

総説

地域包括支援センターの役割と可能性 —高齢者の地域生活とソーシャル・インクルージョン—

上野善子、金城八津子、植村直子、畑下博世
滋賀医科大学地域生活看護学講座

要旨

現在、高齢者に対する保健・医療と社会福祉の公的サービスは介護保険制度を利用することが前提となっている。介護保険制度の第一の功績は、かつて高齢者が措置制度による行政処分の受け手とされた立場から、サービスを選択する主体へと一定の強制力を持って福祉的価値観を変容させたことである。この制度は、地域で高齢者を支えるうえで全国統一基準のナショナル・ミニマムを設けた。とりわけ改正法では、専門的知識集団が地域包括支援センターに配置されたことにより、サービス提供を受ける主体がどこへ何を誰に相談したらよいのか、より公平でわかりやすくなった。更には、サービスを受ける高齢者と家族、そして地域社会は社会保障制度以外の取り組みの必要性をも認識することができるようになってきた。本論では、高齢者の地域生活に焦点をあて、地域包括支援センターの役割からソーシャル・インクルージョンの理念に基づき論じるものである。

キーワード：地域包括支援センター、介護保険制度、ヘルス・プロモーション、ソーシャル・インクルージョン

I 介護保険制度設立の社会的背景と経緯

1. 「家で死ぬ」ということ

日本はかつての世界でも類をみない急速な高齢化と少子化を同時に経験し、その動向が世界から注目された。世帯規模の縮小による高齢世帯の増加と人口の高齢化に伴う要介護者の増加に対し、その財源と介護の担い手不足の問題が懸念されることは、高齢化にともなう世界共通の現象である。

人が「家で死ぬ」ことは、かつては当たり前のことであった。しかし、1990年代頃には、「治療」ではない「介護」や「療養」を目的とした病院での、所謂「社会的入院」により天寿を全うする人が増え、高齢化に伴って医療財政や本来の医療機能の面から問題視されてきた¹⁾²⁾。高齢者は一般的に疾病に罹患しやすく、複数の疾患を併せ持ち、慢性疾患などの長期的療養が必要となる。家族への遠慮やタテマエから「家で死ぬ」ことは憧れを抱く様な現象が起きていた。「住み慣れた家の畳の上で死ぬ」ためには、地域における包括的な在宅支援システムが必要になるということを意味していた³⁾。在宅ケアにおける保健・医療や介護・福祉のサービスは、単に社会保障費削減が目的ではない。このようにして在宅でケアすることについての議論がなされることになった⁴⁾。

2. 介護保険法の成立と背景

このような社会背景の中、介護保険法は2000年に、地域で高齢者を支える統一基準のナショナル・ミニマムとして制定、施行されることになった。しかし、介護保険法の成立によって、高齢者が地域で幸せに暮らすこと（Wellness）⁵⁾ がただちに実現されたかというとはそうではない⁶⁾。保険料徴収制度に関して依拠すれ

ば、自己負担金という新たな税費の出現が家計を圧迫した。更に、介護保険制度では介護の「手間」を保険料に換算するため、介護が必要な人ほど自己負担が増えるという二重苦の現象が起きた。かつて受けることができていたサービスも介護認定がなければ受給できず、選べるほどのサービスが自宅の近くにないといったデメリットも起こってきた。また、新たな制度導入に関して、介護の担い手であるホームヘルパーや介護福祉士などの養成が急務となり、質の保障の担保も課題であった⁷⁾⁸⁾。しかし、このような問題はあっても、現在の高齢者に対する保健・医療と社会福祉のサービスは介護保険制度が中心であり、介護認定がサービスを利用するための前提と位置づけられ定着してきた。

3. 介護の社会化

近年の個人と家族や地域を取り巻く社会構造は、様々な要因により急速に変容しつつある。とりわけ高齢者を取り巻く社会状況は、財政面を中心に増え続ける保健・医療と福祉関連の社会保障費を抑制するという社会保障制度改革の手段として介護保険制度を成立させ⁹⁾、健康増進による予防へと政策を転換した。換言すれば、介護保険制度の創設により財政縮減を目指したが、結果的には財政面よりも在宅における地域ケアを推進させることになった¹⁰⁾。他方で人々は、健康なまま住み慣れた地域で暮らす「当たり前の生活」を継続することが難しいということに気が付き始めた¹¹⁾。介護保険制度は「お役所の世話になりたくない」という措置時代の意識を持っていた人たちへも、社会保険制度による介護サービスの購入をごく自然に受けいれさせ、その社会化を地域に定着させる要因となった。

しかし、在宅で介護を受けることについては様々な

課題がある。課題の中には「誰がどのようにして在宅ケアを推進するのか」という問題があり、実際には在宅ターミナルに進まないという問題もある¹²⁾¹³⁾。高齢者を地域で支えるためには、保健・医療や福祉、その他の多様な専門家/非専門家による公民協働による支援と地域づくりが必要である¹⁴⁾¹⁵⁾。このような課題から、地域包括支援センターが設立することとなってきた。

II 地域包括支援センターの設立

介護保険法の改正の目的は予防重視型システムへの転換である。その背景は、介護保険法成立以降、所謂、介護度が低い要支援者の保険適用が急激に増えるという事態に現れたモラル・ハザード (morale hazard) にある。この転換は社会保障制度改革の一環であるが、その基盤は高齢者が地域で住み続けることができるようにするための制度の確立である。

改正のポイントは、主に次の4点である。

- (1) 高齢者の実態把握と総合的相談および支援
- (2) 専門職種の協働によるケア・マネジメント 提供と包括的継続的ケアへの取り組み
- (3) 閉じこもり予防等を含めた総合的な介護予防事業の実施
- (4) 虐待防止を含む権利擁護事業

1. 地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターは、介護保険法 (第 115 条 39) の改正に伴い、2005 年に制定され、翌年 4 月 1 日から設置された地域支援事業施設である。主に市町村各区、あるいは委託された非営利組織などにより高齢者の地域支援事業を総合的に行う機関であり、全国で約 4,000 か所設置 (2008 年現在) され、現在では広く地域社会に認識されている。地域包括支援センターは、地域における保健・医療と福祉の中核を担うべく設立されることとなった。

地域包括支援センターの役割と機能は、地域社会における住民への包括的・継続的なケア・マネジメントの提供である。地域における保健・医療と社会福祉の向上を目指し、公正な立場から介護予防マネジメントや総合的な相談を行い、権利擁護の中核を担う立場にある。このような高齢者を中心とする地域住民の課題解決に向けた取り組みを実践することで、かつての在宅介護支援センターの役割を包含しながら¹⁶⁾、より住民のニーズに近い地域における総合的相談機関としての役割を担っている。

2. 地域包括支援センターの専門性

地域包括支援センターの設置により、介護福祉三専門職が配置されることになった。配置された専門職種は 1) 保健師、2) 社会福祉士、3) 主任介護支援専門

員 (施行規則第 140 条 52-2) であり、それぞれの専門性を生かしながら相互に連携して地域ケアの業務にあたることができることが、改正のポイントである。これは、II-(1) 高齢者の実態把握と総合的相談および支援、(2) 専門職種の協働によるケア・マネジメントの提供と包括的継続的ケアへの取り組み、に該当する役割である。

地域包括支援センターに専門的知識集団が配置されたことは大変意義深い。サービス提供を受ける主体の高齢者にはどこへ何を誰に相談したらよいのかわかりやすく、より親しみやすく、公平で身近な存在となってきた¹⁷⁾。しかし、そのメリットは単に悩みを持つ個人が相談しやすくなったということだけではない。例えば A 市では自治会や民生委員、ヴォランティア組織など、地域に住んでいる高齢者自らが規定の枠組みを超えた組織化を行い、地域包括支援センターへ積極的に関与・情報提供を行うことによって、高齢者の孤独死や認知症、自殺や介護予防に対する取り組みを主体的に行えるようになってきたのである。

更に重要な点がある。それは地域における専門職間の協働による連携が可能になったことである。かつて保健医療と福祉の専門職集団は、それぞれの専門性や所属機関、個人情報保護などの観点から職種間連携が難しいと言われ続けてきた¹⁸⁾。対人援助サービスを行うさいの地域における専門職間の連携はケア・マネジメントの基本であるが、高齢者福祉に特化した専門職の集団が地域包括支援センターに集ることでのこの課題が達成されつつある。今後、高齢者に対する地域での保健・医療と社会福祉の専門性は、地域包括支援センターの活動により担われるといっても過言ではない。

3. 予防的マネジメント

地域包括支援センターにおける保健師の役割は、予防的マネジメントが重要である¹⁹⁾。すなわち、改正ポイント (3) 閉じこもり予防等を含めた総合的な介護予防事業の実施の役割である。介護予防事業は決して保健師だけが担う役割ではなく、包括支援センターの他職種との連携の必要があることについては既に述べた。しかし、単に疾病や障害の予防事業という意味合いだけではない。健康的な公共政策の確立というヘルス・プロモーションの理念は、保健師の専門性の基盤である。1986 年のオタワ憲章では、21 世紀の新しい健康戦略として、その理念を「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義している。地域包括支援センターにおける保健師の役割は、ヘルス・プロモーション活動にほかならない²⁰⁾。

さて、地域包括支援センターのケア・マネジメントによる介護予防のストラテジには、二つの方法がある。

① ポピュレーション・ストラテジ: 実態把握と地域づくりの推進と、② ハイリスク・ストラテジ: 特定高齢者への支援である。これらの手法により、健康増進と予防型介護支援事業としての機能を併せ持つ効果が期待される。とりわけ高齢者を地域の中で総合的に支える地域ケア・システムの仕組みづくりには、ハイリスク・グループである特定高齢者を主な対象とする地域での継続的マネジメントの提供が求められている。特定高齢者とは65歳以上の人で生活機能が低下しつつあり、近い将来に介護が必要となるおそれがある高齢者を指しているが、保健師によるケア・マネジメントの手法はこのカテゴリーに該当する地域住民へのハイリスク・ストラテジとして期待されるところが大きい。

4. 高齢者虐待

介護の社会化の一方で、福祉諸施策の間隙にくすぶる変わらない問題もある。介護保険法の導入以降、高齢者は介護保険制度の利用により地域で必要な支援を受けることができ、介護をめぐる家族の問題も解消されたかのように見えている。しかし、介護に疲れた子どもが老親を殺害したり、老々介護の末に配偶者を殺害する事件や、高齢者の自殺、孤独・衰弱死などのニュースは後を絶たない²¹⁾。介護保険制度の導入により介護が社会化されたと言われているが、では何故、介護疲れの問題や尊属殺人などが起こるのだろうか。

介護の社会化は、介護保険制度が導入されたことから自然と進み、人々に受け入れられていったわけではない。介護保険制度成立の背景には、単に財政圧縮の目的で利用しないための数々の働きかけがあったことを忘れてはならない。そのひとつとして高齢者虐待²²⁾の問題 (Ageism) がある。高齢者は、社会と隔離されることでその問題がますます表面に現れ難いという現状がある。虐待を受ける高齢者の多くは家族から世話を受けなければならない要介護者や認知症の高齢者などであり、世話になっている「恩」から声を上げにくい人たちである。高齢者虐待防止法の成立に向けて、研究者や専門家が中心的にその必要性を訴え、尽力してきたことは事実だが、介護保険制度の施行により閉じられた「イエ」の中へ社会の介入が行いやすくなり問題が表出しやすくなったことも、高齢者への虐待防止が法制度化される要因の一つになったに違いない²³⁾。

改正介護保険法の成立により地域包括支援センターを中心とした高齢者対策の実施が求められる中で、同年に高齢者虐待防止法が成立したことは意義深い。地域包括支援センターの役割の(4) 虐待防止を含む権利擁護事業は、それぞれの専門職種が最も連携して行うべき事業であるだろう。

社会福祉士や主任介護支援専門員は、要介護認定による介入を行う。しかし、保健師には「特権」ともいえる家庭訪問の機会とスキルがある。保健師は、人々の命の尊厳を守るミッションとして家庭へ介入し、観察する術を持つ^{25) 26)}。更に言うならば、個別の事例から家族、地域社会へと支援を繋げ、社会化のシステムを構築することが保健師によるヘルス・プロモーションの活動²⁷⁾であろう。

III ソーシャル・インクルージョン

ソーシャル・インクルージョン (social inclusion) とは、EU (European Union: 欧州連合) およびその加盟国から始まったソーシャル・エクスクルージョン (social exclusion: 社会的排除) に対応するストラテジである²⁸⁾。貧困や障害などの様々な問題や困難を抱えた個人と家族が社会福祉・社会保障改革により社会から排除されている状況を踏まえて、特別なニーズを持っている人たちへ必要な支援を行い、社会参加を促進して社会へ包括しようとする政策課題である。つまり、それは人々の経済的価値が認められるものにしか価値観を見出せなくなってきたことへの抵抗概念なのであり、日本でも近年、提唱されている。2000年当時、厚生省は「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会報告書」により、ソーシャル・インクルージョンの理念を提言している²⁹⁾。

1. 高齢社会とソーシャル・インクルージョン

現代社会の高齢化は、世界に共通する要素が存在しているが、そのひとつは85歳以上の高齢者 (所謂、後期高齢者) が増えているという状況である。H. レイミングは高齢化の捉え方について、問題としてではなく、むしろ、年をとることに積極的な姿勢を持つことが重要と指摘している³⁰⁾。また、近年ではW.H.O. (World Health Organization) が有意義に歳をとるためのビジョンとして「アクティブ・エイジング (Active Aging)」の概念を提唱している³¹⁾。

個人にとっての高齢化とは、生産年齢と呼ばれた社会のあらゆる担い手としての絶頂期を過ぎ、身体的・精神的状況に関わらず「年齢」という一定のカテゴリーによって介護受益予備群として、社会的役割の担い手から排除される立場へと一気に転換されることではないだろうか。しかし、社会に必要な無き人間とする排除の論理では、個人の尊厳や人権の視点が含まれず、互いに支えあう社会の意識全体が排除される。その際の排除の基準は「～にとって有益かどうか」ということである。例えば、消費の観点からいえばグローバル化によって低価格なモノやサービスが提供されることは消費者にとっては悪いことではないが、他方でグロ

一バリズムによる低賃金労働者の搾取が問題視されるということと相似的な現象である。

2. 社会保障とソーシャル・インクルージョン

社会保険の給付引き締めをはじめとした医療・社会保障改革においては、保健や看護、介護や福祉といった対人援助分野でも「効率性」や「妥当性」が基準とされたことで、目に見ることができない人との繋がりやケアの本質といった、一見非効率にみえるヒューマン・サービスが同時に失われつつあるのではないかと危機感が抱かれる。一例として社会保険方式が適応される介護保険での算定基準は「介護の手間」であり、それを賃金へと還元することである。しかし、「愛」や「思いやり」というような可視化されない「心情」をお金に変換することは難しい。企業の宣伝ではないが「スマイル0円」なのである。介護などの事業所の場合は、かろうじて可視化可能な手段として「言葉遣い」や服装といった個人の「振る舞い」や「態度」から、利用率や利用者からのクレーム (claim: 【当然の権利としての】 要求) 申し立てなどによる総合的評価は可能になるだろう。とはいえ、個人が尊厳を持って生きるためには予防や早期介入・保護のシステムも必要であるが、他方で、地域で家族を支えるソーシャル・インクルージョンの理念に基づく仕組みが求められる³²⁾。

3. 地域支援とソーシャル・インクルージョンの理念

日本ではバブル経済崩壊後の「失われた10年」で、地域による医療・福祉格差の問題を引き起こした。更に社会保険庁は所謂「宙に浮いた年金記録」問題を抱え、高齢者の生活を脅かした。またサブプライム問題やリーマンショックなど、グローバルズムから到来した世界同時経済不況の状態から煽りを受けたことにより、更なる介護や年金などの医療・社会保障政策がゆらぎ³³⁾、現在は福祉・社会保障危機の時代ともいわれる。高齢者は日々の暮らしに不安を抱き、「病」や「老い」に対する不安を抱えながら暮らし、若者は雇用不安など未来に希望を抱けなくなっている。このような時代は人々の社会生活において、「経済」が価値基準に偏り過ぎたことも一端にあるだろう。EU などにおけるソーシャル・インクルージョンの政策は、第一義的には受動的な福祉給付ではなく就労による自立の支援である。日本の高齢者の場合、介護保険制度による要介護状態になる前のいきがよい健康づくり対策、生活支援対策などの予防政策がそれにあたるだろう。

とりわけ、対人援助サービスを提供する保健・医療と福祉の専門家は、高齢者自身が生きがいを感じ、尊厳を維持できるような自立支援のためのサービス提供をしなければならない³⁴⁾。それはまさにソーシャル・インクルージョンの理念を持ったケア・マネジメントの提供であり、地域を基盤としたコミュニティづくり

への支援である。地域包括支援センターは、保健・医療・福祉の専門家による支援の提供だけではなく、ケア・マネジメントによる地域づくりの基盤を提供することがその役割となるだろう。

IV まとめ

高齢者に関する保健・医療と地域福祉における社会化の進展は、地域包括支援センターの役割と共に、閉じられた世界が日本の地域社会へと開かれ始めたように見える。高齢者をめぐるこのような意識の社会変革は、狭義の意味での主体者の「選択性＝当事者による選択」という意味のみならず、「介護」や「高齢者」を、暗く、ネガティブな、援助を受けるだけであった対象としてのイメージから脱却させることに成功しつつあることである。高齢者が予防を通じて自立を支援される存在となり (empowerment)^{35) 36)}、地域社会から受け入れられる土壌作りになったことに意義がある。それは、かつての救済的福祉とは一線を画すような意味合いにおいても重要であった。高齢社会に直面する世界の福祉国家が抱える課題の解決には、インフォーマルなケアと介護の社会化の担い手に関する旧来の福祉的価値観の変容と高齢者自身の意識の変容が必要である。

V 今後の展望

本稿では、地域生活をおくる高齢者を中心に地域包括支援センターの役割を論じたものである。しかし、当然のことながら、地域生活は高齢者だけが行っているわけではない。地域生活は、新生児から児童、成人から高齢者まで、様々な発達過程にある人たちとその家族が生活を営んでいる。つまり、地域包括支援センターの役割の前提は、誰もが保健・医療・福祉サービスの利用可能性を持つ当たり前の存在だということを指している。

渋谷らは、21世紀の福祉国家の役割は、地域社会や個人の自立と自律を基盤とした仕組みとセイフティネットが必要であると、高齢者対策から子育て支援策へとシフトさせるための人間的な構造の再編が必要と指摘している³⁷⁾。地域におけるこれからの保健・医療・福祉の役割は、個人と家族を取り巻く地域を基盤としたソーシャル・インクルージョンの理念が重要な鍵を握ることになるだろう。

文献

- 1) 山井和則, 斉藤弥生: 体験レポート - 日本の高齢者福祉. 岩波新書, 1994.
- 2) 大友信勝: ボケが病院でつくられる - 介護と闘う家族たち. 旬報社, 1998.
- 3) 西村文夫・宮原 伸二: 「家で死ぬ」ということ - 家族が後悔しない身内の介護と看取り方. 碧天舎,

- 2002.
- 4) 二木立：21世紀初頭の医療と介護－幻想の「抜本改革」を超えて。勁草書房，2001.
- 5) H. L. Dunn. : High-Level Wellness. Beatty Press, 1961.
- 6) 樋口恵子：地域でとりくむみんなで育てる介護保険。ミネルヴァ書房，2001.
- 7) NHK スペシャル取材班，佐々木とく子：「愛」なき国 介護の人材が逃げていく。阪急コミュニケーションズ，2008.
- 8) 田尾雅夫：バーンアウト－ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス。社会心理学研究，4(2)，91-97.
- 9) 蟻塚昌克：社会福祉行財政論－基礎構造の解明と改革の課題。中央法規，1998.
- 10) 嶺学，木下安子，天本宏：高齢者のコミュニケーション－医療を要する在宅療養者の生活の質の向上を目指して。御茶の水書房，1999.
- 11) 結城康博：介護－現場からの検証。岩波新書，2008.
- 12) 二木立：今後の医療制度改革と医療者の自己改革－敢えて「希望を語る」，新潟医学会雑誌，121(9)，483-488，2007.
- 13) 岡本祐三：高齢者医療と福祉。岩波新書，1996.
- 14) 沖藤典子：誰が老いを看とるのか－女手だけでは支えきれない，ミネルヴァ書房，1993.
- 15) 沖藤典子：介護報酬改定について住み慣れた我が家で人生を全うするために。介護保険情報，9(9)，(105)，6-9，2008.
- 16) これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会：これからの在宅介護支援センターの在り方－報告書，全国在宅介護支援センター協議会，2004.
- 17) 相原洋子，薬袋淳子，島内節：後期高齢者における地域包括支援センターの利用と関連要因の検証。厚生学の指標，56(7)，(878)，32-37，2009.
- 18) 森上淑美：地域包括支援センターとケアマネジメントの課題。地域ケアリング，7(4)，(84)，27-31. 2005.
- 19) 辻一郎：地域保健と保健師－地域包括支援センターでの保健師の役割。からだの科学，50-53，2006.
- 20) E. I. Doyle, et al., : Process of Community Health Education and Promotion, (2), Waveland Pr Inc, 2009.
- 21) NHK スペシャル取材班，佐々木とく子：ひとり誰にも看取られず－激増する孤独死とその防止策。阪急コミュニケーションズ，2007.
- 22) 前馬理恵，山田和子，水主千鶴子，森岡郁晴，服部園美，石井敦子：家庭内高齢者虐待の実態と発生要因。和歌山県立医科大学保健看護学部紀要，5，17-25，2009.
- 23) 厚生労働省：平成20年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果，2009-12-17 (入手日) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000002mce-img/2r98520000002mdw.pdf>
- 24) 藤原由紀：家庭訪問を重視した保健師活動。保健師ジャーナル，64(8)，2008.
- 25) D. S. Oda. : Home visits－effective or obsolete nursing practice ?. Nurs Res, 38(2):121-123, 1989.
- 26) K. M. Rose, AW Keeling. : Richmond Instructive Nurse's Visiting Association. J Gerontol Nurs. 32(12):37-42. 2006.
- 27) 全掲載 20)
- 28) L. Tett. : Community Education, Lifelong Learning And Social Inclusion－Policy and Practice in Education, (2), Dunedin Academic Press, 2006.
- 29) 厚生労働省：「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書。2000. 2009-12-16 (入手日) http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s0012/s1208-2_16.html
- 30) H. Laming. : Residential care for the elderly－present problems and future issues, Policy Studies Institute, 1984.
- 31) W. H. O. : Active Ageing: A Policy Framework, 2002, 2009-12-17 (入手日). http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- 32) 上野谷加代子：高齢社会と家族・地域支援－地域福祉推進の必要性，老年精神医学雑誌，20(4)，453-459，2009.
- 33) 二木立：世界同時不況と日本の医療・社会保障。日本医事新報，4418，76-79，2008.
- 34) 大森彌：高齢者介護と自立支援－介護保険のめざすもの。ミネルヴァ書房，2002.
- 35) F. Paulo. : Pedagogy of the Oppressed. Continuum, 1970. (P・フレイレ，小沢有作[訳]：被抑圧者の教育学。亜紀書房，1979.)
- 36) E. O. Cox, R. J. Parsons. : Empowerment-Oriented Social Work Practice With the Elderly. Brooks /Cole Pub Co, 1994.
- 37) 渋谷博史，木下武徳，根岸毅宏. : 社会保障と地域，学文社，2008.