

介護保険グレーゾーンをめぐっての地域福祉デザインの考察
——浜松市東区における地域福祉デザインのための現状調査（2）

黒 田 宏 治

介護保険グレーゾーンをめぐるの地域福祉デザインの考察 ——浜松市東区における地域福祉デザインのための現状調査(2)

A study on community-based welfare design through analysis of difficult cases in the gray zone of long term care insurance ——Fundamental research for community-based welfare design in Higashi-ku, Hamamatsu City (2)

黒田 宏治
デザイン学部生産造形学科

Kohji KURODA
Department of Industrial Design, Faculty of Design

本稿は、浜松市東区における介護保険グレーゾーンのケア困難事例6件のケーススタディーを通じて、望ましいケアの方向、地域福祉デザインの問題・課題の分析・考察を行ったものである。前者については、地域福祉に携わる専門職アンケートを通じて望ましいケアへの示唆(可能性や選択肢)を得ることができた。後者については、近隣人間関係の希薄化、介護保険の利用制約、縦割り体制の弊害、生活支援サービスの少なさの4点に問題は集約され、それぞれについての解決すべき課題の抽出・整理が行われた。

This paper is a record of the consideration of directions of preferable caring and community-based welfare design, through the case study of six difficult senior citizen cases in the long term care insurance gray zone, in Higashi-ku, Hamamatsu city. About the former, some suggestions were able to be obtained through the profession questionnaire to be involved in community welfare services. About the latter, four problems were clarified, and some problems that had to be solved were examined.

1. はじめに

昨年度報告「浜松市東区における地域福祉デザインのための現状調査(1)」では、浜松市東区内に焦点をあて、当該地域において福祉サービスに携わる専門職・市民からなる研究会(さぎの宮地域福祉デザイン研究会)を編成し、望ましい地域福祉デザインに向けて実施した調査研究の経過を報告した。^{1) 2)}

そこでの調査研究の内容は、高齢者福祉の観点から地域特性の把握を目的とした地域の健康診断の試みと、既存の公的福祉サービスの枠内では十分かつ円滑なケアに難しさを有する在宅高齢者事例(困難事例)の調査・検討である。困難事例の調査・検討では6事例を取り上げたが、介護保険グレーゾーン(要介護認定が軽度ないし自立等の状態にあるが生活支援等を要すると思われる状況)ゆえにケアの対応に困難さが指摘される3例と、要介護状態が重度ゆえにケアの対応に困難さが指摘される3例であった。

ここで、前者のような困難事例(介護保険グレーゾーン)に関しては、団塊の世代の高齢化に伴い、近い将来著しい増加が予想されるところであり、地域包括ケアシステムの構築に向けても看過できない領域と考えることができる。

そこで、本研究においては、そのような介護保険グレーゾーンの困難事例を取り上げて、ケーススタディーを中心に現状把握と課題分析を行うとともに、地域福祉デザインについての考察を行うこととした。本稿では、それら調査研究の実施結果について報告する。

2. 研究の方法

2-1. 困難事例の抽出・記述

昨年度の調査研究報告に引き続き、さぎの宮地域福祉デザイン研究会において困難事例の抽出・記述を行い、介護保険グレーゾーンの困難事例を計6件収集した(昨年度調査で収集・記述した3件を含む)。収集・記述した困難事

例の概要は次の通りである。

- ・困難事例A(Aさん:83歳、女性、要支援2)
- ・困難事例B(Bさん:78歳、女性)
- ・困難事例CD(Cさん:84歳、女性、要支援2、Dさん:88歳、男性、要支援1、夫婦)
- ・困難事例E(Eさん:86歳、女性、要介護1?)
- ・困難事例F(Fさん:80歳代半ば、女性)
- ・困難事例G(Gさん:68歳、男性)

なお、()内に記載の要支援1・2、要介護1は、介護保険で認定された要介護状態区分である。記載のない事例は未申請または不明の例である。

2-2. 専門職アンケート調査

浜松市東区において地域福祉に携わる専門職の方々を対象に、収集・記述した困難事例についての記述式のアンケート調査を行った。調査実施は2010年7月で、質問項目は次の通りである。

- ・質問1:困難事例毎の望ましい生活支援、介護サービスのあり方
- ・質問2:介護保険グレーゾーンにおける現状・問題点や課題・解決方向

回答いただいたのは次の10名である。

- ・回答者①:民生委員
- ・回答者②:民生委員
- ・回答者③:社会福祉士
- ・回答者④:介護支援専門員(地域包括支援センター)
- ・回答者⑤:介護支援専門員(地域包括支援センター)
- ・回答者⑥:介護支援専門員(地域包括支援センター)
- ・回答者⑦:介護支援専門員(フリーランス)
- ・回答者⑧:介護支援専門員(フリーランス)
- ・回答者⑨:福祉NPO職員
- ・回答者⑩:福祉NPO職員

なお、今回の記述式アンケート調査は、困難事例に関する定量的な評価を目的とするものではなく、地域福祉には

多様な立場・専門性の方々が参画するが、それら立場・専門性の違いによる情報・意見の広がりや抽出を試みたものである。ちなみに、回答者の属性は上述の通りであるが、社会保障分野で公助、共助、互助、自助の適切な役割分担が指摘されるなか³⁾、位置づけの異なる前三者におおむね対応する担い手として民生委員、介護支援専門員、福祉NPO職員をそれぞれ複数選任した。また、当該地域で活動する成年後見制度に詳しい社会福祉士にもアンケート調査への協力を得た。⁴⁾

2-3. アンケート回答の集約・分析

前項アンケート調査の回答を困難事例毎に集約し、望ましいケアの方向について分析・考察を行うとともに、それら考察内容も勘案し、介護保険グレーゾーンをめぐるの地域福祉の現場から見た現状・問題点および課題・解決方向について分析・整理した。

「3. 困難事例とケア対応可能性」では、困難事例A～Gそれぞれに対する質問1のアンケート回答を集約し、それに基づいて望ましいケアの方向等についての分析考察を行った。困難事例の紹介にあたり、プライバシーへの配慮から家族状況・病名等曖昧に記述せざるをえない事情もあり、個々のケースについて必ずしも十分な回答が得られたとは言えないが、望ましいケアの方向性や選択肢についての示唆は得られたものと考えられる。

「4. 地域福祉デザインの問題と課題」では、質問2のアンケート回答を集約し、地域福祉の現状の問題点を整理するとともに、解決への課題を抽出・整理を行った。なお、以下の報告のなかで①～⑩は、いずれも上述の回答者①～⑩からの回答内容に対応するものである。

3. 困難事例とケア対応可能性

3-1. 困難事例A(Aさん、83歳、女性、要支援2)

3-1-1. 事例概要-A

Aさんは、住宅地の一軒家で一人暮らしです。ご主人を8年前に亡くされており、息子さん夫婦が市内の別のところに住んでいます。息子さんが週に一度は食料品等の買い物をして届けており、ほかにも時々総菜の届けられるサービスを受けているようで、それでAさんの食生活は支えられています。性格的には穏やかな方ですが、右目にやや不具合があり、83歳と高齢なこともあって年齢的、体力的に毎日の家事や庭の草取りなどを自身で行うのは難しい状況です。それで、自宅敷地内の草木が伸び放題になっており、近所の方に申し訳ないとよくこぼしています。以前に一度シルバー人材センターに庭木の剪定と草取りを依頼したことがあるようですが、そのときに予想以上の額(4万円以上)を請求されたようで、以来庭の手入れも滞りがちになっているような経緯もあるようです。また、Aさんには物取られ症候群みたいなのところもあり、そのため自宅内に他人を入れるかたちとなるヘルパーも利用していません。お金に困っているかという、そういうわけでもなさそうで、担当のケアマネージャーを通して息子さんに支払いを頼めば、息子さんは必要と思えば了承するのですが、Aさん本人が自分のためにお金を使おうとはせず、それで介護保険サービスもヘルパーもシルバー人材センターなどの利

用も、ことごとく拒否してきているわけです。ただ猜疑心が強い一方で、一度信頼すれば心を開くようなところがあり、現在は市役所が紹介した福祉NPOの家事支援サービスだけは受け入れています。時々庭の手入れなども、その福祉NPOに依頼するようになっていっています。とはいえ家事支援等を依頼する場合でも、二言目には「明日死ぬかもしれない」からとサービスチケットのまとめ買いはせず、サービス利用時にその都度支払うかたちをとっています。Aさんは、お上の世話になりたくないようなところもあるようで、担当のケアマネージャーが定期的に諸々の相談に応じてはいるようですが、現在までのところ介護保険サービスを利用してはおりません。なお現在、Aさんには軽い認知症があり、前回の介護認定の際には「要支援2」でしたが、当時よりも身体状況等は悪化しており、今度調査することがあれば介護度の上がるのが予想されるような状況です。

3-1-2. 回答集約-A

①自己主張が強くヘルパーさんやケアマネージャーさんの相談に応じないようですが、一度親族の方、ヘルパー、ケアマネージャー、担当民生委員等交えて話し合いをもち、約束等を紙に明記し、これが守られなければ次の手段を考える。

②高齢者は食住が回っていけば良しとする傾向があるので、本人がどの程度の生活で良しとしているかが第1のポイント。現状を維持する為には傾聴ボランティアの利用やNPOのデイサービス、地域での高齢者サロンへの参加を促していく。

③少しずつ、Aさんの心を開く(日常の会話のできる関係者を増やす)支援が必要と思われます。定期的な訪問などで、地域包括支援センター、民生委員、近隣がアタックしていく。

④当面はNPOの家事支援のサービスにより生活を支える事が可能と思われる。病気の面が不明だが、薬が出てくるとこのヘルパーだけでは難しくなる。民生委員、包括、ケアマネ、家族から話を合わせて、新しいサービス導入へ促していく。物取られ妄想があるので、地域の理解も必要(民生委員を中心として)。

⑤介護保険の認定を受けていることもあり、適応できるサービスがあれば利用するよう、あの手この手で促していく。そして、介護保険のサービスで利用・対応できない部分、日常生活におけるちょっとした支援(草取りや食事のこと等)については、手続きや仕組みがややこしいと、高齢者は利用したくなくなるため、もっと手軽に簡単に利用できるシステムがあるとよい。

⑥息子さんの協力を得ながら、本人の生活が困らない程度に様子を見ていく。NPOのサービスは受け入れていることから、見守りの継続とともにサービスの紹介は嫌がられない程度に勧めていく。本人の状況に新たな困り事が発生したり、身体状況の変化が起きた時が、新たなサービス導入や変更のチャンスとなる可能性がある。

⑦「お金を使いたくない」「サービスの利用拒否」があるなら、今のところこのままで生活するしかないと思う。

⑧現時点で、家族とNPOの支援で生活上特に困難な問題が生じていないのであれば、危機的な状況とは言えないと

思います。しかし将来的なことを考えると、ケアについてアドバイスなり判断ができる存在が必要と思います。どうしてもご本人がサービスの利用を拒否するような場合もあるかもしれませんが、現実的な対応をとれば、ご本人が受け入れられるサービスを提供しながら、新たなサービスの利用を根気よく勧めていくしかありません。その場合キーになるのはご本人の信頼を得ている人になるので、ケアマネージャー、NPOの方、長男が連携していく事が重要だと思います。

⑨ケアマネが今後も気長にかかわりながら時期を待つしかないのでは? 「物取られ妄想」については「お互い様」と言えるような役割作りがポイントになると考えます。

⑩戦前生まれの人は、自分のためにお金を使えない。少し不都合があっても、自分で何とか暮らす人が多いと思う。NPOは依頼を受けたことを実施する役割なので、本人の気持ちを実現できていないとしたら、ケアマネージャーとNPOの連携がないことに原因があると思う。

3-1-3. 分析考察(望ましいケアの方向等)-A

Aさんについては、特段に日常生活に支障があるとは思えないとの判断から、当面はNPOによる家事支援サービスを続けながら、担当のケアマネージャーが見守りを継続していくかたちが望ましいと思われる。ただ年齢的なこともあり、現状維持のためにも訪問スタッフとの会話時間の確保に加え、傾聴ボランティアの利用や高齢者サロンへの参加など外出・交流機会への配慮が望まれる。また将来を見越しては、関係のケアマネージャー、民生委員、NPO担当者等に親族を交えての話し合いの機会をもち、相互の連携の体制を築くとともに、介護保険サービスの利用等を促していく必要もあると考えられる。なお、例えば庭の草取りや同居家族の食事準備など、介護保険を利用できないサービスには、高齢者にも手軽で安価に利用しやすい生活支援の簡便なシステムの構築も望まれるところである。

3-2. 困難事例B(Bさん、78歳、女性)

3-1-2. 事例概要-B

Bさんは、集合住宅で娘さんと二人暮らしです。Bさんは、日常の家事も行えるので、いまのところ介護保険の申請はしていません。ただ、食事が思うように食べられず、体重も30kg台で決して健康的とはいえない状態です。それで毎日点滴に病院へ通っており、医療的に相談したり治療を受けてはおりますが、なかなか改善の兆しが見られません。そして、同居の娘さんも、年齢的には30代ですが、病気があって継続的な就労ができない状況です。病気のせいか娘さんも思うように食事ができず、やはり体重が30kg台ぐらいです。Bさんとともに液状の健康食品で栄養を補っているような状態です。Bさんは体力的にも衰えてきており力仕事はできず、同じ市内ですが少し離れた所に住んでいる弟さんがときどき訪ねて来て、いろいろ家事や買い物などを手伝ってはくれています。ただ、いつでもBさんを支援できるような状況にはなく、何かのときには対応が懸念される場所です。最近のBさんは気が低下してきており、外に出て人と交流したり何かしようという意欲が無くなってきており、自宅に引きこもりがちになってきています。それで、病気で家にいる娘さ

んと二人で顔をつきあわせていると、「死にたいね」といった感じになることもあるようです。とはいえ、Bさんの場合には要介護認定では「自立」なので、介護保険のサービスを使うというわけにもいかず、でも明らかに食事には困っている状況ではあるので、地域包括支援センターとしてはBさんから生活や健康の悩みを聞きながら、配食サービスを利用するような相談を始めているところです。

3-2-2. 回答集約-B

①30歳代の娘さんが同居されていますので少し安心ですが、互いに食生活が不安であることから、かかりつけの医師に相談したい。食生活に関することですので医師や地域包括支援センターと相談しながら食事療法を娘さんに助言したい。

②体力的に調理が無理ならば配食サービスの利用や家事支援のサービスを利用するよう勧める。また、体重が30kg台というのも気になるので精神科への受診も必要と思う。

③事例報告の末尾に記載の地域包括支援センターの傾聴と配食サービスのおすすめがよいと思われる。

④介護保険以外の特定高齢者施策を活用していく。そのために、この家に定期訪問し、外に出て行けるように促していく。民生委員や軽度生活援助で、お話し相手をつけてもよい。また地区保健師の健康相談や老人会への声かけも、会長や世話役を通してアプローチする。

⑤日頃の娘さんの看護に関する悩み、そして自分の健康についてなど、心安く相談でき、支えてもらえる「人」が必要と感じます。そのような、心の支えによって、生きる力、生きがいづくりができてと思います。悩みを聞くだけ、そしてたまにはアドバイスしてもらえるボランティアなどの支援が有効だと思います。

⑥何かの時に相談できる窓口を本人が理解し活用できること。近所に気分転換に出掛けられる所があること。話をきいてもらえる人がいること。

⑦病気の治療が最優先。医療保険による訪問看護、医師の指示にて栄養指導が必要だと思う。液状の健康食品で栄養を補っているのなら単に配食サービスを利用しても問題解決にならない。

⑧まず現在の介護認定において、Bさんが介護認定の申請をすれば、何らかの認定は付くと思われます。何度申請しても介護認定がつかない場合は医師の意見書が関係している可能性もあるので、意見書の作成先を変えることも有効かもしれません。また調査の際に正しく状況が伝わっていない(本人が見栄をはってしまう)可能性もあるので、立会人がいつもの生活状況をメモにして調査員に渡す、などの工夫も必要かもしれません。

日常の家事支援という点については、介護認定がつかなくても、市で行っているヘルパー派遣事業が利用可能だと思います。本来一人暮らしの高齢者向けのサービスですが、同居家族がこのように事実上介護不能であれば利用することができます。

しかし食事がなぜとれないか、ということについては別の対応が必要です。保健師や管理栄養士による生活指導、栄養指導などを利用していくことも一つの方法かと思えます。市で行っている通所サービスなどを利用して気分転換を図るということも検討していいかもしれません。

⑨配食サービスよりも要介護認定を至急に申請して、暫定でも利用開始し、訪問看護や訪問栄養指導で現状打開すべきではないか？ 摂食状態が悪化しており急を要すると思えます。家族および地域のかかわりとしては外食や会食など食べなくなる環境作りが大事です。

⑩個人の意識にはそれなりの思う所があったり、身体的にも他人にはわからない問題がありそう。介護保険の対象にならない場合には、近隣の見守りネットワーク的な存在が必要になってくる。

3-2-2. 分析考察(望ましいケアの方向等)-B

Bさんについては、専門職アンケートより3種類の対応が早急に必要と考えられる。一つ目は、医療面からのケアである。摂食状態が悪化しており、かかりつけ医師ないし精神科に相談するとともに、保健師や管理栄養士の生活指導、栄養指導を利用することが考えられる。二つ目は、相談相手探しである。民生委員や地域包括支援センター職員が定期的に訪問し、話相手を務めたり、外出を促したりしていく必要がある。老人会への声掛けなど世話役からのアプローチも考えられる。それらを通じて、気分転換の機会をつくとともに、本人や娘さんの健康面で相談できる人ができることを期待したい。ボランティアの支援や近隣の見守りネットワークなども有効と思われる。三つ目は、生活支援の充実である。医師の意見書を添付し介護保険の申請を行い(要介護ないし要支援認定の可能性が高い)、訪問看護や訪問介護のサービス利用を勧めるか、あるいは行政の特定高齢者施策の利用などが考えられる(ヘルパー派遣等；本来一人暮らしの高齢者向けだが同居家族の状況を勘案すれば利用も可能である)。

3-3. 困難事例CD(Cさん、84歳、女性、要支援2/Dさん、88歳、男性、要支援1/夫婦)

3-3-1. 事例概要-CD

Cさん、Dさん夫婦は、昔からの住宅地の一軒家に二人でお住まいです。息子さん夫婦が近くに住んでおり、また日常的な近所づきあいもないわけではありません。Cさんは平成17年以降に何度か転倒して骨折の既往症があり、胸や腰に痛みがあったりして外出の際には杖を使い、家事も十分にこなせない状況です。Dさんは心疾患、呼吸器疾患があり、大腸半分切除手術をされていたりで、最近では少し歩いても息切れして、家の中でも移動が困難となる日もあります。それで、二人ともたいへん苦勞して生活されている状況です。いまCさんの方が「要支援2」で、Dさんの方が「要支援1」で、それぞれ介護保険のサービスを利用しています。Dさんはデイサービスを週1回利用しており、Cさんの方で週2回、食事の支度などでホームヘルパーを利用しています。ただそれだけでは足りずに自費(3,000円/時間)で週3回ホームヘルパーを頼んでいます。近くにスーパーも無いわけではありませんが、二人の身体的状況からそこまで出掛けるのはかなり困難であり、買い物については近所の方が野菜を届けてくださったりと、ときどき息子さんが手伝ってくれたりもしてくれています。それでも二人だけでは調理や片付けなど含めて毎回の食事にはかなり困っているようです。もう一つ問題があ

り、Cさんは身体の痛みの関係で靴下が自分で穿けないとか、湿布の貼り替えも誰かに頼まなければいけない状況なのですが、Dさんの方では息切れが酷くそのような作業ですらたいへんな日もあるようで、難しいところです。とはいえ収入が年金だけで、1時間3,000円の自費ヘルパーは負担なようで、もう少し安いところを探せたらとは言っているところですが、土日の利用とか、いまのヘルパーが親切で変えたくないという気持ちもあって、その辺りが課題ではあります。なお、Dさんは以前は「要介護1」だったのですが、制度の改定で「要支援1」に変更され、明らかに以前より状態は悪くなっているにもかかわらず、介護保険サービスを十分に使えなくなってしまったという問題もあります。

3-3-2. 回答集約-CD

①1時間3,000円の自費ヘルパー負担は確かに大変です。東区の各地区には地区社協があり、その中に家事支援を担当している専門の部があります。ここでは家事1時間600~700円ですので、とりあえず担当地域の地区社協に連絡することを勧めます。

②介護保険サービスだけでは間に合わないのであるならば、NPOの家事支援、憩いの家(NPO運営)のデイサービスの利用を提案します。

③Cさんについては、行政が不法に受け付けていないと思われる障害者自立支援法での障害認定を申請していく必要がある。Dさんについては、介護認定の見直しをする。医師の特記で本人の慢性閉塞性肺疾患?などを明記するなど生活の困難を載せる。

④要支援の認定を二人とももっているの、ヘルパーの回数を増やすことが可能と思います。また、宅配サービスや弁当配達サービスも利用しても良いと思います。それだけ定期的にヘルパーが入れば湿布貼りやくつ下の介助もそのタイミングで手伝ってもらえば良いと思います。極端な話、介護保険要支援1だとヘルパー2回/週、それより軽度な人用の生活管理ヘルパーなら3回/週なので、介護保険をとりさげる方法もあります。

⑤低料金で利用できるヘルパーのサービスがあるとよい。収入が少ない方にとってはサービスに利用料金を支払うのも困難であり、生活するだけでせい一杯の方もいらっしゃいます。しかし、サービスも利用しなければ生活自体も保たれない場合もあります。

⑦Dさんの状態が悪くなっているにもかかわらず、なぜ要支援1になったか?誰かが立ち合って調査を受けたか?必要なら変更申請を行えば良いと思う。高齢者福祉の配食サービスは利用していないのか?調理や片付けで困っているのなら配食サービスを利用するのも方法。

⑧介護認定の見直しは検討されるべきだと思います。要支援1でも通所を週1回、訪問介護を週2回利用することができます。要支援2であれば週3回まで訪問介護を利用することができます。なので合計で週5回まで訪問介護を利用することができるはずです。

食事の確保については、配食サービスを利用することが一番の早道です。非課税世帯であれば市の福祉サービスによる補助を受けることもできます。ただ食事というのは最もご本人の拘りや好き嫌いが現れる所なので、「どんなに

困っても配食は嫌」という人がいることも事実です。そういう場合はおいしい配食業者を探るか、訪問介護に頼っていかざるをえないと思います。

最も困難なのがCさんに対する更衣や湿布貼りなどの身体援助だと思います。これらのニーズは時間でプログラムを組んで対応できるものではありません。いずれにせよ、お互いが支援者、介護者になることは困難な状況であることは明らかです。私が担当だったら、介護認定の見直しを行い十分なサービスの確保を図るのと、できうるのであれば、お二人で入所できる介護付施設の検討を勧めるところです。

⑩本人の意志とか希望とかにもよりますが、介護保険サービスが使えない場合のためにNPO(福祉系)を使えば良いと考えます。困みに、市内にはそのような団体が少ないので育てる必要があるのです。行政は早急に基盤整備に取りかかるべきです。

3-3-3. 分析考察(望ましいケアの方向等)-CD

CさんDさん夫妻の場合は、状況から自費によらない訪問介護回数を増やすことが一番の課題である。それに対していくつかの方向がありうるが、まずは介護認定の見直しを行うことが考えられる。状況から医師の意見書があれば要介護度は上方修正になると推察できる(Cさんについては障害者認定の可能性も含めて)、それによってより多くの介護保険サービスの利用が可能となる。あるいは、現状でも要支援1(Dさん)で週2回までの訪問介護、要支援2(Cさん)で週3回までの訪問介護の利用が可能であり、夫婦で合計週5回の利用ができ、そのように利用プログラムを変更することも一法ではある。また、ヘルパー回数だけの問題であるなら、介護保険利用を取り下げ行政施策の生活管理ヘルパー(週3回)を利用する方法も考えられる。次に、現在利用の3,000円/時間の自費ヘルパーの費用の低減であるが、地区社協の家事支援ヘルパー600~700円/時間や福祉NPOの家事支援ヘルパーを利用するなどが考えられる。ただし、ヘルパーとの相性や利用日時の関係もあるので、費用を含め総合的に判断していくこととなる。ヘルパー利用軽減のためにはCさんDさんの状況からは配食サービスの利用も考えられるが、夫婦の食への拘りや配食への好き嫌いも勘案して検討すべきところである。以上、在宅でのケアを基本とした対策であるが、Cさんに対する円滑な身体援助やDさんの負担軽減を考えるならば、夫婦で入所できる介護付施設への入居も問題解決のための選択肢と言えそうである。

3-4. 困難事例E(Eさん、86歳、女性、要介護1?)

3-4-1. 事例概要-E

Eさんは、集合住宅に息子さんと二人暮らしです。経済的には年金生活です。同居の息子さんは精神疾患をもち、定職に就けず障害年金をもらっています。ただ日中は不在がちで、Eさんは日中独居のようなかたちです。Eさんは認知症と統合失調症が混在している状況で、妄想、幻覚症状があり、家事や料理も本人はやっていると言いますが、鍋を火にかけたまま忘れて、水を出しっぱなしにしたり、誰かが入ってくるからと玄関やカーテンを閉めきったりとか、そんな状況です。妄想や幻覚症状があるた

め、家の中だけでなく、近所に行って「殺される」とか言い歩いたり、息子さんの帰りがちょっとでも遅くなると警察に電話したり、周囲の人達を巻き込んでしまい、近所の人も困っている様子です。Eさんの幻覚は加療が必要と思われませんが、息子さんが不在がちで継続的に診療に連れていかず、そのため受診が続き心身の健康管理も不安な状況です。以前、介護保険も申請はしたことはあるのですが、結果的に介護サービスに結びつかなくて、その後は更新もしてない状態です。ほかの家事支援サービスも入ってはあらず、ほんとうに料理とか家事とかをEさん自身どこまでやれているのかよくわかりませんし、心配になります。配食サービスも検討しましたが、Eさんがお金を払うことを嫌がるので、結局は駄目でした。なお、前回介護保険を申請したときは「要介護1」でしたが、いま調査するともう少し悪くなっている(介護度が上がっている)のではないかと思います。包括支援センターとしては、息子さんの金銭管理に不安があるため、金銭管理代行の方策を探ったり、生活保護申請の助言もしたのですが、そのままになってしまっています。集合住宅(団地)在住ですが、Eさん、息子さんとも近所に知り合いがいるようではありません。こういう人たちだと周りもうまくつきあってはいけませんね。本当はデイサービスとか、人のかかわりが望まれるところですし、見守りも必要とは思われますが、実際には難しいところです。せっかく介護保険も一度は申請したので、申請直して、外に出て人と触れる機会をつくったり、家事支援も必要と思われますが、そういったサービスを受けていければ、Eさんも少しは生活がよくなっていくのではないかという状況です。

3-4-2. 回答集約-E

①お二人とも精神的不安定なところがあり、家事で火をつけっぱなし等は火災の起こる可能性があるため、包括支援センター、ヘルパー、ケアマネージャー、担当民生委員を交えて話し合い、これだけは守るという条件を決める。尚、地区社協の家事支援部に相談してみる。

②精神疾患のある方の支援はむづかしく、関係機関のケース会議を開いて、それぞれの役割分担をして進めていくのが良いと思います。精神科を受診し、精神の支援センターとの連携をとる。

③Eさんと息子さんの生活安定のためには、共に成年後見人等の支援が必要と思われる。行政の窓口(福祉総務課など)で親族(2親等内)を捜してもらい申立人の選任を検討していく。親族がいなければ、市長申立て(息子さんは保佐相当。Eさんはトビー症候群の認知症が予想され医師の診断・鑑定が必要(保佐or後見。))で後見等開始を審判申立てをする。

④精神の相談支援事業所に関わってもらい、定期受診等の支援をしてもらう。認知症がひどくなると、在宅生活は難しくなる。息子の介護が期待できないと、やはり施設の検討が必要になる。

⑤介護保険における認定も、最近ではばらばらの認定であり、この人はもう少し介護保険の認定や制度そのものをもっと使いやすかったならば多少なりともサービスが利用できたかもしれないし、他に支え合いのボランティアなど何かしら支援の手が入れたらよかったと思います。また、

経済的にも不安のある方なため、安いサービスがあればと思います。

⑦今の状態であれば変更申請をして、そのままになっている生活保護申請を進め、施設入所を検討する方が良いと思う。認知症と統合失調症が混在しているというが、火の始末ができない状態の場合、常に見守りをしている人がいない以上、在宅での生活は困難。

⑧精神障害がある程度進むと、専門家による支援が必要と思います。このケースのように介護保険認定を取っていないのであれば、精神障害の相談機関に関わってもら方が良いでしょう。本来であれば治療を優先したいところだと思うので、精神障害の相談機関に関わってもらって治療を行い、ある程度他者との交流や判断ができる状態にならないと、サービスを導入しようとしても厳しいのではないのでしょうか。

⑨一度介護保険の申請をしたことがあるのなら、その時のケアマネはどう関わったのでしょうか。サービスに結びつかないからと放ったらかしであるならケアマネとしての姿勢に問題があるのでは？ 辛抱強く関わるのが大事です。

⑩本人の意志を見守りながら、地域の民生委員さんや近所の助けを得られる方法を模索する。精神や認知症は素人では困難があるため、病状に対応するNPO等を捜して専門的なアドバイスをもらう。

3-4-3. 分析考察(望ましいケアの方向等)-E

Eさん息子さんとも精神的に不安定であるが、精神疾患のある方や認知症の方への介護対応は素人では難しく、専門機関の助言・指導が不可欠であり、ある程度回復が見られないと在宅での介護サービスにも困難が予想される。このケースでは、民生委員、ケアマネージャー、ヘルパーなど関係者会議を開き、それぞれの役割分担を決めてケアを進めるとともに、精神の相談支援機関に関わってもらい、まずは治療に取り組むかたちが望ましいと思われる。また、金銭管理を含め生活安定のためにはEさん息子さんとも成年後見人の選任が必要と思われる、経済的に不安もあるようであるなら、そのままになっている生活保護申請を進める必要もあるだろう。とくにEさんは火の始末に不安がある状態であり、同居の息子さんの介護も期待できない以上、在宅での生活は困難と言わざるをえず、施設入所の検討がベターと考えられる。

3-5. 困難事例F(Fさん、80歳代半ば、女性)

3-5-1. 事例概要-F

Fさんは、年齢は80歳代半ばくらいで、息子さんとお嫁さん、それにお孫さんの4人暮らしです。日中独居ですね。息子さん夫婦が一戸建てを新築したので一緒に住もうということで、市内他所より越してきて同居するようになった経緯です。経済状態は普通です。日常の家事はすべてお嫁さんがやっていて、家族のあいだで普通に会話もあり、特段の問題は無いのですが、例えば風呂は若い家族がみんな入った後にしか入れず、それで入浴が夜中になることもあったりで、苦情はいろいろあるようです。また、お嫁さんが出勤した後に、Fさんは毎日一カ所だけ、例えば今日はトイレとか、そこだけは徹底的に綺麗に、気が済むまで、清掃することを生活の日課にしているようです。お

嫁さんは気付いていないみたいだけど…。また、近所に友達とかいるわけではないので、その後笠井のデイサービス・憩いの家ダーマにNPOの送迎(自動車)で通っています。踊りが好きな人で、お金の苦労は無い人ですね。最近、Fさんは手術することがありましたが、医師からは説明には家族の人に来てくださってと言われてるんですが、息子さん夫婦は昼間は働きにいけないということで、付き添いは福祉NPOで対応しているようなところがあります。それで、NPOの担当が診察に同行し家族に経過を伝えるようなことが続いています。息子さん夫婦のFさんへに対応は、NPOの方に嫌われないようにといったニュアンスのようです。Fさんは「要支援1」くらいの状態なのですが、介護認定は受けていませんので、通院は福祉有償運送では対応ができません。かといって経済的には毎回タクシーを利用するというわけにもいかず、Fさんにとっても、NPOにとって悩みと種になっています。

3-5-2. 回答集約-F

①Fさんはある程度健康な方の方ですが、NPO運営の憩いの家に行かれて人と交流を楽しまれておられることは大変よいことと思います。Fさんの住まれておられる近くにサロン活動をされているグループがあると思いますので、地区社協に問い合わせをしてみたらと思います。近所の方々との出会いも大切かと思えます。

②お風呂の問題は若い人達が帰って来る前に入浴を済ませてしまう。通院の方は介護認定を受ければ福祉有償運送が利用できる旨を話し、介護認定を受けてもらう。

③外出支援については、市の規定の見直し(介護度、課税・非課税など)が必要だと思われる。

④家族の支援が薄いので、そこへのアプローチが必要。NPOだけで対応が難しければ、包括の介入も検討。今のうちから家族への働きかけをする。

⑦月1回の受診であれば、タクシー券を利用して、足りない分は自費で支払う。また、状態が安定していれば医師に受診の間隔をあけてもらえないか相談する。

⑧お金には困っていないとの事ですが、毎日デイサービスに通う交通費が払えない、ということはお金の問題になるのでしょうか。移動とお金は公的サービスの泣き所と思ってよいと思います。特に浜松では自力での交通手段がなくなると、とたんに生活が厳しくなります。高齢者が気軽に自分の意思で安価に利用できる交通手段の開発はぜひとも必要だと思えます。

現実的だが無謀な提案としては、介護認定申請でセニアカーや電動車椅子をレンタルするということがあります。実際には色々危険が付き物なので、決してお勧めしませんが、男性で車の運転を長いことしていたような人であれば選択肢の一つかなと思います。

家族関係については介入はほとんど不可能だと思います。病気の状態を医師以外のものが家族に説明するという事は、本来危険なことだと思います。行うべきではないと思います。

⑨日中の独居が心配であるなら要介護認定を申請してデイサービス等の回数を増やす方向で考えられませんか？

3-5-3. 分析考察(望ましいケアの方向等)-F

Fさんは健康面では特段に問題があるようには見えませんが、日中独居に心配があるなら要介護認定を申請して、デイサービスの利用を増やしたり、NPO運営の憩いの家や地区高齢者サロン活動に参加するなど考えた方がよいと思われる。また、要介護認定が得られれば福祉有償運送も利用でき、通所や通院への経済的負担の軽減が図られる。なお、浜松では自力での交通手段がなくなると、とたんに生活が厳しくなるため、高齢者が気軽に自分の意思で安価に利用できる交通手段の開発は課題である。また、高齢者の外出支援に関する市の規定の見直しも必要と考えられる。家族関係への介入は難しいと察せられるが、病状の伝達等を付き添いのNPOが行うのは望ましくない場合もあり、医師、家族、NPOの間で役割分担を確認する機会を持つことも必要であろう。

3-6. 困難事例G(Gさん、68歳、男性)

3-6-1. 事例概要-G

Gさんは、50代のときに仕事上の事故で車椅子の生活になった方です。手足が不自由で、手は何か自分の名前が書けたり、介護用スプーンを使えば自分で食べられるくらいです。ストマ用装具(蓄便袋)を使用しています。もともと浜松市外出身の方ですが、事故で運ばれてきた病院が浜松だったので、そのまま浜松にいらっしゃる様子です。家族の有無は不明ですが、現在は一人暮らしです。ただ排泄とか、食事とか、誰かのお世話が必要で、一人で生活できるような状況ではありません。

浜松に来てから、はじめ施設に入所していましたが、施設長との折り合いが悪く、マンションに移る準備をしていました。ただ転居の直前に褥瘡で入院となり、半年後の退院後に結局入居せずに、ショートステイを利用したりして、現在は別の施設(特養)に移っているようです。はじめの施設のケアマネさんが退所、マンション転居などの世話をし、地域のケアマネさんに引き継ぎましたが、その過程でライフサポートセンターにも相談して、そこからの紹介で福祉NPOのサービスも利用するようになりました。地域のケアマネさんは介護保険とNPOを組み合わせてセットしようとしたようですが、NPOへの依頼の方が多くなっています。

50代のときの事故で障害者になりましたが、まだ気持ちが現役のまま、自分は健常者と同じ感覚で生きていたいみたいで、なかなか介護サービス利用に妥協もせず、わがままなところもあります。こちらに越す際に持家を処分して、労災認定を受けているようで、生活費には困っていないようです。贅沢はしませんが、よく買い物はしています。通信販売で届けてもらうのが多いようです。

一番困るのが現金の出し入れですね。入院や買い物などの支払いの際に、自分ではATMを操作できないので。かといって法律的には代行もスムーズでない。後見人も検討しましたが、頭脳は明晰であるので馴染みにくく、また猜疑心も強く公的機関もあまり信用しないようなところがあり、そのあたりこちら(福祉NPO)では難儀しました。その後ですが、施設(特養)も2ヶ月ぐらいで出てしまったようで、別に費用的な問題ではないようで、集団生活が難しい方なようです。

3-6-2. 回答集約-G

①若くて自分の体に自信があるようですが、排泄、食事、現金の出し入れができない。これについては他人がしてくれるのは当たり前とと思っているのでしょうか。彼に意見を言える人は周囲にいないのでしょうか。本人が本当に困って人様の手をお借りしたいと思うまで放っておくことはだめでしょうか。

②難しい方のように対応は大変のようですが、金銭の出し入れは生活支援委員の利用はどうでしょうか。

③社協の日常生活自立支援事業を利用する(金銭出納代行委託など)。任意後見制度(移行型)を利用して、任意代理人を選任する。(代理人と信頼関係作りが時間を要するか?)

④字が書ければ窓口でお金を下ろせば良いと思う。集団生活になじめない人は多くいます。すぐに解決しないと思うが、長く関わり続けることで、本人も現状を受容できるようになると思う。

⑧この方のように介護サービスに不満を持ち、自費で納得のいくサービスを利用することも一つの選択であろうと思います。

⑨車椅子は手動ですかモーター付きですか? 仮に手動で移動が困難であるなら要介護認定を受け福祉用具貸与で電動車椅子も使用でき、ATMの操作ができないのなら営業時間内であれば銀行員が代わりに操作してくれるのではないのでしょうか?

⑩ Gさん本人の意志がはっきりしており、何があろうと自分の意志を貫いている。一番の問題はケアマネージャーが立てるケアプランが本当に本人の望むものではない所にあると思われる。自立した気持ちを持ち続けて健常時と同じ行動をしているだけなのに、車いす生活で誰かの支えが必要な点があるため、本人は困難を感じている。

「車いすで〇〇〇〇の状況の人には△△△のケアプラン」モデルケースの枠の中にはめ込まれることは、人間として尊厳を侵される。Gさんは自分の意志で自分の人生を生きている。介護保険のプランという枠の中では息苦しいのだと思う。要介護状態であっても自分らしく生きられる市民主体の施設やそのような生き方が可能な方法があまりにも少なすぎる。

3-6-3. 分析考察(望ましいケアの方向等)-G

Gさんのように介護保険サービスに不満があり、また集団生活になじめないようであるなら、自費で納得のいくサービスを利用することも一つの選択と考えてよいだろう。ただし、日常生活に困難も察せられるので、社協の日常生活自立支援事業(金銭出納代行委託など)の利用や任意後見制度を利用した任意代理人の選任などの制度利用は考えられるところである。Gさんの立場に立つならば、要介護状態であっても、標準的なケアプランの枠内での生活には息苦しさ(尊厳の侵害)を感じている可能性がある。介護保険内外含めケアプランのより多様な展開も課題と考えられる。

4. 地域福祉デザインの問題と課題

4-1. 質問2のアンケート回答

ここでは、地域において福祉・介護に携わる現場の専門職・実務者からの声として、今回実施したアンケート調査の質問2の回答内容を、回答者①～⑩それぞれについて掲載する。⁵⁾

① 1. 基本的には隣近所の人達が互いに助け合うことだと思います。 2. 最近では近隣との関係が希薄化しており、災害時などの協体制に不安を感じています。 3. 便利さ、快適さを追求した結果、人間のわがままが優先され、最終的には孤独感、孤立化により生きる力を失うケースが多くなっています。 4. 現代は人間が利用価値で品定めされ、何ができるのか、何の役に立っているかということで、大切にされたり粗末にされたりする。「その人の存在、その人が生きていることそのものに価値がある」「人間は他人に存在を祝福されないと生きていけない」これらのことを各人が認識し存在を認めあうことが大切だと思います。

③ 外出支援や家事代行のNPOが少ない。医療、保健、福祉、インフラ（ライフライン）などを交えた地域包括支援センターが行政の核として必要と思われる（行政の縦割りの役職を無効とした実行権のあるもの）。

④ 介護保険は制限が厳しく、助け合いサービスが増えるといふ。ただ、問題が金額で、低料金でないといふ。交通手段もなく困っている人が多い。需要はあるが、利用が少ないため、サービスも増えてこない。

⑤ 緊急時など必要な時にすぐ使えないと意味がない。おとなり近所の支え合いの関係がいかに大切であり、それが福祉の大切な社会資源となりうることは確かです。そのような小さなコミュニティがつくられていくと、グレーゾーンの方への対応もなされ、よりよい地域となっていくでしょう。今の状況は、元気な高齢者、少し支援が必要な高齢者、介護が必要な高齢者と、さまざまに利用するサービスも対象で縦割りにされている状況です。全ての人が、困っていることに対し、気軽に相談でき、気軽に何でも支援してもらえるサービス、ボランティアなどがあると、とても安心して生活できると思います。

⑥ 多くの種類のインフォーマルサービス及び必要な時に使えるだけのサービス量が確保されること。年金受給者でも無理なく使える安価な利用料金。お互いの顔が分かる近所づきあいの復活。そして、お互いの得意なことを助け合える関係に地域づくりができれば、サービスの利用ができるかどうかで困ることがなく、生活が送れる部分があるかもしれない。地域づくりの前に人づくりかもしれない。子どもの頃からの助け合う心や思いやる心を育て、大人になっても持ち続けられ、行動に移すことできる人が増えれば、地域がかわっていくかもしれない。

⑦ 現在の介護保険だけでは、グレーゾーンの方達への支援が不十分のため、家事援助、配食、移動サービスなどの生活支援サービスの充実が必要と思いますが、困難事例としてあげていただいたA～Gの場合、アセスメントの情報不足、本人や家族のニーズ（意向）が読み取れないため、申しわけありませんがサービスの選定はできません。

⑧ 高齢になって車の運転ができなくなっても外出できる

手段を確保する、ということが重要だと感じています。昔は自宅周辺に小さなスーパーや八百屋、魚屋などの小型商店が歩いていける範囲にありましたが、現在ではそのような生活環境が崩れています。単に食材の確保だけに留まらず、外出して自分の目で見て買い物等をし、その過程で様々な交流をする事がどれだけ大きな意味を持つかということは万人が認める所だと思います。軽自動車を持するくらいの負担で利用できるドア・ツー・ドアの交通機関がほしいと思います。

介護認定については社会的な圧力から、厳しい方向に進んでいくことは避けられないと思います。今後急激に介護認定が厳しくなることはないと思いますが、徐々にいっていきましょう。ちなみに現在の介護認定では、80歳を超えていて身体に何らかの不自由があれば、かなりの確率で何らかの認定はつくと思います。仮に自立になったとしても、一人暮らしが高齢者世帯であれば市のヘルパー派遣事業が利用できます。介護保険制度から外れていることで、かえって使いやすいかもしれません。盲点なのが、健全な同居者がいる支援が必要な高齢者です。同居者がいることで介護サービスも市のサービスも、生活支援が入り込んでいっています。止むをえない事情があれば、サービスを提供することは不可能ではない、ということになっていますが、まさにグレーな部分です。ある程度明確なルール作りが必要ではないかと思います。

介護サービスというのはもともと保険であり、費用の全額を支払っていない以上当然制限があります。介護サービスはその範囲で上手に使うもので、過大な期待はできないというのが現状だと思います。その辺は理念と矛盾がありますが、介護サービス事業所は利用者の要求と介護保険法の縛り、実地指導、低い報酬、他事業所とのサービス競争、そして職員の獲得競争などにさらされており、非常に大変だろうと思います。

⑨ ケアマネの関わり方としては全般的に言えることはサービスの利用に結びつくか否かに関係なく、粘り強く関係を持ち続け、インフォーマルな面も含め、本人および家族を地域で支えることをマネジメントすることが基本業務のはずです。少々の困難はあたり前です。給与の一部です。事業者として地域のNPOとしても同様の姿勢で、これまでもこれからも対応していきます。

⑩ これまでの社会では、福祉は全てを公が担っていて、市民が手を出すことのない世界が長く続きました。そのため、11年前にせっかくNPO法が施行されて税金や保険料（皆で出し合うお金）を使わずに、市民相互の助け合いで担ってきた家事支援レベルのサービスについて、上手に動き始めた矢先に、約10年前、介護保険のサービスがNPOの相互扶助でできているものまで全て持ち去っていった時期があります。結果的には介護保険施行5年目の見直しで、修正はしたものの、介護保険サービスでは受けられないサービスが発生しました。そしてNPO等にそのシワ寄せがきています。

市民ひとりひとりが「尊厳ある暮らし」が確保できることを目的に置くとすれば、やはりフォーマルサービスとインフォーマルサービスが連携することにより、切れ目ないサービスの提供を受けられることにあると思います。しかしながら、インフォーマルサービスの担い手を育てること

なく、現在に至っていることは、行政の怠慢か市民の意識の低さに問題があります。

4-2. 現状の問題点と解決への課題

上述の回答内容から、まず地域福祉デザインの問題点を抽出・整理すると、次の4点に集約することができる。⁶⁾

a. 近隣の人間関係の希薄化：お互いの顔が分かる近所づきあいが希薄になり、災害時などの協力体制に不安が感じられる。また、それにより孤独感の深化、孤立化により生きる力を失うケースも増えている。

b. 介護保険の認定・利用の制約の厳しさ：介護保険制度の見直し（5年前）により、要介護状態が軽度に変更されたり、家事支援が利用しづらくなったことなどにより、介護保険の枠内では要介護高齢者の実状に即したケアの実施が難しくなっている。

c. 縦割りの公的な福祉介護関係サービス：高齢者の状態や福祉ニーズにより行政等公的窓口が縦割りに分かれており、高齢者にとって気軽に相談・利用できず、事業者側では円滑かつ十分なサービス提供に支障もある。

d. 使いやすい生活支援サービスやNPOの少なさ：現状では高齢者・年金生活者が無理なく使いやすい安価で多様な生活支援サービス（家事援助、外出支援等）や緊急時にすぐに使えるサービスが少なく、NPOそのものも少ない（特に浜松市東区では）。

そして、そのような問題を解決するための課題に関しては、前項（「3. 困難事例のケア対応可能性」の望ましいケアの方向等）の考察内容も含め、アンケート回答から前述の問題群に対応して次のように整理することができる。⁷⁾

a-1. 地域コミュニティの再生：隣近所で顔が見える人間関係を構築し、互いに助け合える生活環境を整備する。そのためには、子どものころから助け合いや思いやりの心を育てていくような教育上の工夫も必要となる。

a-2. 見守りネットワークの構築：在宅高齢者に対するケアマネージャーによる見守りの継続や介護スタッフとの会話時間の確保に努めるとともに、傾聴ボランティアの活用や高齢者サロン参加への声掛けなども積極的に行う。

b-1. 要介護認定等の推進：不安のある在宅高齢者に関しては、まずは要介護認定の申請を進めることが望ましく、状況により生活状況記録や医師の意見書を提出するなど申請に当たっての工夫も必要となる場合がある。要介護認定が得られればデイサービスや福祉有償運送の利用も行えるようになる。

b-2. 行政施策等との併用：介護保険サービスの利用に加えて、必要に応じて行政施策（高齢者福祉事業）や社会福祉協議会の支援事業などの利用も検討する。利用するサービスによっては介護保険よりも有利な場合もある。経済状況によっては生活保護申請も検討していく必要がある。また、健常な同居者がいる場合の高齢者支援のあり方も課題である。

c-1. 包括の機能強化：医療、保健、介護、経済的・法的支援を含めて、より総合的な福祉行政サービスの核となるような地域包括支援センターの構築（体制整備）が望まれる。また、縦割りの分野・部署間で必ずしも関係情報が共有されていない状況の改善も課題である。

c-2. ケア関係者の連携：介護プランの作成・運営に際しては、民生委員、ケアマネージャー、ヘルパー、NPOスタッフ、医療スタッフなどの関係者会議を設けて、役割分担を決めてケアに取り組むとともに、相互の連携を図っていく。フォーマルとインフォーマルの連携を進める。

d-1. 生活支援サービスの開発：より安価で気軽に（煩瑣な手続きを要せずに）利用できる多様な生活支援サービスの開発や緊急時など必要な時にすぐに利用できるようなサービス体制の構築も必要とされている。移動サービスに関しては、高齢者が自分の意思で安価に利用できる交通手段の開発も課題である。

d-2. NPOと人材育成：NPO（非営利組織）に対する行政や市民の理解の醸成を図るとともに、NPOスタッフや福祉ボランティアなどインフォーマルな生活支援サービスの担い手の育成を進めていく必要がある。現状では、NPOへの理解の乏しさやスタッフの少なさがサービス展開のネックになっている。

5. おわりに

今回の調査研究は、地域福祉における介護保険グレーゾーンのケア困難事例を具体的に取り上げて、個々のケースについての望ましいケアの方向性についての検討・考察を行うとともに、地域福祉デザインの問題と課題の抽出・整理を行ったものである。ここで抽出・整理された内容は、いずれも地域福祉の現場に携わる専門職・実務者の声を集約したものであり、当該地域に根差して具体的であり地に足の着いた内容と考えてよいだろう。諸課題を俯瞰するならば、一方で介護保険など地域福祉の制度的な改革・改善に依存せざるをえない部分もあるにせよ、地域や担い手側の創意や行動が契機となりうる部分も少なからず見受けられ、それら諸課題の解決ないし改善に向けた地域の現場からのアクションも期待されるところである。

なお、本調査研究のとりまとめに前後して、研究会メンバーが中心になり、浜松市東区において、それら諸課題の解決・改善に向けての取り組みが、既に3件ほど動き始めているので、紹介しておこう。

まず、浜松フレンズ連絡会⁸⁾の活動である。地域のNPOが中心になり福祉・介護の専門職・実務者等により組織された同会において、2010年度末の完成をめざして地域資源の発掘・編集（情報冊子制作）が進められている。前述の課題「c-2. ケア関係者の連携」に対応するが、連携の前提となる基礎的諸情報を共有する土俵の整備が図られるとともに、それら検討のプロセスを通じてケア関係者の連携の契機が築かれていると言ってよい。

二つ目は、地域のNPOが主体となり、浜松市東区において2010年10月から12月にかけて「生活・介護支援サポーター養成講座」が開講されることである。前述の課題「d-2. NPOと人材育成」に対応すると考えられるが、このような講座そのものが、地域におけるインフォーマルサービスの担い手が継続的に育っていく環境整備の端緒になるのではないかと考えている。

三つ目は、浜松市東区内の地域包括支援センターが核になり、高齢者の福祉介護ニーズ（気軽に、いつでも、安価

に)に即したかたちで介護保険を補完するフォーマル・インフォーマル連携型の地域の支え合いネットワーク構築に向けた具体的な検討・連絡に着手されていることである。主に前述の課題「d-1.生活支援サービスの開発」に対応するものと考えられるが、今後の展開が期待されることである。

このようなアクティビティが調査研究に前後して動き始めることも、実務ニーズに即した市民協働型の調査研究の一つの成果とすることができるだろう。そのような現場のムーブメントに歩調を合わせながら、引き続き地域福祉デザインの研究活動を進めていけたらと考えている。

最後になるが、本調査研究は、地域包括センターさぎの宮(浜松市東区)およびNPO法人ねっとわあくアミダス(浜松市東区)の協力のもとに進められたものである。また、記述式の専門職アンケート調査の実施にあたっては、浜松フレンズ連絡会(共催:公益財団法人さわやか福祉財団、協賛:財団法人住友生命健康財団)にもご支援いただいた。この場を借りて、各機関ご関係の方々にお礼を申し上げたい。なお、本調査研究は、平成22年度デザイン研究科長特別研究費も得て実施したものであることを付記しておく。

■注

- 1) 黒田宏治「浜松市東区における地域福祉デザインのための現状調査(1)」静岡文化芸術大学研究紀要第10巻、2010年
- 2) 浜松市東区で地域福祉に携わる地域包括支援センター職員、福祉NPO職員、民生委員に大学教員(黒田:座長)を加えた5名からなる研究会(さぎの宮地域福祉デザイン研究会)が2009年にスタートした。
- 3) 公助、共助、互助、自助の概念区分については「地域包括ケア研究会報告~今後の検討のための論点整理~」(厚生労働省、2009年)を参照した。ただし、これら4区分の扱いについては識者の間に異なる見解もある(→参考資料6.参照)。

- 4) 浜松フレンズ連絡会(共催:公益財団法人さわやか福祉財団、協賛:財団法人住友生命健康財団)に参加する福祉専門職等の方々からアンケート調査実施の協力を得た。同連絡会は、浜松市東区内の地域包括支援センター職員、介護事業所職員、NPO職員、民生委員など18名(2010年7月時点)のメンバーからなり、2008年にスタートした。現在、3年目を迎えており、福祉介護関連の地域資源の発掘・編集、フォーマル・インフォーマルの連携などに取り組んでいる。なお、同連絡会の名称のフレンズは、ふれあい・ネットワーク・ソリューション・システム(FUREai Network Solution System)の頭文字をとったものである。
- 5) ただし、回答記述の中でやや冗長な部分、質問の趣旨に外れたと思われる部分に関しては、一部割愛させていただいたことをお断りしておきたい。
- 6) 地域福祉デザインの問題抽出・課題整理のとりまとめにあたっては、今回実施のアンケート調査回答によることを基本としたが、困難事例の抽出・記述を行った研究会における分析・討議・考察の内容を補った部分もある。
- 7) 前項6)に同じ。
- 8) 浜松フレンズ連絡会については注4)を参照のこと。

■参考資料

1. 地域包括ケア研究会「平成21年度老人健康増進等事業による研究報告書『地域包括ケア研究会 報告書』」厚生労働省、2010年
2. 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会報告~今後の検討のための論点整理~」厚生労働省、2009年(平成20年度老人健康増進等事業)
3. 堀田力「地域包括ケア研究会報告書の留意点」(「さあ、言おう」2009年7月号所収)、2009年
4. 冷水豊編著『「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進』有斐閣、2009年
5. 「浜松市地域福祉計画 2009→2013」浜松市、2009年
6. これからの地域福祉のあり方に関する研究会「地域における「新たな支え合い」を求めてー住民と行政の協働による新たな福祉ー」厚生労働省、2008年
7. 『月刊福祉 2008年8月号』(特集:地域における「新たな支え合い」を求めて)、2008年
8. 「安心と希望の介護ビジョン」厚生労働省、2008年