

C市B区内のA地域包括支援センターにおける 相談支援機能向上のための方策

秋田 知宏

キーワード：地域包括ケアシステム、民生委員、多職種連携、地域包括支援センター

1. はじめに

2022年版「高齢社会白書」（厚生労働省 2022）によれば、単身高齢者は2020年時点で約672万人とされ、2000年の約303万人からみれば、ほぼ2倍に増加し、2040年には、約896万人になるという。このように、日本における高齢者人口の増加は、単に高齢者が増加するというだけでなく、家族機能を持たない単身高齢者の増加の影響を考慮しなければならないことを予想させる。

特に都市部においては、梶田ら（2009）が指摘するように、人の入れ替わりが激しく、他者への関心が薄れるなど、人々の繋がり希薄化によって、コミュニティの機能が低下しており、単身高齢者において、複合的な福祉課題を抱える人など支援が必要な人は増え続けている。

このような状況下では、地域で誰もが孤立しない環境づくりは急務であり、支援を必要とする人の早期発見や、地域における見守り体制などの構築が急がれている。こういった地域での多様な課題を解決することを企図して、地域包括支援センターは設立されたが、このセンターの中核的業務として地域包括支援センター運営マニュアルでは、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメント等が示され、多岐にわたる活動が求められている。

地域包括支援センターの基幹業務である総合相談支援には、高齢者や家族、民生委員、近隣住民等からの介護全般に関する介護に係る相談対応や、病院・介護保険施設等の入所（入院）・退所（退院）等に関する相談対応や認知症に関する相談はもとより、介護相談まで結びつかないものの、センターが実態把握の必要があると判断した一般

高齢者に対する面接や訪問等、あるいは、介護保険外サービスの手続き、高齢者安心登録事業に関する相談や手続きなど、多くの地域の問題に対応することが要求されている。しかも、これらの相談内容は、相談者の状況の多様化、類似相談機関の受け入れ状況など、複雑であり、その内容は、さらに相談者の生活環境の構成要素により変化する。

しかしながら、総合相談支援の役割として、どのような人からの相談であろうとも、またどのような相談内容や状況であろうとも、まずは相談を受け、その内容を的確に把握することが不可欠とされている。しかしながら、相談員の力量や経験則に委ねる部分も多く、実際の対応は、かなり解決の道筋が見えない困難ケースとして、長期間にわたって、関わり続けることが少なくない。

このため、中島（2019）は、地域包括ケアシステムをはじめ、課題を抱えた住民への包括的な支援のためには、福祉分野にとどまらず、医療、保健、教育、司法等、幅広い分野の連携が必要である、としている。

すでに昨今の総合相談では、複雑化、高度化し、福祉・介護のカテゴリーにとどまらず、高齢者をとりまく契約や金銭に関する法律関係の相談も増えている（田中 2012）。このことから、地域包括支援センターだけで相談への対応をすることが困難とされる状況となっていることを予想させる。

このような状況を鑑み、荒見（2020）は、社会サービス分野で「制度の狭間」問題への対応手段として考えられてきた多機関・多職種連携を、より制度化・構造化・標準化する要請が生まれてきていると指摘している。

また長谷川（2007）は、解決困難な処遇事例は、多大な時間と労力を費やし、その背景要因や地域特性に応じた対応が必要となるが、支援拠点となる複数の関係機関が連携し、多方面からの支援を迅速に行うことで、複数の要因が同時に解消される、として多機関・多職種連携の必要性を述べている。

本研究では、地域包括支援センターの相談機能の向上を図るため、その成果として、相談から、終結までの期間の短縮化のための方策を検討することを目的とする。

2. 目的

本研究ではD県C市B区のA地域包括支援センター（以下、Aセンター）における相談機能の向上を図るため、その成果を相談から終結までの期間の短縮と設定し、これを達成するための方策を検討することを目的とする。

3. 方法

3-1. Aセンターの業務実態における機能評価票を用いた分析

Aセンターの業務実態から、相談機能の現状の評価を示す。この評価は、C市が地域包括支援センター運営評価結果として実施しており、このセンターの運営に対する評価結果を活用する。

設置者であるC市が評価者であり、地域包括支援センターの業務全般について運営方針の把握、職員体制等「運営体制」11項目、総合相談支援業務、権利擁護業務等「業務の状況」26項目の評価項目から構成されている。

これらの評価項目については、C市から課題があると判断された場合に指摘・改善を求められるため、定期的にC市に提出義務のある評価となっている。

このC市の評価結果詳細には、基準適合率が100%に満たなかった項目の評価結果には改善のための説明がある。項目内容は大分類で6項目あり、C市内の地域包括支援センターにおける当センターとの比較分析を行った。

3-2. 連携頻度及び関係機関間の連携密度による分析

相談期間の長短に影響すると考えられる他機関との連携頻度を吉田ら(2018)の研究成果を参考に分析する。

これは、1年間の連携頻度を点数化したものであり、配点は、「0件」は0点、「年1回程度」1点、「年2回程度」2点、「年4回程度」3点、「年6回程度」4点、「月1回程度」5点、「月2回程度」6点、「月4回程度」7点の配点によって連携頻度を数値化する。その結果の記述統計量を算出した。

また、関係機関との連携頻度は、ピアソンの積率相関係数を用い、項目間の関係を検討した。

3-3 支援困難事例の要因を探る分析

相談経路や相談日数に関しては、Aセンターの「2017～2022年度相談履歴」から最大日数を算出し、相談から、終結するまでが長かった事例を抽出した。

これらの事例の相談対応プロセスを相談記録から、対応が終結（課題に適した制度に繋がった）するまでの日数、相談初期に本人が繋がっていた制度・機関（民生委員除く）、（相談者が）困っている事、課題（認知症もしくは精神疾患、拒否、キーパーソン

ン不在、その他)、繋ぐ制度・機関、対応した機関、終結状況をまとめた。

なお、事例には、課題に適した制度に繋がらず、身体状況の悪化により入院となることで、一旦終結としたものも含めた。ただし、相談初期で対象者が繋がっていた制度・機関には、家族・親族・知人は含めなかった。

事例の評価方法としては、岩間（2011）の支援困難事例発生要因に基づく4つの分析枠組みを使って評価した。

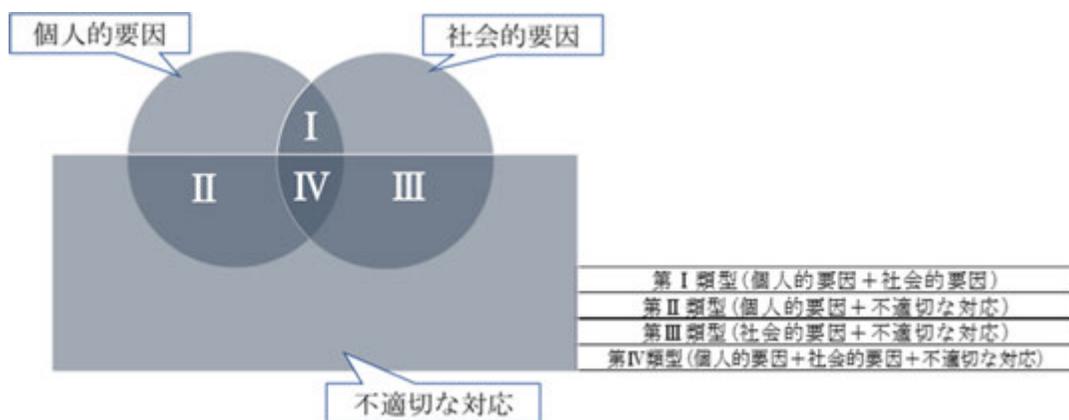


図1 岩間による支援困難事例発生要因に基づく4つの分析枠組み

4. 結果

4-1. Aセンターが立地するC市の状況

Aセンターは、C市B区に設置されている。B区は、C市「住民基本台帳に基づく人口（町丁目別・年齢別）」によると、令和5年2月末現在で、人口138,754名、高齢者数32,630名、高齢化率23.52%である。B区には他の地域包括支援センターが7箇所あり、19地区に分かれており、Aセンターは4地区を担当している。

B区では、区として進むべき方向性を区民に示し、区民と区が協働でより良い区を目指すために「B区まちづくり方針」を策定している。公開しているまちづくり方針を以下に示した（表1）。

表 1 B 区のまちづくり方針より筆者作成

B区の将来像	誰もが輝き、共に歩むわが街 B区～2021年4月-2024年3月～
まちの個性や地域の活力を活かしたまちづくり	①まちの魅力を活かし、「にぎわい」を生み出すために ②B区へ愛着をもってもらうために ③地域の輪をつなげるために ④地域の担い手や青少年を育てるために
みんなが暮らしやすいまちづくり	①便利な暮らしのために ②多様性を尊重するために ③健康に暮らすために ④安心して子育てするために ⑤高齢者が安心して暮らすために 1 認知症の人にやさしいまち『神戸モデル』の推進 2 高齢者が住み慣れた地域でいきいきと活躍できるまちづくり 3 高齢者虐待防止に向けた取り組み ⑥生活に困ったときに 1 生活にお困りの方が相談しやすい体制づくり 2 困っている人をいち早く見つけるための取り組み
変化していく社会にあわせたまちづくり	①感染症等の新たな社会課題への対応 ②よりよいB区の未来を目指して ③社会のニーズに合わせた行政サービスを提供するために
安全・安心なまちづくり	①まちの特性を踏まえた防災対策 ②感染症が発生したときのために ③犯罪を未然に防ぐために

B 区のまちづくり方針で大きな項目「将来像」は、「誰もが輝き、共に歩むわが街 B 区」である。また、B 区の方針は、上記の将来像に加え、「まちの個性や地域の活力を活かしたまちづくり」や、「みんなが暮らしやすいまちづくり」、「変化していく社会にあわせたまちづくり」、「安全・安心なまちづくり」という内容でまちづくりを目指すとしている。このうち、「みんなが暮らしやすいまちづくり」内の⑤高齢者が安心して暮らすために、⑥生活に困ったときに、の 2 点については、地域包括支援センターの業務とも関連がある為、具体的な内容も示した。

A センターでは、家族が心配しての相談が多かった。また、一人暮らし高齢者にとっては、民生委員が身近な相談相手となっている事が多く、A センターと民生委員の連携が欠かせない。

4-2 A センターの業務の評価

C 市による地域包括支援センター運営評価結果 6 項目における A センターの評価結

果を記載した。評価はS・A・Bで評価される。Sは必要な水準以上の工夫をしている、Aは必要な水準を意味し、Bは改善の意味がある。

項目1の「センター業務（センター一般、成年後見制度、虐待防止、介護予防普及啓発、消費者被害防止）の広報活動を行い、認知度を上げている」についてはA評価であった。

広報を行った事がわかる活動リストやチラシ等が記録されている実績があり、A評価となった。この取り組みが記録されていない場合はB評価となる。C市では、A評価より高い、S評価のセンターが多く、Aセンターの評価は、C市全体との比較では低い結果となった。

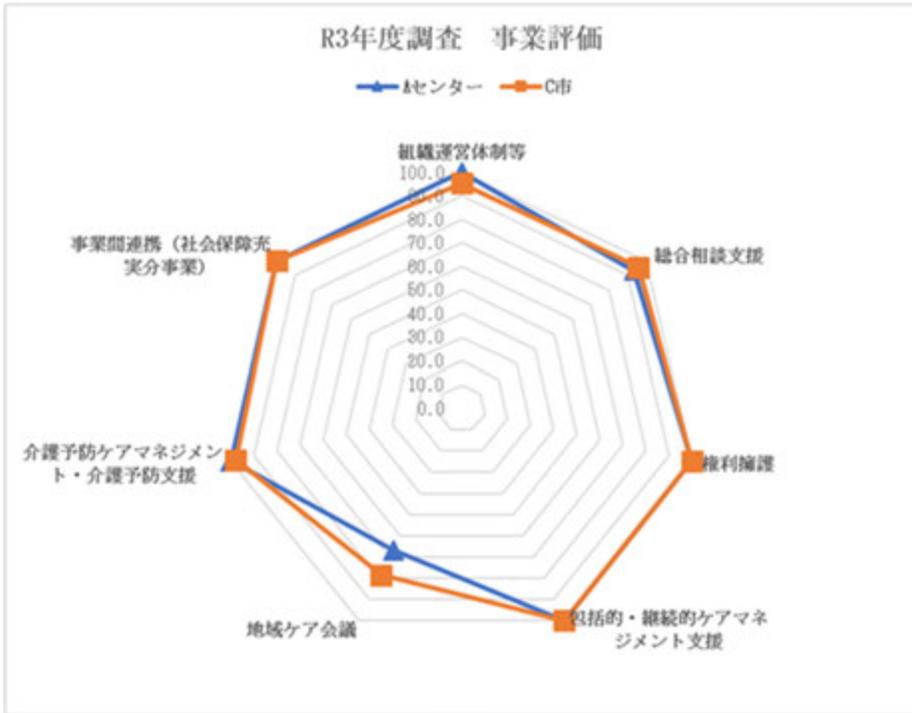
また、地域ケア会議の項目は「①参加者にフィードバックを行った記録がある」、「②センター内で振り返りや課題のまとめを行った記録がある」①～②の2項目を満たした場合にA評価とし、それ以外はB評価となるが、AセンターはA評価であった。ただし、この項目も、地域課題を取り扱う地域ケア会議のみの開催であったことや、個別事例の地域ケア会議を開催できていなかった（2種類の地域ケア会議を開催したセンターはS評価）為に、C市全体よりは、低い数値となっていた。

これらを表2とレーダーチャートにまとめた結果、R3年度C市内の地域包括支援センターと比較してAセンターは「地域ケア会議」の項目に課題があることがわかった。

表2 AセンターとC市全体の評価の比較

	Aセンター	C市
組織運営体制等	100.0	95.4
総合相談支援	93.3	95.8
権利擁護	100.0	100.0
包括的・継続的ケアマネジメント支援	100.0	100.0
地域ケア会議	66.7	78.5
介護予防ケアマネジメント・介護予防支援	100.0	98.0
事業間連携（社会保障充実分事業）	100.0	100.0

(C市「R3年度地域包括支援センター運営評価結果」より筆者作成)



4-3. Aセンターへの総合相談における相談経路

Aセンターへの相談経路（2017年度～2022年度の6年度の新規相談を元に作成）を調査した結果、23種類の関係機関と連携していた（本人・家族・知人は省いた）。

表3 Aセンターへの相談経路

民生委員	社会福祉協議会
警察	医療介護サポートセンター
住宅管理会社	銀行
介護サービス事業所	地域店舗
ケアマネジャー	施設
病院	市議員
区保健センター	認知症初期集中支援チーム
クリニック	郵便局
ゲースワーカー	検察庁
婦人会他地域団体	行政
他地域包括支援センター	ボランティア団体
生命保険会社	

4-3-1 総合相談支援における各地区の関係機関との連携実態

総合相談支援における各地区の関係機関との連携頻度の平均値と標準偏差を示した(表4)。総合相談支援業務における23種類の関係機関との連携頻度の平均値は、E地区0.33~4.00(0.00除く)、F地区0.33~3.33(0.00除く)、G地区0.33(0.00除く)、H地区0.33~3.67(0.00除く)の範囲にあった。標準偏差は、E地区0.00~2.83、F地区0.00~1.25、G地区0.47、H地区0.00~2.83の範囲にあった。

平均値が高い順に、E地区では、「病院」が4.00、「ケアマネジャー」2.67、「介護サービス事業所」2.33であった。F地区では、「民生委員」3.00、「病院」3.00、「施設」2.00であった。G地区では、相談件数自体が少なく、「ケアマネジャー」、「病院」、「クリニック」、「区社会福祉協議会」、「医療介護サポートセンター」、「施設」がともに0.33であった。H地区は「病院」3.67、「民生委員」2.33、「区保健センター」2.33、「福祉事務所ケースワーカー」2.33の順となっていた。

表4 総合相談支援における各関係機関との連携頻度の平均値と標準偏差

	E地区		F地区		G地区		H地区	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
民生委員	0.67	0.94	3.00	0.00	0.00	0.00	2.33	0.47
警察	1.67	1.25	1.33	1.25	0.00	0.00	1.00	0.82
住宅管理会社	1.67	0.47	0.67	0.47	0.00	0.00	1.00	1.41
介護サービス事業所	2.33	1.25	1.33	0.94	0.00	0.00	2.00	0.82
ケアマネジャー	2.67	0.94	0.33	0.47	0.33	0.47	2.00	0.00
病院	4.00	0.00	3.00	0.82	0.33	0.47	3.67	0.47
区保健センター	1.67	1.25	1.67	0.47	0.00	0.00	2.33	1.25
クリニック	0.33	0.47	0.33	0.47	0.33	0.47	1.00	0.82
ケースワーカー	1.67	0.94	0.33	0.47	0.00	0.00	2.33	1.25
婦人会他地域団体	0.00	0.00	1.00	0.82	0.00	0.00	0.00	0.00
他地域包括支援センター	1.33	0.94	1.00	0.82	0.00	0.00	0.67	0.94
生命保険会社	0.33	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
社会福祉協議会	1.33	0.47	0.33	0.47	0.33	0.47	0.67	0.94
医療介護サポートセンター	0.00	0.00	1.00	0.82	0.33	0.47	0.00	0.00
銀行	0.33	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.47
地域店舗	0.33	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.47
施設	2.00	2.83	2.00	1.25	0.33	0.47	2.00	2.83
市会議員	0.33	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.47
オレンジチーム	0.33	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
郵便局	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.47
検察庁	0.00	0.00	0.33	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00
行政	0.00	0.00	0.33	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00
ボランティア団体	0.67	0.94	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

4-3-2 総合相談における「制度的対応」までの期間

表5は初期の相談から機関やサービス等につながり、解決の道筋が立つまでの最大

日数を示したものである。

A センターへの相談件数が多かったのは、病院であった。しかし、対応期間が長期にわたっていたのは、民生委員からの相談であった。

民生委員は、2017年から、2022年まで、他の病院やケースワーカー等に比較しても、終結（制度につながる）までに、かなり長期間を要していた。（表5）。

表5 総合相談における経路別「制度等につながった」日数

(単位：日)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
民生委員	1202	446	252	192	436	219
ケースワーカー	7	92	47	66	195	6
住宅管理会社	2	137	無し	5	12	無し
警察	32	10	126	123	27	19
社会福祉協議会	77	5	61	無し	2	無し
病院	18	49	4	18	55	43
ケアマネジャー	1	1	1	3	4	2
介護サービス事業所	2	2	2	2	2	2

表6は、民生委員と各機関との関係性を分析した結果であるが、「区保健センター」との関係が0.73と最も高かった。次に、婦人会他地域団体が0.71と示されていた。

表6 Aセンターに相談があった各関係機関間の関係性

	民生委員	警察	住宅管理会社	介護サービス	ケアマネジャー
民生委員	1.00				
警察	0.48	1.00			
住宅管理会社	0.15	0.89	1.00		
介護サービス事業所	0.40	0.90	0.96	1.00	
ケアマネジャー	-0.11	0.61	0.90	0.85	1.00
病院	0.53	0.93	0.91	0.99	0.75
区保健センター	0.73	0.78	0.72	0.89	0.60
クリニック	0.40	0.00	0.16	0.38	0.37
ケースワーカー	0.23	0.51	0.75	0.84	0.88
婦人会他地域団体	0.71	0.31	-0.16	-0.05	-0.56
他地域包括支援センター	0.39	0.99	0.89	0.87	0.60
生命保険会社	-0.40	0.62	0.80	0.59	0.75
社会福祉協議会	-0.28	0.65	0.91	0.76	0.93
医療介護サポート	0.50	0.00	-0.45	-0.38	-0.79
銀行	0.00	0.53	0.83	0.84	0.97
地域店舗	0.00	0.53	0.83	0.84	0.97

4-4. 民生委員からの相談で制度につながるまでの期間が長かった6事例

・事例1 (F 地区) 金銭管理が自身では困難な傾向にある 60 代前半の男性・・・・・・・・

終結までの期間が 1202 日と最も長かった。この事例は、金銭管理ができておらず家賃未納となったケースである。家主が家賃請求をしても「家賃をまけろ」と言う。生活保護受給者。統合失調症、精神手帳 2 級所持。

関わっていた障害者地域生活支援センター職員によると、障害デイサービスに毎日通っており、そこの管理職が以前お金を貸していたことがあった。

水道、ガス、電気は止まっており、好きなようにお金を使っては、支払いが滞る問題が繰り返された。保護担当ケースワーカーは関わっていたが、担当者が代わり、放置状態が続いていた。区の PSW に相談するが「保護課の係長なりに直接言ってほしい」との回答がくるだけで連携した支援は得られなかった。

評価：個人的要因（本人の病識の希薄性、金銭管理の課題、社会規範から逸脱した強いこだわり）＋社会的要因（説得できるキーパーソンの不在）＋不適切ケア（支援の放置、引継ぎの不徹底）

・・

・事例2 (F 地区) 支援サービスへの不信を持つ 50 代前半の女性・・・・・・・・

C 市より民生委員に連絡あり「安否の確認依頼」があった。民生委員からの相談で、民生委員とセンター職員が訪問すると、関節リウマチの為動けなくなっていた。キャスター付の丸椅子に座り移動していた。

「福祉関係の対応に不満がある。C 市関係の支援は必要ない」と拒否的な言動がある。しかし、本人から直接区社会福祉協議会に電話をしており、区社会福祉協議会からは障害サービスの申請で地域包括支援センターに繋がったケースである。制度に繋がるまでの間に、銀行へお金をおろしに行つて欲しい、コンビニでの再三にわたる購入依頼、制度に対しての不満を言い、なかなか繋がらない状況が続いていた。

当初、区社会福祉協議会で対応していたが、「対応しきれない」との理由で対応依頼があった。事業所に対しての叱責が過剰にあり、対応する事業所がごとく契約を拒否し、受ける事業所が無くなった。

区の保健センターへ相談するが「地域での問題は起きていない、精神科受診歴がない」という理由で、A センターでしばらく対応することとなった。経済的にも厳しい状況にあった為生活保護に繋ぐこと、医療（入院）に繋ぐ必要があった。

評価：個人的要因（本人の病識の希薄性、制度につながるまでの「小間使い」と事業所に対しての叱責が過剰、経済的困難）＋社会的要因（説得できるキーパーソンの不在）＋不適切ケア（区保健センターによる支援の放置）

.....

・事例3（G地区）家族が支援拒否をする80代後半女性のケース.....

80代後半女性。民生委員の見守り訪問時に「難聴で目が悪く、聞き取りが難しい。生活ができていないとは思えない」と感じ、センターに相談があった。その後他区で警察に保護されたことから長男へ連絡を取り、介護サービス利用へ繋ぐ支援を行うが、長男は「まだ1人で生活できていると思うので不要」とサービス提供を拒否している。

その後も数回警察に保護され、医療保護入院後のサービス提供も、長男が利用に踏み切らず、「認知機能の低下は昔からのことなので足が良くなったのであれば退院させてほしい」と退院させ独居生活を続けさせていた。

本人は時折外出可能であり、その様子から、長男は相変わらず、「外に出かけられているのだから、まだサービス利用は要らない」とサービスの拒否が続いていた。キーパーソンである長男を説得する機関がAセンターしかなく、小康状態が続き、説得を継続し介護サービスに繋ぐ支援が課題であった。

評価：個人的要因（本人の身体機能の課題）＋社会的要因（長男の介入拒否）＋不適切ケア（長男への不十分な説得）

.....

・事例4（F地区）被害妄想の強い80代男性のケース.....

本人の物盗られ妄想があり、隣人に対し、「物を盗っただろ」と訴え続け、隣人が110番通報をした。警察が隣人宅を捜査したところ、物を盗ったような形跡は無く、本人の被害妄想を懸念しての相談があった。

当初より、医療機関に繋げる支援が必要であったが、訪問拒否が強く、民生委員・Aセンターが訪問・説得を続けた。同居の弟への協力を要請したが精神科入院の家族同意を得るまで時間がかかった（「かわいそう」という気持ちがあった）。

本人は自宅で料理屋を営んでいたこともあり料理包丁を持って隣人宅へ乗り込むこともあり、その際も警察が関与している。その際、通常であれば、弟の許可を得る医療保護入院を提供したいが、弟が入院を拒否したという理由から自宅に戻された。

隣人や警察からセンターに「まだ入院・施設入所にならないのか」と問い合わせが

続き、その都度進捗を共有するものの問い合わせは続いた。

認知症初期集中支援チームにも依頼したが繋がらなかった。最終的に A センターと区の保健センターとで精神科入院に繋がった(弟にも説得した)。

評価：個人的要因（本人の病識の希薄性、介入拒否）＋社会的要因（弟の拒否）＋不適切ケア（各機関の不十分な対応）

.....

・事例 5（F 地区）幻聴がある 80 代後半女性のケース.....

民生委員からの通報で、本人は「音が聞こえる」、「(本人を) 殺したる」などの幻聴を訴えている、との相談があった。民生委員と訪問し地域の集いの場への参加を促すが本人は「最近毎日家の前に大勢人が来て何かを話している。気持ちが悪くて外に出られない。」と外に出ることを拒否している。

他県に住む甥・民生委員・A センターが訪問を続けた。まずは医療にかかってもらうことの説得を試みるが長期にわたった（医療保険証再発行の手続きも支援した）。

医療（精神科往診）に繋げてからも本人は訪問等を拒否する傾向が強かった為、本人と関係性が築けている民生委員と A センターが往診の都度、往診医と本人の関係性ができるまで立ち会う必要があった。

評価：個人的要因（本人の病識の希薄性、介入拒否）＋不適切ケア（各機関の不十分な対応）

.....

・事例 6（H 地区）身体的支援が必要な 80 代女性.....

民生委員より、本人は「おぼつかない歩行、ふらふら。買物もしんどそうにみえる」と相談があった。民生委員と訪問すると部屋を片付けられていない状況であったが、本人は「自分のことは自分でできる」と介入拒否があった。他県に親族がおり、一緒に説得をしてもらえるように依頼をしたが、親族の言う事を聞かない為に、民生委員と A センターで訪問・説得を続けた。

買い物が困難になっていることから食事の確保ができず、宅配弁当利用に繋げ、介護サービス利用へ繋げる支援が課題であった。医療機関へは繋がっていた為、医療機関から説得してもらえるよう働きかけた。

評価：個人的要因（本人の病識の希薄性、介入拒否）＋社会的要因（説得できるキーパーソンの不在）＋不適切ケア（各機関の不十分な対応）

.....

以上の6事例は、Aセンターで、民生委員からの相談で長期にわたって支援をした事例であった。「うまくいかなかった（制度に繋がるまで長期間にわたった）6事例」についての対応期間・利用者の課題・機関・終結状況をまとめると、こちらから連携を期待した機関から、支援を受けることができなかったことがわかる。

例えば、事例1は、対応機関として期待した担当ケースワーカーが「本人に金銭管理支援サービスの利用の意思が確認できない」ことを理由に支援が滞っていた。

事例2も同様に、区保健センターの関わりを期待したが、「地域での問題は起きていない、精神科受診歴がない」という理由から、介入が遅れ、結果的に446日の長期に渡って支援継続となっていた。

事例4と5は精神疾患の病識の課題があった。民生委員からの相談事例には、精神疾患をもつ対象者が多かった（6事例中4事例）。精神疾患に加え、支援拒否とされ、キーパーソンが不在（キーパーソンが支援を拒否）という課題が重なることで支援困難となることがわかった。

この結果から、相談期間の長期化の要因としては、（精神疾患があることも含め）本人の拒否が強いこと、対応する機関が少ないこと、説得するキーパーソンが不在であること、の3つが示された。

5. 考察

5-1 相談期間の長期化の要因

相談期間の長期化の長期化の要因の一つとしては、Aセンターの地域ケア会議の弱さが示されていたように（表2）、連携の要となる会議運営のマネジメントが不十分であった。

また、病院との関係が強く、相談支援機関としての受け入れは、機能がはっきりしている組織との連携関係は良好であった。しかし、民生委員からの通報による相談は長期化する傾向にあった（表5）。

長期化傾向を示した6事例を岩間の評価によって分析した結果、下記のように各要因に加え、多くの事例が個人的要因と社会的要因に加え、「不適切な対応」が関係していたことが明らかとなった。

表7 支援困難事例発生要因に基づく4つの分析枠組みを使ったAセンターの事例評価

第Ⅰ類型(個人的要因+社会的要因)	
第Ⅱ類型(個人的要因+不適切な対応)	事例5
第Ⅲ類型(社会的要因+不適切な対応)	
第Ⅳ類型(個人的要因+社会的要因+不適切な対応)	事例1・2・3・4・6

6事例中5事例が第Ⅳ類型(個人的要因+社会的要因+不適切な対応)であった。残る1事例も第Ⅱ類型(個人的要因+不適切な対応)であり、すべての事例に「個人的要因」(「強い拒否、精神的不安定」、「判断能力の低下や不十分さ」、「社会規範から逸脱した強いこだわり」等)に加え、「不適切な対応」が示されていた。

この「不適切な対応」は、発生源が援助者側の不適切な対応にあるもので「援助関係の形成不全」(本人の拒否に対する適切なアプローチができていない)や「不十分な連携と協働、ネットワークの機能不全」(対応する機関が少ない)、「本人を取り巻く環境への不適切な働きかけ」(キーパーソンへ適切なアプローチができていない)等がある。

また、6事例中5事例にある要因で「社会的要因」として「説得できるキーパーソンが不在」であることが相談期間を長期化させていた。

5-2 終結までの期間の短縮化のための方策

「個人的要因」に対してではなく、「社会的要因」や「不適切な対応」に対してのアプローチ・改善は、期間を短縮できる現実的な方策となる。以下で、これらの困難事例への方策に関して、新たなアプローチを提案した。

①効果的な地域ケア会議の開催

「効果的な地域ケア会議の開催」が既存の方策の活用として重要である。地域包括支援センターへの相談は、従来の制度の縦割り行政では対応できない複雑さを持ち、対応が遅れることにより深刻さを増すケースも少なくない。

地域住民や民生委員が対応に困っている事例や、相談のあったケースで他機関との連携が必要と判断した場合、解決するための話し合いの場として制度化されたのが地域ケア会議である。

F地区では、上の6事例中4事例が当該地区の事例であり、扱った4事例や今後想定される事例に基づいた問題解決のためのプロセス検証を行いながら、地域ケアのた

めの、不十分な連携と協働そのものの改善・向上を目指す活動を行いたい。その際にF地区民生委員と区保健センター等とのネットワーク構築を行えるよう取り組む。

事例1は、担当ケースワーカーの支援の放置、引継ぎの不徹底が分かった時点での地域ケア会議を開催することで、支援の関連する機関が現状を把握し、解決に向けた方策の検討と区保健センターを含め役割分担の明確化ができたと考える。

一瀬（2023）の研究では、地域ケア会議は、サービス利用拒否する高齢者に対する解決プロセスの中で、まだまだ効果が発揮されていないということが示唆されている。

今回の事例1のようなサービス利用拒否事例に対して、地域ケア会議がきちんと機能するための方策については、会議の中で具体策を示していくことが重要といえる、と述べており、今回の研究を通して、効果的な地域ケア会議のあり方をセンターの職員全員で見直したうえで、開催する必要がある。

民生委員からの相談事例では、特に「対応する機関が少なかった」ことから、制度の精密化・細分化による「狭間の発生」が起こり、仕事の押し付け合いとなっている現状があると考え。荒見（2020）は、近年、社会サービス分野で「制度の狭間」問題への対応手段として考えられてきた多機関・多職種連携を、より制度化・構造化・標準化する要請が生まれてきている、としている。

また、長谷川（2007）は、解決困難な処遇事例は、多大な時間と労力を費やし、その背景要因や地域特性に応じた対応が必要となるが、支援拠点となる複数の関係機関が連携し、多方面からの支援を迅速に行うことで、複数の要因が同時に解消される、として多機関・多職種連携の必要性を述べている。

例えば、地域ケア会議は、介護保険制度下で設置されたものであるが、介護保険制度に係る機関だけでなく、他の地域の機関の理解を求める動きが必要となると考えられる。制度の枠を超えた、地域ケア会議の活用を検討していく必要がある。

②データベース化による対応力の向上

地域ケア会議の運営には、原田ら（2018）の研究によると、会議運営に伴う負担感があり「会議前の根回しや準備の負担感」として「初回の会議を始める前の参加者への根回し」や「関係者への会議目的を伝えることの大変さ」等の手間がすべてのグループで語られ、時間・手間がかかっていることが指摘されている。

各事例における「不適切な対応」に対し、多機関と連携して支援していく方策として地域ケア会議の開催だけでなく、「個人的要因」における「強い拒否」に対しての理解と、それをふまえて訪問の必要性・頻度・期間・援助の方針などをセンターで検討・

実施することも考えられ、その基準をセンターで作成しておくことも必要と考えた。

準ずる基準として、A センターで使用している「地域の見守りと公的なサービスが必要なレベル」、「専門的な対応が必要なレベル」への振り分け、訪問の必要性を分かりやすくする工夫が活かせるのではないかと考える。

この基準は「年齢状況、身体状況、疾病状況、精神状況(認知症等)、他者との交流状況、家族関係、近隣関係、民生委員との関係、機能性がはっきりしている機関とのつながり」等の項目を評価し、その評価ごとに、「地域の見守りと公的なサービスが必要なレベル」、「専門的な対応が必要なレベル」へと分類することができる。

この相談対応事例をデータベース化し、対象となる高齢者に対してどのような対応が適切かを見通せる分類ツールを作ることも今後の対応に必要となると考えられる。

これは、介入の必要度を分類できるツールとなりうる可能性があることから、民生委員と共有する仕組みを含め、今回の研究を通して作成に取り組みたい。

③支援困難事例の「予防」

支援困難事例とならないための「予防」の取組も重要である。地域包括支援センター以外でも、専門職と民生委員が出入りする集いの場をつくり、センターの他に、気軽に相談できる専門職の窓口を増やすことで、地域の高齢者と専門職の「顔の見える関係」が築ければ、支援困難な事例を減らすことができるのではないかと考える。

このような集いの場をつくる為にも、地域ケア会議の下部組織として、支援困難ケースの分類ツールを学ぶ場を創ることは有効である。

情報共有と問題解決の知識の形成、事例の共有を通して学習する機会、他の専門家の情報も共有する機会を設けることが妥当であろう。

5-3 今後の課題

今回、考察した内容は、今後、上記で述べた方策が、介入拒否事例に対してうまくいった事例、うまくいかなかった事例について、データをとりながら検証する必要がある。ただし、支援困難事例対応の難しさについては、地域特性の違いもあり、他の地域で成功したからと、その方法をそのまま行ってもうまくいくとは限らず、A センター独自の仕組みづくりが求められる。

豊田(2014)は、地域包括ケアシステムの構築にあたっては、地域包括支援センターを中心としたフォーマルとインフォーマルの両方の支援体制の構築が必要であり、

中でもインフォーマルな組織としての身近な地域での「相談支援体制の構築」は、ネットワークの基本となる地域ニーズ把握のために、最も重要なものとして考える必要があるだろう、としている。

現在の制度では整っていない課題に取り組む必要があり、効果的な地域ケア会議や研修会を積み重ねることで本人はじめ民生委員・各関係機関が協働のイメージをしやすくなり、余裕をもって対応に臨める仕組みが構築されていくのではないかと考える。

6. 結論

今回の研究を通して、支援困難事例という同じ枠組みであっても、その対応方法は、高齢者が持つ「個人的要因」、「社会的要因」、援助者側の「不適切な対応」の違いによって多岐にわたることが示された。

このため、その相談対応期間を短縮させる為には、多職種連携を一体的に進めていく必要があり、特に地域ケア会議の在り方を充実させていくことや、事例の分析枠組みに沿ったデータベース化を進め、どのような対応が適切か、冷静に判断できる材料を作ることが特に重要であると考えた。

現在、制度の狭間にいる、地域で困っている事例の対応は、地域包括支援センターが連携能力を向上させることで解決を図ることが期待されている。現段階では、対応期間の長さに着目した分析等はほとんど示されていない。

しかし、今後、医療・介護分野での各専門職が地域包括ケアシステムの構築・推進に関心を持ち、地域課題に目を向け、支援困難事例への対応を進展していく際には、課題発見から、終結までの期間に着目した分析は重要であり、この期間の短縮に際して、各専門職がどのような貢献ができるかを考え、地域と共に問題解決策を検討する体制を整備していくべきであると考えた。

最後に、地域包括支援センターにおける相談支援機能向上のための方策検討に際しては、本論文において得られた知見を自治体や職能団体、医療機関、介護施設、民生委員他地域団体と共有することで地域を基盤としたケアの発展に関与していきたい。

謝辞

本論文を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究所の小山秀夫特任教授、筒井孝子教授、木下隆志教授、井出憲一教授、貝瀬徹教授に熱心かつ丁寧なご指導を賜りましたことに、心より感謝申し上げます。また、研究にご協力頂きました各

関係機関の皆様、この場を借りて感謝申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 荒見 玲子(2020)「「制度の狭間」問題の解消・多機関連携・冗長性（1）—共生社会型・地域包括ケアシステム構築の事例から—」『法政論集』286号、51-52頁
- [2] 一瀬 貴子(2023)「地域包括支援センターの社会福祉士が抱えるストレスの実態～サービス利用拒否をする高齢者の対応を巡って～」『関西福祉大学研究紀要』第26巻、15-24頁
- [3] 岩間 伸之(2014)「支援困難事例と向き合う—18事例から学ぶ援助の視点と方法」（中央法規出版、p. 40-41）
- [4] 田中 八州夫(2012)「地域包括支援センター職員の専門性と実用的スキルに関する考察」『同志社政策科学研究』13巻2号、139-153頁
- [5] 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会. 地域包括支援センター運営マニュアル 3訂. 長寿社会開発センター, 東京, 2022. 4
- [6] 豊田 宗裕(2014)「地域包括ケアシステム構築に向けた相談支援体制のあり方に関する研究—茅ヶ崎市コーディネーター配置事業の検証から—」『星槎大学紀要, 共生科学研究』No. 10、68-84頁
- [7] 中島 修(2019)「民生委員制度 100周年にみる民生委員の意義と役割」『文京学院大学人間学部研究紀要』Vol. 20、153-165頁
- [8] 長谷川 喜代美(2007)「介護保険制度で対応困難な在宅療養者の問題構造—行政保健師が関与した事例分析から—」『千葉看護学会会誌』13(1)、17-24頁
- [9] 原田 小夜・種本 香(2018)「地域包括支援センターの地域ケア会議運営の課題と運営の工夫」『日本公衛誌』第65巻, 第10号、575-588頁
- [10] 榊田聖子・金谷志子・大井美紀（2009）「都市部と農村部における高齢者の地域見守りネットワーク活動の実態」『甲南女子大学研究紀要看護学・リハビリテーション学編』3、33-44頁
- [11] 吉田 麻衣・潮谷 有二・永田 康浩・奥村 あすか・宮野 澄男(2018)「地域包括支援センターにおける関係機関等との連携頻度及び連携評価に関する一研究」『純心人文研究』第24号、105-126頁

引用ホームページ

- [1] C市「住民基本台帳に基づく人口（町丁目別・年齢別）」
<https://www.city.kobe.lg.jp/a47946/shise/toke/toukei/jinkou/juukijinkou.html>（最終更新日：2023年8月15日，最終アクセス：2023年8月16日）
- [2] C市「地域包括支援センター運営評価結果」
<https://www.city.kobe.lg.jp/documents/31279/r2syosai.pdf>（最終更新日：2023年3月30日，最終アクセス：2023年8月16日）
- [3] C市「B区まちづくり方針」
<https://www.city.kobe.lg.jp/documents/21882/chuokumachidukurihousin.pdf>（最終更新日：2023年2月17日，最終アクセス：2023年8月16日）
- [4] 内閣府「令和4年版高齢社会白書（全体版） 3 家族と世帯」
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-022/html/zenbun/s1_1_3.html（最終アクセス：2023年8月16日）