

委託型地域包括支援センターの社会福祉士による認知症高齢者の 相談対応をめぐる社会的相互作用のうごき

田川 佳代子

I. はじめに

地域包括支援センター（以下、「包括」）は、2005（平成17）年の介護保険法改正時に、地域住民の保健医療の向上と福祉の増進を包括的に支援することを目的として、全国の市町村に設置された。介護保険の保険者である市町村は、「包括」を設置し、地域在住の高齢者に対し、介護予防支援（保険給付の対象）と包括的支援事業（地域支援事業の一部）を行っている。包括的支援事業は、介護予防のケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントの4つの業務を指す。「包括」は、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、介護保険制度によるサービス、介護保険以外の福祉サービス、インフォーマルな資源を活用し、できる限り自立した生活を営めるよう地域全体で支える仕組みの、中心的役割を担う機関として位置づけられる（福島 2017; 白井ら 2017; 北村ら 2014; 小長谷 2012）。

副田（2018: 41-2）によれば、2005年の介護保険法改正の焦点は、「ケアマネジメントの立て直し」よりも自治体の保険者機能の見直しにあった。介護保険サービスの供給量の伸びを保険者としてコントロールする、そして市町村が独自の地域包括ケアシステムの構築を企画し、運営責任を果たす、そのマネジメント機関を、「包括」が担うこととなった。

「包括」は、委託が増加し、直営が約3割、委託が約7割となっている。委託法人の主な内訳は、社会福祉法人53.3%、社会福祉協議会19%、医療法人16%（厚労省 H.24）であるが、委託型の課題が指摘されている（白井ら 2017; 眞埼ら 2012）。生活課題を抱えた利用者の窓口が「包括」となり、委託が認められたことから、利用者が市町村にたどり着くまでさらに遠回りとなったと

いう批判もある（森 2008）。

介護保険制度で対人援助サービスの民営化が導入され（須田 2011）、すでに20年が経過した。介護保険制度導入以前の措置制度下で、民間社会福祉事業の「下請機関化」（岡村 1969: 14）や、「安上りな民間」委託の財政責任回避（佐藤 1972: 48）が指摘されてきた。福祉事業の委託は人員削減を直接の契機とし、受託事業を契約書に基づき実施する、業務の外部化・下請け化とみられ、決定と実施の機能が制度上分離される（武智 1993: 166-7）。市場交換の導入というよりも、行政サービスの外部化にすぎず、新たに拡大された再分配的な政府体系の制度的再編成と位置づけられる（藤村 1999: 166-7）。基礎構造改革後も、従来の構造は堅持され则认为られる（栃本 2002: 164）。

社会福祉法人に対する行政規制は措置時代と同様の姿を残し、改革で浮上した「利用者本位」の中身は、自己選択、契約によるサービス利用といった曖昧なものに留まるとみられる（小笠原 2002: 102）。『利用者』を、選択や自己決定能力を持つ者とする、固定的な人間観に基づく政策立案の危険性が指摘される（佐橋 2006: 94）。

藤村（1999: 229）によれば、「委託契約を受ける非営利団体はいわば行政の別動隊として機能している」とみなされ、「委託契約の拡大による垂直的分業を通して」、「本来別組織である行政と非営利団体の組織間関係を疑似組織内関係に転換している」（藤村 1999: 229）と捉えられる。多くの社会福祉法人と政府との間の、いわば“公民癒着”の自律性なきパートナーシップは、公私関係の脆弱性に照らし真の多元化とはいいがたい（村田 2009: 3）とも指摘される。セクター間の相互依存や互いの境界の曖昧化等の相互作用性（須田 2011: 40）が問われてきたといえる。本研究は、こうした委託が拡大す

る状況下におかれる「包括」の社会福祉士のソーシャルワーク実践に及ぼされる制度政策の影響を明らかにするものである。

2006年4月に介護保険法の改正によって「包括」は制度化され、総合相談を基軸としたソーシャルワーク実践の方向性に影響を与え、社会福祉士が必置とされ、ソーシャルワーク業務および専門性が求められる業務として周知されてきた(岩間・原田 2012: 29)。

社会福祉士は、「包括」をいかに機能させていくか、地域の力を引き出し、新たな資源としていくため、環境をどう整えていくのか、地域の人々とのつながりにおいてその工夫が求められてきた(高山 2005)。社会福祉士には、「包括」三職種の連携とチームアプローチを念頭に置く情報共有、多岐にわたる関係機関(人)とのつながりを強化するネットワーク構築の土台形成を担うことの役割認識が示されてきた(工藤ら 2013)。M-GTAを用いた実践研究では、認知症高齢者支援における「包括」社会福祉士の代弁プロセスに焦点をあてた権利擁護の実践(久松 2017)や、独居認知症高齢者の早期発見と早期対応のプロセス(久松 2017)がある。さらに、高齢者虐待対応をめぐる行政と地域包括というチームの中核機関の職員同士の協働スキルを探索した研究(副田2018: 153)から多機関協働の知見が示されてきた。だが、「包括」社会福祉士の実践に制度政策の構造的側面からの影響がもたらされることで、地域住民、要支援・要介護者、行政、関係機関との社会的相互作用のうごきがどのようなものとして現れるかについては明らかにされてきていない。

「包括」は、地域ニーズを整理・明確化し、住民・行政・専門職種との連携のかけ橋となるネットワーク推進の機能が求められ、協働による地域づくりが課題とされる(眞埜ら 2012)。だがその実態は、介護予防関連事業に忙殺され、総合相談業務や地域ネットワークの構築に取り組めてはいない(三菱UFJリサーチ & コンサルティング 2010)。「包括」の社会福祉士に関する調査から、「包括」業務の不明瞭さ、役割、力のなさ戸惑い、新予防給付の比重の高さ、チームケア体制の課題、包括支援事業が行政の委託である問題、地域活動のむずかしさ、利用者の利用しにくさ等、が指摘される(峯本ら 2013)。支援者とのかかわりのなかで生み出される困難事象(家族介護者8割超、地域社会5割)が認められ、キーパーソン不在の問題が指摘される(井藤ら 2013)。「包括」は、住民の自助・互助の醸成、業務量の多さ、市町村との方針共有等の課題や悩みを抱えている(白井 2017)。

総合相談全体に占める認知症に関する相談の割合は、2～3割が最も多く、業務全体に占める総合相談の割合は相対的に低い(小長谷 2012)。認知症の最初期の家族は、医療や福祉制度と結びつくまでの「空白の期間」に苦悩し、専門職による支援以前に、地域資源のなかで、家族の不安や混乱に対応し、最終的に支援に結びつけることが、認知症の最初期の支援の鍵とされる(北村 2020)。しかし、個別課題のみでなく地域課題を検討する「包括」の地域ケア会議では、「認知症高齢者家族への支援が不足」する課題が抽出されている(平澤ら 2018)。

「包括」で対応される高齢者のセルフ・ネグレクト事例の分析によれば、サービス拒否と地域での孤立は、現行体制では介入する根拠に欠け、自己決定の尊重が優先され、専門職の支援が届きにくいいため、通報時にはすでに孤立死に至っている(斉藤ら 2016; 斉藤 2018)ことが指摘されている。セルフ・ネグレクト状態にある高齢者の人数を、市町村高齢福祉担当部署の6～7割、地域包括の5割前後が把握していない(岸 2019)という状況にある。

本研究は、このような文脈にある、委託型「包括」の社会福祉士による認知症高齢者の相談対応をめぐる社会的相互作用のうごきを説明し変化を予測する理論の生成を目指すものである。特に、委託のもとに置かれる「包括」の社会福祉士が、認知症高齢者の支援に関わりをもつことで生じる組織内連携・組織外組織間連携の社会的相互作用(西村 2018: 75-6)のうごきを明らかにする。委託型「包括」の社会福祉士が、行政、非営利団体、他の関係機関、他の専門職、地縁組織や近隣の地域住民との間で、認知症高齢者の相談対応をめぐり、個別支援から地域生活支援、地域づくり(岩間・原田 2012; 松端 2018: 25-6)を含め、どのような社会的相互作用の現象特性のプロセスを示すのか明らかにする。ここで述べるプロセスとは、ソーシャルワーク実践の支援過程を意味するものでも、時間的変化の経緯を表すものでもない。委託という状況に埋め込まれた「包括」の社会福祉士の行動のうち、特に認知症高齢者の相談対応をめぐり生ずる社会的相互作用のうごきのもつ現象特性をM-GTAの研究方法に基づいて明らかにしようとするものである。

II. 研究方法

1. 対象者

X市にある総ての「包括」の社会福祉士に、X市地域包括支援センター連絡会の場でインタビュー協力の説明

依頼を口頭と文書で行い、後日、同意書の返信があった方を対象として、面接調査を行った。インタビューは、12名に実施した。性別は、男性5名、女性7名である。年齢は、20代1名、30代3名、40代4名、50代3名、60代1名、平均年齢44歳である。社会福祉士資格以外の保有資格（複数）は、介護福祉士5名、ヘルパー4名、ケアマネジャー8名（その内、主任ケアマネジャー2名）、精神保健福祉士2名、言語聴覚士1名、認知症ケア専門士1名である。調査時点での「包括」における勤務年数は、8か月から13年、平均6年である。調査時に、勤務する組織とは別の「包括」での勤務期間を含めた経験年数は、平均7年である。総て委託型の「包括」であり、5つの非営利団体（社会福祉法人3、医療法人2）が受託している。7つのエリアにある地域型と1つの基幹型を合わせ、8つの「包括」の職員を対象とした。対象者の所属は、社会福祉法人9名、医療法人3名である。

2. 調査期間

2020年10月の1か月間に実施した。

3. データ収集方法

面接調査は、筆者が各「包括」を訪問し、1人ずつ会議室で行った。面接は1回60分から90分以内とした。質問は半構成的面接法を使用し、インタビューガイドに沿って調査協力が自分の経験を自由に語ることを求めた。インタビューガイドは、自身関わった事例を1つか2つ想起してもらい、認知症高齢者の把握や訪問の経緯、支援内容、本人、家族、第三者との関わり、行政との委託関係での関わり、専門職としての役割について尋ねた。「包括」のクライアントとの関わりは、発見、通報・連絡、ファースト・コンタクトから介護サービス利用に至るまでであり、認知症が疑われ、未受診やサービス未利用期間における関わりや、介護サービス以外の地域資源や関係機関（人）との連携・見守り支援が、現在も継続中の事例を中心に話を聴いた。

サービスの導入には至らない見守りのケースは、特に、自治体の方針によって実態把握を積極的に実施していた期間に訪問調査を行い登録された地域高齢者である。近年、認知症や健康低下がみられ、支援の必要性が把握される。一方、高齢化率の高まりに伴い、相談があると基本チェックリストで介護予防サービス利用に即つなぐケースが増加し、実態把握は積極的に行われていない。

4. データ分析方法

分析方法は、「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ」（以下、「M-GTA」）（木下 2020）を用いて

行った。M-GTA を選択したのは以下の理由による。(a) 実践の理論化をめざす質的研究方法論として体系化されている。(b) 分析手順が明確化され、データの解釈を行う研究者を「研究する人間」として捉え、分析を意識化し、思考と感覚の言語化・文字化を促す。(c) 継続的比較分析を行って、データに密着した独自の説明概念を生成し、それによって構成される理論である。(d) 人間の行動や他者との社会的相互作用の説明や予測に有効であり、現象のうごきやプロセスを構造的に捉え、説明力のある概念の生成に適す。(e) 結果を現場に還元する応用可能性を重視する。

分析テーマは、「委託型地域包括支援センターの社会福祉士による認知症高齢者の相談対応をめぐる社会的相互作用のうごき」とし、分析焦点者を、「委託型地域包括支援センターの社会福祉士」と設定した。

分析手順と研究方法論は以下のとおりである。

① データ全体量の管理は、面接の録音内容を対象者ごとに逐語録を作成し、データ全体に目を通した。分析対象とするデータ量は、対象人数12名、平均面接時間1時間27分33秒、平均逐語録22,861文字、逐語化した文字総数274,340文字である。

② 分析テーマと分析焦点者を設定した後、それに関連する箇所に着目し、分析ワークシートの具体例（バリエーション）欄に転記し、分析焦点者にとっての意味は何かを解釈し、その部分を具体例とする概念を生成した。

③ 分析ワークシートを活用し、そこに概念名、定義、具体例、理論的メモを記入した。生成した概念の具体例を他のデータから探し追加記入し、一定の類似例が確認できれば、これを定義し、概念名をつけた。類似例がある程度出てこなければ、その概念の説明力はないと判断した。

④ 概念の恣意性を防ぐため、生成し始めた概念の側から、対極の概念の可能性を考え、その結果を理論的メモに記入した。

⑤ 分析テーマを問いとし、その結論を理論の形で得ることを目的とし、その内容関係で分析を制御した。研究者を判断主体とし、grounded-on-data の原則に即し、分析過程を理論的ノートに記録した。

⑥ 理論的飽和化の判断は、まず、分析ワークシートの概念レベルでの小さな飽和化の判断を下し、その次に、概念によって構成される結果全体に対して、結果図とストーリーラインの作成によって大きな飽和化の判断を行った。

⑦ 概念と他の概念との関係を検討し、さらに複数の

概念の関係からなるカテゴリーを生成し、最終的に明らかにしていけるであろうプロセスとの関連を推測的・包括的に思考を駆使した。概念とカテゴリーの間にサブカテゴリーをおいた。カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、その概要をストーリーラインとして簡潔に文章化した。さらに概念間の関係を図にしながらカテゴリー相互関係を表す結果図を作成した。

⑧「研究する人間」は、X市「包括」の運営協議会の委員就任から6年余りが経ち、データ解釈の適合性を判断する社会関係と機会を持つ。

5. 倫理的配慮

本研究は、愛知県立大学研究倫理審査委員会の許可通知（令和2年9月24日、教福 2020-02）を受けて実施した。インタビューの事前および当日に、書面と口頭で、研究の目的、方法、研究協力の取りやめの自由、個人情報取り扱い、録音と逐語化、データ保管と廃棄方法、データ利用の範囲、研究成果の公表、研究協力に伴う不利益について説明し、研究協力を承諾する同意書への署名を得た。

III. 結果

1. 分析結果

M-GTAによる分析を通して、24の概念を生成し、6つのサブカテゴリー、3つの中心的（コア）カテゴリーを見出した。

図1が結果図で、[]がデータから生成した概念である。〈 〉はサブカテゴリー、白抜き文字の囲みがカテゴリー、矢印が影響関係を示している。

2. カテゴリーのうごき

まず、カテゴリーを中心に、ストーリーラインを、以下のように表した。文中では、コアカテゴリーを【 】で、サブカテゴリーを〈 〉で、概念を[]で囲んでいる。カテゴリーおよび概念の定義を《 》で、具体例を“ ”内に示した。

委託型「包括」の社会福祉士による認知症高齢者をめぐる相談対応では、まず、介護予防支援事業と包括的支援事業を切り盛りし、保険者と被保険者との間で公益をめぐり最適化のバランスを探りながら対応する【仕様書あわせの日常業務】と、認知症の人のこれまでの日常生活を支援しつつこれからの生活を一緒に考えていく【これまでとこれからの橋渡し】を担うこと、そして受診や要介護認定申請、サービス利用にすぐには結びつかない認知症初期の人への関わりにおいて、家族、近隣住民、行政、関係機関、住民主体のサロンなど、第3の場の関わりを形成し、判断能力の低下に伴って想定されるリスクに備え見守りをする【つながりの連鎖】の形成に関わること、これら三者のカテゴリーの相互作用のある関係が中核をなしている。

さらに詳細を述べると、【仕様書あわせの日常業務】は地域の高齢化が進みケアプラン対象者が増えるにつれ

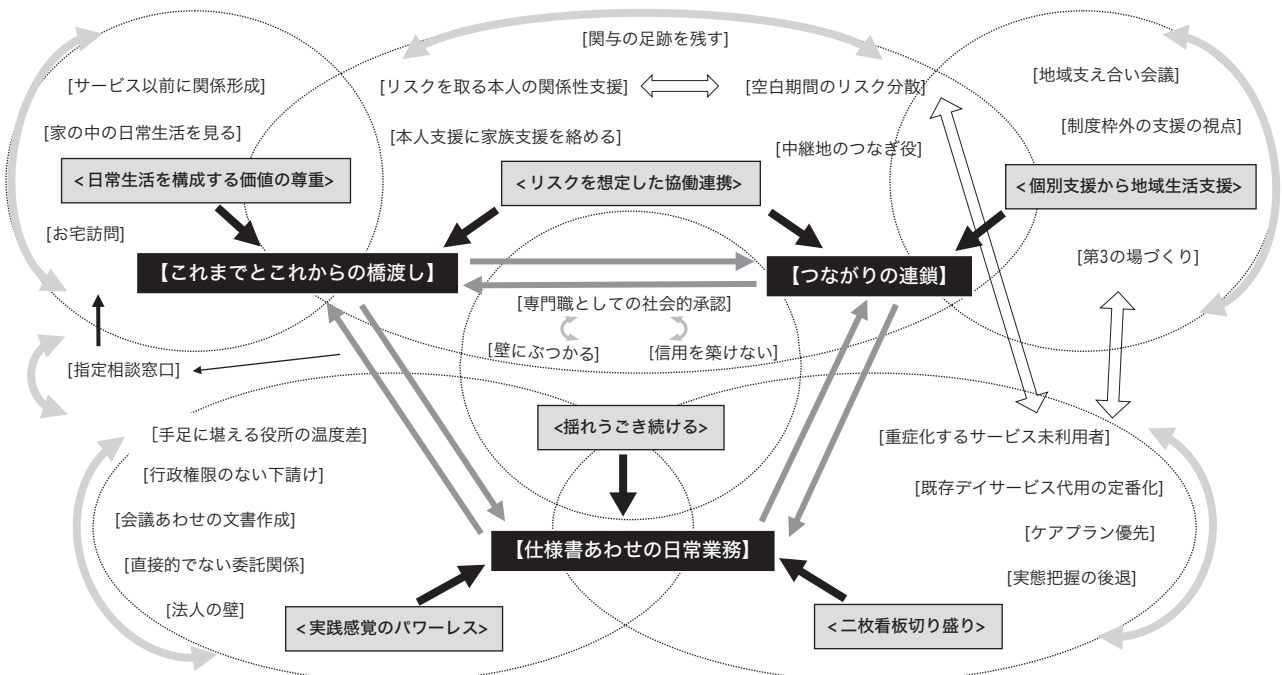


図1 結果図「委託型地域包括支援センターの社会福祉士による認知症高齢者の相談対応をめぐる社会的相互作用のうごき」

業務が多忙となり、総合相談や権利擁護などの包括的支援事業への対応に余裕がない状況が生ずる〈二枚看板切り盛り〉と、地域住民のニーズを対面状況で把握するものの、実際に提供できるサービスや社会資源が乏しく、施策の判断や処遇の決定権は行政にあり、現場の実践感覚は行政に伝わらないと感じられる〈実践感覚のパワーレス〉、それと、[専門職としての社会的承認]等の概念から成る〈揺れうごき続ける〉の影響がある。

【これまでとこれからの橋渡し】は、認知症の人が大切にしている関係性をもとに支援のネットワークを形成する〈日常生活を構成する価値の尊重〉と、空白期間におけるうごきを表す〈リスクを想定した協働連携〉の関係から構成される。またその〈リスクを想定した協働連携〉のうごきは、〈個別支援から地域生活支援〉とともに、【つながりの連鎖】を構成する相互作用の関係にあることを意味する。

3. カテゴリーの説明

カテゴリーを構成する概念の関係を中心に説明をする。カテゴリーごとに概念名・定義一覧を表1に示した。【これまでとこれからの橋渡し】

これは認知症の人の〈日常生活を構成する価値の尊重〉と、空白期間における〈リスクを想定した協働連携〉から構成される中心的カテゴリーの1つである。

認知症の人の日常生活に、「包括」の社会福祉士が関わりを持ち始める、その時、どのような社会的相互作用となるのか、そのうごきを示す概念として、[指定相談窓口][お宅訪問][家の中の日常生活を見る][サービス以前に関係形成]を生成した。概念間の比較を通して、専門職が認知症の人に関わりをもつ、その相談対応のスタイルを意味する〈日常生活を構成する価値の尊重〉を生成した。そのサブカテゴリーは、《認知症の人への相談対応では、これまでの日常生活を尊重し、これからも本人にとって大切な関係性の継続を支援すること》と定義される。

まず、[指定相談窓口]は、《認知症の人やその周囲の人が「ちょっと変だな」と気づいたときに、直接または地域住民や、民生委員、市役所を経由し連絡が入る相談体制の窓口を担うこと》と定義される。具体例として、“この方も民生委員さんだったと思いますね、(中略)近所の方からあの人大丈夫かというような相談だったり”、“警察だったり、市役所のほうからだったり、訴えがあってそこで関わらせていただく(7)”。

認知症の人の相談窓口は地域ごとに指定されており、民生委員、近隣住民、新聞配達員、病院、消防、警察、等から市役所や「包括」に通報が入り、それを受けて職

員が対応する。あるいは本人や家族からの相談があって、認知症の人に出会う最初のうごきが生じる。このうごきが分析の始点にあたる。[指定相談窓口]は、社会が認知症の人の生活に介入する、[お宅訪問][家の中の日常生活を見る]の相互作用を生じさせる。

【お宅訪問】は、《最初の通報や相談を受けた後、次に住所地を訪問し、庭先から、玄関口、上がり框、家の中まで、受入れ状況にあわせ、本人を確認すること》と定義される。具体例は、“一応近所の方から本人さんのことをある程度聞いた上でお邪魔するんですけども、たまたま今回の方は受入れが良くて、いきなり突撃訪問みたいな形で、「地域の高齢者の方をちょっと今回ってるんです」みたいな形で、ちょっとお話をしに行つて、意外とすんなり家の中まで上げてくださって(1)”。

この概念は、最初の通報を受けた後、次の対応としての家庭訪問である。比較的元気な高齢者を対象とし、一般介護予防教室への誘いや、見守りネットワークへの登録を呼びかける実態把握とは別の対応である。対極例は、訪問しても応答がなく、ただ不在なのか、緊急事態か、疑わしい場合には、消防や警察を呼んで対応している。

【家の中の日常生活を見る】は、《家の中の部屋の掃除や整理整頓、金銭管理、食事、服装、皮膚や頭髪の状態などを見て、日常生活の状況を把握すること》と定義される。具体例として、“家の中はやはり片付けができていない状況で。書類とか、郵便物とかが机の上にそのまま置いてあったり。掃除をととてもできてない印象ですね(8)”。対極例は、認知症の人が家庭訪問を拒む場合である。

【サービス以前に関係形成】は、《認知症初期には、介護保険制度をあてはめたり、要介護認定やサービス利用を勧める前に、その人にあわせ相談できる関係をつくること》と定義した。具体例は、“デイサービスに行く必要もないし、ヘルパーに来てもらう必要もないし。ただ認知症という診断を受けて、軽度の物忘れが出てきて、ご自身がとても大事に思っていた免許証がなくなったという状況の中で”、“どうこれからの人生を歩んでいきたいか、一緒に考える作業をしました(2)”というものである。

対極例は、これまでの実態把握で、見守りの対象であった人が次第に認知症支援の対象となる事例がみられたが、最近では、実態把握はなくなって、ただちにケアプランづくりにかからなければならない対象者が増えたことが認められる。

〈日常生活を構成する価値の尊重〉と、〈リスクを想定した協働連携〉は、【これまでとこれからの橋渡し】の

表1 「委託型地域包括支援センターの社会福祉士による認知症高齢者の相談対応をめぐる社会的相互作用のうごき」概念名・定義一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	概念	定義
これまでとこれからの橋渡し	日常生活を構成する価値の尊重	指定相談窓口	認知症の人やその周囲の人が「ちょっと変だな」と気づいたときに直接または、地域住民や、民生委員、市役所を経由し連絡が入る相談体制の窓口を担うこと
		お宅訪問	最初の通報や相談を受けた後、次に住所地を訪問し、庭先から、玄関口、上がり框、家の中まで、受入れ状況にあわせ、本人を確認すること
		家の中の日常生活を見る	家の中の部屋の掃除や整理整頓、金銭管理、食事、服装、皮膚や頭髮の状態などを見て、日常生活の状況を把握すること
		サービス以前に関係形成	認知症初期には、介護保険制度をあてはめたり、要介護認定やサービス利用を勧める前に、その人にあわせ相談できる関係をつくること
	リスクを想定した協働連携	本人支援に家族支援を絡める	認知症の人の意向だけでサービス利用を進められず、契約の決定権をもつキーパーソンとしての家族の役割と責任、協力を前提とすること
		リスクを取る本人の関係性支援	ただリスクを失くせばよいというのではなく、認知症の人が見ている視点に立って、本人が何を望んでいるのか、リスクを取ってでも、本人の関係性において支援を考えること
		空白期間のリスク分散	受診にもサービス利用にもつながっていない空白の期間、支援者が1人で抱え込まず、組織内外で情報共有し、第3の関わりを形成し、継続的見守りにあるリスク分散をはかること
		関与の足跡を残す	相談の経緯や経過記録を、市と「包括」間の連携システムに入力し、情報の閲覧と管理を行い、実績報告の際、説明の根拠とすること
		中継地のつなぎ役	制度上、「包括」は要支援者や非該当の方への支援を行い、要介護状態となれば、居宅介護支援事業所に担当が移行することから、支援の必要性を見据えつつ、中継地でつなぎ役割をすること
	つながりの連鎖	地域生活支援から個別支援へ	第3の場づくり
地域支え合い会議			年に1回割り当てられた地域ケア会議の開催に向け、地縁組織や地域住民とのつながりをもとに、話し合う共通の課題を関係機関と調整し、支え合いの事例を具体化すること
制度枠外の支援の視点			介護保険制度や既存のサービスに個人のニーズをあてはめるようにするだけでなく、そこから漏れでるニーズに対応するために必要とされる視点を備えていくこと
仕様書あわせの日常業務	二枚看板切り盛り	ケアプラン優先	認知症支援を振り返り、地域づくりが大切であるが、ケアプランづくりやサービス調整にあてる時間が増え、総合相談を含め包括的支援業務に余裕をもって取り組めていないこと
		実態把握の後退	「包括」が設置されて間もない時期は、地域の高齢者を民生委員と一緒に個別訪問し、実態把握に努めていたが、今は個別支援が前面に出て、地域支援が後退していること
		既存デイサービス代用の定番化	要介護認定なしでチェックリストのみの事業対象者に対し、制度上のサービス利用を市が認め、地域住民主体のサロンづくりの方向性ではなく、むしろ既存サービスの利用が定着すること
		重症化するサービス未利用者	介護サービス未利用者は、ケアプランづくりに至らず、支援対象であるが、本人の希望がないという理由で、本人の状態が重症化するまで、支援のない「空白」期間が生じること
	実践感覚のパワーレス	法人の壁	実際に仕様書の内容をどう日常業務に落とし込むかまで、行政は踏み込んだ指示を委託契約ですておらず、法人によって業務の取り扱いに違いが生ずること
		行政権限のない下請け	委託の基幹型「包括」が市役所内に設置され、行政に代わり「包括」の意見とりまとめや後方支援を担うが、行政権限はなく、「包括」からみて行政との間に同じ委託型「包括」があるだけに感じる
		手足に堪える役所の温度差	緊急事態や虐待通報が入ると現地に赴き事実確認をするが、行政職員とのコミュニケーションにおいて感情が傷ついたり、発言が否定されたと感じる
		会議あわせの文書作成	認知症初期集中支援チームが「包括」に下り、もともと相談業務で行ってきたことを、会議にあわせ事例提供や文書作成が課され、負担に感じる
		直接的でない委託関係	仕様書に基づく委託事業の実績報告を月単位で行うものの、実践で遭遇する課題を施策の改善につなぐには委託元の行政との関係は遠い距離があると感じる
	揺れうごき続ける	専門職としての社会的承認	介護保険制度の医療化、専門職の階層と序列のなかで、社会福祉士として、認知症の人やその家族、地域住民、行政、他の専門職から社会的承認を得られるよう努めること
		信用を築けない	認知症の人あるいはその家族から胸襟を開いて話す相手として認められず、支援が拒まれ、サービス利用に結びつかないと、認知症の人の状態像が悪くなるのを為す術もなく本人任せにすること
		壁にぶつかる	サービス導入に際し、認知症の人の希望や家族の任意に委ね、介入へ消極的な立場をとるか、専門職の判断から、積極的な介入の立場をとるか、揺れ動きつついずれかを選択すること

カテゴリーの柱建てとなる関係にある。

〈リスクを想定した協働連携〉は、[本人支援に家族支援を絡める] [リスクを取る本人の関係性支援] [空白期間のリスク分散] [関与の足跡を残す] [中継地のつなぎ役] の5つの概念で構成されるサブカテゴリーである。〈リスクを想定した協働連携〉は、《判断能力が低下している人に関わりを持つ専門職が、すぐに受診やサービス利用につながらない空白の期間に、家族や近隣、行政を含め、組織内外における協働連携の体制を築き、想定しうるリスクに備え、キーパーソンを確保するうごきを意味する》と定義される。

[本人支援に家族支援を絡める] は、《認知症の人の意向だけでサービス利用を進められず、契約の決定権をもつキーパーソンとしての家族の役割と責任、協力を前提とすること》と定義される。具体例として、“残念ながら、本人の意向だけで全てが、支援ができたりとか、全てのサービスが導入できるわけではないので、その辺のバランスっていうのとか”、“家族のサポートというかフォローみたいなのも、必ずしていかないことには、結果的に、本人のためにならない (12)” が挙げられる。

対極比較の検討からは、家族がいない事例 (10)、本人が家族の関わりを拒否する事例 (2)、家族が本人のサービス利用に反対する事例 (4) を確認している。認知症の人の家族関係や構成員のワーカビリティが支援ネットワークの形成には重要な要素となっている。

[リスクを取る本人の関係性支援] は、《ただリスクを失くせばよいというのではなく、認知症の人が見ている視点に立って、本人が何を望んでいるのか、リスクを取ってでも、本人の関係性において支援を考えること》と定義される。具体例を示すと、“権利擁護をただひたすらやればいいというよりは、本人の幸せはなんなのかとか、リスクをなくすのが正解でもないと思ってますし、リスクを取ってでも、本人が望むことをやってくっというのをやりたいと思うけれども、なかなか答えが出てこなかったりとか、それで正解だったのかっていうのもやや感はあるかなとは思いますが (12)”。

“起こり得ることといえますか、それがリスクかもしれないんですけども。次に起こるリスクだったりとか、進展をある程度想定をしていく、ビジョンを立てていきながら組み立てていく、支援を、という。僕らが組み立てるプランとご本人の意向だったりとか本当のニーズって、マッチしないことも多々あるかな (8)”。

対極例は、「リスクを分散」して「やばいと思う」状況を、「やることはやっています」「(かけつけた救急隊の支援を拒めば) 念書を書いてもらう」「ネグレクトの通

告をだす」(9) という対処で、支援者側を「守る」対処が確認される。この対極例は[空白期間のリスク分散]の生成に至っている。この相方の概念も〈リスクを想定した協働連携〉のサブカテゴリーを構成する方向へ収束する。

[空白期間のリスク分散] は、《受診にもサービス利用にもつながっていない空白の期間、支援者が1人で抱え込まず、組織内外で情報共有し、第3の関わりを形成し、継続的見守りにあるリスク分散をはかること》と定義される。認知症が疑われ受診に至るまでの空白の期間Ⅰと、要介護度の判定が出でサービス利用に至るまでの空白の期間Ⅱがあるが、ここでは両方の期間を意味する。受診や介護サービス利用というのは具体的に目に見えるうごきであるが、そこに至るまでの期間には、目には見えにくい「包括」職員のうごきがある。この概念は後述する、[第3の場づくり]とも関係する。具体例は、“うちの状態からして私の手だけでは手に負えないと思ったので、報告して、その後は市役所とか基幹型とかと一緒に関わっていくことにした (9)”。

対極比較は、契約に至るまで本人が希望するまで待つことを前提とする立場が確認される。「介護保険はあくまでも契約なので」、「何かをしてあげるではなくて、契約をして初めてっていうところになってくるのは基本だと思う (6) という認識が存在する。

[関与の足跡を残す] は、《相談の経緯や経過記録を、市と「包括」間の連携システムに入力し、情報の閲覧と管理を行い、実績報告の際、説明の根拠とすること》と定義される。具体例として、“何か接触があったりとか連絡があったりとかすれば、必ず記録として残すようにしてます”、“状況だけは知っておいてもらいたいと思ってるので、その連携は必ず取るようにしてます (1)”。

比較分析によると、「包括」職員の支援の考え方によって、何を観察し、どう記録に留めるかは一様ではない。記録の残し方で支援の在り様は変わりうる。

[中継地のつなぎ役] は、《制度上、「包括」は要支援者や非該当の方への支援を行い、要介護状態となれば、居宅介護支援事業所に担当が移行することから、支援の必要性を見据えつつ、中継地でつなぎ役割をすること》と定義される。具体例として、“その人の合うところにつなぎたい、そのつなぎ役割を頑張ろうって思ってます。最後までこの人を見届けるという役目じゃない (9)”。

判断能力が低下し、地域で孤立する状況の人に手を差し伸べる支援者の役割には、不安やリスクがつきまとう。2者関係にもう1つ別の第3の関わり、トライアン

グルを形成することで2者関係にある緊張を解き、支援者の役割を後方から支援するというごぎの現象特性が認められる。

概念〔中継地のつなぎ役〕は、尖った意味を保ったまま、サブカテゴリー〈リスクを想定した協働連携〉を構成し、カテゴリー【つながりの連鎖】に収束する。

〈リスクを想定した協働連携〉は、概念とカテゴリーの間で意味の構成を支え、〈日常生活を構成する価値の尊重〉とともに、【これまでとこれからの橋渡し】の意味を構成する。また、〈リスクを想定した協働連携〉は、〈個別支援から地域生活支援〉とともに、【つながりの連鎖】の意味を構成する。

【つながりの連鎖】

〈個別支援から地域生活支援〉は、〔第3の場づくり〕〔地域支え合い会議〕〔制度枠外の支援の視点〕の3つの概念から構成されるサブカテゴリーである。《認知症の人が地域生活を継続するため住民による支え合いの拠点づくりを進め、制度の枠を超えたところのニーズを充たすため、個別支援から地域生活支援へ展開すること》と定義される。

〔第3の場づくり〕は、《認知症初期の人に、介護サービス利用と自宅以外に、地域で通えるもう1つの場があり、そこで人々と出会い、やることがあり、生きがいをもって地域生活の継続ができるように助けること》と定義される。具体例として、“自分の自宅と、介護サービスと、あと別の場所があるだけで、本人にとっての人生っていうのはすごく豊かになってくんじゃないのかな(12)”。

“認知症カフェの立ち上げでも、「包括」、関わっていたので。認知症についての理解を、運営してくださる住民の方もできるようになっていましたし。そこで通っていただく中で、この人にもスタッフと一緒にやっていただくことになりました(2)”という例が挙げられる。

〔第3の場づくり〕は、地域づくり、地域の社会資源の開発、専門職と住民ボランティアとの協働関係という側面をもつ。対極例を検討すれば、ケアプランづくり、ケアマネジメント業務に忙殺され、実態把握や地域づくりに余裕がもてない。そのしわよせは、個人の地域生活を支える第3の場の乏しさや、地域を振り返っても、家族以外に助けを求めるところがない悪循環に陥らせる。対極例の検討から生成された諸概念によって、後述する〈二枚看板切り盛り〉は構成される。

〔地域支え合い会議〕は、《年に1回割り当てられた地域ケア会議の開催に向け、地縁組織や地域住民とのつながりをもとに、話し合う共通の課題を関係機関と調整

し、支え合いの事例を具体化すること》と定義される。具体例として、“移動手段がないとか、買い物する場所がないっていう困りごとを聞いた。それを地域ケア会議として取り上げて”、“今後それをどういうふうにしていきたいでしょうかっていう話し合いをやった”、“市の施策に何かつながっていければいい(1)”。

地域支援は、個別支援と比べ優先順位は低い、仕様書にある年1回の地域ケア会議の開催は、「包括」職員が日頃から地域住民や関係機関との連携や意思疎通を積み重ねておく必要のある仕事として認識される。

〔制度枠外の支援の視点〕は、《介護保険制度や既存のサービスに個人のニーズをあてはめようとするだけでなく、そこから漏れでるニーズに対応するために必要とされる視点を備えていくこと》と定義される。具体例は、“制度とか政策について、これっておかしいんじゃないの？とか、もっとはざまにある人たちをどうしようとか”、“しょうがないですね、使えないですもんね、で終わってしまう、その辺はちょっと残念ですよ。やっぱりそれが、どう関わってくるかという市民の利益に関わってくるので(3)”というものである。対極例は、委託契約の仕様書に沿って、その枠内で仕事をする対応が認められる。

【仕様書あわせの日常業務】

〈二枚看板切り盛り〉と、〈実践感覚のパワーレス〉、そして〈揺れうごき続ける〉は、【仕様書あわせの日常業務】の柱となるサブカテゴリーである。このカテゴリーは、《地域住民のニーズに寄り添う相談現場の実践感覚が活かされ、それに相応しい仕様書の委託契約を交渉し、「包括」職員が保険者と被保険者との間で公益の最適化のバランスを探って任務を遂行すること》と定義される。

〈二枚看板切り盛り〉は、〔ケアプラン優先〕〔実態把握の後退〕〔既存デイサービス代用の定番化〕〔重症化するサービス未利用者〕の概念によって意味が構成される。〈二枚看板切り盛り〉は、《「包括」は介護予防支援事業と包括的支援事業の二枚看板を掲げるが、高齢化に伴い業務の切り盛りは大変さを増し、現状の人員でやりくりできる範囲に委託の仕様書の見直しがなされ、それに沿って仕事をする事》と定義される。このサブカテゴリーは相互作用のうごきをつくりながら、【仕様書あわせの日常業務】に収束する。

〔ケアプラン優先〕は、《認知症支援を振り返り、地域づくりが大切であるが、ケアプランづくりやサービス調整にあてる時間が増え、総合相談を含め包括的支援業務に余裕をもって取り組めていないこと》と定義した。具

体例として、“どうしてもケアプランのほうに比重が
いってしまい、実態把握に時間をかけることが難しく
なってます (5)”。

〔実態把握の後退〕は、《「包括」が設置されて間もな
い時期は、地域の高齢者を民生委員と一緒に個別訪問
し、実態把握に努めていたが、今は個別支援が前面に出
て、地域支援が後退していること》と定義される。具体
例として、“実態把握、1人行ったら1000円みたいな感
じでお金が付いてた時期があったんです”、“それが廃止
されて、(中略)申し訳ないけど変わってますね。それ
に今、「包括」の現状として、予防プランがかなり圧迫
してきているので (4)”。

〔既存デイサービス代用の定番化〕は、《要介護認定な
しでチェックリストのみの事業対象者に対し、制度上の
サービス利用を市が認め、地域住民主体のサロンづくり
の方向性ではなく、むしろ既存サービスの利用が定着す
ること》と定義される。具体例として、“ご利用されて
るデイサービスさんも事業対象者の受け入れがほぼ可能
なので、事業対象者さんですがっていう形で普通にご利
用してもらってます (6)”。

これらの〔ケアプラン優先〕〔実態把握の後退〕〔既存
デイサービス代用の定番化〕の諸概念は、〔第3の場づ
くり〕と対極関係にある。

〔重症化するサービス未利用者〕は、《介護サービス未
利用者は、ケアプランづくりに至らず、支援対象である
が、本人の希望がないという理由で、本人の状態が重症
化するまで、支援のない「空白」期間が生じること》と
定義される。具体例として、“もうご主人も限界だっ
て言われるところまで、何の手立てもできなかった”“じゃ
あデイサービス行くわって、(妻が) ということは、絶対
なかったんですね。そういう話にもならなかった、たど
り着けなかった”、“ご家族で、1年ぐらいだったと思う
んですけど、その間、頑張ってた (10)” という
ものである。

〔重症化するサービス未利用者〕は、〔空白期間のリス
ク分散〕と対極関係にある。

〈実践感覚のパワーレス〉は、〔法人の壁〕〔行政権限
のない下請け〕〔手足に堪える役所の温度差〕〔会議あ
わせの文書作成〕〔直接的でない委託関係〕の5つの概念
によって意味が構成される。このサブカテゴリーは、
《対面状況にある認知症の人の支援で、事実認定をめぐ
り判断や施策を決定する権限をもつ行政職員に、「包括」
職員の実践感覚が伝わらないこと》と定義される。〈実
践感覚のパワーレス〉は、〈二枚看板切り盛り〉ととも
に、【仕様書あわせの日常業務】のうごきをつくる。

〔法人の壁〕は、《実際に仕様書の内容をどう日常業務
に落とし込むかまで、行政は踏み込んだ指示を委託契約
でしておらず、法人によって業務の取り扱いに違いが生
ずること》と定義される。委託先の民間法人でそれぞれ
事業計画がつくられる。介護予防報酬につながるケア
プランの件数を重視する法人もあれば、そうでない法人も
ある。具体例は、“「包括」なのに、ケアプランをたく
さん持つってところ、高評価の対象になってる
んです”、“持たざるを得ないし、持つことを求められて
いる (2)”。

民間法人は、市民を傍らに、他の法人を横目に見なが
ら、委託元の行政に向けて実績報告をする。委託費が抑
制された状況下で、民間法人と行政との間で妥協点が探
られ仕様書が変更される。職員の業務負担と地域住民の
受益の2つの課題が横たわる。

〔行政権限のない下請け〕は、《委託の基幹型「包括」
が市役所に設置され、行政に代わり「包括」の意見とり
まとめや後方支援を担うが、行政権限はなく、「包括」
からみて行政との間に同じ委託型「包括」があるだけに
感じること》と定義される。具体例として、“私たちが
行政に相談しなきゃいけないようなことって、行政の判
断が必要ときなので、それを基幹型に相談しても、基
幹型はどうせ判断できないので、そういった意味では同
じ立場なので (5)”。

行政と民間の委託関係において、決定の権限は行政に
あり、専門性に基づく判断をする専門職として、社会福
祉士は権限を付与されていない。

〔手足に堪える役所の温度差〕は、《緊急事態や虐待通
報が入ると現地に赴き事実確認をするが、行政職員との
コミュニケーションにおいて感情が傷ついたり、発言が
否定されたと感じること》と定義される。具体例とし
て、“市が最終的に判断する、虐待の有無は”、“専門職
としてこれは虐待だって思って意見を上げて、市がそ
うじゃないっていったらそうなんです (5)”。“市役所
の指示で現場に直行するが、判断は市役所に仰ぐ。事実
認定では、市役所と「包括」とで意見に相違が生じる場
合もある。

〔会議あわせの文書作成〕は、《認知症初期集中支援
チームが「包括」に下り、もともと相談業務で行ってき
たことを、会議にあわせ事例提供や文書作成が課され、
負担に感じること》と定義される。具体例として、“も
ともとの相談業務でも解決できたようなことを”、“その
会議にあわせて支援を遅らせたりもしてる。本当に意味
があるのだろうか (2)”。

“もう会議のノルマっていいですかね、会議をやった

という実績をつくるっていうほうが、私たちは思っちゃいますね (3)”。

「包括」の社会福祉士からみた行政との委託関係は、非対称的な力関係で、無力感がある。介護保険法改正に伴う仕様書の変更と業務の変更、認知症高齢者の施策を具申する状況のないこと、トップダウンの施策に振り回され仕事状況を制御できないこと、そのしわよせが地域住民への関わりにおいて調整されること、等がみられる。

〔直接的でない委託関係〕は、《仕様書に基づく委託事業の実績報告を月単位で行うものの、実践で遭遇する課題を施策の改善につなぐには委託元の行政との関係は遠い距離があると感じること》と定義される。具体例としては、“委託であるがゆえに、市の制度に結び付けるところまでが遠い、直接的じゃない”、“ニーズがある人が私たちの目の前にいるので、なるべく早めに政策に結び付けたい”、“それをなかなか「包括」だけでは進められない (2)”。

また別の具体例では、“長い歴史の中で、言える立場じゃないと思ってる”、“抗えないと思ってる (5)”が挙げられる。

〈揺れうごき続ける〉は、〔専門職としての社会的承認〕〔信用を築けない〕〔壁にぶつかる〕の3つの概念から生成される。このサブカテゴリーは、《専門職としての社会的信用と承認を得る努力の傍ら、判断能力が低下していく認知症の人とその家族の相談対応をめぐるジレンマを経験し、揺れうごくこと》と定義される。

〔専門職としての社会的承認〕は、《介護保険制度の医療化、専門職の階層と序列のなかで、社会福祉士として、認知症の人やその家族、地域住民、行政、他の専門職から社会的承認を得られるよう努めること》と定義される。介護保険の医療化は、医師の診断がなければサービス利用はできない仕組みであることや、福祉系のサービスに比して、医療系の介護報酬は高く設定されることなどに認められる。具体例として、会議では、“どうもヒエラルキーができてしまっていて、(認知症サポート医の) ありがたいご意見を伺う場っていうことになってしまっている (3)”。

〔信用を築けない〕は、《認知症の人あるいはその家族から胸襟を開いて話す相手として認められず、支援が拒まれ、サービス利用に結びつかないと、認知症の人の状態像が悪くなるのを為す術もなく本人任せにすること》と定義される。具体例として、“最初の電話で不信感を持たれている”“今ちょっと、かあっとなっているの”、“包括」がまた出ていくと、またわあってなってしまう

かも (4)”。

“案外、事業所とか、その支援者に対しての課題も多い場合があって、だからこそ、問題が複雑になってる (12)”。

〔信用を築けない〕は、〔専門職としての社会的承認〕と相互作用の関係がある。専門職としての社会的承認のぶれは、支援者の保身を強め、認知症の人やその家族と信頼関係を形成することを難しくする。

〔壁にぶつかる〕は、《サービス導入に際し、認知症の人の希望や家族の任意に委ね、介入へ消極的な立場をとるか、専門職の判断から、積極的な介入の立場をとるか、揺れうごきつついずれかを選択すること》と定義した。具体例として、“組み立てるプランとご本人の意向だったりとか、本当のニーズって、マッチしないことも多々ある”“「包括」の方もぶつかる壁なのか”“こちら主導で進めていってしまっているところは反省点 (8)”。

また、本人と家族の意向との間で、施設入所か在宅継続支援かのディレンマ (1) も認められる。

〈揺れうごき続ける〉は、〈実践感覚のパワーレス〉〈二枚看板切り盛り〉とともに、〔仕様書あわせの日常業務〕に収束する。最終的な結果は、分析の終点であり、【これまでとこれからの橋渡し】【つながりの連鎖】そして【仕様書あわせの日常業務】の3つのカテゴリーの相互作用のある関係が中心的な (コア) カテゴリーである。

IV. 総合考察

1. 考察

「包括」の委託契約を受ける非営利団体 (社会福祉法人と医療法人) は、受託事業を契約の仕様書に基づき実施しており、業務の外外部化・下請け化の状況下にある。委託費は、第1号被保険者 (65歳以上の高齢者) 3千人～6千人ごとに、3職種各1人という包括的支援事業に係る人員基準に基づくが、6千人を超えると、X市では、1千人毎に0.5人分の人件費が増額される。X市の各「包括」が設置される地域に在住する高齢者人口は3,534人から7,536人の範囲にある (R.2.10.1現在)。介護予防ケアプラン作成 (給付のみ若しくは給付+総合事業) は、49件から118件 (R.2年度12月までの実績) で、月平均5件から13件の新規作成に対応し、職員1人40～50件超の継続ケアマネジメントを持つ。そこに包括的支援事業の委託がなされる状況にある。委託費、すなわち人件費が抑制され、業務負担の上限を押し上げる状況が続くなかで、高齢者人口が6千人を超えた分の加算は行われるものの、人1人を雇用する額には至らない。

ケアプラン作成を委託しようにも、受託する居宅介護支援事業所がない地域もある。

「包括」の社会福祉士にとって、地域の社会資源を整え、地域連携を強化する地域支援の充実は、認知症初期の高齢者にも、そして支援者自身にも、個別支援の限界を克服し、状況を打開するために必要な方策であるが、「包括」の社会福祉士はそれをする余力がない状況におかれている。

「包括」の社会福祉士にとって、思うにまかせない[第3の場づくり]により、[空白期間のリスク分散]も、[サービス以前に関係形成]もままならず、地域で孤立した人々への対応に迫られる悪循環にも陥る状況がみられる。「包括」の社会福祉士は、実践のなかで感受したリスクに対処するため、〈リスクを想定した協働連携〉と、〈個別支援から地域生活支援へ〉のうごきによって【つながりの連鎖】の相互作用を形成することが認められる。

[法人の壁][行政権限のない下請け][手足に堪える役所の温度差][会議あわせの文書作成][直接的でない委託関係]で構成される〈実践感覚のパワーレス〉は、【仕様書あわせの日常業務】のうごきをつくり、【つながりの連鎖】【これまでとこれからの橋渡し】と相互作用の関係にある。

[制度外の支援の視点][地域支え合い会議]は、業務の外部化・下請け化を止揚し、公私の自律的なパートナーシップの方向性を照らすものである。

〈揺れうごき続ける〉は、3つのカテゴリーの相互作用の関係に影響を与える。選択や自己決定能力が脆弱な「利用者」への相談対応にある危うさを肌で感じる実践者の行動として、〈リスクを想定した協働連携〉が認められる。

自己選択、契約によるサービス利用を「利用者本位」とし、「利用者」を選択や自己決定能力を持つ者とする、政策に潜む危険性(佐橋 2006: 94)を、「包括」の社会福祉士は、その認知症高齢者をめぐる相談対応のプロセスで、感受し、対処している。だが、実践現場と距離をおく行政は、「包括」職員ほど肌感覚で、そのリスクを捉えない。公私の委託関係にある力の非対称性は、〈実践感覚のパワーレス〉をもたらし、発言力の弱い地域在住の認知症高齢者の損益にも影響を与えると考える。

2. 本研究の応用可能性

本研究の結果は、うごきのプロセスを参照することで、委託型「包括」の社会福祉士による、認知症高齢者の相談対応を捉え返し、保険者である市町村、事業を受託する非営利団体(社会福祉法人、医療法人)、被保険

者で地域在住の高齢者、其々との関係で最適化のバランスを見出し、公私の委託関係における実施と権限、そして固定的でない人間観に基づく「利用者」について話し合う機会に活用しうる。行政と民間法人の委託契約において費用が抑制されたなかで交渉が進められる状況が続けば、被保険者の損益にも関わる可能性がある。被保険者も参画する「包括」運営協議会の場などで、意見を述べる機会にも活用しうる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、委託型「包括」の社会福祉士による認知症高齢者をめぐる相談対応プロセスという、限定した範囲内でのみ説明力をもつ方法論的限定がある。方法論的限定があっても、分析焦点者の経験や力量はさまざまであり、住民の自助・互助の醸成、行政との方針共有、法人の事業運営、業務量等、一様ではない点、留意が必要である。

介護保険制度下の委託関係、契約関係に移行された個人への分権、個人の自立、自己決定の原則(小笠原 2002: 180)と、認知症支援の関係、なかでも判断能力が低下していく高齢者本人と、その関係性が脆弱な家族の支援に関わる「包括」社会福祉士の対応のあり方は、総合相談や権利擁護の組織体制や多機関協働の重層的支援体制のあり方も絡めさらに研究を要する課題である。

付記

本研究は、JSPS 科研費「18K02109」の助成を受けたものです。

謝辞

本研究にご協力いただきました地域包括支援センター関係者の皆様にお礼申し上げます。

文献

- 藤村正之 (1999) 『福祉国家の再編成—「分権化」と「民営化」をめぐる日本の動態—』東京大学出版会
- 福島喜代子 (2017) 「地域包括支援センターの機能、現状と展望—サービス利用に拒否的な高齢者への支援に焦点を当てて—」『老年精神医学雑誌』28: 254-261.
- 平澤園子・王吉形・樋田小百合, 他 (2018) 「地域包括支援センターにおける地域ケア会議実施に関する調査報告」『厚生指針』65(7): 33-38.
- 久松信夫 (2017) 「独居認知症高齢者の早期発見と早期対応のプロセス—地域包括支援センターの社会福祉士を対象とした修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによる分析をもとに—」『ソーシャルワーク学会誌』35: 1-16.
- 久松信夫 (2017) 「認知症高齢者支援におけるソーシャルワーカーの代弁プロセス—地域包括支援センターの社会福祉士に焦点をあてて—」『社会福祉学』57(4): 71-84.
- 井藤佳恵・多田満美子・櫻井千絵, 他 (2013) 「地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴—認知症ステー

- ジによる検討一』『老年精神医学雑誌』24(10): 1047-1061.
- 岩間伸之・原田正樹 (2012) 『地域福祉援助をつかむ』有斐閣
- 木下康仁 (2020) 『定本 M-GTA 実践の理論化をめざす質的研究方法論』医学書院
- 岸恵美子 (2019) 「高齢者のセルフ・ネグレクトの実態と対応」『老年精神医学雑誌』30: 505-512.
- 北村育子・永田千鶴・松本佳代, 他 (2014) 「認知症高齢者の在宅生活継続を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察」『日本福祉大学社会福祉論集』130: 191-208.
- 北村世都 (2020) 「認知症最初期からの地域での家族支援: 家族の生き方を支援する試み」『日本認知症ケア学会誌』18(4): 768-775.
- 小長谷陽子 (2012) 「地域包括支援センターにおける認知症に関する相談の実態と課題」『日本医療新報』4610: 84-88.
- 厚生労働省. 地域包括支援センターの業務. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link2.pdf (2021年4月11日アクセス可能)
- 工藤雄行・大沼由香・中村直樹, 他 (2013) 「委託型の地域包括支援センター社会福祉士のネットワーク構築に関する認識」『弘前医療福祉大学短期大学部紀要』1(1): 9-18.
- 眞崎直子・飯村富子・松原みゆき, 他 (2012) 「地域ケアシステムのネットワーク推進に関する要因—地域包括支援センターにおける直営型と委託型の違いに焦点を当てて—」『日本赤十字広島看護大学紀要』12: 27-36.
- 松端克文 (2018) 『地域の見方を変えると福祉実践が変わる—コミュニティ改革の処方箋—』ミネルヴァ書房
- 峯本佳世子・杉原百合子・山田裕子, 他 (2013) 「地域包括支援センターにおける社会福祉士の課題—フォーカス・グループ・インタビューでみえた専門職のジレンマ—」『介護福祉学』20(2): 126-136.
- 三菱UFJリサーチ & コンサルティング (2010) 『地域包括ケア研究会報告書』<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0621-5d.pdf> (2021年4月10日アクセス可能)
- 森詩恵 (2008) 『現代日本の介護保険改革』法律文化社
- 村田文世 (2009) 『福祉多元化における障害当事者組織と「委託関係」—自律性維持のための戦略的組織行動—』ミネルヴァ書房
- 西村幸満 (2018) 「事業主としての自治体の選択—支援サービス3極化の実態と業務—」遠藤久夫・西村幸満監修, 国立社会保障・人口問題研究所編 『地域で担う生活支援』東京大学出版会, 61-79.
- 小笠原浩一 (2002) 「1 社会福祉改革における公私関係変容の構図—論点の提示」小笠原浩一・武川正吾編 『福祉国家の変貌—グローバル化と分権化のなかで—』東信堂, 93-105.
- 小笠原浩一 (2002) 「補論 基礎構造改革と分権化」小笠原浩一・武川正吾編 『福祉国家の変貌—グローバル化と分権化の中で—』東信堂, 169-183.
- 岡村重夫 (1969) 「地方自治と社会福祉」『季刊社会保障研究』5(2): 13-22.
- 佐橋克彦 (2006) 『福祉サービスの準市場化—保育・介護・支援費制度の比較から—』ミネルヴァ書房
- 斉藤雅成・岸恵美子・野村祥平 (2016) 「高齢者のセルフ・ネグレクト事例の類型化と孤立死との関連」『厚生指針』63(3): 1-45.
- 斉藤雅成 (2018) 「セルフ・ネグレクト」『日本臨床』76(7): 94-97.
- 佐藤進 (1972) 「現代地方自治の問題性—地方都市の住民福祉の現状からみて—」『社会福祉研究』10: 41-50.
- 白井和美・杉浦加代子・津下一代 (2017) 「地域包括支援センターの機能強化に繋がる都道府県支援の在り方の考察」『日本公衆衛生雑誌』64(10): 630-637.
- 副田あけみ (2018) 『多機関協働の時代—高齢者の医療・介護ニーズ、分野横断的ニーズへの支援—』関東学院大学出版会
- 須田木綿子 (2011) 『対人サービスの民営化—行政・営利・非営利の境界線—』東信堂
- 高山由美子 (2005) 「介護保険制度改革における地域包括支援センターをめぐる動向—社会福祉士の機能と役割—」『ルーテル学院研究紀要』39: 51-67.
- 武智秀之 (1993) 「ホームヘルパー派遣事業の実施構造」『季刊社会保障研究』29(2): 165-174.
- 柄本一三郎 (2002) 「4 社会福祉の基礎構造と『公私関係』」小笠原浩一・武川正吾編 『福祉国家の変貌—グローバル化と分権化のなかで—』東信堂, 153-168.