



WORK IN? OR WORK WITH? COMMUNITY

BUILDING A CO-CREATIVE ECO-SYSTEM

「コミュニティの中で? コミュニティとともに?」 地域のチカラを活かす協創戦略のつくり方

Medical Studio ジェネラリスト・スクール

「コミュニティ・ヘルスケア・リーダーシップ学科」Day 4 教材

コミュニティの中で？ コミュニティとともに？

地域のチカラを活かす協創戦略のつくり方

複数の疾患を抱える高齢者や難病を抱える人々の生活を支える上では、医療や介護・福祉のアプローチのみでは不十分である。人は誰も、一人で生きているのではない。彼らの生活を支えるためには、彼ら本人に対する支援に加え、彼らの家族に対する支援、さらには彼らの生活が基盤としている文化や制度についても視野に入れなければならない。

近年、「コミュニティ・ワーク」という概念が注目されている。それは、「社会的正義や社会的不平等にかかわる問題を、ローカルレベルにおける政策変化を促しながら、地域住民を組織化し、集合的なアクションにより解決を図ること」とされる。ここでは、コミュニティ・ヘルスケアにおいてリーダーシップを発揮する上で重要なコミュニティ・ワークの概念を手がかりに、地域のなかでささえあう「生態系」をつくるための戦略構築を学ぶ。

CASE

あなたは、人口 200 万人の A 市内にある在宅療養支援診療所で働くソーシャルワーカーである。このクリニックは、もともと同じ地域の総合病院で神経内科医として勤務していた院長が、神経難病患者的在宅ケアを向上させるため 5 年前に開業した。「在宅ケアに関わる者は、コミュニティに積極的に関わらなければならない」という理念のもと、神経難病患者を取り巻く社会的な状況を改善させることについても積極的に取り組んできた。その甲斐もあってクリニックの評判は上々で、在宅患者は急速に増加し、開業 1 年で 50 名に達し、訪問診療件数も年間 1,000 件を超えた。神経難病患者の在宅ケアを行うことにおいては外来診療や訪問診療では不十分で、開業 2 年目に訪問看護ステーションを開設、3 年目には居宅介護事業所を開設した。また、開業 4 年目には 19 床の有床診療所となり、肺炎など急性期の治療はもとより、介護をする家族が休息をとるための「レスパイト入院」なども積極的に行うようになった。

医療法人の理事長を兼ねる院長のほかクリニックの職員は、同じく神経内科の常勤医 1 名、内科の非常勤医師 1 名(週 2 日の勤務)、看護師が外来担当で 2 名、訪問診療担当で 2 名、入院担当が 8 名である。事務部門として、開業当時の事務長のほか、医事を担当するものも含めて 4 名いる。訪問看護ステーションには、看護師 3 名、理学療法士 2 名、作業療法士 1 名、言語聴覚士 1 名がいる。居宅介護事業所には、介護福祉士 8 名が勤務している。あなたは、開業 5 年目を迎えるにあたり「コミュニティへの関わりを強化する」という名目のもと、「コミュニティワーカー」という肩書で新たに採用された。もともと開業時からソーシャルワーカー(社会福祉士)は 1 名いたのだが、理事長がその人とは別に「コミュニティワーク」*1 を専門に行う人材を欲しがったのであった。あなたが社会福祉士の資格をとるために専門学校に通っていた時に、講師として来た理事長の話に興味をもって色々質問をしたのをきっかけに理事長から気に入られ、社会福祉

*1 コミュニティワーク: 社会的正義や社会的不平等にかかわる問題を、ローカルレベルにおける政策変化を促しながら、地域住民を組織化し、集合的なアクションにより解決を図ること(日本地域福祉研究所, 2005 年)

士の資格をとった直後に採用してくれた。働き始めてもうすぐ1年になるが、もともとソーシャルワーカーとして働いた経験もないため、診療所というフィールドで「コミュニティワーク」というものをどのように展開すればよいのか暗中模索してきた。もともといたソーシャルワーカーは理事長の方針にあまり賛成ではないようで、自分の業務量が多いこともあってあなたには何かと辛く当たってくることが多い。

あなたは、市内にある総合大学の法学部を卒業したあと、引きこもりの若者の自立支援を行うNPO法人に就職、5年ほどそこで勤務していた。就職して3年目に大学の同級生と結婚、翌年には長男を出産した。6か月の産休をとったあとに復帰、そのときから保育園を利用している。あなたがた夫婦の両親は近くにはおらず、あなたは産後に「育児不安」や「孤立」を経験し、夫の勧めもあって本来は1年間とる予定としていた産休を短縮して復職した。しかしながら、NPO法人の仕事は研修などで夜遅くなったり週末に仕事があることも多く、家族の負担も大きいと考え、復帰後半年で退職した。5年近くの勤務経験のなかで、社会制度をきちんと学ぶことの必要性を感じ、社会福祉士の資格をとるために専門学校に通うことにしたのであった。

あなたの夫は、あなたと同じ法学部を卒業したあと、A市役所に務めている。現在の配属の前は、しばらく生活福祉課に配属されていた。1年前からは、A市の社会福祉協議会に出向になり、「介護福祉士等によるたんの吸引等研修事業」^{*2}の担当になった。ちょうど同時期にあなたが神経難病専門のクリニックに就職したこともあり、夫は「これを進めることで、医行為を日常的に必要とするような神経難病の人たちも、地域コミュニティの中で暮らせることができる」と張り切っていた。しかしながら、非医療職が医行為を行うことに賛成する医師や看護師が少ないことで研修の講師を確保するのに時間を要し、さらには何とか開催にこぎつけた研修にも、受講生としてスタッフを派遣する事業所があまり多くないという状況だった。介護福祉士等にとってはもともと安い給料なのにこの上さらにリスクの高い仕事をやらされることに対する拒否感があるようで、事業所側にとっては介護福祉士等の採用が非常に困難な状況でスタッフを10日間も研修に出す余裕が無

*2「介護福祉士等によるたんの吸引等研修事業」：平成24年4月に介護福祉士法・社会福祉士法が改正され、平成27年度以降合格の介護福祉士や一定の研修を受けた介護職員等でも、たんの吸引や経管栄養などの医行為を、都道府県に登録した介護事業所等において業として実施することが可能になった。

ということのようだ。あなたの夫は、介護業界の厳しさを知って意気消沈していた。

あなたのクリニックがあるB区は単身世帯が多く、経済的に困窮している家庭も多いようだ。生活保護率も市内で最も高いという。区内には1960年代に建てられた集合住宅が多く、結果的に70～80歳代の単身高齢世帯も多くなっている。在宅医療を必要とするような要介護度の高い高齢者も多いが、B区に10年ほど前からある在宅療養支援診療所のCクリニックで積極的に訪問診療が行われていた。2年前にはそのクリニックを運営する法人がクリニックの横に大規模なケア付き住宅を建設した。

もともとB区には700床の国立系総合病院Dがあり、神経筋疾患*3のナショナルセンターとして登録されているため、人工呼吸器を使用するような重度の入院患者も多く診ている。あなたのクリニックの理事長もD病院で長く神経内科医として勤務していた。また、Cクリニックの院長もD病院の呼吸器内科で長く勤務し、在宅医療に取り組むために開業したのであった。あなたのクリニックの理事長とCクリニック院長はD病院勤務時代に神経難病患者の人工呼吸器療法について方針が合わないために対立していたようだ。Cクリニック院長は呼吸器内科で肺結核後遺症やCOPDに対するNPPV(鼻マスク式人工呼吸器療法)は積極的に行っていたが、神経難病患者に人工呼吸器療法の導入をすることについては消極的であった。理事長は「呼吸器がついていたら、安心して地域で暮らせるような社会をつくらなければいけない」といい、気管切開による人工呼吸器療法を積極的に勧めていた。

Cクリニック院長は、人工呼吸器を使用しない神経難病患者については、希望があれば自院横のケア付き住宅への入居を積極的に受け入れる方針としていた。D病院に長期入院していた神経難病患者も、残された時間を穏やかに過ごすことを希望して2年間でかなりの数がケア付き住宅に移り、そこで看取られたケースも多い。理事長はそのことについても、「あいつ(Cクリニック院長)は神経難病患者も金もうけの対象にしている」と言って批判していた。実際、ケア付き住宅の入居者を対象として訪問診療を行うことで、Cクリニックはかなり経

*3 神経筋疾患:主に遺伝性に筋肉・神経が障害され、歩行困難、寝たきり、呼吸障害、心臓障害、摂食障害などをきたす。代表的なものとして筋ジストロフィー、ALSなど。

営的に潤っていたようだ*4。Cクリニック院長は、「神経難病患者も安心して暮らせる住まいを提供する」というスローガンの下、神経難病患者に特化したケア付き住宅をさらにもう一つ建設するという方針を打ち出し、すでに着工されている。長期入院患者の退院を促進できるということもあり、D病院の幹部や地域連携室のスタッフもかなり協力的だという噂だ。

理事長は、そんなCクリニックとD病院の姿勢に反対していた。神経難病患者にとって本当に必要なことは「コミュニティにおける共生」であり、それは集合住宅ではなくヘルパー介入の下での独居という「自立生活」であると考えていたからだ。理事長は、A市を中心に活動する障害当事者団体の代表であるEさんと旧知の仲であった。Eさんは、高校生のときに体育の時間で柔道をしていたときの事故で脊髄損傷となり、以後は車いす生活となっていた。しかしながら、様々な努力を重ねて大学に入学、卒業後は難関の地方公務員試験に合格してA市のある県庁に就職したが、自らを含めた障害者が住みやすいコミュニティをつくるためには行政という立場では難しいと感じ、40歳のときに退職して障害当事者団体を設立、その後の5年間で様々な提言を行い、実際の制度改革につながったことも多い。

ある日あなたは理事長に誘われて障害当事者団体の飲み会に参加した。そこには、Eさんの他にも障害当事者が5名来ており、うち4名は神経難病患者、うち2名は在宅人工呼吸器使用患者で、夜間のみNPPVと気管切開による24時間人工呼吸器が1名ずつであった。4名はすべてD病院に長期入院していたが、Eさんを含めた障害当事者団体の支援によりヘルパー介入の下での自立生活を始めたのであった。4名とも、D病院のスタッフからは「神経難病患者の独居生活など無理だ」と言われていて、とくに24時間人工呼吸器の人に至っては「そんなことをするなら、死ぬために病院を出るようなものです」とまで言われていたそうだった。酒の力もあってか、当事者たちはとても饒舌で、あなたは彼らの住むコミュニティについて多くを知ることができた。彼らはすべて古いアパートやマンションに住んでいるのだが、となり近所の人たちとはあまり交流が無いとのことだった。最近、他の地域で大きな地震があったことで、「障害者の避難支援」が全国的に問題となっているが、アパートやマンションで定期的に行わ

*4 2014年3月まで、ケア付き住宅でも月に2回の訪問診療を行うことで、「在宅医学総合管理料」という診療報酬を算定でき、訪問診療料と併せて患者1人あたり家賃の他に月5万円以上の収入を得ることができた。

れている避難訓練に初めて参加しようとしたときも断られてしまったらしい。さきの東日本大震災の被災地でも、もともと障害者が地域の人たちとの強い関わりを持っていた地域では、震災のときも他の地域に比べて迅速かつ確な避難支援がなされたということだった。そのような地域では、町内会と地域の学校との間にも日常的に強い関わりがあったようだ。しばらく黙って話を聞いていたEさんが口を開いた。

「地域のなかで自立生活をしてると言ったって、普段からの関わりがなければ本当の意味で共生しているとは言えない。でも、それをコミュニティのせいにはいけないんだ。自分たちでコミュニティに入って行って、それを変革しなければいけない。最近、自殺防止のために地下鉄や電車のホームにスライドドアが設置されたけど、視覚障害の人たちはずっと前からその必要性を訴えていたんだ。さっきの避難訓練の話だって、支援を必要とするのは俺たちのような障害者だけじゃない。高齢者だって、子どもだって、支援を必要とするんだ。俺たち障害者はただ、多くの人が必要としているニーズを他の人たちよりも早く認識することができるというだけなんだ。俺たちは、『コミュニティ変革の水先案内人』なんだ。」

あなたは決意した。自分のなすべき仕事は、クリニックの患者さんである神経難病の人たちをささえることもさることながら、彼らとともにコミュニティを変革することだ。障害当事者だけでなく、このコミュニティにいる他の多くの人びとにとっても必要とされている変革だから。

DISCUSSION

1. 「あなた」が活動する際に視野に入れておきたい課題と特性や資源を、下記の分類で分析してください。

(ア) クリニックの患者や障害当事者の人たちの課題や特性

(イ) コミュニティ(A市およびB区)が抱える課題や特性

(ウ) 「あなた」自身と「あなた」のクリニックの課題や特性

2. コミュニティ変革の一步として、「神経難病当事者でも希望すれば、地元の力を借りて、行きたいところへ旅行ができる」コミュニティを5年後までにつくりたい、とあなたは目標設定することとします。上記の課題や特性を踏まえて、それを実現するための戦略^{*5}を描いてください。

^{*5} 戦略とは、目標—手段のつらなりを言います。1つの大きな目標は、複数の細分化された目標を達成することで成しえます。それぞれの目標を達成するための手段があり、その手段を実現するためのさらなる手段がある、そんな組み合わせの連続です(左下図参照)。

