「訪問等により在宅介護の方法等についての指導、助言を行う」等の相談体制は、アウトリーチ機能の発揮であり、「相談協力員との日常的な連絡調整」や公的サービスとの調整に言及しており、従来から指摘されてきた行政の「縦割り主義」の克服を念頭におくものとして一定の評価ができよう。

ii 在宅介護支援センターの設置と運営について

1998年8月の再度の改正により、在宅介護支援センター事業に新たな方向性が示された。すなわち「各担当区域で個別に機能する支援センターを包摂する連絡支援体制」として「基幹型支援センター」を中心にすえた「ブランチ方式」の確立が提案されたのである。在宅介護支援センターは10,000人に一カ所を目途として、中学校区を標準とする担当区域をもって設置されるが、市町村において複数の在宅介護支援センターが設置される場合には、当該地域の全センターの中心的役割を担う「基幹型支援センター」を設置し、必要な専門の情報交換が行えるように配慮することが求められるようになったのである。

加えて、市町村では、事業計画の検討、事業実施上の諸問題等を協議するために「在宅介護支援センター運営協議会」を「基幹型支援センター」に設置し、医療、保健、福祉の関係者および地域の協力者を委員として召集することが義務付けられた。また、従来型の特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院等に併設された在宅介護支援センターは「標準型支援センター」とよばれ、在宅介護支援センター事業を中心的に実施することが求められ、併設施設等との連携の下に24時間対応の相談体制をとることが要請されている。そして、市町村直営あるいは市町村協議会に委託されていて、施設等に併設されない「単独型支援センター」は、夜間・休日の後方支援体制が確保される場合⁶¹にのみ、例外的に事業実施が認められることとなった。

次に事業運営における職員配置についてだが、「標準型支援センター」においては、「管理責任者を定める」とともに、「福祉関係職種と保健医療関係職種をくみあわせて配置するものとする」としている。これに対して「単独型支援センター」では、これらの職員のうち1名を常勤配置すればよいという規定となっており、明らかに両者の機能分担を行おうとしていることがみてとれる。また、「基幹型支援センター」においては、対象者の実態把握に要する職員を配置する場合、「介護支援専門員に関する省令」第1条規定の業務従事期間に該当するものを配置することができるとしている。これら在宅介護支援センター事業運営に関する経費は、「標準型支援センター」における2名の職員の人件費として定額補助方式がとられていたが、1998年度から、介護保険制度への移行を前提として、事業費補助方式が導入されている。「基

幹型支援センター」に関しては、「標準型支援センター」に順じた補助に加えて、担当区域内の高齢者数に応じ、その実態把握に要する経費を加算して計上されている。

以上みてきたように、在宅介護支援センターは、この数年の間に介護保険導入の動きに対応する形で、その運営主体・設置形態において一方で多様化しつつ、他方で当初もっていた柔軟性を奪われてきている。現状において、在宅介護支援センターに政策的に求められている役割は、①対象者のニーズ把握とそれに対応するケースマネジメント機能、②対象者のニーズに応じたサービス調整機能、③24時間・緊急対応の可能な相談体制の確立、④総合的サービスの提供を可能とする関係諸機関との連携および機関間連携に限定されつつあるといえる。¹²その意味で、「家族介護支援」機能すら、充分発揮できない現状にあるといえよう。

Ⅲ 在宅介護支援センター事業展開の基本要件

前項でも検討してきたように、高齢者保健福祉計画における諸サービスを高齢者の実態に応じて展開するためには、少なくとも在宅介護支援センターが充分機能しなくてはならない。逆にいえば、在宅介護支援センター事業を展開していくためには、十分な社会福祉サービスの確保と地域における関係諸機関のネットワークおよび地域総合ケアシステムが不可欠である。

前述した「在宅介護支援センター運営事業実施要綱」においては、支援センター事業の円滑運営のための具体的システムとして、「相談協力員の配置」、「相談協力員懇話会の設置」、「緊急対応システムの整備」、「在宅介護支援センター運営協議会の設置」、「高齢者サービス調整チームとの連携」などが示されている。在宅介護支援センター運営事業に対して、政策的にはどのようなことが期待されているのかを明らかにするために、この内容を確認しておく。

まず相談協力員の設置についてである。相談協力員とは、「民生委員、老人クラブ、自治会、婦人会等地域活動団体の役員はもとより、介護する家族等と接触する機会が多い地元商店、薬局、郵便局等から」市町村長により委嘱されるもので、支援センターと連携して、「地域の要援護老人等に対する保健福祉サービス及び支援センターの紹介等」をおこなったり、「様々な機会をとらえての各種の保健福祉サービスの広報およびその積極的活用についての啓発を行うこと」が求められている。¹³

すなわち、相談員である地域住民に対して、対象者のニーズ発見の役割を期待するとともに、在宅介護支援センター事業を通しての地域福祉への市民参加の促進を意識したものであるといえよう。加えて相談協力員懇話会を開催し、在宅介護支援センターと協力員との協力体制の確立がめざされている。確かに在宅介護支援センターと地域住民との共同関係を築くことは重要な課題であるが、在宅介護支援センターの中心的役割であるニーズ把握機能を一般住民に委ねてしまうことの是非は問われるべきではないだろうか。とりわけ、介護保険におけるニーズ把握に際しては、これまで以上に高齢者のプライバシーの保護が問題視されるようになってくる。その意味でも、このシステムの効果については疑問が残る。

図1は、A県西北部にあるC町における「高齢者生活総合支援システム」の概念図である。C町は人口9700人、林業・農業を中心とし、冬は豪雪に見まわれる山間地に位置する高齢化の進む町であるが、食生活の改善とCATVを利用した在宅保健医療システムを柱とする住民参加による「健康のまちづくり」の実践において注目を集めている。概念図にもあるように、社協と老人福祉施設職員を中心としたボランティア活動にも力を入れており、社会福祉の専門職と地域住民の結びつきが比較的強い地域でもある。このようなシステムをもったC町であっても、要介護高齢者を含めた町民に「福祉の世話にはなりたくない」「家の恥は他人に知られたくない」と明言する者が少なくない。地域住民相互の信頼関係の構築には力を注いでいくべきであるが、

ニーズ把握に際しては市町村の責任において、専門のスタッフを増設し、相談援助機能の拡充をはかることの方が有効であろう。

次に、緊急対応システムの整備に関してである。在宅介護支援センターにおいては、24時間対応の相談体制が必須であるため、事業の実施に先立ち、「夜間等の緊急の相談等に備え、あらかじめ、必要な関係機関等との連絡方法、緊急時の公的サービスの利用に伴う利用申請手続き等の取扱等の対応手順を併設施設、消防署、病院等医療機関、特別養護老人ホーム等の関係機関等と協議の上、定めるもの」とされている。

後述する事例のB市において、筆者が行った在宅介護支援センター相談員に対する面接調査でも、老人福祉施設・医療機関・老人保健施設併設型のセンターで、母体施設の夜勤担当者による対応方式を採っている場合、「毎日夜勤担当者がかかるため、十分な連携がとれない」「夜勤担当者が福祉職である場合に、医療ケアに関する専門の相談が求められると必要な対応ができないことが多い」といった意見が出されている。また、携帯電話、ポケットベル等を利用しての直接対応を行っている相談員からは、「いつ、連絡があるかわからないと思うと、精神的におちつかない」「自宅においても電話対応している実態があり、プライベートな時間が確保できない」「時間外における対応には、実質的な手当ては補償されない」といった意見がよせられている。形式上、緊急対応システムがつくられていても、実質的には個々の相談員の個人

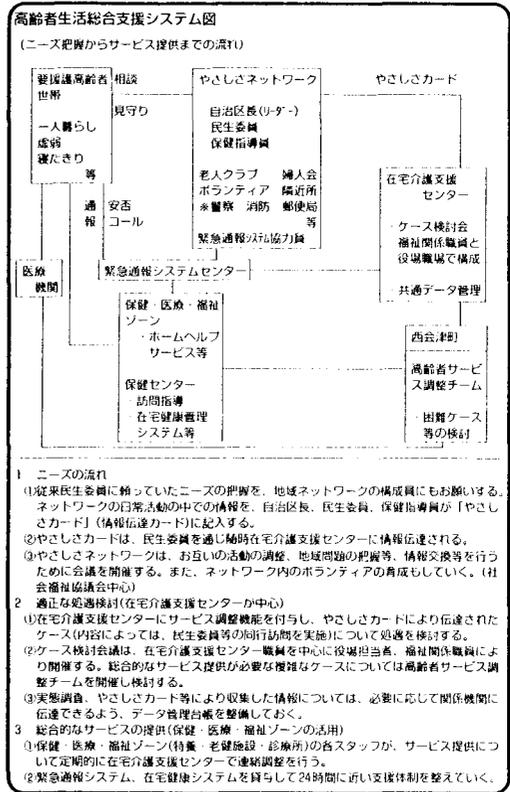


図1 ケース発見の事例

的な努力の上に夜間・休日等の緊急相談体制は行われているのが実態のようである。最低でも、夜間・休日対応の職員を常勤で設置しうるだけの人件費の確保が不可欠であろう。

3番目に在宅介護支援センター運営協議会の存在があげられる。在宅介護支援センター運営協議会は「支援センターの事業計画の検討および事業実施上の諸問題について協議をおこなうこと」を目的として、「市町村の老人福祉、保健、医療担当部門のそれぞれの長及び保健所の代表者、福祉事務所の代表者、地域医師会代表者、市町村社会福祉協議会代表者、老人福祉施設長、老人保健施設長、民生委員の代表者、支援センター所長、その他地域の老人保健福祉の推進のために必要と認められる者」によって構成されるものである。

すなわち、高齢者保健福祉事業を展開する際に、連携が不可欠な諸機関の関係者との共同関係を構築する場として設定されているのである。いわゆる「標準型支援センター」であれば、母体施設との関係において、利用者に必要な社会福祉サービスにスムーズにつなげていくこともできるが、実際には、当該地域の「老人保健福祉計画」の進捗状況により、社会福祉サービス供給量が利用者の社会福祉ニーズに伴わないことがある。また、そもそも在宅介護支援センターは、それが「標準型支援センター」といえども、併設されている母体施設とは、基本的に中立な立場にあることが要請されるものである。その意味でも、「利用者の立場に立った」適切なケースマネジメントを可能とする他機関とのコラボレーションを構築する場が必要である。これを実現する為には、組織の長や代表者等を協議会のメンバーとするのではなく、地域住民の生活を深く理解している実務経験者が一堂に会す場としていくことが重要となろう。

最後に、市町村高齢者サービス調整チームについてである。「在宅介護支援センター事業実施要綱」においては、「在宅介護支援センター運営事業における痴呆相談事業実施要綱」の中で、「市町村高齢者サービス調整チームの開催等により、保健医療、福祉の相互連携体制が具体的に確保されている」在宅介護支援センターにより実施されるとされている。その事業内容としては「痴呆性老人に関する処遇困難ケース等について、高齢者サービス調整チーム及び顧問の精神科医等の連携のもと、具体的な処遇方策の策定等のケース検討を行うとともに、必要に応じサービスの適用の調整等を図ること」と述べている。

そもそも市町村高齢者サービス調整チームとは、1978年に出された「高齢者サービス総合調整推進会議等の設置及び運営について」（厚生省健康政策局長・保健医療局長・社会局長通知）において、市町村に設置されたものである。ここでは、その設置の目的として「高齢者の多様なニーズに対応し、個々の高齢者のニーズにみあう最も適切なサービスを提供するため、保健、福祉、医療等に関わる各種サービスを総合的に調整、推進すること」とある。そして、このチームは基本的に「市町村の老人福祉・保健・医療担当者、保健婦およびホームヘルパー、保健所の保健婦・精神保健相談員、福祉事務所の老人福祉指導主事、医師などの医療関係者、在宅介護支援センター職員、市町村社会福祉協議会職員、老人性痴呆疾患センター職員、老人福祉施設職員、老人保健施設職員、民生委員、その他高齢者サービス総合調整推進のために必

要と認められる者」から構成される。

これを先の在宅介護支援センター運営協議会の構成員と比べてみると、保健婦、ヘルパー、在宅介護支援センター職員といった実務者があげられていること、痴呆性高齢者の生活問題に対応することを前提としているために、精神保健相談員、老人性痴呆疾患センター職員等も加えられているところが相違点として指摘できよう。また、本チームは在宅介護支援センター運営協議会と違って、市町村に設置されたものであり、高齢者福祉担当の職員が直接参加する仕組みとなっているため、協議内容が迅速に、より直接的に利用者のサービス実施に結びつく可能性を持っているという点においても、在宅介護支援センター運営協議会に比べて、実効性が高いと考えられる。市町村高齢者サービス調整チームが、設置のねらいどおりに機能することが、在宅介護支援センター事業を展開させるひとつの推進力になっていくであろう。

Ⅲ 地域総合ケアシステム構築の現状と課題～A県B市の事例から～

ⅰ B市高齢者保健福祉サービスの整備状況

南東北に位置するA県B市は、人口286,000人、果樹や花木栽培等を中心とした農業地域と精密機器等の工業団地、新興住宅地が混在する地方の小都市である。高齢化率は16.0%。「B市高齢者保健福祉計画」完成年度における要介護高齢者数としては、ねたきり1693人、痴呆385人、在宅虚弱3273人、施設入所1210人が予想されている。これに対して、必要とされる社会福祉サービス供給量としては、ホームヘルパー216人(常勤換算)、ショートステイ106人分、デイサービスセンター35施設、在宅介護支援センター20施設、特別養護老人ホーム554人分、ケアハウス252人分、老人保健施設655人分、訪問看護ステーション10施設等を予測している。在宅高齢者を支える主要なサービスとして、以下のようなものがあげられる(98年4月現在)。

①ホームヘルパー派遣事業

常勤ヘルパー7名を地区担当のコーディネーターとし、その下で登録ヘルパーが訪問活動を実施している。24時間巡回型ヘルパー派遣事業はB市社会福祉協議会が担当している。

②デイサービス事業

現状では週1回利用を基本としている。利用施設は居住地により決定される。B型11カ所、C型1カ所、E型4カ所。デイケアの場合、利用に際しては施設との直接契約による。

③ショートステイ事業

B市高齢福祉課あるいは在宅介護支援センターに申請すると利用券が交付される。利用券交付後は各自で希望施設に直接申し込みを行う。利用日数は毎月7日間まで。市との契約施設は9施設。老人保健施設におけるショートステイでは利用日数は毎月14日間まで。利用にあたっては直接、各施設との契約による。

③老人保健施設入所

3ヵ月を限度に入所利用ができる。利用にあたっては直接、各施設との契約による。

④緊急通報システム

単身世帯を対象に、病気や事故等の突発的事態に陥った時に電話回線で消防署に連絡され、必要な場合には近隣に住む緊急協力員に連絡される。

⑤日常生活用具給付・貸与

ねたきりや一人暮らし世帯対象。ギャッジベッド、エアパット等を生計中心者の前年所得課税額に応じた費用で貸与・給付。B市社協も各種生活用具の給付やレンタルを行っている。

⑥訪問看護ステーションの利用

交通費実費負担。週3日以内。

⑦在宅歯科診療

ねたきり高齢者を対象。申請後の実施は医師会に委託されている。

⑧高齢者保健事業

ねたきり、痴呆の高齢者に対する訪問指導等の実施、関係機関との連携・調整なども担当。

⑨在宅介護支援センター

現存の11ヵ所のうち、「単独型支援センター」は1ヵ所、B市社会福祉協議会が運営する「基幹型支援センター」では毎月1回、当事者団体による「呆け相談会」を開催している。

ii 高齢者地域保健福祉サービスのネットワーク状況

前項でみたB市の高齢者保健福祉計画の整備内容は、量的確保の問題を別にすれば厚生省が示した指針に準じた極一般的なメニューである。では、これらのサービスを展開する上で、B市ではどのような工夫がなされているのであろうか。「B市高齢者保健福祉計画」においては、地域総合ケアシステムという言葉は用いておらず、「高齢者保健福祉サービス・フローチャート」という概念図を提示している（図2）。ここでは、地域を支えるしくみとして「近隣お手伝いネットワーク」の組織化をはかるとしており、専門諸機関の連携に基づくケアシステムの構築というよりは、家族の力を前提とした近隣ネットワークに期待したものとなっている。

そして、このチャート内のホームヘルプ事業、デイサービス事業は地区分担制で実施されており、利用者の居住地によりサービス供給組織が異なるシステムになっている。また、在宅介護支援センター、B市保健事業も一定の地域区分を行った上で事業が展開されている。これに加えて、B市医師会主導で新たに在宅医療ネットワークが形成され、市内地域を6ブロックにわけることとなった。同一地域を異なる目的で5通りに区分して事業を実施しているわけだが、このことはどういった影響を与えるのであろうか。それぞれの地域区分をみてみよう。

まず、ホームヘルプ事業では、市内を5地区にわけて実施している（図3）。これは、B市の支所を基準として分けけているのだが、西地区および北地区のエリアの広さが際立ってい

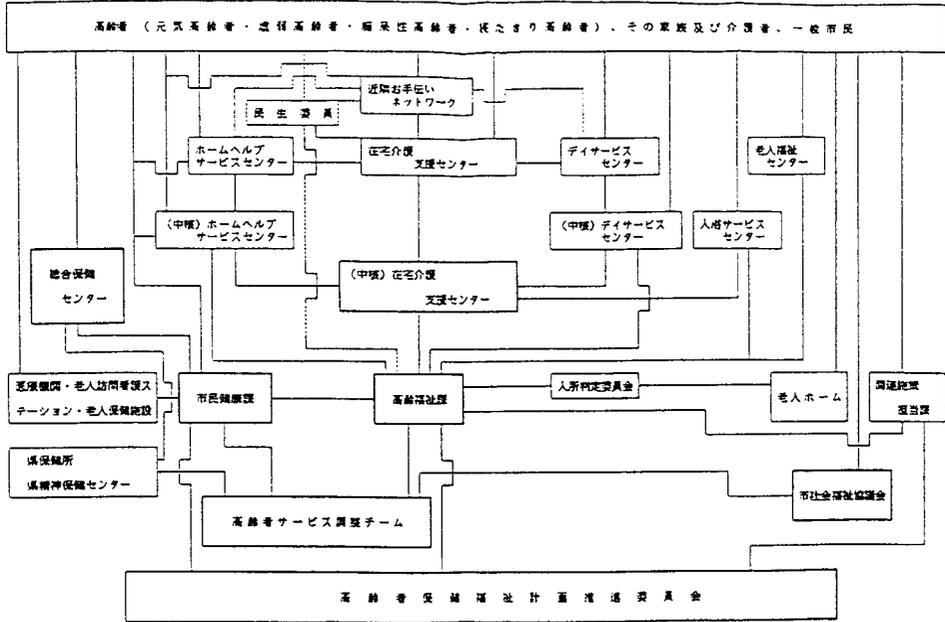


図2 高齢者保健福祉サービス・フローチャート

る。両地区はB市の中では特に果樹や稲作の農家が広がる地域で、三世同居世帯もめだつ反面、高齢者二人世帯も多くみられ、高齢化率も25%近くになっている。潜在化しているものも含め、介護ニーズは少なくない地域である。本ホームヘルプ事業においては、各5地区をB市の公務員ヘルパーが2名体制で地区担当し、当該地区内の町単位で登録ヘルパーをコーディネートしているため、実際のヘルパー派遣に際しての移動距離が長いわけではないが、緊急時の対応や再評価訪問等での移動に適応した範囲となっていないのが現状である。

利用者にとっても、登録ヘルパーにとっても、日常的に接触し必要に応じた相談ができるコーディネータ、スーパーバイザーの存在は必要である。とりわけ、すべてのヘルパー実践を登録ヘルパーに委ねる形をとっているB市においては、ヘルパーが連絡なしに休んだり、利用者との間にトラブルがおこる等といった問題は日常茶飯事のことである。利用者との信頼関係を壊さないためにも、チームの単位を小さくしてきめこまかな対応を行うことが大切だろう。

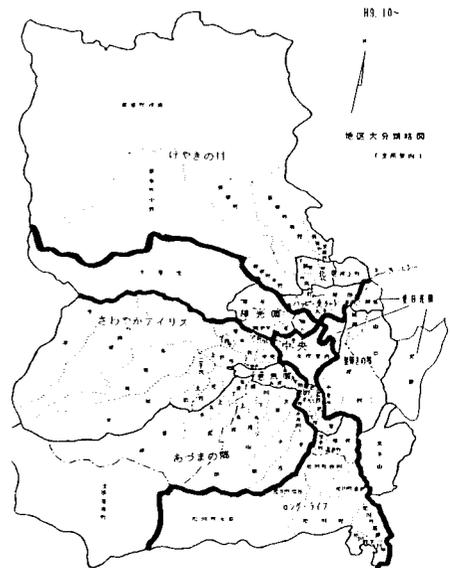


図3

ホームヘルプ事業とほぼ同様な地区分担を行っているのが市民健康課における保健事業のための地域区分である。市民健康課内は母子保健係、成人保健係、高齢者保健係に分かれており、高齢者保健係は先にも述べたようにねたきり、高齢者を対象とした相談業務を中心に行っているため、地区に関係なく必要な世帯に赴く必要がある。しかも、これらの要介護高齢者の生活を総合的に把握し、必要なサービスにつなげていくことも業務に位置付けているため、在宅介護支援センター相談員との異同が不明確な現状にある。加えて実働3名の保健婦のみで全市を担当しているので、業務を量的にも質的にも充分こなせないこと、医療職の地域コーディネーターとしてのアイデンティティの確立が不十分なことにジレンマを抱えているようである²³⁾。

次にデイサービス事業と在宅介護支援センター事業の地域区分であるが、両者は、かなり重なるところが多い（図4・図5）。これは、地域区分がデイサービスセンターおよび在宅介護支援センターの設置箇所に基づいて行われているためで、両者とも中学校区に1ヵ所という基準に準じて建設されていることによるものである。在宅介護支援センターについては、中央部の人口の多い地域を中心に、新設の老人福祉施設・老人保健施設併設型のセンター建設が進んでいる。しかし、先にみたホームヘルプ事業の地域区分と同様、人口密度の低い北部と西部が取り残されており、この地域の相談業務は電話相談中心となっていて、アウトリーチ手法を用いたニーズの掘り起こしが成功している例はまだ少ないということである²⁴⁾。

また、B市社会福祉協議会が運営する「基幹型支援センター」を中軸とした在宅介護支援センターの組織化は始まったばかりで、各センター間の充分なコーディネートは確立されておらず、新たに開設されるセンターに対する支援等に力を割いている段階のようだ。各事業がそれぞれの地域区分に則ってサービス供給をしているため、同一地域の利用者であっても、各サー

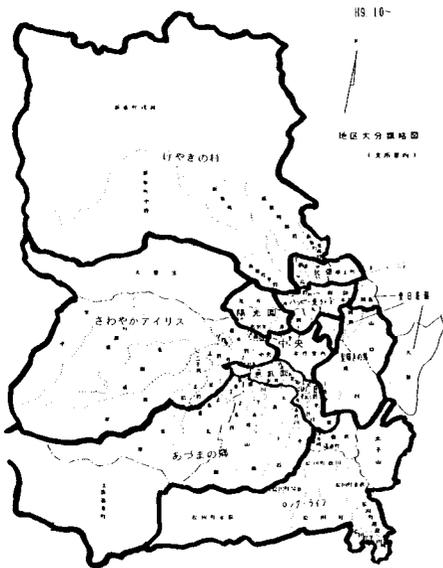


図4

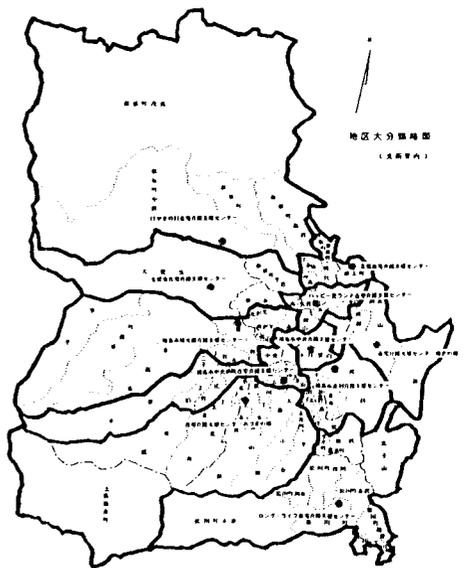


図5

ビス提供者がまちまちであることが多い。一方「標準型支援センター」においては、利用者に最もふさわしいサービスへつなげていくというよりは、むしろ母体組織を活用することを大前提としたケースマネジメントを行っているところも多く、各センターが必要な情報を十分に把握できておらず、センター間の情報交換も未だ充分でないのが現状である。

デイサービス事業においては、北部、中部、南部のエリアが広いため、送迎時間が長くなり、利用者の健康管理の上でも経営効率の上でも問題を抱えている。これに対しては、デイサービスセンターの増設等を行わない限り、抜本的な解決をはかることはできないが、全国の動向としてはサテライト方式や、ミニデイセンター方式等を導入している例もみられるので、B市の今後の課題となるであろう。また、中央及び東部において、地域区分が非常に複雑になっている部分があり、特定のデイサービスセンターの利用を希望する高齢者およびその家族からそこが利用できないことへの不満の声が出てきているようである。地区分担を行う際には、利用者を中心とした住民に理解されやすい地域区分を設定した上で、十分な情報提供を行わなければ、さまざまな誤解をうむことにつながってしまうことが示された例である。

そして、B市在宅医療ネットワークが設定した地域区分が図6である。この地域区分も基本的には支所を単位として設定されているが、組織化の主要な決定要因は「後方病院」と名づけられた総合病院の存在である。中央ブロックは住宅密集地でもあり、ブロック内の診療所は44院にのぼる。これらの在宅医療を行う診療所にかかっている患者に緊急対応が必要になった場合、「後方病院」の6病院で対応できることをめざしてネットワークが形成されたのである。逆に、後方病院から自宅療養に移行する際に、かかりつけ医あるいはネットワーク内の診療所内に連絡をとって、在宅診療・訪問看護等の体制を整えてから患者を迎え入れることも念頭においている。ただし、地域の開業医、総合病院の関係者がこの動きに必ずしも協力的ではなく、ネットワークを利用したケアシステムの確立にはまだ時間を要するようである。

以上のように、各事業が独自の発想で地域区分を行い活動しはじめているわけだが、異なる事業間の連絡調整に関してはほとんど配慮されていない。利用者にとっては、サービスネットワークがはりめぐらされていることが重要だが、利用窓口は単純で固定的の方がわかりやすい。同一利用者に関わる異業種が各々異なるシステムで動き、情報が錯綜したり、重なったり、不足したりしないためにも地区担当設定の地域区分方法だけでも統一のものをもつことが必要なのではないか。その際、可能な限り小さな範

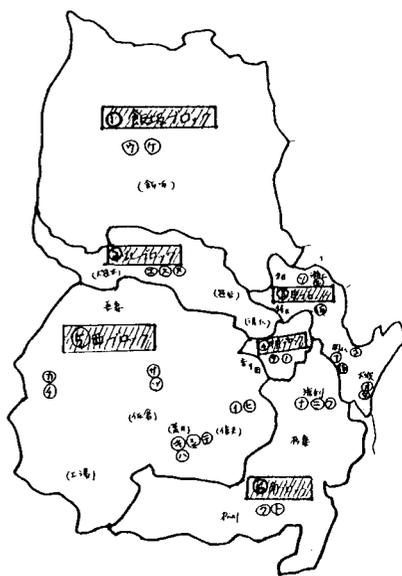


図6

囲の設定が望ましいのはいうまでもないことである。その意味で、現状のB市においては、在宅介護支援センターの区分を一つの基準として設定することも一案であろう。

iii B市における地域ケアシステムの課題

ここまで概観してきたように、B市においては要介護高齢者の在宅生活を支えるための高齢者保健福祉サービスの量的確保も不十分であり、地域総合ケアシステムの確立にいたっているとも言い難い。効果的なサービス供給体制をめざして、各々のサービス主体が当該地域を区分した上で、事業を実施しながらも、それが、個々の「利用者の立場に立った」総合的なケアの提供になりえていないのは果たしてなぜであろうか。地域総合ケアシステムの主要な柱となる医療・保健・福祉の連携の観点から検討してみよう。

ここに、当該地域の医療・保健・福祉の各職種に対して実施した、異職種の連携に対する認識についての調査結果があるので、これを参考に考えてみることにする。

まず、「あなたの地域で保健・医療・福祉の各種サービスが充足されていると思いますか」に対して、全体の6割が「あまり思わない」と回答している。では、いったいどのサービスが不足していると認識されているかという点、保健婦は最も不足しているサービスとして「保健サービス」(34.7%)をあげている。これに対し医師、看護婦は、医療サービスの不足をそれほど深く感じてはいない。このことは、先にみた保健婦—とりわけ地域保健婦が、保健事業の一環としてケースマネジメント、あるいはコーディネートをを行う場合に抱えるジレンマの問題を理解するのに役立つ。すなわち、医療職という立場から、社会福祉領域で仕事をする際に、自己のアイデンティティを支えうるだけの保健サービスがないために、社会的要請に充分こたえられないことに対するジレンマをうむと考えられるのではいか。これが、保健と福祉の距離を遠ざける遠因になっていることも考えられる。

次に「あなたの業務との関係で、特に連携を凶る必要がある機関はどこですか」の問いには、1位が「病院・一般診療所」(53.0%)、2位が「市町村(保健センター)」(45.8%)、3位が「福祉事務所」(42.0%)、4位が「在宅介護支援センター」(35.8%)となっている。保健所勤務の76.2%が「社会福祉事務所」との連携の必要性をあげ、社会福祉事務所勤務者の87.9%が「保健所」との連携の必要性をあげている。また、医師は市町村社協との連携の必要性をあまり高く認識していない(12.0%)が、看護婦は4割以上がその必要性を認識をしているという結果がでている。

そして「連携を凶る上で、連携がとりにくい機関はどこですか」は、1位「病院・一般診療所」45.5%、2位「保健所」30.9%、3位「福祉事務所」28.7%となっている。医療関係者自身は、「病院・一般診療所」と連携がとりにくいという意識は低く、他方、福祉関係者は医療関係者との連携のとりにくさを指摘している。続いて「何が連携を凶る上での障害・問題点と考えますか」には、1位が「共通認識の欠如」69.9%、2位が「相互の情報不足」(66.3%)、

3位が「関係者が一堂に会する機会がない」50.1%と答えている。

では、「今後のサービス連携でどの機関が中心となるべきだと思いますか」には、1位は「市町村（保健センター）」34.4%、2位「在宅介護支援センター」28.7%、3位「福祉事務所」「保健所」がともに11.3%となっている。これを機関別にみると、保健所、在宅介護支援センターに所属する回答者は、ともに自らの機関が中心となるべきであるとする割合が非常に高い。全体的には歯科診療所、病院・一般診療所勤務者は「市町村（保健センター）」を多く答え、老人保健施設勤務者は「在宅介護支援センター」を多くあげている。

以上のことから、各職種とも各種サービスの充足感は必ずしも高いとはいえず、それゆえ相互での連携が必要だという認識はもっていることがわかる。特に医療と福祉などの異業種サービス間連携についての必要性に対する認識は強い。しかし、連携の中心となるべきだと考えられている機関については、回答者の業務によってその認識に開きがあるといえる。

さて、Ⅱのiiiで整理したように、在宅介護支援センターを中心にすえた地域総合ケアシステム構築の前提として、政策的には4点のことが提示されていた。B市において、この点はどのようなになっているのだろうか。

対象者のニーズ発見の経路については、民生委員等からの連絡もあるが、その多くは家族介護者からの直接的問い合わせである。地区の女性団体の役員等に相談協力員をあてている在宅介護支援センターでは、協力員からの情報提供がなされているが、これは、以前からその地域で住民と在宅介護支援センターの連絡が密にとられていたことの成果である。相談員を設置しただけでは、ニーズ把握にむずびつについてこないのが現状である。むしろ、併設機関へのボランティア活動に参加している市民などから情報提供されることがあり、日常的な地域住民との交流が情報ルートを開拓していく確実な方法だともいえるのではないかと。

次に緊急対応システムについてであるが、「単独型支援センター」「基幹型支援センター」の多くは、休日・夜間の電話相談に関しては、提携している社会福祉施設等に転送する体制をとっている。近隣住民は、当該機関が夜間には人がいないことを認識しているため、容態の急変などに際しては救急医療機関に連絡をとり、在宅介護支援センターを利用することは少ない。しかし、これでは本来の在宅介護支援センターの役割が遂行できていないことになる。今後、増加が予想される痴呆性高齢者への対応をも念頭において、24時間体制での相談援助が可能なシステムにしていかなければ、利用を希望する住民のニーズに応えることはできないだろう。

そして、運営協議会および高齢者調整チームについてである。前述したように、これらの定期的な協議の場が効果的に運営されていれば、地域総合ケアシステムの構築への動きがみえてくるはずである。共通の利用者に関して違った角度から把握した情報は、同じ場を共有したもののとって大きな財産となるものである。そこでは、さまざまなコンフリクトもおこるであろうが、それを乗り越えて初めて、共同で仕事を進めていく基盤が成立するのである。

B市においては医師会内に組織された「地域福祉部会」の働きかけにより、月1回「医療福

社事例検討会」がもたれている。医師会が主催，市が共催という形をとってはいるが，広く医療・保健・福祉関係者に広報され，毎回50人以上の参加で実施されている。報告者は各々の機関が抱える解決困難なケースをもちより，短期的・中長期的な対応の方法を話し合う。仕事時間外にもたれるこの検討会において，時には運営協議会や高齢者調整チームでは検討しえない議論の展開もみられた。それは，対象としては要介護高齢者問題を扱いつつも，家族や地域住民のあり方を踏まえた上で，地域における高齢者保健福祉サービス以外の多様な社会資源の導入までを視野に入れた対策が検討されていたからだといえよう。

今後，B市における地域総合ケアシステムを構築するにあたり，もっとも力をいれるべきは，要介護者に関わる地域の情報を総合的に管理し，コーディネートしていくことであろう。先のアンケート結果でも，異職種間の相互理解の不足が指摘されている現状において，この役割を担い得るのは，自治体業務を遂行する在宅介護支援センターであるのではないか。それは，在宅介護支援センターには実務者として医療職・福祉職の双方が設置されており，福祉職に対して距離を感じている医療職にとっても，医療・保健とは連携がとりにくいとの認識をもつ福祉職にとっても接近しやすい要素をもち，かつ公的性が明確な組織だからである。

また，市町村高齢者サービス調整チームの活用をはじめ，医療福祉事例検討会のように異職種他機関の共通理解を深める場を数多く設定し，より広い観点からの問題把握，問題解決を可能にしていくことが求められているといえよう。

むすびにかえて～地域生活形成支援システム構築にむけて～

本稿では，地域住民の生活形成を総合的に支援するシステムの構築を考えるために，要介護高齢者をめぐる在宅介護支援センターを主軸とした地域総合ケアシステムの動向について検討してきた。高齢者保健福祉計画の実施過程において，基盤整備は徐々にこなわれてはきているものの，介護保険制度導入にあたり，在宅介護支援センターの機能をはじめ，地域福祉に関わる理念は変遷し，実践レベルにおいては多くの混乱もみられる。以下，地域における生活形成支援のシステム構築にむけての今後の課題を提示し，まとめにかえることとする。

第一に，何よりも，要介護高齢者およびその家族が地域で生活を継続するのに必要なサービスを提供できる支援体制を確立することである。高齢者保健福祉計画の完成後は，介護保険事業計画とあわせて地域福祉の諸サービスの供給体制がみなおしをされる。現状のサービス水準を維持するのはもちろん，ねたきり・痴呆などの「要介護状態」に矮小化したサービス供給ではなく，高齢期のより豊かな生活を保障しうる地域福祉サービスを確保していくことである。

第二に，地域総合ケアシステムの基軸として，在宅介護支援センターの機能を充実し，地域福祉サービスの供給システムを整備していくことである。この際に，従来の「家族介護支援」策としての在宅介護支援センター，地域ケアシステムのあり方を理念も含めて再検討していく

ことが必要である。家族介護を期待できない、あるいは期待しない高齢者の増加が予想されてくる中で、個人を単位とするケアシステムをめざしていく段階にきているといえるであろう。

第三に、要介護者に関する情報の収集・管理・共有・提供にむけてのプログラムの開発である。それぞれの専門職種間の共通理解をうながし、在宅を軸にしながら地域を包括するケアシステムを整備していくためには不可欠な課題である。

最後に、これまでの地域総合ケアシステムという考え方に加え、利用者主体、自己決定の尊重をより意識して、地域で生活を形成する利用者に対して、その利用者の生活形成プロセスを側面的に支援するシステム、すなわち地域における利用者との共同によって成立する支援システム（地域生活形成支援システム）のあり方を指向することが重要になるとと思われる。専門職間のネットワーク・支援体制の整備に地域住民としての利用者がいかに加わっていくのか。また、介護ニーズのみに限定されがちな地域生活形成上の多様な課題に対応できる地域のシステムをいかに構築していくのかを模索することが次の課題として提起できるであろう。

（なお本稿は平成11年度佛教大学特別研究費助成の成果の一部である。）

註

- (1) 全国市長会（98年6月3日）、全国町村会（98年7月31日）をはじめ様々な団体からの要望、陳情、意見書等がだされた。福祉現場からの発言としては、全国老人ホーム施設長アンケートよびかけ人会議編、1998『介護保険そのまま実施でよいのでしょうか 老人ホーム施設長1000人の本音』萌文社などがある。
- (2) 伊藤周平、1999、「介護保険と社会福祉基礎構造改革～社会福祉の選別主義的再編への道」『賃金と社会保障』No.1247、旬報社、46～58頁等を参照。
- (3) 社会福祉基礎構造改革との関連からの分析については、古川孝順、1998『社会福祉基礎構造改革～その課題と展望～』誠信書房、浅井春夫、1999『社会福祉基礎構造改革でどうなる日本の福祉』日本評論社などを参照。
- (4) 1992年6月30日、老計第86号「老人保健福祉計画について（市町村および都道府県老人保健福祉計画作成指針を含む）」厚生省大臣官房老人保健福祉部長の「第3 老人保健福祉計画の作成上の基本方針 1. 地域における総合的ケアシステムの確立」を参照。
- (5) 1971年5月12日社老28「在宅老人福祉対策事業の実施および推進について」別添3 1（1）参照。
- (6) 同上、別添4 1（1）参照。
- (7) 里見賢治、1996「第1章 介護政策の変遷と現状」里見賢治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり』ミネルヴァ書房、9頁参照。
- (8) 里見賢治、1993『「10ヵ年戦略」と『老人保健福祉計画』大阪府立大学『社会問題研究』第43巻第1号を参照。実際の地域作り、地域福祉実践との関係から「ニーズ」論の基本的問題を踏まえた議論を展開し、今後の具体的な方向性をさしめしているものとしては、谷勇男、1997「都市部における地域ケアシステムづくり」渡辺文子・山本隆『地域ケアシステムの構築にむけて 高齢者ケアの設計』中央法規、150～180頁が参考となる。
- (9) 1990年改正「在宅老人福祉対策事業の実施および推進について」「別添 4 在宅老人デイサービス事業要綱」2「在宅介護支援センター運営事業」参照。

- (10) この点に関して、里見は「日本型福祉社会」論に基づく「私的介護優先」政策が破綻し、「家族介護支援」政策が修正をせまられたことを意味するとしている。里見・二木・伊東、前掲書、17頁参照。
- (11) 1998年8月28日老発第550号、厚生省老人保健福祉局長通知 参照。
- (12) 在宅介護支援センターの機能に関しては副田あけみ、1995「在宅介護支援センターにおけるケースマネジメント実践とソーシャルサポート・ネットワーク形成1」東京都立大学人文学編『人文学報』261号、133～176頁、同、1996「在宅介護支援センターにおけるケースマネジメント実践とソーシャルサポート・ネットワーク形成2」東京都立大学人文学編『人文学報』272号、1～55頁参照。
- (13) 「在宅介護支援センター運営事業実施要綱」より。
- (14) かつて、筆者は、地域福祉の理論的課題の整理において、地域福祉実践における住民の主体的福祉活動への取り組みと福祉行政への参加を可能とする制度的保障の重要性について述べたが、このような形での「参加」依頼とは意味を異にする。拙稿、1994「地域福祉論の構築に向けて—今後の地域福祉実践のために—」『立命館大学産業社会論集』第30巻第1号、147～172頁参照。
- (15) 「C町配食ボランティア聞き取りノート1995年7月～1998年2月」No.1（未刊行）より。
- (16) 「在宅介護支援センター運営事業実施要綱」1（6）参照。
- (17) 「在宅介護支援センター相談員面接記録ノート1998年6月～1999年2月」（未刊行）No.2より。
- (18) 「在宅介護支援センター相談員面接記録ノート1998年6月～1999年2月」（未刊行）No.3より。
- (19) この数値に関しては、策定当初より各市民団体、研究者等から算出根拠となる「ニーズ把握」における問題性が指摘されている。
- (20) 「地域ケアシステム担当者聞き取りノート1998年4月～1998年12月」（未刊行）No.3、No.4より。
- (21) データ収集以後に北部に1カ所、南西部に1カ所、新たに在宅介護支援センターが設置され、この傾向も緩和されてきている。
- (22) 1997年10月7日「B市在宅医療福祉事例検討会」における報告例より。
- (23) A県保健福祉部医務福祉課企画班が県下医療・保健・福祉職を対象に1998年2月実施した「保健・医療・福祉の連携に関するアンケート調査」による。有効回答805件のうち当該地域を抽出した。

なお、Ⅲにおける検討に際しては、B市地域保健研究会「たんぼぼ」での事例検討、集团的議論の成果に多くを負っている。代表者・鈴木信行医師をはじめ、参加者各位に感謝を表したい。

（ふじまつ もとこ 社会福祉学科）

1999年10月15日受理