

## 介護保険制度下のケアマネジメントリーダーの役割と展望

- 三重県「上野市社会福祉協議会在宅介護支援センター」から考える -

上野市社会福祉協議会

在宅介護支援センターふれあい

センター長 平井俊圭

これまでの実践を紹介する中から、ケアマネジメントリーダーの役割と今後について考えたい。

### 第1節 在宅介護支援センターの位置づけと経過

上野市社協に在宅介護支援センターが設置されたのは平成10年度である。平成12年度から基幹型支援センターとなった。同じ年上野総合市民病院に地域型在宅介護支援センターが設置され、上野市社協が運営を担うことになる。以下、そうした経過についてみる。

#### 第1項 上野市の概要とニーズ発見への取り組み

上野市は面積194.55km<sup>2</sup>、人口約61,925人、高齢化率22.3%で、三重県の西北部、伊賀盆地の北部に位置し、伊賀流忍者の故里としてつとに知られ、伊賀地域の文化や産業の中心的都市として発展してきた。

産業は、農業や観光、組紐などの地場産業などが主であり、大阪経済圏の影響を強く受けている。近年は産業の中核を占めてきた、農業を取り巻く諸状況の悪化から離農が進行し、若い世代の大都市への人口流出が多い一方、退職者のUターンなどが高齢化を加速させている。このため、まさに将来を先取りした形で超高齢社会がもたらす各種課題が露呈してきていた。

こうした課題に対応するため、できる限り早期に援助を必要とする人を発見し、援助に関する機能や、対応体系（システム）を分担することによって、それぞれの限界を補完し合うことをめざして昭和60年度から、地域ケアシステム（図参照）の構築につとめてきた。

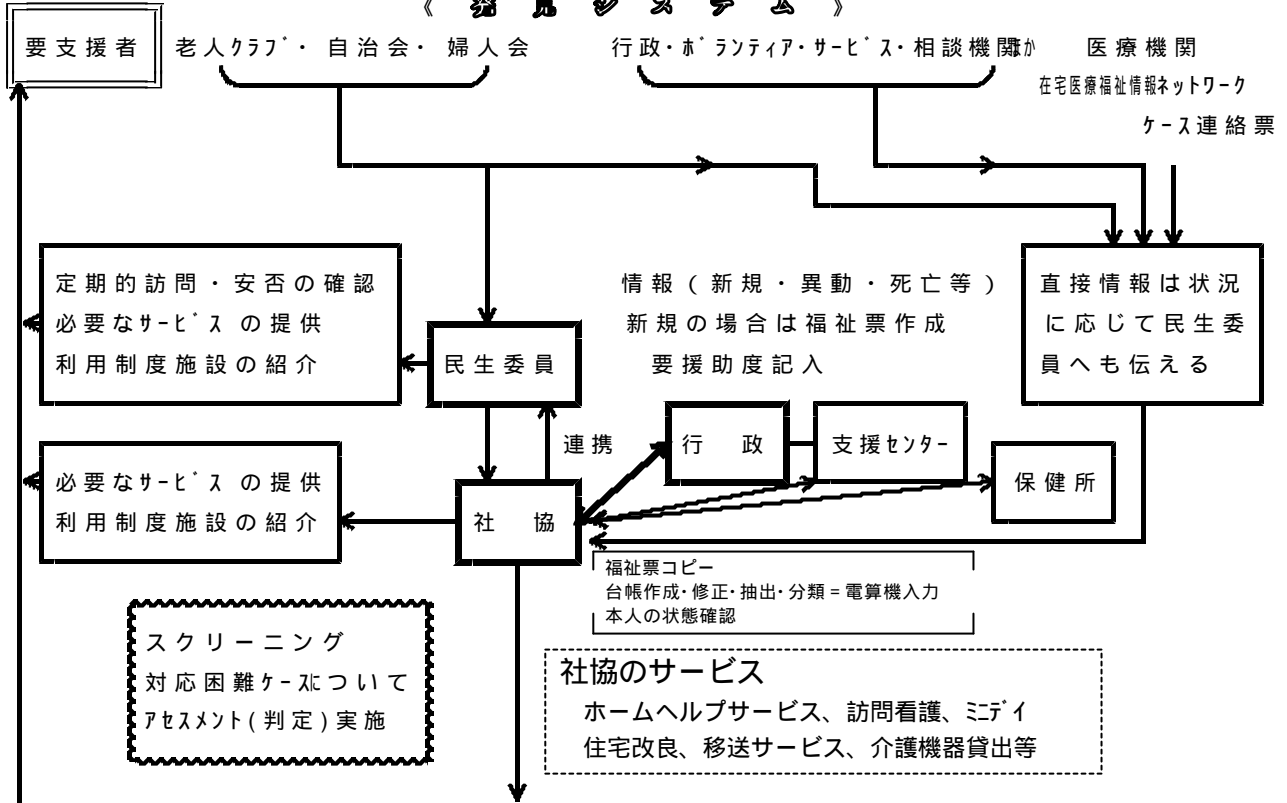
中でも発見は重要な部分である。在宅福祉ニーズはとかく引き籠りがちで、表面化しない傾向にある。

これは1.介護など何らかの生活上の問題が生じたとき、どこに相談に行けばいいのかわからない、手続きの方法がわからないといったサービスへのアクセスの悪さや、2.どのようなサービスがあるのかといったサービス情報の不足、3.世間体など地域社会でのサービス利用に対する意識がサービスの利用を抑制してしまう、4.利用者の生活課題を解決するという視点ではなくサービス提供条件に合致するかどうかでサービス供給が決定され、縦割りの官僚組織のなかでたらい回しされることが多いため利用が敬遠されてしまうといった背景がある。

さらに従来福祉サービスの提供は申請主義で、本人からの申請がなければニーズがないと判断されてしまう傾向にあった。「利用されてはいかがでしょうか」といったサービスを出前する発想には乏しかった。結果として家族だけで解決しようということになりがちで、解決の糸口を見いだせないまま混乱に拍車をきたし、問題が一層複雑になってしまふ。こうしているうちに家族のストレスも増大し、場合によっては虐待につながる。もっ

# 地域ケアシステムの概略

## 《発見システム》



## 《検閲システム》

検討、分析、役割分担

地域支援者会議

生活圏域

民生委員、近隣ボランティア、地域組織、友人、親戚、出入り業者、ヘルパー、保健婦、社協職員、ケースワーカーなど

保健福祉サービス調整チーム

(サービス担当者会議)  
専門担当者

民生委員、地域組織ボランティア、医師、ヘルパー、保健婦、施設職員、社協職員、ケースワーカー、消防、警察、当事者組織など

地域福祉委員会

サービスの検討

民協、自治会連合会、ボランティア連協、医師会、施設、当事者組織、保健所、社協、行政など、場合に応じ、消防、警察など

プライバシーの保護に十分注意した上、当事者の福祉課題を提起し、到達目標設定、ケア計画作成、ケアスケジュール設定、ネットワーク形成、それぞれの役割分担

## 《対応システム》

具体的対応(役割分担に基づき対応・変化があった時点で相互に連絡) 具体例

地域の見守り・一斉運動、ネットワーク活動、会食実施など

制度活用・ケースマネジメント、健康管理・ケア活動、民間サービス提供など

新規サービス創設、現行サービスの修正、サービス供給の運営

と早くに相談していただければほかの解決方法もあったのにと口惜しい思いをした例

がいくつもあった。

このため、何らかのニーズのある人を早期に発見するしくみづくりに着手した。

常時個人的福祉情報をファイル化しておき、早期にその変化を発見することで、多面的な対応が図れ、十分な効果が期待できる。従来社会福祉協議会には夏期と歳末に見舞いを実施してきており、一人暮らしや寝たきり状態の高齢者台帳は存在した。ただ、年に2回しか更新されておらず、内容も氏名、住所、生年月日のみで必要な目的には使いにくいものであった。

昭和60年度に行政スリム化の一環として障害者団体はじめ多くの事務局が市行政から社会福祉協議会に移った。民生委員児童委員協議会もその一つだった。これを契機に、民生委員児童委員に寝たきり老人、一人暮らし老人、身体障害者、知的障害者、母子、父子、児童、生活困窮者の各福祉票(現在はこれらに加え高齢者世帯及び精神障害者の福祉票がある)を配布し、該当者を発見次第、詳細な内容を把握、記録し、社会福祉協議会へ届けていただくことから始めた。福祉票が届けられると民生委員から主な課題等の詳細について確認し、必要に応じて民生委員と共に訪問して解決にあたった。必要な手続きをとったり専門機関につないだりといったことを民生委員と共に実施していった。

当初名誉職と捉えていた民生委員のメンバーにも地域の課題解決の役割であることが次第に認識され、地域住民も民生委員の職務を生活保護世帯への支援のみと理解していたが徐々に生活上の課題を解決する役割であるとの認識に変化していった。

民生委員を中心に頻繁に地域で福祉懇談会を開いていただき、事務局職員が民生委員の役割や福祉サービスについて解説していったことも住民の理解を促進した。

こうした地道な努力の結果、何か困ったことがあれば民生委員や社会福祉協議会に相談すれば解決できるという信頼性を得ていくことになる。

こうしてニーズを早期に発見する手段はほぼ確立していく。平成元年度からはこうした情報をコンピュータに入力して検索・分類・集計を容易にした。また、集められた情報は2か月に1回程度担当民生委員ごとにリストを印刷し、日常の訪問活動に役立てていただいている。

民生委員のほか、ホームヘルパーや保健婦などのサービス提供者からも情報が入る。平成5年度からは医師会の協力も得て医師からも情報が入ることになった。介護などのニーズは多くは医療機関で最初に把握される。

特に病院からの退院は本人や家族にとって大きな変化となる。不安が大きければ大きいほど退院が困難になる。医師から退院を告げられたとき本人や家族は次のような気持ちを抱く。

- ・病院では十分なりハビリテーションや治療が受けられるが在宅では無理だと思う
- ・病院の設備はバリアフリーで、在宅は段差だらけだから動けなくなるのではないか
- ・在宅での介護を家族だけで(一人で)できるだろうか
- ・どう介護したらよいのかわからない
- ・どこに相談に行けばどのようなサービスを受けられるのかわからない
- ・施設や福祉サービスを利用することについて家族が近親者から残酷と思われたいだろうか
- ・施設や福祉サービスを利用することは恥ずかしいことと思うので利用できない

こうした思いを明確化しながら解決方法を共に探っていくのである。施設からの退所についてもこれと同様の手法が使える。

こうして病院内でのカンファレンスが行われ、上野市社協との関係が強固になり、結果として病院に地域型在宅介護支援センターを設置することになる。

## 第2項 課題の検討とネットワーク

困りごとが数多くない場合は、いくつかのサービスを紹介するだけで解決できる場合もあるが、複雑な課題を抱えている人や、複数のサービス利用を必要としている人はサービスを紹介するだけでは解決に結びつかない。複数のサービス提供機関と連携しながらサービスを供給する必要があり、しかも、解決の目標はいつも一致していなければならない。本人や家族に変化があればその変化に応じて機敏にサービスの微調整ができる必要もある。機関を越えた連携が必要となることから、関係者の信頼関係やチームワークを高めることも含め、1つのテーブルで検討が必要となる。こうした検討の場は3階層ある。

### 1)生活圏域レベルネットワーク(地域支援者会議)

介護保険の各種サービスによってかなりの量のサービスが提供され、本人や家族の支援が可能となっている。しかし、たとえ訪問介護や訪問看護といえども24時間見守り続けることは困難である。特に独居や高齢者のみ世帯などは見守りが必要な世帯である。異変を早期に発見し、対応する仕組みを整えておくことがケアマネジメントにおいては重要であるが、最も身近なところで異変を発見していただける関係者が近隣や友人である。

10数世帯程度のごく近隣を中心とした支援連絡網をつくるために、本人や家族、民生委員をはじめ、近隣者や友人、地域関係者、出入り業者、ヘルパー、保健婦、行政担当者、社協職員、場合に応じて本人や家族等に検討に参加していただく。検討では主に見守りや軽易な援助に関する役割分担が行なわれる。関係する情報を集約し必要な機関へ連絡するキーになる人を設定し、緊急時には誰がどこへ連絡するかを相互に確認しておき、意識化のため連絡先を記入したネットワーク図(図 )を作成し、協力者に配布すると信頼関係が高まる。

概して近隣者は、問題を十分把握しており、本人の暮らしを気遣いながら暮らしている場合が少なくない。しかし、具体的な支援の方法がわからなかったり、支援者相互がバラバラに支援していることが多く、あえて1つのテーブルで検討する必要がある。

ただ、近隣との関係があまり良くなく、近隣の協力が困難だったり、本人が支援を拒否する場合もある。前者の場合、本人に対する批判も多いが、自分自身が当人の立場になった時にどうありたいかを考えていただくなど、問題の共有化を図ると理解いただきやすい。プライバシーの保護についても十分な話し合いが必要である。

後者の場合は、そっと見守りを続ける。そのうちに本人が気付く場合もあるが、概ね好意的に受け取ってもらえるようだ。

### 2)専門担当者レベルネットワーク

高齢者サービス調整チームがこれに該当する。本人や家族、民生委員児童委員をはじめ、地域代表、ボランティア、ヘルパー、保健婦、施設職員、行政担当者、社協職員、場合に応じて医師、教員、警察、消防、建築関係者や当事者組織が検討に参加する。主に専門的な援助に関する役割分担を調整する。本人の能力や、近親者の支援体制に基づいてケアの計画やスケジュールを立案する。多忙のため異職種専門職が同じテーブルに集まること

が困難な場合もあり、電話等で済ませる場合もあり得るが、その場合は日頃から関係者相互の信頼関係を構築しておくことが重要となる。このためにもせめて数回は同じテーブルでの検討会に参加いただくことが必要である。また、本人の承諾を得た上で関係する専門職へ情報収集に訪問することも必要である。この検討が有効に働くと、驚くべき効果を上げる。介護保険制度下ではサービス担当者会議がこれに該当するだろう。

### 3) 機関・組織間ネットワーク

上記ネットワークや現行のサービスだけで解決できない場合、新規のサービス創造をめざして行なう検討会が必要となる。民生委員児童委員協議会、自治会連合会等の地域団体、ボランティア連絡協議会、医師会、保健所、福祉施設協議会、当事者組織、行政、社協、場合に応じて警察、消防等が検討メンバーとなる。新たなサービスを創造する場合、当初主にボランティアや近隣の協力といったインフォーマルなサポートとして展開し、効果が評価されてフォーマルなサービスに移行する形を取る場合が多い。ある機関や組織の試行的な取り組みを、ネットワークを形成する機関や組織が支援するといったことも可能となる。さらに、現行のサービスが十分効果を発揮し、ニーズに沿ったものとなり得ているかどうかも含めて検討し、サービスを修正することにもつながる。

### 4) 地域ケア会議

さて、基幹型在宅介護支援センターの機能としての地域ケア会議は果たしてどれに該当するのだろうか。平成12年9月27日老発第545号「在宅介護支援センター運営事業等実施要綱」では地域ケア会議を基幹型在宅介護支援センターが開催するものとして次のように規定している。

介護予防・生活支援の観点から、要介護となるおそれのある高齢者を対象に効果的な予防サービスの総合調整や地域ケアの総合調整を行う。

#### 1. 構成

保健、医療、福祉などの現場職員を中心に概ね10人程度で構成する。

#### 業務内容

- a. 地域型支援センターの統括
- b. 介護保険受給対象外者に対する介護予防・生活支援サービスの調整
- c. 居宅サービス事業者及び居宅介護支援事業所の指導・支援

#### 2. 業務の実施方法

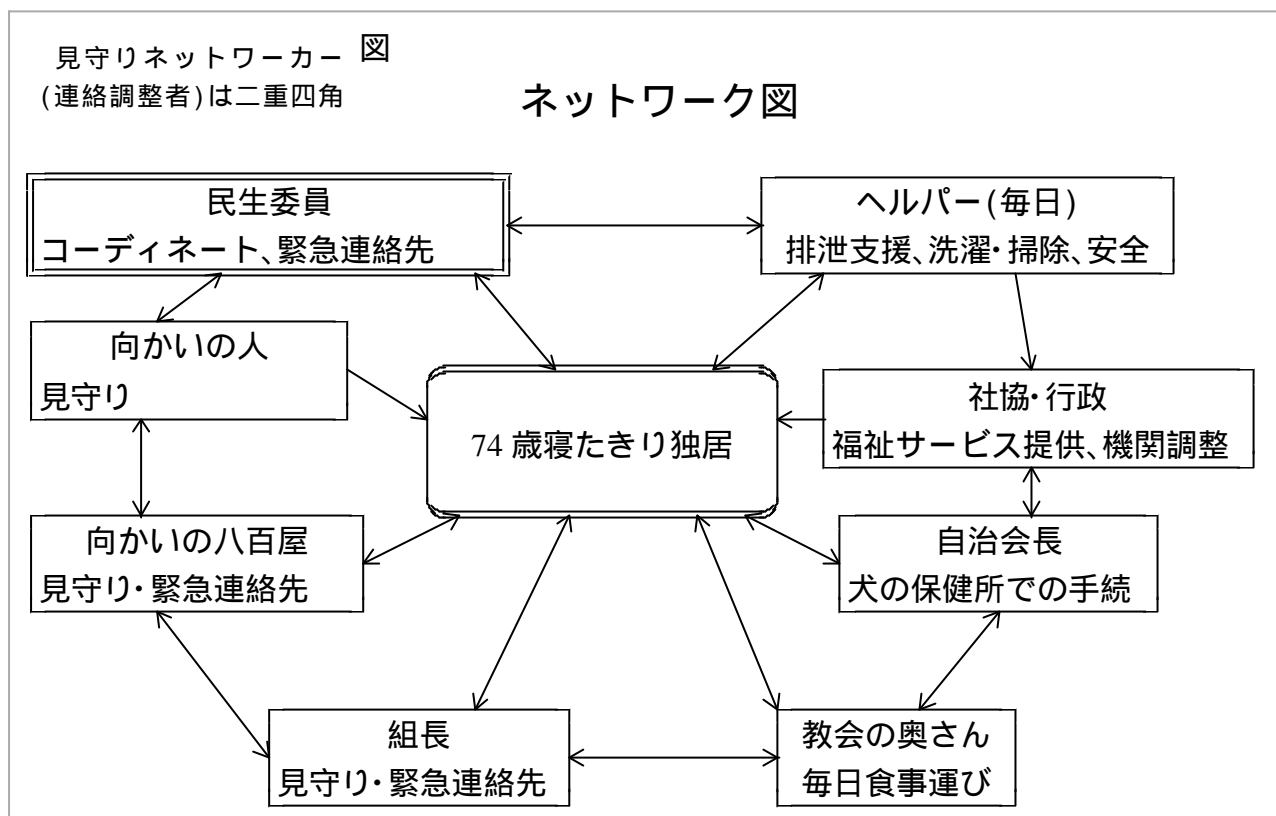
a.2.のbについては、地域型支援センターが行った(5)のアの(ア)の実態把握、ニーズ評価の結果及び要介護認定結果などの情報を活用し、自立又は要支援となった者について「介護予防・生活支援」の観点から、介護保険外のサービス提供が必要な者を特定するとともに、地域型支援センターにサービス内容を盛り込んだ個別サービス計画を策定させること。

なお、こうした高齢者に対するサービスは、保健・福祉担当者や地域住民などでチームを構成し実施することが望ましい。

この場合、1チームがサービス提供する対象高齢者数は地域の実情に応じておおむね80～100人程度の規模とする。

b.2.のcについては、介護支援専門員との連携、相談・指導を行うとともに、ケア事例検討会の開催などを通じて居宅サービス事業者のサービスの質的向上

を図ることとする。



現在は、市担当者、在宅介護支援センター担当者及び市保健婦で毎月行っており、内容は介護予防に関する取り組みや最新情報の交換、対応が困難なケースについての検討、障害者生活支援センターなどの関連機関を招いての情報交換など幅広い内容となっている。今後は、予防的な内容や対応困難ケースについては専門担当者レベルのネットワークとして、また、新たなサービスや現行サービスの修正に関しては機関・組織間ネットワークとして機能していこうと考えている。

### 第3項 課題解決対応のためのしくみ

次に、前述の生活圏域レベル、専門担当者レベル、機関・組織間レベルの各レベルごとに決定した役割分担や計画等を受けて、実際にサービスを提供したり支援するしくみが必要となる。以下具体的な事例を通して内容を紹介する。

#### 1)生活圏域レベル

図の例では、子どもなく寝たきり状態だった独居の高齢女性を支援するネットワークで、身体機能低下によってこれまで飼っていた犬の世話ができなくなり、近隣から悪臭に対する苦情という形で民生委員を通じて情報が社会福祉協議会に入り、支援を始めた例である。

彼女は「夫が建てたこの家で死にたい」と施設の利用を頑なに拒み、本人了解のもと、民生委員と社会福祉協議会の呼びかけで近隣関係者を中心に検討会(地域支援者会議)を開催した。検討会で住民ははじめ口々に「独居で寝たきりではいつ死んでいるかも知れない」「早く施設へ入っていただかないと」と言っていたが、八百屋の奥さんの「夫婦暮らしの私もいずれ一人になって体が弱ったら、この町から出ていかなければなくなるのはつらい」の一言で話し合いの方向が一変した。問題が共有できたのである。その後彼女の「困りごと探し」がはじまり、結果的に図のような解決策となった。

なかでも、緊急時への対応は地域共同体ならではのものである。ケアマネジャーからの

緊急通報装置の設置の提案は好意的に受け取られたが、住民からは、スイッチを押せないことがあるかも知れないから、従来の”お裾分け”の回数を増やしたり、回覧板を届けるときに本人の様子を確認し、異変があれば民生委員へ知らせるといったことまで話し合われた。2年ほど経過したある朝、銀行の外交員が訪問し本人の異変に気づき民生委員に知らせようとしたが、あいにく民生委員が旅行で外出中だったため社会福祉協議会へ連絡が入った。ケアマネジャーが訪問し救急病院へ搬送されたが、残念ながら命を取り留めることはできなかった。しかし、近隣者は、本人の思いが達成できてよかったと考えている。いずれ自分たちも同様の状態になってもこの町で住み続けられると確信したと語った。このように近隣者のネットワークは誰もが住みよい地域づくりでもある。

## 2) 機関・組織間レベル

重度障害者等の外出援助サービスはここから生まれた。平成元年、民生委員からの連絡で、重い障害がありながら障害者のサービスを受けていない人がいた。当時としては、判定のために専門職が訪問する訪問審査は十分機能していなかったこともあり、本人は通院によって病院で受診できないために身体障害者手帳が発行されていなかった。このために、障害者のサービスが利用されていなかった。とりあえずこの方については市保有リフト車で病院への送迎によって身体障害者手帳が発行されたが、既に寝たきり状態の高齢者や重度の障害者に対する外出意向の調査を民生委員を通じて行っており、通院などかなりの量の外出ニーズがあることを把握していた。

こうした問題を解決するため、まずは市が保有するリフト車の活用も打診したが、定期の通院などは目的外使用と送迎中の事故対策が困難との理由で断念する。次いで市内に3社あるタクシー会社にそうした人の送迎を打診してみたところ、3社とも拒否された。理由は重度の障害のある人を介助して乗せることができない点と、車いすを積み込むことが困難という点だった。やむなく市外のリフト付きタクシーを運行している会社に問い合わせたが、当該地域でフル稼働状態のため到底上野市へは回せないとの返事だった。

このため、老人クラブ代表、障害者団体代表、民生委員児童委員協議会総務、ボランティア連絡協議会代表、行政担当者に集まっていただき、この件について協議した。種々の案が提案されたが、最終的には社協でリフト車の寄贈を受け、ボランティアで運行することとなった。運転登録ボランティアを養成し、道路交通法上のいわゆる白タク問題をクリアするため、利用者を利用会員、運転者を協力会員として特定し、運行費用の捻出のため賛助会員も設ける形で計画した。利用目的は特に制限せず、利用対象者は常時車いす利用者や寝たきり状態の高齢者とした。また、利用範囲は上野市と隣接市町村とした。

念のため弁護士にも相談したところ、規定上問題はないとのことで早速準備に取りかかった。リフト車の寄贈については2つの団体に助成申請をしたが残念ながら初年度目(平成元年度)は選からはずれた。あきらめずに2年度目にも申請したところ、軽自動車と普通自動車のリフト車をそれぞれ2つの団体から寄贈を受けることができた。早速運転登録ボランティアの募集を行い、警察や消防の協力を得て安全運転と救急法、リフトの操作方法の講習を行った。同時に利用会員の募集も民生委員を通じて実施した。サービス開始後1年が経過した頃、既に利用会員約60名、協力会員約40名という状態となった。こうなると需給調整の困難に加え、自動車に利用者が乗車しているときは慎重で事故もないが、空車の帰り道で障害物との接触などの事故のため修理費用もかさむようになっていった。

この結果、事務局長の英断で運転手を専属として賃金を地域福祉基金果実からまかなうことで、需給調整の負担や事故を減らすことに成功した。その後も利用者は着実に増加し、利用者の喜びの声は市当局にまで届くようになっていった。平成7年度末実績では915件、延べ乗車人員2,803人という状況だった。平成8年4月そうした地道な取り組みと実績が認められ、「上野市重度身体障害者等移動支援事業」として市から委託事業として委ねられることになった。週3回の透析需要にも対応し、平成12年度推計3,650件、乗車人員7,227人となっている。

当初はボランティアでサービスを開始し、実績を積む中から正式なサービスとしていく手法は地域福祉に共通の手法ではなかろうか。

## 第2節 平成12年度の主な事業

平成11年度末に上野市から基幹型在宅介護支援センターを担当してほしいとの内示があり、市内の4箇所の既存支援センター代表と協議の上その役割を担うこととなった。以前は地区割りをしていなかったが、12年度当初から視線センターの地区割りを検討し、新設の2箇所を含め民生委員児童委員協議会の地区割りに合わせる事となった。加えて、各地区の民生委員児童委員協議会へ基幹型や地域型の役割分担と、今後の民生委員との連携について市の担当者及び当該地区在宅介護支援センター担当者と共に説明に出向いた。さらに、実態把握票や報告様式の作成、住民向け福祉サービスパンフレットの作成などに取り組んだ。別に以下の事業を行った。

### 第1項 介護支援専門員への支援

介護支援専門員に対する技術的な内容も含め支援することがケアマネジメントリーダーの役割である。

平成元年頃から伊賀地域の保健、医療、福祉関係者が定期的に集まっていた。職種は保育士、保健婦、精神科ソーシャルワーカー、社協職員、看護婦、ホームヘルパー、作業所指導員など多様で、どうもサービスの提供の仕方が利用者中心ではなく、サービスを提供する側の論理で提供しているのではないかといった「愚痴のこぼしあい」が自然発生的に生まれた。大阪市立大学教授(当時は助教授)白澤正和氏も定期的に参加していただいていたなかで、愚痴の解決策としてケースマネジメントが紹介され、具体的な手法を学ぶことができたことは幸いだった。ケースマネジメント研究会が生まれ、同氏からスーパーバイズを受けながら月に1回程度のインフォーマルな集まりが参加者の力量を高めていった。

その後、介護保険が始まる3年前から介護支援専門員実務研修受講試験の受験対策講座を主催し、伊賀地域の保健、医療、福祉の関係者で学習会を重ねた。結果多くの合格者を生み出し、その学習会が現在の「伊賀介護支援専門員研究会」となっている。この研究会は介護支援専門員と、関連する職種の個人で構成され約50人の会員を擁している。社会資源を知り合うことを目的に毎月会員の施設を持ち回りで第3木曜の午後6時から開催し、最新情報や対応が困難なケースについての検討、介護支援専門員の理念や倫理の確認などを行っている。ホームヘルパーの家族介護に関する是非やショートステイが長期利用化していることに関して介護支援専門員としてどう判断するか、利用者にとどのように助言するか、抑制や拘束をどのようにしてなくすかなど、そのとき折々の課題について検討している。この研究会や個々の介護支援専門員の相談に応じることを通して介護支援専門員を支援している。

ただ、上野市は5つの町村と広域連合で介護保険を実施しているため、その支援も広域とならざるを得ない実情にある。しかし、委託事業エリアは上野市であり、悩ましい問題を含んでいる。

## 第2項 市民への福祉サービスのPR

福祉サービスについて十分な理解を得るため、老人クラブや地区社協、婦人会、自治会等の各種会合で福祉サービスの説明や介護保険についての解説を行った。また、社協で持っているケーブルテレビでの番組をとおしてサービスの紹介や広報媒体をつうじたPRやインターネットでの広報等に取り組んだ。

ホームページアドレス <http://www.hiraki.gr.jp/hanzou/>

iモード版も試作中 <http://www.uo.net/i/kamakiri>

E-mail アドレス [zaikai@hiraki.gr.jp](mailto:zaikai@hiraki.gr.jp)

とりわけ、冊子「福祉サービスあれこれ」は、主に高齢者が使うサービスや介護保険制度、インフォーマルなサポートも網羅して、各民生委員、在宅介護支援センター等に配布し、相談に応じる中で必要なサービスのページをコピーして渡せるよう工夫した。現在、上野市社協のホームページでその内容は閲覧できる。

今後は支援センター間のコンピュータネットワークの構築が課題である。

## 第3項 介護予防・利用者支援の取り組み

介護保険制度は主に要介護状態となった人への支援である。保険料を上げないためにも、個々の状態をよくするためにも、むしろ予防が重要である。加えて、うまくサービスを使っていたらよいよう支援することも大切なポイントとなる。以下、基幹型在宅介護支援センターが主催した研修会と関連する事業を紹介する。

### 1) サービス利用者の権利を守る研修会

平成12年12月22日「サービス利用者の権利を守る研修会」を開催した。

福祉サービスを「社会サービス」として再構築するために、基礎構造改革が進められている。その中では利用者の権利擁護に関わる仕組みが具体的に提起され、システム化が図られている。現在、厚生省では事業諸段階の仕組みとして「第三者委員」の確保を提起、サービス評価の実施、福祉サービス利用支援事業の開始、成年後見制度の確立などの取り組みが進められている。

民間でも全国各地にさまざまな形で、権利擁護の活動が急速に広がってきた。これをもっとも先駆的に行ってきたのが「湘南ふくしネットワーク」である。その推進の中心的役割を担ってこられた、和泉短期大学助教授の高山直樹氏に「サービス利用者の権利を守るには」というテーマで経過や課題について講演いただいた。

在宅介護支援センター職員、施設役職員、行政職員、民生委員児童委員、生活支援員、関心のある市民合計120名が参加した。第三者委員は一つの法人で確保するより複数の法人が共有して活用することがより第三者性を高めるという認識の元、情報交換や研修を目的として平成14年3月18日「伊賀地域福祉サービス第三者委員会」が発足した。

### 2) 転倒予防教室

転倒は骨粗鬆症の多い高齢者にとっては骨折や、ひいては寝たきりにつながる。介護が必要な状態になることを予防するためにも、こうした転倒を防ぐことが重要であることが明らかである。平成13年2月6日市内総合病院作業療法士(上野市社協リフォーマー)を迎

えて転倒の予防方法を研修する教室を開催した(広報参照)。

### 3)住環境を考えるシンポジウム

介護保険制度もスタートし、高齢者等ができるだけ住み慣れた自宅などで生活できるよう、住環境の整備が求められている。特に高齢者等が住みやすい住まいにするための配慮工夫等について考え、住宅改修、新築・増改築する際の参考としていただくため、平成13年3月12日シンポジウムを開催し、建築業者、ケアマネジャー、行政担当者、民生委員など81名が参加した。同様のシンポジウムは平成7年度にも開催したが、今回は介護保険を軸に検討することとした。

シンポジウムでは、名古屋女子大学教授(上野市社協リフォームヘルパー)から、介護保険制度上の課題として、ケアマネジャーが工務店等との連携が弱い、ケアマネジャーが住宅改修の支援をすることに負荷が高い、償還払いとなっているため低所得者層にとって負担が高い、新築や対象外の箇所の増改築は介護保険でもそれ以外の制度でも補助や相談対象となっていない、予防の視点から介護保険の対象者より歩ける人に、より環境整備の必要性が高いにもかかわらず、補助対象ではない、といった内容が提起された。また、市内総合病院作業療法士(上野市社協リフォームヘルパー)からは、作業療法の視点から手すりの設置位置や転倒防止の考え方について解説があった。改良技師(上野市社協リフォームヘルパー)からは、実際の改良例を元にしてスライドを使いながら改良前と後の変化や取り付け時に工夫している点の紹介があった。伊賀介護保険広域連合介護保険課保険給付係主査は、改修に際しての具体的な手続き方法や工事対象箇所、改良前に施主・業者ともケアマネジャーと必ず相談することなどを促した。会場からもシンポジストと同内容の介護保険に関する活発な意見が出された。

### 4)その他の事業

社協としては他に、独自事業として地域の公民館などを活用し高齢者や障害者、児童などが気軽に月1回以上つどい、交流する「ふれあい・いきいきサロン」を44箇所、日本生命財団の助成を受けて民家を改修して宅老所を1箇所運営している。これらの事業は多くの市民が福祉に参加することで相互に生き甲斐を見いだしている。

## 第3節 ケアマネジメントリーダーの今後

在宅介護支援センターの今後はけっして楽観できる状況にはない。しかし、これまでの実績と住民からの信頼を元に、より飛躍する可能性も秘めていると言えよう。在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所が抱える危機的傾向打開のために住民から「あそこに相談すれば何とかなる」(=総合相談)、「このまちに住んでいてよかった」(=地域福祉の推進)と言っていただけることが究極の目標ではなからうか。以下3つの対策を提案する。

### 1)対策その1 ケアマネジメントの力量を高めよう

ケアマネジメントリーダーは地域型在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所の支援センターでもある。これは情報提供はもちろん技術的な支援も含めて提供できる必要がある。そのためには、ケアマネジメントの質を高めるための力量を持ち合わせていなければならないと考える。「生きてきてよかった」「今後このような生き方をしていきたい」といった、生きる力を導き出す(エンパワメント)ことのできるケアマネジメントをめざすことが重要だろう。

また、ケアマネジャーは中立性を守ろうとすると、とかく孤立化しがちになる。ケアマ

ネジャー同士で手をつなげるような支援が必要である。

現時点ではまだ利用者が十分居宅介護支援(ケアマネジメント)に関して理解しているとはいえない状況にある。このため、本来ケアマネジャーに寄せられるはずの苦情が直接サービス提供者に入っていたりする。ましてや、居宅介護支援の質を選ぶことすら不可能である。こうした課題を解決する有効な手段としてセルフケアプランセミナーを考えている。

こうしたセミナーをとおして利用者がケアマネジメントについてどのような手順で実施され、何を解決していくかが理解されれば、結果的にはケアマネジャーの質が向上することにつながる。こうしたセミナーの企画こそケアマネジメントリーダーの役割ではなからうか。

## 2)対策その2 地域の総合相談窓口をめざそう

要介護者の家族の中には子どもや障害者もいる。低所得である場合もある。多額の借金を抱えている場合もある。外国人の問題もある場合がある。やはりケアマネジメントリーダーといえども相談窓口の一つであり、しかも総合的に相談に応じられる力量が求められる。一人の困難な問題が解決できれば、あとはうわさで相談が増える。問題解決能力を高めるには情報収集が最適だと考えている。一人での解決が無理な場合は他の専門職の協力を取り付ける。医療・建築・福祉の専門職の連携による住宅改修は効果が大きい。また、積極的に苦情解決に取り組もう。苦情はニーズだからである。

## 3)対策その3 地域福祉をすすめよう(8つのポイント)

### 1.『積極的に地域の懇談会などに出かけよう』

これは、存在をアピールするだけにとどまらず、住民の福祉意識の向上や新たなニーズの把握にもつながり、協力者を発見できることもあるからである。

### 2.『民生委員やボランティア、当事者などインフォーマルな社会資源と共に訪問しよう』

これは、インフォーマルなサポートが生き甲斐や心の安らぎに深い関わりがあるからである。

### 3.『ニーズ早期発見のしくみをつくろう』

前述のとおり地域福祉はニーズ発見が命。

### 4.『「～の会」を多くつくろう』

当事者組織は地域を変える原動力となる。一人の声は小さくても、人数が集まれば大きな声になる。

### 5.『情報提供手段を多く持とう』

多くの情報を発信すれば、また多くの情報が入りやすくなる。紙媒体やインターネットだけでなく、口コミも重要な提供手段。

### 6.『積極的に予防活動に取り組もう』

今後の社会福祉の方向性として重要と考える。介護保険や医療保険費用の軽減にもつながる。ただし、予防をあまり全面に出すと、障害を持つ人が暮らしにくくなる可能性を秘めており、進め方を工夫する必要がある。

### 7.『地域福祉計画づくりに参加しよう』

地域福祉計画は、社会福祉法の中で規定され、平成15年度市町村の努力目標となっている。地域福祉の方向性が地域ごとで決めることのできるこの計画には、住民の

積極的な参加と共に、ケアマネジメントリーダーの機能としての地域全体を支援する役割が必要不可欠であろう。

#### 8. 『必要な社会資源を開発しよう』

このためには現在の地域社会資源を十分調査しておく必要もある。ケアプラン上どうしても解決策がない場合に新たなサービスを創り出すことが必要となるが、以下の点について検討が必要となる。(ア)解決する問題や課題は何か(目標の明確化)、(イ)誰がサービスを提供するのか、(ウ)どれくらいの頻度でサービスを提供するのか、(エ)誰がサービス提供を担うのか(有給ワーカーかボランティアか)、(オ)費用はどれくらいかかるか(公的資金や民間資金を導入するかどうか)、(カ)利用者の費用負担をどの程度にするか、(キ)いつからどこを拠点に始めるのか。

以上、ケアマネジメントリーダーを中心に今後のありかたについてまとめてみた。おそらく”地域福祉”が在宅介護支援センターのキーワードとなるだろう。”誰もが安心して住みよいまちづくり”は、ケアマネジャーや関係機関が互いに協力しあう中から生まれていくものであろう。ケアマネジメントリーダーはそうした連携の重要なカギを握っている。

#### 参考文献

- ・三浦文夫監修「ケアマネジメントと経営戦略」中央法規出版 2001
- ・白澤正和「ケースマネジメントの理論と実際」中央法規出版 1992
- ・「在宅介護支援センター事業運営の方法」全国社会福祉協議会出版部 1997
- ・「秘伝 安心の家づくり」上野市社会福祉協議会 1997
- ・三浦文夫監修、白澤正和・中西茂編集「公的介護保険下で選ばれる在宅サービスの経営戦略」中央法規出版 1999
- ・竹内孝仁、白澤正和、橋本泰子 監修「ケアマネジメントの実践と展開」中央法規出版 2000
- ・沢田和子「介護保険下における社会福祉協議会の方向性 - 上野市社会福祉協議会を通して - 」 日本福祉大学大学院 2001