

平成20年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

「地域包括支援センターの評価に関する研究」
報告書

平成21年3月
立教大学

はしがき

地域包括支援センターは2005年の介護保険法の改正により、介護保険法上に規定された包括的支援事業の実施機関として、市町村などの保険者に設置された。

地域包括支援センターは総合相談事業および、権利擁護事業、介護予防のマネジメントおよび、包括的継続的ケアマネジメントを実施する機関として、日常生活圏域単位に設置され、社会福祉士、保健師および主任介護支援専門員など専門職を配置し、地域ケアのトータルマネジメントを担う第一線の機関としての業務をおこない実績を積んできた。しかしながら、それぞれの地域の実情もあり、また、保険者の政策方針もあり、多様な形態で業務が行われ、多くの課題もかかえている。

多くの地域包括支援センターでは介護予防の業務に忙殺され、本来想定されていた機能を十分発揮できていないという声もあがっている。他方、市町村の政策方針にもとづき、充実した活動を展開できている地域包括支援センターも少なからずみられ、文字通り、地域包括ケアシステム構築の中核機関として成長したセンターもある。

本研究では、これらのグッドプラクティスともいえる実践を展開している地域包括支援センター関係者に参画いただき、また地域包括支援センターの実態に精通した有識者を加え、地域包括支援センターの評価作業を通じて、今後の、地域包括支援センターの方向性をさぐる検討をおこなった。

また、この検討にあたってのバックデータを収集するため、保険者および、地域包括支援センター職員の調査を実施し、地域包括支援センターの業務実態を明らかにするとともに、職員の業務推進の状況を、センター業務の中核である地域連携の実態を明らかにしながら、地域包括支援センター評価のために基礎データを収集した。

このような研究を通じて、地域包括支援センターが抱えている課題を明らかにし、今後の方向性を探ることを試みた。

地域包括支援センターは今後、地域包括ケアシステムの構築にとっての中核機関として、ますますその機能強化がもとめられており、そのための推進方策がもとめられている。本研究を通じて、今後の地域包括支援センターの道筋を明らかにするための基礎作業ができたと考える。

今後研究を継続し、さらに地域包括支援センターの評価手法を具体的に開発し、これに基づき、地域包括支援センターの機能強化のための提言作業を今後の課題としたい。

2009年3月

「地域包括支援センターの評価に関する研究」 研究責任者 高橋 紘士

地域包括支援センターの評価に関する研究委員会

委員・オブザーバー

(五十音順、敬称略)

	氏名	所属
委員	池田 省三	龍谷大学社会学部 教授
委員	太田 貞司	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教授
委員	柿元 美津江	薩摩川内市役所市民福祉部地域包括支援室長
委員	笹井 肇	武蔵野市役所健康福祉部高齢者支援課長
委員	篠田 浩	大垣市役所福祉部社会福祉課
委員	染谷 誠	北九州市役所保健福祉局地域支援部 いのちをつなぐネットワーク推進課地域包括支援センター担当係長
研究責任者	高橋 紘士	立教大学コミュニティ福祉学部 教授
委員	筒井 孝子	国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室長
委員	東内 京一	和光市役所長寿あんしん課
委員	中澤 伸	川崎市社会福祉協議会地域包括支援センター調整課
委員	森本 佳樹	立教大学コミュニティ福祉学部 教授
オブザーバー	君島 淳二	厚生労働省老健局振興課課長補佐

ワーキングチーム

(順不同、敬称略)

氏名	所属
山内 康弘	国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室研究員
一広 伸子	西南女学院大学保健福祉学部非常勤講師、保健師
岡田 朋子	田園調布学園大学人間福祉学部非常勤講師
磯部 美智子	国分寺地域包括支援センターもとまち、社会福祉士
片山 友子	立教大学大学院コミュニティ福祉研究科後期課程
大口 達也	立教大学大学院コミュニティ福祉研究科前期課程
陳 燕	立教大学大学院コミュニティ福祉研究科前期課程

調査委託 みずほ情報総研株式会社

担当者：社会経済コンサルティング部 植村靖則、肥塚修子

目 次

I. 研究の概要

(1)研究の趣旨

(2)研究方法

II. 現在の地域包括支援センターをめぐる課題

(1)委員報告

(2)現在の地域包括支援センターをめぐる課題

～委員会ディスカッションより～

III. 地域包括支援センターにおける取り組みと連携に関する調査

IV. まとめ

資料 ① アンケート調査票

②地域包括支援センターに関する文献目録

I. 研究の概要

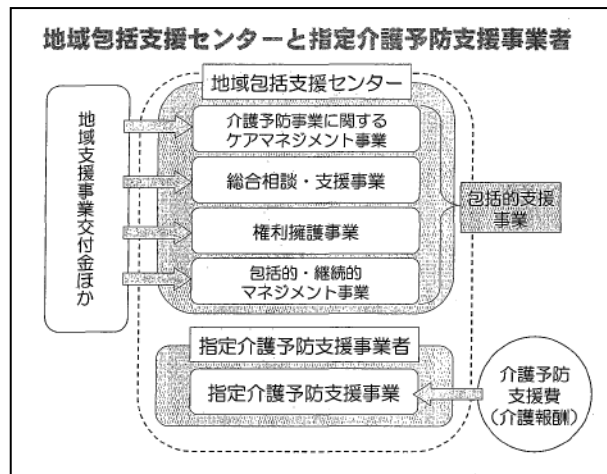
(1) 研究の背景と趣旨

＜地域包括支援センターの創設＞

地域包括支援センターは、2003年の介護保険改正に向けて組織された「高齢者介護研究会」にて議論がなされてきた。当時、かかりつけ医や民生委員、保健師等さまざまな専門職や専門機関との連携を必要とするケース、つまりケアマネジャーだけでは対応できないケースに対して、包括的なケアを提供することが必要であるとの考え方から、それを有効に機能させるための機関として、「地域包括支援センター（仮称）」が提案された。また、2004年に出された社会保障審議会介護部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」においても、地域包括支援センターは、総合的なマネジメントを担う中核機関として提言されている。これらは、介護保険施行以前、在宅介護支援センターが一部担ってきた役割であったが、施行以後、居宅介護支援事業所としての業務を背負うところが増加し、また新制度の中で、こうした役割を十分に果たせなくなってきたところも出てきたことが背景にある。

そして、2006年4月に施行された改正介護保険法において地域包括支援センターは、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置」¹された。その運営は、包括的支援事業に係る事業委託費および指定介護予防支援事業に係る介護予防サービス計画費（介護報酬）を財源としている。

新たに創設された事業であるため、課題や運営にかかる問題点については、創設初年度より様々に指摘されてきた。特に、介護予防給付に関する業務の在り方については、地域包括支援センターにて、本来主となる包括的支援事業が予防プランの作成業務により圧迫されている状況を生み出している



厚生労働省『地域包括支援センターの手引き』より

¹ 老計発第 1018001 号平成 18 年 10 月 18 日 一部改正平成 19 年 1 月 16 日「地域包括支援センターの設置運営について（通知）」

ころもあり、本研究会でも、委員報告やディスカッションでも議論がなされた。

<地域包括支援センターの設置状況>

本年度行われた調査²によると、全国1,657保険者のうち、全保険者が地域包括支援センター（以下センター）を設置しており、その総数は全国で3,976箇所になる。

そのうち、保険者直営のセンターは1,409ヶ所（35.4%）、委託のセンターは2,567ヶ所（64.6%）である。前々回の同調査では、直営のセンターは36.8%、前回の帖佐では36.3%であった。直営・委託の比率はこの3年間、ほぼ横ばいといえる。しかし、財政上、現在直営にて運営しているセンターであ

っても、委託転化の意見が出ているところもあり、今後第4期、第5期介護保険事業においては、直営センターの減少傾向が予想される。

設置体制は、各自治体によるところであり、直営か委託かの区別やサブセンターやブランチの配置の区別をすると多様なタイプが存在する。直営センターの必要性（虐待ケースについての立入調査権および警察署長への援助要請の有無³、住民に対するセーフティネットといった自治体責任を果たす機能の保持）やそのメリット・デメリットについては、本委員会においても委員報告やディスカッションでも挙げられた。

また、センターを委託するにあたっては、受託法人は、①老人介護支援センター（在宅介護支援センター）の設置者、②地方自治法に基づく一部事務組合又は広域連合を組織する市町村、医療法人、社会福祉法人、③包括的支援事業を実施することを目的として設置された公益法人又はNPO法人その他市町村が適当と認めるもの⁴とされている。特に、直営センターの委託センターへの転換や新たなセンターの設置において、③のNPO法人については、今後注目されるであろう。

しかし、設置体制をみるにあたっては、直営・委託の是非とは別に、①行政区や日常生活圏域、独自区域等によるエリア分担の有無、②それにとまなう統括機能の有無によって、大きく次の4タイプに分かれるようである。

【運営方式別センター数と受託法人の構成割合】

運営方式と受託法人種別	センター数
直 営	1,409ヶ所
委 託	2,567ヶ所
社会福祉法人（社協除く）	1,366（34.4%）
社会福祉協議会	467（11.7%）
医療法人	448（11.3%）
社団法人	87（2.2%）
財団法人	70（1.8%）
株式会社等	63（1.6%）
NPO法人	21（0.5%）
その他	45（1.1%）

² 厚生労働省『地域包括支援センター運営状況調査（平成20年4月末現在）』

³ 高齢者虐待防止・高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成十七年十一月九日法律第二百二十四号、第11条および第12条）

⁴ 介護保険法施行規則（平成十一年厚生省令第36号、第140条の53）

【タイプA】

1 保険者1箇所のセンター（直営・委託）を設置し、ブランチやサブセンターを設置せず、1センターにて全域を担当している。

【タイプB】

1 保険者複数のセンター・サブセンター・ブランチ・チームにてエリア分担をしており、統括機能を行政部署内もしくは直営のセンターに持たせている（統括段階を複数もつ場合も含む）。

【タイプC】

1 保険者複数のセンター・サブセンター・ブランチ・チームにてエリア分担を設置しており、そのうち統括機能を持つセンターもしくは、他機関が配置されている。

【タイプD】

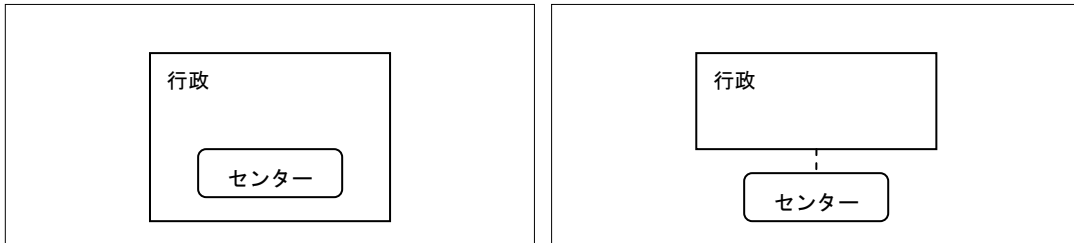
1 保険者複数のセンターを設置しており、統括機能をもつ行政部署やセンターを設置していない。もしくは、1 保険者複数のセンターを設置しているが、エリア分担をしておらず、各センターが全域を担当している。

タイプAは、人口の少ない町村にみられるタイプである。タイプBやCは、人口割りによって複数のセンターを設置しているが、サブセンターやブランチを設置することによって、人口は少ない町村であっても面積の広さに対応したり、人口密度の高い地域でもより細かい対応ができるようにと工夫しているところも含まれる。タイプDは、運営の効率化が図れなかったり、保険者とセンターとが乖離しやすい状況を生むであろう。

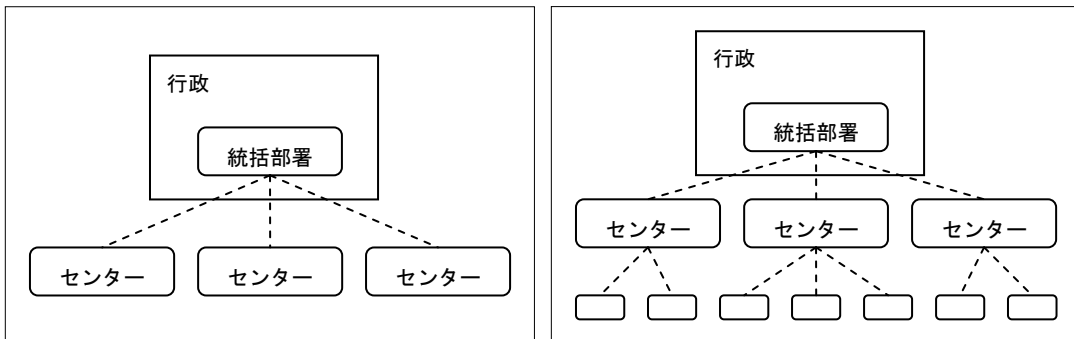
タイプAのうち、センターが委託されている場合、自治体との密な連携や意思疎通ができていたところもあれば、そうではないところもある。これは、タイプDにもいえることであるが、地域包括支援センターは、介護保険法に依拠しているが、設置における責任主体は、市町村にある以上、保険者としての役割（どのようなシステムをもって被保険者の介護を支えていくか）と自治体としての役割（セーフティーネット）を明確化した上で、市町村がセンターとの乖離を防ぐため、積極的な働きかけを行う必要がある。その点でいえば、タイプBやCは、統括機能を置くことで、すでに積極的な運営体制をとっているとして評価されるであろう。

<地域包括支援センターの設置体制の4タイプ>

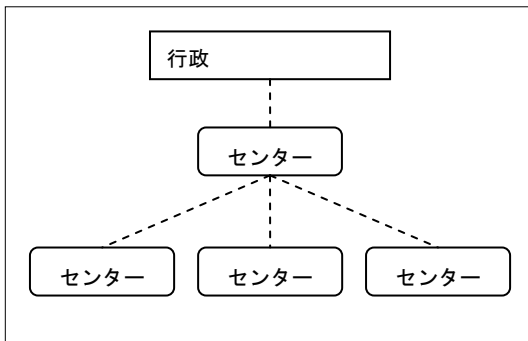
- [A] 1 保険者 1 箇所のセンター（直営・委託）を設置しており、ブランチやサブセンターを設置せず、1センターにて全域を担当している。 =人口の少ない町村にみられるタイプ



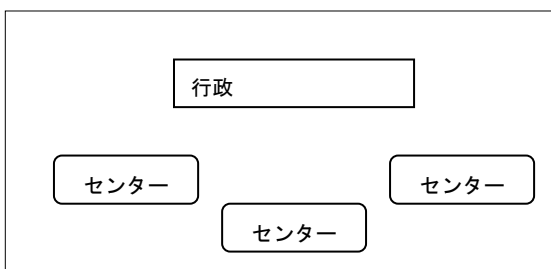
- [B] 1 保険者複数のセンター・サブセンター・ブランチ・チームにてエリア分担をしており、統括機能を行政部署内もしくは直営のセンターに持たせている。



- [C] 1 保険者複数のセンター・サブセンター・ブランチ・チームにてエリア分担を設置しており、そのうち統括機能を持つ委託センターもしくは、他機関が配置されている。



- [D] 1 保険者複数のセンターを設置しており、統括機能をもつ行政部署やセンターを設置していない。もしくは、1 保険者複数のセンターを設置しているが、エリア分担をしておらず、各センターが全域を担当している。



＜地域包括支援センターに関する評価＞

地域包括支援センターの設置運営は新設された事業であったこともあり、初年度からいくつかの課題が挙げられている。そして各センターにおいても、地域包括ケアシステムの地域拠点として先駆的に活動をしているセンターもあれば、介護予防事業に追われ、本来の機能を十分に発揮できずにいるセンターもある。その実状には、大きな開きが見られるが、実施三年を経過する今年、事業の見直しを行う上で、下記にもあるような評価の取り組みが、いくつかの自治体や団体にて始まっている。

- ・ 仙台市 「平成 19 年度地域包括支援センター事業評価、指導・監査」
- ・ 北九州市 「地域包括支援センター及び介護予防評価専門委員会」
- ・ 諸自治体での政策評価事務事業評価表の作成
- ・ 社団法人 全国社会福祉士会 「地域包括支援センターにおける総合相談・権利擁護業務の評価に関する研究事業」

等

政策評価のうち、事後評価とは、当該施策等が企画立案段階で想定されていた効果（効率的性、有用性）について、目標達成度や費用など実施後に得られた実績値や推定値によって分析、判定することである。その実施には、評価対象の確認 → 評価データの収集 → 評価の実施と評価結果の算出 → フィードバックといった手順がある。また、介護サービスにおける評価では、構造（Structure）・過程（Process）・成果（Outcome）の基準による測定枠組が用いられている。

しかし現在、地域包括支援センターについては、評価の上で必要となる業務内容およびプロセスの明確化やアウトカムの設定といった事例は少なく、定型化された評価基準はほとんどない。また、各職種がどのような業務を行っているのかを体系的に調査した例もほとんどない。

そこで、本研究は、現在の地域包括支援センターをめぐる課題を整理するとともに、地域包括支援センターの評価手法の開発を目指し、「地域包括支援センターにおける取り組みと連携に関する調査」により評価ツール開発に必要な基礎情報を収集する。

【参考資料】

- ・ 老人保健福祉法制研究会編. 2003. 『高齢者の尊厳を支える介護』. 法研.
- ・ 高橋紘士編. 2008. 『地域包括支援センター実務必携』. オーム社
- ・ 政策評価研究会. 1999. 『政策評価の現状と課題』. 木鐸社.
- ・ 筒井孝子. 2004. 『高齢社会のケアサイエンス』. 中央法規.
- ・ 筒井孝子. 2001. 『介護サービス論』. 有斐閣.
- ・ 筒井孝子, 東野定律, 筒井澄栄. 2004. 「地域権利擁護事業における専門員の属性および地域における他機関との連携の実態」. 『日本保健科学学会誌』, vol. 7, pp. 175-184.
- ・ 筒井孝子, 東野定律. 2006. 「全国の市区町村保健師における連携の実態に関する研究」. 『日本公衆衛生雑誌』, 53, pp. 762-776.

- 社団法人日本社会福祉士会. 2007. 『地域包括支援センターにおける総合相談・権利擁護業務の評価に関する研究事業』.
- 神奈川県社会福祉士会. 2007. 『地域包括支援センター社会福祉士相当職員実態調査結果報告書』.
- 東京都社会福祉協議会センター部会地域包括支援センターあり方検討委員会. 2008. 『地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメントに関する調査』東京都社会福祉協議会

(2) 研究方法

①委員会の設置

自治体担当者や地域包括支援センター職員、保健福祉の有識者を委員とした委員会およびワーキングチームを設置し、現在の地域包括支援センターをめぐる課題の整理を行った。

②「地域包括支援センターにおける取り組みと連携に関する調査」の実施

本調査では、地域包括支援センターにおける評価票ツール開発に必要な基礎データの収集を目的とし、地域包括支援センターの実態把握と機能状況を測ることを念頭に調査票を作成した。センターの機能状況については、そのセンターを構成している人員の連携状況⁵により測定した。

調査Aでは、全国の保険者を対象に、各保険者の介護予防事業の取り組み状況について、調査Bでは、調査Aにて回答のあった保険者に設置されているセンターの全職員を対象に、他機関との連携活動等について尋ねた。調査Bでは、本調査が、センター職員の勤務評定に関係するものではないことを説明した上で、調査の同意を頂いた職員に対し実施し、匿名化された調査用IDにて回答を回収した。

【地域包括支援センターにおける取り組みと連携に関する調査A】

調査方法：郵送案内の上、webからexcel調査票のダウンロード・アップロード形式（郵送可）

調査期間：2009年2月23日～2009年3月25日

調査対象：全国の市区町村 地域包括支援センターの担当課（1,804件）

有効回答数：1,028（有効回答率57.0%）

調査項目：要介護高齢者数、特定高齢者施策対象者数、介護保険料、地域包括支援センターの設置数、センターの運営および事業予算、センター人員数、予防給付・介護予防支援給付ケアプラン作成者数、センターの事業実施内容・課題、地域密着型サービスの概況、センター内の地域資源

⁵ 連携状況を測定するにあたっては、連携能力評価尺度を用いた。連携能力評価尺度は、本研究会の委員でもある筒井孝子氏によって2003年に開発された連携状況を客観的に評価するための尺度である。質問は15項目あり、「情報共有」「業務協力」「関係職種との交流」「連携業務の処理と管理」の4つの因子から構成されている。

【地域包括支援センターにおける取り組みと連携に関する調査B】

調査方法：メール及び郵送案内の上、web アンケート形式（郵送可）

調査期間：2009年2月23日 ～ 2009年3月25日

調査対象：調査Aにて回答のあった各市区町村の地域包括支援センターの全職員

有効回答数：5,870票（有効回答率37.6%）

調査項目：基本属性および他機関との連携状況

(3) 研究結果

①委員会での検討

本研究では、センター業務の評価手法の開発、評価軸の設定を行う上で、委員会でのディスカッションを通し、地域包括支援センター（以下センター）をめぐる課題について整理した。実施から3年を迎えるが、未だ介護予防業務に追われ、他の事業に着手できないセンターと、地域包括ケアシステムを支える拠点としてその役割を十分に発揮しているセンターとの差が生じているようである。今回委員会で示されたセンターをめぐる課題は下記の通りである。

- 予防プランセンター化にともなう職種別縦割り業務への懸念
- 特定高齢者施策のアプローチ方法の工夫
- 虐待ケースのマネジメント手法の再検討
- 包括的・継続的マネジメント実現のためのシステム改善
- 人材確保・育成・定着に関する課題
- 直営地域包括支援センターの必要性和委託方式による弊害
- 大都市モデルの検討
- 情報の取扱いとシステム導入
- 地域包括支援センターの機能分化

財政効率化の波の中で、センターを直営もしくは直営に近い形で運営することは、自治体責任として果たすべき機能が、地域支援事業（特に虐待マネジメントなど介入が必要なケース）としてセンターに備わっていることを、自治体がいかに認識しているかという点においても重要な課題である。

また、自治体によっては、在宅介護支援センターと地域包括支援センターを体系的に位置づけているところもある。自治体の果たすべき機能を備えた拠点を地域に配置するといったまちづくりの一環でもある地域包括ケアシステムの推進の前提には、各自治体での地域包括支援センターの機能を明確化させることが求められる。

②「地域包括支援センターにおける取り組みと連携に関する調査」

調査Aでは、1,804自治体のうち、1,028の自治体から回答があった。そのうち701自治体では、直営センターを設置しており、364自治体では委託センターを平均4.6ヶ所設置している⁶。また、センターの基本機能を果たす事業の実施率については、「共通的支援基盤の構築」60.8%、「総合相談」98.2%、「高齢者の権利擁護」87.8%、「包括的・継続的ケアマネジメント支援」90.6%、「介護予防ケアマネジメント」96.0%であった。地域における重層的なサービスネットワークの構築である「共通的支援基盤の構築」の実施が最も低い数値となった。

⁶ 直営、委託ともに2008年度の設置数（見込み数含）。直営センターは、1自治体平均1.7ヶ所であった。

また、事業実施および運営の課題として、最も多く挙げられたのは、「業務量が多い」(71.2%)、次いで「特定高齢者の把握」(43.9%)と「住民への周知不足」(43.7%)であった。人員に関しても、約3割の自治体が専門職の不足を示した。

センターに所属する職員を対象とする調査Bでは、1,495のセンターから5,870名の回答を得た。そのうち、専門職⁷4,639名について、連携活動得点を算出したところ、平均値は24.0点(SD±5.0)であった。過去の全国の保健師を対象とした調査研究⁸では、22.5点(SD±5.1)であったことや、地域権利擁護事業(当時)の専門員を対象とした調査研究⁹では、23.4点(SD±5.1)であったことから、今回対象となった専門職は、わずかに高い傾向が示された。

調査Aでは、委員会において議論された課題が、全国的な課題であることを示している。また、専門職における連携活動得点に関する分析については、今後詳細な調査が必要であるが、こうした連携能力の高い専門職集まるセンターにおいて、その機能の明確化は、業務評価を行う上でも重要な点である。

業務評価においては、センターの業務が、自治体機能を含んでいることを考慮すれば、プロセスの明確化とその評価範囲の設定を行う上で、課題解決のエンドポイントを設定することは、非常に難しいことではあるが、今後は、これらの検討と今回の調査データをもとにした評価基準の開発を行っていきたい。

⁷ 保健師、看護師、主任介護支援専門員、社会福祉士のいずれかに該当する者

⁸ 筒井孝子, 東野定律. 2006. 「全国の市区町村保健師における連携の実態に関する研究」. 『日本公衆衛生雑誌』, 53, pp. 762-776.

⁹ 筒井孝子, 東野定律, 筒井澄栄. 2004. 「地域権利擁護事業における専門員の属性および地域における他機関との連携の実態」. 『日本保健科学学会誌』, vol. 7, pp. 175-184.

Ⅱ．地域包括支援センターをめぐる課題

(1) 委員報告

地域包括支援センター ～その創設の根拠と現在～

池田 省三委員
(龍谷大学社会学部教授)

地域包括支援センターの創設経緯

地域包括支援センターはなぜ創設されたのでしょうか。このシステムを巡って、いろいろな方が論議をしておりますが、私も高橋先生も発言をしております。2003年の高齢者介護研究会報告、「2015年の高齢者介護」に掲載されていますが、この研究会にゲストスピーカーとして招かれ、そこで私が提言したのは、校区単位的生活支援システムをつくらなければいけないのではないかということでした。

この提言の背景は二つあります。一つは、介護保険が始まってから、市町村行政の多くが介護保険と高齢者福祉を混同し、すべてを介護保険に丸投げしてしまった結果、高齢者福祉施策は完全に空洞化しました。それをもう一回、再生しなければいけないということが一つの問題意識です。もう一つは、ケアマネジャー問題です。玉石混交の状態を徹底的にたたき直さなければどうにもならない。そういう問題意識が背景にあったわけです。

具体的に見ますと、例えば低所得者対策で介護扶助がありますが、実際は生活扶助を受けている人間でなければ受けられず、生活保護すれすれの境界層の方は受けられない。介護扶助は施設に集中し、2003年3月時点で介護扶助の単給はたったの4,033人でした。

また、介護保険が始まって、措置が激減しました。データは2000年4月から2002年2月までの分しかありませんが、措置が適用されたケースは、83市町村140件にすぎません。つまり、措置が消えたのです。私たちは措置制度を批判してきましたが、それは高齢者介護を措置制度に閉じこめていたことを批判したのであって、措置自身が必要であることは言を俟ちません。いくら何でもこれはひどいのではないかと思ったわけです。

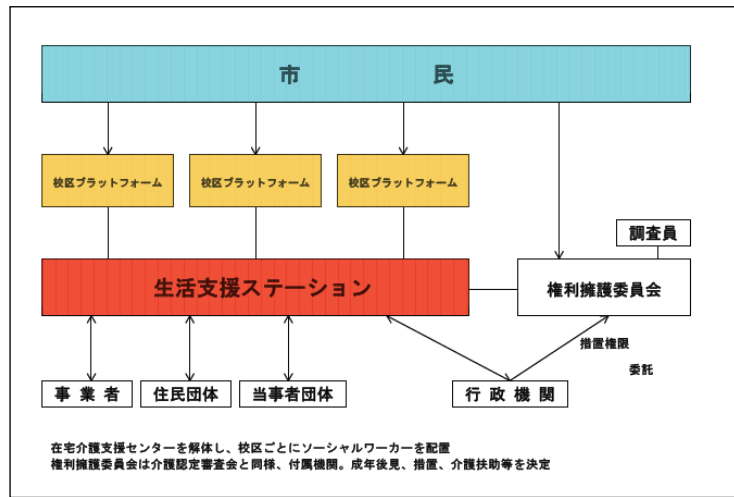
介護保険は社会保険であって、社会福祉とは制度の性格が異なります。社会保険は加入者のすべてに保険事故に相当すれば、収入・資産・扶養関係とは関係なく、普遍的な給付を行います。したがって、保険事故と給付を厳密に定めておかないと、財政破綻する恐れがあります。しかし、それでは特殊なケースに対する施策が洩れ落ちてしまう。そこをある意味で選別的に対象者を絞り、所得再配分的な観点から給付を行うものが社会福祉です。そうした補完関係を持たなければ、問題は解決しません。つまり、メインシステムは社会保険としての介護保険であり、それを補完するものが高齢者福祉ということになります。ただし、介護保険も低所得者への支援システムとして段階保険料や高額介護サービス費、補足給付という制度を持っています。前二者は社会保険としてぎりぎり許容できるでしょ

うが、補足給付は、明らかに社会福祉の領域です。

だから、サブシステムとして社会福祉的な低所得者施策や権利擁護というものを整備しなければならない。ところが、これが機能していない。また、特定のニーズに対して自治体がいろいろなことを考えるサブシステムも必要ですが、これもほとんど機能していない。こういった問題意識から、地域包括支援センターが浮かび上がってきたわけです。

私が最初に提案したのは下図のようなパターンです。各市町村に生活支援ステーションというものを直営で置き、そこに校区プラットフォームをぶら下げます。この生活支援ステーションに事業者、住民団体、当事者団体がみんな入ります。そして特徴的なのは、権利擁護委員会というものを市民委員会として独立してつくる点です。行政はそこに措置権限を委託する。これは介護認定審査会と同じ仕組みです。そこに調査員をぶら下げる。この時点では、介護予防はどこにもありません。

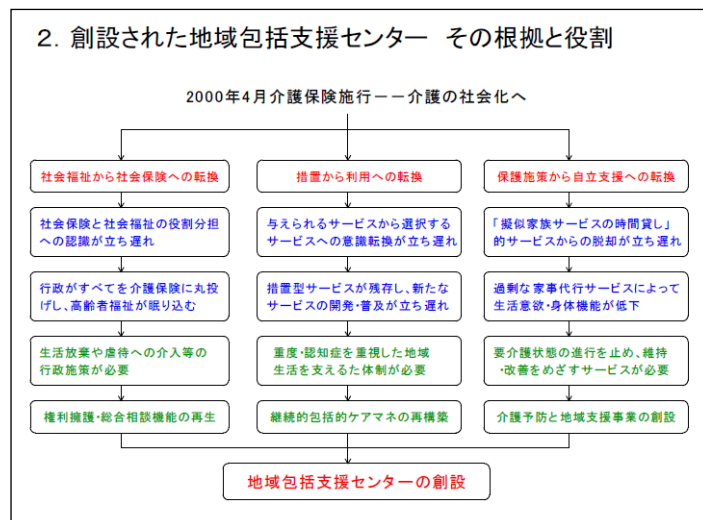
在宅介護支援センターは、介護保険以前は高く評価できるものでしたが、介護保険が始まり、居宅介護支援事業所との2枚看板になってしまったものですから、ケアマネジャー業務に集中し、本来の高齢者福祉、地域福祉の機能はほぼ消滅してしまいました。しかし、在宅介護支援センターには、優秀な人材がいるわ



けです。そういう人を校区プラットフォーム、生活支援センターに来ていただいて、福祉システムを再構築していく。そういう提案をしました。

実際の地域包括支援センター創設までの動きを見ますと、私なりの理解ですが、三つの流れがあります。2000年4月に介護保険が施行されて、「介護の社会化」ということが言われましたが、社会福祉から社会保

険に転換したということがほとんど理解されず、社会保険と社会福祉の役割分担が立ち遅れてしまった結果、行政がほとんど介護保険に丸投げし、高齢者福祉は眠り込む状況がありました。つまり、生活放棄や虐待への介入ということがほとんどできていない。そこで、権利擁護・総合相談機能を再生するというのが、流れの一つ



です。

もう一つは、措置から利用へ転換し、与えられるサービスから選択するサービスへの転換が行われたはずですが。そのことによって、より効果的効率的なサービスへの向上を生みだしていくことが期待されました。しかし、サービスの中身自身が旧態依然たる措置型が続き、その結果、在宅の重度要介護高齢者、とりわけ認知症高齢者が置き去りになっています。サービスそのものの見直しが全く立ち遅れてしまったというか、結局は措置から脱却できませんでした。特に中心はケアマネジメントです。そこを立て直すために、継続的・包括的ケアマネジメントの再構築という流れがありました。

もう一つは、介護予防施策です。措置時代の高齢者介護は基本的に保護施策だったのですが、介護保険で自立支援にかわりました。ところが、実際は、「レンタル家族の時間貸し」のようなサービスばかりで、結果的に家事代行や保護型介護によって、逆に生活意欲・身体機能の低下が進行してしまいました。それをひっくり返すために、介護予防と地域支援事業を創設するというものです。この三つの流れが合流したものが地域包括支援センターだと私は理解していたわけです。

権利擁護・総合相談

では実際にどうなったかといえば、非常に地域格差があるので、まとめることはできませんが、第一の目的であった権利擁護・総合相談はかなりの地域で生き返り始めています。これは簡単なメルクマールでわかります。それは、措置をやっているかどうかということです。例えば虐待への施策。今、高齢者虐待は完全に3点セットになっております。親と息子の関係です。しかも、その息子はパラサイトシングルです。例えば、近江八幡市では初年度に7件の措置が行われました。うち1件は在宅措置という非常に珍しいものです。2年目には6件の措置が行われました。ほとんど同じパターンです。母親と息子で、母親は認知症をもち、息子はパラサイトシングルです。これが見えてきて、そうした世帯構成の高齢者を集中的に訪問するなど、積極的な事業がそれなりに機能し始めています。

ただし、実は分離保護の措置は、一旦問題が解決したように見えますが、残された息子の問題をはじめ、本質的な問題は何も解決していません。北九州市のいのちをつなぐネットワークは、もともとそういうところから始まっているようですが、次のステップに動けるような地域包括支援センターへの進化が期待されます。

1年前に地域包括支援センターを介護政策評価支援システムの調査とセットで、モデル的に調査してみました。回収率は悪かったのですが、措置をやっているところとやっていないところがはっきりと分かれていました。ただし、措置をやっていないところも、実は措置もどきをやっています。民間の場合は公権力を持っておらず、措置を発動できないので、ソーシャルワーカーが相互に連絡をとって、緊急短期入所をさせるなどの努力は見られます。

虐待、認知症、孤立事例の介入件数を見ると、社会福祉としての高齢者福祉そのものがどの程度再生しているかということがある程度見えてきました。何もやっていないところは、完全に介護予防プランセンターになっています。

包括的・継続的ケアマネジメント

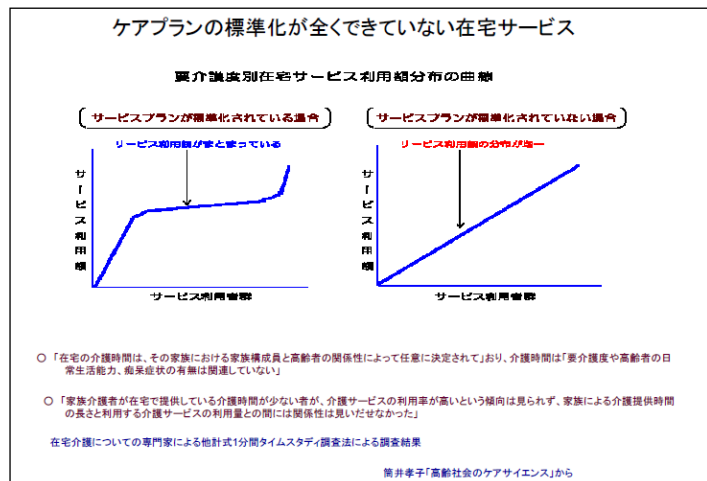
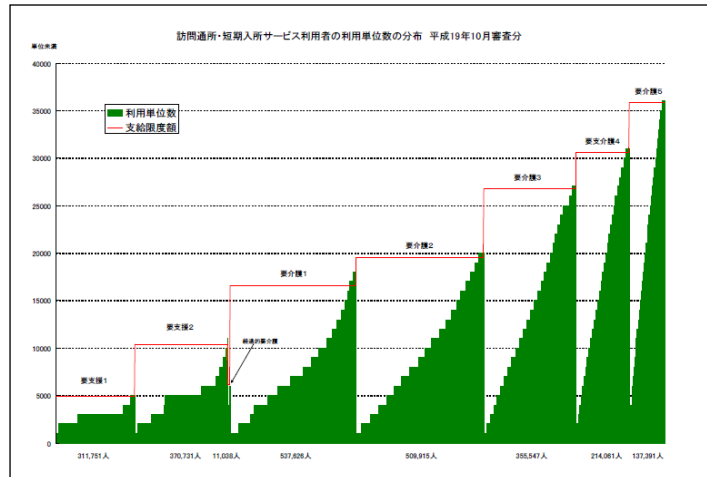
二つ目は、一番大きいと思いますが、包括的・継続的ケアマネジメントです。これには優秀な主任ケアマネジャーの確保が必要ですが、なかなか確保できません。

これ(右グラフ)は、220万人の在宅サービスを使っている人すべてについて、一人一人が幾ら使っているかということ縦棒であらわしています。単位は1000単位つまり1万円となっています。また、1本の縦棒は1000人にまとめてあります。赤の階段状の折れ線は支給限度額です。要支援1と要支援2は、包括払いが導入されましたので、かなりまとまりを見せています。ところが、要介護1・2・3・4・5と、全部同じ形です。つまり、利用金額1万円未満から支給限度額目いっぱいまで均等に分布しているということです。

認定というのは、どれほど介護の手間がかかるかということが一つの基準になっています。つまり、ケア投入必要量でつくられているわけですから、一定のまとまりを示すのが当たり前はずです。しかし、それが一直線になっています。家族がカバーしているのかと思ったら、筒井先生の在宅1分間タイムスタディでは、そんな事実はないとされています。

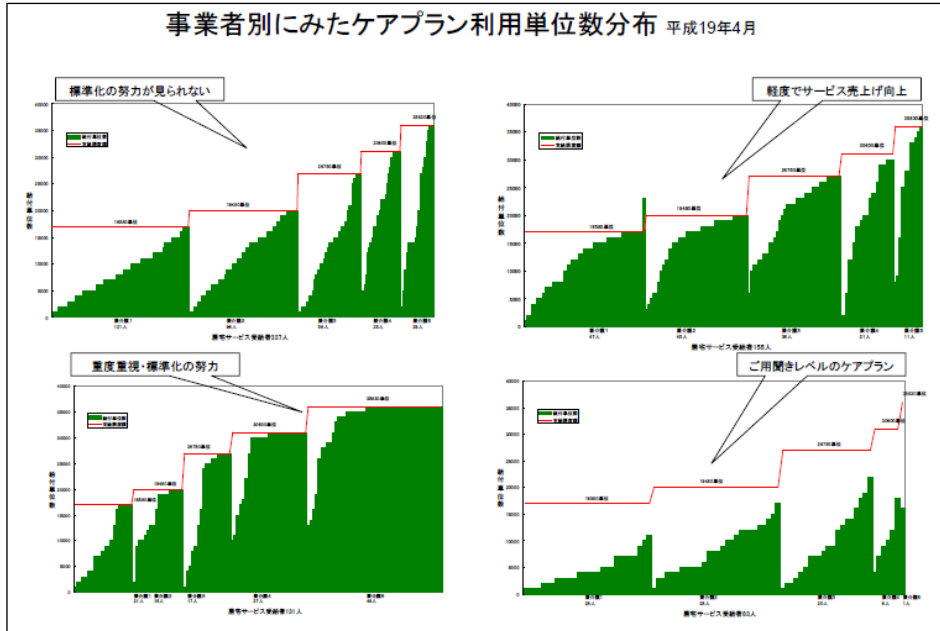
そうすると、要介護3~5の場合は、ネグレクトに近いのではないかと考え、慄然としました。だから、ケアマネジメントをきちんと再構築しなければいけないのです。しかし、残念ながら、ほとんどできていないのが現状です。

ちなみに、これはケアマネジャーがつくっているケアプランは一体何種類のサービスで構成されているか、厚労省統計情報部のデータで見ました。要支援、要介護1クラスはほとんど1種類で、2種類がちょっとです。軽いところはそれでもいいですが、要介護3・4・5を見ても、半分以上が1種類か2種類です。はっきり言って、まともなケアマネジメントがされているとは思えません。



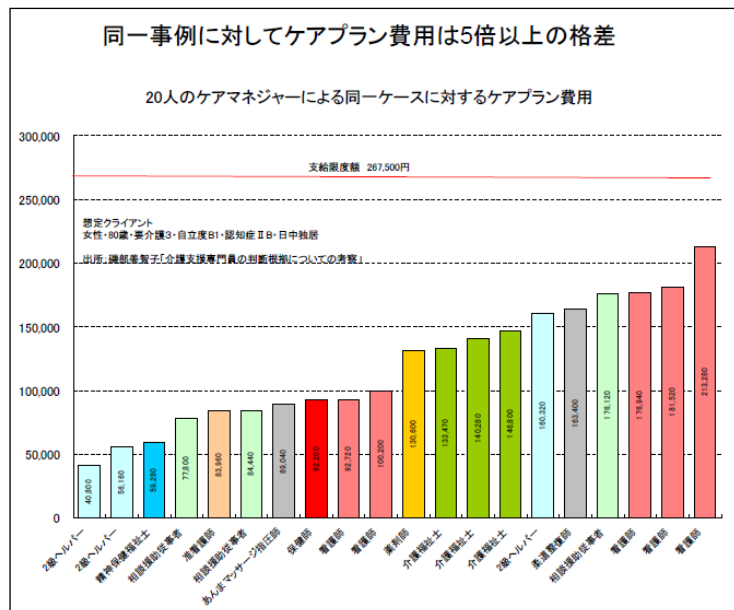
そこで、保険者ごとにどのようにケアプランがつけられているかということがわかるシステムをつくりました。これも介護政策評価支援システムに組み込んで、国保連のデータを読み込ませると自動的にできることになっています。特に要介護4・5を見るべきだと思いますが、きちんと何らかのケアマネジメントの対策をやっているところは、明らかにまとまりの傾向が見られます。

また、もう一つ、同様に事業者別にも読めるようにしました。それがこのグラフです。ただし、ひとつの保険者の中でしかできません。二つ以上の市町村で事業を転回している場合は、



二つ以上の保険者を結合すればよいのですが、まだそこまではできていません。そうすると、左上のように「標準化の努力がみられない」パターンが一番多い。要するに、利用額が1万円未満から支給限度額まで均等に分布しているグラフです。ところが、右上のように明らかに軽度がまとまっているグラフもあります。軽度はこんなまとまりを示す必要はないと思いますから、これは「優秀なセールスマン型ケアマネジャー」が、軽度で稼いでいるのが実態かも知れません。

左下は、明らかに特定事業所でしょう。重度利用者の割合が多い。これは、いいのか、悪いのか、ひょっとしたら、無理やり売りつけているのかもしれないし、それはケアプランの中身を見なければわかりません。右下のように、どう見ても「御用聞きレベルのケアプラン」としか言いようのない事業所も結構



みられます。要介護3より4のほうが少なく、4よりも5のほうが少ないグラフです。

礒部委員の論文にあります。同一事例に対して20人のケアマネジャーにプランをつくってもらくと、5倍もの差が生じています。これではどうにもならないのではないかと。ケアプランの標準化は使用日の課題ではないでしょうか。

介護予防

最後は介護予防ですが、適切な介護予防アセスメントがされているかどうか、疑問です。予防プランがまともにつくられているのかも疑問ですし、そもそも適切な予防サービス自身がどれだけあるのか。恐るべきむなしの取り組みをしているのではないだろうかという疑念が消えません。地域包括支援センター職員のモチベーションを著しく落としているが介護予防であることは間違いないことでしょう。通所系サービスは、半数はアクティビティで、介護予防などはやっていません。アクティビティといっても、そのほとんどは時間つぶしです。筋トレと栄養改善も行方不明になってしまいました。介護予防は当初の考え方から大きく変質したのではないのでしょうか。

これに対処する一つの方法として、いっそのこと、内部で予防プランセンターをつくり、そこが継続的サービス利用者には適切なサービス量をきちんに行う。そして、新規サービス利用者にはサービス基盤に応じた予防プランをつくる。つまり、特定の人に焦点を当てて予防プランを実施する。そういうことを考えたほうがいいのではないかとすら思います。

もっとも、一方では「夢のみずうみ村」のように、画期的な通所サービスを提供しているところもあります。山口市は、市内にあるすべての通所リハと通所介護の事業所を調べ、1年経過した後に要介護度の変化、改善されたのか、悪化したのか、維持されたのかというデータをとっています。例えば、要介護1が3になったらプラス2点、要介護3が2になったらマイナス1点として点数化し、それを利用者数で割るというものです。大体、通所リハも通所介護も1年間で22%ぐらい悪化しているという結果でした。

特徴的であるのは、通所リハは、非常に格差が大きいということです。通所リハといっても、お年寄り預かり所となってしまうところもあります。その違いが反映しているのかもしれませんが。通所介護のほうは、大体アクティビティみたいなものですから、それほど格差は見られません。しかし、「夢のみずうみ村」のみ改善がみられました。

これは行政のデータですが、「夢のみずうみ村」は山口市と防府市にありますので、どちらも生のデータを調べました。防府市の場合、改善が26%、悪化は11.0%です。この他に、自立になってサービス利用をやめた人もいますから、目を見張るような効果が見られます。

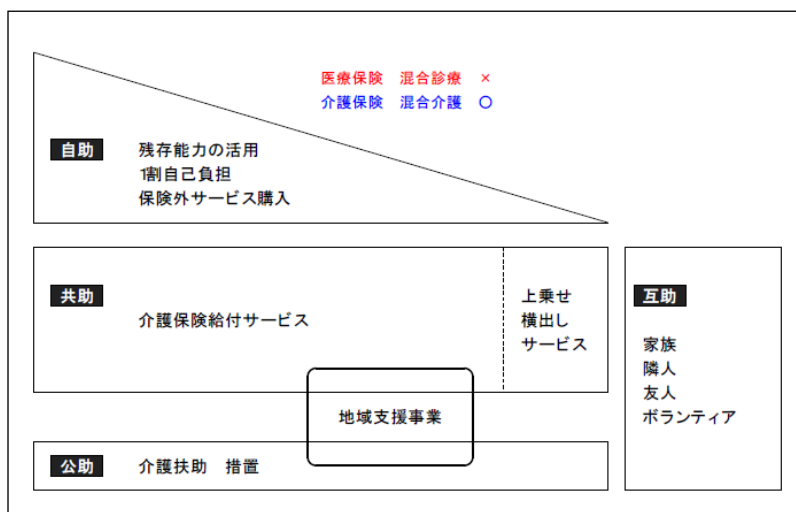
私は、介護予防というものを「夢のみずうみ村」のようなものと考えていました。実際にここに行くとわかりますが、「目からうろこが落ちる」のです。介護予防は基本的に、今行っていることを一度ひっくり返し、全面的に考え直して、できることから始めていかなければ、もたないと思っています。

地域包括支援センターと地域支援事業

地域包括ケアを考える時、もっとも重要なことは「補完性原理」だと思います。自助、互助、共助、公助、この四つの組み合わせがなければ、生活支援というのはいけません。自助は、残存能力の活用であり、1割自己負担であり、保険外のサービスを自分で買うということです。互助というのは、家族、隣人、友人、ボランティアの自発的な支えです。介護保険は共助ですから、仲間が金を出し合って、お互いの自助のネットワークとしてやっていくことです。公助は、基本的に介護扶助や措置、社会福祉系です。自助を互助が補完し、それでも解決できないケースは共助が支援し、さらに公助が補完するという考えが「補完性原理」です。

介護を考えるとときに重要なことは共助と公助を区別し、その役割分担を明確にすることです。公助は、政府のお金で実施するものです。ところが、地域包括支援センターはお金がないということで、介護保険財政に組み込まれてしまった。つまり、共助と公助が融合的になってしまっています。これは多分、誤っているのではないのでしょうか。介護保険から切り離すべきです。租税を原資として行うべきです。

介護を支えるものは、共助が占める部分が大きいことは言うまでもありません。しかし、すべてではありません。公助の役割も、また求められます。そこをきれいに整理して、地域包括支援センターと地域支援事業の機能をもう一回、明確に区分する必要があります。2011年に消費税が上がるとして、その取り合いになるわけですが、全部基礎年金に持っていかれては、かないません。地域包括支援センターと地域支援事業は、積極的に取りに行くことが必要です。



高齢者は自立・特定高齢者・要支援1～要介護5の9種類に区分する必要はありません。3種類です。その辺を歩いている高齢者と、介護を必要とする要介護1以上の高齢者、そして、虐待や栄養失調状態等、介入しなければいけない高齢者の3種類です。自立した高齢者は、自分のお金を使うべきですし、介護予防も自発的にすればよいのです。要介護1以上は、介護保険でサービスを社会保険として給付する。介入しなければいけないケースは、公助とするしかありません。そのようにしないと、財政的にももちません。機能分化せずに、二つの理屈で実施すると、責任転嫁が起こり、結果的にうまく動きません。その任務分担というのがこれからの課題になってくるのではないかと思います。

武蔵野市の介護保険制度と地域包括支援センターの課題

笹井 肇委員

(武蔵野市健康福祉部高齢者支援課長)

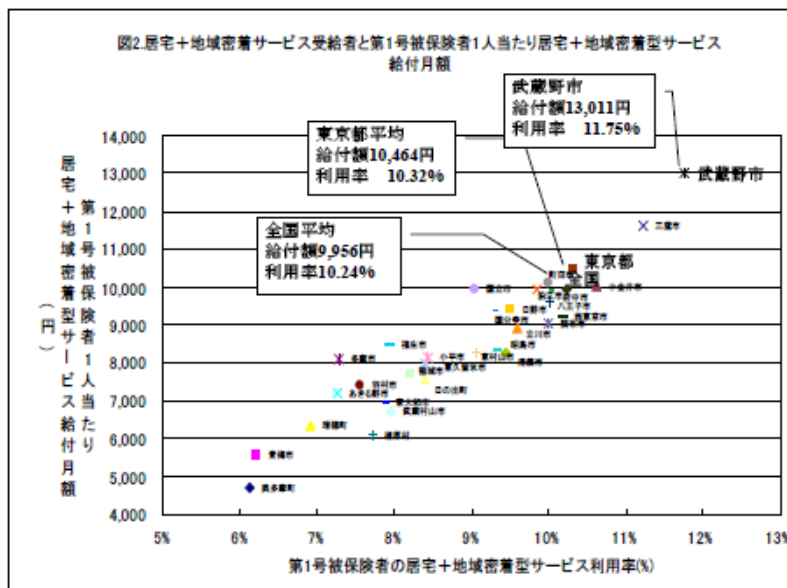
武蔵野市の概況

簡単に武蔵野市の状況からお話します。13万人口のうち、65歳以上が2万6000人ぐらい、そのうち75歳以上が1万3000人ぐらいです。ここが一番大きな特徴で、65歳以上人口に占める75歳以上人口、いわゆる後期高齢者の比率がほぼ50%になっています。東京都内平均は大体45%ですから、武蔵野市は東京都平均に比べて5ポイント高い自治体です。それだけ要介護高齢者や認知症高齢者の出現率が高くなるという状況です。

武蔵野の介護保険制度の特徴ですが、まず認定調査については、在支、地域包括、市の職員ですべて賄っておりまして、民間のケアマネジャーへの委託はしていません。また、介護保険料は、現在10段階設定、来年度からは14段階にし、最高段階として合計所得金額2000万円以上という階層をつくる予定です。というのも、武蔵野市の65歳以上の高齢者の方の所得は高く、合計所得金額1000万円以上という方が約1,300人いらっしゃいます。保険料のカーブは、右肩上がりのカーブにしています。所得の低い方の保険料は低廉にし、そのかわり所得の高い方からは高くという累進性の高い形にしています。

要介護認定者は、4800から5000人ぐらいの間で推移しています。サービス利用で特徴的なのは、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護の割合が非常に高くなっており、特養に次いで有料老人ホーム入居者数が非常に多く、全国平均の約3倍の比率です。一方、居宅・地域密着型サービスの給付額と利用率を東京都内で比較をしてみると、武蔵野市の給付額は、65歳以上1人当たり1万3011円、利用率は11.75%です。東京都の平均は1万464円で、利用率が10.32%です。全国全体を見ますと、実は在宅の給付額は1万円に届いていません。9956円という程度で終わっています。

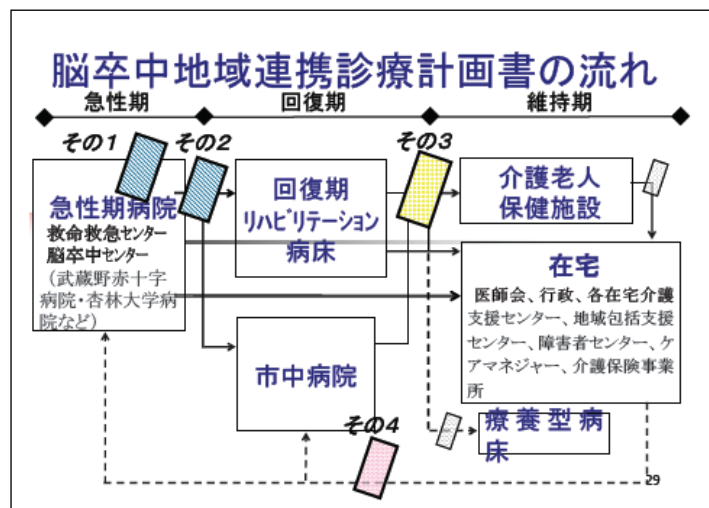
また、介護保険制度だけでは高齢者の生活を確保することは全然できませんので、介護予防事業以外にも、豊富な市独自施策があります。一つ目は、コミュニティバスとしては全国初の「ムーバス」です。これを企画した当時は、介護保険では乗降介護サービスがあ



りませんでした。高齢者の閉じこもりや外出支援として新しい交通システムを考えようと作り出しました。都市交通政策として見られがちですが、高齢者あるいは障害者施策として始めたもので、ステップもノンステップバスにしています。バス停についても、当時でいうと寝たきり度がJ1、J2、A1ぐらいの高齢者の歩行調査を行うと、休憩なしで歩ける歩行距離は大体100メートル前後でした。ちょうどバス停とバス停の間あたりにお住まいの方でも、どちらかに100メートル行けば休むことなくバス停に行けるよう、200メートルごとにバス停を設置しています。

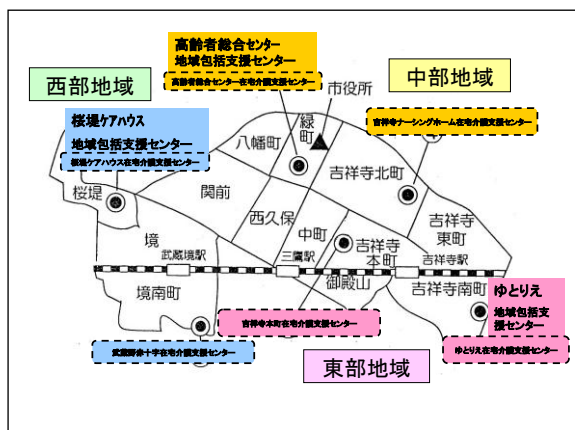
その他、車いすのまま乗車できる移送サービス「レモンキャブ」、年間1000万円を上限とした市補助の予防的事業であるミニデイサービス「テンミリオンハウス」があります。

さらに武蔵野市には武蔵野赤十字病院を中心とする脳卒中地域連携パスがあります。従来は急性期と回復期あたりの医療機関同士の連携パスが多かったのですが、我々は今回、在宅で使えるパスという形にしました。それが「地域連携パスその3」で、在宅へ医療情報などがきちんと伝わるようになっていきます。脳卒中は多発性で、一回おさまってもまた発作があるということです。在宅から急性期へフィードバックする仕組みというものもつくりました。見ていただくとわかりますが、4種類のパスが地域で循環しているということです。地域の現状からいうと、こういった形で、回復期病棟が現在250床ぐらいあります。老健が大体100床です。急性期と回復期の連携パスは、一般的に全国でも熊本とかいろいろなところでやっています。それだけではなく、密着型パスと呼んでいますが、そのパスつくっているという状況です。



地域包括支援センター・在宅介護支援センターの設置状況

地域包括支援センターと在宅介護支援センターですが、JR中央線の吉祥寺駅、三鷹駅、武蔵境駅を中心に、それぞれ東部、中部、西部と大きく3エリアに分けております。各エリアに地域包括支援センターを配置しているに加え、基本的に武蔵野市は、従来から小地域完結型の地域ケアシステムをつかっており、中学校区域が6区ありますので、



ほぼ中学校区域ごとに在宅介護支援センターを配置しています。本市では 180 人ぐらいのケアマネが稼働しております。それらを 6 つの在宅介護支援センターごとに約 30 名ずつグループリングし、毎月、事例検討会、ケース検討会というものをやっております。

また、平成 14 年 11 月にケアマネジャー研修センターを設置いたしました。平成 14 年ぐらいいになりますと、一定の経験を積んだケアマネや新人ケアマネが玉石混交になったため、新任研修、現任研修、専門研修と体系的な研修がきちんと受けられるよう設置いたしました。また、ケアプランを提出していただいて、我々がチェックして、指導して返すというケアプラン指導研修事業では、独自に帳票を開発し実施しております。

特定高齢者施策

平成 18 年度と平成 19 年度では特定高齢者の選定の基準が大幅に緩和されたために、人数でいうと、19 年度は 18 年度の 7.6 倍、特定高齢者が増えたということもあり、平成 18 年度と平成 19 年度以降の特定高齢者では状態像が全く違うということがあり、効果測定等が非常に難しくなっております。特に平成 19 年度の 1 年間で 2,001 人に一挙にふえたのですが、実際に特定高齢者としての施策をご利用している人は、12 人しかいらっしゃいません。特定高齢者施策について、「あなたは特定高齢者ですよ」という形で選別して、アプローチをかけても、「私は仲のいい人と一緒に参加したいから」等の話になりますので、平成 19 年度からは一般高齢者と特定高齢者を分けずに

武蔵野市 介護予防事業と健康づくり事業

目的	名称	内容	担当	上半期参加者数
運動機能向上	●筋力はつらつ！若返り教室	高齢者向けマシンによる筋力トレーニング	健康づくり支援センター	12
	軽やか若さ体操講座	介護予防・改善体操（通信制）	健康づくり支援センター	142
	いきいき体操教室	足腰の筋力アップ（市内スポーツ施設で）	健康づくり支援センター	30
	元気アップ体操	筋肉と関節の動きをスムーズに（市内スポーツ施設で）	健康づくり支援センター	13
	だんだん筋力アップ体操＋リズムでだんだん	自宅でもできる簡単な筋力アップ体操、生活習慣改善教室で紹介。武蔵野三鷹ケーブルテレビで毎日放送中	健康づくり支援センター	—
	●バスルトレーニング	機器を使わずに簡単な筋力トレーニングや体操を行う	健康課	4
	●健康やわら体操	柔道場の畳の上で柔道の動きを取り入れた簡単な体操を行う	健康課	22
	●不老体操	浴場等での健康体操・ゲームの実施	高齢者支援課	7,656
	健康づくり応援教室	自宅でもできる運動実践の紹介		
	らくらく生活コース	日常生活に必要な筋力の維持向上のための運動	健康づくり支援センター	28
	アンチエイジングコース	基礎体力作りや若さを保つための運動		28
	●ころばぬコース	転倒予防のための簡単な運動		13
	健康体操	ストレッチ体操	高齢者総合センター	789
	ときめきムーブメント	ストレッチ体操・筋力トレーニング・転倒予防体操など	高齢者総合センター	1,342
	体操教室“気楽に動こう”	イスに座ったストレッチ、タオル体操、ゲーム体操	高齢者総合センター	662
地域健康クラブ	生きがいづくりと健康づくりの運動	高齢者総合センター	17,632	
レッツトレーニング	ストレッチ、筋力トレーニング、ソフトエアロビクス	高齢者総合センター	1,300	
栄養改善	●栄養改善教室	現在の食生活を再見し、必要な知識を楽しく習得しながら食生活の改善を目指す	健康課	10月開始
	●高齢者食事学事業	料理講習会を通して食習慣を学ぶ	高齢者支援課	418
	食生活健康相談	栄養士・保健師による日常生活のアドバイス	健康課	7
	口腔機能向上	●歯つらつ健康教室	口腔の機能についての講義、歯みがき指導、口腔リハビリ体操など	健康課
歯科健康相談		口腔状態のチェックとアドバイス	健康課	6
その他		心と体の健康講座	健康維持に必要な知識を心と体の両面から考える講座	高齢者総合センター
	●健康講座	生活習慣病予防や疾患の正しい理解のための講習会・調理実習・運動実技等	健康課	33
●地域支援事業			再掲●地域支援事業合計	8,389
				30,712

予防事業を進めております。表（下表）を見ていただくとわかりますが、介護予防事業と健康づくり事業を一緒に行っておりまして、武蔵野市では 23 事業を行っております。参加者は、上半期だけで 3 万 712 名です。これは延べ人数というか、重複されている方もいらっしゃいますが、2 万 6000 人の 65 歳以上人口のうち、3 万 712 名の方にご参加いただいておりますので、予防事業としてはかなり幅広く行っているということです。

曖昧になる介護保険当初の理念

18 年度改正以降、そもそも「介護の社会化」というのはどこに行ったのかということが、介護保険導入準備に携わって、19 年に介護保険担当部署に戻ってきた私としては非常に疑

問に感じることです。例えば介護の社会化で家族介護から解放されるという形で、たしか平成10年、11年、12年あたりに議論があったのですが、同居家族ありの場合は抑制されてしまう。

介護予防の効果は一応、厚生労働省のデータとしては効果ありということですが、そもそもインシュアランスとしての「保険事故」の概念とは一体何だったんだろうかと。介護保険が福祉ではなく保険とすれば、リスクヘッジとしての保険制度の中に予防という概念を出すことによって、インシュアランス、ファイナンスとしての保険事故という概念が非常にあいまいになっている。

それから今、我が国は高齢者を9段階に区分、選別しております。「あなたは一般高齢者だから、一般予防を受けてください」「あなたは特定高齢者だから、特定高齢者施策を受けてください」「あなたは要支援1だから、新予防給付、丸めのホームヘルプを受けてください」と。そういう意味では、現在、日本の65歳以上の高齢者は、一般、特定、要支援1・2、要介護1・2・3・4・5と、必ずこの9段階のどれかに属さなければいけないというような仕組みになっているわけですね。

包括的・継続的ケアマネジメントの課題

東京都社会福祉協議会の行った「地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメントに関する調査」を見ますと、予防プラン、予防マネジメント業務に費やしている業務の割合が42.2%です。包括的・継続的ケアマネジメント、一般的には「ケアマネ支援等」と言われていますが、これが18.6%です。それから、総合相談支援、市民の皆さんや関係機関との相談は18.4%です。先ほど言った特定高齢者、一般高齢者に関する予防業務が9.2%です。本来あるべきセーフティネットの権利擁護業務はたった5.5%しかないということです。もちろんこれは地域包括支援センターに属する主任ケアマネの業務実態ですから、地域包括支援センター全体としてはとらえられません、現場の感覚としても大体こんなものかなという感じはいたします。

主任ケアマネの最も大きな業務である包括的・継続的ケアマネジメントの支援業務というのは約2割です。実施頻度が多い業務としては、相談を受け付けて、関係機関との連携経験を「引き出し」にして、社会資源情報を提供している。ケアマネ支援の中身がこれでもいいのかということですよね。従来の経験を引き出しにして社会資源情報を提供することですから、根幹たるスーパーバイズの機能はできていないということがわかるわけです。スーパーバイズを本当にやっていないのかという調査項目で、やっていない業務を書いてもらったら、他の介護支援専門員への「個別指導」や居宅介護支援事業者への「働きかけ」は全く行っていないと回答する人が一番多いわけです。それは、「他の組織への介入は難しい」ということが理由になっています。また、新たな「社会資源の開発」や「地域のフォーマルサービスとの連携体制の構築」、あるいは「医療機関・入所施設等との連携体制づくり」といった基盤構築にかかわる業務も課題になっているということです。「課題になっている」という整理をしています、実際は、こういうことが全くできていないわけです。この調査では、ケアマネ支援について思うことがいろいろと書いてあります。要

するに、ケアマネ支援という業務がありながら、スーパーバイズのところまでいっていないという現状です。

地域包括支援センターの課題と今後の展望

武蔵野の直近の例で、幾つかの業務に分けて課題を整理させていただきました。

①特定高齢者施策

毎月、生活機能検査の結果、上がってきた人間について電話で個別アプローチをさせておりますが、12月実績でいいますと、介護予防に実際に参加したのは45人中2人だけです。お1人は口腔ケアの教室、お1人が筋トレに入られました。実施率は4.4%です。地域包括の職員は個別アプローチのモチベーションが非常に低くなっており、やりがいほとんどなくなっています。しっ

＜武蔵野市における地域包括支援センターの課題と今後の展望＞

(1)特定高齢者施策

・12月個別アプローチ実績：予防プラン作成率(介護予防事業参加率)4.4%(45人中2人)

→ 特定高齢者に対する集団的アプローチ・特定高齢者と一般高齢者を区別しない介護予防事業

(2) 包括的・継続的マネジメント

・地域包括は要支援1・2のケアプラン作成が中心

→ 在宅介護支援センターと地域包括支援センターとの一体的連携により元気高齢者、要支援1・2から要介護1以上中重度までの継続的マネジメントの実現

(3)ケアマネジャー支援

・個別支援だけでなく、体系的研修による全体的底上げの必要性

→ ケアマネジャー研修センターと地域包括支援センターの統合

(4)虐待・処遇困難・権利擁護・セーフティネット

・委託の地域包括支援センターには高齢者虐待の立入調査権や警察署長への援助要請権がない

→ 直営地域包括支援センターの設置と保険者との一体的連携

かりとアプローチできればいいですが、最近一番多いのは、地域包括支援センターとか在宅介護支援センターですと言って、特定高齢者の方に「ドクターからお聞きになっていると思いますが」とか「市役所からこういうものが行っていると思いますが」と電話でアプローチした段階で、「私は元気です」「振り込み詐欺でしょう」と言われて電話を切られて、それ以上話ができないということがほとんどです。

そういう中で、特定高齢者と区分して、あえてその施策を高めるというよりも、本市は半年だけで3万712名の方に何らかの介護予防事業に参加していただいているので、特定高齢者と一般高齢者を区別しないで、豊富なメニューをつくって、自由に選んでいただくという方式のほうがいいのではないかという思いがあります。

②包括的・継続的マネジメント

何が継続的なのか疑問ではありますが、地域包括支援センターでは、要支援1・2しかケアプランがつくれません。要介護1以上は、民間のケアマネジャーか在宅介護支援センターしかケアプラン作成ができず、介護報酬が発生しません。そうするとどうことが起きるかという、要支援1・2までは包括がつくって、次に要介護1以上になった場合は、改めて在支や民間ケアマネがアセスメントをし直してケアプランをつくるわけですが、そういった形で連続性がなかなかつきにくくなっているのが問題です。

特に処遇困難ケース。最近、私は「処遇困難ケース」と言っはいけないというふうに

言われていまして、「多くのかかわりと調整が必要なケース」というふうに言ったほうがいいよと現場から言われましたので、そう言いかえますが、そういうケースの連携が非常に断絶しています。本当に包括的・継続的であるとするならば、要介護1以上のケアプランがつけられる在支と、要支援1・2の地域包括支援センターを一体的にやって、元気な高齢者、要支援1・2から要介護5までの継続的マネジメントを実現させるという仕組みをつくったほうが、はるかにリアリティのあるケアシステムになると考えます。

③ケアマネジャー支援

個別支援ができていないだけでなく、体系的な研修による全体的な底上げも必要になっているということです。武蔵野市では、ケアマネジャー研修センターと地域包括支援センターが持っているケアマネ支援機能を合体させて、組織統合させようというふうに思っています。

④虐待・処遇困難・権利擁護・セーフティネット

武蔵野市では今年の上半期だけで虐待対応ケースは28件あります。通報していただいている方も5人いらっしゃいますし、成年後見制度利用への支援も20年度上半期だけで5人いらっしゃいます。しかし、困ったことに、今、三つの地域包括支援センターは社会福祉法人等に委託しており、厚生労働省の18年3月の通知では、委託の地域包括支援センターには高齢者虐待の立入調査権、あるいは立入調査の際の警察署長への援助要請権が付与されておりません。直営の地域包括支援センターか、保険者というか行政そのものには高齢者虐待防止法でそれらの権限が位置づけられていますが、委託はだめということになっています。

そうすると、本当に地域で虐待の通報があった場合、地域密着と言われる地域包括は、委託の場合は動きません。そういうことで今、検討しているのは、直営地域包括が最低でも1カ所は必要だということです。直営地域包括であれば、行政と警察と一緒に踏み込めるわけですから、それ以降の権利擁護やセーフティネットにつなげるということでは、直営が一つは必要かなというふうに思っているところです。

⑤専門職の確保・人材育成

平成19年か平成20年度までは、在宅介護支援センターの業務経験は、主任ケアマネジャーを取得するときの資格要件から外れていました。それによって逆転現象が起こってしまって、民間のケアマネジャーは主任ケアマネジャーになりやすいのですが、在宅介護支援センターでソーシャルワークやスーパーバイズをやっていた人は、ついこの間まで主任ケアマネジャーへの資格取得がありませんでした。したがって、いわゆる「わかっている主任ケアマネジャー」がほとんどいないということになります。

それから、在宅に熱心な保健師・看護師もなかなか難しく、半年間ぐらいずっと募集していても、集まらないという状況がありました。医療がどんどん進歩していますから、臨床経験がなくなると自分がナースとして使えなくなるのではないかという危機感と恐怖感が生じるらしく、問題意識のあるナースほど、医療の世界に戻りたがります。そこで、在宅に熱心な医療職をきちんとつくっていくことが必要だと思います。地域の福祉人材の底上げとモチベーションアップのために、私どもは法人と市との人事交流をやっています。

⑦総合的ケアシステムの推進と地域包括の業務

総合的ケアシステムの推進を地域包括だけの業務としておくというのはやはり無理があります。先に紹介したムーブスをはじめとした介護保険以外の施策も含めて、自治体のまちづくりの思想性みたいなものがきちんと反映されていくような仕組みを、市町村と地域包括が協働して、企画立案してつくっていくということが一番大きなポイントかなと思っています。

地域包括ケアの確立を目指して

東内 京一委員

(和光市保健福祉部長寿あんしん課課長補佐)

自立支援とは

和光市という、とかく介護予防がメインだというところがありますが、基本的には地域包括ケアを目指しています。私たちが、なぜ13年から介護予防を行ってきたかという、当時保健センターレベルや公衆衛生が全く機能していませんでしたし、言われたような基本健診をやり、アウトプットばかりの評価で、アウトカムが出ないといった状況だったためです。

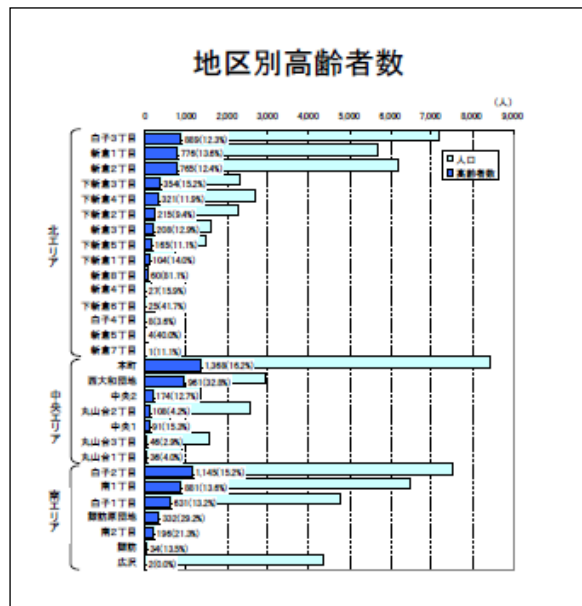
地方分権の先端事務が介護保険だと捉えています。我が町の社会保障システム、もしくは福祉関係とか予防関係、介護給付、こういったものを和光市ではどのようにしていったらいいのか。そこで、自立支援ということに着目しました。この自立支援とは、本当の意味での自立支援のことです。和光市が行ってきた介護予防は、おそらく自立支援の究極だと思っています。要介護4とか5の方でも、軽度に方向を向けていく自立支援型のマネジメントと、要支援1・2の生活機能低下者も、絶対に自立に持っていくという視点です。本来はそういった介護予防の視点が強くなければいけないのに、公衆衛生の特定高齢者施策やその辺のことが多く入ってしまったので大混乱しております。まして、要支援1・2は別の給付だというようなことになってしまったので、地域包括支援センターが、介護予防プランセンターみたいな言い方になってしまっているのが現状です。

本来、予防というのは、その人の身体機能を向上させ、生活機能を向上させ、維持させるということで、権利擁護的なものもあれば、経済的支援のものもあります。そういうものが個人に対する自立支援で行われていくのが地域包括ケアかなと考えます。予防レベル、いわゆる一般高齢と言われる方から、医療と介護の連携や権利擁護も含むであろう要介護5の方の包括ケアレベルまで、重層化していく中で、すべてがローカルオプティマムできちんと整理されて、役割が分類されてこそ「新しいマネジメント」といえます。そして、和光市では、そういった新しいマネジメントシステムができる人材を地域でいかに育てていくかということを行ってきました。

和光市の概況

和光市は、人口構成上異常に27歳から37歳ぐらいまでの転入が多いところです。そのため、一概に高齢化率でははかれず、高齢者の進捗率で見なければいけません。この5年ぐらいは非常に低い状態です。しかし、確実に上がってきています。和光市の特徴なのですが、実態として、本町というところは一番マンションが建ち、若い人口群がどんどん入り、高齢化率としては低い状態になるのですが、その中でもUR、旧公団系のところでは、高齢化率32.8%のところがあります。また、ひとり暮らし高齢者が、2人暮らし高齢者の率が大きく上回っています。

今日問題となっている特定高齢者ですが、平成12～13年当時、和光市では「特定高齢者」ではなく独自に「ハイリスク高齢者」、もしくは「権利擁護予防対象者」というような言い方をしておりました。ひとり暮らしの方が多く、近所と乖離しており、要支援状態に近い方もいるというのは、都市型限界集落に近いような状況になります。そこが人的支援だけで済むかという点、それだけではいけないわけです。乳酸菌飲料の配達や郵便配達はありますが、そうでもない状況もあります。そこで、孤独死、孤立死の予防として、緊急通報システムの軽いレベルの安否確認システムの設置を行いました。



基本チェックリストや権利擁護の地域ネットワークの発見等、なぜ区別する必要があるのか、特定高齢者といったら、基本健診と生活機能だとか、逆に権利擁護といったら、地域ネットワークを別につくるんだと区分して考えていますが、一緒にいいじゃないですか。それが、地域包括ケアです。そういったことを区分して考えているから、行政は縦割りだ、縦割りだと言われてしまうのです。

地域包括支援センターでは、基本的にマスタープランから整合をとり、障害者関係の部分と高齢者福祉、長寿あんしんプラン(介護保険事業計画)、さらに、65歳以上の特定健診、保健指導等を含め、軽度から重度までを一体的に受け持っており、これらを包括支援センターの業務にしています。

和光市の政策と体制

これもいつも言うのですが、私たちは介護予防前置主義というか、自立支援の前置主義を基本としています。クオリティ・オブ・ライフが上がっていくようなマネジメントの実施と、施設を極力少なくしていくこと、この二つを達成するには地域視点が非常に重要です。地域の特色・課題を効率よく探す、進めるという作業が、どうも日本は下手だったのではないかと思います。

地方分権の介護保険 保険者の政策能力がポイント

…14年度に和光市が提唱した政策基本方針…

第4期介護保険事業計画にも承継

- **地域包括ケアを念頭にいた政策を考えて……**
- **介護予防前置主義(元気高齢者の多い街)**
- **※介護予防プログラムの遂行と特定保健指導とのリンク**
- **介護保険(居宅介護の限界点の追求)**
- **※療養型病床の転換と長寿医療の整理(在宅医療と在宅介護の包括)**
- **地域視点(地域特色・課題解決型ネットワーク構築)**
- **※日常生活圏域と地域密着型サービス基盤と地域ニーズの充足**
- **権利擁護(身上監護を基本に)**
- **※消費生活問題から虐待問題までのチーム編成の明確化**

権利擁護も含めて、みんなオレオレ詐欺に間違われるわけです。私たちの包括支援センターでは、それはラッキーだととらえます。介護予防のアピールをしてオレオレ詐欺に間

違えられたら、徹底して消費問題か、オレオレ詐欺の点で権利擁護としておつき合いを始めるわけです。その次に、自立支援の生活機能低下や身体機能低下に対応しながら入っていくといった、チームとしての合意形成を持っております。

しかし、和光市役所内は、以前はもっと分化されていきました。保健センターも保健課としてありましてし、長寿あんしん課も、高齢者福祉課と介護保険課としてありました。縦割り解消をし、町を統括する中でやらなかったら、国民健康保険に影響を及ぼすような公衆衛生はできません。だから介護保険も、高齢者福祉とどのように線引きし、どのように複合的に行っていくかが問われます。当時在宅支援センターは、現在の地域包括センターと同じような部分で、市内3カ所で動いていました。そこで、在宅介護支援センターを介護保険担当のところにつけてしまいました。今は、そこが包括支援センターにそのまま変わっていったということになります。

また、制度を機能させる会議という言い方をしますが、「〇〇協議会」というものがもの非常に多かったです。その中でいかに機能を集中化し、ライフステージにくし刺しできるようにしていくか考えました。横との連携というときには、国保には執行機関の位置づけでありますけれども、介護にはないので、介護保険運営協議会を設置しました。その中には、市長の諮問答申ですが、地域包括支援センターの運営部会と地域密着型サービス部会も設置しております。高齢者推進協議会は、末端の要望等を上げるような会議になっております。3年に一度、この二者を統括し、長寿あんしんプラン策定会議というところで介護保険の事業計画をつくります。現場レベルでは、介護サービス、居宅介護支援を含めた事業者連絡会を保険者主催で行っております。経営者が和光の基本方針に沿えなかったら、担当者は動けないですから、経営者部会と担当者部会に分けて実施しております。

その辺が、県がどんどん指定し、事業所が乱立していく市町村と和光市との違いかと思っております。和光の基本方針に沿えなければ、事業者は入ってこられません。

コミュニティーケア会議は、実際の個別のプランの調整を行っており、中央会議と圏域ケア会議というレベルで設置しています。

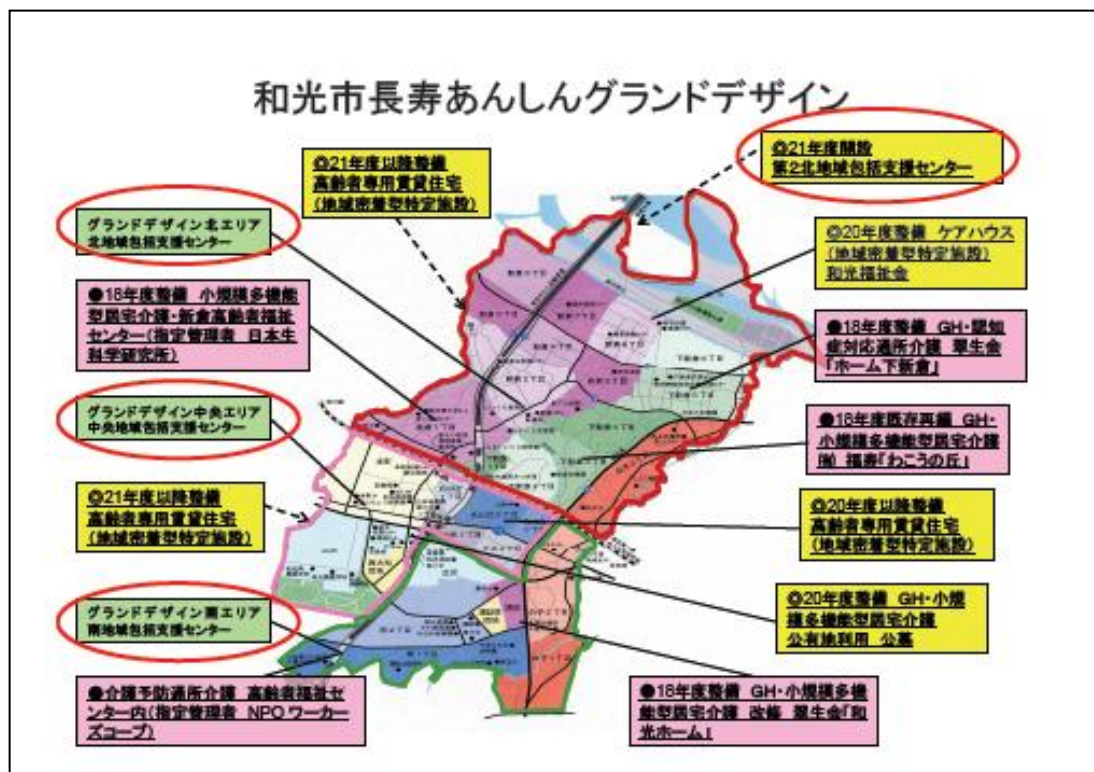
<p style="text-align: center;">和光市の制度機能させるための会議</p> <ul style="list-style-type: none">• 介護保険運営協議会(条例設置)• 地域包括支援センター運営部会• 地域密着型サービス運営部会• 高齢者保健福祉推進協議会(要綱設置) <ul style="list-style-type: none">• 長寿あんしんプラン策定会議• ※ 3年に一度、運営協議会と推進協議会を合体して編成 <p>○介護サービス事業者連絡会(経営者部会:担当者部会) ○コミュニティーケア会議(中央会議:圏域ケア会議)</p>
--

和光市長寿あんしんブランドデザイン

これまで3圏域3ヶ所であった地域包括支援センターは、昨年の10月から、3圏域4カ所設置しております。直営1ヶ所、委託3ヶ所です。

中には大規模多機能型施設もあります。和光市の中でも小規模多機能ばかりではなく、大規模多機能型の施設をつくり、その中は指定管理者業務にし、さまざまなサービスを入れていきます。そこにも直営型の地域包括が入っています。

線を引いているところは、高齢化率が地区で一番高いとか、認知症が地区に多いとか、



そういうところで歩いてくることができるところに事業者の誘致や、農家の方を「共同住宅を建てるのであれば介護施設をお願いしたい」ということで説得して、小規模多機能プラス高専賃とかグループホームというものをやっております。

来年度以降、医療と介護の連携を踏まえる上で、1階に在宅療養支援診療や訪問看護、療養デイを備え、2階に介護サービス、3階以上が29の一般型の高専賃とし、外部サービス提供を行うような高専賃を日常生活圏域に一つずつ入れていく計画です。現在、東京に分散している、療養型に入っている方の面接が63名まで終わりました。和光市に戻っていただくということでキャパを計算しております。

和光市の特徴は、小規模多機能が単純に介護保険サービスを提供しているのではなく、加配する問題と非番の職員によって、かなり地域包括支援センターと地域的課題に連携するような部分があります。小規模多機能で特定高齢者事業や一般高齢者事業も行っておりますし、出前講座等も実施していくというスタイルです。その辺は、給付の人材とを分ける形で行っており、厚生労働省に進言して、大臣認定の1万5000円、1500円の加算もいただいているような状況にあります。継続的ということが難しいという声を聞きますが、和光市の場合、この小規模多機能に予防に来ていたり、ボランティアに来ている人も、その方が認知症になったときには、自分がそれまで行っていた小規模多機能等に通うこととなります。先にはそのグループホームに入れるような部分も中にはあります。そういうことで、地域の中でサービスを完結していきたいというグランドデザインになっています。

地域包括支援センターの体制

地域包括支援センターは、10月から各5名体制になっています。保健師、社会福祉士、主任ケアマネと、認知症専門担当（看護師）、保健指導（障害者担当）の5名です。早速、目黒先生の教えを受け、CDRの地域調査を今現在、進めています。また、認知症専門担当は、和光市独自の認知症スタイルの専門担当の研修を終えております。

さらに、65歳以上で、廃用症候群ではないですが、太っていてひざが痛い女性の方が非常に多くなっています。和光市でも、メタボリックで一番多いのは60歳女性です。上半身は国保に行ってメタボをやってきて動機づけをして、下半身は介護に来て介護予防で筋トレだというような言い方になってしまっている。そういう方が要支援とか要介護1にいるわけですね。そこをちゃんとフォローアップするようしております。

それから、身体障害者に限っていますが、相談支援事業の一部をプレ事業として包括支援センターで行っています。

長寿あんしん課では、介護福祉担当という介護保険全般と市町村特別給付担当を7名、高齢者福祉の担当2名、保険料担当2名、そして、後期高齢者医療担当3名を配置しております。後期高齢者医療もおこななければ、包括ケアはできないと思ったからです。あとは、地域支援事業担当として、統括センターみたいな言い方になるのですが、長寿あんしん課内にも専門職（社会福祉士・保健師・管理栄養士）を配置しております。

地域支援事業

全国的にいえることですが、高齢者福祉のすみ分けと、互助と共助の中で介護保険をどのように行っていくのかは課題です。和光の特別給付というのは、市内の共助の仕組みでいえば、究極の公助だと思っています。今回は保険料に219円の上乗せです。その部分で選別的だった配食を介護保険のケアプランにできたり、例えば糖尿病食みたいなものも介護保険の中で完結でき、管理栄養の指導もついている。紙おむつなども限度額関係があって、地域送迎もNPOなどで有償運送の公益の特区をとって、保険給付の中で行われているという状況です。

地域支援事業も、20事業のうち、8事業が和光独自の共助・互助理論のところですが、普通のところは法定の部分だけになります。管理栄養ステーションなどはすべてNPO関係が運営しています。介護予防ヘルプは、介護予防だけではなく声かけなども入ります。他にも口腔ケアステーションや、権利擁護の支援体系などがあります。

リハビリテーションモデルと生活機能モデルは絶対に違いがあります。今後は、急性期、回復、維持リハという中の維持リハの中身をきちんと地域ケアに位置づける必要があると思います。その関係で、地域ケアに位置づけたOT・PTステーションというものを第4期から入れていく。あとは、脳卒中モデルの方などにも対応できるような地域支援事業を行う予定です。包括の職員は、これらの和光独自のメニューをしっかりと頭に入れる必要があります。

専門職に必要なスキルと育成

和光市では、地域包括ケアに従事する専門職に対し、ステージ1～3を設定し、必要なスキルを示しております。ステージ1（アセスメント実施段階）の能力がなければ包括のプレゼンには合格しませんし、現場には出しません。そのときには、民間のほうからインターンシップ的に長寿あんしん課に3カ月、来て頂き、アセスメント能力や地域アセスメント能力、接遇・洞察、説明・説得を学んで頂きます。

ステップ2では、どう人材育成をするかというと、カンファレンス

コーディネイト能力といって、会議を通じて、OJTに頼る考え方を徹底レクチャーします。OJTをやりながら、プランを修正するとか、その中で自分がオン・ザ・ジョブを受けて専門職、私はこれをジェネラリストと言いますが、他の専門性も高めていくことになります。そして、制度間調整能力で、専門職と専門性の違いを理解しながら、地域ではスペシャリストとジェネラリストという体系づくりをします。和光の場合、これができて初めて包括支援センターのリーダーになれます。

さらに、日常生活圏域の中の社会資源の部分、こういう配食があればもっとこの地域はよくなるとか、このようなネットワークサービスがあればもっとよくなるとか、そういうものを数値的・財源的に提言できるような方が地域包括支援センターに出てくれば、財政局等との直営維持の論議はきちんと整理されるのではないかと思います。

コミュニティケア会議

中央地域ケア会議にあたるものですが、和光市コミュニティケア会議として介護予防部会、権利擁護部会等を開いております。包括支援部会のほうで医療連携パスのように、病院から帰ってくる方の医療と介護の連携をし、在宅チームが病院に行き、退院時カンファレンスを受けるというように、チーム編成をしています。介護予防については、全件です。介護1の廃用系は入っていますが、評価のときと新規のときは全件、木曜日の午前中、毎週行う会議の中でプランの補正とOJTが繰り返されていくということです。

地域包括ケアに従事する 専門職等に必要なスキルと育成		
ステージ1 アセスメント実施段階	ステージ2 プランニングから総合支援の実施段階	ステージ3 地域ニーズや社会資源の評価改善 開発を行う段階
<ul style="list-style-type: none">・個別アセスメント 個人の生活を支える視点を 持つ・地域アセスメント 地域の役割と資源を認識し個 々の人生の生活とその背景 にある地域との関連性を理解・ニーズの把握・接遇・洞察能力 支援を必要とする人の主訴 と専門性からの洞察・説明・説得能力（合意形成） 必要な支援を客観的に考える	<ul style="list-style-type: none">・カンファレンスコーディネイト能 力 (会議の進行を通じたケース調整・OJTを効果的に行える)・地域市民の介護・保健・福祉活動 を組織化する能力)・制度間調整能力・高度な専門性と個別と地域でのス ーパーバイザー能力 (専門職と専門性の違いを理解) スペシャリストとジェネラリスト	<ul style="list-style-type: none">・政策提言能力・官民協働による社会資源開発・仕 組みづくり・組織運営管理能力・障害者自立支援法の相談支援事業 が行える能力・特定保健指導のマネジメント指導 が行える能力

介護予防マネジメントラインと権利擁護システム

身体機能向上は、あくまでプロセスの過程であって、基本は地域生活に耐え得る生活機能の維持向上、もしくは低下予防というものが介護保険であります。その中には権利擁護の予防的なもの、例えば3年後には法定後見が推測できるということであれば、任意後見をどうつないでいくのか、もしくは、このレベルであれば社協の地権事業でいけるとか、そのようなことも踏まえながら、この会議で終着地点を設定します。

虐待とかが起こったケースにおいても、ネットワークというのは、「〇〇警察署長」とか「〇〇課長」とか、そういうレベルでいいと思うんです。本来はチームが大事で、Aさんという虐待には、どのセクションとどの方がかわかって解決するのか、そのチームを編成する機関が和光市コミュニティケア会議です。そのチームをやっていることをモニタリングしていくという手法です。

どうもネットワークというと、「〇〇長」というところがつながってネットワークが起きるのですが、それはあくまで末端職員がどう動きやすくするかということを論議してもらえばいいと思っています。そして、サービス介入ネットワークと見守りネットワークで、Aさんという高齢者の部分、Bさんという高齢者の部分、その権利擁護、虐待等に係るメンバーはその都度違って、薄い・厚いというところを管理しているというのが和光市の権利擁護体制です。

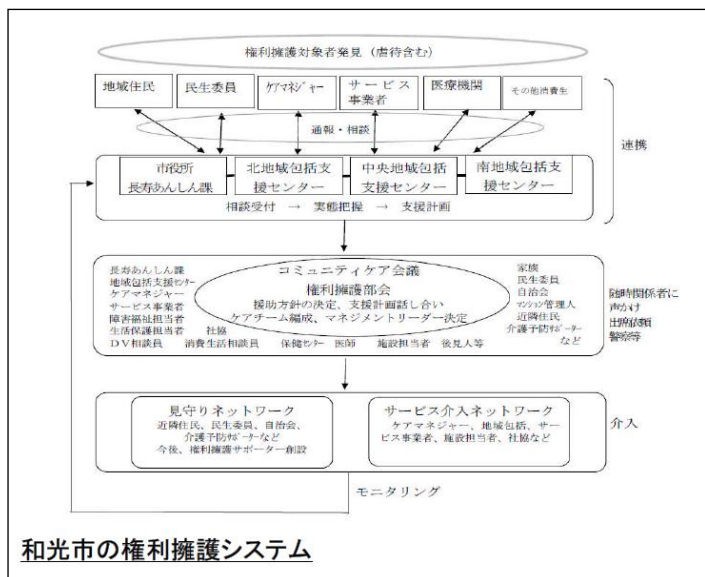
基本チェックリストのスクリーニングでは、介護予防だけではなく、閉じこもり、孤立等を全部発掘したり、逆に、未回収の部分に対して訪問調査に行くことで、本質的にサービスの必要な方がわかります。限界集落みたいなどころでは回収率が悪いですが、そこには悉皆調査で民生委員さん等に行っていただくことにしています。

「個人結果一覧表」には、被保険者の基本情報や生活機能評価等、長寿あんしん課のサーバに入っており、全ての包括支援センタ

和光市介護予防におけるマネジメントライン

介護給付等にもこのマネジメントラインを活用する

- ① 対象者選定(スクリーニング等)(要支援・特定両者)
 - ② 基本審査(体力測定・疾病状態・認定1次・生活行為・自己効力感)
 - ③ エントリー判定(除外条件・主治医意見総合判定)
 - ④ アセスメント(個別的)
 - ⑤ 各介護予防プログラム振り分け(包括プラン検討)
 - ⑥ 個別プランの作成(コミュニティケア会議運用)
- ※地域包括の予防サービス支援計画書とサービス事業者のプログラム実施(予防サービス提供)個別計画書への指導がポイント
※別添資料により解説します
- ① 効果測定(基本審査項目・メイン体力測定・生活行為・自己効力感)
 - ② 評価(個人評価・総合評価・意欲向上・介護度改善)
 - ③ 修了後の支援等(フォロープランの作成実施と定期的アセスメント等)
- ※事業所のサービス担当者会議を月4回市庁舎で1日をかけて1ケース15分から30分単位で個別開催をする(介護予防部会)
※地域支援事業も予防給付も同じスタンスで取り組みをする
※6ヶ月有効期間の中で、前評価調査期間・プログラム実施期間・後評価フォロープラン考察期間の考えを有効に使う



和光市の権利擁護システム

一で見られるようになっていきます。今では権利擁護の部分まで全部入っています。95%以上の65歳以上のデータがあります。必ず3年に一度は行くし、基本的に1年に一度、このデータが入れかわります。

よって、訪問の際も、本町の何番地の女性で閉じこもりのリスクがある人というリストが出てきて、効率性がつくれます。それに加え、この地域には閉じこもりの人が何%いるということも出ますし、権利擁護を踏まえる方がどれぐらいいるのかということも出てきます。

また、特定高齢者把握事業の一方で、いわゆる権利擁護的な悉皆調査もしくは地域調査を兼ねることができます。段階的に個人情報の整理をしていきます。和光は地区社協がないので、地区民協と介護予防サポーターが連携し、国勢調査と同じように訪問します。行く調査員には、洞察能力、いわゆる靴の散らかりとか部屋の散らかりとかをきちんと見る力をつける研修を受けてもらいます。そこからリアルに上がるケースと、あとは回収であったり、個人情報を見られたくなければ郵送で戻すというような体系ができています。また、地域調査については、重点地区となったら、その重点地区は悉皆調査を行い、地域資源の発掘も行っていきます。

あとはデータのことで、任意後見にコーディネートした、法定後見をコーディネートした、もしくは地権事業を取り入れた、そういう実働の部分が41件です。高齢者虐待の立ち入り・措置等が12件です。うち、立ち入りは2件だけです。一時措置のようなものも、去年の10月から出てきました。包括的・継続的なマネジメントのケア会議の開催数が84件です。あと、地域調査は3805件に対して現在行っております。

認定率の減少と第4期介護保険事業計画

認定率の減少傾向ですが、今、認定率は9.5まで下がっています。私がここで言いたいのは、アウトカムを目指さないで事業はないだろうということです。逆に、権利擁護というのはアウトカムの指標が難しいです。指標というのは、どれぐらい実働できたかとか、どこまで解決できたかということが非常に大事であると思います。全国や埼玉県ともその差は大きくあいています。

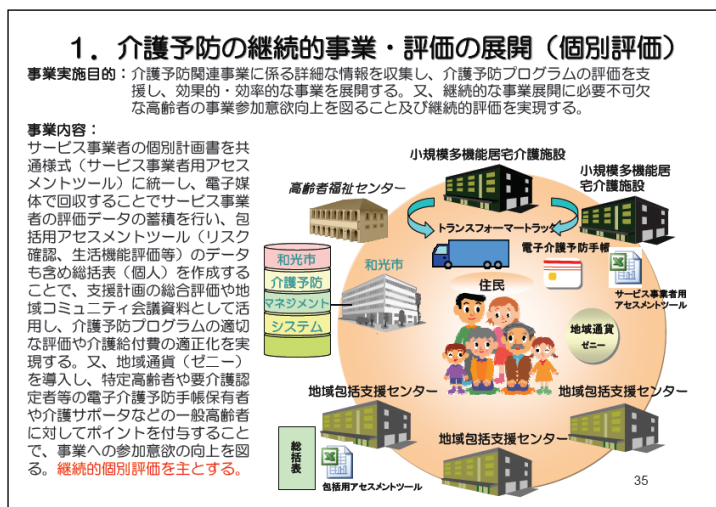
要支援1・2から完全に自立になった改善率は、一番高いところで70.8%です。維持が一番少なく、悪化が20%、平均でも64.6%です。要支援2から1になったのではなく、全部自立になっています。それは国が示した介護予防ではなく、和光の期間的自立支援と永続的自立支援を実施したためです。介護予防は期間的自立支援だと思っています。回復期リハも期間的自立支援です。しかし、日本全国介護保険になると、どうも永続的自立支援みたいな感覚になってしまうので、御用聞きのカプランかお手伝いさんヘルプかといった話が出てくるのだと思います。それをケアマネのカプランレベルから直しているのか、根幹のサービス担当者会議から直しているのか、地域包括の職員としては、そのコーディネートができる方が最先端にいれば、一定程度の効果が出てくるのではないのでしょうか。ただ、軽度だけでいけば、給付費は激減していますが、4から5への悪化、3から4への悪化、疾病重症化と要介護度の重症化予防といった点が今後の課題だと思っています。

また、特定高齢者で大事なものは、介護予防ヘルプなり、一定程度のリハ的な機能向上を終えて自立になっていく、その部分だけを繰り返してもらうことです。特定高齢者に1人当たり年間10万円をかけたとします。要介護1の給付限度額は、1カ月で10万円を使ったら年間120万円です。例えばそれが5年間、要介護1にならないだけでも、かなりの財政効果だと思います。継続的評価事業ではそういう視点を持っていただかなければいけません。特定高齢者施策によって要介護認定者が何人減りましたということは、分析できませんが、要支援1・2については分析ができると思います。

包括支援センターの職員が一番喜んだのは、自分たちがやってきた地域支援のこと、例えば期間的自立支援という介護予防の成果などが、保険料にあらわれてくることです。

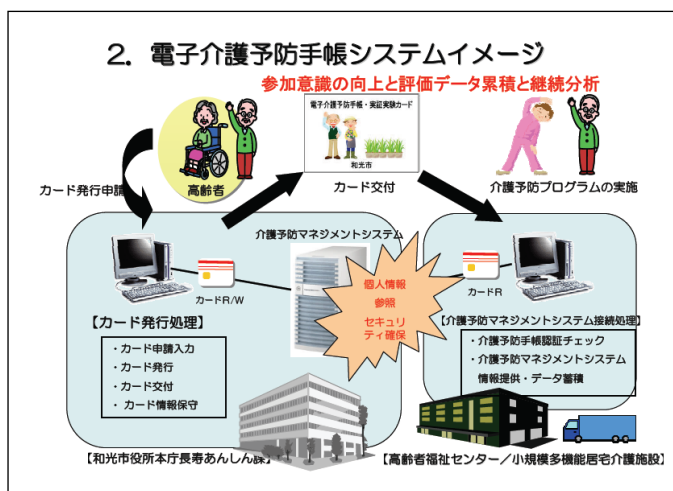
保険料については、今回、12段階の検討もありましたが、第5期は定額給付に加えて累進制がありますので、8段階にし、保険料を前回の3,624円から3,605円に落としています。基金はほとんど入れない状態で落とす形です。

認知症や尿失禁のリスク、低栄養のリスク等、量を地区的にはかり、本当にそこの地域包括ケアには何が必要なかを明確にすることで、3年間の必要量と供給量のバランスがとれます。



電子介護予防手帳システム

カード管理システムを使って、市内全域の要介護5から、要支援1、特定高齢者までが、予防プランもそうだし、ケアプランもそうだし、その下の通所介護計画、訪問介護計画も、和光市の場合全部様式が一緒で、電子媒体でそれをつくっていただいて、包括がいただく。1から5については、給付適正の対象にかかった部分、もしくは支援困難ケースになった部分だけが、様式に書き込んで包括がいただくと、和光市の介護予防とか、高齢者マネジメントシステムに集約されていく。この辺があるので、介護予防とかいろいろな事務がかなり軽減できているということです。



まとめにかえて

今後、包括支援センターというのは、やはり地域包括ケアの定義を、自助と互助と共助の部分で、財源論とサービスの連携という部分を踏まえ、いかに住民にアピールするかということが重要になります。一番は市役所の担当職員にアピールしなければいけないと思いますが、理念を持った事業者や、理念を持ったNPOとか社協がそこをわかっていけば、役割分担ができ、その統括機関として包括支援センターが地域で機能していくのではないかと思います。

岐阜県大垣市の取り組み状況

篠田 浩委員

(大垣市役所福祉部社会福祉課係長)

大垣市の概況

岐阜県大垣市の概況ですが、岐阜県の濃尾平野の西北部に位置しております人口 16 万の市です。昔は繊維で結構栄えた時代もあったのですが、繊維の衰退とともに今は情報産業都市への脱皮を希望して努力している市です。平成 18 年に市町村合併を行いまして、上石津町と墨俣町と 1 市 2 町の、特色としてはダブル飛び地の合併をいたしております。また、平成 7 年には 24 時間ホームヘルプサービスを全国で初めて展開するなど、社会保障政策には積極的に取り組もうとしている市です。

高齢者人口は 65 歳以上が 3 万 5000 人で、高齢化率が 21.4%です。要介護認定者は約 5,500 人ですけれども、ここ 2～3 年間は要介護認定者があまりふえておらず、横ばいのような状況です。ただ団塊の世代のこともありますので、これからはまた右上がりになってくると思っております。

日常生活圏域は 6 圏域に計画し分けておりまして、旧市内を四つに分け、そして合併の上石津地域と墨俣地域をそれぞれ 1 地域にしております。地図にしますとちょっと不思議な状況になります。真ん中にあるのが旧大垣市というところで、人口の 9 割以上がここです。右のほうが墨俣町で左が上石津町ですが、上石津町は面積の 8 割以上が森林です。そのような地域に高齢者が点在して住んでおられる状況です。

地域包括支援センターの状況

地域包括支援センターを設置する平成 17 年の準備段階で、運営について、直営か委託か議論になりました。市役所の場合、いま定数削減の流れですので、直営ということが難しいこともあったわけですが、事業の内容を人事担当と財政担当にお話をしました。その結果、最低限の 1 チームだけは直営、残りは社会福祉協議会に委託したという形をとっております。

社会福祉協議会に委託した分は、先ほどの 6 圏域にそれぞれ分散配置の予定でしたけれども、当面は 1 カ所集中配置をいたしまして、そこから各地域へ出ていこうということで、総合福祉会館という建物で、今は一極で運営をいたしております。つまり直営 1 カ所、委託 1 カ所（4 チーム分）でございます。

地域包括支援センターの業務ですが、地域支援事業交付金を財源とする部分と、介護予防の支援費、介護報酬部分を財源とするところと二つございます。介護予防支援費を財源

大垣市の地域包括支援センター

地域包括支援センターの設置数 2ヶ所(5チーム)

○直営分(1チーム)

市役所高齢介護課に設置

(職員)保健師・看護師 4名
社会福祉士 4名
主任ケアマネジャー 2名

○委託分(4チーム)

市社会福祉協議会に設置

(職員)保健師・看護師 5名
社会福祉士 4名
主任ケアマネジャー等 5名

とするところは当然のことながら要支援1、要支援2のプランをつくるわけですが、ここについては国のマニュアルに沿って運営しております。その一方、地域支援事業交付金のところで特色とかオリジナリティーを出せればと考えております。全国的な流れだと思いますけれども、予防プランに忙殺されているというところもありますが、そうならないように私どものところでは臨時職員をできるだけ採用させていただいたり、委託の件数をふやすなどして、この地域支援事業交付金のところを中心となって運営するように努めているところです。

地域包括支援センターの本市の特徴で一番強調したかったことが「地域包括ネットワークの構築」です。特に先進的な介護予防をやっているわけでもありませんので、介護予防に関しては生活機能評価を含めた一般的な流れだと思いますけれども、本市の特徴としましては人口16万のところに社会福祉士という資格を持った職員が市役所の地域包括支援センターでは4人、地域包括支援センター以外の高齢介護課の中に5人います。前から介護保険担当課に社会福祉士と保健師の専門職配置につきましては努力をしまいいりまして、介護保険制度が始まる1年前の平成11年から社会福祉士の専門職採用を始めました。保健師の採用はご存じのとおり昔からあったわけですが、平成11年から順次、職員を社会福祉士という資格限定で採用いたしております。毎年1名、2名ですけれども、そういう流れがありましたので、社会福祉士と保健師の数がかつと多かつたという状況にあります。

平成11年のことを振り返ってみますと、平成12年から介護保険制度というものが始まるということで、既存の資格としては保健師と社会福祉士を中心に、介護支援専門員さんが大垣市内に100名ほど誕生される見込みでした。それらの方々に応対するためにはどうしても専門職が必要だということで、専門職採用を始めた経緯があります。

直営の地域包括をつくるときも、もともと社会福祉士や保健師はおりましたので、あとは市の職員の中で専門資格を持った職員が、今までの実績を踏まえて研修等に行くことによって主任介護支援専門員も配置いたしまして何とか直営で実施したということです。

運営方式

私としましては、やっぱり必ず1カ所は、直営は必要だと思っております、虐待対応の措置権とか警察への協力依頼ですとか、直営というものを持って市の担当課と一体となって運営していったほうが、現場で即判断ができるというメリットもあります。

岐阜県の場合は特徴的でありまして、半分が直営で半分が委託です。直営か委託かというのは各自治体の考え方によってかなり差があるわけですが、仮に全く直営をなくしてしまった場合、虐待対応とかケアマネジャー支援とかさまざまなものに対して地方自治体が全く関与せずにはできるかという、それは難しいと思います。関与しなければいけないのでしたら、自分たちの町のことで、当然そこでしっかりやっていくべきではないかと思っております。本来施策を進める上では、やはり最低1カ所は直営の地域包括支援センターがあったほうがいいのかというのが私の意見です。

課題としては、やはり直営の地域包括支援センターが今後とも継続できるのか、財政当局とか人事当局からしますと、今でも毎年、委託にしてはどうかという逆提案が来るような状

況ですので、地域包括支援センターの中身を十分説明した上で、担当課と直営のセンターが一体とならずずっとやっていける仕組みを継続的につくるかどうかが大変大きな課題だと認識いたしております。

また、地域包括支援センターはこれで3年を迎えますが、当初は地域に根をおろしていただくとずっと5年とか10年やっていただけるのだと思っていました。岐阜県内の状況でもかなりの人が転職されたり、人事異動でかわられたりしています。何年いるのがいいのかというのは議論が分かれるところだと思いますが、少なくとも1年でかわってしまうとか、1年でやめてしまうというのは決してプラスではないと思いますので、人材の定着ということが地域包括にも大切な課題だと思っています。

地域包括支援センターとネットワーク

その地域包括支援センターのところで特にいま重点を置いておりますのが、保健師、主任ケアマネジャーや社会福祉士が中心となりまして、ネットワークとか地域連携というキーワードでさまざまな社会資源を発掘したりまた生み出そうとしております。皆さんご存じのとおり、地域包括支援センターにはさまざまなご相談がありますけれども、そのご相談に対していろいろな社会資源をご紹介するというものがあります。当たり前の話ですけれども、介護保険対象とか介護保険対象外問わず、高齢者や障がい者の方のニーズに対してできるだけ確に対応しようということで社会資源をご紹介するわけですけれども、こちらが知らなかったり、社会資源が全くないという状況もあります。

社会資源を知らないということではいけませんので、地域包括や市内のケアマネジャーさんは特に社会資源の地域情報をできるだけ詳しく知っていただくように、地域包括支援センター主催の研修会でも地域情報をどんどん出しているところです。たくさん地域のことを知ったといたしましても、現場の相談に対して実際に対応できない事例というものも正直ございます。やはり私どもの地域に社会資源がないということもありますので、その社会資源がないということに対して、社会資源を生み出そうと日々努力しております。もちろん市役所だけとか地域包括支援センターだけでは当然できませんので、NPO 法人とか市の介護保険サービス事業者連絡会などと連携いたしまして、できるところに早めに社会資源を生み出そうというふうに行っております。

<大垣市の地域包括支援センターの活動を支えるネットワーク>

→「総合的・重層的なネットワーク」

- ・ 介護保険事業所(在宅サービス・施設サービス)
- ・ 大垣市介護保険サービス事業者連絡会
- ・ 利用者、被保険者
- ・ 成年後見人・補助人・補佐人
- ・ 介護相談員
- ・ 認知症サポーター(1600人)
- ・ 認知症キャラバンメイト(50人)
- ・ NPO法人
- ・ ライフサポーター事務局 (介護保険外の生活サービス)
- ・ 社会福祉協議会(ボランティア)
- ・ 地域支え合い等インフォーマルサービス
- ・ 一般地域住民

そのうちライフサポーターというものは、介護保険では対応できないようなサービスを一手に引き受けてやっていただく生活支援サービスです。市内のNPO法人さんをお願いして、

養成を初めとしてライフサポーターの事務局の創設に向けて3年前から準備をしていただいております。今年の4月からライフサポーターが少しずつ動き出す予定ですが、介護保険外の生活サービス、具体的には散歩の付き添いですとか、介護保険で認められている家事援助のちょっと外にあるような家事援助サービスなどを担当していただくようにしております。現場のケアマネジャーさんが介護保険サービスと介護保険外サービスを組み合わせて、高齢者の方のニーズに的確に対応できるようなマネジメントを目指して社会資源をつくらうとしていきます。

利用者の幅広いニーズに対応するためには介護保険ではないサービスの充実をしていかないと、総合的にマネジメントして対応していけないということが、ケアマネジャー連絡会からも提案がありました。そうすると社会資源をどんどんつくっていかうという議論になっていきます。厚生労働省の21年度の予算にもありましたような（仮）介護サポーター制度、詳細はこれからだと思いますが、そのような動きとも連携して展開していきたいと思っています。

これにつきましては社会資源の一つですけれども、拠点整備とか人材養成ということもありますので、国庫補助、モデル事業等をいろいろ活用しながら、できるだけ財源を確保しようとしております。ライフサポーターは、2年間の養成研修を終わられた方が約150名おられます。

この事業につきましては、少しの負担をいただいて、市内全域を動いていただくライフサポーターさんということをイメージしております。必要な初度備品を初め、いま準備しているところですが、そういう取り組みのほかに社会福祉協議会の向こう三軒両隣という事業もありまして、そこは無償ということです。今はいろんな価値観の住民の方がいらっしゃいますので、近い地域で支えていくということに賛成される方も反対される方もいます。ちょっと離れた地域から来てほしいという方もいますし、やっぱり自分は地元の人に支えられていきたいという、いろんな方がおられますので、社会資源も多様な方が良いと思います。いろんな社会資源を組み合わせることによって、ニーズに対応していけたらと思っています。

そのほか、認知症サポーターや認知症キャラバン・メイト、介護相談員とかさまざまな社会資源あるいはパートナーという方々がいるので、この方々と協働しながら少しでも介護サービスの質の向上が図れればと思っています。

高齢者ケアは、いわゆる公的な扶助あるいは共助、自助、いろいろな組み合わせで行われていくと思います。その中の一環として介護保険サービスもあると思いますが、互助や共助の部分も積極的に展開できればと考えております。介護保険は地域づくりとも言われておりますので、介護保険を通して介護保険サービス、介護保険外サービス問わず、高齢者のニーズに沿う様々な社会資源が創られていくのが良い地域づくりになっていくのではないかと考えております。

北九州市における地域包括支援センターについて

染谷 誠委員

(北九州市いのちをつなぐネットワーク推進課地域包括支援センター担当係長)

北九州市の概況

北九州市は、昭和 38 年に門司、小倉、若松、八幡、戸畑の五つの市が対等合併して誕生しました。当時は 4 大工業地帯の一つとして、高度経済成長の牽引的な役割を果たしていたところです。その後、石炭から石油へのエネルギー革命、産業構造の転換により、若年労働者が首都圏等へ流出、出生数が減少するなど、全国平均を上回る急激な高齢化が進んでまいりました。そこで、平成 5 年に北九州市高齢化社会対策総合計画を策定し、全国に先駆けて高齢化社会対策に取り組み始めました。現在は、人口 98 万 1539 人、高齢化率 23.8% (平成 20 年 3 月末現在) となっています。北九州市の高齢化率は、昭和 60 年までは全国平均を下回っていましたが、以後、全国平均を上回るペースで高齢化が進んでいます。

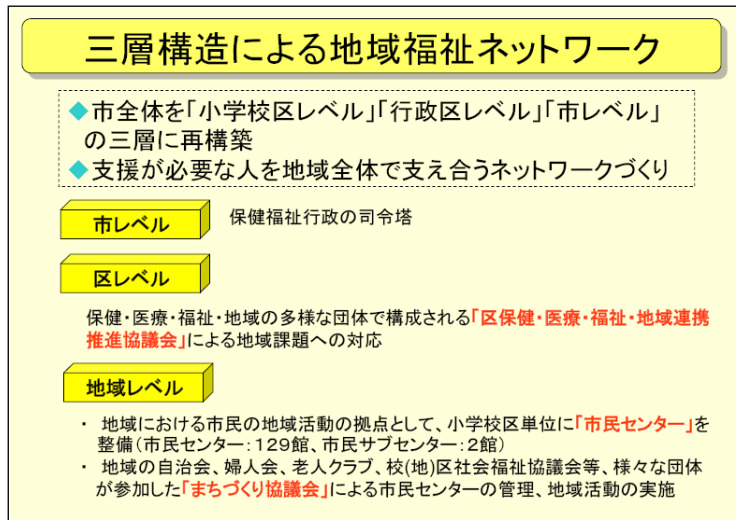
いのちをつなぐネットワーク推進課の創設と地域包括支援センター

北九州市では 3 年ほど前から生活保護に関連した孤独死の問題が相次ぎ、マスコミ等でも大きくクローズアップされました。そこで、平成 20 年度から、地域のネットワークや見守りの仕組みを再構築し、家族や地域から孤立したまま死に至るいわゆる孤立死を防止していこうという取り組みを開始し、いのちをつなぐネットワーク推進課を創設しました。地域包括支援センターの担当も昨年度までは介護保険課に所属しておりましたが、当課の中に入りました。これは北九州市が、地域包括支援センターを、地域づくり、ネットワークづくりの拠点と位置付けている現われだと考えています。いのちをつなぐネットワーク推進課では、その他に、社会福祉協議会、民生委員児童委員、ボランティアなど、地域福祉ネットワークを支えるさまざまな事業を所管しています。

三層構造による地域福祉ネットワーク

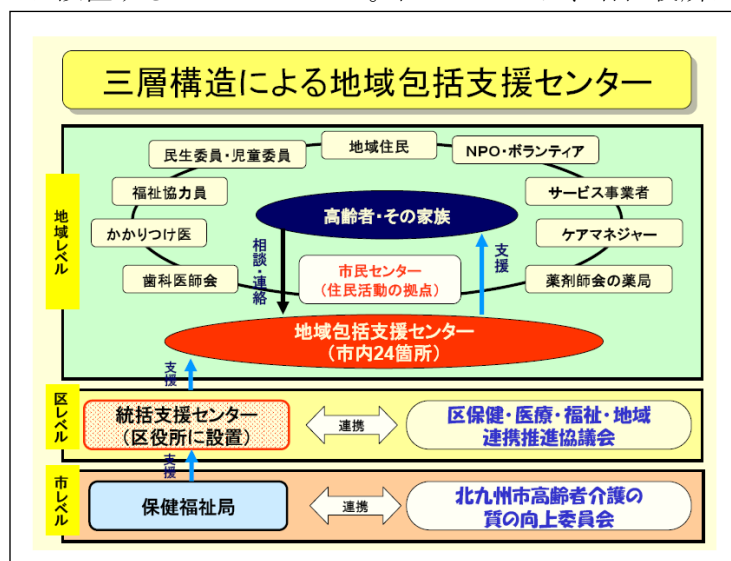
北九州市が平成 5 年から始めた高齢化社会対策で特徴的なものは、三層構造による地域福祉のネットワークです。「北九州方式」と呼んでいます。市全体を、「市レベル」、「行政区レベル」、小学校区を単位とした「地域レベル」の三層に区分し、それぞれのレベルで施設整備やネットワークづくりに取り組んでまいりました。

この中で、市レベルは、保健福祉行政の司令塔としての役割を持っています。区レベルでは、地域生活を支えるさまざまな団体によって構成される保健・医療・福祉・地域連携推進協議会（推進協）という組織をつくり、地域の課題を地域で解決できるよう各区の特性を生かした活動を展開しています。小学校区を単位とする地域レベルには、市民の活動拠点として市民センターを設置。自治会、婦人会、老人クラブ、校区社社会福祉協議会など、さまざまな団体が参加した「まちづくり協議会」を組織しています。市民センターの管理運営も、公設・民営のような形でまちづくり協議会が行っており、市民センターを拠点にさまざまな地域活動を行っています。



地域包括支援センターの創設

平成18年に地域包括支援センターを設置するに当たっては、平成5年から築き上げてきた三層構造による地域福祉ネットワークの考え方が基本になっています。まず、地域包括支援センターを地域レベルで高齢者を支える拠点と位置付け、区推進協や校区まちづくり協議会の構成メンバーでもある、民生委員・児童委員、社会福祉協議会が行っている「ふれあいネットワーク事業」で配置している福祉協力員、かかりつけ医、歯科医師、ケアマネジャー、薬剤師などが「高齢者とその家族」を支えるネットワークとしての役割を果たすと考えました。そのため、地域包括支援センターは、地域レベルでの市民活動の拠点として整備した市民センターを中心に設置することとしました。区レベルでは、各区役所に統括支援センターを設置し、区レベルでのネットワーク構築や虐待や困難事例への対応など、区内の地域包括支援センターを支援する役割を持たせました。さらに、市レベルでは、保健福祉局の関係課が、政策決定や統括支援センター、地域包括支援センターの活動を支援するという三層構造による地域包括支援センターのシステ



ムを構築しています。

政令市のため保健福祉局も組織が大きいということもあり、地域包括支援センターに関する業務のうち、センターの設置や管理運営、人材の確保、新予防給付の管理は、いのちをつなぐネットワーク推進課が、権利擁護・虐待、認知症対策、介護保険以外の在宅サービスは高齢者支援課が、介護予防事業については健康推進課が、運営協議会である「高齢者介護の質の向上委員会」の運営は介護保険課が担っています。

運営方式

運営については、市内 24 カ所の地域包括支援センター、7 区の統括支援センター全てを直営により運営しています。

介護保険制度の導入以降、行政の高齢者福祉分野への関与が減ってきていることから、地域包括支援センターの設置を契機に、推進協、まちづくり協議会など的高齢者分野への取り組みや、地域のネットワークづくりに、行政が積極的に関与していこうという思いがあったこと。権利擁護・虐待への対応など、行政としての措置権限の発動が必要なケースに迅速に対応できること。区役所（福祉事務所）関係課との連携が円滑にできることなどが、直営を選択した主な理由です。

設置から 3 年が経過し、当初の目的であった直営のメリットはおおむね活かされていると考えています。

職員配置と人材確保

統括支援センター、地域包括支援センターいずれも、保健師は、これまで地域における健康づくりを担ってきた行政の保健師を配置し、社会福祉士、主任ケアマネジャーは、運営協議会である「高齢者介護の質の向上委員会」の構成団体から出向いただき、市の嘱託職員としての身分も付与するという形で、官民協働の人員体制を採っています。具体的には、医師会、高齢者福祉事業協会、社協、福祉事業団、社会福祉士会、介護支援専門員協会などから出向いただいています。

高齢者福祉事業協会などからの出向者は 2～3 年で交代するため、新任者をいかに早く戦力化するか、前任者が築いてきた地域でのネットワークをどう引き継ぐかといった課題があります。また、介護現場全体で人材の確保が課題となっている中、今後も出向という形で必要な職員が確保できるのかといった課題もあります。しかしながら、地域包括支援センターでの勤務経験を持つ職員は、将来的には行政と出向元団体、地域と出向元団体との連携の担い手になってくれるものと考えています。

また、指定介護予防支援の一部委託の制限、いわゆる 8 件問題に対応するため、平成 18 年度末からは、各区の統括支援センターに予防給付専任のケアマネジャーを配置しています。これによって、予防給付ケアプランの大部分を専任のケアマネジャーに移管し、地域包括支援センターは、総合相談、権利擁護・虐待などの包括的支援事業に専念できる体制にしております。困難ケースや複合的な課題を抱えているケースは地域包括支援センターが担当していますが、持ち件数は職員 1 人につき 2～5 件程度です。予防給付ケアプラン

の件数は、市全体で 8500 件程度ですが、そのうち約 3 分の 1 が居宅介護事業所への委託、残り 3 分の 2 を地域包括支援センターと予防給付担当ケアマネジャーが作成しています。

地域包括支援センター評価への取組み

平成 19 年度から地域包括支援センター、統括支援センターの自己点検と運営方針策定を行っています。これは地域包括支援センターを順位付けして評価することが目的ではなく、自己点検の過程で、本来やるべきことは何か、それがどれだけできているかなど、気づきの場という位置づけで取り組んでいます。

評価項目は、運営体制に加えて、地域包括支援センターの業務を、総合相談支援業務、高齢者虐待対応、包括的・継続的ケアマネジメント業務、介護予防ケアマネジメント業務の 5 領域に分類し、それぞれの領域について指標を設けています。

運営方針については、自己点検の過程で明らかになったセンターの課題について、その要因を分析し、次年度の目標を設定し、目標実現に向けた具体的取り組み、スケジュールまでを策定しています。

統括支援センターの評価項目は、困難ケースや苦情対応、時間外における緊急相談への対応など、地域包括支援センターの業務支援と、区レベルでのネットワーク構築支援といった支援機能を中心に設定しています。

高齢者介護の質の向上委員会の中では、外部評価・第三者評価が必要ではないかという議論もされており、今後取り組んでいこうと考えています。また、外部からの評価として、介護予防実態調査の中で、介護保険制度や介護予防事業についてのアンケートに加えて、地域包括支援センターの認知度、利用者満足度などを調査しています。これによると、地域包括支援センターの認知度は 36.3%とまだまだの感がありますが、利用された 77.5%の方に満足いただいているという結果が出ています。

第 4 期、第 5 期に向けての課題

地域包括支援センターの評価項目

評価領域	評価基準
運営体制	1 地域包括支援センターの運営体制
I 総合相談支援業務	1 地域におけるネットワークの構築業務
	2 地域住民の実態把握
	3 初期段階での相談対応
	4 専門的・継続的相談支援
	5 チームアプローチの実行
	6 個人情報保護
II 高齢者虐待対応	1 高齢者虐待・権利擁護への対応
III 包括的・継続的ケアマネジメント業務	1 個々の高齢者を継続的に支援していくための支援体制の構築業務
	2 介護支援専門員への個別支援
IV 介護予防ケアマネジメント業務	1 介護予防事業における介護予防ケアマネジメント
	2 予防給付における介護予防ケアマネジメント

統括支援センターの評価項目

評価領域	評価基準
I 地域包括支援センターの業務支援	1 地域包括支援センターだけでは対応が困難な事例に対する適切な支援
	2 地域包括支援センターだけでは対応が苦情に対する適切な支援
	3 時間外における市民からの緊急相談に対する適切な対応
	4 地域包括支援センター業務の懸案事項の解決
II 地域ネットワークの構築支援	1 地域関係者(団体)等との情報共有
	2 地域のケアマネジャーとの情報共有
	3 包括ケア会議の活用

平成 21 年度以降の地域包括支援センターの体制については、運営協議会である「高齢者介護の質の向上委員会」や、現在策定中の「第二次北九州市高齢者支援計画（第 4 期介護保険事業計画）」策定委員会で議論しました。

運営主体については、直営のメリットが十分生かされていると考えていることから直営方式を維持していくこととしました。担当区域（日常生活圏域）、設置数、設置場所も、市民センターや出張所などの公的施設に設置している現在の 24 カ所のセンターが市民に浸透しつつあり、地域ごとにネットワークの構築や社会資源の発掘が進みつつあることから、現行のままとする予定です。人員体制については、1 センターにつき各職種 1 名の 3 名体制を基本としますが、高齢者人口や相談件数等が著しく多い 2 箇所については増員を予定しています。

第 5 期に向けては、直営を維持するののかという点が最大の議論になろうかと思いますが、それ以外では、障がい者、子どもを含めた区役所の相談窓口のあり方、北九州市では主に障害福祉部門に配置されている P T ・ O T といった新たな専門職の活用のあり方、地域におけるネットワークづくりという点で「いのちをつなぐネットワーク事業」との連携のあり方、などが検討していくべき課題と考えています。

薩摩川内市地域包括支援センターの取組み

柿元 美津江委員

(薩摩川内市市民福祉部国保介護課地域包括支援室長)

薩摩川内市の概況

薩摩川内市は、平成16年10月12日に1市4町4村（川内市・樋脇町・入来町・東郷町・祁答院町・里村・上甕村・鹿島村・下甕村）で合併し誕生しました。里村・上甕村・鹿島村・下甕村は、甕島で海を隔てての合併です。鹿児島県の北西部に位置し、市の概要は、面積が683.43km³、人口は平成20年12月現在で102,146人（男48,459、女53,687）、65歳以上が27,274人で高齢化率が26.7%です。交通の便は、市街地を国道3号線・267号線と南九州西回道が走り、鉄道は鹿児島本線が通り県都の鹿児島市と川内駅は新幹線で約12分です。また、現在は福岡県（博多）まで約2時間15分ですが、平成23年に新幹線が全面開通しますと約1時間で行ける予定です。

介護保険事業の概況は、第1号被保険者は27,274人で、そのうち認定者が5,677人で認定率が20.8パーセントです。前期高齢者と後期高齢者の割合は、すでに後期高齢者のほうが3,874人多くなっており、日本の10年後の構造を薩摩川内市は示しているのではないのでしょうか。認定者数は、前期高齢者が約1割、後期高齢者が約9割で、圧倒的に後期高齢者の認定者が多い状況にあります。前年度と比較いたしますと、全国的な傾向と思われませんが、軽度者は減少し、中・重度者は増加しております。研修会での脳外科医の講義の中で、「脳卒中の発症件数はあまり変わっていないが命を助けられるようになったので、介護認定でいきなり中重度が出てくるのではないか」というような話もありました。

2 薩摩川内市介護保険事業概況等

1	第1号被保険者数	27,274人
	前期高齢者11,700人	後期高齢者15,574人
2	認定者数	5,792人
	第1号被保険者認定者数	5,677人
3	第1号被保険者認定率	20.8%
4	居宅介護サービス受給者数	3,181人
5	施設介護サービス受給者数	1,242人
6	地域密着型サービス受給者数	364人

平成20年12月

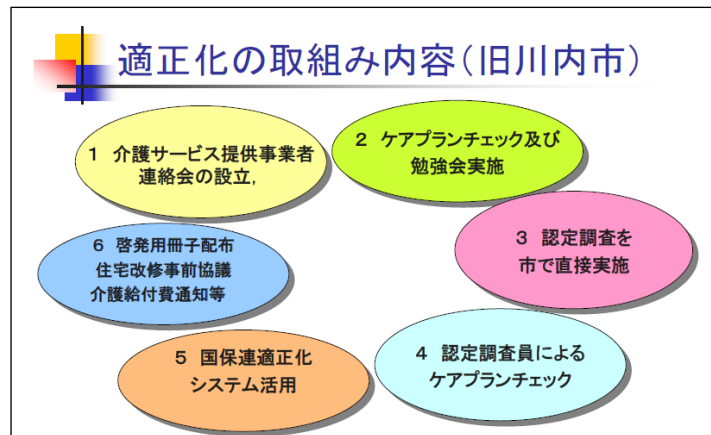
適正化取り組み（旧川内市）と効果

旧川内市では、第1期保険料は2918円でしたが、その後の認定者の増加と給付費の増加で第2期保険料は4500円と約1.5倍になってしまいました。当初から高齢者の実態をかなり把握しており、介護保険サービスを進めたという経緯はありますが、初年度から認定率が17.1%と高く、その伸びも介護給付費も年々大きくなっていきました。

こうした保険料の高騰に対し、平成14年度後半に部内検討会を開き平成15年より取り組みを始めました。まず、より適正な認定を行うため認定調査を市役所で実施する準備を始めました。次に、サービス事業者の連絡会を立ち上げ、介護保険運営の状況や、適正なサービスの提供、介護保険事業の運営に協力をいただくために、総会と研修会を行うこととしました。

平成16年度からは市で認定調査を開始し、同時にケアプランチェックを調査員にしてもらうことになりました。

これらの適正化の取組みにより、介護給付費の伸びが鈍化し、申請件数、認定者数が減少、認定率も減少しました。保険料は2期・3期・4期とも2期で設定した4,500円のままで保持できました。また、様々な取組みで、事業者と保険者が直接話し合う機会ができ、事業者に本市の状況と適正化の必要性を理解いただき協力が得られるようになりました。



地域包括支援センターの設置準備

17年度の介護保険法の改正に向けての準備は、まず地域包括支援センターを直営で運営するか委託にするのかという議論でした。交通の利便性、人材育成の効率化、業務追行上の効率化、業務内容の効率化、民間委託による民間の高低の回避や、メリット・デメリットを出し合い、関係課で様々に検討した結果、直営とし本庁の一箇所で運営することを提案することになりました。

直営で運営することを市として選択した後は、体制を整えるために、人材・人員・予算等について関係課と協議をしていきました。また、内部の準備だけではなく、介護サービスを実際に展開してくださる介護支援専門員・在宅サービス事業者・施設サービス事業者等すべてに参加いただき研修会を実施しました。内容は改正介護保険全般について、地域包括支援センター業務、新予防給付ケアマネジメント、新予防給付サービス等について、管理者用・ワーカー用2日間ずつ実施しました。いずれも300人を超える研修会となり、協力を得られるよう準備を行いました。

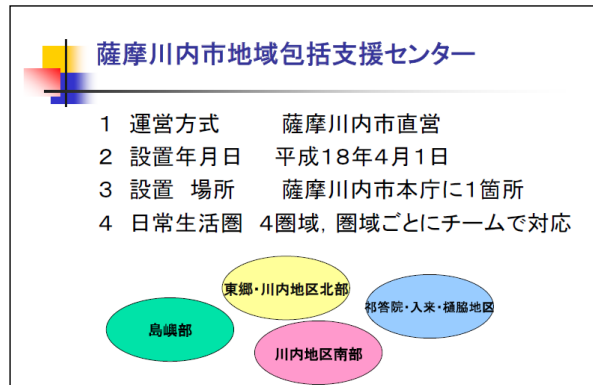
また、地域包括支援センターの事務を効率的に行なうため、平成17年12月一般財源で補正予算をいただき「地域包括支援センター支援システム」を導入しました。システムの活用は、新予防給付ケアマネジメントでは、原案委託を受けてくださる居宅介護支援事業所と市をラインで結び、原案委託の際「主治医の意見書」と「認定調査の結果」を添付しライン上で依頼、プランの承認、支払い関係もライン上行います。総合相談の部分では、プランチである在宅介護支援センター(17カ所)とラインで結び、地域包括支援センターで全ての相談内容等について把握できるようにし、また、本庁と支所ともラインで結び情報の共有化を図る準備をしました。

地域包括支援センターの開設

平成18年4月に市役所の本庁に、地域包括支援センターを設置しました。地域包括支援センターは1カ所ですが、日常生活圏域を四つ設定し、圏域ごとにチームをつくり運営してお

ります。

センターの人員は、開設当初 17 名でしたが、居宅の介護支援専門員に新予防給付ケアマネジメントの原案が 1 人に 8 件しか委託できなくなりましたので、平成 19 年 4 月に 12 名増員し 29 名に増員いたしました。また、平成 20 年 4 月には、市の組織改革でそれまで高齢・障害福祉課のひとつのグループでしたが、「地域包括支援室」として「地域包括支援センター」を運営することになりました。職員構成は、正規職員 11 名・嘱託職員 18 名です。正規職員の数が非常に少なく、チームに配置できている専門職は、各チームに 1 名でその者を圏域のリーダーとしております。



職員の内訳は、管理者 1 名(保健師)、代理 1 名(保健師)、グループ長 2 名 (社会福祉士・事務職)、事務職員 2 名です。圏域に配置している職員は、保健師 3 名、社会福祉士 1 名、介護支援専門員 1 名です。

地域包括支援センターでこれまで力を入れてきたところは、1 点目、総合相談の充実です。地域包括支援センターが発足する前からあった在宅介護支援センターを積極的に活用し、更に連絡会や研修会を実施して強化していることです。17 の在宅介護支援センター毎に毎月 1 回相談を受けた全数について報告をもらい対応の方針を決定します。(定期訪問や困難ケース検討会の実施の決定等) 必要に応じて、在宅介護支援センター職員との同伴訪問等も実施しております。

2 点目、「地域包括支援システム」を活用し徹底的な事務の効率化、ペーパーレス化と情報の共有化を図っています。新予防給付のケアマネジメント、総合相談、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント、特定高齢者のケアマネジメント等全ての業務に活用しています。3 点目、センターの業務検討機能です。グループ長以上の全般運営についての検討会、職員検討会、圏域のチーム検討会を毎週 1 回定期的に実施しております。業務検討の重点課題の推移は、平成 18 年度は、職種別専門事業内容の検討・業務マニュアル作成、平成 19 年度は、日常生活圏域のチームアプローチの充実、平成 20 年度は、職種別業務内容の充実・ネットワークづくりです。4 点目、新人を教育するためと職員の資質を一定レベルに保つために独自の業務マニュアルを作成し、すぐにある程度の仕事ができるようにしていることです。新人採用の時、経験に合わせて 2～3 日から 1 カ月教育を実施しております。5 点目、高齢者虐待防止ネットワーク協議会の設置です。平成 20 年 11 月に立ち上げ、年に 1～2 回全体会を実施、実務者会議として随時、個別ケースとコア会議をするようにしています。独自の手引書を作成して関係団体に配布し、また、住民や関係団体を対象に出前講座を行っていくよう計画しています。6 点目は、介護支援専門員への支援です。業務に不慣れな介護支援専門員に対しては、居宅介護支援事業所へセンター職員が出かけていき直接現場で指導を行っております。

今後の課題

今後の課題は、現在直営で運営している地域包括支援センターの運営形態の検証です。今後もこの体制で運営するか、民間委託にするかについて、市民福祉部の検討委員会で検討し結論を出すこととなります。第4期で検討し、第5期ではその結果に基づく運営を実施する予定です。

包括的・継続的ケアマネジメント事業について、これまで以上に力を入れていきます。主任介護支援専門員を中心に検討会を開き、保健所と連携しながら充実していきます。更に、平成21年度は、居宅介護支援事業所に採用された新人に対して、薩摩川内市ですぐに業務が行えるよう独自の研修を開催する予定です。また、高齢者虐待防止に関して、「手引」と「パンフレット」を活用して虐待防止のネットワーク化を更に充実していきます。虐待者と被虐待者引き離すかどうか非常に迷いますが、被虐待者のその後のことも含めて慎重に対応していきたいと考えます。

最後に、地域包括支援センターの認知度がまだ低いのでピーアール活動に力をいれていきます。広報誌の活用や、在宅介護支援センターの方々が高齢者宅を訪問される時に、地域包括支援センターの存在をお知らせすることと、在宅介護支援センターがそのランチであることを説明したパンフレットを配布していただき、知名度を上げることに取り組みます。以上で報告を終わります。御清聴ありがとうございました。

川崎市における地域包括支援センターの現状について

中澤 伸委員

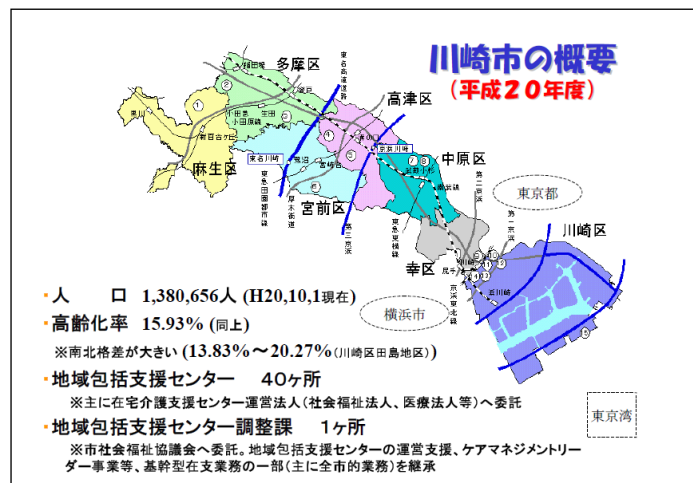
(川崎市社会福祉協議会地域包括支援センター調整課)

川崎市の概況

川崎は、縦に細長い地形をしており、多摩川に沿って横浜と東京に挟まれるように位置しています。人口が現在はもう 139 万人に上っておりまして、年内には 140 万人になるのではないかとされています。川崎に住みながら川崎で働いている人よりも、横浜や東京に通っている方がたくさんいらっしゃるというような感じです。

地域的には、南の東京湾側の京浜工業地帯、いわゆる日本の高度成長を支えたお父さん、お母さんたちがいっぱい暮らしているところです。なおかつこの辺には在日の方もたくさん住まれているところもあります。こちらは高齢化率も比較的高く、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯も非常に多いところです。

また、北側は、多摩市、稲城市に隣接し、もっと西側に町田市があるという感じです。ここは、山が多く、自然のホタルが6月になるとまだ見られるようなところです。人口も住んでいる層も南と北では随分違うということがありまして、川崎と一言で言ってもそういった地域性の部分を考慮した展開が必要になってきます。しかし、保険者は一つですので、全市的にどうしていこうかというようなところも大事になってくるという特徴があるところです。



地域包括支援センターの設置状況

市内に地域包括支援センターは 40 カ所設置されていますが、主に在宅介護支援センターを運営していた法人にそのまま委託という形になっています。現在、川崎市には在宅介護支援センターは残っておりません。川崎の場合は、平成 12 年の段階で基幹型在支も、研修センターも地域福祉権利擁護事業も社協ではなくて福祉公社で実施していました。ただ、平成 18 年に行政改革の中で福祉公社と社協が合併をし、基幹型 5 ヶ所のうちから委託の地域包括を 2 つ作りました。同時にその基幹型機能を全て区役所に移管しようという計画もあったのですが、区役所には専門職が配置されているわけではなく、かつ、広域的な地域包括業務をどうやって残そうかということで、今私が所属する地域包括支援センター調整課を 1 個つくったということです。この調整課は、法律的には介護保険法でもなく老人福祉法でもなく、市の単独サービスとして社協が受託しているかたちになっています。

調整課の業務としては、地域包括の育成支援・調整業務以外に、広域的な地域包括支援センター業務というのがあります。小地域のエリアを担当する地域包括が日常的に全市的業務にかかわることはできません。以前の基幹型在支の役割と同様、やっぱり全市的な部分をそのまま継続して担っているということになります。

川崎市の地域包括支援センターは、平成 18 年 4 月に在支移行委託型としてスタートしています。これは何処も同じだったと思いますが、当初は介護予防ケアマネジメントに追われてばたばたしていました。これは新しい介護予防マネジメントの手法に不慣れだったという状況の中でケースがどんどん増えていったということだったと思います。そのような状況の中で、職員の激しい入れかわりもありました。

もちろん現在でも職員がかわっていない包括もあります。しかし、頻繁に職員が入れ代わってしまう地域包括があるのも事実です。職員が辞めてしまうのにはいくつかの要因があると感じています。例えばケアマネジャーの経験など、1対1の個別支援の経験が豊富であっても、その「点」の個別支援をしながら、地域にかかわっていくという「面」の仕事を同時に行うという地域包括の業務特性にとまどっているということがあろうかと思えます。その意味では、そこはどこも共通だと思います。しかし、頻繁に職員が変わってしまう包括があるということを考えると、地域包括業務の理解や運営、職員の育成の難しさを改めて感じています。この包括差というのは、高齢者虐待等の支援困難事例の相談状況にも表れてきます。相談機関というのは看板を上げているだけではだめで、そこには信用と、あそこにつなげばどう動くというフィードバックがあったところにはどんどん増えていきますが、待っているところは決して増えていきません。やはり選ばれていくというところが出ています。

川崎市における地域包括支援センター誕生後の主な経緯

<p>■ H 18.04 地域包括支援センターの誕生 (在支移行委託型)</p>	<p>・介護予防ケアマネジメントに追われ(不慣れ、ケース増等) ・職員の激しい入代り(法人差大) ・高齢者虐待相談の増加(待ったなし対応) ・委託料増額協議継続、予防プラン新規受入ストップ包括 など</p>
<p>■ H 18.10 高齢者虐待対応マニュアル作成開始</p>	<p>・待ったなし対応が必要であるため唯一合意できる取組み ・市、区、包括、調整課で検討作成(やらされ感から羨ましい感へ)</p>
<p>■ H 19.04 各区単位での取組み強化</p>	<p>・職種部会、協働事業、区役所との連携強化 など</p>
<p>■ H 20.08 『業務検討委員会』発足</p>	<p>・21年度からの評価システムの検討からスタート ・今後は全市事業(研修、機関連携等々)への関与へ</p>

高齢者虐待対応マニュアルの作成

高齢者虐待の相談が増えてきています。川崎市では、平成 14 年に在支と行政とで、「世帯内で意思決定が困難なケース」、つまり権利擁護が必要なケースを支援するための業務マニュアルを作りました。そのマニュアルを、包括になって更新をしたいとずっと思っていました。しかし、18年度はそんな作業を同意してもらえない状況ではありません。ところが、いくら予防で大変な状況の中でも、虐待については防止法が施行されたこともあり、相談が増えしてきたということで待ったなしの対応をしてきたという状況でした。この時期誰もが合意できるのが高齢者虐待対応の体制づくりでした。

そこで、18年秋から市、区、包括、調整課で検討会をスタートさせ、年度内にマニュアルを完成させました。全ての包括からの参加や各区1名の参加も理解を得ることが難しかった

ため、以前から虐待に熱心だった包括職員4名に参加してもらいました。その後徐々に、「マニュアル作成に自分も一緒にかかわりたかった」という包括職員もでてきており、「何となくこのままじゃいかん」と専門職として何かやらなきゃ、予防が多いからできないと言っている場合じゃないという思いの人が増えてきている感じです。

高齢者虐待の対応には法に基づいた市町村の役割があります。川崎の場合、虐待のマニュアルも市区役所と包括のセットで市町村役割を担っています。例えばネットワークミーティングと呼んでいる虐待専用カンファレンスを行うときは、招集は区役所が行うことになっています。ただ、区役所の職員は実際の訪問や具体的な技術を持たないので、そこを包括が行っています。平たい言い方をすると、包括の専門的助言を受けて、区役所が判断するというマニュアルになっています。つまり区役所の中に専門職が配置されていないところを補うことになっています。

各区単位の取り組み強化

川崎の場合は全市単位、区単位、小地域単位の取り組みというのが必要になってきます。そのような状況をふまえ、当初から区単位での取り組みを強化してきています。各区大体人口的には20万ぐらいですが、包括が各区に5～6ヶ所あります。その中で職種部会を作ったり、協働事業をやったりということで、効率的に事業を展開し業務軽減にもつなげようということを発信しながら、質の向上と横のつながりで高めていくことを目指しました。

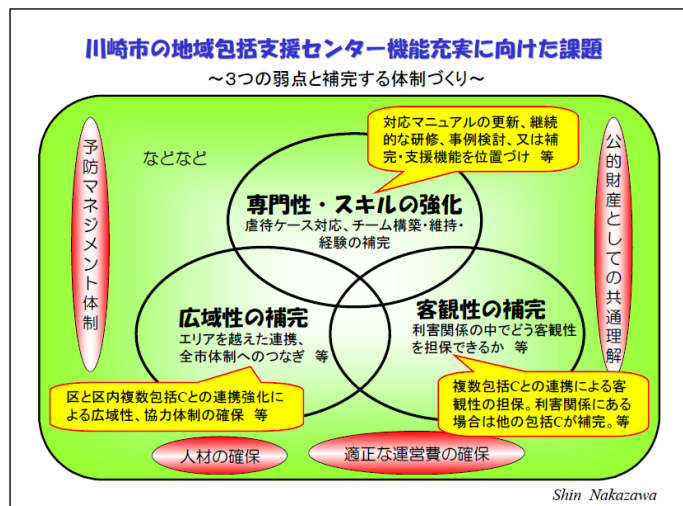
職種部会も、どの市町村でも行われているかと思いますが、一つには専門職心をくすぐらないとだめだということもあります。もう一つは、包括は3人なんですけれども、3職種の連携とよくいろんなところで研修でも出てきますが、実は3人は対等ではないということがわかりました。つまり包括の中では上司と部下だったり、先輩・後輩だったりするんですね。そうすると、社会福祉士であろうが保健師さんであろうが、一番若手だとなかなか包括の中で専門性を発揮できないという現実がありました。同じ職種を区の中で集めることで、区内の協働事業の中で自分の専門性を高められるとか、専門職心をくすぐられるとかという効果は結構大きかったと思います。今でもこの区単位をベースに行っているところです。

そして20年の8月に業務検討委員会というのをつくり、来年度から実施する新しい評価システムをつくっていくということの検討を始めましたが、実は全市的な事業に個々の包括をどうやって絡ませていくのかというのが課題になっています。川崎も全市的取り組みをいろいろやってきた部分もありますが、ただ各包括がしっかり関与できる関係になっていないので、この業務検討委員会を使って全市的な事業に関与していくように引っ張っていかうと考えているところです。

地域包括支援センターの機能強化

川崎市の場合であります。機能強化に向けた課題ということで、大きく三つの構造的な弱点があると感じています。そこを補完する体制が必要だろうと考えています。まず一つは、「専門性とスキル」の強化です。センターの業務を考えると基本的には4番バッターのような人材が配置されるべきところです。しかし、現実にはそういった配置はできているとはい

えません。さらに、ポンポン人がかわれば、引き継ぎどころではなくなってしまいます。だからと言って担当エリアの住民に、あきらめてくれというわけにはいきません。そうすると、これを横のつながりの中でどうフォローしていくかということが必要であろうか考えます。ここをフォローするために区内の包括が協力体制を組めるようにしています。



例えばある包括に1人新人が入ると、その新人に対してももちろん包括の中で育成していかなければいけないのですが、区の中で同じ仲間が1人増えたと捉え、複数の包括がみんなでその1点を補完し育成していく。できることとできないことがあります。支えるという意味ではその辺の体制が必要なのだろうと思うわけです。受託したからには法人内で全部解決しろという話ではないのではないかなというのが一つです。

二つ目は、「客観性」の補完です。これは中立な包括の中で矛盾があるようではすけれども、実際には予防のマネジメントをする支援事業者としては利用者さんとの契約が生じています。また、ケアマネジャーとの契約関係もあります。サービス事業所との関係も出てきます。それは、そこでもめごとが起きたとき当事者になっていく可能性があるということです。ケアマネジャーが利用者やサービス事業所ともめたときは、包括に調整を頼むことはできますが、包括がその当事者になってしまったら、その時点で包括そのものにはもう客観性が担保できなくなるということになります。そうなったときに例えば、僕ら調整課や区役所が出ていく場合があります。もしくは同じ地区のほかの包括がそこの調整に入るといようなところもあって、そこの部分も補っていただいても思っています。

三つ目は、「広域性」の補完というところです。これは先ほど申し上げたとおり、端から端、市内最北端のエリアの担当包括と最南端の包括が一緒にエリアを超えた業務を日常的に行なうということは物理的にも結構難しいものがあります。しかし、支援のネットワークは担当エリア内で一包括が単独で完結できるものだけではありません。例えば区単位であるような事業所の連絡会と連携をするときは、まずは区内の包括が一緒になって何かを展開していく必要がある。もっと大きくなると、みんながつながっていかねばいけません。つまり、分散している包括が全市的な取り組みに効率的に参加をできる仕掛けが必要だろうと考えています。来年度はこの課題に取り組むつもりです。

そうはいつても、介護予防マネジメント体制だとか、人材の確保、運営費の確保、包括が公的財産なんだという共通理解、などの客観的要因が邪魔をして、なかなか本質論に入れない部分もあります。そういう意味でこの環境要因と今置かれている課題を二本立てで進めていきたいと思っています。

つまり、包括の職員研修だけをいくら実施しても、また職員だけがどんなに頑張ってもどうにもならないことがあるということを理解しておく必要があるのだと思います。もちろん専門性やスキルはどんどん高めていく必要はありますが、包括の受託法人がどうやって包括そのものを理解し、包括内部で支え育てていけるのかとか、その中で市区役所がどういう役割を担っていくか、等々の課題へも対応していかないといけないと思うわけです。様々な要因があることをふまえた上での中で包括の職員を研修していかないと、ただただ職員が苦しくなっていくのかなとも感じています。

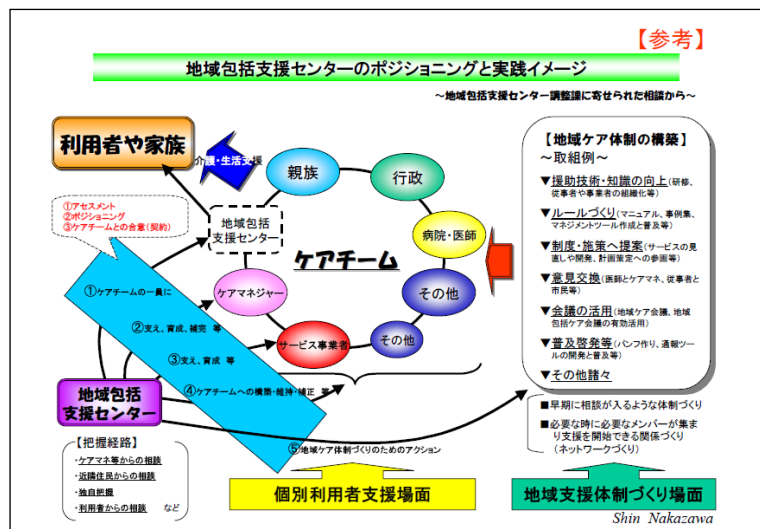
地域包括がネットワークづくりを考えるときに、様々な団体や関係者と放射線状のきれいな関係をイメージされる人もいます。でも、“マニュアルに載っているからやらなければいけない”と考え、ネットワークづくりそのものが目的化してしまっているからみんな苦しくなっているところもあります。いろいろ聞いていくと、実は3職種同士の相談ができていないとか、もう少し広域的な団体と関係しなくてはいけないとき、区内の他の包括とも話しができていないということがあります。ネットワークの目的にもよりますが、まずは3職種、そして複数区内包括、そして区役所との関係を「核」にしながら各団体とのスムーズな意思疎通という意味でのネットワークを育てていかなければいけないと考えています。

地域包括支援センターのポジショニングと実践イメージ

例えばよく「地域包括はどこまでやればいいのか」というあいまいな質問を受けたりします。それはやはり『個別支援場面』では例えば支援チームの一員になることもあるし、ケアマネジャーの補完をすることもありますが、事業者側の育成につながるかもしれません。支援チームには入らないけれどもチーム全体を安定させるという意味で、ケアチームの構築・維持・補正等が求められることもあります。そういった各ケースが生じる前にいろんな環境をつくっておこうというのが、『地域支援体制づくりの場面』になるかと思っています。実はこれらは何も新しい考えではなくて、地域包括の業務マニュアルにも書いてあることです。

では、なぜそれができないのかというと、いま求められているものはどれなのかというアセスメントが難しいのだと思います。このケースの場合どこを求められているのかというアセスメントができないと、いくらマニュアルを暗記しても

どの場面でもどんな手法を使っていかわからないというのが現状だと思います。このアセスメントの力をつけていくための研修なども来年度以降、実施していきたいと思いますが、全市的にやればいいのか、エリアごとにやる必要があるのか、これも悩むところです。



例えば南部の京浜工業地帯に住む利用者の生活目標と北部の小田急多摩線沿線の地区の人の生活目標は同じではないんですね。するとおのずと求められる包括の役割も異なってきます。やはりアセスメントするポイントを考え、地域性を考慮した事例を用いた小規模研修が有効化と考えています。

ケアマネジメントリーダー

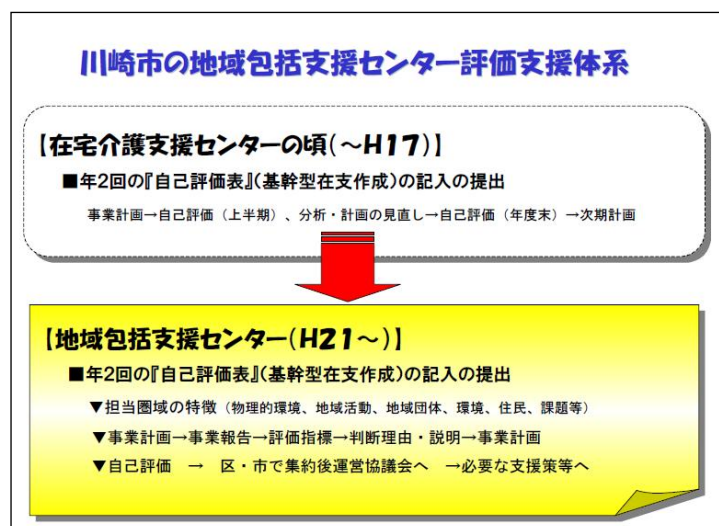
川崎市のケアマネジメントリーダー事業は、平成14年から実施してきており、国庫補助が打ち切られた平成18年度以降も、同じような予算規模で展開してきています。この事業の中では各種研修や、医師会等関係団体との意見交換、電話相談事業等を行ったりしていますが、この全市事業に各地域包括にどの様に参画してもらうかというのが来年度の取り組み課題になっています。地域包括は小さいエリアを持つということで、地域住民と膝詰めで話せるというメリットを発揮する反面、他の地域のことには疎くなりがちです。そこをどうやってつないでいこうかというのが、来年度の目標にしているところです。

公助や共助ということであれば、やはりそのときに共助という体制をどうしても堅持したいと思っています。実はケアマネ支援という言葉がよく出ていますが、ケアマネ支援というのをケアマネジャーの笑顔のために支援すると勘違いをしている人がまだいます。ケアマネジャーの先には大切な利用者さんがいるから、ケアマネに働きかけたり、支えたり、育成したりしないといけないというところをはっきりさせる、そこはすごく大事にしてきたつもりです。決して支援の受け手としてケアマネジャーを受身にしないような支援の形だけは堅持していきたいなと思っています。

評価支援体系

平成17年まで在宅介護支援センターには、我々基幹型在支がつくった「在宅介護支援センター自己評価表」を年に2回つけてもらって計画を見直すということをしていました。包括になってからは評価の手法を変えようということで、現在委員会をつくり検討しています。来年度から動き出す予定です。

今、考えているのは、まずは大まかであっても担当圏域の特徴、地域をちゃんと診断・評価してもらおうということです。次に事業計画を立てるわけですが、この地域はこういった特徴や課題があるから、ここに重点を置くんだという計画の根拠をそこでちゃんと明確にしてもらおうと思っています。逆に言えば、ネットワークはやらなければいけないと書いてありますが、例えば「今こ



の地域には二つのことを一遍にやろうとするとかかわっている人が重なっているので、無理せず段階的に取り組む必要がある」というアセスメントをすれば、「これは来年取り組む予定」と計画に書けると思っています。やるのかやらないのかわからないのがいけないと思っています。計画があり、報告を作り、評価指標でまずは自己評価をしてもらい、そうなった判断理由と説明を書いてもらって次の計画をつくってもらい、その段階で区と市に運営協議会がありますが、その運営協議会に出してそこで必要な支援策とかある程度評価をしていただくというような段階が21年度から動き出すことになっています。だからある意味、やらない理由をちゃんと明確にしようよと。何でできないのかということがないと次に進まないだろうなと思います。

地域包括支援センターの課題について ～社会福祉士の立場から～

磯部 美智子委員

(国分寺地域包括支援センターもとまち 社会福祉士)

国分寺市の概況

国分寺市は、東京都の西部に位置する人口約 11 万人、高齢化率 18.6%の市です。平成 18 年度は、市内に直営の地域包括支援センターが一つ、在宅介護支援センターが四つありました。また、平成 19 年以降は、直営が 1 ヶ所、委託が 2 ヶ所という設置状況です。一つが私どもの社会福祉法人、もう一つが医療法人になります。そのほかに在宅介護支援センターが二つあります。来年度については在支がもう一つ増えまして、各包括支援センターにランチという形で包括が三つ、在支が三つ設置される状況です。

本市の特徴としては、介護保険制度スタート時から行政が直接サービスを担ってきた経緯があり、市民の行政志向が比較的強いこともあって、現在もなお、直営包括が中心に主導をとる傾向が強いと言えます。また、平成 20 年、21 年度においては、東京都基幹型地域包括支援センターモデル事業に参加しています。このモデル事業では、地域資源マップの作成、権利擁護センターとの連携、認知症相談事業などを含めた五つの事業を柱に取り組んでいます。

子どもの地域包括支援センターの概要ですが、設置場所は公設民営の高齢者複合施設「さわやかプラザもとまち」の建物の 1 階にあります。この施設は、管理運営は地域住民が主体となって設立した NPO 法人が行っています。交流スペースでは、この NPO 法人が日ごとに内容を企画して、カラオケ喫茶や料理教室、介護保険に関する勉強会などの催し物があり、さらに喫茶店などもあることから地域住民が多く集まる場となっています。

子どもの地域包括の大きな特徴は、この NPO 法人と協力しながら地域のネットワークづくりをしているところだと思います。人員配置、介護予防給付実績、総合相談の実施状況などについてはごらんいただいているとおります。介護予防支援事業は、管理者の判断により 3 職種に均等に割り振って行っているため、私も現在 17 件ケースを担当しています。

課題① 連携の妨げになる原因（社会福祉士の立場から）

連携の妨げになる原因について、社会福祉士の立場から権利擁護業務と総合相談業務の二つの業務から考えてみました。まず権利擁護業務の中で連携の妨げになっている原因を援助側の原因、本人側の原因と二つに分けました。

援助側の原因では、関係機関との共通認識の相違により連携に支障が出ることも少なくありません。例えば、ネグレクトのケースですが、生活保護を受給し弟家族と 4 人で暮らす高齢者の方が、全身のひどい褥瘡や敗血症などで救急搬送をされました。生活福祉課のケースワーカーが緊急性や高齢者虐待防止法をよく理解していないということもあり、ケースワーカーはその養護者とも定期的に連絡をとっているにもかかわらず、委託型地域包括による養護者への介入の機会を協力してつくってもらうことはできませんでした。

また、本人側の原因が連携の妨げになっているということもよくあります。

続いて二つ目の項目である総合相談業務において連携の妨げになる要因について説明します。総合相談業務におけるさまざまな相談内容を解決するために、連携は必要不可欠ですが、連携がなかなかできないという原因は多く存在します。ここでは援助側にある原因、環境にある原因と二つに分類してみました。

援助側にある原因として強く感じることは、専門性がなかなかうまく発揮できないのではないかということです。例えば社会福祉士として成年後見制度に関する支援をする際、社会福祉士の基礎知識だけでは実務には追いつきません。しかし、そのようなスキルアップについては、現状は個人の努力にゆだねられており、専門性を深め実務で生かすことがとても大きな課題だと感じています。

課題② 仕組みとスキルについての課題

二つ目の大きな課題として仕組みとスキルです。こちらは地域包括の一職員として考えた課題で、4項目を挙げてみました。

まず一つ目、市全体の情報共有、電算システムの整合性についてです。市内3包括のうち、私どもの地域包括のみ異なる業者のシステムを使っており、直営の地域包括との情報のやりとりは電話や紙ベースで行っている状況です。この状況によるデメリットとして入力・転記のミス、入力時間のロス、電話による情報の聞き間違い、情報の更新が遅い・漏れる、紙ベースの情報がたまるなどが挙げられると思います。

続いて介護予防支援業務の担当について。国分寺市内の委託型の地域包括二つの今年度の状況を比べると、いずれの地域包括も正職員で4名の人員体制は同じです。しかし、管理者の判断により専任の予防プランナーを置き、専門職が本来の仕事に取り組める環境の地域包括と、管理者の判断により社会福祉士2名を配置した3職種が均等に分担して介護予防給付を担当する地域包括です。私どもの地域包括は残念ながら後者のほうであり、業務の3～4割程度が介護予防支援業務に割かれているような状況です。

三つ目の課題は、総合相談における支援方針の判断についてです。特に、「多問題ケースに対し、援助者がどこまで介入するか判断」「介入するタイミング」「連携機関の調整等」においては、職員により支援方針の判断が異なると感じる点です。

連携の妨げになる原因(権利擁護業務)

①援助側の原因

- ・関係機関の権利擁護に対する認識が異なる
(共通認識の相違)
- ・関係機関から個人情報保護法により情報共有を断られる
(個人情報保護法及び高齢者虐待防止法の正しい理解不足)

②本人側の原因

- ・本人、家族に被害者意識がない(消費者被害等)

連携の妨げになる原因(総合相談業務)

①援助側の原因

- ・関係機関が協力的ではない
- ・専門性が十分に発揮できていない(個人のスキル不足等)

②環境にある原因

- ・本人、家族を支える受け皿がない
- ・家族の協力が得られない

最後の課題は、スキルアップが特に必要だと感じる業務です。連携のとり方については、偏りが強いと利用者にとって不利益になる危険性があると感じます。地域を立体的にとらえる力について、体験型の研修によりスキルアップする機会があればよいと感じます。情報の取り扱いや記録について、職員一人一人により方法が大きく異なることもあり、何らかの基準やスキルアップの仕組みが必要ではないかと感じています。

これからの地域ケアの実際と考え方

～小規模多機能型居宅介護の実践から～

森本 佳樹委員

(立教大学コミュニティ福祉学部教授)

地域福祉と小規模多機能型居宅介護

岡村重夫が考えた地域福祉には、「地域社会の福祉」「地域社会による福祉」「地域社会における福祉」の三つがあります。もう一つは、昨年3月に大橋謙策先生が座長をした「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」では、とりわけこれからの地域での支え合いというようなことが重視されており、来年度の予算の中でも、安心生活創造事業あるいは地域のコーディネーターを配置するというようなことが出てきております。その辺はまたいずれ論議をしていただくことになるとは思いますが、地域包括支援センターの機能と重なるような部分もあると思っています。

国がつくった小規模多機能型居宅介護は、通いを中心として泊まりと訪問をするというような話ですが、この3年間で、私は何十カ所かの小規模多機能型居宅介護事業所を見て回っておりまして、3サービスをやっていますというところはたくさんありますが、うまく組み合わせているというところは非常少なく、とりわけ軽度のデイではないかと思うようなところがたくさんあるのも事実です。

ただ、その中でいい実践をするところも出てきております。全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会というものがありますが、その資料から言いますと、例えば、病院から退院するときに家族がとてもダイレクトに自宅では受けられないケースです。小規模で泊まりをずっと行っていく中で、最初は小規模で泊まりますが、そのうち少しずつ自宅に戻り、そのときには小規模の職員も自宅と一緒に泊まって家族をサポートし、だんだん家に帰る日が多くして、最終的には自宅復帰するといった実践があります。何かあったら、すぐまた小規模多機能に泊まれるという形でやっていく。そういう通いと泊まり、訪問というのを自在に組み合わせ、在宅の継続というのをやっていくような事例が幾つか出てきています。

小規模多機能型居宅介護と地域での支え合い

もう少し進んだ実践をしているところというと、地域の人たちが、相当それにかかわってきているというようなことも出てきています。広島県の福山市の鞆の浦というところにさくらホームという小規模多機能があります。そこに非常に優秀なケアマネがいます。彼女はその事業所が併設している居宅のほうのケアマネですが、小規模に中づけされているケアマネとは違い、地域で自由に動けるという利点を生かし、小規模の利用者が地域で生活しているときのインフォーマルな関係性をずっと紡いでいくようなことをしています。

広島県福山市の鞆町は、遣唐使が風待ちをしたというような古い港があるところです。古い行事があり、漁師町なので、裏は山が迫っていて、細い路地があり、そこにお年寄りが住んでいる状況です。鞆町全体で8000～9000人ぐらいのエリアです。高齢化率も65歳以上だ

けでいえば 35%ぐらいのところでは、そこにあるさくらホームというのは、通所介護と居宅とグループホームと小規模とをやっています。築 200 年だかのお酢の醸造をしていたところの醸造所を改築してつくっているところで、その後ろに小規模用の建物をつくっています。全体としてはふだん、一番広いところにみんないるような感じではあります。ちょうど町なかであり、左側が道路に面しているんですが、そこにベンチが置いてあります。いろんな人が通るときに休んでいたり、もちろん利用者も使います。特徴的なのは、利用者は、地元に住んでいる人が非常に多いということです。いずれにしろ在住や出身者が非常に多く利用しています。

その人らしさが発揮できるホームにする、家族と地域につなげるホームにするということで、有限会社でやっていますが、その有限会社の社長自身もこの町で育っています。近所では、「シュウジさんの家」と言われて、シュウジさんのところがやっているんだったら、みんなで応援するか、といった様な地つきの関係が非常に残っているところです。

人間関係の再構築や支え合えるまちづくりの支援を目指し、それまでの暮らしを大事にするというようなことと、新しいスタッフとの関係をつくるということをしています。先ほどのケアマネさんが、利用者さんの人間関係を一緒に歩いて追いかけていき、例えば理容・美容だったら、そこに行ってその人がどういった暮らしぶりをしていたか全部フォローし、お好み焼き屋さんならお好み焼き屋さんに行って、つなげていくというようなことを丁寧に行っています。あと小規模を使っている人がサロンに出かけるとき、一緒に行つてつなげていくこともしています。相当丁寧なフォローをしています。

登録者は 23~24 人いると思いますが、基本的には認知症の人の利用が非常に多くなっています。認知症ではない利用者は 2 人だけです。また、利用者のうち、独居・高齢世帯は、3 分の 2 を占めています。ですから認知症独居という人もたくさんおり、そういった人たちを支えています。

それから利用者宅と事業所の距離が非常に近いことも特徴です。このエリアの地域包括支援センターは、一つ山を越え、福山市街のほうに 6 キロぐらい行かないとない状況です。距離が近いということもあるので、もちろん通いが中心だとは言っているんですが、例えば事業所と利用者宅との距離が 5 メートルだと、訪問月 100 回というようなことだったり、泊まりもそんなに多くなく、多い人で 19 回というぐらいです。

最初は、基本は通いで始めていますが、だんだん訪問の数が多くなり、その人の自宅を訪ねていくというような支援の仕方になっています。

地域との関係をつくりながら支える

事例として、夫の急死で混乱した A さんへの支援をみてみますと、直後のプランというのは、小規模に通うのを嫌がるので、自宅を訪ねて行き、2 時間ぐらいそこにいてから、一緒に事業所に連れてきてご飯を食べてというようなプランです。しかし、A さんを通して地域との関係を徐々につくっていくと、妹、同級生、めい、友人等をずっと探り当ていきます。それから向かいの住民や食料品店、床屋、魚屋、それからスタッフ、これらの人を中心にその人の日常生活をサポートするというような形をつくっていきます。

するとプランは、迎えに行ったら嫌がっていたら、その人のところと一緒にいくとか、調子が悪ければケアのスタッフがお弁当を持って自宅に行き一緒に食えるとか、そういうようなものになっていきます。おふろはやっぱり夕食の後がいいということで、Aさんのために超遅出という勤務時間をつくるといったようなこともしています。

ひとり暮らしが多いので、家族に連絡をするのですが、本人は大丈夫ですよという連絡の方向でずっとウエイトをつけており、向かいの人に声をかけ、世話焼きにかけ、関係をつくり、そして最後にもう一度、友人や向かいの人や世話焼きの人がいるので大丈夫ですが、家族の人からそういった人たちにお礼を言ってくださいというようなフォローをケアマネがしているということです。

他の事例でも、この人も市内に子供がいるけれども同じ市内でも遠いところにいるという例ですが、いつも見に来てもらってその関係をつくるということで、カバーしています。

最終的にはどのように考えているかという、軀での暮らしというものに本人も参加する、ほかの人も参加するというような形です。だから軀での暮らしの一人の構成メンバーとして自分も、ぼけてしまったけれども、ここで暮らすのは楽しみにしています。ほかの人もそこでの暮らしを大事にしながらいろいろなかかわりをつくっていくというように、それぞれの役割に応じてやっています、さくらホームやケアマネも軀での暮らしを支えていく、その人と地域住民、それからケアマネと地域住民、地域住民同士という関係を紡いでいるというようにや

第3表 週間サービス計画表 (夫死亡直後) 平成18年10月

Aさん		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早期	6:00								起床 朝食
午前	8:00								
	10:00	小規模多機能訪問	小規模多機能訪問	小規模多機能訪問	小規模多機能訪問	小規模多機能訪問	小規模多機能訪問		昼食
	12:00	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い		
午後	14:00	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い		24時間 家族が付き添う
	16:00								夕食
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								入浴 就寝
深夜	0:00								
	2:00								

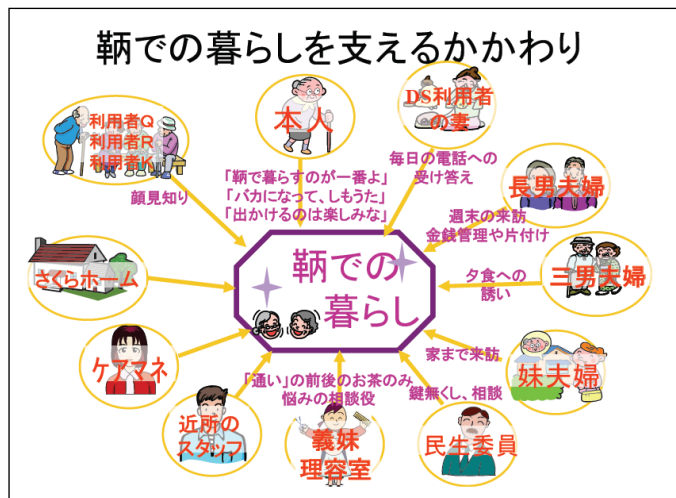
第3表 週間サービス計画表 (現在) 平成20年7月

Aさん		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早期	6:00							小規模多機能泊まり	起床 朝食
午前	8:00								
	10:00								昼食
	12:00	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い		お嫁さんの 来訪 (水・土曜短時間)
午後	14:00	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い	小規模多機能通い		
	16:00								夕食
	18:00								
夜間	20:00								入浴 就寝
深夜	0:00								
	2:00								息子さんの 来訪 (就寝確認)

★腰痛等による「通い」困難な時
→弁当持参し「訪問」対応

★夕食後の入浴や「泊まり」のため
→超遅出含め勤務時間変更

★暑い間、向かいの協力を引き出したことで
→お嫁さん水曜日の来訪休みに



それからケアマネと地域住民、地域住民同士という関係を紡いでいるというようにや

っているところです。

実際に行くと、ものすごくゆったりまったりと暮らしているという感じで無理がないという印象を受けます。こういう方向性でやりたいということです。

小規模多機能型居宅介護と地域づくり

これは包括に期待しているところでもあるのですが、岡村重夫ではありませんが、地域福祉というのは、再統合する視点として「全体性」、「つながり」、「関係性」「連続性」「構造化」が挙げられます。地域で暮らすというのは、生活全部がかかってきますから、ぶつ切りにするというような話ではありません。システム化とかネットワークングと書くと難しいようですが、要するにつなぐということが非常に重要だと思っています。

そこで、つないでいくときに、小規模多機能というのは、小さなエリアにある実弾として非常に有効なのではないかと、私は3年間見ていると思っています。地域ケアというのは、少し位相が違う話だと思いますが、高齢者のケアというのは地域福祉と同期をとらないとだめだろうと考えています。そのときに本人の暮らし方の希望というものを生活圏域でつくっていくために、ソーシャルワーカーは社会福祉士だけではなく、ソーシャルワークをするという意味では、柔軟な仕組みをつくり出せるかということになります。既存の居宅の事業所がつくるケアプランは、サービスを使う事業所がばらばらだったりして、あらかじめプランをつくり、給付管理しなければいけませんので、どうしても何曜日の何時から何時までということにせざるを得ないのですが、小規模はご承知のように、包括報酬ですのでアドホックに状況に応じて変えられて、しかも柔軟に、迎えに行ったら嫌がっているからしばらくそこに一緒にいて連れていくというようなことができます。その中で、例えば鞆の中の病院や地域住民とかの関係をつかって、フォーマル・インフォーマルの支え方をしています。

今年は地域との関係というのでやっているのですが、実は鞆の地域をずっといろいろ見ていたら、福山市社協が、30年ぐらい前に小地域ネットワークづくりというのを全国に先駆けて実施しており、そして鞆はそのモデルだったという話になりました。いまま福祉会というのが、生き残っています。それがキーパーソンになってさくらホームとのやりとりの中で生きてきているという意味でいうと、まるでボディブローのような感じですが、地域組織というのがあってそこに乗っかって、しかもそれが双方向でやりとりできているというようところに強みがあります。多分さくらホームはそれを意識していたわけではないですが、実はその上に乗っかっていたという意味では、これからどうやってつくっていくのかとか、これからつくって間に合うのかという話とはともかくとして、実態としてはそういうところがあるかなと思います。

先日、近江八幡に行ってきました。近江八幡でも学区社協と呼んでいるような、きちんとした地域でのインフォーマルな集合があり、そこが相当支えているようなこともあるので、そのあたりが大事な地域福祉をやる身からいうといま思っています。

小規模は、ご承知のように運営推進会議がありますが、運営推進会議も見てみますと発展段階があるようです。最初は地域の人に自分たちの事業を知ってもらうということから始まっていますが、実績報告をして、そのうち要望が出てといった会議がほとんどです。しか

し、その次の段階には、事業所から働きかけて町内会とか自治会に入っていったり、イベントへ招待したりと双方向のやりとりという形ができているところはまだまだ少ない状況です。

もう一つ言いますと、熊本県の山鹿市というところで、もともとは私がかかわっているほうのNPOが小規模多機能をやっていたのですが、それは熊本市のNPOなものですから、山鹿市にある種、頼まれて出張って行って、小規模を開設しました。それだけでは、なかなか地域とのつながりができないものですから、2年ぐらいかけてその小規模がある地域の人たちに入ってきてもらい、そこの地域でNPOをつくり、そのNPOに去年の4月から運営主体を移管しました。そういった実験的なことをして、ほぼ1年経っていますが、私に関係していたNPOが運営していたときよりも、今の方が、地域と事業所とが様々に双方向のやりとりができてきているという報告を聞いております。

そういった意味では、地域との関係をどのようにつくるか、だれがつくるかということは、非常に大きな意味を持っています。山鹿の場合は小規模をやっていたNPOが主体的につくっていったというのがありますが、普通のところでは小規模の経営主体がそういうことをやるというのは難しいので、さっきの福山の例ではありませんけれども、包括とか社協が受け皿というか下支えをする基盤としての地域づくりというものをやって、そこと小規模が連携をすることで在宅で暮らし続けるということが相当可能になってくるのではないかと思っています。

地域包括ケアシステムと地域包括支援センター

～求められる二側面：ピンポイント支援、地域づくり～

太田 貞司委員

(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授)

求められる二側面

委員会でも介護予防の話が出ていますが、どういうところが要になる支援で、どういう人材を育てることが今後の課題なのかに焦点を当て、サブタイトルを「求められる二側面：ピンポイント支援、地域づくり」としました。

ピンポイント支援というのは、例えば、退院（入院）援助、退所（入所）援助の具体的な支援のことです。地域づくりというのは、地域福祉とでもいいと思います。保険者また地域包括支援センターには、両方求められるのではないかというのが今日の話です。

地域ケアや社会的入院をどうするかということが私のテーマです。求められる、どういう人材を本当に育てたいのかというのがまだちょっとわからないところもあるのですが、森本先生が「地域ケアと地域福祉が同期」とうまく表現して下さいました。必ずしもじっくりいかないとおっしゃっていましたが、まさしくその両面が課せられていることが、地域包括支援センターの持つ一番の難しさではないかと思っています。

地域ケア体制・地域包括ケア

介護保険の改正と医療保険の制度の改正で求められていることが、地域包括支援センターの課題とすると、まさに地域福祉と地域ケアの両方がセットになっているところが大きな課題だろうと思っています。今回の介護保険制度の見直しでは、要介護認定率の上昇をどう抑える（維持）か、介護保険施設の利用率の上昇をどう抑える（維持）かが課題となりました。しかも、「地域ケア体制」「地域包括ケア」の整備・構築で、医療が必要な人たちもいるわけですが、ケアの場を生活の場へと転換しようとしているのが特徴だと思います。これは、ほかの先進国と比べても、ドラスチックだと思います。これを、どう考えたらいいかというところが、今後の課題と思います。また、大規模な療養病床の医療機関もあるわけですが、「医療の場」でのケアをどう考えるかかも、地域ケアの今後の課題と思います。

「地域ケア体制・地域包括ケア」 「地域」への流れ

- 住み慣れた「地域」で暮らす
Ageing in Place(OECD)
- 介護保険改正(2005)、医療制度改革(2006)
市町村 ⇨ 地域包括支援センターの「地域」を基盤に
地域密着型サービス、地域包括ケアシステム、
介護療養型医療施設の廃止 ⇨ 「地域ケア体制整備」へ
- 「地域包括ケア」「地域ケア体制」の構築へ

北海道本別町の取り組み

本別町が、地域でいろいろ取り組みをして、モデルになっているのはご承知の通りだと思

います。地域みんなで考える力というのが、まさに10数年間の中でつくられてきたわけですね。地域福祉ネットワークをつくり、キャラバン・メイトなども養成しています。地域の中で課題を出し合いながらネットワークをつくっていくというのが、ご承知のように本別の取り組みです。

本別町には、直営の地域包括支援センターが1ヶ所ありますが、その所長補佐をしている保健師さんは、保健師としても、行政職員としても、保健医療福祉の連携、地域をつくり出す力を持っています。彼女は地域包括支援センターの中心です。これからはこういうような力が必要だろうと思います。

北海道美瑛町の取り組み

美瑛町でも、ここ10数年いろいろ勉強させていただいております。1万2000人程の美瑛町では、町を四つの地域に分け、各地域に小規模多機能型居宅介護をつくってきました。それには町内にある社会福祉法人の施設長が大きな役割を果たしてきたと思います。施設長の彼は、ずっと特養に勤務していて、しかもこの町に住んで一人ひとりのことをよく知っています。どういう人がどういう支援を受けたら、「社会的入院」をしなくとも済むのか、地域に戻れるのかということを考えてきて、よく知っています。ですから、小規模多機能型居宅介護を作ったり、施設のサテライトを作ったりしてきました。将来的には、地域に施設を開放していこうという気持ちを持ってやっています。したがって、誰がどんなふうに支援したら地域で暮らせるのか、退院援助のポイントはよくわかっています。彼は町立病院・役所・保健センターなど、全体をコーディネートする力を持っています。退院後、在宅に持っている力があります。ただ、彼は地域をつくり出す力を持っていますが、行政職員ではないのでその立場から言えば、行政、関係者、住民の「協働」を創り出す力という点では限界が当然あると思います。

地域ケアにおける課題

私は、本別町の保健師のような人と、この施設長のような人の両方必要なのではないかと、2人をあわせた力というのがこれからどうしても必要になるのではないかと思います。そういう機能を育てることが大事なのではないかという感じがしています。

それはどうしてかということ、日本の場合、特別養護老人ホーム等の施設の整備を65歳以上人口比で3%ぐらいを目標にしてやってきました。これは非常に低い数字で、日本の特徴だろうと思います。

今度の改正で、地域包括ケアシステムをつくらうとして、その中心は保険者がなり、その担い手として地域包括支援センターが求められていると言っていると思います。しかし、この目標は今も続いており、さらに介護保険施設を3%以下にしようとしているわけです。これで地域が持ちこたえられるのかということが今後の最大の課題だろうと思います。その意味で、地域包括支援センターは、包括的・継続的マネジメントというのが非常に大事になってくるのではないかと思います。

OECDのほかの国々を見ていると、90年代ではナーシングホーム等の「施設ケア」は

大体 65 歳人口比で 5～6% ぐらいは必要と考えるのが共通認識だったと思います。その後、「施設」の意味は、グループホーム等ができ随分変わってきましたので、その状況も違ってきたと思います。

その後、「介護保険施設」の整備を抑え、在宅中心といっても、やはり在宅だけでは難しいと考えられるようになってきました。自宅以外の「新しい住まい」をつくらなければいけないと考えられたと思います。ただ、日本は、「介護保険施設」「新しい住まい」等の自宅以外のケアの場の整備は、デンマーク、スウェーデンと比べてもかなりまだ少ないとされています。こうしたことで、療養病床を削減しながら、高専賃等の整備を進め、そして在宅を支援する体制をつくるという流れになってきていると思います。

長期ケア施設の比較は非常に難しいのですが、OECDで集めたデータで見ますと、2000年では、日本は長期ケア施設の利用者が3.2%です。ほかの多くの国ではそれ以上です。オーストラリアは段階的に地域・在宅ケアを展開してきましたが、5.3%ぐらいは自宅以外に住んでいるということになります。それと比べても、日本はかなり低い数字だといえます。さらに、韓国は当時0.2%で、今は1%を超えていると考えられます。

地域ケアの課題において、大きな意味では、要介護認定率上昇の抑制（予防重視型システムへの転換）、介護保険施設利用者を地域で（在宅重視、施設の生活施設化・住宅化）という二つの流れがあると思いますが、その具体化が課題であり、まちづくり、地域づくりというのが課題であり、そして新しい公共や仕組みづくりというところが大きな課題だと思います。

地域ケアへの転換過程とその特徴

- 90年代:ゴールドプランの目標(2000年)
施設+長期入院で高齢者比3%程度を想定
- 2000年代:介護保険施設等の整備目標(参酌標準)
- 第一期 3.4%(介護保険施設)に
- 第二期 3.2%(同。グループホーム等含めて3.5%)に
- 第三期 II～V認定者の37%に
- 第四期 同上

△2006年:療養型の大幅削減 38万⇒15万

地域ケアとその仕組みづくり(OECD諸国)

- ・地域社会(身近な「地域」)を基盤に医療ケアと「社会的ケア」の体制づくりが共通課題に。
- ・90年代初頭には、虚弱高齢者への支援(ケア)が課題に。また、65歳以上高齢者比率で5-6%の「施設(ケア付き居住を含む)」必要が共通認識に。
- ・その後、「施設」の住宅化、グループホームの広がり等で、従来の「施設」の捉え方も変わる。同時に、「施設」利用を遅らせる支援が課題に。
- ・最近では、家族介護者支援は、「施設利用を遅らせる」、「介護予防」視点からも重要と認識。

長期ケアの捉え方

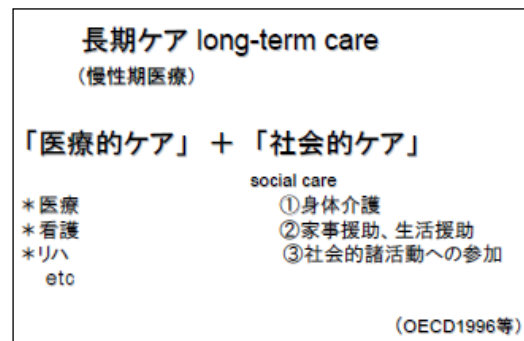
ただ、その場合に大事なものは、長期ケアの考え方、長期ケアの議論がもう一度必要なのではないかと考えています。長期ケアの考え方はいろいろありますが、2005年のOECDの報告書の長期ケアの考え方は、非常に狭い考え方で、医療的ケアと身体介護を長

長期ケアサービス利用者 OECD:2005

	長期ケア施設利用者(65歳以上人口比:%)	在宅ケア利用(65歳以上人口比:%)
オーストラリア	5.7(1995) 5.5(2000) 5.3(2003)	
オーストリア	3.8(1996/97) 3.6(2000)	14.4(1997) 14.8(2000)
カナダ	3.7(1998)	n.a.
ドイツ	3.3(1997) 3.9(2003)	7.3(1997) 7.1(2003)
ハンガリー	n.a.(2000)	5.1(1995) 4.5(2000)
アイルランド	4.6(2000)	ca.5(2000)
日本	3.2(2000)	5.5(2000)
韓国	0.2(2000)	0.2(2000)
ルクセンブルグ	3.8(2001)	4.3(2001) 4.8(2003)
ニュージーランド	2.4(2000)	5.2(2000)
ノルウェー	6.2(1991) 5.9(1995) 6.0(2000)	17.8(1992) 16.0(1995) 18.0(2000)
スウェーデン	6.4(1991) 5.9(1995) 6.0(2000)	13.4(1990) 8.9(1995) 9.1(2000)
スイス	7.0(2000)	5.4(2000)
イギリス	5.1(2000)	20.3(2002)
アメリカ	4.5(1973-74) 4.6(1985) 4.2(1985) 4.3(1999)	3.0(1992) 5.3(1996) 2.8(2000)

期ケアと言っています。浅野信久先生が訳されていて、長期ケア=介護と訳しています。介護保険もそういう意味では long-term care insurance なので介護となりますが、独特な言い方で、現場での使い方とちょっと違う言い方ではないかと感じます。

1996年にOECDの報告書では、定義が少し違うのですが、長期ケアを、「医療的ケア」



と「社会的ケア」に分け、「生活」を広く捉えているように思います。その「社会的ケア」には、身体介護、家事援助、社会的諸活動への参加が入っているとしています。また、「医療的ケア」は、医療と看護とリハビリ、つまり日本的に言えば医者の指示書が必要なサービスです。介護保険制度では、身体介護や家事援助、生活援助の一部を保険というかたちで、社会化しました。社会的諸活動への参加等をどうするかということが私たちの大きな課題ではないかと思えます。

そういう意味で、介護保険制度での日常生活を営むことを支援するという事は、「社会的ケア」をどう考えるのかということでもあり、この点が議論のポイントでないかと思えます。また、地域福祉でいえば、社会福祉法の第3条で福祉サービスが定義されておりますけれども、そこでは日常生活を営むことを支援することと定義され、第4条の地域福祉の推進の中で、日常生活を支援するという意味を、社会的な諸活動への参加の機会を与えるものと捉えていますので、このあたりをもう少し介護保険としてどのように位置づけるのが大きな課題かと思っています。

地域生活の支え方をめぐって

そしてまた、介護も、もう一度議論が必要かと考えております。介護保険は限定されたサービスですので、それ以外のところをどういうふうにするかという議論をもう一度行う必要があると思えます。また、日常生活を営むということ、地域・在宅ケアでは、自助、共助、公助の組み合わせの議論とともにする必要もあります。

今は施設内、自宅内ケアにとどまっています。これを地域での日常生活という方向に持っていこうとしております。ICFでは生活を、心身機能と構造、活動、参加の相互の関連でとらえています。ここのところの議論がもう一度必要かと思えます。現場、様々な課題はありますが、全体としては進んできていて、その展開に合わせた議論が必要と思えます。

私は、K市に5年ほど関わっており、第4期介護保険事業計画の計画策定にも携わりました。K市は、五つの地域があり、それぞれ高齢化率、要介護認定率が違います。かなり地域差もあり、地域の結びつきが非常に違う地域です。例えば、T地域と、K地域とでは、大きな違いがあります。また、介護保険施設の利用率は大体2.5%（1号被保険者比）ぐらいです。これを今度の第4期では2.6ぐらいまで上げ、維持しなければいけません。そのためさまざまなサービスを展開、つくり出さなければいけない。小規模多機能型居宅介護も順調にできています。都市部ではなかなかうまくいかないと言われていますが、できないこともな

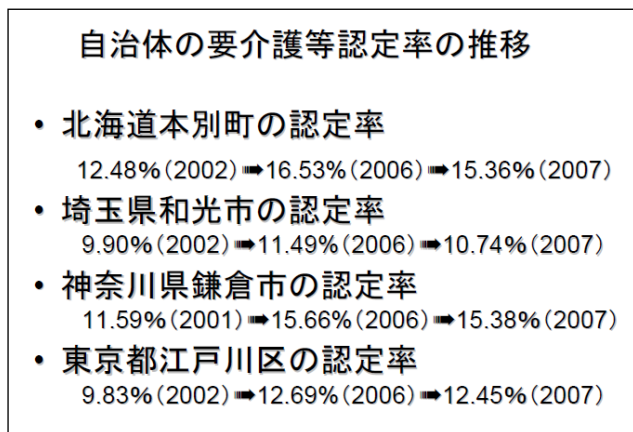
いかなと思ったりしながら、関係者がいろいろ勉強しながらやっているところです。ただ、K市の介護保険財政は年間 100 億円を超えるか超えないかがひとつのポイントです。そういう意味ではサービスを分け合う力、つくり出す力、サービスを利用する力というのを市民の中でつくり出していくことがこれからの課題です。「困難ケース」という言い方は適切ではないかもしれませんが、市民の中で共通のテーマとして、そういった在宅の「困難ケース」を丁寧に議論し合うことが大事かと思っています。

地域包括ケアシステムの課題と変革（再構築）

地域包括ケアシステムを考える場合、要介護等認定率をどのぐらいに想定するか、また拠点施設としての介護保険施設の利用率もどのぐらいに想定するかが課題となります。そして、それを前提にしてどういうシステムを考えるかということが課題になります。個別の課題でいえば、ターミナルの場合と脳卒中の場合と認知症の場合と虚弱の場合で違いますので、それぞれの地域・在宅ケアのシステムをどのように地域へ広げるかがこれからの大きな課題ではないかと思えます。

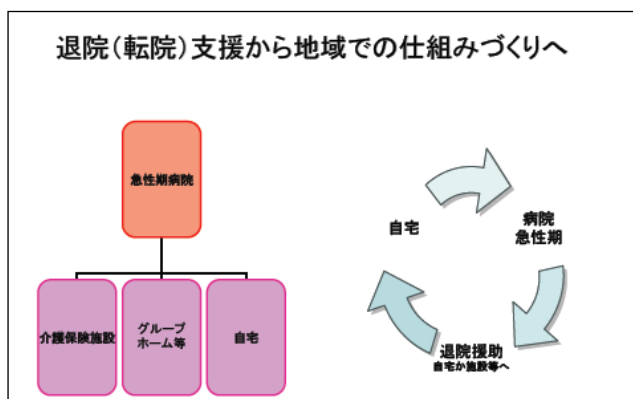
また、高齢化の状況や地理的条件等の要因が背景にあって要介護認定率の高い地域での転換モデルと、そうでない要介護認定率の低い地域での転換モデルを考えていくということが一つ大きな今後の課題と思えます。

先に例に挙げた本別町の 2007 年の要介護等認定率は、15.36%です。この数字は北海道では高くはありません。また、和光市の要介護認定率は 10%を切るくらいです。そういう意味で、これらは対照的な地域です。地域包括ケアのシステムの構築といっても一様には言えないのではないかと、地域ケアへと転換を考える場合に、かなりいろいろなタイプ分けが必要なのではないかと思えます。



退院支援から地域での仕組みづくりへ

また、それぞれの地域で、＜自宅＞→＜病院 急性期＞→＜退院援助 自宅か施設等へ＞→＜自宅＞といったサイクルをつくるのが、大事だと思います。このサイクルをつくるためには、前述の施設長や保健師さんのような両方の面を持った全体像を描ける人が、



これから大きく求められるという感じがします。地域福祉の推進を描ける人と、あるいは地域の中の細かなデータを用いて支援することができる人、だれがどこでどのような支援があれば暮らせるのかを描ける力です。そういう支援とそれから地域づくりと両方がこれからの課題だと思います。

(2) 現在の地域包括支援センターをめぐる課題 ～委員会ディスカッションより～

<地域包括支援センターの業務に関する課題>

予防プランセンター化にともなう職種別縦割り業務への懸念

- ▶ 地域包括支援センターがつくられてきた流れと介護予防の流れとは違っていたが、最終的に合流したため、予防センター化してしまうというねじれ現象が起きている。介護予防のほうがフィクション化してしまっているものだから、ケアプランセンターを設置し、事実上切り離してしまうのは一定の合理性はあると思う。ただ、地域包括支援センターをつくった際に、社会福祉士は社会福祉士の仕事をして、保健師は保健師の仕事をするという考え方を否定してつくった経緯がある。地域包括支援センターというのは、特に高齢分野を中心にして、いわば初めてフィールドを持ったわけだから、そこでどうやってつくっていくかというときに、介護予防以外の問題について、職種の的に分断したり、軽重を与えるというのは、あまり賛成できない。予防プランがよほど重荷にならないければ、両方の業務を担当するが本来のあり方だと思う。どんな形でも縦割り型にしないでチームプレーにすべきだというのは、単独型でやったら引き継ぎできないが、チームプレーをやっていれば引き継ぎることができる。基本的にはチームプレーにしなければいけないと考える。
- ▶ ケアプランセンターで働く職員のモチベーションについて、ケアプランセンターで働くケアマネジャーに、主任ケアマネジャーを取って包括に行きたいかということを知ると、このままでいいとの答えが返ってくる。モチベーションをどう上げていくかは課題。
- ▶ プランナーの方と包括的支援事業をする人と分けようか悩んだ、センターの職員になった以上は両方あったほうが良いのではないかと、両方の業務を担当してもらっている。
- ▶ 介護予防という概念が未分化のまま使われ、非常に混乱しているのは事実。一般高齢者施策としての介護予防と特定高齢者施策としての介護予防ということもそうであり、特定高齢者向けのプランも、介護予防プランといたり、要支援1・2についても新予防プランといたり、非常にわかりにくくなっている。現場でもそうだが、市民にとっても非常にわかりにくい状況である。
- ▶ そもそもインシュアランスとしての「保険事故」の概念とは一体何かと。保健や福祉ではなく保険とすれば、リスクヘッジとして保険制度の中に予防という概念を出すことによって、インシュアランス、ファイナンスとしての保険事故という概念が非常にあいまいになっている。
- ▶ 介護予防は、基本的に現在やっていることを全面的に考え直し、できることから始めていかなければ、もたないと思う。「夢のみずうみ村」のディサービスのようなのをつくらなければならない。
- ▶ どうも介護予防というのは、整形外科、理学療法士モデルと作業療法士モデルがあるようだが、一般高齢者に対し介護予防として理学療法士モデルを行っても効果は期待できない。介護予防の中身のイメージを変え、切り離さなければいけないと思う。

特定高齢者施策のアプローチ方法の工夫

- ▶ 毎月、生活機能検査の結果により、電話で個別アプローチをしているが、12月実績でいうと、介護予防に実際に参加したのは45人中2人（実施率は4.4%）。センターの職員は個別アプローチのモチベーションが非常に低くなっており、やりがいをほとんど感じなくなっている。電話での個別アプローチは、振り込め詐欺と間違えられ、難しい。特定高齢者と一般高齢者を区別せず、豊富なメニューをつくり、自由に選んでいただくという方式のほうがいいのではないかと考える。
- ▶ 権利擁護も含めて、オレオレ詐欺に間違われることは多数ある。しかし、介護予防のアピールをしてオレオレ詐欺に間違えられたら、徹底して消費問題か、オレオレ詐欺の点で権利擁護としてお付き合いを始めるようにしている。その次に、自立支援の生活機能低下や身体機能低下についてアプローチしていくことで、チームとしては合意形成を持っている。

虐待ケースのマネジメント手法の再検討

- ▶ 虐待のマネジメントは、介護保険のマネジメントとは切り離すべきだと思う。通常の介護保険のマネジメントというのは、要介護者のアセスメントをしてマネジメントするが、虐待のケースは、介護している側のマネジメントも必要であり、介護保険の延長線上では、虐待ケースの予防やマネジメントはできない。介護している側のアセスメントや生活歴を見ていくと、子供のころにDVを受けている場合もあり、そういったファミリーチェーンがみられる。武蔵野市では、12ぐらいのファクターに整理しており、そのファクターが3つか4つ重なると、一挙に虐待に転化することがわかっている。逆にその要因を予防すれば、虐待は予防できる。そういう意味では、地域包括支援センターでも、予防と介護を同一線上にしているのは、虐待や介入ケースのマネジメントはできないと考える。
- ▶ 支援のあり方として、伝統的にケースワーク的アプローチと称して行ってきたものでは明らかに限界が来ている。想定していたケースマネジメントは、まさにファミリーソーシャルワークである。
- ▶ 主任ケアマネジャーは、例えば管理ケアマネジャーのようなイメージで、スキルアップしたという意味でつくった。スーパーバイズができ、いわゆる処遇困難事例にもちゃんと対応できるスキルを持っている人を配置するはずだったが、人数をそろえるにあたって、結果的には質より量が優先されてしまった。
- ▶ 機能するアセスメントと包括ケアマネジメント（ファミリーソーシャルワークの部分）という、縦割りをつくらない考え方が求められる。しかし、こういったマネジメントの場合、どこが一番出てくるのかということがないと実践は難しい。

包括的・継続的マネジメント実現のためのシステム改善

- ▶ 「地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメントに関する調査」を見るとケアマネ支援という業務がありながら、スーパーバイズのところまでいっていないことが

わかる。

- ▶ 要介護1以上の方のケアプラン作成については、民間のケアマネジャーか在宅介護支援センターしかケアプラン作成ができず、介護報酬が発生しません。そうすると、要支援1・2の方のケアプランまでは包括が作成し、次に、要介護1以上になった場合は、改めて在支や民間ケアマネがアセスメントをし直してケアプランをつくる構造になっている。よって、連続性がつきにくくなっているのが問題である。特に「多くのかかわりと調整が必要なケース（処遇困難ケース）」の連携が非常に断絶傾向にある。本当に包括的・継続的であるとするならば、在宅支援センターと地域包括支援センターが一体的にケアプランを作成し、継続的マネジメントを実現させるという仕組みをつくった方が、はるかにリアリティのあるケアシステムになると考える。

<人材確保・育成・定着に関する課題>

給与と人材定着

- ▶ 3年を迎えかなりの人が転職されたり、人事異動でかわられたりしている。何年いるのがいいのかというのは議論が分かれるところだと思うが、少なくとも1年で替ってしまうとか、1年で辞めてしまうというのは決してプラスではない。人材の定着が地域包括支援センターにも大切な課題だと思っている。
- ▶ 法人によって随分違うが、職員の激しい入れかわりがあった。定着しているところは、しっかり残っているが、替わるところはポンポン替っていく。これにはいろいろな要因がある。法人差を見ていくと、統計をとったわけではないが、点という個別支援をしながら、地域にかかわっていくという面の仕事を同時に行うという業務特性を理解しないまま受託している法人では、育成も保護もできず、野放し状態のため職員が去っていく。この要因が法人ごとの差が出る点かと思う。また、1人の包括の職員にいくら研修してもどうにもならないこともある。様々な要因の中で包括の職員を研修していかないと、ますます苦しくなってくると感じている。
- ▶ 嘱託の中では給与はいい方だが、賞与の問題があり、嘱託職員がなかなか定着しない。
- ▶ 委託料の問題というのは非常に大きく、財政当局は当然少ない額を指示してくるわけですが、受けていただく法人さんからすると、その範囲内で見つかる職員でやっていくため、そこが大きな弊害。各法人の中でも優秀な人材を配置できるような委託料なのかどうかということは現実的な問題としてあると思う。
- ▶ 虐待については防止法の関係もあり、相談が増加してきた。業務量の増加に見合った委託料の検討を求める声もある。
- ▶ 安く委託すれば質が悪くなるのは当たり前。その一番単純なことが、コストベネフィットなどで惑わされてしまっている。安く委託して高パフォーマンスというのは別途、手を打たなければだめな話。職員のバーンアウトの話もそうで、やはり人材育成論の話とセットで議論する必要がある。

主任ケアマネジャー

- ▶ 包括的・継続的ケアマネジメントを実践する上で、優秀な主任ケアマネジャーの確保が必要だが、現状は難しい。
- ▶ 平成19年か20年度まで、在宅介護支援センターの業務経験は、主任ケアマネジャーを取得するときの資格要件から外れていたため、逆転現象が起こっていた。民間のケアマネジャーは主任ケアマネジャーになりやすいが、在宅介護支援センターでソーシャルワークやスーパーバイズを行ってきた人は、当初主任ケアマネジャーへの資格取得がなかった。したがって、いわゆる「わかっている主任ケアマネジャー」がほとんどいない状況を生んでいる。
- ▶ 特定施設加算との関係で、直営のセンターに出向している主任ケアマネジャーを施設に戻してほしいというところが出てきている。人材不足のため、経験の浅い職員の派遣や定年までのポストになっていくのではないかと危惧される面が出てきている。また逆に、地域包括を主任ケアマネジャーの養成施設にしてもらっては困るという話も聞く。
- ▶ 主任ケアマネと介護支援専門員は、職種として切り離すのが大前提の議論です。連続であれば、センターが主任ケアマネジャーの養成施設という風に言われるのは当たり前の話になってしまう。単純に勉強したら主任ケアマネジャーになれるという名前にしてしまったことが誤解を生んでいるのではないか。主任ケアマネジャーのコンセプトを整理しないとイケない。保健医療と生活支援をブリッジできるような、新しい職種のイメージをちゃんとつくるべきである。現場が鍛え上げてきた本来のケアマネ技術をきちんと組み込み、理論化する必要がある。
- ▶ ケアマネジャーをいくらやっても、ソーシャルワークの経験はできない。逆に言うと、生活保護のワーカー経験者は、家族調整もしているし、ある意味、財産管理のぎりぎりのところまでしている。施設との連携もできるから、ソーシャルワークの経験としては高い。
- ▶ 大津市の地域包括支援センターの場合も、民間から幹部候補生が来ているためよく回っている。しかし、かつての在宅介護支援センターの二の舞にならないように、何かいい知恵を出さなくてはならない。キャリアアップシステムを組み込むなど。和光市の期限つき地方公務員というのは良い方法だと思う。
- ▶ 自治法的には、任期つき職員が一番なのではないかと思う。
- ▶ 包括的ケアマネジメントの概念の確立が前提だが、ネクストステップ(地域包括で主任ケアマネをやったら、独立開業できるようにするとか、経験を介護報酬にはね返らせるとか)を何か考えなければいけない。
- ▶ 主任ケアマネの研修のプログラムももう少しスキルに何が必要かという議論を詰めた上で、改良の余地があると思う。
- ▶ 主任ケアマネの質の担保にも、職能団体であるケアマネジャー連絡会には相当な期待をしている。もちろん職能団体は行政機関ではないため、肩がわりをさせるのではなく、質の担保とは何なのか、どんな質の支援が必要なのかという点は、議論を要する。

社会福祉士

- ▶ それもソーシャルワークのつくり直しと関係してくるが、今のソーシャルワーク教育は保健医療知識をきちんと教えていないことにも課題がある。

- ▶ 高齢分野はフィールドがなかった。社会福祉士という資格を取っても、トレーニングする機関がない。地域包括支援センターというフィールドをつくったのだから、そこに新卒でもいいので社会福祉士をきちんと置けば、絶対に熟達していく。創設時にはそういう意味合いもあった。

保健師・看護師の確保人材育成が難しい

- ▶ 在宅に熱心な保健師・看護師の確保もなかなか難しく、在宅に熱心な医療職をきちんとつくっていくことが必要。
- ▶ 長期ケア型のアセスメント能力を持った医療保険職というか、そういう概念は絶対に必要。例えば、デンマーク型管理看護師。医療現場に戻さなくてもいい、熟達した長期ケアの専門職をつくる。看護師については、そういうキャリアパスをつくっている。
- ▶ 保健師が非常に定着しない状況もある。仕事自体はやりがいがあり、続けていきたいが、体が続かないという方が意外に多い印象を受ける。人材定着というのはいろいろなことを説明していく前での本当に最低限のことだと思う。

<運営方式による課題>

直営地域包括支援センターの必要性と課題

- ▶ 現在、委託の地域包括支援センターには高齢者虐待の立入調査権、あるいは立入調査の際の警察署長への援助要請権が付与されていない。虐待の通報があった場合、委託のセンターは動けない。そういう点で直営地域包括が最低でも1カ所は必要だというのが実感としてある。
- ▶ 近江八幡市の場合は、直営を1ヶ所にまとめている。それで十分機能する。ただ、1ヶ所での職員数が多くなるため、財政から厳しい目を向けられる可能性はある。
- ▶ 直営を維持するのか、委託にするのかの議論がある。人数の話でいけば、各3名体制できめ細かな対応という点はあるが、統合して職員を集中配置した方が実は効率がよいのではないかと。また、逆に市民からは、小学校区レベルにセンターを置いて欲しいという声もある。規模間、数をどうしていくのか議論を要する。
- ▶ 直営化だからといって正職を増やさないとできないということではなく、しっかりした法人から派遣協定を結んで派遣をしてもらうのも一つの案。本来は地公法上でいうと、短期の任用つきの地方公務員にするのが法的には一番いいと思う。しかし、雇用保険や市町村共済などの加入を考えると、財政負担は増える。研修協定という形であれば、行政との結びつきと関連法人の中長期の人材育成とがマッチするので、そういう意味では単独直営型、いわゆる正規職員型の直営よりも将来的にはいいのかと考える。
- ▶ 財政当局とか人事当局からすると、委託にしてはどうかという逆提案が来るような状況がある。地域包括支援センターの中身を十分説明した上で、担当課と直営が一体となって、今後とも継続できる仕組みをつくるかどうかが大変大きな課題だと認識している。

- ▶ 財政当局や人事当局から委託の圧力が強まっているというのは、おそらく多くの市で起きていること。簡単な話、委託という方式に改めると、当然委託料になる。財政当局はなおかつその委託料を毎年毎年上げないというキャップを当てはめることもできる。しかし、直営の場合右肩上がりが基本的になるため、そこを嫌がる状況があると思う。直営のメリット、例えば虐待対応の件や、ケアプランの内容が非常によくなったなど、介護保険の専門でない人でもわかるような指標ができていくと、人事や財政当局は説得しやすいのがあると思う。
- ▶ 直営にするのは三つの要因がある。一つは保険者事務部門が厚生労働化し始めたということ。現場から乖離し、現場のニーズがきっちり政策に反映できなくなってきた、地域包括ケアシステムと言っておきながら、現場と企画立案部門のずれが生じてきているということ。二つ目はセーフティーネットの強化という意味での直営化。委託方式では、立ち入り調査権もなければ警察署長への要請もできない。年間40～50件の虐待ケースを迅速に、夜中でもすぐに駆けつけ、踏み込むことができたり、調査できたり、あるいは医療と結びつくためには、セーフティーネット機能の強化が求められる。三つ目は、武蔵野市の場合だが、地域包括支援センターによるケアマネ支援と、地域包括支援センターができる前に設置したケアマネジャー研修センターおよび常設のケアプラン指導研修事業が重複する点。統合するメリットというのは、財政面でも効率化が図れる。この三つの要素で財政と定数部門に納得してもらった。

委託方式による弊害

- ▶ 和光市がやっているようなレーダーチャートのような重層的な仕掛けをどうつくるか。これはただの訪問活動の範囲ではない。個人情報保護法を委託元が管理すればいいという理屈にはなっているが、現場ではなかなかそうはいかない。基礎自治体が委託のセンターだから情報を渡さないという話も含めて、思案のしどころである。

大都市モデルの検討

- ▶ 政令指定都市の場合、区はそれぞれの業務的にはコミットするとしても、組織的に組み込むことは難しい。大都市モデルを考える上で、統括をかませた北九州の取り組みは非常に重要である。

<情報の取扱いとシステム導入>

- ▶ 市全体の情報共有、電算システムの整合性は必須。
- ▶ 「個人結果一覧表」については、特に個人同意をどう得るのか議論があった。民間に情報が出たらスケールメリットとして使われるのではないかとの懸念の声もあった。その

ときに考えたのは、まずシステムを介護保険と切り離し、高齢者施策のシステムとしてつくるということ。また、当時委託されていた在宅介護支援センターは準市役所という位置づけにし、おさめていた。現在は中身がかなり発展している。ここには緊通などのデータも入っているため、防災の支援困難者についての利用を検討している。

- ▶ 地域包括支援センターに支援システムを導入し、オンラインで結んでいる。非常に使い勝手の良いものになっている。オンラインで結ぶ際、条例の整備まではしていないが、契約の中で機密保持等を行っている。
- ▶ 一般的な市町村の場合、おそらくオンラインで結ぶことは難しい。しかし、認定調査票や主治医の意見書のコピーを手渡しでケアマネジャーさんがとり行くなど原始的なことに比べ、必要書類がラインを通っていくというのは現場からしたら非常に便利である。
- ▶ 地理的条件によりオンライン化できる地方とできない都市部については別の視点での検討が必要である。

<地域包括支援センターの機能分化>

- ▶ 生活支援というのは、自助・互助・共助・公助の四つの組み合わせでないとできない。自助は、残存能力の活用であり、1割自己負担であり、保険外のサービスを自分で買うということ。互助というのは、家族、隣人、友人、ボランティアの自発的な支援。介護保険は共助であるから、仲間が金を出し合って、お互いの自助のネットワークとしてやっていく。一方、公助は基本的に介護扶助や措置といった社会福祉。共助と公助は切り離さなければいけない。しかし、地域包括支援センターというのは財政上、地域支援事業、つまり、共助と公助が融合的になってしまっている。地域包括支援センターと地域支援事業の機能をもう一回、明確に区分する必要がある。介護予防は自発的に、要介護1以上は社会保険として給付するというにすればいい。そして、介入しなければいけないのは、公助で行う。明確に区分しないと財政的にも厳しくなる。任務分担というのがこれからの課題になってくるのではないかと思う。
- ▶ これからの包括支援センターは、地域包括ケアの定義が、自助と互助と共助の部分で、財源論とサービスの連携という部分を踏まえ、いかに住民にアピールするかが重要。一番は市役所の担当職員にアピールしなければいけないと思うが、理念を持った事業者や、理念を持ったNPO法人や社協が理解をしていけば、役割分担ができ、その統括機関として包括支援センターが地域で機能していくのではないかと。
- ▶ 総合的ケアシステムの推進と地域包括の業務としておくというのはやはり無理があり、自治体のまちづくりの思想性みたいなものがきちんと反映されていくような仕組みをどうやってつくっていくかということが一番大きなポイント。
- ▶ 高齢者は、大枠3区分にすればいいと思う。それは、介護を必要とする高齢者（要介護1以上の高齢者）、介入が必要な高齢者、その他の高齢者。介護を必要とする人は介護保険が支え、介入必要高齢者については地域包括支援センターが役割を果たし、その他の高齢者は市町村の一般施策で対応する。そのようにすれば、おのずと地域包括支援セ

ンターの事業が見えてくる。

- ▶ 本来セーフティネットや虐待のケースについては、法律的に、老人福祉法に依拠してやらなければいけないが、地域包括支援センターは介護保険法に位置づけられているため、介護保険の枠でどうこうという話になってしまうのではないか。
- ▶ 高齢者介護に対して、社会保険で動いているのは介護保険だが、だからといって高齢者福祉という要素を全く無視することはできない。それを介護保険に統一したり、老人保健法に統一したりするよりは、社会保険という共助の仕組みと社会福祉という公助の仕組みという2焦点があり、その2焦点を中心とした楕円運動が必要なのではないか。

Ⅲ. 地域包括支援センターにおける取り組みと連携に関する調査

国立保健医療科学院 筒井 孝子

2006年に実施された介護保険制度改革において、地域におけるケアのあり方を中心とする改革が行われ、地域包括支援センターの創設、ケア付き居住施設の充実等の居住系サービスの充実、新予防給付・介護予防事業の創設、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの創設、食費・居住費の見直しなどが行われた。

このような改革から4年が経過し、高齢者が地域において自立した生活を継続できるよう区市町村が介護予防事業、包括的支援事業といった地域支援事業を実施することとなったわけだが、地域の実情や区市町村の政策方針の違いによって、その取り組みは、多様な形態で行われ、多くの課題も抱えている。

とくに地域包括支援センターは、総合相談事業および、権利擁護事業、介護予防のマネジメントおよび、包括的・継続的ケアマネジメントを実施する機関として、地域支援事業の中核として日常生活圏域単位に設置され、地域ケアのトータルマネジメントについての役割を担うものとするが、充実した活動を展開できている地域包括支援センターがみられる一方で、介護予防の業務に忙殺され、本来、想定されていた機能を十分発揮できていないというセンターも多いようである。

とくに、このセンターが中心に担うこととされている、包括的・継続的ケアマネジメントは、地域課題の抽出や支援対象者に対するアセスメント手法の確立、医療・保健・福祉等の地域資源との連携ネットワークの構築が必須である。

また、困難事例・重層事例の解決方法に関するマネジメントの推進などは専門職によって解決されるべき内容といえるが、こういった専門職の不足の顕在化は、先の社会保障国民会議における最終報告においても「専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築」が社会保障機能の強化のための改革として掲げられるような状況となっている。

専門職自体の不足だけでなく、これまで保健・福祉サービスにおける人的資源管理（Human Resources Management:HRM）に関しては、ほとんど「議論さえもない¹⁰⁾」といわれる現状であり、地域での社会資源に関わるマネジメントを実施する専門職の能力の評価については、十分、行われているとはいえない状況である。

専門職に期待される役割として、協働体制の構築や実行、社会資源の発見や開発は、当該専門職の連携能力の高さが要求される。先行研究においても、こういった地域資源間のマネジメントについては、『当事者組織をはじめとする対象者との深い社会資源と連携して』、『具体的には、高齢者、知的障害者、精神障害者を対象とした病院、施設、サービス提供事業者や当事者組織、市区町村社協などとの連携を図り、』と示され、地域の社会

¹⁰⁾ 田尾雅夫. ヒューマンサービスの組織、医療・保健・福祉における経営管理. 法律文化社. 1995 ; 1

資源との連携を図ることが強調されている¹¹⁾。

しかし、これらの連携能力の評価は、重要といわれることは多くても、実際にその評価がされているものは、ほとんどない状況である、

そこで本研究では、地域包括支援センターに勤務する職員が関係機関や他職種の連携の実態とその連携の有用性を回答することで当該専門員における地域の関係機関や他職種との連携実態を評価することができる評価尺度として、すでに標準化されている「連携活動評価尺度」を用いた調査 B を実施することとした。

また、本調査により、とりまとめられた研究成果は、厚生労働省所管の国立保健医療科学院において来年度より予定されている人材養成プログラムの開発にも活用される予定である。

本章では、この地域包括支援センターの職員の連携能力の評価に加え、自治体における地域支援事業の取り組み状況を把握し、制度が始まった 2006 年度当初との経年的変化を比較し、事業の実施状況と課題を明らかにすることを目的とした。

¹¹⁾ 地域福祉権利擁護事業の現状と課題・実施状況と事例から・. 社会福祉法人全国社会福祉協議会. 2001;10:118

1. 調査の概要

1) 調査の構成

本調査は、全国の市区町村における介護予防事業の取り組み状況を把握する調査（調査A）並びに地域包括支援センターに所属する保健師、看護師、主任介護支援専門員、社会福祉士等の専門職の連携活動等についての調査（調査B）で構成されている。

- 調査A：全国の市区町村における介護予防事業の取り組み状況を把握する調査
- 調査B：地域包括支援センターに所属する専門職の連携活動等についての調査

2) 調査の実施方法

調査Aは、市区町村の地域包括支援センターを所管する課に調査案内を行い、課の担当者に調査ウェブサイトからExcelファイルをダウンロードして入力し、調査ウェブサイトよりアップロードして提出してもらいExcelアンケート形式の調査で実施した。

調査Bは、調査Aで得られた各市区町村地域包括支援センターの情報に基づき、地域包括支援センターの専門職宛にe-mail又は郵送にて調査案内を行い、各専門職に調査ウェブサイトにて回答してもらい、オンラインアンケート調査形式の調査で実施した。調査Bでは匿名化された調査用IDにて回答を回収した。

なお、調査Aが所定の期限までに回収できなかった、一部の市区町村については、2006年の地域包括支援センター設置時の情報を基に調査Bの案内を郵送にて行い、郵送回収を行った。

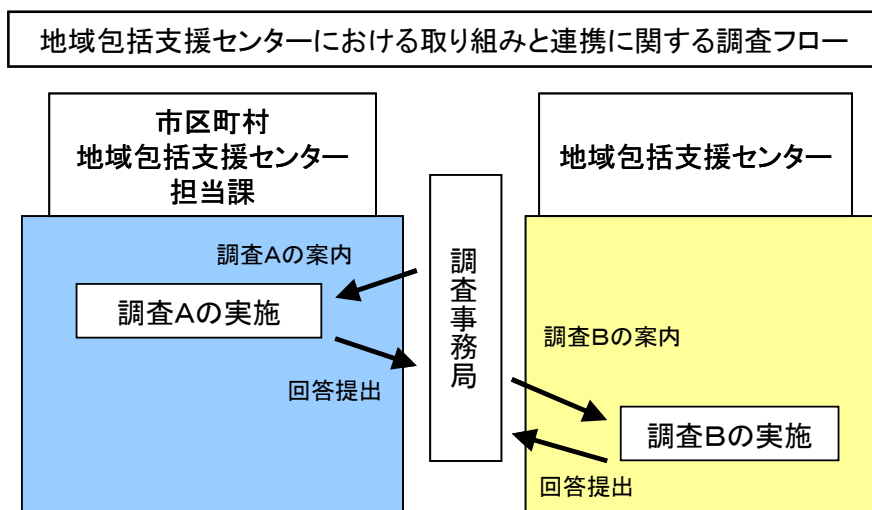


図 1 調査フロー概要図

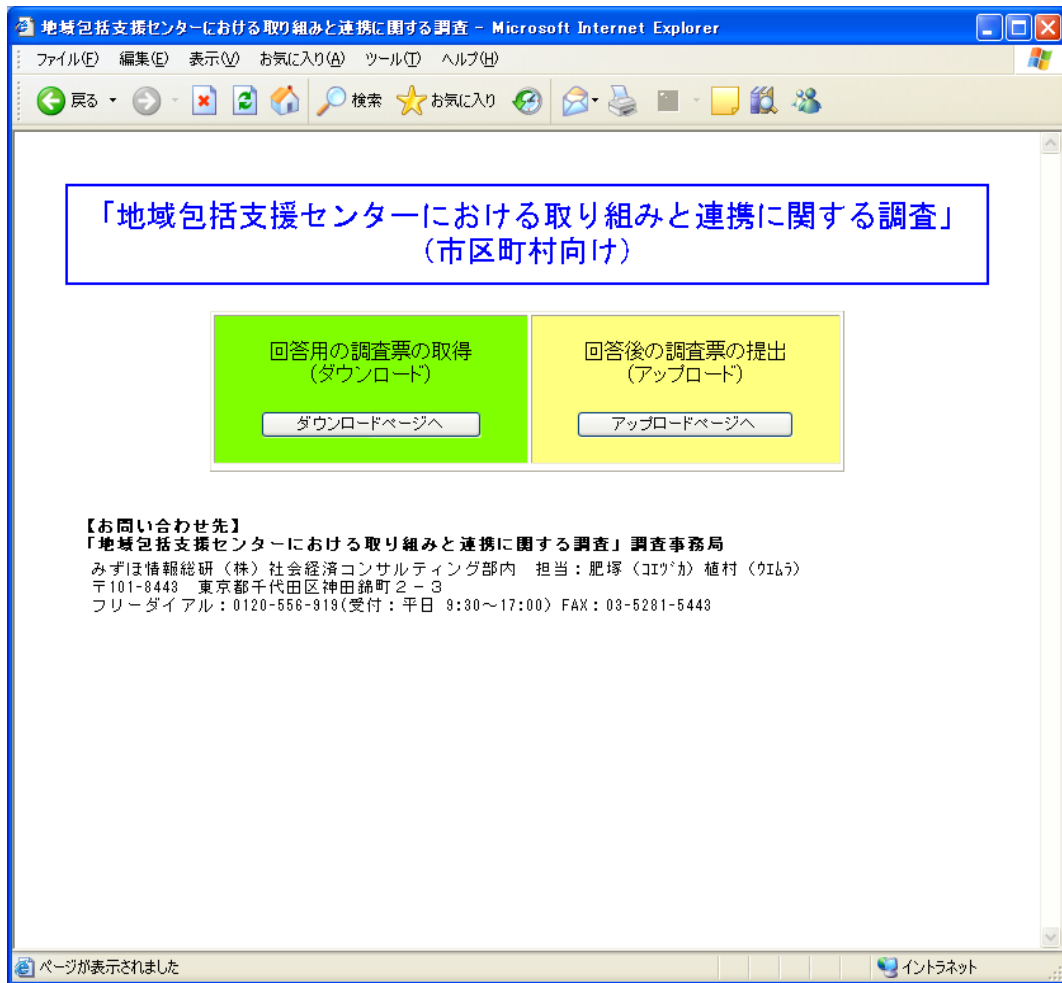


図 2 調査Aウェブサイトイメージ

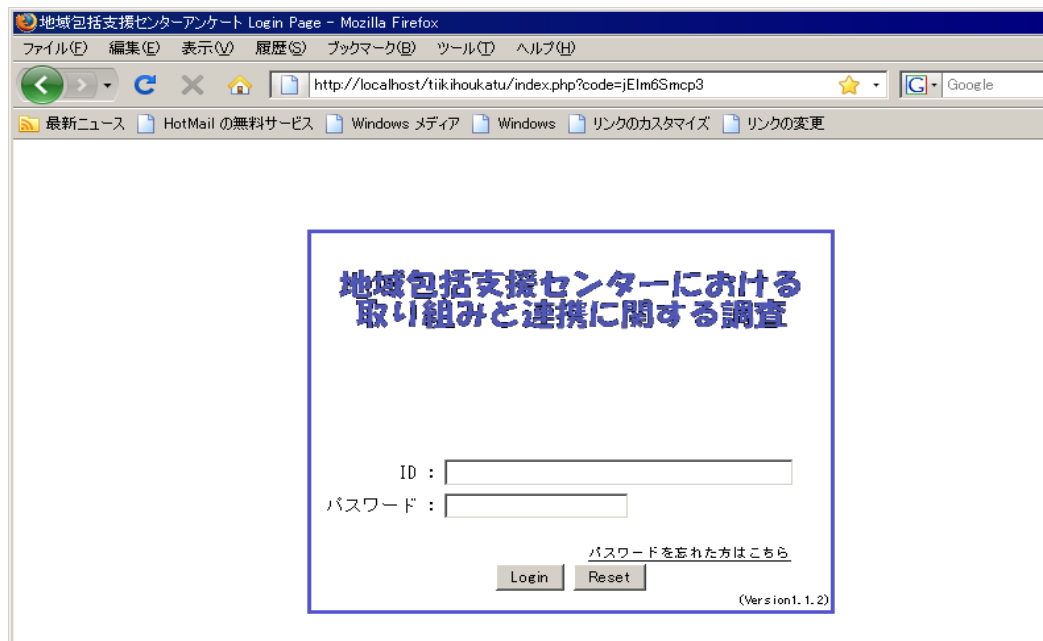


図 3 調査Bウェブサイトイメージ①

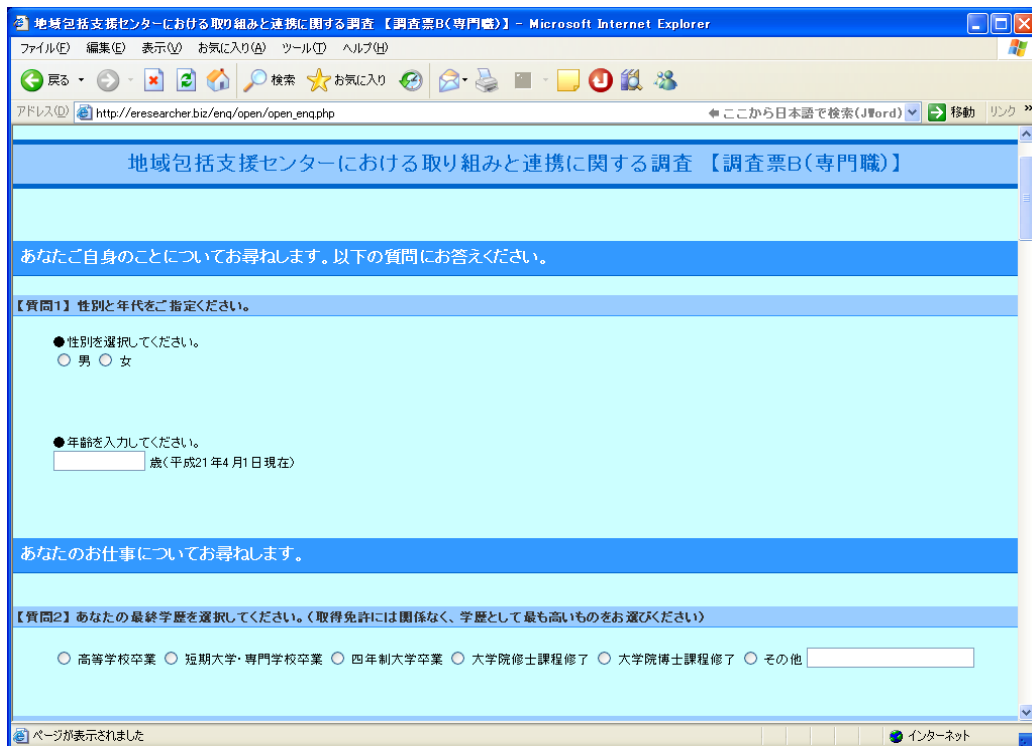


図 4 調査B ウェブサイトイメージ②

2. 市区町村における介護予防事業等の取り組み状況に関する調査（調査A）

(1) 調査票の回収状況と要介護認定率等の状況

1) 回収率

調査Aの集計対象自治体数は1,028自治体であり、回収率は57.0%であった。この結果、すべての都道府県からの回答を得ることができた。

表1 集計対象自治体数

	n	回収率
集計対象市区町村数(3/31現在)	1,028	57.0%

都道府県別に回収率をみると、回収率が高かった自治体としては、富山(86.7%)が最も高く、続いて愛知(80.3%)、愛媛(80.0%)、福岡(78.8%)、広島(73.9%)であった。

表2 都道府県別回収率の上位10(回収率降順)

都道府県名	市区町村数	市区町村数の県別内訳	回収市区町村数	回収市区町村数の内訳	調査A回収率
富山	15	0.8%	13	1.3%	86.7%
愛知	61	3.4%	49	4.8%	80.3%
愛媛	20	1.1%	16	1.6%	80.0%
福岡	66	3.7%	52	5.1%	78.8%
広島	23	1.3%	17	1.7%	73.9%
岐阜	42	2.3%	31	3.0%	73.8%
千葉	56	3.1%	38	3.7%	67.9%
山梨	28	1.6%	19	1.8%	67.9%
茨城	44	2.4%	29	2.8%	65.9%
静岡	37	2.1%	24	2.3%	64.9%

都道府県別に回収率が低かった自治体としては、鳥取(26.3%)、徳島(29.2%)、沖縄(39.0%)、香川(41.2%)、兵庫(41.5%)であった。

表3 都道府県別回収率の下位10(回収率昇順)

都道府県名	市区町村数	市区町村数の県別内訳	回収市区町村数	回収市区町村数の内訳	調査A回収率
鳥取	19	1.1%	5	0.5%	26.3%
徳島	24	1.3%	7	0.7%	29.2%
沖縄	41	2.3%	16	1.6%	39.0%
香川	17	0.9%	7	0.7%	41.2%
兵庫	41	2.3%	17	1.7%	41.5%
高知	34	1.9%	15	1.5%	44.1%
大分	18	1.0%	8	0.8%	44.4%
佐賀	20	1.1%	9	0.9%	45.0%
新潟	31	1.7%	14	1.4%	45.2%
山形	35	1.9%	16	1.6%	45.7%

回収調査票の県別内訳をみると表4のようになり、ほぼ自治体数の内訳と同様の傾向を示しており、回収された調査票についての県別の偏りは見られなかった。

表 4 都道府県別集計対象自治体数

都道府県名	市区町村数	市区町村数の 県別内訳	回収市区町 村数	回収市区町 村数内訳	調査A回収率
北海道	180	10.0%	105	10.2%	58.3%
青森	40	2.2%	22	2.1%	55.0%
岩手	35	1.9%	20	1.9%	57.1%
宮城	36	2.0%	18	1.8%	50.0%
秋田	25	1.4%	16	1.6%	64.0%
山形	35	1.9%	16	1.6%	45.7%
福島	59	3.3%	32	3.1%	54.2%
茨城	44	2.4%	29	2.8%	65.9%
栃木	31	1.7%	16	1.6%	51.6%
群馬	38	2.1%	24	2.3%	63.2%
埼玉	70	3.9%	37	3.6%	52.9%
千葉	56	3.1%	38	3.7%	67.9%
東京	62	3.4%	34	3.3%	54.8%
神奈川	33	1.8%	21	2.0%	63.6%
新潟	31	1.7%	14	1.4%	45.2%
富山	15	0.8%	13	1.3%	86.7%
石川	19	1.1%	12	1.2%	63.2%
福井	17	0.9%	11	1.1%	64.7%
山梨	28	1.6%	19	1.8%	67.9%
長野	81	4.5%	47	4.6%	58.0%
岐阜	42	2.3%	31	3.0%	73.8%
静岡	37	2.1%	24	2.3%	64.9%
愛知	61	3.4%	49	4.8%	80.3%
三重	29	1.6%	15	1.5%	51.7%
滋賀	26	1.4%	13	1.3%	50.0%
京都	26	1.4%	12	1.2%	46.2%
大阪	43	2.4%	23	2.2%	53.5%
兵庫	41	2.3%	17	1.7%	41.5%
奈良	39	2.2%	21	2.0%	53.8%
和歌山	30	1.7%	16	1.6%	53.3%
鳥取	19	1.1%	5	0.5%	26.3%
島根	21	1.2%	11	1.1%	52.4%
岡山	27	1.5%	13	1.3%	48.1%
広島	23	1.3%	17	1.7%	73.9%
山口	20	1.1%	10	1.0%	50.0%
徳島	24	1.3%	7	0.7%	29.2%
香川	17	0.9%	7	0.7%	41.2%
愛媛	20	1.1%	16	1.6%	80.0%
高知	34	1.9%	15	1.5%	44.1%
福岡	66	3.7%	52	5.1%	78.8%
佐賀	20	1.1%	9	0.9%	45.0%
長崎	23	1.3%	11	1.1%	47.8%
熊本	47	2.6%	25	2.4%	53.2%
大分	18	1.0%	8	0.8%	44.4%
宮崎	30	1.7%	15	1.5%	50.0%
鹿児島	45	2.5%	26	2.5%	57.8%
沖縄	41	2.3%	16	1.6%	39.0%
	1804		1028	100.0%	57.0%

2) 要介護認定率

集計対象となった自治体の、高齢者人口に占める要介護認定者数の割合をみると、全体では16.2%であり、全国平均（調査対象時点の2008年3月時点での比較）の15.9%と同水準であった。さらに要介護度別の割合をみても、全国平均と同水準となっていた。

表 5 要介護認定者の高齢者に占める割合

	件数(n)	平均値(%)	全国平均値
要支援1	1,028	2.0%	2.0%
要支援2	1,028	2.3%	2.2%
要介護1	1,028	2.8%	2.7%
要介護2	1,028	2.9%	2.8%
要介護3	1,028	2.5%	2.5%
要介護4	1,028	2.1%	2.0%
要介護5	1,028	1.8%	1.6%
合計	1,028	16.2%	15.9%

※全国平均値は介護保険事業状況報告の2008年3月分の数値

3) 特定高齢者の割合

特定高齢者対策対象者については、2008年度、2009年度いずれも、国が示している標準的な割合と同水準となっている。

表 6 要介護認定者の高齢者に占める割合

	件数(n)	平均値(%)
2009年度の特定高齢者対策対象者数(見込)	1,021	4.8%
2008年度の特定高齢者対策対象者数(推定)	1,028	4.5%

4) 介護保険料の基準額

介護保険料の基準額は2008年度（第3期）（月額）までが平均4,961円、2009年度（第4期）（予定）が5,410円と、450円程度の値上げが予定されていた。

表 7 要介護認定者の高齢者に占める割合

	件数(n)	平均値(円)
2009年度(第4期)の基準額(予定)	985	5,410
2008年度(第3期)までの基準額(月額)	1,017	4,961

(2) 地域包括支援センターの状況

1) 地域包括支援センターの設置数

地域包括支援センターの設置数は、直営については2008年度が平均1.7か所、2009年度も1.7か所であるが、委託については2008年度が平均4.6か所、2009年度が4.7か所と、直営、委託ともに変化はみられなかった。

表 8 地域包括支援センターの設置数

	件数(n)	平均値(か所)
2009年度の設置数(見込み)【直営】	674	1.7
2009年度の設置数(見込み)【委託】	376	4.7
2008年度の設置数(見込み)【直営】	701	1.7
2008年度の設置数(見込み)【委託】	364	4.6

2) 地域包括支援センターのブランチ及びサブセンターの設置数

地域包括支援センターのブランチ及びサブセンターの設置数は、直営については2008年度、2009年度ともに平均12.5か所、委託については2008年度が5.9か所、2009年度が5.8か所と、直営、委託ともに変化はみられなかった。

表 9 地域包括支援センターのブランチの設置数

	件数(n)	平均値(か所)
2009年度の設置数(見込み)【直営】	122	12.5
2009年度の設置数(見込み)【委託】	233	5.8
2008年度の設置数(見込み)【直営】	123	12.5
2008年度の設置数(見込み)【委託】	239	5.9

3) 地域包括支援センターの運営費等

地域包括支援センターの運営費等をみると、委託の場合の1センター当たりの委託費用の平均は21,377千円であった。また、委託の場合の介護予防支援費の年間収入額は16,316千円であった。

表 10 地域包括支援センターの運営費

	件数(n)	平均値(千円)
①介護保険特別会計 (保健事業勘定)	759	60,897
②介護保険特別会計 (サービス事業勘定)	382	31,538
③一般会計 (介護保険関連)	335	95,094
④一般会計 (介護保険以外の一般高齢者施策等)	289	77,875
⑤(委託の場合) 1センター当たりの委託費	355	21,377
④(委託の場合) 介護予防支援費の年間収入額	269	16,316

4) 地域包括支援センターの人員配置(市区町村全体の合計)

地域包括支援センター1センター当たりの人員配置は、保健師については常勤で平均

1.64 人と他の職種と比べて若干ではあるが多めに配置されているものの、社会福祉士や主任介護支援専門員については1人強と、配置基準をわずかに上回る程度であった。

表 11 地域包括支援センターの人員配置（1センター当たり）

	件数(n)	平均値(人)
①保健師【常勤】	880	1.64
①保健師【非常勤】	130	0.75
②看護師【常勤】	337	1.07
②看護師【非常勤】	143	1.34
③社会福祉士【常勤】	792	1.31
③社会福祉士【非常勤】	127	0.78
④主任介護支援専門員【常勤】	864	1.29
④主任介護支援専門員【非常勤】	49	1.30

なお、平成18年度の介護保険制度改正前に地域包括支援センター1センター当たりの人員配置予定数を聞いた調査と、今回の調査結果を、比較可能な同一市町村について比較したところ、ほとんどの職種について、予定数以上の人員配置となっていた。

表 12 地域包括支援センターの人員配置
(1センター当たり：制度創設時の予定数との比較)

	予定平均 人員(人)	現状の平均 人員(人)
①保健師【常勤】	1.56	1.62
①保健師【非常勤】	1.09	0.91
②看護師【常勤】	1.06	1.09
②看護師【非常勤】	1.12	1.30
③社会福祉士【常勤】	1.18	1.35
③社会福祉士【非常勤】	1.11	0.90
④主任介護支援専門員【常勤】	1.21	1.31
④主任介護支援専門員【非常勤】	1.20	1.29

5) 新予防給付及び介護予防支援給付の状況

2008年度の新予防給付ケアプラン作成の実人数の平均は1,075人、介護予防支援プラン作成の実人数の平均は80人であった。

表 13 新予防給付及び介護予防支援給付の状況（実人数）

	件数(n)	平均値(人)
2008年度全体での新予防給付 ケアプラン作成の実人数	932	1,075
2008年度全体での介護予防支援 (特定高齢者)プラン作成の実人数	907	80

これについて対象者全体の割合をみると、新予防給付ケアプラン作成の実人数については、対象となる要支援1・2の人口の70.1%、介護予防支援プラン作成の実人数については、対象となる特定高齢者の29.7%であり、特に特定高齢者についてはケアプラン作成まで結びつきにくい状況が伺える。

表 14 新予防給付及び介護予防支援給付の状況（対象者に対する割合）

	件数(n)	平均値(%)
2008年度全体での新予防給付 ケアプラン作成の実人数 【要支援1・2の人口に占める割合】	676	70.1%
2008年度全体での介護予防支援 (特定高齢者)プラン作成の実人数 【特定高齢者に占める割合】	844	29.7%

(3) 地域密着型サービスの整備状況

1) 地域密着型サービスの事業所数

地域密着型のサービスの事業所数は、市町村内の設置カ所は平均 6.6 か所であるが、今後追加的に取り組みを予定している事業者数も平均 3.3 か所あり、今後ともある程度の整備が進むと予想された。

表 15 新予防給付及び介護予防支援給付の状況（対象者に対する割合）

	件数(n)	平均値(か所)
①設定箇所(市町村内で)	715	6.6
②今後追加的に取り組みを予定している事業者数	377	3.3

2) 地域密着型サービスの内容

2008 年度までに整備されている地域密着型サービスの内容みると、認知症対応型共同生活介護が 72.4%、認知症対応型通所介護が 44.0%、小規模多機能型居宅介護が 39.9%であり、その他のサービスについては 10%以下であった。なお「実施していない」も 13.9%を示していた。

表 16 現在整備されている地域密着型の内容

	件数(n)	全体に占める割合
①小規模多機能型居宅介護	410	39.9%
②認知症対応型共同生活介護	744	72.4%
③認知症対応型通所介護	452	44.0%
④夜間対応型訪問介護	56	5.4%
⑤小規模(定員30名未満)介護老人福祉施設	88	8.6%
⑥小規模(定員30名未満)介護専用型特定施設	45	4.4%
⑦実施していない	143	13.9%
⑧その他	9	0.9%

また、地域密着型サービスを整備していくに当たって今後課題となっている事業としては、小規模多機能型居宅介護が 39.5%、認知症対応型共同生活介護が 24.6%、認知症対応型通所介護が 17.3%となっていた。また、相対的に取組が遅れている夜間対応型訪問介護や小規模介護老人福祉施設を課題とする市町村が 15%前後となっていた。

表 17 地域密着型サービスで今後、追加的に取り組みをしていくに当たって
課題となっている事業（複数回答可）

	件数(n)	全体に占める割合
①小規模多機能型居宅介護	406	39.5%
②認知症対応型共同生活介護	253	24.6%
③認知症対応型通所介護	178	17.3%
④夜間対応型訪問介護	150	14.6%
⑤小規模(定員30名未満)介護老人福祉施設	167	16.2%
⑥小規模(定員30名未満)介護専用型特定施設	43	4.2%
⑦実施していない	124	12.1%
⑧その他	29	2.8%

なお、平成 18 年度の介護保険制度改正前に地域密着型サービスの実施予定を聞いた調査と、今回の調査結果を、比較可能な同一市町村について比較したところ、予定通りに整備が進んでいるサービスはほとんどなかった。

制度創設前に予定ありとされ、実績ありの割合が最も高かった「認知症対応型共同生活介護」で 57.9%、「認知症対応型訪問介護」は、34.5%の実績となっていた。このほか「小規模多機能型居宅介護」が 29.2%と高かった。整備がすすんでいない状況が示されていた。

「夜間対応型訪問介護」、「小規模(定員 30 名未満)介護老人福祉施設」、「小規模(定員 30 名未満)介護専用型特定施設」は、制度創設前に実績なしとの回答が 85%を超え、予定もされておらず、これらの整備は、かなり難しいことが推察された。

表 18 地域密着型サービスの整備予定（制度創設前）と現在の整備状況

	予定あり(制度創設前)		予定なし(制度創設前)	
	実績あり	実績なし	実績あり	実績なし
①小規模多機能型居宅介護	29.2%	11.8%	12.6%	46.4%
②認知症対応型共同生活介護	57.9%	13.8%	17.0%	11.3%
③認知症対応型通所介護	34.5%	12.9%	11.9%	40.7%
④夜間対応型訪問介護	4.1%	7.2%	2.5%	86.2%
⑤小規模(定員30名未満)介護老人福祉施設	3.5%	1.7%	6.3%	88.5%
⑥小規模(定員30名未満)介護専用型特定施設	2.5%	2.9%	2.3%	92.3%

3) 地域密着型サービスの実施・運営にあたっての課題

地域密着型サービスの実施・運営にあたっての課題としては、「参入する事業者・事業所がない(少ない)」と「経営が厳しい」が最も多く(41.5%)、次いで「事業所の選定・指導・監査のノウハウ」(40.8%)、「専門職等の人材が不足している」(28.4%)となっていた。

表 19 地域密着型サービスの実施・運営にあたっての課題

	件数(n)	全体に占める割合
①事業所の選定・指導・監査のノウハウ	419	40.8%
②住所地の問題(住所地特例など)	212	20.6%
③参入する事業者・事業所がない(少ない)	427	41.5%
④専門職等の人材が不足している	292	28.4%
⑤近隣市町村との調整が困難	112	10.9%
⑥経営が厳しい	427	41.5%
⑦その他	30	2.9%

(4) 介護予防事業および地域支援事業の取組状況

2008年度の実施内容をみると、「運動系(筋力トレーニング)」が最も多く(93.2%)、次いで「口腔ケア」(79.3%)、「栄養改善」(65.0%)であった。また「認知症予防支援」が58.9%、「閉じこもり予防」51.8%と5割を超え、「うつ予防・支援」が35.1%と示されており、地域支援事業における介護予防事業としては、「運動系(筋力トレーニング)」、「口腔ケア」、「栄養改善」、「認知症予防支援」、「閉じこもり予防」、「うつ予防・支援」の6種類が全国で実施されてきた介護予防事業と推察された。

表 20 介護予防事業の取組状況

	件数(n)	全体に占める割合
①予防に着目した訪問介護	129	12.5%
②運動系(筋力トレーニング)	958	93.2%
③口腔ケア	815	79.3%
④尿失禁	65	6.3%
⑤閉じこもり予防	532	51.8%
⑥栄養改善	668	65.0%
⑦認知症予防・支援	606	58.9%
⑧うつ予防・支援	361	35.1%
⑨その他	41	4.0%

なお、平成18年度の介護保険制度改正前に地域支援事業における介護予防事業等の実施予定を聞いた調査と、今回の調査結果を、比較可能な同一市町村について比較したところ、「運動系」「口腔ケア」「栄養改善」については、半数以上の市町村で予定通りの整備が進んでいた。

制度創設前も予定がなく、実績なしが90.0%であったのは、「尿失禁」で、これについて

は、ほとんど実施されていないことがわかった。

表 21 介護予防事業等の取組予定（制度創設前）と現在の実施状況

	予定あり(制度創設前)		予定なし(制度創設前)	
	実績あり	実績なし	実績あり	実績なし
①予防に着目した訪問介護	4.3%	23.3%	6.4%	66.0%
②運動系(筋力トレーニング)	83.9%	5.2%	9.8%	1.1%
③口腔ケア	61.6%	8.6%	21.1%	8.7%
④尿失禁	1.2%	3.5%	5.2%	90.0%
⑤閉じこもり予防	37.4%	23.7%	15.0%	23.9%
⑥栄養改善	54.2%	20.1%	13.8%	11.9%
⑦認知症予防・支援				
⑧うつ予防・支援				

(5) 地域包括支援センターの運営状況について

1) 地域包括支援センターの基本とされる機能の実施事業内容

2008年度の地域包括支援センターの基本とされる機能の実施事業内容をみると、「総合相談」(98.2%)、「高齢者の権利擁護」(87.7%)、「包括的・継続的ケアマネジメント支援」(90.6%)、「介護予防ケアマネジメント」(96.0%)についてはほとんどの市町村で取り組まれていたが、「共通の支援基盤の構築」についての実施率は60.8%と、他の事業と比べて低くなっていた。

表 22 地域包括支援センターの基本機能の実施状況

	件数(n)	全体に占める割合
①共通の支援基盤の構築 (地域における重層的なサービスネットワークの構築)	625	60.8%
②総合相談(高齢者の相談受付)	1,009	98.2%
③高齢者の権利擁護 (虐待等の普及啓発・訪問実態把握・任意及び法定後見等の実施)	903	87.8%
④包括的・継続的ケアマネジメント支援 (地域資源を活用したケアマネジメント構築)	931	90.6%
⑤介護予防ケアマネジメント	987	96.0%

2) 地域包括支援センター事業の実施・運営の課題

地域包括支援センター事業の実施・運営の課題としては、「業務量が多い」が最も多く(71.2%)、次いで「特定高齢者の把握」(43.9%)、「住民への周知不足」(43.7%)であった。

保健師等が不足34.6%、社会福祉士が不足29.9%、主任介護支援専門員不足29.5%と専門職の不足を示した自治体が3割程度しめされた。

地域との連携が困難と示されたことは、いわば地域包括支援センターの業務そのもの

についての困難さを示したといえ、これが 15.8%も示されていた。

表 23 地域包括支援センター事業の実施・運営の課題

	件数(n)	全体に占める割合
①業務量が多い	732	71.2%
②保健師等が不足	356	34.6%
③主任介護支援専門員不足	303	29.5%
④社会福祉士が不足	307	29.9%
⑤地域との連携が困難	162	15.8%
⑥特定高齢者の把握	451	43.9%
⑦財源が少ない	178	17.3%
⑧離職者が多い	83	8.1%
⑨住民への周知不足	449	43.7%
⑩その他	122	11.9%

3) 地域包括支援センターの基本とされる機能以外の実施事業内容

2008年度の、地域包括支援センターの、いわゆる基本事業以外に実施している内容としては、「その他の保健サービス（健康相談・検診等）」が最も多く（21.8%）、次いで「特定健診・特定保健指導（メタボリック対策）」（14.3%）といった保健活動が多かったが、「教育サービス（社会教育含む）」（8.0%）、「児童サービス（保育、社会的養護、子育て支援等）」（7.4%）といった児童に関わるサービスを実施しているところがあった。

さらに、医療サービス（実際の診察等）が 2.2%と示され、センターによって多様な取り組みがなされている状況が示された。

表 24 地域包括支援センターの基本とされる機能以外の実施事業内容

	件数(n)	全体に占める割合
①医療サービス(実際の診察等)	23	2.2%
②特定健診・特定保健指導(メタボリック対策)	147	14.3%
③その他の保健サービス(健康相談・検診等)	224	21.8%
④児童サービス(保育、社会的養護、子育て支援等)	76	7.4%
⑤教育サービス(社会教育含む)	82	8.0%
⑥その他	111	10.8%

3. 地域包括支援センターに所属する専門職の連携活動等に関する調査 (調査B)

(1) 調査票の回収状況

調査Bの集計対象職員数は、5,870名であり、センター数では1,495件であった。調査の案内を行ったセンターベースでの回収率は、37.6%であった。なお、主としてオンライン調査にて案内を行った調査対象の回収率は24.4%であり、一部郵送案内・郵送回収にて案内を行った調査対象の回収率は43.0%であった。この結果、オンラインによる調査よりも、郵送調査を主とした調査手法の方が、高い回収率となった。

表 25 集計対象職員数及びセンター数

	職員数	センター数
集計対象数(全職種)	5,870	1,495

表 26 調査手法別回収率

	(全体) 回収率	オンライン調査 (郵送可)回収率	追加郵送調査 (郵送のみ)回収率
回収率(センター数ベース)	37.6%	24.4%	43.0%

また都道府県別に回収率をみると、最も回収率が高かったのは群馬(64.9%)であり、続いて福井(62.1%)、鹿児島(61.4%)、山口(60.7%)、香川(58.3%)であった。

表 27 都道府県別回収率の上位10(回収率降順)

都道府県名	センター数	センター数の県別内訳	回収センター数	回収センター数の内訳	回収調査票数	調査B回収率
群馬	37	2.7%	24	1.6%	100	64.9%
福井	29	2.1%	18	1.2%	84	62.1%
鹿児島	70	5.1%	43	2.9%	185	61.4%
山口	28	2.0%	17	1.1%	75	60.7%
香川	24	1.7%	14	0.9%	105	58.3%
茨城	56	4.1%	31	2.1%	134	55.4%
秋田	44	3.2%	24	1.6%	80	54.5%
徳島	33	2.4%	18	1.2%	64	54.5%
青森	58	4.2%	31	2.1%	129	53.4%
滋賀	34	2.5%	18	1.2%	70	52.9%

一方、最も低かったのは、大分(20.4%)であり、続いて京都(21.9%)、鳥取(21.9%)、大阪(23.1%)、東京(23.5%)であり、センター数の多い自治体が含まれていた。

表 28 都道府県別回収率の下位 10 (回収率降順)

都道府県名	センター数	センター数の県別内訳	回収センター数	回収センター数の内	回収調査票数	調査B回収率
大分	49	3.6%	10	0.7%	39	20.4%
京都	96	7.0%	21	1.4%	66	21.9%
鳥取	32	2.3%	7	0.5%	36	21.9%
大阪	147	10.7%	34	2.3%	161	23.1%
東京	341	24.9%	80	5.4%	306	23.5%
長崎	42	3.1%	11	0.7%	46	26.2%
宮城	101	7.4%	27	1.8%	95	26.7%
山梨	37	2.7%	11	0.7%	40	29.7%
山形	57	4.2%	17	1.1%	69	29.8%
富山	57	4.2%	17	1.1%	57	29.8%

回収センター数の県別内訳をみると次の表 29 のようになり、ほぼセンター数の県別内訳と同様の傾向を示しており、回収された調査票についての県別の偏りは見られなかった。職員の回答率が低かった原因として、IT環境の未整備な状況があることが、問い合わせ対応から明らかになったため、追加的に職員のIT環境に関する調査を実施することとした。

表 29 都道府県別回収センター数、回収調査票数、回収率

都道府県名	センター数	センター数の県別内訳	回収センター数	回収センター数の内訳	回収調査票数	調査B回収率
北海道	247	6.2%	118	7.9%	442	47.8%
青森	58	1.5%	31	2.1%	129	53.4%
岩手	49	1.2%	22	1.5%	82	44.9%
宮城	101	2.5%	27	1.8%	95	26.7%
秋田	44	1.1%	24	1.6%	80	54.5%
山形	57	1.4%	17	1.1%	69	29.8%
福島	112	2.8%	37	2.5%	141	33.0%
茨城	56	1.4%	31	2.1%	134	55.4%
栃木	83	2.1%	29	1.9%	87	34.9%
群馬	37	0.9%	24	1.6%	100	64.9%
埼玉	215	5.4%	77	5.2%	239	35.8%
千葉	98	2.5%	46	3.1%	169	46.9%
東京	341	8.6%	80	5.4%	306	23.5%
神奈川	278	7.0%	100	6.7%	358	36.0%
新潟	111	2.8%	52	3.5%	153	46.8%
富山	57	1.4%	17	1.1%	57	29.8%
石川	38	1.0%	16	1.1%	77	42.1%
福井	29	0.7%	18	1.2%	84	62.1%
山梨	37	0.9%	11	0.7%	40	29.7%
長野	118	3.0%	43	2.9%	133	36.4%
岐阜	67	1.7%	24	1.6%	95	35.8%
静岡	120	3.0%	49	3.3%	160	40.8%
愛知	174	4.4%	67	4.5%	232	38.5%
三重	45	1.1%	21	1.4%	98	46.7%
滋賀	34	0.9%	18	1.2%	70	52.9%
京都	96	2.4%	21	1.4%	66	21.9%
大阪	147	3.7%	34	2.3%	161	23.1%
兵庫	173	4.4%	59	3.9%	232	34.1%
奈良	59	1.5%	28	1.9%	83	47.5%
和歌山	42	1.1%	13	0.9%	39	31.0%
鳥取	32	0.8%	7	0.5%	36	21.9%
島根	32	0.8%	15	1.0%	65	46.9%
岡山	56	1.4%	18	1.2%	70	32.1%
広島	104	2.6%	33	2.2%	128	31.7%
山口	28	0.7%	17	1.1%	75	60.7%
徳島	33	0.8%	18	1.2%	64	54.5%
香川	24	0.6%	14	0.9%	105	58.3%
愛媛	34	0.9%	14	0.9%	49	41.2%
高知	34	0.9%	16	1.1%	69	47.1%
福岡	110	2.8%	50	3.3%	209	45.5%
佐賀	21	0.5%	9	0.6%	38	42.9%
長崎	42	1.1%	11	0.7%	46	26.2%
熊本	80	2.0%	30	2.0%	149	37.5%
大分	49	1.2%	10	0.7%	39	20.4%
宮崎	58	1.5%	22	1.5%	82	37.9%
鹿児島	70	1.8%	43	2.9%	185	61.4%
沖縄	43	1.1%	14	0.9%	60	32.6%
	3973		1495	100.0%	5680	37.6%
					190	センター不明
					5870	合計

(2) 地域包括支援センターの職員基本属性

1) 性年齢・最終学歴

地域包括支援センターの職員は、男性が17.1%、女性が79.3%であった。

職員の年齢階層は、40歳代が最も多く(31.1%)、次いで、30歳代(28.6%)、50歳代以上(26.8%)であった。

最終学歴では、短期大学、専門学校卒業が50.8%で最も多かった。次いで、四年制大学卒業が36.5%、高等学校卒業が10.1%であった。1%程度で大学院修士課程修了以上の職員がいた。

表 30 性別

質問1_1 性別	件数(n)	全体に占める割合
①男性	1,040	17.7%
②女性	4,698	80.0%
無回答	132	2.2%
合計	5,870	100.0%

表 31 年齢階層

質問1_2 年齢	件数(n)	全体に占める割合
①30歳未満	724	12.3%
②30歳代	1,681	28.6%
③40歳代	1,826	31.1%
④50歳代以上	1,572	26.8%
無回答	67	1.1%
合計	5,870	100.0%
平均年齢	42.3	

表 32 最終学歴

質問2 最終学歴	件数(n)	全体に占める割合
①高等学校卒業	594	10.1%
②短期大学・専門学校卒業	2,980	50.8%
③四年制大学卒業	2,141	36.5%
④大学院修士課程修了	75	1.3%
⑤大学院博士課程修了	2	0.03%
⑥その他	60	1.0%
無回答	18	0.3%
合計	5,870	100.0%

2) 役職・専門職種

地域包括支援センターにおける役職は、「特に役職は無い」が 57.8%で、過半数を占めていた。次いで、「管理職ではない主任・主査」が 18.2%であり、「センター全体の責任者・管理職」が 12.6%であった。職員が保有する専門職種における資格としては、社会福祉士が 28.0%で最も多く、次いで主任介護支援専門員 27.3%、保健師 25.7%、看護師 21.2%であった。これらのいずれかの専門職種の資格を保有している者は全体の 84.8%であった。

表 33 センターにおける役職

質問3 役職	件数(n)	全体に占める割合
①センター全体の責任者・管理職	739	12.6%
②ある部門の責任者・管理職	395	6.7%
③管理職ではない主任・主査	1,067	18.2%
④特に役職はない	3,394	57.8%
⑤その他	238	4.1%
無回答	37	0.6%
合計	5,870	100.0%

表 34 専門職種名

質問4 専門職種名(複数選択)	件数(n)	全体に占める割合
①保健師	1,506	25.7%
②看護師	1,243	21.2%
③主任介護支援専門員	1,600	27.3%
④社会福祉士	1,646	28.0%
⑤その他	1,246	21.2%
①～④のいずれかに該当	4,977	84.8%
合計	5,870	100.0%

3) 勤務年数・これまでの勤務先

地域包括支援センターにおける職員の勤務歴は、保健師・看護師・主任介護支援専門員・社会福祉士としての総勤務歴は平均 10.3 年（標準偏差 9.9 年）であった。これ以外の専門職種を含む、いわゆる専門職としての総勤務歴は平均 11.9 年（標準偏差 9.0 年）であった。

現在の所属での勤務歴は、平均 2.9 年（標準偏差 3.1 年）であった。地域包括支援センターの業務に他業務と兼務で従事している職員もいるため、現在の所属での勤務歴が 3 年超である者もみられた。

これまでの勤務先では、在宅介護支援センターが最も多く（29.9%）、次いで介護施設（27.0%）、民間居宅介護（支援）事業所（22.0%）であった。

表 35 勤務歴

質問5 勤務歴	件数(n)	平均値(年)	標準偏差(年)
①保健師・看護師・主任介護支援専門員・社会福祉士としての総勤務歴	4,918	10.3	9.9
②専門職としての総勤務歴	4,334	11.9	9.0
③専門職としての総勤務歴の内現在の所属での勤務歴(※兼任の場合もあり)	4,873	2.9	3.1

表 36 これまでの勤務先

質問6 これまでの勤務先（複数選択）	件数(n)	全体に占める割合
①在宅介護支援センター	1,754	29.9%
②民間居宅介護(支援)事業所	1,290	22.0%
③介護施設	1,582	27.0%
④行政(福祉関連)	927	15.8%
⑤行政(母子・成人保健関連)	1,197	20.4%
⑥その他	1,979	33.7%

4) 勤務形態・勤務時間・センター従事割合

地域包括支援センターにおける職員の勤務形態は、専従（常勤）が大半であり 79.6%であった。その他、専従（非常勤）が 10.3%、兼務（常勤）が 8.5%、兼務（非常勤）が 1.1%であった。

表 37 勤務形態

質問5 勤務形態	件数(n)	全体に占める割合
①専従(常勤)	4,673	79.6%
②専従(非常勤)	605	10.3%
③兼務(常勤)	498	8.5%
④兼務(非常勤)	66	1.1%
無回答	5,842	99.5%
合計	5,870	100.0%

勤務形態別の週当たり所定労働時間は、専従（常勤）が、最も長く 41.1 時間（標準偏差 11.2 時間）であるが、ばらつきも大きかった。次いで、週当たり所定労働時間が長いのは、兼務（常勤）であり 40.4 時間（標準偏差 3.5 時間）であった。その他、専従（非常勤）は平均 33.3 時間（上旬偏差 8.5 時間）、兼務（非常勤）は平均 29.6 時間（標準偏差 9.1 時間）であった。

表 38 勤務形態別週当たり所定労働時間

質問8① 勤務形態別週当たり所定労働時間	件数(n)	平均値(時間)	標準偏差(時間)
①専従(常勤)	4489	41.1	11.2
②専従(非常勤)	589	33.3	8.5
③兼務(常勤)	428	40.4	3.5
④兼務(非常勤)	65	29.6	10.4
合計	5571	40.1	10.8

勤務形態別センター従事割合で見ると、兼務（常勤）は週当たり労働時間のうち平均 54.1%をセンターの業務に当てており、兼務（非常勤）は平均 75.5%をセンターの業務に当てている状況であった。

表 39 勤務形態別センター従事時間割合

質問8② 勤務形態別センター従事時間割合	件数(n)	平均値(%)	標準偏差(%)
①専従(常勤)	4472	100.0	0.0
②専従(非常勤)	563	100.0	0.0
③兼務(常勤)	470	54.1	30.2
④兼務(非常勤)	64	75.5	28.7

(3) 職員の連携状況

本調査では、地域包括支援センターにおける職員の連携状況に関して15項目の質問に回答を得た。この連携尺度は、保健医療福祉職における連携を総合的に把握するために2003年に筒井によって¹²⁾、¹³⁾開発された尺度であり、15項目で成り立っている。

また、この尺度の因子構造は「情報共有」、「業務協力」、「関係職種との交流」、「連携業務の処理と管理」の4つの因子から構成され、その妥当性と信頼性については既に検証されている。さらに、市区町村に勤務する保健師に対する悉皆調査の結果からも構成概念妥当性や信頼性が既に確認されている¹⁴⁾。ここでは、15項目全てに回答した5,424名の回答を分析した。

1) 地域包括支援センターの職員における連携活動の回答傾向

① 情報共有に関して

すべての専門職の情報共有に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「①あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか」では、「3.必要に応じて報告する」が最も多く(84.1%)、次いで「4.いつも報告する」(12.8%)であった。

「②あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか」では、「3.ある程度把握している」が最も多く(79.9%)、次いで「2.あまり把握していない」(14.0%)であった。

「③あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関(住民組織を含む)から集めていますか」では、「3.だいたい集めている」が最も多く(72.6%)で、次いで「2.あまり集めていない」(19.7%)であった。

情報共有に関しては、他機関あるいは他職種との情報の共有については「3.必要に応じて報告する」が最も多く(84.1%)、また利用者の制度や資源やサービス利用に関わる情報は、「3.ある程度把握している」が最も多く(79.9%)、他機関からの情報収集についても「3.だいたい集めている」が最も多い(72.6%)と回答されていた。

② 業務協力

すべての専門職の業務協力に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「④あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要

¹²⁾筒井孝子. 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発(上). 社会保険旬報 2003; 2183: 18-24

¹³⁾筒井孝子. 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発(下). 社会保険旬報 2003; 2184: 24-28.

¹⁴⁾筒井孝子、東野定律. 全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53(10): 762-776.

とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか」では、「2.あまりしていない」が最も多く（46.2%）、次いで「3.ある程度している」（35.7%）であった。

「⑤ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しますか」では、「3.ある程度している」が最も多く（60.5%）、次いで「2.あまりしていない」（23.3%）であった。

「⑥ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されますか」では、「3.よくされる」が最も多く（55.8%）、次いで「2.あまりされない」（36.6%）であった。

業務協力については、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービスへの提案を文書にて、よく行っていると回答したのは、わずかに3.4%で、もっとも多い回答は、「2.あまりしていない」が最も多く、他機関への協力は、「3.ある程度している」が最も多かったが、次いで「2.あまりしていない」と回答され、他機関へ協力要請することは少ないようである。しかし、関連する他の機関（住民組織を含む）からの協力要請は、高いことが示された。

③ 関係職種との交流

すべての専門職の関係職種との交流に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「⑦ あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり（会議）にも参加していますか」では、「2.あまり参加しない」が最も多く（59.3%）、次いで「3.かなり多くの集まりに参加する」（34.0%）であった。

「⑧ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか」では、「2.あまり聞いていない」が最も多く（50.9%）で、次いで「3.よく聞いている」（46.8%）であった。

「⑨ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどのような専門職がいるか、把握していますか」では、「3.ある程度把握している」が最も多く（69.2%）、次いで「2.あまり把握していない」（27.3%）であった。

「⑩ あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか」では、「3.ある程度勧める」が最も多く（55.0%）、次いで「2.あまり勧めない」（25.6%）であった。

「⑪ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会に参加しますか」では、「2.あまり参加しない」が最も多く（63.0%）で、次いで「3.よく参加する」（24.4%）であった。

「⑫ あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしますか」では、「3.だいたい回る」が最も多く（54.7%）、次いで「2.あまり回らない」（24.4%）であった。

関係職種との交流については、まず他の職種・専門職の集まり（会議）への参加は、「2.あまり参加しない」専門職が多く、関連する他の機関（住民組織を含む）の業務や実態

に関する内容も「2.あまり聞いていない」が最も多かった。他の機関（住民組織を含む）の専門職の有無については、「3.ある程度把握している」が最も多かったが、「2.あまり把握していない」も多く、他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会にも「2.あまり参加しない」が6割以上であった。事例検討会などの説明会への参加についての同僚への呼び掛けは、ある程度勧めるが最も多く半数を超えていたが、あまり勧めないものも25.6%を示しており、積極的に勧誘している状況ではなく、新規の専門職が就任した場合でも関連する他の機関（住民組織を含む）への挨拶回りは、「3.だいたい回る」が54.7%で、あまり回らないが24.4%であることから、新任者の顔合わせについても十分に実施しているという状況ではなかった。

④ 連携業務の処理と管理

すべての専門職の連携業務の処理と管理に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「⑬ あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか」では、「1.まったくしない」が最も多く（61.9%）、次いで「2.あまりしない」（25.0%）であった。

「⑭ あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料、情報を伝達していますか」では、「3.だいたいしている」が最も多く（54.0%）、次いで「2.あまりしない」（34.3%）であった。

「⑮ あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか」では、「3.だいたい管理している」が最も多く（61.0%）、次いで「2.あまり管理してしない」（20.8%）であった。

連携業務を行っていくのに、たとえば会議の費用負担などの決定については、「1.まったくしない」が61.9%と6割以上が行っておらず、自分の業務内容についての他の機関（住民組織を含む）への資料、情報の伝達は、「3.だいたいしている」が最も多く、半数を超えていたが、あまりしない、全くしていないを合わせると4割を超える状況であった。他の機関（住民組織を含む）・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますかについては、3.だいたい管理しているが最も多く、6割を超えていたが、全く行っていないも、5.6%発生していた。

これら15項目の中で、よく行っているという回答率が最も高かったのは、新規の専門職が就任した場合でも関連する他の機関（住民組織を含む）への挨拶回りであり、16.6%であった。全く行っていないとの回答が最も高かったのは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますかであり、これについては、おそらく公務員としての規定があるため、回答が低かったものと予想された。

次いで、高かったのは、あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案しています

かであり、14.7%が全く行っていなかった。これは、地域における、いわゆるケアマネジメントにおいて、重要な内容であり、こうした業務協力を今後すすめていく必要性が示されたといえる。

表 40 職員の連携状況（全職員）

質問9 職員の連携状況		1	2	3	4	合計
① あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	件数	56	115	4,560	693	5,424
	割合	1.0%	2.1%	84.1%	12.8%	100.0%
② あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか	件数	37	758	4,334	295	5,424
	割合	0.7%	14.0%	79.9%	5.4%	100.0%
③ あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関(住民組織を含む)から集めていますか	件数	33	1,070	3,938	383	5,424
	割合	0.6%	19.7%	72.6%	7.1%	100.0%
④ あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか	件数	798	2,508	1,936	182	5,424
	割合	14.7%	46.2%	35.7%	3.4%	100.0%
⑤ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)に協力を要請しますか	件数	175	1,263	3,282	704	5,424
	割合	3.2%	23.3%	60.5%	13.0%	100.0%
⑥ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から協力を要請されますか	件数	219	1,985	3,025	195	5,424
	割合	4.0%	36.6%	55.8%	3.6%	100.0%
⑦ あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職の集まり(会議)にも参加していますか	件数	323	3,219	1,842	40	5,424
	割合	6.0%	59.3%	34.0%	0.7%	100.0%
⑧ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか	件数	107	2,759	2,541	17	5,424
	割合	2.0%	50.9%	46.8%	0.3%	100.0%
⑨ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)にどのような専門職がいるか、把握していますか	件数	72	1,480	3,754	118	5,424
	割合	1.3%	27.3%	69.2%	2.2%	100.0%
⑩ あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか	件数	327	1,388	2,985	724	5,424
	割合	6.0%	25.6%	55.0%	13.3%	100.0%
⑪ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)や他の職種との親睦会に参加しますか	件数	659	3,417	1,326	22	5,424
	割合	12.1%	63.0%	24.4%	0.4%	100.0%
⑫ あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関(住民組織を含む)に挨拶回りをしますか	件数	232	1,322	2,969	901	5,424
	割合	4.3%	24.4%	54.7%	16.6%	100.0%
⑬ あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか	件数	3,358	1,357	622	87	5,424
	割合	61.9%	25.0%	11.5%	1.6%	100.0%
⑭ あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関(住民組織を含む)に資料、情報を伝達していますか	件数	492	1,860	2,927	145	5,424
	割合	9.1%	34.3%	54.0%	2.7%	100.0%
⑮ あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか	件数	303	1,128	3,309	684	5,424
	割合	5.6%	20.8%	61.0%	12.6%	100.0%

表 41 「職員の連携状況項目」回答カテゴリー

	1	2	3	4
①	まったく報告しない	あまり報告しない	必要に応じて報告する	いつも報告する
②	まったく把握していない	あまり把握していない	ある程度把握している	大変よく把握している
③	まったく集めていない	あまり集めていない	だいたい集めている	よく集めている
④	まったくしていない	あまりしていない	ある程度している	よくしている
⑤	まったくしていない	あまりしていない	ある程度している	よくしている
⑥	まったくされない	あまりされない	よくされる	大変よくされる
⑦	まったく参加しない	あまり参加しない	かなり多くの集まりに参加す	全て参加する
⑧	まったく聞いていない	あまり聞いていない	よく聞いている	全て聞いている
⑨	まったく把握していない	あまり把握していない	ある程度把握している	大変よく把握している
⑩	まったく勧めない	あまり勧めない	ある程度勧める	積極的に勧める
⑪	まったく参加しない	あまり参加しない	よく参加する	全て参加している
⑫	まったく回らない	あまり回らない	だいたい回る	いつも回る
⑬	まったくしない	あまりしない	だいたい決定している	いつもする
⑭	まったくしない	あまりしない	だいたいしている	すべてしている
⑮	まったく管理してしない	あまり管理してしない	だいたい管理している	すべて管理している

2) 地域包括支援センターに所属する専門職の連携活動の回答傾向

また、地域包括支援センターに勤務する職員のうち、専門 4 職種（保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士）のいずれかの資格を保有するもののみを抽出し（4639 名、全職員の 85.6%）、同様の分析を行った。

① 情報共有に関して

すべての専門職の情報共有に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「① あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか」では、「3.必要に応じて報告する」が最も多く（84.3%）、次いで「4.いつも報告する」（13.1%）であった。

「② あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか」では、「3.ある程度把握している」が最も多く（80.8%）、次いで「2.あまり把握していない」（13.1%）であった。

「③ あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関（住民組織を含む）から集めていますか」では、「3.だいたい集めている」が最も多く（73.9%）で、次いで「2.あまり集めていない」（18.3%）であった。

情報共有に関しては、他機関あるいは他職種との情報の共有については「3.必要に応じて報告する」が最も多く（84.3%）、また利用者の制度や資源やサービス利用に関わる情報は、「3.ある程度把握している」が最も多く（80.8%）、他機関からの情報収集についても「3.だいたい集めている」が最も多い（73.9%）と回答されていた。全職員の回答傾向と比較すると、全体的にやや上記の回答傾向割合が高かった。

② 業務協力

すべての専門職の業務協力に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「④ あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか」では、「2.あまりしていない」が最も多く（46.7%）、次いで「3.ある程度している」（36.8%）であった。

「⑤ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しますか」では、「3.ある程度している」が最も多く（61.7%）、次いで「2.あまりしていない」（22.1%）であった。

「⑥ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されますか」では、「3.よくされる」が最も多く（59.5%）、次いで「2.あまりされない」（33.8%）であった。

業務協力については、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービスへの提案を文書にて、よく行っていると回答したのは、わずかに 3.3%で、もっとも多い回答は、「2.あまりしていない」が最も多く、他機関への協力は、「3.ある程度している」が最も多かったが、次いで「2.あまりしていない」と回答され、

他機関へ協力要請することは少ないようである。しかし、関連する他の機関（住民組織を含む）からの協力要請は、高いことが示され、この割合については全職員の回答傾向よりわずかに高かった。

③ 関係職種との交流

すべての専門職の関係職種との交流に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「⑦ あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり（会議）にも参加していますか」では、「2.あまり参加しない」が最も多く（58.5%）、次いで「3.かなり多くの集まりに参加する」（36.0%）であった。

「⑧ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか」では、「2.あまり聞いていない」が最も多く（49.9%）で、次いで「3.よく聞いている」（48.4%）であった。

「⑨ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどのような専門職がいるか、把握していますか」では、「3.ある程度把握している」が最も多く（71.2%）、次いで「2.あまり把握していない」（25.5%）であった。

「⑩ あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか」では、「3.ある程度勧める」が最も多く（56.5%）、次いで「2.あまり勧めない」（23.8%）であった。

「⑪ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会に参加しますか」では、「2.あまり参加しない」が最も多く（63.1%）で、次いで「3.よく参加する」（25.8%）であった。

「⑫ あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしますか」では、「3.だいたい回る」が最も多く（56.3%）、次いで「2.あまり回らない」（23.5%）であった。

全職員と同様、関係職種との交流については、まず他の職種・専門職の集まり（会議）への参加は、「2.あまり参加しない」専門職が多く、関連する他の機関（住民組織を含む）の業務や実態に関する内容も「2.あまり聞いていない」が最も多かった。

他の機関（住民組織を含む）の専門職の有無については、「3.ある程度把握している」が最も多かったが、「2.あまり把握していない」も多く、他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会にも「2.あまり参加しない」が6割以上であった。事例検討会などの説明会への参加についての同僚への呼び掛けは、あまり勧めないものも23.8%（全職員では25.6%）を示していた。全体的に交流に関する連携は全職員と比較すると、やや高かったが、傾向としては同様であった。

④ 連携業務の処理と管理

すべての専門職の連携業務の処理と管理に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「⑬ あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか」では、「1.まったくしない」が最

も多く（60.4%）、次いで「2.あまりしない」（25.8%）であった。

「⑭ あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料、情報を伝達していますか」では、「3.だいたいしている」が最も多く（55.3%）、次いで「2.あまりしない」（34.3%）であった。

「⑮ あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか」では、「3.だいたい管理している」が最も多く（62.5%）、次いで「2.あまり管理してしない」（20.5%）であった。

連携業務を行っていくのに、たとえば会議の費用負担などの決定については、「1.まったくしない」が60.4%と6割以上が行っておらず、自分の業務内容についての他の機関（住民組織を含む）への資料、情報の伝達は、「3.だいたいしている」が最も多く、半数を超えていたが、あまりしない、全くしていないを合わせると4割を超える状況であった。他の機関（住民組織を含む）専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますかについては、3.だいたい管理しているが最も多く、6割を超えていたが、全く行っていないも、4.6%（全職員では、5.6%）発生していた。

15項目の中で、よく行っているという回答率が最も高かったのは、新規の専門職が就任した場合でも関連する他の機関（住民組織を含む）への挨拶回りであり、16.7%（全職員では16.6%）であった。全く行っていないとの回答が最も高かったのは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますかであり、これについては、おそらく公務員としての規定があるため、回答が低かったものと予想された。

次いで、高かったのは、あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますかであり、13.2%（全職員14.7%）が全く行っていなかった。

以上のように、全職員より専門4職種の方が、やや連携活動は高い様相が示されたが、回答傾向としてはほぼ同様の内容であった。

表 42 職員の連携状況（専門 4 職種のみ）

質問9 職員の連携状況		1	2	3	4	合計
① あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	件数	39	83	3,911	606	4,639
	割合	0.8%	1.8%	84.3%	13.1%	100.0%
② あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか	件数	28	610	3,747	254	4,639
	割合	0.6%	13.1%	80.8%	5.5%	100.0%
③ あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関(住民組織を含む)から集めていますか	件数	22	851	3,426	340	4,639
	割合	0.5%	18.3%	73.9%	7.3%	100.0%
④ あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか	件数	613	2,166	1,706	154	4,639
	割合	13.2%	46.7%	36.8%	3.3%	100.0%
⑤ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)に協力を要請しますか	件数	106	1,024	2,864	645	4,639
	割合	2.3%	22.1%	61.7%	13.9%	100.0%
⑥ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から協力を要請されますか	件数	126	1,569	2,760	184	4,639
	割合	2.7%	33.8%	59.5%	4.0%	100.0%
⑦ あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり(会議)にも参加していますか	件数	220	2,716	1,668	35	4,639
	割合	4.7%	58.5%	36.0%	0.8%	100.0%
⑧ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか	件数	63	2,317	2,244	15	4,639
	割合	1.4%	49.9%	48.4%	0.3%	100.0%
⑨ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)にどのような専門職がいるか、把握していますか	件数	44	1,184	3,304	107	4,639
	割合	0.9%	25.5%	71.2%	2.3%	100.0%
⑩ あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか	件数	236	1,104	2,622	677	4,639
	割合	5.1%	23.8%	56.5%	14.6%	100.0%
⑪ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)や他の職種との親睦会に参加しますか	件数	493	2,928	1,198	20	4,639
	割合	10.6%	63.1%	25.8%	0.4%	100.0%
⑫ あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関(住民組織を含む)に挨拶回りをしますか	件数	165	1,088	2,612	774	4,639
	割合	3.6%	23.5%	56.3%	16.7%	100.0%
⑬ あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか	件数	2,802	1,196	564	77	4,639
	割合	60.4%	25.8%	12.2%	1.7%	100.0%
⑭ あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関(住民組織を含む)に資料、情報を伝達していますか	件数	359	1,591	2,567	122	4,639
	割合	7.7%	34.3%	55.3%	2.6%	100.0%
⑮ あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか	件数	213	950	2,899	577	4,639
	割合	4.6%	20.5%	62.5%	12.4%	100.0%

3) 地域包括支援センターの職員における専門4職種以外の連携活動の回答傾向

さらに、地域包括支援センターに勤務する職員のうち、専門4職種（保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士）のいずれかの資格を保有していないものについても分析を行った（785名、全職員の14.5%）。

その属性については、以下の表38～42のようになった。

全職員における割合と比較すると、性別は、男性27.3%、女性69.3%、であり、やや男性が多かった。年齢階層は、50歳代32.3%、40歳代31.3%、30歳代31.1%とやや50歳代が多かった。最終学歴については、短期大学・専門学校卒業が42.4%、高等学校卒業が28.9%と、短期大学・専門学校卒業、四年制大学卒業がやや低くなり、高等卒業卒業の割合が高くなっていた。役職は、特に役職がない71.3%、管理職ではない主任・主査11.4%と特に役職がない割合が20%ほど高かった。

勤務形態については、全職員においては、専従（常勤）79.6%、専従（非常勤）10.3%であったのが、専従（常勤）57.6%、専従（非常勤）22.5%と専従（常勤）の割合が20%ほど低くなっており、その分専従（非常勤）の割合が高くなっていた。

表 43 専門4職種以外の職員の性別

質問1.1 性別	件数(n)	全体に占める割合
①男性	214	27.3%
②女性	544	69.3%
無回答	27	3.4%
合計	785	100.0%

表 44 専門4職種以外の職員の年齢

質問1.2 年齢	件数(n)	全体に占める割合
①30歳未満	32	4.1%
②30歳代	244	31.1%
③40歳代	246	31.3%
④50歳代以上	254	32.3%
無回答	9	1.1%
合計	785	100.0%
平均年齢	44.1	

表 45 専門 4 職種以外の職員の最終学歴

質問2 最終学歴	件数(n)	全体に占める割合
①高等学校卒業	227	28.9%
②短期大学・専門学校卒業	333	42.4%
③四年制大学卒業	212	27.0%
④大学院修士課程修了	4	0.5%
⑤大学院博士課程修了	1	0.1%
⑥その他	7	0.9%
無回答	1	0.1%
合計	785	100.0%

表 46 専門 4 職種以外の職員の役職

質問3 役職	件数(n)	全体に占める割合
①センター全体の責任者・管理職	45	5.7%
②ある部門の責任者・管理職	26	3.3%
③管理職ではない主任・主査	90	11.4%
④特に役職はない	560	71.3%
⑤その他	59	7.5%
無回答	5	0.6%
合計	785	100.0%

表 47 専門 4 職種以外の職員の勤務形態

質問5 勤務形態	件数(n)	全体に占める割合
①専従(常勤)	452	57.6%
②専従(非常勤)	177	22.5%
③兼務(常勤)	123	15.7%
④兼務(非常勤)	27	3.4%
無回答	6	0.8%
合計	785	100.0%

① 情報共有に関して

すべての専門職の情報共有に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「① あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか」では、「3.必要に応じて報告する」が最も多く（82.7%）、次いで「4.いつも報告する」（11.1%）であった。

「② あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか」では、「3.ある程度把握している」が最も多く（74.8%）、次いで「2.あまり把握していない」（18.9%）であった。

「③ あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関（住民組織を含む）から集めていますか」では、「3.だいたい集めている」が最も多く（65.2%）で、次いで「2.あまり集めていない」（27.9%）であった。

情報共有に関しては、他機関あるいは他職種との情報の共有、また利用者の制度や資源やサービス利用に関わる情報についての回答傾向についてはやや引くが同様の傾向であった。しかし、他機関からの情報収集についても「3.だいたい集めている」が全職員で

は、72.6%なのに対し、65.2%と顕著に低く、その分「2. あまり集めていない」が19.7%から27.9%へと10%ほど高くなっていた。

② 業務協力

すべての専門職の業務協力に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「④ あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか」では、「2.あまりしていない」が最も多く（43.6%）、次いで「3.ある程度している」（29.3%）であった。

「⑤ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しますか」では、「3.ある程度している」が最も多く（53.2%）、次いで「2.あまりしていない」（30.4%）であった。

「⑥ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されますか」では、「2.あまりされない」（53.0%）が最も多く、次いで「3.よくされる」（33.8%）であった。

文章化や協力要請については、5%ほど低くなっていたが、回答傾向は、ほぼ同様であった。しかし、協力を要請されるかについては、20%ほど低くなっており、「2.あまりされない」と「3.よくされる」の順位が逆転していた。

③ 関係職種との交流

すべての専門職の関係職種との交流に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「⑦ あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり（会議）にも参加していますか」では、「2.あまり参加しない」が最も多く（64.1%）、次いで「3.かなり多くの集まりに参加する」（22.2%）であった。

「⑧ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか」では、「2.あまり聞いていない」が最も多く（56.3%）で、次いで「3.よく聞いている」（37.8%）であった。

「⑨ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどういう専門職がいるか、把握していますか」では、「3.ある程度把握している」が最も多く（57.3%）、次いで「2.あまり把握していない」（37.7%）であった。

「⑩ あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか」では、「3.ある程度勧める」が最も多く（46.2%）、次いで「2.あまり勧めない」（36.2%）であった。

「⑪ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会に参加しますか」では、「2.あまり参加しない」が最も多く（62.3%）で、次いで「3.よく参加する」（16.3%）であった。

「⑫ あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしますか」では、「3.だいたい回る」が最も多く（45.5%）、次いで

「2.あまり回らない」(29.8%)であった。

関係機関との交流についての回答傾向はほぼ同様であったが、5~10%回答が低いものが増えている傾向にあった。

④ 連携業務の処理と管理

すべての専門職の連携業務の処理と管理に関する個々の項目の回答傾向に関しては、「⑬ あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか」では、「1.まったくしない」が最も多く（70.8%）、次いで「2.あまりしない」（20.5%）であった。

「⑭ あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料、情報を伝達していますか」では、「3.だいたいしている」が最も多く（45.9%）、次いで「2.あまりしない」（34.3%）であった。

「⑮ あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか」では、「3.だいたい管理している」が最も多く（52.2%）、次いで「2.あまり管理してしない」（22.7%）であった。

15項目の中では、もっともよく行っているものが全職員の回答傾向と差があったのが、事例検討会への呼びかけであり7.4%の差があった。続いて、差があったのは、関係機関への協力要請であり5.5%の差があった。全体的に、全職員の回答傾向と比較すると、低い回答の割合が高い傾向にあった。

表 48 職員の連携状況（専門 4 職種以外）

質問9 職員の連携状況		1	2	3	4	合計
① あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	件数	17	32	649	87	785
	割合	2.2%	4.1%	82.7%	11.1%	100.0%
② あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか	件数	9	148	587	41	785
	割合	1.1%	18.9%	74.8%	5.2%	100.0%
③ あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関(住民組織を含む)から集めていますか	件数	11	219	512	43	785
	割合	1.4%	27.9%	65.2%	5.5%	100.0%
④ あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか	件数	185	342	230	28	785
	割合	23.6%	43.6%	29.3%	3.6%	100.0%
⑤ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)に協力を要請しますか	件数	69	239	418	59	785
	割合	8.8%	30.4%	53.2%	7.5%	100.0%
⑥ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から協力を要請されますか	件数	93	416	265	11	785
	割合	11.8%	53.0%	33.8%	1.4%	100.0%
⑦ あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり(会議)にも参加していますか	件数	103	503	174	5	785
	割合	13.1%	64.1%	22.2%	0.6%	100.0%
⑧ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか	件数	44	442	297	2	785
	割合	5.6%	56.3%	37.8%	0.3%	100.0%
⑨ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)にどのような専門職がいるか、把握していますか	件数	28	296	450	11	785
	割合	3.6%	37.7%	57.3%	1.4%	100.0%
⑩ あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか	件数	91	284	363	47	785
	割合	11.6%	36.2%	46.2%	6.0%	100.0%
⑪ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)や他の職種との親睦会に参加しますか	件数	166	489	128	2	785
	割合	21.1%	62.3%	16.3%	0.3%	100.0%
⑫ あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関(住民組織を含む)に挨拶回りをしますか	件数	67	234	357	127	785
	割合	8.5%	29.8%	45.5%	16.2%	100.0%
⑬ あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか	件数	556	161	58	10	785
	割合	70.8%	20.5%	7.4%	1.3%	100.0%
⑭ あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関(住民組織を含む)に資料、情報を伝達していますか	件数	133	269	360	23	785
	割合	16.9%	34.3%	45.9%	2.9%	100.0%
⑮ あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか	件数	90	178	410	107	785
	割合	11.5%	22.7%	52.2%	13.6%	100.0%

(4) 地域包括センターにおける専門職の連携活動得点の算出

ここでは、地域包括センターにおける専門職の連携活動の得点を算出した。得点の算出に際しては、欠損のない 5424 人の回答を用い、各項目を 0~3 点の 4 段階で評価し、計 45 点満点とした。

1) 全体得点及び職種別得点

職員全体における平均連携尺度得点は、23.58 点（標準偏差 5.21 点）であった。そのうち、保健師、看護師、主任介護支援専門員、社会福祉士のいずれかに該当する者の平均連携尺度得点は 24.00 点（標準偏差 4.99 点）であり、その他の職種の平均連携尺度得点 21.12 点（標準偏差 5.75 点）よりも、ばらつきが少なく、やや得点が高い傾向がみられた。

なお、4 職種とその他の職種の連携得点について、T 検定を行ったところ、統計的有意差が示された。

表 49 職員の連携尺度得点

	件数(n)	平均値	標準偏差
連携尺度得点	5,424	23.58	5.21

表 50 専門職種別職員の連携尺度得点

	件数(n)	平均値	標準偏差	変動係数	P値
4職種の連携尺度得点	4,639	67.32	8.98	13.3	0.00
その他の職種の連携尺度得点	785	61.48	12.13	19.7	

※4職種は、保健師、看護師、主任介護支援専門員、社会福祉士のいずれか1つ以上に該当する者

2) 勤務形態別得点

勤務形態別にみる職員の平均連携尺度得点は、①専従（常勤）と③兼務（常勤）がほぼ同程度で高くなっており、それぞれ 24.03 点（標準偏差 4.91 点）と 24.14 点（標準偏差 5.27 点）であった。②専従（非常勤）と④兼務（非常勤）は、それぞれ 19.93、20.05 と、共に 4~5 点近く常勤職員より低い得点となっていた。

表 51 勤務形態別職員の連携尺度得点

質問5 勤務形態	件数(n)	平均値	標準偏差
①専従(常勤)	4,353	24.03	4.91
②専従(非常勤)	533	19.93	5.85
③兼務(常勤)	465	24.14	5.27
④兼務(非常勤)	59	20.05	5.42
合計	5,410	23.59	5.20

3) 最終学歴別得点

最終学歴別にみる職員の平均連携尺度得点は学歴に比例して高くなる傾向がみられ、⑤大学院博士課程修了の 28.00 点（標準偏差 2.83）（※ただし 2 名のみ）が最も高く、次いで④大学院修士課程修了の 25.17 点（標準偏差 5.16 点）であった。②短期大学・専門学校卒業 23.71 と③四年制大学卒業 23.51 と、その得点にはほとんど差がみられなかった。

表 52 最終学歴別職員の連携尺度得点

質問2 最終学歴	件数(n)	平均値	標準偏差
①高等学校卒業	528	22.91	5.71
②短期大学・専門学校卒業	2,743	23.71	5.22
③四年制大学卒業	2,016	23.51	5.04
④大学院修士課程修了	72	25.17	5.16
⑤大学院博士課程修了	2	28.00	2.83
⑥その他	52	24.48	4.94
合計	5,413	23.58	5.21

4) 年齢階層別得点

年齢階層別にみる職員の平均連携尺度得点は年齢に比例して高くなる傾向がみられ、④50 歳代以上の 24.49 点（標準偏差 5.44 点）が最も高く、次いで③40 歳代の 23.72（標準偏差 5.10 点）であった。

表 53 年齢階層別職員の連携尺度得点

質問1_2 年齢	件数(n)	平均値	標準偏差
①30歳未満	685	22.55	4.87
②30歳代	1,586	23.09	5.08
③40歳代	1,681	23.72	5.10
④50歳代以上	1,427	24.49	5.44
合計	5,379	23.59	5.20

5) 年齢階層別勤務形態別得点

年齢階層別勤務形態別に平均連携尺度得点をみると、いずれの年齢階層においても常勤職員の方が非常勤職員よりも平均連携尺度得点は高くなっており、その差は年齢階層が上がる程に広がる傾向がみられた。専従と兼務の職員の平均連携尺度得点の順位は年齢階層別に若干の違いがみられた。

表 54 年齢階層別勤務形態別職員の連携尺度得点

年齢階層:30歳未満			
質問5 勤務形態	件数(n)	平均値	標準偏差
①専従(常勤)	587	22.69	4.78
②専従(非常勤)	49	20.86	5.30
③兼務(常勤)	42	22.57	5.55
④兼務(非常勤)	5	23.00	2.92
合計	683	22.55	4.87

年齢階層:30歳代			
質問5 勤務形態	件数(n)	平均値	標準偏差
①専従(常勤)	1,282	23.53	4.76
②専従(非常勤)	139	19.27	5.88
③兼務(常勤)	147	23.33	5.33
④兼務(非常勤)	12	18.17	5.04
合計	1,580	23.10	5.08

年齢階層:40歳代			
質問5 勤務形態	件数(n)	平均値	標準偏差
①専従(常勤)	1,355	24.13	4.76
②専従(非常勤)	161	20.05	6.10
③兼務(常勤)	139	24.77	4.91
④兼務(非常勤)	23	19.70	5.83
合計	1,678	23.73	5.10

年齢階層:50歳代			
質問5 勤務形態	件数(n)	平均値	標準偏差
①専従(常勤)	1,097	25.21	5.05
②専従(非常勤)	179	20.07	5.71
③兼務(常勤)	130	25.11	4.97
④兼務(非常勤)	19	20.89	5.50
合計	1,425	24.50	5.42

6) 年齢階層別最終学歴別得点

年齢階層別最終学歴別に平均連携尺度得点をみると、30歳未満を除き、最終学歴が上がるごとに平均連携尺度得点が高くなる傾向がみられた。

表 55 年齢階層別最終学歴別職員の連携尺度得点

年齢階層:30歳未満			
質問2 最終学歴	件数(n)	平均値	標準偏差
①高等学校卒業	2	25.50	10.61
②短期大学・専門学校卒業	105	22.32	5.43
③四年制大学卒業	567	22.60	4.71
④大学院修士課程修了	7	22.29	4.23
⑤大学院博士課程修了	1	30.00	
⑥その他	2	21.50	6.36
年齢階層:30歳代			
質問2 最終学歴	件数(n)	平均値	標準偏差
①高等学校卒業	74	21.45	5.36
②短期大学・専門学校卒業	698	22.90	5.19
③四年制大学卒業	773	23.34	4.96
④大学院修士課程修了	29	25.17	4.34
⑤大学院博士課程修了	0	—	—
⑥その他	8	23.00	2.73
年齢階層:40歳代			
質問2 最終学歴	件数(n)	平均値	標準偏差
①高等学校卒業	142	22.39	5.44
②短期大学・専門学校卒業	1,091	23.66	4.95
③四年制大学卒業	403	24.22	5.37
④大学院修士課程修了	26	24.65	3.99
⑤大学院博士課程修了	0	—	—
⑥その他	14	26.14	5.07
年齢階層:50歳代			
質問2 最終学歴	件数(n)	平均値	標準偏差
①高等学校卒業	304	23.61	5.72
②短期大学・専門学校卒業	831	24.61	5.37
③四年制大学卒業	255	25.01	5.04
④大学院修士課程修了	10	28.50	8.68
⑤大学院博士課程修了	1	26.00	—
⑥その他	26	24.19	5.40

7) 設問別自治体保健師における連携活動得点との比較

自治体に勤務する保健師を対象とした過去の調査研究と、今回の地域包括支援センター職員を対象とした調査結果における設問別に連携活動得点の平均値を比較したところ、以下のような結果となった。

連携活動の各設問の平均得点について、T検定を行ったところ、統計的有意差がみられなかったのは、「⑨ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどのような専門職がいるか、把握していますか」と、「⑭ あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料、情報を伝達していますか」のみであった。

また、自治体保健師の方が得点が高かったのは、「⑤ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しますか」、「⑥ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されますか」といった他機関との協力に関する設問であり、これらについては、地域包括支援センター職員の連携活動は自治体に勤務する保健師より頻度が低い状況が示された。

それ以外の設問については、地域包括支援センター職員の方が平均得点が有意に高かった。

表 56 設問別自治体保健師における連携活動得点との比較

		地域包括職員(N=5424)		自治体保健師(N=8758)		P値
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
情報共有	Q1 あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	2.09	0.43	1.99	0.44	0.00
	Q2 あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか	1.90	0.46	1.70	0.51	0.00
	Q3 あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関(住民組織を含む)から集めていますか	1.86	0.52	1.77	0.56	0.00
業務協力	Q4 あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか	1.28	0.75	1.07	0.73	0.00
	Q5 あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)に協力を要請しますか	1.83	0.68	1.92	0.69	0.00
	Q6 あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から協力を要請されますか	1.59	0.63	1.67	0.59	0.00
関係職種との交流	Q7 あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり(会議)にも参加していますか	1.29	0.58	1.14	0.54	0.00
	Q8 あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか	1.46	0.54	1.41	0.54	0.00
	Q9 あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)にどのような専門職がいるか、把握していますか	1.72	0.52	1.72	0.51	0.83
	Q10 あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか	1.76	0.76	1.67	0.77	0.00
	Q11 あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)や他の職種との親睦会に参加しますか	1.13	0.60	1.05	0.60	0.00
	Q12 あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関(住民組織を含む)に挨拶回りをしますか	1.84	0.74	1.79	0.80	0.00
連携業務の処理と管理	Q13 あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか	0.53	0.76	0.46	0.69	0.00
	Q14 あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関(住民組織を含む)に資料、情報を伝達していますか	1.50	0.70	1.49	0.64	0.29
	Q15 あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか	1.81	0.72	1.48	0.72	0.00

8) 設問別専門 4 職種とそれ以外の職員の連携活動得点の比較

地域包括支援センターの職員のうち、専門 4 職種（4,639 名）と、それ以外（785 名）の設問別に連携活動得点の平均値について比較した。また、平均値について統計的有意差があるかどうかについて、T 検定を行ったところ、いずれの設問についても、専門 4 職種の方が有意に高かった。

表 57 設問別専門 4 職種とそれ以外の職員の連携活動得点の比較

		専門4職種 (N=4639)		4職種以外 (N=785)		平均値の差	P値
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
情報共有	Q1 あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	2.10	0.42	2.03	0.49	0.07	0.00
	Q2 あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか	1.91	0.45	1.84	0.51	0.07	0.00
	Q3 あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関(住民組織を含む)から集めていますか	1.88	0.51	1.75	0.57	0.13	0.00
業務協力	Q4 あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか	1.30	0.74	1.13	0.81	0.17	0.00
	Q5 あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)に協力を要請しますか	1.87	0.66	1.59	0.75	0.28	0.00
	Q6 あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から協力を要請されますか	1.65	0.60	1.25	0.67	0.40	0.00
関係職種との交流	Q7 あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり(会議)にも参加していますか	1.33	0.57	1.10	0.61	0.22	0.00
	Q8 あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか	1.48	0.53	1.33	0.58	0.15	0.00
	Q9 あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)にどのような専門職がいるか、把握していますか	1.75	0.50	1.57	0.59	0.18	0.00
	Q10 あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか	1.81	0.74	1.47	0.78	0.34	0.00
	Q11 あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)や他の職種との親睦会に参加しますか	1.16	0.60	0.96	0.62	0.20	0.00
	Q12 あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関(住民組織を含む)に挨拶回りをしますか	1.86	0.72	1.69	0.84	0.17	0.00
連携業務の処理と管理	Q13 あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか	0.55	0.77	0.39	0.68	0.16	0.00
	Q14 あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関(住民組織を含む)に資料、情報を伝達していますか	1.53	0.68	1.35	0.79	0.18	0.00
	Q15 あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか	1.83	0.70	1.68	0.85	0.15	0.00

(5) 双対尺度法による新たな配点による連携得点の分析結果

1) 双対尺度法による新たな配点の算出

「連携尺度」15項目に対する回答を欠損値の無い3,620人の回答を基に、双対尺度法による分析を行い、各項目・選択肢について重み付けを行い、連携得点を算出した。15項目4段階の回答を用いて双対尺度法による分析を行い、軸1内の項目ごと選択肢間の基本距離を算出し、各項目に点数付けを行った。その際、各項目における最も連携度の低い回答をすべて0点とし、最も連携評価得点の高い選択肢の得点の合計が100点となるように調整を行った。また、各項目及び選択肢の点数は、下記に示した通りとなった。

分析の結果、連携活動にとって重要と考えられた項目は、情報共有においては、「③ あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関（住民組織を含む）から集めていますか」であった。

業務協力においては、「⑥ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されますか」であった。関係職種との交流に関しては、「⑧ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか」や⑨ 「あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどのような専門職がいるか、把握していますか」であることが示された。

表 58 職員の連携尺度点数一覧

質問項目	回答			
	1	2	3	4
① あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	0.0	3.3	5.5	6.6
② あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか	0.0	3.5	5.3	6.7
③ あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関(住民組織を含む)から集めていますか	0.0	6.6	8.9	10.9
④ あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか	0.0	1.9	3.0	4.5
⑤ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)に協力を要請しますか	0.0	4.0	5.7	7.1
⑥ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から協力を要請されますか	0.0	4.4	6.2	8.0
⑦ あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり(会議)にも参加していますか	0.0	3.6	5.2	6.7
⑧ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか	0.0	5.5	7.4	10.8
⑨ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)にどのような専門職がいるか、把握していますか	0.0	5.1	6.9	9.1
⑩ あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか	0.0	3.3	4.5	5.7
⑪ あなたは、関連する他の機関(住民組織を含む)や他の職種との親睦会に参加しますか	0.0	2.2	3.4	5.8
⑫ あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関(住民組織を含む)に挨拶回りをしますか	0.0	3.2	4.2	4.8
⑬ あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか	0.0	1.2	2.0	2.8
⑭ あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関(住民組織を含む)に資料、情報を伝達していますか	0.0	2.7	3.9	5.4
⑮ あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか	0.0	3.1	4.5	5.1
				100

1) 全体得点及び職種別得点

職員全体における平均連携尺度得点は、66.48点（標準偏差 9.72点）であった。そのうち、保健師、看護師、主任介護支援専門員、社会福祉士のいずれかに該当する者の平均連携尺度得点は67.32点（標準偏差 8.98点）であり、その他の職種の平均連携尺度得点 61.48点（標準偏差 12.13点）よりもばらつきが少なく、やや得点が高い傾向がみられた。

なお、4職種とその他の職種の連携得点について、T検定を行ったところ、統計的有意差が示された。

表 59 職員の連携尺度得点

	件数(n)	平均値	標準偏差
連携尺度得点	5,424	66.48	9.72

表 60 専門職種別職員の連携尺度得点

	件数(n)	平均値	標準偏差	変動係数	P値
4職種の連携尺度得点	4,639	24.00	4.99	20.8	0.00
その他の職種の連携尺度得点	785	21.12	5.75	27.2	

※4職種は、保健師、看護師、主任介護支援専門員、社会福祉士のいずれか1つ以上に該当する者

2) 勤務形態別得点

勤務形態別にみる職員の平均連携尺度得点は、①専従（常勤）と③兼務（常勤）がほぼ同程度で高くなっており、それぞれ67.40点（標準偏差 8.71点）と67.01点（標準偏差 8.50点）であった。②専従（非常勤）と④兼務（非常勤）は共に8～9点近く常勤職員より低い得点となっていた。

表 61 勤務形態別職員の連携尺度得点

質問5 勤務形態	件数(n)	平均値	標準偏差
①専従(常勤)	4,353	67.40	8.71
②専従(非常勤)	533	59.12	13.14
③兼務(常勤)	465	67.50	9.50
④兼務(非常勤)	59	58.81	11.93
合計	5,410	66.50	9.70

3) 最終学歴別得点

最終学歴別にみる職員の平均連携尺度得点は学歴に比例して高くなる傾向がみられ、⑤大学院博士課程修了の 74.51 点（標準偏差 4.65）（※2 名のみであるため留意する必要あり）が最も高く、次いで④大学院修士課程修了の 69.39 点（標準偏差 8.62 点）であった。②短期大学・専門学校卒業と③四年制大学卒業の得点にはほとんど差がみられなかった。

表 62 最終学歴別職員の連携尺度得点

質問2 最終学歴	件数(n)	平均値	標準偏差
①高等学校卒業	528	64.92	11.01
②短期大学・専門学校卒業	2,743	66.67	9.78
③四年制大学卒業	2,016	66.51	9.24
④大学院修士課程修了	72	69.39	8.62
⑤大学院博士課程修了	2	74.51	4.65
⑥その他	52	67.60	8.66
合計	5,413	66.48	9.70

4) 年齢階層別得点

年齢階層別にみる職員の平均連携尺度得点は年齢に比例して高くなる傾向がみられ、④50 歳代以上の 67.83 点（標準偏差 9.84 点）が最も高く、次いで③40 歳代の 66.76（標準偏差 9.30 点）であった。

表 63 年齢階層別職員の連携尺度得点

質問1_2 年齢	件数(n)	平均値	標準偏差
①30歳未満	685	64.88	9.51
②30歳代	1,586	65.72	9.84
③40歳代	1,681	66.76	9.30
④50歳代以上	1,427	67.83	9.84
合計	5,379	66.50	9.68

5) 年齢階層別勤務形態別得点

年齢階層別勤務形態別に平均連携尺度得点をみると、いずれの年齢階層においても常勤職員の方が非常勤職員よりも平均連携尺度得点は高くなっており、その差は年齢階層が上がる程に広がる傾向がみられた。

専従と兼務の職員の平均連携尺度得点の順位は年齢階層別に若干の違いがみられた。

表 64 年齢階層別勤務形態別職員の連携尺度得点

年齢階層：30歳未満			
質問5 勤務形態	件数(n)	平均値	標準偏差
①専従(常勤)	587	65.18	9.22
②専従(非常勤)	49	61.62	11.82
③兼務(常勤)	42	64.57	10.50
④兼務(非常勤)	5	65.15	4.58
合計	683	64.89	9.51
年齢階層：30歳代			
質問5 勤務形態	件数(n)	平均値	標準偏差
①専従(常勤)	1,282	66.66	8.77
②専従(非常勤)	139	57.39	13.80
③兼務(常勤)	147	66.39	9.87
④兼務(非常勤)	12	55.84	12.67
合計	1,580	65.74	9.84
年齢階層：40歳代			
質問5 勤務形態	件数(n)	平均値	標準偏差
①専従(常勤)	1,355	67.62	8.24
②専従(非常勤)	161	59.50	13.15
③兼務(常勤)	139	68.53	8.41
④兼務(非常勤)	23	57.36	12.99
合計	1,678	66.77	9.30
年齢階層：50歳代			
質問5 勤務形態	件数(n)	平均値	標準偏差
①専従(常勤)	1,097	69.22	8.49
②専従(非常勤)	179	59.38	12.87
③兼務(常勤)	130	69.08	8.54
④兼務(非常勤)	19	60.78	11.23
合計	1,425	67.86	9.78

6) 年齢階層別最終学歴別得点

年齢階層別最終学歴別に平均連携尺度得点をみると、30歳未満を除き、最終学歴が上がるごとに平均連携尺度得点が高くなる傾向がみられた。

表 65 年齢階層別最終学歴別職員の連携尺度得点

年齢階層:30歳未満			
質問2 最終学歴	件数(n)	平均値	標準偏差
①高等学校卒業	2	70.15	16.70
②短期大学・専門学校卒業	105	63.96	11.18
③四年制大学卒業	567	65.10	9.00
④大学院修士課程修了	7	64.62	6.57
⑤大学院博士課程修了	1	77.79	—
⑥その他	2	61.73	13.76
年齢階層:30歳代			
質問2 最終学歴	件数(n)	平均値	標準偏差
①高等学校卒業	74	62.71	11.12
②短期大学・専門学校卒業	698	65.34	10.28
③四年制大学卒業	773	66.23	9.30
④大学院修士課程修了	29	69.09	8.73
⑤大学院博士課程修了	0	—	—
⑥その他	8	65.81	5.02
年齢階層:40歳代			
質問2 最終学歴	件数(n)	平均値	標準偏差
①高等学校卒業	142	64.23	10.18
②短期大学・専門学校卒業	1,091	66.66	9.17
③四年制大学卒業	403	67.56	9.47
④大学院修士課程修了	26	69.33	5.92
⑤大学院博士課程修了	0	—	—
⑥その他	14	70.88	7.26
年齢階層:50歳代			
質問2 最終学歴	件数(n)	平均値	標準偏差
①高等学校卒業	304	66.01	10.96
②短期大学・専門学校卒業	831	68.11	9.60
③四年制大学卒業	255	68.95	8.72
④大学院修士課程修了	10	73.76	13.56
⑤大学院博士課程修了	1	71.22	—
⑥その他	26	66.63	9.92

(6) 地域包括支援センターの職員 IT 環境

地域包括支援センターの調査は、基本的にオンラインで実施する予定であったが、IT

環境が未整備で回答ができないといった問い合わせがあったことから、追加的に郵送調査を実施し、今後の地域ケアにおける人材養成プログラムの開発に資する情報を得るため、地域包括支援センターの職員における IT 環境に関する調査を実施した。

1) 職場における外部インターネットへの接続環境

地域包括支援センターの職員のうち 63.0%が、職場で主に使用するパソコンは外部のインターネットへ接続可能であると回答したが、これ以外は、接続ができなかった。したがって、約 4 割のセンターでは、オンラインでの調査は不可能であった。

表 66 職場で主に使用するパソコンの外部インターネット接続可否

① あなたが職場で主に使用するパソコンは外部のインターネットに接続可能ですか。	件数(n)	割合(%)
1. はい	2,438	63.0%
2. いいえ	1,415	36.6%
無回答	15	0.4%
合計	3,868	100.0%

2) 職場におけるパソコンの使用環境

地域包括支援センターの職員のうち 73.8%が、職場で主に使用するパソコンは自分専用であると回答した。

表 67 職場で主に使用するパソコンの専用/共用区分

②あなたが職場で主に使用するパソコンはあなた専用ですか。	件数(n)	割合(%)
1. はい (専用)	2,853	73.8%
2. いいえ (共用)	1,007	26.0%
無回答	8	0.2%
合計	3,868	100.0%

3) 職場におけるパソコンの使用環境

地域包括支援センターの職員のうち、職場で主に使用するパソコンが外部インターネットに接続可能でありかつ自分専用であると回答したのは 48.8%であり、半数に満たなかった。

表 68 職場で主に使用するパソコンの外部インターネット接続可否×専用／共用区分

		① あなたが職場で主に使用するパソコンは外部のインターネットに接続可能ですか。					
		1. はい		2. いいえ		合計	
②あなたが職場で主に使用するパソコンはあなた専用ですか。	1. はい	1,878	48.8%	970	25.2%	2,848	74.0%
	2. いいえ	558	14.5%	442	11.5%	1,000	26.0%
	合計	2,436	63.3%	1,412	36.7%	3,848	100.0%

4) 職場外におけるインターネットへの接続環境

地域包括支援センターの職員のうち 79.7%が、職場外でインターネットに接続するパソコンを使用する機会があると回答していた。

表 69 職場外でのインターネット接続可能パソコンの使用機会の有無

③あなたは職場外でインターネットに接続するパソコンを使用する機会がありますか(自宅等)。	件数(n)	割合(%)
1. はい	3,083	79.7%
2. いいえ	780	20.2%
無回答	5	0.1%
合計	3,868	100.0%

5) インターネットを通じた研修プログラムの受講意思

地域包括支援センターの職員のうち、約6割の59.6%が、「インターネットを通じて受講できる専門職を対象とした研修プログラムがあれば取り組んでみたい」と回答した。

表 70 インターネットを通じた研修プログラムの受講意思の有無

④インターネットを通じて受講できる専門職を対象とした研修プログラムがあれば取り組んでみたいと思いますか。	件数(n)	割合(%)
1. はい	2,306	59.6%
2. いいえ	1,530	39.6%
無回答	32	0.8%
合計	3,868	100.0%

また、職場におけるパソコン環境別では、専用のPCがある場合、ない場合でも、外部への接続が不可であっても、研修プログラムへの取り組み意向は、ほぼ6割を示しており、IT環境による差は、ほとんどなかった。また、同様に、概ね4割は、IT環境、PCの専用、共用に関わらず、プログラムの参加はしないとの回答であった。

表 71 インターネットを通じた研修プログラムの
受講意思の有無×職場におけるパソコン環境

	④インターネットを通じて受講できる専門職を対象とした研修プログラムがあれば取り組んでみたいと思いますか。					
	1. はい		2. いいえ		合計	
①外部接続可で専用PC	1,136	60.8%	731	39.2%	1,867	100.0%
②外部接続可で共用PC	332	59.9%	222	40.1%	554	100.0%
③外部接続不可で専用PC	575	59.6%	389	40.4%	964	100.0%
④外部接続不可で共用PC	257	58.5%	182	41.5%	439	100.0%
合計	2,300	60.1%	1,524	39.9%	3,824	100.0%

※表示割合は横%を示している。

研修プログラムへの取り組み意向を職員の基本属性別にみると、年齢階層別では①30歳未満が67.1%で取り組み意向のある職員割合が最も高く、ついで40歳代が62.8%と続いていた。低かったのは、50歳代以上であった。

表 72 インターネットを通じた研修プログラムの
受講意思の有無×年齢階層

	④インターネットを通じて受講できる専門職を対象とした研修プログラムがあれば取り組んでみたいと思いますか。					
	1. はい		2. いいえ		合計	
①30歳未満	302	67.1%	148	32.9%	450	100.0%
②30歳代	655	59.3%	449	40.7%	1,104	100.0%
③40歳代	755	62.8%	447	37.2%	1,202	100.0%
④50歳代以上	565	55.0%	463	45.0%	1,028	100.0%
合計	2,277	60.2%	1,507	39.8%	3,784	100.0%

※表示割合は横%を示している。

勤務形態別では、専従の常勤より、専従の非常勤職員の方が取り組み意向のある職員割合が高く、兼務の場合も、常勤より、非常勤のほうが研修への受講意思は高かった。

表 73 インターネットを通じた研修プログラムの
受講意思の有無×勤務形態

	④インターネットを通じて受講できる専門職を対象とした研修プログラムがあれば取り組んでみたいと思いますか。					
	1. はい		2. いいえ		合計	
①専従(常勤)	1,758	59.3%	1,205	40.7%	2,963	100.0%
②専従(非常勤)	296	67.6%	142	32.4%	438	100.0%
③兼務(常勤)	202	56.6%	155	43.4%	357	100.0%
④兼務(非常勤)	34	61.8%	21	38.2%	55	100.0%
合計	2,290	60.1%	1,523	39.9%	3,813	100.0%

最終学歴別では、四年制大学卒業が 62.7%と高く、次いで大学院修士課程修了等が 66.0%と続いていた。短期大学・専門学校卒業が 58.2%と最も低かった。

表 74 インターネットを通じた研修プログラムの
受講意思の有無×最終学歴

	④インターネットを通じて受講できる専門職を対象とした研修プログラムがあれば取り組んでみたいと思いますか。					
	1. はい		2. いいえ		合計	
①高等学校卒業	241	59.7%	163	40.3%	404	100.0%
②短期大学・専門学校卒業	1,135	58.2%	816	41.8%	1,951	100.0%
③四年制大学卒業	864	62.7%	515	37.3%	1,379	100.0%
④大学院修士課程修了	31	66.0%	16	34.0%	47	100.0%
全体(博士課程終了・その他を含む)	2,295	60.0%	1,529	40.0%	3,824	100.0%

※表示割合は横%を示している。

※大学院博士課程修了は該当者数が少ないため本集計では個別に表示していない

以上の結果からは、地域包括支援センターの職員のうち約6割は、「インターネットを通じて受講できる専門職を対象とした研修プログラム」への受講を希望していたが、4割は、希望をしていなかった。

この希望の割合は、職場におけるIT環境によって、受講に差があるのではなく、年齢階層別では、30歳未満や40歳代では取り組み意向のある職員割合は、比較的、高いが50歳代で低くなっていた。しかも勤務形態別では、常勤より非常勤職員の方が取り組み意向のある職員割合が高くこれは、兼務においても同様の傾向があった。非常勤の職員の属性を詳細に検討する必要があると考えられる。また最終学歴別では、四年制大学卒業が高い受講意向を示していた。ITによる学習経験の豊富さが影響している可能性があると考えられた。

おわりに

わが国における地域包括ケアは、その用いられる文脈から推察すると、諸外国における community care、community-based care と称される取り組みと同様であろう。これは、換言すれば「地域住民のための包括的ケア」と言え、ここでいう地域における包括的ケア体制が整備されている状況とは、「生活における不安や危険に対して、住居の種別を問わず、サービスや対応が提供される状況」といえよう。このことは、原則として安全・安心・健康を確保するサービスが、当該利用者の状況にあわせて 24 時間 365 日連続して提供される環境が理想となる。

したがって、このように多様な、生活問題に対応するサービスが、地域内の様々な社会資源の組み合わせや、これらを複合的に組み合わせたシステムの利用によって、サービスが連続して提供されることを目指したシステムを地域包括ケアシステムというものと定義できる。この新たな地域包括ケアシステムにおいては、公助や共助としての介護サービスを必要な住民に対して地域で提供しやすくするというだけでなく、互助や自助による介護サービスを組み合わせることでサービスを提供できる能力が地域包括支援センターの職員には要求されることになる。

したがって、これらの複雑なサービスのマネジメントを行う能力が不足している職員に対して、どのような教育システムを用意すべきかを課題として早急に検討しなければならないだろう。

これからの地域包括ケアシステムのあり方を考える際に、このことは極めて重要であり、ケアの本質から鑑みて、共助や公助に偏ったサービス提供によっては、この体制の維持は不可能であることを認識し、このままのあり方では、共同体が僅かに残している互助システムさえもが崩壊するリスクをもっていることを理解して、この地域ケアの提供システムの維持と、現在、残っている互助によるサービスの維持を図る努力を包括支援センターの職員は行わなければならない。

このような意味において地域包括ケアセンターの職員は、地域にある多様な自治組織とより一層の連携を図らねばならないだろう。本調査において、地域包括支援センターは、2006 年に比較して、整備はすすんできたことが明らかになった。

しかし、ここに所属する職員については、以下に詳細に述べることになるが、連携活動が大事であると従前から指摘され続けているにも関わらず、依然として、他機関との連携には多くの課題があることが示された。

たとえば、IT 環境については、センターによって大きく異なっていたことが初めて示された。このことは、今後、多くの情報がインターネットを通じて提供されることを鑑みるととりわけ、大きな問題であろう。

同様に、インターネットを通じた他職種との協働も今後は、すすむと予想され、この整備は、地域包括支援センターにとっては、重要な整備内容と考えられた。

以下は、本調査研究において明らかにされた結果の概要についてまとめたものである。

結果の概要

1) 自治体における介護予防事業等の取り組み状況について（調査 A）

① 調査対象となった自治体の属性

今回のアンケートの回収率は 57.0%で、1,028 自治体より回答が得られた。これら自治体の内訳を県別にみると、北海道 105 (10.2%)、福岡 52 (5.1%)、愛知 49 (4.8%)、長野 47 (4.6%)、千葉 38 (3.7%) の順に多く、分析対象となった自治体の高齢者人口に占める要介護認定者数の割合、特定高齢者対策対象者数は、2008 年度、2009 年度いずれも、国が示した標準的な割合と同水準であった。

② 介護予防事業の実施状況

平成 20 年度の介護予防事業の実施内容をみると、「運動系（筋力トレーニング）」が最も多く（93.2%）、次いで「口腔ケア」（79.3%）、「栄養改善」（65.0%）であった。この結果は、平成 18 年度調査結果と比較すると、「運動系」「口腔ケア」「栄養改善」については、半数以上の市町村では、概ね予定通りの整備が進んでいることがわかった。

介護予防事業の実施状況としては、これまで①制度・事業の一貫性や連続性に欠ける、②サービス内容に統一性がなく、各職種間の連携も十分ではない、③対象者のニーズ・状況に関する的確なアセスメントや、サービス結果に対する適切な評価が行われていないとの指摘がなされてきた。

今回の結果は、地域包括支援センターとしては、どのようなプログラムをやればよいのか、あるいはやらなければならないのかについて、不明であることから、新予防給付の対象事業である「運動系（筋力トレーニング）」が最も多く（93.2%）、次いで「口腔ケア」（79.3%）、「栄養改善」だけを行い、地域支援事業の「閉じこもり予防・支援」や「認知症予防・支援」、「うつ予防・支援」については、新予防給付事業に比較するとかなり低い実施率であった。この理由は、これらの地域支援事業は、実施のマニュアルもなく、適切なプログラムとして示されたものがなかったことが原因であろう。地域包括支援センターは、専門職の協働体制であることから、それぞれの地域の特徴を勘案した実行がなされることが期待されるが、現状では、ほとんど効果があるような取り組みはなされていないといえよう。

しかし、実施率は高くはないが、「その他の保健サービス（健康相談・検診等）」が最も多く（21.8%）、次いで「特定健診・特定保健指導（メタボリック対策）」（14.3%）といった保健活動を実施したり、低い実施率とはいえ、「教育サービス（社会教育含む）」（8.0%）、「児童サービス（保育、社会的養護、子育て支援等）（7.4%）」といった児童に関わるサービスを実施しているところがあり、地域包括ケアの今後の取り組みの例として期待される。さらに、医療サービス（実際の診察等）も 2.2%と示され、センターによって、地域の多様性を反映した取り組みがなされている状況も示された。

③ 地域包括支援センターの設置数及び人員配置

地域包括支援センターの自治体ごとの平均設置数は、平成 21 年度では、直営 1.7 カ所、委託 4.7 カ所であったが、平成 18 年度時点では、直営 0.7 カ所、委託 1.6 カ所となっており、直営は 2.3 倍、委託 2.8 倍示され、委託が多くなっていた。

また、ひとつの地域包括支援センター当たりの人員配置は、平成 18 年度調査と比較すると平成 20 年度のほうが、ほとんどの職種について予定数以上配置がなされていた。

社会福祉士や主任介護支援専門員は、配置基準 1 をわずかに上回る程度であったが、保健師は、常勤で平均 1.64 人と示され、他職種に比較して、若干、多く配置されていた。

④ 地域包括支援センターの実施事業の内容及び運営上の課題

平成 20 年度の地域包括支援センターの基本とされる機能の実施事業内容をみると、「総合相談」(98.2%)、「高齢者の権利擁護」(87.7%)、「包括的・継続的ケアマネジメント支援」(90.6%)、「介護予防ケアマネジメント」(96.0%)については、ほとんどの市町村で取り組まれているが、「共通の支援基盤の構築」の実施率は 60.8%と、他の事業と比べて低くなっていた。

また、実施・運営の課題としては、「業務量が多い」が最も多く(71.2%)、次いで「特定高齢者の把握」(43.9%)、「住民への周知不足」(43.7%)であった。

地域包括支援センター設置数および人員配置については、制度開始時より今回調査を行った平成 20 年度には、充実されていた。

しかし、包括的・継続的ケアマネジメントの要となる「共通の支援基盤の構築」の実施率が低く、運営上の課題として、業務量の多さや住民への周知不足等があげられた。これらの問題は、こういった地域包括支援システムに関しての課題であるのか、ここに所属する職員の資質に関する課題であるのかについては、十分に検討が必要である。

なお、所属する職員の資質に関しては、とくに本調査の B により、連携能力を評価した。この結果については、次項に概要をまとめた。

2) 地域包括支援センターにおける専門職の連携の実態（調査 B）について

① 調査の回収率

1,495 の地域包括支援センターに所属していた 5,870 名の専門職等の回答が収集された（回収率 37.6%）。県別の内訳は、北海道 118 か所（47.8%）442 人が一番多く、続いて神奈川県 100（36.0%）358 人、東京 80 か所（23.5%）306 人、埼玉 77 か所（35.8%）239 人、愛知 67 か所（38.5%）232 人であった。

② 対象者の基本属性等

性別は、男性が 1040 人（17.7%）、女性が 4,698（82.3%）で女性が多かった。平均年齢は 42.3 歳、年齢階層は 40 歳代が最も多く 1,826 人（31.1%）であり、次いで、30 歳代 1,681 人（28.6%）、50 歳代以上 1,572 人（26.8%）、30 歳未満 724 人（12.3%）と続いていた。保有資格について複数回答で聞いたところ、社会福祉士が 1,646 人（28.0%）で最も多く、次いで、主任介護支援専門員が 1,600 人（27.3%）、保健師が 1,506 人（25.7%）であった。

勤務形態は、専従（常勤）が 3,139 人（81.1%）と占め、続いて専従（非常勤）が 605 人（10.3%）であった。

職種別の平均年齢は、主任介護支援専門員 46.8 歳、保健師 40.4 歳、社会福祉士 40.0 歳であった。また、職種別の平均経験年数は、保健師 15.5 年、主任介護支援専門員 6.4 年、社会福祉士 4.2 年であった。

③ 連携活動得点の概要

地域包括支援センターの専門職における連携活動得点の平均値は、66.5 点（SD±9.7）であった。年齢区分別に連携活動得点の平均値は、50 歳代以上の 67.8 点（SD±9.8）が最も高く、次いで 40 歳代の 66.8 点（SD±9.3）、30 歳代の 66.7 点（SD±9.8）で年齢が高いほうが、得点も高くなっていた。一元配置分散分析では、年齢のいずれの区分においても群間の有意差が示された。専門職種 4 職種における連携尺度得点は、67.3 点（SD±9.0）であり、その他が 61.5 点（SD±12.1）であり、専門職種のほうが得点は高かった。

④ 他職種との連携活動得点の比較

本研究で新たに示した双対尺度法による得点ではなく、従来の配点による連携活動得点では、地域包括支援センターの専門職の平均得点は、23.6 点（SD±5.2）であった。過去の全国の保健師を対象にした調査研究（筒井・東野 2005）では、22.5 点（SD±5.1）、地域権利擁護事業（当時）の専門員を対象とした調査研究（筒井・東野 2002）では 23.4 点（SD±5.1）であった。

以上のことから今回の調査対象の平均値がわずかに高い傾向が示されていたが、連携活動得点を規定する要因については、さらに詳細な分析が必要と考えられた。

3) 地域包括支援センターにおける IT 環境に関する追加調査について

① インターネットの使用環境

地域包括支援センターの職員のうち、職場で自分専用に外部インターネット接続可能なパソコンを使用することができるのは 47.8%であり、半数以上は専用にパソコンを使用できない環境や外部インターネットへ接続できない環境であることが分かった。ただし、自宅等職場でインターネットに接続可能なパソコンを使用する機会のある職員は 80.8%であった。

② インターネットを通じて受講できる研修の受講意思

インターネットを通じて受講できる専門職を対象とした研修プログラムがあれば取り組んでみたいという職員は 60.6%であった。インターネットを通じて受講できる研修プログラムの受講意思には、年齢や最終学歴の他、勤務形態により差がみられた。

特に、常勤と非常勤職員の間差が大きかった。常勤より、非常勤の職員に研修プログラムを受講希望が高かったことは、センターにおけるクリニカルガバナンスの状況について、さらに調査をすべき課題と考えられた。

職場の IT 環境による受講意思との影響はほとんどなかったが、調査に関してや、今後の E-learning 等の実施に際しては、職員のインターネットへの接続環境等に配慮する必要があると考えられた。

IV. まとめ

本研究では、センター業務の評価手法の開発、評価軸の設定を行う上で、委員会でのディスカッションを通し、地域包括支援センター（以下センター）をめぐる課題について整理してきた。実施から3年を迎えるが、未だ介護予防業務に追われ、他の事業に着手できないセンターと、地域包括ケアシステムを支える拠点としてその役割を十分に発揮しているセンターとの差が生じているようである。今回委員会で示されたセンターをめぐる課題は下記の通りである。

- ① 予防プランセンター化にともなう職種別縦割り業務への懸念
- ② 特定高齢者施策のアプローチ方法の工夫
- ③ 虐待ケースのマネジメント手法の再検討
- ④ 包括的・継続的マネジメント実現のためのシステム改善
- ⑤ 人材確保・育成・定着に関する課題
- ⑥ 直営地域包括支援センターの必要性和委託方式による弊害
- ⑦ 大都市モデルの検討
- ⑧ 情報の取扱いとシステム導入
- ⑨ 地域包括支援センターの機能分化

現在でも大きな課題として挙げられる介護予防業務に関しては、業務分担化から介護予防概念の再検討の必要性、地域支援事業との分化まで議論された。また、包括的・継続的マネジメントを実現させるためには、現在の報酬体系では、要支援1・2のケアプランと要介護1以上のケアプランの作成における連続性が途切れやすくなっており、要介護1以上のプラン作成する事業所と地域包括支援センターが一体的にケアプランを作成できるよう継続性を持たせる仕組みが必要であるとの意見も出た。

財政効率化の波の中で、センターを直営もしくは直営に近い形で運営することは、自治体責任として果たすべき機能が、地域支援事業（特に虐待マネジメントなど介入が必要なケース）としてセンターに備わっていることを、自治体がいかに認識しているかという点においても重要な課題である。

また、自治体によっては、在宅介護支援センターと地域包括支援センターを体系的に位置づけているところもある。自治体の果たすべき機能を備えた拠点を地域に配置するといったまちづくりの一環でもある地域包括ケアシステムの推進の前提には、各自治体での地域包括支援センターの機能を明確化させることが求められる。そして、本研究で行われた調査では、こうした課題が全国的な課題であることも浮き彫りとなった。

「地域包括支援センターにおける取り組みと連携に関する調査A」では、1,804自治体のうち、1,028の自治体から回答があった。そのうち701自治体では、直営センターを設置しており、364自治体では委託センターを平均4.6ヶ所設置している¹⁵。また、センターの基本機能を果たす事業の実施率については、「共通的支援基盤の構築」60.8%、「総合相談」98.2%、「高齢者の権利擁護」87.8%、「包括的・継続的ケアマネジメント支援」90.6%、「介護予防ケアマネジメント」96.0%であった。地域における重層的なサービスネットワークの構築である「共通的支援基盤の構築」の実施が最も低い数値となった。

また、事業実施および運営の課題として、最も多く挙げられたのは、「業務量が多い」(71.2%)、次いで「特定高齢者の把握」(43.9%)と「住民への周知不足」(43.7%)であった。人員に関しても、約3割の自治体が専門職の不足を示した。

また、センターに所属する職員を対象とする調査Bでは、1,495のセンターから5,870名の回答を得た。そのうち、専門職¹⁶4,639名について、連携活動得点を算出したところ、平均値は24.0点(SD±5.0)であった。過去の全国の保健師を対象とした調査研究¹⁷では、22.5点(SD±5.1)であったことや、地域権利擁護事業(当時)の専門員を対象とした調査研究¹⁸では、23.4点(SD±5.1)であったことから、今回対象となった専門職は、わずかに高い傾向が示された。

専門職における連携活動得点に関する分析については、今後詳細な調査が必要であるが、こうした専門職が働くセンターにおいて、その機能の明確化は、業務評価を行う上でも重要な点である。

センターの業務の評価を行う上で、業務プロセスの明確化とその評価範囲の設定を行う必要がある。センターの業務が、自治体機能を含んでいることを考慮すれば、業務プロセスを明確にする上で、課題解決のエンドポイントを設定することは、非常に難しいことではあるが、今後は、これらの検討を課題とし、今回の調査データをもとに評価基準の開発を行っていきたい。

¹⁵ 直営、委託ともに2008年度の設置数(見込み数含)。直営センターは、1自治体平均1.7ヶ所であった。

¹⁶ 保健師、看護師、主任介護支援専門員、社会福祉士のいずれかに該当する者

¹⁷ 筒井孝子, 東野定律. 2006. 「全国の市区町村保健師における連携の実態に関する研究」. 『日本公衆衛生雑誌』, 53, pp. 762-776.

¹⁸ 筒井孝子, 東野定律, 筒井澄栄. 2004. 「地域権利擁護事業における専門員の属性および地域における他機関との連携の実態」. 『日本保健科学学会誌』, vol. 7, pp. 175-184.

【資料】

- ①・アンケート調査票
- ②・地域包括支援センターに関する文献目録

【調査票A①(市区町村)】

※ラベルに記載された6桁の市区町村コードを入力ください

市区町村コード

都道府県名

市区町村名

地域包括支援センターにおける取り組みと連携に関する調査

記入日をご記入下さい。平成 年 月 日

【質問1】 貴市区町村における要介護高齢者の状況について、記入してください。

項目	2008年3月	
① 非該当		名
② 要支援1		名
③ 要支援2		名
④ 要介護1		名
⑤ 要介護2		名
⑥ 要介護3		名
⑦ 要介護4		名
⑧ 要介護5		名
⑨ 高齢者人口(65歳以上)		名
⑩ 全人口		名

【質問2】 特定高齢者施策(ハイリスクアプローチ)の対象者数の状況を以下に記入してください。

項目	回答	
① 2009年度の特定高齢者対策対象者数(見込)		名
② 2008年度の特定高齢者対策対象者数(推定)		名

【質問3】 2009年度(第4期)(予定で可)および2008年度(第3期)第1号被保険者の介護保険料の基準額(月額)を以下に記入してください。

項目	回答	
① 2009年度(第4期)の基準額(予定)		円
② 2008年度(第3期)までの基準額(月額)		円

【質問4】 貴市区町村全体で地域包括支援センターの2008年度及び2009年度(見込)の設置数を運営(委託)別で以下に記入してください。

項目	直営		委託	
① 2009年度の設置数(見込)		か所		か所
② 2008年度の設置数		か所		か所

【質問5】 貴市区町村全体で地域包括支援センターのプラチもしくはサブセンターの2008年度及び2009年度(見込)の設置数を運営(委託)別で以下に記入してください。該当のない場合は0(ゼロ)を記入してください。

項目	直営		委託	
① 2009年度の設置数(見込)		か所		か所
② 2008年度の設置数		か所		か所

【質問6】 貴市区町村全体で、地域包括支援センターのプラチもしくはサブセンター以外に補完的な拠点を有している場合はお教えてください。(自由記述)

【質問7】 貴市区町村全体で地域包括支援センターの運営及び事業にかかる1年間の経費(歳出)は2008年度予算ベースでおいくらですか。以下の欄にご記入ください。また、センターの運営を委託している場合(いわゆる「委託型」の場合)はその1センター当たりの委託費(複数の場合は概ねの平均値)もご記入ください。

項目	回答	
① 介護保険特別会計(保険事業勘定)		千円
② 介護保険特別会計(サービス事業勘定)		千円
③ 一般会計(介護保険関連)		千円
④ 一般会計(介護保険以外の一般高齢者施策等)		千円
⑤ (委託の場合) そのうち1センター当たりの委託費		千円
⑥ (委託の場合) 介護予防支援費の年間収入額		千円

【質問8】 貴市区町村全体での地域包括支援センターの人員配置を以下に記入してください。

項目	常勤		非常勤	
① 保健師		名		名
② 看護師		名		名
③ 社会福祉士		名		名
④ 主任介護支援専門員		名		名
⑤ その他		名		名

【質問9】 貴市区町村全体で(新)予防給付及び介護予防支援給付(新予防ケアマネジメント)の状況を以下に記入してください。

項目	回答	
① 2008年度全体での新予防給付のケアプラン作成の実人数		名
② 2008年度全体での介護予防支援(特定高齢者)プラン作成の実人数		名

【質問10】地域密着型サービスについて、2008年度に展開された規模について、以下の項目にお答えください。

項目	回答
① 設定箇所（市町村内で）	か所
② 今後追加的に取り組みを予定している事業者数	か所

【質問11】地域密着型サービスについて、2008年度に貴市区町村で実施された内容について全てチェックをしてください。

①小規模多機能型居宅介護 ②認知症対応型共同生活介護 ③認知症対応型通所介護
 ④夜間対応型訪問介護 ⑤小規模（定員30名未満）介護老人福祉施設
 ⑥小規模（定員30名未満）介護専用型特定施設
 ⑦実施していない ⑧その他

【質問12】地域密着型サービスについて、今後追加的に取り組みをしていくにあたって、課題となっている事業について全てチェックをしてください。

①小規模多機能型居宅介護 ②認知症対応型共同生活介護 ③認知症対応型通所介護
 ④夜間対応型訪問介護 ⑤小規模（定員30名未満）介護老人福祉施設
 ⑥小規模（定員30名未満）介護専用型特定施設
 ⑦実施していない ⑧その他

【質問13】地域密着型サービスの実施・運営にあたって、課題となっている内容について全てチェックをしてください。

①事業所の選択・指導・監査のノウハウ ②住所地の問題（住所地特例など） ③参入する事業者・事務所がない(少ない)
 ④専門職等の人材が不足している ⑤近隣地町村との調整が困難 ⑥経営が厳しい
 ⑦その他

【質問14】地域支援事業の介護予防事業の内容について、2008年度に貴市区町村で実施された内容について全てチェックをしてください。

①予防に着目した訪問介護 ②運動系（筋力トレーニング） ③口腔ケア
 ④原失禁 ⑤閉じこもり予防 ⑥栄養改善
 ⑦認知症予防・支援 ⑧うつ予防・支援 ⑨その他

【質問15】地域包括支援センターの基本とされる機能について2008年度に貴市区町村で実施された内容について全てチェックをしてください。

①共通的支持基盤の構築（地域における重層的なサービスネットワークの構築）
 ②総合相談（高齢者の相談受付）
 ③高齢者の権利擁護（虐待等の普及啓発・訪問実態把握・任意及び法廷後見等の実施）
 ④包括的・継続的ケアマネジメント支援（地域資源を活用したケアマネジメント構築）
 ⑤介護予防ケアマネジメント

【質問16】地域包括支援センター事業の実施・運営にあたって、課題となっている内容について全てチェックをしてください。

①業務量が多い ②保健師等が不足 ③主任介護支援専門員不足
 ④社会福祉士が不足 ⑤地域との連携が困難 ⑥特定高齢者の把握
 ⑦財源が少ない ⑧離職者が多い ⑨住民への周知不足
 ⑩その他

【質問17】地域包括支援センターの基本とされる機能以外に実施されている事業内容について2008年度に貴市区町村で実施された内容について全てチェックをしてください。

①医療サービス（実務の診察等） ②特定健診・特定保健指導（メタボリック対策）
 ③その他の保健サービス（健康相談・健診等） ④児童サービス（保育、社会的養護、子育て支援等）
 ⑤教育サービス（社会教育含む） ⑥その他

【質問18】地域包括支援センターの基本とされる機能以外にこれまでに実施されている事業内容について特長のある事業があれば、欄に自由にお書きください。

【質問19】（共通的支持基盤の構築に関連して）現在、地域包括支援センターの管内にある貴市区町村内の地域資源について、把握している数値を記入してください。（貴市区町村内に複数の地域包括支援センターがある場合は貴市区町村内の総数をご記入ください）

項目	回答
① 医療機関	数
② 医師数（総数）	名
③ うち小児科医	名
④ 看護師	名
⑤ 保健師	名
⑥ 主任介護支援専門員	名
⑦ 社会福祉士	名
⑧ 保育士	名
⑨ その他	名

最後に、調査担当者の方のお名前等と連絡先についてご記入下さい。
ご協力ありがとうございました。

お名前： 部署名：
 ご所属先住所：
 〒

 E-mail： 電話：

【調査票B（専門職）】（郵送回答用）

地域包括支援センターにおける取り組みと連携に関する調査

調査用 ID（10 桁）： _____

記入日をご記入ください。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○あなたご自身のことについてお尋ねします。以下の質問にお答えください。該当する番号には○印を、下線部 _____ には数字をご記入ください。

【質問 1】 性別と年齢をご記入ください。

1. 男 2. 女 _____ 歳（平成 21 年 4 月 1 日現在）

【質問 2】 あなたの最終学歴の該当するものにひとつだけ○をつけてください。

（取得免許には関係なく、学歴として最も高いものをお選びください）

- | | | |
|--------------|----------------|----------------------|
| 1. 高等学校卒業 | 2. 短期大学・専門学校卒業 | 3. 四年制大学卒業 |
| 4. 大学院修士課程修了 | 5. 大学院博士課程修了 | 6. その他() |

○あなたのお仕事についてお尋ねします。該当する番号には○印を、下線部 _____ には、文字または数字をご記入ください。

【質問 3】 あなたの職場での役割に該当するもの（近いもの）に○をつけてください。

- | | | |
|-------------------|-----------------|----------------------|
| 1. センター全体の責任者・管理職 | 2. ある部門の責任者・管理職 | |
| 3. 管理職ではない主任・主査 | 4. 特に役職はない | 5. その他() |

【質問 4】 あなたの専門職種名をご記入ください。（複数回答可）

- | | | |
|----------|----------------------|--------------|
| 1. 保健師 | 2. 看護師 | 3. 主任介護支援専門員 |
| 4. 社会福祉士 | 5. その他() | |

【質問 5】 あなたのこれまでの専門職としての総勤務歴と、現在の所属課での勤務歴をご記入ください。（平成 21 年 4 月 1 日現在）

保健師・看護師・主任介護支援専門員・社会福祉士としての総勤務歴	…	_____	年	_____	ヵ月
専門職としての総勤務歴	…	_____	年	_____	ヵ月
専門職としての総勤務歴の内、現在の所属での勤務歴	…	_____	年	_____	ヵ月

【質問 6】 あなたが現在の地域包括支援センターに勤務するまでに専門職として勤務してきた職場として該当するものすべてに○印をご記入ください。

- | | | |
|---------------|------------------|----------------------|
| 1. 在宅介護支援センター | 2. 民間居宅介護（支援）事業所 | 3. 介護施設 |
| 4. 行政（福祉関連） | 5. 行政（母子・成人保健関連） | 6. その他() |

【質問 7】 あなたの現在の勤務形態について、該当するものに○をつけてください。

- | 勤 務 形 態 | | | |
|-----------|------------|-----------|------------|
| 1. 専従（常勤） | 2. 専従（非常勤） | 3. 兼務（常勤） | 4. 兼務（非常勤） |

【質問 8】 あなたの現在の週当たりの所定労働時間数について、該当するものに○をつけてください。兼務の場合は地域包括支援センターに従事する時間の割合をお答えください。（専従の場合は 100% とご記入ください。）

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| ① 週当たりの所定労働時間数 | 週当たり () 時間 |
| ② そのうち地域包括支援センターに従事する時間の割合 | () % |

次頁へ続く

【質問 9】 あなたご自身の活動についてお伺いします。以下のそれぞれの項目について、最も該当する番号をひとつ選んで○で囲んでください。

☞マークがついている質問の回答に際しては、必ず後述の【注意事項】を参照ください。

1	あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	1. まったく報告しない 3. 必要に応じて報告する	2. あまり報告しない 4. いつも報告する
2	あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか ☞ 1	1. まったく把握していない 3. ある程度把握している	2. あまり把握していない 4. 大変よく把握している
3	あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関（住民組織を含む）から集めていますか	1. まったく集めていない 3. だいたい集めている	2. あまり集めていない 4. よく集めている
4	あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか	1. まったくしていない 3. ある程度している	2. あまりしていない 4. よくしている
5	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しますか ☞ 2	1. まったくしていない 3. ある程度している	2. あまりしていない 4. よくしている
6	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されますか ☞ 3	1. まったくされない 3. よくされる	2. あまりされない 4. 大変よくされる
7	あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり（会議）にも参加していますか ☞ 4	1. まったく参加しない 3. かなり多くの集まりに参加する	2. あまり参加しない 4. 全て参加する
8	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか	1. まったく聞いていない 3. よく聞いている	2. あまり聞いていない 4. すべて聞いている
9	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどのような専門職がいるか、把握していますか	1. まったく把握していない 3. ある程度把握している	2. あまり把握していない 4. 大変よく把握している
10	あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか ☞ 5	1. まったく勧めない 3. ある程度勧める	2. あまり勧めない 4. 積極的に勧める
11	あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会に参加しますか ☞ 6	1. まったく参加しない 3. よく参加する	2. あまり参加しない 4. すべて参加している
12	あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしますか	1. まったく回らない 3. だいたい回る	2. あまり回らない 4. いつも回る
13	あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか ☞ 7	1. まったくしない 3. だいたい決定している	2. あまりしない 4. いつもする
14	あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料、情報を伝達していますか ☞ 8	1. まったくしない 3. だいたいしている	2. あまりしていない 4. すべてしている
15	あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか ☞ 9	1. まったく管理していない 3. だいたい管理している	2. あまり管理していない 4. すべて管理している

【注意事項】地域包括支援センターにおける専門職の連携活動に関する調査に関する注意事項

☞ 1	例：社会福祉協議会からの貸付け。
☞ 2	住民・住民組織への協力も含む。 例：ボランティア組織への協力要請。
☞ 3	住民・住民組織からの協力依頼を含む。 例：老人クラブの健康相談・健康教育、福祉ケースワーカーから依頼された困難事例など。
☞ 4	行政職・住民組織などの集まりも含む。
☞ 5	困難事例の検討会、勉強会や研修会なども含む。
☞ 6	住民組織なども含む。
☞ 7	・あなたが想定した自助グループの育成や困難事例（ケース）の問題解決のために、複数の機関の関係者を集めた話し合いを開催することができ、かつ、その際にかかる費用（会場代、菓子代の分担などを含む）を決定する権限をもっているかを尋ねる質問です。 ・したがって、第1に、あなたが関係者を集めた話し合いを開催できること、第2に、その際の費用負担について、関係者が納得できるような決定をすることができるか否かを問うている質問です。
☞ 8	・あなたが想定した自助グループの育成や困難事例（ケース）、保健・介護など事業の具体的な内容についての問題解決のために、複数の機関の関係者に対して、あなたが専門職として対象事例に行った専門的な対応について、すなわち、具体的にどのようなアプローチをしているかがわかるような内容を記録したものが作成され、それが伝達されているか否かを尋ねている項目です。 ・ここでは、口頭の伝達だけでなく、第1に、事例に対しての援助に関する資料の作成の有無、第2に、その資料を何らかの手段で伝達しているか否かを問うている質問です。
☞ 9	・あなたが想定した自助グループの育成や困難事例（ケース）の問題解決のために、複数の機関の関係者や専門職から集めた情報を収集し、整理しているかを問う質問です。 ・これは、例えば、事例に対して、他の機関の関係者が何らかのアプローチをしようとする際に、あなたに情報提供が求められた場合、あなたが整理した情報を、その情報提供を求めた関係者に適切な情報を提供できているかを問うている質問です。

ご協力ありがとうございました。

地域包括ケア・地域包括支援センター関連文献一覧

図書

ア行

- 有吉佐和子 (1972) 『恍惚の人』 新潮文庫。
薄井坦子・田村真・小玉香津子 訳(1974)「病人の看護と健康を守る看護 1893年」薄井坦子他 編『ナイチンゲール著作集 第2巻』現代社 125~155。
太田貞司・亀山幸吉・木戸利秋・ほか (1994) 『どんなケアマネジャーになるか』 萌文社。
太田貞司 (1992) 『在宅ケアの条件』 自治体研究社。
太田貞司 (2003) 『地域ケアシステム』 有斐閣。
岡田徹・高橋紘土編 (2005) 『コミュニティ福祉学入門』 有斐閣。

カ行

- 権利擁護研究会編 (2001) 『ソーシャルワークと権利擁護』 中央法規。
財団法人長寿社会開発センター(2008) 『地域包括支援センター等における取組事例』 財団法人長寿社会開発センター。
小坂田稔編 (2006) 『真の介護予防と地域包括支援センター』 中央法規。

サ行

- 社団法人日本社会福祉士会 地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会 (2006) 『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』 中央法規。
社団法人全国保健センター連合会 編 村嶋幸代 監修(2008)『先進地域に学ぶ地域包括支援センター活動事例集』中央法規。
全国社会福祉協議会編 (1979) 『在宅福祉サービスの戦略』 全国社会福祉協議会。
副田あけみ編 (2004) 『介護保険下の在宅介護支援センター』 中央法規。

タ行

- 退院援助研究会編 (2000) 『地域ケアと退院計画』 萌文社。

高橋 紘土監修 住友生命総合研究所編 (2001) 『地域介護力データブック』 中央法規。

- 高橋 紘土編 (2008) 『地域包括支援センター実務必携』 オーム社。
土橋善蔵・鎌田實・大橋謙作編集代表 茅野市の21世紀の福祉を創る会・日本地域福祉研究所編 (2003) 『福祉21 ビーナスプランの挑戦』 中央法規。
筒井孝子 (2004) 『高齢社会のケアサイエンス』 中央法規。
東京都社会福祉協議会高齢者在宅サービスセンター部会編 (1995) 『在宅介護支援センター運営マニュアル(基礎編)』 東京都福祉局高齢福祉部。

ハ行

濱野一郎・大山博 編(1988) 『パッチシステム—イギリスの地域福祉改革』 全国社会福祉協議会。

マ行

- 松浦尊磨 (1998) 『死んだてか、まだ生きとらよ 潮騒の町の地域ケア奮闘記』 厚生科学研究所。
松浦尊磨 (2002) 『保健・医療・福祉の連携による包括的地域ケアの実践』 金芳堂。
村井祐一・森本佳樹・小島正 (2005) 『個人情報保護と情報共有の手引き』 東京都社会福祉協議会。
藻谷浩介 (2007) 『実測! ニッポンの地域力』 日本経済新聞出版社。
森本 佳樹 (1996) 『地域福祉情報論序説』 川島書店。

ヤ行

山口昇 (1992) 『寝たきり老人ゼロ作戦』 家の光協会。

調査研究報告書

ア行

医療情報システム開発センター (2002) 『次世代介護情報システムの展望報告書』 平成13年度情報経済基盤整備保健医療福祉情報流通推進事業(経済産業省委託) 医療

情報システム開発センター。

岩田克夫 (1996)『在宅介護支援センター事業運営の方法 在宅介護支援センター事業運営に関する研究委員会報告書』平成7年度社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金)助成報告書, 全国社会福祉協議会。

太田貞司 (1996)『在宅介護・看護サービスの需給の管理システムに関する調査報告書』平成6~7年度「在宅介護・看護サービスの需要の管理システムに関する調査」社会福祉・医療事業団。

力行

岸玲子 (2005)『要介護状態の予防ならびに介護の質を改善するための方策に関する研究 平成16年度 総括・分担研究報告書』平成16年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業。

サ行

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会(1996)『国保直診と新しい介護システムに関する研究報告書』平成8年度報告書 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会。

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会(1996)『小国町の地域包括ケアシステムのあり方に関する調査報告書』平成8年度報告書 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会。

白澤政和 (1996)『在宅介護支援センター現任職員研修モデル開発調査研究事業報告書 I』平成7年度老人保健健康推進等事業(厚生省補助事業)報告書, 全国社会福祉協議会。

須永醇 (1993)『痴呆性高齢者の財産等保護のあり方について』平成5年度老人保健事業推進費等補助事業(厚生省補助事業)報告書, 全国社会福祉協議会。

タ行

高橋紘士 (2001)『効率的な介護支援業務のあり方に関する研究報告書』平成12年度老人保健健康増進等事業報告書, 医療経済研究機構。

高橋紘士 (1996)『在宅介護支援センターの機能強化を目指して 在宅介護支援センター

機能のあり方検討委員会報告書』平成7年度老人保健健康推進等事業(厚生省補助事業)報告書, 全国社会福祉協議会。

田城孝雄(2006)『地域包括ケアシステムの構築に関する研究』平成17年度総括・分担研究報告書: 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業, 順天堂大学医学部。

田城孝雄(2007)『地域包括ケアシステムの構築に関する研究』平成18年度総括・分担研究報告書: 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業, 順天堂大学医学部。

特定非営利法人介護支援ネットワーク協議会ふくおか (2006)『主任ケアマネジャー(スーパーバイザ的ケアマネジャー)の育成事業報告書』平成18年度報告書 特定非営利法人非営利法人介護支援ネットワーク協議会ふくおか。

マ行

森本佳樹 (2004)『介護システムの標準化及び地域ケアの実証実験』平成15年度経済産業省情報経済基盤整備事業報告書, サンテン株式会社。

森本 佳樹 (2007)『地域包括支援センターにおけるインフォーマルサポートとの連携について』平成19年度地域包括支援センターとインフォーマルサポートの連携のあり方に関する調査研究事業 全国社会福祉協議会。

森本 佳樹 (2007)『地域包括支援センターにおけるインフォーマルサポートとの連携をすすめるために』平成19年度地域包括支援センターとインフォーマルサポートの連携のあり方に関する調査研究事業 全国社会福祉協議会。

ヤ行

山本 たつ子 (2007)『地域包括支援センターにおける総合相談・権利擁護業務の評価に関する研究事業 中間報告書』平成18年度報告書 社団法人日本社会福祉士会地域包括支援センター委員会。

山本 たつ子 (2008)『地域包括支援センターにおける総合相談・権利擁護業務の評価に関する研究事業 中間報告書』平成19年度報告書 社団法人日本社会福祉士会地域包括支援センター委員会。



ア行

- ★ 青沼 孝徳 (2002) 「宮城県涌谷町における地域包括医療の取り組み (特集 地域における高齢者の医療・福祉の連携の課題)」『ジェロントロジー』メディカルレビュー社 14(3), 223~227.
- 青沼 孝徳 (2008) 「現地報告 わが町[宮城県涌谷町]の地域包括医療・ケアの取り組み (特集 市町村と地域医療)」『地方議会人』中央文化社 38(12), 36~40.
- 青柳玲子 (2006) 「現代医療におけるコメディカルの役割(10) 保健師 これからの保健師活動に求められるもの—予防的機能の強化と地域包括ケアシステムの推進に向けて」『医学のあゆみ』医歯薬出版 217(7), 799~805.
- 赤坂浩 (2006) 「認知症をめぐる状況と認知症対策の推進について (特集: 認知症ケア専門士になにを期待するか、なにを期待できるか)」『日本認知症ケア学会誌』日本認知症ケア学会 5(1), 68~74.
- 浅川康吉・桜井崇裕 (2008) 「住民、行政、大学の連携による介護予防事業の取り組み—住民主導型介護予防事業「鬼石モデル」の紹介 (特集 地域包括支援センターとリハビリテーション)」『地域リハビリテーション』三輪書店 3(2), 129~131.
- 芦田マサ子 (2004) 「御調町地域包括ケアシステムにおける薬剤師の役割—地域に出る訪問薬剤師からの報告」『コミュニティケア』日本看護協会出版 6(2), 56~59.
- 天野由香子・田中かつら・佐藤しづ女他 (2006a) 「駒木野病院シルバー病棟による地域連携 (その1) 地域包括支援センターでの出張相談活動開始に至るまでの経緯 (第21回東精協学会特集)」『東京精神病院協会誌, 別冊』東京精神科病院協会 2.1, 168~171.
- 天野由香子・田中かつら・佐藤しづ女他 (2006b) 「駒木野病院シルバー病棟による地域連携 (その1) 地域包括支援センターでの出張相談活動報告 (第21回東精協学会特集)」『東京精神病院協会誌, 別冊』東京精神科病院協会 2.1, 172~177.

- 粟田主一 (2005) 「地域連携に必要な専門医の役割をどう考えるか—地域ケアシステムの構築をめざして (アルツハイマー型痴呆の実地診療をめぐる課題—アルツハイマー型痴呆研究会 記録)— (トラックセッション3 専門医のための地域連携実践講座)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 16(増刊3), 141~147.
- 粟田主一・島袋仁・小泉弥生他 (2006) 「宮城県栗田市の実践 (特集 認知症の地域連携—認知症を地域で支える)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 17(5), 490~495.
- 安藤智子 (2008) 「介護予防ケアマネジメントの実際と課題—地域包括支援センターの役割から考える (特集 改正介護保険制度の光と影)」『ジェロントロジー』メディカルレビュー社 20(1), 335~340.
- 安藤親男 (2000) 「特別発表 住民参加でつくる地域ケアシステム (特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療 (第10回地域医療研究会'99in長野より)) コーディネーターによるまとめ 時間をかけて実現した住民意識の改革」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 18~25.
- 井形明弘・木村隆次 (2007) 「対談 介護支援専門員の7年を振り返り地域包括ケアの実現を展望する」『介護保険情報』社会保険研究所 8(2), 42~47.
- 池田恵利子 (2005) 「痴呆サポート医とかかりつけ医 (主治医) の連携を実践するために 利用者の立場に立った地域連携を実現するための課題整理 (アルツハイマー型痴呆の実地診療をめぐる課題—アルツハイマー型痴呆研究会 記録)— (トラックセッション3 専門医のための地域連携実践講座)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 16(増刊3), 160~166.
- 池田恵利子 (2006a) 「誰でもその人らしい生活を送る権利がある、それを支えるのが地域包括支援センターの権利擁護 (権利擁護事業とは)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(1), 27~29.
- 池田恵利子 (2006b) 「認知症の人の立場に立った連携を実現するために (特集 認知症の地域連携—認知症を地域で支える)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング

17(5), 517~5. 32.

池田恵利子 (2006c) 「地域連携の実際 地域包括支援センター事業を見据えた地域連携実践について (アルツハイマー型認知症の实地診療の課題を考える—アルツハイマー病研究会 記録) — (トラックセッション3 専門医に求められる地域連携実践講座—認知症になっても安心して暮らせる仕組みの実践)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 17(増刊2), 133~139.

池田恵利子 (2007) 「権利擁護事業の意義と取り組み (特集 地域包括支援センター)」『総合リハビリテーション』医学書院 35(4), 337~342.

池田恵利子 (2008) 「声なき声を聴け—権利擁護のまちづくり(1・新連載) 権利擁護は生活全体を支えるソーシャルワーク」『介護保険情報』社会保険研究所 8(10), 14~17.

池田武俊・中澤伸・成瀬達郎他 (2006) 「トークセッション 高齢者権利擁護の課題(下) 尊厳ある暮らしを守る地域包括支援センターに」『介護保険』法研 11(119), 5. 3~59.

池田省三 (2006) 「インタビュー 制度改革の目的にそった改定だが更なる改善も必要—池田省三(龍谷大学教授) (特集 平成18年度介護報酬改定—介護予防、地域包括ケアを促進)」『介護保険情報』社会保険研究所 6(12), 24~27.

池田敦子・薄葉道子・淵上虎平他 (2006) 「Part-3 座談会 課題と可能性 (特集 ガンバレ! 地域包括支援センター—動き出して半年が経過した地域包括支援センター 現況に目を凝らし、見えてきた課題と可能性をひも解く)」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(11), 21~25.

池田直樹 (2006) 「新たな法制度をいかに活用し使いこなすか (特集 高齢者虐待防止法で何がかわるのか)」『総合ケア』医歯薬出版 16(7), 5. 3~55.

石田光広・西元幸雄・東島弘子 (2004) 「対談 介護予防を担う地域包括支援センターはどうあるべきか (Special Feature 1 介護予防が目指すもの—個別ケアを生かすサービスとケアプラン)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 15(11), 17~23.

石田光広 (2005) 「稲城市の地域包括ケアの実践と今後の方向 (特集 これから期待される地域包括支援とは)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(2), 29~35.

石田光広 (2007) 「地域支援において保険者としての取り組みと関係機関に求めること (特集 地域における居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの連携)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 9(1), 33~37.

石川満 (2005) 「Q&A 地域包括支援センターと市町村の役割 (特集2 社会保障「構造改革」と改正介護保険)」『住民と自治』自治体研究社(510), 60~67.

石原美和 (2005) 「事例を読む前に押さえておくべきポイント 地域包括支援センターの役割 (特集2 地域包括支援センターが動き出す)」『保健師ジャーナル』医学書院 61(12), 1177~1179.

石原美和 (2006a) 「特別記事 地域包括支援センター始動に向けて」『訪問看護と介護』医学書院 11(2), 150~153.

石原美和 (2006b) 「厚生行政の動向と今後の高齢者ケア (特集 アウトカムマネジメントの視点からの老年看護学—時代のニーズの変化に対応し、高齢者看護の専門性に何を求めるのか)」『臨床看護』へるす出版 32(4), 435~441.

石川貴美子 (2006) 「委託式の地域包括支援センターと介護予防活動の現在—神奈川県秦野市の取り組み (特集 動きだした「介護予防」戦略の現在)」『保健師ジャーナル』医学書院 62(11), 912~919.

石井暎禧 (2000) 「分委会 (特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療(第10回地域医療研究会'99 in 長野より)) 医療保険制度改革」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 60~61.

磯先順子 (2006) 「地域型在宅介護支援センターが果たす高齢者虐待防止の役割 (特集 高齢者虐待防止法で何がかわるのか)」『総合ケア』医歯薬出版 16(7), 43~46.

井出弘枝 (2007) 「安心・安全を紡ぐ地域ケアの実践—地域包括支援センターの役割とは— (特集 高齢者地域ケア・終末期ケアの実践)」『ナースアイ』桐書房 20(1), 30~34.

伊藤利之・渡辺慎一 (1993) 「日本の地域リハビリテーション—1-CBR 活動における関係機関の連携と活動の実際—広島県御調(みつぎ)町の地域包括システム」『作業療法

- ジャーナル』三輪書店 27(3), 221~228.
- 伊藤直榮(2000)「分化会(特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療(第10回地域医療研究会'99 in 長野より))地域リハビリテーション」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 58~59.
- 井上深幸(2005)「ソーシャルワーク過程におけるケアマネジメントの役割機能——モデル構築とその検証」『関西福祉大学研究紀要』関西福祉大学研究会 (8), 53~63.
- 井上 信宏(2005)「地域包括ケアシステムの担い手とケアマネジメント・ネットワークの構築—ケアマネジメントの系譜と〈ケアの包括性〉のゆらぎ」『信州大学経済学論集』信州大学経済学部(53), 75~97.
- 井上信宏(2008)「地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応—地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために」『信州大学経済学論集』信州大学経済学部 (57), 15~47.
- 井上久子・小林幸代・今野日出子他(2008)「要支援高齢者に対する地域包括支援センターでの相談活動(特集 自己決定を支える排泄ケア—相談員育成による取り組みから)—(山形県排泄ケアマネジメント相談員による活動の実践)」『訪問看護と介護』医学書院 13(3), 198~200.
- 今井正信(1995)「地域社会と連携して広域圏における地域包括ケアシステムに取り組む三豊総合病院(問われる病院と地域の保健活動〈特集〉)—(病院と地域保健活動)」『病院』医学書院 54(12), 1127~1130.
- 今井幸充(2004)「地域における痴呆ケアも出る—家族・ケアスタッフの介護負担軽減の視点から(特集 痴呆介護負担軽減のためのシステム)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 15(8), 911~920.
- 今川洋子(2007)「地域包括支援センター保健師等研修会 事業を通して見えてきたことと今後の取り組みについて」『ベストナース』北海道医療新聞社 18(4), 25~27.
- 井下田猛(2006)「介護保険の蘇生策(3) 地域包括支援センターと地域密着支援」『労働リーダー』労働問題研究会議 30(8), 16~18.
- 上原 たみ子・井上 スエ子・大光 房枝(2007)「松戸市高齢者虐待防止ネットワーク事業の活動と事例援助の実践(特集 高齢者虐待防止の取り組みと課題—高齢者虐待防止法の施行と活動の現状)」『保健の科学』杏林書院 49(1), 20~25.
- 植村尚史(2005)「介護サービスの質の向上(詳解・新介護保険法 第9回)」『月刊介護保険』法研(118), 66~68.
- 植村尚史(2006)「制度運営と保険料の見直し(詳解・新介護保険法 第10回)」『月刊介護保険』法研(119), 64~65.
- 浮谷次郎(2007)「診療所・庁舎・図書館等の複合施設を拠点に地域包括ケアを実践—岡山県新見市哲西町(特集 地域医療を守るか)—(レポ/地域医療の現場は今)」『ガバナンス』ぎょうせい(77), 33~35.
- 梅野 金一・小藪 基司・柴山 志穂美他(2006)「Part4 座談会 協働のカタチを考える(特集 動き出す地域包括支援センター—制度改正の「要」とされる機関が担う業務内容と各地の準備状況、現場が求める連携のあり方を探った)」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(2), 30~34.
- 遠藤英俊(2007)「介護保険の改正における介護・看護」『日本老年医学会雑誌』日本老年医学会 44(4), 429~432.
- 遠藤英俊(2008)「アルツハイマー病と介護保険(アルツハイマー病—基礎研究から予防・治療の新しいパラダイム)—(社会的対応)」『日本臨床』日本臨床社 66(増刊1), 457~461.
- 大石 佳能子(2005)「ヘルスケアマネジメント 医療⇄介護 シームレスなつながりをつくるには(第7回)赤字の自治体病院をどうする? 「地域包括システム」構築の考え方と手法(中編)」『シニアビジネスマーケット』総合ユニコム(9), 5.3~54.
- 大森彌(2006a)「改正介護保険法と介護の第一線で働く人々(特集 地方分権時代のトータルケア)」『総合ケア』医師薬出版 16(1), 12~21.
- 大森彌(2006b)「基調論文 地域包括支援センターのめざす方向性(特集 地域包括支援センターのめざすもの)」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 89(11), 12~15.

太田貞司(2006)「大都市部における地域ケアシステム構築をめぐる現状と課題—自治体と地域包括支援センターの役割(小特集 保健・福祉・医療の連携による地域包括ケアを)」『住民と自治』自治体研究社(515), 48~53.

太田貞司(2007)「書評 『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』 社団法人日本社会福祉士会編『地域福祉研究』日本生命済生会福祉事業部(35), 124~126.

大淵修一(2006)「介護予防機能を充実させるための視点(特集 地域包括支援センターのめざすもの)」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 89(11), 28~31.

大友縁(2007)「巻頭言 地域包括支援センターでの保健師の役割について考える」『地域リハビリテーション』三輪書店 2(7), 573.

大田仁史(2008)「茨城型地域ケアシステムと地域包括支援センター(特集 地域包括支援センターとリハビリテーション)」『地域リハビリテーション』三輪書店 3(2), 122~125.

岡本祐三(2006)「地方分権時代のケア実践の進めかた(特集 地方分権時代のトータルケア)」『総合ケア』医師薬出版 16(1), 22~30.

小川一博(1996)「クオリティ・オブ・ライフを目指した保健・医療・福祉の統合と地域包括リハビリ(特集 超高齢社会と高齢者介護) —(在宅介護と地域ケア)」『月刊国民生活』国民生活センター 26(9), 28~31.

小賀野 晶一(2006)「地域連携実践上, 権利擁護のための能力判定をどのような視点で考えるべきか(アルツハイマー型認知症の実地診療の課題を考える—アルツハイマー病研究会 記録) —(トラックセッション3 専門医に求められる地域連携実践講座—認知症になっても安心して暮らせる仕組みの実践)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 17(増刊2), 146~151.

奥田聖介(2001)「「地域包括医療」と「急性期医療と慢性期医療を意識した医療」の実践(特集 検証・変革期の病院経営) —(変革期の新たな戦略)」『病院』医学書院 60(9), 793~795.

奥西栄介(2005)「地域包括支援センターについて考える(特集 私が考える介護保険制

度とは)『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(3), 41~44.

奥山純子・中山徹・大高牧子他(2007)「7439 日常生活圏域と地域包括支援センターの関係: 高齢者の地域居住を保障する基盤整備に関する研究 その2(高齢化社会のまちづくり, 都市計画)」『学会講演梗概集 F-1, 都市計画, 建築経済・住宅問題』社団法人日本建築学会 2007, 935~936.

小國英夫(2007)「介護予防におけるマイケアプラン—それへの期待と意義(特集 どうしてですか? 介護予防ケアマネジメント)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 9(2), 47~50.

押川武志・田中睦英・福本安甫(2008)「在宅高齢者および障がい者の地域支援を考える(1) 地域包括支援センターの取り組みに関する文献研究」『九州保健福祉大学研究紀要』九州保健福祉大学(9), 99~106.

小田久美子(1988)「公営企業みてある記 地域包括ケアシステム—香川県三豊総合病院組合の医療は信頼関係が築く連携プレー」『公営企業』地方財務協会 30(6), 33~39.

小野ミツ(2007)「認知症高齢者と虐待との関連と家族支援」『保健の科学』杏林書院 49(1), 35~39.

折茂賢一郎(2003)「1. 六合温泉医療センター 地域包括ケアにおける温泉利用で疾病予防や健康増進に活用(特集 高齢者の介護予防と温泉) —(医療福祉施設での温泉利用)」『ジーピーネット』環境衛生研究会 50(9), 43~46.

折茂賢一郎(2006)「医療・介護制度 TOPICS 介護保険制度下における指導および監査指針について—地域包括ケアにおける介護サービスの展望」『月刊地域医学』地域医療振興協会 20(12), 1106~1110.

力行

介護保険情報(2004a)「富山市—「地域力発揮」で安心で豊かな生活の実現めざす(特集1 地域包括ケア体制の構築)」『介護保険情報』社会保険研究所 4(11), 10~15.

介護保険情報(2004b)「地域住民と行政が協働することで包括的なケア体制を実現(特集1 地域包括ケア体制の構築)」『介護保険情報』社会保険研究所 4(11), 16~18.

介護保険情報(2004c)「行政の動き 介護保険課長会議から 新予防給付と地域包括支援センターの検討状況(介護予防のページ(7)介護予防における口腔ケア・リハの重要性)」『介護保険情報』社会保険研究所 5(7), 58~61.

介護保険情報(2005a)「行政の動き 全国老人保健主管課長会議から 新予防給付・地域支援事業・地域包括支援センターの方向(介護予防のページ(10))」『介護保険情報』社会保険研究所 5(10), 49~51.

介護保険情報(2005b)「介護予防テーマにシンポ開催第56回北海道公衆衛生学会」『介護保険情報』社会保険研究所 5(10), 5.3~53.

介護支援専門員(2005c)「特集 これから期待される地域包括支援とは」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(2), 10~12.

介護保険(2005d)「どうなる地域包括支援センター—市町村の準備状況を見る」『介護保険』法研 10(116), 28~33.

介護保険(2005e)「NEWS 徹底解説 地域包括支援センターの業務内容を提示—厚労省が全国介護保険担当課長会議等を開催」『介護保険』法研 10(118), 60~65.

介護保険情報(2006a)「神戸市—在介支と同数の圏域を設定、委託先の選定は公募方式を採用(特集 どうなる? 地域包括支援センター)」『介護保険情報』社会保険研究所 6(11), 17~19.

介護保険情報(2006b)「名張市—4層構造の保健福祉エリア設定できめ細かい地域包括支援めざす(特集 どうなる? 地域包括支援センター)」『介護保険情報』社会保険研究所 6(11), 20~23.

介護保険(2006c)「NEWS 徹底解説 3職種がチームになって4業務を担当—地域包括支援センター職員研修で「業務マニュアル」」『介護保険』法研 11(120), 60~63.

介護保険情報(2006d)「[平成] 18年4月改定のねらいとポイント 1)介護予防、リハビリテーションの推進 2)地域包括ケアの確立と認知症ケアの充実 3)中重度者への支援と医療との連携を強化 4)サービスの質の向上と給付適正化(特集 平成18年度介護報酬改定—介護予防、地域包括ケアを促進)」『介護保険情報』社会保険研究所

6(12), 8~16.

介護保険情報(2006e)「特集 平成18年度介護報酬改定—介護予防、地域包括ケアを促進」『介護保険情報』社会保険研究所 6(12), 6~17.

介護保険情報(2006f)「行政の動き 地域包括支援センターと介護予防で意見交換会開く(介護予防のページ(第28回))」『介護保険情報』社会保険研究所 7(4), 51~57.

介護保険(2006g)「第1回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会資料(厚生労働省老健局振興課・老人保健課)」『介護保険』法研 11(126), 72~81.

介護保険情報(2006h)「甲府市・笹本会が取り組む介護予防 “わがまちの”地域包括支援センターと介護予防—地域包括支援センターおおくに(介護予防のページ(第29回))」『介護保険情報』社会保険研究所 7(5), 70~74.

介護保険情報(2006i)「ケアマネとの連携向上に向けて地域包括ケア研修会開く(介護予防のページ(32))」『介護保険情報』社会保険研究所 7(8), 63~65.

介護保険(2006j)「NEWS 徹底解説 介護予防サービスの過少提供は是正指導の対象に—厚労省が第2回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会開催」『介護保険』法研 11(130), 48~51.

介護保険(2006k)「第2回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会資料(平成18年10月18日 厚生労働省老健局)」『介護保険』法研 11(130), 73~77.

介護保険情報(2006l)「工夫を積み重ねて特定高齢者施策に成果—埼玉県飯能市(特集 始動から半年—地域包括支援センターの現状と課題)」『介護保険情報』社会保険研究所 7(9), 8~13.

介護保険情報(2006m)「推進センターを設置しバックアップ—東京都町田市(特集 始動から半年—地域包括支援センターの現状と課題)」『介護保険情報』社会保険研究所 7(9), 16~19.

介護保険情報(2006n)「厚労省の意見交換会で4市の取組み事例が紹介される(特集 始動から半年—地域包括支援センターの現状と課題)」『介護保険情報』社会保険研究所 7(9), 24~26.

介護保険情報(2006o)「地域包括支援センターの設置運営について 平成18年10月18日(特別付録 地域包括支援センターの設置運営について ほか)」『介護保険情報』社会保険研究所7(9), 巻末2~7.

介護保険情報(2006p)「介護給付費の算定に関するQ&A(VOL.1)(特別付録 地域包括支援センターの設置運営について ほか)」『介護保険情報』社会保険研究所7(9), 巻末8~10.

介護保険情報(2007a)「全国保健センター連合会がセミナー 地域包括支援センターにおける保健師の役割は何か(介護予防のページ(34))」『介護保険情報』社会保険研究所7(10), 72~74.

介護保険(2007b)「総点検! 地域包括支援センター—「期待」と「現実」のギャップを埋めるには(特集 総点検! 地域包括支援センター—「期待」と「現実」のギャップを埋めるには)」『介護保険』法研12(132), 12~15.

介護保険情報(2007c)「介護予防のページ(第43回)第3回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会 地域包括支援センターの活動を強化して介護予防・地域づくりを推進」『介護保険情報』社会保険研究所8(7), 66~73.

介護保険情報(2007d)「第3分科会「包括力」地域包括支援センターの展望—杉並区成年後見センター/千葉県中核地域生活支援センター/高浜市(特集 第8回介護保険推進全国サミット in みょうこう)—(老人力・地域力・包括力をどう向上させるかを探る)」『介護保険情報』社会保険研究所8(9), 13~16.

介護保険情報(2007e)「全国保健センター連合会が事例報告会・意見交換会 地域包括支援センターにおける保健師の役割(介護予防のページ(第46回))」『介護保険情報』社会保険研究所8(10), 54~57.

介護保険情報(2008a)「埼玉県和光市 介護予防への参加意欲を刺激する「電子介護予防手帳システム」(介護予防のページ(第47回))」『介護保険情報』社会保険研究所8(11), 66~69.

介護保険情報(2008b)「地域包括支援センターの成果と課題を探る—市町村セミナーを

厚労省が開催(介護予防のページ(第49回))」『介護保険情報』社会保険研究所9(1), 58~60.

開発こうほう(2005)「地域事例3 地域包括ケアの実践で健康と福祉の里づくり—岩手県藤沢町の取り組み(地域と医療)」『開発こうほう』北海道開発協会(506), 23~28.

鏡論(2006a)「地域を支える地域包括支援センターとは(特集 改正介護保険と訪問看護事業)」『訪問看護と介護』医学書院11(1), 40~47.

鏡論(2006b)「自治体現場から見たケア実践の課題と方向(特集 地方分権時代のトータルケア)」『総合ケア』医師薬出版16(1), 31~36.

鏡論(2006c)「論壇 地域包括支援センターの課題と対応—丸投げ委託と無気力直営」『介護保険情報』社会保険研究所7(7), 64~68.

鏡論(2006d)「地域包括支援センターの機能と役割 地域包括支援センターへの移行は地域ケアに対する自治体の取り組みの課題(特集 医療と介護 同見る? どう変わる? 改正介護保険と診療報酬)」『Home care medicine』メディカルトリビューン7(2), 36~38.

鏡論(2007)「地域包括支援センターの混乱を越えて(特集 改正介護保険から1年)」『訪問看護と介護』医学書院12(4), 268~273.

鏡論(2008)「地域包括支援センターの現状と課題(特集 認知症医療・介護制度の現状と課題)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング19(1), 48~58.

角田禎子(2007)「地域ケアにおいて地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に求めること—保健師の立場から(特集 地域における居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの連携)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社9(1), 25~28.

香月武人(1995)「情報管理による病院政策論(2): 自己完結型医療から地域包括型医療への転換」『日本病院会雑誌』日本病院会42(8), 1191~1199.

檜林哲雄・石川智久・銚石和彦(2008)「認知症に対する社会支援(認知症のリハビリテーション)」『Monthly book medical rehabilitation』全日本病院出版会(91), 126~132.

梶井英治 (2003) 「地域医療を担う医師の養成」『日本内科学会雑誌』日本内科学会 92(12), 2356~2363.

片山壽 (2004) 「地域ケアにおける医療の役割—尾道方式の新・地域ケアの構築と痴呆ケア(特集 痴呆介護負担軽減のためのシステム)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 15(8), 921~928.

片山 聡子・野村 陽子・福岡 由紀(2005) 「特別記事 自治体保健師の活動内容の変化と現状」『保健師ジャーナル』医学書院 61(6), 5.32~5.37.

加藤邦夫 (1980) 「地域包括医療とプライマリ・ケア (医師会活動とプライマリ・ケア〈特集〉) 『公衆衛生』 44(11), 759~770.

香取照幸 (2004) 「インタビュー 地域包括ケアは地域の力を紡いだ到達点 (特集1 地域包括ケア体制の構築)」『介護保険情報』社会保険研究所 4(11), 4~9.

香取照幸・木村隆次・石田光広他 (2005) 「トークセッション 介護保険制度改正と介護支援専門員(上) 介護支援専門員を支える地域包括支援センター」『介護保険』法研 10(112), 5.3~59.

門前俊徳・片山成久・池田純他 (2007) 「地域医療 本センター・サブセンター方式による福山市北部地域包括支援センター事業について」『広島医学』広島医学会 60(10), 590~594.

金田千賀子 (2007) 「認知症高齢者の地域包括ケアにおける実践方法に関する研究—スヴィンボー市にみる“協力モデル”の事例から」『人間福祉学会誌』人間福祉学会 7(1), 121~128.

鎌田實 (2000) 「これからどうする地域医療—介護保険導入を踏まえて (特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療(第10回地域医療研究会'99in長野より))」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 14~16.

神谷良子 (2008) 「地域包括支援センター 老いや病を抱えながら日々懸命に生活している高齢者と、その人たちを支えているケアマネジャーを支援する (特集 地域連携とケアマネジャー)」『ジーピーネット』環境衛生研究所 54(11), 34~42.

唐木美代子・坂本利美・角田禎子他 (2007) 「座談会 地域包括支援センターの機能を活かして介護予防を進めるために (介護予防のページ(第37回))」『介護保険情報』社会保険研究所 8(1), 65~73.

川田悦子 (2000) 「ノー・モア・サイレンス「責任の明確化」にこだわる (特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療(第10回地域医療研究会'99in長野より)) — (総会シンポジウム 真に豊かな社会をめざして)」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 38~41.

川原秀夫(2004) 「在宅所・グループホームはケアスタッフの介護負担を軽減するのか (特集 痴呆介護負担軽減のためのシステム)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 15(8), 943~948.

川村優子 (2005) 「在宅介護支援センター、介護支援専門員の視点から (特集 私が考える介護保険制度とは)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(3), 25~28.

川尻良夫・村川浩一 (2006) 「福祉最前線 特集その1 特別企画インタビュー—地域包括支援センターの開設から本格実施へ」『サポート』第一法規 (14), 2~9.

川村陽一 (2006) 「施設ケアの今後のあり方」『日本老年医学会雑誌』日本老年医学会 43(4), 472~475.

川井太加子 (2007) 「PART2 地域包括支援センターの現状と課題 (特集 地域包括ケアの現状と今後の課題)」『ふれあいケア』全国社会福祉協議会 13(1), 9~11.

川上倫子 (2007) 「まずPR行政も協力的1町1センターの強み (特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』恩賜財団済生会 83(5), 6~8.

川越雅弘(2008) 「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題(特集 地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向)」『海外社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所(162), 4~15.

看護(2003) 「グラフ 町民参加型の地域包括医療—国民健康保険藤沢町病院」『看護』日本看護協会出版 55(12), 3~7.

神崎浩之 (2005) 「地域包括支援センターと市町村の保険者機能強化への期待と不安に

について (特集 私が考える介護保険制度とは) 『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(3), 29~31.

看護教育(2007)「焦点 これからの医療における看護職の育成—地域包括ケアに必要な人材」『看護教育』医学書院 48(3), 220~229.

菊池健志 (2006)「地域福祉コーディネーターに求められるコンピテンシーに関する研究」『神奈川県立保健福祉大学誌』神奈川県立保健福祉大学 3(1), 49~58.

菊池和則 (2007a)「Care Article 地域包括支援センター実態調査からみえるもの」『総合ケア』医歯薬出版 17(10), 85~90.

菊池和則 (2007b)「地域包括支援センターの行なう高齢者虐待への対応—訪問看護ステーション・訪問介護事業所との連携」『訪問看護と介護』医学書院 12(11), 932~937.

岸田宏司 (2005)「地域包括ケアにおける経営課題 (第1特集 介護業界の変革)」『地域ケアリング』北隆館 7(10), 27~31.

北村久美子・藤井智子・杉山さちよ (2005)「地域包括ケアシステムの確立に向けて—医療機関における看護師の視点から」『旭川医科大学研究フォーラム』旭川医科大学 (7), 60~70.

木下毅(2006)「医療制度への影響 (特集 介護保険を解剖する)」『地域リハビリテーション』三輪書店 1(2), 127~130.

木村 宏之・佐上 雅宣・木村 由貴子他(2007)「介護予防に関する大阪府下の地域包括支援センターへの調査報告([大阪府作業療法士会]学術部研究会報告)」『大阪作業療法ジャーナル』大阪府作業療法士会 20(2), 45~50.

木村隆次 (2007)「包括的・継続的ケアマネジメント (特集 地域包括支援センター)」『総合リハビリテーション』医学書院 35(4), 333~335.

京極高宣(2006)「在宅医療と介護保険改革—介護保険改革の意義と残された課題 (特集 介護保険を解剖する)」『地域リハビリテーション』三輪書店 1(2), 118~122.

清田啓子(2006)「直営式の地域包括支援センターと介護予防活動の現在—福岡県北九州市の取り組み(特集 動きだした「介護予防」戦略の現在)」『保健師ジャーナル』医

学書院 62(11), 922~929.

日下部 雅喜(2006)「まだこれから!改悪介護保険法と私たちの課題(第3回)自治体での給付抑制システムづくりを許さないために—第3期介護保険事業計画と「地域包括支援センター」」『福祉のひろば』大阪福祉事業財団 70, 40~43.

國光登志子 (2005)「地域包括支援において求められるケアマネジャーの姿とは (特集 これから期待される地域包括支援とは)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(2), 19~22.

黒岩卓夫 (2000)「21世紀へ向けて地域医療の現場から (特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療(第10回地域医療研究会'99in長野より))— (総会シンポジウム 真に豊かな社会をめざして)」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 34~37.

黒田しづえ (2007)「介護予防のためのケアプラン用紙作成の試みと検討」『神戸女子短期大学論攷』神戸女子短期大学学会 (5.3), 71~79.

ケアマネジャー(2006a)「Part1 地域包括支援センターのしくみ (特集 動き出す地域包括支援センター—制度改正の「要」とされる機関が担う業務内容と各地の準備状況、現場が求める連携のあり方を探った)」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(2), 18~21.

ケアマネジャー(2006b)「Part2 職種の役割・業務 (特集 動き出す地域包括支援センター—制度改正の「要」とされる機関が担う業務内容と各地の準備状況、現場が求める連携のあり方を探った)」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(2), 22~25.

ケアマネジャー(2006c)「Part3 市町村の現在(いま) (特集 動き出す地域包括支援センター—制度改正の「要」とされる機関が担う業務内容と各地の準備状況、現場が求める連携のあり方を探った)」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(2), 26~29.

ケアマネジャー(2006d)「Part4 座談会 協働のカタチを考える (特集 動き出す地域包括支援センター—制度改正の「要」とされる機関が担う業務内容と各地の準備状況、現場が求める連携のあり方を探った)」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(2), 30~

34.

ケアマネジャー(2006e)「地域包括支援センターを創る(1)和光市(埼玉県)すでに実施してきた包括的支援事業 準備は万全、機能の拡充を目指す」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(4), 66~68.

ケアマネジャー(2006f)「地域包括支援センターを創る(2)稲城市(東京都)“包括”と“在支”の両輪で地域支援事業を一体的に進める」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(5), 64~68.

ケアマネジャー(2006g)「地域包括支援センターを創る(3)前橋市(群馬県)拠点1カ所に職員を集中し、業務の標準化と協働の充実を図る」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(6), 66~68.

ケアマネジャー(2006h)「地域包括支援センターを創る(4)川副町(佐賀県)11年の歴史をもつ多職種協働のしくみを礎に」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(7), 64~66.

ケアマネジャー(2006i)「地域包括支援センターを創る(5)新潟県見附市」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(8), 66~68.

ケアマネジャー(2006j)「カラーグラビア ViewFinder 元気をもらい、元気を広める 天城町地域包括支援センター 柁山ゆかりさん」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(9), 1~5.

ケアマネジャー(2006k)「地域包括支援センターを創る(6)中野区(東京都)行政と事業者、それぞれの強みを併せもつ地域ケア体制を目指す」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(9), 1~5.

ケアマネジャー(2006l)「地域包括支援センターを創る(7)松江市(島根県)地域福祉の歴史を基盤に皆で考え、皆で取り組む」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(10), 66~68.

ケアマネジャー(2006m)「カラーグラビア ViewFinder 市民の視点と直営ゆえの責任—萩市西地域包括支援センター 大平美恵さん」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(11), 1~5.

ケアマネジャー(2006n)「Part-1 施行から半年経って(特集 ガンバレ!地域包括支援センター—動き出して半年が経過した地域包括支援センター 現況に目を凝らし、見えてきた課題と可能性をひも解く)」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(11), 14~16.

ケアマネジャー(2006o)「Part-2 アンケート 包括センター職員 80名(69市町村)に聞きました(特集 ガンバレ!地域包括支援センター—動き出して半年が経過した地域包括支援センター 現況に目を凝らし、見えてきた課題と可能性をひも解く)」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(11), 17~20.

ケアマネジャー(2006p)「Part-4 始まった取り組み(特集 ガンバレ!地域包括支援センター—動き出して半年が経過した地域包括支援センター 現況に目を凝らし、見えてきた課題と可能性をひも解く)」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(11), 26~31.

ケアマネジャー(2006q)「地域包括支援センターを創る(8)東松島市(宮城県)歴史を踏まえた地域づくりを事業者と協働して進める」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(11), 66~68.

ケアマネジャー(2006r)「地域包括支援センターを創る(9)長野県喬木村“生活リハビリ”を核に、自らの健康を守る意識づくりへ」『ケアマネジャー』中央法規出版 8(12), 66~68.

ケアマネジャー(2007a)「地域包括支援センターを創る(10)群馬県伊勢崎市 初動期の劣勢を事業者との交流、自己研鑽で巻き返す」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(1), 64~68.

ケアマネジャー(2007b)「地域包括支援センターを創る(11)大田原市(栃木県)3職種の専門性と公式中立性を両立する「委託出向」方式を採用」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(2), 68~70.

ケアマネジャー(2007c)「地域包括支援センターを創る(12)神奈川県秦野市」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(3), 68~70.

ケアマネジャー(2007d)「地域包括支援センター機能を強化 子育て支援を重視—岡山県(特集 都道府県政令指定都市 2007年度厚生・労働・環境係予算(4)岡山県、愛媛県、

神戸市)『厚生福祉』時事通信社(5450), 6~7.

ケアマネジャー(2007e)「地域包括支援センターを創る(13)東京都杉並区」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(4), 68~70.

ケアマネジャー(2007f)「地域包括支援センターを創る(14)鹿児島県鹿児島市」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(5), 64~66.

ケアマネジャー(2007g)「地域包括支援センターを創る(15)埼玉県富士見市」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(6), 68~70.

ケアマネジャー(2007h)「地域包括支援センターを創る(16)青森県東通村」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(7), 60~62.

ケアマネジャー(2007i)「地域包括支援センターを創る(17)東京都西東京市」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(8), 64~66.

ケアマネジャー(2007j)「地域包括支援センターを創る(18)千葉県佐倉市」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(9), 60~62.

ケアマネジャー(2007k)「地域包括支援センターを創る(19)石川県津幡町」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(10), 64~67.

ケアマネジャー(2007l)「地域包括支援センターを創る(20)石川県津幡町(2)」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(11), 60~63.

ケアマネジャー(2007m)「地域包括支援センターを創る(21)京都府亀岡市」『ケアマネジャー』中央法規出版 9(12), 64~66.

ケアマネジャー(2008a)「地域包括支援センターを創る(22)山形県新庄市」『ケアマネジャー』中央法規出版 10(1), 60~62.

ケアマネジャー(2008b)「ルポ 在宅支援の現場から 土屋幸己さん(静岡県富士宮市) 地域資源をつなぐ行政の中のソーシャルワーカー」『ケアマネジャー』中央法規出版 10(1), 5.3~55.

ケアマネジャー(2008c)「地域包括支援センターを創る(23)くすのき広域連合 大阪府守

口市・門真市・四條畷市」『ケアマネジャー』中央法規出版 10(2), 64~66.

ケアマネジャー(2008d)「地域包括支援センターを創る(最終回)くすのき広域連合(大阪府守口市・門真市・四條畷市)」『ケアマネジャー』中央法規出版 10(2), 60~62.

月刊ケアマネジメント(2004a)「介護予防は決して新たな概念ではない 香取照幸氏 厚生労働省老健局振興課長・介護予防重点推進本部事務局長 (Special Feature 1 介護予防が目指すもの一個別ケアを生かすサービスとケアプラン)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 15(11), 10~12.

月刊ケアマネジメント(2004b)「ユニークな配食サービスで「食の自立支援」をサポートする 和光市役所保健福祉部 長寿あんしん課 (Special Feature 1 介護予防が目指すもの一個別ケアを生かすサービスとケアプラン)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社

月刊ケアマネジメント(2006a)「社会福祉士の立場から 制度の枠を超えたチームアプローチで、高齢者が安心して暮らせる地域社会の実現を (Special Feature 地域包括センターの機能とは一見えてきたその形と、めざすべき役割)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(1), 18~20.

月刊ケアマネジメント(2006b)「先進自治体から1 国の示した課題と自治体ごとに解決すべき課題は必ずしも一致しない (Special Feature 地域包括センターの機能とは一見えてきたその形と、めざすべき役割)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(1), 21~23.

月刊ケアマネジメント(2006c)「先進自治体から2 県主導の「岡山モデル」をたたき台に全市町村が2006年4月、一斉開設実現へ (Special Feature 地域包括センターの機能とは一見えてきたその形と、めざすべき役割)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(1), 24~26.

月刊ケアマネジメント(2006d)「ルポ マニュアルづくり、集える場の確保、ケアマネジャー側から積極的に提案—川崎市介護支援専門員連絡会「KAWASAKI 包括ケア検討委員会」 (Special Feature 地域包括センターの機能とは一見えてきたその形と、めざ

すべき役割)』『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(1), 27~29.

月刊介護保険(2006e)「介護予防ケアマネジメントのマニュアルを提示 厚労省が新予防給付ケアマネジメント指導者研修(NEWS 徹底解説)』『月刊介護保険』法研(119), 60.

月刊ケアマネジメント(2006f)「今月の行政情報 高齢者虐待問題における地域包括支援センターの役割—厚生労働省老健局が虐待問題対応マニュアルを作成」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(5), 64~67.

月刊ケアマネジメント(2006g)「ルポ1 直営方式で相談機能を行政に集約、三層構造での一貫支援—福岡県北九州市(Special Feature 始動、地域包括支援センター—コミュニティづくりの拠点として)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(8), 24~26.

月刊ケアマネジメント(2006h)「ルポ2 在宅介護支援センターの活用で地域住民の個別ニーズを吸い上げる—社会福祉法人青山里会(四日市市南地域包括支援センター)(Special Feature 始動、地域包括支援センター—コミュニティづくりの拠点として)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(8), 27~29.

月刊ケアマネジメント(2006i)「地域包括支援センター全国アンケート—人員不足と赤字が浮き彫りに」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(11), 62~65.

月刊ケアマネジメント(2007a)「地域包括支援センターの体制整備促進について—厚生労働省がQ&Aを作成」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 18(2), 62~65.

月刊ケアマネジメント(2007b)「ルポ 先がみえない 地域包括支援センター職員の苦悩—相次ぐ職員の退職と、ままならない補充(地域包括支援センターなんていない!—今、立ち止まって考えよう)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 18(4), 16~20.

月刊ケアマネジメント(2007c)「ルポ 地域相談支援の核となる千葉県・中核センター事業の挑戦(地域包括支援センターなんていない!—今、立ち止まって考えよう)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 18(4), 21~23.

月刊ケアマネジメント(2007d)「本誌[月刊ケアマネジメント]アンケート調査から ケアマネが見た「地域包括支援センター」「機能すると思わない」が4割(地域包括支援センターなんていない!—今、立ち止まって考えよう)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 18(4), 28~31.

月刊地域保健(2006a)「奈良県生駒市 地域ぐるみで「介護予防」—人材育成のしかけづくり—生駒市福祉支援課 奥谷長嗣さん 田中朋美さん(特集 地域包括支援センター・介護予防、半年の総括—予防重視のシステムは根付いたか?)」『月刊地域保健』東京法規出版 37(10), 8~15.

月刊地域保健(2006b)「福岡県北九州市 総合相談機能を強化した三層構造のネットワーク—北九州市保健福祉局地域福祉部介護保険課 中村順子さん(特集 地域包括支援センター・介護予防、半年の総括—予防重視のシステムは根付いたか?)」『月刊地域保健』東京法規出版 37(10), 16~21.

月刊地域保健(2006c)「埼玉県和光市 介護予防の「地産地消」を目指す(特集 地域包括支援センター・介護予防、半年の総括—予防重視のシステムは根付いたか?)」『月刊地域保健』東京法規出版 37(10), 22~31.

月刊地域保健(2008)「行政のうごき 第70回市町村職員を対象とするセミナー「円滑な地域包括支援センターの運営について」開催」『月刊地域保健』東京法規出版 39(3), 94~96.

月刊福祉(2006)「地域包括支援センターが担うべき役割と直面している課題—千葉県・本埜村地域包括支援センター(特集 地域包括支援センターのめざすもの)」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 89(11), 40~42.

月刊福祉(2007a)「安心して暮らしていける地域づくり—医療・福祉連携の実戦—社会福祉法人セイワ桜寿園地域包括支援センター(特集 地域における医療・福祉連携の課題)」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 90(5), 40~45.

ケアマネジャー(2007b)「福祉サービス最前線(第4回) 培った土壌にのった地域包括支援センター—千葉県・松戸市役所介護予防推進担当室」『月刊福祉』全国社会福祉協

議会 90(9), 60~63.

厚生サロン(2005)「地域包括支援センター 2、3万人に1箇所 専門3職種必置に経過措置—Q&Aより これまでに寄せられた主な質問に関する考え方」『厚生サロン』日本厚生協会 25(9), 28~37.

幸地東(2006)「介護保険制度の見直しと地方自治—地域包括支援センターの法的議論を通じて」『自治総研』地方自治総合研究所 32(1), 96~112.

厚生福祉(2007a)「医療・介護経営の現状と課題(58)地域包括支援センターの役割とは何か」『厚生福祉』時事通信社(5460), 2~7.

厚生福祉(2007b)「医療・介護経営の現状と課題(59)地域包括支援センターへの取り組み—旭川市を中心に」『厚生福祉』時事通信社(5462), 2~7.

甲田由美子(2007)「地域包括支援センターの現状と課題—『地域の仕組みづくり』をめざして(特集 中小業者と国民各層・自治体の共同で地域経済振興・まちづくり)」『中小商工業研究』中小商工業研究所(93), 119~123.

厚生労働省老健局振興課老人保健課(2007)「資料 第3回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会資料(平成19年9月11日)」『介護保険』法研 12(141), 71~81.

木川田 典彌・笹森 貞子・村川 浩一(2006)「福祉最前線 特集その2 緊急座談会 前号より続き 認知症高齢者への新しい対応と課題」『サポート』第一法規(14), 10~14.

国民健康保険(2003)「特集「地域包括保健・医療研究会」が報告書まとめる」『国民健康保険』国民健康保険中央会 54(3), 2~7.

小柴浩次(2005)「御調町における介護予防の取り組み—地域包括ケアシステムの中での実践例(特集 介護予防における活動・参加支援の作業療法)」『作業療法ジャーナル』三輪書店 39(8), 833~838.

小柴浩次(2007)「こうすればいい環境調整 実践を通しての対象者・家族との調整のポイント(特集 だいじょうぶ?あなたの環境調整支援)」『臨床作業療法』青海社 4(5), 370~374.

小島基永・大淵修一・小島操他(2007)「1068 地域包括支援センター—宇根伊初年度の課題(生活館ky 法支援系理学療法 14, 第42回日本理学療法学会)」『理学療法学』社団法人日本理学療法士協会 34, 534.

小島基永・大淵修一(2008)「地域包括支援センターにおける理学療法士の役割と課題(特集 地域リハビリテーションにおける理学療法)」『理学療法ジャーナル』医学書院 42(1), 39~44.

小竹由子(2006)「介護予防ケアマネジメントを開始して—富山市の委託により活動している水橋北地域包括支援センター(第1特集 地域包括支援センターの現状報告)」『地域ケアリング』北隆館 8(8), 17~20.

古都賢一・中辻直行・鏡諭他(2006)「座談会 地域包括支援センターの現状と課題(特集 地域包括支援センターのめざすもの)」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 89(11), 16~25.

古都賢一(2007a)「地域包括支援センターの設置の背景(特集 地域包括支援センター)」『総合リハビリテーション』医学書院 35(4), 321~325.

古都賢一(2007b)「福祉最前線 特別企画インタビュー 高齢者介護制度の将来像—地域包括支援センター開設後の課題と方向」『サポート』第一法規(18), 2~11.

小幡秀夫「地域包括ケアと権利擁護—福祉職・看護職との協働を目指して(第32回日本看護研究学会講演記事)—(シンポジウム 利用者と共に歩む看護)」『日本看護研究学会雑誌』日本看護研究学会 30(1), 43~45.

小林ミドリ(2006)「高齢者虐待防止対策の現状—埼玉県における取り組みについて(特集 高齢者虐待防止法で何が変わるのか)」『総合ケア』医師薬出版 16(7), 33~37.

コミュニティケア(2006)「シンポジウム掲録 地域包括支援センターの現状と方向性—日本ケアマネジメント学会・第5回研究大会シンポジウムより(特集 どうなっている?地域包括支援センター)」『コミュニティケア』日本看護協会出版会 8(11), 29~36.

小山剛(2004a)「地域に重点を置いた痴呆性高齢者ケアとは(特集 痴呆ケアの拠点を

地域へ—地域の持つ力に注目)』『介護支援専門員』メディカルレビュー社 6(3), 23~28.

小山剛(2004b)「家族・スタッフの介護負担軽減のためのケアマネジャーの役割(特集 痴呆介護負担軽減のためのシステム)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 15(8), 936~942.

小山秀夫(2006)「在宅医療と介護保険改革—介護保険改革の意義と残された課題(特集 介護保険を解剖する)」『地域リハビリテーション』三輪書店 1(2), 138~142.

後藤好美(2006)「動き出した包括的・継続的ケアマネジメント機関における社会福祉士の役割—地域包括支援センターにおける総合相談・虐待防止(第1特集 地域包括支援センターの現状報告)」『地域ケアリング』北隆館 8(8), 12~16.

サ行

阪野 圭二・知久 達哉(2006)「地域連携の実際 地域福祉権利擁護事業と成年後見制度における地域連携実践の成果と課題(アルツハイマー型認知症の实地診療の課題を考える—アルツハイマー病研究会 記録)—(トラックセッション3 専門医に求められる地域連携実践講座—認知症になっても安心して暮らせる仕組みの実践)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 17(増刊2), 140~145.

坂本勉(2008)「地域包括支援センターの権利擁護機能と高齢者虐待防止の課題」『社会福祉学部論集』佛教大学社会福祉学部 (4), 73~90.

櫻井栄子(2006)「実践報告2: 地域包括支援センターの看護職として 軽度者へのケアマネジメントで自立への意欲を引き出す(特集 軽度者の自立を支える看護職アプローチ)」『コミュニティケア』日本看護協会出版会 8(8), 24~27.

佐藤元美(2002)「現地報告 私の地域包括ケア論—みんなで創ろうみんなの医療—岩手県藤沢町(特集 地域医療の確保)」『地方議会人』中央文化社 32(9), 25~28.

佐藤勝・吉岡学(2003)「哲西町での地域包括医療の取り組み:「保健医療福祉の一体化」から「保健医療福祉を中心とした町づくり」への展開」『日本農村医学会雑誌』日本農村医学会 5.3(3), 347.

佐藤勝(2005)「へき地・離島救急医療における初期臨床研修医の研修—へき地でん地域包括医療の重要性」『へき地・離島救急医療研究会誌』へき地・離島救急医療研究会 6, 73~87.

佐藤博美(2005)「新予防給付ケアマネジメントモデル事業を実施して(特集2 地域包括支援センターが動き出す)—(現場レポート 保健師は「地域包括ケア」にどう向かい合うか)」『保健師ジャーナル』医学書院 61(12), 1194~1196.

佐藤元美(2006a)「保健・福祉・医療の連携による地域包括ケアを一病院を核に保健福祉医療をになう(藤沢町)」『住民と自治』自治体研究社(517), 76~79.

佐藤幹夫(2006b)「高齢者医療・介護の現場から(21)地域包括ケアがなぜ必要だったか—横手市立大森病院から(2)」『健康保険』健康保険組合連合会 60(12), 48~51.

佐藤貴司(2007)「PART3(2) 地域包括支援センターの運営状況と地域資源との連携(特集 地域包括ケアの現状と今後の課題)」『ふれあいケア』全国社会福祉協議会 13(1), 16~18.

佐藤久一(2007)「高齢者が振り回されない利用者本位の活動をめざす(特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』恩賜財団済生会 83(5), 4~6.

佐藤卓利(2007)「介護サービス市場の管理と調整—地域包括支援センターの事業分析(特集 介護保険と高齢者福祉)」『賃金と社会保障』賃社編集室(1454), 4~18.

佐野正人・山本勝(1981)「80年代の地域包括医療システムに向けて」『現代医学』愛知県医師会 28(3), 401~410.

塩ノ谷 朱美(2006)「医療・介護制度 TOPICS へき地における地域包括支援センターの役割と活動」『月刊地域医学』地域医療振興協会 23(10), 934~936.

シニア・コミュニティ(2006)「特集 どうなる介護予防と地域包括支援センター—下げ幅最大、介護・診療報酬 同時引き下げ時代の生き残り策を考える」『シニア・コミュニティ』ヒューマン・ヘルスケア・システム (39), 13~16.

篠田浩・服部哲治・池田省三他(2008)「座談会 権利擁護における地域包括支援センターと社会福祉士の役割を展望する」『介護保険情報』社会保険研究所 8(10), 6~13.

篠田道子(2008)「フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向—在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に(特集 地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向)」『海外社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所(162), 29~42.

柴尾 慶次(2005)「施設改革・脱施設化(特集 私が考える介護保険制度とは)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(3), 45~48.

渋谷篤男(2006)「介護保険制度見直しのなかの行政責任とソーシャルワーク(特集: 地方自治体におけるソーシャルワーク)」『ソーシャルワーク研究』相川書房 31(4), 266~271.

島田陽子・高階秀子・山崎初美他(2006)「座談会 介護予防による地域づくりを目指して(特集 地域包括支援センター・介護予防、半年の総括—予防重視のシステムは根付いたか?)」『月刊地域保健』東京法規出版 37(10), 32~35.

島田浩(2007)「ランチと在宅介護支援センター併存による加重業務(特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』恩賜財団済生会 83(5), 18~21.

社会保険(2005)「介護保険法改正 シリーズ開設(3)新たなサービス体系の確立(地域密着型サービスと地域包括支援センターの創設)」『社会保険』全国社会保険協会連合会 56(12), 6~9.

週刊社会保障(2000)「焦点レポート 地域包括ケアシステムの構築を一介護等をテーマに国保地域医療学会開催」『週刊社会保障』法研 54(2106), 6~9.

週刊社会保障(2001)「ニュースの目 市町村保険者機能を発揮—「地域包括ケア」で国保医療学会」『週刊社会保障』法研 55(2155), 15.

週刊国保実務(2004a)「原国保課長が地域包括ケア研修会で保健事業見直しを表明」『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2394), 30~31.

週刊国保実務(2004b)「第四四会全国国保地域医療学会・シンポジウム 国保直診を存続させるためには—住民に信頼される地域包括ケアの構築を目指して(要旨)」『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2434), 34~39.

週刊国保実務(2005a)「介護保険法審議、地域包括支援センターは二~三万人に一カ所」

『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2454), 14~15.

週刊国保実務(2005b)「介護保険法改正案審議、地域包括支援センターは協議会で公正担保」『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2455), 12.

週刊社会保障(2005c)「焦点採録 地域包括支援センターの中立性を確保—介護保険法等一部改正法案が参院で審議入り」『週刊社会保障』法研 59(2333), 50~53.

週刊国保実務(2005d)「地域包括支援センター等の主な質問に関する考え方(厚生労働省)」『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2460), 36~47.

週刊国保実務(2005e)「日医が地域包括支援センターに積極参加を表明」『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2464), 16~17.

週刊国保実務(2005f)「介護保険の地域包括支援センターに関するQ&A(追補)」『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2466), 40~43.

週刊国保実務(2005g)「地域包括支援センターに関するQ&A」『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2475), 35~38.

週刊国保実務(2005h)「地域包括支援センターは十八年度に六十五%が設置」『週刊国保実務』社会保険実務研究所(2476), 9.

週刊国保実務(2006a)「中央会と国診協が地域包括ケアをテーマに研修会を開催」『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2495), 27.

週刊国保実務(2006b)「国診協総会、市町村合併後の地域包括ケアが課題」『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2517), 26~27.

週刊国保実務(2006c)「厚労省、地域包括支援センターの調査結果を公表」『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2519), 27~29.

週刊国保実務(2006d)「広島市で第四六回国保地域医療学会を開催—地域包括ケアの未来展望をテーマにシンポジウム」『週刊国保実務』社会保険実務研究所 (2530), 10~13.

週刊社会保障(2006e)「スコープ Part2 地域包括ケア構築が重要—後期高齢者特別部会がヒアリング」『週刊社会保障』法研 60(2409), 21.

習田由美子 (2005) 「インタビュー 習田由美子氏 (厚生労働省老健局老人保健課介護技術係長) 地域包括支援センターと市町村の連携が介護予防成功のカギ。」『月刊地域保健』東京法規出版 36(11), 2~5.

白澤政和 (2005) 「介護予防は機能するか—地域包括支援センターの役割と課題 (特集「介護保険制度改定—予防重視型システムは機能するか)」」『LRL』全労済協会 (7), 7~10.

白澤政和・東畠弘子 (2006) 「インタビュー 地域包括支援センターに求められる機能と役割—白澤政和 大阪市立大学大学院教授 (Special Feature 地域包括センターの機能とは—見えてきたその形と、めざすべき役割)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(1), 12~17.

白澤政和・末長秀教・山田圭子他 (2006) 「座談会 スタートした地域包括支援センターの現状 (Special Feature 始動、地域包括支援センター—コミュニティづくりの拠点として)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(8), 16~23.

新村拓 (2000) 「看とりの文化の再創造をめざして (特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療 (第10回地域医療研究会'99 in 長野より)— (総会シンポジウム 真に豊かな社会をめざして)」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 26~29.

新美まり (2005) 「品川区における地域包括ケアシステムの取り組みと課題 (これから期待される地域包括支援とは)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(2), 23~27.

陣野紀美代 (2007) 「4. 地域包括支援センター (介護保険・障害者自立支援法体制と地域リハビリテーションの役割, シンポジウム2, 特別企画, 実学としてのリハビリテーションの継承と発展, 第44回日本リハビリテーション医学会学術集会)」『リハビリテーション医学』社団法人日本リハビリテーション医学会 44, S90.

陣野紀美代・野田剛愼・鳥山ふみ子他 (2007) 「地域における包括ケア体制の確立を目指して: 地域リハビリテーション活動との連携 (介護保険・障害者自立支援体制と地

域リハビリテーションの役割, 第44回日本リハビリテーション医学会学術集会/神戸)」『リハビリテーション医学』社団法人日本リハビリテーション医学会 44(12), 734~739.

菅原由美 (2005) 「新予防給付でこう変わる居宅ケアマネジャーの役割 (2) 困難事例に疲れ果てているケアマネジャーに代わり地域包括支援センターはケアプラン作成を (特集 新予防給付の創設とケアマネジメント)」『ジーピーネット』環境衛生研究会 5.3(9), 30~34.

杉浦由美子 (2007) 「いつまでもシロガネーゼでいてほしい (特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』恩賜財団済生会 83(5), 11~13.

鈴木隆之 (2006) 「地域包括支援センター設置に向けて (小特集 保健・福祉・医療の連携による地域包括ケアを)」『住民と自治』自治体研究社 (515), 62~65.

鈴木満弥 (2007) 「介護保険改正1年を振り返って—訪問介護サービスにおける影響と今後の活路 (特集 介護保険改正この1年を振り返って)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 9(3), 33~39.

須藤昌寛・若倉健 (2008) 「高齢者虐待に取り組む社会福祉士の現状と課題—栃木県地域包括支援センターにおける聞き取り調査より」『社会福祉士』日本社会福祉士会 (15), 75~82.

角田幸代 (2007) 「地域包括支援センターにおける高齢者虐待防止の役割 (特集 高齢者虐待防止の取り組みと課題—高齢者虐待防止法の施行と活動の現状)」『保健の科学』杏林書院 49(1), 16~19.

諏訪方直 (2007) 「地域福祉計画と総合相談—コミュニティソーシャルワークの視点から (特集: ソーシャルワーク実践と総合相談)」『ソーシャルワーク研究』相川書房 33(3), 162~169.

関龍太郎 (2008) 「デンマークの高齢者福祉政策をささえるもの (特集 地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向)」『海外社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所 (162), 53~63.

瀬間あずさ(2008)「高齢者ケア評価チームを中心としたオーストラリアの高齢者ケアの概観と医療との連携の現状(特集 地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向)」『海外社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所(162), 76~82.

総合ケア(2000a)「特別発表 住民参加でつくる地域ケアシステム(特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療(第10回地域医療研究会'99in 長野より)」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 18~25.

総合ケア(2000b)「総会シンポジウム 真に豊かな社会をめざして(特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療(第10回地域医療研究会'99in 長野より)」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 26~43.

総合ケア(2000c)「分代会(特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療(第10回地域医療研究会'99in 長野より)」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 50~67.

太行

高木宏明(2000)「分代会(特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療(第10回地域医療研究会'99in 長野より))施設サービス」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 56~57.

高橋紘士(2004)「地域のアンテナを作る 地域包括支援センターの役割と活用(Special Feature 1 介護予防が目指すもの—個別ケアを生かすサービスとケアプラン)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 15(11), 14~16.

高橋紘士(2006a)「講義1 地域包括支援センター創設の意義とその役割(特集 どうなる? 地域包括支援センター)」『介護保険情報』社会保険研究所 6(11), 8~10.

高橋紘士(2006b)「地域包括支援センターと地域リハビリテーション(特集 介護保険を解剖する)」『地域リハビリテーション』三輪書店 1(2), 134~137.

高橋紘士 編(2006c)「地域包括支援センターの現状と課題(特集 どうなっている? 地域包括支援センター)」『コミュニティケア』日本看護協会出版会 8(11), 14~18.

高室成幸(2006a)「介護ビジネスパワーアップ講座 地域包括支援センターとの連携の

ポイント(1)利用者の自立意欲引き出し きめ細かいサポートが必要」『日経ヘルスケア21』日経BP社(197), 123~127.

高室成幸(2006b)「介護ビジネスパワーアップ講座 地域包括支援センターとの連携のポイント(2)介護予防サービスの開発と提供体制の工夫の方法」『日経ヘルスケア21』日経BP社(199), 99~104.

高崎絹子(2006)「高齢者虐待防止実現への取り組みはいま—高齢者虐待防止法の施行の意義と課題(特集 高齢者虐待防止法で何が変わるのか)」『総合ケア』医歯薬出版 16(7), 12~19.

高崎絹子(2007)「高齢者虐待防止法の成立の意義と取り組みの現状(特集 高齢者虐待防止の取り組みと課題—高齢者虐待防止法の施行と活動の現状)」『保健の科学』杏林書院 49(1), 4~10.

高田浩行・吉原幸枝(2006)「地域包括支援センターの機能と今後の方向性(特集 地域包括支援センターのめざすもの)」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 89(11), 36~39.

高橋玖美子(2007)「地域包括ケアシステムにおける簡易社会診断手法の開発」『健康福祉研究』高崎健康福祉大学総合福祉研究所 4(2), 1~16.

高野龍昭(2008)「地域連携を意識したケアマネジメント—地域包括ケアとケアマネジャーの役割 施設・居宅、医療・介護間のシームレスな観点からケアマネジメントを実施することが求められている(特集 地域連携とケアマネジャー)」『ジピーネット』環境衛生研究所 54(11), 11~16.

多賀努(2007)「地域支援ネットワークの構築—地域包括支援センターの活動を含めて」『日本在宅ケア学会誌』日本在宅ケア学会 10(2), 13~15.

滝沢香(2007)「高齢者虐待における成年後見制度の活用」『保健の科学』杏林書院 49(1), 31~34.

武久洋三(2005)「療養病床の在宅支援機能の構築 地域包括支援センターとの連携」『LTC』日本療養病床協会 48(3), 4~5.

武久洋三(2006)「時論 新しい地域医療連携を考える—地域医療と地域包括支援センタ

一の役割』『日本医事新報』日本医事新報社 (4291), 77~80.

武居幸子・冷水豊 (2008) 「地域包括支援センターの社会福祉士の業務自己評価に関連する要因」『社会福祉学』日本社会福祉学会 48 (4), 69~81.

田代秀之 (2008) 「社団法人神奈川県社会福祉士会の取り組みからみえる地域包括支援センターの現状と課題—実態調査の結果を中心に (特集 地域包括支援センターとリハビリテーション)」『地域リハビリテーション』三輪書店 3 (2), 113~117.

多田羅浩三 (2008) 「イギリスにおける地域包括ケア体制の地平 (特集 地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向)」『海外社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所 (162), 16~28.

田中実 (2001) 「事例 地域包括医療への取組 (山形県最上町立最上病院) —町立最上業員がめざした医療とは (特集 公立病院は生き残れるか—求められる公立病院とは)」『月刊自治フォーラム』第一法規出版 (507), 53~57.

田中潤 (2006) 「地域包括ケアをめざす連携体制のあり方について—東京都東久留米市 (小特集 保健・福祉・医療の連携による地域包括ケアを)」『住民と自治』自治体研究社 (515), 54~57.

田中滋 (2007) 「介護保険と介護市場をめぐる政策の展開」『医療経済研究』医療経済研究機構 19 (1), 5~20.

玉木千賀子 (2007) 「地域包括支援センターにおけるアウトリーチの現状」『沖縄大学人文学部紀要』沖縄大学 9, 103~118.

田村貞雄 (1994) 「地域主権的中央制御の経済政策システム—日本型地域包括医療システムをモデルとして (日本経済政策学会第 50 回大会) — (自由論題)」『日本経済政策学会年報』日本経済政策学会 42, 126~130.

丹野克子 (2005) 「介護予防においてケアマネジャーがなせることとは—介護予防を実現するケアマネジメント (特集 これからの介護予防とは)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7 (1), 35~42.

丹野克子 (2007) 「地域包括ケアのための居宅介護支援事業所と介護支援専門員への期

待—地域包括支援センターの現状を踏まえて主任ケアマネジャーの立場から (特集 地域における居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの連携)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 9 (1), 19~24.

大光房枝 (2005) 「地域包括支援センターの具体像 基幹型在宅介護支援センターから地域包括支援センターへの移行に向けて (特集 2 地域包括支援センターが動き出す)」『保健師ジャーナル』医学書院 61 (12), 1180~1189.

大光房枝・井上スエ子・長谷川明美他 (2006) 「松戸市地域包括支援センターが果たす高齢者虐待防止の役割—基幹型在宅介護支援センター機能を引きついで (特集 高齢者虐待防止法で何がかわるのか)」『総合ケア』医歯薬出版 16 (7), 38~42.

千葉孝嗣 (1999) 「地域の話 長寿社会の「未来形」—広島県御調町における地域包括ケアシステム」『住宅金融月刊』住宅金融普及協会 (567), 10~12.

津崎貴子・奥山純子・中山徹 (2007) 「7438 全国の自治体における地域包括支援センターの設置状況: 高齢者の地域居住を保障する基盤整備に関する研究 その 2 (高齢化社会のまちづくり, 都市計画)」『学会講演梗概集. F-1, 都市計画, 建築経済・住宅問題』社団法人日本建築学会 2007, 933~934.

辻村泰範 (2005) 「在宅介護支援センターの行方」『厚生福祉』時事通信社 (5337), 1.

津田司 (2000) 「日本における家庭医養成の重要性—地域包括医療の体験から専門性理解 健康で豊かな地域社会づくりに貢献」ばんぶう (224), 64~67.

土橋善蔵 (2000) 「特別発表 住民参加でつくる地域ケアシステム (特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療 (第 10 回地域医療研究会 '99 in 長野より)) 21 世紀の新しい茅野市をめざして」『総合ケア』医歯薬出版 10 (1), 20~21.

土田武史 (2005) 「時事評論 地域包括ケアシステムの試み」『週刊社会保障』法研 59 (2341), 24~25.

堤修三 (2007) 「提言 なぜ、「地域包括支援センター」だったのか どうしてわかりにくいのか (地域包括支援センターなんていない!—今、立ち止まって考えよう)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 18 (4), 24~26.

敦賀不二佳(2000)「分化会(特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療(第10回地域医療研究会'99in長野より))訪問看護とホームヘルプ『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 5. 3~53.

寺本紀子(2007)「地域包括支援センターにおける社会福祉士の役割(特集 保健・医療・福祉とヒューマンパワー)『医療・福祉研究』医療・福祉問題研究会(16), 51~56.

東内京一(2006a)「コミュニティを牽引する高齢者保健福祉計画—介護予防を中心に—埼玉県和光市(小特集 保健・福祉・医療の連携による地域包括ケアを)」『住民と自治』自治体研究社(515), 58~61.

東内京一(2006b)「介護予防を基本とした地域包括ケアの課題と実践(特集 巨大市場—介護予防ビジネス波乱含みの幕開け)『シニアビジネスマーケット』総合ユニコム(24), 40~48.

東内 京一(2008)「インタビュー 地域包括支援センターを強化して包括ケアを推進 東内京一(地域包括支援センター・介護予防研修センター運営委員会委員長)(介護予防のページ(第50回))『介護保険情報』介護保険研究所 9(2), 62~65.

徳永進(2000)「神様、悲惨が見えないんですが(特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療(第10回地域医療研究会'99in長野より))『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 44~49.

鳥羽美香(2007a)「高齢者領域における家族支援とソーシャルワーク—ジェネラリスト・アプローチの視点と地域包括支援センターの役割(特集:家族の変容とソーシャルワーク)『ソーシャルワーク研究』相川書房 32(4), 278~285.

鳥羽美香(2007b)「地域ケアシステムにおける地域包括支援センターの機能に関する研究—ソーシャルワーカーの役割と職種間協働を中心に」『文京学院大学人間学部研究紀要』文京学院大学総合研究所 9(1), 223~233.

堂田俊樹(2006)「現場から提起するソーシャルワークの課題 地域包括支援センターにおけるコミュニティソーシャルワーク活動の動向と課題—金沢市における高齢者虐待防止事業の取り組みから」『ソーシャルワーク研究』相川書房 32(3), 238~243.

ナ行

中川龍治(2005)「予防重視型システムへの転換と認知症について(特集 介護保険制度見直しと精神科医療)『日本精神科病院協会雑誌』日本精神科病院協会 23(6), 550~554.

中村伸一(2006)「招待席 高齢者から「生活習慣力」で学びましょう—地域包括ケアを「宝物探し」の発想で 中村伸一さん『看護学雑誌』医学書院 70(2), 92~95.

中島真由美(2006)「保健・福祉・医療の連携による地域包括ケアを—地域ケア推進コーディネーターの育成(富山市)『住民と自治』自治体研究社(518), 74~77.

中辻直行(2006)「新・介護保険サービストレンド 動き始めた地域包括支援センター」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 89(8), 68~71.

中澤伸(2007)「認知症高齢者をとりまく社会的支援体制 地域包括支援センターの取り組みと課題(特集 これからの認知症ケア)『介護福祉』社会福祉振興・試験センター(68), 118~124.

中村康子(2007)「社会福祉制度の改正と権利擁護事業:介護保険制度改正を通して」『人間福祉研究』浅井学園大学 10, 13~27.

長田貴(2006)「特集 新予防給付—ケアマネジメントの壁 事例検討からみえるもの」『総合ケア』医歯薬出版 16(8), 40~43.

長田貴(2007a)「地域ネットワークづくりとしての居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの役割(特集 地域における居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの連携)『介護支援専門員』メディカルレビュー社 9(1), 43~47.

長田貴(2007b)「介護支援専門員講座(第3回)平成18年度 地域包括ケア研修会について」『地域ケアリング』北陸館 9(1), 80~82.

永田穰・村井千賀(2007)「協会 地域包括支援センターに関する作業療法士実態調査と活動のあり方」『作業療法』日本作業療法士協会 26(5), 507~513.

名古屋恵美子・鳥羽研二(2006)「病院における高齢者虐待防止(特集 高齢者虐待防止法で何が変わるのか)『総合ケア』医歯薬出版 16(7), 25~28.

二上浩 (2007) 「居宅介護支援事業所の立場から地域包括支援センターに期待すること (特集 地域における居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの連携)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 9(1), 29~32.

西元幸雄 (2005) 「地域包括支援の核となる地域包括支援センター (仮称) とはどうか (特集 これから期待される地域包括支援とは)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(2), 13~18.

西元幸雄 (2006) 「予防重視型システムの中心となる地域包括支援センターの現在の動向 (特集 予防重視型システムはじまる)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 8(2), 17~23.

西元幸雄 (2007) 「在宅介護支援センターと地域包括支援センター (特集 地域包括支援センター)」『総合リハビリテーション』医学書院 35(4), 343~350.

西岡睦子 (2006) 「介護保険制度における地域格差の現状——高知県大正町地域包括モデルの提案」『高知女子大学紀要, 社会福祉学部編 55, 31~40.

西村憲次 (2006) 「動き出した地域包括支援センターの現状と可能性 (特集 動き出した地域包括支援センター)」『月刊ゆたかなくらし』本の泉社 (298), 6~14.

西浦功・久松久美子・中村康子他 (2008) 「高齢者を支える地域支援ネットワークの構築に向けて——北海道地域包括支援センター調査から」『人間福祉研究』北翔大学(11), 65~79.

二宮 忠矢 (1990) 「保健所機能の新たな展開——模索する保健所——地域包括保健総合戦略の拠点——岐阜県」『公衆衛生』医学書院 54(3), 201~203.

沼倉たか子 (2000) 「特別発表 住民参加でつくる地域ケアシステム (特集 真の地域包括ケアをめざして——いまこそ必要、あたたかな地域医療 (第 10 回地域医療研究会 99 in 長野より)) 一人ひとりが主役ともに生きる」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 22~23.

野中博 (2006) 「地域医療と介護保険制度」『老年社会科学』日本老年社会学会 28(3), 368~374.

野村建樹 (2005) 「介護保険最前線(14) 地域包括支援センター」『公的扶助研究』全国公

的扶助研究会 (39), 44~46.

野村陽子 (2005) 「フォーカス 地域包括支援センターへの異動で市町村保健師が知っておくべきこと——厚生労働省健康局総務課保健指導室長に聞く」『月刊地域保健』東京法規出版 36(10), 56~58.

野村政子 (2006) 「児童, 高齢者および障害者に対する虐待の防止等に関する条例と包括的虐待防止事業 (特集 高齢者虐待防止法で何が変わるのか)」『総合ケア』医歯薬出版 16(7), 29~32.

ハ行

萩原正子 (2007) 「地域包括的ケアを考える 制度化されて 15 年, 変化した訪問の機能と役割 (特集 共生する介護と医療——介護する看護師)」『シニア・コミュニティ』ヒューマン・ヘルスケア・システム (47), 34~37.

白城裕 (2007) 「新方式 1 年遅れのスタート (特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』恩賜財団済生会 83(5), 35~37.

橋本泰子・伊庭裕美・鶴岡恵子他 (2006) 「新春特別座談会 地域包括支援センターはどう展開するか (特集 地方分権時代のトータルケア)」『総合ケア』医歯薬出版 16(1), 37~46.

林拓男 (1994) 「地域リハビリテーションに求められるマンパワー——御調町地域包括ケアシステムの運営を通して (地域リハの担い手としての作業療法士の育成 (特集))」『作業療法ジャーナル』三輪書店 28(9), 676~681.

服部万里子 (2005) 「日本で安心して老いるために」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(3), 49~5. 3.

服部万里子 (2006a) 「地域包括支援センターが抱える問題点 (特集 どうなっている? 地域包括支援センター)」『コミュニティケア』日本看護協会出版会 8(11), 37~40.

服部万里子 (2006b) 「介護保険で得たもの, 失ったもの——介護の現場から (特集 介護保険を解剖する)」『地域リハビリテーション』三輪書店 1(2), 123~126.

服部万里子 (2007) 「2 年目を迎えた地域包括ケアの現状 (特集 介護サービスは法改正で

- どう変わったか)『月刊国民生活』国民生活センター 37(11), 11~14.
- 春名苗(2008)「地域包括支援センターの2年目の課題—X市における聞き取り調査から『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』聖隷学園聖隷クリストファー大学(6), 95~102.
- 濱田和則(2005)「これからの介護保険制度に期待すること(特集 私が考える介護保険制度とは)『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(3), 53~55.
- 濱田和則(2006)「地域包括支援センターの開設準備状況と今後の課題(特集 改革期・介護保険の課題)『総合ケア』医歯薬出版 16(4), 18~21.
- 濱田和則(2007)「地域包括支援センターの現状と課題, 今後の展~31 望を考える(特集 利用者主体—保健・医療・福祉の連携を展望する(1))『総合ケア』医歯薬出版 17(11), 26~31.
- 濱野強・渡邊敏文・藤澤由和(2006)「介護予防事業の動向に関する研究:新潟県市町村の実態調査より」『新潟医療福祉学会誌』新潟医療福祉大学 6(1), 64~69.
- 林芳繁(2006)「在宅介護支援センターの動向(特集 地域包括支援センターのめざすもの)『月刊福祉』全国社会福祉協議会 89(11), 46~49.
- 林芳繁(2007a)「地域支援における在宅介護支援センターの有効活用と取り組み(特集 地域における在宅介護支援事業所と地域包括支援センターの連携)『介護支援専門員』メディカルレビュー社 9(1), 39~42.
- 林芳繁(2007b)「地域支援における在宅介護支援センターの有効活用と取り組み(特集 地域における在宅介護支援事業所と地域包括支援センターの連携)『介護支援専門員』メディカルレビュー社 9(1), 39~42.
- 林恭裕(2007)「クローズアップ・社協活動 社協活動と結びついた地域包括支援センターへ」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 90(5), 86~91.
- 原田晃樹(2005)「合併後の市町村における地域内分権の可能性—支所機能の見直しと地域包括支援センター設置を契機とする区域設定の見直しの必要(〔日本都市学会第5.3回]大会テーマ 地域ブランドを目指したまちづくり)』『日本都市学会年報』日本都市学会 (39), 179~183.
- 原田重樹(2007)「特集 地域における居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの連携」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 9(1), 13~17.
- 春名苗(2007a)「在宅介護支援センターから地域包括支援センターまでの変遷」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』聖隷学園聖隷クリストファー大学 5, 17~27.
- 春名苗(2007b)「在宅介護支援センターを活用した地域包括支援センターの方向性」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』聖隷学園聖隷クリストファー大学 5, 39~37.
- 東島弘子(2005)「意見・提言 総合相談機能としての地域包括支援センターを考える—ソーシャルワーカーの役割を中心に」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 16(3), 48~51.
- 久末久美子・飯島紀子(2008)「北海道における地域包括支援センターの現状と課題—実態調査から見る社会福祉士の活動実践」『人間福祉研究』北翔大学(11), 27~37.
- 榎本 真幸(2006)「介護予防におけるリハビリテーション(特集 介護保険を解剖する)『地域リハビリテーション』三輪書店 1(2), 131~133.
- 菱川隆夫(2006)「厚生労働省ホットライン 第2回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会について—2006年10月18日開催」『地域ケアリング』北隆館 8(14), 53~58.
- 平井俊圭(2005)「介護保険制度改革を読む(特集 私が考える介護保険制度とは)『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(3), 19~23.
- 蛭田二美子(2007)「地域に根づいた顔の見えるセンターを目指して(特集 地域包括支援センターへの取り組み)『済生』恩賜財団済生会 83(5), 8~11.
- 片山壽(2006)「地域ケア促進専門医委員会 地域包括支援センターと地域包括ケアシステム—ケアマネジメントによる地域ケアの再編で機能する地域へ(広島県地域保健対策協議会調査研究報告特集号(平成17年度))」『広島医学』広島医学会 59(12), 889~907.

広井良典・浅野史郎(2007)「日本の社会保障制度の展望」『地域リハビリテーション』三輪書店 3(8), 724~727.

病院(1994a)「地域包括医療体制づくりに向けて始動—山形県・小国町立病院(グラフ)」『病院』医学書院 53(8), 791~796.

病院(1994b)「主張 介護と病院」『病院』医学書院 53(9), 799.

病院(1995)「着々と進む地域包括医療体制の整備—加計町国民健康保険病院(グラフ)」『病院』医学書院 54(12), 1109~1114.

病院(2003)「グラフ いつも住民のために—地域包括ケアを実践する—公立みつぎ総合病院」『病院』医学書院 62(8), 433~438.

福祉環境(2006a)「市町村が進める地域密着型サービス 地域包括支援センターの機能を活かし日常生活圏域ごとの支援体制を確立—埼玉県所沢市(特集 市町村が取り組む地域密着型サービスの現状と今後—新しい介護の形を担う地域密着型サービス)」『福祉環境』ED 研究所 12(3), 19~21.

福祉環境(2006b)「市町村が進める地域密着型サービス 地域包括センターの機能を活かし日常生活圏域ごとの支援体制を確立—埼玉県所沢市(特集 市町村が取り組む地域密着型サービスの現状と今後—新しい介護の形を担う地域密着型サービス)」『福祉環境』ED 研究所 12(3), 19~21.

福富昌城(2006a)「ケアマネジメントリーダーへの道—その工夫とコツ(第6回) ケアマネジャー支援と地域包括支援センター」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 8(2), 58~61.

福富昌城(2006b)「ケアマネジメントリーダーへの道—その工夫とコツ(第6回) ケアマネジャー支援と地域包括支援センター」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 8(2), 58~61.

福富昌城(2007a)「ケアマネジャーにとっての効果的な研修とは—ケアマネジャーのOJTとOffJT(特集 腕を磨いてステップアップ—ケアマネジャーのOJTとOffJT)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 9(4), 13~16.

福富昌城(2007b)「地域包括ケアと主任介護支援専門員の課題(特集 包括的・継続的ケアマネジャー支援の現状と課題)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 9(6), 13~16.

福田健(2007)「地域包括支援センターの機能強化を(福祉“コムスン・ショック”に何を学ぶか)」『日経グローバル』日本経済新聞社産業地域研究所(85), 43~45.

福田幸夫(2007)「権利擁護と地域包括支援の考察:近年の制度改定の検証」『筑紫女学園大学・筑紫女学園大学短期大学部紀要』筑紫女学園大学 2, 137~145.

藤内修二(2005)「地域支援事業」「地域包括支援センター」創設の動向に注目しよう」『保健師ジャーナル』医学書院 61(6), 5. 38~530.

藤田成美(2005)「インタビュールーム(648) 藤田成美さん(五七)岡山県保健福祉部長社会対策課長 地域包括支援センターの「理想像」を目指す」『厚生福祉』時事通信社(5337), 10.

藤藪貴治(2006)「北九州市 地域包括支援センター直営設置の問題点—「健康づくり・育児支援」と高齢者福祉のために、保健師、センター職員を増員を(特集 要介護高齢者世帯を孤立させない—問われる介護の社会化)」『福祉のひろば』大阪福祉事業財団 78, 21~26.

藤田加代子(2006)「直営型のよさを生かして地域支援事業への展開—滋賀県野洲市の地域包括支援センターの現状(特集 どうなっている?地域包括支援センター)」『コミュニティケア』日本看護協会出版会 8(11), 19~23.

藤ヶ谷明子(2006)「あたらしい風(73) 北海道黒松内町(谷口徹町長) 要支援を長続きさせたい 地域包括支援センター発足」『介護保険情報』社会保険研究所 7(2), 82~85.

藤ヶ谷明子(2008a)「地域を変える(1) 東京都練馬区 12 万高齢者の「予防」に着実で多面的な取組み」『介護保険情報』介護保険研究所 7(4), 32~37.

藤ヶ谷明子(2008b)「地域を変える(2) 岡山県倉敷市在宅介護支援センター活用して「高齢者支援センター」を設置」『介護保険情報』介護保険研究所 7(5), 76~81.

藤ヶ谷明子(2008c)「地域を変える(3) 福島県いわき市NPO法人を中心に地域

ケアシステムを再構築」『介護保険情報』 介護保険研究所 7 (6), 68-73.

藤ヶ谷 明子 (2008d) 「地域を変える (4) 静岡県富士市高齢化率も保険料も「優良児」事業者には頼りになる市の行政」『介護保険情報』 介護保険研究所 7 (7), 70-75.

藤ヶ谷 明子 (2008e) 「地域を変える (5) 京都市「わがまち」にこだわる住民気質に60の包括支援センターで応える」『介護保険情報』 介護保険研究所 7 (8), 48-53.

藤ヶ谷 明子 (2008f) 「地域を変える (6) 秋田県横手市現場でアレンジし住民最優先の使いやすいサービス創っていく」『介護保険情報』 介護保険研究所 7 (9), 56-61.

藤ヶ谷 明子 (2008g) 「地域を変える (7) 茨城県ひたちなか市「地域の老い」に対する危機感に立ち向かう人たち」『介護保険情報』 介護保険研究所 7 (10), 60-65.

藤ヶ谷 明子 (2008h) 「地域を変える (8) 香川県宇多津町塩田と寺で栄えた町行政の「支援」から住民の「自立」へ」『介護保険情報』 介護保険研究所 7 (11), 50-55.

藤ヶ谷 明子 (2008i) 「地域を変える (9) 佐賀県多久市認知症予防、筋力向上に官民混成の取り組み」『介護保険情報』 介護保険研究所 7 (12), 48-53.

藤ヶ谷 明子 (2008j) 「地域を変える (10) 群馬県多野郡吉井町潜在需要の掘り起こしはネットワークづくりから」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (1), 58-63.

藤ヶ谷 明子 (2008k) 「地域を変える (11) 和歌山県橋本市自主・自立の気概で勤める住民主体の介護予防」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (2), 62-67.

藤ヶ谷 明子 (2008l) 「地域を変える (12) 宮城県仙台市「今、ここで暮らす人」が創る支え合い」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (3), 48-53.

藤ヶ谷 明子 (2008m) 「地域を変える (13) 神奈川県秦野市包括支援センターごとに特色ある展開をする若いまち」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (4), 56-61.

藤ヶ谷 明子 (2008n) 「地域を変える (14) 地域包括支援センターの到達点 (1) 東京都世田谷区研修、保健師巡回、マップ作成で「あんすこ」を協力バックアップ」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (5), 64-69.

藤ヶ谷 明子 (2008o) 「地域を変える (15) 地域包括支援センターの到達点 (2) 富山県富山市」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (6), 56-61.

藤ヶ谷 明子 (2008p) 「地域を変える (16) 地域包括支援センターの到達点 (3) 千葉県市川市」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (7), 60-65.

藤ヶ谷 明子 (2008q) 「地域を変える (17) 地域包括支援センターの到達点 (4) 奈良県生駒市」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (8), 86-91.

藤ヶ谷 明子 (2008r) 「地域を変える (18) 地域包括支援センターの到達点 (5) 大分県竹田市」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (9), 58-63.

藤ヶ谷 明子 (2008s) 「地域を変える (19) 地域包括支援センターの到達点 (6) 山形県山形市地域全体で高齢者を支援するネットワークづくり」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (10), 22-27.

藤ヶ谷 明子 (2008t) 「地域を変える (20) 地域包括支援センターの到達点 (7) 三重県四日市市在介、地域包括、市の3層構造 20年かけ市内25カ所に在介設置」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (11), 72-77.

藤ヶ谷 明子 (2008u) 「地域を変える (21) 地域包括支援センターの到達点 (8) 愛知県北名古屋市「回想法」をまちづくりに生かす介護予防に「いきいき隊」が活躍」『介護保険情報』 介護保険研究所 8 (12), 38-43.

藤ヶ谷 明子 (2008v) 「地域を変える (22) 地域包括支援センターの到達点 (9) 兵庫県西宮市」『介護保険情報』 介護保険研究所 9 (2), 66-71.

藤本光治 (2007) 「当地域包括支援センター[筑紫野市地域包括支援センターむさし]の現状と活動の報告 (特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』 恩賜財団済生会 83(5), 29~32.

藤沢真理子 (2007) 「地域包括ケアシステムにおけるボランティアの役割」『聖カタリナ大学・聖カタリナ大学短期大学部研究紀要』 聖カタリナ大学・聖カタリナ大学短期大学部研究紀要委員会 (19), 87~103.

舟谷文夫・篠田秀彦 (2006) 「北九州方式による地域包括支援センターの活動評価の研究」『病院管理』 日本病院管理学会 43, 100.

ふれあいケア (2007a) 「PART3 (3) 稲城市の地域包括支援センターの取り組み (特集 地

域包括ケアの現状と今後の課題」『ふれあいケア』全国社会福祉協議会 13(1), 19~22.

ふれあいケア(2007b)「特集 地域包括ケアの現状と今後の課題」『ふれあいケア』全国社会福祉協議会 13(1), 6~22.

堀善昭(2007)「PART3 (1)地域包括支援センターを受託しての現状と課題(特集 地域包括ケアの現状と今後の課題)」『ふれあいケア』全国社会福祉協議会 13(1), 12~15.

堀尾慎彌(2008)「地域包括ケアとリハビリテーション(特集 地域包括支援センターとリハビリテーション)」『地域リハビリテーション』三輪書店 3(2), 108~112.

本後健(2006)「介護保険制度改革と地域包括支援センター」『家庭裁判月報』最高裁判所 58(3), 1~25.

本多恵利(2008)「地域包括支援センターにおける介護準備講座の取り組み—家族教育プログラムの作成」『社会福祉士』日本社会福祉士会(15), 166~174.

マ行

前沢政次「地域包括ケアシステムと介護保険」『国民建研保健』国民健康保険中央会 49(3), 2~6.

前田弘(2005a)「できるケアマネジャー実践講座(42)地域包括支援センターは機能を発揮できる?」『ジーピーネット』環境衛生研究会 51(10), 50~53.

前田弘(2005b)「できるケアマネジャー実践講座(43)地域包括支援センターは機能を発揮できる?」『ジーピーネット』環境衛生研究会 51(11), 5.3~55.

前川嘉彦(2006)「新予防給付における初回面接の重要性(特集 新予防給付—ケアマネジメントの壁)」『総合ケア』医歯薬出版 16(8), 44~47.

前田浩一郎(2007)「唐津市直営の地域包括支援センターに出向して(特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』恩賜財団済生会 83(5), 32~35.

増田紘(2005)「なぜ地域包括支援センターの直営を決めたか(兵庫県姫路市)(特集2 社会保障「構造改革」と改正介護保険)」『住民と自治』自治体研究社(510), 68~71.

松浦尊磨(1996)「地域包括ケアをめぐるヒューマンネットワークとハードシステム—

五色町の実践(特集「使える」福祉の情報システム)—(事例)」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 79(7), 32~35.

松栄紀美子(2006)「介護予防サービス提供の視点と地域包括支援センターへの期待(特集 地域包括支援センターのめざすもの)」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 89(11), 43~45.

松沼記代・戸澤由美恵(2007)「専門職と専門性 地域包括支援センターの社会福祉士によせられる期待と課題—群馬県社会福祉士会における活動から([日本社会事業大学社会福祉学会]第45回社会福祉研究大会報告)—(各分科会からの報告)」『社会事業研究』(46), 104~109.

松永りか(2007)「介護予防のプランづくりに追われる(特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』恩賜財団済生会 83(5), 24~26.

松村直道(2007)「地域包括支援センターと日常生活圏形成—地域包括ケアの可能性」『週刊社会保障』法研 61(2461), 42~47.

間宮暁(1992)「地域包括ケアシステムによる高齢者助け合い活動(ルポ・農協にみる福祉活動)」『協同組合経営研究月報』協同組合研究所(469), 54~58.

三浦公嗣・石井みどり・植田耕一郎他(2006)「座談会 口腔機能の向上と新介護予防システム」『日本歯科医師会雑誌』日本歯科医師会 58(12), 1233~1248.

三浦貞治(2007)「地域包括支援センターを受託して(初年度の総括)(特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』恩賜財団済生会 83(5), 27~29.

三浦公嗣(2007)「介護保険とQOL(看護に活かすQOLの視点)—関連領域からみたQOL」『臨床看護』へるす出版 33(12), 1904~1908.

三重野隆志(2007)「ケアネットワークで地域づくりをサポートしたい(特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』恩賜財団済生会 83(5), 16~18.

峯本桂世子(2008)「地域包括支援センターにおける高齢者見守り活動—災害時における支援システムの構築にむけて」『大阪人間科学大学紀要』大阪人間科学大学(7), 1~9.

宮原伸二 (1993) 「地域包括医療 (21 世紀のプライマリ・ケア—展望と必携マニュアル <テーマ>) — (21 世紀プライマリ・ケアの展望)」『治療』南山堂 75(12), 2838~2842.

宮坂圭一 (2000) 「分化会 (特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療 (第 10 回地域医療研究会'99in 長野より)) デイケアとデイサービス」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 54~55.

宮島渡 (2004) 「地域分散型ケアは家族・スタッフの介護負担軽減に役立つか (特集 痴呆介護負担軽減のためのシステム)」『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 15(8), 929~935.

宮田延子・安江悦子・橋本廣子他 (2007) 「山村過疎地域における高齢者の看取りと医療福祉サービス」『岐阜医療科学大学紀要』岐阜医療科学大学 1, 131~140.

向井承子 (2000) 「いま、高齢者になにか起きているのか (特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療 (第 10 回地域医療研究会'99in 長野より)) — (総会シンポジウム 真に豊かな社会をめざして)」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 30~33.

向山 由美・井出 弘枝・秋月 陽子他 (2008) 「介護予防のための特定高齢者選定のあり方に関する調査研究—基本健康診査受診者と非受診者の比較から」『日本医事新報』日本医事新報社(4384), 72~75.

村川浩一 (2006) 「介護保険改革から 2015 年へ (特集 改革期・介護保険の課題)」『総合ケア』医歯薬出版 16(4), 12~17.

村上信 (2006) 「地域を基盤とした包括的ケアマネジメントシステムと退院援助 (第 2 特集 退院援助について考える(3))」『臨床看護』へるす出版 32(14), 2131~2136.

森上淑美 (2005) 「地域包括支援センターとケアマネジメントの課題 (第 1 特集ケアマネジメントと専門職)」『地域ケアリング』北隆館 7(4), 27~31.

森上淑美・渡部律子 (2006) 「地域包括支援センターにおける新予防給付のケアマネジメント (特集 新予防給付—ケアマネジメントの壁)」『総合ケア』医歯薬出版 16(8),

40~43.

森田文明 (2006) 「取材 1 神戸市の取り組み 質・量ともに充実させた地域包括支援センターで介護予防に備える (特集 介護予防の準備は万全か?)」『月刊地域保健』東京法規出版 37(2), 26~32.

森詩恵・藤澤宏樹・桑原武志他 (2007) 「保険者からみた改正介護保険制度の現状と課題」『大阪経大論集』大阪経大学会 58(1), 323~341.

ヤ行

八坂貴宏 (2005) 「長崎県の離島における地域包括ケア—と地域医療システムについて」『地域医療システム構築—東北大学医学部の取り組み—』東北大学出版会

矢埜和弘 (2000) 「特別発表 住民参加でつくる地域ケアシステム (特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療 (第 10 回地域医療研究会'99in 長野より)) 21 世紀の茅野市を担う住民参加のプロジェクトチーム」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 18~19.

矢島嶺 (2000) 「分化会 (特集 真の地域包括ケアをめざして—いまこそ必要、あたたかな地域医療 (第 10 回地域医療研究会'99in 長野より)) 介護認定とケアプラン」『総合ケア』医歯薬出版 10(1), 50~51.

安田賢吾・藤本信義・北澤大祐 (2007) 「6049 地域包括支援センターの設置形態からみた機能評価 (地域福祉 農村計画)」『学会講演梗概集 E-2, 建築計画 II, 住居・住宅地, 農村計画, 教育』社団法人日本建築学会 2007, 483~484.

八谷弘文 (2007) 「医療連携への連絡会 町内医師の 6 割が参加 (特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』恩賜財団済生会 83(5), 13~16.

柳尚夫・川上智・大西里果 (2007) 「いまこそ連携を実践してみよう、病院から地域へ—大阪府三島圏域での地域包括支援センターと回復期リハビリテーション病院の試み」『地域リハビリテーション』三輪書店 2(7), 616~623.

柳向夫 (2008) 「介護予防と地域リハビリテーション (特集 地域包括支援センターとりハビリテーション)」『地域リハビリテーション』三輪書店 3(2), 126~128.

矢庭さゆり (2005)「ケアマネジメントの見直しから地域包括ケア (特集 私が考える介護保険制度とは)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(3), 33~39.

山口昇・岩崎榮 (1995)「地域包括ケアから見た病院管理の現状の将来展望」『病院管理』日本病院管理学会 32(2), 163~180.

山口昇 (1995a)「共生の社会づくり: 地域包括ケアシステムと寝たきりゼロを中心として」『作業療法』日本作業療法士協会 14, 45~48.

山口昇 (1995b)「共生の社会づくり—地域包括ケアシステムと寝たきりゼロを中心として—」『作業療法』日本作業療法士協会 14(4), 298~302.

山口昇 (1998)「歯科と介護(6)介護保険における地域包括ケアシステムと歯科の位置付け」『日本歯科医師会雑誌』日本歯科医師会 51(6), 598~599.

山口昇(2000)「特別寄稿 介護保険と国保直診の役割」『国民健康保険』国民健康保険中央会 50(6), 2~9.

山口昇(2001)「病院経営のポイント 公立みつぎ総合病院の経営健全化—地域包括ケアシステム特に老健施設併設のメリットを中心として」『公営企業』地方財務協会 33(4), 46~55.

山口昇 (2005)「介護予防の取り組みの実際—施設の現場から (特集 これからの介護予防とは)」『介護支援専門員』メディカルレビュー社 7(1), 29~34.

山口昇 (2006)「地域包括ケアシステムの取り組みと現状」『日本病院会雑誌』日本病院会 53(7), 1003~1010.

山口昇 (2006)「病院が核となった地域包括医療と地域包括ケアシステムの構築 (クローズアップ 急性期医療から在宅療養へ円滑に移行—地域連携クリティカルパスの取り組み(上))」『週刊社会保障』法研 60(2393), 9~10.

山口昇(2007)「地域包括医療をめざす公立病院の現状と課題—尾道市公立みつぎ総合病院の現状を中心として (特集 超高齢社会の地域医療制度の展望)」『公衆衛生』医学書院 71(11), 914~919.

山田圭子 (2006)「介護支援専門員を支援し、前橋市のケアマネジメント力を高める (第

1 特集 地域包括支援センターの現状報告)」『地域ケアリング』北隆館 8(8), 6~11.

山本勝・横山純一・田川元也他 (2006)「地域包括ケアシステム推進のための自己評価手法の開発とその活用に関する一考察」『病院管理』日本病院管理学会 43, 213.

山崎麻耶 (2006)「山崎摩那・全国訪問看護事業協会理事の講演 地域包括ケアシステムにおける協働のあり方—北海道地域福祉学会第13回研究大会から」『ベストナース』北海道医療新聞社 17(9), 56~63.

山田圭子 (2006)「介護予防ケアマネジメントの実践上の課題 (特集 地域包括支援センターのめざすもの)」『月刊福祉』全国社会福祉協議会 89(11), 32~35.

山本たつ子 (2007)「社会福祉士専門講座(第12回) 地域包括支援センターの活動について」『地域ケアリング』北隆館 9(1), 88~90.

山本美貴子 (2007)「介護予防への取り組み (特集 地域包括支援センター)」『総合リハビリテーション』医学書院 35(4), 327~332.

山下寿美代 (2007)「足がかりができた段階「愛をはぐくむ」—翼目指す (特集 地域包括支援センターへの取り組み)」『済生』恩賜財団済生会 83(5), 21~23.

山内賢・秋葉茂季(2007)「439. 介護予防策としての健康増進プログラムの立案: 地域包括支援事業への提案 (生活・健康, 第62回日本体力医学大会)」『体力科学』日本体力医学会 56, 798.

山本繁樹 (2007)「地域包括支援センターにおける「総合相談」の意義と展開—ソーシャルワーカーの取り組みの基本視点 (特集: ソーシャルワーク実践と総合相談)」『ソーシャルワーク研究』相川書房 33(3), 153~161.

山本和儀 (2008)「障がい者を地域で支えるために—地域包括支援センターに期待すること (特集 地域包括支援センターとリハビリテーション)」『地域リハビリテーション』三輪書店 3(2), 118~121.

結城康博 (2006)「新宿区における地域包括支援センターの取り組み (特集 動き出した地域包括支援センター)」『月刊ゆたかなくらし』本の泉社 (298), 20~24.

弓倉整 (2006)「地域連携の実際 都市型の医師会が主体となった地域連携実践について

(アルツハイマー型認知症の実地診療の課題を考える—アルツハイマー病研究会 記録)—(トラックセッション3 専門医に求められる地域連携実践講座—認知症になっても安心して暮らせる仕組みの実践)『老年精神医学雑誌』ワールドプランニング 17(増刊2), 125~132.

湯本貴子・松上訓義(2005)「所属を超えた学習会・検討会の取り組みから(特集2 地域包括支援センターが動き出す)—(現場レポート 保健師は「地域包括ケア」にどう向かい合うか)』『保健師ジャーナル』医学書院 61(12), 1190~1194.

横山純一・山本勝・永井昌寛 他(1997)「医療機関連携支援情報の試作モデル」『医学情報学』日本医療情報学会 17(4), 555~562.

横井扶紗(2006)「介護保険制度における地域包括支援センターの役割と課題—制度改正から6ヶ月経過した上牧町地域包括支援センターの現状からの考察」『発達人間学論叢』大阪教育大学教養学科人間科学専攻発達人間福祉学講座(10), 51~58.

廣瀬真理子(2008)「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題(特集 地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向)」『海外社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所(162), 43~5.3.

吉岡学・佐藤勝(2003)「無医町からのスタート: 役場本庁内に診療所(内科・歯科)、保健福祉センター、生涯学習センター、図書館、文化ホールを整備」『日本農村医学会雑誌』日本農村医学会 5.3(3), 346.

ラ行

連携医療(2006)「在宅医療のネットワーク化—他職種協働と介護との連携で地域包括ケアの実現目指す(特集 2006年診療報酬改定の激震度—見えてきた医療機能分化の最終モデル)」『連携医療』エンゼビア・ジャパン 2(1), 28~31.

ワ行

若林久美子・田中甲子(2008)「対談 地域包括支援センターと介護予防—石川県内灘町からのメッセージ(介護予防のページ(第47回))」『介護保険情報』社会保障研究所

8(11), 58~65.

渡辺幹司(2006)「地域包括支援センターの権利擁護事業と他機関との連携(岡山大学法科大学院専門家ネットワーク開設記念公開シンポジウム 専門家ネットワークの役割と展望—裁判外紛争処理(ADR)との関わり)—(シンポジウムテーマ 福祉(介護を含む)サービスをめぐる苦情・紛争の解決における専門家ネットワークの可能性)」『臨床法務研究』岡山大学大学院法務研究科(1), 123~132.

渡部千代子(2006)「地域包括型の多施設連携システム—病診連携による「地域連携パス」活用の実践(視点 地域連携クリティカルパス活用の実践)」『看護展望』メヂカルフレンド社 31(6), 676~681.

渡部律子・谷義幸(2006)「特集 新予防給付—ケアマネジメントの壁 新予防給付において介護支援専門員が困難を感じる事例 事例検討に先立って—事例検討の目的と背景」『総合ケア』医歯薬出版 16(8), 18~35.

渡部律子(2006)「特集 新予防給付—ケアマネジメントの壁 新予防給付におけるケアマネジメントの現状・課題・対応策」『総合ケア』医歯薬出版 16(8), 12~17.

渡辺哲也(2006a)「このままでは“介護予防プランセンター”化?千葉県八千代市の地域包括支援センターの現状(特集 どうなっている?地域包括支援センター)」『コミュニティケア』日本看護協会出版会 8(11), 24~28.

渡部哲也(2006b)「地域包括支援センターの現状 増大し続ける予防給付ケアマネジメント業務(Special Feature 新予防給付は、今—制度施行後の現場をみる)」『月刊ケアマネジメント』環境新聞社 17(12), 22~24.

和田忍(2006)「足立区の地域包括支援センターの現状(特集 動き出した地域包括支援センター)」『月刊ゆたかなくらし』本の泉社(298), 15~19.

和田耕治・鹿熊律子・川越雅弘(2008)「カナダ東部の地域包括ケアシステムの現状と課題(特集 地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向)」『海外社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所(162), 67~75.

[執筆担当]

(敬称略)

はしがき	高橋
I. 報告書の概要	高橋、片山
II. 現在の地域包括支援センターをめぐる課題	各委員
III. 地域包括支援センターにおける取り組みと連携に関する調査	筒井
IV. まとめ	高橋、片山
資料① アンケート調査票	
② 地域包括支援センターに関する文献目録	大口

平成 20 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
「地域包括支援センターの評価に関する研究」報告書

発行日 : 平成 21 年 3 月

発行 : 立教大学

発行者 : 立教大学コミュニティ福祉学部

高橋紘士研究室

(〒352-8558 埼玉県新座市北野 1-2-26)

印刷 : 富士印刷

(〒112-0014 東京都文京区関口 1-7-5-306)
