

〈誰もが、住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けることができる社会〉 を作るために ——地域包括ケアシステム研究会のまとめにかえて

井上信宏

信州大学経済学部教授

●——現場の経験から学ぶ

「人口減少が継続するなかで、これまでの町会（町内会）活動では地域課題を解決することができなくなっています。町会の役員の中には、これからは地域包括ケアシステムが必要だという人も出てきています。具体的に何をすればいいか教えてください」—これは、筆者が支援する自治体のなかで、先駆的な地域福祉活動を続けてきた地域の代表を務める方からの真摯な相談である。こうした相談が地域社会からあがってくるのは、行政が地域団体に対して情報提供と働きかけを行ってきた成果と言えるが、「具体的に何をすればいいか」という戸惑いは、全国の自治体で“地域包括ケアシステムの構築”に関わる現場が抱えているものにほかならない。システム構築の責務を背負った自治体職員の偽らざる本音と言ってもよいだろう。

このような戸惑う現場に対して、具体的な解法を直截に示すことは難しい。地域課題が解決できないのは、急激な高齢化と並行して進む人口減少が社会経済的な環境を激変させてしまい、これまでの生活保障システムが十全に機能しなくなったためである。また、地域課題の発生要因がケースごとに異なるために、予め決められた解法が役に立たなくなっているためである。

こうした変化のなかで、“地域包括ケアシステムの構築”は、今でも残る社会資源（＝地域課題を解決する手段）にてこ入れをし、あるいは新たな方法を開発し、それらを再編することでより強固な生活保障システムを創造することをめざす一つの社会実験なのである。そこでは、あるべき理想像を示すことはできても、それを実現するため

のプログラムを一律に示すのは難しい。地域課題も、社会資源も、いずれも地域社会や自治体によって大きく異なるためである。

しかし、これまで地域課題を解決してきた手段のすべてが成り立たなくなってきたわけではない。幸いなことに、いずれの地域社会にも、自治体にも、目の前にある地域課題の解決に取り組んできた「現場」があり、そこに関わってきた人がいて、支援の経験が積みあがっている。そうした現場の経験から“地域包括ケアシステムの構築”を考えるためのヒントを受け取ることはできないか。そこから新しい生活保障システムを作り出すための指標を描くことはできないか。地域包括ケアシステム研究会は、こうした問題意識のなかで組織されたのであった。

◎——課題解決に至る経路の多様性

地域包括ケアシステム研究会は、研究者2名と保健福祉行政の現場に携わる5名で、2014年2月に第35次自治研作業委員会として組織された。現場の5名は地域包括支援センターや自治体の保健福祉部署に所属し、これまで保健師、社会福祉士、ケアマネジャー、行政管理者として最前線で支援を担当してきたベテランである。

研究会は、現場の経験から学ぶことを第一に考えて、研究会の運営自体を“学び合いの場”とするように心がけた。研究者2名は、理論的な介入を控えるようにし、可能な限り参加者の声を活かす方法を模索した。

2年にわたる研究会の流れを振り返りながら、研究会の参加者が学び得たものを確認しておこう。

研究会の前半は、それぞれが所属する自治体の現状と地域課題を報告し合い、研究会メンバーが考える地域包括ケアシステムのイメージを共有するための意見交換を重ねた。その結果、自治体や地域によって直面している課題が異なり、課題解決に活かせる社会資源には地域制約がともなう事実が改めて確認された。類似する課題でも、社会環境が異なれば課題の現れ方が異なるし、解決手段の組み合わせ方も違ってくる。そのため、それぞれの現場経験をもとに考えていた地域包括ケアシステムの理解がメンバーの間でズレており、構築に向けた課題のとらえ方も異なることがわかってきた。しかしこの段階では、それらを統一することは避けたまま、定期的に研究会を持ち、そのつど意見交換を重ねるようにしていた。

研究会の中盤には、地域包括ケアシステムの先進事例として紹介されている自治体、認知症の在宅支援や地域ケア会議などの具体的なテーマに取り組んでいる自治体の担

当者、あるいはそうした取り組みを支援している研究者らを研究会に招聘し、それぞれの取り組みを学び、意見交換を持つ機会を用意した。この過程で、先進事例と言われているところが、具体的な地域課題の解決を考えるなかで関係者間の熟議（ときには丁々発止）を重ねながら、時間をかけて解決に辿り着いている姿が見えてきた。また、環境の異なる地域間の、全く異なる課題どうして類似点があったり、解決方法の一部にメンバーらの取り組みが重なるところがあったりすることに目が向くようになってきた。先進事例を丸ごと移設することはできないが、他の地域の取り組みの一部を担当地域に活かせるのではないか（あるいは、担当地域に活かしたい）という評価が下せるようになり、具体的なアイデアを語るができるようになってきた。実際の事例をもとに、メンバー間で意見交換を重ねてきたことで、先進事例の読み方が次第に身につく、課題解決に向けた他の経路の可能性を考えられるようになったのである。

研究会の後半には現地調査を実施した。調査は、可能な限り研究会の複数のメンバーが現地に出向き、受け入れ側でも聴き取りの対象者が複数で参加できるようにスケジュールを組み、集団面接による聴き取り調査を実施した。予め調査仮説を設定し質問項目を先方に示しておいたが、半構造的な調査を意識的に採用して、聴き取り対象の発言はもちろん、同席するメンバーからの小さな質問も遮らないようにした。このような仕掛けによって、現地調査の場が、前半は聴き取りの場として機能し、後半は調査に同席した者が自由に意見交換を行う場へと変わっていった。調査を受け入れた側でも、同席する隣の地域の取り組みをはじめ知る機会になったり、顔なじみの関係でありながらお互いの考えを改めて聞く場になったり、自分たちの取り組みに対する外部の評価を受ける場として機能した。調査先は、研究会メンバーの担当地域、研究会に招聘した地域、それ以外に調査が必要と思われる属性の地域を選定し、それぞれの調査先で可能な限りこうした調査を実施した。

研究会と現地調査を経たメンバーは、それらを通じて考えた“地域包括ケアシステムの構築”の課題を可視化する作業にとりかかるとにした。そのために合宿で研究会をもち、「実践家参画型ワークショップ」を応用したワークショップを開催して、地域包括ケアシステムを目的と手段の観点から整理し、サービスや実践の過程の因果関係をロジックモデルとして示す作業を試みた。そのワークショップの直後に意見交換を行い、改めてメンバーが考える地域包括ケアシステムのイメージとシステム構築で注目すべき論点を話し合った。翌日、その論点をもとに全員参加の座談会を開催し、研究会全体を振り返りながら地域包括ケアシステムの構築における課題を言語化（可視化）し、それを共有する作業を重ねたのである。こうした作業を経て、ようやく研

研究会のなかで“地域包括ケアシステムの構築”を考えるためのフレームが見えてきて、メンバーの問題意識が鮮明になってきたのである。

こうした“学び合いの場”を重ねることで改めて確認されたのは、違いやズレ、格差や相違といった言葉で語られるものが地域特性の裏返しであるということであり、課題解決のための手段の組み合わせが複数あるという事実である。そして、当事者を含めて、課題解決に関わる人たちが熟議を重ねて判断した手段の組み合わせは、その現場のロジックで考えられた最善のものであるということである。これはすなわち、地域課題とそれを解決する手段の組み合わせは多様であり、積みあげられてきた当事者の生活史や地域社会の文脈から外れて最善の解法を示すことができないということの意味している。課題解決に向けた経路には多様性があり、そのなかで最善のものを選び出すには、当事者を含めた熟議を踏まえることが必要なのである。

この気づきは研究会の大きな成果の一つである。“地域包括ケアシステムの構築”が、具体的には地域課題の解決（目的）に向けた手段の組み合わせであると考えれば、現場経験をもとに構築されるシステムにはさまざまなバリエーションがあり、1枚のイメージ図として描き出せないということになる。これは、地域包括ケアシステムのロジックを考えるなかで導出された「自分で生き方を選ぶ自由が認められていること」と「客観的にも認められる健康な状態で生活を送ること」という、地域包括ケアシステムの究極の目的とも重なっている。

こうして可視化された問題意識と成果をもとに、メンバー全員が報告書の執筆作業に取りかかった。読者を想定して記述するという作業は予想以上に難しく、筆者は各自が用意した原稿のすべてに目を通し、加筆修正のやり取りを交わしながら『月刊自治研』の連載を終えることができた。

研究会の調査研究のプロセスと気づきを詳細に記したのは、出自も経験も異なる複数のメンバーが、こうした“学び合いの場”のなかで、気づきを言語化し、お互いの考え方を確認しながら“地域包括ケアシステムの構築とは何か”を一緒に考え、事例から学ぶという協働の経験を経て得られた理解と知識こそが、支援の現場で活かせる「現場知」であることを確認するためである。多職種で、地域を越えて、日頃の経験をもとに自らの支援（仕事）を振り返りながら、課題解決に向けた経路の可能性を探るという“学び合いの場”こそ、“地域包括ケアシステムの構築”には欠かせないのである。そして、多くの読者はすでにお気づきと思われるが、こうしたアプローチこそが「自治研活動」の考え方と重なっているのである。

●———地域包括ケアシステムの機能と編成

「地域包括ケアシステムとは何か」と問われれば、〈誰もが、住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けることができる社会を実現するための仕組み〉と答えるのが一番シンプルで分かりやすい。こうした社会の実現は、誰もが願うふつうの幸せに他ならない。しかし今の社会では、〈住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続ける〉ことは極めて困難になりつつある。なかでも高齢者は、自分だけ、家族だけでは、介護保険や医療保険などの社会保障制度を活用しても、ふつうの幸せを実現するのが難しい。そのため、介護保険制度の開始直後から、高いリスクに晒された高齢期の生活を全般的に支援する仕組みとして議論の俎上に載せられてきたのが地域包括ケアシステムであった。そして、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」の第2条で改めて定義が示されることになったのである（2014年）。

現在では、障害者総合支援法（2013年施行）や生活困窮者自立支援法（2015年施行）にみられるように、社会的なケア（支援）の供給方法において、地域の社会資源を総動員しながら当事者の生活する地域のなかで支援を完結させる「地域化」や、サービスの供給元の異なる複数のサービスを組み合わせることで当事者の生活の質を維持向上させる支援をめざす「包括化」が一般化する傾向にある。地域包括ケアシステムのめざす社会は、高齢者に限らない、生活に課題を抱えたすべての人を対象とする普遍的な価値であると言ってよい。

では、〈誰もが、住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けることができる社会〉を実現するための仕組みとはどのようなものであろうか。研究会がたどり着いた地域包括ケアシステムの究極の目的は、「自分で生き方を選ぶ自由が認められていること」と「客観的にも認められる健康な状態で生活を送ること」を同時に満たす状態を作り出すことであった。一人ひとりの当事者が、この究極の目的に描かれた行為を遂行できる環境が整っているならば、システムの構築を政策目標に掲げる必要はない。ところが、そうした仕組みを意識して整えなければこの目的を達成できないところに、現在の生活保障システムの抱えたジレンマがある。当事者が、専門職などの支援を受けながら個別の課題に合わせて社会資源を組み合わせ、協働して課題解決に導くという、汎用性の高い仕組みが求められているのである。そうした仕組みを考えるには、課題解決の現場で目的遂行のために人や行為がどのような役割を果たしているかということ、つまり現場における機能に注目する必要がある。

それでは、〈誰もが、住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けることができる社会〉を実現するためには、課題解決の現場にどのような機能が必要なのだろうか。それに対する研究会の答えは、「地域包括ケアシステムの機能と編成」(図1)のようにまとめることができる。

この図は、地域包括ケアシステムが扱う課題解決の現場の機能を支援の流れに従って編成したものである。

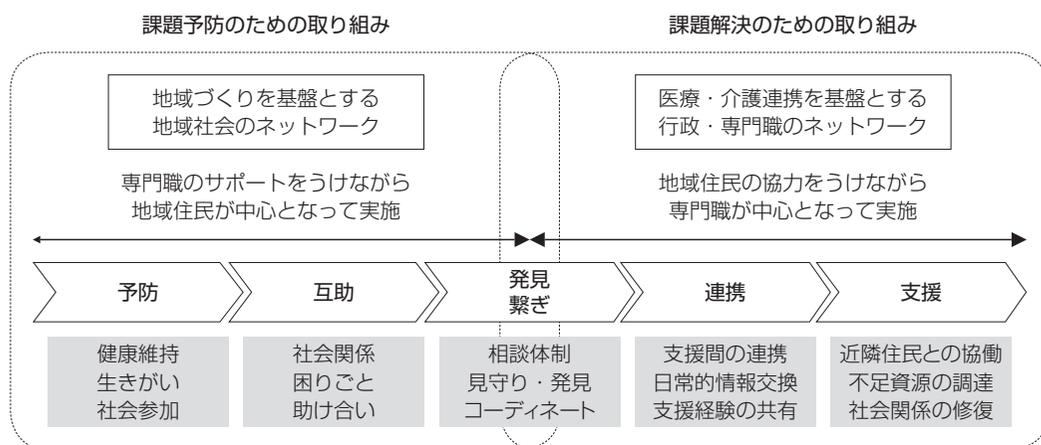
〈住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けること〉を意識しなければならない老いや障害といった課題に直面している現場では、そうした状態を未然に防ぐとともに、仮にそうなったとしても進行を抑えることで生活の質を維持向上させて、老いや障害とともに暮らすための仕組みを用意することが必要となる。こうした仕組みを〈課題予防のための取り組み〉と位置付けておこう。

こうした取り組みを構成する機能は「予防」と「互助」である。予防は、身体的精神的な健康維持のための取り組みであったり、社会参加の機会であったり、すべての人が日常的に生きがいを持つことができる場づくりによって担保される機能である。互助は、身の回りの困りごとを近隣の住民どうしが助け合い、場合によっては専門的な支援を受けながら協力して課題解決をはかることができる社会関係を築くことによって担保される機能である。このような仕組みは、当事者とその周りの人たちが中心となって、専門職のサポートを受けながら作りあげていくものであり、〈地域づくりを基盤とする地域社会のネットワーク〉と位置付けておきたい。

また、老いや障害は、急激な状態変化に見舞われたり、家族や近隣の住民が支えきれない状態となることが発生するリスクから自由ではない。こうした状態に陥ったときの安心を担保するのが〈課題解決のための取り組み〉である。

こうした取り組みを構成する機能は「連携」と「支援」である。連携は、当事者や

図1 ●地域包括ケアシステムの機能と編成



地域住民と専門職の間での日常的な情報交換であったり、多職種間での支援の役割分担や協力関係の確認によって担保される機能であり、個別の支援経験を重ねながら成功体験を共有する過程で構築されるものである。支援は、専門的なサービスを受けることに留まらず、当事者と近隣の住民との社会関係の修復、専門的な支援と近隣住民との協働といったことによって担保される機能であり、その過程においては不足する資源の調達や社会資源の創設なども含まれることになる。このような仕組みは、地域住民の協力を受けながら、専門職の人びとが課題の発生現場である地域社会のなかで作りあげていくものである。ここでは〈医療・介護連携を基盤とする行政・専門職のネットワーク〉としておく。

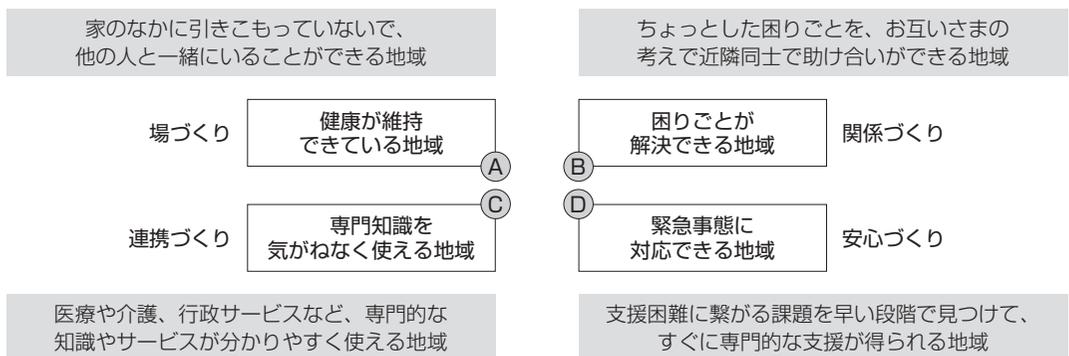
〈課題予防のための取り組み〉と〈課題解決のための取り組み〉を取り結ぶ機能が「発見・繋ぎ」である。地域社会のネットワークのなかで、予防や互助の取り組みを通じて、リスクを抱えた人の生活を緩やかに見守り、課題を発見すれば専門家と相談しながら不安要素を解消していくことになる。場合によっては、専門的な介入を通じて、発見し難い課題を突き止めることも必要となる。

地域包括ケアシステムの機能と編成は、必ずしもそれぞれの機能が分化しているわけではない。二つのネットワークも入れ子状態になっていることが少なくないし、一つの取り組みが複数の機能を有していることもある。しかし、こうした機能や編成を意識することで、地域社会のなかの強みや弱みを把握することができるようになり、地域課題を整理することができるようになるのである。

●———地域包括ケアシステムの機能を地域社会に実装する

それでは、地域包括ケアシステムの機能を地域社会に実装するためにはどのような

図2 ●地域包括ケアシステムの機能を社会実装するための4つの地域づくり



アプローチをすればよいだろうか。それを考えるために、研究会からは「地域包括ケアシステムの機能を社会実装するための4つの地域づくり」(図2)を示したい。

この図は、「地域包括ケアシステムのロジックモデル」をもとにしながら、先進事例や現地調査で得られた現場の知見を整理することを通じてまとめた、地域包括ケアシステムの機能が実装された地域社会の姿を示すものである。

第一は「健康が維持できている地域づくり」である。生活課題を抱えた人でも、家のなかに引きこもることなく、他の人と一緒にいることができ、社会的な役割を得ることができる地域である。具体的な介入としては、いきいき百歳体操(高知市)やこけないからだ講座(北栄町)の取り組み、各地で実施されているサロン活動や公民館活動が該当する。多くの人々が社会的な役割を得て、社会参加を促進できる〈場づくり〉は、客観的な健康維持において不可欠な取り組みである。

第二は「困りごとが解決できる地域づくり」である。老いや障害など生活課題を抱えた人は、日常生活におけるケアサポートがあるだけで在宅生活を継続させることができるケースが少なくない。しかし、日常生活におけるケアの多くが、これまで親密な人間関係のなかで交わされてきた行為のために、一旦そうした関係が脆弱化してしまうと、ニーズを声に出すのは躊躇されてしまう。ちょっとした困りごとを、お互いさまの考えで、近隣同士で助け合いができる地域を再生できれば、生活課題を抱える多くの人々が在宅生活を継続することができるのではないか。ここで必要なのは、助け合いサービスの制度化だけでなく、新たな〈関係づくり〉に他ならない。

第三は「専門知識を気がねなく使える地域づくり」である。老いや障害など生活課題を抱えた状態は、常に不安と背中合わせである。支援困難事例が各地で発見されたり、虐待や孤立する高齢者が急増する背景には、医療や介護、行政サービスなどの専門知識やサービスをうまく使えないままに、今の状態を自己責任で受けようとする当事者の行動がある。対人援助の仕組みが高度化し、当事者の主体的な参画が求められるほどに、専門知識やサービスから遠ざけられてしまう人が出てくるのが現在の姿である。自分で死に場所を選ぶことができたり、生きざまを決める選択肢があるだけでなく、自らの選択がどのような結果に繋がるのかについて、専門的な助言が得られる地域を作らねばならない。そのためには、専門的な知識やサービスを地域社会のなかに正しく配置することが必要である。そこでは、専門職同士での〈連携づくり〉、専門職と地域社会が日頃から情報を交換し合う〈連携づくり〉が必要ではないか。

第四は「緊急事態に対応できる地域づくり」である。この取り組みには二つの層がある。第一の層は、支援困難に繋がる課題を早い段階で見つけて、すぐに専門的な支

援に繋げる仕組みづくりである。第二の層は、専門的な介入による当事者の尊厳を保持する仕組みづくりである。〈誰もが、住み慣れた家で、地域で、安心して暮らし続けること〉は、わたしたちのふつうの幸せに他ならない。しかし、それを実現するためには、地域社会が最期の課題をともに引き受けてくれる共同体であることが必要である。東日本大震災の経験が、そうした共同体を日頃から築きあげることの大切さを教えてくれている。強制的な介入や死といった緊急事態に対応できる地域づくりは、地域社会の〈安心づくり〉に他ならない。

●—————具体的に何をすればいいか ～おわりにかえて～

研究会が示す「地域包括ケアシステムの機能と編成」と「地域包括ケアシステムの機能を社会実装するための4つの地域づくり」は、自分が所属する／支援する地域社会や自治体の“これまでの取り組み”を評価し、好事例を検討する指標となる。

すでにお気づきと思うが、好事例の多くは4つの地域づくりのいずれか一つである場合が多く、皆さんが関係する地域社会でも4つの地域づくりのいずれかはすでに着手済みであるところが多い。

研究会からは「具体的に何をすればいいか」という戸惑いには、4つの地域づくりのいずれかに着手してはどうかと提案したい。あるいは、すでに着手済みの取り組みについて、地域包括ケアシステムの機能を意識しながら推進させてはどうだろうか。

その場合、わたしたちの研究会がそうであったように、一人でも多くの人と“学び合いの場”を意識しながら地域づくりを推進していくことが必要である。4つの地域づくりは、お互いに重なり合い、関係しあうところが少なくない。いずれかの地域づくりを推進するなかで積み重ねられた成功体験は、当該地域が協働で積みあげてきた「経験知」となる。そうした「経験知」は、他の課題解決に対する波及効果を有している。

みなさんの地域で、自治体で、そうしたプロセスを経て作りあげた「地域包括ケアシステム」の実践を、今後の各地の自治研で、全国集会で報告されることを強く期待する。

【参考文献】

井上信宏「生活保障システムの転換と地域包括ケア」宮本太郎（編）『地域包括ケアと生活保障の再編：新しい「支え合い」システムを創る』（明石書店、2014年）