

地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応¹⁾

— 地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために —

井上 信 宏²⁾

1. はじめに

困難ケースの発生は、波があるんですね。でも、月にならずと新規でだいたい4～5件くらいでしょうか。いや、もう少しあるくらいかな… 困難と思われるケースについての連絡があったら、包括（地域包括支援センター）はその日か遅くても翌日までに、3人（三職種）のうちのどれか2人が必ず現場に出向いて行きます。

介護度がつく場合（介護保険対象となる場合）は、わたしたち（包括）が直接担当することができませんから、ある程度まで状況を（包括が）整理した上で、地域のケアマネさんと連動して対応しますが、介護度につかない人や介護（保険）を使わないという人については、当面は見まもりの対象となります。

セルフネグレクトのゴミ屋敷なんてのが、最近は多いです。介護（保険）につかない場合は、ずっと包括が関わり続けます。それでも、近所の人から「どうにかできんか」という連絡があるような場合は、支援か介護がつくものです、認定を受ければ。だから、それ（介護認定調査）にどう繋げるかですね。

去年の6月頃に問題になったセルフネグレクトの人の場合は、認定の申請をするまでに3ヶ月くらい。その間、（包括の職員が）2人で、3日にいっぺんは通いました。本人が「うん」と言うまでに3ヶ月です。

申請についても、毎回その話を言うわけにはいけないので、たわいもない話をしながら家に上げてもらうようにして、とりあえず目先の課題を少しずつ解決していくなかで、関係を作っていくわけです。

ようやく家に上げてくれるようになって、「おじいちゃん、なんか困ったことはないか？」って訊ねても、「うんや、何んも」って返ってくるんですね。この人の場合、家じゅうが蛆虫だらけでご近所から連絡が入ってきたんです。手に持つ酒の入った茶碗の縁を蛆

1) 本稿は、地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究検討委員会 [2007] 『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書』（平成19年3月）社団法人生活福祉研究機構、「第I部・第1章 地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応」および「第II部・第9章 まとめ—調査事例にみる主要項目比較一覧」（いずれも井上信宏執筆）をもとに、大幅に加筆修正を加えたものである。また、この調査研究は、厚生労働省老人保健事業推進費等補助金による事業（老人保健健康増進等推進事業）の一環として実施されたものである。

上記の調査研究の実施ならびに報告書の作成においては、調査先の自治体ならびに地域包括支援センター職員の皆さんはもちろんのこと、委員長の上野谷加代子氏（同志社大学）、ワーキングチームとして調査に協力いただいた自治体活性化研究会の方々をはじめとする委員会参加の皆さんから数多くの有益なコメントを戴くことができた。また、本紀要への投稿にあたって、匿名レフェリーから詳細なコメントを戴いている。ここに記して感謝の意を表したい。もちろん残された誤りは著者の責任である。

2) 信州大学経済学部（〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1）、E-Mail: inoue@shinshu-u.ac.jp, 社団法人生活福祉研究機構 主任研究員（兼任）

虫が這っているような状態でも、「足らんもんは、女や」って言うんです。

それでも通い詰めて、布団を畳んでみようかとか、このゴミを袋に入れようかとか、窓をどうするとか… そんな小んまい課題を解決していきながら、「それでも、私たちも、こんなふういつまでも来れんから…」っていう形で、なんとか（介護保険の申請にも）「うん」と言ってもらったんです。

手に持ったお酒にも蛆虫が入っちゃうような独居のお宅に、3ヶ月。でも、そうやって時間をかけていくと、少しずついろいろと話をしてくれるようにはなるんです³⁾。

(1.1) 介護保険法の改正と地域包括支援センター

2000年4月にスタートした介護保険制度も、介護サービスの供給基盤が次第に整備され、サービス利用者も当初の約150万人から2006年11月には約350万人と2倍を超える伸びとなってきた。この間、介護保険法施行後、5年を目途とする見直し規定を受けて実施された介護保険制度の見直し作業⁴⁾が、高齢化がピークを迎える2025年に向けて、「制度の維持可能性」を確保することを課題に実施された。

2005年6月に成立した「介護保険法等の一部を改正する法律（改正介護保険法）」は、「1. 予防重視型システムへの転換」、「2. 施設給付の見直し」、「3. 新たなサービス体制の確立」、「4. サービスの質の確保・向上」を実行するものである⁵⁾。

改正介護保険法の検討においては、早くから、今後の高齢化の進展のなかで社会適応が難しい認知症や高齢者世帯の急増が指摘されていた。こうした状況をふまえて、「介護モデル」から「予防+介護モデル」へ、「身体ケアモデル」から「身体ケア+認知症ケアモデル」へ、「家族同居モデル」から「家族同居+独居モデル」への新しいサービスモデルへの転換の必要性が強調されるようになっていた。

このような新しいサービスモデルを前提に、利用者の「尊厳の保持」と地域包括ケアを実現するために新たに設置されたのが「地域包括支援センター」である。同センターは、高齢者が長年暮らし続けた地域での生活が継続できるよ

うに、生活圏域を中心とする地域において、公正・中立的な立場から、「①総合相談支援」、「②虐待の早期発見・防止などの権利擁護」、「③包括的・継続的ケアマネジメント支援」、「④介護予防ケアマネジメント」の4つの機能を担うことが期待されている。

より具体的には、介護予防事業と包括的支援事業を地域支援事業の必須事業とし、そのほかにいくつかの任意事業を実施することが定められている。このような事業展開において、高齢者や家族への総合的な相談・支援を引き受け、地域のケアマネジャーを対象に包括的・継続的ケアマネジメント支援を実施し、高齢者への虐待防止や権利擁護事業を展開することから、地域包括支援センターは、元気高齢者から要支援・要介護、要援護度の高い住民まで対象とする地域包括ケアの地域拠点と位置づけられているとあってよい。

地域包括支援センターの設立当初は「介護予防ケアプランの作成が多く、本来の業務ができない」という現場からの声が多かった。同センターの設置が決まり、その業務内容が見えてきたのが2005年12月頃であり、設立間もない専門機関ということもあって、その活動については“動きながら整備する”というのが政策運用の実情であったと思われる。もちろんこうした実情は、同センターが地域包括ケアの地域拠点であり、地域特性に合わせた、ある意味“オーダーメイド”の専門機関としてデザインされなければならないという事実とも関係している。

3) 本調査研究でヒヤリングを実施したベテランの社会福祉士の発言より。

4) 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見

直しに関する意見」（平成16年7月30日）

5) 法改正の問題点については、本稿は取り扱わない。

こうした状況のなかで、本稿のもとになった調査研究は、地域包括支援センターの職員の多くが“本来の業務”と位置づけている事業のなかでも、ケアマネジャー単独では対応しきれなかったり、地域社会のなかで不可視化されがちなセルフネグレクトや虐待に代表される要援護度の高い利用者、家族への支援を「困難事例への対応」と位置づけ、同センターに期待されている「困難事例への対応」に注目し、アンケート調査とヒヤリング調査を通じて、すでに実践されている「困難事例への対応」の実例を収集・分析し、そこから課題を明らかにし、ささやかながら課題解決の方策を考えることを目的として実施されたものである。

(1.2) 困難事例をめぐるブレインストーミングからみえてきた仮説

「困難事例」という表現は、極めて“現場”の言葉である。

高齢者本人や家族などの関係者、あるいは当事者を取り巻く地域社会などで、さまざまな要因から生活課題が重層化してしまい、既存のマニュアルに沿った対応が拒絶されてしまう「困難事例」は、これまでも数多くあった。こうしたケースに対して、実態把握からニーズの発見、問題解決に至るサポートを行っていたのは「ケースワーカー」と称される福祉事務所等の職員であり、「ケースワーク対応」は福祉の現場では日常的な支援のひとつであった。

冒頭のヒヤリングのように、ケースワーカーらは、接近困難な状況にあるケースに出会うと、時間をかけて根気よく信頼関係を築き上げ、生活課題を明らかにし、しかるのちに当事者と共に具体的な支援のあり方を考えるという、極めて手間のかかる仕事を担っていたのである。

ケースワークの現場では、生活課題が複合的に存在していたり、法律で定められた対応では対処しきれないために、現場の職員の“機転”によって解決に近づける道が開かれる場面も少なくない。そのため、「困難事例の対応」は、簡単にマニュアル化できない、常に“例外対

応”とならざるを得ないのである。

本調査研究の初期の段階で、このようなケースワーク業務を長く担当してきた複数の専門家とのブレインストーミングを通じて、次のような仮説が見えてきた。

1. 介護保険制度の導入以降ケースワーク業務が軽んじられる傾向があり、困難事例への対応のノウハウが継承されていないのではないか。
2. 行政とは独立した専門機関である地域包括支援センターにおいて、困難事例への対応に係る経験や知識が不足しているのではないか。
3. 行政と地域包括支援センターのあいだで、困難事例への対応の役割分担が不明瞭な状態に陥っていないか。
4. さらに、介護保険制度等、サービス供給が多様化するなかで、困難事例への対応が統一的に実施できなくなっていないか。
5. その結果、困難事例は、地域や支援者の力量によって可変的なものとなり、現場の解決方法にも格差が生じているのではないか。

(1.3) 本調査研究の対象と限定

本調査研究は、地域包括支援センターの活動と困難事例への対応をめぐる全ての課題を検討対象とするものではない。ブレインストーミングを通じて用意された仮説のもとで、地域包括支援センターの三職種と当該地域のケアマネジャー、及び、自治体の高齢者福祉・介護保険担当の窓口に限定して調査を行なったものである。

本調査研究は、こうした限定のもとで調査データを収集・分析することによって、改正介護保険法によって具現化を図る地域包括ケアのあり方に併せて、困難事例への対応主体の変化と、それに伴って生じる責任主体の変化の持つ意味を明らかにすることができた。

困難事例への対応は、改正介護保険法以降、新たに見つかった福祉課題ではない。ケースワ

ーク業務として連綿と引き継がれてきた地域のノウハウや社会資源がそこにある。そうした社会資源をいかに新しいしくみに移設できるか、あるいは、新しいしくみが、各地で積み上がってきた社会資源をどのように取り入れているか、その事例を収集・分析し、そうした取り組みを阻害する要因を明らかにして、それらを可能な限り調整するための環境整備を行う必要を提言することに調査研究の主眼をおいた。

困難事例への対応をめぐる環境整備として本稿が最終章に述べる提言を整えたとしても、困

難事例への対応が格段に“楽な業務”になるとは到底思えない。「困難事例」と言われる要援護者への生活支援の実際は、冒頭の事例にあるように、手間のかかるケースワークがこれからも続けられるに違いない。そうであるがゆえに、困難事例への対応に携わる地域包括支援センターの職員、自治体職員、地域のケアマネジャーをはじめとする現場の人々が働きやすい地域の福祉環境を整備する必要が急務なのである。本稿は、そのための理論的整理と政策提言を明らかにするものである。

2. 地域包括支援センター以前は、誰が困難事例に対応してきたのか？

(2.1) 自治体のケースワーカーによる困難事例の対応の変化

2006年4月に地域包括支援センターが設置されるまでは、高齢者の介護・福祉に関わる「困難事例」の対応は、主に自治体のケースワーカーや在宅介護支援センターの職員が担ってきた。

自治体のケースワーカーが高齢者に関わる困難事例に対応してきた歴史は古い。自治体は、日本国憲法25条に規定された生存権に基づき、個別法で定められた福祉ニーズに対応するためのケースワーク業務を中心に、措置権に基づく行政命令を最終手段とする社会福祉事業全般の業務を遂行する機関として福祉事務所を設置している⁶⁾。自治体のケースワーカーの多くは、福祉事務所に所属している自治体職員である。

これまでケースワーカーには、措置の適用判断を行うために、フォーマル、インフォーマルにかかわらず、自治体内の社会福祉事業全般に係る社会資源の知識を総動員したケースワーク業務が求められてきた。高齢者介護もまた、そうしたケースワーク業務の一つとして実施されてきた長い歴史がある。

1980年代後半以降の急速な高齢化とそれに伴

う要介護高齢者の急増＝一般化によって、従来の高齢者介護のあり方は根本から見直しが求められることになった。その過程で、地域福祉の推進と在宅介護のメインストリーム化、措置の見直しが進められ、社会福祉基礎構造改革と並行して進められた介護保険法（2000年）では、要介護高齢者の在宅介護に必要なサービスをすべての人が利用できるように、新しい在宅介護サービスと社会福祉事業の一部サービスを社会保険制度の下で提供することになったのである。介護支援専門員（ケアマネジャー）の「居宅サービス計画」に基づく介護保険サービスの利用は、介護保険法が「措置から契約へ」というスローガンと共に語られるように、高齢者介護の一般化（普遍化）とサービス利用者の選択の自由をもたらしたと言われている。

こうしたパラダイムの転換の中で、自治体の福祉事務所が担ってきた高齢者のケースワーク業務は、その多くが「介護保険サービスに係る問題」と認識されるようになり、その問題解決を図る専担者としてケアマネジャーが位置づけられたのである。それに伴って、それぞれの自治体で高齢者担当のケースワーカーが削減されてきた事実は、これまでの調査でも明らかとなっていた⁷⁾。

(2.2) 困難事例の対応における在宅介護支援

6) 福祉事務所の設置は、社会福祉事業法の第13条（1951年制定、現在の社会福祉法 第14条）に謳われたものである。

センターの位置づけ

高齢者に関わる困難事例に対応してきたもうひとつの在宅介護支援センターは、1989年のいわゆる「ゴールドプラン」を受けて在宅介護のサービスメニューが多様化・一般化するなかで、要介護高齢者のニーズに合わせて必要な福祉サービスを調整し、介護の相談や指導を行うケアマネジメント実施機関として1990年に設置されたものである。

1990年代半ばに老人福祉法を根拠法とする組織に位置づけられた在宅介護支援センターは、2000年度から始まった介護保険制度のもとで「基幹型」と「地域型」に機能が二分化され、「基幹型」はケアマネジメントリーダーによる地域のケアマネジャー支援を行なうなど「地域型」を統括する役割を担い、「地域型」は担当地域の高齢者の実態把握調査を行い、サービス基本台帳などを用いて日頃から地域の高齢者を見まもり、よりケースに近いところで高齢者とその家族の福祉ニーズの発見に務めることが期待されるようになった。

在宅介護支援センターが設置された当初は、必ずしも困難事例に対応する機能が業務の中に明示化されていたわけではない。しかし、総合相談やサービス調整などの実質的な活動を通じて、地域の高齢者に関わる困難事例に対応する機会が増え、2000年以降は、現在の地域包括支援センターの業務に継承されるいくつかの事業

が展開され、現場のケアマネジャーと共に、地域社会の中で困難事例の発見と対応を担う社会的な位置を獲得するにいたった。

しかしよく知られているように、在宅介護支援センターは介護保険法のもとで居宅介護支援事業所との“二枚看板”が認められたため、サービスの中立・公正の観点から、いくつかの問題が早くから指摘されていたのも事実である⁸⁾。特に困難事例については、利用者情報に関わる守秘義務など高齢者の尊厳に基づく権利擁護の観点から、中立・公正な機関による対応が求められていたといつてよい。それでも今まで在宅介護支援センターが困難事例の対応に関わってきた背景には、介護保険導入以前から、在宅介護支援センターが唯一の地域のケアマネジメント機関として活動を続けてきたという継続性と、地域型は委託であっても、基幹型の多くが自治体直営として設置されるか公共性の高い機関に委託されており、その限りにおいて中立・公正が担保されていたことがある。こうしたなかで、在宅介護支援センターは、制度上不可避的なねじれを抱えたまま困難事例に対応する業務を続けてきたのである。但しそれは、在宅介護支援センターという制度が抱えこんだねじれであって、地域ケアマネジメントを実践してきた在宅介護支援センターが積み上げてきた経験値を低めるものではない。

3. 地域包括支援センターには、どのような困難事例の対応が期待されているのか？

(3.1) 「地域包括ケア」の中核機関としての地域包括支援センター

2006年4月に設置された「地域包括支援センター」は、それまでの在宅介護支援センターの

活動を見直し、在宅介護支援センターが制度的に抱えていたねじれを整理・解消するために設置されたケアマネジメント機関である。

いわゆる「団塊の世代」が65歳以上の高齢者

7) 井上信宏 [2006]「介護保険のサービス運営における組織と人のネットワーク：長野県松本市におけるコミュニティ・ケアワークの実践と課題：Welfare Designing (2)」、『信州大学経済学論集』第54号, pp.93-142。

8) 井上信宏 [2004]「地域ケアマネジメントにおけ

るケアマネジャーの位置づけと今後の方向」、地域ケアマネジメント推進のための調査研究委員会(編)『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(平成16年3月)』社団法人生活福祉研究機構, pp.180-190。

表1 在宅介護支援センターと地域包括支援センターの比較

在宅介護支援センター		地域包括支援センター
<ul style="list-style-type: none"> ・根拠法：老人福祉法 ・老人福祉一般の施策として実施 	位置づけ	<ul style="list-style-type: none"> ・根拠法：介護保険法 ・介護保険法に基づく「地域支援事業」として実施
<ul style="list-style-type: none"> ・予算補助 ・2006年度以降、過渡的補助を除く予算補助を廃止 	財源	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法に基づく財源措置 ・包括的支援事業＝1号保険料＋公費 ・介護予防事業＝1号・2号保険料＋公費
<ul style="list-style-type: none"> ・老人福祉を中心とする相談，連絡調整を実施 	業務内容	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアの中核機関として，高齢者の多様なニーズや課題に対して，地域の社会資源のネットワークを構築し，ワンストップで対応する。 ・権利擁護，介護支援専門員に対する助言・指導，介護予防ケアマネジメント等を必須事業とする。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域型は1名でもよい（社会福祉士等のソーシャルワーカー，保健師，看護師，介護福祉士，介護支援専門員のいずれか1名） ・居宅介護支援事業所との兼務可能 	職員配置	<ul style="list-style-type: none"> ・3人体制が原則（社会福祉士，保健師，主任介護支援専門員） ・居宅介護支援事業所との兼務は原則として不可能（指定介護予防支援事業としての兼務は可能）
<ul style="list-style-type: none"> ・市町村の直営，または，市町村からの委託による 	設置主体	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村の直営，または，在宅介護支援センター設置法人等の中から適切に事業実施できるものを選択して委託による設置
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護支援センター運営協議会を設置する 	運営方法	<ul style="list-style-type: none"> ・公正・中立な運営を確保する観点から，「地域包括支援センター運営協議会」を設置し，運営への関与を明確化する。

となる2015年以降の高齢者介護のあり方を提言した「2015年の高齢者介護：高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて⁹⁾」は，高齢者が住み慣れた地域で尊厳のある生活を継続することができるように，要介護状態になっても，高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される「包括的かつ継続的なサービス体制」を目指す介護のあり方として，「地域包括ケア」の理念を提示した¹⁰⁾。2000年の社会福祉基礎構造改革にも系譜が求められる「地域包括ケア」の理念は，介護保険法の第1

条に加筆された「尊厳の保持」と共に，2005～06年の介護保険法見直しの基本コンセプトに据えられ，地域包括支援センターはその理念を支える中核機関として位置づけられたのである。

(3.2) 地域包括支援センターに期待される困難事例の対応

「地域包括支援センターの4つの基本機能」〔→表2〕にまとめた基本機能を担うことで，生活圏域で地域包括ケアを有効に機能させる役

9) 高齢者介護研究会，2003年6月。同報告書は，厚生労働省のホームページに掲載されている。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html> (2007年6月現在)

10) 井上信宏 [2005] 「地域包括ケアシステムの担い

手とケアマネジメント・ネットワークの構築：ケアマネジメントの系譜と〈ケアの包括性〉のゆらぎ」、『信州大学経済学論集』第53号，2005年8月，pp.75-97。

表2 地域包括支援センターの4つの基本機能¹¹⁾

① 共通の支援基盤構築	・地域に、総合的、重層的なサービスネットワークを構築すること
② 総合相談支援・権利擁護	・高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスに繋ぐこと ・虐待の防止など高齢者の権利擁護に努めること
③ 包括的・継続的ケアマネジメント支援	・高齢者に対し、包括的かつ継続的なサービスが供給されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援すること
④ 介護予防ケアマネジメント	・介護予防事業、新たな予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なケアマネジメントを行うこと

割が期待される地域包括支援センターは、高齢者に関わる困難事例の解決に向けて、在宅介護支援センター以上に積極的な役割を果たすことが強く求められている。

たとえば、「総合相談支援業務」では、「地域包括支援ネットワーク」や「高齢者虐待防止ネットワーク」を構築し、地域住民の実態把握を行いながら、初期段階での相談において、緊急性が高く専門的対応が必要とされるケースを早期に発見し、必要なサービスに結びつけることが求められている。

また、「包括的・継続的ケアマネジメント支援」では、地域包括支援ネットワークを基盤に、サービス担当者会議の開催や情報交換、ケアプラン作成の個別指導や相談への対応を積極的に行うなど地域のケアマネジャーの活動支援や、ケアマネジャーが担当する困難事例の指導や助

言を行うことが期待されている。

こうした活動は、かつて在宅介護支援センターがその一部を担ってきた業務であり、地域の困難事例への対応に直接／間接的に繋がるケアマネジメント支援である。介護保険法の改正で設置されることになった地域包括支援センターでは、このような一連のケアマネジメント支援に加えて、さらに踏み込んだ「権利擁護業務」が主要業務に課されることになり、権利擁護を目的とするサービスや成年後見制度の活用、老人福祉施設等への措置に繋げること、虐待や困難事例への対応、消費者被害の防止などが、あらたな業務として明記されることになった。

もちろん、こうした権利擁護業務に記された困難事例への対応は、基本的には市町村の責任によって行われるべきものである¹²⁾。そして、地域包括支援センターが、その責任の一端を担

11) この表は井上の整理による。

厚生労働省老健局が2005年12月に作成した「地域包括支援センター業務マニュアル」(2006年1月)、2007年1月までの地域包括支援センターに関する法令、通知、Q&A等を取りまとめた「地域包括支援センターの手引き」(厚生労働省老健局、2007年)等において、「総合相談支援事業」、「権利擁護事業」、「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業」、「介護予防ケアマネジメント事業」の4事業を「基本機能」と整理している。

また、介護保険に係る地域支援事業のひとつである「包括的支援事業」でも、「介護予防ケアマネジ

メント事業」、「総合相談・支援事業」、「権利擁護事業」、「包括的・継続的マネジメント支援事業」の4つが必須事業としてあげられている。

こうした厚生労働省の施策とは別に、井上は、本調査研究において明らかになった「地域づくり」の重要性を鑑みて、本表のように地域包括支援ネットワークの構築に係る「共通の支援基盤構築」を地域包括支援センターの基本機能に明示的に組み込み、総合相談と権利擁護を併せて取り扱うことにした。

12) 老人福祉法では、第5条の4(福祉の措置の実施者)で市町村責任が明記されている。

う公共性の高い機関であることは言うまでもない。しかし同時に、地域包括支援センターだけでは困難事例への対応が完結しないことも明らかである。地域包括ケアを具現化する、表2の「①共通の支援基盤構築」に係る「地域包括支援ネットワーク¹³⁾」は、困難事例に対して、ネットワーク型の対応を行うために用意されるしくみである。

加えて、地域包括支援センター設置直前に作成された「地域包括支援センター業務マニュアル」では、困難事例の状態によっては、地域包括支援センターが直接支援を行う場合もあれば、自治体や法務局、あるいは弁護士や司法書士、

警察などと連携をとりながら対応する場合が当初から想定されていた。なかでも、虐待に係る問題、やむを得ない事由による措置の対応などは、地域包括支援センターが中心となりながらも、自治体や警察などの関係機関との「連携」の下でネットワーク型の対応を実現することが求められているのである。

地域包括支援センターは、こうしたネットワーク型の対応を通じて困難事例への援助を実施する際に、連絡調整を行い、困難事例の対応のイニシアティブをとることが期待されているのである。

4. 地域包括支援センターは、実際にどのようにして困難事例に向き合っているのか？

A. 困難事例対応のプロセス分析

(4.1) 困難事例の対応を《発見》と《援助》から整理する

「困難事例とは何か」という問いに答えることは極めて難しい。それは困難事例が、当事者と近親者および援助者と、それらを取り巻く社会環境のありかたによって可変的に顕在化する関係概念に他ならないためである¹⁴⁾。

そこで本調査研究では、困難事例を13の原因因子に分解してアンケート調査を行いながら

も¹⁵⁾、「困難事例」自体を一義的に定義することを取りあえず禁欲している。その上で本稿では、アンケート調査とヒヤリング調査の分析結果をもとに、関係者間で“困難事例”と認知される個別ケースを「困難事例」と見なし、それに対する援助者と地域社会の、かかわりとまなざしに注目することで、援助者の一連の行為を「困難事例の対応を考えるための2つのディメンジョン」〔→図1〕のように《発見》と《援助》という2つのディメンジョンに分節化して、地域包括支援センターの困難事例の対応の整理

13) 厚生労働省老健局 [2006] 「地域包括支援センター業務マニュアル」(2006年1月)。

14) Blumer H.G., [1969] *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, Prentice-Hall. = 後藤将之 (訳) [1991] 『シンボリック相互作用論: パースペクティブと方法』勁草書房。

15) 本調査研究で実施したアンケート調査(地域包括支援センター対象アンケート: 回収460ケース: 問11)では、困難事例を「①援助者への依存と非難を繰り返すなど、対人関係に偏りがある; ②本人や家族に精神障害や知的障害がある; ③必要なサービスを拒否する; ④自己放任(セルフネグレクト); ⑤在宅の意志が強いが、同居等で在宅に限界がある; ⑥病傷害による生活環境の変化や不治の病を受容できない; ⑦不適切な介護法に固執する家族(家族に悪意がない場合); ⑧高度な医療ケアが必要だが、そのニーズに応えられない; ⑨虐待; ⑩不当な多重

債務や年金搾取等の権利擁護を必要とする; ⑪収入が少なく生活に支障があるなどの経済的困難; ⑫問題行動が伴う認知症; ⑬本人の意志決定が困難で、代わって決定する人がいない; ⑭その他」の因子に分解した。実際の困難事例は、上記の因子を複数抱える「複合的困難」として現象することが一般的である。

なお、上記の因子分解をもとに、地域包括支援センターの担当地区で特に多いと思われる困難事例を訊ねると、「②本人や家族に精神障害や知的障害がある」62.8%、「①収入が少なく生活に支障があるなどの経済的困難」46.5%、「⑨虐待」42.4%となった。アンケート調査の方法ならびにその分析については、本稿のもとになった『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書』の第Ⅲ部(井上信宏執筆)を参照。

を試みた。

(4.2) 《発見》のディメンジョン

多くの場合、困難事例は、当事者自らが相談窓口に来ることの少ないケースであり、相談窓口に来たとしても、自らの状況と問題を的確に訴えることが難しく、制度や社会資源の状況と当事者のニーズが合致しない場合が多い。また、虐待や介護放棄などのように、発見後に緊急対応の必要性が高いと思われる困難事例は、多重困難化し接近困難に陥っているケースが多く、個別家族の内部に隠れ込んで／隠されてしまい、地域社会の中で不可視化することも少なくない。

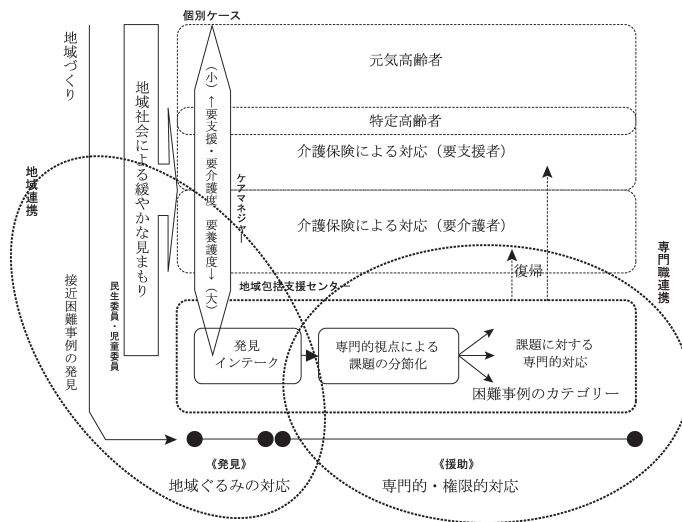
こうした困難事例の傾向的特徴ゆえに、困難事例の気づき／発見からインテークといった《発見》のディメンジョンは、困難事例の解決にとって重要な意味を持つことになる。地域包括支援センターは、《発見》において、「高齢者やその家族に解決困難な課題が重層的に存在している」、「高齢者自身やその家族が支援を拒否している」、「既存のサービス等では適当な支

援が行い得ない」といった主訴の困難事例に対して、その実態把握を行い、緊急対応の必要性を考慮しながら、地域包括支援センターの他の専門職員ならびに関係機関と連絡を取り合って、《援助》に繋げる対応策の検討を進めることになる。

しかし、《発見》のディメンジョンは、地域包括支援センターの総合相談業務だけで十分にその機能が果たされるわけではない。本研究のアンケート調査からも明らかになったように、困難事例の発見は、ケアマネジャーや民生委員・児童委員からの通報が突破口となる割合が極めて高かった¹⁶⁾。地域社会の中で不可視化している困難事例を発見するには、担当地域をもった介護・福祉の専門職が、社会福祉の視角をもって地域を見まもるまなごしが欠かせないのである。

ところが、元気高齢者から要援護度の高い不可視の困難事例が点在する地域社会の中で、専門職が継続して見まもりを実行できる対象と領域は極めて限られている。特に、グレイゾーン

図1 困難事例の対応を考えるための2つのディメンジョン 《発見》と《援助》



16) 本調査研究で実施したアンケート調査（地域包括支援センター対象アンケート：問13）によると、「困難事例の相談・発見経路」は、「居宅介護支援事

業所、ケアマネジャーから」84.1%、「民生委員・児童委員から」69.6%、「家族から」42.8%となっている（複数回答）。

に位置する個別ケースについては、近隣のインフォーマルな援助を組み込みながら、地域連携を通じて困難事例化することを回避したり、問題が発生したときにはすぐにサポートできるような地域社会の広く緩やかな見まもりが必要である。

このように整理すると、地域包括支援センターの総合相談業務だけで《発見》を実行するのが極めて不十分であることが見えてくる。《発見》のディメンションは、福祉を地域課題とするような「地域づくり」と、それに基づく地域社会による緩やかな見まもり、地域の福祉専門職による専門的な見まもりなどからなる、広く地域ぐるみの対応が前提なる重層的な地域連携システムでなければならないのである。

(4.3) 《援助》のディメンション

こうして《発見》された困難事例には、次に、ケースに応じて専門的・権限的対応¹⁷⁾に基づく《援助》が行われることになる。《援助》のディメンションでは、専門的視点による生活課題の分節化と整理が行われ、それぞれの課題に対する専門的な援助が検討・提供されることになる。地域包括支援センターには、権利擁護業務において、困難事例の当事者が自らの権利を理解し、その権利を行使できるように、個人の権利や尊厳を念頭に置いた《援助》を実践することが望まれている。

併せて《援助》のディメンションでは、ケースの生活全体を視野に入れた総合的な対応が必要とされており、一つのサービスや制度の適用のみではなく、複数のサービスや制度を往還する対応を考えてそれらを繋ぐなど、地域の実情

に合わせた連携とフォーマル-インフォーマル/多職種協働を基本とする専門職連携に基づく対応をとることが必要となる。困難事例が抱えた生活課題に対する専門的対応が、かならず“幅”を持った、多職種協働によるネットワーク型の対応とならざるを得ないゆえんである。

また、困難事例に対する《援助》を考える場合、援助者は、それが市町村の責任によって行われるものであり、インフォーマルな地域の社会資源を活用した対応から権限的対応まで、幅広い対応が含まれていることを常に意識してはならない。特に、事件性の高い虐待対応や老人福祉法に基づく「やむを得ない事由による措置¹⁸⁾」、成年後見制度の市町村長申し立てといった権限的対応は、地域包括支援センターだけで対応することはできず、警察や裁判所、自治体の関係部署との連携が欠かせない。その意味で《援助》のディメンションは、公権力の行使を手段の一方に置く、「奥行き」のある対応でもある。

(4.4) 困難事例の対応における《調整=コーディネート》という新しい役割

しかし、こうした幅（専門的）と奥行き（権限的）のある《援助》のディメンションで、地域包括支援センターがリーダーシップを発揮して困難事例に対応するのはなかなか難しいのが実情である。

例えば本研究の一連の調査によると、一部の地域包括支援センターでは、虐待などの困難事例の対応において、十分な権限が与えられていないままにアウトリーチに及ばざるを得ず、当事者との信頼関係が十分に構築できなかったケ

17) 本稿では、《援助》のディメンションを、①ケアマネジメントの専門的視点による生活課題の分節化を経て、それぞれの課題に対して専門的対応（サービス提供）が行われる部分と、②被援助者の権利擁護の視点から、法的根拠に基づく措置や命令などの権限的対応に分けて考察している。しかしこの区分は、ケアの質的差異に注目したサービス供給側の区分に他ならず、利用者側から見れば、①と②は連続的なケアとして認知されることになる。《援助》の

ディメンションは、グラデーションのあるケアの総体でもある。

18) 老人福祉法、第10条の4 第1項、第11条 第1項 第2号に規定。やむを得ない事由による措置の法的位置づけと実施状況については、堂田俊樹 [2006] 「高齢者虐待防止における措置入所の役割」、『社会環境研究』（金沢大学大学院社会環境科学研究科）第11号、pp.191-201を参考にした。

ースや、虐待の現場で「(自治体ではない)丸腰であるため、恐怖を感じることもある」という地域包括支援センター職員からの切実な訴えがいくつかあった¹⁹⁾。

こうした事例は、困難事例の対応に関するマニュアルや対応のフローチャートが用意されていれば解決できる場合も少なくない。しかし実際には、虐待防止ネットワークなどの困難事例の対応に関するマニュアルは、まだ地域包括支援センターの4分の1しか整備されていない²⁰⁾。

もちろんマニュアルがあれば困難事例がすぐに解決できるわけではない。それは、困難事例への対応が常に例外的な対応とならざるを得ないためであり、実際の困難事例はマニュアルに沿った対応を拒絶する。しかしそれでもマニュアルが必要なのは、虐待などの困難事例において、誰がどのような権限でケースに対応するのか、その判断を誰が行うのか、提供すべきサービスの調整を誰が行うのかといった、困難事例の対応における責任の所在(場合によればその限定)を、ケースに関わる全ての援助者に対して《見える状態》にするからである。どのような生活課題に対して、いずれの機関がリーダーシップを発揮し、どの機関と連携をとって対応すべきかが《見える状態》になることは、困難事例の対応の総体のなかで、支援者や支援機関がどのような位置にいて、どのような役割が期待されているか、《援助》の全体像を援助者が共有することを意味する。

困難事例に対する多職種協働によるネットワーク型の対応は、従来のような一元化された権限によるサービス調整とは異なり、責任と権限がどこかに集中するスタイルにはならない。そ

れは、利用者の「尊厳の保持」を実践するためには、これまで以上に多数の社会資源を結合して対応しなければならないことから不可避的に生じることである。それゆえに多職種協働によるネットワーク型の困難事例への対応では、責任と権限は、それに対応するネットワークのなかに埋め込まれてしまうのである。そこでは、責任と権限が提供されるサービスの供給主体に合わせて小さく分割されてしまうか、解決すべき課題に応じて、責任と権限が複数の援助者間で委譲され廻ることが常態になる。

多職種協働によるネットワーク型の対応は、サービス調整に併せて、責任と権限に係る調整を含む複雑な《調整=コーディネート》を実践しなければならない。それを可能とするしくみの一つは、サービス調整やそれに伴う責任と権限を関係者間で確認することができるように《見える状態》を作り上げることである。虐待防止マニュアルに代表される権限と責任の明示化、困難事例対応に基づく仕事のフローチャートによる責任主体の明確化は、調整過程をスムーズにすすめるために、《援助》過程を《見える状態》におくための仕掛けなのである。

地域包括支援センターの活動パフォーマンスが良好にみえる自治体や地域では、こうした独自のしくみが意識的にシステム内に組み込まれているのである。

B. ネットワークに埋め込まれた責任と権限：自治体と地域包括支援センターの関係

(4.5) 「一元化された権限」から「ネットワークに埋め込まれた責任と権限」へ

19) 本調査研究で実施したアンケート調査(地域包括支援センター対象アンケート:問20)の「地域包括支援センターの抱える問題」を訊ねる自由記述の質問に対して、「行政からの業務の丸投げ(行政の包括に対しての理解が少ない)。虐待や成年後見利用支援事業など措置に対して予算のを中心を躊躇する場面が多く、対応が進まないことが多い。国からの指導の必要性を感じる。虐待での訪問で、何の権限もなく、丸腰であるため、恐怖を感じることもある」という回答が寄せられている。同種の内容の

回答は他にも散見されており、後述のヒヤリング調査においても確認されている。

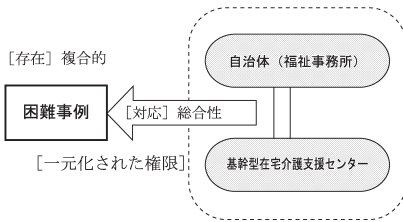
20) 本調査研究で実施したアンケート調査(地域包括支援センター対象アンケート:問15)で「困難事例をめぐるマニュアルの整備状況」を訊ねると、「整備されている」3%、「一部整備されている」21%、「整備されていない」75%という結果になった。整備されているマニュアルの多くは、「高齢者虐待対応マニュアル」や「対応フロー図・チェックリスト」、「関係機関との連絡網」となっていた。

前節で整理したように、地域包括支援センターが設置されたことによって、高齢者に関わる困難事例の対応主体は実質的に大きく変わることになった。困難事例の《発見》と《援助》における地域包括支援センターの役割は、多職種協働によるネットワーク型対応で困難事例の解決を図るという新しいサービス調整のなかで、責任と権限に係るサービスの《調整＝コーディネート》を実践することである。地域包括支援センターが担うことになった、このような新しい役割は、地域包括ケアの理念の具現化と共にもたらされたものである。

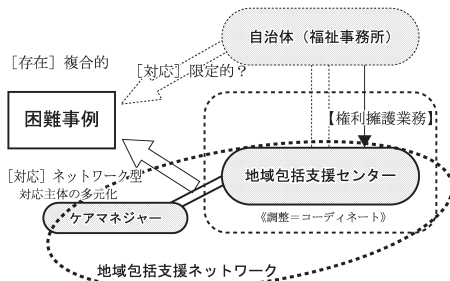
「高齢者に関する困難事例の対応の変化」〔→図2〕は、地域包括支援センターの設置前後での困難事例の対応主体と対応方法の転換をイメージ図として整理し直したものである。この図を用いながら、地域包括支援センターが担うことになった責任と権限に係るサービスの《調整＝コーディネート》の姿を確認しておく。

図2 高齢者に関する困難事例の対応の変化

地域包括支援センター以前の困難事例への対応イメージ



地域包括支援センター以後の困難事例への対応イメージ



自治体のケースワーカーや基幹型在宅介護支援センターが中心となって困難事例に対応していたときは、なによりも提供可能な社会資源が限られており、一元化された権限のもとでサービス調整が実施できていた〔→図2上〕。介護保険制度以前は、こうしたサービスが措置という形で一元的に実施され、介護保険制度以降は、高齢福祉と介護保険が分断されながらも、現場の調整によってサービス提供が実施されていたのである。特に介護保険制度が始まった初期の頃は、高齢者の在宅ケアが介護保険制度によって提供されるようになり、高齢者担当のケースワーカーの削減と相まって、介護保険対象の困難事例は可能なかぎりケアマネジャーが、それ以外の困難事例は基幹型在宅介護支援センターが主に担当し、ケアマネジャーが対応しきれない困難事例については、基幹型在宅介護支援センターや自治体が最終的に対応していた。

こうした現場の調整は、基幹型在宅介護支援センターの多くが自治体直営か公共性の高い団体が引き受けていたため、責任主体も比較的分かりやすい上に、関係機関との連携が必要とされる場合でも、連絡調整以上の連携が行われていたわけではなかった。少なくとも自治体と基幹型在宅介護支援センターの中では、一元化された権限のもとで対応の総合性が担保されていたといえる。

しかし、このような行政内部での権限の一元化は、サービス供給本位の総合性に他ならず、利用者本位とは言いがたいものであった。自治体による困難事例への対応は、介護保険制度以前は提供されるサービスの選択肢がない措置であり、介護保険制度以降は、極めて限定されたケースに対する「やむを得ない事由による措置」に限られていた。こうした姿こそが、社会福祉基礎構造改革²¹⁾で批判された、かつての社会福祉の姿であった。

介護保険法の改正によって高齢者の「尊厳の保持」が改めて強調されるようになり、新たに設置された地域包括支援センターは、高齢者の総合相談支援に加えて権利擁護が基本機能のひ

とつに明示されることになった〔→表2〕。「尊厳の保持」と地域包括ケアの理念の具現化のために、地域包括支援センターは、複合的に現象する困難事例に対して、地域包括支援ネットワークを構築し、新しい社会資源の開発・取り込みを行いながら、責任と権限に係る制度横断的なサービスの《調整=コーディネート》を実施することが求められるようになったのである〔→図2下〕。一元化された権限のもとでサービス調整を実現するのではなく、サービスの提供主体が多元化する中で、ネットワークに埋め込まれた責任と権限を《調整=コーディネート》するという、パラダイムの転換である。

(4.6) 困難事例に対応する地域包括支援センターのジレンマ

こうした困難事例の対応をめぐる一連のパラダイム転換は、一方では、困難事例に対する責任の所在がわかりにくい状態を生み出すことになった。

すでに指摘したように、権利擁護業務として明確に記された困難事例への具体的な対応は、基本的には市町村の責任によって行われるべきものである。しかし実際には、介護保険法の施行以降、高齢者に関する自治体のケースワーク対応の弱体化を招き、自治体の困難事例の対応が、虐待ややむを得ない事由による措置など、極めて限定的なケースに限られることになってしまった。

こうした実体的な側面において自治体責任が相対的に弱くなったことに加えて、利用者の「尊厳の保持」をふまえた多職種協働によるネットワーク型の対応自体が、不可避的に責任と権限の確定を拒む状態をもたらしていることにも注意が必要である。すでに論じたように、多職種協働によるネットワーク型の《調整=コーディネート》は、責任や権限がネットワークの

中に埋め込まれてしまい、責任や権限の所在自体が不可視化される可能性が高い。一元化された権限による対応ではないネットワーク型の対応は、課題解決のために支援要素の組み替えが日常的に行われているためシステム構造が確定しにくく、責任や権限が見え難いのである。

そのなかにあって地域包括支援センターは、こうした多職種協働によるネットワーク型の《調整=コーディネート》を担当する位置づけゆえに、制度上でも、また実質的にも困難事例への対応の責任を代理する機関として認知されるようになり、自治体の高齢者担当ケースワーク業務の弱体化と相まって、地域包括ケアの中核機関に位置づけられるに至った。

もちろんこのような地域包括支援センターの位置づけは、それ自体が問題を孕むものとは一概に言いがたい。ケアマネジメント機関が、本質的に、責任や権限を含む多職種が提供するサービスの調整を含まざるを得ないためである。かかる問題は、地域包括ケアにおける地域包括支援センターの位置づけと「自治体の責任」が整理されないまま、地域包括支援センターに全ての責任を代理させていることにある。また、地域包括支援センターの位置づけと自治体の責任は、一義的に決められるものではない。それぞれの自治体や地域社会の成熟度、地域包括支援センターの力量によって、それぞれの地域で、そのつど確定されなければならないのである。

(4.7) 責任と権限をめぐる自治体と地域包括支援センターの関係

困難事例の《発見》と《援助》のディメンジョンで責任と権限をめぐる問題が発生する背景には、それぞれの自治体の中で、これまでの在宅介護支援センターの活動が十分に総括されておらず、活動資産が活かされていないことや、地域福祉計画で描いた地域包括ケアのあり方と

21) 1999年4月に発表された「社会福祉基礎構造改革について(社会福祉事業法等改正法案大綱骨子)」は、「個人の自立を基本とし、その選択を尊重した制度の確立」、「質の高い福祉サービスの拡充」、「地

域での生活を総合的に支援するための地域福祉の充実」の3つを具体的な改革の方向性として打ち出していた。<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1104/h0415-2-16.html> (2007年6月現在)

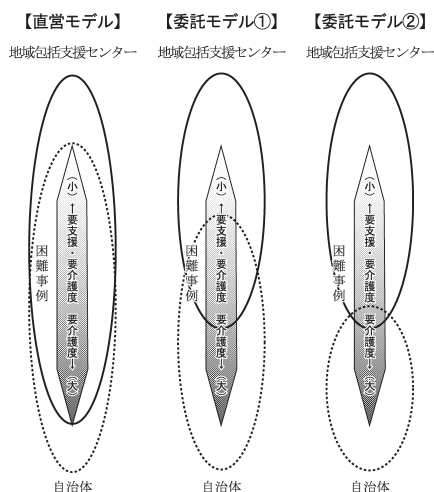
地域包括支援センターの機能や役割の整理が不十分なままに、高齢者ケアの全てを地域包括支援センターに移譲していることが指摘できる。特に困難事例の対応においては、具体的なケースを想定しながら、権限的対応に係る自治体も含めて、援助者や援助機関を入れ込んだ責任と権限のあり方を再考する作業が求められているのである。これまで見てきたように、困難事例は責任と権限をめぐる問題が顕在化しやすいテーマであり、とくに「委託」の地域包括支援センターは、こうした問題に直面しやすい立場にある。

「地域包括支援センターのタイプ」〔→図3〕は、この問題を整理するために、本調査研究から析出した知見に基づいて、地域包括支援センターの日頃の活動や困難事例への対応において、地域包括支援センターと自治体がどのように関わっているか考えるために描いたイメージ図である。実際の地域包括支援センターと自治体の関係はもっと複雑であるが²²⁾、困難事例をめぐる責任と権限の問題を明示化するために一般化の作業を行ったものである。このイメージ上では、地域包括支援センターを表現する実線楕円と自治体の点線楕円の重なりが、地域包括支援センター業務に対する自治体の関わり方を表しており、それは同時に、困難事例への協働の姿を表現している。重なる部分がいほど、自治体の関係部署が地域包括支援センターの日常業務に深く関わっていることを表しており、重なる面積が少なくなればなるほど、責任と権限の分化が生じやすくなり、《調整＝コーディネート》の業務は難しくなりがちである²³⁾。

図3に表したように、自治体直営で地域包括

支援センターを運営する「直営モデル」の場合、組織編成上でみれば、地域包括支援センターと自治体が提供するサービス調整に関する責任と権限は、地域包括支援センター以前と同様に一元化されており、多職種協働によるネットワーク型の《調整＝コーディネート》が比較的にスムーズに実行できる環境が整っている。調査研究²⁴⁾では、A市、B市、C市、およびD市が「直営モデル」を採用している。

図3 地域包括支援センターのタイプ



地域包括支援センターの一部または全部を民間団体等に委託している「委託モデル」は、地域包括支援センターと自治体の二極に責任と権限が分化される傾向があり、多職種協働によるネットワーク型の《調整＝コーディネート》において現実的な問題を抱えているところが少なくない²⁵⁾。また、委託モデルの場合、自治体と

22) 地域包括支援ネットワークを活用したサポートが前提となれば、前出の図1に示したように、地域連携と専門職連携のなかで、責任と権限に関わる主体が複数化することになる。

23) このモデルは、ネットワークに埋め込まれた責任と権限のもとで《調整＝コーディネート》のあり方を考えるためのものであり、直営モデルを称揚するものではない。むしろ、直営モデルが可能とする地域包括支援センターと自治体行政との連携を、委託

モデルにおいていかに実現するかということが現場の課題である。

24) 本調査研究で実施したヒヤリング調査の実施要領と調査結果は、本稿末の「別表1」にまとめた。それぞれの自治体の調査概要については、別表1を参照されたい。また、個別のケースレコードは、本稿のもとになった『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書』の第II部に記されている。

地域包括支援センターの関係やリーダーシップのあり方で《調整=コーディネート》のあり方が大きく変わる可能性がある。

例えば、地域包括ケアの理念を強調し、生活圏域を基点とする地域福祉の実現を強く考える自治体の場合は、地域包括支援センターの独立性を強く望むと同時に、自治体が地域包括支援センターの後方支援を選択する「委託モデル②」に該当する。本調査研究ではH市がこのケースに近い。

他方、地域包括支援センターを委託に出しながらも、自治体の担当部署にケースワークを担当できる専門職員を積極的に配置するなど、自治体が地域包括支援センターの後方支援に限らず、日頃からケースワークも含めて相談や対応を担うという「委託モデル①」のスタイルも考えられる。F市などがこのケースである。

こうした基本タイプ以外に、それぞれのタイプの弱点を補完する配慮をとる自治体も数多く存在する。例えば、G市のように、地域包括支援センターを全て委託で設置しながら、かつての直営の基幹型在宅介護支援センターを機関として残し、地域包括支援センターと協力関係を作る独自のスタイルを編み出したり、直営モデルと委託モデルを混在させ、直営の地域包括支援センターに統括的機能を担わせるE市のような

スタイルもある。あるいはD市のように、地域包括支援センターを1カ所直営で設置し、かつての地域型在宅介護支援センターを残して総合相談のランチ窓口にするといった方法もある。

地域包括支援センターと在宅介護支援センターの関係から見ると、A市やB市、E市やH市などは、それぞれ独自の方法で、在宅介護支援センターの機能を現在も継承して活動をしている。また、地域包括支援センターのタイプと在宅介護支援センターの継承のパターンは、それぞれの自治体ですでに固まったものではなく、D市やE市のように、直営モデルの地域包括支援センターを委託モデルに移行する計画が持ち上がっているところも少なくない。

責任と権限をめぐる自治体と地域包括支援センターの関係を考える場合、在宅介護支援センターの経験の継承や地域包括ケアの考え方、地域包括支援センターの機能の理解とその具現化において、自治体の政策理念や地域の成熟度が強く関わっている。それぞれの自治体で、具体的な地域包括支援ネットワークの姿を描き出し、その中で、自治体も含めて専門的・権限的対応における責任と権限のあり方を整理する必要がある。

5. 地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために、

今どのような環境整備が求められているのか？

A. おわりにかえて

2000年の介護保険法の導入は、高齢期の在宅生活に対する援助過程（ケア）において、各種介護サービスの利用の一般化をもたらした。そ

れは、社会福祉基礎構造改革の理念にも明示された、新しい社会福祉の実践過程の一つでもあった。

2005年から2006年にかけて実施された介護保険法の改正では、これまでの高齢者介護のサー

25) H市でのヒヤリング調査では、「行政サイドの現場担当職員の多くが非常勤に置き換えられたことについては、『地域包括支援センターを統括するセクション（高齢福祉係）としては、介護予防事業や予防プランの策定において、現場の保健師との連携が必要だから、正規職員のなかに保健師を配置してお

いた方が良かったのではないか』(市職員)といった声や『市に相談に行くと、横との連携が必要な困難事例の際に、窓口で対応してくれる職員が非常勤で、少し頼りない感じがするときがある』(地域包括支援センター職員)という意見が聞かれた」。

ビスモデルを見直すなかで、より地域密着型のシステムを構築しながら、総合的な介護予防システムを用意し、包括的・継続的な在宅生活の維持を実現することが具体的な論点とされていた。これは、在宅介護サービスの一般化＝普遍化を受けた次の段階として、より生活に密着した、積極的かつ個別的な問題解決の方法を模索する作業でもあった。

本調査研究では、こうした制度変革を前提とした上で困難事例の対応に注目し、「地域包括ケア」の理念ならびに高齢者の「尊厳の保持」を引き受けて構築された「多職種連携によるネットワーク型の対応」に注目した課題解決の方法と、その中核機関としての地域包括支援センターの果たすべき役割に注目した調査を実施した。その結果、地域包括支援センターの設置と運営は、それぞれの自治体の経験やこれまで積み上げてきた地域の福祉力の違いのなかで、組織構成や活動のあり方に幅があることが明らかとなった。それに伴って、困難事例への対応のあり方も、それぞれの自治体や地域包括支援センターごとに取り組み方法が異なることも分かってきた。また、多職種連携によるネットワーク型の対応を実践する場合、ネットワークに埋め込まれた責任と権限を調整する役割が必要となることが明らかになった。

2006年4月に設置された地域包括支援センターは、全国的に見ても、まだその制度基盤の整備が十分とはいえないし、困難事例の対応のあり方も標準化された方法があるわけではない。本稿のまとめにかえて、調査研究で明らかになった知見を整理するなかで明らかとなった論点を、現段階における提言としてとりまとめておこう。

B. 地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために、今どのような環境整備がもめられているのか？

(5.1) 高齢者の困難事例を《発見》するためには、地域における緩やかな見まもり

ネットワークの基礎となる「地域づくり」を進める必要がある。〔提言1〕

元気高齢者から要介護高齢者まで、高齢者の生活のあり方にはグラデーションがある。それは、共時的な空間の中で人びとの生活総体がグラデーションを持っているだけではなく、通時的なライフサイクルの中でひとりの身体状況やライフスタイルの変化に目を向けても、それらはグラデーションを呈しているといつてよい。

地域包括ケアの理念から、こうしたグラデーションのある高齢者の「尊厳の保持」を確保し、困難事例への対応を実践する場合、困難事例に陥ったあとの対応に注目するだけでは不十分である。困難な生活課題を抱え込むに至るまでの連続的なそれぞれの段階で、予防の観点を入れた対応が必要となるのである。それが地域社会における緩やかな見まもりの実践である。地域社会における緩やかな見まもりは、困難事例に陥る事態を未然に防ぐと共に、地域社会の中で不可視化された困難事例の早期発見を実現する機能を持っている。

地域社会における穏やかな見まもりを可能とし、困難事例の対応における《発見》のディメンションをスムーズに機能させるには、その基盤となる「地域づくり（地域連携）」が欠かせない。地域包括支援センター業務の共通の支援基盤構築における地域包括支援ネットワークも、こうした地域に生活する人びとのつながりや助け合いを基盤としなければ機能しないのである。

「地域づくり」は地域包括支援センターの活動のみで実践できるものではないし、またそうであってはならない。地域包括支援センターでは、教育や環境、災害対策や町おこしなど、自治体の地域政策に関わる全てのテーマにおいて、これまで実践されてきた地域づくりの諸活動と連携をとりながら、地域福祉をテーマにネットワークを構築していく意識的取り組みが必要である。

その意味で、「地域づくり」は一朝一夕に実現できるものではない。本調査研究でも、地域包括支援センターの地域づくりの実践が上手く

機能してところは、既存の地域づくりの成果を意識して活用している事例であった。たとえば、H市の地域福祉の基層単位をなす「地区福祉推進会」は、30年の長い時間をかけてH市民が作り上げてきた地域づくりの成果であった。また、小学校区を生活活動圏域とし、それぞれにまちづくりの拠点を設置しながら、さらに行政区、市レベルの三層構造で地域福祉の拠点整備を実施し、「地域福祉ネットワーク」を作り出したC市も、地域包括支援センターの機能を活用しながら、一度は活動が弱体化した地域福祉ネットワークに今一度目を向けて、福祉の視点からの地域づくりに励もうとしている。

地域包括支援センターによる困難事例の《発見》の充実化は、こうした既存の「地域づくり」を上手く活用することが基礎となっているのである。全くの無から地域づくりを実践するのではなく、すでに経験された地域づくりを意識的に活用しながら福祉のまちづくりを実践することが、最良の地域包括支援ネットワークづくりとなる。

また、すでに地域福祉の専門家として担当地域を見つけてきた民生委員・児童委員やケアマネジャーとの日頃からの情報交換や連携も、ネットワークを通じた「地域づくり」には欠かせない。困難事例の発見経路も、こうした地域担当の専門職を通すケースが多いことが分かっている。地域づくりは、こうした専門的な支援者同士のネットワークづくりでもある。

(5.2) 困難事例の《発見》を進めるためには、地域づくりと併せてさまざまな相談経路を確保し、地域における総合相談窓口の機能を強化する必要がある。〔提言2〕

既存の地域づくりを意識的に活用しながら、地域のネットワークづくりを進めていくことで

困難事例の《発見》の経路を地域社会の中に埋め込むと共に、専門的観点からの相談や支援を可能とする「総合相談窓口」を各地に用意する必要がある。地域包括支援センターの総合相談支援に、広範な課題への総合的な対応が期待されているのは、従来の“縦割り行政”の批判を引き受けて、高齢者の《ケアの包括性²⁶⁾》を損なわないようにするための配慮であった。

たとえば、F市やG市のように、かつての地域型在宅介護支援センター全てに地域包括支援センターやランチを委託する；A市やD市のように自治体直営の地域包括支援センターを1カ所設置しながらも、かつての地域型在宅介護支援センターをそのまま残して総合相談のランチ窓口として活用する；B市のように、地域包括支援センターを設置しながらも、かつての在宅介護支援センターを全て残して現在も活動を続けさせるなど、これまでの在宅介護支援センターの継承は、人材の継続的活用を可能とし、そこで培われた相談対応のノウハウを維持・提供すると共に、それまでの使い慣れた「総合相談窓口」を地域の各地に用意することに繋がる。

あるいは地域包括支援センターと自治体窓口の関係についても、たとえばF市では、全ての地域包括支援センターを委託にしながらも、自治体の担当部署は完全な後方支援にまわってしまうのではなく、福祉専門職員を定期的に採用し、ケースワーク対応が可能な自治体職員を配置しながら総合相談業務を担う一機関として窓口業務を担当している。地域住民にとって、こうした「総合相談窓口」の開設機関に民間や自治体という違いがあるということは、相談経路の入り口の拡大を意味する。自治体だから相談できる／できないという事態はいくらでもあり得る。その場合、F市が採用した方法は、そうした入り口における利用者の選別的な行動があっても、いずれの場合も《相談》経路を確保す

26) 《ケアの包括性》とは、高齢者ケアの専門化と多様化、提供主体の多元化のなかで、高齢者の生活をトータルにとらえる視点の必要性を強調するために筆者が用いた言葉である。詳しくは、井上信宏

[2005]「地域包括ケアシステムの担い手とケアマネジメント・ネットワークの構築：ケアマネジメントの系譜と〈ケアの包括性〉のゆらぎ」、『信州大学経済学論集』第53号，pp.75-97を参照。

ることに繋がり、困難事例の早期発見が可能となる。このように、地域住民の身近なところに、専門的観点から相談を引き受けてくれる経路をいくつも用意しておくことは、困難事例の《発見》のなかで重要な意味を持っているのである。

(5.3) 困難事例に対応するために、ソーシャルワークの観点から多職種協働によるネットワーク型の《調整＝コーディネート》が実践できる人材を育成し、地域包括支援センター、自治体窓口の双方に配置する必要がある。〔提言3〕

《発見》のディメンジョンにおける総合相談窓口での対応は、フォーマル、インフォーマルに関わらず、地域社会における高齢者の保健、福祉、医療、介護等に関わる広範な社会資源の存在を知り、ソーシャルワークの視点からケース対応を実践することに他ならない。特に本調査研究からは、増加傾向にある総合相談のなかで、精神障害や知的障害、認知症や虐待といった状態が複数重なるケースは困難事例に陥りやすいことが分かっている。そうした多重困難事例への対応には、多職種協働によるネットワーク型の《調整＝コーディネート》が必要となる。

困難事例の対応において、複数の専門領域を横断する視点から実態把握を実施し、必要なサービスにつなぐためには、縦割り行政の狭い専門に限定された狭義のケースワークではなく、社会福祉の幅広い観点からソーシャルワークが実践できる人材をそれぞれの窓口配置する必要がある。このような人材は、職員として意識的に養成しなければ存在できないし、関連分野の職務を一定程度の時間をかけて経験してきた人材でなければ、相談時において当事者と支援者間でラポール（信頼関係）を築くことは難しい。地域包括支援センターに三職種を配置し、多職種協働によるチームアプローチをねらって

いるゆえんでもある。

本調査研究でも、地域包括支援センターの三職種がそれぞれ独立して業務を行うのではなく、地域包括支援センター全体で情報の共有や相互の助言を行い、3人の専門職が協働で4つの基本機能に記された業務を担当し、包括的に高齢者に対してサービスを提供することができる地域包括支援センターを作る必要が強調された²⁷⁾。実際、調査からも地域包括支援センターの活動が順調に進められているところでは、それぞれのセンターで工夫を凝らした多職種協働のスタイルがとられていた。

社会福祉の幅広い観点からソーシャルワークを実践できる職員を配置する必要は、地域包括支援センターの窓口だけではなく、自治体の関連部署にもある。これは、窓口業務における総合相談を可能とするだけではない。地域包括支援センターの後方支援を実施し、権限的対応をとる場合に、社会福祉の考え方を身につけてソーシャルワークの経験をもつ職員が不在の行政では、現場の勘所を見誤る可能性があることは、調査した自治体職員自らが指摘したことでもある。

自治体職員の現場対応能力については、地域包括支援センターのタイプと関係がない。生活圏域で困難事例の対応を行い、自治体が後方支援に徹する場合でも、地域包括支援センターに専門職を配置しながら、それを所管する部署に専門職と対等に議論ができる職員が不在である自治体は、「尊厳の保持」に基づいて、要援護高齢者の生活支援における自治体責任を引き受けたことにはならない。「直営モデル」だけではなく、「委託モデル」を採用する自治体こそが、所管部署に経験と専門性を兼ね備えた職員を配置する必要がある。

こうしたソーシャルワークを実践できる人材の育成は、地域包括支援センターだけに求めら

27) インタビュー調査を実施したある地域包括支援センターでは、センターの統括者が、三職種の日常業務をその専門内容で明確に分化してしまったために、同じ職場にいても「お互いの仕事に口を出せない状

態」になってしまい、「担当者によってケース対応にも差が見られる」状態で、「三職種のいずれの専門にも関わらない『地域づくり』が後手に回って」しまい、苦慮しているという職員がいた。

れるものではない。地域包括ケアの実践において、リーダーシップをとることができる人材がいる地域は、それぞれに独自の成功を取めていることもこれまでの研究から明らかとなっている。そうした人材の活動をサポートし、必要に応じて彼らとの連携を進めていくための基盤整備を行う責任は、自治体責任のひとつである。

すでに地域包括支援センター職員については、再任を妨げないものの、任期を2～3年程度とし、地域との人事交流を行いながら、運営協議会がそうした人事に積極的に関与することが決められている。自治体は、地域包括支援センターや各種専門職と相談しながら、地域の人材育成を幅広く実施するプログラムを用意することが必要である。

- (5.4) 地域独自に困難事例の対応の流れを描いたフローチャート作成したり、困難事例の具体的な対応に目を向けたマニュアル(事例集)を作成するなどして、ネットワークの中で複雑化・不可視化しがちな業務と責任を《見える状態》にするしくみ作りが必要である。〔提言4〕

《援助》のディメンジョンからみると、困難事例に対するネットワーク型の対応は、問題解決のために支援要素の組み替えが日常的に実践されるためシステム構造が確定しにくく、そのために構造から責任や権限が見えにくくなるという制約を抱えていた。

複数の支援者からなる、多職種協働によるネットワーク型の《調整＝コーディネート》においては、支援者は自分の業務と責任を明確にするだけでなく、その事実を協働者と共有し、必要に応じて、いつでも当事者の《ケアの包括性》を鳥瞰できるような仕掛けが必要である。「フローチャートの作成」や「マニュアルの作成」は、ネットワーク型の対応の中で複雑化・不可視化しがちな業務と責任を《見える状態》にするしくみである。

その場合、困難事例に対応するフローチャー

トやマニュアルは、それぞれの地域特性や社会資源の状態に応じて、あるいは、それぞれの地域のなかで発見された困難事例をもとにしながら、《発見》と《援助》のそれぞれにおいて行った対応とそのときの反省を書き加えながら作成することが推奨される。

たとえば、神奈川県綾瀬市健康介護課(綾瀬市地域包括支援センター)が作成した、別表2の「困難事例対応シート(神奈川県綾瀬市)²⁸⁾」や、福岡県北九州市小倉北区役所生活支援課、統括支援センター所属で保健師資格をお持ちの清田啓子氏がとりまとめた、別表3の「困難事例の因子別にみた状況：支援-支援機能のカテゴリー分析」は、それぞれの地域特性と地域で積み上げられてきた経験を活かしてつくられた好事例である。

綾瀬市地域包括支援センターが作成した「困難事例対応シート」は、個別ケースを対象とする記録フォーマットである。困難事例の対応について、インテークの段階から事例記録を作成すれば、その流れがそのまま業務のフローチャートを描くようにデザインがなされており、対象者と支援者に区分された記入項目は、「どのような問題に対する／誰のための支援か」が一目で分かり、対応の現場では見落とししがちな支援に気づくことができるようになっている。また、一覧性の高いフォーマットは、《援助》過程を《見える状態》におくための仕掛けとしても機能している。

本稿のもとになった調査研究の検討委員でもある清田啓子氏は、本調査研究でのセッションとアンケート調査の分析結果を持ち帰り、自身の担当する地区の困難事例をもとに、「困難事例の因子別にみた状況：支援-支援機能のカテゴリー分析」の素描を描き出した。小倉北区では地域包括支援センターが独自に「困難事例集」を作成して関係者に配布している²⁹⁾。「困難事例対応シート」のような形で個別事例の対

28) 2007年3月の段階で、「案」として作成されたものである。

29) 詳細は、別表3の説明を参照のこと。

応がある程度積み上がってくれば、それぞれの困難事例を因子に分解し、それぞれに対して「相談状況」、「実態把握内容」、「対応方針」、「具体的な支援とそのポイント」、「支援の機能」などのカテゴリー別にデータを分解し、整理することが可能となる³⁰⁾。こうしてできあがった「事例集」は、地域包括支援ネットワークを具体的な支援の観点で《見える状態》にすると共に、類似の事例に対する「マニュアル」として機能することになる。

(5.5) 「責任と権限」の枠組みを整理し直し、ネットワークのなかに埋め込まれた責任と権限を《見える状態》にすると共に、地域福祉計画の策定などを通じて地域包括ケアの実践における自治体責任を明記し、自治体はその責任を果たす必要がある。〔提言5〕

かつて右田紀久恵氏は、『自治型地域福祉の展開』³¹⁾の巻頭論文「分権化時代と地域福祉：地域福祉の規定要件をめぐる」のなかで、1990年の社会福祉関係8法の改正にみられる「分権化」、「多元化」、「計画化」の推進という“戦後以来の大改革”のなかで、「地域福祉概念もまた、「分権と自治」と無関係に構築しえないときを迎えて」おり、「地域福祉を単に在宅福祉（在宅援助の実践体系）と短絡的に捉えるのではなく、地方自治のあり方と連動させ、分権的社会システムの創造の一環として位置づけるところに、あらたな社会福祉としての地域福祉のもう1つの意味がある」と述べた³²⁾。

その後の新しい時代の社会福祉の理論と実践

を牽引することになる右田氏らの議論は、従来のトップダウン型の社会福祉を念頭におく福祉国家の枠組みを見直し、「“あらたな「公共」の構築”を含むもの」として「地域福祉概念」を措定し直した上で、「生活権と参加」を視座に入れた「自治型地域福祉」として社会福祉の理論と実践にパラダイム転換をもたらすことになった。こんにちの「地域包括ケア」の考え方は、1970年代に市民権を獲得し、「自治型地域福祉」に結実する地域福祉の理論と実践にもう一つの系譜を求めることができる。

しかし、1980年代なかごろの「地方の時代」には、国・県レベルから市町村レベルへの権限委譲が行われるなかで、「分権と参加」が議論されることはあっても、権限と責任の委譲が具体的な場面で取り上げられることは少なかった。そこでは、地方分権の文脈から市町村レベルでの主体責任が強調され、市民や住民という集合概念としての参加が議論されるにとどまり、援助技術においてアドボケート機能を重視したケースマネジメントが取り上げられ、いくつかの先進的な現場で“ケースマネジメントをめぐる新しい問題”として認知されていても、サービス調整の権限と責任の問題が顕在化する段階にはなかった。

1990年代後半以降の社会福祉基礎構造改革の議論を引き受けた「地域包括ケア」の理念や「尊厳の保持」といった、地域包括支援センターの困難事例への対応の基底にある考え方と、責任と権限に係る調整を含んで多職種協働によるネットワーク型の《調整＝コーディネート》を行う地域包括支援センターに期待される新し

30) こうした質的事例調査の分析手法としては、1990年代以降、グラウンデッド・セオリーアプローチの有効性が注目されている。本稿もそうした分析手法に準拠する部分が少なくないが、それぞれの現場で積み上げてきた困難事例の分析から地域独自のマニュアルを作成するまでの手順については、同アプローチから学びながらも簡便化した手法の開発が可能と思われる。本稿の段階ではそこまで作業が及んでいない。今後の課題である。なお、グラウンデッド・セオリーアプローチについては、Glaser, Bar-

ney G. & Strauss, Anselm L. [1967] *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine. = 後藤隆・大出春江・水野節夫（訳）[1996]『データ対話型理論の発見：調査からいかに理論をうみだすか』新曜社、を参照のこと。

31) 右田紀久恵（編著）[1993]『自治型地域福祉の展開』法律文化社。

32) 前掲、右田（編著）[1993：7-8]より。

い役割は、地域福祉の理論と実践の系譜のなかで、権限と責任をめぐる新しい論点を顕在化させることになった。

いわゆる基礎自治体の内部に設定された生活圏域のなかで、1990年代に整備されてきた福祉専門職による専門的サービスの提供と、それ以外の多様な社会資源を組み合わせながら多職種連携で困難事例に対応するというネットワーク型の援助実践は、それまでの単純な主体を前提とした責任や権限のとらえ方を拒絶する。「尊厳の保持」を行いながら、当事者の《ケアの包括性》を第一に考える援助は、責任や権限を固定的に捉えて当事者にサービス提供を行うのではなく、ケースマネジメントを通じて、課題解決のために責任や権限も含めた支援要素を自在に組み替えながら、提供するサービスを配分する。こうした支援のありかたが、不可避的に責任や権限をネットワークのなかに埋め込み、それらが不可視化されるのである。こうした状況と相まって、介護保険制度によって導入されたサービス提供への市場原理の導入は、サービス提供者の多元化をもたらし、市場淘汰を通じた自浄作用のなかで、責任や権限をさらに見えにくくする。

こうした事態は、責任や権限の問題が“過去の問題”となってしまったことを意味しない。むしろ、見えにくくなったからこそ、今一度、社会福祉の責任や権限を意識的に顕在化させる作業が必要なのである。なぜならば、責任と権限を明確にすることは、それぞれの自治体で、地域包括ケアの担い手（ケアワークの担い手）を明らかにし、目標とする福祉コミュニティのデザインを描き出すことと同値であり、そこにおける人びとの生活の質を確定することだからである。

福祉コミュニティのデザインを描くことは、地域住民を主体として配置しなおすことである。その作業は、地域社会の特性に応じて、それぞれの自治体が行わなければならない作業のひとつでもある。その意味では、福祉コミュニティのデザインを描き出すプロセスの一連の責任は、

地域福祉計画の策定などを通じて、自治体が負っているといつてよい。

地域包括ケアの実践において、福祉コミュニティの方向性を明確に描き出す責任は自治体にあるが、困難事例への対応に代表される《援助》のディメンジョンにおける責任と権限には、これとは別の分析的記述による整理が必要である。

たとえば、《援助》における責任と権限については、プロフェッション（専門職集団）としての社会的承認を得た福祉専門職をはじめとする専門的援助者の職業倫理に基づく「責任と権限」と、措置権限による行政命令を最終手段とする権限的対応に基づく「責任と権限」に分けて考えてみてはどうだろうか。ネットワーク型対応において、責任と権限が不可視化されている背景には、この双方には審級をつけることができない事実と、これらが錯綜していることにも原因があるといえる。

《援助》における責任と権限は、当事者に関わる専門職と自治体の双方にあるとしか言いようがない。当事者のトータルな支援を考えると、両者は最終的には分節不可能であり、連続的なサービス提供として認識する必要があるためだ。しかしそれは、自治体による権限的対応を第一に考える考え方を排除する。なぜなら、措置権限などの権限的対応は、憲法第25条の生存権と地方自治というシステムのなかで制度的に設定されたものにすぎず、《ケアの包括性》という利用者主体からみた場合、《援助》の重要な部分を占める行為ではあるが、《援助》の全てを包摂するものではないからである。《援助》の多くの部分は、権限的対応ではなく、専門的対応として提供される福祉サービスなのである。そのサービスは、社会的承認を得た福祉専門職によって提供される。権限的対応と専門的対応は、利用者の必要に応じて用いられるサービスのひとつであって、その意味では両者に審級をつけることはできないのである。

そうであるがゆえに、《援助》における責任と権限は、地域包括支援センターの力量や自治

体が描き出す福祉コミュニティのデザインによって、可変的になるのである。生活圏域の基層が成熟していれば、責任と権限はより地域に近いところの下ろされてくるだろうし、そうでなければ、より上位の段階に置かれることになる。

しかし本研究の分析結果が、地域の成熟度によってその比率を変えながらも《援助》における責任と権限を専門職集団と自治体に按分するからといって、自治体の責任が小さくなることを認めているわけではない。むしろ逆である。

それは、《援助》における責任と権限が、実質的には連続したサービスとして認識されるべきであり、その意味では、措置権限を有する自治体と、それ以外のサービス調整を実施する地域包括支援センターなどのケアマネジメント機関が、住民に対する責任を共に担っているから

である。

地域包括支援センターの位置づけや《援助》の具体的なあり方については、地域福祉計画等を通じて行われる福祉コミュニティのデザイン化のなかで決められることになる。すでに述べたように、こうした作業は自治体の責任として実施されるべきものであり、それは、《援助》における責任と権限のあり方をめぐって地域住民と自治体が契約を取り結ぶことに他ならない。自治体はその契約の主体としての責任を負っているのである。しかしそれは、先に述べたように、《援助》における自治体義務を免責することにはならない。福祉コミュニティのデザインを描き出すプロセスと共に、《援助》のディメンジョンにおいても、自治体の責任は大きいと言わざるを得ないのである。

別表1 ヒヤリング調査事例にみるカテゴリーの一覧

ヒヤリング調査は、調査検討委員会に参加した自治体（A市、C市、D市、G市）とそれ以外の自治体（B市、E市、F市、H市）に分けて実施した。

調査検討委員会に参加した自治体については、困難事例をめぐる問題点や地域包括支援センターの運営における課題を委員会で報告してもらい、参加委員とのセッションを通じて、それぞれの課題や実例を掘り下げる作業を行なった。セッションで明らかになった新たな検討課題を持ち帰った委員は、次回の委員会で追加的な自治体の情報や現状を報告し、再びセッションが実施され、課題がより深められることになった。

調査検討委員会は、期間中4回実施された。この間、必要に応じてメールを用いた意見交換が行われている。『地域包括支援センターにおける困難事例への対応に関する調査研究報告書』の第II部は、こうした委員会でのセッションをふまえて、それぞれの自治体の委員が執筆したものである。

調査検討委員会に参加していない自治体は、2006年11月に実施したアンケート調査（自治体対象アンケート：回収455ケース、回収率59.6%；地域包括支援センター対象アンケート：回収460ケース）の個票を分析した上で、困難事例に対する独自の対応が見られる自治体の中から、地域包括支援センターの設置状況³³⁾を考慮して選抜、ヒヤリング調査を依頼した。

調査依頼と共に送付する調査票を作成するために、アンケート調査結果、ならびに調査検討委員会、ワーキングチーム内でのセッションを参考にしながら、次の7ポイントを調査仮説として析出した³⁴⁾。

1. 困難事例に対するネットワーク対応が現段階では十分とは言えない。
2. 困難事例に対応できる人材育成の作業が後手に回っている。
3. 地域包括支援センターや行政サイドが、地域社会のしくみをもっと知る必要がある。
4. 増加傾向にある相談に対する地域包括支援センターの対応は十分と言えるのか。
5. 困難事例を発見するための経路の見直しが必要である。
6. 困難事例対応の「フローチャート」と「対応の勘所」についてはマニュアルが作成できるのではないか。
7. 地域包括ケアの実現における、責任と業務の分担を今一度明確にする必要がある。

上記の調査仮説をもとに調査検討委員会内部で意見交換が行なわれ、自治体単位でヒヤリング対象を選定し、「地域包括支援センターを管理する行政部局の担当者（実務担当、複数）」、「地域づくりに関する業務の担当者」、「地域包括支援センターの三職種」、「地域の第一線で活躍する（地域のリーダー的存在の）ケアマネジャー」を中心に、グループインタビューを実施することになった。

事前に送付した調査票は、グループインタビューのカテゴリーを自治体対象と地域包括支援センター対象に分けて作成した。

自治体対象調査票

- (1) 市の介護保険ならびに高齢者福祉の実施状況について
 - 介護保険・高齢者福祉を担当する行政の組織（職員）について

33) 地域包括支援センターの「直営タイプ」、「委託タイプ」、「混在タイプ」をそれぞれ選抜した。

34) 調査仮説の7ポイントは、2006年12月22日の調査検討委員会（第3回）で配布した「ヒヤリング調査・報告書のための仮説」（井上信宏作成、部内限）で呈示された。

- 高齢者／介護保険利用者の実態と特徴について
 - 介護保険・高齢者福祉施策の特徴と現在の問題点 など
- (2) 地域包括支援センターの設置について
- 地域包括支援センターの設置／運営方針について
 - 地域福祉計画と地域包括支援センターの連関について
 - 新予防給付の実施状況について など
- (3) 地域包括支援センターの相談状況と支援システムについて
- 困難事例の発見とその対応方法について
 - 地域包括支援センターと市（行政）との関係（支援）について
 - 地域福祉の担い手（リーダー）の育成について など
- (4) 地域包括支援センターの運営上の課題・問題点
- 地域包括支援ネットワークの構築について
 - 地域包括支援センターの抱える課題や問題について など
- (5) そのほか

地域包括支援センター対象調査票

- (1) 地域包括支援センターの状況について
- 地域包括支援センターのこれまでの活動概況について
 - 開設当初の困難とその解決、現在も継続している課題について
- (2) 総合相談業務と地域の実態把握について
- 地域包括支援センターの広報活動と総合相談の利用状況（相談内容）について
 - 相談事例の具体的な対応方法について
 - 地域包括支援ネットワークなど、関連機関・組織との関係づくりについて
- (3) 困難事例とその対応について
- 地域の困難事例の発生状況と発見（相談経路）について
 - 困難事例への対応のノウハウについて
 - 行政をはじめとする関係機関との連携や情報交換について
 - 地域包括支援センター内の三職種間の連携について
 - 現場のケアマネジャーへの支援や連携について
- (4) 地域づくりと人材育成について
- 地域づくりへの働きかけについて
 - 地域ケア活動推進のための働きかけについて
 - 講習会やケース検討会の実施状況について
- (5) 専門とする職務からみた地域包括支援センターについて
- 「三職種連携」や「地域包括支援センターとしての支援」の考え方について
 - 専門職の視点からみた地域包括支援センターの問題点や課題について
 - 現場でのご苦労など

- 現場のケアマネジャーの皆さんへは、日頃の支援活動での問題点や困難事例の対応について、地域包括支援センターに求める支援等についてお伺いします。

(6) そのほか

こうして選抜された自治体と地域包括支援センターは、2006年11月にアンケート調査を記入し、2007年1月～2月に上記の調査票に目を通したことになる。これらを踏まえた上で、実際のインタビューは、地域特性や困難事例の《発見》から《援助》にいたる独自の対応を可能とする諸条件を明らかにすることを念頭にいれ、アンケート調査や調査票をガイドとしながら、半構造化インタビューの手法を採用した。井上は、B市以外の3市での調査に参加した。

別表1の「ヒヤリング調査事例にみるカテゴリーの一覧」は、こうした調査とケースレコードをもとに、井上が整理・作成したものである。

ヒヤリング調査事例の比較対照表

包括モデル	人口規模	包括(箇所) 直営	プラ 委託	地域包括支援センターを中心とする 地域包括ケアの特徴	地域づくり活動の特徴
A 直営モデル	8万人	1	3	在介経験の完全継承	地域の集積度が高い
B 直営モデル	33万人	8	3	保健センターによる包括管理	地域保健活動の経験を継承
C 直営モデル	99万人	31		包括に統括センターを設置	三層構造による地域福祉拠点整備
D 直営モデル	47万人	1	11	行政窓口にトータルな高齢者支援	直営包括の委託への転換予定
F 混在モデル	9万人	1	2	直営が委託をサポート	市町村合併による地域特性の相違
F 委託モデル	30万人		10	行政窓口による現場主義の後方支援	広域のための地域特性の相違
G 委託モデル	44万人		19	2 包括以外に福祉支援センターを設置	民生委員を活用した高齢者の台帳管理
H 委託モデル	30万人		7	11 現場から離れがちな行政窓口の不安	歴史ある地域福祉の基層単位

1) 「包括」は地域包括支援センターを表し、「包括モデル」は地域包括支援センターの設置状況によって区分したものである。

2) 「在介」は在宅介護支援センターを表す。

<p>A) 直営モデル：A市</p> <p>A市の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人口8万人 / 高齢化率15.5% ●日常生活圏域を分割して設定するメリットが少ないと判断し、日常生活圏域を全市で1とする。 ●地域包括支援センター以前は、基幹型在宅介護支援センターを設置せず、市内3ヶ所に地域型在宅介護支援センターを設置し、その統括をA市高齢者福祉担当が担っていた。 <p>地域包括支援センターの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センターを直営で1ヶ所設置し、従来の高齢者福祉担当が担ってきた役割を継承・発展させることにした。 ●既存の3ヶ所の地域型在宅介護支援センターをブランドとした。 <p>困難事例の把握とニーズ発見の方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ●これまで地域型在宅介護支援センター、民生委員、ケアマネジャーなど、すべての困難事例の情報・相談がA市高齢者福祉担当に集中していた。地域包括支援センター設置後、担当部署は地域包括支援センターになったが、職員等も大きな変更はないため、従来のシステムを継続的に活用している。 ●2000年度末にY市と共同で設置した「Y保健福祉事務所管内高齢者虐待防止SOSネットワークシステム」で共通の相談把握票を作成し、同システムの「チーム検討会」を必要に応じて開催して、情報交換を行っている。 <p>困難事例の対応と地域ネットワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ●困難事例への対応は、Y保健福祉事務所管内高齢者虐待防止SOSネットワークシステムに基づいて、それぞれの機関が担う役割を決めて、複数機関によるチームアプローチを原則としている。 ●Y保健福祉事務所管内高齢者虐待防止SOSネットワークシステムでは、保健福祉事務所、警察、医療機関を含む事例検討会や研修会を実施し、広く地域のケアマネジャーや介護保健事業者が参加し、地域での困難事例に対するスキルアップを図り、横の連携を構築する機会を用意する。 <p>今後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ●今以上に、地域包括支援センターの窓口の宣伝が必要である。 ●困難事例の対応を地域包括支援センターの専任としないので、地域全体でネットワーク対応によって解決を図るシステム構築が必要である。 ●地域包括支援センターの職員のレベルアップと連携強化の必要性がある。 	<p>B) 直営モデル：B市</p> <p>B市の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人口133万人 / 高齢化率17.8% ●日常生活圏域をおおむね小学校区ごととした上で、介護保険サービスの提供においては、サービスの選択の幅を広げるために中学校区を基本とし、19の生活圏域を設定する。 ●地域包括支援センター以前には、在宅介護支援センター（B市では別名称）が28ヶ所設置されていた。 <p>地域包括支援センターの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センター8ヶ所、サテライト3ヶ所、実質11ヶ所を全て市直営で設置し、保健所の傘下にある保健センターが主管している。 ●地域包括支援センターの6ヶ所が地域の保健センター内に設置され、残るセンターも市の施設内に設置されている。 ●地域包括支援センターは在宅介護支援センターを継承しておらず、在宅介護支援センターはそのまま残している。 ●地域包括支援センターの保健師は市の正規職員、他の職員は在宅介護支援センターから派遣された職員である。 <p>困難事例の把握とニーズ発見の方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ●相談窓口機能を明確に線引きしないで、困難事例発見の窓口の機能を全ての関係部署が担当するようにしている。 ●市の事例分析に基づく、市独自の高齢者虐待防止・対応マニュアルを作成し、対応のフローチャートを明確化している。 ●地域包括支援センターが実施する訪問は、複数の専門職で行うようにしている。 <p>困難事例の対応と地域ネットワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ●市直営の利点を活かして、地域包括支援センター職員が虐待現場に踏み込むことが可能となる。 ●地域保健活動を担ってきた保健師が、地域包括支援センター内外のネットワークの要となっている。 ●地域包括支援センター内での定例のケースカンファレンスを実施し、職員以外に民生委員等に参加してもらい、意見交換を実施している。 <p>今後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ●長期的に地域支援を行ない得る福祉専門職の確保が求められている。 ●既存の地域づくり組織と地域包括支援センターの協力関係が必要である。
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D) 直営モデル：D市	<p>D市の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人口47万人 / 高齢化率17.2% ●地域包括支援センター以前には、基幹型在宅介護支援センター1ヶ所(直営)、地域型在宅介護支援センター11ヶ所(委託)が設置されていた。 <p>地域包括支援センターの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センターは、地域包括支援センター以前の基幹型在宅介護支援センターを改組して、市内に1ヶ所直営で設置する。 ●地区社会福祉協議会ごとに設置された11ヶ所の地域型在宅介護支援センターをそのまま残し、それぞれに医療・福祉専門職を1名以上配置し、総合相談のプラランチ窓口とする。 <p>困難事例の把握とニーズ発見の方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ●基幹型在宅介護支援センターが実施してきた、困難事例を抱えたケアマネジャーに対する後方支援のノウハウを地域包括支援センターが継承している。 ●上記の継承事項を活かして、地域包括支援センターは、地域のケアマネジャーとの連携を図りながら困難事例を発見する。 <p>困難事例の対応と地域ネットワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ●D市は、2000年度から市役所内に、介護保険のみならず包括的なサービス提供を意図した「介護支援課」を設置し、要援護高齢者の支援をトータルに実施してきた。 ●D市が高齢者虐待防止ネットワーク担当者会議を開催して、高齢者虐待の予防、早期発見、早期対応、再発防止のための後方支援を行う。 <p>今後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ●平成19年度から直営の地域包括支援センターを廃止し、地域包括支援センターを3ヶ所設置し、そのすべてを社会福祉法人に委託する予定である。 ●直営の地域包括支援センターをすべて廃止して後方支援に徹するD市は、困難事例に関するスキルチェックリストを作成し、「D市における新予防給付ケアマネジメント質保証のためのしくみづくり」において、関連団体の連携モデルを提示することで、サービスの質の維持を管理し、困難事例発生予防のための提案を行う予定である。 ●D市によるケアマネジャーやサービス事業者、地域包括支援センター職員に対するスーパーバイズ、コンサルテーションを実施し、専門職としての資質の向上をめざすための支援のしくみの構築が必要である。
C) 直営モデル：C市	<p>C市の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人口99万人 / 高齢化率22.6% (大都市ながら高齢化のスピードが早いのが特徴) ●平成5年から「地域福祉ネットワーク」を構築し、地域の要支援高齢者等の情報交換や高齢者支援を実施してきた。 ●日常的な生活活動範囲を「小学校区」とし、それぞれにまちづくり・住民活動の拠点「市民センター」、「まちづくり協議会」を設置、「触れ合いネットワーク」が地域福祉活動を実践している。 <p>地域包括支援センターの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センター24ヶ所、それらの管理指導を行う行政区ごとの「統括支援センター」を7ヶ所、合計31ヶ所の地域包括支援センターをすべて直営で設置し、「ワンストップ相談」と「出前主義」を徹底する。 ●各地域包括支援センターを直営にすることで、地域福祉ネットワークの再構築にあたる。 ●各センターが各担当エリア内の介護予防支援や包括的支援事業の実施責任を負い、統括支援センターは区内の地域包括支援センターの支援・指導・評価を行う。 <p>困難事例の把握とニーズ発見の方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域のケアマネジャーと民生委員による困難事例の発見が中心となる。 ●困難事例を把握するために、地域包括支援センターを「地域福祉ネットワーク」の中心と位置づける。 ●困難事例は、地域包括支援センターが抱え込むのではなく、統括支援センターが連携をとりながら対応する。 ●地域包括支援センターがこれまで携わってきた困難事例の対応方法を、社会福祉士が中心となってまとめた冊子を独自に作成し配布する。 <p>困難事例の対応と地域ネットワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ●小学校区-行政区レベル-市レベルの三層構造で地域福祉の拠点整備を実施し、行政区ごとに「保健・医療・福祉・地域連携推進協議会」を設置する。 ●統括センターと地域包括支援センターの二重構造により、統括センターが地域包括支援センターの後方支援にあたり、困難事例に対応する。 ●困難事例の事後対応として、医師、弁護士、警察、施設管理者、ケアマネジャー-管理人等で構成される地域包括ケア会議で事例検討を実施する。 <p>今後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ●今後は、行政判断を必要とする困難事例の対応を通じて行政職員が身に付けたスキルを地域包括支援センターの職員に伝達する必要がある。 ●医師との連携を今まで以上に深めていく必要がある。

E) 混在モデル：E市

E市の概要

- 人口9万人 / 高齢化率20.9%
- 2005年に、それぞれ地域特性の異なる1市3町1村の大合併を経て“E市”となる。
- 日常生活圏域を7ヶ所設定している。
- 地域包括支援センター以前には、地域型在宅介護支援センターが7ヶ所設置されていた。

地域包括支援センターの状況

- 地域包括支援センターを3ヶ所設置し、そのうち1ヶ所を市直営、残る2ヶ所を地域型在宅介護支援センターから選定し、委託とする。
- 地域包括支援センター以外の5ヶ所の地域型在宅介護支援センターには、そのまま在宅介護支援センターを委託し、従前の機能を維持している。
- 市直営の地域包括支援センターが指導的な立場となってE市全体の高齢者の地域ネットワークの構築業務を担当し、委託の地域包括支援センターならびに地域型在宅介護支援センターの統括・指導を行っている。

困難事例の把握とニーズ発見の方法

- 地域から持ち込まれた困難事例は、担当地区の地域包括支援センターが対応し、接近困難事例やより解決困難な事例については、行政機関の個人情報にアクセス権がある直営の地域包括支援センターが担当地区を越えて協力する。
- 全ての地域包括支援センターと居宅介護支援事業所、グループホーム、障害福祉関係事業所等を集めた月1回の会議で、複数の視点から困難事例のアセスメントチェックを実施している。

困難事例の対応と地域ネットワーク

- 困難事例については、高齢者だけでなく障害者も含めた地域ケア会議を開催し、複合的な困難に対応できるシステムを作っている。
- 「E市高齢者虐待防止ネットワーク会議」を設置し、高齢者虐待については、警察を含む専門機関のネットワークによる対応を図るシステムが作られている。

今後の課題

- 数年後に市直営の地域包括支援センターを民間に委託する計画があり、地域包括支援センターの職員から不安の声が上がっている。
- 地域包括支援センター職員の育成問題が指摘されている。

F) 委託モデル：F市

F市の概要

- 人口130万人 / 高齢化率15.9% (比較的若いまちである)
- 地区社会福祉協議会の範囲を基礎単位の“地域”と見なし、市内40地域に区分している。

地域包括支援センターの状況

- 地域包括支援センター10ヶ所、全て委託で設置する。
- 地域包括支援センターの9ヶ所は、かつて非特型在宅介護支援センターを受託していた社会福祉協議会も含めて、全て以前の在宅介護支援センターに委託することにし、在宅介護支援センターの資産を継承することができた。
- F市で、かつて在宅介護支援センターの人材育成に重点をおいた施策が実施された経緯から、職員の相対対応力は高い水準にあった。
- F市の担当窓口は後方支援に徹するが、窓口にも常勤の専門職員(社会福祉士)が配置されているので、地域包括支援センターからの相談に対して、すぐに現場に出向き、必要な対応をとることができている体制が整っている。
- 2007年度には、各センターに専門職員を1名ずつ増員の予定がある。

困難事例の把握とニーズ発見の方法

- 地域包括支援センター、F市行政窓口を明確に線引きしないので、困難事例を発見するための重層的な相談窓口体制がとられている。
- 地域包括支援センターでは、三職種が情報交換を行うミーティングを毎朝開催し、前日の出来事を三職種で確認・共有する機会を組み込んでいる。
- 地域包括支援センター職員は、地域に出る機会ごとに、近隣の地域住民や他の事業者との情報交換を行なうよう心がけている。

困難事例の対応と地域ネットワーク

- 在宅介護支援センターの頃から介護予防教室を出張で開催し、地域住民からの情報収集をこまめにやり、日ごろから地域づくり活動を進めている。
- 介護保険課課サ-ビス担当の全職員がケースワークに対応し、地域包括支援センターの後方支援を実施している。
- 市の担当職員は、ほぼ週に1回の割合で市の窓口に来所する地域包括支援センター職員と情報交換を行い、気軽に相談できる体制作りに努めている。

今後の課題

- F市は地理的に広く、地域性によって地域包括支援センターの活動に若干の違いが生じている。この事態を改善し、市内のサービスの質を高位で均質化することが求められている。
- 困難事例の対応に必要なとなるネットワークを全体的に構築する必要がある。

<p>G) 委託モデル：G市</p> <p>G市の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人口44万人 / 高齢化率19.13% ●日常生活圏域は、概ね中学校区域とし、市内19ヶ所に設置する。 ●地域包括支援センター以前には、基幹型在宅介護支援センター3ヶ所（直営）、地域型在宅介護支援センター23ヶ所（委託）が設置されていた。 <p>地域包括支援センターの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センター（G市では別名称）19ヶ所、プランチ2ヶ所を、全て委託で設置する。 ●地域包括支援センター以前は、地域型在宅介護支援センターに、地域包括支援センターを委託する。 ●直営の基幹型在宅介護支援センターの全てを「お年寄り福祉支援センター」として残す。 <p>困難事例の把握とニーズ発見の方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ●民生委員が担当地区を廻って高齢者福祉保健台帳の整備を行い、地域包括支援センターがその台帳をチェックし、お年寄り福祉支援センターがアンケート化する→当該高齢者情報を民生委員・地域包括支援センター・お年寄り福祉支援センターが、紙ベースで共有している。 ●地域包括支援センターが実態把握調査を継続して実施し、困難事例の発見に役立てている。 ●福祉部局の各課に配置された福祉専門職と市直営のお年寄り福祉支援センター、委託の地域包括支援センターが連携を密にとっている。 <p>困難事例の対応と地域ネットワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ●民生委員・児童委員、地区社会福祉協議会、地域包括支援センターを強固なネットワークで繋いでいる。 ●地域包括支援センター1ヶ所ごとに独立性の高い運営懇談会を設置し、地域の福祉課題をめぐって協議を実施している。 ●精神科医、弁護士、警察等の機関が参加する独自の高齢者虐待地域ケア・ミーティングを開催している。 ●平成15年度から高齢者虐待防止マニュアルを整備している。 <p>今後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域ネットワークが構築され機能するようになると、これまで見えなかった問題が明らかになってくると予想される。 ●19ヶ所の地域包括支援センターへの具体的な支援内容が問われている。 	<p>H) 委託モデル：H市</p> <p>H市の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人口30万人 / 高齢化率18.7% ●日常生活圏域は、人口4～5万人をややずとして市内に7ヶ所設置する。 ●地域包括支援センター以前には、基幹型在宅介護支援センター1ヶ所（直営）、地域型在宅介護支援センター18ヶ所（委託）が設置されていた。 ●地域福祉の基幹単位として、30年の歴史をもつ「地区福祉推進会」が機能している。 <p>地域包括支援センターの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ●日常生活圏域ごとに1ヶ所の地域包括支援センターを設置する（市内7ヶ所）。 ●地域包括支援センターは、地域型在宅介護支援センターを委託していた中から選定し、委託している。 ●地域包括支援センターを受託しなかった残り11ヶ所の地域型在宅介護支援センターを「介護支援センター」としてプランチに位置づける。 ●地域包括支援センターと介護支援センターは、それぞれ独立して2～3ヶ所の福祉推進会を担当地区としている。 <p>困難事例の把握とニーズ発見の方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センター以後、困難事例の対応は地域包括支援センターが中心となって担当し、ネットワーク型の問題解決を図り、市は後方支援に徹することになる。 ●地域包括支援センターは、日常的に三職種（協働）の協働を通じて仕事内容がお互いに見える状態を作り出し、困難事例に対しては、すぐに現場に出向くことを徹底している。 ●福祉推進会と民生委員による緩やかな見まもりの中で、多層的に地域の高齢者の見まもりを実践し、困難事例の発見に繋がっている。 <p>困難事例の対応と地域ネットワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地区民生委員協議会区域とする市内32ヶ所の地区福祉推進会を中心に、地域福祉を作ってきた自治活動の歴史がある。 ●地域包括支援センターと介護支援センターが、担当地区ケア会議を開催し、地区福祉推進会と協力してネットワークづくりを行っている。 <p>今後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ●困難事例を含む高齢者福祉の現場を地域包括支援センターに下ろしたことで、市職員が“現場の勤務”が薄くなってしまっている。 ●困難事例発見後のフローチャートが見えにくくなってしまっている。
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

別表2 困難事例対応シート（神奈川県綾瀬市）

困難事例対応シート（案）	相談日 年 月 日	相談者 姓・氏名	対象者氏名 住 所	生年月日 年 月 日（ 歳）	介護度
--------------	--------------	-------------	--------------	-------------------	-----

分 類 <input type="checkbox"/> 本人に精神疾患（疑いを含む）がある <input type="checkbox"/> 介護者に精神疾患（疑いを含む）がある <input type="checkbox"/> 本人がアルコール依存症（疑いを含む） <input type="checkbox"/> 介護者がアルコール依存症（疑いを含む） <input type="checkbox"/> 介護者に知的障害がある <input type="checkbox"/> 借金などで収入が少なく、生活に支障がある <input type="checkbox"/> 在宅の意志が強いが独居等で限界 <input type="checkbox"/> 必要と思われるサービスの利用を拒否 <input type="checkbox"/> 受診を勧めるが拒否 <input type="checkbox"/> 周辺症状を伴う認知症 <input type="checkbox"/> 関わる者に依存する <input type="checkbox"/> 関わる者を非難する <input type="checkbox"/> 意思決定が困難だが代わる者がいない <input type="checkbox"/> 悪質商法などの被害（疑いを含む） <input type="checkbox"/> 不適切な介護に困窮する <input type="checkbox"/> セルフネグレクト（自己放棄） <input type="checkbox"/> その他（ ）	↑	困難な状況は（簡潔に） 現在の支援（支援者）の見直し、継続支援の必要性が指摘されるか（簡潔に） 対象者に対して 支援者に対して	↑	必要とされる緊急（支援者）の中で、すぐ可能な支援をどのように行うか（簡潔に） 対象者に対して 支援者に対して	現在の支援（支援者）と内容（簡潔に） 支 援（支援者） 内 容	意欲や希望、資源など今後の支援に活用できるものはあるか（簡潔に） 導入に当たっての留意点はあるか
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----------------------------------------------------------------------------------	---	------------------------------------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------------------------

支援者（関わっている者すべてにチェックを） <input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> サービス事業者（種類） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 保健福祉事務所 <input type="checkbox"/> 市保健師 <input type="checkbox"/> 市高齢者福祉担当 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 地区社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> 老人クラブ <input type="checkbox"/> その他（ ）	支援に関わる機関と支援内容は（簡潔に） 機 関 名 内 容
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

綾瀬市健康介護課（綾瀬市地域包括支援センター）
2007年3月作成（案）

別表3 困難事例の因子別にみた状況： 支援-支援機能のカテゴリー分析

特に多いと思われる 困難事例因子	困難事例の具体的な状況	状況に対する 具体的な支援	必要とされた 支援の機能
① 本人や家族に精神障 害や知的障害がある	知的障害がある場合 <ul style="list-style-type: none"> ・生活力が低いための状況 お金を計画的に使わず、無くなってしまう ・問題意識が低いための状況 高齢の母と温泉娯楽施設に長泊し、母が体調を崩してしまう ・介護力が低いための状況 寝かせきりで、おむつ交換、水分摂取ができない状態になっている 精神障害がある場合 <ul style="list-style-type: none"> ・誤ったこだわり ネグレクト状態であるにも関わらず、誤ったこだわりで介護サービスを拒否する ・飲酒による意識低下 アルコール依存の息子が酩酊し、母に暴力をふるう ・不安定な感情の発散 不安精神症でサービススタッフに感情の発散の矛先を向ける ・治療導入が困難な感情トラブル 人格障害や被害妄想があり、サービススタッフに妄想を抱くが治療を拒否する ・不慣れな行動への近隣者の不安 	<ul style="list-style-type: none"> →お金の計画的利用についての支援 →現在の状況が問題であることを本人に説明し、生活スタイルを整える支援 →在宅・施設の介護導入の調整 →家族間の話し合い、被暴力者の安全確保を図る →本人やスタッフとの話し合いで今後の方針を検討 →スタッフに妄想被害への対応方法を説明 →近隣者への説明 	<ul style="list-style-type: none"> →あることが前提とされている家族機能への支援 →話し合いや契約で調整困難な本人、家族の要求・要望の調整 →スタッフや近隣への精神障害の理解と対応方法の周知
② 収入が少ないなどの 経済的困難	<ul style="list-style-type: none"> ・制度利用に該当しない経済的困難 生活保護受給の適用対象ではないが、今後どうすればいいか分からないとのケアマネジャーからの相談を受けて、ネグレクト状態にある寝たきりの妻には自分の年金で施設入所させ、内縁夫に対しては妻の年金を使わず、手元にある借入金なくなる前に今一度生活保護申請をするようにアドバイスを行う 	<ul style="list-style-type: none"> →保護面接官との情報共有と状況内容の説明 →当事者それぞれの権利擁護の整理を実施 	<ul style="list-style-type: none"> →行政判断の説明と今後の支援方針の提示
③ 虐待	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的、精神的虐待 アルコール依存の息子の暴力 無収入の甥による暴力と監禁 ・経済的虐待 母子家庭の生活費として費消 知的障害者の生活費として費消 近隣者が認知症高齢者の年金を生活費として費消 	<ul style="list-style-type: none"> →家族間の話し合い →安全確保の措置制度 →警察、近隣との連携 →養護者の支援 →弁護士と連携し認知症高齢者の年金確保 →成年後見制度の利用 	<ul style="list-style-type: none"> →虐待防止の支援 →養護者の支援 →権利擁護の支援

<p>④ 在宅の意志が強いが 独居等で限界</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・独居で急な体調不良が予想される 一人にいるとき、急な病状悪化に対応できず、定期的見まもりの中で病状悪化の把握を行い、機会を見つけて本人と話し合いを行う ・独居で認知症があり、常に支援を必要とする生活上の急なアクシデントに対応できない自発的なADLが適切にできない徘徊や火の不始末が問題 	<p>→在宅の限界の判断と支援方針を一緒に検討し、その実行を応援する</p>	<p>→本人の意志と異なる内容についての方針決定の支援</p>
<p>⑤ 必要なサービスを拒否</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自覚がない、被害的感情があるなどでサービス拒否 認知症や被害妄想の自覚がなく、閉じこもり、認知症悪化予防への支援ができない 	<p>→近隣者と親族と協働でサービス導入のための本人との関係づくり</p>	<p>→本人の意志と異なる内容についての方針決定の支援</p>
<p>⑥ 問題行動を伴う認知症</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・暴言やわがままな行動で介護者や近隣者が疲れ果てる 思うと我慢できず、夜中に何度も電話する性格変化で、すぐかとなり興奮し、介護者に手が出る 	<p>→認知症の理解への支援と、精神科治療の導入方法の検討</p>	<p>→家族やスタッフに認知症の理解と精神科治療導入の支援</p>
<p>⑦ 依存や批判的な対人 関係に偏りがある</p>	<p>依存</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アルコール依存で前向きな考えを放棄 ・サービススタッフへの通常以上の期待 友人や家族と同様の関係を求めて、期待に添えないと一方的に怒る <p>非難</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービススタッフと“お手伝い”を混同し、適切でないサービス提供を要求し、非難する 	<p>→近隣者と親族と協働でサービス導入のための本人との関係づくり</p> <p>→本人やスタッフと話し合い</p>	<p>→話し合いや契約で調整困難な本人、家族の要求、要望の調整</p>
<p>⑧ 意志決定困難で代わる 決定人がいない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症で支援する親族が不在 ネグレクト状態にあるが、金銭搾取している同居人が優しく声をかけるため、どうしてよいか決められない 	<p>→(③と同様の支援)</p> <p>→親族を探し、支援を求める</p>	<p>→職権による情報確認と調整</p>
<p>⑨ 不当な多重債務などで 権利擁護が必要</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症や知的障害で問題の認識のないまま、訪問販売等の契約を結ぶ 	<p>→(③と同様の支援)</p>	
<p>⑩ 不適切な介護方法に 固執</p>			
<p>⑪ 自己放棄 (ネグレクト)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症 ・アルコール依存症 	<p>→(⑤と同様の支援)</p> <p>→(⑦と同様の支援)</p>	

別表3は、北九州市小倉北区統括支援センター所属（北九州市小倉北区役所生活支援課）で、保健師の資格を有する清田啓子氏が作成されたものを手がかりに、井上が記述の一部を修正・整理したものである。

清田氏が所属する小倉北区統括支援センターは、地域包括支援センターからの相談に対する支援や虐待などの困難事例に対するサポートなど、小倉北区内4か所の地域包括支援センターを統括する業務を担っている。清田氏らが担当圏域とする小倉北区では、4か所の地域包括支援センターの協力のもとで、小倉北統括支援センターが中心となって、「小倉北区権利擁護・虐待事例への取り組み Vol.1 (2006年4～8月)」という小さい（全17ページ）が、すばらしい事例集を作成された。

ここでは、地域包括支援センター設置当初の2006年4月から8月までの5ヶ月間の間に地域包括支援センターに寄せられた権利擁護および虐待に関わる全22の相談事例を、主に社会福祉士が中心となって自分たちの力で分析している。事例集では、典型的な5つの事例を取り上げて、それぞれについて「相談状況」、「実態把握内容」、「対応方針の検討」、「具体的な支援方針とそのポイント」、「対応の反省点と今後の方針」の視角から再整理と分析がなされ、それらが的確にまとめられている。

冒頭で「虐待防止と権利擁護に対する支援はまだ十分とは言えません」と記されているが、事例集の作成は、「社会福祉士を中心に協議を進め」ることで、作業に携わった人々が、自分たちが行った支援のあり方を再整理し、よりよい支援のあり方を模索する能力開発の場としても機能している。

清田氏は、こうした地域の困難事例のケース検討を積み上げたうえで、井上が検討委員会(2006年10月12日)に提出したレジュメで提示した困難事例の因子分解(①精神疾患のある事例、②虐待事例、③権利擁護事例、④認知症のある事例、⑤難病等医療依存度の高い事例、⑥ターミナル事例、⑦症状や精神変動の大きい事例、⑧多重債務者の事例、⑨関係機関とトラブルを起こす事例、⑩介護放棄の事例、⑪介護困難の事例、⑫生活保護の事例、⑬ケアマネジャーが一人で対応できない事例)や、それを修正して本調査研究が実施したアンケート調査結果(2006年11月実施)をもとに、小倉北区の事例を念頭に置きながら、別表3のもとになる整理を行われたのである。

こうした、現場での経験を、現場の職員自らが整理し、地域の共有知として積み上げていくことが、本稿の提言4の実践に他ならない。清田氏はこの事例集をお送りくださったときに「タイムリーなのか、自分たちの地域のことだからなのか、住民や事業者には、とても喜んでいただきました」と書き添えてくださった。その通りだと思う。「現在Vol.2を作成中です」ということだが、まさにこうした現場の経験を積み上げていく作業の大切さを、小倉北区の活動から改めて教えていただいた。

なお、別表3は、脚注30にも記したように、それぞれの現場で積み上げてきた困難事例の分析から地域独自のマニュアルを作成するための手法として、さらに事例を積み上げて分析・整理を行ない、前掲の別表2のフォーマットと併せて、そのノウハウを記述する必要があることを付け加えておく。その意味で別表3は、その記述様式も含めて、作業途上のものである。

(受付日 2007年6月17日)

(受理日 2007年9月18日)