平成２３年度　老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステム構築のための
保険者と地域包括支援センターの関係性に関する
調査研究事業

報告書

平成２４年３月

立教大学

目次

はじめに　-地域包括ケアシステムの展開のために～本研究の目的-..... 5

第１章　地域包括ケアシステムの構築にかかる研究..... 8

１　研究事業の実施方法..... 8

２　研究の概要..... 11

第２章　地域包括ケアシステムをめぐる国際的な動向..... 13

１　はじめに..... 13

２　世界における integrated care system の導入状況..... 14

３　integrated care の定義と戦略、法則（原則）..... 16

（１）integrated care の定義..... 16

（２）integrated care の戦略..... 17

（３）integrated care の法則（原則）..... 18

４　高齢者を対象とした integrated care system..... 21

５　まとめ..... 23

第３章　地域包括ケアシステム構築のための地域連携の仕組みづくり―　垂直的統合および水平的統合実現のための道筋　―..... 24

１「地域包括ケアシステム」の構築と地域連携..... 24

（１）長期ケア..... 24

（２）長期ケアにおける「医療」と「社会的ケア」..... 25

（３）「医療と介護の連携」..... 26

（４）介護保険法の改正と地方自治体の責務の強化..... 27

（５）医療保険制度と介護保険制度の同時改定..... 27

（６）垂直的統合と水平的統合..... 29

２　垂直的統合 30
（１）２つの「流れ」 30
（２）「行き場の見つけづらい高齢者」 31
（３）垂直的連携の課題 32
（４）市区町村レベルの地域ケア会議の必要性 33
（５）「垂直的統合」推進の道筋 34
３　水平的統合 35
（１）地域包括ケアの２つの方針を同時に組み込んだ「連携（統合）」 35
（２）専門職間の「連携（統合）」 36
（３）フォーマルサービスとインフォーマルサービスの「連携（統合）」 38
（４）水平的統合の道筋と課題 41

第４章　地域包括ケアシステムの文脈において構想される「認知症ケアシステム」の考え方 43
１ はじめに 43
２　認知症に対応できる医療サービスの強化の方策 43
（１）地域における認知症のための医療サービスの現状把握 43
（２）認知症のための医療サービスの現状を把握するための尺度の開発 43
（３）MSD-30 の活用方法 45
３　医療という視点からの専門職間の連携推進の方策 48
（１）連携推進の戦略を練る 48
（２）連携を推進するツールとしての認知症総合アセスメント 48
（３）連携推進のツールとしての DASC 開発の考え方 49
（４）DASC の信頼性と妥当性の検証 51
（５）認知症の総合アセスメントの活用事例 52
４　おわりに 53

第５章　地域包括ケアシステム構築の保険者評価調査票の開発とその法令根拠 54
１　地域包括ケアシステムの実現のために自治体が保有すべき保険者機能の考え方 54
（１）地域包括ケアシステム構築に求められる保険者の機能 54
（２）平成 24 年度改正介護保険制度において明示された保険者機能 63
（３）今年度保険者機能調査の作成について 65
２　自治体が保有すべき保険者機能の分類ごとの法令根拠の作成 68

第６章　地域包括ケアシステム構築のための保険者機能の評価の基本的な考え方 82
１　はじめに 82
２　H21 調査結果を用いた傾向分析 82
３　考察 118
（１）保険者スコアによる類型化とグループごとの傾向 118
（２）属性別保険者スコアの差 119
（３）保険者評価尺度の開発 119
４　おわりに 120

第７章　地域包括ケアシステムにおける認知症ケア施策立案プロセスの作成について 121
１　背景 121
２　方法－プロセスの作成方法 122
３　結果 - 作成されたプロセスの概要 122
４　おわりに 124

第８章　自治体に対するヒアリング調査について 134
１　調査目的 134
２　調査内容 137

３　調査結果.....138
（１）地域包括ケアシステム構築のための保険者機能の状況について.....138
（２）自治体独自施策立案の内容（認知症関連も含む）.....140
（３）医療と介護の連携を促進する仕組みづくりについて.....140
（４）住民主体の地域包括ケアシステム成立要件（鹿児島県肝付町の事例から）
.....141
４　考察とまとめ.....153

おわりに.....155

資料編.....157
資料１　「自治体における地域包括ケアシステム構築のための保険者機能調査」集計結果　一覧.....158
資料２　GIS を用いた保険者スコアや自治体属性の分析結果の表示.....200
資料３　【寄稿】在宅医療ネットワーク構築を目指す取り組み　～保健所からのアプローチとその効果～.....212

はじめに　-地域包括ケアシステムの展開のために～本研究の目的-

地域包括ケアという概念は、もともとは、ねたきりゼロ作戦の提唱者で知られる広島県御調町（当時、現在尾道市）の公立みつぎ総合病院の山口昇医師によって昭和 50 年代に使われはじめたものである。

山口医師によれば、脳卒中などの後遺症の患者たちの生活の質を確保する上で、治療（キュア）のみならず予防、リハビリ、福祉、介護を専門サービスのみならず、住民参加による地域ぐるみの活動も包含したみつぎ病院の実践展開を説明する、いわば実践から生まれた概念であった。

その後、2003 年に公表された厚生労働省老健局の高齢者介護研究会による「2015 年の高齢者介護」と題する報告で、再定義が行われ、05 年の介護保険改革における「地域包括支援センター」創設にあたって目標として達成すべき政策概念として用いられるようになり、さらに、今回の介護保険改正にあたって、その考え方を整理した「地域包括ケア研究会」の報告書において、介護保険改正が目標とすべき概念として提起され、また、同時並行的検討が進められた社会保障国民会議の報告においても、今後の医療と介護の改革にあたっての嚮導概念として用いられた。今回の「税と社会保障の一体改革」の目標にもこの概念が使われ、政策概念として定着するに至っている。

今後、地域包括ケアが現実のなかで、一つの提供体制として確立するためには幾つかの重要な課題がある。

第一に、地域包括ケア提供体制をどのように構築していくべきか。構築主体の問題がある。公立みつぎ総合病院の場合は国民健康保険直営の医療機関として、町役場の保健福祉部門さらに社会福祉協議会と一体化して地域包括ケアの提供体制が実践に即して展開されてきた。しかしながら、多くの自治体では、このような条件は存在していない。そこで、05 年改革では地域包括支援センターを介護保険の保険者機能として創設し、地域包括ケア推進の拠点として整備することが目指されたが、実際には、多くの地域包括支援センターは社会福祉法人や医療法人への委託機関であり、単なる相談機関としてみなされ、地域ケアのマネジメント機能は未成熟のまま今日に推移しているといえる。

また、市町村の保険者機能としての提供体制整備についても、政策能力や専門性の問題もあり、提供体制の設計と運用といった課題を保険者機能として果たすには少数の例外の自治体を除いて多くの困難があるように思われる。多元的なサービス提供体制を地域連携システムとして構築し、運用を可能にするには、多くの課題をクリアしなければならない。

第二に、地域包括ケア提供体制を構成するサービス群とその制度的配置の整理が必要である。保健医療福祉の統合として構想された介護保険において、介護保険法上、居宅サービス優先の原則が謳われたにもかかわらず、施設依存が特養待機者の増大のなかで克服されていない。

このような状況のなかで、前回の制度改正では地域密着型サービスが導入され、今回の介護保険制度の改正のなかで、訪問看護と訪問介護の複合型サービスとしての 24 時間随時訪問サービスが導入されるとともに、地域包括ケアを実現する基盤として、住宅施策との連携が強調されるようになってきた。さらに、医療と介護の連携が強調され、今回の診療報酬改定の中でも在宅医療の充実強化の方向性が強調されたが、これらの行方を注目する必要がある。

例えば、今後、大きな課題となる認知症ケアについては、医療と介護と生活支援との連携が課題解決の鍵となると考えられるが、この点の検討については不十分なままであるといえる。

第三に、地域包括ケア提供体制を、制度的支援と非制度的支援のコンプレックスであると理解するならば、双方の成立条件とその組み合わせの問題を解決する必要がある。少なくとも、今後の資源不足の問題を正直にうけとめるならば、非制度的支援の意義を再定義する必要がある。

地域包括ケア研究会の報告書において、自助、互助、共助、公助の四区分を提唱したのは、すべてのニーズに対するケア提供を公的制度に収斂させようとすることはコスト爆発を起こし、制度の持続可能性を揺るがすからにほかならない。他方、非制度的支援は家族機能のゆらぎと地域社会の脆弱化のなかで、危機に瀕している。とすれば、どのようなソリューションが考えられるか。

地域包括ケア提供体制はいずれにせよ、医療と介護と福祉の制度的分断を克服した包括的支援システムとして構築される必要がある。

今年度の研究はこのような課題について、いくつかの視点で研究を行った。

第一に、地域包括ケア構築の重要なアクターである保険者の役割を評価するために、保険者機能を評価するための指標の開発を行った。

地域包括ケアを構築するために、自治体に必要な条件はどのようなものがあるかについて検討を行い、前年度の研究成果をもとに人材、予算、関係機関とのネットワーク構築の諸要素についての検討を行い、自治体における地域包括ケア構築のための保険者機能として、事業計画政策立案の状況、地域連携の仕組みづくり、自治体としての地域包括支援センターへの支援、介護支援専門員への支援、介護サービス事業者支援、高齢者虐待対応、権利擁護対応等への状況、さらに、地域包括ケアシステム構築のための組織整備等、地域における医療と福祉の連携状況などの尺度開発により、自治体の取り組み状況を評価するための指標を開発し、実際に調査自治体を選定し、調査を行った。（第 5 章、第 6 章）

第二に、今後、政策的にも実践としても重要な課題と考えられる、認知症ケアについて、地域包括ケア構築という視点からの課題を整理し、今後の課題を明らかにした。（第 4 章、第 7 章）

第三に、地域包括ケアシステム構築の鍵となる地域連携のあり方について、垂直的統合、水平的統合という視点からその課題を明らかにした。（第 3 章）

第四に、地域包括ケアシステム構築のなかで重要となる非制度的支援と制度的支援のあり方について、事例調査からその現状と課題を明らかにすることを試みた。とりわけ限界集落を抱えた制度整備が困難な地域での実践を通じてインフォーマルサポートの重要性を明らかにした。（第 8 章）

第五に、地域包括ケアシステム構築のための保険者機能の状況、自治体独自施策立案の内容、医療と介護の連携を促進する自治体主導の仕組みづくりについて、地域包括ケアシステムのうち、とりわけ医療と介護の連携などの課題について自治体へのヒアリングによる事例調査を実施した。（第 8 章）

本研究事業が、今後の地域包括ケア構築にあたっての方向性を共有し、現実の取り組みに結実していくためにいささかでも貢献することを期待したい。

最後に調査にご協力をいただいた自治体関係者各位に深甚なる謝意を表したい。

第１章　地域包括ケアシステムの構築にかかる研究

１　研究事業の実施方法

（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、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（２０１１年９月２９日）
協議事項：昨年度研究報告、今年度研究の趣旨と進め方について検討、自治体ヒアリング調査および質問紙調査の実施に向けたディスカッション
第２回委員会（２０１２年１月１０日）
協議事項：作業部会の活動状況報告（保険者機能調査の調査票開発等）、保険者機能調査の実施に向けた協議、ヒアリング調査の状況報告、報告書のとりまとめに向けた構成の検討と執筆分担協議

（２）作業部会の設置

作業部会を設置し、作業部会に所属するワーキングチームを委員の中から選定し、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。

① 作業部会A（ヒアリング調査の検討）
② 作業部会B（住民調査の実施あるいは調査方法の検討）
③ 作業部会C（データ分析および既往研究の整理・分析）

（３）先進的な地域・自治体のヒアリング

包括的な地域ケアに取り組んでいる事例として肝付町、肝付町地域包括支援センターや先進自治体に対し、ヒアリングを実施した。

（４）保険者機能に関する アンケート調査の実施

「地域包括ケアシステム構築のための保険者機能調査」
調査方法 ： アンケート調査（自記式）、県を通じて配布・回収
調査期間 ： ２０１２年１月

調査対象　：富山県内の市町村（１８ケ所）
　　滋賀県内の市町村（１９ケ所）
　　鹿児島県内の市町村（４３ケ所）
　　自治体ユニット参加市町村（７７ケ所）
　　計　１５７ケ所

調査内容　：　事業計画・政策立案の状況、地域連携の仕組み、地域包括支援センター職員への支援の状況、介護支援専門員や介護サービス事業者の支援の状況、高齢者虐対応・権利擁護対応等の状況等

（５）委員名簿

【本委員会　委員】　（五十音順、敬称略）

	粟田　主一	（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	（地域ケア政策ネットワーク研究主幹）
	太田　貞司	（神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授）
◎	川村　仁弘	（立教大学大学院21世紀社会デザイン研究科教授）
	笹井　肇	（武蔵野市役所防災安全部部長）
	篠田　浩	（大垣市役所福祉部社会福祉課）
○	高橋　紘士	（国際医療福祉大学大学院教授）
○	筒井　孝子	（国立保健医療科学院統括研究官）
	中澤　伸	（社会福祉法人いきいき福祉会　副総合施設長）
	森本　佳樹	（立教大学コミュニティ福祉学部教授）

◎は研究代表者、○は分担研究者

【オブザーバー】

黒岩　嘉弘	（厚生労働省老健局振興課）

【ワーキングチーム】

八田　冷子	（鹿児島県保健福祉部保健医療福祉課技術補佐）
柿元美津江	（薩摩川内市市民福祉部市民健康課課長）
松繁　卓哉	（国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部主任研究官）
東野　定律	（静岡県立大学経営情報学部講師）
筒井　澄栄	（国立障害者リハビリテーションセンター研究所室長）
大夛賀政昭	（国立障害者リハビリテーションセンター研究所流動研究員、国立保健医療科学院協力研究員）
藤守　義光	（日本医科大学　非常勤講師）
菅谷　友子	（国立保健医療科学院）
アレクシ コタンサン	（国立保健医療科学院）　～H23.9.30
東内　京一	（和光市保健福祉部長寿あんしん課課長）H23.10.1～
近藤　赳弘	（首都大学東京大学院都市環境科学研究科建築学域）H23.10.1～
根子　明香	（国立保健医療科学院）　H23.10.1～
茅野　泰介	（武蔵野市健康福祉部高齢者支援課介護保険係主任）H24.1.1～
曳地　厚紀	（元　DICO株式会社アプリケーション開発部）H24.1.1～

【調査集計分析支援】

松本　博規	（株式会社　千早ティー・スリー）

【事務局】

吉野　望	（株式会社　地域・高齢社会開発研究所）
魚崎　幾代	（株式会社　地域・高齢社会開発研究所）

２　研究の概要

（１）地域包括ケアシステム構築に関する保険者機能の評価

① 地域包括ケアシステム構築のために自治体が有すべき保険者機能の提示

既往研究の調査項目を分析し、自治体が最低限有すべき保険者機能を整理した。

② 地域包括ケアシステム構築に向けた施策立案のガイドライン作成

平成21年度に実施した既往調査により、保険者の取り組み状況に格差があることが明らかになった。本研究では保険者を類型化し、「法令に定められた保険者機能を実施できていない」保険者が、せめて最低限の保険者機能を実施できるための手がかりとなるよう、根拠法令を整理し、ガイドライン化に向けて資料の改善を重ねた。

③「自治体における地域包括ケアシステム構築のための保険者機能調査」の実施

上記①で整理した保険者機能をもとに、郵送による自記式調査を実施し、取り組み状況を把握するとともに、設定した機能の過不足に関して検証した。また、調査票とともに「法令・告示における根拠との対照表」を送付し、保険者機能を実施するための手がかりとなることを期待した。

（２）自治体に対するヒアリング調査

介護保険事業への取り組み状況の既往調査をもとに、各自治体の人口規模や社会資源等の地域特性に関する基礎データについてマッピング分析を行った。これをもとに、調査対象自治体を抽出し、ヒアリング調査を実施した。

【ヒアリング項目】

・地域包括ケアシステム構築のための保険者機能
・認知症施策の立案状況
・医療と介護の連携状況
・第５期介護保険事業計画策定の進捗状況　等

（３）地域包括ケアシステムにおける認知症ケア推進方策に関する検討

先進地域をヒアリングし、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を得た。

また、委員の報告をもとに、認知症ケアにかかわる機関の機能を評価する尺度や、認知症アセスメントについて意見交換を行った。

（４）地域包括ケア先進事例に関する質的分析

行政による公的サービスや介護保険制度等に関しては量的調査により調査分析を進めてきたところであるが、地域住民の主体的な取り組みを基盤とする自助・互助によって支えられる地域包括ケアシステム成立のメカニズムについては、量的な視点にとどまらず、質的研究法によるフィールド調査によって分析する必要があることが明らかとなった。

本研究では、鹿児島県肝付町を調査対象とし、質的研究手法であるエスノグラフィーを用いて分析を行った。

（５）国内外の地域包括ケアシステムの先行実践事例の分析と地域包括ケアの概念整理

国内外の地域包括ケアシステムの先行実践事例や先進研究を分析し、地域包括ケアの概念整理を行うとともに、地域包括ケアシステムに必要な要素を項目化した。この項目をもとに、「地域包括ケアシステムの構築のために自治体が任意で有すべき機能」を設定し、保険者機能調査に新項目を追加した。

第２章　地域包括ケアシステムをめぐる国際的な動向

１　はじめに

日本の医療・介護・福祉のあり方は、安心と希望の介護ビジョンや社会保障国民会議における議論等によって活発化しており、平成 24 年度から始まる第５期介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現に向けた検討にあたっての論点整理に際しては、有識者をメンバーとした「地域包括ケア研究会」が組織され、平成 21 年（2009 年）5 月に提言をまとめ、報告書が出された。

ここでは、介護保険施設類型を一元化し、最終的には、住宅として位置づけ、必要なサービスを外部から提供する仕組みを構築すべきとされ、現行の地域包括支援センターには機能強化が求められている。

また、日本では急激な少子高齢化が進むなかで、持続可能な社会保障制度の再構築は極めて重要な課題である。とくに医療制度は、少子高齢化の影響を大きく受け、相当深刻な問題となっており、この認識の下で平成 18 年（2006 年）6 月に健康保険法が改正され、08 年度以降本格的に施行されたが、少子高齢化は、政府の人口推計における標準的シナリオでも今後約 50 年の長期間にわたり進行することが確実となっており、高齢化率は、現在の 20.6%から、政府推計によれば 55 年度に 40.5%となり、以降ようやく横ばい傾向となる見通しが示されている。

このため当面は、65 歳以上の高齢者にかかる一人当たり年間医療費は、それ以外の 4.3 倍であること、その費用の大半は、現役世代の負担する健康保険料および税によって賄うといった構造の変更は難しく、少子高齢化は現役世代の負担を重くしている。そして、このことが日本経済に与える影響は甚大である。

また、都道府県別に総人口に占める 65 歳以上人口の割合をみると、平成 12 年（2000 年）には島根県の 24.8%が最も高く、高知県（23.6%）、秋田県（23.5%）、山形県（23.0%）、鹿児島県（22.6%）と続き、埼玉県の 12.8%が最も低くなっている。このように都道府県によって、人口の高齢化とその進展に関する差が激しいだけでなく、同一都道府県内においても、都市部と農村部では大きな差異があることが知られている。こういったことからも日本では、地域医療・介護サービスの充実を計画するためには、圏域を設定した上での構築と整備が求められたことが説明できる。

本章では、この報告書が日本のこれからの高齢者介護のあり方の基本となることを前提としながら、平成 37 年（2025 年）に整備されているべき地域包括ケアシステムの姿として、住民が住居の種別によらず、日常生活圏域内で 24 時間 365 日を通じた多様な

サービスを利用しながら、住み慣れた地域での生活を継続するというシステムとしての、community-based integrated care について、この試みを行っている諸外国とわが国の状況を国際的な integrated care の潮流から比較し、日本における同システムの位置づけを考える上での論点を提供することとした。

２　世界における integrated care system の導入状況

2010 年の integrated care 国際ネットワーク会議では、研究者は、integrated care を科学的な領域として考えはじめ、「ケア制度自体が integrated care の原則に従い始めた[1]」との指摘がなされている。

すでに先行研究では、精神障害者をはじめとする複合的な長期ケアニーズをもつ障害者や高齢者等、脆弱なグループに対する integrated care の概念が国際的な注目を集めているところであるが、integrated care がケア制度の将来的な目標として位置づけられたのは最近のことである。

先に紹介した 2010 年の integrated care 国際ネットワーク会議では、integrated care system に関わる興味深いイノベーション（モデル事業のような実験のこと）は、研究の段階にとどまる場合が多いと批判的な論評もされており、現時点では、組織のレベルのイノベーションの持続可能性が弱いといわれている。同時に、integrated care に関する根拠もまだ乏しく、これを支えるヘルスケア提供機関の既存の文化や専門職の領域間の役割を大幅に変えるには不十分であるとされている。

この会議では、integrated care については、実証的な評価ができる理論体系を構築し、科学的に統合ケア制度を検討する必要があるとされている。また、制度の複雑性を考慮する新しい分析方法を検討し、適切な介入研究を実施する必要性も示唆されている。

また、こうしたことの実現を難しくしている要因の一つとして、integrated care の定義は、必ずしもひとつではなく、各国において、その意味や取り組み度合いも大幅に異なっていることが挙げられる。これは、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であるが、ヨーロッパ 9 カ国の integrated care の主要な概念及び戦略や達成のための方法を比較した研究の成果に、新たに日本の地域包括ケアの主要な概念および要素を追加すると、以下の表のようになる。

このように主要な概念は、各国で異なっており、一つとして同じ国はないわけだが、日本の特徴としては、日本以外のほとんどの国において示されていた、マネジドケアが示されていないことといえる。

一方で、イギリスでは、主要な政策としてマネジドケアが実施されているとされ、興

[1] Nick Goodwin,Integrated care as a scientific discipline: the need for more theory and new analytical methods.International Journal of Integrated Care – ISSN 1568-4156 Volume 10, 6 December 2010.

味深い。さらに、integrated care における戦略および達成のための方法の比較において、日本の要素としては、ケースマネジメント（ケアマネジメント）、利用者中心サービス（介護保険／パーソナルバジット）、予防的な取り組み、統合的な住居（ケア付き住宅等）だけであるが、イギリスは、すべての要素が含まれていた。

これらの要素のうち、統合的な住居（ケア付き住宅等）は、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、そして日本とすべて含まれており、integration に必須の要素となってきたことが示されている。

このことは、日本の地域包括ケアシステムに含まれている、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）」のうち、地域をベースとするという考え方が各国でも基本となりつつあることを示している。

また、日本における地域包括ケアシステムにおけるケアとは、医療と介護、すなわち、長期ケアとの integration であり、公衆衛生活動を基盤とした予防から、介護保険による長期介護までという継続的なケア全体を指しており、integrated care の基本の要素を含んでいると言えよう。また、日本では、公衆衛生としての介護予防が進められており、地域連携パスによって、垂直的統合もすすめられている。この結果として、「切れ目のないケア／一貫したケア」を目指そうという動きが推進されている状況といえる。

このように、各国の integrated care の取り組み状況が異なる一方で、各国に共通したコンセンサスがあることが明らかになった。

例えば、共同でケアの計画を立てるための多分野横断・多職種横断的な連携、アセスメントの情報を共有し、「学際的なケース／ケアマネジメント」を行う、情報技術と意思決定の方法など、共通の要素が多く示された。

また、日本では示されていなかったが、今後は、他国と同様に、様々な組織や職種の従事者が共通の目標を持つことを促すために金銭的な奨励やその他の奨励を積極的に行うことなどは、日本において取り入れるべき要素といえる。

このような研究成果をもとに、日本の地域包括ケアシステムについては、今後継続して、実証的な評価ができる理論体系を構築し、科学的な観点からこの構築方法を検討する必要があるだろう。

表２－１　各国の integrated care における主要な概念の比較†

	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	日本
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、あるはモデル事業等によって実施中の概念。表中の訳語および日本の内容は筆者が追加。（表の原典：Leichsenring、 R. 2004. “Developing Integrated Health and Social Care Services for Older Persons in Europe.” *International Journal of Integrated Care* Vol. 4 (September-December). Available at www.ijic.org/.）

３　integrated care の定義と戦略、法則（原則）

（１）integrated care の定義

integrated care の概念や要素は、一致した考えがない状態が続いているが、この領域では Kodner と Leutz による先行研究及び Suter と Mcadam によるレビューが著名であることから、これらを参考に、これまでの定義をまとめた。

表２－２　integrated care の定義の比較

アメリカ	ヨーロッパ	カナダ
「別々の技術や組織モデルを継続性があるようにデザインし、財源・運営・組織・サービス提供・臨床のレベルで医療と介護との間に調整と協力関係を取り入れること」 Kodner と Kyriacou（2002）	「診断・治療・ケア・リハビリ・健康促進などに関するサービスの投入・分配・管理・組織化をまとめて一括にするというコンセプト。 「統合」はサービスのアクセス・質・利用者満足度・効率性を向上させる手段」 Grone and Garcia-Barbero (2001)	①「統合は、価値観・組織的構造・臨床システムなどを、出資者が有意義で有益だと考え、行動してくれるように、組織としての統一性を保持し続けることが含まれる。」 Contrandripoulos et al.(2003) ②「健康の決定因子となりうるサービス、病院・長期的ケアの施設・初期的ケア・在宅ケア・公衆保健・社会福祉事業所・学校・警察などの間の密接な連携によって近代的で金銭面で効率のよいシステムを作りだすこと 」 Leatt （2002）

（２）integrated care の戦略

今後、integrated care を具体的に導入するにあたっての戦略についても先行研究があるが、これについても Kodner の定義がある。彼によれば、integrated care の推進する戦略には、５つの要素が含まれるとされている。それは、財源、運営、組織、サービス提供、臨床であるが、integrated care を導入すると、それぞれの要素に以下の表にまとめたような特別な戦略が実施されることになると指摘されている[2]。

表２－３　Kodner の定義による integrated care の戦略

財源に関する戦略
- ・共同出資（様々なレベル）
- ・頭割りで前払いする（様々なレベル）

運営に関する戦略
- ・責任と役割の分散化、または統合化
- ・セクター間の計画作成
- ・ニーズの評価、配分の体制
- ・共同購入、共同管理

組織に関する戦略
- ・サービスの共同使用
- ・退院や移動に関する合意
- ・組織間の計画や予算管理
- ・サービス所属や契約
- ・サービスやプログラムの共同経営
- ・戦略やケアのネットワークに関する提携
- ・統合化、共有形態化、合併

サービス提供に関する戦略
- ・合同訓練
- ・情報や照会に関する情報を集中させる
- ・ケースマネジメント
- ・学際的なチーム
- ・24時間のサービス提供
- ・情報システムの統合

臨床的な戦略
- ・診断の標準化（DSM IV のように）
- ・包括的、統一評価過程
- ・ケアの共同計画
- ・共有の診断情報
- ・断続的な患者監視
- ・決定をサポートする共有のツール（ガイドラインとプロトコル等）
- ・患者や家族に対する頻繁かつ、断続的なサポート

[2] Kodner, D.L., Spreeuwenberg, C. (14 November 2002) Integrated care: meaning, logic, application, and implications- a discussion paper, *Journal of Integrated Care*, vol.2.

（３）integrated care の法則（原則）

integrated care の導入に際しての法則、あるいは留意点について、アメリカとイギリスの経験に基づいて、いくつかの原則が先行研究において示されている。

これらは、日本にとっては、地域包括ケアシステムを構築、整備する際の留意点として配慮すべき点となると考えられる。

本章では、Leutz[3]の５つの法則 と Suter[4]の１０の原則を示すが、Suter については、本研究報告書で後述する「自治体における地域包括ケアシステム構築のための保険者機能評価尺度」開発の際に、活用されている。

表２－４　Leutz の５つの法則

1. 幾人かへの全てのサービス、または、すべての人への幾つかのサービスを統合することができる、しかし、全ての人への全てのサービスを統合することは、不可能である。
2. 有益の前に損失が生じる。
3. あなたの統合は、私を断片化することになる。
4. 「丸い穴に四角い釘」、統合の可能性とその困難さの理解。
5. 統合をおこなうには、方針決定をする必要がある。

【Leutz の５つの法則】

1. は、「誰が integrated care を必要とするのか？」、「必要としない者に対しては、どうすればいいのか？」、「誰がどの程度で integrated care を必要とするのか？」を常に考える必要があることを示している。これは、具体的には連携（Linkage）、調整（Coordination）、完全な統合（Full integration）というように、integrate するといっても、人によって統合のレベルが異なるということを、従前に理解しておく必要がある。

2. については、 integrated care 制度は経済的に有益なことが期待されるシステムと考えられているが、その根拠はまだ不十分である。したがって、有益で効率的な制度になる前に、損失が生じる可能性が高いシステムであることも理解しておく必要がある。

なぜなら、ケアの統合には、特別な費用がかかるからである。その費用としては、①スタッフとサポート制度、②サービス提供の新しい体制、③立ち上げ費用、に関する費

[3] Leutz, W.N. (1999) Five Laws for Integrating Medical and Social services: Lessons from the United States and the United Kingdom, *The Milbank Quarterly*, Vol.77,No.1.
[4] Suter, E., Oelke, N.D., Adair, C.E. et al. (2007) *Health Systems Integration. Definitions, processes & impact: a research synthesis*, HSWRU.

用が含まれることが指摘されている。

3. については、専門家やマネジャーは自分が提供するサービスしか考えない方が簡単なので、一緒に働いている人を増やせば増やすほど、覚えないといけないプロトコルが増え、自分の仕事を調節する必要性が高くなることを示している。

つまり、患者の視点から見るとケアは統合されているが、ケア提供者（特にかかりつけの医者など）の視点から見ると、その業務は、断片化されやすいということである。

これは、ケアを統合すると、要求されているケアを考慮し、ケアの提供者としては、どの程度、統合に参加すればいいのかが明確にされることが必要なことを示している。

4. については、急性期における治療と長期ケアにおける提供体制、アプローチ、組織上の違いは、統合への妨げになることが多いことが指摘されている。

5. については、integrated care 制度は利用者中心の制度であるとよく言うが、方針や計画を決定するのは、主に提供者や専門家であり、統合すれば統合するほど、利用者が専門家や提供者に頼るしかなくなるということには、十分、注意する必要があることが指摘されている。

表２－５　Suter[5]の１０の原則

1. 包括サービスと連続したケア提供
2. 患者中心
3. カバーされている領域と対象者の特定
4. 学際的なチームとケア提供の標準化
5. パフォーマンス管理
6. 情報システム
7. 組織の共通の文化と指導力
8. 医師の統合
9. 統治体制
10. 財務管理

【Suter の１０の原則】

Suter の１０原則の 1. は、包括サービスと連続したケア提供について、ヘルスシステムの最初の原則は、それがカバーする臨床と健康に関する様々なサービスへの包括的（comprehensive）な視点が必要であるということを示している。

基本的に統合型ヘルスシステムは、特定の人々の健康に関わる全ての中核的サービスの計画・提供または購入・調整を行う責任を持つ。これは、第一次的ケアから第三次的

[5] Suter, E., Oelke, N.D., Adair, C.E. et al. (2007) *Health Systems Integration. Definitions, processes & impact: a research synthesis*, HSWRU.

ケアを含み、また部門を超えた健康と社会的ケアの調整なども含むことになる。健康へ着目することが、ヘルスシステムの十分な統合や、システムや部門が全体を調整するためのさらなるニーズの理解を達成することにつながると述べており、日本の地域包括ケアシステムが介護予防からはじまったことは示唆的である。

また、このような包括的サービスと連続したケア提供が、システムとして確立した地域包括ケアシステムが円滑に機能していけば、いわゆるケアマネジャーの機能は、システムが代替することになることも可能であることを示しているともいえよう。

2. 患者中心という原則は、患者のニーズを満たすためのサービスの計画や情報管理を可能にする人口を基盤にしたアセスメントの実施や、患者の満足度や結果を改善するための内部的プロセスについて指摘しており、これを実現するための全体としては、患者が異なる健康や社会ケアサービスの提供者間を行き来しているかという動向をケア提供者が理解することが求められるとしている。

例えば、和光市のような公衆衛生に強く依拠するような地域包括ケアシステムは、統合型ヘルスケアシステムと類似しており、この仕組みは、地域への関与の重要性や代表者意識が強調されるという特徴がある。

3. カバーされている領域と対象者の特定の原則とは、こういった多くの統合ヘルスシステムは、患者のアクセスを最大化し、重複を最小化するために地理的な観点からケア提供システムが検討される必要があることを示している。

例えば、諸外国においては、地理的圏域と登録者制度（rostering）を組み合わせて採用することがしばしばあるとされている。今回の平成 24 年度の介護報酬改定で創設された小地域型の 24 時間の定期・随時巡回型の訪問介護・看護サービスによるケア提供システムは、この原則が応用された形態といえよう。

4. 学際的なチームとケア提供の標準化が意味することは、いわゆる統合型ヘルスシステムにおけるケアは標準化され、ケアプロセスの連続性を確保するために学際的なケアチームで提供されることが理想とされている。

全ての職種の人々は平等なチームメンバーであるとみなされ、各専門職としての自律性は維持され、パフォーマンスの効率化の標準に照らし合わせても、よい報酬が確保されることが、この標準化をすすめるには有効と考えられている。

5. パフォーマンス管理は、統合型ヘルスケアシステムにおいては、異なるレベルのアウトカムを計測するための指標を含む、モニタリングシステムを十分に発展させて確立される。パフォーマンス計測は、パフォーマンス分析だけでなく、その分析結果が、どのように対処されるべきか、という観点の構造を持つことに留意すべきである。

6. 情報システムは、システム全体でのコンピューター化を通してデータ管理を行うことは統合のために必須と述べられている。これは日本も同様であり、この原則に述べられているように、電子的医療記録は、ケア提供者が患者の意思決定を支援する際に必要な情報としてアクセスが保証されることが重要である。

また、情報システムは臨床データの管理に加えて、システム全体の患者の登録とコーディネーションの予定作りなどにも有用とされ、これも本研究事業でヒアリングが実施された先進自治体の一つでは、地域包括ケアセンターからこれらの患者情報へのアクセスを可能にしている。

7. 組織的文化とリーダーシップは、統合型ヘルスケアシステムの導入と実践に、ヴィジョンを持ったリーダーシップと、そのヴィジョンと一致している組織的文化が必要であることを示している。

全てのケア提供者やスタッフの間で、統合に内在する価値を共有し、これに基づいた一貫した文化が背景となることは、日本においても、このシステムを構築する際にも最も重要な点であると指摘できる。

8. 医師の統合については、これまで多くの人々は、システムの全てのレベルで医師は効率的に統合に組み込まれる必要があり、統合型ヘルスシステムの設計・導入・実践の鍵となるリーダー的役割を果たすべきだという議論がされてきている（例えば CEO やその他のリーダー的立場)。

9. 運営体制は、統合を成功させるために強固で集中した運営の重要性を論じている。これについては、マネジメントレベルが細分化され過ぎているなどが統合プロセスを妨害するエビデンスも示されている。統合を促進させるための運営は、医師や地域など多様な関係者集団の代表者を支えるために多様化しなければならないと指摘されている。

10. 財政管理については、統合型ヘルスシステムでは、財政管理はパフォーマンスのモニタリングと密接に関連している。いくつかのシステムは、財政管理を支えるために、臨床的・資金的意思決定支援ツールを用いているところもある。ここで留意すべき点は、ケアを最も効率の良い方法で、最も適した場所で提供することであるとされている。

４　高齢者を対象とした integrated care system

ここでは、実際に世界各国で導入されている高齢者を対象とした integrated care system についてとりあげ、以下の表に取りまとめた。

まず、アメリカの integrated care system としては、すでにいくつのプログラムか紹介され、PACE[6](Program for All inclusive care)が代表的である。

このプログラムは、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、デイセンタ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、

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

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。

一方、デイサービスセンターを含まない integrated care system としては、Social HMO[7]（USA）、SIPA[8]（Services intégrés pour les personnes âgées fragiles）があげられる。しかしながら、サービスは、サービス提供のために雇用された人、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。

この他の integrated care system としては、PRISMA が該当する。この PRISMA では、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。

表２－６　高齢者を対象とした integrated care system[9]

アメリカの PACE	カナダの SIPA	カナダとフランスの PRISMA
·共同出資の導入 ·ケースマネジメント、プライマリーケアを含む学際的なチーム ·ケア提供の体制はデイセンターに基づいている ·予防、リハビリテーション、支持治療に集中する	·プールされた出資のコントロール ·ケースマネジメント、プライマリーケアを含む学際的なチーム ·臨床的なプロトコルの導入、在宅における集中治療、24 時間オンコールサービス、チームの早急な対応	·共同の運営委員会と調整委員会を通して、組織の中と組織の間の連携を実現する ·唯一のエントリーポイント ·ケア提供者と医師と一緒に働くケースマネジャーを通して、臨床的なマネジメントとサービスを調整する ·共通の評価ツール ·カルテとサービス計画 ·サービスの予算管理 ·情報システムの統合

[7] 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.

[8] 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.

[9] MacAdam, M. (2008) *Framework of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*, CPRN Research Report, p.10.

５　まとめ

本章では、地域包括ケアシステムをめぐる国際的な動向についてまとめてきた。これによって示されていることは、日本における「地域包括ケアシステム」というヘルスケアシステムは、世界各国の integrated care の概念からみても独自性が強いものであるということである。

日本型の integrate care である「地域包括ケアシステム」を推進するためには、Goodwin が述べたように、これまでの調査研究を踏まえた科学的なアプローチによって検討する必要がある。

また、本研究事業の焦点である保険者(insurer)という行政単位ごとのヘルスケアシステムのあり方を検討するには、世界各国の先行研究における統合ケアの法則・原則を参照しつつ、さらに検討を進めることが重要であろう。

第 3 章　地域包括ケアシステム構築のための地域連携の仕組みづくり

―　垂直的統合および水平的統合実現のための道筋　―

１「地域包括ケアシステム」の構築と地域連携

（１）長期ケア

「地域包括ケアシステム」構築のための地域連携の仕組みづくりは、要介護高齢者等が在宅、あるいは地域生活の継続を可能にするための仕組みづくりであるといえよう。この「地域包括ケアシステム」構築は、高齢者の長期ケアを施設中心から地域ケアへと転換するシステムづくりである。

先進諸国のこの転換の状況を示したOECDの報告書には、1996年のCaring for Frail Elderly People:Policies in Evolutioin、2005年のLong-term Care for Older people[10]がある。1996年の報告書によれば、OECD諸国では1990年初頭、「施設」中心から「地域ケア」へと転換する場合、各国の経験から転換を図る上でも65歳以上人口比5～6%程度の「施設」確保が必要という理解が一般的であった。

その後、従来の「施設」自体のとらえ方の変化、またグループホームの普及等で「施設」自体の考え方が大きく変わってきた。日本でも、90 年代後半には施設におけるユニットケアの広がり、グループホームの普及により、「施設」のとらえ方の議論も活発になった。すでに「施設」の整備が進んでいた国では「施設」利用者の減少もあるが、一方で増加する国も見られる[11]。

そして、虚弱高齢者支援を強め、できるだけ「施設」利用を遅らせ、「施設」利用となった場合でも“住み慣れた地域社会とのつながりをもつこと”が重要だという考え方と結びついていった。この“住み慣れた地域社会とつながりをもつ”ということは、ageing in place[12] といわれ、とくに地域社会との「つながり」の継続性が重要とされた。

---

[10]OECD(1996)Caring for Frail Elderly People:Policiesin Euolution,OECD Parris.　OECD(2005)Long-term Care for Older People ,OECD,Parris,(邦訳=OECD,浅野信久訳(2006)『高齢者介護』新社会システム総合研究所). なお浅野訳では、long-Term careを「介護」としているが、本稿では長期ケア(long-term care)の中の一部を「介護」とする。

[11] 拙稿「地域社会を支える「地域包括ケアシステム」」太田貞司・森本佳樹編『地域包括ケアシステム―その考え方と課題』光生館、2011. 14－22 頁。

[12] "ageing in place"の用語が用いられた経過については、当時厚生労働省老人福祉専門官村川浩一の論文、村川浩一「高齢者保健福祉計画の策定」大森彌・村川浩一編著『保険福祉計画とまちづくり』(第一法規出版、1993年)を参照。また、OECDの当時の"ageing in place"の考え方はOECD、Social' policy studies　No、12:New Orientation for Social Policy(1994)を参照。浅野訳『高齢者介護』では"ageing in place"を「あるべき場所で老後を過ごす」(43頁)として、浅野訳はplace=自宅とはとらえていない。"ageing in place"に関する書籍は少ないが、その中のひとつ松岡 洋子『エイジング・イン・プレイス（地域居住）と高齢者住宅: 日本とデンマーク の実証的比較研究』（新評社、2011）がある。なお、同書ではOECDの政策と"ageing in place"の関連には触れていない。

日本でいえば、これは 1990 年代以後に言われてきた「住み慣れた地域で暮らす」でもある。

要介護者等は、心身に障害を持ち、日常生活に何らかの支援が必要な状態であり、「日常生活を営む」のに支障がある人たちである。また、これらの人たちは多くの場合、急性期医療と区分された長期ケア（慢性期医療）の対象となる人たちである。

しかし、長期ケアの対象者は、病状の急変、骨折、新たな疾病の罹患などで、急性期医療と切り離すことが出来ない人たちである。したがって、「地域包括ケアシステム」は要介護高齢者等への支援を対象にした仕組みであるが、急性期医療と切り離すことはできない。

（２）長期ケアにおける「医療」と「社会的ケア」

前述の 1996 年の OECD 報告書では、長期ケアを地域ケアへと転換する場合に必要となる、そのケアの核として、「医療 medical care、health care」(治療、看護、リハビリ)と「社会的ケア social care」(①摂食、排泄、入浴、衣服の着脱、ベッドの就寝・起床等の身体介護 personal functioning、②調理、買い物、洗濯、掃除等の生活援助・家事援助 domestic maintenance、③地域行事の参加等の社会参加促進 activities of daily living が必要ととらえている(OECD1996:4)。

「医療」は医師の管理下にあるケアである。それに対して「社会的ケア」は、かつては家族等による援助であったものが、フォーマルサービスとして次第に整備されてきたものであるが、国によってその整備の度合いには違いがあるとしている。なお、同報告書は長期ケアが「施設」「病院」から、地域ケアへの転換過程において、「医療」と「社会的ケア」がどのように形成されているかを報告している。

日本の介護保険制度は、英語では Long－Term Care Insurance 等と表記され、要介護者等に対する長期ケア保険である。実際に医療と介護の両方のサービスが提供されている。「医療」は医療保険制度からも提供されている。

こうした点から、介護保険制度は「社会的ケア」の一部がカバーされているといえる。具体的には、在宅要介護者等に訪問介護で「社会的ケア」の①と②の一部がカバーされているといえる。一方で、一人暮らし高齢者の増加、認知症高齢者の増加に伴い、この「見守り」をめぐって、地域において「見守り」の仕組みをどのように作り出すのかが課題となってきている。

なお、認知症高齢者や独居高齢者を考えると、「社会的ケア」の①～③だけでは不十分で、①～③のそれぞれに「「見守り」介護」（末永 2008:266-281）の専門的な見守りが必要だという考え方も見られる。共助などで社会的つながりの強化を図る地域福祉の考え方に加えて、より専門的な「見守り」も必要であるという考え方である。

2006 年に創設された地域密着型サービスのひとつ、「訪問」機能を持つ「小規模多機能型居宅介護」はこうした「見守り」の取り組みの強化とも見ることが出来る。また、

2012 年度新設の「定期巡回・随時対応サービス」も、こうした「見守り」機能を強化する動きと捉えることができよう。インフォーマルサービスとフォーマルサービスを組み合わせて、地域生活において「見守り」の仕組みをどのように構築するかは今後の課題であるといえよう。

（３）「医療と介護の連携」

一般に、「医療と介護の連携」という場合には、前述の長期ケアの「医療」と「社会的ケア」の統合という課題が含まれるといえよう。チームケアの定義は定まっているとは言い難いが、チームケアを「連携」と考え、チームケアの推進を「連携」の推進と捉えると、「医療」と「社会的ケア」の「連携」と一口にいっても、その内容には様々なレベルがある。

前田信雄（前田 1990）は、連携を「連絡(communication)」「連携(coordination)」「統合(integration)」の 3 つに区分した[13]。「連絡」は個別の組織が随時情報の交換を行う状態である。「連携」は「異なる分野が一つの目的に向かって一緒に仕事をすること」であり、「連絡から統合への橋渡しをする一つの移行期」である。「統合」は一つの組織で恒常的なつながりを持つ状態である。

また筒井によれば[14]、Leutz（Leutz1999） は integration（連携・統合）を Linkage、Coordination、Full integration の 3 つに区分している。Linkage は、求めれば必要な情報が得られるレベル、Coordination は定期的な報告があり情報が得られるレベル、Full integration は日常的に情報が共有できるレベルである。

さらに、ケースマネジメントのイギリスの研究者 Challis は、長期ケアの形態は地域ケアへと移行する場合、長期ケアの協働と統合がそこで必要になり、その協働と統合は、3 つのレベルで起きると指摘している[15]。

第 1 には、機関レベルの協働と統合である。これは保健医療福祉の機関の再編を伴うもので、日本では、90 年代以後の保健福祉機関の統合の動きといってよい。

第 2 には、専門職レベルでの協働と統合で、チームケアの推進と共に、地域ケアを担う新たな職種の創出であり、専門職の役割の再検討である。日本では、1992 年の訪問看護ステーション創設、1987 年の介護福祉士国家資格の創設などである。

第 3 には、利用者レベルでの協働と統合で、この利用者レベルでの協働と統合がケースマネジメント（ケアマネジメント）である。

---

[13]前田信雄（1990）『保健医療福祉の統合』勁草書房、49 頁。

[14]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（研究代表高橋紘士）』19 頁、 Wn Leutz (1999)Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United.

[15] D.Challis, Achieve Coordinated and Integrated Care Among LTC Services:The Role of Care Management. In:J.Brodsky, J.Habib,& M.Hirschfeld,（2003)Key Policy Issues in Long-Term Care, WHO, Geneva,p155.

この意味で、「医療と介護の連携」は「顔が見える関係」づくりではあるが、単に親密感をもつ「顔が見える関係」の意味でなく、新たな仕組みづくり、システム化も含むものである。

「連携」を統合（integrated care）と捉え、以下「連携（統合)」と表現する。「連携（統合)」の仕組みづくり、システムづくりを、誰が、何を、どう創るのかが課題である。地域包括ケアシステム構築において何が求められているのか。

（４）介護保険法の改正と地方自治体の責務の強化

平成 23 年 6 月 22 日公布（平成 24 年 4 月 1 日施行）の「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により介護保険法が改正された。「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようにするためには、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の構築が必要である」(老発第 0622 第 1 号　平成 23 年 6 月 22 日　都道府県知事宛　厚生労働省老健局長通知）ため法改正を行うものとされている。

また、一部改正のひとつは、国及び地方公共団体の責務の強化である。「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、介護サービスに関する施策、介護予防のための施策及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならないものとすること」とされた（同通知)。

平成 23 年 12 月 7 日、社会保障審議会介護給付費分科会は「平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告」を示し、「介護サービスの充実・強化を図るとととともに、介護保険制度の持続可能性の観点から、給付の重点化や介護予防・重度化予防について取り組み、地域包括ケアシステムの基盤強化を図ることが必要である。

このため、高齢者が住み慣れた地域で生活し続けることを可能にするため、①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス 、②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅･居住系サービスを提供する。また、重度者への対応、在宅復帰、医療ニーズへの対応など、各介護保険施設に求められる機能に応じたサービス提供の強化を図る」としている。

（５）医療保険制度と介護保険制度の同時改定

2012 年は医療保険制度と介護保険制度の同時改定となるが、医療保険制度、介護保険制度の両方から、医療と介護の連携に強化の方向が示されている。

平成 23 年 12 月 22 日、社会保障審議会医療部会は「医療提供体制の改革に関する意

見」の中で、「在宅医療の推進、医療・介護間の連携」の方向を示している。「今後、高齢者が増加していく中で、在宅医療と介護の連携により、生活の場の中で最期を迎えることができる体制を整備すべきである」として、「在宅医療を推進するには、複数の医療機関等の連携システムの構築により、24 時間体制で在宅医療ニーズに対応できる仕組みを整備するなど、地域としての供給体制を整備することが不可欠である。そのためには、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー等、地域における多職種での連携、協働を進めることが重要である。

また、地域の関係機関による協議の場を作るという方向性を明確にすべきである」「在宅医療を担う関係者間の調整を行うコーディネート機能を担うことのできる人材を養成していくことが必要である」としている。

平成 23 年 12 月 1 日、社会保障審議会医療保険部会、同医療部会は、「平成 24 年度診療報酬改定の基本方針」を示し、「今回の改定が診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえ、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組について重点課題とするべきである」としている。

また、「今後増大する医療ニーズを見据えながら、医療と介護の役割分担の明確化と連携を通じて、効率的で質の高い医療を提供するとともに、地域で安心して暮らせるための医療の充実を図る必要がある」、このため「在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進、地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実、維持期（生活期）のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携などに対する適切な評価について検討するべきである」としている。

平成 23 年 12 月 16 日、厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会は「医療計画の見直しについて」を示し、在宅医療に係る医療体制の充実・強化について、「医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に、在宅医療について、介護保険事業（支援）計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき数値目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促すことが必要である」としている。

「社会保障・税一体改革素案」（平成 24 年 1 月 6 日、政府・与党社会保障改革本部決定）では、地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化について、「 高齢化が一段と進む 2025 年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する」「予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する」としてい

る。

また、地域包括ケアシステムの構築については、「できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築に取り組む」とし、今後のサービス提供の方向性として、① 在宅サービス・居住系サービスの強化（ 切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための 24 時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。サービス付き高齢者住宅を充実させる。）、②介護予防・重度化予防（要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。生活期のリハビリテーションの充実を図る。ケアマネジメントの機能強化を図る。）、③医療と介護の連携の強化（在宅要介護者等に対する医療サービスを確保する。他制度、多職種のチームケアを推進する。小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。）としている。

（６）垂直的統合と水平的統合

これらを踏まえ、医療と介護の連携（統合）について見てみると、ここには 3 つの課題が含まれるといえよう。

第 1 は、急性期病院と地域の医療と介護の「連携（統合）」であり、急性期病院から地域の病院、介護保険施設、在宅・地域ケアへのサービスの切れ目のない提供を行うための「連携（統合）」である。ここでは退院支援が課題である。主に専門機関、専門職間の連携であるともいえる。

第 2 は、急性期医療とは密接な関連を持ちながら、長期ケアにおける地域での在宅・地域生活レベルの医療と介護の「連携（統合）」である。この場合も、主に専門機関、専門職間の連携であると言える。

第 3 は、在宅・地域生活レベルで日常生活を営む上で支障がある人へ、その営みの支援として、インフォーマルとフォーマル（制度）のサービスの結びつきを強め、「連携」することである。

この 3 つのことが含まれて、連携という用語が用いられているといえよう。しかも、これらの 3 つにおいて取り組むべき課題はそれぞれ異なるものである。

この点について筒井は、「地域包括ケアシステム」の構築が柱の一つとなってきたが、要介護高齢者の在宅生活、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する「地域包括ケアシステム」は、その意味が必ずしも政策的に明確ではなく、さらに「地域包括ケアシステム」に integrated care（統合） と community based care の両方の

コンセプトが含まれ、その理解を難しいものにしている[16]、と述べている。

ここでは、第 1 の急性期医療から長期ケアへの移行過程における「連携（統合)」を「垂直的統合」とし、第 2 の長期ケアにおける市区町村、日常生活圏域等の地域レベルでの医療と介護の連携および、第 3 のインフォーマルサービスとフォーマルサービスとの「連携（統合)」を「水平的統合」とすることにする。

２　垂直的統合

（１）２つの「流れ」

「垂直的統合」には 2 つの「流れ」が含まれる。第 1 は、一般病床（急性期）から退院した後の回復期リハ病床（回復期）または療養病床（維持期）の「流れ」である。第 2 は、一般病床（急性期）から退院してその後、自宅、あるいは介護保険施設（老人保健施設、介護療養型医療施設、特別養護老人ホーム)、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等へと移っていく「流れ」である。両者は複雑に結びついた「流れ」であるが、大きく分けると 2 つになる。

ここには病院間の連携の課題、病診連携の課題がある。医療サービス間の「連携（統合)」の課題であるが、同時に医療保険制度と介護保険制度の制度間の「ミゾ」をどのように埋めるのかという「連携（統合)」の課題も含まれる。

第 1 の場合は、脳卒中地域連携パス等の開発が進み、「連携（統合)」に向けて取り組みが進んできている。しかし、一般病床を退院した高齢者のすべてがこの「流れ」にのる訳ではなく、対象外の高齢者も少なくない。

第 2 の場合は、一般病床のある地域の中核的な病院では地域連携室を設け、退院支援の取り組みが広がってきている。地域の医療機関との連携支援など退院支援の体制が整備されたり、居宅介護支援専門員も参加する退院時カンファレンスの開催には診療報酬上、介護報酬上の改善が図られ、「医療と介護の連携」強化が図られてきている。

一方、病院機能の見直で在院日数の短縮が進み、新たな状況に対応した退院支援の仕組みづくりが必要となってきているが、それに対応した取り組みが必ずしも十分に進んでいるとは言い難い。

---

[16] 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（研究代表高橋紘士)』において、筒井は「・・・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、日本で用いられている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であるが、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。＜段落＞近年、この２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、そのひと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か、あるいはバベルの塔をたてる試み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かを示している。」（13 - 14 頁）と述べている。

回復期リハ病床や維持期の療養病床への転院、あるいは老人保健施設等への入所等“退院支援ルート”に乗ることができる高齢者がいる一方で、在院日数の短縮で、一般病床（急性期）から退院する場合、退院先がはっきり定まらないうちに退院を迫られる高齢者が少なくないという状況が生まれてきた。

（２）「行き場の見つけづらい高齢者」

平成 22 年 8 月、東京都社会福祉協議会は「退院後、行き場の見つけづらい高齢者への支援プロジェクト（2010-2012 年度）」を設置した。大都市東京における高齢者の退院後に在宅生活を阻害する要因を明らかにし、その対応方策を検討することが目的である。プロジェクトは医師会、地域包括支援センター、MSW、訪問看護、東京都、市区町村、マスコミから構成された委員会（委員長太田貞司）を設置し、退院後、行き場を見つけづらい高齢者はどのようなケースか、それらの高齢者が安定した生活を送ることが困難な要因は何か、それらの高齢者への支援における病院と地域の福祉機関の連携課題は何か、またそこで不足している社会資源は何かを検討した。

「退院後、行き場の見つけづらい高齢者」は、①「自宅に戻れず安定しないケース」（「治療は終わったが、在宅復帰や社会資源の確保が難しいため、退院できないでいる」、「自宅に戻れず、転院を繰り返す」、「自宅に戻れず、老健施設を転々とする」、「やむなく無届ホームなどで暮らす」、「施設や高齢者住宅に入居したが適切な支援が受けられない」）、②「自宅に戻ったが安定しないケース」（「自宅に戻ったが、社会的な要因もあり、入退院等を繰り返す」、「退院後、自宅に戻ったが、既存のサービスだけでは安定した生活が送れない」）。

同プロジェクトで、2010 年 11 月に都内の病院や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所における実態調査を実施し計 365 カ所から 921 ケースの回答を得たところ、2010 年 9 月の 1 ヵ月間に 65 歳以上の高齢者を対象とする退院相談の中で、「退院後、行き場の見つけづらい高齢者」の相談数は、病院で 4,233 件中 1,602 件（37.8%）、地域包括支援センターでは 937 件中 361 件（38.5%）、居宅介護支援事業所では 135 件中 64 件（47.4%）であった。

退院相談のうち、相談担当者が退院後、行き場を見つけづらいと感じた相談件数は、病院で 37.8%、地域包括支援センターで 38.5%、居宅介護支援事業所で 47.4%に上った。その具体的な状況は、病院では「治療は終わったが、在宅復帰や社会資源の確保が難しいため、退院できない」が約半数の 49.2%、地域包括支援センターでは「自宅に戻れず、転院を繰り返す」「退院後、自宅に戻ったが既存のサービスだけでは安定した生活が送れない」が 24.4%で最も多く、居宅介護支援事業所でも「退院後、自宅に戻ったが既存のサービスだけでは安定した生活が送れない」が 29.7%であった。

相談担当者が挙げた「行き場を見つけづらい要因」は、いずれも「家族の介護力」（病

院 42.4%、地域包括支援センター50.8%、居宅介護支援事業所 60.6%）が最も多く、次いで「認知症・精神疾患」、「経済状況」、「本人のＡＤＬ」、「疾病の状況」で、1 ケース当たり平均 3 つ以上の要因が重なり合い、家族や経済状況などの社会的な問題、本人の疾病や身体状況などが複雑に絡み合って行き場を見つけづらくしている現状が浮き彫りとなった。また、相談対象者の過半数は療養病床の対象となりにくい「医療区分 1」であった。

行き場を見つけづらい高齢者の「家族関係」をみると、「介護サポートが受けられない」が病院で 55.7%、地域包括支援センターで 63.8%、居宅介護支援事業所で 53.3%、すべての機関で 5 割以上と最も多い。「身寄りがない」は、病院 22.4%、地域包括支援センター19.4%、居宅介護支援事業所 9.5%であり、家族がいても協力が得られない人は行き場を見つけづらい状況にあるといえる。

「退院支援を進めていく上で難しかったこと」では、「在宅生活が可能かどうかについての医療サイドと福祉サイドの捉え方が違う」が 5 割以上で、「医療サイドと福祉サイドの意思疎通の難しさ」に対する回答率が高かった。しかも、ケアマネジャーが、病院の退院時のカンファレンスに参加をしていても、「行き場の見つけ難い高齢者」がいる。（参考・引用：東京都社会福祉協議会『退院後、行き場を見つけづらい高齢者―医療と福祉をつなぐ新たなシステム構築を目指して―』東京都社会福祉協議会、2011 年 6 月）

（３）垂直的連携の課題

医療と介護の連携（統合）の「垂直的連携」の課題は、とくに退院時支援に課題が集中している。退院支援の必要性は、急性期病院と地域の医療機関、介護保険事業所の両方の課題となっている。そこには、また医療と介護をつなぐ仕組みの制度的な未整備の課題もある。また、急性期病院側と地域の医療機関、介護保険事業所では退院支援の捉え方、見方が異なるということも問題をさらに難しいものにしている。

退院支援の課題は、1983 年の特例許可老人病院創設時に、「社会的入院」の扱いをめぐって、医療機関がどこへ通報するのかという課題が明らかになって以来の課題である。80 年代は、市区町村に在宅ケアの基盤整備も進んでいなかったため、市区町村もその責任の取りようもなかった。その後、数次にわたる医療法改正で病院機能が再編され、また 1990 年の老人福祉法の改正に伴う市町村の役割の明確化、ゴールドプラン等による 1990 年代の在宅サービス、施設の整備、2000 年の介護保険制度創設後は介護サービスが広がった。この間、大きく病院機能及び地域のサービス資源の状況が変わってきた。

この間、手島睦久等『退院計画』（中央法規、1996 年）、児島美都子『イギリスにおける中間ケア政策―病院から地域へ 』（学術出版会、2007 年）、杉崎千洋等編『医療制

度改革と地域ケア―急性期病院から慢性期病院、そして地域・在宅へ』（光生館、2009年）[17] [18]

しかし、連携パスなどの開発に見られるように病病連携、病診連携の医療機関間の研究は進んできたものの、一般病床（急性期）における、地域生活を含めた退院支援の検討は、必ずしも進んでいない。

さらに、退院後の長期ケア対象者の生活基盤整備に対して、誰が、どのような責任を基本的に負うのかという「退院援助責任主体」（太田貞司）[19]の議論が深まってきたとは言い難い状況がある。

退院後の生活基盤の整備に対する責任（「退院支援援助主体」）は、基本的には、医療機関でも、居宅介護支援専門員でも、家族でもなく、今回の介護保険法の改正に示されたように市区町村にあると言えよう。

例えば、今回の介護保険法改正では、「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」（第 5 条の 3）とされた。このことからも自治体の役割は大きいと言えよう。

（４）市区町村レベルの地域ケア会議の必要性

退院仕組みづくりで重要な点は、第 1 には、市町村（介護保険の保険者）の役割の明確化である。第 2 には、地域の実情に応じた退院支援の仕組みづくりが重要である。医療の状況も、介護サービスの状況も、地域的な特徴が大きいといえる。したがって、医療関係団体・組織、また介護関係団体・組織、住民との協働で、地域の実情に応じた仕組みを創りだしていくことである。

第 1 の点では、「地域包括ケアシステム」の構築には、医療、介護、福祉の部門に留まらないで、住宅課、都市計画課、住民課など、市区町村行政の多くの分野が関係するこ

---

[17] 杉崎は、数少ない退院支援の研究者であり、「コミュニティ病院モデル評価研究―高齢者リハビリテーションの多面的評価とこれからの方向」（杉崎千洋・金子努・小野達也ほか『平成 16 年度～平成 18 年科学研究費補助金研究成果報告書　イギリスにおける医療・福祉サービス連携による質確保と予算管理システムに関する研究』2007 年）、「医療・介護提供体制の再編と「つなぐ仕事」の変化--地域ケアシステムの再構築をめざして」（『総合ケア』14(11),医歯薬出版,2004 年）等がある。

[18]なお、児島美都子（1998）『医療ソーシャルワーカーの現代性と国際性』勁草書房で、児島は MSW の現状を踏まえ、MSW の退院援助が「転院援助」に留まってはならないと述べた（25 頁）。また杉崎によれば、MSW の「転院問題を考える会」は、『転院調査報告書―MSW による患者・家族に対するアンケートの結果』（2000 年）で、都内の病院の転院相談依頼から転院までの平均日数は 61.6 日という結果を明らかにした。同会の『第 2 回転院調査報告書―MSW による患者・家族に対するアンケートの結果』（2003 年）では、平均 72.7 日であった。

[19]太田貞司（2003）『地域ケアシステム』有斐閣アルマ。220-229 頁。

とになるとみてよいだろう。これまでの介護と福祉、保健と介護・福祉の枠を超えることになろう。とりわけ、退院支援を考える場合、医療行政が大きな意味を持つ。医療計画の策定はこれまで都道府県が担ってきた役割であるが、市区町村では、国保など一部では医療行政が担われてきた。退院支援の仕組みづくりにおいては、市区町村として医療行政のあり方が問われることになる。行政組織のあり方が問われるだけでなく、それを担う行政職員の育成も、またその財源問題も大きな検討課題であると言えよう。また、必要に応じて、関係者の参加を呼び掛けるイニシアチブ、参加を呼び掛けることが出来る「招集権」についても検討すべき課題であろう。

2 月 23 日の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料によれば、2012 年改正では「地域包括支援センターの設置運営について」（233 - 250 頁）の改定骨子案が示され、多職種協働の地域包括支援のネットワー構築、地域包括支援センター運営協議会の強化が図られる。市区町村の役割（保険者機能）の強化が課題となってきている。

第 2 の点では、介護保険制度創設後、地域包括支援センター等の小地域のケア会議に留まらないで、和光市のコミュニティケア会議に見られるように自治体レベルでの地域ケア会議が持たれ、地域ケアの運営そのものを市区町村レベルで検討する場が、すでに生まれてきている。

急性期病院との関係を調整するためには、地域包括支援センター等の小地域での検討の場では、検討しきれない課題も多く、このような市区町村レベルで、退院時、あるは退院後の支援の仕組みを検討する場づくりも求められよう。

（５）「垂直的統合」推進の道筋

退院支援の取り組みなど「垂直的統合」を図るための検討の場づくりは、市区町村の担当部署だけで行われるものではなく、医療機関や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険事業所、社会福祉協議会、民生委員、住民組織、ボランティア団体、その他の地域の様々な団体などとの幅広い協働の取り組みが求められる。

こうした場づくりは、市区町村の実情に応じて行政、関係機関、住民組織が協働で進めていくこと求められる。

ここでは、東京都社会福祉協議会「退院後、行き場の見つけづらい高齢者への支援プロジェクト」が作成した冊子『高齢者退院支援の手引き―医療と福祉の多職種連携による安定した生活に向けて―』（平成 24 年 3 月刊行）をもとに、取り組みの道筋の考え方の一例を示すことにする。

第 1 には、市区町村が保健福祉計画等で「医療と福祉の連携の推進」、あるいはまた「地域包括ケアの推進」に関する位置づけを行うことが重要である。

第 2 には、それぞれの市町村の実情に合わせて、市区町村の担当部署、または退院相談の窓口の設置が重要である。

第 3 には、担当部署として、市区町村の病院や介護保険事業所などの関係機関、その他社会資源の情報収集が重要である。

第 4 には、市区町村レベルで関係者が集まり退院支援の課題を話し合い、解決の方向を探り地域ケアを市区町村レベルで検討する場（会議）の設置が重要である。

第 5 には、退院支援チームによる検討とその取り組みを支援することが重要である。退院支援チームは、入院直後のスクリーニングから必要な調整を行い、退院前の調整、退院後の調整を途切れることなく行うことが必要で、そのチームは、医療、介護、福祉、住宅の関係者、またそのほかにも民生委員、ボランティア等幅広い人たちによって構成することが重要である。このように病院内のチームと地域の支援チームが一体となることが求められよう。

第 6 には、退院支援連携ツールの検討とその普及が重要である。すでに各地で様々な退院支援連携ツールが開発されているが、医療と生活の両方の情報が重要と言える。また、病院側の視点だけで作成するのではなく、地域での生活支援も重要であり、関係者が協働して退院連携ツールを作成することが重要である。

第 7 には、病院と地域をつなぐ、「中間的な機能」の検討が必要であり、必要ならば新たな「仕組み」を創ることも重要である。老人保健施設は「中間施設」として位置付けられている。しかし、十分に機能を発揮していない場合も少なくない。

また、地域密着型サービスの一つとして設置された「小規模多機能型居宅介護」が、病院と協力し、退院者を受け入れ、高齢者や家族介護者が在宅生活に慣れるように一時的支援をし、居宅介護事業所にバトンタッチをしたり、病院と地域の関係者がチームを組んで、退院後の暮らしの場を自宅とすべきか施設やグループホームとすべきかを判断する“準備期間”となる「中間的な機能」を果たしている事例も生まれてきている。

病院と地域の両方の関係者が、退院支援を行うチームを創ることが出来る仕組み、退院後の一時的な”居場所“は今後の検討課題でもあり、医療保険制度や介護保険制度の検討も必要になるが、それぞれの市区町村で「中間的な機能」を創りだしていくことが重要である。

３　水平的統合

（１）地域包括ケアの２つの方針を同時に組み込んだ「連携（統合）」

「水平的統合」は地域レベルで行われ、ゆえに地域包括ケアの integrated care（統合型のケア）と Community based care（地域を基盤としたケア）の 2 つの方針を同時に組み込んだ「連携（統合）」となる。

「水平的統合」の「連携（統合）」は 2 つに分類され、第 1 は integrated care のための専門職の「連携（統合）」、第 2 は Community based care のためのフォーマルサービスとインフォーマルサービスの「連携（統合）」である。それぞれ方針が異なるため

性質や課題が異なるが、地域レベルにおける「連携（統合)」であり、「ネットワーク」という用語で説明されやすい点は共通している。

（２）専門職間の「連携（統合)」

integrated care が実現するためには、「垂直的統合」だけでなく、地域での包括的かつ継続的なサービス提供を行うための専門職間の「連携（統合)」による「水平的統合」も必要である。それは、「垂直的統合」による integrated care の「流れ」が地域レベルに達した時に医療と介護・福祉の「連携（統合)」による「受け皿」が必要になるためである。

筒井によれば、integrated care の統合的活動は「システム統合」「組織的統合」「臨床的統合」の 3 段階のレベルがあるとされ[20]、専門職間の「連携（統合)」においてもレベルごとの整理が必要になる。以下に、ヒアリング調査を行った自治体の専門職間の「連携（統合)」の状況をレベルごとにまとめる。

第 1 に、専門職間の「連携（統合)」における「システム統合」である。自治体において医療と介護・福祉の専門職がそれぞれのシステムの中で活動をしているが、システムによってサービス範囲等の様々な規定があるために、組織間の活動が有効に連動せず利用者へのサービスやプログラム提供のカバー率が低くなるという課題がある。

ヒアリング調査を行った自治体では自治体や地域包括支援センターが組織間の活動を調整・管理し、システムの全体最適化を計画し、必要時には財源確保を行っていた。そのため、「システム統合」には組織間の活動を調整・管理する「組織間統合」が同時発生的に行われる必要があると考えられる。

また、一方で「システム統合」による「組織間統合」により従前の組織間の活動等が「分断」される場合がある。システムが統合される過程において、システムに関わる組織が限定されたり、最適化のために活動方針の統一化がされたりするためである。したがって、地域連携パスや地域のサロン活動等の「システム統合」を行う際には、「分断」の影響を想定して最小限に留めるよう事前調整が重要である。ヒアリング調査では、自治体や地域包括支援センターがその役割を担っていた。

第 2 に、専門職間の「連携（統合)」における「臨床的統合」である。利用者が要介護認定を受けた要支援者・要介護者の場合、介護支援専門員のケアマネジメントのもと

---

[20] 統合的活動のレベルの 3 段階（Banks,2004;Kodner and Kyriacou,2000）

システム統合	国や県など地理上の区分における、戦略的な計画・資金管理・購買システム・プログラムの有効性・サービスのカバー率などの活動を統合すること。
組織的統合	急性期・リハビリテーション・地域ケア・一次的医療・サービス提供事業所（者）などの活動を調整、管理すること。
臨床的統合	看護・介助者が高齢者に提供する、直接的な支援やケアに関わること。

一つのレベルでも統合が不十分だと他のレベル全体が行き詰ってしまうとされている。また、システムによるサービス範囲の決定、利用しやすさ・有資格の条件・資金調達機能・望まれている質などが、組織同士（特に医療と福祉）の協力の度合いに影響を与えている。

に医療、介護・福祉の専門職が支援を提供することになるが、利用者の生活状況・状態を踏まえたアセスメントが重要である。

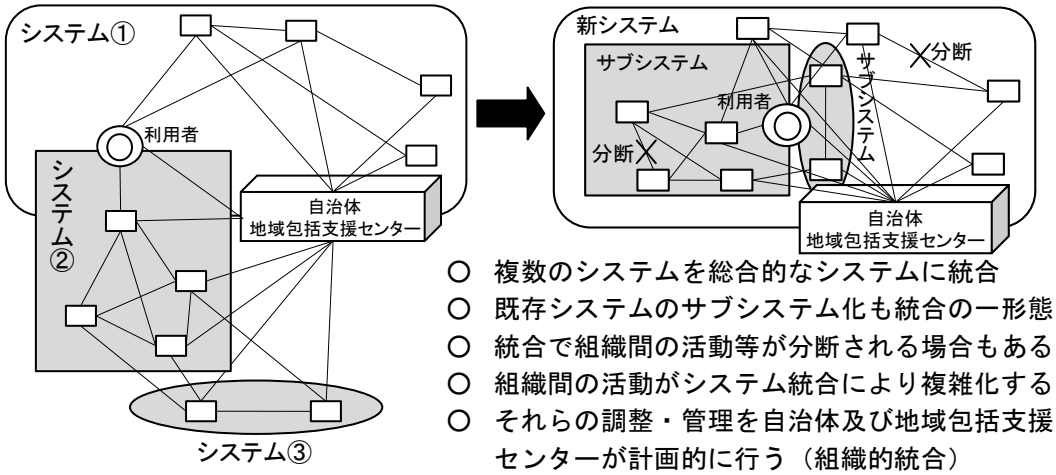
特に、施設・病院等からの退所・退院時においては、入所・入院前及び入所・入院中の生活状況・状態を関係者から情報収集し、実態を踏まえた上で退院前に「関係者（専門職以外のメンバーを含む)」及び利用者本人・家族とケアマネジメントの方針について検討する必要がある。

また、「臨床的統合」においても「組織間統合」によって「分断」が発生する。高齢者虐待事例の場合、地域包括支援センターや市町村が介護支援専門員のケアマネジメントに介入し、専門職間の「連携（統合)」を計画的に実施し、「関係者（この場合は養護者)」を意図的に「分断」させ、緊急性のレベルを下げて虐待解消を図ることがある。

一方、家族や近隣住民等のインフォーマルな「関係者」が利用者の生活を支えている事例においては、それらのインフォーマルな「関係者」の協力できることを踏まえて「組織間統合」を行わなければ、専門職間の「連携（統合)」によってインフォーマルな「関係者」を「分断」させ、利用者の生活状況・状態に見合わない「臨床的統合」をしてしまうこともある。

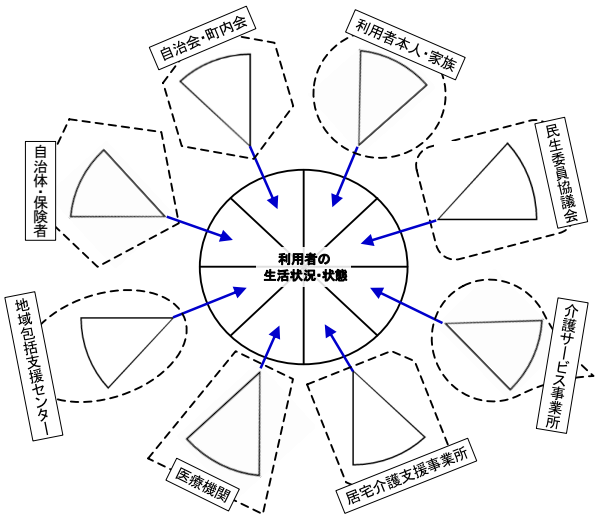
「臨床的統合」においては「組織間統合」による「分断」の影響を意識してアセスメントを行わなければ、「分断が必要な事例」の「意図的な分断」ができず、「分断してはならない事例」で「意図しない分断」を生じさせてしまうことがある。

専門職間の「連携（統合)」における「システム統合」と「組織的統合」



- ○ 複数のシステムを総合的なシステムに統合
- ○ 既存システムのサブシステム化も統合の一形態
- ○ 統合で組織間の活動等が分断される場合もある
- ○ 組織間の活動がシステム統合により複雑化する
- ○ それらの調整・管理を自治体及び地域包括支援センターが計画的に行う（組織的統合）

専門職間の「連携（統合）」における「臨床的統合」と「組織的統合」



- ○ 利用者の生活状況・状態に対し必要な支援のアセスメント
- ○ それぞれの関係機関・関係者等が提供できるサービスやプログラム、利用者本人・家族が協力できることを提示（図の△部分）
- ○ ケアマネジメントとしてそれらを統合（組織的統合）し、「受け皿」を構成することで包括的な支援（臨床的統合）になる
- ○ 状況に適したサービス等でなければ結合不可。（△が□では結合不可）
- ○ 利用者本人・家族も提供側として含まれることで自立支援につながる

図は東京都社会福祉協議会センター部会（2010）『介護支援専門員と共に行う包括的・継続的ケアマネジメント』東京都社会福祉協議会 p74. から引用

（３）フォーマルサービスとインフォーマルサービスの「連携（統合）」

日本の地域包括ケアにおいては、前述してきた integrated care と同時に、Community based care（地域を基盤としたケア）を取り込もうという試みがなされている。後者が実現するためには、地域レベルでのフォーマルとインフォーマルのサービスの「連携（統合）」による「水平的統合」が求められるが、システム化された Social solidarity care（共助）及び Public assistance（公助）とシステム化されていない Mutual care（互助）及び Self care（自助）が「連携（統合）」するためには、その「接合点」に「仕掛け」が必要になる。ヒアリング調査を行った自治体では、主に以下の 4 点のような「仕掛け」を施策として計画的に実施していた。

第 1 に、自治体が「拠点や空間等」を整備するという「仕掛け」である。この「仕掛け」は単に住民が参加できる各種プログラム（介護予防事業、サロン活動、生涯学習等）を提供するだけに留まらず、プログラム参加者を組織化して Systematized Mutual care（システム化された互助）が行えるレベルまで高め、Social solidarity care（共助）の利用者のプログラム参加を可能にし、継続性が期待できる支援を提供できるようにする意図が含まれている。

しかし、この「仕掛け」が有効になるためには、まず「拠点や空間等」の運営を委託された組織の機能理解が必要であり、機能に対する理解がなければプログラム参加者の組織化も行われず、単なる各種プログラム提供にとどまる。

次に、利用者のケアマネジメントにこの「仕掛け」を組み込む介護支援専門員のケアマネジメント力が求められ、ケアマネジメントに反映されなければ「連携（統合）」に

至らない。本来的には、それらは遂行されるべき業務である[21]が、ケアプラン作成時に「拠点や空間等」の運営組織に相談を行うことができていないのが実態[22]であり、実際は地域包括支援センター等が、「仕掛け」がケアマネジメントに反映されるようサポートすることが多い。

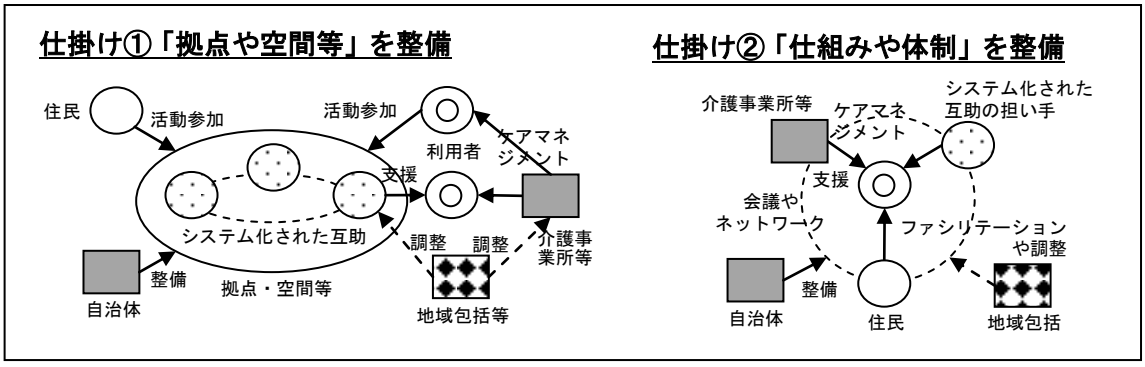
しかし、地域包括支援センター等が「仕掛け」を理解して調整の責務を認識しなければ、自治体が多額の整備費を捻出した「拠点・空間等」は最適な状態を保つことができない。

第 2 に、「仕組みや体制」を整備するという「仕掛け」である。多くは「○○会議」や「○○ネットワーク」等の名称で、様々な組織・団体等の「招集権限」を有する自治体や地域包括支援センターが整備している。この「仕掛け」は共通の目的（地域課題の解決、支援困難事例の解決等）やテーマ（認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らせる仕組みづくり等）を掲げ、目的達成及びテーマ実現のための検討や実践を行う一方で、「招集権限」を用いてフォーマルとインフォーマルのサービスの「連携（統合）」の調整を行う意図が含まれている。

ただし、この「仕掛け」が有効になるためには、まず共通の目的やテーマが設定されていることが必要であり、招集された組織・団体間で目的やテーマの共通認識がなされなければ適切に検討されず実践に結びつかない。

次に、会議のファシリテーションやネットワークの調整が行われなければ、進行管理が滞り「仕組みや体制」を最適な状態に保つことができなくなる。それらは本来的には自治体が遂行すべき事柄であるが、実際は地域包括支援センターが担うことが多い。

最後に、この「仕掛け」は「連携（統合）」の包括性を担保するものにすぎず、支援対象者のケアマネジメントに反映され、継続性が担保されなければ「連携（統合）」に至らない。



[21] 財団法人東京都福祉保健財団(2010)『介護支援専門員養成研修教本』pp438-439.

[22]第７９回社会保障審議会介護給付費分科会資料(平成 23 年 9 月 5 日)「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査 調査結果中間報告（概要版)」株式会社日本総合研究所,p34.

第 3 に、「連携（統合）」のための「調整機能を持った人的資源」を整備するという「仕掛け」である。「地域福祉コーディネーター」や「コミュニティソーシャルワーカー」等の名称で称され（以下、コーディネーターと略）、自治体や社会福祉協議会が整備することが多い。

この「仕掛け」は Mutual care（互助）の担い手を中心に関わりを形成し、地域ニーズの把握や地域課題の解決に向けた調整を行うと同時に、住民同士の互助意識の醸成及び互助への主体性形成を図り、地域組織化により Systematized Mutual care（システム化された互助）を創出し、要援護者の支援に結びつける意図が含まれている。

一方で、この「仕掛け」が有効になるためには、コミュニティワーク及びコミュニティソーシャルワークが実践できる人的資源を適切な配属で継続雇用することが必要であり、実践力のある職員を長期雇用できなければ、長期的関与の求められる関わりの形成が滞り「連携（統合）」の継続性が担保されない。そのために、自治体としては恒常的な予算確保が求められる。

また、要援護者が要介護者の場合、支援を結びつけるためには介護支援専門員との調整が不可欠になるが、介護支援専門員がコーディネーターの役割及び業務を理解していなければケアマネジメントに反映されず「連携（統合）」に至らない。本来的にはコーディネーターと介護支援専門員間の「連携（統合）」で行うことが望ましい事柄であるが、支援の導入期に相互調整が必要になることから、初動期は地域包括支援センターが両者の調整を行うことが多い。

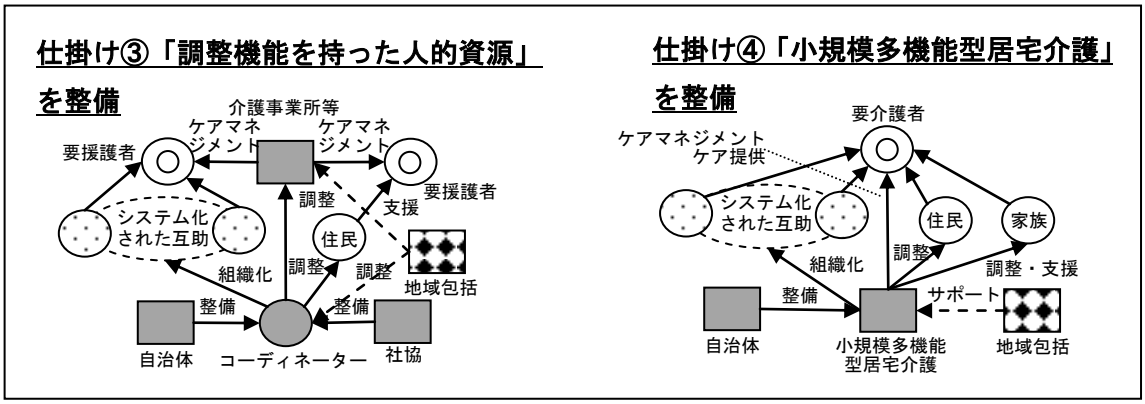
第 4 に、自治体が地域密着型サービスの「小規模多機能型居宅介護」を整備するという「仕掛け」である。Mutual care（互助）の担い手との関わりを形成する第 3 の「仕掛け」と類似する部分があるが、大きな違いは利用者に Social solidarity care（共助）を直接提供できる点とケアマネジメントの実施主体でもあるため、Mutual care（互助）だけでなく、Self care（自助）も含めた「連携（統合）」が行える点にある。

また、地域密着型サービスとしての本来機能を発揮すれば、地域組織化による Systematized Mutual care（システム化された互助）も期待できる。専門職の「連携（統合）」とフォーマルとインフォーマルのサービスの「連携（統合）」の 2 つが担える可能性を有し、地域包括ケアにおける「水平的統合」の「実践場」としての意図が含まれている「仕掛け」である。

しかし、同時に課題も多い。まず、小規模多機能型居宅介護が地域密着型サービスとして位置づけられ、地域の Mutual care（互助）の担い手との関わりを形成することが求められている政策的意義への理解が必要であり、自治体や運営主体がそれを理解していなければ適切な資源配置がなされずに、本来の機能を十分に発揮できない。

また、介護支援専門員や職員にケアワークだけでなく、コミュニティワーク及びコミュニティソーシャルワークが実践できる力量が求められ、さらにケアマネジメントにおいてフォーマルとインフォーマルのサービスの「連携（統合）」も求められる。「連携（統

合)」の最適化を目的として地域包括支援センターが介護支援専門員のケアマネジメントをサポートすることも可能だが、両者がその必要性を認識していなければ実施されないままである。



第 1 から第 4 までの「仕掛け」を概観してきたが、いずれも Mutual care（互助）の Social solidarity care（共助）への組み込みや、Mutual care（互助）のシステム化（Systematized Mutual care）を意図し、ケアマネジメントにおいて「連携（統合)」するものであったといえる。

（４）水平的統合の道筋と課題

専門職の「連携（統合)」及びフォーマルとインフォーマルのサービスの「連携（統合)」のいずれにおいても、ケアマネジメントが要であると同時に共通課題でもあった。地域包括ケアシステム構築のためには、integrated care（統合型のケア）と Community based care（地域を基盤としたケア）の２つの方針を同時に組み込んだ地域レベルでの「水平的統合」が求められるが、その期待に見合った包括的かつ継続的なケアマネジメントを介護支援専門員が個人の研鑽で身につけることは難しい。

地域包括支援センター業務マニュアル[23]には介護支援専門員が包括的かつ継続的な

[23]一般財団法人長寿社会開発センター(2011)「地域包括支援センター業務マニュアル」pp122-126.

包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備の方法

関係機関との連携体制構築支援	連携に関する介護支援専門員のニーズ把握
	関係機関に関する情報提供
	関係機関への周知
	関係機関との意見交換等の場の設定
	関係機関との情報共有のためのルールづくり
介護支援専門員同士のネットワーク構築支援	介護支援専門員同士のネットワーク構築支援
	主任介護支援専門員同士のネットワーク構築支援
介護支援専門員の実践力向上	実践力に関する介護支援専門員のニーズ把握
	研修の実施
	事例検討会の実施
	ケアプランの振り返り

ケアマネジメントを実践できる環境を整備するための「プログラム」が明示されているが、これらの「プログラム」が地域包括支援センターの主任介護支援専門員を中心にしてどの程度実践されているかは明らかにされていない。

加えて、「プログラム」の有効性やカバー率等を勘案した「システム統合」についても検討が必要である。

「水平的統合」を実現していくための道筋には介護支援専門員による包括的かつ継続的なケアマネジメントの実践があり、地域包括支援センターがいかにその環境を整備し、自治体が自らの地域でのケアマネジメントのあり方及び方向性を検証し、上述に例示されるような「仕掛け」を展開していくかが課題となる。

参考文献：

平成 22 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（2011）『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（研究代表高橋紘士）』

第４章　地域包括ケアシステムの文脈において構想される「認知症ケアシステム」の考え方

１ はじめに

地域包括ケアシステムの文脈において構想される「認知症ケアシステム」とは、認知症をもつ高齢者が暮らせる「住まい」が確保されていることを前提に、認知症に対応できる「医療サービス」、認知症に対応できる「介護サービス」、認知症に対応できる「地域サポート（日常生活支援と権利擁護を含む。）」が確保され、それらの連携を推進する仕組みが確立した状況かと推察される。

本稿では、「認知症に対応できる医療サービスの強化」と「医療という視点からの専門職間の連携推進」について報告する。

２　認知症に対応できる医療サービスの強化の方策

（１）地域における認知症のための医療サービスの現状把握

認知症に対応できる医療サービスを強化するために、第１に行われるべきことは、地域に現存する医療資源の全体に、認知症のための医療サービスを提供する能力がどの程度あるのか、その現状を把握することである。そのためには、地域における認知症のための医療サービスの現状を把握するための尺度が必要である。

（２）認知症のための医療サービスの現状を把握するための尺度の開発

筆者らは、厚生労働科学研究「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」（研究代表者鳥羽研二）の分担研究において、認知症のための医療サービスの現状を把握するための尺度開発を進めている。尺度の開発にあたっては、はじめに、認知症医療に従事している医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者といった認知症の専門家で構成される作業グループによるエキスパートレビューを実施し、認知症の医療に求められる機能を網羅した 50 項目の質問票（３件法）を作成した。

次に、このプレ調査項目を用いて、幾つかのパイロットスタディーを実施したのち、東京都医療機関案内サービスに登録されている診療所 20,223 施設と病院 255 施設を対

象に、郵送法によるアンケート調査を行った。

この調査によって、病院 103 施設、診療所 5,168 施設から回答を得ることができたが、診療所の中には歯科のみを標榜している診療所が数多く含まれていたため、これをまず除き、残る施設の中で、認知症の人を診療することが「ある」と表明し、かつ回答に欠損値のない施設（病院 100 施設、診療所 1896 施設、計 1996 施設）のデータを分析対象として、主因子法（プロマックス回転）による探索的因子分析を行った。

その結果、８因子が抽出され、さらに因子負荷量、通過率、内的信頼性を考慮した上で８因子モデル 30 項目の評価尺度を開発した（表４－１）。現在、これを「認知症のための医療サービス調査票（Medical Services for Dementia - 30 items, MSD-30）」と呼んでいる。

表４－１　認知症のための医療サービス調査票の因子構造

「認知症のための医療サービス」に関する8因子モデル30項目の質問票（MSD-30）

第1因子　周辺症状外来対応機能	**第5因子　身体合併症入院対応機能**
随伴する興奮や徘徊に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	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
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）	入院による終末期医療
せん妄に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	周辺症状（精神症状・行動障害）と身体疾患の併存例に対する入院治療
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）	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）
第2因子　鑑別診断機能	**第6因子　地域連携機能**
レビー小体型認知症の診断	地域包括支援センター職員への助言または連携
脳血管性認知症の診断	介護支援専門員への助言または連携
前頭側頭型認知症（またはピック病）の診断	グループホーム等施設職員への助言・指導
アルツハイマー型認知症の診断	行政が関わっている事例の診断・助言
第3因子　在宅医療機能	**第7因子　周辺症状入院対応機能**
往診・訪問診療による身体疾患の治療	自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保
往診・訪問診療による終末期医療	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療
往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療（精神科との連携下でも可）	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）
往診による施設（グループホーム，介護老人福祉施設など）での診療	精神科救急システムと連携した緊急事例対応
第4因子　かかりつけ医機能	**第8因子　救急機能**
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	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）
介護保険主治医意見書の記載	精神科救急システムと連携した緊急事例対応
アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬の投薬	虐待事例の緊急医療
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	一般救急システムと連携した緊急事例の対応

作成者：粟田主一（東京都健康長寿医療センター研究所）

この調査分析によって抽出された因子について以下に解説する。なお、これらの因子は、いうなれば、地域における認知症のための医療サービスに求められる機能を示していることになる。

第１因子は周辺症状外来対応機能であり、ここでは、「認知症に随伴する抑うつ症状、幻覚、妄想、興奮、徘徊、せん妄等を外来で診療できるか」といったことが問われている。第２因子は鑑別診断機能であり、ここでは「アルツハイマー型認知症、脳血管性認

知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症といった認知症疾患の鑑別診断ができるか」ということが問われている。第３因子は在宅医療機能で、ここには「往診・訪問診療による身体疾患の治療、BPSD の治療、終末期医療が行われているか」「施設へ往診して診療しているか」といった内容が含まれている。第４因子はかかりつけ医機能で、ここには「認知症が疑われるケースを認知症疾患医療センターやもの忘れ外来などの専門医療機関に紹介するか」「介護保険主治医意見書を記載するか」「合併する一般身体疾患を管理するか」「アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬の投薬を行うか」といった内容が含まれている。第５因子は身体合併症入院対応機能であり、ここには「合併する一般身体疾患に対する入院治療ができるか」「周辺症状と身体疾患が併存している症例でも入院で対応できるか」といった内容が含まれている。第６因子は地域連携機能で、実際にはさまざまな内容が想定されるが、ここでは「地域包括支援センターや介護支援専門員と連携しているか」「介護施設と連携しているか」といったことが問われている。第７因子は周辺症状入院対応機能であり、ここでは「随伴する精神症状・行動障害（BPSD）に対する入院治療」への対応の可能性が問われている。第８因子は救急機能であり、「合併する身体疾患に対する救急医療」「一般救急システムと連携した緊急対応」「精神科救急システムと連携した緊急対応」などがその内容として想定されている。この８因子 30 項目以外にも、例えば重度認知症に対するデイケアの実施や重度認知症に対する入院対応等も想定されるが、簡便に評価ができる質問紙セットとしてこの 30 項目を作成した。

（３）MSD-30 の活用方法

こうした指標を活用することによって、各医療機関の機能を客観的に示すことができる。例えば、かかりつけ医機能がどの程度あるかというのは、第４因子のスコアを見るとわかることになる。あるいは在宅医療の機能をみるとすれば、かかりつけ医機能とともに、第３因子の在宅医療機能のスコアをみる。精神科診療所には周辺症状の外来対応機能が期待されているので、第１因子のスコアをみる。

精神科病院には周辺症状の外来対応と入院対応の両方が期待されているので、第１因子と第７因子のスコアをみる。また、メモリークリニック（もの忘れ外来）には鑑別診断機能とともに地域連携機能や周辺症状外来対応機能が期待されるので、第１、第２、第６因子をみることになる。

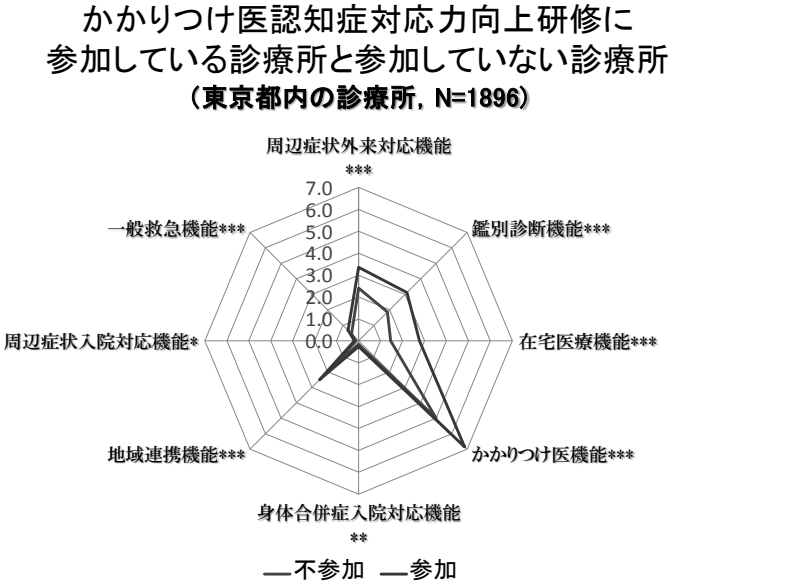
そして、認知症疾患医療センター（基幹型）には鑑別診断機能、周辺症状の外来・入院対応機能、地域連携機能、救急機能が求められているので、第１、第２、第５、第６、第７、第８因子のすべてを求められることになる。

ここで、既存の医療機関の医療サービスの現状を類型別に比較するとどういうことがわかるか考えてみたい。

図４－１は、国が認知症地域医療支援事業として実施している「かかりつけ医認知症対応力向上研修」に参加している医師がいる診療所といない診療所を比較したものである。「認知症対応力向上研修」に参加している医師がいる診療所は、そうではない診療所に比べると、かかりつけ医機能ばかりでなく、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、地域連携機能、在宅医療機能も高い。

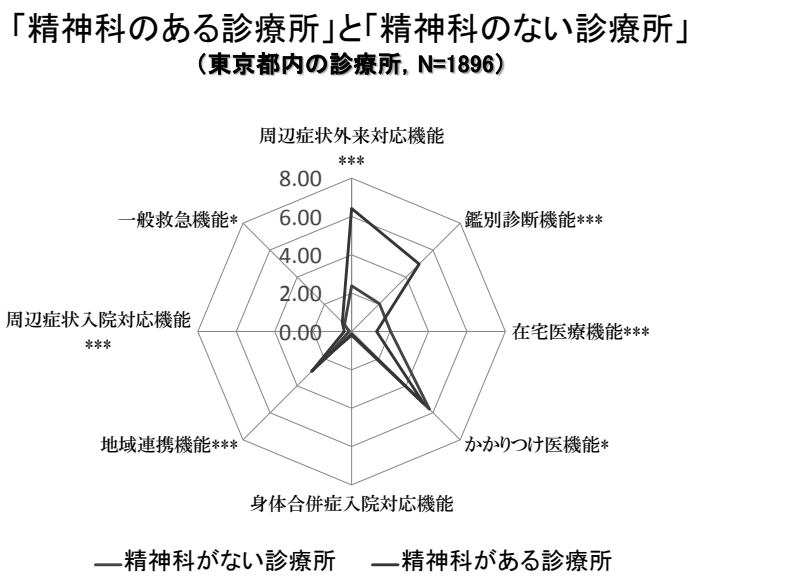
図４－２は、精神科のある診療所と精神科のない診療所を比較したものであるが、予想される通り、周辺症状外来対応機能は精神科のある診療所で突出して高くなっている。さらに、精神科のある診療所は、鑑別診断機能や地域連携機能も高いので、その一部はメモリークリニックとして機能しているものと推察される。

図４－３は、精神科がある病院と精神科がない病院を比較したものであるが、これも予想どおり、精神科がある病院は周辺症状の外来・入院対応機能が高いことが示されている。それだけではなく、精神科がある病院の中には鑑別診断機能や地域連携機能も高い医療機関が含まれていることがわかるので、地域型の認知症疾患医療センターの機能を担い得る医療機関が潜在していることが予測される。



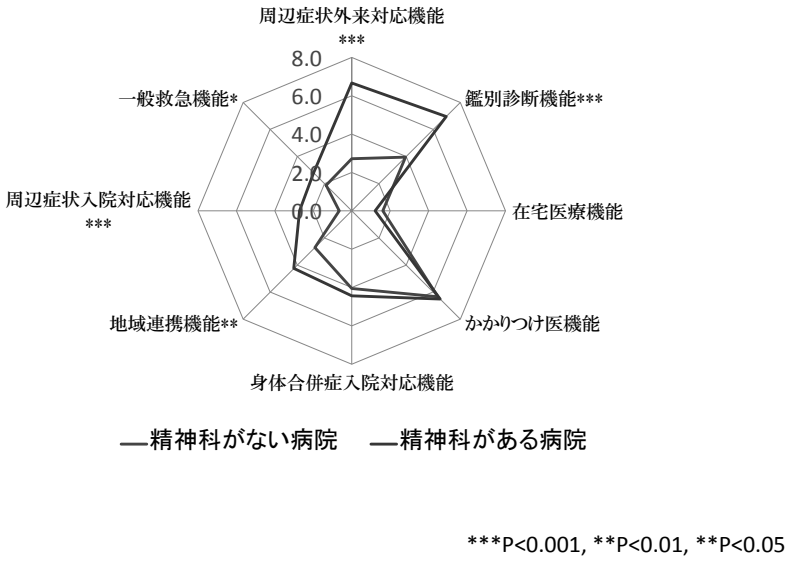
***P<0.001, **P<0.01, **P<0.05

図４－１　認知症のための医療サービスの比較（1）



***P<0.001, **P<0.01, **P<0.05

図４－２　認知症のための医療サービスの比較（2）



***P<0.001, **P<0.01, **P<0.05

図４－３　認知症のための医療サービスの比較（3）

このようなツールを用いることによって、一つは、地域レベルで認知症に対応できる医療サービスの現状を大まかに把握することができる。また、尺度を標準化することによって、他地域との比較も可能となるし、今後強化するべき医療サービスは何かということを把握することも可能となる。さらに、個々の医療機関の医療サービスを把握することができるので、圏域内の医療サービス情報の共有に役立てることができる。それによって、地域連携を推進することもできる。

このような実践は少しずつはじまっている。例えば、東京都板橋区では、認知症対応力向上研修事業に参加した医師が「もの忘れ相談医」として登録され、「もの忘れ相談医」のリストがリーフレットに掲載され、一般に公開されている。また、「もの忘れ相談医」は、持ち回りで地域包括支援センターでもの忘れ相談にあたっている。このような事業を実施することによって、かかりつけ医機能を担う医療サービスのみならず、地域全体の認知症のための医療サービスの水準が高められることになる。

医療サービスの現状調査の結果に基づいて、今後、さまざまな医療サービスの強化策を検討していくことが、自治体に求められるであろう。そこには、認知症疾患医療センターの適正配置や、認知症疾患医療センターの機能を補完する医療機関（メモリークリニック等）の強化が含まれるかもしれない。

この他にも、在宅医療を担う診療所の支援策や認知症専門病棟を持つ精神科医療機関の支援策などの検討も必要になるかもしれない。

３　医療という視点からの専門職間の連携推進の方策

（１）連携推進の戦略を練る

連携の推進は、地域包括ケアシステムを実現するプロセスの根幹にある。実質的には、自治体に設置されている認知症対策推進会議や医療・介護連携協議会、地域包括支援センターで実施されている担当圏域包括ケア会議などが、連携推進の戦略を練る場となっている。最近は、地域連携パスや情報共有ツールの作成が、このような会議で検討される主要なテーマとなってきている。この他にも認知症の資源マップの作成といった方法で、連携推進の戦略が練られている地域もある。

（２）連携を推進するツールとしての認知症総合アセスメント

こうした戦略の一つとして、地域の中で認知症の総合アセスメントを行い、それを核として連携を推進していく方法がある。

地域の中で実施できる簡便な認知症アセスメント・ツールを作成し、それを活用することによって、どのような効果がもたらされるか。第１に、地域に潜在する認知症患者を早期に発見することができる。第２に、地域の中で認知症の総合評価を行うことによ

って、予防、医療、介護、住まい、日常生活支援、権利擁護等の多面的なサービスを一体的に提供するための情報共有の仕組みを作ることができる。

筆者らは、現在、地域の中で軽度認知症を検出することが可能な簡便なアセスメント・ツールとして「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント（Dementia Assessment Sheet in Community-based integrated Care System, DASC)」の開発を進めている。ここでは、その研究成果の一部を紹介する。

（３）連携推進のツールとしての DASC 開発の考え方

地域の中で、認知症のアセスメントをするとはどういうことか。それは、認知症とは、何らかの脳の病気（認知症疾患）があって、認知機能障害があって、生活機能障害がある状態である。これが認知症の本来の定義である。同時にさまざまな周辺症状（精神症状や行動障害）やさまざまな身体疾患があって、これらが相互に非常に密接に関連し、複雑な臨床像を形成している。この複雑さゆえに、認知症の方はさまざまな社会的困難に直面する。このような状況のすべてが、認知症の全体像を構成しているのである。したがって、地域の中で認知症をアセスメントするためには、これらすべてについて総合的にアセスメントする必要がある。そうでなければ、適切なケアが提供できない。これらすべてを包括的にアセスメントするには、技術が必要である。よって、いきなり認知症の総合的なアセスメントをせよといわれても、誰でもができるというわけにはいかない。

そこで、認知症の総合アセスメントでは、認知症疾患、認知機能障害、生活機能障害、周辺症状、身体疾患、社会的状況というさまざまな局面の評価が必要であるということを前提にした上で、最低限、認知症疾患に起因する「認知機能障害」と「生活機能障害」を簡便にアセスメントするためのツールを開発しようと考えた。これが DASC である。

DASC にはさまざまな利点がある。第 1 に、認知機能と生活機能を網羅的に評価していることである。認知機能の障害があって、それによって生活機能障害が発生するというのが認知症の定義の中核にあるので、認知機能と生活機能を網羅的に評価することによって、認知症によって発生する障害そのものが把握できる。

第 2 に、ADL の中でも IADL の項目を充実させていることである。これによって軽度認知症レベルの生活機能障害の検出が可能となる。なぜならば、軽度認知症レベルは、IADL は障害されているけれども、身体的 ADL は障害されていないレベルと定義されるからである。

第 3 に、この評価票は、そもそもは Clinical Dementia Rating（CDR）という、6 つのドメインを０、0.5、１、２、３の五つのレベルで評価する国際的な重症度評価尺度に則り作成してあるという点である。(本来ならば、CDR そのものをやればいいのだが、CDR はその定義や解釈が難しいという課題がある)。

第４に、４件法という構造も重要な特徴としてあげられる。なぜなら、「はい」「いいえ」という２件法では、認知症（あるいは脳の病気）に見られる症状の一般的特徴である機能変動がカバーできないからである。

第５に、各設問は具体的内容を短い文で問う形式になっていることから、簡便に短時間で実施可能ということがある。

調査票は、記憶障害に関連すること、見当識障害に関連すること、問題解決能力に関連すること、家庭外の IADL 障害に関すること、家庭の中の IADL 障害、身体的 ADL の障害に関連することから構成されている。各領域は、それぞれ３つの質問項目で構成され、各質問項目は４件法（1 点～4 点）で評価される。3 点または 4 点を異常域と考えて判定すると、各事例の障害プロフィルを可視化させることができる。

例えば、実際に評価した事例（表４－２）をみると、この事例では、3 点以上の項目が８項目みられる。「財布や鍵など物を置いた場所をいつも忘れ」「5 分前の話を思い出せないことも頻繁にあり」「今日が何月何日かわからないことも頻繁で」「電気やガスが止まったらうまく対処できそうになく」「１日の計画も立てられそうになく」「バスや電車に乗っての外出はあまりできず」「銀行に行ってお金をおろすこともあまりできず」「自分で薬を決まった時間に決まった分量飲むこともできない」ということがわかる。

各質問項目と領域が意味する機能の欄をみると、この方には、近時記憶障害、時間の見当識障害、問題解決能力の障害があり、交通機関の利用、金銭管理、服薬管理の障害があることがわかる。しかし、着脱衣、入浴、排泄などの身体的 ADL が保持されていることから、この事例は軽度認知症であり、さらに、記憶・見当識の障害が目立つ臨床プロフィルから、アルツハイマー型認知症かもしれない（もちろん診断のためには医学的評価が必要）ということが予想できることになる。

表４－２　DASC で評価された具体的事例

地域包括ケアシステムのための認知症アセスメント
Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System - 18 items (DASC-18)

ご本人の氏名		生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）	男 ・ 女	独居 ・ 同居
回答者の氏名	本人との続柄	記入者氏名		所属（職種）	（　　）

1	財布や鍵など，物を置いた場所がわからなくなることがありますか．	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	いつもそうだ	記憶	近時記憶
2	5 分前に聞いた話を思い出せないことがありますか．	1. まったくない	2. ときどきある	頻繁にある	4. いつもそうだ		
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか．	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		遠隔記憶
4	今日が何月何日かわからないときがありますか．	1. まったくない	2. ときどきある	頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識	時間
5	自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか．	1. まったくない	ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		場所
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか．	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		道順
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに，自分で適切に対処できますか．	1. 問題ない	2. だいたいできる	あまりできない	4. まったくできない	判断・問題解決	問題解決
8	一日の計画を自分で立てることができますか．	1. 問題ない	2. だいたいできる	3. あまりできない	まったくできない		
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか．	1. 問題ない	だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		社会的判断力
10	一人で買い物に行けますか．	1. 問題ない	だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭外の IADL	買い物
11	バスや電車，自家用車などを使って一人で外出できますか．	1. 問題ない	2. だいたいできる	あまりできない	4. まったくできない		交通機関
12	貯金の出し入れや，家賃や公共料金の支払いは一人でできますか．	1. 問題ない	2. だいたいできる	あまりできない	4. まったくできない		金銭管理
13	電話をかけることができますか．	1. 問題ない	だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内の IADL	電話
14	自分で食事の準備はできますか．	1. 問題ない	だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		食事の準備
15	自分で，薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか．	1. 問題ない	2. だいたいできる	あまりできない	4. まったくできない		服薬管理
16	入浴は一人でできますか．	1. 問題ない	2.見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL	入浴
17	着替えは一人でできますか．	1. 問題ない	2.見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		着替え
18	トイレは一人でできますか．	1. 問題ない	2.見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		排泄

作成者：粟井和夫，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（認知症・うつの予防と介入の促進）TEL: 03-3964-3241, FAX: 03-3579-4776

（４）DASC の信頼性と妥当性の検証

現在、平成 23 年度老人保健健康増進等事業「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業」（研究代表者粟田主一）において、第 7、8、9 項目を除いた 15 項目(DASC-15)の信頼性と妥当性の検討を進めているので、その概要を紹介する。

東京都健康長寿医療センター外来受診者 33 人、仙台市立病院認知症疾患医療センター外来受診者 23 人、東京都板橋区地域在住高齢者の中で協力の得られた合計 127 人のデータを用いて解析を行ったところ（表４－３）、DASC-15 の Cronbach α が 0.935 であり、DASC の合計点は、年齢、CDR の総合点、Mini-Mental State Examination（MMSE）の総合点と有意に相関し、年齢を統制した上での偏相関分析を行っても CDR と MMSE とは、相関係数が 0.788、0.734 と高い相関を示した。CDR０、0.5、１、２の各群で DASC の平均点は有意に差があり、多重比較においても各群間で有意差が示された。検査診断能を比較する方法として行われる ROC 分析（Relative もしくは Receiver Operating Characteristic curve）を実施したところ、曲線下面積（AUC）は 0.971、軽度認知症（CDR１）を非認知症（CDR０または 0.5）から有意に弁別することが明らかになった（図４－４）。

これらの結果から、DASC-15 は、軽度認知症の検出において十分な内的信頼性、併存妥当性、弁別的妥当性があることが確認された。

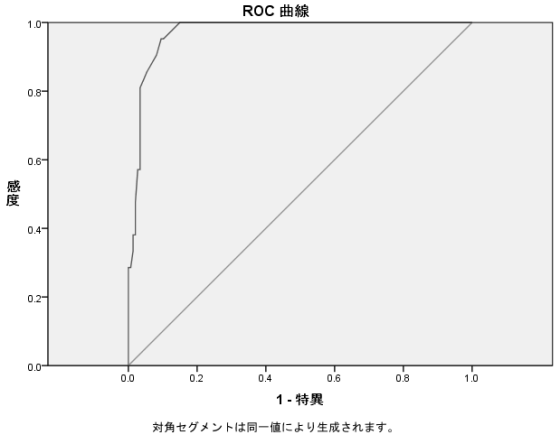
表４－３　DASC-15 の信頼性・妥当性研究の対象

対　象

CDR2以下で，すべてのデータ欠損値のない，東京都健康長寿医療センターもの忘れ外来受診者33人，仙台市立病院認知症疾患医療センター外来受診者23人，東京都板橋区の地域在住高齢者127人，合計183人のデータを解析対象とした．

	東京都健康長寿医療センター	仙台市立病院	板橋区地域在住高齢者
性別			
男性	6	6	41
女性	27	17	86
重症度別			
CDR 0（正常）	8	0	113
CDR 0.5（認知症疑い）	8	4	14
CDR 1（軽度認知症）	9	12	0
CDR2（中等度認知症）	8	7	0
合計	33	23	127
平均年齢（標準偏差）	79.27(7.70)	78.04(6.16)	71.91(5.92)

結果4: 弁別的妥当性



DASC-15は，AUC=0.971, 95%CI=0.948-0.9994, P<0.001で，軽度認知症(CDR1)を非認知症（CDR0また0.5）から有意に弁別する.
最も弁別能が高くなるCut-Offは 22/23で，感度0.952, 特異度0.905.

図４－４　DASC-15 の ROC 曲線

（５）認知症の総合アセスメントの活用事例

仙台市では、DASC とともに、周辺症状、身体合併症（服用中の薬物）、社会的状況を評価するためのシートを結合させた認知症総合アセスメント票を作成し、地域包括支援センター職員を対象に研修会を実施して、アセスメント・シートを用いた連携推進の仕組みづくりに着手している。

仙台市には認知症対策推進会議があり、その下位組織として普及啓発部会と支援体制部会が設けられている。普及啓発部会は認知症サポーター養成事業等の普及啓発の戦略を練る場として機能しており、支援体制部会は、前述したような医療サービスの実態調査とともに、アセスメント・シートの開発や研修会の企画など、連携推進の戦略を練る場として機能している。このような会議体の存在が、認知症に対応できる社会資源整備と連携推進をめざした自治体の事業を立ち上げるための重要な条件となっている。

アセスメント票の裏面を活用して総合アセスメントへ
（仙台市版DASC）

表　面

（仙台市版）認知症アセスメント

記入日　平成　年　月　日

ご本人の氏名		生年月日	大正・昭和　年　月　日　歳			男・女	施設・同居	
回答者の氏名	本人との続柄	記入者氏名			所属・職種			

認知機能障害・生活機能障害								得点
1	財布や鍵など、物を置いた場所が分からなくなることがありますか。	○ ほぼいちにち	○ よくある	○ 時折ある	○ ほとんどない	記憶障害		
2	30分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	○ ほぼいちにち	○ よくある	○ 時折ある	○ ほとんどない			
3	自分の生年月日が分からなくなることがありますか。	○ ほぼいちにち	○ よくある	○ 時折ある	○ ほとんどない	見当識障害		
4	今自分が居る場所が分からないと思うことがありますか。	○ ほぼいちにち	○ よくある	○ 時折ある	○ ほとんどない			
5	自分の一番親しい人の名前が思い出せないことがありますか。	○ ほぼいちにち	○ よくある	○ 時折ある	○ ほとんどない			
6	道に迷って家に帰ってこられなくなることがありますか。	○ ほぼいちにち	○ よくある	○ 時折ある	○ ほとんどない	実地能		
7	電気やガスの火の元が気がかりでしまったあとに、自分で確認に戻れますか。	○ 問題ない	○ ちょっとできる	○ あまりできない	○ まったくできない			
8	一日の計画を自分で立てることができますか。	○ 問題ない	○ ちょっとできる	○ あまりできない	○ まったくできない	判断・問題解決		
9	身軽や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	○ 問題ない	○ ちょっとできる	○ あまりできない	○ まったくできない			
10	一人で買い物に行けますか。	○ 問題ない	○ ちょっとできる	○ あまりできない	○ まったくできない			
11	パスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	○ 問題ない	○ ちょっとできる	○ あまりできない	○ まったくできない	手段的日常生活		
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いを一人でできますか。	○ 問題ない	○ ちょっとできる	○ あまりできない	○ まったくできない			
13	電話をかけることができますか。	○ 問題ない	○ ちょっとできる	○ あまりできない	○ まったくできない			
14	自分で食事の準備ができますか。	○ 問題ない	○ ちょっとできる	○ あまりできない	○ まったくできない	基本的日常生活		
15	自分で、風呂あるいは洗面に湯または水を適切な温度にできますか。	○ 問題ない	○ ちょっとできる	○ あまりできない	○ まったくできない			
16	入浴が一人でできますか。	○ 問題ない	○ 介助や声かけ・見守りをする	○ 一部介助をする	○ 全て介助をする	身体的ADL		
17	着替えは一人でできますか。	○ 問題ない	○ 介助や声かけ・見守りをする	○ 一部介助をする	○ 全て介助をする			
18	トイレは一人でできますか。	○ 問題ない	○ 介助や声かけ・見守りをする	○ 一部介助をする	○ 全て介助をする			

裏面（仙台市の場合）
BPSDと身体合併症の評価項目を追加

精神症状・行動症状等

いつ頃から、どのような症状があるのか（具体的に）

【精神症状】例）妄想（物を盗られた等）、幻覚、抑うつ、不安、集禁、睡眠障害等

【行動症状】例）暴力、暴言、徘徊、介護への抵抗、不潔行為、火の不始末、性的問題行動等

その他、気がついた症状があれば記載して下さい

身体症状

現病歴（現治療中の疾患）

疾患名	いつ頃から	医療機関名

※現在内服している薬と処方先の病院
（お薬手帳を参考にお薬名と数を記載）

例）高血圧→○○ユキ内科クリニック

既往歴（過去に治療した疾患（慢性など）疾患名のみの記載）

疾患名	いつ頃（年号、又は年齢）

最近、身体症状で気がついたことがあれば記載して下さい。

社会的問題

例）独居、認知症家族、近隣とのトラブル・地域からの排除、介護拒否、介護者の健康問題、虐待、老々介護、足々介護、経済的困窮等

４　おわりに

ここでは、「認知症に対応できる医療サービスを如何にして強化するか」と「医療という視点から専門職間の連携を如何にして推進していくか」という 2 点について述べた。

地域包括ケアシステムの文脈において構想される認知症ケアシステムを実現するためには、認知症に対応できる医療資源の整備と、これら資源をうまく活用できる連携システムの確立が不可欠である。しかしながら、認知症に対応できる医療資源や連携システムについて地域格差があることは明らかである。今回述べた方策や戦略を手掛かりに、今後は、継続的に地域独自の地域包括ケアシステムの構築を進めていくことが重要である。

第５章　地域包括ケアシステム構築の保険者評価調査票の開発とその法令根拠

１　地域包括ケアシステムの実現のために自治体が保有すべき保険者機能の考え方

（１）地域包括ケアシステム構築に求められる保険者の機能

①平成 21 年度保険者調査で設定した保険者機能の評価基準

第５期介護保険事業計画の策定にあたっては、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、①介護、②予防、③医療、④生活支援、⑤住まいの５つのサービスを一体的に提供していくという「地域包括ケア」の考え方を念頭に、高齢者や高齢者を取り巻く地域の事情、特性などを反映させ、その地域にふさわしいサービス提供システム、すなわち「地域包括ケアシステム」を構築することが求められている。

「地域包括ケアシステム」の構築と推進にあたっては、そのケアシステムの中核的役割を担うと認知されている地域包括支援センターの実践と、地域の実情や特性に応じた「地域包括ケアシステム」を構築するための保険者の姿勢や機能が大きなカギを握ることとなる。

そこで、本研究会では、平成 21 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として、「地域包括支援センターにおける相談支援のプロセス及び終結に関する調査」とともに「介護保険制度に対する保険者の取り組みの状況に関する調査」（以下「平成 21 年度保険者調査」という。）を実施した。

「平成 21 年度保険者調査」においては、「地域包括ケアに関する保険者の機能評価」として、次の７つのカテゴリに重点を絞って 40 項目を調査した。

1）介護保険事業計画・政策立案の状況
2）地域連携の仕組みづくり
3）自治体としての地域包括支援センター職員への支援
4）介護支援専門員への支援
5）介護サービス事業者への支援
6）サービスの苦情・相談体制
7）高齢者虐待対応・権利擁護対応等

②保険者機能評価基準設定の問題意識と基本的視点

上記７つのカテゴリを評価基準とした問題意識と基本的視点を整理すると次のとおりとなる。

1)介護保険事業計画・政策立案の状況

このカテゴリでは、保険者として、長期ビジョンやまちづくりの視点を持っているかどうかを評価基準とした。そもそも保険者に「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、「地域の連携を主導すること」はできず、行政と地域包括支援センターの役割分担も明確にならない。長期ビジョンをもつためには、保険者として、事業計画の進捗状況の把握・点検、給付分析、ニーズ調査等を実施していることが、その前提となる。「長期ビジョン」の視点を持っているかどうかを把握するための一つの例として、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年の推計の実施状況などを聞いた。

2)地域連携の仕組みづくり

このカテゴリでは、第一に医師会、歯科医師会、保健所、地域包括支援センター、福祉事務所、ケアマネジャー等の保健・医療・福祉・介護の関係機関による地域ケア会議や連携会議の設置や開催状況を「地域包括ケアシステム」構築のための重要な機能として設定した。「地域ケア会議」など、会議の名称は地域によって異なると思われるが、関係機関の代表者レベルによる「地域全体の連携推進のための会議」と、実務担当者レベルによる「個別ケースのサービス提供等の調整に関する連携会議」の階層別の会議開催の有無とその頻度がポイントとなる。

第二に、連携の仕組みづくりの中で、医療と介護の連携を保険者がどのように主導しているか、あるいは主導していなくてもどのように関わっているか、ということを評価基準の一つとした。設問としては「地域の急性期病院との連携のための会議」「地域の回復期病院、維持期リハ関連施設との連携のための会議」の有無に加え、それらを「自治体が主催しているかどうか」を聞いた。

医療と介護の地域連携が進んでいる地域をあえて類型化するとすれば、①行政主導型（和光市、武蔵野市など)、②地域の中核病院主導型もしくは地区医師会主導型（尾道市など)、③地域の中核的な社会福祉法人や介護サービス事業者主導型（長岡市など)、に大別されると思われる。①～③がバランスよく協働していることが理想だが、いずれにしても保険者のスタンスが問われている。

第三に、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者と連携した地域連携パスの作成に保険者として携わったことがあるかどうか、を評価基準の一つとした。地域連携パスとは、「脳卒中地域連携パス」や「認知症連携シート」など、地域内の保健・医療・介護の連携を円滑に実施するための紙媒体もしくは電子媒体によ

るツールのことを言う。近年、医療機関同士の連携パスはかなり多く活用されているが、ここでは、医療と介護の連携のツールづくりに焦点を当てた。

3)自治体としての地域包括支援センター職員への支援

このカテゴリの調査項目としては、「自治体として地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場を設定しているか」「地域包括支援センターの職員を対象とした研修を主催しているか」など、保険者と地域包括支援センターの関係性や情報共有を聞く一般的な設問に加え、「地域包括支援センターからの提案・要望等に基づき、事業や講座等を新規に実施しているか」「地域包括支援センターの評価を実施しているか」など、施策立案時に、地域包括支援センターなど介護の現場を把握している職員の意見を反映しているかどうかという、保険者のケアシステム構築の姿勢を聞いた。

保険者はややもすると法令で定められた最低限の保険者業務（保険料の賦課徴収・要介護認定等）に自らの役割を限定し、地域包括ケアシステムに関する業務は地域包括支援センターが行えばいいとする傾向がある。しかし、ここでは「保険者が地域包括支援センターに何でも丸投げしてはいないか」という問題意識に立って、＜「地域包括ケアシステム」の構築と推進に向けて、保険者が地域包括支援センターと協働する姿勢を持っているか＞ということを判断した。

4)介護支援専門員への支援

このカテゴリの保険者機能の評価基準設定は、＜サービスの質の向上に向けた介護支援専門員の育成や困難ケース等に対する後方支援体制が整っているか＞という問題意識にもとづいている。

玉石混交といわれるケアマネジャーに対して、保険者として質の向上のために、連絡協議会などを設置して、研修・育成を実施しているか、また、保険者としてのケアプンチェックやケアプラン評価の実施の有無などを聞いた。

さらに、介護支援専門員から相談のあった「処遇困難ケース」に対して、地域ケア会議やカンファレンスの開催などの後方支援体制が整っているか、をポイントとした。

5)介護サービス事業者への支援

このカテゴリについても、基本的には「(4)介護支援専門員への支援」と同様に＜サービスの質向上に向けた介護サービス事業者の育成や後方支援体制が整っているか＞という問題意識にもとづいているが、それらに加え、介護保険法で規定されている地域密着型サービス事業者の指定や指導が適切に実施されているか、についても評価基準とした。

また、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」を作成し、ケアマネジャーや市民等に配布しているか、という、保険者機能というよりも自治体としての市民サービスの側面も評価に加えた。

6)サービスの苦情・相談体制

介護保険制度導入後、市町村の多くは介護サービスの直接的提供から手を引いて後景に退き、介護保険サービスの提供は基本的に需給関係による民民の契約によることとなった。そのような中で、市町村（保険者）は介護サービス提供の総合調整（コーディネイト）機能を担うことになる。

消費者である市民（被保険者）にとっては、市町村（保険者）は受給しているサービスの、最も身近な第三者的な苦情申立先であり、市町村（保険者）にとっては、サービス提供の苦情を的確に受け止めることこそ、介護サービスの実情と地域課題を把握する数少ない手段といえる。

そのような意味では、介護サービスに関する市民からの苦情・相談に関する窓口を明確にしていることは、保険者機能評価基準の必須項目といえる。

さらに言えば、それらの苦情・相談が、組織全体で共有されているかどうかがポイントとなる。そのため、自治体（保険者）として、苦情・相談記録票の統一フォーマットを整備しているか、また苦情・相談記録内容を当該地域の地域包括支援センターに提供し情報の共有化を図り、解決へ向けて関係機関と連携しているかどうかを問うた。

7)高齢者虐待対応・権利擁護対応等

高齢者虐待防止法第3条第1項では、「国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。」とされており、このカテゴリはまさに、＜市町村のセーフティネットとしての責務と機能＞を評価するものである。

また、高齢者虐待防止法第 16 条では、「市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法第 20 条の 7 の 2 第 1 項に規定する老人介護支援センター、介護保険法第 115 条の 39 第 3 項の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。」として、在宅介護支援センターや地域包括支援センターとの連携協力体制の構築を義務付けている。また、「この場合において、養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応

することができるよう、特に配慮しなければならない。」としている。

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関しては、多くの市町村が国のマニュアルに基づいて対応しているものと思われるが、その運用にあたっては、地域の実情に応じて、国のマニュアルを補完するような自治体独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成しているのではないか、という前提に立つとともに、次の点を評価基準とした。

・高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置しているか。
・高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施しているか。どのような解決に導いたか。
・高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルター（緊急用ショートステイベッド含む）を確保しているか。
・老人福祉法上の「やむを得ない事由による措置」が必要であると判断し、施設入所措置などを含め権限を行使したケースが平成 22 年度に何件あったか(前年度からの継続ケース含む)。

③平成 21 年度保険者調査結果から見えた自治体間格差

さて、このような問題意識によって作成された平成 21 年度保険者調査であったが、回答結果には、保険者によって大きなばらつきが認められた。

上記の 7 つのカテゴリ別に集計した平均実施率は、上位から「(7)高齢者虐待対応・権利擁護対応等」57.9%、「(6)サービスの苦情・相談体制」55.9%、「(5)介護サービス事業者への支援」52.2%、「(4)介護支援専門員への支援」50.9%となっており、この４つのカテゴリでは平均実施率がいずれも 50%台となっている。

一方、「(1)介護保険事業計画・政策立案の状況」38.7%、「(2)地域連携の仕組みづくり」33.3%、「(3)自治体としての地域包括支援センター職員への支援」35.7%となっており、この 3 つカテゴリでは、平均実施率がいずれも 30%台と低調であった。これら 3 つのカテゴリは、＜政策立案＞＜連携の仕組みづくり＞＜自治体と地域包括支援センターの連携・協働＞という、「地域包括ケアシステム」の構築と推進のために重要なカテゴリとも言え、前述した 4 つのカテゴリの平均実施率が 50%であったことと比較すると、保険者間で２極化が進んでいることが推察される結果となった。

とくに、「(2)地域連携の仕組みづくり」が 7 つのカテゴリ中最も低い 33.3%という平均実施率にとどまったことは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、①介護、②予防、③医療、④生活支援、⑤住まいの 5 つのサービスを一体的に提供していくという「地域包括ケア」を実現させるうえで、大きな課題があることを物語っている。

ちなみに設問項目別で実施率が高かった項目上位ベスト３は、１位「地域包括支援センター運営協議会がある」94.7%、２位「介護サービスに関する市民からの苦情・相談

に関する窓口（相談部署）の明確化」92.4%、３位「地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する監査の実施」91.7%であった。

逆に、実施率が低かった項目下位ワースト３は、「介護サービス事業者の活動指針やマニュアル等を編集・発行」3.7%、「地域包括支援センター運営協議会の部会がある」5.0%、「地域の関係機関と連携した地域連携パスの作成に携わったことがある」8.5%であった。「地域包括支援センター運営協議会の部会がある」という項目が自治体の規模によって左右される設問であることを考慮したとしても、最高 94.7%と最低 3.7%の実施率の差異は大きいと言えよう。

図５－１　平成 21 年度保険者機能調査結果（カテゴリ別実施率）

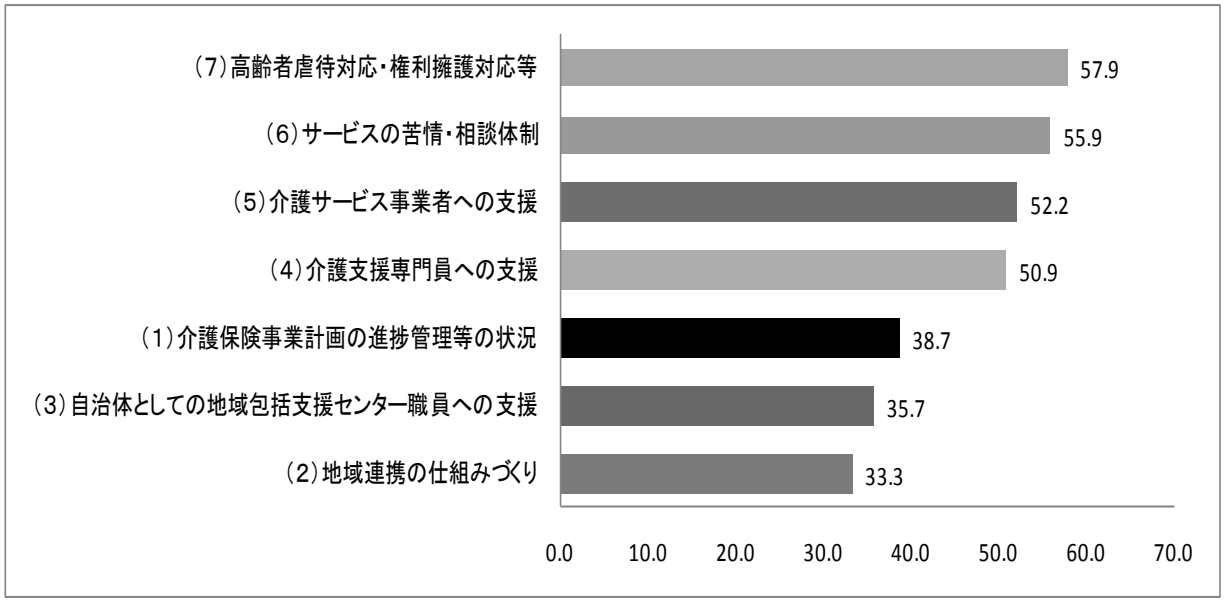


図５－２　平成 21 年度保険者機能調査結果（項目別実施率：カテゴリ①～③）

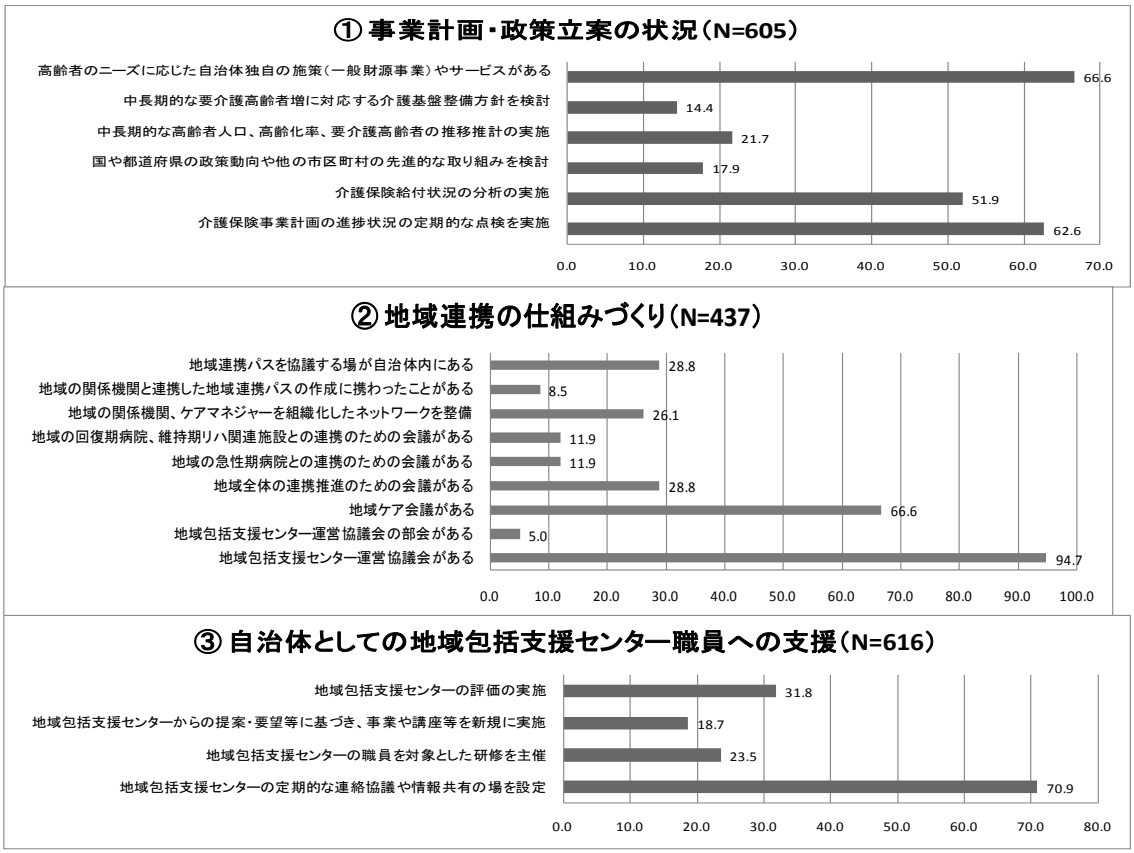


図５－３　平成 21 年度保険者機能調査結果（項目別実施率：カテゴリ④，⑤）

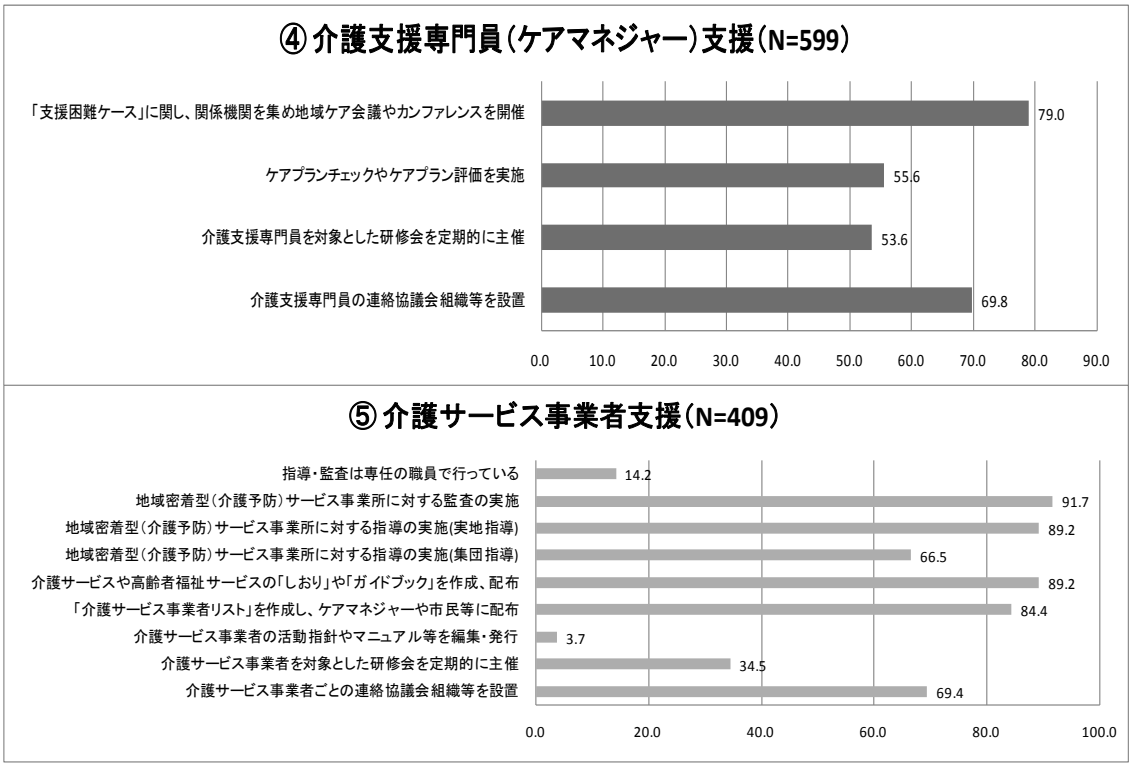
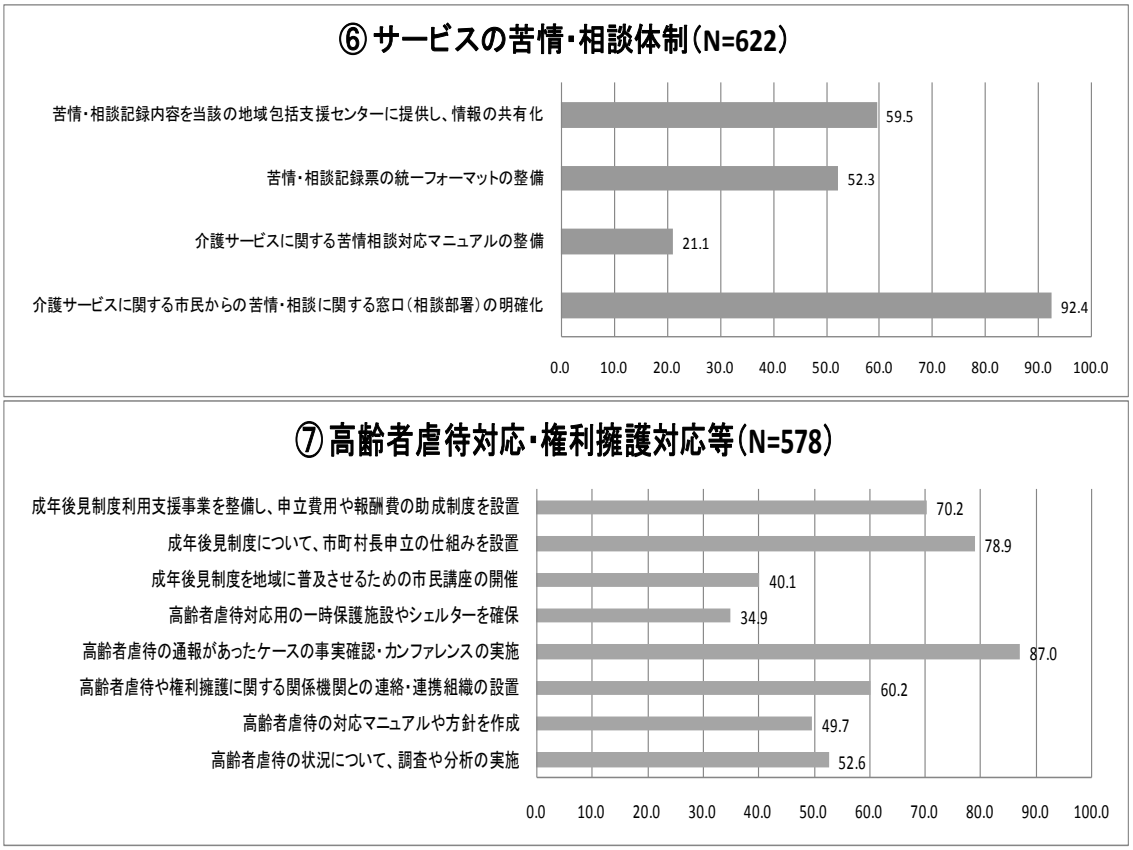


図５－４　平成 21 年度保険者機能調査結果（項目別実施率：カテゴリ⑥，⑦）



④平成 23 年度保険者調査票作成の問題意識

このように「地域包括ケアシステム」に関する保険者の姿勢や取り組み状況に差があるということが明確になったことにより、本研究会の議論では、保険者の状況を次の 4 つに類型化することを検討した。

１．法令に定められた保険者機能を過不足なく実施している保険者
２．法令に定められた保険者機能を越えて、市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って地域ぐるみでシステムとして推進している保険者
３．法令に定められた保険者機能を越えて、担当部署もしくは担当者が市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って努力しているが、未だ地域ぐるみでのシステムとして稼働しておらず苦悩している保険者
４．法令に定められた保険者機能すら実施していない保険者

表５－１　地域包括ケアシステム構築に関しての類型別自治体の考え方

グループ区分	①地域包括ケアをシステムとして実施している自治体（武蔵野市、和光市等）	②地域包括ケアシステムを一部の行政職員や、特定の法人等の力で運営している自治体	③地域包括ケアシステムを推進しようとして、努力しているが、保険者機能の内容がわかっていない自治体	④地域包括ケアシステムを推進しようとしない自治体（三大業務～要介護認定、保険料の設定、保険給付に介護保険に関わる業務を限定）
（例）生活支援サービスの充実	自治体独自の介護保険以外の在宅サービスの実施されており、このサービスは自治体の要綱に記載されている。あるいは組織としてシステム化されている（武蔵野市など）	地域包括支援センター職員、ケアマネジャー協議会会員、自治体職員など個人の力が中心となって、生活支援サービスの充実を図っているが、永続的ではない。	生活支援サービスの充実を一部、図っている。自治体の地域支援事業や一般会計に位置付けたりしている。あるいは近々に位置付ける予定。	三大業務以外は行なわない。（一部実施している場合もある）
（例）医療との連携	高専賃をベースにした、在宅医療の提供がなされ、自治体内で住まい施策との連携が実施されており、自治体が主導する地域ケア会議が充実し、重度高齢者でも在宅療養が可能な支援チームが編成されている（埼玉県和光市等）。	地域包括支援センターや自治体職員の中に積極的に、他の社会福祉協議会等との連携をすすめることができる職員が存在し、個人の人脈や能力を基礎として、地域包括ケアシステムが構築されている（鹿児島県やねだん）。	医療との連携は一部で実施されているが、全エリアを対象とした自治体としての仕組みがなく、能力のある職員もおらず、地域にも地域包括ケアシステムを推進する人的資源もなく、地域資源も乏しい。	医療サービスとの連携は、想定されていない。自治体が持つべき機能として医療と介護との連携を行うべきであるとする理念そのものが理解できない。

平成 23 年度の保険者調査作成にあたっての問題意識の第一は、上記グループ①に類型化される「法令に定められた保険者機能を過不足なく実施」するための標準的な取り組みを明確化するため、「地域包括ケアシステム」を構築するために最低限、保険者として必要な機能を法令根拠に基づいて整理し、その内容を調査票に反映できないか、という点である。このことは、上記グループ④に類型化される保険者が①や②に飛躍する手がかりを提示することにもつながる。この問題意識は、後述する「表　新旧調査票の構造比較」の「改訂版」の「１」～「５」に反映させた。

問題意識の第二は、上記グループ③に類型化した「法令に定められた保険者機能を越えて、担当部署もしくは担当者が市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って努力しているが、未だ地域ぐるみでのシステムとして稼働しておらず苦悩している自治体」が、今後、どのような取り組みを行えば、地域ぐるみのシステムとして推進できるかが明らかになるような取り組みの示唆を調査票の中で行えないか、という点である。言い換えれば、「地域包括ケアを地域全体で推進しようとして努力しているけれども、そのやり方がわからない」と悩んでいる自治体に地域包括ケアを推進するための参考となる取り組みを調査票の中で提示したい、ということである。さらに言えば、上記グループ②に類型化できる先進的な取り組みを実施している保険者がさらによいシステムを整備していくためには、どういう取り組みが必要なのかを調査票の中で気づいてもらえるような内容にするということでもある。

この問題意識は、後述する「表　新旧調査票の構造比較」の「改訂版」の「６」～「７」に反映させた。

（２）平成 24 年度改正介護保険制度において明示された保険者機能

「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進めるため、定期巡回・随時対応型訪問介護・看護等の新たなサービス類型の創設等を盛り込んだ「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が、平成 23 年 6 月 15 日に可決成立、同年 6 月 22 日に公布された。この法律により、介護保険法とともに老人福祉法等の改正が行われ、平成 24 年 4 月 1 日（一部は公布日）から施行される。

また、平成 21 年 12 月に閣議決定された地方分権改革推進計画を踏まえ、地方自治体の自主性を強化し、自由度の拡大を図るため、義務付け・枠付けの見直しと条例制定権の拡大等を目的とした「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」が、平成 23 年 4 月 28 日に可決成立、同年５月２日に公布された。この法律により、介護保険法及び老人福祉法の改正が行われ、平成 24 年 4 月 1 日から施行される。

これら平成 24 年度改正介護保険制度において明示された保険者機能について下表にまとめた。

表５－２　平成 24 年度改正介護保険制度において明示された保険者機能

「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の成立により明示された保険者機能	
医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進	介護保険法（以下、「法」という。）第 5 条第 3 項
日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定	法第 117 条第 5 項
計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け	法第 117 条第 3 項第 5 号
保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施（介護予防・日常生活支援総合事業）を可能とする	法第 115 条の 45 第 2 項
地域包括支援センターの設置者は、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア等の関係者との連携に努めなければならない	法第 115 条の 46 第 5 項
市町村は、委託型の地域包括支援センター等に対して、包括的支援事業の実施に当たっての運営方針を明示する	法第 115 条の 47
市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進	老人福祉法第 32 条の 2 第 1 項
認知症に関する調査研究の推進等	法第 5 条の 2
地域密着型サービス等における市町村の独自報酬設定権の拡大	法第 42 条の 2 第 4 項、第 54 条の 2 第 4 項
指定居宅サービス事業者の指定に係る市町村長と都道府県知事の協議	法第 70 条第 7 項、第 8 項
他市町村に所在する地域密着型サービス事業所及び地域密着型介護予防サービス事業所の指定手続の簡素化	法第 78 条の 2 第 9 項～第 11 項、第 115 条の 12 第 7 項
定期巡回・随時対応型訪問介護看護等に係る公募指定	法第 78 条の 13
「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」の成立により明示された保険者機能	
指定居宅サービス事業者等について、指定等、報告命令、立入検査等の事務を都道府県から指定都市及び中核市に移譲すること等	
サービス事業者の法人格要件や地域密着型サービス等の入所定員に係る基準を条例に委任すること等	

（３）今年度保険者機能調査の作成について

①平成 21 年度保険者調査からの改定点

平成 21 年度保険者調査からの改定点については、以下の 2 点にまとめられる。

ア．回答率の状況や内容を再度精査し、7 分類 40 項目を 5 分類 24 項目に。

イ．保険者として有すべき機能の根拠としての「法令・告示における根拠との対照」を作成。

②今年度追加項目の作成

今年度調査項目の作成にあたっては、日本における地域包括ケアを国際的な観点から捉えなおした integrated care に関するシステマティックレビューを通して、成功する Health system integration の 10 の原則を導き出した Suter ら（2009)の成果[24]をよりどころして検討を行った。

このうち、「4. 学際的なチームとケア提供の標準化」については、すでに平成 21 年度調査票「2　地域連携の仕組みづくり」にて項目化がなされていたため、この内容について、学際的なチームとケア提供の標準化といういわゆる水平的統合の推進の状況を把握できる内容になっているかという観点から再度精査した。

さらに、地域包括ケアシステムの構築の前提となると考えられる対象範囲に関する「3. カバーされている領域と対象者の特定」、あるいは、自治体の運営・組織に関する「7. 組織の共通の文化と指導力」、「9. ガバナンスストラクチャ」について、現在進行中である第 5 期介護保険事業計画の内容から、この内容を問う項目を新たに設定し、これら項目群は、「６　地域包括ケアシステムの構築に向けた組織整備および第 5 期介護保険事業計画の進行」としてまとめた。

地域包括ケアシステムの対象範囲については、わが国においては、人口 2～3 万人に一つの中学校区が想定されているが、この妥当性について検討はなされておらず、国際的にも具体的な数値等が示されている状況にない。ガバナンスストラクチャについては、地域包括ケアシステムの構築に際して、これを担当する部署の業務のコーディネートの程度について、昨年度開発を行った統合の程度を評価する尺度を用いた調査項目を設定した（６－４）。これによって、複数所管課にまたがって、調整が必要と思われる地域

24 Esther Suter, Nelly D. Oelke, Carol E. Adair and Gail D. Armitage.Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration Healthcare Quarterly, 13(Sp) 2009: 16-23.を参照。なお、10 の原則は、以下の通りである（和訳は、研究会で行った)。「1. Care across the continuum:包括サービスと連続したケア提供」、「2. Patient focus:患者中心」、「3. Geographic coverage and rostering カバーされている領域と対象者の特定」、「4. Clinical care (teams, best practice guidelines, protocols):学際的なチームとケア提供の標準化」、「5. Quality improvement/performance measurement:パフォーマンスマネジメント」、「6. IT and communication:情報システム」、「7. Organizational culture and leadership:組織の共通の文化と指導力」、「8. Physician engagement:医師の統合」、「9. Governance structure and management:ガバナンスストラクチャ」、「10. Financial management:フィナンシャルマネジメント」。

包括ケアシステムに対する組織の整備状況の程度を明らかにすることを意図している。

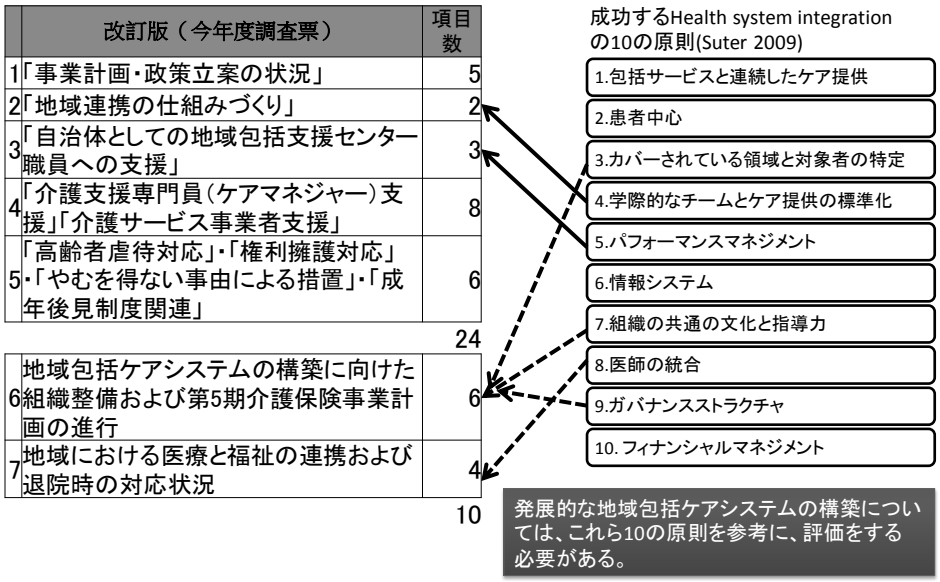
また、自治体が地域包括ケアシステムの構築に際して、独自の考え方を示しているかについて把握するために、「６－１）貴自治体（保険者）では地域包括ケアシステムをどのように解釈して、事業計画に反映させていますか。」という項目を設定している。

医療と介護の連携の基盤に関しては、当該自治体における医師会との関係づくりが重要と考えられたため、「8.医師の統合」に関する項目を取りまとめた「地域における医療と福祉の連携および退院時の対応状況」の追加も行った。また、一部自治体による垂直的統合に関わる退院時の対応への介入についても、「７－４）急性期病院または回復期病院からの退院時において、行政（あるいは直営の地域包括支援センター）が、転院先の紹介や在宅復帰のためのケースカンファレンスへの同席等の関与をどの程度行っていますか。」という項目を追加している。

最後に、「5.パフォーマンスマネジメント」についても、アウトカム評価の観点から重要と考えられたため、これについては、「３－３）自治体（保険者）として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。」という問いを設定し、地域包括支援センターのパフォーマンス評価を行っているかについて問う設問を新たに設定した。

このように、Health system integration10 の原則のすべての内容を盛り込むことはできなかったが、我が国の地域包括ケアシステムの構築に際して、重要と考えられる原則を中心に項目の追加を行った。調査項目のカテゴリと原則の対応関係は、以下の図に示すとおりである。

図５－５　平成 23 年度調査票と成功する Health system integration の 10 の原則の対応関係



③プレ調査の実施

また、本調査実施にあたって、プレ調査を実施し、調査回答内容の分析を経て、調査票の修正を行った。

ア．作業部会において作成した調査票を用いて、垂水市介護保険担当職員、地域包括支援センター職員の 3 名にヒアリング形式にてプレ調査を実施（12 月 7 日）。

イ．プレ調査を経て、文言や新規調査項目の修正を行い最終的に「計画・組織整備」、「医療と介護の連携」に関する 2 分類 10 項目を追加。

表５－３　新旧調査票の構造比較

	旧版（平成 21 年度査票）	備考	項目数
1	「事業計画・政策立案の状況」		7
2	「地域連携の仕組みづくり」		5
3	「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」		4
4	「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」	統合	5
5	「介護サービス事業者支援」		6
6	「サービスの苦情・相談体制」	削除	4
7	「高齢者虐待対応」・「権利擁護対応」・ 「やむを得ない事由による措置」・「成年後見制度」関連		9
			40

	改訂版（今年度調査票）	備考	項目数
1	「事業計画・政策立案の状況」		5
2	「地域連携の仕組みづくり」		2
3	「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」		3
4	「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」「介護サービス事業者支援」		8
5	「高齢者虐待対応」・「権利擁護対応」 ・「やむを得ない事由による措置」・「成年後見制度関連」		6
			24
6	地域包括ケアシステムの構築に向けた組織整備および 第 5 期介護保険事業計画の進行	新規	6
7	地域における医療と福祉の連携における医師のリーダーシップの促進 および退院時の対応状況（医療と介護の連携状況と行政の関与）	新規	4
			10

２　自治体が保有すべき保険者機能の分類ごとの法令根拠の作成

平成 23 年度に実施した「地域包括システム構築のための保険者機能調査」では、前述した問題意識とともに、「法令に定められた保険者機能を過不足なく実施」するための標準的な取り組みを明確化するため、平成 24 年度改正介護保険制度において明示された保険者機能も考慮しながら、「地域包括ケアシステム」を構築するために最低限、保険者として必要な機能の法令根拠について、調査票の付属資料「法令・告示における根拠との対照」として明示した。

「地域包括システム構築のための保険者機能調査」の作成に際し、「地域包括ケアシステム」を構築するために保険者が保有すべき機能と判断した背景と法令・告示における根拠を設問ごとに整理すると次のとおりとなる。

問１.「事業計画・政策立案の状況」

▼事業計画について、介護保険法において、次のように規定

> 介護保険法
> （市町村介護保険事業計画）
> 第１１７条　市町村は、基本指針に即して、三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。

①（１－１）介護保険法第１１７条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 18 年厚生労働省告示第 314 号）第二_四_３

> 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
> 第二　介護保険事業計画の作成に関する事項
> 一～三の二　（略）
> 四　その他
> ３　介護保険事業計画の達成状況の点検及び評価
> 介護保険事業計画については、各年度において、その達成状況を点検し、その結果に基づいて対策を実施すること。（以下略）

☛事業計画に基づく制度運営が開始された後は、潜在的には次期事業計画の策定に向けての情報収集と洞察分析が始まっているため、当期の事業計画の目標に照らし、成果がどうであるかという検証が必然的に必要になる。その検証結果と時間の経過に伴って変化する新たな課題をも加味しながら、次期事業計画を模索するという展開になっていることを認識しておく必要がある。

②（１－２）介護保険法第１１７条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 18 年厚生労働省告示第 314 号）第二_二_１

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
第二　介護保険事業計画の作成に関する事項
一　（略）
二　市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的記載事項
（略）
１　各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みについては、市町村介護保険事業計画を作成しようとするときにおける介護給付等対象サービスの給付の実績を分析し、かつ、評価し、要介護者等の介護給付等対象サービスの利用に関する意向や療養病床に入院している高齢者の実態等を把握した上で、参酌標準（市町村介護保険事業計画において介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定めるに当たって参酌すべき標準として別表第二に掲げるものをいう。別表第一において同じ。）を参考として、次の区分により定めることが必要である。（以下略）

☛日常生活圏域ごとにどのような支援を必要とする人がどの程度存在するかを的確に把握するための給付分析・ニーズ調査を実施のうえ、圏域毎に必要なサービス量を盛り込んだ事業計画の策定を行う必要がある。

③（１－３）介護保険法第１１７条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 18 年厚生労働省告示第 314 号）第一_二（下線部が今回の改正案で追加）

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
第一　介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施に関する基本的事項
一　（略）
二　介護給付等対象サービスの在り方に関する目標
（略）
<u>なお、いわゆる団塊の世代が高齢期を迎える二千十五年からその五年後、十年後である二千二十年、二千二十五年頃、或いは自らの地域における高齢化のピーク時に目指すべき地域包括ケアシステムを構築することを念頭において、これらの目標の設定にあたること。</u>

④（１－４）介護保険法第１１７条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 18 年厚生労働省告示第 314 号）第一_二（１－３）に同じ。

☛団塊の世代が 75 歳以上となり高齢化がピークとなる 2025 年に目指すべき地域包括ケアシステムを構築することを念頭に、要介護高齢者数の増大、単独・夫婦のみ世帯の増加、認知症を有する高齢者の増加、医療と介護の双方を要するものの増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえた介護基盤整備方針を検討する必要がある。

⑤（１－５）介護保険法第５条第３項（今回の改正で追加）

▼国及び地方公共団体の責務

介護保険法
（国及び地方公共団体の責務）
第５条　（略）
２　（略）
３　国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

☛市町村は、保険者としての立場を超えて、地域住民全体の福祉の向上を目指す政策主体としてニーズ調査、計画策定、政策立案などを行う必要がある。

問２．「地域連携の仕組みづくり」

①（２－１）地域包括支援センター運営協議会について、介護保険法第 115 条の 45 第４項（改正前条文）、介護保険法施行規則第１４０条の６６第４項。個別ケース担当会議（地域ケア会議）及び地域全体の連携推進のための会議については、介護保険法第１１５条の４６第５項（今回の改正で新設）。

▼運営協議会については、介護保険法施行規則において、次のように規定

介護保険法施行規則
（地域包括支援センターに関し厚生労働省令で定める事項）
第１４０条の６６　（略）
一～三　（略）
四　地域包括支援センターは、当該市町村の地域包括支援センター運営協議会（指定居宅サービス事業者等又はこれらの者に係る団体の代表者、居宅サービス等の利用者又は第 1 号被保険者若しくは第 2 号被保険者の代表者、地域住民の権利擁護を行い又は相談に応ずる団体等の代表者、地域における保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者等のうち、地域の実情を勘案して市町村が適当と認める者により構成されるものをいう。）の意見を踏まえて、適切、公正かつ中立な運営を確保すること。

▼関係者との連携に関する努力義務（新設）

介護保険法
（地域包括支援センター）
第１１５条の４６（略）
２～４　（略）
５　地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法（昭和 23 年法律第 198 号）に定める民生委員、高齢者の日常生活の支援に関する活動に携わるボランティアその他の関係者との連携に努めなければならない。

☛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の運営を地域の関係者全体で協議し、適切、公正かつ中立的な運営を確保しているかどうかの評価をする場として、市町村に地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）が置かれる。地域包括支援センターの職員は、その運営が常に運営協議会の関与、すなわち地域の意思に基づいて行われるものであることを十分に認識しておくことが必要である。また、運営協議会は地域包括ケアの基盤整備や地域の関係者間のネットワーク構築を行うなど、地域包括支援センターの運営や活動を支援する役割があることも認識しておく必要がある。

☛地域ケア会議、個別ケース担当会議、地域全体の連携推進のための会議

地域包括支援センターは、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。

例えば、医療との連携などで関係機関が広範囲にわたり、個々の介護支援専門員によるケアマ

ネジメントでは効果的な支援が実現できないケースについては、介護サービス担当者、医療関係者、本人、家族、民生委員などを招集した地域ケア会議の開催等を通じて、管轄の地域包括支援センターが総合的な支援を行うことが重要になる。

市町村は地域包括支援センターの責任主体として運営協議会などを活用しながら、センターが円滑に運用されるよう、環境整備や必要な支援などを市町村自らの責任において行う必要がある。

② （２－２）介護保険法第１１７条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 18 年厚生労働省告示第 314 号）第二_二の二_８（今回の改正で新設）

▼介護保険法において、次のように規定（今回の改正で追加）

介護保険法
（市町村介護保険事業計画）
第１１７条 （略）
２ （略）
３ 市町村介護保険事業計画においては、前項各号に掲げる事項のほか、次に掲げる事項について定めるよう努めるものとする。
一～四 （略）
五 認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項、医療との連携に関する事項、高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事項

▼ 基本指針において、次のように規定（今回の改正で新設）

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
第二 介護保険事業計画の作成に関する事項
一～二 （略）
二の二 市町村介護保険事業計画の作成に関する任意記載事項
１～７ （略）
８ 介護保険事業計画に位置付けて重点的に取り組むことが望ましい事項
地域包括ケアシステムの実現のため、今後重点的に取り組むことが必要な、①認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項、②医療との連携に関する事項、③高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項、④その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のために必要な事項を、地域の実情に応じて各市町村が判断のうえ各市町村が重点的に取り組む事項として選択して計画に位置付け、その事業内容等について定めることが望ましい。

☛要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域において継続して生活していくためには、地域の在宅医療と介護の連携が必要になる。地域連携パスとは、「脳卒中地域連携パス」や「認知症連携シート」など、地域内の保健・医療・介護の連携を円滑に実施するための紙媒体もしくは電子媒体によるツールのことを言う。

問３．自治体としての地域包括支援センター職員への支援

▼事業実施方針の明示義務規定の追加　（注）下線部分が今回の改正部分

介護保険法
（実施の委託）
第１１５条の４７　市町村は、老人福祉法第 20 条の７の２第１項に規定する老人介護支援センターの設置者その他の厚生労働省令で定める者に対し、包括的支援事業の実施に係る方針を示して、当該包括的支援事業を委託することができる。

①　（３－１）介護予防支援事業所としては、介護保険法第 115 条の 26

介護保険法
（市町村長等による連絡調整又は援助）
第１１５条の２６　市町村長は、指定介護予防支援事業者による第百十五条の二十四第四項に規定する便宜の提供が円滑に行われるため必要があると認めるときは、当該指定介護予防支援事業者及び他の指定介護予防支援事業者その他の関係者相互間の連絡調整又は当該指定介護予防支援事業者及び当該関係者に対する助言その他の援助を行うことができる。

☛直営、委託を問わず地域包括支援センターは市町村（保険者）の責任において運営されることになっている。また、改正介護保険法 115 条の 47 において市町村は“方針を示して委託する”ように明文化された。保険者機能部署と地域包括支援センターは定期的に意思疎通と協議を行われなければ、方針を作ることも徹底することもできないことを認識しておく必要がある。

②（３－２）

☛また、市町村が示した方針について、地域包括支援センターの実践の中でどのような効果をもたらしているのか、またその方針について見直しの必要はないのかなど、方針を実践に照らしたモニタリングが必要になるはずである。そのためには、市町村は地域包括支援センターから提案や要望を受

ける体制を持っておく必要がある。また、それらの提案や要望は受けるだけでは形骸化する。また、その後何もしなければあきらめから提案も要望もあがってこなくなる。市町村は、受けた要望を事業に反映させることで、地域の実情に則した地域包括ケア体制に近づくことを理解しておく必要がある。

③（３－３）

☞「評価」というと地域包括支援センター運営協議会における“中立公正な運営の確保”について取り上げられることが多いが、マネジメントの偏りを監視するだけの“評価”だけでは地域包括ケアの実現には向かわない。地域包括ケアの実現に向けて、必要な実践状況を総合的にモニターすることが、真の評価と言えることを理解する必要がある。

問４．「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」「介護サービス事業者支援」

▼関係者との連携に関する努力義務（新設）

介護保険法
（地域包括支援センター）
第１１５条の４６（略）
２～４　（略）
５　地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法（昭和 23 年法律第 198 号）に定める民生委員、高齢者の日常生活の支援に関する活動に携わるボランティアその他の関係者との連携に努めなければならない。

①（４－１）
（４－２）定期的な協議：　介護保険法第 115 条の 44 の五
（４－３）介護サービス計画の検証　：　介護保険法第 115 条の 44 の五

介護保険法
（地域支援事業）
第１１５条の４４（略）
二～四　（略）
五　保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による被保険者の居宅サービス計画及び施設サービス計画の検証、その心身の状況、介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取組を通じ、当該被保険者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的かつ継続的な支援を行う事業

☛介護保険法第１１５条４４の五には“保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による被保険者の居宅サービス計画及び施設サービス計画の検証、その心身の状況、介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取組みを通じ”と記載されている。これを実施するためには、居宅サービス計画を作成するケアマネジャーとの協議が不可欠となる。またその協議により明らかになった課題等を個別ケアにつなげるだけでなく、共通課題として多くのアマネジャーへ周知し、ケアマネジャーが自ら取り組めるようにすることで全体の質を向上させることもできる。そのためにケアマネジャーの組織化は不可欠となる。行政主導で組織化されていなくても、保険者としてケアマネジャー組織とのかかわりは不可欠である。

また、居宅サービス計画の検証等で確認された課題の修正にはケアマネジャー向けに研修を行うことも不可欠となる。保険者として考える必要な研修を開催するには、ケアマネジャー団体任せではできないと認識する必要がある。

ケアマネジメントの適切化の一環として、また介護保険法第１１５条４４の五の「居宅サービス計画の検証」においても、ケアプラン点検、評価は保険者の必須業務である。

② （４－４）地域包括支援センターの設置運営について（老健局３課長通知）
：4(1)④
地域包括支援センターの設置運営について（老健局３課長通知）
：2(4)（ウ）（エ）

☛包括的継続的ケアマネジメント業務では、「介護支援専門員との連携」、「介護支援専門員に対する後方支援」、「介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導助言」がうたわれている。特に個別事例への後方支援や指導助言を行うには、ケア会議やカンファレンスの開催が必須になる。

支援困難事例には、虐待事例に対するやむを得ない措置（老人福祉法）や成年後見人の首長申立て等、行政権限の発動が必要になる場合がある。したがって、自治体（保険者）による主催や参加が確実に必要である。

③ （４－５）（４－６）

☛介護保険法第１１５条４４の五には「介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取組を通じ」とある。サービスの利用状況への取り組みに関しては、ケアマネジャー同様、介護サービス事業所との定期的な協議や課題修正のための研修も必要である。

④（４－７）○包括の周知：地域包括支援センターの設置運営について（通知） ９
○成年後見周知：地域支援事業の実施について（局長通知）

☞「地域包括支援センターの設置運営について」（通知）9には「地域住民にもセンターの存在を周知することが重要であることから、地域住民に対して広報等を通じて周知を図るものとする」となっている。また、「地域支援事業の実施について」（局長通知）において、成年後見について周知するようにうたわれている。これは成年後見制度が制度創設から十分に活用されていないことが背景となっている。また、保険者は、市民に対しては、サービスの選択を保証するために各種サービスや事業所の情報を周知する必要がある。

ケアマネジャーへの周知については、間接的に市民への情報提供にも有効であり、包括的継続的ケアマネジメントの一環としても、適切なサービス提供につながることから、社会資源情報の周知は不可欠である。

地域包括支援センターの運営責任を持つ市町村の役割として、特に複数の地域包括支援センターを設置する市町村においては、地域包括支援センター任せにするのではなく、広域的な情報として情報周知を行う必要がある。

問５．高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連

① （５－１）高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（以下、高齢者虐待防止法）第３条・第 16 条、国マニュアル P 17～22

（国及び地方公共団体の責務等）

高齢者虐待防止法第３条
第１項　国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。

（連携協力体制）

高齢者虐待防止法第１６条
市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法第２０条の７の２第１項に規定する老人介護支援センター、介護保険法第１１５条の３９第３項の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待についても迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

国マニュアル P44～46（事実確認及び立入調査）、P57～58（個別ケース会議）、P82（他機関との連携）、P89～93（地域包括支援センターとの関係）

☞マニュアルを作成するということは、まず第一に法の趣旨を紐解かなければならず、それだけでも意義があるものである。

国マニュアルをそのまま利用することもできるが、そこに地域特性等（近所付き合いの希薄化した都市型、街の人の顔が互いにわかる状態、等々）を反映させたマニュアルの作成をすることが望ましい。

自治体での人事異動(2～3年程度)を考慮すれば、知識の継承という点で考えても、マニュアル作成等が必要である（ マニュアル、記録によるノウハウの継承）。

② （５－２）高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（以下、高齢者虐待防止法）第３条・第 16 条、国マニュアル P 17～22

（国及び地方公共団体の責務等）

> 高齢者虐待防止法第３条
> 第１項　国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。

（連携協力体制）

> 高齢者虐待防止法第１６条
> 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法第２０条の７の２第１項に規定する老人介護支援センター、介護保険法第１１５条の３９第３項の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待についても迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

国マニュアル P44～46（事実確認及び立入調査）、P57～58（個別ケース会議）、P82（他機関との連携）、P89～93（地域包括支援センターとの関係）

☞マニュアルを作成するには、介護保険担当課だけでは困難が予想される。そこで関係各課との連携が必然となる。

地域包括支援センターにおける現場での考え方を収集し、それを行政課題としていかに政策に

盛り込むかを考えなければならない。

地域の実情がどうなっているのか等の情報の収集は、介護保険担当課だけでは情報が乏しいものとなってしまう可能性がある。

また、高齢者虐待にかかる相談・通報者は、介護保険に携わる人以外にも、民政委員や町内会、警察等様々で広範囲に及んでいる。行政機関だけで虐待を発見・防止することは困難である。医療機関やいろいろな機関が有機的に連携することで虐待を未然に防止、軽減できるものと考えられる。

③　（５－３）高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（以下、高齢者虐待防止法）第３条・第 16 条、国マニュアル P 17～22

（国及び地方公共団体の責務等）

> 高齢者虐待防止法第３条
> 第１項　国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。

（連携協力体制）

> 高齢者虐待防止法第１６条
> 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法第２０条の７の２第１項に規定する老人介護支援センター、介護保険法第１１５条の３９第３項の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待についても迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

国マニュアル P44～46（事実確認及び立入調査）、P57～58（個別ケース会議）、P82（他機関との連携）、P89～93（地域包括支援センターとの関係）

☞連携・カンファレンスの中で事例の検証をしなければ、どうすれば高齢者虐待を未然に防ぐことができるかなどの対策がわからないまま、起きてしまった虐待事例への対処をするだけとなってしまう。例えば、未婚の息子と2人世帯の母が息子からの虐待にあっているケースが多いとなれば、そうしたケースについての予防策、対応策を検討する必要があると考えられる。

④ （５－４）（居室の確保）

高齢者虐待防止法第１０条
市町村は、養護者による老高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法第１０条の４第１項第３号又は第１１条第１項第１号若しくは第２号の規定による措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとする。

☛自治体内に措置できる施設がない（少ない）場合、本来養護者との分離が必要な世帯について、分離ができないという事例が発生してしまう。そのため、やむを得ない措置を実施するまでの間に、高齢者を保護する居室の確保が必要である。一の自治体で難しい状況であれば、近隣市町村との共同や、都道府県と共同で設置することも検討すべきである。

⑤ （５－５）（通報等を受けた場合の措置）

高齢者虐待防止法第９条
第２項　市町村又は市町村長は、第７条第１項若しくは第２項の規定による通報又は前項に規定する届出があった場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法第２０条の３に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に、同法第１０条の４第１項若しくは第１１条第１項の規定による措置を講じ、又は、適切に、同法第３２条の規定により審判の請求をするものとする。

（成年後見制度の利用促進）

高齢者虐待防止法第２８条
国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに財産上の不当取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

（審判の請求）

老人福祉法第３２条
市町村長は、６５歳以上の者につき、その福祉を図るため特に必要があると認めるときは、民法第７条、第１１条、第１３条第２項、第１５条第１項、第１７条第１項、第８７６条の４第１項又は第８７６条の９第１項に規定する審判の請求をすることができる。

（後見等に係る体制の整備等）　（平成２４年４月１日施行）

老人福祉法第３２条の２
第１項　市町村は、前条の規定による審判の請求の円滑な実施に資するよう、民法に規定する後見、保佐及び補助（以下「後見等」という。）の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、研修の実施、後見等の業務を適正に行うことができる者の家庭裁判所への推薦その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。
第２項　都道府県は、市町村と協力して後見等の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、前項に規定する措置の実施に関し助言その他の援助を行うように努めなければならない。

☛成年後見関係事件にしめる市町村長申立の占める割合は、すでに 10%をこえており、年々増加している。また認知症高齢者、高齢者単独世帯の増加に伴い、その必要性はさらに高まっている。

漫然と市町村長申立の仕組みを作るのみではなく、地域における高齢者の実態を把握する必要がある。本当に必要な人へ必要な支援がいき届くのか、その実態を把握したうえで、この制度を活用することが重要である。

⑥（５－６）高齢者虐待防止法第９条（通報を受けた場合の措置）

「やむを得ない事由による措置」
（居宅における介護等）
　老人福祉法第１０条の４…訪問介護、通所介護等の利用
（老人ホームへの入所等）

国マニュアルＰ62～63（やむを得ない事由による措置）

【代表事例の記入例】

●被虐待高齢者、養護者（虐待者）について（年齢、続柄、要介護認定の有無等）
●虐待種別（身体的虐待、心理的虐待等）
●やむを得ない措置の内容（入所などの分離を実施、サービス利用による養護者の介護負担軽減等）

☛**虐待を受けた高齢者の保護を最優先し、やむを得ない措置により、サービスの提供も視野に入れて、虐待対応をする必要がある。通報等を受け調査等を行った際に、まず高齢者を保護するにあたり、緊急性があるのかどうか等を管理職を含めた会議で判断することも重要である。**

第６章　地域包括ケアシステム構築のための保険者機能の評価の基本的な考え方

－調査結果を用いた保険者機能評価シートの妥当性の検討－

１　はじめに

本研究事業は、2008（平成 20）年度から実施されている「地域包括支援センターの総合評価に関する研究会」の 4 年目にあたる。保険者機能が重要との問題意識は、地域包括支援センターの機能評価を行う上で、同センターを設置する地方自治体が有する介護保険事業に関する取り組みや意識、いわゆる保険者機能が重要であるとの認識による。

したがって、2009（平成 21）年度研究事業「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」では、この保険者機能を評価するための調査票を開発し、全国調査を実施し、この傾向分析を行った。

こうした先行研究を踏まえ、今年度の研究事業では、「地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業」という研究課題のもと、自治体の状況ごとの地域包括ケアシステム構築のための方法論や地域包括支援センターとの関係性について検討を行ってきた。

これに加えて、今年度は、第５章で述べたように、前述の平成 21 年度調査票の保険者機能評価と地域包括ケアシステムの構築に求められる要素を抽出した新規項目によって構成される新規調査票を開発した。

本章においては、平成 21 年度調査のうち、今年度の調査票に共通する調査項目を抽出したデータを用いた分析を実施し、この調査項目の妥当性について検討するとともに、新たに、この項目を用いて保険者機能による自治体の類型化を行うことを目的とした。

２　H21 調査結果を用いた傾向分析

（１）分析データ

平成 21 年度に全国調査を実施し、回収された 645 自治体のデータを用いた。

（２）分析方法

以下の手順で、保険者機能スコアを算出し、人口規模、財政力指数等の自治体の属性ごとの分析を行った。

①平成 21 年度調査票の各調査項目のうち、今年度調査項目と共通する項目を抽出した。

②各群の調査項目について「はい」と回答された項目数について、標準化を行い、偏差値を算出した。

（３）結果

①　分析対象自治体の属性

まず、分析対象自治体の属性について以下の表６－１に示した。

人口規模については、町村部が 40.5%と最も多く、続いて、人口 10 万人未満の市部 35.0%、人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外 14.1%、人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市 10.4%と示された。このように、人口規模の小さい町村部が 4 割を占め、これ以外には人口 10 万人未満を加えると 7 割以上になり、人口 10 万人以上の市部は、25.8%のみであった。

財政力指数については、財政力指数 0.500 以上が 55.7%と過半数を占める一方で、もっとも低いカテゴリである財政力指数 0.300 未満も 22.5%を占めていた。

高齢化率については、18%以上 31%未満 64.7%、18%未満 20.9%、31%以上 14.4%であった。地域包括支援センターの設置状況については、直営あり 62.2%、直営なし 37.4%であった。

表６－１　分析対象自治体の属性

	N	%
人口規模		
町村部	261	40.5
人口 10 万人未満の市部	226	35.0
人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	91	14.1
人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	10.4
財政力指数		
財政力指数 0.300 未満	145	22.5
財政力指数 0.300 以上 0.400 未満	74	11.5
財政力指数 0.400 以上 0.500 未満	67	10.4
財政力指数 0.500 以上	359	55.7
高齢化率		
18%未満	135	20.9
18%以上 31%未満	417	64.7
31%以上	93	14.4
地域包括支援センターの設置状況		
直営あり	401	62.2
直営なし	241	37.4
合計	642	99.5
欠損値	3	0.5

②保険者スコア

表に保険者スコアの記述統計を示した。標準偏差をスコアとしていることから、平均値は 50、標準偏差はすべて 10 である。また、回答状況に欠損値が存在したため、カテゴリごとの N 数は異なっている。

以下で、保険者スコア１～５の分析結果を示すが、その保険者スコアを構成するカテゴリの内容は、以下の通りでさる。

これらは、第５章に示した通り、法令・通知によって、自治体が基本的には保険者として実施することが義務付けられているものである。

保険者スコア１　「事業計画・政策立案の状況」
保険者スコア２　「地域連携の仕組みづくり」
保険者スコア３　「地域包括支援センター職員への支援」
保険者スコア４　「介護支援専門員」支援等（「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」「介護サービス事業者支援」）
保険者スコア ５　「高齢者虐待」等（「高齢者虐待対応」・「権利擁護対応」・「やむを得ない事由による措置」・「成年後見制度関連」）

この結果、すべての項目に欠損値がなかったのは、645 自治体中 290 自治体であった。最大最小の範囲は、保険者スコア全体としては、19.7-78.8 に分布していた。

カテゴリごとでは、「地域連携の仕組みづくり」が 36.9-72.6 と、最も高い値に分布し、「介護支援専門員」支援等」が 19.5-67.4 と最も低い値に分布していた。

なお、具体的な分布状況は、表６－３から表６－７、図６－１から図６－５に示した。

表６－２　保険者スコアの記述統計

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
保険者スコア全体	290	19.7	78.8	50	10
カテゴリ別					
「事業計画・政策立案の状況」	606	33.6	71.3	50	10
「地域連携の仕組みづくり」	496	36.9	72.6	50	10
「地域包括支援センター職員への支援」	613	35.3	70.5	50	10
「介護支援専門員」支援等	405	19.5	67.4	50	10
「高齢者虐待対応」等	587	29.7	67.1	50	10

表６－３　「事業計画・政策立案の状況」の分布

	N	%
33.58	68	10.5
41.11	129	20.0
48.65	159	24.7
56.19	164	25.4
63.73	51	7.9
71.27	35	5.4
有効計	606	94.0
欠損値	39	6.0
合計	645	100.0

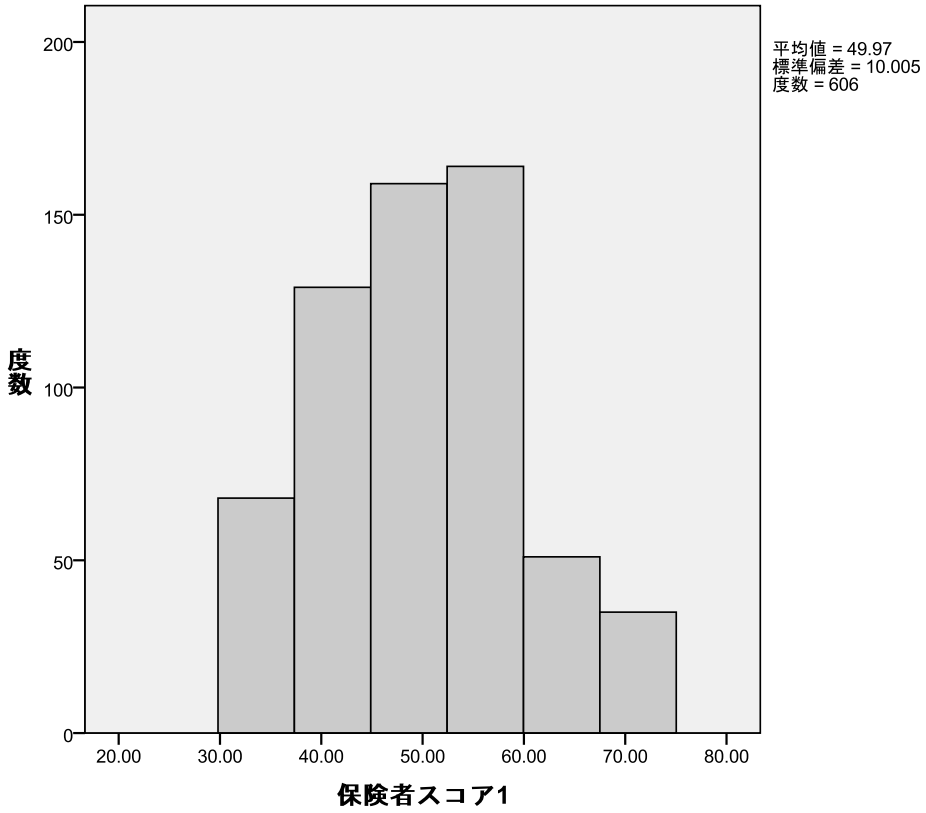


図６－１　「事業計画・政策立案の状況」の分布

表６－４　「地域連携の仕組みづくり」の分布

	N	%
36.91	128	19.8
48.81	217	33.6
60.71	125	19.4
72.61	26	4.0
有効計	496	76.9
欠損値	149	23.1
合計	645	100.0

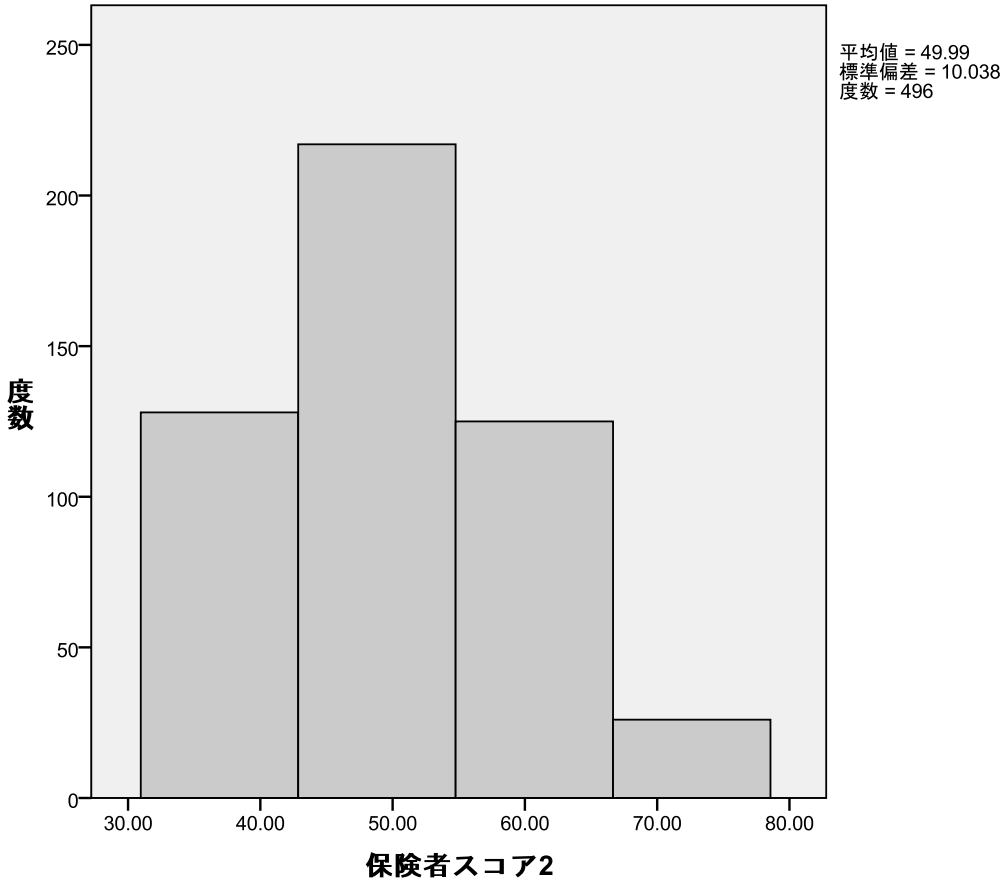


図６－２　「地域連携の仕組みづくり」の分布

表６－５　「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」の分布

	N	%
35.31	122	18.9
47.04	258	40.0
58.77	189	29.3
70.49	44	6.8
有効計	613	95.0
欠損値	32	5.0
合計	645	100.0

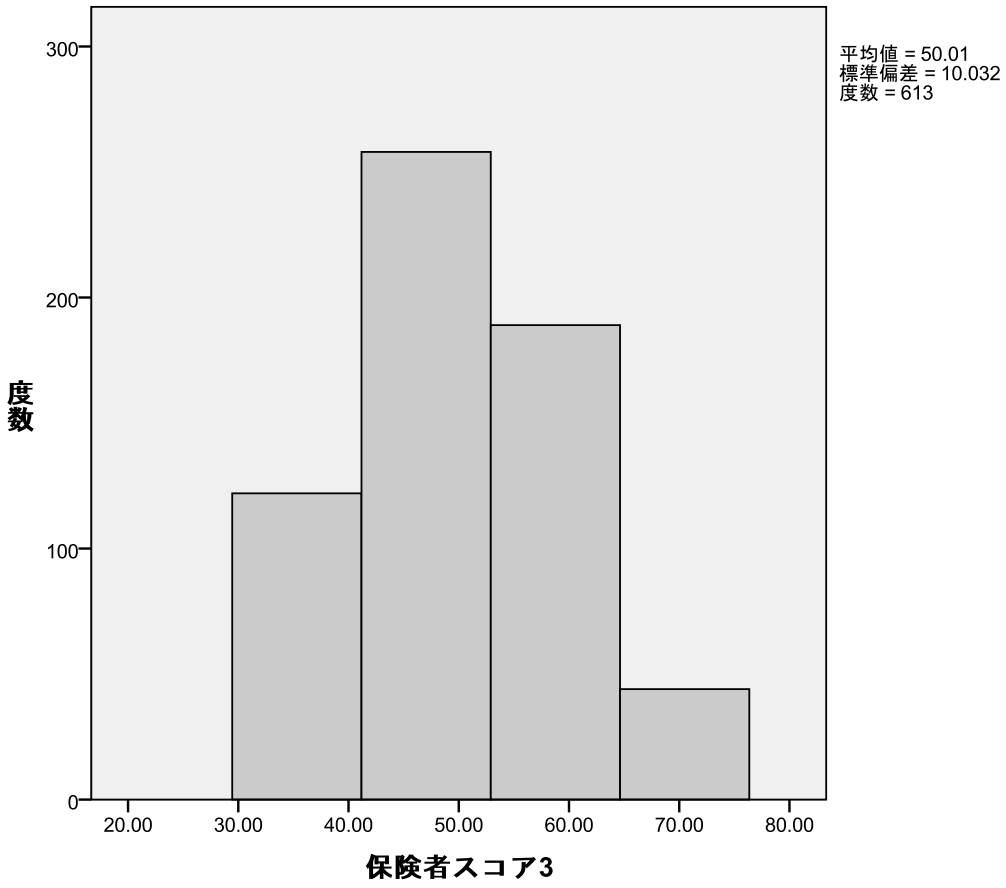


図６－３　「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」の分布

表６－６　「介護支援専門員」支援等の分布

	N	%
19.50	2	.3
24.82	8	1.2
30.14	13	2.0
35.46	27	4.2
40.78	43	6.7
46.10	84	13.0
51.42	74	11.5
56.74	76	11.8
62.06	59	9.1
67.38	19	2.9
有効計	405	62.8
欠損値	240	37.2
合計	645	100.0

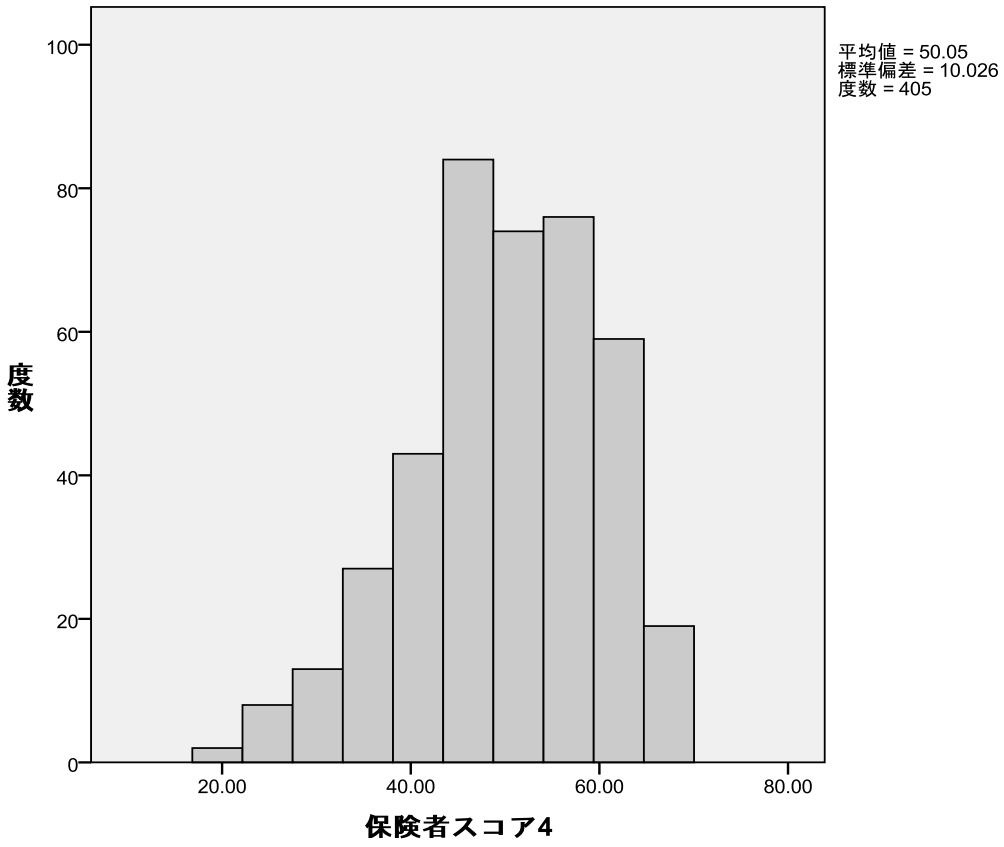


図６－４　「介護支援専門員」支援等の分布

表６－７　「高齢者虐待対応」等の分布

	N	%
29.66	30	4.7
37.15	96	14.9
44.65	112	17.4
52.14	163	25.3
59.63	140	21.7
67.12	46	7.1
有効計	587	91.0
欠損値	58	9.0
合計	645	100.0

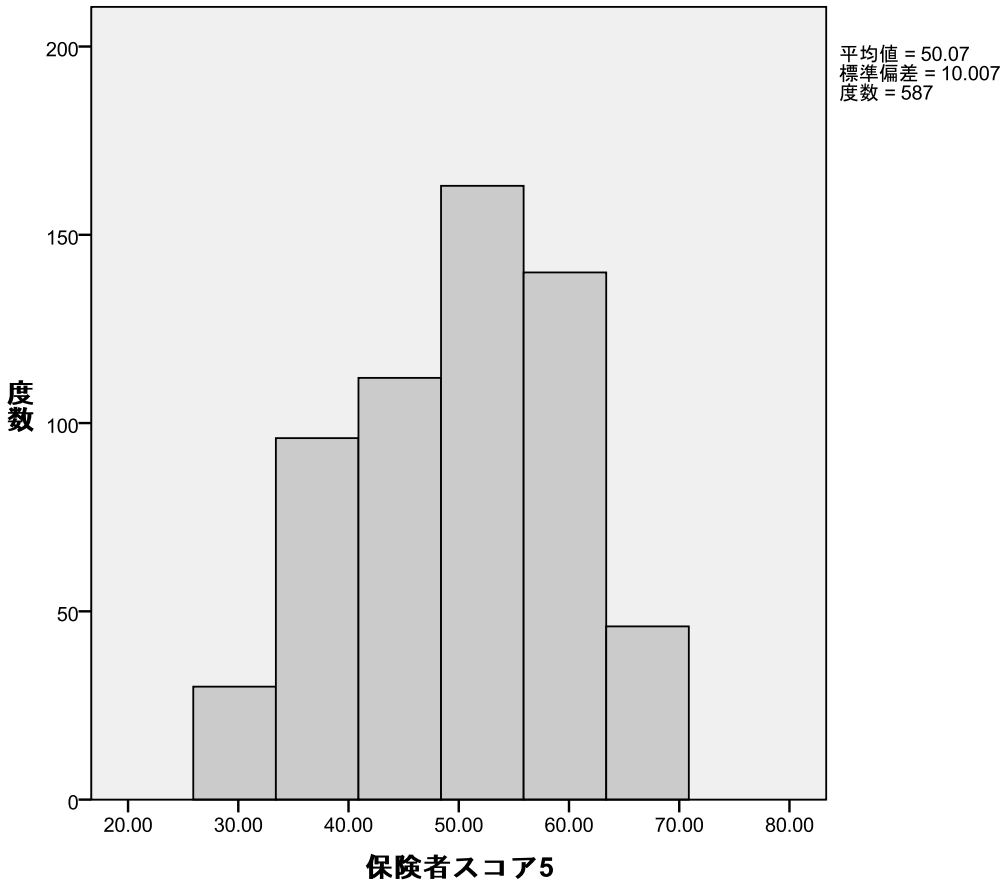


図６－５　「高齢者虐待対応」等の分布

③　保険者スコアからみた保険者類型

保険者スコアからみた保険者の類型化を行った。まず、保険者スコア全体の分布状況より、「スコア 60 以上」を「グループ①」、「スコア 50 以上 60 未満」を「グループ②」、「スコア 40 以上 50 未満」を「グループ③」、「スコア 40 未満」を「グループ④」、と類型化した。

ここで示したグループ①から④の分類は、第５章で示した①法令に定められた保険者機能を過不足なく実施している保険者、②法令に定められた保険者機能を越えて、市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って地域ぐるみでシステムとして推進している保険者、③法令に定められた保険者機能を越えて、担当部署もしくは担当者が市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って努力しているが、未だ地域ぐるみでのシステムとして稼働しておらず苦悩している保険者、④法令に定められた保険者機能すら実施していない保険者である。

分析した 290 自治体のうち、最も多かったのは、グループ③で 33.4%、続いて、グループ②が 30.7%、グループ④が 18.3%であった。最も少なかったのは、グループ①の 17.6%であった。

この結果からは、現在のところ、わが国では、「①法令に定められた保険者機能を過不足なく実施している保険者」は２割弱にしか過ぎないことがわかった。また、保険者スコアのカテゴリごとに同様の類型化を行ったところ、表６－９、図６－６の様に示された。

表６－８　保険者スコア全体の分布

類型	スコア	N	%
グループ④	19.75	1	0.2
	24.67	1	0.2
	27.13	1	0.2
	29.59	5	0.8
	32.05	6	0.9
	34.51	9	1.4
	36.97	15	2.3
	39.43	15	2.3
グループ④計		(53)	(18.3)
グループ③	41.89	23	3.6
	44.35	19	2.9
	46.81	23	3.6
	49.27	32	5
グループ③計		(97)	(33.4)

類型	スコア	N	%
グループ②	51.73	26	4
	54.19	29	4.5
	56.65	17	2.6
	59.11	17	2.6
グループ②計		(89)	(30.7)
グループ①	61.57	19	2.9
	64.03	17	2.6
	66.49	10	1.6
	68.95	2	0.3
	73.87	2	0.3
	78.79	1	0.2
グループ①計		(51)	(17.6)
	有効計	290	45
	欠損値	355	55
	合計	645	100

表６－９　保険者スコアのグループ別分布

		全体		「事業計画・政策立案の状況」		「地域連携の仕組みづくり」		「地域包括支援センター職員への支援」		「介護支援専門員」支援等		［高齢者虐待対応」等	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
有効	グループ④	53	8.2	68	10.5	128	19.8	122	18.9	50	7.8	126	19.5
	グループ③	97	15.0	288	44.7	217	33.6	258	40.0	127	19.7	112	17.4
	グループ②	89	13.8	164	25.4			189	29.3	150	23.3	303	47.0
	グループ①	51	7.9	86	13.3	151	23.4	44	6.8	78	12.1	46	7.1
	有効計	290	45.0	606	94.0	496	76.9	613	95.0	405	62.8	587	91.0
	欠損値	355	55.0	39	6.0	149	23.1	32	5.0	240	37.2	58	9.0
合計		645	100.0	645	100.0	645	100.0	645	100.0	645	100.0	645	100.0

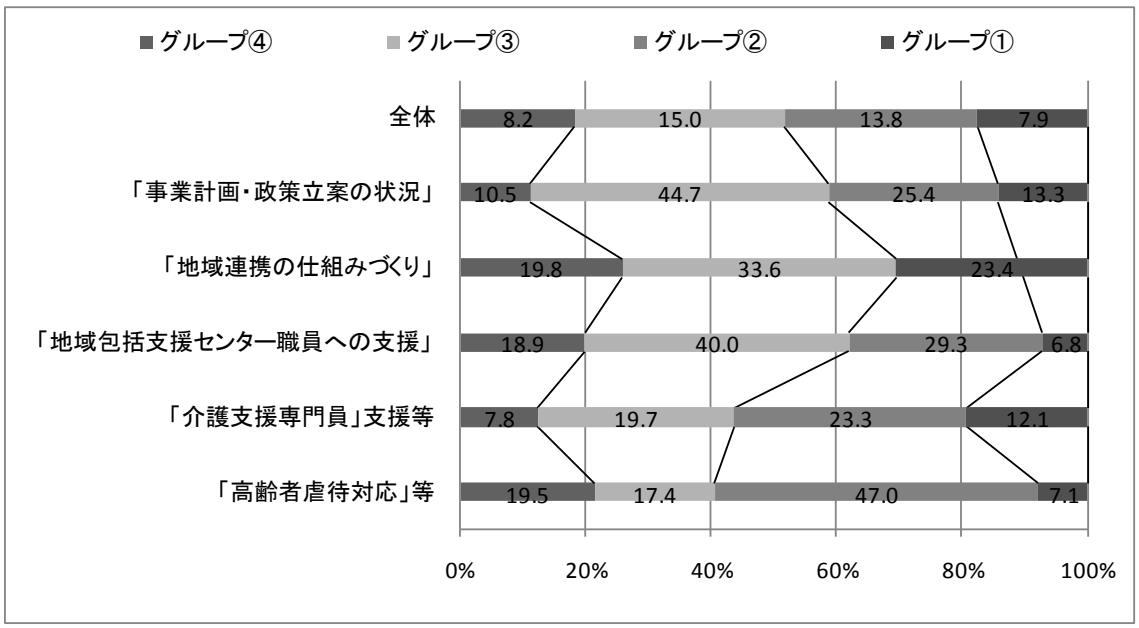


図６－６　保険者スコアのグループ別分布

④　保険者類型別カテゴリ別類型の組み合わせ

続いて、保険者スコア全体を用いて類型化したグループごとに、カテゴリ別の類型がどのようになっているかについて、分析を行った。

【グループ④法令に定められた保険者機能すら実施していない保険者】

保険者スコア全体で、グループ④になった自治体のカテゴリ別の類型の組み合わせで最も多かったのは、「④③③③④」で 4 自治体（7.5%）であり、続いて「③④④③④」「③④④③②」「③④③④④」「③④③③④」「③③③④④」の５つの組み合わせであり、3 自治体（5.7%）と示された。これらのうち、グループ②が入っている組み合わせは一つしかなく、その内容が高齢者虐待等に関わる内容であった。

この結果からは、グループ④に分類された自治体は、すべての保険者機能が低いことが示された。

表６－10　④における他のカテゴリの偏差値グループの組み合わせの分布

グループ④		
	N	%
④③③③④	4	7.5
③④④③④	3	5.7
③④④③②	3	5.7
③④③④④	3	5.7
③④③③④	3	5.7
③③③④④	3	5.7
③④④④②	2	3.8
③④③④②	2	3.8
③③④③④	2	3.8
③③③④③	2	3.8
③③③④②	2	3.8
③③②④④	2	3.8
④④④④④	1	1.9
④④④③②	1	1.9
④④③④②	1	1.9
④④③③②	1	1.9
④③④④④	1	1.9

	N	%
④③③④②	1	1.9
④③②④③	1	1.9
④③②③④	1	1.9
④④③③④	1	1.9
③④④③③	1	1.9
③④③③③	1	1.9
③④②④②	1	1.9
③③④④④	1	1.9
③③④④③	1	1.9
③③④③③	1	1.9
③③③③④	1	1.9
③③②④③	1	1.9
③③②③④	1	1.9
③④④④④	1	1.9
②④④④②	1	1.9
②④④③③	1	1.9
②③③④④	1	1.9
合計	53	100.0

【グループ③法令に定められた保険者機能を越えて、担当部署もしくは担当者が市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って努力しているが、未だ地域ぐるみでのシステムとして稼働しておらず苦悩している保険者】

保険者スコアの全体としてグループ③になった自治体の他のカテゴリにおけるグループの組み合わせとして、最も多かったのは、「③③③③③」で 4 自治体（4.1%）であり、続いて「③④③③②」「③④②③②」「③④②③②」「③③③③④」「③③②③②」「②

③③③②」の６つの組み合わせであり、3 自治体（3.1%）と示された。

これらのうち、いずれのカテゴリも、グループ④から②の組み合わせであり、グループ①が入っている組み合わせは一つしかなかった。

この結果からは、グループ③は、基本的には、③と④のレベルの保険者機能となっていることがわかった。

表６－11　③における他のカテゴリの偏差値グループの組み合わせの分布

グループ③		
	N	%
③③③③③	4	4.1
③④③③②	3	3.1
③④②③②	3	3.1
③③③③④	3	3.1
③③②③②	3	3.1
③①④③②	3	3.1
②③③③②	3	3.1
④③④②②	2	2.1
④③③③②	2	2.1
③④③②②	2	2.1
③④②②②	2	2.1
③③④③②	2	2.1
③③③③②	2	2.1
③③③③①	2	2.1
③③③②④	2	2.1
③③③②③	2	2.1
③①③③②	2	2.1
②④④③②	2	2.1
②④③②②	2	2.1
②④③①④	2	2.1
②③③②④	2	2.1
②①④③③	2	2.1
①④③③④	2	2.1
①①④④②	2	2.1
④④③②②	1	1.0
④④③①③	1	1.0
④③③④①	1	1.0
④③③②②	1	1.0
④①④③②	1	1.0
④①②③③	1	1.0
④①②②④	1	1.0
③④④③②	1	1.0
③④④②③	1	1.0
③④③①③	1	1.0
③④②②④	1	1.0
③④②②③	1	1.0
③④①③③	1	1.0
③④①③②	1	1.0
③③④②④	1	1.0
③③③②②	1	1.0
③③②③④	1	1.0
③③②①④	1	1.0
③③①③③	1	1.0
③①④②④	1	1.0
③①④②②	1	1.0
③①④①④	1	1.0
③①③③④	1	1.0
③①③②④	1	1.0
③①③②③	1	1.0
③①②③④	1	1.0
③①②③③	1	1.0
③①②③②	1	1.0
③①①③④	1	1.0
②④③③④	1	1.0
②④③②③	1	1.0
②④②④②	1	1.0
②④②③②	1	1.0
②④②②③	1	1.0
②③④③④	1	1.0
②③③③③	1	1.0
②③②④②	1	1.0
②①③④②	1	1.0
②①③②④	1	1.0
①③④③④	1	1.0
①③③②④	1	1.0
合計	97	100.0

【グループ②法令に定められた保険者機能を越えて、市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って地域ぐるみでシステムとして推進している保険者】

保険者スコア全体で、グループ②とされた自治体における他のカテゴリの組み合わせで最も多かったのは、「③③②②②」で 9 自治体（10.1%）であり、続いて「②③③②②」が 8 自治体（9.0%）、「③③③②②」「③①②②②」が 4 自治体（4.5%）と示された。

このグループは、すべてのカテゴリにおいて、保険者機能は高いが、とくに高いカテゴリ機能が自治体ごとに異なっていることが特徴であり、この高い機能をより伸展させることで全体としてのグループが①と伸展していく可能性があることがわかった。

表６－12　②における他のカテゴリの偏差値グループの組み合わせの分布

グループ②		
	N	%
③③②②②	9	10.1
②③③②②	8	9.0
③③③②②	4	4.5
③①②②②	4	4.5
②①③②②	3	3.4
③③②①②	2	2.2
③①③②②	2	2.2
③①③②①	2	2.2
③①②③②	2	2.2
②④②③②	2	2.2
②④②①②	2	2.2
②③②②②	2	2.2
①③②②④	2	2.2
④③①②②	1	1.1
④①③②②	1	1.1
④①③①②	1	1.1
③④④①②	1	1.1
③④③②②	1	1.1
③④③①①	1	1.1
③④②②②	1	1.1
③④①③②	1	1.1
③④①①②	1	1.1
③③③②①	1	1.1
③③③①①	1	1.1
③③②③②	1	1.1
③③②③①	1	1.1
③③②①①	1	1.1
③③①②②	1	1.1
③①④①②	1	1.1

	N	%
③①③①③	1	1.1
③①②③①	1	1.1
③①②②①	1	1.1
③①①②②	1	1.1
②④③①②	1	1.1
②④②②③	1	1.1
②④②②②	1	1.1
②④①③②	1	1.1
②③④②②	1	1.1
②③③③①	1	1.1
②③③①④	1	1.1
②③③①③	1	1.1
②③②③②	1	1.1
②③①②②	1	1.1
②①③③②	1	1.1
②①③③①	1	1.1
②①②③③	1	1.1
②①②②②	1	1.1
②①①②③	1	1.1
①④④①③	1	1.1
①④③②②	1	1.1
①④②②②	1	1.1
①③③②③	1	1.1
①③③②②	1	1.1
①③③①②	1	1.1
①③②③②	1	1.1
①③②②②	1	1.1
①①④③②	1	1.1
①①②③②	1	1.1
合計	89	100.0

【グループ①法令に定められた保険者機能を過不足なく実施している保険者】

保険者スコア全体で、グループ④になった自治体のカテゴリ別の類型の組み合わせで、最も多かったのは、「②①②①②」で 6 自治体（11.8%）であり、続いて「①①②②②」が 4 自治体（7.8%）、「②③②①②」「②③②①②」が 3 自治体（5.9%）と示された。

これらの組み合わせにおいては、地域連携の仕組みづくりでグループ③の自治体があったものの、その他はグループ①と②によって構成される組み合わせとなっていた。

この結果からは、すべてが①となっているわけではなく、保険者機能については、いずれからの機能が極めて高いという特徴がある自治体があるということであろう。これは、ひとつの機能を強化することで、他の機能の強化も図れるといった相乗効果がある可能性を示唆しており、重要であろう。

表６－13　①における他のカテゴリの偏差値グループの組み合わせの分布

グループ①		
	N	%
②①②①②	6	11.8
①①②②②	4	7.8
②③②①②	3	5.9
②①①①②	3	5.9
②③①①②	2	3.9
②①②①①	2	3.9
②①①②①	2	3.9
①③②②②	2	3.9
①①②②①	2	3.9
③③②①①	1	2.0
③①③①②	1	2.0
③①②①②	1	2.0
③①②①①	1	2.0
③①①①②	1	2.0
②④②①①	1	2.0
②④①①②	1	2.0
②①③②①	1	2.0
②①③①②	1	2.0
②①③①①	1	2.0
②①②②②	1	2.0
②①①②②	1	2.0
②①①①①	1	2.0
①③④②①	1	2.0
①③③①②	1	2.0
①③②①②	1	2.0
①①③③②	1	2.0
①①③①③	1	2.0
①①③①②	1	2.0
①①③①①	1	2.0
①①②③①	1	2.0
①①②①③	1	2.0
①①①②②	1	2.0
①①①②①	1	2.0
①①①①①	1	2.0
合計	51	100.0

⑤　人口規模別保険者スコア

【保険者スコア全体】

人口規模別保険者スコア（全体）について、記述統計を行った。

最もスコアが高かったのは、「人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」の 58.5 であった。続いて、「人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外」55.4、「人口 10 万人未満の市部」49.6、「町村部」42.9 であった。

このうち、「人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」と「人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外」以外では、有意差があった。

表６－14　人口規模別保険者スコア（全体）の記述統計

人口規模	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
町村部	42.9	9.0	19.7	73.9	93
人口 10 万人未満の市部	49.6	8.1	32.0	64.0	97
人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	55.4	8.2	37.0	78.8	49
人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	58.5	6.5	39.4	73.9	51

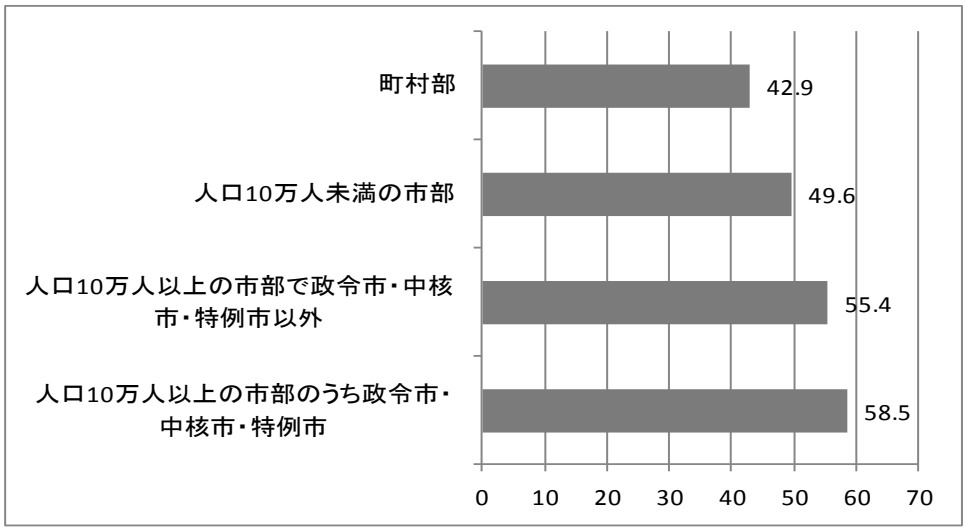


図６－７　人口規模別保険者スコア（全体）

表６－15　人口規模別保険者スコア（全体）の一元配置分散分析の検定結果

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	9740.81	3.00	3246.94	48.47	0.00
グループ内	19159.19	286.00	66.99		
合計	28900.00	289.00			

表６－16　人口規模別保険者スコア（全体）の多重比較の検定結果

			平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率
町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-6.63	1.19	0.00
町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-12.45	1.44	0.00
町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-15.54	1.43	0.00
人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-5.82	1.43	0.00
人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-8.91	1.42	0.00
人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-3.09	1.64	0.06

【カテゴリ別】

人口規模別保険者スコア（カテゴリ別）について、記述統計を行った。すべてのカテゴリについて、有意差が示された。

ただし、人口規模別の多重比較の結果をみていくと、保険者スコア 2 については、町村部と人口 10 万人未満の市部･人口 10 万人以上の市部で政令市･中核市･特例市以外、人口 10 万人以上の市部で政令市･中核市･特例市以外と人口 10 万人以上の市部のうち、政令市・中核市・特例市の間には有意差が示されず、人口規模はスコアに影響を与えているという結果は示されなかった。

表６－17　人口規模別保険者スコア（カテゴリ別）の記述統計

人口規模		平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
「事業計画・政策立案の状況」	町村部	47.5	10.0	33.6	71.3	239
	人口 10 万人未満の市部	50.3	9.9	33.6	71.3	213
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	52.4	9.7	33.6	71.3	87
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	54.7	7.9	41.1	71.3	67
「地域連携の仕組みづくり」	町村部	49.4	9.2	36.9	72.6	202
	人口 10 万人未満の市部	49.1	10.7	36.9	72.6	171
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	51.9	11.0	36.9	72.6	65
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	52.5	9.2	36.9	72.6	58
「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」等	町村部	46.5	9.8	35.3	70.5	245
	人口 10 万人未満の市部	49.3	9.1	35.3	70.5	211
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	55.2	8.5	35.3	70.5	90
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	58.2	7.8	47.0	70.5	67
「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」等	町村部	42.6	9.7	19.5	67.4	130
	人口 10 万人未満の市部	51.9	8.1	30.1	67.4	140
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	53.5	7.8	30.1	67.4	75
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	57.4	7.1	35.5	67.4	60
「高齢者虐待対応」･「権利擁護対応」等	町村部	46.3	10.1	29.7	67.1	226
	人口 10 万人未満の市部	50.4	9.1	29.7	67.1	209
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	52.7	8.9	37.2	67.1	87
	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	58.7	7.1	37.2	67.1	65

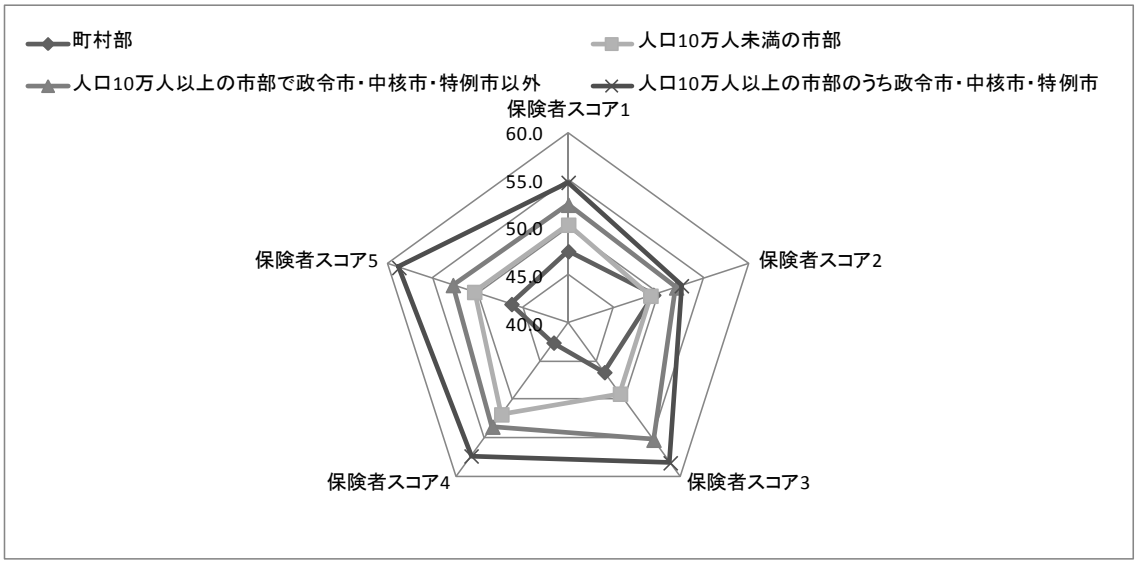


図６－８　人口規模別保険者スコア（カテゴリ別）のレーダーチャート

表６－18　人口規模別保険者スコア（カテゴリ別）の一元配置分散分析の検定結果

		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
「事業計画・政策立案の状況」	グループ間	3517.88	3.00	1172.63	12.38	0.00
	グループ内	57037.46	602.00	94.75		
	合計	60555.34	605.00			
「地域連携の仕組みづくり」	グループ間	818.71	3.00	272.90	2.74	0.04
	グループ内	49060.80	492.00	99.72		
	合計	49879.51	495.00			
「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」等	グループ間	10206.63	3.00	3402.21	40.32	0.00
	グループ内	51381.44	609.00	84.37		
	合計	61588.07	612.00			
「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」等	グループ間	11801.49	3.00	3933.83	54.75	0.00
	グループ内	28810.15	401.00	71.85		
	合計	40611.63	404.00			
「高齢者虐待対応」・「権利擁護対応」等	グループ間	8754.85	3.00	2918.28	34.08	0.00
	グループ内	49926.15	583.00	85.64		
	合計	58681.00	586.00			

表６－19　人口規模別保険者スコア（カテゴリ別）の多重比較の検定結果

				平均値の差(I-J)	標準誤差	有意確率
「事業計画・政策立案の状況」	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-2.80	0.92	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-4.89	1.22	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-7.24	1.35	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-2.10	1.24	0.09
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-4.45	1.36	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-2.35	1.58	0.14
地域連携の仕組みづくり	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	0.31	1.04	0.76
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-2.52	1.42	0.08
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-3.10	1.49	0.04
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-2.83	1.46	0.05
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-3.42	1.52	0.02
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.58	1.80	0.75
地域包括支援センター職員への支援	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-2.80	0.86	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-8.78	1.13	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-11.78	1.27	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-5.99	1.16	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-8.98	1.29	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-2.99	1.48	0.04
「介護支援専門員」支援等	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-9.33	1.03	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-10.93	1.23	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-14.74	1.32	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-1.60	1.21	0.19
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-5.41	1.31	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-3.81	1.47	0.01
「高齢者虐待」等	町村部	⇔	人口 10 万人未満の市部	-4.11	0.89	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-6.47	1.17	0.00
	町村部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-12.44	1.30	0.00
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-2.36	1.18	0.05
	人口 10 万人未満の市部	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-8.33	1.31	0.00
	人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	⇔	人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-5.97	1.52	0.00

⑥ 財政力指数別保険者スコア

【保険者スコア全体】

財政力指数別保険者スコア（全体）について、記述統計を行った。

最もスコアが高かったのは、「財政力指数 0.500 以上」の 51.8 であった。続いて、「財政力指数 0.400 以上 0.500 未満」47.7、「財政力指数 0.300 未満」47.1、「財政力指数 0.300 以上 0.400 未満」45.5 であった。

統計的に有意な差が示されたのは、「財政力指数 0.300 未満」と「財政力指数 0.500 以上」、「財政力指数 0.300 以上 0.400 未満」と「財政力指数 0.500 以上」の間のみであった。

表６－20　財政力指数別保険者スコア（全体）の記述統計

財政力指数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
財政力指数 0.300 未満	47.1	10.7	27.1	66.5	50
財政力指数 0.300 以上 0.400 未満	45.5	12.3	19.7	73.9	29
財政力指数 0.400 以上 0.500 未満	47.7	8.5	32.0	64.0	23
財政力指数 0.500 以上	51.8	9.2	24.7	78.8	188

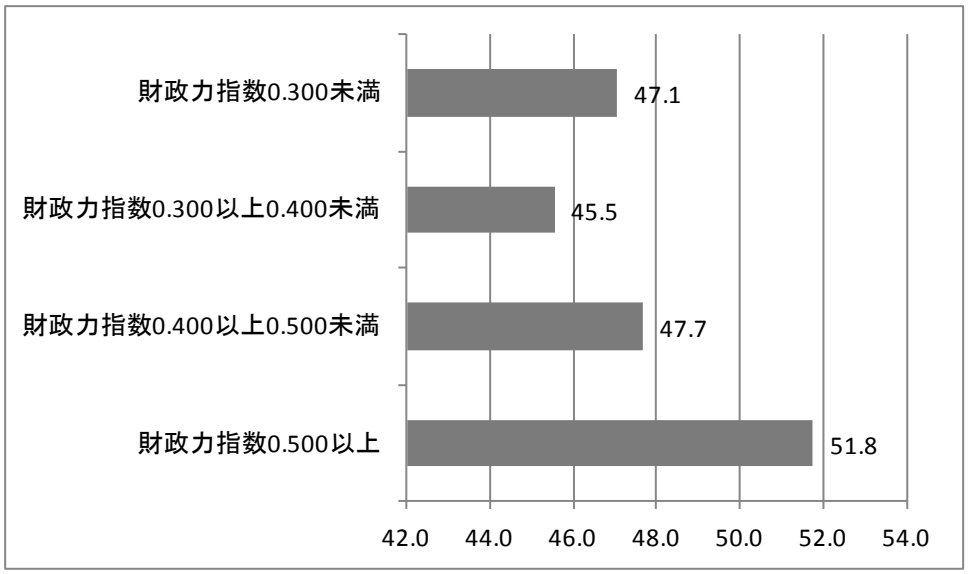


図６－９　財政力指数別保険者スコア（全体）

表６－21　財政力指数別保険者スコア（カテゴリ別）の一元配置分散分析の結果

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	1716.38	3.00	572.13	6.02	0.00
グループ内	27183.62	286.00	95.05		
合計	28900.00	289.00			

表６－22　財政力指数別保険者スコア（全体）の一元配置分散分析の検定結果

			平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率
財政力指数 0.300 未満	⇔	財政力指数 0.300 以上 0.400 未満	1.52	2.28	0.51
財政力指数 0.300 未満	⇔	財政力指数 0.400 以上 0.500 未満	-0.61	2.46	0.80
財政力指数 0.300 未満	⇔	財政力指数 0.500 以上	-4.70	1.55	0.00
財政力指数 0.300 以上 0.400 未満	⇔	財政力指数 0.400 以上 0.500 未満	-2.13	2.72	0.43
財政力指数 0.300 以上 0.400 未満	⇔	財政力指数 0.500 以上	-6.22	1.95	0.00
財政力指数 0.400 以上 0.500 未満	⇔	財政力指数 0.500 以上	-4.09	2.15	0.06

【カテゴリ別】

財政力指数別保険者スコア（カテゴリ別）について、記述統計を行った。地域連携の仕組みづくり以外のカテゴリでは、有意な差が示されていた。

ただし、財政力指数別の多重比較の結果をみていくと、地域連携の仕組みづくり以外のカテゴリについても、「財政力指数 0.300 未満」と「財政力指数 0.500 以上」、「財政力指数 0.400 以上 0.500 未満」と「財政力指数 0.500 以上」の間といったように「財政力指数 0.500 以上」とそのほかの群の組み合わせのみにおいて有意差が示される傾向にあった。

表６－23　財政力指数別保険者スコア（カテゴリ別）の記述統計

	財政力指数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
標準化された「事業計画・政策立案の状況」	財政力指数 0.300 未満	47.0	10.2	33.6	71.3	132
	財政力指数 0.300 以上 0.400 未満	49.6	10.5	33.6	71.3	66
	財政力指数 0.400 以上 0.500 未満	49.7	9.9	33.6	71.3	62
	財政力指数 0.500 以上	51.2	9.6	33.6	71.3	346
標準化された地域連携の仕組みづくり	財政力指数 0.300 未満	50.7	9.2	36.9	72.6	118
	財政力指数 0.300 以上 0.400 未満	50.5	12.2	36.9	72.6	57
	財政力指数 0.400 以上 0.500 未満	49.8	10.2	36.9	72.6	47
	財政力指数 0.500 以上	49.6	9.9	36.9	72.6	274
標準化された地域包括支援センター職員への支援	財政力指数 0.300 未満	47.0	9.2	35.3	70.5	138
	財政力指数 0.300 以上 0.400 未満	48.2	10.0	35.3	70.5	70
	財政力指数 0.400 以上 0.500 未満	48.2	9.3	35.3	70.5	60
	財政力指数 0.500 以上	51.9	10.1	35.3	70.5	345
標準化された「介護支援専門員」支援等	財政力指数 0.300 未満	45.9	11.8	19.5	67.4	69
	財政力指数 0.300 以上 0.400 未満	45.3	11.3	19.5	67.4	40
	財政力指数 0.400 以上 0.500 未満	49.2	9.6	30.1	67.4	34
	財政力指数 0.500 以上	52.0	8.8	24.8	67.4	262
標準化された「高齢者虐待」等	財政力指数 0.300 未満	47.4	11.2	29.7	67.1	121
	財政力指数 0.300 以上 0.400 未満	49.9	10.4	29.7	67.1	66
	財政力指数 0.400 以上 0.500 未満	49.6	9.0	37.2	67.1	60
	財政力指数 0.500 以上	51.1	9.5	29.7	67.1	340

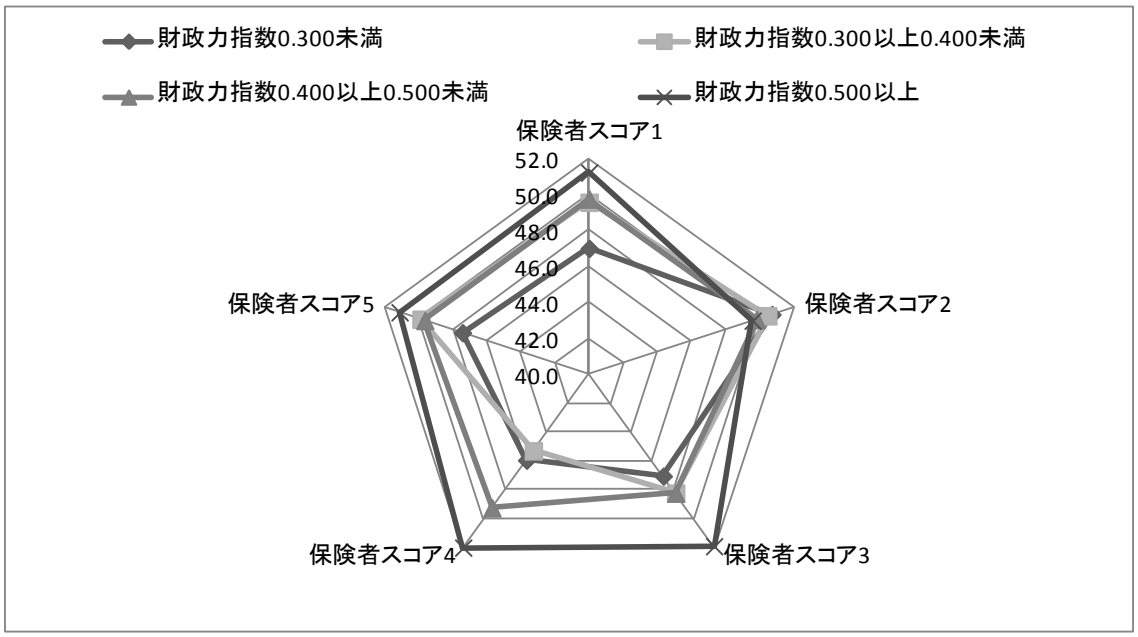


図６－10　財政力指数別保険者スコア（カテゴリ別）のレーダーチャート

表６－24　財政力指数別保険者スコア（カテゴリ別）の一元配置分散分析の結果

		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
「事業計画・政策立案の状況」	グループ間	1724.88	3.00	574.96	5.88	0.00
	グループ内	58830.46	602.00	97.73		
	合計	60555.34	605.00			
地域連携の仕組みづくり	グループ間	122.42	3.00	40.81	0.40	0.75
	グループ内	49757.09	492.00	101.13		
	合計	49879.51	495.00			
地域包括支援センター職員への支援	グループ間	2826.83	3.00	942.28	9.77	0.00
	グループ内	58761.24	609.00	96.49		
	合計	61588.07	612.00			
「介護支援専門員」支援等	グループ間	3050.17	3.00	1016.72	10.85	0.00
	グループ内	37561.46	401.00	93.67		
	合計	40611.63	404.00			
「高齢者虐待」等	グループ間	1233.79	3.00	411.26	4.17	0.01
	グループ内	57447.21	583.00	98.54		
	合計	58681.00	586.00			

表６－25　財政力指数別保険者スコア（カテゴリ別）の多重比較の結果

				平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率
「事業計画・政策立案の状況」	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.300以上0.400未満	-2.57	1.49	0.09
	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	-2.75	1.52	0.07
	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.500以上	-4.23	1.01	0.00
	財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	-0.18	1.75	0.92
	財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.500以上	-1.66	1.33	0.21
	財政力指数0.400以上0.500未満	⇔	財政力指数0.500以上	-1.48	1.36	0.28
地域連携の仕組みづくり	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.300以上0.400未満	0.25	1.62	0.88
	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	0.90	1.73	0.60
	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.500以上	1.13	1.11	0.31
	財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	0.66	1.98	0.74
	財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.500以上	0.89	1.46	0.54
	財政力指数0.400以上0.500未満	⇔	財政力指数0.500以上	0.23	1.59	0.88
地域包括支援センター職員への支援	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.300以上0.400未満	-1.17	1.44	0.42
	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	-1.17	1.52	0.44
	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.500以上	-4.83	0.99	0.00
	財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	0.00	1.73	1.00
	財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.500以上	-3.65	1.29	0.00
	財政力指数0.400以上0.500未満	⇔	財政力指数0.500以上	-3.65	1.37	0.01
「介護支援専門員」支援等	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.300以上0.400未満	0.64	1.92	0.74
	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	-3.28	2.03	0.11
	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.500以上	-6.02	1.31	0.00
	財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	-3.93	2.26	0.08
	財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.500以上	-6.67	1.64	0.00
	財政力指数0.400以上0.500未満	⇔	財政力指数0.500以上	-2.74	1.76	0.12
「高齢者虐待」等	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.300以上0.400未満	-2.44	1.52	0.11
	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	-2.21	1.57	0.16
	財政力指数0.300未満	⇔	財政力指数0.500以上	-3.69	1.05	0.00
	財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.400以上0.500未満	0.23	1.77	0.90
	財政力指数0.300以上0.400未満	⇔	財政力指数0.500以上	-1.26	1.34	0.35
	財政力指数0.400以上0.500未満	⇔	財政力指数0.500以上	-1.48	1.39	0.29

⑦　設置タイプ別保険者スコア

【保険者スコア全体】

設置タイプ別保険者スコア（全体）について、記述統計を行った。

直営なしが 51.0、直営ありが 49.2 と直営の設置がない保険者のほうが、スコアが高かったが、これら 2 群間には、統計的な有意差はなかった。

表６－26　設置タイプ別保険者スコア（全体）の記述統計

設置タイプ	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
直営あり	49.2	10.0	27.1	78.8	162
直営なし	51.0	9.9	19.7	69.0	128

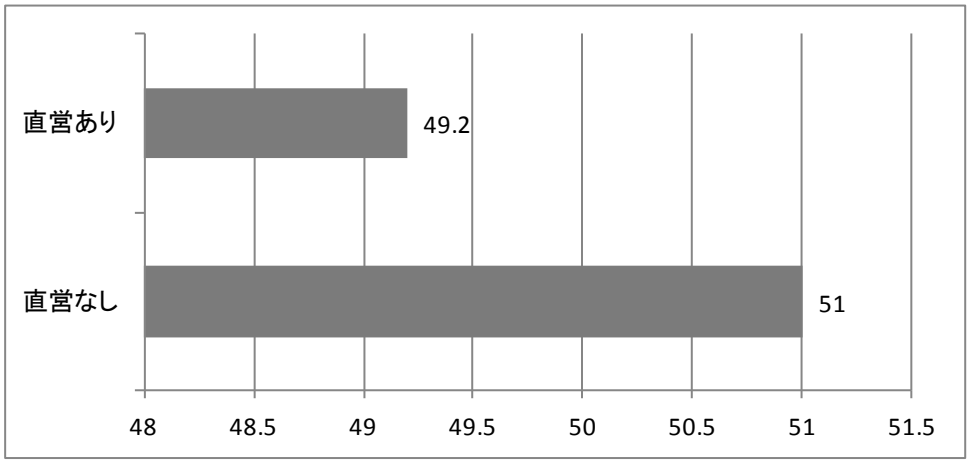


図６－11　設置タイプ別保険者スコア（全体）

表６－27　設置タイプ別保険者スコア（全体）の一元配置分散分析の結果

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	220.54	1.00	220.54	2.21	0.14
グループ内	28679.46	288.00	99.58		
合計	28900.00	289.00			

【カテゴリ別】

設置タイプ別保険者スコア（カテゴリ別）について、記述統計を行った。「地域包括支援センター職員への支援」と「高齢者虐待」等のみに有意差が示され、どちらも直営なしのほうスコアが高かった。これは、直営の場合、地域包括支援センターの職員は、自治体職員であることが理由であろう。そのほかのカテゴリには、統計的な有意差はなかった。

表６－28　設置タイプ別保険者スコア（カテゴリ別）の記述統計

	設置タイプ	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
「事業計画・政策立案の状況」	直営あり	49.8	10.2	33.6	71.3	370
	直営なし	50.4	9.7	33.6	71.3	233
地域連携の仕組みづくり	直営あり	49.9	10.4	36.9	72.6	303
	直営なし	50.1	9.5	36.9	72.6	192
地域包括支援センター職員への支援	直営あり	48.3	9.9	35.3	70.5	377
	直営なし	52.7	9.7	35.3	70.5	234
「介護支援専門員」支援等	直営あり	49.9	10.0	24.8	67.4	239
	直営なし	50.2	10.1	19.5	67.4	165
「高齢者虐待」等	直営あり	49.4	10.2	29.7	67.1	356
	直営なし	51.1	9.7	29.7	67.1	228

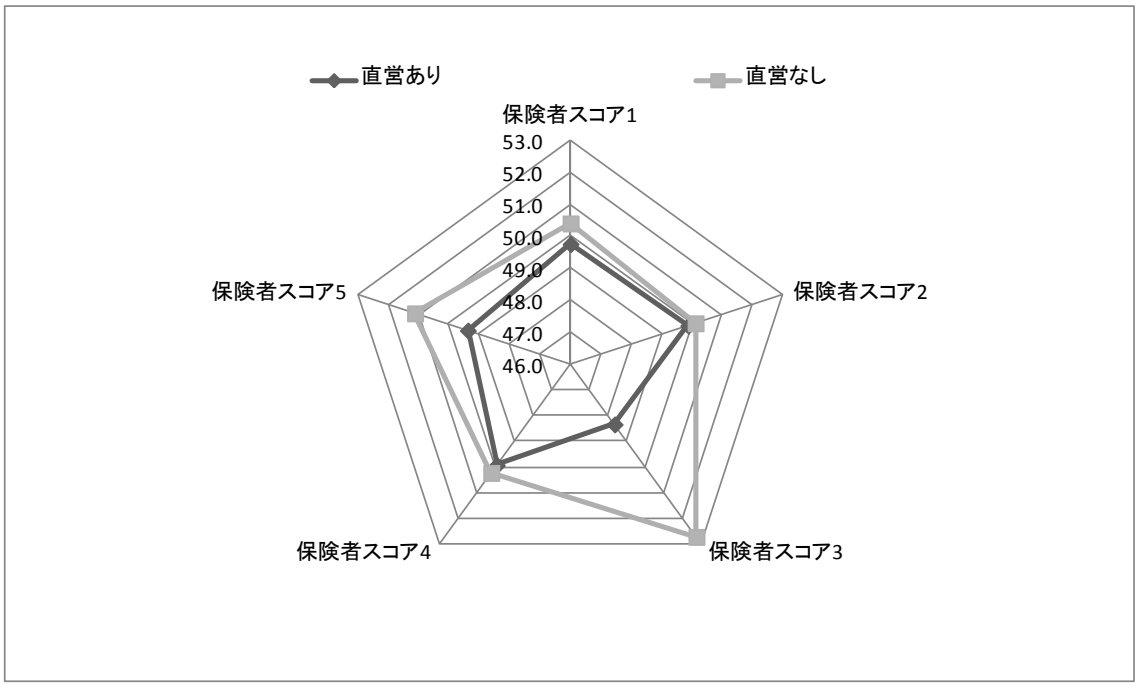


図６－12　設置タイプ別保険者スコア（カテゴリ別）のレーダーチャート

表６－29　設置タイプ別保険者スコア（カテゴリ別）の一元配置分散分析の結果

		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
「事業計画・政策立案の状況」	グループ間	59.84	1.00	59.84	0.60	0.44
	グループ内	60336.25	601.00	100.39		
	合計	60396.09	602.00			
地域連携の仕組みづくり	グループ間	6.84	1.00	6.84	0.07	0.79
	グループ内	49757.40	493.00	100.93		
	合計	49764.24	494.00			
地域包括支援センター職員への支援	グループ間	2740.56	1.00	2740.56	28.37	0.00
	グループ内	58829.87	609.00	96.60		
	合計	61570.42	610.00			
「介護支援専門員」支援等	グループ間	8.69	1.00	8.69	0.09	0.77
	グループ内	40601.07	402.00	101.00		
	合計	40609.76	403.00			
「高齢者虐待」等	グループ間	420.01	1.00	420.01	4.20	0.04
	グループ内	58135.82	582.00	99.89		
	合計	58555.83	583.00			

⑧共分散構造分析用いた探索的因子分析

平成 21 年調査に実施したデータを用いて、今年度、地域包括ケアシステムの保険者機能を評価するために相応しいとして選定された以下の 25 項目の調査結果を用いて、共分散構造分析による探索的因子分析を実施した。

表 6-30　共分散構造分析に用いた変数一覧

変数名	設問
Q11_A	1－1）介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。
Q12_A	1－2）介護保険給付状況の分析を行っていますか。
Q14_A	1－4）2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。
Q15_A	1－5）2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討していますか。
Q16_A	1－6）高齢者のニーズに応じた自治体独自の施策（一般財源事業）やサービスがありますか。
Q21_3_A	2－1－3）地域ケア会議の開催
Q21_4_A	2－1－4）地域全体の連携推進のための会議の開催
Q24_A	2－4）自治体（保険者）として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者と連携した地域連携パスの作成に携わったことがありますか。
Q31_A	3－1）自治体として、地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場を設定していますか。
Q33_A	3－3）自治体として、地域包括支援センターからの提案・要望などに基づいて、事業や講座などを新規に実施したことがありますか。
Q34_A	4－1）介護支援専門員の連絡協議会組織等を設置していますか。
Q41_A	4－2）自治体（保険者）として、介護支援専門員を対象とした研修会を定期的に主催していますか。
Q42_A	4－3）自治体（保険者）として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施していますか。
Q43_A	4－4）自治体（保険者）として、介護支援専門員の活動指針やマニュアルのようなものを編集して、発行していますか。
Q45_A	4－5）「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。
Q51_A	5－1）自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。
Q52_A	5－2）自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催していますか。
Q55_A	5－5）自治体（保険者）として、自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成し、配布していますか。
Q56_1_A	5－6）自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導の状況についてお答えください。
Q56_3_A	5－6）自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する監査の状況についてお答えください。
Q72_A	7－2）自治体（保険者）として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。
Q73_A	7－3）高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。
Q74_A	7－4）高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。
Q75_A	7－5）高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保していますか。
Q77_A	7－7）平成20年度における、成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催等の状況をお答えください。

【因子数の決定】

因子数に関して、「初期の固有値」をみたところ、固有値は、第１因子と第２因子の差は 1.7，第２因子と第３因子の差は.374，第３因子と第４因子の差は.042，第４因子と第５因子の差は.161，第５因子と第６因子の差は.034 となっていた。

この第４因子と第５因子の差が、前後に比べて大きい傾向にあり、回転前の第４因子までの累積寄与率を見ると，第３因子までで 20.346%，第５因子までで 26.314%と示された。

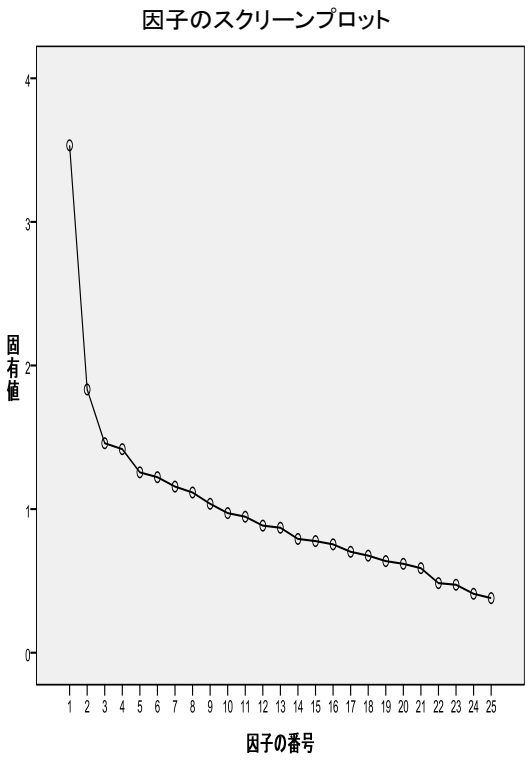
これらの結果から４因子構造か５因子構造とし、これらの手順を踏まえ、暫定的に、因子数を「４因子」と決定し、その後の分析を行った。

表６－31、図６－13　主因子法による因子抽出結果（説明された分散の合計と因子のスクリーンプロット）

説明された分散の合計

因子	初期の固有値			抽出後の負荷量平方和		
	合計	分散の %	累積 %	合計	分散の %	累積 %
1	3.533	14.133	14.133	2.908	11.632	11.632
2	1.833	7.332	21.465	1.312	5.246	16.878
3	1.459	5.835	27.300	.867	3.468	20.346
4	1.417	5.669	32.970	.823	3.292	23.638
5	1.256	5.023	37.993	.669	2.676	26.314
6	1.222	4.889	42.882	.556	2.222	28.536
7	1.157	4.627	47.509	.544	2.174	30.711
8	1.116	4.462	51.972	.510	2.039	32.749
9	1.037	4.147	56.119	.334	1.335	34.084
10	.972	3.889	60.008			
11	.947	3.788	63.796			
12	.885	3.540	67.336			
13	.870	3.481	70.817			
14	.792	3.169	73.985			
15	.777	3.109	77.094			
16	.755	3.018	80.113			
17	.703	2.810	82.923			
18	.676	2.703	85.626			
19	.638	2.551	88.178			
20	.619	2.475	90.653			
21	.589	2.355	93.008			
22	.485	1.938	94.946			
23	.473	1.893	96.838			
24	.410	1.641	98.479			
25	.380	1.521	100.000			

因子抽出法: 主因子法



【項目選定のための２回目の探索的因子分析】

因子数を４とし、項目選定のための２回目の因子分析を行った。因子抽出方法は「主因子法」を採用し、回転方法は「プロマックス回転」を採用した。また、項目の取捨選択は共通性が.16 以上、因子負荷量は.30 以上の基準で行うものとした。

表６-32　「共通性」の基準から削除された項目

Q33　自治体として、地域包括支援センターからの提案・要望などに基づいて、事業や講座などの新規実施の有無。	0.060
Q16　高齢者のニーズに応じた自治体独自の施策（一般財源事業）やサービスの有無	0.073
Q21_3　地域ケア会議の開催」	0.093
Q75　高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保の有無	0.096
Q51　自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置	0.103
Q56_3　自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対して行った監査理由	0.106
Q77　平成 20 年度における成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催等の有無	0.118
Q24　自治体（保険者）として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者と連携した地域連携パスの作成	0.125
Q43　自治体（保険者）として、ケアプランチェックやケアプラン評価の実施の有無	0.127
Q55　自治体（保険者）として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成し、配布の有無」	0.143
Q21_4　地域全体の連携推進のための会議の開催	0.146

表６－33　主因子法の分析結果（因子抽出後の項目間の共通性）

共通性

	初期	因子抽出後
Q11_A○	.308	.455
Q12_A○	.316	.425
Q14_A○	.290	.329
Q15_A○	.295	.345
Q16_A○	.118	.073
Q21_3_A○	.168	.093
Q21_4_A○	.196	.146
Q24_A○	.126	.125
Q31_A○	.225	.251
Q33_A○	.099	.060
Q34_A○	.201	.170
Q41_A○	.229	.171
Q42_A○	.277	.446
Q43_A○	.131	.127
Q45_A○	.239	.189
Q51_A○	.148	.103
Q52_A○	.234	.235
Q55_A○	.203	.143
Q56_1_A○	.220	.240
Q56_3_A○	.118	.106
Q72_A○	.337	.417
Q73_A○	.297	.339
Q74_A○	.183	.175
Q75_A○	.120	.096
Q77_A○	.118	.118

因子抽出法: 主因子法

また、表６-33 に示したように、因子負荷量の基準からは、12 項目が削除された。

表６-34　「因子負荷量」の基準から削除された項目

Q75	高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保の有無	0.198
Q77	平成 20 年度における、成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催等の有無	0.222
Q33	自治体として、地域包括支援センターからの提案・要望などに基づいて、事業や講座などの新規実施の有無	0.239
Q31	自治体として、地域包括支援センター（ブランチ･サブセンター含む）の定期的な連絡協議や情報共有の場の設定の有無	0.239
Q41	介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等の設置の有無	0.24
Q16	高齢者のニーズに応じた自治体独自の施策（一般財源事業）やサービスの有無	0.241
Q55	自治体（保険者）として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」を作成し、配布の有無	0.256
Q51	自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置の有無	0.266
Q43	自治体（保険者）として、ケアプランチェックやケアプラン評価の実施の有無	0.267
Q21_4	地域全体の連携推進のための会議の開催	0.267
Q21_3	地域ケア会議の開催	0.278
Q56_3	自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対して行った監査理由	0.288

表６－35　主因子法の結果（「因子負荷量」のパターン行列）

	因子			
	1	2	3	4
Q72	0.69	−0.018	−0.105	−0.043
Q73	0.654	−0.06	−0.164	0.042
Q34	0.378	−0.029	0.076	0.048
Q74	0.374	−0.009	0.07	0.084
Q45	0.315	0.038	0.166	−0.008
Q21_3	0.278	−0.085	0.038	0.13
Q16	0.241	0.051	0.004	0.058
Q77	0.222	−0.074	0.195	0.063
Q75	0.198	0.148	−0.027	0.134
Q11	0.021	0.685	−0.055	−0.002
Q12	−0.13	0.649	−0.069	0.152
Q56_1	0.095	0.335	0.203	−0.044
Q56_3	−0.026	0.288	0.053	0.081
Q42	−0.073	−0.106	0.718	0.05
Q52	−0.027	−0.008	0.495	0.039
Q43	−0.055	0.175	0.267	0.063
Q51	0.04	−0.001	0.266	0.121
Q55	0.059	0.141	0.256	−0.164
Q41	0.235	0.02	0.24	−0.035
Q33	−0.001	0.016	0.239	0.011
Q15	0.071	0.148	−0.045	0.542
Q14	0	0.144	0.073	0.513
Q24	0.106	−0.072	0.146	0.295
Q21_4	0.254	−0.021	0.048	0.267
Q31	0.239	0.229	0.127	−0.267

【項目選定後の変数選択のための共分散構造分析】

前項で選択を行った変数を用いて確証的因子分析を行い、図６-14 の尺度モデルを仮定し、欠損のない 534 ケースを用いて分析を行った。

その結果、GFI=0.969,AGFI=0.954, RMSEA=0.039 という結果になり、適合度を満たすモデルであることが示唆された。

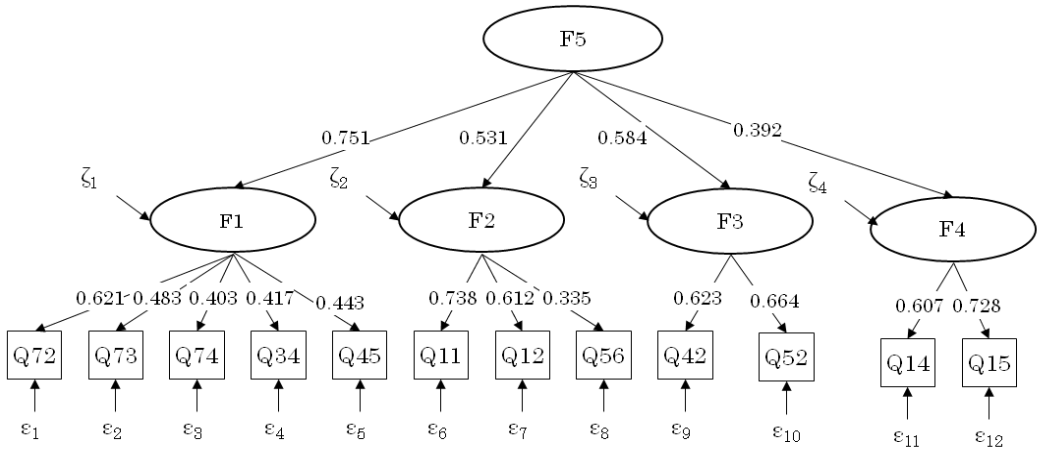


図６－14　尺度の因子構造（標準化解）N=534,GFI0.969,AGFI=0.954,RMSEA=0.039

以上の結果から、自治体の保険者機能を構成する下位因子としては、「中長期的な展望に基づいた基盤整備」、「介護サービス事業者・ケアマネジャー支援」、「介護保険事業の点検・指導・監督」、「地域包括支援センターの評価及び機能強化への支援」の４因子が示され、保険者機能への寄与率が高かったのは、図６-14 のＦ１（第１因子）に示された「地域包括支援センターの評価及び機能強化への支援」が 0.751 と示され、「７－２）自治体（保険者）として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。」が 0.621、「７－３）高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。」が 0.483、「７－４）高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。」が 0.403、「３－４）自治体として、地域包括支援センターの評価を行っていますか」が 0.417、「４－５）介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった支援困難ケースについて、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。」が 0.443 と示された。

次の F2（第２因子）は、「介護保険事業の点検・指導・監督」と示された潜在変数の寄与率は 0.531 で、「１－１）介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか」が 0.738、「１－２）介護保険給付状況の分析を行っていますか。」が 0.612、「５－６）自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査を行っていますか」が 0.335 と示された。

F3（第３因子）は、「介護サービス事業者・ケアマネジャー支援」は、0.584 で、これは、「４－２）自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした研修会を定期的に主催していますか。」が 0.623、５－２）自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催していますか。」0.664 と示された。

F4（第４因子）は、「中長期的な展望に基づいた基盤整備」は、0.392 を示し、これを構成していたのは、「１－４）2025 年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。」0.607、「１－５）2025 年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討していますか。」が 0.728 であった。

表６-36　保険者機能を構成する項目の設問名と因子名

因子名	設問名
中長期的な展望に基づいた基盤整備	1－4）2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。
	1－5）2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討していますか。
介護サービス事業者・ケアマネジャー支援	4－2）自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした研修会を定期的に主催していますか。
	5－2）自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催していますか。
介護保険事業の点検・指導・監督	1－1）介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。
	1－2）介護保険給付状況の分析を行っていますか。
	5－6）自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査を行っていますか。
地域包括支援センターの評価及び機能強化への支援	3－4）自治体として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。
	4－5）介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。
	7－4）高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。
	7－3）高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。
	7－2）自治体（保険者）として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。

【共分散構造分析によって抽出された 12 項目の回答傾向】

平成 21 年度、平成 23 年度それぞれの欠損値のないデータ（平成 21 年度 N=540、平成 23 年度 N=87）を用いて、共分散構造分析によって抽出された 12 項目の回答傾向について検討を行った。

表６－37　保険者機能得点の記述統計（平成 21,23 年度の比較）

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
保険者スコア１２（平成 21 年度データ）	6.0	2.5	0.0	12.0	540
保険者スコア１２（平成 23 年度データ）	7.0	2.7	2.0	12.0	87

表６-38　保険者機能得点の度数分布（平成 21，23 年度の比較）

	平成 21 年度データ		平成 23 年度データ	
	N	%	N	%
0	7	1.3	0	.0
1	14	2.6	0	.0
2	28	5.2	4	4.6
3	38	7.0	5	5.7
4	68	12.6	12	13.8
5	73	13.5	4	4.6
6	80	14.8	12	13.8
7	66	12.2	12	13.8
8	70	13.0	11	12.6
9	46	8.5	9	10.3
10	29	5.4	9	10.3
11	20	3.7	6	6.9
12	1	.2	3	3.4
合計	540	100	87	100

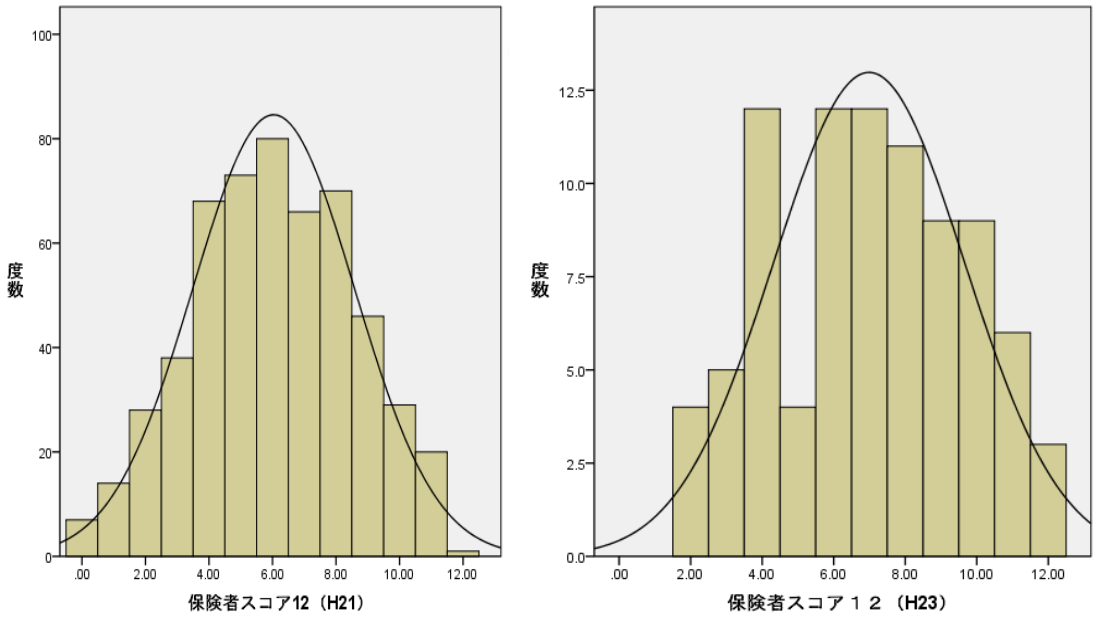


図６－15　保険者機能得点の平成 21,23 年度の分布

３　考察

（１）保険者スコアによる類型化とグループごとの傾向

ここでは、法令・通知によって、自治体が基本的には保険者として実施することが義務付けられているものから作成された、保険者スコア１「事業計画・政策立案の状況」、保険者スコア 2「地域連携の仕組みづくり」、保険者スコア 3「地域包括支援センター職員への支援」、保険者スコア 4「介護支援専門員」支援等（「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」・「介護サービス事業者支援」）、保険者スコア５　「高齢者虐待」等（「高齢者虐待対応」・「権利擁護対応」・「やむを得ない事由による措置」・「成年後見制度関連」）の自治体別の分析をした結果について考察する。

すべての項目に欠損値がなく、スコアが算出できた自治体は、645 自治体中 290 自治体であった。最大最小の範囲は、保険者スコア全体としては、19.7-78.8 に分布していた。カテゴリごとでは、「地域連携の仕組みづくり」が 36.9-72.6 と、最も高い値に分布し、これは、他の保険者機能に比較しても、自治体として機能を概ね果たしていることが示された。

一方、「介護支援専門員支援等」という保険者機能については、19.5-67.4 と最も低い値に分布しており、自治体は、介護支援専門員への支援を保険者としての機能としては、強く認識していないものと推察された。

保険者スコアから保険者を 4 類型化した結果、最も多かったのは、グループ③「法令に定められた保険者機能を越えて、担当部署もしくは担当者が市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って努力しているが、未だ地域ぐるみでのシステムとして稼働しておらず苦悩している保険者」で 33.4%、続いて、グループ②「法令に定められた保険者機能を越えて、市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って地域ぐるみでシステムとして推進している保険者」が 30.7%と示されていた。

この一方で、全く保険者機能が果たされていないと予想される自治体であるグループ④「法令に定められた保険者機能すら実施していない保険者」が 18.3%を占めていたことについては、大きな課題であることが明らかになった。なお、このグループ④は、高齢者虐待等以外の保険者スコアは、かなり低く、基礎的な保険者機能の実施を支援するガイドラインの整備が重要であることが改めて示唆された。

グループ③の中には、「地域連携の仕組みづくり」に関しての取り組みは実施され、この取り組みはグループ①と同等のスコアという自治体も含まれており、この傾向は、保険者機能を果たしていない④では保険者スコアがすべて低いという傾向に比較すると、③のグループは、現在低い保険者スコアのどれかひとつでも高くする取り組みがされることで、グループ②へと向上する可能性が高いことが予想された。

一方で、保険者機能を十分に発揮しているグループ①においても保険者スコア２が低く、地域連携の仕組みに課題がある自治体もあり、この結果からは、全国いずれの自治

体でも、地域連携の仕組みづくりは、今後の課題であることが示唆された。

（２）属性別保険者スコアの差

人口規模別保険者スコア（全体）の分析結果からは、「人口 10 万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」と「人口 10 万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外」以外では、有意差があったが、地域包括支援センターの設置タイプ別では、統計的な有意差はなかった。

これは、平成 21 年度報告書で示したように、人口規模が大きいほど、保険者機能は高くなり、地域包括支援センターの設置タイプとは関連がなかったとした結果と同様であった。

また、財政力指数別保険者スコア（全体）については、「財政力指数 0.300 未満」あるいは、「財政力指数 0.300 以上 0.400 未満」と「財政力指数 0.500 以上」に統計的に有意な差が示され、ある一定以上の財政力指数を有している自治体は保険者機能が高い傾向にあることが示された。

今後は、新たに試みた保険者スコアによる類型と、①から④のグループ類型との関連性を示すような、さらなる詳細な分析が必要である。

（３）保険者評価尺度の開発

保険者評価尺度を開発することを目的とし、平成 21 年調査データを用いて、共分散構造分析による探索的因子分析を実施した。この結果、4 因子 12 項目から構成される保険者評価尺度が開発された。

これらの 12 項目を用いた総合得点の分布傾向は正規性が示されており、概ね 12 項目版で保険者機能を評価することができる可能性を示していた。保険者機能を構成する概念としては、中長期的な展望に基づいた基盤整備、介護サービス事業者・ケアマネジャー支援、介護保険事業の点検・指導・監督、地域包括支援センターの評価及び機能強化への支援が抽出された。

全国の自治体は、この評価尺度によると、現在の保険者機能の半分程度しか発揮されておらず、この機能を高めることが望まれる。また自治体によって、これらの構成概念ごとに大きな得点の差異があるところもあれば、満遍なく低い得点を示す自治体もあることから、これらの機能強化の方策については、十分に自治体内で検討していく必要がある。

４　おわりに

平成 21 年度調査のうち、今年度の調査票に共通する調査項目を抽出したデータを用いた分析、そして今年度調査データを用いた分析を通して、平成 21 年度調査票のすべての項目を用いた分析結果と、ほぼ同様の結果が示された。

これにより、保険者機能を評価する評価尺度としての利用は可能であろうと考えられる。また、人口規模や財政力指数と保険者機能スコアが関連することは、今回の分析からも示されており、このため、今年度の研究事業で検討してきた保険者機能を充実させるための施策立案ガイドラインの開発、あるいは自治体間の連携など、自治体の特性を鑑みて、地域の社会資源量を調整していく仕組みも今後は求められものと考える。

また、今回共分散構造分析によって、保険者機能評価尺度は 12 項目として構成されることで概ね利用可能となったが、今後は、さらに多数の自治体のデータを収集し、これらの自治体の特徴との関連について、より詳細な分析を行う必要がある。また、これら項目を活用した自治体での利用方法も、継続的に検討すべきであろう。

今年度作成した「地域包括ケアシステム構築のための保険者機能」は、地域包括ケアシステム構築の基盤となる介護保険事業の取り組みの程度を評価するものである。

このことを鑑みると、この基盤の上に発展的に取り組むべきシステム構築を考える際にも、この保険者機能は重要であり、この機能を充実させたうえで、１．認知症施策の取組み、２．医療と介護の連携、３．居住にかかる施策の３つの観点から、長期的視野に立った事業計画の立案がなされるべきものと考えられた。

第７章　地域包括ケアシステムにおける認知症ケア施策立案プロセスの作成について

１　背景

本研究事業では、地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性を明らかにすることが目的であり、これを行うために、保険者機能に関する評価尺度の開発について、第５章で述べられている。

ただし、すでに自治体が構築すべき「地域包括ケアシステム」を担う地域資源は、地域ごとに大きく異なっており、これら地域の状況ごとに「地域包括ケアシステム」の在り方や、ケア提供主体が異なるため、当然ながら、このシステム構築の方法論も異なることが予想される。

しかしながら、地域住民の福祉向上のための自治体の責務という観点からは、自治体が整備すべき地域包括ケアシステムの礎となる介護保険事業における保険者機能があり、これについては、第５章に示したように、その法的根拠も含め、整理がなされてきたところである。

また、平成 24 年度は、診療報酬、介護報酬の同時改定がされる年度であったが、ここで示された国としての強いメッセージは、地域包括ケアシステムの実現に関わる報酬への加算であり、認知症高齢者に対する支援の強化に関わる報酬の充実であった。

この認知症高齢者への支援を充実させていたくためには、地域圏域内でのかかりつけ医の整備や、圏域内の医療及び介護サービス基盤の整備、自治体独自の生活支援サービスや保険外の医療介護ニーズを満たすサービスの明確化とその整備、医療と介護の連携体制の整備（急性期から慢性期にかけての一貫的なケア提供のための退院支援、多職種協働を実現するケア会議の実施）等、多様な方策が実施される必要がある。

すでに平成 22 年度には、地域包括ケアシステムを構築し、推進するためのガイドラインを作成するための独居認知症高齢者への相談支援や孤立死予防のための地域の共通的支援基盤構築のためのプロセスの可視化を行ってきた。

そこで、今年度の研究としては、自治体職員が自らの自治体における認知症高齢者を取り巻く状況を把握し、そこから考えられる課題を解決するための施策を立案するまでに必要なプロセスを抽出し、これを職員のひとつの指針とできるよう、プロセスの可視化を行うことを目的とした。

２　方法－プロセスの作成方法

本プロセスは、武蔵野市の市単独事業である「認知症高齢者の見守りサービス[25]」立案やその他自治体の取り組みを参考にまでのプロセスを基礎とし、これを、第５章で示したグループ②程度の保険者機能を持った自治体であれば、実行できるように作成した。

３　結果 - 作成されたプロセスの概要

今回、作成されたプロセスは、ⅠからⅣの４つのパートによって構成される。

基本的には、施策立案までの PDCA サイクルを基本としているが、今回のプロセスは、施策立案の視点を担うまでの問題意識の醸成とエビデンスに基づいた施策立案ためのデータ分析を行うための手順について詳細なプロセス化を行っていることが特長である。

PDCA の plan にあたる施策立案を手順化したのはⅢのパートであり、Ⅰについては、課題分析にいたるまでのデータの収集と分析方法を具体的に示している。これについては、各自治体で入手可能な要介護認定データを用いたデータ分析の方法について例示した（参考資料）。

また、各パートは、統合ケアの概念に示された 3 つの統合のレベルと対応している。統合概念において示されたレベルは、システム統合、組織的統合、臨床的統合の三つである。

このうち、システム統合は、国や県など地理上の区分における、戦略的な計画・資金管理・購買システム・プログラムの有効性・サービスのカバー率などの活動を統合することである。

組織的統合とは、急性期・リハビリテーション・地域ケア・一次的医療・サービス提供事業所（者）などの活動を調整、管理することである。

臨床的統合は、看護・介助者が高齢者に提供する、直接的な支援やケアに関わることとされる。

これまでの先行研究で、前述したひとつのレベルでも統合が不十分だと、他のレベル全体が行き詰ってしまうこと[2627]が指摘されている。これは別の言い方をすれば、システムによるサービス範囲の決定、利用しやすさ・有資格の条件・資金調達機能・望まれ

25　当時、認知症高齢者の生きがいと、心身機能の向上のために、この「認知症高齢者への散歩の付き添いや見守り」サービスは、現場として（住民として）は、大切なサービスとして認識されていたが、武蔵野市（(武蔵野市以外の市町村も）の介護保険サービスでは、認知症高齢者に対する、散歩支援が介護保険給付の対象外として、都道府県から指導を受けていた。

26 Banks, P. 2004. *Policy Framework for Integrated Care for Older People*. London: King's Fund. London. Available at www.kingsfund.org.uk.

27 Kodner, D., and C. Kyriacou. 2000. "Fully Integrated Care for Frail Elderly: Two American Models." *International Journal of Integrated Care* Vol. 1 (October-December). Available at www.ijic.org/.

ている質などが、組織同士の協力の度合いに影響を与えていることを示している。

今後、地域包括ケアシステムの構築にあたっては、保健・医療セクターと福祉セクターの統合が重要となるが、これを管理する市町村行政の縦割り構造も問題がある。同様に、これを管轄する、保健・医療セクターと福祉セクターの統合も求められるわけだが、相当に難しいことであることはよく知られていることである。

いずれにしても、医療と介護の連携が求められる認知症ケア施策の立案にあたっては、前述のような統合理論を意識したプロセス化が必要である。

表７－１　認知症ケア施策立案プロセスのパートとプロセスの段階の対応

パート	プロセスのレベル
Ⅰ．認知症高齢者の状況把握のためのスタートアップ資料の作成	臨床的統合のプロセス
Ⅱ．サービス導入に向けた課題分析・プロジェクトチームの設置	役所内の組織的統合のプロセス
Ⅲ．政策立案・予算要求	役所内外の組織的統合のプロセス
Ⅳ．政策実行・政策の改善	サービス提供のための事業者間のシステム統合のプロセス

最も大きな問題となる行政の縦割り構造を打破する組織横断的なチームの組織化については、Ⅱのパートに示した。

具体的には、データ分析によって、作成した資料を活用した課題分析から、実際に施策を立案するために必要な組織作りの手順についてプロセス化を行った。

Ⅲは、政策立案・予算要求のプロセスを示している。施策を立案するにあたっては、予算要求のプロセスは重要であり、また市町村の財政状況によっては、どのように財源を確保するかによって、今回のプロセスの内容も変わってくることは予想される。

Ⅳのパートでは、政策実行・政策の改善について示している。これは、施策の実行から定期的なモニタリングや改善といったプロセスを示されている。また、プロセスを通して構築されるべき自治体のガバナンスについては、今年度の本研究事業の研究会において、地域包括ケアシステムの構築を考える際に参考とした、ヘルスケアシステムの統合の成功するための 10 の原則をシステマティックレビューより導き出した Suter(2007)の成果を参考とした。

今回のプロセスは、この Suter 10 の原則のうちの統合的なヘルスケアシステムに求められるガバナンスストラクチャを構築するためのプロセスとも説明できる。

これまでの先行研究で示されてきたガバナンスストラクチャとは、以下の表のような内容である。今回、示したプロセスを通して、施策立案を行う市町村行政機関は、このようなガバナンスストラクチャを有することが求められている。

４　おわりに

今回、保険者に必要と想定された、認知症支援を施策化していくためのプロセスは、保険者によっては、適用不可能な過程が含まれており、万全のガイドラインとはいえない。

したがって、これを完成させる道筋としては、ガイドラインに沿って展開された施策立案の事例を収集することによって、より具体的な施策立案マニュアルが作成されることを期待している。

なぜなら、他章に記述されているように、平成 23 年 7 月の改正介護保険法において、自治体の保険者を強化する改定がいくつか導入されているからである。これは、介護保険制度開始から、12 年が経過し、第 5 期介護保険事業が始まる中で、介護保険料の全国平均は 5000 円を超えた。

こういった状況下で、当該自治体の介護保険給付費用の分析、管理する能力と同時に、地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築は、保険者がもっとも重点的に行うべき責務となってきている。今回、示したプロセスでは、自治体職員が有すべき保険者機能を実行するにあたって求められる具体的な行動が示されている。

したがって、地域包括ケアシステムにおける認知症施策を立案するにあたっては、施策立案にあたってのガイドラインとして自治体職員が活用することが期待される。

表７－２　システムティックレビューで示される成功するヘルスケアシステムに求められるガバナンスストラクチャの内容

○地域や医師の代表なども含む強力な運営体制；そのメンバーは計画や作業のインプットを行う。
○自立的な非営利な協力的組織は、政府から独立し、そのメンバー・提供者・政府に説明責任を持つ。
○システムレベルの戦略的な計画と意思決定。これは医療サービスの分配と資金の両方の面の基軸となる。
○従事さの能力や技能をより多く利用するために、よりフラットでより反応の早い組織構造。
○物質的節約や利益の調整などの機能のみ中央集中させる。
○対象となる人々の健康状態への責任を持つ。
○戦略的連携、ネットワークやその他の方法での協力体制；契約に基づく関係；外部の関係者や政府、大衆との連携。
○調整を促進させる組織的構造；リーダーシップとマネジメントの統合；あらゆる場やレベルのケアを管理する唯一のケアマネジメント体制；明確なコミュニケーションプロセス。
○サービスのコストと質についてのケア提供者の注意力を喚起するために、管理体制と資金的支援を導入する；全てパフォーマンスを由来で行う。

Ⅰ．認知症高齢者の状況把握のためのスタートアップ資料の作成（臨床的統合のプロセス）

Ⅰ－1．市役所職員の問題の把握・共有

Ⅰ－2．　問題を把握するために必要なデータの確認

Ⅰ－3．　データを作成するために必要な人材の確認

Ⅰ－4．データの収集・分析

「別紙：認知症高齢者推計等の基礎データの作成」を参考。

Ⅱ．サービス導入に向けた課題分析・プロジェクトチームの設置（役所内の組織的統合のプロセス）

Ⅱ－1.認知症高齢者の見守りサービスの現状把握、分析

①認知症高齢者の見守りサービスは、どのくらいの方が利用しているか
（高齢介護課内で話し合い、高齢介護課内のデータで分析）

②認知症高齢者の見守りサービスを実施している、事業者、担当ケアマネジャーあるいは地域包括支援センターの担当者に、現状を聞いてみる。
（このサービスが、もしなくなったら、どのような状態になるのか）

③このサービスが、なぜ、介護保険の対象とならないのか分析。
（東京都に確認。法令根拠を確認。）

④新しいサービスを創った場合は、何人くらいの認知症高齢者が利用するか分析

Ⅱ－2.認知症見守りサービスを創ろうという意思決定（課内の意思決定）

①現状分析をふまえて、このサービスは必要不可欠であるという課内の意思決定

②このサービスを実施していく上で、担当係、担当者を決定

③本来なら、ここで所属長（課長）に説明したうえで、課の意思決定

④新しいサービスを展開していく上で、新サービスは、どの形態とするか意思決定

なお、サービス形態の種類としては、
・市単独サービスとする。
・介護保険の横出しサービスとする。
・ＮＰＯ法人等が展開していく民間サービスとする。
等が想定されることから、それぞれのメリット、デメリットについての資料をつくることが必要であろう。

Ⅲ．政策立案・予算要求（役所内外の垂直的・水平的統合のプロセス）

Ⅲ－1. 役所内での意思決定
①福祉部の総括課に説明し、意思決定
②福祉部長に説明し、意思決定
③財政課に説明し、意思決定（財源問題、予算案の作成）
④法令担当課に説明し、意思決定（市としての要綱案の作成）
⑤副市長に説明
⑥市長に説明
⑦新規要綱の場合は、市長まで決裁をとる（ここが、はじめて市としての意思決定となる）

Ⅲ－2. 市内の関係機関との調整　（場合によっては、（３）と同時進行）
①このサービスを実施する事業者をさがす。
（直接、事業所を訪問する。介護保険サービス事業者協議会と調整する。ケアマネジャーの意見を聞く。地域包括支援センターの意見を聞く等）
②このサービスを実施できる事業者を見つける（単独あるいは複数）
③新サービスの委託事業者の公募
（あるいは、単独指定による委託）
④新サービスの委託事業者の決定
（公募事業者選定委員会による決定、あるいは市内部での決定）
⑤事業者と委託契約の締結
（委託事業者と一緒に事業開始準備）

Ⅲ－3．議会の承認または報告

① 条例の場合、あるいは予算の場合は、原則として議会承認（議決）の手続き（厚生委員会の委員長、副委員長に対する事前説明。議長、副議長への事前説明、厚生委員会への説明、決定、本会議への説明、決定）

②議決が必要でない場合でも、議会報告

（厚生委員会への報告）

Ⅳ．政策実行・政策の改善（サービス提供のための事業者間のシステム統合のプロセス）

Ⅳ－1．新サービス開始までの準備

①介護保険運営協議会での説明、報告

②医師会、歯科医師会への説明

③地域包括支援センターへの説明

④介護支援専門員連絡協議会への説明

（介護支援専門員から、対象となる世帯への説明を依頼）

⑤介護保険サービス事業者協議会への説明

⑥民生委員協議会等で説明

⑦市の広報、ホームページ等で説明

Ⅳ－2．新サービスの開始

Ⅳ－3．新サービス開始後、そのサービスの内容を検証する

①実際にサービス提供の現場に行って、本人、家族から現状把握

②新サービスの実施事業者、担当ケアマネジャーに直接聞き、現状分析

③課内で検討

④場合によっては検証（検討委員会）を立ち上げ、運営

Ⅳ－4．サービスの改善

①必要に応じてサービス内容を検証する。

②必要な予算措置を行う。

③必要に応じてサービスの改善を行う。

別紙：認知症高齢者推計等の基礎データの作成

１　分析には以下の条件を満たすデータを用いる

a. 65 歳以上

b. 要介護認定を受けている

c. 住所地特例者を含む

d. 転入継続を除く

※認定調査時の認知症高齢者日常生活自立度が入っているデータを使用するため、要介護認定の転入継続をした場合のデータ（認知症高齢者日常生活自立度がない）は含まれない。

２　分析に用いる基礎データの抽出方法について（全表・グラフに共通）

65 歳以上で要介護認定を受けている方の認知症高齢者日常生活自立度の入った基礎データを用意する。

①介護保険システム等から要介護認定データを抽出する（エクセル形式)。

※以下、富士通の介護保険システムを使用した場合を例に説明。

定義体は別途 F-SOL から入手。

完成した基礎データ（エクセル）の項目については、<3>を参照。

・レポートライタ（ソフトウェア）を開く

※レポートライタのイメージについて<4>を参照。

・定義体のファイルを開く（ファイル名「要介護認定のある人（認知症高齢者日常生活自立度つき）.DP2」）

・検索

認定有効開始日を「20110630」へ

認定有効終了日を「20110630」へ

要介護認定廃止日を「20110630」へ

OK

※死亡した方についても認定有効期間を持っていればリストに出てくる。

・処理実行

・テキストに出力。「見出し出力」にチェック。ファイル名を付けて CSV で保存。エクセルで保存。

②認定の取消しをした方や死亡した方の重複レコードを削除し、65 歳以上で要介護認定を受けている方のデータ（認知症高齢者日常生活自立度入り）を完成させる（基礎データ)。

・被保険者番号順で並び替えて重複レコードを削除する（認定取り消しをした方等)。

・オートフィルタで資格喪失者を削除する（資格喪失日）。
・第２号被保険者のレコードを削除する（生年月日）。
・上記１の条件を満たすレコードの基礎データができる。

③作成する表・グラフに応じて３__(1)～(4)へ

３　各表・グラフの作成方法について

(1)年齢別要介護認定者数、年齢別認知症高齢者日常生活自立度別人数・年齢別高齢者人口に占める認知症高齢者の割合の表・グラフ作成手順（表・グラフ編　A・B)

①２で抽出したデータは、対象者の一覧となっているため、年齢別分析をするにあたり対象者を定義体の基準日に合わせ５歳きざみでグループ分けする。

２で作成した基礎データに列挿入して年齢区分の列を作成する。オートフィルタをかけ、生年月日でソートし「65 歳～69 歳は１、70 歳～74 歳は２…」のように５歳きざみごとに番号を付す。

②５歳きざみの年齢別要介護認定者数をピボットテーブルでカウントする（単純集計)。ピボットテーブルを作成し、行のフィールドに年齢区分を指定し年齢区分ごとのデータの個数をカウントする。

③５歳きざみの年齢別認知症高齢者日常生活自立度別人数をピボットテーブルでカウントする（クロス集計)。ピボットテーブルを作成し、行のフィールドに年齢区分・列のフィールドとデータフィールドに認知症度を指定し痴呆度コード３（Ⅱa）以上（又は認知症度コード２（Ⅰ）以上）のデータの個数をカウントする。

※痴呆度コードについては、注<1>を参照。

④「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上/高齢者人口」を計算し、５歳きざみの年齢別高齢者人口に占める認知症高齢者の割合を算出する。

⑤５歳きざみの年齢別高齢者人口と年齢別高齢者人口に占める認知症高齢者の割合のグラフを作成する（グラフ B)。

(2)認知症高齢者の推移・将来予測グラフ（認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上）の作成手順（表・グラフ編　C)

①基準となる平成 23 年の認知症高齢者数の実績をカウントする。２で作成した基礎データにオートフィルタをかけ、認知症度でソートし認知症度コード 3(Ⅱa)以上の数をカウントする

(平成 21～22 年分は実績の数値を用いた)。

※痴呆度コードについては、注<1>を参照。

②平成 23 年の５歳きざみの年齢別の高齢者人口に占める認知症高齢者の割合（認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上/高齢者人口）を基に、平成 25 年～40 年の将来予測

数値を算出する（推計対象年齢において不変)。

※５歳きざみの年齢別の高齢者人口に占める認知症高齢者の割合の算出方法については、(1)を参照。

(3)認知症高齢者の生活場所グラフ作成の手順（表・グラフ編　D)

この分析におけるデータ抽出条件

２で抽出したデータに以下の２つの条件を追加。

e.認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ～M

f.認定調査時の生活場所（エクセルの項目「施設サービス区分(現在の状況)」）

①認知症高齢者日常生活自立度Ⅱａ以上のレコードを抽出するため、２で作成した基礎データの認知症度３（Ⅱa）より小さいレコードを削除する。

②施設サービス区分(現在の状況)を全選択してピボットテーブルを作成し、行のフィールドとデータフィールドに施設サービス区分(現在の状況)を指定しデータの個数をカウントする。

③個数データを使用して円グラフを作成する。

※施設サービス区分（現在の状況）コードについては、下記注<2>を参照。

(4)住所（日常生活圏域）別認知症高齢者数の把握について

・基礎データには住所が含まれるため、住所別にカウントすることで、地域別の認知症高齢者数を把握できる。

注)

<1> 「認知症高齢者生活自立度」コード
1.正常 2.Ⅰ 3.Ⅱa 4.Ⅱb 5.Ⅲa 6.Ⅲb 7.Ⅳ 8.M

<2> 「施設サービス区分（現在の状況)」コード
0.在宅 1.介護老人福祉施設 2.介護老人保健施設 3.療養型医療施設 4.認知症対応型共同　生活介護適用施設　5.特定施設入居者生活介護適用施設 6.医療機関（医療保険適用療養病床） 7.医療機関（療養病床以外） 8.欠番　9.その他

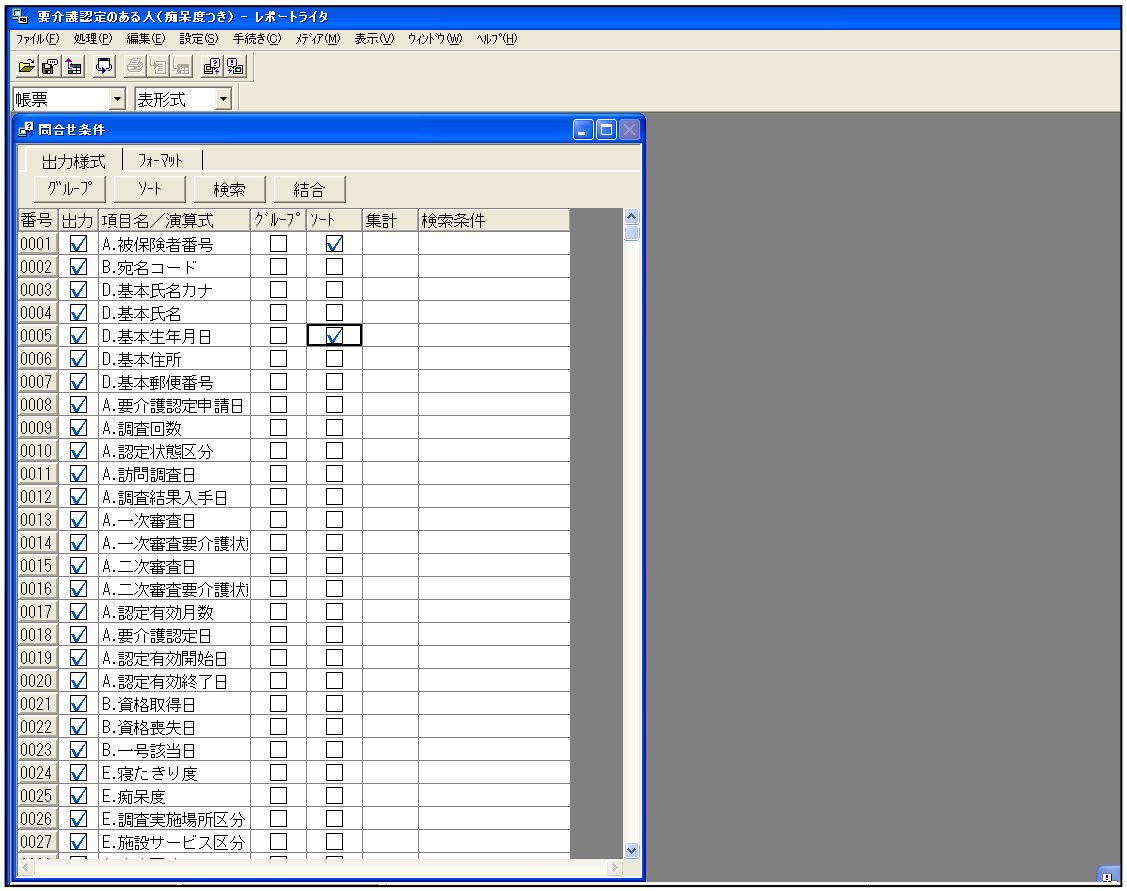
〈3〉基礎データ（エクセル）の項目について

ダブリ	被保険者番号	宛名コード	基本氏名カナ	基本氏名	年齢区分	基本生年月日	基本住所	基本郵便番号	要介護認定申請日	調査回数	認定状態区分	訪問調査日	調査結果入手日	一次審査日	一次審査要介護状態区分	二次審査日	二次審査要介護状態区分	認定有効月数	要介護認定日	認定有効開始日	認定有効終了日	資格取得日	資格喪失日	一号該当日	寝たきり度	痴呆度	調査実施場所区分	施設サービス区分（現在の状況）	疾病区分	傷病名	被保険者区分	認定状態区分

※ダブリ：認定取り消しをした方等重複レコードを削除するため列挿入して作成。

年齢区分：５歳きざみの要介護認定者数・認知症高齢者日常生活自立度別人数をピボットテーブルでカウントするために列挿入して作成。「65 歳～69 歳は１、70 歳～74 歳は２…」のように５歳きざみごとに番号を付す。

〈4〉レポートライタのイメージ（スクリーンショット）



表・図表編

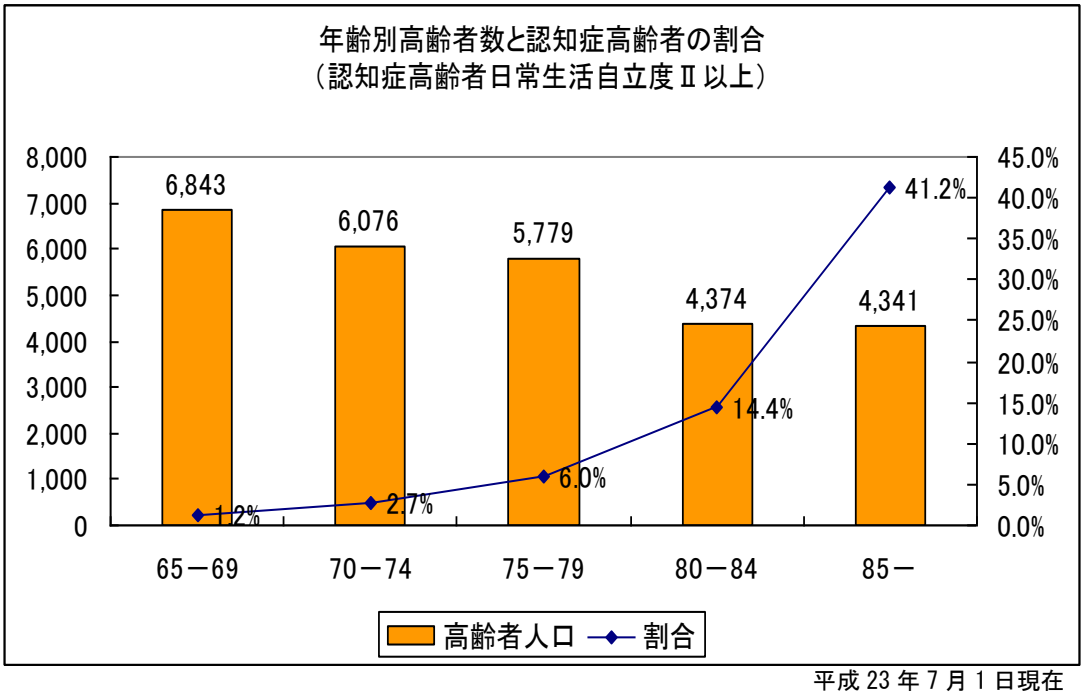
A.　年齢別要介護認定者数、年齢別認知症高齢者日常生活自立度別人数・年齢別高齢者人口に占める認知症高齢者の割合

年齢	人口	要介護認定者数	認知症高齢者の日常生活自立度			
			Ⅰ以上		Ⅱ以上	
			人数	割合	人数	割合
65-69	6,843	180	118	1.7%	80	1.2%
70-74	6,076	382	250	4.1%	162	2.7%
75-79	5,779	754	517	8.9%	344	6.0%
80-84	4,374	1,284	922	21.1%	632	14.4%
85-	4,341	2,763	2,364	54.5%	1,788	41.2%
合計	27,413	5,363	4,171	15.2%	3,006	11.0%

平成 23 年 7 月 1 日現在

⇒65 歳以上の 10 人に 1 人以上が認知症高齢者であることを示しています。

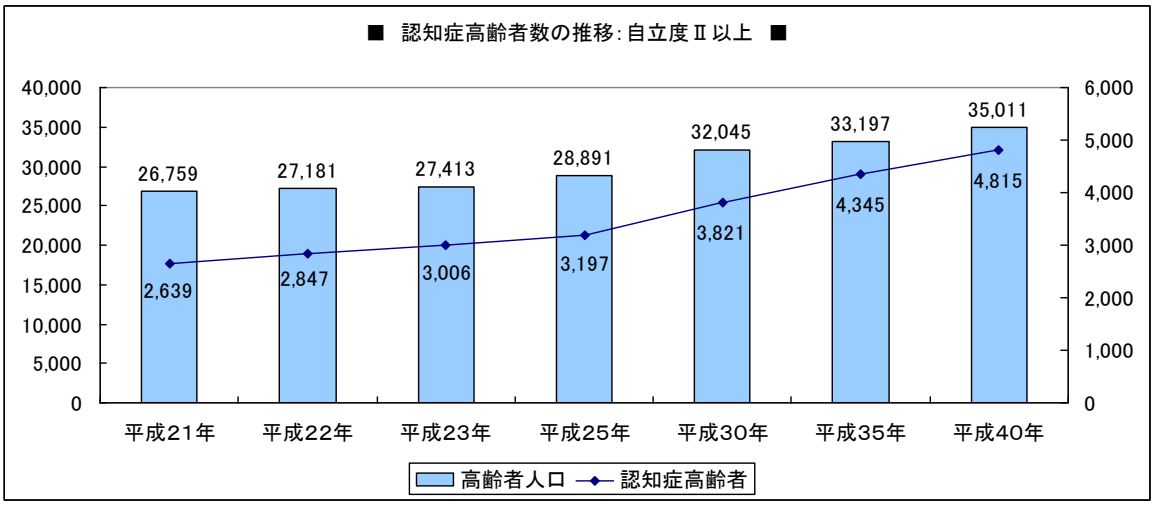
B.　年齢別高齢者数と認知症高齢者の割合（認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上）



平成 23 年 7 月 1 日現在

⇒年齢が上がるにつれ高齢者数は減りますが、認知症高齢者の割合は増加しています。

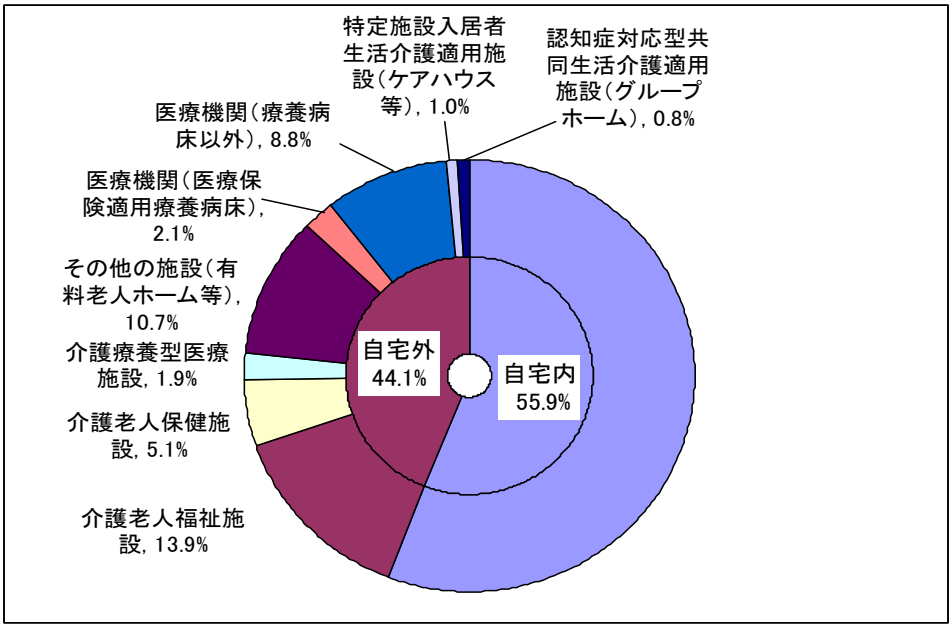
C.　認知症高齢者の推移・将来予測（認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上）平成 23 年基準



平成 21 年から平成 23 年までは、各年の実績。平成 25 年から平成 40 年までの推計は、平成 23 年の 5 歳きざみの年齢別の認知症出現率（認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上/高齢者人口）を用い、推計対象年齢において不変とした。

⇒平成 23 年の高齢者に占める割合を一定とした、認知症高齢者数の将来予測です。

D.　認知症高齢者の生活場所について



平成 23 年 7 月 1 日現在

⇒この分析結果からは、認知症高齢者が、今どこで生活しているのか分かります（彼らは、みなさんの身近に生活しているのです）。

第８章　自治体に対するヒアリング調査について

１　調査目的

平成 24 年度改正介護保険制度では、具備すべき保険者機能が示されており、「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組の推進に際しては、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の新たなサービス類型の創設等を盛り込んだ基盤整備が必要となる。

これは、「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が、平成 23 年 6 月 15 日に成立しており、同年 6 月 22 日に公布されている。同時に介護保険法とともに老人福祉法等の改正が行われ、平成 24 年 4 月 1 日（一部は公布日）から施行されることとなっている。

また、平成 21 年 12 月に閣議決定された地方分権改革推進計画を踏まえ、地方自治体の自主性を強化し、自由度の拡大を図るため、義務付け・枠付けの見直しと条例制定権の拡大等を目的とした「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」が、平成 23 年 4 月 28 日に可決成立、同年 5 月 2 日に公布された。この法律により、介護保険法及び老人福祉法の改正が行われ、平成 24 年 4 月 1 日から施行されることとされている。したがって、これらの法律改正に伴って、平成 24 年度改正介護保険制度では、保険者機能の強化が求められている。

これまでに実施した調査結果からは、地域包括ケアシステムの構築や、その整備に関する保険者の姿勢や取り組み状況に差があるということは明確であった。このため機能が弱い保険者は、今回の法律改正に伴い、その強化は早急に対応すべき課題となる。

そこで、本研究事業においては、第５章に示した、①法令に定められた保険者機能を過不足なく実施している保険者、②法令に定められた保険者機能を越えて、市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って地域ぐるみでシステムとして推進している保険者、③法令に定められた保険者機能を越えて、担当部署もしくは担当者が市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って努力しているが、未だ地域ぐるみでのシステムとして稼働しておらず苦悩している保険者、④法令に定められた保険者機能も実施していない保険者の４グループに類型化した。

例えば、上記④に類型化された保険者が、①や②へと保険者機能を強化していく際には、上記③に類型化した「法令に定められた保険者機能を越えて、担当部署もしくは担当者が市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って努力しているが、未だ地域全体のシステムとしては、稼働できず苦悩している自治体」が、今後、どのような取り

組みを行えば、地域ぐるみのシステムとして推進できるかが明らかになるような取り組みの示唆がヒアリング調査から明らかにできないかと考えた。

これは、換言するならば、「地域包括ケアを地域全体で推進しようとして努力しているけれども、そのやり方がわからない」と悩んでいる自治体に地域包括ケアを推進するための参考となる取り組みをヒアリングから明らかにできることを目指したということである。

さらに言うならば、上記②に類型化できる先進的な取り組みを実施している保険者が、より良い地域包括ケアシステムとするためには、どういう取り組みが必要なのかを検討できる資料を意図したということである。

第5章で、すでに22年度の調査結果から示された保険者スコアをもとに、調査結果を有していた保険者は、4グループに分けられている。この中から、もっとも保険者機能が高い①グループの保険者で最も得点が高かった自治体へのヒアリング調査を実施した。

具体的には、今年度の研究事業においては、これらの保険者機能が高い自治体に対して、地域包括ケアシステム構築のための保険者機能の強化のための方策や認知症施策の立案の状況あるいは医療と介護の連携、第5期介護保険事業計画策定の進捗状況等をヒアリングし、今後の当該自治体の方針や具体的な達成目標や課題を把握することを目的とした。

また、これらの保険者機能と関連が深かった人口規模を克服し、地域包括ケアシステムを構築するための方策を各保険者が検討するために、人口規模が小さく、地域が保持する資源が少ない状況である、いわゆる限界集落を対象とした、自助、互助を核とした住民の取り組みの実態についてヒアリング調査をした結果を示した。

表８－１　平成 24 年度改正介護保険制度において明示された保険者機能（再掲）

「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の成立により明示された保険者機能	
医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進	介護保険法（以下、「法」という。）第 5 条第 3 項
日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定	法第 117 条第 5 項
計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け	法第 117 条第 3 項第 5 号
保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施（介護予防・日常生活支援総合事業）を可能とする	法第 115 条の 45 第 2 項
地域包括支援センターの設置者は、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア等の関係者との連携に努めなければならない	法第 115 条の 46 第 5 項
市町村は、委託型の地域包括支援センター等に対して、包括的支援事業の実施に当たっての運営方針を明示する	法第 115 条の 47
市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進	老人福祉法第 32 条の 2 第 1 項
認知症に関する調査研究の推進等	法第 5 条の 2
地域密着型サービス等における市町村の独自報酬設定権の拡大	法第 42 条の 2 第 4 項、第 54 条の 2 第 4 項
指定居宅サービス事業者の指定に係る市町村長と都道府県知事の協議	法第 70 条第 7 項、第 8 項
他市町村に所在する地域密着型サービス事業所及び地域密着型介護予防サービス事業所の指定手続の簡素化	法第 78 条の 2 第 9 項～第 11 項、第 115 条の 12 第 7 項
定期巡回・随時対応型訪問介護看護等に係る公募指定	法第 78 条の 13
「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」の成立により明示された保険者機能	
指定居宅サービス事業者等について、指定等、報告命令、立入検査等の事務を都道府県から指定都市及び中核市に移譲すること等	
サービス事業者の法人格要件や地域密着型サービス等の入所定員に係る基準を条例に委任すること等	

２　調査内容

（１）調査項目

①　地域包括ケアシステム構築のための保険者機能の状況について

事前に保険者機能に関する今年度調査の回答を得て、その内容を基にヒアリングを行う。

②　地域包括ケアシステムにおける自治体独自施策立案の内容について

ヒアリング対象自治体の施策を明らかにするとともに、その施策立案までのプロセスや立案に至るまでの問題意識。

③　医療と介護の連携を促進する自治体主導の仕組みについて

地域包括ケアシステムのうち、とりわけ医療と介護の連携に焦点をあて、急性期から慢性期にかけての一貫的なケア提供のための退院支援、多職種協働を実現するケア会議の実施について、自治体が当該地域資源の状況を踏まえ、どのようにイニシアチブをとってきたか、現在の状況も含めての調査とした。

（２）調査フィールド

保険者機能が高かった①のグループ及び②のグループから、それぞれの自治体独自の施策として、認知症施策等がすでに実施され、医療と介護の連携に対しても自治体の関与があると回答していた自治体が抽出された。

ア．特徴的な保険者機能を有している自治体（A 市、C 市）
イ．特徴的な自治体独自の認知症施策を展開している自治体（D 市）
ウ．自治体主導ではないが、特徴的な取り組みを有している自治体（B 市）
エ．地域住民の主体的な取り組みがみられる自治体（鹿児島県肝付町）

（３）調査の期間

平成 23 年 12 月～平成 24 年 3 月

３　調査結果

（１）地域包括ケアシステム構築のための保険者機能の状況について

A 市、B 市、C 市はスコアが 60 以上であり、第５章で定義した最も保険者機能が高いグループ①「法令に定められた保険者機能を過不足なく実施している保険者」に位置づけられた。このうち、全体のスコアが 70 を超えていたのは、A 市のみであった。

一方、D 市と肝付町は、スコアが 60 未満でありグループ②法令に定められた保険者機能を越えて、市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って地域ぐるみでシステムとして推進している保険者に位置づけられた自治体であった。これらの２自治体は、共に、「事業計画・政策立案の状況」が 47.1 と低かったが、D 市　は「地域連携の仕組みづくり」が 67.6 であり、肝付町は、64.7 と示されており、A 市や B 市と同等の取り組みがなされている状況で、①に近い実践がされており、今後、①となる強い可能性がある自治体であった。

表８－２　調査対象地の保険者スコア

市区町村	保険者スコア					
	全体	カテゴリ別				
		「事業計画･政策立案の状況」	「地域連携の仕組みづくり」	「地域包括支援センター職員への支援」	「介護支援専門員」支援等	「高齢者虐待対応」等
A 市	72.5	63.5	67.6	68.7	64.7	60.7
B 市	66.3	55.3	58.9	57.6	64.7	60.7
C 市	64.3	63.5	50.2	68.7	53.4	60.7
D 市	58.0	47.1	67.6	46.6	47.7	60.7
肝付町	51.8	47.1	58.9	46.6	64.7	40.7

表８－３　ヒアリング調査対象地の概要（A 市～D 市）

自治体名	A 市	B 市	C 市	D 市
人口	135,987 人（H23.10）	123,446 人（H23.10）	80,746 人（H24.2）	340,014 人（H23.10）
高齢化率	20.3%（H23.10）	29.8%（H23.10 ）	14.2%（H23.10）	20.5%（H23.10 ）
財政力指数	1.65	0.53	1.28	0.87
地域特性	・東京都 23 区部と境界を接している隣接5市の内の一つである。人口密度は都内の市町村の中では 1 位、全国では 2 位である。	・県の自治体では 5 番目に人口が多く、保健所政令市の一つでもある。 ・昭和 30 年代半ば以降、減少が続き、高齢化率は 29.1％となっており、国や福岡県比較し、高齢化の進行は、10 年以上早い。	・都心部への交通の利便性が優れているため、子育て世代を中心とした若年人口の流入が多く、高齢化率は全国的にみても低い。 ・面積がコンパクトで、生活の利便性に優れる市には、介護事業所や医療機関も比較的多い。	・平成 21 年4月に中核市に移行したことを受け、数次の合併により、多様な個性を持った地域の連合体としての性格を備えている。
高齢化・認定率の状況	市の人口はゆるやかに増加しており、高齢化率も年々増加している。平成 22 年2月には 20%を超えた。都内の保険者と比較をして、後期高齢化率が高く、65 歳以上に占める後期高齢者の割合が 52.3%、85 歳以上が 15.4%となっている。 ・認定率は、19.4％で今後もこの数値は横ばいと推計されている。	・近年、市の高齢者人口はほぼ横ばいになっているのに対し、要介護認定者数・認定率はともに増加している。認定率の増加は、後期高齢者、特に 85 歳以上の高齢者の増加という人口分布そのものに原因がある。 ・認定率は、平成 21 年から平成 23 年にかけて急激に増加しているが、今後は 20%台で横ばい。	・高齢化率は 14.5%と、既に 20%を超えている全国の数値と比較するとかなり低くなっているが、上昇傾向が続いている。 ・認定率は、国に先駆けて介護予防事業を開始した平成 15 年以降ほぼ 11%台で横ばいとなってたが、平成 19 年以降は顕著に低下し、ここ4年間はほぼ 10%で推移している。	・高齢化率は平成 18 年度の 17.9％から、平成 23 年度には 20.5％へと上昇している。今後も高齢化は進行し、平成 26 年には 23.6%、平成 29 年には 25.3%に達するものと見込まれている。 ・認定率は 18.2%（平成 23 年 4 月）、認定率はほぼ横ばいで推移するものの、認定者数は着実に増加する見込となっている。
包括 C の設置	直営1センター＋ブランチ 6 か所	直営1センター＋委託 3 センター	直営 3 センター	直営 7 センター

（２）自治体独自施策立案の内容（認知症関連も含む）

地域包括ケアシステムの構築に際して、他の自治体が参考とできるような自治体で独自の施策立案の内容についての検討がされた。

Ａ市では、生活支援ヘルパー派遣事業、生活支援ショートステイ（日常生活支援事業)、食事サービス（日常生活支援事業)、在宅高齢者訪問歯科検診事業、家具転倒防止金具等取付事業、はいかい高齢者探索サービス事業、認知症見守り支援事業、緊急通報システム事業、火災安全システム事業、福祉電話設置事業といった多様な施策が実施されていた。

また身体介護やショートステイなど、介護保険外の介護サービスが充実しており、この他にも認知症見守りや徘徊高齢者探索といった認知症対策の事業も充実していた。

Ｂ市では、地域認知症ケアコミュニティ推進事業（①認知症コーディネーター養成研修、②認知症早期発見・相談事業、③認知症介護実践者の人材育成、④認知症の理解普及啓発事業)、認知症支援体制構築事業、徘徊 SOS ネットワーク構築事業、緊急通報システムが示されていた。

この自治体は、認知症に関連する施策が多いことが特徴で、とりわけ地域認知症ケアコミュニティ推進事業が他自治体にはない特徴的な内容であった。

Ｃ市では、食の自立栄養改善サービス助成事業、高齢者紙おむつ等購入助成事業、高齢者地域送迎サービス助成事業、介護予防ヘルプサービス費助成事業が示された。介護予防に関連するヘルプや介護予防に関わる栄養改善といった内容が介護予防に力を入れる当該自治体に特徴的な内容が示された。

Ｄ市では、寝具丸洗いサービス事業、日常生活用具給付事業、小規模住宅改造助成事業といった事業があげられた。

（３）医療と介護の連携を促進する仕組みづくりについて

地域圏域に存在する医療機関とどのように連携を行っているかについて、Ａ市において展開されていた取り組みは、脳卒中や大腿部骨折等の診療報酬で定められている地域連携パスの整備があげられ、これを用いた支援が展開されていた。

Ｂ市の場合、国の「地域介護・福祉空間整備交付金」を財源に、市が補助金を交付することによって、市内に 36 か所（平成 21 年度末）の地域交流拠点が整備されており、ここを運営する事業者によって、住民の相互交流が行われていた。

また、地域認知症ケアコミュニティ推進事業によって、認知症コーディネーターの養成、認知症介護実践者の育成、認知症の理解普及啓発といったことが行われていたが、医療と介護の連携は、これらの施策が認知症高齢者の医療機関への受診にどのようにつながっているのか、あるいは地域ケア会議等のフォーマルな多職種連携の場にどのような効果をもたらしているかについては明らかにしておらず、今後の課題であるとの回答を得た。

一方、Ｃ市においては、行政主導の地域ケア会議による情報共有や医療機関への受診干渉や予防的加入といったことが実施されていることが示された。これまでは、介護予防や ADL の回復といった予防的介入が強調されていたが、第 5 期介護保険事業計画においては、

地域ケア会議による多職種連携によるケアマネジメントにおいて、とくに認知症ケアを意識して取り組みを進めていくとの回答が担当者より得られた。

すでに、市で独自に実施しているニーズ調査結果から認知症が伺われるケースについては、地域ケア会議において医療機関への受診の進めるなどの取り組みが行われており、今後この機能の強化を想定しているということであった。

D市については、行政主導ではないが、地区社協を中心とした住民組織ネットワーク（地域ケア会議）が連携のための情報共有のハブとなっていた。しかしながら、地域の住民活動である地区社協を基盤としているため、その活動に地域格差があること、そして高齢化による担い手不足等によって、行政機関によるこうした機能を代替するシステム化が今後の課題であることが明らかにされた。

（4）住民主体の地域包括ケアシステム成立要件（鹿児島県肝付町の事例から）

―互助機能を核とした地域包括ケアシステムの成立の過程－

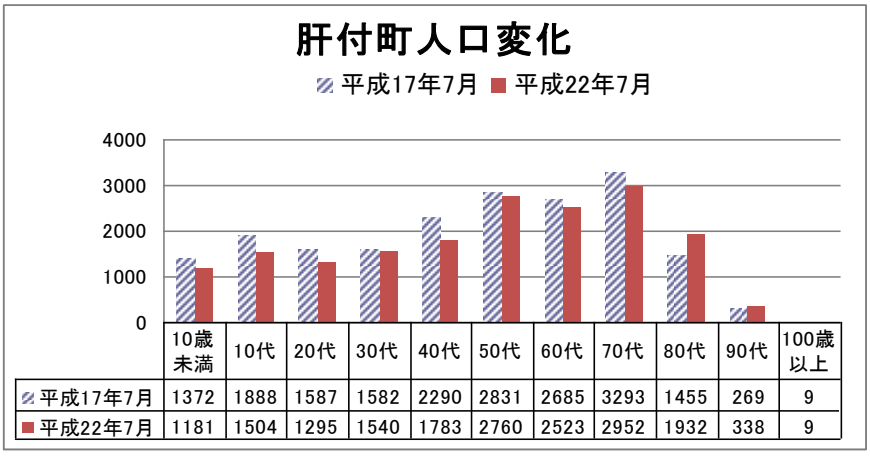
1）はじめに

これからの高齢者の介護を考える上では、自助、互助、共助ないしは、公助が有機的に連携することが重要となってくる。これまでも「行政に頼らない感動の地域作り」を実践する鹿屋市の通称「やねだん地区」の取り組みなど、先進的なケースは存在するものの、いずれの自治体でも、少子高齢化と財政難という状況の中で、いかに地域住民の意識を高め、自助・互助を促進し、そこにいかに効率的に公助を提供できるのかという課題を抱えているように見受けられる。

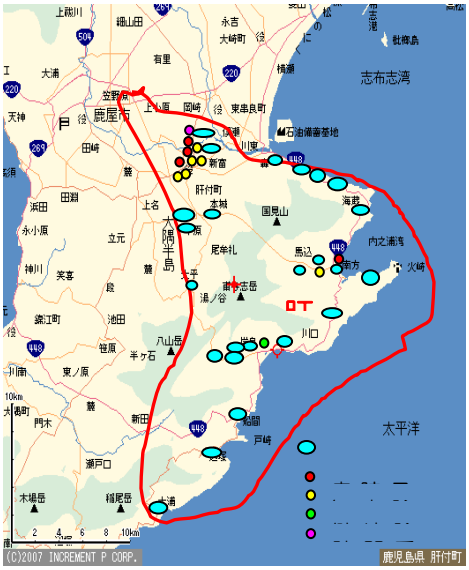
ここでは、鹿児島県肝付町のヒアリング調査で、町内に存在する 2 つのいわゆる限界集落と呼ばれる地域と町の中心部での取り組みを取り上げながら、これらの問題について検討した。

2）肝付町

肝付町は大隅半島の東部に位置する。いわゆる「平成の大合併」で旧高山町と JAXA の存在する旧内之浦町が合併して発足した自治体である。面積は 300 平方キロ以上と広大だが、その面積の 80%を林野地帯が占めており、町の中央に位置する国見山が高山地区と内之浦地区を隔てている。人口は約 1 万 8 千人、うち 65 歳以上人口は 36%をしめる。町内にある 132 の集落のうち 22 集落が限界集落である。



	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代	100歳以上
平成17年7月	1372	1888	1587	1582	2290	2831	2685	3293	1455	269	9
平成22年7月	1181	1504	1295	1540	1783	2760	2523	2952	1932	338	9



3) 自助・互助を支える共助・公助–大浦集落

① 大浦集落 – 限界集落

大浦集落は肝付町の南東部、太平洋に面した傾斜地に位置する集落である。現在 23 世帯 27 人が住んでいる。平均年齢は 73 歳と老年人口 65 歳以上人口がほぼ 100%の集落である。この集落は、かつては林業と農業を主要産業としてきた。

中でも石の多い傾斜地を切り開いて作られた棚田は有名である。しかしながら林業はほぼその役割を終え、有名な棚田は、いまだ耕作されてはいるものの、かつての規模を維持するだけの人的資源を欠いている。この集落に関して最も特徴的なことは、地理的そして社会的に孤立している点にあるだろう。そして、まさにその様な状態が歴史的に続いてきたことが、この集落の人々に非常に強い自助、互助の精神を培ってきたのだ。

② 地理的な孤立

大浦集落が、その他の集落からどのくらい孤立しているのかを具体的にイメージするためにいくつかのデータと逸話を記してみたい。

この集落には平家落人が住み着いたのが始まりであるという伝説が残っており、第 2 次

世界大戦中には、空からも見つかりにくいということで海軍の通信基地が置かれていた。内之浦地区の中心地からは約 40 キロ、肝付町の中心からは約 50 キロ、車で 1 時間 40 分ほどのところにある。内之浦からだと、JAXA 内之浦宇宙観測所の前を通る広い国道 448 号線を通り、そこからかつての林道を何とか舗装した細く曲がりくねった山道を 10 キロ近く通りぬけ、山を二つ越えてようやく海沿いの傾斜地にたどり着く。一番近い近隣集落までは車で 40 分かかる。カーブの多い山道は気象条件によっては通行不能となり、集落が孤立する危険がある。海沿いではあるが港はない。かつて林業が盛んであった時は、山から切り出した杉を筏状に組んで沖まで運び、停泊している船に積み込んだと言われている。

③ 重要な社会的施設の欠落と外部依存 － 医療、商業、宗教

このような地理的孤立に加えて、この集落には医療、宗教、商業という重要な社会的施設が欠落し、それらの社会的機能は、地理的に離れた集落外に依存している。学校は早くから存在していたが（1904 年開校、1990 年休校、2011 年 9 月廃校)、医療施設が存在した記録はない。神社は存在するが、仏教寺院がない。

したがって住民は昔から全てが岸良集落にある寺院の檀家になっている。このことはこの集落だけで葬儀をまかなえないことを意味する。また集落内に商店が存在しない。日用の食料は自給自足、ないしは集落内での交換、それで補えないものを定期的に集落外に買い出しに出る。

医療に関していえば、町立病院まで 1 時間半、週 2 回開所する僻地診療所にもバスで 1 時間かかる。道路が整備され自動車が普及する以前は、急病人やけが人が出た場合、何人かで担いだり、戸板を担架代わりにして山越えをして運んだという。現在でも救急車を要請した際には、集落から車で患者を搬送し、途中で救急車と落ち合い患者を引き渡すということが行われている。(鹿児島県はドクターヘリを配備しているが、この集落には今のところヘリが発着可能な場所が確保できていない。）日常的な医薬品は、かつてはいわゆる富山の置き薬が頼りであった。出産は集落にいた数人の産婆、あるいは経験のある人がこどもを取り上げた。聞き取りをした一人、80 代後半の H さんは 3 人のこどもを全て集落で産んだ。集落内の「産婆のおばさん」が 3 人とも取り上げてくれた。また妊娠の届け出と検診には、山を越えて岸良集落にある役場支所まで約 25 キロ以上を徒歩 5 時間をかけて山越えをし、岸良で届を出し、検診を受け一泊してから翌日大浦に戻ったという話をしてくれた。それはかつての大浦の人たちにとってごく当たり前のことだった。

④「必然」としての自助・互助

そういった形で、自分でできることは自分でやるし、必要に応じてお互いが助け合うと言うことが歴史的に日常の出来事として成立してきた。自助努力で自分たちの健康を維持するというのはおそらくごく当たり前のことであっただろう。

【意識的自助としての健康維持　－　高い健康意識】

ごく日常的に医療機関へのアクセスが不自由な場合、いかにして自分たちの健康を維持するかという意識が高まると考えられる。この集落でもいくつかの点について、特徴的な傾向を見いだすことができる。まず、大浦地区は、肝付町の集落の中でも町の特定健康診査の受診率が飛び抜けて高い集落の一つである。また保健師たちからの聞き取りによれば、この集落の住民は保健指導を非常に熱心に聞き、それを実生活で実際に実践するとのことだった。

次のような興味深い逸話が残っている。昭和 30 年代に健康指導に入った旧内之浦町の保健師が、集落の住民にカルシウムが不足しているということを指摘し、それを補うために脱脂粉乳を摂取するように住民に指導したところ、住民は積極的にそれを取り入れ、20 年後の昭和 50 年代に再び縁あってその保健師が大浦地区を訪ねたところ、あのときの健康指導に従って今でも欠かさず牛乳を飲んでいるという話をする住民が多数いて感動したという。さらに、今回の聞き取りで明らかになったのは、何らかのサプリメント（カルシウム、コンドロイチン、にんにく卵黄など）を摂取している高齢者が多いという事実だ。しかも、他人から勧められたのではなく、自分から、新聞やテレビの番組や宣伝広告を見て購入している。さらに実際に飲んでみて効くという実感のないものをやめて他のものにしたり、自分の家計予算を考えた上で、取るべきサプリメントを取捨選択したりしているということだ。

むろん情報化が進んだ今日、高齢者がこのように主体的に健康に関する消費行動をとることは珍しくないかもしれないが、80 歳を過ぎた独居老人たちが、このような意識的選択をしていることは一つ注目に値すると思われる。

【無意識的自助としての農作業】

集落内の住民と話してまず驚くことは、住民がおおむね健康であり、活動的であるという事実だ。むろん高血圧など、高齢者によくある持病を抱え、定期的に通院し投薬を受けてはいるが、年齢に比較して足腰が丈夫であり、身軽であるという印象を受ける。これは、ほぼ全員が毎日、いまだに畑に出ては小規模な農業を営んでいるという事実と無関係ではなかろう。

我々が集落を訪問した日は雨天であったが、一緒に集落を訪問した保健師や地域包括支援センターの職員は「今日であれば、集落の住民全員と話しをすることができる」とのことだったが、実際その通りであった。「晴れていれば全員畑に出ているので、雨が降ってよかった」と、聞き取りをした住民が口をそろえた。高齢の住民の作る畑はそれほど大規模ではない。しかし、畑作は作付けに計画性が求められ、草取りや水やりなど日ごとの管理が必要なだけでなく、近年増えているイノシシや猿との戦いは熾烈を極めており、それぞれに体力と、知的な工夫が必要となる。また時間を決めて畑に出るということが、生活に規則性とメリハリを持たせている。むろん住民は自分たちの健康のために畑作をしているのではない。畑作をするのは、それが彼らの日常であり、かつ生活の糧であるからだ。しかし、このことが彼らの健康を支えていることは事実だろう。

【孤立集落における必然としての互助】

地理的に孤立していることは、集落内での互助に必然的に頼らざるを得ない。医療機関が存在しないために、急患が出た時の対処や、出産の時に集落内の互助によって対処してきた歴史は前述した。農作業における相互援助は、他のあらゆる農業を基盤とした共同体同様にここでも行われてきた。また、日用品は車を持っている家庭が買い出しに出る時に一緒に頼むなどという相互のやりとりも行われている。

だが近年、集落の人口が減少し、高齢化が進むに従って、大浦集落における互助は、より意識的に行われるようになってきた。そこには、高齢化と高齢者の独居に集落としてどのように対応するかという問題と絡んでいる。

大浦集落には、これまで二人の核になる人が存在している。一人は振興会長（いわゆる町内会長）の S さん、60 代の男性である。集落では若手であろう。もう一人は N さん、70 代の女性である。振興会長の S さんは集落のまとめ役であり、行政（役場）や外部とのパイプ役を果たしている。また民生委員も兼ねている。

一方で N さんは、いわば集落の世話役とでもいうべき役割を果たしている。ことあるごとにいろいろな人に声をかけ、うちを訪問し、あるいは自宅をサロンとして開放し、そこに地域の人が集まってくる。高齢になると自分のことだけで精一杯になり、なかなか他人にまで気が回らなくなる。そんななかで、N さんは、いわば人と人をつなぐ働きをしてきた。(同じ肝付町限界集落である内之浦辺塚地区を訪問したが、そこでも同じような人物が存在した。）むろん N さんは、おそらく何か意識してその様な活動をしていたわけではなく、生来の世話好きから来る行動だったと思われるが、外部から観察した時に、そのような N さんの存在が高齢化の極度に進んだ集落にとって、重要な役割を果たしてきたことは明らかである。このインフォーマルな安否確認と情報の収集という互助行為が地域包括支援センターの保健師や、ケアマネジャーなどの活動とつながり、実は公助を機能的に働かせるための重要な鍵となっている。

⑤ 高齢化による自助・互助の限界　-　集落自体の限界

このような自助・互助の根付く地域にも高齢化による限界が押し寄せている。平均年齢が 70 歳を超え、さらに中核となっていた N さんが入院する。このことは振興会長の S さんの負担が増えることを意味する。さらに、新しい転入者はない。かつてきれいに刈りそろえられていた集落の入り口の草木は、現在ではかなり荒れた様子を見せている。端的に労働力がないのだ。現在の住民のほとんどが、近隣の鹿屋市などに別途家を建てているか、子どもたちがそこに住んでおり、万が一病気などの時はそちらへ移るしかないという思いを抱いている。しかし、今後の集落のあり方に不安を持ちつつも、できるならばこの地域に暮らしたいという思いは強い。

その様な状況の中で、住民にも行政にも見え始めたのは、この集落全体の限界という事実だ。

4）自助・互助を支える公助、そして拠点としての学校

大浦小・中学校は 1904 年開校され、集落の中核となる施設であったが、1990 年以来休校となっていた。N 保健師を中心とする肝付町の地域包括支援センターや社会福祉協議会

のチームは、それまでの大浦地区への関わりの中から、この学校を拠点として、より積極的に同地区へのサポートを展開できないかを模索していた。そこで、この校舎を拠点としたイベントを企画し、2009 年には教育委員会主催で小学生と高齢者の交流を目的としたグランドゴルフ大会が行われた。翌年には、社会福祉協議会と NPO の共催で「隣人祭り」という高齢者と中高生の交流会が企画された。隣人祭りでは中高生が焼きそばとカレーを作り、大浦の高齢者は各自料理一品を持ち寄る食事会や、スイカ割り、花火等のレクリエーションを通して中高生と高齢者が交流を図った。

① 地域支援の拠点としての大浦小・中学校

これらのイベントが大浦の住民にも、そして参加した子どもたちや親たちにも好評であったことを受け、更に本格的にこれらの活動を定期化できないかという模索が始まった。しかし、そのためには、水道やトイレ設備などを整備する必要があった。その際一つの障害となったことは、大浦小・中学校が休校中であったという事実である。休校中の校舎は勝手に手を入れることが難しい。地域住民との話し合いを重ねたすえ 2011 年に、この学校を正式に廃校することを決める。

これは何より最終的には集落住民の決断だったが、約 20 年間集落に就学児童が全くおらず、休校状態であったとはいえ、実際に、「この学校を廃校にするということはこの集落にとって非常に大きな決断であった」と S 振興会長は振り返っている。

つまり、この学校を廃校にするということは、将来的に子どもがこの集落に住む可能性をあきらめることであり（なぜなら、この集落から学校に通学することは物理的にほぼ不可能であるから)、ある意味で集落が自らの将来を閉じること、あるいは少しドラマティックに表現すれば、集落の終わりをうけいれることを意味しているからだ。この認識は住民だけでなく、支援する行政、特に地域包括支援センターのスタッフにも共有されていた。

ここに 2 つの問題が生じていた。ひとつは、集落内で唯一の社会的施設である学校を廃校にするという、ある意味で負の出来事と向き合う住民に、どのように寄り添いうるかという問題と、今後この廃校をどのように活用するか、いわば「死んでいた」建物をどう再生させるかという課題だ。

【地域センター、避難所】

廃校に伴い、まずは、校舎を災害時の避難所として充分に機能できるよう、水道とトイレを使用可能にし、さらに、高齢者が利用しやすいように、板張りの教室２つを畳敷きに変える工事が行われた。緊急時のために段ボールベッドも購入された。これまでも学校は緊急避難所に指定されてはいたものの、これといった設備がなく、万が一高齢者が避難してきたとしても横になる場所もないという状況であった。

これは校舎が教育委員会の管轄下にある休校時にはできない工事であった。さらに災害時に対応するよう、光通信によるインターネット通信網の整備と、衛星携帯電話が設置されている。災害時の避難所として実際に使用することができるようになったことを受けて、次のステップとして、避難所生活模擬訓練が計画されている。

例えば、災害時に、どのような経路で校舎まで避難するか、避難所生活をどのように行

ったらいいか、（発電機の使用方法、炊き出し、要介護者の介護の方法など）模擬訓練を実施することで、災害時における住民の自助・互助能力の向上を図るのが狙いである。

【廃校式　－　子どもたちによる記憶の再生、共有、語り継ぎ】

肝付町の社会福祉協議会では、毎年、サマーボランティアという催しを行っている。これは中高生が夏休みに施設や高齢者いきいきサロン・保育園などで様々なボランティア体験をするものだ。2011 年は廃校に伴い校舎で宿泊が可能になったことを受けて、サマーボランティアキャンプを行った。このキャンプでメインとなったのは、子どもたちと集落住民による祭り形式の「廃校式」である。まず子どもたちが取り組んだのは傾聴ボランティアである。参加した中高生は校舎内にたくさん残されていたアルバムなどの資料を持参して、分かれて高齢者を訪問し、学校の思い出を聞く活動を行った。高齢者からの傾聴は、単に昔の話を聞くだけではない。実際に高齢者が暮らしている生活の場に赴き、彼らの実際の暮らしぶりを見て取ることに他ならない。また、そこで語られる話は、単なる昔話ではなく、まさに目の前にしている彼らの『今』を形づくってきた具体的な過去なのだ。今までは、自分の祖父母を除いては「お年寄り」とひとくくりにまとめられていたものが、顔の見える、具体的な人物となる。取り組みを通して、集落の学校にまつわる歴史を自分たちの手で掘り起こして一つにまとめることで、中高生たちが自分たちの町の歴史を追体験する機会を得るのだ。

これら高齢者から聞き取った話は写真と一緒に DVD にまとめられ、全員で鑑賞したという。大浦小・中学校の校歌が再現され、参加者全員で歌ったり、子どもたちが集落の高齢者と一緒に町内で一番長い巻き寿司を作るイベントが行われたりした。

このような廃校式のイベントは、さらに踏み込んでいえば、集落住民と集落外の町民を巻き込んでの限界集落の「看取り」と言っても過言ではなかろう。何もしなければやがて自然と消滅していく集落は、現実に増えつつある。そしてその様な集落は人々から忘れられてゆく。

この取り組みは、そのような限界集落と行政、また他の町民たちが、どのように消えつつある集落と寄り添えるのか、消えていく集落の記憶を社会的記憶にまとめあげるという可能性を示す一つの実践といえるだろう。

【集落に人を呼び込む拠点】

前述したように、利用されている廃校は、現在は、ボランティアキャンプのように人々を呼び込む拠点として考えられている。

「人を呼び込む」とは、単に人々が集落に来るだけでなく、この集落維持の互助として人を呼び込むということ、あるいは集落の住民とのつながりが生じるということだ。

中高生のボランティアキャンプはその典型であろう。中高生以外にも町内の複数の福祉ボランティアグループがやって来て、レクリエーションなどを高齢者と一緒に楽しむサロン活動も行われている。

今後は、この廃校を利用して他地区の住民も含めたボランティア活動研修の実習の場として活用する企画が立てられている。これはボランティアとして登録している他の地区の

住民の現任研修を大浦で実施しようというものだ。ボランティアの人たちは地域のあり方を地域住民から学び、実際にボランティア活動を提供するという相互に得るものがある企画といえよう。

② 光通信網を利用した IP テレビ電話による支援

2012 年からは、さらに、テレビ電話が大浦を含む 2 つの限界集落に導入されている。いずれの地域も地域包括支援センターの本所から車で 1 時間半以上、サブセンターからも 1 時間以上かかり、相談に行くのもなかなか難しい。

また、前述したように地域内の互助も特定の人に負担が集中している。なかでも問題となったのは、昨年の 3.11 大震災の際である。津波の告知を必要としたものの、集落の自治会長が不在で、地域包括支援センターから 1 軒ずつ電話連絡を行ったが、状況確認ができず対応に苦慮した。そこでテレビ電話を設置し、地域包括支援センター及び担当地区サブセンターへの総合相談、定期的な見守り、要援護高齢者の介護予防活動及び地域内でのお互いの見守り、また防災等の緊急対応に役立てようと考えている。2012 年 2 月現在、機材の導入が終わり、各家庭を回って使い方の個別指導が行われた段階である。テレビ電話同士の通話が無料で、顔が見えることから、今回、ヒアリングに訪問した際には、大浦地区のほとんどの高齢者が、連絡には通常の電話ではなくテレビ電話を使っていると話していた。

振興会長の S さんによれば、これまでは個別に訪ねていた安否確認にテレビ電話を使うようになり、「テレビ電話が導入されて楽になった」と語っている。ただ、医療関係者との試用試験では、昼間は室内で電気をつけない高齢者も多く、その場合は、たとえば顔色まではチェックできないという課題も出てきている。

これは、毎朝、画面に安否確認の「おはようタッチ」が表示されるようになっており、起きたら、まずは、この画面表示を押すよう呼びかけている。「おはようタッチ」は、タッチスクリーンに表示され、ボタンにふれるとその旨が地域包括支援センターに通知され、端末の画面は元の通常画面に戻る。

ただ、この機能が住民にうまく伝わっておらず、何かの拍子で電話機にふれて受話器が上がったりした際、「おはようタッチ」は消えるがセンターには通知されないので、こうした点をどう改良するかが問題となっている。

また、テレビ電話は地域包括支援センターからの一斉放送機能がついており、これを活用して、健康維持のための呼びかけがなされている。現在は毎朝 10 時と午後 3 時の 2 回、安否確認と水分補給を促す声かけの放送、さらに簡単な健康体操を放送している。これには IT による生活のリズムづくりを促進したいという意図も含まれている。

さらに、2012 年 4 月から、このテレビ電話を使って薬を飲んだかどうかを確認する「内服確認」の導入を計画している。2 月に全戸で、薬剤の情報を開示してもらえるかどうかの同意書の取得と、どのような薬剤をどのような頻度で服用しているかについて聞き取り調査が行われた。

同意を得た個人の薬剤データは、地域包括支援センターで共有され、たとえば災害時に集落が孤立した際には、この薬剤データを元に、支援物資と一緒に薬剤を届けるというこ

とも計画に組み込まれている。2012 年 3 月にはこの薬剤データを元に、毎日昼頃をめどに、安否確認を兼ねて薬を飲んだかどうかを確認する声かけの試験が行われる。

5）自助・互助をそだてる公助

本稿では、大浦地区に焦点を当てながら、肝付町における自助・互助の限界をどのように共助・公助が支えているかについて論じてきたが、町内の他地区での取り組みも含めながら、今度は自助・互助を育てる公助のあり方について、いくつか考察したい。

地域包括支援センターのスタッフが折にふれて気づかされてきたことは、高齢化が進むにつれて、独居高齢者が増えてきているということや、比較的古い住宅地でも近所つきあいが難しくなってきているという事実である。そこにはこれまでの古い共同体の持つしがらみが障害となっている場合と、そのような古い共同体の中に入ってきた比較的新しい住民と古い住民とのつきあいが困難である場合の二つが存在する。

つまり、肝付町では、それほど人口規模が大きくないにもかかわらず、顔の見える関係性、先に述べた大浦地区で実践されているような互助が成立しにくいことがわかってきた。

また、大浦地区に見られるようにキーパーソンが少なくなってきていることも、互助を育む上での障害になっている。振興会長（町内会長）が民生委員をかけ持ちしているところも多く、現在では、その役にあたる人たちも高齢化し、次の世代がいない地域も多い。

そこで、いかにして互助の精神を育てていくのか、という課題がより切実になってくる。その際に重要なことは、地域を知ることと、顔の見える関係性を築くことである。

① 認知症徘徊模擬訓練　－　新富地区での取り組み

全国の多くの自治体がすでに実施しているが、肝付町も認知症への啓発活動の一環として、この訓練を実施している。認知症のモデル事業として、地域包括センターが始めたプログラムである。これは、認知症の患者役の高齢者と 4–5 人からなるグループが家庭や、事業所を訪れ、患者役はわざとつじつまの合わない受け答えをし、グループの人は周りがどのような反応を示すかを観察する。そして、ひと通り、やりとりが終わったところで感想の聞き取りをするという手順だ。

この取り組みの第 1 の目的は認知症について多くの人に知ってもらうことだ。100 人以上が参加する大規模な訓練で、グループは歩きながら認知症についてのパンスレットを配布し、声かけをする。

これの最大の効果は、実際に認知症患者が徘徊するとはどういうことなのかが、具体的なイメージとして、参加者そして模擬患者が立ち寄った場所の住民に植え付けられるということだ。

また、認知症患者とコミュニケーションをとることの難しさもわかるようになったと多くの参加者が答えている。しかし、よく見ると、その様な顕在的機能とは別に、いくつかの潜在的機能があることに気づかされる。

第 1 に、この訓練は、町内の人と出会い知り合う場であるということだ。2011 年 3 月の訓練には約 150 人が参加した。しかも小グループに分かれて、話しながら訓練に参加するので、訓練後にはお互いの顔がわかるような関係性が自然に構築できる。第 2 としては、

様々な世代が参加して交流する場になっていることだ。第 3 に、町内を『徘徊』することで、参加者が普段気づくことのない町内の様子を観察することができることがある。たとえば、昼間歩いている人がほとんどいない地域があるとか、留守宅が多い、あるいは在宅していても高齢者がほとんどである、などという気づきが示されている。

また、他地区からの参加者は、知らない地域を知るよい機会になることがアンケートからもうかがえるとのことがわかっている。そうすると、この訓練は認知症支援の問題だけではなく、実は防災訓練にもつながっていることが理解できる。

したがって、この訓練は認知症をキーワードにしつつも、地域について考えること、地域をよりよく知ってもらうことと、さらには町民間の、あるいはコミュニティ間のネットワークづくりを手助けする活動でもあることがわかる。

この取り組みが、何より興味深いのは、はじめから徘徊模擬訓練をこの地区で行うというふうに行政が計画を進めたのではないことだ。訓練の対象となった新富地区は肝付町の中でも一番広くかつ人口の多い地区である。古くからの住宅地であり、地縁・血縁の影響を大きく受けるために、認知症の患者を家族が隠し自分たちで何とかやっていこうとして、地域包括支援センター等に相談が来たときには、すでにかなり深刻な状況になっているケースが発生していた。

また、認知症患者の徘徊で消防団が捜索に出るという事態が毎年のように発生していた。そこでまず徘徊模擬訓練の計画を進める前に、新富地区について考える会合を持った。この会では、自治会長、民生委員、在宅福祉アドバイザー、ボランティア登録者といった地域福祉を担っている人たち 100 人程度が、7 つのグループに分かれて、地域の良さは何か、困っていることは何かなどについてグループワークを行った。

その結果として、地縁血縁が強い地域であるはずなのに、なかなか日常的に周りに声がかけられない、若い子ども世代が自治会活動に入ってくれない、あるいはもっと細かいことではゴミ出しのマナーが悪いなどという問題が浮かび上がってきた。そんな話し合いの中から、「お互いさま」の意識を持つことや見守りの重要性が地域の課題として共有された。

この検討の際には、大牟田の NPO から講師を招いて、徘徊模擬訓練という方法で認知症のことを学びつつ、地域で顔の見える関係性を作っていく取り組みについて話を聞くことができた。そうすると参加者の中から、自分たちの地域でも徘徊模擬訓練を実施してみたいという声が上がり始めたのだ。

さらに 2 年目になると、地域住民からは、行政（地域包括支援センター）だけなく、地域の社会福祉法人も取り込んでほしいという要望が出始めた。今後の課題は運営に当たって、いかにして住民のイニシアチブを引き出していけるかにあると担当職員たちは感じている。

当初のもくろみ通り、行政からのいわば上意下達ではなく、あくまで地域住民の意思としてこのプログラムを立ち上げることには成功している。しかし、地縁血縁の強い古い地域で（このことはつまり、非常に複雑な人間関係とパワーバランスが存在することを意味する）、このような地域全体に絡むプロジェクトを実行する場合、どのような形でリーダーシップ形成が可能なのかは難しい課題だ。そして、図らずもそれは、地域が抱えている問題として上げられていた事柄の根底にある問題に他ならない。

ただ、3年目を迎えたこのプロジェクトが確かに感じている手応えは、少なくともこのプロジェクトは自分たちのプロジェクトだと感じる参加者が増えているという事実が証明している。訓練に参加できなかった人たちが、自分たちのサロンに来て訓練の様子を話してほしいと社協の職員に要請するというケースも出ている。

また、聞き取りからは、この訓練の継続開催や自らの参加をごく当たり前のことだととらえる住民が確実に増えていることがわかった。

② おたがいさマップ

新富地区での徘徊模擬訓練は、地域住民にとってもまた行政にとっても、多くの人たちが町内の現状を知らないという現実をあぶり出すこととなった。そこで、今度は肝付町内の全132の振興会に地域包括支援センターの職員が出向き、地域のキーパーソン（振興会長、班長、民生委員）に集まってもらい自分たちの地域を見直してもらう機会を作ることにした。そのための活動が「おたがいさマップ」の作成だ。

この仕掛けの段階で明らかになるのは、第1に、この種の役職に就いている人が高齢化していること、第2に、民生委員に複数の振興会の掛け持ちが多いこと、そして第3に、隣保班の班長は任期が長くて1年、平均3ヶ月と、地域内のことに継続的に関わっていないこと。そして、隣保班自体が機能していない（たとえば回覧板が回せない）、従ってこうしたことから、第4に、振興会長と民生委員とに過大な負担がかかっているという事実であった。

さて、この「おたがいさマップ」の作成方法は、先ほど上げた地域のキーパーソンと地域包括支援センター、在宅介護支援センター、社協のスタッフで住民台帳地図の上に情報を書き込んでゆくという方法である。

たとえば、隣保班、回覧板が回っている家庭、要援護者台帳に記載されている人、その人のところによく訪ねてくる人、その人の家族を線で結んでいく。そうすると線がつながる人とつながらない人が見えてくる。つながらない人は、何かあった時に声かけがなされない人だという事実が可視化される。これらの情報はマップ作りに参加した人が一律に持っている情報ではない。

つまり、協働でマップを作るという作業を通して、いざというときに支援が必要な人間が可視化され、その事実が共有される。全振興会の協力が得られたわけではないが、126のマップができあがり、マップに記載された情報は社協のゼンリン地図上に入力され、災害時等にはケアマネジャーが把握している要介護者の位置情報（たとえば、自宅、ショートステイ等々）と合わせて、災害対策本部で活用される。

このマップづくりの副産物として、新たに明らかになったことは、要援護者の見守りをしたいものの、振興会長や民生委員はケアプランを見ることができないため、訪ねていった日にデイサービスに行っていたなどの問題があった。

そこで、振興会のキーパーソンにもケアプランを閲覧可能にしてほしいという要望が出た。これは、マップづくりをすることで地域住民が自分たちの活動に必要な情報として上げてきた要望である。そこで、同意を得ることのできた人に関しては、ケアプラン情報も合わせて提示することとした。これもまた、公助が互助を生み出す具体的な例のひとつといえるだろう。

③ SAT ボランティアクラブ（通称サタボラ）- 中高生による自発的ボランティア活動

中高生によるボランティアは、社会福祉協議会が行っている小・中学校での出張ボランティア講座、そして毎年夏に行われるサマーボランティアから発展したものである。サマーボランティアは、前述したように夏休みに施設や高齢者いきいきサロン・保育園、そして大浦地区での中・高校生の子どもたちによるキャンプをしながらの傾聴ボランティア調査などを体験する取り組みだ。2009 年 9 月のサマーボランティアに参加した子どもたちから、土曜日を利用してもっとボランティアしたいという声があがった。それがきっかけで誕生したのがＳＡＴ（土曜日）ボランティアクラブ（通称、サタボラ）だ。発足当時の参加者は、中学生 3 人高校生 5 名の 8 名。2012 年 2 月現在で小学生 2 名、中学生 2 名、高校生 14 名、大学生 2 名の合計 19 名となった。

大塚地区での取り組みはすでに記したが、サタボラはもう一つの限界集落である辺塚地区でも活動している。例えば、土曜日を利用して新年会やお楽しみ会として一緒に料理を作ったり、うたを歌ったりといった活動である。また、大浦地区と同様に、学校の休みを利用して集会所に寝泊まりし、高齢者と交流を持つ試みも行われている。いずれの活動も辺塚地区の方々の希望などを聞きながら、子どもたちが自主的に企画して取り組めるように、主催する社協が支援している。

2011 年 11 月には認知症を啓発する講演会の折に、自分たちで認知症問題を取り上げた劇を創作し、上演している。この会は若年性認知症の患者が自らの経験を語る講演会だったのだが、子どもたちが出演するために、まさに企画者たちが来てほしいと感じていた 30 代の父母がたくさん来場し、図らずも子どもたちの活動が大人をうまく巻き込むことになった。

また、このサタボラは、彼らを支援する保護者や地域包括支援センター、社協などの大人の応援団と共に「肝付フレンズ」という団体を組織しており、昨年 9 月には肝付町が支援している大船渡市介護老人福祉施設、障害児者通所施設などで支援活動を行っている。子どもたちがコミュニティとつながることで、さらにそのコミュニティがつながっている

別のコミュニティとのつながりに押し出されていくというつながりの連鎖が生まれている。

このサタボラの活動も、社協がきっかけづくりをしたものに、中高生たちが自発的に応える形で活動が始まっている点を注目したい。むろん現時点で社協のボランティアコーディネーターの巧みな支援によるところは大きいが、子どもたちが、世代間の交わりとつながりを通して、新しい働きの場を自分たちで見いだしていることの意義は大きい。

４　考察とまとめ

自治体主導の仕組みつくりとしては、保険者機能である「事業計画・政策立案の状況」に分類される介護保険サービスの給付管理が、システム構築の際の基本にあり、この整備のためには、ある程度自治体でデータの管理とこれを用いた長期ビジョンを政策に反映することが必要であることが示唆された。

これらの保険者機能が高いグループ①では、とくに介護保険サービスの給付管理を行政職員がしっかりと実施しており、この給付管理が基礎となって、地域包括ケアシステムの将来構想が示されていた。このように地域包括ケアシステムを整備していくためには、自治体がデータ管理と分析をすることが重要な業務となることが示された。

これは、将来的な長期ビジョンを政策に反映するためには、まずは自治体の現状把握のための給付データや、要介護認定データの分析が必須であるといえる。

医療と介護の連携については、これまでの地域ケア会議等の手法による多職種連携の仕組みづくりによる水平的統合の促進、あるいは地域連携パスの作成・活用等による急性期入院医療機関から回復期、そして慢性期における垂直的統合の促進の両側面からの統合を進めることによって、ケアの継続性の確保することが重要と考えられている。

今回のヒアリング調査からは、こうした統合を実施するためには、とりわけ医療分野の代表的な組織である医師会との調整が重要であるということが示されていた。しかし、医師の確保ができない地域では、地域医療を担う在宅医療拠点の整備をすることが条件となってくることが明らかになった。

一方で、都市部においては、地域連携パスの整備を実施する際に、二次医療圏において存在する多くの医療機関との調整が困難であり、これを実施する行政の能力が必要であることも指摘されていた。

また、地域ケア会議の目標として、とくに今後は、認知症に関しては、地域住民の受療行動を勧奨できるかが課題であることがわかった。これについては、すでに自治体が医療側と、受診受付までを調整する機能を持っている自治体もあることがわかったが、こういった地域の医療機関や医師会との連携を構築するためには、行政職員の能力を向上させることが必須であり、このための研修も計画すべきとの示唆を得た。

一方、多くの自治体が関心を持っている「自助・互助の意識が高い限界集落をどのようにして共助・公助がささえているのか」、また、自助・互助を育てる共助・公助の役割について、肝入町の試みは、「徘徊模擬訓練やおたがいさマップづくり、そして中高生のボランティア」の例から明らかなように、これらの実践は、いずれも、人と人とのつながりが基礎となっている。

住民が少なく、顔が見える関係であることを利用した自助、互助、共助、公助の組み合わせを精緻に実施する仕掛けが必要であり、この方法は、多くの人口の過疎化と高齢化がすすむ自治体が取り入れるべき手法となるだろう。

今回の調査結果から、特に、互助の意識が低い、あるいは、互助機能が発揮しにくい地域での特徴は、「地域を知らない」、「周りの人たちを知らない」という問題に起因していたが、そういった意味で、こういった地域圏域を持っている自治体においては、都市部とは異なった方法として、いかに顔見知りの人をつくるか、これらの人と知り合うことを通して地域を知っていく、あるいは、地域のことを知ることで、そこにいる人と顔の見える関係性を形づくっていくことなのだという、基本的な事柄を我々に再認識させてくれたといえよう。

おわりに

介護保険制度は、介護報酬改定と診療報酬改定が、同時期に実施される 6 年ごとに大きな制度改正を実施することとされ、2012（平成 24）年度の改定は法改正を含み、制度の見直し共に終わった。

この改定では、①地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、2011（平成 23）年 6 月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携を強化する。②また、2011（平成 23）年 6 月の社会保障・税一体改革成案において描かれた、介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて必要な措置を講じる。　③さらに、現在の日本が置かれている厳しい社会経済状況や東日本大震災への影響など、介護保険制度を取り巻く環境にも広く配意する。といった 3 点が重点的に実施されることが示された。

これは、換言するならば、地域包括ケアシステムの構築と介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化、そして、制度を取り巻く、財源上の厳しい状況に対する配慮がこの報酬改定には盛り込まれたことに他ならない。

本（平成 23）年度の研究事業は、2008（平成 20）年度より開始された地域包括支援センターの総合評価に関する研究の 4 年目となる。これまでの研究としては、2008（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、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」）。2010 年度（平成 22 年度）には、地域包括支援センターの孤立死に対する取り組みの程度や業務の統合程度について検討を行った（「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」）。

これらの研究を基礎として、今年度の研究テーマの背景としては、保険者と地域包括支援センターの関係性は、すでに「介護保険制度の見直しに関わる意見」（平成 22 年 11 月 30 日社会保障審議会介護保険部会）の中で地域包括支援センターの運営の円滑化という項において、保険者が地域包括支援センターに期待する役割が明確になるよう包括的支援事業に関わる方針を示すべきと指摘されている。

しかしながら、保険者（自治体）の状況に応じた地域包括ケアシステムを構築するにあたっては、保険者が示す長期的なビジョンのどの部分を地域包括支援センターが有し、保険者と地域包括支援センターが、それぞれどのような役割を果すかが明確にされるべきであるが、これについては、十分な知見が得られていない。この理由は、保険者の保険者機能が明確でなく、さらに、保険者能力の高低が大きく影響するためと推察される。

そこで、2011 年度（平成 23 年度）は、地域包括ケアシステムの構築とその運営のために、保険者と地域包括支援センターの機能及び関係性を明らかにし、保険者の保険者機能を評価する尺度を開発し、これらを用い、任意の保険者の評価を実施した。

また、本事業の委員会の議論により、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを類型化し、これまでの研究成果から、人口規模別に地域包括ケアシステムの構築が先行した地区を選定したうえで、当該保険者機能、センター機能、これら地域機関の関係性について

詳細なヒアリング調査を実施した。

この調査では、地域包括支援センターが管轄する住民の意識や、今回の同時改定で特段の配慮がされた医療と介護の連携に関しての実態、認知症高齢者に対する支援の実態を調査した。これは、本来の意味での地域包括ケアシステムのアウトカム評価として重要となる可能性があると考えられる。現状では、多くの自治体の多くは、本研究会が定義した、グループ③「法令に定められた保険者機能を越えて、担当部署もしくは担当者が市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って努力しているが、未だ地域ぐるみでのシステムとして稼働しておらず苦悩している保険者が 33.4%で最も多いことが明らかにされている。続いて、グループ②「法令に定められた保険者機能を越えて、市町村独自の地域ケアシステムのビジョンを持って地域ぐるみでシステムとして推進している保険者」が 30.7%、グループ④「法令に定められた保険者機能すら実施していない保険者」が 18.3%であった。

そして、最も少なかったのは、グループ①「法令に定められた保険者機能を過不足なく実施している保険者」の 17.6%であり、現在のところ、わが国では、介護保険制度における保険者として、その機能を的確に実施している自治体は 2 割にも満たない状況であり、一方、基本的な保険者機能も果たしていない保険者がやはり、2 割を占めている。国としては、この 2 割の保険者の機能を具備されるよう、何らかの取り組みを実施しなければならないが、この道筋は厳しいと言わざるをえない。

このように今年度の研究事業は、2008 年度から実施してきた膨大な研究の継続とともに、介護保険制度のサスティナビリティの確保という観点から、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、地域包括ケアシステムの構築に向けた保険者のあり方と地域包括支援センターの連携について、量的・質的の両側面からの検討を実施したものであった。

地域包括ケアシステムの中核を担うべく 2006（平成 18）年に設置された地域包括支援センターは、これまで実態として、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い状況であったが、今回の介護保険法改正に伴い、介護予防事業に必ずしも重きをおくだけでなく、地域圏域内での医療との連携と強めるために、どのような機能を果たすべきかが、問われることとなった。

しかしながら、こういったシステム構築に際して、保険者の機能が強化されなければ、地域包括支援センターだけで、システム構築できるはずもなく、これまで保険者機能として医療との連携を謳った自治体もほとんどないことから、本事業では、この検討を実施し、また、「認知症に関わる地域連携パス」を開発してきた稀少な先進自治体へのヒアリング調査を実施し、この結果も示した。

一方、今回の同時報酬改定では、地域での認知症早期発見システムに関わる報酬や認知症の方々の医療サービスを受ける際の報酬については加算がなされたが、今後は、認知症の方々やその家族を地域包括ケアシステムの中でどのように支援できるかが問われることとなるだろう。

このことから、本報告書では、保険者が認知症を支援するための具体的方策を実施する際のフローを示している。これは、多くの自治体にとって有益な施策立案におけるガイドラインとなると考えている。

以上のように、本研究事業からは、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、有用な成果となるものと考えている。

資料編

資料１「自治体における地域包括ケアシステム構築のための保険者機能調査」集計結果　一覧

１　調査名
「自治体における地域包括ケアシステム構築のための保険者機能調査」

２　調査責任者
立教大学 21 世紀社会デザイン研究科教授　川村仁弘
国際医療福祉大学教授　高橋紘士

３　研究費
平成 23 年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業」

４　調査実施概要
(1)調査対象
・全国の市町村（157 か所）
・協力都道府県・団体の名簿から作成

(2)調査方法
・郵送アンケート調査（自記式）

(3)調査期間
・平成 24 年 1 月 17 日～平成 24 年 1 月 31 日
・調査期間中に督促状を 1 回実施（平成 24 年 1 月 30 日発送）
・協力都道府県・団体担当者より電話、メールにて督促

(4)回収状況
・回収票　113 票（回収率　72.0%）
配布数 157 票
うち、郵送による回答 111 票　ヒアリング等に回収した調査票 2 票

５　調査内容
別添調査票参照

６ 調査結果
[１]回答自治体の基本属性.

１．都道府県別の回収状況

今年度の調査は、鹿児島県、富山県、滋賀県、福祉自治体ユニット加入自治体を対象に調査を実施した。 それぞれの回収率は、鹿児島 43／43（100.0%）、富山県 14／18（77.8%）、滋賀県 16／19（84.2%）、福祉自治体ユニット 38／77（49.4%）にヒアリング調査で回収した調査票 2 票を加え、113 票が回収された。県別構成割合は、以下の表 1 のとおりである。

表１ 回収調査票の県別構成割合(N=113)

	N	%		N	%
北海道	7	6.2	富山県	14	12.4
岩手県	2	1.8	福井県	2	1.8
宮城県	1	0.9	岐阜県	1	0.9
秋田県	1	0.9	愛知県	5	4.4
山形県	1	0.9	滋賀県	16	14.2
茨城県	3	2.7	大阪府	1	0.9
栃木県	1	0.9	鳥取県	4	3.5
埼玉県	3	2.7	島根県	1	0.9
千葉県	1	0.9	福岡県	2	1.8
東京都	1	0.9	大分県	2	1.8
新潟県	1	0.9	鹿児島県	43	38.1
			合計	113	100.0

２．地域包括支援センターの設置タイプ（平成 23 年 12 月 1 日時点）

地域包括支援センターの設置タイプについては、直営のみが 75.0%ともっとも多く、続いて委託のみが 18.8%であった。

表２ 地域包括支援センターの設置タイプ(N=113)

	N	%
委託のみ	21	18.6
直営のみ	84	74.3
直営と委託	6	5.3
欠損値	2	1.8
合計	113	100.0

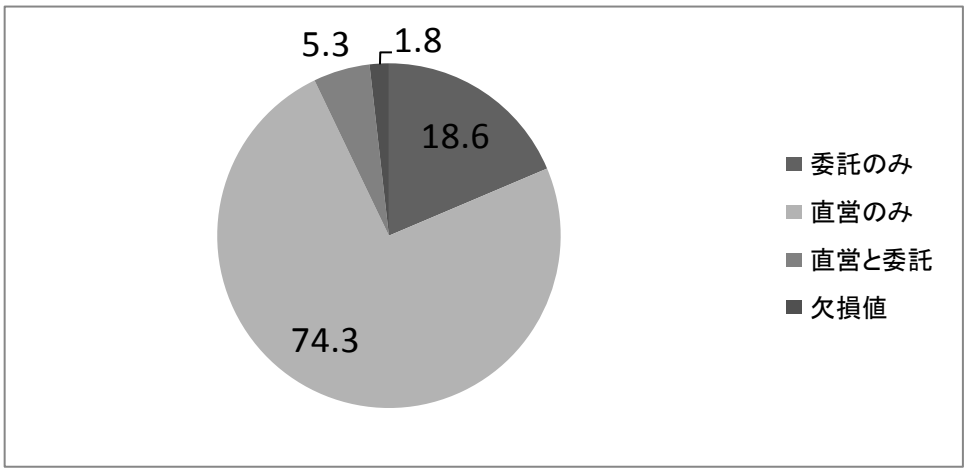


図１ 地域包括支援センターの設置タイプ

[2]調査回答結果

問１．「事業計画・政策立案の状況」についてお伺いします。

１－１）介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。（○は１つ）
（※ここでは財政運営上、計画（見込み）に対して給付状況（現状）がどう推移しているかを点検しているかお尋ねしています。）

介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますかという問いに対して、「１．定期的に行っている」が、70.8%と７割を超え、「２．していない」が 23.9%であった。

表３　介護保険事業計画の進捗状況の定期的な点検(N=113)

	N	%
１．定期的に行っている	80	70.8
２．していない	27	23.9
無回答	6	5.3
計	113	100.0

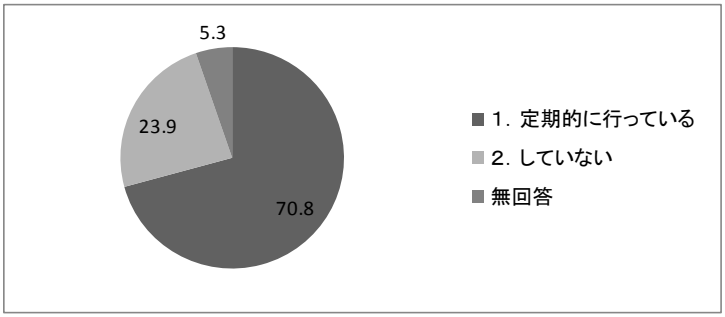


図２　介護保険事業計画の進捗状況の定期的な点検

☛年（　　）回程度実施していますか

介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検している実施の頻度については、年１回程度が 51.3%と最も多く、次に、年２回程度が 22.5%であり、これら二つの回答で、有効回答の７割を超えていた。

表４　介護保険事業計画の進捗状況の定期的な点検の実施の頻度(N=80)

	N	%
年１回程度実施	41	51.2
年２回程度実施	18	22.5
年３回程度実施	3	3.8
年４回程度実施	2	2.5
年５回程度実施	2	2.5
年６回程度実施	1	1.3
年 12 回程度実施	7	8.8
無回答	6	7.5
計	80	100.0

１－２）介護保険給付状況の分析を行っていますか。（○は１つ）

「１．　定期的に行っている」が、57.1%と過半数を超え、「２．していない」が 39.8%であった。

表５　介護保険給付状況の分析

	N(=113)	%
１．定期的に行っている	60	53.1
２．していない	45	39.8
無回答	8	7.1
計	113	100.0

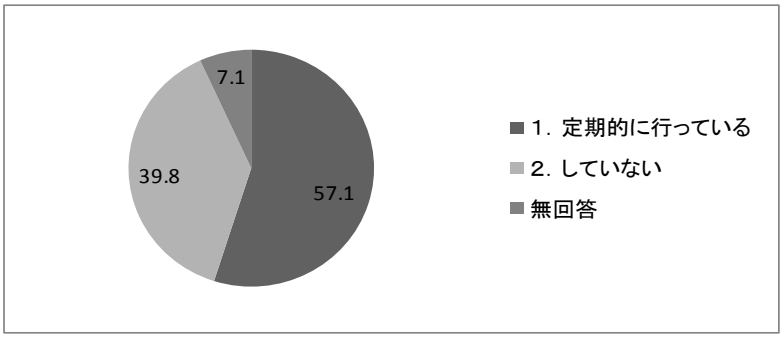


図３　介護保険給付状況の分析

☛年（　　）回程度実施していますか

介護保険給付状況の分析の実施の頻度については、年１回程度が 31.7%と最も多く、次に、年 12 回程度が 23.3%であり、これら二つの回答で、有効回答の過半数を超えていた。

表６　介護保険給付状況の分析の実施頻度(N=60)

	N	%
年 1 回程度実施	19	31.7
年 2 回程度実施	10	16.7
年 3 回程度実施	4	6.7
年 4 回程度実施	5	8.3
年 6 回程度実施	1	1.7
年 12 回程度実施	14	23.3
無回答	7	11.7
計	60	100.0

☛「１．定期的に行っている」と回答された場合、直近で検討された時期についてお答えください。

直近で検討した時期（平成　年　月頃検討）

介護保険給付状況の分析の直近の検討時期については、平成 23 年 12 月頃検討が 35.0%であり、次に多かったのが平成 23 年 11 月頃と 24 年 1 月頃の検討が 10.0%と昨年度末近くに実施した自治体が多かった。

表７　介護保険給付状況の分析の直近検討時期

	N	%
平成 22 年 04 月頃検討	1	1.7
平成 23 年 02 月頃検討	2	3.3
平成 23 年 03 月頃検討	1	1.7
平成 23 年 04 月頃検討	1	1.7
平成 23 年 06 月頃検討	1	1.7
平成 23 年 07 月頃検討	3	5.0
平成 23 年 08 月頃検討	1	1.7
平成 23 年 09 月頃検討	3	5.0
平成 23 年 10 月頃検討	4	6.7
平成 23 年 11 月頃検討	6	10.0
平成 23 年 12 月頃検討	21	35.2
平成 24 年 01 月頃検討	6	10.0
平成 24 年 02 月頃検討	3	5.0
無回答	7	11.7
計	60	100.0

☛「１．定期的に行っている」と回答された場合、分析方法についてお答えください。（当てはまるもの全てに○）

介護保険給付状況の分析方法について、複数回答にて訪ねたところ、最も多かったのは、「１．国保中央会の適正化システム」が 40.0%であった、次に多かったのが、「４．介護政策評価システム（地域ケア政策ネットワーク）」と「６．その他」でともに 23.3%であった。

表８　介護保険給付状況の分析方法(N=60)

	N	%（ありの割合）
１．国保中央会の適正化システム	24	28.7
２．都道府県が開発した分析システム	2	2.5
３．市区町村独自の分析システム	10	12.5
４．介護政策評価システム（地域ケア政策ネットワーク）	14	17.5
５．介護保険事業実績分析ソフト（日本福祉大学）	11	13.8
６．その他	14	15.0

１－３）2025 年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。（○は１つ）（※部内資料であっても推計していただいていれば「１．はい」とお答えください。）

2025 年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移の推計については、「１．はい」が 59.3%とほぼ 6 割程度であり、「２．いいえ」と回答したのが、31.0%であった。

表９　2025 年に向けた中長期的な推計の実施(N=113)

	N	%
１．はい	67	59.3
２．いいえ	35	31.0
無回答	11	9.7
計	113	100.0

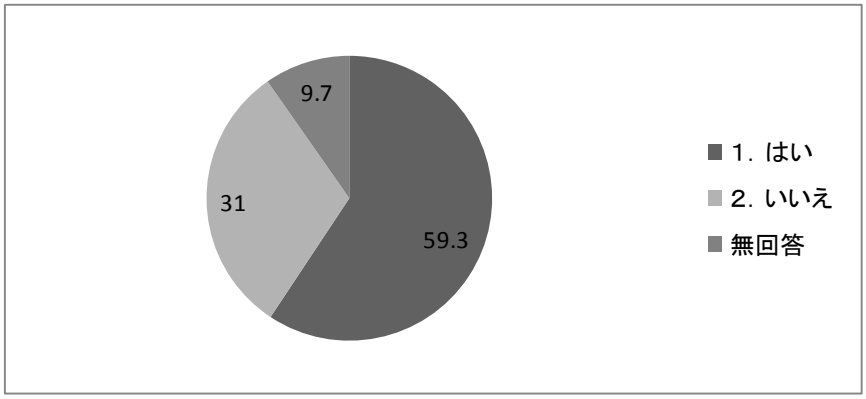


図４　2025 年に向けた中長期的な推計の実施

１－４）2025 年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討していますか。（○は１つ）

2025 年に向けた中長期的な介護基盤整備方針の検討については、「２．いいえ」が 55.8%と過半数を超え、「１．はい」については 36.3%であった。

表 10　2025 年に向けた中長期的な介護基盤整備方針の検討(N=113)

	N	%
１．はい	41	36.3
２．いいえ	63	55.8
無回答	9	8.0
計	113	100.0

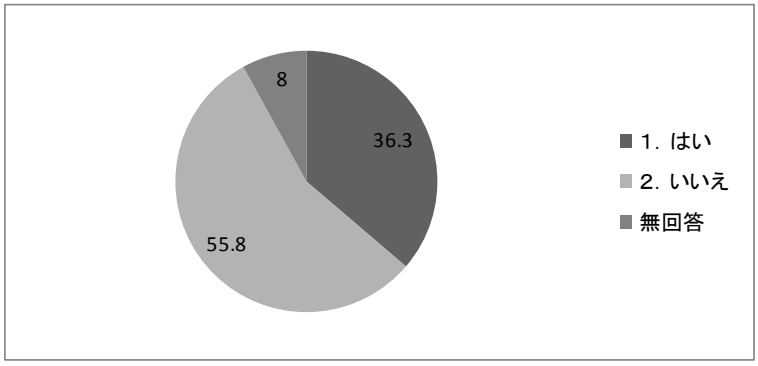


図５　2025 年に向けた中長期的な介護基盤整備方針の検討

１－５）高齢者のニーズに応じた自治体（保険者）独自の施策（一般財源事業）やサービスがありますか。（○は１つ）

高齢者のニーズに応じた自治体（保険者）独自の施策（一般財源事業）やサービスの有無については、「１．はい」が 60.2%と過半数を超え、「２．いいえ」は 34.5%であった。

表 11　高齢者のニーズに応じた自治体（保険者）独自の施策(M=113)

	N	%
１．はい	68	60.2
２．いいえ	39	34.5
無回答	6	5.3
計	113	100.0

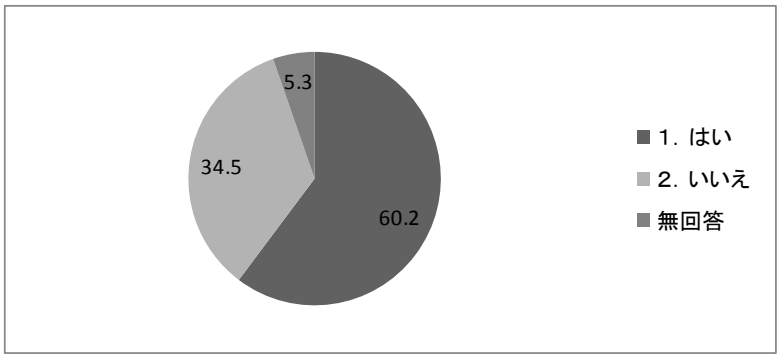


図６　高齢者のニーズに応じた自治体（保険者）独自の施策

☛「１．はい」と回答された場合、具体的な施策についてお答えください。

(1)施策

高齢者のニーズに応じた自治体（保険者）独自の施策（一般財源事業）やサービスの内容としては、示されたもののうち、代表的なものを以下に記述した。

- 寝具丸洗いサービス事業
- 日常生活用具給付事業
- 小規模住宅改造助成事業
- 高齢者生活状況確認事業
- 高齢者畑しごと応援事業補助金
- げんき印発信事業
- 高齢者生きがい空間整備事業
- 食の自立支援事業
- 寝たきり、認知症高齢者介添年金等支給事業
- 緊急通報装置設置事業
- 生活支援型ホームヘルプサービス事業
- 高齢者等福祉車両タクシー助成事業
- 高齢者銭湯コミュニティ促進事業
- 緊急通報体制等整備事業
- 寝具クリーニングサービス事業
- 緊急通報装置貸与
- 福祉電話基本料金扶助
- 特別給付サービスとして移送サービス事業
- 傾聴ボランティア養成事業
- 地域ケア体制整備事業
- 徘徊高齢者等ＳＯＳネットワーク事業
- 高齢者訪問給食事業
- 在宅福祉アドバイザー促進事業

問２．「地域連携の仕組みづくり」についてお伺いします。

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

(1)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については、「１．有」が 93.8%と 9 割を超え、うち自治体の主催は 81.4%であった。

①開催の有無

表 12　地域包括支援センター運営協議会の開催の有無(N=113)

	N	%
１．有	106	93.8
（うち自治体の主催）	(92)	(81.4)
２．無	2	1.8
無回答	5	4.4
計	113	100.0

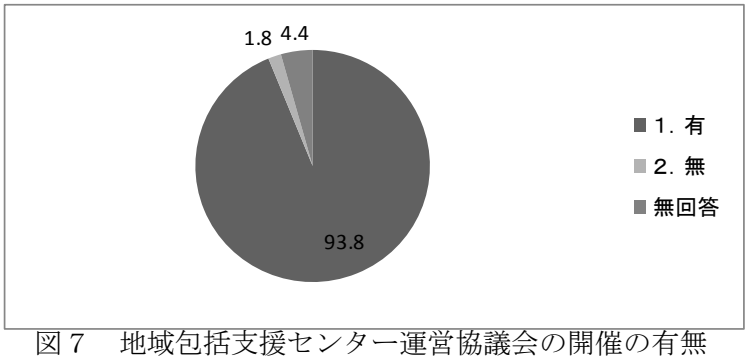


図 7　地域包括支援センター運営協議会の開催の有無

②開催している場合の頻度

表 13　地域包括支援センター運営協議会の開催頻度(N=106)

	N	%
1 か月に一度	4	3.8
2 か月に一度	5	4.7
3 か月に一度	4	3.8
4 か月に一度	11	10.4
6 か月に一度	40	37.7
12 か月に一度	39	36.8
無回答	3	2.8
計	106	100.0

(2)地域ケア会議（やむを得ない事由による措置、虐待対応方針決定、政策的な方向を出す協議の場）

地域ケア会議については、「１．有」が 70.8%と 7 割を超え、うち自治体の主催は 51.3%であった。

①開催の有無

表 14　地域ケア会議の開催(N=113)

	N	%
１．有	80	70.8
（うち自治体の主催）	(58)	(51.3)
２．無	27	23.9
無回答	6	5.3
計	113	100.0

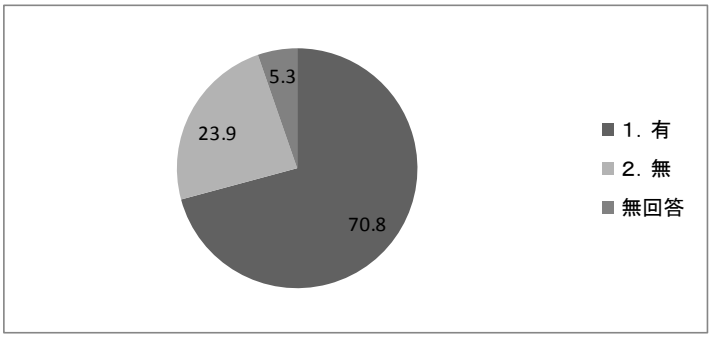


図８　地域ケア会議の開催

②開催している場合の頻度

表 15　地域ケア会議の開催の頻度(N=80)

	N	%
1 か月に一度	43	53.8
2 か月に一度	11	13.8
3 か月に一度	6	7.5
4 か月に一度	5	6.3
6 か月に一度	3	3.8
12 か月に一度	6	7.5
無回答	6	7.5
計	80	100.0

(3)個別ケース担当会議（個別プランに基づくサービス調整等）

個別ケース担当会議（個別プランに基づくサービス調整等）については、「１．有」が 76.1%と 7 を超え、うち自治体の主催は 37.2%であった。

①開催の有無

表 16　個別ケース担当会議（個別プランに基づくサービス調整等）の開催の有無(N=113)

	N	%
１．有	86	76.1
（うち自治体の主催）	(42)	(37.2)
２．無	18	15.9
無回答	9	8.0
計	113	100.0

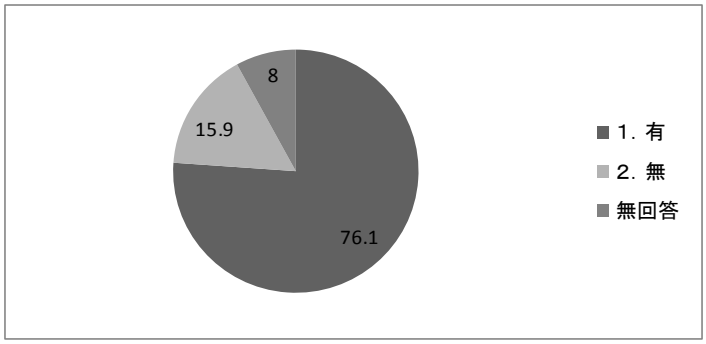


図９　個別ケース担当会議（個別プランに基づくサービス調整等）の開催の有無

②開催している場合の頻度

表 17　個別ケース担当会議（個別プランに基づくサービス調整等）の開催頻度(N=86)

	N	%
1 か月に一度	52	60.5
2 か月に一度	9	10.5
3 か月に一度	3	3.5
4 か月に一度	4	4.7
6 か月に一度	3	3.5
12 か月に一度	1	1.2
無回答	14	16.3
計	86	100.0

(4)地域全体の連携推進のための会議

地域全体の連携推進のための会議については、「１．有」が 41.6%と 4 割程度であり、うち自治体の主催は 30.1%であった。

①開催の有無

表 18　地域全体の連携推進のための会議の開催の有無(N=113)

	N	%
１．有	47	41.6
（うち自治体の主催）	(34)	(30.1)
２．無	47	41.6
無回答	19	16.8
計	113	100.0

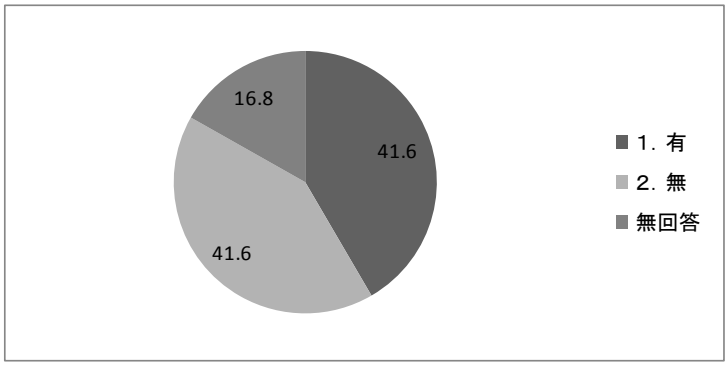


図 10　地域全体の連携推進のための会議の開催の有無

②開催している場合の頻度

表 19　地域全体の連携推進のための会議の開催頻度(N=47)

	N	%
1 か月に一度	11	23.4
2 か月に一度	6	12.8
3 か月に一度	1	2.1
4 か月に一度	5	10.6
6 か月に一度	10	21.3
12 か月に一度	10	21.3
無回答	4	8.5
計	47	100.0

☛地域ケア会議や個別ケース担当会議を「1．有」と回答した場合、誰が招集権限を持っているか。

(1)地域ケア会議

地域ケア会議の招集権限については、「2．行政の高齢者介護部門・地域包括支援センター」が 69.9%を占め、それ以外に示されたものは、「3．担当ケアマネジャー」で 3.5%であった。

表 20　地域ケア会議の招集権限(N=80)複数回答

	N	%(ありの割合)
1．医師会	0	0.0
2．行政の高齢者介護部門・地域包括支援センター	77	96.3
3．担当ケアマネジャー	4	5
4．その他	2	2.5

(2)個別ケース担当会議

個別ケース担当会議の招集権限については、「2．行政の高齢者介護部門・地域包括支援センター」が 59.9%を占め、それ以外に示されたものは、「3．担当ケアマネジャー」で 28.3%であった。

表 21　個別ケース担当会議の招集権限(N=86)複数回答

	N	%(ありの割合)
1．医師会	0	0.0
2．行政の高齢者介護部門・地域包括支援センター	64	60.4
3．担当ケアマネジャー	31	29.2
4．その他	2	1.9

2－2）自治体（保険者）として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者等と連携した地域連携パス（医療連携パス）の仕組みがありますか。（○は1つ）

地域連携パス（医療連携パス）の仕組みの有無については、「2．いいえ」が 85.0%であり、8 割以上が仕組みがないと示された。

表 22　地域連携パス（医療連携パス）の仕組みの有無(N=113)

	N	%
１．はい	15	13.3
２．いいえ	96	85.0
無回答	2	1.8
計	113	100.0

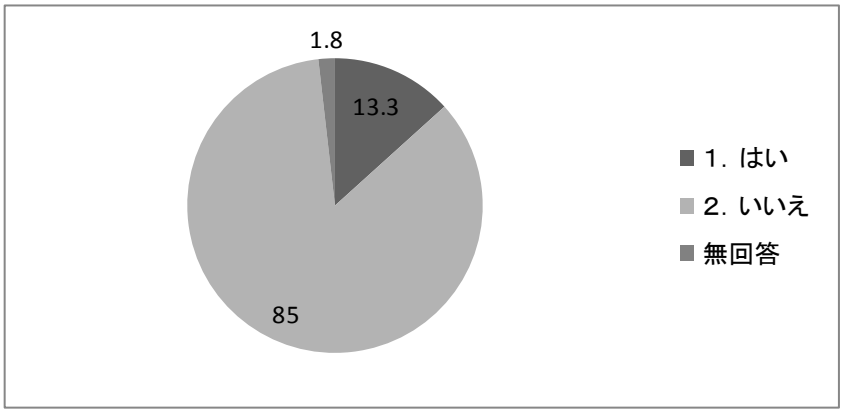


図 11　　地域連携パス（医療連携パス）の仕組みの有無

☛「１．はい」と回答された場合、具体的にその仕組みについてお答えください。

地域連携パス（医療連携パス）の仕組みの具体的内容として記述されたもののうち、代表的なものを以下に記した。

- 保険者として一般的に使用している連携パスはないが、医療側からのパスはある。
- 脳卒中クリティカルパス
- 脳卒中クリティカルパス急性期治療を市立病院で受けた脳卒中患者について、急性期、回復期、維持期と経過を追って、関わる関係者の連携を効果的、効率的に行い、患者及び家族が切れ目なく安心して転院や在宅復帰につながるように支えて行く体制。患者に「脳卒中の手帳」を交付し、その手帳に各々関係者が決められた時期に記入をして、情報を共有する仕組み。
- 必要に応じて関係機関が集まり、ケース検討等行っている。

問３．自治体としての地域包括支援センター職員への支援についてお伺いします。

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

地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場の設定については、「１．自治体（地域包括支援センター主管部署）が主催して運営している」が 46.9%と最も多く、続いて、「２．センターが主催して、自治体（地域包括支援センター主管部署）が出席・協力している」が 23.9%と示された。

表 23　地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場の設定(N=113)

	N	%
１．自治体（地域包括支援センター主管部署）が主催して運営している	53	46.9
２．センターが主催して、自治体（地域包括支援センター主管部署）が出席・協力している	27	23.9
３．センターが自主的に開催しているが自治体（地域包括支援センター主管部署）は出席していない	2	1.8
４．そのような場は設定していない	20	17.7
無回答	11	9.7
計	113	100.0

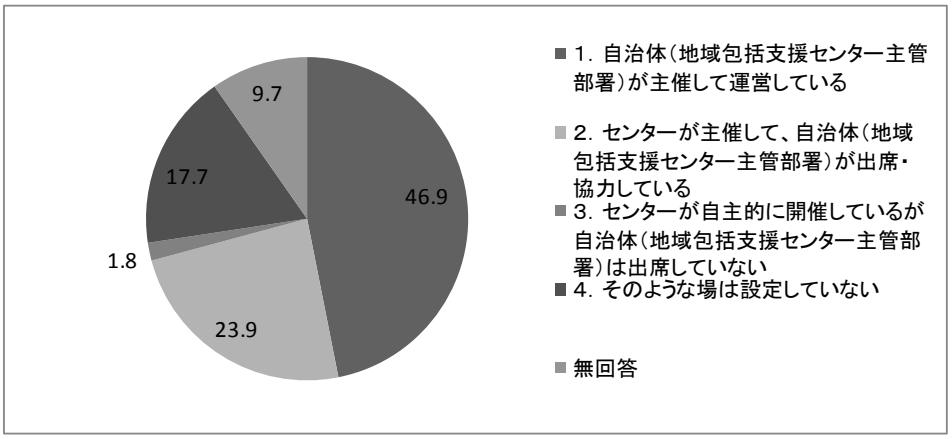


図 12　地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場の設定

３－２）自治体（保険者）として、地域包括支援センター（ブランチ･サブセンター含む）からの提案・要望などに基づいて、事業や講座などを新規に実施したことがありますか。（○は１つ）

地域包括支援センターからの提案に基づいた事業の実施について、「２．いいえ」と 67.3%が 7 割弱示され、「１．はい」は 21.2%であった。

表 24　地域包括支援センターからの提案に基づいた事業の実施(N=113)

	N	%
１．はい	24	21.2
２．いいえ	76	67.3
無回答	13	11.5
計	113	100.0

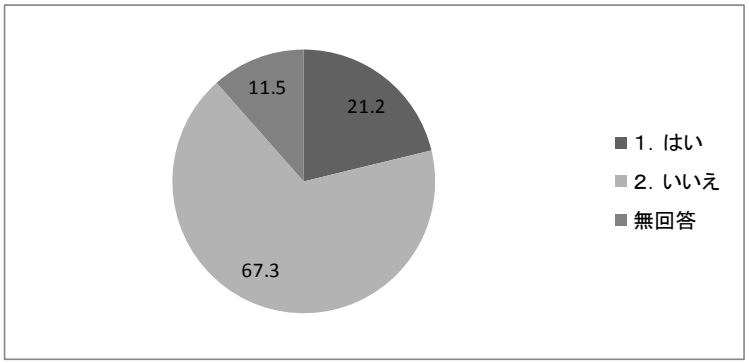


図 13　地域包括支援センターからの提案に基づいた事業の実施

☛「１．はい」と回答された場合、具体的にその名称や内容等をお答えください。

地域包括支援センターからの提案に基づいた事業の実施として示された内容のうち、代表的なものを以下に記述した。

- 介護サービスガイドブック
- 町内の店舗等を記載した高齢者に役立つガイドブック（マップ）
- 認知症予防教室の新設（地域型認知症予防プログラム）

３－３）自治体（保険者）として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。（○は１つ）

自治体（保険者）としての地域包括支援センターの評価の有無について、「２．いいえ」が62.8%が６割程度示され、「１．はい」は31.9%であった。

表25　自治体（保険者）としての地域包括支援センターの評価の有無(N=113)

	N	%
１．はい	36	31.9
２．いいえ	71	62.8
無回答	6	5.3
計	113	100.0

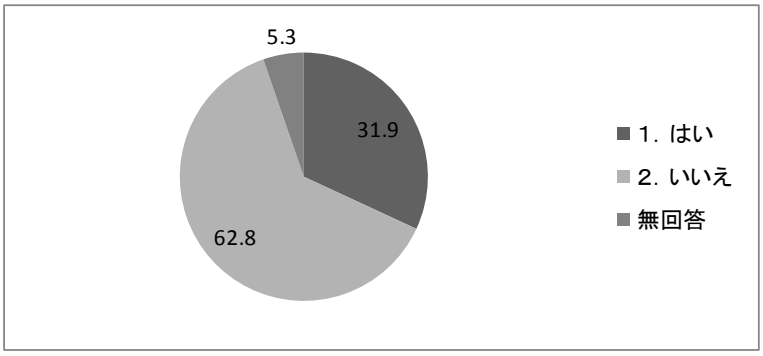


図14　自治体（保険者）としての地域包括支援センターの評価の有無

☛「１．はい」と回答された場合、どのような点に着目した評価を行っているのかお答えください。（当てはまるもの全てに○）

自治体(保険者)としての地域包括支援センターの評価の具体的な内容として示されたのは、「７．地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等について、適宜、地域包括支援センターの各専門職が地域の関係者、関係機関との連携のうえで、具体的な支援方針を検討し、適切な指導・助言をしているか」が20.4%と最も多く、「６．地域の自治会、町内会、民生委員などと情報交換を行い、担当地域の高齢者の実態把握を進めているか」が19.5%と示された。

一方、最も少なかったのは、「１．地域の中核的医療機関や地区医師会と利用者情報の共有化のツール（地域連携パス・情報提供シートなど）が開発され活用されているか）」で4.4%であった。

表 26　地域包括支援センターの評価の視点（N=36)複数回答

	N	%
１．地域の中核的医療機関や地区医師会と利用者情報の共有化のツール（地域連携パス・情報提供シートなど）が開発され活用されているか)	5	13.9
２．認知症の的確な診断や治療が可能な認知症専門医療機関と日常的な連携ができているか	11	30.6
３．認知症やもの忘れについて相談・対応できる地域の診療所、クリニックなどを把握しているか	15	41.7
４．ミーティング実施などによりセンター内の業務情報の共有化が図られているか	18	50.0
５．地域のインフォーマルなサービスも含め介護保険外のサービスの把握と情報提供がされているか	21	58.3
６．地域の自治会、町内会、民生委員などと情報交換を行い、担当地域の高齢者の実態把握を進めているか	22	61.1
７．地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等について、適宜、地域包括支援センターの各専門職が地域の関係者、関係機関との連携のうえで、具体的な支援方針を検討し、適切な指導・助言をしているか	23	63.9
８．その他	4	11.1

問４．「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」「介護サービス事業者支援」についてお伺いします。

４－１）介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等を設置していますか。（○は１つ）

介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等の設置について、「２．設置はしていないが、自主的な組織があり、支援している」が 49.6%が最も多く、続いて「１．自治体（保険者）として設置している」が 24.8%と示された。

表 27　介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等の設置(N=113)

	N	%
１．自治体（保険者）として設置している	28	24.8
２．設置はしていないが、自主的な組織があり、支援している	56	49.6
３．自主的な組織はあるが、自治体（保険者）としては関わっていない	18	15.9
４．そのような組織があるかどうか把握していない	3	2.7
無回答	8	7.1
計	113	100.0

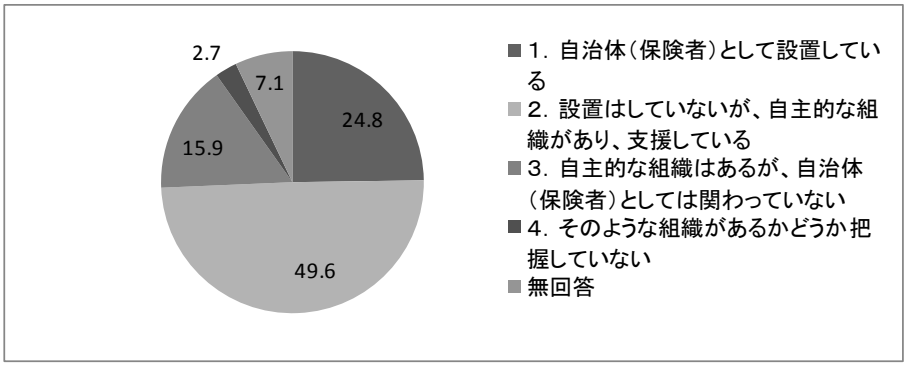


図 15　介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等の設置

４－２）自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。（○は１つ）

介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会の定期的な主催については、「．はい」が 68.1%と 7 割弱であり、「２．いいえ」は 31.0%であった。

表 28　介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会の定期的な主催(N=113)

	N	%
１．はい	77	68.1
２．いいえ	35	31.0
無回答	1	0.9
計	113	100.0

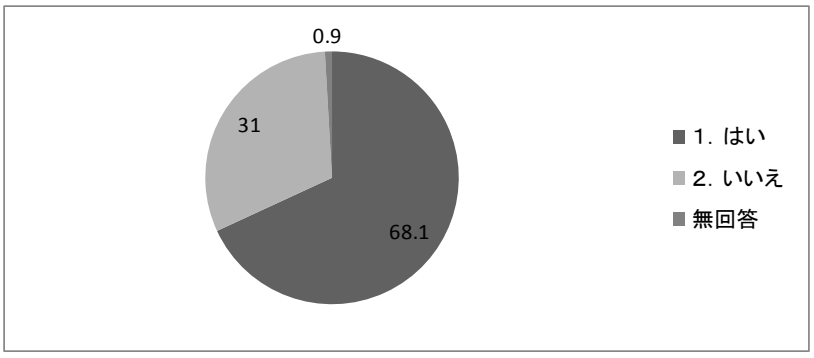


図 16　介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会の定期的な主催

☛開催頻度

表 29　介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会の開催頻度(N=77)

	N	%
1 か月に一度	19	24.7
2 か月に一度	20	26.0
3 か月に一度	6	7.8
4 か月に一度	4	5.2
6 か月に一度	13	16.9
12 か月に一度	13	16.9
無回答	2	2.6
計	77	100.0

４－３）自治体（保険者）として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施していますか。（○は１つ）

ケアプランチェックやケアプラン評価の実施の有無については、「１．はい」が 61.1%と 6 割程度であり、「２．いいえ」は 32.7%であった。

表 30　ケアプランチェックやケアプラン評価の実施の有無(N=113)

	N	%
１．はい	69	61.1
２．いいえ	37	32.7
無回答	7	6.2
計	113	100.0

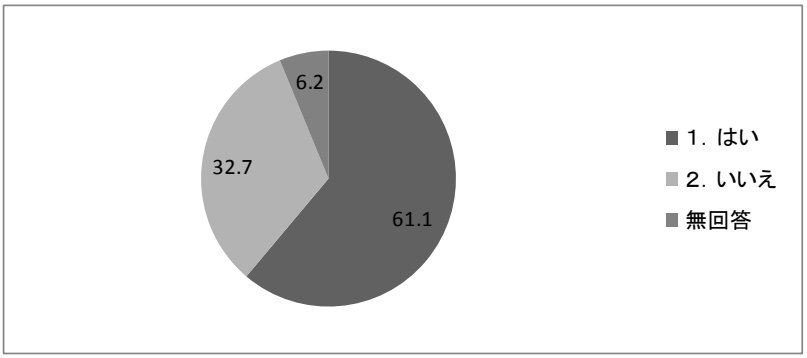


図 17　ケアプランチェックやケアプラン評価の実施の有無

☛「１．はい」と回答された場合、実施方法等についてお答えください。

- 利用者の状況とサービス利用の妥当性

(1)主な実施目的（当てはまるもの全てに○）

ケアプランチェックやケアプラン評価の主な実施目的については、「２．ケアプランの質の向上」が 53.1%と 6 割程度であり、続いて「１．不正請求等の発見と是正」は 22.1%であった。

表 31　ケアプランチェックやケアプラン評価の主な実施目的(N=69)複数回答

	N	%
１．不正請求等の発見と是正	25	36.2
２．ケアプランの質の向上	60	87.0
３．その他	5	7.2

(2)対象となる計画の選定方法（○は１つ）

ケアプランチェックやケアプラン評価の対象となる計画の選定方法については、「２．全事業所から一部抽出」が 42.0%であり、続いて「４．一部事業者から一部抽出」は 39.1%であった。

表 32　ケアプランチェックやケアプラン評価の対象となる計画の選定方法(N=69)

	N	%
１．全件	8	11.6
２．全事業所から一部抽出	29	42.0
３．一部事業者の全件	2	2.9
４．一部事業者から一部抽出	27	39.1
無回答	3	4.3
計	69	100.0

(3) 平成 22 年度の実施件数（対象ケアプラン数）

ケアプランチェックやケアプラン評価の対象となる平成 22 年度の実施件数については、「1～25 件」が 20.4%であり、続いて「101 件以上」は 10.6 であった。

表 33　ケアプランチェックやケアプラン評価の平成 22 年度の実施件数(N=69)

	N	%
1～25 件	23	33.3
26～50 件	7	10.1
51～75 件	3	4.3
76～100 件	5	7.4
101 件以上	12	17.4
無回答	19	27.5
計	69	100.0

4－4）介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは、関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。（○は１つ）

「支援困難ケース」に対する地域ケア会議やカンファレンスの開催については、「１．はい」が 77.9%と 8 割弱であり、「２．いいえ」は 16.8%であった。

表 34　「支援困難ケース」に対する地域ケア会議やカンファレンスの開催(N=113)

	N	%
１．はい	88	77.9
２．いいえ	19	16.8
無回答	6	5.3
計	113	

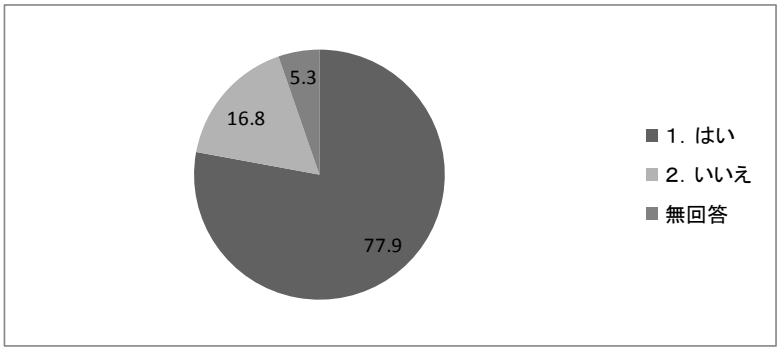


図 18　「支援困難ケース」に対する地域ケア会議やカンファレンスの開催

☛平成 22 年度の開催件数

「支援困難ケース」に対する地域ケア会議やカンファレンスの開催頻度については、「1～10 件」が 34.5%であり、続いて「11～20 件」は 12.4%であった。

表 35　「支援困難ケース」の地域ケア会議やカンファレンスの開催頻度（N=88）

	N	%
1～10 件	39	44.3
11～20 件	14	15.9
21～30 件	8	9.1
31～40 件	2	2.3
41～50 件	0	0.0
51 件以上	8	9.1
無回答	17	19.3
合計	71	100/0

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

「支援困難ケース」に対する地域ケア会議やカンファレンスへの自治体（保険者）の職員は参加については、「１．はい」が 79.5%であった。

表 35　「支援困難ケース」の地域ケア会議やカンファレンスへの自治体職員の参加(N=88)

	N	%
１．はい	70	79.5
２．いいえ	5	5.7
無回答	13	14.8
計	88	100.0

☛平成 22 年度の参加件数

「支援困難ケース」に対する地域ケア会議やカンファレンスの自治体職員の平成 22 年度の参加件数については、「1～10 件」が 36.3%であり、続いて「11～20 件」は 7.1%であった。

表 36　「支援困難ケース」の地域ケア会議やカンファレンスへの自治体職員の参加件数(N=70)

	N	%
1～10 件	41	58.6
11～20 件	8	11.4
21～30 件	7	10.0
31～40 件	1	1.4
41～50 件	1	1.4
51 件以上	3	4.3
無回答	9	12.9
計	70	100.0

４－５）自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。（○は１つ）

介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置について、「２．設置はしていないが、自主的な組織があり、支援している」が 43.4%が最も多く、続いて「３．自主的な組織があるが、関与していない」が 28.3%と示された。

表 37　自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置(N=113)

	N	%
１．設置している	17	15.0
２．設置していないが自主的な組織を支援している	49	43.4
３．自主的な組織があるが、関与していない	32	28.3
無回答	15	13.3
計	113	100.0

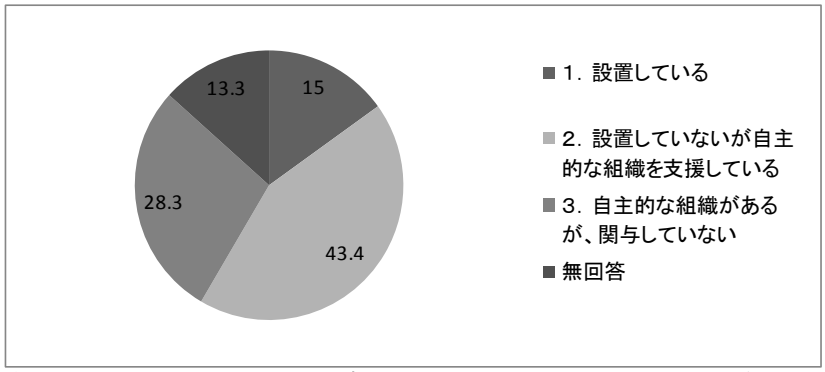


図 19 自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等の設置

４－６）自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。（○は１つ）

介護サービス事業者を対象とした会議や研修会の定期的な主催については、「２．いいえ」が 57.5%と 6 割程度と示され、「１．はい」は 39.8%であった。

表 38　介護サービス事業者を対象とした会議や研修会の定期的な主催(N=113)

	N	%
１．はい	45	39.8
２．いいえ	65	57.5
無回答	3	2.7
計	113	100.0

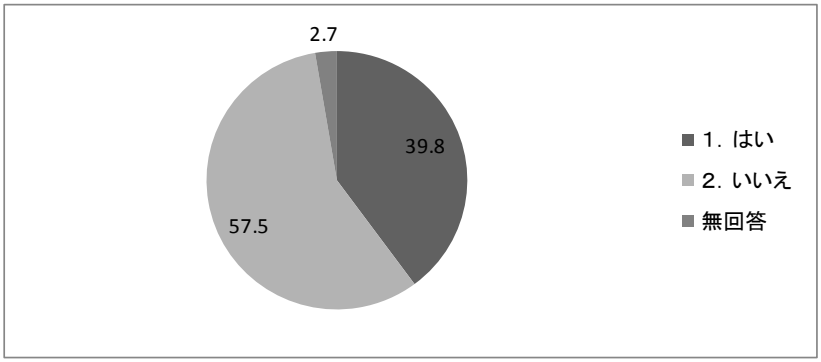


図 20　介護サービス事業者を対象とした会議や研修会の定期的な主催

☛開催頻度：（　　）か月に一度

介護サービス事業者を対象とした会議や研修会の定期的な主催については、「12 か月に一度」が最も多く 28.9%と示され、続いて「6 か月に一度」は 20.0%であった。

表 39　介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に開催頻度(N=45)

	N	%
1 か月に一度	4	8.9
2 か月に一度	7	15.6
3 か月に一度	5	11.1
4 か月に一度	7	15.6
6 か月に一度	9	20.0
12 か月に一度	13	28.9
計	45	100.0

4－7）自治体（保険者）として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」を作成し、ケアマネジャーや市民等に配布していますか。（○は１つ）

「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」の作成については、「１．はい」が 81.4%と 8 割程度と示され、「２．いいえ」は 14.2%であった。

表 40　「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」の作成(N=113)

	N	%
１．はい	92	81.4
２．いいえ	16	14.2
無回答	5	4.4
計	113	100.0

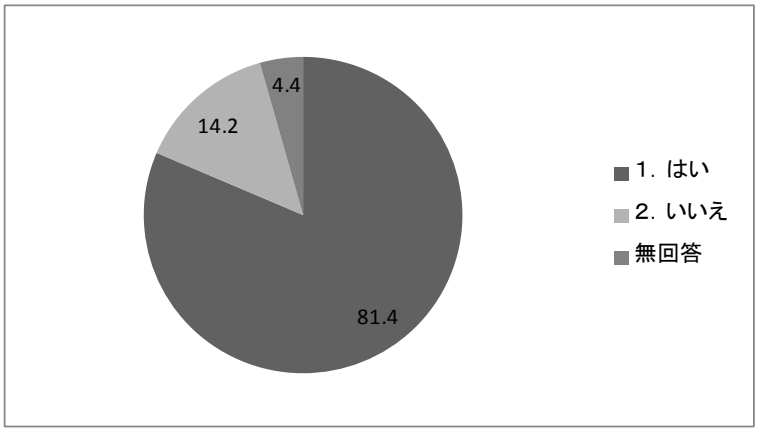


図 21　「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」の作成

4－8）自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査の状況についてお答えください。

(1)指導について

①実地指導（○は１つ）

地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する実地指導の状況については、「１．全事業者に対して行っている」が 54.0%と 5 割程度と示され、「２．一部の事業者に対して行っている」は 20.4%であった。

表 41　地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する実地指導の状況(N=113)

	N	%
１．全事業者に対して行っている	61	54.0
２．一部の事業者に対して行っている	23	20.4
３．行っていない	14	12.4
無回答	15	13.3
計	113	100.0

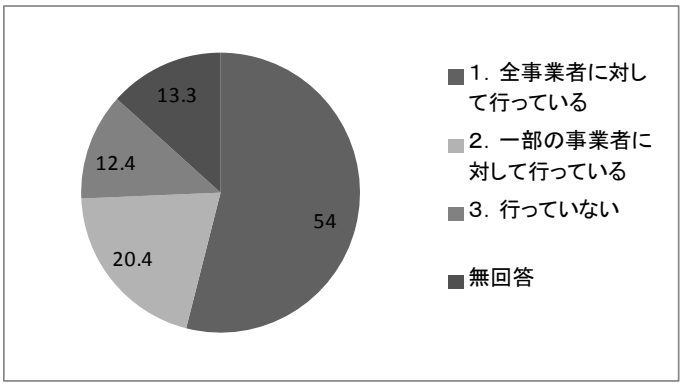


図 22　地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する実地指導の状況

(2)監査について

①平成 22 年度の監査件数

地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する平成 22 年度の監査件数については「50 件」というところが 1 か所あったが、「3 件」及び「1 件」というところがそれぞれ 10 か所あった。

表 42　地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する監査件数(N=113)

	N	%
1 件	10	8.8
2 件	4	3.5
3 件	10	8.8
4 件	4	3.5
5 件	1	0.9
6 件	3	2.7
8 件	1	0.9
9 件	1	0.9
12 件	1	0.9
26 件	1	0.9
50 件	1	0.9
無回答	76	67.3
計	113	100.0

②主な監査理由（もっとも多いものに○）

地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する主な監査理由については、「１．介護サービス内容について」が 17.7%と最も多く、続いて、「３．運営基準違反について」が 12.4%と示された。

表 43　地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する主な監査理由(N=37)複数回答

	N	%(ありの割合)
１．介護サービス内容について	20	17.7
２．介護報酬の請求について	5	4.4
３．運営基準違反について	14	12.4
４．その他	2	1.8

問５．高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連についてお伺いします。

５－１）自治体（保険者）として、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成 18 年４月厚生労働省老健局）だけではなく、その内容を補完するような自治体（保険者）独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。（○は１つ）

独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針の作成の有無について、「２．いいえ」が 53.1%と 5 割程度と示され、「１．はい」が 46.0%と示された。

表 44　独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針の作成の有無(N=113)

	N	%
１．はい	52	46.0
２．いいえ	60	53.1
無回答	1	0.9
計	113	100.0

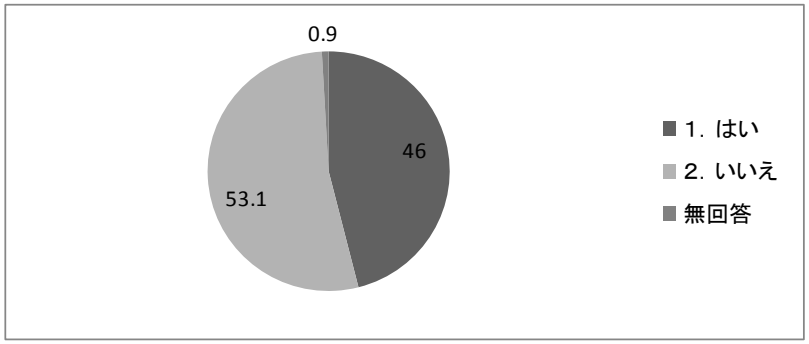


図 23　独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針の作成の有無

５－２）高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。（○は１つ）

高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置について、「１．はい」が 70.8%と 7 割程度と示され、「２．いいえ」が 29.2%と示された。

表 45　高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置（N=113）

	N	%
１．はい	80	70.8
２．いいえ	33	29.2
無回答	0	0.0
計	113	100.0

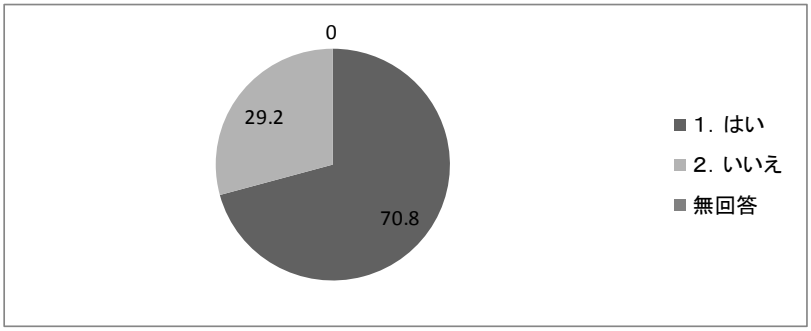


図 24　高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置

５－３）高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。（○は１つ）

高齢者虐待の通報があったケースにおける事実確認・カンファレンスの実施について、「１．はい」が 88.5%と 9 割弱と示され、「２．いいえ」が 9.7%と示された。

表 46　高齢者虐待の通報があったケースにおける事実確認・カンファレンスの実施(N=113)

	N	%
１．はい	100	88.5
２．いいえ	11	9.7
無回答	2	1.8
計	113	100.0

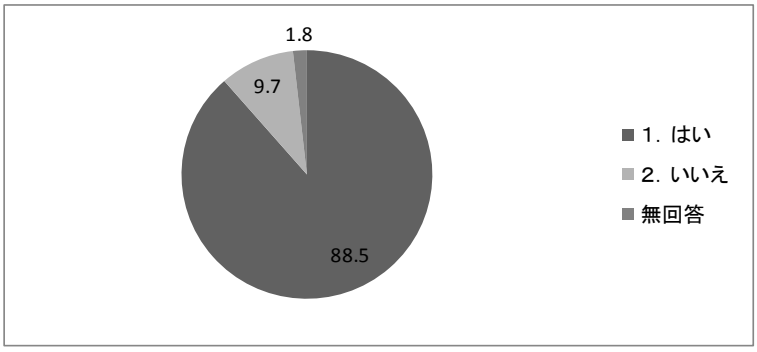


図 25　高齢者虐待の通報があったケースにおける事実確認・カンファレンスの実施

☛平成 22 年度の実施件数

高齢者虐待の通報があったケースにおける事実確認・カンファレンスの平成 22 年度の実施件数について、「1～10 件」が 56.0%と半数以上を占め、続いて多かったのは「11～20 件」が 10.0%と示された。

表 47　高齢者虐待の通報があったケースにおける事実確認・カンファレンスの実施件数 N=100

	N	%
1～10 件	56	56.0
11～20 件	10	10.0
21～30 件	4	4.0
31～40 件	0	0.0
41～50 件	3	3.0
51 件以上	6	6.0
無回答	21	21.0
計	100	100.0

５－４）高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保していますか。（○は１つ）

高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターの確保について、「２．いいえ」が 66.4%と示され、「１．はい」が 32.7%と示された。

表 48　高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターの確保(N=113)

	N	%
１．はい	37	32.7
２．いいえ	75	66.4
無回答	1	0.9
計	113	100.0

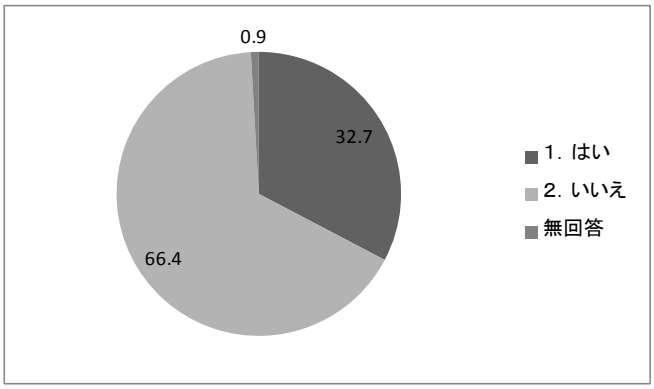


図 26　　高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターの確保

☛平成 22 年度の利用実績

高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターの平成 22 年度の利用実績について､最も多かったのは「1 件」で 10.6%と示され、続いて「2 件」が 3.5%と示された。

表 49　高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターの利用実績(N=37)

	N	%
1 件	12	32.4
2 件	4	10.8
4 件	1	2.7
31 件	1	2.7
77 件	1	2.7
無回答	18	48.6
計	37	100.0

５－５）成年後見制度について、市町村長申立の仕組みを設けていますか。（○は１つ）

市町村長申立の仕組みの有無について、「１．はい」が 77.0%と 8 割程度と示され、「２．いいえ」が 23.0%と示された。

表 50　市町村長申立の仕組みの有無(N=113)

	N	%
１．はい	87	77.0
２．いいえ	26	23.0
無回答	0	0.0
計	113	100.0

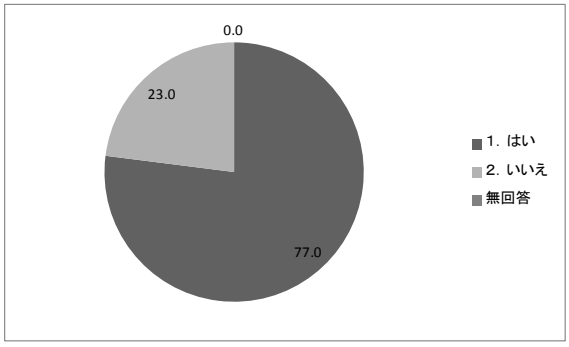


図 27　市町村長申立の仕組みの有無

☛平成 22 年度実績件数

市町村長申立の仕組みの平成 22 年度実績件数について、「1 件」が 14.2%と最も多く、続いて「2 件」が 6.2%と示された。

表 51　市町村長申立の実績件数(N=87)

	N	%
1 件	16	18.4
2 件	7	8.0
3 件	4	4.6
9 件	1	1.1
10 件	1	1.1
12 件	1	1.1
無回答	57	65.5
計	87	100.0

5－6）老人福祉法上の「やむを得ない事由による措置」が必要であると判断した場合に施設入所措置などを含め権限を行使した平成 22 年度の件数をお答えください。

(1)平成 22 年度実績件数

老人福祉法上の「やむを得ない事由による措置」の実績件数について、最も多かったのは「1 件」が 9.7%、続いて「2 件」が 6.2%であった。

表 52　老人福祉法上の「やむを得ない事由による措置」の実績件数(N=113)

	N	%
1 件	11	9.7
2 件	7	6.2
3 件	1	0.9
4 件	1	0.9
5 件	1	0.9
6 件	1	0.9
7 件	1	0.9
8 件	1	0.9
11 件	1	0.9
無回答	88	77.9
計	113	100.0

(2)それは、どのような事例だったか。代表的な事例について、以下に記述してください。

老人福祉法上の「やむを得ない事由による措置」について記述されたもののうち、代表的なものを以下に記述した。

- 虐待で分離が必要なケース（特養入所措置）

問６．地域包括ケアシステムの構築に向けた組織整備および第５期介護保険事業計画の進行についてお伺いします。

６－１）貴自治体（保険者）では地域包括ケアシステムをどのように解釈して、事業計画に反映させていますか。現在策定中の第５期介護保険事業計画で関連する記述があれば、下記にご記入ください。
なお、該当箇所のコピー添付でも結構です。

自治体（保険者）では地域包括ケアシステムの定義として回答されたもののうち、代表的なものを以下に記述した。

- 地域包括ケアシステムとは、地域住民にいつまでも安心して暮らせるように、そのニーズに応じて、関係機関等との連携を図り、切れ目のないサービスを提供するものと考える。計画への記載にちては、現在策定中。
- 地域包括ケア体制整備構想。高齢化の進行や療養病床の再編成等を踏まえ、高齢者が住み慣れた地域で、先々の不安なく尊厳を持って生活を継続していくために地域包括ケア体制整備を目的に、地域の保健・医療・福祉・介護等の地域包括ケア資源や特性を生かしながら、行政、民間、住民が連携し、在宅医療の推進を目指します。
- 高齢者が要介護状態になっても 24 時間安心して暮らすことができるよう、医療・介護・保健・福祉を総合的に連携させた地域ケアの推進を目指す必要がある。
- 2015 年～2025 年を見据えて、「高齢者になっても障害、病気になっても住み慣れた地域で安心安全な生活ができるシステムでづくり」ということで、本町においての現状把握から今後事業計画の３年間に向けての課題を抽出し、第５期介護保険計画へ具体的な提案の予定である。
- 地域包括ケア会議の補正、互助支援の強化を重点課題として取り組む予定である。

６－２）市町村介護保険事業計画の作成に関する任意記載事項の「８ 介護保険事業計画に位置付けて重点的に取り組むことが望ましい事項」とされている地域包括ケアシステムの実現のため、今後重点的に取り組むことが必要な以下の４つの事項について、第５期介護保険事業計画の策定時に検討していますか。（当てはまるもの全てに○）

市町村介護保険事業計画の作成に関する任意記載事項の実施状況については、以下のように示された。
検討されているとの回答が最も多かったのは、「１．認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項」であり、46.9%であった。続いて多かったのは、「２．医療との連携に関する事項」が 42.5%であった。一方、「３．高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項」および「４．その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のために必要な事項」については、それぞれ 31.9%、34.5%と先の二つと比較すると検討が低い状況にあった。

表 53　市町村介護保険事業計画の作成に関する任意記載事項の実施状況(N=113)複数回答

	N	%
１．認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項	53	46.9
２．医療との連携に関する事項	48	42.5
３．高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項	36	31.9
４．その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のために必要な事項	39	34.5

☛検討しているものがある場合、その具体的内容について記述してください。

市町村介護保険事業計画の作成に関する任意記載事項の実施状況について、記述されたもののについて、代表的なものを以下に記した。

１．認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項

- 地域密着型認知症通所デイの設立
- 見守り安心ネットワークの確立
- 権利擁護、成年後見制度の利用支援
- 地域に対して、認知症に対する理解を深めるような機会の継続等
- 地域包括支援センターに配置されている認知症コーディネーターを中心に、地域住民資源等を繋ぎ、ネットワークを構築する。
- 地域住民に認知症の正しい知識を普及・啓発するための説明会、キャラバンメイトによる講座の開催
- 認知症高齢者を支え合う地域づくり
- 認知症に対応した質の高いケアの提供
- 早期発見と適切な診断・治療等
- 特にないが、方針は出している。
- 認知症高齢者と家族を支える支援体制の確立
- 徘徊高齢者位置探索システム端末機器貸与とＳＯＳネットワークの活用
- 認知症サポーターの育成
- 福祉サービス利用支援事業、成年後見人制度の活用
- 認知症高齢者支援対策
- 医療連携（専門医との課題）
- 認知症であることをオープンにすることの大切さ
- 地域支援体制の強化

２．医療との連携に関する事項

- 医療・保健・福祉の連携体制の強化・充実を図るための中央地域ケア会議の開催
- 在宅療養、認知症高齢者の支援における医師との連携推進
- 認知症早期発見等、かかりつけ医による早期発見と専門医との連携のための検討会の設置
- 健康づくりの推進
- 二次予防事業の推進
- 地域包括ケアシステム整備構想
- 地域ケア会議等を利用した連携強化

３．高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項

- 高齢者小規模住宅改造制度の継続と周知等
- 住まいの整備を目的に、バリアフリーを推進するための助成や、医療との連携の上、良質なサービスを提供するための高齢者住宅の供給促進を図る。
- 住み慣れた地域で暮らせるケアの充実
- 独居生活者を支えるケア、住宅環境の再点検
- 公営住宅（市営住宅）における高齢者と障害者の入居を公募で実施
- 新たな公営住宅（市営住宅）を建設する際のバリアフリー化
- 災害への不安、住宅バリアフリー化、過疎地に住む高齢者の問題を関係課で協議
- 社会資源の拡充
- 宿泊設備（公民館の利用等）

４．その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のために必要な事項

- 地域で安心して暮らせるよう、安否確認事業の継続及び拡大
- 見守り体制の確立
- 自立した日常生活を支援できるよう、ちょっとした困りごとに対する支援等
- 生活支援施策の充実
- 高齢者の見守り支援等、地域で支え合う仕組みづくり
- 自立支援を促すケア
- 対象者に適したサービスの確保
- ひとり暮らし高齢者安心ネットワーク構築
- 高齢者虐待防止ネットワーク構築
- 災害時の高齢者支援
- 在宅福祉サービス充実
- 地域包括ケアプシステムの実現
- 介護予防施策の展開
- 互助を守り育てる（家族介護力の支援、助けられ上手、世代間交流）

６－３）高齢者福祉計画や介護保険事業計画だけでなく、地域福祉総合計画のような障害者分野も含めた各分野の計画を総合的に包括するような計画や方針を策定しているか。（○は１つ）

各分野の計画を総合的に包括するような計画や方針を策定の有無について、「１．ある」が40.7%であったが、「２．ない」についても39.8%と示された。

表54　各分野の計画を総合的に包括するような計画や方針を策定の有無（N=113）

	N	%
１．ある	46	40.7
２．ない	45	39.8
３．よくわからない	8	7.1
無回答	14	12.4
計	113	100.0

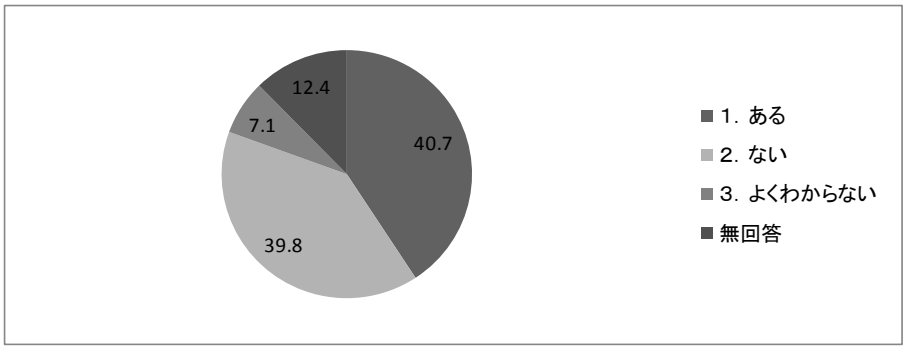


図28　各分野の計画を総合的に包括するような計画や方針を策定の有無

６－４）貴自治体（保険者）の地域包括ケアの担当課（担当者）が他機関と連携する場合の業務内容は、以下のどれに当てはまりますか。（○は１つ）

地域包括ケアの担当課（担当者）が他機関と連携のレベルについては、「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。」が56.6%と過半数を占め、続いて、「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）。」が 15.0%と示されたが、一方で最もレベルが高い「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。」についても 9.7%と示されていた。

表 55　地域包括ケアの担当課（担当者）が他機関と連携のレベル(N=113)

	N	%
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。	64	56.6
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）。	17	15.0
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。	5	4.4
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。	1	0.9
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。	11	9.7
無回答	15	13.3
計	113	100.0

６－５）第５期介護保険事業計画におけるニーズ調査の実施および分析の状況。（当てはまるもの全てに○）

第 5 期介護保険事業計画におけるニーズ調査の実施状況については、「１．抽出調査で行っている」が 64.6%と最も回答された割合が高く、続いて「３．日常生活圏域ごとの課題分析を行っている」が 21.2%であった。

表 56　第 5 期介護保険事業計画におけるニーズ調査の実施状況（N=113）（複数回答）

	N	%
１．抽出調査で行っている	73	64.6
２．全数調査を行っている	19	16.8
３．日常生活圏域ごとの課題分析を行っている	24	21.2
４．介護給付費と関連づけて分析を実施している	13	11.5

６－６）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行っているか

(1)日常生活圏域の数

第５期介護保険事業計画における日常生活圏域の数については､1 か所が 33.6%と最も多く､続いて 2 か所および 3 か所が 10.6%と示された。

表 57　日常生活圏域の数(N=113)

	N	%
1 か所	38	33.6
2 か所	12	10.6
3 か所	12	10.6
4 か所	10	8.8
5 か所	3	2.7
6 か所	5	4.4
7 か所	4	3.5
8 か所	2	1.8
10 か所	4	3.5
11 か所	1	0.9
12 か所	1	0.9
13 か所	2	1.8
15 か所	1	0.9
17 か所	1	0.9
18 か所	1	0.9
22 か所	1	0.9
無回答	15	13.3
計	113	100.0

(2)日常生活圏域の決定方法

日常生活圏域の決定方法として記述された内容として代表的なものを以下に記した。

- 旧中学校区
- 合併前の旧市町等
- 策定委員会で検討
- 圏域に対して一体的なサービスを提供しやすいため、町を１圏域とした。
- 高齢者がなくるべく住み慣れた地域で、福祉・介護サービス等が受けられるように、高齢者人口、地域福祉計画で設定した保健福祉サービス圏域の拠点圏域を基本
- 構成市
- 行政区
- 人口規模や地理的条件等から判断
- 生活でのようすから、合併したため、圏域をひとつにした。
- 市全体を１つの圏域としの捉え方
- 必要最小限の設定により、本町内のサービス供給のバランスをとり、利用者の利便性を高める枠組みとして、前期計画に引き続き、本町全体を一つの日常生活圏域と設定した。

問７．地域における医療と介護の連携状況と自治体の関与についてお伺いします。

７－１）「かかりつけ医紹介制度」等のかかりつけ医の推進をする自治体（保険者）独自の制度の設定あるいは取り組み等がある場合、以下にご記入ください。

かかりつけ医の推進をする自治体（保険者）独自の制度の設定あるいは取り組み等について記述されたもののうち、代表的なものについて、以下に記した。

- 要介護認定申請時の指定医紹介

7－2）医療と介護の連携に関して、医師会と協働して推進する自治体（保険者）独自の施策がある場合、以下にご記入ください。

医師会と協働して推進する自治体（保険者）独自の施策について記述されたもののうち、代表的なものについて、以下に記した。

- 認知症推進会議
- 脳卒中地域連携パス
- 三者会（医師会、ケアマネ協、訪問看護、地域包括センター）
- 医療圏域医療再生計画推進事業
- 主治医とケアマネジャーの連携を図るためのツールとして、医師会と協働し「主治医・ケアマネジャー連絡票」を作成し、ケアプラン作成における助言等を求める体制を構築している。
- かかりつけ医の認知症相談医登録制について、医師会と検討中である。
- 支え合う地域のきずなプロジェクト事業（県補助事業）
- 地域連携体制検討会

7－3）病診・病病連携を促進する自治体（保険者）独自の施策がある場合、以下にご記入ください。

病診・病病連携を促進する自治体（保険者）独自の施策について記述されたもののうち、代表的なものについて、以下に記した。

- 地域医療あり方検討会

7－4）急性期病院または回復期病院からの退院時において、行政（あるいは直営の地域包括支援センター）が、転院先の紹介や在宅復帰のためのケースカンファレンスへの同席等の関与をどの程度行っていますか。（○は１つ）

在宅復帰のためのケースカンファレンスへの自治体の関与については、「２．事例によって関与している」が 60.2%と最も多く、無回答を除く、次に多かったのは、「３．ほとんど関与しない」が 13.3%であった。

表 58　在宅復帰のためのケースカンファレンスへの自治体の関与(N=113)

	N	%
１．かなり関与している	3	2.7
２．事例によって関与している	68	60.2
３．ほとんど関与しない	15	13.3
４．まったく関与しない	8	7.1
無回答	19	16.8
計	113	100.0

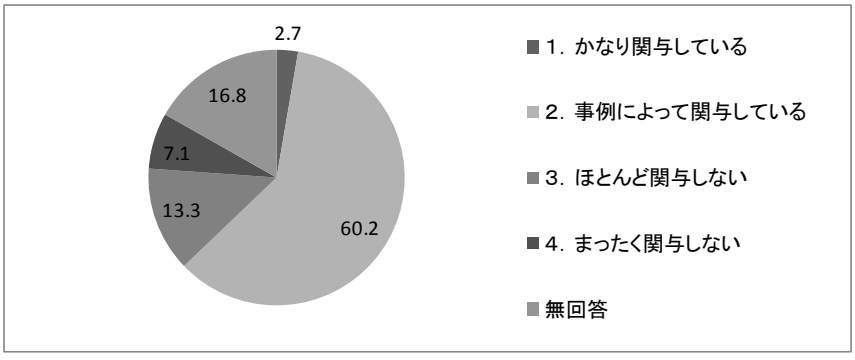


図 29　在宅復帰のためのケースカンファレンスへの自治体の関与

自治体における地域包括ケアシステム構築のための保険者機能調査

地域包括支援センターが各地に設置されてから 6 年が経過しようとしており、地域包括ケアシステムの推進役として中心的役割を担う地域包括支援センターは、今後も重要な役割を担ってまいります。しかしながら、この地域包括支援センターが効果的に機能するためには、これを設置する自治体における保険者機能の把握が必須と考えられます。そこで本調査は、平成 23 年度老人保健健康増進等事業として、自治体における地域包括ケアシステム構築のための保険者機能の実態を把握し、今後の介護保険に係る施策に資する基礎資料を提供することを目的として実施するものです。

つきましては、業務ご多用のところ誠に恐縮ですが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力下さるようお願い申し上げます。

記入済みの調査票は、同封の返信用封筒に入れて、**平成 24 年 1 月 31 日**までに以下の返送先までご返送下さい。なお、ご回答いただいた内容につきましては、個別の回答者が特定できないよう、統計的に処理し、公表いたしますので、忌憚のないご回答をお願いいたします。

【調査責任者】
立教大学 21 世紀社会デザイン研究科教授　川村仁弘
国際医療福祉大学教授　高橋紘士

【研究費】
平成 23 年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業」

■ 調査事務局：調査票返送・問合せ先
〒171-8790　東京都豊島区高田 3-18-9 Mali ビル 2 階　株式会社千早ティー・スリー内
「地域包括システム構築のための保険者機能調査」事務局
※調査に関するお問合せは、以下のファックスまたはメールでお願いいたします。
FAX：03-5956-3841　　e-mail：qa01@kaigo.vianet.jp

貴自治体の基本属性	
貴自治体名・市町村コード	（　　）都道府県（　　）区市町村　市町村コード（　　）
地域包括ケア担当　所管部署名	
地域包括支援センター数 ※平成２３年１２月１日時点 ※該当しない場合は「0」を記入	直　　営（　　）箇所　委　　託（　　）箇所 ブランチ（　　）箇所　サブセンター（　　）箇所

注）ブランチ：住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための「窓口」。
サブセンター：市町村や社会福祉法人等が、在宅介護支援センターの職員と地域包括支援センターの職員として採用するなどした後、その職員を、在宅介護支援センターに併設する地域包括支援センターの支所で勤務させ、地域包括支援センターの機能の一部を行わせるような形態。

１．「事業計画・政策立案の状況」についてお伺いします。

１－１）介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。（○は１つ）
（※ここでは財政運営上、計画（見込み）に対して給付状況（現状）がどう推移しているかを点検しているかお尋ねしています。）

１．定期的に行っている　　（年　　回程度実施）　２．していない

１－２）介護保険給付状況の分析を行っていますか。（○は１つ）

１．定期的に行っている　　（年　　回程度実施）　２．していない

☛「１．定期的に行っている」と回答された場合、直近で検討された時期についてお答えください。
直近で検討した時期　　（平成　　年　月頃検討）

☛「１．定期的に行っている」と回答された場合、分析方法についてお答えください。
（当てはまるもの全てに○）

１．国保中央会の適正化システム　２．都道府県が開発した分析システム
３．市区町村独自の分析システム　４．介護政策評価システム（地域ケア政策ネットワーク）
５．介護保険事業実績分析ソフト（日本福祉大学）
６．その他（　　）

１－３）2025 年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。（○は１つ）**（※部内資料であっても推計していただいていれば「１．はい」とお答えください。）**

１．はい　２．いいえ

１－４）2025 年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討していますか。（○は１つ）

１．はい　２．いいえ

１－５）高齢者のニーズに応じた自治体（保険者）独自の施策（一般財源事業）やサービスがありますか。（○は１つ）

１．はい　２．いいえ

☛「１．はい」と回答された場合、具体的な施策についてお答えください。

施策	平成 23 年度予算
（例）認知症見守り支援事業	2000 万円

問２．「地域連携の仕組みづくり」についてお伺いします。

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

会議等の種類	自治体(保険者)が主催している場合に○	開催の有無	開催している場合の頻度
地域包括支援センター運営協議会		１．有 ２．無	（　　）か月に一度
地域ケア会議（やむを得ない事由による措置、虐待対応方針決定、政策的な方向を出す協議の場）		１．有 ２．無	（　　）か月に一度
個別ケース担当会議（個別プランに基づくサービス調整等）		１．有 ２．無	（　　）か月に一度
地域全体の連携推進のための会議		１．有 ２．無	（　　）か月に一度

☛地域ケア会議や個別ケース担当会議を「１．有」と回答した場合、誰が招集権限を持っているか

【地域ケア会議】
１．医師会
２．行政の高齢者介護部門・地域包括支援センター
３．担当ケアマネジャー
４．その他（　　）

【個別ケース担当会議】
１．医師会
２．行政の高齢者介護部門・地域包括支援センター
３．担当ケアマネジャー
４．その他（　　）

２－２）自治体（保険者）として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者等と連携した地域連携パス（医療連携パス）の仕組みがありますか。（○は１つ）

１．はい　２．いいえ

☛「１．はい」と回答された場合、具体的にその仕組みについてお答えください。

問３．自治体としての地域包括支援センター職員への支援についてお伺いします。

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

１．自治体（地域包括支援センター主管部署）が主催して運営している
２．センターが主催して、自治体（地域包括支援センター主管部署）が出席・協力している
３．センターが自主的に開催しているが自治体（地域包括支援センター主管部署）は出席していない
４．そのような場は設定していない

３－２）自治体（保険者）として、地域包括支援センター（ブランチ･サブセンター含む）からの提案・要望などに基づいて、事業や講座などを新規に実施したことがありますか。（○は１つ）

１．はい　２．いいえ

☛「１．はい」と回答された場合、具体的にその名称や内容等をお答えください。

３－３）自治体（保険者）として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。（○は１つ）

１．はい　２．いいえ

☛「１．はい」と回答された場合、どのような点に着目した評価を行っているのかお答えください。（当てはまるもの全てに○）

１．地域の中核的医療機関や地区医師会と利用者情報の共有化のツール（地域連携パス・情報提供シートなど）が開発され活用されているか
２．認知症の的確な診断や治療が可能な認知症専門医療機関と日常的な連携ができているか
３．認知症やもの忘れについて相談・対応できる地域の診療所、クリニックなどを把握しているか
４．ミーティング実施などによりセンター内の業務情報の共有化が図られているか
５．地域のインフォーマルなサービスも含め介護保険外のサービスの把握と情報提供がされているか
６．地域の自治会、町内会、民生委員などと情報交換を行い、担当地域の高齢者の実態把握を進めているか
７．地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等について、適宜、地域包括支援センターの各専門職が地域の関係者、関係機関との連携のうえで、具体的な支援方針を検討し、適切な指導・助言をしているか
８．その他（　　）

問４．「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」「介護サービス事業者支援」についてお伺いします。

４－１）介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等を設置していますか。（○は１つ）

１．自治体（保険者）として設置している
２．設置はしていないが、自主的な組織があり、支援している
３．自主的な組織はあるが、自治体（保険者）としては関わっていない
４．そのような組織があるかどうか把握していない

４－２）自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。（○は１つ）

１．はい　→開催頻度：（　　）か月に一度
２．いいえ

４－３）自治体（保険者）として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施していますか。（○は１つ）

１．はい　２．いいえ

☛「１．はい」と回答された場合、実施方法等についてお答えください。

主な実施目的 （当てはまるもの全てに○）	１．不正請求等の発見と是正　２．ケアプランの質の向上 ３．その他（　　）
対象となる計画の選定方法 （○は１つ）	１．全件　　２．全事業所から一部抽出 ３．一部事業者の全件　　４．一部事業者から一部抽出
平成 22 年度の実施件数 ※対象ケアプラン数	（　　）件

４－４）介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。（○は１つ）

１．はい　→平成 22 年度の開催件数：（　　）件
２．いいえ

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

１．はい　→平成 22 年度の参加件数：（　　）件
２．いいえ

４－５）自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。（○は１つ）

１．設置している
２．設置していないが自主的な組織を支援している
３．自主的な組織があるが、関与していない

４－６）自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。（○は１つ）

１．はい　→開催頻度：（　　）か月に一度
２．いいえ

４－７）自治体（保険者）として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」を作成し、ケアマネジャーや市民等に配布していますか。（○は１つ）

１．はい
２．いいえ

４－８）自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査の状況についてお答えください。

指導について	実地指導（○は１つ）	１．全事業者に対して行っている ２．一部の事業者に対して行っている ３．行っていない
監査について	平成 22 年度の監査件数	（　　）件
	主な監査理由（もっとも多いものに○）	１．介護サービス内容について ２．介護報酬の請求について ３．運営基準違反について ４．その他（　　）

問５．高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連についてお伺いします。

５－１）自治体（保険者）として、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成 18 年４月厚生労働省老健局）だけではなく、その内容を補完するような自治体（保険者）独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。（○は１つ）

１．はい　２．いいえ

５－２）高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。（○は１つ）

１．はい　２．いいえ

５－３）高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。（○は１つ）

１．はい　→平成 22 年度の実施件数：（　　）件
２．いいえ

５－４）高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保していますか。（○は１つ）

１．はい　→平成 22 年度の利用実績：（　　）件
２．いいえ

５－５）成年後見制度について、市町村長申立の仕組みを設けていますか。（○は１つ）

１．はい　→平成 22 年度実績件数：（　　）件
２．いいえ

５－６）老人福祉法上の「やむを得ない事由による措置」が必要であると判断した場合に施設入所措置などを含め権限を行使した平成 22 年度の件数をお答えください。

平成 22 年度実績件数：（　　）件

※それは、どのような事例だったか。代表的な事例について、以下に記述してください。

問６．地域包括ケアシステムの構築に向けた組織整備および第５期介護保険事業計画の進行についてお伺いします。

６－１）貴自治体（保険者）では地域包括ケアシステムをどのように解釈して、事業計画に反映させていますか。現在策定中の第 5 期介護保険事業計画で関連する記述があれば、下記にご記入ください。なお、該当箇所のコピー添付でも結構です。

６－２）市町村介護保険事業計画の作成に関する任意記載事項の「８ 介護保険事業計画に位置付けて重点的に取り組むことが望ましい事項」とされている地域包括ケアシステムの実現のため、今後重点的に取り組むことが必要な以下の４つの事項について、第５期介護保険事業計画の策定時に検討していますか。（当てはまるもの全てに○）

１．認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項
２．医療との連携に関する事項
３．高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項
４．その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のために必要な事項

☛検討しているものがある場合、その具体的内容について記述してください。

１．の事項

２．の事項

３．の事項

４．の事項

６－３）高齢者福祉計画や介護保険事業計画だけでなく、地域福祉総合計画のような障害者分野も含めた各分野の計画を総合的に包括するような計画や方針を策定しているか。（○は１つ）

１．ある　２．ない　３．よくわからない

６－４）貴自治体（保険者）の地域包括ケアの担当課（担当者）が他機関と連携する場合の業務内容は、以下のどれに当てはまりますか。（○は１つ）

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。

６－５）第５期介護保険事業計画におけるニーズ調査の実施および分析の状況。（当てはまるもの全てに○）

１．抽出調査で行っている（対象者が限定される場合：　　）
２．全数調査を行っている（対象者が限定される場合：　　）
３．日常生活圏域ごとの課題分析を行っている
４．介護給付費と関連づけて分析を実施している

６－６）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行っているか（○は１つ）

日常生活圏域の数：　　（　　）
日常生活圏域の決定方法：

問７．地域における医療と介護の連携状況と自治体の関与についてお伺いします。

７－１）「かかりつけ医紹介制度」等のかかりつけ医の推進をする自治体（保険者）独自の制度の設定あるいは取り組み等は場合、以下にご記入ください。

７－２）医療と介護の連携に関して、医師会と協働して推進する自治体（保険者）独自の施策がある場合、以下にご記入ください。

例）「脳卒中地域連携パス」「認知症対策協議会」など

７－３）病診・病病連携を促進する自治体（保険者）独自の施策がある場合、以下にご記入ください。

７－４）急性期病院または回復期病院からの退院時において、行政（あるいは直営の地域包括支援センター）が、転院先の紹介や在宅復帰のためのケースカンファレンスへの同席等の関与をどの程度行っていますか。（○は１つ）

１．かなり関与している　　２．事例によって関与している
３．ほとんど関与しない　　４．まったく関与しない

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

資料２　GIS を用いた保険者スコアや自治体属性の分析結果の表示

●東京都における地域包括支援センター開始月の分布

●鹿児島県における地域包括支援センター開始月の分布

●鹿児島県における人口区分の分布

●鹿児島県における高齢化率区分の分布

●鹿児島県における財政力指数区分の分布

●鹿児島県における保険者スコア（全体）の分布

●鹿児島県における保険者スコア１の分布

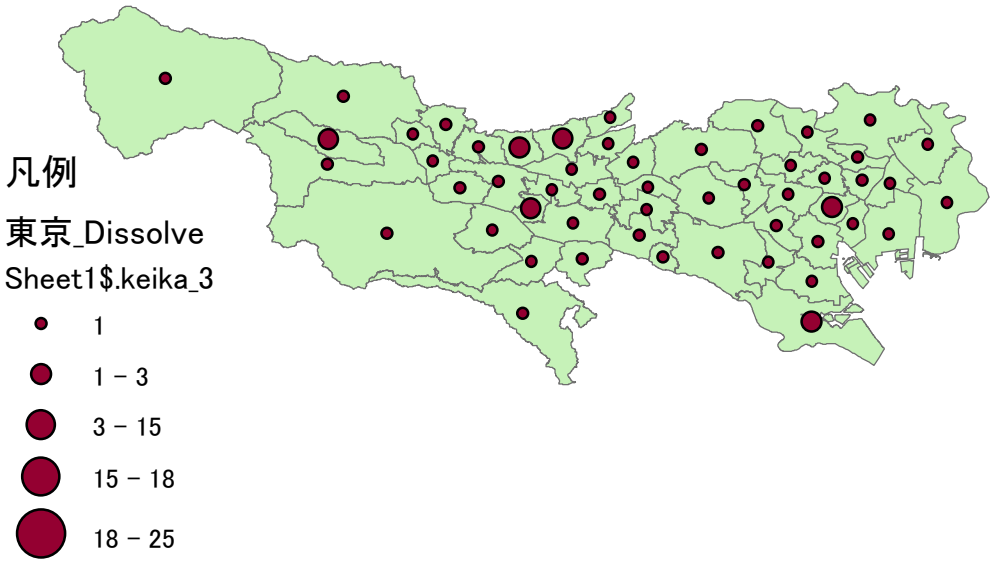
●鹿児島県における保険者スコア２の分布

●鹿児島県における保険者スコア３の分布

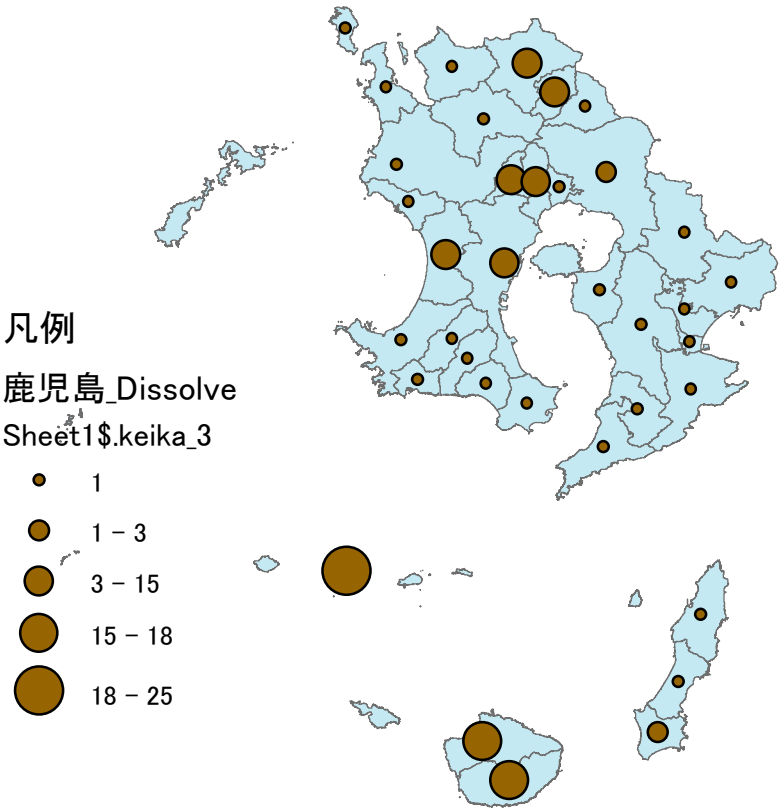
●鹿児島県における保険者スコア４の分布

●鹿児島県における保険者スコア５の分布

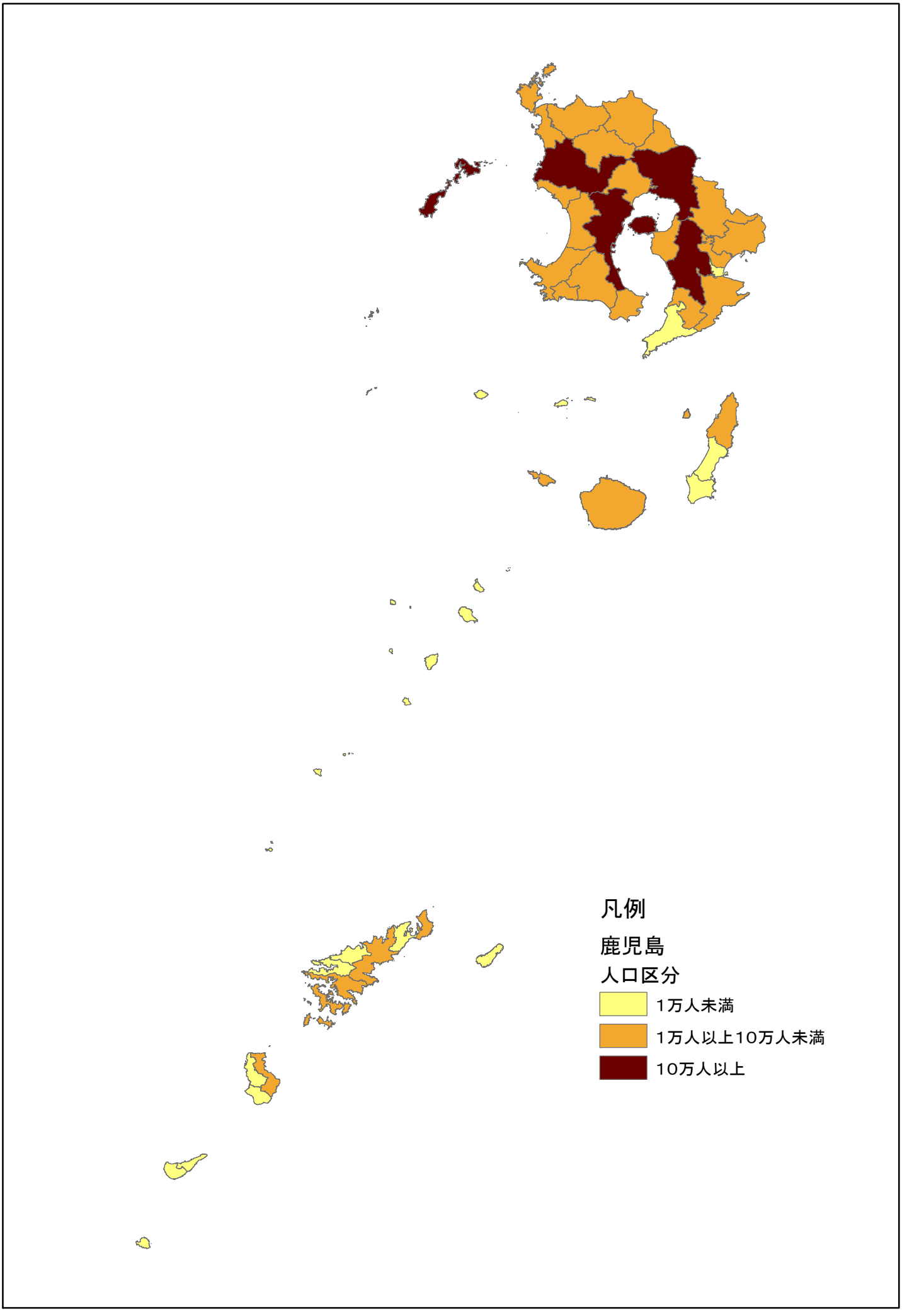
東京都における地域包括支援センター設置時期の分布



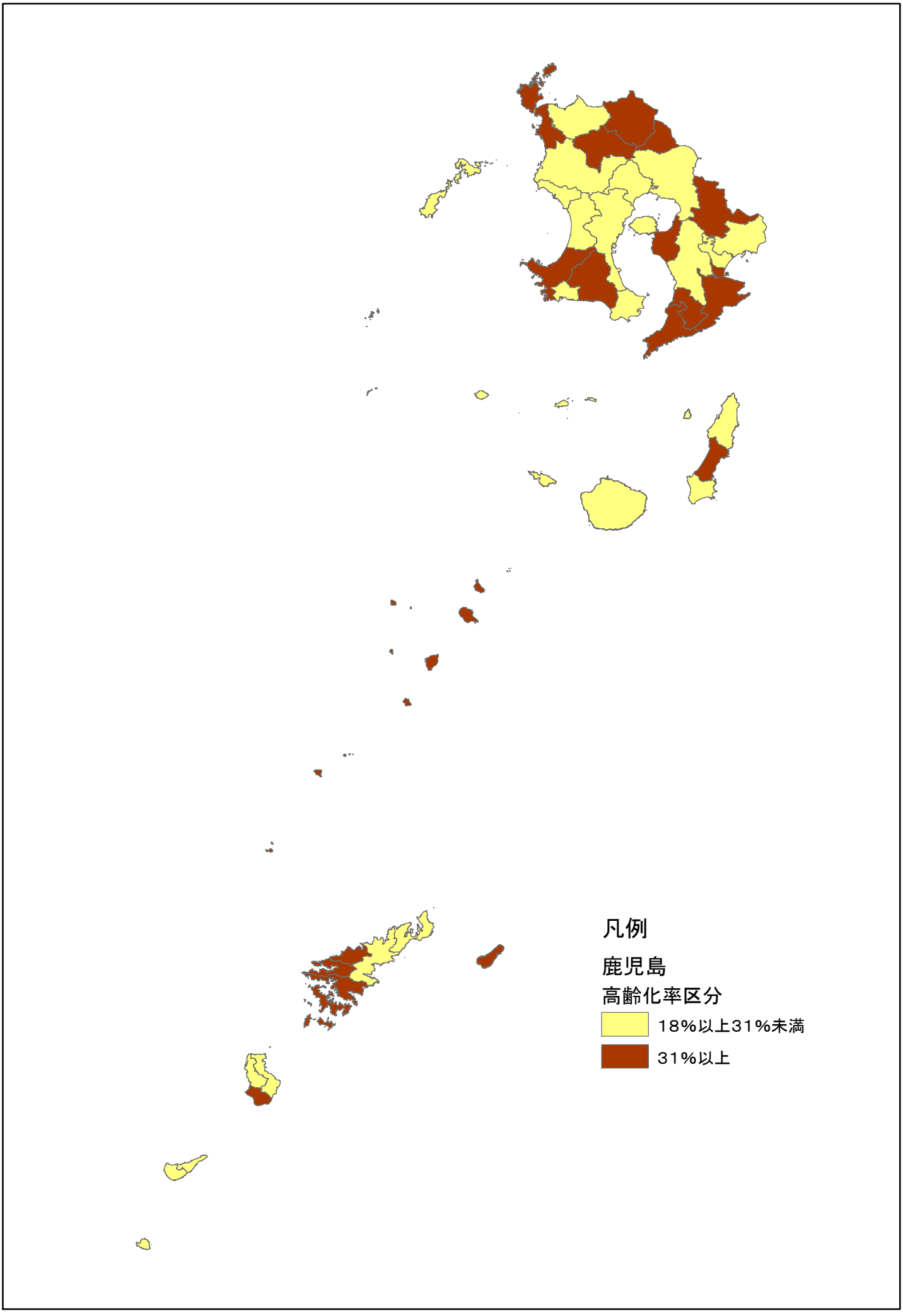
鹿児島県における地域包括支援センター設置時期の分布



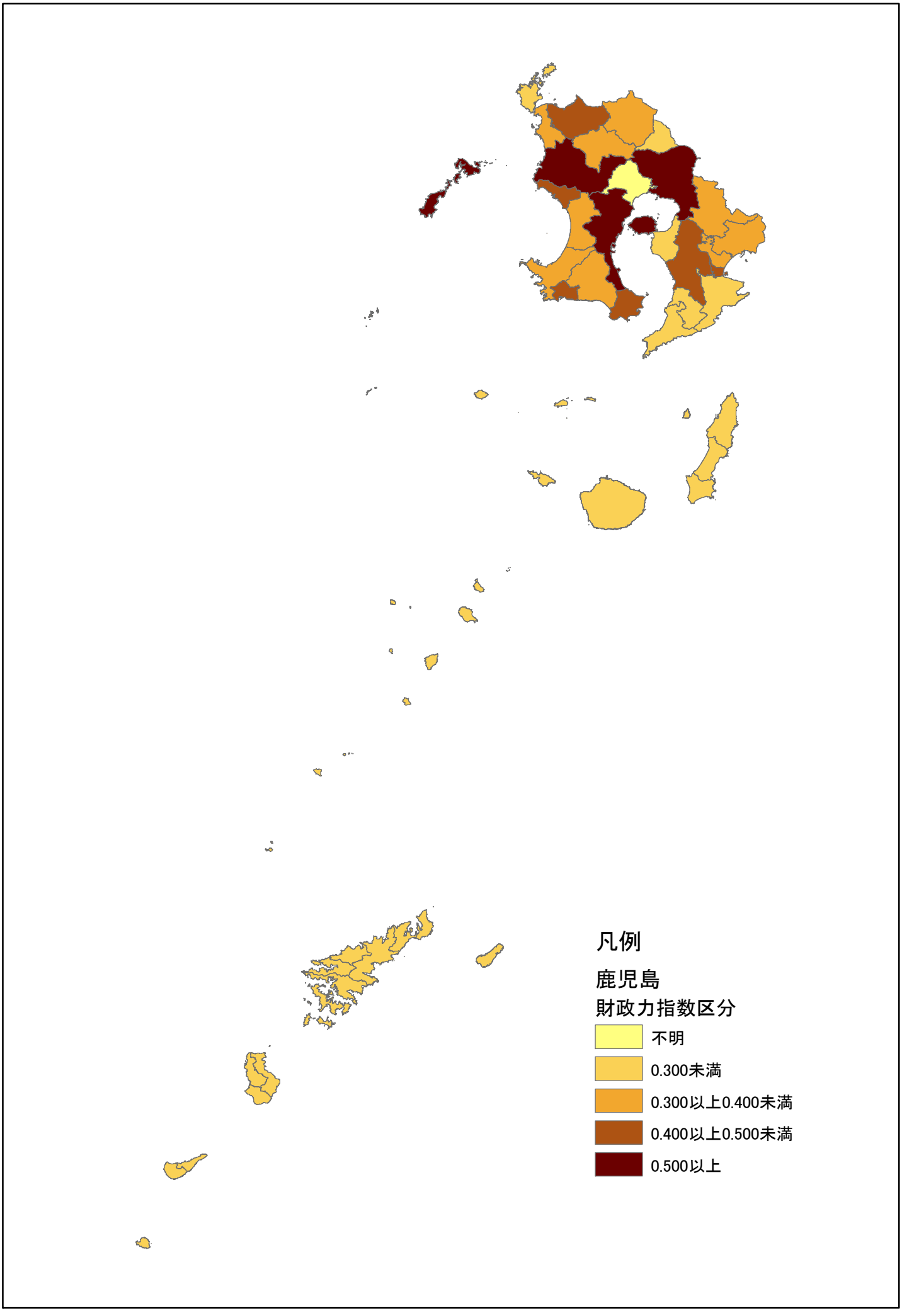
鹿児島県における人口区分の分布



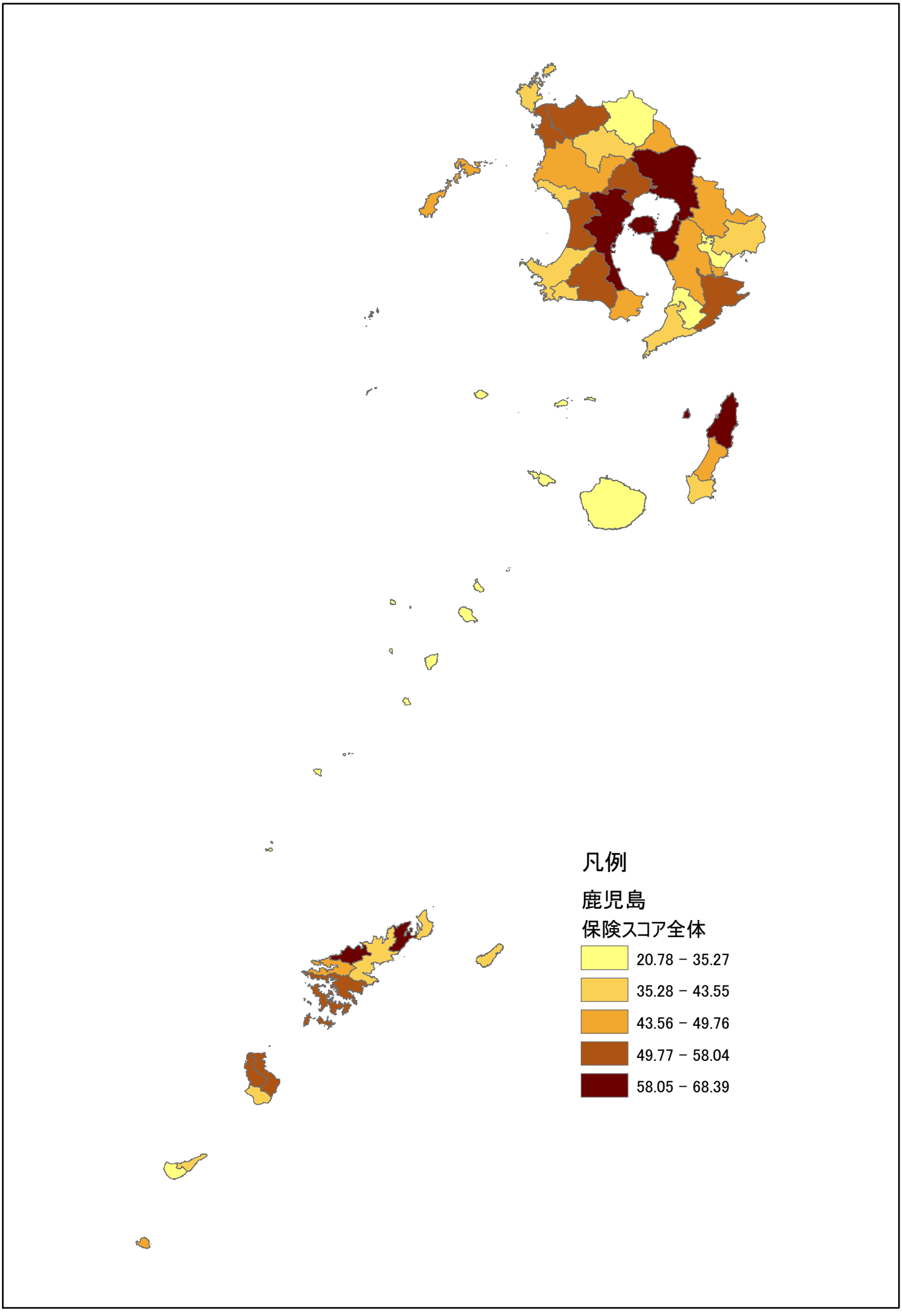
鹿児島県における高齢化率区分の分布



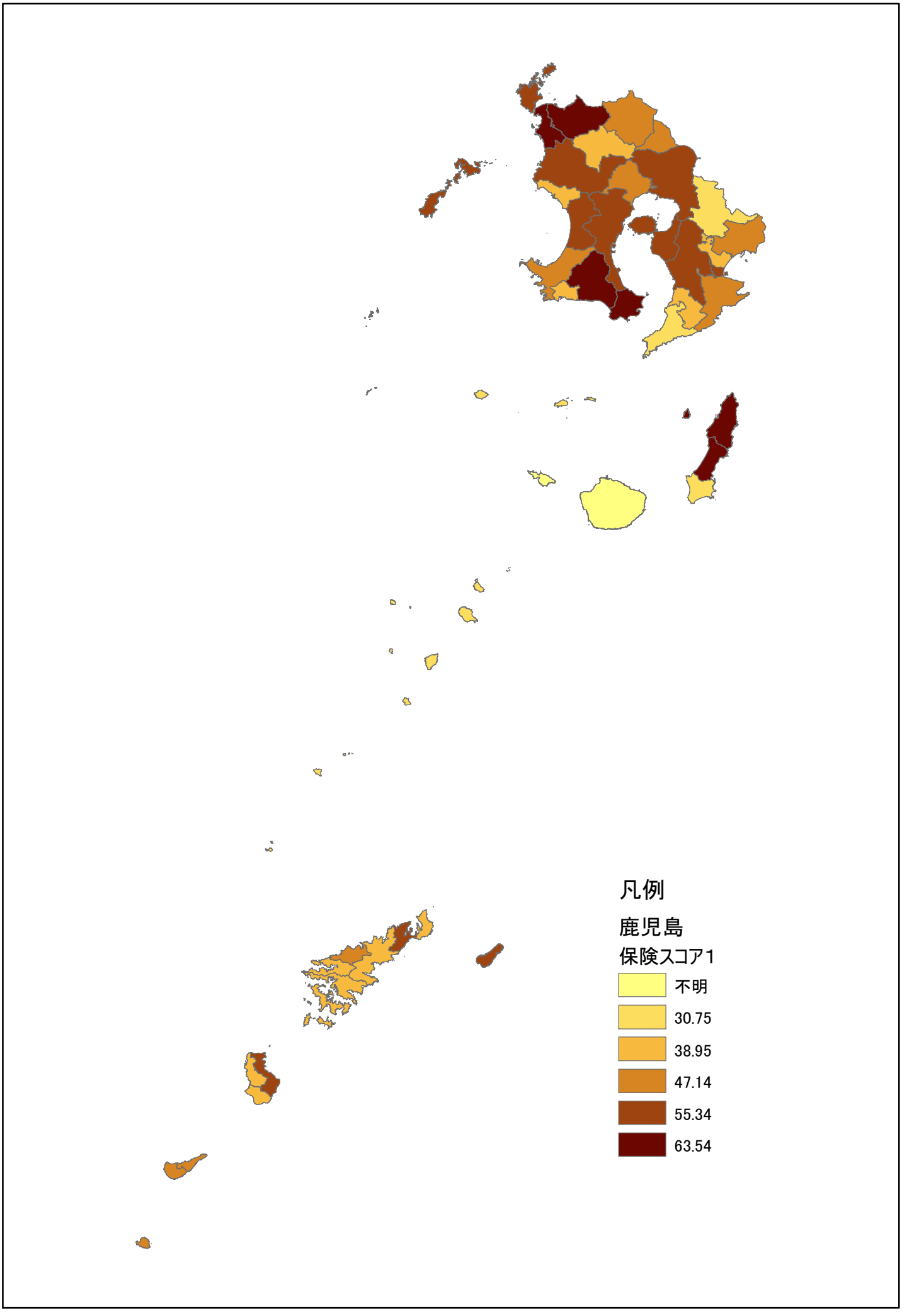
鹿児島県における財政力指数区分の分布



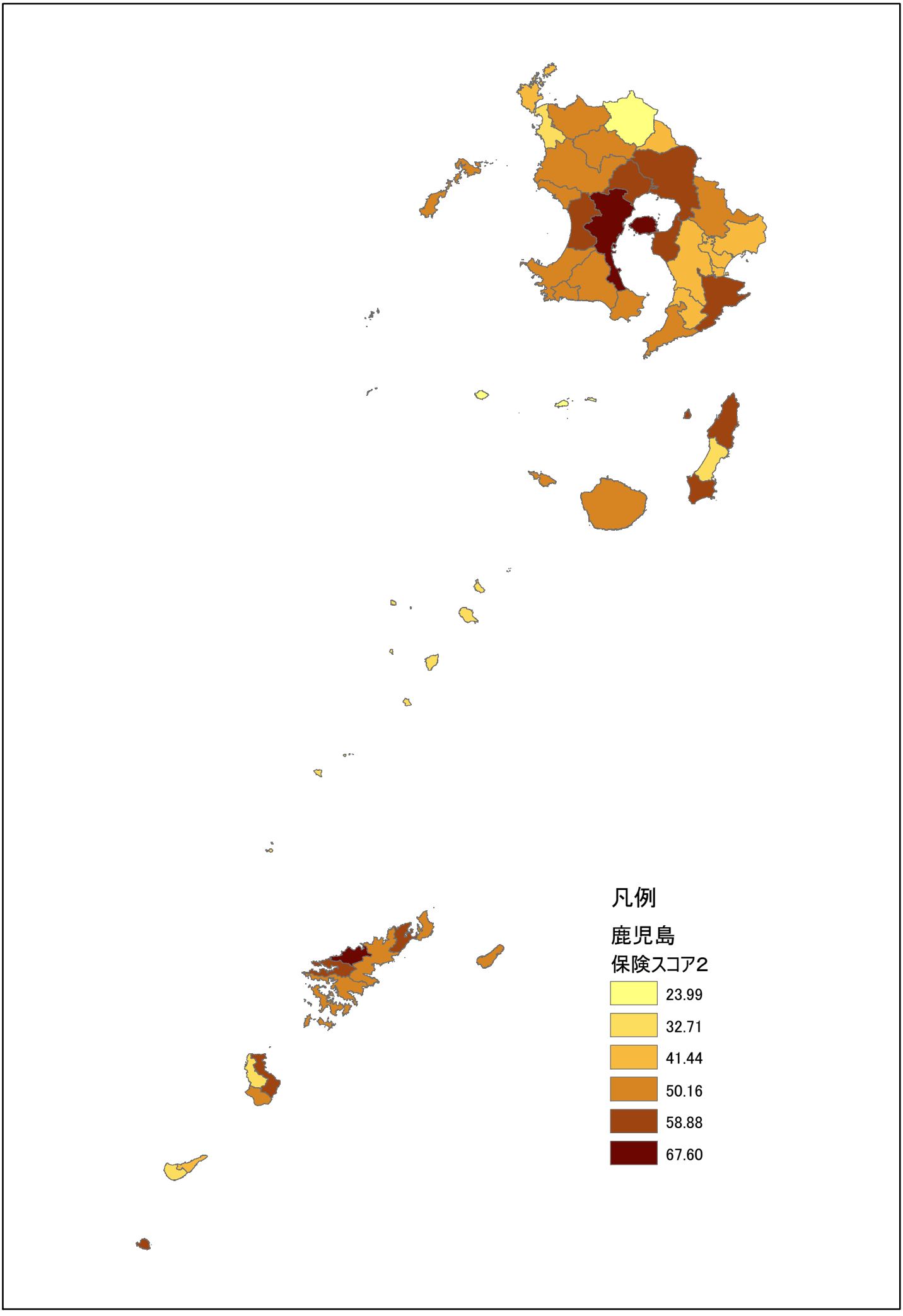
保険者スコア（全体）


凡例
鹿児島
保険スコア全体
20.78 – 35.27
35.28 – 43.55
43.56 – 49.76
49.77 – 58.04
58.05 – 68.39

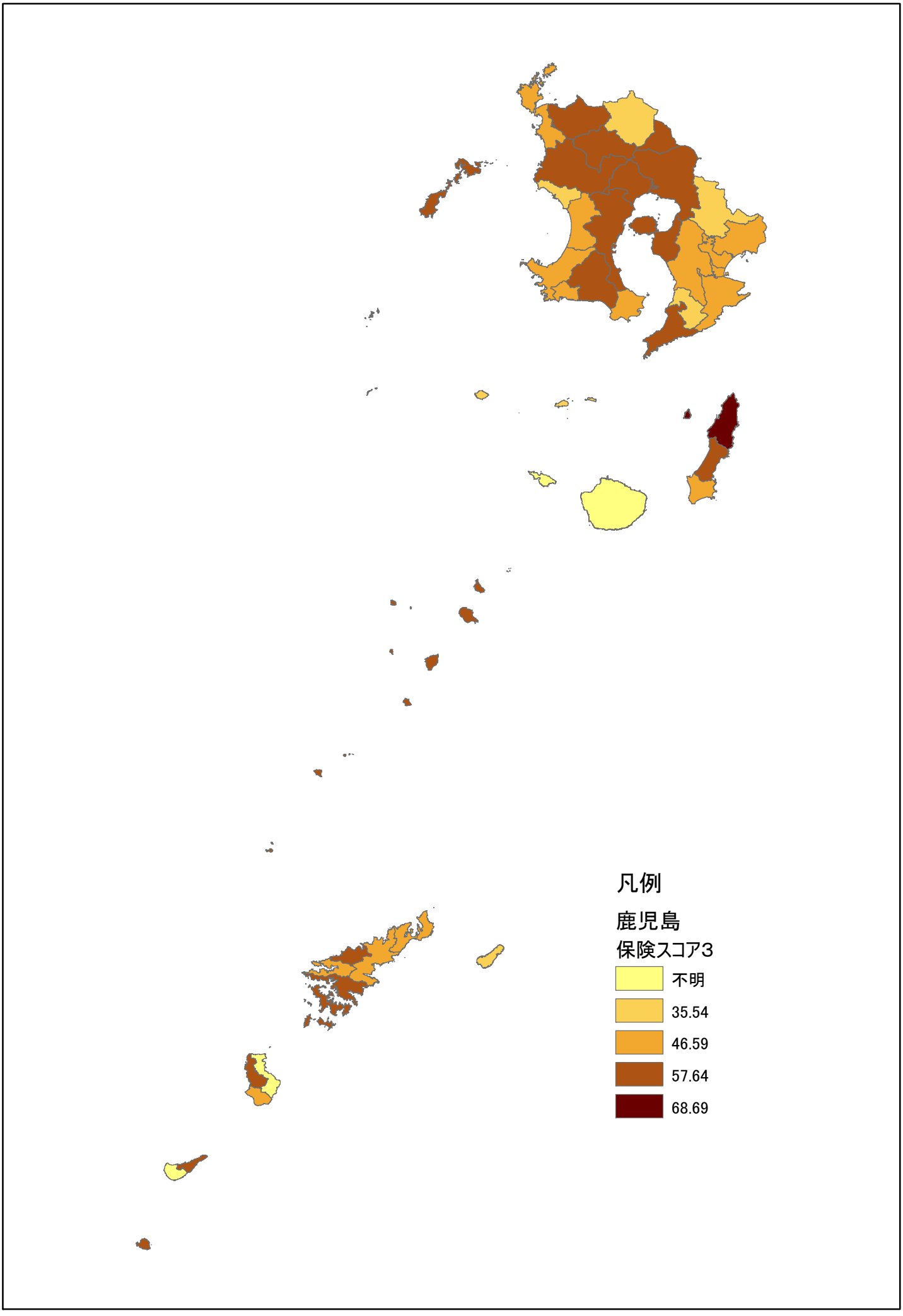
鹿児島県における保険者スコア１の分布



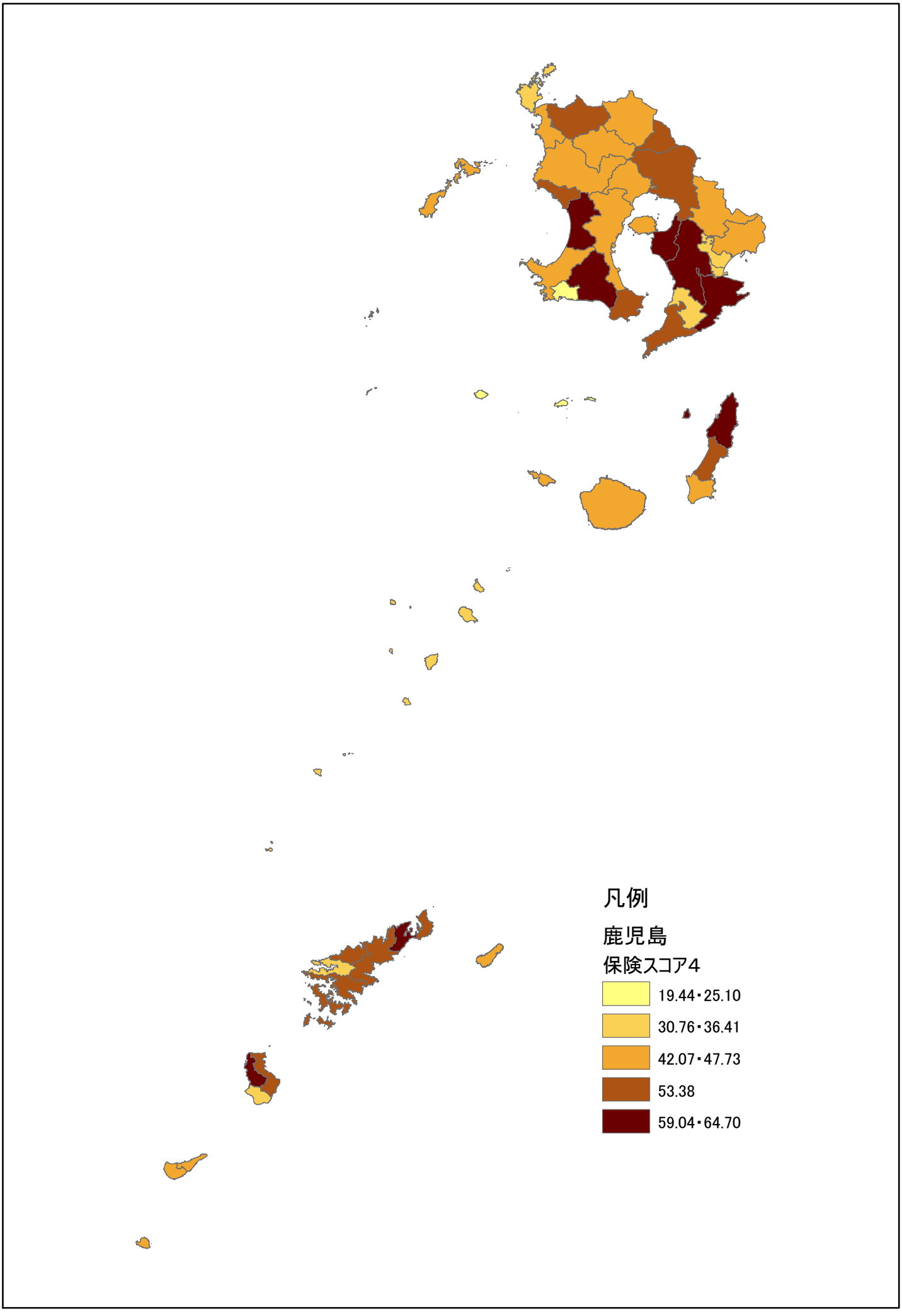
鹿児島県における保険者スコア２の分布



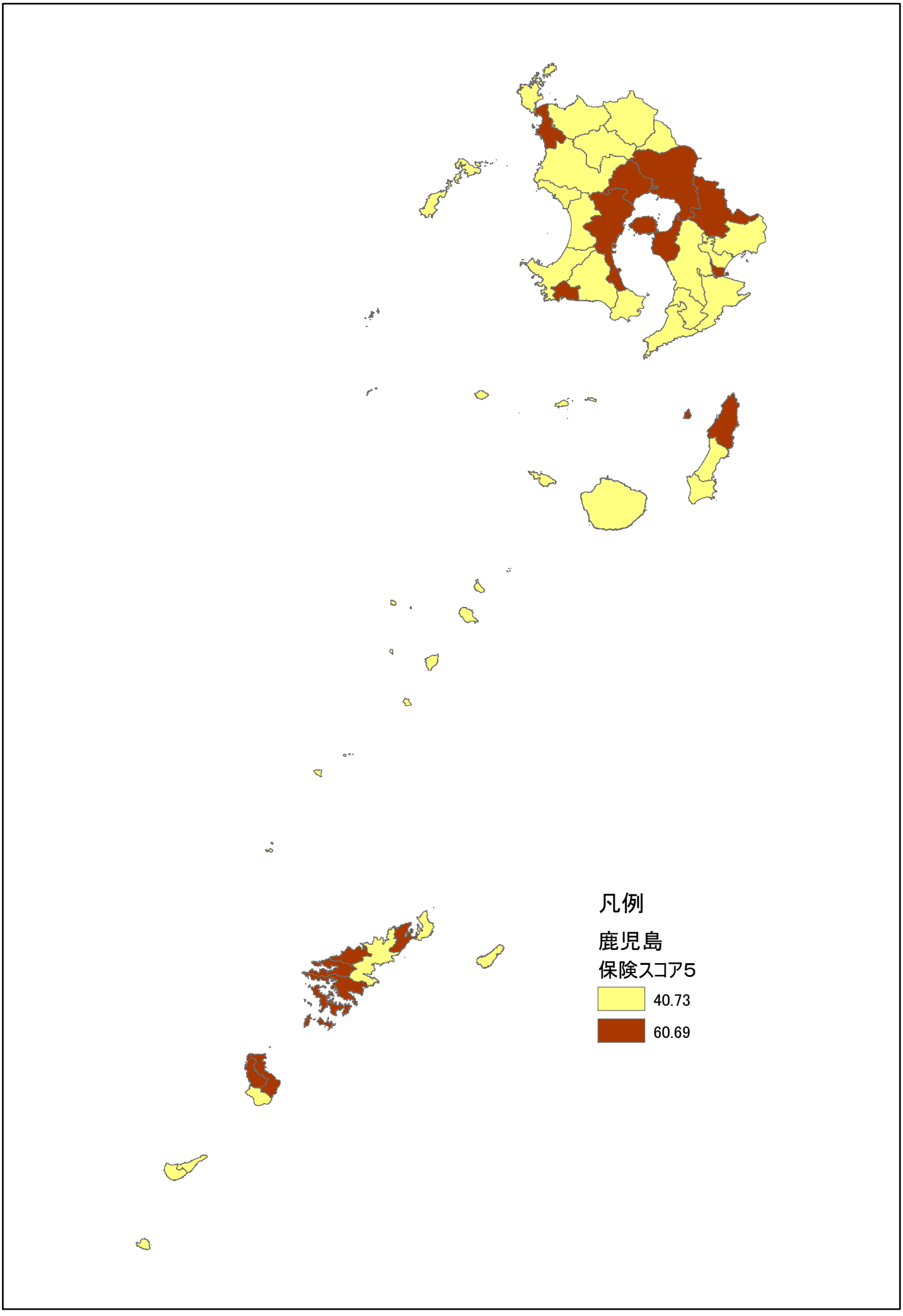
鹿児島県における保険者スコア3の分布



鹿児島県における保険者スコア４の分布



鹿児島県における保険者スコア５の分布



資料３　【寄稿】在宅医療ネットワーク構築を目指す取り組み

～保健所からのアプローチとその効果～

福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所

Ⅰ はじめに

福岡県では「誰もが望む場所で療養できる地域医療体制の整備」を目標として在宅医療を推進するために、平成 20 年度から県内 4 ブロックの各モデル保健福祉環境事務所に地域在宅医療支援センター(以下センターと称す)を設置した(H20 年 11 月 4 日)。

センターでは緩和ケアを必要とする患者家族への支援を行うと共に、地域在宅医療体制の整備及びネットワークの構築を目指している。

今回、宗像地域での平成 20 年度から現在の在宅医療支援センターとしての取り組みと、その効果について報告する。（別添スライド１）

Ⅱ宗像地域の在宅医療の特性

１地域の概要

宗像地域は、福岡県の北東部に位置する。福岡市と北九州市の中間に位置し、響灘・玄界灘に臨む宗像市と福津市の２市からなる。人口は約 15 万人、65 歳以上の老年人口は 23%（H21 年国勢調査より）、死亡総数の中で、がんで死亡する割合は 30%である。（H21 年福岡県保健統計年報より）

２地域の保健衛生

老年人口は、福岡県が 22%に対し、宗像市は 22%、福津市は 25.5%である。

死因については、宗像市、福津市共に 1 位が悪性新生物、2 位が心疾患、3 位が脳血管疾患である。

胃がん検診受診率については、平成 19 年度は福岡県 7.8%に対し、宗像市は 17.8%、福津市は 12.4%であり、両市共福岡県より受診率が高い。肺がん検診受診率は、福岡県は 12.2%、宗像市は 21.3%、福津市は 11.9%である。

宗像地域には、14 ヶ所の病院があり、診療所数は 103 ヶ所、歯科診療所数は 73 ヶ所である。（一般病床数 1,056 床、療養病床 784 床）平成 19 年度の医師数は 255 人である。歯科医師数は 109 人、薬剤師数は 187 人である。診療所については、内科が 47 ヶ所と一番多く、次に多いのは 19 ヶ所の循環器科である。

３地域における在宅医療の特性

宗像保健医療圏は、平成 19 年 3 月 1 日現在、12 の在宅療養支援診療所があるが、1 診療所あたりの訪問患者数が 10 人以下の診療所が多い。潜在的な在宅診療の希望者を考えると、実際に訪問診療を行う医療機関が少ないと思われるが、全体が把握しやすい規模の地域である。在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションは偏りなく存在し、看取りが出来る診療所や訪問看護ステーションがある。しかし、在宅医療に取り組むリーダー的な在宅医がいない。ホスピ

ス病棟・がん診療拠点病院がない。また、「在宅へ帰りたい」と思っている人の相談窓口が明確でない等の課題を抱えていた。

Ⅲ地域と個別のコーディネート

１宗像地域在宅医療推進協議会

地域の課題を解決していく為、年度ごとに委員構成を考えた。1 年目は問題点・課題を把握するため実務者レベルとし、2 年目は抽出した問題・課題を解決出来る委員構成に、3 年目は、2 年目で解決出来なかった課題に対して取り組める委員構成とした。（別添資料１）

２協議会で出された課題と対策（別添資料２）

課題を 4 つの項目にまとめた。⑴在宅医について⑵関係機関との連携⑶従事者のスキル⑷啓発である。

３課題対策の具体的な取り組み

⑴在宅医に関すること

ア）医師を対象とした研修会「宗像地域の在宅医療を語る会」を開催した（H22 年 11 月 17 日）。地域の中で在宅医療がどのように実践されているかについて事例を通じて紹介する内容とした。医師が参加しやすい時間と場所を設定し、「日本医師会生涯教育制度」を活用し、ポイントが取得出来るようにした。その結果、20 名の医師が参加し、他職種を含め総数 70 名以上の参加者があった。（別添スライド２）

この研修会を開催したことで 23 年度は、27 名の医師が参加する「医師の交流会」が実施可能となり、医師同士の在宅診療に関する意見交換が出来るようになってきた。まずは、お互いの情報交換の場としてスタートし、在宅診療医ネットワーク構築の必要性について認識されつつある。

イ）宗像地域在宅緩和ケア資源情報の作成を行った。医師会の協力で、訪問診療可能な医療機関名簿を作成した。これは、19 カ所の医療機関から協力を得て、相談可能な在宅医の名簿が盛り込まれ、生きた資源情報が出来た。（別添スライド３）

⑵関係機関との連携及び従事者スキル

ア）在宅医療支援者研修会を 2 回開催し、延べ 160 名の参加があった。多職種を対象とし、医師、歯科医師、薬剤師、病院看護師、訪問看護ステーション看護師、介護支援専門員、行政等が参加した。（別添スライド４）

イ）在宅医療実現のための 17 か条の作成。在宅医療支援者研修会で実施したグループワークやアンケート結果により、介護支援専門員が住民に対して在宅医療について説明するのが難しいと感じている事がわかった。この結果を在宅医療推進協議会で図り、「在宅医療実現のための 17 か条」という在宅医療についての 17 項目の助言を載せた「リーフレット」とその助言方法を記載した「マニュアル」（Q&A)を作成する事になった。この「リーフレット」と「マニュアル」（Q&A)を作成メンバー及び助言者という構成で冊子を作成し、居宅介護支援事業所へ送付した。介護支援専門員に活用してもらいたいと考えている。（別添スライド５）

ウ）関係機関の連携とのケース支援については、歯科医師会と訪問看護ステーション、介護支援専門員との連携で、外出困難な対象者に対して訪問歯科検診を実施した（H22 年 11 月 11 日）。4 名の方に実施し、うち 3 名に対しては、口腔ケアや義歯の作製など継続支援へと結び

ついた。対象者から、「食事が美味しく食べられる」、「口の中が気持ち良い」等、の声が聞かれ、生きる喜びを感じられ、誤嚥性肺炎予防にも繋がった。（別添スライド６）

エ）施設職員への取り組みとして、訪問看護ステーションの協力で、特別養護老人ホーム職員に対して研修会を 4 回、延べ 102 名に対して「施設での看取りと訪問看護」のテーマで研修会を開催した。（H23 年 2 月～3 月）参加者から「看取りという事の大切さ、重要性を学ぶことが出来た」等多数の意見や感想があった。

(3)啓発

ア）センターチラシ（別添資料３）を作成し、配布した。（H22 年 1 月）宗像市と福津市の協力を得て、管内分 6000 部を回覧板にて配布した。

イ）在宅ホスピス市民講座の開催（H22 年 3 月 15 日）。テーマは、『あなたにとって幸せな最期とは？～在宅療養で豊かな時間を過ごす～』である。各講師の講演と実際に母親を看取られたご家族の体験発表も組み入れ、82 名の参加があり、住民 のニーズが高い事がわかった。

ウ）市民への啓発活動として、地域のリーダーである民生委員等へ働きかけを行った。延 25 回、センター周知チラシは 1000 枚以上配布した。（H22 年 4 月～）

エ）NPO ふくおか在宅ホスピスをすすめる会と共催でボランティア育成のための「わいわいおしゃべり会」を開催した。（H22 年 12 月 2 日）35 名の参加であった。

Ⅳ まとめ

3 年間の取り組みで、宗像地域在宅医療支援センターへの相談件数は年々増加し、H22 年度は、前年度の 3 倍以上の増加だった。（別添スライド７）

また、別添スライド８のように、平成 20 年度は在宅医療協議会委員から「何をするのかわからない」、「在宅医療のイメージが湧かない」等の意見があった。

しかし、H21 年度に実施した市民講座で多数の住民参加があり、講師をした協議会委員は、住民の高いニーズを感じた。さらに、H22 年度の 3 年目には、各事業展開の中で協議会委員が中心となって研修会に参加した。その結果、委員が役割を認識し、各機関の取り組み強化と連携の輪へと広がった。これらの効果として、在宅医療推進協議会委員が一つのチームになり、別添スライド９のように、在宅医療が地域の広がりへ進展した。

この 3 年間の取り組みの結果、保健所機能(普及啓発や情報収集・調整機能等)を生かした戦略を行う事で、関係機関の連携を強め、事業展開を図った。その結果、顔の見える連携、地域の課題や解決策の共有と協働へと変わった。このネットワークを基盤とし、さらに地域全体や病院との連携にも繋げていきたい。（別添スライド１０）

なお、本事業には、東京大学大学院医学系研究科地域看護学教室の村嶋幸代教授、田口敦子助教、福岡県立大学看護学部　尾形由起子教授、皆様のご支援を得ました。記して感謝します。

1

福岡県在宅医療推進事業の経過

病院、緩和ケア病棟、自宅など、療養場所の選択ができる

患者が望む場所で療養し、望む場所で死を迎えられる福岡県

年度	H17	H18	H19	H20	H21	H22
	終末期医療対策推進事業			在宅医療推進事業		
方向性の会議	終末期医療対策推進協議会			在宅医療推進協議会		
従事者研修、従事者育成	・在宅ホスピス研修会 ・在宅ホスピスアドバイザー派遣			・ST管理者研修 ・高度在宅看護技術実務研修		
退院支援・連携	・病院とSTの相互研修			・病院とSTの相互研修		
訪問看護STの機能強化 機能拡充	・←24時間訪問看護支援事業			→ ・医療型多機能(ディホスピス/スーパーバイズ) ・介護との一体型事業 ・コールセンター		
NPO協働			・在宅ホスピスボランティア養成			
情報提供体制	ふくおか医療情報ネット			ふくおか医療情報ネット(更新)		
地域ネットワーク				「地域在宅医療支援センター」設置:保健所		

2

宗像地域の在宅医療を語る会(医師会と共催で開催)

訪問看護ステーション管理者より

多職種との連携で「家に帰りたい」人を支援していきましょう。

薬剤師会長より

薬剤師会として、麻薬・医療や衛生材料の供給について協力していきたい。

医師会理事より

在宅医療は、訪問看護師さんとうまく連携すると医師の負担はそんなに大きくないですよ！

平成22年11月17日(水)

医師等を対象とした研修会

70名以上の参加(内、医師は20名)

3

宗像地域在宅緩和ケア資源情報

医師会の協力で医療機関へアンケート調査を行い、訪問診療可能な名簿を作成した。

- 訪問診療可能な医療機関
- がん診療連携拠点病院相談支援センター……P1
- 病院の地域医療連携室 ……P2
- 緩和ケア病棟 ……P3
- 歯科診療所 ……P4～6
- 訪問看護ステーション ……P7
- 訪問保険薬局 ……P8～9
- 居宅介護支援事業所……P10
- 行政の機関 ……P11～14
- 在宅介護者の会 ……P15

宗像地域(宗像市・福津市)

実際に活用出来る資源情報を作成する。

4

多職種を対象とした在宅医療支援者研修会

事例を通じて、各職種の支援、役割を説明する。

会場いっぱい！

100名近い参加者！

グループワークを取り入れ、自分達で考え・話し合う。

5

在宅医療実現のための17か条

リーフレットを作ろう！

1条　一歩踏み出す気持ちがあれば、在宅医療の可能性は誰にでもあります

2条　住み慣れた自宅で過ごしたい、過ごさせたい、そう考えたら相談してください。

3条　自宅で療養すると決めたら、訪問診療をしてくれる医師を見つけましょう。

～

17条

保健所が中心になってワーキングメンバーと共に作成

ケアマネージャーが住民に対して、相談対応出来るリーフレットとQ&Aを作成する。

6

関係機関との連携・ケース支援

歯科医師とケアマネとの連携（歯科医師会の協力）

- 外出困難な方への無料歯科検診を行う。

在宅療養中で、外出が出来ない方に歯科医師と歯科衛生士が自宅に訪問し、歯科検診(無料)を行い、口腔の状態を確認します。

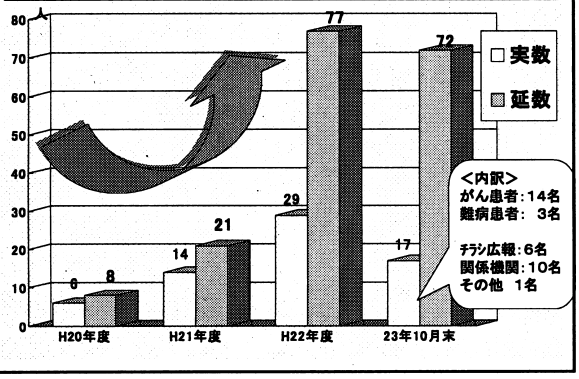
保健所がつなげる役割を担う

地域にいる在宅療養中の方を訪問看護ステーション看護師やケアマネジャーに、紹介してもらう。(研修会や会議の場で協力を依頼した。)

在宅医療における歯科医師の役割をケアマネージャー等へPRした。

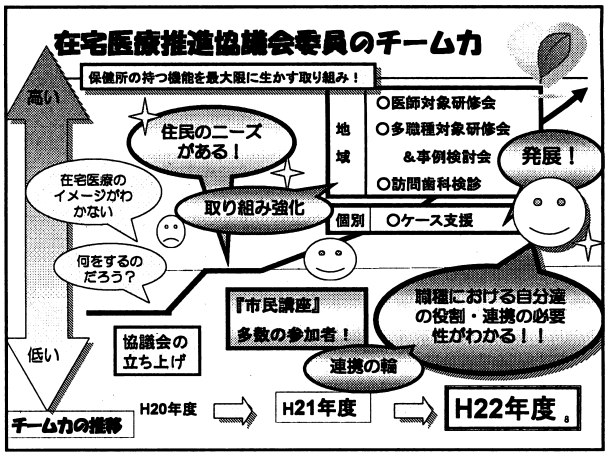
7

地域在宅医療支援センター相談件数



8

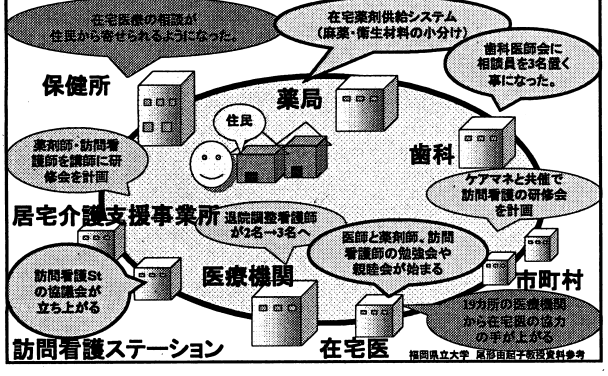
在宅医療推進協議会委員のチーム力



9

保健所のアプローチの成果

それぞれの関係機関が動き始める・・・



10

保健所の「強み」を生かした戦略

医師会や歯科医師会、薬剤師会などの地域の組織に声をかけられる

「公共性・公平性」・「情報収集・調整機能」・「普及啓発機能」を生かした戦略

★どこにでも(関係機関)声をかけられる！

★それぞれの関係機関をつないでいくことが出来る！

効果的・効率的

★住民への啓発が出来る！

★家庭訪問が出来る！それも無料！

在宅医療は、「共有」と「連携」と「協働」が必要！

宗像地域在宅医療推進協議会の経過

在宅医で委員となられていた柴田医師が委員を辞退されたため、今年度は、在宅医4名となる予定です。

	20年度	21年度	22年度	23年度
委員構成	医師会（在宅医）2名、歯科医師会、薬剤師会、がん診療連携拠点病院地域連携室、訪問看護ステーション2名、介護支援専門員2名、市地域包括支援センター保健師2名、保健監 計12名	医師会（在宅医）2名、歯科医師会、薬剤師会、**①地域の医療機関地域連携室医師**、がん診療連携拠点病院医師、訪問看護ステーション2名、介護支援専門員2名、市地域包括支援センター長2名、**②学識経験者**、保健監 計14名	**在宅医５名**、歯科医師会、薬剤師会、地域の医療機関地域連携室医師、がん診療連携拠点病院医師、訪問看護ステーション2名、介護支援専門員2名、市地域包括支援センター長2名、学識経験者、保健監 計１７名	**在宅医５名**、歯科医師会、薬剤師会、地域の医療機関地域連携室医師、がん診療連携拠点病院医師、訪問看護ステーション2名、介護支援専門員2名、市地域包括支援センター長2名、学識経験者、保健監 計１７名
委員構成のねらい	協議会設置及び地域の問題や課題を抽出するために実務者を委員とした。	２０年度に抽出した問題・課題を協議するために必要な人材として上記①、②を増員した。	「在宅医のネットワークづくり」の基盤整備をはかるために、在宅医である医師を３名増員した。	「在宅医のネットワークづくり」の強化をはかるために、22年度と同様の委員とした。
目標	住民：在宅緩和ケアについての相談窓口があることを知る。 地域：事例検討会や研修会を通して在宅緩和ケアの知識と情報を持つ。顔の見える関係づくり。 保健所：地域在宅医療支援センターを設置し、地域の実態や課題がわかる。	①関係機関とのネットワーク基盤づくり ②在宅緩和ケアに関する知識と情報を深める ③社会資源の情報の集約・整理をおこなう、相談窓口の確保	①各関係機関とのネットワークの円滑な推進 ②地域在宅医療支援センターと各関係機関の連携促進	①在宅医のネットワークづくり ②各関係機関の連携促進の強化
主な取組み	①在宅医療のネットワークづくり （宗像地域在宅医療推進協議会の設置） ②在宅医療に関わる知識・技術の向上 （事例検討会・研修会・先進地視察）	①センター窓口の周知・相談事業 ②在宅ホスピス市民講座開催 ③宗像地区在宅緩和ケア社会資源情報の整理	①在宅医療を語る会（事例検討会）開催 ②訪問診療可能な診療所名簿の作成 ③無料訪問歯科検診の実施 ④多職種を対象とした「在宅医療支援者研修会」の開催 ⑤在宅医療実現のための１７か条（在宅医療説明リーフ レット）作成 ⑥ボランティア育成を目指した「わいわいおしゃべり会」の開催 ⑦訪問看護ステーションによるスーパーバイズ事業支援（施設においての看取りをメインテーマとした研修会）	（計画） ①在宅医師交流会 ②医療衛生材料小分けについての手順書作成 ③多職種を対象とした「在宅医療支援者研修会」の開催 ④施設での看取りをテーマとした「高齢者福祉施設職員研修会」 ⑤ボランティア育成を目指した「わいわいおしゃべり会」の開催 ⑥無料訪問歯科検診の実施
2回目の協議会で出された次年度重点課題	①在宅医のネットワーク ②関係機関（病院・地域間）との連携 ③従事者のスキル ④啓発	①在宅医のネットワークづくり ②関係機関（病院・地域間）との連携 ③従事者のスキル	①在宅医のネットワークづくり ②関係機関（病院・地域間）との連携	

※ 在宅医療推進協議会の主たる開催内容→第1回目　年間実施計画
第2回目　実施後の評価

資料1

平成20～22年度宗像地域在宅医療推進協議会で出された課題と評価

項　　目	課　　題	対　　策	21年度評価	22年度評価
在宅医に関すること	・在宅診療を行う医師が不足している ・一人の医師が担当できる患者数に限界がある ・在宅医は、自分の不在時の対応が困難である ・医師ひとりで受け持つ不安・負担がある ・「在宅から入院」を希望してもすぐに入院できない	★在宅医のネットワークの土台づくり ★後方支援病院との連携	2	3
関係機関（病院・地域間）との連携	・在宅に移行するタイミングにずれが生じている ・各関係機関が「どのようにケース対応を実施しているか」の共有が不足している ・「入院から在宅」への連携体制が充分でない	★勉強会等で各関係機関の情報交換を図る ★地域での事例検討会の実施 ★病院の退院調整・退院支援の促進	3	4
従事者のスキル	・従事者がターミナル患者への支援・対応について不安がある、知識不足（疼痛コントロール、呼吸苦等への緩和ケア、看取りなど） ・各機関の各事例にどのようなスキルで対応しているかが不明瞭 ・がん末期など、介護度が急激に変わっていく状況に対して、そのスピードに応じた対応が必要 ・患者や家族への不安を取り除くためのスキルが必要 ・薬剤（麻薬等）への処方や管理に対する指導が必要	★地域での事例検討会の開催 ★オープンに参加できる研修や勉強会を開催し、関係機関どうし情報共有を深める ★各機関または合同でのスキルアップ研修等の実施	3	4
啓　　発	・在宅療養について相談できる場所が不明 ・在宅サービスなどについて患者・家族を含め関係機関に周知が不足している ・住民に、「在宅療養が治療の選択肢のひとつ」であることが知られていない ・かかりつけ医をもたない患者へルートが不明瞭 ・在宅診療をおこなう医師等の情報がない、わからない	★市・保健所が連携して住民が相談できる体制をつくる ★住民に対して「在宅療養」についての啓発を行う ★社会資源情報収集を行う	4	4

☆評価（目標達成値）　1．取り組めていない　2．取り組みつつある　3．取り組み中　4．達成しつつある　5．ほぼ達成

23年度目標	23年度実施計画
ネットワーク構築の基盤づくり（顔の見える連携づくり）	医師交流会の開催
関係機関の連携促進	在宅薬剤師医療衛生材料供給についてシステム共同作成及び周知 特殊歯科検診の実施
在宅緩和ケア（ターミナルケア）についての知識と情報の深化	在宅医療支援者研修会の開催 高齢者福祉施設研修会の開催 訪問看護ST連絡協議会の支援
社会資源情報の集約・整理	遠賀・中間地域在宅緩和ケア資源情報誌作成
相談窓口の確保	わいわいおしゃべり会の開催 ニュースレターの作成・発行 センターちらしの配布・相談・講話

資料2

資料3

宗像・遠賀中間地域在宅医療支援センターって？

このセンターは宗像・遠賀保健福祉環境事務所内に設置されています。

対象者　がんや難病などで緩和ケアを受けながら在宅療養を希望する患者さんやその家族、関係機関

活動内容　①患者さんやご家族への相談支援や連絡調整
②緩和ケアに関する情報提供
など

☆在宅緩和ケアとは☆

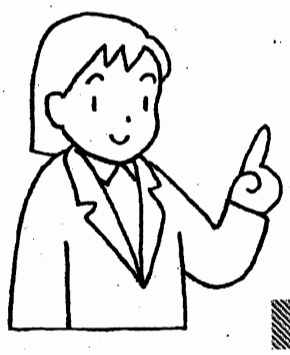
がんなどにより、病気の治癒や完治を目的とした治療が有効でなくなる場合があります。

このような場合でも、患者さんとその家族の痛みや苦しみをやわらげ、その人らしく、住み慣れたご自宅で安心して快適な生活が送っていただけるよう、ご希望に沿ったケアを提供するものです。

例えば・・・

- がんで入院中だが、家に帰したい、帰りたい。どうしたらいい？
- がんだが、積極的な治療はもうしないと決めた。できる限り長く家で過ごしたい。緩和ケアを受けながら在宅療養することはできる？
- 自宅で看取ることはできる？
- 外来通院もできなくなったが、入院はしたくない。訪問看護や訪問診療をしてくれる先生を探したい。

あなたにこんな思いがあったらまずご相談ください！



宗像・遠賀中間地域在宅医療支援センター

（宗像・遠賀保健福祉環境事務所内）

受付時間　月曜～金曜　午前9時～午後5時

〒811-3436　宗像市東郷1－2－1

TEL：0940-36-2366

在宅医療という選択をご存じですか？

あなたやあなたのご家族ががんなどになった時、
どこで療養したいですか？
『住み慣れた我が家で過ごしたい』
『家に帰りたい、帰したい』
『できれば最期は家族と一緒に暮らしたい』
だけど、何をどうしたらいいのだろう。
どこに相談したらいいのだろう。
まずは、ご相談ください。
あなたやあなたの家族の願いが実現するよう
私たちができる限りのお手伝いをします。

《地域の主な相談窓口はどこですか？》

地域在宅医療支援センター

がんなどを中心に在宅で緩和ケアを希望される方が、医療・福祉の総合的なケアを受けながら、住み慣れた地域で家族と共に安心して有意義な生活が送れるように相談や情報提供を行います。

訪問看護師

専門的な知識と技術を持った看護師が在宅医と連携を取りながら直接自宅を訪問し、身の回りのお世話や医療処置などの看護サービスをします。在宅ケアの具体的な様子やシステムを教えてくれます。

在宅医

かかりつけの開業医がいる場合は、その医師に相談してみましょう。その医師が在宅ケアをしていなくても、地域の在宅医を紹介してくれることがあります。

病院医師（地域連携室）

現在、大きな病院にかかっている場合、病院の中にある医療相談室などを活用しましょう。医療相談員や看護師が、介護や在宅ケアに関する質問や経済面の心配事などの相談に応じます。

ケアマネージャー（介護保険）

症状により、生活面の介護が必要になった場合、介護認定を受け、認定されると様々なサービスを受けることができます。訪問看護や訪問介護、福祉用具の貸与などがあります。

市役所等

地域包括支援センターや役所の窓口（介護保険課・高齢福祉課・障害福祉課・国民健康保険課など）で相談できます。地域包括支援センターは、高齢者に関する幅広い相談を受け付けています。

歯科医師

歯科医師が自宅へ訪問し、歯の状態を見たり、肺炎予防の口腔ケアを受けたりすることが出来ます。かかりつけの歯科医師へ相談してみましょう。

薬剤師

薬剤師の訪問による、お薬に関する相談や指導を受けることが可能です。療養中の為外出が困難、高齢や独居のため薬の管理が不安な方は、ご相談ください。

執筆分担

はじめに
- 川村　仁弘　（立教大学大学院 21 世紀社会デザイン研究科教授）
- 高橋　紘士　（国際医療福祉大学大学院教授）

第２章
- 筒井　孝子　（国立保健医療科学院統括研究官）

第３章
- 太田　貞司　（神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授）
- 大口　達也　（立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士課程後期課程）

第４章
- 粟田　主一　（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）

第５章
- 笹井　肇　（武蔵野市役所防災安全部部長）
- 中澤　伸　（社会福祉法人いきいき福祉会　副総合施設長）
- 茅野　泰介　（武蔵野市健康福祉部高齢者支援課介護保険係主任）
- 吉野　貴志　（武蔵野市役所）
- 筒井　孝子　（国立保健医療科学院統括研究官）
- 大夛賀政昭　（国立障害者リハビリテーションセンター研究所流動研究員、国立保健医療科学院協力研究員）

第６章
- 筒井　孝子　（国立保健医療科学院統括研究官）
- 大夛賀政昭　（国立障害者リハビリテーションセンター研究所流動研究員、国立保健医療科学院協力研究員）
- 東野　定律　（静岡県立大学経営情報学部講師）

第７章
- 筒井　孝子　（国立保健医療科学院統括研究官）
- 篠田　浩　（大垣市役所福祉部社会福祉課）
- 笹井　肇　（武蔵野市役所防災安全部部長）
- 大夛賀政昭　（国立障害者リハビリテーションセンター研究所流動研究員、国立保健医療科学院協力研究員）

第８章
- 藤守　義光　（日本医科大学非常勤講師）
- 大夛賀政昭　（国立障害者リハビリテーションセンター研究所流動研究員、国立保健医療科学院協力研究員）
- 筒井　孝子　（国立保健医療科学院統括研究官）

おわりに
- 筒井　孝子　（国立保健医療科学院統括研究官）

資料作成（GIS）
- 近藤　赳弘　（首都大学東京大学院都市環境科学研究科建築学域）

□□□

平成 23 年度　老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業
「地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業」
報告書

発行日　：　平成24年3月
発　行　：　立教大学
発行者　：　立教大学２１世紀社会デザイン研究科　川村仁弘研究室
（〒171-8501　豊島区西池袋3-34-1）
印　刷　：　富士印刷
（〒112-0014　東京都文京区関口1-7-5-306）

□□□