

平成 21 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

**包括的支援事業と地域包括支援センターにおける  
総合評価に関する研究  
報告書**

平成 22 年3月

**立教大学**



## はじめに

「包括的支援事業と地域包括支援センターにおける総合評価に関する研究」と題した本研究は、昨年度地域包括支援センターのグッドプラクティスとされる事例の検討を通じ、地域包括支援センターの評価についての考え方を整理したうえで、保険者の地域包括支援センターおよび包括的支援事業に関わる実施状況について調査すると共に、全地域包括支援センターの従事者を対象者として、地域連携活動尺度を用いて、その個別の活動能力の評価を行った。

これらの結果からは、地域包括支援センターの活動状況を示す地域連携活動得点は、多資格を持っている職員において、顕著にスコアが高い。また、専門職能より、経験年数が、この能力の高さに影響を及ぼしている可能性が示された。おそらく、このことは、地域包括支援センターの活動が現在のところ定型化された業務ではないため、職員個々の臨床的な経験に依存していることを示唆する内容と考えられるが、このように本研究からは新たな多様な知見が明らかにされることとなった。

本報告は、2年目にあたる平成21年度の研究をまとめたものであるが、とくに昨年度に示された地域包括支援センター職員と地域包括支援センターの運営責任者である保険者である自治体との関連性についてなど、新たな検討が必要とされた内容についての研究を実施した。

このうち、地域包括支援センターの援助過程に関しては、これまでにない詳細な調査を実施し、さらに地域包括支援センターの業務の円滑化において課題とされた保険者機能についての調査を実施し、また、市町村の事業となった包括的支援事業への取り組みについての調査も実施した。

これらの調査にあたっては、研究委員会において、任意の先駆的な取り組みを行っている地域包括支援センターの職員の方々を招聘し、利用者の支援におけるプロセスについての詳細なヒアリング調査を実施してきた。

調査から得られた知見は、委員会のワーキングメンバーの精力的な検討から、地域包括支援センターの支援プロセスを明らかにする調査項目が作成された。調査は、保険者、全国すべての地域包括支援センターに送付され、これらデータの分析を通じて、センターの総合評価(アウトカム評価)法に資する結果が本報告書には示されたと考えている。

次期、介護保険制度改正のキーワードは未曾有の介護需要爆発をふまえて、「自立支援」「要介護者の尊厳の保持」そして、「生活の場で介護支援を実施すること」「予防的介護の実質化」などと考えられるが、これらを総合した「地域包括ケアシステム」の構築への要となるべき、地域包括支援センターが果たすべき役割についての共通イメージを関係者に持っていただくためのレファレンスになる「評価」のためのツール構築の目処がたってきたように思われる。

この調査報告書が、地域包括ケアシステムの構築にあたって、地域包括支援センターの役割の再確認と、望ましい介護システムの構築にあたって果たすべき保険者機能の共通理解の進展に寄与することを期待したい。

おわりに、本研究の推進にあたって、本務、御多用ななか、多大な貢献をしていただいた、委員会メンバーの各位に感謝するとともに、ヒアリングに応じて貴重な情報を提供して下さった現場の皆様。そして調査に応じてくださる、煩瑣な質問票に答えていただいた保険者、地域包括支援センターの方々にあつく、御礼を申し上げたい。

平成22年3月

「包括的支援事業と地域包括支援センターにおける総合評価に関する研究」  
研究責任者 高橋紘士(立教大学教授)

## 目 次

I. 研究の概要.....	- 10 -
1. 研究の目的.....	- 10 -
2. 研究の方法.....	- 10 -
(1) 委員会の設置.....	- 10 -
(2) 作業部会の設置.....	- 11 -
(3) 地域包括支援センター職員に対するヒアリングの実施.....	- 11 -
(4) 郵送調査の実施.....	- 12 -
3. 研究概要.....	- 13 -
(1) 保険者機能明確化の必要性.....	- 13 -
(2) 地域包括支援センター機能明確化の必要性.....	- 14 -
(3) 相談機能と共通の支援基盤の構築業務の標準化に向けたプロセスの提示.....	- 15 -
(4) センター職員の連携活動能力.....	- 18 -
II. 委員ディスカッションまとめ.....	- 19 -
(1) 安心・安全な生活の確保の判断.....	- 19 -
(2) 良い保険者の条件.....	- 19 -
(3) 地域包括支援センターのアウトカム.....	- 20 -
(4) 終結までの工程管理.....	- 20 -
III. 地域包括支援センター職員ヒアリングまとめ.....	- 21 -
1. ヒアリング調査の概要.....	- 21 -
2. 分析結果.....	- 23 -
(1) 包括の業務に行政を「巻き込んでいく」.....	- 24 -
(2) (委託センター) 法人の本業務とのバランス.....	- 24 -
(3) 地域のニーズの「発掘」.....	- 24 -
(4) 医療との連携.....	- 25 -
(5) スタッフの育成.....	- 26 -
(6) 地域内の包括間のネットワーク形成.....	- 26 -
(7) 社会資源の把握.....	- 27 -
(8) ケース毎に異なる「対応の仕方」「介入のタイミング」.....	- 27 -
3. ヒアリングのまとめ・考察.....	- 28 -

(1) 医療との連携について.....	- 28 -
(2) 委託と直営について.....	- 29 -
(3) 地域の実態把握について.....	- 30 -
IV. 介護保険制度に対する保険者の取り組みの状況に関する調査.....	- 31 -
0. 調査の回収率等.....	- 31 -
1. 基本属性.....	- 32 -
(1) 人口規模.....	- 32 -
(2) 地域包括支援センターの設置タイプ.....	- 32 -
2. 介護保険事業計画の進捗管理等の状況について.....	- 34 -
(1) 介護保険事業計画の進捗状況の点検.....	- 34 -
(2) 介護保険給付状況の分析.....	- 36 -
(3) 政策動向の検討の有無.....	- 38 -
(4) 中長期的な高齢者人口等の推計の有無.....	- 39 -
(5) 中長期的な介護基盤整備方針の検討の有無.....	- 40 -
(6) 高齢者のニーズに応じた独自サービスの有無.....	- 41 -
3. 地域連携の仕組みづくりについて.....	- 42 -
(1) 保健・医療・福祉の関係機関による連携会議の開催状況.....	- 42 -
(2) 医療機関と地域包括支援センター等による連携会議の開催状況.....	- 44 -
(3) 地域の医療機関等を組織化したネットワークの有無.....	- 45 -
(4) 地域の医療機関や介護保険施設等連携した地域連携パスの作成の有無.....	- 46 -
(5) 地域連携パスについて協議する場の有無.....	- 47 -
4. 自治体としての地域包括支援センター職員への支援について.....	- 48 -
(1) 地域包括支援センターの定期的な情報共有等の場の有無.....	- 48 -
(2) 地域包括支援センター職員対象の研修の有無.....	- 49 -
(3) 地域包括支援センターからの提案等に基づいた新規事業の有無.....	- 50 -
(4) 地域包括支援センターに対する評価の有無.....	- 51 -
5. 介護支援専門員への支援について.....	- 53 -
(1) 介護支援専門員の連絡協議会組織等の設置の有無.....	- 53 -
(2) 介護支援専門員を対象とした定期的な研修会開催の有無.....	- 55 -
(3) ケアプランチェックやケアプラン評価の実施の有無.....	- 56 -
(4) 介護支援専門員の活動指針・マニュアル等の発行の有無.....	- 59 -

(5) 地域包括支援センターによる「支援困難ケース」に関するカンファレンス等の実施の有無	- 60 -
6. 介護サービス事業者への支援について	- 62 -
(1) 介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置の有無	- 62 -
(2) 介護サービス事業者を対象とした定期的な研修会開催の有無	- 63 -
(3) 介護サービス事業者の活動指針・マニュアル等の発行の有無	- 64 -
(4) 介護サービス事業者リストの配布の有無	- 65 -
(5) 介護サービス等を紹介する「しおり」等の配布の有無	- 66 -
(6) 地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査の状況	- 67 -
7. サービスの苦情・相談体制について	- 71 -
(1) 介護サービスに対する市民からの苦情・相談窓口の明確化の有無	- 71 -
(2) 介護サービスに対する苦情相談対応マニュアル整備の有無	- 72 -
(3) 苦情・相談記録票の統一フォーマット整備の有無	- 73 -
(4) 苦情・相談内容の地域包括支援センターへの提供と情報共有の有無	- 74 -
8. 高齢者虐待対応・権利擁護対応等について	- 75 -
(1) 高齢者虐待の状況についての調査・分析の有無	- 75 -
(2) 高齢者虐待の対応マニュアル・方針の作成の有無	- 76 -
(3) 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連携組織等の設置の有無	- 77 -
(4) 高齢者虐待ケースに関する地域包括支援センターとの連携の有無	- 78 -
(5) 高齢者虐待対応用の一時保護施設・シェルター確保の有無	- 79 -
(6) 成年後見制度を地域に普及させるための市民講座開催等の有無	- 80 -
(7) 成年後見制度における市町村長申立ての仕組の有無	- 82 -
(8) 成年後見制度利用支援事業の整備等の有無	- 83 -
9. 人口規模別地域包括支援センター設置形態別保険者の分析	- 84 -
(1) 全保険者における7種類の事業等に関する体制および対応の状況	- 84 -
(2) 全保険者における7種類の介護保険事業の実施・支援体制の対応の状況	- 86 -
(3) 人口規模別設置形態別保険者の12群の分布とその基準化得点の特徴	- 92 -
(4) 人口規模別保険者群別7種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況	- 99 -
(5) 設置形態別保険者群別7種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況	- 102 -
(6) 人口規模別設置形態別保険者群7種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況	- 104 -
(7) 人口規模別保険者群における7種類の事業等に関する体制および対応の状況（項目別）	- 122 -
(8) 設置形態別保険者群別7種類の事業等に関する体制および対応の状況（項目別）	- 144 -

V-1.地域包括支援センターにおける相談支援のプロセスおよび終結条件に関する調査結果（センター調査票に関して） .....	- 152 -
0. 調査票回収率 .....	- 152 -
1. センターの基本属性.....	- 153 -
(1) センターの業務開始年および業務形態.....	- 153 -
(2) センターの開始時期の人員配置と現在の人員配置.....	- 154 -
(3) センターにおける予防給付及び介護予防支援給付の状況 .....	- 155 -
(4) 地域包括支援センターの基本とされる機能でもっとも業務時間が長かった機能.....	- 156 -
(5) センターの実施・運営にあたっての課題（複数回答） .....	- 157 -
(6) センターの基本機能以外に実施してきた事業.....	- 158 -
2. 相談支援における終結条件とセンター業務のプロセス.....	- 159 -
(1) センター全体における昨年度（平成 20 年度）の相談受理件数とそのうち介護支援専門員からの相談受理件数.....	- 159 -
(2) センターの相談支援の終結条件等 .....	- 161 -
(3) センター全体における昨年度の相談内容別終結の状況 .....	- 163 -
(4) 相談支援の実施プロセス .....	- 164 -
(5) 相談支援のプロセスの有無別相談内容別終結件数の比較 .....	- 166 -
3. 共通の支援基盤（ネットワーク）の構築プロセス .....	- 178 -
(1) 共通の支援基盤のプロセス実施の有無.....	- 178 -
(2) 共通の支援基盤のプロセスパターンの組み合わせ .....	- 179 -
(3) 共通の支援基盤のプロセスを連続して通過した割合 .....	- 180 -
(4) 共通の支援基盤のプロセスの到達率 .....	- 181 -
(5) 共通の支援基盤のプロセスの活動の項目間の関連性 .....	- 182 -
4. 共通の支援基盤の構築における分析に対する考察.....	- 184 -
(1) 共通の支援基盤のプロセス実施の有無について .....	- 184 -
(2) 共通の支援基盤のプロセスパターンの組み合わせについて.....	- 185 -
(3) 共通の支援基盤のプロセスを連続して通過した割合について .....	- 186 -
V-2. 地域包括支援センターにおける相談支援のプロセスおよび終結条件に関する調査（職員調査票に関して） .....	- 187 -
1. 職員の基本属性.....	- 187 -
(1) 性別 .....	- 187 -
(2) 年齢 .....	- 187 -

(3) 勤務形態 .....	- 187 -
(4) 役職 .....	- 188 -
(5) 保有資格 .....	- 188 -
2. 連携活動状況 .....	- 189 -
(1) 連携活動評価項目得点 .....	- 189 -
(2) 連携活動評価尺度 15 項目の回答状況の比較 .....	- 191 -
(4) 共通的支援基盤の業務担当の有無別連携得点 .....	- 192 -
(5) 解決終結率の高低別連携得点 .....	- 193 -
(6) センターにおけるもっとも時間が長いとされる業務の有無連携得点 .....	- 193 -
3. 相談内容件数および終結の状況【新規調査分】 .....	- 194 -
(1) 昨年（平成 20 年）度、受理した相談内容別の事例数およびそれらの終結の状況 .....	- 194 -
(2) 解決終結の割合 .....	- 196 -
(3) 相談内容別終結の割合 .....	- 197 -
(4) 「安全・安心な生活が確保された」と判断された事例の割合 .....	- 198 -
(5) 困難事例への対応状況 .....	- 198 -
4. 地域包括支援センターの職員の担当事業 .....	- 200 -
VI. 地域包括支援センターの現状と課題 .....	- 201 -
1. 前提としての地域包括支援センターの役割とは .....	- 201 -
2. 調査より把握された地域包括支援センターの現状 .....	- 202 -
(1) 保険者機能の現状 .....	- 202 -
(2) 地域包括支援センター業務の現状 .....	- 204 -
(3) 地域包括支援センターに勤務する職員の現状 .....	- 206 -
3. 地域包括ケアシステム構築の要件と課題 .....	- 208 -
(1) 地域包括ケア研究会における地域包括ケアシステム .....	- 208 -
(2) わが国における共助の位置付け .....	- 209 -
(3) 地域包括ケアにおけるケアマネジメントを実現できる人材に対する OJT の必要性 .....	- 210 -



## 包括的支援事業と地域包括支援センターにおける総合評価に関する研究委員会

### 【委員】

(五十音順、敬称略)

池田 省三	(龍谷大学社会学部教授)
太田 貞司	(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授)
柿元美津江	(薩摩川内市役所市民福祉部地域包括支援室)
笹井 肇	(武蔵野市役所健康福祉部高齢者支援課)
篠田 浩	(大垣市役所福祉部社会福祉課)
染谷 誠	(北九州市役所保健福祉局地域支援部のちをつなぐネットワーク推進課)
高橋 紘士	(立教大学コミュニティ福祉学部教授)
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) *
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)
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】

黒岩 嘉弘	(厚生労働省老健局振興課)
草野 哲也	(厚生労働省老健局振興課)
東内 京一	(厚生労働省老健局総務課)

### 【ワーキングチーム】

一広 伸子	(元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)
東野 定律	(静岡県立大学経営情報学部講師) *
礪部美智子	(国分寺地域包括支援センターもとまち 社会福祉士)
松繁 卓哉	(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) *
大冢賀政昭	(国立保健医療科学院福祉サービス部／立教大学大学院コミュニティ福祉学後期課程) *
片山 友子	(立教大学大学院コミュニティ福祉学後期課程)
大口 達也	(立教大学大学院コミュニティ福祉学後期課程)
陳 燕	(立教大学大学院コミュニティ福祉学後期課程)

\*は、調査データの分析、報告書作成の担当者

# I. 研究の概要

## 1. 研究の目的

平成18年度に創設された地域包括支援センターは、「総合相談窓口」「介護予防マネジメント」「包括的・継続的マネジメント」といった基本機能を有し、地域の課題解決に向けた取り組みを実践してきた。

しかし、本研究委員会においては、現状では、地域の課題解決と支援対象者の個々の問題解決との業務上の関連性を整理できず、少人数での組織となっながら、業務が多様で、その量も多いという構造的な問題を抱えていることから、設立当初に、センターに期待された機能を十分に果たしているとは言えない状況となっているのではないかとの問題提起がなされた。

そこで本研究では、昨年度、全国のセンターに所属する専門職の連携能力を把握したデータベースを基礎とし、地域包括支援センターの業務の実態を把握し、現状の包括的支援事業の実施の有無やその評価手法の開発のための資料を得ることを目的とし検討を行った。

## 2. 研究の方法

### (1) 委員会の設置

本研究では、実務家、地域包括支援センター関係者および福祉・介護等の有識者10名およびオブザーバー、ワーキングチームで構成する委員会を設置し、下記の事項について検討を行った。

#### 第1回委員会（2009年8月18日）

協議事項：「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」報告、研究の趣旨と進め方について

#### 第2回委員会（2009年9月20日）

協議事項：自治体直営の地域包括支援センターに関するヒアリング（3ヶ所）、ディスカッション

#### 第3回委員会（2009年10月17日）

協議事項：委託の地域包括支援センターに関するヒアリング（2ヶ所）、ディスカッション、業務階層化ワークシートの検討

#### 第4回委員会（2009年12月12日）

協議事項：地域包括ケア研究会報告、業務階層化ワークシートの検討

#### 第5回委員会（2010年1月24日）

協議事項：「地域包括支援センターにおける相談支援のプロセスおよび終結条件に関する調査」および「介護保険制度に対する保険者の取り組み状況に関する調査」の調査票検討

#### 第6回委員会（3月22日）

協議事項：郵送調査進捗状況報告、報告書（案）の検討

## (2) 作業部会の設置

委員の中から、ワーキングチームを組織し、作業部会A、Bを設置し、下記の事項について検討を行った。なお、作業部会のメンバーは、以下の通りである。

### A. 保険者の取り組みの状況に関する調査作業部会

協議事項：保険者機能に関する検討および介護保険制度に対する保険者の取り組みの状況に関する調査の調査票項目検討

### B. 地域包括支援センター業務に関する調査作業部会

協議事項：高齢者虐待対応パスおよび認知症をもつ独居高齢者の支援パスの作成、相談支援のプロセスおよび終結条件の検討、調査票項目検討

#### 「作業部会メンバー」

- 柿元美津江（薩摩川内市役所市民福祉部地域包括支援室）
- 笹井 肇（武蔵野市役所健康福祉部高齢者支援課）
- 篠田 浩（大垣市役所福祉部社会福祉課）
- 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）
- 高橋 紘士（立教大学コミュニティ福祉学部教授）
- 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）\*
- 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）
- 東野 定律（静岡県立大学経営情報学部講師）\*
- 松繁 卓哉（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）\*
- 大冨賀政昭（国立保健医療科学院福祉サービス部）\*

## (3) 地域包括支援センター職員に対するヒアリングの実施

先進的な活動を行っている直営および委託地域包括支援センター職員に対し、下記の通りヒアリングを実施した。

#### 「ヒアリング対象」

- a 直営地域包括支援センター職員（保健師）
- b 直営地域包括支援センター職員（主任介護支援専門員）
- c 直営地域包括支援センター職員（社会福祉士）
- d 委託地域包括支援センター職員（複数資格保持）
- e 委託地域包括支援センター職員（主任介護支援専門員）

#### 「ヒアリング内容」

- ・業務全体に関する内容
- ・総合相談支援業務について
- ・権利擁護業務について
- ・包括的・継続的ケアマネジメント業務

#### (4) 郵送調査の実施

地域包括支援センターに関し、下記の通り2種類の郵送アンケート調査を実施した。  
なお、調査の実務については、委託先をみずほ情報総研株式会社とした。

##### A. 介護保険制度に対する保険者の取り組みの状況に関する調査

調査方法 : 郵送アンケート調査 (自記式)  
調査期間 : 2010年3月  
調査対象 : 全国の自治体1,731区市町村  
調査内容 : 基本属性、事業計画・政策立案の状況、地域連携の仕組みづくり、地域包括支援センター職員支援、介護支援専門員支援、介護サービス事業者支援、サービスの苦情・相談体制等

##### B. 地域包括支援センターにおける相談支援のプロセスおよび終結条件に関する調査

調査方法 : 郵送アンケート調査 (自記式)  
調査期間 : 2010年3月  
調査対象 : 全国の地域包括支援センターおよび職員  
調査内容 : 基本属性、共通的支援基盤の構築プロセスについて、相談支援プロセスについて、ケース終結の状況、連携活動

### 3.研究概要

本研究委員会では、地域包括支援センターの総合評価を行うにあたり、地域包括支援センターの機能評価をするための尺度の開発にあたっては、①保険者機能、②地域包括支援センター機能を明確化することが前提とされた。

#### (1) 保険者機能明確化の必要性

本委員会では、『現在、地域包括支援センターの機能とされている業務を実施するためには、各保険者が地域特性を踏まえ、センターに、どのような機能を持たせ、どのように配置するかという設計図を明確に示すことが前提ではないか』との意見が多く、とりわけ、『直営の地域包括支援センターと担当課および周辺課（保健センター等）との業務が未分化であることが課題』として示された。このことは、さらに、『指定介護予防支援事業者が地域包括支援センターとして機能しているところも少なくない』ことから、保険者機能の在り方をめぐっても地域による差は大きいのではないかと意見が示された。

また、地域包括支援センターについては、「他職種協働・他職種連携」の実現<sup>1)</sup>、「統合（integrate）された、利用者本位（individual-based）である、連続的（continuous）なサービス」の提供<sup>2)</sup>、高齢者サービスに関する「ワン・ストップサービス」の新たな拠点<sup>3)</sup>、生活圏域でのサービスの完結<sup>4)</sup>といった大きな期待が寄せられているものの、一部の市区町村で地域包括支援センターの体制が整っていない事が新聞紙上で指摘されるなど、立ち上げ期においては課題が残る状況となっていた<sup>5)</sup>。

すでに地域包括支援センターの体制整備における活動開始時期に注目した分析が行われているが、介護保険の保険者である市区町村の体制整備の時間的差異が、新たな取り組みである「包括的なケアシステム」の実現の地域的差異にも結び付く可能性が懸念されている<sup>4)</sup>。

また、一面においては本研究会で扱われた地域の共通の支援基盤とは、地域における福祉サービスや社会資源の実態把握および地域課題の発見、また、それに伴う各種専門職組織・団体の連携体制の基盤構築を指すものであり、共通の支援基盤の有無、地域力（social capital）は、保険者機能としての自治体による地域マネジメントを評価することによって測定することができるものと考えた。

そこで、『保険者がどのようなビジョンを持って、企画立案をしているか、つま

---

<sup>1)</sup> 田中滋：介護報酬と介護経営の課題、日本介護経営学会第2回シンポジウム基調講演：2006

<sup>2)</sup> 筒井孝子：改正介護保険法における地域包括ケア体制とは―地域包括支援センターの課題―、保健医療科学、第55巻（第1号）、10-18：2006.

<sup>3)</sup> 三浦公嗣：介護報酬改定の政策的意義、日本介護経営学会第2回シンポジウム発表：2006.

<sup>4)</sup> 宇田淳、北野幸子、河口 豊. 地域包括ケアシステムの構築に関する事例研究―広島県安芸太田町における地域施設計画の試み―. 介護経営 1(1):25-36, 2006.

りどのような設計図を持って地域包括支援センターを運営しているかが重要である』との意見が示されたため、本年度の「介護保険制度に対する保険者の取り組みの状況に関する調査」によって評価を行うものとした。

なお、この保険者についての分析は、『保険者の人口規模と地域包括支援センターの設置タイプによる影響が大きい』との知見から、これらの変数を配慮した群別の分析を実施することとした。わが国の自治体のタイプとして数が多いのは、人口規模の小さい町村部で、次いで人口10万人未満の市部である。そもそもわが国では、人口10万人以上の市部のうちの政令市、中核市、特例市は数が少ない。このためこういった自治体パターンを基礎とした分析には慎重さが要求されると考えられた。このため、今日の地域包括支援センターの設置パターンとして、直営、委託、直営と委託の併存といった3パターンの特徴を反映した群別にさらなる検討をすることとした。

このように地域包括支援センターの創設時に期待した機能を振り返り、現在の地域包括支援センターに求められる機能を再検討する必要があるが、まずは、保険者への調査を実施し、現行の保険者の実態を明らかにすることを目的とした調査を実施することとなった。

## （2）地域包括支援センター機能明確化の必要性

一方で、地域包括支援センターは、日常生活圏域単位に設置され、主に5つの業務（共通的支援基盤の構築、総合相談、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント、介護予防ケアマネジメント）を行い、地域におけるマネジメントを行う機関としての役割が期待されてきた<sup>5)</sup>。しかし、地域の実情や区市町村の政策方針の違いによって、これらの取り組みには、多くの課題があることが示されつつある<sup>6)</sup>。

とりわけ、多くの地域包括支援センターでは、このうちの介護予防ケアマネジメント業務に忙殺され<sup>7)</sup>、介護予防ケアマネジメント事業の効率化に関わる研究がおこなわれる<sup>8)</sup>中で、本来、想定されていた地域包括ケアの中核を担う機能を十分発揮するためには、業務量の多さが批判されてきた介護予防事業については、見直しを行い、そもそも地域包括ケアシステムの基本である共通的支援基盤構築のための施策を実施することが重要との見解が示された。

しかし、これまで地域包括支援センターの業務の実態把握に関しては、各種報告書や介護予防ケアマネジメント<sup>9)</sup>や継続的・包括的マネジメント<sup>10)</sup>に着目した報告は公

<sup>5)</sup> 財団法人長寿社会開発センター．地域包括支援センター業務マニュアル，2006

<sup>6)</sup> 森詩恵、藤澤宏樹、桑原武志、橋本理．大阪経大論集、58(1)；323-341，2007

<sup>7)</sup> 平成21年度老人保健事業推進費等補助金(株式会社三菱総合研究所)地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業，2009

<sup>8)</sup> 平成21年度老人保健事業推進費等補助金(全国保健センター連合会)地域の介護予防における地域包括支援センターの役割・あり方に関する調査研究報告書，2009.

<sup>9)</sup> 平成20年度老人保健事業推進費等補助金(全国保健センター連合会)．地域包括支援センターのネットワーク化と業務の重点化・効率化に関する調査研究報告．地域における介

表されてはいるものの、実際に期待される機能と、その乖離について着目した検討はほとんど行われて来なかった。

本研究委員会では、昨年度、全国の地域包括支援センター職員に対する調査や、これらのデータから、抽出された地域包括支援センターで地域連携活動能力がきわめて高い職員らへのヒアリング調査を実施し、以下の1) 地域づくり機能、2) 総合相談、3) 専門機関・専門職との連携機能3種類の機能がこれからの地域包括支援センターの基本とされることが重要との結論を得た。

### (3) 相談機能と共通的支援基盤の構築業務の標準化に向けたプロセスの提示

先のヒアリング調査結果を踏まえ、地域包括支援センターの総合相談の実態と、その質の評価を行うために、保険者、社会福祉協議会、学識経験者らの専門家によるワーキングチームを組織し、相談機能を地域に住む高齢者の相談に対しワンストップサービスを提供することと定義し、高齢者虐待対応パスおよび認知症をもつ独居高齢者支援パスを作成した。このパス作成過程では、これまでの支援を振り返り、相談支援の終結についてを意識していなかったことが指摘された。

今回の調査で示した独居高齢者相談支援パスは、11ステップに分かれている。本年度調査では、この11のステップごとの実施の有無について尋ねた。これらの評価は、①ケース1件に対し、どのようなプロセスを通過し、通過率がどの程度あるのか、②終結に関しての認識がどの程度あるのか、を指標とするものとした。また、本調査を通し、このプロセスを提示することで、相談のプロセスを意識できるものとした。調査に用いたセンターにおける相談機能のプロセスは下図1に示した通りである。

同様に、本研究では、地域の共通的支援基盤構築についても12ステップのプロセスを明示し、これらの12ステップのプロセス別の業務の実施状況の調査を実施した(図2)。

---

護予防の効率的・効果的な手法を探る, 2008

<sup>10)</sup> 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. 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〈平成19年度報告書〉主任介護支援専門員のケアマネジャー支援に焦点を当てて, 2007

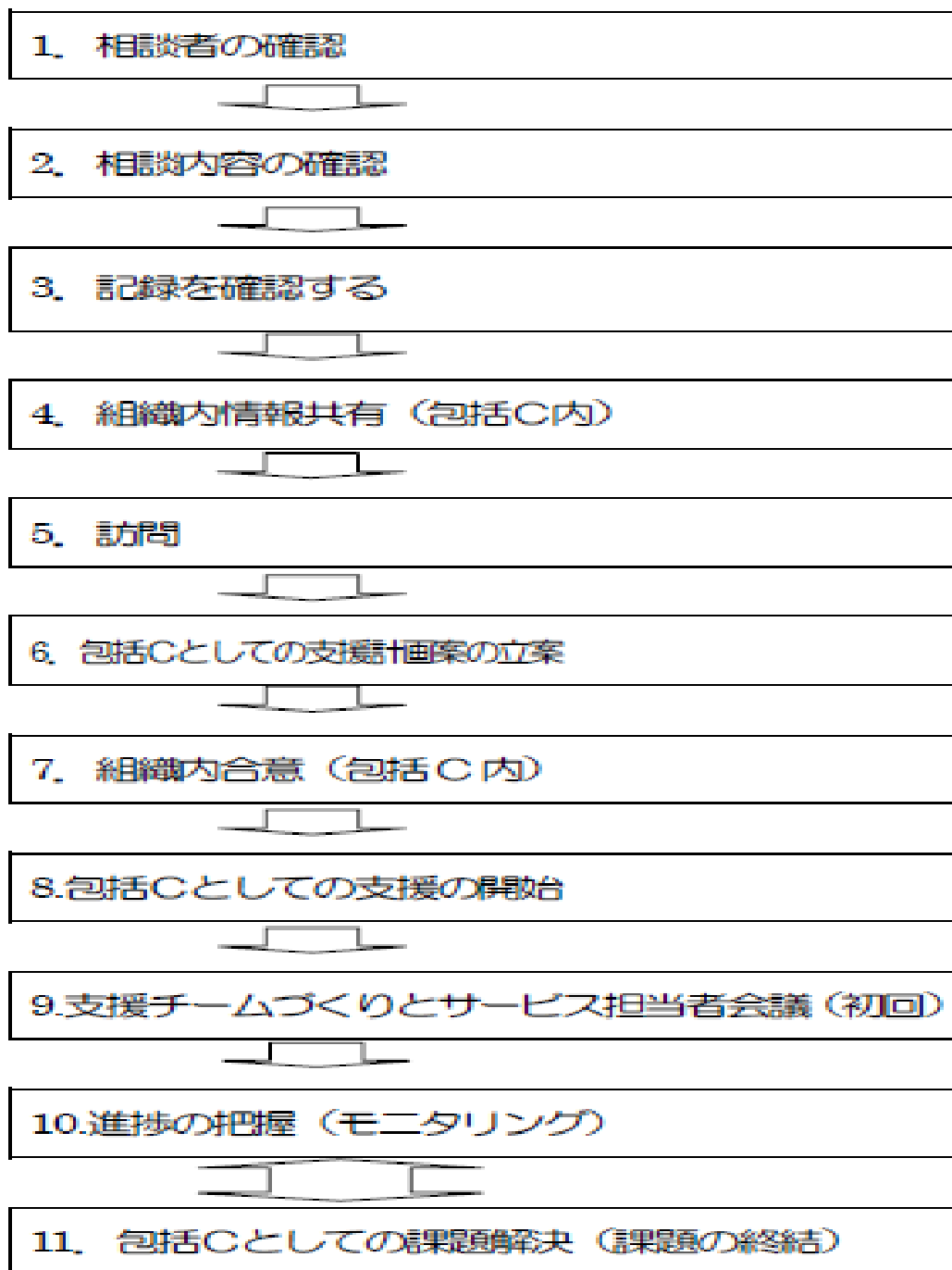


図 1 相談機能の11プロセス



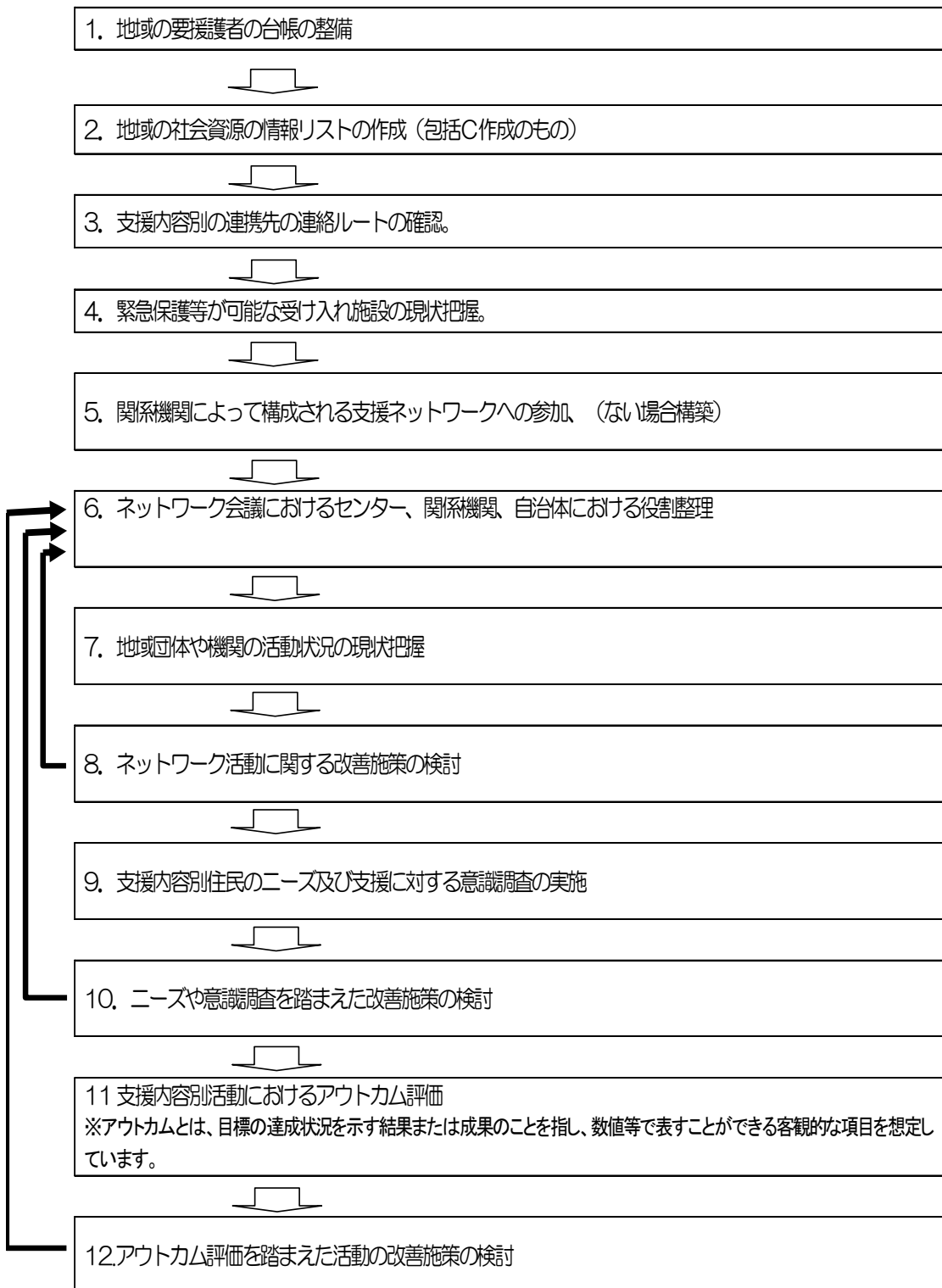


図 2 共通的支援基盤の構築の12プロセス

#### (4) センター職員の連携活動能力

地域包括支援センターにおいて実施されることが望まれている、地域の共通の支援基盤の構築については、これを構築できたか否かを評価する指標は、今のところ示されていない。また一般的に用いられている「地域力」という用語は、多義的な内容を含んでおり、これを評価することは現時点では困難と考えられた。

そこで、抽象的ではあるが、共通の支援基盤とは、地域の社会資源（人的資源、物的資源、財務的資源、時間的資源、情動的資源）を活用した協力体制を作り維持するための基盤であることから、このうちの一部として、連携の中核を担っている職員については、連携活動評価尺度を用いた評価で良いのではないかと意見が出されたことにより、調査を実施することとした。

すなわち、連携活動については、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という4点からの各包括支援センター別の得点は算出が可能であり、図3に示した連携活動の構造を用いて、センターの実態を評価できると考え、調査を実施した。

なお、これらの調査結果及び分析、報告書の執筆は、章末に示した国立保健医療科学院福祉サービス部筒井、松繁、大野賀並びに静岡県立大学の東野が行った。

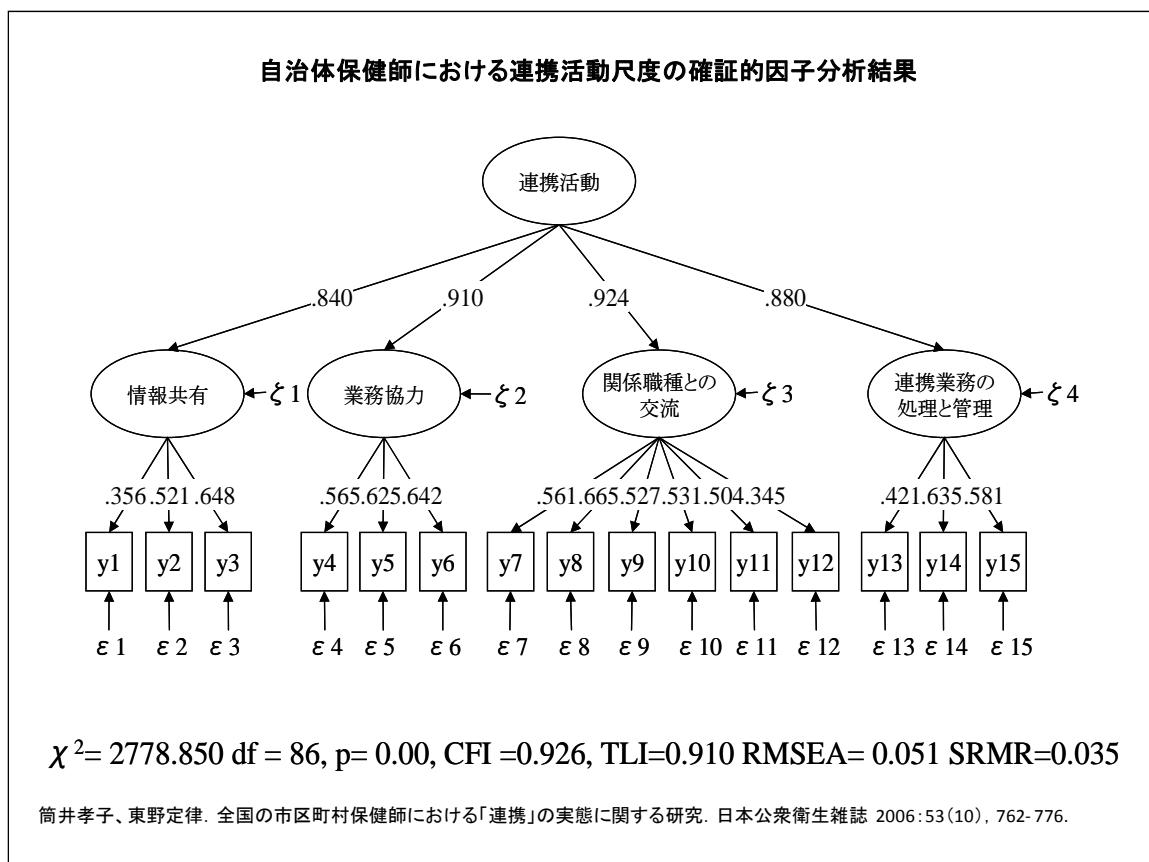


図3 地域連携活動能力尺度の構造

## Ⅱ. 委員ディスカッションまとめ

ここでは、研究委員会における議論を整理し、内容を絞ってポイントを示した。とりわけ、本年度開催された研究委員会における討論の中から、特に、以下の4点に焦点を当てて議論の整理を行うこととした。

焦点となったのは、第一に「地域包括支援事業において、いかにして相談者の安全・安心な生活が確保されたと判断するか」、第二に「良い保険者の条件とは何か」、第三に「地域包括センターの活動を評価する際に、何をもちアアウトカムと考えるか」、そして第四に「介入したケースについて、終結したと判断するための条件は何か」という4点であった。

### (1) 安心・安全な生活の確保の判断

地域包括支援センターに寄せられる相談、特に虐待事例は、その発生に様々な要因が絡んでいる。『当該事例の当事者に安心・安全な生活を確保された』と判断するにあたって、以下の点が重要であると示された。

まず、最も基本的なことは、これらの発生要因が明らかにされ、問題が除去されたことで終結と考えることができるが、単に「除去」されただけでなく、除去されたことで、その後、当事者が安全に生活をしていけると感じていることが最も重要であるとの意見がだされた。さらに、その判断は、相談者個人の判断ではなく、対応したチーム全体で判断することが必要であるとされた。さらに、本人を継続して支援・見守り出来る体制が、構築されているか否か、という点が重要であり、例えば、虐待事例に限らず、その他の相談業務において、他機関につなぐことで、必要と考えられるサービスの提供を実現したことをもって、「安心な生活の確保」とするのは難しいとの意見が出された。

この理由は、地域包括支援センターは、今後もサービス提供を見守り、フォローする体制を築いておかないと、いったんは、安全が確保されたように見えても、その後、再び新たな問題が生じたり、解決されたかに見えた問題が再び繰り返される例があるからということであった。

このように「問題要素の除去」「本人の安心感」「チームとしての合意」「フォロー体制の確立」までが整備されて、終結と判断されると考えられたのである。

### (2) 良い保険者の条件

良い保険者の条件には、幾つかの水準があり、そこには様々な内容が含まれるが、最も根本にあるのは、地域包括支援の確固としたビジョン・設計図を持っていることである。担当課・直営のセンター・委託のセンター・サブセンター等に、どのような役割を持たせ、どのように配置するかを、明確なプランとして打ち立てていることである。

現実には、そのような保険者は、そう多くはないと思われる。具体的な観点としては、一つには、市町村に最低1箇所は直営のセンターを設置し、その上で市町村毎の計画を確立し、後に民間等へ広げていく、というところがポイントとなってくのではないか。

地域における連携体制の構築という点では、保険者により一定レベルの基盤が構築されていることが重要である。各種機関の代表者レベル、たとえば、病院長・理事長などのネットワークを整備することは、実務者レベルで動きやすい土壌を形成することになる。

また、地域の様々な課題を整理できていることは、良い保険者の条件とされた。現状では、課題の整理と、それに基づく連携体制の構築については、保険者とセンターとの役割関係についての理解に乖離があるとの意見が多く、今後は、保険者とセンターとの密接な連携が必要とされた。

### (3) 地域包括支援センターのアウトカム

これまで地域包括支援センターの業務におけるアウトカムは設定されてこなかった。本研究委員会では、包括的・継続的ケアマネジメントの実施のアウトカムをどこに設定するか、あるいは、共通的支援基盤の構築のアウトカムとして、どのような内容を評価すればよいかについて議論を行ったが、具体的な評価項目は作成できなかった。

### (4) 終結までの工程管理

地域包括支援センター職員からのヒアリング調査からは、相談を受け、センターが介入したケースについて、どこが事例にとっての「終結」とするのかを、職員全員が意識されていないという問題があることが明らかにされた。

それは、一旦、終結したかに見えた事例であっても、再び相談事例として、繰り返し事例となる場合が少なくないからという理由であった。しかし、センターが介入する際には、必ず、終結までの工程をセンターの職員全員が共有していることが重要との結論を得た。

そこで本委員会では、地域包括支援センターにおける高齢者虐待という問題に対しての終結までの対応を示したパス、および独居認知症高齢者に対するセンターでの対応をプロセスとして示し、これを工程として示したパスを作成することとなった。

### Ⅲ. 地域包括支援センター職員ヒアリングまとめ

ここでは、地域包括支援センターの職員を対象として実施されたヒアリング調査についてまとめ、考察を行った。

#### 1. ヒアリング調査の概要

地域包括支援センターの業務内容・課題について理解することを目的として、地域包括支援センターの職員を対象とするヒアリング調査を実施した。その方法としては、半構造化面接の形式を採用した。

発言の内容や流れに応じて、適宜、詳細を尋ねたり、関連する事柄について深く尋ねたりしながら、以下の項目について理解を図った。

- 業務の概要
- 地域包括支援センターの果たすべき役割
- 果たすことの出来ていないところ
- 医療との連携
- 直営と委託の特徴
- インテークから終結

表 1 ヒアリング対象者一覧

ID	専門資格	直営／委託
1	主任介護支援専門員	直営
2	保健師	直営
3	主任介護支援専門員	直営(委託を過去に経験)
4	保健師	直営
5	社会福祉士, 精神保健福祉士, 介護支援専門員	委託
6	主任介護支援専門員	委託

ヒアリングにおける具体的な質問項目は以下の内容から構成された。

■ 業務全体に関する内容

- 問. センターで、あなたが現在行っている仕事について、概要を教えてください。（今やっていること）
- 問. センターが本来果たすべき任務として、どのようなものがあるとお考えですか？（センターのあるべき姿）
- 問. 「本来果たすべき任務」の中で、あなたが現在果たすことができていないことはありますか？（理想と現実のギャップ）
- 問. （「果たすことができていないこと」はある場合）それは何故だと思えますか？（阻害要因）

■ 総合相談支援業務について

- 問. （介護予防ケアプランを作成する際には、「声かけ」「面接」「課題分析」「関係機関との連絡調整」など、取り組むべきプロセスが、比較的明確に定められている部分がありますが）総合相談支援業務に関しては、どのようなプロセス（手順）がありますか？あなたの考えをお聞かせ下さい。
- 問. サービス提供機関や専門相談機関のマップ（もしくはリスト）を作成していますか？（内容・数など）
- 問. 地域住民同士の互助・共助を啓発していくための活動をしていますか？（内容・参加者・連携など）

■ 権利擁護業務について

- 問. 権利擁護業務に関しては、どのようなプロセス（手順）がありますか？あなたの考えをお聞かせ下さい。
- 問. 成年後見制度の利用が必要な場合の申立て支援として、どのような取り組みをしていますか？（内容・頻度ほか）
- 問. 診断書の作成や鑑定に関して、地域の医療機関と具体的にどのような連携を行っていますか？（内容・頻度ほか）

■ 包括的・継続的ケアマネジメント業務

- 問. 包括的・継続的ケアマネジメントの業務には、どのようなプロセス（手順）がありますか？あなたの考えをお聞かせ下さい。
- 問. 医療機関との連携体制をつくるために、あなたが実際に行ってきたことは何ですか？（内容・相手・頻度ほか）
- 問. ケアの質の向上のために研修を行っていますか？（内容・対象者・頻度ほか）

## 2. 分析結果

ヒアリングの逐語録の内容を分析し、一つの 카테고리としてまとめることのできる一連のデータ群を「概念」として抽出する作業を行った。結果として、以下の8概念が抽出された。以下、各概念について説明する。

1. 包括の業務に行政を「巻き込んでいく」
2. (委託センター)法人の本業務とのバランス
3. 地域のニーズの「発掘」
4. 医療との連携
5. スタッフの育成
6. 地域内の包括間のネットワーク形成
7. 社会資源の把握
8. ケース毎に異なる「対応の仕方」「介入のタイミング」

図 4 地域包括支援センター職員を対象としたヒアリングで抽出された概念一覧

### (1) 包括の業務に行政を「巻き込んでいく」

委託型のセンターの職員の間では、市町村行政との協働に関する問題を大きな課題の一つとして、共通に認識していた。

この場合、「協働」は、単に共同で問題解決にあたることだけではなく、センターの取り組みによって、地域包括支援の向上に結び付けられたことが、市町村行政に反映されていく道筋の構築をも含むものである。

*委託包括内でやっていることが市の施策としてなかなか反映していけていないので、市としての取り組みというところに上がっていけないというところが課題であると思っています。*

*行政をいかに巻き込むかというのをテーマにしています。*

*行政のほうから（委託包括へ）いろんな業務を、よくも悪くも丸投げされている*

これらの談話が示すように、現状では、センターの取り組みと市町村行政との間には、必ずしも連続性が保たれているわけではなく、そうした市町村行政との意識や実践上の課題に対する取り組みが乖離している状態を改善していくことが委託型の地域包括支援センターの特有の課題となっていた。

### (2) (委託センター) 法人の本業務とのバランス

ヒアリングの中で、委託型の包括支援センターの職員が以下のように語った。

*委託センターは、法人業務という目に見えないものが結構、おもしろとして乗っかっているところがあって、うちの法人なんかも「市役所の仕事ばかりして」と言われるんですけども、そんなところがあるので、5業務以外のところで実際目に見えないところの業務負担というのは委託センターも多いかなと思っています。*

*委託型包括は、自分のところの法人をいかに利用するかというのが戦略の一つだと思っているので、そこを踏み台にしていろいろなネットワークもつくっています。*

地域包括支援事業を受託する組織の「本業」は、時として包括支援事業において活かされるものとなっているが、上述のように、他方では、事業運営のキャパシティを制約する要素ともなり、こうした問題への対処が委託型包括の事業運営に見られる特徴の一つとなっていた。

### (3) 地域のニーズの「発掘」

地域包括支援センターにおける総合相談支援では、「地域住民からの相談 → ニーズの把握」という流れがある一方で、反対に、「センターから地域への働き掛け・アウトリーチ」によってニーズが把握される、という方向があった。



総合相談支援と予防プランで大きく違うのは、声かけとかの前の段階ですかね。出会う前に地域の耕しがあって、その上でニーズの発掘、私は「発見」より「発掘」という表現をしますが、発掘というものがあって、初めて総合相談支援というところが生まれてくる。その前段階が違うのと、あとこの過程を踏んだ後に、ケースの終結に当たって、その地域へのフィードバックというものが生まれてくる点が違うのではないかなと思っています。

このように、相談支援では、顕在化していないニーズについて、相談の「前の段階」で把握することが課題として求められていた。

#### (4) 医療との連携

医療との連携体制の構築は、今回実施したヒアリングの協力者の多くが、大きな課題として位置づけていた。以下の談話が示すように、個人としての医師レベル、医師会レベル、など、連携体制が、それぞれのレベルにおいて進められていた。

最初は医師会も（包括によるチームケア体制作り）に反発します。・・・医師会の中でも理解のある診療所のドクター、急性期病院と少しずつ理解を得て、完全に医療連携という形ができるようになってきているのは、今は1人のドクターを除いてほとんどできているんですけど。

医療機関との連携ということで、認知症のネットワークをやっていく中で医師会と連携しているんですけども、その辺は難しいですね。医師会で認知症に真剣に取り組もうという医師は×××地区では1人ぐらいかな。専門医はいません。専門医を目指している先生が1人います。その先生ぐらいで、あとは、言い方は悪いですけど、認知症を診ているより風邪の患者のほうがお金になるねと、県のかかりつけ医の研修を受けても公表しないでくれというのがあります。

個別の医師が理解してくれても医師会が動かないとなかなか難しいということがあります。そういった点では、行政直営ということもあって医師会との連携が作りやすいので、今そこの個別協議に入っています。これはちょっと手ごわいかなと思いますけれども、その中で頑張ってやっていきたいという先生もいてくれているので、そこをキーパーソンとして何とか連携がとれたらいいかなと思っています。

センターが医療との連携体制を構築するうえでは、認知症やがんなど、地域で重要な課題となっている特定の疾患について高い専門性を有し、かつ、協働作業に対して積極的な医師の存在が不可欠となっていた。上記の談話が示唆するように、第一段階として、この2つの条件に適う医療者が地域にいる、ということが連携構築の第一の条件となっていると考えられた。

さらには、地域包括ケアというコンセプトのもと、医師を含めて保健医療福祉の多職種連携が不可欠となっている一方で、当該関係者の認識が必ずしも、こうした認識を共有しているわけではない現状があり、センターとして意識の共有を促進していくことが課題となっていることがうかがえた。

また、ヒアリングにおいて顕著であったのは、比較的連携が進展している地区は、医師側からの積極的なイニシアチブの行使が見られたことであった。現状では、医療側に

よるイニシアチブが、地域包括ケアにおける連携体制構築の鍵の一つとなっているものと推察された。

### (5) スタッフの育成

ヒアリングの中で「医療と連携するうえで重要なことは？」との問いに対し、以下のような回答が見られた。

ワーカーがどうやってドクターにつなげるかという力量だと思うんです。例えば認知症で家で混乱してしまって家族が参っている、そういう方がいて医療機関につなぎたいということをお願いした場合でも、ワーカーがきちんとドクターとやりとりができていとスムーズにいくんですけども、ドクターに言うと、そんなのはうちじゃないとか言われて、それで引き下がってきちゃうと私たちはつなげないということになってきます。

地域の連携体制構築において、センターが中心的な役割を果たしていく、という認識が持たれているところでは、対他職種を念頭に置いたスタッフの育成が課題として挙げられていた。

しかしながら、上述の談話が示唆するように、地域連携に対する意識の高くない、もしくは、意識の無い医療者への対応において困難が大きく、現状ではスタッフの力量に関する課題が深刻であることがうかがえた。

ある地域包括支援センターは、ケア会議を、実践の場であると同時に、スタッフ育成の場として位置づけている。このような場で、多職種従事者とやり取りする中でスタッフの力量が養成されているという実情もうかがえた。

コミュニティケア会議という場が、オン・ザ・ジョブ・トレーニングとして一番の研修の場になっていると思います。ケアマネもサービス事業所もそこでのいろいろな知識を得ていますし、逆に私たちがそういうところで勉強になっていると思います。

### (6) 地域内の包括間のネットワーク形成

隣接する地区の包括どうしで、互いに連絡を取り合って、情報や成功事例等をシェアしている、という声も聞かれた。以下の談話が示すように、「連絡会」として、そのネットワークづくりが進められている地域があった。

私たちの委託型の地域包括間では危機感がありまして、(地域内の) 19 包括の違いとか、民生委員さんからも言われるんですよ、あそこの包括はこうやってくれて、こっちがしてくれないとか。そこに危機感があるので、2年前に包括の連絡会 19 カ所をつくりまして、そこを部会に分けていろいろ全包括参加型で活動、底上げという形をとっています。

マニュアル講座とかは、とにかく市がやってくれないので、とりあえず委託包括で発進して、それを 19 カ所で共有してやっていっているんですが、うちの包括もやりたいというような形で、これからドッキングしてやろうか、もしくはそのノウハウをお互い交換してやろうかということを行っていますね。

連絡会では、部会が設けられ、それぞれ、ノウハウを交換したり、共同でマニュアル作りを進めたりと、地域全体の底上げを図っていた。

## (7) 社会資源の把握

地域の連携体制は、公的機関・専門職従事者のみでは成立が困難であり、地域に存在するインフォーマルの社会資源の活用が重要とされている。地域包括支援センターでは、こうした潜在的なリソースを見つけ出し、マッピングし、また、効果的にそれらを結びつけることで、地域内に有機的な繋がりを構築していく取り組みを展開していた。

*地域に実際にいろんな社会資源が見え隠れてしているんですね。高齢者の支援をしていたら実はここのお店の方が非常に支援してくれていたとか、民生委員さんではないけれども、自治会長さんでとても協力的で熱心な方がおられたとか。*

しかしながら、このような社会資源の把握の作業は、他業務が優先されていく中で、後回しにされることも少なくない。以下の談話の「なかなか手がつけられない」という声は、ヒアリングにおいてしばしば聞かれた。

*高齢者の支援に当たってこんなものがあつたとか、各担当者は多分いろいろ知っていると思うんですね。個人的な経験としては蓄積されていると思いますが、それを整理して、初めての方でもわかるような情報として残しておきたいという気持ちがあるんですが、なかなかそこに手がつけられない。*

## (8) ケース毎に異なる「対応の仕方」「介入のタイミング」

地域包括支援事業における様々な業務の多くは、ケース毎に対応の仕方が大きく異なる場合が多く、定型的な対応はあまりできないとの見解が、ヒアリングにおいて、しばしば示された。

*権利擁護の問題は一件一件、ケースによって対応の仕方が違ったり、虐待のケースになってくると、対応の仕方とか、介入のタイミングとか、かかわりの頻度とか、かかわるチームのメンバーが違ってくるので、そういったところでのその都度の対応の検討というのはその時々で悩む内容になっていると思います。*

談話が示すように、ケースに関わるメンバー、関わりの頻度、介入のタイミングなど、センターとしての対応を、その都度決定していくところが、職員にとって苦心するところとなっていた。

### 3. ヒアリングのまとめ・考察

#### (1) 医療との連携について

先述の通り、医療との連携に関しては、今回のヒアリングの中で比較的進んでいると思われたケースでは、率先して連携体制づくりにイニシアチブをとる医療者の存在が顕著であった。逆に、ソーシャルワーカー側から働きかけて、医療を連携に含めていく働きにおいて困難があるという報告は少なくなかった。

連携体制の構築に際して、医療者側が理解を示さないという課題は、一部において見られたが、これを解決することが、センターとして重要との認識がなされていた。特に、委託型の地域包括支援センターでは、直営と比較し、医師会等、地域の諸団体との関係づくりに困難があることが示され、この点に関して、行政に対する積極的な支援を望む声が聞かれた。

地域内の関係機関を連携する取り組みの進展度合いは、地域毎に様々であるが、これに苦慮するセンターは多く、このことが地域互助の仕組みづくりにおいて、大きな課題となっていた。

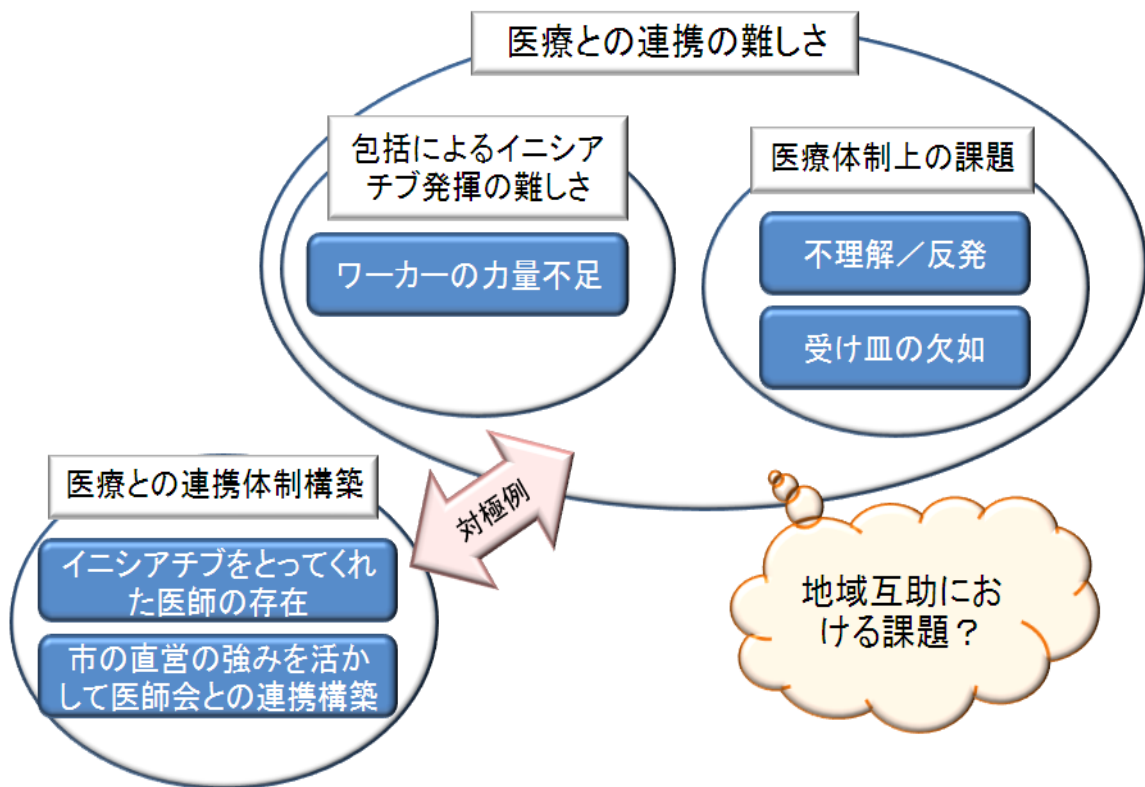


図 5 医療との連携について

## (2) 委託と直営について

今回のヒアリングでは、直営型・委託型の両方のセンター職員に話を聞いた。委託型の職員からは、特に、行政との関係性の課題を示す意見が多く述べられた。「医療との連携」の箇所でも示したように、地域の連携体制を構築していくうえで、委託型センターの抱える困難は大きいものと思われた。

他方で、受託している組織形態（医療法人、他）の特徴を活かして、地域包括支援事業に取り組んでいる、という談話もあった

直営型のセンターの中には、反対に、地区内の委託事業者への指導に力を注ぐところも見られた。また、直営であるメリットとして、地区内の外部機関との連携が委託型よりも取りやすいことが挙げられており、このことが連携体制構築においては有利な点となっているものと考えられる。

こうして、委託・直営で、事業運営上の課題において異なる部分が浮かび上がってきた。ヒアリングの中で、比較的、事業運営においてうまく機能していると思われたところは、各々の強みを最大限に活かした事業運営をしていた。

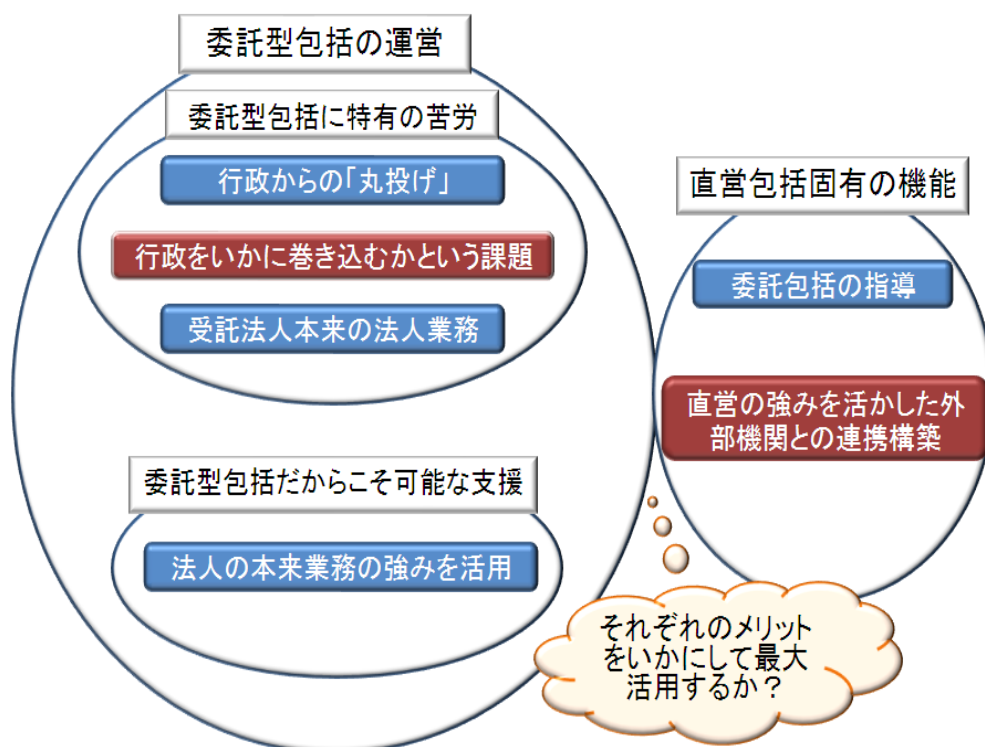


図 6 委託と直営について

### (3) 地域の実態把握について

地域におけるニーズを把握する取り組みが、重要な課題として位置づけられており、先述のとおり、例えば総合相談支援において、顕在化していない地域の潜在的ニーズを明らかにしていくことが、相談支援の前の段階の課題とされていた。

ニーズの把握以外にも、地域の社会資源を地域包括支援に活用していくために、その把握が大きな課題として認識されていたようであったが、他業務が優先されるがゆえに、この作業が立ち遅れているとの報告も見られた。

ニーズや地域資源を把握したとしても、対応はケース毎に大きく異なることも示され、これについては、例えばケア会議などが対応の仕方を検討する場として機能していた。このようにケア会議は、単に対応の検討のみならず、スタッフの育成の場ともなっており、長期的には、こうした取り組みの積み重ねが、地域の実態把握を推し進めるうえで推進力になっているものと考えられた。

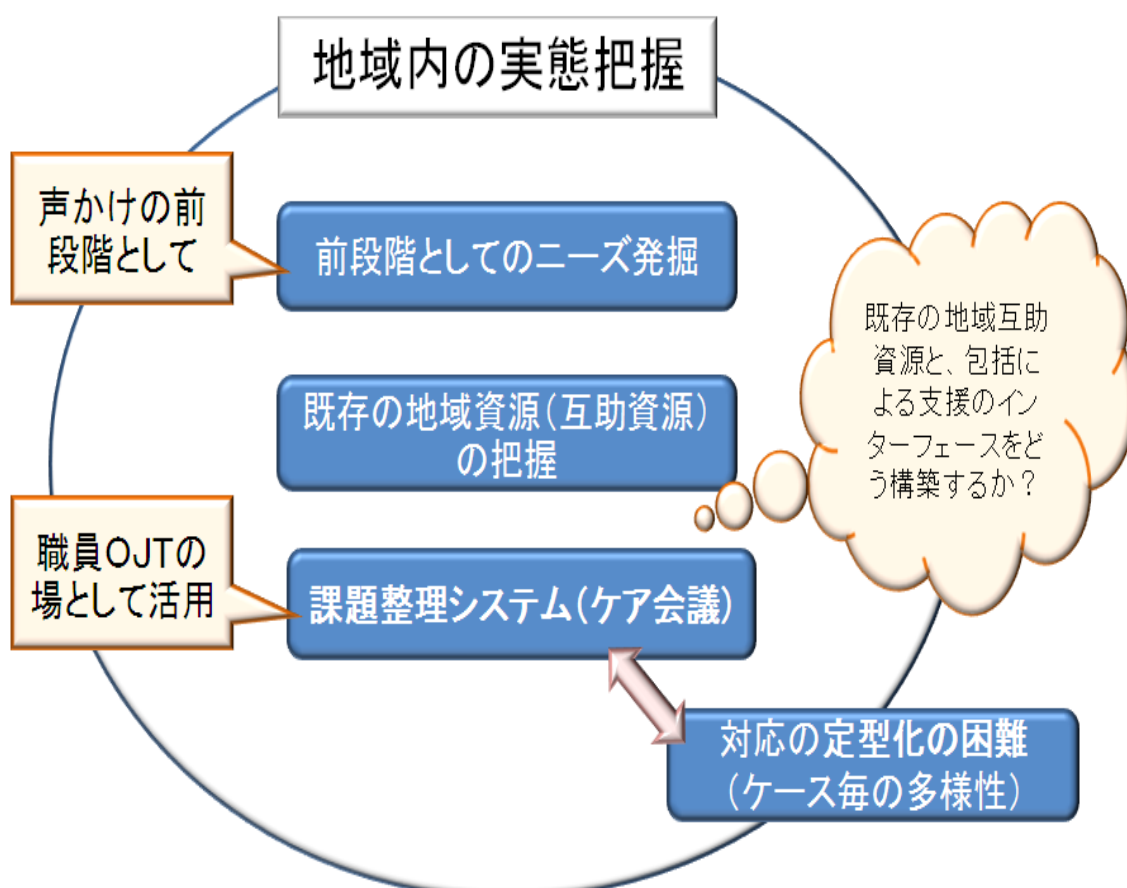


図 7 地域の実態把握について

#### IV. 介護保険制度に対する保険者の取り組みの状況に関する調査

##### 0. 調査の回収率等

表 2 調査の回収率等

調査方法	郵送アンケート調査（自記式）
調査期間	2010年3月
調査対象	全国の市町村 1,731
調査内容	基本属性、介護保険事業計画の進捗管理の状況、地域連携の仕組づくりの状況、地域包括支援センター職員への支援の状況、介護支援専門員への支援の状況、介護サービス事業者支援の状況、サービスの苦情・相談体制の状況、高齢者虐待対応・権利擁護対応等の状況
回収数	650件（有効回収率 37.6%）

# 1. 基本属性

## (1) 人口規模

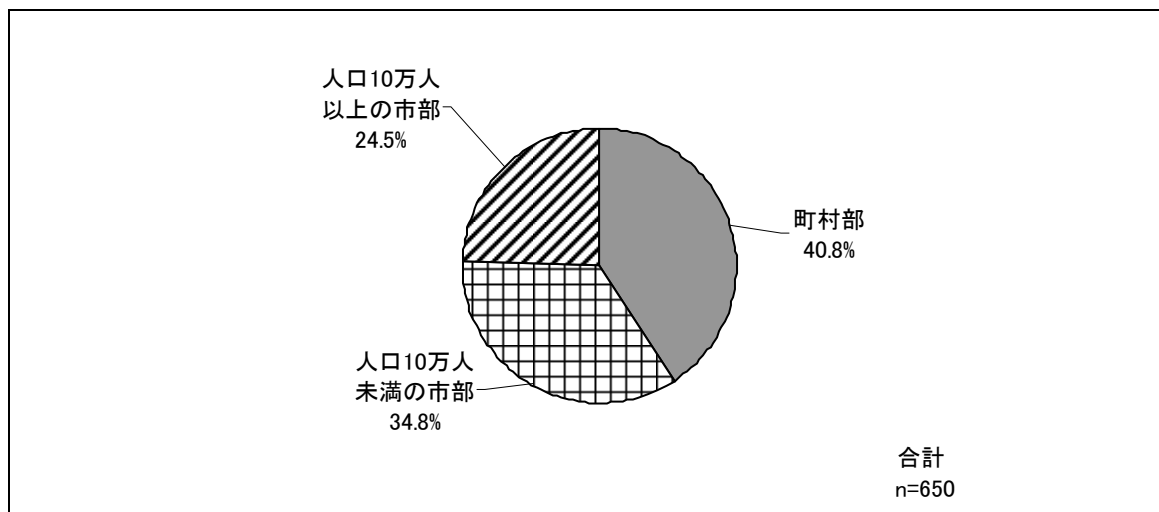


図 8 市区町村の人口規模

回答した市区町村の人口規模をみると、「町村部」が 40.8%、市部のうち「人口 10 万人未満の市部」が 34.8%、「人口 10 万人以上の市部」が 24.5%であった。また市部のうち政令指定都市・中核市・特例市は 67（全体の 10.3%）であった。

## (2) 地域包括支援センターの設置タイプ

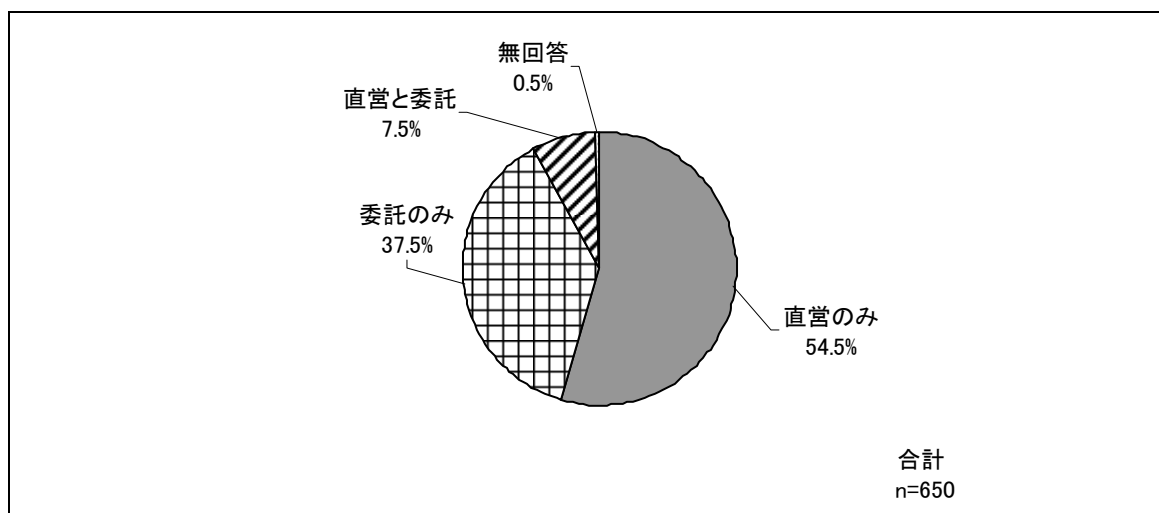


図 9 地域包括支援センターの設置タイプ

回答した市区町村における地域包括支援センターの設置タイプをみると、「直営のみ」が 54.5%、「委託のみ」が 37.5%、「直営と委託」が 7.5%であった。



これを人口規模別にみると、町村部ならびに人口 10 万人未満の市部では「直営のみ」が 6 割を超えていたが、人口 10 万人以上の市部ではその割合は 18.2%となっていた。特に政令指定都市・中核市・特例市においては、「直営のみ」の割合は、10.4%であった。

また、これは、直営のみの 52.3%が町村部であることを示しているが、委託のみ全体の 32.0%が町村部であった。委託のみについては、人口 10 万人以上の市部 65.4%であり、町村部および人口 10 万人未満の市部の倍以上であった。

直営と委託のタイプについては、人口 10 万人未満の市部が 44.9%を占めており、ここでは町村部は、2.0%であることから、この設置対応は、町村部では少ないということがわかった。

表 3 人口規模別センターの設置タイプ

		全 体	直 営 の み	委 託 の み	直 営 と 委 託	無 回 答
合計		650 100.0	354 54.5	244 37.5	49 7.5	3 0.5
人口 規 模	町村部	265 100.0	185 69.8	78 29.4	1 0.4	1 0.4
	人口10万人未満の市部	226 100.0	140 61.9	62 27.4	22 9.7	2 0.9
	人口10万人以上の市部	159 100.0	29 18.2	104 65.4	26 16.4	0 0.0
	人口10万人以上の市部で政令 市・中核市・特例市以外	92 100.0	22 23.9	53 57.6	17 18.5	0 0.0
	人口10万人以上の市部のうち政 令市・中核市・特例市	67 100.0	7 10.4	51 76.1	9 13.4	0 0.0

## 2. 介護保険事業計画の進捗管理等の状況について

### (1) 介護保険事業計画の進捗状況の点検

1-1) 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。

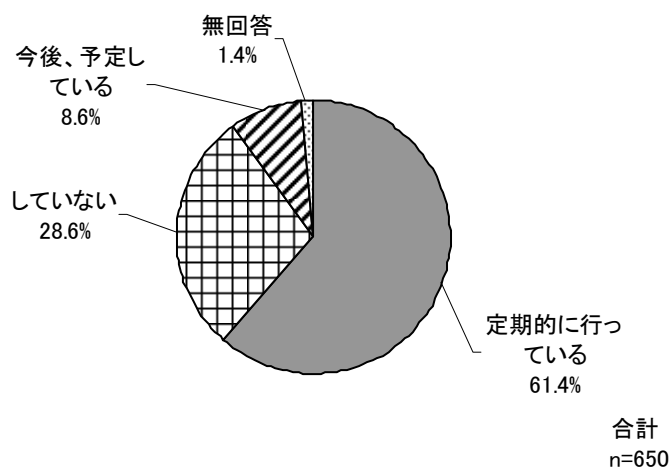


図 10 介護保険事業計画の進捗状況の定期点検

介護保険事業計画の進捗状況の定期的な点検については、61.4%の市区町村が「定期的に行っている」としていたが、その一方で「していない」市区町村も28.6%となっていた。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営と委託」では「定期的に行っている」割合が69.4%となっていたが、「直営のみ」では58.8%と10ポイント以上、低くなっていた。

また、人口規模別にみると人口規模が多いほど「定期的に行っている」割合が高く、特に政令指定都市・中核市・特例市においては、その割合は86.6%となっていた。

表 4 設置タイプおよび人口規模別介護保険事業計画進捗状況点検

		全体	定期的に行っている	していない	今後、予定している	無回答
合計		650 100.0	399 61.4	186 28.6	56 8.6	9 1.4
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	208 58.8	112 31.6	28 7.9	6 1.7
	委託のみ	244 100.0	155 63.5	67 27.5	21 8.6	1 0.4
	直営と委託	49 100.0	34 69.4	6 12.2	7 14.3	2 4.1
人口規模	町村部	265 100.0	135 50.9	107 40.4	16 6.0	7 2.6
	人口10万人未満の市部	226 100.0	143 63.3	56 24.8	25 11.1	2 0.9
	人口10万人以上の市部	159 100.0	121 76.1	23 14.5	15 9.4	0 0.0
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	63 68.5	17 18.5	12 13.0	0 0.0
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	58 86.6	6 9.0	3 4.5	0 0.0

(2) 介護保険給付状況の分析

1-2) 介護保険給付状況の分析を行っていますか。

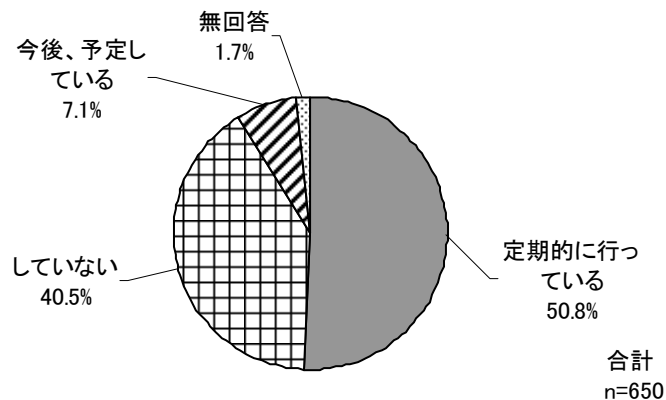


図 11 介護保険給付状況分析の実施有無

介護保険給付状況の分析については、50.8%の市区町村が「定期的に行っている」としているが、その一方で「していない」市区町村も40.5%となっていた。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」「委託のみ」「直営と委託」とで大きな差はみられなかったが、人口規模別にみると、人口規模が多いほど「定期的に行っている」割合が高く、特に政令指定都市・中核市・特例市は、その割合は62.7%となっていた。

表 5 設置タイプおよび人口規模別介護保険給付状況分析の実施有無

		全体	定期的に行っている	していない	今後、予定している	無回答
合計		650 100.0	330 50.8	263 40.5	46 7.1	11 1.7
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	185 52.3	138 39.0	23 6.5	8 2.3
	委託のみ	244 100.0	120 49.2	107 43.9	15 6.1	2 0.8
	直営と委託	49 100.0	24 49.0	17 34.7	7 14.3	1 2.0
人口規模	町村部	265 100.0	114 43.0	135 50.9	8 3.0	8 3.0
	人口10万人未満の市部	226 100.0	123 54.4	76 33.6	26 11.5	1 0.4
	人口10万人以上の市部	159 100.0	93 58.5	52 32.7	12 7.5	2 1.3
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	51 55.4	30 32.6	9 9.8	2 2.2
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	42 62.7	22 32.8	3 4.5	0 0.0

1-2) 介護保険給付状況の分析を行っていますか。

「1. 定期的に行っている」と回答された場合、分析方法についてお答えください。

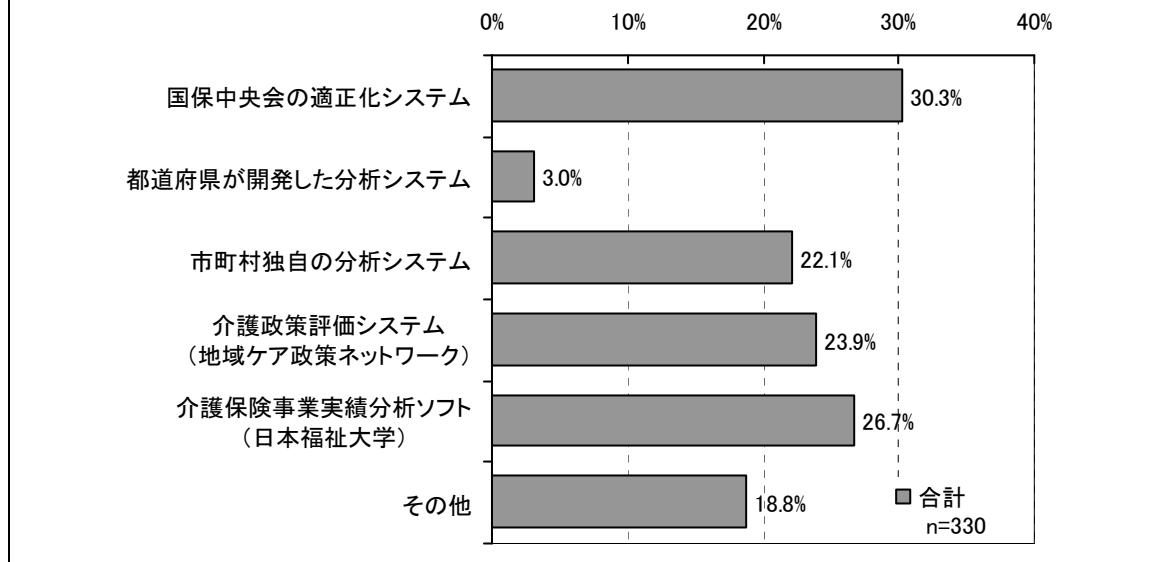


図 12 介護保険給付状況の分析方法

また定期的に行っている場合の分析方法は、全体としては「国保中央会の適正化システム」が最も多く (30.3%)、次いで「介護保険事業実績分析ソフト」(26.7%)、「介護政策評価システム」(23.9%) の順であった。

表 6 設置タイプおよび人口規模別介護保険給付状況の分析方法

		全体	国保中央会の適正化システム	都道府県が開発した分析システム	市町村独自の分析システム	介護政策評価システム (地域ケア政策ネットワーク)	介護保険事業実績分析ソフト (日本福祉大学)	その他
合計		330	100	10	73	79	88	62
設置タイプ	直営のみ	185	63	4	40	48	47	33
	委託のみ	120	30	5	29	23	32	27
	直営と委託	49.2	25.0	4.2	24.2	19.2	26.7	22.5
人口規模	町村部	24	7	1	4	7	9	2
	人口10万人未満の市部	49.0	29.2	4.2	16.7	29.2	37.5	8.3
	人口10万人以上の市部	114	32	2	23	29	21	29
	人口10万人以上の市部	43.0	28.1	1.8	20.2	25.4	18.4	25.4
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	123	37	4	29	31	36	16
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	54.4	30.1	3.3	23.6	25.2	29.3	13.0
人口10万人以上の市部	93	31	4	21	19	31	17	
人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市	100.0	33.3	4.3	22.6	20.4	33.3	18.3	
人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市	51	19	3	11	13	18	10	
人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	55.4	37.3	5.9	21.6	25.5	35.3	19.6	
人口10万人以上の市部	42	12	1	10	6	13	7	
人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	62.7	28.6	2.4	23.8	14.3	31.0	16.7	

### (3) 政策動向の検討の場の有無

1-3) 国や都道府県の政策動向や他の市区町村の先進的な取り組みを検討する場を設けていますか。

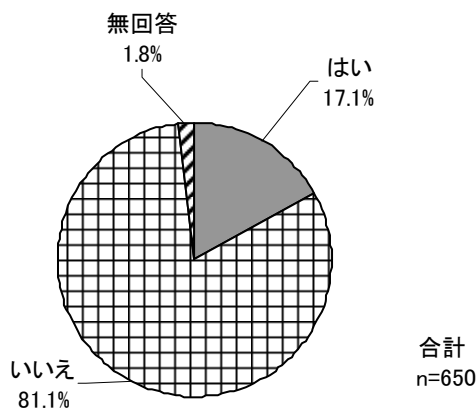


図 13 政策動向の検討の場の有無

国や都道府県の政策動向や他の市区町村の先進的な取り組みを検討する場の有無については、8割以上の市区町村が「いいえ」としている。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」「委託のみ」では、「はい」の割合は14.4%、17.6%と低かったが、「直営と委託」は32.7%となっていた。また人口規模別にみると、人口規模が多いほど「はい」の割合が高くなり、特に政令指定都市・中核市・特例市においては、その割合は35.8%となっていた。

表 7 設置タイプおよび人口規模別政策動向の検討の場の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	111	527	12
		100.0	17.1	81.1	1.8
設置タイプ	直営のみ	354	51	295	8
		100.0	14.4	83.3	2.3
	委託のみ	244	43	198	3
	100.0	17.6	81.1	1.2	
	直営と委託	49	16	32	1
	100.0	32.7	65.3	2.0	
人口規模	町村部	265	37	219	9
		100.0	14.0	82.6	3.4
	人口10万人未満の市部	226	25	199	2
		100.0	11.1	88.1	0.9
	人口10万人以上の市部	159	49	109	1
	100.0	30.8	68.6	0.6	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	25	66	1
	100.0	27.2	71.7	1.1	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	24	43	0
	100.0	35.8	64.2	0.0	

(4) 中長期的な高齢者人口等の推計の有無

1-4) 2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。

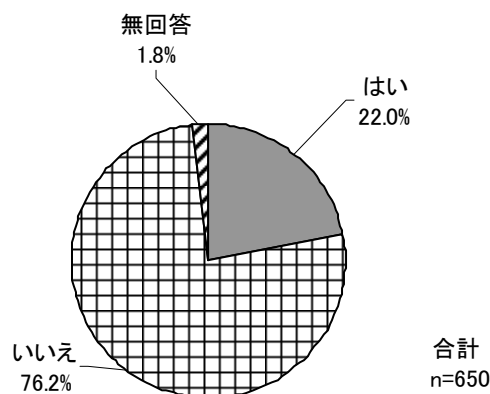


図 14 中長期的な高齢者人口等の推計の有無

2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移の推計は、76.2%の市区町村が「いいえ」と回答していた。

表 8 設置タイプおよび人口規模別中長期的な高齢者人口等の推計の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	143	495	12
		100.0	22.0	76.2	1.8
設置タイプ	直営のみ	354	74	273	7
		100.0	20.9	77.1	2.0
	委託のみ	244	57	183	4
	100.0	23.4	75.0	1.6	
	直営と委託	49	12	36	1
		100.0	24.5	73.5	2.0
人口規模	町村部	265	47	211	7
		100.0	17.7	79.6	2.6
	人口10万人未満の市部	226	55	168	3
		100.0	24.3	74.3	1.3
	人口10万人以上の市部	159	41	116	2
		100.0	25.8	73.0	1.3
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	25	65	2
		100.0	27.2	70.7	2.2
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	16	51	0
		100.0	23.9	76.1	0.0

(5) 中長期的な介護基盤整備方針の検討の有無

1-5) 2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討していますか。

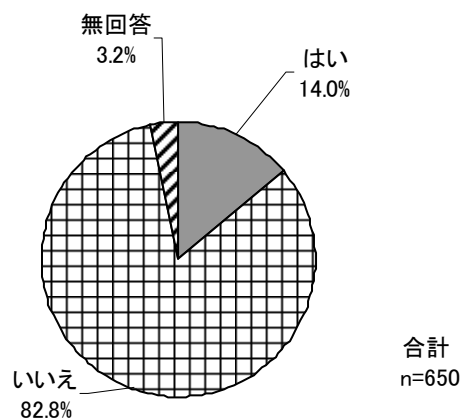


図 15 中長期的な介護基盤整備方針の検討の有無

2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討の有無については、82.8%の市区町村が「いいえ」と回答していた。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営と委託」において、その割合は高かった（16.3%）。また、人口規模別にみると、人口規模が多いほど「はい」の割合が高くなるが、政令指定都市・中核市・特例市においては、16.4%と政令指定都市・中核市・特例市以外の17.4%より低かった。

表 9 設置タイプおよび人口規模別介護基盤整備方針の検討の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	91	538	21
		100.0	14.0	82.8	3.2
設置タイプ	直営のみ	354	47	292	15
		100.0	13.3	82.5	4.2
	委託のみ	244	36	203	5
	100.0	14.8	83.2	2.0	
	直営と委託	49	8	40	1
		100.0	16.3	81.6	2.0
人口規模	町村部	265	34	216	15
		100.0	12.8	81.5	5.7
	人口10万人未満の市部	226	30	191	5
		100.0	13.3	84.5	2.2
	人口10万人以上の市部	159	27	131	1
	100.0	17.0	82.4	0.6	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	16	75	1
		100.0	17.4	81.5	1.1
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	11	56	0
		100.0	16.4	83.6	0.0



(6) 高齢者のニーズに応じた独自サービスの有無

1-6) 高齢者のニーズに応じた自治体独自の施策（一般財源事業）やサービスがありますか。

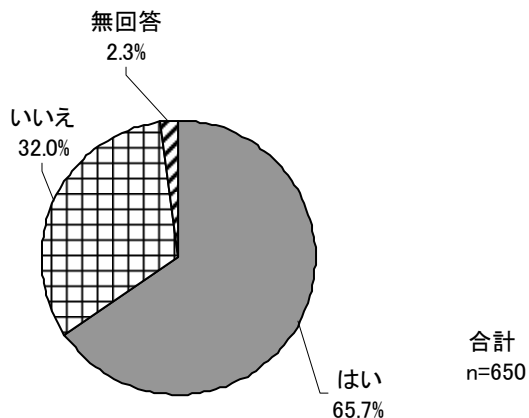


図 16 高齢者ニーズに応じた独自サービスの有無

高齢者のニーズに応じた自治体独自の施策（一般財源事業）やサービスの有無については、65.7%の市区町村が「はい」と回答していた。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営と委託」においてその割合は高かった（79.6%）。また、人口規模別にみると、人口規模が多いほど「はい」の割合が高くなり、特に政令指定都市・中核市・特例市においては、その割合は91.0%であった。

表 10 設置タイプおよび人口規模別高齢者ニーズに応じた独自サービスの有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	427	208	15
		100.0	65.7	32.0	2.3
設置タイプ	直営のみ	354	214	129	11
		100.0	60.5	36.4	3.1
	委託のみ	244	173	69	2
	100.0	70.9	28.3	0.8	
	直営と委託	49	39	8	2
		100.0	79.6	16.3	4.1
人口規模	町村部	265	152	104	9
		100.0	57.4	39.2	3.4
	人口10万人未満の市部	226	141	80	5
		100.0	62.4	35.4	2.2
	人口10万人以上の市部	159	134	24	1
	100.0	84.3	15.1	0.6	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	73	18	1
		100.0	79.3	19.6	1.1
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	61	6	0
		100.0	91.0	9.0	0.0

### 3. 地域連携の仕組みづくりについて

#### (1) 保健・医療・福祉の関係機関による連携会議の開催状況

2-1) 医師会、歯科医師会、保健所、地域包括支援センター、福祉事務所、ケアマネジャー等の保健・医療・福祉の関係機関による地域ケア会議や連携会議開催等の開催状況について、開催の有無とその頻度についてお答えください。

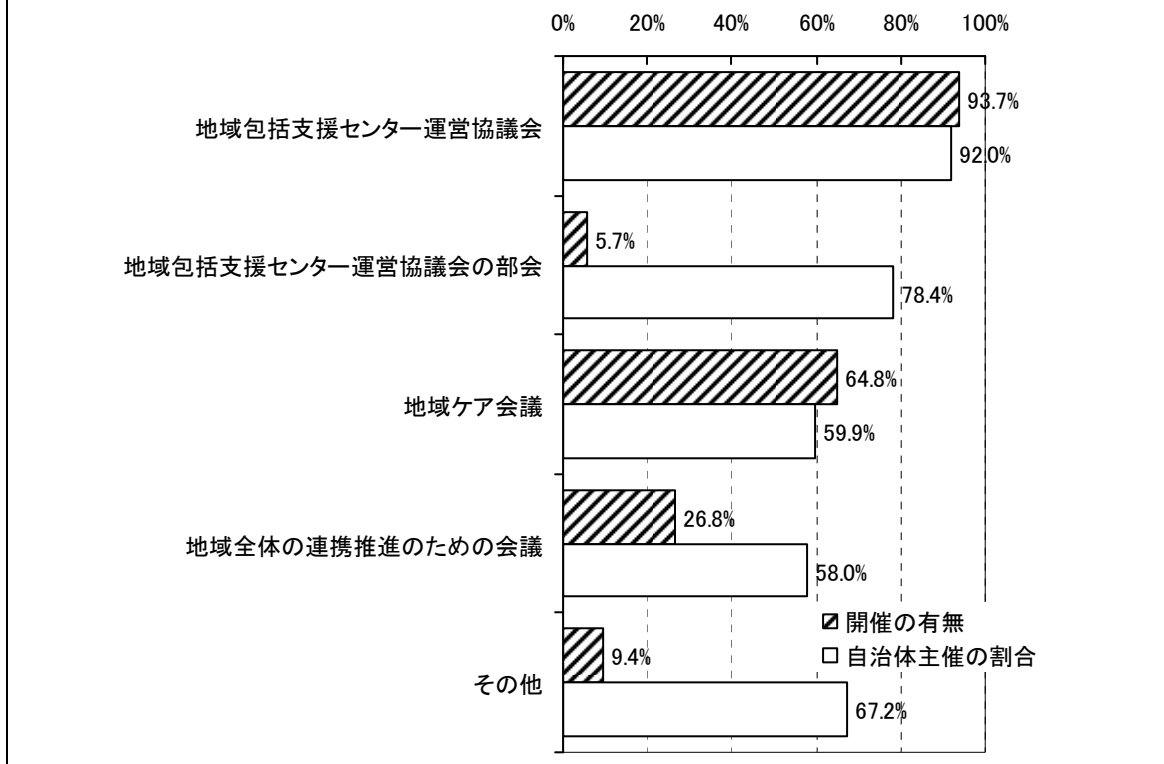


図 17 保険・医療・福祉の関係機関との会議の開催状況

保健・医療・福祉の関係機関による連携会議の開催状況については、「地域包括支援センター運営協議会」は 90%以上の市区町村が開催されており、主催も 92.0%が市区町村であった。

また、「地域ケア会議」は 64.8%以上の市区町村で開催されているが、主催は必ずしも市区町村とはなっておらず、市区町村主催の割合は 59.9%であった。

人口規模別にみると、開催状況については大きな差はみられないが、「地域ケア会議」や「地域全体のための連携推進のための会議」は、人口規模が大きくなるにしたがって、自治体主催の割合が低くなっていた。

表 11 設置タイプおよび人口規模別関係機関との連携会議の開催状況

開催の有無

		全体	地域包括支援センター運 営協議会	地域包括支援センター運 営協議会の部会	地域ケア会議	地域全体の連携推進のた めの会議	その他
合計		650 100.0	609 93.7	37 5.7	421 64.8	174 26.8	61 9.4
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	328 92.7	18 5.1	228 64.4	94 26.6	32 9.0
	委託のみ	244 100.0	233 95.5	17 7.0	160 65.6	64 26.2	22 9.0
	直営と委託	49 100.0	47 95.9	2 4.1	31 63.3	15 30.6	7 14.3
人口規模	町村部	265 100.0	236 89.1	9 3.4	177 66.8	68 25.7	22 8.3
	人口10万人未満の市部	226 100.0	219 96.9	11 4.9	139 61.5	53 23.5	20 8.8
	人口10万人以上の市部	159 100.0	154 96.9	17 10.7	105 66.0	53 33.3	19 11.9
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	88 95.7	7 7.6	56 60.9	27 29.3	14 15.2
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	66 98.5	10 14.9	49 73.1	26 38.8	5 7.5

自治体主催の有無

		地域包括支援センター運 営協議会	地域包括支援センター運 営協議会の部会	地域ケア会議	地域全体の連携推進のた めの会議	その他
合計		560 92.0	29 78.4	252 59.9	101 58.0	41 67.2
設置タイプ	直営のみ	298 90.9	15 83.3	174 76.3	67 71.3	24 75.0
	委託のみ	216 92.7	12 70.6	61 38.1	28 43.8	13 59.1
	直営と委託	45 95.7	2 100.0	15 48.4	5 33.3	4 57.1
人口規模	町村部	214 90.7	5 55.6	120 67.8	47 69.1	16 72.7
	人口10万人未満の市部	196 89.5	9 81.8	89 64.0	31 58.5	11 55.0
	人口10万人以上の市部	150 94.3	15 88.2	43 41.0	23 43.4	14 73.7
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	86 97.7	6 85.7	26 46.4	17 63.0	10 71.4
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	64 97.0	9 90.0	17 34.7	6 23.1	4 80.0

(2) 医療機関と地域包括支援センター等による連携会議の開催状況

2-2) 地域の医療機関との連携を図ることを目的とした、急性期・回復期・維持期の医療機関と地域包括支援センターや居宅サービス関係者を含めた連携促進のための会議等の開催状況についてお伺いします。

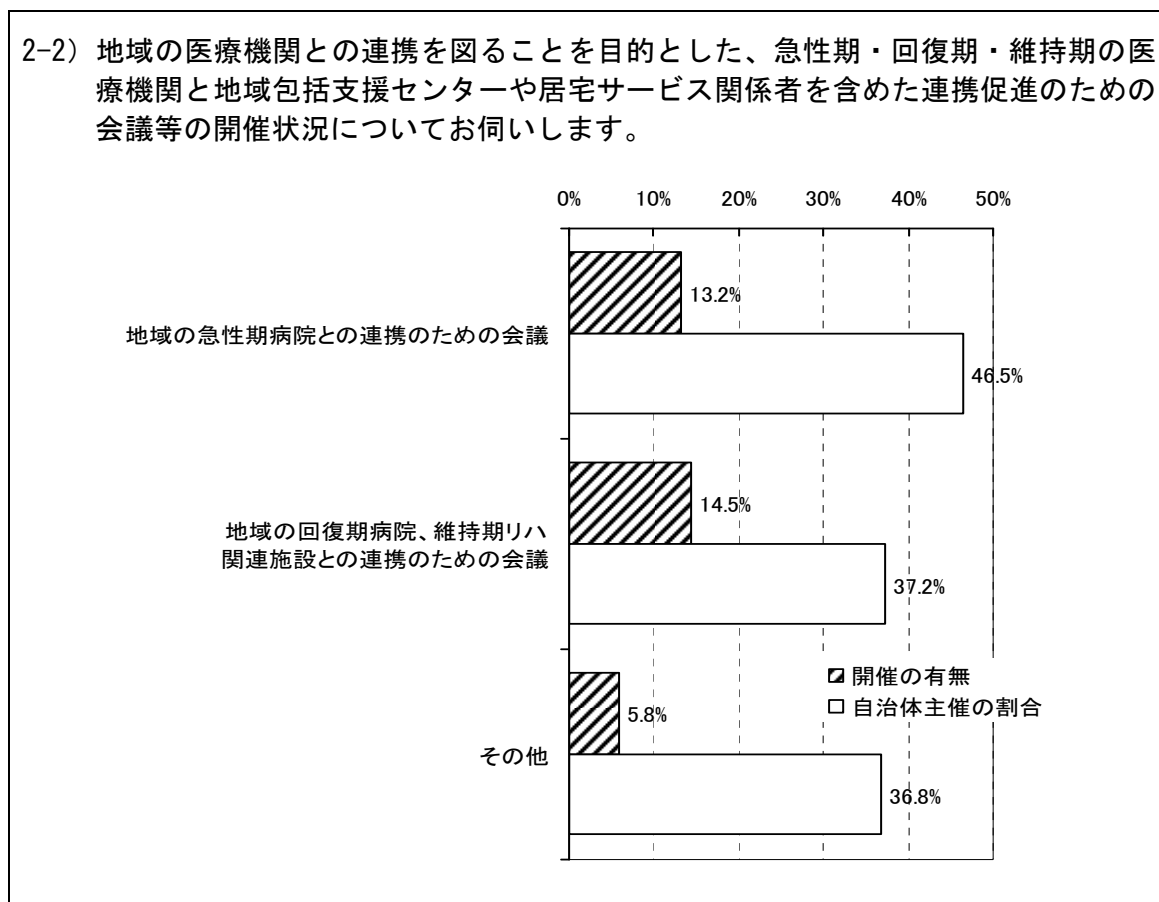


図 18 医療機関と地域包括支援センター等による連携会議の開催状況

医療機関と地域包括支援センター等による連携会議の開催状況については、「地域の急性期病院との連携のための会議」が 13.2%、「地域の回復期病院、維持期リハ関連施設との連携のための会議」が 14.5%であった。

(3) 地域の医療機関等を組織化したネットワークの有無

2-3) 自治体（保険者）として、地域の医療機関、居宅サービス関係者、ケアマネジャーを組織化したネットワークを整備していますか。

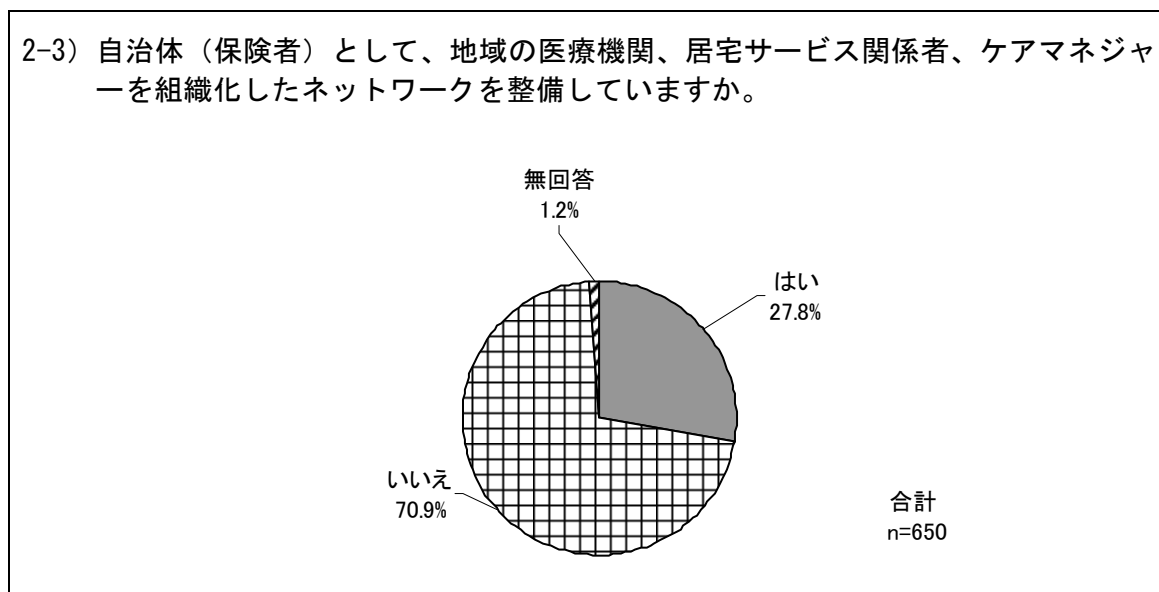


図 19 地域の医療機関等を組織化したネットワークの有無

地域の医療機関等を組織化したネットワークの有無については、「はい」が 27.8%、「いいえ」が 70.9%であった。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」「直営と委託」と比べて、「委託のみ」の場合に、ネットワーク整備の割合は低かった。

また人口規模別にみると、「人口 10 万人未満の市部」において、相対的にネットワーク整備の割合が高くなっていた。

表 12 設置タイプおよび人口規模別地域の医療機関等のネットワークの有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650 100.0	181 27.8	461 70.9	8 1.2
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	116 32.8	233 65.8	5 1.4
	委託のみ	244 100.0	50 20.5	192 78.7	2 0.8
	直営と委託	49 100.0	15 30.6	33 67.3	1 2.0
人口規模	町村部	265 100.0	68 25.7	193 72.8	4 1.5
	人口10万人未満の市部	226 100.0	77 34.1	146 64.6	3 1.3
	人口10万人以上の市部	159 100.0	36 22.6	122 76.7	1 0.6
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	22 23.9	69 75.0	1 1.1
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	14 20.9	53 79.1	0 0.0

(4) 地域の医療機関や介護保険施設等連携した地域連携パスの作成の有無

2-4) 自治体（保険者）として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者と連携した地域連携パスの作成に携わったことがありますか。

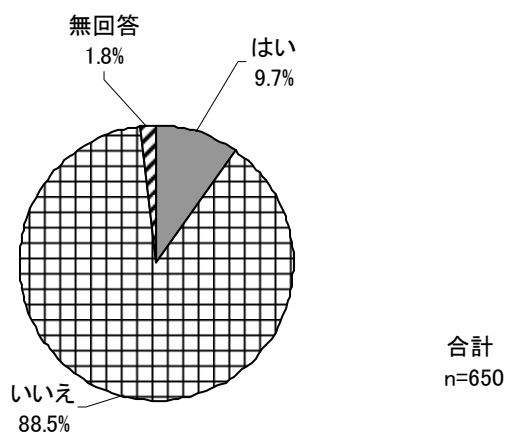


図 20 地域連携パスの作成有無

地域の医療機関や介護保険施設等連携した地域連携パスの作成の有無については、「はい」が9.7%、「いいえ」が88.5%となっていた。設置タイプ別には、「直営のみ」がわずかに高く、また人口規模別にみると、「人口10万人以上の市部」において、相対的に作成の割合が高くなっていた。

表 13 設置タイプおよび人口規模別地域連携パスの作成有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	63	575	12
		100.0	9.7	88.5	1.8
設置タイプ	直営のみ	354	40	306	8
		100.0	11.3	86.4	2.3
	委託のみ	244	20	221	3
	100.0	8.2	90.6	1.2	
	直営と委託	49	3	45	1
	100.0	6.1	91.8	2.0	
人口規模	町村部	265	15	243	7
		100.0	5.7	91.7	2.6
	人口10万人未満の市部	226	25	196	5
		100.0	11.1	86.7	2.2
	人口10万人以上の市部	159	23	136	0
	100.0	14.5	85.5	0.0	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	16	76	0
	100.0	17.4	82.6	0.0	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	7	60	0
	100.0	10.4	89.6	0.0	

(5) 地域連携パスについて協議する場の有無

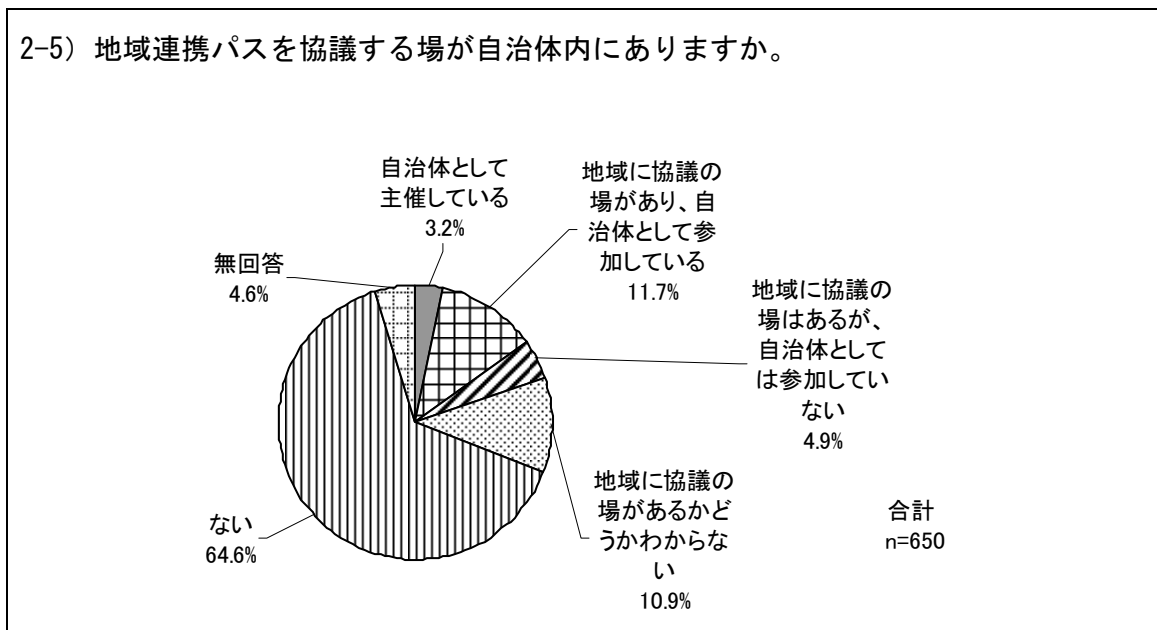


図 21 地域連携パスを協議する場の有無

地域の医療機関や介護保険施設等連携した地域連携パスについて協議する場の有無については、「ない」とする市区町村が 64.6%であった。

地域包括支援センターの設置タイプ別にみても大きな差はみられないが、人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって、「ない」とする市区町村の割合が低くなっていた。

表 14 設置タイプおよび人口規模別地域連携パスの協議する場の有無

	全体	自治体として主催している	地域に協議の場があり、自治体として参加している	地域に協議の場はあるが、自治体としては参加していない	地域に協議の場があるかどうか分からない	ない	無回答	
合計	650 100.0	21 3.2	76 11.7	32 4.9	71 10.9	420 64.6	30 4.6	
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	13 3.7	41 11.6	13 3.7	30 8.5	238 67.2	19 5.4
	委託のみ	244 100.0	8 3.3	27 11.1	15 6.1	37 15.2	149 61.1	8 3.3
	直営と委託	49 100.0	0 0.0	8 16.3	4 8.2	4 8.2	31 63.3	2 4.1
人口規模	町村部	265 100.0	6 2.3	17 6.4	9 3.4	13 4.9	201 75.8	19 7.2
	人口10万人未満の市部	226 100.0	9 4.0	31 13.7	10 4.4	33 14.6	136 60.2	7 3.1
	人口10万人以上の市部	159 100.0	6 3.8	28 17.6	13 8.2	25 15.7	83 52.2	4 2.5
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	3 3.3	17 18.5	7 7.6	13 14.1	50 54.3	2 2.2
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	3 4.5	11 16.4	6 9.0	12 17.9	33 49.3	2 3.0

## 4. 自治体としての地域包括支援センター職員への支援について

### (1) 地域包括支援センターの定期的な情報共有等の場の有無

3-1) 自治体として、地域包括支援センター（ブランチ・サブセンター含む）の定期的な連絡協議や情報共有の場を設定していますか。

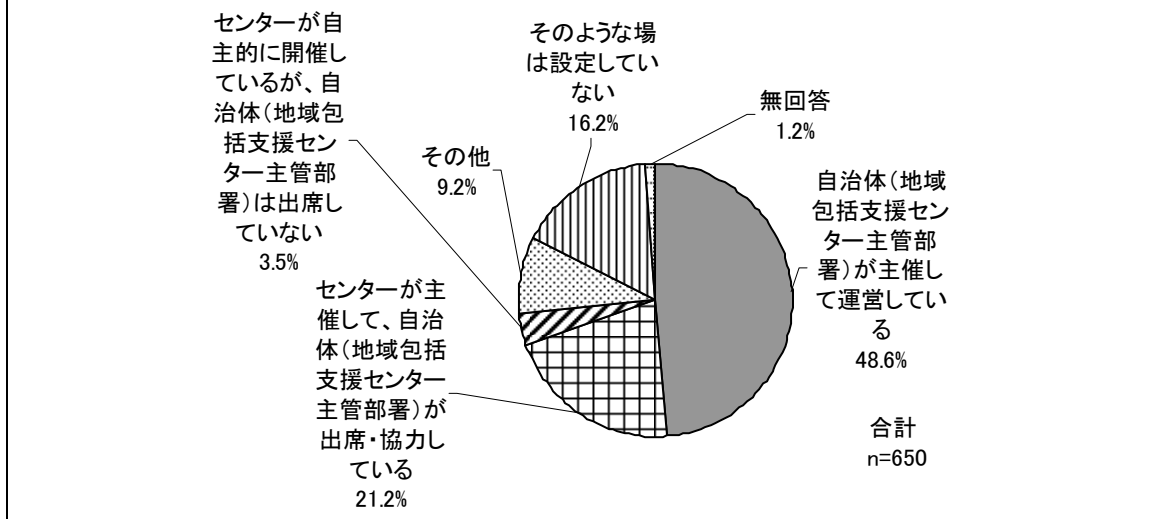


図 22 定期的な情報共有等の場の有無

地域包括支援センターの定期的な情報共有等の場の有無については、「自治体が開催して運営している」は 48.6%であり、「センターが主催して自治体が出席・協力している」が 21.2%であり、7 割程度の自治体がセンターとの定期的な情報共有の場を設定していた。

表 15 設置タイプおよび人口規模別情報共有等の場の有無

		全体	運営している 自治体(地域包括支援センター)が主催している	センター(地域包括支援センター)が主催して、自治体(地域包括支援センター)が出席・協力している	センターが自主的に開催しているが、自治体(地域包括支援センター)は出席していない	その他	そのような場は設定していない	無回答
合計		650	316	138	23	60	105	8
		100.0	48.6	21.2	3.5	9.2	16.2	1.2
設置タイプ	直営のみ	354	155	51	16	48	78	6
		100.0	43.8	14.4	4.5	13.6	22.0	1.7
	委託のみ	244	124	79	5	12	23	1
	100.0	50.8	32.4	2.0	4.9	9.4	0.4	
	直営と委託	49	36	6	2	0	4	1
	100.0	73.5	12.2	4.1	0.0	8.2	2.0	
人口規模	町村部	265	95	52	9	37	69	3
		100.0	35.8	19.6	3.4	14.0	26.0	1.1
	人口10万人未満の市部	226	106	50	11	20	34	5
		100.0	46.9	22.1	4.9	8.8	15.0	2.2
	人口10万人以上の市部	159	115	36	3	3	2	0
	100.0	72.3	22.6	1.9	1.9	1.3	0.0	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	62	24	2	2	2	0
	100.0	67.4	26.1	2.2	2.2	2.2	0.0	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	53	12	1	1	0	0
	100.0	79.1	17.9	1.5	1.5	0.0	0.0	



(2) 地域包括支援センター職員対象の研修の有無

3-2) 自治体として、地域包括支援センターの職員を対象とした研修を主催していますか。

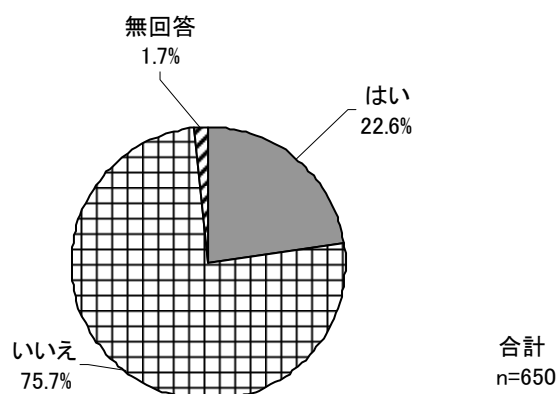


図 23 地域包括支援センター職員対象研修の有無

自治体が主催した、地域包括支援センター職員を対象とした研修の有無については、「はい」が 22.6%、「いいえ」が 75.7%となっていた。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」では「はい」は 13.3%に過ぎないが、「委託のみ」「直営と委託」ではその割合は 30%を超えている。

また、人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって「はい」の割合が高くなり、「町村」では 4.5%に過ぎなかった「はい」の割合も、「人口 1 万人未満の市部」では 61.0%となっており、特に政令指定都市・中核市・特例においては 82.1%であった。

表 16 設置タイプおよび人口規模別地域包括支援センター職員対象研修の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	147	492	11
		100.0	22.6	75.7	1.7
設置タイプ	直営のみ	354	47	297	10
		100.0	13.3	83.9	2.8
	委託のみ	244	81	163	0
		100.0	33.2	66.8	0.0
	直営と委託	49	18	30	1
		100.0	36.7	61.2	2.0
人口規模	町村部	265	12	249	4
		100.0	4.5	94.0	1.5
	人口10万人未満の市部	226	38	181	7
		100.0	16.8	80.1	3.1
	人口10万人以上の市部	159	97	62	0
		100.0	61.0	39.0	0.0
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	42	50	0
		100.0	45.7	54.3	0.0
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	55	12	0
		100.0	82.1	17.9	0.0

(3) 地域包括支援センターからの提案等に基づいた新規事業の有無

3-3) 自治体として、地域包括支援センター（ランチ・サブセンター含む）からの提案・要望などに基づいて、事業や講座などを新規に実施したことがありますか。

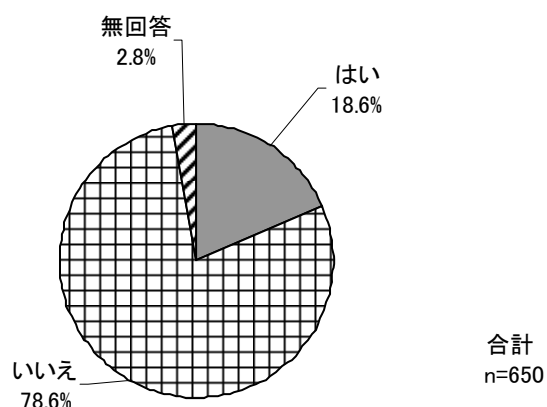


図 24 地域包括支援センターからの提案等に基づいた新規事業の有無

地域包括支援センターからの提案等に基づいた新規事業の有無については、「はい」が 18.6%、「いいえ」が 78.6%であった。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」は「はい」が少なく、「直営と委託」の場合と比べると 10ポイント程度の差がみられる。また人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって「はい」の割合は高くなっていた。

表 17 設置タイプおよび人口規模別新規事業の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	121	511	18
		100.0	18.6	78.6	2.8
設置タイプ	直営のみ	354	55	283	16
		100.0	15.5	79.9	4.5
	委託のみ	244	53	190	1
	100.0	21.7	77.9	0.4	
	直営と委託	49	13	35	1
		100.0	26.5	71.4	2.0
人口規模	町村部	265	35	222	8
		100.0	13.2	83.8	3.0
	人口10万人未満の市部	226	43	173	10
		100.0	19.0	76.5	4.4
	人口10万人以上の市部	159	43	116	0
	100.0	27.0	73.0	0.0	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	24	68	0
		100.0	26.1	73.9	0.0
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	19	48	0
		100.0	28.4	71.6	0.0

(4) 地域包括支援センターに対する評価の有無

3-4) 自治体として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。

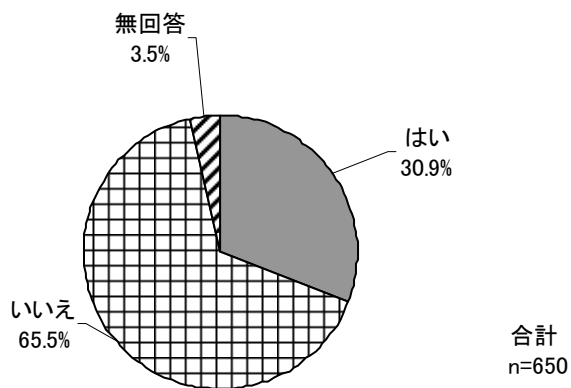


図 25 地域包括支援センターに対する評価の有無

地域包括支援センターに対する評価の有無については、「はい」30.9%、「いいえ」が65.5%となっている。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」において「はい」の割合が「委託のみ」「直営と委託」の場合と比べて15ポイント以上低くなっている。

また、人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって、「はい」の割合が高くなっており、「人口10万人以上の市部」では56.6%、そのうち政令指定都市・中核市・特例市においては68.7%となっていた。

表 18 設置タイプおよび人口規模別センターに対する評価の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	201	426	23
		100.0	30.9	65.5	3.5
設置タイプ	直営のみ	354	84	255	15
		100.0	23.7	72.0	4.2
	委託のみ	244	98	140	6
	100.0	40.2	57.4	2.5	
	直営と委託	49	19	29	1
	100.0	38.8	59.2	2.0	
人口規模	町村部	265	57	197	11
		100.0	21.5	74.3	4.2
	人口10万人未満の市部	226	54	161	11
		100.0	23.9	71.2	4.9
	人口10万人以上の市部	159	90	68	1
		100.0	56.6	42.8	0.6
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	44	47	1
	100.0	47.8	51.1	1.1	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	46	21	0
	100.0	68.7	31.3	0.0	

評価の際の着目点は、「地域の自治会、町内会、民生委員などと情報交換を行い、担当地域の高齢者の実態把握を進めているか」（77.6%）や「地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等について、適宜、地域包括支援センターの各専門職が地域の関係者、関係機関との連携のうえで、具体的な支援方針を検討し、適切な指導・助言をしているか」（78.1%）といった包括支援センターの基本的機能に係る評価だけでなく、「ミーティング実施などによりセンター内の業務情報の共有化が図られているか」（69.7%）といった運営方法に関する評価も行われていた。

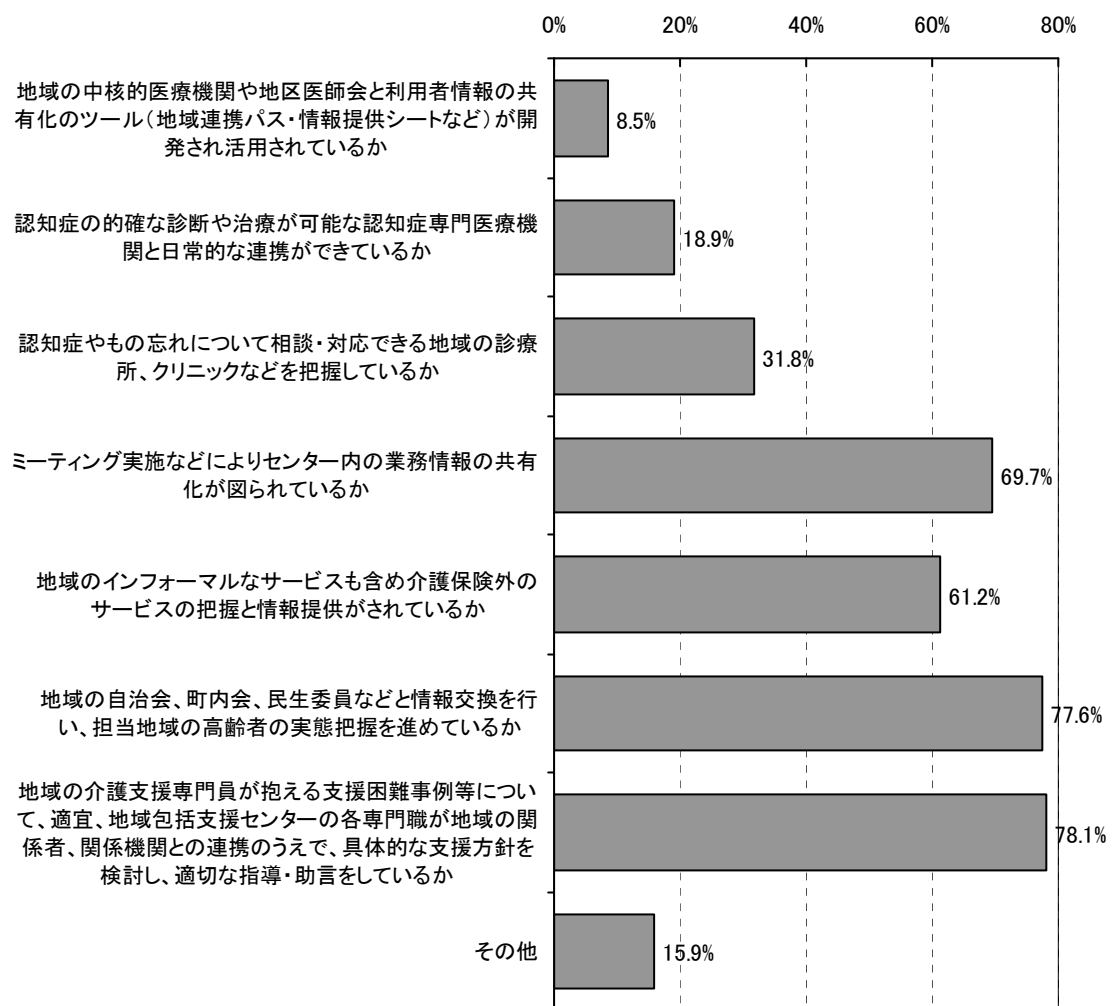


図 26 地域包括支援センターに対する評価の着目点

## 5. 介護支援専門員への支援について

### (1) 介護支援専門員の連絡協議会組織等の設置の有無

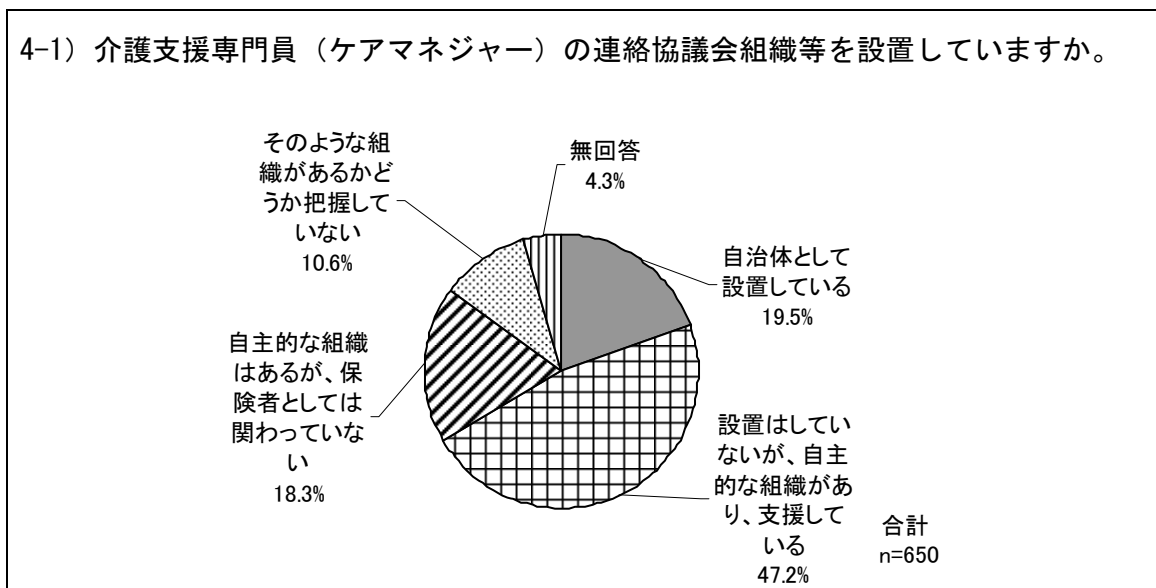


図 27 介護支援専門員の連絡協議会組織等の設置有無

介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等を設置の有無については、「設置はしていないが、自主的な組織があり、支援している」が最も多く（47.2%）、次いで「自治体として設置している」（19.5%）、「自主的な組織はあるが保険者としては関わっていない」（18.3%）と示され、85.1%の市区町村において、何らかの組織を設置されていた。しかし、保険者が関わっていたのは、66.7%でほぼ7割が介護支援専門員の連絡協議会への組織との係わりがあったと推察された。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」の場合に「自治体として設置している」割合が高くなっていた（25.1%）。

また人口規模別にみると、「町村部」や「人口10万人未満の市部」において、「自治体として設置している」割合が高くなっており（21.9%、22.6%）、人口規模が大きくなるにしたがって、「設置はしていないが、自主的な組織があり、支援している」割合が高くなっていた。

表 19 設置タイプおよび人口規模別 介護支援専門員の連絡協議会組織等の設置有無

		全 体	自 治 体 と し て 設 置 し て い る	支 援 主 的 な 組 織 が あ り 、 自 置 し て い る	わ が 自 主 的 な 組 織 は あ る か 、 保 険 者 と し て は あ る か 、 自 主 的 な 組 織 は あ る か	い か ど う か の よ う な 組 織 が あ る か 、 把 握 し て い る か	無 回 答
合計		650 100.0	127 19.5	307 47.2	119 18.3	69 10.6	28 4.3
設置 タイプ	直営のみ	354 100.0	89 25.1	143 40.4	57 16.1	43 12.1	22 6.2
	委託のみ	244 100.0	34 13.9	129 52.9	53 21.7	24 9.8	4 1.6
	直営と委託	49 100.0	3 6.1	34 69.4	8 16.3	2 4.1	2 4.1
人口 規模	町村部	265 100.0	58 21.9	84 31.7	49 18.5	57 21.5	17 6.4
	人口10万人未満の市部	226 100.0	51 22.6	114 50.4	42 18.6	10 4.4	9 4.0
	人口10万人以上の市部	159 100.0	18 11.3	109 68.6	28 17.6	2 1.3	2 1.3
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	13 14.1	62 67.4	15 16.3	1 1.1	1 1.1
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	5 7.5	47 70.1	13 19.4	1 1.5	1 1.5

(2) 介護支援専門員を対象とした定期的な研修会開催の有無

4-2) 自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした研修会を定期的に主催していますか。

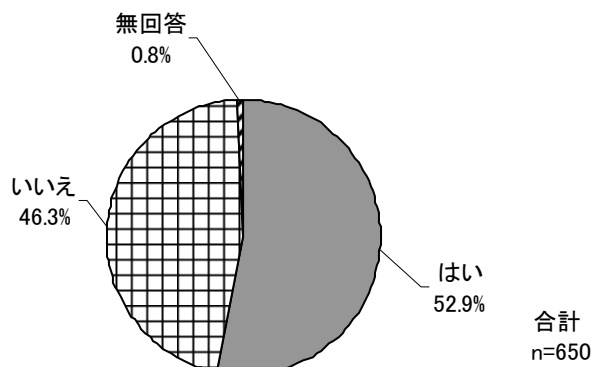


図 28 介護支援専門員対象の研修会開催有無

介護支援専門員を対象とした定期的な研修会開催の有無については、「はい」が 52.9%、「いいえ」が 46.3%となっていた。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」「直営と委託」の場合には「はい」がそれぞれ 56.5%、65.3%となっているが、「委託のみ」の場合には「いいえ」の割合が「はい」の割合を上回っていた。

また、人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって、「はい」の割合が高くなっており、町村部が 37.7%であるのに対し、「人口 10 万人以上の市部」の政令指定都市・中核市・特例市では、70.1%と高かった。

表 20 設置タイプおよび人口規模別介護支援専門員対象の研修会開催有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650 100.0	344 52.9	301 46.3	5 0.8
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	200 56.5	150 42.4	4 1.1
	委託のみ	244 100.0	112 45.9	131 53.7	1 0.4
	直営と委託	49 100.0	32 65.3	17 34.7	0 0.0
人口規模	町村部	265 100.0	100 37.7	163 61.5	2 0.8
	人口10万人未満の市部	226 100.0	134 59.3	90 39.8	2 0.9
	人口10万人以上の市部	159 100.0	110 69.2	48 30.2	1 0.6
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	63 68.5	28 30.4	1 1.1
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	47 70.1	20 29.9	0 0.0

(3) ケアプランチェックやケアプラン評価の実施の有無

4-3) 自治体（保険者）として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施していますか。

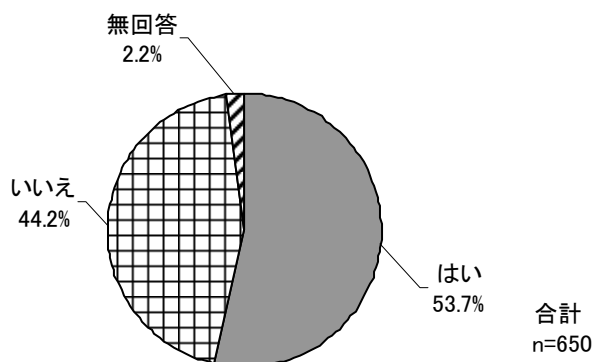


図 29 ケアプランチェックや評価の実施有無

ケアプランチェックやケアプラン評価の実施の有無については、「はい」が 53.7%、「いいえ」が 44.2%となっている。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営と委託」の場合に、「はい」の割合が高くなっている（63.3%）。

また、人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって、「はい」の割合が高くなっており、「人口 10 万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市では、82.1%であった。

表 21 設置タイプおよび人口規模別ケアプランチェックや評価の実施有無

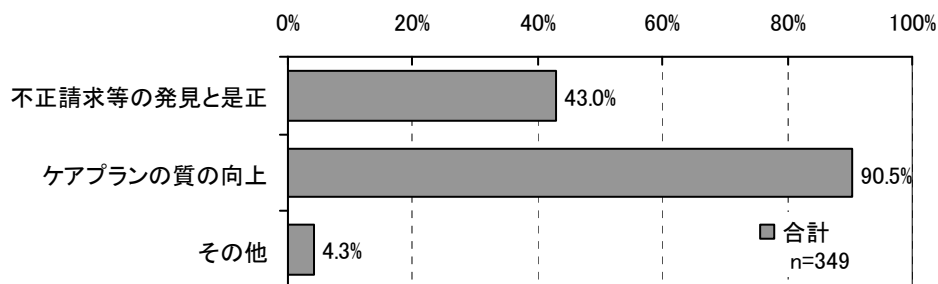
		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	349	287	14
		100.0	53.7	44.2	2.2
設置タイプ	直営のみ	354	177	168	9
		100.0	50.0	47.5	2.5
	委託のみ	244	139	100	5
	100.0	57.0	41.0	2.0	
	直営と委託	49	31	18	0
		100.0	63.3	36.7	0.0
人口規模	町村部	265	102	156	7
		100.0	38.5	58.9	2.6
	人口10万人未満の市部	226	131	90	5
		100.0	58.0	39.8	2.2
	人口10万人以上の市部	159	116	41	2
		100.0	73.0	25.8	1.3
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	61	29	2
		100.0	66.3	31.5	2.2
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	55	12	0
		100.0	82.1	17.9	0.0



4-3) 自治体（保険者）として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施していますか。

「1. はい」と回答された場合、実施方法等についてお答えください。

【主な実施目的】



【対象となる計画の選定方法】

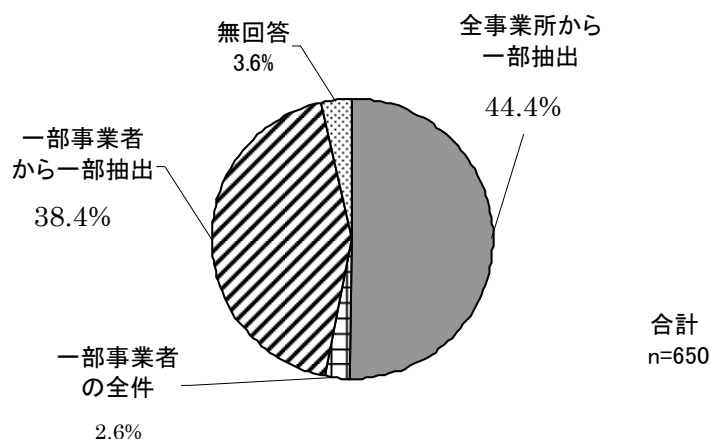


図 30 ケアプランチェックや評価の実施目的と対象の計画の選定方法

ケアプランチェックやケアプラン評価の主な実施目的は、「ケアプランの質の向上」が 90.5%、「不正請求等の発見と是正」が 43.0%となっている。

また、対象となる計画の選定方法については、「全事業所から一部抽出」が最も多く (44.4%)、次いで「一部事業者から一部抽出」(38.4%)、「一部事業者の全件」(2.6%)となっている。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、実施目的については大きな差はみられないが、対象となる計画の選定方法については、「直営のみ」では「全事業所から一部抽出」が最も多く (48.0%)、次いで「一部事業者から一部抽出」(29.9%)となっているのに対し、「委託のみ」「直営と委託」では「一部事業者から一部抽出」が最も多く (46.0%、51.6%)、次いで「全事業所から一部抽出」となっていた (41.0%、38.7)。対象となる計画の選定は、「町村部」「人口 10 万人未満の市部」においては、「全事業所から一部抽出」の割合が「一部事業者から一部抽出」の割合を上回っているが、「人口 10 万人以上の市部」においては、「一部事業者から一部抽出」の割合が「全事業所から一部抽出」の割合を上回っていた。

表 22 設置タイプおよび人口規模別ケアプランチェックや評価の実施目的と対象の計画の選定方法

実施目的

		全体	不正請求等の発見と是正	ケアプランの質の向上	その他	非該当
合計		349 53.7	150 43.0	316 90.5	15 4.3	301
設置タイプ	直営のみ	177 50.0	77 43.5	164 92.7	7 4.0	177
	委託のみ	139 57.0	59 42.4	123 88.5	5 3.6	105
	直営と委託	31 63.3	13 41.9	28 90.3	3 9.7	18
人口規模	町村部	102 38.5	36 35.3	86 84.3	4 3.9	163
	人口10万人未満の市部	131 58.0	62 47.3	120 91.6	5 3.8	95
	人口10万人以上の市部	116 73.0	52 44.8	110 94.8	6 5.2	43
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	61 66.3	25 41.0	60 98.4	2 3.3	31
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	55 82.1	27 49.1	50 90.9	4 7.3	12

対象となる計画の選定方法

		全体	全件	全事業所から一部抽出	一部事業者の全件	一部事業者から一部抽出	無回答	非該当
合計		349 53.7	40 11.5	155 44.4	9 2.6	134 38.4	11 3.2	301
設置タイプ	直営のみ	177 50.0	29 16.4	85 48.0	5 2.8	53 29.9	5 2.8	177
	委託のみ	139 57.0	10 7.2	57 41.0	3 2.2	64 46.0	5 3.6	105
	直営と委託	31 63.3	1 3.2	12 38.7	1 3.2	16 51.6	1 3.2	18
人口規模	町村部	102 38.5	19 18.6	49 48.0	3 2.9	26 25.5	5 4.9	163
	人口10万人未満の市部	131 58.0	15 11.5	62 47.3	5 3.8	46 35.1	3 2.3	95
	人口10万人以上の市部	116 73.0	6 5.2	44 37.9	1 0.9	62 53.4	3 2.6	43
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	61 66.3	4 6.6	24 39.3	1 1.6	30 49.2	2 3.3	31
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	55 82.1	2 3.6	20 36.4	0 0.0	32 58.2	1 1.8	12

(4) 介護支援専門員の活動指針・マニュアル等の発行の有無

4-4) 自治体（保険者）として、「ケアマネジャーガイドライン」のような介護支援専門員（ケアマネジャー）の活動指針やマニュアルのようなものを編集して、発行していますか。

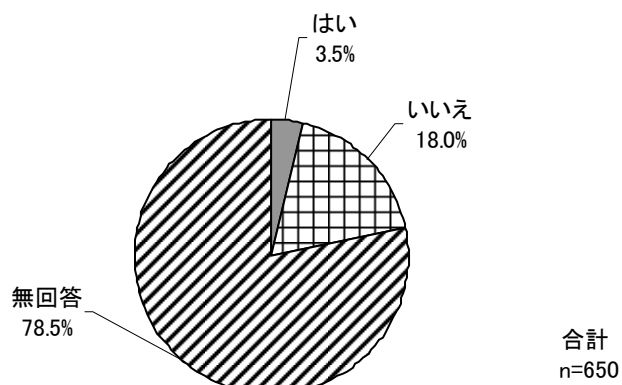


図 31 介護支援専門員の活動指針・マニュアル等の発行の有無

介護支援専門員の活動指針・マニュアル等の発行の有無については、「はい」が 3.5%、「いいえ」が 18.0%となっていた。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営と委託」の場合には「直営のみ」「委託のみ」と比較すると、「はい」の割合が高くなっていた（10.2%）。また人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって、「はい」の割合が高くなっており、「人口 10 万人以上の市部」においては、その割合は 13.2%となっていた。

表 23 設置タイプおよび人口規模別介護支援専門員活動の指針・マニュアル等の発行の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650 100.0	23 3.5	117 18.0	510 78.5
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	7 2.0	68 19.2	279 78.8
	委託のみ	244 100.0	11 4.5	44 18.0	189 77.5
	直営と委託	49 100.0	5 10.2	5 10.2	39 79.6
人口規模	町村部	265 100.0	1 0.4	73 27.5	191 72.1
	人口10万人未満の市部	226 100.0	1 0.4	34 15.0	191 84.5
	人口10万人以上の市部	159 100.0	21 13.2	10 6.3	128 80.5
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	15 16.3	7 7.6	70 76.1
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	6 9.0	3 4.5	58 86.6

(5) 地域包括支援センターによる「支援困難ケース」に関するカンファレンス等の実施の有無

4-5) 介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。

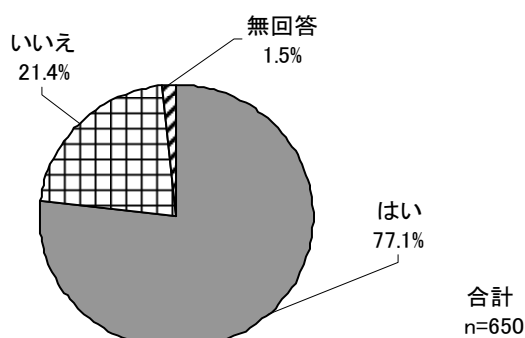


図 32 支援困難ケースに関するカンファレンス等の実施有無

地域包括支援センターによる「支援困難ケース」に関するカンファレンス等の実施の有無については、「はい」が 77.1%、「いいえ」が 21.4%となっていた。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」より「委託のみ」の方が、さらに「直営と委託」の方が、「はい」の割合が高くなっていた (85.7%)。

また人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって、「はい」の割合が高くなっており、「人口 10 万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市においては、その割合は 98.5%となっていた。

表 24 設置タイプおよび人口規模別支援困難ケースに関するカンファレンス等の実施有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	501	139	10
		100.0	77.1	21.4	1.5
設置タイプ	直営のみ	354	264	83	7
		100.0	74.6	23.4	2.0
	委託のみ	244	193	49	2
	100.0	79.1	20.1	0.8	
	直営と委託	49	42	6	1
	100.0	85.7	12.2	2.0	
人口規模	町村部	265	178	83	4
		100.0	67.2	31.3	1.5
	人口10万人未満の市部	226	180	42	4
		100.0	79.6	18.6	1.8
	人口10万人以上の市部	159	143	14	2
		100.0	89.9	8.8	1.3
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	77	14	1
	100.0	83.7	15.2	1.1	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	66	0	1
	100.0	98.5	0.0	1.5	

4-5) 介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。

「1. はい」と回答された場合、その会議に自治体（保険者）の職員は参加していますか。

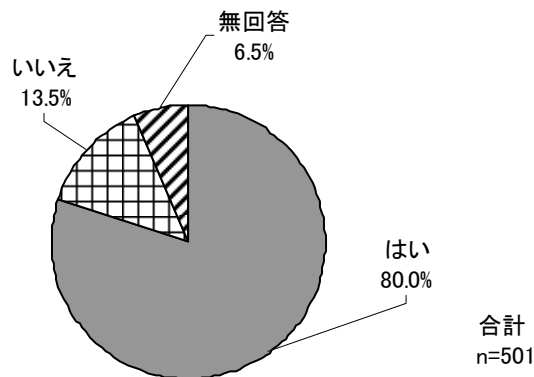


図 33 支援困難ケースに関するカンファレンス等への自治体職員の参加有無

また上記のカンファレンス等への自治体職員の参加の有無をみると、「はい」が80.0%となっている。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」(74.5%)より「委託のみ」の方が高かった(88.7%)。また人口規模別にみると、「人口10万人未満の市部」が最75.5%も「はい」の割合が低く、続いて「町村部」「人口10万人以上の市部」の順となっていた。

表 25 設置タイプおよび人口規模別カンファレンス等への自治体職員の参加有無

		全体	はい	いいえ	無回答	非該当
合計		501	409	69	33	139
		100.0	80.0	13.5	6.5	
設置タイプ	直営のみ	264	202	47	22	83
		100.0	74.5	17.3	8.1	
	委託のみ	193	173	14	8	49
		100.0	88.7	7.2	4.1	
	直営と委託	42	33	7	3	6
		100.0	76.7	16.3	7.0	
人口規模	町村部	178	146	23	13	83
		100.0	80.2	12.6	7.1	
	人口10万人未満の市部	180	139	32	13	42
		100.0	75.5	17.4	7.1	
	人口10万人以上の市部	143	124	14	5	14
	100.0	86.7	9.8	3.5		
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	77	67	6	4	13
		100.0	87.0	7.8	5.2	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	66	57	8	1	1
		100.0	86.4	12.1	1.5	

## 6. 介護サービス事業者への支援について

### (1) 介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置の有無

5-1) 自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。

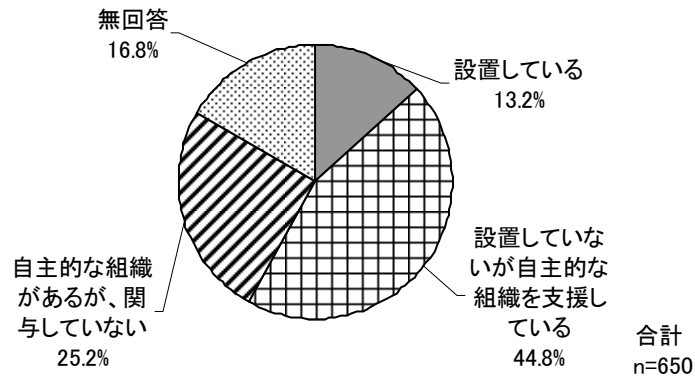


図 34 介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置有無

介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置は、「設置している」は 13.2%であった。「設置していないが自主的な組織を支援している」が 44.8%となっており、約 6 割の市区町村は何らかの形で関与していた。

表 26 設置タイプおよび人口規模別連絡協議会組織等の設置有無

		全体	設置している	援自設 し主置 してい なて る組 織を い支 が	なる自 いが 自主 的、 関 与 組 織 が あ	無 回 答
合計		650 100.0	86 13.2	291 44.8	164 25.2	109 16.8
設置 タイ プ	直営のみ	354 100.0	48 13.6	152 42.9	89 25.1	65 18.4
	委託のみ	244 100.0	28 11.5	114 46.7	63 25.8	39 16.0
	直営と委託	49 100.0	10 20.4	23 46.9	11 22.4	5 10.2
人口 規 模	町村部	265 100.0	23 8.7	107 40.4	79 29.8	56 21.1
	人口10万人未満の市部	226 100.0	35 15.5	95 42.0	50 22.1	46 20.4
	人口10万人以上の市部	159 100.0	28 17.6	89 56.0	35 22.0	7 4.4
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	19 20.7	49 53.3	19 20.7	5 5.4
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	9 13.4	40 59.7	16 23.9	2 3.0

(2) 介護サービス事業者を対象とした定期的な研修会開催の有無

5-2) 自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催していますか。

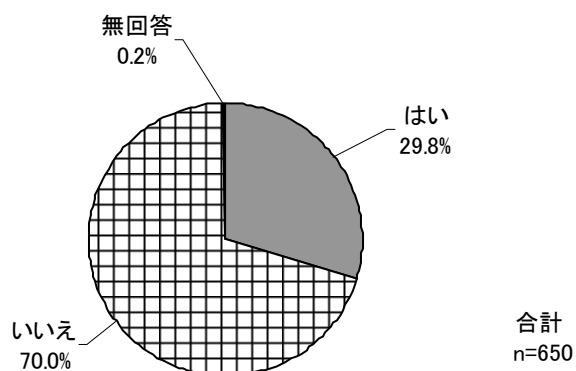


図 35 介護サービス事業者を対象とした定期的な研修会開催有無

介護サービス事業者を対象とした定期的な研修会開催の有無については、「はい」が 29.8%、「いいえ」が 70.0%であった。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営と委託」の場合に、若干、「はい」の割合が高くなっていた (34.7%)。また人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって、「はい」の割合が高くなっており、「人口 10 万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市においては、その割合は 52.2%と最も高かった。

表 27 設置タイプおよび人口規模別介護サービス事業者対象の研修会開催有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650 100.0	194 29.8	455 70.0	1 0.2
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	104 29.4	249 70.3	1 0.3
	委託のみ	244 100.0	73 29.9	171 70.1	0 0.0
	直営と委託	49 100.0	17 34.7	32 65.3	0 0.0
人口規模	町村部	265 100.0	49 18.5	216 81.5	0 0.0
	人口10万人未満の市部	226 100.0	75 33.2	150 66.4	1 0.4
	人口10万人以上の市部	159 100.0	70 44.0	89 56.0	0 0.0
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	35 38.0	57 62.0	0 0.0
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	35 52.2	32 47.8	0 0.0

(3) 介護サービス事業者の活動指針・マニュアル等の発行の有無

5-3) 自治体（保険者）として、「訪問介護サービス事業者ガイドライン」のような、介護サービス事業者の活動指針やマニュアル等を編集・発行していますか。

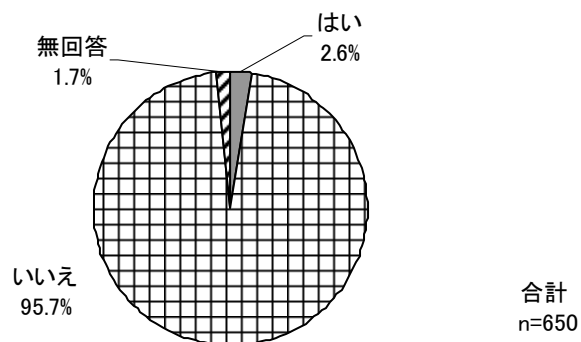


図 36 介護サービス事業者の活動指針・マニュアル等の発行有無

介護サービス事業者の活動指針・マニュアル等の発行の有無については、「はい」は 2.6%に過ぎず、「いいえ」が 95.7%であった。

表 28 設置タイプおよび人口規模別活動指針・マニュアル等の発行有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	17	622	11
		100.0	2.6	95.7	1.7
設置タイプ	直営のみ	354	7	340	7
		100.0	2.0	96.0	2.0
	委託のみ	244	8	232	4
	100.0	3.3	95.1	1.6	
	直営と委託	49	2	47	0
	100.0	4.1	95.9	0.0	
人口規模	町村部	265	1	257	7
		100.0	0.4	97.0	2.6
	人口10万人未満の市部	226	4	219	3
		100.0	1.8	96.9	1.3
	人口10万人以上の市部	159	12	146	1
		100.0	7.5	91.8	0.6
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	6	86	0
	100.0	6.5	93.5	0.0	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	6	60	1
	100.0	9.0	89.6	1.5	



(4) 介護サービス事業者リストの配布の有無

5-4) 自治体（保険者）として、「介護サービス事業者リスト」を作成し、ケアマネジャーや市民等に配布していますか。

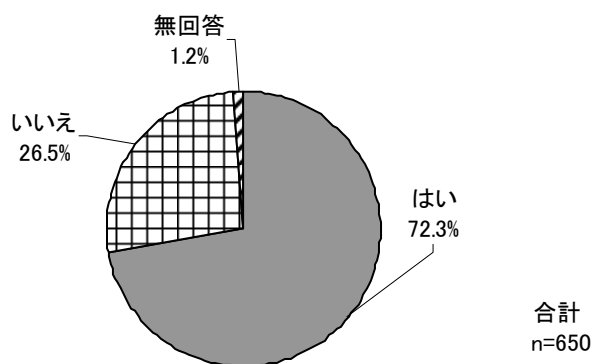


図 37 介護サービス事業者リストの配布有無

介護サービス事業者リストの配布の有無については、「はい」が 72.3%、「いいえ」が 26.5%となっていた。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」より「委託のみ」の方が、さらに「直営と委託」の方が「はい」の割合が高かった。また人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって、「はい」の割合が高くなっており、「町村部」では 48.7%であるのに対し、「人口 10 万人以上の市部」では 94.3%となっていた。

表 29 設置タイプおよび人口規模別介護サービス事業者リストの配布有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	470	172	8
		100.0	72.3	26.5	1.2
設置タイプ	直営のみ	354	238	109	7
		100.0	67.2	30.8	2.0
	委託のみ	244	186	57	1
	100.0	76.2	23.4	0.4	
	直営と委託	49	43	6	0
		100.0	87.8	12.2	0.0
人口規模	町村部	265	129	131	5
		100.0	48.7	49.4	1.9
	人口10万人未満の市部	226	191	32	3
		100.0	84.5	14.2	1.3
	人口10万人以上の市部	159	150	9	0
	100.0	94.3	5.7	0.0	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	89	3	0
		100.0	96.7	3.3	0.0
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	61	6	0
		100.0	91.0	9.0	0.0

(5) 介護サービス等を紹介する「しおり」等の配布の有無

5-5) 自治体（保険者）として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成し、配布していますか。

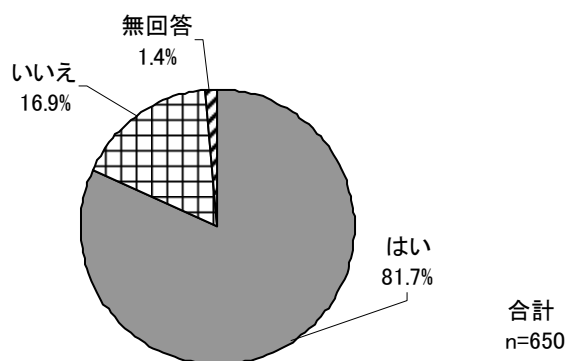


図 38 介護サービス等を紹介する「しおり」等の配布有無

介護サービス等を紹介する「しおり」等の配布の有無については、「はい」が 81.7%、「いいえ」が 16.9%であった。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」より「委託のみ」の方が、さらに「直営と委託」の方が「はい」の割合が高くなっていた。また人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって、「はい」の割合が高く、「人口 10 万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市においては、その割合は 100.0%であった。

表 30 設置タイプおよび人口規模別介護サービス等を紹介する「しおり」等の配布有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	531	110	9
		100.0	81.7	16.9	1.4
設置タイプ	直営のみ	354	272	75	7
		100.0	76.8	21.2	2.0
	委託のみ	244	212	31	1
	100.0	86.9	12.7	0.4	
	直営と委託	49	45	3	1
	100.0	91.8	6.1	2.0	
人口規模	町村部	265	173	88	4
		100.0	65.3	33.2	1.5
	人口10万人未満の市部	226	203	19	4
		100.0	89.8	8.4	1.8
	人口10万人以上の市部	159	155	3	1
		100.0	97.5	1.9	0.6
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	88	3	1
	100.0	95.7	3.3	1.1	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	67	0	0
	100.0	100.0	0.0	0.0	

(6) 地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査の状況

5-6) 自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査の状況についてお答えください。

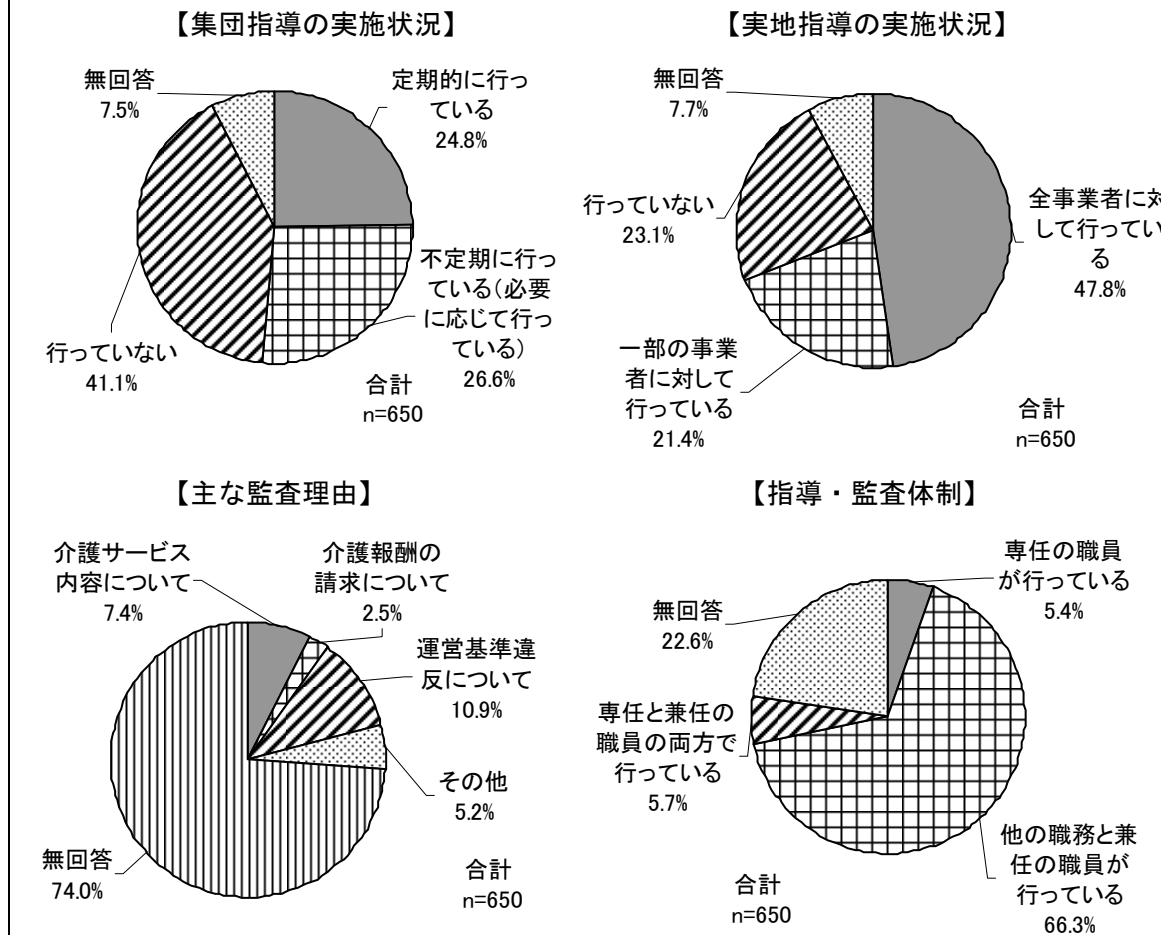


図 39 地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監督状況

地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査の状況について、まず集団指導の実施状況をみると、「定期的に行っている」は24.8%で、「不定期に行っている（必要に応じて行っている）」が26.6%となっていた。なお、「行っていない」は41.1%であった。

次に、実地指導の実施状況は、「全事業者に対して行っている」が47.8%で、「一部の事業者に対して行っている」が21.4%であった。

主な監査理由は、「運営基準違反」が10.9%、「介護サービス内容について」が7.4%であった。

指導・監査体制は、「他の職務と兼任の職員が行っている」が66.3%で、「専任の職員が行っている」は5.4%であった。ただし、「専任と兼任の職員の両方で行っている」も5.7%であり、1割程度の市区町村には専任の職員がいた。

これらを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、集団指導の実施状況、実地指導の実施状況については、「直営のみ」より「委託のみ」の方が、さらに「直営と委託」の方が「定期的に行っている」の割合は高かった。

主な監査理由は、設置タイプ別で大きな差はみられず、指導・監査体制については、「直営と委託」において、「他の職務と兼任の職員が行っている」割合が、「直営のみ」「委託のみ」と比べて高かった。

次に、人口規模別では、集団指導の実施状況、実地指導の実施状況については、人口規模が大きくなるにしたがって、「定期的に行っている」の割合が高く、主な監査理由は、「町村部」より「人口10万人未満の市部」「人口10万人以上の市部」といった市部の方が「運営基準違反について」の割合が高くなっていった。指導・監査体制については、人口10万人以上の市部において他の群より、「専任の職員が行っている」割合が高くなっていった。

表 31 設置タイプおよび人口規模別地域密着型サービス事業所への集団指導実施状況

集団指導の実施状況		全体	定期的に行っている	い(不定期に必要期に る) 不定期に 必要期に 応じて行 っている	行っていない	無回答
合計		650 100.0	161 24.8	173 26.6	267 41.1	49 7.5
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	62 17.5	93 26.3	162 45.8	37 10.5
	委託のみ	244 100.0	80 32.8	62 25.4	91 37.3	11 4.5
	直営と委託	49 100.0	17 34.7	18 36.7	13 26.5	1 2.0
人口規模	町村部	265 100.0	21 7.9	53 20.0	156 58.9	35 13.2
	人口10万人未満の市部	226 100.0	59 26.1	67 29.6	86 38.1	14 6.2
	人口10万人以上の市部	159 100.0	81 50.9	53 33.3	25 15.7	0 0.0
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	41 44.6	32 34.8	19 20.7	0 0.0
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	40 59.7	21 31.3	6 9.0	0 0.0

表 32 設置タイプおよび人口規模別地域密着型サービス事業所への実地指導の実施状況

実地指導の実施状況

		全体	全事業者に対して行っている	一部の事業者に対して行っている	行っていない	無回答
合計		650 100.0	311 47.8	139 21.4	150 23.1	50 7.7
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	156 44.1	73 20.6	90 25.4	35 9.9
	委託のみ	244 100.0	125 51.2	51 20.9	54 22.1	14 5.7
	直営と委託	49 100.0	28 57.1	15 30.6	5 10.2	1 2.0
人口規模	町村部	265 100.0	88 33.2	38 14.3	103 38.9	36 13.6
	人口10万人未満の市部	226 100.0	124 54.9	53 23.5	36 15.9	13 5.8
	人口10万人以上の市部	159 100.0	99 62.3	48 30.2	11 6.9	1 0.6
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	52 56.5	29 31.5	10 10.9	1 1.1
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	47 70.1	19 28.4	1 1.5	0 0.0

表 33 設置タイプおよび人口規模別地域密着型サービス事業所への監査理由

主な監査理由

		全体	介護サービス内容について	介護報酬の請求について	運営基準違反について	その他	無回答
合計		650 100.0	48 7.4	16 2.5	71 10.9	34 5.2	481 74.0
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	31 8.8	11 3.1	39 11.0	12 3.4	261 73.7
	委託のみ	244 100.0	15 6.1	5 2.0	26 10.7	19 7.8	179 73.4
	直営と委託	49 100.0	2 4.1	0 0.0	6 12.2	2 4.1	39 79.6
人口規模	町村部	265 100.0	17 6.4	6 2.3	15 5.7	4 1.5	223 84.2
	人口10万人未満の市部	226 100.0	20 8.8	7 3.1	33 14.6	9 4.0	157 69.5
	人口10万人以上の市部	159 100.0	11 6.9	3 1.9	23 14.5	21 13.2	101 63.5
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	5 5.4	1 1.1	10 10.9	11 12.0	65 70.7
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	6 9.0	2 3.0	13 19.4	10 14.9	36 53.7

表 34 設置タイプおよび人口規模別地域密着型サービス事業所への指導・監査体制  
指導・監査体制

		全体	専任の職員が行っている	他の職務と兼任の職員が行っている	専任と兼任の職員の両方で行っている	無回答
合計		650 100.0	35 5.4	431 66.3	37 5.7	147 22.6
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	15 4.2	225 63.6	19 5.4	95 26.8
	委託のみ	244 100.0	16 6.6	165 67.6	15 6.1	48 19.7
	直営と委託	49 100.0	4 8.2	39 79.6	3 6.1	3 6.1
人口規模	町村部	265 100.0	13 4.9	132 49.8	11 4.2	109 41.1
	人口10万人未満の市部	226 100.0	6 2.7	178 78.8	11 4.9	31 13.7
	人口10万人以上の市部	159 100.0	16 10.1	121 76.1	15 9.4	7 4.4
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	4 4.3	75 81.5	7 7.6	6 6.5
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	12 17.9	46 68.7	8 11.9	1 1.5

## 7.サービスの苦情・相談体制について

### (1) 介護サービスに対する市民からの苦情・相談窓口の明確化の有無

6-1) 自治体（保険者）として、介護サービスに関する市民からの苦情・相談に関する窓口（相談部署）を明確にしていますか。

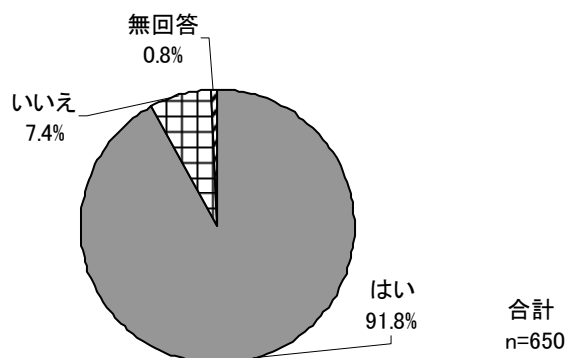


図 40 市民からの苦情・相談窓口の明確化の実施有無

介護サービスに対する市民からの苦情・相談窓口の明確にしていたのは、「はい」が91.8%、「いいえ」が7.4%であった。これについては、地域包括支援センターの設置タイプ別に大きな差はみられなかった。人口規模別には、「町村部」を除いて9割以上が「はい」と示された。

表 35 設置タイプおよび人口規模別市民からの苦情・相談窓口の明確化の実施有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	597	48	5
		100.0	91.8	7.4	0.8
設置タイプ	直営のみ	354	319	31	4
		100.0	90.1	8.8	1.1
	委託のみ	244	228	15	1
	100.0	93.4	6.1	0.4	
	直営と委託	49	48	1	0
	100.0	98.0	2.0	0.0	
人口規模	町村部	265	235	27	3
		100.0	88.7	10.2	1.1
	人口10万人未満の市部	226	208	16	2
		100.0	92.0	7.1	0.9
	人口10万人以上の市部	159	154	5	0
	100.0	96.9	3.1	0.0	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	88	4	0
	100.0	95.7	4.3	0.0	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	66	1	0
	100.0	98.5	1.5	0.0	

(2) 介護サービスに対する苦情相談対応マニュアル整備の有無

6-2) 自治体（保険者）として、介護サービスに関する苦情相談対応マニュアルを整備していますか。

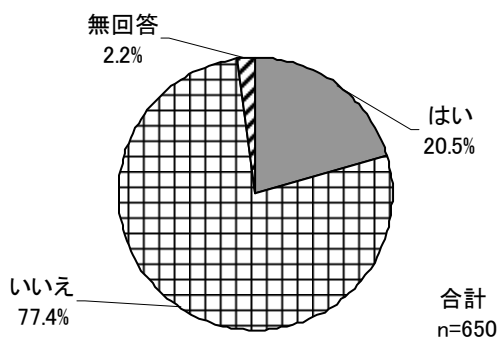


図 41 介護サービスに対する苦情相談対応マニュアル整備の有無

介護サービスに対する苦情相談対応マニュアル整備の有無については、「はい」が20.5%、「いいえ」が77.4%であった。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」より、「委託のみ」の方が、さらに「直営と委託」の方が「はい」の割合が高かった。

また人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって、「はい」の割合が高くなっていった。

表 36 設置タイプおよび人口規模別苦情相談対応マニュアル整備の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	133	503	14
		100.0	20.5	77.4	2.2
設置タイプ	直営のみ	354	67	279	8
		100.0	18.9	78.8	2.3
	委託のみ	244	51	189	4
	100.0	20.9	77.5	1.6	
	直営と委託	49	14	33	2
	100.0	28.6	67.3	4.1	
人口規模	町村部	265	48	208	9
		100.0	18.1	78.5	3.4
	人口10万人未満の市部	226	38	186	2
		100.0	16.8	82.3	0.9
	人口10万人以上の市部	159	47	109	3
	100.0	29.6	68.6	1.9	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	26	66	0
	100.0	28.3	71.7	0.0	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	21	43	3
	100.0	31.3	64.2	4.5	



(3) 苦情・相談記録票の統一フォーマット整備の有無

6-3) 自治体（保険者）として、苦情・相談記録票の統一フォーマットを整備していますか。

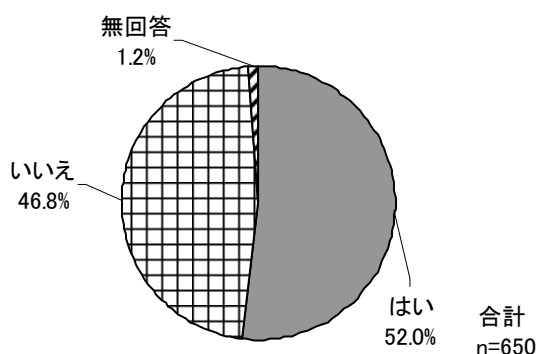


図 42 苦情・相談記録票の統一フォーマット整備の有無

苦情・相談記録票の統一フォーマット整備の有無については、「はい」が 52.0%、「いいえ」が 46.8%であった。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」より「委託のみ」の方が、さらに「直営と委託」の方に統一フォーマットが整備されていた。

また人口規模別には、人口規模が大きいほど、統一フォーマット整備の割合が高くなっていった。

表 37 設置タイプおよび人口規模別苦情・相談記録票の統一フォーマット整備の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	338	304	8
		100.0	52.0	46.8	1.2
設置タイプ	直営のみ	354	168	181	5
		100.0	47.5	51.1	1.4
	委託のみ	244	135	106	3
	100.0	55.3	43.4	1.2	
	直営と委託	49	32	17	0
	100.0	65.3	34.7	0.0	
人口規模	町村部	265	103	157	5
		100.0	38.9	59.2	1.9
	人口10万人未満の市部	226	110	114	2
		100.0	48.7	50.4	0.9
	人口10万人以上の市部	159	125	33	1
	100.0	78.6	20.8	0.6	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	71	21	0
	100.0	77.2	22.8	0.0	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	54	12	1
	100.0	80.6	17.9	1.5	

(4) 苦情・相談内容の地域包括支援センターへの提供と情報共有化の有無

6-4) 苦情・相談記録内容を当該地域の地域包括支援センター（ブランチ・サブセンター含む）に提供し、情報の共有化を図っていますか。

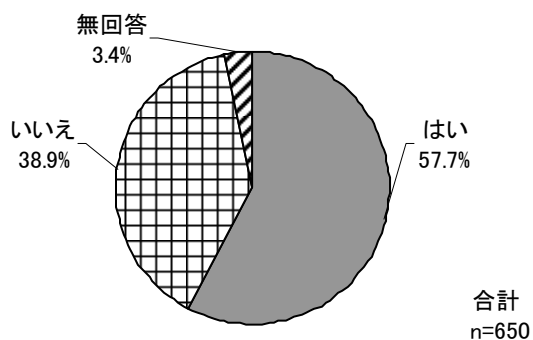


図 43 地域包括支援センターへの苦情・相談内容の提供と情報共有化の有無

苦情・相談内容の地域包括支援センターへの提供と情報共有化は、「はい」が 57.7%、「いいえ」が 38.9%であった。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」(67.5%) の場合が最も高く、「委託のみ」(47.1%) よりも 20 ポイント以上、「直営と委託」(38.8%) よりも 30 ポイント近く高くなっている。

また人口規模別には、人口規模が小さいほど、情報共有化が行われており、「町村部」(70.2%) は「人口 10 万人以上の市部」(37.7%) よりも 30 ポイント以上高くなっていた。

表 38 設置タイプおよび人口規模別苦情・相談内容の提供と情報共有化の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650 100.0	375 57.7	253 38.9	22 3.4
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	239 67.5	101 28.5	14 4.0
	委託のみ	244 100.0	115 47.1	123 50.4	6 2.5
	直営と委託	49 100.0	19 38.8	28 57.1	2 4.1
人口規模	町村部	265 100.0	186 70.2	64 24.2	15 5.7
	人口10万人未満の市部	226 100.0	129 57.1	92 40.7	5 2.2
	人口10万人以上の市部	159 100.0	60 37.7	97 61.0	2 1.3
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	33 35.9	59 64.1	0 0.0
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	27 40.3	38 56.7	2 3.0

## 8. 高齢者虐待対応・権利擁護対応等について

### (1) 高齢者虐待の状況についての調査・分析の有無

7-1) 高齢者虐待の状況について、調査や分析をしていますか。

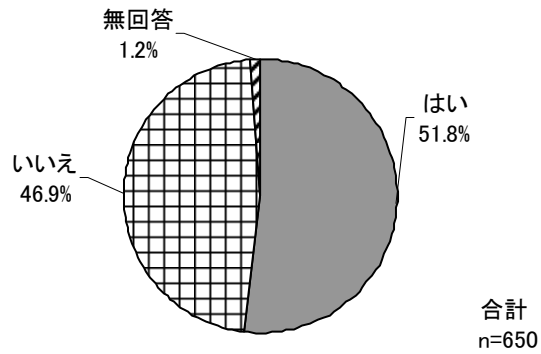


図 44 高齢者虐待の状況についての調査・分析の有無

高齢者虐待の状況についての調査・分析は、「はい」が 51.8%、「いいえ」が 46.9%であった。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」(47.7%)より「委託のみ」(54.1%)の方が、さらに「直営と委託」(67.3%)の方が「はい」の割合が高くなっていた。

また人口規模別には、人口規模が大きくなるにしたがって、「はい」の割合が高くなっており、町村部が 38.9%であるのに対し、「人口 10 万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市においては、83.6%で調査・分析をしていた。

表 39 設置タイプおよび人口規模別高齢者虐待の状況についての調査・分析の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650 100.0	337 51.8	305 46.9	8 1.2
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	169 47.7	180 50.8	5 1.4
	委託のみ	244 100.0	132 54.1	109 44.7	3 1.2
	直営と委託	49 100.0	33 67.3	16 32.7	0 0.0
人口規模	町村部	265 100.0	103 38.9	157 59.2	5 1.9
	人口10万人未満の市部	226 100.0	120 53.1	104 46.0	2 0.9
	人口10万人以上の市部	159 100.0	114 71.7	44 27.7	1 0.6
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	58 63.0	33 35.9	1 1.1
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	56 83.6	11 16.4	0 0.0

(2) 高齢者虐待の対応マニュアル・方針の作成の有無

7-2) 自治体（保険者）として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。

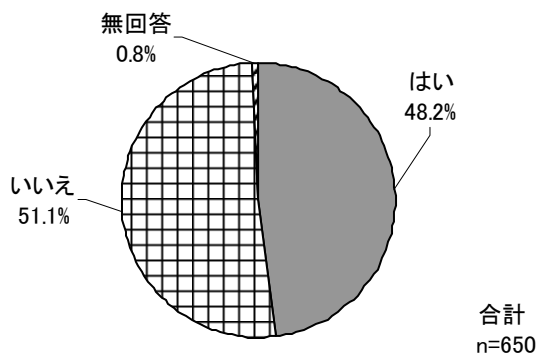


図 45 高齢者虐待の対応マニュアル・方針の作成有無

高齢者虐待の対応マニュアル・方針の作成をしていたのは 48.2%であった。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」(41.8%)より「委託のみ」(53.7%)の方が、さらに「直営と委託」(63.3%)の方が作成していた。

また人口規模別には、人口規模が大きくなるほど、高齢者虐待対応マニュアルは、作成されており、「人口10万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市においては、「はい」が89.6%となっていた。

表 40 設置タイプおよび人口規模別高齢者虐待の対応マニュアル・方針の作成有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	313	332	5
		100.0	48.2	51.1	0.8
設置タイプ	直営のみ	354	148	203	3
		100.0	41.8	57.3	0.8
	委託のみ	244	131	111	2
	100.0	53.7	45.5	0.8	
	直営と委託	49	31	18	0
	100.0	63.3	36.7	0.0	
人口規模	町村部	265	80	181	4
		100.0	30.2	68.3	1.5
	人口10万人未満の市部	226	110	115	1
		100.0	48.7	50.9	0.4
	人口10万人以上の市部	159	123	36	0
	100.0	77.4	22.6	0.0	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	63	29	0
	100.0	68.5	31.5	0.0	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	60	7	0
	100.0	89.6	10.4	0.0	

(3) 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連携組織等の設置の有無

7-3) 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。

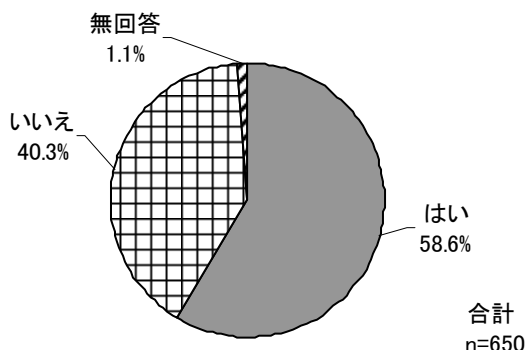


図 46 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連携組織等の設置有無

高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織等は、58.6%に設置されていた。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」(55.4%)より「委託のみ」(60.7%)の方が、さらに「直営と委託」(71.4%)の方が「はい」の割合が高くなっている。また人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにしたがって、高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織等は設置され、「人口10万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市においては、88.1%に設置されていた。

表 41 設置タイプおよび人口規模別連携組織等の設置有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	381	262	7
		100.0	58.6	40.3	1.1
設置タイプ	直営のみ	354	196	153	5
		100.0	55.4	43.2	1.4
	委託のみ	244	148	94	2
	100.0	60.7	38.5	0.8	
	直営と委託	49	35	14	0
	100.0	71.4	28.6	0.0	
人口規模	町村部	265	131	129	5
		100.0	49.4	48.7	1.9
	人口10万人未満の市部	226	138	86	2
		100.0	61.1	38.1	0.9
	人口10万人以上の市部	159	112	47	0
	100.0	70.4	29.6	0.0	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	53	39	0
	100.0	57.6	42.4	0.0	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	59	8	0
	100.0	88.1	11.9	0.0	

(4) 高齢者虐待ケースに関する地域包括支援センターとの連携の有無

7-4) 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。

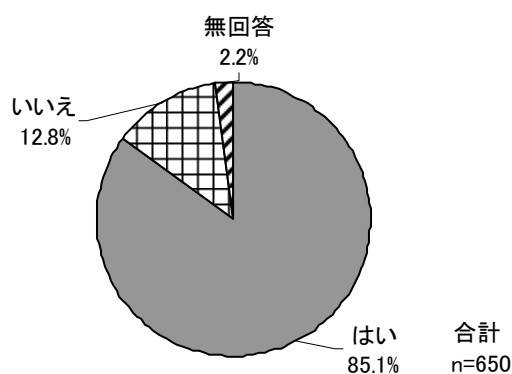


図 47 高齢者虐待ケースに関する地域包括支援センターとの連携の有無

高齢者虐待ケースに関する地域包括支援センターとは、85.1%が連携していた。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」(82.5%)より「委託のみ」(86.9%)の方が、さらに「直営と委託」(93.9%)と高かった。

また人口規模別では、人口規模が大きい程、連携しており、「人口10万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市では、「はい」が97.0%と示された。

表 42 設置タイプおよび人口規模別高齢者虐待ケースに関する連携の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	553	83	14
		100.0	85.1	12.8	2.2
設置タイプ	直営のみ	354	292	55	7
		100.0	82.5	15.5	2.0
	委託のみ	244	212	25	7
	100.0	86.9	10.2	2.9	
	直営と委託	49	46	3	0
	100.0	93.9	6.1	0.0	
人口規模	町村部	265	204	53	8
		100.0	77.0	20.0	3.0
	人口10万人未満の市部	226	196	26	4
		100.0	86.7	11.5	1.8
	人口10万人以上の市部	159	153	4	2
	100.0	96.2	2.5	1.3	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	88	2	2
	100.0	95.7	2.2	2.2	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	65	2	0
	100.0	97.0	3.0	0.0	

(5) 高齢者虐待対応用の一時保護施設・シェルター確保の有無

7-5) 高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保していますか。

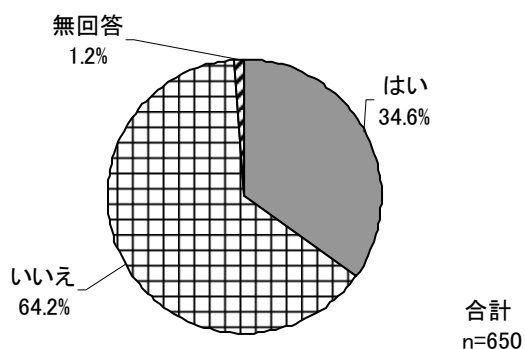


図 48 高齢者虐待対応用の一時保護施設・シェルター確保の有無

高齢者虐待対応用の一時保護施設・シェルターが確保されていたのは 34.6%であった。人口規模別には、規模が大きくなるにしたがって、確保の割合は高くなっており、「人口 10 万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市では、52.2%と示された。

表 43 設置タイプおよび人口規模別一時保護施設・シェルター確保の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	225	417	8
		100.0	34.6	64.2	1.2
設置タイプ	直営のみ	354	117	232	5
		100.0	33.1	65.5	1.4
	委託のみ	244	92	149	3
	100.0	37.7	61.1	1.2	
	直営と委託	49	15	34	0
		100.0	30.6	69.4	0.0
人口規模	町村部	265	72	187	6
		100.0	27.2	70.6	2.3
	人口10万人未満の市部	226	85	139	2
		100.0	37.6	61.5	0.9
	人口10万人以上の市部	159	68	91	0
		100.0	42.8	57.2	0.0
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	33	59	0
		100.0	35.9	64.1	0.0
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	35	32	0
		100.0	52.2	47.8	0.0

(6) 成年後見制度を地域に普及させるための市民講座開催等の有無

7-6) 平成 20 年度における、成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催等の状況をお答えください。

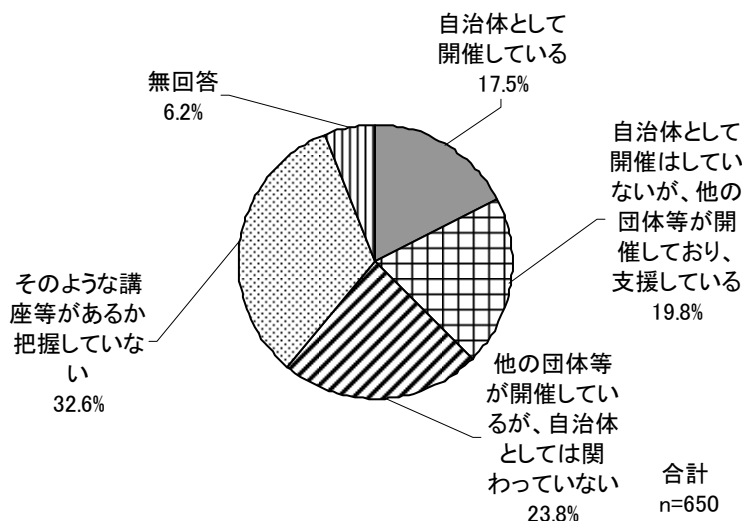


図 49 青年貢献制度普及のための市民講座開催等の有無

成年後見制度を地域に普及させるための市民講座開催等は、「自治体として開催している」は17.5%で、「そのような講座等があるか把握していない」が最も多く(32.6%)であった。次いで「他の団体等が開催しているが、自治体としては関わっていない」(23.8%)、「自治体として開催はしていないが、他の団体等が開催しており、支援している」(19.8%)の順となっていた。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営と委託」(34.7%)の場合に「自治体として開催している」割合が高くなっている。

また人口規模別にみると、人口規模が大きくなるほど「自治体として開催している」割合は高くなっており、町村部が12.8%であるのに対し、「人口10万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市においては、「自治体として開催している」は29.9%となっていた。



表 44 設置タイプおよび人口規模別青年貢献制度普及のための市民講座開催等の有無

		全体	自治体として開催している	自治体として開催しているが、他の団体等が関係している	自治体等が関係しているが、自治体として開催しているわけではない	他の団体等が関係しているが、自治体として開催しているわけではない	そのような講座等があるか把握していない	無回答
合計		650 100.0	114 17.5	129 19.8	155 23.8	212 32.6	40 6.2	
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	69 19.5	56 15.8	94 26.6	105 29.7	30 8.5	
	委託のみ	244 100.0	28 11.5	64 26.2	51 20.9	93 38.1	8 3.3	
	直営と委託	49 100.0	17 34.7	9 18.4	8 16.3	13 26.5	2 4.1	
人口規模	町村部	265 100.0	34 12.8	42 15.8	57 21.5	108 40.8	24 9.1	
	人口10万人未満の市部	226 100.0	45 19.9	42 18.6	58 25.7	69 30.5	12 5.3	
	人口10万人以上の市部	159 100.0	35 22.0	45 28.3	40 25.2	35 22.0	4 2.5	
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	15 16.3	27 29.3	25 27.2	23 25.0	2 2.2	
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	20 29.9	18 26.9	15 22.4	12 17.9	2 3.0	

(7) 成年後見制度における市町村長申し立ての仕組みの有無

7-7) 成年後見制度について、市町村長申し立ての仕組みを設けていますか。

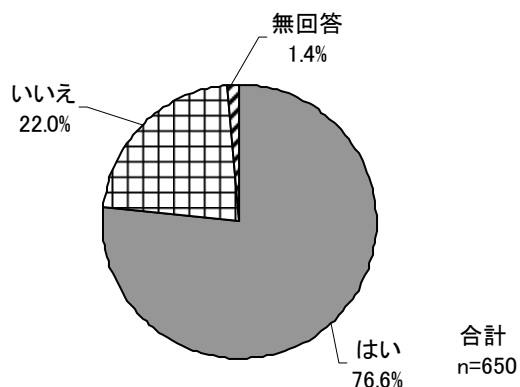


図 50 成年後見制度における市町村長申し立ての仕組みの有無

成年後見制度における市町村長申し立ての仕組みが、あったのは 76.6%であった。

これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営と委託」(91.8%)の割合が高くなっていった。また人口規模別にみると、人口規模が大きくなるほど、市町村申し立ての仕組みがある割合は高くなっており、町村部が 56.2%であるのに対し、「人口 10 万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市においては、その割合は 100.0%であった。

表 45 設置タイプおよび人口規模別市町村長申し立ての仕組みの有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650	498	143	9
		100.0	76.6	22.0	1.4
設置タイプ	直営のみ	354	260	90	4
		100.0	73.4	25.4	1.1
	委託のみ	244	191	48	5
	100.0	78.3	19.7	2.0	
	直営と委託	49	45	4	0
		100.0	91.8	8.2	0.0
人口規模	町村部	265	149	112	4
		100.0	56.2	42.3	1.5
	人口10万人未満の市部	226	192	30	4
		100.0	85.0	13.3	1.8
	人口10万人以上の市部	159	157	1	1
		100.0	98.7	0.6	0.6
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	90	1	1
		100.0	97.8	1.1	1.1
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	67	0	0
		100.0	100.0	0.0	0.0

(8) 成年後見制度利用支援事業の整備等の有無

7-8) 成年後見制度利用支援事業を整備し、申立費用や報酬費の助成制度を設けていますか。

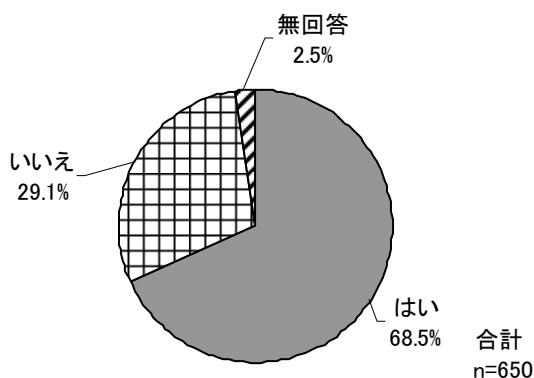


図 51 成年後見制度利用支援事業の整備等の有無

成年後見制度利用支援事業を整備し、申立費用や報酬費の助成制度を設けていたのは 68.5%であった。これを地域包括支援センターの設置タイプ別にみると、「直営のみ」(65.5%)より「委託のみ」(71.3%)の方が、さらに「直営と委託」(75.5%)と割合が高かった。また人口規模別では、人口規模が大きいほど設置されており、町村部が 50.2%であるのに対し、「人口 10 万人以上の市部」の中でも政令指定都市・中核市・特例市では、92.5%となっていた。

表 46 設置タイプおよび人口規模別成年後見制度利用支援事業の整備等の有無

		全体	はい	いいえ	無回答
合計		650 100.0	445 68.5	189 29.1	16 2.5
設置タイプ	直営のみ	354 100.0	232 65.5	114 32.2	8 2.3
	委託のみ	244 100.0	174 71.3	62 25.4	8 3.3
	直営と委託	49 100.0	37 75.5	12 24.5	0 0.0
人口規模	町村部	265 100.0	133 50.2	125 47.2	7 2.6
	人口10万人未満の市部	226 100.0	173 76.5	46 20.4	7 3.1
	人口10万人以上の市部	159 100.0	139 87.4	18 11.3	2 1.3
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92 100.0	77 83.7	14 15.2	1 1.1
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67 100.0	62 92.5	4 6.0	1 1.5

## 9. 人口規模別地域包括支援センター設置形態別保険者の分析

### (1) 全保険者における7種類の事業等に関する体制および対応の状況

これまで述べてきた7種類の事業等に関する体制のうち、42項目を取り上げ、無回答を除いた上で、再度、その実施率を分析した。この結果、本調査で示した保険者が行うべき事項として掲げた内容の中で、全保険者において最も低い実施率を示していたのは、『自治体（保険者）として「訪問介護事業者ガイドライン」のような介護サービス事業者の活動指針やマニュアル等を編集、発行している』という項目であり、こういった活動指針、マニュアルを作成していたのは、わずかに2.7%の保険者だけであった。

次に、『中長期的な介護基盤整備方針の検討』を行っている保険者も14.5%だけであった。中長期的な介護基盤整備方針は、8割以上の保険者で検討されていなかった。

さらに、医療と介護の連携として、今日、重点的な施策として示されている地域連携についても、『地域連携パスの作成』が9.9%と低く、とくに、『地域の急性期病院との連携のための会議』は15.0%しか実施されていなかった。これは、保険者にとっては、地域におけるintegrated careへの取り組みが重要との認識はないことを示すものと推察される。

さらに、介護支援専門員の活動方針やマニュアル等の編集発行も16.4%とかなり低く、介護支援専門員の業務について、保険者が積極的に関わっている実態とは程遠い現状が示された。このことは、介護支援専門員の質への懸念だけでなく、その業務の標準化にもほとんど取り組まれていないことが示された。

一方で実施率が高かったのは、『地域包括支援センター運営協議会の開催』で96.1%を示していた。これは義務付けがされている業務であるが、実施していない保険者があったことは問題であろう。次いで、実施率が高かったのは92.6%の『自治体（保険者）として、市民からの苦情・相談に関する窓口（相談部署）を明確にしている』ということであった。また、『高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施している』が86.9%、『自治体（保険者）として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成し、配布している』が82.8%で実施率が高かったが、8割を超えて実施されていたのは、これらの業務だけであった。

以上の結果は、多くの保険者が地域包括支援センターへの支援を積極的に実施しておらず、介護支援専門員に対する支援も十分でないことが明らかになった。また、医療と介護の連携についての取り組みも、ほとんど実施されておらず、保険者にとって、この業務が重要であるとの意識は醸成されていないことが明らかになった。

これらの結果は、中長期的な介護基盤整備の方針が8割以上の自治体で検討されていないことから推察できる内容であり、長期的な視野で地域における包括ケア体制を整備するといった視点を保険者が持っていないためなのかどうかは不明であるが、実態としては、地域包括支援センターの機能を保険者として明確にしておらず、また支援も十分でない状況が継続している状況であることが推察された。

これらは全国的な動向といえるが、これを把握した上で、保険者間の格差も大きいことが予想されることから、以下の項では、これらについて、本研究委員会で保険者が行うことが必須であろうと考えられた7種類の事業別に、当該保険者の特徴を分析した。

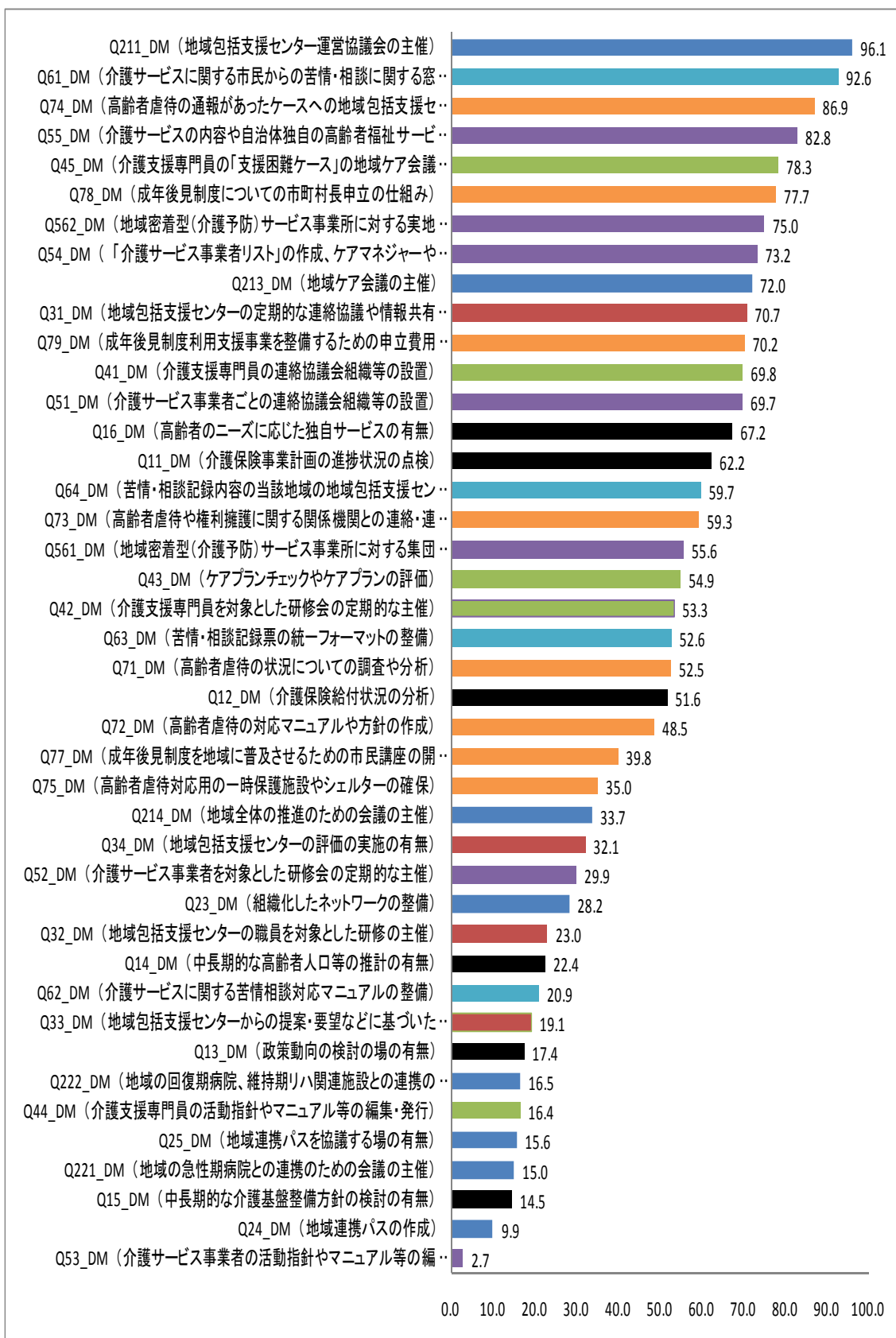


図 52 7種類の事業に関する体制および対応の状況

## (2) 全保険者における7種類の介護保険事業の実施・支援体制の対応の状況

本研究委員会においては、保険者が実施すべき7種類の事業として(1)介護保険事業計画の進捗管理等の状況、(2)地域連携の仕組みづくり、(3)自治体としての地域包括支援センター職員への支援、(4)介護支援専門員への支援、(5)介護サービス事業者への支援、(6)サービスの苦情・相談体制、(7)高齢者虐待対応・権利擁護対応等42項目を設定した。

これらの項目について、「行っている」と回答された項目を「1」ポイント、行っていないものを「0」ポイントとし、その実施率について、任意に数量化した。すなわち、すべて保険者が行っていると回答した場合を100ポイントと数量化し、個々の7種類の事業別に、以下の数式にしたがって、任意の点数が算出され、本稿では、これを基準化得点と呼ぶこととした。

\*「基準化得点」＝

$$\text{分類別行っているとした回答数} \div \text{分類の項目数} \times 100$$

この基準化得点からみると、7種類の実施・支援体制の中で最も整備が進められていたのは、「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」で57.9であった。次いで、実施されていたのは、「サービスの苦情・相談体制」で55.9であった。また、(5)介護サービス事業者への支援は52.2、(4)介護支援専門員への支援は50.9であった。50以上であったのは、この4種類の体制だけであった。

次いで、「介護保険事業計画の進捗管理等の状況」が38.7、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」が35.7であり、「地域連携の仕組みづくり」については最も低く33.3であった。

これらの結果からは、約7割の保険者は、地域連携に関する仕組みづくりや地域包括支援センターの職員への支援は、実施していないことを示しており、これらの結果は、保険者が責任をもって、地域包括支援センターを運営している状況ではないことを示していた。

表 47 7つのカテゴリごとの基準化したポイントの記述統計

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	647	0.0	100.0	38.7	24.3
(2) 地域連携の仕組みづくり	648	0.0	100.0	33.3	19.7
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	646	0.0	100.0	35.7	28.0
(4) 介護支援専門員への支援	649	0.0	100.0	50.9	24.8
(5) 介護サービス事業者への支援	650	0.0	100.0	52.2	23.5
(6) サービスの苦情・相談体制	645	0.0	100.0	55.9	24.5
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	647	0.0	100.0	57.9	25.7
7カテゴリの基準化スコア計	650	14.3	685.7	323.2	108.9

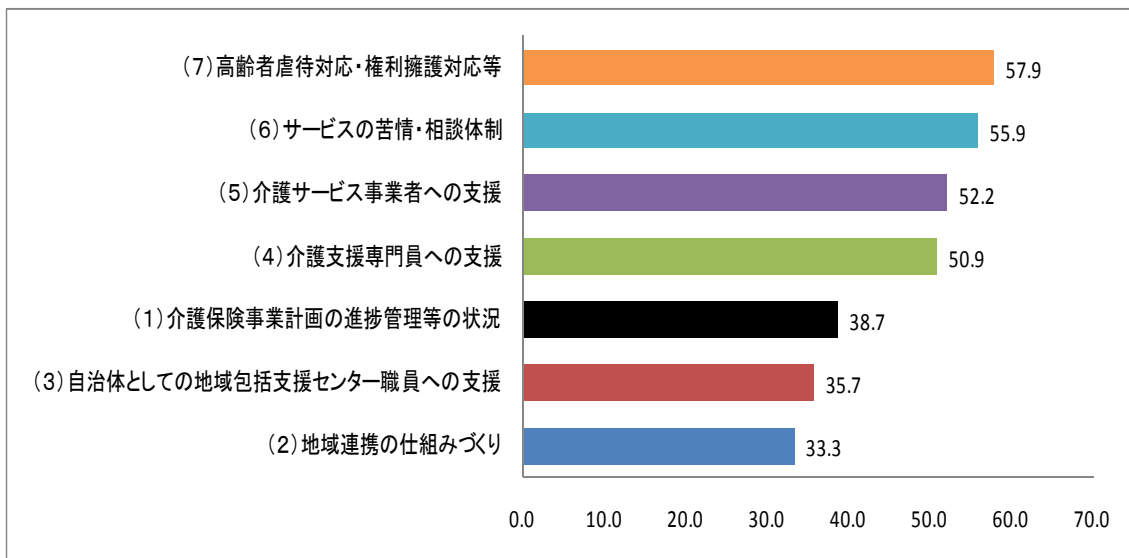


図 53 7つのカテゴリごとの基準化した得点

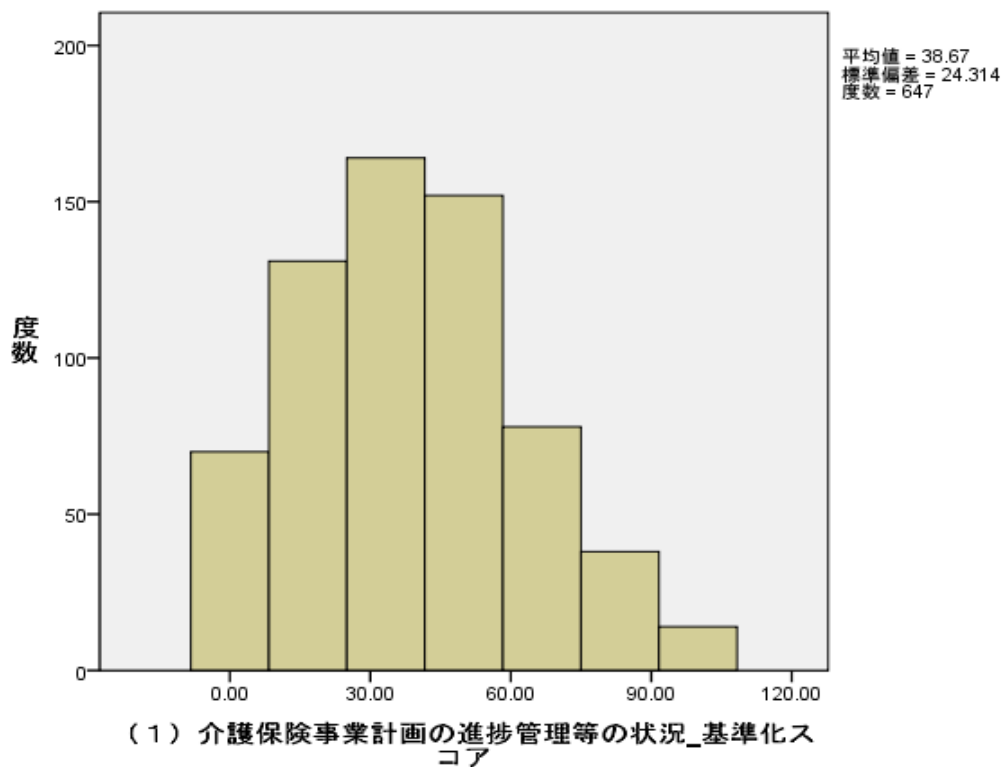


図 54 「介護保険事業計画の進捗管理等の状況」の基準化得点の分布

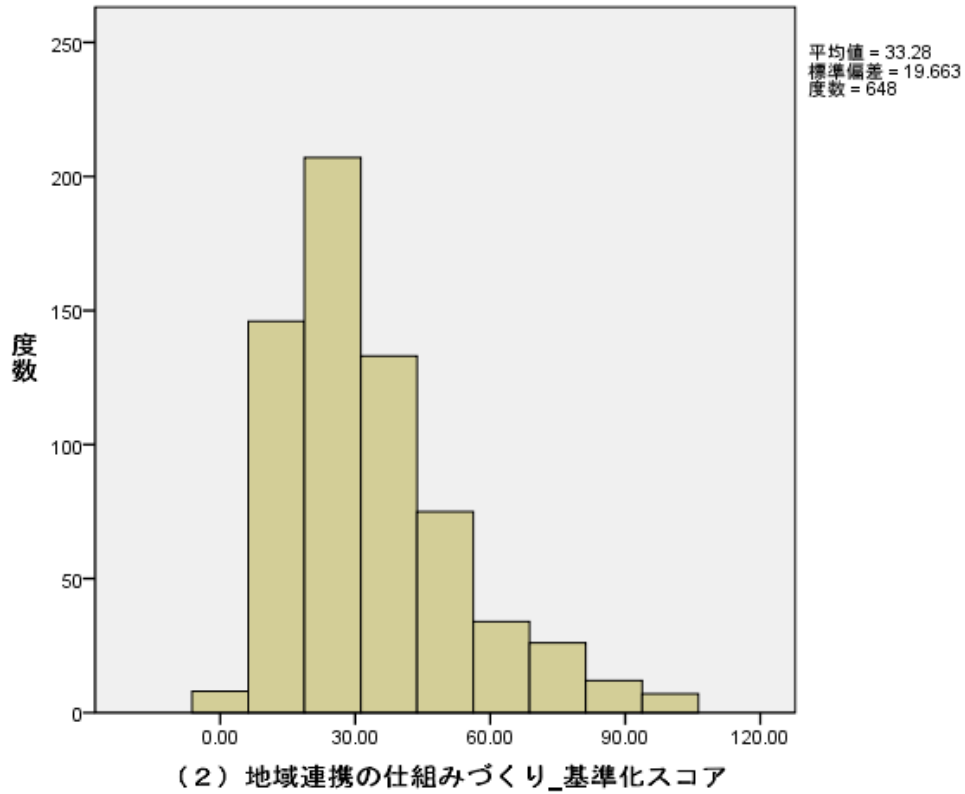


図 55 地域連携の仕組みづくりの基準化得点の分布

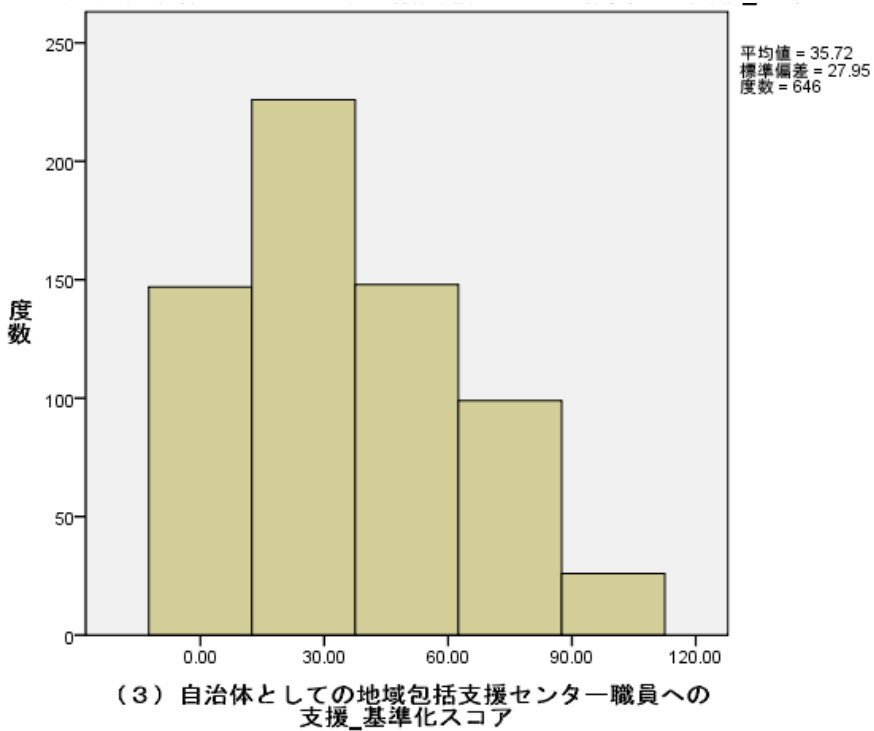
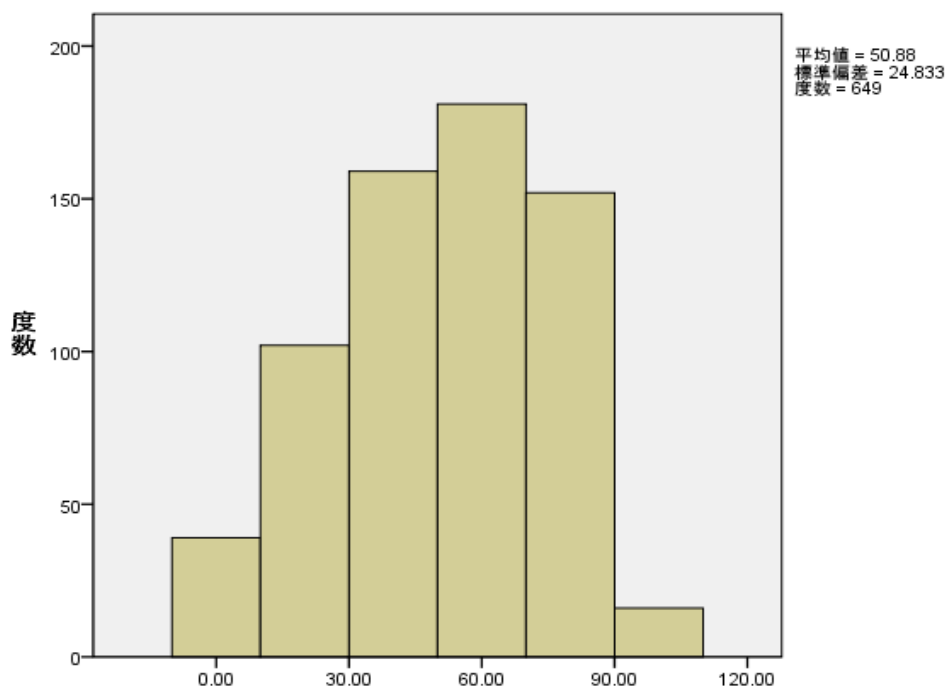


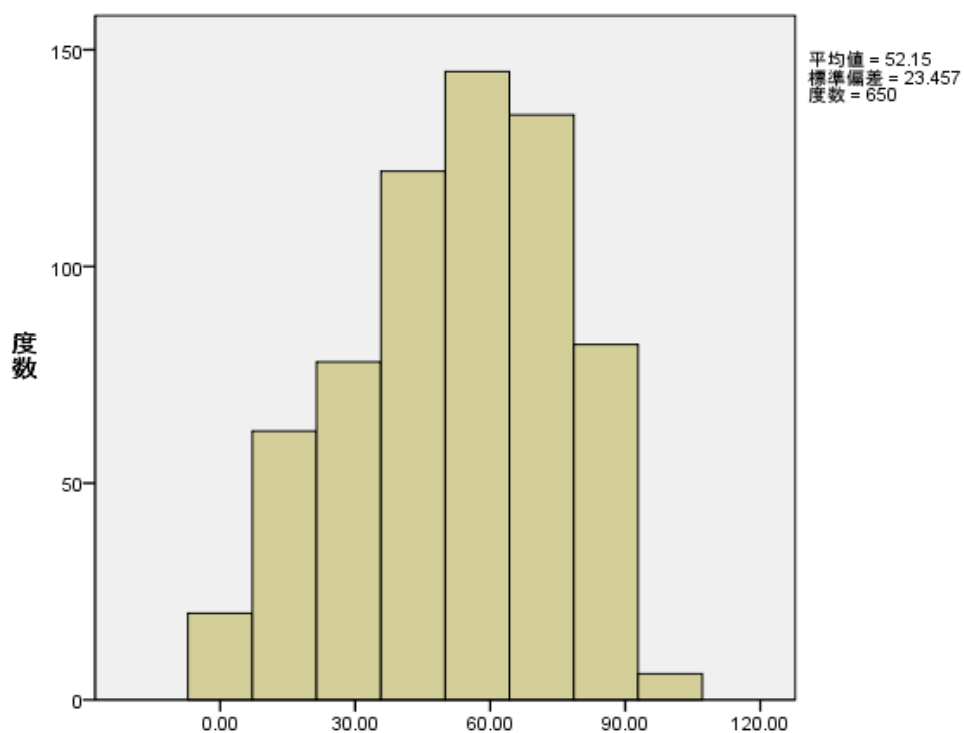
図 56 自治体としての地域包括支援センター職員への支援の基準化得点の分布





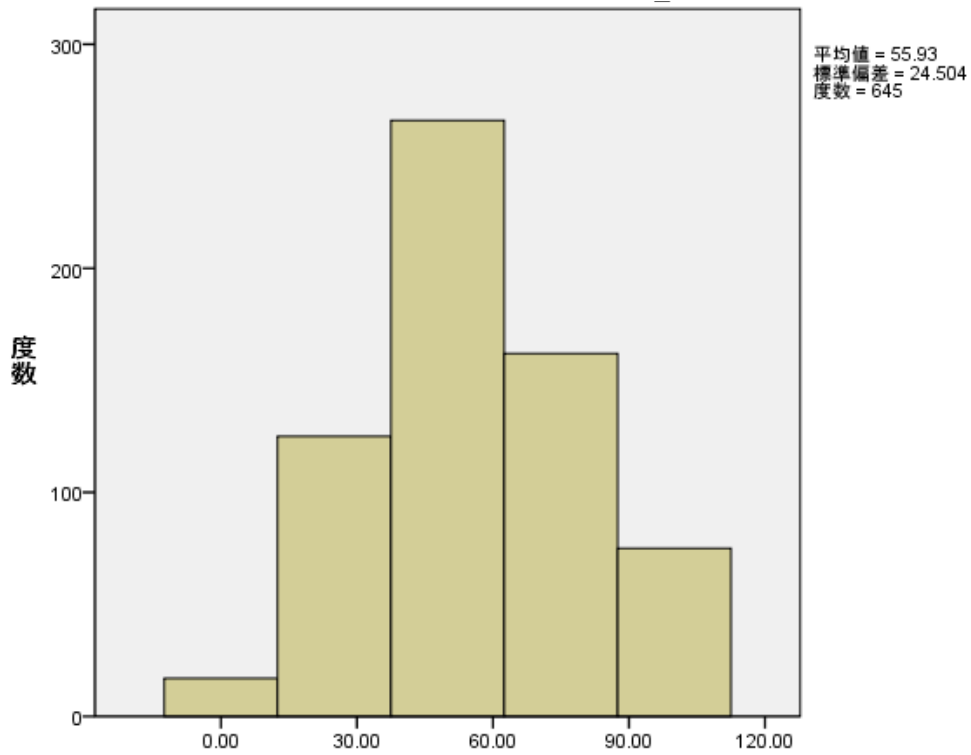
(4) 介護支援専門員への支援\_基準化スコア

図 57 介護支援専門員への支援の基準化得点の分布



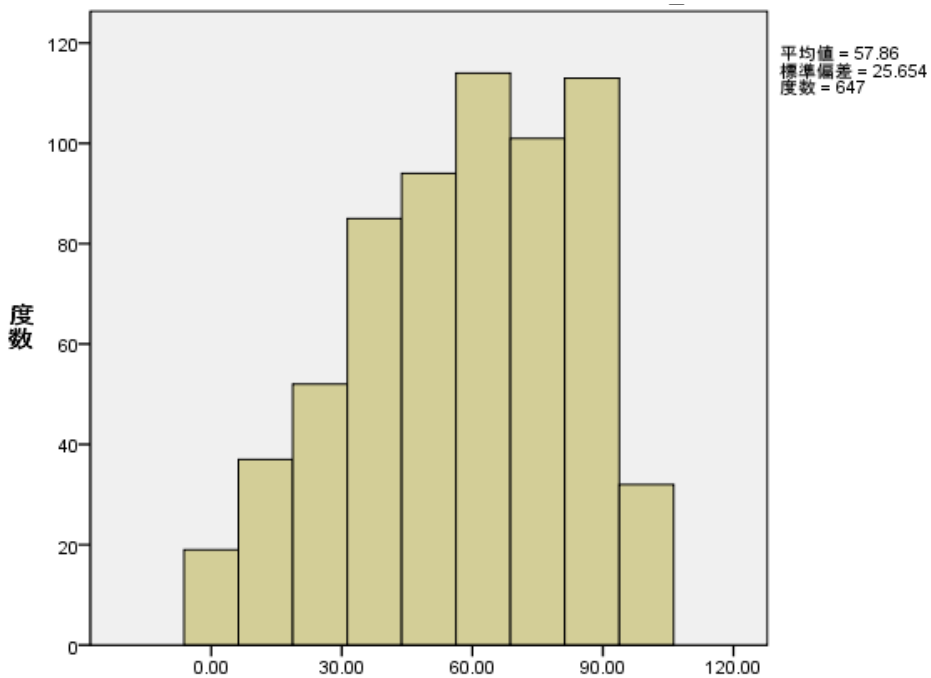
(5) 介護サービス事業者への支援\_基準化スコア

図 58 介護サービス事業者への支援の基準化得点の分布



(6) サービスの苦情・相談体制\_基準化スコア

図 59 サービスの苦情・相談体制の基準化得点の分布



(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等\_基準化スコア

図 60 高齢者虐待対応・権利擁護対応等の基準化得点の分布

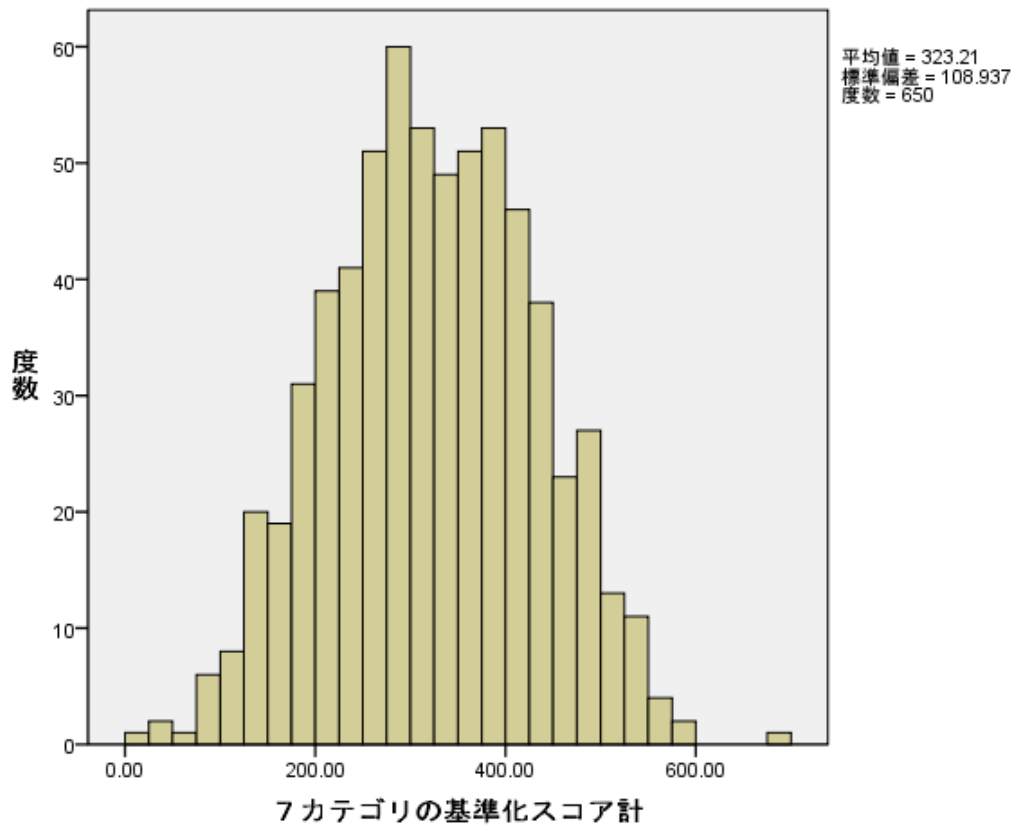


図 61 7カテゴリの標準化得点の分布

### (3) 人口規模別設置形態別保険者の12群の分布とその基準化得点の特徴

#### ① 全般的な特徴

地域包括支援センターへの支援は、保険者によって大きく異なるとの意見を受け、人口規模別地域包括支援センター設置形態別に保険者を分類し、分析を行った。

分類は、人口規模と委託の形態によって12のタイプに分けた(下表48参照)。しかし、町村部においては、直営と委託型の併存型は1保険者しか存在しなかったため、削除し、残った11タイプ別に「介護保険事業計画の進捗管理等の状況」、「地域連携の仕組みづくり」、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」、「介護支援専門員への支援」、「介護サービス事業者への支援」、「サービスの苦情・相談体制」、「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」の7種類の保険者の実施体制について分析した。

本調査で回収された保険者は650であり、このうち、最も高い割合を示していたのは、町村部直営型の地域包括支援センターを持つ保険者で28.5%を占めていた。ついで多かったのが、人口10万人未満の市部で直営型を持つ保険者で21.5%を示していた。ついで、町村部委託のみ型を持つ保険者が12.0%と示された。

わが国は、人口規模が小さい町村部が多いことから、この分布と全国的な傾向が大きく乖離しているとはいえないが、人口10万人以上の政令市等が保険者に占める割合は低いことから、今回の分析では、とくにこれらの政令市の特徴が示されることとなったともいえる。

7種類の事業を基準化したポイントの合計点(満点が700点)の群別のポイントの平均値が最も高かったのは、「人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営のみ」の496.6であった。次いで、「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営と委託」の442.1で、「人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営と委託」が406.8と示された。

最も低かったのは、「町村部×委託のみ」の256.0、「町村部×直営のみ」の264.1、「人口10万人未満の市部×委託のみ」306.8と続いていた。

これらの結果からは、全般的には、人口規模が10万人以上の都市のポイントは、町村部とおおよそ2倍の開きがあり、かなり高いポイントを示していることがわかった。

表 48 人口規模および設置形態による自治体の分類

	N	%
町村部×直営のみ	185	28.5
町村部×委託のみ	78	12.0
町村部×直営と委託	1	.2
人口10万人未満の市部×直営のみ	140	21.5
人口10万人未満の市部×委託のみ	62	9.5
人口10万人未満の市部×直営と委託	22	3.4
人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営のみ	22	3.4
人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×委託のみ	53	8.2
人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営と委託	17	2.6
人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営のみ	7	1.1
人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×委託のみ	51	7.8
人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営と委託	9	1.4
無回答	3	.5
合計	650	100.0

表 49 人口規模および設置形態による自治体タイプ別基準化得点の記述統計

自治体タイプ(12群)	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差	変動係数
町村部×直営のみ	185	14.3	558.8	264.1	97.1	36.8
町村部×委託のみ	78	75	478.7	256	93.2	36.4
町村部×直営と委託	1	161.1	161.1	161.1	.	.
人口10万人未満の市部×直営のみ	140	87.5	544.9	340.7	93.3	27.4
人口10万人未満の市部×委託のみ	62	82.5	455.6	306.8	79.7	26.0
人口10万人未満の市部×直営と委託	22	148.6	519.9	335.9	99.7	29.7
人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営のみ	22	156.1	685.7	394.5	107.1	27.1
人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×委託のみ	53	257.3	582.4	388.3	81.7	21.0
人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営と委託	17	270.4	523.2	406.8	66.5	16.3
人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営のみ	7	443.9	553.2	496.6	40.5	8.2
人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×委託のみ	51	240.2	580.6	439.5	66.3	15.1
人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営と委託	9	360.4	533.9	442.1	50	11.3

②基準化したポイントからみた11群別保険者の特徴

変動係数が最も高かったのは、「町村部×直営のみ」で36.8、次いで「町村部×委託のみ」が36.4と続いていた。低かったのは、「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営のみ」は8.2で、次いで「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営と委託」で11.3であった。

基準化得点の分布状況からみても、町村部は、直営のみで14.3、委託のみで75.0と極めて低いところから、558.8の高いところが存在しており、保険者間の差が激しいものと推察された。

一方、人口10万人以上の市部で政令市、中核市、特例市で直営のみ型の保険者は、最低が443.9、最高が553.2と示され、大きな差がないことが特徴と考えられた。

最も高いポイントを示していたのは、10万人以上の市部で政令市、中核市、特例市で委託のみ型であることから、設置型については、人口規模を考慮したうえでの検討が必要であることがわかった。

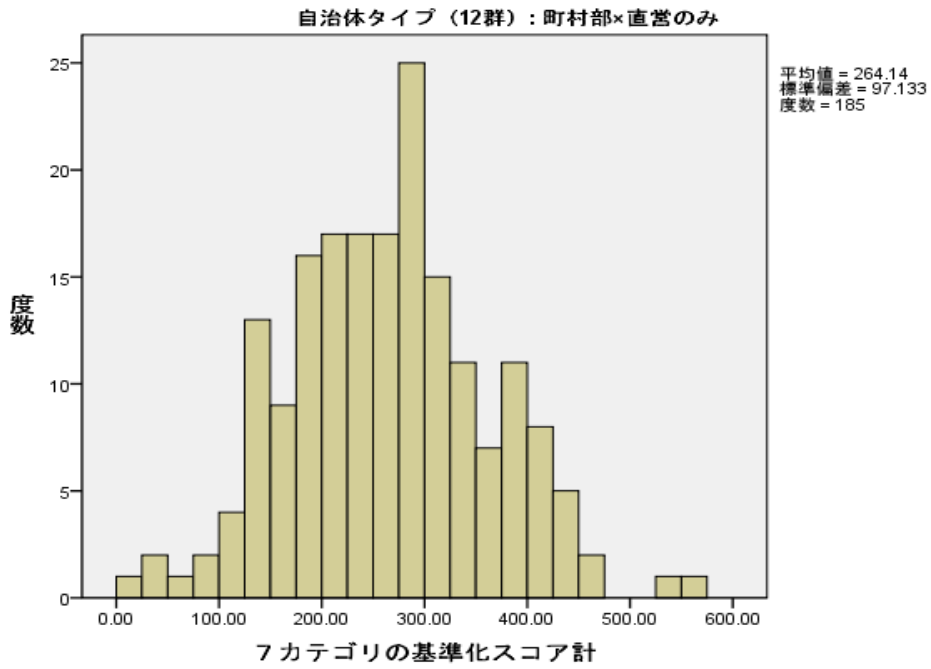


図 62 自治体タイプ「町村部×直営のみ」の標準化得点の分布

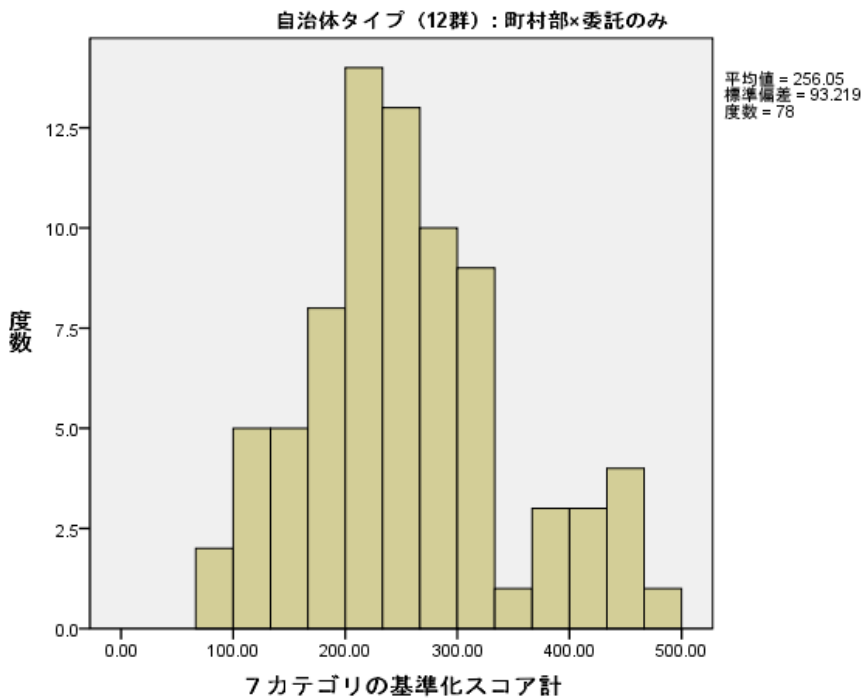


図 63 自治体タイプ「町村部×委託のみ」の標準化得点の分布

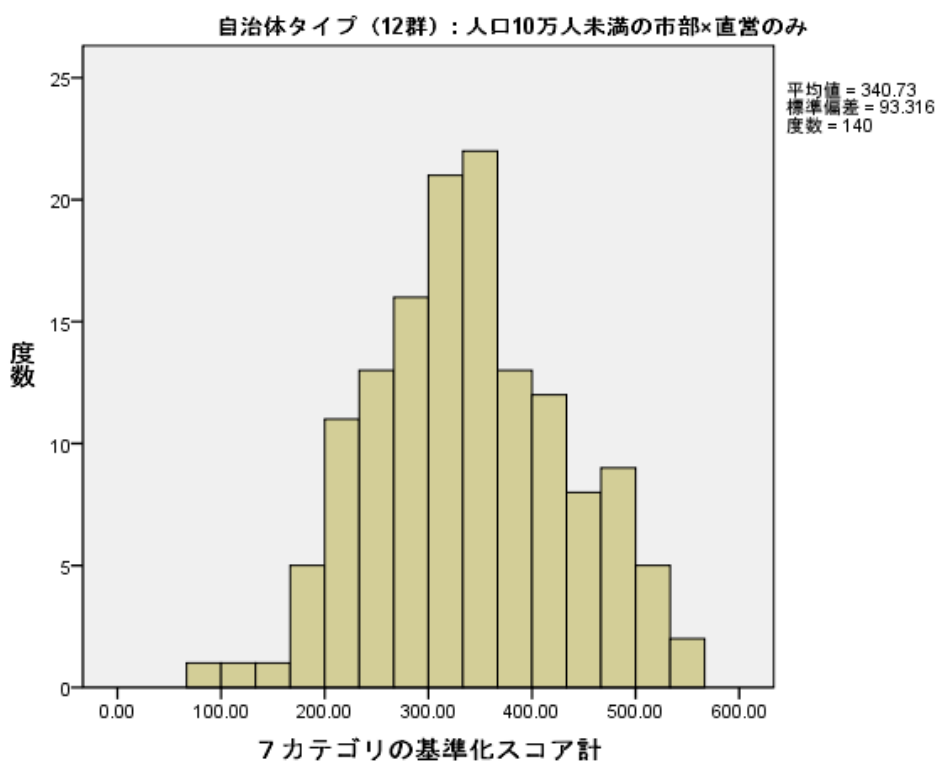


図 64 自治体タイプ「人口 10 万人未満の市部×直営のみ」の標準化得点の分布

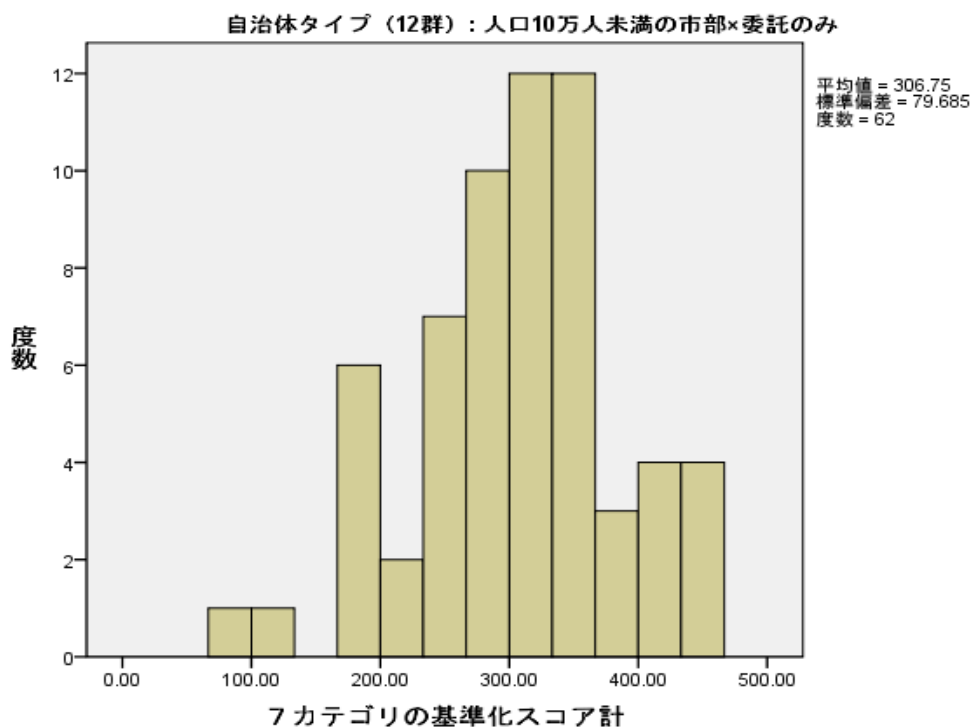


図 65 自治体タイプ「人口 10 万人未満の市部×委託のみ」の標準化得点の分布

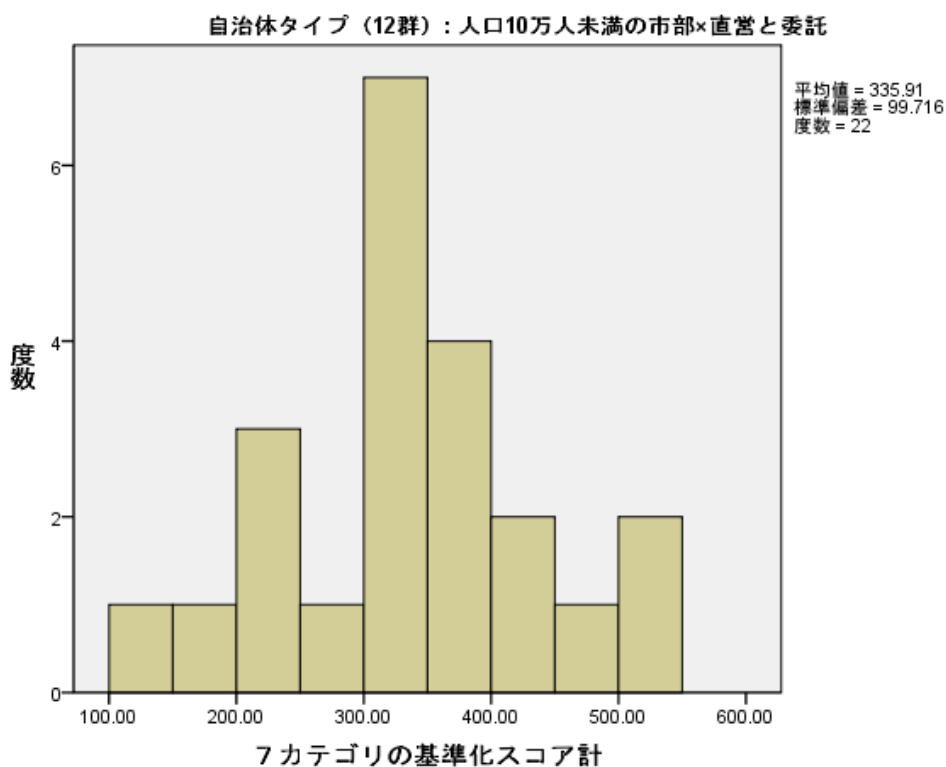


図 66 自治体タイプ「人口 10 万人未満の市部×直営と委託」の基準化得点の分布

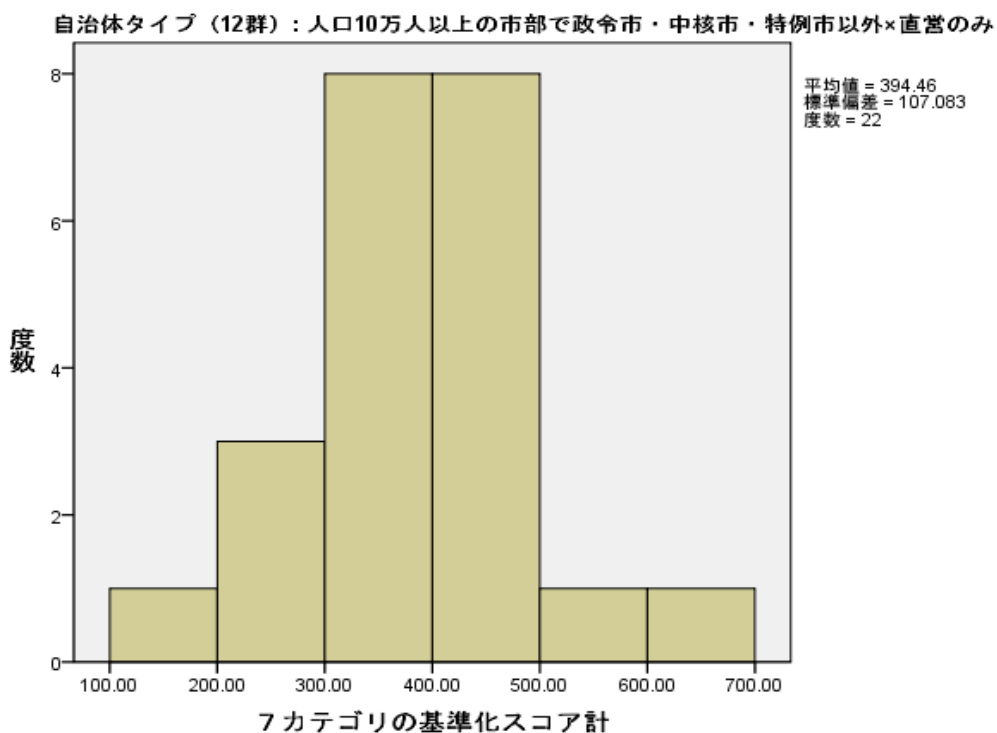


図 67 自治体タイプ「人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営のみ」の基準化得点の分布



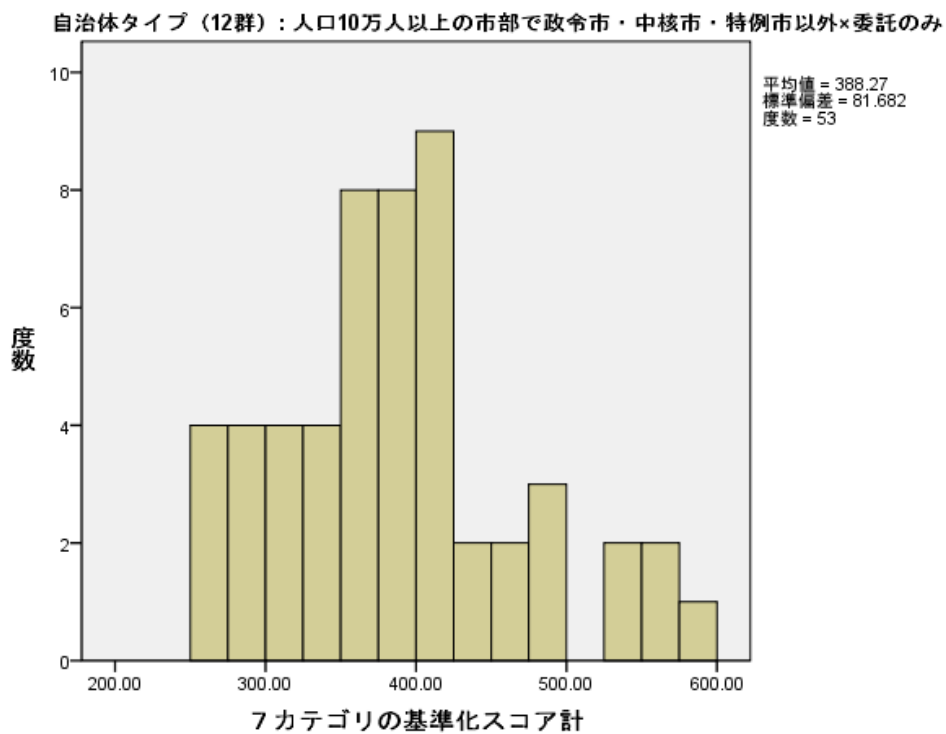


図 68 自治体タイプ「人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×委託のみ」の標準化得点の分布

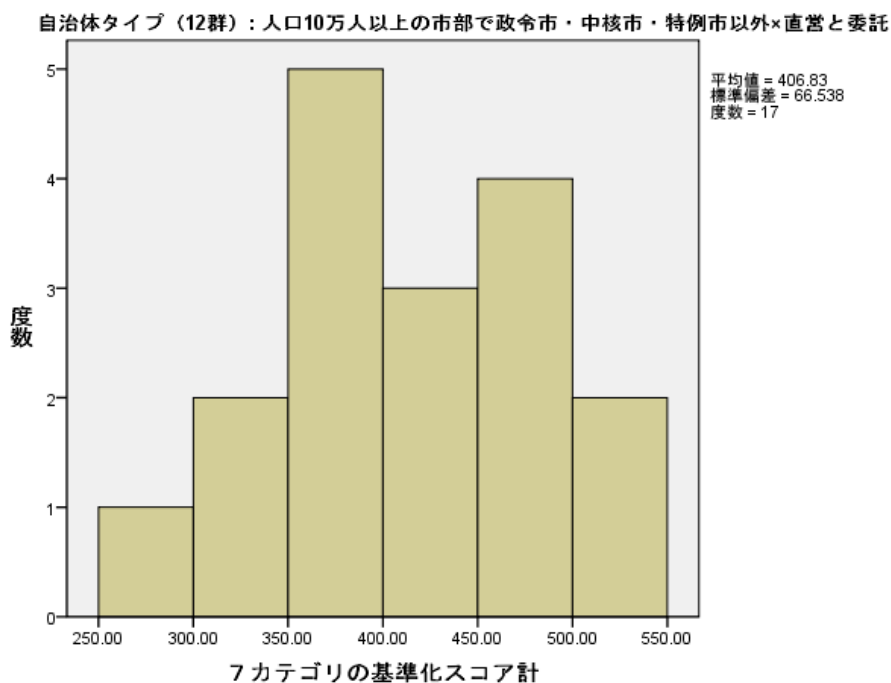


図 69 自治体タイプ「人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営と委託」の標準化得点の分布

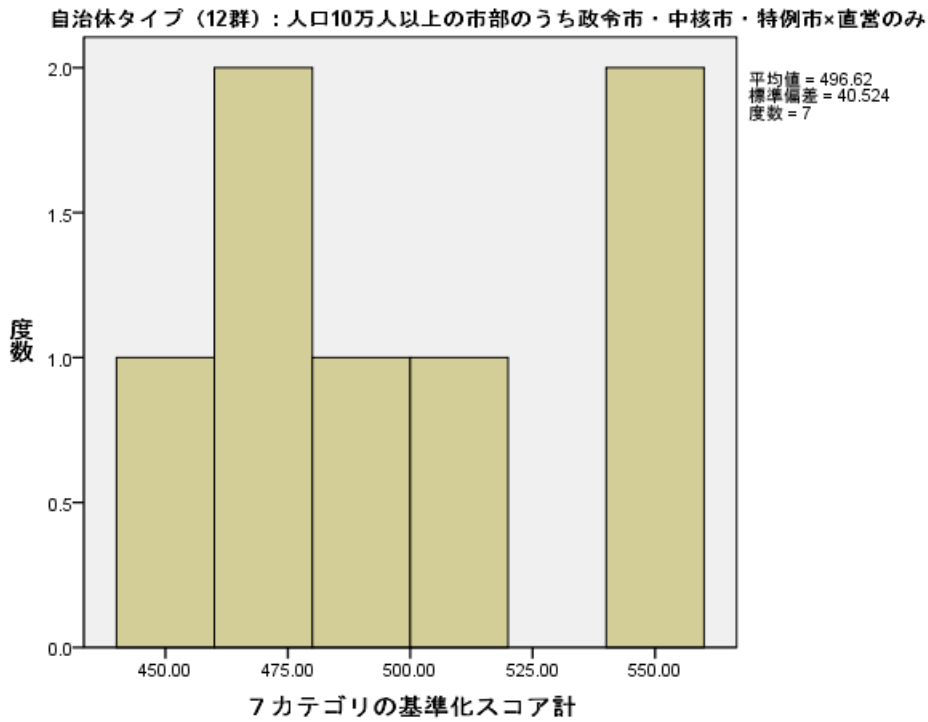


図 70 自治体タイプ「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営のみ」の基準化得点の分布

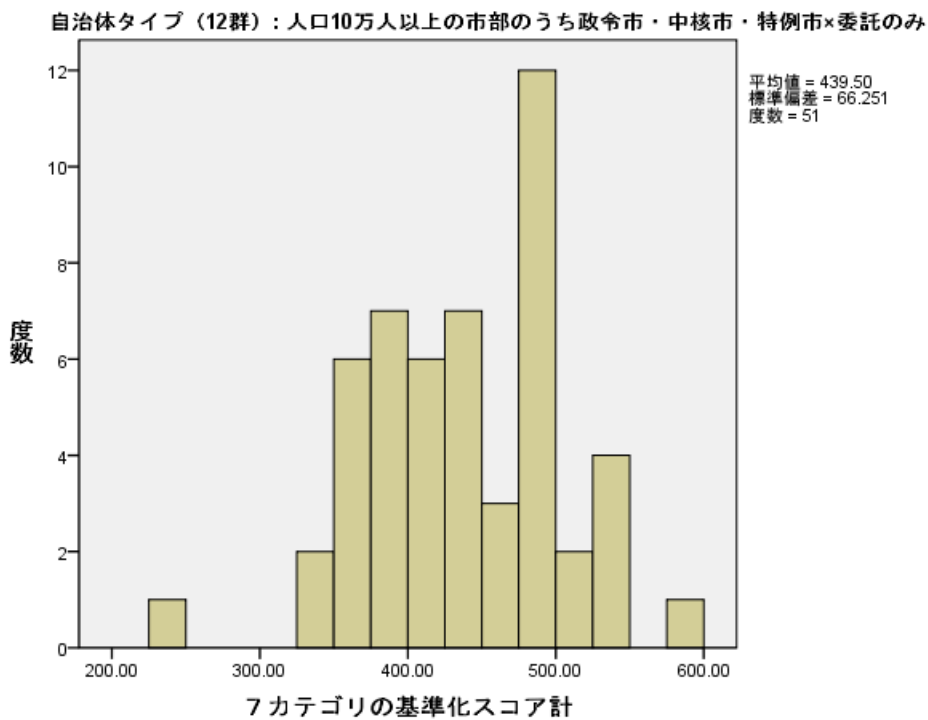


図 71 自治体タイプ「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×委託のみ」の基準化得点の分布

#### (4) 人口規模別保険者群別 7 種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況

人口規模別保険者群における 7 種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況を基準化得点によってみたところ、すべての群間に有意差が示されたのは、(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援、(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等の 2 種類であった。

また「人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」と「人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市以外」にすべて有意差が示されたのは、「(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況」、「(4) 介護支援専門員への支援」、「(5) 介護サービス事業者への支援」であった。

表 50 人口規模別保険者群における 7 カテゴリーの基準化得点

	町村部	人口 10 万人未満の市部	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	33.0	38.1	45.8	52.7
(2) 地域連携の仕組みづくり	30.4	34.7	34.8	37.9
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	23.7	32.8	53.3	69.0
(4) 介護支援専門員への支援	39.5	54.3	63.3	67.5
(5) 介護サービス事業者への支援	36.8	57.3	68.3	73.6
(6) サービスの苦情・相談体制	54.6	54.1	59.2	62.7
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	45.1	61.2	68.5	82.5

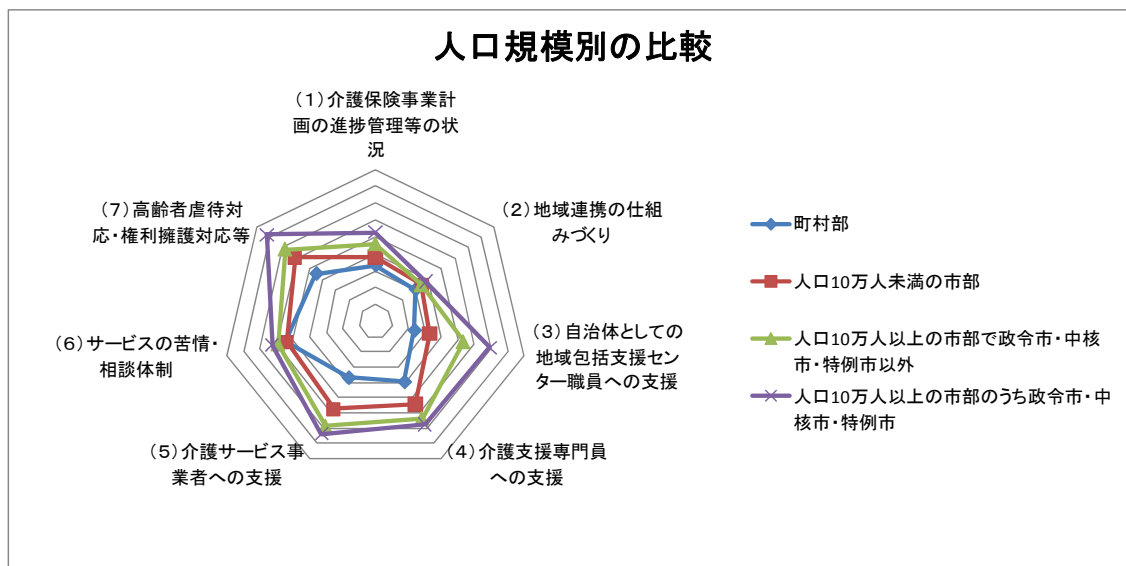


図 72 人口規模別保険者群における 7 カテゴリーの基準化得点のレーダーチャート

表 51 人口規模別保険者群における7カテゴリの基準化得点の平均値の差および標準誤差

			平均値の差	標準誤差	有意確率
(1) 介護 保険事業 計画の進 捗管理等 の状況	町村部	⇔ 人口10万人未満の市部	-5.11	2.13	0.02
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-12.82	2.85	0.00
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-19.72	3.22	0.00
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-7.71	2.91	0.01
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-14.61	3.27	0.00
	人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-6.90	3.78	0.07
(2) 地域 連携の仕 組みづく り	町村部	⇔ 人口10万人未満の市部	-4.37	1.77	0.01
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-4.43	2.37	0.06
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-7.52	2.67	0.01
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-0.06	2.42	0.98
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-3.15	2.72	0.25
	人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-3.09	3.14	0.33
(3) 自治 体として の地域包 括支援セ ンター職 員への支 援	町村部	⇔ 人口10万人未満の市部	-9.09	2.16	0.00
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-29.58	2.87	0.00
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-45.35	3.24	0.00
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-20.49	2.94	0.00
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-36.26	3.30	0.00
	人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-15.77	3.81	0.00
(4) 介護	町村部	⇔ 人口10万人未満の市部	-14.84	2.05	0.00

支援専門 員への支 援	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-23.79	2.74	0.00
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-27.99	3.09	0.00
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-8.95	2.80	0.00
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-13.15	3.15	0.00
	人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-4.20	3.63	0.25
(5)介護 サービス 事業者へ の支援	町村部	⇔ 人口10万人未満の市部	-20.50	1.72	0.00
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-31.56	2.30	0.00
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-36.80	2.60	0.00
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-11.05	2.35	0.00
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-16.29	2.65	0.00
	人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-5.24	3.05	0.09
(6)サー ビスの苦 情・相談体 制	町村部	⇔ 人口10万人未満の市部	0.45	2.22	0.84
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-4.66	2.96	0.12
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-8.11	3.34	0.02
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-5.11	3.02	0.09
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-8.56	3.40	0.01
	人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-3.45	3.92	0.38
(7)高齢 者虐待対 応・権利擁 護対応等	町村部	⇔ 人口10万人未満の市部	-16.11	2.05	0.00
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-23.42	2.74	0.00
	町村部	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-37.41	3.09	0.00
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	-7.31	2.80	0.01
	人口10万人以上の市部で政 令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-21.30	3.15	0.00
	人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	⇔ 人口10万人以上の市部のう ち政令市・中核市・特例市	-13.98	3.63	0.00

(5) 設置形態別保険者群別 7 種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況

設置形態別保険者群における 7 種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況を基準化得点によってみたところ、「地域連携の仕組みづくり」および「サービスの苦情・相談体制」については、設置形態によってその取り組み状況に有意差がないことが明らかになった。また、介護保険事業計画についても有意差が見られたのは、「直営のみ」と「直営と委託」の群間のみであり、その他の群間においては有意差が見られなかった。

表 52 設置形態別保険者群における 7 カテゴリーの基準化得点

	直営のみ	委託のみ	直営と委託
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	36.8	40.1	46.2
(2) 地域連携の仕組みづくり	34.2	31.8	34.7
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	27.9	44.6	47.9
(4) 介護支援専門員への支援	49.9	50.7	60.0
(5) 介護サービス事業者への支援	48.6	55.0	63.6
(6) サービスの苦情・相談体制	56.6	54.4	57.7
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	54.5	60.5	68.4

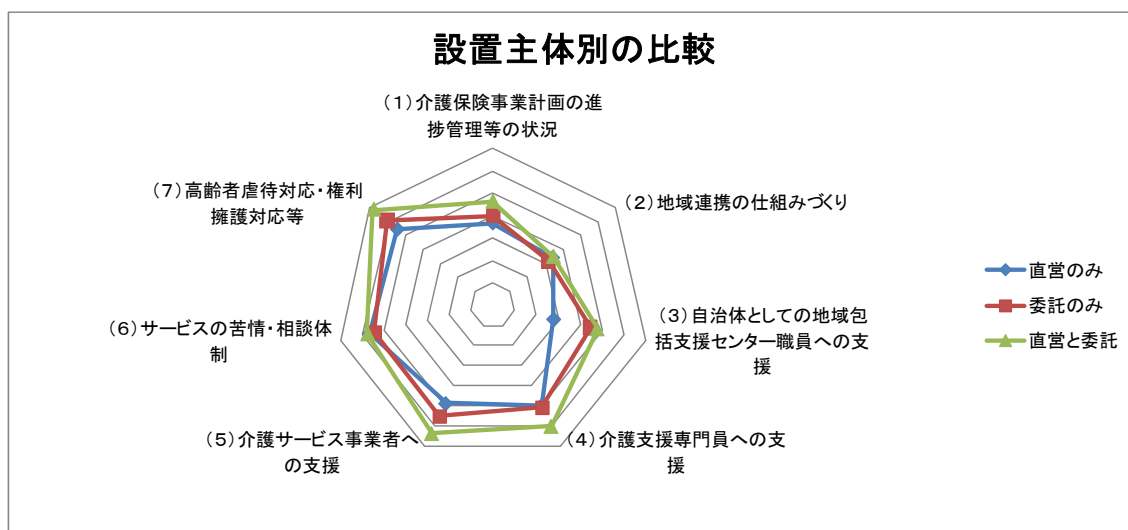


図 73 設置形態別保険者群における 7 カテゴリーの基準化得点のレーダーチャート

表 53 設置形態別保険者群における7カテゴリの基準化得点の平均値の差および標準誤差

		平均値 の差 (I-J)	標準誤差	有意確率
(1)介護保険事業計画の進捗管理等の状況_基準化スコア	直営のみ ⇔ 委託のみ	-3.27	2.02	0.11
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-9.40	3.73	0.01
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-6.13	3.83	0.11
(2)地域連携の仕組みづくり_基準化スコア	直営のみ ⇔ 委託のみ	2.38	1.64	0.15
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-0.52	3.00	0.86
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-2.90	3.08	0.35
(3)自治体としての地域包括支援センター職員への支援_基準化スコア	直営のみ ⇔ 委託のみ	-16.65	2.22	0.00
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-20.00	4.11	0.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-3.35	4.21	0.43
(4)介護支援専門員への支援_基準化スコア	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.80	2.06	0.70
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-10.14	3.77	0.01
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-9.34	3.88	0.02
(5)介護サービス事業者への支援_基準化スコア	直営のみ ⇔ 委託のみ	-6.35	1.92	0.00
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-14.93	3.52	0.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-8.58	3.62	0.02
(6)サービスの苦情・相談体制_基準化スコア	直営のみ ⇔ 委託のみ	2.22	2.05	0.28
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-1.01	3.74	0.79
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-3.23	3.84	0.40
(7)高齢者虐待対応・権利擁護対応等_基準化スコア	直営のみ ⇔ 委託のみ	-6.04	2.12	0.00
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-13.87	3.87	0.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-7.83	3.98	0.05

(6) 人口規模別設置形態別保険者群 7 種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況

① 町村部における直営・委託についての基準化得点の比較

町村部における直営と委託型の割合は、概ね 7 対 3 で直営型の割合が高かった (P33、表 3 参照)。この 2 群間での 7 種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況について、基準化得点についての検討を行った。

直営型が有意に高かったのは、「介護支援専門員への支援」だけであり、逆に「委託型が高いと示されたのは「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」であった。

表 54 町村部における直営・委託における 7 カテゴリーの基準化得点

	町村部×直営のみ	町村部×委託のみ	P 値
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	32.2	34.8	0.44
(2) 地域連携の仕組みづくり	30.5	29.9	0.79
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	21.5	28.8	0.02
(4) 介護支援専門員への支援	41.9	33.8	0.01
(5) 介護サービス事業者への支援	37.8	34.4	0.22
(6) サービスの苦情・相談体制	55.6	52.2	0.34
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	45.9	43.3	0.44

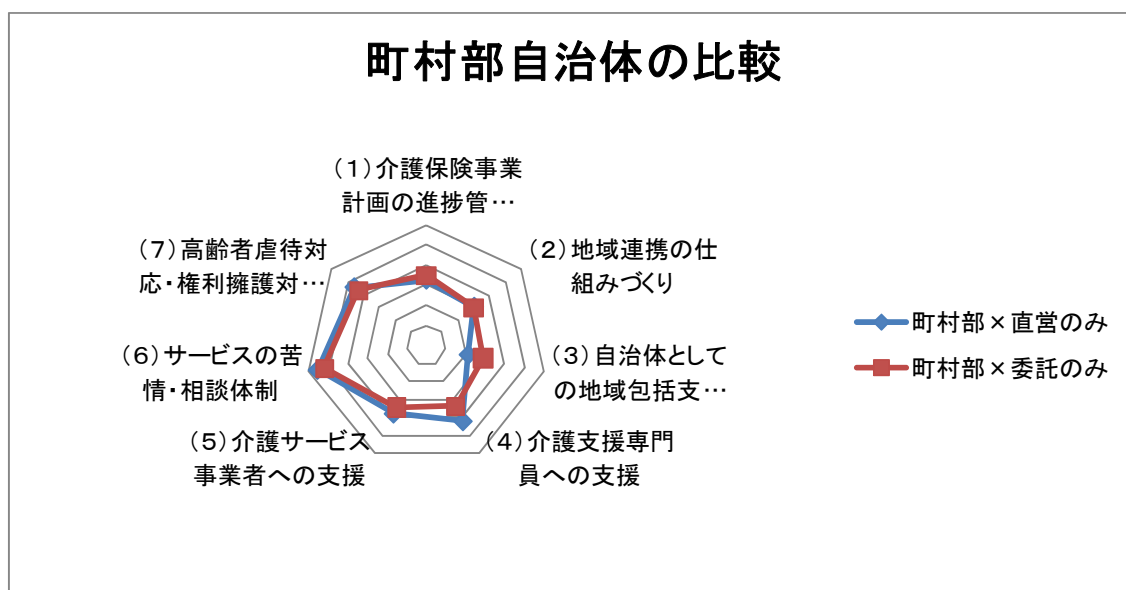


図 74 町村部における直営・委託別 7 カテゴリーの基準化得点のレーダーチャート



② 10万未満の市部における設置形態別の基準化得点の比較

10万未満の市部における直営と委託・直営と委託型の割合は、概ね6対3対1であった(P33、表3参照)。7種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況について、設置形態別3群間の基準化得点に検討を行ったところ、7種類の事業内容すべての回答の平均において、直営型と委託型に有意な差があり、直営型が委託型よりも得点は高かった。この他に、有意な差があったのは、「介護保険事業計画の進捗管理等の状況」と「地域連携の仕組みづくり」と「サービスの苦情・相談体制」の3種類であり、これらについては直営型のほうが委託型よりも得点が高かった。しかし、直営のみと直営と委託型の間と委託のみと直営と委託型の間には有意な差はなかった。

自治体としての地域包括支援センター職員への支援については、直営と委託型が、委託のみ型よりも有意に高かったが、直営型との有意な差はなかった。

表 55 10万人未満の市部における設置形態別7カテゴリの基準化得点

	人口10万人未満の市部×直営のみ	人口10万人未満の市部×委託のみ	人口10万人未満の市部×直営と委託
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	39.5	34.4	40.9
(2) 地域連携の仕組みづくり	38.3	28.4	31.8
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	31.9	31.9	40.5
(4) 介護支援専門員への支援	56.3	51.3	51.8
(5) 介護サービス事業者への支援	58.5	53.9	59.1
(6) サービスの苦情・相談体制	56.1	49.6	52.3
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	61.9	59.0	61.4

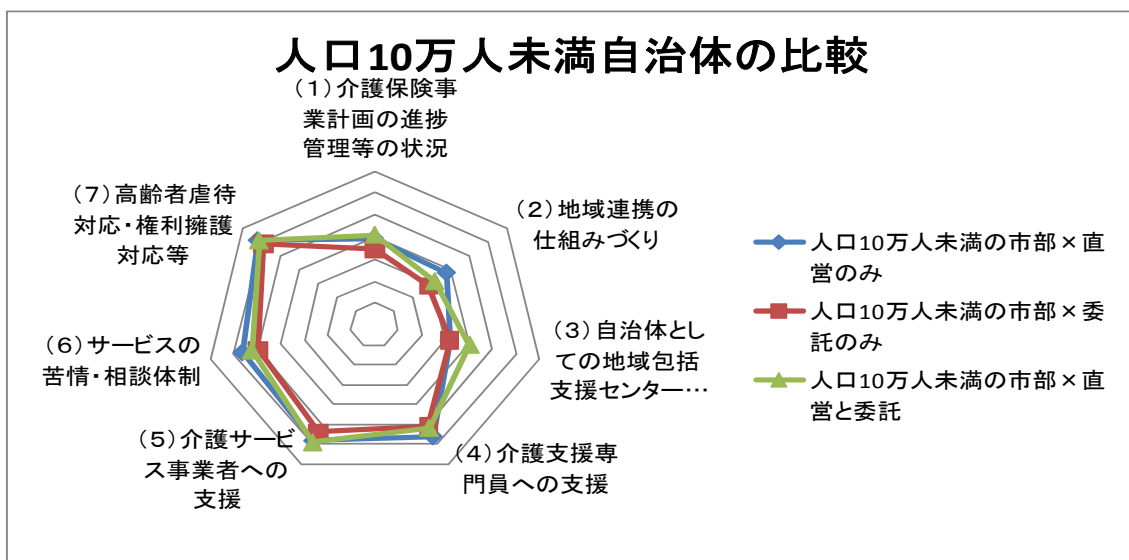


図 75 10万人未満の市部における設置形態別7カテゴリの基準化得点のレーダーチャート

表 56 10 万未満の支部における設置形態別7カテゴリの基準化得点の平均値の差および標準誤差

			平均値の差	標準誤差	有意確率
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	直営のみ	⇔ 委託のみ	5.12	3.59	0.16
	直営のみ	⇔ 直営と委託	-1.39	5.39	0.80
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-6.50	5.84	0.27
(2) 地域連携の仕組みづくり	直営のみ	⇔ 委託のみ	9.88	3.16	0.00
	直営のみ	⇔ 直営と委託	6.49	4.75	0.17
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-3.39	5.13	0.51
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	直営のみ	⇔ 委託のみ	0.08	3.72	0.98
	直営のみ	⇔ 直営と委託	-8.54	5.69	0.13
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-8.62	6.13	0.16
(4) 介護支援専門員への支援	直営のみ	⇔ 委託のみ	4.97	3.33	0.14
	直営のみ	⇔ 直営と委託	4.44	5.01	0.38
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.53	5.41	0.92
(5) 介護サービス事業者への支援	直営のみ	⇔ 委託のみ	4.55	3.02	0.13
	直営のみ	⇔ 直営と委託	-0.62	4.53	0.89
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-5.17	4.91	0.29
(6) サービスの苦情・相談体制	直営のみ	⇔ 委託のみ	6.52	3.69	0.08
	直営のみ	⇔ 直営と委託	3.84	5.52	0.49
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-2.68	5.98	0.65
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	直営のみ	⇔ 委託のみ	2.86	3.42	0.40
	直営のみ	⇔ 直営と委託	0.51	5.11	0.92
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-2.35	5.54	0.67

③ 10 万以上の市部のうち政令市・中核市・特例市を除いた市部における設置形態別の基準化得点の比較

10 万以上の市部で政令市・中核市・特例市を除いた市部では、直営、委託、直営と委託型の割合は、概ね 2 対 6 対 2 であった（P33、表 3 参照）。

7 種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況について、設置形態別 3 群間の基準化得点に検討を行ったところ、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」のみ、直営のみが委託のみより有意に得点が高かった。その他のカテゴリにおいては、いずれの群間においても有意差は見られなかった。

表 57 10 万以上の市部のうち政令市・中核市・特例市を除いた市部における設置形態別 7 カテゴリの基準化得点

	人口 10 万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市 以外×直営のみ	人口 10 万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市 以外×委託のみ	人口 10 万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市 以外×直営と委託
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	50.0	42.8	50.0
(2) 地域連携の仕組みづくり	35.2	33.0	39.7
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	43.2	58.0	51.5
(4) 介護支援専門員への支援	67.3	61.1	64.7
(5) 介護サービス事業者への支援	67.5	69.3	66.4
(6) サービスの苦情・相談体制	61.4	57.1	63.2
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	69.9	67.0	71.3

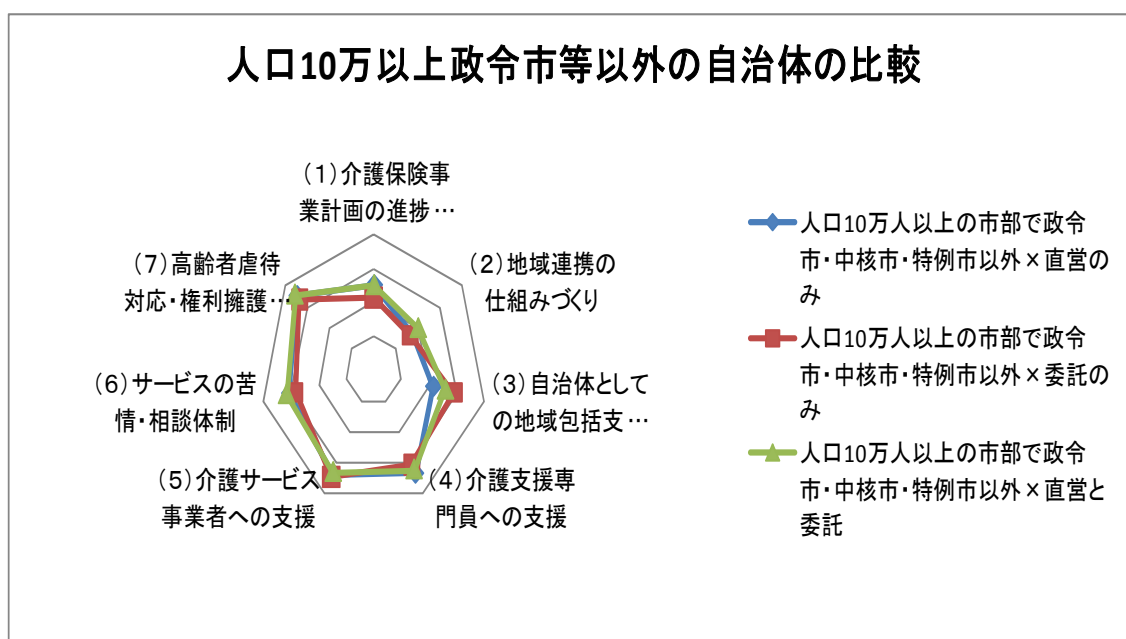


図 76 10 万以上の市部のうち政令市・中核市・特例市を除いた市部における設置形態別 7 カテゴリの基準化得点のレーダーチャート

表 58 10 万以上の市部のうち政令市・中核市・特例市を除いた市部における設置形態別 7 カテゴリーの基準化得点の平均値の差および標準誤差

		平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	直営のみ ⇔ 委託のみ	7.23	6.22	0.25
	直営のみ ⇔ 直営と委託	0.00	7.93	1.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-7.23	6.84	0.29
(2) 地域連携の仕組みづくり	直営のみ ⇔ 委託のみ	2.21	5.64	0.70
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-4.48	7.18	0.53
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-6.69	6.20	0.28
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	直営のみ ⇔ 委託のみ	-14.84	6.55	0.03
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-8.29	8.33	0.32
	委託のみ ⇔ 直営と委託	6.55	7.19	0.37
(4) 介護支援専門員への支援	直営のみ ⇔ 委託のみ	6.14	5.51	0.27
	直営のみ ⇔ 直営と委託	2.57	7.01	0.72
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-3.57	6.05	0.56
(5) 介護サービス事業者への支援	直営のみ ⇔ 委託のみ	-1.74	3.94	0.66
	直営のみ ⇔ 直営と委託	1.15	5.01	0.82
	委託のみ ⇔ 直営と委託	2.89	4.33	0.51
(6) サービスの苦情・相談体制	直営のみ ⇔ 委託のみ	4.29	5.48	0.44
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-1.87	6.98	0.79
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-6.16	6.02	0.31
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	直営のみ ⇔ 委託のみ	2.91	5.11	0.57
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-1.44	6.50	0.83
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-4.34	5.61	0.44

④ 10 万以上の市部のうち政令市・中核市・特例市における設置形態別基準化得点の比較

10 万以上の市部で政令市・中核市・特例市では、直営と委託・直営と委託型の割合は、概ね1対8対1であった（P33、表3参照）。

委託のみが76.1%と多かったが、3群間の7種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況について基準化得点の比較によって検討を行ったところ、いずれのカテゴリにおいても、有意差はなかった。

表 59 10 万以上の市部のうち政令市・中核市・特例市における設置形態別7カテゴリの基準化得点

	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営のみ	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×委託のみ	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営と委託
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	59.5	52.0	51.9
(2) 地域連携の仕組みづくり	46.4	37.5	33.3
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	71.4	70.1	61.1
(4) 介護支援専門員への支援	77.1	64.7	75.6
(5) 介護サービス事業者への支援	79.6	72.8	73.0
(6) サービスの苦情・相談体制	78.6	60.8	61.1
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	83.9	81.6	86.1

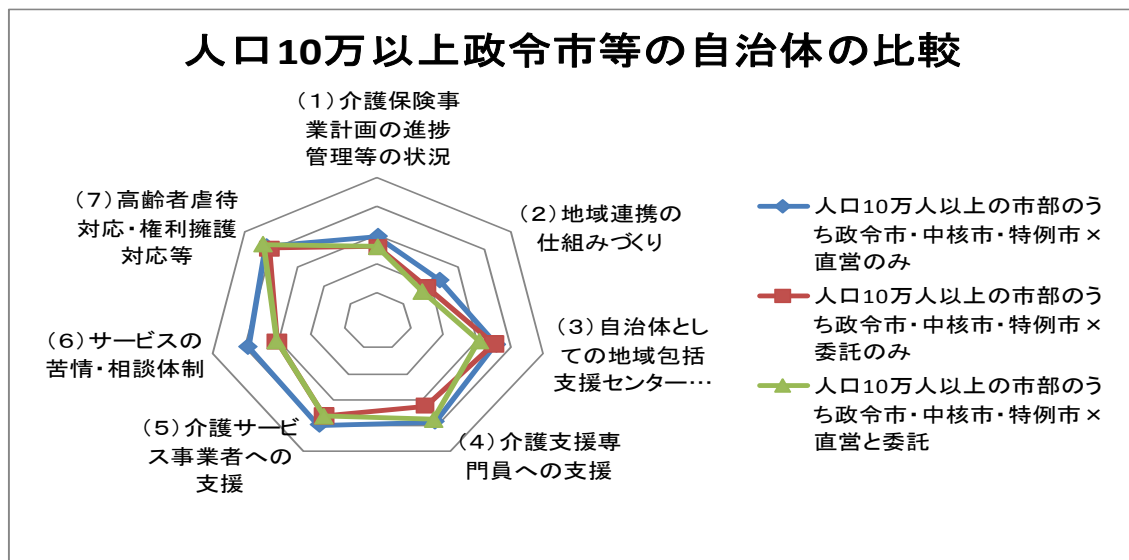


図 77 10 万以上の市部のうち政令市・中核市・特例市における設置形態別7カテゴリの基準化得点のレーダーチャート

表 60 10 万以上の市部のうち政令市・中核市・特例市における設置形態別 7 カテゴリーの基準化得点の平均値の差および標準誤差

		平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	直営のみ ⇔ 委託のみ	7.56	8.22	0.36
	直営のみ ⇔ 直営と委託	7.67	10.28	0.46
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.11	7.38	0.99
(2) 地域連携の仕組みづくり	直営のみ ⇔ 委託のみ	8.93	7.90	0.26
	直営のみ ⇔ 直営と委託	13.10	9.88	0.19
	委託のみ ⇔ 直営と委託	4.17	7.09	0.56
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	直営のみ ⇔ 委託のみ	1.33	9.01	0.88
	直営のみ ⇔ 直営と委託	10.32	11.26	0.36
	委託のみ ⇔ 直営と委託	8.99	8.08	0.27
(4) 介護支援専門員への支援	直営のみ ⇔ 委託のみ	12.44	6.95	0.08
	直営のみ ⇔ 直営と委託	1.59	8.69	0.86
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-10.85	6.24	0.09
(5) 介護サービス事業者への支援	直営のみ ⇔ 委託のみ	6.76	5.81	0.25
	直営のみ ⇔ 直営と委託	6.58	7.26	0.37
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.19	5.21	0.97
(6) サービスの苦情・相談体制	直営のみ ⇔ 委託のみ	17.79	9.05	0.05
	直営のみ ⇔ 直営と委託	17.46	11.31	0.13
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.33	8.12	0.97
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	直営のみ ⇔ 委託のみ	2.31	5.88	0.70
	直営のみ ⇔ 直営と委託	-2.18	7.35	0.77
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-4.49	5.27	0.40

以上の結果からは、設置型の違いにおいて、有意な差が示されたのは、10 万人未満の市部であることがわかった。

10 万人未満の市部においては、委託のみ型の得点が全般的に低い傾向があり、これが顕著に示されたのは、「介護保険事業計画の進捗管理等の状況」、「地域連携の仕組みづくり」、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」、「サービスの苦情・相談体制」であった。

町村型においても、「介護支援専門員への支援」が直営型で有意に高かったが「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」については、委託型の方が高い傾向にあった。

しかし、10 万以上になると、設置型による有意な差はほとんどなくなり、「介護支援専門員への支援」において、政令指定都市や中核都市、特例市で委託のみ型が低くなる傾向が示された。

⑤ 直営型の人口規模別基準化得点の比較

直営型について、7種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況について、人口規模別に4群間の基準化得点に検討を行ったところ、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」のみ、すべての群間に有意差が見られ、人口規模が多くなるにつれて得点が高くなっていた。

また、「介護サービス事業者への支援」、「介護支援専門員への支援」については、人口10万人以上の政令市・中核市・特例市とそれ以外の群間を除き、有意差があり、その他のカテゴリ同様人口規模が大きくなるにつれて得点が高くなっていた。

また、人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市の得点は7カテゴリすべて、他の人口規模の保険者よりも高かった。

よって、直営型においては、人口規模が大きくなるほど、得点が高くなる傾向があった。

表 61 直営型の人口規模別7カテゴリの基準化得点

	町村部×直営のみ	人口10万人未満の市部×直営のみ	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営のみ	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営のみ
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	32.2	39.5	50.0	59.5
(2) 地域連携の仕組みづくり	30.5	38.3	35.2	46.4
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	21.5	31.9	43.2	71.4
(4) 介護支援専門員への支援	41.9	56.3	67.3	77.1
(5) 介護サービス事業者への支援	37.8	58.5	67.5	79.6
(6) サービスの苦情・相談体制	55.6	56.1	61.4	78.6
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	45.9	61.9	69.9	83.9

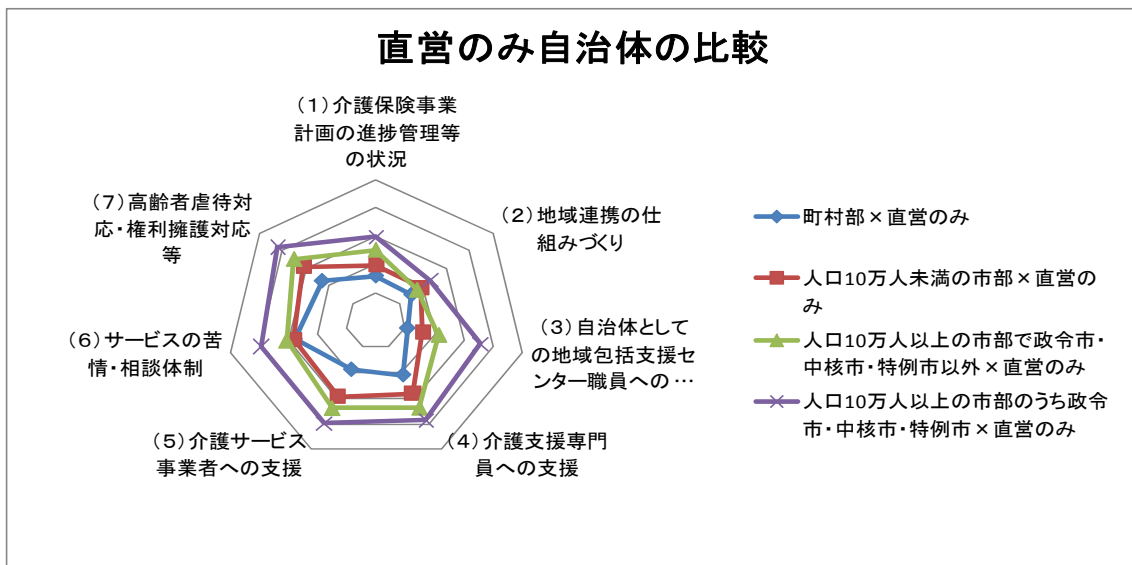


図 78 直営型の人口規模別7カテゴリの基準化得点のレーダーチャート

表 62 直営型の人口規模別得点の平均値の差および標準誤差

			平均値の 差 (I-J)	標準誤差	有意確率
(1) 介護保 険事業計画 の進捗管理 等の状況	町村部	⇔ 人口 10 万人未満の市部	-7.28	2.72	0.01
	町村部	⇔ 人口 10 万人以上の市部 で政令市・中核市・特例 市以外	-17.75	5.47	0.00
	町村部	⇔ 人口 10 万人以上の市部 のうち政令市・中核市・ 特例市	-27.28	9.33	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔ 人口 10 万人以上の市部 で政令市・中核市・特例 市以外	-10.48	5.56	0.06
	人口 10 万人未満の市 部	⇔ 人口 10 万人以上の市部 のうち政令市・中核市・ 特例市	-20.00	9.38	0.03
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	⇔ 人口 10 万人以上の市部 のうち政令市・中核市・ 特例市	-9.52	10.51	0.37
(2) 地域連 携の仕組み づくり	町村部	⇔ 人口 10 万人未満の市部	-7.84	2.30	0.00
	町村部	⇔ 人口 10 万人以上の市部 で政令市・中核市・特例 市以外	-4.75	4.62	0.30
	町村部	⇔ 人口 10 万人以上の市部 のうち政令市・中核市・ 特例市	-15.96	7.89	0.04
	人口 10 万人未満の市 部	⇔ 人口 10 万人以上の市部 で政令市・中核市・特例 市以外	3.08	4.70	0.51
	人口 10 万人未満の市 部	⇔ 人口 10 万人以上の市部 のうち政令市・中核市・ 特例市	-8.12	7.93	0.31
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	⇔ 人口 10 万人以上の市部 のうち政令市・中核市・ 特例市	-11.20	8.89	0.21
(3) 自治体 としての地 域包括支援 センター職 員への支援	町村部	⇔ 人口 10 万人未満の市部	-10.45	2.68	0.00
	町村部	⇔ 人口 10 万人以上の市部 で政令市・中核市・特例 市以外	-21.70	5.37	0.00
	町村部	⇔ 人口 10 万人以上の市部 のうち政令市・中核市・ 特例市	-49.94	9.17	0.00



	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市以外	-11.25	5.47	0.04
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-39.49	9.23	0.00
	人口10万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-28.25	10.34	0.01
(4) 介護支援専門員への支援	町村部	⇔	人口10万人未満の市部	-14.31	2.65	0.00
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市以外	-25.33	5.33	0.00
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-35.20	9.10	0.00
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市以外	-11.01	5.42	0.04
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-20.88	9.15	0.02
	人口10万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-9.87	10.26	0.34
	(5) 介護サービス事業者への支援	町村部	⇔	人口10万人未満の市部	-20.71	2.27
町村部		⇔	人口10万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市以外	-29.77	4.58	0.00
町村部		⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-41.83	7.81	0.00
人口10万人未満の市部		⇔	人口10万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市以外	-9.06	4.65	0.05
人口10万人未満の市部		⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-21.12	7.86	0.01
人口10万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市以外		⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-12.06	8.81	0.17
(6) サービスの苦情・相談体制		町村部	⇔	人口10万人未満の市部	-0.48	2.80
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部 で政令市・中核市・特例市以外	-5.73	5.61	0.31

	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-22.94	9.57	0.02
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-5.25	5.70	0.36
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-22.46	9.62	0.02
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-17.21	10.78	0.11
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-15.95	2.70	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-23.96	5.42	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-38.00	9.25	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-8.01	5.51	0.15
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-22.05	9.31	0.02
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-14.04	10.43	0.18

⑥ 委託型の人口規模別基準化得点の比較

委託型について、7種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況について、人口規模別に4群間の基準化得点に検討を行ったところ、すべての群間に有意差があったのは、「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」のみであった。また「介護サービス事業者への支援」、「介護支援専門員への支援」については、人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市とそれ以外の群のみ有意差がなく、その他の群間においてはすべて有意差が見られた。

一方、「地域連携の仕組みづくり」については、直営のみより、その差が少なく、「サービスの苦情相談体制」と同様「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」と町村部と人口10万未満群との間にのみ有意差が示されていた。

よって委託型においても直営と同様に、人口規模が大きくなるほど、得点が高くなる傾向があったが、直営同様「サービスの苦情相談体制」については、「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」のみ顕著に高く、町村部と人口10万未満群との間にのみ有意差が示された。

表 63 委託型の人口規模別7カテゴリの基準化得点

	町村部×委託のみ	人口10万人未満の市部×委託のみ	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×委託のみ	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×委託のみ
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	34.8	34.4	42.8	52.0
(2) 地域連携の仕組みづくり	29.9	28.4	33.0	37.5
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	28.8	31.9	58.0	70.1
(4) 介護支援専門員への支援	33.8	51.3	61.1	64.7
(5) 介護サービス事業者への支援	34.4	53.9	69.3	72.8
(6) サービスの苦情・相談体制	52.2	49.6	57.1	60.8
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	43.3	59.0	67.0	81.6

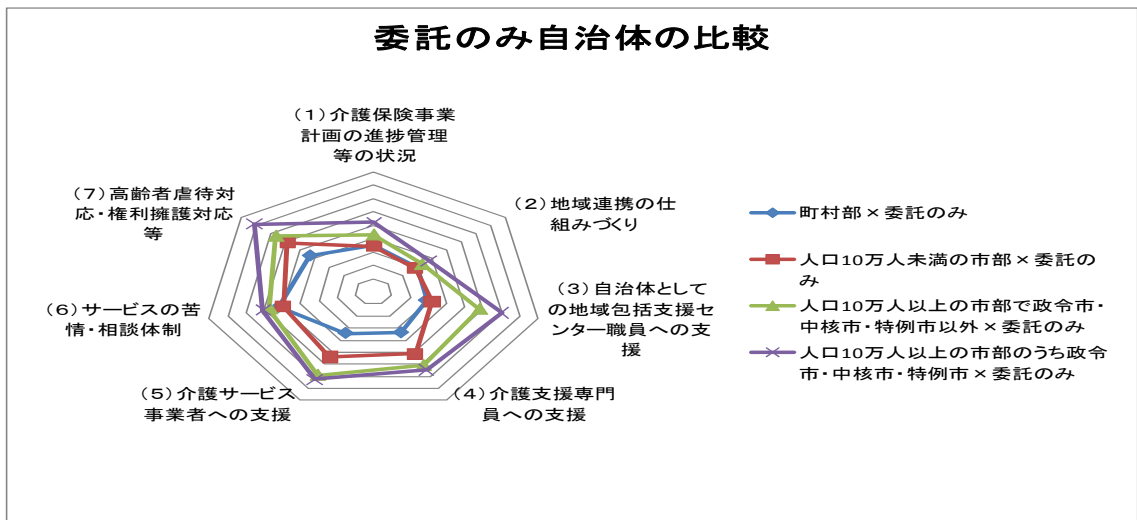


図 79 委託型の人口規模別7カテゴリの基準化得点のレーダーチャート

表 64 委託型の人口規模別7カテゴリの基準化得点の平均値の差および標準誤差

			平均値の 差 (I-J)	標準誤差	有意確 率	
(1)介護保険 事業計画の進 捗管理等の状 況	町村部	⇔	人口10万人未満の市 部	0.44	3.90	0.91
	町村部	⇔	人口10万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-7.92	4.08	0.05
	町村部	⇔	人口10万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-17.11	4.13	0.00
	人口10万人未満の 市部	⇔	人口10万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-8.36	4.28	0.05
	人口10万人未満の 市部	⇔	人口10万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-17.55	4.33	0.00
	人口10万人以上の 市部で政令市・中 核市・特例市以外	⇔	人口10万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-9.19	4.49	0.04
	(2)地域連携 の仕組みづく り	町村部	⇔	人口10万人未満の市 部	1.44	3.05
町村部		⇔	人口10万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-3.15	3.19	0.32
町村部		⇔	人口10万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-7.63	3.23	0.02
人口10万人未満の 市部		⇔	人口10万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-4.59	3.34	0.17
人口10万人未満の 市部		⇔	人口10万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-9.07	3.38	0.01
人口10万人以上の 市部で政令市・中 核市・特例市以外		⇔	人口10万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-4.48	3.51	0.20
(3)自治体と しての地域包 括支援センタ ー職員への支 援		町村部	⇔	人口10万人未満の市 部	-3.01	3.92
	町村部	⇔	人口10万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-29.17	4.10	0.00
	町村部	⇔	人口10万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-41.25	4.15	0.00

	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-26.16	4.31	0.00
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-38.24	4.36	0.00
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-12.08	4.52	0.01
(4)介護支援 専門員への支援	町村部	⇔	人口10万人未満の市部	-17.44	3.60	0.00
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-27.29	3.76	0.00
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-30.86	3.80	0.00
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-9.84	3.95	0.01
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-13.42	3.99	0.00
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-3.57	4.14	0.39
(5)介護サービス事業者への支援	町村部	⇔	人口10万人未満の市部	-19.48	2.96	0.00
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-34.84	3.09	0.00
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-38.40	3.13	0.00
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-15.36	3.25	0.00
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-18.91	3.28	0.00
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-3.56	3.41	0.30
(6)サービスの苦情・相談体	町村部	⇔	人口10万人未満の市部	2.65	4.05	0.51

制	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-4.83	4.22	0.25
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-8.54	4.27	0.05
	人口 10 万人未満の 市部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-7.49	4.45	0.09
	人口 10 万人未満の 市部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-11.19	4.50	0.01
	人口 10 万人以上の 市部で政令市・中 核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-3.71	4.65	0.43
(7)高齢者虐 待対応・権利擁 護対応等	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市 部	-15.67	3.60	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-23.64	3.74	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-38.27	3.79	0.00
	人口 10 万人未満の 市部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-7.96	3.94	0.04
	人口 10 万人未満の 市部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-22.60	3.98	0.00
	人口 10 万人以上の 市部で政令市・中 核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-14.64	4.11	0.00

⑦ 直営と委託型の人口規模別基準化得点の比較

直営と委託型について、7種類の介護保険事業等に関する体制および対応の状況について、人口規模別に4群間の基準化得点に検討を行ったところ、有意差が示されたのは、「介護支援専門員への支援」と「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」の3カテゴリのみであった。

いずれも、「人口10万人未満の市部」と「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」の群間のみ有意差が示された。

表 65 直営と委託型の人口規模別7カテゴリの基準化得点

	人口10万人未満の市部×直営と委託	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営と委託	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営と委託
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	40.9	50.0	51.9
(2) 地域連携の仕組みづくり	31.8	39.7	33.3
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	40.5	51.5	61.1
(4) 介護支援専門員への支援	51.8	64.7	75.6
(5) 介護サービス事業者への支援	59.1	66.4	73.0
(6) サービスの苦情・相談体制	52.3	63.2	61.1
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	61.4	71.3	86.1

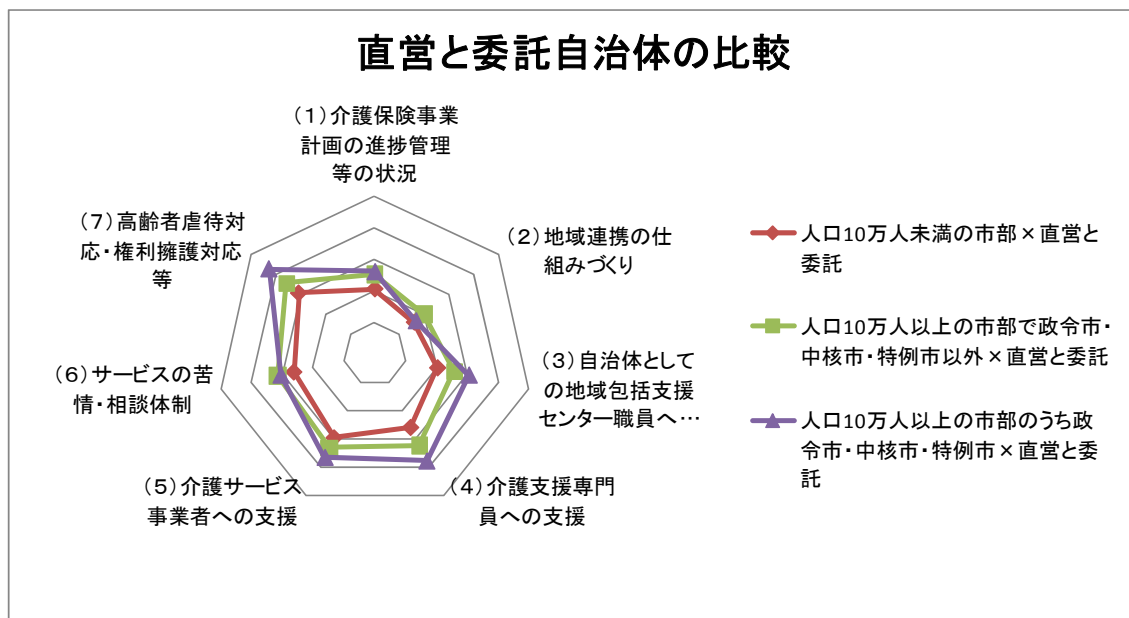


図 80 直営と委託型の人口規模別7カテゴリの基準化得点のレーダーチャート

表 66 直営と委託型の人口規模別7カテゴリの基準化得点の平均値の差および標準誤差

		平均値の 差 (I-J)	標準 誤差	有意 確率
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	人口10万人未満の市部 ⇔ 人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-9.09	7.10	0.21
	人口10万人未満の市部 ⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-10.94	8.70	0.22
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外 ⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-1.85	9.07	0.84
(2) 地域連携の仕組みづくり	人口10万人未満の市部 ⇔ 人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-7.89	6.07	0.20
	人口10万人未満の市部 ⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-1.52	7.44	0.84
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外 ⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	6.37	7.76	0.42
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	人口10万人未満の市部 ⇔ 人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-10.99	8.17	0.19
	人口10万人未満の市部 ⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-20.63	9.97	0.04
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外 ⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-9.64	10.32	0.36
(4) 介護支援専門員への支援	人口10万人未満の市部 ⇔ 人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-12.89	6.67	0.06
	人口10万人未満の市部 ⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-23.74	8.17	0.01
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外 ⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-10.85	8.51	0.21
(5) 介護サービス事業者への支援	人口10万人未満の市部 ⇔ 人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-7.30	5.89	0.22
	人口10万人未満の市部 ⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市以外	-13.92	7.22	0.06



	核市・特例市				
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-6.63	7.52	0.38
(6) サービスの苦情・相談体制	人口10万人未満の市部	⇔ 人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-10.96	7.82	0.17
	人口10万人未満の市部	⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-8.84	9.59	0.36
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	2.12	9.99	0.83
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	人口10万人未満の市部	⇔ 人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-9.96	6.71	0.14
	人口10万人未満の市部	⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-24.75	8.22	0.00
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-14.79	8.56	0.09

(7) 人口規模別保険者群における7種類の事業等に関する体制および対応の状況(項目別)

7種類の事業の42項目について、人口規模別に保険者群間に有意差があるか検討した。すべての群間に有意差が見られたのは、「Q32(地域包括支援センターの職員を対象とした研修の主催)」と「Q72(高齢者虐待の対応マニュアルや方針の作成)」であった。これについては、人口規模が大きくなるにつれ、得点が有意に高くなっていった。

また、「Q31(地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場の有無)」、「Q63(苦情・相談記録票の統一フォーマットの整備)」、「Q64(苦情・相談記録内容の当該地域の地域包括支援センターへの提供、情報の共有化)」、「Q78(成年後見制度についての市町村長申立の仕組み)」については、人口10万人以上の市部のうち、政令市・中核市・特例市とそれ以外の群間のみ有意差が見られず、それ以外について、人口規模が大きくなるにつれて得点が有意に高くなっていった。

表 67 人口規模別保険者群における項目別基準化得点の比較

		N	平均値	標準偏差
Q11_DM(介護保険事業計画の進捗状況の点検)	町村部	258	0.52	0.50
	人口10万人未満の市部	224	0.64	0.48
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.68	0.47
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.87	0.34
Q12_DM(介護保険給付状況の分析)	町村部	257	0.44	0.50
	人口10万人未満の市部	225	0.55	0.50
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	90	0.57	0.50
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.63	0.49
Q13_DM(政策動向の検討の有無)	町村部	256	0.14	0.35
	人口10万人未満の市部	224	0.11	0.32
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.27	0.45
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.36	0.48
Q14_DM(中長期的な高齢者人口等の推計の有無)	町村部	258	0.18	0.39
	人口10万人未満の市部	223	0.25	0.43
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	90	0.28	0.45
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.24	0.43
Q15_DM(中長期的な介護基盤整備方針の検討の有無)	町村部	250	0.14	0.34
	人口10万人未満の市部	221	0.14	0.34
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.18	0.38
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・	67	0.16	0.37

	特例市			
Q16_DM(高齢者のニーズに応じた 独自サービスの有無)	町村部	256	0.59	0.49
	人口10万人未満の市部	221	0.64	0.48
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.80	0.40
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.91	0.29
Q211_DM(地域包括支援センター 運営協議会の主催)	町村部	255	0.93	0.26
	人口10万人未満の市部	224	0.98	0.15
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	88	1.00	0.00
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.99	0.12
Q213_DM(地域ケア会議の主催)	町村部	241	0.73	0.44
	人口10万人未満の市部	207	0.67	0.47
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	75	0.75	0.44
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	62	0.79	0.41
Q214_DM(地域全体の推進のため の会議の主催)	町村部	214	0.32	0.47
	人口10万人未満の市部	178	0.30	0.46
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	67	0.40	0.49
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	58	0.45	0.50
Q221_DM(地域の急性期病院との 連携のための会議の主催)	町村部	226	0.11	0.31
	人口10万人未満の市部	205	0.19	0.39
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	81	0.14	0.34
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	60	0.18	0.39
Q222_DM(地域の回復期病院、維 持期リハ関連施設との連携のため の会議の主催)	町村部	227	0.13	0.33
	人口10万人未満の市部	199	0.17	0.37
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	83	0.19	0.40
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	62	0.26	0.44
Q23_DM(組織化したネットワーク の整備)	町村部	261	0.26	0.44
	人口10万人未満の市部	223	0.35	0.48
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.24	0.43
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.21	0.41
Q24_DM(地域連携パスの作成)	町村部	258	0.06	0.23
	人口10万人未満の市部	221	0.11	0.32

	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.17	0.38
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.10	0.31
Q25_DM(地域連携バスを協議する場の有無)	町村部	246	0.09	0.29
	人口 10 万人未満の市部	219	0.18	0.39
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	90	0.22	0.42
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	65	0.22	0.41
Q31_DM(地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場の有無)	町村部	262	0.56	0.50
	人口 10 万人未満の市部	221	0.71	0.46
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.93	0.25
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.97	0.17
Q32_DM(地域包括支援センターの職員を対象とした研修の主催)	町村部	261	0.05	0.21
	人口 10 万人未満の市部	219	0.17	0.38
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.46	0.50
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.82	0.39
Q33_DM(地域包括支援センターからの提案・要望などに基づいた新規事業や講座などの実施)	町村部	257	0.14	0.34
	人口 10 万人未満の市部	216	0.20	0.40
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.26	0.44
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.28	0.45
Q34_DM(地域包括支援センターの評価の実施の有無)	町村部	254	0.22	0.42
	人口 10 万人未満の市部	215	0.25	0.43
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.48	0.50
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.69	0.47
Q41_DM(介護支援専門員の連絡協議会組織等の設置)	町村部	248	0.57	0.50
	人口 10 万人未満の市部	217	0.76	0.43
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.82	0.38
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	66	0.79	0.41
Q42_DM(介護支援専門員を対象とした研修会の定期的な主催)	町村部	263	0.38	0.49
	人口 10 万人未満の市部	224	0.60	0.49
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.69	0.46
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・	67	0.70	0.46

	特例市			
Q43_DM(ケアプランチェックやケアプランの評価)	町村部	258	0.40	0.49
	人口10万人未満の市部	221	0.59	0.49
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	90	0.68	0.47
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.82	0.39
Q44_DM(介護支援専門員の活動指針やマニュアル等の編集・発行)	町村部	74	0.01	0.12
	人口10万人未満の市部	35	0.03	0.17
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	22	0.68	0.48
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	9	0.67	0.50
Q45_DM(介護支援専門員の「支援困難ケース」の地域ケア会議やカンファレンスの開催)	町村部	261	0.68	0.47
	人口10万人未満の市部	222	0.81	0.39
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.85	0.36
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	66	1.00	0.00
Q51_DM(介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置)	町村部	209	0.62	0.49
	人口10万人未満の市部	180	0.72	0.45
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	87	0.78	0.42
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	65	0.75	0.43
Q52_DM(介護サービス事業者を対象とした研修会の定期的な主催)	町村部	265	0.18	0.39
	人口10万人未満の市部	225	0.33	0.47
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.38	0.49
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.52	0.50
Q53_DM(介護サービス事業者の活動指針やマニュアル等の編集・発行)	町村部	258	0.00	0.06
	人口10万人未満の市部	223	0.02	0.13
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.07	0.25
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	66	0.09	0.29
Q54_DM(「介護サービス事業者リスト」の作成、ケアマネジャーや市民等への配布)	町村部	260	0.50	0.50
	人口10万人未満の市部	223	0.86	0.35
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.97	0.18
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.91	0.29
Q55_DM(介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービス)	町村部	261	0.66	0.47
	人口10万人未満の市部	222	0.91	0.28

を紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成・配布)	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.97	0.18
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	1.00	0.00
Q561_DM (地域密着型 (介護予防) サービス事業所に対する集団指導の状況)	町村部	230	0.32	0.47
	人口 10 万人未満の市部	212	0.59	0.49
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.79	0.41
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.91	0.29
Q562_DM (地域密着型 (介護予防) サービス事業所に対する実地指導の状況)	町村部	229	0.55	0.50
	人口 10 万人未満の市部	213	0.83	0.38
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.89	0.31
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.99	0.12
Q61_DM (介護サービスに関する市民からの苦情・相談に関する窓口 (相談部署) の明確化)	町村部	262	0.90	0.30
	人口 10 万人未満の市部	224	0.93	0.26
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.96	0.21
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.99	0.12
Q62_DM (介護サービスに関する苦情相談対応マニュアルの整備)	町村部	256	0.19	0.39
	人口 10 万人未満の市部	224	0.17	0.38
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.28	0.45
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	64	0.33	0.47
Q63_DM (苦情・相談記録票の統一フォーマットの整備)	町村部	260	0.40	0.49
	人口 10 万人未満の市部	224	0.49	0.50
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.77	0.42
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	66	0.82	0.39
Q64_DM (苦情・相談記録内容の当該地域の地域包括支援センターへの提供、情報の共有化)	町村部	250	0.74	0.44
	人口 10 万人未満の市部	221	0.58	0.49
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.36	0.48
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	65	0.42	0.50
Q71_DM (高齢者虐待の状況についての調査や分析)	町村部	260	0.40	0.49
	人口 10 万人未満の市部	224	0.54	0.50
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.64	0.48
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・	67	0.84	0.37

	特例市			
Q72_DM(高齢者虐待の対応マニュアルや方針の作成)	町村部	261	0.31	0.46
	人口10万人未満の市部	225	0.49	0.50
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.68	0.47
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.90	0.31
Q73_DM(高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置)	町村部	260	0.50	0.50
	人口10万人未満の市部	224	0.62	0.49
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.58	0.50
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.88	0.33
Q74_DM(高齢者虐待の通報があったケースへの地域包括支援センターと連携した事実確認・カンファレンスの実施)	町村部	257	0.79	0.41
	人口10万人未満の市部	222	0.88	0.32
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	90	0.98	0.15
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.97	0.17
Q75_DM(高齢者虐待対応の一時保護施設やシェルターの確保)	町村部	259	0.28	0.45
	人口10万人未満の市部	224	0.38	0.49
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	0.36	0.48
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	0.52	0.50
Q77_DM(成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催)	町村部	241	0.32	0.47
	人口10万人未満の市部	214	0.41	0.49
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	90	0.47	0.50
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	65	0.58	0.50
Q78_DM(成年後見制度についての市町村長申立の仕組み)	町村部	261	0.57	0.50
	人口10万人未満の市部	222	0.86	0.34
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.99	0.10
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	1.00	0.00
Q79_DM(成年後見制度利用支援事業を整備するための申立費用や報酬費の助成制度)	町村部	258	0.52	0.50
	人口10万人未満の市部	219	0.79	0.41
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	0.85	0.36
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	66	0.94	0.24

表 68 人口規模別保険者群における項目別 7 カテゴリ別基準化得点の平均値の差および標準誤差

			平均値 の差 (I-J)	標準誤 差	有意確 率
Q11 (介護保険事業計画 の進捗状況の点検)	町村部	⇔ 人口 10 万人未満の市 部	-0.12	0.04	0.01
	町村部	⇔ 人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.16	0.06	0.01
	町村部	⇔ 人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.34	0.07	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔ 人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.05	0.06	0.43
	人口 10 万人未満の市 部	⇔ 人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.23	0.07	0.00
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔ 人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.18	0.08	0.02
Q12 (介護保険給付状況 の分析)	町村部	⇔ 人口 10 万人未満の市 部	-0.10	0.05	0.02
	町村部	⇔ 人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.12	0.06	0.04
	町村部	⇔ 人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.18	0.07	0.01
	人口 10 万人未満の市 部	⇔ 人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.02	0.06	0.75
	人口 10 万人未満の市 部	⇔ 人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.08	0.07	0.25
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔ 人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.06	0.08	0.45
Q13 (政策動向の検討の 場の有無)	町村部	⇔ 人口 10 万人未満の市 部	0.03	0.03	0.33
	町村部	⇔ 人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.13	0.05	0.00



	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.21	0.05	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.16	0.05	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.25	0.05	0.00
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.08	0.06	0.16
Q14 (中長期的な高齢者 人口等の推計の有無)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市 部	-0.06	0.04	0.09
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.10	0.05	0.06
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.06	0.06	0.32
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.03	0.05	0.55
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	0.01	0.06	0.89
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	0.04	0.07	0.56
Q15 (中長期的な介護基 盤整備方針の検討の有 無)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市 部	0.00	0.03	0.99
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.04	0.04	0.36
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.03	0.05	0.56
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.04	0.04	0.36
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.03	0.05	0.56
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	0.01	0.06	0.84

Q16 (高齢者のニーズに応じた独自サービスの有無)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.04	0.04	0.29
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.21	0.06	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.32	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.16	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.27	0.06	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.11	0.07	0.14
Q211 (地域包括支援センター運営協議会の主催)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.05	0.02	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.07	0.02	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.06	0.03	0.02
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.02	0.02	0.36
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.01	0.03	0.78
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	0.01	0.03	0.63
Q213 (地域ケア会議の主催)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	0.06	0.04	0.14
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.01	0.06	0.84
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.06	0.06	0.38
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.08	0.06	0.21

	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.12	0.07	0.07
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.04	0.08	0.57
Q214（地域全体の推進のための会議の主催）	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	0.02	0.05	0.68
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.09	0.07	0.20
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.13	0.07	0.06
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.11	0.07	0.12
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.15	0.07	0.04
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.05	0.08	0.59
Q221（地域の急性期病院との連携のための会議の主催）	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.08	0.03	0.02
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.03	0.05	0.59
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.07	0.05	0.16
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	0.05	0.05	0.25
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	0.01	0.05	0.90
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.05	0.06	0.43
Q222（地域の回復期病院、維持期リハ関連施設との連携のための会議の主催）	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.04	0.04	0.29
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.07	0.05	0.17

	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.13	0.05	0.01
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.03	0.05	0.58
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.09	0.05	0.09
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.07	0.06	0.29
Q23 (組織化したネット ワークの整備)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市 部	-0.08	0.04	0.04
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	0.02	0.05	0.73
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	0.05	0.06	0.40
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	0.10	0.06	0.06
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	0.14	0.06	0.03
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	0.03	0.07	0.65
Q24 (地域連携パスの作 成)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市 部	-0.05	0.03	0.04
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.12	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.05	0.04	0.26
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.06	0.04	0.10
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	0.01	0.04	0.83
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	0.07	0.05	0.15

Q25 (地域連携パスを協議する場の有無)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.09	0.03	0.01
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.13	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.12	0.05	0.02
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.04	0.05	0.38
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.03	0.05	0.52
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	0.01	0.06	0.91
Q31 (地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場の有無)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.14	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.37	0.05	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.41	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.23	0.05	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.26	0.06	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.04	0.07	0.61
Q32 (地域包括支援センターの職員を対象とした研修の主催)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.13	0.03	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.41	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.77	0.05	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.28	0.04	0.00

	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.65	0.05	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.36	0.06	0.00
Q33 (地域包括支援センターからの提案・要望などに基づいた新規事業や講座などの実施)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.06	0.04	0.08
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.12	0.05	0.01
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.15	0.05	0.01
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.06	0.05	0.20
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.08	0.05	0.12
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.02	0.06	0.72
Q34 (地域包括支援センターの評価の実施の有無)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.03	0.04	0.51
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.26	0.05	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.46	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.23	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.44	0.06	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.20	0.07	0.00
Q41 (介護支援専門員の連絡協議会組織等の設置)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.19	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.25	0.05	0.00

	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.22	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.06	0.06	0.26
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.03	0.06	0.66
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	0.04	0.07	0.62
Q42 (介護支援専門員を 対象とした研修会の定 期的な主催)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市 部	-0.22	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.31	0.06	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.32	0.07	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.09	0.06	0.12
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.10	0.07	0.12
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.01	0.08	0.91
Q43 (ケアプランチェッ クやケアプランの評 価)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市 部	-0.20	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.28	0.06	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.43	0.07	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.09	0.06	0.16
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.23	0.07	0.00
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.14	0.08	0.06

Q44 (介護支援専門員の活動指針やマニュアル等の編集・発行)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.02	0.05	0.77
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.67	0.06	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.65	0.09	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.65	0.07	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.64	0.09	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	0.02	0.10	0.88
Q45 (介護支援専門員の「支援困難ケース」の地域ケア会議やカンファレンスの開催)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.13	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.16	0.05	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.32	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.04	0.05	0.48
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.19	0.06	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.15	0.06	0.02
Q51 (介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.10	0.05	0.03
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.16	0.06	0.01
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.13	0.06	0.04
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.06	0.06	0.32



	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.03	0.07	0.63
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	0.03	0.07	0.71
Q52 (介護サービス事業者を対象とした研修会の定期的な主催)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.15	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.20	0.05	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.34	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.05	0.06	0.39
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.19	0.06	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.14	0.07	0.05
Q53 (介護サービス事業者の活動指針やマニュアル等の編集・発行)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.01	0.01	0.33
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.06	0.02	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.09	0.02	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.05	0.02	0.02
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.07	0.02	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.03	0.03	0.32
Q54 (「介護サービス事業者リスト」の作成、ケアマネジャーや市民等への配布)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.36	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.47	0.05	0.00

	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.41	0.05	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.11	0.05	0.02
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.05	0.06	0.33
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	0.06	0.06	0.37
Q55 (介護サービスの内 容や自治体独自の高齢 者福祉サービスを紹介 する「しおり」や「ガ イドブック」を作成・ 配布)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市 部	-0.25	0.03	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.30	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.34	0.05	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.05	0.04	0.23
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.09	0.05	0.08
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.03	0.06	0.56
	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市 部	-0.27	0.04	0.00
Q561 (地域密着型 (介 護予防) サービス事業 所に対する集団指導の 状況)	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.47	0.06	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.59	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.20	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.32	0.06	0.00
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.12	0.07	0.11

Q562 (地域密着型 (介護予防) サービス事業所に対する実地指導の状況)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.28	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.34	0.05	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.43	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.06	0.05	0.24
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.15	0.06	0.01
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.09	0.06	0.14
Q61 (介護サービスに関する市民からの苦情・相談に関する窓口 (相談部署) の明確化)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.03	0.02	0.18
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.06	0.03	0.06
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.09	0.04	0.01
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.03	0.03	0.39
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.06	0.04	0.12
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.03	0.04	0.50
Q62 (介護サービスに関する苦情相談対応マニュアルの整備)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	0.02	0.04	0.63
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.10	0.05	0.05
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.14	0.06	0.01
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.11	0.05	0.02

	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.16	0.06	0.01
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.05	0.07	0.49
Q63 (苦情・相談記録票の統一フォーマットの整備)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.09	0.04	0.03
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.38	0.06	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.42	0.07	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.28	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.33	0.07	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.05	0.08	0.55
Q64 (苦情・相談記録内容の当該地域の地域包括支援センターへの提供、情報の共有化)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	0.16	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	0.39	0.06	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	0.33	0.07	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	0.23	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	0.17	0.07	0.01
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.06	0.08	0.46
Q71 (高齢者虐待の状況についての調査や分析)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.14	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.24	0.06	0.00

	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.44	0.07	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.10	0.06	0.09
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.30	0.07	0.00
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.20	0.08	0.01
Q72 (高齢者虐待の対応 マニュアルや方針の作 成)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市 部	-0.18	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.38	0.06	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.59	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.20	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.41	0.06	0.00
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.21	0.07	0.00
Q73 (高齢者虐待や権利 擁護に関する関係機関 との連絡・連携組織の 設置)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市 部	-0.11	0.04	0.01
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	-0.07	0.06	0.22
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.38	0.07	0.00
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・ 特例市以外	0.04	0.06	0.50
	人口 10 万人未満の市 部	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.26	0.07	0.00
	人口 10 万人以上の市 部で政令市・中核市・特 例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市 部のうち政令市・中核 市・特例市	-0.30	0.08	0.00

Q74 (高齢者虐待の通報があったケースへの地域包括支援センターと連携した事実確認・カンファレンスの実施)	町村部	⇔	人口10万人未満の市部	-0.09	0.03	0.00
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.18	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.18	0.05	0.00
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.09	0.04	0.02
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.09	0.05	0.06
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	0.01	0.05	0.89
Q75 (高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターの確保)	町村部	⇔	人口10万人未満の市部	-0.10	0.04	0.02
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.08	0.06	0.16
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.24	0.06	0.00
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	0.02	0.06	0.72
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.14	0.07	0.03
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.16	0.08	0.03
Q77 (成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催)	町村部	⇔	人口10万人未満の市部	-0.09	0.05	0.05
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.15	0.06	0.01
	町村部	⇔	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.27	0.07	0.00
	人口10万人未満の市部	⇔	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.06	0.06	0.32

	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.18	0.07	0.01
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.12	0.08	0.13
Q78 (成年後見制度についての市町村長申立の仕組み)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.29	0.03	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.42	0.05	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.43	0.05	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.12	0.05	0.01
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.14	0.05	0.01
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.01	0.06	0.86
Q79 (成年後見制度利用支援事業を整備するための申立費用や報酬費の助成制度)	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-0.27	0.04	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.33	0.05	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.42	0.06	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.06	0.05	0.29
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.15	0.06	0.01
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.09	0.07	0.18

(8) 設置形態別保険者群別7種類の事業等に関する体制および対応の状況(項目別)

7種類の事業の42項目について、設置形態別に保険者群間に有意差があるか検討した。直営と委託の混合群を除き、直営のみ型が委託のみ型よりも有意に得点が高かったのは、「Q221\_DM(地域の急性期病院との連携のための会議の主催)」、「Q23\_DM(組織化したネットワークの整備)」、「Q42\_DM(介護支援専門員を対象とした研修会の定期的な主催)」、「Q64\_DM(苦情・相談記録内容の当該地域の地域包括支援センターへの提供、情報の共有化)」の4つであった。

委託のみ型が有意に高かったのは、「Q11\_DM(介護保険事業計画の進捗状況の点検)」、「Q16\_DM(高齢者のニーズに応じた独自サービスの有無)」、「Q31\_DM(地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場の有無)」、「Q32\_DM(地域包括支援センターの職員を対象とした研修の主催)」、「Q34\_DM(地域包括支援センターの評価の実施の有無)」、「Q54\_DM(「介護サービス事業者リスト」の作成、ケアマネジャーや市民等への配布)」、「Q55\_DM(介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成・配布)」、「Q561\_DM(地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する集団指導の状況)」、「Q72\_DM(高齢者虐待の対応マニュアルや方針の作成)」の9つであった。

しかしながら、この結果については、人口規模が大きくなるにつれて、委託のみの割合が高くなるため、人口規模が比較結果に影響を及ぼしていると考えれ、その解釈については慎重に行う必要があると考えられた。

表 69 設置形態別保険者群における7種類の事業等に関する体制および対応の状況(項目別)

		N	平均値	標準偏差
Q11_DM(介護保険事業計画の進捗状況の点検)	直営のみ	348	0.60	0.49
	委託のみ	243	0.64	0.48
	直営と委託	47	0.72	0.45
Q12_DM(介護保険給付状況の分析)	直営のみ	346	0.53	0.50
	委託のみ	242	0.50	0.50
	直営と委託	48	0.50	0.51
Q13_DM(政策動向の検討の場の有無)	直営のみ	346	0.15	0.36
	委託のみ	241	0.18	0.38
	直営と委託	48	0.33	0.48
Q14_DM(中長期的な高齢者人口等の推計の有無)	直営のみ	347	0.21	0.41
	委託のみ	240	0.24	0.43
	直営と委託	48	0.25	0.44
Q15_DM(中長期的な介護基盤整備方針の検討の有無)	直営のみ	339	0.14	0.35
	委託のみ	239	0.15	0.36
	直営と委託	48	0.17	0.38
Q16_DM(高齢者のニーズに応じた独自サービスの有無)	直営のみ	343	0.62	0.49
	委託のみ	242	0.71	0.45
	直営と委託	47	0.83	0.38
Q211_DM(地域包括支援センター運営協議会の主催)	直営のみ	344	0.95	0.21
	委託のみ	239	0.97	0.16
	直営と委託	49	0.96	0.20
Q213_DM(地域ケア会議の主催)	直営のみ	320	0.71	0.45



	委託のみ	218	0.73	0.44
	直営と委託	45	0.69	0.47
Q214_DM (地域全体の推進のための会議の主催)	直営のみ	279	0.34	0.47
	委託のみ	198	0.32	0.47
	直営と委託	39	0.38	0.49
Q221_DM (地域の急性期病院との連携のための会議の主催)	直営のみ	303	0.17	0.38
	委託のみ	225	0.11	0.31
	直営と委託	43	0.21	0.41
Q222_DM (地域の回復期病院、維持期リハ関連施設との連携のための会議の主催)	直営のみ	302	0.18	0.38
	委託のみ	224	0.14	0.35
	直営と委託	44	0.18	0.39
Q23_DM (組織化したネットワークの整備)	直営のみ	349	0.33	0.47
	委託のみ	242	0.21	0.41
	直営と委託	48	0.31	0.47
Q24_DM (地域連携パスの作成)	直営のみ	346	0.12	0.32
	委託のみ	241	0.08	0.28
	直営と委託	48	0.06	0.24
Q25_DM (地域連携パスを協議する場の有無)	直営のみ	335	0.16	0.37
	委託のみ	236	0.15	0.36
	直営と委託	47	0.17	0.38
Q31_DM (地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場の有無)	直営のみ	348	0.59	0.49
	委託のみ	243	0.84	0.37
	直営と委託	48	0.88	0.33
Q32_DM (地域包括支援センターの職員を対象とした研修の主催)	直営のみ	344	0.14	0.34
	委託のみ	244	0.33	0.47
	直営と委託	48	0.38	0.49
Q33_DM (地域包括支援センターからの提案・要望などに基づいた新規事業や講座などの実施)	直営のみ	338	0.16	0.37
	委託のみ	243	0.22	0.41
	直営と委託	48	0.27	0.45
Q34_DM (地域包括支援センターの評価の実施の有無)	直営のみ	339	0.25	0.43
	委託のみ	238	0.41	0.49
	直営と委託	48	0.40	0.49
Q41_DM (介護支援専門員の連絡協議会組織等の設置)	直営のみ	332	0.70	0.46
	委託のみ	240	0.68	0.47
	直営と委託	47	0.79	0.41
Q42_DM (介護支援専門員を対象とした研修会の定期的な主催)	直営のみ	350	0.57	0.50
	委託のみ	243	0.46	0.50
	直営と委託	49	0.65	0.48
Q43_DM (ケアプランチェックやケアプランの評価)	直営のみ	345	0.51	0.50
	委託のみ	239	0.58	0.49
	直営と委託	49	0.63	0.49
Q44_DM (介護支援専門員の活動指針やマニュアル等の編集・発行)	直営のみ	75	0.09	0.29
	委託のみ	55	0.20	0.40
	直営と委託	10	0.50	0.53
Q45_DM (介護支援専門員の「支援困難ケース」の地域	直営のみ	347	0.76	0.43

ケア会議やカンファレンスの開催)	委託のみ	242	0.80	0.40
	直営と委託	48	0.88	0.33
Q51_DM (介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置)	直営のみ	289	0.69	0.46
	委託のみ	205	0.69	0.46
	直営と委託	44	0.75	0.44
Q52_DM (介護サービス事業者を対象とした研修会の定期的な主催)	直営のみ	353	0.29	0.46
	委託のみ	244	0.30	0.46
	直営と委託	49	0.35	0.48
Q53_DM (介護サービス事業者の活動指針やマニュアル等の編集・発行)	直営のみ	347	0.02	0.14
	委託のみ	240	0.03	0.18
	直営と委託	49	0.04	0.20
Q54_DM (「介護サービス事業者リスト」の作成、ケアマネジャーや市民等への配布)	直営のみ	347	0.69	0.46
	委託のみ	243	0.77	0.42
	直営と委託	49	0.88	0.33
Q55_DM (介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成・配布)	直営のみ	347	0.78	0.41
	委託のみ	243	0.87	0.33
	直営と委託	48	0.94	0.24
Q561_DM (地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する集団指導の状況)	直営のみ	317	0.49	0.50
	委託のみ	233	0.61	0.49
	直営と委託	48	0.73	0.45
Q562_DM (地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する実地指導の状況)	直営のみ	319	0.72	0.45
	委託のみ	230	0.77	0.42
	直営と委託	48	0.90	0.31
Q61_DM (介護サービスに関する市民からの苦情・相談に関する窓口(相談部署)の明確化)	直営のみ	350	0.91	0.28
	委託のみ	243	0.94	0.24
	直営と委託	49	0.98	0.14
Q62_DM (介護サービスに関する苦情相談対応マニュアルの整備)	直営のみ	346	0.19	0.40
	委託のみ	240	0.21	0.41
	直営と委託	47	0.30	0.46
Q63_DM (苦情・相談記録票の統一フォーマットの整備)	直営のみ	349	0.48	0.50
	委託のみ	241	0.56	0.50
	直営と委託	49	0.65	0.48
Q64_DM (苦情・相談記録内容の当該地域の地域包括支援センターへの提供、情報の共有化)	直営のみ	340	0.70	0.46
	委託のみ	238	0.48	0.50
	直営と委託	47	0.40	0.50
Q71_DM (高齢者虐待の状況についての調査や分析)	直営のみ	349	0.48	0.50
	委託のみ	241	0.55	0.50
	直営と委託	49	0.67	0.47
Q72_DM (高齢者虐待の対応マニュアルや方針の作成)	直営のみ	351	0.42	0.49
	委託のみ	242	0.54	0.50
	直営と委託	49	0.63	0.49
Q73_DM (高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置)	直営のみ	349	0.56	0.50
	委託のみ	242	0.61	0.49
	直営と委託	49	0.71	0.46
Q74_DM (高齢者虐待の通報があったケースへの地域包	直営のみ	347	0.84	0.37

括支援センターと連携した事実確認・カンファレンスの実施)	委託のみ	237	0.89	0.31
	直営と委託	49	0.94	0.24
Q75_DM (高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターの確保)	直営のみ	349	0.34	0.47
	委託のみ	241	0.38	0.49
	直営と委託	49	0.31	0.47
Q77_DM (成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催)	直営のみ	324	0.39	0.49
	委託のみ	236	0.39	0.49
	直営と委託	47	0.55	0.50
Q78_DM (成年後見制度についての市町村長申立の仕組み)	直営のみ	350	0.74	0.44
	委託のみ	239	0.80	0.40
	直営と委託	49	0.92	0.28
Q79_DM (成年後見制度利用支援事業を整備するための申立費用や報酬費の助成制度)	直営のみ	346	0.67	0.47
	委託のみ	236	0.74	0.44
	直営と委託	49	0.76	0.43

表 70 設置形態別保険者群における項目別7カテゴリの平均値の差および標準誤差

		平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率
Q11_DM (介護保険事業計画の 進捗状況の点検)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.04	0.04	0.32
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.13	0.08	0.10
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.09	0.08	0.27
Q12_DM (介護保険給付状況の 分析)	直営のみ ⇔ 委託のみ	0.04	0.04	0.36
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.03	0.08	0.65
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.00	0.08	0.96
Q13_DM (政策動向の検討の場 の有無)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.03	0.03	0.33
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.19	0.06	0.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.15	0.06	0.01
Q14_DM (中長期的な高齢者人 口等の推計の有無)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.02	0.04	0.49
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.04	0.06	0.57
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.01	0.07	0.85
Q15_DM (中長期的な介護基盤 整備方針の検討の有無)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.01	0.03	0.69
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.03	0.05	0.61
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.02	0.06	0.77
Q16_DM (高齢者のニーズに応 じた独自サービスの有無)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.09	0.04	0.02
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.21	0.07	0.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.11	0.07	0.12
Q211_DM (地域包括支援センタ ー運営協議会の主催)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.02	0.02	0.18
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.01	0.03	0.85
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.02	0.03	0.60
Q213_DM (地域ケア会議の主 催)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.02	0.04	0.59
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.02	0.07	0.74
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.05	0.07	0.54
Q214_DM (地域全体の推進のた めの会議の主催)	直営のみ ⇔ 委託のみ	0.01	0.04	0.76
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.05	0.08	0.56
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.06	0.08	0.46
Q221_DM (地域の急性期病院と の連携のための会議の主催)	直営のみ ⇔ 委託のみ	0.06	0.03	0.04
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.04	0.06	0.52
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.10	0.06	0.08
Q222_DM (地域の回復期病院、 維持期リハ関連施設との連携 のための会議の主催)	直営のみ ⇔ 委託のみ	0.03	0.03	0.32
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.01	0.06	0.92
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.04	0.06	0.52
Q23_DM (組織化したネットワ ークの整備)	直営のみ ⇔ 委託のみ	0.13	0.04	0.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.02	0.07	0.77
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.11	0.07	0.13
Q24_DM (地域連携パスの作成)	直営のみ ⇔ 委託のみ	0.03	0.03	0.19
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.05	0.05	0.25
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.02	0.05	0.66
Q25_DM (地域連携パスを協議	直営のみ ⇔ 委託のみ	0.01	0.03	0.68

する場の有無)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.01	0.06	0.87
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.02	0.06	0.71
Q31_DM (地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場の有無)	直営のみ	⇔ 委託のみ	-0.24	0.04	0.00
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.28	0.07	0.00
Q32_DM (地域包括支援センターの職員を対象とした研修の主催)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.04	0.07	0.57
	直営のみ	⇔ 委託のみ	-0.20	0.03	0.00
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.24	0.06	0.00
Q33_DM (地域包括支援センターからの提案・要望などに基づいた新規事業や講座などの実施)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.04	0.06	0.51
	直営のみ	⇔ 委託のみ	-0.06	0.03	0.09
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.11	0.06	0.08
Q34_DM (地域包括支援センターの評価の実施の有無)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.05	0.06	0.40
	直営のみ	⇔ 委託のみ	-0.16	0.04	0.00
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.15	0.07	0.04
Q41_DM (介護支援専門員の連絡協議会組織等の設置)	委託のみ	⇔ 直営と委託	0.02	0.07	0.83
	直営のみ	⇔ 委託のみ	0.02	0.04	0.61
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.09	0.07	0.22
Q42_DM (介護支援専門員を対象とした研修会の定期的な主催)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.11	0.07	0.14
	直営のみ	⇔ 委託のみ	0.11	0.04	0.01
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.08	0.08	0.28
Q43_DM (ケアプランチェックやケアプランの評価)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.19	0.08	0.01
	直営のみ	⇔ 委託のみ	-0.07	0.04	0.10
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.12	0.08	0.12
Q44_DM (介護支援専門員の活動指針やマニュアル等の編集・発行)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.05	0.08	0.51
	直営のみ	⇔ 委託のみ	-0.11	0.06	0.10
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.41	0.12	0.00
Q45_DM (介護支援専門員の「支援困難ケース」の地域ケア会議やカンファレンスの開催)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.30	0.12	0.02
	直営のみ	⇔ 委託のみ	-0.04	0.03	0.29
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.11	0.06	0.07
Q51_DM (介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.08	0.07	0.23
	直営のみ	⇔ 委託のみ	0.00	0.04	0.99
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.06	0.07	0.44
Q52_DM (介護サービス事業者を対象とした研修会の定期的な主催)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.06	0.08	0.45
	直営のみ	⇔ 委託のみ	0.00	0.04	0.91
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.05	0.07	0.46
Q53_DM (介護サービス事業者の活動指針やマニュアル等の編集・発行)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.05	0.07	0.51
	直営のみ	⇔ 委託のみ	-0.01	0.01	0.33
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.02	0.02	0.40
Q54_DM (「介護サービス事業者リスト」の作成、ケアマネジャーや市民等への配布)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.01	0.03	0.77
	直営のみ	⇔ 委託のみ	-0.08	0.04	0.03
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.19	0.07	0.00
Q55_DM (介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サ	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.11	0.07	0.10
	直営のみ	⇔ 委託のみ	-0.09	0.03	0.00
	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.15	0.06	0.01

一ピスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成・配布)	直営と委託 委託のみ ⇔	-0.07	0.06	0.27
Q561_DM (地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する集団指導の状況)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.12	0.04	0.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.24	0.08	0.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.12	0.08	0.13
Q562_DM (地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する実地指導の状況)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.05	0.04	0.20
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.18	0.07	0.01
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.13	0.07	0.06
Q61_DM (介護サービスに関する市民からの苦情・相談に関する窓口(相談部署)の明確化)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.03	0.02	0.22
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.07	0.04	0.09
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.04	0.04	0.31
Q62_DM (介護サービスに関する苦情相談対応マニュアルの整備)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.02	0.03	0.58
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.10	0.06	0.10
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.09	0.06	0.19
Q63_DM (苦情・相談記録票の統一フォーマットの整備)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.08	0.04	0.06
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.17	0.08	0.02
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.09	0.08	0.23
Q64_DM (苦情・相談記録内容の当該地域の地域包括支援センターへの提供、情報の共有化)	直営のみ ⇔ 委託のみ	0.22	0.04	0.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.30	0.07	0.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.08	0.08	0.30
Q71_DM (高齢者虐待の状況についての調査や分析)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.06	0.04	0.13
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.19	0.08	0.01
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.13	0.08	0.11
Q72_DM (高齢者虐待の対応マニュアルや方針の作成)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.12	0.04	0.00
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.21	0.08	0.01
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.09	0.08	0.24
Q73_DM (高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.05	0.04	0.22
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.15	0.07	0.04
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.10	0.08	0.18
Q74_DM (高齢者虐待の通報があったケースへの地域包括支援センターと連携した事実確認・カンファレンスの実施)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.05	0.03	0.06
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.10	0.05	0.06
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.04	0.05	0.40
Q75_DM (高齢者虐待対応の一時保護施設やシェルターの確保)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.05	0.04	0.25
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.03	0.07	0.69
	委託のみ ⇔ 直営と委託	0.08	0.07	0.31
Q77_DM (成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催)	直営のみ ⇔ 委託のみ	0.00	0.04	0.92
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.17	0.08	0.03
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.16	0.08	0.04
Q78_DM (成年後見制度についての市町村長申上の仕組み)	直営のみ ⇔ 委託のみ	-0.06	0.03	0.11
	委託のみ ⇔ 直営と委託	-0.18	0.06	0.01

	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.12	0.06	0.07
Q79_DM (成年後見制度利用支	直営のみ	⇔ 委託のみ	-0.07	0.04	0.08
援事業を整備するための申立	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.08	0.07	0.23
費用や報酬費の助成制度)	委託のみ	⇔ 直営と委託	-0.02	0.07	0.80

## V-1.地域包括支援センターにおける相談支援のプロセスおよび終結条件に関する調査結果（センター調査票に関して）

### 0. 調査票回収率

調査票は、配布を行った3942センター中<sup>11)</sup>、335センター（8.5%）から回収された。都道府県別にみると、東京都が26センター（7.8%）と一番多く、続いて愛知県24センター（7.2%）、北海道20センター（6.0%）と示された。このように本調査の回収率は低かった。調査内容から判断して、回収率が低いことは予想されたが山口、佐賀からは1センターも回収できておらず、福井、山梨、滋賀、和歌山、鳥取、島根、徳島、大分、沖縄も1センターずつからの回答であった。

表 71 都道府県別調査票回収率

No.	都道府県名	n	%	No.	都道府県名	n	%
13	東京都	26	7.8	43	熊本県	5	1.5
23	愛知県	24	7.2	5	秋田県	4	1.2
1	北海道	20	6.0	10	群馬県	4	1.2
14	神奈川県	18	5.4	29	奈良県	4	1.2
11	埼玉県	16	4.8	38	愛媛県	4	1.2
22	静岡県	15	4.5	45	宮崎県	4	1.2
7	福島県	14	4.2	17	石川県	3	0.9
15	新潟県	14	4.2	16	富山県	2	0.6
34	広島県	12	3.6	33	岡山県	2	0.6
20	長野県	11	3.3	37	香川県	2	0.6
26	京都府	11	3.3	39	高知県	2	0.6
9	栃木県	10	3.0	18	福井県	1	0.3
12	千葉県	10	3.0	19	山梨県	1	0.3
21	岐阜県	10	3.0	25	滋賀県	1	0.3
24	三重県	8	2.4	30	和歌山県	1	0.3
27	大阪府	8	2.4	31	鳥取県	1	0.3
2	青森県	7	2.1	32	島根県	1	0.3
6	山形県	7	2.1	36	徳島県	1	0.3
28	兵庫県	7	2.1	44	大分県	1	0.3
42	長崎県	7	2.1	47	沖縄県	1	0.3
4	宮城県	6	1.8	35	山口県	0	0.0
8	茨城県	6	1.8	41	佐賀県	0	0.0
40	福岡県	6	1.8		無回答	6	1.8
46	鹿児島県	6	1.8		全体	335	100
3	岩手県	5	1.5				

<sup>11)</sup> 平成 21 年度度末には 4096 センターとなっていたが、平成 20 年度 3 月末日時点の地域包括支援センター数 3972 センター分の名簿に、平成 20 年度調査結果を踏まえた統廃合の情報を加味し、この値となった。



## 1. センターの基本属性

### (1) センターの業務開始年および業務形態

#### ①業務開始

センターの業務開始年は、平成18年度が253センター（75.5%）を占め、続いて平成19年度が38センター（11.3%）であった。

表 72 センターの業務を開始年

	N	%
平成 18 年	253	75.5
平成 19 年	38	11.3
平成 20 年	21	6.3
平成 21 年	5	1.5
無回答	18	5.4
合計	335	100.0

#### ②運営形態

運営形態は、市区町村からの委託が63.3%、市区町村直営が34.6%であった。

表 73 運営形態

	N	%
直営	116	34.6
委託	212	63.3
無回答	7	2.1
合計	335	100.0

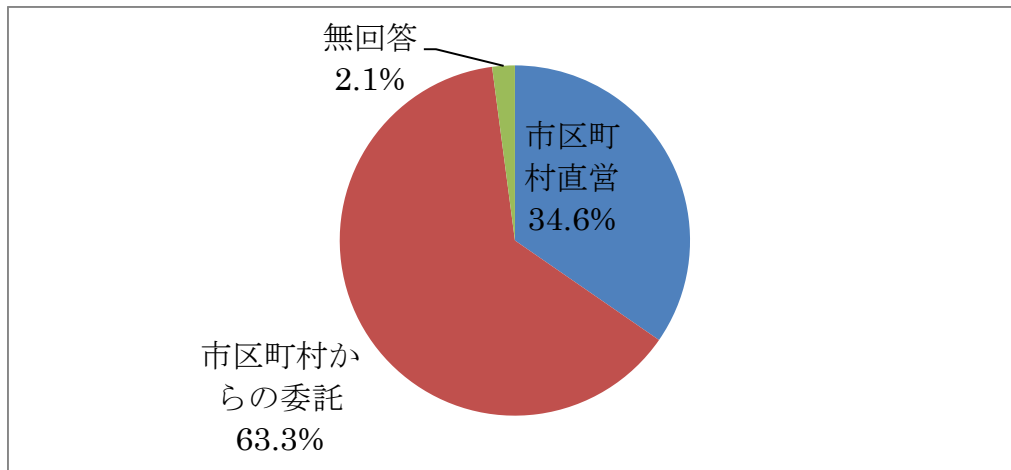


図 81 運営形態

## (2) センターの開始時期の人員配置と現在の人員配置

センターの開始時期の人員配置と現在の人員配置を比較すると、保健師、看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員、その他のすべての職種が有意に増加していた。

昨年度調査に比較すると、今回、回収されたセンターの職員においては、社会福祉士の人数が1.6と全国平均の1.35よりも高かったが、他の職員については、大きな差はなかった。

表 74 センターの開始時期の人員配置と現在の人員配置

		平均値	標準偏差	最小値	最大値	N	P値
保健師	開設当初	1.4	1.5	0	12	217	0.00
	現在	1.6	1.6	0	15	225	
看護師	開設当初	1.0	0.7	0	5	182	0.00
	現在	1.0	0.7	0	4	190	
社会福祉士	開設当初	1.2	0.8	0	10	296	0.00
	現在	1.6	1.2	0	15	306	
主任介護支援専門員	開設当初	1.1	1.1	0	16	290	0.00
	現在	1.2	0.8	0	11	298	
その他	開設当初	1.6	2.3	0	17	144	0.03
	現在	2.2	2.7	0	23	203	

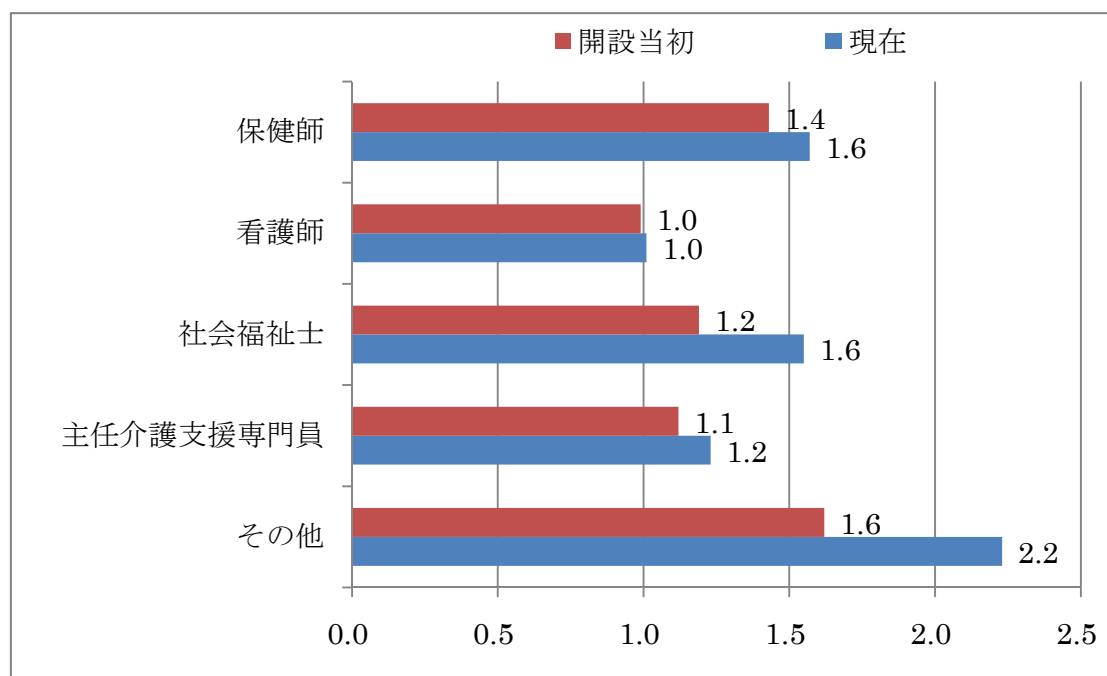


図 82 センターの開始時期の人員配置と現在の人員配置

### (3) センターにおける予防給付及び介護予防支援給付の状況

センターにおける予防給付及び介護予防支援給付の状況は、新予防給付のプラン作成数は651.8件で、介護予防支援のプラン作成数は60.9件であった。

昨年度の全国調査においては、介護予防プランの平均作成件数は、676件であった。本調査は、若干、プラン数は少なくなっていた。

表 75 センターにおける予防給付及び介護予防支援給付の状況

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
プラン作成数 (新予防給付)	651.8	1983.9	3	27945	275
プラン作成数 (介護予防支援)	60.9	237.9	0	3186	278

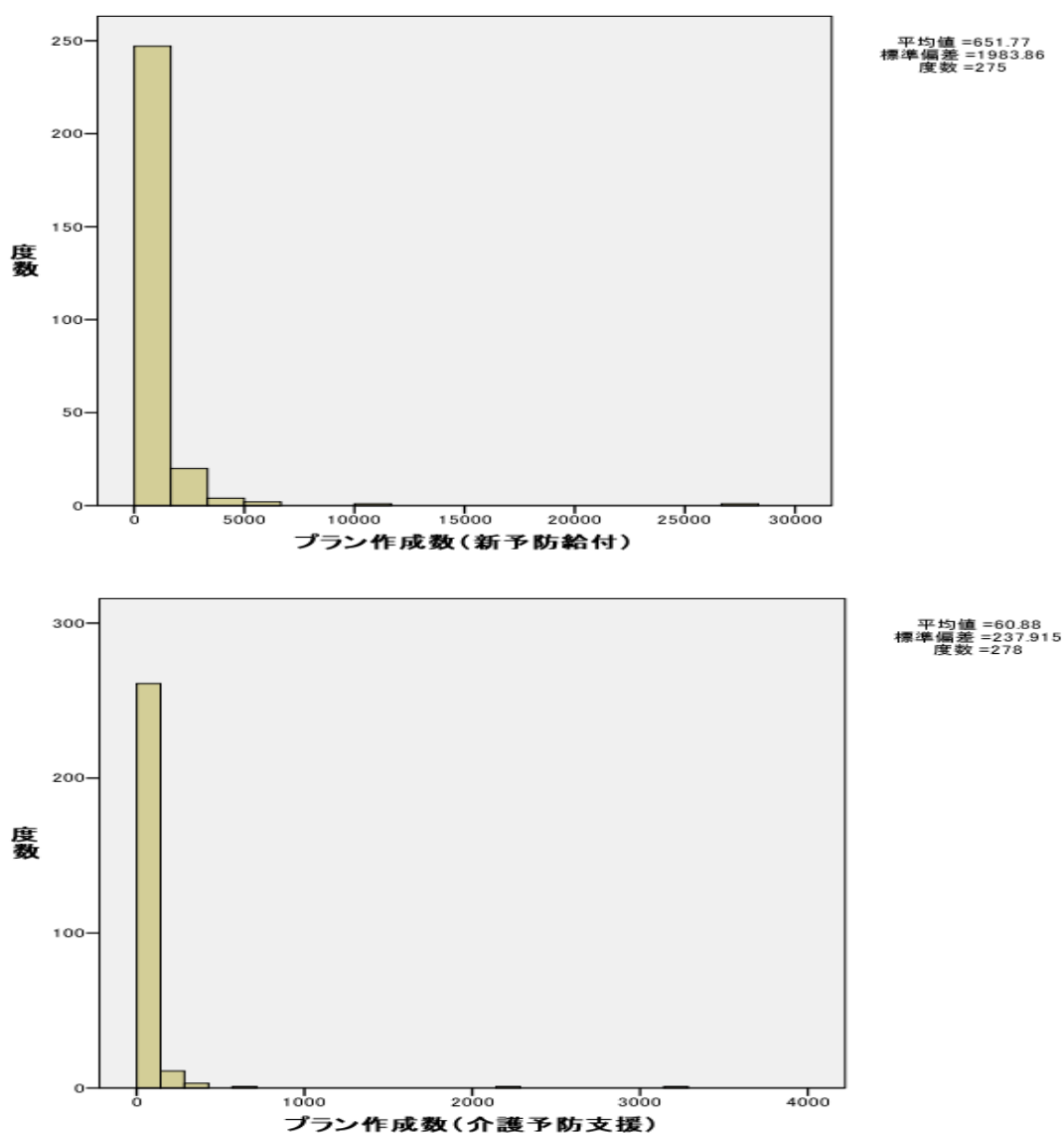


図 83 センターにおける予防給付及び介護予防支援給付の状況

(4) 地域包括支援センターの基本とされる機能でもっとも業務時間が長かった機能

地域包括支援センターの基本とされる機能でもっとも業務時間が長かった機能は、介護予防ケアマネジメントが68.2%と最も多く、続いて総合相談が23.4%であった。これら2機能に関わる業務だけで、9割の業務時間を占めていた。

これらの結果は、昨年度の地域包括支援センターの調査結果と一致していた。

表 76 地域包括支援センターの基本とされる機能でもっとも業務時間が長かった機能

	N	%
共通的支援基盤の構築	8	2.6
総合相談	72	23.4
高齢者の権利擁護	4	1.3
包括的・継続的ケアマネジメント支援	8	2.6
介護予防ケアマネジメント	210	68.2
その他	6	1.9
計	308	100

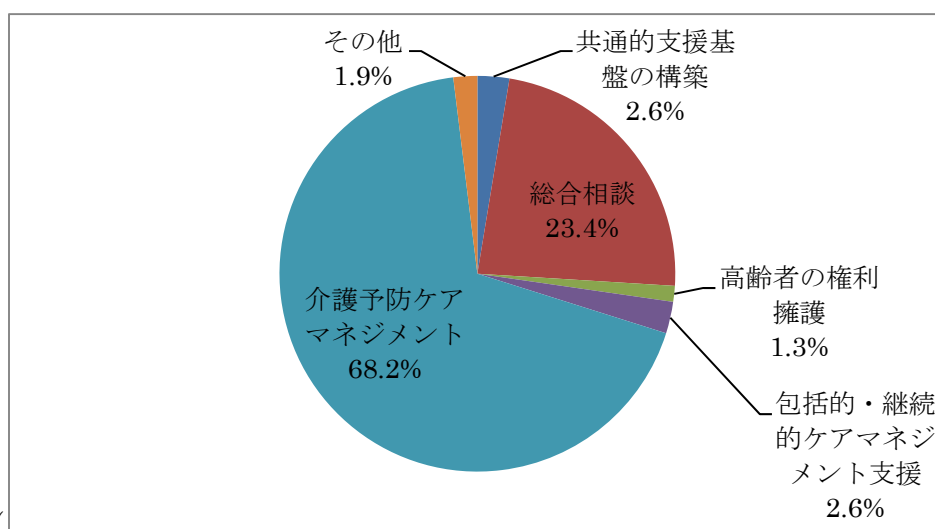


図 84 地域包括支援センターの基本とされる機能でもっとも業務時間が長かった機能

### (5) センターの実施・運営にあたっての課題（複数回答）

センターの実施・運営にあたっての課題は、「業務量が多い」が69.9%と最も多く、続いて「住民への周知不足」40.6%、「特定高齢者の把握」29.0%、「財源が少ない」23.9%と示された。この結果は、昨年度の自治体への調査結果である、「業務量が多い」71.2%、「住民への周知不足」43.7%、「特定高齢者の把握」43.9%、「財源が少ない」17.3%と比較すると、「財源が少ない」の回答が若干、低くなっていること、保健師の不足、介護支援専門員の不足、社会福祉士の不足といった課題よりも地域との連携が困難、離職者が多いとの回答が多くなっていた。

表 77 センターの実施・運営にあたっての課題

	2009年度 (N=335)		2008年度調査 (N=1028)	
	N	%	N	%
業務量が多い	234	69.9	732	71.2
保健師不足	59	17.6	356	34.6
介護支援専門員不足	51	15.2	303	29.5
社会福祉士不足	47	14.0	307	29.9
地域との連携が困難	79	23.6	162	15.8
特定高齢者の把握	97	29.0	451	43.9
財源が少ない	80	23.9	178	17.3
離職者が多い	38	11.3	83	8.1
住民への周知不足	136	40.6	449	43.7
その他	59	17.6	122	11.9

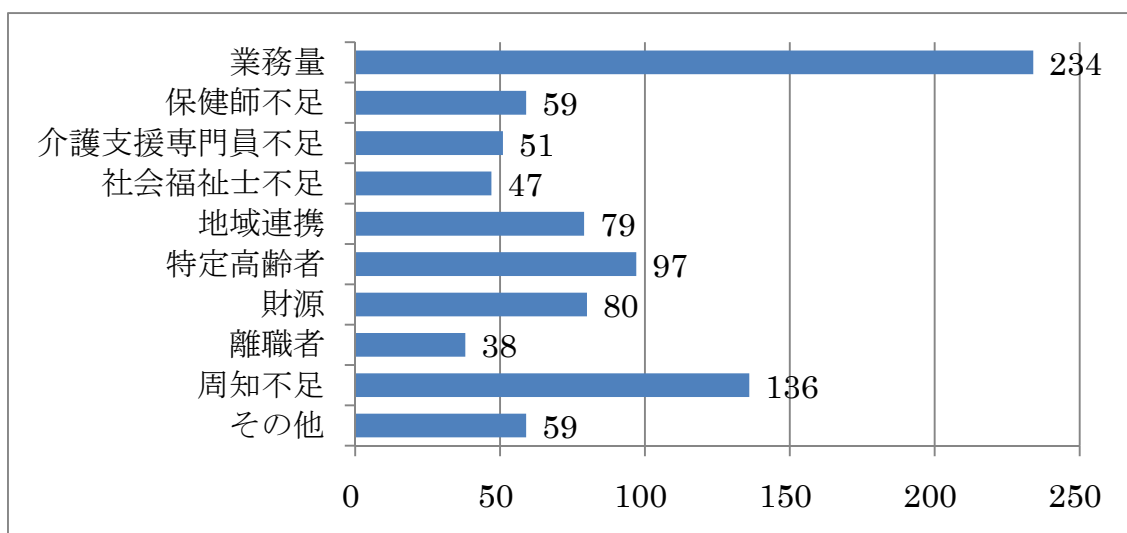


図 85 センターの実施・運営にあたっての課題

### (6) センターの基本機能以外に実施してきた事業

センターの基本機能以外に実施してきた事業については、「あり」と回答されたのが最も多かったのは、「健康相談・検診」で26.6%、続いて「その他」14.6%、「メタボリック対策」9.0%として示された。

これは、昨年度の自治体調査と比較すると、「メタボリック対策」は低くなっていたが、「健康相談・検診」が高く、「児童サービス」は低かったことが明らかにされた。

表 78 センターの基本機能以外に実施してきた事業

	2009年度 (N=335)		2008年度調査 (N=1028)	
	N	%	N	%
医療サービス	9	2.7	23	2.2
メタボリック対策	30	9.0	147	14.3
健康相談・検診	89	26.6	224	21.8
児童サービス	9	2.7	76	7.4
教育サービス	24	7.2	82	8.0
その他	49	14.6	111	10.8

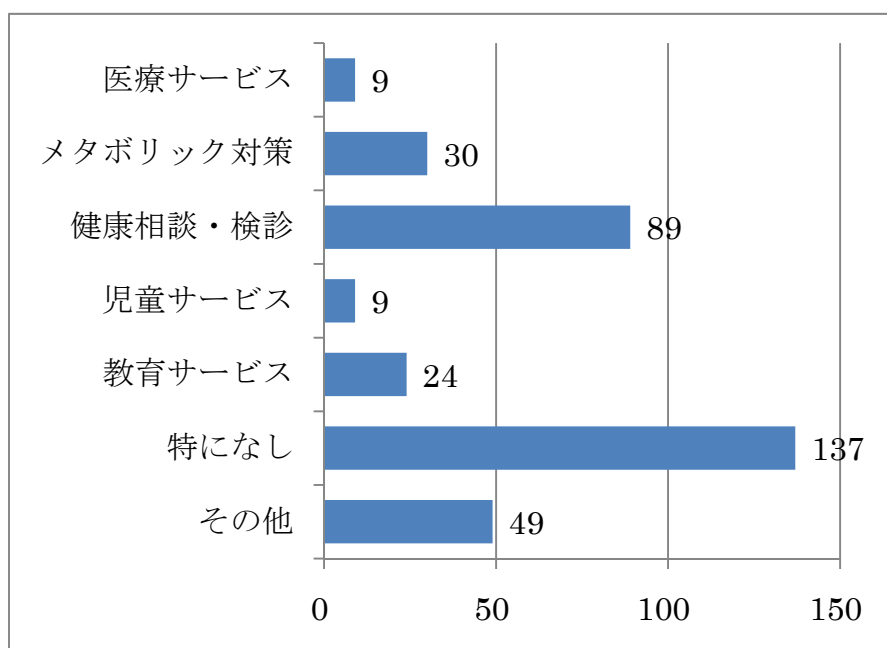


図 86 センターの基本機能以外に実施してきた事業

## 2. 相談支援における終結条件とセンター業務のプロセス

(1) センター全体における昨年度（平成 20 年度）の相談受理件数とそのうち介護支援専門員からの相談受理件数

### ①センターにおける相談件数

センター全体における昨年度（平成20年度）の相談受理件数は、平均1,811.4件と示され、そのうち介護支援専門員からの相談受理割合は平均11.7%であり、件数としては平均126.5件であった。

表 79 センターにおける相談件数

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
相談受理件数	1811.4	2520.5	0	19594	290
介護支援専門員受理件数	126.5	223.6	0	2100	251
介護支援専門員受理割合 (%)	11.7	15.0	0	100	248

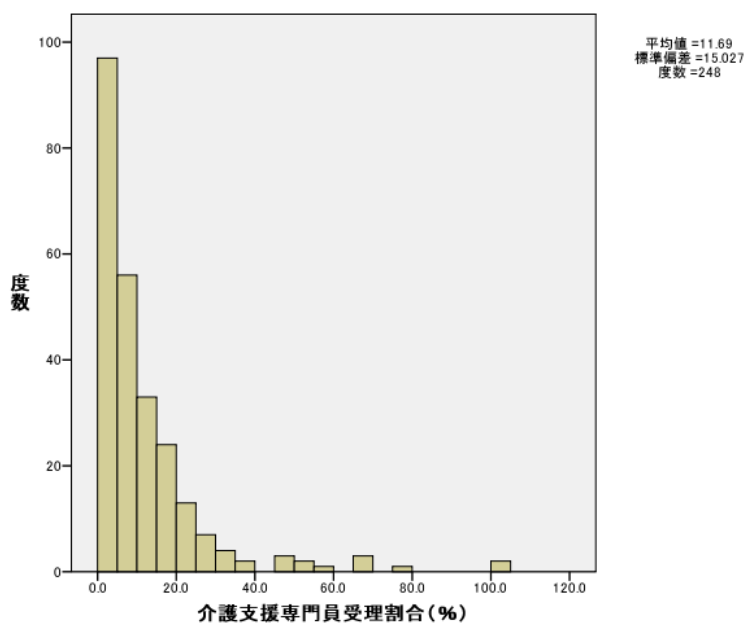


図 87 センターにおける相談件数

②センターあたりの相談内容別の相談支援の件数

センターあたりの相談内容別の相談支援の件数は、「介護保険利用」に関する相談が平均533.2件と最も多く、続いて制度政策に関する「情報提供」が201.3件となっていた。

表 80 センターあたりの相談内容別の相談支援の件数

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
制度政策に関する情報提供	201.3	411.2	0	3366	126
介護保険利用	533.2	826.5	2	4590	167
地域支援事業利用	120.4	274.0	0	2117	131
保健福祉サービス利用	109.2	211.6	0	1478	136
上記以外の制度利用	78.3	182.1	0	1261	108
権利擁護	39.8	67.9	0	438	170
介護保険事業所支援	76.0	123.9	0	845	146
介護保険以外の団体支援	20.1	41.9	0	274	103
その他	150.2	315.0	0	1957	113

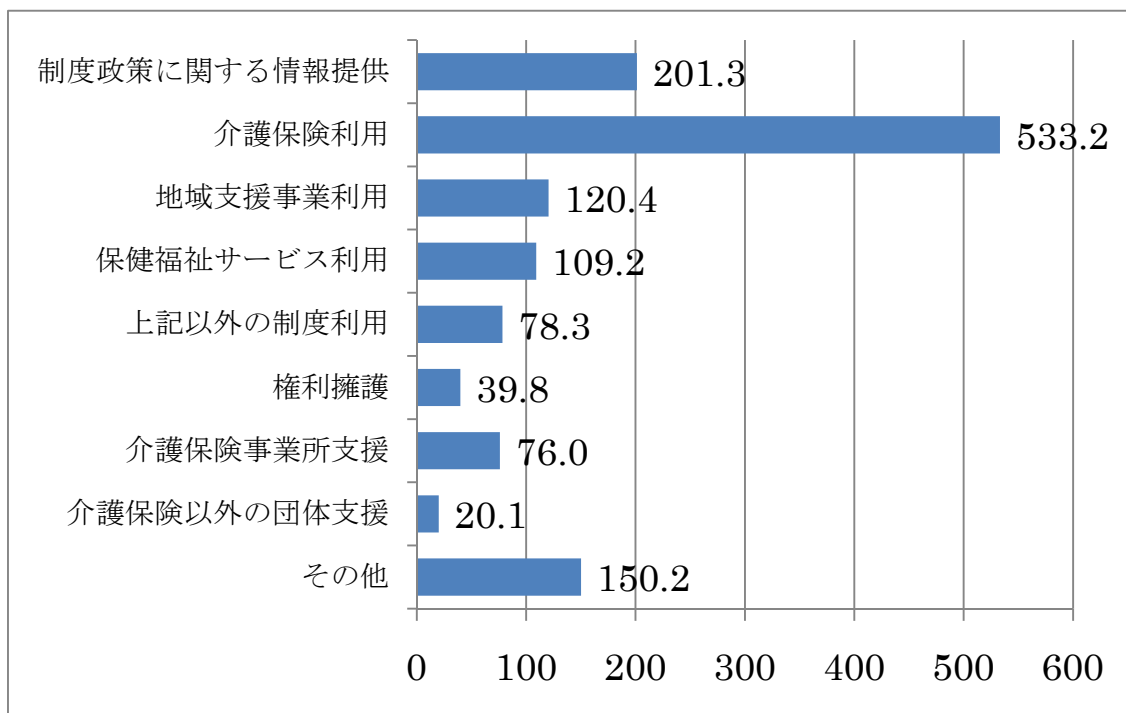


図 88 センターあたりの相談内容別の相談支援の件数



## (2) センターの相談支援の終結条件等

### ①終結条件<sup>12)</sup>が定められているか

センターの相談支援の終結条件について、終結条件が定められているかという問いに対しては、終結条件があるとしたのは80センター（25.8%）のみであった。

表 81 終結条件が定められているか

	N	%
はい	80	25.8
いいえ	230	74.2
合計	310	100

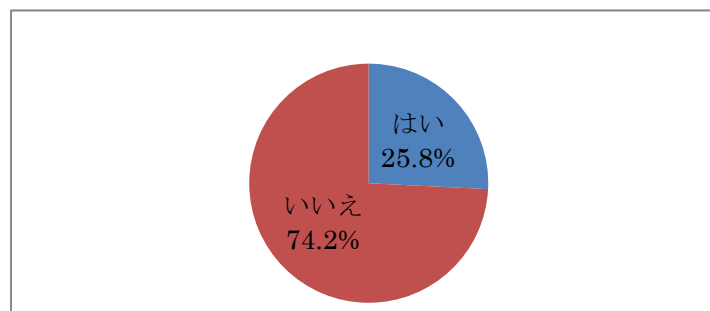


図 89 終結条件が定められているか

### ②終結人数

さらに昨年度の終結人数について尋ねたところ、その平均として、215.7人が終結した相談支援が発生したと回答されていた。

表 82 終結人数

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
終結人数(平成20年)	215.7	519.6	0	3262	44

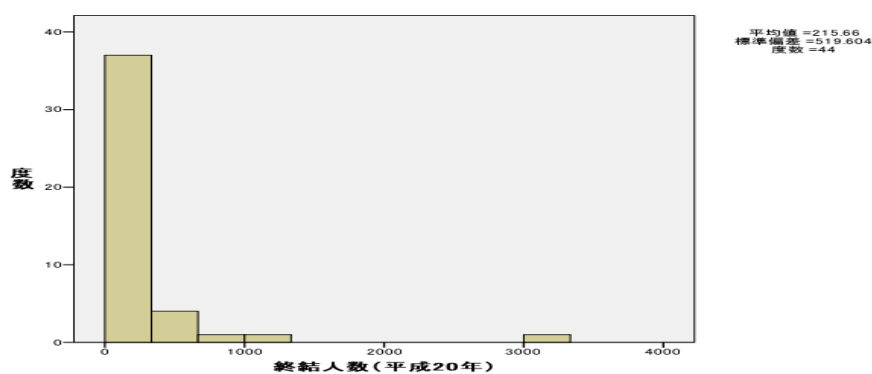


図 90 終結人数

12) 本調査研究においては、支援の終結について「利用者への支援が全て終了するというのではなく、地域包括支援センターが関わりもつ原因となった課題（目的）がなくなり、センターとしての関わりを終了すること。」と定義した。

③終結の有無別にみた終結<sup>13)</sup>の状況

終結条件の有無別にみた終結の状況は、「介護保険利用」あるいは「権利擁護」に関する相談の解決終結の割合に有意差が見られ、その他には終結条件の有無によって終結した割合には、有意差は見られなかった。

表 83 終結の有無別にみた終結の状況

	終結条件	N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：（解決）件数計	あり	38	430.8	748.8	1.82	0.07
	なし	78	232.6	425.7		
終結割合_全体	あり	37	61.0	35.3	1.54	0.13
	なし	77	49.9	36.4		
終結割合_制度政策に関する情報提供	あり	24	74.5	34.0	1.18	0.24
	なし	51	63.8	41.2		
終結割合_介護保険利用	あり	32	76.8	33.0	2.92	0.00 **
	なし	69	54.5	40.7		
終結割合_地域支援事業利用	あり	26	62.6	38.3	-0.40	0.69
	なし	53	66.3	38.6		
終結割合_保健福祉サービス利用	あり	25	73.9	33.9	1.83	0.07
	なし	56	56.9	40.5		
終結割合_上記以外の制度利用	あり	21	61.8	39.9	0.44	0.66
	なし	38	56.8	43.0		
終結割合_権利擁護	あり	32	58.1	37.4	2.50	0.01 *
	なし	66	38.5	35.8		
終結割合_介護保険事業所支援	あり	26	67.4	35.9	1.56	0.12
	なし	55	52.8	40.9		
終結割合_介護保険以外の団体支援	あり	15	64.7	41.3	0.52	0.61
	なし	26	57.6	43.5		
終結割合_その他	あり	9	62.9	37.7	1.17	0.25
	なし	44	45.8	40.8		

<sup>13)</sup>本調査においては、終結の状況について、本設問における終結については、以下の表に記した4つの終結について定義した。さらに、不明な場合は、「終結していない／わからない」とする回答項目を設定した。本報告書における解決とは「解決して終結」のことを指す。

終結の状況	説明
「自然に終結」	相談を受けた事例（ケース）において、死亡、転居、相談受理後、地域包括支援センターが関与せず近隣・本人・他の支援者が解決したことによって支援が終結したことを言う。
「解決して終結」	介入した際に設定した課題が地域包括支援センターの働きにより解決し、終結したことを言う。
「関与できずに終結」	地域包括支援センターが相談を受理したが、十分に介入することができず、市民や他の支援者から関わりを打ち切られ、終結したことを言う。
「不要となって終結」	虐待対応事例（ケース）などにおいて、警察や親族による対応になり、地域包括支援センターの機能では関われなくなった等の理由で終結したことを言う。

### (3) センター全体における昨年度の相談内容別終結の状況

センター全体における昨年度（平成 20 年度）の相談内容別の事例における解決の割合でみていくと、「制度政策に関する情報提供」が平均 65.9%と一番多く、「地域支援事業利用」が 64.1%、「保健福祉サービス利用」62.4%であった。また 60%の内容としては、「介護保険利用」、「介護保険以外の団体支援」もそれぞれ 60.6%、60.7%であった。

一方で、解決が低かった内容は、「権利擁護」が 45.1%で最も低く、続いて「その他」48.7%であった。

表 84 センターあたりの相談内容別終結の割合

終結割合 (%)	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
--- 解決して終結件数/相談件数					
制度政策に関する情報提供	65.9	38.7	0	100	81
介護保険利用	60.6	40.0	0	100	108
地域支援事業利用	64.1	38.5	0	100	84
保健福祉サービス利用	62.4	39.0	0	100	86
上記以外の制度利用	58.7	41.5	0	100	63
権利擁護	45.1	37.7	0	100	105
介護保険事業所支援	58.1	39.6	0	100	87
介護保険以外の団体支援	60.7	41.0	0	100	44
その他	48.7	40.7	0	100	58

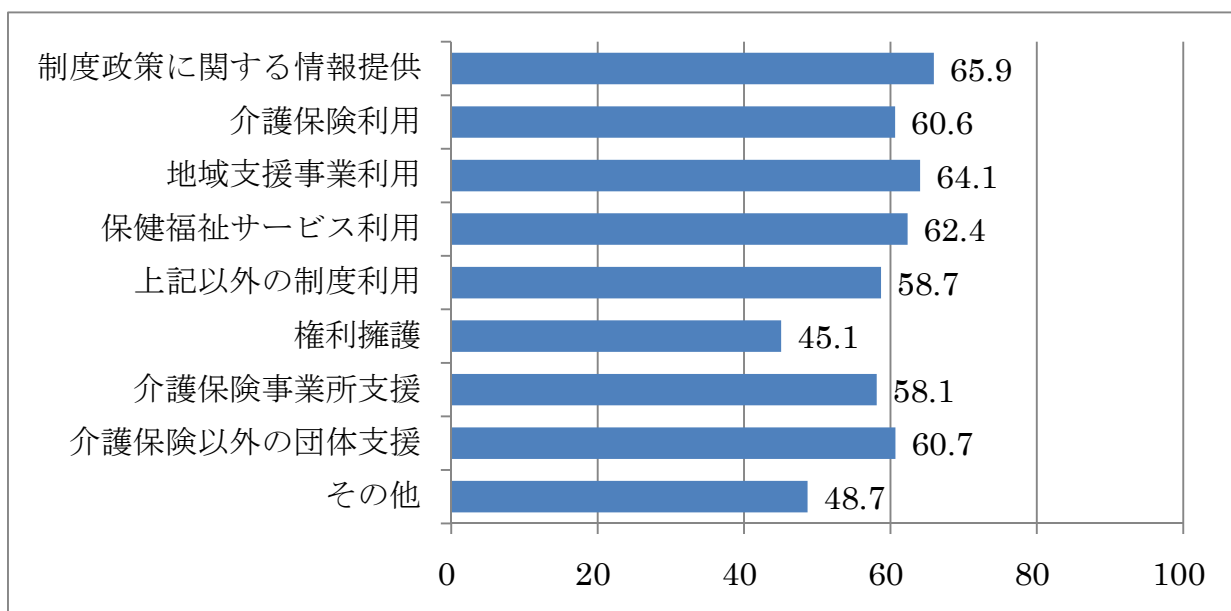


図 91 センターあたりの相談内容別終結の割合

#### (4) 相談支援の実施プロセス

研究会で開発した相談支援の実施プロセス (P16, 図1参照) について、その実施率を分析した結果、「1. 相談者の確認」、「2. 相談内容の確認」、「3. 記録を確認する\_センターで把握している場合」において、必ず行っていたのは、それぞれ89.0%、85.4%、81.5%と8割を超えていた。

その後の「4. 組織内情報共有」、「5. 訪問」は、それぞれ65.7%、64.2%と必ず行うのが6割程度であった。「6. 支援計画案の立案」および「7. 組織内合意 (包括C内)」については、31.9%、27.2%と低かった。

しかし、「8. 包括Cとしての支援の開始」、「9. 支援チームづくりとサービス担当者会議」は42.1%、37.3%と前段階よりも高かった。

最後の段階である「10. 進捗の把握」、「11. 包括Cとしての課題解決」は、それぞれ30.1%、26.0%とプロセスを経るごとに必ず行う割合が少なくなっていた。

「必ず行う」が最も低かったのは、「11. 包括Cとしての課題解決」の26.0%であった。「7. 組織内合意 (包括C内)」も27.2%と低く、組織内の合意形成についての実施率と、センターとしての課題解決を経る割合が低いことがわかった。

さらに、「10. 進捗の把握」も30.1%と低く、相談支援に関する、いわゆるセンター内でのモニタリングシステムが十分に機能していない可能性が示された。

表 85 相談支援の実施プロセスの実施割合

N=335	必ず行う		ほとんど行う		ときどき行う		行わない		わからない		無回答	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. 相談者の確認	298	89.0	21	6.3	2	0.6	-	-	-	-	14	4.2
2. 相談内容の確認	286	85.4	30	9.0	3	0.9	-	-	-	-	16	4.8
3-1.記録を確認する_センターで把握している場合	273	81.5	37	11.0	8	2.4	1	0.3	-	-	16	4.8
3-2. 記録を確認する_センターで把握していない場合	135	40.3	62	18.5	74	22.1	22	6.6	6	1.8	36	10.7
4. 組織内情報共有	220	65.7	62	18.5	35	10.4	2	0.6	1	0.3	15	4.5
5. 訪問	215	64.2	87	26.0	11	3.3	5	1.5			17	5.1
6. 支援計画案の立案	107	31.9	96	28.7	78	23.3	18	5.4	16	4.8	20	6.0
7. 組織内合意(包括C内)	91	27.2	94	28.1	97	29.0	23	6.9	9	2.7	21	6.3
8. 包括Cとしての支援の開始	141	42.1	106	31.6	41	12.2	8	2.4	13	3.9	26	7.8
9. 支援チームづくりとサービス担当者会議	125	37.3	69	20.6	91	27.2	8	2.4	17	5.1	25	7.5
10. 進捗の把握	101	30.1	96	28.7	91	27.2	5	1.5	18	5.4	24	7.2
11. 包括Cとしての課題解決	87	26.0	92	27.5	96	28.7	18	5.4	11	3.3	31	9.3

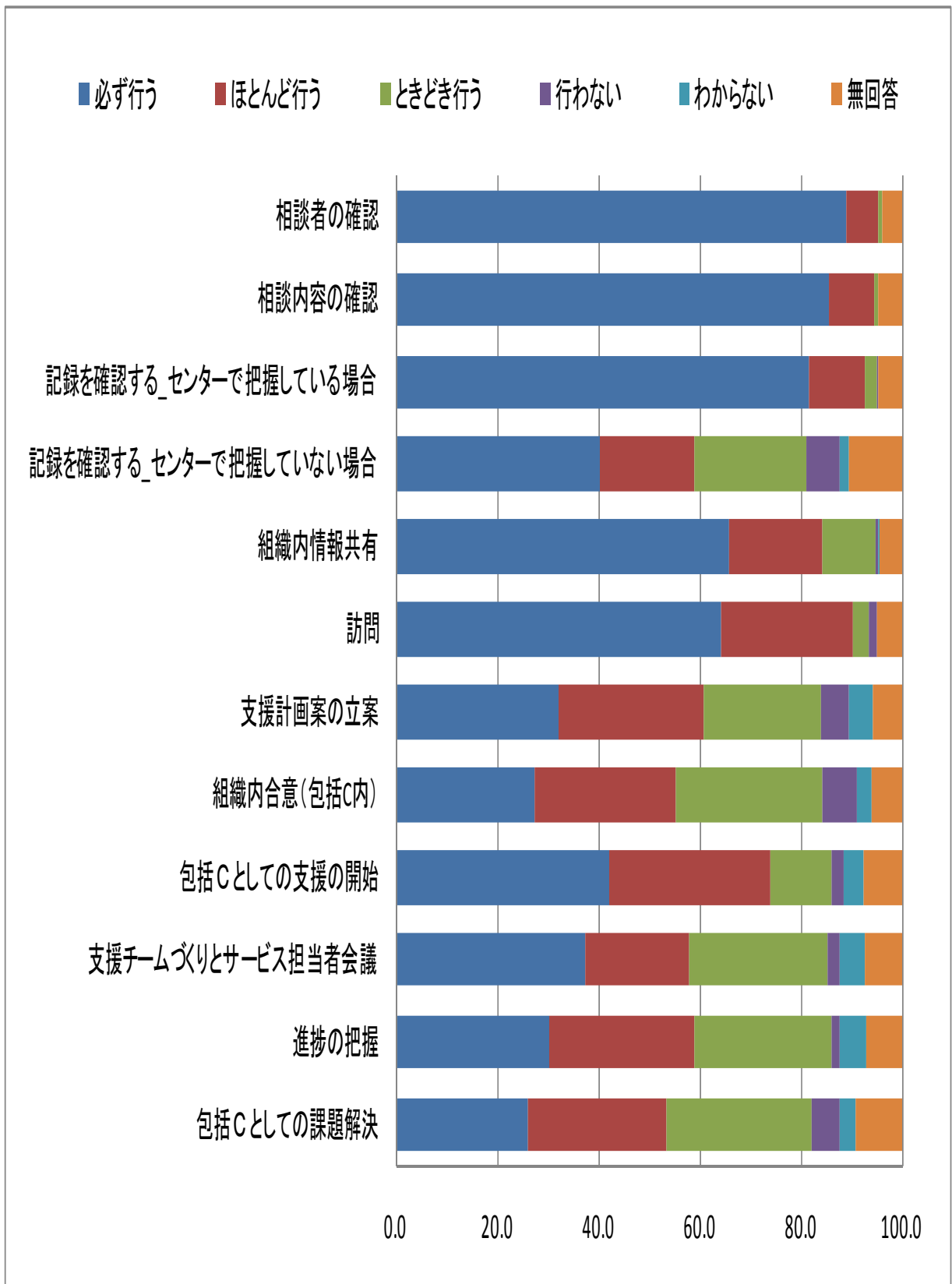


図 92 相談支援の実施プロセスの実施割合

### (5) 相談支援のプロセスの有無別相談内容別終結件数の比較

研究会で開発した相談支援のプロセス（11段階）の実施の有無別に9項目の相談内容別に終結件数・割合の差異があったかを比較した。

#### ①「1. 相談者の確認」の有無別相談内容別終結件数の比較

「1. 相談者の確認」の実施の有無別に相談内容別の終結件数・割合について比較したところ、「地域支援事業利用」の終結割合にのみ有意差が示された。終結割合が高い場合は、地域支援事業を利用していた。

表 86 「1. 相談者の確認」の有無別相談内容別終結件数の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：（解決）件数計	なし	22	144.7	214.3	-1.38	0.17
	あり	98	322.4	592.7		
終結割合_全体	なし	21	46.7	40.2	-.85	0.40
	あり	97	54.2	35.8		
結割合_制度政策に関する情報提供	なし	13	62.3	44.1	-.34	0.74
	あり	67	66.3	38.1		
終結割合_介護保険利用	なし	17	55.4	44.5	-.59	0.56
	あり	88	61.7	39.6		
終結割合_地域支援事業利用	なし	13	44.1	42.8	-2.05	0.04*
	あり	69	67.8	37.3		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	16	54.0	43.8	-.98	0.33
	あり	69	64.6	38.1		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	11	55.8	48.4	-.34	0.73
	あり	51	60.5	39.9		
終結割合_権利擁護	なし	21	34.2	39.0	-1.60	0.11
	あり	82	48.8	37.0		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	16	52.4	45.3	-.64	0.52
	あり	71	59.4	38.5		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	5	49.1	40.3	-.67	0.51
	あり	39	62.2	41.4		
終結割合_その他	なし	14	35.3	41.5	-1.32	0.19
	あり	42	52.0	40.6		

②「2. 相談内容」の確認の有無別相談内容別終結件数の比較

「2. 相談内容」の実施の有無別に相談内容別の終結件数・割合について比較したところ、「終結：（解決）件数計」「介護保険利用」の終結割合にのみ有意差が示され、相談内容を確認したほうが、終結件数が多く、終結割合も高くなっていた。

表 87 「2. 相談内容」の確認の有無別相談内容別終結件数の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：（解決）件数計	なし	29	94.5	116.5	-3.92	0.00**
	あり	92	357.8	610.6		
終結割合_全体	なし	28	41.6	35.3	-1.92	0.06
	あり	91	56.5	36.3		
終結割合_制度政策に関する情報提供	なし	16	63.4	40.8	-.25	0.80
	あり	64	66.2	38.7		
終結割合_介護保険利用	なし	25	44.3	38.9	-2.40	0.02*
	あり	82	65.8	39.4		
終結割合_地域支援事業利用	なし	17	63.2	41.6	-.12	0.91
	あり	66	64.5	38.3		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	19	48.1	41.1	-1.83	0.07
	あり	67	66.4	37.7		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	13	48.6	46.6	-.99	0.33
	あり	50	61.3	40.2		
終結割合_権利擁護	なし	22	35.3	38.2	-1.36	0.18
	あり	82	47.6	37.7		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	22	55.0	41.0	-.43	0.67
	あり	65	59.2	39.4		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	9	39.3	47.0	-1.80	0.08
	あり	35	66.2	38.1		
終結割合_その他	なし	16	44.1	43.3	-.49	0.63
	あり	41	50.0	40.5		

③ 「3-1.過去の記録の確認」の有無別相談内容別終結件数の比較

「3-1.過去の記録の確認」の有無別に相談内容別の終結件数・割合について比較したところ、いずれの相談内容も終結件数・割合に有意差が示されなかった。

表 88 「3-1.過去の記録の確認」の有無別相談内容別終結件数の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：（解決）件数計	なし	23	247.2	557.1	-.48	0.63
	あり	97	308.2	548.7		
終結割合_全体	なし	23	47.1	37.0	-.82	0.42
	あり	95	54.0	36.4		
終結割合_制度政策に関する情報提供	なし	12	79.5	38.0	1.39	0.17
	あり	67	62.6	38.8		
終結割合_介護保険利用	なし	21	49.6	44.9	-1.26	0.22
	あり	85	63.1	38.7		
終結割合_地域支援事業利用	なし	17	68.6	42.0	.48	0.63
	あり	65	63.4	38.3		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	17	52.7	40.9	-1.08	0.28
	あり	68	64.2	38.5		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	9	68.2	36.8	.79	0.43
	あり	53	56.3	42.3		
終結割合_権利擁護	なし	19	34.4	38.1	-1.33	0.19
	あり	84	47.2	37.8		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	17	51.3	45.3	-.77	0.45
	あり	69	59.6	38.5		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	7	44.0	47.0	-1.18	0.24
	あり	37	63.9	39.7		
終結割合_その他	なし	11	41.0	41.7	-.74	0.46
	あり	45	51.2	40.8		



③ 「3-2. 市区町村データの確認」の有無別相談内容別終結件数の比較

「3-2. 市区町村データの確認」の有無別に相談内容別の終結件数・割合について比較したところ、「終結割合\_全体」、「終結割合\_その他」の終結割合に有意差が示され、市町村データの確認がされていると終結割合が高くなっていた。

表 89 「3-2. 市区町村データの確認」の有無別相談内容別終結件数の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：（解決）件数計	なし	32	217.4	492.4	-.90	0.37
	あり	90	319.0	562.6		
終結割合_全体	なし	31	40.2	32.1	-2.31	0.02*
	あり	89	57.4	36.8		
終結割合_制度政策に関する情報提供	なし	19	61.0	42.9	-.59	0.56
	あり	61	67.1	37.8		
終結割合_介護保険利用	なし	27	48.9	37.9	-1.80	0.07
	あり	80	64.8	40.3		
終結割合_地域支援事業利用	なし	22	58.5	39.3	-.81	0.42
	あり	61	66.3	38.6		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	20	52.9	38.0	-1.24	0.22
	あり	66	65.2	39.1		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	15	42.0	43.5	-1.82	0.07
	あり	48	63.9	39.9		
終結割合_権利擁護	なし	27	35.2	36.1	-1.58	0.12
	あり	78	48.5	37.9		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	20	48.1	39.2	-1.29	0.20
	あり	67	61.1	39.6		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	11	54.5	43.8	-.58	0.57
	あり	33	62.8	40.5		
終結割合_その他	なし	17	29.8	35.6	-2.32	0.02*
	あり	40	56.2	40.9		

④「4. 組織内情報共有（包括C内）」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

「4. 組織内情報共有（包括C内）」の有無別に相談内容別の終結件数・割合について比較したところ、「介護保険以外の団体支援」に関する相談のみ終結割合に有意差が示され、終結した「介護保険以外の団体支援」の割合が高かったほうが「4. 組織内情報共有（包括C内）」がなかった。

表 90 「4. 組織内情報共有（包括C内）」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：（解決）件数計	なし	13	264.2	731.7	-.21	0.83
	あり	108	297.8	524.5		
終結割合_全体	なし	13	37.4	42.2	-1.61	0.11
	あり	106	54.6	35.3		
終結割合_制度政策に関する情報提供	なし	7	55.4	52.0	-.55	0.60
	あり	73	66.6	37.7		
終結割合_介護保険利用	なし	12	41.2	46.7	-1.78	0.08
	あり	94	62.9	38.8		
終結割合_地域支援事業利用	なし	7	57.1	53.5	-.37	0.72
	あり	76	64.9	37.5		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	10	45.7	49.9	-1.15	0.27
	あり	76	64.5	37.2		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	7	42.9	53.5	-.85	0.42
	あり	56	60.7	39.9		
終結割合_権利擁護	なし	9	32.5	41.9	-1.08	0.28
	あり	95	46.7	37.2		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	8	54.2	49.3	-.35	0.73
	あり	78	59.3	38.5		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	2	100	.0	6.50	0.00**
	あり	42	58.8	41.0		
終結割合_その他	なし	8	32.2	46.3	-1.21	0.23
	あり	49	51.0	39.9		

⑤ 「5. 訪問」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

「5. 訪問」の有無別に相談内容別の終結件数・割合について比較したところ、「(解決) 件数計」にのみ有意差が示され、訪問有り群の終結の件数が多かった。

表 91 「5. 訪問」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：(解決) 件数計	なし	23	103.4	120.7	-3.59	0.00**
	あり	99	336.2	594.1		
終結割合_全体	なし	23	40.6	38.7	-1.84	0.07
	あり	97	55.9	35.3		
終結割合_制度政策に関する情報提供	なし	14	50.9	42.3	-1.58	0.12
	あり	66	68.8	37.7		
終結割合_介護保険利用	なし	21	48.2	45.5	-1.46	0.16
	あり	86	63.9	38.4		
終結割合_地域支援事業利用	なし	15	63.6	43.6	-.07	0.94
	あり	68	64.4	37.9		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	17	48.5	42.1	-1.66	0.10
	あり	69	65.8	37.7		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	11	43.0	46.4	-1.39	0.17
	あり	52	62.0	40.1		
終結割合_権利擁護	なし	19	34.8	39.5	-1.32	0.19
	あり	86	47.3	37.2		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	16	46.2	44.9	-1.34	0.18
	あり	71	60.8	38.2		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	8	70.3	36.1	.73	0.47
	あり	36	58.6	42.2		
終結割合_その他	なし	15	35.7	40.2	-1.41	0.16
	あり	42	52.9	40.7		

⑥「6. 包括Cとしての支援計画案の立案」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較  
「6. 包括Cとしての支援計画案の立案」の有無別相談内容別終結件数・割合について比較したところ、「5. 訪問」の有無と同様に「(解決) 件数計」にのみ有意差が示され、。

「6. 包括Cとしての支援計画案の立案」をしていた群のほうが、終結件数が多かった。

表 92 「6. 包括Cとしての支援計画案の立案」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：(解決) 件数計	なし	22	105.4	136.2	-3.49	0.00**
	あり	98	338.9	595.9		
終結割合_全体	なし	22	50.4	39.9	-.42	0.67
	あり	96	54.0	35.6		
終結割合_制度政策に関する情報提供	なし	12	56.4	42.6	-.88	0.38
	あり	67	67.2	38.6		
終結割合_介護保険利用	なし	19	49.0	44.5	-1.48	0.14
	あり	86	63.9	38.7		
終結割合_地域支援事業利用	なし	12	80.2	36.4	1.47	0.15
	あり	69	62.6	38.5		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	13	58.0	46.9	-.42	0.67
	あり	72	63.0	38.0		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	7	42.9	53.5	-1.08	0.29
	あり	55	60.9	40.2		
終結割合_権利擁護	なし	18	40.3	38.5	-.61	0.54
	あり	85	46.3	37.7		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	14	65.3	43.7	.72	0.47
	あり	72	56.8	39.2		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	6	68.1	42.3	.47	0.64
	あり	38	59.5	41.2		
終結割合_その他	なし	14	62.2	45.1	1.39	0.17
	あり	42	44.9	38.9		

⑦「7. 組織内合意（包括C内）」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

「7. 組織内合意（包括C内）」の有無別相談内容別終結件数・割合について比較したところ、「権利擁護」に関する相談のみ終結割合に有意差が示され、「7. 組織内合意（包括C内）」があった群のほうが、終結した「権利擁護」に関する相談の割合が高かった。

表 93 「7. 組織内合意（包括C内）」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：（解決）件数計	なし	49	250.8	498.3	-.69	0.49
	あり	70	321.7	586.7		
終結割合_全体	なし	48	48.0	36.9	-1.09	0.28
	あり	69	55.5	36.3		
終結割合_制度政策に関する情報提供	なし	30	69.4	40.0	.75	0.45
	あり	48	62.5	38.8		
終結割合_介護保険利用	なし	46	52.9	42.1	-1.68	0.10
	あり	59	66.1	38.3		
終結割合_地域支援事業利用	なし	32	60.8	42.2	-.69	0.49
	あり	49	66.8	36.2		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	37	56.0	40.9	-1.15	0.25
	あり	47	65.8	37.4		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	23	55.9	44.9	-.31	0.76
	あり	39	59.3	39.9		
終結割合_権利擁護	なし	44	31.3	33.6	-3.18	0.00**
	あり	58	54.4	38.3		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	38	55.1	41.0	-.52	0.60
	あり	47	59.7	39.3		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	17	70.1	38.7	1.21	0.23
	あり	27	54.8	42.0		
終結割合_その他	なし	30	44.7	41.9	-.54	0.59
	あり	26	50.6	40.0		

⑧ 「8. 包括Cとしての支援の開始」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

「8. 包括Cとしての支援の開始」の有無別相談内容別終結件数・割合について比較したところ、「地域支援事業利用」に関する相談のみ終結割合に有意差が示され、終結した「地域支援事業利用」に関する相談割合は、「8. 包括Cとしての支援の開始」しなかった群のほうが高かった。

表 94 「8. 包括Cとしての支援の開始」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：（解決）件数計	なし	87	280.9	541.6	-.30	0.76
	あり	34	314.5	567.1		
終結割合_全体	なし	86	53.4	37.2	.26	0.80
	あり	33	51.4	34.9		
終結割合_制度政策に関する情報提供	なし	57	65.0	40.1	-.14	0.89
	あり	22	66.4	37.2		
終結割合_介護保険利用	なし	78	60.9	40.2	.13	0.90
	あり	28	59.7	41.1		
終結割合_地域支援事業利用	なし	57	70.7	36.0	2.09	0.04*
	あり	25	51.9	41.3		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	62	60.2	38.8	-.66	0.51
	あり	23	66.5	40.1		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	44	64.0	39.5	1.81	0.08
	あり	18	43.4	43.7		
終結割合_権利擁護	なし	75	46.4	38.5	.45	0.66
	あり	29	42.7	36.2		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	62	60.9	39.2	1.25	0.21
	あり	24	49.1	40.2		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	31	62.1	40.6	.58	0.56
	あり	12	53.9	43.4		
終結割合_その他	なし	48	51.4	40.6	1.29	0.20
	あり	9	32.3	41.2		

⑨「9. 支援チームづくりとサービス担当者会議（初回）」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

「9. 支援チームづくりとサービス担当者会議（初回）」の有無別相談内容別終結件数・割合について比較したところ、いずれの相談内容も終結件数・割合に有意差が示されなかった。

表 95 「9. 支援チームづくりとサービス担当者会議（初回）」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：（解決）件数計	なし	73	273.8	578.9	-.46	0.65
	あり	49	320.0	494.5		
終結割合_全体	なし	71	52.8	38.2	-.07	0.95
	あり	49	53.2	33.8		
終結割合_制度政策に関する情報提供	なし	46	66.5	39.5	.23	0.82
	あり	34	64.4	38.6		
終結割合_介護保険利用	なし	65	56.6	42.7	-1.41	0.16
	あり	42	67.3	35.2		
終結割合_地域支援事業利用	なし	48	67.3	39.0	.85	0.40
	あり	35	60.0	38.5		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	51	61.1	40.2	-.35	0.72
	あり	35	64.2	37.6		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	34	61.9	40.7	.65	0.52
	あり	29	55.0	42.8		
終結割合_権利擁護	なし	62	43.5	38.2	-.51	0.61
	あり	43	47.3	37.4		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	52	58.8	41.1	.19	0.85
	あり	35	57.1	37.9		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	23	60.5	42.5	-.04	0.97
	あり	21	60.9	40.3		
終結割合_その他	なし	38	50.9	42.5	.65	0.52
	あり	19	43.3	38.3		

⑩「10. 進捗の把握（モニタリング）」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較  
「10. 進捗の把握（モニタリング）」の有無別相談内容別終結件数・割合について比較をしたところ、「上記以外の制度利用」にの終結割合のみ有意差が示された。モニタリングをしていたのは、介護保険や地域支援事業、保健福祉サービスといった制度を利用していなかった群のほうが高かった。

表 96 「10. 進捗の把握（モニタリング）」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：（解決）件数計	なし	84	246.1	508.8	-1.38	0.17
	あり	35	396.9	623.1		
終結割合_全体	なし	82	50.0	37.1	-1.26	0.21
	あり	35	59.3	35.0		
終結割合_制度政策に関する情報提供	なし	52	61.5	40.5	-1.24	0.22
	あり	27	72.4	35.2		
終結割合_介護保険利用	なし	73	57.5	41.6	-1.28	0.21
	あり	32	67.8	36.5		
終結割合_地域支援事業利用	なし	53	65.2	37.9	.49	0.63
	あり	28	60.7	41.5		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	59	57.2	40.0	-1.89	0.06
	あり	25	74.7	35.5		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	38	49.5	41.4	-2.54	0.01*
	あり	23	76.2	36.7		
終結割合_権利擁護	なし	71	44.7	37.6	-.02	0.98
	あり	31	44.9	38.8		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	60	55.0	40.9	-1.17	0.24
	あり	26	66.0	36.7		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	30	64.0	39.5	.78	0.44
	あり	14	53.6	44.8		
終結割合_その他	なし	42	46.8	41.9	-.31	0.76
	あり	14	50.8	40.2		



⑪ 「11. 包括Cとしての課題解決」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

「11. 包括Cとしての課題解決」の有無別相談内容別終結件数・割合について比較をしたところ、「10. 進捗の把握」同様、「上記以外の制度利用」にこの終結割合のみ有意差が示された。

終結の割合が高かったのは、介護保険や地域支援事業、保健福祉サービスといった制度を利用していなかった群のほうであった。

表 97 「11. 包括Cとしての課題解決」の有無別相談内容別終結件数・割合の比較

		N	平均値	標準偏差	t 値	P
終結：（解決）件数計	なし	85	241.9	506.4	-1.63	0.11
	あり	33	423.8	633.5		
終結割合_全体	なし	83	49.4	37.0	-1.53	0.13
	あり	33	60.9	35.4		
終結割合_制度政策に関する情報提供	なし	53	60.2	41.0	-1.77	0.08
	あり	26	75.3	32.7		
終結割合_介護保険利用	なし	74	57.3	41.7	-1.41	0.16
	あり	31	68.7	36.0		
終結割合_地域支援事業利用	なし	54	64.9	37.7	.41	0.68
	あり	27	61.1	42.0		
終結割合_保健福祉サービス利用	なし	60	57.2	40.6	-1.96	0.05
	あり	24	75.5	33.5		
終結割合_上記以外の制度利用	なし	41	52.1	42.2	-2.07	0.04*
	あり	20	74.9	36.3		
終結割合_権利擁護	なし	72	43.9	37.9	-.32	0.75
	あり	29	46.5	38.4		
終結割合_介護保険事業所支援	なし	61	55.5	41.0	-1.02	0.31
	あり	25	65.2	36.7		
終結割合_介護保険以外の団体支援	なし	30	60.7	40.6	.01	1.00
	あり	14	60.6	43.4		
終結割合_その他	なし	42	46.0	41.7	-.55	0.58
	あり	14	53.1	40.3		

### 3. 共通的支援基盤（ネットワーク）の構築プロセス

#### （1）共通的支援基盤のプロセス実施の有無

共通的支援基盤（ネットワーク）の構築プロセス（P17、図2）について、プロセスごとの通過率を分析した結果、「⑤支援ネットワーク」が88.1%と最も高く、続いて「⑦活動状況把握」が80.3%、「①台帳整備」が79.7%であった。

プロセス順では、「⑦活動状況把握」までは7割実施されていたが、続いての「⑧ネットワーク活動改善」については59.4%に留まり、「⑨意識調査の実施」～「⑫アウトカム評価からの改善」に至っては、2割から3割の実施に留まっていた。

表 98 共通的支援基盤のプロセス実施の有無

プロセスの活動	N	%
①台帳整備	267	79.7
②リスト作成	245	73.1
③ルート確認	245	73.1
④受け入れ施設	236	70.4
⑤支援ネットワーク	295	88.1
⑥ネットワーク会議	254	75.8
⑦活動状況把握	269	80.3
⑧ネットワーク活動改善	199	59.4
⑨意識調査の実施	85	25.4
⑩改善施策の検討	116	34.6
⑪アウトカム評価	86	25.7
⑫アウトカム評価からの改善	86	25.7

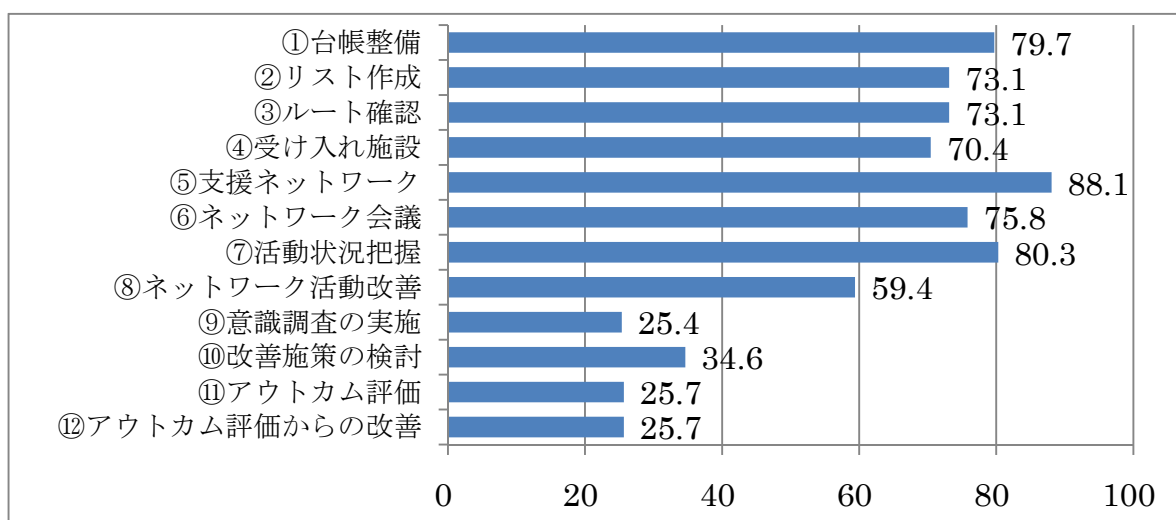


図 93 共通的支援基盤のプロセス実施の有無

## (2) 共通的支持基盤のプロセスパターンの組み合わせ

共通的支持基盤のプロセスについてパターンの組み合わせでみると最も多かった組み合わせは、「①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧」と「①台帳整備」から「⑧ネットワーク活動改善」までを行っているセンターであり、37センター（11.0%）であった。この結果は、センターでは、アウトカムの評価からの改善という業務の実施率が低いことが推察された。

表 99 共通的支持基盤のプロセスパターンの組み合わせ

プロセスの活動のパターン	N	%
①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧	37	11.0
特になし	9	2.7
①+②+③+④+⑤+⑥+⑦	9	2.7
①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑨	7	2.1
①+②+③+⑤+⑥+⑦	7	2.1
①+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨	7	2.1
①+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧	6	1.8
①+④+⑤+⑥+⑦+⑧	4	1.2
①+②+③+④+⑤+⑥+⑧	3	0.9
①+②+③+⑤+⑥+⑦+⑧	3	0.9
①+②+④+⑤	3	0.9
①+②+④+⑤+⑥+⑦	3	0.9
①+③+④+⑤+⑥+⑦	3	0.9
②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨	3	0.9
②+⑤+⑦	3	0.9

### (3) 共通の支援基盤のプロセスを連続して通過した割合

共通の支援基盤のプロセスについて、「①台帳整備」から「⑫アウトカム評価からの改善」までを順にどこまでを実施しているかをそれぞれ割合でみていくと以下の表のようになった。「1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9⇒10⇒11⇒12を含む」、つまり全プロセスを行っているセンターは335センター中34センター（10.1%）であった。

表 100 共通の支援基盤のプロセスを連続して通過した割合

	N	%
1⇒2を含む	209	62.4
1⇒2⇒3を含む	176	52.5
1⇒2⇒3⇒4を含む	149	44.5
1⇒2⇒3⇒4⇒5を含む	96	28.7
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6を含む	94	28.1
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7を含む	92	27.5
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8を含む	83	24.8
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9を含む	46	13.7
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9⇒10を含む	45	13.4
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9⇒10⇒11を含む	34	10.1
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9⇒10⇒11⇒12を含む	34	10.1

#### (4) 共通的支持基盤のプロセスの到達率

共通的支持基盤のプロセスについて、途中に行っていないプロセスがあっても、12のプロセスのうち、最も数字が大きいプロセスまで進んだかという、いわば到達率を分析した。この結果、「⑫アウトカム評価からの改善」まで到達したセンターが最も多く、25.4%、続いて「⑧ネットワーク活動改善」が23.0%、「⑦活動状況把握」が18.2%であった。

このことは、途中のプロセスは確立していないものの、なんらかのアウトカムの評価を基礎とした改善が行われている実態があることを示していた。

表 101 共通的支持基盤のプロセスの到達率

	N	%
①台帳整備	2	0.6
②リスト作成	2	0.6
③ルート確認	2	0.6
④受け入れ施設	4	1.2
⑤支援ネットワーク	10	3.0
⑥ネットワーク会議	15	4.5
⑦活動状況把握	61	18.2
⑧ネットワーク活動改善	77	23.0
⑨意識調査の実施	7	2.1
⑩改善施策の検討	53	15.8
⑪アウトカム評価	8	2.4
⑫アウトカム評価からの改善	85	25.4
システム欠損値	9	2.7
合計	335	100

### (5) 共通的支援基盤のプロセスの活動の項目間の関連性

共通的支援基盤のプロセスの活動の項目間の関連性について、因子分析を行った結果、「6. ネットワーク会議」、「8. ネットワーク活動改善」、「5. 支援ネットワーク」、「7. 活動状況把握」、「1. 台帳整備」、「3. ルート確認」、「4. 受け入れ施設」からなる因子1、「11. アウトカム評価」、「12. アウトカム評価からの改善」からなる因子2、「10. 改善施策の検討」、「9. 意識調査の実施」からなる因子3が抽出された。

因子分析は、主因子法（バリマックス回転）、最尤法（プロマックス回転）の二つの分析手法を用いて分析を行った。この際、「2. リスト作成」は因子から除外された。

3つの因子は、まずは、ネットワーク構築から実施に関わるプロセス因子1であり、自らのセンターのアウトカムの評価に関わる因子2、住民への意識調査に関わる因子3の三つが抽出されたことを意味しており、アウトカム評価および住民のニーズ把握からのセンター業務の改善に課題があることが本調査から明らかになった。

表 102 共通的支援基盤のプロセスの活動の項目間の関連性（主因子法\_バリマックス回転）

	因子			共通性
	1	2	3	
6ネットワーク会議	.636	.121	.076	.425
8ネットワーク活動改善	.585	.164	.167	.396
5支援ネットワーク	.543	.056	.012	.298
7活動状況把握	.535	.174	.136	.335
1台帳整備	.430	.034	.062	.190
3ルート確認	.430	.141	.155	.229
4受け入れ施設	.404	-.040	.114	.178
2リスト作成	.233	.182	.016	.088
11アウトカム評価	.136	.905	.232	.891
12アウトカム評価からの改善	.132	.818	.295	.773
10改善施策の検討	.192	.206	.836	.778
9意識調査の実施	.174	.263	.731	.634
因子寄与	2.018	1.729	1.467	
	16.819	31.231	43.456	

表 103 共通的支援基盤のプロセスの活動の項目間の関連性 (最尤法\_プロマックス回転)

	因子			共通性
	1	2	3	
6ネットワーク会議	.664	.039	-.050	.434
8ネットワーク活動改善	.600	.077	.021	.412
5支援ネットワーク	.590	-.054	-.067	.304
7活動状況把握	.544	.061	.018	.334
1台帳整備	.438	-.025	-.007	.182
4受け入れ施設	.423	-.135	.065	.173
3ルート確認	.400	.007	.119	.216
2リスト作成	.204	.138	-.024	.074
11アウトカム評価	-.025	1.039	-.061	.999
12アウトカム評価からの改善	-.014	.782	.114	.710
10改善施策の検討	-.031	-.014	.918	.807
9意識調査の実施	.051	.048	.735	.616
因子間相関				
1⇔2		.367		
1⇔3		.410		
2⇔34		.531		

## 4. 共通的支持基盤の構築における分析に対する考察

### (1) 共通的支持基盤のプロセス実施の有無について

共通的支持基盤のプロセス分析からは、⑨意識調査の実施、⑩改善施策の検討、⑪アウトカム評価、⑫アウトカム評価からの改善の活動が、大部分のセンターで行われていないことが明らかにされた。特に、⑨、⑪、⑫の活動は、3/4のセンターで行われていなかった。これは、多くのセンターでは、介護予防プランの作成（全業務の4割を占めるといふ調査結果あり）や、目の前の相談対応に追われ、ネットワーク構築業務の一部が実施できていないものと推察された。

次に、⑧ネットワーク活動改善については、4割のセンターで行われていなかった。地域包括支援センターが活動するためには、ネットワーク活動に関する改善施策の検討が行われるべきであろう。

しかし、4割ものセンターで行われていなかったのは、活動を行う時間がないだけでなく、これをセンターの役割と考えているセンターが少ないと予想された。

さらに、④緊急保護等が可能な受け入れ施設の現状把握を行っていないセンターが3割もあったが、高齢者虐待対応等の場合、センターは受け入れ施設についての現状把握が必須であるが、本調査の結果からは、少なくとも3割のセンターでは、サービスの基盤整備が遅れているといえ、緊急保護の場合の対応は、主に市町村の仕事と認識している可能性があるといえよう。

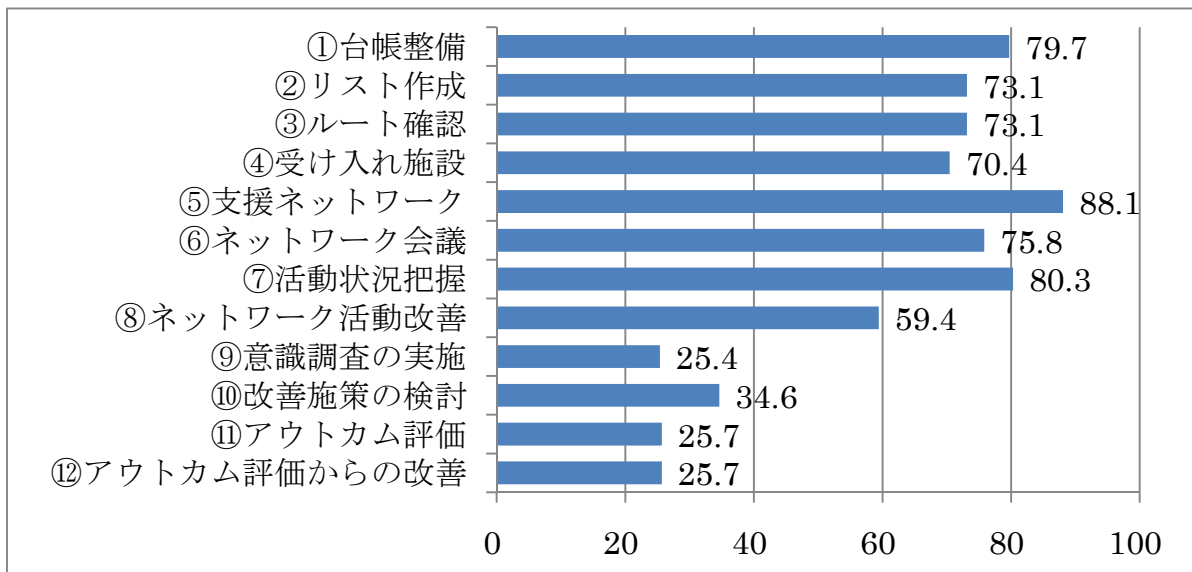


図 93 共通的支持基盤のプロセス実施の有無（再掲）



## (2) 共通的支持基盤のプロセスパターンの組み合わせについて

共通的支持基盤については、回答率が5割以下であった。また50%以上が2センター以下の回答であった。これについては、質問項目について検討を加え、回答の記入方法等について、工夫をする必要があると考えられた。しかし、①～⑧の活動には回答がされており、⑨や⑩の活動が少ないことから、ネットワーク構築のための改善策を検討しているセンターが少ないということや、改善策立案のための意識調査等を実施しているセンターが少ないことが実態であろうと考えられた。

また、⑪や⑫の活動が少ない点は、センターの活動における課題や終結条件、そしてアウトカム評価等を設定しているセンターがほとんどないことを示していると考えられた。

表 99 共通的支持基盤のプロセスパターンの組み合わせ (再掲)

プロセスの活動のパターン	N	%
①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧	37	11.0
特になし	9	2.7
①+②+③+④+⑤+⑥+⑦	9	2.7
①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑨	7	2.1
①+②+③+⑤+⑥+⑦	7	2.1
①+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨	7	2.1
①+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧	6	1.8
①+④+⑤+⑥+⑦+⑧	4	1.2
①+②+③+④+⑤+⑥+⑧	3	0.9
①+②+③+⑤+⑥+⑦+⑧	3	0.9
①+②+④+⑤	3	0.9
①+②+④+⑤+⑥+⑦	3	0.9
①+③+④+⑤+⑥+⑦	3	0.9
②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨	3	0.9
②+⑤+⑦	3	0.9

### (3) 共通的支持基盤のプロセスを連続して通過した割合について

プロセスの活動パターンで、(1⇒2⇒3⇒4⇒5)のパターンでも30%を満たしていた。これは、調査票を作成した段階では、高い実施率を想定していたプロセスであったが、3割程度しか実施されていなかった。

今後は、12のプロセスの中で、ほとんど行われていないプロセスを検討し、その原因について、再度、詳細に分析する必要がある。

表 100 共通的支持基盤のプロセスを連続して通過した割合 (再掲)

	N	%
1⇒2を含む	209	62.4
1⇒2⇒3を含む	176	52.5
1⇒2⇒3⇒4を含む	149	44.5
1⇒2⇒3⇒4⇒5を含む	96	28.7
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6を含む	94	28.1
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7を含む	92	27.5
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8を含む	83	24.8
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9を含む	46	13.7
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9⇒10を含む	45	13.4
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9⇒10⇒11を含む	34	10.1
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9⇒10⇒11⇒12を含む	34	10.1

## V-2. 地域包括支援センターにおける相談支援のプロセスおよび終結条件に関する調査（職員調査票に関して）

職員調査については、昨年度実施した地域包括支援センター職員調査と比較可能な項目については比較し、検討を行った。

### 1. 職員の基本属性

#### （1）性別

性別については今年度調査においては、男性20.3%、女性79.4%と示され、昨年度、調査結果とほぼ同様の傾向を示した。

表 104 性別

	H20		H21	
	N	%	N	%
男性	1040	17.7	237	20.3
女性	4698	80.0	925	79.4
無回答	133	2.3	3	0.3
合計	5871	100.0	1165	100.0

#### （2）年齢

年齢については今年度調査においては、平均40.5歳と、昨年度調査結果（平均42.3歳）よりやや若い傾向を示した。

表 105 年齢

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
H20	5803	22	75	42.3	10.1
H21	1075	22	68	40.5	9.9

#### （3）勤務形態

勤務形態は、今年度の調査では、①専従(常勤)が88.5%と9割弱を示しており、昨年度の調査対象より専従職員(79.6%)より、やや高い傾向を示した。

表 106 勤務形態

	H20		H21	
	N	%	N	%
①専従(常勤)	4673	79.6	1031	88.5
②専従(非常勤)	605	10.3	54	4.6
③兼務(常勤)	498	8.5	58	5.0
④兼務(非常勤)	66	1.1	1	0.1
無回答	29	0.5	21	1.8
合計	5871	100.0	1165	100.0

#### (4) 役職

役職については今年度調査においては、④「特に役職はない」が61.0%であった、昨年度調査結果(57.8%)より、若干、高い割合であった。その他の割合については、センター全体の責任者管理者も12.6%から10.2%と低くなっていた。

表 107 役職

	H20		H21	
	N	%	N	%
①センター全体の責任者・管理職	739	12.6	119	10.2
②ある部門の責任者・管理職	395	6.7	72	6.2
③管理職ではない主任・主査	1067	18.2	214	18.4
④特に役職はない	3394	57.8	711	61.0
⑤その他	238	4.1	29	2.5
無回答	38	0.6	20	1.7
合計	5871	100.0	1165	100.0

#### (5) 保有資格

保有資格は、今年度の調査では、社会福祉士が32.8%と最も高く、続いて看護師・保健師が32.3%であった。また、主任介護支援専門員は17.8%であった。

一方、昨年度調査においては看護師・保健師が33.0%ともっとも多かったが、今年度とほぼ同様の割合であった、しかし、社会福祉士は24.0%と今年度より低い割合であった。

昨年度調査においては、4職種以外の「その他」が15.0%を占めていたが、今年度は4.7%であった。これより、今年度は4職種のいずれかの資格を持っている職員が回答していたといえよう。

表 108 保有資格

	H20		H21	
	N	%	N	%
看護師・保健師	1940	33.0	376	32.3
主任介護支援専門員	901	15.3	207	17.8
社会福祉士	1408	24.0	382	32.8
その他	880	15.0	55	4.7
複数	718	12.2	141	12.1
無回答	24	0.4	4	0.3
合計	5871	100.0	1165	100.0

## 2. 連携活動状況

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 H20 年度調査同様に連携活動評価尺度を用いて調査を行った。

この尺度は、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<sup>14),15)</sup>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<sup>16)</sup>。ここでは、15 項目全てに回答した今年度 1,001 名 (昨年度、データ 5,424 名との比較によって) の回答を分析した。

### (1) 連携活動評価項目得点

連携活動評価項目得点について、昨年度調査と今年度調査を比較したところ、今年度調査の方が有意に連携得点が高かった。

表 109 連携活動評価項目得点

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差	P 値
H20 年調査	5424	0	45	23.58	5.21	0.00
H21 年調査	1001	10	39	24.50	4.57	

<sup>14)</sup>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

<sup>15)</sup>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.

<sup>16)</sup>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.

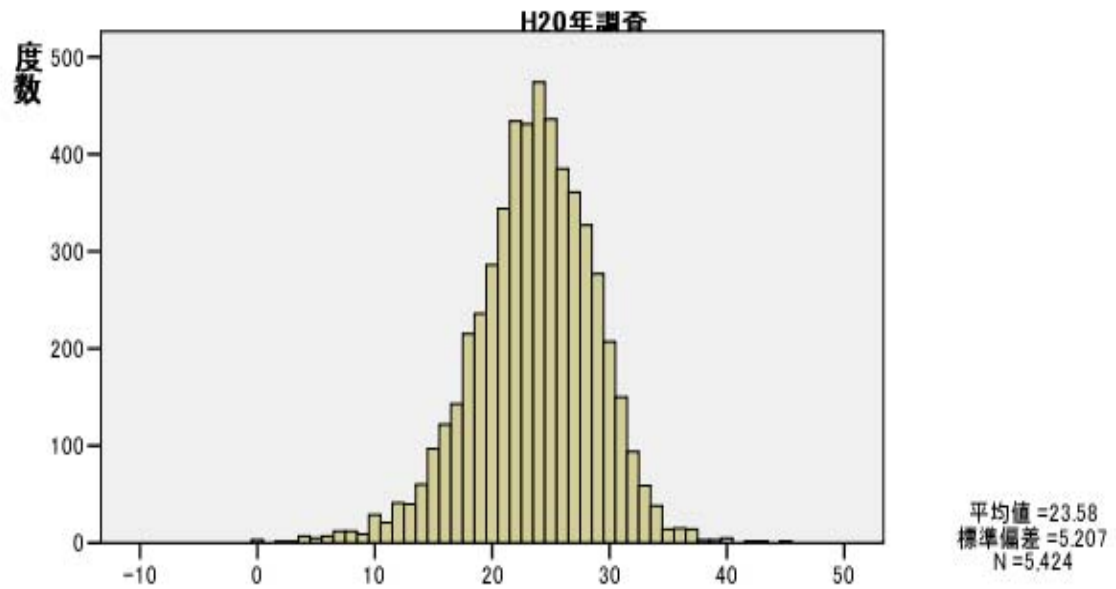


図 94 連携活動評価項目得点の分布 (H20 年度)

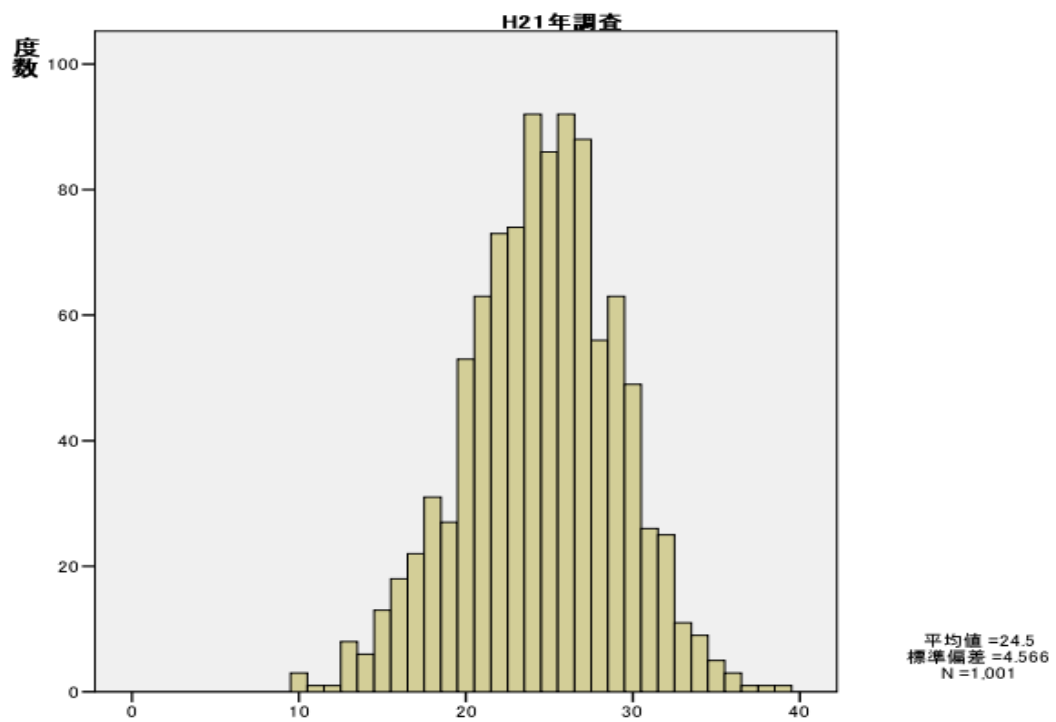


図 95 連携活動評価項目得点の分布 (H21 年度)

## (2) 連携活動評価尺度 15 項目の回答状況の比較

連携活動評価尺度15項目の回答状況について今年度データと昨年度データを比較したところ、15項目中10項目において、今年度の方が有意に高い得点にあった。

有意差がなかった項目は、「住民組織からの情報収集」、「他機関の専門職の把握」、「事例検討会への参加の呼び掛け」、「会議への費用負担の権限」であった。昨年度の調査の方が高かったのは「住民の資源利用の把握」のみであった。この結果からは、本年度の調査は、連携活動を実施しているセンターからの回答を得たと推察できる。

表 110 連携活動評価尺度 15 項目の回答状況の比較

		平均値	標準偏差	P値
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	H20	3.08	0.43	0.00
	H21	3.16	0.43	
	合計	3.10	0.43	
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	H20	2.90	0.46	0.03
	H21	2.87	0.42	
	合計	2.89	0.45	
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	H20	2.86	0.52	0.19
	H21	2.88	0.50	
	合計	2.86	0.52	
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	H20	2.27	0.75	0.06
	H21	2.32	0.74	
	合計	2.28	0.75	
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	H20	2.83	0.68	0.00
	H21	3.00	0.65	
	合計	2.86	0.68	
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	H20	2.58	0.63	0.00
	H21	2.74	0.55	
	合計	2.61	0.62	
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	H20	2.29	0.59	0.02
	H21	2.34	0.59	
	合計	2.30	0.59	
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	H20	2.45	0.54	0.00
	H21	2.50	0.53	
	合計	2.46	0.54	
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	H20	2.72	0.52	0.16
	H21	2.74	0.52	
	合計	2.72	0.52	
あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼びかけますか	H20	2.75	0.76	0.57
	H21	2.77	0.76	
	合計	2.75	0.76	
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	H20	2.13	0.61	0.00
	H21	2.19	0.61	
	合計	2.14	0.61	
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	H20	2.84	0.74	0.03
	H21	2.89	0.71	
	合計	2.85	0.74	
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	H20	1.52	0.76	0.55
	H21	1.54	0.75	
	合計	1.53	0.76	
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	H20	2.50	0.70	0.00
	H21	2.63	0.61	
	合計	2.52	0.69	
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	H20	2.80	0.72	0.00
	H21	2.93	0.64	
	合計	2.82	0.71	

(3) 職種別連携得点

職種別に連携得点を見たところ、今回の調査においては、保健師・看護師の資格を有する職員が平均 24.70 点と主任介護支援専門員および社会福祉士の資格保有者より有意に高かった。

3 職種以上資格を有する職員も同様に主任介護支援専門員および社会福祉士の資格保有者より有意に高かったが、3 職種以上と保健師・看護師、主任介護支援専門員と社会福祉士の間には得点には有意差はなかった。

表 111 職種別連携得点

	N	平均値	標準偏差	標準誤差	最小値	最大値
保健師・看護師	398	24.70	4.95	0.25	2.00	38.00
主任介護支援専門員	360	23.97	4.60	0.24	3.00	36.00
社会福祉士	64	23.06	5.50	0.69	2.00	35.00
3 職種以上	29	25.72	2.76	0.51	21.00	31.00
合計	851	24.30	4.82	0.17	2.00	38.00

表 112 職種別連携得点の一元配置分散分析結果

		平均値の 差 (I-J)	標準誤差	有意確率
保健師・看護師	⇔ 主任介護支援専門員	0.74	0.35	0.03 *
保健師・看護師	⇔ 社会福祉士	1.64	0.65	0.01 **
保健師・看護師	⇔ 3 職種以上	-1.02	0.92	0.27
主任介護支援専門員	⇔ 社会福祉士	0.90	0.65	0.16
主任介護支援専門員	⇔ 3 職種以上	-1.76	0.93	0.06 **
社会福祉士	⇔ 3 職種以上	-2.66	1.07	0.01 *

(4) 共通の支援基盤の業務担当の有無別連携得点

共通の支援基盤の業務担当の有無別に連携得点を比較したところ、担当していない職員に比べて、担当職員は有意に得点が高かった。

表 113 共通の支援基盤の業務担当の有無別に連携得点

	N	平均値	標準偏差	平均値の 標準誤差	P
担当していない	679	23.17	4.77	0.18	0.00
担当している	430	25.79	4.44	0.21	



(5) 解決終結率の高低別連携得点

解決終結率の高低別に連携得点を比較したところ、解決率7割以上の職員と7割未満の職員では得点には有意差はなかった。

表 114 解決終結率の高低別連携得点

	N	平均値	標準偏差	平均値の 標準誤差	P
7割未満	187	24.09	4.60	0.34	0.10
7割以上	339	24.80	4.73	0.26	

(6) センターにおけるもっとも時間が長いとされる業務の有無連携得点

センターで最も時間を費やしていた業務別に連携得点を比較したところ、「介護予防マネジメント」と回答したセンターのみが、未回答センターより連携得点が低かった。

表 115 センターにおけるもっとも時間が長いとされる業務の有無連携得点

		N	平均値	標準偏差	平均値の 標準誤差	P 値
共通的支援基盤の構築	なし	253	24.95	3.454	.217	0.21
	あり	13	26.23	3.448	.956	
総合相談	なし	195	24.81	3.451	.247	0.12
	あり	71	25.56	3.441	.408	
高齢者の権利擁護	なし	254	24.96	3.447	.216	0.29
	あり	12	26.14	3.652	1.054	
包括的・継続的ケアマネジメント支援	なし	251	24.93	3.471	.219	0.12
	あり	15	26.29	3.057	.789	
介護予防ケアマネジメント	なし	78	25.56	3.147	.356	0.09
	あり	188	24.78	3.562	.260	
その他	なし	260	24.99	3.478	.216	0.62
	あり	6	25.69	2.555	1.043	

### 3. 相談内容件数および終結の状況【新規調査分】

(1) 昨年（平成20年）度、受理した相談内容別の事例数およびそれらの終結の状況

#### ①昨年（平成20年）度受理した相談内容別の事例数

受理した相談内容別の事例数として一番多かったのは、「介護保険」に関するもので、平均97.09件であった。続いて多かったのは、「制度政策」に関する問い合わせで、52.78件であった。

最も少なかったのは、「団体支援」に関する相談内容であり7.24件、「権利擁護」に関する相談内容も少なく9.70件であった。

表 116 昨年（平成20年）度受理した相談内容別の事例数

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
1 制度政策_相談件数	440	0	1335	52.78	146.71
2 介護保険_相談件数	557	0	4590	97.09	302.50
3 地域支援事業_相談件数	445	0	1135	32.98	86.86
4 保健福祉サービス_相談件数	434	0	1066	34.41	113.68
5②～④以外_相談件数	356	0	305	13.49	39.66
6 権利擁護_相談件数	518	0	188	9.70	21.02
7 介護保険事業所_相談件数	446	0	845	23.20	67.13
8 団体支援_相談件数	346	0	194	7.24	21.88
9 その他_相談件数	348	0	615	31.18	89.03

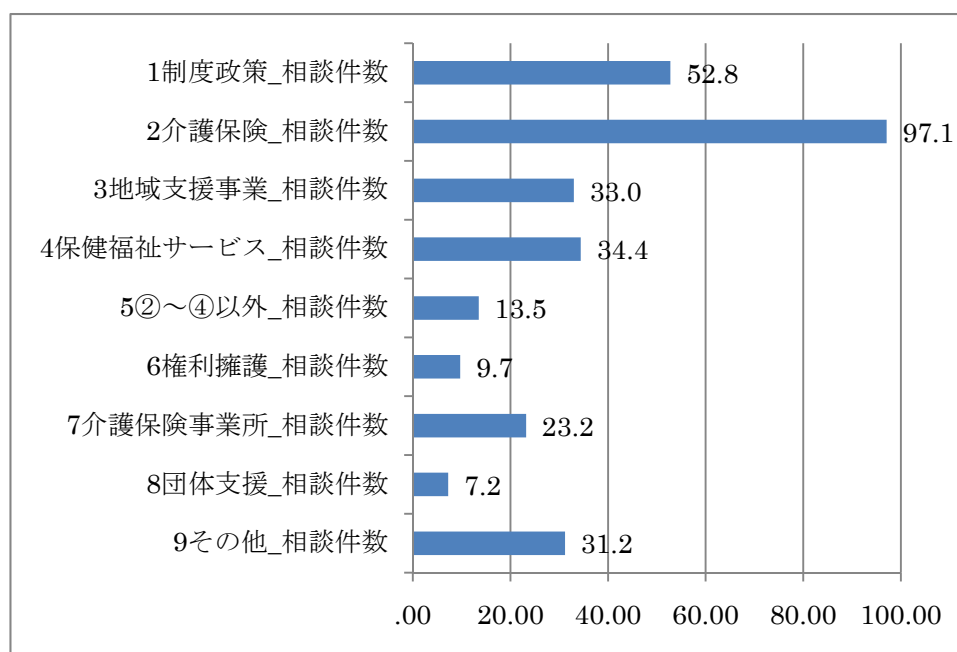


図 96 昨年度受理した相談内容別の事例数

②終結の状況

受理した相談内容別の事例数として一番多かったのは、「介護保険」に関するもので、平均36.10件であった。続いて多かったのは、「制度政策」に関する問い合わせで、27.49件であった。

最も少なかったのは、「権利擁護」に関する相談内容であり3.97件、「団体支援」に関する相談内容も次に少なく7.78件であった。これらは、相談事例数に比例するものであったが、「権利擁護」に関しては、件数が「団体支援」と逆転していた。

表 117 解決した件数

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
1 制度政策	346	0	1335	27.49	99.30
2 介護保険	488	0	1864	36.10	99.59
3 地域支援事業	336	0	450	18.10	44.31
4 保健福祉サービス	320	0	1000	18.31	71.53
5②～④以外	192	0	234	8.38	24.44
6 権利擁護	373	0	142	3.97	12.23
7 介護保険事業所	337	0	280	12.28	25.64
8 団体支援	144	0	126	7.78	18.91
9 その他	187	0	110	6.06	12.37

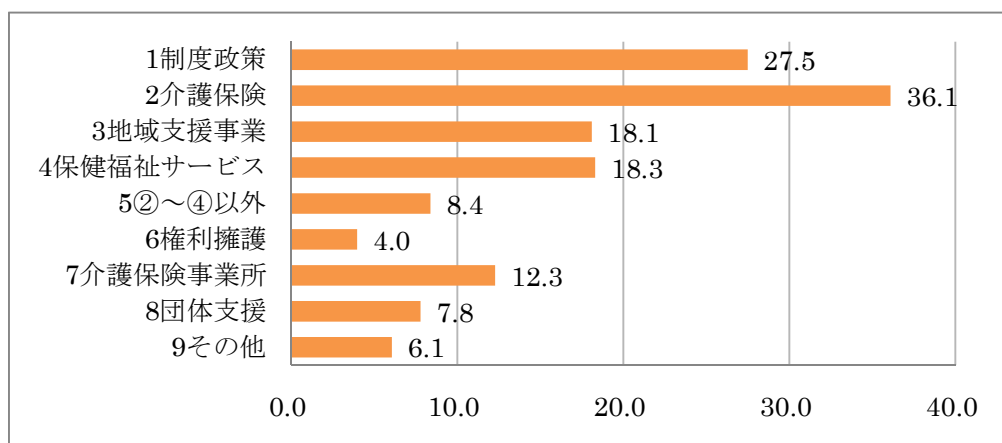


図 97 解決した件数

(2) 解決終結の割合

職員調査における解決終結の件数は平均 105.93 件であり、解決終結率は 70.5%であった。

表 118 解決終結の件数、割合の度数分布

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
解決終結の件数	556	.00	3611.00	105.93	257.61
解決終結率	535	0.0	100.0	70.5	31.2

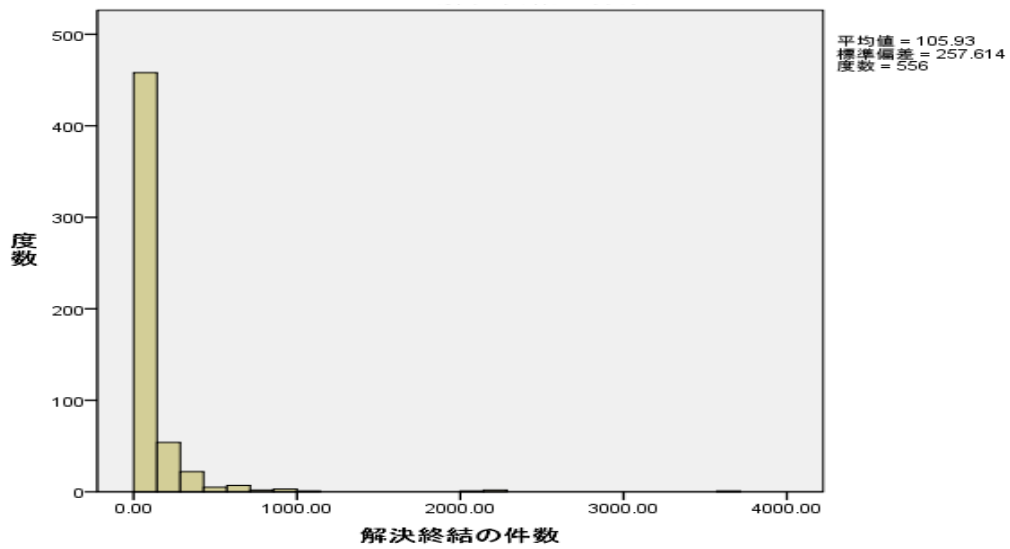


図 98 解決終結の件数

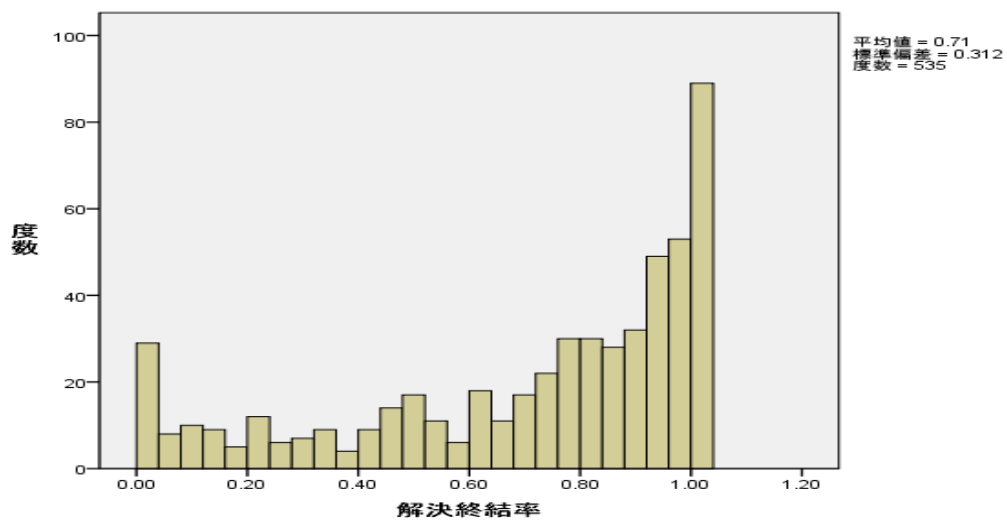


図 99 解決終結の割合

### (3) 相談内容別終結の割合

地域包括支援センター職員の相談内容別終結の割合をみると、解決終結率が最も高かったのは、「地域支援事業」65.6 %、続いて「保健福祉サービス」が63.3%であった。

センター調査票において、一番高かった「制度政策」は60.6%で（P163 参照）、センター調査と職員調査には、乖離がみられた。

最も解決終結率が低かったのは、「権利擁護」であり、センター調査と同様であったが37.39%であり、センター調査の45.09%（P163 参照）と比較すると、低い傾向が示された。

表 119 相談内容別終結の割合

	平均値	標準偏差	N
1 制度政策	60.62	40.75	334
2 介護保険	62.72	38.85	468
3 地域支援事業	65.57	39.57	328
4 保健福祉サービス	63.25	40.55	311
5②～④以外	52.97	41.75	179
6 権利擁護	37.79	36.72	366
7 介護保険事業所	58.25	40.30	326
8 団体支援	62.65	42.60	139
9 その他	42.23	41.36	177

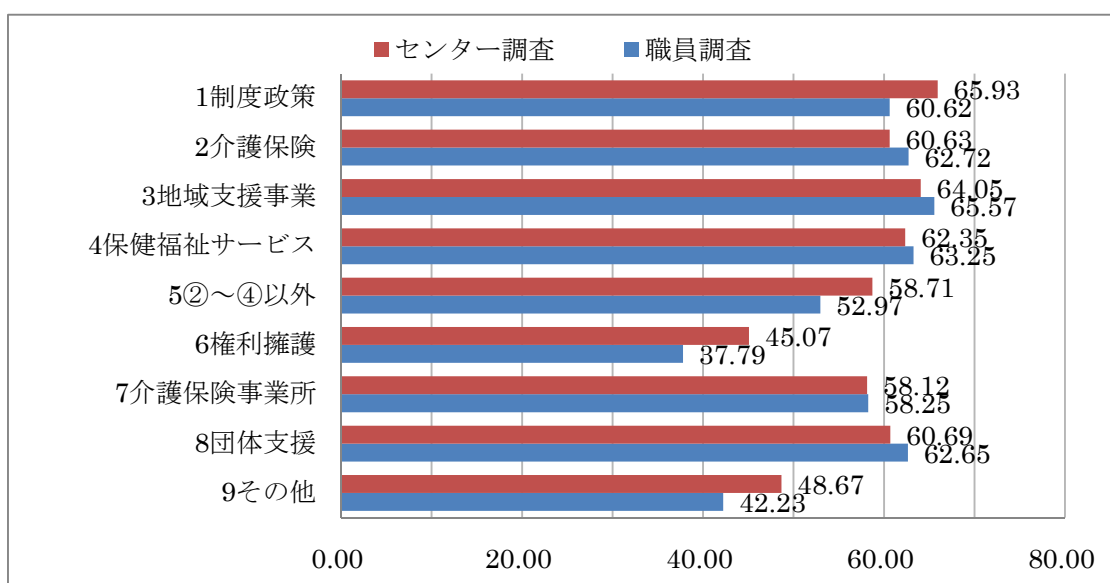


図 100 相談内容別終結の割合（職員調査とセンター調査の比較）

#### (4) 「安全・安心な生活が確保された」と判断された事例の割合

「安全・安心な生活が確保された」と判断された事例の割合は、平均74.0%であり、職員は担当したケースの7割程度は、「安全・安心な生活が確保された」と判断されていた。

表 120 「安全・安心な生活が確保された」と判断された事例の割合

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
安全・安心の確保割合	528	0	100	74.0	23.4

#### (5) 困難事例への対応状況

##### ① 困難事例の状況

困難事例における状況は、継続中が 43.9%と最も多く、終結が 35.3%と続き、継続中の割合が高かった。

表 121 困難事例の状況

	N	%
1 継続中	512	43.9
2 終結	411	35.3
3 わからない	54	4.6
4 その他	40	3.4
無回答	148	12.7
合計	1165	100.0

##### ② 困難事例における終結の内容

困難事例における終結した事例においてその内容について尋ねたところ、「解決して終結」が 53.5%と一番多く、続いて「不要になって終結」が 14.8%、「自然に終結」は 13.1%であった。

表 122 困難事例における終結の状況

	N	%
1 自然に終結	54	13.1
2 解決して終結	220	53.5
3 関与できずに終結	17	4.1
4 不要になって終結	61	14.8
5 その他	30	7.3
6 無回答	29	7.1
合計	411	100.0

③面接回数

困難事例における面接回数をたずねたところ、「月に2～3回」が40.7%と一番多く、「週に2～3回」が24.6%と多かった。

表 123 面接回数

	N	%
1 ほぼ毎日	80	6.9
2 週に2～3回	287	24.6
3 月に2～3回	474	40.7
4 月に1回	69	5.9
5 年に数回程度	60	5.2
6 その他	52	4.5
無回答	143	12.3
合計	1165	100.0

④面接時間

困難事例における面接時間をたずねたところ、平均54.9分であり、最小は1.15分から最大は300分まで分布しており、利用者における差が激しいことが示された。

表 124 困難事例における面接時間

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
困難事例_面接時間	1007	1.15	300	54.9	28.7

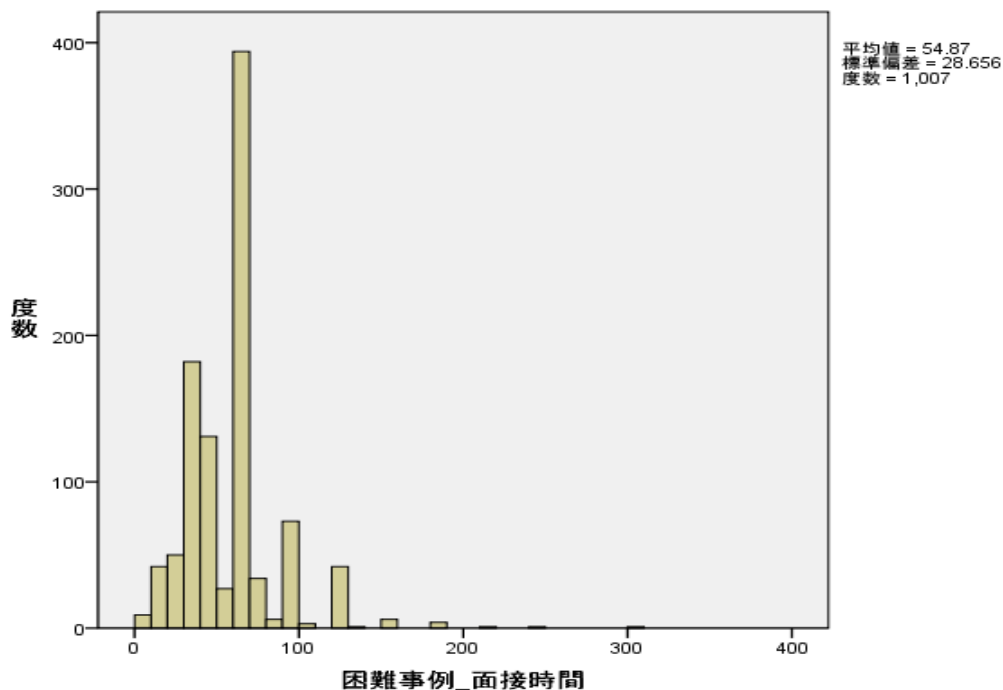


図 101 困難事例における面接時間の分布

#### 4. 地域包括支援センターの職員の担当事業

地域包括支援センターの職員の担当事業を複数回答で尋ねた。最も高かったのは、「総合相談」で 87.0%であった。続いて、「介護予防マネジメント」で 83.9%であった。「その他」を除き最も低かったのは、「共通支援基盤の構築」で 38.4%であり、「権利擁護」は 50.7%、「包括的・継続的ケアマネジメント」は 61.2%であった。

表 125 地域包括支援センターの職員の担当事業実施の割合

	担当していない		担当している		合計	
	N	%	N	%	N	%
共通支援基盤の構築	699	61.6	436	38.4	1135	100.0
総合相談	147	13.0	988	87.0	1135	100.0
権利擁護	559	49.3	576	50.7	1135	100.0
包括的・継続的ケアマネジメント	440	38.8	695	61.2	1135	100.0
介護予防ケアマネジメント	183	16.1	952	83.9	1135	100.0
その他	993	87.5	142	12.5	1135	100.0

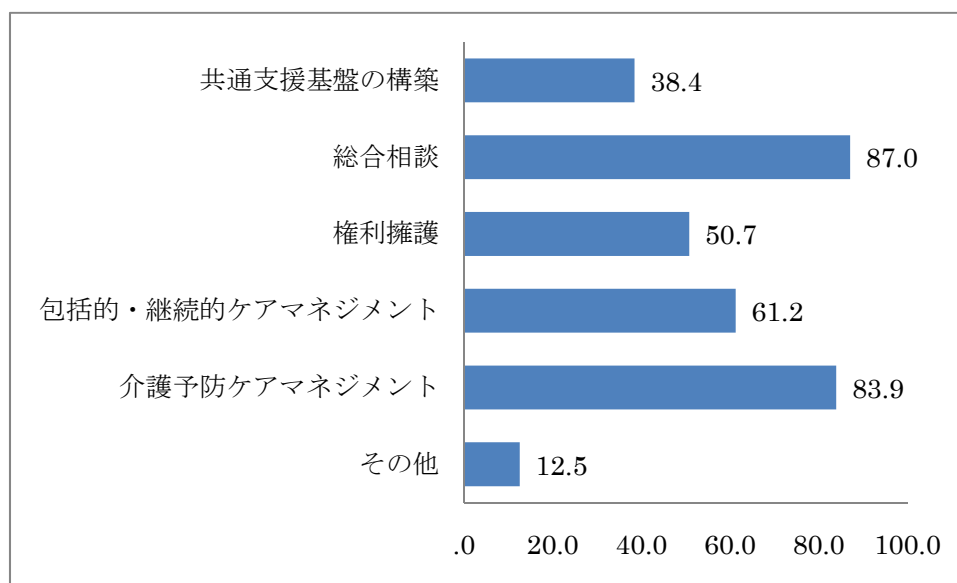


図 102 地域包括支援センターの職員の担当事業実施の割合



## VI. 地域包括支援センターの現状と課題

### 1. 前提としての地域包括支援センターの役割とは

地域包括支援センター（以下「センター」という。）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されるものである（介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の39第1項）。』と定められた。

このように平成17年6月に行われた介護保険法の改正において、地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で、介護が必要となったとしても安心して過ごすことができるように、包括的および継続的な支援を行う地域包括ケアを実現するための中心的役割を果たすことが期待されたのである。また、このため、(1) 包括的支援事業として、センターは、目的に沿って、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ため、①介護予防ケアマネジメント事業（法第115条の38第1項第2号）、②総合相談・支援事業（法第115条の38第1項第3号）、③権利擁護事業（法第115条の38第1項第4号）④包括的・継続的ケアマネジメント支援事業（法第115条の38第1項第5号）、の4つの事業を地域において一体的に実施する役割を担う中核的拠点となることが示されたのであった。

このほかに任意事業の実施も示された。この任意事業とは、介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業その他介護保険事業の安定化や被保険者の地域における自立した日常生活の支援を行うため、必要な事業を実施するものとされ、本来の事業との位置づけはないものの、インフォーマルなケアも含めてマネジメントするという任意事業の包括的支援事業等の実施も求められている。また任意事業の実施に当たっては、「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日付け老発第0609001号厚労働省老健局長通知）における、以下の市町村内の他機関との連携（地域包括支援ネットワークの構築）に示された個所が根拠となる。

『センターの行う事業は前述の①介護予防ケアマネジメント事業、②総合相談・支援事業、③権利擁護事業、④包括的・継続的ケアマネジメント支援事業であるが、これらの事業を効率的かつ効果的に実施するに当たっては、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなどの様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備を行うことが重要である。このため、こうした連携体制を支えるものとして「地域包括支援ネットワーク」を構築することが必要である。「地域包括支援ネットワーク」は、地域の実情に応じて構築されるものであるが、例えば、行政機関、医療機関、介護サービス事業者、地域の利用者やその家族、地域住民、職能団体、民生委員、介護相談員及び社会福祉協議会等の関係団体等によって構成される「人的資源」からなるネットワークが考えられる。』

本来、こうした地域包括支援ネットワークの構築には、センターの基盤整備のために各職員に共通する業務として位置づけることが必要であり、職員全員が情報を共有し、ネットワークに参加するメンバー相互の関係づくりや連携の継続性の維持に取り組むことが求められよう。

とくに地域包括支援ネットワークの構築に当たっては、①センター単位のネットワーク、②市町村単位のネットワーク、③市町村の圏域を超えたネットワークなど、地域の

特性に応じたネットワークを構築することにより、地域の関係者との相互のつながりを築き、日常的に連携が図られるようすべきであったと考えられる。

## 2. 調査より把握された地域包括支援センターの現状

### (1) 保険者機能の現状

このように地域包括支援センターの創設時に期待された機能に鑑み、現在の地域包括支援センターに求められる機能については、再検討する必要があると考え、本研究においては、これらのセンターの運営の責任を負うこととされている保険者への調査を実施し、現行の保険者の実態を明らかにすることを目的とした調査を実施した。

調査にあたっては、地域包括支援センターへの支援は、保険者によって大きく異なるのではないかという研究委員会における仮説を基に人口規模別地域包括支援センター設置形態別に保険者を分類し、分析を行った。

調査票が回収された650の保険者においては、町村部で直営と委託型の併存型は1保険者しか存在しなかったため、削除し、残った11群（グループ別）に「介護保険事業計画の進捗管理等の状況」、「地域連携の仕組みづくり」、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」、「介護支援専門員への支援」、「介護サービス事業者への支援」、「サービスの苦情・相談体制」、「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」の7種類の介護保険事業に関するの実施体制を分析した。

保険者で最も高い割合を示していた「町村部で直営型のみ地域包括支援センターを持つ保険者グループ」は全体の28.5%を占めていた。次いで、保険者数が多かったグループは、「人口10万人未満の市部で直営型のみを持つ保険者」で21.5%を示していた。次に、「町村部委託のみ型を持つ保険者」が12.0%であった。わが国の保険者は、人口規模が小さい町村部に多い。このため人口10万人以上の政令市等の割合は、全体としては低くなる、このため保険者を人口規模別に分析した結果は、わが国の保険者の実態を網羅的に把握する上で重要な資料となると考えられた。

前述した7種類の事業については、本研究では、これらの事業の遂行状況を数量化した得点を任意に規定し、基準化得点として示した。この基準化得点の平均値が最も高かったのは、11種類の保険者においては、「人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営のみ」の496.6であった。次いで、「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×直営と委託」の442.1で、「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市×委託のみ」439.5、「人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外×直営と委託」が406.8と示された。

逆に、最も低かったのは、「町村部×委託のみ」の256.0、「町村部×直営のみ」の264.1、「人口10万人未満の市部×委託のみ」306.8と続いていた（P93,表49）。

これらの結果からは、本研究委員会が期待した保険者機能を果たしていたのは、全国的な傾向としては、人口規模が10万人以上の都市であり、町村部とは、おおよそ2倍の開きがあることが示された。

また、今回の研究で明らかにされたことは、地域包括支援センターの設置形態とその支援機能との関連性はほとんど示されなかったことである。多くの保険者機能は、人口

規模によって説明されており、先に述べたように人口規模の大きいほうが、直営であろうが、委託のみ型であろうが、人口規模が小さい町村部よりも、有意に機能を果たしている現状が示された。

また、保険者の機能として当然、実施すべきとして示した以下の調査項目において、全国的に、全保険者において低い実施率であったのは、『自治体（保険者）として「訪問介護事業者ガイドライン」のような介護サービス事業者の活動指針やマニュアル等を編集、発行している』という項目であり、こういった活動指針、マニュアルを作成していたのは、わずかに2.7%の保険者だけであった。

次に、『中長期的な介護基盤整備方針の検討』を行っていた保険者も14.5%だけであった。中長期的な介護基盤整備方針が8割以上の保険者において検討されていないことが、これは地域包括支援センターの活動戦略が方針に従っているかを示す資料がないことを意味しており、地域包括支援センターは、厳密に言えば、保険者あるいは、協議会との連携をほとんど行っていないし、行っているかどうかを判断する資料もないことを示していた。

さらに今日、重点的な施策として示されている地域連携についての保険者の取り組みはほとんどなされておらず、『地域連携パスの作成』は9.9%であった。とくに、『地域の急性期病院との連携のための会議』は15.0%しか実施されていない。自治体として主体的に実施しているとの回答は、2.4%しかなく、単に会議に参加していると推察される回答を含めても15.0%しかなかった。これは、保険者にとっては、地域における医療と介護の連携、すなわちintegrated careへの取り組みが重要との認識が未だ醸成されていないことを示していた。このことは、研究委員会で実施した先進的な取り組みをしている地域包括支援センターが医療機関との連携に苦慮しているという実態と関連していると思われる。医療機関との連携は、行政主導で実施されることが、望まれており、これに行政が取り組んでいないことが、integrated careの推進がうまくすすまない大きな要因であると推察された。

また、介護支援専門員の活動方針やマニュアル等の編集発行も16.4%と低く、介護支援専門員の業務について、保険者が積極的に関わっていない実態が示された。これについても介護支援専門員の業務の質の管理を保険者が自らの業務として認識していない実態が示された。このような現状からは、介護支援専門員の質が多様であり、低い質を有する介護支援専門員が利用者の利益を阻害するような業務を行っている例が多いことや、これを是正するためには、保険者の責任として介護支援専門員の業務の標準化を行わねばならないのだということが理解されていないのではないかと推量された。これらの現状は、後述するように介護支援専門員の質が多様であることが介護保険行政に与えている悪影響の要因となっているのではないかと考えられる。

一方、実施率が高かったのは、『地域包括支援センター運営協議会の開催』で96.1%であった。しかし、これは、保険者の義務とされている業務である。したがって、実施していない保険者が存在しているということは問題であろう。次いで、実施率が高かったのは92.6%の『自治体（保険者）として、市民からの苦情・相談に関する窓口（相談部署）を明確にしている』ということであった。また、『高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施し

ている』が86.9%、『自治体（保険者）として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成し、配布している』が82.8%で実施率が高かったが、8割を超えて実施されていたのは、わずかにこれらの4種類の業務だけであった（P85, 図52）。

以上の結果からは、多くの保険者が地域包括支援センターへの支援を積極的に実施してはならず、介護支援専門員に対する支援も十分でないことが明らかにされた。また、地域包括ケアシステムの要となる医療と介護の連携についての取り組みは、ほとんど実施されておらず、保険者にとって、この業務が重要であるとの意識は、いまだ醸成されておらず、縦割り行政との誇りを免れない状況となっていた。

さらに、保険者調査の結果からは、中長期的な介護基盤整備の方針が8割以上の自治体で検討されていないことも明らかになったが、長期的な視野で、地域における包括ケア体制を整備するといった視点を保険者が持っていないことは、地域包括支援センターの機能を明確にするという以前の問題であり、保険者としての責任を果たしていないと評価される状況となっている。

本研究では、これらの責任の遂行に影響を与える要因として、人口規模が強く影響していることを統計的に初めて明らかにした。人口規模の大きさは、社会資源の豊富さを示しており、多くの町村部は、人的資源の不足だけでなく、経済的な基盤が脆弱であったり、情報システムの貧困さなど、今後もこういった差異の要因として人口規模が示されることになるだろう。これまでこの人口規模については、なかなか言及できなかったものと推察される。しかし、さまざまな行政機能を評価する際に、こういった人口規模が要因として示されることは増えることが予想される。

これまでは、同じ人口規模でも保険者間の差があり、例えば、人口規模が大きい10万人以上の政令指定都市であっても、機能が不十分な都市がある一方で、町村部でも基準化得点が高いところもあることは認知されており、どちらかといえば、保険者の意識や、取り組み姿勢が課題とされてきたが、すでに、国がこの地域包括ケア体制への移行を表明してから5年が経過している。おそらく、今回の結果が示したことは、保険者に対して、全国一律の基準で施策の実施を期待することが、相当に困難な時代となっていることを示唆している結果とも解釈できる。

## （2）地域包括支援センター業務の現状

前述の保険者調査の結果から、保険者からの支援を十分に受けていない地域包括支援センターが多いことが明らかにされた。

このような状況の中で、地域包括支援センターは、保険者と多くの、緊密な連携を必要とせず、独自業務として、実施が可能であった介護予防事業を実施することで、その運営をしていったとの説明もできよう。

今回の調査結果だけでなく、これまで実施された多くの地域包括支援センターを対象とした業務内容調査で、多くの業務時間を費やして実施されていたのは（P156、表76）、介護予防ケアマネジメントであり、今回も68.2%が、この業務に最も長い時間を費やしてきたと示されていた。

センターにとっては、この業務だけは、国からの行うべき業務が明示されており、保険者と新たな調整等は必要でなかったし、その成果も概ね示されていたために、この業

務を特に実施することとなってきたと推察された。

地域包括支援センターでは、介護予防事業に続いて、総合相談に長い時間が費やしていた。したがって、これら2機能に関わる業務だけで、職員のほとんどの業務時間を費やしていた。総合相談業務は、主に社会福祉士が対応しているとされているが、本調査では、相談の終結条件の有無について、初めて調査を行った。

この結果、センターの相談支援の終結条件が定められていたのは80センター(25.8%)のみで、現状としては、相談を受けてから、終結までの各プロセスの考え方や、その相談業務については、ほとんど評価がされていないことが明らかにされた(P163,表84)。

さらに、センター全体における昨年度(平成20年度)の相談内容別の事例における解決の割合は、「制度政策に関する情報提供」が平均65.9%と一番高く、「地域支援事業利用」が64.1%、「保健福祉サービス利用」62.4%で60%以上の内容としては、「介護保険利用」、「介護保険以外の団体支援」もそれぞれ60.6%、60.7%であった。しかし、利用者との密接な関わりや、専門的な知識、専門技能としてのソーシャルワークを必要とする「権利擁護」は45.1%で最も低かった。しかも、この相談は、終結条件が定められておらず、このことも、低い終結率と関連していると推察された。

また、相談支援の実施プロセスについて(P164,表85)は、「1.相談者の確認」、「2.相談内容の確認」、「3.記録を確認する\_センターで把握している場合」は、必ず行っていたのは、それぞれ89.0%、85.4%、81.5%と8割を超えていたが、その後の「4.組織内情報共有」、「5.訪問」は、それぞれ65.7%、64.2%と必ず行うのが6割程度であった。「6.支援計画案の立案」および「7.組織内合意(包括C内)」は、31.9%、27.2%とかなり低かった。最終の「10.進捗の把握」、「11.包括Cとしての課題解決」もまた、30.1%、26.0%と低かったが、「必ず行う」という回答が最も低かったのは、「11.包括Cとしての課題解決」の26.0%で、「7.組織内合意(包括C内)」も27.2%と低く、組織内の合意形成についての実施率と、センターとしての課題解決を経るという過程が低かったのは、センター内でのモニタリングシステムが十分に機能していない可能性が示していた。

次に、これから構築しなければならないとされている地域包括ケアシステム構築の基盤づくりとしての共通支援基盤の整備については、これを実施するプロセスである①台帳整備、②リスト作成、③ルート確認、④受け入れ施設、⑤支援ネットワーク、⑥ネットワーク会議、⑦活動状況把握、⑧ネットワーク活動改善、⑨意識調査の実施、⑩改善施策の検討、⑪アウトカム評価、⑫アウトカム評価からの改善の12段階に分類し、これらの各段階の通過率を分析した(P178)。

この結果からは、「⑤支援ネットワーク」が88.1%と最も高く、続いて「⑦活動状況把握」が80.3%、「①台帳整備」が79.7%と示された。プロセスとしては、「⑦活動状況把握」までは7割実施されていたが、続いての「⑧ネットワーク活動改善」については59.4%に留まり、「⑨意識調査の実施」～「⑫アウトカム評価からの改善」に至っては、2割から3割の実施に留まっていた。

このように共通的支援基盤のプロセス分析から明らかにされたことは、⑨意識調査の実施、⑩改善施策の検討、⑪アウトカム評価、⑫アウトカム評価からの改善の活動が、大部分のセンターで行われていないことであった。特に、⑨、⑪、⑫の活動は、3/4のセンターで行われていなかった。これは、多くのセンターでは、介護予防プランの作成や相談対応に追われているからとの理由が示されていたが、結果としては、こういったネットワーク構築など共通的支援基盤業務が地域包括支援センターの業務として、必須でもなく、重要な業務としても認識されてこなかったことを示唆するデータであろう。

このことは、⑧ネットワーク活動改善については、4割のセンターで行われていなかった。地域包括支援センターが共通的支援基盤を構築するためには、ネットワーク活動

に関する改善施策の検討が行われることは必須であることから、4割ものセンターで、この業務が実施されていなかったのは、活動を行う時間がないという理由ではなく、むしろ、この業務をセンターの役割と考えていなかったのではないかと推察される。

さらに、④緊急保護等が可能な受け入れ施設の現状把握を行っていないセンターは3割と示された。高齢者虐待対応等の場合には、センターは受け入れ施設についての現状把握が必須であるが、本調査の結果からは、サービスの基盤整備が遅れているというのではなく、緊急保護の対応は、地域包括支援センターの業務ではなく、保険者の責任での実施と認識しているのではないかと考えられた。

なお、これらの共通的支援基盤のプロセスの活動については、因子分析を行い、項目の妥当性等の検討を実施した結果、「6.ネットワーク会議」、「8.ネットワーク活動改善」、「5.支援ネットワーク」、「7.活動状況把握」、「1.台帳整備」、「3.ルート確認」、「4.受け入れ施設」からなる因子1、「11.アウトカム評価」、「12.アウトカム評価からの改善」からなる因子2、「10.改善施策の検討」、「9.意識調査の実施」からなる因子3が抽出された。この分析と主因子法（バリマックス回転）、最尤法（プロマックス回転）の二つの分析手法からは、「2.リスト作成」は因子から除外されており、プロセスは、11段階あるいは、3つの因子を代表する、例えば、ネットワーク構築から実施に関わるプロセス因子1と、自らのセンターのアウトカムの評価に関わる因子2、それから、住民への意識調査に関わる因子3という、アウトカム評価および住民のニーズ把握からのセンター業務の改善という段階を示す項目へと工夫し、さらに調査研究を進める必要があると考えられた(P182,183)。

しかし、いずれにしてもセンターでは、第3の因子であるアウトカム評価や、これを基にした改善についての取り組みは、ほとんど実施されていなかった。これは、職員の資質によるというよりは、センターの方針が明確でないこと、ひいては保険者の介護保険制度に関わる中長期的な方針が共有されていないこと、さらに基本的な問題としては、これらの業務が地域包括支援センターの業務として認識されていないということが主たる原因といえ、今度、地域包括支援システムを構築することを課題として示している厚生労働省が、地域の社会資源を考慮した上で、どのように、全国的に、この体制を整備するかを示し、施策を展開するかの戦略が求められるところであろう。

### （3）地域包括支援センターに勤務する職員の現状

本研究事業では、昨年度に引き続き、これらの業務の担当者である職員へ調査を実施している。この結果からは、今回の調査対象となった職員の連携活動能力の平均値は、昨年度のセンター職員よりも有意に高かった(P189,表 109)。これは、本調査は、相談の終結条件や共通的支援基盤のプロセスといった難易度が高い調査項目が網羅されていたため、臨床経験が豊富で、能力が高い職員が回答したためと予測している。

現状では、介護支援専門員は、介護サービス計画を作成し、これらが確実に提供されるよう介護サービス提供機関と連絡調整を行い、利用者の状態についてのモニタリングを行うことが主な業務となる。

実際に介護支援専門員が他の職種と比べて、どのような連絡調整等の連携活動を行っているかについて、平成20年に行った全国の地域包括支援センター職員(回収率37.6%、1,495センター、5,870名分のデータ)を対象として実施された調査結果がある<sup>17)</sup>。こ

<sup>17)</sup> 筒井孝子(2009). 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. 老人保健事業推進費等補助金「地域包括支援センターの評価に関する研究」平成20年度研究報告書：P81-141

の調査における連携活動評価得点について、職種別に見てみると、介護支援専門員（主任介護支援専門員）の得点は、25.11点であり、センター職員全体の平均得点、23.58点（SD±5.21）より高く、連絡調整をよく行っていることがわかっている<sup>18)</sup>。

また、他の専門職種と比較しても、社会福祉士は23.95点、保健師（看護師）は23.98点と、若干介護支援専門員が高い傾向が示され、他職種より連携活動能力が高いことが明らかになっている。

しかしながら、これについては、年齢による影響が大きいことが予想され、たとえば区別の連携活動得点の平均値を見てみても、50歳代以上の24.49点（SD±5.44）が最も高く、次いで40歳代の23.72点（SD±5.10）、30歳代の23.09点（SD±5.08）で年齢が高いほうが得点は高くなる傾向を持っており、介護支援専門員の平均年齢が他の専門職種よりも有意に高かったことが要因としてはあげられる。

このような先行研究の結果から、今回の調査結果をみると、主任介護支援専門員が他の職種よりも高い得点は示されておらず、この結果からも臨床経験が連携活動には影響していることが予想され、地域づくりや共通の支援基盤といった業務には、こういった活動に経験がある人材を配置することが必要であることを示唆する結果として重要と考えられる。

さて、介護支援専門員として、介護保険施設等に所属する現場の職員を認め、彼らに介護サービス計画の作成を委託できるような制度を構築してきた理由は、介護サービスの利用者のモニタリング機能を十分に発揮させるためであり、さらに言うなら政府は、あえてリスクをとって、利用者がサービスを容易に受給でき、その際の利便性の向上を目指した制度である。このために介護支援専門員の資格の門戸を大きく広げ、これらもまた共助システムとしての介護保険制度に取り込んできたのである。

これらの制度を採用した背景には、介護サービス提供と、そのモニタリングが重要との認識があった。しかし、「サービス担当者会議は行われているか」という質問に対し、介護支援専門員の6割が「担当者会議は開いていない」と回答し、モニタリングシステムを機能させるにも、その基盤がないことが明らかにされている<sup>19)</sup>。また、本調査の結果からは、センターで最も時間を費やしていた業務別に連携得点を比較したところ（P194,表115）、「介護予防マネジメント」と回答したセンターのみが、未回答のセンターより連携得点が低かった。これは介護予防に業務の多くを費やしているセンターでは、連携活動能力が低くなってしまっている現状を示している。

さらに、地域包括支援センターの職員の担当事業を複数回答で尋ねたところ（P201,表125）、最も高かったのは、「総合相談」で87.0%であった。続いて、「介護予防マネジメント」で83.9%であった。「その他」を除き最も少なかったのは、「共通の支援基盤の構築」で38.4%であった。このように共通の支援基盤の構築は、担当職員が4割程度しかいないことも、この事業の推進が大きく遅れている原因であるし、これだけの職員しか配置していない状況こそが、共通の支援基盤の整備が地域包括支援センターにとっての重要、かつ主要な業務との認識がないことを示していた。

<sup>18)</sup> 筒井孝子・大野賀政昭・東野定律・高橋紘士（2009）. 全国の地域包括支援センターの専門職における連携活動の実態. 第57回日本社会福祉学会全国大会；東京；2009.10.10-11. 同報告要旨集, p612-613.

<sup>19)</sup> 読売新聞（2004）. ケアマネの6割、担当者会議開かず／全国連絡協調査 2004.03.09

### 3. 地域包括ケアシステム構築の要件と課題

#### (1) 地域包括ケア研究会における地域包括ケアシステム

介護保険制度の存続と維持のためには、新たな地域包括ケアシステムの構築が必要であり、このシステムを構築するための前提として、以下の4つの課題の解決が必要であることを2010年3月に政府は、地域包括ケア研究会報告書において強調した。

第1は、在宅医療の充実である。日本人の場合、死亡場所は、ほとんどが病院である。在宅での死亡は、わずか13%で世界的な水準からみても低い。住み慣れた自宅で、医療を受け、死を迎えることができるような介護と医療を統合したシステムを前提とした地域包括ケアシステムが必要であること示された。

しかし、地域での医療との連携を積極的に進めなければならない責務を担うこととなる保険者には、本研究の結果から明らかなように、こういった認識はほとんどないものと推察される。したがって、24年度の介護と診療報酬の同時改定が予定され、とくにこのシステムの整備が遅れることは、保険者にとっては、大きな問題となることを早急に認識させ、保険者毎に医療介護の連携計画について検討し、これを示すことを求めねばならないものと考えられる。

第2は、介護サービス提供体制の強化であった。3年で16万床分の入所系施設を整備し、現在40万人いる訪問介護を担う人材をさらに増員することが計画されている。これは現在、すでに日本の要介護（要支援）認定者は455万人であり、この数は、制度発足時の218万人の約2倍となっている。

つまり、要介護高齢者の倍増に対応するための人数を保険者ごとに算出させ、これだけの人数、あるいはサービス供給量が必要であることを示し、これを充足させるために、どうすればよいかを保険者に検討させなければならない。また、その際には、当該保険者は、地域にすでに共通的支援基盤が整備されているかどうかで、その計画の内容は大きく異なるため、保険者が、どのような方策によって、共通的支援基盤の整備を行うかという戦略を明示しなければならない。さらにこの戦略は、人材と深く関連することから、とくに人口規模の小さい保険者は、地域包括支援センターや、多様な互助組織をも含めた組織と連携しながら、検討する必要がある。

第3は、地域に、地域活動の活性化による予防と生活支援の仕組み、すなわち地域包括ケアのシステムの基盤をつくることである。具体的には、独居や認知症高齢者に対する地域住民による定期的な巡回、食事の配給、緊急時の通報といった活動を実施するための組織の構築とマネジメントの実施ということになる。

このような地域における互助システムは、前述したように、社会資源の豊富な都市では専門職種の人材整備として検討できようが、これが困難である場合は、地域包括支援センターとの連動だけでなく、地縁や社会福祉協議会などの組織等、あらゆるネットワークを利用した基盤づくりが求められることとなるだろう。

地域包括ケア研究会報告書で示された第4の点は、ケア付き住宅の整備であった。日本は高齢者の持ち家率が85%と高いが、高齢になるにつれ、ケアや利便性を考えて、都心への住み替え需要が起こっている。しかし、この住み替えは、中間所得層以上においてであり、低所得者層においては、この住み替えはうまくいっていない。

このため低所得者層の居住場所は不足している。こういった低所得者層も含め、安心して老後の生活を送ることができる住宅の整備ができることが地域包括ケアシステムの前提となるとされている。このことは、保険者にとっては、かなり深刻な課題である。これについては、人口規模が大きい政令市では、増加する高齢者人口を予測した公営住宅の整備は遅れているだけでなく、貧困ビジネスの増加等により、住宅に対しての精査



が求められることから、その生活実態の把握も行わなければならないため、かなりの業務量が必要となることから、これをどのように実行するかについては、保険者にとっての政策実行の優先順位を決定していかねばならないことを意味している。

さて、本報告では、詳述しないが、具体的には、この地域包括ケアシステムの整備とは、図 98 に示したように<sup>20)</sup>、これまでに、国が進めてきた社会保険によって社会化された介護を再び、家族あるいは地域内の住民等の相互扶助を基盤とする主体にも役割を担うことを期待し、地域のケアを再構築しようとしているものとも考えられる。

したがって、前述したような住宅の確保は、保険者にとって最低限、必要な内容となっていくだろう。さらに、貧困ビジネス側への抑制効果としての監査の徹底といったことが、保険者には、必須とされる責務となっていくだろうが、ケア提供体制そのものについては、現状のわが国にふさわしいシステムを再度、検討すべきとの認識は持つべきであろうと考えられる。

## (2) わが国における共助の位置付け

ところで日本の共助の成り立ちについては、欧米において会社や非営利組織などの一般的な共通の関心や目的などで集まった機能的集団であるアソシエーションは、家族・隣人やボランティア組織といったインフォーマルな相互扶助の関係性による集団として理解されてきた。しかし、第二次世界大戦後、とくに村落共同体の崩壊が著しく、これらによる相互扶助が衰退すると職場の自治組織などによるセーフティネットが登場し、これが社会保険として発展を遂げ、前者の村落共同体による互助システムではなく、国の介入を媒介とし、職場を共同体とみなし、フォーマルな相互扶助の仕組みを作り上げ、新たな共助とし、従来のインフォーマルな相互扶助（互助）との区別をした。

このため日本では、共助と公助については、かなり強く国のコントロールを受けることから、人々は、日常生活の上では、明確な区別はしていないし、研究者の中でも区別せずに議論をするものも少なくない。

しかし、日本の社会保障制度の枠組みの変化の文脈においては、普遍的サービスは社会保険制度を導入することになって実現されてきたともいえ、公助から共助システムへの移行は重要なパラダイムシフトとして考えられる。

これらの概念を使って介護保険制度の影響を説明すると、わが国は、家族による介護、つまり互助による介護サービスの提供という仕組みを、介護保険制度によって共助による介護サービスの提供へと転換することに成功した。これは介護が、今日の日本人すべてが抱える普遍的な問題として取り扱うべき社会問題となったことが理由である。

しかし、今回、新たに提案された地域包括ケアシステムは、日本でこれまで用いられ整理されてきた、自助、互助、共助、公助の4つの主体から考えると、共助から、一部は、互助への変化を含むものと定義でき、これに地域包括支援センターが、今後、どのような機能を担うことが期待されるかについても、このパラダイムシフトを理解したうえで実施していく必要があるものと考えられる。

---

<sup>20)</sup> T. Tsutsui, T. Matshige, M Otaga. From 'care by family' to 'care by society' and 'care in local communities': switching to a small government by the shift of long-term care provision. ISA world congress of Sociology, Gothenburg, Sweden 11 – 17 July 2010, submitted abstract

(3) 地域包括ケアにおけるケアマネジメントを実現できる人材に対する OJT の必要性

本研究で収集された地域包括支援センターの職員の回答結果やその能力の評価結果からは、地域包括支援センターに配備されている主任介護支援専門員は、その発足にあたっては、日本の地域包括ケアにおけるケアマネジメントを実現できる人材としても意図され、この意図にあった人材も育成されてきたのではないかと思料される。

だが、全国的には、主任介護支援専門員は、他職種連携とりわけ、地域における在宅ケアのマネジメントを行うためのスキルが求められることになるが、サービス担当者会議における医療職との連携の不足や、終末期におけるケアマネジメントにおいて課題があるとの指摘もなされている<sup>21)</sup>。

今後こうした業務をできるような人材育成については、OJT による研修システムを整備する必要があるだろう。すでに現行の介護支援専門員が行うケアマネジメントには、種々の問題があることが指摘されており、これが介護保険制度の根幹を揺るがすような事態にならないよう、政府、保険者ともに、今後、介護支援専門員の質の担保については、一層の検討が求められる<sup>22)</sup>。

### 3 paradigm phases in Japanese long-term care

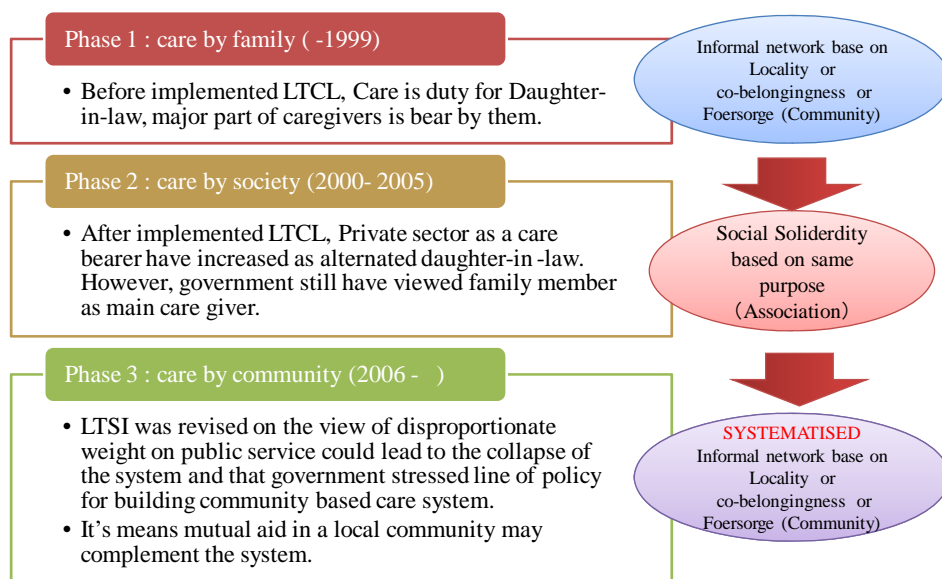


図 103 介護保険制度下の「家族の介護」「社会による介護」「地域による介護」の変遷

<sup>21)</sup> 瀬戸恒彦 (2006). サービス担当者会議における尾道市と神奈川県と比較および平成 17 年度調査結果と 18 年度調査結果の比較. 厚生労働科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業) 平成 18 年度分担研究報告書 : 267-329.

<sup>22)</sup> 内田陽子・中谷久恵・島内節 (2009). エンド・オブ・ライフケアニーズと在宅ケアマネジメントの実践. Kitakanto Med J , 59 : 337-344.

**【資 料】**

**調査票一式**