

地域包括ケアシステムにみる地域内連携と「協働」

沼尾波子

1. はじめに

本稿の課題は、地域の公共空間構築における「協働」のあり方について考察することにある¹⁾。人口減少と急速な少子高齢化の進展とともに、家族や地域コミュニティの繋がりの希薄化が言われる日本において、医療・介護・子育てなどの対人社会サービスをどのように確保し、持続可能な地域の社会経済基盤を構築するかが、大きな課題となっている。財政難のおり、様々な地域課題をすべて行政が担うことは難しい。地域課題の解決に向けて、地域住民や民間経済主体が自主的にこうした活動に参加する動きも活発化している。

本研究では、人びとの安心・安全な暮らしを支えるソーシャルキャピタルが、偶発的に生じるものではなく、そこに参加する人々の「協働」による創造行為と、それを調整するプラットフォームの存在によって形成されてくるという仮説のもとで、その成立の要件について考察しようとするものである。その中でも、本稿では、特に基礎自治体としての市町村に焦点をあて、ケアをとりまく「場」と「関係」の構築について考察することとした。ソーシャルキャピタルを創造する要件、合意形成のためのプロセスや制度設計について、行財政制度との関係から検討する。

2. ケアを取り巻く状況

本稿では、ケアの領域のなかから、近年、行政がその供給を担う対人社会サービス、すなわち高

齢者介護や子育て支援、あるいは生活困窮者への支援等の領域を取り上げる。

子育てや介護は、日本では長い間、家族の役割とされてきたところがあり、家族の支援が得られない場合には、市場からケアサービスを購入することで対応が図られてきた。公共部門による福祉サービスの提供は、身よりもなく、所得もない「社会的弱者」に対する措置という形で提供されてきた。しかしながら、周知の通り、女性の社会進出や、晩婚化・未婚化、厳しい雇用環境²⁾などを背景とした家族のあり方の変化により、ケアを家族だけが担うことは難しくなっている。高齢者介護についていえば、高齢者が高齢者を介護する「老々介護」は、要介護者の4割を超えている³⁾。医療機関への「社会的入院」が医療費高騰を招く要因として、問題視されてきたが、近年では、財政難を背景に、施設から在宅へと、医療・介護のあり方も大きな転換が求められている。

2000年に導入された介護保険制度では、「措置」から「権利」への転換が謳われ、誰もが必要に応じてサービスを利用できるという普遍性が求められることとなった。しかしながら、制度創設から15年を経たいま、サービス利用の増大は、保険料負担の上昇と財政支出増大を招いている。65歳以上の高齢者が負担する第1号保険料（基準額）は全国平均で月額5514円（2015～17年度）まで上昇している。こうした状況に対し、介護予防への取組みとともに、在宅介護の推進を通じて、住み慣れた地域で暮らしながら、必要な医

療・介護サービスを受容できる環境を構築することが期待されている。そしてそのための仕組みとして、国では地域包括ケアシステムの構築を掲げている。

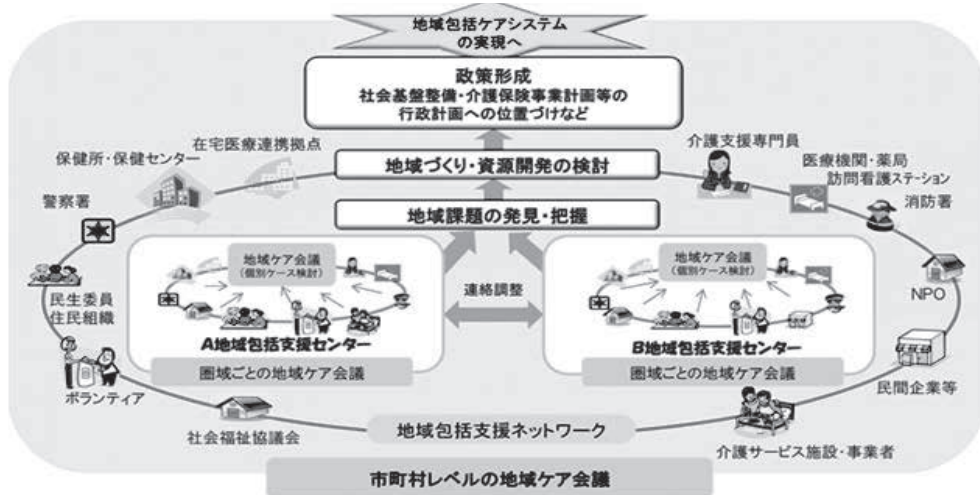
地域包括ケア研究会（2013）によれば、地域包括ケアシステムとは「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す」ものとされ、生活上の安心・安全・健康を確保するために、医療や介護、その予防サービスのみならず、住まいや生活支援・福祉サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるよう、行政のみならず、地域を構成する多様な担い手が連携し、協力しあう体制を構築することが目指されている。

だが、このシステムを構築しようとするれば、地域を構成する様々な担い手が連携し、対応を図ることが必要とされる。2015年4月からスタートした第6期介護保険事業計画では、認知症支援策の充実、医療との連携、高齢者居住にかかる施策との連携、生活支援サービスの充実といった取組みが重点的項目として掲げられ、地域包括ケアシ

ステムには、これまで以上に多くの事柄が期待されるようになってきている。図1は、厚生労働省が作成した地域における支援ネットワークのイメージだが、これによれば、実に多様な担い手が連携しながら、高齢者をはじめとしたケアが必要な人々への支援体制づくりが求められていることが見て取れる。

こうした地域における多様な担い手の参加を制度のなかで規定する動きは、介護保険制度に限らず、他の対人社会サービス分野においても見受けられる。例えば、2015年4月に生まれた子ども子育て新制度においても、保育所、幼稚園の一体化に留まらず、地域子育て支援拠点事業により親子の孤立を防ぎ、地域のなかで交流を図る場の提供と交流促進、情報提供をおこなう場づくりが推進されている。実施場所は保育所に留まらず、公共施設の空きスペースや商店街の空き店舗、民家、マンション・アパートなど、様々な場所を活用することが可能となっている。また、2015年4月に導入された生活困窮者自立支援制度の実施にあたり、厚生労働省は「各自治体で新制度を着実かつ効果的に実施するため」の検討課題として、庁内体制構築のみならず、関係機関との連携体制

図1 地域包括ケアシステム実現に向けたイメージ



出典：厚生労働省資料

の確保や協議の場の設定を掲げている。経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者に対し、包括的・個別的・早期的・継続的・分権的・創造的な支援を行うことを目標として掲げたこの制度を運営するには、行政だけでは限界がある。そこで全庁的な検討に加え、福祉事務所やハローワークとの緊密な連携に加え、他の様々な地域主体との連携とネットワークの構築⁴⁾が必要であるとしている。また、それらの多様な担い手による協議の場が必要とされ、町内プロジェクトチームの立ち上げや、協議会の設置運営などが掲げられている。

3. ケアを取り巻く「協働」の仕組み ～オランダ・ボクステル市の事例から

このように、国の制度改革を通じて、地域のなかで必要な支援を幅広く切れ目なく個別の事情に対応した形で実施することが求められるようになっていく。だが、実際に地域の多様な担い手が連携・協働し、ゆりかごから墓場まで、安心して暮らせる仕組みが構築することは容易ではない。まず、家族のケア自体もままならない状況のもとで、地域のなかで安心安全な暮らしを営むために、地域住民が自主的に、ケアの活動に参加できるかという問題もある。住民の自主性に委ねた場合、地域内でサービスが充実した地区とそうでない地区とが発生することにもなる。また「参加」の手法として、実際の活動に時間を作って参加する方法もあれば、一定の金銭負担を通じて、活動を支援する方法もある。どのような参加を考えるのか、という課題とともに、安心・安全な暮らしを普遍的に切れ目なく構築するには、行政がどのような社会基盤をデザインするかが問われることとなる。

では、ケアの仕組みを普遍的に切れ目なく確保する制度構築には、どのようなことが求められるのだろうか。「協働」の仕組みづくりについて考える手がかりとするため、高齢者に留まらず、年代を超えて、必要なケアを普遍的に提供する体制

を構築しているオランダの自治体の事例⁵⁾を手掛かりに検討する。

オランダ・ボクステル市 (Gemeente Boxtel) は北ブラバント州の自治体で、人口約3万人、面積471km²という自治体である。オランダでは、介護保険に当たる特別医療費保険 (AWBZ) の財政難が課題とされ、軽度の要介護者については、施設から在宅へという改革が進められてきた。2007年に社会支援法 (WMO) が成立し、軽度の要介護者や日々の暮らしの見守りなどが、保険サービスから切り離され、自治体が独自に担うこととなった。また2012年以降、軽度の要介護者は新規の施設入所が認められないこととされ、地域のなかで助け合いながら生活を維持する取り組みが求められてきた。そこでボクステル市では、地域で乳幼児から高齢者まで、幅広い見守りとケアを支える仕組みづくりの必要性があるとして、拠点となる施設を立ち上げ、取組みを推進したのである。

ボクステル市では、かつて修道院だった施設 (セント・ウルスラ) を改修し、地域ケアに関する総合プラットホームとして活用する取組みを2012年8月より始めた。この施設では、医療、福祉 (ケア)、文化等、対人サービスの幅広い分野を担う。施設は市が整備を行なうが、運営は行政と民間非営利団体の連携によって行われている。施設の1階には総合受付窓口があり、ケアを必要とする住民は、まず受付をしたあと、1階で窓口担当者とは話をし、1階には多様な相談スペースが用意され、相談者の状況や、話の内容に応じて、空間が使い分けられている。施設の2階より上には、様々な専門性を持った事業者やNPO団体の事務所が置かれており、それぞれ専従スタッフ (専門性を持った職員) とボランティアが居る。1階での相談をもとに、必要な支援を提供できる団体の職員が集められ、一人一人の状況に応じて、支援を行なう体制 (チーム) がつくられる。これらの入所団体については、行政が明確な基準を設けて選定しており、同じ専門性をも

つ団体を複数入れることはしていない。この仕組みによって、ある家庭の内に複合的な課題（高齢者介護、生活困窮、児童虐待等）が潜んでいる場合についても、専門性を持った複数の団体がチームを組んで、柔軟に対応する体制が構築されている。

ボクステル市の事例から、ケアのプラットフォーム構築と、それを支える担い手の「協働」という点で、以下のことが見えてくる。第1に、町の中心にある歴史的な修道院という建物をシンボルとして、あらゆる福祉と生活相談のプラットフォームが構築されており、そのことが住民に周知されている。セント・ウルスラに行けば、ケアに関わるあらゆる困りごとを一元的に相談できる窓口が設置されている。そして、このことが住民に理解されている。また、本人や家族だけでは解決困難な課題が生じた場合には、それを抱えこまずに相談できる雰囲気が醸成されている。第2に、多様な専門性を持った支援団体があり、その人たちが安定的に業務に携わることのできる環境が整備されている。施設内に同じ専門性を持った団体を入れず、地域のニーズに応じた支援に関わる団体を入れていること、またその運営について、行政が支援を行うことで、安定的な運営が行われている。第3に、こうした専門家を支える層の厚いボランティアが居ることと同時に、団体の運営等に必要な備品等の寄付が企業や個人から行われており、社会で非営利団体を支える取組みが進められている。ボランティアについていえば、オランダでは就労において、正規・非正規による待遇に大きな違いはなく、また就業時間に応じた賃金支払いとなっていることから、柔軟な働き方を選べる仕組みがある。その結果、家族のケアやボランティアのために就業時間を調整する人もおり、仕事と家庭、そしてボランティアなどの社会参加について、柔軟な選択が可能となっている。こうした仕組みに支えられ、ケアを支える社会的基盤が強固なものとなっている。そして、こうしたサービスに必要な費用について、一定の租税負担を担うこ

とに対する社会的な了解も成立している。財政難の折、サービスの増加を求めれば、公的負担が増加することを国民が理解しており、国政選挙の際には、各政党が選挙公約とともに、公約実現のコストとその財源調達手段を公表する。それに基づいて、国民は選挙に臨むのである。したがって、「コストをかけずにケアを確保するためには、地域で近隣の助け合いが必要である」とする政府の提案を国民が受け入れているとみることもできる⁶⁾。そして、多くの住民が地域のボランティア活動に参加しており、それに支えられて、ケアを支える基盤が構築されているのである。

こうした社会基盤に支えられ、自治体がケアサービスの確保を行うにあたり、多様な民間団体や非営利団体等と連携を図りながら、高額のコストを払わずに必要な支援を確保できるところがある。それによって、セント・ウルスラのようなよろず相談・対応型のプラットフォームの構築に際し、行政が場所を確保し、体制を構築することで、支援が行なえる環境が形成されていくのである。だが、日本においてこれを行おうとすれば、後述するように、行政と事業者との交渉や調整の場面で難航することが多い⁷⁾。

4. 日本における地域包括ケアシステム構築

日本では、こうしたケアのプラットフォーム構築は可能だろうか。その機能が期待されている地域包括ケアシステムについてみていくこととする。

地域包括ケア研究会（2013）では、地域包括ケアシステムの構築にあたり、「独り暮らし高齢者や高齢者のみ世帯がより一層増加する中で、『自助』『互助』による近隣の助け合いが必要である」と整理している。加えて「少子高齢化や財政状況から、『共助』『公助』の大幅な拡充を期待することは難しく、『自助』『互助』の果たす役割が大きくなることを意識した取組みが必要」とも述べられており、行政サービスに留まらず、地域で必要なケアを支える体制が求められるとされている。

だが、多様な担い手が集まり、それぞれの役割

を果たしながら、必要な人のところに必要な支援が切れ目なく行き届く仕組みを構築することは容易ではない。

第1に、介護保険制度創設後の自治体(保険者)と事業者との関係についてである。介護保険制度創設時には、増大する介護サービス需要に対し、それを担う事業者が足りなかったことなどから、新規の介護事業者の市場への参入を通じたサービス確保と、事業者間の競争による質の向上が謳われ、市場メカニズムを通じた受給のコントロールが期待されていた。また、サービス利用の多い地域では、65歳以上が負担する第1号保険料が上昇する仕組みになっており、こうした点でも価格メカニズムを通じた需給コントロールを通じて、受益と負担が見える関係をつくることが意識されていた。しかしながら、制度が始まると、事業者所属のケアマネジャーがケアプランを作成すること、1割の自己負担額を基準に、利用者がサービス利用を行うことにより、サービス利用量は当初の予想をはるかに上回る勢いで上昇しており、利用者のなかには、1割の自己負担を理由にサービスを抑制する動きも生じている。自治体では、持続可能な保険制度に向けて、介護サービス利用の「適正化」を図る観点から、レセプトのチェックを実施し、「過剰」なサービス提供の見直しを指摘するとともに、介護予防の取組みにより、要介護認定者数の削減効果を期待した取組みも推進している。他方で、事業者との協議により、効率的で効果的な介護サービスのあり方を検討する動きもあるが、自治体の中には、事業者の撤退を恐れて、事業者の対応を、受け入れざるを得ないところもある。

第2に、行政と住民との関わりについてである。日本では、歴史的に町内会・自治会が地域における生活基盤の維持管理を始め、多様な役割を担ってきた。地域によっては、行政のいわば下請けとして、道路や水路の維持管理や広報、租税や保険料の徴収などを行ってきた時代もあった。こうした町内会・自治会は様々な形で存続している

が、加入率の低下とともに、従前の役割を担うことは難しくなっている。こうしたなかで、地域のなかで顔の見える関係の希薄化が言われるようになり、地域の見守りや声掛けを、住民主導で担うことは難しくなりつつある。また、福祉をはじめとした社会的弱者への支援については、専門的知識や技能を必要とすることや、スティグマの問題をはらむことから、町内会・自治会ではなく、社会福祉協議会や、地域の民生委員・児童委員などが、その対応を図ってきたという歴史もある。ところが、民生委員の担い手の減少を始め、地域の福祉についてこうした対応を図ることもまた難しくなっており、行政と地域住民との連携のあり方が問われている。

5. 地域ケア会議に求められる諸機能

こうした多様な担い手が集まり、課題の共有や解決策を検討する場として、厚生労働省では「地域ケア会議」の推進を掲げている。厚生労働省老健局(2014)によれば、地域ケア会議には5つの機能があると整理される。第1に個別課題解決機能である。これは多職種連携によって個別課題の解決を行うとともに、そのプロセスを通じて地域包括支援センター職員や介護支援専門員の実践上の課題解決力向上を図り、ケアマネジメント等の質を高めることが目指されている。第2にネットワーク構築機能である。これは地域の様々な人たちが連携するとともに、多職種協働で個別ケースの検討等を通じて、関係機関の役割や連携の在り方が明らかになり、連携強化が図られることが期待されている。第3に地域課題発見機能である。これは個別ケースの背後にある同様のニーズを見出し、解決すべき地域課題と優先度を明らかにする。浮かび上がった課題については、具体的な地域づくりの取組み、ないし政策形成につなげることも期待されている。第4に地域づくり・資源開発機能である。これはインフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、必要な資源を地域で開発するものである。第5に政策形成機能で

ある。これは既存の施策や予算などでは、地域の課題を解決していくことが困難だと考えられる場合に、解決へ向けた新たな施策の立案や実行につなげていくというものである。

このように、個別課題の解決にとどまらず、地域で関係者のネットワークを形成することで、地域課題の発見、さらには地域の基盤整備に向けた取り組みへと展開し、地域資源を活用した総合的な対応に結び付けることが期待されている。

地域包括ケアシステムに期待される機能が拡大するなかで、地域ケア会議に求められる機能も多様化している。ケア会議は、事例検討を通じてケアマネジメントの機能強化と地域課題の抽出を図る「地域ケア個別会議」と、地域課題を関係者で共有した上で解決策を推進する「地域ケア推進会議」の2つに整理され、それぞれに求められるコーディネート機能も異なるものとなっている。だが、東京都福祉保健局（2014）の調査結果等から明らかなように、地域包括支援センターや市町村主催の会議を運営し、関係者で個別課題や地域の現状について情報共有をしている自治体は多いが、そこから地域課題の検討や政策立案にまで結びついている自治体は限定的である。

6. 地域包括ケアシステム構築に向けた対応

厚生労働省老健局（2014）では、地域包括ケアシステム構築に向けて、地域特性を把握することと、目指すべき地域像を共有することが大切であると指摘する。さらに、地域ケア会議の設置に向けて、地域特性を踏まえた運営方法を考えるとともに、それぞれの会議の目標を共有すること、さらに担い手についての情報を地域ぐるみで共有することが大切であると整理している。

個別ケースへの支援方法について会議体で検討を行っている自治体は少なくない。また介護保険事業計画の策定にあたって、事業者や利用者の意見を聞きながら、検討を行う自治体もある。しかし、地域包括支援センター、地域住民、行政が連携してケアの仕組みを地域づくりと一体的に構築

している地域は少ない。

これにはいくつかの理由があると考えられる。まず受け皿としての地域の側の問題がある。地域コミュニティの機能が弱まるなかで、時には専門的な対応が求められるケアに関わるとなれば、高いハードルを提示されたと感じるコミュニティは少なくない。いざという時に対応できる医療や介護事業所があり、専門家のサポートのもとで、互いに支え合える仕組みを創ることができるとかが課題となる。また、人間関係が希薄化する地域社会において、見守りや声掛けを担う関係を構築できるかどうかという点も留意が必要である。

次に自治体の側の事情がある。市町村が総合的なケアの仕組みを構築するには多くの課題がある。第1に、利用者の視点、事業者の視点、財政運営の視点を踏まえた需給のマッチングを図ることが難しいことである。利用者は自らが直面する価格と要介護度に応じて、サービスの利用量を定める。他方で事業者は経営上の判断から事業展開を図るとすれば、利用者 서비스에サービスの拡大を促すことも十分考えられる。これに対し、保険者たる市区町村は、利用者のニーズに対応したサービス利用水準を予測しつつ、保険料率を含めた財政運営を考えなくてはならない。トータルで持続可能な地域包括ケアシステムを構築するには、利用者を含めた地域住民、事業者、そして行政が相互に理解し合いながら、必要なサービスの確保と供給体制のあり方について合意を図ることが必要である。しかしながら、実際には、立場や利害関係が異なる3者が集まって、合意形成を行う機会を設けることは容易ではない。サービス利用者とサービス事業者、そして自治体が目標を共有するには、時間をかけた検討や対応、情報共有が必要である。現実には、保険給付費が増大する状況のもとで、多くの自治体では、法制度に則り、粛々と業務を遂行するという対応をとっており、ケア会議への自治体職員の参加は、限定的、形式的であることもしばしばである。職員の参加を前提としたプログラム開発が求められると同時に、職員が

参加してもよいと思えるような会議の運営を考えていく工夫も必要である。

7. 事例に見る「協働」の仕組みづくり⁸⁾

(1) 愛媛県松前町

愛媛県松前町は、県庁所在地である松山市の郊外に位置し、2014年の人口は約31,000人、高齢化率は27.4%で、面積は20.32km²と小規模である。全国の7割以上の自治体が、地域包括支援センターを事業者へ委託しているが、松前町では町直営による運営を行っている。さらに、高齢者福祉に関するあらゆる施策については、地域包括支援センターが窓口になることで、ワンストップサービスを総合的に担う取組みを推進している。また、町内にある5つの民間事業所との密度の濃いネットワークを構築しており、これらの事業所が地域包括支援センターのランチとして位置づけられている。各事業所のケアマネジャーが月1回定期的にケア会議を開催し、情報を共有するとともに、町内の施設の空き状況、個別のケースに関する検討などを一体的に実施している。

松前町の地域ケア会議は、行政、事業者、民生委員等の参加者が対等な関係で意見を出し合い、車座で合意を作り上げる場として構築されている。

松前町では介護保険制度創設時から、行政と事業者と一緒に学習会を行い、ともにシステムを構築した経緯がある。町の面積が比較的小さいこともあり、民生委員や住民からの声が行政直営の地域包括支援センターにすぐ届くこと、さらに地元の事業者は、それぞれ得意分野を持ち、利益を競い合う関係になく、運命共同体として支援体制を担っている。また、地域ケア会議での話し合いを通じて必要なサービスが地域にないと判断されると、その構築も行っている。近隣の小売店が閉店し、買い物に行けない高齢者が出た場合には、空き店舗を利用して、買い物できるデイサービス事業所の開設に結び付けるなど、会議のなかで出てきた課題に対し、参加者が知恵を出し、サービスを提供する体制を創り上げている。そして、これ

らのコーディネートを担える職員を、民間から引き抜くとともに、現場を回り、対話し、調整を行なうコミュニケーション力のある担い手を、地域ケア会議等の場で、着実に育成している。

松前町の取組みを評価するに当たり、いくつか重要なポイントがある。

第1に、小規模町村であり、役場と住民との距離が比較的近いことである。また町ではその強みを生かして、行政直営で地域包括支援センターを運営しており、高齢者の暮らしの困りごとをトータルで支援する体制を構築している点である。

第2に行政と事業所との関係である。松前町では、地元で介護保険事業所を運営する5つの法人(社会福祉協議会や医療法人を含む)との連携・協働のシステムを介護保険制度立ち上げの時期から創り上げている。介護保険制度創設以前から、介護保険法の勉強会を開催すると同時に、事業所に利用者獲得競争を促すのではなく、それぞれが個性を発揮することで、競合ではなく共存できる関係構築を推奨してきた。各事業所がそれぞれの強みを発揮するよう努力と工夫を図った結果、認知症に強い事業所、重度の介護に強い事業所、など、事業所ごとに特徴をもったサービス供給体制が構築されてきた。事業者が連携しやすい環境を構築し、地域包括支援センターのランチとしての機能を担うことで、高齢者ケアのネットワークを構築している。

その結果、行政と事業所のみならず、事業所相互の連携が図られている。事業者へのヒアリングでは「各事業所がそれぞれの得意分野を把握しているため、自分のところに依頼が来ても、他の事業所にケアプラン作成を回すことはよくある。」との意見が聞かれた。介護保険制度が目指したのは、市場競争原理を通じたサービスの質の向上であったが、松前町では、個々の事業所が分業と連携を図ることで、町全体のケアのサービスを役場、医療機関、異なる特性を持つ複数の介護保険事業所などが一体的に担う仕組みにより、サービスのネットワークが構築されている。このこと

は、行政が介護保険事業計画を策定する際にも大きな強みとなる。利用者のニーズと事業者の状況を踏まえつつ、サービス供給体制について、事業者と協議できる環境が整えられていることの意味は大きい。保険給付費増大に対して、行政が孤独に悩むのではなく、具体的にどうしたらよいかを考えるための一つの場が設けられているのである。

町では、このネットワークを強化し、個々のニーズに対応したサービスを提供できるよう、情報共有や能力向上に向けた取り組みを図っている。具体的には、各事業所のケアマネジャーが地域包括支援センターで定期的を実施するケア会議に参加し、他の事業所が対応している高齢者の状況を含め、町全体の情報を共有している。また、それぞれが抱える困難処遇ケースを報告し、ケース検討会を行うとともに、それらの情報を、役場の地域包括支援センターにある地図情報とあわせてストックされる仕組みになっている。

情報共有の場は、所属する事業所を超えて、若手の介護職の学びの場としても機能している。ケアマネジャー、ヘルパーの間での情報共有と連携が図られ、風通しがよくなることで、町全体で若手専門職を育成する場が形成されている。事業所は異なっても、若手職員が会合の場などを通じて互いに学びあうことで、成長が図られている。また地域全体で高齢者を支えるという仕組みが図られ、最終的には町の地域包括支援センターが対応することにより、事業所で働く職員の孤立化が生じにくく、若手職員の離職が他に比べると少ないという効果もみられる。さらに、職員のネットワーク力を強化し、参加者の能力を高めるために、ファシリテーション研修等を行っている。

(2) 福岡県大牟田市

福岡県大牟田市は、福岡県西南部に位置し、2013年の人口は約12万3千人、高齢化率は31.6%、面積は81.45km²で熊本県と隣接する自治体である。かつては炭鉱町としてにぎわいを見せていたが、今日では、人口減少と高齢化が急速

に進む地域である。

大牟田市では、介護保険制度の導入を機に、介護サービス事業者協議会と介護支援専門員連絡協議会を設立し、事業者やケアマネの情報共有と連携を図る仕組みが構築されてきた経緯がある。そこには行政も参加し、行政と事業者との連携の窓口として、制度創設当初から重要な役割を担ってきた。

2001年、事業者協議会は認知症ケアを体系的に学ぶための勉強会として、認知症ケア研究会を発足させた。そこから2003年には認知症コーディネーター養成講座が始まり、事業者のなかで認知症に対する理解が深まることとなった。その後、各地区(校区)で認知症サポーター養成講座が開催されると、この動きは地域に広まり始めた。2004年には、はやめ南地区で徘徊模擬訓練が開催され、認知症になっても安心して暮らせるまちを創るための取組が始まった。この試みは次第に市内他地域に拡大し、現在では全市で開催されている。

一方、大牟田市では小規模多機能施設を推進していくが、施設整備に際し、介護予防・地域交流施設の併設を要件とした。徒歩圏内に地域の交流拠点を設けることを考えた対応である。2006年より、介護保険法改正により地域密着型サービスが市町村指定となると、指定要件として、認知症コーディネーター養成講座修了者の配置と、介護予防・地域交流施設の併設を規定した。

大牟田市の事例から以下のことが見えてくる。第1に、大牟田市では、認知症を地域(校区)単位で見守る活動が活発であるが、これは地域コミュニティの側から自然発生的に生じたものではない。まず、行政が事業者協議会を通じて認知症ケアの重要性を認識するとともに、事業者と一体となって、認知症コーディネーターや認知症サポーターの制度を設け、それを地域に広げていくための仕組みを構築している。さらに小規模多機能施設を整備する際に、地域交流拠点施設の整備を要件とするなど、活動の広がりや深まりが生ま

れる「場」を身近な地域につくるための仕掛けを行っている。

認知症コーディネーター養成講座、地域認知症サポートチーム、徘徊模擬訓練が市の地域支援事業とされているが、市では、地域密着型サービスの充実を積極的に働きかけている。この取組みを通じて、地域でケアを担う人材の配置と連携、さらに地域コミュニティとのつながりが構築されている。行政と事業者協議会との連携によって、これらのシステムが制度化されたことにより、行政職員も、事業所職員も、地域に出て、協議しながら物事を進めることが当たり前の職場環境が構築されているという。市では、事業のPDCAサイクルの実行にあわせて、自治体内部での職員の役割を明確化している。

大牟田市では、地域ケア会議のあり方も変化している。かつて個別のケース検討会を「地域ケア会議」と呼んでいたが、これは個別のケアマネジメントであるとして、地域ケア会議の5つの機能に即して開催される会議を総称して「地域ケア会議」と整理している。(市では「地域ケア会議」の3要件として、固定メンバーがいること、定期的で開催されていること、地域ケア会議の5つの機能を意識して地域包括支援センターがつなぎ役を担うこと、を掲げている。)

具体的には、介護予防カンファレンス、地域認知症サポート定例カンファレンス、大牟田市高齢者・障害者権利擁護連絡会、地域住民ネットワーク会議(徘徊模擬訓練実行委員会など)、介護サービス事業者協議会(認知症ケア研究会、介護予防事業研究会など)、介護支援専門員連絡協議会などがこれにふくまれる。このように、それぞれの場面ごとに多様な会議を用意することで、地域包括ケアシステム構築に向けた総合的な取組みが進められている。

8. 地域ケア会議における参加と協働

オランダの事例、そして日本の二つの事例では、地域ケアを支える仕組みのなかで、行政や事

業者に留まらず、ケアのプラットフォームの運営を担う住民の参加がある。身体介助などのケアサービスの提供を考えるだけでよいならば、市場取引を通じたサービスの需要と供給について考えればよいことになる。無論、ケアは市場で取引される通常の財とは異なり、人びとが暮らしていくうえで欠くことのできない必需財としての側面を持つことから、その需給調整について、公共部門の一定の関与が行われることはありうるだろう。だが、いずれにしても、介護サービスの提供だけを考えるのであれば、市場の失敗を補完する仕組みを公共部門が確保することで対応することは可能であろう。

だが、ケアサービスは、専門性を持った身体介助機能に留まるものではない。日ごらの見守りや声掛け、買い物や食事、体調管理、災害時対応などの様々な場面で、必要なときに、必要な支援を行うことを含むものである。在宅で生活する高齢者に対し、こうした日々の暮らしのすべての局面で行政や事業者が見守りを行うことは、人員や財源を考えると大きなコストがかかり、また機能の面でも効率的とは言えない。

かつて、家族が担っていたこれらの機能が社会化されたことに伴い、地域での見守りや、暮らしの安心・安全にかかわる支援体制の構築を考える必要性が生じることになる。在宅で生活する高齢者に対し、これらの支援を行政や事業者が単独で担うことは限界があり、民生委員、町内会・自治会、ないしその他の地域住民による参加と連携により、解決を図ることが考えられる。

地域住民の自発的な行動による対応もあるだろう。だが、本稿で紹介した内外の3つの事例では、いずれも地域包括ケアシステムのなかに、こうした参加の仕組みを制度として組み込む工夫が行われている。

オランダでは、社会保険制度で賄っていた手厚いケアが、財政難と高齢化を背景に維持できなくなる中で、分権化を通じて、基礎自治体による対応を図ることで、費用を削減する改革が進められ

てきた。ボクステル市の場合には、ケアセンターを構築し、そこを拠点にしながらも、NPOへの委託と、ボランティアによる運営の仕組みを入れることで、住民の暮らしをサポートする体制を構築していた。また、在宅での暮らしが困難と判断された場合には、施設入所が可能となっている。すなわち、住民参加の仕組みが諸制度のなかに組み込まれており、無理のない形で参加できる仕組みが構築されている。

松前町の場合、介護保険事業としてのケアについては、事業所の連携により担われているが、日常生活に関するケアについては、民生委員や地域支援員などによる見守りの目が入っている。民生委員については、行政が手当を支給しており、定期的に連絡会議を開催するなど、情報共有の場が構築されている。

大牟田市の場合、校区単位での見守りや声掛けの仕組みが維持されているが、校区によって温度差がある。校区単位で社会福祉協議会や自治会の活動があり、そのなかで、高齢者の見守りを行う動きも生じている。その際に、行政が、原則として校区単位で地域包括支援センターを設置し、また高齢者に関する見守りや声掛けについて、地域包括支援センターと、校区の社会福祉協議会、自治会などが日ごろから情報共有や連携を行えるような場を用意している。先述の通り、介護予防・地域交流施設の設置を事業所に求め、必要な支援に関する情報共有や連携を図るための場を意識的に創り上げている。こうした「場」と「関係」を行政が構築することによって、人びとの参加が促されている。

とはいえ、松前町、大牟田市のように地域住民の参加が図られている地域でも、なお課題は残る。確かに町内会・自治会、民生委員などの仕組みを通じて、参加と協働のための制度は構築されているが、こうした取組みに参加する住民の割合は地域によって異なっており、誰もが自由に参加しやすい仕組みとなっているわけではない。

住民参加への動機づけを考えるにあたり、「参

加を通じて声をあげれば地域が変わる」という実感を持てるかどうか、一つの重要な要素である。すなわち、行政が住民の声を聴き、要介護者に関する個別課題のなかから浮かび上がった地域課題について、政策形成に結びつける取組みを推進することは重要となる。だが、こうしたところまで対応を図る自治体は限られている。介護保険事業計画策定に当たり、行政は、日常圏域調査等を通じて一定のニーズ予測を行っている。だが、個別課題から立ち現れた地域の課題を具体的に把握するには、ケア会議に顔を出し、日ごろから情報を共有する必要がある。だが、財政難と行政改革推進の動きのなかで、こうした政策立案にまで関わることでできる職員は減少している。通常の業務をこなすことに加え、ケア会議に足を運び、対応するには、マンパワーの確保が必要となる。

また、「縦割り行政」という言葉に象徴されるように、自治体内部で、複数の部局が連携を図りながら、対応を図る体制の構築も課題となっている。高齢者福祉政策を担う課が、住宅政策や商業政策等の分野と連携した対応を図ろうとしても、現場の一職員の力で対応できるものではない。行政内部での連携の仕組みづくりが求められる。さらに、地域課題を掘り起こして政策に落とし込むには、事業計画と予算獲得も必要となる。

このように、ケース検討から始まった地域課題を共有し、さらに地域づくりへと展開していくには、第1に行政職員が地域に足を運び、課題を共有することが当たり前となる業務分担と職場環境の構築、第2に担当職員が地域に入り、利用者、事業者、地域住民など様々な立場の人たちとの対話や情報共有を通じて、地域課題を把握すること、第3に、地域ケア会議で挙がった現場の課題を施策として検討するための部局横断的な検討体制と予算制度の構築が必要となる。日本の自治体には、法令に基づき、特定の施策を推進するための事業計画の策定と予算化、その執行が求められる。現在、こうした従来型の役割に留まらず、

多様な担い手との協働を通じた対応を図ることが求められているといえる。

9. むすびにかえて

これまでみてきたように、地域のケアを取り巻く連携に向けた取組みは、制度面でも、また現実的にも推進されつつある。しかしながら、こうした取組みが円滑に進むためには、連携のための制度設計のみならず、連携のための場と関係を構築することが必要である。松前町や大牟田市の事例に共通するのは、制度運営に関わる多様な主体が集まり、情報を共有するための場を構築していることと同時に、関係主体の利害対立を引き起こさないような工夫を行っている点である。参加と協働を通じて、互いにとってプラスになる環境を構築できるよう、行政職員が制度をデザインしながら、協議の場を創ることが求められている。

注

- 1) 「協働」とは co-production ないし co-operation の邦訳とされているが、その概念について明確な規定がないまま、多用されている。本稿の考察対象となるケアの仕組みづくりの検討に際しては、ケアサービスそのものの供給における多様な担い手の生産 (co-production) 行為を取り扱うものと、ケアサービスの供給に必要な社会的基盤の構築に関わる制度設計と運営 (co-operation) の両面を取り上げ、それに関わる多様な担い手の参加と連携の仕組みについて考察するものである。
- 2) 「平成 24 年就業構造基本調査」によれば、2011 年 10 月からの 1 年間で介護・看護を理由に離職した人は 10.1 万人とされている。また「国勢調査」(2010) から、高齢者全体に占める単身者割合は 13.8% となっており、独りで暮らす高齢者割合が増えている。
- 3) 内閣府「国民生活基礎調査」(2013) の結果によれば、要介護者がいる世帯のうち「老々介護」世帯の割合は 51.2% となっている。

- 4) 具体的には「学校や教育委員会、地域若者サポートステーション、引きこもり地域支援センター、社会福祉協議会、障害者相談支援事業所、地域包括支援センター、消費生活相談窓口、更生保護施設、商工会議所等」の関係機関に加え、「民生委員、自治会、ボランティアといったインフォーマル部門」も困窮者の発見や見守りには重要であるとしている。
- 5) 2013 年 4 月にオランダ・ボクステル市で行ったヒヤリング調査結果に基づいている。
- 6) 水島 (2012) によれば、オランダでは、こうした社会参加の考え方が歴史的に根強いことが指摘されている。
- 7) オランダの特性として、国土の大半が平地であることに加え、分権型都市計画により、地域間の所得格差は日本ほど大きくないという事情もある。産業構造や医療・介護等のサービス確保を考えるにあたり、担い手確保や事業者の誘致等は、日本のように問題にはならない。事業の継続可能性について日本の農山村地域のような課題は見られないが、大都市に多い低所得者への配慮という点では、一定の対応が行われている。
- 8) これらの事例については、沼尾 (2014) で詳しく紹介している。

参考文献

- 猪飼周平 (2011) 「地域包括ケアの社会理論への課題—健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」『社会政策』第 2 巻 4 号
- 井上信宏「地域包括ケアシステムの機能と地域包括支援センターの役割」『地域福祉研究』39 号, 2011.
- 厚生労働省老健局「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集」2014.
- 厚生労働省老健局振興課「地域ケア会議について」(地域ケア会議推進に係る全国担当者会議資料 (2013 年 9 月 20 日) 2013.
- 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築

- における今後の検討のための論点」三菱 UFJ& リサーチコンサルティング, 2010.
- 東京都福祉保健局「東京都地域ケア会議推進部会のまとめ～地域包括ケアシステムの構築に向けて～」2014.
- 永田祐『住民と創る地域包括ケアシステム 名張式自治とケアをつなぐ総合相談の展開』, ミネルヴァ書房, 2012.
- 沼尾波子「地域包括ケアシステムにおける自治体行財政運営の課題」, 宮本太郎編『地域包括ケアと生活保障の再編』明石書店, 第4章, 2014年.
- 水島治郎『反転する福祉国家——オランダモデルの光と影』岩波書店, 2012年
- 三菱総合研究所 (2013)『地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業報告書』三菱総合研究所