

# 小地域福祉拠点を中心とする市民参加型の地域福祉協働システムと 地域福祉のネットワーキングを推進する兵庫県伊丹市の経験<sup>1</sup>

## Welfare Designing (1)

井 上 信 宏<sup>2</sup>

### Welfare Designing のはじめに

1937年生まれ之母と1940年生まれ之父を持ち、東京オリンピックの翌年、高度経済成長のただ中に生まれた“息子”は、今年“不惑”の年を迎える。

しなのと新幹線を乗り継いでたどり着く、彼の両親が“終の住処”として選んだ場所は、彼が小学生の頃に移り住んだところだ。比較的温暖な気候と山海の美味しいものが豊富なその土地を選んだとき、彼らは文字通り“働き盛り”の30歳代であった。あれから30年を経て、彼らは同じように年を重ねてきた「なじみのなかま」とともに、2005年の今を暮らしている。



筆者が高齢者介護に携わるケアワーカーの研究を始めたのは、いわゆる「新ゴールドプラン」がとりまとめられた1995年のことであった。ちょうどその頃は、1989年の「ゴールドプラン」の数値目標を見直し、在宅介護中心の高齢者介護の基盤作りをさらに強化した「新ゴールドプラン」を受けて、各市町村が1999年度を目標年次とする「老人保健福祉計画」を策定し、そのためのヘルパー確保や在宅・施設サービスの整備に取りかかっていた頃であり、1997年に国会で可決成立した介護保険法の具体的な実施の細則をめぐってさまざまな議論が行なわれていた頃のことである。

「介護職研究会」（社団法人平和経済計画会議（現生活経済政策研究所）、1995年度から7年間）ならびに「地域における民間介護事業推進のための調査研究委員会」（社団法人生活福祉研究機構、

1 このモノグラフは、地域ケアマネジメント推進のための調査研究委員会（2004）『地域ケアマネジメント推進・定着のための調査研究報告書』（社団法人生活福祉研究機構）の「伊丹市における地域ケアマネジメントへの取り組みの現状と課題」（同報告書、第2部・第2章、井上信宏執筆）に若干の加筆修正を施したものである。報告書を取りまとめた委員会は、植村尚史氏（早稲田大学）を委員長として、阿萬哲也氏（国立社会保障・人口問題研究所）、山田昇氏（佐野短期大学）、坂本恵子氏（宮古市役所）、鏡論氏（所沢市役所）、種元崇子氏（三鷹市を主なフィールドとするケアマネジャー）、荒木真理子氏（伊丹市を主なフィールドとするケアマネジャー）および筆者の8名によって構成された。

本稿のもととなった上記報告書の作成においては、いつものことながら多くの方々にお世話になった。2003年11月27日、28日に実施した現地における聴取調査では、委員会事務局の土井康晴氏（生活福祉研究機構専務理事）、菊野咲子氏（同事務局長）にご足労願ひ、インタビューを助けていただいた。また、伊丹市の基幹型在宅介護支援センター（広畑介護支援センター）の職員の皆さんには、出来上がったモノグラフに目を通していただいて、数多くのコメントならびに有益な示唆を戴いた。ここに記して謝意を表する。

そしてなによりも、荒木真理子氏には、現地調査の手はずを整えていただいた上に、モノグラフの執筆中、幾度となくメールで意見交換や情報提供、追加資料等の郵送をお願いした。現場に出かけていって根掘り葉掘り仕事の子細を訊きだす調査者は、当事者の日常に対する「侵略」を常に犯しているし、モノグラフの執筆は「代理表象」の問題を常に突きつけられる。それでもこの研究を続ける背景には、荒木氏をはじめとする多くの現場を支える方々の経験とパワーと微力ながらも自らの知見を融合させることで、新しい何かを生み出し、それを現場に還元できるのではないかという淡い期待がある。荒木氏をはじめとする現場の皆さんに、改めて深い感謝の意を表するべきである。

2 信州大学経済学部（〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1）、E-Mail: inoue@econ.shinshu-u.ac.jp,  
URL: <http://www.digital-agera.com/homepage/>

2001年度から現在。但し、委員会は毎年編成し直される）等に参加する機会を得て、在宅サービス・施設サービスの施設長等の管理職員、ヘルパーや介護福祉士、あるいはケアマネジャーや在宅介護支援センターの職員など現場のケアワーカーの方々、介護サービスの利用者・家族の方々、ならびに各自治体の介護保険、高齢者福祉担当の職員に聴取調査やアンケート調査を実施してきた。

こうした調査の多くは、アンケート調査であればデータ集計を終え、聴取調査であればテープ起こしを完成させて、報告書を作成する前に早い段階で「ケース・レコード<sup>3</sup>」を執筆しておくことになる。もちろん、ケース・レコードの執筆においては、必要に応じて追調査を行ない、別途収集した史資料を解析する作業が必要となるし、そうして執筆されたケース・レコードは、それぞれの委員会で報告し、共同研究者の批判を受けて再度書き換えられる。これまで作成してきた報告書では、あるものについてはケース・レコードに加筆修正を加えた上で各論として収録し、またあるものについてはケース・レコードを大幅に組み替え、焦点を絞る形でコーディングを行なった上で報告書に収録している。



介護保険法が成立した当初は、さまざまな制度上の問題が指摘されていた。施行直後も多くの現場で混乱を来していたのは事実であるし、その混乱は5年を経た今でも全てが解決されたわけではない。しかし、介護保険制度によって新たに可視化された〈有償労働としての介護サービス〉の資源配分をめぐる問題の中には、市町村とそのなかの「生活圏域」で働くケアワーカーや市町村職員によって解決されてきたものが少なくない。

固有名を持つ人たちが、日常生活の中で抱える介護をめぐる具体的な悩みや問題を「社会問題」として抽出し、それを解決するために当事者として行動してきた一連のプロセスや、その結果、積み上げられてきた経験や言説によって蓄積された経験知—そうした行為そのものと蓄積された現場の経験知を本稿では「welfare designing」と呼ぶことにしよう。

介護保険法では、保険事業主体を市町村と設定しているために、市町村という圏域が一つの閉じた領域（基本単位）として考えられることが少なくない。また、地域福祉の責任主体として地方自治体がア priori に設定されることも多い。“住民が主役”という形で参加型地域福祉を説きながらも、その指導的立場に地方自治体がおかれることは少なくない。日本国憲法によって明示化された「地方自治」という視点は、「地域」を自動的に「市町村を基礎単位とする地方自治体」としてしまう思考を我々のなかに埋め込んできた。しかし、あらためて「地域とは何か？」という問いを提示されたときに、その問いに答えることは容易ではない。

上野千鶴子は『老いる準備』のなかで、「地域」を『「選択縁」のコミュニティ』と言っている。これは的を射た「地域」の再定義である—「お互いが仲間を選び合って作り出していく助け合いのネットワーク、そういうものが、市民の作り出す『地域』だ<sup>4</sup>」。地域とは、ア priori に設定されるものではなく、固有名を持つ人々が特定の課題の解決をはかる意識的な共同作業を通じて、その当事者たちによって選り直された「生活圏域」であり、それは多層的な構造をなしている。なるほど私たちは、介護保険法のもとでは保険者であるいずれか一つの市町村に身をおくことになるのだが、実際の日常生活の中では、もっと小さな／各所で重なり合ういくつもの生活圏域に身をおいて暮らしている。日

3 東京大学社会科学研究所が手がけてきた労働調査では、「ケース・レコード」と記されることが多いが〔山本潔（2004）『日本の労働調査：1945～2000年』東京大学出版会、pp. 44-45〕、近年、社会学を中心に研究成果が積み上がりつつあるフィールド・リサーチでは、「フィールド・ノーツ」と記されることが多い〔Emerson, Robert.（1995 = 1998）『方法としてのフィールドノート：現地取材から物語作成まで』新曜社〕。

4 上野千鶴子（2005）『老いる準備：介護すること されること』学陽書房。

常生活を送る上で、必要に応じて人びとによって選択し直され、そのなかで生活を送ることによって構築されてくるものが本稿でいう「地域」であり、それは高齢者の介護という福祉 (welfare) 課題の解決をはかる作業を通じて創造され (designing), 構築されてくるものであり、より具体的な課題解決を図るために情報や地域資源の利用をめぐる人々が意識的に人的ネットワーク<sup>5</sup>を構築した結果生まれてくるものである。

現場の方々の協力を得ながら、調査を経て作成したケース・レコードならびに報告書は、もちろん筆者の力量という超えがたい制約条件がありはするが、できる限り丁寧に介護保険制度初期の現場の“姿”と“声”を記録してきたものである。そうした作業を積み重ねる中から、介護保険制度という大きな枠組みの中で、必ずしも十分とはいえないリソース (社会資源) をうまく組み合わせることで、地域の福祉課題を解決している地域にいくつも出会うことができた。その姿を描き出すことが、本稿の目的である。



20年以上前に別れて生活するようになった親子は、記憶の中では互いに別れたときのままの姿でとどまっている。しかし現実には、私は2005年に介護保険法の第二号被保険者となり、彼らはそろって65歳を超えることになる。両親のいずれか／双方が介護を必要とすることは免れない。最近になって自分の近傍の人たちの介護を考えると、真っ先に考えてしまうのは「自分 (たち) には、何ができないのか」ということである。両親を「なじみのなかま」や住み慣れた土地 (生活圏域) から切り離すことはできない、自分の近くに住ませることはできない、遠距離介護をすることは容易ではない、それを穴埋めるに足る資産もない…親子の情とか恩といった物言いでは、決して解決し得ない現実が、そこにある。

上野千鶴子がいうように「介護保険は家族革命だった<sup>6</sup>」。それと同時に、介護がタダではないことも明らかになった。不完全な革命は、「在宅介護」の背景に、身内の女性を主たる介護者とする「無償労働」を組み込んだままである。

私が介護をキーにした地域づくり welfare designingにこうした形で関わる理由の一つには、袋小路に陥ってしまった自分の思考を見つめ直し、私自身が抱える身近な問題の解決の糸口を少しでも探りたいという欲求があるかもしれない。福祉と生活、ケアワークを考えることは、「私」という固有名を持った私たちの日常の問題を考えることとダイレクトに結びついている。

## 1 伊丹市の地域福祉施策の基本的な考え方と具体的な取り組み

### ——「伊丹市地域福祉計画 (2003年)」と地域の福祉拠点の整備

#### (1-1) 家族の介護力が期待できない高齢者世帯が多い伊丹市

##### ——伊丹市の地勢的・人口的条件と介護保険状況

#### ふるくから地域福祉施策が進められてきた兵庫県伊丹市

1940 (昭和15) 年に市制施行された兵庫県伊丹市は、第二次世界大戦直後からさまざまな地域福祉施策が推し進められてきた自治体として、阪神地区ではつとに有名である。1950 (昭

5 こうした人的ネットワークを意識的に活用する試みを、情報ネットワーク論を専攻する金子郁容氏は「ネットワーキング」と位置づける [金子郁容 (1986) 『ネットワーキングへの招待』 (中公新書

811) 中央公論社]。welfare designingは、金子氏のネットワーキングをめぐる着想から学ぶことが多い。

6 上野 (2005) 前掲著。

和25)年に伊丹保育所、翌年に伊丹乳児院、1952(昭和27)年には伊丹市立母子寮がそれぞれ開設され、戦後の子育て支援施策のモデル地区のひとつは伊丹市であった。老人福祉法が制定された1963(昭和38)年には養護老人ホーム「松風園」、旧精神薄弱者福祉法(現知的障害者福祉法)が1960(昭和30)年に制定された5年後には知的障害児通園施設「つつじ学園」がそれぞれ開設され、それ以後、高齢者、障害者向けの施設整備がすすめられることになる。この間、1952(昭和27)年に設立された伊丹市社会福祉協議会は、1979(昭和54)年に初めての地区社会福祉協議会を結成し、その後10年の歳月をかけて全17小学校区に地区社会福祉協議会を結成している。

ゴールドプランの直前の1988(昭和63)年に社会福祉法人として設立された「伊丹市社会福祉事業団」は、その後いくつかの公設施設の運営委託を引き受けるようになり、1991(平成3)年に設立された「財団法人伊丹ふれあい福祉公社」は、ホームヘルパー派遣や訪問入浴、おしめ宅配等といった在宅福祉サービスを担当・実施することになった。この福祉公社は、その先進性とサービス内容において、当時、全国的にも注目を浴びることになった。

1989(平成元年)年のいわゆるゴールドプラン以降は、伊丹市でも老人保健施設や特別養護老人ホームが相次いで開設されたが、それに加えて、福祉公社を拠点としてさまざまな在宅サービスが提供されるようになり、伊丹市の高齢者福祉サービスは、質・量共に全国で注目を浴びることになったのである。

このような伊丹市における福祉サービスの充実化の特徴は、古くから地域を拠点とする福祉が目指されてきたことにある。そしてその考え方は、制度基盤の整備とそこでの人材育成を地道に続けてきた伊丹市の、現在の福祉施策の中にも受け継がれているのである。

1995(平成7)年1月17日午前5時46分に発生した「阪神・淡路大震災」が、伊丹市内にも大きな被害をもたらしたことは記憶に新し

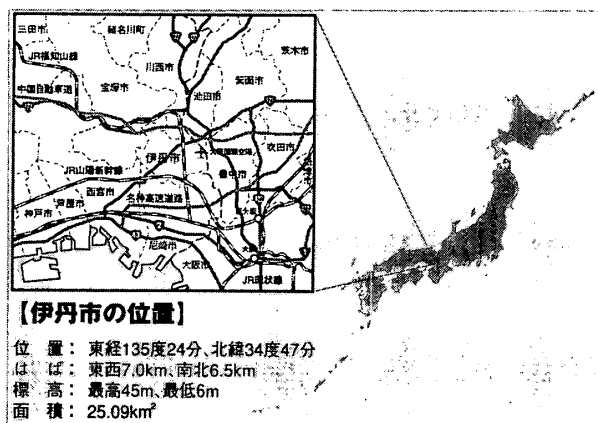
い。震災で倒壊した阪急伊丹駅が復興オープンしたのは、震災から実に3年10ヶ月を経た1998(平成10)年11月のことであった。この震災直後に各所で組織された復興ボランティア活動の経験が、伊丹市における現在の地域を拠点とする福祉の考え方に結びついていることは想像に難くない。

震災以降もデイサービスセンターや在宅介護支援センター、特別養護老人ホーム、ケアハウスなどの高齢者関連のサービス基盤の整備に力を入れた伊丹市では、1997(平成9)年には24時間巡回型ホームヘルプ事業が開始され、ホームヘルプサービスの利用では、兵庫県下1番、全国でも10番以内という高い利用状況となっていた。

2000(平成12)年の介護保険制度の導入以前から、比較的狭い一市域に多くの福祉サービス資源が整備され、地域福祉を担う現場の人材が育っていたという事実——こんにちの兵庫県伊丹市の「地域の福祉力」の基盤には、歴史を通じて積み重ねられてきたこれらの事実がある。

#### 都市モデルの典型である伊丹市

その兵庫県伊丹市は、東西7キロメートル、南北6.5キロメートル、約25平方キロメートルに、約19万人という多数の人口が集積する。伊丹市の65歳以上人口は約2.5万人(高齢化率13.1%)、全国平均(17.3%)に比べて高齢化率が若干低いのが特徴である。伊丹市の人口構



造データを細かく見ると、40歳以上人口の比率が46.6%と全国平均(51.7%)に比べて低く、75歳以上の後期高齢者の割合が4.9%(全国平均7.1%)である。しかし、高齢者の生活スタイルを見ると、高齢単独世帯の割合(伊丹市5.7%, 全国6.3%)と高齢夫婦世帯の割合(伊丹市8.3%, 全国7.8%)が全国平均並みに高いのが特徴である。その上、1世帯あたりの人員もほぼ全国平均と同じ2.7人である<sup>7</sup>。これらのデータは、伊丹市が、いわゆる同居家族の介護力に期待することができない高齢者世帯が相対的に多い都市モデルの典型であることを示している。

#### 要介護認定が若干高めに出ている伊丹市

介護保険の被保険者数の推移を見ると<sup>8</sup>、伊丹市の65歳以上の1号被保険者数は、介護保険開始直後の2000年4月末から3年経った2003年4月末までに3,944人、約16%の増加率(全国平均11%)であった。同時期に、要介護認定を受けた人は3年間で全国平均と同じ60%の増加率であり、伊丹市における2003年4月現在の要介護認定者数は4,255人、認定率は全国平均とほぼ同じ14.6%であった。これらのデータに伊丹市と全国との差はそれほど見られないが、要介護度別のデータからは伊丹市の特徴が見てとれる。2000年4月末から2003年4月末の3年の間に、「要支援+要介護1」の認定を受けた人の増加率は、全国平均で約87%増、伊丹市で約81%増であるが、「要介護1+要介護2」の認定を受けた人の増加率は、全国平均で約81%増、伊丹市では約90%増である。要介護度別の構成比率を全国平均と比較すると、伊丹市では要支援が少ない分、要介護1から要介護3の認定を受けた人の割合が高くなっているのである。これはすなわち、伊丹市では全国平均より若干高めに要介護認定の結果

が出ていることを表しているのである。

#### 高齢化率が低いにもかかわらず全国並みの要介護認定率

ここから分かるように、伊丹市は高齢化率が低く、後期高齢者の割合が比較的少ないにもかかわらず、要介護認定率は全国並であり、しかも要介護認定が若干高めの構成比になっているのが特徴である。

この理由としては、第一に、高齢者に占める高齢者単独世帯・高齢者夫婦世帯が多く、家族の介護力に頼ることができないために要介護認定申請数が増加傾向にあるのではないかと考えられる。第二に、伊丹市は介護保険が導入される以前から高齢者福祉サービスが充実しており、市民の間にサービス利用のハードルが低く、相対的に数多くの人々がサービスを利用しているのではないかと考えられる。介護保険の給付費データを見ると<sup>9</sup>、2002年度の3月から12月までの10か月分の平均では、利用者一人あたり給付費は8.9万円と全国平均と同額である。2000年度から2002年度の伊丹市における給付費総額の伸び率は30.9%、全国平均の14.4%をはるかに上回る伸びを示している。この伸びに対する寄与率をみると、伊丹市では要介護度2の寄与率が25.8%(全国13.3%)と高くなっているのである。そして第三に、伊丹市が認定調査を直営ではなく居宅介護支援事業所に委託していることが要介護認定が若干高めの構成比になっている理由ではないかとも考えられる。

#### 第2期(2003~05年度)の保険料額は月額3,450円

伊丹市では、2001年度に介護保険制度の収支が赤字となり、財政安定化基金から借り入れることになった<sup>10</sup>。赤字収支の最大の理由は、事業計画よりも実際の利用者数やサービス利用

7 2000(平成12)年の『国勢調査』より算出。

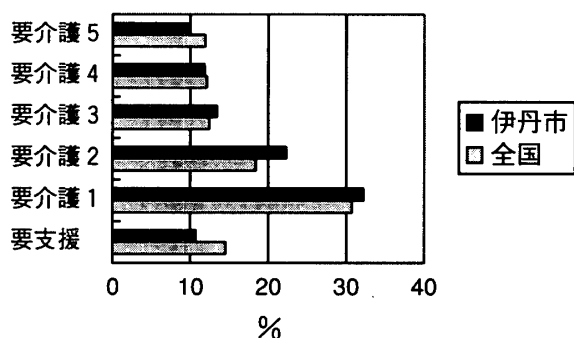
8 介護保険事業に関係するデータは、伊丹市介護保険課・同高年福祉課へのヒヤリング(2003年11月27日、28日)とその後の追調査によって得られた

内部資料による。

9 厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」から算出した、伊丹市内部資料より。

10 『神戸新聞』(2002年4月1日)より。

要介護度別の構成比率（2003年4月末）



率が上回ったことにある。また現場では「(伊丹市では) もともと福祉に力を入れてきた。市民の介護保険に対する抵抗が少ない。それが、介護サービスの利用を推し進めた」という見方があったのも事実である<sup>11)</sup>。

しかし、財政安定化基金からの借り入れは、そのまま次期の保険料の増額に繋がることになる。2003年3月にまとめられた「伊丹市介護保険事業計画・老人保健福祉計画」によると、前年度までの財政安定化基金への償還金を含めた第一号被保険者の保険料は月額3,646円と算定された。この金額は第1期保険料(2,760円)に比べて大幅な増額となるため、「被保険者の負担を緩和するため、今回に限り一般会計から繰入を実施」し、月額3,450円に落ち着くことになった。

3,450円の保険料は、全国平均(2003年4月現在の全国単純平均3,251円)よりも若干高い。伊丹市の65歳以上被保険者は約2万9,000人(2003年4月末)、要介護認定者は約4,300人、介護保険利用者は約3,400人である。65歳以上被保険者の12%しか介護保険を利用しておらず、残る88%は介護保険を利用していないという現状のなかで、「サービスを利用していないにもかかわらず保険料額がアップすることへの市民の抵抗感は少なからずあるのではないだろうか」と介護保険課の職員のヒヤリングからも感想が訊かれたところである。

(1-2)『伊丹市地域福祉計画(2003年)』

#### 『伊丹市地域福祉計画—2003—』の概要

伊丹市では、2010年を目標年次に設定する「伊丹市総合計画(第4次)」が2000年に策定されており、この「総合計画」を上位計画として、2003年3月に「伊丹市介護保険事業計画・老人保健福祉計画」(第2期)が策定されている。第2期介護保険事業計画の策定と並行して、2002年6月に地域住民、ボランティア、当事者、社会福祉事業者、高校生などの64名からなる「地域福祉を考える市民委員会」が設置され、22回に及ぶ全体会や分科会を開催してさまざまな観点から討議を重ね、そこでの討議結果をふまえて市が「伊丹市地域福祉計画(原案)」を作成、それを伊丹市福祉対策審議会へ諮問して2003年3月に『伊丹市地域福祉計画—2003—』が策定された<sup>12)</sup>。

「伊丹市が地域福祉を推進していくための基本的な方向性を示す計画」として策定された「伊丹市地域福祉計画」には、計画期間が特に設けられておらず、原則3年ごとに見直す性格のものとされている。しかしこの計画は、「総合計画」に盛りこまれた5つの基本目標の「目標1. 生活者の視点でつくり住みよいまち」と「目標4. ひとを大切にする自立と共生のまち」を具現化するために必要とされる伊丹市の地域福祉政策の理念を明確に述べているだけではなく、「措置から契約へ」という社会福祉理念の180度の転換を迎えた少子高齢社会における地域福祉のあり方について、理論的かつ具体的に斬新なアイデアが展開されている点で注目すべき内容である。

“課題ごとの対応＝措置” から

“人へのトータルな支援” へ

伊丹市でも「総合計画」の下で先にあげた介護保健事業計画以外に、これまで「児童福祉計

11 『神戸新聞』「だれのため介護保険3年」(2003年4月23日)より。

12 「伊丹市地域福祉計画」の策定は、2001年12月

に設置された「伊丹市地域福祉研究会」が起点である。

画」,「障害者計画」,「保健医療計画」といった福祉計画が策定されてきた。これまでの社会福祉の延長であれば必要にしておかつ十分と考えられるこれら福祉計画に加えて,伊丹市が「地域福祉計画」を策定した背景には,“措置から契約へ”という社会福祉理念の転換と,それにあわせた新しい社会福祉のフィールド設定が必要であるという地域住民=当事者の認識がある。

これまでの社会福祉は,高齢や障害あるいは低所得といった個別の課題に対してそれぞれ支援するという形をとることが基本であった。それは,人が抱える“課題”ごとの対応であり,その課題は伊丹市市民福祉部の分割された窓口の数だけ/しか顕在化していなかった。具体的な問題(福祉課題)は窓口で振り分けられ,場合によっては“たらい回し”にされて,行政処分=措置されていたのである。この措置制度は,主にサービス供給主体=行政中心の仕組みであったといえる。第二次世界大戦直後に設置された社会保障制度審議会が1950年にまとめた「社会保障制度に関する勧告」にその基本理念をもつ社会福祉の一連の仕組みは,その後の経済復興と高度経済成長の基盤を作ると共に,一定程度の成果を生み出しはした。しかしその一方で,措置制度は対象者にスティグマが生じやすく,21世紀を迎えた現在では,人としての尊厳や自己決定の尊重,QOLの向上という

今日的な生活保障において限界を来していると言わざるを得ない。

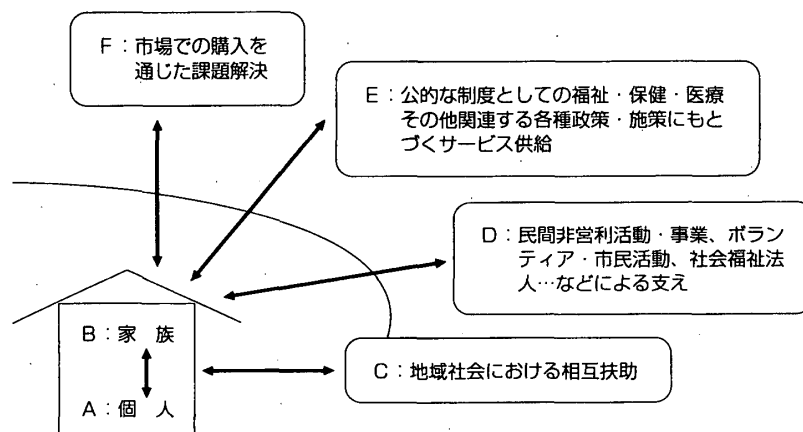
「伊丹市地域福祉計画」の特徴は,なによりも今日的な生活保障と人権保障の観点に照らして,社会福祉を解釈する枠組みを“課題ごとの対応=措置”ではなく“人へのトータルな支援”へと転換したことにある。

福祉課題への対応をはかる,

多様な主体/さまざまな手段と方法

「伊丹市地域福祉計画」では,「個人や家族では解決することのできない生活上の問題・課題の緩和・解決を,社会的に行う取り組みの総称」として“社会福祉”を捉えた上で,「多様な主体によって,さまざまな手段と方法による直接的な財・サービスの提供や活動だけではなく,社会関係や生活機会などに関する社会的な調整も含むもの」を「社会福祉」と明確に位置づけることで,“社会福祉=行政施策”という措置時代の考え方を排除している。下の図はその社会福祉を考えるための基本構造として紹介されているものであるが,福祉課題を抱えた「個人」とその「家族」を前提として,「地域社会の相互扶助」,「NPOやボランティア,市民活動,社会福祉法人」,「公的制度」,「市場」がそれぞれ主体として「福祉課題への対応」にあたるという関係性が描きこまれている。

福祉課題への対応の基本構造



(『伊丹市地域福祉計画』p.4より)

多様な主体によって提供される、さまざまな手段と方法を用いて、福祉課題への対応をはかる「社会福祉」をふまえた上で、地域福祉計画では、「全ての人々が人間としての尊厳を持ち、地域社会の一員として、豊かな生活が送れるよう、地域住民や福祉サービスを提供する団体、ボランティア、行政など、福祉関係者（機関）をはじめとするすべての者が協力し合い、ともに生き、支え合う地域社会を形成するための取り組みや仕組みづくりのこと」を「地域福祉」と位置づけ、そこでは「ネットワーク化や協働の観点が不可欠」であるとされている。それに引き続いて「地域福祉は地方自治・市民自治を根本的な要件としつつ、同時に地域福祉の実践を通じて、そうした自治性を高めていく側面もあるといえます」とまとめる地域福祉計画では、地域福祉の主役はあくまでも「市民自身」であり、個人や家族、地域社会を行政がサポートするという「補完性原理」を前提にしながら、

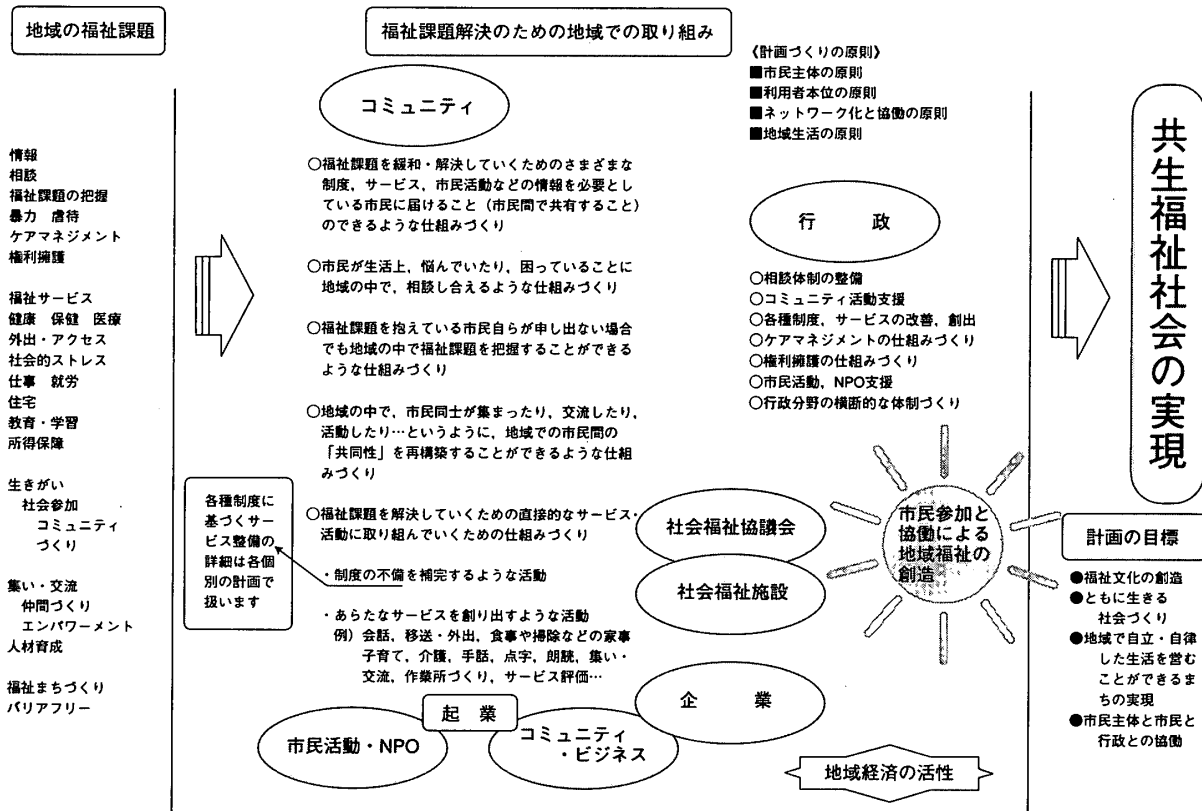
「地域の福祉力」を高めることが目的とされているのである。

### 「伊丹市地域福祉計画」の4つの目標

「伊丹市地域福祉計画」では、「すべての市民が住み慣れた地域の中で、人としての尊厳を持ち、いきいきとそれぞれの個性を発揮しながら、ともに支え合うことで、自立・自律した生活が送れるような社会」を「共生福祉社会」と名づけ、この社会を実現することを計画の基本理念と位置づけている。その上で、「①福祉文化の創造」、「②ともに生きる社会づくり～ソーシャルインクルージョン～」、「③地域で自立・自律した生活を営むことができるまちの実現」、「④市民主体と市民と行政との協働」が地域福祉計画の目標とされている。

福祉課題を特別な人に対する特別なサービスと考えないで、市民一人ひとりが「わたしのこと」ととらえるような文化を創造し(①)、市民

### 「伊丹市地域福祉計画」の基本理念は「共生福祉社会の実現」



(『伊丹市地域福祉計画』p.56より)



一人ひとりが自己選択や自己決定に基づいて、地域の社会資源や援助資源を活用しながらエンパワーメントし、地域社会でいきいきと自立・自律した日常生活を送る(③)。その場合、地域福祉を創る主体は利用者を含めた市民自身であり、それを行政が補い、専門機関と協働しながら地域福祉を創っていく(④)——これが、地域福祉計画の描く地域福祉の具体像である。そしてなによりも、地域福祉計画では、障害者、高齢者、貧困者、ホームレスといった特定の категорияでいったん分節化した上での共生ではなく、そういったカテゴリー分けそのものを否定し、彼らの人権を尊重しながら分節化による有徴化を排して、全て市民としてともに生きていけるような社会が希求されている(②)。このような②の考え方には、生活課題の把握やそれへの対応においても、特定カテゴリーをもとにした行政窓口の分野を超えて、人に相談したり、生活課題の把握を行ない得るシステムの必要性を説く論点が内包されている。

このような考え方は、措置制度と親和的な行政システムの見直しに繋がると共に、社会福祉

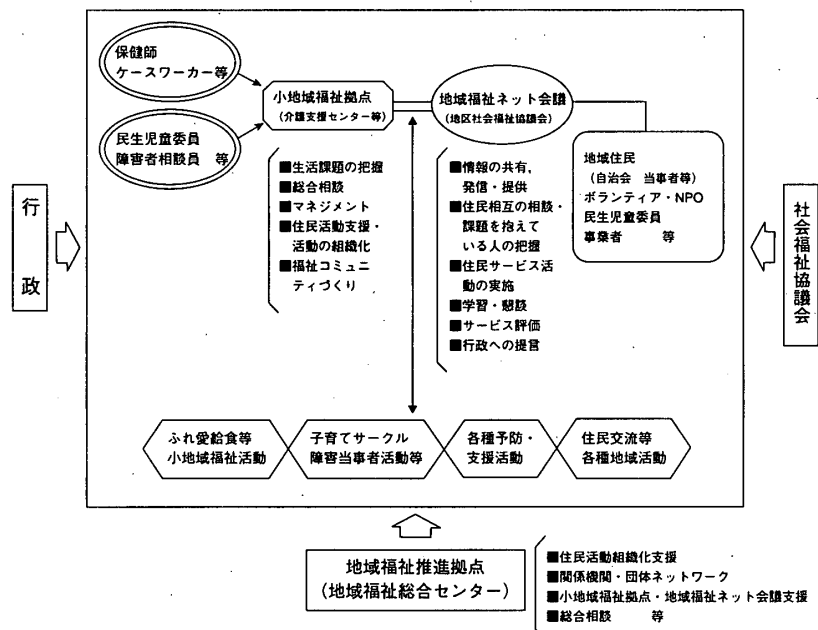
に関する諸問題について、“身近で、いつでも、気軽に、なんでも”相談できる場が必要とされていることを顕在化した。「小地域福祉拠点」とされる地域の福祉拠点の整備は、4つの目標をふまえながら呈示された、従来の行政主体の地域福祉とは異なる、新しい伊丹市の地域福祉システムに繋がることになる。

#### 地域の福祉拠点＝小地域福祉拠点の整備

伊丹市地域福祉計画で立ち上げられた「地域において地域福祉を推進する場」とは、身近で、いつでも、気軽に、何でも相談できる場であり、そこでは生活上のさまざまな困難への対応と住民主体の地域活動の拠点となることが期待されている。「小地域福祉拠点」と名づけられたこのような地域福祉推進の拠点では、あらゆるニーズに対してきちんとした対応ができる「専門性」と地域住民自身による取り組みを大切にする「住民主体性」の二つの機能が必要であり、現場ではそれらの協働の取り組みが必要と考えられている。

これまで、社会福祉＝行政施策という考え方

#### 小学校区の地域福祉の推進



(『伊丹市地域福祉計画』 p.68 より)

のもとでは、行政施策の主体＝伊丹市が一つの地域として認識されがちであった。伊丹市をさらに小さな地区に分轄して行政施策の管理単位とすることはあっても、伊丹市という主体の単一性とサービスの受益者＝市民という枠組みでは、小さな地区の自律性・独自性が注目されることは少なかったといっていよう。地域福祉計画は、“多様な主体”を設定することによって、伊丹市自体をさらに“小地域”に分割し、それぞれの小地域における自律性を補完し、協働が可能となるコミュニティとして小地域を位置づけようとしているのである。

古くから伊丹市では、地区社会福祉協議会が整備され、市内17の小学校区全てに地区社協が設置され、ほのぼのネットワーク、友愛電話訪問、地域ふれ愛福祉サロンといった地域での見守り活動を、自治会や民生委員、地域ボランティアの参加によって進めてきた経緯がある。2001年度からは、地区社協の福祉部が中心となって、地域における福祉課題を明らかにし、新たな取り組みを開発、既存の諸サービスの調整を地域住民自身が行なう「地域福祉ネット会議」の取り組みが5小学校区で試行的に行なわれていた。地域福祉計画では、地域福祉の推進機関として実績を積み上げてきた地区社協の活動を高く評価し、「住民主体性」の推進基盤と捉えている。

また、市民が抱える福祉課題への相談においては、高度な専門的知識が要求される場面が多いこと、そこでは対応における責任問題が発生する可能性が高いことを鑑み、地域福祉計画では、その主体的担い手として「在宅介護支援センター」の機能を活用することが提起されている。伊丹市には現在、基幹型在宅介護支援センター1箇所、2小学校区に1箇所の割合で地域型在宅介護支援センターが9箇所設置されている。これら在宅介護支援センターを、本来の高齢者福祉に関する業務に加えて、福祉全般にかかわる総合相談や問題解決など、小地域福祉拠点の「専門性」を支える機関として機能させることが考えられている。

このように、地域福祉計画で伊丹市が掲げる「小地域福祉拠点」の整備は、伊丹市でこれまで行なわれてきた地域福祉の経験を活かしながら、より身近な地域を地域福祉の実践の場として設定することで、17小学校区の地区社協における住民主体による活動の歴史と在宅介護支援センター等による専門性とを協働させることにその主眼がある。地域福祉計画では「最終的には17の小地域福祉拠点を設置し、それぞれ地域の固有の実情を踏まえながら」地域福祉の取り組みを目指すことが謳われている。

このような地域福祉を総合的に調整し、推進する機能を持つ拠点として、「地域福祉総合センター（いたみいきいきプラザ）」が2002年に開設され、基幹型在宅介護支援センター（広畑介護支援センター）が同センター内に設置された。2003年度からは、基幹型の運営が社協に委託されることになった。市役所にも程近いところに新たに建設された地域福祉総合センターには、基幹型在宅介護支援センターをはじめ、伊丹市社会福祉協議会や伊丹市社会福祉事業団の事務局が設置されているほか、市民が自由に利用できる会議室や多目的ルームが用意されている。

### （1－3）地域福祉の拠点としての在宅介護支援センター

#### 小地域福祉拠点に求められる3つの機能

小地域福祉拠点で求められるものは、第一に福祉など直面する生活困難に対するサポートの情報である。これまで市の広報紙等で伝達されていたこの手の情報は、読みにくい上に、読み落としがそのまま住民のQOLを低めることにもなりかねなかった。市民のニーズと地域福祉の情報をマッチさせることが、小地域福祉拠点でなによりも求められていることである。

第二にワンストップ総合相談の機能である。市民の生活上の課題や困難というものは、課題ごとに分節化されて市民に認識される類のものではない。複合的な問題が絡み合って、生活上

の困難を生み出している場合がほとんどである。市民が抱えている潜在的な生活課題やニーズを総合的に把握し、必要に応じてそれらを分節化し、地域福祉の情報とマッチさせるために、課題によって分立しないワンストップサービス窓口として小地域福祉拠点が機能することが期待されている。

第三に市民全員の権利擁護に取り組む機能である。市民の「生活の質 (QOL)」を考える基盤にあるものは、憲法で保障された生活権である。措置制度から契約制度への社会福祉の諸サービス供給のシステムの転換を通じて、そうした生活権がより重視される社会へと転換しつつある。子育て支援、高齢者介護だけではなく、障害者介助においても人権思想が基本理念に組み込まれつつある。それは、地域社会で提供される福祉サービスの質を担保する機能をも持っている。地域福祉サービスの利用は市民の権利であり、利用者からの苦情を吸い上げることでサービスの質の向上を図ることが、小地域福祉拠点が担うべき利用者の権利擁護に他ならない。

このようなサービスを総合的に行なう場所として、「伊丹市地域福祉計画」では、基幹型・地域型在宅介護支援センターが位置づけられているのである。

#### 伊丹市の在宅介護支援センター

伊丹市には、基幹型在宅介護支援センターが1箇所、地域型在宅介護支援センターが9箇所設置されている。このうち基幹型在宅介護支援センターは、介護保険初年度に市内に設置され、2003年度から社会福祉協議会に委託されたものである<sup>13</sup>。

伊丹市には、伊丹市社会福祉協議会（1952年設立）と伊丹市社会福祉事業団（1988年設立）がある。事業団は、公設の福祉施設の受託経営と介護保険による自主経営を行ない、施設

福祉サービスと在宅福祉サービスを提供する伊丹市の基幹法人である。他方、伊丹市の社協は介護保険事業を手がけておらず、地区社協の活動や地域福祉ネット会議による地域のネットワーク作りなどの地域福祉組織活動やボランティア活動の振興といった、中立性・公益性の高い福祉事業を担当してきた。基幹型在宅介護支援センターの運営が社協に委託された所以である。

2003年11月現在、地域福祉計画に基づいて伊丹市全域の地域型在宅介護支援センターをとりまとめる基幹型には専任職員が2名配置され、年間約2,000万円の委託料が支払われている。地域型は職員1名体制であり、1箇所を除いて併設の居宅介護支援事業所のケアマネと兼務である。また、地域型の中には、複数の職員がローテーションで在宅介護支援センター業務に就くところもある。地域型の委託料には委託先によって差がある。事業団への委託については約1,000～1,800万円の委託料が支払われているが、民間への委託については約450万円程度の委託料しか支払われていないのが実情である。

小地域福祉拠点において、在宅介護支援センターの果たす役割は、まずはなによりも「気軽に、近くで、専門的な相談ができる場所」としての機能である。しかしその機能を発揮するためには、地域福祉のエキスパートが在宅介護支援センター職員として勤務していることが必要であるが、現段階では、ケース経験を豊富に持つケアマネが職員となっている。高齢者を対象とする介護保険制度のもとで整備された在宅介護支援センターであるがゆえに、その職員の専門性は、どうしても“高齢者”という従来の課題カテゴリーに限定されかねない。すでに2003年度からは、障害者の支援費制度が実施されているが、この対応も在宅介護支援センターだけで処理できる状態とはいえない。そのた

13 以前は市内2箇所に設置されていた基幹型も、1箇所は地域型とほぼ同じ仕事しかしておらず、狭い地域を基幹型で2つに分割する必要はないだろ

うと、現場でも考えられていたようである。（伊丹市役所職員へのインタビュー）

め、「現段階では、在宅介護支援センターを『一次窓口』と位置づけ、情報の提供と市役所との連絡業務を担当する役目を果たすように心がけている（市職員談）」状態である。

現在は、2小学校区（1中学校区）に1箇所の割合で在宅介護支援センターが設置されているが、市の担当は「将来的には、1小学校区に1箇所の在宅介護支援センターを設置して、小地域福祉拠点の充実化を図りたい」と考えていた。

#### （1－4）地域福祉推進に向けた伊丹市の今後の課題

これまでみてきたように伊丹市では、“福祉課題を自分たちが住んでいる身近な地域で共有し、地域でそれを解決していく”という地域福祉の理念を具現化する作業のなかで、“小地域福祉拠点”の整備と活用に行き着いた。小地域福祉拠点は、小学校区ごとの「地域ネット会議」と中学校区ごとの「在宅介護支援センター」である。地域福祉計画にも謳われていたように、小地域福祉拠点の活動は、地域の福祉課題全般であり、高齢者問題に限らない、子供や女性、障害者といったさまざまな問題にわたるものである。そのため、小地域福祉拠点において専門性を兼ね備えた「在宅介護支援センター」は、高齢者福祉問題に限らず、広く福祉課題全般に関しての専門的知識を持っていることが期待されることになる。

地域福祉推進を図る伊丹市の試みはまだ始まったばかりであり、こうした地域福祉計画を推進するためには、今後解決すべき課題がいくつかある。ここでは、伊丹市介護保険課と高年福祉課へのヒヤリングをもとにしながら、著者が考える今後の課題を挙げておこう。

#### ストリートレベルでの業務見直しを含めた地域福祉の推進を

地域福祉計画の理念に従って、在宅介護支援センターと地域ネット会議を基盤とする小地域

福祉拠点の整備を進める場合、それまでの業務の見直しが行なわれないうままであれば、ストリートレベルの現場に追加業務が増えるだけになりかねない。そればかりか、市民のニーズの掘り起しが進められても、それに対して適切なサービスが提供されない状態が続くことになる。制度そのものが機能しなくなる可能性がある。

特に伊丹市の場合で問題となるのは、在宅介護支援センターである。地域型在宅介護支援センターの職員は、在宅介護支援センター業務と、所属する居宅介護支援事業所でのケアマネ業務の、いわゆる「二枚看板」で働いており、この実態を見直さないままに小地域福祉拠点としての業務を強化することになると、二枚看板の地域型在宅介護支援センター職員が一方的に仕事を抱え込むことにならざるを得ない。

現場職員へのヒヤリングを行なうと、在宅介護支援センターの仕事内容をめぐって、在宅介護支援センターの職員間でも若干の温度差があることが確認できた。それは、基幹型と地域型との温度差だけではない。地域型内部においても、担当者間で必ずしも小地域福祉拠点としての在宅介護支援センターの位置づけについて認識が一致しているわけではない。こうした認識の齟齬には、二枚看板を掲げる地域型在宅介護支援センター職員のハードワークが関係していると思われる。

#### まずは専門職同士の協働を

##### —医療—福祉の連繋の必要性

地域福祉計画では、専門性と住民主体の協働が謳われている。専門性においても、地域ネット会議や地域型在宅介護支援センターを中心とした、各種専門職の協働の必要性が強調されている。

しかし伊丹市の現状は、在宅介護支援センター職員と民生委員、ケアマネ、医療職といったそれぞれの専門職が持っている情報がばらばらで共有されておらず、それぞれが収集している住民＝利用者の情報を上手く活用することがで

きない状態にある。

なかでも現場の人たちは「福祉と医療の連繋があまり上手く機能していないのが実情である」と強く認識している。利用者をめぐるカンファレンスを開こうとしても、その会議を拒む医療関係者がいることが一部で指摘されている。また、介護保険制度以来、保健師と福祉との連繋がうまくとれていないことも現場からは指摘されている。

伊丹市では、なによりもまず、医療と福祉の連繋を今以上に緊密化させ、専門家のネットワークを社会資源化する基盤整備が必要ではないだろうか。

市民の意識改革をもたらすために、  
地道な宣伝活動を。

2002年に実施された「伊丹市民意識調査」(次ページ参照)によると、身近な地域福祉活動への市民の取り組みは、8割以上が「活動していない」であり、「すでに、地域で何らかの福祉活動をしている」人は1割に過ぎなかった。また、地域福祉活動を「していない」と回答した人のうち、身近な地域福祉活動への取り組みについて訊ねたところ、「何をしたいかわからないが、誘われれば取り組んでみたい」人が4割弱で、「活動範囲が家の近所なら取り組んでみたい」と合わせると約7割の人が、地域福祉活動へ参加の意思を持っていることが確認できた。今後は、このような市民の潜在的な協力をいかに顕在化して地域福祉活動への参加へと転換させるかが、なによりも小地域福祉拠点の活動の要となるだろう。

また、地域ネット会議は、これまでの5小学校区に加えて、04年度には2小学校区拡大されるが、それらの活動が十分に市民に浸透しているとはまだ言いがたい。すでに地域ネット会議が活発に行なわれている地区もあるが、それ以外の地区における整備と活動内容の広報活動を今以上に行なう必要があるだろう。加えて、在宅介護支援センターの機能や役割についても、それが市民の間に広く行き渡っているとは

言いがたく、福祉相談の多くは、現在でも直接市の窓口に来る人が最も多いのが実情である。在宅介護支援センターへの相談事項のほとんどは介護保険関係であり、介護保険外の相談は極端に少なくなっている。

市民に広く小地域福祉拠点の活動を周知し、それへの積極的な参加を導き出すためには、地道な広報活動を繰り返すとともに、いくつかの実績を積み重ねることが必要である。

#### 認定調査の見直しを

伊丹市は、2001年度に介護保険の収支が赤字となったということもあり、今まで以上に給付のチェックが必要とされている。まずそのためには、認定調査の見直しが必要である。

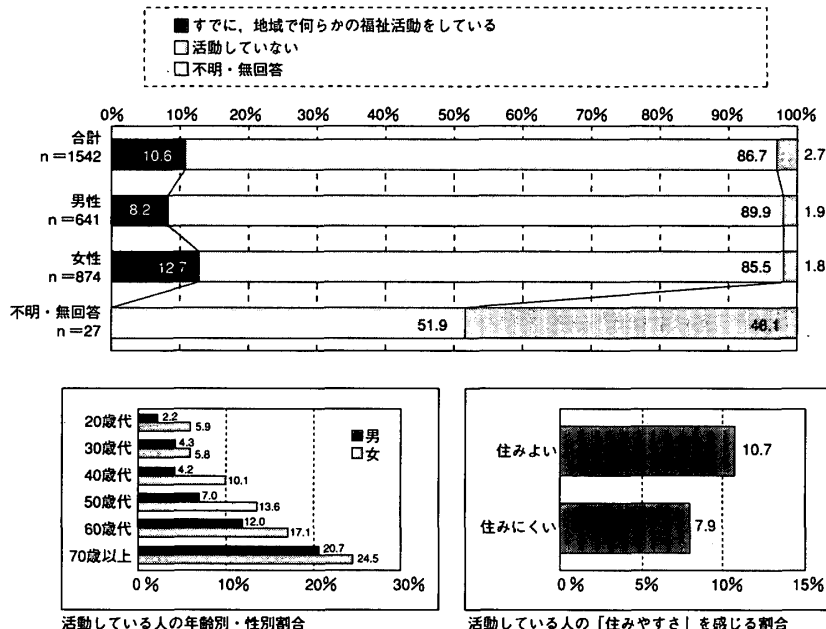
認定調査は、介護保険利用希望者が一番最初に出会う「専門家」であり、申請者の要介護状況は、認定調査員の調査を経ることで初めて社会的に確定されることになる。彼らの調査内容を保障するのは、ほかならぬ保険者＝伊丹市の責任ということになる。

通常、申請者本人の居宅で、1ヶ所あたり約2時間かけて実施されている要介護認定の訪問調査(いわゆる認定調査)は、保険者である市町村の責任で実施することが法律では謳われている。しかしながら、認定調査員の確保とそのための予算の関係から、伊丹市では認定調査の全てを居宅介護支援事業所に委託している。要介護度の決定は、その後の諸サービスの利用状況等に影響を与えることになりかねない。前述のように、伊丹市では後期高齢者が比較的少ないにもかかわらず、要介護認定が全国規模に比べて若干高めに出ている。現在、認定調査の平準化をはかるために、兵庫県が主導で認定調査員のための研修を実施しているが、2004年度からは、伊丹市が主催する研修も実施が予定されている。

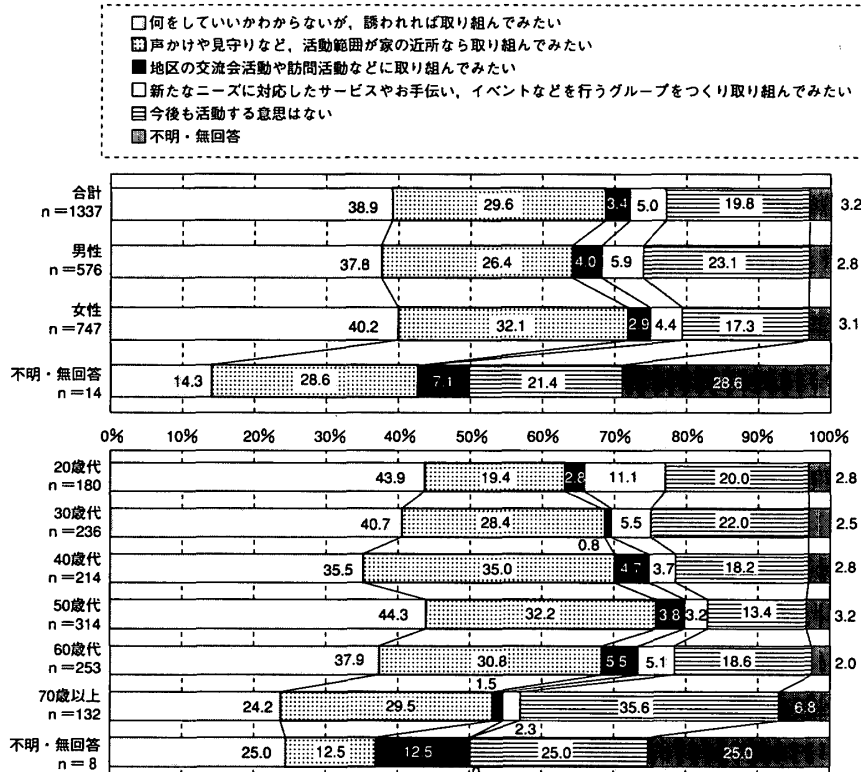
#### 介護サービスの需給の一致を

給付チェックに関係するものとして、介護サービスの需給の一致をはかることも大切な作業

ひとり暮らしのお年寄りや障害を持つ方、また小さい子どもさんがいる家庭などが地域で安心して暮らせるよう、地域で集まる「交流会活動」や「訪問活動」など、住民活動として取り組む動きがありますが、あなたはこのような福祉活動を行っておられますか。



「活動していない」と回答された方におたずねします。あなたは、身近な地域福祉活動の取り組みについてどうお考えですか。



(「2002年度伊丹市民意識調査」、『伊丹市地域福祉計画』p.88より転載)

だと思われる。将来、介護を受けることが必要になったときに介護を受けたい場所として「現在の居宅」をあげる人の割合は、介護保険施設や有料老人ホームを選ぶ人よりも多いことがアンケートから明らかとなっている<sup>14</sup>。しかし、実際の給付費の伸び率に注目すると、2000年度から2002年度への在宅給付費の伸びは、全国平均の64.2%を下回って54.2%の伸び率である。ところが、施設給付費の伸びは、全国平均の14.4%をはるかに上回って30.9%の伸び率である<sup>15</sup>。これらのデータは、高齢者の多くが在宅介護を望んでいるにもかかわらず、伊丹市では、施設入所の伸びが著しいという矛盾した姿をあらわしていないだろうか。そしてその背景には、伊丹市の在宅サービスの需要に供給が追いつかず、在宅を望みながらも十分な在宅サービスが提供されないから、施設を選ばざるを得ない利用者の姿が見てとれないだろうか。もちろん、最終的なサービスの選択においては家族の意向も反映されることになるので、高齢者の希望がそのままサービス選択に反映されるわけではない。しかし、2001年度の伊丹市データ<sup>16</sup>によると、ホームヘルプの利用実績は計画値の

113.3%、訪問入浴は133.0%、訪問リハビリテーションにいたっては242.0%となっており、計画値以上の利用実績がみられる。在宅介護をサポートするシステムが、質・量共に、今以上に整備されるならば、施設から在宅への移行もこれまで以上に増加するのではないだろうか。

#### 自己評価・サービス評価の実施を

伊丹市では、介護保険のサービス提供事業者の仕事内容をチェックするために、学識経験者、医師会、住民代表などの8名からなる「サービス評価委員会」が組織され、年3～4回の頻度で委員会を実施し、作業を進めている。それ以外に、それぞれのサービスごとに自己評価を進めており、グループホームについては自己評価を終えている段階である。

サービス提供事業者の自己評価、伊丹市独自のサービス評価以外にも、第三者評価を取り入れるなどして、伊丹市でも、福祉サービスの内容を社会的にチェックし、均質かつ良質なサービスが得られるような条件整備を行なう必要が今後は今以上に高まってくるだろう。

## 2 伊丹市における在宅介護支援センターの現状と課題

### ——小地域福祉拠点としての在宅介護支援センターの活動と協働・ネットワーク化

- (2-1) 〈行政—ケアワーカー—市民〉の連携  
を支え、地域ケアのプランニングを  
行なう基幹型在宅介護支援センター

#### 基幹型在宅介護支援センター

##### (広畑介護支援センター)の機能

伊丹市立地域福祉総合センターに設置された

基幹型在宅介護支援センター「広畑介護支援センター」には、2名の専任職員と1名の嘱託職員が配置されている。ヒヤリングに協力いただいたKさんは、伊丹市立伊丹病院に看護師として勤務した経験があり、その後、自身の希望から事業団の介護老人保健施設に移ってケアマネ資格を取得し、地域型在宅介護支援センターの

14 65歳以上の介護保険の介護認定を受けていない人に実施した「高齢者利用意向調査」(伊丹市、2002年1月実施)では50.5%、65歳以上の居宅で要介護認定を受けた人に実施した「介護サービス利用意向調査」(伊丹市、2002年1月実施)では60.9%が、それぞれ「現在の居宅」を回答した。同調査では、介護保険に関する伊丹市への要望として、「在宅サービスの充実」の回答が、「高齢者利用意

向調査」で13.1%、「介護サービス利用意向調査」で26.3%であり、いずれも「施設サービスの充実」より上位の回答率であった。〔「伊丹市介護保険事業計画・老人保健福祉計画(平成15年3月)」より〕

15 厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」から算出した、伊丹市内部資料より。

16 「伊丹市介護保険事業計画・老人保健福祉計画(第二期)」より。

職員となり、2002年に社協が基幹型在宅介護支援センターの運営委託を受けた際に専任職員に抜擢された。もう一人の専任職員であるNさんは、伊丹市役所に勤務していたソーシャルワーカーであり、現在は2人とも伊丹市社会福祉協議会の職員ということになる。専任職員は、介護保険業務（居宅介護支援）を兼務していないので、在宅介護支援センターの文字通り“専任”である。

そもそも社協の活動の中心は、ボランティアを中心とした地域福祉活動である。伊丹市社協では、地区社協を中心とした当事者組織の支援や地域福祉の組織化活動、市民の参画による給食サービス、ボランティア活動の振興や障害者の生活・就労等への支援が主たる活動内容であった。伊丹市では、介護保険導入当初から、社協がボランティアを中心とした地域福祉の充実化を、事業団が福祉公社と合併して在宅・施設双方の高齢者向け介護サービスの提供を、それぞれ担当するように“棲み分け”が行われてきた。その意味では、公益性の高い基幹型在宅介護支援センターの管理を社協に委託する素地が当初から準備されていたと考えることができる。

「伊丹市地域福祉計画」で見たように、2003年度から伊丹市では、在宅介護支援センターが小地域福祉拠点のひとつとして位置づけられるようになり、「老人福祉法で定める『在宅介護支援センター』の枠をかなり超えている（Kさん）」活動に乗り出している。伊丹市が基幹型を社協に委託した背景には、“標準の枠を超え出た”地域福祉の拠点としての在宅介護支援センター活動を支えるために、これまで全17小学校区に地区社協を設置し、地域福祉のネットワーク化を進めてきた社協の財産を継承しようとする考えがある。実際にKさんは「以前は地域型で仕事をしていたが、社協が基幹型の委託を受けて私がその職員になると、“社協の人間”という感じが強くなったせいか、以前よりも民生委員とのつながりがスムーズにつくようになりました」という。市内に約250名い

る民生委員は、地区社協ごとに分かれて活動しており、伊丹市高年福祉課が実施する「高齢者実態調査」の訪問調査等を通じて、地域のお年寄りの状態を熟知しているケースが多い。民生委員と在宅介護支援センター職員の情報交換がスムーズになることが、地域福祉のネットワーク化にプラスに働くであろうことは想像に難くない。

#### 行政と基幹型在宅介護支援センターの連携について

基幹型在宅介護支援センターが社協に委託された背景としてもう一つ考えられるのは、地域住民＝当事者が主役となって地域福祉をすすめる、それを行政がサポートするという「伊丹市地域福祉計画」の理念の具現化である。行政＝役所の中に基幹型を設置するのではなくて、行政から適度な距離をおいた、しかもこれまで公益性が高い活動を実施してきた社協に基幹型を設置した所以である。

在宅介護支援センターの所管元は伊丹市高年福祉課であるが、2003年度からは特に、基幹型がリーダーシップをとって、地域福祉を支える施策を考えることが期待されている。「(2003年度には)基幹型在宅介護支援センターがいくつかプランを作って、県や市に予算を求める機会があった。そのときに、所管元から細かい指示を受けたことはない」と、Kさんは言う。今回細かな指示を受けることがなかったのは、基幹型がプランニングした施策が、本来の在宅介護支援センター業務として考えられている“実態把握調査”の延長上にあるものだからであり、研修会なども事前に関係部署と連絡をとりあって予算要求を通しているためである。

これまで基幹型がプランを作成した施策には、介護保険を利用しておらず、担当のケアマネが定期的に訪問調査に出かけることのない高齢者を対象とした、見守り訪問のプロジェクトがある。例えば、在宅の援護を必要とする一人暮らし高齢者や重度の障害者に貸し出されている「命のペンダント（緊急通報システム）」を



利用している人に対して、社協が実施する「ほのぼのネットワーク」を活用しながら、何らかのインフォーマルサービス（介護保険外の高齢者福祉サービス）の提供を行ったり、概ね65歳以上で調理が困難なひとを対象にデイサービスセンターから夕食を配達する「配食サービス」を受けていてケアマネがついていない人へのサービス提供が考えられている。このほかにも、地域型在宅介護支援センターの職員やケアマネジャーなど相談業務につく職員を対象とした「オープンカウンセリング」の企画が、2ヶ月に1度のペースで考えられている。このような企画は、いずれも低予算で実現可能なもので、現段階では「行政サイドと予算をめぐってトラブルが生じることはない（Kさん）」のである。

現在、大きな予算措置を伴うものとして進行中のプロジェクトは「パソコンとネットワークを利用した情報管理システムの構築」である。介護予防の観点から導入されるこのシステムは、従来一元化されていなかった高齢者情報のデータベースを作成し、ネットワークを利用してそのデータベースの利用を可能とするシステムであり、試験的に基幹型に設置されることが決まっている。

#### 「地域の福祉力」を高める基幹型の活動

基幹型在宅介護支援センターには、地域ケアのプランニングを行ない、「地域の福祉力」を高める役割を果たすことが期待されている。

##### ① 地域ケア会議

伊丹市では、月1回の頻度で「地域ケア会議」が開催されている。これは、従来の高齢者サービス調整チームを引き継ぎながら、高齢者に限らず地域福祉全般に関して情報交換とケース検討の場として、総合的な地域支援体制を確立するための会議である。

現在開催されている会議は、基幹型・地域型在宅介護支援センター職員、伊丹市保健センターの保健師、兵庫県保健所の保健師、伊丹市ケ

アマネジャー連絡会（代表）、市の高年福祉課・障害福祉課のケースワーカー（それぞれ1人）、地域福祉課・介護保険課の職員（それぞれ1人）からなり、情報交換と事例検討ならびに連絡調整が行なわれている。地域ケア会議の開催は社協であるが、実際の会議の招集と進行は基幹型在宅介護支援センター職員が行なっている。

しかし、地域ケア会議には医師会の参加がなく、「医師との連繋がとりにくい」ことが関係者から指摘されている。また、「ケアマネと保健師との間で仕事の動き方の面で大きなギャップがある」ことも指摘されている（いずれもケアマネへのグループインタビューより）。

2003年11月現在検討中の「伊丹市地域ケア会議設置要綱」を見ると、地域ケア会議の設置目的は、「生活にかかわる保健・福祉・医療などさまざまな活動や事業及びサービス等に携わるものが、課題や情報を共有し合い、協働してその人を支える体制づくりをするとともにこれらを総合的に調整する」とされており、この会議では総合的な地域ケアのプランニングが行なわれることになる。また同要綱では、地域ケア会議の事務局が広畑介護支援センター（基幹型）に設置されることや、構成員のなかに「伊丹市医師会代表」の参加も明記されている。

##### ② 処遇困難ケースへの対応

処遇困難ケースの対応は、まずは地域型在宅介護支援センターが対応にあたることになる。現在、地域型のみで問題が解決する場合は、それ以上基幹型への連絡などは行なわれていない。しかし今後は、処遇困難ケースが見つかった場合については、「基幹型に相談してほしい」と地域型に連絡しているところである。

処遇困難ケースへの対応でもっとも必要なのは、関係する専門家が一同に会してカンファレンスを持つことである。しかし現場では、このカンファレンスを持つまでの準備に時間と手間がかかっているようである。特に地域型では、いわゆる「二枚看板」を掲げることから、昼間

に担当者が利用者宅を訪問していることが多く、関係者の連絡調整がどうしても夜にずれ込むことになりがちである。ケアプラン作成のために訪問調査を行なわねばならない地域型職員には、このカンファレンス開催に向けた電話連絡をするための時間が十分に用意できないのである。「問題が発掘され、それについて周りの人たちが気にかけて考えるようになる場が用意されれば、自ずから最適の対応策が見つかるものです」とKさんが言うように、処遇困難ケースへの対応には、カンファレンスの場を設定することが何よりも必要となる。現在基幹型では、直接基幹型に処遇困難ケースが持ち込まれた場合には、施設内の会議室を確保し、関係者に電話連絡を入れ、それぞれのスケジュール調整を行なうだけでそれ以上の“指示”を出すことはない。「おかげさまで、今のところ伊丹では、カンファレンスの場が用意されれば、情報の共有とか話し合いについては、誰かがリーダーシップをとらなくても自然と行なわれています（Kさん）」。

### ③ 在宅介護支援センター職員のための研修

基幹型は、在宅介護支援センター職員の研修を2ヶ月に1回の割合で開催している。テーマによっては、毎月連続で開催される研修であるが、2003年度は、障害者の支援費制度や“障害”を取り上げて複数回開催されている。これまで、対人援助技術の向上のための研修や、介護予防プランの作成方法についての研修が実施されている。

これ以外にも、地域型在宅介護支援センターや現場で働くケアマネへの支援が期待されている。

### (2-2) 介護予防と地域ケアを考えるための高齢者情報の収集とデータベース作り

#### 高齢者情報の収集とデータベース化

伊丹市の高齢者人口が29,022人、高齢者の世帯数は9,887世帯<sup>17</sup>、一人暮らし高齢者は約

4,000人<sup>18</sup>であり、これらを全て「台帳管理」するのは容易なことではないが、これまで高年福祉課が中心となって、民生委員が「高齢者実態調査」を訪問調査で実施し、約3,300名の台帳が整備されている。

民生委員がこれまで収集してきたデータは、65歳以上の一人暮らしの方を対象とした「ひとり暮らし高齢者（独居）実態調査」と、民生委員が何らかの見守りが必要だと判断した人をピックアップした高齢者を対象とした「要援護高齢者実態調査」である。2003年度に実施された双方の質問項目はほとんど類似であるが、A4版1枚（複写4枚連記）で、調査に出かけた民生委員と市、基幹型・地域型在宅介護支援センターがそれぞれ台帳管理するようになっている。

そのほかに、地域型在宅介護支援センター職員が実態把握調査に地域を巡回しており、そこで一軒一軒訪問して聴き取り調査を実施した調査票は、いったん地域型在宅介護支援センターで集約し、「実態把握票」が取りまとめられる。実態把握票は、全国在宅介護支援センター協議会仕様のものを伊丹市独自にアレンジして作成している。これらのデータは基幹型に集約され、近くデジタル・データベース化される予定であるが、2003年度は予算の関係上、基幹型と市役所のそれぞれ内部での利用に限定されるものである。しかし、いずれはネットワークを利用して、地域型でも参照可能なシステムとして再編される予定である。

#### 訪問調査の効用と限界

このような実態把握調査を実施するための個別訪問が、実は「見守り」に他ならない。そればかりではなく、介護保険を利用していない人を中心に回るこの調査は、インフォーマルサービスの潜在的ニーズをあぶりだすことにも繋がる。何らかのサービスの必要を訴える高齢者や、調査員がその必要を感じる高齢者については、

17 以上、2002年8月1日現在。

18 2000年『国勢調査』より。

2002年度に実施された高齢者実態調査票（左）と実際に記入された実態把握票（右）

[illegible][illegible]

調査票はA4版1枚で4枚複写式。  
民生委員、市、基幹型、地域型で保管する。

調査結果は、調査者による所見や質問項目以外のデータが加筆され「実態把握票」に取りまとめられる。

伊丹市地域型在宅介護支援センターによる日々調査以外の実態把握調査件数（内部資料）

	第 1 次調査数			第 2 次調査数			第 3 次調査数			計
	8 月			10月～12月			1 月～3 月			
	計	内訳		計	内訳		計	内訳		
ひとり暮らし		要援護	ひとり暮らし		要援護	緊急通報		配食		
A	8	7	1	96	17	79	44	40	4	148
S	19	16	3	37	11	26	42	36	6	98
C	16	14	2	86	38	48	94	77	17	196
M	22	14	8	65	17	48	81	71	10	168
SK	9	8	1	38	15	23	33	23	10	80
AS	0	0	0	26	13	13	49	41	8	75
KT	6	6	0	76	30	46	65	57	8	147
G	18	18	0	33	18	15	55	42	13	106
O	16	16	0	54	32	22	51	45	6	121
計	114	99	15	511	191	320	514	432	82	1,139

\*第1次調査数…高齢者実態調査により、「すぐにサービスを利用したい」人のフォロー調査

\*第2次調査数…高齢者実態調査により、「援護を要する」「認知症あり」の人で介護保険未認定者のフォロー調査

\*第3次調査数…緊急通報システム及び配食サービス利用者で、介護保険未認定者の実態把握1月～3月の予定で、現在調査中

伊丹市地域型在宅介護支援センター活動状況

地域型	地域ケア会議 開催（回数）			台帳整備数			家族介護教室 開催（回数）			予防プラン 作成件数	実態 把握 件数
	計	内訳		計	内訳		計	内訳			
		定 例	臨 時		ひとり 暮らし	要 援護		介 護	認知 症		
A	13	11	2	292	213	79	2	1	1	105	274
S	13	11	2	325	300	25	2	1	1	100	222
C	14	11	3	590	542	48	1	1	0	99	289
M	16	11	5	443	395	48	1	1	0	100	323
SK	13	11	2	231	208	23	1	1	0	138	602
AS	15	11	4	271	257	14	1	1	0	99	354
KT	16	11	5	389	343	46	2	1	1	89	347
G	16	11	5	271	256	15	2	1	1	100	300
O	14	11	3	381	359	22	2	1	1	88	232
計	－	－	31	3,193	2,873	320	14	9	5	918	2,943

2004年1月31日現在（内部資料より）

訪問時に介護保険やインフォーマルサービスの利用に関するパンフレットをまとめたものを配布し、訪問直後に電話訪問を追加的に行なうことによって、フォローアップを図るようにしている。そのさい、約3割の人が「それでも、サービスは要らない」と応えるものの、サービス利用の詳細を知らない人のなかには、この訪問がきっかけとなってサービスを利用するようになることも少なくない。

また、このようにして集められたデータについては、民生委員の集会や地域ケア会議などでその一部を参加者とシェアしたり、その対応について互いにフィードバックすることで、それぞれの担当地域や伊丹市の高齢者の状態を知ることができる。特に地域ケア会議で取り上げることによって、他の地域の情報を皆で共有することが可能となる。

しかし、毎年行なわれる実態把握調査であるが、毎年調査フォーマットが変更されることが多かったり、アンケート対象が異なったりする

ため、経年変化を観察し、データを積み重ねるまでには至っていない。また、台帳管理を実施するために訪問調査を行なっても、それに応じてくれる市民が少なくなっているのも事実である。特に、これまで集計され、台帳管理されているデータ以外の高齢者については、“介護保険も使っていないし、調査拒否をしているケース”が少なくない。基幹型のKさんは「このような高齢者への調査の実施は、今まで以上に時間をかける必要があります」と語る。

地域型在宅介護支援センターによる  
訪問調査の実施

このような高齢者実態把握調査については、2003年からは在宅介護支援センター職員も訪問調査員としてフィールドに出ることになっている。03年度は、認知症のため民生委員が調査時に“援護の必要がある”、“認知症である”にチェックした人のうちで、要介護認定を受けていない一人暮らしの方140名と、同居家族が

いて介護認定を受けていない328名、合わせて468名を対象とした訪問調査が実施される。この500弱のケースについては、前述のように調査拒否ケースも多いため、「時間をかけて、何度となく調査に出かける必要がある(Kさん)」。また、「命のペンダント(緊急通報システム)」を利用している870名のうち、配食サービスを受けていて、かつケアマネがいない人約500名を対象に、地域型在宅介護支援センター職員が手分けして訪問調査を行なう予定である。2003年度は、この二つの調査を終えることで、合計約1,000名を新たな台帳として加えることになる。

また、2004年度には、地域型1ヶ所あたり500名を対象として、2003年度と同様に民生委員による高齢者実態把握調査のフォローアップ調査を行ない、「食の自立支援」事業にかかる調査、後期高齢者のみ世帯の実態調査、公的サービス申請者の実態把握調査、さまざまな企画等への参加者へのアンケート調査などを積極的に行ない、今までの台帳管理に加えて、介護予防アセスメント、介護予防サービス計画書を個別に作成するまでのさらに細かな実態把握を実施する予定である。

### (2-3) 小地域福祉拠点としての地域型在宅介護支援センターの活動と地域ネットワーク会議

小地域福祉拠点の専門性を担保する

「地域型在宅介護支援センター」

「伊丹市地域福祉計画」の地域福祉推進のための体制づくりは、地域の福祉拠点の整備が中心となる。「生活上の種々の困難への対応」と「地域主体の地域活動への対応」の課題をはじめとする地域福祉課題を取り扱う「小地域福祉拠点」では、地域型在宅介護支援センターと地域ネットワーク会議がその役目を担うことが期待されている。

2小学校区ごとに1ヶ所(全9ヶ所)設置されている地域型在宅介護支援センターは、もと

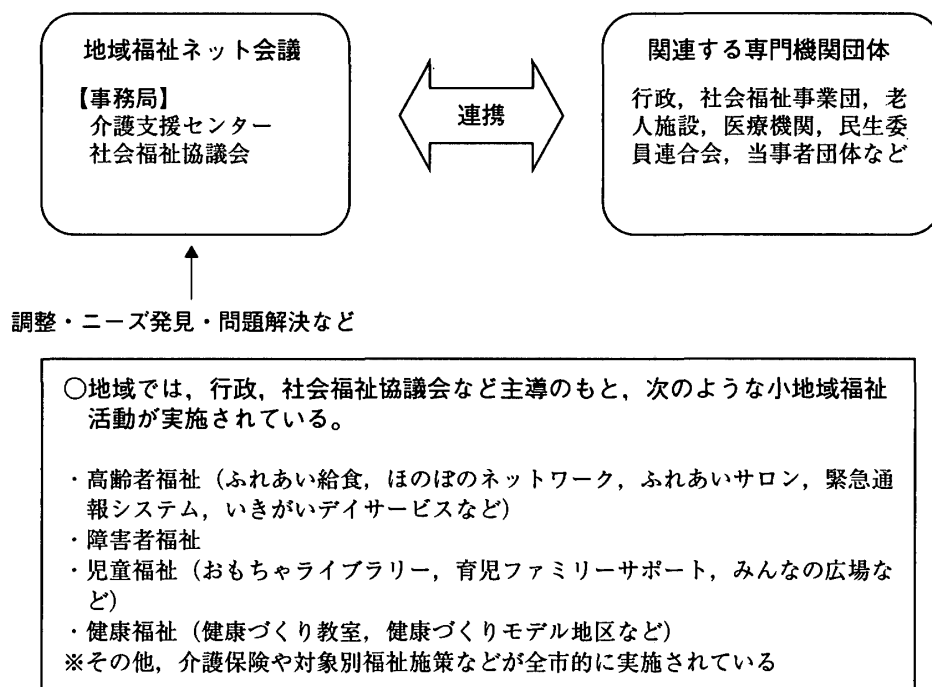
もとは要援護高齢者もしくは要援護となるおそれのある高齢者またはその家族等に対して、在宅介護に関する総合的な相談に応じたり、ニーズに対応した各種の保健・福祉サービスが受けられるように市関係機関、サービス機関や居宅介護支援事業所などと調整し、地域の高齢者とその家族の福祉向上を図ることが設置目的である。伊丹市の場合は、この設置目的に限定されないで、地域の福祉拠点として機能することが期待されているのである。

小地域福祉拠点の専門性とはいっても、実際に、地域型に全ての専門家が職員として勤務しているわけではない。そこでの専門性は、二つの意味を含んでいると考えられる。一つは、地域福祉に関係するあらゆる情報が得られるという意味での専門性である。そこではなによりも、福祉課題を抱える市民を「たらい回し」にしないことが期待されている。地域型在宅介護支援センターを地域福祉の“ワンストップセンター”として機能させることが第一の機能といえるだろう。

二つは、必要に応じて、福祉行政におけるケースワーカーや保健師といった専門職員とコンタクトをとり、社協職員や自治会、ケアマネ、介護保険事業者等を結びつけて、地域福祉の取り組みと協働をコーディネートする機能である。

このような活動が期待される小地域福祉拠点構想であるが、実際には地域型在宅介護支援センターの活動広報はまだ十分とはいいがたい。高齢者実態把握調査等で市民の自宅を訪問しても、在宅介護支援センター職員が何を意味しているのかさえ不明な人も少なくないのが実情である。地域型在宅介護支援センターが事業所内で利用者の来訪を待つのではなく、積極的に市民の中に入り込んでいって、地域ケアマネメントの実践を通じて地域型の活動を市民に広めることが広報を含めて何よりも必要である。

## 地域福祉ネット会議の概念図<sup>20</sup>



## 地域福祉ネット会議 経過（K地区）

日 程	内 容
13年度	11月15日 □地区長・自連ブロック長への事業説明、協力依頼等
	2月5日 □民生児童委員等との協議
	2月28日 □会議構成員（住民）の検討
	3月26日 □地域情報の交換、今後の進め方の協議
14年度	5月7日 □地域福祉ネット会議の趣旨について □今後のネット会議の進め方について
	6月11日 □地域福祉ネット会議会則（案）について □役員選出について □今後の活動について
	8月6日 □K地区の高齢者の現況について □地域ふれあい福祉サロンの報告
	10月1日 □高齢者福祉サービスの報告 □要援護者の緊急連絡メモについて □手をつなぐ育成会の活動紹介
	12月3日 □高齢者福祉サービスメニュー表について □要援護者の緊急連絡メモについて □子育て支援センター事業について
	平成15年2月25日 □高齢者サービスメニュー表の配布・緊急連絡メモの配布スタンスについて □研修会「地域福祉活動の推進に向けて」講師：兵庫県社会福祉協議会 鈴木貴子氏
15年度	4月22日 □ビデオ「寝たきり0をめざすもの」 □15年度計画について□KT事業について □緊急メモの配布について
	6月10日 □新メンバー紹介 □会議経過報告 □計画について ▽研修会マサロンの拡充▽ニード対応チームの組織化▽地域福祉活動者（マンパワー）の確保▽障害者・子どもの抱えるニーズの掘り起こし
	8月12日 □介護支援センターの機能と把握ニーズについて □ニード対応チームの取り組みについて
	10月14日 □知的障害者の現状とニーズ（手をつなぐ育成会）について □平成15年度 高齢者実態調査（K地区）について □高齢者ニーズ調査について □K地区での高齢者ニーズ把握について ▽地域アンケートの実施について
	12月9日 □他地区の地域福祉ネット会議の進捗状況について □高齢者ニーズ調査について ▽高齢者ニーズ調査アンケート（案）の検討
	2月17日 予定

## 小地域福祉拠点の住民主体性を担保する

### 「地域福祉ネット会議」

地域の住民参加による小地域福祉活動や対象者別施策が、当事者の視点（ニーズ）ではなく、サービス供給側の論理でバラバラに実施されてきたものを見直し、「当事者の視点に立ち、地域（小学校区）内の住民、当事者、関係団体、専門機関等広範な参加のもと、互いの連携と現状の点検・改善、今後益々増大する福祉課題の発見そして解決に向けて取り組む仕組み<sup>19</sup>」として、2001年度から5つの地区社協で試行的に行なわれているのが「地域福祉ネット会議」である。

地域福祉ネット会議では、①地域の福祉情報を共有し、福祉問題を協議する役割、②福祉問題発見・解決のための役割、③地域内各種サービス調整の役割、④住民の活動参加促進の役割などが期待されている。

左の資料は、KT併設の在宅介護支援センターが主催する地域福祉ネット会議の活動記録で

19 「地域福祉ネット会議」（内部資料）による。

20 「地域福祉ネット会議」（内部資料）より、一部改訂して転載。

ある。ほぼ2ヶ月に1度の割合で開催される会議には、地区社協から3名、福祉部会から4名、自治会から2名、民生委員2名、当事者団体2団体、事業者3社、事務局として社協と在介、行政として市地域福祉課職員と、19名が出席している。

2004年度にはさらに2ヶ所で立ち上げられる予定の地域福祉ネット会議は、地域福祉計画では小地域福祉拠点のひとつとして機能することが期待されている。

#### (2-4) 地域型在宅介護支援センター職員の兼務問題

##### 地域型在宅介護支援センター職員の勤務状況 —「二枚看板」の姿

社会福祉法人Gでケアマネと在宅介護支援センター職員を兼務するMさん(介護福祉士出身)は、在宅介護支援センターの業務とケアマネの業務を区別して作成した私たち調査者の「質問用紙」を見て、少しばかり“えっ?”と思ったという——「毎日の仕事のなかで、ここからが在介の仕事で、ここからがケアマネという感じではありませんから…」この発言こそが、「二枚看板」を掲げて働くMさんの姿をそのまま表わしているのではないか。

Mさんは、昨年までは55ケース程度のケアプランを担当しながら在宅介護支援センターの業務を並行してこなしていた。「伊丹市の場合、兼務でも60～70ケースのケアプランをこなすというのは結構あたり前の状況です」とMさんは言う。基幹型が社協に委託された2003年度から、年間を通して在宅介護支援センターの業務が急増したため、「施設長に相談して10ケースほど減らしてもらった」が、「施設長は在介の業務内容が全く変わってしまったことを十分に理解していないため、今でもオーバーワーク気味です」。勤務時間は午前9時から午後6時までで、Mさんは遅くとも午後7時までには帰宅するように努めているようであるが、「日常的に業務に追い回されている感じが否めない」。

在宅介護支援センターとしての仕事は、高齢者実態把握調査の実施やその取りまとめ作業、介護保険の申請代行やサービス相談であり、加えて、行政や民生委員からの依頼を受けた訪問も手がけている。「でも、日常の仕事は、やっぱり“ケアマネが主”になりますね。今年から基幹型が変わって(在介の)仕事が増えたけど、今までどおりに仕事をしていると、ケアマネを優先せざるを得ず、また、自分でも知らず知らずのうちにケアマネ仕事を優先させているので、在介の仕事を十分にやっているという自覚がなく、それで心苦しい感じがします」。

日常業務に加えて、伊丹市ではケア会議と各種研修が増加傾向にあり、それらが全て勤務時間内に開催されているので、「学習機会が増加しても、逆に参加が困難になる」とMさんは言う。そのほかに、電話相談のたびごとにその内容と電話回数をチェックする“月報作成”や、高齢者実態把握調査に出かけた後に作成しなければならない「実態把握票」と個票をまとめた集計票、「介護予防プラン」の作成といった一連の事務作業が「それは大変な仕事です」。

介護保険スタート時は、地域型在宅介護支援センターは、居宅介護事業所のケアマネジャーと兼務で定員2名体制で運営されていたが、2003年度からは兵庫県の指導を受けて、1名体制が基本となった。「採算面で1名体制にならざるを得ないのはわかるが、今のままだと介護予防にまで手はまわらないし、インフォーマルサービスへの対応が十分とはいえない」。そして、Mさんは最後に付け加える——「今年から基幹型の編成替えが行なわれ、積極的な活動を実施し、それによって地域型も水準の高い要求に応える必要が出てきているが、正直言って、日常業務の見直しが行なわれないままに、基幹型から『ああしろ、こうしろ』といわれても、それに対応することはほとんどできない。地域型の体制が見直されていないのに、基幹型だけ体制を整えて要求が高くなるのは、ちょっと困りもんです」。

### 地域型在宅介護支援センターのジレンマ

事業団Aに勤務するTさん（介護福祉士出身）もまた、ケアマネとして60ケースを担当しながら在宅介護支援センターの業務をこなしている。Tさんも「ケアマネ業務が主であり、正直言って、在介の仕事まで手が回らないというのが実情です」と語る。やはり月報の作成と実態把握調査に関係する書類の作成に時間がかかるようである。

基幹型在宅介護支援センターのKさんは「在介業務が今年から増加したが、地域型からそれほど“大変だ…”という声を聴かないのだが…」というが、これを受けてTさんは「地域型が基幹型のやり方に不満を言わないのは、基幹型がいろいろと指示を出してくることが、地域福祉の向上にとって必要なことだと多くの地域型職員も考えているからだと思います」という。“正しいものは正しい”という以上のことが言えないままでは、現場に密着した活動が求められる地域型職員に一方的なしわ寄せが生じてしまう。2人体制から1人体制への切り替えと業務の急増が一度にあれば、不満が出ないほうがおかしいだろう。

地域の現場にいてTさんは、「在介はなにするもんや？」という印象が市民に広がっていることを危惧する。「（在介での）仕事の内容が見えないから、市民も理解できないのだと思います。そればかりか、一部のケアマネからも『在介って、何してんねん？』といわれることが多い。だから、もっとPRをする必要がある。介護教室を開催したり、介護予防のための仕事をもっと地域で進めていきたい。そのためにも、ケース担当を減らして、“在介職員”として地域に出かける機会を増やすことが必要です」。

### 地域型在宅介護支援センター職員の働き方の理想

社会福祉法人KTに勤務するAさん（看護師出身）は、現在50ケースのケアプランを担当しながら、実態把握調査20ケースを抱えて在宅介護支援センターの業務に携わっている。但

し、介護福祉士の資格を持つ人がサポートに入りながら在宅介護支援センター業務を行なっているので「1.5人くらいで業務をまわしているようなものです」。KTは、地域ネット会議の事務局も担当しており、そのほかに介護教室を主催したり、年2回の交流会を開催している。二枚看板で在宅介護支援センターを担当するのは「正直しんどい」が、「それをある程度はこなさないと、地域福祉の拠点としての役目を果たしえない」とAさんは考えている。このようにAさんが考えるとともに、KTが小地域福祉拠点としての業務を遂行できている背景には、KTが比較的公益性の高い母体（生協）の出資によるところがあるだろう。比較的ゆとりを考えた人員配置が可能であることが、なによりも活動の幅を広げている理由だと思われる。

もちろん、現在の水準のままで「二枚看板」を掲げることが好ましくないことは、Aさんも指摘するところである。しかし、完全にケアプランの作成に関わらないことは「現場の勘所がわからなくなるのでよくない」とAさんは指摘する。「ケアマネの資格を持っていて、現場経験を積んで熟練ある人が、20ケースくらいのケアプランを兼務しながら在介を担当するのがベストだと思います。ケースをもっているからこそ、地域のこともわかるし、ケアマネの苦勞もわかるのです」——KTでもゆくゆくはこのプランに沿った運営を考えているが、現在、ケアマネの募集を行なっても応募者がおらず、できて5年しか経っていないKTでは自前のケアマネが輩出できていないため、該当者がおらず、実現できていない。



### 3 伊丹市にみるケアマネジャーの現状と課題

#### (3-1) 伊丹市の地域ケアの現状とケアマネジャーの仕事ぶり

##### 看護師出身のEさんの場合

ベッドを持たない病院Cに併設された居宅介護支援事業所でケアマネをしているEさんは看護師出身である。母体が病院であるため、医療系のプランが比較的多いケースを担当している。病院併設ということもあって、年中無休で24時間体制をとっており、「休みも休めない感じがします」とEさんは言う。事務所を離れるときでも業務用の携帯電話を持ち、事務所から転送されてくる電話を受けるEさんは「正直いって、きつい勤務です。“仕事の完了感”がありません。何かしら、いつも仕事を持ち越している感じがします。看護師のときは、チームで対応していましたから、休みのときは他の人に引き継ぎましたが、ケアマネは違いますね」。Cの病院長は、以前から訪問看護ステーションを開設するなど、医療系のなかでも「在宅介護」に理解のある人である。しかし、「在宅に理解がある分、要求水準が高いのも事実です」。Cにはケアマネ有資格者が6名いるが、うち2名がケアマネとして勤務しており、Eさんはその1人である。Eさんが担当するケースには、在宅ターミナルを前提にケアプランを作成している例が多く、場合によっては毎日訪問することがあるので「仕事がきつい」という感想に繋がるのであろう。時間外の電話連絡も数多く、転倒・骨折ということからEさんに緊急の相談がもちかけられることが多いようである。

Eさんの指摘によると、高齢者向けサービスが比較的充実している伊丹市であるが、近年、介護老人福祉施設（特養）、通所介護（デイ）、訪問リハビリテーションで、サービスの確保が困難になりつつある。特養は市内5ヶ所、デイは市内14ヶ所、訪問リハは市内3ヶ所でサービスが提供されているが、2001年度の利用状況（実績値を計画値で除したもの）は、訪問リ

ハの242%を筆頭に、いずれも100%前後の利用状況である<sup>21</sup>。また、介護療養型医療施設として利用できる病床が絶対的に不足しているので「市が率先してその資源確保に乗り出して欲しい」という希望を持っている。

##### 介護福祉士出身のOさんの場合

全国展開されている株式会社Iの伊丹事業所総合センター長を兼任するOさんは、「民間の場合は、ご利用者さんに信頼されるか否かということがサービス提供の要となります」と断言する。伊丹事業所ではOさんだけがケアマネ業務を行なっているが、平均して80弱のケアプランを担当している。給付管理は事務担当者が書類を作成し、最終確認をOさんが行なう。80ケースを担当するOさんは「日頃の業務に追われながら、目の前にある仕事をばくばく食べていって、あとで詰まってしまいます」と笑いながら語るが、長く伊丹市でヘルパーをしてきた経験から、同業者からの信頼も厚い。

「昨日は特記事項を仕上げる必要があるから、午後9時過ぎまで残業していた」というOさんの勤務時間は午前9時から午後5時まで。日常業務としての訪問調査や事務仕事、ケアマネ対象の研修会への参加以外に、総合センター長として、支店会議やエリア会議といった、I特有の調整業務が加わることになる。残務のほとんどが「アセスメント結果など、現場に行ったときに作成したメモの入力です」という。「訪問調査、更新調査、手続きといった各種事務処理が大変な仕事量になっています。ケアプランの作成が一月を単位として考えられており、それよりも長いスケジュールを立てることが許されていない。だから、どんな人でも1ヶ月単位。毎月毎月同じように“忙しい”んです」。

Oさんは「自分は現場を飛び回っていたいという気持ちが強いんです」という。事務作業の

21 「伊丹市介護保険事業計画・老人保健福祉計画」  
（第二期、平成15年3月）より試算。

重要性は理解できるものの「もう少し、臨機応変に対応できるんちゃうやろか」と本音をもらす。これといった“動き”のないケースについても、Oさんは自分で連絡を入れることを怠らない——「動きのないケースに連絡を入れるのが、結構大変なんです」。

### (3-2) ケアマネジャーの質的向上と伊丹市における慢性的なケアマネ不足

#### ケアマネジャーの質的向上と 中立・公正性の保持

介護保険制度で新たに創設されたケアマネジャーは、介護保険内外の地域の社会資源を取り混ぜて、クライアントのニーズを尊重したケアマネジメントを執り行なう専門職である。「対人援助職」といわれるケアマネジャーには、①アセスメントを介してクライアントの生活ニーズを把握し、②その生活ニーズに基づいて適切な社会資源を選択、支援する。また、③生活ニーズが満たされない場合には、クライアントの弁護的な機能を果たし、④利用者本人が持つ潜在的な力を引き出す能力がそれぞれ要求されている。そして、これらを下支えするものが、⑤利用者とのコミュニケーション能力といえるだろう。ケアマネジャーに必要とされる能力向上のために自己研鑽を積むことがケアマネジャーには求められているし、そのためにはケアマネジャーの質的向上をはかる制度基盤の整備が必要である。

「ケアプランの作成においては、在宅の意味を考えながら、行政が提供する高齢者向けの一般施策や地域のボランティアといった社会資源を組み合わせて介護保険を活用することで、在宅の充実化を図ることはできると思います。そういったことができるようになるまで、ケアマネには自己研鑽が必要ですし、行政や在介には情報の共有・活用を行なえるシステムづくりが必要です」と、ケアマネジャーのAさんは強調する。聴取調査からも、介護保険以外の情報を十分に理解しないまま、介護保険情報だけでサ

ービスプランを作成しているケアマネが少なくないことが指摘されているし、一部のケアマネが、所属事業所の併設施設を優先的にプランに加えていることも明らかになっている。“施設のケアマネにお願いすれば、そこを優先的に利用できる”といった思い込みは、利用者のなかにも多い。こうした利用者に対して、ケアマネの中立・公正性を丁寧に説明しながら、自らも中立・公正性を維持することが、ケアマネには求められている。

しかし、こうしたケアマネの質的向上を阻み、中立・公正性を崩しかねない状況が、現実にはある。「訪問看護師の1回の保険点数とケアプラン1ヶ月の保険点数がほぼ同じと言うのは解せない」、「ケアマネの場合、ノルマと売り上げの問題をダイレクトにつなげて考えてしまいがちだ」、「そうでなくても利益が薄いのがケアマネなので、ノルマの達成ができないと、ケアマネ自身が抱え込んでしまうことになる」、「利益が薄い分、自分のところのサービスを優先的に入れないと、トータルで儲けがでない」、「もう少し余裕が欲しい」、「一人事業所だと、なんでも抱え込んでしまいがちだし、時間的なゆとりが皆無に等しい」といった声は、伊丹市でもベテランのケアマネの皆さんに対する今回の聴取調査で得られたものである。

ケアマネの中立・公正性を担保し、ケアマネの質的向上を実現するための制度改革と労働条件の見直しが、現場からも必要とされている。

#### 「兵庫方式」といわれる

##### 『「気づき」のスーパービジョン』の導入

対人援助職としてのケアマネの仕事は、徹底した“個別性”にある。提供される社会資源については、ある程度の分類が可能であるが、クライアントの個別性が反映されるケアプランは、クライアントの数だけあるといってもよい。既成のパッケージ化されたケアプランを排除して、クライアントの個別性をどこまで保障できるかは、ケアマネの“対人援助職としての能力”にかかっている。

対人援助に携わるケアマネなどの専門職が、専門職にふさわしい知識や技能を身につけ、適切なサービス提供が行なえるように、教育・指導・援助するシステムとして「スーパービジョン」が、2000年度に厚生労働省の「介護支援専門員指導者研修」に取り入れられて以来、ケアマネ研修にも積極的に導入されている。クライアント自身に焦点をあてるケースカンファレンスとは異なり、援助者（ケアマネ）自身の抱える課題に焦点をあてることになるスーパービジョンでは、参加した援助者が日頃の経験をメタ化し、参加者同士でそれを共有することを通じて専門職として独り立ちすることが期待されている。

伊丹市では、事例検討会によるピアスーパービジョンの手法として開発され、現在では「兵庫方式」と呼ばれている「気づきのスーパービジョン」が積極的に導入されている<sup>22</sup>。気づきのスーパービジョンは、熟練したスーパーバイザーでなくても、地域ですぐに実践可能な手法として開発されたものであり、事例検討者に援助者としての基盤づくりや“独り立ち”を支援するという姿勢を持ちながらも、問題の中核やあるべき臨床像を解説するような最後のまとめをスーパーバイザー役が無理をして行なわないところに特徴がある。これは、教育的役割を事例報告者本人の「内省的学習<sup>23</sup>」に求めることで、有能なスーパーバイザーが不在であっても、気づきが起きている事例検討会の必要最低限の条件を明示することでスーパービジョンを可能とする方法である。

兵庫県では、「気づきのスーパービジョン」を積極的に導入し、そこで積み重ねられてくるケアマネの役割や限界の整理を行ないながら、将来的には多くのケアマネがスーパーバイザーを持つことができるシステムの構築を考えてい

る。伊丹市では、2002年12月から活動を開始したケアマネジメントリーダーを中心に月に1回の研修会が行なわれ、毎回50名近い参加者を得ている。

#### 慢性的なケアマネ不足

2003年11月現在、伊丹市のケアマネジャーは約120名、うち伊丹市介護支援専門員連絡会<sup>24</sup>に加入している居宅事業所（伊丹市内26事業所）勤務の現任ケアマネは85名である。2003年3月現在の伊丹市における要介護認定者数は4,468名、これを現任ケアマネ数85名で割ると、ケアマネ1人あたり平均53人弱のケースを担当していることがわかる。しかしこれはあくまでも単純平均であって、現状を表わしているものとは言いがたい。Oさんは「担当するケースの数は、人によって大きく違います。経験の浅い、一人ケアマネの事業所などでは、どうしても担当数は少なくなりますし、困難ケースの経験に長けているベテランの人などは、どうしても50ケースを超えて担当することになります」という。Eさんもまた「（私の）業務が大変だから、ケアマネを募集しても応募がないのが実情です」という。数的には“全国標準”の数だけケアマネが配置されているものの、現場では慢性的なケアマネ不足に陥っている伊丹市の姿が見てとれる。そして、伊丹市で不足しているケアマネは、“伊丹市の水準でケアプランを作ることができるケアマネ”であることがわかる。

EさんもOさんも「ケアマネ募集を行なっても、“伊丹”というところに応募者がぐんと少なくなる」と口を揃えて強調する。院長が在宅介護に理解を示し、介護においても要求水準が高いCでは、「逆にそれが原因で、ケアマネの募集を行なっても応募者がいないんだと思います」と

22 兵庫県介護支援専門員協会（編）（2002）『「気づき」のスーパービジョン：介護支援専門員のための実践事例検討集～居宅編～』（非売品）。

23 渡部律子（2003）『『よい事例検討会』とするために』、『ケアマネジャー』（2003年1月：第34号）、中央法規。

24 伊丹市介護保険課が事務局をつとめるケアマネ連絡会。ケアマネ相互のネットワークや研修等の活動を通じて、自らの専門性の向上と社会的地位の確立、さらには介護保険制度の円滑な運営に寄与することを目的として設置されたもの。ケアマネの正会員数108名。

Eさんは言う。Oさんもまた、「近隣でケアマネを募集しても、勤務地を“伊丹”と告げた瞬間に拒否されることが多い」と言う。この背景には、近隣からの通勤時間が問題となる場合もあるが、実際には、「伊丹のケアマネは厳しい。せやからよう勤まらん（Oさん）」という風評があることも原因のひとつと考えられるだろう。「伊丹市の場合、ケアマネで活躍している人の“顔”はすぐに浮かんでくるくらいに、周りで、誰が何をしているのかはわかっている（Oさん）」くらいに、専門職とおしの相互監視が効いている。そんななかで、新規に業務に就くことは、少しばかり敷居が高く感じられるのかもしれない。しかしそれが同時に、伊丹市のケアマネの水準を高めていることもまた事実である。

### （3-3）ケアマネジメントリーダーの活動と 一人働きケアマネへの支援 ——頑張りすぎない／一人で抱え込まない体制作り

#### 伊丹市ケアマネジメントリーダー活動

2002年12月から活動を開始した「伊丹市ケアマネジメントリーダー活動」は、ケアマネを兼務する在宅介護支援センター職員や経験を重ねたケアマネ、伊丹市介護保険課職員等の7名で組織されている。リーダーの多くは、伊丹市介護支援専門員連絡会のメンバーでもあり、文字通り伊丹市のケアマネを指導する経験と立場にある人たちであり、それぞれの所属する事業所の日常業務と兼務でさまざまなリーダー活動をすすめている。

その活動内容は、①ケアマネの活動状況の把握・アンケート調査の実施、②定期的に勉強会を開催し、ケアマネの資質向上を図る、③居宅介護支援事業所の巡回相談、④サービス担当者会議の開催、⑤個別のケアマネの相談に応じた

助言と指導、⑥困難ケースにおけるケアマネジメント支援と関係者間の連絡調整である。このほかに、リーダー内部でのインフォーマルな勉強会が月1回のペースで開催されている。

日常業務は、ケアマネ自身からの電話相談に応じることであるが、2002年度には、市内に拠点を置く21ヶ所（当時）の居宅介護支援事業所に対して、巡回訪問を行ない、業務上の相談を直接受けるという活動が実施された。

#### 居宅介護支援事業所への巡回訪問の実施<sup>25</sup>

ケアマネジメントリーダー活動は、まずはじめに、介護保険施行後に事業を開始した居宅介護支援事業所や一人働きケアマネの事業所を中心として、ケアマネリーダーが2人1組となり、毎月2チームが巡回訪問を実施した。リーダー自身の日常業務もあることから、1日あたり6～7ヶ所の事業所訪問を行なうというハードな日程となったようだ。4ヶ月のべ53回にわたる巡回訪問は、それぞれ「活動報告書」にまとめられ、それぞれの相談ごとに対応にあたることにした。

- ・介護保険制度についての情報が欲しい。
- ・仕事に慣れていなくて不安。いろいろな情報が欲しい。
- ・医師との連携がとりにくい。
- ・ケアマネの業務範囲がわからない。
- ・デイサービス、ショートステイなどのサービス利用が困難。
- ・ケアマネに対して新人教育をして欲しい。
- ・十分な訪問活動や相談が行なえない。

これらはほんの一部であるが、巡回訪問を通じて、介護保険制度全てに関する疑問やケアマネ業務は“何をどこまでするのか”といった初歩的な悩みから、処遇困難ケースへの対応の仕方や事業所間でのトラブルの解決方法など、ケ

25 ケアマネジメントリーダーの方々への聴取調査と『ケアマネジャー』（2003年6月：第39号）中央法規、の特集記事「兵庫県伊丹市・市内全事業所を

巡回訪問」（特集 ケアマネジメントリーダーの可能性）をもとに作成。

アマネリーダーだけでは解決できない問題が析出された。

そしてなによりもこの巡回訪問は、リーダー自身の「気づき」の機会ともなったようである。伊丹市内のケアマネが実際どのような問題に悩んでいるのか、そして、ケアマネの“実力”がどの程度なのかといったことは、こうした現場への丁寧な聴取調査を経ない限りは、抽出が不可能である。ケアマネリーダー自身が現場調査に出かけることで、こうした問題を具体的に析出し、それを彼ら自身の言葉で記述する作業と、それを他のケアマネと共有する作業こそが、現場のケアマネの質的向上に役立つ作業だと思われる。

#### 一人働きのケアマネの苦勞

##### ——一人で抱え込まない体制づくり

今回の巡回訪問で明らかになったことは、一人働きのケアマネが、数多く問題を抱え込んでいるという実態である。

伊丹市の社会資源の利用方法がわからないことから、行政サイドが提供する情報が十分にケアマネにまで行き渡っていなかったり、訪問調査の方法がわからない、利用者との会話をどこで切り上げればよいのかわからないなど、対人援助の初歩で悩んでいる一人働きのケアマネは少なくない。特に、施設情報については、フォーマル／インフォーマル双方のネットワークが不十分なため、空情報がつかめなかったり、その場合の適切な対処を相談する先がなく、一人で抱え込んでしまうこともあるようだ。

一人働きの場合の最大の問題は、時間の余裕がないことである。全ての業務を一人で処理することから、電話対応だけではなく、緊急通報においても、休日関係なく対応が迫られる。休日にも十分に休息できないし、連絡会や研修会も日常業務を優先させざるを得ず、参加することができないことが多い。特に、伊丹市の場合は、業務時間内に連絡会や研修会が開かれることが多く、一人働きのケアマネは参加しにくい。一人働きが、全てを一人で抱え込む悪循環が起こ

るのである。

ケアマネリーダー活動はその後、一人働き事業所を中心として、2ヶ月に1度の頻度で巡回訪問を実施している。在宅介護支援センター職員も多く含まれるケアマネリーダーが中心となって、直接事業所に出向く機会を増やすことによって、“相談できるところをたくさん作っておいたほうがよいですよ”というアドバイスを、単なるアドバイスにとどめないことが、今の一人働きケアマネへの最大の配慮となるであろう。加えて、処遇困難ケースを一人働きケアマネが抱え込まないように、地域型在宅介護支援センターとケアマネリーダーが現場をチェックしながら該当事例を見つけ出し、適切な対応をはかる必要があるだろう。

現場で解決しきれない問題を、このような方法で一つずつピックアップし、その問題について、少しでも専門家や地域の“仲間”とシェアし合う機会を増やすことが、小地域福祉拠点の実現のためには、必要不可欠の現場対応であると思われる。

#### (3-4) 地域ケアのネットワークの構築に向けて

##### ——フォーマルネットワークとインフォーマルネットワーク

これまで見てきたように、小地域福祉拠点の充実化を図りながら、地域の福祉力を高め、地域福祉の実現を図る伊丹市の地域福祉基本計画の理念は、地域ケアのネットワークと協働を具体的な目標としてすすめられていることが確認できる。もちろんそこには、理念どおりに動いていない実態が数多く確認できるし、現場のケアワーカーたちの多くが、その問題に突き当たっている姿を見ることができた。

兵庫県伊丹市は、冒頭に述べたような地域福祉に関するこれまでの良好なノウハウの蓄積がある。“ノウハウの蓄積”と言えるものは、単に制度や施設や、漠然とした福祉の歴史といった言葉だけで総括できるものではない。なによ

りも、現場のケアワーカーたちが経験してきた知、彼らが日常業務のなかで培ってきた専門家同士のネットワークこそが、地域ケアのフォーマルネットワークの基盤にあることを忘れてはならないだろう。

例えばEさんの場合、在宅看護の経験を積んでいる事実を近隣のケアマネは日頃の繋がりの中でよく知っている。だから“ターミナルを担当することができる”ということで、近隣のケアマネからケースの紹介を受けることがある。ネットワークを築くといった意識なしに日常業務をこなしていると、それだけで手一杯となってしまう、どうしてもネットワークをすすめることができない。Eさんは、病院長から「日ごろから他の人たちとネットワークを組んでおく必要がある」と強く言われており、意識してそういった機会を持つように活動している。一人働きのケアマネでも、頻繁に勉強会が開かれ、それへの参加が許されるようになると、そういった機会を通じてインフォーマルなネッ

トワークが築けるかもしれないという期待がある。

またOさんは、「しょうもないことも、いろんな人に訊きまくります」という。介護保険以前から伊丹市でヘルパーを経験し、その後神戸市でヘルパーやヘルパー養成講座の講師をして、4年前から伊丹市のIに勤務しているOさんは、その間に築き上げた人脈を使って、互いに連絡を取り合いながら日常業務をこなしているのである。

伊丹市の地域福祉計画に見られるような、地域ケアネットワークの実現には、こうした、ケアワーカーたちが日常業務や研修会を通じて培ってきたインフォーマルネットワークが必要であることは、今まで以上に強調されてよいだろう。そして、そうしたインフォーマルネットワークの構築を下ささえするような、制度的バックアップ体制の構築とケアワーカーらの労働条件の改善が、急務の問題であると言わねばならない。