

論 説

「制度の狭間」問題の解消・多機関連携・冗長性 (3・完) —共生社会型・地域包括ケアシステム構築の事例から—

荒 見 玲 子

目次

- 序章 社会サービス提供における「制度の狭間」問題—本稿の課題
- 第1章 事例としての地域共生社会型・地域包括ケアシステム
- 第1節 地域共生社会型・地域包括ケアシステムの概念の変遷と展開
- 第2節 地域共生社会型・地域包括ケアシステムをめぐる議論
- 第2章 先行研究と分析枠組
- 第1節 「制度の狭間」問題をめぐる理論動向
- (1) 社会サービスにおける「制度の狭間」問題 (以上 286 号)
- (2) 行政学における「制度の狭間」問題
- 第2節 本稿の分析枠組
- (1) 国と自治体による行政資源の再編制
- (2) 分野横断的な連携(Cross Sector Collaboration)と境界橋渡(Boundary Spanning)の設計
- (3) 冗長性が機能する条件
- 第3節 3つの事例の特徴と事例選択
- 第3章 名張市
- 第1節 地域包括ケア体制を支える地域づくり組織体制
- 第2節 共生社会の実現へ
- 第3節 名張市の特徴
- 第4節 連携を可能した要因
- 第4章 藤沢市
- 第1節 藤沢型地域包括ケアシステムの推進に向けての体制整備と計画による調整

論 説

- 第2節 コミュニティ・ソーシャルワーカーの設置による支え合いの地域づくりの推進 (以上 288 号)
- 第3節 高齢者対象の地域包括ケアと藤沢型地域包括ケアシステムの関係性
- 第4節 庁内調整の多層性と地域へのアウトリーチの困難
- 第5章 川崎市
 - 第1節 地域包括ケアシステムの構築に向けた行政組織の再編と個別システムとの連携
 - 第2節 地域みまもり支援センターの設置と地域へのアウトリーチの工夫
 - 第3節 高齢者の地域包括ケアと川崎市地域包括ケアシステムの連携
 - 第4節 連携システムの内実化・「我が事」意識の醸成へ
- 終章 「制度の狭間」問題において冗長性の機能する条件
 - 第1節 3市の比較分析と本稿の結論
 - 第2節 今後の課題 (以上 289 号)

第3節 高齢者の地域包括ケアと藤沢型地域包括ケアシステムの関係性

ここで、藤沢市で明確に異なる位置づけがなされている藤沢型地域包括ケアシステムと高齢者向けの地域包括ケアをどのようにしくみとして関連させているのか簡単に概略を述べる。

まず、介護予防・日常生活支援総合事業について、通所・訪問型サービスは、藤沢市独自の基準緩和サービス A と短期集中サービス C を実施し、2016 年 10 月に移行した。また、住民が主体となって提供することが想定されている通所サービス B・訪問サービス B のうち、総合事業のなかでまだモデル事業にとどまっている住民主体のサービス B を進めるために生活支援体制整備事業を 2015 年から先行して進めている。

この生活支援体制整備事業は、市レベルの第 1 層の生活支援コーディネーターは藤沢市社協に、日常生活圏域の第 2 層の生活支援コーディネーターは、市内 4 箇所の地域ささえあいセンターを運営している NPO や社会福祉法人に委託し設置している。

第1層の生活支援コーディネーターは、地域に精通している特別養護老人ホームの施設長の経験者で、個別支援に対して造詣が深い人物を1名配置している。生活支援コーディネーターは地区ボランティアセンターや地域の縁側、子ども食堂など生活支援等社会資源の把握（平成28年度100回）、生活支援サービスの担い手育成に向けた各種研修・講座の開催支援（18回）、藤沢型地域包括ケアシステム関連会議や、全地区の小地域ケア会議（後述）にオブザーバー出席し、ネットワーク構築や地域の状況把握を行っている（会議の参加回数は延べ137回）。

第2層の生活支援コーディネーターは、地域住民が利用可能なスペース・居場所として藤沢市の単独事業の「地域の縁側」26箇所¹⁾のうち、4箇所にある「基幹型」と位置づけられている「地域ささえあいセンター」に配置した。第1層と第2層の生活支援コーディネーター同士は連絡会を行い、情報共有と連携をとり、地区診断や協議体設置に向けて準備を行っている。

協議体²⁾については、13地区で地域包括支援センターや生活支援コーディネーター、行政などが連携して運営している。藤沢市では3年前の総合事業がスタートする前から、小地域ケア会議という、高齢者の地域の見守りを地区で考えるために地域の民生委員や地区社協の代表、地縁組織の代表などが年4回集まって議論する会議があった。協議体は、通常地域の人々が生活支援という視点から地域状況を把握し、支えあいの仕組みづくりについて協議する。しかし、藤沢市では、藤沢型で行うため、対象を全世代とするところまでは共有できたものの、協議体と小地域ケア会議との区別をするのが難しくなった。そのため、構成メンバーも会議そのものも一体的に実施する地区、メンバーは同じでも会議を分けている地区、構成メンバーも別の会議体で実施する地区³⁾など、立ち上げ方式は地域によって様々となった。さらに、国が2015年に介護保険法に位置づけた地域ケア会議（自立支援・介護予防）も13地区を4ブロックに分けて年4回、

1) ただし、「基本型」は「地域力強化推進事業」の補助金を使用している。

2) 協議体は、地縁組織関係者、生活支援等サービス事業関係者、社会福祉協議会担当者、地域包括支援センター担当者、行政機関、生活支援コーディネーターなどから構成される。

3) 小地域ケア会議とこれまで独自で行ってきた保健福祉ネットワーク連絡協議会を合併し、新たな会議体を立ち上げる地区（御所見地区）などもあった。

2018年度からは13地区ごとに開催する予定であるという。

これらの課題は、第一に、類似の会議が複数あるため、会議の整理が必要である。特に地域関係者にとっては、藤沢の小地域ケア会議と国の求める協議体の内容面での差を感じにくい。第二に、生活支援コーディネーターの役割も協議体の役割も抽象的で、多様なサービス提供主体と地域のニーズのマッチングが難しい。第三に、地域ケア会議や生活支援体制整備事業は、原則高齢者に対する地域包括ケアを想定しているものの、藤沢型は、全世代型・全包括型としており、行政職員側も、地域関係者も切り替えが難しいという。また、コミュニティ・ソーシャルワーカー（以下CSW）との仕事の線引きもしにくく、それぞれの地区でニーズも着眼点も違う。国からの補助・促進されるメニューとそれに対応していくのが地域住民にとって混乱を招くという⁴⁾。

他方、在宅医療・介護連携推進事業については、2014年から年に2回ほど在宅医療推進会議⁵⁾を開催し、在宅医療の拠点、多職種研修会など、課題の共有、課題の検討を行ってきた。さらに、2015年7月には、在宅医療の充実、医療・介護連携の推進を目的に、在宅医療支援センターを開設した。藤沢市医師会に委託し、2名の看護師のコーディネーターを配置している。この2名のコーディネーターは、医師の紹介や入院調整等、情報提供を行っており月20件から30件の相談実績がある。2016年度からは、顔の見える関係づくりを目的に、市域全体を対象とした多職種研修会と地区別の懇談会も開催された。地区別の懇談会では藤沢市医師会による医療機関のエリア分けも考慮しながら、市内を6地区に分け、地域の市民センター・公民館で、多職種のグループワーク・議論を行っている。地域医療の施策として医療の機能分担を行い、医療の包括ケアシステムとしてかかりつけ医・かかりつけ薬局というように、「かかりつけ」のしくみの整備を進め、将来的には看取り⁶⁾までできる医療体制を整えることをめざす。

-
- 4) 2017年度に地域包括ケア推進室ができるまでは、社協（社会福祉協議会）に対し、高齢者支援課が生活支援体制整備事業として、福祉総務課が生活困窮者自立支援事業の一環としてCSWを委託し、別々の視点での業務委託になっていた。
 - 5) 市の三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）、訪問看護ステーション、市民病院、民生委員、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会が構成メンバーである。
 - 6) 在宅医が看取りを行うと、24時間365日拘束されることを意味するので、非常に負担感が重い。

最後に、認知症総合支援事業については、2015年度から認知症初期集中支援チームを設置し、2016年度に認知症ケアパスを作成して、認知症地域支援推進員を非常勤2名の配置を行っている。若年性認知症や、徘徊の方を発見しやすくするために、見守りアプリを取り扱う企業からアイデアを得るなど、試行錯誤している段階である。

第4節 庁内調整の多層性と地域へのアウトリーチの困難

藤沢市の取り組みの特徴は大きく分けて四点ある。第一に、組織改編により、地域包括ケアシステム推進室を一段上の位置づけ、そのうえで庁内調整を行い担当者レベルのボトムアップの会議体（庁内検討委員会の分科会）でロードマップを作成し、藤沢型地域包括ケアシステムを全世代型に軸足をおいて推進している。地域レベルで全世代型地域包括ケアシステムを進めていくには、13地区の歴史的経緯と地域資源の豊富さにより、地域のキーパーソンを必ず巻き込む必要がある。そのために藤沢市では市民自治部市民自治推進課が所管している市民センターのセンター長と地域包括ケアシステム推進室が密接な連携をとっている⁷⁾。

第二に、同じく組織編成上の工夫で、国では局が明確に分かれている高齢者向けの地域包括ケアと地域共生社会・生活困窮者支援の部署の窓口を福祉総合相談支援センター（総合相談・地域支援担当）として一つにしている点である。総じて、藤沢市の規模の自治体では課が異なり、両者の調整が問題になることが多いなかで、窓口の一本化は画期的である。

第三に、地域へアウトリーチする主体として、保健師をほとんど活用していない。介護保険法が導入され、行政保健師の役割はその専門性の高さから制度管理が中心になった。かつては地域を回ってコーディネートをしていたものの役割が変わってきている。高齢・障がい・子育ての複合事例などで多職種で連携をしようとするときに、市が委託している地域包括支援センターが中心となって声掛けができるかという難しい。むしろ市の看板を使ったほうが集まりやすいという側面もある。そのため、多問題家族のケアマネジメント・ケアプランニングをできる体制がなく、イニシア

7) 市民センターの執行体制は、「第2次藤沢市公共施設再整備プランの策定について」のなかで2017年度に行政改革の課題に上がっていた。

チブをとったところに負担が集中するお見合い状態になっており、専門職のマネジメント能力が求められているという。現状で制度の狭間に落ちる部分は、本庁の地域包括ケアシステム推進室が対応する体制ができているものの、どこまで各課の範囲を広げるか、連携する部署を広げるのか、課の間で取り決めが必要である。

他方、第四の特徴は第三の点とも関連し、地域へのアウトリーチの多くが行政直営ではなく、委託を中心に行っている点である。そしてその多くを藤沢市社会福祉協議会が担っている。藤沢市は、地域活動の単位と行政の地区割が13地区で一致しており、各地区に行政の事実上の出先機関のような位置づけで市民センター・公民館が存在し、地域の拠点となっている。しかし、アウトリーチを行う専門職が委託事業で運営されることが多いため、委託の件数を理由に、アウトリーチの主体を複数設置している。地域の総合相談を担い、藤沢型地域包括ケアシステムを推進する地域の要は、社会福祉協議会に委託されたコミュニティ・ソーシャルワーカー（CSW）である。また、国の高齢者に対する地域包括ケアを行う第一層の生活支援コーディネーターも社会福祉協議会に、第二層の生活支援コーディネーターは、地域ささえあいセンターを運営しているNPOや社会福祉法人に委託している。いきいきサポートセンターすなわち介護保険上の地域包括支援センターも、市役所内にある基幹型地域包括支援センター以外は、すべて委託によって運営されている。そのため、複数のアウトリーチの主体の役割分担が難しくなる課題をもつ。現状では、その委託業務の多くを市社協が担っており、それゆえに専門性の高い人材を配置し、チームでの運営ができています。さらに、地域包括ケアシステム推進室の職員が市民センターの地域担当の管理職の会議に参加しているので、地域担当の課題意識を把握でき、連携がとれている。

しかしながら、藤沢市独自の小地域ケア会議や生活支援体制整備事業の協議体を開催するなど、会議体で調整を行う場合には、地域の人々の間で混乱が生じることもある。CSWや生活支援コーディネーターが連携しながら多くの地域の会議に参加し、市民自治部の市民センターとも連携しながら、地域の把握に努めているものの、現場レベルでの整理は課題になっている。藤沢市としては全世代・共生社会型で進めていきたいものの、介護保険の制度上の地域包括ケアシステムの制度の範囲の見極めが難しい。

国から降りてくる予算も整理が十分についておらず、個別の制度の制約がある中で、棲み分けができていない。高齢者向けの地域包括ケアの担当者からも、共生社会の担当者からも全く同様の課題として指摘されたものの、どちらの方向に改善していけばいいかという点については、議論が分かれているようだ。藤沢市では、コミュニティ・ソーシャルワークの発想を方針として掲げながらもそれを制度やシステムとして実現できる予算や人員が脆弱で、地域でのアウトリーチを行う主体を行政の直営で持つことができていない。そのため、健康福祉部の調整だけではなく、市民自治部や生涯学習部との調整を検討しているが、実現はなかなか難しいと考えられる。

さらに、地域包括ケアシステム全体の課題としては、高齢者による地域包括ケアと地域共生社会・全世代型で、予算と、予算から義務化される人員配置や多職種・多機関連携の施策と、全世代型・藤沢型地域包括ケアシステムとの制度の齟齬がある。CSWの事業実施において課題とされたように、国から義務付けられた高齢者向けの多職種・多機関連携を行いつつ、藤沢型の地域包括ケアシステムで必要な多職種・多機関連携を行うと、国からの補助・促進されるメニューとそれに対応した補助金やスキーム・一律な調整と、藤沢型で独自に進めたい部分の線引きが難しい。藤沢市は地域包括ケアシステムの推進はその制度趣旨上、地域で独自に行っていく姿が望ましいと考えている。

第5章 川崎市

第1節 地域包括ケアシステムの構築に向けた行政組織の再編と個別システムとの連関

神奈川県川崎市は7つの行政区を持つ政令指定都市であり、市全体では高齢化率が19.5%と、大都市平均の23.9%と比較しても低い。活発なボランティア活動を行う団体も多く、これまでも様々な先進施策に取り組んできた。若い都市と言われる一方で、今後急速な高齢化が進むこと、また地域ごとに高齢化率に大きなばらつきがあることから、都市型の地域包括ケアシステムの構築を目指して行こうと体制の整備が始まった。

前市長時代の2013年に2015年の介護保険制度改正に備え、介護予防・

日常生活支援総合事業を含めた地域包括ケアシステムの構築の必要性に対応することが求められていた。そこで、長寿社会部に課相当としてあった部署を部相当とする構想が立ち上がり、行財政改革推進室と健康福祉局との協議の結果、2014年4月に地域包括ケア推進室⁸⁾が設置された(図10)。この地域包括ケア推進室が事務局となり、翌年の2015年、地域包括ケアシステムの構築に関する川崎市の基本的な考え方を共有するために「地域包括ケアシステム推進ビジョン」⁹⁾が策定され、推進ビジョンに沿って取組が推進されることとなった。

地域包括ケアシステム推進ビジョンは介護保険事業計画をはじめとする各分野別個別計画の上位概念として位置づけられている。セルフケア意識の醸成や参加の促進、住まいと住まい方、地域住民や専門職など多様な主体の参画、多職種連携による一体的なケアマネジメントの実現、地域マネジメントの構築の5つを基本的な視点として定めた。

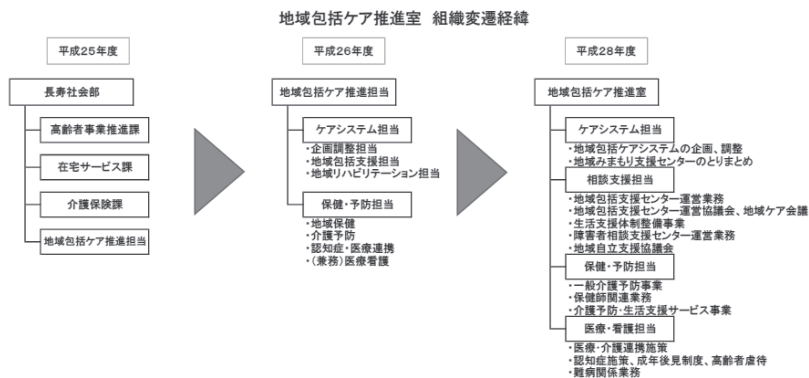
また、あわせて機構改編も行った。子ども関係の施策が福田紀彦現市長の3本の公約の一つであったこともあり、高齢者だけでなく、障害者、子どもがいる世帯や子どもも含むすべての地域住民を対象とできるように、2016年に各区役所保健福祉センター内に地域みまもり支援センターを設置した。そして、推進室を2課長から4課長体制に、あわせて子ども未来局、教育委員会のかかわりが強い部署の部長、課長¹⁰⁾を兼務・併任させて連携が取りやすい体制にしている。

地域包括ケア推進において、様々な部署の連携・調整が必要となるなかで、政令市では全市レベルと、行政区・地域レベル、そして、その両者がどのように接続されているかを考える必要がある。まず、図11に示すよ

8) 事務職19名、保健師4名、非常勤4名から構成される(2017年4月1日現在)。

9) 地域包括ケアシステム検討協議委員会によって議論が進められた。構成は、学識者、川崎市医師会、川崎市病院協会、川崎市歯科医師会、川崎市看護協会、川崎市薬剤師会、川崎市社会福祉協議会、川崎市民生委員児童委員協議会、川崎市全町内会連合会、川崎市老人福祉施設事業協会、川崎市介護老人保健施設連絡協議会、川崎市福祉サービス協議会、川崎市介護支援専門員連絡会、川崎市障害福祉施設事業協会、セブン-イレブン・ジャパン、上布田つどいの家、川崎聖風福祉会、市民である。

10) 兼任は、子ども未来局4名(子ども支援部長、児童家庭・虐待対策室長、子ども家庭課長、保育企画課長)教育委員会事務局3名(学校教育部長、指導課長、企画課長)である。2016年の地域みまもり支援センターの保育所等・地域連携、学校・地域連携担当にあわせて市レベルでも事務分掌を工夫した。



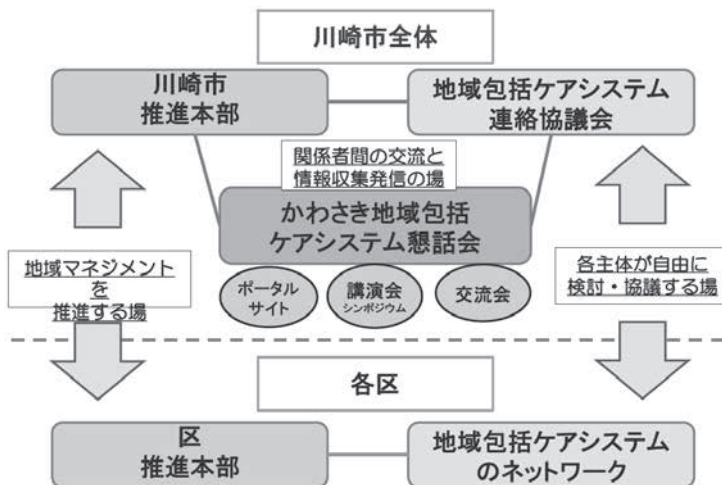
出典：川崎市訪問調査時提供資料

図 10 地域包括ケアを進める組織体制の変遷の経緯

うに、全市レベルでは三つ巴の会議体を中心に、関係者の交流と情報収集の場が設定されている。一つ目が、学識者、および医療、福祉、民生委員など関係者が集まって議論をする場である地域包括ケアシステム連絡協議会¹¹⁾、二つ目が、こうした関係者・団体が意見交換だけでなく交流し、顔の見える関係を作るための「かわさき地域包括ケアシステム懇話会」、三つ目が、川崎市長を本部長として、市内7行政区長および全局長（級）が集まって話し合う「川崎市推進本部（会議）」である。

全市レベルでの行政の調整を行う機能を持つ川崎市推進本部会議では、ルーティンの定例局長会議を延長し年に3回行っている。そこでは、地域包括ケアの取り組み、区役所の取り組みや局同士の取り組み、局と区の取り組み等を事例で紹介・リスト化し、情報共有が中心となる。事前に市長や副市長と打ち合わせして方向性を確認した上で会議に情報をおろして共有するという段どりをとっている。

11) この懇話会は、2011年に保健・医療関係団体の顔の見える関係づくりを行うための「かわさき保健医療懇話会」が前身で、この懇話会で有識者が中心となり地域包括ケア推進室を作ろうという案が出された。そして、2014年に福祉分野の団体が加わり現在の形となった。



出典：川崎市訪問調査時提供資料

図 11 地域包括ケアシステムの推進体制

第 2 節 地域みまもり支援センターの設置と地域へのアウトリーチの工夫

地域へのアウトリーチはどのようなしくみをとるのか。川崎市では、市レベルの推進本部に対応して区の推進本部会議を設置している。例えば幸区では、隔月 1 回開催され、区長と部長級職員と総務課長・企画課長が参加する。これに加えて、月 1 回の課長級職員によるプロジェクト会議と区内 8 地区（民児協単位）で年 2 回ずつのワークショップ地区別担当者会議を開催している（野村 2018:46-47）。推進本部会議とプロジェクト会議により、区役所各課の所管する地域包括ケアに関連する事業・取り組み・会議体をまとめ、進捗状況や課題を共有することになる。

次に行政の組織体制として、2016 年 4 月から区役所内の保健福祉センター内に地域みまもり支援センター¹²⁾を設置し運営を開始した。地域みま

12) この「みまもり」とは、「見守る」・「身守る」・「看護る」と 3 つの意味を込めてひらがなで表記している。2016 年 4 月 1 日現在で、7 地域みまもりセンター・2 地区（大師・田島）健康ステーションで事務職 193 人、保健師含む技術職 160

もり支援センターでは推進ビジョンにある「自助・互助・共助・公助」を柔軟に適切に組み合わせるために、「総合調整機能」「専門的支援機能」「地域支援機能」の3つの機能をもたせた。あわせて、専門職、一般事務職等の多職種が連携・協力が図ることを目的としている。

地域みまもり支援センターは、地域ケア推進担当、地域支援担当、保育所等・地域連携、学校・地域連携の4担当課を配置している¹³⁾。この4課のあいだで、地域包括ケアを推進する区レベルでの企画・調整を行う。さらに、市内を地区社協ベースで40に分けて地区担当保健師を配置し、栄養士や心理職、社会福祉職など専門多職種との連携を図りながら地域の支援を行っている。また、公立保育所や公立学校の担当部署との兼務・併任により保育所・学校と地域の連携が職務として割り当てられている。特に、図12で示すように、地域支援担当課は地区支援担当（係）と地域サポート担当（係）から構成され、地区支援担当（係）は保健師、地域サポート担当（係）は歯科医師、歯科衛生士、栄養士、社会福祉職、助産師、心理職などが配置され、専門多職種が連携して対応できる体制になっている。なかでも地区支援担当は、ベテランと若手の保健師¹⁴⁾を地区担当保健師としてペアで地区ごとに配置し、複合課題を抱える家庭への対応など個別支援と、地区診断や地域包括ケアシステムの進行管理も含めた地域づくりを業務としている。

個別支援については、地域みまもり支援センター内での対応だけではない。生活保護や高齢者、障害者、児童などの専門部署との連携や、児童相談所や地域リハビリテーションセンターなど区役所外の専門部署のほか、地域包括支援センターや障害者相談支援センター、生活自立・仕事相談センターなどの関係機関と、相談内容に応じて、密接に連携を図っている。つまり、従前の業務分担制ではなく、地区担当保健師がアウトリーチによる個

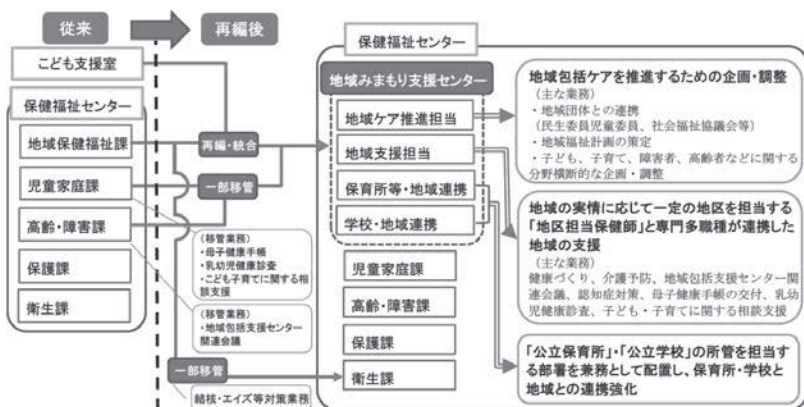
名となっている。また、地区担当保健師は106名、係長保健師は15名配置されている。なお、その後、2019年4月1日の組織改正で、保健福祉センターを地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）に改称した。

13) 調査後の2019年4月1日の組織改正によって、地域ケア推進担当と地域支援担当はそれぞれ、地域ケア推進課、地域支援課として設置された。

14) 川崎市の保健師は、入庁後保健師経験1年目から3年目を新任期、4年目から中堅期を前期・後期に分け、10年から13年目に主任となり、ベテランと位置づけられる。その後担当係長・係長と人材育成が行われる。

別支援を強化し、地域のコーディネート機能を発揮しているのである¹⁵⁾。

このような仕組みにした背景は、2003年に保健福祉センターを設置したときに、総合相談窓口を作ったものの、専門性が高い相談が多く、3年程度で短命に終わってしまったことだ。保健福祉センターの経緯をふまえ、人材育成の観点から、個別支援もできる専門職が少し幅広く対応できるように、という意図もあったという。このようにして、専門職を地域に配置するという、国の地域共生社会のアイデアを先行した形で進めることとなった。



出典：川崎市組織改正の内容（2016年4月1日）

図12 地域みまもり支援センターの組織図（2016年～2018年）

次に、川崎市の地区担当保健師はどのような形でアウトリーチと地域づくりを進めているのだろうか。

第一に、各区においては地域みまもり支援センターが事務局となり、既存の会議体を活用して関係機関・複数職種との連携を行っている。地域包括ケアシステム連絡協議会に対応する関係団体の集まりとして位置づけられる、区の地域包括ケアシステムネットワーク会議では、地域福祉計画や防災の会議体を基に、学識者や保健・医療・福祉・子どもの関係団体、ポ

15) 行政としては人材育成の観点からも効果が期待できると考えられたという。

ランティア団体、社会福祉協議会等が参加し、地域包括ケアシステムに関わる情報共有や検討が行われている。また、地域ケア会議や在宅療養推進協議会、地域包括支援センターや、保健・医療・福祉の多職種による会議なども連携を進める場になっている。さらに、各課が個別に把握する地域情報や地域課題のうち、区役所で共有すべき情報を企画課が中心となって地区カルテを作成し、一本化することで、職員間の情報共有と地域の把握・分析が可能となっている区もある（野村 2018:46）。

第二に、地区担当保健師は、事業や個別訪問をとおして、町内会・自治会や民生委員などと会いに直接足を運ぶとともに、関係部署と連携を図っている。また、各種団体等の会議に出席し、地域づくりや地域のイベントのための話し合いや地域のワークショップに専門職が顔を出して意見を聞いている。

地区担当制を導入することの利点は、第一に、地域の中で顔の見える関係が徐々に形成され、従来であればどこに相談したらよいか分からないような組織・制度の間となるような相談などを直接受けられるようになり、関係部署につなげることである。その結果、地域について教えてくれる人や、地域の課題描出に協力してくれる人が増えてきて、行政以外の関係者の協力を得やすくなってきたという。第二の利点は、地区担当制が職員も自分の地域を良くしていきたいという意識改革につながっているという。他方、難点として、職員によっては未経験な業務の対応もあるために、効率性が悪く、複雑な制度の中で、専門性の維持が課題だという。

アウトリーチと地域づくりの第三の方法は、実施状況は行政区ごとに異なるものの、具体的な事業を行いながら住民参加を進めていることである。例えば幸区では、区民を巻き込んだ地域福祉事業である「ご近所支え愛モデル事業」を行っていることである。町会を実施単位にして部会をたちあげ、地域課題の把握と地域でできる対応策の検討、支援を必要とする人の把握や支援策の検討を行っている。平成 29 年度は 16 地域、平成 30 年度は 24 地域が参加しており、地域課題は保健福祉分野に限らず、交通マナーや環境美化、地域コミュニティ活動など多岐にわたる。課題について最初に地域での解決を目指すスキームとなっている。部会に町会役員や民生委員、老人クラブ会委員、地域包括支援センター及び区社協の職員がメンバーとして入り、区役所からは管理職、地区担当保健師、高齢・障害課の職員

が出席し、部会のコーディネートをを行っている。そして、支え愛モデル事業推進会議各部会からの実施状況の報告や情報共有等を行い、担い手育成を目的とした実践講座も開催されている（野村 2018:48-49）。この講座について、野村（2018:49）は、事業開始当初は職員内部でも負担感が大きかったものの、「地域に出向かなくとも、部会に行けばそこには地域のキーマンが勢揃いしており、顔の見える関係が構築できる上、地域の情報が集まっている」と非常に合理的・効率的なシステムだと評価する。事業を行うこと、イコール調整が可能になるという。

市と区役所は、月1回開催される地域みまもり支援センター担当部長会議で相互の意思確認や方向性の確認をしている。さらに、局を横断するような連携については、地域包括ケア推進室が間に入って把握しつつも地域みまもり支援センターが中心となって動くという。例えば、麻生区と株式会社ローソン、JA セレサ川崎、麻生区商店街連合会による、買い物困難地域である麻生区東百合丘1丁目地区での移動販売事業の開始と、それを拠点にした地域コミュニティ事業は、麻生区、経済労働局、地域包括支援センターの調整によって実現した。局間同士の取り組みのため、本庁が内容を把握し、区役所職員の業務負荷を考えながら、地域が独立してやっていくために、どのようにみまもり支援センターが関わると良いか考えているという。ただし、こうした取組は市民文化局の取り組んでいるコミュニティ施策との整理が今後必要となる。

第3節 高齢者の地域包括ケアと川崎市地域包括ケアシステムの連携

川崎市の地域みまもり支援センターは子どもから高齢者まですべての地域住民に対応した取り組みが中心となるため、介護保険など専門分野での対応が必要な場合は、高齢・障害課へというように、各専門部署へつないでいる。地域支援事業のうち、日常生活支援総合事業は2016年度から始めており、市独自の訪問型・通所型サービスを行っている。また、地域包括支援センターは川崎市の場合は49か所、25法人に委託で運営しており、高齢者世帯の対応を中心に障害や子どもにかかわる施策など多岐にわたる対応もしているが、区の各専門部署と必要に応じて連携を取る民間のアク

ターである。

次に、在宅医療・介護連携推進事業については、2013年から多職種間で顔の見える関係の構築を図るため、「川崎市在宅療養推進協議会」を設置している。医師会・歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員連絡会、医療社会事業協会、地域包括支援センターの7関係団体で協議会を立ち上げた。2015年度より病院協会、理学療法士会も参加し、9つの団体で推進している。活動は、研修による人材育成や、多職種連携マニュアルの作成、推進協議会の開催、在宅医療サポートセンターの運営、講座やシンポジウム開催など市民啓発等である。特徴的な取り組みとしては、各区の医療介護連携の推進役となる在宅療養調整医師を配置していることである。在宅療養調整医師は、医師会から選出され、多職種への医療的助言、医療資源の把握や開業医のネットワークづくり（診診連携）、退院調整支援などを行う。さらに、川崎市医師会のなかで中心的な役割を果たしながら、在宅医の往診の仕組みや、在宅医を始める医師のサポートを行っている。

また、生活支援体制整備事業については、みまもり支援センターの仕組みそのものが目指す取り組みと捉えて、市直営の運営とみなしている。第1層のコーディネーターを地域支援担当の社会福祉職に、第2層のコーディネーターとして同担当の保健師を配置し、第1層の協議体を地域ケア会議に、第2層の協議体は互助の及ぶ自治会の範囲でのネットワークと読み替えていた。

最後に、認知症施策等総合支援事業は、地域支援担当を中心に認知症専門医及び認知症サポート医と、保健師、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士等の専門職で認知症ケアに携わった経験のある者が「訪問支援チーム」を、設置して早期診断・早期対応に向けて支援をしている。さらに、認知症地域支援推進員を本庁に1名配置し、川崎市認知症コールセンター等と協力しつつ、認知症の人とその家族を支援する相談業務を行うと共に、認知症疾患医療センター等の医療機関と介護サービスや地域包括支援センターなど地域の医療の連携体制の構築を図っている。

第4節 連携システムの内実化・「我が事」意識の醸成へ

川崎市の取り組みの特徴は大きく分けて4点指摘できる。第一に、組織

編制を上手に使い、本庁でも地域みまもりセンターでも兼務・併任等を利用し、課や局を超える調整や連携をやすくしている。兼務をかけることで会議等への必要に応じた参加が可能になり、情報共有や具体的な意思決定をしやすくなっている。この組織編制を上手に使っているのは、市長の積極的な姿勢が大きい。第二に、会議体を多用して連携・調整を行っている。政令指定都市で規模も大きいことから、情報共有を重視し、行政内の調整も、また各種事業における関係アクターの巻き込みも、会議体を使っている。また、本庁・区の間でも会議を対応させて、会議の機能を明確にしている。第三に、地域に人、特に専門職やキーマンになる人を、各区域及び領域（共生社会・医療介護連携など各サブフィールド）ごとに貼り付け、制度的同型化（Powell and DiMaggio 1991）が行われており、会議は情報共有と顔つなぎという最小限の機能にしているという点である。

第四の特徴として、地域の区域設定を統一していない。川崎市では中学校区という国の想定している日常生活圏域を厳密に設定していない。また、地域包括支援センターの区域は49、地区みまもり支援センターの地区担当保健師の区域は40、民生委員児童委員協議会の区域は56という形で、区割りの単位は地域ごとに異なっている。地域ケア会議などの様々な会議体での区割りをすべて行政区に任せているため、一人で複数の会議体に参加している場合もあり、重複が課題となっているという。一つ一つの制度に関わる圏域の単位が揃っていないと、第二の特徴で触れたとおり、会議体も多いため、個々の職員にとっては会議参加の物理的なコストが非常に高い。制度的同型化によりどの分野でも地域に専門職を配置するという第三の特徴は、第四の特徴の、圏域が異なり地域のアクターと専門職をつなぐ過程で区域というアーキテクチャを使えないために機能的に代替しているといえる。元来、国の制度に基づいた会議体が多く、法定の会議や国の通知のルールの中でやらなければならない会議があるため、制度を咀嚼して川崎市の体制として作り、建前上は会議体を自治体にあわせて目的を切り分けている。対応する役所の部署には情報集約をする仕組みはできているものの、実際に、それを課題解決にどのようにつなげるのか、地域性に応じてどう細かく対応するのかまでは行き届かない側面もある。

したがって、担当部署としてはこのような先行している連携の仕組みを実効性のあるものにしていくために、庁内調整、現場の職員、また地域の

市民の「わが事意識の醸成」を進め・徹底することが課題と考えられている。例えば庁内調整においては、地域包括ケア推進室や地域みまもり支援センターに、様々な部署から仕事が集中する。業務の切り分けについては、交通ルールの整備が必要で、各部署に「押し戻す」必要があるという。さらに、例えば環境事務所の職員がごみ収集に回っているときに、公園で一人で寂しそうに座っている子どもを見かけたら、区役所の職員に声を掛けると手が差し伸べられる、すなわち自分の所掌の仕事だけではなく、少し違うことにも目を向け、行動に移すことで地域が良くなる、そういう意識を職員全体に行き渡らせる。そして、同様に地域における会議でも、会議で検討した内容を各「団体へ持ち帰り」、「行動に移す」まで行うことは難しい。市の職員に対しては、市長が様々な会議で常に伝え、新人研修・係長研修・課長研修など各種研修やEラーニングで学習機会を設けているものの¹⁶⁾、住民の意識の徹底までが難しいという。

終章 「制度の狭間」問題において冗長性が機能する条件

第1節 3市の比較分析と本稿の結論

本稿では、地域共生社会型・地域包括ケアシステムの構築について取り組んでいる名張市、藤沢市、横浜市の3事例を検討した。

第2章で議論したとおり、日本では、「制度の狭間」を埋める重ならない連携は理論的にも実務的にも期待されてきた。とはいえ、日本の行政組織の形成原理及び最大動員システムゆえに、分野横断的な連携においては冗長性が所与となっている。したがって、本稿では、地域共生社会型・地域包括ケアシステムの「制度の狭間」問題を、冗長性がどのように機能しているのかという観点からとらえることにした。

国が地域包括ケアシステムの実現のためにめざした機関連携の仕組みの制度化は、ケアを構成する各要素に資源を貼り付けて分業し（縦割り）、つなげ合わせると一人の生活、または地域全体の包括的なサービス供給ができる仕組みとなる考え方をもとにしている。この考え方が個別施策ごと

16) eラーニングで70%程度の事務技術職（7000人程度）が研修を受講した。

に行われ、縦割りで制度化されてくるために、自治体において共生社会型・地域包括ケアを実現するための機関連携は多層化・冗長化してきた。しかし、自治体で共生社会型・地域包括ケアを実現するためには、行政資源の積み上げだけでは積算できない関係アクターの様々な調整コストや、それを規定する地域資源の有限性も考慮しなければならない。「降ってきた」多職種連携・多機関連携を、調整主体の位置づけや組織、空間、資源配置などの観点から地域に合わせて最適化しているのである。

これらの問題設定をふまえ分野横断的な連携と境界橋渡し機能の理論的検討から、調整主体の位置づけや組織、空間、資源配置などに関してどのような設計にしているのか、地域包括ケアとコミュニティ施策がどのように関連付けられて、境界橋渡しが行われているのかといった点に着目し事例研究を行った。

3つの自治体の事例を比較すると次の点が明らかになった。

第一に、誰に地域へのアウトリーチを行う専門職の役割を担わせているかである。名張市は、小学校区にある「まちの保健室」に専任職員を配置し、生活支援コーディネーターや国から降りてくる複数の多職種・多機関連携の仕組みの多くのコーディネーター役を担わせている。また、この専任職員を地区担当と位置づけることで、民生委員をはじめとする当該地域の福祉資源のネットワーク化を行う調整主体として、また、当該地域の住民にとってのワンストップでの総合相談窓口として機能している。

藤沢市は、国から降りてくる複数の施策に対応したアウトリーチを行う専門職を配置している。生活困窮者自立支援事業の予算等を使い、日常生活圏域の地区単位の半分程度に社会福祉協議会のコミュニティ・ソーシャルワーカーを配置している。生活支援体制整備事業も、第1層、第2層のそれぞれで設置し、生活困窮者支援事業の相談員も別途設置している。地域ケア会議、小地域ケア会議、個別ケア会議もそれぞれの担当者が行っている。地区内に多数のアウトリーチを行う専門職がいるため、こうした複数のアウトリーチを行う専門職の間でさらに連携が必要になっており、またそれとは別に地域活動を行う人とも連携が必要であるため、市民センターの地域支援担当職員とも個別に連携を行っている。

川崎市は、各区にみまもり支援センターを設置し、市内を地区社協単位の40地区に分けてベテランと若手の保健師をペアで地区担当保健師として

配置している。複合課題を抱える家庭への対応など個別支援と、地区診断や地域包括ケアシステムの進行管理も含めた地域づくりを業務としている。このしくみは地域ケア推進担当、地域支援担当、保育所等・地域連携、学校・地域連携の4担当課の間での調整が前提となる。藤沢市との違いは、地域に配置する専門職を自前で配置していること、その結果、地域における個別支援とコーディネート機能を、専門職個人のみが担うのではなく、地域みまもり支援センターという組織のなかで調整しながら担える点である。

第二に、総合相談の拠点と地域包括ケアシステムにおける様々な機関連携の拠点となる場所をどのように設置しているかである。名張市では、各地域に設置される市民センター・公民館の建物の中にまちの保健室が設置されており、地域包括支援センターの支所にも位置づけられている。そのため、この「場」が総合相談の拠点であるとともに地域包括ケアの機関連携を行う拠点になっている。市民は、地域活動を行う時も、様々な事務手続きを行うときも、福祉に関わる相談があるときも、どのような困りごとでもその一箇所に行けばよく、民生委員も、各種連携を行う会議の関係者もその一箇所に集えば良い。

藤沢市では、市民センター・公民館は市民自治・生涯学習部の出先機関として位置づけられている。さらに地域包括ケアシステムに関わる組織、すなわちCSWのいるバックアップふじさわ社協、第2層の生活支援コーディネーターのいる地域の縁側、地域包括支援センターと、地域へのアウトリーチの機関が、国から降りてくる施策ごとに設置されている。建物も一箇所にはなく、分散しており、さらに、一つの建物の区域が市民センター・公民館の区域と一致していない。コミュニティ・ソーシャルワークの発想を方針として掲げながら、制度やシステムとして実現するほどの予算や人員が脆弱であるため、地域でのアウトリーチを行う主体を行政の直営で持つことができていない。そのため、健康福祉部の調整だけではなく、市民自治部や生涯学習部との調整を現在検討している。川崎市では、行政区を生かして、地域みまもり支援センターが機関連携の拠点となっている。名張市と同じ仕組みをとっているようで、政令市であるがゆえに、区の単位は名張市の「まちの保健室」の中学校区の単位と比べるととても大きい。そのかわり地域みまもり支援センターが事務局となり、地域包括ケアシステムネットワーク会議など多くの会議体を運営し、地区カルテを作成し情

報を一本化するなど、区役所の機能が充実していることで、拠点となる範囲の大きさを補っている。

第三に、行政内の連携と縦割りの解消の方法である。3つの自治体とも機構改革を共通して行っているものの、地域包括ケアシステムが拡大する中で、庁内調整の方法、さらに地域包括ケアシステムの整備と機構改革の順番が異なる。地域づくり組織及びそれにかかわる補助金を整備してから地域保健福祉の出先機関であるまちの保健室を設置した名張市は、エリア会議を開いて連携を行う体制をつくったうえで組織再編を行っており、地域住民から見るとボトムアップの方法をとっている。藤沢市では、2025年問題という政策課題が先にあり、そこから藤沢型の地域包括ケアシステム構築の必要性がうまれた。そのため、まず地域包括ケアの所管部署を設置し、さらに一段上の「室」に位置づけて、ロードマップという計画を用いて庁内調整を進めた。通常の事業部局に比べ調整しやすい位置づけにする一方で、調整そのものは、担当者から積み上げていくボトムアップの形をとっている。川崎市では、機構改革、兼務・併任方式、会議体を組み合わせている。長寿社会部から地域包括ケア担当を推進室に編制し、市長のイニシアチブもあり、子ども未来局、教育委員会など関係が強い部署と兼務・併任を行った。あわせて行政区でも地域みまもり支援センターを設置し、同時に市の組織と同様に、見守り支援センター内で、保育所・学校の担当部署と兼務させている。さらに会議体も同様に、市と区で対応した形で設置している（図11）。行政の調整を行う機能を持つ川崎市推進本部を定例局長会議のメンバーで行い、区レベルでは区の推進本部が対置されている。また、学識者、および医療、福祉、民生委員など関係者が集まって議論をする場である地域包括ケアシステム連絡協議会を市レベルで設置し、区レベルでは地域包括ケアシステムのネットワーク会議が対置し、地域福祉計画や防災の会議体を基に、学識者や保健・医療・福祉・子どもの関係団体、ボランティア団体、社会福祉協議会などが参加し、地域包括ケアシステムに関わる情報共有や検討を行っているのである。このような、相似的な組織編制・会議体を設置し、連携の拠点を明確化したうえで、市と区役所は、月1回地域みまもり支援センター担当部長会議で相互の意思確認や方向性の確認をすることで、政令市で生じがちな市と区の乖離をなくす工夫がなされている。

第四に、縦割りで人員・予算がつき、分業や専門職として行動する主体を連携させる縦の仕組みと、地域として人員・予算がつき面として動く主体を連携させる横の仕組みの結節点、すなわち専門職の縦割りに地域という横串をどのように通すかである。境界橋渡しの具体的な機能条件である。名張市では、まちの保健室のある市民センター・公民館というアーキテクチャを使い、地域の情報を吸い上げ、下ろす情報流通のルートを一元化しており、効率・効果的な使い方ができている。他方、藤沢市では、そもそも社会福祉協議会など民間の地域福祉の活動主体に多く仕事を委託しているため、結局最後は地域包括ケア推進室が市民センター長・公民館長と直接調整しているのである。同市では、地域の情報を吸い上げ、下ろす情報流通のルートは一元化されていない。川崎市は、地域の区域設定が統一されていないかわりに、地域みまもり支援センターの事務局機能による会議体からの情報の集約という官僚制の仕組みと、市に所属する地区担当保健師による地域のコーディネートとの二つを組み合わせている。特に、各地区2名の地区担当保健師は、事業や個別訪問をとおして、町内会・自治会や民生委員をはじめ、関係部署と連携を図りながら、各種団体等の会議の出席、地域のイベントに参加していることから、地域に専門職を配置するという仕組みを機能させ、地域の情報を吸い上げて区で集約するというルートができていると考えられる。

これらの4つの知見から冗長性が機能する条件を考えるうえで、第2章で言及したベドナーの議論を振り返りたい。Bednar (2009) は、冗長性のある仕組みとして、J. マディソンがかつて指摘した連邦制の制度デザインの課題を定式化し、フォーマルモデルをもとに、次のような議論を展開した。政府間（州と連邦）で権限の分配を変える・逸脱するなどご都合主義のインセンティブがあり集合行為の構造となっている。したがって政府間の対立をどのように防止し、さらに、お互いが補完し、強化する安全装置のシステム構築する必要性を指摘する。この安全装置というのが冗長性となり、対応すべき問題に応じて対応策は異なる。前提として通常より広い範囲で安全装置を構築することが求められることを確認したうえで、安全装置の効果のない問題に対しては、補完で対応すること、安全装置が信頼できない問題に対しては、保険として重複した仕組みで対応すること、安全装置の過度な制裁が生じる場合は、裏付けを行うこと、ちょっとした逸

脱問題ならば実験的に柔軟に緩やかに対応する、州全体の調整ならば、相互依存している安全装置の間で情報を流通させ、熟議による合意形成を行うという (p.216)。

ベドナーの議論は、アメリカの連邦制における政府間関係の冗長性に着目した議論であるが、分野横断的連携における冗長性を考えるうえでも示唆に富む。共生社会型・地域包括ケアシステムの構成要素は、とすれば、個々の制度の論理だけで動く自律的で専門分化した集団ともいえる。これらをシステムとして分野横断的に連携させるには、その集団間の境界橋渡しをどのように行うべきか。すなわち地域へのアウトリーチを行う専門職の配置、機関連携の拠点となる場所の設置の仕方、行政内の連携と縦割りの解消の方法、専門職の縦割りに地域という横串をどのように通すかを考えることとなる様々な連携手法 (鈴木 2019) を使いながら、各自治体の地域資源の状況に合わせ、補完・重複・裏付け・緩やかな対応・情報流通による合意形成といった形で冗長性を機能させていることが、事例研究から読み取れた。

第 2 節 今後の課題

共生社会型・地域包括ケアシステムの整備は、令和 2 年社会福祉法改正を受けて、重層的支援体制整備事業として発展することとなった。これまで地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制構築事業は 208 自治体で実施されてきたが、令和 3 年度から重層的支援体制整備事業としてモデル事業が開始される。制度の詳細はまだ担当者会議で伝えられている段階に過ぎない。とはいえ重層的支援体制整備事業実施計画を自治体が策定し、PDCA サイクルにより実施していくこと、本稿の事例研究でもたびたび言及された財源の縦割りの問題を解消するために、厚生労働所管の既存制度からの財源を市町村介護保険特別会計からも一部繰り入れを行い、国及び都道府県からの交付金を一括化し国が定める方法で、新たな事業に要する費用を各制度間で機械的に按分し、各制度のルールを適用し交付し、交付されたのちの市町村における分野間の配分は問わない仕組みをとることな

どが周知されている¹⁷⁾。事業を進めていくうえで今後の課題を以下で論じる。

自治体の視点からの課題としては、第一に、地域包括ケアと地域共生社会・全世代型地域包括ケアシステムの棲み分けができていないという課題がある。藤沢市でも議論されたとおりどのように改善していけばいいかという点は、議論が分かれる。基本は対象者別・リスク別¹⁸⁾それをシームレスにつなげていくという発想と、CSWのように冗長性をもたせながら緩やかに関わりを持っていく、時にはリーダーシップをとり、時には引きながらも、地域の誰かが長期的に見ていく、という発想で、取るべき課題解決策は異なるからである。施策レベルでの未整理に加え、いわゆる保健・公衆衛生のアプローチとコミュニティ・ソーシャルワークのアプローチで価値観の衝突があり、行政の現場や地域でも調整の必要が出てきているといえる。

第二に、公共施設の再編が全国的に求められるなかで、地域包括ケアシステムを実際に動かすために、地域へのアウトリーチ組織を設置する建物をどのように確保し、効率的に利用していくか、長期を見据えた戦略が求められる。地域活動を扱う部署、建築など、従来行政内で福祉部門が連携をとってこなかった部署との連携が求められる。特に、今後も続く財政制約のなかで住民からアクセスしやすいワンストップの施設をどのように残していくかは、課題である。

第三に、地域活動を行う住民と専門職の活動の調整である。地域の住民は地域の状況をよく知っているものの、住民意識が強いからこそかえって地域の状況が見えなくなったり、個人情報をどこまで共有するかという問題が生じる。藤沢市では地域に入っていける人の条件として、人に対する優しさに加えて、他者に考えることをシェアできるかが重要だと考えているという。専門職の発想と、地域で連携を行っているときの発想のバラン

17) 厚生労働省社会・援護局地域福祉課「令和2年度 地域共生社会の実現に向けた市町村における包括的な支援体制の整備に関する全国担当者会議」、資料1より。https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000114092_00001.html (2021年1月10日最終アクセス)

18) 公衆衛生の分野では介入モデルとして、ポピュレーション・予防アプローチ（1次予防）、ハイリスク・早期発見・早期治療（2次予防）という段階別のアプローチの考え方をとる。多問題家族に対するアプローチは2次予防、高齢者へのアプローチは1次予防の発想である。

スが求められる。

第四に、連携をマネジメントする場合に、特定の「組織」または「人」に仕事が集中・押し付けがなされることがある。すると、当該「組織」または「人」の業務負荷量が増加し支えきれなくなることもある。「制度の狭間」の領域への関与は本質的に無限定性を持つからである。このときにいかに、連携を扱う部署から各事業部署に「押し戻す」かが重要である。業務負荷量が一定を超えた場合に、機能分化を進めるとまたさらに連携が増えることとなる。例えば名張市では、基幹型まちの保健室を今年度から設置しているが、これまでのまちの保健室に屋上屋をかしていることになり、メタ連携の調整コストがあがる。

加えて、厚生労働省を中心とした国レベルでの課題もある。

特に、国から降りてくる予算が縦割りであり、特に高齢者の部分は介護保険の特別会計で賄っている部分があるため、市の側に会計上の説明責任が発生する。国からは柔軟な運用を認める指針がでているものの¹⁹⁾、明確な線引きは一定程度必要となる。さらに地域共生社会の予算は大きくなく、柔軟に捉えられるものの、それぞれの予算の用途の制限や、実際の地域での仕事量に対応しない予算規模となっている。そのため、国からの補助・促進されるメニューとそれに対応した補助金やスキーム・一律な調整は自治体にとっては対応が難しく、地域の実情に応じた柔軟な対応がしにくい。各自治体とも人件費のやりくりが補助金に依存しており、人件費を始めとする予算に大きな影響を与えている。

第一に、予算だけでなく、多職種・多機関連携手法の制度化の仕組みの整理も必要である。次々に施策ごとに会議体の設置とコーディネーターの配置を自治体に求められるものの、類似の会議が複数あるため、自治体に求める会議の整理が必要である。各会議の目的やコーディネーターの仕事の内容について、行政職員側も、地域関係者も切り替えが難しい。例えば、藤沢型の小地域ケア会議と国の求める協議体の内容面での差を感じにくい。生活支援コーディネーターの役割も協議体の役割も抽象的で、多様なサービス提供主体と地域のニーズのマッチングが難しい。こうした整理が難しいならば、

19) 介護保険最新情報 No.439、平成 27 年 3 月 31 日厚生労働省老健局振興課「生活困窮者自立支援制度と介護保険制度との連携について（通知）（社援地 0327 第 4 号・老振発 0327 第 5 号（平成 27 年 3 月 27 日）」

予算・ルールや制度について、画一的な自治体への制約と地域の独自性の尊重のバランスを見直す必要がある。

第二に、地域共生社会と生活困窮者支援制度の関係性である。複合課題については地域共生社会で取り扱うこととなっており²⁰⁾、支援対象者が経済的困難を抱える際は、生活困窮者支援制度の予算を優先することとなった。生活困窮者支援制度は自立稼働を促す仕組みでもあり、財政制約がある自治体では、本来の地域包括ケアができなくなる可能性を孕む。

第三に、地域包括ケア体制は、地域活動と、地域福祉と、対象者別福祉の連携が必要である。地域福祉は地域活動と福祉をつなぐものの、その施策の対象が社会福祉協議会と民生委員児童委員のため、行政資源を十分に有していない。そのためにコミュニティ・ソーシャルワークは緩やかな歩みを進めてきた。しかし、地域包括ケアシステムの構築を十分に進めるならば、厚生労働省と地域活動を所管する総務省の十分な連携が求められる。地域包括ケアシステムにおける各主体の連携がうまくいかない場合は、国レベルでの縦割りをなくすことが求められるのである。以上のように多機関連携は、地域包括ケア領域だけでも様々な課題を抱えている。

最後に本稿の理論的課題を示して締めくくりたい。第一に、個々の政策分野の多機関連携の要請というのは、それぞれの分野特有の論理である。本稿の議論も、医療介護福祉行政の論理を超えるものにはなっていない。大きく政策論理が異なる分野間の連携では異なる議論になる可能性もある。

第二に、個別政策分野にも分野横断的にも意義のある知見を導き出せるような形で、「組織の壁を超える人 (Boundary Spanners)」の役割 (Williamson 2002, Ramarajan et al. 2011) やアイデンティティ、多機関連携における専門職の裁量や行動原理 (Gorman and Sandefur 2011)、情報共有の機能する条件などアクターの behavior に着目した実証研究が求められているのではないか。さらに、冗長性の機能する条件を考えるうえで、専門知の機能の仕方も検討課題である。コリンズとエヴァンスは、貢献型専門知と区別して、対話型専門知 (Collins and Evans 2007 = 2020) という概念を提示した。「ある専門分野の、実践についての専門知を欠いた、言語についての専門知」

20) 厚生労働省の通知 vol.684 生活困窮者自立支援制度と介護保険制度との連携について (通知) の改正について (社援地 1001 第 3 号、老振発 1001 第 3 号 (平成 30 年 10 月 1 日))

(p.34) と定義する。すなわち「ある分野の言葉遣いに関する暗黙知満載の専門知であり、その領域の言葉遣いへの文化化を通じて獲得され」(p.81)、また、対話型専門知は、「それを通じて専門的判断が行われるような議論の媒介」(p.81) となるという。境界橋渡し人材はこうした専門知をどのように使っているのか。本稿では取り組めなかったこうした課題については、今後の研究で取り組みたい。

謝辞

本章を執筆に当たり、名張市、藤沢市、川崎市に聞きとり調査を行った。皆様に厚く御礼を申し上げる。本研究の実施及びデータ分析と解釈の責任はすべて筆者に帰属する。また、本研究は、科研費（課題番号 25780089、15H03313、18K12700）の研究成果の一部である。

参考文献

- Bednar, Jenna, 2009. *The Robust Federation: Principles of Design*, Cambridge University Press.
- DiMaggio, Paul J., and Walter W. Powell 1991. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organization Fields, Walter W. Powell and Paul J. DiMaggio (eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago Press.
- Gorman, E. H., & Sandefur, R. L. 2011. Golden Age, Quiescence, and Revival: How the Sociology of Professions Became the Study of Knowledge-Based Work, *Work and Occupations*, 38 (3), 275-302. doi:10.1177/0730888411417565.
- 野村有紀子 2018. 「幸区における地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み」川崎市総務企画局都市政策部『政策情報かわさき』36号、pp.46-49.
- Ramarajan, L. , Bezrukova, K. , Jehn, K. A. and Euwema, M. 2011. From the outside in: The negative spillover effects of boundary spanners' relations with members of other organizations, *Journal of Organizational Behavior* 32: 886-905.
- 鈴木潔 2019. 「児童虐待防止」伊藤正次編『多機関連携の行政学——事例研究によるアプローチ』有斐閣、第1章。
- Williams, Paul, 2002. The Competent Bounrary Spanner, *Public Administration*, 80 (1):103-124.