



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	医療福祉専門職の多職種連携・協働による地域貢献：「つながり」をつくる社会教育の可能性の検討に向けて
Author(s)	井上, 克己
Citation	社会教育研究, 34, 25-36
Issue Date	2016-06-15
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/62297
Type	departmental bulletin paper
File Information	25_inoue.pdf



医療福祉専門職の多職種連携・協働による地域貢献 ～「つながり」をつくる社会教育の可能性の検討に向けて～

井 上 克 己*

目 次

はじめに（問題関心）	25
1. 地域包括ケアシステムを目指す支援の諸相と介護老人保健施設の新たな役割	26
（1）地域支援の実情と課題	26
（2）高齢者施設における地域貢献の流れ	27
（3）介護老人保健施設	28
（4）老健施設における地域貢献の新たな動き	30
2. 老健施設孤立サイクルの転換条件	31
（1）社会的排除・包摂	31
（2）多職種連携教育（IPE：Interprofessional Education） ・多職種連携（IPW：Interprofessional Work）	32
3. 実践におけるコミュニティの学びの可能性検討に向けて	34
おわりに	36

はじめに（問題関心）

団塊の世代が75歳以上の高齢者に到達する2025年は65歳以上人口が全人口の30%を超える超高齢社会になると言われている。将来の介護費用増加や担い手不足に備え効率的かつ効果的な制度設計、所謂「地域包括ケアシステム」の構築は喫緊の課題とされている。この地域包括ケアシステムは介護の公的責任は否定していないが、「高齢者自身による自助」や「地域による支え合い(互助)」がシステムの一部として機能することを前提としている¹。2000年より導入された介護保険制度では社会福祉サービス提供体制において競争原理を導入した結果、介護保険サービスを飛躍的に発展

* 修士課程2年

¹ 厚生労働省（2013）「第6期介護保険事業（支援）計画の策定準備等に係る担当者等会議」、（2014）「第6期介護保険事業計画策定に向けた国の動向（全国介護保険担当課長会議資料）」等で地域包括ケアシステム構想と第6期（2015）からの具体的方策が説明されている。

させた。しかし同時に介護保険サービスだけでは対応できない生活課題や対応が不十分であることから生まれる問題や課題が露呈した。このような背景がありながら地域包括ケアシステムは介護保険から軽度者の生活支援や介護予防支援を切り捨て、さらには介護保険サービスで補えない部分を補完していた国や地方自治体の責任までも後退させ、その代償を地域住民の自助・互助に求めたともいえる。ところが、2013年8月厚生労働省によりまとめられた「これからの地域福祉に関する研究会報告書」によると、地域住民のつながりを再構築し支え合う体制の実現を目指すとしながらも、少子高齢化など家族内における紐帯の弱まり、工業化・都市化や雇用状態の悪化からくる地域連帯意識の希薄化、個人主義傾向等により地域組織の支え合う関係が著しく脆弱化しているとしている²。つまり、「地域による支え合い」を強調するこのシステムは現段階では論理的矛盾を抱えていることになる。

地域組織が脆弱化し自助・互助の風土が根付くことが困難な今日、あらたな「つながり」を再構築し、福祉システムとして機能させる試行錯誤が行われている。しかし、多くの取り組みは狭義での当事者である高齢者自身による自助的な組織づくりに焦点を当てている。現行の市場原理の下での支援体制からの転換なしに制度関与を縮小することは介護保険サービス機関・医療福祉専門職の関与を減らすことを意味することとなり、結果として支援の質や安全までも低下してしまう。このことは地域の高齢者（要支援・軽度介護者を含む）の介護予防だけでなく、病院や専門施設でリハビリテーションにより回復を目指している軽・中度者層の在宅復帰への阻害要因になるだろう。

筆者は将来の福祉システム構築の大きな課題である高齢化・財源難・担い手不足、そしてその背景にある人々の紐帯の脆弱化に対して医療福祉専門職も地域の一員となり新たな互恵的な「つながり」をつくる活動、つまり医療福祉専門職と地域の人たちや資源が協働し、施設内外の垣根を越えたコミュニティを形成することが、制度の枠組みや市場原理の下では構造的に困難であった部分を安心・安全に補完すると考えている。

1. 地域包括ケアシステムを目指す支援の諸相と介護老人保健施設の新たな役割

(1) 地域支援の実情と課題

地域包括ケアシステム構築の中心的な存在である地域包括支援センターの活動を概観したい。地域包括支援センターは高齢者が住み慣れた地域で安心して尊厳のあるその人らしい生活を継続することができるように、介護保険制度による公的支援のみならず、その他のフォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を活用できるよう、包括的かつ継続的な支援を実現するための中心的な役割を果たすことを目的に、2006年の改正介護保険法により全国に設置が進められ、2008年には全市町

² これからの地域福祉のあり方に関する研究会（2008）「地域における『新たな支えあい』を求めて ―住民と行政の協働による新しい福祉―」4ページ。

村に設置されている。地域包括支援センター業務マニュアルによると、その目的は地域包括ケア構築にむけての中核機関として高齢者の生活を支えるため重要な役割を果たすとされており、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員がその専門知識や技能を互いに生かしながらチームで活動し、地域住民とともに地域のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートも行う機関と記されている³。しかしながら、三菱総合研究所の調べによると地域包括支援センターの抱える課題の上位に「職員の力量不足」と「関係機関との連携が不十分」が挙げられており、「職員の力量不足」の場合の業務内容としては「地域におけるネットワークの構築に係る事業に関わる業務（25.3%）」が最も多く、「関係機関との連携が不十分」の場合の業務内容は医療機関や介護保険施設、地域のインフォーマル資源との関係構築に課題があると報告されている⁴。つまり、地域包括ケアシステムが目指す「地域による支え合い」の実現には大きな課題があると言っていいたいだろう。このような状況を鑑み、大橋（2014）は今後の地域自立支援として社会システムには「博愛」の精神の涵養と福祉教育の推進と地域包括支援センター等に属性分野を超え家族全体をも支援できるワンストップ相談機能と行政と住民との協働化を推進し、信頼・協働・互酬に基づく福祉コミュニティづくりを推進する触媒としてのコミュニティソーシャルワークの必要性を論じている⁵。筆者は大橋の指摘を補完する支援として介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭への復帰を目指すために創設された介護老人保健施設の地域貢献機能に注目している。

（2）高齢者施設における地域貢献の流れ

次に、高齢者施設の地域貢献機能を概観する。その始まりは1970年代に盛んに議論された「施設の社会化・地域化」の動きにみることができる。その背景は社会福祉施設が収容施設として閉ざされた状況にあることや非人道的支援を批判するものであった。つまり要介護者を収容することで、地域や日常生活の場から高齢者や要介護者を排除してしまったことへの批判といえるだろう。収容型の施設福祉から在宅福祉・地域福祉への転換という大きな課題を残しつつ、施設側から地域に歩み寄る施設機能の地域開放、つまり施設の社会化・地域化はこうして始まっていった。具体的な活動は地域貢献的な活動が多く占めている。以下の表（表1）は野口（1980）による施設の社会化の実践枠組みから地域貢献部分を抜粋したもの⁶であるが、施設専門機能の地域提供や施設職員の地域参加、施設内での住民参加や住民交流等、これらの活動は、その後に創設された介護老人保健施設においてもスタンダードな地域貢献内容といえるだろう。

³ 一般社団法人長寿社会開発センター（2011）『地域包括支援センター業務マニュアル』

⁴ 三菱総合研究所（2014）「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書」p. 148

⁵ 大橋謙策（2014）「地域自立生活支援とコミュニティソーシャルワーク」（『さばーと：地域生涯福祉研究』61（1）p. 47-49

⁶ 野口定久（1980）「老人ホームにおける施設社会化の実践的枠組とその展開」（『老年社会学』13）社会老年学会 p. 51

しかしながら、施設の社会化はその後に大きな発展は遂げていない。岩井（2013）らはこの間の施設の社会化の進展に関して全国的に効果や進展を調査した研究はないとしながらも、自らの地域を限定した調査で以下のような結果を述べている。施設の社会化は利用者の生活や職員の意欲、地域住民の施設への見方・態度など限定的ではあるが社会的効果に好影響を与えたとしながらも、その実践はあまり進展していないと結論付けた。またその障壁となっているものは利用者の重度化、施設の立地条件、介護報酬など予算上の問題、人材不足、人材の質、地域住民の知識であるとしている⁷。藤原（2009）は施設の社会化展開の解決すべき課題を本来の施設利用者に対する相談援助や介護業務に加えて、地域社会に対して視野を広げることができるよう人材不足を解消すること、そしてその活動が継続的になるシステムとして社会福祉施設が地域社会における貴重な資源であると地域住民が認識し、自分たちも将来は利用する可能性があると考えられるようになることと分析している⁸。

地域貢献	
施設専門機能・ 設備の 地域提供	施設専門機能の地域提供 施設設備の地域提供 地域内関係機関との連携 施設職員の地域参加 施設職員の資質向上
施設運営への 参加と 意見反映	家族の意見反映 地域住民の意見反映 後援会の意見反映 入所者の意見反映 職員の意見反映 ボランティアの直接処遇への参加 ボランティアの間接処遇への参加 ボランティア担当職員の配置 施設行事の住民参加 施設内での住民との交流 施設広報誌の発行

表1 野口（1980）による「施設の社会化」の実践枠組から地域貢献部分のみ抜粋し筆者が作成

（3）介護老人保健施設

ここでは筆者が注目している介護老人保健施設の諸相を概観したい。介護老人保健施設（以下、老健施設）は昭和61年の老人保健法改正で位置づけられ、昭和63年から本格実施が始まっている（現在は制度が改変され介護保険法に位置付けられている）。介護保険施設で医師・看護・リハビリ

⁷ 岩井一宏、高橋順一、中島望（2013）「高齢者施設の社会化とその社会的効果の関係」（『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』第17巻第1号）p. 89

⁸ 藤原慶二（2009）「地域社会と社会福祉施設のあり方に関する一考察 『施設の社会化』の展開と課題」（『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』第12号）p. 32

等の医療職と介護福祉士・社会福祉士等の福祉関連職種の配置が義務付けられている唯一の入所施設であり、その9割が加盟する公益社団法人全国老人保健施設協会は老健施設を以下のように紹介している。『『ろうけん＝介護老人保健施設』は、介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭への復帰を目指すために、医師による医学的管理の下、看護・介護といったケアはもとより、作業療法士や理学療法士等によるリハビリテーション、また、栄養管理・食事・入浴などの日常サービスまで併せて提供する施設です。利用者ひとりひとりの状態や目標に合わせたケアサービスを、医師をはじめとする専門スタッフがを行い、夜間でも安心できる体制を整えています。介護老人保健施設は、常に利用者主体の質の高い介護サービスの提供を心がけ、地域に開かれた施設として、利用者のニーズにきめ細かく応える施設です。介護予防を含めた教育・啓発活動など幅広い活動を通じ、在宅ケア支援の拠点となる事を目指して、ご利用者・ご家族の皆様が、快適に自分らしい日常生活を送れるよう支援をしています』⁹。つまり老健施設の機能は「包括的ケアサービス施設」、「リハビリテーション施設」、「在宅復帰施設」、「在宅生活支援施設」、「地域に根差した施設」の5つ要素を持ち、医療機関と比較すると決して多くはない医療系スタッフと福祉系スタッフがそれぞれの専門性を発揮しつつ、全体がチームとしてケアサービスを提供することが求められている。このように多彩な専門職を有し潜在的にチームケアの要素を持っている老健施設には地域と協働する新たなコミュニティを創造するためのハブ的な機能が期待できる。しかしながら、今日の老健施設は幾つかの問題を抱えている。その1つは在宅復帰機能の弱体化である。在宅へ復帰するために創設された老健施設ではあるが、厚生労働省の調査を概観すると平均在所日数は年々増加傾向にあり300日を超え、要介護4・5の入所者比率も高くなっている¹⁰。この背景には要介護高齢者の増加、家族介護機能の崩壊により特別養護老人ホームのような長期入所可能な施設に入所できない待機高齢者が増えたことが要因であろう。このような実態に鑑み、2012年度の介護報酬改定では在宅復帰に力を入れる老健施設を評価する基本報酬が新設されたが、ベッド稼働率の低下による収入減やリハビリスタッフ等の配置増による給与比率が上がる等、採算が悪化することを懸念してか移行が進まない状況にある¹¹。もう1つの問題は介護人材の不足である。これは老健施設だけではなく福祉現場全体の問題ではあるが、先に述べた入所期間の長期化や重度化により介護スタッフの負荷と負担が大きくなっていることはその原因の一つとして挙げられるだろう。土田（2010）は福祉現場全般の人材不足と人材の質の低下は深刻な問題とし、その背景は労働環境や低賃金だけではなく、仕事のない人たちの就労先として位置づけ資格の有無を問わず受け入れる社会システムもその一要因としている。

⁹ 公益社団法人全国老人保健施設協会 「老健施設とは」〈http://www.roken.or.jp/wp/about_roken/kaigo〉(2015/12/16 アクセス)

¹⁰ ここ数年間の厚生労働省による「介護サービス施設・事業所調査の概況」によると平均在所日数、介護度は上がっている。

¹¹ 平成24年6月の厚生労働省による介護報酬算定状況調査では在宅復帰を強化した老健施設は全体の8.3%に留まっていると発表している。

「素人でもできる仕事」として認識させたことからプライドが持てずモチベーションが低下し離職者を増やしていると分析した¹²。在宅復帰機能強化と人材とその質の確保は老健施設本来の役割を果たす上で相互に関連した重要な課題といえる。

(4) 老健施設における地域貢献の新たな動き

(2) で示したとおり、あまり積極的に展開しなかった福祉施設の地域貢献であるが、近年、地域包括ケアシステムの構築により老健施設の社会貢献事業が再び注目されている。全国老人保健施設協会により平成25年度及び平成26年度（平成27年度も継続）に独立行政法人福祉医療機構の社会福祉振興助成事業として「介護予防サロンの社会・地域貢献モデル事業」が実施されている。この事業は地域高齢者の居場所づくりと介護予防や健康づくりを目的とし、老健施設の特色である多職種連携支援と老健施設機能の地域への開放を実施している。同事業の報告書によると①虚弱ではあるが、しかるべき介入により再び健常に戻る可能性のある状態の高齢者に対して心身機能・認知機能面双方に対する効果 ②居場所づくり・コミュニティの形成 ③医療福祉専門職が関わることで参加モチベーションの維持等に効果があったとしているが、反面、従来業務と並行して行う場合の人材や資金確保、運営方法など普遍的なモデル形成までには大きな課題があると総括している。

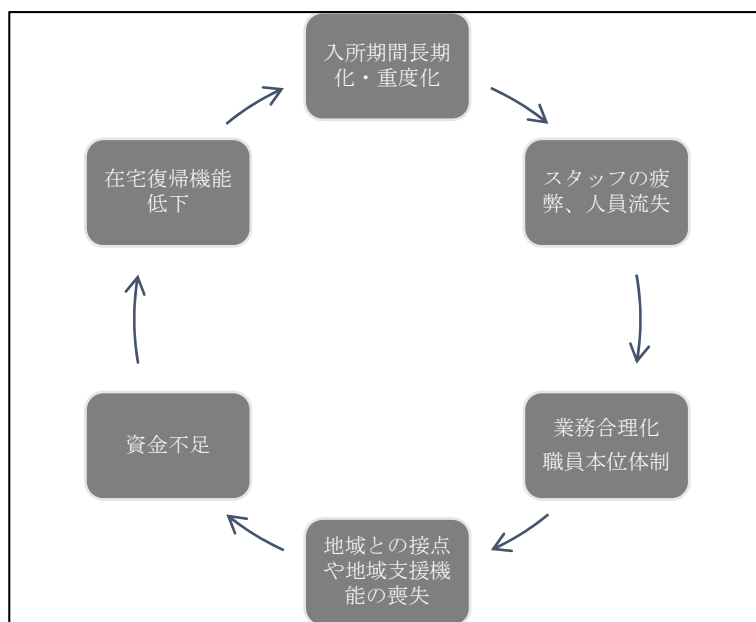


図1 老健施設地域孤立サイクル

¹² 土田耕司（2010）「介護現場における介護人材不足の背景」『川崎医療短期大学紀要』30号 p.41－45

以上のことから、老健施設における地域貢献事業には一定の効果があることは示された。しかし、実施するに当たっては図1に示したように人材不足・人材の質・資金確保・運営方法等、相互に関連し増強する構造（老健施設地域孤立サイクル）があり、本研究が目指す地域支援事業が継続的に行われるためには何らかのパラダイム転換が必要という示唆が得られた。

2. 老健施設孤立サイクルの転換条件

それでは、このサイクルの転換のためには何が必要なのであろうか。以下では社会的包摂戦略としてのケアリングコミュニティ論と多職種連携論の意義と課題を検討する。

(1) 社会的排除・包摂

地域包括ケアシステム構築を目指す介護保険の動向を概観したい。厚生労働省により 2015 年 4 月に実施された介護保険改正では、要支援認定者への介護予防サービス（介護給付）を、市町村の事業「介護予防・日常生活支援」へ移行、つまり軽度者は介護保険のサービス対象から外し全国一律の規定ではなく、支援内容や運営基準、利用者負担などすべて市町村の裁量に任せる体制への移行がなされた。支援の主力として想定されているのはボランティアであることから質の低下や自治体間格差が生じることが懸念される¹³。さらに長期入所が可能である特別養護老人ホームの新規入所を原則として要介護3以上の中重度者に絞ったことにより介護難民増加も懸念されることである。また、一定所得以上層の利用料引き上げ、低所得者向けの居住費や食費の軽減制度の対象要件は厳しくなった。さらに、財務省は 2015 年 4 月 27 日の財政制度等審議会で、今後は要介護2までを軽介護者と位置付け介護保険から切り捨て、市町村裁量による「地域支援事業」への移行や訪問介護・福祉用具貸与・住宅改修も保険給付対象から除外し全額自己負担と意見している¹⁴。制度の維持という大義名分と自己責任として個々に問題を押し付けた政府による社会的排除とっていいのではないか。このような政策的に進められる社会的排除に対抗する社会的包摂戦略の意義と課題を次に見ていく。

大橋（2014）は自身が座長となり 2008 年に実施した「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」の報告から、市町村という生活圏域という形にとらわれない重層的な集まり、社会福祉分野における「ケア」という共通の関心事での集まり（コミュニティ）を形成し、地域のニーズをきめ細かく把握し制度的サービスとインフォーマルなサービスを有機的につなげていく取組、つまり、従

¹³ 厚生労働省（2013）「第6期介護保険事業（支援）計画の策定準備等に係る担当者等会議」、（2014）「第6期介護保険事業計画策定に向けた国の動向（全国介護保険担当課長会議資料）」

¹⁴ 財務省（2015）「当面の社会保障制度改革の基本的考え方 医療・介護に関する制度改革・効率化の具体案」p. 20-24

来の地域の支え合いではなく、意識的に活動する住民による新しい地域づくりとしての「ケアリングコミュニティ」を厚生労働省に提言している。大橋は「ケアリングコミュニティ」としてのコミュニティ再編には、その組織機能に行政と住民の協働を媒介する触媒機能としてコミュニティソーシャルワークが必要であると、その機能の1つとして保健・医療・福祉等の専門職が有機的に参画するためのIPE（専門職連携教育）研修の推進やIPW（専門職連携）のコーディネート機能を挙げている¹⁵。田中（2014）はコミュニティソーシャルワークを「地域において生活上の問題を抱える個人や家族に対する個別支援と、それらの人々が暮らす生活環境の整備や住民の組織化等の地域支援をチームアプローチによって総合的に展開する活動」と定義している¹⁶。このチームアプローチとは施設や病院などの患者、利用者に対する専門職のみで構成する従来のアプローチとは異なり、利用者の家族や友人、近隣の人々、民生委員児童委員、ボランティアなどのインフォーマルな人的資源や非専門職もチームに加わり専門職が中心にならない対等なパートナーシップやコラボレーションで問題解決する援助と説明している¹⁷。

「ケアリングコミュニティ」の達成には医療福祉専門職が従来の専門性の枠組みを超える協働や制度の枠組みを超えるインフォーマルな関係と対等なパートナーシップが必要とされているが、その仲介役としてコミュニティソーシャルワーカーの必要性和コーディネート機能としてIPEとIPWが紹介されているに留まっている。では、そのパートナーシップは如何にして可能になるのだろう。

（2）多職種連携教育（IPE：Interprofessional Education）・多職種連携（IPW：Interprofessional Work）

近年の高齢社会進展や多様化するニーズ、担い手不足の問題などの社会的背景から医療福祉専門職による多職種連携・チームアプローチによる実践は既に一般化されたようにも思われる。しかし、村田（2011）はIPE（専門職連携教育）の現状と課題を以下のように説明している。医師、介護支援専門員、介護福祉士、看護師、作業療法士、社会福祉士、理学療法士、臨床心理士の8職種の行動や態度の基盤になっている倫理綱領・倫理規定において、どの専門職においても多職種との連携・協働が日常的な行動の規範として求められているが、いずれの専門職においても養成教育段階から連携その教育の具体的な方法は確立していないとしており、実践現場での体験を想定した教育方法の開発が必要とまとめている¹⁸。

日本学術会議 健康・生活科学委員会高齢者の健康分科会（2011）は歯科医師、歯科衛生士、看護師、保健師、社会福祉士（ソーシャルワーカー）、介護福祉士、臨床心理士といった医療福祉専門職の養成課程を地域で暮らす高齢者を支援の視点から調査し、現状と課題を以下のように述べてい

¹⁵ 大橋謙策（2014）『ケアとコミュニティ』ミネルバ書房、p.18-20

¹⁶ 田中英樹（2014）『ケアとコミュニティ』ミネルバ書房、p.187

¹⁷ 田中 同上書、p.191

¹⁸ 村田真弓（2014）「医療福祉専門職の多職種連携・協働に関する基礎研究 ―各専門職団体の倫理綱領にみる連携・協働の記述から―」『人間関係研究』第13号 大妻女子大学、p.159-165

る。各専門職の養成教育において、多職種連携の重要性が指摘され、カリキュラムに反映させるべく試みが始まっているが、具体的な教授法の確立は早急に取り組まなければならない課題とし、そのためには理念のみでなく、専門職が連携して地域で暮らす高齢者の生活支援に向けた取り組みの実証研究や連携・協働のプロセスを評価し、その成果を蓄積し専門職の連携教育プログラムの構築に役立てることが必要であるとまとめている¹⁹。以上のことから、医療福祉専門職のチームアプローチの確立には IPW（専門職連携）実践での学びが重要であることは明らかになった。しかし、養成課程での IPE（専門職連携教育）が求められている背景には IPW が実践で機能していない状況であることを示していると考えられることもできる。

藤田（2015）は専門職の垣根を越えた協力関係を形成するための具体的行動とその変化に関する研究として高齢者の在宅療養場面での多職種連携を調査し、多職種の円滑な連携と協働のためには、①高齢者中心の生活支援、②専門職の限界と役割の把握、③顔の見える関係構築の3点全てが不可欠であるとした。とりわけ、③顔の見える関係構築は研修会等で体系的に学習されるものではなく、また、個人の経験の中での習得に任せるのではないとし、意図的な学習機会を用意する必要性を論じている²⁰。

細田（2013）は医療社会学においてチーム医療の阻害要素は医師を頂点としたヒエラルキー構造により、医師以外の医療職や患者を支配しているという状況を批判するといった伝統的な研究の枠組みを超え、医療者同士の協働は難しいと嘆きながらも必要と考えチーム医療を目指している多くの医療者に注目し、その実践から問題を立ち上げるというフィールドワークを実施している。チーム医療の実践から、①専門性志向：医療専門職が高度で専門的な知識と技術をもち、自らの分野の専門性を発揮しながら、他の職種と業務を行う、②患者志向：患者の問題解決を最優先とし、医療上の意思決定では患者の意見が尊重されることをすべての医療専門職が共通了解としてもつ、③職種構成志向：チームの一員として必要な職種の人々がそろっていて、彼らが公式に病院に雇用されていること、④協働志向：単に仕事を分担するだけではなく、複数の職種が対等な立場でお互いに尊敬しあい、協力して業務を行うこと、という4つの要素に分類し、それらが対立・緊張関係にあることを明らかにした。この4つの要素が最大値を取るところにチーム医療の理想形があり、そこに向かうベクトル上のどこかの地点にそれぞれの医療専門職にとっての現実のチーム医療があると分析している。また、これからのチーム医療は医療専門職だけではなく患者や患者家族も病気という問題を解決する主体としてチームのメンバーとなり、患者や家族を含む一般市民なども自分たちの医療や福祉を良くするため、生活を良くするために立ち上がり活動することでチームメンバーとなる、つまり、関わる全てがチーム医療の担い手として参画することが重要とし、話し合い、対話、

¹⁹ 日本学術会議 健康・生活科学委員会高齢者の健康分科会（2011）「地域で暮らす高齢者を支援する専門職の連携教育にむけて」 p. 9-10

²⁰ 藤田益伸（2015）「高齢者の在宅療養場面に求められる多職種連携の技能」『岡山大学大学院社会文化科学研究科紀要』第39号 p. 169-177

コミュニケーションによって互いを理解することの重要性を論じている²¹。

以上のことから、利用者、利用者の家族や友人、近隣の人々、民生委員児童委員、ボランティアなどのインフォーマルな人的資源や非専門職と医療福祉専門職が対等なパートナーシップを形成することと、専門職連携（IPW）は同一線上にあり、その達成には従来の養成機関での教育ではなく実践の中での学びが重要で、対立する価値を乗り越える意図的な学習機会が必要であるという示唆が得られる。

しかし、これらの活動は現状の老健施設では困難であることは前述したとおりである。とりわけ、この活動が制度等による市場原理に依存してしまうと財源不足による給付制限や対象の限定等、新たな排除が生まれてしまう恐れがある。また、対価として報酬が与えられるという構造は支援者・被支援者という役割が強化される要因であるといえる。制度に依存しない社会貢献的な活動が創造されることと、医療福祉専門職や家族、地域それぞれが支え合うためには支援者・被支援者という関係ではなく互恵的な価値が見出されることが重要な条件ではないだろうか。また、この活動が発展・継続する条件を解明するためには組織的（コミュニティ）な変容を分析単位とし、医療福祉専門職や家族、地域が連携・協働する地域貢献のコミュニティが形成される学びのプロセスを解明することが必要であると考えている。

3. 実践におけるコミュニティの学びの可能性検討に向けて

前節までに述べたように、本研究は支え合うコミュニティを形成していくことを目的としている。では、そのコミュニティはどのような性質のものであるのだろうか。

本研究が目指すコミュニティ（以下、協働コミュニティと呼ぶ）は、それぞれの主体が「支援する側」「支援される側」という一方的な関係ではなく「お互い双方への役割」が達成できる環境、制度内と制度外の支援を行き来できることや職種や属性の役割を超えることができる環境、つまり、新たな価値を創造できるコミュニティを形成することである。宮崎（2013）はこのような協働コミュニティが成立するために必要な条件として、創造性・解放性形成の教育機能としてコミュニティ・エンパワメントの論理を展開している²²。この視点から、本研究は、意図的な実践の中で分断した組織が共通の活動を通して、それぞれの利益が実践として重なり合う部分を見出し水平的な関係として協働コミュニティが形成されていくことを目指している。そこで生起する価値の対立や葛藤により関係の質は変化し創造的な学びとして意識変容していく過程、すなわち協働のプロセスが実践

²¹ 細田満和子（2013）『『チーム医療』再考－チームアプローチでデザインするこれからの医療ケア』『保険医療社会学論集』第23巻2号 p.7-14

²² 宮崎隆志（2013）「コミュニティ・エンパワメントの論理-自立支援との関わりで」『教育臨床学研究』第1巻、p.68-87

においてどのように展開し、新しい活動に発展していくのか明らかにしなくてはならない。また、このような協働コミュニティの形成には、そのコミュニティが帰属するより大きな枠組み（施設を含む地域全体あるいはその一部）に属する閉鎖的、縦割り志向の活動システムが重層的に結びついているので対立や制約を受けることは必然であると考ええる。つまり、新しい活動が起こるためには、その枠組み内にある古い活動のルールや分業の編成、新しいアクターとの関係性など活動が変容していくことが条件となる。このように様々な活動やシステムが相互に関連していることから、最少分析単位の協働プロセスと同時に、可能な限り大きな枠組みの中で生起する種々の学び（変容）のプロセスも分析し明らかにしていく必要があると考える。

図2は現在、筆者が実施している実践を図式化したものである。老健施設が本来の目的である「在宅復帰施設」「地域に根差した施設」として活動するためには、その課題を明確にし、サービス向上を目指すことが必要である。その課題は先行研究が示すように人員不足とそれに伴う過重労働が要因の一つである。現時点で実践フィールドから得られた見地として、専門職の利益はサービス利用者の生活向上ではなく、自分たちの業務負担軽減という形で価値の転倒が起き、そこで業務の効率化という手段が形成されている。業務の効率化は過度な分業をつくりだし、図1で示したような「老健施設孤立サイクル」を増強させたと仮説的に分析している。この効率化や分業がもたらすものは利用者の生活の質低下であり、専門職が本来目指すべき価値とは反対の位置になる。この矛盾構造を意識化することが、このサイクルの裂け目になるのではないだろうか。しかしながら、この矛盾の解決を考えた時に「人員不足」は再び解決困難な課題として意識される。ここで、矢印（左上）で示した意図的な活動として「多職種連携」「地域連携」を実践するのだが、狭義の役割意識や分業化されたシステムがそれを阻害している状況にある。しかし、この活動によって、在宅復帰強化、利用者の生活の質向上、新たな役割の創出など、それぞれの利益を生み出すような新たな価値が見出されるのであれば、目標としている協働コミュニティによる新たな活動創造（創造的な学び）におけるスプリングボード²³的な役割になるのではないだろうか（左下矢印）。

この可能性を実践的に検討するため筆者は多職種や一部地域のアクターで編成されたチームによる活動を支援し、そのチームによる会議を記録し談話記録からコミュニティ・エンパワメント理論に依拠した学びのプロセスの分析と、そのコミュニティに重層的に結びつく活動システムやその連関がどの様に変容するのかを活動理論等から考察することを試みている。

また、本研究は筆者が協働コミュニティ形成の支援者としてコミュニティの一員となり、その活動に参加していることから、支援者としてコミュニティと共に変容していく状態にあるといえる。つまり、このことは筆者自身を対象とした支援実践における変容も分析の対象にしなければコミュ

²³ ユーリア・エンゲストローム（1999）『拡張による学習』、新曜社、p. 285-286

スプリングボード:ある前の文脈における鋭い葛藤やダブルバインド的な特徴から拡張的な移行的活動の文脈におかれ、解決の糸口になる機能

ニティの変容分析としては不十分と言える。よって、本研究では筆者の支援に対する試行錯誤も分析対象とし、D. ショーン（2001）²⁴の反省的研究に依拠し研究者として行為の中の省察を手助けとして、問題意識と方法の関係を考察することも目的とし実践に還元したいと考えている。

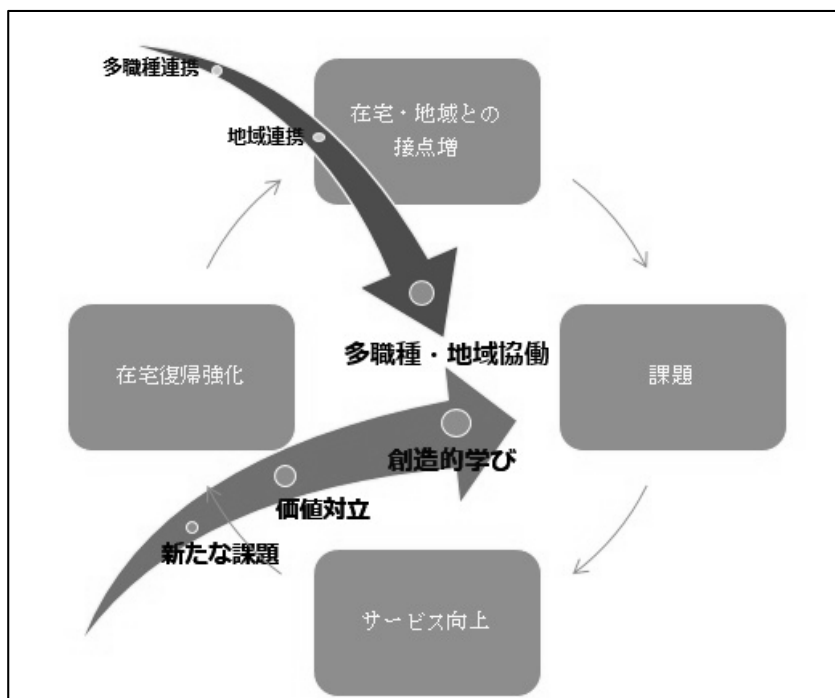


図2 在宅復帰強化サイクルとコミュニティ・エンパワメントアプローチ

おわりに

本研究が目指す協働コミュニティが老健施設機能の一部として循環することにより、慢性的な人員不足等により阻害されていた老健本来の目的である「在宅復帰施設」「地域貢献施設」という目的達成だけではなく、在宅復帰強化施設に与えられる加算の取得やニーズの高まりによる稼働率向上、つまり経済的な問題をも解決できるという可能性を秘めている。また、この循環が拡張していくことによる地域福祉増進に向けた人材や地域資源の「つながり」は将来の地域包括ケアシステムを補完するものになるのではないだろうか。

²⁴ D. ショーン（佐藤学・秋田喜代美訳）『専門家の知恵』ゆみる出版、2001年 p. 202-207