

平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

**地域包括支援センターの機能強化および業務の検証
並びに改善に関する調査研究事業
報告書**

平成23年3月

国際医療福祉大学

目次

はじめに.....	6
I 研究事業の経過.....	8
1 研究の方法.....	8
(1) 委員会の設置.....	8
(2) 作業部会の設置.....	8
(3) 地域ヒアリング調査の実施.....	9
(4) 郵送調査の実施.....	9
(5) 委員名簿.....	10
2 研究の概要.....	12
(1) 昨年度の研究の概要（調査の結果概要）.....	12
(2) 新たな「地域包括ケアシステム」づくりの必要性.....	12
(3) 今年度の研究の方針.....	12
(4) 今年度の研究の概要.....	13
II 地域包括ケアシステムとは ー地域におけるケアの統合化に関する課題ー.....	15
(1) はじめに.....	15
(2) 地域における連携（ケアの統合）の実態.....	16
(3) 「地域包括ケアシステム」の担い手とは.....	18
(4) integrated care(統合ケア)の潮流と日本の地域包括ケアシステム.....	21
(5) おわりに.....	27
III 地域包括ケアシステムにおける「認知症高齢者の早期発見システム」.....	29
1 地域包括ケアシステムの構築と認知症疾患医療センター.....	29
(1) はじめに.....	29
(2) 地域における認知症医療の現状調査.....	29
(3) 認知症疾患医療センターに求められている役割.....	30
(4) 認知症疾患医療センターを稼働させるための条件.....	30

(5) 事業を継続させるための課題.....	31
(6) 地域包括ケアシステムの構築に寄与するために.....	32
2 地域における認知症高齢者の早期発見システムにおける精神科医の役割.....	40
要約.....	40
(1) 精神科における認知症患者の動向.....	41
(2) 精神科における治療対象者の経緯.....	43
(3) 精神科医が認知症を診る利点.....	44
(4) 認知症ステージをとおしての各領域の役割.....	44
(5) 外来における認知症の早期発見法.....	47
(6) 認知症早期発見のための地域包括支援センターとの連携.....	49
(7) 認知症高齢者の身体合併における対応.....	51
(8) 精神科病院での入院治療について.....	52
(9) 認知症の心理教育的アプローチについて.....	52
(10) 認知症高齢者の早期発見をするために.....	55
おわりに.....	56
IV 地域包括支援センターの地域づくり機能と地域包括ケアシステム.....	58
1 地域包括ケアシステムの目的と現状、課題.....	58
(1) 「地域包括ケアシステム」の目的.....	58
(2) 「地域包括ケアシステム」と社会資源.....	59
(3) 「地域包括ケア」が実現し難い実態.....	60
(4) 課題の解決にむけて.....	61
2 地域包括支援センターと社会福祉協議会の連携.....	63
(1) 社会福祉協議会のなりたちと活動の歴史.....	63
(2) コミュニティワークとコミュニティ・ソーシャルワーク.....	64
(3) 地域包括支援センターと社協の連携の可能性.....	65
V ヒアリング調査結果.....	68
1 鹿児島県鹿屋市柳谷地区（通称やねだん地区）等視察調査報告.....	68

(1) 鹿児島県鹿屋市柳谷集落の「互助」の地域づくり	68
(2) 「介護予防・健康づくりにつながる共生・協働の地域づくり連絡会」（鹿児島県大隅地域振興局主催）	73
(3) 地域ケア体制に係る第2回合同検討会（鹿児島県庁主催）	75
2 遺品整理業者ヒアリング報告	81
(1) ヒアリング調査の概要	81
(2) 調査結果	81
(3) まとめ	84
VI 「地域包括支援センターにおける相談支援の業務実態および孤立死に対する取組みに関する調査」 結果	86
0 調査票回収率	86
1 センターの基本属性	88
(1) センターの業務開始年および業務形態	88
(2) センターの開始時期の人員配置と現在の人員配置	89
(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	90
(4) センターの実施・運営にあたっての課題（複数回答）	91
(5) センターの基本機能以外に実施してきた事業	92
(6) センターの設置自治体について	93
(7) 地域ケア体制の強化に必要な行政機能の自由記述	94
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	95
(1) センター全体における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	95
(2) センターの相談支援の終結条件等	96
(3) 相談支援の実施プロセス	101
3 孤立死に対する取組みについて	103
(1) 孤立死の定義の設定状況について	103
(2) 孤立死の通報時の安否確認の手順、死後処理の社会資源情報の有無	106
(3) 孤立死した高齢者への対応状況	107

4	孤立死予防のための取り組みについて.....	110
	(1) ひとり暮らし高齢者、夫婦のみ世帯への施策支援の状況.....	110
	(2) 孤立死高リスク高齢者への施策・支援の状況.....	112
	(3) 孤立死高リスク高齢者の把握.....	115
	(4) 孤立死高リスク高齢者の情報収集、訪問調査.....	118
	(5) 孤立死の高リスク高齢者の把握と施策の関連性.....	122
	(6) 孤立死高リスク高齢者への取り組み手順.....	123
	(7) 孤立死高リスク高齢者を発見・異変時に通報するネットワーク.....	124
	(8) 孤立死に対する事業講座の実施および予定.....	127
5	孤立死発見のための支援基盤の構築プロセス.....	129
	(1) 共通的支援基盤のプロセス実施の有無.....	129
	(2) 共通的支援基盤のプロセスパターンの組み合わせ.....	130
	(3) 共通的支援基盤のプロセスを連続して通過した割合.....	131
	(4) 共通的支援基盤のプロセスの到達率.....	132
	(5) 共通的支援基盤のプロセスの活動の項目間の関連性.....	133
6	センターの他機関との統合のレベルについて.....	135
	(1) 現状の統合のレベルについて.....	136
	(2) 望ましい統合のレベルについて.....	138
	(3) 現状と望ましい統合のレベルの差について.....	140
7	管理者の連携活動評価尺度得点について.....	143
8	地域包括支援センターと社協の連携の実態・課題.....	144
	(1) 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の有無.....	144
	(2) 社会福祉協議会との連絡調整の場の詳細について.....	146
	(3) 社会福祉協議会との共同事業の内容について.....	148
	(4) 運営主体別、地方別社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の状況.....	150
	(5) 社会福祉協議会との連携に関わるケアシステムの統合レベル.....	153
9	調査分析のまとめと考察.....	155

(1) 調査センターの属性について.....	155
(2) 終結条件.....	156
(3) 相談支援のプロセス.....	156
(4) 孤立死の定義、孤立死への対応.....	156
(5) 孤立死予防のための取り組み.....	157
(6) 孤立死予防の共通の支援基盤の構築プロセス.....	157
(7) 統合のレベルおよび管理者の連携活動評価得点.....	158
(8) 社会福祉協議会との連携.....	159
10 自由記述のまとめと考察.....	160
(1) センターの相談支援の終結条件に関する考察.....	160
(2) 地域ケア体制の強化に必要な行政機能に関する考察.....	160
(3) 孤立死に関する考察.....	162
おわりに.....	165
調査票.....	167

はじめに

委員長 高橋紘士
(国際医療福祉大学 大学院 教授)

介護保険制度は、その報酬改定が3年に一度実施されるが、2年に一度実施される医療保険制度の診療報酬改定と同時に実施される大きな制度改正が6年ごとに実施され、現在、2012年(平成24年度)の同時改定にむけて、法改正を含む、制度の見直しの作業が進んでいる。

2006年度(平成18年度)に実施された制度見直しにおいて、地域包括支援センターが制度化され、包括的支援の体制が法定化された。われわれの研究チームはこの時期において、地域包括支援センターの評価の問題について研究を進め、2008年度(平成20年度)には地域包括支援センターの職員の地域連携に焦点を当てて、地域包括支援センターの評価手法の開発を試みた(「地域包括支援センターの評価に関する研究」)。

2009年度(平成21年度)には、地域包括支援センターに関わる保険者機能および、地域包括支援センターの相談機能と共通的支援基盤の構築業務の標準化をめざしたプロセスの検討を実施した(「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」)。

本年度はこの2カ年の研究を継続するとともに、次期介護保険制度改正作業のなかで明らかにされた、介護保険制度のサスティナビリティの確保のための、新たな「地域包括ケアシステム」の構築の必要性を強調した「地域包括ケア研究会報告書(2010年3月)」の課題提起をうけて、地域包括支援センターについても、地域社会との連携による「地域づくり」機能に着目し、今後、地域包括支援センターに期待されることを念頭に研究を進めてきた。

地域包括支援センターは制度発足以来、実態としては介護予防事業が業務に大きなウェイトを占めざるを得なかった。さらに、総合相談、権利擁護事業に取り組み成果を上げてきたセンターも少なくはない。

しかし、地域包括ケア研究会報告書が示唆するように、今後、制度化された共助としての介護保険を中心としつつ、自助と互助そして公助としての社会福祉制度の連携のなかで業務を展開するとすれば、地域づくりや地域資源との連携において業務を展開することが求められるのは必定である。

このような問題意識と過去の研究の成果をふまえて、本年度の研究は遂行された。

今後の地域包括ケアシステムの構築にあたって、大きなターゲットとなるべき、地域において認知症早期発見システムの構築との関連で地域包括ケアのあり方を検討すること、地域包括支援センターと社会福祉協議会との関連において地域の互助システムのあり方の検討、地域包括ケアシステムと個別支援のあり方などの理論的整理を行うとともに、地域における互助システムの豊かな実例としての地域の集落の活動についての調査、および、互助システムの欠落の極限的形態としての孤立死問題に着目した、ヒアリング調査を実施した。

これらの検討で明らかにされた課題を地域包括支援センターの活動を通じて明らかにするために、全国の地域包括支援センターを対象として「地域包括支援センターにおける相談支援の業務実態および孤立死に対する取り組みに関する調査」を実施し、昨年度実施した、センターの相談支援の終結条件についての検討を進めた。そのうえで、地域ケア体制の強化に関する

行政機能の必要性を検討するとともに、地域における互助機能喪失の極限形態としての孤立死に地域包括支援センターがどう取り組んでいるかについて、地域包括ケアシステムの構築に地域包括支援センターがどのように関わるべきかという問題関心を持ちながら検討している。

これらの結果からは、多くの知見が得られており、今後のわが国の地域包括ケアシステムの構築にあたっては、有用な成果となるものと考えている。

I 研究事業の経過

1 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（2010年8月22日）

協議事項：昨年度研究の報告、今年度研究の趣旨と進め方について、先進地域および関係機関実践報告、「地域包括ケア」の概念整理に向けたディスカッション

第2回委員会（2010年10月31日）

協議事項：認知症高齢者の早期発見システムと地域包括ケアシステムとの接点についてディスカッション

第3回委員会（2010年10月31日）

協議事項：「地域包括ケア」の概念と地域包括支援センターの位置づけ・機能についてディスカッション

第4回委員会（2011年2月6日）

協議事項：地域包括支援センター向け調査の集計速報報告と調査結果とりまとめに向けたディスカッション、遺品整理業者ヒアリング結果報告とディスカッション、報告書の取りまとめに向けた執筆分担協議

(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、作業部会を設置し、本委員会の協議を効果的に進めるための事前協議を行った。

第1回作業部会（2010年9月6日）

協議事項：地域づくりに関する研究動向の整理、今年度研究の進め方についてディスカッション

第2回作業部会（2010年10月7日）

協議事項：地域包括ケアの実践に関する情報整理、「地域包括ケア」の概念整理に向けたディスカッション

第3回作業部会（2010年10月17日）

協議事項：先進的な地域包括支援センターの実践報告、地域包括支援センターの地

域づくりの機能強化と課題についてディスカッション

第4回作業部会（2010年11月11日）

協議事項：社会福祉協議会の地域組織化活動に関する情報整理、孤独死予防のシステムと地域包括ケアシステムとの接点についてディスカッション

第5回作業部会（2010年11月27日～28日）【鹿児島】

協議事項：薩摩川内市の地域包括支援センターによる孤独死予防の取り組み視察、孤独死予防の実践状況の把握を含むアンケート調査の検討

第6回作業部会（2011年2月12日）

協議事項：【2つのワーキングを開催】 ①地域包括支援センター調査の自由記述分析、②地域包括支援センターの地域づくり機能について協議

（3）地域ヒアリング調査の実施

包括的な地域でのケアシステムの構築に取り組んでいる自治体や関係機関、先進的な活動を行っている地域包括支援センター等に対し、ヒアリング調査を実施した。なお、本報告書では、地域包括ケアシステムの先進地区として、鹿児島県やねだんと取り上げ、ここでのヒアリング調査の結果をまとめている。

（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、郵送アンケート調査を実施した。「地域包括支援センターにおける相談支援の業務実態および孤立死に対する取り組みに関する調査」

調査方法：郵送アンケート調査（自記式）

調査期間：2011年1月

調査対象：全国の地域包括支援センター（4,096ヶ所、2010年4月1日現在）

調査内容：基本属性、相談支援の終結条件、孤立死に対する取り組み状況、相談支援のプロセス、社協を含む関係機関との連携の状況等

(5) 委員名簿

【委員長】

高橋 紘士 (国際医療福祉大学大学院教授)

【委員】

(五十音順、敬称略)

栗田 圭一 (東京都健康長寿医療センター自立促進と介護予防研究チーム部長)

池田 省三 (龍谷大学社会学部教授)

一広 伸子 (元西南女学院大学保健福祉学部准教授)

稲川 武宣 (三重大学人文学部准教授)

太田 貞司 (神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授)

岡田 朋子 (田園調布学園大学人間福祉学部非常勤講師)

柿元 美津江 (薩摩川内市役所市民福祉部地域包括支援室長)

清田 啓子 (北九州市役所保健福祉局地域支援部

いのちをつなぐネットワーク推進課地域支援係長)

笹井 肇 (武蔵野市役所防災安全部長)

澤 喜代志 (若狭町役場福祉課)

篠田 浩 (大垣市役所福祉部社会福祉課課長補佐)

高島 久美子 (若狭町地域包括支援センター)

玉井 顕 (敦賀温泉病院院長)

筒井 孝子 (国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室長) *

中澤 伸 (川崎市中原区社会福祉協議会地域課長)

村山 浩一郎 (福岡県立大学人間社会学部社会福祉学科准教授)

森本 佳樹 (立教大学コミュニティ福祉学部教授)

八田 冷子 (鹿児島県健康福祉部保健医療福祉課技術補佐)

【オブザーバー】

宇都宮 啓 (厚生労働省老健局老健課課長)

堀 裕行 (厚生労働省老健局老健課課長補佐)

黒岩 嘉弘 (厚生労働省老健局振興課課長補佐)

東内 京一 (厚生労働省老健局総務課課長補佐)

吉田 竜生 (厚生労働省老健局振興課人材研修係)

諏訪 徹 (厚生労働省社会援護局社会福祉専門官)

【ワーキングチーム】

東野 定律 (静岡県立大学経営情報学部・経営情報学研究科講師) *

大冢賀政昭 (国立保健医療科学院福祉サービス部非常勤職員/
立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科後期課程) *

松繁 卓哉 (国立保健医療科学院福祉サービス部主任研究官)
片山 友子 (立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科後期課程)
大口 達也 (立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科後期課程)
陳 燕 (立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科後期課程)
佐藤 暁美 (立教大学大学院コミュニティ福祉学研修生/委員会事務局)

【調査集計分析支援】

松本 博規 (株式会社 千早ティー・スリー)

【委員会運営支援】

吉野 望 (有限会社 のぞみアソシエイツ)

魚崎 幾代 (有限会社 のぞみアソシエイツ)

*は、本報告書における調査結果の分析と報告書のまとめを行った分析メンバーである。

また、調査報告章の部分の報告書作成にあたっては、1～7、9について、筒井、東野、大冨賀、松本が、8については、大口、9については、笹井、中澤、篠田、筒井がそれぞれ執筆を行った。

2 研究の概要

(1) 昨年度の研究の概要（調査の結果概要）

本研究委員会では、昨年度、介護保険制度に対する保険者の取り組み状況と、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して調査を行った。

保険者調査の結果において、多くの保険者は地域包括支援センターへの支援を積極的に実施しているとはいえ、介護支援専門員に対する支援も十分ではないことが明らかになった。また、医療と介護の連携に関する保険者の取り組みは、ほとんど行われていないことも明らかにされている。

地域包括支援センター調査の結果、業務内容については、約7割のセンターが介護予防事業にもっとも多くの時間を費やしていること、地域包括ケアシステムの中核として必要と思われる共通的支援基盤については、ネットワーク活動改善について4割のセンターが実施できていないことが分かった。

(2) 新たな「地域包括ケアシステム」づくりの必要性

2010年3月、「地域包括ケア研究会報告書」がまとめられ、政府は介護保険制度の存続と維持のために新たな地域包括ケアシステムの構築が必要であることを提示した。このシステムにおいては、「自助、互助、共助、公助」のうち、自助、互助による取り組みの推進支援の必要性も示されることとなり、地域包括支援センターに対しても地域住民や関係団体との連携を進めることで「互助」のサービスの創造に積極的に取り組むことが期待された。

また、地域包括支援センターが医療保険制度等の関連する諸制度との連携をより強化する必要性が指摘された。

(3) 今年度の研究の方針

今後、地域包括支援センターが、どのような機能を強化すべきかについては、昨年度の本研究の結果（実態）を踏まえるとともに、「地域包括ケア研究会報告書」が示した方向性と齟齬がないように、検討をした。

今年度の研究においては、以下の柱に沿って検討を進めた。

- ① 地域包括支援センターの機能強化および評価指標に関する議論
- ② 地域づくりに関する先進事例研究と、地域包括支援センターの「地域づくり」機能に関する検討
- ③ 地域包括ケアの概念整理と、新たな地域包括ケアシステムにおける地域包括支援センターの位置づけ・方向性に関する検討

(4) 今年度の研究の概要

① 地域包括支援センターの機能強化および評価指標に関する議論

a. 認知症ケア、b. 孤立死予防 の2点において、新たな地域包括ケアシステムにおいて地域包括支援センターに求められる機能について検討した。

a. 地域における認知症に対するケア

先進地域より委員を招聘し、医療機関がアウトリーチにより認知症を早期発見・診断し、地域包括支援センターと連携して相談やケア体制を構築している取り組み事例の報告を依頼した。また、これらの取り組みについては、ヒアリング調査を実施した。

この調査の結果からは、認知症状については、家族が簡単にチェックできる予備診断ツールを作成し、医療機関・地域包括支援センター・家族・本人が共にこのツールをもとに状況を認識・共有できる仕組みを構築していることが報告された。

b. 孤立死予防

孤立死を予防するために、先進地域の資料の検討を行うとともに、独居高齢者の実態把握を精力的に進めている自治体および地域包括支援センターの専門職を委員として迎え、取り組みの課題や手法等について協議した。

議論の結果、孤立死を予防する取り組みについては、地域包括支援センターの機能の強化と評価を考える際の重要な視点であるとの仮説をたてると共に、地域包括支援センターの共通の支援基盤や地域の社会資源との連携を考える際にも有効な指標であるとの認識にいたった。

これにより、全国の地域包括支援センターを対象として、孤立死に関するアンケート調査を実施することとし、調査票の検討を進めた。また、孤立死の実態を明らかにするために、遺品整理業者に対するヒアリング調査を行った。

② 地域づくりに関する先進事例研究と地域包括支援センターの「地域づくり」機能に関する検討

a. 「互助」の推進、b. 統合ケア（医療と介護の連携）の推進 の2つを切り口に、先進的な取り組みのヒアリング調査や情報収集を行った。特に、「互助」の推進に関しては、先進地域として鹿児島県鹿屋市柳谷地区（通称やねだん地区）の視察およびヒアリング調査を行い、必要な基盤や手法、課題等を考察した。

また、社会福祉協議会の地域組織化活動について状況と課題を整理した。これらを素材として考察を進め、地域包括支援センターの「地域づくり」機能について、必要となる共通の支援基盤や課題、手法等について議論を行った。

③ 地域包括ケアの概念整理と、新たな地域包括ケアシステムにおける地域包括支援センターの位置づけ・方向性に関する検討

「自助・互助・共助・公助」の概念整理と、「地域包括ケアシステム」とは何かについての概念整理の作業を進めた。「自助・互助・共助・公助」の概念については、新たに提示された「地域包括ケアシステム」と、現在の日本の地域社会・地域資源・地域ネットワークの状況を照らし合わせ、また諸外国の状況についても整理し、あらためてわが国の現状の把握を試みた。

これらの概念整理のもと、地域包括支援センターの現状の位置づけと実際の活動状況を踏まえ、今後の機能強化の方向性について議論を行った。

Ⅱ 地域包括ケアシステムとは ー地域におけるケアの統合化に関する課題ー

～国立保健医療科学院福祉サービス部 福祉マネジメント室長 筒井孝子

(1) はじめに

厚生労働省では、1990年代以降、伝統的な地域社会の変化により、日本の社会に地域医療、地域福祉のシステムが不可欠な状況となっていたことを受け、これまで自助、互助によって、なんとかと持ちこたえていた地域における高齢介護の切り札として、介護保険制度を2000(平成12)年に創設し、要介護高齢者が継続した在宅生活ができるよう体制を整備してきた。

しかし、このわずか6年後の2006(平成18)年に、介護保険法の改正を伴う、制度見直しを実施され、「在宅重視」だけでなく、地域密着型サービスや地域包括支援センターを創設し、地域に「拠点施設」+「新しい住まい」+「在宅」をめざし、地域生活の実現を可能とする政策がすすめられた。この実現のために示されたのが「地域包括ケアシステム」の創設であった。

厚生労働省は、この地域包括ケアシステムを介護保険が目途とした「社会による介護」から、次の「地域による介護」へとパラダイムシフトが企図されていた時点で発表している。これは、換言するならば、社会全体で介護するシステムの構築から、地域レベルでの介護を可能にするシステムの構築を志向するパラダイムシフトの際に、この地域包括ケアシステムが必要であると考えられたからに他ならない。

これに先行するかたちで、2005年の二種類の制度改革が施行された。まずは、多職種連携を通じた包括的サービス提供の仕組みづくりとしての「地域包括ケアシステム」の推進であり、医療サービス提供の仕組みについても同時に、これまで第一次、二次、三次とピラミッド型の階層で表現されていた仕組みを地域における連携的な仕組みへと組みかえることを目標とした「地域医療連携」や急性期から在宅療養までのクリティカル・パスを地域の枠組みで展開する「地域連携パス」が示され、地域医療計画の改訂がなされた。

これは、まさに「地域」を枠組みとする多職種連携を通じた包括的なサービス提供の仕組みづくり、すなわち「地域包括ケアシステム」の構築に関する改革のプレリュードであったと説明できる。

しかしながら、ここで留意しなければならないのは、これまで、わが国において、政策レベルで扱われてきたのは、あくまでも要介護・要援護者の在宅(地域生活)の継続を可能にする医療と介護の連携を中心とした「地域包括ケアシステム」の実現であり、「地域包括ケア」については、明確な言及を避けてきたということであろう。このことは、本稿のテーマである「地域包括ケアシステム」の理解を妨げる要因となっている。さらに、日本で用いられてきた地域包括ケアシステムには、2つの独立したコンセプト: Community based care(地域を基盤としたケア)と integrated care(統合型のケア)が含まれていることが、この理解をさらに困難なものにしていることにも留意する必要がある。

近年、この二つの方針をケアの中で統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化して

いる。だが、この両者のコンセプトを含んだシステムの構築を試みた国は少なく、その一つであるオランダにおいては、地域包括ケアは神話か必須のもの¹か、あるいはバベルの塔をたてる試み²かという議論がなされている状況であり、このシステム構築がいかに困難であることを示している。

本節では、この構築が困難なシステムを今後、わが国において整備し、円滑な運営を進めていくにあたって必要な「地域包括ケアシステムとは何か」を明確にし、これらの考察の後に、今後、厚生労働行政における施策としての地域包括ケアシステム整備、運営に際しての今後の課題を述べることにした。

（２）地域における連携（ケアの統合）の実態

integrated care が推進されている欧米先進諸国と同様に、日本でも介護を必要とする高齢者のための医療サービスは、医療や介護サービスの提供を所管する部署が異なっていることなどを原因として、十分な連携ができていないと言われてきた。しかし、医療保険制度においては、垂直的な方向性の連携として、急性期病棟から回復期リハ病棟における報酬上のインセンティブがわずかではあるが示された。これにより、医療保険制度の中での、いわゆる急性期病院とその他の回復期リハ病棟等の病院間での病病連携は、すすんだと言われている。

また、平成 22 年度の診療報酬改定では、医療から介護への連携についても、「介護支援連携指導料」や「急性期病棟等退院調整加算」など、以下の図 2-1 に示したように、様々な診療報酬が新設、あるいは改正されたことで、そのケアの継続性を維持できる仕掛けができた。

¹ T. Ploch, NS. Klanzinga (2002). Community-based integrated care: myth or must? *International Journal for Quality in Health Care* 14:91-101

² T. Ploch (2006). Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, *International Journal of Integrated Care*. 6, e21

急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価

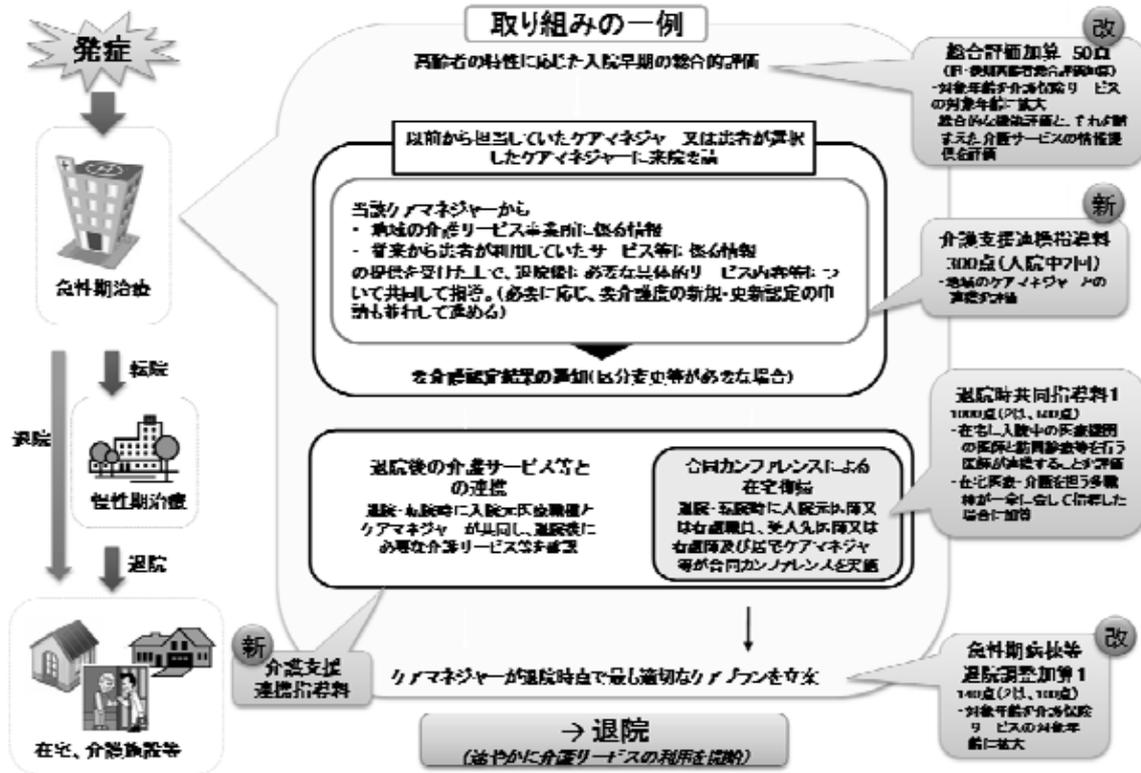


図 2-1 地域における医療と介護の連携に関する診療報酬³

これらの施策により、連携を推進する仕組みは整備されつつあり、急性期から慢性期に関わるケア提供に際して、連携することが制度上の制約から全くできないというような状況ではなくなっている。

だが、未だなお、制度上の制約が強いという批判が根強い。この理由としては、これらの診療報酬を利用して、地域での医療と介護の連携を推進するためには、先に述べたような連携に関する介護・診療報酬の体系を正しく理解した上で、これらを利用したマネジメントするシステムを構築する必要があり、さらに、この為に働く人を適切に配置してはじめて、実感としての連携がすすんでいると感じられるからであろう。

これまで、こうした連携に関わる取り組みは、各々の医療機関の努力によってすすめられてきた。病院の中に退院調整室あるいは、地域連携室を部署として独立させ、そこに医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師らを配置し、患者や家族のニーズを明確にしなが、急性期から長期ケアとの間の継続的なケアの円滑な実施を支援してきた。

しかしながら、彼らに在宅での介護サービスも含めてのマネジメントを期待するのは、相当に困難であろうと予想される。この理由は、介護領域は、介護保険制度という別の制度下におかれ、この制度を利用するためには、さらに膨大な基礎知識と情報が必要であるし、調整を必要とする関係機関も多様となっているからである。

³ 厚生労働省保険局医療課. 平成 22 年度診療報酬改定の概要【医科診療報酬】,2010:50

今のところ、医療と介護サービスの間や地域における介護サービスと医療機関サービスとの調整を行うことができる専門の調整機関はなく、また、こういった知識やマネジメント技能を具備した専門職は想定されておらず、現在も存在していない。ただし、昨今の診療報酬においては、介護支援専門員の関与を前提とした報酬もあり⁴、介護支援専門員がイニシアチブをとって、こうした連携に関わるマネジメントを行っているのだという幻想があるのも事実である。

そこで、次に、ケアマネジメントおよびケアプランが制度政策上に取り上げられた経緯を示し、現在の介護保険制度における介護支援専門員の位置づけを明確にした後、この職務の担い手として、彼らが想定されるのかについて述べる。

(3) 「地域包括ケアシステム」の担い手とは

介護保険制度にケアマネジメントというシステムが導入されることが公にされた文書は、高齢者介護・自立支援システム研究会が1994（平成6）年12月に発表した「新たな高齢者介護システムの構築」においてであろう。この文書には、①高齢者の自立支援、②高齢者が自らの意志に基づき、①自立した質の高い生活を送ることができる、とした3つの基本理念の下に、①サービスの選択、②サービスの一元化、③ケアマネジメント（介護支援サービスによる介護サービス計画の策定・実行）の確立、④社会保険方式の導入、の4点が具体的に提案された。

また、ケアマネジメント（介護支援サービス）の手順については、①課題分析の実施、②サービスニーズの把握、③サービス担当者会議の運営、④サービス提供方針の検討、⑤介護サービス計画の作成、⑥サービス提供に対する評価と再課題分析、と6段階からなるマネジメントサイクルが示された⁵。

この高齢者介護・自立支援システム研究会の「新たな高齢者介護システムの構築」報告を受け、「高齢者保健福祉推進10か年戦略の見直し（新ゴールドプラン）」（1994（平成6）年12月18日大蔵・厚生・自治3大臣合意）では、「在宅介護支援センターの総合相談・ケアマネジメント機能の強化を図る」とされ、「より効率的で国民誰もがスムーズに利用できる介護サービスの実現を図る観点から、新しい公的介護システムの創設を含めた総合的な高齢者介護対策の検討を進める」と示された。

そして、この新ゴールドプランでは、「当面（平成11年度末まで）の整備目標」の他、「今後、取り組むべき高齢者サービス基盤の整備」の基本理念として、①利用者本位・自立支援、

⁴ 例えば、平成22年診療報酬改定によって、新規に設定された「介護支援連携指導料」が該当する。この介護支援連携指導料は、「入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価するもの」とされ、入院中2回まで算定が可能となっている。なお、本報酬においては、介護保険施設等の介護支援専門員については、対象外となっている（参考：「別添1 医科診療報酬点数表に関する事項」『診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（保医発0305第1号）』平成22年3月5日）。

⁵ 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修（1995）. 新たな高齢者介護システムの確立について—老人保健福祉審議会中間報告. ぎょうせい：255-256.

②普遍主義、③総合的サービスの提供、④地域主義の4つをあげ、在宅ケアを基本に、保健・医療・福祉を横断して多様なニーズに応えることのできる効率的・総合的サービスを提供が必要との指摘がなされた。

翌1995年、社会保障制度審議会勧告では「自立と連帯」が打ち出され、さらに、老人保健福祉審議会最終報告（1996（平成8）年4月）で、①要介護者等に対する社会的支援、②高齢者自身による選択、③在宅介護の重視、④予防・リハビリテーションの重視、⑤総合的、一体的、効率的なサービスの提供、⑥市民の幅広い参加と民間活力の活用、⑦社会連帯による支えあい、⑧安定的かつ効率的な事業運営と地域性の配慮が示され、高齢者に対する新介護システムの必要性和介護支援サービス（ケアマネジメント）の導入を推し進めることとなった。

2000（平成12）年4月の介護保険法施行に向け、1999（平成11）年から介護支援サービス（ケアマネジメント）が始まり、介護支援専門員の養成が進められる中で定義や展開についての多くの議論がなされ、日本におけるケアマネジメントの理論や方法が整理されていくはずであった。

このように介護保険制度における介護支援専門員（ケアマネジャー）は、当時の制度立案過程においては、利用者の利便性を図ることを目的とし、ケアプランを作成し、サービスが提供されやすい環境を整備するといった職能を制度上に位置付けられたと解釈できる。また、ケアプラン作成にあたっては、(7) 指定居宅介護支援の基本取り扱い方針及び具体的取り扱い方針（基準第12条、第13条）④ 総合的な居宅サービス計画の作成(第4号)において、以下のように示されている⁶。

居宅サービス計画は、利用者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要である。このため、居宅サービス計画の作成又は変更に当たっては、利用者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付対象サービス以外の、例えば、市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導等の保健サービス、老人介護支援センターにおける相談援助及び市町村が一般施策として行う配食サービス、寝具乾燥サービスや当該地域の住民による見寄り、配食、会食などの自発的な活動によるサービス等、更には、こうしたサービスと併せて提供される精神科訪問看護等の医療サービス、はり師・きゅう師による施術、保健師・看護師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師による機能訓練なども含めて居宅サービス計画に位置付けることにより総合的な計画となるよう努めなければならない。

これによると、介護支援専門員には、保健医療サービス、福祉サービス、インフォーマルなサービスの活用は、個々の利用者に対する総合的なニーズアセスメントを踏まえて必要なサービスを保険給付の枠内であるか否かを問わず、ケアプランに明記し、ケアパッケージとして、有効に機能するように活用することが求められていると解釈できる。

⁶ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）最終改正：平成21年3月30日厚生労働省令第54号

<http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/H11/H11F03601000038.html>

また、

なお、介護支援専門員は、当該日常生活全般を支援する上で、利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると認められるサービス等については、介護給付対象サービスであるかどうかを問わず、当該不足していると思われるサービスが地域において提供されるよう関係機関に働きかけていくことが望ましい。

との記述もあり、制度発足当初から、介護給付だけでなく、例えば、インフォーマルなケアや社会資源の開発に対しても介護支援専門員が関係機関へ働き掛けるようにと期待されていたことがわかる。だが、介護保険法の条文上では、ケアマネジメントやケアプランという用語は使われておらず、給付決定権を含むケアマネジメントとは区別をしたとも考えられる。

いずれにしても政策担当者らは、介護支援専門員の成立を検討していた際に、地域におけるケアの継続性の実現をある程度介護支援専門員に期待していたことがわかる。しかし、この期待は期待だけに終わった観があり、介護支援専門員による社会資源への働きかけは、十分に機能しているとは言い難い現状であり、その後も、これについて積極的な推進がなされたという記録は、管見においては、検討はされていないようである。

このような状況から鑑み、制度に基づいた専門職によるフォーマルサービスと家族介護者をはじめとするインフォーマルサービスというようなサービスの統合や介護を必要とする高齢者のための介護サービスのコーディネーションを行うといったことを介護支援専門員に期待することは、これまでの現状をみても、現行の彼らの知識・技能レベルからも困難であろう⁷。

このことは、現行の介護支援専門員が、地域包括ケアの担い手となることを否定しているわけではないが、彼らに想定されていないことに対して、多大な期待はできないということであろう。

各国も、こうしたケアのコーディネーションに関わる人材の育成には苦慮している状況であるが、この打開に向けてイギリスが採用した施策は、興味深い内容といえる。

イギリスでは、2008年から「Caring with Confidence」と呼ばれるプログラムがスタートしている。これは以前、「Expert Carers Programme」として称されていたプログラムである。これは、Carer（介護者）に、自身の健康管理や、精神的困難のコントロール、ケアワークとの向き合い方などについてトレーニングするというものであり、いわゆる家族介護者に対しても、介護者として自信をもたせ、より彼らに専門的知識を与えて介護を継続してもらおうという戦略である。

イギリス保健省は、本プログラムに年間£4.7 millionの予算を当てている⁸。この「Caring with Confidence」プログラム設置の背景には、第1に、1999年の保健省の白書「Caring about carers: a national strategy for carers」がCarerに対する支援策を国策として掲げたこと。第2に、

⁷ 太田貞司，森本佳樹編.(2011). 地域包括ケアシステム-その考え方と課題 東京，光生館：p36

⁸ Department of Health,National,Carers.
<http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Carers/index.htm>

2006年の保健省白書「Our Health, Our Care, Our Say」が、そのケアラー支援の政策計画として「New Deal for Carers」を掲げたことで支援策がいつそう具体化され、今日の「Caring with Confidence」等に至ったといえる。

昨年、2010年には、イギリス保健省は、今後4カ年計画で、Carers Strategy をさらに進めていくことを示している⁹。これ以前には、イギリスでは Expert Patients Programme Community Interest Company (EPP CIC) をスタートさせており、まさに Expert Patients といった自助と、Expert Carers という互助によって、地域の介護を担うという戦略をとってきている。

早急にわが国においても、この地域包括ケアシステム、すなわち integrated care に必要とされる人材の育成策を立案し、この養成をすすめていかねばならないが、イギリスのような方策がとれると考えるかどうかも含めて、これからの議論が重要である。

(4) integrated care(統合ケア)の潮流と日本の地域包括ケアシステム

わが国において、地域包括ケアシステムの推進が求められる背景は、第1に、人々が地域において高齢になっても望む生活をつづけるためには、医療・社会的サービス・住宅・移送・社会保障・教育・娯楽などの設備などは、年齢に関係なく最善の形で提供されるべきであるが、サービス同士の調整がうまくいかないと、短期的にも長期的にも、高齢者のニーズに十分に 대응することができなくなってしまうという問題がある。これを解決するために、integrated care が必要と考えられてきた。このことは、換言するならば、地域において、年齢に関係ない地域生活の継続の保証が目的となるといえる。

第2に、今日の医療制度は、基本的に急性期医療を想定して組み立てられてきており、慢性的な症状を抱える人々に対しては、十分なケアが提供できるシステムとはなっていないという現状に対しては、常に医療改革の主要なテーマとなってきた。

とくに、急性期医療サービスの必要性に応えるために発達した医療分配システムや組織は、慢性患者に対して作業の分断・資金の無駄遣い・低い成果といった点で国際的にも批判が強¹⁰、これによってサービスの断片化の解消を求める integrated care が進められてきたという背景がある。

いずれにしても、これらの問題を解決し得た国はなく、この統合ケア (integrated care) 導入が当面の課題とされており、WHO¹¹ (2000)と OECD¹² (2007)でもこれをケアの目標の本質

⁹ Department of Health, National Carers' Strategy, Published: 10 June 2008
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliveringadultsocialcare/Carers/NewDealforCarers/index.htm>

¹⁰ Chen, A., R. Brown, N. Archibald, S. Aliotta, and P. Fox. (2000). Best Practices in Coordinated Care. Reference No. 8534-004. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

¹¹ WHO. (2000). WHO The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
URL(<http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>)

¹² Hofmarcher, M., Oxley, H., Rusticelli E. (2007). Improved health system performance

として示すようになっている。

この国際機関が示してきた統合ケアの定義には、「財源レベル、行政レベル、および／または提供者レベルにおいて、保健医療セクターおよび福祉セクターの内部と両セクター相互において、結束、提携、協力を創出するためにデザインされたテクニックと組織モデルの離散集合体¹³」とされ、統合は、脆弱な集団の増大する複雑なニーズの管理での連続性を改善するためにデザインされた柔軟性のある一連のメカニズムの結果として、概念化されている¹⁴。

また、Kidoner and Kyriacou(2000)は、「管理・提供者レベルによって作られた治療とケア提供機関の間における構造と協働によって、つながりを創り出せるように計画された断絶のない技術的と組織的モデル」と定義している¹⁵。

このように、統合型のケアの定義は、必ずしもひとつではなく、各国における統合プログラムの意味やその取り組みの度合いも大幅に異なっている。この理由は、世界共通の懸案事項である高齢化社会の到来による長期ケアニーズの増大に対応する各国の制度政策の状況が異なっていることが理由としてあげられる。例えば、社会保障制度によって提供される長期ケア（概ね介護サービスが占める）の割合を例に取るなら、西欧諸国の12%に対し、南欧諸国は低く、たとえばイタリアは3%¹⁶であり、ギリシャは1%¹⁷にとどまっている。

このようなケア提供の違いは、例えば、デンマーク等では、ノーマライゼーション原理に従い、入所施設の建設が禁止されているのに対し、入所施設のセクターの大規模な改革（extra-muralisation）をする国もあるというような国々のこれまでの歴史が大きく異なっていることが理由である。

また、統合という概念の捉え方も各国において異なっており、これまでの定義においては、統合（integration）という概念は、Leutz(1999)の定義¹⁸による Linkage、Coordination、Networking といった語によって解釈がされてきたが、昨今では、Frossard(2004)が、「統合サービスは、地理学的エリアを越えるあるいはエリア内の特定の人口集団に適用されるサービス

through better care coordination. Paris: OECD; 2007

URL(<http://www.oecd.org/dataoecd/22/9/39791610.pdf>) (2011年1月アクセス)

¹³ Kodner, DL., Kyriacou, CK. (2000). Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 1, e03

¹⁴ Pieper, R. (2006); *Integrated care: concepts and theoretical approaches*. In *Managing Integrated Care for Older Persons. European Perspectives and Good Practices*, Vaarama, M. & Pieper, R. (Eds.), 26-53, STAKES, ISBN 951-33-1584-3, Helsinki

¹⁵ Kodner, DL. & Kyriacou, CK. (2000). Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 1, e01-e019

¹⁶ Nesti G, Campostrini S, Garbin S, Piva P, Di Santo P, Tunzi F.(2004). Providing integrated health and social care for older persons in Italy. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. *Providing integrated health and social care for older persons*. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 371-414.

¹⁷ Sissouras, A., Ketsetzopoulou, M., Bouzas N, Fagadaki E, Papaliou O, Fakoura A.(2004). Providing integrated health and social care for older persons in Greece. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. *Providing integrated health and social care for older persons*. Aldershot: Ashgate; 2004. p. 329-70.

¹⁸ Leutz, WN(1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly* 1999;77(1):77-110.

であり、単一の組織や機関、グループが一緒になって、自立的に一つ的意思決定を行うこと¹⁹⁾と定義している。

また Kodner(2003)は、「真の統合を起こすためには、特定の人口規模のケアニーズを満たす安定した組織が作られるべきであり、それがおそらくヘルスシステムの中に存在する²⁰⁾」とし、ある一定の人口区分における意思決定やケアニーズを満たす中心となる組織の必要性についても言及している。さらに、福祉サービスは、自立性とアイデンティティを失っている、あるいは医療分野に取り込まれているといった懸念も存在し、福祉分野と保健医療分野との断絶を避けるためには、垂直的な統合における意思決定の権威が求められるとの指摘もなされている。

わが国における地域包括ケアシステムにおけるケアとは、言うまでもなく、医療と介護、すなわち長期ケアとの統合であり、integrated care そのものといえる。ただし、この integrated care には、明確な定義はなく、世界の社会保障制度あるいは統合ケアの捉え方には、微妙に差がある。したがって、これらの制度を統合したケアのプログラムも多様であり、先行研究においても種々の観点からの報告されている状況となっているのである²¹⁾。

さて、この医療と介護の統合ケアのプログラムについて、Hébert は、Leutz(1999)が示した3つの統合 (integration) のレベル¹⁸⁾ (linkage, coordination, full integration) を援用し、海外において展開される統合プログラムを概括している²¹⁾。

まず、linkage レベルについては、患者のニーズによって、情報の紹介や専門職間の協働を促す、という統合のレベルであり、組織がケアのプロトコール (過程) を発展させている過程として理解される。しかしながら、この段階は、組織の運営を行ううえで、法律や責任の所在、作業ルールといったものを遵守する必要がある、統合的なケア提供という観点においては制約が多いとも言える。概ね公立の多くのケア提供機関における統合のレベルはこの linkage レベルに留まっているとされている。

逆に、最も統合レベルが高い、full integration レベルにおいては、統合的なケアを提供する組織 (ひとつの構造体とは限らず、複数の組織からなるサービス提供組織によって区営されることもある) が、全てのサービスに責任を持つことになる。このレベルの統合ケアプログラムとしては、すでに、いくつか紹介されている。California On Lok Project²²⁾(USA)、PACE²³⁾(Program for All inclusive care ;USA)、CHOICE²⁴⁾(Comprehensive Home Option of

¹⁹⁾ Frossard, M., Genin, N., Guisset, M.J., Villez, A.(2004). Providing integrated health and social care for older persons in France – an old idea with a great future. In: Leichsenring K, Alaszewski AM, editors. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate; 229–68.

²⁰⁾ Kodner, DL(2003). Long-term care integration in four European countries: a review. In: Brodsky J, Habib, J, Hirschfeld, M, editors. Key policy issues in long-term care. Geneva: World Health Organization collection on long-term care, 91–138.

²¹⁾ Hébert, R.Durand, P.J. Dubuc, N.Tourigny, A.(2003) PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. International Journal of integrated care 3:e01-e08.

²²⁾ Yordi CL, Waldman J A.(1985). consolidated model of long-term care: service utilization and cost impacts. Gerontologist 25(4),389–97.

²³⁾ Branch LG, Coulam RF, Zimmerman YA.(1995). The PACE evaluation: Initial findings. Gerontologist 35(3),349–59.

Integrated Care for the Elderly)といったものである。

これらのプログラムは、利用者の評価とケアを基本とした学際的チームによって、ディセンタラーを中心に実施されている。利用者は、比較的、厳しい条件（障害の程度、等）によって選別され、プログラム実施対象外とする排除のクライテリア（BSPD等）も存在する。これらのシステムは、たいてい同時並行に保健医療・福祉の提供機関としての機能も有している。サービスは同一機関において、システム化された手順によって提供されるか、外部的な構造と契約によって連携することによって、同様にシステム化された手順によって、サービス提供（病院、特別な医療ケア、長期ケア施設）を行うこととされている。

一方、ディサービスセンターを含まない統合ケアプログラムとしては、Social HMO²⁵(USA)、SIPA²⁶(Services intégrés pour les personnes âgées fragiles)があげられる。しかしながら、サービスは、雇用された人、あるいは、すでに何らかのサービス利用によって、つながりを持っている組織によって提供される。

全ての full integration レベルの統合ケアプログラムのモデルは、たいてい特定の保健医療、福祉分野の特定の分野に限定しているが、その他の分野も同時並行的に運営している。これらのモデルにおいては、利用者が交渉したり、統合ケアプログラムがカバーしない領域のサービスがない限りは、めったに、すでにシステムされたサービスの過程やサービス提供構造を変えることはない。これらのプログラムにおいては、利用者にかかるケアのコスト管理が重要な視点となっていることが多いとされている。

この他の coordination レベルには、カナダにおいて実施されている PRISMA²¹ が該当するだろう。このレベルにおいては、様式化された患者のニーズを評価し、利用者の持つケアニーズの複雑性に対してケアをマネジメントし、サービス提供を行うためのプログラム実行と改善がなされる。また、各組織は、それぞれの構造を保つが、傘のような構造で互いの活動に際して参加することができ、利用者のニーズやケア提供過程に応じて、ケア資源を提供する、あるいは、ケア提供過程の一部を成すとされている。このレベルは、full integration と比較し、特定の分野に留まらないことが特徴とされている。以下に比較表とそれぞれのモデルの構造の模式図を掲載する（表 2-1、図 2-2）。

²⁴ Pinnell Beaulne Associates Ltd.(1998). CHOICE Evaluation project. Evaluation summary. Final report; November 26.

²⁵ Eng C, Pedulla J, Eleazer P, McCann R, Fox N.(1997). Program of all-inclusive care for the elderly PACE: an innovative model of integrated geriatric care and financing. Journal of the American Geriatric Society 45,223–32.

²⁶ Barnabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al.(1998). Randomised trial of impact of integrated care and case management for older people living in the community. British Medical Journal 316(141),1348–51.

表 2-1 coordination レベルと Full integration レベルにおける統合ケアプログラムの要素比較 ²¹

統合ケアの要素	Co-ordination Model (e.g., PRISMA)	Full Integration Model (e.g., SIPA, PACE, CHOICE)
保健医療システムとのつながり	システムに組み込まれている	同一機関における囲い込み
協働・連携	すべてのレベルにおいて重要(政策,機関のマネージメント,臨床的業務)	臨床的業務においてのみ重要
ケースマネジャー	重要(外部のサービス提供機関との協働)	重要(学際的チームと協働)
シングルエントリー	重要	重要ではない
個別サービスプラン	重要	重要
独自のアセスメントツール	重要(すべてのケア提供機関に対して)	重要(内部におけるケア提供過程において)
電子化された臨床チャート	重要(すべてのケア提供機関に対して)	内部での使用のみ
予算	ケア提供機関との交渉(コスト管理は重要ではない)	コスト管理が重要となる

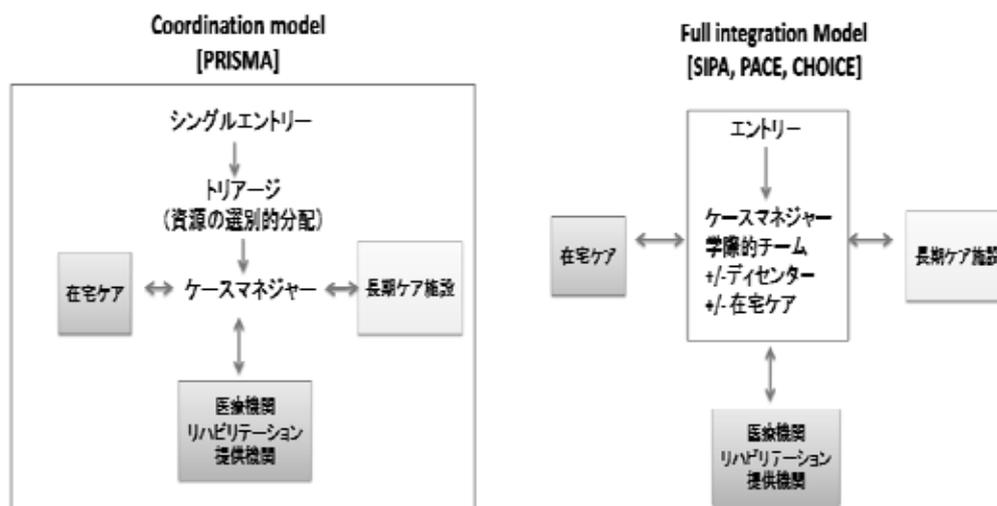


図 2-2 coordination レベルと Full integration レベルにおける統合ケアプログラムの構造比較 ²¹

例えば、日本国内でいう統合ケアのプログラムは、community-based service と integrated care という 2つのコンセプトを持った「地域包括ケアシステム」という概念²⁷や、実際の取り組みで言うなら、地域包括支援センターによる包括的支援事業や 2005 年の改定介護保険制度によって設けられた地域密着型サービスがこれにあたるであろう。

Leutz の 3つのレベルによる整理によると日本は、和光市における介護予防事業の取り組みといった各自治体における独自の取り組みの一部が coordination レベルにあたると考えられるが、医療や介護の社会保険が整備されているため、制度上の統合ケアに関わる事業やプログラムを評価するならば、その多くが linkage レベルとなる。なお、各国の統合ケアの主要な概念および要素の比較については、次ページにまとめた表を参考に掲載した(表 2-2、表 2-3)。このように各国での統合ケアの捉え方は異なっており、日本における統合ケア、つまり地域包括ケアシステムのコンセプトにあったプログラムを作成していく必要があるだろう。

表 2-3 各国の統合ケアにおける主要な概念の比較^{28†}

	オーストラリア	ドイツ	デンマーク	ギリシャ	フランス	フィンランド	イタリア	オランダ	イギリス
公衆衛生	**	**	**			*	**		**
マネジドケア(ヘルスシステム)	**	**	*		*	*	*	*	***
水平的統合(多様な提供主体)	**	**		**	*	*	*	*	*
垂直的統合						**	**		**
切れ目のないケア/一貫したケア	*					***		**	*
高齢分野における社会心理的なアプローチによる協働/ネットワーク	*	*			***		*		
全体システムアプローチ									*
パーソンセンタードアプローチ			***			**		***	**

†: ***は、主要な政策によって実施されており、最も重要な概念。**は、部分的に実施されている重要な概念。*は、議論中、あるいはモデル事業等によって実施中の概念。

²⁷ Tsutsui, T., Matushige T., Otaga, M., Morikawa, M. (2010). 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

²⁸ Leinchsering K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, Vol.4, e01-e15.

表 2-4 各国の統合ケアにおける要素の有無の比較 28†

	オーストラリア	ドイツ	デンマーク	ギリシャ	フランス	フィンランド	イタリア	オランダ	イギリス
ケースマネジメント(ケアマネジメント)	*	*	***			**	*	**	***
中間ケア	*	*	**			**	*	**	**
学際的チームによるニーズアセスメント			**		**	**	**	**	***
利用者中心サービス(介護保険/パーソナルバジット)	***	***	*		**			***	*
共同作業	*	*	***		*	**	*	**	**
予防的な取り組み		*	***	**				**	**
統合的な住居(ケア付き住宅、等)	*	*	***	*	*	**	*	**	*
家族ケアの統合(レスパイトケアの観点)	*	**		*	**	**	*		*
独立したカウンセリング	*	**			*			**	*
ケアのコーディネーション会議		*	**		*				**
質の管理/質の保証	*	**	*		**	**	**	*	**

†: ***は、主要な方法として適応・認知されている要素。**は、地域・地区レベルにおいて部分的に実施されている要素。*は、モデル事業等によって実験的に導入されている要素。

(5) おわりに

昨今、ソーシャル・キャピタルに関する研究が国際的に隆盛を極めている。これは、市場万能主義的政策、とりわけ構造調整政策の行き詰まりを打開するための方策として、ソーシャル・キャピタルは市場外にあるため、有効であるという理由からだという。

さて、フランスの社会学者ブルデューは、このソーシャル・キャピタルに関して、まず、資本は、経済(economic)資本、文化(cultural)資本、社会(social)資本の3つの形態をとるとした上で、このうちの社会資本がソーシャル・キャピタルであるとし、3つの資本の中で、経済資本は、資本の他の2形態、文化資本とソーシャル・キャピタルの根底となると説明した。また、資本のある形態を別の形態に転換する場合、目安となるのは、労働時間であるとした。ある形態から、別の形態への転換においては、すでに資本形態として蓄積されている労働時間と、それを別の形態に転換するための労働時間が共に必要となる。例えば、経済資本をソーシャル・キャピタルに変換するためには、「注意・世話・配慮」という無償労働が必要になるが、経済的な観点からは、浪費にみえることになる。しかし、これらの労働は、社会的交換の論理からすれば、長期的には利益をもたらす着実な投資となるとブルデューは述べた。この彼の理論は、厚生労働省が推進している地域包括ケアシステムの構築において、「見守り」をシステム化すべきだとか、散歩や外出の手助けといった家事援助を給付にすべきだという議論に対して有用であろう。

介護保険制度は、「注意・世話・配慮」といった無償労働の一部である「世話」を市場の創設によって、経済資本とし、有料化した。ブルデューが示した、残る「注意・配慮」という、これまでソーシャル・キャピタルとしての位置づけがなされてきた労働、いわゆる「家事援助等の日常生活の支援」をも経済資本へ変換することを求めているのだと考えることもできる。

だが、今のところ、厚生労働省は、ブルデューが言う投資の意向は示していないと理解でき

る。このことについては、地域における多様な生活の営みを支える信頼・ネットワーク・社会的連帯を支える家族や地域における個人や集団の紐帯が、あまりに貴重で、浪費できない資源だったからであろうと考えたいと思う。現時点では、日本の地域は、こういった貴重な社会資源をある程度、保持している。しかし、これから地域包括ケアシステムを展開していく上で、こういった社会資源を介護保険制度等による給付として、浪費されるようなことがあれば、これは瞬く間に霧散する可能性がある。

今、改めて「共助」と地域における「互助」機能を見直し、その主体とプロセスとが明確にされることが強く求められているが、4つのケア主体（自助、互助、共助、公助）の理解は、十分にすすんでおらず、いくつかの誤謬も見受けられる。

例えば、地域包括支援センターにおける業務マニュアル²⁹（2010年3月版）においては、『地域におけるフォーマルのみならず、インフォーマルも含む多様な社会資源が有機的に連動して提供される「地域包括ケアシステム」の構築が不可欠である』と述べられ、ここに述べられているインフォーマルも含む多様な社会資源を地域包括ケアシステムは、組織化すべしとの誤謬を生むような表現となっていることも、現状では仕方がないことかもしれない。

だが、これまで述べてきたように、地域包括ケアシステムにおける地域包括ケアとは、医療サービスと介護サービスが *integrated* された *care* である。よって、その提供の方法や、その効率性を担保する仕掛け、例えば、地域包括支援センターや地域密着型サービスの新設、あるいは、診療・介護報酬による病介連携へのインセンティブといった仕掛けこそ、地域包括ケアシステムと捉えるべきであろう。

あえて、ここにインフォーマルケアといった内容を含めるとすれば、これは同じ地域で生活をする住民同士が守るべき規範であったり、信頼の基礎となるようなケアであり、組織化や数量化に馴染まないものである。したがって、制度に包含され、規定されるべきものとは考えられないことに注意しなければならない。

だが、地域包括ケアシステムの円滑な運営にとってこのケアは不可欠であり、まさにシステムを支える核となっていることは、改めて認識すべきものであると考えられる。

²⁹ 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．2010
<http://www.nenrin.or.jp/chiiki/sonota/manual.html>

Ⅲ 地域包括ケアシステムにおける「認知症高齢者の早期発見システム」

1 地域包括ケアシステムの構築と認知症疾患医療センター

～東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 栗田圭一

(1) はじめに

認知症疾患医療センター運営事業は、平成20年に創設されたわが国の新たな認知症対策の一つである。本事業の目的は、「保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ること」にある。

地域における認知症医療の現状調査の結果を踏まえ、認知症疾患医療センターに求められる役割、認知症疾患医療センターを稼働させるための条件、事業を継続させるための課題、地域包括ケアシステムの構築に寄与するための今後の課題について考察した。

(2) 地域における認知症医療の現状調査

地域における認知症医療の現状を明らかにするために、宮城県仙台市の地域包括支援センター41カ所を対象にアンケート調査を実施した¹⁾。調査票は、「地域包括支援センターに求められる認知症関連業務30項目」（表3-1）の質問と、「認知症の医療について、日頃感じていることを自由にご記入ください」という自由記述回答を求めた質問で構成されている。

調査の結果、現状において、すべての地域包括支援センターが認知症高齢者やその家族の相談に応需していることが明らかになったが、医療との連携については、「“通常”実施している」と回答できるセンターは半数以下に留まった（図3-1）。自由記述回答の分析からは、認知症のための「専門医療資源の不足」と「かかりつけ医機能の不十分さ」が、地域包括支援センターの連携機能に強く影響している可能性が示された（表3-2）。

上記調査とほぼ同時期に、仙台市医師会に登録されている750の医療機関（歯科を除く）を対象にアンケート調査を実施した²⁾。調査票は、「認知症の医療に求められる機能30項目」の質問（表3-3）と、「認知症の医療について、日頃感じていることを自由にご記入ください」という自由記述回答を求めた質問で構成されている。

調査の結果、認知症疾患の「鑑別診断」「周辺症状・身体合併症に対する入院医療」に対応できる医療資源が著しく少ないことが明らかになった（図3-2）。また、自由記述回答の分析から、「認知症診療の困難性」「専門医療資源の不足」「地域連携体制の不備」にカテゴリー化される意見が多く、具体的には、「認知症診療の困難性」については、①社会的困難事例（独居・老々介護・経済問題・受診拒否など）の対応、②周辺症状対応、③薬物療法、④鑑別診断・初期対応、⑤身体合併症対応の困難性、「専門医療資源の不足」については、①鑑別診

断・専門医療相談、②入院医療、③身体合併症医療、④救急医療に対応できる医療資源の不足、「地域連携体制の不備」については、①かかりつけ医・専門医の連携体制の不備、②医療・介護の連携体制の不備、③専門医療機関の予約待機日数が長すぎることを指摘するものが目立った。また、専門職等の「教育・研修の必要性」を指摘する回答も散見された（表3-4）。

（3）認知症疾患医療センターに求められている役割

以上の調査結果から、「地域には、認知症の、①鑑別診断、②周辺症状対応、③身体合併症対応、④入院医療、⑤救急医療、⑥困難事例への対応、⑦教育・研修など、認知症の専門医療に関わる医療ニーズが存在するが、現実にはそのようなニーズに対応できる医療資源が不足している」ということが明らかになった。つまり、上記の①～⑦の機能を担えるような専門医療資源が整備されれば、かかりつけ医機能や地域包括支援センターの医療連携機能も向上する可能性があることが示された。

平成20年度からスタートした認知症疾患医療センターは、①専門医療相談、②鑑別診断と初期対応、③合併症・周辺症状に対する急性期医療、④かかりつけ医等の研修、⑤認知症疾患医療連携協議会の開催、⑥情報発信を事業内容とするものである。センターへの期待は大きい。しかし、現実に認知症疾患医療センターが機能していくためには、さまざまな条件整備が必要である。

（4）認知症疾患医療センターを稼働させるための条件

① 専従の医療相談室の設置

仙台市立病院は、平成6年度より老人性認知症疾患センターとして、外来および入院において認知症疾患の専門診療に応需してきた。しかし、認知症高齢者の増大に伴い、新患受診者の予約待機日数は平成19年4月の段階で2ヶ月を超え、人的・財政的な理由から、認知症患者の緊急対応や困難事例への対応が困難な状況に陥った。こうした状況を克服すべく、平成19年4月より、市の一般会計予算で、専従の「医療相談室」（保健師1名、精神保健福祉士1名、臨床心理技術者1名）を設置し、当センターをはじめ受診する認知症患者に対して、①診療前医療相談、②受診予約、③初診、④予約検査、⑤診断会議、⑥高齢者総合機能評価、⑦本人家族への説明、⑧治療・ケア方針の選定を、多職種チームで進めていくシステムを構築した（図3-3）。

平成17年度～平成20年度までの臨床指標の推移を見ると、専門医療相談の応需件数は603件（電話307件、面接296件）から2,168件（電話1,150件、面接924件、訪問21件）と約3.6倍増加し、受診・受療援助、転院・入所援助、介護保険・権利擁護・経済問題など、多様な援助が提供できるようになった。また、連携機関も、医療機関、介護支援専門員、地域包括支援センター、介護保険事業所、市・区役所と広い範囲に及ぶようになった。このような相談業務や連携業務の拡大とともに、新患受診者の鑑別診断・初期対応件数は約1.4倍（298件→430件）、新患受診者の平均予約待機日数は平成19年4月～平成21年4月の間に約1/4（64.7日→16.2日）に減少した²⁾。

② 院内連携システムの整備

平成19年3月1日～3月31日の1ヶ月間に、S市立病院救命救急センターを受診した認知症高齢者の実態を調査したところ、救命救急センター受診患者の約2割が65歳以上の高齢者であり、そのうちの約4割が認知症の可能性のある高齢者であることが明らかになった。また、このうちの約5割が即日入院しているが、年間に500人以上の認知症高齢者が緊急入院しているという計算になった³⁾。

救急経由で入院した身体合併症をもつ認知症高齢者のほとんどが一般病棟に入院し、一般病棟から退院しているが、これらの一般病棟に入院する認知症高齢者に対しては、「医療相談室」と精神科医がチームを組んでコンサルテーション・リエゾン医療を展開し、原則として一般病棟での管理が困難な周辺症状(BPSDやせん妄)をもつ事例のみが精神科病棟に転科するという院内連携システムを形成している。また、「医療相談室」の企画で一般身体科の看護師を対象とする研修会も企画され、一般病棟における認知症患者の身体合併症医療受け入れの円滑化をめざした取り組みも行われている。

③ 地域連携システムの整備

「医療相談室」は自治体の担当課と連携して、地域包括支援センターの職員研修、かかりつけ医の認知症対応力向上研修、一般市民対象の認知症講座にも講師を派遣するなどの協力関係を維持している。また、市では認知症対策推進会議を設置し、①普及啓発、②支援体制整備、③ネットワーク形成を基本課題とする3つの作業部会を設けているが、認知症疾患医療センターの医師および医療相談室スタッフが、本会議および部会の委員を兼ねて、地域連携システムの整備に積極的に関与している。

(5) 事業を継続させるための課題

以上のように、精神保健福祉士、保健師、臨床心理技術者を配置した専従の医療相談室の設置と、これを核とする専門医療相談、院内連携システムおよび地域連携システムの構築が、認知症疾患医療センターが機能するための基本要件となることが理解されたかと思う。しかし、このような事業を継続させるためには、さらに以下のような課題がある。

①病棟看護師の適正配置

一般に身体合併症のある認知症高齢者の入院には、身体疾患と周辺症状の医学的管理、日常生活の介護、退院支援・地域連携など複合的な業務が要請され、看護負担も大きい。特に時間外の緊急入院に対応するためには、休日・夜勤帯に1病棟単位最低3人の看護配置が必要となる。平成22年度の診療報酬改定において、精神科病棟入院基本料13対1が新設された。これによって、従来の15対1に比べれば手厚い看護配置が可能となったが、時間外にも適正な看護配置を行うには一般病棟並みの7対1看護を可能とする診療報酬改定が求められる。

②高齢者の精神科医療を担う医師の育成

認知症疾患医療センターにおいて高齢者の精神科医療に取り組む医師の数は圧倒的に不足

している。医師不足は精神科に限られた問題ではないが、老年精神医療の現場で働く医師を育成することは、わが国の老年精神医学が直面している最も重要な課題である。世界に先駆けて超高齢社会に突入したわが国の医療には、最新の医学的知識のみならず、新たな社会を創り出すことができる医師が求められている。

③認知症疾患医療センターの適正配置

認知症疾患医療センターの業務量は、圏域の人口規模に比例して増大する。例えば、東京のような大都市に認知症疾患医療センターを設置する場合には、1センターあたりの医療圏域の設定、スタッフ配置、院内連携システムや地域連携システムの整備について、より綿密な計画を立てる必要がある。日本老年精神医学会専門医を対象とするアンケート調査によれば、認知症疾患医療センターの適正配置の中央値は人口30万人に1件であった⁴⁾。

(6) 地域包括ケアシステムの構築に寄与するために

認知症疾患に罹患しても、高齢者が尊厳を保持し、安心して暮らすことができる地域社会を創造していくためには、住み慣れた地域において、保健・医療・介護・福祉・住居・生活支援を一体的に提供することができる「地域包括ケア」という考え方が不可欠となる。認知症疾患医療センターが地域包括ケアシステムの構築に寄与していくために、実施要綱に定められる機能に制縛されることなく、その地域の現状とニーズに応じた柔軟な役割を果たしていく必要があるであろう。

東京都では、平成23年度より東京都認知症疾患医療センター運営事業を実施する方向で、平成22年度に東京都認知症対策推進会議において綿密な議論を重ねてきた。その結果、東京においては、認知症疾患医療センターに求められる基本的な役割を、①専門医療機関としての役割、②地域連携を推進する役割とし、①専門医療相談（医療相談への対応、受診が困難な人への支援）、②鑑別診断とそれに基づく初期対応（適確な評価と初期対応、迅速な診断）、③身体合併症・周辺症状への対応（センターにおける受け入れ体制の整備、早期からの退院支援、地域全体の受け入れ体制）、④地域連携の推進（地域連携体制の構築、地域包括支援センター等との連携強化、家族介護者の会との連携、区市町村との連携）、⑤専門医療、地域連携を支える人材の育成（認知症疾患医療センターにおける医師・看護師等の育成、地域における医師等の育成）、⑥情報発信（認知症の普及啓発、連携体制の周知）という6つの機能を担うことを求めることとした。また、平成23年度には島しょ部を除く二次保健医療圏域12ヶ所にセンターを設置することとした。こうした事業が、各圏域の地域包括ケアシステムの構築にいかに寄与していくことができるかを評価していくことが今後の課題となる。

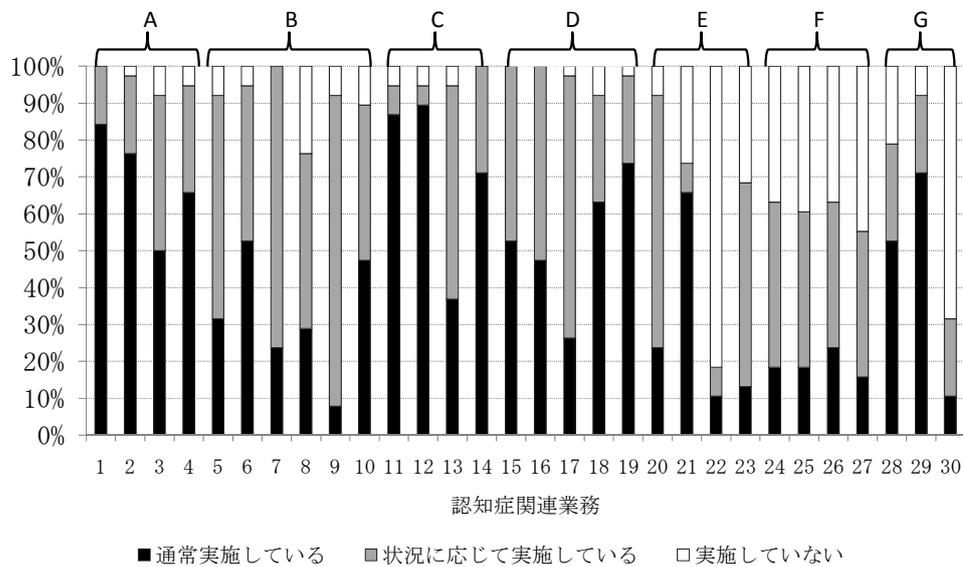
文献

- 1) 栗田主一, 佐野ゆり, 福本恵: 一地方都市の地域包括支援センターの認知症関連業務の実態: 特に, 医療資源との連携という観点から. 老年精神医学雑誌20: 356-363, 2010.
- 2) 栗田主一: 認知症疾患医療センターに対する期待と課題. 老年精神医学雑誌21: 412-420, 2010.
- 3) 久保田洋介, 亀山元信, 村田祐二, 庄司賢ほか: 救命救急センターにおける認知症高齢者の救急医療. 老年精神医学雑誌18: 1204-1209 (2007)
- 4) 栗田主一: オピニオン・認知症疾患医療センターをめぐって. 老人性認知症疾患センターの立場から. 精神医学50: 738-741 (2008).

表3-1 地域包括支援センターに求められる認知症関連業務30項目

1. 認知症高齢者の相談に応じていることをPRする
2. 家族に認知症を病気としてとらえられるように伝える
3. 本人または家族に認知症の相談機関を紹介する
4. 本人および自宅の様子を訪問して確認する
5. 本人または家族に一般医療機関を紹介する
6. 本人または家族に認知症の専門医療機関を紹介する
7. かかりつけ医に情報を提供する
8. 認知症専門医療機関の連携担当者（ケースワーカー等）と情報交換する
9. 本人の医療機関受診に際して同行する
10. 入院治療後の退院支援を行う
11. 本院または家族に介護保険申請に関する情報を提供する
12. 本人または家族に介護保険サービス利用に至るまでの支援を行う
13. 家族に「家族の会」や「家族交流会」についての情報を提供する
14. 在宅介護の具体的な方法について相談に応じる
15. 認知症の精神症状・行動障害（徘徊・妄想など）の対応方法について助言する
16. 権利擁護の諸制度の活用を視野に入れた支援を行う
17. 認知症の困難事例についてケース会議を開催する
18. 支援にあたっては本人（認知症の方）の意向を確認する
19. 高齢者虐待事例にかかわる際、認知症の有無について情報を収集する
20. 自治会、民生委員、社会福祉協議会など地域関係者による支援体制づくりを行う
21. 圏域内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護施設の運営推進会議に出席する
22. 圏域内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護施設と共同事業を行う
23. 担当圏域の包括ケア会議で認知症をテーマとした話し合いを行う
24. 若年性認知症の方の家族の相談に応じる
25. 若年性認知症の方の本人の相談に応じる
26. 若年性認知症の方が介護保険サービス利用に至るまでの支援を行う
27. 若年性認知症の方が介護保険以外のサービス利用に至るまでの支援を行う
28. リーフレットや広報誌での回覧など認知症に関する普及啓発を行う
29. 地域住民に対して認知症をテーマとする講話や研修会を行う
30. 認知症の普及啓発のための資料を独自で作成している

栗田主一 : 老年精神医学雑誌 21 : 356-363, 2010



A. 総合相談窓口としての機能
B. 医療機関との連携に関連する機能
C. 介護に関連する相談・支援
D. 困難事例・権利擁護・虐待に関連する相談・支援機能
E. 地域関係機関との連携・ネットワークづくりの機能
F. 若年認知症に関する相談・支援機能
G. 認知症の普及啓発に関する機能

図3-1 地域包括支援センターにおける認知症関連業務の実施状況

表3-2 地域包括支援センターから見た認知症医療の現状

カテゴリー	下位カテゴリー	件数	
専門医療資源の不足	受診困難事例に対応できる医療資源の不足	16	34
	鑑別診断に対応できる医療資源の不足	12	
	入院・救急・身体合併医療に対応できる医療資源の不足	6	
かかりつけ医機能の不十分さ	診断・説明・助言の不十分さ	10	16
	治療的対応の不十分さ	3	
	かかりつけ医と専門医との連携の不十分さ	3	
その他	その他	4	4

S市内の地域包括支援センター41箇所を対象、回収率92.7%。「認知症医療について日頃感じていること」という質問に対する自由記述による回答をカテゴリー化した

表3-3 認知症の医療に求められる機能30項目

1. 認知症疾患医療センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介
2. 介護保険主治医意見書の記載
3. 合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する通院治療
4. 貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療
5. アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬（アリセプト等）の投薬
6. 介護支援専門員への助言または連携
7. 地域包括支援センター職員への助言または連携
8. グループホーム等施設介護者への助言・指導
9. アルツハイマー型認知症の診断
10. 脳血管性認知症の診断
11. レビー小体型認知症の診断
12. 前頭側頭型認知症（またはピック病）の診断
13. 上記9～12以外の認知症疾患の診断
14. 認知症、うつ病、せん妄の個別診断
15. 随伴する抑うつ症状に対する通院治療（精神科との連携下でも可）
16. 随伴する幻覚や妄想に対する通院治療（精神科との連携下でも可）
17. 随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療（精神科との連携下でも可）
18. せん妄に対する通院治療（精神科との連携下でも可）
19. 往診・訪問医療による身体疾患の治療
20. 往診・訪問医療による精神症状・行動障害の治療（精神科との連携下でも可）
21. 施設（グループホーム、介護老人福祉施設など）への往診・訪問医療
22. 往診・訪問医療による終末期医療
23. 認知症に対するデイケア
24. 合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する入院治療
25. 貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療
26. 随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療
27. 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）
28. 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）
29. 入院による終末期医療
30. 家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供

栗田主一 : 老年精神医学雑誌 21 : 412-430, 2010

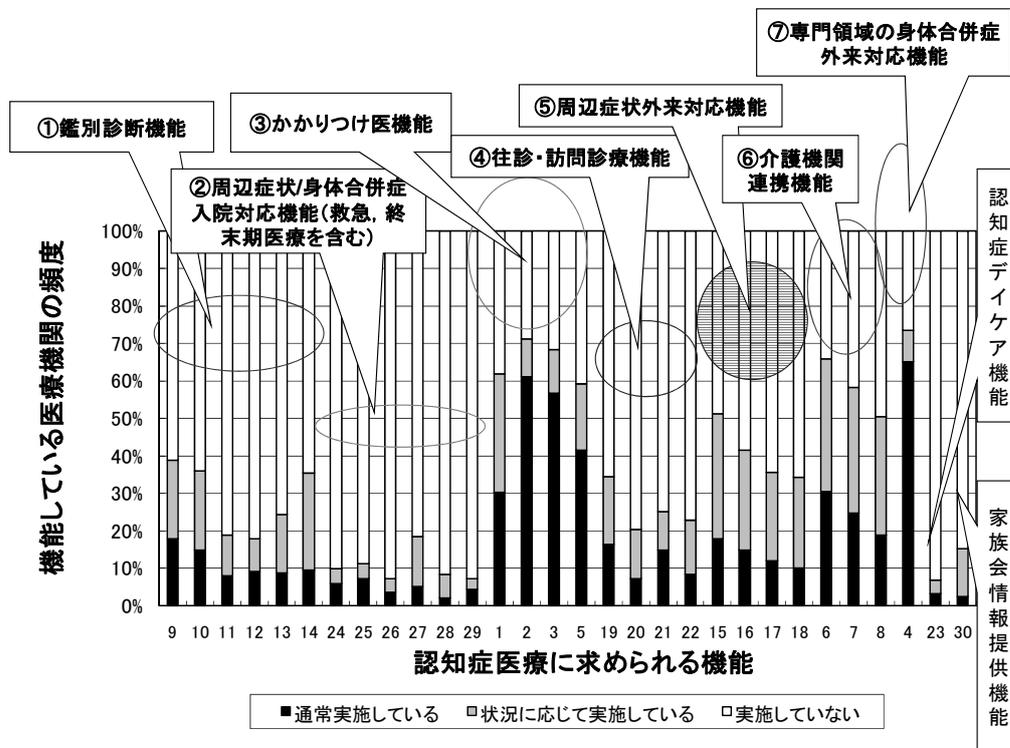


図3-2 認知症医療に求められる機能別の医療資源の分布
(仙台市医師会登録医療機関N=275)

* 認知症医療に求められる機能は表3-3を参照

表3-4 医師会登録医療機関から見た認知症医療の現状

カテゴリー	下位カテゴリー	件数	
認知症診療の困難性	社会的困難事例への対応の困難性	13	48
	BPSD対応の困難性	9	
	薬物療法の困難性	8	
	鑑別診断・初期対応の困難性	7	
	身体合併症対応の困難性	6	
	家族対応の困難性	4	
	継続的評価・治療の困難性	1	
専門医療資源の不足	鑑別診断・専門医療相談等のための医療資源の不足	6	18
	入院医療のための医療資源の不足	6	
	身体合併症に対応できる医療資源の不足	4	
	救急医療に対応できる医療資源の不足	2	
地域連携体制の不備	かかりつけ医・専門医の連携体制の不備	8	15
	医療・介護の連携体制の不備	4	
	専門医療機関の予約待機日数が長すぎる	3	
教育・研修の必要性	かかりつけ医のための研修の必要性	2	8
	コメディカルスタッフの研修の必要性	2	
	家族の教育の必要性	2	
	専門医のための研修の必要性	1	
	一般住民の教育の必要性	1	
介護資源の不足	入所施設の不足等	8	8
その他	その他	9	9

S市医師会登録医療機関750箇所を対象,回収率36.7%。「認知症医療について日頃感じていること」という質問に対する自由記述による回答をカテゴリー化した



図3-3 認知症患者医療センターに設置された専従の医療相談室と多職種チームによる診療システム

2 地域における認知症高齢者の早期発見システムにおける精神科医の役割

～医療法人 敦賀温泉病院 介護老人保健施設 ゆなみ 理事長 玉井 顯

要約

認知症高齢者の早期発見システムと地域包括ケアシステムとの接点における、精神科医また精神科病院としての役割を検討した。

精神科における認知症患者は、近年ますます増加傾向にあり、外来ではここ10年間で3倍にも達し、入院比率も現在では15%を占めるようになってきている。しかし、現実には認知症が重度になって初めて外来を訪れる患者が多く、すでに治療が手遅れになってしまう例は、少なくないという現状がある。

また、認知症治療病棟でも認知症が重度にならないと入院しないということが一般的となっており、このことが、まさに長期の入院の理由となっている。これを解消するためには、すでに実施されている認知症キャラバンなどの啓発活動だけではなく、精神科医が認知症の軽度の段階から関わるのが有用であると考えられる。

現段階で想定しうる精神科医の役割としては、認知症患者の鑑別診断、高次脳機能の評価、家族や介護者への心理教育、治療に関わりを持つ必要があると考えているが、今後は、認知症の疾患に沿った対応・治療、または、そのステージにあった対応が望まれる。

このためには、地域において認知症のクリニカル・パスなどの導入や認知症高齢者の早期発見のためのアウトリーチのシステム作りが必要であると考えられる。

若狭町や敦賀市では、これまでの啓発活動によって、認知症に対する住民の理解度が高く、比較的、早期の段階で認知症患者が来院している。また、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターとの連携についても若狭町では、地域包括支援センターの看護師が戸別訪問をして、かかりつけ医と認知症疾患センターとの連携を構築している。また、敦賀市では認知症疾患医療センターが「認知症のお出かけ専門隊（DOST：Dementia Outreach Special Team）」を組織し、ここと地域包括支援センターとが連携していることから、一歩進んだ早期発見・早期対応がなされている。

そこで、本節においては、わが国の認知症全体の現状と、これら先進地区の取り組み、そして、これからの認知症高齢者を早期に発見するシステムを構築するにあたっての地域で診療を実際に任っている精神科医の役割について考察した。

(1) 精神科における認知症患者の動向

わが国では人口の高齢化と共に、認知症患者は年々増加し、現在では220万人とも推測されている。精神科に限っても、認知症の外来患者数は年々、増加している。平成8年から平成20年における精神科外来の年次推移をみると、平成8年には6.8万人、平成11年で9.4万人、そして平成20年では30.1万人と、ここ10年間で約3倍にも達していることがわかる（図3-4）。

精神疾患外来患者の疾病別内訳でも、気分障害とともにアルツハイマー病の割合が近年増えている（図3-5）。また、精神科病院全体の入院患者数は平成8年頃より減ってきており、その内訳は統合失調症の患者の減少である。それにかわり、非アルツハイマー病を含む認知症疾患が平成8年より増加し、全体の15%を占めるほどになっている（図3-6）。

この傾向は、今後も続くものと推測されるが、認知症治療病棟は別として、精神療養病棟や閉鎖病棟あるいは開放病棟でも認知症患者をやむを得ず、地域や家族側のニーズに答える形で入院させているのが現状ではないかと推測される。

本来は、認知症治療病棟での入院といった形で、短期間（1～2か月間）での鑑別診断をはじめとするBPSD：behavioral and psychological symptoms of dementia（認知症に伴う行動および心理症状）の治療、薬物調整、BPSDへの対応の、家族に対する心理教育およびメンタルヘルスクアを認知症の専門機関として診ていくべきであろうと考えられる。

千人 図 3-4 認知症外来患者数の年次推移

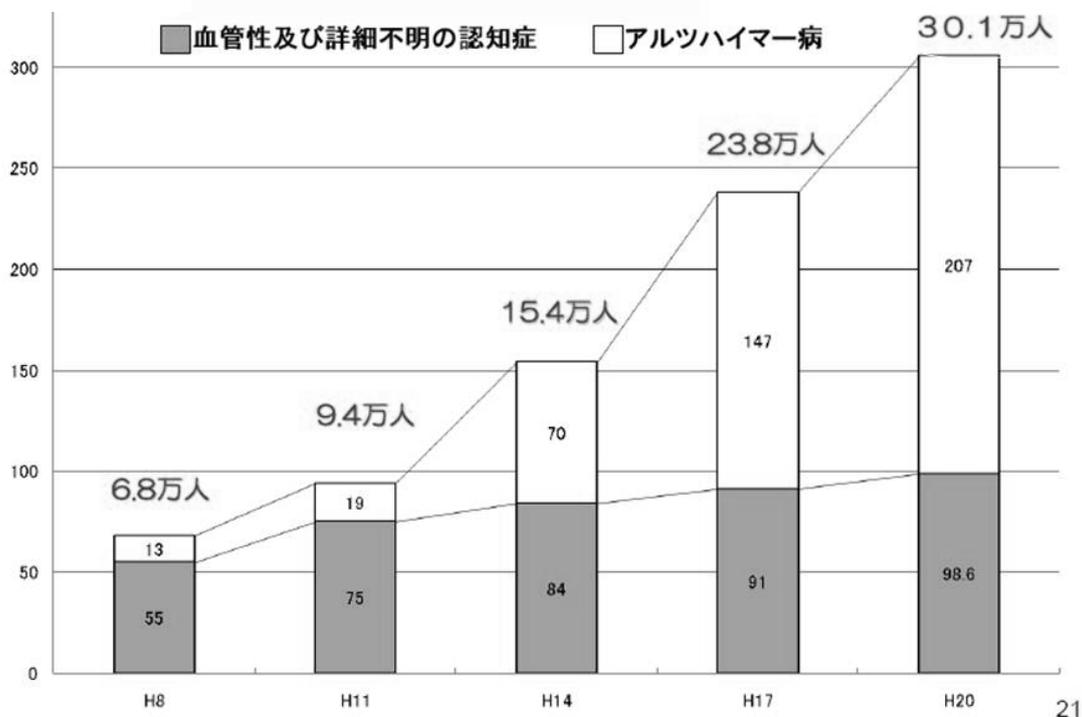


図 3-5 精神疾患外来患者の疾病別内訳

躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加

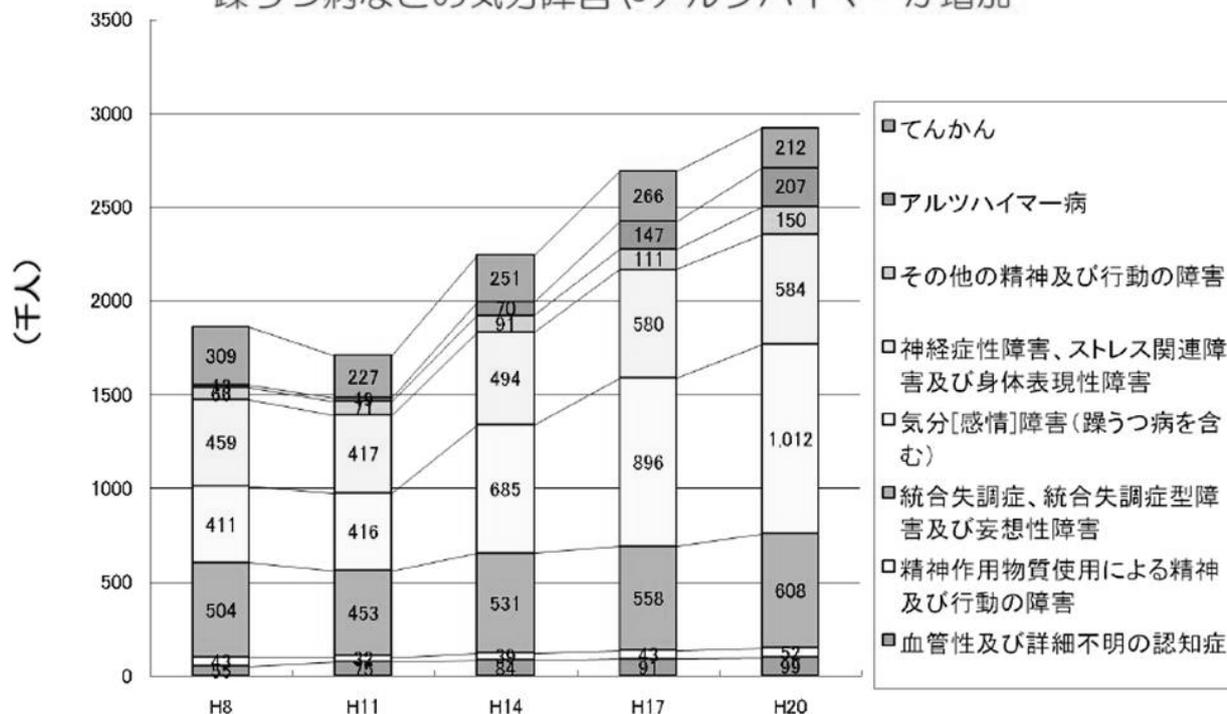
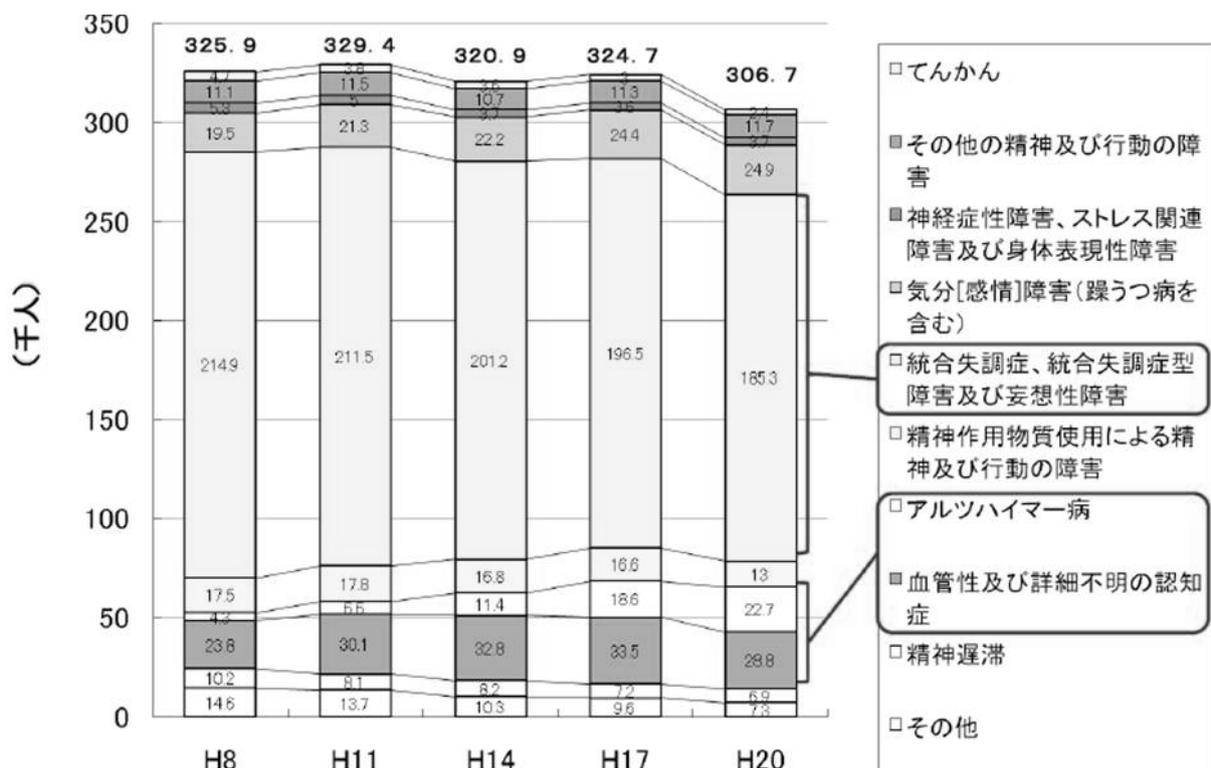


図 3-6 精神病床入院患者の疾病別内訳



(2) 精神科における治療対象者の経緯

筆者が精神科医になった頃（1970年後半）の精神科病院は、入院でも外来でも統合失調症の患者がほとんどで、患者が自ら来院されることはなく、家族が異変に気付いて数カ月～数年経ってようやく来院される場合がほとんどであった。つまり、精神科では外来患者は少なく、精神疾患患者は重度でないとは来院されない状況だった（図3-7）。

ところが、近年ではうつ病や人格障害などの啓発も進み、また薬物療法の進歩や認知行動療法が取り入れられるようになってからは、精神科の敷居が低くなり外来受診者も増え、精神科クリニックも年々増加し統合失調症やうつ病をはじめ早期発見・早期治療、予防にまで力を入れるようになった（図3-8）。

それでは、近年における認知症の受診状況はどうであろうか。地域によって異なるが、まだまだ旧来の重度でないとは受診しないのが現状のようである。BPSDが著しく、家族や施設では介護するのが限界になって初めて、仕方なく精神科を受診することが多い（図3-9）。これでは、一昔前の精神疾患の受診となんら変わりはない。統合失調症の長期入院問題を今度は認知症で抱えることになりかねない。

認知症患者のほとんどが高齢者であり、進行性の病気であり、患者数も年々増加している。統合失調症患者が社会復帰ができず、長期入院となってしまった以上に、認知症患者は受け皿がない限り長期入院ともなりかねない。統合失調症の長期入院の問題以上に、長期入院となる認知症患者の増加については、本来の認知症治療病棟の機能を果たすためにも何らかの政策が必要であると思われる。

認知症が重度化しないと入院しない現状では、入院すれば長期化するという方程式は崩れない。このことから、精神科におけるこれからの認知症対策は、認知症以外の疾患と同様に認知症の軽度、MCI（軽度認知障害）レベルあるいはそれ以前の対応・予防・啓発にも目を向ける必要がある（図3-10）。

図 3-7 精神科における治療対象患者の経緯(旧来)

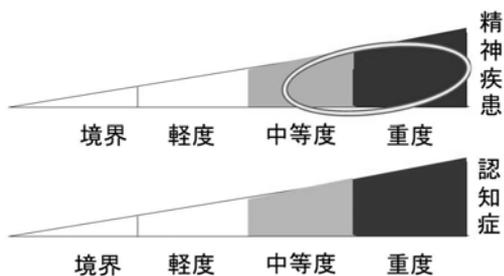


図 3-8 精神科における治療対象患者の経緯(近年)

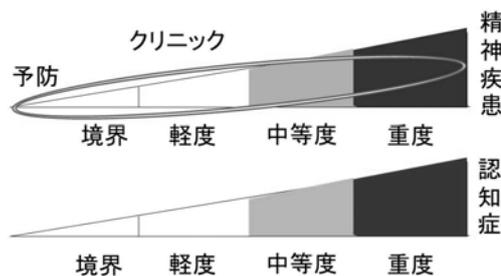


図 3-9 精神科における治療対象患者の経緯(近年)

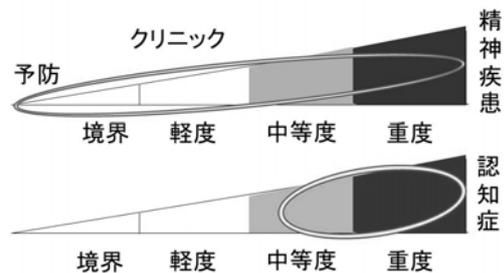
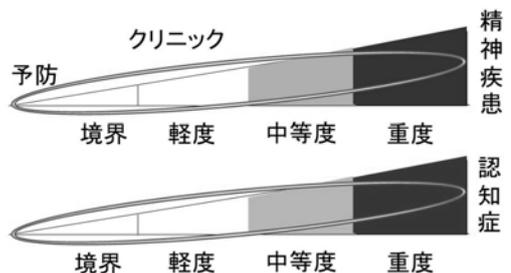


図 3-10 精神科における治療対象患者の経緯(未来)



（３）精神科医が認知症を診る利点

診断時には、認知症と間違われやすいうつ病、統合失調症など精神疾患との鑑別が必要である。これらの疾患は、精神科医が日常の外来・入院診療での最もよく診ている疾患である。初診の段階で約２割の患者が実は認知症ではない。老人性のうつ病の場合もあるし、神経症レベル、失語症や失認症などの一部の高次脳機能障害そして健常レベルでの物忘れの場合もある。BPSDの悪化の際には、精神科病棟での入院が必要となるが、こういった時期にも認知症を診ているのは精神科医だけである。家族への心のケア（孤独感、被害感、うつなど）、カウンセリングが同時に必要な場合もあり、常に家族への心理状態にも目を向けなくてはならない。これもまた、精神科診察場面で常時行なわれていることである。

また、BPSDの薬物治療には抗精神病薬が必要な場合があるが、精神科医であれば使い慣れている薬剤である。認知症の治療ばかりではなく、家族や介護者への心理教育も必要であり、この点についても精神科医は得意とするところである。全ての時期、つまりフルステージで認知症をみつめ、総合的にみられる立場として精神科医は位置しているはずである。

しかし、残念ながら全ての精神科医が認知症に目を向けているわけではない。

（４）認知症ステージをとおしての各領域の役割

認知症をステージごとに考えてみると、当初は軽い認知機能の障害がみられ、徐々に精神症状がみられるようになり、家族にとっても最も介護負担が著しくなる時期となっていく。この中等度の時期が、一番精神科的治療が要求される時期である。通常は終末になるにつれて、ADLは低下しBPSDも軽減する。終末期では、介護が中心となる（図3-11）。

認知症はもちろん脳の病気であり、高齢者に多い病気であるため、脳外科医、神経内科医、精神科医そして老年病科医がそれぞれの立場を中心として診ている（図3-12）。しかし、認知症は220万人ともいわれる現在では、もはや一般的な病気であり、全ての医師が認知症を学ぶべきである。どの科にとっても認知症を診ることは避けられないからである。

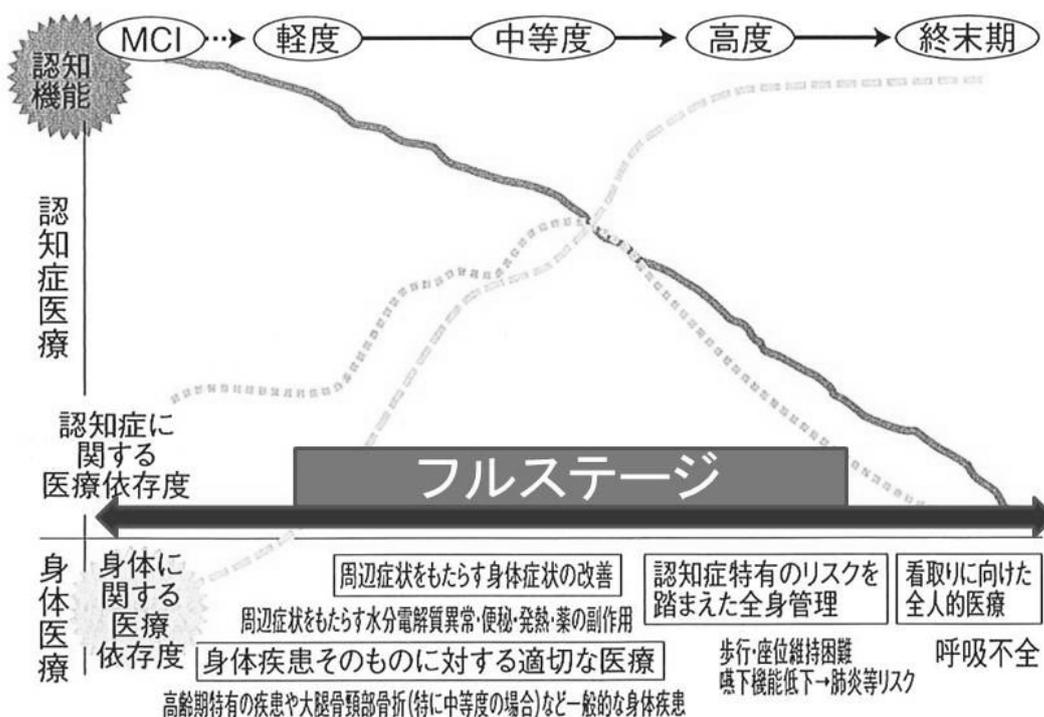
例えば、処方するからには、患者が正しく服薬管理できているのかを知る必要があるし、診察における「場合わけ、取り繕い」という現象も常に考慮して診察、指導していかなければならない。「認知症は、専門医にまかせるので、すぐに紹介している」と非認知症専門医はいうものの、紹介時には、すでに中等度以上あるいは重度の状態で来院される場合が少なくない。やはり、認知症非専門医であっても、認知症の正しい理解が必要であり、全ての医師が認知症サポート医であることが望まれる（図3-13）。

また、BPSDにおける薬物療法の経験が乏しい場合、安易に抗精神病薬を鎮静目的に通常量あるいは多量に使用し、結果として暴力行為や徘徊は軽減したがADLは低下し、寝たきりになる場合も少なくなく、いわゆる薬づけ状態にさせられている場合もある。抗精神病薬は、認知症の妄想や幻覚などのBPSDには医療保険の適応がなく、このことについても家族に情報提供する必要がある。BPSDの治療は、あくまで、患者の環境状況、習慣、家族背景、対応状況、身体疾患の影響および薬物の影響などを考慮したうえで、まず対応や環境調整から始め、それでも改善しない時は少量の抗精神病薬を試みることを推奨される。

ちなみに、平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金交付事業：認知症の「周辺症状」(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の推進策定調査報告。実施主体：財団法人ぼけ予防協会による報告では、BPSDの悪化要因の6割が薬剤性要因(37.7%)と身体要因(23.0%)からなっているという結果が得られている。こういった意味でも、認知症を介護面ばかりで解決するのではなくて、医療サイドで、認知症を積極的にサポートすることも重要であることを物語っている。

認知症は軽度であればあるほど診断が難しく、初期こそ認知症疾患医療センターや認知症専門医にかかるべきである。初期であれば鑑別に、より詳細な神経心理学的精査やCT、MRI、ならびにSPECTなどの画像診断が必要になる。その後、かかりつけ医との連携をとり、BPSDが出現したときや認知機能の低下、あるいはそういったサインが出たときには速やかに相談ができるあるいは受診ができる体制を構築することが必要である(図3-13)。

図 3-11 アルツハイマー病の経過と医療依存度



東京都福祉保健局編資料を一部改変

図 3-12 認知症疾患を対象とする科の特色

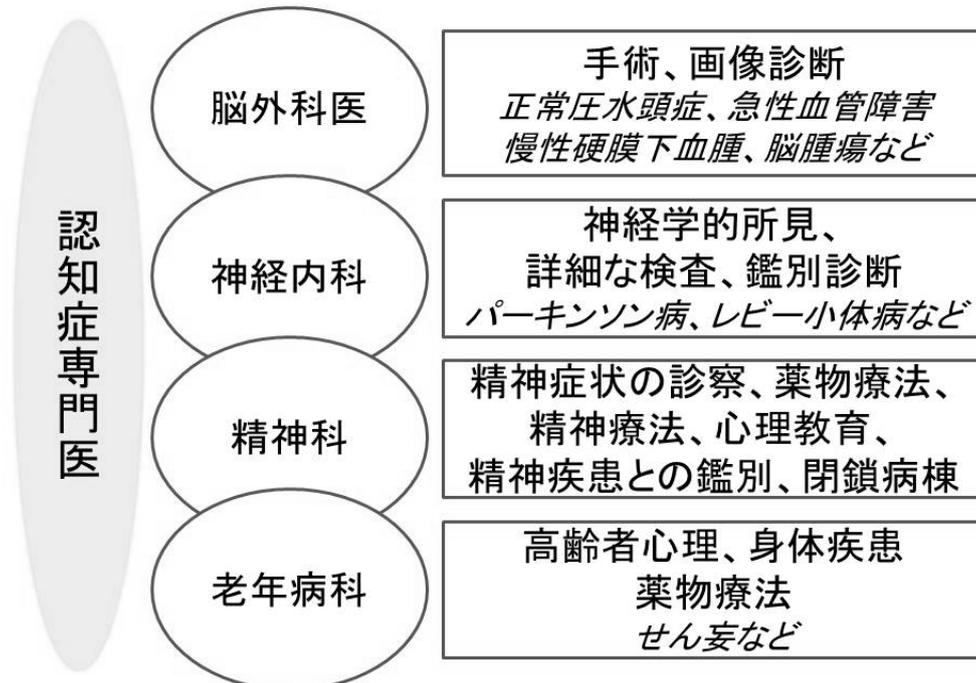
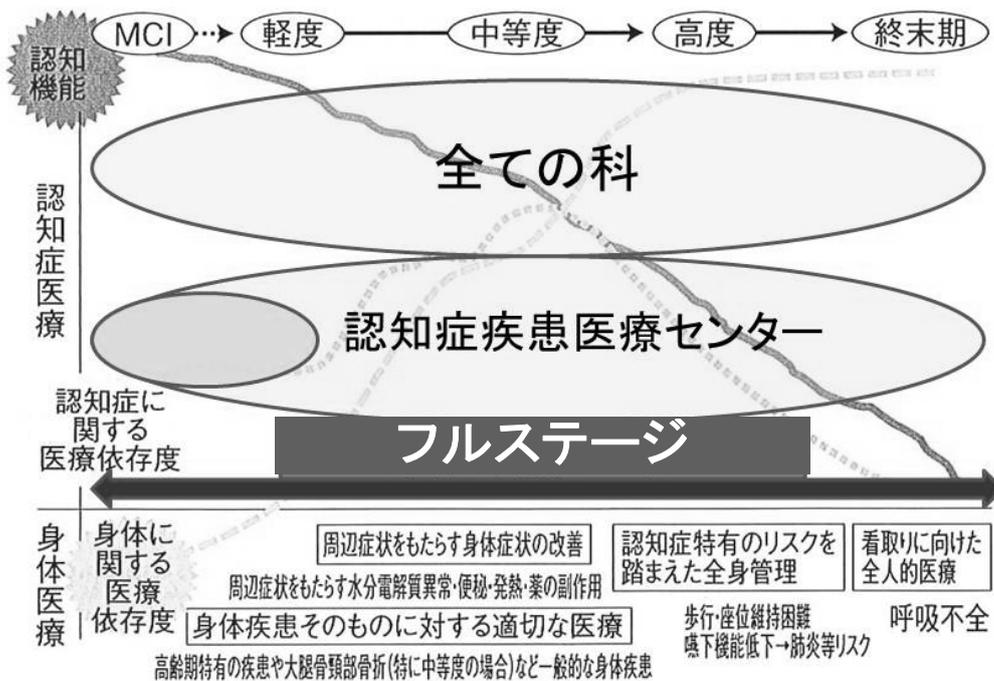


図 3-13 アルツハイマー病の経過と医療依存度



東京都福祉保健局編資料を一部改変

(5) 外来における認知症の早期発見法

認知症の初診においては、丁寧に時間をかけて診察しなくてはいけないのは当然だが、かかりつけ医の場合、認知症の診断には時間がかかり実際に簡易な神経心理学的検査さえ実施できないのが現状である。認知症の専門病院であっても認知症の初診が増えれば増えるほど、外来は多忙になり、初診における診察時間が短くなるか、初診の予約段階からすでに数か月遅れての受診などということになってしまう。

これでは、早期発見、早期受診と啓発していることと矛盾して、治療者自らが初診の時期を遅らせていることにもなりかねない。地域に根ざした病院の役割としては、初診時に物忘れを主訴として来院した患者に迅速に対応しなくてはならないが、従来の診察、検査過程では時間や手間がかかってしまう。

そこで当院では、ある程度限られた時間しか診察できない場合であっても初診として受け入れ、次回に十分な検査の予約を取ることで対応している。効率的かつシステムティックな診断を行うという観点からも、軽度認知症のためのより簡便な神経心理学的検査が必然的に必要になってくると考えている。また、これらの検査は認知症を専門としない主治医にとっても利用可能な検査である。

軽度認知症のための簡便な神経心理学的検査を次に紹介する⁴⁾。認知症の症状は、日常生活上において支障が生じ、最初にその変化に気付くのは家族である。しかし、アルツハイマー病の症状はゆっくりと進行するため、近くで見ている人ほど微細に進行する記憶障害や視空間障害などの変化に気付きにくい。

また、患者自身は症状の自覚に乏しく、取り繕いが上手で、さらに日常習慣化されている作業や行動は保たれやすいため、早期発見・早期受診が遅れてしまう。そして、家族がようやく受診を決断したとしても、最後に本人自身が受診を拒めば、ますます受診が遠のいてしまう。治療者側が、直接日常生活場면을観察できればよいが、当然家族の目から見た認知症の生活現象であって、認知症の理解度、偏見の度合い、当事者との関係性によって評価が異なる。病院という非日常場面において、その再現は不可能である。

従って、軽度認知症における簡易な神経心理学的検査では、日常生活の障害がなるべく反映されるような検査が理想であろう。従来の検査法のように患者に筆記を必要とする、いわゆる「検査」のような改まった検査法ではなく、実施が容易で、かつ遊びやゲーム感覚で、誰にでも取り組みやすい検査が望ましいと思われる。かつ、日常生活障害を反映するような検査が理想的な検査といえよう。

診察時に限られた時間で検査を行わなければならない場合や訪問診療時、また、患者がMini Mental State Examination (MMSE) や改定長谷川式簡易知能評価スケール (HDS - R)、脳機能評価バッテリー (BFB)³⁾などの認知症の簡易認知機能評価スケールなどの検査を拒否する場合などに、アルツハイマー病で中核的な症状である記憶障害、視空間障害(頭頂葉)および転導性の障害(前頭葉)を簡便に調べる検査である。

1) リバーシブルテスト

リバーシブルテストは記憶障害を調べるための検査法である。この検査は、2枚のカードの

それぞれ裏表に書かれた文字や図形（表面「あ」－裏面「△」、表面「◎」－裏面「5」）を交互に見せ、4つの文字・図形を覚えてもらう検査である。アルツハイマー病の初期において、家族が気付く日常生活上の変化の一つは記憶障害である。

その特徴は、体験した事すらもすっかり忘れてしまう、少し前のことでも忘れてしまう、また一つのことをしていると他の事を忘れてしまうような、エピソード記憶を中心とする近時記憶の障害や作動記憶の障害である。この検査は、海馬を含む側頭葉内側面の機能低下および前頭葉背外側面の障害における作動記憶の障害と関係しているかもしれないが、この幅広い記憶検査の方が、より日常生活障害を反映しているのではないかと思われる。

2) 手指模倣検査

手指模倣検査（「影絵の鳩」や鹿島の考案した「逆キツネ」⁵⁾）は主に頭頂葉機能の障害から生じる視空間障害を簡易的に調べるのに有効な検査法である。アルツハイマー病の初期からよくみられる視空間障害の症状は空間記憶の障害などにより、新しい道の学習ができなかったり、自分と椅子との位置関係がうまくつかめず、椅子に上手に腰かけられなかったりする症状である。

視空間障害の検査は構成失行における検査、すなわち立方体などの3次元図形の模写が簡便である。このような模写障害は、アルツハイマー病の初期から認められることが多く、徘徊や道に迷うなどの行為と関係するといわれている。ただし、立体図形の模写検査が可能であればよいが、こういった筆記を必要とする検査が拒まれる場合もある。

そのような場合には、構成失行の一つの評価法である手指模倣検査が簡便で使用しやすい。模倣障害がある時には、家族に今後、道に迷ったり徘徊する可能性もあると注意を喚起することができる。

3) 手指パターンの変換検査

手指パターンの変換検査は、アルツハイマー病の初期に出現しやすい転導性の障害（前頭葉）の鑑別に有効である。アルツハイマー病の前頭葉症状においては、特に流暢性の障害や転導性の障害、同時処理障害などがよくみられる。日常生活においてはアイデアが浮かばなくなったり、思考の切り替えができなくなる。

例えば、料理のレパートリーが少なくなって、いつも同じ料理しか作れないとか、一度考えたことを修正できず柔軟性に乏しくなる、いわゆる頑固で融通が利かなくなる。こういった日常生活の障害を反映するような前頭葉検査は、左右の手指パターンを同時に切り替える課題「グー・チョキパターン」、さらにこの課題が出来ない場合には手を前に伸ばすと同時に「グー・チョキパターン」の左右変換を行わせている。アルツハイマー病患者においては、軽度のレベルであってもこの課題の遂行はかなり難しい。

以上の3つの検査をしても、3分ほどの短時間で、患者に嫌がられずに比較的簡単に施行できる。しかも、家族の目の前で検査をするので家族にも理解していただける利点がある。

(6) 認知症早期発見のための地域包括支援センターとの連携

①若狭町における包括支援センターとかかりつけ医、認知症疾患医療センターとの連携

若狭町は早期発見・早期対応という点では、認知症早期対応の先進地であると思われる。認知症の症状が出現してからの受診ではなく、軽度認知症高齢者予防教室や「若狭で若さを保つ会（男性にも気軽に参加をさせていただくための会）」や健診事業を通じて近隣の方を紹介してもらって戸別訪問の輪を広げている。町の事業（地域包括支援センター）として、町全体を戸別訪問して生活状況の把握、認知機能の間接的評価（生活支援アンケート^{1),2)}、直接的評価（高次脳機能評価脳機能評価バッテリーBrain function battery(BFB)³⁾）、CDRおよびうつの評価（POMS：Profile of Mood States）を行っている。そして、かかりつけ医、認知症疾患医療センターとの連携を図っている。

かかりつけ医は認知症の診断に生活支援アンケートを利用しており、異常が発見されれば、家族の了解をとり地域包括支援センターの認知症専門の看護師に連絡し、在宅で前述の検査を行いかかりつけ医に検査結果ならびに分析結果を提供する。

この結果をもとに、かかりつけ医は認知症疾患医療センターに紹介あるいは相談するかを検討することになる。かかりつけ医からの依頼されるより前に、戸別訪問で調査済みのこともあり、その場合にはこれまでの経過を情報提供することになる（図3-14）。

また、定期的（3か月毎）に認知症のかかりつけ医による症例報告会も行っている。参加は地域包括支援センター職員、かかりつけ医の看護師そのほか連携に関わるリハビリスタッフ、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士などである。

その他、軽度の認知症高齢者（MCIレベル～軽度認知症）、その家族を対象として、軽度認知症高齢者予防教室（週に1回）や若狭で若さを保つ会（月に1回）などで、高次脳機能のリハビリ・評価および心理教育を行っている。これは、介護保険サービスの前段階として、早期対応の一環としての活動である。

②敦賀市における包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携

敦賀市では、若狭町のようなきめ細かな地域包括支援センターによる訪問活動がでなされていないのが現状である。そこで、認知症疾患センターとして若狭町のような在宅での訪問調査を出来ないものかを検討してきた。

敦賀市における地域包括支援センターとの連携は、地域包括支援センターの認知症に対する専門的知識などの医療的側面を補助するためである。認知症疾患医療センターが地域包括支援センターの依頼を受けた時に、「認知症お出かけ専門隊（DOST：Dementia Outreach Special Team）」として地域包括支援センターの職員と同伴の上で在宅に訪問調査をするものである。「地域包括支援センターに相談されたケースは、どの程度の認知症なのか、あるいは認知症専門病院での診察治療が必要なのか?」、精神科の敷居が高く受診に苦慮する場合や家族の認知症への理解不足、本人の受診拒否などの場合に、認知症お出かけ専門チーム（看護師、精神保健福祉士、臨床心理士および認知症専門医などで構成：認知症疾患医療センターのスタッフ他）が自宅まで訪問する。また医師は主にコーディネーター役であり、どうしても医療につなげられない場合には往診をしている。訪問で得た情報、すなわち詳細な問診、認知機能の間接

的評価（生活支援アンケート¹⁾、²⁾）、直接的評価（高次脳機能評価³⁾）、CDRおよびうつ
 の評価（POMS）を持ち帰り、チーム内で情報を分析し今後の方針を検討する。かかりつけ医に情
 報提供するか、あるいは認知症専門医の受診が必要か、介護保険のサービスが必要か、経過観
 察でよいかなどを検討し地域包括支援センターに情報を提供し、問題解決にあたっている（図
 3-15）。

しかし、若狭町のような認知症の早期発見システムにはほど遠く、地域包括支援センターか
 ら依頼のあった時には、ほとんどが中等度以上のケースであり、さらなる啓発活動とともに地
 域包括支援センターの職員においても軽度認知症あるいはMCIレベルの知識を学習することが
 必要とされる。

図 3-14 若狭町における認知症の連携

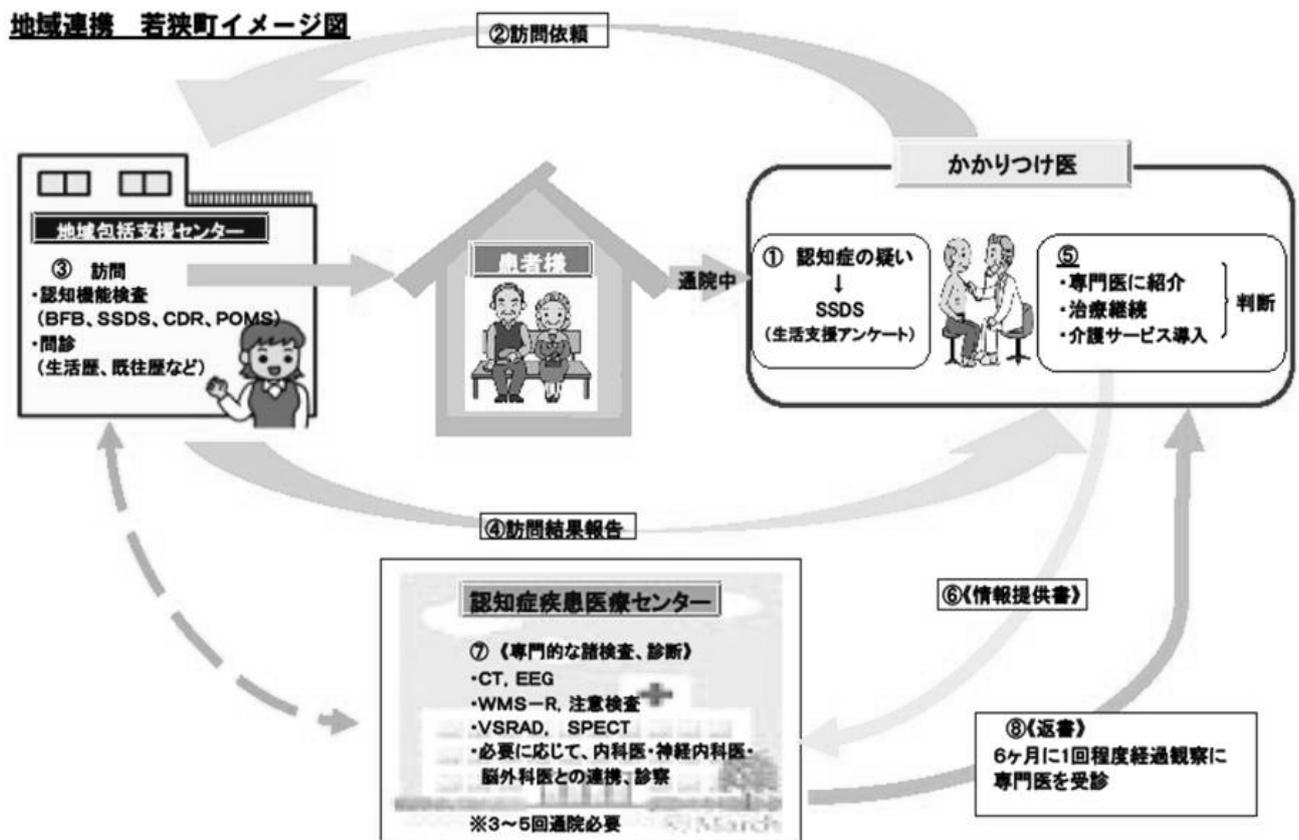
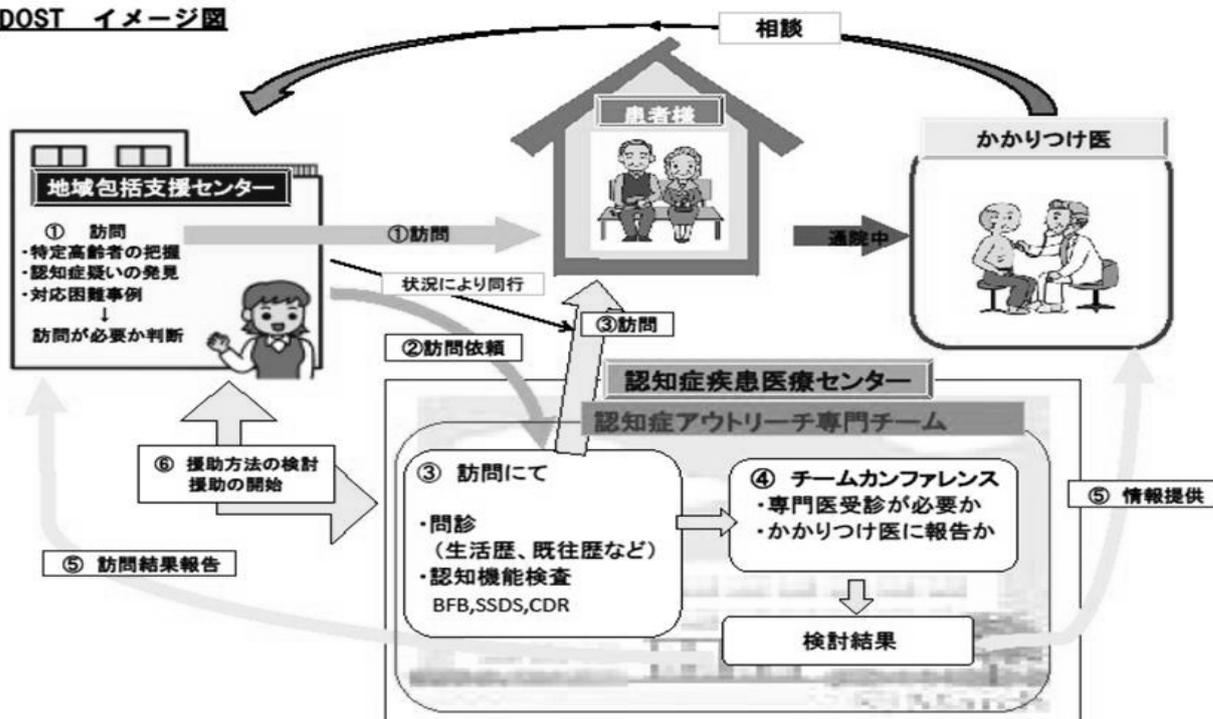


図 3-15 敦賀市における認知症の連携

DOST イメージ図



(7) 認知症高齢者の身体合併における対応 - 「認知症患者が重度の身体合併を生じた場合は、認知症疾患治療病棟で診ていくのであろうか、それとも総合病院で診ていくのであろうか？」 -

120床を持つ当院は、内科医の常勤が1人と非常勤の内科医4人がいるが、全ての患者の内科的管理、治療を背負うのは困難である。診られる疾患は限られ、他科による専門的な治療を要するときにはやはり総合病院への転院治療が必要となる。

しかし、現実には容易に認知症患者の転院を受け入れてくれる総合病院は少ない。特に、精神科外来だけはあり、精神科病床を持たない総合病院ではなおさらのことである。

認知症治療病棟で身体合併の患者が増えると、従来の認知症、BPSDを診る機能は身体疾患の治療につき込まれてしまい、本来の認知症を診るという診療体制、看護・介護体制は半減してしまう。このためにも、精神科病床を持たない総合病院でも、速やかに、入院できる体制をとれば、安心して精神科病院でも身体合併のある認知症患者をより幅広く、長く治療できると思われる。

認知症や精神疾患の偏見をなくすためにも、精神疾患でもオープンベット方式が採用されるべきであるし、認知症だからといって入院を拒否することはあってはならないと考えている。

（８）精神科病院での入院治療について

認知症治療病棟の入院目的は、介護困難なBPSDへの対応・治療が多い。その内訳は、第一に、家族の問題としてマンパワー不足、介護サービス不足、不適切な対応によるBPSDの出現、虐待などがあげられる。第二としては、認知症患者本人の問題で、介護困難なBPSD、異常行動、精神症状、身体合併などである。第三には、認知症の診断、鑑別診断、BPSDの精査、高次脳機能の精査、薬物調整、非薬物治療、リハビリへの対応などである。BPSDの症状で多いものとしては、幻覚、誤認症候群、妄想、不穏、抑うつ状態、衝動性、易刺激性、暴力行為、不潔行為、徘徊、異食などである。疾患としては、薬物調整のためのレビー小体病が多く、次いで衝動性・暴力行為などによる前頭側頭型認知症が多い。

家族ではBPSDのため介護困難で、施設ではBPSDがあり他の利用者に迷惑がかかるという理由で入所を断られたりする場合に、BPSDの精査・治療・心理教育のため短期間（1～2ヵ月間）の入院となる。以下では、認知症の心理教育的アプローチの実際について述べることにする。

（９）認知症の心理教育的アプローチについて

認知症を正しく理解する前に、介護する側の心得として知っておかなくてはいけないことがある。これは、家族はもちろんのこと、認知症を介護・看護する側にもいえることである。以下に、認知症の心理教育的アプローチの手順を示す。

1) はじめに その人自身を知る、高齢者の心理を知る

認知症の方の異常行動、例えば大声で叫び外に飛び出ようとしているのを、介護・看護する側はその行為をただ止めようとするだけではいけない。むしろ、安易に薬物治療を行ってもいけない。行動には意味があり、その人なりの背景がある。まず、それを知らずして介護、看護は成り立たない。

認知症をみる前に、まずその人に関心を持つことである。その人の生活史や、現在どのような環境にあるのか、習慣、趣味、身体状況、服薬状況などを把握しておくことが必要である。

認知症の方に限らず、どんな病気であっても基本であるその人のことを知らずして、その人に宿る病気はわかるはずもない。身体の病気はもちろん、脳の病気であればなおさらのことである。精神医学や心理学の分野では精神の病気を知る前に、その人を知ることは基本中の基本である。

もうひとつは、認知症のほとんどが高齢者という現実を、十分、理解しておく必要がある。これは、認知症を知る前に高齢者の心理を知る必要があるということの意味している。高齢期に認知症となった方々の特徴は、これまで持っていたものが失われ、そのことによる心理的変化が生じているということであり、それについては、以下の4つの喪失がある。

第一は、生理的な喪失である。身体的には、運動能力が低下し俊敏性が低下し、何をしても動作が遅くなる。コミュニケーションの入り口である視力や聴力機能が低下すれば、新聞を読むことがうっとうしくなったり、人と話すことが嫌になったりする。

免疫機能が低下すると、抵抗力が低下し種々の病気が発生しやすく容易に感染しやすくなる。

腎機能が低下すると、薬が体内に残留しやすくなったり、過剰に反応したり薬の効果が不安定になる。

また、脳機能に関しては、ドーパミンやセロトニン、アセチルコリンなどの神経伝達物質の低下やそれを受ける受容体の減少、動脈硬化などによる脳血流の低下などにより神経細胞は減少し、結果として高次脳機能がある程度は、障害となる。

第二は、心理学的な喪失である。さまざまな機能の低下により、老いを自覚するようになり自信がなくなったり、抑うつになりやすくなる。そして、一番死に近い人生の最終ステージにいるため、当然、死に対する不安や恐怖がやってくる。

第三は、社会的な喪失である。会社を退職し、今まで築いてきた地位がなくなり、収入がなくなり、役割なども乏しくなる。寂しくなるのも当然のことである。

第四に、人とのかかわりの喪失である。家族においては、配偶者が亡くなったり、子供の独立などにより孤独を感じるようになる。男性でも女性でも、これまで何もかもまかせっきりであった場合にはなおさらのことで、とたんに生きる気力が失われ抑うつになる。ストレス度を現す指標でも配偶者の死が満点、つまり人生で一番大きなストレスとして最高得点のランク付けがされている。

また、自分を支えてくれた3種類の人（コフート）が失われる。ひとつは、自分を認めてくれる人である。現在の自分を支えてくれ、これまでの自分の活躍してきたことをよく知り理解してくれている人で、自分の周囲にいる仲間たちである。時には愛想で褒めてくれたり、自分のやっていることを知って認めてくれる人たちである。

2つ目には、落ち込んだ時に同情、共感してくれる人である。失敗したときに、「それは大変だったよね、でも私も実は失敗したのよ・・・、落ち込んでいても仕方ないよ。誰にでもあることだよ」と言ってくれる人である。

3つ目は、落ち込んだ時に心の支え、力になってくれる人である。例えば、父親とか大先輩など尊敬できる人で、困った時や落ち込んだときに自分を励ましてくれる人である。

欧米では宗教そのものがこころを支えてくれる役割を果たしているようであるが、儒教の教えが薄らいだわが国では、支えられる存在になっていないのかもしれない。例えば「君には充分、才能があるし、一度うまくいかなかったって、自分の思う通りやりなさい。必ず成功するよ・・・」などと勇気づけてくれる存在の人である。こういった自分を支えてくれた人たちが、年をかさねるにつれて失われるということは不安、抑うつになるのがむしろ自然の心理だと思える。

高齢者に限らず、もしこの種の人たちが自分の周りからいなくなったらそれはとても悲しいところではないはずである。高齢者では、こういった背景を持っている可能性があることを知ることである。

2) 第1段階 認知症の症状を知る

以上のことを踏まえたうえで、ここからが認知症を正しく知ることになる。例えば、インフルエンザや癌などの病気を知ることと同じ様に、認知症も病気なのである。「年をとったら誰にでも起こりうる」といった概念は誤りである。「認知症は、脳に何らかの障害が直接的あるいは間接的に生じ、その結果、記憶を含めた認知機能が障害され生活に支障が生じる病気であ

る」ということをまず知ることである。

さらに、「認知症にはいろいろな病気がある」ということを知ることである。直接的に生じるものは大きく2つに分けられる。

ひとつには、脳の異常タンパクが原因となる変性疾患でアルツハイマー病、レビー小体病、前頭側頭葉変性症などがある。もうひとつは、血管が障害されて生じる血管性認知症である。間接的に起こる認知症には、甲状腺機能障害・糖尿病などの内科的な病気や正常圧水頭症・慢性硬膜下血腫などの脳外科的な病気がある。

そして、認知症の症状を知ることである。「ひどいんです」、「困るんです」などの形容詞的な表現を名詞的表現に置き換えられるようにすることである。

要するに、症状を言語化することである。認知症の症状を知れば、われわれも具体的に症状を理解しやすくなる。妄想ということを知らないでいると、「変なことを言う」とか「わざと私を困らせている」ということになってしまう。幻覚、異食、作話、誤認、場合わせ、易怒性などの精神症状や異常行動の症状を知ることが大切である。

3) 第2段階 症状を理解すること

次には、「症状をより深く知り、症状が何を意味しているのか」を正しく理解できるようになることである。認知症疾患別の症状の特徴として理解することや、高次脳機能と対応した症状として理解することである。例えば、易怒性などの性格の変化や段取りが悪くなったなどの症状は、前頭葉の機能障害からくるものであると理解することである。

さらには、薬理的な作用からみた症状も理解できると、薬がどうして必要なのか、逆に薬がどんな悪さをするのかなど、薬の効果や副作用も予測できるようになる。薬ばかりでなく、BPSDなどを生じる要因としては、身体的要因や環境の要因ならびに対応によっても起こりうることを理解することである。

ここまで理解できると症状の整理整頓ができ、症状の予測ができるようになる。生活支援アンケートはこの段階でのよい手助け（ツール）となる。認知症の方の症状のチェックおよび整理ができ、認知症の重症度を推測することが出来るようになる。

4) 第3段階 認知症の方への対応

次は、対応である。その症状を知っていても理解していても、行動に移さなくては何にもならない。症状に応じた、見守りも含めたより正しい対応ができるよう援助していく。介護が成功すれば脳のやりがい、報酬系が刺激され、「また介護しよう」とか、もっと上手な介護方法を見つけたくなる（正の強化）。

逆に、どんなに介護しても反発されたり、終いには「あなたがお金を盗んだのね」などと言われたりすることがあれば、学習性の無力感にさいなまれ、疲弊、現場であれば離職といったことになる（負の強化）。

対応をするための技術（方法を学ぶ技術）も大切であるが、その方への関心がなければ、心ある対応はできない。特に認知症の方は感情や表情に敏感で、介護側が嫌々対応しているとすぐに見破られてしまうのである。

5) 第4段階 介護の継続

行動・対応がその時だけできても、継続されなければいけない。ここが、ケア側と家族の違いである。家族の方の介護は、たとえ施設に入所したとしても心が離れることはない。もちろん継続できるようにするには、医療と介護サービスの両方が必要である。家族だけではとても対応が困難なBPSDが生じたときには、施設なり認知症治療病棟への入所・入院ができるようにしなければならない。また、薬物調整が必要な時には速やかに入院できるシステムが必要である。

認知症の方でも身体合併が生じた場合には、総合病院にすみやかに入院できるようなセーフティーネット・サービスが必要である。家族に対しての十分なサービスができない場合、見守りが不十分な場合には、家族側に身体症状（胃潰瘍や腰痛などのストレス疾患）、精神症状（心理面：介護うつ、不眠症など、行動面：虐待）が生じる危険性がある。そのためにも、ストレスケアマネジメントが必要である。

(10) 認知症高齢者の早期発見をするために

認知症高齢者の早期発見システムの構築は、まず早期の症状を知っておく必要がある。ここで、われわれが開発してきた「生活支援アンケート」での境界（10～19点）、軽度レベル（20～39点）の概要を以下に示しておく。

【境界レベルの概要（アルツハイマー病）】

- 置き忘れや火の不始末がみられるようになる。（記憶障害）
- した事さえ忘れる時があるが、再認は可能。（記憶障害）
- 日、曜日を時々誤る。（時間的失見当）
- 初めての旅行など複雑な計画が苦手になる。
- 新しい道具の使用が苦手になる。
- 代名詞が多くなる。
- 文章を書くのが苦手になる。
- 解決能力がやや低下する。
- 地域における行動範囲が狭くなる。
- 一人でも社会生活ができるレベル（活動範囲）

【軽度認知症レベルの概要（アルツハイマー病）】

- 少し前のことでも忘れる。（記憶障害）
- 出来事そのものを忘れる。（記憶障害）
- 日、曜日を誤り、時々月も誤る。（時間的失見当）
- 目測、目算が苦手になる。
- 取り繕い、場合合わせがみられるようになる。
- 新たな場所で、道の学習が出来ない。
- 一人で適切な買い物ができなくなる。

- 複雑な家事をすることができなくなる。混乱しやすい。
- 段取りが悪くなる。
- 軽度の被害関係念慮、妄想（盗られ妄想）がみられるようになる。
- 地域活動をするためには援助が必要となる。
- 意欲低下がみられる場合もある。
- 社会生活で支障をきたすレベル（活動範囲）

こういった症状を、アルツハイマー病の境界ならびに軽度のおおよその概念として知っておく必要がある。

境界レベルではごく軽度の記憶障害と前頭葉症状がみられるようになるが、まだ社会生活においては支障をきたすレベルではない。

軽度では、記憶障害や時間的失見当識がはっきりし始めるが、この時点では場所的失見当はまだ保たれている。社会生活で支障をきたすレベルになる。

若狭町の戸別訪問時による高次脳機能評価および生活支援アンケート、CDR、POMSでの2001.2～2002.9調査（対象441例）⁶⁾では、正常レベルと境界レベルの差は「流暢性課題」と「注意の課題」であった。

また、「生活支援アンケート」の調査では、中等度以上が6.9%、境界と軽度は29.4%と4倍にもおよんだ。CDRでは0.5レベルは31%を示し、境界いわゆるMCIがいかに多く潜在しているかがわかった。

POMSの調査では正常群と認知症群を比べると認知症群の方が約2倍で抑うつを呈しやすかった。この調査の後からは、MCIレベルの方への調査を中心に、アルツハイマー病と血管性認知症で認知症全体の約7割を示すため、アルツハイマー病にも血管性認知症にも共通した生活習慣病の予防を行い、認知症の心理教育に力を入れている。

さらには、生活習慣病の患者から認知症の早期発見が出来るような仕掛けを検討中である。

おわりに

認知症高齢者の早期発見システムと地域包括ケアシステムとの接点における、精神科医また精神科病院としての役割を検討した。認知症患者は、近年、ますます増加傾向にあり、精神科における外来でも入院でも多くなってきている。

しかし、認知症が重度になって初めて外来を訪れる症例が多く、また、認知症治療病棟でも認知症が重度にならないと入院しないのが現状である。

今後は、認知症の啓発活動はもちろんのこと、精神科医も軽度の段階から認知症患者の鑑別診断、高次脳機能の評価、家族や介護者への心理教育、治療に関わりを持つシステムが必要であり、認知症におけるクリニカル・パスなども早急にシステムとして導入すべきであると思われた。

若狭町や敦賀市では、認知症の啓発、地域の認知症連携が進んでおり、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターとの連携についても、若狭町では包括支援センターの看護師が戸

別訪問をして、かかりつけ医と認知症疾患センターとの連携をすでに図っている。

敦賀市では認知症疾患医療センターが「認知症専門のお出かけ隊 (DOST : Dementia Outreach Special Team)」を通して、地域包括支援センターと連携を結んでおり、一歩進んだ早期発見・早期対応がなされている。

早期発見の簡便な神経心理学的検査 (リバーシブルテスト、手指模倣検査、手指パターンの変換検査) や早期に生ずる症状 (流暢性の障害、注意の障害) などを活用し、今後もさらなる連携を目指し、早期発見システムを構築させていきたい。

文献

- 1)小野寿之, 玉井顯, 岩田恒星. 痴呆症状評価尺度 Assessment Scale for Symptoms of Dementia(ASSD)の信頼性・妥当性に関する検討. 老年精神医学雑誌, 13 : 191-204, 2002
- 2)玉井顯, 小野寿之, 寺川智浩, 他. 高次脳機能障害の簡便な検査・評価法. 脳と精神の医学, 11 : 331-338, 2000
- 3)玉井顯, 小野寿之, 玉井讓, 他. 脳機能評価バッテリーBrain function battery(BFB)の作成—信頼性・妥当性の検討—. 北陸神経精神医学雑誌, 17 : 37-48, 2003
- 4)玉井顯, 寺川悦子, 加藤千穂. 軽度認知症のための簡便な神経心理学的検査—リバーシブルテスト, 手指模倣検査, 左右手指構成パターンの変換検査. 老年精神医学雑誌 21(2), 232-238, 2010
- 5)鹿島春雄. 認知症の臨床的側面 : 認知症の概念と神経心理学的検査法について. (松下正明、加藤敏、神庭重信編) 精神医学対話, 189—203, 弘文堂, 東京 (2008).
- 6)高島久美子. 神経ネットワークから学んだ町の組織づくり—ポンポコリン勉強会からプロジェクト若狭へ 福井県若狭町の取り組み. 月刊地域保健 40(8), 64-71, 2009

IV 地域包括支援センターの地域づくり機能と地域包括ケアシステム

1 地域包括ケアシステムの目的と現状、課題

～神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教授 太田貞司

(1) 「地域包括ケアシステム」の目的

「地域包括ケアシステム」は、「地域包括ケア研究会報告書」(2010年)では「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」とされている。

「地域包括ケア」には、「医療との連携強化」、「介護サービスの充実強化」、「予防の推進」、「見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など」、「高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備」の5つの視点による取り組みが求められている。

「地域包括ケア」は要介護高齢者等の支援のあり方とすると、「地域包括ケアシステム」はそれを実現するための地域のケアシステムと言える。

この「地域包括ケアシステム」は、「予防重視型システム」の視点から言えば、できるだけ要介護状態にならないようにする「介護予防」の仕組みであり、自宅での自立した生活を継続できるようにし、できるだけ施設等の利用を遅らせる仕組みが内包されていると見てよいだろう。

また、ageing in placeの考え方による先進国における高齢者の長期ケアの動向からみれば(OECD1996³⁰; 2005³¹)、地域社会との関係が切れた病院や施設での生活ではなく、住み慣れた地域社会で生活が継続できるように支援する仕組みが内包されていると見てよいだろう。

つまり、このように、「地域包括ケアシステム」の実現には、個別支援としてのあり方に留まらないで、個別支援を通して、地域社会の要介護者に対する支援システムの構造的転換も求められていると見てよいだろう。

また、「地域包括ケア」は、要介護者が地域社会での関係を持てるための「日常生活を営む」(介護保険法第1条)ことへの支援を実現していくことが求められる。

以下の4つのモデルで自宅また地域社会での要介護者への支援を具体的に考えてみたい。これらのモデルは、病院・施設と自宅のバランスとその変化、自宅でのフォーマルサービスとフォーマルサービスのバランスとその変化の国際比較のためヨーロッパで開発された。

モデル1「ガン末期ケース(重度ケース、老々介護)」、モデル2「脳卒中後遺症ケース(中

³⁰ OECD(1996) *Caring for Frail Elderly People:Policies in Evolution.*, OECD

³¹ OECD(2005) *Long-term Care for older people*, OECD

度ケース、ひとり暮らし)」、モデル3「認知症高齢者ケース(徘徊、ひとり暮らし、地域から孤立)」、モデル4「虚弱高齢者ケース(軽度ケース、働く息子と同居だが近隣との関係がある)」である。

介護保険制度創設前後でみると、モデル1は、かつての医療の場(病院)でのケアであった。現在は、一部進んでいるが、多くの地域では「老々介護」の看取りの体制づくりは今後の課題であるといえよう。それに対しモデル2は、介護保険制度創設以後、その日常生活が大きく変化し、自宅での生活がひろがりQOLも向上したといえよう。モデル3は地域社会での支援は大きく進んできているが今後の課題であるといえよう。モデル4は、かつては地域社会のつながりで支援されてきたものが、介護保険制度創設後のデイサービス等の普及によりその支援は大きく変化してきたといえよう。

「地域包括ケアシステム」の実現には、これらのモデルが「地域包括ケア」により地域社会との関係を持ちながら自立した「日常生活」(介護保険法第1条)の営みがより継続できるように求められよう。また、そこでは施設や高齢者の住まい等と自宅とのバランス、さらにまた「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の相互のバランスを図り、地域での生活基盤を築きつつ、これらのモデルの在宅の「限界点」をどのように上げるのかが求められよう。

(2) 「地域包括ケアシステム」と社会資源

先進国では、急性期医療から区分された長期ケア(慢性期医療)が必要な人たちへのケアを、「医療」と「社会的ケア」に区分する考え方がある。とりわけ、自分の住宅で生活する人たちが、地域社会との関係を持ちながら自立した「日常生活」の営みがより継続できるようにするために、この両者を核とするケアサービスが統合されて提供される必要があるといえる。

「医療」は医師の監督の下で行われる専門職によるケアであり、医療、看護、リハビリなどが含まれるといえよう。「社会的ケア」は、かつては家族や近隣の人たちが行っていた身体介護、家事援助、外出支援などの地域社会での関係づくり、また見守りなどが含まれるといえよう。

長期ケアのあり方が地域ケアへと転換すると、長期ケアを必要とする人たちへのケアサービスも、身近な地域でニーズに応じて適切に継続的に提供されることが求められようになる。

日本の介護保険制度の場合でいえば、在宅では、「医療」は、訪問看護を中心とした医療のサービスであり、「社会的ケア」は訪問介護を中心とした介護のサービスである。ただし、介護保険制度で給付対象となっているのは、前述の「社会的ケア」の一部である。

要介護者が地域社会の社会的関係を継続するために、自立した「日常生活を営む」(介護保険法第1条)ことを支援するには、少なくともこの両方のサービスが地域に用意され、ニーズに応じて継続的に提供されることが必要である。

「日常生活」を営むことができるように支援するには、急性期医療の病院から退院する場合の的確な退院援助の仕組みづくり、また地域の基盤整備が必要である。

そのため、第一には、専門職間の医療・介護(福祉)の連携、またそれらの統合された支援が欠せない。

第二には、要介護者等が「地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる」（社会福祉法第4条）とする地域福祉の推進の考え方からすると、介護保険サービスだけに頼らず地域社会のより豊かな関係を維持するために、「社会的ケア」において「自助」、「互助」、「共助」、「公助」がそれぞれの役割をもち、またそれらが適切なバランスで組み合わせた支援が行われることが求められよう。

そして、実際の支援において、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」がそれぞれどのような役割を担うのか、とりわけ「自助」、「互助」がどのような役割を担うのが課題となる。また、これらを適切なバランスで組み合わせた支援とするために、地域包括支援センターや社会福祉協議会が、地域の社会資源の開発をコミュニティワークとしてどのように行うのが課題となる。

各要介護者が住み慣れた地域で暮らし続けるため、「日常生活」を営むのに必要なニーズに応じて、また地域の実情に応じて、前述の第1と第2を包括的に継続的に支援することが求められる。つまり「地域包括ケア」が求められるといえよう。

介護保険制度では、このような支援を直接行う役割が介護支援専門員にあるとされているが、介護支援専門員の資質による差が大きいと指摘されている。また、2006年度に創設された地域包括支援センターは包括的・継続的ケアマネジメントの役割を持ち、介護支援専門員への支援を行う役割を求められているが、十分にその役割を果たしているとは言い難い状況がある。

役割を十分に果たしていない現状には、個々の介護支援専門員の資質等の課題もあるといえるが、同時にまた、「地域包括ケア」を実現する上で障害となっている次の課題もあると思われる。

（3）「地域包括ケア」が実現し難い実態

その実現が難しい実態を生み出す背景には、医療制度改革で病院機能が変化し、医療依存度の高い要介護者等が増加している状況もあると思われる。近年の介護支援専門員の資格取得者の動向を見ると、介護福祉士等の介護職が増え、医療的知識を身につけていない介護支援専門員の割合が高くなったことに加え、医療依存度の高い要介護者等の増加は、今まで以上により高度な医療的知識が要求され、また、医療制度が複雑になり、その理解がさらに難しくなってきたという状況もあると思われる。

さらに、高齢化の進行、世帯構造の変化、地域社会の変化、また家族介護についての考え方の変化により、支援の「困難ケース」が増加してきたという状況もあると思われる。

これらの課題を解決するために、羅列的ではあるが以下の点が課題と思われる。

第一は、医療制度改革で病院機能が大きく変化し、平均在院日数の短縮が図られたが、それに伴う病院が介護（福祉）と連携する仕組み、退院援助の新たな仕組みがより一層求められている点である。

2000年以後、病院と地域を結びつけるために診療報酬上および介護報酬上で様々な加算が設けられ、退院援助の仕組みが作られてきた。しかし、医療と介護が相互によりいっそう乗り入れた仕組みが必要と思われる。例えば、イギリスの退院援助のチームづくりの仕組み「中間ケ

ア」など、他の先進国でもその仕組みづくりの試みが行われている。

第二は、介護支援専門員の個別支援に、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の組み合わせ、とりわけ地域住民等の「力」を組み込むことが求められている点である。

もちろん、ケアマネジメントの考え方からすると地域住民等の「力」を組み込んだ支援は介護支援専門員の資質としても求められるが、介護支援専門員が地域情報を把握することが難しいという状況、また、そのような支援には、介護支援専門員の経験と力量が要求されるという状況もある。しかも、介護保険制度では、介護支援専門員は個別のケースと契約により直接責任を持つが、ある一定範囲の地域社会に責任を持つものではない。

それに対し、地域包括支援センターはその地域社会（日常生活圏域）に責任を持って、介護支援専門員の支援を行う役割である。地域支援が進むと介護支援専門員が担う個別支援は、有効かつ効率的に行われると予想される。しかし、現状では、介護支援専門員への支援のために、地域包括支援センターと高齢者の見守り活動などの地域福祉を推進する役割を求められてきた社会福祉協議会とが、そこでそれぞれどのように役割を分担するのかが十分明らかにされていない。

第三は、第二の点に関連し、認知症高齢者に見られるように、要介護者等の「日常生活」の捉え方は大きく変わってきたが、「日常生活」をどのように捉えるかによって地域での「日常生活」を営むために必要なニーズの捉え方が異なる点である。

例えば、要介護者が「寝たきり（寝かせきり）」の状態での「日常生活」を考えるのと、要介護状態であっても地域社会との関係をもちながら「日常生活」を送ることを考えるのでは、その必要なニーズの捉え方も異なる。とりわけ、そこに関わるフォーマルサービスとインフォーマルサービスの捉え方も違ってくる。要介護者等の「日常生活」の理解をどう広めるか、地域福祉の推進が求められている。

第四は、「地域包括ケア」の推進は、新たな社会資源の創出が求められるという点である。「在宅困難」等のケースへの個別支援をとおして、新たな社会資源を創りだし、「地域包括ケアシステム」の実現に向けた地域の支援システムの構造的転換が求められることである。介護支援専門員が担う個別支援は、直線的に「地域包括ケアシステム」の実現に結びつくものではない。こうした新たな社会資源を創り出す機能を、どこでどのように担うのかが課題である。

（４）課題の解決にむけて

これらの課題を解決し、「地域包括ケア」を進めるために必要な「地域包括ケアシステム」を実現するには、市町村（保険者）、地域包括支援センター、社会福祉協議会が果たす役割が大きい。重要な点は、以下の点にあると思われる。

第一は、行政、地域包括支援センター、関係機関、事業者、社会福祉協議会、住民が、地域の課題を共有するために、地域の課題を可視化し、問題の解決の方向を探り、何をどう解決するかという解決方法を見出す場が必要に思われる。また、必要であればその地域における資源の開発を共に行うことができる場が必要に思われる。こうした場づくりの経験は、和光市の「コミュニティケア会議」等の例に見られるようにすでにいくつかの自治体で見られるが、こうした場をどのように作り出すかが課題であると思われる。とりわけ、地域包括支援センターと社

会福祉協議会がそれぞれどのような役割を担いながら、資源の開発を行っているのか、その実
際を明らかにし、課題を明確にすることが求められていると思われる。

第二は、「地域包括ケア」の五つの視点を推進するために、医療・介護（福祉）の専門職間
の連携・統合、また「社会的ケア」における「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の適正
な組み合わせを推進できる人材育成が課題である。

さらに、「地域包括ケアシステム」の実現に向け、地域の支援システムの構造的転換を図るた
め、市町村レベル、また「日常生活圏域」レベルで新たな社会資源を創り出す人材育成が課題
であると思われる。

そのためには、行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、居宅介護支援専門員（とく
に主任介護支援専門員）の役割を検討することが重要と思われる。

2 地域包括支援センターと社会福祉協議会の連携

～立教大学コミュニティ福祉学部 教授 森本佳樹

地域包括ケアの構成要素の1つである「日常生活支援」、とりわけ、近隣や家族・親戚・知人・友人などのインフォーマル・セクターに期待されている「自助」「互助」「共助」に関して、それを担う（あるいは、組織化する）とされている社会福祉協議会（以下、社協）と地域包括支援センターとの役割分担について整理する。

（1）社会福祉協議会のなりたちと活動の歴史

社協は、1950年度に全国社協並びに都道府県社協が一斉に設立され、その後50年代には全国の市町村に広がった。60年代には様々な住民福祉組織の組織化を中心として活動し、70年代には多くの社協でホームヘルプをはじめとする在宅サービスを手がけるようになった。さらに、1984年には市町村社協が法定化され、1990年の8法改正に伴って制定された「新・社会福祉協議会基本要項」には、市町村社協の事業として、

(1) 福祉課題の把握、地域福祉活動計画の策定、提言・改善運動の実施

(2) 住民、当事者、社会福祉事業関係者等の組織化・支援

- ①住民の主体的な福祉活動の組織化
- ②当事者の活動の組織化・支援
- ③公私社会福祉事業関係者の組織化、連絡調整、支援
- ④関連分野との連携
- ⑤ボランティア活動の振興
- ⑥福祉サービス等の企画・実施
- ⑦総合的な相談・援助活動及び情報提供活動の実施
- ⑧福祉教育・啓発活動の実施
- ⑨社会福祉の人材養成・研修事業の実施
- ⑩地域福祉財源の確保および助成の実施
- ⑪公私の財源確保、助成の実施
- ⑫共同募金・歳末たすけあい運動の推進

が挙げられている。

しかし、実際には、上記の事業をバランスよく行ってきた社協はそれほど多くはなく、住民の福祉活動の組織化に重点を置く社協と在宅サービス事業を重点的に展開する社協に二分さ

れていたといってもよい。これは、言いかえれば、「コミュニティワークを事業の中心とする社協」と「個別サービスの提供を中心とする社協」ということになる。

1991年に開始された国庫補助事業である「ふれあいのまちづくり事業」は、「個別支援を行うための地域づくり」の必要性和「地域づくりを通じた個別支援」の必要性を同時に打ち出したといえ、この事業が終了するまでに約700以上の市町村社協がこの事業を展開したことによって、社協を取り巻く状況ならびに社協そのものの機能に関する考え方を大きく変化させることになった。これは、今の言い方で言うと、「コミュニティワーク」と「コミュニティ・ソーシャルワーク」の両方を見据えた地域福祉の展開ということになる。

(2) コミュニティワークとコミュニティ・ソーシャルワーク

ここで、コミュニティワークとコミュニティ・ソーシャルワークについて、簡単に定義しておきたい。コミュニティワークとは、地域に住む住民がその地域の福祉課題について自ら知り解決を図るための行動をとるように専門的な援助を行うことであり、それを通じて、福祉コミュニティを形成することを目的としている。その意味では、地域づくりの一環として考えられる。

一方、コミュニティ・ソーシャルワークとは、コミュニティを基盤にして展開される、あるいはコミュニティを意識して展開されるソーシャルワークであり、要援助者が過ごしている生活環境（暮らし、住まい、仕事、人間関係など＝地域での生活）のなかで課題解決が指向される個別支援ということができる。

2000年に介護保険が始まると、「個別サービスの提供を中心とする社協」の多くが介護保険のサービス事業に参入し、そうした社協では、「コミュニティワーク」的な事業が疎かにされるという傾向もあった。

しかし、介護保険が順調に推移していく中で、都市部を中心として、他の事業者が参入する余地のある地域においては、社協が介護保険サービスを提供することに対する必然性が弱まった一方で、過疎地などの他の事業者が採算性の面から参入しがたい地域では、社協がサービス事業者として、その役割を期待されるところも多かった。

一方、介護保険スタート後の見直しを検討するなかで、2003年6月には『2015年の高齢者介護』が地域包括ケアの必要性を打ち出し、これに基づき、2004年2月には地域包括支援センターの構想が打ち出された。地域包括支援センターには、地域包括ケアを支える地域づくりがその主要な機能の一つとして位置づけられていた。

全社協は、これを受けた形で、2005年度に「地域総合相談・生活支援システム」の構築を目指した検討を行い、社協がコミュニティワークに加え、コミュニティ・ソーシャルワークを担える組織であるという立場に立ち、積極的に地域包括支援センターを受託する方向を打ち出した。

しかし、実際には、社協が受託している地域包括支援センターは、全体の12.9%（2010年4月末現在）でしかなく、直営（29.7%）、社会福祉法人（37.0%）と比べても低い数値になっており、医療法人（11.9%）と同じ程度である。自治体が社協に地域包括支援センターを委託

しない理由について調査した結果は見当たらないが、以下のような理由が考えられる。

- ・民間企業などが参入しにくい地域では、上述したように社協がサービスを担っている場合が多く、地域包括支援センターまでも委託しにくい状況にある（この場合は、地域包括支援センターの多くは直営ではないかと推測される）
- ・在宅介護支援センターの時代から、地域の有力な社会福祉法人に委託していたため、地域包括支援センターの際にも、その委託関係を継続することになった
- ・地域包括ケアを意識した場合、医療との連携が重要になるが、医療法人に委託すると、その部分がスムーズになると予想されるため、医療法人に委託している

（３）地域包括支援センターと社協の連携の可能性

地域包括支援センターの実情をみると、介護予防事業に多くの手間をとられ、期待されていた共通的支援基盤の構築、総合相談体制の整備、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント業務を十分にこなせているとは言い難い状況が長く続いていた。

さすがに最近では、当初のように介護予防業務にすべての人手をとられるような状況はなくなりつつあるといえるが、それでも、介護予防業務が大きなウェイトを占めていることには変わりがない。

地域包括支援センターの業務の中では、介護予防業務に次いで、緊急性や困難度が高い個別ケースが優先され、働きかけの効果に即効性が見えない「個別支援を支える地域づくり」にまで、その業務を展開できていない地域包括支援センターが多いように見受けられる。

また、民生委員や町内会など、地域のインフォーマル資源に対する働きかけについても、会合に参加して「顔をつなぐ」程度のことが多く、個別ケアの体制にインフォーマル資源を組み込むまでの働きかけを行っているところは多くはない。

これに対して、社協は、この間の地域福祉計画の策定、見守りネットワークの構築やいきいきサロンの運営などを通じて、着実に地域のインフォーマル資源との連携を強めてきているといえ、これらの動きは、コミュニティワークからコミュニティ・ソーシャルワークへの展開可能性を高めていると考えられる。

とくに、各地の地域福祉計画を通じて、かなりの数の自治体に地域福祉コーディネーター（呼び方は、「コミュニティワーカー」「コミュニティ・ソーシャルワーカー」と様々ある）が配置され、その多くが社協に配属されつつあることを考えると、地域のインフォーマル資源の組織化は、社協の大きな役割となってくると考えられる。

以上を整理すると、社協の相談援助機能＝コミュニティワーク、地域包括支援センターの相談援助機能＝コミュニティ・ソーシャルワークということができ、それぞれの役割は以下のようになるのではないかと。

表4-1 社会福祉協議会と地域包括支援センターの業務

《社会福祉協議会》	
①地域住民の組織化	ニーズ発見のための見守りネットワーク、住民相互のインフォーマルサポート・ネットワークなどの構築と継続的な支援
②関係機関・団体の組織化※	※行政、福祉サービス事業所・施設、地縁型・テーマ型各種住民組織、専門職団体、ボランティア・当事者団体などのネットワーク構築と継続的な支援
③地域資源やサービスの発掘・開発・改善※※	※※地域資源には、フォーマルなものだけではなくインフォーマルなものも含まれる
④地域内での総合相談機能の整備と相談活動の実施	
⑤地域内の各種情報の収集・加工・発信	
⑥地域の課題や住民ニーズを把握するための調査活動	
⑦広報・啓発活動、福祉教育、交流の場の設定	
⑧地域福祉プラットフォームの構築と運営	
⑨行政や関係機関・団体に対する提案活動	
《地域包括支援センター》	
①アウトリーチや相談窓口の設置による個別ニーズに立脚した早期発見・早期対応	
②支援が必要なケースに対して、ケアマネジメントの手法を通じて、地域内での個別解決を図り（フォーマルサービスだけではなく、インフォーマルサポートも含め）、生活支援を行う	
③権利擁護（虐待防止、悪徳商法被害防止、成年後見やサービス利用援助事業の活用等）	
④地域の事情によっては上記①～⑨の役割を発揮する場合もある	

現在、求められているのは、ニーズの発見から課題解決までを一貫して行う仕組みを生活圏域ごとに構築することであり、それには、個別課題の地域での解決（＝コミュニティ・ソーシャルワーク）と地域課題の解決による個別課題への対応能力の広がり（＝コミュニティワーク）の双方が必要となる。つまり、コミュニティワークとコミュニティ・ソーシャルワークの統合的実践が求められているといえることができる。

上記の2つの機能は、完全に独立したものではなく、重なり合う部分も多いので、地域の実情やその時々状況（それぞれの力量やこれまでの経緯等）に応じて、協力し合うことが重要である。

そのためには、地域包括支援センターと社協の双方が、それぞれの機能や役割を理解し、連携を密にして、地域包括ケアシステムを構築していく必要がある。

高齢者に限らず、何らかの支援が必要であるにもかかわらず、「引きこもり」状態で生活し、最悪の場合は、誰にも気づかれずに「孤立死」に至るといったケースが散見される。

しかし、地域で行われているサロン活動などに参加する人は、それなりに社会的で自分からどこかにアプローチできる人ばかりであり、上述した「引きこもり」の人たちは、こうした活動の延長線上では把握できないことも多い。

こうした人たちへのアプローチとして、ひとつには、住民同士が気軽に話せるつながりを作っていくなかで、「そういえば近所の〇〇さんの姿を最近見ない」というような、見守りのネットワークができてくることが重要である。

また、そこでもキャッチできない場合でも、これらの人たちが医療や生活保護などとはつながっている場合もあり、そこから把握し、アウトリーチすることも重要である。

そしてこの部分は、民間組織である社協にはできず、行政機関の役割となるため、地域包括支援センターの役割として考える必要がある。

以上のように、地域包括支援センターと社協は、その役割で重なっている部分もあるが、相互に補いながら、生活圏域での地域包括ケアシステムを構築していくうえで、大きな役割を担うことが期待される。

V ヒアリング調査結果

1 鹿児島県鹿屋市柳谷地区（通称やねだん地区）等視察調査報告

～三重大学人文学部 准教授 稲川武宣

（1）鹿児島県鹿屋市柳谷集落の「互助」の地域づくり

鹿児島県鹿屋市柳谷集落は、「行政に頼らない感動の地域づくり」というコンセプトで、行政の補助金に頼ることなく地域再生の取り組みを実践し、大きな成果を上げている集落である。

柳谷集落は、人口約300人、高齢化率が30%を超え、かつては農業や畜産業などのほかには大きな産業もない、典型的な過疎の集落であった。

転機となったのは、平成8年（1996年）、柳谷自治公民館の館長に、当時55歳の豊重哲郎氏が就任したことである。55歳での就任は、65歳前後の方が輪番制で就任する慣例からすれば異例のことであったが、集落の大多数の方が選挙で豊重氏に投票し、彼に集落の運営を託したのであった。

① からいもの生産による自主財源確保

最初に取り組んだのが、自主財源確保のための「からいも（さつまいも）」の生産であった。当時、やねだんでは人口が減少し、活力源の農業経営者の高齢化が進み、後継者もおらず、休耕地が増えていた。そこで、自主財源を確保するため、その休耕地を借用して、からいもの生産を行うこととした。この際、経験豊かな高齢者の出番をつくった。

実際の生産は、集落の「高校生クラブ」に所属する高校生が行うこととし、高齢者がそのよき指導者となることで、彼らの知識を活かしつつ、同時に生き甲斐を感じられるようにしたのであった。高校生の自主性を養うため、作業は彼らに任せることにしたが、実際に彼らが四苦八苦する様子をみて通りがかりの大人がアシストすることで、畑作業の現場はいつの間にか相互の語りあいの場になった。

結局、初年度である平成9年度は、収益金35万円を上げた（このお金で、高校生は福岡ドームでの野球観戦を実施）。その後、「からいも生産活動」は拡大し、平成14年度は約80万円の財源を生み出すに至っている。

② 「わくわく運動遊園」の建設

また、この時期に取り組んだのが、「わくわく運動遊園」の建設であった。集落内にあった工場跡地である、雑草が2メートルの高さに生い茂っていた町有地に、集落の住民が自らの力で公園の建設を行ったものであった。工事は、集落にいる大工や左官、造園等の経験者を中心に、労力奉仕によって4か月がかりで行い、最終的には、わずか約8万円の資金で完成にこぎつけた。この活動で、集落民のまとまりの大きさに手ごたえが得られ、行政の補助金に頼らない

地域づくりの動きに推進力がつくことになった。

③「寺子屋」の設置

豊重氏によれば、「やねだんの大切な三本柱は、義務教育、治安、自主財源」ということであるが、そのうちの教育面の取り組みが、「寺子屋」の設置であった。学級崩壊の一因が学力低下にあるとの認識から、集落内の小学5年生以上の希望者を自治公民館に集め、基礎学力の徹底チェックと個別指導を行う取り組みである。

指導者は中学校の数学・英語の教員をリタイアされた先生を招き、謝金は、一部自己負担はあるものの、集落のからいも栽培の益金からも補助することにより賄っている。

④緊急警報装置の設置

治安面の取り組みとして挙げられるのが、緊急警報装置の設置であった。やねだんには平成12年当時、65歳以上の高齢者が103人おり、うち23人が一人暮らしであった。これら的高齢者が夜中に急に具合が悪くなったときのことを考えてのことである。万一の場合には、枕元等に移動できるスイッチを押すと、集落の通りに設置した赤色灯が回転し、ベルが鳴って周囲に危険を知らせ、近くにいる住民が対応、協力することになっている。

費用は、当事者からの出費はなく、すべて、からいも益金から充当されている。その後、治安面の取り組みはさらに発展し、煙感知器や防犯ベルの全戸配布などを行うとともに、集落民自らが集落のパトロールを行う「柳谷安全パトロール隊」も活動しており、ハード面の取り組みのみならず、ソフトの面での活動も行われている。

⑤自主財源の拡大

前述の休耕地を利用しての「からいも」の栽培に加えて、自主財源面の取り組みとして注目されるのが、「土着菌」づくりと焼酎「やねだん」の誕生である。

この地域（旧串良町）は、県内有数の畜産地域であり、地域経済にとっては重要な収入源であったが、周囲に漂う独特の悪臭や大量に排出されるふん尿といった生活環境におけるマイナス要素があり、対策に頭を悩ませていた。ある時点で、鹿児島大学において、土着菌（山や田に生息している好気性の微生物）による悪臭対策に挑戦していることを知り、早速視察を行い、そこから集落民総出の土着菌づくりがスタートした。

試行錯誤の末、土着菌づくりに成功し、それを集落内の畜産農家が餌に混ぜて家畜に食べさせたところ、ふん尿の悪臭除去や畜舎のハエの減少に確実な成果が得られ、土着菌の活用によって生ごみの排出もなくなった。この結果を受けて、集落内に機械化により土着菌を大量に生産するための「土着菌センター」を建設することになった。また、この土着菌を活用し、自然農業にも取り組み、収穫されるからいもなどの農作物の味が良くなるという効果をみることでできた（今回の調査では、土着菌センターを実際に見学させていただいたが、土着菌のやまをスコップで掘り返すと、湯気が立ちあがり、発酵による熱の発生を実感することができた）。

そこで、思いついたのが、このからいもを原料として、柳谷集落のプライベートブランドによる焼酎を製造することであった。鹿屋市内の酒造会社に醸造を依頼し、快諾を得、完成したのが、「芋焼酎やねだん」である。この焼酎のラベルには、柳谷集落民が総出でからいも生産

に取り組んで来た苦労の様子がカラー写真で掲載されている。この焼酎は人気の焼酎となっており、なかなか手に入らなくなっている（視察時の話によれば、鹿児島名産の「森伊蔵」、「魔王」と並んで「幻の焼酎」になりつつあるとのこと）。

また、やねだんの活動に感銘を受けた韓国人の実業家が、韓国のテグ市で「やねだん」という居酒屋を開店し、そこで「芋焼酎やねだん」を出すなど、国境を越えた活動の広がりをみせている（近々ソウル市に2号店をオープンすることになっている）。

⑥ボーナスの支給

このような取り組みにより、集落の自主財源の余剰金は、年々増加し、平成17年度には、498万円にまで膨らんだ。この成果を集落民に還元する視点から、平成18年の春には、集落内の全世帯に一万円のボーナスが出るまでになった。

なお、平成20年の春にも、余剰金約400万円の使い道が議論になり、再びボーナスを支給する案も出されたが、集落内の話し合いの結果、「お年寄りのために使おう」ということとなり、余剰金の一部で、足腰が弱った高齢者に貸し出すシルバーカーを購入することになった。

⑦迎賓館の整備と芸術家の招へい

やねだんでは、集落内の空き家を積極的に活用している。これらの空き家を「迎賓館」と名付けて、全国から芸術家に移り住んでもらったり、宿泊施設として活用したりしている（今回の調査では、この宿泊施設に宿泊させていただいた）。この呼びかけに応じて移り住んだ芸術家たちが、創作活動を行い、3か月に一度の個展を開催するとともに、集落の住民に対し、絵画教室や陶芸教室を開催し、そこに青少年が参加することで、青少年の健全育成にも効果を上げている。

また、平成20年には、全国から集まった芸術家約30人がやねだんをテーマにした作品を制作・展示する芸術祭を開催をするという成果をあげている。

～現地調査を終えて

やねだんの今日の姿は、豊重哲郎氏のリーダーシップとアイデアを抜きにして語ることはできない。「小さな『むら』の活力源は『人』しかない」、「人という貴重な財産を動かすのは、感動しかない」との豊重氏の言葉に示されているとおり、豊重氏が、ご自身の情熱によって率先垂範で行動することが、活動の原動力になっている。

しかしながら、同時に、豊重氏のこのような姿勢に強く共感し、彼に協力して活動に意欲的に取り組む住民の存在があるからこそ、活動が活性化していくということを指摘しておく必要があるだろう。住民が豊重氏の姿勢に感動して一緒に取り組み、それにより、皆で達成したときの感動を共有する、さらに、それが次の活動につながっていくという、命令形ではない、いわば「感動のスパイラル」が、次々と新しい取り組みを生み出しているのである。当初は集落のこのような活動に非協力的であった住民に対しても、根気よく取り組んでいく中で、賛同者になることに成功している。「足を引っ張る人がいれば、活動の活力が殺がれる」（豊重氏）ということであり、全員の和を大切にするという姿勢が貫かれている。

同時に地域の休耕地という地域資源を活用して、からいも、さらには焼酎の生産にこぎつけ

たり、地域の空き家という地域資源を活用して、それを迎賓館と名づけ、芸術家を招聘し、それが、地域の絆づくりに大いに貢献している状況に見られるように、地域資源に新たな価値を見出し、有効に活用するアイデアと行動力は、特筆すべきものである。

継続的な活動の背景には、このような住民一人ひとりの賛同意識と、住民相互の絆があり、また、集落にある自主財源が、これらの活動の強固な基盤となっている。行政の補助金に頼る仕組みでは、「感動も知恵もなく、人も地域も育たない」、という姿勢が徹底している。「お金を貰える活動なら参加しないが、お金を貰えない活動（＝集落の財源になる活動）であるからこそ、参加する」という集落の住民の発言は、このことを如実に示している。さらに、活動の継続性という点では、豊重氏の後継者の存在が欠かせない条件となるが、すでに次代のやねだんを背負う40歳代の人材が着実に育ちつつある。

また、このように非常に活発な活動が、特に、集落の高齢者の健康、尊厳ある人生という面で非常に大きな効果を生み出している。豊重氏によれば、やねだんの高齢者で、特別養護老人ホームに入所している者はおらず、また、最近、亡くなられた4名の高齢者の方の亡くなる前の状況は、うち3人が、死の直前の療養期間がほとんどない状況で亡くなっており、残りの1人も、1か月程度の看取りの期間を経ての死亡であり、亡くなる直前まで元気に過ごしておられるとのことであった。

この点に関しては、やねだんの地元の鹿屋市の保健師ほか3名が、「共生・協働の地域づくり活動と健康度の関連について（川野理絵、今村恵、澁谷眞由美、宇田英典）」という研究成果を発表している。ここでは、やねだんと、周辺の集落等との、医療費、介護給付費等の比較研究の成果が示されているが、それによれば、①やねだんの独自の地域づくりが地域のコミュニケーションを活性化し、共助力、地域力を高めている、②高齢者は、労力や経験を提供する機会があることで身体的、精神的に良い影響を受けている、③住民主体の共生・協働の地域づくりを進めることが、健康づくりや介護予防につながる可能性が示唆される、とされている³²（図5-1、図5-2）。

高齢者になっても、依存的にならない仕組みと意欲付けがしっかりできていることが、このような結果につながっているものと考えられる。「意欲」の部分への訴えかけがなければ、介護予防の取り組みも功を奏さない。

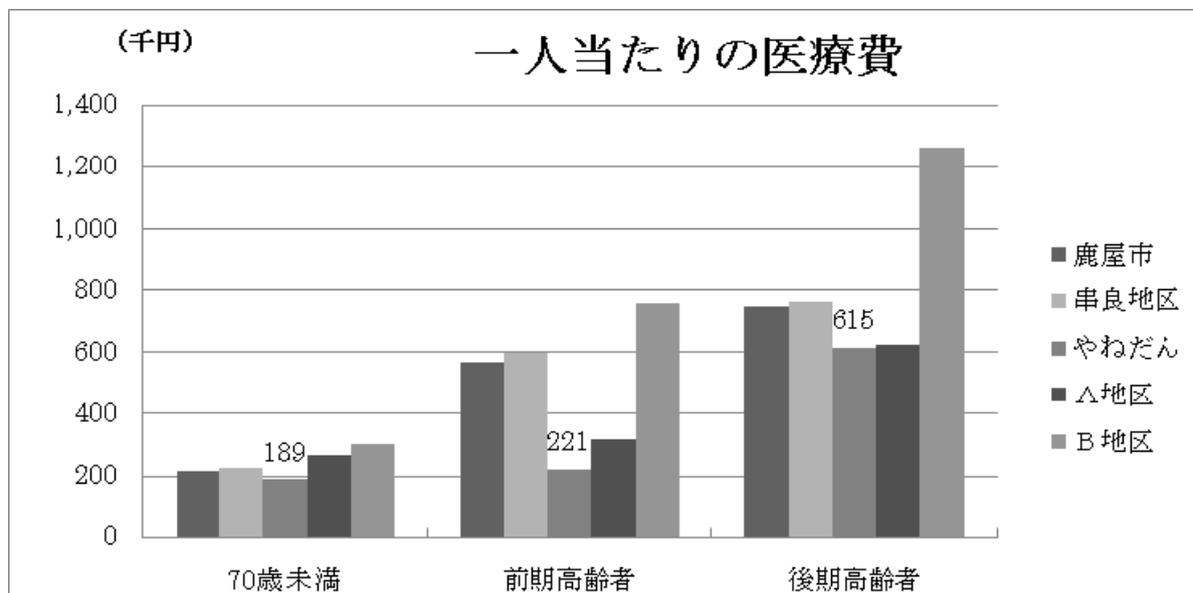
この集落の皆さんは、人に対する温かさのようなものを感じさせる方々である。我々の調査中も、集落内で出会う方は、皆さん、我々に対し気さくにいろいろと話してかけてくださった。集落内でお会いしたある高齢者の家では、前夜、集落を訪問していた東京の大学生と酒食によって懇親を深め、その大学生が結局泊っていった、といったエピソードも披露していただいた。また、集落内の墓地には、鮮やかな花々が墓前に供えられており、先祖を大切にされる姿勢も十分に感じる事ができた。

やねだんの人口は、2007年から増加に転じている（図5-3）。このような、全ての住民の参

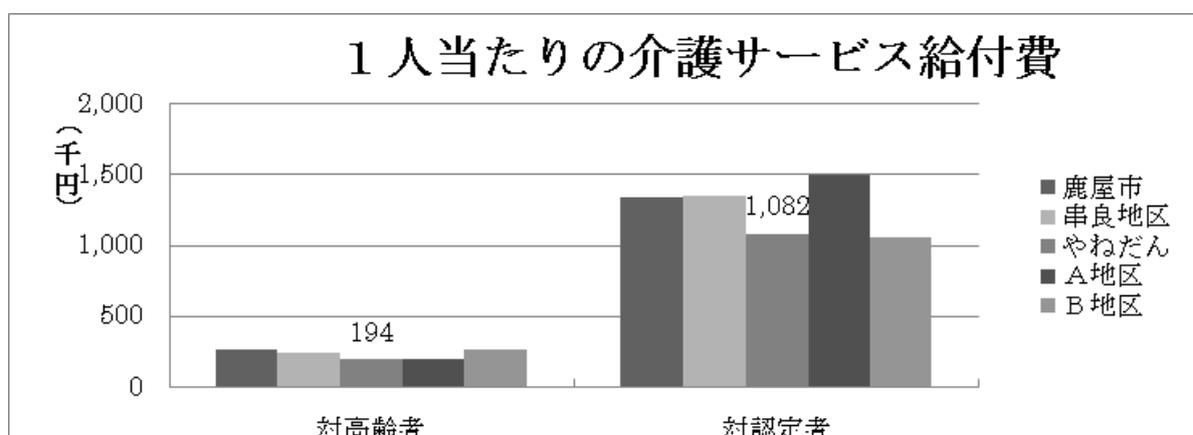
³² ただし、この調査結果について、川野理絵氏は、「今回の調査結果は、各種指標を横断的に比較検討したものであり、必ずしも因果関係をみたものではありません。また集団としての人口規模も小さい為、一人の疾患が医療費に反映されている可能性も考えられます。今後、経年的推移や、住民の健康意識、行動等を詳細に調査し、共生・協働の地域づくり活動と健康や介護予防、また QOL 等との関連を明らかにしていきたいと考えています。」としている。

加が確保され、住民同士の絆と充実した自主財源により、新たなシステムを構築しながら地域のニーズに対応していく仕組みは、地域包括ケアの実践という面でも、示唆的な点が多く、非常に注目されるべき取り組みであると考えられる。

(図5-1)

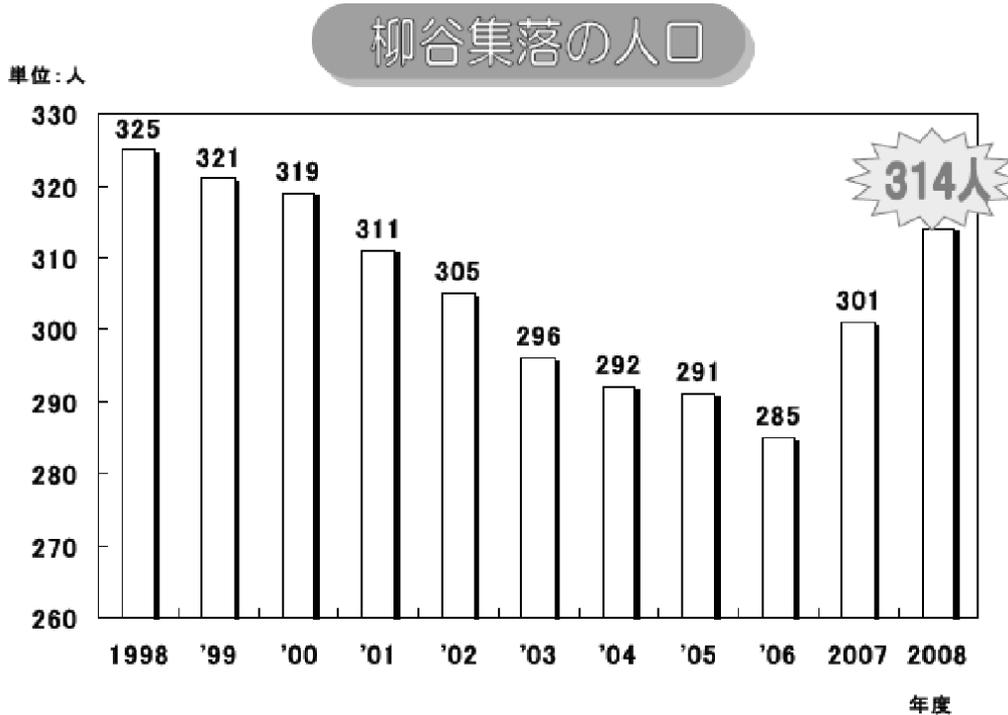


(図5-2)



(図5-1、図5-2の出典) 共生・協働の地域づくり活動と健康度の関連について (川野理絵、今村恵、澁谷真由美、宇田英典)

(図5-3)



(出典) 人材力活性化研究会 (総務省) 豊重哲郎構成員提出資料

(2) 「介護予防・健康づくりにつながる共生・協働の地域づくり連絡会」(鹿児島県大隅地域振興局主催)

① 「介護予防・健康づくりにつながる共生・協働の地域づくり連絡会」の概要

やねだんの属する鹿屋市をその管轄区域内に含む、鹿児島県大隅地域振興局においては、このような共生・協働型の地域づくり活動を推進するため、「介護予防・健康づくりにつながる共生・協働の地域づくり連絡会」という会議を開催している。

この会議の目的は、「高齢者や障害者の生きがいづくり・健康づくりを目指した地域づくりを行うため、関係機関等による連絡会を開催し、行政だけでなく、住民、ボランティア、NPO、企業など、多様な主体が地域づくりの担い手となり、それぞれが連携・協力し、支え合う共生・協働の地域づくり活動の取り組みの推進を図る」ことである。委員として参画しているのは、

- ① 地域の各種団体 (高齢者クラブ連合会、地域婦人団体連絡協議会、食生活改善推進員連絡協議会、民生委員・児童委員協議会、町内会連絡協議会、やねだん)
- ② 経済・企業 (青年会議所、商工会議所、農協)
- ③ 保健・医療・福祉 (医師会、社会福祉協議会、地域連携ネットワーク協議会)
- ④ NPO・ボランティア (福祉系、FM放送、防犯ボランティア)
- ⑤ 学識経験者
- ⑥ 行政 (管内市町の保健・福祉関係課)

の代表者である (合計30名)。

ちょうど現地調査時に開催された第2回の会合では、最初に、学識経験者の委員が、「住み

慣れた地域で安心して暮らせる地域ケア体制の仕組みづくり～高齢社会を支える共生・協働の地域づくりについて～」と題して、このような活動の意義について、学術的な視点からの位置づけを含めて講演を行い、次いで、鹿屋市の保健師が、「共生・協働の地域づくり活動と健康度の関連について」と題して、やねだんの活動についての研究成果（2. 参照）を発表した。

それに引き続いて、「高齢社会を支える住民主体の共生・協働の地域づくりについて」というテーマで、出席した委員から、取り組みの現状について報告がなされ、今後の取り組みの活性化に向けた意見交換が行われた。各委員から、それぞれの取り組み内容や抱えている問題点について、率直な見解表明がなされた（やねだんの豊重哲郎委員は、「これからの課題は、孫対策と高齢者対策とをいかにドッキングさせるか。孫、ひ孫が動けば、高齢者は必ず動く。今の小学生は、年間170日は学校に行かない。170日の受け皿を地域でつくらないといけない」と発言）。

②取り組みの意義など

このような取り組みの意義としては、（このような形で）委員が一堂に会することを継続して行っていく中で、お互いに「顔の見える関係」が形成され、相互の「絆」、すなわち「縦」の関係性ではなく「横」の関係性が生まれることで、地域づくり活動を活性化していくための推進力が生み出されることである。

この場で委員同士が、情報を共有し、地域として目指す姿を互いに語りあうことで、自らの役割の重要性を認識し、それぞれの立場を超えて、一歩前に踏み出して取り組んでいく動機付けがなされるものと考えられる。

また、地域ケアの取り組みは、最終的には、市町のレベルで積極的に仕掛けができていくこと（＝「期待される支援の活性化」）が求められる。市町の職員にとっては、これからは、彼らが住民から「自分達にとってかけがえのない仕事をしてきている」と思ってもらえるよう、熱意と知恵を出していくことが求められるが、市町によって、取り組みに対する熱意にはかなりの温度差があり、市町だけでそのための推進力を確保することはなかなか難しい面がある。

そのような中で、本取り組みのように、都道府県の出先機関が積極的に市町の取り組みを支援する枠組みをつくって、その中で各市町が互いに事例を報告し、刺激し合えるような場を設定することは、非常に意義が深いと思われる。昨今、このような都道府県の機能が低下している中で、特筆すべき取り組みのひとつであると考えられる。

さらに、介護予防・健康づくりのための取り組みということで、これらに直接、関係する団体等のみで活動を進めるのではなく、FM放送のネットワークなど、様々な地域の主体（資源）を巻き込んでいくことで、まったく想定しなかったような新しい動きを生み出し、活動が発展していくうねりが沸き起こってくるのが期待される。地域ケア体制の仕組みづくりに必要な人材は、必ずしも地域ケアに直接関わる世界の中のみ存在するとは限らず、他の分野の人材、組織という既存の地域資源を活用することで、活動が前に進んでいく可能性が広がってくるのである。

(3) 地域ケア体制に係る第2回合同検討会（鹿児島県庁主催）

①地域ケア体制整備についての鹿児島県の取り組み

鹿児島県においては、平成19年度に策定された「鹿児島県地域ケア体制整備構想」において、地域ケアを、「様々な立場の住民が自らの役割を自覚し、自分らしく、生き甲斐を持って生活するために、自らも含めて地域全体で支え共に生活していく地域のあり方」と位置づけて、地域ケア体制の整備に取り組んでいる。

行政や関係機関なども地域の一員として、住民や高齢者と一緒になって地域のあり方について考え、それぞれの役割を担いながら地域にふさわしい仕組みを作り上げていくことが必要とされている。

この構想では、「高齢者が、できる限り住み慣れた地域で自立し、社会参画しながら、かつ尊厳を持って、安心して暮らしていける地域社会の実現」を基本理念とし、

1. 高齢者が住み慣れた地域で尊厳をもって安心して暮らしていける地域の実現、
2. 療養病床の再編成の円滑な推進、

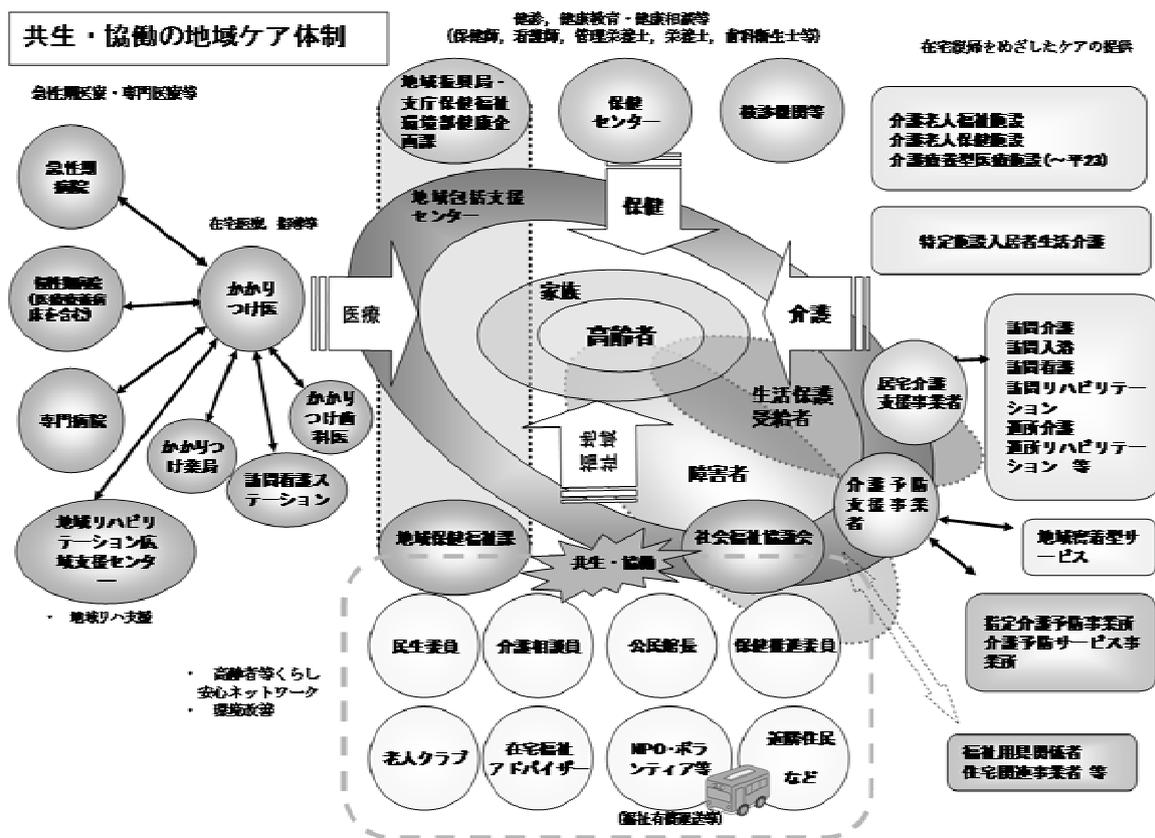
の二つのビジョンを掲げている。このうち、一つのビジョンを実現するための戦略として、①地域特性を活かした一貫性のある総合的な地域ケア体制づくり、②地域ケアサービス基盤の整備、及び③安心・安全な環境づくり、の3点を位置づけている。

その上で、地域ケア体制の整備に向けた基本方針を、

1. 各地域の特性に応じたきめ細かな地域ケア体制の整備
2. 地域が一体となった主体的な取り組み
3. 長期的な視点からの取り組み

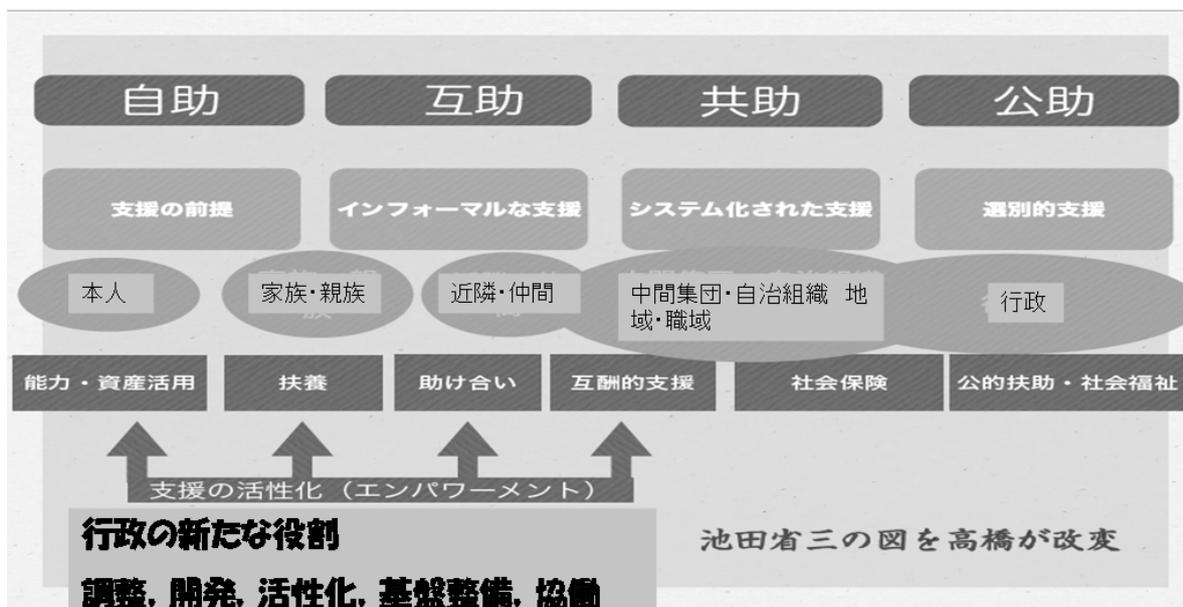
を進めることとし、当面、県として、地域包括支援センター等への支援や、市町村が取り組むモデル的な地域ケア体制づくりの取り組みに対する支援を通じて、各地域の取り組みの促進と、県全体への普及を図ることとされている。その際、県や市町村、住民、サービス提供者など関係機関の役割を明確にしながら、その連携の促進を図ることとされている。

(図5-4) 共生・協働の地域ケア体制



(出典) 鹿児島県資料

(図5-5) 高齢者の生活を支える仕組み



(出典) 平成20年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会報告書」

②地域ケア体制に係る合同検討会（鹿児島県）

鹿児島県では、上記の当面の取り組みの一環として、「地域ケア体制に係る合同検討会」を開催している。この検討会は、鹿児島県が主催し、県内の各市町及び振興局、支庁が参加し、主として市町の側から、地域ケア体制の地区別の検討状況が報告され、参加者が意見交換を行い、今後の展開を進めていくことを目的としたものである。

今回の調査時に参加した第2回目の検討会では、県内の7市町（日置市、南九州市、薩摩川内市、霧島市、垂水市、西之表市及び龍郷町）から「地域ケア体制地区別検討票」に基づき、報告が行われた。

この検討票は、検討地区と対象地区の2地域を選定し、それぞれの地域について、

- ①地域ケア体制の基本情報から得られた地域ケアの対象者（高齢者数、高齢単身世帯数、在宅の認知症患者数等）
- ②地域資源調査から得られた高齢者の生活を支える地域資源の状況（自助活動の数、互助活動の数、共助サービス数）
- ③基本情報調査や地域資源等を把握するプロセスで気づいたこと、感じたこと
- ④検討地区・対象地区が目指す姿
- ⑤今回の調査から得られた地域ケア体制の現状分析（SWOT分析）
- ⑥地区の課題（地域ケア体制の「目指す姿」と「実際の姿（現状）」とのズレやギャップ）
- ⑦対策（検討地区の地域ケア体制を推進するために誰が何にどのように取り組んでいくか）
- ⑧地域包括ケア体制を推進するための、第5期介護保険事業計画における日常生活圏域の設定の考え方
- ⑨今後、地域包括ケアを推進するために、必要な体制や方法
- ⑩地区別の検討において出た主な意見を整理して、記述していく形式のものとなっている（同県A市の事例について、文末に掲載）。

地域ケアの体制を整備していく上で、地域ケアの対象者や既存の地域資源を把握することは、非常に重要である。特に、既存の地域資源の状況については、地域によって様々であることから、まず、それを的確に把握すること、さらに、それぞれの地域の既存の地域資源について、地域ケアという視点で、住民がその地域に住み続けていく上でどのような価値を見出せるのか（どのように有効活用していけるか）を考察していくことが必要となっている。

資源制約のある時代には、各制度における個別最適化が全体にとって最適であるとは限らず、いわば、制度で与えられた資源とインフォーマルな資源とのリンク付けが必要であるが、この検討票の作成を通じてそれが行うことができるようになっている（今回の検討会の発表でも、（一見、地域ケアとは関係のなさそうな）地域の物産館が住民の交流の場として機能している事例などの報告がなされた。

この「地域ケア体制整備構想」については、都道府県によって、取り組みの状況にかなり濃淡があり、全国的にみた場合、積極的に施策を展開している事例はそれほど多くないと考えられる。そのような中で鹿児島県においては、単に構想を策定してそれで終わり、というのではなく、策定後も、県が音頭をとって地道な取り組みを進めている点は、地域包括ケアを県内の

各地域に展開していく上で高く評価できるものである。

(参考文献)

豊重哲郎・地域再生－行政に頼らない「むら」おこし－ (出版企画あさんてーな 2004)

川野理絵、今村恵、澁谷眞由美、宇田英典. 共生・協働の地域づくり活動と健康度の関連について

人材力活性化研究会 (第1回) 議事概要 (総務省)

鹿児島県・鹿児島県地域ケア体制整備構想 (2008年3月)

地域ケア体制地区別検討票(検討の対象:地域で何らかの生活支援を必要とする高齢者)

市町名(A市) 検討地区名(a地区) 対象地区名(b地区)

1 地域ケア体制の基本情報から得られた地域ケアの対象者

項目	検討地区	対象地区
高齢者数	1,931	4,286
高齢者単身世帯数	641	1202
高齢者夫婦世帯数	361	825
要介護認定者数	402	704
※1(内)在宅の要介護認定者数	267	528
在宅者の割合	66.4	75
在宅の認知症患者数	120	225
在宅の寝たきり者数	18	68
特定高齢者数	52	73

2 地域資源調査から得られた高齢者の生活を支える地域資源の状況

項目	検討地区	対象地区
自助活動の数	19	21
互助活動の数	16	15
共助サービス数	13	29

3 今回の基本情報調査や地域資源等を把握するプロセスで気づいた事・感じた事等について記載してください。

<ul style="list-style-type: none"> ・検討地区は、近隣福祉ネットワークで給食会や声かけの活動が始まり、その活動は、予算のない現在においても、存続しているところが強みである。 ・対象地区の一部では、地域との希薄な人への働きかけが難しい。 ・医療系の訪問看護サービスからの情報が大事。 ・社会福祉協議会は地域資源を把握している団体だということがわかった。 ・基本情報の項目の整理が必要。

4 検討地区・対象地区がめざす姿^{※2}について記載してください。

【県地域ケア整備構想のめざす姿;高齢者が住み慣れた地域で尊厳を持って安心して暮らしていける地域社会の実現】

検討地区	対象地区
必要な医療や介護サービスを受けながら住み慣れた地域で安心して生活できる地域	同左

※2 各市町の介護保険事業計画や今回の調査等に御協力いただいた地区住民のご意見等を参考に設定してください。別添の記載例をそのまま使用されても結構です。

5 今回の調査から得られた地域ケア体制の現状分析(SWOT分析)

	検討地区		対象地区	
	S 強み(強み・良い点)	W 弱み(弱み・心配な点)	S 強み(強み・良い点)	W 弱み(弱み・心配な点)
地域内の要因	<ul style="list-style-type: none"> 声かけなど近隣間のつながりが強い。 自助グループがある。 郷土芸能を通して世代間交流が盛ん。 自治会組織がしっかりしている。 給食会を中心としたサロン活動が盛ん。 高齢者クラブの活動が活発。 地区活動の拠点としての地区公民館がある。 物産館を通じて交流の場がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 地区人口が減少している。 単身世帯や高齢者のみの世帯が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 温泉施設が多く、交流の場となっている。 サロン活動が盛ん。 ボランティア団体が多い。 自助グループがある。 地区活動の拠点としての地区公民館がある。 物産館を通じて交流の場がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 自治会への未加入者の多い地域がある。 高齢者クラブの入会者が少ない。
※3 外部要因	O 機会(プラスの要因)	T 脅威(マイナスの要因)	O 機会(プラスの要因)	T 脅威(マイナスの要因)
	<ul style="list-style-type: none"> 往診医療機関ある。 在宅死亡割合が高い。 訪問看護ステーションの利用者が多い。 配食サービスがある。 商店の配達サービスがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 企業が少ない 交通網が少ない。 商店が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関、介護関係の施設が充実している。 病院の送迎サービスが充実している。 配食サービスがある。 商店の配達サービス。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院の送迎サービスへの依存度が高く、地域の互助機能が発揮されにくい面がある。

※3 外部要因 高齢者を取り巻く外部環境・時代の流れ(周辺の状況, 経済, 交通, 環境)

6 地区の課題(地域ケア体制の「目指す姿と「実際の姿(現状)」とのズレやギャップ)

検討地区	対象地区
住み慣れた地域で暮らしたいと思っているが、介護にかかる家族力の低下があり実現に難しい。	同左

7 対策(検討地区の地域ケア体制を推進するために誰が何にどのように取り組んでいくか)

検討地区	対象地区
<ul style="list-style-type: none"> 地域のリーダーが行政と一緒に近隣間のつながりを維持していく。 医療や介護の関係者と行政が連携し、サービス提供者が在宅サービスをより多く提供し、地域住民が積極的に在宅サービスを利用するような取組を考える。 	地域全体で、医療サービスにのみ過度に頼りすぎず、近隣間のつながりを意識したインフォーマルなサービスの提供に取り組む。

8 地域包括ケア体制を推進するため、他県では、日常生活圏域を駅や学校、病院等を中心に設定しているところもあるようですが、第5期介護保険事業計画における日常生活圏域の設定をどのように考えていますか。

未定

9 今後、地域包括ケアを推進するためにはどのような体制や方法が必要だと考えていますか。

地域のつながりを維持する近隣福祉ネットワークを構築する。

10 地区別の検討において出た主な意見等について記載してください。

医療サービスの充実が地域のつながりの希薄さにつながっている面もあるので、医療の充実と地域のつながりの存続のバランスが取れるような、地域づくりが必要といった意見があった。

2 遺品整理業者ヒアリング報告

～国立保健医療科学院福祉サービス部 主任研究官 松繁卓哉

(1) ヒアリング調査の概要

① 目的

独居高齢者の孤立死の実態把握の一環として、近年浸透が顕著に見られる遺品整理業に着目した。国内各地で遺品整理業を展開するX社の経営者Y氏に、遺品整理の現状・独居高齢者の孤立死の実態・特徴等について尋ね、孤立死対策について示唆を得ることを目的とした。

② 遺品整理業とは

故人の残した品を、遺族に代わり整理することを請け負う事業が遺品整理業と呼ばれている。ただし、業者によって事業内容は異なっており、統一的な定義づけは難しいのが現状である。孤立死現場のハウスクリーニング・脱臭や、「形見分け」の配送サービスを行うところもある。なお、X社の年間取扱数は約1,800件であり、うち9割が孤立死した遺族からの依頼であるという。死後しばらく発見されなかった変死事案も年に300件ほどあるという。

(2) 調査結果

以下、ヒアリング調査のポイントを整理して記述することとする。なお、今回の調査は、遺品整理業者の認識している状況を尋ねるものであり、そこから、これまで良く明らかにされてこなかった孤立死の実態に接近することを試みるものである。

したがって、ここでは回答者である遺品整理業者Y氏の感覚的・経験的把握が述べられているわけであり、この点について留意する必要がある。

① 孤立死と遺族

ヒアリングの中で、孤立死する者に何らかの共通点が見られるのか、また、その遺族に共通する点などが見られるのか、という点について尋ねた。以下、得られた回答の中から、重要と考えられるものについて、抜粋して掲載した。

うちの仕事の90何%は、確実に一人住まいの人の家です。同居している人の場合の遺品整理もあるけれど、非常に少ないです。やっぱり親戚関係、身内との関係が割合疎遠であった人が半数以上、・・・大多数を占めるわけです。

以前より、しばしば指摘されてきたことであるが、実際に遺品整理業者を利用する者に特徴的な点として、生前の親族間の疎遠が顕著であると業者によっても認識されていた。

遠隔操作が多いです。50%以上は他県です。

ここで「遠隔操作」と述べられているのは、孤立死の現場と、依頼してきた遺族の居住地とが離れた距離にあることから、業者が遠方との連絡を取りながら依頼者不在のまま現場での整理作業等にあたることを示している。別の言い方をすれば、孤立死した者の親族の多くが、同一都道府県外に在住している状況を示唆している。

東京の場合も、東北の人が多かったりとか。・・・そういうことが頻繁に入っていて。だから逆に「どこからお越しですか」というのは、まず普通に聞くんですよ。

(業者に依頼せざるを得ないこと背景には) 仕事が忙しいとか、遠方だとか、男手がな
いとか。

遺品整理は、親族への形見分けから、大型家具等の処分の手続きなど、大きな労力を必要とし、それら作業にあたるための時間は膨大なものとなるという。遺族にとっては、遠隔地に暮らすことに加えて、仕事等で長い日数を遺品整理の作業にあてられないことから、業者への依頼に至るといふ。遺族自身の高齢化も、自らによる遺品整理の困難化に拍車をかけているようだ。

割に実子が少ないですね。・・・甥とか姪とか、年者いたきょうだいというのが、やっぱり多い。

最近やはり息子とかの比率が少しずつ上がっています。

遺品整理業者としての認識では、依頼者である遺族と故人との続柄は、実子よりも、甥や姪などが多いという。こうした点から、故人との、あまり深くないつきあいが、一層、遺品整理の煩雑な手間を避けさせる要因に結びついていることをうかがわせる。

結局、部屋が凄惨な状態だったら、とてもじゃないけど入れない。あとは、かかわりたくない、というのもあるよね。

孤立死の現場は、死後数日を経て発見されることが多いため、そうした場合、遺体の腐敗が進行している。近い関係になかった遺族にとって、自ら積極的に遺品整理にあたることを躊躇させる要因には、このようなことも考えられるだろう。

ここまでの整理をすると、遺品整理業者に依頼をしてくる遺族に顕著なケースとしては、第1に、もともと家族親族間が疎遠であること。第2に、そうした遺族は故人の居所から遠距離に在住している点が挙げられた。また、故人と依頼者である遺族との続柄として、実子は少なく、甥・姪・年者いたきょうだいなどが顕著であるという。

② 孤立死の男女差

次に、孤立死における男女差について尋ねた。

これはもう圧倒的に男性が多い。

女性に関しては、ずっと長く孤立していたというよりは、孤立しだしてから早く亡くなっているケースも多いかもしれない。男性の方が長いこと孤立しているかもしれない。

上記の回答が示すように、孤立死は男性に多く、孤立した生活を長く続けてきた者が少なくないという。一方で、孤立死する女性には、男性とは少し異なる特徴が見られるという。

女性に関しては、やっぱり水商売の人たちが多いです。生活の時間帯がちょっと違う。だからご近所にも知り合いが少ない。・・・いわゆる友達というのが少ない。女性がどんどん社会進出してきたので、そういう人たちが徐々に増えてる。

ヒアリングでは「社会進出」の語がキーワードとして語られた。すなわち、会社勤めにより、地域での交流を行う時間が限られているため孤立した生活に至る、との見解が示された。孤立死に男性のケースが多いのはこのためと考えられる。しかし、上記の回答が示すように、近年は、女性の社会進出が進むにつれて、孤立した生活を送る女性も見られるようになったという。

男性が長期にわたって孤立した生活を送ることの背景として、遺品整理業経営者Y氏は、「会社人間」と「リストラ」の2点を挙げている。すなわち、企業勤務の年月において、地域とのコミュニケーションの機会が持たれなかったばかりか、そうしたコミュニケーション能力自体が形成されなかったことに問題の本質を見ている。

③ 「孤立死」の多い50代・60代男性

遺品整理業者として、多くの孤立死に立ち会ってきた立場としてY氏は、孤立した生活についてのリアルな対象像を持っていた。

目的と結果に追い立てられて会社組織の中において、・・・でも、その状況から抜け出すことは自分の力ではできない。それで(自宅に)帰ってきたときは、ほっとできる空間で、家の中にはトイレも風呂も全部セットされていて、鍵さえ閉めれば誰も入ってこない。そういう状況で慣らされて生活していて、なおさらコミュニケーション能力を養う時が全くなかったわけです。

こうした語りが示すように、一人暮らしの中で、コンビニエンスストア、インターネットなど、近所づきあいを必要としないままに比較的不自由なく生活を送れる今日の状況が、孤立死の背景にあると考えられる。Y氏自身の問題意識としては、孤立死よりも、このような「孤立した生活スタイル」があるという。

要するに僕は「孤立死」はあまり問題にしていなくて、・・・孤立化している生活スタイルに問題があるということを基本的に話をしているので。

④ 異変の察知

こうした孤立死について、未然の防止ないしは早期の発見をするためには、どのような注意が必要だろうか。ヒアリングでは、独居高齢者の異変を察知するためのポイントについて尋ねた。

電気が夜中につきっぱなし、というのは結構ありますね。テレビも含めてついたまま、というのがあったりとか。

近隣の住人が、まず察知できるものとしては、窓から見える電気・テレビ等の明かりであるという。これがついたままの状態であることから、その居住者の身の回りに起きた異変を疑う手がかりになるとのことである。しかしながら、こうして「異変」が察知されたとしても、その時点で、異変が生じた後に既にかかなりの時間が経過していることが多いようだ。

においは一番多いですね。あとは新聞受け。

察知の可能性が皆無ではないとしても、現実には死後かなりの日数を経てから発見に至るケースが多いという。もともと孤立した生活スタイルを送ってきた者が、周囲からこまめに安否確認を受けることも容易ではないと考えられる。

もう一つの重要な点は、仮に異変を察知できたとして、その場に踏み込むことに伴う問題である。

実際に民生委員が「おかしい」と思って警察を呼んでも、警察だってドアを開けてくれないわけですね。もし生きていたら誰が責任を持ちますか、といったら「私が責任を持ちますから開けてください」と誰かが言わない限りは、開けてくれないですよ。死体の足が見えてるとか、虫がわいてるとか、・・・だったら開けてくれるかもしれないけど。

このような状況を考えてみると、孤立した生活スタイルの当事者と周辺の人々との地域交流の欠如にこそ問題の根源があると考えられる。この点について何らかの改善策がなされないまま、地域の紐帯が分断されていては、「踏み込むことの問題」にしても「事前の察知」にしてもクリアは難しいのではないだろうか。

(3) まとめ

孤立死した故人の遺品整理業を営むY氏が捉える孤立死像は以下のとおり整理される。

依頼者である遺族として、実子は少なく、甥・姪・年老いたきょうだいなどが顕著である。こうした親戚と故人とは、生前、疎遠であることが多いという。

孤立死する者には、50代から60代の男性が非常に多いと回答された。Y氏によれば、こうした男性は「会社人間」としての長年の勤務期間において、地域における交流の機会、および、そのためのコミュニケーション能力を喪失しており、リストラ等を契機に会社を離れた時から、長期化する孤立生活に入るといふ。Y氏が問題の所在として指摘する「孤立化する生活スタイル」は、こうして起こるものようである。

「孤立死を未然に防ごう」という目的から、独居高齢者の所在を把握したり、頻回の安否確認体制を構築したりすることが、一つの方策であるとするならば、Y氏の談話が示唆するように、より根源的な問題の所在として、ライフスタイルへの着目があるのかもしれない。遺品整理業者としての状況把握を経て到達した「孤立化した生活スタイル」への問題意識は、今までのアプローチとは異なる視座をもたらす。

過去、数十年の間に、保健・医療・福祉は「施設から地域へ」と移行が進められ、他方で、終身雇用や年功序列といった雇用慣行は崩壊してきた。そのような今日、地域の交流や住民同士のコミュニケーションが自明のものとして社会生活を形成している状況にはなく、したがって、住民一人一人の生活の在り方を、一人一人が考え直していく時期に来ていることがY氏の言葉からうかがえた。

VI 「地域包括支援センターにおける相談支援の業務実態および孤立死に対する取組みに関する調査」 結果

0 調査票回収率

集計対象の全国の地域包括支援センター（以下、センター）数は、4,066であった。センターのうち、回答があったセンター数（回答数）は、1,346であった。

表 6-1 全国のセンター数、回答数、回答率

	センター数	回答数	回答率
全国	4,066	1,346	33.1%

また都道府県別に回答率をみると、最も回答率が高かったのは岡山県（63.8%）であり、続いて香川県（57.1%）、鹿児島県（55.6%）、群馬県（53.6%）、岐阜県（46.0%）であった。

一方、最も低かったのは、奈良県（17.9%）であり、続いて兵庫県（21.1%）、東京都（21.9%）、鳥取県（23.3%）、長崎県（23.8%）であり、センター数の多い自治体が含まれていた。

表 6-2 都道府県別回答率の上位 10

都道府県	センター数	センター数 都道府県 別内訳	回答数	回答数 都道府県 別内訳	回答率	回答率 順位
岡山県	94	2.3%	60	4.5%	63.8%	1
香川県	14	0.3%	8	0.6%	57.1%	2
鹿児島県	81	2.0%	45	3.3%	55.6%	3
群馬県	56	1.4%	30	2.2%	53.6%	4
岐阜県	50	1.2%	23	1.7%	46.0%	5
秋田県	44	1.1%	20	1.5%	45.5%	6
青森県	56	1.4%	25	1.9%	44.6%	7
福島県	108	2.7%	48	3.6%	44.4%	8
福井県	28	0.7%	12	0.9%	42.9%	9
福岡県	124	3.0%	51	3.8%	41.1%	10

※センター数都道府県別内訳は、全国のセンター数のうち各都道府県が占める割合。
回答数都道府県別内訳も同様。

表 6-3 都道府県別回答率の下位 10

都道府県	センター数	センター数 都道府県 別内訳	回答数	回答数 都道府県 別内訳	回答率	回答率 順位
奈良県	56	1.4%	10	0.7%	17.9%	47
兵庫県	190	4.7%	40	3.0%	21.1%	46
東京都	356	8.8%	78	5.8%	21.9%	45
鳥取県	30	0.7%	7	0.5%	23.3%	44
長崎県	42	1.0%	10	0.7%	23.8%	43
沖縄県	44	1.1%	11	0.8%	25.0%	42
山梨県	34	0.8%	9	0.7%	26.5%	41
滋賀県	30	0.7%	8	0.6%	26.7%	40
富山県	55	1.4%	15	1.1%	27.3%	39
高知県	29	0.7%	8	0.6%	27.6%	38

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1,005センター（72.7%）を占め、続いて平成19年度が157センター（11.4%）であった。

表 6-4 センターの業務開始年

	N	%
平成18年	1005	72.7
平成19年	157	11.4
平成20年	60	4.3
平成21年	125	9.0
平成22年	20	1.4
無回答	15	1.1
合計	1382	100

②運営形態

運営形態は、市区町村からの委託が60.2%、市区町村直営が32.6%であった。

表 6-5 運営形態

	N	%
直営	450	32.6
委託	832	60.2
無回答	100	7.2
合計	1382	100

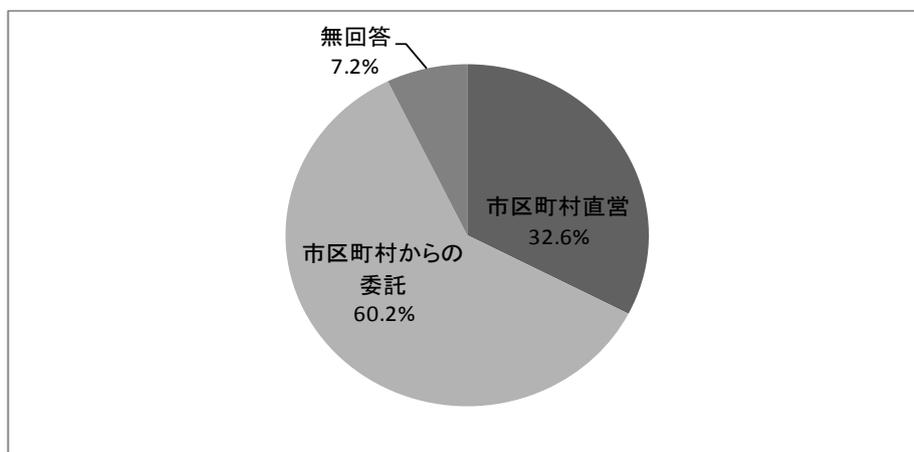


図 6-1 運営形態

(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。

表 6-6 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	1.3	1.6	0	17	923	0.00**
	現在	1.4	1.6	0	22	940	
看護師	開設当初	0.9	0.7	0	9.5	846	0.00**
	現在	1.0	1.1	0	15	881	
社会福祉士	開設当初	1.2	1.0	0	25	1189	0.00**
	現在	1.5	1.8	0	48	1239	
主任介護支援専門員	開設当初	1.1	1.1	0	29	1240	0.00**
	現在	1.3	1.9	0	63	1272	
その他	開設当初	1.5	1.9	0	17	705	0.00**
	現在	2.4	3.7	0	62	962	

**P<.01

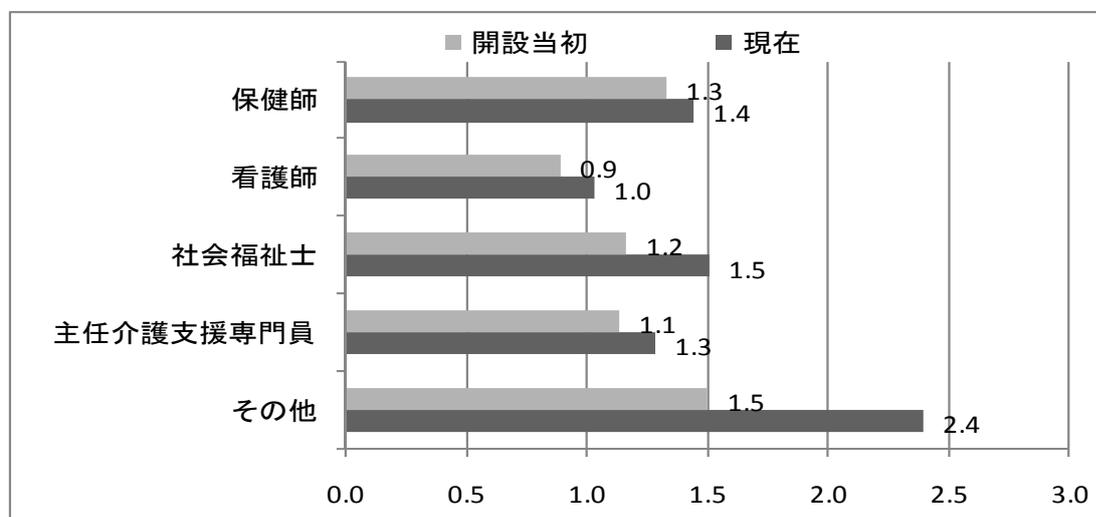


図 6-2 センターの開始時期の人員配置と現在の人員配置

(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715.8件で、介護予防支援のプラン作成数は42.5件であった。

表 6-7 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）	715.8	1880.2	0	48223	1280
プラン作成数（介護予防支援）	42.5	87.1	0	1518	1291

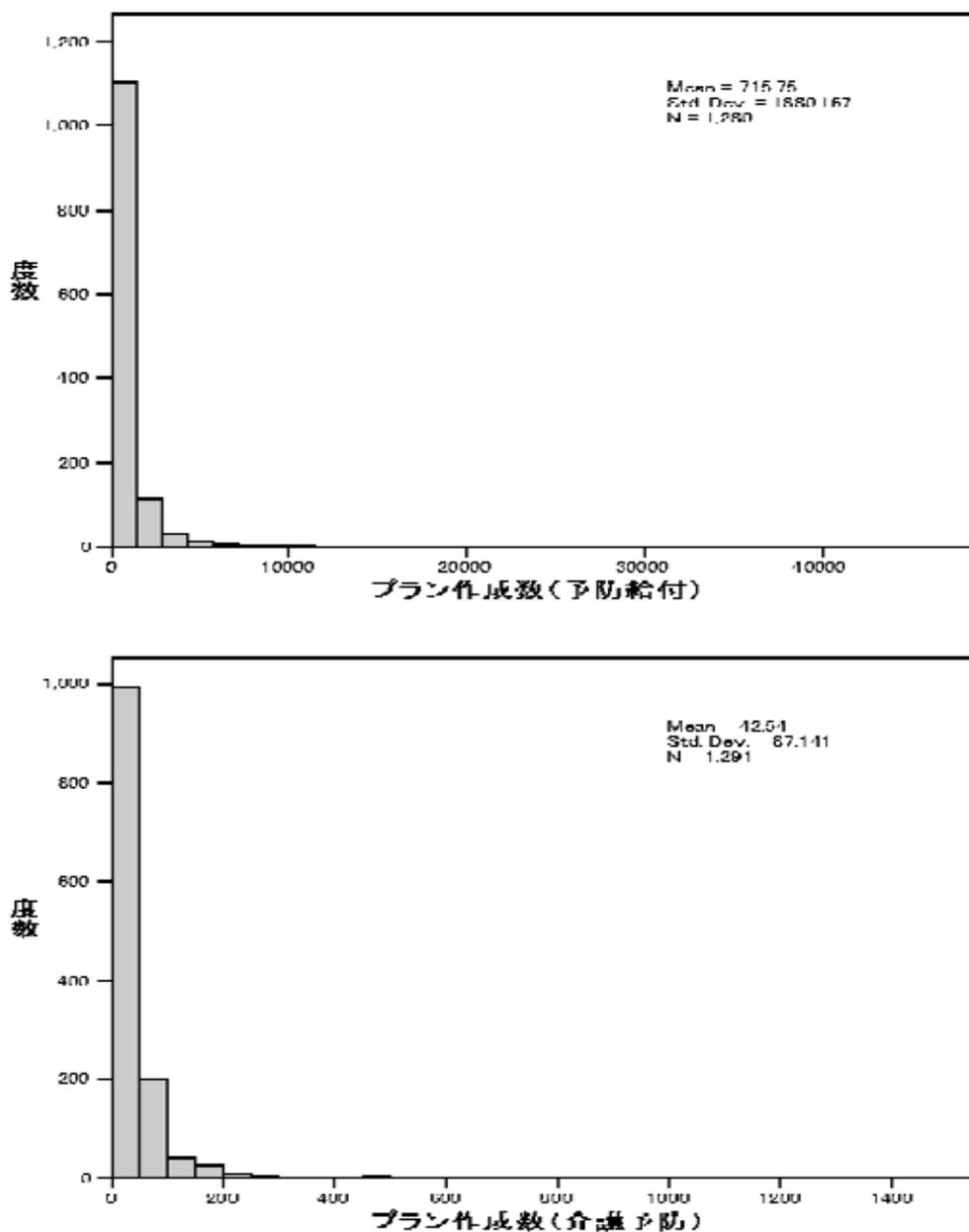


図 6-3 センターにおける予防給付及び介護予防支援給付の状況

(4) 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74.1%と最も多く、続いて「住民への周知不足」40.0%、「二次予防事業対象者の把握」29.5%、「財源が少ない」25.7%と示された。

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住民や地域との連携が困難との回答が多くなっていた。

表 6-8 センターの実施・運営にあたっての課題

	N	%
業務量が多い	1023	74.1
住民への周知不足	552	40.0
二次予防事業対象者の把握	407	29.5
財源が少ない	355	25.7
地域との連携が困難	311	22.5
保健師等が不足	274	19.8
社会福祉士が不足	263	19.0
主任介護支援専門員不足	220	15.9
離職者が多い	107	7.7
その他	200	14.5

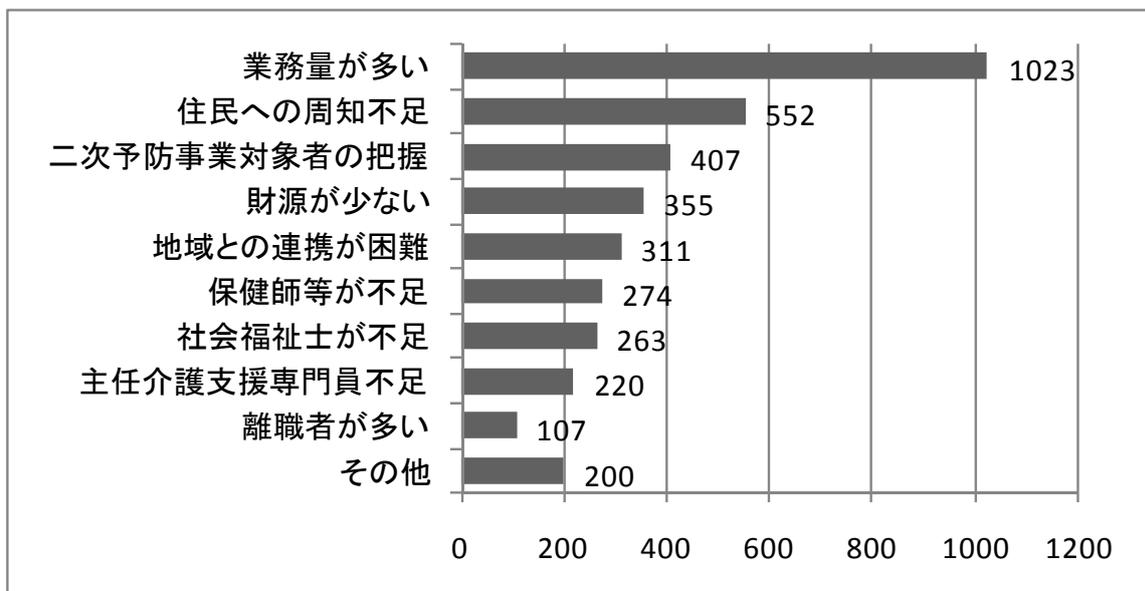


図 6-4 センターの実施・運営にあたっての課題

(5) 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22.6%、続いて「その他」17.7%、「教育サービス（社会教育含む）」9.0%として示された。

表 6-9 センターの基本機能以外に実施してきた事業

	N	%
その他の保健サービス（健康相談・検診等）	312	22.6
教育サービス（社会教育含む）	126	9.1
特定健診・特定保健指導（メタボリック対策）	85	6.2
医療サービス（実際の診察等）	67	4.9
児童サービス（保育、社会的養護、子育て支援等）	39	2.8
特になし	705	51.0
その他	245	17.7

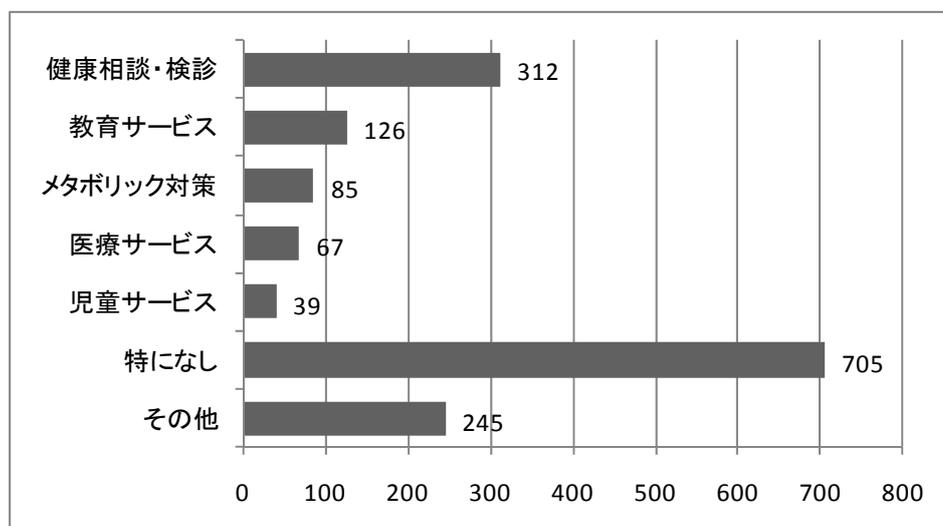


図 6-5 センターの基本機能以外に実施してきた事業

(6) センターの設置自治体について

センターの設置自治体について、「あり」と回答されたのが最も多かったのは、「地域包括支援センターが関わる行政権限を有する業務（虐待、権利擁護対応など）への協力姿勢」で63.6%、続いて「地域包括支援センター業務に必要な制度の情報提供や利用者情報の開示」57.6%、「地域包括支援センターが関わる処遇困難ケースに対する後方支援体制が整っている」40.7%として示された。

表 6-10 センターの設置自治体について

	N	%
地域包括支援センターが関わる行政権限を有する業務（虐待、権利擁護対応など）への協力姿勢	878	63.6
地域包括支援センター業務に必要な制度の情報提供や利用者情報の開示	795	57.6
地域包括支援センターが関わる処遇困難ケースに対する後方支援体制が整っている	562	40.7
自治体主催の地域包括支援センター職員への研修を実施	447	32.4
直営の地域包括支援センターがある（委託に対する自治体職員配置）	428	31.0
介護保険事業に長期的なビジョンを持っている	376	27.2
地域包括支援センターの評価・改善を実施	346	25.1

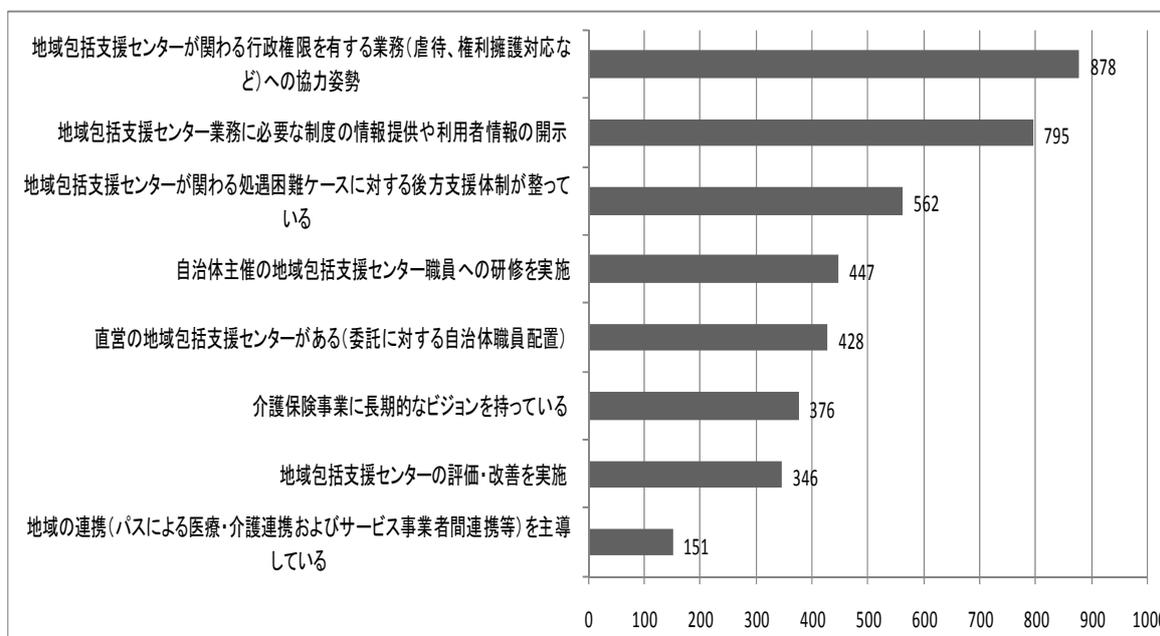


図 6-6 センターの設置自治体について

(7) 地域ケア体制の強化に必要な行政機能の自由記述

地域ケア体制の強化に必要な行政機能の自由記述を整理したところ、以下の5項目に分類された。

①長期ビジョンを持っていること

<自由記述の例>

- 行政が長期ビジョンを掲げ、現状分析、ニーズ調査、地区分析等を率先して行い、地域におけるセンターの役割を明確に打ち出す。
- 地域包括ケアシステム構築の主体はあくまでも行政。センターは実働部隊であり、その実働部隊がミッションを果たせるよう、行政には明確なビジョンを示して欲しい。

②情報の提供・開示の仕組みが整っていること

<自由記述の例>

- 情報の提供と共有を行うことで連携を図る。
- 地域住民や利用者情報の開示が不十分なため、どこに独居、老夫婦世帯がいるのかの把握ができず。そのため、孤独死のあとに独居であったこと等がわかることがある。

③地域の連携を主導すること

<自由記述の例>

- 様々な行政機関、会議、集会等、または社会資源等とセンターとを結びつける役割が充実して行くよう期待している。
- センターが単独で関係強化するには、限界または無理があると感じている。
- 医療、保健、福祉分野のみならず、教育、交通、住まい等を含めた多分野にわたる連携を主導して欲しい。

④困難ケース等に対する後方支援体制が整っていること

<自由記述の例>

- 処遇困難ケースに対する後方支援体制が整っていない。
- 処遇困難ケース等は、センターの求めに対し、後方支援する方向が望ましい。
- 処遇困難事例への協力、支援、必要時の行政の権限の行使を望む。

⑤「丸投げ」をしない、センターと協働する姿勢

<自由記述の例>

- 当市は全て委託で、市は現場の状況を理解していない。何でも丸投げされる。
- 委託先センターに対して、丸投げするのではなく、共に体制の強化を考えて行くべきである。そのためにも、行政として相談件数、虐待件数だけに目を向けるのではなく、その中身を把握し地域課題に目を向けて行く必要がある。
- 施策立案時の共同による協議の場の設定。

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

センター全体における相談受理件数は、平均1,627.6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12.6%であり、件数としては平均138.1件であった。

表 6-11 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	1627.6	2404.4	0	29739	1291
介護支援専門員受理件数	138.1	279.6	0	4078	1163
介護支援専門員受理割合 (%)	12.6	14.6	0	100	1154

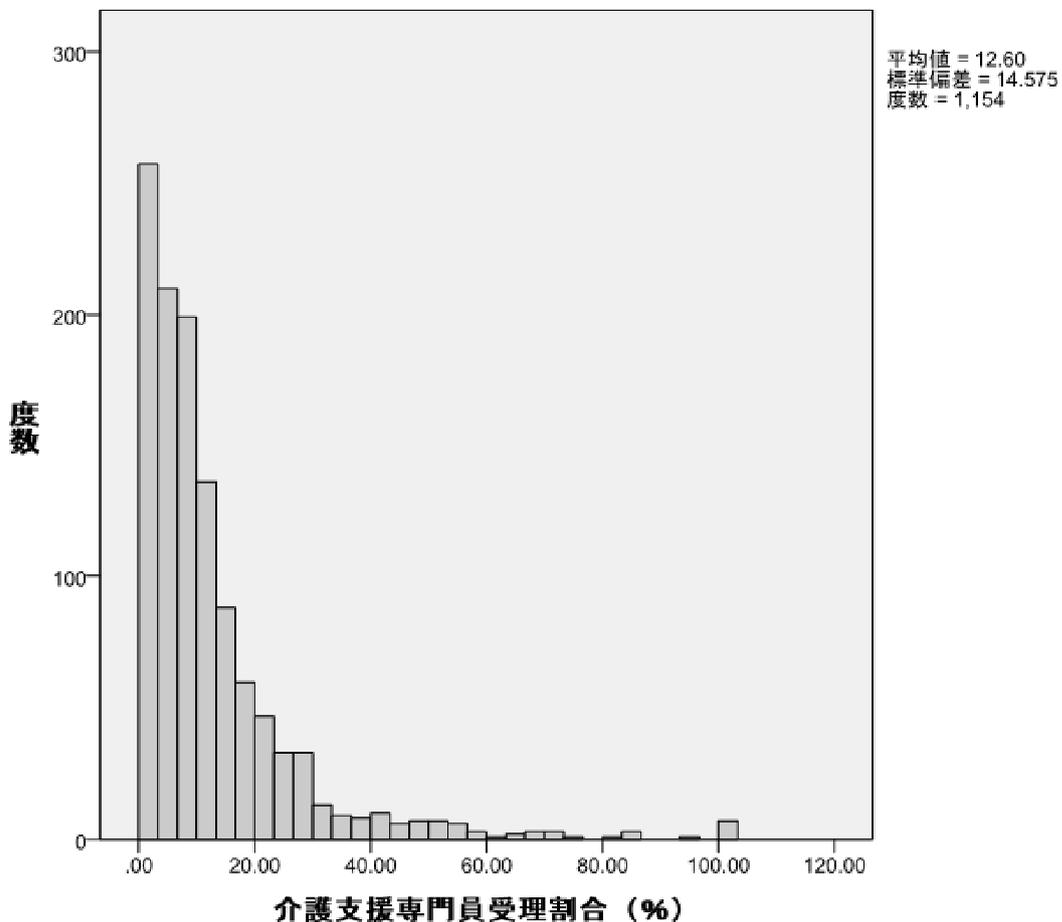


図 6-7 センターにおける相談件数

(2) センターの相談支援の終結条件等

①終結条件³³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325センター（25.5%）のみであった。

表 6-12 終結条件が定められているか

	N	%
はい	325	25.5
いいえ	950	74.5
合計	1275	100

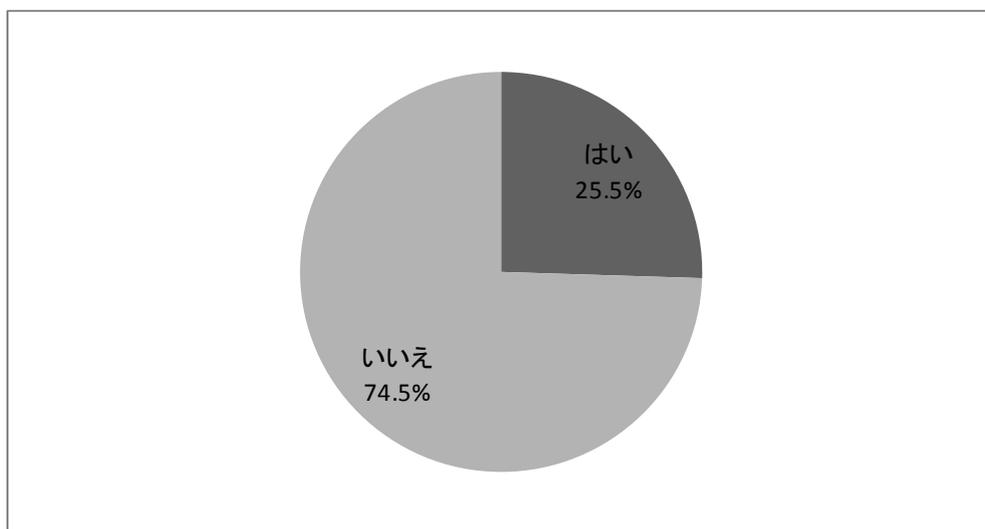


図 6-8 終結条件が定められているか

³³ 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。

②終結人数

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、111.1人が終結した相談支援が発生したと回答されていた。

表 6-13 終結人数

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
終結人数	111.1	208.4	0	1702	126

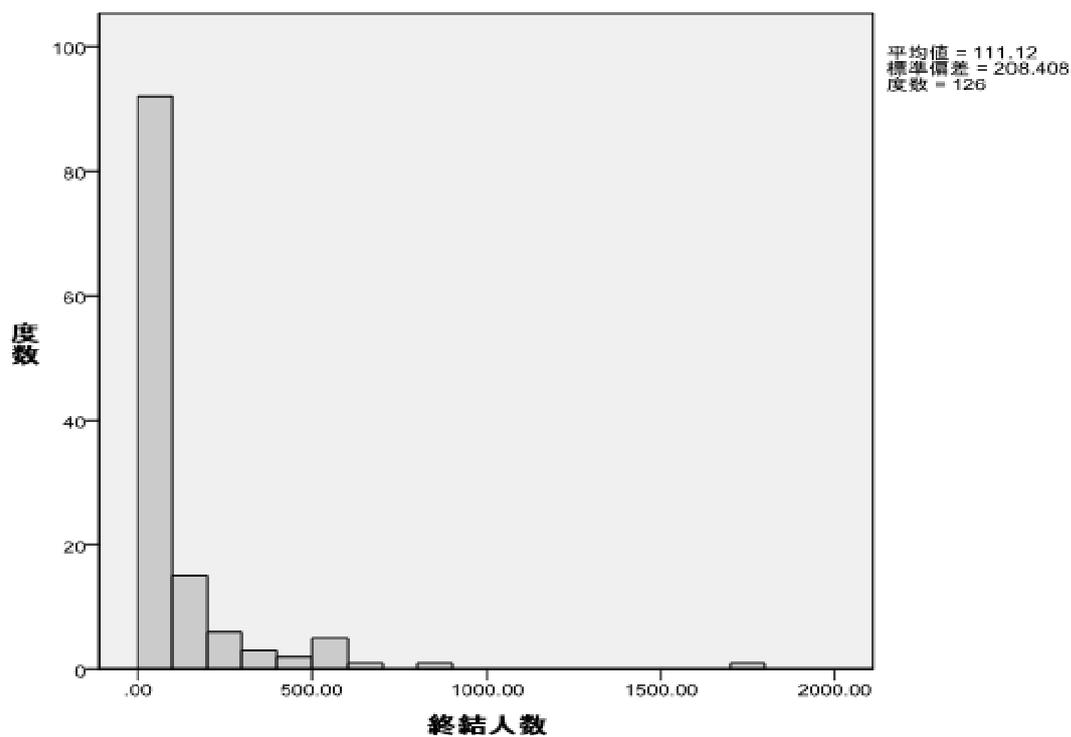


図 6-9 終結人数

③センターにおける昨年度（平成21年度末現在）の事例のうち、多くのかかわりと支援の時間や対応を要した上位10事例（ケース）の終結の状況

センターにおける昨年度（平成21年度末現在）の事例のうち、多くのかかわりと支援の時間や対応を要した上位10事例について、最も多かったのは「解決して終結」が平均で4.47件、次に「終結していない」が平均で3.94件であった。

表 6-14 多くのかかわりと支援の時間や対応を要した上位 10 事例（ケース）の終結の状況

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
自然に終結	2.35	2.01	0	10	641
解決して終結	4.47	2.59	0	10	790
関与できずに終結	0.70	1.32	0	10	367
不要となって終結	1.21	1.66	0	10	446
終結していない	3.94	2.66	0	10	766
わからない	2.15	3.52	0	10	353

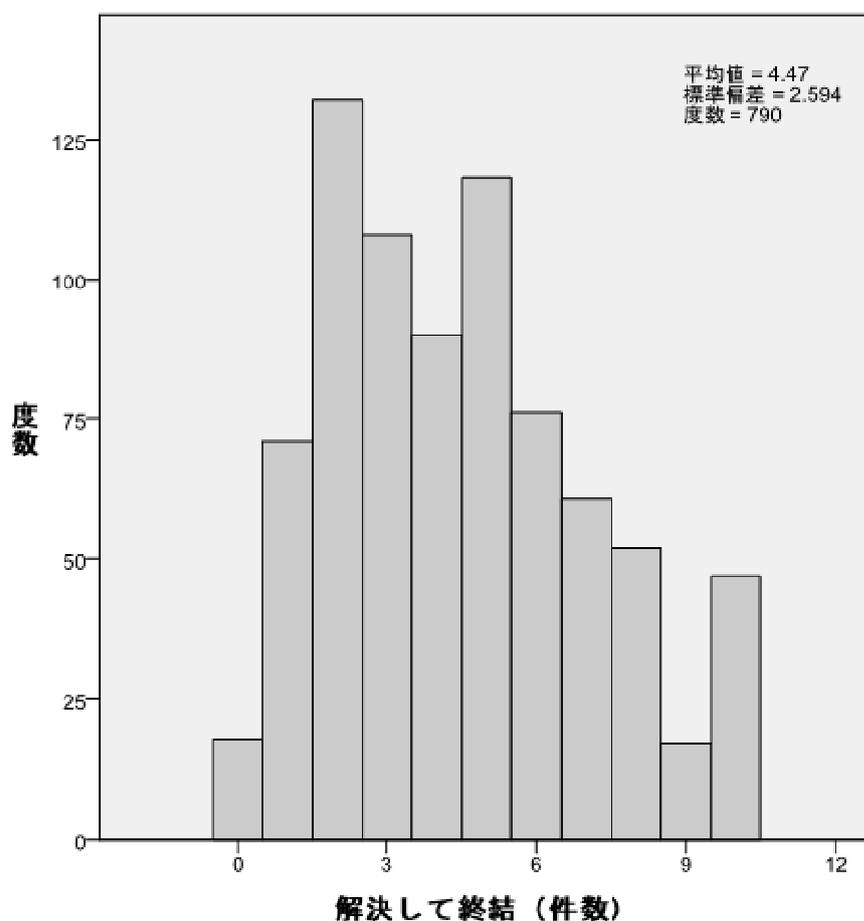


図 6-10 解決して終結した件数の分布

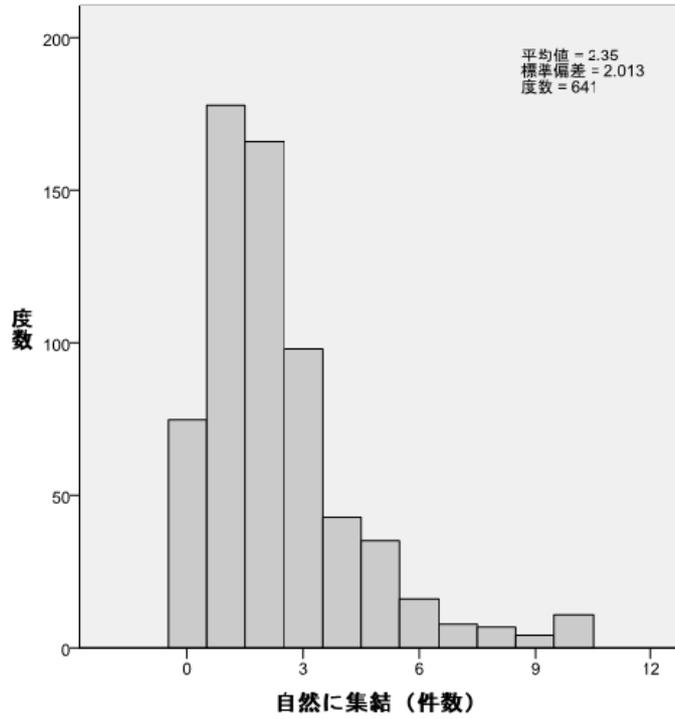


図 6-11 自然に終結した件数の分布

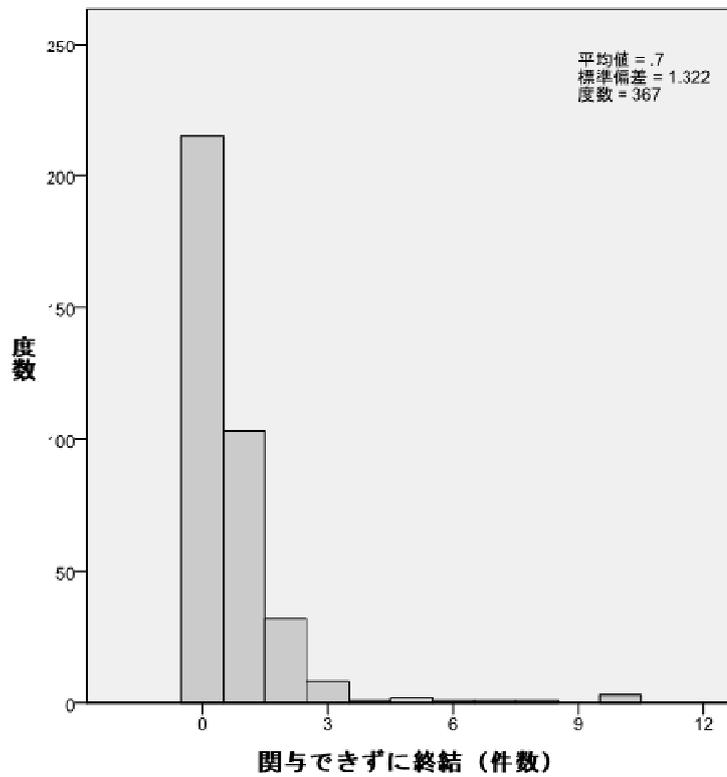


図 6-12 関与できずに終結した件数の分布

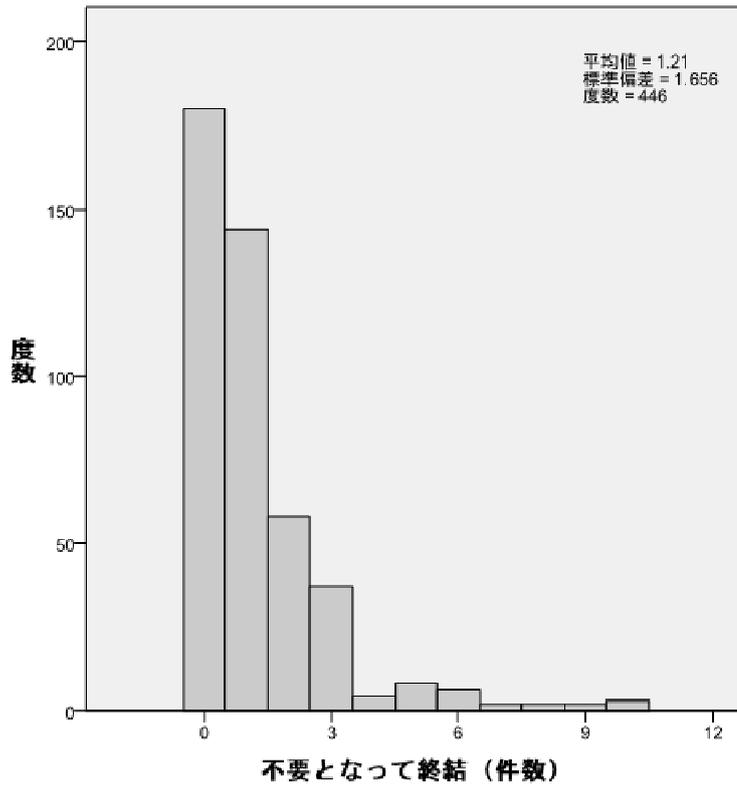


図 6-13 不要となって終結した件数の分布

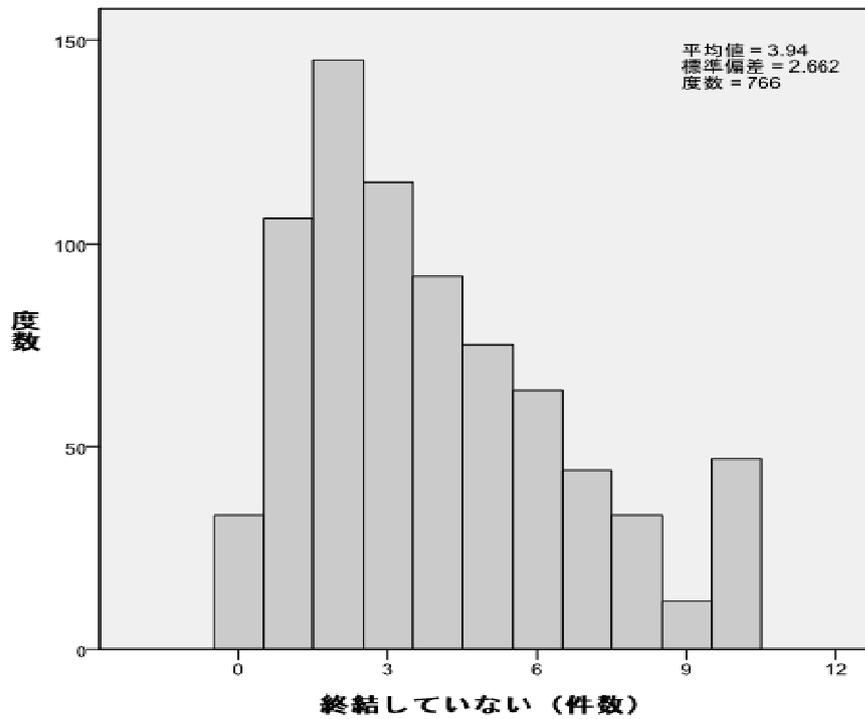


図 6-14 終結していない件数の分布

(3) 相談支援の実施プロセス

昨年度、研究会で開発した相談支援の実施プロセス（以下、図7-15参照）について、その実施率を分析した。

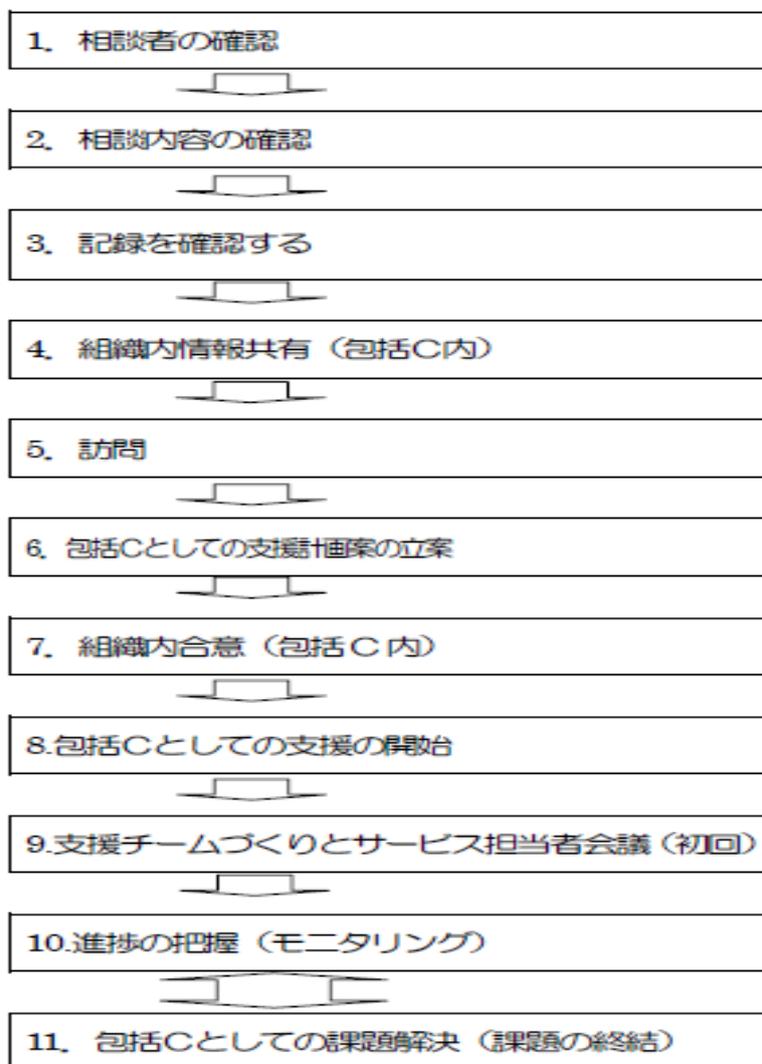


図 6-15 終結していない件数の分布

その結果、「1. 相談者の確認」、「2. 相談内容の確認」、「3. 記録を確認する_センサ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92.1%、88.1%、84.3%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68.1%、64.8%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、26.9%、28.9%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40.3%、27.7%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

30.8%、26.4%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26.4%であった。「7. 組織内合意（包括C内）」も28.9%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30.8%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 6-15 相談支援の実施プロセスの実施割合

	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			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. 相談者の確認	1256	92.1	99	7.3	6	.4	2	.1	1	.1	1364	100
2. 相談内容の確認	1201	88.1	157	11.5	4	.3			1	.1	1363	100
3-1.記録を確認する_センターで把握している場合	1149	84.3	185	13.6	27	2.0	2	.1			1363	100
3-2.記録を確認する_センターで把握していない場合	585	43.7	316	23.6	300	22.4	93	6.9	46	3.4	1340	100
4. 組織内情報共有	927	68.1	357	26.2	65	4.8			5	.4	1361	100
5. 訪問	883	64.8	427	31.4	34	2.5	7	.5	18	1.3	1362	100
6. 支援計画案の立案	364	26.9	407	30.1	371	27.4	151	11.2	61	4.5	1354	100
7. 組織内合意(包括C内)	390	28.9	408	30.3	366	27.2	132	9.8	52	3.9	1348	100
8. 包括Cとしての支援の開始	543	40.3	426	31.6	223	16.6	101	7.5	53	3.9	1346	100
9. 支援チームづくりとサービス担当者会議	374	27.7	379	28.1	465	34.5	73	5.4	58	4.3	1349	100
10. 進捗の把握	416	30.8	457	33.9	371	27.5	60	4.4	46	3.4	1350	100
11. 包括Cとしての課題解決	356	26.4	436	32.3	395	29.2	119	8.8	45	3.3	1351	100

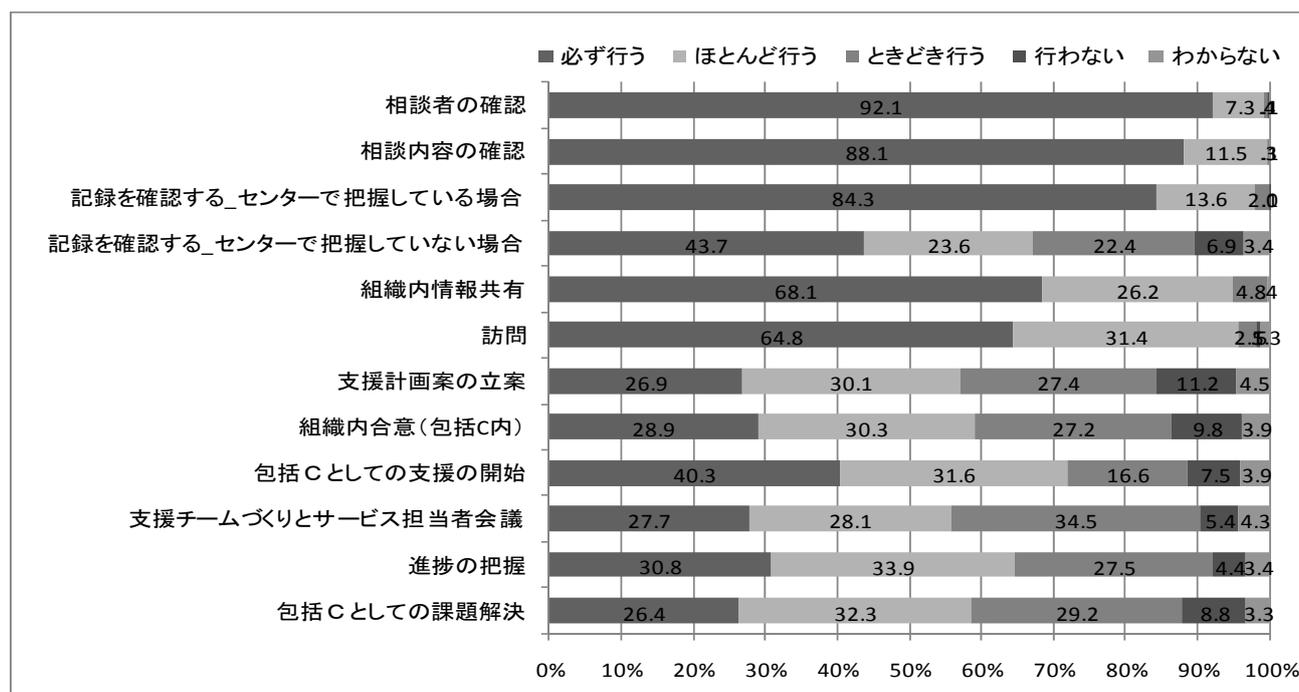


図 6-16 相談支援の実施プロセスの実施割合

3 孤立死に対する取り組みについて

(1) 孤立死の定義の設定状況について

孤立死の定義の有無について、明確に文章化された定義があると回答したセンターは、1382センター中、わずかに45センター(3.3%)であった。

この定義があるとした45センターにおける、定義の共有について尋ねたところ、「自治体において示された定義を共有している」が34センター(75.6%)と最も多く7割以上を占め、その次に多かったのは、「貴センター内で定義された概念を共有している」で7センター(15.6%)と、定義のあるセンターのうち7割のセンターが自治体において示された定義を用いていることが明らかになった。

孤立死の定義における「死後何日までの発見を孤立死とするか」という問いに対しては、孤立死の定義があるとした45センター中、14センター(31.1%)から回答があり、そのうち最も多かった回答は「死後14日」で7センター(有効回答の50%)であった。

孤立死の定義の決定年度については、定義のあった45センター中、22センター(48.9%)から回答があり、そのうち最も多かった回答は、「平成22年度」で、9センター(有効回答の40.9%)であった。

① 孤立死の定義の有無

表 6-16 孤立死の定義の有無

	N	%
ある	45	3.3
ない	1323	95.7
無回答	14	1.0
合計	1382	100.0

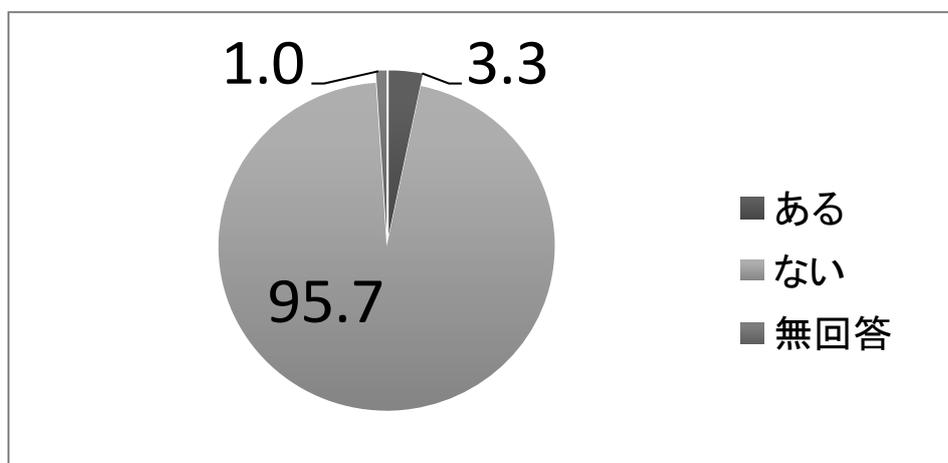


図 6-17 孤立死の定義の有無

②孤立死の定義の内容の自由記述

孤立死の定義の内容の自由記述を整理した結果、「生前から社会的に孤立していた人が死亡」、「生前の孤立化は問わず、死亡した時点で看取られていない状況」、「定義せず」の3つに分類された。

●生前から社会的に孤立していた人が死亡

<自由記述の例>

- 孤立の要素と死のリスクが複合的に重なっている場合に孤立死のリスクが高いと考え、それによって死亡した場合を「孤立死」として定義している。よって、死亡時の状況よりも、生前から死後に至っても孤立している状況を「孤立死」としている。
- 互助、共助、公助から孤立を定義している。
- 家族親族からの孤立、地域社会からの孤立、必要な支援。
- 死のリスクが高い
- 医療的管理がされていない（リスクが見えない）、慢性疾患、認知症、心疾患、生活習慣病、アルコール依存、うつ、SOSを出す相手がいない等。

●生前の孤立化は問わず、死亡した時点で看取られていない状況

<自由記述の例>

- 同居家族の有無は問わず、死後、気付かれなかった状態そのものを「孤立死」と定義。
- 看取りをされていない人は孤立死であり、生前の孤立度は問わないという考え方。
- 死後経過時間の考えも様々。（1日、3日、14日、1ヶ月等の回答あり。）

●定義せず

<自由記述の例>

- その時々調査により定義内容が異なっているため、はっきりとしたものはない。
- 明確な定義はないが、担当者以外、センターとして、その他関係機関等が高いと判断した場合。
- 定義は明確に定めていないが、独居で病気がちな方や、周りの方との関係のない方等複合的に絡んでいる人については、特に注意が必要であると考えている。

③孤立死の定義の共有

表 6- 17 孤立死の定義の共有 (N=45)

	N	%
自治体において示された定義を共有している	34	75.6
貴センター内で定義された概念を共有している	7	15.6
その他	3	6.7
無回答	1	2.2
合計	45	100.0

③孤立死の定義における発見期間

表 6- 18 孤立死の定義における発見期間 (N=45)

	N	%	有効%
0日	1	2.2	7.1
1日	2	4.4	14.3
2日	1	2.2	7.1
3日	2	4.4	14.3
13日	1	2.2	7.1
14日	7	15.6	50.0
無回答	31	68.9	
合計	45	100.0	

④孤立死の定義の設定年度

表 6- 19 孤立死の定義の設定年度 (N=45)

	N	%	有効%
18年	4	8.9	18.2
19年	4	8.9	18.2
20年	2	4.4	9.1
21年	3	6.7	13.6
22年	9	20.0	40.9
無回答	23	51.1	
合計	45	100.0	

(2) 孤立死の通報時の安否確認の手順、死後処理の社会資源情報の有無

地域包括支援センターにおける孤立死への対応方法に関わる項目として、孤立死の通報時の安否確認の手順の有無、あるいは、孤立死発見後の死後処理の社会資源情報の有無について尋ねたところ、安否確認手順は、25.0%のセンターがあり、死後の処理の社会情報については、42.8%のセンターがあると示された。

表 6-20 孤立死の通報時の安否確認の手順、死後のケアの情報の有無

	はい		いいえ		無回答		合計	
	N	%	N	%	N	%	N	%
孤立死の通報時の安否確認手順の有無	345	25.0	1019	73.7	18	1.3	1382	100
死後の処理の社会資源情報の有無	591	42.8	771	55.8	20	1.4	1382	100

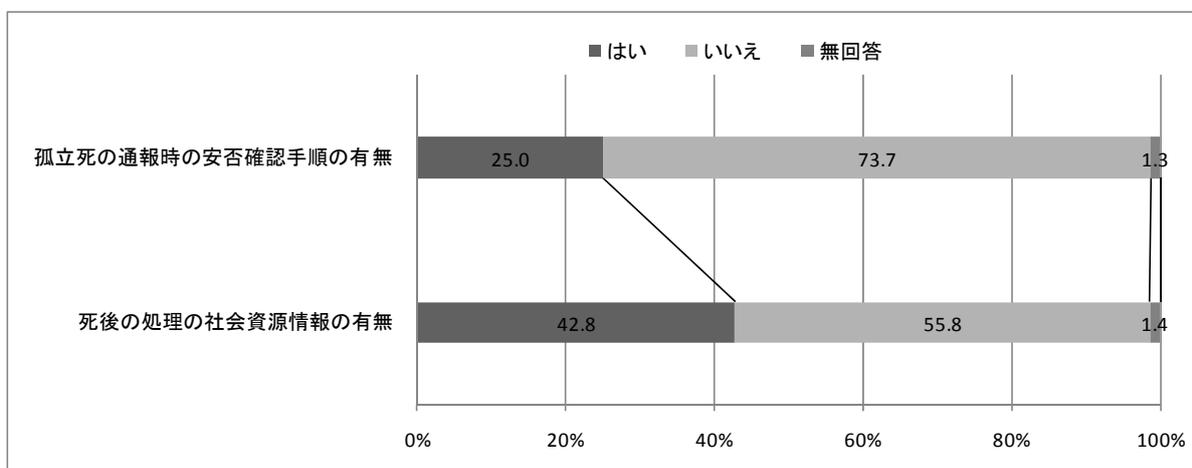


図 6-18 孤立死の通報時の安否確認の手順、死後のケアの情報の有無

(3) 孤立死した高齢者への対応状況

① 孤立死した高齢者への対応の有無

孤立死した高齢者への地域包括支援センターの対応の有無については、「ある」と回答したのが 452 センター (32.7%)、「ない」が 861 センター (62.3%) であった。

表 6-21 孤立死した高齢者への対応の有無

	N	%
ある	452	32.7
ない	861	62.3
無回答	69	5.0
合計	1382	100.0

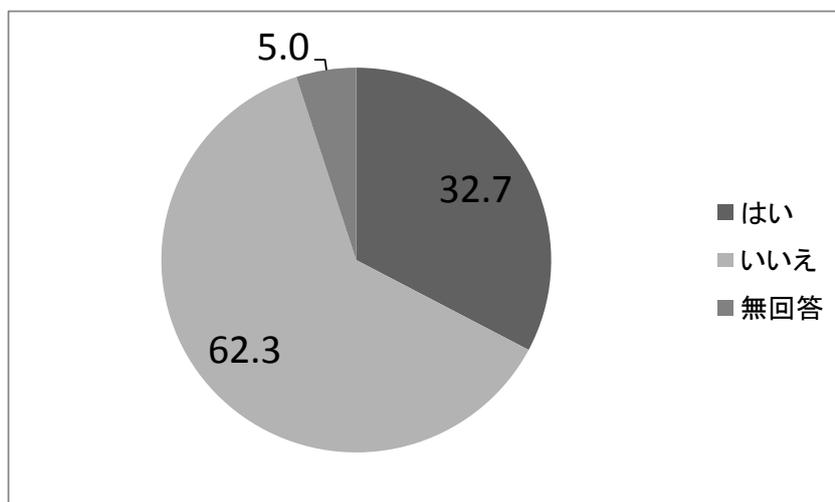


図 6-19 孤立死した高齢者への対応の有無

②孤立死した高齢者への対応の内容の自由記述

孤立死した高齢者への対応の内容の自由記述を整理したところ、「発見時における初動的な対応」、「遺体安置から葬儀の処置等の対応」、「葬式後の身辺整理の対応」、「行った支援の振り返り」の4つに分類された。

●発見時における初動的な対応

<自由記述の例>

- 家族・親族への連絡、警察・消防への連絡、民生委員への連絡、各サービス担当への連絡。
- 救急への連絡から警察への連絡。手続は行政に依頼。
- 担当民生委員よりの安否確認依頼の通報から自治体高齢福祉課と連携し、親族に電話連絡。自治体・ケア課と連携し、親族の依頼で安否確認訪問する。消防に連絡要請から自宅内で死亡を確認。
- 警察に通報、家族への連絡、孤立死を担当している部署へ連絡。
- 消防署へ救急車の手配（ここから警察署へつながる）。消防署・警察署からの事情聴取に対応（時には民生委員を呼ぶ）。家族・親族への連絡。
- 独居の男性高齢者、民生委員から「新聞がたまっており、呼び出しても応答がない」との通報を受け、訪問。近隣からの情報を得ても外出した様子がなく、玄関、裏の窓等、鍵がかかっているが応答がない。市役所・高齢者支援課に相談、異変に対し、警察に通報をし、アパートの中に警察官が入り、コタツの側で亡くなっているのを発見された。市の情報をもとに、疎遠となっていた子供に連絡を入れる。

●遺体安置から葬儀の処置等の対応

<自由記述の例>

- 警察立ち会い対応。
- 近隣住民の通報により、通報者と現場へ確認訪問。鍵が開かず不動産と警察へ通報、その後、行政へ報告。日頃から本人の様子を見守っていた近隣住民より連絡入る。通報者は同席できず職員訪問し、倒れている本人発見し救急車と死亡確認し警察へとつながる。第一発見者となり検証等立ち合う。
- 親族が対応できるまで時間を要したので、遺体預かりや葬儀の手配、地域の力要請等。
- ヘルパー訪問時、様子がおかしいとの連絡から、自宅へ行き、一緒に家へ入ったところ、死亡を確認。救急車へ連絡し、死亡が確認され、警察の事情調聴が1日の内何度も行なわれた。家族へも連絡し、遠方より夕方到着され、事情説明し、お礼の言葉はなく、「もう少し早いうちに何とかならなかったのか！」と責められた事を覚えている。第1発見者となったため、丸2日間対応に追われた。

●葬式後の身辺整理の対応

<自由記述の例>

- 警察官、区長へ連絡、家族関係が複雑で行政、地区住民で葬儀の執行、1ヶ月後に遠縁者出現し、金品の引渡しを行なった。金品の引き渡しを行なったのは行政機関であると推定される。
- 死亡後の対応（家族調整等）。
- 相続財産管理人の選任。

- 所持金も無い為、生活保護担当課に相談。その後、公営住宅入居時に保証人として署名のあった古い知人（15年以上前の知り合いで、10年以上付き合いなし）に連絡したところ、これも何かの縁と本人の亡骸を引き取って供養してくれた。

●行った支援の振り返り

<自由記述の例>

- うつ病を患っていた為、頻回に訪問すべきであったと反省した。センター内、あるいはチーム内で、支援内容を検証した。
- 民生委員の定例会議で、行政、警察を交え、意見交換（勉強会）を行なう。

③孤立死した高齢者への対応件数（過去1年間）

あると回答した452センターについて、過去1年間の孤立死した高齢者への対応件数について、回答を得たところ、平均1.54人（標準偏差1.37）と示された。

表 6-22 孤立死した高齢者への対応件数（過去1年間）

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
孤立死した高齢者への対応件数（過去1年間）	1.54	1.37	0	11	404

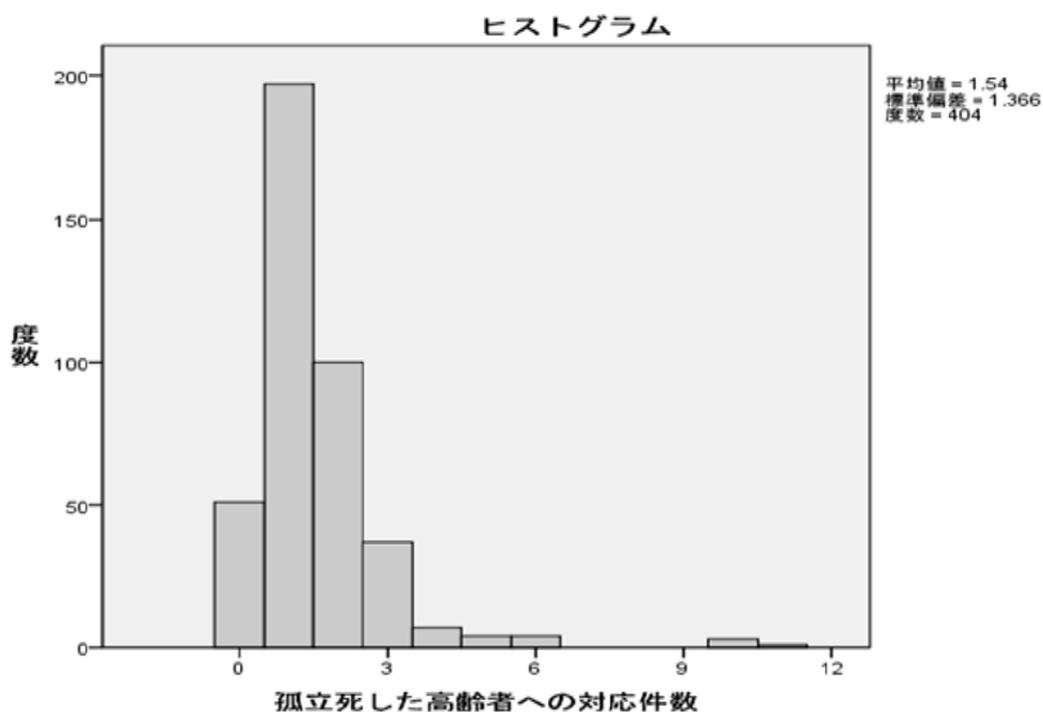


図 6-20 孤立死した高齢者への対応件数（過去1年間）

4 孤立死予防のための取り組みについて

(1) ひとり暮らし高齢者、夫婦のみ世帯への施策支援の状況

ひとり暮らし高齢者への施策の実施の有無について、「はい」と回答したセンターは78.4%、「いいえ」と回答したセンターは16.1%であった。一方、高齢夫婦のみ世帯への施策の実施の有無については、「はい」が64.5%、「いいえ」が28.7%であった。

ひとり暮らし高齢者への施策をどの対象者に実施しているかについて尋ねたところ、「リスク対象者本人」が一番多く89.4%と示され、「地域住民（民生委員、児童委員、自治会、町会等）」が79.7%と7割を超えていた。次いで、「リスク対象者の家族・親類」47.8%、「介護サービス事業者、介護支援専門員」は44.6%、「地域包括支援センター職員（への普及啓発）」42.6%と示されたが、これらは4割程度のセンターにおいて実施されていた。

最も少なかったのは、「行政内の関係課（への普及啓発）」と、「社会福祉協議会（への普及啓発）」であり、それぞれ33.2%、30.9%と3割程度の実施であった。

夫婦のみ世帯への施策についても、ひとり暮らし高齢者への施策とほぼ同様の傾向が示された。

表 6-23 ひとり暮らし高齢者、夫婦のみ世帯への施策・支援実施の有無

	はい		いいえ		無回答		合計	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ひとり暮らし高齢者への施策	1084	78.4	222	16.1	76	5.5	1382	100.0
高齢夫婦のみ世帯への施策	891	64.5	396	28.7	95	6.9	1382	100.0

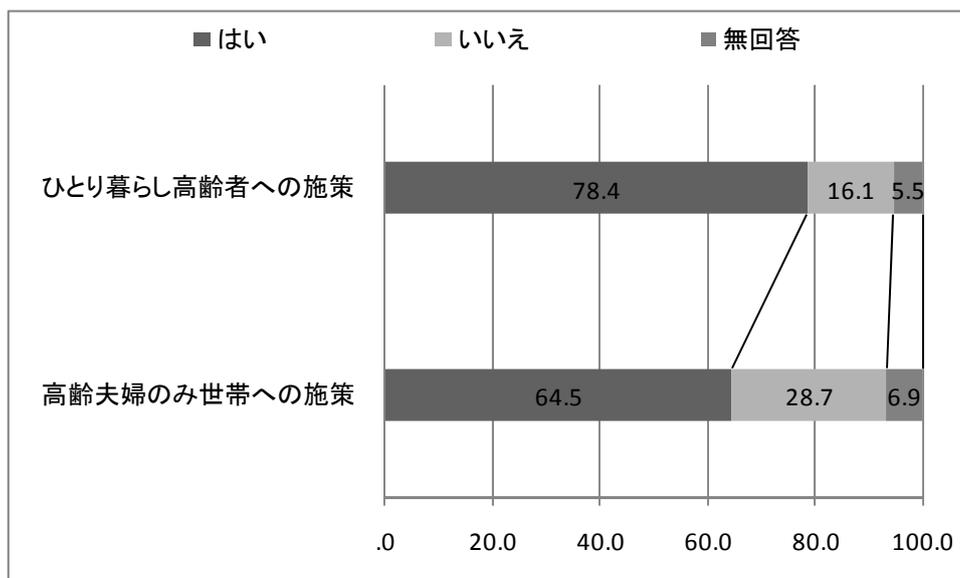


図 6-21 ひとり暮らし高齢者、夫婦のみ世帯への施策・支援実施の有無

表 6-24 ひとり暮らし高齢者、夫婦のみ世帯への施策・支援の対象者別の実施状況

対象者	ひとり暮らし高齢者への施策 (N=1084)		高齢夫婦のみ世帯への施策 (N=891)	
	あり	%	あり	%
リスク対象者本人	920	84.9	766	86.0
地域住民（民生委員、児童委員、自治会、町会等）	864	79.7	679	76.2
リスク対象者の家族・親類	518	47.8	482	54.1
介護サービス事業者、介護支援専門員	484	44.6	414	46.5
地域包括支援センター職員（への普及啓発）	462	42.6	393	44.1
行政内の関係課（への普及啓発）	360	33.2	291	32.7
社会福祉協議会（への普及啓発）	335	30.9	247	27.7
その他	41	3.8	23	2.6

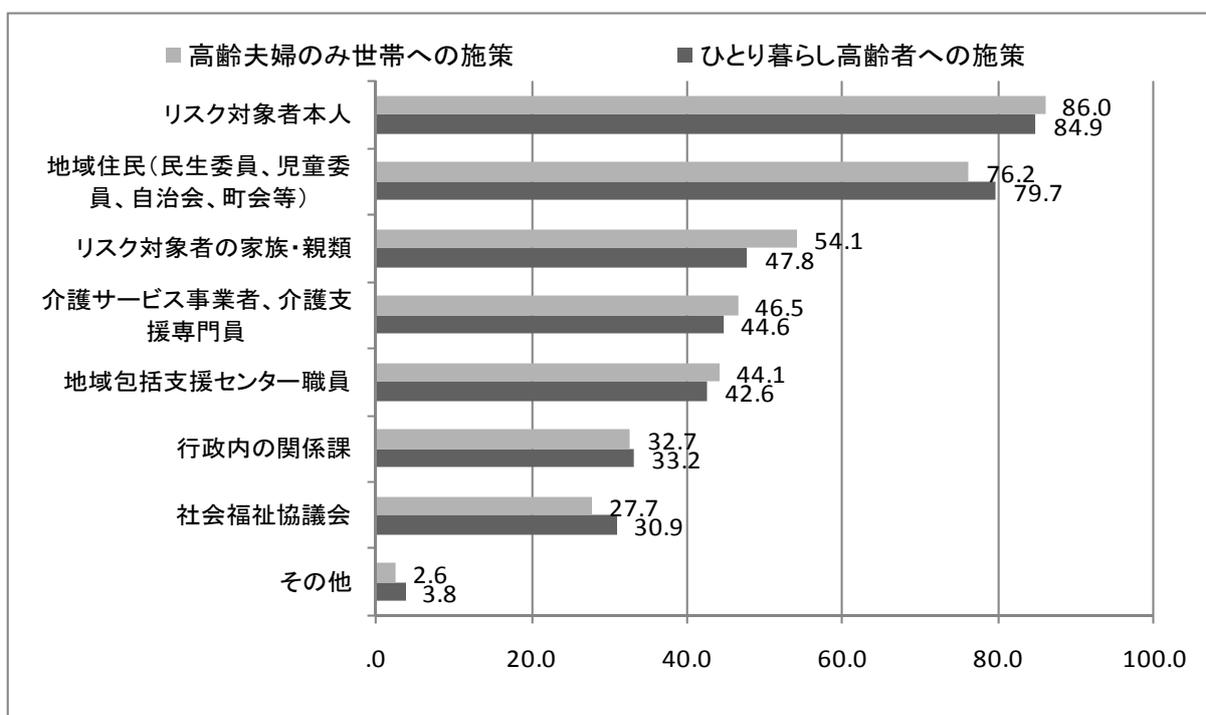


図 6-22 ひとり暮らし高齢者、夫婦のみ世帯への施策・支援の対象者別の実施状況

(2) 孤立死高リスク高齢者への施策・支援の状況

① 孤立死高リスク高齢者への施策・支援の実施の有無

孤立死予防のための施策・支援の状況として、地域包括支援センターが取り組む「孤立死高リスク高齢者」への施策・支援の有無について、「はい」と回答したセンターが41.9%、いいえが52.0%であり、半数以上のセンターにおいて施策が行われていない状況が示された。

表 6-25 孤立死高リスク高齢者への施策・支援の有無

	N	%
はい	579	41.9
いいえ	719	52.0
無回答	84	6.1
合計	1382	100.0

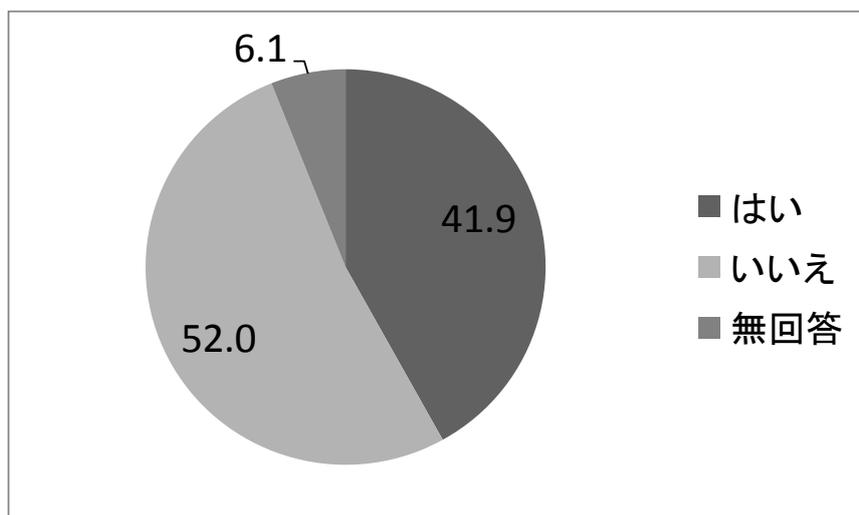


図 6-23 孤立死高リスク高齢者への施策・支援の有無

②孤立死高リスク高齢者への施策・支援の実施の対象者

どのような対象に行っているかについて、さらに回答を得たところ、地域住民（民生委員、児童委員、自治会、町会等）が一番多かったが、46.1%と他の2つと比較すると数値が低く、続いて多かった、リスク対象者本人は、42.9%、地域包括支援センター職員は、31.4%と示された。

これら数値は、ひとり暮らし高齢者、あるいは、夫婦のみ世帯に対する施策や支援の実施状況と比較すると低く、また本人のみならず地域住民や家族、行政関係者と多様に行われていた。

これより、地域包括支援センターにおいて実施される、孤立死高リスク高齢者の施策・支援は、多様に行われている状況が推察され、今後は、孤立死高リスク高齢者への施策のプロセスの集積やアウトカムの評価について、さらなる積み上げが必要であることが示唆された。

表 6-26 孤立死高リスク高齢者への施策・支援の対象者別の実施状況 (N=579)

	あり	%
地域住民(民生委員、児童委員、自治会、町会等)	411	46.1
リスク対象者本人	382	42.9
地域包括支援センター職員(への普及啓発)	280	31.4
リスク対象者の家族・親類	258	29.0
介護サービス事業者、介護支援専門員	255	28.6
行政内の関係課(への普及啓発)	215	24.1
社会福祉協議会(への普及啓発)	148	16.6
その他	36	4.0

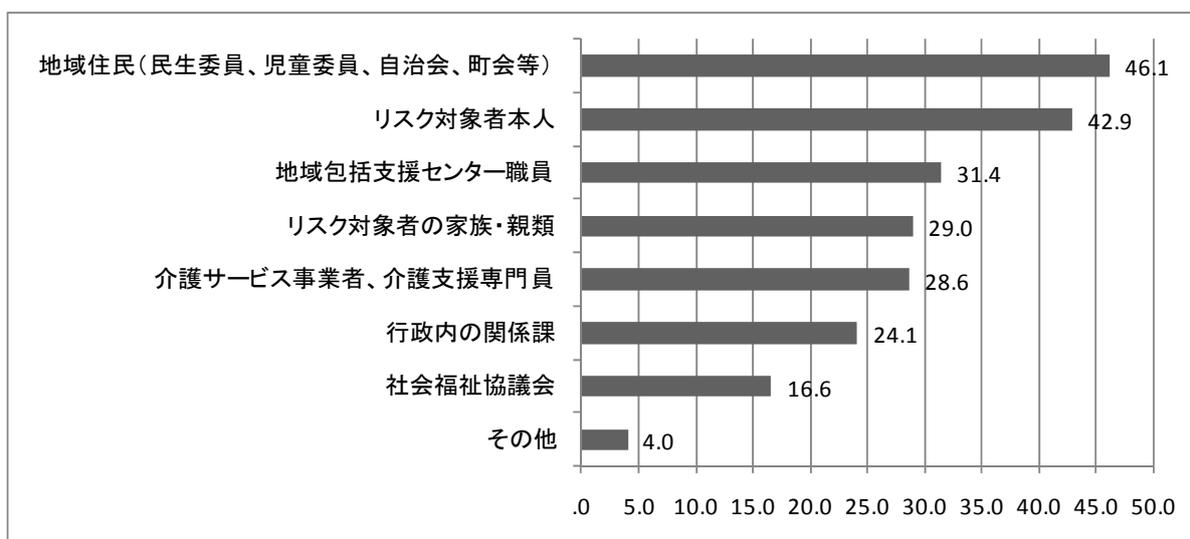


図 6-24 孤立死高リスク高齢者への施策・支援の対象者

③孤立死のリスクが高い高齢者に対する施策の内容

孤立死のリスクが高い高齢者に対する施策の内容の自由記述について、分類整理したところ、「孤立死高リスク者の発見・発掘施策」、「孤立死高リスク者への支援施策」、「施策なし」の3つに分類された。

●孤立死高リスク者の発見・発掘施策

<自由記述の例>

- 高齢者実態把握事業。
- 早期発見ネットワーク作り（新聞・ヤクルト等の宅配業者、クリーニング宅配事業者、主治医、ホームページ等）。
- サロン活動。
- 高齢者訪問指導事業等において保健師、看護師等の訪問。
- 見守りチェックシートの啓発。

●孤立死高リスク者への支援施策

<自由記述の例>

- 見守り支援（社協や駐在所との連携による定期的な見守り訪問、孤立死防止モデル事業）。
- 見守りネットワークづくり（見守りネットワークづくり、社協、民生委員、自治会、商店、宅配便等と連携した高齢者の安否確認ネットワークの構築・介護・生活支援
- 介護サービス等支援環境づくり支援、支援チームのコーディネート、社協と連携した地域におけるサロンの開催（3地区で月1回）、ボランティアと民生委員で、月4回の見守りの為の弁当事業、緊急通報システムの利用促進。配食サービスによる見守り体制。
- 名簿作成・管理（小地域ネットワーク事業の中で、リストを自治会・消防・地域
- 活動推進委員で名簿の管理（65才以上の高齢者、障害者と高齢世帯、高齢世帯）、名簿作成（緊急時連絡先との確認、サービス内容、担当民生委員、医療機関）。
- 高齢者アンケートを実施。

●施策なし

<自由記述の例>

- 行政より情報もらえず把握できない。
- 地域の結びつきが強固な地域なので孤立死はない。
- 現在のセンターの人員、業務状況では不可能。

(3) 孤立死高リスク高齢者の把握

① 孤立死高リスク高齢者の把握の状況

孤立死高リスク高齢者の把握の有無について、「はい」が 32.0%、「いいえ」が 64.4%であり、孤立死の高リスク高齢者への施策の実施より、低い傾向にあった。さらに、把握と施策の実施について、それぞれの程度行っているか分析したところ、「把握および施策が共に行われていない」センターが 46.7%と最も多く、続いて、「把握および施策あり」は 24.7%であった。

表 6-27 孤立死高リスク高齢者の把握

	N	%
はい	442	32.0
いいえ	890	64.4
無回答	50	3.6
合計	1382	100.0

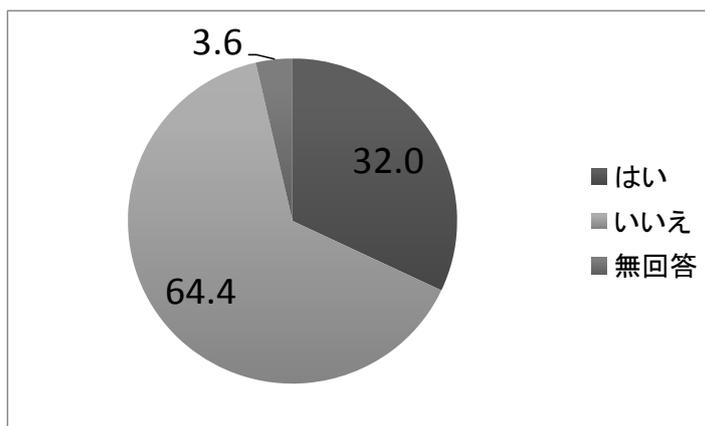


図 6-25 孤立死高リスク高齢者の把握

表 6-28 孤立死高リスク高齢者の把握と施策の実施状況

	N	%
把握および施策あり	342	24.7
把握のみ	66	4.8
施策のみ	214	15.5
把握および施策なし	645	46.7
無回答	115	8.3
合計	1382	100.0

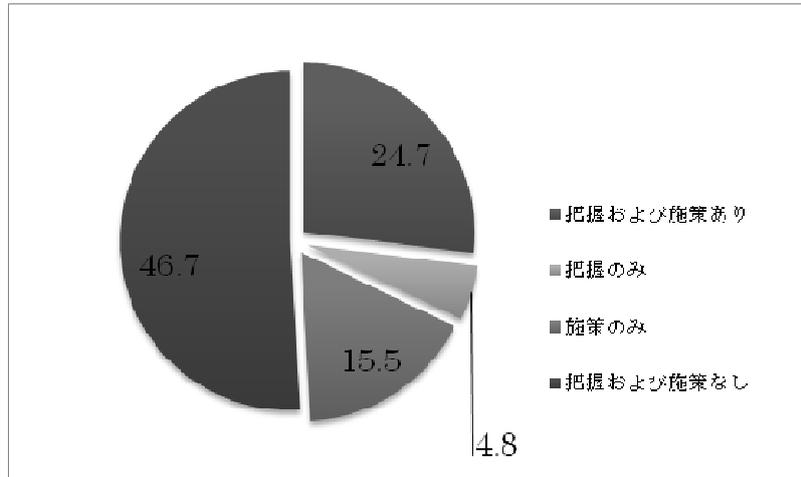


図 6-26 孤立死高リスク高齢者の把握と施策の実施状況

②孤立死のリスクが高い高齢者の定義の内容

孤立死のリスクが高い高齢者の定義の内容の自由記述について整理したところ、「世帯の状況」、「健康・医療面の状況」、「経済的な状況」、「家族や近隣との関係の状況」、「サービス利用や支援体制の状況」の5つに分類された。

●世帯の状況

<自由記述の例>

- 独居の高齢者。
- 高齢者世帯。
- 障害者と高齢者のみの世帯。
- 老々介護をしている。
- マンション暮らしの独居高齢者。

●健康・医療面の状況

<自由記述の例>

- 主治医がない。
- 受診しない、受診を拒否している。
- アルコール依存症の男性の独居者。最近増加している。
- 心疾患や脳血管疾患等の急変の可能性がある。
- 認知症等での閉じ込めりや徘徊で事故の可能性がある。

●経済的な状況

<自由記述の例>

- 経済的に困窮していて、必要なものが買えてない、食事（栄養）がとれていない。
- 経済的に困窮しているために、受診できていない。
- 公共料金がストップしていて、電気や水道が止められている。

●家族や近隣との関係の状況

<自由記述の例>

- 家族・親戚との関係がない、希薄。
- 地域とのつながりがない、希薄。
- 外出、他者との交流を拒否している。
- 閉じ込もりがち。
- 定期的な他者の訪問がない。
- 外出していない。
- 電話がない、または使えない。
- 3日間、誰とも話したり接触する機会のない独居者。

●サービス利用や支援体制の状況

<自由記述の例>

- 介護サービス等を利用していない、拒否している。
- 定期的な安否確認を行う体制が無い。
- 同居家族世帯での、本人への無関心やネグレクトがある。

(4) 孤立死高リスク高齢者の情報収集、訪問調査

孤立死の高リスク高齢者の情報収集、訪問調査について回答を得た。

情報収集の実施の有無については、「行っている」が28.7%、「行っていない」が65.9%であった。一方、訪問調査の実施は、「行っている」と回答したのが55.8%、「行っていない」が41.8%であり、情報収集より訪問調査の方が、実施割合は高いことが明らかになった。

① 孤立死高リスク高齢者の情報収集、訪問調査の実施

表 6-29 孤立死高リスク高齢者の情報収集および訪問調査の実施

	行っている		行っていない		無回答		合計	
	N	%	N	%	N	%	N	%
情報収集の実施	396	28.7	911	65.9	75	5.4	1382	100.0
訪問調査の実施	771	55.8	578	41.8	33	2.4	1382	100.0

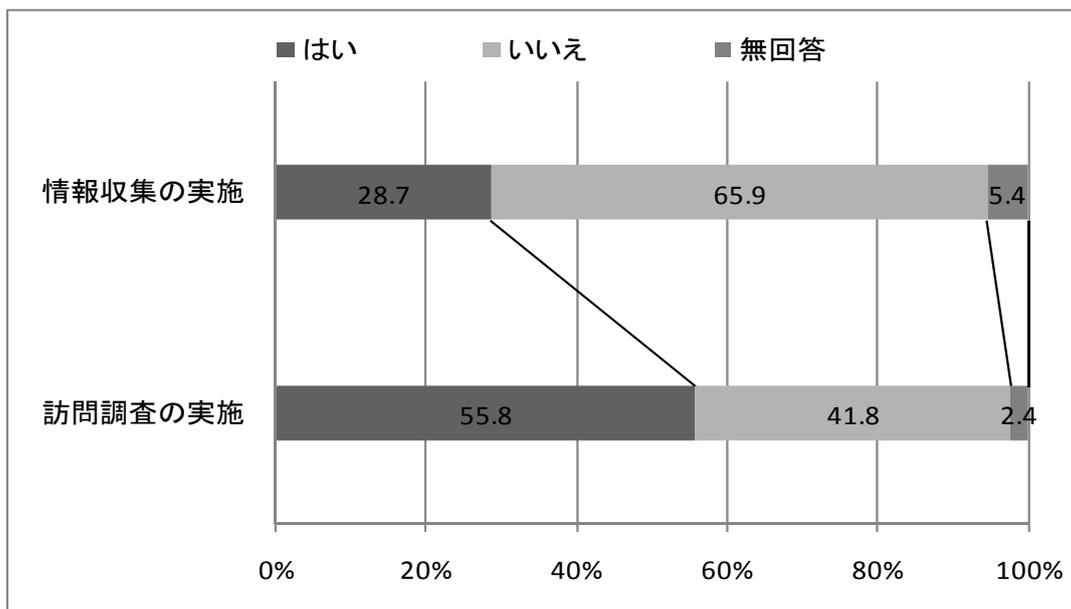


図 6-27 孤立死高リスク高齢者の情報収集および訪問調査の実施

表 6-30 孤立死高リスク高齢者の情報収集と訪問調査の実施

	N	%
情報収集および訪問調査	346	25.0
情報収集のみ	38	2.7
訪問調査のみ	364	26.3
どちらも実施していない	531	38.4
無回答	103	7.5
合計	1382	100.0

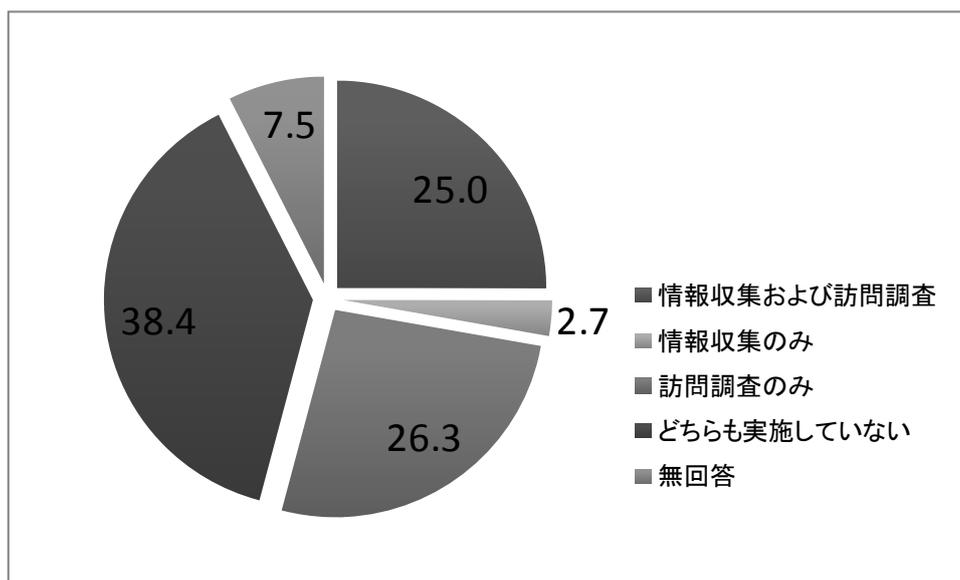


図 6-28 孤立死高リスク高齢者の情報収集と訪問調査の実施

②訪問調査時に収集する情報の内容

訪問調査時に収集する情報の内容としては、「家族、親族等との関わり」についてが 89.9%と最も多く、続いて「近隣住民との関わり」が 87.5%、「健康に関わる情報(現病歴)」が 86.5%、「日常生活の状況に関わる情報(ADL・IADL)」が 84.8%、「介護サービスの利用状況」が 83.8%と示され、これらについては 8 割以上のセンターにおいて訪問調査時に収集されている状況が明らかになった。

表 6-31 訪問調査時に収集する情報収集の内容 (N=771)

	N	%
家族、親族等との関わりについて	693	89.9
近隣住民との関わり	675	87.5
健康に関わる情報(現病歴)	667	86.5
日常生活の状況に関わる情報(ADL・IADL)	654	84.8
介護サービスの利用状況	646	83.8
生活保護受給の有無	507	65.8
その他	63	8.2

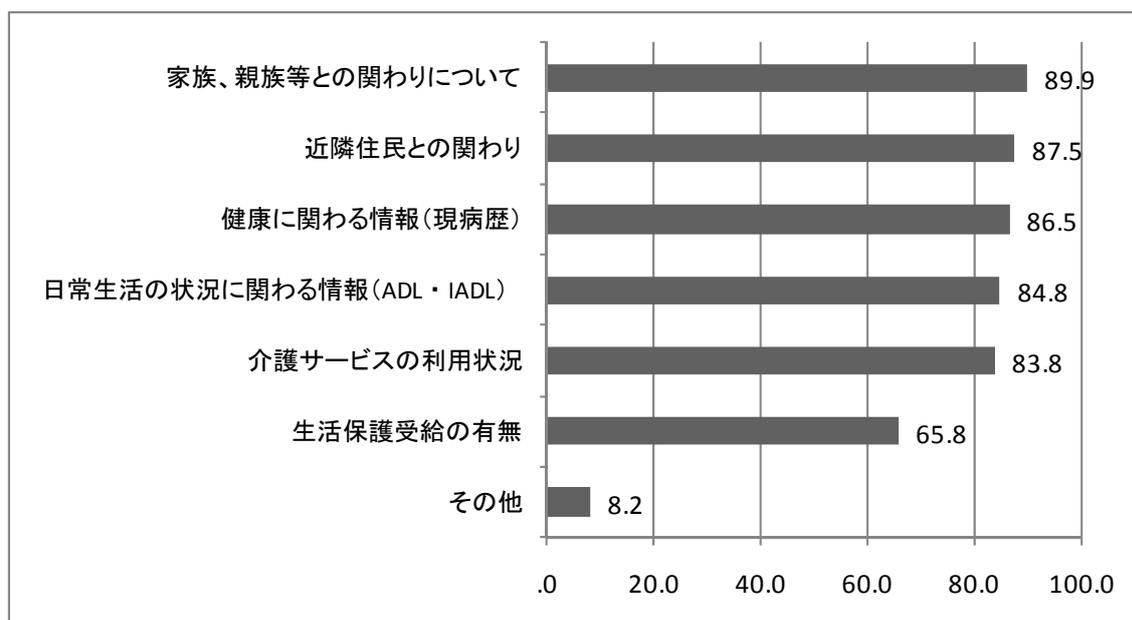


図 6-29 訪問調査時に収集する情報の内容 (N=771)

③孤立死のリスクが高い高齢者に関する情報収集及び実態訪問の詳細

孤立死のリスクが高い高齢者に関する情報収集及び実態訪問の内容に関する自由記述について、「誰が・どのような方法」という方法論に関する内容と、「どのような内容の情報」という収集する情報の内容という二つの観点から分類整理したところ、以下の内容が示された。

●誰が・どのような方法で

<自由記述の例>

- 近隣（近所の方、自治会長、民生委員等）から情報を得る。
- ケアマネジャーから情報を得る。
- 介護サービス事業者から情報を得る。
- 医療機関から情報を得る。
- センターが、民生委員から提出された独居高齢者台帳等で実態把握を行っている。
- センターが、民生委員や自治会等よりの通報や情報把握の中で、担当者を決めて訪問している。
- センターが、ケアマネが担当している独居者の状況について情報交換を行っている。
- 市内のセンター間で、情報を把握し、共有している。
- センターが対象者宅を訪問して、情報を収集している。
- センターが、本人に関わる関係者（町内会等含む）との情報交換等により、状態や状況、生活環境等の情報把握している。
- センターが関係者と地域ケア会議を開催して、情報を収集や支援を検討している。
- センターが、各町内会代表や高齢者クラブ等に見守り事業を説明し「見守りたい対象者」の情報提供をよびかけている。

●どのような内容の情報

<自由記述の例>

- 家族関係、親族関係、緊急連絡先、本人のADLやIADL、健康状態、診療状況
- 同居家族世帯での、本人への無関心やネグレクト状態
- 認知症等での閉じ込めりや徘徊で事故の可能性
- ゴミがあふれているというような情報
- 経済的問題、経済的に必要なものが買えているか、食事がとれているか
- 近隣との付き合い、介護・福祉サービスの利用状況、認知症の程度
- 独居者の状況、介護サービス利用の有無や利用状況
- 介護サービスの利用状況や利用中の状況
- 疾病名、通院状況、服薬情報、病歴、認知症の症状

(5) 孤立死の高リスク高齢者の把握と施策の関連性

また、孤立死の高リスク高齢者の把握の有無と、孤立死の高リスク高齢者への施策の有無の関係性についてクロス表を作成し、 χ^2 検定によって検討したところ、孤立死の高リスク高齢者への施策があるとしたセンターは、孤立死の高リスク高齢者への把握・訪問調査、情報収集がいずれも有意に多く実施されていることが明らかになった。

表 6-32 孤立死高リスク高齢者の施策と把握の有無のクロス表

		孤立死の高リスク高齢者の把握				合計	
		はい		いいえ			
		N	%	N	%	N	%
孤立死の高リスク高 齢者への施策の有無	はい	342	61.5	214	38.5	556	100.0
	いいえ	66	9.3	645	90.7	711	100.0
合計		408	32.2	859	67.8	1267	100.0

$$\chi^2=389.83, P=0.00$$

表 6-33 孤立死高リスク高齢者の施策と訪問調査の有無のクロス表

		孤立死の高リスク高齢者への訪問の有無				合計	
		はい		いいえ			
		N	%	N	%	N	%
孤立死の高リスク高 齢者への施策の有無	はい	449	79.0	119	21.0	568	100.0
	いいえ	262	37.1	444	62.9	706	100.0
合計		711	55.8	563	44.2	1274	100.0

$$\chi^2=245.32, P=0.00$$

表 6-34 孤立死高リスク高齢者の施策と情報収集の有無のクロス表

		孤立死の高リスク高齢者の情報収集の有無				合計	
		はい		いいえ			
		N	%	N	%	N	%
孤立死の高リスク高 齢者への施策の有無	はい	281	52.4	255	47.6	536	100.0
	いいえ	82	11.6	624	88.4	706	100.0
合計		363	29.2	879	70.8	1242	100.0

$$\chi^2=224.48, P=0.00$$

(6) 孤立死高リスク高齢者への取り組み手順

孤立死高リスク高齢者への取り組みの手順化の有無について回答を得た。孤立死の高リスク高齢者への取り組み手順については、「ある」が 12.8%であり、孤立死の高リスク高齢者への取り組みの手順化については、1割ほどのセンターでしかなされていないことが明らかになった。

表 6-35 孤立死高リスク高齢者への取り組み手順の有無

	N	%
はい	177	12.8
いいえ	1191	86.2
無回答	14	1.0
合計	1382	100.0

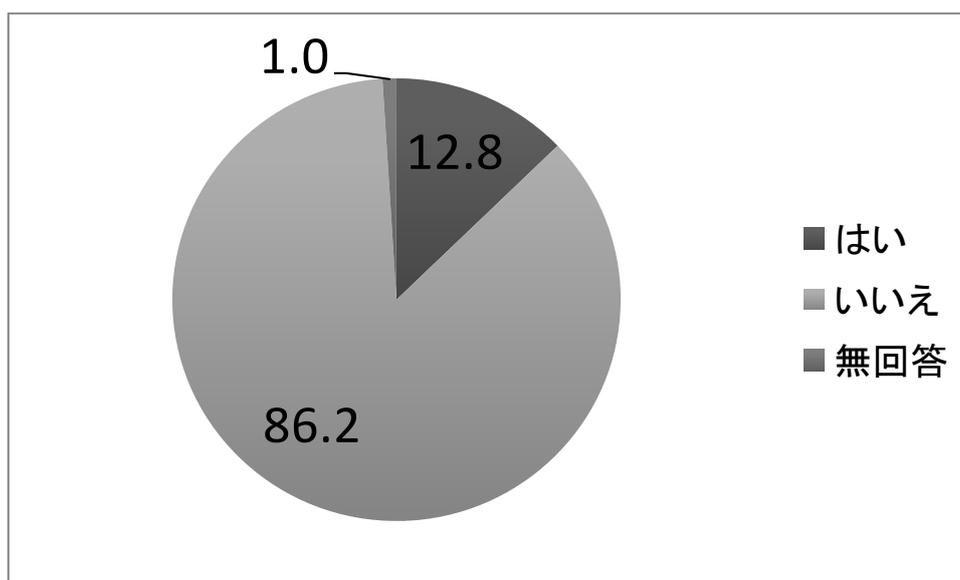


図 6-30 孤立死高リスク高齢者への取り組み

(7) 孤立死高リスク高齢者を発見・異変時に通報するネットワーク

① 孤立死高リスク高齢者を発見するネットワーク

孤立死高リスク高齢者を発見するネットワークについては、「(B) 民生委員・児童委員」が最も多く、86.7%であった。続いて、「(I) 介護支援専門員」で76.3%、「(H) 介護サービス事業者（サービス提供者）」で72.4%、「(J) 配食サービス提供者」で69.9%、「(K) 生活保護ケースワーカー」で60.6%と示された。

表 6-36 対象者別孤立死高リスク高齢者を発見するネットワークの状況

	あり	%
(A) 近隣住民	438	31.7
(B) 民生委員・児童委員	1198	86.7
(C) 福祉協力員（在宅福祉アドバイザー）	306	22.1
(D) 自治会・町内会	587	42.5
(E) 乳飲料等の配達を伴う民間会社の配達員	205	14.8
(F) 新聞配達員	197	14.3
(G) 電気・水道・ガス等の検針員	101	7.3
(H) 介護サービス事業者（サービス提供者）	1001	72.4
(I) 介護支援専門員	1055	76.3
(J) 配食サービス提供者	966	69.9
(K) 生活保護ケースワーカー	837	60.6

②孤立死高リスク高齢者の異変時に通報するネットワーク

ハイリスク高齢者に異変があったときに通報するネットワークについては、発見ネットワークと同様、「(B) 民生委員・児童委員」が最も多く、84.3%であった。

続いて、「(I) 介護支援専門員」78.0%、「(H) 介護サービス事業者（サービス提供者）」で、73.5%、「(J) 配食サービス提供者」で72.6%、「(K) 生活保護ケースワーカー」で62.6%と示されハイリスク高齢者を発見するネットワークとほぼ同様の傾向を示していた。

表 6-37 対象者別孤立死高リスク高齢者の異変時に通報するネットワークの状況

	あり	%
(A) 近隣住民	445	32.2
(B) 民生委員・児童委員	1165	84.3
(C) 福祉協力員（在宅福祉アドバイザー）	302	21.9
(D) 自治会・町内会	586	42.4
(E) 乳飲料等の配達を伴う民間会社の配達員	206	14.9
(F) 新聞配達員	209	15.1
(G) 電気・水道・ガス等の検針員	104	7.5
(H) 介護サービス事業者（サービス提供者）	1016	73.5
(I) 介護支援専門員	1078	78.0
(J) 配食サービス提供者	1004	72.6
(K) 生活保護ケースワーカー	865	62.6

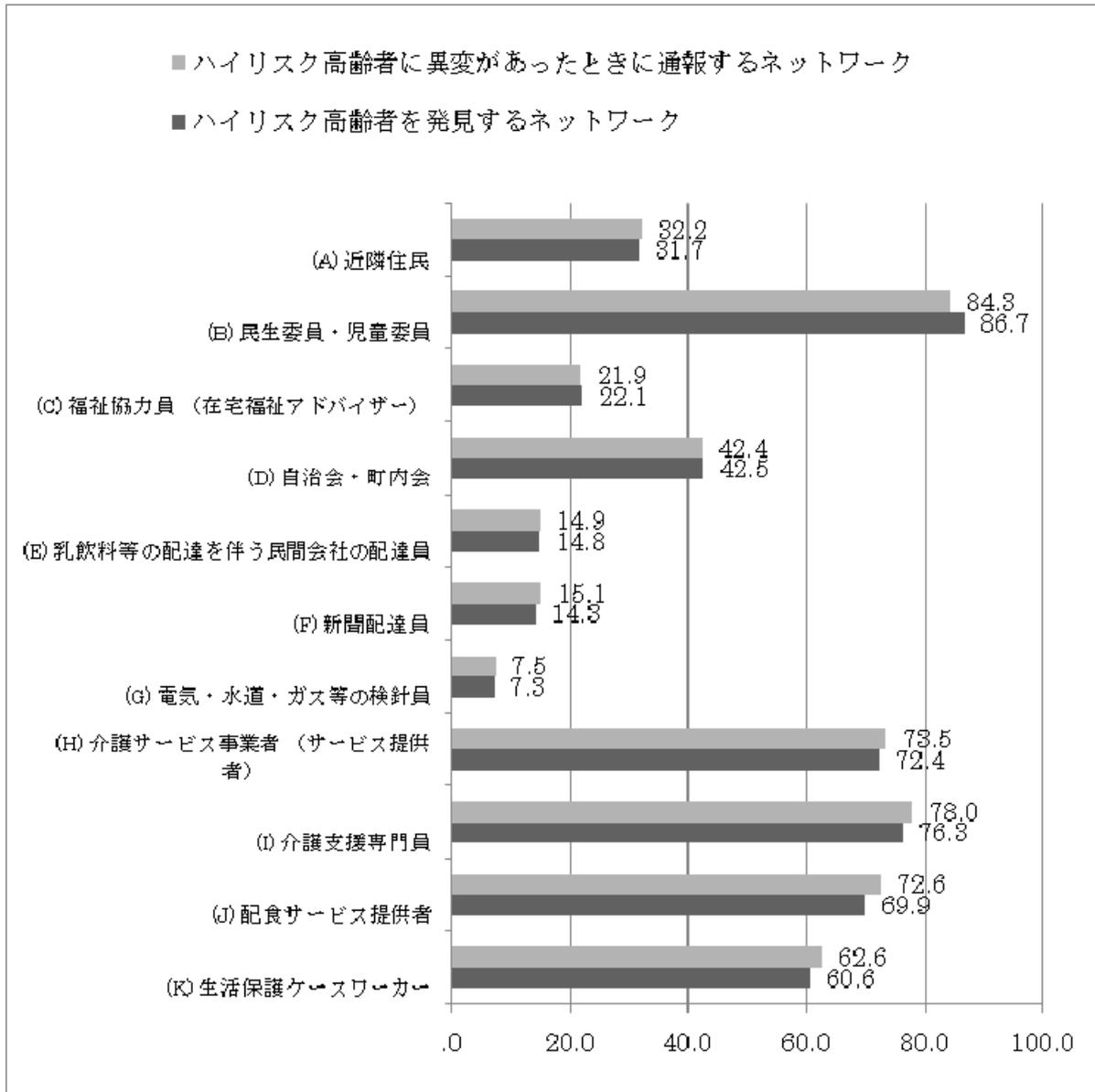


図 6-31 対象者別孤立死高リスク高齢者を発見・異変時に通報するネットワークの状況の比較

(8) 孤立死に対する事業講座の実施および予定

① 孤立死に対する事業講座の実施および予定

自治体と共同した事業や講座、あるいは孤立死に関する事業の実施予定の有無について、回答を得た。

自治体と共同した事業や講座については、センター提案の事業や講座が「ある」が29.2%、であるのに対し、自治体提案について、「ある」が22.1%とセンター提案の方が高い傾向にあった。

孤立死に関する事業の実施予定については、センター提案の事業予定が「ある」が11.5%、また自治体提案が、「ある」が8.5%であり、これについてもセンター提案が高い傾向にあった。

表 6-38 センター提案および自治体提案の事業実施および孤立死の対する事業予定の有無

	ある		ない		無回答		合計	
	N	%	N	%	N	%	N	%
自治体との共同事業講座の実施(センター提案)	404	29.2	719	52.0	259	18.7	1382	100.0
自治体との共同事業講座の実施(自治体提案)	305	22.1	793	57.4	284	20.5	1382	100.0
孤立死に関する事業講座の予定(センター提案)	159	11.5	1104	79.9	119	8.6	1382	100.0
孤立死に関する事業講座の予定(自治体提案)	118	8.5	1114	80.6	150	10.9	1382	100.0

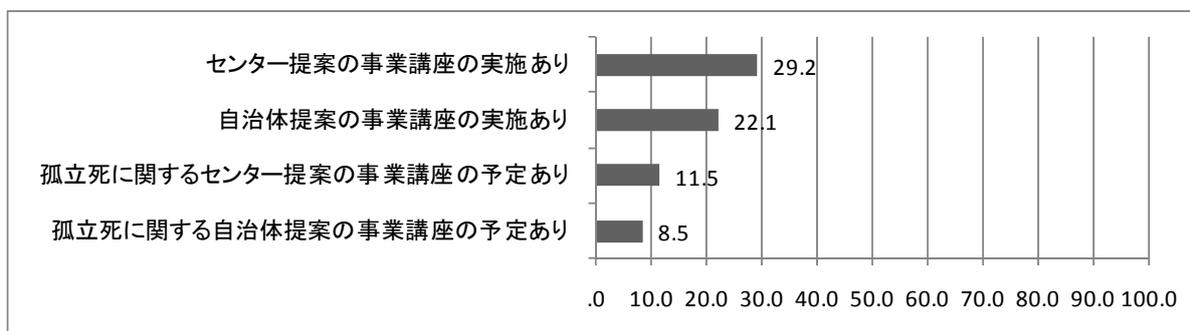


図 6-32 センター提案および自治体提案の事業実施および孤立死の対する事業予定の有無

② 孤立死に対する事業講座の実施および予定の内容

孤立死に対する事業講座の実施および予定の内容の自由記述について、分類整理したところ、「既の実施、今後予定や検討中の事業や講座等」、「事業や講座等実施が困難な状況」、「事業や講座等に関する留意点や要望」の3つに分類された。

●既の実施、今後予定や検討中の事業や講座等

<自由記述の例>

- 市が高齢者見守りほっとラインというネットワーク構築をするため「ささえあいネット」事業を拡大していけるよう、担当地域の中で協力していただける機関を増やして行く。
- キャラバンメイトを持つ者2名と近隣のセンターとで広域的にサポーターを増やし

て行くとりくみを考えている。

- ケアマネジャー交流会、小地域ケア会議を通して、地域支援事業を検討して行きたい。
- 以前より、独居や高齢者世帯等、支援が必要な高齢者を民生委員が定期的に訪問しており、行政の指示のもとより援助が必要な高齢者宅をセンターが訪問している。
- 法人機関紙を利用して周知活動を行っている。
- 地域の小単位（公民館周辺地域）で介護予防講座を複数回予定している。
- 地域の問題、孤立死防止や消費者被害、その他見守りネットワークを築いて行く予定。
- 独居者、未受診者、サービス未利用者等の高齢者の実態把握を行なう。
- 在宅介護支援センター時代に「孤立死ゼロ事業」として取り組み、「見守り」「住民による相談窓口」「喫茶室」等を行なっている地域がある。
- 自治体で生活介護支援サポーター養成事業を実施し、セルフネグレクトについての講演の開催予定。
- 「どないや訪問」「民生委員さんとの同行訪問」を予定している。
- 地域包括ケア推進事業（国庫事業）に取り組んでいる。

●事業や講座等実施が困難な状況

<自由記述の例>

- 業務量多く、余裕なし。これ以上業務量増えたら退職者がでる現実。現状は、離職者を出さないのが優先という状況。
- 何かと「個人情報」の声が上がり、また近所付き合いの希薄さからか、なかなか話の上でも出てこないのが現状。
- センターの予算も、市の課自体の予算も削減されている中で、新しい事業の立ち上げは困難な状況。
- 孤独死対策のためには、まず人員の確保が必要。
- 行政より情報の提示がない、提案がない。

●事業や講座等に関する留意点や要望

<自由記述の例>

- 結果として孤立死防止、予防となっていることはあると思うが、それを目的とするよりも、高齢になってもあるいは認知症になっても安心して住みつづけることのできる街を目ざしての事業、講座等への取組みがあり、それらはあくまで予防的なかわりと言えらると思う。
- 各事業についての予算がある事業とない事業があり又委託料の中で事業予算がしっかりと取れるようなシステム化を望む。

5 孤立死発見のための支援基盤の構築プロセス

(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73.1%と最も高く、続いて「④受け入れ施設」が71.1%、「②リスト作成」が69.4%であった。

プロセス順では、「⑦活動状況把握」までは6割以上実施されていたが、続いての「⑧ネットワーク活動改善」については48.5%に留まり、「⑨意識調査の実施」～「⑪アウトカム評価」に至っては、1割から2割の実施に留まっていた。

表 6-39 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	849	62.5
②リスト作成	942	69.4
③ルート確認	833	62.3
④受け入れ施設	965	71.1
⑤支援ネットワーク	983	73.1
⑥ネットワーク会議	839	62.3
⑦活動状況把握	918	68.3
⑧ネットワーク活動改善	653	48.5
⑨意識調査の実施	288	21.4
⑩改善施策の検討	367	27.2
⑪アウトカム評価	215	15.9

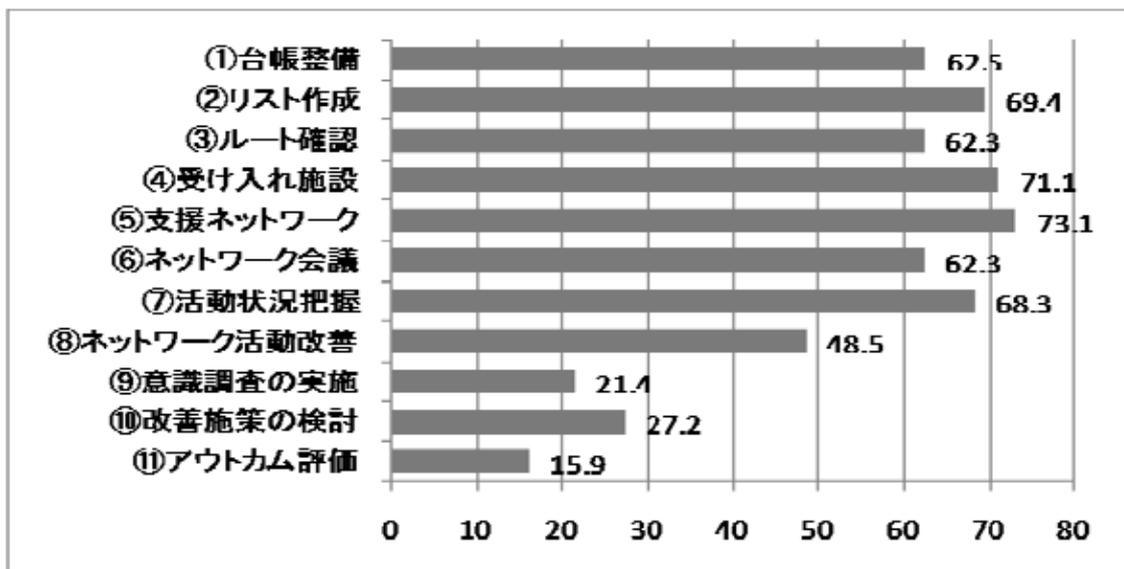


図 6-33 共通的支援基盤のプロセス実施の有無

(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」という「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、93センター（7.1%）であった。改善施策の検討、アウトカムの評価などといった改善業務の実施率が低いことが推察された。

表 6-40 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	93	7.1
①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨+⑩+⑪	74	5.6
①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨+⑩	46	3.5
①+②+③+④+⑤+⑥+⑦	34	2.6
②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧	22	1.7
②+③+④+⑦	19	1.4
①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑩	18	1.4
②	18	1.4
①+②+④+⑤+⑥+⑦+⑧	17	1.3
①	13	1.0
①+②	13	1.0
①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑩+⑪	13	1.0
①+②+③+④+⑤+⑦	13	1.0
①+②+③+⑤+⑥+⑦+⑧	12	0.9
①+③+④+⑤+⑥+⑦	12	0.9

(3) 共通的支援基盤のプロセスを連続して通過した割合

共通的支援基盤のプロセスについて、「①台帳整備」から「⑪アウトカム評価」まで順にどこまでを実施しているか、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を含む」全プロセスを行っているセンターは、1381センター中74センター（5.4%）であった。

表 6-41 共通的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	635	46.0
1⇒2⇒3を含む	497	36.0
1⇒2⇒3⇒4を含む	431	31.2
1⇒2⇒3⇒4⇒5を含む	388	28.1
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6を含む	339	24.5
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7を含む	309	22.4
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8を含む	260	18.8
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9を含む	127	9.2
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9⇒10を含む	120	8.7
1⇒2⇒3⇒4⇒5⇒6⇒7⇒8⇒9⇒10⇒11を含む	74	5.4

(4) 共通的支援基盤のプロセスの到達率

共通的支援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、「⑧ネットワーク活動改善」まで到達したセンターが最も多く、22.0%、続いて「⑦活動状況把握」が20.5%、「⑪アウトカム評価」が15.6%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 6-42 共通的支援基盤のプロセスの到達率

	N	%
①台帳整備	13	0.9
②リスト作成	31	2.2
③ルート確認	25	1.8
④受け入れ施設	57	4.1
⑤支援ネットワーク	65	4.7
⑥ネットワーク会議	84	6.1
⑦活動状況把握	283	20.5
⑧ネットワーク活動改善	304	22.0
⑨意識調査の実施	33	2.4
⑩改善施策の検討	208	15.1
⑪アウトカム評価	215	15.6
システム欠損値	64	4.6
合計	1382	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、「9. 意識調査の実施」、「10. 改善施策の検討」、「11. アウトカム評価」からなる因子1、「6. ネットワーク会議」、「5. 支援ネットワーク」、「8. ネットワーク活動改善」、「7. 活動状況把握」からなる因子2、「3. ルート確認」、「4. 受け入れ施設」、「2. リスト作成」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、「1. 台帳整備」は因子から除外された。

3つの因子は、まずは、自らのセンターのアウトカムの評価に関わるプロセス因子1であり、ネットワーク構築から実施に関わる因子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 6-43 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	
9 意識調査の実施	.821	.119	.151	.710
10 改善施策の検討	.772	.200	.165	.663
11 アウトカム評価	.417	.191	.171	.240
6 ネットワーク会議	.145	.748	.173	.611
5 支援ネットワーク	.115	.600	.249	.435
8 ネットワーク活動改善	.300	.540	.180	.414
7 活動状況把握	.178	.417	.345	.325
3 ルート確認	.090	.152	.593	.383
4 受け入れ施設	.106	.131	.429	.212
2 リスト作成	.089	.114	.396	.178
1 台帳整備	.158	.146	.279	.124
因子寄与	1.652	1.551	1.092	
	15.016	29.113	39.042	

表 6-44 共通的支持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	
9 意識調査の実施	.881	-.076	-.008	.710
10 改善施策の検討	.803	.031	-.010	.663
11 アウトカム評価	.400	.093	.063	.240
6 ネットワーク会議	-.048	.850	-.083	.611
5 支援ネットワーク	-.058	.645	.067	.435
8 ネットワーク活動改善	.179	.553	-.029	.414
7 活動状況把握	.043	.371	.237	.325
3 ルート確認	-.033	-.023	.646	.383
4 受け入れ施設	.018	.000	.452	.212
2 リスト作成	.008	-.006	.421	.178
1 台帳整備	.098	.057	.257	.124
因子間相関	1⇔2	.495		
	1⇔3	.442		
	2⇔3	.594		

6 センターの他機関との統合のレベルについて

地域包括支援センターの他機関との統合（連携に関わるケアシステムの統合）のレベルについて、以下のレベル0～5までのレベル³⁴を設定し、保健医療福祉の実践にかかわる 25 の機関とどのような連携レベルにあるかを評価した。

なお、今回の調査においては、現状のレベルと望ましいレベルの 2 つについて、回答を得て、あるべき姿と現状の差から地域包括支援センターが他の機関との連携やシステム統合についての課題を明らかにすることを企図として設問を設定した。

表 6-45 統合のレベルの内容

レベル	内容
0.	連携していない。連携する必要がない。
1.	連携先のサービスを必要とした場合、連絡をとり、サービスを必要とする利用者に紹介している。
2.	連携先機関との間に、ある特定の利用者等に対する支援方法について、特定の手順やマニュアルを整備している（連携パスや虐待対応マニュアルなど）。
3.	特定の手順やマニュアルを中心として、手順以外のニーズや複合的なニーズを持つ要援護者に対して、協働してサービス提供を行っている。
4.	特定の手順やマニュアルを中心としたケアについて、管理者を中心に組織的に継続的な改善を行っているが、その改善活動に関する予算計上まではしていない。
5.	他機関との連携による包括的な支援活動に対して予算を計上し、地域住民のための総合的な支援活動の提供および継続的な改善を行っている。

³⁴ 本調査研究においては、B Ahgren, R Axelsson ら (2005) が開発した integrated care の評価指標である 5 つの区分 (1.Patient referrals,2.A clinical guideline, 3.A chain of care,4. A network manager,5.Pooled resources) を援用し、連携のない段階を加えた 6 段階の評価を用いた。(B Ahgren, R Axelsson, Evaluating integrated health care: a model for Measurement.International Journal of Integrated Care - Vol. 5, 31,e1-e9 August 2005)

(1) 現状の統合のレベルについて

地域包括支援センターにおける他の機関との連携に際しての、現状の統合のレベルについて、25 機関とのレベルの平均値について、記述統計を行ったところ、平均値 1.03 (標準偏差 0.54) であった。

また 25 の機関別に平均値を見たところ、「(25) 地域包括支援センター」が 2.25 と最も高く、続いて、「(19) 居宅介護支援事業所」 2.06、「(20) 訪問介護事業所」 1.91、「(4) 市区町村役所内の部署・住民組織」 1.90、「(11) 社会福祉協議会」 1.86 と示され、これら機関とは連携に際してのシステム統合が進んでいる状況が明らかにされた。

一方、今回連携先として調査項目を設定した 25 の機関の中で、連携がなされていない、あるいは、システム統合が進んでいなかったのは、「(22) 労働基準監督署」 0.19、「(14) 検査機関」 0.24、「(7) 保育所・幼稚園」 0.27、「(9) 児童相談所」 0.33、「(24) 企業」 0.34 といった機関であった。

表 6-46 現状の統合のレベルの記述統計

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
現状の統合レベル	1.03	0.54	0.00	3.68	1332

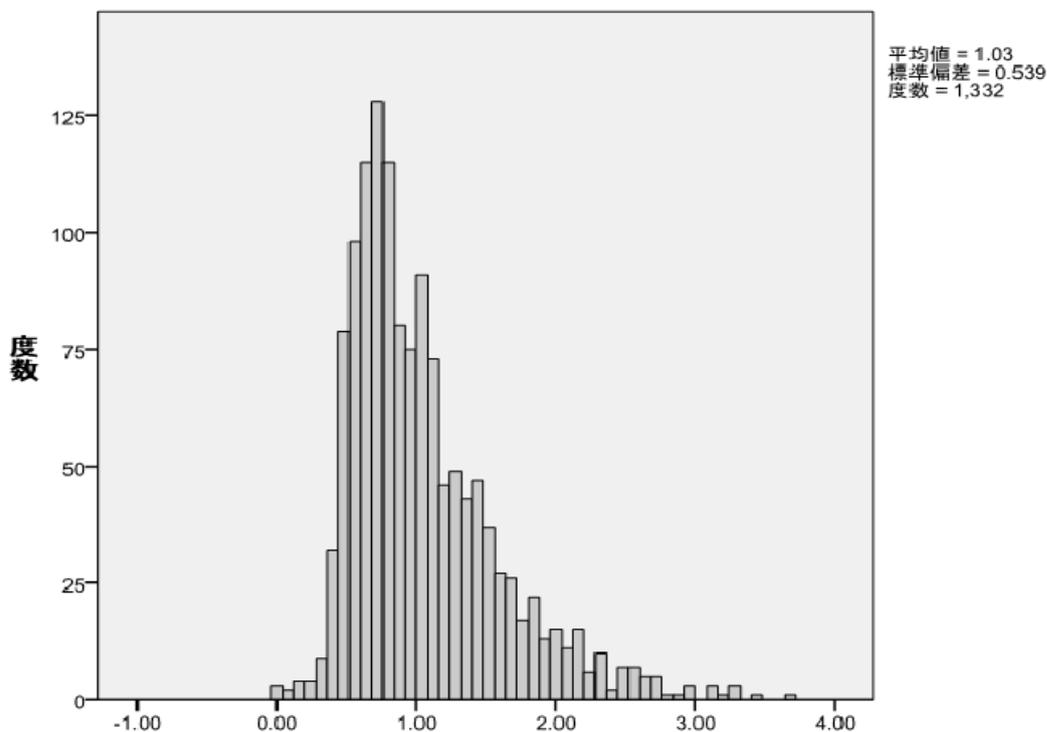


図 6-34 現状の統合のレベルの度数分布

表 6-47 現状の統合のレベルについて (平均値降順)

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
(25) 地域包括支援センター	2.25	1.49	0.00	5.00	1004
(19) 居宅介護支援事業所	2.06	1.21	0.00	5.00	1317
(20) 訪問介護事業所	1.91	1.16	0.00	5.00	1314
(4) 市区町村役所内の部署・住民組織	1.90	1.23	0.00	5.00	1301
(11) 社会福祉協議会	1.86	1.30	0.00	5.00	1311
(21) 介護保険関連施設	1.84	1.13	0.00	5.00	1312
(1) 保健所・市町村保健センター	1.65	1.14	0.00	5.00	1318
(15) 訪問看護ステーション	1.59	1.01	0.00	5.00	1311
(10) 福祉事務所	1.50	1.12	0.00	5.00	1294
(2) 医療機関(診療所・病院など)	1.45	0.84	0.00	5.00	1322
(13) 警察署・消防署	1.30	0.84	0.00	5.00	1314
(18) 在宅介護支援センター	1.19	1.43	0.00	5.00	1088
(3) 県庁・所属自治体中枢機関	1.05	1.05	0.00	5.00	1283
(16) 精神保健福祉センター	0.79	0.82	0.00	5.00	1276
(5) 公民館	0.78	0.75	0.00	5.00	1293
(23) 薬局	0.75	0.74	0.00	5.00	1291
(12) 知的障害者福祉施設	0.59	0.72	0.00	5.00	1290
(17) 精神障害者社会復帰施設	0.52	0.70	0.00	4.00	1273
(8) 学校(小・中・高・大)	0.41	0.64	0.00	5.00	1293
(6) 教育委員会	0.36	0.62	0.00	5.00	1292
(24) 企業	0.34	0.59	0.00	5.00	1271
(9) 児童相談所	0.33	0.59	0.00	5.00	1292
(7) 保育所・幼稚園	0.27	0.54	0.00	5.00	1295
(14) 検査機関	0.24	0.50	0.00	3.00	1223
(22) 労働基準監督署	0.19	0.52	0.00	5.00	1267

(2) 望ましい統合のレベルについて

地域包括支援センターにおける他の機関との連携に際しての、望ましい統合のレベルについて、25 機関とのレベルの平均値について、記述統計を行ったところ、平均値 2.07（標準偏差 0.95）であった。

また 25 の機関別に平均値を見たところ、「(4) 市区町村役所内の部署・住民組織」が 3.28 と最も高く、続いて、「(11) 社会福祉協議会」3.25、「(25) 地域包括支援センター」3.23、「(19) 居宅介護支援事業所」3.02、「(1) 保健所・市町村保健センター」2.98 と示され、地域包括支援センターの業務遂行にあたっては、これら機関との連携、あるいは連携に際してのシステム統合が望まれている状況が明らかにされた。

一方、今回、設定した 25 機関の中で、連携が望まれていない、あるいは、望ましい統合のレベルが低かったのは、「(22) 労働基準監督署」が 1.12 と最も低く、続いて、「(14) 検査機関」1.12、「(7) 保育所・幼稚園」1.30、「(24) 企業」1.36、「(6) 教育委員会」1.40 と示されていた。

表 6-48 望ましい統合のレベルの記述統計

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
望ましい統合レベル	2.07	0.95	0.00	5.00	1248

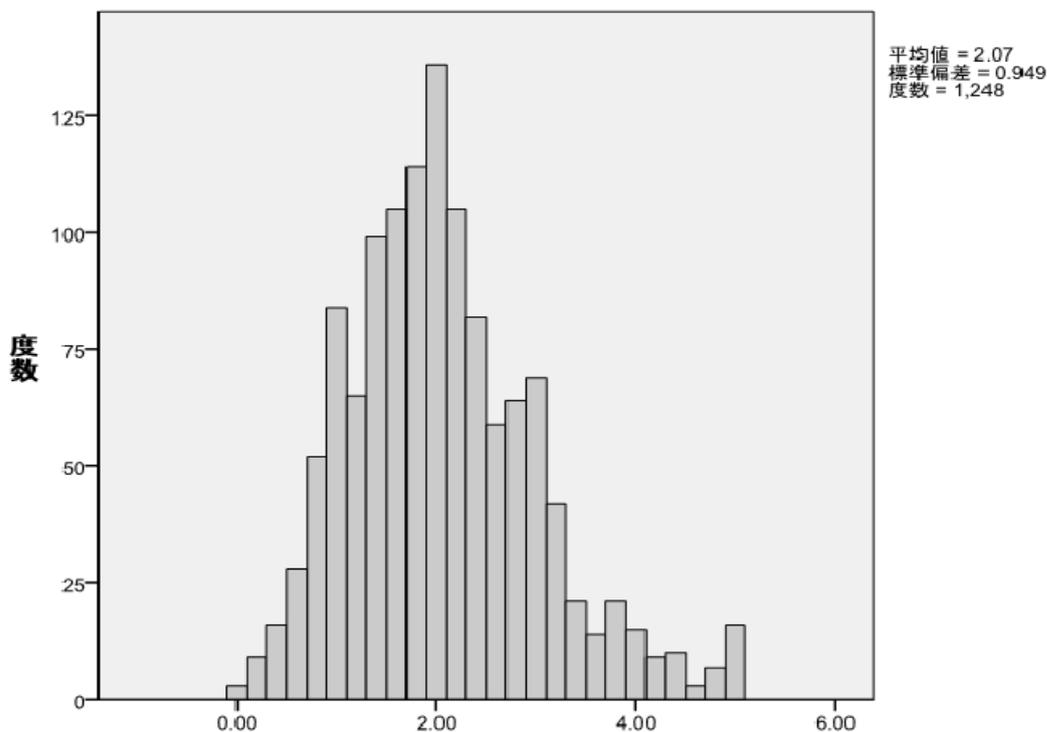


図 6-35 望ましい統合のレベルの度数分布

表 6-49 望ましい統合のレベルについて（平均値降順）

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
(4) 市区町村役所内の部署・住民組織	3.28	1.36	1.00	5.00	1213
(11) 社会福祉協議会	3.25	1.33	1.00	5.00	1215
(25) 地域包括支援センター	3.23	1.49	0.00	5.00	935
(19) 居宅介護支援事業所	3.02	1.19	1.00	5.00	1211
(1) 保健所・市町村保健センター	2.98	1.27	0.00	5.00	1216
(20) 訪問介護事業所	2.84	1.19	0.00	5.00	1208
(21) 介護保険関連施設	2.83	1.21	0.00	5.00	1203
(2) 医療機関(診療所・病院など)	2.79	1.14	0.00	5.00	1221
(10) 福祉事務所	2.77	1.35	0.00	5.00	1191
(13) 警察署・消防署	2.65	1.17	0.00	5.00	1212
(15) 訪問看護ステーション	2.59	1.18	0.00	5.00	1202
(3) 県庁・所属自治体中枢機関	2.36	1.54	0.00	5.00	1185
(18) 在宅介護支援センター	2.19	1.71	0.00	5.00	991
(16) 精神保健福祉センター	2.18	1.29	0.00	5.00	1176
(23) 薬局	1.81	1.20	0.00	5.00	1186
(17) 精神障害者社会復帰施設	1.79	1.28	0.00	5.00	1170
(5) 公民館	1.78	1.32	0.00	5.00	1186
(12) 知的障害者福祉施設	1.72	1.23	0.00	5.00	1179
(8) 学校(小・中・高・大)	1.45	1.21	0.00	5.00	1186
(9) 児童相談所	1.42	1.21	0.00	5.00	1180
(6) 教育委員会	1.40	1.24	0.00	5.00	1181
(24) 企業	1.36	1.20	0.00	5.00	1158
(7) 保育所・幼稚園	1.30	1.18	0.00	5.00	1183
(14) 検査機関	1.12	1.20	0.00	5.00	1100
(22) 労働基準監督署	1.12	1.24	0.00	5.00	1147

(3) 現状と望ましい統合のレベルの差について

地域包括支援センターにおける他の機関との連携に際しての、25 機関との現状と望ましい統合のレベル平均値の差について、記述統計を行ったところ、平均値 1.03（標準偏差 0.85）であった。

また 25 の機関別に平均値を見たところ、「(16) 精神保健福祉センター」が 1.39 と最も高く、続いて「(11) 社会福祉協議会」 1.39、「(4) 市区町村役所内の部署・住民組織」 1.39、「(13) 警察署・消防署」 1.35、「(2) 医療機関（診療所・病院など）」 1.34 と示された。

地域包括支援センターの業務遂行にあたって、これら機関との連携、あるいは連携に際してのシステム統合について望ましいあり方と現状について乖離がある状況が明らかになった。

一方、今回設定した 25 機関の中で望ましいあり方と現状に差が少なかったのは、「(14) 検査機関」が 0.88 と最も低く、続いて、「(22) 労働基準監督署」 0.93、「(20) 訪問介護事業所」 0.93、「(19) 居宅介護支援事業所」 0.96、「(25) 地域包括支援センター」 0.98 といった機関であった。

これらについては、もともと連携が必要とされていないか、あるいはすでに連携やシステム統合がされているの 2 つの場合が考えられ、「(14) 検査機関」と「(22) 労働基準監督署」については前者、その他については、後者にあてはまると考えられた。

表 6-50 現状と望ましい統合のレベルの差の記述統計

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
現状と望ましい統合レベルの差	1.03	0.85	-1.80	4.52	1248

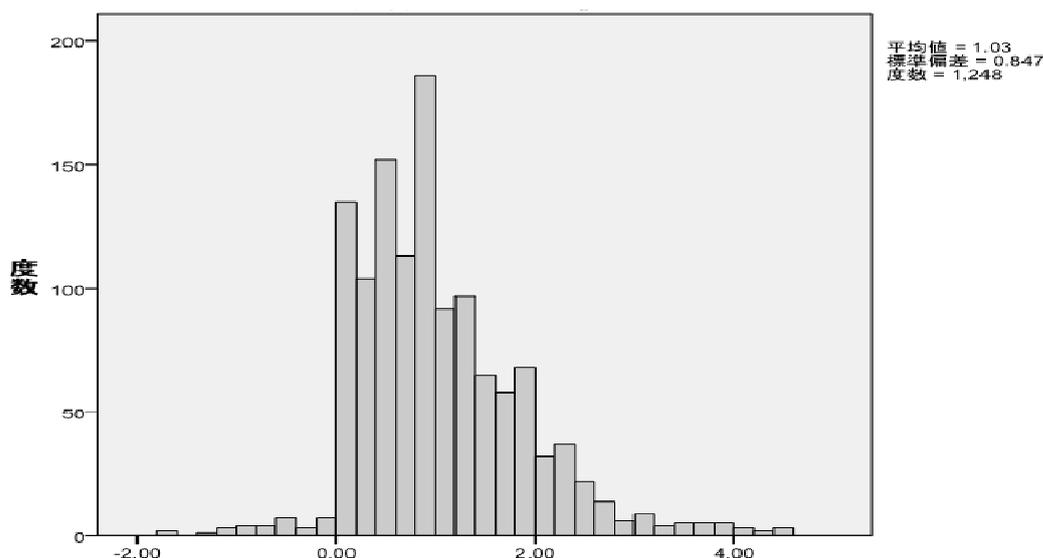


図 6-36 現状と望ましい統合のレベルの差の度数分布

表 6-51 現状と望ましい統合のレベルの差

	望ましいと現状の レベルの差		現状	望ましい	N
	平均値	標準偏差	平均値	平均値	
(16) 精神保健福祉センター	1.38	1.18	0.79	2.18	1172
(4) 市区町村役所内の部署・住民組織	1.37	1.27	1.86	3.25	1205
(11) 社会福祉協議会	1.36	1.24	1.90	3.28	1214
(13) 警察署・消防署	1.35	1.14	1.30	2.65	1212
(2) 医療機関(診療所・病院など)	1.33	1.08	1.45	2.79	1217
(1) 保健所・市町村保健センター	1.32	1.15	1.65	2.98	1216
(3) 県庁・所属自治体中枢機関	1.29	1.31	1.05	2.36	1178
(10) 福祉事務所	1.28	1.17	1.50	2.77	1188
(17) 精神障害者社会復帰施設	1.25	1.16	0.52	1.79	1168
(12) 知的障害者福祉施設	1.13	1.09	0.59	1.72	1178
(9) 児童相談所	1.08	1.14	0.33	1.42	1176
(23) 薬局	1.06	1.07	0.75	1.81	1184
(6) 教育委員会	1.05	1.14	0.36	1.40	1178
(8) 学校(小・中・高・大)	1.03	1.12	0.41	1.45	1183
(7) 保育所・幼稚園	1.03	1.09	0.27	1.30	1181
(24) 企業	1.02	1.10	0.34	1.36	1157
(5) 公民館	1.01	1.15	0.78	1.78	1186
(15) 訪問看護ステーション	0.99	1.06	1.19	2.19	1202
(21) 介護保険関連施設	0.98	1.04	1.59	2.59	1203
(18) 在宅介護支援センター	0.95	1.19	1.84	2.83	982
(25) 地域包括支援センター	0.95	1.17	2.25	3.23	932
(19) 居宅介護支援事業所	0.95	1.04	2.06	3.02	1211
(20) 訪問介護事業所	0.93	1.03	1.91	2.84	1208
(22) 労働基準監督署	0.92	1.13	0.19	1.12	1146
(14) 検査機関	-0.51	1.63	0.24	1.12	1096

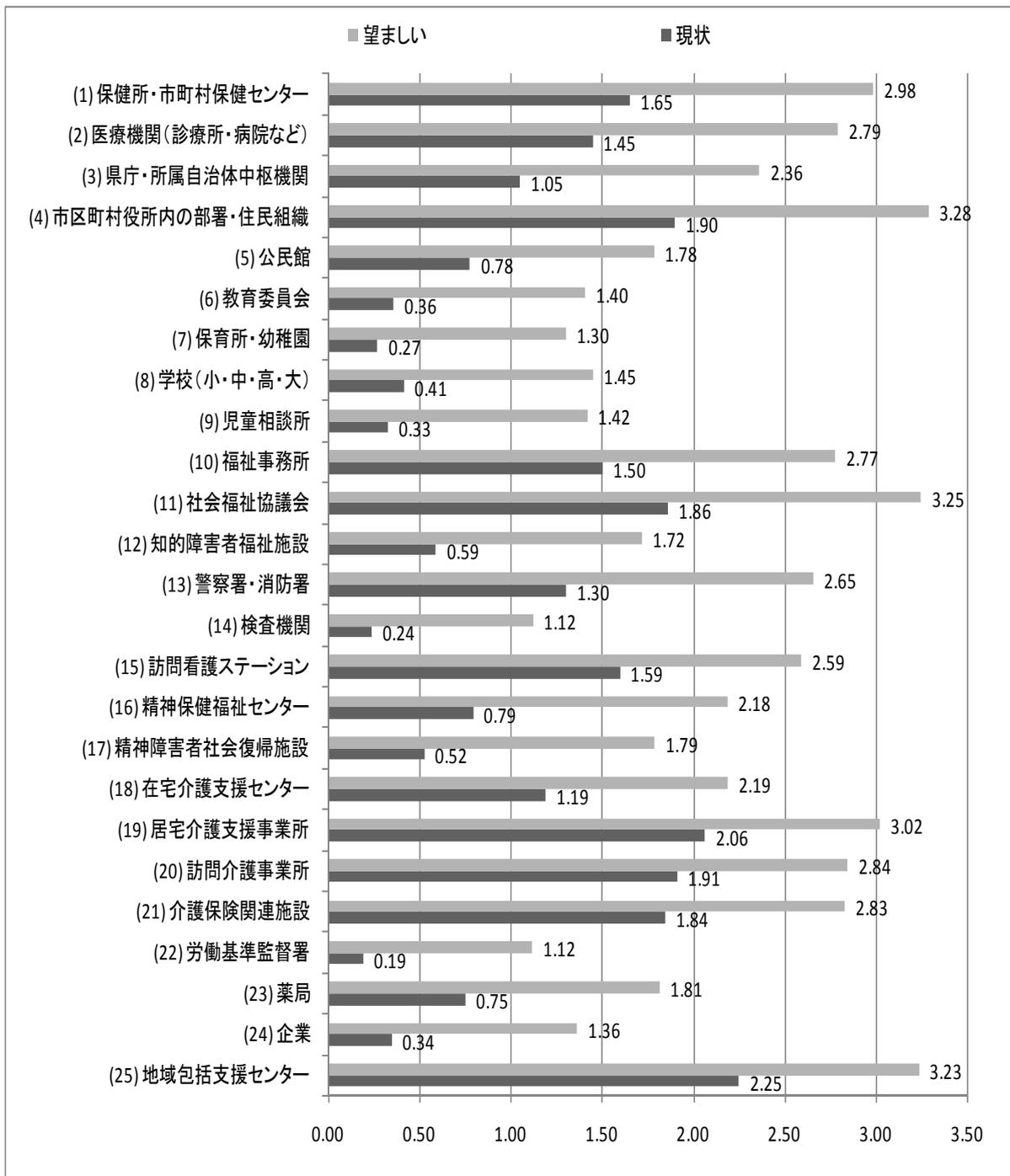


図 6-37 現状と望ましい統合の程度の差

7 管理者の連携活動評価尺度得点について

管理者の連携活動評価尺度得点について、記述統計を行った。平均値は 25.38 点（標準偏差 5.56）であり、最小 0.00 点、最大 45.00 点と示された。

表 6-52 管理者の連携活動評価尺度得点の記述統計

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
管理者の連携活動評価尺度得点	25.38	5.56	0.00	45.00	1328

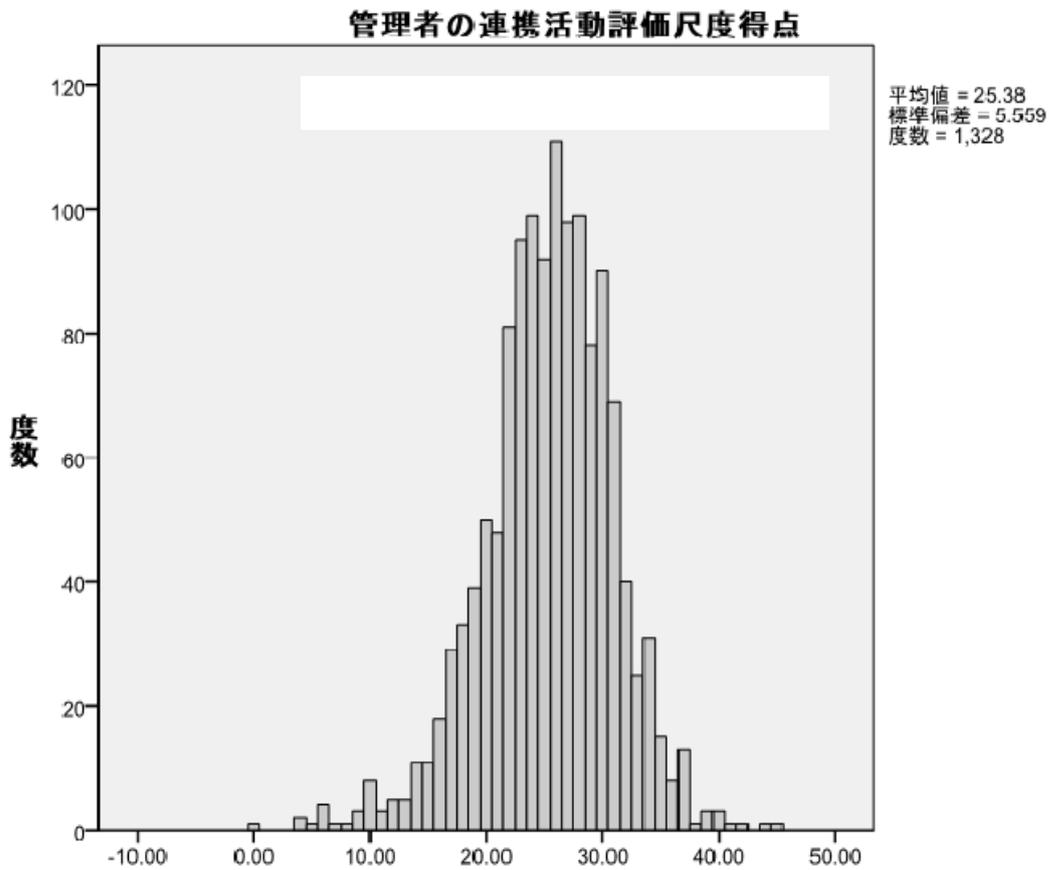


図 6-38 管理者の連携活動評価尺度得点の度数分布

8 地域包括支援センターと社協の連携の実態・課題

(1) 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の有無

地域包括支援センターと社会福祉協議会との協働の状況について、地域包括支援センターと社会福祉協議会間の連絡調整および共同事業の有無について回答を得た。

社会福祉協議会との連絡調整の有無については、1382センター中、39.6%がある、54.8%がないと回答し、社会福祉協議会との連絡調整がないセンターの方が多く、その割合は5割を超えることが明らかになった。

また、社会福祉協議会との共同事業・共同開催講座についても、51.7%がないと回答し、5割を超えていた。また、あると回答したのは40.6%であった。

表 6-53 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の有無

	ある		ない		無回答		合計	
	N	%	N	%	N	%	N	%
社協との連絡調整の有無	547	39.6	758	54.8	77	5.6	1382	100.0
社協との事業講座の有無	561	40.6	714	51.7	107	7.7	1382	100.0

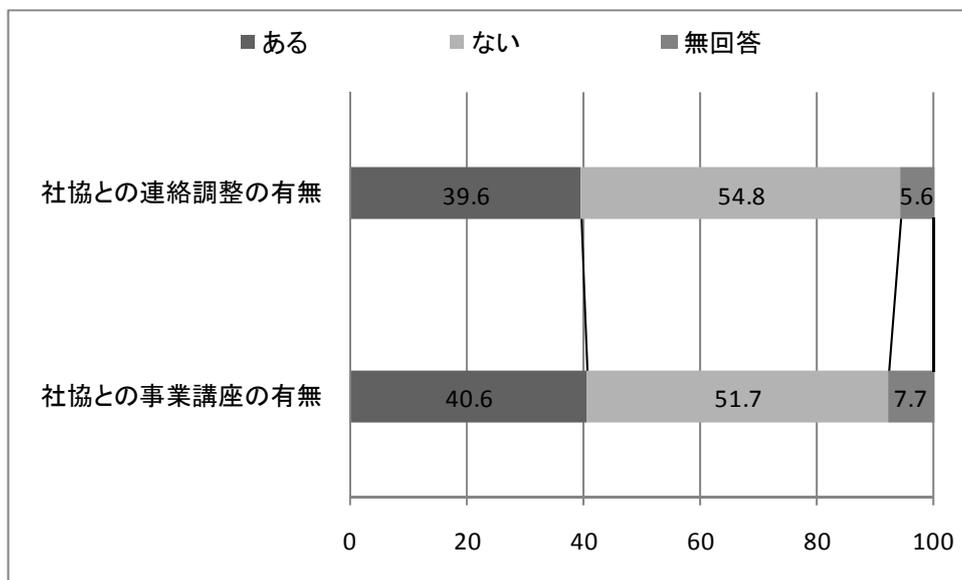


図 6-39 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の有無

さらに、連絡調整の場と共同事業の二つの実施状況をみたところ、連絡調整も共同事業もあると回答したセンターは、全センターのうち 22.4%であった。

連絡調整の有無と共同事業開催の有無の関連性を分析した結果、連絡調整があると回答したセンターでは、「共同事業の開催あり」が 62.2%であったが、連絡調整がないと回答したセンターでは、「共同事業の開催あり」が 31.7%と有意に低くなっている状況が明らかになった。

表 6-54 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の状況

	N	%
連絡調整も共同事業・講座もある	310	22.4
連絡調整はないが、共同事業・講座はある	232	16.8
連絡調整はあるが、共同事業・講座はない	188	13.6
連絡調整も共同事業・講座もない	499	36.1
無回答	153	11.1
合計	1382	100.0

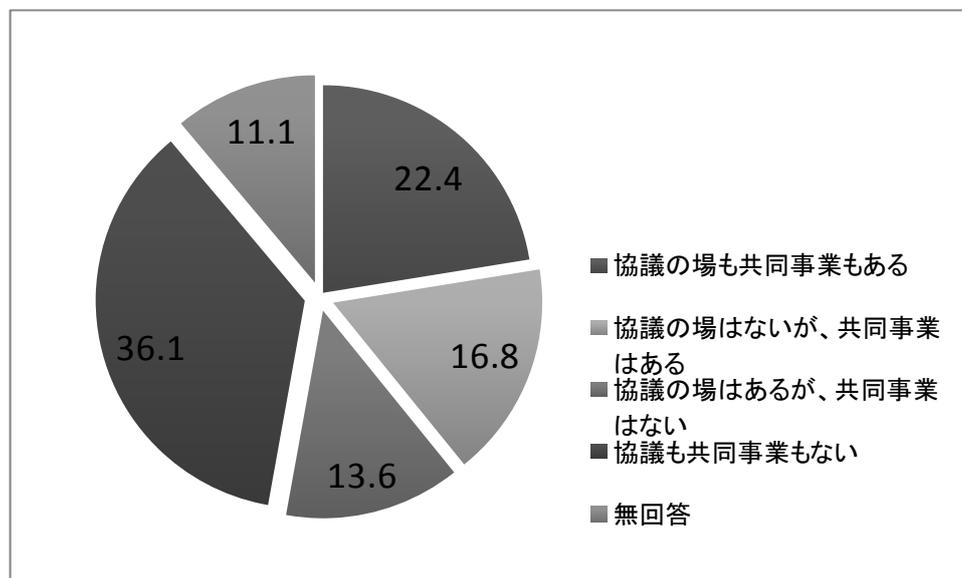


図 6-40 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の状況

(2) 社会福祉協議会との連絡調整の場の詳細について

センターが社会福祉協議会と定期的に連絡調整している場について、1382 センター中、612 センター (44.8%) があると回答した。その内、573 センターより共同事業の内容について自由回答を得た。

自由回答を場の形態ごとに分類した結果、「その他」を含めて 10 に分類できた。10 分類の中、最も多かった回答は「③ 個別ケースの方針決定等を含む会議」で 175 センター (30.5%)、次いで「① 関係機関との会議」の 119 センター (20.8%)、「② 地域団体との会議」の 89 センター (15.5%) であった。

10 分類の内、そのほとんどが会議形式で実施されていることから、センターは社会福祉協議会との「会議」によって、定期的な連絡調整を行っていると考えられる結果になった。

また、社会福祉協議会との連絡調整は、センターと社会福祉協議会のみをメンバーとする会議で行われることは少なく、様々なメンバーで構成され、検討内容も異なる「会議」において副次的に実施されていると考えられる結果でもあった。しかし、実際に連絡調整が行われ、「会議」の目的に適した検討が行われているかどうかは、今回の分析では明らかにすることができなかった。

なお、1382 センター中、190 センター (13.8%) が「社協受託の委託包括」であるが、その内「⑧ 社協がセンターを運営しているため連絡調整の場が同じ場所」と回答したセンターは 80 センター (42.1%) で、「社協受託の委託包括」の約 4 割がセンターと社会福祉協議会の連絡調整の場が統合され、会議よりも密接に連絡調整が行える状況にあった。

表 6-55 社会福祉協議会との連絡調整の場についての自由記述

No	社会福祉協議会との連絡調整の場	N	% (N=573)
①	関係機関との会議	119	20.8
②	地域団体との会議	89	15.5
③	個別ケースの方針決定等を含む会議	175	30.5
④	テーマ別会議	66	11.5
⑤	事業に関する会議	63	11.0
⑥	センターの運営に関わる会議	84	14.7
⑦	地域福祉計画、地域福祉活動計画、地区地域福祉活動計画策定会議	6	1.0
⑧	社協がセンターを運営しているため連絡調整の場が同じ場所	80	14.0
⑨	場の名称なし	10	1.7
⑩	その他	29	5.1
	連絡調整の場 (有)	573	—
	無回答	39	—
	連絡調整の場 (無)	755	—
	欠損値	15	—
	総計	1382	—

また、社会福祉協議会との連絡調整の場の詳細を明らかにするために、連絡調整の場の内訳を析出した結果、「① 関係機関との会議」から「⑥ センターの運営に関わる会議」について25に分類することができた。

表 6-56 社会福祉協議会との連絡調整の場についての自由記述

連絡調整の場	No	内訳	具体例	該当数	%	
①関係機関との会議	1	社協との定例会、情報交換会	包括・社協連絡会、社会福祉協議会定例会	51	8.9%	
	2	構成員を地域等で限定した実務者会議	ブロック会議、地域担当実務者会議	44	7.7%	
	3	事業者との連絡会	事業者連絡会、在宅関係機関連絡会議	26	4.5%	
②地域団体との会議	4	民生委員	民生児童委員協議会定例会	35	6.1%	
	5	地区社協	校区社協長会議、地区社協定例会	22	3.8%	
	6	地域連絡会、調整会議	地域連絡会議、地域調整会議	25	4.4%	
③個別ケースの方針決定等を含む会議	7	地域懇談会	地域懇談会、福祉懇談会	8	1.4%	
	8	地域ケア会議	地域ケア会議、地域包括ケア会議	145	25.3%	
	9	ケース会議	サービス調整会議、ケース検討会議	45	7.9%	
④テーマ別会議	10	地域住民とのネットワーク会議	地域ネットワーク会議、地域福祉連携会議	29	5.1%	
	11	見守りネットワーク会議	見守り推進員連絡会、地域見守り情報交換会	25	4.4%	
	12	権利擁護関連ネットワーク会議	権利擁護連絡会、成年後見連絡会	15	2.6%	
	13	孤立死防止関連会議	孤独死防止ネットワーク会議、孤独死防止に関する意見交換会	3	0.5%	
⑤業に関する会議	14	介護予防事業	介護予防事業担当者会議、二次予防教室会議	17	3.0%	
	15	サロン	地域サロン、サロン開催に向けた打合せ	13	2.3%	
	16	一人暮らし交流会	ひとり暮らしの高齢者の集い、食事会	4	0.7%	
	17	生きがいデイサービス	生きがいデイサービス調整会議	3	0.5%	
	18	家族介護者支援事業	家族介護者交流会、交流会打合せ	4	0.7%	
	19	高齢者一般施策判定会議	福祉サービス判定会、福祉サービス調整会議	5	0.9%	
	20	日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業連携会議、情報交換会	11	1.9%	
21	その他社協実施事業	ボランティアセンター会議、社協事業打合せ	9	1.6%		
⑥センターの運営に関わる会議	22	センター全体会議	地域包括支援センター連絡会、センター会議	51	8.9%	
	23	職種別、管理者会議	社会福祉士連絡会、管理者会議	9	1.6%	
	24	ランチ関係会議	在宅介護支援センター連絡会	12	2.1%	
	25	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	14	2.4%	
⑦地域福祉計画、地域福祉活動計画、地区地域福祉活動計画策定会議			地域福祉活動計画会議	6	1.0%	
⑧社協がセンターを運営しているため連絡調整が随時可能			所内会議、設置主体なので毎日会議がある	80	14.0%	
⑨場の名称なし			特に名称なし	10	1.7%	
⑩その他				29	5.1%	
				N	573	—
				欠損値	39	—

(3) 社会福祉協議会との共同事業の内容について

センターが社会福祉協議会と連携して実施している共同事業について、1382センター中、645センター(47.5%)があると回答した。その内、626センターより共同事業の内容について自由回答を得た。社会福祉協議会との共同事業の自由回答について、「地域包括支援センターと社会福祉協議会が、地域の実情やその時々状況(それぞれの力量やこれまでの経緯等)に応じて、協力し合う役割」の観点から分析し、「その他」を含めて14に分類した。なお、共同事業の内、「孤立死に関する事業」については、全ての役割に関わると考えられることから独立させた。

14分類の中、最も多かった回答は「社協① 地域住民の組織化」で225センター(35.9%)、次いで「社協⑦ 広報・啓発活動、福祉教育、交流の場の設定」の219センター(35.0%)、「社協③ 地域資源やサービスの発掘・開発・改善」の171センター(27.3%)であった。

一方、「社協⑤ 地域内の各種情報の収集・加工・発信」や「社協⑥ 地域の課題や住民ニーズを把握するための調査活動」については、10センター(1.6%)および14センター(2.2%)となり、少ない傾向にある。

地域の実態把握、ニーズ把握を主目的とした共同事業よりも、組織化や発信、資源開発・改善といったことを主目的とした事業を社会福祉協議会と共同実施している結果になった。

また、社会福祉協議会との共同事業の具体的な実施状況を明らかにするために、共同事業の種別を析出した結果、「その他」を含めて41に分類することができた。

表 6-57 地域包括支援センターと社会福祉協議会の共同事業についての自由記述

No	地域の実情やその時々状況に応じて包括と社協が協力し合う役割	N	% (N=626)
社協①	地域住民の組織化	225	35.9
社協②	関係機関・団体の組織化	39	6.2
社協③	地域資源やサービスの発掘・開発・改善	171	27.3
社協④	地域内での総合相談機能の整備と相談活動の実施	14	2.2
社協⑤	地域内の各種情報の収集・加工・発信	10	1.6
社協⑥	地域の課題や住民ニーズを把握するための調査活動	14	2.2
社協⑦	広報・啓発活動、福祉教育、交流の場の設定	219	35.0
社協⑧	地域福祉プラットフォームの構築と運営	14	2.2
社協⑨	行政や関係機関・団体に対する提案活動	6	1.0
包括①	アウトリーチや相談窓口の設置による個別ニーズに立脚した早期発見・早期対応	18	2.9
包括②	支援が必要なケースに対して、ケアマネジメントの手法を通じて、地域内での個別解決を図り、生活支援を行う	46	7.3
包括③	権利擁護	57	9.1
孤立死	孤立死防止	5	.8
その他	その他	10	1.6
		共同事業(有)	626
		無回答	17
		共同事業(無)	716
		欠損値	23
		総計	1382

注) 社協＝相談援助機能としてコミュニティワークを担う社協の役割
注) 社協＝相談援助機能としてコミュニティ・ソーシャルワークを担う包括の役割
注) ただし、地域の事情によって包括は社協①～⑨の役割を担うこともある。

表 6-58 地域包括支援センターと社会福祉協議会の共同事業についての自由記述

役割	No	社会福祉協議会との共同事業	共同事業の具体例	該当数	有効%	
社協①	1	サロン作り、運営	いきいきサロン、ふれあいサロン、サロン作り	90	14.4%	
	2	見守り活動、見守りネットワーク構築	見守りネットワーク事業、ささえあいネットワーク事業、地域住民グループ支援事業	38	6.1%	
	3	徘徊模擬訓練	認知症徘徊模擬訓練、徘徊SOSネットワーク事業	4	0.6%	
	4	認知症サポーター養成	認知症サポーター養成講座	76	12.1%	
	5	生活支援サポーター養成	生活支援サポーター養成講座、生活介護支援サポーター養成講座、軽度生活援助事業援助員講座	10	1.6%	
	6	介護予防ボランティア養成	介護予防サポーター養成講座、生きがい活動支援員講習会、高齢者サポーター養成教室	11	1.8%	
	7	傾聴ボランティア	傾聴ボランティア養成講座	7	1.1%	
	8	ボランティア（上記以外）養成	ボランティア養成講座、ボランティアスクール、福祉ボランティア講座	14	2.2%	
社協②	9	ネットワーク会議・事業	日常生活圏ネットワーク会議、地域ネットワーク構築事業、小地域ネットワーク活動（事業）	17	2.7%	
	10	関係機関の連携促進会議	地域活動者とケアマネの交流会、圏域内のケアマネジャーと校区福祉委員との交流会、社協懇談会	19	3.0%	
	11	地域包括関係者会議	地域包括支援センター連絡協議会・研修、センター相談員懇談会	3	0.5%	
社協③	12	介護予防事業（1次予防）、介護予防教室	各種介護予防教室、一次予防事業、いきいき元気健康教室	132	21.1%	
	13	配食サービス	配食サービス事業、給食サービス事業、ふれあい給食	20	3.2%	
	14	移送サービス	移送サービス事業、外出支援サービス事業	5	0.8%	
	15	生きがいデイサービス、ミニデイ	生きがいデイサービス事業、ミニデイサービス、地域ふれあい通所事業	9	1.4%	
	16	生活援助サービス	軽度生活援助事業、介護ファミリーサポートセンター、生活支援ホームヘルプサービス事業	6	1.0%	
	17	上記以外のサービス（一般高齢者施策等）	福祉用具の無償貸与、要介護者紙おむつ等給付事業、長寿祝金支給事業	9	1.4%	
	18	認知症地域支援体制構築等推進事業	認知症地域支援体制構築等推進事業、コミュニティ育成支援事業、認知症ささえあえるまちづくり事業	5	0.8%	
	社協④	19	民生委員、推進委員養成	民生児童委員に対する研修会、福祉委員研修会、まちかど福祉相談所	14	2.2%
社協⑤	20	地域懇談会、座談会	地域福祉懇談会、住民座談会、村民福祉を考える会	11	1.8%	
社協⑥	21	マップ作成	ご近所支え合いマップ作り、地域支えあいマップ作り、地域支え合い支援事業	6	1.0%	
	22	実態調査	高齢者実態調査、団地住民意識調査事業、地域福祉と防災等に関する意識調査	8	1.3%	
社協⑦	23	祭り、フェスタ、大会、行事	福祉まつり、ふれあいフェスタ、高齢者スポーツ大会、農業祭	41	6.5%	
	24	地域住民・地域団体向け出前講座、研修会、講演会	市民福祉教養講座、介護保険制度の説明会、高齢者大学	45	7.2%	
	25	認知症関連講座、研修、講演会	認知症講演会、認知症研修、認知症公開講座	24	3.8%	
	26	学校等での福祉教育	社会福祉講義、福祉体験学習、小学校の生涯学習	11	1.8%	
	27	交流会	歳末交流会、世代間交流事業、高齢者交流会	9	1.4%	
	28	家族介護者支援事業、介護者教室	家族介護者教室、介護者交流事業、家族介護者リフレッシュ事業	91	14.5%	
	29	一人暮らし交流会	ふれあい食事会、一人暮らし会食会、一人暮らしのつどい	26	4.2%	
社協⑧	30	地域住民・団体の会議	校区社協運営委員会、学区福祉委員会相談会、民生委員懇談会	13	2.1%	
	31	コミュニティ・ソーシャルワーカー配置	包括内にコミュニティ・ソーシャルワーカーを配置	1		
社協⑨	32	地域福祉計画、地域福祉活動計画、地区地域福祉活動計画への参画	地域福祉計画策定会議、地域福祉活動計画推進、福祉のまちづくりプラン	6	1.0%	
包括①	33	出前相談、相談会	心配ごと相談事業、よろず相談、なんでも相談会	18	2.9%	
包括②	34	介護予防事業（2次予防）	運動器機能向上事業、口腔機能向上プログラム、栄養改善事業	22	3.5%	
	35	地域ケア会議	地域ケア会議、小地域ケア会議、担当地域ケア会議	24	3.8%	
包括③	36	成年後見制度、日常生活自立支援事業	成年後見制度・日常生活自立支援事業説明会、成年後見講座等権利擁護講座、成年後見セミナー	36	5.8%	
	37	消費者被害防止	悪徳商法・消費者被害を防ごう講座、消費生活教室、消費者保護	6	1.0%	
	38	高齢者虐待防止	高齢者虐待防止セミナー、虐待防止講演会	6	1.0%	
	39	権利擁護全般	高齢者権利擁護普及啓発講座、権利擁護研修、法律セミナー	12	1.9%	
孤立死	40	孤立死防止	孤立死防止事業、孤立死防止交流会、孤独死防止に関する意見交換会	5	0.8%	
その他	41	その他	-	10	1.6%	
注）なお、共同事業については、厳密には社協①から⑨と包括①から③について複数の役割を担う可能性があるが、事業内容の詳細まで分析することができなかったため、名称から分析者が解釈して分類した。				共同事業（有）	626	-
				無回答	17	-

(4) 運営主体別、地方別社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の状況

①社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の関連

社会福祉協議会との連絡調整の場と共同事業の二つの実施状況について、センターの運営主体別に分析を行った結果、連絡調整があったセンターは、連絡がなかったセンターより、有意に共同事業が多かった

表 6-59 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座のクロス表

		社協との共同事業講座の有無				合計		P 値
		ある		ない				
		N	%	N	%	N	%	
社協との連絡調整の有無	ある	310	62.2%	188	37.8%	498	100.0%	0.00 **
	ない	232	31.7%	499	68.3%	731	100.0%	
合計		542	44.1%	687	55.9%	1229	100.0%	

②運営主体別 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の関連

センターの運営主体であるが、無回答を除いた 1373 センターの内、「社協を除く委託包括」が 733 センター (53.4%)、「社協受託の委託包括」が 190 センター (13.8%)、「自治体直営包括」が 450 センター (32.8%) であった。

表 6-60 センターの運営主体 (3区分)

運営主体	N	%	有効%
社会福祉協議会を除く委託型地域包括支援センター	733	53.0%	53.4%
社会福祉協議会が受託した委託型地域包括支援センター	190	13.7%	13.8%
自治体による直営型地域包括支援センター	450	32.6%	32.8%
無回答	9	0.7%	—
合計	1382	100.0%	100.0%

クロス表を作成し運営主体別に検討したところ、以下の3点の傾向が示された。

- 「社協受託の委託包括」が「連絡調整も共同事業もある」と回答する割合が高い。
- 「社協を除く委託包括」が「連絡調整も共同事業もない」と回答する割合が高い。
- 「自治体直営包括」が「連絡調整はあるが共同事業はない」と回答する割合が高い。

表 6- 61 運営主体別 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の状況

運営主体	社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の状況				合計
	連絡調整も 共同事業もない	連絡調整はある が、共同事業はな い	連絡調整はない が、共同事業はあ る	連絡調整も 共同事業もある	
社協を除く委託包括	320 (44.4%)	119 (16.5%)	100 (13.9%)	181 (25.1%)	720 (100%)
社協受託の委託包括	20 (11.2%)	19 (10.6%)	35 (19.6%)	105 (58.7%)	179 (100%)
自治体直営包括	154 (34.9%)	109 (24.7%)	74 (16.8%)	104 (23.6%)	441 (100%)
合計	494 (36.9%)	247 (18.4%)	209 (15.6%)	390 (29.1%)	1340 (100%)

※最も割合が高いものを黒塗りした

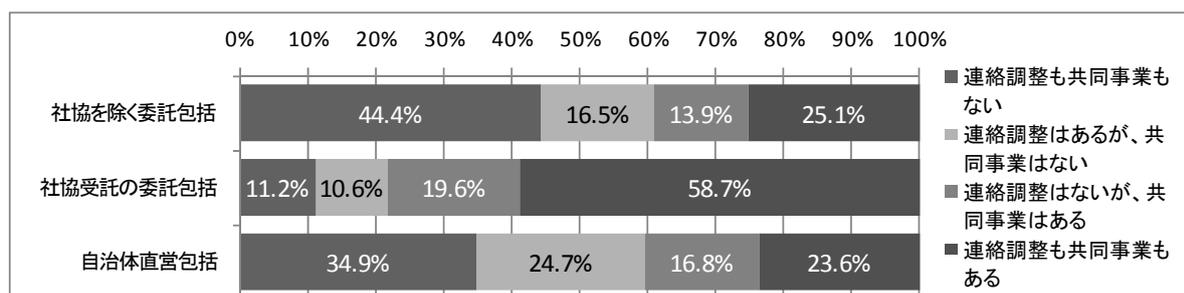


図 6- 41 運営主体別 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の状況

②地方別 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の関連

社会福祉協議会との連絡調整の場と共同事業の二つの実施状況について、センターの所在都道府県を地方別に分類し、検討した。

表 6- 62 センターが所在する都道府県の地方分類

地方	都道府県	N	%	有効%
北海道・東北	北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県	245	17.7%	18.3%
関東	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県	353	25.5%	26.4%
中部	新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県	258	18.7%	19.3%
近畿	三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県	168	12.2%	12.6%
中国	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県	79	5.7%	5.9%
四国	徳島県、香川県、愛媛県、高知県	37	2.7%	2.8%
九州・沖縄	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県	196	14.2%	14.7%
	無回答	46	3.3%	—
	合計	1336	96.7%	100.0%

地方別の実施状況について検討した結果、以下の傾向が示された。

- 「近畿」及び「中国」が「連絡調整も共同事業もある」と回答する割合が高い。
- 「関東」が「連絡調整も共同事業もない」と回答する割合が高い。
- 「四国」が「連絡調整はあるが共同事業はない」と回答する割合が高い。
- 「九州・沖縄」が「連絡調整はないが共同事業はある」と回答する割合が高い。

表 6- 63 地方別 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の状況のクロス表

地方	社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の状況				合計
	連絡調整も 共同事業もない	連絡調整はある が、共同事業はない	連絡調整はない が、共同事業はある	連絡調整も 共同事業もある	
北海道・東北	92 (38.5%)	44 (18.4%)	38 (15.9%)	65 (27.2%)	239 (100%)
関東	143 (41.6%)	65 (18.9%)	44 (12.8%)	92 (26.7%)	344 (100%)
中部	88 (35.6%)	52 (21.1%)	35 (14.2%)	72 (29.1%)	247 (100%)
近畿	44 (26.7%)	26 (15.8%)	31 (18.8%)	64 (38.8%)	165 (100%)
中国	20 (25.3%)	15 (19.0%)	11 (13.9%)	33 (41.8%)	79 (100%)
四国	12 (33.3%)	10 (27.8%)	4 (11.1%)	10 (27.8%)	36 (100%)
九州・沖縄	83 (42.8%)	27 (13.9%)	39 (20.1%)	45 (23.2%)	194 (100%)
合計	482 (37.0%)	239 (18.3%)	202 (15.5%)	381 (29.2%)	1304 (100%)

※最も割合が高いものを黒塗りした

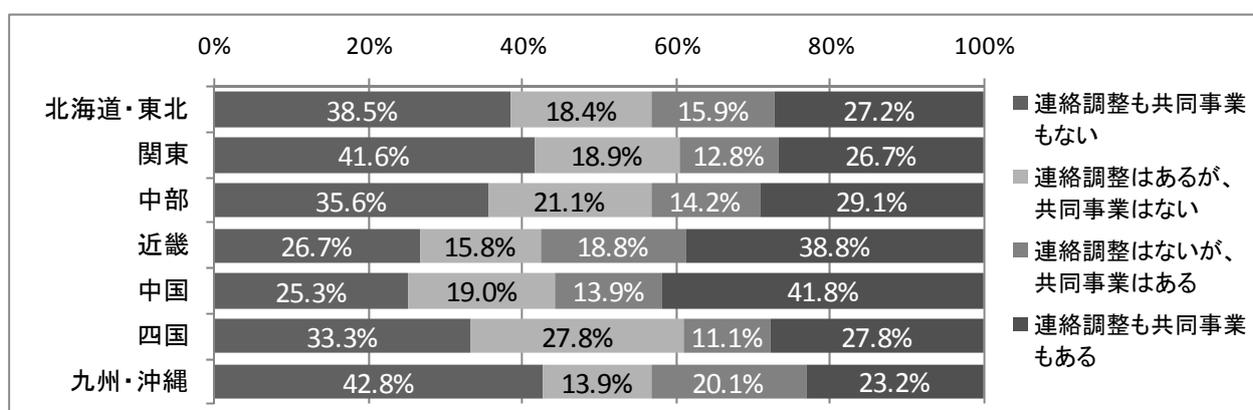


図 6- 42 地方別 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業・講座の状況

(5) 社会福祉協議会との連携に関わるケアシステムの統合レベル

①運営主体別

社会福祉協議会との連携に関わるケアシステムの統合レベルについて、運営主体別の統合レベルの違いを明らかにするために、現状レベルと望ましいレベルのそれぞれについて分散分析を行った。

現状レベルの分散分析の結果、標準偏差が 1.54 で格差があるものの「社協受託の委託包括」が平均値 2.41 であり、多重比較の結果、他の運営主体と比べて高いレベルで連携に関わるケアシステムが統合されていることが明らかになった。

また、「自治体直営包括」は「社協を除く委託包括」より高く、平均値 1.98 となった。「社協を除く委託包括」については平均値 1.64 と、連携に関わるケアシステムの統合がうまく進んでいない状況にあることが分かった。

一方、望ましいレベルでは、いずれの運営主体も平均して統合レベル 3 を求めている状況にあるが、多重比較の結果、「社協受託の委託包括」は「社協を除く委託包括」や「自治体直営包括」よりも高いレベルの統合を求めていることが分かった。

表 6-64 センターの運営主体別 社会福祉協議会との統合レベルの分散分析表

運営主体	現状レベル						望ましいレベル					
	N	平均値	標準偏差	標準誤差	最小値	最大値	N	平均値	標準偏差	標準誤差	最小値	最大値
社協を除く委託包括	701	1.64	1.09	0.04	0.00	5.00	642	3.12	1.26	0.05	1.00	5.00
社協受託の委託包括	176	2.41	1.54	0.12	1.00	5.00	168	3.68	1.32	0.10	1.00	5.00
自治体直営包括	428	1.98	1.40	0.07	0.00	5.00	399	3.26	1.40	0.07	1.00	5.00
合計	1305	1.86	1.30	0.04	0.00	5.00	1209	3.24	1.33	0.04	1.00	5.00

F値28.943 (自由度2) p<0.000 欠損値=77 F値12.563 (自由度2) p<0.000 欠損値=173

表 6-65 センター運営主体別 社会福祉協議会との統合レベルの多重比較 (Bonferroni)

(I)	(J)	現状レベル			望ましいレベル		
		平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率
社協を除く委託包括	⇔ 社協受託の委託包括	-0.77	0.11	0.000	-0.57	0.11	0.000
社協を除く委託包括	⇔ 自治体直営包括	-0.34	0.08	0.000	-0.15	0.08	n. s.
社協受託の委託包括	⇔ 自治体直営包括	0.44	0.11	0.000	0.42	0.12	0.001

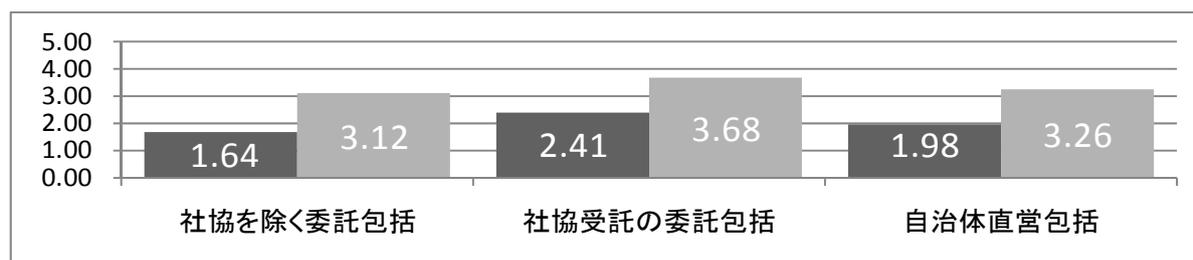


図 6-43 運営主体別 社会福祉協議会との連携に関わるケアシステムの統合レベル

②社会福祉協議会との連絡調整および共同事業の状況別

社会福祉協議会との連携に関わるケアシステムの統合レベルについて、社会福祉協議会との連絡調整および共同事業の状況別の統合レベルの違いを明らかにするために、現状レベルと望ましいレベルのそれぞれについて分散分析を行った。

現状レベルの分散分析の結果、標準偏差が 1.45 でばらつきはあるが「連絡調整の場あり×共同事業あり」が平均値 2.44 で、多重比較の結果、他の状況と比べて高いレベルで連携に関わるケアシステムが統合されていることが明らかになり、連絡調整の場と共同事業の両方が揃うと統合レベルが高いという傾向が示された。なお、「連絡調整の場あり×共同事業なし」（平均値 1.91）と「連絡調整の場なし×共同事業あり」（平均値 1.81）には統計的に有意な差が認められず、その違いは示されなかった。

一方、望ましいレベルは、「連絡調整の場なし×共同事業なし」を除き、平均して統合レベル 3 程度を求めている状況にあり、多重比較の結果、「連絡調整の場あり×共同事業あり」は他の状況と比べて高いレベルの統合を求めていることが分かった。

表 6-66 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業の状況と統合レベルの分散分析表

連携調整および共同事業の有無※ ¹	現状レベル					望ましいレベル						
	N	平均値	標準偏差	標準誤差	最小値	最大値	N	平均値	標準偏差	標準誤差	最小値	最大値
A× B×	475	1.41	0.94	0.04	0.00	5.00	436	2.95	1.33	0.06	1.00	5.00
A○ B×	236	1.91	1.33	0.09	1.00	5.00	216	3.25	1.30	0.09	1.00	5.00
A× B○	200	1.81	1.27	0.09	0.00	5.00	187	3.20	1.22	0.09	1.00	5.00
A○ B○	373	2.44	1.45	0.07	1.00	5.00	355	3.59	1.32	0.07	1.00	5.00
合計	1284	1.86	1.30	0.04	0.00	5.00	1194	3.24	1.33	0.04	1.00	5.00

F値49.102 (自由度3) p<0.000 欠損値=98 F値16.016 (自由度3) p<0.000 欠損値=188

※¹ A=連携調整の有(○)無(×), B=共同事業の有無有(○)無(×)

表 6-67 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業の状況間の多重比較 (Bonferroni)

連携調整及び共同事業の有無※ ¹		現状レベル			望ましいレベル		
(I)	(J)	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率
A× B×	⇔ A○ B×	-0.50	0.10	0.000	-0.30	0.11	0.034
A× B×	⇔ A× B○	-0.39	0.10	0.001	-0.25	0.11	n. s.
A× B×	⇔ A○ B○	-1.03	0.09	0.000	-0.65	0.09	0.000
A○ B×	⇔ A× B○	0.11	0.12	n. s.	0.05	0.13	n. s.
A○ B×	⇔ A○ B○	-0.53	0.10	0.000	-0.34	0.11	0.013
A× B○	⇔ A○ B○	-0.64	0.11	0.000	-0.39	0.12	0.006

※¹ A=連携調整の有(○)無(×), B=共同事業の有無有(○)無(×)

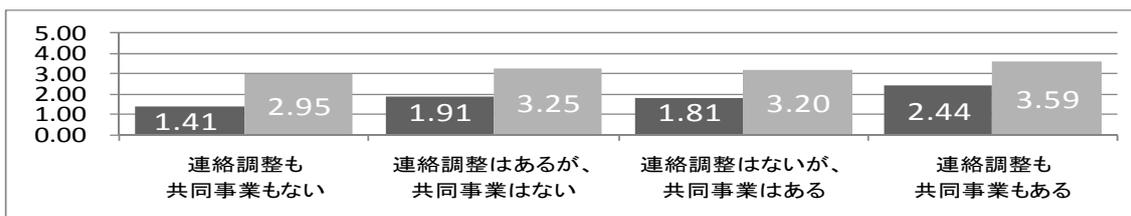


図 6-44 社会福祉協議会との連絡調整および共同事業の状況と統合レベル

9 調査分析のまとめと考察

今年度研究事業の調査票は、昨年度の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（主任研究者：高橋紘士）」の調査票がベースとなっており、相談支援における終結、相談支援のプロセス、共通的支援基盤のプロセス等が引き続き今年度調査においてもデータと収集された。

これに、孤立死への対応、あるいは孤立死予防への取り組みに関する設問、地域包括支援センターの管理者の連携活動能力あるいは機関間における統合の程度に関する設問が追加で設定された。

昨年度の調査票は、3942 センター中、335 センターから回収とその回収率は 8.5%にとどまったが、今年度調査票は 4,066 センター中、1,346 センター（回収率 33.1%）から回収することができた。

（1）調査センターの属性について

運営形態は、昨年度調査では、市区町村からの委託が 63.3%、市区町村直営が 34.6%と示されたが、今年度調査においても市区町村からの委託が 60.2%、市区町村直営が 32.6%とほぼ同様の値であった。

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74.1%と最も多く、続いて「住民への周知不足」40.0%、「二次予防事業対象者の把握」29.5%、「財源が少ない」25.7%と示された。昨年度調査の結果はセンターの実施・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%と同様の傾向を示していた。

また、昨年度調査票における自由記述から作成した、所属自治体の評価について、「あり」と回答されたのが最も多かったのは、「地域包括支援センターが関わる行政権限を有する業務（虐待、権利擁護対応など）への協力姿勢」で63.6%、続いて「地域包括支援センター業務に必要な制度の情報提供や利用者情報の開示」57.6%と示され、これら二つの要素については、50%を超えていたが、「地域包括支援センターが関わる処遇困難ケースに対する後方支援体制が整っている」については40.7%にとどまり、「自治体主催の地域包括支援センター職員への研修を実施」32.4%、「直営の地域包括支援センターがある（委託に対する自治体職員配置）」31.0%については3割程度の自治体にしかないと評価されていることが明らかになった。

また、最も少なかったのは、「介護保険事業に長期的なビジョンを持っている」で27.2%、「地域包括支援センターの評価・改善を実施」25.1%とこれらについては2割の自治体しかないことが明らかになった。

これらの項目は、昨年度で自治体を対象に行った介護保険事業に対する取り組み姿勢の調査票における評価指標の分類と一致しており、この指標については一定の妥当性が検討されていることから、今後はこれら項目の有無と地域包括支援センターの業務について、詳細に分析していく必要があるだろう。

(2) 終結条件

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325センター（25.5%）のみであった。これは、昨年度調査の25.8%とほぼ同様の値であり、終結条件を定めているのは、概ね全センターの4分の1であることが本年度調査の結果においても示された。

(3) 相談支援のプロセス

相談支援のプロセスについては、全体的に今年度調査の方が実施率が高かったが、「4. 組織内情報共有」および「9. 支援チームづくりとサービス担当者会議」については、昨年度は、それぞれ31.9%、37.3%であるのに対し、今年度調査においてはそれぞれ、26.9%、27.7%と顕著に低い傾向にあった。

しかしながら、全体的な傾向としては、昨年度調査結果と同様の傾向を示しており、「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」であった。

「7. 組織内合意（包括C内）」も低く、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改めて明らかにされた。

(4) 孤立死の定義、孤立死への対応

孤立死の定義の有無について、明確に文章化された定義があると回答したセンターは、1382センター中、わずかに45センター（3.3%）であることが明らかになった。この定義があるとされた45センターにおける、定義の共有について尋ねたところ、「自治体において示された定義を共有している」が34センター（75.6%）と最も多く7割以上を占め、その多くが自治体の定義を用いていることが明らかになった。

また、孤立死の定義における「死後何日までの発見を孤立死とするか」という問いに対しては、最も多かった回答は「死後14日」であったが、回答が示された1382センター中わずか7センターであり、この定義が定まっていない状況が明らかになった。

しかしながら、孤立死した高齢者へ地域包括支援センターの対応経験について、あると回答したのが452センター（32.7%）であることが明らかになった。このことは、今後はこの孤立死について、その対応施策を考えていく上でも、その定義についてのコンセンサスを作っていく必要性が明らかになったといえよう。

地域包括支援センターにおける孤立死への対応方法に関わる項目として、孤立死の通報時の安否確認の手順については、25.0%のセンターに存在していた。また、孤立死発見後の死後処理の社会資源情報は、42.8%のセンターにあると示された。

孤立死への対応という点においては、警察や行政機関との連携に必要なこれらの項目について、今後、センターの意識をさらに高めていく必要性が明らかになった。

（５）孤立死予防のための取り組み

孤立死予防のための施策・支援の状況として、地域包括支援センターが取り組む「孤立死高リスク高齢者」施策・支援があると回答したセンターが41.9%であり、半数以上のセンターにおいては、なんらの施策も支援も行われていなかった。また、対策について、どのような対象に行っているかについては地域住民（民生委員、児童委員、自治会、町会等）が一番多く46.1%で、続いて多かったのは、リスク対象者本人で42.9%、地域包括支援センター職員に対しては、31.4%であった。

これらの数値は、ひとり暮らし高齢者、あるいは、夫婦のみ世帯に対する施策や支援の実施状況と比較すると低く、地域住民や家族、行政関係者とターゲットを絞らずに、いわゆるポピュレーションアプローチを行っていた。

これより、地域包括支援センターにおいて実施される、孤立死高リスク高齢者の施策・支援は、現状ではターゲットが不明確であり、効果的な方策が実施されていない状況が推察され、今後は、孤立死高リスク高齢者への施策について、スクリーニングや、孤立死までのプロセスの集積やアウトカムの評価について、さらなる積み上げが必要であることが示唆された。

孤立死高リスク高齢者の把握をしていたのは32.0%だけであり、孤立死の高リスク高齢者への施策の実施よりも低い傾向が示された。さらに、把握と施策の実施について、それぞれ、どの程度、行われているか分析したところ、把握および施策が共に行われていないセンターが46.7%と最も多く、続いて、把握および施策ありのセンター群と示され、24.7%であった。

情報収集を行っているのは28.7%と低く、訪問調査を行っていたのは55.8%であった。以上より明らかになったのは、孤立死高リスク高齢者への情報収集より、訪問調査実施の方が割合が高いことであり、これは、何をもちて孤立死高リスクとするかといったことに対する定義があいまいであることが影響していると考えられた。

また、最終的に最も孤立死予防に対する取り組みに力を入れていると考えられるセンターとして、想定される孤立死の高リスク高齢者への取り組みの手順が明確になっていたのは、12.8%と示され、全体の1割ほどのセンターであったことが明らかにされた。

（６）孤立死予防の共通的支援基盤の構築プロセス

孤立死予防の共通的支援基盤（ネットワーク）の構築プロセスについて、昨年度の調査と比較した結果、今年度の調査結果からは、（以下、括弧内の数値が昨年度調査）、プロセスごとの通過率では、「⑤支援ネットワーク」が73.1%（88.1%）と最も高く、続いて「④受け入れ施設」が、71.1%（80.3%）であった。今年度調査では、「②リスト作成」が69.4%と続いたが、昨年度調査においては「①台帳整備」がこれに続き、79.7%であった。

プロセス順では、「⑦活動状況把握」までは6割以上（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48.5%（59.4%）に留まり、「⑨意識調査の実施」～「⑩アウトカム評価」に至っては、1割から2割（2割から3割）の実施に留まっていた。

以上の結果からわかるように、今年度調査においては実施率が全体的に10%ほど下がっていた。これは、今年度は、「孤立死に対するネットワーク」に限定したことが要因であろう

と考えられた。

さらに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。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。その結果「9. 意識調査の実施」、「10. 改善施策の検討」、「11. アウトカム評価」からなる因子1、「6. ネットワーク会議」、「5. 支援ネットワーク」、「8. ネットワーク活動改善」、「7. 活動状況把握」からなる因子2、「3. ルート確認」、「4. 受け入れ施設」、「2. リスト作成」からなる因子3が抽出された。この際、「1. 台帳整備」は因子から除外されたが、昨年度の分析結果では、「2. リスト作成」は因子から除外されていた。

3つの因子は、まずは、自らのセンターのアウトカムの評価に関わるプロセス因子1であり、ネットワーク構築から実施に関わる因子2、住民への意識調査に関わる因子3の3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年度の調査から明らかになった。

この因子分析の結果は、昨年度の調査とわずかに異なっており、昨年度調査結果においては、「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が抽出されている。

今年度の結果は、情報収集、ネットワーク化、アウトカム評価という三つのプロセスがより明確化されており、このように因子分析の結果が異なったのは、孤立死予防という目的が設問に強調されたことが関連していると考えられた。

（7）統合のレベルおよび管理者の連携活動評価得点

管理者の連携活動評価尺度得点について、記述統計を行った。平均値は 25.38 点（標準偏差 5.56）であり、この得点は同様の指標を用いて調査を行った H21 年度 24.50 点、H20 年度 23.58 点より高かった。

この理由としては、すでに、この指標は、年齢や経験年数が高いほど、この得点が高くなることが明らかにされており、今回の調査について回答を行ったのがセンターの管理者であることが関係していることが考えられた。

表 6-68 H20、H21 調査における地域包括支援センター職員の連携活動得点

連携活動評価尺度得点	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
H20 年調査	5424	0	45	23.58	5.21
H21 年調査	1001	10	39	24.50	4.57

出典：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（主任研究者：高橋紘士）」 P 189

今年度は、新たに、機関同士の連携およびシステム統合の程度を客観的に評価するために、地域包括支援センターにおける他の機関との連携に際しての、統合のレベルについて、調査を行った。

地域包括支援センターと業務上関わりがあるとして設定した 25 機関とのレベルについて、平均値について、記述統計を行ったところ、現状のレベルの平均値は 1.03 であり、望ましい統合のレベルについては、平均値 2.07 であった。これは、現状の地域包括支援センターのレベルは、integration の 3 区分による linkage レベルにあたる Patient referral（紹介があった時、連携するレベル）に留まり、望ましいレベルとしては、次の段階の A clinical guideline（臨床的ガイドラインを設定しているレベル）を他の機関との連携において、必要としていることが明らかになった。しかしながら、コーディネーションレベルにあたる Chain of care（ケアを有機的に統合している）の段階については、現状のレベルがもっとも高い機関で、「(25) 地域包括支援センター」 2.25 といずれの機関とも到達していない状況が明らかになった。

また 25 の機関別に平均値を見たところ、現状のレベルでは、「(25) 地域包括支援センター」が 2.25 と最も高く、続いて、「(19) 居宅介護支援事業所」 2.06、「(20) 訪問介護事業所」 1.91、「(4) 市区町村役所内の部署・住民組織」 1.90、「(11) 社会福祉協議会」 1.86 と示され、これら機関とは連携に際してのシステム統合が進んでいる状況が明らかにされた。また、望ましいレベルについては、「(4) 市区町村役所内の部署・住民組織」が 3.28 と最も高く、続いて、「(11) 社会福祉協議会」 3.25、「(25) 地域包括支援センター」 3.23、「(19) 居宅介護支援事業所」 3.02、「(1) 保健所・市町村保健センター」 2.98 と示され、地域包括支援センターの業務遂行にあたっては、これら機関との連携、あるいは連携に際してのシステム統合が望まれている状況が明らかにされた。現状と望ましい統合のレベルの平均値の差については、「(16) 精神保健福祉センター」が 1.39 と最も高く、「(11) 社会福祉協議会」 1.39、「(4) 市区町村役所内の部署・住民組織」 1.39、と示された。

地域包括支援センターの業務遂行にあたって、これら機関との連携、あるいは連携に際してのシステム統合について望ましいあり方と現状について乖離がある状況が明らかになった。

（8）社会福祉協議会との連携

地域包括支援センターと社会福祉協議会との協働の状況について、地域包括支援センターと社会福祉協議会間の連絡調整および共同事業の有無について回答を得たところ、社会福祉協議会との連絡調整があるとしたのは、39.6%のみであった。また、社会福祉協議会との共同事業・共同開催講座があると回答したのは 40.6%と示され、連絡調整の場と共同事業の両者の実施状況からは、連絡調整も共同事業もあると回答したセンターは、全センターのうち 22.4%であった。統合のレベルの分析で明らかになったように、望ましい統合の値が住民組織の次に高く、他の機関と比較し、社会福祉協議会との連携や機能統合は、地域包括支援センター業務を遂行するにあたって求められていることが明らかになったが、その一方で、現状の統合レベルは低い傾向にあり、その連携や機能統合にあたっては、課題がある状況が改めて明らかになった。

また、連絡調整の場がある、あるいは共同事業がある方が、高い機能統合であったことから、これらがあるかどうか機能が統合を行う上で重要な要素であることが示唆された。

10 自由記述のまとめと考察

(1) センターの相談支援の終結条件に関する考察

センターの相談支援の終結条件の設定には、「課題解決のための目標設定」「支援計画の策定」の有無が大きく関わっていると考えられる。

「課題解決のための目標設定」「支援計画の策定」があったとしても、センターの機能を地域包括ケア体制の実現のためのケアのコーディネーション、ネットワーク化として捉えるのではなく、要介護認定の申請、あるいは居宅介護支援事業所ケアマネジャーへの照会等を行う介護予防ケアマネジメント事業所として、狭義にしか認識していない場合が少なからずある。

「終結条件が設定できない理由」を分析すると、「課題解決のための目標設定」をどこに設定するかによって、「終結」なのか、「継続」「経過観察」「保留」なのか、捉え方が大きく異なっていることが示されていた。仮に、新たな課題が発生しても、当初の課題が解決すれば、ひとつの支援のプロセスとしては終結し、新たな「課題解決のための目標設定」と「支援計画の策定」が必要、という視点が回答者になかったと推察される。

このことは、「担当地区の利用者全員を在宅、入院入所に関わりなく相談支援の対象としているので、相談窓口を常に開けておく」という考え方にも通じる課題と思われる。

したがって、「課題解決のための目標設定」「支援計画の策定」にあたっては、今後、センターの地域包括ケアにおける役割認識についての理解を統一していく必要があると考えられる。

一方、今回の自由記述からは詳細が把握できない内容もあり、今後の課題として残された。例えば、「利用者・家族の拒絶・拒否」に対して、「終結」と判断してもよいのか、という点については、具体的には、課題解決の内容として、問い合わせの対応、関係機関への紹介、連携、学際的チームを組んでの個別ケースへの継続的支援と、ケースごとに関わりの大きさが異なる。そのような中で、センターの役割を考えたいうでの介入目標に対する終結が想定されているかについては把握できなかった。

「支援困難ケース」「困難なケース等」という言葉を使用して回答するものが多くみられたが、「支援困難」の具体的な内容については、支援者の力量によってばらばらであり、内容に大きな乖離があるものと考えられる。単に、「支援困難」と捉えるのではなく、具体的にどのような利用者・家族の状況や課題が、センターとして相談支援に関わるべきケースかという要件を今後整理していくべきであろうと考えられた。

(2) 地域ケア体制の強化に必要な行政機能に関する考察

①地域包括ケア体制の強化に必要な行政の果たす役割

「地域包括ケア体制の強化に必要な行政の果たす役割」に関する自由記述回答は、P95のとおり5つの項目に分けられるが、各項目は、それぞれ密接に関係している。

例えば、行政（保険者）に地域包括ケアシステムに関する明確な「長期ビジョン」がなければ、行政とセンターの役割分担も明確にならないし、「地域の連携を主導すること」はできない。その結果、行政（保険者）は、センターに「丸投げ」せざるを得なくなる。

逆に、「長期ビジョン」の策定や「地域の連携を主導する」ためには、地域ニーズや社会資源の把握が必要となり、そのうえで、把握した地域ニーズや課題を解決するための施策や事業を展開することになるが、それらの役割をセンターに「丸投げ」しては、それらの実現は不可能である。

また、「処遇困難ケースに対する後方支援体制」を整えるということは、行政とセンターが「協働」して相談支援と課題解決のための支援計画を策定し実行に移すことが必要となるが、その前提として「情報提供・開示の仕組み」が整っていないなければならない。

さらに「処遇困難ケースに対する後方支援」を行うには、地域ニーズや社会資源の把握が欠かせないが、単に個別的なサポートだけではなく、地域全体で課題解決をするという視点に立てば、地域の連携を主導したり、新しい施策や事業の検討が必要となり、それらを総合的に体系化したものが「長期ビジョン」に反映されることとなる。

したがって、「地域包括ケア体制の強化に必要な行政機能」としては、前述の5つの項目の分類要素である、「長期ビジョンを持っていること」「情報の提供・開示の仕組みが整っていること」「地域の連携を主導すること」「困難ケース等に対する後方支援体制が整っていること」「丸投げをしない、センターと協働する姿勢」の全てを満たすことが必要となると理解される。

②直営のセンターの設置について

昨年度の調査研究事業の調査票の自由記述においては、「直営のセンターを実施しているところ」「直営で行う。もしくは、直営で行うぐらいと同等の自治体の職員のセンター業務の内容の認識を持つこと」等、地域包括ケア体制の構築に必要な行政機能として「直営型のセンターの設置」があげられていたが、本年度調査研究事業の調査票における自由記述には、「センターは直営であるべき」という趣旨の回答は、数件程しかみられず、むしろ「直営センターのため、業務が混同している部分が多い」といった意見が散見された。

特に「虐待や権利擁護、困難事例への対応については、行政とセンターの役割を明確に分ける必要があると考える」「直営のセンター・委託のセンターそれぞれの機能を理解したうえで、センターに求めるケア体制の定義や強化を図って行くことが必要ではないか」等、直営型の問題点を指摘するものや、直営型と委託型の機能分担や連携の必要性を強調する回答が増加していた。

また、「全センターの対応の標準となる基準を示すための基幹型の設置が望ましい」「基幹型センターがあると理解とまとまりが得られそう」と、基幹型センターの設置を地域包括ケア体制の強化に必要な行政機能とあげる回答も少なからずあった。

そのため、今回の考察では、直営か委託かの設置形態の単純な比較は慎むべきと判断し、地域包括ケア体制の構築に必要な行政機能として「直営型のセンターの設置」は必要条件から除外すべきと考えた。

③地域包括ケア体制の強化へ向けた行政側の課題

本年度調査研究事業の調査票の自由記述回答の特徴の一つは、行政（保険者）に長期ビジョンや方向性の明確化を要望し期待する回答が多い一方で、行政（保険者）の担当部署の姿勢や体制に対する課題が多く指摘されていることである。

「行政が制度を理解せず、現場の声が伝わらない」「行政職員、担当者の理解が乏しい。なかなか地域に出ようとする意識がない」という行政の基本的な姿勢を指摘するもの、「行政の中でセンターに係わる担当職員の数が少なすぎる」「本来、指導すべき市にも専門職がない現状がある」と行政のマンパワー不足を指摘するもの、さらに「行政担当者は随時異動となる為、センターを交えて支援体制が出来上がろうとしている矢先の人事異動は非常に厳しい」「主体的に活動できる自治体を希望しているが、課長補佐をはじめ担当スタッフは1ないし2年毎に部署異動があり、毎年、介護保険制度を知らないスタッフが配属されるので、現場の体制の改善を希望したい」等行政担当者の人事異動による課題も指摘されている。

これらの指摘は、地域包括ケア体制の強化へ向けたセンター側からの「行政への期待」とも理解することもできる。行政としても、その期待に応えるべく「地域包括ケア体制の強化に必要な行政の果たすべき役割」の5つの要素を実現するための課題として、担当部署のマンパワー不足の解消やノウハウ蓄積の工夫、制度に精通した中長期的な人材育成、そして何よりもセンターと「協働」して地域包括ケア体制を強化していこうという姿勢が求められていると認識すべきであると考えられる。

(3) 孤立死に関する考察

① 孤立死の定義

孤立死をめぐる課題として、他者からの関わりを拒否・拒絶することによる孤立には、本人の確かな意思以外にも、認知症、うつ、アルコール依存によって正確な判断ができないことが要因となっている可能性も考えられる。自助・互助・共助・公助それぞれの観点から整理するならば、自助からの孤立とも解釈できる。

自由記述より、現在は、センター職員が、かなり主観的に孤立死をとらえられている現状が明らかになった。また、孤立死の定義が統一されていないがゆえに、孤立死予防に関わるものの意識統一や、現時点における孤立死予防に関する取り組み現状把握や比較ができないことが課題として考えられた。

② 孤立死のリスクが高い高齢者の定義

孤立死のリスクが高い高齢者については、孤立死の定義と同様に明確な定義ではなく、独居等の世帯の状況や他者との関係等の状況において、緊急性や重要性等を総合的に判断してリスクが高いと定義されていると考えられる。

大きく分けて考えれば、独居や近隣等の他者との関わりがあるかどうかという発見（見守り）・支援体制と、高齢者本人のこととして、急変の可能性が高い疾病があるか、経済状況や認知状態等の理由で栄養状態の問題による状態急変等があるか等との関係によって、孤立死のリスクが高い高齢者を定義していると考えられる。

また、アルコール依存症の男性の独居者、マンション暮らしで近隣との関わりがない独居高齢者等の孤立死のリスクが高い高齢者が最近、増加しているとの記述がみられ、今後、更に増加する課題として考えられる。

③孤立死のリスクが高い高齢者に対する施策

自由記述においては、「ハイリスク」「気になる」という主観的な記述が多く、対象者選定による施策では、効果検証が難しく、「孤立死」の定義の明確化の必要性が示唆された。

また、「施策」というよりも「取り組み」と理解して回答されている傾向がみられる。さらに、「センターが果たしている役割」が明確になっていないため、取り組みの主体が様々（行政、社協、センター等）であると考えられる。

④孤立死をした高齢者への対応

時間軸にそって、「発見時における初動的な対応」「遺体安置から葬儀の処置等の対応」「葬式後の身辺整理の対応」という分類を行ったが、その多くが「発見時における初動的な対応」という初動的な対応、あるいは初動的な対応にいたるまでにセンターが行った対応についての内容であった。

この理由としては、孤立死発見の後の様々な対応は、自治体の高齢者担当部署が行なっているため、多くのセンターは関わっていないと考えられる。

本調査項目は、センターが行っている孤立死への対応を明らかにするといった意図があったが、直営のセンターにおいては行政機能を有しているため、自由記述の内容については、行政が行うべきことも混在している。

また、発見のパターンによって、センターの対応が違い、これについては自由記述の内容から多様な対応のパターンが明らかになった。

⑤孤立死のリスクが高い高齢者に関する情報収集及び実態把握

孤立死のリスクが高いと考えられる高齢者に関する情報については、最も重要な情報収集先となるのは、民生委員や近隣住民である。特に、民生委員が定期的に行っている独居高齢者台帳等の実態把握情報であり、センターとしては、民生委員の会議だけでなく、関係者との地域ケア会議での情報収集及び支援方法についての検討により、高齢者に関する情報が収集されている。また、情報収集に際しては、センターが緊急度を判断していることが示唆された。

例えば、「住民や民生委員等からの相談・通報に応じて、緊急度を判断し、必要に応じて職員が訪問等により実態把握を行っている」「親族や近隣住民との交流や支援の有無、介護サービス等の利用の有無、健康や衛生状態等、様々な情報を適宜収集し、リスクを総合的に判断している」等の自由記述もみられた。

孤立死のリスクが高いと考えられる高齢者に関する情報としては、高齢者本人の心身の状態（ADLやIADL等）や認知症の状態だけでなく、具体的なリスクのサイン（兆候）の情報も重要だと考えられる。例えば、ゴミがあふれているというような情報や、通院が必要と考えられるのに外出が全くみられないという情報、また近隣との挨拶等の接点もない、介護サービス利用も無い等の孤立情報等は、極めて重要な情報であり、地域住民からの情報としても得られやすい情報ではないかと、自由記述の内容から推察される。

一方、ここで、まとめられた内容として、以下のような調査上の限界・孤立死ハイリスク情報収集における課題が明らかになった。まず、センターと行政（委託元）の関係性について、それぞれがどのように情報を共有するか、また、実施主体であり、委託元である行政から、委

託先のセンターに対して、どのような情報を提供するかといったことである。

次に、センターの業務内容に関わる制度的な問題として、訪問調査ができない理由として挙げられている「委託センターのため」、「介護予防ケアマネジメント業務に忙殺されているため」といった内容について改善すべき方策を講じる必要性が明らかにされた。

また、介入を拒否されるようなケースに対して、どのように介入するかといった孤立死予防に関わる支援方法や、孤立死予防に関わる地域のネットワーク構築である民生委員や自治会等の住民組織からどのように情報を収集するシステムを作るのかといったことについてのノウハウの蓄積が今後の課題として示唆されることとなった。

⑥孤立死防止のための事業や講座

孤立死防止のための事業や講座等については、地域の見守りと孤立死についての介護者教室や、地域支え合い研修会・講演会、地域支え合い体制づくり事業、見守りネットワーク事業等の実施だけでなく、民生委員会議や地域ケア会議等での研修会・講演、説明等、センターの積極的な地域への働きかけが明らかになった。特に、認知症に関連した研修会・講演が多くみられた。

一方で、例えば「業務量が多く、余裕なし。これ以上、業務量が増えたら退職者がでる現実がある。現状は、離職者を出さないのが優先という状況である。」や「センターの予算も、市の課自体の予算も削減されている中で、新しい事業の立ち上げは困難な状況。」といった、孤立死防止のための事業や講座等実施が困難な状況も明らかになった。

また、孤立死防止のための事業や講座等の実施だけでなく、高齢になっても、あるいは認知症になっても安心して住みつづけることのできる地域を構築することが、結果的に孤立死防止につながるという指摘もあり、地域包括ケアシステム構築に関しては、その方法論について、さらなる検討が必要であることが示された。

おわりに

委員長 高橋紘士
(国際医療福祉大学 大学院 教授)

本研究は地域包括支援センターの業務のあり方を検証し、改善の方法を探るというテーマを掲げて研究が実施されたが、結論的にいうと、地域包括支援センターが関わる、地域社会の状況によって多様な姿がありうることを前提に地域包括支援センターの業務のあり方を再構築する必要があるということが明らかになりつつある。

地域包括ケアシステムの構築にあたって、自助、互助、共助、公助の役割と相互関係について、改めて、そのあり方を検討するにあたっては、幾つかの留意点を踏まえる必要があるように思われる。

第一に、社会システムのなかで、それぞれの役割を体現する制度や慣行についての共通理解が必要となる。そもそも、この自助、互助、共助、公助という概念は補完性の原理から由来し、支援の順序を整理するものである。自己の能力活用を支える市場システムと自己責任原理、しからざるときの親密性原理と援助の主体として期待される相互扶助、そして、これをシステム化する制度化された共助システム、さらに、これを補完する公共システムという一連のマクロベースでの概念理解がある。

第二に、個別支援のレベルでのこの四者の組み合わせとしての概念化がある。支援における本人の潜在能力の活用、これを補完し、あるいは代替する家族や隣人の互助、そして、制度化された社会保険システムとして介護保険等の給付活用、さらに標準的給付としての保険給付ではカバーされない個別的な必要に対応する福祉制度給付の活用の相互関係と相互補完と相互代替の手法である。

第三に、これを支援の場としてメゾ領域の課題として理解するならば、自助や互助の欠如に対応すべき施設における支援、本人の自発性と地域社会の資源を活用する地域の場での支援のシステムのあり方などである。

少なくとも、おおきな流れとして、ケアインプレイス、あるいは地域ケアの主流化は支援を必要とする人々の尊厳の保持の条件としての自助と互助の活性化が課題とされている。

他方、地域では、地域の関係性の欠如、人々の孤立化の進展のなかで、制度的なニーズ充足システムの限界もあきらかにされつつあり、互助システムの再生の課題も提起されている。

一方で、依然として豊かな相互扶助慣行が温存され、地域の紐帯が維持されることによって、支援を必要とする人々にも豊かな生活が保障されている地域もみられる。

今後の我が国の後期高齢層の拡大に伴う制度需要爆発と、一方で資源制約のなかで、自助、互助、共助、公助の最適解をどのように求めるのかという課題が地域包括ケアシステム構築の課題である。

その際、考慮すべきは、地域の多様性のなかで、普遍的な制度との折り合いをどうつけていくかという問題である。

地域包括ケアシステムにおける地域包括支援センターに、今後、期待される大きな役割は、地域社会の多様性と、普遍的に適用される制度システムとの調整機能を地域づくりと連動した

がら追求するという、エリアマネジメントの役割の発見とその実現のための結節機関としての役割の追求であるかもしれない。

調査票

地域包括支援センターにおける 相談支援の業務実態および 孤立死に対する取り組みに関する調査

平成 22 年度 老人保健健康増進等事業
(地域包括支援センターの機能強化及び業務の検証並びに
改善手法に関する調査研究事業)

国際医療福祉大学大学院教授 高橋 紘士

貴地域包括支援センターの基本属性	
自治体名・市町村コード	() ^道 _{府県} () ^{区市} _{町村} 市町村コード()
地域包括支援センター名	

問1 貴地域包括支援センター（以下、貴センター）の業務の開始年月と運営形態について、お答えください。

(1) 業務開始年月はいつですか。

平成（ ）年（ ）月

(2) 運営形態を選択してください。

1. 市区町村直営

2. 市区町村からの委託 ⇒ （設置主体： ）

問2 貴センターの開始時期の人員配置と現在の人員配置について、すべて常勤換算した値をご記入ください。

項 目	開設当初	現在
(1) 保健師	名	名
(2) 看護師	名	名
(3) 社会福祉士	名	名
(4) 主任介護支援専門員	名	名
(5) その他（ ）	名	名

問3 貴センターにおける昨年度（平成21年度）の予防給付及び介護予防プランの作成状況を以下に記入してください。

項 目	回 答
(1) 平成21年度の予防給付のケアプラン作成の実人数	名
(2) 平成21年度の介護予防（特定高齢者）プラン作成の実人数	名

問4 貴センター全体における昨年度（平成21年度）の相談受理件数とそのうち介護支援専門員から相談受理件数についてお答えください。

項目	回答
(1) 相談受理件数	名
(2) うち介護支援専門員からの受理件数	名

問5 貴センターの相談支援の終結（※注）条件について、以下にお答えください。

（注）本調査では、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」と定義します。

(1) 貴センターでは、相談支援の終結の条件を定めていますか。

1. はい

2. いいえ



(3)もご回答ください。

(2) (1)で「はい」と回答された方は、貴センターで示されている相談支援の終結の条件について、ご記入ください。

(2)-2 () 部分に (2)の条件に該当した、昨年度（平成21年度）の相談支援の終結となった人数をお書きください。

1. () 名

2. わからない

(3) (1)で「いいえ」と回答された方は、相談支援の終結の条件を定めていない理由について、ご記入ください。

問6 貴センターにおける昨年度（平成21年度末現在）の事例のうち、多くのかかわりと支援の時間や対応を要した上位10事例（ケース）の終結の状況（※注）の内訳をお答えください。

終結の状況	終結の状況別件数
(1) 自然に終結	件
(2) 解決して終結	件
(3) 関与できずに終結	件
(4) 不要となって終結	件
(5) 終結していない	件
(6) わからない	件

（注）本設問における「終結」については、以下の表に記した4つの終結の状況に沿ってご回答ください。終結の状況が不明の場合は、「終結していない」としてカウントしてください。

終結の状況	説明
(1) 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います。
(2) 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、終結したことを言います。
(3) 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、終結したことを言います。
(4) 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います。
(5) 終結していない	上記以外で終結していないと判断した場合を言います。

問9 貴センターの設置自治体について、以下にお答えください。

(1) 貴センターの設置自治体について、該当する番号すべてに○印をしてください。（複数回答）

1. 介護保険事業に長期的なビジョンを持っている
2. 地域包括支援センター業務に必要な制度の情報提供や利用者情報の開示
3. 地域の連携（パスによる医療・介護連携およびサービス事業者間連携等）を主導している
4. 地域包括支援センターが関わる処遇困難ケースに対する後方支援体制が整っている
5. 直営の地域包括支援センターがある（委託に対する自治体職員配置）
6. 地域包括支援センターが関わる行政権限を有する業務（虐待、権利擁護対応など）への協力姿勢
7. 地域包括支援センターの評価・改善を実施
8. 自治体主催の地域包括支援センター職員への研修を実施

(2) 貴センターが考える地域包括ケア体制の強化に必要な行政の果たす役割についてのご意見を以下にご記入ください。（自由記述）

問10 貴センターにおける社会福祉協議会との連携についてお答えください。

(1) 貴センターでは、社会福祉協議会との定期的な連絡・調整等の場がありますか。

1. はい

2. いいえ



(1)-2 「はい」と回答された方は、定期的な連絡・調整等の場の詳細について、ご記入ください。

連絡・調整等の場の名称	開催頻度	連絡・調整等の内容

(2) 貴センターでは、社会福祉協議会と連携した事業や講座がありますか。

1. はい

2. いいえ



(2)-2. 「はい」と回答された方は、事業や講座の内容について、ご記入ください。

事業や講座の名称	予算	参加人数

(3) 孤立死のリスクが高い高齢者に対する施策を行っていますか。

1. はい

2. いいえ



(3)-2 「はい」と回答した場合、どのような対象に行っていますか。(複数回答)

1. リスク対象者本人
2. リスク対象者の家族・親類
3. 地域住民(民生委員、児童委員、自治会、町会等)
4. 介護サービス事業者、介護支援専門員
5. 地域包括支援センター職員
6. 社会福祉協議会
7. 行政内の関係課
8. その他()

(3)-3 その他の内容(自由記述)

(4) これまで孤立死した高齢者への対応をしたことがありますか。

1. はい

2. いいえ

⇒ 過去1年間に () 件



(4)-2 孤立死をした高齢者に対して、どのような対応をしましたか。
以下に、自由にお書き下さい。

(5) 孤立死のリスクが高い高齢者に関する情報を収集していますか。

1. はい

2. いいえ

⇒ 現在 () 名



(5)-2 孤立死のリスクが高いと考えられる高齢者に関する情報は、どのような内容ですか。
以下に、自由にお書き下さい。

問12 貴センターにおいて昨年度（平成21年度）に自治体と共同で実施した事業や講座、またそれらの予算やのべ参加人数（講座の場合）についても、以下の欄にお書きください。

(1) 地域包括支援センターからの提案によって、実施した事業や講座はありますか。

1. はい

2. いいえ



(1)-2 「はい」と回答された方は、事業や講座の詳細について、ご記入ください。

事業や講座	予算	のべ参加人数
(例) 認知症ケア・地域ネットワーク事業	200万円	—

(2) 自治体からの提案によって、実施した事業や講座はありますか。

1. はい

2. いいえ



(2)-2 「はい」と回答された方は、事業や講座の詳細について、ご記入ください。

事業や講座	予算	のべ参加人数
(例) 高齢者虐待防止マニュアル活用講座	50万円	250人（5回開催）

(3) その他（自由記述）

問13 貴センターにおいて今後自治体と共同で実施しようとして計画している孤立死防止のための事業や講座、またそれらの予算や想定参加人数（講座の場合）についても、以下の欄にお書きください。

(1) 地域包括支援センターからの提案によって、実施しようとしている事業や講座はありますか。

1. はい

2. いいえ



(1)-2 「はい」と回答された方は、事業や講座の詳細について、ご記入ください。

事業や講座	予算	想定参加人数

(2) 自治体からの提案によって、実施しようとしている事業や講座はありますか。

1. はい

2. いいえ



(2)-2 「はい」と回答された方は、事業や講座の詳細について、ご記入ください。

事業や講座	予算	想定参加人数

(3) その他（自由記述）

--

問14 貴センターにおける孤立死等のリスクが高い高齢者への支援基盤（ネットワーク）を整えるための環境整備のプロセスについて、11のプロセスを想定した場合、貴センターでのそれぞれのプロセスの活動の状況について、該当する番号に○印をしてください。

(1) 孤立死ハイリスク高齢者（一人暮らし高齢者、等）台帳の整備	➤	1. 行っている 2. 行っていない 3. 支援内容によって行っている
(2) 地域の社会資源の情報リストの作成（地域包括支援センター作成のもの）	➤	1. 行っている 2. 行っていない 3. 支援内容によって行っている
(3) 支援内容別の連携先の連絡ルートの確認	➤	1. 行っている 2. 行っていない 3. 支援内容によって行っている
(4) 緊急保護等が可能な受け入れ施設の現状把握	➤	1. 行っている 2. 行っていない 3. 支援内容によって行っている
(5) 関係機関によって構成される支援ネットワークへの参加（ない場合構築）	➤	1. 行っている 2. 行っていない 3. 支援内容によって行っている
(6) ネットワーク会議における地域包括支援センター、関係機関、自治体における役割整理	➤	1. 行っている 2. 行っていない 3. 支援内容によって行っている
(7) 地域団体や機関の活動状況の現状把握	➤	1. 行っている 2. 行っていない 3. 支援内容によって行っている
(8) ネットワーク活動に関する改善施策の検討	➤	1. 行っている 2. 行っていない 3. 支援内容によって行っている
(9) 支援内容別住民のニーズ及び支援に対する意識調査の実施	➤	1. 行っている 2. 行っていない 3. 支援内容によって行っている
(10) ニーズや意識調査を踏まえた改善施策の検討	➤	1. 行っている 2. 行っていない 3. 支援内容によって行っている
(11) 支援内容別活動におけるアウトカム評価(※注)	➤	1. 行っている 2. 行っていない 3. 支援内容によって行っている

（注）アウトカムとは、目標の達成状況を示す結果または成果のことを指し、数値等で表すことができる客観的な項目を想定しています。

このページは空白です。

問15 貴センターにおける相談支援の事例（ケース）の終結までのプロセスについて、次の11のプロセスを想定した場合、それぞれプロセスの実施の程度について、該当する番号に○印をしてください。

本設問で想定している相談支援の事例（ケース）の概要

（ 独り暮らしの認知症の高齢者で、地域の方（民生委員等）から、地域包括支援センターに相談が入った事例（ケース）。なおかつ、新規の相談で介護保険サービス等を利用していない事例（ケース）。 ）

1) 相談者の確認	➤ 相談者が、介護支援専門員か本人からか、家族からか、近隣住民からか確認	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他（ ）
2) 相談内容の確認	➤ 相談内容についての確認、事実の確認、緊急性の確認、およびその場合の介護支援専門員の対応の状況について確認	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他（ ）
3) 記録を確認する	➤ ■地域包括支援センターで把握している場合 過去の相談記録を確認	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他（ ）
	➤ ■地域包括支援センターで把握していない場合 （サービスの利用の有無について）市町村のデータを 確認	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他（ ）
4) 組織内情報共有 （地域包括支援センター内）	➤ ○当面の担当者の決定 ○アプローチ方法の確認（訪問の必要の有無、誰と同行し、何を 確認してくるか）	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他（ ）
5) 訪問	➤ ○状況の把握（事前に集められた情報の確認） ○生活状況、認知症等の確認 ○相談内容の確認	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他（ ）

6) 地域包括支援センターとしての支援計画案の立案	○得られた情報をもとに、本人を理解し、生活課題を設定し、地域包括支援センターとしての行動計画（支援計画）をたてる。 (※注)	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他 ()
7) 組織内合意 (地域包括支援センター内)	○行動計画（支援計画）を包括内で合意する。	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他 ()
8) 地域包括支援センターとしての支援の開始	○支援計画に基づいて、地域包括支援センターとしての支援を開始実施	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他 ()
9) 支援チームづくりとサービス担当者会議 (初回)	○選任されたケアマネジャーと支援チームをつくり、初回のサービス担当者会議を開催	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他 ()
10) 進捗の把握 (モニタリング)	○モニタリングを実施しながら、課題解決に向けて、地域包括支援センターとして支援を実施	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他 ()
11) 地域包括支援センターとしての課題解決 (課題の終結)	○地域包括支援センターとして設定した課題が解決されたことの確認 (チーム合意)	1. 必ず行う 2. ほとんど行う 3. 時々行う 4. 行わない 5. その他 ()

(注) 課題設定とは、支援チームの中の地域包括支援センターとして取り組む課題のことを言い、アセスメント 課題設定 行動計画（支援計画）の流れで行われます。

問16 貴センターの業務に際して、他の機関との連携の「現状のレベル」と「望ましいレベル」について、を以下の0～5レベルのいずれかを選択し、その番号をご記入ください。

(※注) 選択する連携のレベル(段階)の基準は、以下の0～5のいずれかひとつを選択してください。

レベル0. 連携していない。連携する必要がない。

レベル1. 連携先のサービスを必要とした場合、連絡をとり、サービスを必要とする利用者に紹介している。

レベル2. 連携先機関との間に、ある特定の利用者等に対する支援方法について、特定の手順やマニュアルを整備している(連携パスや虐待対応マニュアルなど)。

レベル3. 特定の手順やマニュアルを中心として、手順以外のニーズや複合的なニーズを持つ要援護者に対して、協働してサービス提供を行っている。

レベル4. 特定の手順やマニュアルを中心としたケアについて、管理者を中心に組織的に継続的な改善を行っているが、その改善活動に関する予算計上まではしていない。

レベル5. 他機関との連携による包括的な支援活動に対して予算を計上し、地域住民のための総合的な支援活動の提供および継続的な改善を行っている。

連携先機関	連携レベル(段階)	
	現状のレベル	望ましいレベル
(1) 保健所・市町村保健センター		
(2) 医療機関(診療所・病院など)		
(3) 県庁・所属自治体中枢機関		
(4) 市区町村役所内の部署・住民組織		
(5) 公民館		
(6) 教育委員会		
(7) 保育所・幼稚園		
(8) 学校(小・中・高・大)		
(9) 児童相談所		
(10) 福祉事務所		

問17 貴センターの管理者の一般的な連携活動についてお伺いします。以下のそれぞれの項目について、最も該当する番号をひとつ選んで○で囲んで下さい。

<p>(1) 管理者は、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。</p>	<p>1. まったく報告していない 2. あまり報告していない 3. 必要に応じて報告している 4. いつも報告している</p>
<p>(2) 管理者は、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。 (※注1)</p>	<p>1. まったく把握していない 2. あまり把握していない 3. ある程度把握している 4. 大変よく把握している</p>
<p>(3) 管理者は、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。</p>	<p>1. まったく集めていない 2. あまり集めていない 3. だいたい集めている 4. よく集めている</p>
<p>(4) 管理者は住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか。</p>	<p>1. まったく提案していない 2. あまり提案していない 3. ある程度提案している 4. よく提案している</p>
<p>(5) 管理者は、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しましたか。 (※注2)</p>	<p>1. まったく要請していない 2. あまり要請していない 3. ある程度要請している 4. よく要請している</p>
<p>(6) 管理者は、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したか。 (※注3)</p>	<p>1. まったく要請されていない 2. あまり要請されていない 3. よく要請されている 4. 大変よく要請されている</p>
<p>(7) 管理者は、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。 (※注4)</p>	<p>1. まったく参加していない 2. あまり参加していない 3. かなり多くの集まりに参加している 4. すべて参加している</p>
<p>(8) 管理者は、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。</p>	<p>1. まったく聞いていない 2. あまり聞いていない 3. よく聞いている 4. すべて聞いている</p>
<p>(9) 管理者は、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。</p>	<p>1. まったく把握していない 2. あまり把握していない 3. ある程度把握している 4. 大変よく把握している</p>
<p>(10) 管理者は、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか。 (※注5)</p>	<p>1. まったく勧めていない 2. あまり勧めていない 3. ある程度勧めている 4. 積極的に勧めている</p>

(11) 管理者は、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。 （※注6）	1. まったく参加していない 2. あまり参加していない 3. よく参加している 4. すべて参加している
(12) 管理者の機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしますか。	1. まったく回っていない 2. あまり回っていない 3. だいたい回っている 4. すべて回っている
(13) 管理者は、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。 （※注7）	1. まったく決定していない 2. あまり決定していない 3. だいたい決定している 4. いつも決定している
(14) 管理者は、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。 （※注8）	1. まったく伝達してしない 2. あまり伝達していない 3. だいたい伝達している 4. すべて伝達している
(15) 管理者は、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地域包括支援センターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか。 （※注9）	1. まったく管理していない 2. あまり管理していない 3. だいたい管理している 4. すべて管理している

その他の用語の意味については、以下を参照してください。

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

質問は以上になります。

ご協力ありがとうございました。