

新しい総合事業と協議体 ― 地域特性をいかして ―

菊 池 信 子

New Comprehensive Project and Consultative Body
― Taking Advantage of Regional Characteristics ―

Nobuko KIKUCHI

要 旨

介護保険制度の改正により、2015年度から、とくに要支援者向けの介護予防施策に関して大きな変更がみられている。それを受けて各自治体が具体的にどのように変更点を踏まえた実践体制を構築し、参加が期待される地域住民をどう巻き込んで体制づくりをしていくのか、模索されている。ここでは、協議体に着目して、その動向を探ること、地域が抱える新たなニーズの具体的な様相を捉えること、これらをとおして、地域特性と踏まえての地域活動の新たなあり方と協議体の役割の方向性について、検討することが目的である。

キーワード：介護保険改正、要支援、協議体、生活支援コーディネーター、社会福祉協議会

はじめに

2014年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立した。この法律によって医療法、介護保険関係の法律が順次改正されていくことになった。そのなかで介護予防に関しては地域支援事業に移行していくことになる。そこでの市町村主体による介護予防、生活支援等について、協議体の組織化の経緯を押さえるとともに、地域によって高齢者の抱える生活課題が異なっている点について具体例をあげて、新しい介護予防・日常生活支援総合事業の地域特性別の検討課題の把握、住民の周知と参加のあり方について考えていく。

1 介護保険をとおしての新しい総合支援事業にむけての政策的動向

2014年6月の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律」（以後、医療介護総合確保推進法）によって、以後医療法と介護保険法、地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律、保健師助産師看護師法、外国人医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律、看護師等の人材確保の促進に関する法律等の一部の改正が含まれ、随時改正されていくことになった。

本法の大枠は、医療提供体制の再編、介護サービスの給付制限、地域支援事業の充実の3点といえる。これらは、相互に密接に関連しているが、本論では、介護保険法改正の影響を受ける地域支援事業に焦点

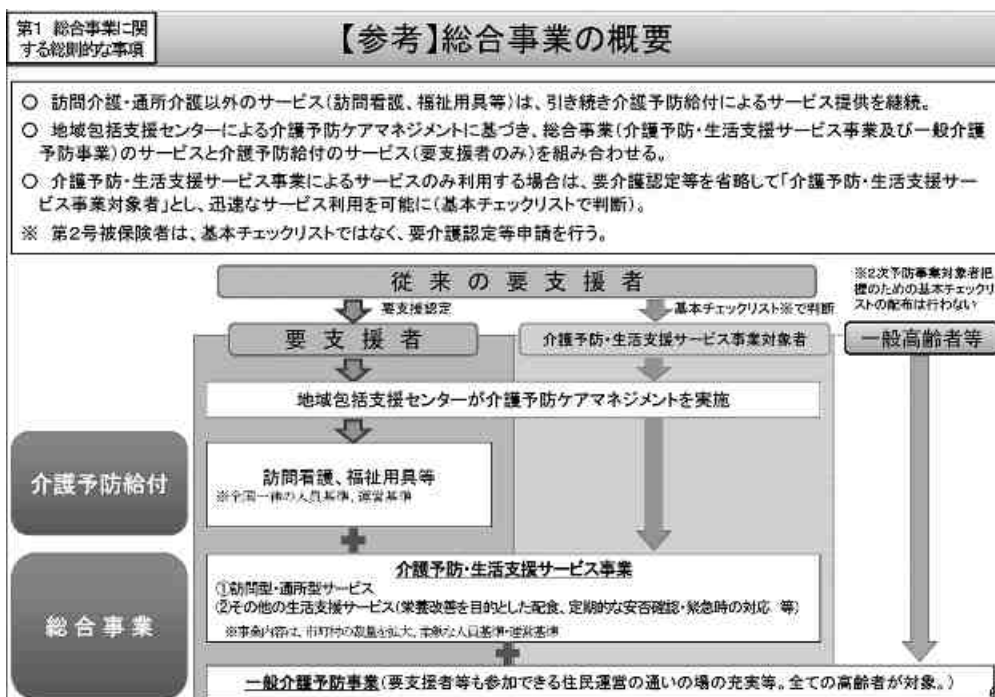
を当て、市町村が行う新しい介護予防・日常生活支援総合事業について検討する。

まず、上記の3点を概観しておくことにする。医療供給体制に関しては、2014年5月に厚生労働省から出された「地域包括ケア病棟のイメージと要件」において、地域包括ケア病棟では、急性期病棟での治療を終えた回復期の患者に対して60日までの在院期間によって退院を目標とし、1日40分以上のリハビリの提供が必要とされる、というものである（注1）。患者は、地域に、在宅に、帰ることが目標であり、地域では、ソーシャルワーカーを始めとしてこれを具体化させていく必要及び状況にあるといえる。

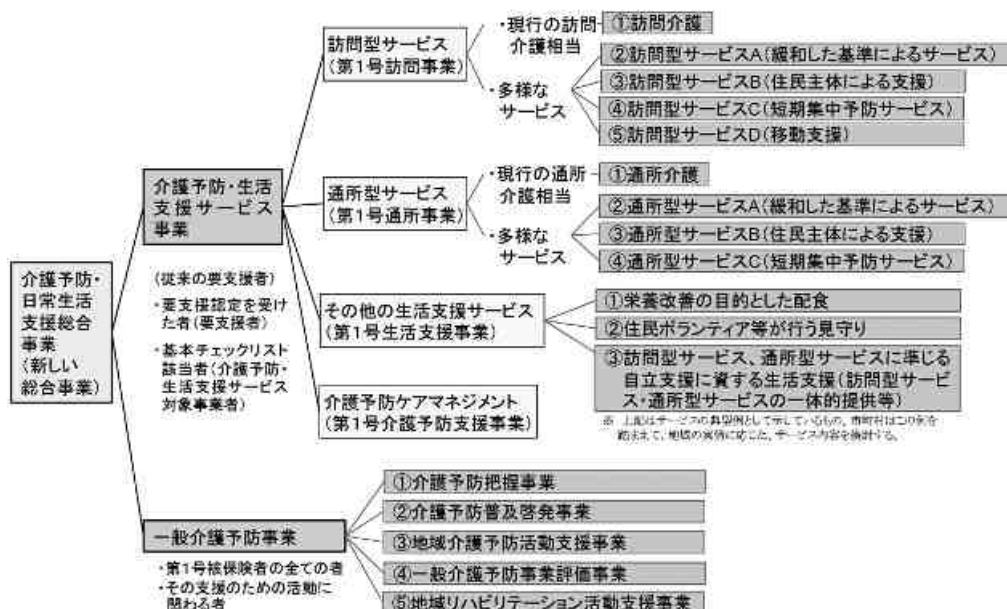
介護サービスの給付については、2016年発行の「平成28年版厚生労働白書」によれば、まず、被保険者および保険利用者の増加状況を見ると、2000年介護保険開始当初200万人強だった認定者数が2015年には600万人強に増加し、介護保険制度にもとづくサービスを受給している要支援・要介護認定者数は、同年間推移で1,489,688人から5,118,609人に達している（注2）。このことから、被保険者、保険利用者の増加と財源問題に影響を及ぼしていることが明白であり、介護給付サービスの給付制限について検討の必要性がでてきたといえる。

そのようななか、とくに要支援者に対して財源の確保、地域のオリジナリティと住民の協働によって、地域で暮らし続けるための仕組みとして、市町村を基盤とする新しい公共との協働による地域支援事業への注目がされてきている。市町村が行う新しい介護予防・日常生活支援総合事業である。これは、とくに要支援者を対象としており、市町村はその実施のために協議体を設置し、地域特性に応じた総合支援事業の体制づくりと、併せて地域福祉の視点からの住民参加のまちづくりを目標としていく必要があるということがいえよう。

なお、新たな介護予防・日常生活支援総合事業の枠組みは、厚生労働省老健局振興課「生活支援コーディネーター及び協議体とは」によれば、つぎのようなイメージ図に示されている。



【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ

- コーディネーターとして適切な者を選出するには、「特定の団体における特定の役職の者」のような充て職による任用ではなく、例えば、先に協議体を設置し、サービス創出に係る議論を行う中で、コーディネーターにふさわしい者を協議体から選出するような方法で人物像を見極めたうえで選出することが望ましい。
- 協議体は必ずしも当初から全ての構成メンバーを揃える必要はなく、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
- 住民主体の活動を広める観点から、特に第2層の協議体には、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
- 第3層のコーディネーターは、サービス提供主体に置かれるため、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数にまたがって活動が行われたり、時には第1層の圏域を超えた活動が行われたりすることも想定される。



12

2 協議体の目的

厚生労働省が2015年度の介護保険制度改革により開始する新たな地域支援事業に関して、各自治体に示したガイドライン案によると、「生活支援コーディネーター」と「協議体」の設置が盛り込まれている。新地域支援構想会議によれば、協議体について、助け合い活動を実施・推進する団体が協議する場とし、協議体の設置の必要の重要性を明示している。また、協議体での議論を基盤として生活支援コーディネーターの選出が適切に行われるべきであるとしている（注3）。生活支援コーディネーターについては、和田（2014）が、生活支援サービスのコーディネーターに関する研究フォーラムにおいて、そのあり方にむけて、また育成についても検討している（注4）。この段階では、国内の先進事例からの生活支援コーディネーターの役割・機能について、整理を試みている。

上記を踏まえ、本論では、協議体に焦点を当てていく。

協議体については、1つめに構成メンバー、2つめに役割・機能の捉え方が論点になろう。1つめについては、地方自治体により、地域特性を踏まえ構成メンバーに違いがみられる。先進事例を概観すれば、保健センター、NPO、シルバー人材センター、地域の高齢者介護サービス事業所、自治組織の参加・活用などから、組み合わせが生成・構成されている例が見受けられる。2つめの役割・機能については、要支援の通所および訪問サービス部分への対応といった機能が不可欠になる。さらに、地域特性を取り込んで、各自治体ごとにオリジナリティのある地域組織化および地域住民の活動の活性化を併せて進め、コミュニティソーシャルワークを推進しようとするものである。

これらの協議体の要素から、福祉行政と保健センター、シルバー人材センターが連携するところ、NPOと連携するところなど、多様性が先進例から見出されている。奈良県生駒市では、通所のC型（集中型）サービスにおいて、NPO、社会福祉協議会、生活協同組合、商工会議所、コミュニティスポーツリー

ダー等が連携している。千葉県流山市では、PT、OT、介護予防実践指導者、管理栄養士等と連携している。

ここで重要なことは、地域づくりに先んじて要支援および要支援判定外、あるいはチェックリストにより登録された高齢者支援が不可欠要件として、実施がさし迫っていることがあり、確実な実践力が問われる点である。

これに対し、たとえば神戸市では、区ごとに行政と社会福祉協議会が連携し、生活支援コーディネーターは社会福祉協議会職員が担っている。社会福祉協議会への期待は、地域住民と距離が近いこと、地域組織化活動を通して住民活動の実情が把握できていること、地域特性を熟知していること、など、コミュニティソーシャルワークの実践力が期待できる点にある。また、協議体についても第1層の協議体の役割は社会福祉協議会とそこに所属する生活支援コーディネーターが担い、組織化を図っている。

協議体は上記の資料に示すとおり、第1層、第2層という地域の規模区分により重層化して設置される。主に第1層の協議体の役割・機能について整理すると、以下のようになる。

- ① 地域の資源情報整理
- ② 介護予防支援事業の評価と今後の総合事業展開への活用
- ③ 協議体の具体的展開
 - 早期立ち上げ
 - コーディネーターの選出
 - 地域の活動を知る（類似ネットワークとの協働の可能性の検討）
 - 地域の受け皿づくりへの架け橋→資源開発
- ④ 互助による生活支援・介護予防サービス創出の取り組み
 - 資源開発
 - ニーズマッチング
 - 生活支援・介護予防サービス創出

上記の役割・機能については、実際のサービス提供の体制を創る点、質を保つ点に焦点が置かれ、実践は第2層の協議体（主に地域包括支援センターの区域）が担う、という棲み分けが明確にされる必要がある。第2層では具体的には、つぎのような生活支援サービスの体制づくりの例が考えられる。

- ① 生活支援サービスの例
 - 1) 訪問型
 - 訪問介護と配食サービスの一体型 →シルバー人材センター、NPO
 - 2) 通所型
 - 健康体操の基礎知識と実践方法の提供 →保健師、体育教員ボランティア
 - 健康運動（元気な方のデイ等） →スポーツクラブトレーナー、体育教員
 - 健康運動実践指導者
 - 卓球（選択できる参加の場） →卓球の指導者、ボランティア
 - 機能訓練（通所、訪問） →PT、OT、介護福祉士

上述のように、第1層、第2層、場合によっては第3層の協議体が構想されるが、本論では第1層の協議体を中心に上げる。そして第1層の協議体の機能の整理をし、体制づくりが中心となることを明記していきたい。体制づくりには、コミュニティソーシャルワークの実践方法としての地域アセスメントが

重要になるからである。ソーシャルワークの実践において、個別や集団という規模に比べ、地域アセスメントは多角的な視点が必要なことから分析の視点はある程度明確にされているものの、地域アセスメントの実践理論の構築においては、複合的ゆえに明快な方法研究の成果を見いだせていない部分を内包したまま、ソーシャルワーカーの勘と経験が未だに重要視される傾向にあり、アトナ側面の發揮が期待されている。

そこで、つぎに、具体的な地域特性から地域アセスメントの進め方をととして、ここでは協議体の核としての社会福祉協議会、コミュニティソーシャルワークについて、協議体機能發揮を目的とした地域アセスメントの実際について検討していく。

3 地域アセスメントから導きだされる具体的生活課題と協議体の役割・機能

地域特性のアセスメントの尺度として必要要件を列挙する。いずれも、地域全体、および地域包括支援センター管轄規模程度の小地域と、両方の情報を必要とする。

地域の面積、地形

人口規模、人口構成（独居者チェックを含む）

疾病、障害、要介護者比率、対応する医療機関、相談機関、施設等

産業、経済状況

外国人居住・労働状況

居住環境（居住年数、新たな開発地域と居住環境・年数）

教育環境

自然環境

レジャー・遊興環境

交通・移動環境

治安状況、緊急時体制

地域福祉計画、他の行政計画、地域福祉活動計画等

地域をアセスメントするには、上記のような多角的な視点が必要であり、それらが、まちの表情を形成しているといえよう。

例えば、A市B区をみると、つぎのような地域特性が導き出される。

B区は、A市の中心地として、行政機関、商業地域、住宅地、観光地等すべての都市部の要素が結集した地域といえる。外国人居住者も多く、出身国籍は100か国以上に上る地域である。地域包括支援センターの圏域からみると7区域に分割される。

各地区ごとに地域特性は異なり、勾配のきつい区域、下町商店街、市場、外国人居住者の多い区域、開拓されたエリアに高層の有料老人ホーム、タワーマンションが多い区域、庁舎、大型ショッピングセンターを抱え、タワーマンションも多く、日中人口がとくに密集する区域、勾配があり、住宅、教育・文化財施設がある区域、商業、港湾区域、埋め立て後40年近く経過し、住宅、医療機関、ショッピングセンター、公園等がある区域となっている。

B区の地域全体の高齢化率は23%強であり、独居者が全体の6割を占める。独居者の高齢化率は、年を経ごとに高まることを示すものである。生活保護率も市全体の1.5倍の比率になっている。賃貸マンションと分譲マンション、公営住宅では住居に関する経済条件が異なり、公営住宅、賃貸マンション、分譲マンションの順に生活保護率、見守り台帳リストアップの比率が高い。賃貸マンションの家賃納入問題のみ

ならず、分譲マンションでも、入居後の生活支援項目は決して少なくないことに注目する必要がある。

各区域ごとに、ふれあい給食、友愛訪問、コミュニティサポートグループ育成事業が展開されているが、利用者が多いのは、人口密集地域の住宅地を抱える区域である。

これらの地域の課題・ニーズについて、地域包括支援センタースタッフの意見から、つぎのような状況が見出されている。1つめに高齢者の居場所がない、少ない。引きこもり高齢者、セキュリティの高いタワーマンション等の住民・高齢者への見守り活動がしにくい。地域活動の次世代担い手が確保できない。地域支援事業の受け皿組織が少ない。ふれあいのまちづくり協議会の管轄エリアが広く、高齢者にとって出向きにくい距離がある。市営住宅、UR住宅等が多い区域では地域活動自体が少ない。スキップフロア採用の住宅居住者は、各階止まりのエレベーターがないため、1人での外出が困難である。

これらの生活課題・ニーズから導き出される必要なサービスとして、地域包括支援センターでは、つぎのように認識している。

介護保険サービス以外の居場所支援サービス

自立支援のサービスの担い手確保、担い手支援組織

世代間交流を含む地域の居場所

勾配の多い区域の移動手段の確保や支援

タワーマンションの高齢者の見守り体制の再システム化

友愛ボランティア等による家事支援、外出支援、世代間見守り

ゴミ出し、通院介助、買い物・薬の受け取り等の生活支援

金銭管理サービス

上述の地域包括支援センタースタッフの意見から、さらにつぎのことが読み取れる。

生活文化の異なる諸外国からB区域に定住し始めている人々は、ゴミ出しのルール、その後の清掃当番の仕組みや情報の収集に関して不十分な環境に置かれている。町内の説明チラシ、案内の回覧等の言語表現が日本語中心であり、情報の不徹底、文化的習慣の違い等が相まって、結果として外国人が近隣に居住すること自体がトラブリスティックなイメージに捉えられがちになることである。

このことは、問題なのか地域特性なのか、捉え方によってつぎの課題解決策やコミュニティソーシャルワークの実践を伴った協議体の活動に大きく影響を及ぼすものになってくる。地域福祉の実践方法について、いわゆるソーシャルワークのプロセスにおけるアセスメントに関し、コミュニティワークの語が主流な時期には地域診断と表現され、コミュニティソーシャルワークが主流化した現在、地域アセスメントという表現が定着してきている。アセスメントに含まれる当事者側の日常化した生活環境について、人と環境の関係からシステム論的に捉える視点を取り込んだ表現といえ、その意味で、人を地域と読み替えて、みていくことにする。

上記のB区域は、協議体としては第2層のエリアに位置付けられることになろう。第1層の協議体は、地区別地域特性のアセスメントによって、各区域の地域特性の違いと共通項の把握をする役割・機能が課せられている。また、住民と地区環境のシステム論的アセスメントによって地域特性として、資源化できる方向性・可能性を精査していくことになろう。重要なことは、具体的な仕組み、サービスとして開発できるか検討し、介護予防支援サービスの一環として位置付けられるサービスあるいは活動にしていくなかで専門的かつ実務的行動力が伴っていることである。

第1層の協議体による地域アセスメントから読み取れる地域環境特性として、多様化が挙げられる。人々の生活時間、日中と夜間の人口移動差、多文化、都会特有の人が多くなかでの孤立化、高齢者の移動方法、地域活動や伝統的行事等、多くの多様化が混在している。そこからみえる課題として、地域の人々の理解、

交流、協力、協働、主体性獲得といった段階的取り組みの必要が明確化されよう。

具体的には、全体に高齢者の居場所が必要とされていることから、多文化的居場所づくり等が1つの案として導きだされる。例えば、この1つの活動にどのような組織体が参画し、旧来組織、新興組織の協働をはじめ、各資源機能の確認と協働体制への参画のあり方について組織間のコーディネートが重要になる。

4 コミュニティソーシャルワークの方法の構築

協議体の役割・機能は、介護予防支援として、行政サービスに位置づけられ、行政と地域の福祉に限らない多様な社会資源、住民の参加なしに進展し得ないものといえよう。ソーシャルワークにおいて、個別支援、集団支援とくらべ、実践方法の成熟が問題として指摘されることが多い地域支援であるが、ある意味で、この協議体の役割・機能ととして、全国的にコミュニティソーシャルワークの実践が具体化するきっかけになり、コミュニティソーシャルワークの方法の構築のための具体的な実践機会になるものと捉えてよいものであろう。

また、精査された地域アセスメントにより、協議体では、介護予防支援の展開内容に、地域の差異、オリジナリティがみられることが期待される。全国の情報から、多様な協議体のメンバー構成、実践内容の多様化が見出せるはずであり、それらを手掛かりに新たな協議体によるコミュニティソーシャルワークの展開による新しい日常生活総合支援事業の形が見出される可能性があるといえよう。

おわりに

新しい総合事業の実施のための協議体の設置は、各自治体からみれば、国からの指示によって急ピッチで体制づくりが迫られる事業であり、かつ地域住民、地域の資源とのマッチングによって成立するという、最初から困難な課題への取り組みとして時限つきで体制づくりを求められたものといえよう。地域や人々の結束力が弱体化する社会といわれる時代にあって、もっとも必要な人に必要なものをみんなで考えて提供しよう、というものである。それだけに、際立ったオリジナリティのある実践例が多く報告されているという状況とはいえないが、時間が迫っている。このような状況下で、協議体は、即実践力のあるサービス提供体を発見、あるいは創生し、複合的組織のマッチングを検討して、実際のサービス提供を具体化していくのである。概ね地域包括支援センターが小地域の実働エリアをもつ第2層のエリアになる。地域包括支援センターでは、地域包括ケアシステムをも抱えている。実働部隊の編成と実働力の信頼が必要であり、住民や地域の資源の発掘、働きかけが必要である。そして多くの高齢者が要支援またはチェックリストによる登録者として、これらのサービスに期待を寄せている。介護保険の財源問題の克服と継続性等からも、協議体の役割・機能は、具体的な業務を確実に推進する使命とともに、コミュニティソーシャルワークの推進力になる必要に迫られている。

引用文献

(注1) 厚生労働省「地域包括ケア病棟のイメージと要件」保険局、政策情報、2014. 5.30.

(注2) 平成28年版「厚生労働白書」、厚生労働省、2016、p.234.

(注3) 新地域支援構想会議「新地域支援想」全国社会福祉協議会、高年・障害福祉部、地域福祉部、2015.6 ホームページ掲載.

(注4) 和田敏明「生活支援サービスにおけるコーディネーターの役割と意義」、生活支援サービスのコーディネーターに関する研究フォーラム、2014.2、pp.217-220.