



## 自治体におけるソーシャルワーク業務の課題と展望 ： 地域包括支援センターの事業モデルに着目して

著者	福田 育弘
雑誌名	同志社政策科学研究
巻	13
号	1
ページ	47-61
発行年	2011-09-10
権利	同志社大学政策学会
URL	<a href="http://doi.org/10.14988/pa.2017.0000012684">http://doi.org/10.14988/pa.2017.0000012684</a>

# 自治体におけるソーシャルワーク業務の課題と展望

－地域包括支援センターの事業モデルに着目して－

福田 育弘

## あらまし

高齢者への相談支援業務は、福祉事務所における自治体ソーシャルワークが存続しつつも、在宅介護支援センターや、とりわけ近年では地域包括支援センターにみられるように、民間セクターが中核的な役割を果たしている。

本稿では、第1章で先行研究をサーベイし、第2章で高齢者の相談支援業務の担い手の変遷過程を振り返り、第3章で現在の相談支援業務の中核を担う地域包括支援センターの事業モデルを分類のうえ、第4章及び終章で、公民連携のソーシャルワークが進展する中で、自治体(やその職員)に求められるソーシャルワークに対する姿勢について考察をはかる。

地域包括支援センターの事業モデルは、自治体による「直営型」と法人等への「委託型」に大きく2分されるが、どちらの事業モデルを採ろうとも自治体が備えるべき「共通基盤」が存するものとし、これを探求した。その結果、先進自治体への実地調査等から、自治体担当部署に地域ケアの実現に高い目的意識をもった専門職が存在し【＝個人レベル】、それが、担当部署で共有され【＝組織レベル】、さらには行政経営の方向性(経営戦略)として確立【＝政策レベル】されていることが重要との結論を得た。

さらに総括として、民間セクターの力量、存在感がますます強まる中で、これからの自治体ソーシャルワークの存在意義について再考した。

## 1 はじめに

本稿に関連する先行研究には、福祉事務所における自治体ソーシャルワークを研究対象とするものに、岡部(2008年)<sup>1</sup>と京極(1990年)<sup>2</sup>がある。岡部は、「自治体における相談支援業務が、措置から利用契約へと変遷する中で、おのずと変革が求められるはずだが、その政策議論が乏しい」、「福祉事務所のあり方に関する検討が政府内外でなされなくなって久しい」と指摘し、さらに京極は、「福祉事務所に関する研究は、(中略)きわめて研究蓄積の乏しい領域である。また、(中略)ケースワークのあり方や福祉事務所の職員配置の規制緩和の議論は多少進んでも、その抜本的改革へ向けての政策的研究はきわめて不十分である」と述べている。このように両者がはからずも、自治体ソーシャルワークの中核である福祉事務所に関する政策議論の乏しさを指摘するのは、興味深いところである。

なお、本稿において想定する自治体は、政令指定都市等を除く比較的小規模な自治体を指す。具体的には、人口規模で10万人程度以下の自治体とし、とりわけ後半部の考察にあたっては基本的にこれに拠った。また、相談支援業務及びその担い手の呼称について本稿では、岡部(2003年)の表記<sup>3</sup>を参考に、それぞれ「(ケースワークでなく)ソーシャルワーク」、「(ケースワーカーでなく)ソーシャルワーカー」を用いている。

<sup>1</sup> 岡部卓「福祉事務所のゆくえ－成立・展開・変容－」『社会福祉研究101号』(鉄道弘済会)、2008年、22-31ページ

<sup>2</sup> 京極高宣「福祉事務所の問題構造」『現代福祉学の構図』中央法規、1990年、229-254ページ

<sup>3</sup> 岡部卓『改訂福祉事務所ソーシャルワーカー必携－生活保護における社会福祉実践－』社会福祉法人全国社会福祉協議会、2003年、14-15ページ

## 2 高齢者への相談支援業務の変遷過程

本章では、高齢者への相談支援の担い手を、自治体ソーシャルワークがほぼ独占的に担う時期から今日の地域包括支援センターなど民間セクターを主体とする形に至るまでの歴史的経過を再確認する。

具体的には、変遷過程を次の4期に分類する。最初に、福祉事務所における相談支援業務、すなわち公的ソーシャルワークの時代を老人福祉法の成立以前と以後に分類し、それぞれ第1期、第2期とする。

さらに、民間セクターの参入以降について、在宅介護支援センター（根拠法は老人福祉法）と地域包括支援センター（根拠法は介護保険法）を中核に相談支援業務が展開される時期に分類し、それぞれ第3期、第4期とする。順にふりかえりたい。

### 2.1 福祉事務所における相談支援業務

#### 2.1.1 老人福祉法成立以前のソーシャルワーク

地域包括支援センターやその先駆となる在宅介護支援センターの成立以前、地域における高齢者の相談支援業務を担う中心機関は福祉事務所であった。

福祉事務所とは、社会福祉法第14条に規定される「福祉に関する事務所」をいい、成立順<sup>4</sup>に、生活保護法（1946年）、児童福祉法（1947年）、身体障害者福祉法（1949年）、（ここまですを「福祉三法」という、カッコ内は成立年）、知的障害者福祉法（1960年）、老人福祉法（1963年）、母子及び寡婦福祉法（1964年）（ここまですを「福祉六法」という）の各法に定める援護、育成または更生の措置に関する事務をつかさどる第一線の社会福祉行政機関である。市町村のうち、市（特別区を含む）は設置が義務づけられ、町村は任意で設置することができる<sup>5</sup>とされている。

2010（平成22）年4月現在の設置か所数<sup>5</sup>は、

全国で1,237か所であり、うち都道府県による設置214か所、町村による設置31か所を除くと、市による設置は992か所である。

福祉事務所では、老人福祉法が成立する1963（昭和38）年以前の自治体の福祉行政において高齢者への相談支援業務は、生活保護法に基づくものであり、そこから推測されるとおり支援の対象は、生活保護受給者、すなわち低所得の高齢者に限られていた<sup>6</sup>。

つまり、「低所得でない」高齢者や認知症のある高齢者など、今日でいう要支援・要介護の状態にある高齢者への支援は、それらが、身体障害者福祉法や精神衛生法（今日の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」）等に該当しないかぎり、相談支援の対象とされなかったのである。

また、高齢者への相談支援業務の担い手は、生活保護法を根拠とすることから明らかのように、あくまでも生活保護法に規定されるソーシャルワーカーであり、具体的には、次の2職種であった。

#### 【査察指導員（スーパーバイザー）】

生活保護に関する福祉事務所現業業務（ソーシャルワーク業務）の指導監督を行う者。

#### 【現業員（ソーシャルワーカー）】

生活保護に関する援護・育成・措置を要する者の家庭訪問、面接、調査、保護そのほかの措置の必要の判断、生活指導等を行う者。

このように、高齢者を対象とする相談支援業務とその担い手が空白であった期間の解消には、老人福祉法の成立を待たなければならなかったのである。

#### 2.1.2 老人福祉法における現業員、査察指導員によるソーシャルワーク

1963（昭和38）年の老人福祉法の成立よりはじめて、高齢者への相談支援業務にあたるソーシャルワーカーとして、次の2職種が配置される。いずれも、社会福祉主事（社会福祉法

<sup>4</sup> これ以降、法令参照は『社会福祉小六法 - 2010年版 -』ミネルヴァ書房、2010年に拠った。

<sup>5</sup> 『国民の福祉の動向2010 / 2011年版』財団法人厚生統計協会、2010年、197ページ

<sup>6</sup> 水田邦雄「老人福祉政策と在宅ケア」『高齢社会と在宅ケア - ジュリスト増刊1993年10月 -』有斐閣、1993年、146-151ページ

第 15 条に規定) 任用資格を基礎資格とする同種の専門職である。

【老人福祉指導主事 (スーパーバイザー)】

福祉事務所の所員に対する技術的指導や、老人福祉に関する相談・調査・指導のうち専門的技術を必要とする業務を行う者。

【現業員 (ソーシャルワーカー)】

老人福祉に関する援護・育成・措置を要する者の家庭訪問、面接、調査、保護そのほかの措置の必要の判断、生活指導等を行う者。

ここで注目すべきは、両者の間に、次のようなスーパービジョンの関係が成立する点である。すなわち、老人福祉指導主事の主な業務内容として、「現業員に対する専門的知識や技術による助言指導や専門的な知識や技術を必要とするケースへの対応等」<sup>7</sup>とされているのである。

なお実態としては、福祉六法のうち、生活保護法による査察指導員 (スーパーバイザー)、現業員 (ソーシャルワーカー) に比べ、この老人福祉法を含む福祉五法の現業員等の配置が進まない点が、自治体における歴史的課題として繰り返し指摘されるも、今日まで積み残された課題である。

福祉事務所における職員配置基準をふりか

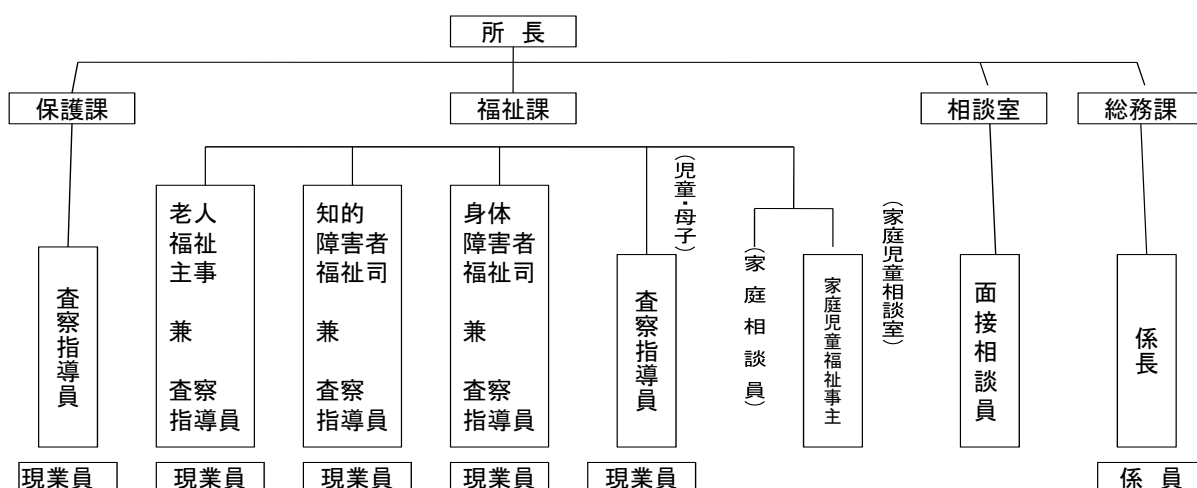
えてみよう。当時、福祉事務所における職員配置基準は、福祉六法のうち、生活保護担当職員のみ法律 (社会福祉法第 16 条) により定められていた。つまり、福祉六法のうち生活保護法を除く福祉五法 (身体障害者福祉法・知的障害者福祉法・児童福祉法・母子及び寡婦福祉法・老人福祉法) 担当職員の配置基準については、下記の通知により「促されている」に過ぎなかった。

①厚生省社会局長・児童家庭局長通知「福祉事務所における福祉五法の実施体制について」(昭和 45 年 4 月 9 日 社庶第 74 号)

②厚生省社会局庶務課長・児童家庭局企画課長通知「福祉事務所の福祉五法担当現業員の充足について」(昭和 53 年 4 月 1 日 社庶第 42 号)

これらの通知では、より可視化、具現化を目指す意味で、下図 (図表 1) のとおり「福祉事務所標準組織図 (人口 10 万の場合)」も同時に添付されている。

これらの通知の発出後も、依然として福祉事務所におけるソーシャルワーク業務は、ほぼイコールに生活保護をさす状況は続いた。京極はこのように先の厚生省通知が実効をあげられない状況を、「福祉六法全体を所管する第一線の現業機関としての個別的専門力量を強化するために設けられたものであるが、当時は明確な人材が得られるともかぎらず、またこれらに対応



出所：厚生省社会局長・児童家庭局長通知「福祉事務所における福祉五法の実施体制について」(昭和 45 年 4 月 9 日 社庶第 74)

図表 1 福祉事務所標準組織図 (人口 10 万人の場合)

<sup>7</sup> 宇山勝儀・船水浩行『福祉事務所運営論』ミネルヴァ書房、2007 年、116 ページ

した職員研修もまだ十分でなかった」<sup>8</sup>とふりかえっている。

いずれにしても、現在までこれらの通知に基づいて、各自治体に福祉五法の専門職員の配置がすすむよりも早く、次節にあげる民間セクターの参入による新しい相談支援業務が先駆し、浸透した。自治体ソーシャルワークはいわば追い抜かれていったのである。

この状況をふりかえって、京極（2006年）は、「例えば高齢者の場合、在宅介護支援センター、地域包括支援センターというところが力をもっていますから、福祉事務所を通さずに行政側はただ所管しているだけです」<sup>9</sup>と端的に指摘している。

## 2.2 民間セクターの参入による新しい相談支援業務

### 2.2.1 老人福祉法における在宅介護支援センター

福祉事務所における高齢者福祉領域のソーシャルワーク業務は、次の3段階で民間セクターの参入、自治体の立場で言うアウトソーシング化が進んだ。第1段階が在宅介護支援センター（1990（平成2）年）、第2段階が居宅介護支援事業所（2000（平成12）年）、第3段階が改正介護保険法による地域包括支援センター（2006（平成18）年）の制度化である。本稿では、研究の焦点をしぼるため、このうち第一段階と第三段階に着目し、とりあげることにする。

まず、在宅介護支援センターは、「在宅の要援護高齢者や要援護となるおそれのある高齢者またはその家族に対し、ソーシャルワーカーや看護師などの専門家が在宅介護に関する総合的な相談に応じるとともに、その需要に応じた保健、福祉サービスなどが円滑に受けられるように市町村等との連絡、調整を行う事業」（在宅介護支援センター運営事業等実施要綱（平成12年9月厚生労働省通知））である。事業とあるとおり、法律でなく通知に基づくセンターとしてスタートした点は、後の介護保険法に基づ

く地域包括支援センターとの対比上、注目すべき点である。（ただし、在宅介護支援センターも、その後老人福祉法第20条7の2において「老人介護支援センター」として法律的根拠を得た。）

職員配置基準は、前出の要綱によれば、基幹型、地域型の別に次のとおりである。

#### 【基幹型センター】

社会福祉士等のソーシャルワーカー、保健師のいずれか1名と、看護師又は介護福祉士のいずれか1人

#### 【地域型支援センター】

社会福祉士等のソーシャルワーカー、保健師、看護師、介護福祉士、介護支援専門員のいずれか1人

在宅介護支援センターが前節で取り上げた福祉事務所を中心とする行政による相談支援機能を代替するものであることについて、内藤（2000年）は「在宅介護支援センターは（略）総合的な相談やサービスの利用調整を行う機関として設置が進められてきた。本来、こうした機能は、市町村が行政機能のなかで行うべきものだが、高齢人口の急増によるニーズの拡大、在宅福祉サービスの多様化、個別対応の必要性などから、その相談・調整には専門性が要求されるようになった。しかし、行政職員には専門家を配置しにくいこともあり、市町村が委託可能な事業として、専門家を配置する機関を設置する必要性が生まれたと考えられる」<sup>10</sup>と明快に述べている。

在宅介護支援センターの運営上の特長を2点あげておきたい。1点目が「基幹型」センターによるスーパービジョン機能の存在、2点目がケアマネジメント手法の本格導入とそれに連動する自治体ソーシャルワークの委託化である。

1点目については、職員配置基準上、センターは「基幹型センター」、「地域型センター」に分類され、基幹型センターを持つ自治体の多くが、これを直営とするか、又は委託の場合でもより中立性の高い社会福祉協議会への委託と

<sup>8</sup> 京極高宣『生活保護改革の視点』社会福祉法人全国社会福祉協議会、2006年、103ページ

<sup>9</sup> 京極、前掲書、27ページ 同氏の対談より

<sup>10</sup> 内藤佳津雄「公的なケアマネジメント機関としての足跡と責任」『月刊ケアマネジャー2000年11月号』（中央法規）第83巻第12号、2000年、15ページ

していた。同要綱では「基幹型センターは、地域ケア会議を開催するとともに、地域型センターを支援するものであり、(以下略)」とあることから、これは基幹型と地域型の両センター間のスーパービジョン関係を要綱上から担保するものと解しうる。

在宅介護支援センター誕生による2点目の特長は、相談支援におけるケアマネジメント手法の本格導入であり、これを従来の自治体ソーシャルワークに置き換える形で進んだ委託化であった。2000(平成12)年の介護保険の開始まで、ホームヘルプサービス等の在宅ケアは老人福祉法による措置であり、それにかかる相談支援業務は、福祉事務所のソーシャルワーカーによるが、先進自治体を中心に、措置以外の相談支援業務のほぼ全権が在宅介護支援センターに委託され、その相談支援にはケアマネジメントの手法が採られた。アドミニストレーションの観点からいえば、従来の高齢者福祉主管課の一部が、介護保険の「保険者」へと形を変え、同時に、自治体ソーシャルワーク業務が在宅介護支援センターによるケアマネジメントに移行した。

「役所から障害者福祉と生活保護以外のケースワーカーが消えているという現実(以下省略)」<sup>11</sup>とはこの状況を言い当てたものである。

いずれにしても、高齢者のソーシャルワーク業務の委託化は、この在宅介護支援センターが契機となったことは、歴史的認識としてきちんとおさえるべき事項であろう。

## 2.2.2 介護保険法における地域包括支援センター

地域包括支援センターとは、2005(平成17)年の介護保険法の改正により、①保健師、②社会福祉士、③主任介護支援専門員の3専門職を法定配置し、①共通的支援基盤構築、②総合相談支援・権利擁護、③包括的・継続的ケアマネジメント支援、④介護予防ケアマネジメントの4機能、すなわち「3職種による4機能」<sup>12</sup>を

担う中核機関として創設された。実際の運営は、介護保険制度の第3期にあたる2006(平成18)年からスタートした。

従来の自治体ソーシャルワークからの歴史的経緯でみれば、先述の4機能のうち次の2機能は、とりわけ関連性が強く、本稿において着目するのも、地域包括支援センターのさまざまな機能のうち、主にこの2機能とする。

### ①総合相談支援・権利擁護

高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐ。虐待の防止など高齢者の権利擁護に務める。

### ②包括的・継続的ケアマネジメント支援

高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援する

なお、前節の在宅介護支援センターから地域包括支援センターへの変遷の背景として、高橋(2008年)は、「在宅介護支援センターの多くは、人員の補助金の減額もあいまって居宅介護支援事業所の機能にシフトし、地域ケアのマネジメント機能は衰退することになった。このなかで改めて、地域ケアのマネジメント機能の再構築が政策的に目指されることとなった」<sup>13</sup>としており、地域包括支援センター誕生の背景がみとれるのである。

## 3 地域包括支援センターで展開されるソーシャルワークの実際

### 3.1 事業モデルの分類

本章では、今日、高齢者(やその家族)へのソーシャルワークの中核を担う地域包括支援センターの運営形態に着目した事業モデルを分類し、実態の把握を図る。

まず、厚生労働省の調査<sup>14</sup>から、全国的な

<sup>11</sup> 「在宅介護支援センターの未来」『月刊ケアマネジャー 2000年11月号』(中央法規)第83巻第12号、2000年、19ページ 座談会参加者F氏(元民間事業所ソーシャルワーカー)の談

<sup>12</sup> 厚生労働省監修『地域包括支援センター業務マニュアル』厚生労働省、2006年、11ページ

<sup>13</sup> 高橋紘士『地域包括支援センター実務必携』オーム社、2008年、3ページ

<sup>14</sup> 厚生労働省、「地域包括支援センターの運営状況等について」、全国厚生労働関係部局長会議資料(平成23年1月21日)、76-77ページ

傾向をふりかえっておきたい。2010（平成22）年4月時点の同調査によれば、自治体直営率は29.7%であるが、その比率には一定の地域性が見られる。都道府県別にみると、県の指導により全数直営の滋賀をはじめ、北海道、青森、岩手、秋田、茨城、群馬、福井、山梨、長野、和歌山、香川、高知、福岡、鹿児島で直営率が5割を超えている。一方で、政令市等の大都市部を有する都府県では委託が多いという傾向がみられる。

「直営型」と「委託型」を対比のうえ、それぞれの利点と課題を簡潔に予測してみると、おおよそ次のとおりである。

#### 【事業モデル別の利点】

「直営型」…自治体本体に高度の専門性が蓄積され、施策に反映できる

「委託型」…社会福祉法人、医療法人等の有能な人的資源が活用できる

#### 【事業モデル別の課題】

「直営型」…人件費を含む行政費用の面

「委託型」…自治体における専門性の低下

なお、文献をあたるうちに、一自治体内に、「直営型」（しばしば基幹的機能をもつ）と「委託型」（しばしば複数のセンター）の両方もち、相互のセンターで連携が図られる第3の事業モデルが存することに気付かされた。そこで本稿ではこれを「公民連携型」と呼称する。

以下、この章では、これら3つの事業モデルについて、検証、考察をはかる。

### 3.1.1 直営型

介護保険法第115条の45には、「(略) 地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設とする」と地域包括支援センターを定義しており、これを素直に読み込めば、地域包括支援センターを自治体直営で運営するこの事業モデルは、本来、基本的かつ標準的なかたちである。

したがって、従来の在宅介護支援センターを地域包括支援センターに改編する際、いくつかの自治体では法の趣旨に沿わせ、委託から直営に切り替えて設置したところも見受けられる。従来、社会福祉法人や医師会に委託していた在宅介護支援センターを廃止し、全て直営で設置した北九州市の市長（当時）の言によれば、「地域包括支援センターは保険者機能として直営で設置することが望ましく、官から民への動向にあえて逆らい、公的責任として設置するという政策選択をした」<sup>15</sup>とある。

また、「直営型」の特色として、高齢者虐待対応への迅速性・円滑性があげられよう。例えば、「高齢者虐待防止法に基づく地域包括支援センターの役割」として厚生労働省が示す資料では、事実確認・立ち入り調査の項目で市町村と地域包括支援センターとの役割分担を次のように整理している点は興味深い。

ここから見てとれるのは、虐待への対応時に、関係機関からの情報収集、訪問調査の時点

【高齢者虐待防止法に基づく地域包括支援センターの役割表（抜粋）】

	市町村	地域包括支援センター	委託規定
関係機関からの情報収集	○	◎	有
訪問調査	○	◎	有
立入調査	◎	(直営のみ◎)	(直営のみ)
立入調査の際の警察署長への援助要請	◎		
◎：中心的な役割を担う ○：関与することを原則とする			
△：必要に応じてバックアップする 空欄：当該業務を行わない			

(出所：全国高齢者虐待防止・養護者支援担当者会議資料（平成18年4月24日厚生労働省老健局）)

<sup>15</sup>『コミュニティケア2006年10月号－特集どうなっている？地域包括支援センター－』（日本看護協会出版会）第8巻第11号、2006年、16ページ

までは中心的な役割を担うのは地域包括支援センターであるのに対して、着手段階、すなわち立入調査の時点では、市町村との責任比重が逆転する点である。「直営型」であれば、このような支援の「継ぎ目」は生じないため、迅速性・円滑性が確保されるものと見込まれる。

高齢者虐待防止法第17条において事務の委託が規定されているとはいえ、「高齢者虐待防止の責任主体はあくまでも市町村にある」<sup>16</sup>ことから、高齢者への虐待対応への迅速性等の利点も直営型の選択ポイントであろう。

### 3.1.2 委託型

地域包括支援センターを自治体による直営とせず、社会福祉法人、医療法人等に委託する事業モデルをさす。

委託を可能とする法的根拠は、介護保険法第115条の46に依拠し、地域包括支援センターの設置者については、①市町村、又は②地域支援事業（包括的支援事業）の実施を市町村から委託を受けた者、とされている。委託を受けることができる者の範囲は、「老人介護支援センター（在宅介護支援センター）の設置者その他の厚生労働省令で定める者」としている。

委託対象については、創設半年前に厚生労働省が発出した「Q & A」<sup>17</sup>において、「株式会社等の委託の可否」の問いに対し、「株式会社や有限会社のような形態では、公正・中立性が保てるかどうか、運営協議会で極めて慎重な議論が必要である」と回答している。調査結果は、この通知と整合をみている。

委託先の実態については、2010（平成22）年4月末の厚生労働省調査<sup>18</sup>によれば、次のとおりである。

なお、「委託型」の最大の特徴は、行政職員では確保困難な高度な専門職の確保であろう。

### 3.1.3 公民連携型

自治体内に、「直営型」と「委託型」の両方を持ち、相互のセンターで連携が図られる事業モデルをさす。「直営型」センターを庁舎内に設置し、「委託型」センターをマネジメントする形<sup>19</sup>が典型例である。これは、在宅介護支援センター運営時の、基幹型と地域型の関係を踏襲している自治体に多くみられる。

具体例は、全国に散見されるが、文献上<sup>20</sup>では、千葉県八千代市（直営1センター、委託6

【直営、委託のか所数、委託先内訳等のデータ】

委託先	か所数	割合
直営	1,208	29.7%
社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	1,504	37.0%
社会福祉法人（社会福祉協議会）	526	12.9%
医療法人	482	11.9%
民法法人	91	2.2%
広域連合等の構成市町村	63	1.5%
株式会社等	66	1.6%
NPO法人	23	0.6%
その他	55	1.4%
無回答	47	1.2%
合計	3,436	100.0%

<sup>16</sup> 結城康博・嘉山隆司『よくわかる福祉事務所の仕事』ぎょうせい、2008年、82ページ

<sup>17</sup> 「地域包括支援センター及び地域支援事業に関するQ & A」厚生労働省老健局計画課通知 平成17年10月13日 問10より

<sup>18</sup> 厚生労働省、前掲調査（平成23年1月21日）、76-77ページ

<sup>19</sup> 高室成幸『よくわかる地域包括支援センターハンドブック』法研、2005年、155ページ

<sup>20</sup> 渡辺哲也「このままでは「介護予防センター」化」『コミュニティケア2006年10月号－特集どうなっている？地域包括支援センター－』（日本看護協会出版会）第8巻第11号、2006年、24-28ページ



センター)、北海道釧路市(直営2センター、委託6センター)がある。

この「公民連携型」では、相談支援の専門技術が、自治体及び社会福祉/医療法人等の双方の専門職に蓄積され、連携網が形成されるし、両者はノウハウの共有や共に切磋琢磨しあうことにより、付加価値を同時に高めるなどの利点が見込まれ、逆に、割高となる行政費用以外の課題については、実地調査を踏むまで予測はできなかった。

「公民連携型」には、「直営型」「委託型」の利点を増幅しあい、課題を打ち消しあうものと予測された。

ここまでの3モデルの図式化すると下図(図表2)のようになる。

### 3.2 地域包括支援センターにおけるソーシャルワークの実際－実地から学ぶ－

前節までの先行研究のサーベイを踏まえ、筆者は、地域包括支援センターを運営する自治体への実地調査を実施した。

調査対象自治体の選定にあたっては、まずベ

ンチマークとなる先進自治体として、「直営型」から近江八幡市(滋賀県)、「委託型」から亀岡市(京都府)の2市を選定した。

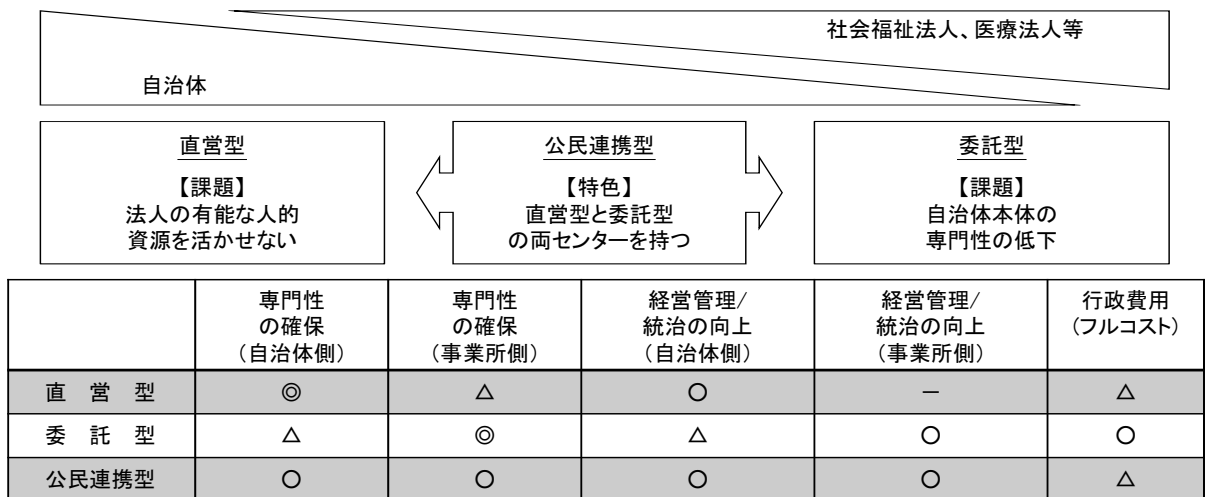
次に、「直営型」から「公民連携型」を経て「委託型」への変遷過程を経験した自治体として、舞鶴市(京都府)を選定した。

調査日時、及び結果対象者を含め、調査の概要は、以下のとおりである。

なお、調査にあたっての倫理的配慮として、あくまでも自治体としての運営上の現状把握を目的とし、個人的な事例については一切取り扱わないことを調査先との間で事前に確認しあった。

調査結果の詳細については、紙幅の都合で別に譲る<sup>21</sup>が、3市から学んだ要点のみ振り返りたい。

「直営型」を採る近江八幡市から学ぶ点は、「現場での実践、‘肌感覚’で得た知見を政策につなげていく」とした管理者の姿勢である。つまり、行政職員である専門職が、現場で得られた経験を専門職の立場から施策提案し、また意思決定の場面に説得力をもって直接参加することが可能になることが明らかになった。さらに、直営による強みとして、自治体内の関連部署が有機



出所: 福田育弘「公民・連携(協働)型ソーシャルワークの事業モデル」  
第10回日本社会福祉士会全国大会・社会福祉士学会抄録集 55-56ページ 2002年  
(地域包括支援センターに適用し改編)

図表2 地域包括支援センターにみる相談支援業務の事業モデル分類

<sup>21</sup> 調査の詳細は、以下を参照。福田育弘「地域包括支援センターの円滑な運営に向けた自治体の現状と課題」同志社大学総合政策科学研究科修士論文、2011年、未公開

## 【実地調査対象自治体及びその特色】 調査場所は、いずれも各市役所内

自治体名	事業モデル	調査月日	調査対象者	質問項目
近江八幡市 (滋賀県)	直営型	H21年11月30日	管理者A氏	①直営(委託)とされた理由
亀岡市 (京都府)	委託型	H21年11月20日	管理者B氏	②直営(委託)の利点
舞鶴市 (京都府)	直営型 (2006～2008年)	H22年7月1日	管理者C氏	③直営(委託)の課題
	公民連携型 (2009年)		社会福祉士 D氏	①それぞれの事業モデルで良かった点 ②それぞれの事業モデルで大変だった点
	委託型 (2010年～)		保健師E氏 主任介護支援 専門員F氏	

的につながる「トータルマネジメント」にあることも認められた。

一方、「委託型」を採る亀岡市から学ぶ点は、委託のあり方として「戦略性をもったアウトソーシング」にあると考えられる。このことは、担当部署への直営に匹敵する3専門職の職員配置と同時に、自治体と委託先法人の双方の専門職が定例会議によりつながりを持つこと、すなわち「公民協働」の視点を大切にする行政経営としてあらわれていた。

事業モデルの変遷を経験した舞鶴市から学ぶ点は、「直営型」から「公民連携型」を経て「委託型」に移行するなかで、①まず直営により自治体にノウハウが蓄積され、②その後の公民連携により相互に連携して取り組む経験が、③その後の委託化にあたって、委託先法人との関係が、共感と経験的裏づけを伴ったものへとつながっている、とした管理者の発言に象徴されよう。このことは、同市への実地調査の中で、関係職員が共通して言及した強みであった。

以上の考察は、①対象自治体が3市に限られる点、②管理者及び3専門職に聞き取りを実施した1市を除く他の2市については聞き取り対象者が管理者に限られる点、③利用者側の視点からの評価に踏み込んでいないという3点で、得られた結論については一定の限界が存在する。しかしながら、結果的には「直営型」か「委託型」かの違いを問わず、非常に似通った結論が得られたことは興味深い。

さらに、高齢者虐待対応における、「直営型」と「委託型」それぞれのスピード感の強みについて、両モデルを経験した、舞鶴市の3専門職から得られた証言を総合した、下記の結論も示唆に富むのである。

《「直営型」の強み：介入着手前の段階で》

発覚から介入までの「初期段階」で、行政内部での連携や即応性の面で有利である。

《「委託型」の強み：介入着手後の段階で》

介入から措置等の対処までの「事後段階」で、法人が有する施設福祉サービス等へ直結できる面で有利である。

なお、舞鶴市が、「直営型」から「委託型」に移行した自治体であるのに対し、逆に「委託型」を見直し「公民連携型」に移行した自治体として、東京都武蔵野市の例がある。同市では、2009（平成21）年7月から、「委託型」の地域包括支援センターを再編し、市役所内に直営型の地域包括支援センターを設置することとし、担当者の談として「市民のセーフティネットとして地域包括を強化するには、直営が必要。委託では、虐待の立ち入り調査権もない。直営にすることで悲劇は減るはず」<sup>22</sup>とある。

無論、本稿の目的は、これらの事業モデルの優劣を探るものではない。そうではなくて、事業モデルの違いを超え、自治体経営に共通する基盤を探ろうとするのである。

以上を総括すると、先進自治体に共通するのは、自治体担当部署に地域ケアの実現に高い目

<sup>22</sup> 産経新聞【ゆうゆう Life】地域包括支援センターを知っていますか？（下）2009年5月20日

的意識をもった専門職が存在し【＝個人レベル】、それが、担当部署で共有され【＝組織レベル】、さらには行政経営の方向性（経営戦略）として確立【＝政策レベル】されていることであつた。

次章において、踏み込んだ考察を図りたい。

## 4 これからの自治体ソーシャルワークに求められるもの

本章では、地域包括支援センターの円滑な運営にあたっての重要な要素に関するこれまでの考察を通して、総合的な見地からこれからの自治体ソーシャルワークに求められるものを明らかにする。

直営自治体の強みを象徴する「現場の‘肌感覚’で得た知見を施策へ」の発想は、重い示唆を与えてくれる。同様の視点は、三菱UFJリサーチコンサルティングがまとめた『地域包括ケア研究会報告書』においても、「地域包括ケアを支える人材の問題」の項で、行政職員の在り方として「自治体職員が果たすべき役割が大きくなっており、（中略）ニーズの把握、計画策定、地域包括ケアシステムをコーディネートする能力を向上させることが必要である。また、政策担当者の専門的知識及び技術の向上の観点から、人事の在り方の見直しも必要ではないか」<sup>23</sup>としている。

この切り口を基本に、ミクロ（「人材」）、メゾ（「自治体の経営戦略」）の観点から、それぞれ「鍵（キーポイント）」を抽出のうえ、最終的にマクロの観点に立ち、すなわち視点を「地域」に拡げ、「真に包括的な地域ケア」の可能性を展望し、提示したい。

### 4.1 「人材」に着目して

1点目に、人材に着目したい。具体的には、①専門職からのボトムアップ、②専門性の継承の2点をキーワードとし、考察してみたい。

#### 4.1.1 専門職からのボトムアップ

これまでの考察を通して、直営か委託かの違いを問わず、人事マネジメントに関するいくつかの「共通基盤」が見いだせた。

1点目が、キーマンの存在である。さらに言えば、ここでいうキーマンは、専門職であつた。一般に自治体における戦略形成のプロセスには、「トップダウン」や「ボトムアップ」あるいは「ミドルアップダウン」<sup>24</sup>によるものが存在するが、地域包括支援センターにおいては、法定必置の3種の専門職が、現場の経験をそしゃくしながら上層部へ施策提言していく過程が確認できた。

ここでは、地域包括支援センターに所属する3専門職別にそれぞれの強みを順に考察したい。

〈社会福祉士の強み〉

社会福祉士とは、「社会福祉士及び介護福祉士法」において、「社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上もしくは精神上の障害があることまたは環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者または医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡および調整その他の援助を行うことを業とするもの」と規定される国家資格取得者である。

すなわち、社会福祉士の強みとは、従来の社会福祉主事を上回る高度な社会福祉援助技術を有する専門性であろう。

〈保健師の強み〉

保健師とは、「保健師助産師看護師法」において、「保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者」と規定される国家資格取得者である。

すなわち、保健師の強みとは、保健医療の専門性であろう。

保健師のソーシャルワーク能力の高さについては、海外の事例からも立証可能である。例えば、カナダでは、日本のケアマネジャーに相当するケースマネジャー（相談員）のうち、「多くは看護師とソーシャルワーカーとの複合免許

<sup>23</sup> 『地域包括研究会報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2010年、49ページ

<sup>24</sup> 大住荘四郎『パブリックマネジメント－戦略行政への理論と実践－』日本評論社、2002年、204-205ページ

取得者」<sup>25</sup>であり、また同国バンクーバー市（ブリティッシュ・コロンビア州）では、高齢者相談支援を主管する市庁保健部継続ケア課に所属する行政職員であるケースマネジャー（相談員）の基礎資格は、「大学院修了の保健師やソーシャルワーカーが大部分」<sup>26</sup>なのである。

〈主任介護支援専門員の強み〉

主任介護支援専門員とは、原則として介護支援専門員としての経験が5年以上あり、所定の専門研修課程を修了した者である。このように専門資格を有し、かつ一定の経験年数を必須とする高度かつ多様な専門性こそが主任介護支援専門員の強みである。多様な専門性の根拠は、そもそもこの資格が、保健、医療、福祉の各領域のうちのいずれかの国家資格（公的資格）を有し、かつ5年以上の実務経験を有する者が実務研修受講資格試験で選別された上で養成される点からも明らかである。

保健・医療・福祉の各領域の多様な専門性に依拠したこの資格を有する人材が繰り出す相談援助技術により、さまざまな角度から支援対象者の個々の可能性を引き出し、援助の幅を拡げることにつながるのである。

以上からこれら3専門職に共通して言えるのは、旧来の自治体ソーシャルワークの領域を陵駕する高度かつ、保健医療領域までを含む多様な専門技術である。地域包括支援センターの法定化は、結果として、自治体の福祉現場に多様な専門職の配置を促進させることにつながったのである。

#### 4.1.2 専門性の継承

次に、「専門性の継承」に触れたい。この点で、大森（2006年、前掲書15ページ）は「おそらくセンターが直面している最大の課題は人材の確保と育成であろう」（下線は引用者による）と指摘しているが、実地調査先の近江八幡市では「①保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門性に配慮した配置（＝「専門性の尊重」）、②5年以上を目途とする職員配置（＝

「専門性の持続」）、③福祉、保健に関連する課間の異動とする（＝「専門性の蓄積」）」といった特色ある人事マネジメントが採られていた。

これらの具現化に向け、当面次の3点は有効であろう。

①社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員等の専門職の積極採用

②公民における人材流動の促進

③現職の再教育の推進

まず、1点目は、社会福祉士等の有資格者を専門職として採用する方法である。実地調査にあたった亀岡市をはじめ、「委託型」でありながらも、地域包括支援センター担当部署に3専門職を配置する自治体がみられた。そこでは、直営センターはもたないものの、委託センターの専門職と「共通の言語、共通の技能」をもつ、専門職が配置され、事業運営にあたっての連携、モニタリングにあたっているのである。

現状では、3専門職のうち、大半の自治体において定期的に職員採用がされるのは、保健師のみであろう。社会福祉士については、「福祉職」として採用する自治体が一部に散見されるのみであり、今後は、これらの専門職を定期採用する自治体がさらにみられてよい。

2点目は、公民における人材流動の促進である。これは、例えば、福祉施設の専門職員が福祉事務所ソーシャルワーカーに、また逆に福祉事務所ソーシャルワーカーから現場の介護支援専門員へ、といった流動化で、その利点として職員の技能向上やノウハウの共有がある。この延長線上に学術機関もまきこんだ産学公連携も想定されよう。

3点目は、現職のリカレント教育（再教育）の推進である。ケースマネジャーが大学院修了の保健師やソーシャルワーカーによるカナダの例を先に引用したが、米国を例にとっても、ソーシャルワーカーの学位が、学士（BSW：bachelor of social work）、修士（MSW）、博士（DSW、Ph.D）の3層から確立<sup>27</sup>されている。これにならえば、例えば、Off-JTによる大学・大学院での再教育も有効であろう。他領域ではあるが、法科大学院やビジネススクールになら

<sup>25</sup> 片山壽「ケアマネジャー養成の課題」『からだの科学－臨時増刊－総点検！介護保険』日本評論社、2001年、81-85ページ

<sup>26</sup> 白澤政和『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規、1992年、161-162ページ

<sup>27</sup> 京極高宣『【新版】日本の福祉士制度－日本ソーシャルワーク史序説－』中央法規、1998年、99-105ページ

い、社会福祉分野でも専門職大学院の一層の整備がなされてよい。

以上の3つの提案がかなうなら、それを通じて、キーマンが出現し、さらに専門性の継承へとつながるのである。

## 4.2 「自治体の経営戦略」に着目して

2点目に、自治体の経営戦略に着目したい。具体的には、①直営型自治体から「トータルマネジメント」<sup>28</sup>、②委託型自治体から「戦略性をもったアウトソーシング」の2点をキーワードとしてとりあげ、考察してみたい。

### 4.2.1 直営型自治体における「トータルマネジメント」

直営型自治体における、「トータルマネジメント」とは、地域包括支援センター担当部署が、自治体内の他の部署との間で有機的につながる状況を指す。そもそも、厚生労働省監修の前掲書、『地域包括支援センター業務マニュアル』だが、総合相談業務の項において、「地域に住む高齢者の様々な相談を全て受けとめ、適切な機関や制度、サービスにつなぎ、継続的にフォローすること」と定義されている。

このように、「総合相談」として、自治体内の組織が部局を超えつながる（＝トータルマネジメントの）構図は、実地調査先の自治体にも実例をみた。「直営型」の先進自治体である近江八幡市では、「高齢・障がい者支援センター」として名実ともにトータルマネジメントを具現化していたし、また舞鶴市においても、「高齢・障害福祉課」の包括支援センター係が、高齢・障害の両領域のソーシャルワークを担当するなどトータルマネジメントへの途上にあつたのである。

一般に、例えば直営型1センターを採る自治体が関係部署と有機的つながりを構築できれば、このような機能、すなわち「トータルマネジメント機能」を果たすことは十分に可能であ

ろう。

### 4.2.2 委託型自治体における「戦略性をもったアウトソーシング」

委託型自治体における「戦略性をもったアウトソーシング」の具体例には、山形市の事例<sup>29</sup>がある。ここでは、市担当課（介護福祉課）と全12か所の委託型支援センターとの間で、次のような3層構造の連携システムが機能をしている。

【山形市における自治体担当部署と地域包括支援センターの連携のしくみ】

- ①代表者会…各センターの代表者（センター長など）が参加し、主に運営や方針を検討する。
- ②全体会…センター職員全員が参加し、連絡・情報交換・研修等を行う
- ③専門部会…専門職ごとに部会を設け、報告・情報交換・研修等を行う

この体制の強みは、専門部会に自治体担当部署の職員も出席しつつ、運営事務局的役割を担うことである。つまり、自治体担当部署には、直営型自治体に匹敵する3専門職を配置するのである。これは、何を意味するのであろうか。

それは、「委託型」を採る自治体にこそむしろ、自治体側に先見的でかつ戦略性をもった自治体経営が必要であるとの姿勢である。高齢者の相談支援業務が福祉事務所の老人福祉指導主事や現業員等によるソーシャルワークから、地域包括支援センターの3専門職へと主役交代しているものの、この事象を「公から民へ」という切り口でとらえるのではなく、委託を採る自治体においてこそ、「委託（にあたっての）責任」をしっかりと認識し、公民の専門職の連携が強化されるのである。

このような公民連携型（あるいは拡大型）ソーシャルワークの萌芽は、在宅介護支援センターが主流であった当時からみられ、福田（2002年）は、これを「公民によるコラボレーション（協働）型ソーシャルワーク」<sup>30</sup>と呼び、それ以降

<sup>28</sup> 『コミュニティケア 2006年10月号』、前掲書、16ページ

<sup>29</sup> 丹野克子「地域包括支援センターの主任介護支援専門員の立場から」『介護支援専門員 2008年3月号 - 特集 どうする？ 地域包括支援センター -』（メディカルレビュー社）第10巻第2号、2008年、26-31ページ

<sup>30</sup> 福田育弘「コラボレーション（協働）型ソーシャルワークの時代へ」『社会福祉士第9号』日本社会福祉士会、2002年、93-98ページ

の一層の拡大を予測したが、このことは今日の地域包括支援センターにもそのままあてはまるのである。

なお、福祉の担い手の多様化により、自治体側の人的資源の専門性が相対的に低下するリスクは古くから指摘されてきた。この点では、松崎（1995年）が、「地域では（中略）多様な専門的マンパワーが従事する。このような状況があるなかで、福祉事務所の職員だけが専門性を欠くというのでは、地域の期待に応えることができなくなる。専門性については、同様もしくはそれ以上の力量を備えた職員を配置すべきである」<sup>31</sup>（下線は引用者による）としている。

自治体側の専門性の低下を回避する手法のひとつが、まさにこの「戦略性をもったアウトソーシング」だったのである。

#### 4.3 「真に包括的な地域ケア」をめざして

前節までで、地域包括支援センターを題材にして、自治体ソーシャルワークのあり方を「人材」と「自治体の経営戦略」の2面からとりあげてきた。本節では、これまでの考察のまとめとして、地域包括支援センターが、そしてその運営主体である自治体が最終的にめざすものに、「真に包括的な地域ケア」があるとの結論に基づき、以下に論じたい。

ここで、改めて地域包括支援センターの法的位置づけを再確認すると、介護保険法第115条の45第1項で「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援すること」（下線は引用者による）と規定されている。すなわち、地域包括支援センターが文字どおり包括的な地域ケアの拠点機関であることは、法律上からも裏付けされているのである。

次に、地域包括ケアを定義づけておく。これは、広島県御調町（現在の同県尾道市）の公立みつき総合病院において「御調方式」を導入し、「地域包括ケア」を最初に呼称した山口昇医師による定義は、「保健サービス（健康づくり）、

在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野にいたれた全人的医療（ケア）で、地域とは単なるエリアではなくコミュニティを指す」<sup>32</sup>としている。

また、大森（2006年、前掲書12ページ）は、地域包括支援センターの事業名称に「包括」を付す意義として「地域ケアの充実強化のためには、介護保険サービスのみならず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、近隣での支え合いなど、多様な社会資源を有機的に結びつけることの重要性を強調するためである。したがって、センターは、事業の直管か委託はともかく、その設置主体は市町村においてほかにないのである」としさらに、「「地域包括」の名を付されたセンターは、狭義の介護・福祉の機関というより、まちづくりの拠点ととらえるほうが適切かもしれない。（中略）センターの存在が、地域ケアのネットワークを円滑に機能させていく要になりえるのである。」（下線は引用者による）としている。

以上、法令・文献から一貫して引き出せることは、地域包括支援センターの潜在能力、あるいは潜在的に期待されていることの大さきである。それは、単に高齢者の相談支援に障がい者や児童までを含めた相談対象者の拡大を図るといった次元を超え、「まち（における「つながり」）づくり」の中核ともなるとするものである。この「つながり」の創造を担うことこそが、今後の自治体ソーシャルワークに求められる真の役割なのではないか。

一般に、国レベルでの官民連携のあり方について、井堀（2005年）は「効率的な政府は、柔軟な発想のもとで、官と民の役割を組み合わせることから、構築されるべき」<sup>33</sup>と指摘しているが、このことはそのまま自治体においてもあてはまるのである。

さらに、国レベルでみる近年の福祉行政は、「政策見直しのスピードが速く、政策転換の幅も「措置から契約」の例のように極めてドラ

<sup>31</sup> 松崎喜良「福祉事務所－縮小か拡充か－」『ジュリスト増刊1995年11月号』有斐閣、1995年、266-268ページ

<sup>32</sup> 『コミュニティケア2006年10月号』、前掲書、29ページ

<sup>33</sup> 井堀利宏『ゼミナール公共経済学入門』日本経済新聞社、2005年、27-28ページ

ティック」<sup>34</sup>であり、自治体レベルにおける福祉行政も、今日、行財政改革や地方分権の中で、各種福祉計画の策定等、政策を担う部署としての色合いを深めてきている。自治体における福祉部局（福祉事務所）は、知らない間に、いや遠に政策を担う部署としての意味合いを持ち合わせ、今後それをますます強めていくであろう。

ところで、ここに真に包括的な地域ケアに言及するに至ったここまでの考察をとおして、本稿の分析の限界点もひとつ見えてくるのである。それは、かつて、高齢者の相談支援を独占的に担った自治体ソーシャルワークそのものの到達点と今後のゆくえについてである。

現在の高齢社会を、かつての自治体ソーシャルワークのみではたして乗り切れたであろうか。答えは、明白に「否」である。今日の高齢者の相談支援体制は、在宅介護支援センターや地域包括支援センターにみられる民間セクターの参入があつてこそ、また、これら民間セクターと公的セクターとの協働があつてこそ実を結んでいるのである。

それでは、今後の自治体ソーシャルワークはどこに向かうのであろうか。民間セクターの力量や存在感がますます強まるなかで、自治体やその職員にいよいよ求められるのは、自治体ソーシャルワークの存在意義を問い続けつつ、公民協働ソーシャルワークの新地平を切り開こうとする強い熱意（とそれに裏打ちされた取り組み）であろう。

なぜなら、今後、公民の相談担当職員がともに切磋琢磨し、相互に付加価値を高めあえるなら、そしてそれが場合によっては大学等の学術・研究機関との連携<sup>35</sup>の段階にまで飛翔し得るなら、そのことが、「真に包括的な地域ケア」、ひいては「真の福祉社会」の実現に直結するものと確信するからである。

## 5 おわりに

本稿でとりあげた地域包括支援センターの事業モデルにあらためて着目するとき、それらがおちいりやすい罨を端的に言い表す表現として、「無気力直営」、「丸投げ委託」<sup>36</sup>ほどの的を射た表現を筆者は知らない。

しかしながら、種々の文献からもさることながら、3市への聞き取り調査をとおしてその担当職員から導き出されたことは、これからの自治体における経営戦略として、「直営型」「委託型」のどちらかへの偏重でなく、すなわち二項対立的な狭隘な議論ではなく、いずれの事業モデルを採るにせよ公民のセクター間で連携・協働することの大切さであった。大変多忙な中、貴重な時間を割いて頂いた3市の関係職員にあらためて感謝の意を表したい。

今後は、かつての自治体ソーシャルワークの主要機関であった福祉事務所自体にもう一度焦点をあて、民間セクターの専門職との連携・協働等、新たな業務手法が求められるなか、これからの福祉事務所経営において求められるイノベーションの方向性について、政策科学的な視点からさらなる研究に取り組みたい。

## 参考文献

- 井上恒男「総合政策科学と福祉政策論」『総合政策科学入門〔第2版〕』成文堂、2005年
- 井上恒男「地域における高齢者介護・医療連携のネットワーク」『総政リレーコラム』同志社大学総合政策科学研究科ホームページ、2006年
- 井堀利宏『ゼミナール公共経済学入門』日本経済新聞社、2005年
- 宇山勝儀・船水浩行『福祉事務所運営論』ミネルヴァ書房、2007年
- 岡部卓「福祉事務所のゆくえ－成立・展開・変容－」『社会福祉研究 101号』鉄道弘済会、2008年
- 大住荘四郎『パブリックマネジメント－戦略行政への理論と実践－』日本評論社、2002年

<sup>34</sup> 井上恒男「地域における高齢者介護・医療連携のネットワーク」『総政リレーコラム』同志社大学総合政策科学研究科ホームページ <http://sosei.doshisha.ac.jp/> (2010年4月1日閲覧)

<sup>35</sup> 行政の福祉政策当局と政策研究者との政策対話、協働作業の重要性については、井上恒男「総合政策科学と福祉政策論」『総合政策科学入門〔第2版〕』成文堂、2005年、145-161ページにおいて、指摘されている。

<sup>36</sup> 鏡論「座談会 地域包括支援センターの現状と課題」『月刊福祉 2006年10月号 特集－地域包括支援センターのめざすもの－』（社会福祉法人全国社会福祉協議会）第89巻第11号、2006年、21ページ

- 岡部卓『改訂福祉事務所ソーシャルワーカー必携－生活保護における社会福祉実践－』社会福祉法人全国社会福祉協議会，2003年
- 片山壽『ケアマネジャー養成の課題』『からだの科学－臨時増刊－総点検！介護保険』日本評論社，2001年
- 京極高宣『生活保護改革の視点－三位一体改革と生活保護制度の見直し－』社会福祉法人全国社会福祉協議会，2006年
- 京極高宣『[新版]日本の福祉士制度－日本ソーシャルワーク史序説－』中央法規，1998年
- 京極高宣『現代福祉学の構図』中央法規出版，1990年
- 白澤政和『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規，1992年
- 高橋敏士『地域包括支援センター実務必携』オーム社，2008年
- 高室成幸『よくわかる地域包括支援センターハンドブック』法研，2005年
- 丹野克子「地域包括支援センターの主任介護支援専門員の立場から」『介護支援専門員2008年3月号－特集どうする？地域包括支援センター－』（メディカルレビュー社）第10巻第2号，2008年，26-31ページ
- 福田育弘「コラボレーション（協働）型ソーシャルワークの時代へ」『社会福祉士第9号』日本社会福祉士会，2002年，93-98ページ
- 福田育弘「地域包括支援センターの円滑な運営に向けた自治体の現状と課題」同志社大学総合政策科学研究科修士論文，2011年，未公開
- 松崎喜良「福祉事務所－縮小か拡充か－」『ジュリスト増刊1995年11月号』有斐閣，1995年
- 水田邦雄「老人福祉政策と在宅ケア」『高齢社会と在宅ケア－ジュリスト増刊1993年10月号－』有斐閣，1993年，146-151ページ
- 結城康博・嘉山隆司『よくわかる福祉事務所の仕事』ぎょうせい，2008年
- 『ケアマネジャー2000年11月号－特集在宅介護支援センターの未来－』（中央法規）第2巻第4号，2000年
- 『月刊福祉2006年10月号 特集－地域包括支援センターのめざすもの－』（社会福祉法人全国社会福祉協議会）第89巻第11号，2006年
- 厚生労働省監修『地域包括支援センター業務マニュアル』厚生労働省，2006年
- 『国民の福祉の動向2010／2011年版』財団法人厚生統計協会，2010年
- 『コミュニティケア2006年10月号－特集どうなっている？地域包括支援センター－』（日本看護協会出版会）第8巻第11号，2006年
- 産経新聞【ゆうゆうLife】地域包括支援センターを知っていますか？（下）2009年5月20日
- 『社会福祉小六法－2010年版－』ミネルヴァ書房，2010年
- 『地域包括研究会報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2010年