

構想をもつなど、中学校区を地域福祉および介護保険の施策展開の基本としている。現在、地域福祉計画によって構想された同センターを地域包括支援センターのブランチと位置付けながら、コミュニティソーシャルワーカー及び保健婦)の配置が進められている。

なお、この構想については、平成 20 年度を目標年度としていることから、現時点での早急な評価は望ましくないが、①CSW の視点と、②介護保険の視点の両者について、課題が把握された。

具体的には、①については、コミュニティソーシャルワーカーの業務は「中学校区コミュニティづくり推進委員会」の組織化が中心となる一方、「総合相談」の実績が必ずしも高くない状況にあり、一般的には、コミュニティワークの視点からの評価の方がなじみやすい状況であることが指摘できる。

また、②については、これまで体制作りを進めてきた在宅介護支援センターが「地域包括ケアシステム構想」に位置付けられていない一方、「地域保健福祉センター」での相談対応およびセンターと各関係機関との連携の仕組みが確立していないため、必ずしも期待される相談対応の役割が果たせていないことである。

なお、こういった状況の背景としては、各計画において記載されているコミュニティソーシャルワーカーに期待する役割のズレが関わっているのではないかと推測された。

D. 結論

浦添市の事例研究からは、コミュニティソーシャルワーカーの配置システムの評価基準および事例研究の分析・評価の枠組みについていくつかの課題が明らかになった。具体的には、今回の分析枠組みは、コミュニティソーシャルワーカーの配置の視点から組み立てられたものであるため、実際にコミュニティソーシャルワーカーが果たしている機能についての把握が十分に行えない。そのため、実際の相談受付件数、常時連携が可能な機関・団体の状況等について、さらに補強が必要である。

また、文献研究および浦添市の事例を通してみると、各自治体の構想としては、地域包括支援センターと CSW の中核的实施機関とを同一視するものも存在することが把握された。しかし、一般的に CSW として期待されている機能が実現するためには、少なくともコミュニティソーシャルワーカーとしての専門職の配置が必要であり、また一人のワーカーの配置だけでは実現できないことも明らかである。また、そもそも CSW として期待されている効果と、介護保険制度の円滑な実施にむけて地域包括支援センターに求められる

機能との間には、必ずしも一致しない部分があると考えられるため、両者の関係について十分に整理し、関係者の中で合意されたうえで、導入される必要がある。そのため、今後の研究課題としては、地域包括支援センターとは別にコミュニティソーシャルワーカーを配置している豊中市の事例や、行政直営で複数の総合相談・支援センターを開設し、その中に地域包括支援センターの機能もコミュニティソーシャルワークの機能も含ませている茅野市の事例などについてさらに検討することが必要である。

第4章 圏域設定をめぐる介護行政と地域福祉行政の連携

目次

はじめに

- 4-1 日常生活圏域の設定と地域福祉の関係
- 4-2 コミュニティソーシャルワークへの注目と研究課題
- 4-3 事例研究：浦添市

はじめに

本研究は、自治体の事例研究を通して、地域福祉計画との連動による、「日常生活圏域」を活かした総合的な地域介護システムの構築のあり方について、特にコミュニティソーシャルワーカーの配置に注目しながら、有効なモデルを見出すことを目的とする。

本年度は、事例研究の枠組み設計を主な目的とし、コミュニティソーシャルワーク（以下、CSW）に関する文献研究、コミュニティソーシャルワーカー配置自治体の訪問調査等を行う。

(1) 文献研究

はじめに、CSWの定義付け等を行っている文献からCSWに期待されている機能を明らかにする。また、コミュニティソーシャルワーカーの配置を実施・検討している自治体の事例から、コミュニティソーシャルワーカー配置のシステム設計を考察する際のポイントを抽出する。それをもとに、事例の分析・評価枠組みの設計を行う。（特に介護保険制度のシステムとの関連に注目する。）

(2) 訪問調査

分析・評価枠組みをもとに、コミュニティソーシャルワーカー配置自治体へのヒアリング調査を行う。

①コミュニティソーシャルワークの視点と②介護保険の視点の2つの視点から事例の評価を行うとともに、研究枠組み自体の補強を行う。

4-1 日常生活圏域の設定と地域福祉の関係

1) 圏域設定の考え方

(1) 「日常生活圏域」の制度化と地域包括支援センターによる圏域マネジメントへの期待

2006年の介護保険改正により、あらたな政策概念として「日常生活圏域」が介護保険に導入された。国の政策としての「日常生活圏域」は、地域密着型サービスの整備に伴うものであり、地域包括支援センターの担当エリアとの整合性については触れられているが、それ以上の意味づけはされていない。

しかし、自治体の政策との関連で言えば、これまでも自治体ごとに様々な圏域が設定されてきた。例えば、①公民館・自治会等をはじめとするコミュニティ政策、②老人保健福祉法による中学校区ごとのデイサービスセンターの整備、③個別相談の機能をもつ在宅介護支援センターの整備などがあげられる。また社会地区社会福祉協議会などの地域福祉活動のエリアも、自治体における圏域のひとつといえる。

「日常生活圏域」登場によって、これらの自治体における圏域（エリア）間の関係はさらに複雑になったと考えられるが、これらの複数の圏域がまったく別々のものとして設定され、運用されるのではなく、「地域介護システム」として一定の体系性をもって、一体的に運用されることが望ましいのは言うまでもない。さらに、地域包括支援センターの制度化では、地域包括支援センターの社会福祉士が、地域の各機関・団体と連携し、多面的・制度横断的な支援を展開することが期待されており、いわゆる介護保険行政として進めてきたケアマネジメント等の領域と、地域福祉行政としてその支援を進めてきた住民による地域福祉活動の領域とが、現在「日常生活圏域」及び地域包括支援センターというステージにおいて、融合を図ることが期待されている。

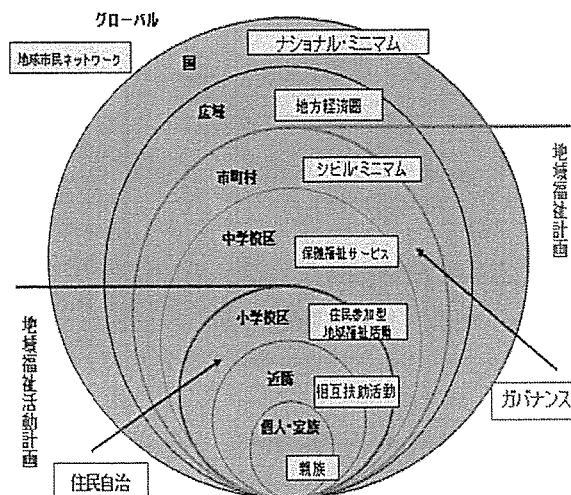
なお、この住民活動との連携も視野に入れた「地域介護システム」の構築については、介護保険の論理だけで進められるべきものではなく、地域福祉の視点・考え方をもち、地域福祉計画等との整合性をとることによって、進められるべきものであると考える。これまで介護保険においては、中学校区・市町村・広域の各エリア・レベルを考慮しての計画策定が行われてきたが、小学校区や町内会などさらに小さなエリアへの視点は十分であったとはいえない。それに対し、地域福祉計画は、それらすべてのエリアを視野にいれて計画策定が行われるものであるからである。

(2) 地域福祉の視点からの圏域設定

ここでは、地域福祉の視点からの圏域の設定と、それぞれの圏域が抱える問題・活動の整理を提示しておきたい。

地域福祉計画の地域戦略への構想は、1環（個人・家族・親族網）から始まり、2環（近隣）、3環（小学校区）、4環（中学校区）、5環（市町村）、6環（広域）、7環（国）、8環（グローバル）までの8層で構成される。

図4-1 地域福祉計画の地域戦略—コミュニティとネットワーク（野口定久作成）



この8層の空間とネットワークは、3つのコミュニティに大別することができる。第1のコミュニティ・グループは、1環から3環までで、主として地域福祉活動計画の守備範囲に属することになる。この領域は、住民自治活動が展開されることになる。第2のグループは、4環の中学校区と5環の市町村のエリアに位置し、そこでは地域福祉計画の守備範囲である。中学校区では、主として地域包括支援センターや介護予防事業、保健福祉のワンストップ・サービス相談等が展開される。市町村のエリアでは、合併自治体も含めて、市町村全域の政策スタンダードの制度設計やシビルミニマムの水準化といったローカル・ガバナンスが展開される。6環の広域は、都道府県の域内で、特に地域福祉支援計画の守備範囲となる。

一方、地域福祉の視点から圏域の設定について考える際には、いわゆる「平成の大合併」による市町村合併を踏まえることが不可欠である。旧合併特例法に基づく1999年4月から2006年3月までの市町村合併の結果、全国の市町村数は1821となり、約4割が減少したことになる。なかでも、今回の大合併によって町村部が大幅に減少した。このような状況において合併を考慮しての地域福祉計画のエリアレベルは、3つに分かれると考えることができる。合併・広域と旧市町村、そして生活圏の3つである。

合併・広域エリアの地域福祉計画は主として①合併域内の財政安定化の政策を打ち出す、②旧市町村間の公共料金及び福祉サービス等の格差を是正し妥当なスタンダードを設定する、③保健・医療・福祉専門職の雇用計画を打ち出す、といったことが目標に掲げられる。旧市町村エリアでは、主として①NPOやボランティア等の新しい住民活動の育成、②多様な福祉サービス供給体の育成とその調整を図ること、③そして地域包括支援センターを中心に、コミュニティ・ソーシャルワーカー（社会福祉士）の配置を計画的に進めることなどが想定できる。第3のエリアとして注目すべきは生活圏のエリアである。自治体合併の背景には歳出削減という政策的意図が見え隠れしている。したがって旧市町村からの公務員の引き上げ、既存施設（小学校等）の統廃合、公共料金の低位水準化といった施策がとられることになりがちである。そうすると他方で地区や集落の福祉水準にどうしても格差やばらつきの状況が顕著になってくるおそれがある。地区間格差の是正には、公平性の原理が求められる。そのためには、地区や集落の生活圏の福祉水準や生活機能を維持する必要がある。それは、主として地域福祉活動計画が担い、地区や集落の「豊かなソーシャル・キャピタルの形成」、「小学校区ごとに地域密着型サービスの設置」、「近隣の支えあい活動等の小地域ケアサポートシステムの構築」などの住民自治活動の組織化が目標となる。それらの事業は、合併後の社会福祉協議会の支部社協が担うという戦略をもつことが重要である。

表4-1 地域福祉計画の圏域と課題

3つのコミュニティと計画	合併エリア	8層	計画の課題
第1のコミュニティ・グループ 地域福祉活動計画	生活圏の エリア	1環（個人・家族・親族網） 2環（近隣） 3環（小学校：区）	住民自治活動の組織化
第2のコミュニティ・グループ 地域福祉計画 (高齢者保健福祉計画 ・介護保険事業計画等)	旧市町村 のエリア	4環（中学校区）	NPO等の新しい住民活動の育成 多様なサービス供給体の育成と調整 地域包括支援センター、介護予防事業、 保健福祉のワンストップ・サービス相談
	合併の エリア	5環（市町村）	市町村全域の政策スタンダードの制度 設計、シビルミニマムの水準化 合併域内の財政安定化政策 旧市町村間の福祉サービス等の格差是 正・スタンダードの設定
第3のコミュニティ・グループ 地域福祉支援計画	広域の エリア	6環（広域／都道府県）	保健・医療・福祉専門職の雇用計画

2) 日常生活圏域設定の全国動向

(1) アンケート調査の結果概要

一方、本研究プロジェクトで実施したアンケート調査からは、介護保険の「日常生活圏域」の設定に関しては、圏域の平均人口が約4万であることなどからわかるように中学校区での設定が基本となっているが、住民活動の単位を考慮した自治体や、地域活動の活性化を期待する自治体も一定程度存在ことが把握された。このことから、日常生活圏域と中学校区単位でのCSWを中核とした地域介護システムの構築を関係づけることは、ある程度可能であると考えられる。

(2) 日常生活圏域の設定の全国動向と特徴

今回の調査からは、地域福祉計画のエリアを重視して日常生活圏域を設定した自治体は1割弱、住民活動の活動単位を重視した自治体については30.2%にとどまっていることが把握された。一方、中学校区・行政区などの住民活動のエリアと比較的整合性をもちやすい単位を重視して設定されている自治体については、約8割に上っていた。そのため、CSWの導入の際に重要となる住民活動のエリアとの整合性をとりつつ、システム構築をしていくことが可能な自治体が、一定程度存在すると考えられる。

また、日常生活圏域の設定に期待する施策効果については、全体としては、地域密着型サービスの公平な資源配置を重視している割合(58.7%)が最も高いという結果であり、次いで介護行政の地域的な拠点づくり(54.0%)、圏域(地域)の状況把握(50.8%)となっている。また、住民協働による地域活動の活性化を期待している割合は、人口6万人未満の自治体で31.3%、6万人以上の自治体で36.2%と若干ではあるものの人口の多い自治体において特に地域福祉との連動が意識されている状況にあるといえ、今後、大規模自治体において、それらの効果が期待できる圏域設定が行いえるのかどうかについて検証が必要と考える。

また、地域包括支援センターと日常生活圏域のエリア設定に関しては、エリア設定がずれている自治体は少なく、1つの地域包括支援センターのエリアの中に1つもしくは複数の日常生活圏域が設定されている、または1つの日常生活圏域の中に複数の地域包括支援センターが設置されているというパターンが多数を占めていることが把握された。このことから、両者が関係をもって施策展開をすることが可能な自治体が多いと推測される。

(3) アンケート調査 結果

■調査概要

アンケート調査は、平成19年1月22日に実施した「第2回地域で育む地域密着型サービス推進セミナー」に参加した86保険者を対象として、電子メールにより調査票を配布・回収したものである。配布数は86、回収数は64(回収率76.2%)、有効票63(有効回答率98.4%)である。保険者属性、保険者の人口分布は以下の通りである。

表1 回収数等

配布数	回収数	有効票	無効票
86	64(76.2%)	63(98.4%)	1

表2 保険者属性の単純平均

人口	面積	高齢者数	認定者数	保険料	日常生活圏域数	地域包括設置数
296,699	560	53,921	8,716	3,920	9	6

表3 保険者の人口分布

5万未満	5万以上～ 10万未満	10万以上～ 20万未満	20万以上～ 40万未満	40万以上～ 70万未満	70万以上	合計
13	13	13	14	6	4	63
20.6%	20.6%	20.6%	22.2%	9.5%	6.3%	100.0%

■調査結果

①日常生活圏域の設定基準

日常生活圏域を設定した基準は、1 位. 学校区・行政区(79.4%)、2 位. 既存資源の配置・調整(71.4%)、3 位. 人口・面積の均等性(46.0%)である。人口規模別、3 群別(地域福祉計画のエリアを重視、認知症ケアを重視している、その他)にみても、圏域を設定した基準に大きな差はみられない。概ね国が示したガイドラインに則った結果であると考えられる。また、地域福祉計画を重視している自治体数が少ないことも影響していると考えられる。

表8 人口規模別 日常生活圏域を設定した基準

		学校区・行政区	既存資源の配置・調整	人口・面積の均等性	住民活動の活動エリア	合併前の市町村構成	総合計画・地域福祉計画のエリア	その他	移動エリア	特になし	回答者数
6 万未満	実数	10	6	4	6	3	2	3	1	1	16
	比率	62.5%	37.5%	25.0%	37.5%	18.8%	12.5%	18.8%	6.3%	6.3%	100.0%
6 万～30 万未満	実数	27	28	14	6	8	7	6	6	1	30
	比率	90.0%	93.3%	46.7%	20.0%	26.7%	23.3%	20.0%	20.0%	3.3%	100.0%
30 万以上	実数	13	11	11	7	6	4	2	1	0	17
	比率	76.5%	64.7%	64.7%	41.2%	35.3%	23.5%	11.8%	5.9%	0.0%	100.0%
合計	実数	50	45	29	19	17	13	11	8	2	63
	比率	79.4%	71.4%	46.0%	30.2%	27.0%	20.6%	17.5%	12.7%	3.2%	100.0%

表9 3群別 日常生活圏域を設定した基準

		学校区・行政区	既存資源の配置・調整	人口・面積の均等性	住民活動の活動エリア	合併前の市町村構成	総合計画・地域福祉計画のエリア	その他	移動エリア	特になし	回答者数
地域福祉計画のエリアを重視	実数	7	4	4	1	1	7	0	1	0	5
	比率	140.0%	80.0%	80.0%	20.0%	20.0%	140.0%	0.0%	20.0%	0.0%	100.0%
認知症ケアを重視している	実数	20	25	12	9	4	0	7	4	0	24
	比率	83.3%	104.2%	50.0%	37.5%	16.7%	0.0%	29.2%	16.7%	0.0%	100.0%
その他	実数	23	16	13	9	12	6	4	3	2	34
	比率	67.6%	47.1%	38.2%	26.5%	35.3%	17.6%	11.8%	8.8%	5.9%	100.0%
合計	実数	50	45	29	19	17	13	11	8	2	63
	比率	79.4%	71.4%	46.0%	30.2%	27.0%	20.6%	17.5%	12.7%	3.2%	100.0%

②日常生活圏域の設定に期待する施策効果

日常生活圏域の設定に期待する施策効果は、1 位.各圏域に均等な資源配置(58.7%)、2 位.介護行政の拠点づくり(54.0%)、3 位.圏域の状況把握(50.8%)である。地域密着型サービスの公平な資源配置を重視している割合が最も高く、2015 年の高齢者介護において提起された日常生活圏域の認知症ケアを推進するためのエリアは 5 番目と、優先順位が低い傾向にある。

表10 人口規模別 日常生活圏域を設定することによって期待される施策効果

		各圏域に均等な資源の配置	介護行政の地域的な拠点づくり	圏域(地域)の状況把握	介護予防(ケアマネジメント)拠点づくり	認知症ケアの拠点づくり	圏域の特徴を活かした資源の配置	住民協働による地域活動の活性化	ワンストップサービス窓口づくり	特になし	共生ケアの拠点づくり	縦割り行政の弊害の解決	回答者数
6万未満	実数	5	3	6	4	5	4	5	3	5	0	0	16
	比率	31.3%	18.8%	37.5%	25.0%	31.3%	25.0%	31.3%	18.8%	31.3%	0.0%	0.0%	100.0%
6万以上 30未満	実数	19	19	13	16	16	15	11	5	1	3	1	30
	比率	63.3%	63.3%	43.3%	53.3%	53.3%	50.0%	36.7%	16.7%	3.3%	10.0%	3.3%	100.0%
30万以上	実数	13	12	13	9	6	4	6	5	0	2	1	17
	比率	76.5%	70.6%	76.5%	52.9%	35.3%	23.5%	35.3%	29.4%	0.0%	11.8%	5.9%	100.0%
合計	実数	37	34	32	29	27	23	22	13	6	5	2	63
	比率	58.7%	54.0%	50.8%	46.0%	42.9%	36.5%	34.9%	20.6%	9.5%	7.9%	3.2%	100.0%

③日常生活圏域と地域包括支援センターの関係

地域包括数の平均は6ヶ所、日常生活圏域数の平均は9ヶ所であり、地域包括数より日常生活圏域数の方が多い。

人口6万人未満の保険者は、人口3万人以下で保険者全域を日常生活圏域と設定した5町が含まれるため、一致型の割合が高くなっている。人口規模が増加すると、地域包括数より圏域数が多い保険者の割合が増加する傾向がある。

圏域ごとにみると、日常生活圏域と地域包括エリアは互いに重なっている保険者がある(選択肢2・4・5)。

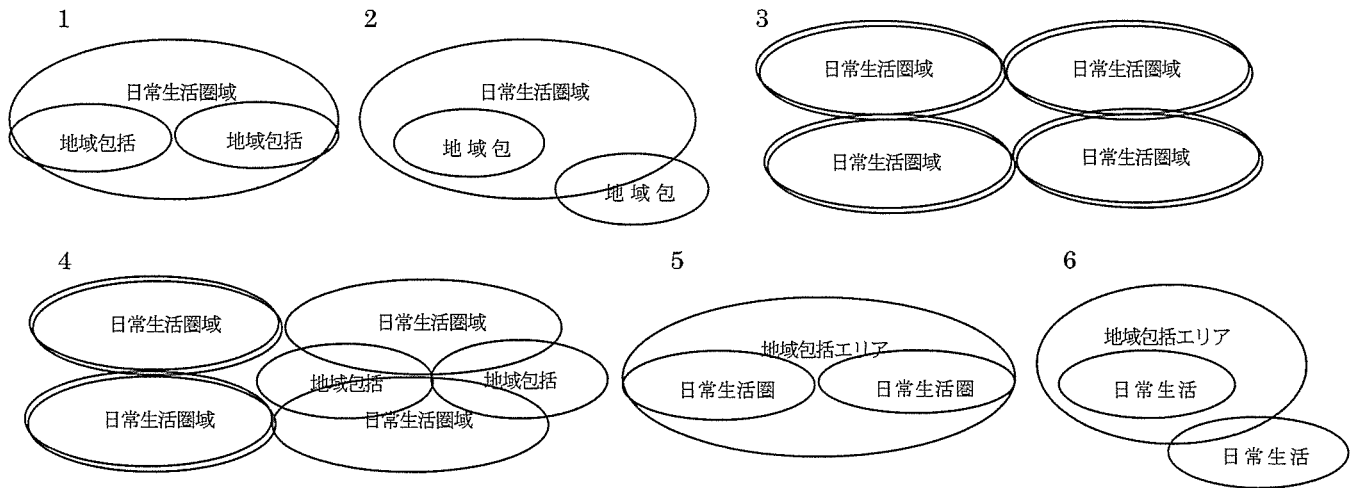
表6 日常生活圏域エリアと地域包括エリアの大小関係

		一致型	圏域<地包	圏域>地包	無回答	合計
6万未満	実数	7	0	9	0	16
	比率	43.8%	0.0%	56.3%	0.0%	100.0%
6万以上~30未満	実数	6	4	19	1	30
	比率	20.0%	13.3%	63.3%	3.3%	100.0%
30万以上	実数	4	5	8	0	17
	比率	23.5%	29.4%	47.1%	0.0%	100.0%
合計	実数	17	9	36	1	63
	比率	27.0%	14.3%	57.1%	1.6%	100.0%

表7 日常生活圏域と地域包括の大小関係

	選択肢1	選択肢2	選択肢3	選択肢4	選択肢5	選択肢6	無回答	合計
実数	6	1	9	1	8	1	0	26
比率	23.1%	3.8%	34.6%	3.8%	30.8%	3.8%	0.0%	100.0%

※非該当 33(地域包括を1箇所のみ設置している保険者)



④認知症エリアと地域福祉エリア

地域福祉計画のエリアを重視している群は、1圏域あたり人口の平均は3万人以下に小さく設定されている。認知症ケアを重視している群は、6割が1圏域あたり人口を3万未満に設定している。地域福祉計画のエリアと認知症ケアを重視している群でも、1圏域あたり面積と1包括あたり面積が小さくなる傾向はみられなかった。

表12 3群別 1圏域・1包括あたり人口・面積(平均)

	1圏域あたり人口(平均)	1圏域あたり面積(平均)	1包括あたり人口(平均)	1包括あたり面積(平均)
地域福祉計画のエリアを重視 (N=5)	28840	753.0	54048	477.0
認知症ケアを重視している (N=24)	53691	135.0	69903	191.2
その他の群 (N=34)	30898	41.1	70112	78.7
合計 (N=63)	39418	133.4	68757	153.2

4-2 コミュニティソーシャルワークへの注目と研究課題

1) コミュニティソーシャルワークの研究動向

4.1において地域福祉計画の課題として、中学校区レベルではコミュニティソーシャルワーカーの配置が検討されるべきものであることを指摘したが、現在、地域福祉計画においては、コミュニティソーシャルワーク（以下、CSW）という考え方への注目が集まっている。それは、地域福祉と介護保険・高齢者福祉・障害者福祉などの各種計画を関連付けて考えようとする場合（もしくは別の言い方をすれば、地域福祉の考え方を重視して介護保険をはじめとする各種相談・支援の仕組みを設計しようとする場合）、コミュニティソーシャルワークといわれるようなソーシャルワーカーの配置をどうするかを考えざるを得ない、ということでもある。

そのため、現在、地域福祉研究においては、コミュニティソーシャルワークについての議論が盛んに行われている。たとえば、2000年以降の論文だけを見ても、CSWについての基本的な考え方を示すもの（大橋 2000 他）、コミュニティワークとCSWの定義上の違いや共通点、今後求められる方向性を検討するもの（原田 2005）、CSWの計画上の導入議論の紹介と方向性を示すもの（森本 2005）、コミュニティソーシャルワーカーの養成に関するもの（川島 2006）などがある。

一方、コミュニティソーシャルワーカーの配置に関して、実際の取り組みを行っている自治体については、大阪府の豊中市の事例などが紹介されつつあるが、全国的には少数にはまだ少数である。そのため、コミュニティソーシャルワーク（機能）とコミュニティソーシャルワーカー（担い手）を区別したうえで、介護保険制度との関係において、「だれ」がコミュニティソーシャルワーカーになり、「どこ（どの機関）」に配置されることが望ましいのかということや、実際に配置されたコミュニティソーシャルワーカーが、ケアマネージャー等の他のソーシャルワーク実践者とどのように連携し、地域の福祉システムを構築しているのか、またされるべきなのかという検討は、まだほとんど行われていない。さらに具体的にいえば、今回の介護保険制度の改正で導入された地域包括支援センターは、CSWの実施機関といえるのか、それとも何らかの機能が加えられなければ実施機関とはなりえないのか、あるいは地域包括支援センター以外にCSWの実施機関となりえるところはあるのか、地域包括支援センターも含め、「日常生活圏域」においてどのようなシステムが構築されることが望ましいのか、等について、具体的な議論はまだほとんど行われていない状況にある。

2) コミュニティソーシャルワークの考え方と論点

(1) コミュニティソーシャルワークの定義と必要性

① コミュニティソーシャルワークの定義

CSWの定義については、次の大橋の定義が最も一般的である。

「地域に顕在的に、あるいは潜在的に存在する地域住民の生活上のニーズを把握し、それら生活上の課題を抱えている人や家族との間にラポート（信頼関係）を築き、契約に基づき対面式（フェイス・ツー・フェイス）によるカウンセリング的対応も行いつつ、その人や家族の悩み、苦しみ、人生の見通し、希望等の個人的因子とそれらの人々が抱える生活環境、社会環境のどこに問題があるかという環境因子に関して分析、評価（アセスメント）し、それらの問題解決に関する方針と解決に必要な支援方策（ケアプラン）を本人の求めと専門職の必要性との判断を踏まえて、両者の合意で策定し、その上で制度化されたフォーマルケアを活用しつつ、足りないサービスに関してはインフォーマルケアを創意工夫して活用する等必要なサービスを総合的に提供するケアマネジメントを手段として活用する援助を行う。それらの個別援助過程を重視しつつ、その支援方策遂行に必要なインフォーマルケア、ソーシャルサポートネットワークの開発とコーディネート、ならびに“ともに生きる”精神的環境醸成、福祉コミュニティづくり、生活環境の改善等を同時並行的にかつ、総合的に推進していく活動及び機能がCSWであるといえる。」

このような CSW の活動・機能は普遍的なものであり、ケアマネジメント従事者の誰でもがこの考え方に基づいて実践を行うべきものとも考えられる。しかし、実際には一人でこのすべてを実施することは難しいことから、大橋は、「CSW の機能の全てを一人のコミュニティソーシャルワーカーが担う場合もあれば、チームとして、組織としてその機能の全体を展開する場合もある」ということを繰り返し述べており、チーム・組織として対応できるよう、システム化が必要というのが一般的な考え方となっているといえるだろう。

なお、CSW の機能については、大橋らが編者となっている『コミュニティソーシャルワークと自己実現サービス』(大橋ほか 2000)において、一定の整理が試みられている。小野敏明は、ブッチャー (Butcher,H.) の整理をもとに、コミュニティソーシャルワークの機能について、次の 10 点に整理している。

- 1) ケアマネジメントによる総合的支援
- 2) 地域の課題把握と課題の社会化
- 3) 住民の福祉理解の促進と福祉環境整備
- 4) フォーマルサービスの開発
- 5) 当事者組織 (セルフヘルプグループ) の組織と組織支援
- 6) 地域におけるインフォーマルサポートネットワークの開発とその社会資源化
- 7) インフォーマルサポートネットワークと公的サービスの有機的連携、協働の促進
- 8) 関係機関・団体の連携、協働の促進
- 9) 地域福祉計画の策定促進
- 10) 活動全体を推進するにあたってのマネジメント

また、コミュニティソーシャルワーカーの役割については、活動の基礎的役割と活動の展開を図る役割の 2 つに分け、12 点に整理している。

活動の基礎的役割	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域分析による地域状況の把握者 2. 情報の提供者 (当事者及びそのグループ、住民活動グループ、関係機関、住民全体) 3. 住民の福祉理解を高める推進者 4. 社会資源の開拓・開発者 5. 問題の発見者 (個別の住民ニーズ、住民共通課題)
活動の展開を図る役割	<ol style="list-style-type: none"> 6. ケアマネジメントによる総合的支援者 7. 問題 (住民課題) の社会化支援者 8. 地域における組織化支援と社会資源化の支援者 (当事者及び住民活動等インフォーマルグループ) 9. 協働活動、ネットワーク形成の推進者 10. 制度・サービスの創設等福祉環境整備 (地域居住環境も含む) の推進者 11. 計画策定の推進者 (住民課題解決計画策定、住民参画による地域福祉計画策定) 12. 地域における福祉システムの運営と所属組織の運営に関するマネージャー

②地域福祉計画におけるコミュニティソーシャルワークへの注目

近年の CSW (コミュニティソーシャルワーカー) への注目は、2000 年の社会福祉法の改正と、そこで制度化された地域福祉計画との関係が深い。

森本は、地域福祉計画/地域福祉活動計画 (以下、《計画》) の課題、例えば、関係者間の連絡・調整は、だれが行ってくれるのかということに対応する具体的解決策として、多くの《計画》で提起されているのが《地域福祉プラットホーム》と《コミュニティワーカー/コミュニティ・ソーシャルワーカー》であるとしている。

さらに、《地域福祉プラットホーム》は《計画》に関わる関係者や住民が日常的にあつまれる“場”を意味しているが、「そうした“場”が確保された暁には、“場”そのものの意味よりも、必要に応じて集まれる

ような仕組み（呼びかけの方法や情報伝達のルールづくりなど）が重要になってくると思われ、結局は、この仕組みをつくり維持するのはだれか、ということになる」とし、「関係を調整する役割を担う人」であるコミュニティワーカーあるいはコミュニティ・ソーシャルワーカーの必要性が強く認識されていると指摘している。

③日本におけるコミュニティソーシャルワークの具体化

このような CSW について、大橋は CSW が近年（特に 2000 年以降）、突然言い始められたと捉えられがちであることに対し、「(1990 年以降、) 社会福祉のメインストリームは地域福祉であり、地域福祉は社会福祉の新しい考え方であり、新しいサービスシステムであることを述べ、その地域福祉推進には CSW という機能が重要であり、要であることを指摘してきた」（大橋 2005：4）と反論している。そして 1990 年に厚生省社会局保護課の所管の元に組織された生活支援事業研究会（座長：大橋謙策）の報告書「生活支援地域福祉事業（仮称）の基本的考え方について」（1990 年 8 月）において日本的な CSW 機能の必要性を指摘したことを述べ、「日本版バークレイ報告」と表現したりもしている。そして、この CSW の視点に基づく実践が志向されたものとして、「ふれあいのまちづくり事業」や基幹型在宅介護支援センターの実践があったと述べているが、それと同時に、「しかしながら、これらの実践が必ずしも十分検証、発展する余裕もないままに、新たな制度の時代に入ってしまった」、「(高齢者サービス調整チームの個別事例に基づくネットワーク会議について、この) 機能こそが今後の日本のソーシャルワーク実践の発展に期待できると考えたが、これらの実践が必ずしも十分システムとして定着できなかった」と述べるなど、十分に実践・研究が展開しなかったことも指摘している。

そしてその理由については、「1990 年までは、日本には事実上ソーシャルワーク実践はなかった」とやや刺激的な表現をとりながら説明している。それは「社会福祉制度が日本ではあまりにも精緻にできており、市町村社会福祉行政の裁量の余地とソーシャルワーク機能を発揮できるシステムがなかったからに他ならない」（大橋 2005：7）ということであり、別の言い方をすれば、「入所する要件があるかどうか、サービス利用できる要件があるかどうかということが中心の“措置行政”の場合には、法制度化されているサービスのみをある意味で考えて判断していればよかった」ためである。しかし、「地域自立生活支援の社会福祉実践（ソーシャルワーク）の場合には今までとは異なったアプローチが必要になる」として、CSW の必要性をといっている。

このように、大橋の CSW を考える上では、「地域自立生活支援」という考え方がキーワードになるとおもわれる。大橋の「自立生活」の捉え方とは、①労働的、経済的自立、②精神的・文化的自立、③健康的・身体的自立、④人間関係的・社会関係的自立、⑤生活技術的、家政管理的自立、⑥政治的・経営的自立の 6 つの自立生活の枠組みからなる。

そして、それをもとにしての、大橋の CSW の具体的展開イメージは、「援助の第一次段階として（あらゆる人・問題に）通用するジェネラルソーシャルワーク」を中核として組み立てられている。「地域自立生活支援においては、まずは、その人やその家族がどのような生活課題を抱えているにしても、あらゆる人の援助の第一次段階として通用するソーシャルワークというものを考えなければならない」、「問題毎に、あるいは属性分野毎に、あるいは援助法毎に特化した理論モデルとしてのスペシフィックソーシャルワークではなく、援助の第一次段階として通用するソーシャルワークとしてのジェネラルソーシャルワークというものが必要になる」というものである。そして、一方それは、スペシフィックソーシャルワークの機能を否定することではなく、「要は、援助の第一次段階として通用するソーシャルワークとしてのジェネラルソーシャルワークの視点をきちんと抑えておくことが、住民の福祉アクセシビリティ（距離的、空間的近接性のみならず、情報の接近性、相談する上での心理的接近性も含めて考える）を保障することであり、住民に安心感を提供することでもある」（大橋 2005：11）という整理へとつながっている。

④コミュニティワークとの違い

なお、大橋は CSW の必要性について、これまでの地域福祉推進の方法論との違いからも説明している。たとえば大橋は、次のように述べている。「従来、地域福祉に見合う社会福祉方法論として、コミュニティオーガニゼーションが考えられてきたが、それは個別課題を抱えている人には必ずしも直接的に関わりをもたず、その抽象的・外延的援助のための地域住民の組織化とか、大多数の地域住民の共通関心事の解決等には取り組んできたが、地域で個別生活課題を抱えながら、地域自立生活を望んでいた人々への個別援助とそれを支えるソーシャルサポートネットワークづくりとを個別具体的に展開するという実践は弱かったといわざるを得ない。これからは、従来のコミュニティオーガニゼーションの理論モデルとカウンセリング的かつケアマネジメントによる個別援助理論モデルとを地域で統合的に提供することが必要になってきている」（大橋 2000 : 33）。

つまり、コミュニティオーガニゼーション（コミュニティワーク）の理論やそれに基づく実践の展開が不要だと言っているわけではなく、それが個別事例と結びついて行われるべきである、というのが大橋の主張の根幹と考えられる。

⑤地域福祉計画でのシステム化

大橋のもう一つの特徴は、ケアマネジャーなど個別のソーシャルワーカーに焦点を当てて、CSW の必要性を論じるというよりは、自治体、特に市町村が主導的に、地域福祉という考え方のもとで、CSW を展開すべきとしている点である。

そして、「今求められていることは、市町村を基盤として地域福祉という新しい考え方、新しいサービスシステムを展開するに当たって、CSW という機能を展開できるシステムがあるかないかが大きな課題である。地域自立支援に当たって、CSW の機能はその全てが一つの事例に必要な場合もあれば、必ずしも必要でない場合もある。また、その機能の全てを一人のコミュニティソーシャルワーカーが担う場合もあれば、チームとして、組織としてその機能の全体を展開する場合もある。要は、CSW という機能が意識化され、それを統合的に展開できるシステムが重要である」（大橋 2005 : 13）とし、具体的には、市町村の地域福祉計画の中で CSW について、記述すべきであるとしている。地域福祉および地域福祉計画については様々な考え方があるが、大橋は地域福祉を「（地域自立生活を支援する）新しい社会福祉のサービスシステム」として考えており、「今日の地域福祉計画は従来の地域福祉計画の系譜の内容、考え方を包含しつつ、新しい社会福祉のサービスシステムとして位置づけられなければならない」（大橋 2005 : 8）としている。より具体的には「市町村の社会福祉施策をどう計画化するかという課題と地域自立生活を支援するために在宅福祉サービスをどう整備し、どうソーシャルワークを展開できるようにするかという課題とが市町村の『地域福祉計画』に求められるようになった」としているのである（大橋 2005 : 5）。

⑥コミュニティソーシャルワークの担い手

大橋の論文では、CSW の具体的な担い手やチームの体制について言及しているものは、意外に少ない。松江市での講演録（大橋 2006）からは、①異動の弊害の少ない社会福祉協議会が CSW を実施する中心的な役割を担うことを期待していること、②小地域単位で CSW というものを展開できる仕組み・システムをつくっていくためには、最低でも保健師・福祉事務所のソーシャルワーカーと社会福祉協議会の専門員の 3 名が必要だと考えていること、③複合的に生活課題を抱える家族への支援を視野にいれ、CSW を実践する人がすべての分野に対応できることを期待していることの 3 点を読み取ることができる。

（2）コミュニティソーシャルワークに関する論点

以上でみてきたように、CSW という考え方（大橋の定義）自体は、おおよそ明確になっている。しかし、その具体的なシステム像については確定している状況とはいえない。

一方、2000年の地域福祉計画の法制化以降についてみると、いくつかの自治体において、地域福祉計画の中で、CSWが位置付けられ、試行されはじめています。大橋がかかわっているものでは、茅野市が最も有名であり、ほかにも特定非営利活動法人日本地域福祉研究所が策定にかかわる業務を受託している自治体として鶴岡市、浦添市、長野市などがある。これらの自治体において、またその他の自治体においても、このCSWという新たな考え方（目指すところを）をどう具体化するか、さまざまなアプローチが試行されているのが現状といえるだろう。

そこで、まずCSWについて理論的検討を加えている論文等を参考に、CSWの導入に際して、論点となると考えられるものが何かを整理してみたい。

①コミュニティソーシャルワーカーかコミュニティソーシャルワークか

CSWの基本的な定義としては、先にも述べたように、大橋の定義が一般的であり、多くの文献でも大橋の定義を引用している。しかし、その大橋の考えるCSW機能は非常に幅広く、その機能を一人で担える人材を探すことも養成することも難しいことから、大橋自身、CSWの機能の全てを一人のコミュニティソーシャルワーカーが担う場合もあれば、チームとして、組織としてその機能の全体を展開する場合もあるということを繰り返し述べている。

つまり、CSWの機能の実現の仕方としては、具体的なコミュニティソーシャルワーカーの配置事業として進められる場合と、CSW機能を担うチーム・組織を編成したり、そのための拠点を整備することによって進められる場合とがあると考えられる。これらの両者の関係がどのようになっているのかについては、十分な検討がなされておらず、今後この点について整理していくことが必要である。

②コミュニティソーシャルワーカーは専門職か非専門職か

前述の論文において森本は、コミュニティソーシャルワーカーについて、①社会福祉士などの国家資格を持った有給の専門職、②地域活動に長けていて熱意がある住民リーダーやボランティアなどという2つの考え方があり、それぞれに一長一短があることを指摘している。

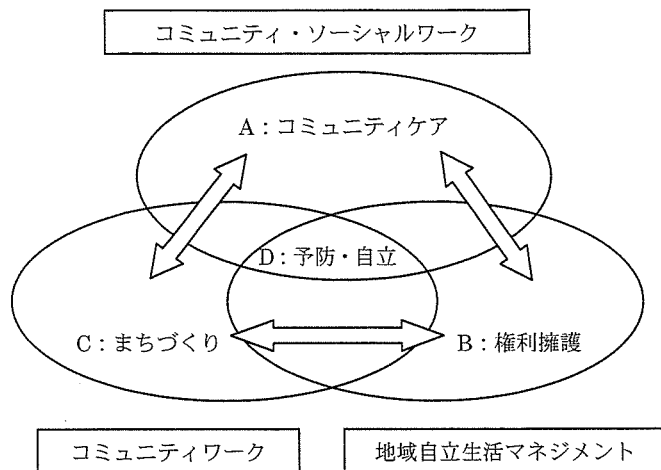
ただ、専門職か非専門職かの問題については、コミュニティソーシャルワークは、ソーシャルワークの統合化や再編であることから、ソーシャルワーカーとしての業務と専門性が求められ、有給の職員が望ましいと考えられる。コミュニティソーシャルワークの機能に注目して、その機能を分節化してそれぞれは他の専門職や地域住民など広く担うことができるという立場もあるだろうが、そのことを前提としてしまうと、ソーシャルワークとしての全体像を曖昧なものにしてしまう。個別支援から地域支援に至る全体を視野に入れた養成と実践の中で、ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティと力量を高めていくことが必要となる。

一方、コミュニティワークについては、その技術や機能は汎用されるものであるし、地域の主体化という側面からすれば地域住民がより積極的に活用していく方法としての側面はより重視されてよいと考えられることから、それを専門にする有給職員とともに、無給のボランティアも当然想定される。

③コミュニティソーシャルワークの拠点となりうるのはどこかー社協・地域包括・その他

次に、コミュニティソーシャルワークを実践する拠点について考えてみたい。主に2つの機関（およびその機関が設置する拠点）が想定される。社会福祉協議会と地域包括支援センターである。

現在、社協には、「福祉コミュニティの構築」にむけた中核的機関として、様々な機能を総合的に果たしていくこと、そして地域福祉推進に当たっての専門性を有することが期待されている。この総合的なモデルについて藤井（2004）は以下のような図を示している。



藤井は地域福祉の今日的な課題を A)コミュニティケア、B)権利擁護、C)まちづくりの3分野とし、これらを総合的に連動させながら推進するという問題意識から、それらが D)予防・自立に結実していくという構造化を図っている。それぞれに対応してコミュニティ・ソーシャルワーク、地域自立生活支援マネジメント、コミュニティワークを配置している。

また、これまで、社協職員は「コミュニティワーカー」であるように解説されることが多かったが、今日的な社協事業の拡大にともなう現状を考えると、コミュニティワークの専門機関とは言い難く、もはや社協職員＝コミュニティワーカーという枠組みは過去のものとなっている。むしろ総合的な地域自立生活支援の機能を果たしていくためには、これからの社協職員に求められるのは、ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティの確立とコミュニティワークを含む複数の援助技術を用いることができる専門性であり、コミュニティソーシャルワークが重視されることになる。

そしてこのことを市町村による CSW の展開・システム化の観点から考えると、CSW の展開を考える際に、今後社協の存在を抜きにして考えることができなくなるということを意味している。ただ、次に述べる地域包括支援センターとの関係や、藤井が示すような社協全体の機能の中においてコミュニティソーシャルワーカーはどのような位置・役割を占めるのか、他の様々な福祉機関の専門職との関係・役割分担がどのようなものになるのか、等については、さらに検討が必要である。

一方、地域包括支援センターについても、CSW の機能を担うことができるのではないかと期待がある。地域包括支援センターは、日常生活圏域を基盤としたサービス圏域ごとに設置することが想定されており、「地域ケアをトータルに担う総合的マネジメントを担う中核機関」と位置付けられている。そして具体的には、1) 包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント、②総合相談・支援、③権利擁護、④包括的・継続的ケアマネジメント支援）と、2) 介護予防支援事業を行うとされている。それに加え、第 22 回社会保障審議会（2005 年 3 月 18 日開催）での厚生労働省の香取課長の発言からは、軽度者については介護保険ではなく地域資源の活用で支えていく、そしてそのマネジメントを地域包括が行う、という方向性を読み取ることができる。

自立の状態から要支援までについて連続的なマネジメントができるようにということと、軽度者の場合には、介護保健サービスだけではなく、その以外のさまざまな地域資源を活用して支えていくということ。その意味から、介護保険を超えた地域全体でのマネジメントという視点が必要である。逆に言えば、それを現在では、全部ケアマネジャーや介護保険のサービスで抱え込もう、あるいはやりきろうとしているところにさまざまな問題が生じていると認識しており、そういう意味では地域全体でケアマネジメントができるという意味において、地域包括支援センター公正、中立な立場からマネジメントするという視点が必要だろう

このように、地域包括支援センターには総合相談・地域活動の調整開発、介護保険を超えた地域全体のマネジメントという機能を期待されていることから、CSW の機能と一致するところが多い。しかし、地域包括支援センターだけで CSW を行うことができるのか、地域包括支援センター以外での CSW の展開はないのか、ということについては、具体的な事例から検討していく必要がある。また、大橋は、コミュニティワークについても個別事例に結び付く形で展開されるべきとしていたが、それが地域包括支援センター（もしくは CSW の中核的实施機関）において実現されているのかということについても検討していく必要がある。

④実施に要する費用の問題

最後に、CSW の実施、もしくはコミュニティソーシャルワーカーの配置における「費用」の問題も、大きな問題のひとつと考えられる。

CSW の実施を社会福祉協議会に期待する場合、これまで社会福祉協議会の職員（コミュニティワーカー）の person 費については、「ふれあいのまちづくり事業」などの国の補助事業もあったが、基本的には自治体が補助することで成り立ってきた。そのため、社会福祉協議会の職員が、コミュニティソーシャルワーカーとしての機能を果たし、自治体はその person 費について負担するという形も想定される。また、次に紹介するように、都道府県の補助事業を活用することも場合によってはありうるだろう。ただ、CSW に専念する職員として、その person 費を補助タイプについては、CSW に専念することが可能であるが、自治体の財政状況にも左右されるという問題点がある

一方、介護保険制度を活用し、地域包括支援センターの職員等が、コミュニティソーシャルワーカーとして働く、もしくはそれらの機関を CSW 活動の実施機関とする、というタイプも想定上はありうる。たとえば、金沢市では、地域包括支援センターには、「CSW 機能」が求められていると考え、その活動を支援する地域福祉システムの構築とネットワーク化を目指しているという（堂田 2006）。この場合、介護保険の居宅介護支援事業所として、もしくは地域包括支援センターの 3 職種（のうちの 1 職種）として、ということであれば、その person 費については介護保険財源からでるが、特に前者の場合、業務内容から現実的にはコミュニティソーシャルワーカーとしての機能が十分には行えないことも想定される。

3) コミュニティソーシャルワーカーの配置の計画化

次に、いくつかの文献からコミュニティソーシャルワーカーの配置、もしくは CSW の機能の導入を検討している自治体の例を取り上げる。各自自治体のシステム設計のあり方でポイントとなっている点を抜き出し、コミュニティソーシャルワーカー配置の評価基準として整理する

(1) 松江市

松江市の事例については、すでに『松江市の地域福祉計画－住民の主体形成とコミュニティソーシャルワークの展開』として出版されているので、この本から考察を行いたい。

松江市では 2004 年 3 月に、『まつえふくし未来 21 プラン』（地域福祉計画）が策定されたが、この計画の重点プログラムとして、「地域福祉ステーション（コミュニティソーシャルワークの実施拠点）の整備」が盛り込まれている。

計画策定に携わった松端はこのことについて、「地域福祉計画には、地域福祉を推進していくための『方法』を含むことが不可欠」とし、その方法として、「エリア設定とそのなかでさまざまな政策やサービスを総合化させ、住民のボランティアな活動とも協働することを要件として、各種専門職がチームを組んで実践する『コミュニティソーシャルワーク』が有効であると考えられ」としている。

松江市の CSW 推進のシステム構想は次の通りである。

- ☆ 574 の自治会・町内会が 21 の公民館区に入っているため、小地域拠点を公民館（地区社協の事務局でもある）とする。この 21 の小地域拠点と全市レベルの総合拠点をつなぐ中間に「ブロック拠点」とし

て5つの公民館地域ブロックのエリアを設定し、そこを「地域福祉ステーション」として「コミュニティソーシャルワーク」の実施拠点とする

- ◇ 「地域福祉ステーション」では、各種専門職による総合相談体制を整え、地域生活支援会議の開催や地域課題を解決するための新たなサービスや活動を創出していくための機能を持たせる

このような構想が『まつえふくし未来21プラン』において盛り込まれたわけだが、計画策定後には、CSWを核とした地域福祉推進システムを構築していくために、計画策定に携わった学識経験者と行政や社協職員とで、私的な研究会である「松江市コミュニティソーシャルワーク推進研究会」を計画策定委員会の委員長であった上野谷加代子を座長として組織し、検討がすすめられた。そこでの議論を踏まえ、CSWの実践をイメージすると、次のようになるという。

- ◇ 旧松江市では、民生委員児童委員に加え、市内に約1000人が配置されている福祉協力員（現・福祉推進院）が活動しており、また各小学校区に設置されている公民館（主事などに加え常勤の地域保健福祉推進職員が配置されている）や福祉事務所や児童相談所などの各種の相談窓口がある
- ◇ こうした相談経路を通して把握されたニーズの中には、既存の制度やサービスを「単品」で利用するだけでは解決できないような、あるいはそれに対応する制度やサービスがないような多様化・高度化・複雑化したニーズが存在する。こうしたニーズを抱える住民を市内5か所の基幹的公民館のなかに設置される「地域福祉ステーション」の「総合相談」につなげる。本人が直接地域福祉ステーションの「総合相談窓口」に訪れることもある。
- ◇ 地域福祉ステーションでの「総合相談」の窓口業務には、公民館の職員のみならず、社協の地域担当職員や、エリア担当制に基づく行政の生活保護ワーカーや保健師、ケアマネジャーなどの専門職がチームを組んで共同して取り組む
- ◇ 各種専門職が定期的集い（緊急性の高い場合は必要に応じて）開催される「地域生活支援会議」では、要介護度やADLのみに特化せず、地域住民としての生活者の観点から環境の文脈を重視して状況を把握し（アセスメントを実施し）、それをふまえて支援プランを作成し、既存のサービス利用を調整したり、地域組織化・福祉組織化などのコミュニティワークの方法などを踏まえて新たなサービスを開発・創出したり、啓発や福祉教育などに取り組むことで、生活課題（ニーズ）の解決をはかっていく

また、2004年・2005年には、市内2地区における地域福祉ステーションのモデル事業（災害弱者避難マニュアル作成、コミュニティビジネスと地域活性化）が実施され、災害弱者避難マニュアル作成のモデル事業では公民館を拠点にして、複数の専門職や住民が何度も協議の場をもったという（加川2006：189）。

ところで、松江市では、介護保険の改正に伴い設置が義務付けられている「地域包括支援センター」の運営に関しては、社協に委託したうえで、5つの圏域ごとに設置されることになった。このことについて松端は、「地域福祉計画でいう5つの圏域と重なり、さらにはコミュニティソーシャルの実施拠点である『地域福祉ステーション』とも重なる」、「地域福祉計画のなかで明記されている総合相談や地域生活支援会議、困難ケースへの対応などが、介護保険制度をひとつの後ろ盾として実体化していくことにな」としている。

しかし、同書の中では、この地域福祉ステーション構想について、具体的実施に関してはいくつかの課題があることも同時に示されている。たとえば、杉崎は地域福祉ステーションについて、「2006年7月現在でも、構想の段階にとどまってい」としており、地域包括支援センターの設置によって、ただちに地域福祉ステーション構想が実現したわけではないことを示している。また杉崎は、松江市内にある鹿島病院による医療依存度の高い在宅者支援のシステムや事例の分析を通して、在宅介護支援センター等の地域ケア支援拠点機関でのソーシャルワーク・ケアマネジメントの課題を探る試みをしているが、そこでは、病院併設の在宅介護支援センターの利点（医師らとの連携を取りやすい等）を整理したうえで、今後の地域福祉ステーション構想に関して、いくつかの提言を行っている。

- ◇ コミュニティソーシャルワーカー（福祉系専門職員）だけではなく、保健師・看護師などの医療系職員を配置すること
- ◇ 地域福祉ステーションの担当エリアは相当広いことから、在宅介護支援センター（調査実施時点では松江市内に15か所設置）の機能を一部残し、地域福祉ステーションのランチとして活用すること
- ◇ 医療系職員と福祉系職員により初回訪問・面接時から共同アセスメントを行い、支援方針を決定すること
- ◇ 町内会や自治会などの旧来の組織の活用だけにとどまらず、一人ひとりの利用者・家族を軸とした近隣や友人との新たなネットワークの形成を担っていく必要があること
- ◇ 地域ブロックの拠点として、各病院や居宅介護支援事業所が博している課題を集約しやすいことから、全市レベルの総合拠点と各病院、事業所及び個々の利用者とを媒介する役割を果たす必要があること

ここで注目されるのは、コミュニティソーシャルワーカーの配置のみでなく医療系職員の配置が必要としていること、在宅介護支援センターの機能を残しランチとするべきとしていることである。

松江市の事例のポイントをまとめると、①窓口業務についてチーム制を採用していること、②豊中市とは異なり、地域包括支援センターが社会福祉協議会へ委託されていること、③在宅介護支援センターと地域包括が連続していないこと、などが挙げられる。

以上から、コミュニティソーシャルワーカー配置システムの評価基準を整理すると、①在宅介護支援センターの再編との関係をどのように構想したか、②チームに参加する専門職の範囲はどこまでか、などがあげられる。また、③「地域生活支援会議」等の関係者が会する会議がどの程度の頻度・何を目的に開催されているか、④虐待などに関する専門相談と身近な相談支援窓口を機能分化させるかどうか、⑤分野を問わない総合相談とするか高齢者分野に限定するか、などもポイントになると思われる

（２）他都市の事例

次に、地域福祉計画においてコミュニティソーシャルワーカーの配置、もしくはCSW機能の導入について言及しているいくつかの自治体について、システム設計の特徴とバリエーションを確認してみたい。

- ◇ 茅野市：行政と社協が席を並べる保健福祉サービスセンターを開設し、CSWを展開する拠点としている
- ◇ 松江市：専門職によるチームを編成しチームとしてCSWの機能を持たせている
- ◇ 豊中市：大阪府の事業を活用して、社会福祉協議会にCSW機能を付加している
- ◇ 浦添市：コミュニティソーシャルワーカーとして社協職員を中学校区に配置することを検討している
- ◇ 瀬戸市：地域包括支援センターをCSWを担う地域包括ケアの拠点として考えている
- ◇ 三鷹市：地域包括支援センターや障害者地域自立生活支援センター等の連携による拠点化を検討している

なお、これらの市の中には、コミュニティソーシャルワーカーの役割を担う職員の資質について、社会福祉士なのか、あるいは保健師なのか、何らかの資格を有する必要があるのか明記されていない市もある。

以上から、①個人（コミュニティソーシャルワーカー）の配置を行おうとしているのか、チーム・機関（CSWを担う拠点）を整備しようとしているか、②コミュニティソーシャルワーカーの資格要件を定めているか、③コミュニティワーカーとの関係についてどう整理されているかの3点が評価基準としてあげられる。

4) コミュニティソーシャルワーカー配置のシステム化

3) では主に、コミュニティソーシャルワーカーの配置を検討している自治体の事例を見てきたが、ここでは、すでにコミュニティソーシャルワーカーの配置を実施している自治体に注目し、実際の配置のシステム設計の工夫や、介護保険制度との関係のあり方等について整理をしたい。そのうえで、3と同様に、各自治体のシステム設計のあり方でポイントとなっている点を抜き出し、コミュニティソーシャルワーカー配置システムの評価基準として整理する。

(1) コミュニティソーシャルワーカー配置促進事業—大阪府と豊中市

①配置促進事業の概要

コミュニティソーシャルワーカーの配置事業として最も注目されているものの一つが、大阪府のコミュニティソーシャルワーカー配置促進事業とその事業を活用しての府下自治体の取組である。大阪府の事業が注目される理由としては、①コミュニティソーシャルワーカーの必要性を計画（地域福祉支援計画）に盛り込むだけでなく、府が主導し養成事業、配置事業として、具体的な予算化を伴い、実行に移されていること、②その規模が比較的大きいこと、などにある。

大阪府のコミュニティソーシャルワーカーの配置事業の概要は次の通りである。

A. 配置事業の目的

「府内市町村（指定都市、中核市を除く）の中学校区単位にある施設にコミュニティソーシャルワーカーを配置し、地域における高齢者、障害者、ひとり親家庭など援護を要するあらゆるもの（援護を要するおそれのある者を含む）、又はその家族、親族等の支援を通じて地域の要援護者等の福祉の向上と自立生活の支援のための基盤づくりを行い、地域福祉の計画的推進に資することにより、健康福祉セーフティネットの構築を図ることを目的とする」（大阪府コミュニティソーシャルワーカー配置促進事業実施要綱（2004））

B. 予算額

補助単価年額人件費 480 万円、活動費 100 万円、計 580 万円。

平成 16 年度当初予算額は総額で約 1 億 7 千万。

C. 配置計画

中学校区に 1 名配置。

D. 事業実施主体

市町村。※ただし、「市町村は、事業の運営の全部又は一部を適切な事業実施が確保できると認められる社会福祉法人、公益法人又は民間事業者等に委託することができるものとする」、「市町村は、本事業の実施にあたって、目的を達成するために最適と判断する施設を選定するものとする」とされている。

D. 想定される人材

福祉関係事業に豊富な経験を有し、一定の知識を有する者

E. 身分及び兼務の可否

身分は幅広い活動が求められることから、ソーシャルワーカーが要請研修受講段階で担当していた業務との兼任ではなく、原則としてコミュニティソーシャルワーカー業務への専任を想定する。

F. 活動内容

「地域において支援を必要とする人々の生活圏や人間関係など環境を重視した援助を行うと共に地域を基盤とする活動やサービスを発見して支援を必要とする人に結び付けることや、新たなサービスの開発や公的制度との関係の調整などを行う」（大阪府社会福祉協議会より）

このように、大阪府では、有給の専門職としてすでに一定程度の経験を有する者が、研修を受けてコミュ

ニティソーシャルワーカーになることを想定しているが、もともとの職種については必ずしも限定しておらず、「中学校区単位にある施設」に配置されることになっている。また、コミュニティソーシャルワーカーの規定（期待される役割）については、介護保険や在宅介護支援センターなどに触れた項目は見られない。このことは、実施主体である市町村の判断によって、コミュニティソーシャルワーカーの配置機関が介護保険関連の施設・機関に限らず、さまざまなところに分散することもあることを意味している。

この大阪府の事例から、各市のサービス提供システムを検討していく上でのポイントを抽出すると、①コミュニティソーシャルワーカーの配置施設を既存施設（福祉公社、障害者施設、高齢者施設等）にまで広がっているか、②人件費がどこから、いつまでの期間保障されているか（広域自治体レベルでの制度導入が基礎自治体レベルにどのような影響を与えているか）などが挙げられる。

②大阪府のコミュニティソーシャルワーク研修参加者の特徴

なお、川島はこの大阪府のコミュニティワーク研修の参加者について分析をしているが、その結果からは、従前に①個別援助を主な実践としてきたグループ（代表職種：在宅介護支援センターケアマネジャー）と、②地域組織化を主な実践としてきたグループ（代表職種：社協コミュニティワーカー）が2つのクリーク（かたまり）を形成すること、①の在宅介護支援センターのグループで、地域組織化の実践得点が低い方に分布していることが明らかになっている。また、地域組織化・計画化の得点がともに高い位置にプロットされた実践者がごく一部の社協ソーシャルワーカーと施設職員に限られることも指摘されている（川島 2006）。

コミュニティソーシャルワーカーの技術としては、個別援助だけができる、個別援助にしか目が向かないということではできないものが多く含まれている。そのことから、元在宅介護支援センターの職員がコミュニティソーシャルワーカーとなる場合は特に、地域組織化等の個別援助以外の技術についても習得することが求められるといえるだろう。

この研究結果から、各市のサービス提供システムを検討していく上でのポイントを抽出すると、①コミュニティソーシャルワーカーに対して、十分な研修が行われているかということが挙げられるだろう。

③豊中市での実践

大阪府の「コミュニティソーシャルワーカー整備促進事業」を活用し、実際に市町村レベルでコミュニティソーシャルワーカーを配置した事例として、最も注目を集めているのが、豊中市である。

豊中市では、平成 16 年 3 月に地域福祉計画を策定したが、その重点プロジェクトとして、①小学校区単位の地域福祉拠点整備、②身近な相談窓口とそしてその拠点をにつかした福祉なんでも相談窓口の設置およびそれを支えるコミュニティソーシャルワーカーの配置、③行政と市民・企業のパートナーシップの実現のために協働型職員の育成が挙げられたという。

計画の初年度である平成 16 年度には、4 校区に福祉拠点ができ、福祉なんでも相談窓口がスタートし、平成 17 年度には、「事業推進のキーパーソン」であるコミュニティソーシャルワーカーの配置が始まっている。そして、豊中市では、大阪府のコミュニティソーシャルワーカーの整備促進事業を活用しながら、市社協（に配置される）職員がコミュニティソーシャルワーカーとなり、市社協が CSW を（他機関との連携のもと）担っていく体制がとられた。

豊中市では、大阪府の規定するコミュニティソーシャルワーカーの活動（前述）に加えて、①地域福祉ネットワーク会議の組織化と運営（地域住民と行政サービスをつなぐ）、②福祉なんでも相談窓口の支援、③制度の狭間の課題や他分野に関わる解決困難な事例について公民協働の調整をし、解決を図ると共に課題を行政システムに提案していく等縦割り行政の横断的なつなぎ役や、公民協働の支援体制の要、等の役割が期待されているという。

この間の具体的な解決事例としては、①精神障害者の A さんの支援からボランティアサロンづくり、②

高齢者二世帯の心中事件を経て男性介護者交流の集いを企画、③ゴミ屋敷でヘルパーが利用できない（ゴミの処理をめぐって市役所とシステムづくりを検討）などが挙げられている。

豊中市のシステムのポイントとしては、①福祉なんでも相談窓口という地域住民が相談員となって主体的に運営する組織を支援する役割としてコミュニティソーシャルワーカーを規定したことにより、地域住民と密接した形でのニーズ把握のルートが確保されたこと、②地域福祉ネットワーク会議の主催をコミュニティソーシャルワーカーが行うことで、各関係機関の連携の「ノット」となっていること、③会議に関して、市一地区の重層的な構造をとっていることにより、地区だけで解決できない課題を検討する場が明確に設けられていること、④実際の解決事例にみられるように、各関係機関との連携が必要な福祉課題に適切に対応することができていること、⑤在宅介護支援センターや地域包括支援センターⁱⁱとは別に、コミュニティソーシャルワーカー（人）を配置する形をとっていること、⑥介護保険にかかわるような個別のケアマネジメントよりは、「集い」や「サロンづくり」など地域組織化に力点が置かれていること、などがあげられる。

この豊中市の事例から各市のサービス提供システムを検討していく上でのポイントを抽出すると、①住民組織による相談窓口が設定され、コミュニティソーシャルワーカー（もしくはCSW実施機関）と連携をとっているか、②地区のレベルで解決できない課題について検討する市のレベルでの会議が設定されているか、などがあげられる。

（2）茅野市

次に、コミュニティソーシャルワークの実践事例として早い段階から注目されてきた茅野市の実践事例をみてみたいⁱⁱⁱ。

①茅野市におけるシステム構築の経緯と現状

茅野市は、まちづくりの基本的な考え方として、市民・民間主導、行政主導による公民協働の「パートナーシップのまちづくり」を掲げている。2000年3月に策定された「福祉21 ビーナズプラン（茅野市地域福祉計画）」もその考え方で策定されたものであり、市民・民間と行政が築いていく「福祉でまちづくり」の基本計画となっている。このプランの最も基本的な枠組みは、「保健福祉サービスは、できるだけ身近なところで利用したい」という市民要望に応え、よりきめ細やかな保健福祉サービスを提供するため、「暮らしの範囲を段階的なレベルに分け（生活圏の階層化）、保健福祉サービスもそれらの階層に合わせて体系化する（保健福祉サービスの重層化）」という考え方にある。とりわけ、大きな特徴は、「全市」と「10地域」の間に、新たな生活圏として4つの「保健福祉サービス地域（エリア）」人口約1万5000人程度を設定し、各エリアそれぞれに「保健福祉サービスセンター」を設置したことにある。

この保健福祉サービスセンターは、身近な保健・医療・福祉サービスの拠点として、こども・家庭、障害児・者、高齢者の地域自立生活支援や地域における健康づくり・生きがいづくりに関係する相談を受けたり、保健福祉サービスを提供したりするとともに、ボランティア活動など住民活動の拠点ともなっている。また、保健福祉センターの職員は、保健・医療・福祉に関係する市の職員（保健師、ソーシャルワーカー、介護支援専門員）のほか、組合立諏訪中央病院の職員、社会福祉協議会の地域生活支援系の職員や民間事業所の介護・看護スタッフなどがチームを組んで、エリア内で発生する様々な生活課題・地域課題の発見と解決に、それぞれの専門性を生かしながら、住民一人ひとりのトータルケアに取り組んでいる。

このように、茅野市では総合相談支援を身近なところでワンストップサービスができるようにシステムが整えられてきており、平成18年度からは、地域包括支援センターもこの保健福祉サービスセンターの「機能」のひとつとして位置付けられている。