

地域共生社会の実現に向けた地域づくりに関する研究 —包括的な相談支援体制の構築に向けた A 市の事例から—

長谷中 崇 志
高 瀬 慎 二

I. 研究の背景と目的

今日、わが国の目指す社会モデルとして「地域共生社会」が掲げられ（首相官邸 2016）、その社会を実現していくための新しい社会福祉・社会保障の提供システムである「全世代・全対象型地域包括支援」（新しい地域包括支援体制）を構築していくことが提唱されている（厚生労働省 2015；厚生労働省・「わが事・丸ごと」地域共生社会実現本部 2016；厚生労働省 2016：201-216）。地域共生社会の実現に向けて厚生労働省は、2016年7月に「『わが事・丸ごと』地域共生社会実現本部」を設置、同10月より「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会」（地域力強化検討会）を開催する等、具体的な検討を進めている。そして、2016年12月に地域力強化検討会による「中間とりまとめ—従来の福祉の地平を超えた、次のステージへ」が発表され、その内容を踏まえた社会福祉法改正案が2017年5月に成立（一部を除いて2018年4月施行）した。

このように、わが国における政策目標として地域共生社会の実現が志向されている中で、現在法制度上は高齢者に限定されている地域包括ケアシステムを全年齢に「拡大・深化」させ、全ての住民を対象とした新しい地域包括支援の仕組みを構築していくことが提唱されており（二木 2016a）、その新しい仕組みづくりに向けた法制度の整備が順次進められている（厚生労働省・「わが事・丸ごと」地域共生社会実現本部 2017；厚生労働省 2017）。今後、基礎自治体である市町村には、「高齢者、障害者、児童、生活困窮者といった別なく、地域に暮らす住民誰もがその人の状況に合った支援が受けられるという新しい地域包括支援体制を構築していく」こと（厚生労働省 2015）、すなわち、地域住民が抱える多種多様な生活課題に対して、社会福祉の枠組みだけで縦割りに対応するのではなく、保健・医療・教育・住宅・雇用など多分野との連携を図りながら分野横断的・包括的に解決を図っていく「新しい地域包括的支援体制」を構築していくことが責務として求められることになっ

たのである（厚生労働省・地域力強化検討会 2017）。

以上のような政策動向を背景に現在、各市町村において、地域共生社会の実現に向けた新しい地域包括支援の仕組みのあり方が模索されている。他方、先行研究の多くは、限られた市町村をモデルとした事例紹介（日本総合研究所 2014；大橋・白澤編 2014；厚生労働省・「わが事・丸ごと」地域共生社会実現本部 2016：9-13；厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2017：9-13；全国社会福祉協議会 2017a；全国社会福祉協議会 2017b：10-41）や概説論文（岩間 2016；永田 2016；原田 2017；永田 2017）であり、地域共生社会の実現に向けた地域づくりのあり方を検証した研究は限られている（大橋 2002；永田 2013；二木 2015；二木 2017a）。また、二木立氏が、「地域包括ケアシステムの実態は全国一律の『システム』ではなく、『ネットワーク』であり、その具体的在り方は地域により大きく異なる」（二木 2016b）と指摘しているように、新しい地域包括支援の仕組みのあり方は全国一律ではないことが先行研究において明示されている（二木 2017a：19-20）。したがって、新しい地域包括支援の仕組みのあり方を検証していくためには、各市町村における多様なその取り組みの研究を蓄積していくことが求められているといえる。

以上のような政策動向や研究状況を踏まえ、本稿では、地域共生社会の実現に向けた新しい地域包括支援体制のあり方を検討するための知見を得ることを目的として、A市が社会福祉協議会と協働で2015年度より取り組んでいる「全世代・全対象型地域包括支援」の仕組みづくりの事例をとりあげ、特に、包括的な相談支援体制の構築に焦点をあてて考察する。

Ⅱ. 用語の定義

本研究で用いる以下の用語の定義を示す。

(1) 地域共生社会

地域共生社会の定義は、2016年6月2日に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」および厚生労働省・「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部が発表した「『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）」（2017年2月）において以下の通り示されており、本研究では、それらの定義と同じ意味で使用する。つまり、地域共生社会とは「子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができ

る」社会であり、「制度・分野ごとの『縦割り』や『支え手』『受け手』という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域とともに創っていく社会を目指すもの」。

(2) 地域包括ケアシステム

先行研究において、地域包括ケアシステム概念・範囲が「拡大・深化」していることが明らかにされている(二木 2015: 22-34; 二木 2016a; 二木 2017b)。例えば、「地域包括ケア研究会」の2016年度報告書では、「地域包括ケアシステムは、本来的に高齢者や介護保険に限定されたものではなく、障害者福祉、子育て、健康増進、生涯教育、公共交通、都市計画、住宅政策など行政が関わる広範囲なテーマを含む『地域づくり』と定義されている(地域包括ケア研究会 2017: 35)。また、厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチームが2015年9月17日に発表した「誰もが支えあう地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」では、対象を高齢者に限定しない(対象を全年齢に拡大した)地域包括ケアシステムを意味する「全世代・全対象型地域包括支援」「新しい地域包括支援体制」という用語が使われている。本稿で使用する「地域包括ケアシステム」は、それらと同じものと定義し、「地域包括ケアシステム」、「全世代・全対象型地域包括支援」、「新しい地域包括支援体制」という用語はすべて同じ意味で使用する。

なお、地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係については、地域包括ケア研究会の2016年度報告書において以下のように整理されている。地域共生社会とは「今後、日本社会全体で実現していこうとする社会全体のイメージやビジョン」「ゴール」であり、地域包括ケアシステムは「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」「プラットフォーム」である(地域包括ケア研究会 2017: 6)。本稿では、それに準じている。

(3) キュア&ケア(治し・良くする支援)

社会保障制度改革国民会議が2013年8月に発表した「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」で、これからの医療のあり方について、「治す医療」「『病院完結型』の医療」から「治し・支える医療」「『地域完結型』の医療」への転換を提唱している。本研究では、それらの用語を援用し、一人ひとりの抱える生活

問題を「治し」(問題解決)、「治す」ことが困難な状態であっても、その人の生活の質を「良く」する支援という意味で、「キュア&ケア」(治し・良くする支援)という用語を使用する。

Ⅲ. 方法

1. 調査対象と方法

本研究の対象は、対象者や分野を限定しない「全世代・全対象型」の包括的な相談支援体制の構築に向けて、社会福祉協議会と協働で取り組んでいる A 市の事例である(調査期間は 2015 年 10 月～2017 年 3 月)。A 市では 2015 年度より、行政と社会福祉協議会の協働体制のもとで対象者や分野を限定しない新しい保健福祉総合相談支援のあり方について本格的な検討が始まり、包括的な相談支援体制の具体化に向けた取り組みが進められている。具体的には、2015 年 10 月より、高齢者、障害者、児童、生活困窮等の分野を超えて、A 市における全ての住民に対して身近な地域で横断的・包括的に対応する総合相談支援のあり方(最適な保健福祉総合相談支援体制)を検討し、その実現に向けた提案書をまとめることを目的とした「保健福祉総合支援検討委員会」(民間の有識者で構成。以下、「検討委員会」とする)が社会福祉協議会に設置されることとなり、2016 年 4 月までにかけて検討委員会と社会福祉協議会職員ワーキングチームによる検討が重ねられた。筆者は、2007 年度より A 市第 2 期地域福祉計画(計画期間 2009～2013 年度)の策定・推進のアドバイザー・策定委員会・推進委員会委員、第 3 期地域福祉計画(計画期間 2014～2018 年度)の策定・推進のアドバイザー・策定委員会・推進委員会委員、今回の分析対象である検討委員会委員長として参加している。本研究では、検討委員会および社会福祉協議会ワーキングチームの検討内容を事例対象として、特に A 市における包括的な相談支援体制に焦点をあてて検討する。調査方法としてケーススタディを採用し、関係資料、A 市・A 市社会福祉協議会関係者へのインタビュー、参与観察に基づいて分析を行った。

2. A 市の概要と包括的な相談支援体制の構築に向けた検討が始まるまでの経緯

A 市は、2004 年に 1 市 2 町が対等合併した人口約 143,000 人の都市である。面積約 136 km²、約 58,000 世帯、高齢化率 25.1%、6 日常生活圏域、10 中学校区、27 小学区である(2017 年 3 月末現在)。各日常生活圏域の人口は、以下の通りである(2017 年 3 月末現在)。B 圏域が約 25,000 人(高齢化率 27.3%)、C 圏域が約 22,000 人(高齢化率 26.5%)、D 圏域が約 27,000 人(高齢化率 27.6%)、E 圏域が約 42,000 人(高齢化率 19.7%)、F 圏域が約

11,000 人 (高齢化率 27.6%)、G 圏域が約 15,000 人 (高齢化率 27.7%)。主な相談支援機関の設置状況は以下の通りである。各日常生活圏域を担当する地域包括支援センター 5 か所 (委託型) と A 市全域を担当する市直営の基幹型地域包括支援センターが 1 か所 (2017 年 4 月より委託型の全世代・全対象型地域包括支援センターを 1 か所増設)、障害者総合相談支援センターが 3 か所 (委託型)、子ども総合相談支援センターが 1 か所 (市直営)、子育て支援センター 8 か所 (市直営 5 か所、委託型 3 か所)、療育センター 1 か所 (市直営)、生活保護・生活困窮者自立支援相談室 1 か所 (社会福祉協議会との協働体制による市直営) が設置されている。A 市では従来、行政と社会福祉協議会が協働体制を敷いて一体的に保健福祉施策に取り組んできた。例えば、A 市では 2002 年度から第 1 期地域福祉計画 (地域福祉活動計画と一体的に策定され、社会福祉分野の総合計画として位置付けられている。計画期間 2004 ~ 2008 年度)、第 2 期地域福祉計画、第 3 期地域福祉計画が行政と社会福祉協議会の協働体制で策定・推進されている。A 市の地域福祉計画の特徴として、有志住民で構成された「市民会議」を基盤組織として設け、住民・行政・社会福祉協議会の三者協働体制による計画策定・推進がなされていること、計画策定・進行管理のいずれの段階にも住民が中核的に参加する「徹底した住民参加」が重視されていることがあげられ、共助の担い手の広がりや共助の仕組みづくり、ワンストップサービスの仕組みの構築にむけた段階を踏んだ計画的な取り組みが進められている (長谷中 2011; 長谷中 2012)。また、A 市では、2012 年より新市長のもと、「全世代・全対象型」地域包括ケアシステムの構築に向けた整備が段階的に進められている。具体的には、まず、2013 年 12 月に「地域包括ケアシステム推進協議会条例」の制定、2014 年 1 月より「地域包括ケアシステム推進協議会」が開催される等、主に高齢者に焦点をあてた地域包括ケアシステムの構築にむけての検討・具体化が図られてきた。さらには、A 市の重点施策に「総合的な包括ケア」「新しい福祉のかたち」が掲げられ、2015 年以降、従来の分野別・縦割り型の相談支援の仕組みや高齢者に限定した地域包括ケアの仕組みづくりを深化させた対象や分野を限定しない「全世代・全対象型」の地域包括ケアシステムの実現に向けた検討・整備が本格的に進められるようになった。例えば、行政内では、縦割りを解消した横断的な行政組織づくりに向けて、2014 年度より順次、担当課である「保健福祉部」をはじめとした横断的な組織再編や職員配置が行われるとともに、多職種・各部署の連携を強化するために「保健センター・地域包括支援センター連絡会議」、「地域包括支援センター・障害者総合相談支援センター連絡会議」、「行政リハビリテーション専門職交流会」、「行政社会福祉士交流会」(「コミュニ

ティソーシャルワーク研究会)が開催される等、新しい地域包括ケアシステムの構築に向けた基盤整備が促進されている。あわせて、社会福祉協議会においても、2015年度より各日常生活圏に6名の生活支援コーディネーターが新たに配置され(日常生活圏域を5つに再編し、それぞれの圏域に各1名、全域を担当する統括1名を配置)、身近な地域における総合相談支援や共助の仕組みづくりの体制強化が図られる等、新しい地域包括ケアシステムの構築に向けた行政内外の環境整備が進められている。そのような背景の中、行政から社会福祉協議会に対して、「縦割りを打破し」「高齢者だけでなく、子どもや障害者など全ての人に適用していくようなまちづくり」(対象者を高齢者に限定しない新しい地域包括ケアシステムの構築)の「大胆な提案」、A市のまちづくりが「国の先頭、モデル」となるような新しい地域包括ケアシステムの構築に向けて、A市の政策・施策に反映させていくための「大胆な提案」を行うことが期待され2015年10月、「保健福祉総合支援検討委員会」を社会福祉協議会に設置し、検討していくこととなった。

IV. 結果

1. A市における新しい地域包括ケアのあり方に関する検討の経過

検討にあたって、社会福祉協議会に以下の2つの組織—①保健福祉総合支援検討委員会、②社会福祉協議会ワーキングチーム—を設置し、それぞれが協議を重ねながら提案書がとりまとめられた。その際、A市における「最適な地域包括ケアシステム(新しい総合相談支援体制)」、「実現に向けたA市(行政)に対する具体的な提案」という視点を重視し、検討が進められた。

(1) 保健福祉総合支援検討委員会の設置

A市において今後求められる最適な総合相談支援の仕組みやその仕組みを具現化するための方策について、専門的な意見を取り入れて検討するために、民間有識者の意見を聞く検討委員会が社会福祉協議会に設置された(公開開催)。本検討委員会は、A市における医療、看護、児童家庭福祉、障害者、介護、地域包括支援センターの各代表者と学識経験者による9名の委員から構成され、2015年11月6日から2016年3月9日まで3回にわたり検討委員会を開催し、「A市保健福祉総合相談支援に関する提案書」をとりまとめた(表1)。検討委員会では、まず、①A市における保健福祉相談支援の現状と課題を整理し、次に、②A市における「新しい総合相談支援の仕組み」について検討された。そして、今後の

方向性として、A 市の各地域（日常生活圏域）の実情や特性、社会資源の設置状況が大きく異なることから、A 市における新しい総合相談支援の仕組みを構築していくにあたっては、③ A 市全域に一律の仕組みをつくるのではなく、上記の「A 市における新しい総合相談支援の仕組み」をベースとした上で、各地域（日常生活圏）に応じた最適な総合相談支援の仕組みを検討・構築していくことの必要性が合意形成された。以上のプロセスを経た上で、最終的に、④ A 市における「新しい総合相談支援の仕組み」をまとめ、⑤現在の A 市において設定されている 6 つの日常生活圏域の中から E 圏域(9 行政地区で構成)を選定し、E 圏域における H 地区（7 つの行政地区で構成）をモデル地区に新しい総合相談支援の仕組みについてとりまとめた。

表 1 検討委員会の開催内容

	開催日	検討内容
第 1 回	2015 年 11 月 6 日	A 市における保健福祉相談支援に係る各分野の現状と課題を整理
第 2 回	2016 年 1 月 19 日	A 市における新しい総合相談支援の仕組みを構築していく上での課題を整理 モデル地区（H 地区）における総合相談支援の仕組みを整理
第 3 回	2016 年 3 月 9 日	A 市における新しい保健福祉総合相談支援体制の実現に向けた提案書案（A 市における新しい総合相談支援の仕組み、モデル地区における総合相談支援の仕組み）の作成

(2) 社会福祉協議会ワーキングチームによる検討

検討委員会とあわせて社会福祉協議会職員 19 人によるワーキングチームが立ち上げられ、検討委員会各委員の意見や社会福祉協議会全職員から出された意見・提案書、各種資料、行政関係部署の意見を参考にしながら、A 市における新しい総合相談支援に関する提案書案をとりまとめた。ワーキングチームによる協議は、2015 年 12 月 7 日から 2016 年 4 月 8 日まで計 12 回にわたって行われた（表 2）。具体的には、まず、①社会福祉協議会全職員より、A 市における現在の保健福祉総合相談支援に関する課題や新しい総合相談支援の仕組みについての意見・提案を調査した上で、それらの結果や各種資料をもとに、② A 市の地域診断を行い、A 市における現在の保健福祉相談支援の課題について分析した。次に、③ A 市における新しい総合相談支援の仕組みを検討し（検討委員会において提案・審議）、最後に、④モデル地区（H 地区）における新しい総合相談支援の仕組みについて検討、とりまとめが行われた（検討委員会において提案・審議）。

表2 社会福祉協議会職員ワーキングチームによる協議内容

回	開催日	内容・検討事項
1	2015年12月7日	A市における保健福祉相談支援の仕組みの現状と課題（総合相談支援に取り組み上での現在の仕組みの良い点と課題〔「強み」と「弱み」〕の整理
2	2015年12月15日	課題の分類
3	2016年1月6日	課題（大項目・中項目）の分類
4	2016年1月28日	課題（大項目・中項目）に対する具体的な取り組み
5	2016年2月8日	基本目標、大項目の整理
6	2016年2月15日	基本理念の整理
7	2016年2月23日	小項目（具体的な案）の整理 モデル地区（H地区）における新しい総合相談支援の仕組み
8	2016年2月29日	基本理念、基本目標、大項目、中項目、小項目の整理
9	2016年3月7日	基本理念、基本目標、大項目、中項目、小項目の整理
10	2016年3月16日	モデル地区（H地区）における中核拠点の機能
11	2016年3月23日	モデル地区（H地区）における中核拠点の機能 モデル地区（H地区）における総合相談支援の仕組み・体制
12	2016年4月8日	A市における新しい総合相談支援の仕組み・体制 モデル地区（H地区）における新しい総合相談支援の仕組み・体制 モデル地区（H地区）における中核拠点の機能と名称

注：1) 基本理念、基本目標、大項目、中項目、小項目は、それぞれが相互に関連する体系的な関係。

2) 基本目標とは、基本理念に基づく保健福祉総合支援の仕組みを実現するための目標。

3) 大項目とは、基本目標を達成するために重視する取り組み。

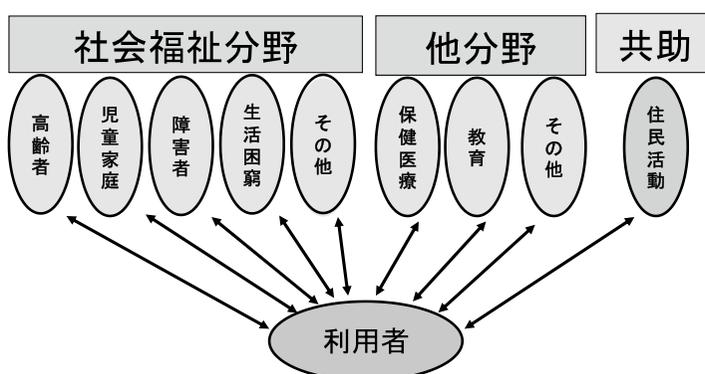
4) 中項目とは、大項目を進めるための重点的な取り組み（方法・手段）。

5) 小項目とは、中項目をより具体的に進めるために取り組む課題。

2. A市の保健福祉相談支援体制の現状と新しい相談支援体制の構築に向けた課題 —重層的で多岐にわたる生活課題への分野横断的な対応—

検討委員会および社会福祉協議会ワーキングチームによる検討を通して、A市における現在の保健福祉相談支援の仕組みは、分野別窓口分散型・縦割り型であり、各主体との迅速かつ安定した連携が困難であること、多機関・多職種が連携しやすい協働体制を構築していくことが課題であることが確認された。具体的には、A市における相談支援体制の現状は、高齢者や障害者、子ども等に関する相談窓口である地域包括支援センターや障害者総合相談支援センター、子ども総合相談支援センター等の各分野別の相談窓口が設置されているが、これらの相談窓口のほとんどが同一の場所になく、運営主体は様々であることから情報共有や相互の連携には限界があること（連携が不安定であること）、各分野の縦割り型の対応になっているため複合的な生活課題を抱える相談に十分に対応できない

い仕組みであることが明らかとなった(図1)。つまり、現在の仕組みは、各種の相談支援を行っているが、それぞれが分野別に対応しており、また、相談窓口も別々に設けられている状況であるため、①住民からみれば、複合的な課題を抱えている場合には対応窓口が分かりにくく、利便性の問題もあり、住民にとって「不便で安心して利用できない相談支援の仕組み」であること、②相談支援を担う専門職の立場からみても、現在の分野別窓口分散型・縦割り型の相談支援の仕組みは各主体との迅速かつ安定した連携が困難であり、多機関・多職種が連携しやすい協働体制を構築していくことが必要であることが課題として整理され、今後の方向性として、③各主体や多機関・多職種が日常的に安定した連携をとることにより迅速かつ総合的に対応していく、さらには、住民の利便性と安心感の向上につながる「総合相談支援の仕組み」を再構築していくことの必要性が確認された。そして、具体的には、④日常生活圏を基盤とした保健福祉分野に限定しない多職種連携の中核拠点である「総合相談窓口」を設置することにより、相談窓口の「みえる化」を図り、そこを起点として公民主体(多職種・住民)の分野横断的な連携による一体的・包括的な支援を行う体制を構築していくことがA市における今後の重要課題の一つであることが示され、その仕組みの詳細について検討されることとなった。また、A市における新しい総合相談支援の仕組みを構築していくにあたって、各地域の実情や特性は異なることから、A市全体で画一的・一律的に整備するのではなく、各地域の特性を多角的に検証し、それぞれの地域における最適な総合相談支援の仕組みを検討・構築していくという方法を進めていくことが確認された。



弱点：制度の狭間や複合的課題への迅速な対応、連携の不安定、社会的孤立等の潜在的なニーズの早期発見、利便性の問題

図1 A市の従来からの保健福祉相談支援体制一分野別窓口分散型(縦割り型)の仕組み—
出所：筆者作成

注) ここでいう「共助」は、「公助・共助・自助」の区分。

3. A市における新しい保健福祉総合相談支援の仕組みづくりに向けた基本的な考え方 —日常生活圏における中核拠点「総合相談支援センター」を基盤とした分野横断的な総合相談支援体制の構築—

(1) 新しい保健福祉総合相談支援の基本理念と基本目標

検討委員会ならびに社会福祉協議会ワーキングチームでの検討を経て示された、新しい保健福祉総合相談支援の仕組みの「基本理念」「基本目標」「目標達成に向けた4本柱（大項目）、重点課題（中項目）、具体項目（小項目）」は表3の通りである。「基本理念」として、「住み慣れた地域で、気軽に相談、安心につながる場所—くらしあんしん わたしたちがなかまといっしょにつくる しあわせなまち—」、「基本目標」として、①「ふらっと立ち寄れるほっと安心スペース」、②相談から安心まで途切れない支援、③みんながつながり・安心・活躍できる地域の仕組みづくりの3つが設定された。そして、基本目標の達成に向けた4つの柱（大項目）—①場づくり、②人づくり、③情報、④ネットワークづくり—が設定され、大項目に基づいた重点課題（中項目）、具体的な施策（小項目）が整理された。

表3 A市における新しい保健福祉総合相談支援の仕組みづくりにむけた4本柱（大項目）・重点課題（中項目）・具体項目（小項目）

4本柱 （大項目）	重点課題 （中項目）	具体項目（一部抜粋） （小項目）
場づくり	①相談・支援の拠点 ②集まる場 ③活躍の場・働く場	・ 徒歩圏内の相談窓口（出張窓口の設置） ・ 公民館をベースにした地域住民による地域住民のための拠点づくり ・ 同じ悩みを持っている人達が集まれる場所 ・ 住民が趣味や特技を教えられる場 ・ 通いの場の新規開拓、運営の援助 ・ ボランティア情報の発信 ・ 食堂・カフェ等の運営（拠点に売店）
人づくり	①福祉教育 ②ボランティア ③専門職	・ 介護・医療等の専門職が一般、福祉向け講座、研修会の実施 ・ ボランティアについての情報発信 ・ 介護支援ボランティア制度の対象範囲を拡大などしてボランティア促進（ボランティアした人に利益がでる仕組み） ・ 幅広く相談対応できる一般相談員の窓口への配置 ジェネラリスト、相談支援のコーディネーター、専門分野に特化した専門相談員の育成・配置
情報	①情報の収集・発掘 ②情報の発信 ③情報の共有	・ 市民や関係機関から情報を得る場をつくる ・ 自治会を通じて地域の情報が知ることができる冊子を配布 ・ 定期的に市民向けの講演会の実施 ・ 医療・福祉・一般企業・市民がアクセスできるネット上の情報交流スペース

ネットワークづくり	①住民と専門職 ②専門職 ③住民	<ul style="list-style-type: none"> ・住民組織の会議に参加、訪問 ・定期的に事例検討会や会議の開催（顔の見える関係づくり） ・一般企業など福祉の知識が薄い分野への福祉地域について教育（参加型） ・組織同士のパイプ役になる（何か一緒にできないか相談する） ・少しの頼みごとでも、すぐに地域の人に伝えられる仕組みづくり（助け合いの会）
-----------	------------------------	---

注：1) 基本理念、基本目標、4 本柱（大項目）、重点課題（中項目）、具体項目（小項目）は、それぞれが相互に関連する体系的な関係。

- 2) 基本目標とは、基本理念に基づく保健福祉総合支援の仕組みを実現するための目標。
- 3) 大項目とは、基本目標を達成するために重視する取り組み。
- 4) 中項目とは、大項目を進めるための重点的な取り組み（方法・手段）。
- 5) 小項目とは、中項目をより具体的に進めるために取り組む課題。

出所：A 市社会福祉協議会資料を一部加筆修正

(2) 新しい保健福祉総合相談支援の基本的な仕組み（イメージ）

A 市における新しい総合相談支援の基本的な仕組み（イメージ）は、図 2 の通りである。具体的には、すべての市民が住み慣れた地域で安心して生活できる社会（「安心創造型コミュニティ（地域共生社会）」の実現に向けて、日常生活の場を基盤とした、すべての人を対象とする分野を問わない包括的・継続的な相談支援（ワンストップサービスの実現）の仕組みの構築を図ることを「目標」に、②「方向性」として、「一人ひとりの生活基盤

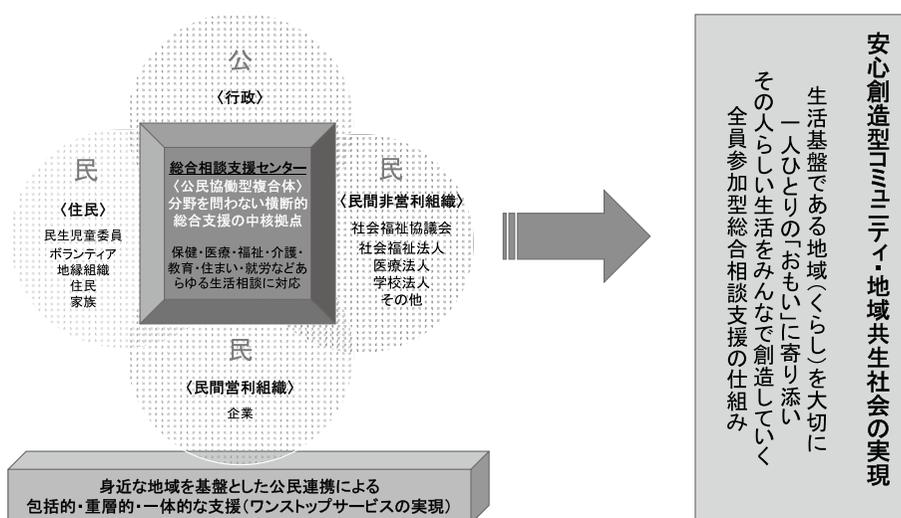


図 2 A 市における新しい総合相談支援の基本的な仕組み（イメージ）—身近な地域を基盤とした公民連携による包括的・重層的・一体的な支援体制—

出所：A 市社会福祉協議会資料を一部加筆修正

である地域（日常生活の場＝地理的な範囲だけではなく、その人のおもいやくらしも含める身近な地域）を大切に、「地域におけるあらゆる公民の主体（多職種・住民）が連携・協働し、多様な生活問題を解決する総合相談支援体制」の構築、「日常生活圏を基盤とした総合相談支援の中核拠点『総合相談支援センター（仮称）』（キュア&ケアの基幹公共空間）の整備」が示された。

(3) 新しい総合相談支援システム—身近な地域における「総合相談支援センター」を起点とした重層的・有機的な多職種・住民ネットワーク構築によるワンストップサービスの実現—

A市における新しい総合相談支援システムは、図3の通りである。このシステムの特徴は、以下の5つである。

1) 圏域の設定による重層的・相補的な総合相談支援体制

A市全体を大別して4層（第1層A市全域、第2層日常生活圏域〔中学校区〕、第3層小学校区、第4層自治会）に分け、そのうちの第2層（中学校区）から第4層（自治会）を「総合相談支援の拠点（『治し・良くする支援（キュア&ケア）』の基盤）」圏域である「1次生活圏（日常生活圏）」に、第1層（A市全域）を「2次生活圏」に、広域を「3次生活圏」に設定している。そして、総合相談支援の基盤圏域である「1次生活圏（日常生活圏）」に対して、「2次生活圏」「3次生活圏」の各主体（多職種・住民）が必要に応じて重層的・相補的に支援する体制としている。

2) 公民連携（ネットワーク）の強化・充実

地域におけるあらゆる主体「公（行政）」、「民（民間非営利組織：社会福祉協議会、社会福祉法人、医療法人等）」、「民（住民：民生・児童委員、ボランティア等）」、「民（民間営利組織：企業）」が連携・協働し、多様な生活問題を解決する仕組みである。各主体は相補的な関係であり、各主体がつながることにより「限界の限界点」を高めていく。特に民間の力の活用を強化することが重視されている。そのために、①分野を超えた専門職のネットワーク、②住民同士のネットワーク、③専門職と住民のネットワーク、④各組織・機関内のネットワーク（特に、行政内における横断的な部署連携の強化・統合化）の形成・強化を図る仕組み（協議体）が取り入れられている。

3) 身近な総合相談支援窓口の拠点の整備

総合相談支援の仕組みを動かし、各主体の有機的なつながりをつくっていく拠点として、身近な場における総合相談支援の窓口「総合相談支援センター（仮称）」を整備し、住民の利便性・安心感を高める。その際、既存の社会資源や民間の力（例えば、既存の社会福祉法人が運営する福祉施設にランチ型の総合相談窓口を設ける等）を効果的に活用しながら充実・強化を図ることが志向されている。

4) 支え合いの地域づくり（共助の仕組み）の促進・充実

地域社会の持つ支援機能（インフォーマルサポート）を高めていく仕組みとして、住民協議会の組織化・体系化を図る。それにより、民生・児童委員、健康推進員や（狭義の）NPO、自治会等のボランティアによる共助、その他の幅広い多様な住民参加による重層的な支援（共助）の仕組みづくりを促進・充実させていくことが志向されている。

5) 進行管理・評価の仕組みと効果・成果（アウトカム）の視点を導入・強化

進行管理・評価の仕組みとして、各圏域における横断的な協議の場（行政・社会福祉協議会・各専門職、住民による協議）を設定している。また、新しい総合相談支援システムの効果・成果（アウトカム）の評価指標として、「QOL（生活の質）」、「QOC（地域生活の質）」の視点を取り入れ、効果・成果の「みえる化」を図っている。

6) A市全域における一律のモデルではなく、各日常生活圏に応じた最適な総合相談支援の仕組みを構築

総合相談支援の仕組みについて、全国一律のモデルはないこと、また、A市においても各地域の特性は異なることから、市内全域の一律・画一的なモデルとして整備するのではなく、A市における新しい保健福祉総合相談支援の「基本的な考え方」をベースに、地域ごと（日常生活圏）の特性に応じた最適な総合相談支援の仕組みを構築し、有機的なネットワーク化を図っている。

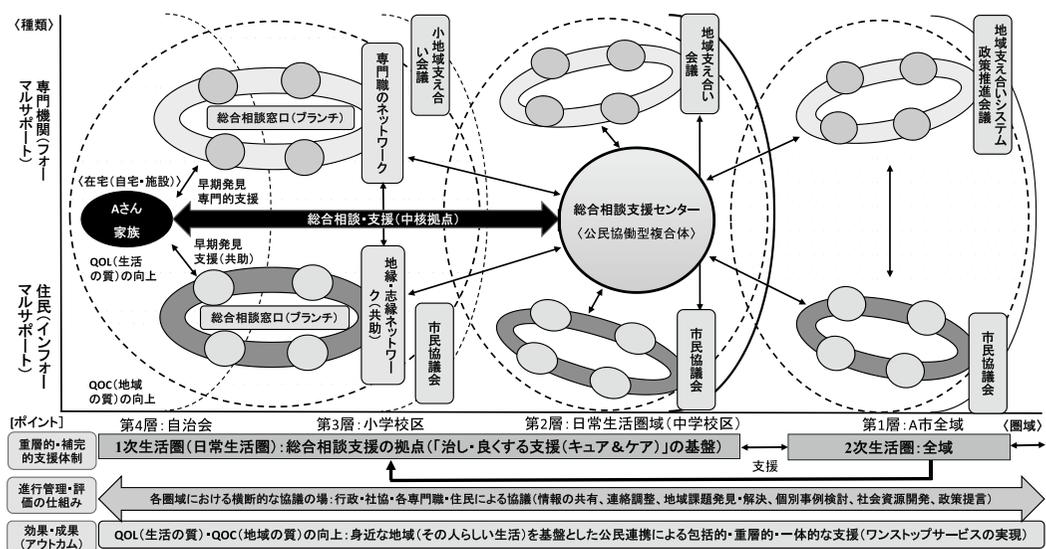


図3 A市における新しい総合相談支援システム—身近な地域における「総合相談支援センター（仮称）」を起点とした重層的・有機的な多職種・住民ネットワーク構築によるワンストップサービスの実現—

出所：A市社会福祉協議会資料を一部加筆修正

(4) 総合相談支援センターの体制と機能

A市における新しい総合相談支援センター（仮称）の体制と機能の詳細は、図4の通りである。総合相談支援センターには、日常生活圏（中学校区レベル）において、誰もが安心して相談できる地域の中核拠点としての役割を担うことが期待される。主な機能として、①「中核機能」である総合相談支援（アウトリーチ型）、②多様な人と地域をつなぐ多世代交流・多機能型支援（キュア&ケア）の拠点である「周辺機能（各地域の実情に応じた整備）」という2つの機能がある。従来の相談窓口と比した主な特徴は、①分散している各種相談窓口の一元化（空間の統合化）、②公民協働（コンソーシアム・共同事業体）による多職種協働（機能の統合化・強化）、③地域の様々な情報の拠点（情報の統合化・共有化）である。

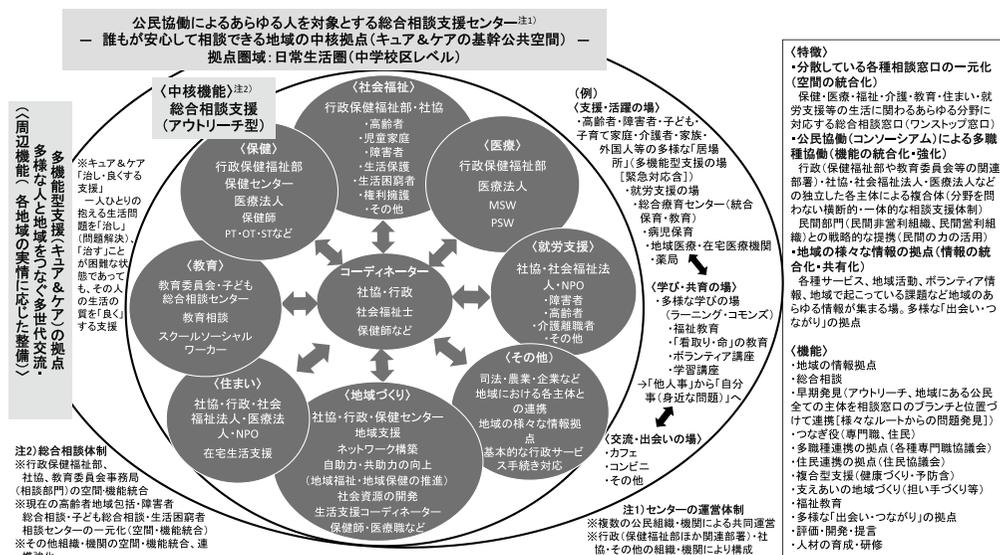


図 4 総合相談支援センター (仮称) の体制と機能
 出所: A 市社会福祉協議会資料

4. A 市の各日常生活圏における新しい保健福祉総合相談支援体制—H 地区 (モデル地区) を事例として—

(1) H 地区をモデル地区に選定した背景

A 市の保健福祉に係る相談支援体制について現在の 6 日常生活圏域 (B 圏域～G 圏域) の地域診断を行ったところ、E 圏域内の H 地区 (7 地区で構成) が、他の地区と比較して相談支援の「弱点・狭間」となっていることが示されたため、まずは、H 地区をモデル地区に選定し、H 地区における総合相談支援体制のあり方を検討することとなった。上述したように、A 市では現在、市内を 6 つの日常生活圏域に分けており、各日常生活圏域の人口は、以下の通りとなっている (2017 年 3 月末現在)。B 圏域が約 25,000 人 (5 地区で構成。小学校 5・中学校 0。高齢化率 27.3%)、C 圏域が約 22,000 人 (3 地区で構成。小学校 3・中学校 2。高齢化率 26.5%)、D 圏域が約 27,000 人 (4 地区で構成。小学校 4・中学校 2。高齢化率 27.6%)、E 圏域が約 42,000 人 (9 地区で構成。小学校 9 [内、私立 1]・中学校 4 [内、私立 1]。高齢化率 19.7%)、F 圏域が約 11,000 人 (5 地区で構成。小学校 4・中学校 1。高齢化率 27.6%)、G 圏域が約 15,000 人 (3 地区で構成。小学校 4 [内、分校 1]・中学校 2 [内、分校 1]。高齢化率 27.7%) であり、E 圏域の人口規模は他の 5 つの日常生活圏域と比して 1.6 倍～3.8 倍で最も大きく、A 市全体の人口の約 4 分の 1 を占めている状況にあった。また、各日常生活圏域における主な相談支援機関の配置状況をみると、例えば、

A市全域を担当する市直営の1地域包括支援センターを除いた5つの地域包括支援センター（委託型）は、B・C・D・Gの4つの日常生活圏域にそれぞれ1センター配置されているが、E圏域に関しては、E圏域およびF圏域を一括して担当区域とする1センターがF圏域側に設置されている。さらには、他の圏域と比してE圏域では、障害者総合相談支援センターや子育て・高齢者福祉施設等の福祉施設が整備されていない等、保健福祉に係る相談支援体制の「弱点・狭間」となっていることが明らかとなった。今後、A市における総合相談支援の仕組みを実現していくにあたり、E圏域における住民の利便性を高める対策やE圏域の人口規模の縮減・平準化を行う必要性が重点課題の一つとして抽出されたのである。そして、E圏域に焦点をあてて地域診断を行い、特に、全9地区から構成されるE圏域において、総称「H地区」といわれる地区（7つの地区の総称。人口約34,500人、約12,600世帯、高齢化率16.6%）が相対的に相談支援の「弱点・狭間」となっていることが明らかとなり、その検討が求められた。他方、A市では、上述したように2015年以降、「全世代・全対象型」地域包括ケアシステムの具体化に向けた検討が行政内で進められていった。特に、市が保有する公共施設の老朽化等の問題や利用需要の変化、厳しい財政状況等を背景に2013年度以降、全ての公共施設を対象とした最適配置の実現に向けた「公共施設マネジメント」が本格的に推進され、その中で、H地区における既存の公共施設の効率的・効果的な活用のあり方が模索されていた。それらの複合的な背景をふまえ、検討委員会において、H地区をモデル地区に選定し、H地区における新しい保健福祉総合相談支援体制について検討がなされた。

(2) H地区の現状

1) 人口構成

H地区は7つの地区（I・J・K・L・M・N・O地区とする）によって構成されており、各地区の人口構成は以下の通りである（2017年3月末現在）。I地区は約2,400人・約1,000世帯（高齢化率31.3%）、J地区は約4,300人・1,500世帯（高齢化率21.9%）、K地区は約6,500人・2,300世帯（高齢化率20.9%）、L地区は約8,300人・2,900世帯（高齢化率15.8%）、M地区は約3,100人・約1,100世帯（高齢化率17.4%）、N地区は約6,100人・2,100世帯（高齢化率6.6%）、O地区は約3,700人・1,400世帯（高齢化率10.8%）。H地区の人口は約34,500人・12,600世帯であり、A市全体人口の約5分の1を占めている。15歳未満人口は約6,300人（A市全体の32.3%）、5歳未満の人口は約1,900人（A市全体の32.3%）。H

地区の 65 歳以上人口は約 5,700 人 (A 市全体の 16.0%。高齢化率 16.6%)、75 歳以上人口は約 1,900 人 (A 市全体の 11.2%。75 歳以上人口率 5.5%) であり、A 市全体の高齢化率と比べると低い状況であるが、55 歳から 64 歳人口は約 3,700 人 (A 市全体の 22.4%) となっており、今後 10 年以内に高齢化率は高くなることが見込まれている。また、H 地区の外国人住民数は約 600 人であり、A 市全体の外国人住民数 (約 3,000 人) の 19.9% となっている (2015 年 3 月末現在)。

2) 主な公共施設の状況

A 市の保健福祉部による地域診断において、H 地区は他の地区と比較して、「子育てや高齢者福祉施設、その他福祉施設、文化観光、スポーツ施設がない」状況にあり、特徴として、50m 以上の高低差の坂が多い、移動支援が必要となる地区であることが示されている (2016 年 3 月末現在)。例えば、上述したように H 地区には、地域包括支援センターや障害者総合相談支援センターが圏内に配置されておらず、保健福祉に係る相談支援の弱点・狭間の地区となっていた。H 地区における主な公共施設として、地区市民センター 1、公民館 1 (地区市民センターに併設)、小学校 6、中学校 2、公立幼稚園 2・私立幼稚園 1、私立保育所 2、病児保育機関 1 (民間医療機関委託)、指定管理施設 3—生涯学習・文化活動施設 1、生涯学習・文化・スポーツ活動・子育て支援複合型施設 1 (市が運営する子育て支援センターを併設)、生涯学習・文化・スポーツ活動施設 1—、コミュニティセンター 1、民間医療機関 (病院・診療所) 14 などが設置されている。

3) インフォーマルな支援 (共助) の状況

インフォーマルな支援として、地区社会福祉協議会 (6 地区の内、J・K・L の 3 地区に設置済。2017 年 3 月末現在)、民生・児童委員 (I 地区 4 人、J 地区 6 人、K 地区 9 人、L 地区 7 人、M 地区 5 人、N 地区 8 人、O 地区 3 人。主任児童委員は各地区にそれぞれ 1 名ずつ計 6 人。2013 年 12 月 1 日現在)、健康推進委員 (I 地区 2 人、J 地区 0 人、K 地区 3 人、L 地区 5 人、M 地区 2 人、N 地区 4 人。2015 年 4 月 1 日現在)、社会福祉協議会ボランティアセンター登録の 18 団体、A 市市民活動支援センター登録の 20 団体などがあげられる (2016 年 1 月末現在)。住民による地域活動の現状をみると、各主体の連携が十分でない状況にあり、今後、地域内における各住民活動の連携を促進していくことが課題となっていることが、社会福祉協議会ワーキングチームによる検討で示されている。

(3) H地区における新しい総合相談支援体制—基幹総合相談支援センター「H地区総合相談支援センター」と3つのブランチ型総合相談窓口エリアによるワンストップサービスの実現—

検討委員会及び社会福祉協議会ワーキングチームでの検討を経てまとめられた、H地区における新しい総合相談支援の基本的な仕組みおよび相談支援体制は、図5、図6の通りである。具体的には、①H地区の中心部を「総合相談支援の中核拠点エリア」に設定し、総合相談支援の中核拠点である「総合相談支援センター（仮称）」の整備（既存の公共施設を活用）、②H地区全域をカバーするために、周辺地区となる3つの地域を「ブランチ型総合相談窓口エリア」に設定し、既存の公共施設を有効活用したブランチ・サテライト型の総合相談窓口を設置、③各小学校区において、既存の公共施設や保健・医療・福祉等の民間施設（例えば、社会福祉法人施設、医療法人施設、公民館等）を活用するブランチ方式で総合相談窓口を設置する、ことにより重層的な総合相談支援の仕組みを構築し、ワンストップサービスの実現を図ることとした。中核拠点である「総合相談支援センター」の機能・役割は以下の4つである。①基幹総合相談窓口（アウトリーチ型）、②行政サービス手続き対応窓口（地区市民センター機能）、③多世代交流・多機能型支援拠点、④地域づくり（地域保健・地域福祉の推進）の拠点。

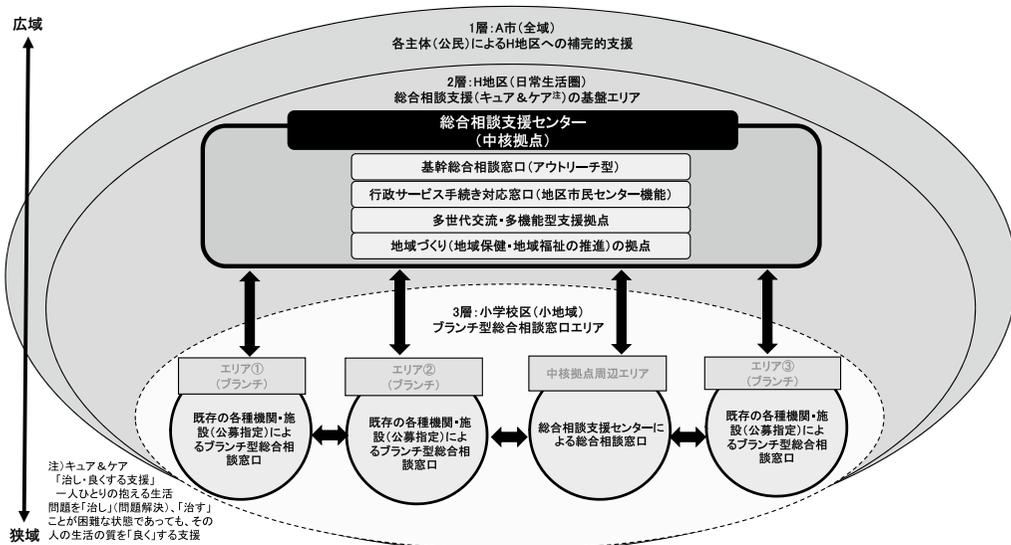


図5 H地区（7地区より構成）における総合相談支援の基本的な仕組み—中核拠点「総合相談支援センター」と3つのブランチ型総合相談窓口エリア—
出所：A市社会福祉協議会資料を一部加筆修正

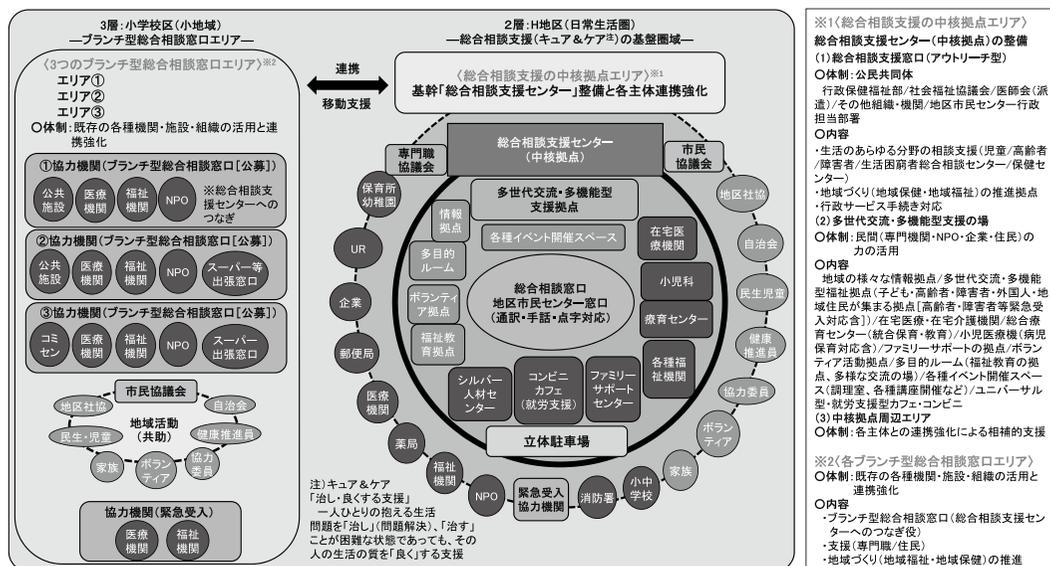


図 6 H 地区（7 地区より構成）における総合相談支援体制—基幹総合相談支援センターと3つのランチ型総合相談窓口エリアによるワンストップサービスの実現—
出所：A 市社会福祉協議会資料を一部加筆修正

V. 考察

以上の A 市における包括的な相談支援体制の構築に向けた取り組みから、以下のような特徴があげられる。

1. 圏域に応じた相談支援の体系化

第 1 の特徴は、圏域に応じた相談支援の体系化を図っていることである。A 市では図 3 で示しているように、検討委員会での検討を通して、圏域を第 1 層（A 市全域）、第 2 層（日常生活圏域：中学校区）、第 3 層（小学校区）、第 4 層（自治会）に区分し、第 2 層から第 4 層を「1 次生活圏（日常生活圏）」（「ケア&ケア（治し・良くする支援）」の基盤圏域）に、第 1 層を「2 次生活圏（全域）」、広域を「3 次生活圏（広域）」として設定している。そして、「1 次生活圏（日常生活圏）」において、「総合相談支援センター」（アウトリーチ型支援）を基幹とした「全世代・全対象型」の総合相談支援体制を整備し、必要に応じて「2 次生活圏（全域）」や「3 次生活圏（広域）」が補完的に支援するという重層的な体制を取り入れている。原田正樹氏が、地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制の構築における重要課題の一つとして「相談支援の構造化」（原田 2017:42）を示しており、その点でいえば、

A市では「1次生活圏（日常生活圏）」を基盤に、「2次生活圏（全域）」、「3次生活圏（広域）」との相補的關係による「相談支援の構造化」を図ったといえる。また、先行研究において、①市町村における包括的な支援体制の構築に向けて、「住民に身近な圏域での『丸ごと』受け止める場」（厚生労働省・地域力強化検討会 2017）の必要性、②総合相談の展開における構成要素として、「本人の生活の場を拠点とした援助の展開（アウトリーチの実践）」が重要であること（岩間 2016）が提起されている。その点でいえば、A市では、①各種公共機関・施設、社会福祉法人や医療法人等の民間の各専門機関・施設、各種住民協議会等の保健福祉分野に限定しない既存の社会資源を活用したサテライト・ブランチ方式を取り入れることにより、「住民に身近な圏域での『丸ごと』受け止める場」を整備し、②住民に身近な地域である「1次生活圏（日常生活圏）」を基盤に、「総合相談支援センター」（アウトリーチ型支援）を起点とした重層的な多職種・住民の連携による包括的な相談支援体制の実現を目指しているといえる。

2. A市一律の画一的な整備ではなく各地域の実情に応じた最適な総合相談支援体制の構築

第2の特徴は、A市では、全域一律の画一的な総合相談支援体制を構築するのではなく、検討委員会が提案した「A市における総合相談支援の基本的な考え方」（図2、図3、図4）をベースに、各地域の実情や特性に応じた最適な総合相談支援体制を構築していく方法を採用したことである。つまり、A市全域を「森」に、A市を構成する各地域を「木」に例えると、「森」を一律に整備するのではなく、それぞれの「木」に焦点をあて、それぞれの「木」の特性に応じて最適な総合相談支援の仕組みを整備していくという地域づくりを目指したといえる。なぜなら、各地域の特性や社会資源の状況は様々であり、A市全域に画一的な体制を整備するだけでは、それぞれの地域の特性に応じられないからである。例えば、必要とされる機関が既に地域内にあれば、新たに機関をつくる必要はなく、その機関が中核的な役割を担い、各主体との有機的な連携を構築して対応していくという方法も考えられる。地域包括ケア研究の第一人者である二木立氏が指摘しているように、「各地で実践されている地域包括ケアは多様であり、全国共通の『システム』はなく、実態は『ネットワーク』であること」「地域包括ケアシステムの実態がネットワークである以上、全国一律のモデルはないことになり」「誰が地域包括ケアシステムの中心を担うかは地域によって違う」のである（二木 2015：6-7）。また、先行研究において、①「地域包括ケア

システムにより医療・介護費用が低下することはない」こと（二木 2015:15-16）、②「地域・在宅ケアは入院・施設ケアに比べ安くはない」こと（二木 2001；二木 2015：185-188）が実証されており、さらには、政策的にも、③「厚生労働省は 1990 年代までは地域・在宅ケアを拡充すれば医療・介護費が抑制できるとの期待を持っていたようで」あり、「医療・介護の実態を知らない経済官庁や政治家にはまだ、地域包括ケアシステムで費用が抑制できるとの誤解・幻想が残って」いるが、厚生労働省は「21 世紀に入ってからはそのような主張はして」おらず、「厚生労働省の高官で、そのような発言をしている方は」いないこと（二木 2015：15-16）、「21 世紀に入ってから、日本の厚生労働省の担当者もこのこと〔地域・在宅ケアは入院・施設ケアに比べ安くはないこと—筆者〕を公式に認めるようにな」ったことが示されている（二木 2015：185）。また、地域包括ケアシステムのコストに関して、「地域包括ケア研究会」の 2016 年度報告書においても、地域包括ケアシステムの実現に向けて、「それぞれの地域におけるライフケアコストをどう考えるか、すなわち、介護や医療だけでなく、広く地域での生活を継続するために、必要な社会的なコストをどう考えるかという視点も必要である」と提起されている（地域包括ケア研究会 2017：6）。他方、上述したように、A 市では厳しい財政状況等を背景に公共施設マネジメントが進められている。先行研究の知見をふまえると、A 市における総合相談支援体制の構築に向けて、財政的制約にも焦点をあてながら、二木立氏が指摘しているように、「限られた資源（コスト）をもっとも有効に用いて最大の『効果』を引き出す」効率化の視点が不可欠であり、総合相談支援体制の構築にともなう費用（コスト）や費用効果について、金銭表示される「マネーコスト」に限定せず、社会コスト等の金銭表示されないコストの両方を含んだ総コストである「リアルコスト」で検証していくことが求められるといえる（二木 2014b）。さらには、今後、A 市における総合相談支援体制の構築を進めるための「財源の確保策」が課題の一つとしてあげられる（厚生労働省・地域力強化検討会 2017：29）。

3. 基幹総合相談支援センター（「総合相談支援センター」）における多職種連携・協働体制の構築

第 3 の特徴は、基幹総合相談支援センターである「総合相談支援センター（仮称）」において、多職種連携・協働体制を構築したことである。これまでの A 市における保健福祉相談支援体制は、分野別縦割り型で各種相談窓口が分散しており、利便性や各主体の連携の安定性、制度の狭間や複合的課題への迅速な対応という点が「弱み」であった。そこ

で、「総合相談支援センター」の体制として、以下の3つの統合化を図り、多職種連携による継続的・包括的な相談支援の実現を目指した(図4)。^①分散している各種相談支援窓口の一元化(空間の統合化)、^②公民協働(コンソーシアム・複合体)による多職種連携・協働(機能の統合化)、^③地域の様々な情報の統合化である。先行研究において、保健・医療・福祉分野における連携について、独立した各機関・施設間の連携が有効に機能している地域はごく一部の大都市部に限られていること(二木1998:1-46;二木2003)、大都市部を除けば、独立した各機関・施設間の連携よりも複合体の方が連携に関して圧倒的に有利であり(ただし、両者は対立するものではなく、実態としては、両者が競争的に共存している)、地域包括ケアについても同様であること(二木2014a:165-180;二木2015:1-21)が示されている。地域包括ケア研究会の2016年度報告書においても、今後のサービス提供のあり方として「各サービスの強みを活かした一体的提供の実現が必要」であると指摘した上で、今後の「サービス事業者の法人としての選択肢」として、^①「現状維持」、^②「法人規模の拡大」、^③「他事業者・法人との連携」、^④「経営統合」の4つを提示し、その内の^②、^③、^④の「いずれかの選択が地域ニーズに応える上でも、また法人の経営の持続性の観点からも不可欠である」と提起されている(地域包括ケア研究会2017:24-25)。先行研究の知見をふまえると、A市の総合相談支援体制は、民間部門(民間非営利組織、民間営利組織)の力の活用を重視し、まずは、社会福祉協議会、社会福祉法人、医療法人等の独立した各主体(民間非営利組織)の複合体化を図り、その複合体が総合相談支援の中核的な役割を担うとともに、あわせて、行政が民間部門との戦略的なネットワーク形成・強化を図ることにより、分野を問わない横断的・一体的な多職種連携の実現を目指す仕組みであるといえる。

また、先行研究において、地域共生社会を実現する上で、「ソーシャルワークの機能」の重要性が示されている(厚生労働省・地域力強化検討会2016;厚生労働省・地域力強化検討会2017;二木2017a:84-88;二木2017c)。例えば、「地域力強化検討会」が2017年9月に発表した「最終とりまとめ」では、「ソーシャルワークの5つの機能」(「中間とりまとめ」の再掲)として「制度横断的な知識」「アセスメント力」「支援計画の策定・評価」「関係者の連携・調整」「資源開発」が示され(厚生労働省・地域力強化検討会2017:16)、ソーシャルワーカーの役割が重視されている。その点でいえば、A市では、総合相談支援体制の構築に向けて、住民に身近な圏域でのソーシャルワーク機能を重視し、日常生活圏域(中学校区レベル)に整備される基幹総合相談支援センターである「総合相談支

援センター(仮称)」において、その中核的な役割を担う複数のコーディネーター(ソーシャルワーカー)を配置する体制を敷いている。具体的には、A市では従来、行政と社会福祉協議会が地域福祉政策・施策を一体的に推進してきた背景があり、さらには、今後、公民協働による切れ目のない包括的な相談支援を実現するために、行政と社会福祉協議会による共同運営体制とし、それぞれの社会福祉士・保健師等の多職種チームをコーディネーター(ソーシャルワーカー)として配置することが想定されている。なお、先行研究で指摘されているように、「多職種連携に当たっては、保健・医療・福祉に限らず、雇用・就労、住まい、司法、教育、産業などの分野にも広がりが見られていることに留意する必要がある」(厚生労働省・地域力強化検討会 2017:13)。さらには、今後、「新しい地域包括支援体制を担う人材の育成・確保」に向けた教育・研修プログラムの開発が求められる(厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015; 二木 2017a:56-66)。

4. 幅広い多様な住民参加による支えあいの地域づくり(共助の仕組み)の促進・充実に 向けた支援体制の構築

第4の特徴は、幅広い多様な住民参加による支えあいの地域づくり(共助の仕組み)を促進・充実していくための支援体制を構築したことである。具体的には、「総合相談支援センター(仮称)」において、「中核機能」である「総合相談支援(アウトリーチ型)」の機能に加えて、「周辺機能」(内容については各地域の実情に応じて整備)として、「多様な人と地域をつなぐ多世代交流・多機能型支援(キュア&ケア)の拠点」(①「支援・活躍の場」、②「学び・共育の場」、③「交流・出会いの場」)の機能を整備することにより、専門職や住民の多様な「出会い・つながり」を生み出し、それらの「出会い・つながり」を通じて地域課題や地域づくりに対する「他人事」の意識を「自分事(身近な問題)」に変えていき、結果として、民生・児童委員や健康推進委員等の限られたボランティアによる共助だけではなく、その他の幅広い多様な住民参加による重層的な支援(共助)の仕組みを育み、構築することを目指している(図4)。また、A市では2002年度以降、地域福祉計画(地域福祉活動計画と一体的策定)の策定・推進を活用することにより、包括的な支援体制の構築を目指すとともに、多様な住民参加による共助の仕組みづくりを進めている。A市における地域福祉計画は(第1期計画[2004～2008年度]、第2期計画[2009～2013年度]、第3期計画[2014～2018年度])、理念的には「総合計画」に次ぐ他分野

を総合化する計画（他分野計画の上位計画）として位置づけられ、計画内容では、福祉、保健・医療、教育、まちづくり、防災等の狭義の福祉分野に限定されない様々な分野を取り扱っている。具体的には、住民・行政・社会福祉協議会の三者協働による一体的な計画策定・推進体制のもと、地域福祉計画に係る全てを「市民会議」で協議する仕組みを取り入れ、そこでの協議を通して共助の仕組みづくりが進められている。先行研究において、①市町村が包括的な支援体制を構築するにあたり、「他人事を『我が事』に変えていくような働きかけをする機能」（『我が事』の地域づくり）が重要であること（厚生労働省・地域力強化検討会 2016：8-10；厚生労働省・地域力強化検討会 2017：11-15）、②地域包括ケアシステムの実現（地域共生社会の実現）に向けて、「地域全体で課題解決を図る『地域マネジメント』における『場』」が重要であり、地域における多種多様な「場」を通して行政と地域・住民が「課題・目標・取組の共有」を進めていくことの必要性（地域包括ケア研究会 2017：28-30；二木 2017b）が示されており、その点からみると、A市の「総合相談支援センター（仮称）」における「周辺機能」（「多様な人と地域をつなぐ多世代交流・多機能型支援（キュア&ケア）の拠点」）や地域福祉計画における協議の場である「市民会議」には、それらの中核的な役割を果たしていくことが求められているといえる。今後、『我が事』の地域づくりに向けた福祉教育プログラムの開発（全国社会福祉協議会・社会的包摂にむけた福祉教育のあり方研究会 2014；原田 2014：201-220）、「地域福祉計画による他計画の総合化」の実現・具体化（永田 2017）が課題としてあげられる。

VI. おわりに

本稿では、地域共生社会の実現に向けた新しい地域包括支援の仕組みのあり方を検討するための知見を得ることを目的に、A市が2015年度より取り組んでいる「全世代・全対象型地域包括支援」の仕組みづくりを事例としてとりあげ（調査期間は2015年10月～2017年3月）、特に、包括的な相談支援体制の構築に焦点をあてて検討した。その結果、以下の4つの特徴が示された。①圏域に応じた相談支援の体系化、②A市一律の画一的な整備ではなく各地域の実情に応じた最適な総合相談支援体制の構築、③基幹総合相談支援センター（「総合相談支援センター（仮称）」）における多職種連携・協働体制の構築、④幅広い多様な住民参加による支えあいの地域づくり（共助の仕組み）の促進・充実に向けた支援体制の構築。

今後の課題として、調査対象が一自治体に限られており、他の自治体との比較検討を進

めていくことが求められる。また、本研究では、検討委員会および社会福祉協議会ワーキングチームによって検討された内容（行政・市長に2016年5月に提出された「A市保健福祉総合相談支援に関する提案書」）を対象に検証しているため、今回明らかにしたのは、A市における「全世代・全対象型地域包括支援」の仕組みの構築に向けた「構想」レベルでの分析によるものである。A市では2016年度より、その「構想(提案書)」をもとに、「全世代・全対象型地域包括支援」の仕組みの具体化が図られている。今後、さらなる検証が必要である。

文 献

- 地域包括ケア研究会・地域包括ケア地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書（2017）『地域包括ケア研究会報告書（2016年度）—2040年に向けた挑戦』三菱UFJリサーチ&コンサルティング。
- 原田正樹（2014）『地域福祉の基盤づくり』中央法規。
- 原田正樹（2017）「地域共生社会の実現に向けて」『月刊福祉』100（2）,42-47.
- 長谷中崇志（2011）「地域福祉計画策定における住民参加の方法—参加と協働を重視したA市の事例から」『名古屋柳城短期大学研究紀要』33, 97-105.
- 長谷中崇志（2012）「地域福祉計画推進における住民参加の効果—『市民会議』を基盤としたA市の事例から」『名古屋柳城短期大学研究紀要』34,105-114.
- 岩間伸之（2016）「地域のニーズを地域で支える—総合相談の展開とアウトリーチ」『月刊福祉』99（9）,22-27.
- 厚生労働省（2016）『厚生労働白書（2016年版）』ぎょうせい。
- 厚生労働省（2017）「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」。
- 厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム（2015）『誰もが支えあう地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン』。
- 厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム（2017）「概要説明資料（資料1）」。

厚生労働省・地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会（地域力強化検討会）（2016）『中間とりまとめ—従来の福祉の地平を超えた、次のステージへ』。

厚生労働省・地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会（地域力強化検討会）（2017）『最終とりまとめ—地域共生社会の実現に向けた新しいステージへ』。

厚生労働省・「わが事・丸ごと」地域共生社会実現本部（2016）『地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現』。

厚生労働省・「わが事・丸ごと」地域共生社会実現本部（2017）『「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）』。

永田祐（2013）『住民と創る地域包括ケアシステム—名張式自治とケアをつなぐ総合相談の展開』 ミネルヴァ書房。

永田祐（2016）「名張市の地域包括ケアシステムと地域づくり—『地域福祉教育総合支援システム』への挑戦」『月刊福祉』99（8）,26-31.

永田祐（2017）「地域福祉計画による多計画の総合化—包括的な支援体制の構築に焦点を当てて」『月刊福祉』100（9）,30-35.

二木立（1998）『保健・医療・福祉複合体—全国調査と将来予測』医学書院。

二木立（2001）「わが国の高齢者ケア費用—神話と真実」『月刊保険診療』56（6）,61-67.

二木立（2003）「医療・福祉の連携か複合化か—両社の対立は無意味、真理は中間にある」『Gerontology』14（3）,240-244.

二木立（2014a）『TPPと医療の産業化』勁草書房。

二木立（2014b）「リハビリテーション科医に必要な医療経済・政策学の視点と基礎知識—効果的・効率的で公平なりハビリテーションのために」『文化連情報』436,16-24.

二木立（2015）『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房。

二木立（2016a）「地域包括ケアシステムから『全世代・全対象型地域包括支援』へ」『文化連情報』457,16-22.

二木立（2016b）「地域包括ケアシステムと地域医療構想—医療経済・政策学の視点から」『公衆衛生』80（8）562-566.

二木立（2017a）『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房。

二木立（2017b）「地域包括ケア研究会2016年度報告書をどう読むか？」『文化連情報』

473,10-13.

二木立 (2017c) 「『地域力強化検討会最終とりまとめ』を複眼的に読む」『文化連情報』
475,14-19.

日本総合研究所 (2014) 『地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究事業報告書
地域包括ケアシステム事例集—一できること探しの素材集』.

大橋謙策 (2002) 「21 世紀型トータルケアシステムの創造と地域福祉」大橋謙策・野川と
も江・宮城孝編『21 世紀型トータルケアシステムの創造—遠野ハートフルプランの展開』
万葉舎,11-66.

大橋謙策・白澤政和編 (2014) 『地域包括ケアの実践と展望—先進的地域の取り組みから
学ぶ』中央法規.

首相官邸 (2016.6.2 閣議決定) 『ニッポン一億総活躍プラン』.

全国社会福祉協議会 (2017a) 『多機関の協働による包括的相談支援体制に関する実践事例
集 (2016 年度) — 「わが事・丸ごと」の地域づくりにむけて』.

全国社会福祉協議会 (2017b) 「地域で育む新しいかたちの支援」『月刊福祉』100 (2),10-41.

全国社会福祉協議会・社会的包摂にむけた福祉教育のあり方研究会 (2014) 『社会的包摂
にむけた福祉教育—実践に向けた福祉教育プログラムの提案』.

A Case Study on the Construction of an Integrated Community Care System for the Community-based Diverse Society

Hasenaka, Takashi*

Takase, Shinji*

本稿では、地域共生社会の実現に向けた新しい地域包括支援の仕組みのあり方を検討するための知見を得ることを目的に、A市が社会福祉協議会と協働で2015年度より取り組んでいる「全世代・全対象型地域包括支援」の仕組みづくりを事例としてとりあげ（調査期間は2015年10月～2017年3月）、特に、包括的な相談支援体制の構築に焦点をあてて検討した。その結果、以下の4つの特徴が示された。①圏域に応じた相談支援の体系化、②A市一律の画一的な整備ではなく各地域の実情に応じた最適な総合相談支援体制の構築、③基幹総合相談支援センター（「総合相談支援センター（仮称）」）における多職種連携・協働体制の構築、④幅広い多様な住民参加による支えあいの地域づくり（共助の仕組み）の促進・充実に向けた支援体制の構築。なお、今回明らかにしたのは、A市における「全世代・全対象型地域包括支援」の仕組みの構築に向けた「構想（提案書）」レベルでの分析によるものである。A市では2016年度より、その「構想（提案書）」をもとに、「全世代・全対象型地域包括支援」の仕組みの具体化が図られている。今後、さらなる検証が求められる。

キーワード：地域共生社会,地域包括ケアシステム,全世代・全対象型地域包括支援（新しい地域包括支援体制）,包括的な相談支援体制,公民協働