

久留米大学大学院比較文化研究科
審査博士学位論文

地域包括支援センターにおける社会福祉士の実践に関する研究
ー地域を基盤としたソーシャルワークの視点からの検討ー

荒 木 剛

2021 年

目 次

序章 問題の所在と研究概要	1
第1節 問題の所在 1	
1. 地域包括ケアシステムの構築	
2. 地域包括支援センターの社会福祉士に求められる実践と課題	
第2節 研究の目的と方法 2	
1. 研究目的	
2. 用語の操作的定義	
3. 研究方法	
第3節 本研究の構成 4	
第1章 地域包括ケアシステム構築に向けた政策展開と課題	6
第1節 地域包括ケアシステムの概念と萌芽および背景 6	
1. 地域包括ケアシステムとは	
2. 地域包括ケアシステムの萌芽とその背景	
第2節 地域包括ケアシステム構築の政策展開 8	
1. 地域包括ケアシステムの提起	
2. 地域包括ケアシステムの法定化と推進	
3. 地域包括ケアシステムの深化と進化	
第3節 介護保険制度改正にみる地域包括ケアシステムの具現化 11	
1. 2005（平成17）年改正	
2. 2008（平成20）年改正	
3. 2011（平成23）年改正	
4. 2014（平成26）年改正	
5. 2017（平成29）年改正	
第4節 地域包括ケアシステム構築に向けた課題 13	
1. 資源確保の課題	
2. 構築方法の課題	
第2章 地域包括ケアシステムにおける地域包括支援センターの役割と課題	16
第1節 地域包括支援センターの創設と展開 16	
1. 地域包括支援センターの創設	
2. その後の展開	
第2節 地域包括支援センターの概要 17	
1. 目的	
2. 業務内容	
3. 運営体制	

第3節	地域包括支援センターの運営状況（概況）	20
第4節	地域包括ケアシステムにおいて期待される役割と制度上の課題	21
1.	地域包括支援センターに期待される役割	
2.	地域包括支援センターの制度上の課題	
第3章	社会福祉士資格制度と地域包括支援センターにて求められる実践および課題…	24
第1節	ソーシャルワーク専門職としての社会福祉士	24
1.	ソーシャルワーク専門職とは	
2.	社会福祉士の資格制度と現状	
第2節	地域を基盤としたソーシャルワーク	28
1.	地域を基盤としたソーシャルワークの概念と特質	
2.	地域を基盤としたソーシャルワークの背景	
3.	基礎理論としてのジェネラリスト・ソーシャルワーク	
第3節	地域包括支援センターにおける社会福祉士の課題	33
1.	わが国における総合的な実践を巡る見解	
2.	社会福祉士の実践上の課題ー先行研究からの整理ー	
第4章	地域包括支援センター社会福祉士の地域支援に関するインタビュー調査 ……	39
第1節	調査概要	39
1.	調査の目的	
2.	調査対象者	
3.	調査方法と調査内容	
4.	データの分析方法と分析手順	
5.	倫理的配慮	
第2節	分析結果ー社会福祉士の地域支援の構造と課題ー	41
1.	地域支援の構造	
2.	地域支援の課題	
第3節	考察	47
1.	社会福祉士による地域支援の特徴	
2.	住民活動の促進	
第5章	地域包括支援センター社会福祉士の実践に関するアンケート調査 ……	49
第1節	調査概要	49
1.	調査の目的	
2.	調査対象者と調査方法	
3.	調査内容とその作成手順	
4.	分析方法	
5.	倫理的配慮	
第2節	調査結果	50

1. 回答者の属性と組織の運営状況	
2. 社会福祉士の実践状況－単純集計の結果－	
3. 社会福祉士の実践枠組み－因子分析の結果－	
4. 社会福祉士の実践枠組みと回答者の属性および組織の運営状況との関連	
第3節 考察	59
1. 社会福祉士の実践枠組みの内容とその関連要因	
2. 社会福祉士の配置状況にみる課題	
3. 社会福祉士の実践状況にみる課題－地域支援の課題－	
第6章 地域包括支援センターにおける地域ケア会議の実施状況と社会福祉士の実践面への効果に関するアンケート調査	62
第1節 調査概要	62
1. 調査の目的	
2. 調査対象者と調査方法	
3. 調査内容とその作成手順	
4. 分析方法	
5. 倫理的配慮	
第2節 調査結果	63
1. 回答者の属性と組織の設置主体および担当圏域の状況	
2. 地域ケア会議の実施状況	
3. 地域ケア会議の社会福祉士の実践面への効果	
第3節 考察	70
1. 地域ケア会議の実施状況について	
2. 地域ケア会議の社会福祉士の実践面への効果について	
終章 地域を基盤としたソーシャルワークの展開に向けて	75
第1節 本研究の成果と意義	75
1. 本研究の成果	
2. 本研究の意義	
第2節 地域を基盤としたソーシャルワークの展開への方策－本研究の成果から－	76
1. 地域ケア会議の活用	
2. 地域支援の実行性の担保	
第3節 本研究の課題・限界と今後の研究課題	77
1. 本研究の課題・限界	
2. 今後の研究課題	
引用・参考文献等リスト	80
初出論文一覧	88
参考資料	89

序章 問題の所在と研究概要

第1節 問題の所在

1. 地域包括ケアシステムの構築

わが国では、団塊の世代が75歳以上を迎える2025年を目前に控え、地域包括ケアシステムの構築が喫緊の政策課題となっている。地域包括ケアシステムとは、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」ものと定義され（厚生労働省2013）、近年、政策課題として浮上することになった直接の契機は、2003（平成15）年6月の高齢者介護研究会による報告書「2015年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて－」であった。後述するように、この報告書では、導入後3年を迎えた介護保険制度の課題整理を行うとともに、今後の高齢者ケアのあり方として、地域包括ケアシステムの必要性を提起した。それ以降、地域包括ケアシステムは、介護保険法をはじめとした各種の法律に明記され、今日では、分野や対象を普遍化した「地域共生社会の実現」という新たな政策目標が掲げられている。

現在、各自治体では、地域包括ケアシステムの構築に向けたさまざまな制度や事業が展開している。しかし、その取組みは、いまだ試行錯誤の段階にあり、必ずしも地域包括ケアシステムの構築が、円滑に進んでいるとは言えない状況にある（地域包括ケア研究会2016：2）。これには、このシステムが分野横断的な性質を持つことや市町村、地方都市、大都市、中山間地など、自治体や地域の実情によって、構築の方法やアプローチが異なるといった背景がある。また、その概念・範囲が、現在も変化し続けていることや実態が「ネットワーク」であるにもかかわらず、「システム」と命名されたことなども、少なからず影響しているとされる（二木2017：17-21）¹⁾。

以上のような状況の中、わが国の高齢者ケアのあり方を巡っては、すでに2040年を見据えた議論も始まっている²⁾。2040年は、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、人口の高齢化と要介護者数の増加がさらに進行し、その中で中重度者や看取りニーズへの対応といった課題が予測されている。また、単身高齢者の増加や生活課題の複合化への対応も必要となる。このように、2025年を入口として、わが国の高齢者ケアを取り巻く環境が一層厳しくなる中、地域包括ケアシステムの構築を迅速かつ着実に進めていくことが重要となっている。

2. 地域包括支援センターの社会福祉士に求められる実践と課題

2005（平成17）年の改正介護保険法によって創設された地域包括支援センター（以下、包括センターと略す。）は、地域包括ケアシステム構築の中心的な役割を果たすことが期待されている（地域包括支援センター運営マニュアル2016：49）。そこには、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種が配置されているが、中でも社会福祉士は、1987（昭和62）年の資格創設以来、はじめて「必置」とされたものであり、ソーシャルワーク専門職としての存在意義を示せるか、改めて問われている状況にある（武居ら2008）。

岩間（2009：2-17）は、包括センターにおけるソーシャルワークを現代ソーシャルワークの最前線と位置づけ、そこに従事する社会福祉士には、「個を地域で支える援助」（以下、

個別支援と略す。)と「個を支える地域をつくる援助」(以下、地域支援と略す。)を一体的に進める「地域を基盤としたソーシャルワーク」が求められると強調する。その背景には、多様化・複雑化・困難化する生活課題、クライアント中心の視座、地域福祉の推進など、近年の社会福祉を巡る状況の変化があり、これらに対応する新たな実践枠組みとして、地域を基盤としたソーシャルワークが求められるとする。しかし、実際に、包括センターの社会福祉士が、このような実践を行うに当たっては、次のような課題が考えられる³⁾。

第1に、地域を基盤としたソーシャルワークのような個別支援と地域支援を一体化した総合的な実践については、現時点でさまざまな見解が示されており、理論上の合意を得るに至っていない⁴⁾。したがって、この実践を支える理論的基盤はいまだ脆弱な状況にあり、支援対象の設定や具体的なアプローチの視点・方法など、実際の社会福祉士の支援場面においても、さまざまな問題が生じると考えられる。

第2に、社会福祉士の実践は、包括センターが担う制度上の業務、役割、機能などに規定され、実際には、総合相談支援や権利擁護といった個別支援が中心となる。こうした中、社会福祉士が、制度の枠組みを超えて地域支援に取り組み、個別支援と一体化した総合的な実践を成立させることは、容易でないと考えられる。

第3に、社会福祉士の専門的力量に関わる課題がある。地域を基盤としたソーシャルワークは、ミクロからマクロレベルの実践領域を持ち、そこには、幅広い知識とスキルが必要となる。現在、社会福祉士の専門的力量を高める取組みとして、包括センターの組織内外での研修やスーパービジョン、職能団体である日本社会福祉士会による認定社会福祉士制度などが存在している⁵⁾。また、2021(令和3)年度には、ソーシャルワーク機能のさらなる強化を目指して、社会福祉士養成教育に新たなカリキュラムの導入が予定されている。こうした現任研修や養成教育を通して、地域を基盤としたソーシャルワークに必要な専門的力量をいかに習得するかが、重要な課題となっている。

以上のように、包括センターの社会福祉士には、地域を基盤としたソーシャルワークが求められているものの、そこには、理論面と実践面の双方の課題が考えられた。こうした中、2017(平成29)年には、地域包括ケアシステムの強化を図るため、市町村による包括的支援体制の整備や住民主体の課題解決への取組みが法定化され⁶⁾、これによって、地域を基盤としたソーシャルワークの必要性が、さらに高まることとなった。今後、社会福祉士が地域包括ケアシステム構築の一翼を担い、ソーシャルワーク専門職としての存在意義を示すためにも、改めて地域を基盤としたソーシャルワークの視点から、包括センターでの実践のあり方を検討する必要があると考える。

第2節 研究の目的と方法

1. 研究目的

本研究では、包括センターにおける社会福祉士の実践に焦点を当て、その実態を把握するとともに、地域を基盤としたソーシャルワークの展開に向けた方策を検討することを目的とする。そのため、以下の4点を研究課題とした。

(1)社会福祉士の実践を取り巻く政策状況を把握するため、地域包括ケアシステムの動向と課題を検討する。また、地域包括ケアシステムの中核機関に位置づけられる包括センタ

- 一の動向、運営状況、課題などを検討する（課題①）。
- (2) ソーシャルワーク専門職としての社会福祉士資格制度とその現状を検討する。また、社会福祉士に求められる地域を基盤としたソーシャルワークの概念、必要性、基礎理論であるジェネラリスト・ソーシャルワークを検討する。その上で、個別支援と地域支援を一体化した総合的な実践を巡る見解を整理するとともに、先行研究から包括センターでの実践において、社会福祉士が抱える課題を検討する（課題②）。
- (3) 包括センターにおける社会福祉士の実践実態を把握・検討する。はじめに、社会福祉士の地域支援に焦点化し、その後、地域を基盤としたソーシャルワークとしての総合的な実践を把握・検討する。さらに、2014（平成 26）年の改正介護保険法で制度化された地域ケア会議について、社会福祉士の実践を促進する制度上のツールとして位置づけ、包括センターでの実施状況と社会福祉士の実践面への効果を把握・検討する（課題③）。
- (4) 上記を踏まえ、包括センターの社会福祉士による地域を基盤としたソーシャルワークの展開への方策を検討する（課題④）。

以上の研究枠組みを下の図に示す（図 1）。

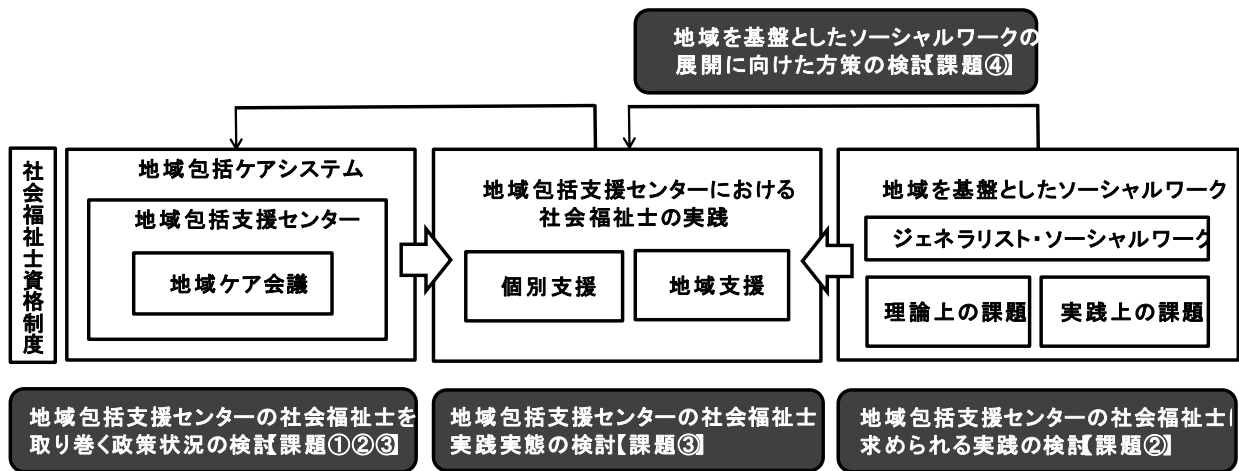


図 1 本研究の枠組み

2. 用語の操作的定義

個別支援と地域支援を一体化した総合的な実践については、その呼称や概念がまだ定まっておらず、論者によっても使用が異なっている⁷⁾。本研究では、岩間（2009）の見解に依拠し、「地域を基盤としたソーシャルワーク」の呼称を用い、その概念を「個別支援と地域支援を一体的に進める総合的な実践」と操作的に定義する。

3. 研究方法

上記の(1)(2)(4)は、文献研究とした。(3)については、地域支援の把握・検討には、質的研究を用いた。地域支援の取組みは、包括センターの所在する地域特性（住民気質、住民の関係性、社会資源の状況、地理的環境など）が大きく影響し、これによって、社会福

社士の実践内容やアプローチも、さまざまであることが予想される。そのような中で、地域支援の実態や課題を的確に捉えるためには、フィールドワークによる質的研究が適切であると判断した。

他方で、(3)の社会福祉士の実践および地域ケア会議の把握・検討には、アンケート調査による量的研究を用いた。これによって、社会福祉士の実践および地域ケア会議の実態を広範かつ全体的に把握することができ、さらに、一定数のデータ確保とそれらの統計的分析により、本研究の信頼性・妥当性を高めることができると考えた。

第3節 本研究の構成

先の研究課題と各章の対応は、次の通りである。課題①は、第1章と第2章、課題②は、第3章、課題③は、第4章から第6章、課題④は、終章で論じる。

また、各章の内容であるが、序章は、わが国における地域包括ケアシステム構築の動向と包括センターの社会福祉士に期待される実践および課題の現状を踏まえ、本研究における問題の所在を提示する。また、研究目的と方法を示す。

第1章では、地域包括ケアシステムの概念と取組みの萌芽およびその背景について論じる。次に、2003（平成15）年6月の高齢者介護研究会の報告書で提起されてから、現在に至る政策展開について、社会保障審議会や地域包括ケア研究会などの報告書を中心に概観する。さらに、介護保険制度改正の動向から、地域包括ケアシステムの具現化を捉えるとともに、その構築に向けた課題について、資源確保と構築方法の視点から検討する。

第2章では、包括センター創設の経緯とその後の展開について論じる。次に、包括センターの目的、業務、運営体制といった制度的枠組みと運営状況を概観し、地域包括ケアシステムにおいて期待される役割と制度上の課題を検討する。

第3章では、最初にソーシャルワークのグローバル定義とこれまでの社会福祉専門職研究を踏まえ、ソーシャルワーク専門職としての社会福祉士について検討する。次に、資格制度化の動きと社会福祉士及び介護福祉士法の成立、その後の展開を概観し、登録者数や就労状況などの現状について整理する。さらに、包括センターの社会福祉士に求められる実践として、地域を基盤としたソーシャルワークを提起し、その概念、背景、基礎理論に位置づけられるジェネラリスト・ソーシャルワークについて検討する。最後に、個別支援と地域支援を一体化した総合的な実践を巡る見解を整理するとともに、先行研究から包括センターの社会福祉士が抱える実践上の課題について検討する。

第4章では、調査1（2016年3月～8月実施）として、包括センターの社会福祉士による地域支援に関するインタビュー調査について検討する。この調査では、社会福祉士の地域支援について、展開プロセスの視点から構造と課題を把握し、その特徴と今後取り組むべき課題を検討する。

第5章では、調査2（2017年2月～3月実施）として、包括センターにおける社会福祉士の実践実態に関するアンケート調査について検討する。この調査では、社会福祉士の実践実態を把握するとともに、それらと個人属性や組織の運営状況との関連を検討する。また、地域を基盤としたソーシャルワークの展開の観点から、実践上の課題を検討する。

第6章では、調査3（2019年1月～2月実施）として、包括センターにおける地域ケア

会議の実施状況と社会福祉士の実践面への効果に関するアンケート調査について検討する。この調査では、包括センターが主催する地域ケア個別会議と地域ケア推進会議のそれぞれについて、実施頻度、検討ケース・テーマ、参加者の実態を把握し、地域ケア会議を実施したことによる社会福祉士の実践面への効果について検討する。

終章では、本研究の成果と意義を改めて整理し、包括センターの社会福祉士による地域を基盤としたソーシャルワークの展開に向けた方策を提示する。また、本研究の課題・限界と今後の研究課題を示す。

【注】

- 1) 二木（2017：17-21）は、これらを地域包括ケアシステムが理解されにくい理由として挙げている。また、地域包括ケアシステムの取組みには、保健医療系と福祉系の2つの源流があるにもかかわらず、両者の交流がほとんどなかった点も、理由として挙げている。
- 2) 地域包括ケア研究会（2017）の「地域包括ケア研究会－2040年に向けた挑戦－」や社会保障審議会介護保険部会（2016）の「介護保険制度の見直しに関する意見」などに見られる。
- 3) これらの課題については、第3章でさらに詳細を検討する。
- 4) 松端（2018：21-24）は、個別支援と地域支援を一体化して実践する立場を「実践的統合派」、2つの実践の機能と役割を明確に区分し、それぞれの実践を担う専門職が連携を図ることで総合的な機能と役割を果たしていく立場を「機能分化派」と称している。また、こうした立場の違いが、研究および実践上の今日的な課題となっているとしている。
- 5) 認定社会福祉士制度は、社会福祉士の実践力を担保する仕組みとして、2012（平成24）年度から運用されている。2020（令和2）年4月9日現在、953名が認定社会福祉士として登録されている。
- 6) 地域包括ケアシステムの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、社会福祉法が改正され、このような取組みが規定された（第4条第2項、第106条の3）。
- 7) 例えば、岩間伸之や原田正樹らは、主に「地域を基盤としたソーシャルワーク」を用いている（岩間・原田 2016）。他方、大橋謙作や田中英樹らは、主に「コミュニティソーシャルワーク」を用いている（日本地域福祉研究所 2015）。これに関して、加山（2015）は、「地域を基盤としたソーシャルワーク」がアメリカのジェネラリスト・ソーシャルワークの流れを汲むもの、「コミュニティソーシャルワーク」がイギリスのバークレイ報告を起点とするものとして、両者の生成過程の違いを指摘している。但し、この点についても、不明確な部分が残されているとの指摘がある（牧里 2007：712-713）。

第1章 地域包括ケアシステム構築に向けた政策展開と課題

本章では、はじめに地域包括ケアシステムの概念とその取組みの萌芽について述べる。次に、2000（平成12）年4月の介護保険制度導入から今日に至る政策展開について、社会保障審議会や地域包括ケア研究会¹⁾などの報告書と介護保険制度改正の動向を中心に概観する。最後に、地域包括ケアシステム構築に向けた課題を検討する。

第1節 地域包括ケアシステムの概念と萌芽および背景

1. 地域包括ケアシステムとは

序章で述べたように、地域包括ケアシステムとは、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」と定義され（厚生労働省 2013）、各自治体が地域の特性に応じて実現するものとされる（図1-1）。

また、地域包括ケア研究会（2016）による2015（平成27）年度報告書「地域包括ケア研究会－地域包括ケアシステムと地域マネジメンター」は、地域包括ケアシステムの構成要素として、①介護・リハビリテーション、②医療・看護、③保健・福祉、④介護予防・生活支援、⑤すまいとすまい方、の5つを整理し、その関係性について「植木鉢」で図示している（図1-2）。このように、地域包括ケアシステムとは、可能な限り人びとの地域生活を継続・維持することを目的に、必要な資源を総合的かつ一体的に提供する仕組みであると言える。

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
 - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
 - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。

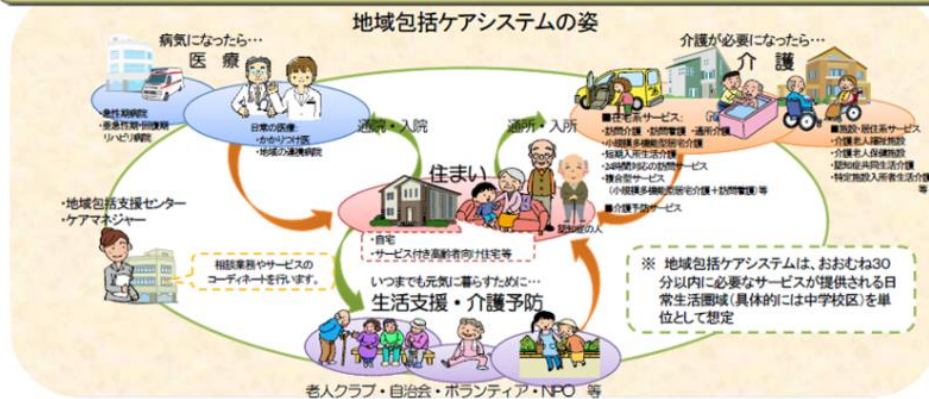


図1-1 地域包括ケアシステム 出所：厚生労働省（2013）



図 1-2 地域包括ケアシステムの「植木鉢」 出所：地域包括ケア研究会（2016）

2. 地域包括ケアシステムの萌芽とその背景

(1) 地域包括ケアシステムの萌芽

地域包括ケアシステムの萌芽は、1970年代半ばの公立みつぎ総合病院（旧称：御調国保病院）の取組みに遡ることができる²⁾。当時のみつぎ総合病院では、退院後の患者が寝たきり状態で再入院するケースが相次いだことから、訪問診察、訪問看護、訪問リハビリテーションを強化した「寝たきりゼロ作戦」や健康づくり、疾病予防の取組みに注力していた。そして、1980年代に入ると、これまで町役場が担っていた保健福祉の行政機能を院内の健康管理センターへと移管し、これによって、みつぎ総合病院を中核とした保健・医療・福祉・介護の統合的な提供システムが実現した³⁾。すなわち、これがわが国における地域包括ケアシステムの萌芽となった。それ以降、各地で同様の取組みが見られたが、これには2つの源流があった（二木 2017：20-21）。1つは、病院主導による保健・医療系の取組みであり、他方は、社会福祉法人などの主導による福祉系の取組みである。さらに、保健・医療系の中でも、公立病院（行政）が主導したものと、医師会・開業医が主導したものが見られた（小林・市川 2015）。

なお、1990年代に入り、特に公立病院（行政）による取組みは、自治体財政の悪化、民間活力の導入、規制緩和、市町村合併、介護保険制度の創設などの影響で、徐々に衰退していくこととなった（森本 2012：51）。

(2) 地域包括ケアシステムの背景

猪飼（2011）は、地域包括ケアシステムの背景には、人びとの健康概念の転換があると指摘する。猪飼によると、1980年代以降、社会福祉領域で登場した「生活モデル」の考えが社会に広く浸透したことで、人びとの健康概念も、これまでの「医学モデル」から「生活モデル」へと転換したとする。そこでは、健康が「病気の完治」ではなく、「生活の質(QOL)」によって規定され、たとえ病気が治らずとも、適切な支援によって健やかな生活を送ることができれば、それが当事者にとって健康を意味するものとなる。こうして病気や障害を

抱えながらも、これまでと変わらず生活を送り続けることができる「地域性」と「包括性」を帯びた支援システムが求められたとする⁴⁾。

以上の猪飼の見解は、今日の地域包括ケアシステムの背景には、後述する介護保険制度の財源抑制といった政策上の意図とは別に、人びとの価値観や意識の変容が、大きく影響していることを示している。つまり、人びとが健康を基軸とした生活のあり方を変化させ、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることに高い価値を見出した結果が、今日の地域包括ケアシステムへとつながったと言える（井上 2015：101-102）。

第2節 地域包括ケアシステム構築の政策展開

1. 地域包括ケアシステムの提起

2000（平成12）年4月の介護保険制度の創設後、最初に地域包括ケアシステムを提起したのは、2003（平成15）年6月の高齢者介護研究会による報告書「2015年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて－」であった。この報告書は、導入後3年が経過した介護保険制度の課題を整理するとともに、団塊世代が65歳以上を迎える「2015年問題」を念頭におき、今後の高齢者ケアのあり方について提言したものであった。その中で、高齢者ケアの方策の1つとして、「介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）を提供することが必要である」と地域包括ケアシステムの必要性を提起した。

また、翌2004（平成16）年7月の社会保障審議会介護保険部会による「介護保険制度の見直しに関する意見」では、高齢化の急速な進展に伴い、高齢者を巡る状況の変化が予想される中、今後取り組むべき新たな課題の1つとして、「地域ケア」の展開が指摘された。そこでは、「地域ケア」を「在宅ケア」と「施設ケア」の2元論を超える概念として位置づけ、その重要な柱として、①包括ケア、②継続的なケア体制、③地域を支える基盤、の3点が挙げられた。この報告書では、「地域包括ケアシステム」の表現こそ用いられなかったが、ケアの提供に当たっては、①介護サービスのみならず、医療サービスや様々な生活援助サービス、住民のインフォーマルサービスとの連携が求められること、②介護予防・健康管理からターミナルケアまで、一貫した体制の下で提供される必要があること、③住まいや交通網、人的資源のネットワークを含む、まちづくりの概念として提起されること、に言及し、地域包括ケアシステムと同様の考えが示された（岡本 2017）⁵⁾。

さらに、2008（平成20）年6月の社会保障国民会議による「第二分科会サービス保障（医療・介護・福祉）中間とりまとめ」でも、地域包括ケアシステムの必要性が提起された⁶⁾。この報告書では、多くの国民が要医療・要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域や自宅で生活し続けることを望んでいるとし、それを可能にするためには、医療や介護、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で用意され、包括的・継続的に提供されるような地域での体制（地域包括ケア）づくりが必要とした。また、ボランティア組織や地域の互助組織など、インフォーマルな共助も含めた地域ぐるみの取組みも不可欠とした。

そして、地域包括ケアシステムについて、より具体的に言及したのが、地域包括ケア研

究会（2009）の2008（平成20）年度報告書「地域包括ケア研究会報告書－今後の検討のための論点整理－」であった。この報告書では、地域包括ケアシステムを「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」（6頁）と定義した。その上で、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」で、中学校区を基本とすることを提起した。さらに、地域包括ケアシステムが、全国一律の画一的なシステムではなく、地域特性に応じて構築されることや地域包括ケアの提供において、「自助」「互助」の重要性を改めて認識する必要があることも強調した⁷⁾。

なお、高齢者介護研究会（2003）が、介護保険サービスを中核とした地域包括ケアシステムを構想したのに対して、地域包括ケア研究会は、住宅の提供をシステムの基本とした。他方、住民や家族による「互助」を重視している点は、両者に共通した認識となっていた。

以上のように、2003（平成15）年6月の高齢者介護研究会の提起を発端に、政策課題として焦点が当てられた地域包括ケアシステムであるが、その直接の背景には、介護保険制度の財源問題があった。つまり、高齢化の進行に伴うサービス利用者数の増加が、介護保険財政を逼迫させるという問題意識の下、制度の持続可能性を考慮した高齢者ケアの再編として、地域包括ケアシステムが政策課題に浮上した（井上2015：95-96）。

2. 地域包括ケアシステムの法定化と推進

2010（平成22）年11月の社会保障審議会介護保険部会による「介護保険制度の見直しに関する意見」は、2008（平成20）年度に示された地域包括ケア研究会の定義を踏襲し、地域包括ケアシステム構築の取組みを制度見直しの柱の1つとして位置づけた。これを受けた2011（平成23）年の改正介護保険法では、地域包括ケアシステムが理念として規定された。すなわち、「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3項）とし、地域包括ケアシステムの推進に向けた国と自治体の責務を規定した⁸⁾。

また、社会保障制度改革推進法に基づき設置された社会保障制度改革国民会議による2013（平成25）年8月の報告書「社会保障制度改革国民会議報告書－確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋－」においても、地域包括ケアシステムの必要性が指摘された。この報告書は、これまでの地域包括ケアシステムの概念・範囲を大きく拡大させ、医療と介護サービスの連携および一体的改革、地域包括ケアシステムにおける医療（病院）の役割を強調した（二木2016：5）。さらに、第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ⁹⁾、各種の取組みを進める必要性を指摘した。この報告書を受け、2013（平成25）年には、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（社会保障改革プログラム法）が成立し、わが国の法律上、初めて地域包括ケアシステム

の定義が明記された。この法律は、少子化対策、医療制度、介護保険制度、公的年金制度といった社会保障改革の構成内容を幅広くカバーするものであったが(佐々木 2016:128)、医療制度において、「政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム(地域の実情に応じて、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、医療、介護、介護予防～中略～住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。～略～)を構築することを通じ、地域に必要な医療を確保するため、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」(第4条4項)と規定した。

さらに、翌2014(平成26)年には、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(医療介護総合確保促進法)が成立し¹⁰⁾、その目的を「国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資すること」(第1条)と規定した。その上で、地域包括ケアシステムについては、社会保障改革プログラム法と同様の定義を明記した(第2条)。また、同年には、介護保険法も改正され、地域包括ケアシステムの推進に向け、地域支援事業の大幅な見直しが行われた。

なお、この時期には、地域包括ケア研究会(2013)が、地域包括ケアシステムの構成要素として、①介護・リハビリテーション、②医療・看護、③保健・予防、④生活支援・福祉サービス、⑤すまいとすまい方、の5つを提示し、それらの関係性を「植木鉢」で図示している¹¹⁾。また、地域包括ケアシステムが、高齢者のみならず、障害者や子どもを含めた住民すべてに必要な仕組みであると言及した(二木 2017:27)¹²⁾。

3. 地域包括ケアシステムの深化と進化

2015(平成27)年9月、厚生労働省の新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチームが、「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現ー新たな時代に対応した福祉の提供ビジョンー」を発表した。この報告書では、「包括的な支援の考え方を全世代・全対象に発展・拡大させ、各制度とも連携して、新しい地域包括支援体制の確立を目指す」(3頁)として、地域包括ケアシステムの分野・対象の拡大が提起された。

また、翌2016(平成28)年6月には、「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定され、その目標の1つである「介護離職ゼロ」の取組みにおいて、地域共生社会の実現が位置づけられた。これを受けて、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部(厚生労働省)が設置され、2017(平成29)年2月には、「『地域共生社会』の実現に向けて(当面の改革工程)」が示された。そこでは、今後の改革の柱の1つとして、「地域包括ケアの理念を普遍化し、高齢者のみならず、障害者や子どもなど生活上の困難を抱える方が地域において自立した

生活を送ることができるよう、地域住民による支え合いと公的支援が連動し、地域を『丸ごと』支える包括的な支援体制を構築し、切れ目のない支援を実現する」(6頁)と、地域包括ケアシステムの普遍化による包括的支援体制の構築が掲げられた。

さらに、2017(平成29)年の地域包括ケアシステムの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、社会福祉法が改正され、「市町村は、次に掲げる事業の実施その他の各般の措置を通じ、地域住民等及び支援関係機関による、地域福祉の推進のための相互の協力が円滑に行われ、地域生活課題の解決に資する支援が包括的に提供される体制を整備するよう努めるものとする」(第106条の3第1項)と、市町村による包括的支援体制の整備が規定された。

そして、地域包括ケア研究会(2017)の2016(平成28)年度報告書「地域包括ケア研究会－2040年に向けた挑戦－」では、地域共生社会と地域包括ケアシステムとの関係性について、「『地域共生社会』とは今後、日本社会全体で実現していこうとする社会全体のイメージやビジョンを示すものであり、高齢者分野を出発点として改善を重ねてきた『地域包括ケアシステム』は『地域共生社会』を実現するための『システム』『仕組み』である」(6頁)と整理した。その上で、地域包括ケアシステムの意義について、「高齢者ケアの分野で培ってきた地域包括ケアシステムの考え方や実践は、他分野との協働にも活用できる汎用性の高いものであり、したがって、地域包括ケアシステムの深化と進化は、地域共生社会というゴールに向かっていく上では、今後も欠かせないものといえるだろう」(6頁)と強調した。

以上のように、近年では、地域包括ケアシステムの概念が普遍化し、分野・対象を拡大した地域共生社会の実現という新たな政策目標へと深化・進化している。しかし、これまでも指摘されたように、地域包括ケアシステムの概念は、高齢者分野に限定されたものではなく、住民すべてを対象としたものである。その意味では、地域包括ケアシステムの本質を踏まえた政策展開が、ようやく始まったと言えるだろう。

第3節 介護保険制度改正にみる地域包括ケアシステムの具現化

ここでは、これまでの介護保険制度改正を通じて、地域包括ケアシステムがどのように具現化されてきたのか概観する。

1. 2005(平成17)年改正

介護保険制度は創設当初より、施行5年を目途に必要な見直し等の措置を行うとされ、この改正は、その規定に基づき実施されたものであった。改正の大きな柱となったのが予防重視型システムへの転換であり、これまでの老人保健事業と介護予防・地域支え合い事業が再編され、新たに地域支援事業が創設された。これは、①介護予防事業、②包括的支援事業、③任意事業、の3つで構成され、要支援・要介護状態になる前の介護予防の推進と地域における包括的・継続的なマネジメント機能の強化を目的としていた。また、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるようサービス体系の見直しも行われ、小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護、認知症対応型共同生活介護などの6種類のサービスが創設された。これらは、地域密着型サービスとして位置づけられ、その基準・報酬は、保険者である市町村が地域の実情に応じて弾力的に設定できるとされた。さらに、地域包

括ケアシステムを推進する中核機関として、包括センターが創設された。この機関は、中立・公正な立場から、介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援の業務を行うとされた。

2. 2008（平成 20）年改正

この改正は、地域包括ケアシステムに直接関連するものではなく、介護サービス事業者の不正問題を受けて、その防止や事業運営の適正化を図る観点から実施されたものであった。

3. 2011（平成 23）年改正

すでに 2005（平成 17）年改正において、地域包括ケアシステム推進の考え方は示されていたが、この改正は、さらにそれを前面に押し出すものであった。例えば、地域密着型サービスとして、24 時間対応型の定期巡回・随時対応サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）が新たに創設された。これは、単身・重度や医療ニーズの高い要介護高齢者等でも、可能な限り在宅生活を継続できるよう訪問看護と訪問介護の連携のもと、短時間の定期訪問や緊急時も含めた随時の対応を組み合わせたサービスであった。また、小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の在宅サービスを組み合わせることで、より柔軟に支援を提供できる複合型サービスも創設された。さらに、市町村の判断により実施する事業として、介護予防・日常生活支援総合事業が創設された。これは、地域支援事業の一類型であり、要支援者や虚弱高齢者等を対象に、介護予防や配食・見守り等の生活支援サービスを総合的に提供する事業であった。

4. 2014（平成 26）年改正

この改正は、2014（平成 26）年の地域における医療・介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）によって実施されたものであった。ここでは、団塊世代のすべてが 75 歳以上となる「2025 年問題」を見据え、引き続き地域包括ケアシステムを推進していくことが基本とされた。具体的には、地域支援事業において、①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の推進、③地域ケア会議の推進、④生活支援サービスの充実・強化、が図られた。また、生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加の促進の観点から、2011（平成 23）年改正で創設された介護予防・日常生活支援総合事業の発展的な見直しが行われた。これによって、予防給付であった訪問介護と通所介護が地域支援事業に移行し、地域の実情に応じて、多様な主体によって提供される介護予防・生活支援サービスが整備された。

5. 2017（平成 29）年改正

この改正は、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 2040 年を見据え、地域包括ケアシステムをさらに深化・推進する観点から実施されたものであった。具体的には、これからの福祉改革の基本コンセプトである地域共生社会の実現として、高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けることができる共生型サービスが、新たに介護保険サービスの一類

型に位置づけられた。また、包括センターの機能強化の観点から、事業運営に対する市町村と設置者による評価が義務化された。この他、介護予防・日常生活支援総合事業や認知症施策、医療・介護の連携推進に関する各種の法規定の整備が行われた。

第4節 地域包括ケアシステム構築に向けた課題

1. 資源確保の課題

人びとの地域生活を支えるサービスや支援が、24時間・365日、切れ間なく提供されることは、地域包括ケアシステム構築の重要なポイントとなる。こうしたことから、2005（平成17）年改正の介護保険法では、地域密着型サービスの6種類が創設され、さらに、2011（平成23）年改正では、これに定期巡回・随時対応型訪問介護看護と複合型サービスが加わった。しかし、これらのサービスは、当初の予定よりも事業所数が伸びておらず、地域包括ケアシステムが基本圏域とする中学校区の数と比べ、あまりに少ない状況が指摘されている（岡本2017）¹³⁾。また、2014（平成26）年改正の介護保険法では、介護予防・日常生活支援総合事業の中に、住民主体のサービスが制度化された。しかし、自治会役員や民生委員といった地域活動の担い手の確保さえ、困難な地域がある中で、政府が意図するように住民主体のサービスが展開できるのか、課題は大きいと言える（伊藤・日下部2016：82）¹⁴⁾。加えて、住民の「互助」を定型的サービスとして制度化すること自体、その特性に馴染まないといった根本的な問題も存在している。

宮本（2015：35-37）は、こうした地域包括ケアシステム構築における資源確保について、外部依存性の問題を指摘する。すなわち、このシステムが介護保険制度の財政困難を背景に、NPOなどの事業体を中心とした資源の動員を予定しているものの、それらを確保できる地域は限定されるとする。また、資源間の調整を担う人材についても外部依存しており、こうした調整能力を備えた人材が、いずれの地域にも期待できる訳ではないとする。

地域包括ケア研究会（2016：29）が指摘するように、地域包括ケアシステムは、決して新しい資源を地域の中に次々と創り出す取組みではない。しかし、それでも人びとの地域生活を支える資源が量的に確保されることは、地域包括ケアシステムが成立する最低条件と言える。今後の政策展開においては、こうした資源確保の観点から、サービス事業者のインセンティブが働く仕組みや財政措置を検討する必要があるだろう。

2. 構築方法の課題

地域包括ケアシステムは、全国一律の「統一された概念」（二木2017：16）ではなく、各自治体が、地域の実情を踏まえて構築していくべきものである。実際、いわゆる好事例として紹介されたものを見ても、自治体ごとに、主体、内容、展開過程などが異なっており、その取組みは、非常に多様性があることが分かる¹⁵⁾。このような中、地域包括ケアシステムについては、具体的な構築手順やプロセスが示されないまま、責任だけが自治体に転嫁されているといった問題が指摘されている（井上2015：81）。先に述べた通り、介護保険法では自治体の努力義務として、地域包括ケアシステムの推進が規定されている。しかし、自治体の側からすると、それは突然国から「降ってきた」ものであり、限られた人員や財源の中で具体的にどのように取り組んでいくのか、行政現場は大変当惑していると

される（沼尾 2015：228）。

以上のような状況の中、地域包括ケア研究会（2016）の 2015（平成 27）年度報告書では、「地域マネジメント」の考え方が示された。これは、地域包括ケアシステム構築に向けた計画の策定・実施・評価を繰り返す取組みであり、言わばシステム構築の工程管理とされる。こらから先、各自治体では、この地域マネジメントの導入が本格化すると考えられるが、その取組みにおいては、地域の実情や特性を十分に踏まえることが重要となる。また、住民をはじめ、各分野のサービス事業者、関係機関、団体などが幅広く参画することも重要となる。当然のことながら、これには、住民や関係者の当事者意識の涵養と参画を担保する具体的な仕組みを整備することが不可欠となる。地域包括ケアシステムの構築方法・手順が各自治体に委ねられている中、実効性のある地域マネジメントを展開できるかが、システム構築の成否を大きく左右すると言える。

【注】

- 1) 地域包括ケア研究会は、2008（平成 20）年に設立され、地域包括ケアシステムの概念整理や政策展開の方向性を検討・提起するなど、わが国における地域包括ケアシステム構築に関する議論を牽引している。
- 2) 公立みつぎ総合病院での取組みは、山口（2012）に詳しい。
- 3) このシステムには地域住民も積極的に参加し、院内外でボランティア活動を行うなど、重要な役割を担ったとされる。
- 4) その理由について猪飼は、①人々は特段の事情がない限り、施設的環境よりも地域的環境を選好する傾向にあること、②地域的環境では、もともとの生活要素を引き継ぐことができること、③地域社会には、生活の質の多様性に対応できる多様な資源が存在すること、を挙げて地域の優位性を指摘している。また、包括性については、生活の質という 1 つの目標を共有する状況では、医療・保健・福祉が 1 つのシステムとして包括的に作動する必要があるとしている。
- 5) この点について二木（2016：24-29）は、異なる見解を示している。二木は、地域包括ケアシステムが、2003（平成 15）年 7 月の第 3 回社会保障審議会介護保険部会で少し議論された後、2008（平成 20）年 2 月の第 24 回部会までの 5 年間、全く議論されなかったとしている。また、2004（平成 16）年 7 月の社会保障審議会介護保険部会による「介護保険制度の見直しに関する意見」にも、地域包括ケアシステムの記載がなく、介護保険法の改正にも含まれなかったとして、この時期（2004 年から 2008 年）を地域包括ケアシステムの「法・行政的空白（停滞）期」と位置づけている。
- 6) 同時に発表された中間報告でも、「人々が日常を過ごす地域で、必要な医療・介護・福祉サービスが包括的・継続的に提供できる体制の実現」（地域包括ケア）に言及した。しかし、同年 11 月の最終報告では、「地域包括ケア」に関する言及は見られなかった（二木 2016；岡本 2017）。
- 7) この報告書では、①自助を「自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること」、②互助を「インフォーマルな相互扶助。例えば近隣の助け合いやボランティア等」、③共助を「社会保険のような制度化された相互扶助」、

- ④公助を「自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等」と定義している。
- 8) 宮島（2012）は、この2011（平成23）年改正をもって、法律上の「地域包括ケア元年」と位置づけている。
 - 9) 2013（平成25）年12月の社会保障審議会介護保険部会による「介護保険制度の見直しに関する意見」でも、同様の考えが示された。
 - 10) この法律は、2014（平成26）年の地域における医療・介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）を受けて成立した。
 - 11) 2012（平成24）年度報告書「地域包括ケア研究会－地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点－」で示された。なお、この構成要素は、2015（平成27）年度報告書で見直され、現在に至っている。
 - 12) 地域包括ケアシステムの分野・対象については、2015（平成27）年度報告書「地域包括ケア研究会－地域包括ケアシステムと地域マネジメント－」でも、「元来、地域包括ケアシステムは、その対象を高齢者に限定しない概念として展開されてきた。その観点からみても、保健・福祉の専門職は、高齢者のみならず地域の諸課題に対処するプロフェッショナルとして、今後の地域包括ケアシステムにおいてその必要性がさらに強調されるだろう」（17頁）との言及が見られる。
 - 13) 岡本（2017）は、厚生労働省「平成27年度 介護給付費等実態調査の概況」（平成28年4月審査分）から、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスの3種類のサービス事業所数と日常生活圏域数を比較し、こうした指摘を行っている。なお、「平成29年度 介護給付費等実態調査の概況」（平成30年4月審査分）では、小規模多機能型居宅介護5363カ所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護868カ所、複合型サービス434カ所となっている。
 - 14) 2014（平成26）年の改正介護保険法だけでなく、地域包括ケア研究会の2008（平成20）年度報告書をはじめとして、地域包括ケアシステムの議論においては、常に住民互助の役割が強調されてきた。
 - 15) 厚生労働省のホームページに、日本総合研究所（2014）「事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう『地域包括ケアシステム』事例集成－できること探しの素材集－」、「地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例」が掲載されている。

第2章 地域包括ケアシステムにおける地域包括支援センターの役割と課題

本章では、地域包括ケアシステムの中核機関に位置づけられる包括センターについて検討する。具体的には、包括センター創設の経緯と現在に至る展開を概観するとともに、目的、業務内容、運営体制、運営状況を整理する。また、地域包括ケアシステムにおいて期待される役割と制度上の課題を検討する。先に述べたように、包括センターは、2005（平成17）年の改正介護保険法で創設され、そこには、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種が配置されている。これらを中心として、主に地域支援事業を担っているが、その運営や業務のあり方については、創設当初から多くの課題が指摘されてきた。現在、事業や業務量に応じた人員体制の確保、機関間の役割分担や連携強化など、包括センターの機能強化の取組みが行われているが、これらは社会福祉士の実践にも、さまざまな面で影響すると考える。

第1節 地域包括支援センターの創設と展開

1. 地域包括支援センターの創設

2003（平成15）年6月の高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて－」は、地域包括ケアシステムの構築を提起するとともに、これを有効に機能させるコーディネート機関の必要性を指摘した。また、2004（平成16）年1月の高齢者リハビリテーション研究会の中間報告書「高齢者のリハビリテーションのあるべき方向」は、利用者を中心とした地域における予防、医療、介護サービスの切れ目ない体制づくりと、その拠点となる機関の必要性について述べた。

以上の2つの報告書は、ともに地域包括ケアシステムの構築と、そのコーディネート機関の必要性に言及したものであったが、その後、2004（平成16）年7月の社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」において、改めてこうした機能を担う機関の創設が提起された。すなわち、総合的な介護予防システムの確立とケアマネジメントの体系的な見直しを行うことを踏まえ、地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として、①地域の高齢者の実態把握や権利擁護を含む「総合的な相談窓口」、②新・予防給付のマネジメントを含む「介護予防マネジメント」、③介護以外のさまざまな生活支援を含む「包括的・継続的なマネジメント」、の機能を基本とする包括センターの創設が構想され、2005（平成17）年の改正介護保険法において制度化された。

なお、社会保障審議会介護保険部会（2004）が示した包括センターの機能は、これまで主に、在宅介護支援センターが担ってきた経緯がある。しかし、在宅介護支援センターがそれらを直接引き継ぐことはなく、結果的に包括センターが新設されることとなった。その理由には、介護保険制度の導入後、在宅介護支援センターが居宅介護支援事業者との「2枚看板」となり、ケアプラン作成業務への傾注が見られたことや¹⁾、市町村によって位置づけと取組みに濃淡が生じたことなどが指摘されている²⁾（高室2012：161-162）。

2. その後の展開

包括センターについては、2006（平成18）年4月に運用が開始された後も、地域包括ケアシステムの中核機関として、適正な事業運営の確保や機能強化に向けた制度改正が実施

されていった。例えば、2011（平成 23）年の改正介護保険法では、市町村が包括センターに包括的支援事業を委託する際の実施方針の明示（第 115 条の 47 第 1 項）や事業を効果的に実施するための関係者等との連携（第 115 条の 46 第 7 項）が規定された。また、介護予防プランの居宅介護支援事業者への委託件数の制限も廃止された。さらに、2014（平成 26）年の改正では、地域ケア会議が制度化され（第 115 条の 48）、包括センターは、主に個別ケースや日常生活圏域レベルの会議を実施することとなった。また、地域の実情を踏まえた包括センター間の役割分担や連携の強化、業務量や役割に応じた人員体制の確保なども図られることとなった。

なお、この改正では、包括センター事業の評価・点検の実施が努力義務として規定されたが（第 115 条の 46 第 4 項・第 9 項）、これについては、2017（平成 29）年の改正介護保険法で義務化されている。

第 2 節 地域包括支援センターの概要

本節では、「地域包括支援センターの設置運営について」（2016 年 1 月 19 日）に規定されている包括センターの目的、業務内容、運営体制について整理する。また、三菱総合研究所（2016）による「地域支援事業の包括的支援事業及び任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書」から、その運営状況を概観する。

1. 目的

包括センターは、介護保険法において、「～略～地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」（第 115 条の 46 第 1 項）と規定されている。

2. 業務内容

包括センターの具体的な業務（必須業務）には、以下が規定されている。

(1) 介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）

これは、基本チェックリスト該当者³⁾に対する介護予防及び日常生活支援を目的として、介護予防・日常生活支援総合事業にある訪問型サービスや通所型サービス、その他の生活支援サービスなど、適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう必要な援助を行うものである。

(2) 総合相談支援

これは、高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう必要な支援を把握した上で、適切なサービスや地域の関係機関、制度などの利用につなげる支援を行うものである。具体的には、総合相談（初期・継続的な相談支援）や地域における支援ネットワークの構築、高齢者の実態把握などがある。

(3) 権利擁護

これは、権利侵害を受けている、あるいは受ける可能性が高い、住民や介護支援専門員などの支援だけでは対応できない、適切なサービスにつながっていないなど、困難な状況

にある高齢者が安心して尊厳のある生活を送れるよう専門的な支援を行うものである。具体的には、高齢者虐待や消費者被害の防止・対応、困難事例への対応、判断能力を欠く高齢者への成年後見制度の利用支援などがある。

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

これは、高齢者が住み慣れた地域で生活し続けることができるよう個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを実現するために、地域における関係者間の連携・協働の体制づくりや介護支援専門員への支援を行うものである。

(5) 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築

これは、包括的支援事業を効果的に実施するために、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動といったインフォーマルサービスなど、さまざまな社会資源が有機的に連携できるよう地域におけるネットワーク構築を行うものである。その手法の1つとして、市町村には、地域ケア会議の実施が努力義務化されている（介護保険法第115条の48第1項）。

(6) 指定介護予防支援

これは、介護保険における予防給付対象者（要支援1・2）が、介護予防サービスなどの適切な利用を行うことができるよう介護予防サービス計画の作成とともに、その提供において、介護予防サービス事業者などの関係者との連絡調整を行うものである。

この他にも、包括センターは市町村の委託により、①在宅医療・介護連携推進事業、②生活支援体制整備事業、③認知症総合支援事業（以上、包括的支援事業）、④任意事業（介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業、成年後見制度利用支援事業、その他）、⑤厚生労働省が定める事業⁴⁾を実施することができることとされている。

3. 運営体制

(1) 設置主体と体制

包括センターは、市町村または委託を受けた法人等によって設置される（直営型・委託型）。設置体制は市町村によってさまざまであり、サブセンターやブランチを設置する場合もある⁵⁾。立教大学（2009）の「地域包括支援センターの評価に関する研究報告書」では、市町村における包括センターの設置体制について、次のタイプに区分している（図2-1、図2-2、図2-3、図2-4）。

[タイプA]

1つの保険者に1ヵ所の包括センター（直営型または委託型）を設置し、サブセンターやブランチを設置せずに、1つの包括センターで全域を担当する。これは比較的人口の少ない町村に見られるタイプとされる。

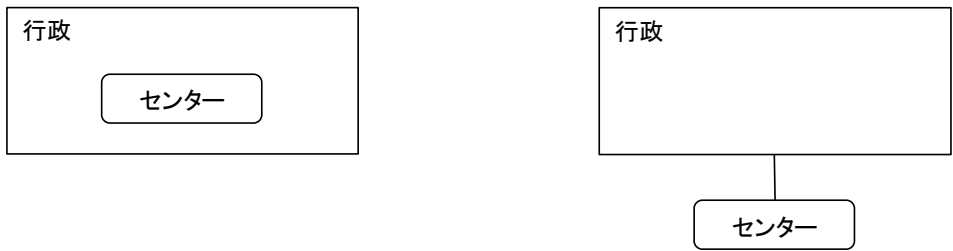


図 2-1 [タイプ A] のイメージ

[タイプ B]

1 つの保険者に複数の包括センター、サブセンター、ブランチを設置し、それぞれがエリアを分担する中で、統括機能を行政部署内または直営型の包括センターに持たせている。

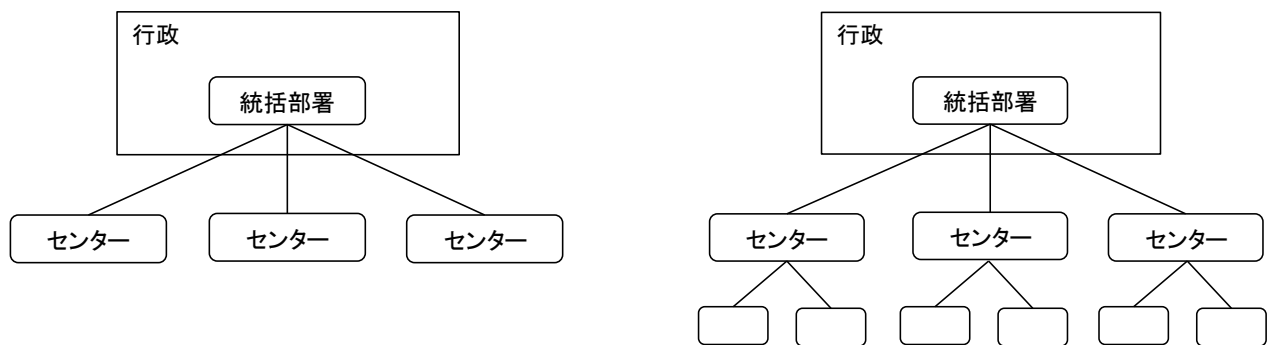


図 2-2 [タイプ B] のイメージ

[タイプ C]

1 つの保険者に複数の包括センター、サブセンター、ブランチを設置し、それぞれがエリアを分担する中で、統括機能を持つ委託型の包括センターまたは他機関が配置されている。

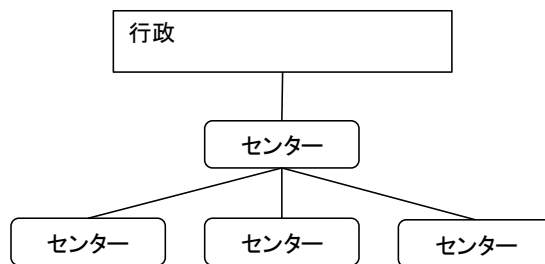


図 2-3 [タイプ C] のイメージ

[タイプ D]

1 つの保険者に複数の包括センターを設置しているが、統括機能を持つ行政部署や包括センターを設置していない。もしくは 1 つの保険者に複数の包括センターを設置しているが、エリアの分担を行わず、各包括センターが全域を担当している。このタイプは運営の非効率性や保険者と包括センターの乖離などの問題が生じやすいとされる。

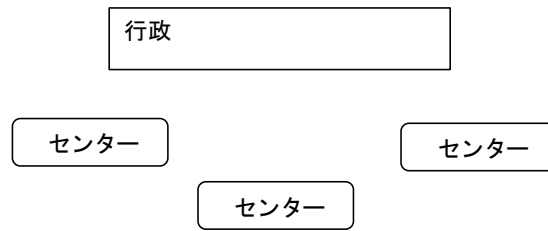


図 2-4 [タイプ D] のイメージ

なお、先に述べたように、2014（平成 26）年の改正介護保険法において、包括センター間の総合調整や他の包括センターの後方支援を行うなど、基幹的な役割を担う包括センター（基幹型センター）と、権利擁護や認知症支援などの機能を強化し、その分野において、他の包括センターを支援する包括センター（機能強化型センター）が設置されている。

(2) 職員配置

包括センターには、原則として、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員を配置することとなっている。但し、これらの職種の確保が困難な場合は、「準ずる者」を配置することができる⁶⁾。人員数については、包括センターの担当区域における第 1 号被保険者数が、おおむね 3000 人以上 6000 人未満ごとに、上記の各職種 1 名が専従で配置される。なお、包括センターの担当区域における第 1 号被保険者数が、おおむね 3000 人未満の場合や包括センター運営協議会で認められた場合には、別途、職員配置が規定されている（表 2-1）。

表 2-1 第 1 号被保険者 3000 人未満の場合の配置すべき職員

第 1 号被保険者数	配置すべき職員
おおむね 1000 人未満	保健師等・社会福祉士等・主任介護支援専門員等のうち 1 人または 2 人
おおむね 1000 人以上 2000 人未満	保健師等・社会福祉士等・主任介護支援専門員等のうち 2 人（うち 1 人は専らその職務に従事する常勤の職員とする）
おおむね 2000 人以上 3000 人未満	専らその職務に従事する常勤の保健師等を 1 人及び専らその職務に従事する常勤の社会福祉士等・主任介護支援専門員等のいずれか 1 名

第 3 節 地域包括支援センターの運営状況（概況）

三菱総合研究所（2016）の「地域支援事業の包括的支援事業及び任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書」によると、包括センターは、2015（平成 27）年 4 月末時点で、すべての市町村に設置されており、その数は 4865 カ所にのぼる⁷⁾。このうち、市町村の直営型は 1219 カ所（26.0%）、委託型は 3461 カ所（73.9%）であり、包括センターの約 7 割が、委託による運営となっている。また、委託型の設置主体の内訳は、社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）40.3%、社会福祉協議会 13.7%、医療法人 12.5%となっている。包括センター 1 カ所当たりの平均職員数は 6.5 人であり、専門 3 職種の配置については、保健師 1.4 人、社会福祉士 1.7 人、主任介護支援専門員 1.3 人となっている。な

お、職種別の平均人数で最も多いのは、介護支援専門員の2.0人となっている。

介護予防支援業務については、専従職員を配置している包括センターが50.4%と、約半数であった。また、包括センター1ヵ所当たりの介護予防支援プランの作成件数は、1ヵ月平均で230.9件であった。このうち、居宅介護支援事業者への委託件数が1ヵ月平均で101.2件見られ、包括センターの実質的な作成件数は、1ヵ月平均で129.7件となっていた。

包括センターが抱える主な課題については（複数回答）、「業務量が過大」81.6%、「業務量に対する職員数の不足」70.2%、「職員の力量不足」53.7%が見られた。このうち、「業務量が過大」の内容には（複数回答）、「総合相談支援に関わる業務」69.5%、「指定介護予防支援に関わる業務（要支援者対象）」66.8%、「地域におけるネットワークの構築に関わる業務」53.9%が挙げられていた。また、「職員の力量不足」の内容には（複数回答）、「地域におけるネットワークの構築に関わる業務」76.7%、「権利擁護に関わる業務」66.3%、「包括的・継続的ケアマネジメント支援に関わる業務」53.1%、「総合相談支援に関わる業務」52.1%が挙げられていた。

最後に、運営費（介護報酬等を含む）については、2015（平成27）年度予算において、「3000万円以上」56.2%が最も多く、次いで、「2500万円以上3000万円未満」15.3%、「2000万円以上2500万円未満」11.6%の順であった。なお、必須事業に加え、任意事業を受託している包括センターは43.8%であった。

第4節 地域包括ケアシステムにおいて期待される役割と制度上の課題

1. 地域包括支援センターに期待される役割

はじめに述べたように、二木（2016：6-7）は、地域包括ケアシステムの実態が「システム」ではなく、「ネットワーク」であることを指摘している。また、地域包括ケア研究会（2016：29）は、地域包括ケアシステムが、地域内に新たな資源を創出するのではなく、むしろ既存の資源間の調整・連携を進めていく仕組みであると述べている。これらを踏まえると、地域包括ケアシステムの構築は、地域における資源間（人的資源を含む）のネットワークづくりが基本となり、その取組みを確実に進めていくことが、包括センターの重要な役割と言える。

現在、地域のネットワークづくりの手法として、地域ケア会議が制度化されている。この会議は、市町村と包括センターに設置され、包括センターは、主に個別ケースと日常生活圏レベルの会議を実施する。その機能の1つに参加者間のネットワークづくりが挙げられるが、地域包括ケアシステム構築の観点から言えば、そのネットワークをさらに地域全体へと拡充していくことが重要となる。また、地域のネットワークづくりという点では、包括的支援事業（在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業）も重要なポイントとなる。この事業は、在宅医療と介護サービスの一体的な提供、多様な生活支援サービスの拡充、認知症の初期対応と効果的支援の提供、などを進めるものであり、その取組みは、地域のネットワークづくりに直結するものと言える。自治体によっては、他の主体がこの事業を担うこともあるが、その場合も、包括センターは、生活支援コーディネーターや認知症地域支援推進員などの職種と十分に連携を図り、地域のネットワークづくりを進める必要がある。

以上の他にも、住民レベルのネットワークづくりも重要となる。地域包括ケアシステムの構成要素の1つに、住民やボランティアによる生活支援・介護予防が位置づけられている（厚生労働省 2013）。また、2015年の新介護予防・日常生活支援総合事業では、訪問型、通所型、生活支援の各サービスにおいて、住民主体の支援が制度化されている。これらは、住民間のネットワークが基盤であり、地域におけるその実態がサービスの展開に大きく影響する。住民間のネットワークづくりについては、これまで社会福祉協議会を中心に取り組みられてきたが、地域包括ケアシステムの構築という点では、包括センターも、積極的にその役割を担っていくことが求められる。

2. 地域包括支援センターの制度上の課題

包括センターの制度上の課題として、第1に、構想の初期段階では行政組織の「機関」としての位置づけが検討されていながら、結果的に事業を受託・実施するだけの「施設」とどまった点を挙げるができる。そのことで、市町村の保険者としての責務と権限が曖昧になったばかりでなく、包括センター自体も、役割葛藤を生じやすい組織になったとされる（大口 2012：186-187）。特に、委託型の包括センターの場合は、行政機関としての権限と機能を行使することが難しく、高齢者虐待や消費者被害、困難ケースの対応などにおいて、こうした役割葛藤の問題に直面しやすいとされる（井上 2007）。

第2に、職員配置の課題がある。先に述べた通り、包括センターには、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種を配置することが原則となっている。しかし、実際には多くの包括センターが、これらの確保が困難として、運営基準で示された「準ずる職種」を配置している。例えば、前出の三菱総合研究所（2016）の調査によると、保健師 4416名に対して経験のある看護師 3183名、主任介護支援専門員 5829名に対して介護支援専門員 6223名の配置が見られる⁸⁾。加えて、新卒者や未経験者などの配置も見られ、専門性や力量の面での課題が指摘されている（高室 2012：170；田中 2012）。

第3に、指定介護予防支援と包括的支援事業の業務が混在し、在宅介護支援センターで見られた「2枚看板」の問題が継続している点がある。これによって、包括センターの職員は、介護予防業務に忙殺される状況となった。現在、介護予防プラン専任職員の配置が進むなど、包括センターの創設当初に見られた混乱は、徐々に収まりつつある。しかし、三菱総合研究所（2016）の調査では、包括センターでの過大な業務として、「指定介護予防支援に関わる業務」66.8%が見られ、依然として介護予防業務の負担が少なくない状況がうかがえる。

最後に、包括センターが担う業務と役割が、複雑かつ広範であるといった課題がある。第2節で述べたように、包括センターの業務は、①介護予防ケアマネジメント、②総合相談支援、③権利擁護、④包括的・継続的ケアマネジメント支援、⑤地域包括支援ネットワークの構築、⑥地域ケア会議の運営、⑦指定介護予防支援、が必須の業務となっている。また、場合によっては、2015年から包括的支援事業に加わった3事業（在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業）を実施する機関もある。このように、包括センターは、地域支援事業と介護保険給付に関わる幅広い業務を担うとともに、その中で介護予防や生活支援、地域づくりを進める役割も期待されている。こうした

状況は、地域包括ケアシステムの中核機関としての包括センターの存在意義を示すものと言える。しかし、和気（2017）が指摘するように、その多くが人的資源に限りのある民間委託となる中で、こうした多様な業務と役割を適切に担っているのか、政策科学的な検証とそれを踏まえた支援体制の構築が必要になっている。

【注】

- 1) 副田ら（2003）が実施した在宅介護支援センターを対象としたケーススタディでは、平均実労働時間に占める割合が、居宅介護支援業務 59.8%に対して、支援センター業務は 40.1%であった。
- 2) こうした状況から、2003（平成 15）年の高齢者介護研究会は、在宅介護支援センターについて、地域包括ケアのコーディネート機関としては、今後、役割の再検討や機能強化が必要とした。また、2004（平成 16）年 7 月の「介護保険制度の見直しに関する意見」も、現状の在宅介護支援センターでは、立地や力量の面に課題があり、地域の総合的なマネジメント機関としての役割を委ねることができないとした。さらに、高齢者リハビリテーション研究会（2004）の中間報告書でも、地域包括ケアのコーディネーションを担う上での機能強化が必要であると指摘した。
- 3) 基本チェックリストとは、厚生労働省が作成したもので、介護予防が必要な高齢者を早期に発見するための 25 のチェック項目からなる。
- 4) 具体的には、第 1 号介護予防支援事業（要支援者に限る）、介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業がある。
- 5) 包括センターの設置形態として、サブセンター方式やブランチ方式がある。前者は、本所となる包括センターが統括機能を発揮しつつ、それぞれの支所が包括的支援事業を担うものである。後者は、住民の利便性を考慮し、住民からの相談を受け付け、包括センターにつなぐ窓口としての役割を担うものである。
- 6) 具体的には、次のように規定されている。保健師に準ずる者として、地域ケア、地域保健等に関する経験のある看護師（准看護師は除く）。社会福祉士に準ずる者として、福祉事務所の現業員等の業務経験が 5 年以上、または介護支援専門員の業務経験が 3 年以上あり、かつ、高齢者の保健福祉に関する相談業務に 3 年以上従事した経験を有する者。主任介護支援専門員に準ずる者として、ケアマネジメントリーダー研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者。
- 7) 「平成 30 年介護サービス施設・事業所調査」では、平成 30 年 10 月 1 日時点で、包括センターの数は 5147 ヶ所となっている。
- 8) 社会福祉士については、7450 人に対して「準ずる職種」は 434 人であった。

第3章 社会福祉士資格制度と地域包括支援センターにて求められる実践および課題

本章では、はじめにソーシャルワーク専門職としての社会福祉士の専門性と資格制度について検討する。次に、包括センターに社会福祉士が配置された当初から、地域を基盤としたソーシャルワークの必要性を強調してきた岩間の見解に依拠し、実践の概念、背景、基礎理論としてのジェネラリスト・ソーシャルワークを検討する。最後に、地域を基盤としたソーシャルワークに代表される個別支援と地域支援を一体化した総合的な実践について、現在示されているいくつかの見解を整理するとともに、先行研究から包括センターにおける社会福祉士の実践上の課題を検討する。

第1節 ソーシャルワーク専門職としての社会福祉士

1. ソーシャルワーク専門職とは

(1) ソーシャルワークのグローバル定義

2014（平成26）年7月に開催された国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）と国際ソーシャルワーク学校連盟（IASSW）の総会において、新しいソーシャルワークの定義が、次のように採択された¹⁾。

「ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、および地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける。」²⁾

新しい定義の採択には、グローバリゼーションの流れが大きく影響しているとされる（木村2015）。近年のグローバリゼーション化の急速な進展が、個人、地域、社会のさまざまな局面に弊害をもたらす中、ソーシャルワークが介入すべき課題や社会的状況も拡大してきた。こうした状況下で、ソーシャルワークの理念、価値、行動指針を示すべく定義の見直しは必須であり、前回の定義から14年の歳月を経て、新しい定義が採択された。

(2) 社会福祉専門職研究にみる社会福祉士の専門性

新しいソーシャルワークのグローバル定義では、ソーシャルワークが専門職であると改めて明確に宣言した。このような中、社会福祉専門職（ソーシャルワーカー）の専門性については、20世紀初頭からさまざまな研究や議論が展開してきた。これには、①専門職としての必要な属性を捉えたもの（属性モデル）、②専門職としての発展過程を捉えたもの（プロセスモデル）、③他の専門職との比較を通じて専門性を捉えたもの、④ソーシャルワークの業務内容から専門性を捉えたもの、などが存在した（奥田1992：69-77）³⁾。

秋山（2007：87-90）は、属性モデルのフレックスナー⁴⁾、グリーンウッド⁵⁾、ミラーソン⁶⁾の三者にみられる平均的な要因を検討し、社会福祉専門職の条件を次のように整理している。すなわち、①体系的な理論、②伝達可能な技術、③公共の関心と福祉という目的、④専門職の組織化（専門職団体）、⑤倫理綱領、⑥テストか学歴に基づく社会的承認、の6点である。また、日和（2016）は、属性が求められる主体に着目し、①専門職の活動その

ものに求められる属性、②専門家個人に求められる属性、③専門職団体に求められる属性、④社会との関係に影響を受ける属性、の4つを整理している⁷⁾。

これらをわが国の社会福祉士の現状に照らし合わせてみると、秋山（2007）の整理した「専門職の組織化」（専門職団体）については、現在、日本社会福祉士会が設立されている。同会は、1993（平成5）年に任意団体として誕生し、その後、1996（平成8）年には、社団法人となっている。全国大会や生涯研修、権利擁護活動などに取り組み、2019（令和元）年7月31日時点での会員数は4万3502名となっている（日本社会福祉士会2019）⁸⁾。また、「倫理綱領」については、同会が2005（平成17）年に「ソーシャルワーカーの倫理綱領（改訂版）」を採択し、倫理綱領と行動規範を規定している。

さらに、「テストか学歴に基づく社会的承認」については、国家試験による資格取得が制度化されている。他方、「体系的な理論」「伝達可能な技術」「公共の関心と福祉という目的」は、日和（2016）の整理において、「専門家個人に求められる属性」に位置づけられている。日和（2016）は、これらを内的条件とし、単に個人に備わるだけではなく、実際の援助に活用される必要があり、そのための思考力や判断力も専門職の重要な要素になるとしている。

先に述べたように、2021年度には、社会福祉士の養成に新たな教育カリキュラムの導入が予定されている。日和（2016）が指摘するように、理論的な体系に基づく知識や技術の習得はもとより、状況に応じて、それらを的確かつ柔軟に活用するための思考力や判断力をいかに養うか、社会福祉士がソーシャルワークの専門職として社会に認められるための重要な要素となるだろう⁹⁾。

2. 社会福祉士の資格制度と現状

(1) 社会福祉士資格の制度化ー社会福祉士及び介護福祉士法の成立ー

わが国における社会福祉専門職の資格制度は、1950（昭和25）年の「社会福祉主事の設置に関する法律」に規定された社会福祉主事が起点となっている¹⁰⁾。この資格は、今も福祉事務所や社会福祉施設に従事する任用資格として位置づけられているが、いわゆる三科目規定のように、戦後過渡期の経過措置的な側面が見られ、また、当時の時代状況において、社会福祉専門職の概念や養成体系を十分に検討して創設されたとは言い難いものであった（蟻塚2006：251）。こうした事情もあり、社会福祉主事の制定以降も、わが国では、社会福祉専門職の資格制度化に向けたいくつかの動きが見られた。中でも、1971（昭和46）年に公表された中央社会福祉審議会職員問題専門分科会の起草委員会（メンバー4名）による「社会福祉士法制定試案」は、各界に大きな議論を巻き起こした。これは、起草委員会が「たたき台」として公表したものであったが、さまざまな反対意見を受けて、結局は1976（昭和51）年に白紙撤回された¹¹⁾。

その後は、各分野や職種で個別に専門職制度が検討されたが（秋山2007：33）、1980年代に入ると、再び社会福祉専門職の資格制度化への動きが見られるようになった。その背景には、わが国の高齢化社会の進展に伴う、福祉ニーズの増大・多様化や在宅福祉サービスの展開があり、社会福祉制度の中長期的な見直しが行われる中で、社会福祉専門職の資格制度化も検討された。その結果、1987（昭和62）年3月に福祉関係三審議会合同企画分

科会¹²⁾により、「福祉関係者の資格制度について」の意見具申が行われ、同年5月に、社会福祉士及び介護福祉士法が成立する運びとなった。

このような経緯で社会福祉士の資格制度化が実現したが、改めてその背景を見てみると、先の意見具申では、次の3点が述べられている。第1に、高齢化と福祉ニーズへの専門的対応の必要性である。わが国では、高齢化の進展とともに国民の生活構造も変化し、高齢者をはじめ、障害者や児童の福祉ニーズも多様化しつつあった。こうした状況下で、サービス供給体制の充実と強化、福祉サービスの人材確保と資質向上は不可欠であったが、特に、利用者がサービスを選択する際に、専門的知識と技術を用いて相談や指導にあたる人材と、高齢者介護やその家族への援助を担う人材養成は緊急の課題とされた。

第2に、国際化と社会福祉専門職養成の必要性である。世界に例を見ない急速な高齢化が進む中で、わが国の社会福祉専門職養成は立ち遅れており、国際的な観点からも資格制度の確立が望まれていた。その直接の契機となったのは、1986（昭和61）年に開催された「国際社会福祉セミナー」（開催地：大阪）と「第23回 国際社会福祉会議」（開催地：東京）であった。秋山（2007：31）は、これらの会議について、「海外からの『圧力』『黒船』として、未熟であったわが国の社会福祉専門職の状況に衝撃を与えることとなった」と、その影響の大きさを述べている¹³⁾。

第3に、シルバーサービスの動向と資格制度の必要性である。1961（昭和36）年以降の国民年金制度の実施・充実に伴い、民間シルバーサービスの展開も拡大しつつあった。こうした中、提供されるサービスの倫理と質を確保し、その健全育成を図るための有効な方策として、資格制度の創設が検討された¹⁴⁾。

以上のように、国内外からの要請を受けて誕生した社会福祉士であるが、京極（1993：17-19）は、資格制度化が国際的にも一定の評価を受けたと評している。また、医師その他の医療関係者との連携が規定されたことやソーシャルワーカー（社会福祉士）とケアワーカー（介護福祉士）の資格を同時に法制化したことも、国際的に見て先駆的だったとしている。さらに、資格制度化が、1990年代以降のわが国における福祉改革の前提かつ核心であったと、その意義を強調する。

なお、社会福祉士資格制度が実現するまでには、社会福祉関係者、研究・教育関係者、職能団体など、さまざまな人びとの努力と試行錯誤の過程があったことを、記憶にとどめておく必要があるだろう¹⁵⁾。

(2) 社会福祉士及び介護福祉士法の改正

1987（昭和62）年の成立から約20年が経過した2007（平成19）年には、社会福祉士及び介護福祉士法の改正が行われている。その背景には、介護保険制度や障害者自立支援制度の導入により、認知症介護など、従来の身体介護にとどまらない新たな介護サービスへの対応が求められたことがあった。また、利用者自身によるサービスの選択が可能になったことに伴い、サービスの利用支援、成年後見、権利擁護など、相談援助の業務が拡大したという実情もあった。

改正の主な内容であるが、①定義、②義務規定、③資格取得方法、の見直しを行うものであった。①については、他の福祉サービス提供者、医師、保健医療サービス提供者との

連絡調整を行うことが、新たな社会福祉士の役割として追加された。②については、「個人の尊厳の保持」「自立支援」「地域に即した創意と工夫」「他のサービス関係者との連携」「資格取得後の自己研鑽」が新たに規定され、利用者本位のサービス提供がより明確にされた。③については、高い実践力を有する社会福祉士を養成する観点から、教育内容の大幅な見直しと実習・演習科目の基準設定が行われた。具体的には、教育カリキュラムの構成として、「人・社会・生活と福祉の理解に関する知識と方法」（5科目）、「総合的かつ包括的な相談援助の理念と方法に関する知識と技術」（2科目）、「地域福祉の基盤整備と開発に関する知識と技術」（3科目）、「サービスに関する知識」（9科目）、「実習・演習」（3科目）の科目群が設定され、それぞれの教育内容も規定された。さらに、演習・実習科目の担当教員と現場の実習指導者には、学生への教授や指導において、一定の要件が課せられた。

なお、その後の2011（平成23）年と2016（平成28）年にも、法改正が行われたが、これらは、介護福祉士の業務内容（たんの吸引や経管栄養を可能とする）や資格取得方法（国家試験受験の義務化など）の見直しに関するものであった。

(3) 社会福祉士の定義と義務

社会福祉士は、社会福祉士及び介護福祉士法において、「社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者（第47条において「福祉サービス関係者等」という。）との連絡及び調整その他の援助を行うこと（第7条及び第47条の2において「相談援助」という。）を業とする者をいう」（第2条）と定義されている。ここでは、社会福祉士が行う中核業務として、利用者への「相談援助」と、さまざまな関係者との「連絡・調整」が規定されている。

また、社会福祉士の義務として、①誠実義務、②信用失墜行為の禁止、③秘密保持義務、④連携、⑤資質向上の責務、⑥名称の使用制限、が規定されている。このうち①と⑤は、2007（平成19）年の法改正で、新たに規定されたものである。さらに、④についても、「地域に即した創意と工夫」「福祉サービスを提供する者」の文言が加わるなどしている。

(4) 社会福祉士の登録者数と就労状況

社会福祉振興・試験センターによると、2019（令和元）年9月末時点の社会福祉士登録者数は、23万8696名となっている。また、同センターが実施した「平成27年度社会福祉士及び介護福祉士就労状況調査」では、福祉・介護・医療分野での就労状況について、①高齢者福祉関係43.7%、②その他24.0%¹⁶⁾、③障害者福祉関係17.3%、④医療関係14.7%の順となっている。職種については、①相談員・指導員34.0%、②介護支援専門員13.8%、③施設長・管理者13.3%が多く見られた。所属法人の種別は、①社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）35.6%、②医療法人15.9%、③地方自治体13.3%が多い状況となっていた。

なお、社会福祉士の職域に関しては、いわゆる社会福祉関連六法に規定された行政機関や施設・事業所にとどまることなく、医療、教育、司法分野にも拡大している状況にある。

(5) 社会福祉士に求められる役割

2007（平成 19）年の社会福祉士及び介護福祉士法の改正に伴い、教育カリキュラムも改訂され、そこでは社会福祉士の役割について、次の 3 点が述べられた（厚生労働省 2008）。

- ① 福祉課題を抱えた者からの相談に応じ、必要に応じてサービス利用を支援するなど、その解決を自ら支援する役割。
- ② 利用者がその有する能力に応じて、尊厳を持った自立生活を営むことができるよう、関係する様々な専門職や事業者、ボランティア等との連携を図り、自ら解決することのできない課題については当該担当者への橋渡しを行い、総合的かつ包括的に援助していく役割。
- ③ 地域の福祉課題の把握や社会資源の調整・開発、ネットワークの形成を図るなど、地域福祉の増進に働きかける役割等を適切に果たしていくことが求められている。

また、地域共生社会の実現に向けた施策が進む中、2018（平成 30）年 3 月には、社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会による「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」がまとめられた。そこでは、「包括的な相談支援体制」や「住民主体の地域課題解決体制」の構築における社会福祉士の役割として、①アウトリーチなどによる生活課題の把握、②必要な支援が包括的に提供されるためのコーディネーター、③地域のさまざまな主体が連携して地域課題の解決に取り組むための活動支援や関係者との連絡調整、が示された。

以上のように、近年の動向においては、資格制度の創設時にも増して、社会福祉士には、専門職や住民との連携・協働が求められている。また、個人の支援はもとより、地域社会が主体的に福祉課題の解決に取り組むよう積極的に働きかけていくことも、重要な役割として強調されている。

第 2 節 地域を基盤としたソーシャルワーク

1. 地域を基盤としたソーシャルワークの概念と特質

岩間（2011）は、地域を基盤としたソーシャルワークの概念について、①基礎理論としての「ジェネラリスト・ソーシャルワーク」、②実践理論としての「地域を基盤としたソーシャルワーク」、③実践概念としての「総合相談」の三層構造を示している（図 3-1）。その上で、地域を基盤としたソーシャルワークを次のように定義している。すなわち、「地域を基盤としたソーシャルワークとは、ジェネラリスト・ソーシャルワークを基礎理論とし、地域で展開する総合相談を実践概念とする、個を地域で支える援助と個を支える地域をつくる援助を一体的に推進することを基調とした実践理論の体系である」（岩間 2011）としている。

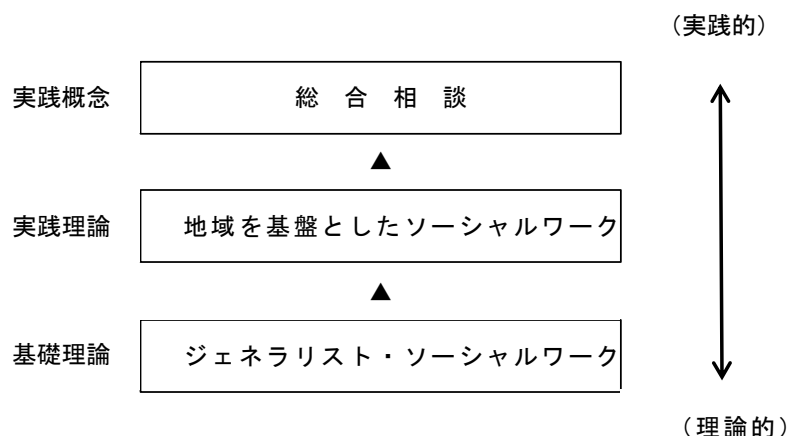


図 3-1 地域を基盤としたソーシャルワークをめぐる 3 つの概念

出所：岩間伸之（2011）「地域を基盤としたソーシャルワークの特質と機能一個と地域の一体的支援の展開に向けてー」『ソーシャルワーク研究』37(1)：7.

また、その特質について、次の4点を整理している（岩間 2009：7-10）。第1に、「本人の生活の場で展開する援助」である。これまでのソーシャルワークは、クライアントの生活圏域（場）から離れ、専門分化した相談機関による特定の課題に焦点化した援助が行われてきた。そのため、必然的にクライアントが機関の機能に自身の課題を合わせるという状況となっていた。しかし、地域を基盤としたソーシャルワークは、クライアントを中心とした本人の生活の場で援助が展開される。これによって、クライアントの生活全体に焦点化した援助が可能となり、さらに本人と環境との一体的な援助によって、システムとしての全体的な変化を促す。

第2に、「援助対象の拡大」である。クライアントを中心とした本人の生活の場で援助が展開されることは、クライアント自身が認識する「生活のしづらさ」に焦点化することにつながる。現代社会において、「生活のしづらさ」は非常に多様であり、広範かつ複合的である。地域を基盤としたソーシャルワークは、こうした状況に対応するために守備範囲を広げ、援助者側の視点でなく、クライアント自身が感じる生活課題にアプローチしていく。

第3に、「予防的かつ積極的アプローチ」である。これまでのソーシャルワークは、クライアント本人や周囲からの要請を受けて、援助が開始される事後的対応になりがちであった。これに対して、地域を基盤としたソーシャルワークでは、事前の予防的な働きかけが行われる。そのことで、課題が深刻化する前に、必要な援助をクライアントの側に立って提供することが可能となる。また、ソーシャルワーカーが常に地域の課題に注意を払い、支援を拒否するケースや自身の課題を自覚できていないケースなどに対して、積極的な働きかけを行う。

第4に、「ネットワークによる連携と協働」である。クライアントの多様で広範かつ複合的な課題に対応するためには、複数の援助機関や専門職、住民とのネットワークに基づく連携・協働が不可欠となる。こうしたネットワークによる援助システムは、①専門職のみ

で構成される援助システム、②住民などの非専門職（地域のインフォーマルサポート）で構成される援助システム、③専門職および非専門職で構成される援助システム、に整理できる。これら3つのシステムが十分に機能することで、地域の社会資源を最大限に活用した幅広い援助が可能となる。

以上の地域を基盤としたソーシャルワークが持つ4点の特質は、包括センターでの実践において、社会福祉士の「総合相談」¹⁷⁾として、具現化されることになる。

2. 地域を基盤としたソーシャルワークの背景

地域を基盤としたソーシャルワークが必要とされる主な背景には、次の3点がある。第1に、今日の生活課題の多様化・複雑化・困難化がある。換言すると、対象・分野別に体系化されたわが国の社会福祉制度では、こうした状況に十分対応できない実態が、顕在化したことがある。例えば、2000（平成12）年12月の「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」は、「近年、社会福祉の制度が充実してきたにも関わらず、社会や社会福祉の手が社会的養護を要する人々に届いていない事例が散見される」と指摘した。また、これまで社会福祉の対象となってきた「貧困」に加え、現代においては、「心身の障害・不安」「社会的排除や摩擦」「社会的孤立や孤独」などの問題が重複・複合化しており、これらを軸として、問題を構造的に捉える必要性にも言及した。

第2に、武川（2006）が「地域福祉の主流化」と称したように、社会福祉関係八法改正や社会福祉基礎構造改革、その後の社会福祉法の成立など、特に1990年代以降、わが国の社会福祉政策が「地域福祉」を基軸に展開し、さらに近年、その状況が加速していることがある。例えば、高齢者福祉分野では、地域包括ケアシステムの構築が提起され、その具現化に向けた法制度の整備が順次進められている。また、2015（平成27）年9月の「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—」や2017（平成29）年2月の『「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）』では、地域における包括的支援の必要性が指摘され、2017（平成29）年改正の社会福祉法において、その体制整備に向けた取組みが規定された（第106条の3第1項）。

第3に、住民主体の「参画型社会福祉」（岩間2011）の創造という新たな潮流がある。2008（平成20）年3月の「地域における『新たな支え合い』を求めて—住民と行政の協働による新しい福祉—」をはじめ、地域包括ケアシステム構築の議論においても、住民の互助（共助）や専門職との協働など、常に住民参加・参画の必要性が強調されてきた。これには、公的責任の放棄や個人への矮小化といった問題を孕んでいるものの、単にそれだけではない、成熟した市民社会における住民主体の福祉の実現という積極的な意味合いも含んでいる（岩間2011）。このように、近年わが国において、人びとの生活課題の変化とそれに対応する福祉政策が展開する中、総合的な実践である地域を基盤としたソーシャルワークが求められたと言える。

3. 基礎理論としてのジェネラリスト・ソーシャルワーク

(1) ジェネラリスト・ソーシャルワークの概念

ジェネラリスト・ソーシャルワークは¹⁸⁾、概ね1990年代以降に確立した「現代ソーシ

「ソーシャルワーク理論の構造と機能の体系」(岩間 2005)とされる。それは、単にソーシャルワークの実践領域や対象に共通する基礎的・入門的な内容を意味したのではなく、ソーシャルワークの統合化以降の知識、技術、価値を一体的かつ体系的に構造化したものであり、現代ソーシャルワークの特質を色濃く反映しているとされる(岩間 2005)。また、「ソーシャルワーク全体に貫通的に通用する(ことが期待されている)共通の価値・倫理、過程、知識、技術・技能のコア(中核)となるソーシャルワークの体系」(佐藤 1998)として、領域や対象を問わず、全てのソーシャルワークの基礎と位置づけられる。

以上のように、ジェネラリスト・ソーシャルワークは、現代におけるソーシャルワークの共通基盤となる知識、技術、価値の総体であり、さまざまな領域や対象に活用できる包括性と汎用性を特性とした概念と言える¹⁹⁾。

(2) ジェネラリスト・ソーシャルワークの形成

ジェネラリスト・ソーシャルワークの形成は、ソーシャルワークの統合化と密接に関係している(岩間 2005)。ソーシャルワークの統合化は、いわゆる主要 3 方法とされるケースワーク、グループワーク、コミュニティワーク(コミュニティオーガニゼーション)が専門分化していく中で、その共通基盤を明らかにし、総体的に捉えようとした動きであった。これは、1923(大正 12)年のミルフォード会議を端緒に、1955(昭和 30)年の全米ソーシャルワーカー協会の結成が大きな契機となり、さらに、1960年代のアメリカ社会で巻き起こったソーシャルワークへの批判も少なからず影響した。当時のアメリカ社会は、公民権運動、反戦運動、マイノリティの権利運動が激化し、その中で貧困問題や社会問題への関心を欠き、心理・精神分析論への過度な傾斜を見せていたソーシャルワークへの批判が高まった。同時に、ソーシャルワーク理論の内部からも、科学的効果に対する疑問が呈され、そのことがソーシャルワークへの批判をさらに加速させることとなった(木原 2007: 615)。こうした状況の中、ソーシャルワークの統合化の動きに理論面で大きな影響を与えたのが、システム理論、ライフモデル、生態学的視点などのシステム思考であった。これらは、全体性、包括性、個人と環境との一元化、円環論的な原因把握といった視点を強調するものであり、今なおソーシャルワークを支える有力な理論的基盤となっている(木原 2007: 614-617)。

図 3-2 は、岩間(2005)によるソーシャルワークの統合化の過程とジェネラリスト・ソーシャルワーク成立のイメージである。第 1 段階(A)は、各方法を単純に合体させた「コンビネーションアプローチ」と呼ばれる統合形態である。各方法がクライアントの援助内容に応じて適宜組み合わせて活用され、統合化の足がかりとなった段階とされる。第 2 段階(B)は、各方法に共通する原理と技術を抽出し、共通基盤の確立を目指した「マルチメソッドアプローチ」と呼ばれる統合形態である。ソーシャルワークのモデルとアプローチが乱立する中、共通基盤の明確化が強く認識され、統合化理論の土台となった段階とされる。第 3 段階(C)は、ソーシャルワークの共通基盤を理論的に成熟させ、そこに立脚して各方法を捉え直した「ジェネラリストアプローチ」と呼ばれる統合形態である。共通基盤から各方法が規定されており、構造的な統合化に達した段階とされる。第 4 段階(D)は、「ジェネラリストアプローチ」から、さらに「ジェネラリスト・ソーシャルワーク」へ

と発展した段階である。システム思考の導入により、各方法はソーシャルワークとして融合し、共通基盤も一体化している。個人と環境の関係性、人間の理解、問題の把握と解決方法など、アプローチの域を超えた体系化が成立している。

以上のように、ジェネラリスト・ソーシャルワークの成立は、今日におけるソーシャルワークの統合化の結実として捉えることができる。ただし、1990年代に入ってから、理論的基盤であるシステム思考そのものへの批判も見られるようになっており（木原 2007：614-617）、それが今後のジェネラリスト・ソーシャルワークの展開にどのように影響するのか、注視する必要があるだろう。

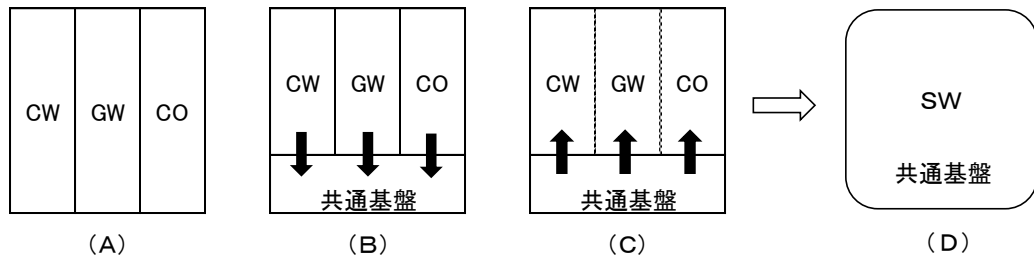


図 3-2 ソーシャルワークの統合化の段階とジェネラリスト・ソーシャルワーク

出所：岩間伸之（2005）「ジェネラリスト・ソーシャルワーク No.1」『ソーシャルワーク研究』31(1)：54.

(3) ジェネラリスト・ソーシャルワークの特質

ジェネラリスト・ソーシャルワークの理論的基盤には、システム理論や生態学的視点といったシステム思考が存在している。この視点に基づく実践を端的に言えば、利用者個人と環境（人、組織、地域、社会）との関係性に着目し、両者の相互作用に働きかけることで、課題の解決を図るものである。

太田（1998）は、ジェネラリスト・ソーシャルワークの特質について、先行研究から次の8点を整理している。①人間生活へのトータルな視野（生活・統合的全体性）、②利用者主体の行動概念の展開（利用者中心・社会的自律性）、③人と環境への生態学的視点（システム論・生態学）、④価値・知識・方策・方法の実践システムとしての構造化（構成要素・実践特性）、⑤科学的・専門的知見の摂取と共同の姿勢（専門性・多面性）、⑥問題認識と解決過程の展開方法（問題認識・解決過程）、⑦方法レパートリーの統合的推進（方法・統合化）、⑧ミクロ・マクロのフィードバック実践（方法論・専門職業）、である。

また、岩間（2011）は、①点と面の融合、②システム思考とエコシステム、③本人主体、④ストレングス・パースペクティブ、⑤マルチシステム、の5点を整理している。このうち、④に関して、ジョンソンとヤンカ（2012：87）は、その視座に、「クライアントの固有性とストレングスの尊重」、「援助過程でのクライアントとの協働」、「環境内部の資源と可能性の認知」、「成長と幸福に向けた能力の活用」といった幅広い要素が含まれるとする。

さらに、「クライアントの価値、希望、望ましいゴール」（ジョンソン・ヤンカ 2012：87）に焦点化した課題解決のプロセスを通じて、クライアント自身の成長と変化が促されると

も述べている。こうしたジョンソンとヤンカの指摘は、喪失期とされる高齢者を支援する包括センターの社会福祉士にとって、特に重要な視点であり、クライアントの成長と変化を促すエンパワメントを志向した実践が求められる。

第3節 地域包括支援センターにおける社会福祉士の課題

1. わが国における総合的な実践を巡る見解

地域を基盤としたソーシャルワークのように、個別支援と地域支援を一体化した総合的な実践については、現在、その賛否も含めて、さまざまな見解が示されている。例えば、大橋（2005）は、①ケアマネジメントによる具体的援助、②ソーシャルサポートネットワークづくり、③福祉コミュニティづくり、を総合的に展開する「コミュニティソーシャルワーク」を提唱する。その背景として、これまでのコミュニティオーガニゼーションやコミュニティワークが、地域の共通課題に取り組んできた一方で、個別課題を抱えた人びとへの具体的援助が弱かった点を述べている。また、岩間と原田（2016：1-4）は、「地域を基盤としたソーシャルワーク」に「地域福祉の基盤づくり」を加えた「地域福祉援助」を提唱する。この実践の目指す先は、共に生き支え合う地域（ケアリングコミュニティ）の創造にある。

他方、改めてコミュニティワーク（地域支援）の意義を強調する見解も存在する。平野（2007：32-40）は、ソーシャルワークの総合化が、個別支援を中心に同心円的なモデルとして発想されることを否定的に捉え、コミュニティワーク（地域支援）を中心にコミュニティケア志向の直接・間接の援助技術を統合した「地域福祉援助技術」を構想する。その実践は、「地域が主体となる福祉」の推進を目指すものであり、そのためのコミュニティづくりに深く関与していくとする。また、加納（2007：78-85）は、大橋の見解を評価するものの、住民（利用者、当事者、ボランティアを含む）の主体形成と、その支援を個別支援に収斂する方法に問題点が残るとして、コレクティブアプローチとしての地域支援の意義を強調する。さらに、松端（2012：92-114）も、ソーシャルワークの一体化に一定の理解を示しているが、個別支援に地域支援を包含することに対しては、慎重に議論する必要があるとする。松端は、一体化への志向により、逆説的に地域支援の必要性が顕在化されるとして、コミュニティソーシャルワークの「機能分化説」を提唱する。

以上のように、現在、総合的な実践を巡るさまざまな見解が存在しているが、こうした状況に関して、原田（2005）は、「個人の生活困難」か、あるいは「コミュニティ」か、といった「支援対象の焦点化」の差異を指摘する。また、川島（2011：9-14）は、個別支援から地域支援につなげる「エンジン（動機）」の違いを指摘する。すなわち、大橋らの立場は、個人の地域自立生活に支援目標があり、その達成において、エコロジカルな視点から環境としての地域にも積極的に働きかけていくものとする。他方で、平野らの立場は、「個人の問題」を「私たちの問題」へと展開させ、地域を主体化することに支援目標があり、個別支援においても常に地域の主体化を見据え、積極的に地域変革を目指していくものとする。川島（2011：9-14）が指摘するように、そのいずれにしろ、総体としては個別支援と地域支援の双方が求められており、今後、それを具現化する実践レベルの方策を検討することが重要となるだろう。

2. 社会福祉士の実践上の課題－先行研究からの整理－

包括センターにおける社会福祉士の実践を対象とした主な先行研究には²⁰⁾、①業務・実践全般に関するもの（日本社会福祉士会 2008；峯本ら 2013；潮谷 2014 他）、②高齢者虐待・権利擁護に関するもの（須藤ら 2008；多々良ら 2009；一瀬 2013 他）、③地域支援・ネットワーク構築に関するもの（平坂 2008；田口 2010；寺田ら 2012 他）、④独居・認知症高齢者支援に関するもの（高瀬 2012；松崎 2012；久松 2017 他）、などが見られる。これらの先行研究からは、包括センターにおける社会福祉士の実践実態とともに、さまざまな課題の存在が明らかとなっている。こうした包括センターの社会福祉士の課題について、高山(2016)は先行研究のレビューから、①業務遂行等に関する課題（ネットワーク構築や地域への働きかけの困難さ）、②組織等に関する課題（チームアプローチ、連携・協働の不全）、③専門職としての課題（業務経験、教育歴、職能団体との関係など）、を整理している。

ここでは、先行研究および高山（2016）の整理を踏まえ、包括センターにおける社会福祉士の実践上の課題について、地域を基盤としたソーシャルワークの観点から、次の3点を述べる。

(1) 組織内のチームアプローチ

包括センターの特徴の1つに、専門3職種によるチームアプローチが挙げられる。社会福祉士自身も、この点を十分に自覚しており、例えば、寺田ら（2012）のインタビュー調査では、3職種の協調や情報共有、互いの専門性の尊重など、チームワークを重視する姿勢が明らかとなっている。また、日本社会福祉士会（2008）のアンケート調査でも、「組織レベル」（23項目）の実践に対する社会福祉士の自己評価が平均3.4点（満点5.0点）と比較的高く²¹⁾、組織内のチームアプローチに努めている実態が明らかとなっている。

しかし、組織内のチームアプローチに関するいくつかの課題も明らかとなっている。峯本ら（2013）は、社会福祉士の役割認識や困難感に焦点化したグループインタビューを実施し、社会福祉士が抱える課題の1つとして、「所属センターのチームケア体制の課題」を整理している。これには、職員の異動による「職員体制の不安定」、経験の深浅や職種の違いによる意見の相違といった「センター内の意見の不一致」が見られた。また、前出した寺田ら（2012）の調査でも、社会福祉士が職種によるスタンスの違いに悩んでいる実態が明らかとなっている。さらに、潮谷ら（2014）のアンケート調査では、組織内での定期的な会議やミーティング（朝礼・申し送り等を除く）について、「月1回程度」37.1%と「実施していない」17.2%が見られた。当然のことながら、会議やミーティングの目的によって開催頻度も異なるが、こうした実態が、組織内のチームアプローチに少なからずの影響を与えていることが推察された。調査を実施した潮谷らも、3職種の連携頻度が少ないことに懸念を示していた。

先に述べたように、地域を基盤としたソーシャルワークの特質の1つに、ネットワークによる連携・協働がある。当然のことながら、これには、組織内の取組みも含まれている。地域を基盤としたソーシャルワークの担い手である社会福祉士は、3職種の連携・協働を積極的に促し、チームアプローチを担保していくことが求められる。

(2) 地域支援の展開

日本社会福祉士会（2008）の調査では、包括センターにおける「個別レベル」（19項目）の実践について、社会福祉士の自己評価は平均 3.5 点（満点 5.0 点）であった。これに対して、「地域レベル」（13 項目）の実践は平均 2.7 点と、やや低い状況にあった。また、東京社会福祉士会（2014）の調査でも、個別レベルの実践（4 項目）に比べ、地域レベルの実践（4 項目）の自己評価が、全体的に低い結果が示されている。具体的には、「ネットワーク構築」について、「あまりできていない」34.5%、「ほとんどできていない」10.6%が見られた。また、「資源開発」については、「あまりできていない」32.7%、「ほとんどできていない」27.4%であった²²⁾。さらに、高山（2014）のアンケート調査でも、社会福祉士が「社会資源の開発」や「ネットワーク構築のための地域特性の把握」に取り組めておらず、地域レベルの実践に課題があることが明らかとなっている。

以上のような地域支援の課題について、平坂（2008）は、①介護予防関連の業務負担が大きいこと、②包括センターの担当圏域が広すぎることで、③地域における住民気質に違いがあること、④地域支援のスキルが不足していること、などの理由を整理している。また、峯本ら（2013）は、地域との関係づくりや土地柄、地域支援の方法が不明確などの理由を整理している。さらに、ネットワーク構築を検討した工藤ら（2013）も、地域性の問題や包括センターの人的要員の限界、他の業務との兼合いなどを指摘している。このように、社会福祉士の地域支援の課題には、包括センターの業務量や内容、人員、圏域設定、地域特性、支援スキル・方法などの要因が存在している。さらにこの他にも、地域課題の解決、ネットワーク構築、資源開発、福祉教育・啓発など、地域支援の内容が幅広いことも、その取り組みを困難にする一因となっていると考えられる²³⁾。

序章で述べたように、包括センターが担う制度上の業務から見れば、社会福祉士の実践は個別支援が中心となる。しかし、地域を基盤としたソーシャルワークの観点に立てば、個別支援だけでなく、地域支援にもしっかりと取り組んでいくことが重要となる。この点については、社会福祉士自身も十分に認識しており（平坂 2008；田口 2010）、それを実践としてどう具現化していくか、大きな課題となっている。

(3) 専門的力量的の向上

近年では、包括センターの創設当初に見られた介護予防業務の混乱もある程度落ち着き、社会福祉士がソーシャルワークに従事できる環境になりつつある²⁴⁾。例えば、潮谷ら（2014）のアンケート調査では、社会福祉士の「主たる業務」として、「総合相談支援」89.0%、「権利擁護」87.1%が見られた。また、東京社会福祉士会（2014）の経年調査でも、社会福祉士の総合相談支援と権利擁護の業務割合は徐々に高まり、2013 年の調査では、合計 47.8%となっていた²⁵⁾。さらに、和気（2014）の調査でも、社会福祉士のこれら 2 つの業務割合が、保健師や主任介護支援専門員に比較して、高いことが明らかとなっている。

他方で、多々良ら（2009）のアンケート調査では、高齢者虐待の対応に「あまり自信がない／少し心配である」、「まったく自信がない／たいへん心配である」と回答した社会福祉士の割合が、合計で 73.7%にのぼっていた。この調査は、2008（平成 20）年に実施されたものであるが、この時点ですでに多くの社会福祉士が、虐待対応に不安を抱えていた実

態がうかがえる。また、前出の和気（2014）の調査では、社会福祉士が、総合相談支援や権利擁護、困難ケースの対応に大きな役割を果たしているものの、保健師や主任介護支援専門員と比較して、強い困難感を持っている実態が明らかとなっている。このように、先行研究からは、総合相談支援や権利擁護の業務に従事する社会福祉士の不安や困難感が明らかとなっているが、その要因の1つに、専門的力量的問題が推察された。つまり、これらの業務は、幅広い知識と高度な支援技術が求められるため、自身の力量との間で不安や困難感が生じていると考えられる²⁶⁾。加えて、包括センターには、比較的年齢の若い社会福祉士が配置される傾向にあることも、こうした問題を助長していると考えられる²⁷⁾。

岩間（2009：2-3）は、包括センターへの社会福祉士の配置に関して、社会の期待に応えることができなければ、ソーシャルワーク専門職としての「足場」を失うと警鐘を鳴らしている。ソーシャルワークに従事できる環境が整いつつある今、その「足場」を確固たるものとするためにも、改めて社会福祉士の専門的力量的を高めることが重要となっている。

【注】

- 1) 前回の定義は、2000（平成12）年7月にカナダで開催された国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）の総会で採択された。
- 2) 日本語の定義は、社会福祉専門職団体協議会国際委員会と日本社会福祉教育学校連盟が協働で作業を行った。なお、新しい定義では最後に、「この定義は、各国および世界の各地域で展開してもよい。」と記されていることから、グローバル（世界）・リージョナル（地域）・ナショナル（国）の3つのレベルで重層性を持つものと解されている。
- 3) 秋山（2007：114-118）は、こうした研究や議論を経ても、社会福祉専門職（ソーシャルワーカー）の専門性が十分に明確化されてこなかったとしている。その理由として、①専門性（学問レベル）、②専門職性（職業レベル）、③専門職制度（制度・システムレベル）の3つの概念が、混同されていることを指摘している。
- 4) フレックスナーは、1915（大正4）年に第42回全国慈善矯正事業会議において、「ソーシャルワークは専門職か」と題した講演を行い、その内容は、今日に至るまで社会福祉専門職（性）の研究に大きな影響を与えている。フレックスナーは、この講演で社会福祉専門職が成立する条件（属性）として、①（知は体系的で）学習されうる性質、②実践性、③自己組織化へ向かう傾向、④利他主義的であること、⑤責任を課せられた個人であること、⑥教育的手段を講じることによって伝達可能な技術があること、の6項目を提示している（三島2007：1-2）。
- 5) グリーンウッドは、1957（昭和32）年に発表した「専門職の属性」において、①体系的な理論、②専門職的権威、③社会的承認、④倫理綱領、⑤専門的副次文化（サブカルチャー）、の5項目の属性を示している（秋山2007：85）。
- 6) ミラーソンは、1964（昭和39）年に発表した「資格化団体－専門職化の研究－」の中で、専門職の属性として、①公衆の福祉という目的、②理論と技術、③教育と訓練、④テストによる能力証明、⑤専門職団体の組織化、⑥倫理綱領、の6点を示している（秋山2007：86）。
- 7) 日和（2016）は、フレックスナー（1915年）、カー・サンダースとウィルソン（1933

- 年)、グリーンウッド (1957 年)、ウィレンスキー (1964 年) の研究を整理している。
- 8) 公益社団法人『日本社会福祉士会 NEWS No.193』(2019) を参照。
 - 9) なお、岡本 (1996 年) は、社会福祉専門職の構成要素とされる「知識」「技能」「価値」が、近年の情報化や近隣諸科学との境界線の崩壊 (ボーダレス化) で大きく揺らいでおり、それをもって専門職たる条件を構成できなくなりつつあると指摘している。
 - 10) 社会福祉主事の他に、1948 (昭和 23) 年の「児童福祉法施行令」に規定された保育士資格 (当時は保母) も存在していた。
 - 11) 秋山 (2007 : 28-29) は、「社会福祉士法制定試案」に対する反対意見の内容・指摘について、①審議過程での問題点、②試案中にある「社会福祉の現状の把握」への問題点、③試案中にある「社会福祉士の概念と中心的特性の把握」に対する問題点、④試案の内容に関する問題点 (福祉労働者の分断、専門職志向の不徹底、経験偏重、学歴偏重)、⑤その他 (時期尚早、専門職無力、労働条件改善優先)、を整理している。
 - 12) 正式名称は、「中央社会福祉審議会企画分科会、身体障害者福祉審議会企画分科会及び中央児童福祉審議会企画部会小委員会合同会議」。
 - 13) 京極 (1993 : 26-27) は、この会議の意義について、国際的な場で日本の社会福祉専門職資格化の立ち遅れが指摘されたことに加え、関係者 (福祉現場、福祉行政、教育・研究者など) が 1 つにまとまり、日本の社会福祉の水準向上に積極的に取り組んだ点を挙げている。なお、「第 23 回 国際社会福祉会議」の直前に開催された「国際社会福祉セミナー」のテーマは、「社会福祉専門職制度の国際比較」であり、諸外国の実情が報告される中、日本の遅れが際立って目立ったとされる (秋山 2007 : 47)。
 - 14) 秋山 (2007 : 46-49) は、その前の 1 年間で、既に資格制度化への気運が高まっていたとして、次の動きを挙げている。①全社協・社会福祉基本構想懇談会「提言 社会福祉改革の基本構想」(1986 年 5 月)、②総務庁統計審議会分類部会答申「日本標準職業分類」の改訂 (1986 年 5 月)、③全社協「社会福祉職員問題懇談会」(1986 年 7 月～1987 年 2 月)、④社会福祉教育懇談会「社会福祉専門従事者の教育および資格に関する提言」(1986 年 8 月)、⑤全社協、大阪府・市社協「国際社会福祉大阪セミナー社会福祉専門職制度の国際比較」の開催 (1986 年 8 月)、⑥日本ソーシャルワーカー協会「社会福祉専門職問題検討委員会報告」(1986 年 9 月)、⑦全社協「社会福祉制度および社会福祉事業法に関する意見」(1986 年 9 月)、⑧厚生労働省「老人保健施設についての考え方」(1986 年 10 月)、⑨日本医療社会事業協会「『医療ソーシャルワーカー』資格認定要綱」(1986 年 10 月)、⑩日本社会事業学校連盟「社会福祉専門職員養成基準の例示科目について」(1986 年 11 月)、⑪日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会「公開シンポジウム」(1986 年 12 月)、精神衛生法改正問題 (1986 年 7 月)。
 - 15) この点は、秋山 (2007 : 17-56) に詳しい。
 - 16) その他は、①その他 7.5%、②地域福祉関係 7.4%、③児童・母子福祉関係 4.8%、④行政相談所 3.4%、⑤生活保護関係 0.8%、の順であった。
 - 17) 総合相談の「総合」が持つ意味について、岩間 (2011) は、次の点を整理している。
①多様な課題を抱えるクライアントを援助対象にすること、②予防的支援から継続的支援までを含めること、③特定のクライアントの各ライフステージに関わること、④多様

な担い手が参画したネットワーク等による支援であること、⑤クライアントと地域への総合的かつ一体的支援であること、の5点である。地域を基盤としたソーシャルワークの特質を活かすためにも、包括センターの社会福祉士は、これら「総合」の持つ意味を十分に理解しておく必要がある。

- 18) 呼称については、ジェネラリスト・ソーシャルワークの他に、ジェネラル・ソーシャルワーク（秋山 1998；太田 1998；中村 1998）、ジェネリック・ソーシャルワーク（佐藤 1998）などが見られる。
- 19) なお、副田（2009：135）は、ジェネラリスト・ソーシャルワークをソーシャルワークのアプローチの1つではなく、メタ・アプローチとして捉えている。また、太田（1998）は、従来のソーシャルワークが指摘されてきた原理、方法、視点、発想の特性を包括的・総合的にまとめたものをジェネラリスト・ソーシャルワークと位置づけている。
- 20) 包括センターにおける社会福祉士（職）の実践及び業務を直接対象とした先行研究（商業雑誌、学会抄録集等を除く）38件について、レビューを行った。
- 21) 例えば、「センター業務の内容や進め方について、センター職員間で共通理解がもてるようにする」3.8点、「センター職員のそれぞれの専門性を生かして、チームとして業務を進める」3.6点、「センター職員それぞれが担当しているケースについて、チームとして検討する」3.6点などが見られた。
- 22) この他、地域支援に関する実践には「啓発・教育」と「周知活動」の項目があり、前者は「あまりできていない」35.8%、「ほとんどできていない」10.6%、後者は「あまりできていない」25.7%、「ほとんどできていない」4.9%であった。
- 23) 『平成26年度生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）に係る中央研修テキスト』（日本能率協会総合研究所 2015）では、地域支援の具体的内容として、①地域におけるネットワークづくり、②新たなサービス開発、③住民活動の支援、④福祉教育、⑤生活支援の担い手の発掘・養成、などが例示されている。
- 24) この背景には、介護予防プラン専任職員の配置が進んだことが推察される。例えば、東京社会福祉士会（2014）の調査では、介護予防プラン専任職員を1人以上配置しているセンターが、2008（平成20）年は37.9%であったが、2013（平成25）年には51.2%となっている。
- 25) 2006（平成18）年調査では「社会福祉士業務」の割合が29.6%、2008（平成20）年調査では32.0%であった。2013（平成25）年調査と分類が異なり、単純比較はできないが、それでも社会福祉士としての本来業務の割合が増えていると言える。
- 26) これに関連して、大阪社会福祉士会（2011）のアンケート調査では、今後、受講したい研修として、虐待対応、成年後見制度、消費者被害といった権利擁護に関する内容が多く挙げられている。
- 27) 大阪社会福祉士会（2011）、東京社会福祉士会（2014）、和気（2014）の3つの調査を見ても、全て30歳代が最も多くなっている（各45.9%、44.2%、49.0%）。

第4章 地域包括支援センター社会福祉士の地域支援に関するインタビュー調査

本章では、包括センターの社会福祉士による地域支援に関するインタビュー調査（調査1）について述べる。社会福祉士の地域支援については、これまでもさまざまな視点で検討が行われてきた。例えば、その主なものとして、地域支援の課題を整理したもの（平坂 2008）、社会福祉士の地域支援に対する意識とそれを規定する要因を検証したものがある（田口 2010）。また、地域支援の中でも、ネットワーク構築に焦点を当て、その現状と課題を検討したもの（鳥羽 2008）、社会福祉士の認識を構造的に捉えたものもある（寺田ら 2012；工藤ら 2013）。さらに、地域支援における包括センターと社会福祉協議会の役割・機能分担を前提とする立場から、包括センターの社会福祉士と社会福祉協議会のコミュニティワーカー、専門職と住民との連携・協働のあり方を検討したものも存在する（平坂ら 2010；染野ら 2011；高橋ら 2013）。

以上のように、包括センターにおける社会福祉士の地域支援については、一定の先行研究の蓄積が見られる。しかし、これらのうち、地域支援の展開プロセスに焦点化し、その構造を捉えた研究はほとんど見られない¹⁾。実際、社会福祉士の地域支援には、きっかけから実施に至る一定のプロセスが存在すること、それが関係者との相互の関わりに基づき展開することを考えると、その構造についても、「プロセス」や「動き」を含めて捉える視点が必要と考える。また、地域支援を巡るさまざまな課題が指摘される中、改めて展開プロセスの視点から、構造と課題を整理することは、地域を基盤としたソーシャルワークの展開の観点からも重要になると考える。

第1節 調査概要

1. 調査の目的

本調査では、包括センターにおける社会福祉士の地域支援に焦点化し、展開プロセスの視点から、構造と課題を明らかにする。また、社会福祉士の地域支援の特徴と今後取り組むべき課題を検討し、地域を基盤としたソーシャルワークの展開への一助とすることを目的とする。

なお、本調査では、地域支援以外にも、社会福祉士のさまざまな実践を把握し、それらと地域支援との関連を検討した。また、地域支援においては、特に住民の主体形成が重視されることから、今回は、社会福祉士と住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティアなどを含む）との関わりを中心に検討を行った。

2. 調査対象者

包括センターに所属する社会福祉士 12 名を調査対象とした（表 4-1）。調査対象者の選定は、最初に機縁法により実施し、その後は雪だるま式サンプリングを行った。

表4-1 調査対象者の基本属性および地域支援の取組

No.	年齢	性別	包括センターでの実務経験年数	包括センターの運営形態	所属先	地域支援の取組内容
1	20歳代	女性	1年	直営	社会福祉協議会(出向)	出前講座
2	30歳代	男性	4年	委託	病院	住民とのワークショップ、住民主体のケア会議
3	30歳代	女性	6年半	委託	社会福祉協議会	住民参加型のネットワーク会議、住民との学習会、サロン活動
4	30歳代	男性	5年	直営	行政	見守りネットワーク活動、住民とのワークショップ
5	40歳代	男性	3年2ヶ月	委託	病院	見守りネットワーク活動
6	20歳代	男性	1年2ヶ月	直営	社会福祉協議会(出向)	行政区訪問活動、生活支援サポーター養成講座
7	30歳代	男性	5年	委託	社会福祉法人	サロン活動、介護予防活動
8	30歳代	女性	11年3ヶ月	委託	社会福祉協議会	出前講座
9	30歳代	男性	3年3ヶ月	委託	社会福祉法人	まちかどカフェ、介護予防活動
10	40歳代	女性	9年3ヶ月	委託	社会福祉法人	出前講座
11	30歳代	男性	8年4ヶ月	委託	社団法人	住民参加型の小地域ケア会議
12	30歳代	男性	5年4ヶ月	直営	病院(出向)	住民参加型の地域ケア会議

※包括センターでの実務経験年数はインタビュー時のもの。

※地域支援の取組内容はデータとして活用したものを記載した。また、インタビューで用いられた呼称を記載した。

3. 調査方法と調査内容

2016（平成28）年3月から2016（平成28）年8月にかけて、半構造化インタビューを実施した。インタビューは、調査対象者の勤務先で60分から90分程度の時間で行った。インタビューの内容は、調査対象者の同意を得た上でICレコーダーに録音した。

インタビューでは、地域の福祉力向上を目的として行っている主な取組みを挙げてもらい（表4-1）、①具体的内容ときっかけや経緯、②自身が担った役割、③工夫したことや困難を感じたこと、④住民の変化、などについて質問した。また、こうした取組みを十分に行えていない場合は、その理由や課題などを質問した。

4. データの分析方法と分析手順

収集したデータの分析には、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTAと略す。）を用いた。この方法は、ヒューマンサービス領域の研究に適しているとされ、特定の場において展開する人間同士の相互作用に焦点化し、現象特性としてのプロセスを捉えるものである（木下2003：89-91）。

本調査が対象とする社会福祉士の地域支援が、①住民との直接的な関わりを通じて展開すること、②そこに一定のプロセスが存在すること、③特定の地理的範囲で展開すること、などから、この分析方法を採用した。また、M-GTAでは、分析焦点者と分析テーマを設定するが、分析焦点者は「包括センターの社会福祉士」とした。分析テーマは「住民との関わりを通じた地域支援の展開」とした。

分析の手順は、最初にインタビューの内容を逐語記録に起こし、その中で分析テーマと関係すると思われる部分を抽出した。次に、抽出した部分を分析ワークシートに記入し、

それらが分析焦点者にとって、どのような意味を持つのか解釈・定義づけし、概念を生成した。その際には、他の逐語記録の中に類似例や対極例がないか留意した。また、分析過程で得たアイデアは、理論的メモとして分析ワークシートに記入し、概念生成に活用した。なお、分析の際は、インタビュー時に調査対象者から提供して頂いた資料も参考にした。

5. 倫理的配慮

調査対象者と所属先の管理者に対し、調査の趣旨や手続きについて文書・口頭で説明を行い、書面にて同意を得た。説明に当たっては、①調査協力は任意であること、②調査に協力しないことによる不利益は一切生じないこと、③同意書の提出後も途中辞退は可能であること、④インタビューでは無理に回答する必要はないこと、⑤回答内容の削除の希望があれば速やかに応じること、などを伝えた。また、インタビューの逐語記録や分析ワークシートは、調査対象者や所属先が特定されないよう記号化を行い、調査責任者（筆者）のもとで厳重に保管した。

なお、本調査は、西南女学院大学倫理審査委員会の審査・承認を得て実施した（2015（平成 27）度受付番号第 14 号）。

第 2 節 分析結果－社会福祉士の地域支援の構造と課題－

分析の結果、地域支援の構造として、3つのカテゴリーと4つのサブカテゴリー、13の概念が抽出された。また、地域支援の課題として、3つのカテゴリーと9つの概念が抽出された（図 4-1）。以下、その内容および関連について述べていく。

なお、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは< >, 概念は“ ”、調査対象者のインタビューでの発言内容は「 」で示した。また、発言内容や会話の流れを理解しやすいよう筆者が加筆した部分は（ ）で示した。

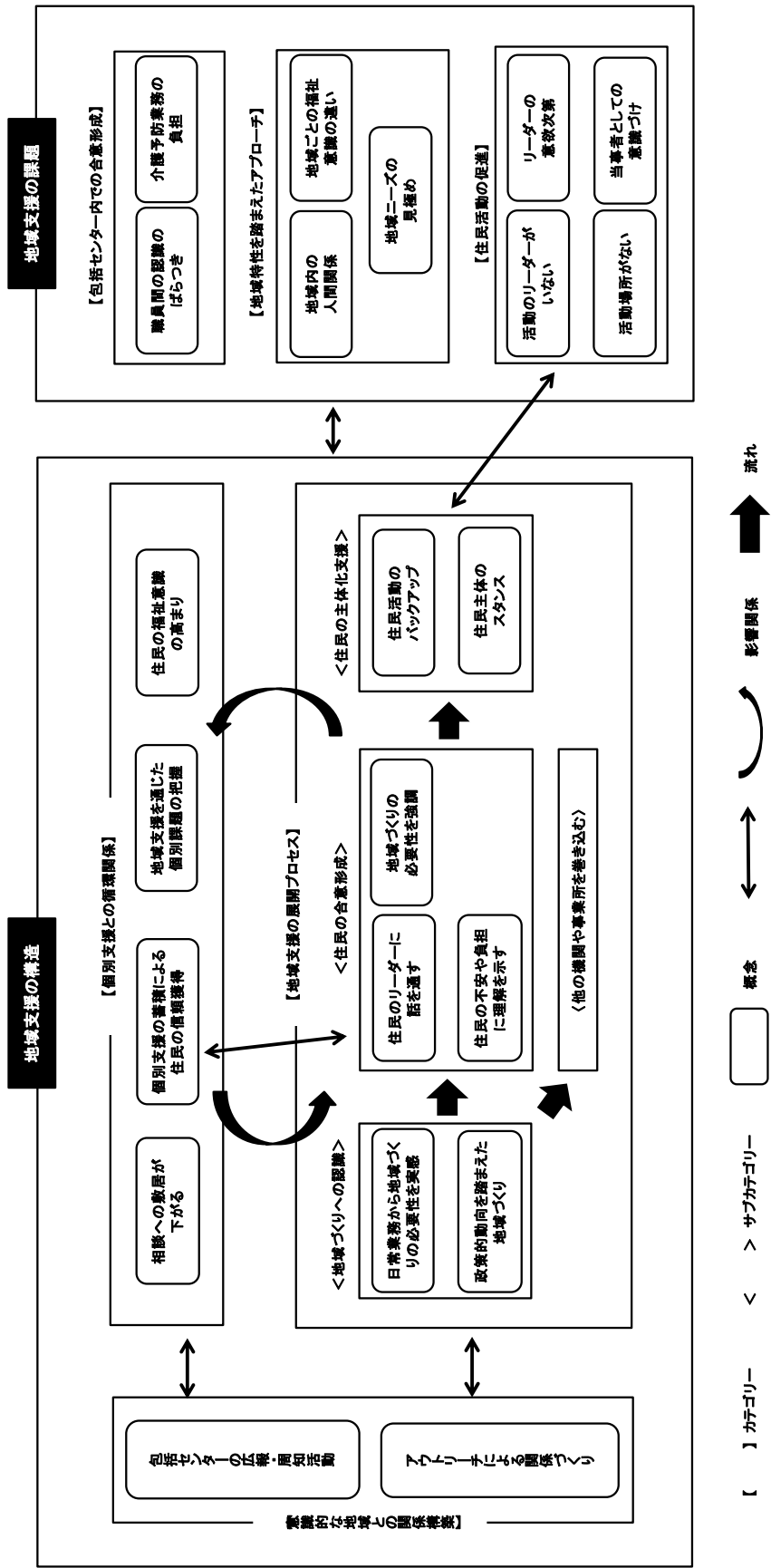


図4-1 社会福祉士による地域支援の構造と課題

1. 地域支援の構造

地域支援の構造として、【意識的な地域との関係構築】【地域支援の展開プロセス】【個別支援との循環関係】の3つカテゴリーが抽出された。

【意識的な地域との関係構築】

社会福祉士は、日常業務の中で住民との関係づくりを強く意識しており、これを【意識的な地域との関係構築】とした。これには“包括センターの広報・周知活動”、“アウトリーチによる関係づくり”が見られた。

“包括センターの広報・周知活動”では、リーフレット、機関誌、ホームページといった広報媒体の作成が見られた。これらは、包括センターが開設されてから継続的に取り組まれており、地域の相談窓口として、包括センターの認知度も徐々に高まっていた。

また、“アウトリーチによる関係づくり”では、自治会や民生委員会への出席、サロン活動への参加、出前講座の開催など、積極的に地域に出向く社会福祉士の取組みが見られた。インタビューでは、「やっぱり地域づくりは人づき合い」との発言が見られたが、こうした取組みを通して、住民との関係が築かれ、それが地域支援を進める際の土台となっていた。

【地域支援の展開プロセス】

ここでは、＜地域づくりへの認識＞＜住民の合意形成＞＜他の機関や事業所を巻き込む＞＜住民の主体化支援＞の4つのサブカテゴリーが抽出された。

＜地域づくりへの認識＞

社会福祉士が地域支援に取り組むきっかけとして、“日常業務から地域づくりの必要性を実感”と“政策的動向を踏まえた地域づくり”が見られた。先に述べたように、包括センターでの実践において、社会福祉士は、主に高齢者個々の生活課題に対応する個別支援を担っている。インタビューでは、「個別（支援）をする中でやっぱり地域づくりっていうことを展開していかないといけない」との発言が見られたが、個別支援を行う中で、独居高齢者の増加や認知症に対する偏見・理解不足など、地域の抱えるさまざまな問題に直面し、改めて地域づくりの必要性を実感していた。

また、地域包括ケアシステム構築の政策動向も、＜地域づくりへの認識＞を深める大きなきっかけとなっていた。2014年の改正介護保険法では、包括センター主催の地域ケア会議が制度化され、期待される機能の1つに地域づくりが挙げられた。さらに、新しい介護予防・日常生活支援総合事業では、地域における住民同士の支え合いの開発・拡充が図られた。このように、地域や住民の役割を重視する地域包括ケアシステム構築の政策が進められる中、社会福祉士による地域支援への取組みが見られた。

＜住民の合意形成＞

地域支援においては、その前提として、＜住民の合意形成＞が不可欠となる。特に、見守り活動やサロン活動など、住民主体の活動の場合は、最初に、“住民のリーダーに話を通す”ことが重要であり、インタビューでは、「区長さんは（話を）通しておくというのがやっぱり（大事）」、「町内会長に挨拶に行って、こうこうしようと思えますって（了解を得

る)」との発言が見られた。また、住民との話し合いにおいては、“地域づくりの必要性を強調”することが重要であり、地域の福祉課題の実情や近年の政策動向を丁寧に説明する社会福祉士の取り組みが見られた。

他方で、見守り活動やサロン活動は住民の側の負担も大きく、活動への合意を得るために、“住民の不安や負担に理解を示す”ことの重要性が語られた。具体的には、「必ず専門職と行政はあなたたちを助けます」とサポートを保障したり、「今まであった日常生活の中でできることをやっていきましょう」と、住民の負担を考慮する発言が見られた。なお、こうした＜住民の合意形成＞には、多くの時間と労力を要する場合も多く、インタビューでは、地道に努力を続ける社会福祉士の姿が垣間見えた。

＜他の機関や事業所を巻き込む＞

本調査では、社会福祉士による地域支援の中でも、特に住民との関わりを中心とした取組みに焦点化し、その実態を捉えた。しかし、実際には、行政機関、社会福祉協議会、介護サービス事業所など、社会福祉士が地域のさまざまな機関や事業所に積極的に働きかけを行い、地域支援に取り組んでいる実態が捉えられ、これを＜他の機関や事業所を巻き込む＞とした。＜地域づくりへの認識＞で述べたように、社会福祉士が地域支援に取り組むきっかけの1つに、地域包括ケアシステム構築の政策があった。しかし、それは包括センターだけの取組みで完結するものではなく、関係機関、事業所、団体との連携・協働が不可欠となる。ある社会福祉士は、「地域ってものは単体じゃなくて事業所とか、包括とか、行政とか、みんなで支え合わないといけない」と語り、その体制づくりをマネジメントする機関として、包括センターの役割を強調した。

＜住民の主体化支援＞

住民主体の活動を促す支援として、“住民活動のバックアップ”と“住民主体のスタンス”が見られた。“住民活動のバックアップ”は、主に見守り活動やサロン活動に対する住民への後方支援として行われていた。具体的には、マニュアルや手引きの作成、活動への助言、人的・物的サポートの提供などが見られた。これらは、活動の立ち上げ時から定期的・継続的に行われており、住民に大きな安心感を与えていることが推察された。

また、社会福祉士は活動への支援を行う中で、主体が住民にあることを常に意識し、自身の言動においても、“住民主体のスタンス”を貫いていた。例えば、インタビューでは、「こちらが前面にでないように」、「なるべく（地域が）やらされ感がないように」などが語られた。しかし、住民の認識不足や担い手となる人材確保の問題などから、住民が主体となって活動を行うことが難しい地域も多く見られ、こうした現実が後述する【住民活動の促進】の課題と深く関わっていることが推察された。

【個別支援との循環関係】

地域支援が個別支援のきっかけとなり、また、個別支援が地域支援の展開に寄与するなど、両者は相互に影響し合っており、これを【個別支援との循環関係】とした。これには、“相談への敷居が下がる”、“個別支援の蓄積による住民の信頼獲得”、“地域支援を通じた

個別課題の把握”、“住民の福祉意識の高まり”が見られた。

先の【意識的な地域との関係構築】では、社会福祉士の“アウトリーチによる関係づくり”が見られたが、地域支援に取り組んだことで、その関係性はさらに深まり、“相談への敷居が下がる”といった状況が見られた。包括センターには、自治会長や民生委員といった役職以外にも、多くの住民から相談が寄せられるようになり、相談件数も増加していた。また、こうした相談に社会福祉士がしっかりと対応したことで、住民の評価や信頼が高まる“個別支援の蓄積による住民の信頼獲得”といった状況が生まれ、これによって、【地域支援の展開プロセス】で見られた＜住民の合意形成＞も、円滑に進んでいる実態が推察された。

以上の他にも、地域支援に取り組んだことで、地域に点在する個別課題を把握できる“地域支援を通じた個別課題の把握”が見られた。地域支援の中には、住民を交えたネットワーク会議やケア会議など、個別課題の把握を目的とした取組みも存在したが、その他にも、介護予防活動やサロン活動に取り組んだことで、個別課題の把握につながった事例が多く語られ、地域支援は個別課題を把握する重要な機会となっていた。さらに、認知症に対する理解が進んだり、地域づくりの当事者意識が芽生える“住民の福祉意識の高まり”も見られ、こうした意識の変化によって、実際に、認知症カフェや見守り活動が展開した事例が語られた。

2. 地域支援の課題

地域支援の課題として、【包括センター内での合意形成】【地域特性を踏まえたアプローチ】【住民活動の促進】の3つのカテゴリーが抽出された。

【包括センター内での合意形成】

包括センターには、社会福祉士の他に、保健師、主任介護支援専門員、介護予防プラン担当職員などが従事している。地域支援はこうした職員と協力しながら、組織的に取り組む必要がある。しかし、実際には、地域支援に対する“職員間の認識のばらつき”も見られ、そのことが地域支援の課題の1つとなっていた。先に述べたように、包括センターの社会福祉士は、地域支援に対する高い認識を持っていたが、必ずしも他の職員が同じだとは限らない。加えて、状況は改善しているとは言え、いまだ“介護予防業務の負担”が大きい包括センターも見受けられ、こうした状況が、地域支援に対する【包括センター内での合意形成】をさらに困難にしていた。

【地域特性を踏まえたアプローチ】

地域支援においては、地域特性を十分に踏まえた取組みやアプローチが求められる。しかし、インタビューでは、そうした地域特性に起因する課題が語られた。

その1つに、“地域内の人間関係”が見られた。これには、自治会や町内会といった組織間の関係と住民個人間の関係の2つの側面が見られた。“地域内の人間関係”は、地域のまとまりや結束を左右し、地域支援にもさまざまな面で影響する。「あっちを立てればこっちが立たずではないですけど、そういった難しさはありますね」との発言からは、“地域内の

人間関係”に苦慮する社会福祉士の様子うかがえた。

また、“地域ごとの福祉意識の違い”といった課題も見られた。例えば、インタビューでは、認知症のある高齢者に対して、可能な限り住民同士で支えようとする地域がある一方で、強く施設入所を促す地域がある現状が語られた²⁾。さらに、住民の福祉意識が高い地域では、買い物やゴミ出しの支援など、すでに住民同士の支え合いが活発に行われている実態も語られた。地域支援においては、こうした“地域ごとの福祉意識の違い”に応じて、＜住民の合意形成＞や＜住民の主体化支援＞のアプローチを変えていく必要があり、この点にも社会福祉士は困難を感じていた。

さらに、“地域ニーズの見極め”の課題も見られた。この場合の地域ニーズとは、住民の要望や関心を意味しており、インタビューでは、「相手がしてほしいこと」や「住民にヒットすること」といった表現で語られた。ある社会福祉士は、「同じように地域にアプローチすることでも、(取組みの)内容の違いでこんなにも(住民の)反応が違うのか(驚いた)」と語り、地域ニーズを踏まえた地域支援の重要性を改めて実感していた。また、別の社会福祉士は、「住民にヒットすることにどんどん(取組みの内容を)変えていかないと」と語り、地域ニーズに柔軟に対応していく姿勢を強調した。このように、“地域ニーズの見極め”は、地域支援を左右する重要なポイントとなるが、実際にそれをどのように把握し、具体的な取組みへとつなげていくのか、社会福祉士の大きな課題となっていた。

【住民活動の促進】

地域包括ケアシステム構築の政策が進む中、地域の支え合いを目的とした住民活動への期待が高まっている。しかし、インタビューでは、こうした活動を巡って地域が抱えるいくつかの課題が明らかとなった。その1つに、“活動のリーダーがいない”といった課題が見られた。地域の支え合いを目的とした住民活動の多くは、自治会長や町内会長など、住民組織のリーダーが中心的な役割を担っている。しかし、役職交代や高齢化などの理由で、リーダーが役割を十分に遂行できない状況も見られ、これによって活動の継続性や後継者育成の問題が生じていた。

また、住民活動が“リーダーの意欲次第”で左右されるという課題も見られた。【地域支援の展開プロセス】で述べたように、社会福祉士は、“地域づくりの必要性を強調”したり、“住民の不安や負担に理解を示す”ことで、地域支援に対する＜住民の合意形成＞に努めていた。しかし、それでもリーダーの意欲が高まらない場合も見られ、結果的として、住民活動の取組みに地域差が生じていた。こうした中、住民活動に対する強い意欲を持ったリーダーも存在しており、ある社会福祉士は、こうしたリーダーとの出会いについて、「すごい熱い方だったので、ほんとこちらも勇気をもらうぐらいの良い出会いであった」と振り返った。

さらに、“活動場所がない”といった課題も見られた。地域によっては、市民センターや公民館といった公共施設が十分に整備されておらず、活動を行う場所の確保が課題として生じていた。こうした中、社会福祉士が高齢者向けマンションやホテルの一室を確保し、活動を行うことができた事例も見られた。

以上の他にも、住民への“当事者としての意識づけ”の課題も見られた。社会福祉士は、

高齢者の問題が他所ではなく、自分たちの身近な地域で起きていることを強調し、住民の当事者意識が高まるよう努めていた。しかし、住民の中には、福祉の問題は行政側の責任とする認識や介護保険料を負担している権利意識などが存在し、これらが当事者意識の高まりに少なからずの影響を与えていた。加えて、社会福祉士自身、住民だけに当事者意識を促すことに対して、ジレンマや限界を抱えている状況も見られた。

第3節 考察

ここでは、インタビューの分析結果を踏まえ、包括センターの社会福祉士による地域支援の特徴及び今後取り組むべき課題として、住民活動の促進について述べる。

1. 社会福祉士による地域支援の特徴

包括センターの社会福祉士による地域支援の特徴の1つに、【個別支援との循環関係】がある。これには、“相談への敷居が下がる”“地域支援を通じた個別課題の把握”“個別支援の蓄積による住民の信頼獲得”“住民の福祉意識の高まり”が見られた。ここからは、地域支援が個別課題を把握する機会となり、個別支援のきっかけとなっていること、さらに、個別支援によって住民の信頼を獲得し、地域支援も進んでいる実態が捉えられた。こうした地域支援と個別支援の関係性について、松端は、個別支援が機能するための前提条件として、地域支援の重要性を述べている（松端 2012：106）。また、原田（2013：24-26）は、ネットワーク機能の連続性という視点から両者の関係性を述べているが、本調査では、その具体的な内容を明らかにすることができた。

地域支援については、これまで主に社会福祉協議会が担ってきた経緯がある。しかし、その取り組みは、個人の生活課題への対応が弱かった点が課題として指摘されている（大橋 2005）。これに対して、本調査が焦点を当てた包括センターでの実践は、循環関係を通して、個別支援と地域支援の双方が実行性を高め合っており、社会福祉協議会の実践とは異なる特徴を有していると言える。

また、本調査では【地域支援の展開プロセス】の中で、＜他の機関や事業所を巻き込む＞を明らかにした。包括センターは、直営・委託の運営形態を問わず、公益機関としての性格を有しており、地域の機関や事業所との関係においても、中立的な立場にある。こうした包括センターの特性を活かすことで、住民をはじめ、地域のさまざまな機関や事業所と幅広く連携・協働を行うことが可能となり、この点も包括センターの社会福祉士が担う地域支援の特徴と言えるだろう。

2. 住民活動の促進

＜住民の主体化支援＞で捉えたように、社会福祉士は、地域支援に取り組む中で、常に住民主体を意識していた。しかし、これには課題も見られ、特に、“当事者としての意識づけ”との関連が推察された。その内容は、住民に対して地域づくりの当事者意識を促すものであったが、見守り活動やサロン活動など、住民主体の活動を進めていく上では、特に重要な働きかけとなる。しかし、住民の当事者意識が自然発生的に芽生えることは難しく、さらに、その意識を具体的な活動へと展開していくには、より多くの課題や困難が考えら

れる。

インタビューでは、地域支援の取組みとして、地域交流のイベントや出前講座が見られたが、これらは、住民の当事者意識につながる福祉教育の効果を有していると言える。また、住民を交えたネットワーク会議やケア会議では、地域のさまざまな課題を協議する中で、地域づくりに向けた住民の意識や動機が高まっていることが考えられた。このように、地域支援の各取組みは、さまざまな側面から住民の当事者意識に影響すると考えられ、今後は、これらを改めて主体形成の観点から整理・体系化し、住民活動の具現化へとつなげていくことが重要になると考える。

なお、住民活動の促進という点では、社会福祉士自身も、地域づくりの当事者意識を持つことが重要となる。藤井（2016）は、地域支援の中での専門職の立ち位置について、「支援者」と「協働者」という2つの役割を述べている³⁾。社会福祉士の立ち位置がそのどちらであっても、住民と同じく地域づくりの当事者であることの自覚が求められる。

【注】

- 1) 地域ネットワークづくりのプロセスを捉えた白澤（2013）の研究があるが、ここでの調査対象者は社会福祉士ではなく、管理者となっている。
- 2) 当然のことながら、こうした対応の違いは、本人と近隣住民とのこれまでの関係性も大きく影響していると思われる。
- 3) 藤井（2016）は、包括センターの職員を「協働者」、社会福祉協議会の職員を「支援者」の立場に位置づけている。

第5章 地域包括支援センター社会福祉士の実践に関するアンケート調査

前章では、包括センターにおける社会福祉士の地域支援に焦点化し、展開プロセスの視点から構造と課題を捉えた。しかし、地域を基盤としたソーシャルワークの展開という点では、地域支援と個別支援を個々に捉えるのではなく、総合的な実践としての全体像を明らかにすることが重要となる。この点については、日本社会福祉士会（2008）による業務実態調査などが存在しているが¹⁾、調査項目の関連性や設定数が十分でないといった問題点がある。

また、包括センターを取り巻く政策的環境が、変化し続けている状況を踏まえると、社会福祉士の実践についても、継続的にその実態を把握することが重要と考える。加えて、地域を基盤としたソーシャルワークの展開においては、社会福祉士の実践に影響を与える要因を捉える視点も重要となる²⁾。本章では、こうした観点に基づき実施した包括センターの社会福祉士へのアンケート調査（調査2）について述べる。

第1節 調査概要

1. 調査の目的

本調査では、包括センターにおける社会福祉士の実践実態を把握するとともに、個人属性および組織の運営状況との関連を検討する。また、地域を基盤としたソーシャルワークの展開の観点から、実践上の課題について検討する。

2. 調査対象者と調査方法

自治体ホームページなどから九州圏内8県にある全ての包括センター615カ所を抽出し（サブセンター・ブランチは除く）、そこに所属する社会福祉士1名を調査対象とした。該当者が複数いる場合は、包括センターでの実務経験年数が最も長い者を回答者とした。調査方法は、無記名の自記式質問用紙を用い、郵送または直接持参して協力をお願いした。調査期間は2017年2月から3月で、有効回答数は179票（有効回収率29.1%）であった。

3. 調査内容とその作成手順

(1) 調査対象者の属性および組織の運営状況

調査対象者の属性は、性別、年齢、包括センターでの実務経験年数をたずねた。組織の運営状況は、設置主体、社会福祉士の配置状況（単独・複数）、介護予防サービス計画（予防給付）専任職員の配置状況（有・無）、包括センター主催の地域ケア会議の開催頻度をたずねた。

(2) 社会福祉士の実践内容

社会福祉士の実践内容は、地域を基盤としたソーシャルワーク（コミュニティソーシャルワーク）および包括センターにおける社会福祉士の実践を実証的に捉えた先行研究（日本社会福祉士会2008；武居・冷水2008；川島2011；菱沼2012）、『地域包括支援センター運営マニュアル』（2016）などを参照し、検討した³⁾。その結果、社会福祉士の実践内容として、「住民及び関係機関等との関係形成」（4項目）、「個別支援の展開」（10項目）、「個別

支援における住民及び関係機関等との連携・協働」(6項目)、「地域支援の展開」(12項目)、「地域支援における住民及び関係機関等との連携・協働」(10項目)の5つのカテゴリー(42項目)が整理され、これらを社会福祉士の地域を基盤としたソーシャルワークとして仮説的に設定した。

さらに、各項目の実践状況に関する回答選択肢を「できていない(1点)」、「あまりできていない(2点)」、「ある程度できている(3点)」、「できている(4点)」の4件法とし、回答者の自己評価が高いほど、高得点となるよう配点した。なお、調査内容の作成後は、包括センターの社会福祉士3名から内容や表現などのチェックを受けた。

4. 分析方法

社会福祉士の実践状況を捉えるために、単純集計および探索的因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行った。単純集計では、42項目について実践状況の割合を算出した後、「ある程度できている」と「できている」の合計値を高い順にソートした。因子分析では、天井効果が見られた1項目(No.30)を除く、41項目について分析を行った。因子数は、固有値1以上を基準とし、因子負荷量0.4以下の項目を除外しながら、スクリープロットや解釈可能性により判断した。

次に、抽出した各因子と社会福祉士の属性および組織の運営状況との関連を捉えるため、因子内の各項目を得点化した上で平均値を算出し、①年齢、②包括センターでの実務経験年数、③設置主体、④社会福祉士の配置状況、⑤介護予防サービス計画専任職員の配置状況、⑥地域ケア会議の開催頻度、の違いによる得点差について検定を行った。検定方法は、①②③⑥についてはクラスカルウォリス検定、④⑤についてはマンホイットニーのU検定を採用した。これらの分析には、統計ソフトSPSS Statistics 22.0 for Windowsを用いた。

5. 倫理的配慮

調査協力依頼状と調査票に、本調査の目的、方法、協力の有無によって不利益が生じないこと、回答は無記名で回答者や所属組織の匿名性は担保されること、得られたデータの目的外利用は一切しないことを記載・説明した。

なお、本調査は、西南女学院大学倫理審査委員会の審査・承認を得て実施した(2016(平成28)年度受付番号第10号)。

第2節 調査結果

1. 回答者の属性と組織の運営状況

(1) 性別、年齢、包括センターでの実務経験年数

回答者は、男性が36.3%(65人)、女性が63.7%(114人)と、女性が全体の約6割を占めていた。年齢は、30歳代が46.9%(84人)と最も多く、次いで、40歳代の31.8%(57人)、50歳代の11.7%(21人)、20歳代の6.7%(12人)、60歳以上の2.8%(5人)と続いた。30歳代と40歳代が特に多い状況にあり、全体の約8割を占めていた。他方で、20歳代は1割弱と非常に少ない状況にあった。

また、包括センターでの実務経験年数は、3年未満の40.2%(72人)が最も多く、次い

で、5年以上10年未満の26.8%（48人）、3年以上5年未満の22.3%（40人）、10年以上15年未満の10.6%（19人）の順であった。3年未満と3年以上5年未満の合計値は62.5%であり、全体の約6割が実務経験年数5年未満という状況にあった（表5-1）。

(2) 設置主体、社会福祉士の配置、介護予防サービス計画（予防給付）専任職員

包括センターの設置主体は、行政直営39.7%（71カ所）、社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）25.1%（45カ所）、医療法人17.3%（31カ所）、社会福祉協議会11.2%（20カ所）、その他6.7%（12カ所）の順であった。運営形態別（直営型・委託型）で見ると、行政直営39.7%（71カ所）、委託60.3%（108カ所）となっており、約6割が委託による運営となっていた。

また、社会福祉士の配置状況は、単独55.3%（99カ所）、複数44.7%（80カ所）で単独配置の方がやや多かった。介護予防サービス計画（予防給付）専任職員は、配置あり72.1%（129カ所）、配置なし27.9%（50カ所）となっており、配置ありが多い状況となっていた（表5-1）。

(3) 地域ケア会議（包括センター主催）の開催頻度

地域ケア会議（包括センター主催）の開催頻度については、2カ月1回程度が28.5%（51カ所）と最も多く、次いで、1カ月1回以上の19.6%（35カ所）、3カ月1回程度の16.8%（30カ所）、1カ月1回程度の16.2%（29カ所）、6カ月1回程度と年1回程度の7.3%（各13カ所）、4カ月1回程度の4.5%（8カ所）と続いた。1カ月1回以上と1カ月1回程度の合計値は35.8%であり、約3割の包括センターで比較的頻繁に会議を実施している状況にあった（表5-1）。

表5-1 調査対象者の属性および包括センターの運営状況

n=179

項目	カテゴリー	度数 (%)
性別	男	65 (36.3)
	女	114 (63.7)
年齢	20歳代	12 (6.7)
	30歳代	84 (46.9)
	40歳代	57 (31.8)
	50歳代	21 (11.7)
	60歳以上	5 (2.8)
包括センターでの実務経験年数	3年未満	72 (40.2)
	3年以上5年未満	40 (22.3)
	5年以上10年未満	48 (26.8)
	10年以上15年未満	19 (10.6)
包括センターの運営主体	行政直営	71 (39.7)
	社会福祉法人 (社会福祉協議会を除く)	45 (25.1)
	社会福祉協議会	20 (11.2)
	医療法人	31 (17.3)
	その他	12 (6.7)
社会福祉士の配置状況	単独配置	99 (55.3)
	複数配置	80 (44.7)
介護予防サービス計画 (予防給付) の専任職員	配置あり	129 (72.1)
	配置なし	50 (27.9)
地域ケア会議 (包括センター主催) の開催頻度	1ヵ月1回以上	35 (19.6)
	1ヵ月1回程度	29 (16.2)
	2ヵ月1回程度	51 (28.5)
	3ヵ月1回程度	30 (16.8)
	4ヵ月1回程度	8 (4.5)
	6ヵ月1回程度	13 (7.3)
	年1回程度	13 (7.3)

2. 社会福祉士の実践状況－単純集計の結果－

社会福祉士の42項目の実践状況は、表5-2の通りである。これら42項目の実践状況について、「ある程度できている」と「できている」の合計値を高い順にソートした結果、上位18項目が80%以上と非常に高い割合を示した(表5-3)。具体的には、90%以上を示した項目は、「利用者と適切に援助関係を築いている(No.21)」97.2%、「関係機関・事業所から利用者についての情報を得ている(No.8)」96.1%、「利用者の人権や権利を尊重した支援

を行っている (No.24)」94.4%、「利用者の課題を生活全体から把握している (No.22)」93.9%、「支援や業務の記録を作成している (No.30)」93.3%、「地域のフォーマルな社会資源を把握している (No.35)」91.6%、「関係機関・事業所との関係づくりを行っている (No.4)」91.1%、「利用者の課題解決において関係機関・事業所と協働している (No.10)」91.1%、「利用者の持っている強さや能力を把握している (No.23)」91.1%の9項目であった。

また、80%以上を示した項目は、「利用者の課題解決において目標を設定している (No.26)」89.9%、「住民から利用者についての情報を得ている (No.5)」89.9%、「関係機関・事業所と利用者の課題を共有している (No.9)」89.9%、「利用者と環境との関係性を把握している (No.25)」89.4%、「関係機関・事業所に対してセンターの役割や業務を広報・周知している (No.2)」86.6%、「住民に対してセンターの役割や業務を広報・周知している (No.1)」84.4%、「利用者の課題解決において支援計画を立案している (No.27)」83.8%、「住民との関係づくりを行っている (No.3)」82.1%、「利用者の課題解決に必要な社会資源を調整している (No.28)」81.6%の9項目であった。

総じて、これら上位18項目には、利用者の課題解決における専門職としての姿勢や視点、関係機関および住民との関係づくりや連携・協働、支援計画の立案や記録の作成に関する内容が見られた。

他方、下位の項目には、合計値が40%以下と非常に低いものが存在した。これには、「住民の福祉意識を把握している (No.32)」35.8%、「地域の福祉課題に対して住民の関心が高まるよう取り組んでいる (No.38)」34.1%、「新たな社会資源の開発に向けて住民と協働している (No.19)」21.2%、「地域の福祉課題の解決において支援計画を立案している (No.37)」20.7%、「新たな社会資源の開発に向けて関係機関・事業所と協働している (No.20)」18.4%、「住民主体の生活支援サービスの推進に取り組んでいる (No.42)」18.4%の6項目が見られた。

総じて、これら下位6項目には、地域の課題解決における支援計画の立案、住民の福祉意識の把握や地域の福祉課題への関心を高める取組み、住民や関係機関等との協働による新たな社会資源の開発、住民主体の生活支援サービスの推進に関する内容が見られた。

表5-2 社会福祉士の実践状況（項目順）

n=179 (%)

項目番号	項目	①できていない	②あまりできていない	③ある程度できている	④できている	⑤無回答
1	住民に対してセンターの役割や業務を広報・周知している。	1.7	14.0	68.7	15.6	
2	関係機関・事業所に対してセンターの役割や業務を広報・周知している。	1.1	12.3	65.9	20.7	
3	住民との関係づくりを行っている。	2.2	15.1	66.5	15.6	0.6
4	関係機関・事業所との関係づくりを行っている。	1.1	7.8	69.8	21.2	
5	住民から利用者についての情報を得ている。	1.1	8.9	68.2	21.8	
6	住民と利用者の課題を共有している。	2.2	33.5	57.5	6.1	0.6
7	利用者の課題解決において住民と協働している。	1.7	31.3	60.3	6.1	0.6
8	関係機関・事業所から利用者についての情報を得ている。	0.6	3.4	67.0	29.1	
9	関係機関・事業所と利用者の課題を共有している。	1.1	8.9	68.2	21.8	
10	利用者の課題解決において関係機関・事業所と協働している。	0.6	7.8	67.6	23.5	0.6
11	住民から地域の福祉課題についての情報を得ている。	3.9	36.9	53.6	5.0	0.6
12	住民と地域の福祉課題を共有している。	5.0	50.3	39.7	4.5	0.6
13	地域の福祉課題の解決において住民と協働している。	6.7	52.0	36.3	4.5	0.6
14	関係機関・事業所から地域の福祉課題についての情報を得ている。	6.1	45.3	43.0	5.0	0.6
15	関係機関・事業所と地域の福祉課題を共有している。	6.7	46.4	40.8	5.6	0.6
16	地域の福祉課題の解決において関係機関・事業所と協働している。	8.9	47.5	37.4	5.6	0.6
17	住民と地域の社会資源について情報を共有している。	2.2	43.0	47.5	5.6	1.7
18	関係機関・事業所と地域の社会資源について情報を共有している。	3.9	36.9	51.4	7.3	0.6
19	新たな社会資源の開発に向けて住民と協働している。	22.9	53.6	19.0	2.2	2.2
20	新たな社会資源の開発に向けて関係機関・事業所と協働している。	20.1	60.9	14.5	3.9	0.6
21	利用者と適切に援助関係を築いている。		2.2	65.4	31.8	0.6
22	利用者の課題を生活全体から把握している。		5.6	66.5	27.4	0.6
23	利用者の持っている強さや能力を把握している。		8.4	68.2	22.9	0.6
24	利用者の人権や権利を尊重した支援を行っている。		5.0	55.3	39.1	0.6
25	利用者与环境との関係性を把握している。		10.1	64.2	25.1	0.6
26	利用者の課題解決において目標を設定している。	0.6	8.9	59.2	30.7	0.6
27	利用者の課題解決において支援計画を立案している。	2.2	13.4	55.9	27.9	0.6
28	利用者の課題解決に必要な社会資源を調整している。	1.7	16.2	58.7	22.9	0.6
29	利用者の課題解決の過程や結果を評価している。	2.2	18.4	58.1	20.1	1.1
30	支援や業務の記録を作成している。	0.6	5.6	38.0	55.3	0.6
31	地域の福祉課題を把握している。	1.7	35.2	55.3	7.3	0.6
32	住民の福祉意識を把握している。	6.1	57.0	33.0	2.8	1.1
33	地域のキーパーソンを把握している。	2.2	32.4	57.5	7.3	0.6
34	住民同士の関係性を把握している。	5.0	48.6	42.5	2.8	1.1
35	地域のフォーマルな社会資源を把握している。	1.1	6.7	69.8	21.8	0.6
36	地域のインフォーマルな社会資源を把握している。	1.7	41.3	52.5	3.9	0.6
37	地域の福祉課題の解決において支援計画を立案している。	30.7	48.0	19.0	1.7	0.6
38	地域の福祉課題に対して住民の関心が高まるよう取り組んでいる。	16.2	49.2	33.0	1.1	0.6
39	住民主体の見守り活動の推進に取り組んでいる。	11.7	44.1	40.2	3.4	0.6
40	住民主体のサロン活動の推進に取り組んでいる。	15.6	38.5	36.3	9.5	
41	住民主体の介護予防活動の推進に取り組んでいる。	7.3	37.4	43.6	11.7	
42	住民主体の生活支援サービスの推進に取り組んでいる。 例) 家事や外出・移動支援など	27.9	53.6	17.3	1.1	

※住民は民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含むものとする。

表5-3 社会福祉士の実践状況（③④の合計値（降順））

n=179（%）

項目番号	項目	①できていない	②あまりできていない	③ある程度できている	④できている	⑤無回答	③と④の合計
21	利用者と適切に援助関係を築いている。		2.2	65.4	31.8	0.6	97.2
8	関係機関・事業所から利用者についての情報を得ている。	0.6	3.4	67.0	29.1		96.1
24	利用者の人権や権利を尊重した支援を行っている。		5.0	55.3	39.1	0.6	94.4
22	利用者の課題を生活全体から把握している。		5.6	66.5	27.4	0.6	93.9
30	支援や業務の記録を作成している。	0.6	5.6	38.0	55.3	0.6	93.3
35	地域のフォーマルな社会資源を把握している。	1.1	6.7	69.8	21.8	0.6	91.6
4	関係機関・事業所との関係づくりを行っている。	1.1	7.8	69.8	21.2		91.1
10	利用者の課題解決において関係機関・事業所と協働している。	0.6	7.8	67.6	23.5	0.6	91.1
23	利用者の持っている強さや能力を把握している。		8.4	68.2	22.9	0.6	91.1
26	利用者の課題解決において目標を設定している。	0.6	8.9	59.2	30.7	0.6	89.9
5	住民から利用者についての情報を得ている。	1.1	8.9	68.2	21.8		89.9
9	関係機関・事業所と利用者の課題を共有している。	1.1	8.9	68.2	21.8		89.9
25	利用者と環境との関係性を把握している。		10.1	64.2	25.1	0.6	89.4
2	関係機関・事業所に対してセンターの役割や業務を広報・周知している。	1.1	12.3	65.9	20.7		86.6
1	住民に対してセンターの役割や業務を広報・周知している。	1.7	14.0	68.7	15.6		84.4
27	利用者の課題解決において支援計画を立案している。	2.2	13.4	55.9	27.9	0.6	83.8
3	住民との関係づくりを行っている。	2.2	15.1	66.5	15.6	0.6	82.1
28	利用者の課題解決に必要な社会資源を調整している。	1.7	16.2	58.7	22.9	0.6	81.6
29	利用者の課題解決の過程や結果を評価している。	2.2	18.4	58.1	20.1	1.1	78.2
7	利用者の課題解決において住民と協働している。	1.7	31.3	60.3	6.1	0.6	66.5
33	地域のキーパーソンを把握している。	2.2	32.4	57.5	7.3	0.6	64.8
6	住民と利用者の課題を共有している。	2.2	33.5	57.5	6.1	0.6	63.7
31	地域の福祉課題を把握している。	1.7	35.2	55.3	7.3	0.6	62.6
11	住民から地域の福祉課題についての情報を得ている。	3.9	36.9	53.6	5.0	0.6	58.7
18	関係機関・事業所と地域の社会資源について情報を共有している。	3.9	36.9	51.4	7.3	0.6	58.7
36	地域のインフォーマルな社会資源を把握している。	1.7	41.3	52.5	3.9	0.6	56.4
41	住民主体の介護予防活動の推進に取り組んでいる。	7.3	37.4	43.6	11.7		55.3
17	住民と地域の社会資源について情報を共有している。	2.2	43.0	47.5	5.6	1.7	53.1
14	関係機関・事業所から地域の福祉課題についての情報を得ている。	6.1	45.3	43.0	5.0	0.6	48.0
15	関係機関・事業所と地域の福祉課題を共有している。	6.7	46.4	40.8	5.6	0.6	46.4
40	住民主体のサロン活動の推進に取り組んでいる。	15.6	38.5	36.3	9.5		45.8
34	住民同士の関係性を把握している。	5.0	48.6	42.5	2.8	1.1	45.3
12	住民と地域の福祉課題を共有している。	5.0	50.3	39.7	4.5	0.6	44.1
39	住民主体の見守り活動の推進に取り組んでいる。	11.7	44.1	40.2	3.4	0.6	43.6
16	地域の福祉課題の解決において関係機関・事業所と協働している。	8.9	47.5	37.4	5.6	0.6	43.0
13	地域の福祉課題の解決において住民と協働している。	6.7	52.0	36.3	4.5	0.6	40.8
32	住民の福祉意識を把握している。	6.1	57.0	33.0	2.8	1.1	35.8
38	地域の福祉課題に対して住民の関心が高まるよう取り組んでいる。	16.2	49.2	33.0	1.1	0.6	34.1
19	新たな社会資源の開発に向けて住民と協働している。	22.9	53.6	19.0	2.2	2.2	21.2
37	地域の福祉課題の解決において支援計画を立案している。	30.7	48.0	19.0	1.7	0.6	20.7
20	新たな社会資源の開発に向けて関係機関・事業所と協働している。	20.1	60.9	14.5	3.9	0.6	18.4
42	住民主体の生活支援サービスの推進に取り組んでいる。 例) 家事や外出・移動支援など	27.9	53.6	17.3	1.1		18.4

※住民は民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含むものとする。

3. 社会福祉士の実践枠組み－因子分析の結果－

因子分析を行った結果、社会福祉士の実践枠組みとして、34項目からなる4因子が抽出された(表5-4)。第1因子は、「利用者の持っている強さや能力を把握している(No.23)」、「利用者の人権や権利を尊重した支援を行っている(No.24)」、「利用者の課題解決において目標を設定している(No.26)」、「利用者の課題を生活全体から把握している(No.22)」、「利用者の課題解決の過程や結果を評価している(No.29)」、「利用者と環境との関係性を把握している(No.25)」、「利用者と適切に援助関係を築いている(No.21)」、「利用者の課題解決において支援計画を立案している(No.27)」、「利用者の課題解決に必要な社会資源を調整している(No.28)」の9項目から構成され、【個別支援の姿勢と展開】と命名した。

第2因子は、「住民との関係づくりを行っている(No.3)」、「住民から利用者についての情報を得ている(No.5)」、「住民から地域の福祉課題についての情報を得ている(No.11)」、「住民に対してセンターの役割や業務を広報・周知している(No.1)」、「住民と地域の社会資源について情報を共有している(No.17)」、「利用者の課題解決において住民と協働している(No.7)」、「住民と利用者の課題を共有している(No.6)」、「関係機関・事業所に対してセンターの役割や業務を広報・周知している(No.2)」、「住民と地域の福祉課題を共有している(No.12)」、「利用者の課題解決において関係機関・事業所と協働している(No.10)」、「関係機関・事業所との関係づくりを行っている(No.4)」、「関係機関・事業所から利用者についての情報を得ている(No.8)」の12項目から構成され、【住民及び関係機関等との連携・協働】と命名した。

第3因子は、「住民主体の介護予防活動の推進に取り組んでいる(No.41)」、「住民主体の見守り活動の推進に取り組んでいる(No.39)」、「住民の福祉意識を把握している(No.32)」、「住民主体のサロン活動の推進に取り組んでいる(No.40)」、「地域の福祉課題に対して住民の関心が高まるよう取り組んでいる(No.38)」、「住民同士の関係性を把握している(No.34)」、「地域のキーパーソンを把握している(No.33)」、「地域のインフォーマルな社会資源を把握している(No.36)」の8項目から構成され、【住民主体の福祉活動の促進】と命名した。

第4因子は、「関係機関・事業所と地域の福祉課題を共有している(No.15)」、「地域の福祉課題の解決において関係機関・事業所と協働している(No.16)」、「関係機関・事業所から地域の福祉課題についての情報を得ている(No.14)」、「地域の福祉課題の解決において支援計画を立案している(No.37)」、「新たな社会資源の開発に向けて関係機関・事業所と協働している(No.20)」の5項目から構成され、【地域支援における関係機関等との連携・協働】と命名した。

以上の各因子の平均値は、第1因子の【個別支援の姿勢と展開】が3.16、第2因子の【住民及び関係機関等との連携・協働】が2.89、第3因子の【住民主体の福祉活動の促進】が2.45、第4因子の【地域支援における関係機関等との連携・協働】が2.25であった。また、第1因子から第4因子のCronbachの α 係数は、0.91、0.90、0.83、0.85であった。

4. 社会福祉士の実践枠組みと回答者の属性および組織の運営状況との関連

第1因子から第4因子において、「包括センターでの実務経験年数」、「設置主体」、「社会福祉士の配置状況」、「介護予防サービス計画専任職員の配置状況」、「地域ケア会議の開催

頻度」の違いによる統計的有意差は確認できなかった。こうした中、「年齢」に関して、第 1 因子で 20 歳代が 40 歳代に比べ、有意に高いことが確認できた ($p < .05$)。

表5-4 社会福祉士の実践枠組み（因子分析の結果）

n=179

項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	平均値
【個別支援の姿勢と展開】 ($\alpha = 0.91$)					
23 利用者の持っている強さや能力を把握している。	.806	-.020	.084	-.030	3.15
24 利用者の人権や権利を尊重した支援を行っている。	.796	.026	-.040	.000	3.34
26 利用者の課題解決において目標を設定している。	.774	.092	-.090	.038	3.21
22 利用者の課題を生活全体から把握している。	.742	.104	.025	-.090	3.22
29 利用者の課題解決の過程や結果を評価している。	.738	-.155	.119	.037	2.97
25 利用者との関係性を把握している。	.730	.076	.072	-.064	3.15
21 利用者との適切に援助関係を築いている。	.729	.069	-.038	-.008	3.3
27 利用者の課題解決において支援計画を立案している。	.655	.015	-.055	.042	3.1
28 利用者の課題解決に必要な社会資源を調整している。	.548	.034	.088	-.015	3.03
【住民及び関係機関等との連携・協働】 ($\alpha = 0.90$)					
3 住民との関係づくりを行っている。	-.012	.732	.129	-.031	2.96
5 住民から利用者についての情報を得ている。	.130	.659	.137	-.215	3.11
11 住民から地域の福祉課題についての情報を得ている。	-.143	.646	.171	.136	2.6
1 住民に対してセンターの役割や業務を広報・周知している。	.058	.628	-.006	.024	2.98
17 住民と地域の社会資源について情報を共有している。	.010	.612	.197	-.006	2.57
7 利用者の課題解決において住民と協働している。	.082	.604	.109	-.066	2.71
6 住民と利用者の課題を共有している。	-.067	.584	.118	.034	2.68
2 関係機関・事業所に対してセンターの役割や業務を広報・周知している。	.083	.582	-.161	.039	3.06
12 住民と地域の福祉課題を共有している。	-.205	.549	.241	.208	2.44
10 利用者の課題解決において関係機関・事業所と協働している。	.197	.522	-.257	.167	3.15
4 関係機関・事業所との関係づくりを行っている。	.045	.504	-.068	.157	3.11
8 関係機関・事業所から利用者についての情報を得ている。	.266	.494	-.293	.068	3.25
【住民主体の福祉活動の促進】 ($\alpha = 0.83$)					
41 住民主体の介護予防活動の推進に取り組んでいる。	-.083	.199	.705	-.260	2.6
39 住民主体の見守り活動の推進に取り組んでいる。	-.103	-.049	.705	.135	2.35
32 住民の福祉意識を把握している。	.042	-.005	.664	.038	2.33
40 住民主体のサロン活動の推進に取り組んでいる。	.007	.032	.650	-.164	2.4
38 地域の福祉課題に対して住民の関心が高まるよう取り組んでいる。	-.052	-.031	.556	.321	2.19
34 住民同士の関係性を把握している。	.293	-.086	.504	.176	2.44
33 地域のキーパーソンを把握している。	.271	-.018	.491	.079	2.7
36 地域のインフォーマルな社会資源を把握している。	.036	.146	.418	-.030	2.59
【地域支援における関係機関等との連携・協働】 ($\alpha = 0.85$)					
15 関係機関・事業所と地域の福祉課題を共有している。	.003	.087	-.087	.909	2.46
16 地域の福祉課題の解決において関係機関・事業所と協働している。	-.009	.111	-.064	.893	2.4
14 関係機関・事業所から地域の福祉課題についての情報を得ている。	-.080	.147	-.072	.794	2.47
37 地域の福祉課題の解決において支援計画を立案している。	.170	-.273	.363	.466	1.92
20 新たな社会資源の開発に向けて関係機関・事業所と協働している。	-.025	-.007	.261	.445	2.02
因子寄与	7.243	7.912	5.610	5.671	
平均値	3.16	2.89	2.45	2.25	
標準偏差	0.46	0.42	0.47	0.57	
因子相関					
第1因子	—	.505	.255	.218	
第2因子	—	—	.376	.474	
第3因子	—	—	—	.444	
第4因子	—	—	—	—	
除外された項目					
9 関係機関・事業所と利用者の課題を共有している。					
13 地域の福祉課題の解決において住民と協働している。					
18 関係機関・事業所と地域の社会資源について情報を共有している。					
19 新たな社会資源の開発に向けて住民と協働している。					
31 地域の福祉課題を把握している。					
35 地域のフォーマルな社会資源を把握している。					
42 住民主体の生活支援サービスの推進に取り組んでいる。例) 家事や外出・移動支援など					

※住民は民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含むものとする。

第3節 考察

1. 社会福祉士の実践枠組みの内容とその関連要因

社会福祉士の実践枠組みとして、第1因子では、個別支援における社会福祉士の姿勢や視点および支援の展開過程に関する項目が収束した。先に述べたように、包括センターにおいて、社会福祉士は、主に高齢者への個別支援に従事し、近年さらにその比重が大きくなっていることから⁴⁾、第1因子は、こうした実態を反映して収束したと考える。また、第2因子では、住民および関係機関等との関係づくりや連携・協働に関する項目が収束した。ここでは、個別支援と地域支援の双方の実践が見られ、改めて社会福祉士の実践が、地域における関係者とのネットワークを土台に展開していることが示されたと考える。こうした中、連携・協働に関する項目でも、地域支援における関係機関等の連携・協働については、第4因子に特化して収束した。このことから、地域支援における連携・協働は、相手先となる機関や事業所、活用される手法やアプローチなど、個別支援とは異なる何らかの背景因子が存在することが推察された。さらに、第3因子では、住民主体の福祉活動の促進に関する項目が収束した。ここでは、介護予防活動、見守り活動、サロン活動を推進する取り組みや地域の福祉課題に対する住民の関心を高める取り組みが見られた。また、住民の福祉意識や人間関係、キーパーソンの把握に関する項目も見られ、住民主体の福祉活動の促進が、住民への動機づけや地域の実情把握と一体的に取り組まれている実態が示されたと考える。

各因子と社会福祉士の属性および組織の運営状況との関連については、第1因子で、20歳代の得点値が40歳代に比べ、有意に高いことが確認できた。これには、組織内において、40歳代の運営管理業務の比重が高まっている可能性や包括センターへの配置以前の職務内容の影響などが考えられる。

2. 社会福祉士の配置状況にみる課題

社会福祉士の属性と組織の運営状況から、配置に関わる以下の課題が推察された。第1に、包括センターでの実務経験年数は、3年未満が40.2%と最も多く、また、3年以上5年未満も22.3%見られ、包括センターにおける社会福祉士の実務経験が浅い実態が明らかとなった。これについては、先行研究でも同様の結果が示されており、例えば、潮谷(2014)や和気(2014)の調査では、実務経験年数の平均が、それぞれ3.93年と2.76年であった。今回、社会福祉士の実務経験年数と実践状況との関連は確認できなかったが、包括センターでの実務経験の深淺が、社会福祉士の実践にどのように影響するのか、支援過程や効果の面も含めて、さらに検討する必要があると考える。

第2に、実務経験年数が少ない中、回答者の年齢は、30歳代と40歳代で約8割を占めていたことから、比較的短い周期で社会福祉士の配置異動が行われている実態が推察された。本調査では、包括センターの約6割が委託型の運営であったが⁵⁾、社会福祉士の配置異動は、設置主体の組織事情によるものが大きい。しかし、社会福祉士の実践は、地域のネットワークを土台としており、専門職・非専門職を問わず、日頃からさまざまな人びとと関係を築き、それを深めておくことが重要となる。当然のことながら、これにはある程度の時間が必要であり、今回示された配置異動の実態が、社会福祉士の実践基盤の構築・

強化という面で、少なからずの影響を与えていることが推察された。この他にも、社会福祉士の主な業務である権利擁護は、高齢者虐待や消費者被害など、関係者と連携しながら長期間にわたって対応していく場合も多く、ケース対応の継続性という点でも課題があることが推察された。

第3に、約半数の包括センターで社会福祉士が単独配置となっている実態が明らかとなった。寺田ら（2012）の調査では、単独配置の社会福祉士が、職場に共感できる仲間がいないことや他職種とのスタンスの違いに悩んでいる実態が示されている。また、困難ケースの対応を別の包括センターに所属する社会福祉士に相談している状況も見られた。本調査においても、単独配置の社会福祉士が同様の状況にあることが推察され、心理・精神面を含む、サポートの必要性が考えられた。なお、こうした人員の問題は、配置基準や運営費が深く関係しており、法規定や財源面からの見直しも必要になると考える。

3. 社会福祉士の実践状況にみる課題－地域支援の課題－

社会福祉士の実践状況について、単純集計の結果を見ると、19番目と20番目の項目間の差が11.7%と大きくなっていった。総じて、これより上位には、個別支援に関する項目、下位には、地域支援に関する項目が見られた。また、因子分析の結果を見ると、【個別支援の姿勢と展開】の平均値が3.16と最も高く、【地域支援における関係機関等との連携・協働】の平均値が2.25と最も低かった。【住民主体の福祉活動の促進】についても、平均値2.45と低い状況にあった。これらのことから、先行研究と同様に、本調査の結果においても、包括センターの社会福祉士が、地域支援を十分に実践できておらず、地域を基盤としたソーシャルワークの展開の点でも、大きな課題となっている実態が明らかとなった。

以下、地域支援に関わる第3因子と第4因子について、各項目の平均値を見てみると、【住民主体の福祉活動の促進】では、「地域の福祉課題に対して住民の関心が高まるよう取り組んでいる（No.38）」が2.19と最も低かった。その具体的な取り組みには、福祉課題の啓発活動や福祉教育などが考えられるが、これらは包括センターが担う制度上の業務の枠外と言え、社会福祉士としても、取り組むことが難しい状況が推察された。但し、現在、介護予防・日常生活支援総合事業の中に、住民主体のサービスが制度化されており、包括センターの社会福祉士も、その起点となる住民の福祉意識や関心を高める取り組みを積極的に行っていく必要があると考える。

【地域支援における関係機関等の連携・協働】では、「地域の福祉課題の解決において支援計画を立案している（No.37）」が1.92と非常に低い状況にあった。ここからは、地域の課題解決に向けた取り組みを計画的・継続的に進めることやそこに参加する関係者の合意形成、役割分担を十分に行えていない状況が推察された。

また、「新たな社会資源の開発に向けて関係機関・事業所と協働している（No.20）」も2.02と低い状況にあった。これについては、東京社会福祉士会（2014）の経年調査でも、一貫して社会福祉士の自己評価が低い状況にあった⁶⁾。社会資源の開発は、地域のネットワーク構築、サービスの事業化、政策形成など、内容によって連携・協働を行う相手が異なっており、こうした点も、社会福祉士の取り組みを困難にしている要因の1つとして考えられた。

【注】

- 1) この他、高山（2014）や東京社会福祉士会（2014）の調査がある。
- 2) こうした視点に基づく研究として、武居ら（2008）がある。
- 3) この他、前章で述べた包括センターにおける社会福祉士の地域支援に関するインタビュー調査（2016）の結果も参考にした。
- 4) 例えば、潮谷ら（2014）の調査では、総合相談支援や権利擁護を「主たる業務」と回答した社会福祉士の割合は、それぞれ 89.0%、87.1%となっている。また、東京社会福祉士会（2014）の経年調査でも、社会福祉士の総合相談支援と権利擁護の業務割合は、徐々に高くなり、2013年の調査時には、合計 47.8%とほぼ半数になっている。
- 5) 三菱総合研究所（2016）の調査報告書では、直営型 26.0%、委託型 73.9%であった。
- 6) 例えば、2013年の調査では、「あまりできていない」32.7%、「ほとんどできていない」27.4%、「まったくできていない」14.6%であった。

第6章 地域包括支援センターにおける地域ケア会議の実施状況と社会福祉士の実践面への効果に関するアンケート調査

本章では、包括センターにおける地域ケア会議の実施状況と社会福祉士の実践面への効果に関するアンケート調査（調査3）について述べる。地域ケア会議は、介護保険法に規定され（第115条の48）、地域包括ケアシステム構築の有効なツールとして、個別課題の解決、ネットワーク構築、地域課題の発見、地域づくり・資源開発、政策形成の5つの機能が期待されている（地域ケア会議運営マニュアル2013：23-26）。しかし、その実施においては、会議の目的、位置づけ、ルール、手続き、運営スキルなどの課題が指摘されており（三菱総合研究所2016；原田ら2018）、包括センターでの取り組みも、いまだ手探りの状況にある¹⁾。

他方、個別課題の検討を始点に、地域づくりや資源開発、政策形成を図っていく一連のプロセスが制度化されたことの意義は大きく、包括センターにおける社会福祉士の実践にも、さまざまな面で影響すると考える。

第1節 調査概要

1. 調査の目的

本調査では、包括センターが主催する地域ケア会議の実施状況と社会福祉士の実践面への効果を把握することを目的とする。先行研究および前章の調査からも、包括センターの社会福祉士が地域を基盤としたソーシャルワークの展開という点で、課題を抱えている実態が明らかとなっている。本調査では、こうした状況を改善する制度上の仕組みの1つとして、地域ケア会議を位置づけ、検討を行う。

なお、本調査では、個別課題を検討する地域ケア会議を「地域ケア個別会議」（以下、個別会議と略す。）、地域課題や地域づくり・資源開発などを検討する地域ケア会議を「地域ケア推進会議」（以下、推進会議と略す。）と定義した。

2. 調査対象者と調査方法

調査対象は、九州圏内8県にある全ての包括センター639カ所（サブセンター・ブランチは除く）に所属する社会福祉士1名とした。該当者が複数いる場合は、包括センターでの実務経験年数が最も長い者を回答者とした。調査方法は、無記名の自記式質問用紙を用い、郵送にて協力をお願いした。調査期間は2019（平成31）年1月から2月で、有効回答数は216票（有効回収率33.8%）であった。

3. 調査内容とその作成手順

(1) 調査対象者の属性と組織の運営

調査対象者の属性は、性別、年齢、包括センターでの実務経験年数とした。組織の運営は、設置主体、担当圏域の総人口および高齢化率とした。

(2) 地域ケア会議の実施状況

個別会議と推進会議について、実施の有無、実施していない場合はその理由、実施頻度、

検討ケース・テーマ、参加者を把握した。なお、推進会議については、複数の単位・範囲で実施している場合もあることから、本調査では、最小単位・範囲の会議実態を把握した。

(3) 地域ケア会議の社会福祉士の実践面への効果

社会福祉士の実践内容は、前章で設定した 42 項目をもとに、地域ケア会議の機能も踏まえて、①住民及び関係機関・事業所等との関係づくり、②組織内での連携、③個別課題の把握と解決、④個別支援での住民及び関係機関・事業所等との連携、⑤地域課題の把握と解決、⑥地域支援での住民及び関係機関・事業所等との連携、⑦地域の社会資源の把握と開発、に関する 15 項目を作成した。これら 15 項目の実践に対する地域ケア会議の効果について、「効果があったと思わない」、「効果があったとあまり思わない」、「効果があったとある程度思う」、「効果があったと思う」の 4 件法で回答を得た。

なお、調査票の作成に当たっては、包括センターの社会福祉士から助言を受けた。

4. 分析方法

地域ケア会議の実施状況について、単純集計を行うとともに、組織の設置主体別（直営型・委託型）の実施状況を把握するためのクロス集計を行った。また、社会福祉士の実践面への効果は、個別会議と推進会議の双方を実施している包括センター97 ヲ所を分析対象とし、実践面への「効果があったとある程度思う」と「効果があったと思う」の合計値（割合）から実態を捉えた。

5. 倫理的配慮

調査協力依頼状と調査票に、本調査の目的、方法、協力の有無によって不利益が生じないこと、回答は無記名で回答者や所属組織の匿名性は担保されること、得られたデータの目的外利用は一切しないことを記載・説明した。

なお、本調査の実施に当たっては、西南女学院大学倫理審査委員会の審査・承認を得た（2018（平成 30）年度受付番号第 7 号）。

第 2 節 調査結果

1. 回答者の属性と組織の設置主体および担当圏域の状況

回答者は、女性が 56.6%（122 人）、男性が 43.5%（94 人）と女性の方がやや多かった。年齢は、30 歳代の 39.4%（85 人）が最も多く、次いで、40 歳代の 31.9%（69 人）、50 歳代の 13.9%（30 人）と続いた。20 歳代と 60 歳代以上は、ともに 7.4%（16 人）であった。30 歳代と 40 歳代で全体の約 7 割を占めていた。

包括センターでの実務経験年数は、3 年未満の 35.2%（76 人）が最も多く、次いで、5 年以上 10 年未満の 25.9%（56 人）、3 年以上 5 年未満の 20.4%（44 人）、10 年以上の 16.2%（35 人）と続いた（無回答を除く）。包括センターに従事する約半数の社会福祉士が、実務経験年数 5 年未満という状況にあった。こうした中、実務経験年数 10 年以上も 2 割弱見られた。

組織の設置主体は、直営型が 36.1%（78 ヲ所）、委託型が 63.9%（138 ヲ所）と委託型

の方が多かった²⁾。包括センターの担当圏域の総人口は、多い順に、1万人以上2万人未満の29.6%（64カ所）、1万人未満の24.1%（52カ所）、2万人以上3万人未満の19.0%（41カ所）、5万人以上の10.6%（23カ所）、3万人以上4万人未満の9.7%（21カ所）、4万人以上5万人未満の4.6%（10カ所）であった（無回答を除く）。約半数の包括センターで、担当圏域の総人口が2万人未満となっていた。こうした中、担当圏域の総人口5万人以上も約1割見られた。

また、担当圏域の高齢化率は、25%以上30%未満の27.8%（60カ所）が最も多く、次いで、30%以上35%未満の22.7%（49カ所）、20%以上25%未満の16.7%（36カ所）、35%以上40%未満の15.7%（34カ所）、40%以上の9.3%（20カ所）、20%未満の6.0%（13カ所）と続いた（無回答を除く）。約半数の包括センターで、担当圏域の高齢化率が30%を超える状況にあった（表6-1）。

表6-1 回答者の属性と包括センターの設置主体および担当圏域の状況 n=216

項目	カテゴリー	% (度数)
性別	女性	56.6(122)
	男性	43.5(94)
年齢	20歳代	7.4(16)
	30歳代	39.4(85)
	40歳代	31.9(69)
	50歳代	13.9(30)
	60歳代以上	7.4(16)
包括センターでの実務経験年数	3年未満	35.2(76)
	3年以上5年未満	20.4(44)
	5年以上10年未満	25.9(56)
	10年以上	16.2(35)
	無回答	2.3(5)
包括センターの設置主体	直営型	36.1(78)
	委託型	63.9(138)
包括センターの担当圏域の総人口	1万人未満	24.1(52)
	1万人以上2万人未満	29.6(64)
	2万人以上3万人未満	19.0(41)
	3万人以上4万人未満	9.7(21)
	4万人以上5万人未満	4.6(10)
	5万人以上	10.6(23)
	無回答	2.3(5)
包括センターの担当圏域の高齢化率	20%未満	6.0(13)
	20%以上25%未満	16.7(36)
	25%以上30%未満	27.8(60)
	30%以上35%未満	22.7(49)
	35%以上40%未満	15.7(34)
	40%以上	9.3(20)
	無回答	1.9(4)

2. 地域ケア会議の実施状況

(1) 個別会議の実施状況

会議の実施については、実施ありが 91.2% (197 ヲ所)、実施なしが 8.8% (19 ヲ所) と、ほとんどの包括センターで会議が実施されていた。実施なしの理由 (複数回答) は、市町村が主催しているの 78.9% (15 ヲ所) が最も多く、次いで、人員不足の 21.1% (4 ヲ所)、他の業務で忙しいの 15.8% (3 ヲ所) と続いた。

実施頻度は、1 ヲ月 1 回程度の 24.9% (49 ヲ所) が最も多かったが、1 ヲ月 1 回以上の 24.4% (48 ヲ所) とほぼ同率であった。次いで、2 ヲ月 1 回程度の 23.4% (46 ヲ所)、3 ヲ月 1 回程度の 9.6% (19 ヲ所)、6 ヲ月 1 回程度の 9.1% (18 ヲ所)、4 ヲ月 1 回程度の 6.1% (12 ヲ所)、年 1 回程度の 1.5% (3 ヲ所) の順となっていた (無回答を除く)。約半数の包括センターで、会議の実施頻度が 1 ヲ月 1 回程度以上となっており、比較的頻繁に取り組んでいる状況にあった。

検討ケース (複数回答) は、多い順に、支援者が困難を感じているケースの 80.6% (158 ヲ所)、自立支援に資するケアマネジメント支援に関するケースの 76.5% (150 ヲ所)、権利擁護が必要なケースの 49.0% (96 ヲ所)、地域課題に関するケースの 45.9% (90 ヲ所)、必要だがサービスに繋がっていないケースの 40.3% (79 ヲ所)、その他の 3.1% (6 ヲ所) となっていた。約 8 割の包括センターにおいて、支援困難やケアマネジメント支援に関するケースが検討されている状況にあった。

参加者 (複数回答) は、多い順に、包括センター社会福祉士の 95.9% (189 ヲ所)、包括センター主任ケアマネジャーの 90.9% (179 ヲ所)、ケアマネジャーの 90.4% (178 ヲ所)、包括センター保健師の 87.8% (173 ヲ所)、行政職員の 82.7% (163 ヲ所)、介護サービス事業者 (ケアマネを除く) の 68.5% (135 ヲ所)、医師以外の医療関係者の 53.8% (106 ヲ所)、社会福祉協議会の 38.1% (75 ヲ所)、住民組織・団体の 36.0% (71 ヲ所)、利用者本人・家族の 27.9% (55 ヲ所)、その他の 20.3% (40 ヲ所)、医師・歯科医師の 19.8% (39 ヲ所) となっていた。包括センターの 3 職種を除くと、行政職員、ケアマネジャー、介護サービス事業者の参加が多い状況にあった。医師・歯科医師の参加は、2 割程度にとどまっていた (表 6-2)。

(2) 推進会議の実施状況

会議の実施については、実施ありが 45.8% (99 ヲ所)、実施なしが 54.2% (117 ヲ所) と、会議を実施していない包括センターがやや多かった。実施なしの理由 (複数回答) は、市町村が主催しているの 49.0% (50 ヲ所) が最も多く、次いで、他の業務で忙しいの 27.5% (28 ヲ所)、その他の 20.6% (21 ヲ所)、運営方法が分からないの 16.7% (17 ヲ所)、人員不足の 12.7% (13 ヲ所) の順であった。参加者の協力が得られないと日程調整が難しいは、ともに 3.9% (4 ヲ所) であった。

実施の単位・範囲 (複数回答) は、多い順に、センターの担当圏域全体の 55.1% (54 ヲ所)、市町村全体の 28.6% (28 ヲ所)、中学校区ごとの 23.5% (23 ヲ所)、自治会・町内会ごとの 15.3% (15 ヲ所)、小学校区ごとの 10.2% (10 ヲ所)、その他の 5.1% (5 ヲ所)、自治会・町内会の班や組ごとの 3.1% (3 ヲ所) であった。約半数の包括センターで、担当

圏域全体を範囲・単位として、推進会議を実施している状況にあった。小学校区や自治体・町内会といった比較的狭い範囲・単位での実施は、2割に満たない状況にあった。

実施頻度は、年1回程度の23.2%(23カ所)が最も多く、次いで、3ヵ月1回程度の18.2%(18カ所)、6ヵ月1回程度の16.2%(16カ所)、2ヵ月1回程度の15.2%(15カ所)、1ヵ月1回以上と1ヵ月1回程度の10.1%(各10カ所)、4ヵ月1回程度の6.1%(6カ所)の順であった(無回答を除く)。1ヵ月1回程度以上と、頻繁に会議に取り組んでいる包括センターは1割程度にとどまっており、この点、個別会議とは大きく状況が異なっていた。

検討テーマ・内容(複数回答)は、多い順に、地域のネットワークづくりの82.1%(78カ所)、認知症の61.1%(58カ所)、生活支援の49.5%(47カ所)、介護予防の48.4%(46カ所)、独居の43.2%(41カ所)、医療・介護等の連携の40.0%(38カ所)、権利擁護の31.6%(30カ所)、福祉活動の担い手確保・育成の24.2%(23カ所)、住まいの14.7%(14カ所)、その他の9.5%(9カ所)であった。

参加者(複数回答)は、多い順に、包括センター社会福祉士の94.9%(93カ所)、包括センター保健師と行政職員の85.7%(各84カ所)、包括センター主任ケアマネジャーの83.7%(82カ所)、ケアマネジャーの77.6%(76カ所)、住民組織・団体の68.4%(67カ所)、介護サービス事業者(ケアマネを除く)と社会福祉協議会の62.2%(各61カ所)、医師以外の医療関係者の52.0%(51カ所)、医師・歯科医師の41.8%(41カ所)、その他の17.3%(17カ所)、利用者本人・家族の6.1%(6カ所)であった。包括センターの3職種を除くと、行政職員、ケアマネジャー、住民組織・団体の参加が多い状況にあった。利用者本人・家族の参加は、1割に満たない状況であった(表6-3)。

表6-2 地域ケア個別会議の実施状況

項目	カテゴリー	% (度数)
実施の有無 (n=216)	実施あり	91.2(197)
	実施なし	8.8(19)
実施していない理由 (n=19)	人員不足	21.1(4)
	他の業務で忙しい	15.8(3)
	運営方法が分からない	0.0(0)
	参加者の協力が得られない	0.0(0)
	日程調整が難しい	10.5(2)
	市町村が主催している	78.9(15)
	その他	5.3(1)
実施頻度 (n=197)	1ヵ月1回以上	24.4(48)
	1ヵ月1回程度	24.9(49)
	2ヵ月1回程度	23.4(46)
	3ヵ月1回程度	9.6(19)
	4ヵ月1回程度	6.1(12)
	6ヵ月1回程度	9.1(18)
	年1回程度	1.5(3)
	無回答	1.0(2)
検討ケース (n=196)	自立支援に資するケアマネジメント支援に関するケース	76.5(150)
	支援者が困難を感じているケース	80.6(158)
	権利擁護が必要なケース	49.0(96)
	必要だがサービスに繋がっていないケース	40.3(79)
	地域課題に関するケース	45.9(90)
	その他	3.1(6)
参加者 (n=197)	包括センター保健師	87.8(173)
	包括センター主任ケアマネジャー	90.9(179)
	包括センター社会福祉士	95.9(189)
	行政職員	82.7(163)
	ケアマネジャー	90.4(178)
	介護サービス事業者(ケアマネを除く)	68.5(135)
	社会福祉協議会	38.1(75)
	医師・歯科医師	19.8(39)
	医師以外の医療関係者	53.8(106)
	利用者本人・家族	27.9(55)
	住民組織・団体	36.0(71)
	その他	20.3(40)

表6-3 地域ケア推進会議の実施状況

項目	カテゴリー	% (度数)
実施の有無 (n=216)	実施あり	45.8(99)
	実施なし	54.2(117)
実施していない理由 (n=102)	人員不足	12.7(13)
	他の業務で忙しい	27.5(28)
	運営方法が分からない	16.7(17)
	参加者の協力が得られない	3.9(4)
	日程調整が難しい	3.9(4)
	市町村が主催している	49.0(50)
	その他	20.6(21)
会議の実施単位・範囲 (n=98)	自治会・町内会の班や組ごと	3.1(3)
	自治会・町内会ごと	15.3(15)
	小学校区ごと	10.2(10)
	中学校区ごと	23.5(23)
	センターの担当圏域全体	55.1(54)
	市町村全体	28.6(28)
	その他	5.1(5)
実施頻度 (n=99)	1ヵ月1回以上	10.1(10)
	1ヵ月1回程度	10.1(10)
	2ヵ月1回程度	15.2(15)
	3ヵ月1回程度	18.2(18)
	4ヵ月1回程度	6.1(6)
	6ヵ月1回程度	16.2(16)
	年1回程度	23.2(23)
	無回答	1.0(1)
検討テーマ・内容 (n=95)	認知症	61.1(58)
	独居	43.2(41)
	地域のネットワークづくり	82.1(78)
	介護予防	48.4(46)
	権利擁護	31.6(30)
	生活支援	49.5(47)
	福祉活動の担い手確保・育成	24.2(23)
	医療・介護等の連携	40.0(38)
	住まい	14.7(14)
	その他	9.5(9)
参加者 (n=98)	包括センター保健師	85.7(84)
	包括センター主任ケアマネジャー	83.7(82)
	包括センター社会福祉士	94.9(93)
	行政職員	85.7(84)
	ケアマネジャー	77.6(76)
	介護サービス事業者 (ケアマネを除く)	62.2(61)
	社会福祉協議会	62.2(61)
	医師・歯科医師	41.8(41)
	医師以外の医療関係者	52.0(51)
	利用者本人・家族	6.1(6)
	住民組織・団体	68.4(67)
	その他	17.3(17)

※「検討テーマ・内容」「参加者」は、最小単位・範囲の会議について回答。

(3) 組織の設置主体別（直営型・委託型）の会議実施状況

直営型では、個別会議と推進会議の双方を実施している包括センターが 41.0% (32 ヲ所)、個別会議のみの実施が 52.6% (41 ヲ所)、双方の会議とも実施なしが 6.4% (5 ヲ所) であった。推進会議のみの実施は見られなかった。個別会議のみを実施している包括センターが最も多く、全体の約半数に上っていた。

委託型では、個別会議と推進会議の双方を実施している包括センターが 47.1% (65 ヲ所)、個別会議のみの実施が 42.8% (59 ヲ所)、推進会議のみの実施が 1.4% (2 ヲ所)、双方の会議とも実施なしが 8.7% (12 ヲ所) であった。個別会議と推進会議の双方を実施している包括センターが最も多い状況となっていた（表 6-4）。

なお、組織の設置主体による会議の実施状況の違いについて χ^2 検定を行った結果、個別会議および推進会議ともに、統計的な差は確認できなかった。

表6-4 地域ケア個別会議の実施・地域ケア推進会議の実施・設置主体（直営・委託）のクロス表

n=216

設置主体	地域ケア個別会議	地域ケア推進会議		合計 % (度数)
		実施あり	実施なし	
直営型	実施あり	41.0(32)	52.6(41)	93.6(73)
	実施なし	0.0(0)	6.4(5)	6.4(5)
	合計	41.0(32)	59.0(46)	100.0(78)
委託型	実施あり	47.1(65)	42.8(59)	89.9(124)
	実施なし	1.4(2)	8.7(12)	10.1(14)
	合計	48.6(67)	51.4(71)	100.0(138)
全体	実施あり	44.9(97)	46.3(100)	91.2(197)
	実施なし	0.9(2)	7.9(17)	8.8(19)
	合計	45.8(99)	54.2(117)	100.0(216)

3. 地域ケア会議の社会福祉士の実践面への効果

地域ケア会議の社会福祉士の実践面への効果について、「効果があったとある程度思う」と「効果があったと思う」の合計値（割合）を高い順にソートした結果、15 項目中、9 項目が 80% 以上と、非常に高い割合を示した。

具体的には、合計値 90% 以上の項目として、「関係機関や事業所との関係づくりに効果があった (No.1)」93.8%、「個別課題の解決における関係機関や事業所との連携強化に効果があった (No.2)」91.8%、「個別課題の解決力の向上に効果があった (No.3)」90.8%、「個別課題の把握に効果があった (No.4)」90.7% の 4 項目が見られた。また、合計値 80% 以上の項目として、「地域課題の把握に効果があった (No.5)」88.6%、「センター内の連携強化に効果があった (No.6)」87.7%、「地域に不足する社会資源の把握に効果があった (No.7)」83.5%、「地域の社会資源の把握に効果があった (No.8)」82.4%、「地域課題の解決における関係機関や事業所との連携強化に効果があった (No.9)」81.5% の 5 項目が見られた。

さらに、合計値 60% 以上 80% 未満の項目として、「個別課題の解決における住民との連携強化に効果があった (No.10)」71.1%、「住民との関係づくりに効果があった (No.11)」70.1%、「地域課題の解決力の向上に効果があった (No.12)」65.0%、「地域課題の解決における住民との連携強化に効果があった (No.13)」63.9% の 4 項目が見られた。

他方、合計値 60%未満の項目も見られた。これには、「住民の見守りや支え合いなど、新たなインフォーマル資源の開発に効果があった (No.14)」55.7%、「サービスの事業化や施策化など、新たなフォーマル資源の開発に効果があった (No.15)」47.4%の2項目が見られた。

以上のことから、地域ケア会議の実施による社会福祉士の実践面への効果は、総じて高い状況が示されたと言える (表 6-5)。

表6-5 地域ケア会議の社会福祉士の実践面への効果

n=97 (%)

No.	項目	①思わない	②あまり思わない	③ある程度思う	④思う	⑤無回答	③と④の合計
1	関係機関や事業所との関係づくりに効果があった。	1.0	4.1	42.3	51.5	1.0	93.8
2	個別課題の解決における関係機関や事業所との連携強化に効果があった。	0.0	7.2	56.7	35.1	1.0	91.8
3	個別課題の解決力の向上に効果があった。	1.0	7.2	61.9	28.9	1.0	90.8
4	個別課題の把握に効果があった。	1.0	7.2	57.7	33.0	1.0	90.7
5	地域課題の把握に効果があった。	1.0	9.3	60.8	27.8	1.0	88.6
6	センター内の連携強化に効果があった。	2.1	9.3	52.6	35.1	1.0	87.7
7	地域に不足する社会資源の把握に効果があった。	1.0	14.4	61.9	21.6	1.0	83.5
8	地域の社会資源の把握に効果があった。	1.0	14.4	57.7	24.7	2.1	82.4
9	地域課題の解決における関係機関や事業所との連携強化に効果があった。	1.0	16.5	58.8	22.7	1.0	81.5
10	個別課題の解決における住民との連携強化に効果があった。	4.1	23.7	43.3	27.8	1.0	71.1
11	住民との関係づくりに効果があった。	3.1	25.8	39.2	30.9	1.0	70.1
12	地域課題の解決力の向上に効果があった。	2.1	32.0	48.5	16.5	1.0	65.0
13	地域課題の解決における住民との連携強化に効果があった。	6.2	28.9	43.3	20.6	1.0	63.9
14	住民の見守りや支え合いなど、新たなインフォーマル資源の開発に効果があった。	8.2	35.1	36.1	19.6	1.0	55.7
15	サービスの事業化や施策化など、新たなフォーマル資源の開発に効果があった。	10.3	41.2	33.0	14.4	1.0	47.4

第3節 考察

1. 地域ケア会議の実施状況について

(1) 会議の取組み

地域ケア会議の実施率を見ると、個別会議は91.2%と、非常に高い状況にあった。三菱総合研究所(2015)や奥村ら(2018)の調査でも、個別会議の実施は、それぞれ72.4%、88.5%と高い状況であったが、本調査では、それをさらに上回る結果が示された。また、頻度についても、「1ヵ月1回以上」24.4%、「1ヵ月1回程度」24.9%、「2ヵ月1回程度」23.4%と、積極的に取り組んでいる実態が明らかとなった。2014年に地域ケア会議の実施が努力義務化されてから、個別会議の取組みが着実に進んでいる状況が示されたと考える。

他方、推進会議の実施率は45.8%と、個別会議に比べ、非常に低い状況にあった。その

理由（複数回答）には、「市町村が主催している」49.0%が最も多かったが、「他の業務で忙しい」27.5%も見られた。三菱総合研究所（2016）の調査では、包括センターの課題として、「業務量が過大」81.6%が最も多く³⁾、業務量の多さに起因する時間的制約や負担感などから、推進会議に取り組めていない状況が推察された。また、会議の実施に当たっては、検討課題の選定、参加者の人選、日程調整、資料作成といった事前準備や手続きが必要となり、これらが推進会議への取り組みを躊躇させる一因となっていることも推察された⁴⁾。

なお、組織の設置主体別の地域ケア会議の実施については、直営型で個別会議のみを実施している割合が最も多く（52.6%）、委託型で双方の会議を実施している割合が最も多かった（47.1%）。設置主体による地域ケア会議の実施状況に統計的な差は確認できなかったが、委託型の方がより積極的に地域ケア会議に取り組んでいる状況が推察された。

(2) 検討ケース・テーマ

個別会議では、「支援者が困難を感じているケース」80.6%、「自立支援に資するケアマネジメント支援に関するケース」76.5%が、特に高い割合を示した。前者は、高齢者の生活課題が多様化・複雑化する中、支援者一人では対応が難しいケースの増加が、その背景にあると考える。会議を活用することで課題解決のみならず、支援者が抱える困難感の軽減にもつながっていると推察された。後者については、2016年度から実施された介護予防活動普及展開事業の影響も大きいと考える。この事業では、介護予防や自立支援の観点に基づく地域ケア会議の実施に当たって、立ち上げから実践までの具体的方法や先行自治体の事例を示した『手引き』が作成されている。これをきっかけに、包括センターにおいても、自立支援や介護予防を目的とした地域ケア会議への取り組みが、拡大していると考えられる⁵⁾。なお、高良（2015：63）が指摘するように、介護予防や自立支援を強調した地域ケア会議は、ともすると、その目的が保険給付の適正化（削減）へと転化してしまう危険性がある。この点、会議の主催者である包括センターは、あくまで目的は利用者の地域自立生活支援にあることを十分に自覚する必要がある。

推進会議の検討テーマとしては、「地域のネットワークづくり」82.1%が最も多かった。担当圏域の高齢化率を見ると、約半数が30%を超えており、このような状況下で、住民による見守りや支え合いなど、地域のつながりづくりが大きな課題となっていることが推察された。また、「認知症」61.1%も見られた。本調査では、個別ケースの検討か、あるいは政策レベルでの検討か、その詳細は確認できないが、認知症高齢者の増加による対応策の検討が、推進会議の主要な課題となっている状況が推察された。

(3) 参加者

包括センターの3職種を除くと、個別会議で「ケアマネジャー」90.4%、「行政職員」82.7%、「介護サービス事業者」68.5%が高い割合を示した。これに加え、「医師以外の医療関係者」53.8%も見られた。先の介護予防活動普及展開事業の手引きでは、地域ケア会議の助言者として、薬剤師、理学療法士、作業療法士などが示されており、これら医師以外の医療関係者の参加が促進されたと考える。こうした中、「医師・歯科医師」の参加は19.8%にと

どまっております、会議の周知や日程・開催場所の調整といった課題の存在が推察された⁶⁾。

推進会議については、「社会福祉協議会」「住民組織・団体」「医師・歯科医師」の参加率が、個別会議と比較して大きく上昇していた（各 62.2%、68.4%、41.8%）。「社会福祉協議会」と「住民組織・団体」については、推進会議の主な検討テーマが、地域のネットワークづくりとなっていることから、会議への参加率が高まったと考える。また、「医師・歯科医師」については、推進会議が代表者レベルの会議であることや開催頻度が比較的少ないといった理由から、会議への参加率が高まったと考える。

2. 地域ケア会議の社会福祉士の実践面への効果について

地域ケア会議の実施による社会福祉士の実践面への効果について、「効果があったとある程度思う」と「効果があったと思う」の合計値（割合）をもとに、「関係者とのネットワーク」、「地域の実態把握」、「資源開発」の視点から考察を述べる。

(1) 関係者とのネットワーク

15 項目の中で、最も高い割合を示したのは、「関係機関や事業所との関係づくりに効果があった (No.1)」93.8%であった。また、「個別課題の解決における関係機関や事業所との連携強化に効果があった (No.2)」91.8%、「地域課題の解決における関係機関や事業所との連携強化に効果があった (No.9)」81.5%も見られ、地域ケア会議を実施したことで、関係機関や事業所とのネットワークが強化された実態が明らかとなった。

他方、住民とのネットワークに関しては、「個別課題の解決における住民との連携強化に効果があった (No.10)」71.1%、「住民との関係づくりに効果があった (No.11)」70.1%、「地域課題の解決における住民との連携強化に効果があった (No.13)」63.9%と、先の関係機関や事業所と比較して、会議の効果がやや低い状況にあった。

地域を基盤としたソーシャルワークの特質の1つに、関係者とのネットワークに基づく連携・協働がある（岩間 2009：10）。本調査の結果からは、関係者の中でも、特に専門職とのネットワークの強化という点で、地域ケア会議の有効性が示されたと考える。

なお、住民とのネットワークに関わる会議の効果については、「住民組織・団体」の会議への参加率自体（特に個別会議への参加）が低い状況にあることも影響していると考えられる。

(2) 地域の実態把握

地域ケア会議を通して、地域の実態把握が進んだ実態も明らかとなった。具体的には、「個別課題の把握に効果があった (No.4)」90.7%、「地域課題の把握に効果があった (No.5)」88.6%、「地域に不足する社会資源の把握に効果があった (No.7)」83.5%、「地域の社会資源の把握に効果があった (No.8)」82.4%が見られた。

地域の実態把握は、包括センターの基本業務に位置づけられ、把握した情報を包括センターの日常業務や市町村の施策に反映・活用することを目的としている（地域包括支援センター運営マニュアル 2016：110-116）。社会福祉士の実践においても、その入り口となる重要な取組みと言える。本調査の結果からは、地域に点在する福祉課題や社会資源に関する情報集約の場として地域ケア会議が機能し、これによって、社会福祉士の実態把握も進

んでいる状況が考えられた。また、集約した情報をさまざまな専門職と共有・協議することで、社会福祉士の地域理解や課題分析がより深まっていることも推察された。

(3) 資源開発

「関係者とのネットワーク」と「地域の実態把握」に比較して、資源開発については、地域ケア会議の効果が低い実態が明らかとなった。具体的には、「住民の見守りや支え合いなど、新たなインフォーマル資源の開発に効果があった (No.14)」55.7%、「サービスの事業化や施策化など、新たなフォーマル資源の開発に効果があった (No.15)」47.4%が見られた。先に述べたように、地域ケア会議は、地域に不足する社会資源の把握という点で、社会福祉士の実践に効果をもたらしていた。しかし、それをきっかけに資源開発を具体化するには至っておらず、改めてその難しさが示された⁷⁾。

これについては、社会福祉士の実践面への効果はもとより、地域ケア会議自体が、本来期待されている資源開発の機能を十分に発揮できていない状況が推察された。資源開発は、小地域を対象とした取組みから市町村全体に及ぶものまで、非常に幅広いレベルを持つ。したがって、地域ケア会議の実施においても、各レベルに応じた課題の設定や参加者の選出を適切に行う必要がある⁸⁾。加えて、各レベルの地域ケア会議が連動することも重要であり⁹⁾、こうした会議運営や実施体制を担保することが、結果的に社会福祉士の資源開発の促進にもつながると考える。

なお、フォーマル資源の開発に関する会議の効果については、サービスの事業化・施策化の取組みが、主に市町村主催の推進会議で検討されている状況も影響していると考えられる。

【注】

- 1) 『地域ケア会議運営マニュアル』(2013) や 『地域ケア会議実践事例集』(2014) に、各地の取組事例を見ることができる。
- 2) 委託型の内訳は、社会福祉法人(社会福祉協議会を除く)33.3%、社会福祉協議会 9.3%、医療法人 16.7%、その他 4.6%であった。
- 3) その内訳を見ると、総合相談支援に関わる業務 69.5%、指定介護予防支援に関わる業務 66.8%が、特に多い状況にあった。
- 4) 原田ら(2018)のインタビュー調査でも、会議主催者の運営に伴う負担として、会議前の根回しや準備が見られた。
- 5) 『手引き』(2017)では、先行自治体の取組みとして、埼玉県和光市や大分県の例が紹介されている。
- 6) 三菱総合研究所(2016)の調査では、個別会議への参加について、医師・歯科医師 30.4%、看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 38.9%であった。
- 7) 原田ら(2018)も、地域ケア会議の運営課題の1つとして、地域づくりの具体化を整理している。その背景には、職員が抱える包括センターの役割拡大への戸惑いや住民を巻き込んでいくことの難しさが見られた。
- 8) 原田(2013:27-29)は、地域のネットワーク構築の際に必要な視点として、「空間としての地域の重層性」を指摘している。これは、地域を重層的に捉え、圏域ごとに必

要なネットワークを検討するものである。資源開発の取組みにおいても、大変重要な視点と言える。

- 9) 兵庫県朝来市では、市内で開催される5つの会議について、その目的や参加者に応じて地域ケア会議の機能を振り分けている。その上で、各会議の議論が連動し、具体的に稼働できるよう、資源開発・政策形成の機能を持つ地域包括ケアシステム推進会議と、他の4つの会議をつなぐ役割を担う委員を選任している（足立 2015）。

終章 地域を基盤としたソーシャルワークの展開に向けて

本研究では、地域包括ケアシステムの構築が喫緊の政策課題となる中、その中核機関である包括センターに所属する社会福祉士の実践に焦点を当て、地域を基盤としたソーシャルワークの展開の観点から検討を行ってきた。本章では、本研究で実施した3つの調査について、改めてその成果と意義を整理するとともに、社会福祉士による地域を基盤としたソーシャルワークの展開に向けた方策を提示する。また、本研究の課題・限界と今後の研究課題について述べる。

第1節 本研究の成果と意義

1. 本研究の成果

本研究では、はじめに調査1として、包括センターの社会福祉士の地域支援に焦点を当て、インタビュー調査を実施した。この調査は、包括センターでの実践において、社会福祉士が地域支援に課題を抱えていることや地域支援の展開プロセスからの検討が十分でないといった先行研究の整理を踏まえて実施したものであった。調査の結果、個別支援との循環関係の存在、関係機関や事業所との幅広いネットワークといった社会福祉士による地域支援の特徴を明らかにすることができた。また、組織内の合意形成、地域特性に応じたアプローチ、住民活動の促進などの課題も把握することができた。

次に調査2として、包括センターの社会福祉士の実践に関するアンケート調査を実施した。先の調査1は、社会福祉士の地域支援に焦点化したものであったが、この調査では、地域を基盤としたソーシャルワークの視点から、個別支援と地域支援の双方を含む総合的な実践の実施状況について、その全体像を把握した。調査の結果、社会福祉士の4つの実践枠組みが明らかとなり、そこからは、関係者とのネットワークを土台に展開する実践実態を把握することができた。他方で、先行研究と同様に、個別支援と比較して地域支援を十分に実践できていない実態が捉えられ、さらに、短期間での配置異動や単独配置といった組織運営に起因する課題も推察された。

最後に調査3として、包括センターにおける地域ケア会議の実施状況と社会福祉士の実践面への効果に関するアンケート調査を実施した。この調査は、先の2つの調査とは異なり、社会福祉士の実践を取り巻く制度面に着目したものであった。ここでは、地域ケア会議を社会福祉士の実践を促す制度的仕組みとして位置づけ、その実施状況と実践面への効果を把握した。調査の結果、約9割の包括センターで個別会議が実施されていたものの、推進会議の実施は、約半数にとどまっている実態が明らかとなった。また、地域ケア会議を実施したことによる社会福祉士の実践面への効果は総じて高く、特に関係者とのネットワーク強化と地域の実態把握において、その効果が大きいことが明らかとなった。一部、資源開発の取組みに関して、効果が低い状況が見られたが、社会福祉士の実践を促す制度的仕組みとして、地域ケア会議の有効性が確認できた。

2. 本研究の意義

上述した3つの調査について、改めて地域を基盤としたソーシャルワークの視点から、その意義を整理すると、次のことが言える。

第1に、包括センターでの社会福祉士の実践が、地域を基盤としたソーシャルワークの特質を備えた実践であることを明らかにした点である。先に述べた通り、地域を基盤としたソーシャルワークは、関係者とのネットワークを実践の特質としている。地域支援の展開プロセスや4つの実践枠組みからは、関係者とのネットワークを土台に展開する社会福祉士の実践実態が捉えられ、地域を基盤としたソーシャルワークとしての特質を見出すことができた。

第2に、改めて地域支援の実行性を高める必要性を明らかにした点である。地域を基盤としたソーシャルワークは、個別支援と地域支援をいわば車の両輪として、一体的に取り組むことで成立する実践である。調査からは、個別支援と比べて地域支援を十分に実践できていない実態や組織内外での課題が捉えられ、改めてこうした現状を改善し、社会福祉士の地域支援を担保する必要があることを明らかにした。

第3に、地域ケア会議の有効性を明らかにした点である。調査からは、社会福祉士の実践面に対する地域ケア会議の効果の1つとして、関係者とのネットワークの強化が明らかとなった。このことは、関係者とのネットワークを特質とする地域を基盤としたソーシャルワークの展開において、地域ケア会議への取り組みが有効な方策になることを示したと言える。

第2節 地域を基盤としたソーシャルワークの展開への方策—本研究の成果から—

1. 地域ケア会議の活用

前節で述べたように、地域ケア会議は、社会福祉士による地域を基盤としたソーシャルワークの展開に有効であり、積極的に活用していく必要があるが、その運営においては、次の点がポイントになると考える。

1つは、参加メンバーの一員として、住民をしっかりと位置づけた運営を行うことである。地域ケア会議は、住民とのネットワーク形成という点では、その効果がやや低い状況にあり、これには、住民が会議（特に個別会議）に参加する機会自体が少ない状況がうかがえた。当然のことながら、会議の目的や内容によっては、必ずしも住民の参加が必要でない場合もある。しかし、住民が個別ケースの支援者、あるいは地域づくりの担い手として会議の場に参加し、専門職との関係を築いていくことは、社会福祉士の実践基盤であるネットワークの拡充と強化につながり、地域を基盤としたソーシャルワークの展開にも大きく寄与すると考える。

2つ目に、包括センターにおいても積極的に推進会議に取り組み、すでに実施している個別会議と連動した運営を行うことである。包括センターの社会福祉士は、地域支援に課題を抱えており、その点で推進会議に取り組むこと自体が重要な意味を持つと言える。さらにそれだけでなく、個別支援の比重が大きい社会福祉士の実践実態を踏まえると、地域を基盤としたソーシャルワークの展開には、個別支援を起点に、そこから地域支援に取り組んでいくプロセスを担保することが特に重要となる。すなわち、①個別ケースの検討から地域課題の把握を行い、②それを関係者と共有・協議し、③地域づくりや資源開発を具体化する、といった一連のプロセスを担保する必要がある。そのためには、包括センターが個別会議と推進会議の双方に取り組み、そこでの検討内容や結果を互いにフィードバック

クするなど、運動性のある運営を行うことが重要かつ不可欠になると考える。

2. 地域支援の実行性の担保

社会福祉士の地域を基盤としたソーシャルワークの展開には、地域支援の実行性を担保することが不可欠な状況となっている。この点については、包括センターでの実践やそれを取り巻く制度・組織面からの検討が必要となるが、前者については、本研究で捉えた地域支援の構造が1つの手がかりになると考える。本研究では、「住民との関係構築」、「住民との合意形成」、「関係機関・事業所等の巻き込み」、「住民の主体化支援」、といった構造を捉えたが、地域支援においては、こうした局面を意識的に作り出し、その1つひとつに確実に取り組んでいくことが重要になると考える。

また、地域支援と個別支援との間には、互いに実行性を高め合う関係が成立していたことから、包括センターでの主業務である個別ケースの対応を丁寧に積み重ねていくことも、地域支援につながる重要なポイントになると考える。さらに、本研究では、地域支援の中でも、特に社会福祉士が取り組むべき課題として、住民活動の促進を指摘した。住民活動については、これまで町内会や自治会などが主体となることを前提に、見守りやサロン活動などへの支援が行われてきた。しかし、こうした既存の住民組織は、組織自体の存続や活動の継続性に関わる課題を抱えており、今後は、NPO 法人やボランティア団体といったいわゆるテーマ型組織も視野に入れ、住民活動の支援・促進を行うことが重要になると考える。

以上の他、制度・組織面においては、先に述べた推進会議への積極的な取り組みが重要になると考える。また、包括センターの職員間で地域支援に対する認識のばらつきが見られたことから、まずはその必要性について、組織内で共通理解を図ることが不可欠となる。その上で、業務の遂行体制や役割分担といった側面から社会福祉士をサポートすることで、地域支援の実行性を高めていくことが重要になると考える。

第3節 本研究の課題・限界と今後の研究課題

1. 本研究の課題・限界

ここでは、本研究で実施した3つの調査に焦点化し、その課題・限界を述べる。調査1については、社会福祉士の地域支援として、さまざまな取組みが見られたが、取組みごとの展開プロセスや構造、課題の実態を十分に捉えていない。これらを詳細に把握することで、各取組みの特性に応じた地域支援の展開が可能となり、その実行性や効果をより高めることにつながると考える。また、今回は、住民の主体形成を重視する立場からデータの収集を行ったために、関係機関・事業所との関わりを十分に捉えていない。インタビューでも語られたように、包括センターは地域のマネジメント機関として、住民のみならず、関係機関・事業所とも協力しながら地域支援を進めていかなければならない。その際、住民との関わりにおいて見られたような関係構築への働きかけや地域支援への合意形成などを具体的にどのように行ったのか、その実態を把握する必要がある。

調査2については、地域を基盤としたソーシャルワークの理論的な整理がまだまだ十分でなく、社会福祉士の実践内容も明確に規定できないという調査設計上の課題がある。こう

した中、先行研究や包括センターの運営マニュアルなどを用いて、地域を基盤としたソーシャルワークの実践内容を仮説的に設定したが、組織レベル（チーム形成、スーパービジョンの実施、業務改善の取組みなど）やマクロレベル（計画の策定、政策形成への参画など）を十分に取り入れることができなかった。したがって、本調査で把握した実践実態も、社会福祉士による地域を基盤としたソーシャルワークとしては、限定的・部分的な内容になったと言える。また、実践状況が回答者自身の主観的評価であり、包括センターの他職種や住民（利用者）といった実践者本人とは異なる視点からの評価を取り入れていないといった課題もある。加えて、調査対象の範囲を九州圏内 8 県に限定した点や有効回収率が 29.1%にとどまった点なども、本研究の課題と言えるだろう。

最後に調査 3 であるが、調査内容を包括センター主催の地域ケア会議に限定したために、市町村主催による会議の実態を捉えていない。また、推進会議の実態については、最小単位・範囲のものとなっている。推進会議は、実施する単位・範囲によって、開催頻度、検討内容、参加者などが異なるが、今回その詳細を把握できていない。さらに、社会福祉士の実践面への効果が単純集計にとどまっている分析上の課題もある。自治体や包括センターごとに地域ケア会議の実施体制や運営方法が大きく異なる中、社会福祉士の実践に効果をもたらす諸要因や因果関係を抽出・把握することは容易でなく、この点、本調査の限界となった。なお、調査 2 と同様に、実践面への効果が回答者自身の主観的評価に基づいている点や調査対象の範囲を九州圏内 8 県に限定した点、有効回収率が 33.8%にとどまった点なども、本調査の課題と言える。

2. 今後の研究課題

地域を基盤としたソーシャルワークが分野・対象を問わず、人びとの生活課題に広く対応する実践であることを踏まえると、今後は、包括センター以外の相談機関・事業所での実践についても、検討していく必要があると考える。実際、各地で地域を基盤としたソーシャルワーク（コミュニティソーシャルワーク）を担う専門職の配置が進んでおり、その効果や課題などが報告されている¹⁾。こうした各地の取組みを精査することで、包括センターでの実践の特徴や課題を改めて捉えることができ、地域を基盤としたソーシャルワークの展開への方策も、より多角的な視点から検討できると考える。

また、社会福祉士が地域支援に課題を抱えている実態が明らかになったことや多様な人びとの参加・参画を本質とした地域包括ケアシステム構築（地域共生社会の実現）の政策が進んでいる現状を踏まえると、今後は、包括センターでの実践に限らず、一定の地域内に総体として、地域を基盤としたソーシャルワークの機能を担保するといった発想も重要となる。この点に関して、菱沼（2015：67-77）は、圏域設定をした上で、①基幹となる専門職チームをあらかじめ配置する、②必要に応じてチームメンバーをつなぐ役割を持った専門職を配置する、③機関間の情報共有や協働検討機能を確保した有機的連携機能体制を構築する、といった 3 つのシステムを整理している²⁾。こうした見解も参考にしながら、自治体の人口規模・構造、行政区、公的サービス、住民組織の実情などの諸条件を踏まえたシステムのあり方を検討する必要があるだろう。なお、その際は、自治体や社会福祉協議会が策定する地域福祉（活動）計画との連動も、あわせて検討する必要があると考える。

最後に、大学等における社会福祉士養成教育のあり方も検討する必要があると考える。先に述べたように、2021年度には、社会福祉士養成に新たなカリキュラムの導入が予定されている。そのねらいは、地域共生社会の実現において、社会福祉士がソーシャルワーク専門職としての役割を発揮していくための実践力の習得にある。換言すると、地域を基盤としたソーシャルワークを担うべく、その実践に必要な知識と技術の習得を目指すものである。新たなカリキュラムでは、地域共生社会に関する科目「地域福祉と包括的支援体制」の創設やソーシャルワーク関連科目の再構築、実習時間数の拡充（従来の180時間を240時間に拡充）など、教育内容の充実が図れている（厚生労働省2019）。今後は、これらの教育効果を最大限に引き出すための授業展開や教授方法の検討が必要となるだろう。

また、長期的には、このカリキュラムを経て、現場に輩出された社会福祉士の実践を評価し、地域を基盤としたソーシャルワークの観点から、その成果と課題を検証することも重要となるだろう。

【注】

- 1) 例えば、「コミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）調査研究事業報告書」（野村総合研究所2013）がある。
- 2) ①については長野県茅野市、②については大阪府で、その取組みが見られる。また、宮城（2015：38-48）は、地域を基盤としたソーシャルワーク（コミュニティソーシャルワーク）の展開について、個別支援の過程を通じて新たな資源開発など、地域支援の展開を図っていくアプローチと、先に地域内の組織化やシステム整備などの地域支援を行い、それを活用して個別支援を展開していくアプローチを述べている。そのどちらを選択するかは、実践現場の状況や対象とする地域課題などの条件によるとしている。

【引用・参考文献等リスト】

- 秋山 薊二 (1998) 「ジェネラル・ソーシャルワークの基本的立場と方法」『ソーシャルワーク研究』24 (1) : 11-16.
- 秋山 智久 (2007) 『社会福祉専門職の研究』ミネルヴァ書房.
- 足立 里江 (2015) 「効果的な地域ケア会議を推進する地域包括支援センターの役割」『ケアマネジメント学』14 : 27-34.
- 蟻塚 昌克 (2006) 「社会福祉士制度」福祉士養成講座編集委員会編『新版 社会福祉士養成講座 社会福祉原論』中央法規出版、251-260.
- 地域包括ケア研究会 (2009) 『地域包括ケア研究会報告書－今後の検討のための論点整理－』 (http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01_pdf01.pdf, 2016.8.1).
- 地域包括ケア研究会 (2013) 『地域包括ケア研究会－地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点－』 (http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf, 2016.8.1).
- 地域包括ケア研究会 (2016) 『地域包括ケア研究会－地域包括ケアシステムと地域マネジメント－』 (http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf, 2016.8.1).
- 地域包括ケア研究会 (2017) 『地域包括ケア研究会－2040年に向けた挑戦－』 (http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf, 2017.11.1).
- 長寿社会開発センター (2013) 『地域ケア会議運営マニュアル』.
- 長寿社会開発センター (2016) 『地域包括支援センター運営マニュアル』.
- 原田 小夜・種本 香 (2018) 「地域包括支援センター職員の地域ケア会議運営の課題と運営の工夫」『日本公衆衛生雑誌』65 (10) : 575-588.
- 原田 正樹 (2005) 「コミュニティワークを地域住民の力へーコミュニティワークの発展とこれからの戦略－」『地域福祉研究』33 : 32-41.
- 原田 正樹 (2013) 「ネットワーク構築に向けたソーシャルワークの視点と方法」日本社会福祉士会編『ネットワークを活用したソーシャルワーク実践』中央法規出版、20-39.
- 久松 信夫 (2017) 「認知症高齢者支援におけるソーシャルワーカーの代弁プロセス－地域包括支援センターの社会福祉士に焦点をあてて－」『社会福祉学』57 (4) : 71-84.
- 菱沼 幹男 (2012) 「福祉専門職による地域支援スキルの促進要因分析－コミュニティソーシャルワークを展開するシステム構築に向けて－」『社会福祉学』53 (2) : 32-44.
- 菱沼 幹男 (2015) 「コミュニティソーシャルワークの展開方法－プランニング－」中島修・菱沼 幹男編『コミュニティソーシャルワークの理論と実践』中央法規出版、67-77.
- 平坂 義則 (2008) 「地域包括支援センターにおける地域支援の方向性－実践者による『フォーカス・グループ・インタビュー調査』をとおして－」『日本の地域福祉』21 : 19-29.
- 平坂 義則・吉川 琢夫・染野 徳一 (2010) 「地域福祉実践における専門職の連携に関する研究－実践者主体による実践的研究の試み－」『地域福祉実践研究』創刊号 : 24-35.
- 平野 隆之 (2007) 「コミュニティワークから『地域福祉援助技術』へ」高森 敬久・高田 真治・加納 恵子・他『地域福祉援助技術論』相川書房、32-40.
- 日和 恭世 (2016) 「専門職としてのソーシャルワークの再検討－専門職の概念に焦点をあて

- てー」『別府大学紀要』57：57-66.
- 福祉関係三審議会合同企画分科会（1987）『福祉関係者の資格制度について』（<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/shiryuu/syakaifukushi/313.pdf>, 2019. 1. 20）.
- 藤井博志（2016）「地域福祉実践のプロセス分析と事例化の方法ーコミュニティワーク実践を中心としてー」『地域福祉実践研究』7：3-9.
- 猪飼周平（2011）「地域包括ケアの社会理論への課題ー健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」『社会政策』2（3）：21-38.
- 一瀬貴子（2013）「家庭内高齢者虐待発生事例の家族システム内特性に対する社会福祉士が活用するソーシャルワーク実践スキルの効果」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』17（1）：17-26.
- 伊藤周平・日下部雅喜（2016）『新版 改定介護保険法と自治体の役割ー新総合事業と地域包括ケアシステムへの課題ー』自治体研究社.
- 井上信宏（2007）「地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応ー地域包括ケアの実践と困難事例の解決のためにー」『信州大学経済学論集』57：15-47.
- 井上信宏（2015）「生活保障システムの転換と地域包括ケア」宮本太郎編『地域包括ケアと生活保障の再編ー新しい『支え合い』システムを創るー』明石書店，79-117.
- 岩間伸之（2005）「ジェネラリスト・ソーシャルワークNo.1」『ソーシャルワーク研究』31（1）：53-58.
- 岩間伸之（2009）「地域包括支援センターにおけるソーシャルワーク実践の機能ー『地域を基盤としたソーシャルワーク』の展開ー」日本社会福祉士会編『地域包括支援センターソーシャルワーク実践事例集』中央法規出版、2-17.
- 岩間伸之（2011）「地域を基盤としたソーシャルワークの特質と機能ー個と地域の一体的支援の展開に向けてー」『ソーシャルワーク研究』37（1）：4-19.
- 岩間伸之・原田正樹（2016）『地域福祉援助をつかむ』有斐閣.
- 加納恵子（2007）「コミュニティワークの主体のとらえ方」高森敬久・高田真治・加納恵子・他『地域福祉援助技術論』相川書房、78-85.
- 加山弾（2015）「コミュニティソーシャルワークの概念および実践上の課題ー「地域支援へのウェイト」「方法の統合的活用」「広範な対象規定」に着目してー」『社会福祉研究』123：44-53.
- 川島ゆり子（2011）『地域を基盤としたソーシャルワークの展開ーコミュニティケアネットワーク構築の実践ー』ミネルヴァ書房.
- 木下康仁（2003）『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践ー質的研究への誘いー』弘文堂.
- 木原活信（2007）「社会福祉実践の枠組 歴史・沿革」中村優一・一番ヶ瀬康子・右田紀久恵監修『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版、614-617.
- 木村真理子（2015）「グローバリゼーションとソーシャルワークーソーシャルワーク専門職：グローバル定義採択と国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）の新たな役割ー」『ソーシャルワーク研究』41（2）：5-15.

- 京極高宣（1993）『改訂 日本の福祉士制度－日本ソーシャルワーク史序説－』中央法規出版.
- 工藤雄行・大沼由香・中村直樹・他（2013）「委託型の地域包括支援センター社会福祉士のネットワーク構築に関する認識」『弘前医療福祉大学短期大学部紀要』1（1）：9-18.
- 厚生労働省（2000）『社会的な擁護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会報告書』
（https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s0012/s1208-2_16.html, 2015. 8. 4).
- 厚生労働省（2008）『地域における『新たな支え合い』を求めて－住民と行政の協働による新しい福祉－』
（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/s0331-7.html>, 2016. 8. 5).
- 厚生労働省（2008）『平成 19 年度 社会福祉士養成課程における教育内容の見直しについて』
（https://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei01_0001.pdf, 2019. 1. 20).
- 厚生労働省（2013）『地域包括ケアシステム』
（http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf, 2016. 8. 1).
- 厚生労働省（2014）『地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例』
（http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiiki-houkatsu/dl/model.pdf, 2016. 8. 1).
- 厚生労働省（2014）『地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集－地域の特色を活かした実践のために－』
（https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf. 2018. 8. 1).
- 厚生労働省（2015）『誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン－』
（<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf>, 2016. 8. 5).
- 厚生労働省（2016）『地域包括支援センターの設置運営について』.
- 厚生労働省（2017）『介護予防活動普及展開事業（市町村向け手引き）』
（<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000169398.pdf>, 2018. 8. 1).
- 厚生労働省（2017）『「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）』
（http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000150632.pdf, 2017. 11. 1).
- 厚生労働省（2018）『平成 29 年度 介護給付費等実態調査の概況』
（<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/17/dl/05.pdf>. 2020. 7. 3).
- 厚生労働省（2018）『平成 30 年 介護サービス施設・事業所調査の概況』
（<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service18/index.html>. 2020. 7. 3).
- 厚生労働省（2019）『社会福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて』

- (<https://www.mhlw.go.jp/content/000523365.pdf>, 2019. 8. 1).
- 高良麻子 (2015) 「地域ケア会議運営における 2 つの危惧と活用の可能性」『月刊ケアマネジメント』 26 (7) : 62-63.
- 高齢者介護研究会 (2003) 『2015 年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて－』
- (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>, 2015. 8. 4).
- 高齢者リハビリテーション研究会(2004)『高齢者リハビリテーションのあるべき方向(案)』
- ([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05kaig.nsf/0/94ab836f7a6cd9ad49256e2f001d649c/\\$FILE/index_siryuu.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05kaig.nsf/0/94ab836f7a6cd9ad49256e2f001d649c/$FILE/index_siryuu.pdf), 2015. 8. 4).
- 小林甲一・市川勝 (2015) 「医療主導による地域包括ケアシステムの形成と展開－広島県尾道市におけるモデル構築を事例に－」『名古屋学院大学論集社会科学篇』 51 (3) : 1-18.
- Louise, C. Johnson and Stephen, J. Yanca, 2001, Social Work Practice : A Generalist Approach, 7th ed. (=2012、山辺朗子・岩間伸之訳『ジェネラリスト・ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房.)
- 牧里毎治 (2007) 「コミュニティソーシャルワーク」中村優一・一番ヶ瀬康子・右田紀久恵監修『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版、712-713.
- 松崎吉之助 (2012) 「独居等認知症高齢者に対する成年後見制度申立て支援に関する研究－地域包括支援センター社会福祉士による支援プロセス－」『日本認知症ケア学会誌』 11 (2) : 506-515.
- 松端克文 (2012) 「住民主体と地域組織化－『地域』をめぐる主体化と資源化のパラドックス－」山懸文治・大塚保信・松原一郎編『岡村理論の継承と展開 第3巻 社会福祉における生活者主体論』ミネルヴァ書房、92-114.
- 松端克文(2018)『地域の見方を変えると福祉実践が変わる－コミュニティ変革の処方箋－』ミネルヴァ書房.
- 三島亜紀子 (2007) 『社会福祉学の〈科学〉性－ソーシャルワーカーは専門職か？－』勁草書房.
- 三菱総合研究所 (2015) 『地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書』.
- 三菱総合研究所 (2016) 『地域支援事業の包括的支援事業及び任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書』.
- 峯本佳世子・杉原百合子・山田裕子・他 (2013) 「地域包括支援センターにおける社会福祉士の課題－フォーカス・グループ・インタビューでみえた専門職のジレンマ－」『介護福祉学』 20 (2) : 126-135.
- 宮島俊彦 (2012) 「地域包括ケアの展望 その1」『社会保障旬報』 2510, 18-25.
- 宮城孝 (2015) 「コミュニティソーシャルワークの概念－展開プロセス－」中島修・菱沼幹男編『コミュニティソーシャルワークの理論と実践』中央法規出版、38-48.
- 宮本太郎 (2015) 「地域社会をいかに支えるのか－生活保障の再編と地域包括ケア－」宮本太郎編『地域包括ケアと生活保障の再編－新しい『支え合い』システムを創る－』明石書店、15-44.

- 森本佳樹 (2012) 「地域福祉と『地域包括ケア』」太田貞司・森本佳樹編『地域ケアシステム・シリーズ① 地域包括ケアシステムーその考え方と課題ー』光生館、39-58.
- 内閣官房 (2016) 『ニッポン一億総活躍プラン』
(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ichiokusoukatsuyaku/pdf/plan1.pdf>, 2017. 11. 1).
- 中村佐織 (1998) 「ジェネラル・ソーシャルワークにおける展開過程の意義」『ソーシャルワーク研究』24 (1) : 17-23.
- 二木立 (2016) 『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房.
- 二木立 (2017) 『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房.
- 日本社会福祉士会 (2008) 『地域包括支援センターにおける総合相談・権利擁護業務の評価に関する研究事業報告書』.
- 日本社会福祉士会 (2012) 『認定社会福祉士制度』
(http://www.jacsw.or.jp/10_senmon/index.html, 2020. 8. 1).
- 日本社会福祉士会 (2019) 『社会福祉士会とは』
(<http://www.jacsw.or.jp/>, 2019. 1. 20.).
- 日本総合研究所 (2014) 『事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成ーできること探しの素材集ー』
(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf, 2016. 8. 1).
- 日本能率協会総合研究所 (2015) 『平成 26 年度 生活支援コーディネーター (地域支え合い推進員) に係る中央研修テキスト』.
- 日本地域福祉研究所 (2015) 『コミュニティソーシャルワークの理論と実践』中央法規出版.
- 沼尾波子 (2015) 「座談会 地域包括ケアと地域共生のこれから」宮本太郎編『地域包括ケアと生活保障の再編ー新しい『支え合い』システムを創るー』明石書店、221-275.
- 野村総合研究所 (2013) 『コミュニティソーシャルワーカー (地域福祉コーディネーター) 調査研究事業報告書』.
- 大口達也 (2012) 「自治体と『地域包括ケア』」太田貞司・森本佳樹編『地域ケアシステム・シリーズ① 地域包括ケアシステムーその考え方と課題ー』光生館、181-196.
- 大阪社会福祉士会 (2011) 「大阪府内の地域包括支援センター社会福祉士職向けアンケート調査結果概要」『大阪社会福祉士』17 : 15-27.
- 太田義弘 (1998) 「ジェネラル・ソーシャルワークの意義と課題」『ソーシャルワーク研究』24 (1) : 4-10.
- 大橋謙策 (2005) 「コミュニティソーシャルワークの機能と必要性」『地域福祉研究』33 : 4-15.
- 岡本浩二 (2017) 「地域包括ケアシステムの概念と今後の課題ーまちづくりの視点からー」『横浜商大論集』50 (1.2) : 28-47.
- 岡本民夫 (1996) 「社会福祉専門性・専門職制度をめぐる背景と課題」『社会福祉研究』66 : 107-113.
- 奥田いさよ (1992) 『社会福祉専門職性の研究ーソーシャルワーク史からのアプローチ: わが国での定着化をめざしてー』川島書店.

- 奥村あすか・潮谷有二・永田康浩・他（2018）「地域包括支援センターにおける地域ケア会議に関する一研究ー地域包括支援センターに関する全国調査結果の経年比較に焦点を当ててー」『純心人文研究』24：33-58.
- 立教大学（2009）「地域包括支援センターの評価に関する研究報告書」.
- 佐々木昌弘（2016）「地域包括ケアシステムを牽引する法制度」太田秀樹編『スーパー総合医 地域包括ケアシステム』中山書店，128-138.
- 佐藤豊道（1998）「ジェネリック・ソーシャルワークの出現の経緯」『ソーシャルワーク研究』24（1）：24-30.
- 潮谷有二・宮野澄男・奥村あすか・他（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要」『純心現代福祉研究』18：33-71.
- 社会福祉振興・試験センター（2015）『平成27年度 社会福祉士及び介護福祉士就労状況調査』
(http://www.sssc.or.jp/touroku/results/pdf/h27/results_sk_h27.pdf, 2019.1.20).
- 社会福祉振興・試験センター（2019）『登録者の状況』
(<http://www.sssc.or.jp/touroku/tourokusya.html>, 2019.11.1).
- 社会保障国民会議（2008）『第二分科会 サービス保障（医療・介護・福祉）中間とりまとめ』
(https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokokuminkaigi/chukan/siryou_4.pdf, 2016.8.1).
- 社会保障国民会議（2008）『中間報告』
(https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokokuminkaigi/chukan/siryou_1.pdf, 2016.8.1).
- 社会保障国民会議（2008）『最終報告』
(https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokokuminkaigi/saishu/siryou_1.pdf, 2016.8.1).
- 社会保障審議会介護保険部会（2004）『介護保険制度の見直しに関する意見』
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/dl/s0730-5a.pdf>, 2016.8.1).
- 社会保障審議会介護保険部会（2010）『介護保険制度の見直しに関する意見』
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xkzs-att/2r9852000000xl19.pdf>, 2016.8.1).
- 社会保障審議会介護保険部会（2013）『介護保険制度の見直しに関する意見』
(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000033066.pdf, 2016.8.1).
- 社会保障審議会介護保険部会（2016）『介護保険制度の見直しに関する意見』
(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000145516.pdf, 2017.11.1).
- 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会（2018）『ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について』
(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjika>

nshitsu_Shakaihoshoutantou/0000199560.pdf, 2018. 6. 6).

社会保障制度改革国民会議 (2013)『社会保障制度改革国民会議報告書－確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋－』

(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>, 2016. 8. 1).

白澤政和 (2013)『地域のネットワークづくりの方法－地域包括ケアの具体的な展開－』中央法規出版.

須藤昌寛・若倉健 (2008)「高齢者虐待に取り組む社会福祉士の現状と課題－栃木県地域包括支援センターにおける聴き取り調査より－」『社会福祉士』15 : 75-82.

副田あけみ・梅崎薫・小嶋省吾 (2003)「介護保険下の在宅介護支援センタータイムスタディにもとづく『あり方』の研究－」『厚生指標』50 (15) : 8-13.

副田あけみ (2009)「ジェネラリスト・アプローチ」久保紘章・副田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデル－心理社会的アプローチからナラティブまで－』川島書店、135-157.

染野徳一・吉川琢夫・平坂義則・他 (2011)「専門職と地域との『共有の場』の効果と運営方法－『個別支援』から『地域支援』への展開の場とするための実践研究の試み－」『地域福祉実践研究』2 : 19-30.

高瀬幸子 (2012)「エコロジカル視点に基づくソーシャルワーク実践の実証的研究－地域包括支援センターにおける一人暮らし高齢者の援助事例の質的分析－」『ソーシャルワーク研究』38 (1) : 47-55.

高橋健輔・吉川琢夫・平坂義則・他 (2013)「住民と専門職の協働による地域を基盤としたソーシャルワークの展開方法－大都市集合住宅のコミュニティ再生に向けた地域福祉実践研究－」『地域福祉実践研究』4 : 46-54.

高山由美子 (2014)「地域包括支援センターにおける社会福祉士職の業務実施に関する意識－組織体制、業務の実施状況、専門職性に着目して－」『社会福祉士』14 : 49-56.

高山由美子 (2016)「地域包括支援センターにおける社会福祉士の実践に関する論述と研究の動向」『ルーテル学院大学研究紀要』49 : 13-29.

高室成幸 (2012)「地域包括支援センターと『地域力』」太田貞司・森本佳樹編『地域ケアシステム・シリーズ① 地域包括ケアシステム－その考え方と課題－』光生館、160-179.

田口誠也 (2010)「福祉専門職の地域支援に対する意識－地域包括支援センターの社会福祉士に注目して－」『ソーシャルワーク研究』36 (3) : 50-57.

武居幸子・冷水豊 (2008)「地域包括支援センターの社会福祉士の業務自己評価に関連する要因」『社会福祉学』48 (4) : 69-81.

武川正吾 (2006)『地域福祉の主流化－福祉国家と市民社会Ⅲ－』法律文化社.

多々良紀夫・塚田典子・佐々木隆夫・他 (2009)「社会福祉士と高齢者虐待防止活動－全国調査から分かったこと;最終調査報告書にかえて－」『高齢者虐待防止研究』5 (1) : 72-83.

田中八州夫 (2012)「地域包括支援センターの総合相談機能の現状と展望について」『行政苦情救済&オンブズマン』23 : 71-79.

寺田富二子・大沼由香・中村直樹・他 (2012)「直営型地域包括支援センターに勤務する社会福祉士のネットワーク構築に関する認識」『弘前医療福祉大学紀要』3 (1) : 43-51.

東京社会福祉士会 (2014)『地域包括支援センター社会福祉士相当職員実態調査報告書』.

- 鳥羽美香（2008）「地域包括ケアと社会福祉士の役割ー包括的・継続的ケアとネットワーク形成の課題ー」『高齢者のケアと行動科学』14（1）：2-10.
- 山口昇（2012）「地域包括ケアのスタートと展開」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社，12-37.
- 和気純子（2014）「支援困難ケースをめぐる3職種の実践とその異同ー地域包括支援センターの全国調査からー」『首都大学人文学報・社会福祉学』30：1-25.
- 和気純子（2017）「地域包括支援センターの役割への期待ー地域包括ケアシステム構築の中核的機関ー」『月刊福祉』100（1）：24-27.

【初出論文一覧】

< 第 1 章 >

荒木剛（2019）「地域包括ケアシステム構築に向けた政策展開と課題」『西南女学院大学紀要』23.

< 第 2 章・第 3 章 >

荒木剛・本郷秀和（2019）「地域包括支援センターの社会福祉士に期待される実践と課題－先行文献からの検討－」『福岡県立大学人間社会学部紀要』27（2）.

< 第 4 章 >

荒木剛（2018）「地域包括支援センターにおける社会福祉士の地域支援に関する研究－質的分析による構造と課題の把握－」『九州社会福祉学』14.

< 第 5 章 >

荒木剛（2019）「地域包括支援センターにおける社会福祉士の実践上の課題－個人属性、組織の運営および実践状況からの検討－」『ソーシャルワーク研究』45（1）.

< 第 6 章 >

荒木剛（2020）「地域包括支援センターにおける地域ケア会議の実施状況－社会福祉士の実践面への効果について－」『九州社会福祉学』16.

【参考資料】

<資料 1>

「地域包括支援センター社会福祉士の地域支援に関するインタビュー調査」の依頼状および結果（分析ワークシート）

<資料 2>

「地域包括支援センター社会福祉士の実践に関するアンケート調査」のアンケート票および結果

<資料 3>

「地域包括支援センターにおける地域ケア会議の実施状況と社会福祉士の実践面への効果に関するアンケート調査」のアンケート票および結果

地域包括支援センター〇〇〇〇
〇〇〇〇様

地域包括支援センターにおけるソーシャルワーク実践に関する研究
(調査へのご協力のお願い)

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素より本学の教育・研究活動につきまして、格段のご高配を賜り感謝申し上げます。

さて、地域包括支援センターに社会福祉士が設置されてから早くも10年目を迎えました。地域包括支援センターの社会福祉士には、ソーシャルワーク実践の専門職として、高齢者個々の生活課題の解決（以下、個別支援と表記します。）と、地域の福祉力を高める実践（以下、地域支援と表記します。）の一体的な展開が期待されております。しかし、この間の社会福祉士の実践を見てみますと、個別支援につきましては数多くの実績が示されておりますが、地域支援は十分に組み立てていない状況にあります。これには、地域包括支援センターの業務内容や組織体制など様々な理由・背景が指摘されておりますが、いまだ十分に整理されておられません。その一方で、高齢者の生活課題はさらに多様化・複雑化が進み、これに伴い地域の果たす役割もいっそう大きくなっております。こうした状況下におきまして、改めて地域包括支援センターの社会福祉士による地域支援の現状及び課題を精査するとともに、その実践を促進する具体的方策を検討することが重要であると考えます

そこで今回、地域包括支援センターの社会福祉士としてご活躍の皆様方にインタビュー調査を実施させて頂き、住民との関係づくりや高齢者の課題対応における協働、住民主体の福祉活動への働きかけなど、地域支援の現状につきましてご教示を賜りたいと考えております。つきましては、ご多忙の中、誠に恐縮ではございますが、下記をご覧頂き、本研究へのご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

1. 研究課題

「地域包括支援センターにおけるソーシャルワーク実践に関する研究—個別支援を通じた地域支援の展開上の課題—」

2. 研究の目的と視点

本研究は、地域包括支援センターにおける社会福祉士の地域支援に焦点をあて、その実践上の課題整理を行うことを目的としております。地域支援の展開につきましては、住民や自治会・町内会などに働きかけを行い、組織化やネットワーク構築を図るといった方法が存在します。しかし本研究では、地域包括支援センターにおける社会福祉士の実践が個別支援を中心としている現状を鑑み、高齢者の個別課題への対応を起点として、地域支援がどのように展開できるかといった点に着目し、実践上の課題を整理致します。

3. 研究方法及び調査内容

インタビュー調査を実施致します。インタビューの主な内容は、①住民との関係づくりについて、②住民との協働による個別支援の展開について、③住民との課題共有のあり方について、④課題解決に向けた住民主体

による福祉活動への支援について、などです。インタビューの時間は約 60 分を予定しております。また、インタビューの内容は同意が得られた場合に限り、IC レコーダーに録音をさせていただきます。

4. 研究を行う上での倫理的配慮

(1) 研究協力の自由について

研究へのご協力は任意です。ご協力頂けない場合でも貴機関に不利益が生じることはございません。同意書を提出した場合であっても、いつでも途中で辞退することが出来ます（同意撤回書を同封しております）。また、インタビューでは無理に回答しなくても結構です。回答内容の削除等の希望があれば速やかに応じます。その他、研究内容等に関する情報開示のご依頼があれば速やかに応じます。

(2) 研究に関わる個人情報の保護について

インタビューの録音には同意を得られた場合に限り、IC レコーダー（記憶媒体：SD カード）を使用致しますが、SD カードの学外への持ち出しは一切行いません。また、インタビューの逐語記録は個人が特定されないようコード番号で扱い、これも学外への持ち出しは一切行いません。

SDカード及び逐語記録は研究が終了してから5年間保管した後、SDカードはデータを消去した上で破棄し、逐語記録はシュレッダーで裁断します。また、得られたデータの目的外利用は一切いたしません。

(3) 研究結果の報告について

論文を作成次第お知らせいたします。また研究成果につきましては学会等で発表する予定です。

(4) 利益相反について

本研究において利益相反は一切ありません。

(5) 苦情対応について

研究に協力するにあたって苦情対応の窓口を設置しております。下記をご参照下さい。

本研究は西南女学院大学倫理審査委員会の審議に基づき、西南女学院大学学長の許可を得て実施しております。本研究の趣旨を理解した上で、ご協力を頂ける場合は、同封の「同意書」をご返送下さい。

◇研究に関して質問があれば下記までご連絡下さい。

【研究責任者・連絡先】

〒803-0835 北九州市小倉北区井堀 1-3-5

西南女学院大学保健福祉学部福祉学科 荒木 剛

TEL : 093-583-5131 E-mail : araki-t@seinan-jo. ac. jp

◇研究に関して苦情等があれば下記までご連絡下さい。

【苦情対応窓口・連絡先】

〒803-0835 北九州市小倉北区井堀 1-3-5

西南女学院大学 倫理審査委員長

TEL : 093-583-5130 (西南女学院大学庶務課)

【カテゴリー】意識的な地域との関係構築

概念	包括センターの広報・周知活動
定義	まずは包括という機関（存在、役割、機能）を知ってもらうための取り組みを行うこと。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターという聞きなれない名前の、そういった所があるっていうセンターの、まず広報、からなかなか難しいところがあって～中略～あの一各、このネットワーク会議に出て頂いている区長さんの集まり、老人会長さんの集まり、民生委員さんの集まり、高齢者相談員さんの集まり、シルバーヘルパーさんの集まりにお顔を出させて頂いて、包括のリーフレットをお配りして、こういう相談機関がありますと、で地域のことで何かご相談受けられると思うので、そんな時には包括の方もお力になるので連絡下さいというようなことを結構地道に、周りながら、お顔と～中略～とあと町の広報紙だったり、社協ひろばに包括のページをもらったりして、そこで普段やってることの、活動をご報告させて頂いたりとか、なるべく地域に行ってお顔を見せるっていうのをやらせて頂いてますね。（No.3. P5） ・それこそまた広報ですけど、相談があれば包括にっていうのを、常日頃から、はい。（No.3. P13） ・（包括ってどんなもん、こんなとこなんかみたいな、名前も初めて聞く人もいるかもしれないね）はい。なので絶対に一番最初のこういうパンフレットとかも持って行くんですけど、最初の1面は包括支援センターでどんなことっていうような説明をさせて頂いて、なのでそこで今回良い機会だなということを踏まえて包括のアピールもしてですね（No.4. P6） ・まずは自治会長さんにも包括の役割とかしっかりと分かってもらいつつっていうのが半年（No.8. P4） ・例えばその老人クラブとかはもちろん随時、例えばこのいえば言うたように会長にも、してますのでっていうお話もしてるので、例えば老人クラブの集まりの時にお話はさしてもらったりとか、そういったのはもう随時さしてはもらってますね、それはあくまでも、もうほんと、まあもちろんこちらからもアウトリーチっていうかお話もしますが、やっぱり向こう側から是非話ばしてくれんねっていうことで行ったりはよく多々あってますね、（包括がどういうものなのかとか）そうですね、そうですね、例えば認知症の話をしたり、消費者被害の話をしたりとかですたいね、それはもうほんと随時さしてもらってますね、（No.11. P7 - P8）
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・活動の目的や必要性などを知ってもらう前に、そもそも包括が何者なのかを知ってもらう（信頼を得る）。 ・活動の前段階のいわゆるアウトリーチ実践としてあらゆる場面で実践されている。⇒「地域との関係づくり」との関連（分ける）

概念	アウトリーチによる関係づくり
定義	日頃から出向いて行って住民や自治会等との関係づくりを意識的に実践すること。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・ 結局地域の中でキーパーソンになる人男性の方なんで、多いので、そこで、そこは地域を行う上で対等だと思ってるんですよ、なのでおんなじ立場に立ってどんなビジョンをもっているのかっていうお互いが共有理解できるような場所が必要ということで、会議が終わった後に飲みに行ったりとか (No.2. P9) ・ ああ究極あれですよ、もう人づくりだと、あつ人付き合いだと思ってます、地域ていうのは、やっぱ地域づくりは人付き合い、人付き合いができなければ（そしたらなんか呼ばれたら必ずすぐ行ったりとか）行くですね（そうゆうふうな形で少し関係を）そうです (No.5. P9) ・ まあなるべくそのね、お誘いを受けたら行くとか～中略～まあ普段からやっぱり顔を覚えてもらって、やっぱね覚えてもらっとかないと相談してもらえないし～中略～だからよくあるのが区でこういうなんか取り組みしてみませんかとかいう時、～中略～やっぱああ足立さんから言われるんやったらやらないかんねとかも言われたりもするし、そういうのはね、なんかねありますよね～中略～まあそうですね、なるべく、まあ普段からやっぱり顔を覚えてもらって、やっぱね覚えてもらっとかないと相談してもらえないし～中略～だからよくあるのが区でこういうなんか取り組みしてみませんかとかいう時、～中略～やっぱああ足立さんから言われるんやったらやらないかんねとかも言われたりもするし、そういうのはね、なんかねありますよね (No.6. P12) ・ もうほんと一番最初の最初の～中略～とりあえず地域の人たちと有効な関係作らないと何を頼むにしても、どうやって働きかけるにしても拒否されるかなと思って、～中略～、新規のお客様っていうものはやっぱりどこから来るのかって言ったら本人や家族とか、そういった親戚とかからの紹介じゃなくて、やっぱ民生委員さんからダントツ多かったんですよ～中略～でそこをやって民生委員さんの例会には毎月行ってるですよち～中略～そこで徐々に1年目は、やっあの一掘っていったて感じですね、耕して (No.7. P2) ・ うーん、比較的（地域支援に課題がないのは）、やっぱ一番最初に人間関係を作って、地域の老人会と民生委員さんを、とファン化を図ったのが一番良かったのかなていうのは (No.7. P10) ・ なんでもそう思うんですけど、自治会と仲良くなると進まないで、でもその前座で私たちはずっと自治会に毎月顔出してたんで、包括との関係性できてたんです、～中略～自治会と民生の毎月、いまでもずっと出てます、でもっと言う公民館物忘れ、あつ公民館の方に出張相談所みたいな感じで、そこと連携が取れるように在介の時のような名残をですね、まだ私が社福をやった頃に公民館に窓口月1回持ってて、そこの方と情報交換できるスタイルを持っていたので、いきなりこういう話になっても、まあ割とその関係者と顔見知っていたので、(No.8. P3) ・ まあもともとその下話としては、それ以前にもずっとサロンで伺わせてもらったりとか、ここも結局、普段から交流と言うか、割と個別のケースで入った地域

	<p>で相談が多かったりとかですね (No.8. P3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・でもまあそうは言ってもちょっと東大分これからのとこだったので、引き続きずっと自治定例会とか民生委員さん定例会とか福祉座談会とか行って、とにかく自治会との接点をもうずっと持つようにしてたんですね、(No.8. P3) ・自治会の会議でけっこう行くことも、とあと民生委員さんの会議には最初の30分出てですね、会議、なんか困りごと聞いて、そういう時間を持つようにはしますね (No.9. P10) ※個別支援とのつながり ・まずはほんと基本的な民児協に出て行って顔つないでサロンに出て行って、で呼ばれるとき以外にこちらで営業をかけて、こういう集まりがあつてみたいだけどその時にこういう話をちょっとする時間を頂けないだろうかとか、営業かけて時間をもらいにいってというような形ですね今は～中略～でやってるサロンに顔出しに行くこととか、でご相談ももちろんそこありますし、あとテーマを持ってお話ししていく～中略～じゃその時にちょっとでいいから虐待予防のお話をする時間頂けないでしょうかってちょっと営業かけて、～中略～そういった積極的に機会を作って出て行ってお話をしに行くっていうのをやってるところですね (No. 10. P2 - P3) ・(サロンに積極的に行くなど) そういった顔をつないでいかないとご相談も来ないし、さらに地域にですね、やっぱりご相談を頂くところからじゃないと地域課題の抽出につながらないので、そういった活動をしていますね、(No.10. P3)
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・その他、地域との関わりが多数見られた。但し、「良好な形成の」要素が薄い。 ・この結果、良好な関係が気づける。さらにその関係があつて地域支援が拓ける(但し、活動内容にもよる。単に講習会等であれば難しい) ・関係づくりの手段が様々存在する。アウトリート(広報・周知を含む)との関連。出張相談、講師、自治会や民生委員等の各種会合への参加、既存のサロンへの顔出し、プライベート etc ・単なる関係構築から良好な(信頼のある)関係へ深まる要因として「個別支援」の蓄積がある。(No.4. P16) (No.4. P15) (No.8. P3) との関連。 ・業務を通じて(上記の出張相談など、出前講習の講師、会議への出席や個別支援対応)、自然と関係形成の場合もある (No.12. P11 - P12)

【カテゴリー】地域支援の展開プロセス

概念	日常業務から地域づくりの必要性を実感
定義	個別支援や日常の業務を通じて地域づくりの必要性を強く認識すること。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・なかなか認知症への理解だったりとかっていうのが進んでいなかったりとか、やっぱりどうしてもそういった方がいると排他的になったりとかいうのもあるんで、どうしたものかっていうふうなものを結構悩んでたんですけど、一度ワークショップを、住民さんと社協と、民生委員さんとそのまちづくり協議会と、ほんとに色んな団体、10団体ぐらい集まって頂いて、ワークショップして、少しずつ街づくりの機運が高まってきて、～中略～(そのワークショップっていうのは具

体的に誰が率先して働きかけを) もともとですね、さわやか福祉財団という財団があるんですけど、そこで大牟田市が地域づくりのために何かできないかっていう、要は補助金みたいなものをとられて、我々もずっと住民参加のワークショップだったりとかずっとやってきたかったんですけど、なかなか切り口だったりとかがつかめなかったこともあって、ちょうど僕らの想いとさわやか福祉財団の想いでマッチングしたんで、(No.2. P2)

- (そもそもワークショップは目的としてはどういったところを一番置かれてたんですか?最終的な目標としては) 結構ですね住民さん方から、まあ個人的な考えですけど、いろんなとこに相談を受けるんですけど、あれに困った、これに困った(ああ包括として) はい。で、住民さんも困った困ったて言ってる、実際は本当にどこに一番困ってる、どの優先順位が高いのか低いのが分からないというのがあったんで、まずその整理をして、課題の抽出をして、もしかしたらこちらでも一緒にやれることもあるし、他にこんなに多くの団体が集まっているので、こういったところとこういったところで協力するとスムーズにいくんじゃないかなというような。(No.2. P3)
- (もともとは地域の色々な声と言うのは各職員さん色々聞いたので、その辺の統一して整理するっていうのは、必要性をある程度感じられてたということですね) はい。(No.2. P5 - P6)
- やっぱりそこに差別や偏見だったり、認知症に対する差別や偏見があって、まずサポータ養成講座を住民向けにさせていただきました。(No.2. P7)
- 最初、サロンに関してはですね、買い物に困っているとかですね、そういったニーズが多かったんで、(No.2. P7)
- そういうまあ認知症予防教室で言う、認知症をきっかけに地域づくりを展開していくっていうのを、まあスライド(社福士から認知症推進員に)する辺りから中心に私になって、こういうふう地域づくりを行ってます、でえーとそもそもここに書かれてるように私たちは個別をする中でやっぱり地域づくりっていうこと展開していかないといけないってことで、(No.8. P1)
- でもその必要性をやっぱりここ(依頼状)にも書いてある、個が、個をやっているからどれだけ見守りとか地域の力ってのは大事かっていうのは、もうずっといてそれは感じてるので、そこをやっぱり地域に理解してもらって、動機をつけて必要だったら動いて頂こうと、共有してうまく、(No.8. P7)
- ただ子飼商店街周辺にはそういう生活ニーズ(要見守りなど)があるんですよ、高い人が多いんじゃないかなと思ってですね、下町風なあれと、やっぱりここから離れたくない人多くてですね、この子飼商店街でカフェをやるように、3月に1回目やってですね、カフェをやるようになって、(No.9. P4)
- 個別事例の対応が中心となって指導(?)してるんですけど、直営の包括とやることとでいわゆるこじれにこじれた案件がでてきて、で本来ご本人の想いをかなえるための支援をするのが一般だと思うんですけど~中略~実際には本人の想いというよりも家族の思いだったり、それを取り巻く周りの環境であったり、それ

	<p>を改善しないといけないところになって、結果的には本人が望んだ援助ではなくて、周りが納得する援助をしないといけないということがあります、でそれをしてしていると仕方がないという想いと、やっぱり本人の援助っていうこととちょっと違うなっていうのがあって、そうなるってくるとこれは私たちが相談を受けたタイミングで私たちのレベルで、まあもちろん色々な所と連絡を取り合って協働はするんですけど、そういうレベルでやってもおそらくもう難しいと、なので例えばそういうことが、色々なこじれたことにならない為の仕組みとか、まあなった後も皆で集まって一部の人間だけが困らないための何か仕掛けとか、そういったことが必要だなとずっと思っていて～中略～したら地域ケア会議を国がどんどん進める中で、モデル事業はですね、まあ要はケア会議をするためにお金を出すのでしてみませんかと言う形で、それが2年前に案内が来て、県からですね、(No. 11. P1)</p> <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・それこそ社協との一緒の話になるんですけど、毎年社会福祉協議会と、あつ社会福祉協議会じゃ、社会福祉協議会はもう10年、20年以上やってることがあって、各行政区に年に1回は必ず訪問して(あつ社協が)はい、課題の吸い上げだったり情報提供の場をさせてもらってるんですよ、で去年からは包括も一緒にそれに同行させてもらうっていうような形をさせてもらって、私も行き続けたいと思ってたから、(No.6. P10)
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・きっかけは地域包括ケアシステム構築や総合事業など政策的動向を背景として展開と、日常業務を通じた地域づくりの必要性からの展開がある。 ・取り組みの経緯も行政主導、包括以前からの取組を引き継ぎ、他の機関の取り組みに参加するなどさまざま。

概念	政策的動向を踏まえた地域づくり
定義	政策的動向(特に介護保険)を背景として地域づくりの取組を進めていくこと。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・ほんとに総合事業を見据えて地域のサロンが必ず必要だということを見てサロンの立ち上げていうのを町と包括でちょっと集中的に力入れて行って、まあ立ち上げませんかという説明会に回らせて頂いて (No.3. P11) ・であのーこの地域包括ケアシステムを考えていく上で、市の方で高齢者の見守りの部分と包括ケアシステムとは切っても切り離せないだろうというような背景とかも含めてですね～中略～(もともとこれはそしたら体制づくり検討委員会というのは市が発起人というか、していくっていう形で)そうです。(No.4. P1) ・(これあれですよ、結局行政、今の政策の地域包括ケアシステムの中の一環の、生活支援サポーターということですよ) まあそういうところですね、どこまで上手く回るかまだ分からないですけど (No.6. P14) ・あれ(100歳体操)をやっていくことで介護予防を行って、ゆくゆく動けなくなった人の住民同士の支え合い活動っていうことで、(No.7. P1) ・その中(国のいう地域ケア会議)で言えば個別の課題を挙げてもらった中でそこ

	から地域課題を見つけてていうのが多いと思うんですけど、われわれはそれをしよったら、例えば7町あるうちで端っこと端っこでも地域課題ってやっぱ違うだろうということになって、それじゃちょっとほんとの課題が分からないからていうことで、小地域ケア会議ていうことで、(No.11. P1)
理論 メモ	・きっかけは地域包括ケアシステム構築や総合事業など政策的動向を背景として展開と、日常業務を通じた地域づくりの必要性からの展開がある。

概念	住民のリーダーに話を通す
定義	地域づくりに取り組む際に、最初に地域のリーダーに話をしてから同意を得ること。
ヴァ リエ ーシ ョン	<ul style="list-style-type: none"> ・例えばここは区長さんをまず第一に考えた方が良くとかいうような地域だったりすると、まずは区長さんに話を通してとか、そういったところも。～中略～サロンを立ち上げるという時も結局どういふうに誰にどういふうに声をかけるかっていうのも地域によって違ってくるので。(No.3. P4) ・でその中の見守り部会という所には民生委員さんであったり、地域の自治会の、市全体の会長さんであったりとか、社協の会長さんであったりとかいう方が来て頂いて、そこで一番大きな枠のですね住民さんとの共同の会議ていうのを開いて、そこでどういふうに例えば見守りを、のネットワーク構築、例えば勉強会であったりしても進めていったらいいでしょうかていうようなお話を、作戦を立ててですね、それからその各組織の方に私たちの方がおじゃまさせて頂いて説明をさせて頂いているていうようなところが1つあります。(No.4P1) ・この区長さんの地域では色々話を進めて行く時にどのように検討してくのが区長さんとしていつもされてますかとか、やりやすいですかというお話を聞かせて頂いて、～中略～(区長さんに?) そうです。まず確認を。で今まで色んな区の行事とかをされてきてはるので、そうした時にもうトップダウン方式でする地域なのか、それとも皆で足並みそろえてやっていく協議していくようなところの地域なのかっていうところをちょっとお話をお伺いしてですね (No.4. P4) ・やっぱ区長さんは通しておくていうのがやっぱ、区長さんを通して民生委員さん、福祉委員みたいな、まあたまに逆になる時もありますけど、必ず区長さんにはお話をするってのは心掛けてはいますね～(例えばこういうふうな何か新しい発案のやつとか、サポーター養成講座とかも、区長さんにまず案内とか) 絶対区長さんに、やります、絶対そこだけは外せないですね (No.6. P13) ・老人会の集まりとか、町内会での集まりとか、立ち上げの時とか結構町内会とか、日曜日の草刈りの後でみんな30分ぐらいおるけんが、そこで話してとか、あと地道な活動、あとけど自分から仕掛けるんだったら婦人部、ちょうどうちの所(校区)になんか知らないけど佐世保市の婦人部会長がいて、～中略～会長ちょっと話しばさせてよ、たらOKていう感じで (No.7. P1) ・一番難しかったのが校区がやっぱり自分たちやるならちゃんと組織通せてやっぱ言うんですよね、だからここ(地区社協)の縦組織を、まあ結局は地区社協ていう中心は自治会なんですよ、～中略～ああやっぱり認知症もそろそろこれ

から問題だからってことで、ひとまずここでやれるようにはなったんですが、今度ここに降ろす時に（東浜に降ろす時ですね）自治会長さんがうちに来るならうちの役員会でその理由、説明しろと、はい行きますと、(No.8. P3)

- ・社会福祉協議会っていうのを立ててやるのであれば、やっぱりちゃんと自治会通して、広げるのであればそこで皆で合意を得て進めて、ちゃんとフィードバックして次にちゃんとかうするんでしょっていうのを求められた訳ですよ、～中略～そこを地道に、やっぱり組織攻略なんですね、(No.8. P4)
- ・包括って言ったらやっぱ校区社協、地区社協との連携のことを言うってのはこの時に分かったんですけどね、社協に所属しながら、なのでこういうふうにならざるを得ない組織立てて、まあ東浜2丁目っていう自治があったら、やっぱりまずここをまず私たちは押さえて、(No.8. P4)
- ・(地域の方と包括が一緒にやるっていう共同作業する時の、特に注意された点とか、工夫された点っていうのは) 根回しですね～中略～それこそ押さえるところを押さえる～中略～で必ず、必ず自治会にまずお伺いをするというか、話をまず通しておく、(No.8. P8)
- ・まあその時はまず2町内の老人会新年会に行ったのかな、おじゃましてですね、でこういう100体操がありますって言って（その時はもう町内会長はもう了解済みの段階で）、もちろんその前に町内会長に挨拶に行って、こうしようと思えますって、(No.9. P5)
- ・市全体の、分には自治会長さんとですね、ここの自治会長さんとか、雲仙市の自治会長、雲仙市の老人クラブの会長、民生委員の会長にも来て頂いて、で今後こういった各町単位で課題でこうゆうふうにしていきたいと思ってますということで、是非お声掛けもさして頂きたいのでってことで、よろしくお願ひしますっていうお話をした時に、じゃあ例えば民生委員さんなら、ここも言えば雲仙市全体の民生委員連絡協議会の会長がいらっしゃるんですけど、また各町単位にも会長さんがいらっしゃる訳ですね、そこにこの会長さんがお話を持って行って、で実際私たちも民協の定例会とか行って、是非参加して下さいということでお話をさしてもらったり、自治会長も一緒ですね、自治会会長の会長がおって、各町単位でいらっしゃるので、その7町あるうちの会長会議に私たちも出席させてもらって是非参加をお願いしますっていう所でご理解してもらって、回覧板とかにつながってるっていうところですね、(No.11. P3)

< 関連 >

- ・で私たちがいつも話しに行くのがその校区区長会に行ってますね、色々な話をさせて頂くんですけども、この区とは別の組織で、～中略～活性化協議会という団体があってですね、そちらの方で見守りの話をしに行く時もあるんですよ～中略～でその二つですね、あの一力関係と言いますか、それが地域によって違うんですよ。なのでこの地域の時は区長さん所行く、こちらの地域の時はその活性化協議会に行くっていうようなところがあって、そこは地域の色を、特徴を把握してですねアプローチをしないといけないというふうになって (No.4. P2)

	<p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・とにかく、とにかく最初はほんとに一番大変で、～中薬～結局私たちが東浜を知らないといけないし、組織上の社協っていう所も、どう頭の中で理解していくかっていうことで、～中略～とにかく半年間で言うのは～中略～地域の中にもどういふのがあるのかっていうのの整理しつつ、(No.8. P4) <p><反対></p> <ul style="list-style-type: none"> ・とまあ老人クラブで講座もしよんなはっとですよ、健康作る教室って言って、老人クラブの、校区の連合会でですね、なので講座もこっちに人集めたいもんだけですね、他に色々してもらおうと老人会のじゃまするな (No.9. P12)
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・その地域の流儀（まとめ方、組織間の力関係）に従うことが重要。つまり、リーダーの同意を得る。これがないと地域無視になり、現実的に話も進まない（全社協：資料 15）⇒逆に言うとリーダーが納得しないと話は進まない。 ・地域の組織間の力関係を理解する必要がある。地域の力関係を踏まえたアプローチ。 ・地域の流儀（意思・意見）を無視すると押し付けになる（主体性促進の阻害にもなる） ・「地域／組織内の人間関係による地域支援展開の阻害」との関連もある。 <p><関連></p> <p>地域にある組織を知る努力</p>

概念	地域づくりの必要性を強調
定義	地域づくりの取組について同意を得るためにその必要性や意義を説明・強調すること。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・まず何の為のワークショップなのかっていうふうなものを街づくり協議会の 3 役、会長、副会長ですね、にお話をさせて頂いて～中略～（その後、3 役の OK をもらって～中略～で具体的にどういうふうに動きとしてはなるんですか？）月に 1 回運営委員と言って街づくり協議会を下支えする人たちがいて、そこに説明をして、当日実施してって (No.2. P2) ・そのどうしてサロンが必要なかっていうところからまずサロン、それこそこの役員さんたちですよ、サロン立ち上がってない地域の～中略～でその説明会の場に包括も行かせて頂いて、実際、実際のサロンではこういったことをされてますとか、こういう支援を私たちできますっていうようなところをお話させて頂いて、あとはもうサロンを実際やるかやらないかはもう地域の方次第、その地域方たちがサロンをやろうと思うんだったら、町も包括もバックアップしますよっていうような形でお話させて頂いて (No.3. P10) ・うちの方から何で今わざわざ今僕たちがこうやってこちらの方まで話をしに来てるのかっていうようなところを田川市の高齢者の現状と課題というところを中心に、含めて説明させて頂いてというような勉強会をまずしましょう。～中略～じゃあなぜ今見守りが必要なのかっていうようなところを説明させて頂いて、じゃあ

皆さんそもそも見守りってどんなイメージがありますかっていうような地域の見守りに対するイメージを共有しましょうというようなワークショップをやって
(No.4. P4-P5)

- ・今じゃあやってる、もうすでにされてることもありますよねってところを色々分類してですね、そしたら皆さんの中でもう取り組んではることもあるんですよ、でもそうした時に皆さん何か異変に感じたらどなたかに連絡されてますかみたいな、そういった連絡するシステムてというのが今回私たちが作りたい部分でもあるんですっていうふうな話をして、(No.4. P5)
- ・地域住民への出前講座みたいな感じで、やるんですね、でこれ(以下P C画面を使って説明)も一応作って～中略～10年後どがん思いますって、不安がないですかって、畳み込んで行くんですよ～中略～その人(前期高齢者)たちがまだ支えられる側じゃなく元気を維持して支え手になれば3.4人で支えてる未来になるから、今から始めましょうって、で具体的には健康を維持することと結びつきを強くすることで(No.7. P4-P5)
- ・ゆくゆくこの地域はそういう認知症になってくる媒体が増えてくる地域っていうことで、～中略～まず私やっぱりこういうことしたいっていうことだったり、こういう趣旨で1回ちょっと取り組んでみたいし、この地域はそういう背景があるから1回ちょっとやってみながら少し広げていきたいってことをまずここに説明に行きました、(No.8. P2-P3)
- ・なんでこういうことを始めるのかっていうことと、始める前に必ず自治会で合議というか、そこで刷り合わせをしてからやって、その後、今度自治会ですり合わせ、そこにもものすごく力を入れました、(No.8. P3)
- ・で東浜2丁目の中で実際にどういうことが起きてるかというところから、まず自治会長さんと民生委員さんと顔つき合わせながら～中略～そこってほらあれですよ、私たちは相談の専門職受けるけど、地域はそういう相談あること自体知らないじゃないですか、(No.8. P4)
- ・個が、個をやってるからどれだけ見守りとか地域の力ってのは大事かっていうのは、もうずっといてそれは感じてるので、そこをやれば地域に理解してもらって、動機をつけて必要だったら動いて頂こうと、共有してうまく、言い換えれば包括をうまく使って頂くっていう所で、話し合いの中心は個の話をいっぱいしますね、どことこの誰々さんって感じで(No.8. P7)
- ・もう足で運ぶ、直接行ってですね、私も行ってですね、実際こうやってこうしていこうと思ってますので是非ちょっとさせてもらっても良いですかという事で、もう直接行ってですねお話をさしてもらって、ああ分かったみたいな感じですね、～中略～そうです、説明さして頂いて、～中略～(地域ケア)会議ていうのが、まあいえば介護保険の方針の中でも出て来て、地域にある課題を上手く、出てきた分を私たちが行政なりに上げて政策につなげていけば良いと思ってるんですっていうことをお話してですね、(No.11. P4)
- ・規範的統合とるための地域包括ケアシステムとはこういうものですよという説明

	<p>をするための、シンポジウムで言っているのか、会を開いたんです、～中略～（地域の代表者とか一般の方たちに）広く呼びかけてます、～中略～でそれを1つ地域の皆さんと色な構築する為の一步にしようかっていう話で、(No.12. P6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議を始める前に町協の団体と女性の団体と民生委員の団体にこういう形でしていきます、ケアシステムとはこういうことですのでというのを説明に行ってます（もうそれぞれの各団体に）各所にもうおじゃまして、させてくれということで、協力してくれ必ず来て頂かないとケア会議にならないからということで(No. 12. P6) <p><反対></p> <ul style="list-style-type: none"> ・でやっぱりその一なかなかこの見守りという所の地域の課題という部分が伝えきれなかったのかなっていうふうなところは一つ反省といいますか考える材料として (No.4. P8)
理論 メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・単なる活動の説明ではなく、その意図や必要性を強調している。その背景には包括の地域課題の認識がある ・必要性の根拠は「日頃の実践」や「政策・制度上」で必要 ・説明はまず地域のリーダーから（地域リーダーの同意との関連）。 ・包括が把握した課題を地域に落とすプロセスでもある（包括にはこうした意図がある）。 ・包括への認知や信頼関係も合意に影響する（No.4. P16）（No.4. P15）ので、包括の周知活動にも力を入れる。

概念	住民の不安や負担に理解を示す
定義	地域づくりに取り組むに当たって、住民の不安や負担感への配慮・理解を示すこと。
ヴァ リエ ーシ ョン	<ul style="list-style-type: none"> ・だからそう（行政の予算消化）じゃなくって、こちらの、全部会議の取り回しだったりとかっていう全部やるっていうふうなことを言って、ご理解して頂いて(No. 2. P3) ・見守りができるような、あの一体制を作るために地域の人たちに包括からですね勉強会という形でおじゃまして頂いて、そこで見守り、もともとあった向こう3軒両隣の関係であったりとか井戸端会議のようなご近所さんの寄り合いとかを活かした見守り活動っていうのを各地域で今一度考えてみませんか。但し、新しいことをするんじゃなくて、今まであった日常生活の中でできることをやっていきましょうっていうような形でお話をさせて頂いてるんですよ。(No. 4. P2) ・まあ確かにめんどくさいと言う人が増えることを強要する、めんどくさいという人もいるかもしれないけども、自分達にはできないではなくて、できる所からっていう所を、そちらを気を付けてですね、自分は説明をしたりとかっていうのは、住民さんと一緒に働きかける、働きかける時には意識してますね (No.4. P10) ・結構町内の役職持ってる人たちは役で忙しいから地域のことに構って、色々手を出してくれないと言うんですけど、～中略～自分がしなきゃいけないっていう仕

事が増えるってことの恐怖もあるので、そこを何か1個ずつ取り除くようにサポートの土台を固めてあげれば負担が減って (No.7. P6)

- やっぱこれして、あっ自分たちも出来るんじゃないのかみたいのを身近に感じてもらうために、(No.7. P8)
- 今後のですね、支え合いのこととかを考えましょうみたいな形で集めてですね、自分たちに例えば住民同士でどこまで出来るかなっていう話とかもさせてもらって (No.6. P6)
- 意見を踏まえて色々皆でルール作りをしていった上で活動していくっていう所で、(そこで住民の方の活動に対する色んな不安とか要望とかそういうのを聞かれたっていうことなんですね) そうですね、でそこで吸い上げた課題とかまた14日にお返してして、また1つの検討課題としてお話ししようかなと (No.6. P6)
- やっぱり住民さんに具体的にイメージ持ってもらわないといけないのかなとは思いますが、自分たちでできることと、例えば行政のお手伝いなり、なんかがないとできないことっていうのを具体的にイメージしてもらって、まあ自分たちにできることを考えてもらうっていう機会を多く作ってあげれば、だいぶ進んで行くのかなと思うんですけどね、～中略～だからやっぱりまずは何ができるのかをちょっと考えてもらってっていう、ここまではできますよっていうルール作りからやりましょうねっていうところから入ってたんで (No.6. P14)
- で私はそういう話をちょくちょくするにはしてます、だから互助の皆さんで頑張りましょうということはもちろん大事で、そうですとも言うんですけど、一方で皆さんにただ頑張りと言ってる訳ではなくて～中略～地域の皆さんに話をする時は必ず専門職と行政はあなたたちを助けますよと(公助としてバックアップしますと)ですから、出来るところまで、そこが役割分担になるんですよと、(No. 12. P16)

< 関連 >

- (住民がそれ負担感に感じる) モデル事業の区長さんたちからはそういうご意見をもらいました。(あんまりがっつり委員とかしちゃうと毛嫌いされるみたいな感じ) はい。モデル事業の1つの区長さんがそれをされてたんですよ、その見守り推進員とかを作りたいその地域で、でもそれがやっぱりまだできていないところでは今もうお話は止まっていますね(やっぱ住民の負担とか大きいんですかね)なのでそういふ普通の、負担っていう所を結局行事であったりとかなんですよ、そのじゃあ行事を見守りの場にできないだろうかっていうふうな形で切り替えて説明しているのが今のうちの現状ではあるんですけど。(No.4. P14)

< 関連 >

- ほんとは地域ケア会議を町内ごとにですね、座談会やったり地域ケア会議やったりしたいんですよ、ただ地域の集まりを新たに作ろうとすると相当エネルギーがいるのと、包括の負担も大きい (No.9. P11)

< 関連 >

- (その3役の方たちの理解っていうのはどういったところが難しかったんですかね)

	<p>その地域の方が言われるには何をやるにしても地域、1つの受け皿しかない、色々な行政関係があって年度末にさしせまってくると、こういったこと、こういったこと、こういったことってあるんで、今はできないっていうふうなことで (No. 2. P3)</p> <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・最初地域は負担感とかですね、不安感がまず) あーやらされ感が (No.2. P3)
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・住民がある程度主体的な役割を担う活動(サロン、見守り)の場合が特にこうした配慮が必要。 ・場面としては、活動の合意形成を得るための説明時がほとんど(内容:できるところから、できるとしてもらおう、できる部分を考えてもらう、不安に丁寧に対応する、バックアップを保障する)。 ・「活動の具体的サポート」との関連がある。 ・「地域の同意を得る」との関連。

概念	住民活動のバックアップ
定義	住民が主体となって福祉活動を展開しやすいように、事務上の支援やアドバイスなどを行うこと。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・あと極力事務仕事、その会議の招集の手配だったりとか、色々な所のこごこごしてることはこっち全部やるようにしてます。(事務局としての。結局住民の方が嫌がるような雑用と言ったらあれですけど、裏方ですかね) そうですね。そういうのを全部。(No.2. P8) ・そのサロンの立ち上げの時に、例えばどういうふうに地域の方にお知らせをするとか、準備物品はどういうのがあるかかっていうところは包括の方でお世話させて頂いてもらってます。～中略～例えばサロンに参加される方たちに、例えばこういう(資料)2次予防事業で使ってる、2次予防事業で使ってるこういうファイルを、2次予防の事業さんにご許可頂いてサロンに参加される方の個人ファイルをこちらで用意させてもらったりとか、サロンのお知らせする時のチラシをこちらで用意させたもらったりとか、そういったところでお手伝いさせてもらってますね。(No.3. P7) ・リーダーさん同士のネットワーク作ったりっていうのをちょっとこちらがバックアップしたりしながら、あっちはこんなことやってるから話聞いてみられませんかとか、見に行ってみませんかみたいなので間に入ったりとか、そういったところのご相談はたまにします (No.3. P11) ・結局、やはり住民の区長さんたちも今までされてる方もいらっしゃいますし、今ちょっとうちで取り組めてないから新たに取り組んでみたいなど考えてる区長さんもいらっしゃって、そうした時に私たちもモデルで二つの区でやった時の実践をまとめて、そこからこの見守りについての何か住民さんに対する示せるものができたらいいんじゃないかというので、この手引き、ほっとネットワーク、ああ手引きっていうものを作ったんですよね。(No.4. P4)

	<ul style="list-style-type: none"> ・サポートするかっていうところが、なのでこの話をするときは区長さんがなんかよその話でこんな話ないんかねとかいうようなよその事例の話をちょっと調べてほしいけどというようなこととかは僕たちの方で調べたりして、(No.4. P10) ・例えば活動に当たって不安なこと、例えば保険のことであつたりとかですね、保険だったらこういうふうにしたらいいですよとかアドバイスしたり、活動の調整とかどういうふうにしたら良いとか、もし事務局みたいな人を置くんだったら事務局の人が取りまとめるとかっていうことで、でどうせなら行政区と連携してやった方が良いでしょうとかですね、そんなお話は (No.6. P7) ・(サロン) 立ち上げの会議の時、会議とか、ある程度あれなんですよ、マニュアル化、その立ち上げセットみたいな形で作ってるのがあるので、そういったのをやってるって感じ (No.7. P1) ・ですからそれも各サロンで問題点もやっぱ違うので、やっぱそこはもう各自相談に乗って行ってニーズを拾い集めて行くとか、だからそういうのを交換するためにこんな場を(設けた)(ああなるほどね、サロン同士のサロンタイムですね)(No. 7. P12) ・ただまあこういう企画(まちかどカフェ)を考えたり、根回し、色んなことを事務的なことをほとんどうちでやって、(No.9. P9)
理論 メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・住民がある程度主体的役割を担う活動(サロン、見守り)の場合に限定される? ・あくまで側面的サポートが大切。包括が前面に出ると主体化の阻害になる。

概念	住民主体のスタンス
定義	地域づくりはあくまで住民が主体的に取り組むものであるとの立場をとること。
ヴァ リエ ーシ ョン	<ul style="list-style-type: none"> ・(地域との関わりの中で) 当たり前のことなんですけど、こちらが前面に出ないようにしています。(No.2. P1) ・こちらがメインで動くのではなくて、あくまでもサポートっていう形で、リーダーさんのサポートっていう形でおじゃまさせて頂いて。(No.3. P7) ・自分たちも言うたらそれ以上は包括から、アプローチはすると逆効果ではないかなと思ってですね、(逆効果っていうと?) て言うのは、そこほんとに勉強会をする中で住民さんの反応で感じるのが行政から押し付けられてるっていうようなイメージが～中略～組への見守りの勉強会も包括からやりますよ、いついつやりませんかって言いに行くのではなくて、あくまで住民さんから発信してもらって、一緒にやってみようっていうスタンスを貫きたかったんですね、(No.4. P7) ・ほんとに押し付けないようにしようという所が自分は一番気を付けた点で、この住民さんと一緒に何か行事をする事業をする時っていう所は、ほんとに自分としてはどちらの事業も良いもの、住民さんにとっては良いものだと(見守りも徘徊もね) はい。デメリットはない。(No.4. P10) ・区の役員さんが集まって話し合いをする場所での包括の社会福祉士の立ち位置っていうのは非常にいつも悩んで、～中略～やっぱり区長としては行政から言われているからやろうっていうような説明の仕方の方がきつと言い**だと思うんです

よね、でもそれだとほんと見守りであつたりという所の本来的な考え方と言いますか、自分たちで自分の地域でていうところの先ほど言った僕たちのほっとネットワークの考え方とは離れてしまうので、その辺り私たちとしては、すぐに外に出ていくのが、～中略～で今回手引きとかも作ったんですけど、～中略～それがこうやれっていうことなんかていうふうにとられたりするていうのがほんとにほんとにそこは難しくて、でその都度僕も説明会の所でそうじゃないです、いる方いる方その地域によって違うので、そこは地域に合わせた形で私たちもお手伝いしたいと思っていますと (No.4. P11)

- 仕掛けをこういうふうに、例えばこういうものをやったりとかしたら、もうこれは誰が主体でやるかちゅうたら地域の方が主体でやらないかんので、完全に黒子の方にさっささっさ引いていくっていう方向ですね (No.5. P7)
- 思いとしてはここから引き上げるのではなくて、後ろからフォローするて言うのは心掛けるようになってますね (No.5. P7)
- あんまり僕が何かやんやんやんや言っても、それは住民の本当の何か力って言えないかなって所あるから、まああんまり、相談されたらちょっと動くぐらいのスタンスで最初はいいのかなと思っててですね～中略～そうですね、きっかけはやっぱり作ってあげなきゃいけないかなとは思いますがね、だからかあんまり、かと言ってあんまり細かいところまでするのはちょっと違うかなと、～中略～こういう事やっていこうとかそういうのは皆さんで決めてもうらとかですね、なるべくやらされ感ないようにっていう所で、もう自分たちで決めた事を自分たちで好きなようにやるっていう所をちょっとできた方が良いのかなとは思ってますけど (No.6. P8)
- こんな (マニュアルで) 見える化してやっていくけど、1日の流れを行えるようになって運営して頂き自立を促す、けど立ち上げ回数は制限しないと依存型になるよみたいな感じで (依存て言うのは) 私たちに依存 (ああなるほど) 月1回のサロン毎回来てって言われたら自主活動に、支えにならないからそこは気をつけようねって (No.7. P3)
- あんまり依存して来たら、けどやっぱり、意地悪とかじゃなくて、こがんとぼどんどんさせていかんば、中心は住民なんですって、やっぱり理路整然として言う所は言わんばとけど、なんでしょうかね、(No.7. P13)
- 私たちが一方にっていうより参加者がもちろん主体性を持ってもらうための働きかけ仕組みをちょっと持ちながらですね、(No.8. P1)
- (ここの地道な活動段階では、その必要性、認知症予防とか認知症を見守る必要性を、一方的に言うだけではなくて、一緒に考えましょうみたいなスタンスで) もちろん、もちろん、そうです、主体性の動機づけですよ、(No.8. P5)
- (住民の活動とは) やっぱり付かず離れずの距離を取りながら、あんまりねだしてしまうと返ってもうお願いになると育たないので～中略、そうじゃないと後継者も出てこないからですね、そこはやっぱり地域の方の活動として私たちこれから社会資源の創出とか関わっていかないといけないと思いますけど、その時に次の

	<p>ことをする時にやっぱり皆さん主体でやってかないと私たちの、やってくれじゃ話も進まないし、続かないからですね、だからずっとこう何て言うんですかね、支えて行きながらも距離もとりながらもていうような形でやっていかないといけないじゃないかなていうのは常に思う所ですね (No.10. P5)</p> <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・あの麻雀を貸し出しをしてその時は一緒に行って説明をしたりとかもしてるので、そういうのも使って下さいと地域の集まるためのツールとかっていうところにもうちもお手伝いしますっていうようなところを話をしてるんですけど依頼があんまり伸びてない。なのでそういった時にもっとうちからガンガン行った方が良いのかっていう所が1つ地域に対してアプローチする時に難しい。(ガンガン行くと押し付けに?) なる。ただコミュニケーション麻雀とかは楽しいことなので、その辺りで地域の区長さんたちが、住民さん、自分の地域で楽しむ場所を作るところに考えて頂けたらなと思う。(No.4. P13)
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・住民がある程度主体的役割を担う活動(サロン、見守り)の場合に限定される? ・住民からすると行政から言われてやっているという感覚がある (No.4. P7) ・住民主体と地域づくりのジレンマがある。 ・地域はもともと依存的 (包括がやれというからやる) という現実もある。 ・「当事者意識の涵養」との関わり (No.3. P13)。 ・「支援者」か「協働者」かでの立ち位置の違いもある (藤井論文) ・新しい総合事業を見据えた内容もある (佐世保、福岡第6)。

概念	他の機関や事業所を巻き込む
定義	地域づくりや福祉活動を立ち上げ展開していく際に、他の事業所や機関等にも協力を得ること。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・そもそも街づくり協議会っていうものがですね、結構大きな組織というか、老人クラブだったりとか、公民館だったりとか、そういったものの合議体なので、(ワークショップに) そこで出てくれというふうな感じで呼びかけを行って頂いて、あと社協だったりと専門職、団体はこちらの方から呼びかけと行いました。(No. 2. P2 - 3) ・(サロン) 立ち上げの計画作る時、～中略～その時にやっぱり地域ってものは単体じゃなくて事業所とか、包括とか、行政とか、みんなで支え合わないといけないから役割分担して1年目だけ、月別で支援に行こうとしないうって、その調整をするっていうので、(No.7. P3) ・なんで今地域包括ケアって言われているのかなっていう時にやっぱり住民だけでも大事だけど、色んな多様性をミックスしていくっていう所が今の包括っていう立場で在籍してて、とにかくどんな人でも、どんな所でもまじちゃえみたいなですね、(No.8. P9) ・やっぱりこの社協さんももちろん民生委員連絡協議会自体のまあいわば事務局自体も社協さん今もされてますし、あと色んなミニデイとかですたい、～中略～(そ

	<p>れやっぱ地域づくりにおいては社協との関わりっていうのは)それはやっぱ外せない部分ではありますし、(No.11. P7)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・でケア会議をするにあたって、最初の困難事例の色々な思いもあるんですけど、ケアマネが活躍できるっていうのも自分の中には1つあって、なのでケアマネジャーをケア会議を作る前から巻き込むことでケアマネジャーにとっても良い会議になることを目指してる部分があります、なのでケア会議でどういう事例を扱うかっていうことを実はケアマネジャーと話をして、できっきのこのこういう条件を実は作る事ができたんですね、(No.12. P6) ・あんまりやっぱり校区社協さんとのつながりっていうのも大事にしたいので、校区社協さんもきちんとしてあるからですね、いい組織作りを整えていращやるので、やっぱり私たちも一緒に連携してやって行くっていう形、私特に2年目で、今出来てるものからしたら新参者なので一緒に連携して入っていくかなっていうような形をとっていますね、(No.10. P5)
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・インタビューでは住民との関わりを主に質問したが、当然、地域づくりは専門職との連携が必要。 ・そもそも地域との協働の活動は、住民だけでなく事業所・機関も入っている。それが「地域づくり」。 ・包括は住民や専門機関などを問わず、それらの地域マネジメントを行う役割がある。

【カテゴリー】個別支援との循環関係

概念	相談への敷居が下がる
定義	住民との関係がある程度、出来上がったことで気軽に相談してくるようになったこと。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・そこはやっぱり顔の見える関係にはなってきた、まあ一部の人ですけども、この組の、僕たちがずっとですね区の代表者の集まりに顔を出したことで、組の組長さんであったりとか、あと民生委員さんとの関係で言うのも他の地域の方に比べたらより一歩深まった (No.4. P11) ・この会議の時じゃなくても普段からこういった役員さんの方からご相談頂ける関係っていうのはできてるかなと、何かあればご連絡頂いたりとかですね。(No.3. P3) ・やっぱ顔が見える関係っていうのが一番有り難いんですけどね。そういう場をただけてるっていうのはですね。(No.3. P4) ・なのでそこでやはり包括としてもどんどん地域に出て行った方が顔も覚えてもらえるし、でやはり電話がかかってきですね、ちょっと今から来てくれんかと、ちょっとこんな人がおるんやけどっていう、困ってるっていうような相談にもつながったという所は効果として、(No.4. P11) ・(やっぱこういう取り組みすることで地域は変わり、実感としてどうですかね) あーもう、まあ包括に対して敷居が低いですね、～中略～あの一もうなんでもかんでもきます、(No.8. P13)

	<ul style="list-style-type: none"> ・(したらだいぶその場で個別の相談とか、民生委員さんとか特に、でたりもするんですか) そうですね、もう直接連絡があったりとかですたいね、民生委員さんだとか、まあ地域の方も含めてですたいね、あってますね、そういう意味じゃ件数としても徐々に民生委員さんからの連絡とかも増えてきつつあるのかなていうことですね、(No.11. P8) ・問題がなんかごっちゃになってトンて出るケースは少なくなりました、色んな誰かにつながってますから～中略～(会議など) 終わったらすぐ誰かがぱっと来て、こん人こうなんやけどって小話 (No.8. P13) ・地域の事やってるうちにやっぱり相談が増えていくて言うか、それまではなかったなんかえーと、まああんまりノーマークだった、それか問題が進行してからの事後相談みたいなことがやっぱりあったけど、前もってこういう人がおるよとか、そこができるようになったりとかですね、ですよ、予防的なアプローチができるようになってるかな、(No.9. P13) ・(まあ地域に出ることによって少しそういうサロンとかで情報が入ったりとか) ですね、掴みやすくはなってきたかな、最近ちょっとおかしいよってのが早めにですね、(No.9. P14)
理論 メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域づくりを通じて「顔の見ある関係」よりももっと関係性が深くなる。 ・それによって個別相談も増えている。 ・地域支援が個別支援につながり、結果として地域にある課題の早期発見・予防にもつながってくる。

概念	個別支援の蓄積による住民の信頼獲得
定義	日常業務を通じて個別支援の実績を積み重ねることで、住民からの信頼も高まっていくこと。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・その時にひとつ発生した個別の地域の相談を関わって解決した時に、はっ、やるやないかというところで1つ信頼感を、信頼関係ができて、そして見守りのことも、こういったことから大切なんですっていうふうな話とかがうまいこと出来ればですねスムーズに行くんですけど、それがやはり中々できない現状もある中で、どうしても地域に説明をしに行った時に、その一緒にっていう所が伝わらないのていうのが非常に難しい (No.4. P16) ・やっぱりご相談頂いた時に包括に相談したらどうにか、どうかはしてくれるっていう積み重ねがやっぱり必要なのかなとは、じゃないとやっぱりご相談もこないかなと思うからですね。(No.3. P6) ・でも一番は足を、汗かく一緒に、変な(?) ケースを一緒に訪問してもらおうとか、それが一番もうなんか近くなりますね、～中略～そうそう、あの時大変だったよねっていう、(No.8. P12) ・まあただ個別の事でけっこうですね、ぼんぼんぼんと上手くいった、こっちが関わり始めて上手く行くと、ああさすが「ささえりあ」さん包括が入ってくれて良かったって評価が上がって、包括が言うことに対してあーどんだんだんだんと(個

	<p>別の実績上げていくとやっぱり地域の信頼感ていうか) そうですね、そこはもちろん、はい、(No.9. P13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • で1個私の強みだったのは民生委員さんについては極端な話、私が助けている民生委員さんもいらっしゃる訳で(色々な民生委員さんの担当されるケースを一緒にやられたり)もある訳で、お互いですね、お互い助け合える関係ができてる訳で、だから(地域ケア会議に取り組むことに)全反発ではないんですね、味方がちよくちよくいる訳で、(No.12. P7) • (種を撒くまでのアプローチっていうのは具体的にどういう風な形で?) やっぱ話す~中略~話したり、まあ個別ケースがやっぱり主になるんですけど、即時性です、例えば今何かがあったらすぐこの要員は行きます、ここでアセスメントのあってしせず行きます~中略~一緒に、その場で一緒に悩む考えるて言う作業を大切にしています、(No.5. P7) <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> • 包括が活動支援して信頼関係を作って、その後介護相談とか、こういうこと困ってませんかとか、で普通だとまあ2次予防につないだりとか、予防給付いたり、後の総合事業とかにあって結果的に介護給付かと思うんですけど、私この所で、ここで、ここだけで終わったらあんたらダメよって、ずっといつも言っていたのが、ここで地域の困った高齢者、参加しない利用者を抽出しなきゃだめだよって、で抽出したらサロンに来ない人の、わかるじゃないですか、だからそれをサロン活動参加の方にやれるか、けどそういう人たちがサロンに参加する確率ってほぼほぼないですよ、正直な所、だからサロン活動に参加しない人抽出して、ここからこの人個別で介護相談働きかける、ここは絶対見失わんごとねっていうのが(No.7. P11) • うちの強みはやっぱ個別のケースからこういう地域って言えるところ、でそういうのをしながらまあ、地域包括支援センターは個人と地域を結ぶっていう所を提示してですね、(No.8. P4) • やっぱりきちっとコミュニティソーシャルワークじゃないですけど、その辺まあソーシャルワークもそうですけど、ケースワーク、そこ意識していかないとネットワーク作り、体制作りって、何のためにやってるのかっていうの見失うんです、(No.8. P8) • 個別支援のご相談でも一緒ですが、まずご相談頂いた時は、まずそのご相談内容、可能かどうかは別として、まず相談は受ける、その時点でまず受ける、~中略~、あとほんとにこの案件はどうかなと思っても、民生委員さんのご相談、地域からのご相談ていうことであれば基本的にアウトリーチを必ずするっていうのが原則でいってますね、やっぱりせっかくご相談頂くってのはご相談頂くまでの気持ちの整理とか、勇気をもって言って下さってるとか、やっぱり考えなしに言うてこられることはないと思うので、(No.10. P6)
理論 メモ	<ul style="list-style-type: none"> • 個別支援を通じて住民との関係が深まる • 地域との信頼感が醸成され、包括自体の評価のアップにもつながる。

関連：包括業務においては個別支援を重視している。その上で個別支援から地域支援の展開が必要との認識が見られる。

概念	地域支援を通じた個別課題の把握
定義	地域づくりの取組において、またその過程を通じて個別課題を把握すること。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・住民さん、そういったサロンでアウトリーチかけて何か困ったことないですかっというのがあるって (No.2. P7) ・(サロン) を行った。でそこでも住民さん結構にこれに困っている、あの人おかしいよねみたいな話がでたりとかもして、で民生委員さんから包括にあの人なんか認知症が進んでいるんじゃないのみたいな～中略～でそこで話し合いの場を持つってののでケア会議という形で。(No.2. P7) ・そうですね、(サロンで) しゃべっている間に色々な情報がなんか出てくるからですね、誰々さん所の誰々さんちょ心配っちゃんねとかですね (No.6. P12) ・で例えば、これ以外にも同居のご家族がいらっしゃっても気になる所があったら教えて下さいってというような形で教えて頂いて、その後どういうふうに訪問するかと、そういった打合せさせてもらったりとか、(No.3. P3) ・名簿に載ってないけどちょっと別のルートから入ってきたご相談だったり、でこういう方いらっしゃるけどっていうのをこちらからご提案させて頂くこともあります、でももし皆さん何かご存じだったら教えてほしいって言ったら結構みなさんご存じなんですよね。(No.3. P9) ・課題の吸い上げだったり情報提供の場をさせてもらってるんですよ(行政区訪問)～中略～でそこでちょっとあの例えば高齢化率表とか行政区だけを見た高齢化率表とかをお渡ししたりとかして、まあちょっとあの心配な人がいたら、そう言えばだれだれさん最近どうしてますかとかですね～中略～逆にその課題の吸い上げっていうものもやっぱやるしですね、地域の人を感じている課題だったりとか (No.6. P10) <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・最初の頃は情報を頂ける有り難さっていうのがあったんですけど、最近はその地域の特色っていうのが分かりやすいなど～中略～やっぱり地域によってこの方たちの関わり方であったりとか、情報の把握量だったりとか、そういったのが結構地域によって違うので、それこそ地域づくりとかには有り難い、雰囲気をつかむには有り難い場かなと (No.3. P4) ・逆に言うと(地域ケア会議に取り組んだことで) 地域の方に教えてもらうことが多いというイメージで、この方々とするんですよ、例えばこの町協の取り組みとか、女性団体の取り組みって、我々これするまで全く知らないんですよ、でケア会議に実際にいらっしゃる事例を出して、その方の想いを叶える方法を共有してくと、～中略～あっそれだったら我々(町協などの団体) こんなこと考えてるよってことが分かるんですね、なのでまあやるのは今からなんですけど、まずそういうことを知る事すらも今までなかったの、ケア会議をすることによってそ

	<p>れを知れたと、(No.12. P9)</p> <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・(民生委員の会議等に行くと) あと書いてあったような個別のですね、ご相談、個別ケースのご相談ていうのがでもやっぱり一番多いですかね、実はあそこのお家でちょっと気になるんだけどって～中略～民児協で別個にご相談頂くこともありますね、はい、(No.10. P3) ・(教室に) 呼ばれた際にただそれだけをやるんじゃなくて参加者と話しながら、どの辺のニーズがあるかとか、あとまあ関係者と終わった後、最近こういう人が相談に挙がってくるけどどうですかとか、そういう意外とこまめに、(No.8. P12)
理論 メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・主にサロン活動や地域課題を話し合う住民との会議でこうした個別課題の把握が見られた。 <p><関連></p> <p>社会福祉士自身の地域理解が深まっている。これが地域や個別の課題把握にもつながっている。</p> <p><関連></p> <p>アウトリーチによる課題の把握。</p>

概念	住民の福祉意識の高まり
定義	地域づくりの取組によって住民の福祉意識が向上していくこと、そのきっかけとなること。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・このネットワークでは3回ワークショップしたんですけども、見守る意識の向上は確かに上がったって言われるんですよ、あっこういうふうに今度から挨拶しなないかんねとか、(No.4. P6) ・1ヶ所の地域ではですね、こういったお話から自分の地域に見守り推進員作りましていうふうな地域も1ヶ所あります。(No.4. P14) ・その認知症の方に対する、十分ではないんですけど、排他的な感じていうのは、なんなのってふうなのが、あの人は、そういったことでやっぱり手伝いしていかんといかんよねっていうのは、はい。ネガティブさが少しとれたかなっていうような。はい。(No.2. P8) ・もともと協力的ではあったんですけど、より協力頂けるようにはなってきたっていうのは感じますね、～中略～ですかねやっぱ地域としても高齢者の問題、認知症の方だったりとか実際増えてきてたりとか、徘徊の方とがいらっしゃるところで、地域としてもやっぱり問題に上がってきてるところが実際にあるもんですから、このネットワーク会議とか、行政とか、包括と情報交換できる機会っていうのは重要視して下さってるのかなっていうのは最近、感じますね。(No.3. P6) ・リーダーさんたちが、リーダーさんたちの為にもなってるっていうのを実感してきて下さってるなっていうのはありますね。リーダーさん同士で役割分担されたりとか、どんどん新しいことに取り組みまれたりとか、そういったのやってらっしゃったり、～中略～ほんと軌道に乗るまでですね。乗ったらもうあとはご自由に、

	<p>ほんと自由にできる力を付けていけますねリーダーさんたちが。すごいと思います。(No.3. P11)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包括ができてからですね、うちがえー、大牟田が徘徊模擬訓練を始めて、その時、その頃ですね～中略～これはもう完全に町の人たちがこういうふうな3つの協議会の人たちがこういうのを作って、徘徊模擬訓練ていうところだけネットワークじゃなくて日常的にやっついていこうよってというのが安心ネットていうところ (No. 5. P6) ・変わるっていうとあれですけど、まあもともとね、あつてた想いをさらに火を燃えがらせるじゃないけど、そういうきっかけぐらいにはなってるんだらうなと思いますけど (養成講座が)、(No.6. P15) ・その (認知症教室) 繰り返しの中で自治員さん民生委員さんとか、健康推進員さんとか地域の方々の意識がぐっと変わっていくっていうのがこのモデルの1個特徴なんですけど、あの一じゃあ終わりましたよって私たちは次の地域でするんですけど、地域の方が結局、習ってじゃあ実践ていうことで、自分たちで畑を書いて花作りをしたいということで開墾し始めたんですよ、で地域にベンチをおいて誰でも集まれるようにみたいなところで～中略～終わった、後に自治会の中で自分たちでこういう動きがでてきたんですね、(No.8. P1) ・ここも最終的に、私たち終わったんですけど、健康体操月1回やっぱり座学も大事やけど、認知症予防、体動かす体操が必要ってことで体操教室が立ち上がったてのが1つの実績では、～中略～(教室を)まず東浜をやってみたっていうところで、そうすると実際に体操教室も立ち上がり、これはいいぞって実際自治会が、みんながそういうふうに意識が上がって行って (No.8. P5) ・皆やりたがらないのでじゃあもうしぶしぶ、しょうがない自分ところしようかっていうとこでやり始めて、で今やっぱりやったとこの自治会長さんが隣の地域にあんたたちもやりよ、いいでってすごく言って下さって、(No.8. P5) ・(こういう講座って地域の方たちにとっては色んな福祉の課題とかを認識するきっかけていうか、にはなりますよね) そうですね、そうですね、(No.9. P12)
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・住民のエンパワメントとの関連。 ・包括と関係を重要視してもらえる背景には地域としての問題への認識が浸透しつつある。つまり、当事者意識の芽生え。(No.3. P6) ・住民が始めた1つの活動が地域の福祉意識を高め、結果として地域全体の活動へと広がった。(No.5. P6) (No.8. P1) ・意識が高まり、さらに活動が広がる。1年半後には認知症カフェも立ち上げ (No. 8. P1)

【カテゴリー】 包括センター内での合意形成

概念	職員間での認識のばらつき
定義	地域づくりに取り組むにあたって包括センター組織内の認識の差があり、合意形成を図ることが困難なこと。

ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・包括支援センターが拠点になって地域づくりをするという認識というのはまだ、そうですね、薄いところがありますし。(No.1. P7) ・意識が、意識で言うか年数と、色々その、さあやるぞっていう方もいれば、そんな必要性ないわっていう方も、(No.8. P14) ・(理解を得るのは) 住民の皆さんも大変なんですけど、大変なのは包括内の(意思の) 統合が難しい～中略～担当者じゃない他のスタッフについては理解できない訳じゃないんですけど、我々ほど深く何て言うんですかね、分かりきらないというか(その必要性) 必要性とか、まあ要は業務が増える訳ですよ、それをしたことでどうなるんだって言われても、どうなるかはこれからやる中で調整していくし、そこが難しいところなんだってのはあるんですけど、まあそこが上手く伝わらなかつたりとか、誰しもあるんでしょうけど、結局人事だつたりとか、主担当じゃないからと言うことで、そういう合意形成がちょっと難しかったり、(No.12. P8) ・(じゃあその辺、会議関係(地域ケア会議等)は管理者の方がでられているということなんですか) そうなんですか。(管理者が出られた課題は、部署内での共有というのは) 今のところはないですね。(No.1. P8) ・(地域の共有課題について) で各々(3職種)は持っている、だからそれを包括の中でも共有していくことが包括の中でも必要ですし、で～中略～、課題なんですけど、すみません (No.10. P11) <p><反対></p> <ul style="list-style-type: none"> ・(組織内の合意形成は) もう事業計画の方に入っていくので全体的にこういう流れで進めて行くっていう、まあこのネットワーク会議も踏まえて(もうコンセンサスがそういう事業計画の中ででていくっていうことなんですか) あっそうです、です、年間ぼうしょ(?)に、でこの地域づくりの役割も主担当が私と保健師とか (No.8. P14) <p><反対></p> <ul style="list-style-type: none"> ・(活動していくとき組織内の意思統一というか、そういったのは?) 地域包括内ということですか。それは特段そのことに対して疑問を持っているものはないので、誰かが行けない時は、誰かが行くというような感じでやっていますし。(No. 2. P5)
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域づくりなど制度上で与えられた業務以外の取り組みは職員間でも合意形成が難しい。 ・地域づくりの取組は、包括センター自体にとっても負担がある。(No.9. P11) ・包括センターの組織風土やマンパワー不足、組織内の課題共有のあり方のといった背景がある。

概念	介護予防業務の負担
定義	介護予防関連の業務に追われ、地域づくりまで手が回らない状況。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・やはり包括支援センターの職員が介護予防のケアマネジメントがほとんどの業務です～中略～(今地域の方の関係構築というのは介護予防とか、後藤さんご

一 シ ョ ン	<p>自身としては介護予防とかでけっこう出ていくのが難しいという感じですかね) そうですね。(No.1. P3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括支援センターの職員、人員も少ないしですね。要支援の方、町内の要支援の方をすべて受け持ち担当するわけですから、こういった活動（地域づくり）まで手が回らないってところが一番ですよ。(No.1. P7) ・ そこ（地域に顔が利く）までがやっぱり 3 年、5 年いくんですよね、でも最初、例えば新人の若い社会福祉士だと介護保険も一からなので、たぶんプランに追われるんですよね、たら地域を見る余裕っていうのがもうちょっと後、(No.8. P13)
理 論 メ モ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域づくりができていない包括センターとの反対事例になる ・ インタビュー以外の会話において多数このことが指摘された。

【カテゴリー】 地域特性を踏まえたアプローチ

概念	地域内の人間関係
定義	住民や組織内の人間関係が必ずしも良くないことから、組織的な地域づくりの展開ができない状況。
ヴ ァ リ エ ー シ ョ ン	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営委員さんという方たちがあんまり仲が良くて、結構行政から言われて役員さんもするんだけど、役員さんも下のって言うか、取り組んで、できんよ、なんの必要があるのってことで結構 (No.2. P3) ・ 住民さん同士の関係性が悪いと大変ですね。どっちも押さえないといけないという、このキーマンがいる、どこの地域にもいるんですけど、あっちを立てればこっちが立たずではないですけど、そういった難しさはありますね。(No.2. P6) ・ 地域の方が皆が皆同じ思いとも限らないので、そこ役割分担どうするかとか、地域の方同士の関係もありますよね、そういった所のすり合わせと言いますか、そういった所も難しい時もありますよね (No.3. P9) ・ (従来の住民層と新しい住民層がどんどん) そうですね、そこもやっぱり今まではね、顔が見える関係性だったのが急に新しい人が来て、あそこに住んでる人知らんとか言う人が出てきたりとかするんで、そこも難しいですよ、新しい人と今までの人との関係をどう作っていくかも、たぶんすごい全部思ってると思うんですよ区長さんも (No.6. P13) ・ まあ変な話し、民生委員さん同士が仲悪いとこなんかもあったりするんですよ～中略～地域の中での人間関係、民生委員さんが二人いる地区があって、その二人が合わないとか、～中略～(したら地域内でのまとまりとか、その辺もすごく福祉活動しようてなった時の) そうですね、だからほんと区長さんが代われば区が変わるって言っても良いぐらい違うし、民生委員さんが変われば区が変わるってでもいいし、(No.6. P17) ・ 住民の人たりが仲悪いけんこの校区はほんとに進まんとか、逆に住民の方たちががちっと固まってて寄せん他を入れない形があったりとか (No.9. P9) ・ けどやっぱそのアクションするに至るまで、なんかすんなり行くこと行かんところってやっぱあるとですよ～中略～で、その要因が今おるメンバーの中の誰

	<p>かがすごくじゃましてる場合とか、まあ会長の場合もあるんですけど、だからそういった所は、やっぱ次のリーダーとかが時期が来た時に動こうねっていうのであったり、～中略～やっぱ時期を見計らったら、結構ですね役職とかも2, 3年で交代とかあるのでその時に一気に、(No.7. P7)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自治員さんの役割と民生委員さんの役割ってやっぱ違うじゃないですか、で地域づくりできてない、できてない言う1つの原因って、そこの連携が意外とできてなかったりする、(No.8. P7) <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・で僕、こちら区長さんの想いも聞いて住民さんにしようとした時にやはりその他の方は違う考えの方もいらっしやったりして、そこで地域がまとまってる地域であれば話は進めていきやすいんですけど、そこがそこの地域をまとめるっていうことが非常に難しいのかなと、(No.4. P10)
理論 メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域をまとめる難しさが表れている。 ・組織内の人間関係だけでなく、住民移動による関係構築の問題もある（新しい住民層と古い住民層の混在が地域支援に与える影響も大きい？ 但し新しい住民層は若い世代が多いと思われる） ・逆に包括は地域にとっては第三者であり、その意味では地域の人間関係や組織間のしがらみはない。(No.8. P8) <p><反対>として、地域の凝集性が高い場合は「固まって他を寄せない」(No.9. P9)、「意見を聞き入れない」(No.2. P2)などの課題もある。</p>

概念	地域ごとの福祉意識の違い
定義	地域によって福祉的土壌や住民の意識に違いがあり、それが地域づくりの課題となること。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・ほんとさっきの話じゃないけど、地域によってやっぱそれも違うんですよ、あそこはもう大変だけんはよ施設に入れなっせていう地域もあれば、自分たちにできることがあればするからって言って下さる地域だったり、その辺は違ってきますね。(No.3. P9) ・東浜ってけっこう最初からレベルが高かったんです、～中略～意識が高いです、意識高いのでやりとりがすごくこっちの言う、まあ認知症ていうこと勉強しようっていうことだったりがあったんですけど、今度次の南津留も一緒ぐらい、でも東津留はまたちょっと地域特性が違ってて、(No.8. P7) ・もうあの町内から出ていかなんたいっていう排除の方向に向かいやすいですよ、(逆にある地域ではじゃあなんとか見とかなんいかなねみたいに)そうですね、町内の人だけんねとか、(No.9. P12) ・ここ（青葉校区）はそれだけ知識面が非常に高いので福祉の関心も非常に高く、もう校区社協がですね、すでに私たちが入植した時にはすでにボランティア組織とかも作っている、で高齢者、障害者でも無料のボランティアで、～中略～ゴミ出し、買い物とかはただでボランティアがするよというような組織も作ってる～

	<p>中略～民生委員さんや自治会が高齢者がとても多い、でしかも障害者の大きい施設もあるので意識が高いていうのもありますね、だからそういった関心が非常にある地域もある、かと言ってこの八田校区とかなると市営団地とかもあるんですけど、民生委員不在地区が沢山あるというような地域もあります、でその校区の中でもこの辺りこの辺りでちょっと色がだいぶ変わりますけど、その色の違いでいうのは非常に感じますね、だからそれによってやっぱり私たちのアプローチの仕方も変わるというのをこの地域では非常に感じますね、(No.10. P4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(住民のそういう見守りなり、支援ができると理想かなとは思いますが、やっぱりなかなかそこまで難しいですかね) いやいやそれとできるところと全くそこまでいかないこと、(あー町内で) もうあの人町内から出ていかなんたいっていう排除の方向に向かいやすいですよ (逆にある地域ではじゃあなんとかなんか見とかなんかかんねみたいに) そうですね、町内の人だけねとか、まあそれもね、なんか、ご本人が町内にどれだけ貢献してきたかっていうのがけっこう (No.9. P12) <p>< 関連 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・それぞれ、だから区同士の連携とかを目指そうという時はやっぱり難しさもあるしですね、ほんと隣同士の区でも全然カラーが違ったりとかするんで、ほんと道挟んで隣ののに何でこんなに違うかなていうのがあるんですけど、～中略～それぞれの区の特성에応じてなんか、やっぱり言ってあげないと響かないというか、だからそれを理解しておかないといけないんだなていうのがちょっと難しいかなと思いますけど (No.6. P8)
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域づくり課題ではなく、その取組に影響を与える環境要因や背景としても捉えられる。これによって地域づくりのアプローチも変わる (No.10、No.6)。 ・個別支援ではこれまでの本人と近隣住民との関係性が大きく影響する。例えば、地域で見守ろうとしても、その人とのこれまでの関係性が影響する。 ・逆に関係性が良ければ、地域の見守り等も積極的に行われる。

概念	地域ニーズの見極め
定義	地域づくりは、あくまで住民が望む内容を行うことが基本との視点を持つこと。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・それだけ同じように地域にアプローチすることでも内容の違いでこんなにも反応が違うのかと、で自分たちとしてはこちらのテーマをですね、(No.4. P9) ・一番心掛けてるのは自分がしてほしいことを相手に提供するんじゃなくて～中略～(してほしい) てことを相手に提供するっていうのは絶対しちゃだめで、相手がしてほしいことを提供するようにならねってのが絶対言ってるんですよ、～中略～そこが結構履き違いない様にはいつも気を付けてるんですけど、押しつけがましくならないように (No.7. P13) ・でもその為には津留地区ってのをしっかりニーズ把握して、どういう地域かってことを自分たちでも分析して、(No.8. P3) ・住民のヒットすることにどんどん変えていかないと (やっぱり住民のニーズと言うか、何をしたいかていう、どこに引っかかるかっていうのが) そこ探り探りだけ

	<p>ん、～中略～うちはもう住民のニーズに合わせてなんでもコロコロコロ方針も、(No.9. P10)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・やっぱり向こうがほしいと、向こうの地域住民の方のニーズも高まらないと（そうですね、あちらがこういう活動を望むとかですね、あちらが望むものをついていう）そうですね、そのニーズもある程度高まるためには、私たちも高まらせるための工夫がいるという (No.10. P11) ・やっぱ内容次第にもよるんですよね、～中略～なかなかですね、グループワークでなったらですね、やっぱ参加がちょっと少ないかなと、～中略～ちょっと消極的な所もあってですね、でそれも、それが一番最初 26 年度ですかね、27 年度、まあいえばあの一は、途中でいえば講義みたいのも、講義ていうかまあちょっとお話だけ、ていうのも盛り込んで、認知症に対する支援の方針だとか、あとはそのここ（学会資料）にも書いてた介護予防フォーラムていうことで年に 1 回してて、まああの一基調講演とかもしてる DVD を我々撮ってたりですね、それがちょうど一昨年がそういった認知症に関するお話だったので、それを見て頂いたりとか、そういったのだとちょっと興味を持ってきて頂いてるかなと、(No.11. P4-P5)
理論 メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域が求める支援が何かを的確に見極める必要がある。 ・「住民主体の姿勢」につながる。 ・特に講習会やイベントなどの活動に限定される？ ・ニーズベースの考え方が重要。

【カテゴリー】住民活動の促進

概念	活動のリーダーがいない
定義	地域づくりの活動を推進する際の核となるリーダーがいない、またそうした人を見つけ、協力者となってもらふことの課題。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の中で核になれる方を見つけることがひとつ難しいのかなと思うんですね (No.4. P10) ・やっぱ音頭を取る人が中々いらっしやらないこともあるんですけどね、その誰かがやるって言うてくれれば手伝う人はたぶん結構いらっしやるんですよ、でも自分が例えば代表をやるうとかいう人はあんまり、なかなかいらっしやらないのかなというところで (No.6. P11) ・やっぱりまず 1 つ上がってくるのが（地域活動の）役員のなり手がいないとかですね、その辺が人材的な所と、(No.6. P17) ・またそれ（福祉活動）をやれるだけの人材がいて、しかもそれを活動、中心になる人がいて、あとそれをサポートできる人たちもいるのかなとか、1 人でも～中略～そういったのも見極めていかないと、(No.10. P11) ・あーあとはやっぱりそのなんて言うんでしょう、そういった方々からの、リーダー的存在の方ですたいね、地域の、そういった方々を見つけていくっていうのは非常に難しいなって今感じているところではありますね、～中略～こうやってしていきませんかというふうな方を非常に見つけていくというのが非常に今のところ

	<p>難しいかなと、こっち側も今、老人の高齢化率上がって、老人の方も増えてはいますけども、やっぱり老人クラブ自体が逆になくなったりというのもやっぱり多いので、そういった中でやっぱり新たな方を見つけるのは非常に難しいかなというのがありますね、(No.11. P8)</p> <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年、毎年毎年じゃないんですけど、やっぱり変わられるので、変わられるし、やっぱりあの何度言ってもやっぱりなかなか、(包括の役割)同じ方に何度言っても、なかなかこう、定着しない～中略～結構慣れてこられた頃に交代されるんですよ。(No.3. P5) ・自治会長さんもわりかしこちらの方は2年にいっぺんですかね、わりかし回転率が良いと言ったらおかしいんですけど、替わられたりする方も多いようで、でなかなかそういった意味ではちょっと上手く浸透しにくい、(No.11. P4) <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・でそのサロンリーダーさんの活動を続けていくってところが1つ難しくて、リーダーさんの年齢層もやっぱりだんだん上がってくるので後継者の問題とか、(No.3. P8) ・自治会長もほんと高齢です、まったく活動が行われてない所とかは何もないです、その辺の差が課題で (No.9. P8)
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・リーダー（地域組織の核）に協力者となってもらうことが地域に動いてもらう上で大事。そのステップとしてリーダーの把握、賛同（協力者に）、協働（リーダー支援）へと展開。 ・「リーダーの同意」「負担への配慮」との関連 ・現実的にリーダーは自治会長等が多い。以前よりこれらは高齢化や人材不足の問題がある（関連No.3、No.9） <p>包括は高齢分野だが、若い人を巻き込む展開も必要。</p> <p><反対>新宮の場合は、意欲のある人が出た。地縁組織でないテーマ型組織への展開が必要？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・組織役員の交代も影響（関連事例） ・地域特性に起因する課題。その他にも課題として制度、包括組織、社会福祉士自身に起因する課題も考えられる。

概念	リーダーの意欲次第
定義	地域のリーダーの意識や関心によって地域づくりの活動（への取組）が左右されること。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・組長の意識の違いってというのが大きいかなと、でやっぱりこれは大事なことからやらなあかんていうところで意識がすごい高い方は同じように忙しい組長さん同士でも自分の地域でやろうという風に、何カ所か集まってですね、2、3、3つ、2つぐらいの組が集まって勉強会したりとかいうのはあったんですよ、(No.4. P8)

	<ul style="list-style-type: none"> ・でいよいよ東大分にもそろそろっていうずっとプッシュしてたんですが、なかなか何て言うんですかね、自治会長さんの意識が上がらずだったんですけども、(No. 8. P6) ・あー、福祉に対する意識の差ですね、～中略～（積極的に）こういうやろうとする自治会長さんって福祉に対する意識が高いんですよ、困ってる方とか弱者とか、でもけっこう地域の中で福祉のことってのはイコール民生委員さんの仕事でしょ（て人もいる）～中略～けど地域っていう括りは自治会長さん、で区長なんですね（No.8. P6) ・町内会長が実権、すごい権力握っていてですね、もう町内会長のやりたい放題になっとなつて、会長が乗らんと（活動がてんかいしない）(No.9. P5) ・そうですね、もう会長次第っていうところもあるし、そうですね（No.9. P7) ・まあ人によってはもちろんですたいね、分かりましたて言うところもあるんですが、町によってはそがん急に言われてもみたないところもあつたりはしてる現状ですけど、(No.10. P4) <p><反対></p> <ul style="list-style-type: none"> ・モデルになってる区長さんはすごい熱い方々だったので、ほんとにこちらも勇気をもらうぐらいの良い出会いではあつたと思う。(No.4. P11)
理論メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域づくりの課題（負の要素）だけとも限らない場合もある。逆にリーダーの意欲・意識が高ければ地域づくりの取組がスムーズに進む（【反対】や嘉島ケース） ・この点で、まずもってリーダーの同意が必要になる。いかにリーダーに関心や意欲を持ってもらうかがその後の展開に重要になる。 ・リーダーに話を通すとの関連がある。

概念	活動場所がない
定義	地域づくりを展開する上で、住民が活動するために集まる「場」の確保の課題
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・あと中には場所がないっていうところも（あつ活動する場所ですか、事務拠点みたいな）そうです、そうです、実際に人集めてなんかやろうとしても、今の公民館じゃちょっとねとかいうところもあつたりはしますし、だからそういうなんか物であつたり、人で足りてない部分もあるのかなとは思いますが、でそこが出来てくれば、やっぱそこ物とか人とかつてなつたら、たぶんやっぱお金が当然かかってくるんでお金の支援とかも必要になってくるんでしょうし、(No.6. P17) ・町らへん、でもう家がいっぱい建つとって集まる場所すらないっていうとこ、で公民館自体もない、そういった所でどうやって（地域自体が新しいんですか、そしたらここは、古いのは古い）前からあるんですよ、けど家とかがあつて、空き家とかもあるんですけど、けど坂道が多くて、けど住宅密集してから自由に使える公共型のものがないって、そここのところが今一番の課題で（No.7. P9) ・なかなか（100 歳体操をする）会場が、場所がないとかですね、公的な場所が町内にない所とかが多くてですね、なかなか場所の問題で進まないことはよくあるんですけど、(No.9. P3)

	<p>< 関連 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の課題は個別にケアマネジャーが把握していると思うんですけど、それを話し合ったりする場、共有したりする場もないですし。そうですね、(地域の) 課題は多くあると思いますが。(No.1. P3)
理論 メモ	<ul style="list-style-type: none"> ・特にサロン活動や介護予防活動など「場」を必要とする取組の課題 ・地域づくりにおいては、現実的かつ重要な支援課題となっている。活動資金なども同様。 ・関連事例を踏まえると「場」(共有する、活動する)の課題として一般化できる。

概念	当事者としての意識づけ
定義	住民に地域づくりの活動に対する主体性や当事者意識を持ってもらうことの難しさ。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・地域が自分たちで、ほんとと主体、自分たちが主体にならなきゃいけないっていう意識づけが難しいですかね。そのどちらかというと役場とか行政とかに相談したら、どうにかしてくれるっていうところがどうしてもあるんですよ。(No.3. P13) ・漠然としかやっぱり皆さん考えられない所をいかに具体的に考えて頂くかっていうところで、～中略～そういった所に意識を持っていったんっていうのは感じたところですね。～中略～ただやっぱりポーンと投げかけてもやっぱりなかなか出てこない、何か困りごとありますとかか言ってもいや別って感じなんですけど、具体的にわが身にふりかかった時のことをいかに想像できるかっていう、そこがやっぱりポイントなんだなっていうのを思いましたね。そんなに遠くない未来 (No.3. P13-P14) ・まあ誰もがなんか自分が介護保険でもそうですけど、当事者になって初めて感じる場所であると思うんで、なかなか難しいところですね、(No.11. P6) ・きるだけ本人、皆さんの意欲を高めるようにっていう所です、まあその小地域の中でもそういった所ですたいね、ほんとに皆さんが地域で生活している中で認知症、どんなことが考えられますかっていう所ですたいね (No.11. P10) ・興味のある方は来ますけども、本当に必要な方とか興味のない方にいかに興味を持ってもらうかっていうところも非常に難しいなて思ってる所ではありますね (No.11. P14) ・実際に地域に、他所で起こってることではなくて参加される方々の近くに起こってる、近くにいらっしゃる事例の、AさんBさんの話をその方たちをすることで他人事ではないし、身近に起こっていて、国の言っているお金の話だけではなくて、いますで何かこれを進めて行かないと、結局自分たちが困るんだよっていうことをするために、それが規範的統合になるだろうということ、してるんですね、ただまあやはり我々の進めたい、そのなんでしょう、ステップと、住民の代表の方たちの実際の思いとは、我々変な話ですけど、そこには居ない訳で、地域に住んでる、我々はちょっと一歩ちょっと外からと言うか、援助者という形になってしまうので、そういう意味では実際に地域で暮らしている方のほんとの

	<p>生活の想いとは若干ズレもあると思うんですね、(No.12. P3)</p> <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分の主体的に参加する、住民の人が主体的に参加するっていうのは、なんでか我が町内の事であれば、主体的に、ああうちの町内のことだけ参加せなりたいとか、仲間意識、所属意識があって、でせなんていうのがびゅっと高まるんですよ、校区でやろうかするとなんかちょっとお客さんで来なはっとですよ、(No. 9. P5) <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・一番が対象者、情報を発信する方、どのような方に発信すれば良いのかっていうところですね、広報で発信するにしてもちょっと広すぎるしですね。(共有する相手が、どういった方たちを対象にっていう、対象設定の問題っていうのがありますかね) ええ。(No.1. P3) <p><関連></p> <ul style="list-style-type: none"> ・住民からすると介護保険料も収めているし、今まで介護保険が始まった時とかは結構使え使えできたのに、今になって金がなくなってきたから移行するて、一理あるじゃないですか、だからそういったことが気に入らないっていう想いもやっぱりあったりして、そういう声もある中で、～中略～理屈じゃない感情の部分で、なんででしょうね上手くまとまりがつかなくなったりとか、そういったこともありますし、(No.12. P3) <p><反対></p> <ul style="list-style-type: none"> ・徘徊は明日は我が身っていうのが非常に住民さんとして感じやすかったのかというところと、その丁度、えーとですね昨年度なんですけど、あの一夏、梅雨時期にですね3件連続で行方不明者が発生したんですよ(認知症の徘徊が?) 認知症の徘徊が。そういった所もよく最近無線流れているよねっていうようなのが住民さんの反応としてあったんですよ、そこで意識は高かったんかなっていうふうには思いますね。(No.4. P8)
<p>理論 メモ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・住民主体の地域づくりを促進する重要な要素。「私たちの問題」への転換が必要。 ・主体性や当事者意識への働きかけとして「イベント」「講習会」「勉強会」「会議」なども有効。 <p><関連>地域づくりが進まない背景として住民の負担や不安もあるが、不満の要素も見られた (No.12. P3)</p> <p><関連></p> <p>地域の課題を共有する際の範囲も当事者意識に大きく影響する (No.9. P5、No.1. P3)</p>

地域包括支援センターにおける地域を基盤とした
ソーシャルワーク実践に関する調査

【この調査の趣旨】

この調査は、地域包括支援センターに所属する社会福祉士の皆様方のソーシャルワーク実践に関する実態把握を目的として実施するものです。この調査の結果を踏まえ、地域包括支援センターにおける社会福祉士のソーシャルワーク実践の現状及び課題を整理し、その実践を促進するための具体的方策を検討してまいりたいと考えております。

【ご回答にあたって】

1. この調査は、地域包括支援センターに所属する**社会福祉士（職）の方**がご回答下さい。該当者が複数おられる場合には、地域包括支援センターでの実務経験年数が最も長い方がご回答下さい。
2. ご回答は、この調査票に直接ご記入頂き、同封致しました返信用封筒にてご返送下さい。
3. ご回答の返信は、**2017年3月31日**までにお願い致します。
4. 調査協力のご同意につきましては、ご回答の返信をもって代えさせていただきます。なお、この調査へのご協力はあくまで任意です。調査にご協力を頂けない場合でも貴センターに不利益が生じることはございません。
5. この調査は無記名式の回答となっておりますので、貴センター及び回答者個人が特定されることは一切ございません。また、調査で得られたデータの目的外利用は一切致しません。
6. 調査結果を希望される場合は、下記の連絡先までお知らせ下さい。郵送にて対応させていただきます。なお、その際にお知らせ頂きました貴センターの情報（名称、所在地、連絡先など）につきましては、調査結果の郵送以外の目的で用いることはございません。
7. この調査は、西南女学院大学倫理審査委員会の審査に基づき、西南女学院大学学長の許可を受けて実施しております。調査に関しまして不明な点等がありましたら、下記の連絡先までお問い合わせ下さい。

《連絡先》

〒803-0835 福岡県北九州市小倉北区井堀 1-3-5
西南女学院大学 保健福祉学部福祉学科 荒木 剛
TEL : 093-583-5131 E-mail : araki-t@seinan-jo.ac.jp

【問1】あなたが勤務する地域包括支援センター（以下、センター）について伺います。

(1) センターの運営主体について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。

1. 行政直営 2. 社会福祉法人（社会福祉協議会を除く） 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人
5. 社団法人 6. 財団法人 7. NPO法人 8. 株式会社等 9. その他（ ）

(2) センターにおける以下の3職種の人員配置をお答え下さい（各職種には「準ずる職員」も含みます）。
※人数はあなたご自身を含めてお答え下さい。

- ・保健師：正規職員（ ）名 非正規職員（ ）名 派遣・出向職員（ ）名
- ・主任介護支援専門員：正規職員（ ）名 非正規職員（ ）名 派遣・出向職員（ ）名
- ・社会福祉士：正規職員（ ）名 非正規職員（ ）名 派遣・出向職員（ ）名

(3) センターにおける3職種の業務体制について、最も近い形態の番号ひとつに○を付けて下さい。

1. 共同型：業務全般を3職種が共同で行っている。
2. 主担当+サブ型：業務内容ごとに主たる専門職が中心となり、他の職種はそのサポートを行う。
 例) 権利擁護業務を主に社会福祉士が担当し、主任介護支援専門員がそのサポートを行う。
3. 分業型：業務内容ごとに3職種で役割分担を行っている。

(4) 以下の包括的支援事業について、センターが実施しているものすべてに○を付けて下さい。

1. 在宅医療・介護連携推進事業 2. 生活支援体制整備事業 3. 認知症総合支援事業

(5) センターにおける以下の職種の配置状況について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。
配置がある場合はその人数（専任・兼任）をお答え下さい。 ※正規・非正規職員は問いません。

- ・介護予防サービス（予防給付）計画担当の専任職員： 1. 配置あり（ ）名 2. 配置なし
- ・生活支援コーディネーター： 1. 配置あり 専任（ ）名／兼任（ ）名 2. 配置なし
- ・認知症地域支援推進員： 1. 配置あり 専任（ ）名／兼任（ ）名 2. 配置なし

(6) 住民を対象とした以下の取組について、センターが実施しているものすべてに○を付けて下さい。

1. 福祉の出張相談 2. 福祉の講座や講習会 3. 地域交流の行事やイベント
4. 地域の福祉課題に関する会議 5. 住民主体の見守り活動の推進 6. 住民主体のサロン活動の推進
7. 住民主体の介護予防活動の推進 8. 住民主体の生活支援サービス（家事、外出、その他の支援）の推進
9. その他（ ）

(7) 現在の地域ケア会議（センター主催）の開催頻度について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。

1. 1ヶ月に1回以上 2. 1ヶ月に1回程度 3. 2カ月に1回程度 4. 3か月に1回程度
5. 4ヶ月に1回程度 6. 6ヶ月に1回程度 7. 年1回程度

(8) 地域ケア会議（センター主催）への住民の参加状況について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。
「住民」とは民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含みます。

1. 全く参加しない 2. 時々参加する 3. 毎回参加する

【問2】あなたの日頃の実践について伺います。以下の各項目について、あなたはどの程度実践できていますか。各項目の該当する数字（1～4）ひとつに○を付けて下さい。

【項 目】		できていない	あまりできていない	ある程度できている	できている
※文中の「センター」とはあなたが所属する地域包括支援センターです。 また、「利用者」とは生活課題を抱えた個人及びその家族等です。					
(1)	住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）に対してセンターの役割や業務を広報・周知している。	1	2	3	4
(2)	関係機関・事業所に対してセンターの役割や業務を広報・周知している。	1	2	3	4
(3)	住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）との関係づくりを行っている。	1	2	3	4
(4)	関係機関・事業所との関係づくりを行っている。	1	2	3	4
(5)	住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）から利用者についての情報を得ている。	1	2	3	4
(6)	住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）と利用者の課題を共有している。	1	2	3	4
(7)	利用者の課題解決において住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）と協働している。	1	2	3	4
(8)	関係機関・事業所から利用者についての情報を得ている。	1	2	3	4
(9)	関係機関・事業所と利用者の課題を共有している。	1	2	3	4
(10)	利用者の課題解決において関係機関・事業所と協働している。	1	2	3	4
(11)	住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）から地域の福祉課題についての情報を得ている。	1	2	3	4
(12)	住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）と地域の福祉課題を共有している。	1	2	3	4
(13)	地域の福祉課題の解決において住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）と協働している。	1	2	3	4
(14)	関係機関・事業所から地域の福祉課題についての情報を得ている。	1	2	3	4
(15)	関係機関・事業所と地域の福祉課題を共有している。	1	2	3	4
(16)	地域の福祉課題の解決において関係機関・事業所と協働している。	1	2	3	4
(17)	住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）と地域の社会資源について情報を共有している。	1	2	3	4
(18)	関係機関・事業所と地域の社会資源について情報を共有している。	1	2	3	4
(19)	新たな社会資源の開発に向けて住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）と協働している。	1	2	3	4
(20)	新たな社会資源の開発に向けて関係機関・事業所と協働している。	1	2	3	4
(21)	地域ケア会議（センター主催）を通じて、利用者の課題解決を支援している。	1	2	3	4
(22)	地域ケア会議（センター主催）を通じて、地域の福祉課題を把握している。	1	2	3	4

※「項目」は次ページに続きます。

【項 目】		できていない	あまりできていない	ある程度できている	できている
※文中の「センター」とはあなたが所属する地域包括支援センターです。 また、「利用者」とは生活課題を抱えた個人及びその家族等です。					
(23)	地域ケア会議（センター主催）を通じて、住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）との連携を深めている。	1	2	3	4
(24)	地域ケア会議（センター主催）を通じて、関係機関・事業所との連携を深めている。	1	2	3	4
(25)	地域ケア会議（センター主催）を通じて、地域に不足している社会資源（フォーマル、インフォーマルを含む）を把握している。	1	2	3	4
(26)	地域ケア会議（センター主催）において、新たな社会資源（フォーマル、インフォーマルを含む）の開発を検討している。	1	2	3	4
(27)	利用者と適切に援助関係を築いている。	1	2	3	4
(28)	利用者の課題を生活全体から把握している。	1	2	3	4
(29)	利用者の持っている強さや能力を把握している。	1	2	3	4
(30)	利用者の人権や権利を尊重した支援を行っている。	1	2	3	4
(31)	利用者と環境との関係性を把握している。	1	2	3	4
(32)	利用者の課題解決において目標を設定している。	1	2	3	4
(33)	利用者の課題解決において支援計画を立案している。	1	2	3	4
(34)	利用者の課題解決に必要な社会資源を調整している。	1	2	3	4
(35)	利用者の課題解決の過程や結果を評価している。	1	2	3	4
(36)	支援や業務の記録を作成している。	1	2	3	4
(37)	地域の福祉課題を把握している。	1	2	3	4
(38)	住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）の福祉意識を把握している。	1	2	3	4
(39)	地域のキーパーソンを把握している。	1	2	3	4
(40)	住民同士（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）の関係性を把握している。	1	2	3	4
(41)	地域のフォーマルな社会資源を把握している。	1	2	3	4
(42)	地域のインフォーマルな社会資源を把握している。	1	2	3	4
(43)	地域の福祉課題の解決において支援計画を立案している。	1	2	3	4
(44)	地域の福祉課題に対して住民（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）の関心が高まるよう取り組んでいる。	1	2	3	4
(45)	住民主体（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）の見守り活動の推進に取り組んでいる。	1	2	3	4

※「項目」は次ページに続きます。

【項 目】		できていない	あまりできていない	ある程度できている	できている
※文中の「センター」とはあなたが所属する地域包括支援センターです。 また、「利用者」とは生活課題を抱えた個人及びその家族等です。					
(46)	住民主体（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）のサロン活動の推進に取り組んでいる。	1	2	3	4
(47)	住民主体（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）の介護予防活動の推進に取り組んでいる。	1	2	3	4
(48)	住民主体（民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む）の生活支援サービスの推進に取り組んでいる。 サービス例) 家事や外出・移動支援など	1	2	3	4
(49)	センターの役割や業務についてセンター内で共通理解を得ている。	1	2	3	4
(50)	センター内で各職種の役割や業務について共通理解を得ている。	1	2	3	4
(51)	センター内で各職種が担当している利用者の情報を共有している。	1	2	3	4
(52)	センター内で地域の福祉課題について情報を共有している。	1	2	3	4
(53)	センター内で地域の社会資源について情報を共有している。	1	2	3	4
(54)	センター内の職種間でチームアプローチを展開できている。	1	2	3	4
(55)	センター内でスーパービジョンを行っている(受けている)。	1	2	3	4

【問3】住民との連携・協働に関して意識している点や工夫している点を具体的にお答え下さい。

【問4】住民との連携・協働に関して課題や難しいと感じている点を具体的にお答え下さい。

【問5】住民による支え合い活動（見守り、サロン、生活支援等）の促進について、課題や難しいと感じる点を具体的にお答え下さい。

※裏面に続きます。

【問6】あなたご自身のことについて伺います。

<p>(1) あなたの性別について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい(2017年3月末時点)。</p> <p>1. 女性 2. 男性</p>
<p>(2) あなたの年齢について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい(2017年3月末時点)。</p> <p>1. 20歳代 2. 30歳代 3. 40歳代 4. 50歳代 5. 60歳代以上</p>
<p>(3) 現在勤務している地域包括支援センターでの実務経験年数をお答え下さい(2017年3月末時点)。</p> <p>()年()ヶ月</p>
<p>(4) これまでの相談援助職としての実務経験年数をお答え下さい(2017年3月末時点)。 ※上記(3)の実務経験年数を含めてお答え下さい。</p> <p>通算()年()ヶ月</p>
<p>(5) あなたのこれまでの福祉分野における職務経歴について、該当する番号<u>すべて</u>に○を付けて下さい。</p> <p>1. 市町村行政 2. 在宅介護支援センター(在介) 3. 居宅介護支援事業所(居宅) 4. 社会福祉協議会 5. 医療機関 6. 高齢者施設・事業所(在介、居宅を除く) 7. 障害者施設・事業所 8. 児童(障害児を含む)施設・事業所 9. 特になし(新卒等) 10. その他()</p>
<p>(6) あなたの取得している資格について、該当する番号<u>すべて</u>に○を付けて下さい。</p> <p>1. 社会福祉士 2. 精神保健福祉士 3. 介護支援専門員 4. 看護師 5. 保健師 6. 介護福祉士 7. その他()</p>
<p>(7) あなたの雇用形態について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。</p> <p>1. 正規職員 2. 非正規職員 3. 派遣・出向職員</p> <p>◆上記で「3. 派遣・出向職員」と回答した方</p> <p>派遣・出向元について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。</p> <p>1. 行政 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団法人 6. 財団法人 7. NPO法人 8. 株式会社等 9. その他()</p>
<p>(8) あなたがセンターで従事している主な業務について、該当する番号<u>すべて</u>に○を付けて下さい。</p> <p>1. 総合相談支援業務 2. 権利擁護業務 3. 介護予防ケアマネジメント業務 4. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 5. 指定介護予防支援業務(予防給付の介護サービス計画作成) 6. 在宅医療・介護連携推進業務 7. 生活支援体制整備業務 8. 認知症総合支援業務 9. その他()</p>
<p>(9) あなたが兼務している職種について、該当する番号<u>すべて</u>に○を付けて下さい。</p> <p>1. 生活支援コーディネーター 2. 認知症地域支援推進員 3. その他()</p>
<p>(10) あなたのセンターでお立場について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。</p> <p>1. 管理的立場(管理者・所長)にある 2. 管理的立場(管理者・所長)にない</p>

以上でアンケートは終わりです。お忙しい中にご協力を頂き、誠にありがとうございました。

【問1】あなたが勤務する地域包括支援センター（以下、センター）について伺います。

(1) センターの運営主体について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。

n=179

運営主体	度数 (%)
行政直営	71 (39.7)
社会福祉法人 (社協を除く)	45 (25.1)
社会福祉協議会	20 (11.2)
医療法人	31 (17.3)
その他	12 (6.7)
合計	179 (100.0)

(2) センターにおける以下の3職種の人員配置をお答え下さい (各職種には「準ずる職員」も含まれます)。 ※人数はあなたご自身を含めてお答え下さい。

n=179

職種	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
保健師 (正規)	179	0.0	5.0	1.4	0.9
保健師 (非正規)	179	0.0	4.0	0.3	0.6
保健師 (出向)	179	0.0	2.0	0.1	0.2
ケアマネ (正規)	179	0.0	5.0	1.0	1.0
ケアマネ (非正規)	179	0.0	3.0	0.3	0.5
ケアマネ (出向)	179	0.0	3.0	0.2	0.5
社福士 (正規)	179	0.0	5.0	1.2	1.0
社福士 (非正規)	179	0.0	3.0	0.3	0.6
社福士 (出向)	179	0.0	3.0	0.2	0.6

(3) センターにおける3職種の業務体制について、最も近い形態の番号ひとつに○を付けて下さい。

n=179

業務体制	度数 (%)
共同型	61 (34.1)
主担当+サブ型	94 (52.5)
分業型	23 (12.8)
無回答	1 (0.6)
合計	179 (100.0)

(4) 以下の包括的支援事業について、センターが実施しているものすべてに○を付けて下さい。

n = 179

事業	度数 (%)
在宅医療・介護連携推進事業	101 (78.3)
生活支援体制整備事業	81 (62.8)
認知症総合支援事業	98 (76.0)

(5) センターにおける以下の職種の配置状況について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。配置がある場合はその人数（専任・兼任）をお答え下さい。※正規・非正規職員は問いません。

n = 179

職種	配置	度数 (%)
介護予防サービス計画担当の専任職員	有	129 (72.1)
	無	50 (27.9)
生活支援コーディネーター（専任）	有	20 (11.2)
	無	144 (80.4)
	無回答	15 (8.4)
生活支援コーディネーター（兼任）	有	34 (19.0)
	無	130 (72.6)
	無回答	15 (8.4)
認知症地域生活支援員（専任）	有	36 (20.1)
	無	131 (73.2)
	無回答	12 (6.7)
認知症地域生活支援員（兼任）	有	53 (29.6)
	無	114 (63.7)
	無回答	12 (6.7)

(6) 住民を対象とした以下の取組について、センターが実施しているものすべてに○を付けて下さい。

n = 172

取組み	度数 (%)
出張相談	74 (43.0)
福祉の講座・講習会	143 (83.1)
地域交流の行事	79 (45.9)
地域の福祉課題に関する会議	122 (70.9)
住民主体の見守り活動の推進	86 (50.0)
住民主体のサロン活動の推進	84 (48.8)
住民主体の介護予防活動の推進	104 (60.5)
住民主体の生活支援サービスの推進	35 (20.3)
その他	9 (5.2)

(7) 現在の地域ケア会議（センター主催）の開催頻度について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。

n = 179

開催頻度	度数 (%)
1ヶ月1回以上	35 (19.6)
1ヶ月1回程度	29 (16.2)
2ヶ月1回程度	51 (28.5)
3ヶ月1回程度	30 (16.8)
4ヶ月1回程度	8 (4.5)
6ヶ月1回程度	13 (7.3)
年1回程度	13 (7.3)
合計	179 (100.0)

(8) 地域ケア会議（センター主催）への住民の参加状況について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。 ※「住民」とは民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含みます。

n = 179

参加状況	度数 (%)
全く参加しない	47 (26.3)
時々参加する	74 (41.3)
毎回参加する	58 (32.4)
合計	179 (100.0)

【問2】あなたの日頃の実践について伺います。以下の各項目について、あなたはどの程度実践できていますか。各項目の該当する数字（1～4）ひとつに○を付けて下さい。

n=179(%)

	項 目	できていない	あまりできていない	ある程度できている	できている	無回答
1	住民に対してセンターの役割や業務を広報・周知している。	1.7	14.0	68.7	15.6	
2	関係機関・事業所に対してセンターの役割や業務を広報・周知している。	1.1	12.3	65.9	20.7	
3	住民との関係づくりを行っている。	2.2	15.1	66.5	15.6	0.6
4	関係機関・事業所との関係づくりを行っている。	1.1	7.8	69.8	21.2	
5	住民から利用者についての情報を得ている。	1.1	8.9	68.2	21.8	
6	住民と利用者の課題を共有している。	2.2	33.5	57.5	6.1	0.6
7	利用者の課題解決において住民と協働している。	1.7	31.3	60.3	6.1	0.6
8	関係機関・事業所から利用者についての情報を得ている。	0.6	3.4	67.0	29.1	
9	関係機関・事業所と利用者の課題を共有している。	1.1	8.9	68.2	21.8	
10	利用者の課題解決において関係機関・事業所と協働している。	0.6	7.8	67.6	23.5	0.6
11	住民から地域の福祉課題についての情報を得ている。	3.9	36.9	53.6	5.0	0.6
12	住民と地域の福祉課題を共有している。	5.0	50.3	39.7	4.5	0.6
13	地域の福祉課題の解決において住民と協働している。	6.7	52.0	36.3	4.5	0.6

14	関係機関・事業所から地域の福祉課題についての情報を得ている。	6.1	45.3	43.0	5.0	0.6
15	関係機関・事業所と地域の福祉課題を共有している。	6.7	46.4	40.8	5.6	0.6
16	地域の福祉課題の解決において関係機関・事業所と協働している。	8.9	47.5	37.4	5.6	0.6
17	住民と地域の社会資源について情報を共有している。	2.2	43.0	47.5	5.6	1.7
18	関係機関・事業所と地域の社会資源について情報を共有している。	3.9	36.9	51.4	7.3	0.6
19	新たな社会資源の開発に向けて住民と協働している。	22.9	53.6	19.0	2.2	2.2
20	新たな社会資源の開発に向けて関係機関・事業所と協働している。	20.1	60.9	14.5	3.9	0.6
27	利用者と適切に援助関係を築いている。		2.2	65.4	31.8	0.6
28	利用者の課題を生活全体から把握している。		5.6	66.5	27.4	0.6
29	利用者の持っている強さや能力を把握している。		8.4	68.2	22.9	0.6
30	利用者の人権や権利を尊重した支援を行っている。		5.0	55.3	39.1	0.6
31	利用者と環境との関係性を把握している。		10.1	64.2	25.1	0.6
32	利用者の課題解決において目標を設定している。	0.6	8.9	59.2	30.7	0.6
33	利用者の課題解決において支援計画を立案している。	2.2	13.4	55.9	27.9	0.6
34	利用者の課題解決に必要な社会資源を調整している。	1.7	16.2	58.7	22.9	0.6
35	利用者の課題解決の過程や結果を評価している。	2.2	18.4	58.1	20.1	1.1
36	支援や業務の記録を作成している。	0.6	5.6	38.0	55.3	0.6
37	地域の福祉課題を把握している。	1.7	35.2	55.3	7.3	0.6
38	住民の福祉意識を把握している。	6.1	57.0	33.0	2.8	1.1

39	地域のキーパーソンを把握している。	2.2	32.4	57.5	7.3	0.6
40	住民同士の関係性を把握している。	5.0	48.6	42.5	2.8	1.1
41	地域のフォーマルな社会資源を把握している。	1.1	6.7	69.8	21.8	0.6
42	地域のインフォーマルな社会資源を把握している。	1.7	41.3	52.5	3.9	0.6
43	地域の福祉課題の解決において支援計画を立案している。	30.7	48.0	19.0	1.7	0.6
44	地域の福祉課題に対して住民の関心が高まるよう取り組んでいる。	16.2	49.2	33.0	1.1	0.6
45	住民主体の見守り活動の推進に取り組んでいる。	11.7	44.1	40.2	3.4	0.6
46	住民主体のサロン活動の推進に取り組んでいる。	15.6	38.5	36.3	9.5	
47	住民主体の介護予防活動の推進に取り組んでいる。	7.3	37.4	43.6	11.7	
48	住民主体の生活支援サービスの推進に取り組んでいる。 サービス例) 家事や外出・移動支援など	27.9	53.6	17.3	1.1	
49	センターの役割や業務についてセンター内で共通理解を得ている。	1.1	5.0	57.0	36.9	
50	センター内で各職種の役割や業務について共通理解を得ている。	1.1	6.1	53.6	39.1	
51	センター内で各職種が担当している利用者の情報を共有している。	1.7	6.7	62.0	29.6	
52	センター内で地域の福祉課題について情報を共有している。	1.1	20.7	57.5	20.7	
53	センター内で地域の社会資源について情報を共有している。	1.1	10.1	66.5	21.8	0.6
54	センター内の職種間でチームアプローチを展開できている。	2.2	9.5	60.3	27.9	
55	センター内でスーパービジョンを行っている(受けている)。	14.0	30.2	41.9	14.0	

※住民は民生委員、自治会・町内会、ボランティア等を含む。

【問3】住民との連携・協働に関して意識している点や工夫している点を具体的にお答え下さい。

カテゴリー	内容（例）
地域会合や行事等への参加による関係づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の会合や行事になるべく参加し、日頃から関係をとることを大切にしている。 ・いきいきサロンや自治会に出向き、顔の見える関係づくり。 ・地域行事になるべく参加し、地域の人に顔を覚えて頂く。 ・関係性は構築できるように積極的にサロンや民児協等に出席している。
地域会合や行事等への参加による情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・自治会合や民生委員定例会に参加し、情報を共有している。 ・民生委員児童委員協議会の定例会に毎月参加し、情報共有を行っている。 ・民生委員の定例会には毎月出席し、意見交換を行うようにしている。
対応結果の報告	<ul style="list-style-type: none"> ・地域からの声に対しては、その後の報告を行うことを必ずし、声をあげて下さった方への感謝と配慮に努めている。 ・住民の方より相談があった利用者に対して、どのように対応したか、その後どうなったかをお伝えるするようにして、良好な関係が築けるように心がけている。 ・動いた内容を情報を下さった方に報告し、今後どうしていくかもお伝えするようにしています。 ・必ず報告を行うこと。
住民意思の尊重	<ul style="list-style-type: none"> ・住民の意思、意識を置き去りにしない連携を構築している。 ・行政主導で進めてしまわないよう、住民の方々の意見を大切にしている。 ・行政側の一方的な押し付けにならないように気をつけてます。 ・提案はするが、決定は住民に委ねる。
住民の当事者意識の涵養	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の福祉課題を住民自身の課題として認識してもらえるようにと心掛けています。 ・地域を他人事と捉えがちになるので、自らの事として考えて頂くように毎回話をしている。 ・住民自らが課題として感じ、解決していこうという姿勢を持ってもらえるように働きかけること。 ・機会があるごとに住民意識の高揚に向けた取組を行っている。
住民主体のスタンス	<ul style="list-style-type: none"> ・住民主体であること。 ・あくまでも住民主体という事を意識し、包括は裏方に徹します。 ・住民自ら活動を展開・運営していくように心掛けています。 ・住民主体で地域づくりのためとの意識を住民側にもってもらえるよう地域の力を引き出せるよう後方支援している。

寄り添う姿勢（共に考え、動く）	<ul style="list-style-type: none"> ・老人会や地域サロン等での対話を通して一緒に考えていく姿勢を見せている。 ・問題点が出た時には一緒に考えられるように支援を行っている。 ・相談を受けた時は一緒に動くようにしている。
顔の見える関係づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・顔の見える関係づくりから始める。 ・住民と顔の見える関係が築けるように意識している。 ・顔なじみで相談しやすい関係づくり。 ・顔なじみの関係作り、信頼してもらえるように工夫している。
話し合いの場の設定	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議を活かして住民との意見交換の場を設けている。 ・直接、顔を合わせ話し合いの場を持つ。 ・校区ごとの高齢者支援会議を5ヶ所、町内ごとの高齢者支援会議を25ヶ所、地域づくりの地域ケア会議を圏域で1ヶ所、定例で行っている。 ・地域ケア会議の場にはできるだけ多様な地域の方にも参加してもらっている。
包括の広報・周知	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員会、自治会、老人会に参加したりして、包括センターのPRを行っている。 ・サロンに出向き、包括センターで行っている内容を知らせる。 ・日常業務を通して、包括センターの役割等について理解して頂くように努めている。 ・認知症徘徊模擬訓練などに参加し、住民の方に包括の啓発などを行う。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・専門性を持ち、中立・公正の立場で行うように努めています。 ・担当地区によって連携・協働の仕方が異なるため、地域ごとに話の持っていく方を変えている。 ・利用者の課題解決などに向けて連携・協働する上で利用者の個人情報の取り扱いに留意している。 ・地域の特性を理解するよう努めている（キーパーソンは誰か、婦人会活動や老人会活動の実態など）。 ・専門的な用語はできるだけ使用しないで、できるだけ分かりやすく話すよう努めています。

【問4】住民との連携・協働に関して課題や難しいと感じている点を具体的にお答え下さい。

カテゴリー	内容（例）
住民のマンパワー	<ul style="list-style-type: none"> ・地域によっては高齢率が非常に高く、支える側のマンパワー不足がある。 ・協力的な方はこれまでも多くの役割を担っており、高齢化、役割り重複があり、偏った者になりやすい。 ・偏った特定の住民に負担がかかってしまっている。 ・住民代表が高齢化しており、あとを継ぐ者がいない。 ・地域にキーパーソンがいない。 ・リーダーやキーパーソンがいない。
地域性や地域差	<ul style="list-style-type: none"> ・新興住宅と農村地域が同じ校区内にあったりする。 ・独自の文化や習慣があり、地域住民全体としての支援が難しい。 ・圏域ごとにニーズや課題が変わっているので集約的な連携や協働ができない。 ・地域や会ごとに特徴があるので、その特徴に合った介入が必要。 ・校区等により地域性が異なるため、踏まえた対応が必要。 ・住民の協力体制も地区で色々であり、連携が難しい時がある。 ・地域によって連携・協働に対して温度差があるため、関係性を築くのが難しい。
住民の主体性や自主性の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・住民の自主性を育てていくことが難しい。 ・「住民主体」という意識を持ってもら事が難しい。 ・連携や協働をきっかけとして自分たちで地域を作り上げていく意識を持ってもらう点。 ・総合支援事業の地域主体のサービス等の創設について、住民のやらされ感がある。 ・行政や包括がするだろう、自分たちはみてるだけなどの意識が強い。
住民同士の関係性	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の方々の中にも派閥があり、調整が難しい時がある。 ・地域住民の力関係がつかめない。 ・住民同士が仲が悪かったりすると、地域ケア会議などに一緒に出席して頂くことができないので気を遣う。 ・団地が多く住民同士の関係が希薄。 ・年々、地域の結びつきが弱くなっている。
住民の意識差（まとめる困難）	<ul style="list-style-type: none"> ・住民それぞれ意識差が大きい。 ・地域関係者の高齢者支援や介護予防等の意識に温度差がある。 ・色々な思いのある方が多いので意見をすり合わせる事が難しい場合がある。

<p>包括センターに対する理解が十分でない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・包括に対して十分に理解して頂けない。 ・センターの役割や場所を知らない方もまだ多くいると思う。 ・介入を試みるが包括の役割を理解してもらえない地域がある。 ・包括への過剰な期待やすぐに解決してくれると思われるとき。
<p>住民の福祉意識</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・意識が低い人ほど福祉に関心が低いため連携しにくいように感じる。 ・住民の意識が低い。 ・認知症の方を地域で見守っていく姿勢や理解がなかなか得られないこと。 ・精神障害者への支援の協力が得られにくい（怖い、迷惑）。 ・認知症や問題のある高齢者が地域から排除されがちであること。
<p>個人情報保護との兼合い</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報の取り扱い。どこまで話していいので、情報共有していいのかわからない、迷うことがある。 ・個人情報の問題もあり、連携が進まないこともある。 ・個人情報で共有できない課題がある。
<p>包括センターの業務・組織体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・相談や予防プラン業務に時間を取られている。 ・介護予防計画の対象者やその他、個別相談の対応が多く、そこまで時間が取れない。 ・職員の配置換えがあるため関係づくりから始め、課題を把握するまでに時間がかかる。 ・センターの人数不足 ・担当校区が4校区あり、広すぎる。
<p>住民との距離感</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・包括がどのようにして、どこまで関わらなければいけないのかわからない。 ・付かず、離れずの関係が上手く行かない。 ・ゆるやかなネットワークをどう活かしていくか、過干渉にならないように再構築していく必要がある。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地区数も多く、民生委員も多いため、顔の見える関係性づくりができていない部分がある。 ・住民側の考える課題や包括に求める対応と、包括の考える専門職から見た課題や対応の差があり、住民側の期待に沿えないことが多い。 ・地域のキーパーソンに事業の同意を得られないと協力が得られない。事前の根回しが大変。 ・色々な情報（ボランティア団体の情報等）が様々な機関に分散されており、情報を集約することが難しい。

【問5】住民による支え合い活動（見守り、サロン、生活支援等）の促進について、課題や難しいと感じる点を具体的にお答え下さい。

カテゴリー	内容（例）
住民のマンパワー	<ul style="list-style-type: none"> ・マンパワー不足。 ・後継者不足。 ・なり手の高齢化。 ・ボランティアの育成が追い付かない。 ・住民の中でリーダー的存在がいけない所では活動がなかなか進まない。 ・キーパーソンが不在になると、とたんに活動が停止してしまう点。 ・主体となるリーダー的存在の確保。
住民主体や支え合いへの意識づけ	<ul style="list-style-type: none"> ・「住民主体」の意識づけ。 ・主体的な意識を持った方が少ない。 ・住民主体というのを始めから言ってしまうと引いてしまわれる。 ・支え合い活動も行政、公的サービスで対応すべきと考える人も多い。 ・介護保険以外の自助、共助システムが必要になっているという意識が浸透していない。
包括センターの業務・組織体制	<ul style="list-style-type: none"> ・予防プラン件数が多く、業務に追われ促進が進んでいない。 ・包括業務多忙により、促進までには至らない。 ・少人数で他の業務を担当しているため、取り組みに必要な時間を確保することが難しい。
他機関・職種との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉課、社会福祉協議会等の連携の難しさ。 ・生活支援コーディネーターと連携する必要性を感じている。 ・見守り、サロン、生活支援、それぞれ行政や社協の担当が違うので連携が困難。
地域差	<ul style="list-style-type: none"> ・地域によって力の注ぎ具合が違う。 ・地域により活動に偏りがある。 ・地域により積極的に活動している場所と進めにくい場所がある。
活動の場の確保やアクセス	<ul style="list-style-type: none"> ・箱（公民館、公園など）がなく、サロンを開きたくてもできない現状がある。 ・サロンを開催しても交通手段がない。 ・集まりの場に自分で来ることができない高齢者がほとんどであるため送迎が課題である。
個人情報やプライバシーの保護	<ul style="list-style-type: none"> ・特に近隣住民などの見守りをお願いする場合の個人情報の取り扱い。 ・見守り活動の中でどこまで関与できるのか、地域特有の地域住民だからできる見守りと個人情報の壁があること。 ・近所の人に家の中に入ってもらいたくないという声は多い。 ・家庭内や個人の問題に対して関わりを持つ事に抵抗のある方が多い。

住民同士の関係性	<ul style="list-style-type: none"> ・住民や役員等の人間関係に左右される点。 ・元々の人間関係があまり良くない地域では専門職でない方が支援するのは難しいのではないかと思う。 ・マンションが多いため（移住者が多い）、顔見知りの関係が住民同士でできていない。 ・地域との関係が希薄な方が多い。
自主性（住民主体）の尊重	<ul style="list-style-type: none"> ・自主的な運営が行っていきけるよう立ち上げの際から考えていかなければならない点。 ・自主的な活動を促進していくことに難しさを感じる。 ・サロンなどの活動で地域の方が自律できるような体制にもっていくことが難しいと感じる。 ・行政や包括がやり過ぎない。住民の思いや力を支援することの難しさを感じる。
住民の負担（感）	<ul style="list-style-type: none"> ・包括から頻繁な見守り等、負担のかかることをお願いしづらい状況がある。 ・責任問題や負担を感じるとの声が多い。 ・住民（地域）が色々な行事や役所からの仕事で余裕がない。
対象ケースの特性	<ul style="list-style-type: none"> ・困難ケースの場合、地域の見守りや支え合いという言葉は通じづらい。 ・見守りや生活支援が必要な高齢者が地域から孤立した存在の場合、周囲への働きかけが困難。 ・介入拒否する人がいる。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・住民の意欲があっても市の協力や支援が難しい時があり、促進に支障がある。 ・どこ主催で行うか。 ・若い人たちとの意識に大きなギャップがある。 ・男性の参加率が低い。

【問6】あなたご自身のことについて伺います。

(1) あなたの性別について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい(2017年3月末時点)。

n=179

性別	度数 (%)
男性	65 (36.3)
女性	114 (63.7)
合計	179 (100.0)

(2) あなたの年齢について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい(2017年年3月末時点)。

n=179

年齢	度数 (%)
20歳代	12 (6.7)
30歳代	84 (46.9)
40歳代	57 (31.8)
50歳代	21 (11.7)
60歳以上	5 (2.8)
合計	179 (100.0)

(3) 現在勤務している地域包括支援センターでの実務経験年数をお答え下さい(2017年3月末時点)。

n=179

実務経験年数	度数 (%)
3年未満	72 (40.2)
3年以上5年未満	40 (22.3)
5年以上10年未満	48 (26.8)
10年以上15年未満	19 (10.6)
合計	179 (100.0)

(4) これまでの相談援助職としての実務経験年数をお答え下さい(2017年3月末時点)。
 ※上記(3)の実務経験年数を含めてお答え下さい。

n=179

実務経験年数	度数 (%)
3年未満	22 (12.3)
3年以上5年未満	21 (11.7)
5年以上10年未満	52 (29.1)
10年以上15年未満	49 (27.4)
15年以上	34 (19.0)
無回答	1 (0.6)
合計	179 (100.0)

(5) あなたのこれまでの福祉分野における職務経歴について、該当する番号すべてに○
 を付けて下さい。

n=178

職務経歴	度数 (%)
市町村行政	53 (29.8)
在宅介護支援センター	35 (19.7)
居宅介護支援事業所	38 (21.3)
社会福祉協議会	34 (19.1)
医療機関	36 (20.2)
高齢者施設・事業所	90 (50.6)
障害者施設・事業所	22 (12.4)
児童福祉施設・事業所	11 (6.2)
特になし(新卒等)	8 (4.5)
その他	6 (3.4)

(6) あなたの取得している資格について、該当する番号すべてに○を付けて下さい。

n =179

資格	度数 (%)
社会福祉士	175 (97.8)
精神保健福祉士	41 (22.9)
介護支援専門員	110 (61.5)
看護師	6 (3.4)
保健師	2 (1.1)
介護福祉士	46 (25.7)
その他	13 (7.3)

(7) あなたの雇用形態について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。

n =179

雇用形態	度数 (%)
正規職員	129 (72.1)
非正規職員	23 (12.8)
派遣・出向職員	27 (15.1)
合計	179 (100.0)

(8) あなたがセンターで従事している主な業務について、該当する番号すべてに○を付けて下さい。

n =179

業務内容	度数 (%)
総合相談支援業務	176 (98.3)
権利擁護業務	167 (93.3)
介護予防ケアマネジメント業務	106 (59.2)
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	91 (50.8)
指定介護予防支援業務	113 (63.1)
在宅医療・介護連携推進業務	39 (21.8)
生活支援体制整備業務	23 (12.8)
認知症総合支援業務	50 (27.9)
その他	11 (6.1)

(9) あなたが兼務している職種について、該当する番号すべてに○を付けて下さい。

n =33

職種	度数 (%)
生活支援コーディネーター	6 (18.2)
認知症地域支援推進員	19 (57.6)
その他	12 (36.4)

(10) あなたのセンターでお立場について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。

n =179

立場	度数 (%)
管理的立場 (管理者・所長) にある	24 (13.4)
管理的立場 (管理者・所長) がない	152 (84.9)
無回答	3 (1.7)
合計	179 (100.0)

地域包括支援センターにおける地域ケア会議の
実施状況に関するアンケート調査

【この調査の目的】

この調査は、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議の実施状況を把握するとともに、そこに所属する社会福祉士の皆様方のソーシャルワーク実践を促進する観点から、課題等の整理を行うことを目的としております。

【ご回答にあたって】

1. この調査は、貴機関に所属する社会福祉士（職）の方がご回答下さい。該当者が複数おられる場合には、実務経験年数が最も長い方がご回答下さい。
2. ご回答は、この調査票に直接ご記入頂き、同封致しました返信用封筒にてご返送下さい。
3. ご回答の返信は、2019年2月末日までをお願い致します。
4. 調査協力のご同意につきましては、ご回答の返信をもって代えさせて頂きます。なお、この調査へのご協力はあくまで任意です。調査にご協力を頂けない場合でも貴機関に不利益が生じることはありません。
5. この調査は無記名式の回答となっておりますので、貴機関及び回答者個人が特定されることは一切ございません。また、調査で得られたデータの目的外利用は一切致しません。
6. 調査結果を希望される場合は、下記の連絡先までお知らせ下さい。郵送にて対応させて頂きます。なお、その際にお知らせ頂きました貴機関の情報（名称、所在地、連絡先など）につきましては、調査結果の郵送以外の目的で用いることはございません。
7. この調査は、西南女学院大学倫理審査委員会の審査に基づき、西南女学院大学学長の許可を受けて実施しております。調査につきましてご不明な点等がありましたら、下記の連絡先までお問い合わせ下さい。

《連絡先》

〒803-0835 福岡県北九州市小倉北区井堀 1-3-5
西南女学院大学 保健福祉学部福祉学科 荒木 剛
TEL: 093-583-5131 E-mail: araki-t@seinan-jo.ac.jp

【問4】 センター主催の「地域ケア推進会議」について伺います。なお、ここでの「地域ケア推進会議」とは、地域課題（地域づくり・資源開発等を含む）を検討する地域ケア会議を指します（名称は問いません）。

(1) センター主催での実施の有無について、該当する番号ひとつに○をつけて下さい。
1. 実施している 2. 実施していない
▼
◆その理由について該当する番号 <u>すべて</u> に○をつけて下さい。 ★回答後は【問6】へお進み下さい。
1. 人員不足 2. 他の業務で忙しい 3. 運営方法が分からない 4. 参加者の協力が得られない 5. 日程調整が難しい 6. 市町村が主催している 7. その他（ ）
(2) 会議を実施している単位・範囲について該当する番号 <u>すべて</u> に○をつけて下さい。
1. 自治会・町内会の組や班ごと 2. 自治会・町内会ごと 3. 小学校区ごと 4. 中学校区ごと 5. センターの担当圏域全体 6. 市町村全体 7. その他（ ）
(3) 会議の主な検討テーマ・内容について、該当する番号 <u>すべて</u> に○をつけて下さい。会議を複数の単位・範囲で実施している場合は、 <u>最小の単位・範囲</u> についてお答え下さい。
1. 認知症 2. 独居 3. 地域のネットワークづくり 4. 介護予防 5. 権利擁護 6. 生活支援 7. 福祉活動の担い手確保・養成 8. 医療・介護等の連携 9. 住まい 10. その他（ ）
(4) 会議の実施状況（頻度）について、該当する番号ひとつに○をつけて下さい。会議を複数の単位・範囲で実施している場合は、 <u>最小の単位・範囲</u> についてお答え下さい。
1. 1ヶ月1回以上 2. 1ヶ月1回程度 3. 2ヶ月1回程度 4. 3ヶ月1回程度 5. 4ヶ月1回程度 6. 6ヶ月1回程度 7. 年1回程度
(5) 会議の主な参加者について、該当する番号 <u>すべて</u> に○をつけて下さい。会議を複数の単位・範囲で実施している場合は、 <u>最小の単位・範囲</u> についてお答え下さい。
1. センター保健師 2. センター主任介護支援専門員 3. センター社会福祉士（あなた自身を含む） 4. 行政職員 5. ケアマネジャー 6. 介護サービス事業者（ケアマネを除く） 7. 社会福祉協議会 8. 医師・歯科医師 9. 医師以外の医療関係者 10. 利用者本人・家族 11. 住民組織・団体 12. その他（ ）

【問5】以下の項目について、「地域ケア推進会議」ではどの程度できていますか。該当する数字（1～4）ひとつに○をつけて下さい。

項 目	できていない	あまりできていない	ある程度できている	できている
1 会議の目的について参加者間で共有している。	1	2	3	4
2 参加者の課題解決力を高めている。	1	2	3	4
3 関係機関や事業所との連携を深めている。	1	2	3	4
4 住民との連携を深めている。	1	2	3	4
5 地域課題を把握している。	1	2	3	4
6 地域の社会資源を把握している。	1	2	3	4
7 地域に不足する社会資源を把握している。	1	2	3	4
8 サービスの事業化や施策化など、新たなフォーマル資源を開発している。	1	2	3	4
9 住民の見守りや支え合いなど、新たなインフォーマル資源を開発している。	1	2	3	4
10 会議の内容について記録を作成している。	1	2	3	4
11 会議で検討した課題についてモニタリングを行っている。	1	2	3	4
12 会議の運営について振り返りを行っている。	1	2	3	4
13 会議の内容を参加者以外の関係者や住民と共有している。	1	2	3	4

【問6】地域ケア会議（個別・推進会議）を運営する上での課題をお答え下さい。

★「地域ケア個別会議」「地域ケア推進会議」の双方とも実施していない場合は【問9】へお進み下さい。

--

【問7】地域ケア会議（個別・推進会議）の効果を高めるため、運営上、工夫している事をお答え下さい。

--

【問8】センター主催の地域ケア会議について、あなた自身の実践面への効果を伺います。以下の項目について、地域ケア会議の実施は効果があったと思いますか。該当する数字（1～4）ひとつに○をつけて下さい。

項 目		思わない	あまり思わない	ある程度思う	思う
1	住民との関係づくりに効果があった。	1	2	3	4
2	関係機関や事業所との関係づくりに効果があった。	1	2	3	4
3	センター内の連携強化に効果があった。	1	2	3	4
4	個別課題の把握に効果があった。	1	2	3	4
5	個別課題の解決力の向上に効果があった。	1	2	3	4
6	個別課題の解決における住民との連携強化に効果があった。	1	2	3	4
7	個別課題の解決における関係機関や事業所との連携強化に効果があった。	1	2	3	4
8	地域課題の把握に効果があった。	1	2	3	4
9	地域課題の解決力の向上に効果があった。	1	2	3	4
10	地域課題の解決における住民との連携強化に効果があった。	1	2	3	4
11	地域課題の解決における関係機関や事業所との連携強化に効果があった。	1	2	3	4
12	地域の社会資源の把握に効果があった。	1	2	3	4
13	地域に不足する社会資源の把握に効果があった。	1	2	3	4
14	サービスの事業化や施策化など、新たなフォーマル資源の開発に効果があった。	1	2	3	4
15	住民の見守りや支え合いなど、新たなインフォーマル資源の開発に効果があった。	1	2	3	4

※裏面に続きます。

【問1】あなたが所属する地域包括支援センター（以下、センター）について伺います。

(1) センターの運営主体について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。

n=216

運営主体	度数 (%)
行政直営	78 (36.1)
社会福祉法人 (社協を除く)	72 (33.3)
社会福祉協議会	20 (9.3)
医療法人	36 (16.7)
その他	10 (4.6)
合計	216 (100.0)

(2) センターにおける以下の3職種の人員配置をお答え下さい(職種には「準ずる職員」も含みます)。 ※人数にはあなたご自身も含めてお答え下さい。

n=216

職種	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
保健師 (常勤)	216	0.0	6.0	1.5	1.0
保健師 (非常勤)	216	0.0	2.0	0.1	0.3
主任ケアマネ (常勤)	216	0.0	9.0	1.3	1.0
主任ケアマネ (非常勤)	216	0.0	3.0	0.1	0.4
社会福祉士 (常勤)	216	0.0	6.0	1.6	1.0
社会福祉士 (非常勤)	216	0.0	5.0	0.2	0.7

(3) センターにおける以下の職種の配置状況について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。 ※常勤・非常勤職員は問いません。

n=216

職種	配置	度数 (%)
介護予防サービス計画担当の専任職員	有	164 (75.9)
	無	44 (20.4)
	無回答	8 (3.7)
生活支援コーディネーター	有	100 (46.3)
	無	109 (50.5)
	無回答	7 (3.2)
認知症地域生活支援員	有	146 (67.6)
	無	60 (27.8)
	無回答	10 (4.6)

(4) センターにおける3職種の業務体制について、最も近い形態の番号ひとつに○を付けて下さい。

n = 216

業務体制	度数 (%)
共同型	66 (30.6)
主担当+サブ型	119 (55.1)
分業型	29 (13.4)
無回答	2 (0.9)
合計	216 (100.0)

(5) 包括的支援事業について、センターが実施しているものすべてに○を付けて下さい。

n = 168

事業	度数 (%)
在宅医療・介護連携推進事業	117 (69.6)
生活支援体制整備事業	119 (70.8)
認知症総合支援事業	148 (88.1)

(6) 任意事業について、センターが実施しているものすべてに○をつけて下さい。

n = 114

事業	度数 (%)
介護給付費適正化事業	32 (28.1)
家族介護支援事業	74 (64.9)
成年後見制度利用支援事業	91 (79.8)
その他	3 (2.6)

(7) センターが担当している圏域の総人口について、該当する番号ひとつに○をつけて下さい。

n = 216

総人口	度数 (%)
1万人未満	52 (24.1)
1万人以上2万人未満	64 (29.6)
2万人以上3万人未満	41 (19.0)
3万人以上4万人未満	21 (9.7)
4万人以上5万人未満	10 (4.6)
5万人以上	23 (10.6)
無回答	5 (2.3)
合計	216 (100.0)

(8) センターが担当している圏域の高齢化率について、該当する番号ひとつに○をつけて下さい。

n = 216

高齢化率	度数 (%)
20%未満	13 (6.0)
20%以上25%未満	36 (16.7)
25%以上30%未満	60 (27.8)
30%以上35%未満	49 (22.7)
35%以上40%未満	34 (15.7)
40%以上	20 (9.3)
無回答	4 (1.9)
合計	216 (100.0)

【問2】センター主催の「地域ケア個別会議」について伺います。なお、ここでの「地域ケア個別会議」とは、個別ケースを検討する地域ケア会議を指します（名称は問いません）。

(1) センター主催での実施の有無について、該当する番号ひとつに○をつけて下さい。

n = 216

実施	度数 (%)
実施している	197 (91.2)
実施していない	19 (8.8)
合計	216 (100.0)

◆実施していない場合、その理由について該当する番号すべてに○をつけて下さい。

n = 19

理由	度数 (%)
人員不足	4 (21.1)
他の業務で忙しい	3 (15.8)
運営方法が分からない	0 (0.0)
日程調整が難しい	2 (10.5)
市町村が主催している	15 (78.9)
その他	1 (5.3)

(2) 現在実施している会議の主な検討ケースについて、該当する番号すべてに○をつけて下さい。

n=196

検討ケース	度数 (%)
自立支援に資するケアマネジメント支援に関するケース	150 (76.5)
支援者が困難を感じているケース	158 (80.6)
権利擁護が必要なケース	96 (49.0)
必要だがサービスにつながっていないケース	79 (40.3)
地域課題に関するケース	90 (45.9)
その他	6 (3.1)

(3) 会議の実施状況（頻度）について、該当する番号ひとつに○をつけて下さい。

n=216

実施状況（頻度）	度数 (%)
1ヶ月1回以上	48 (24.4)
1ヶ月1回程度	49 (24.9)
2ヶ月1回程度	46 (23.4)
3ヶ月1回程度	19 (9.6)
4ヶ月1回程度	12 (6.1)
6ヶ月1回程度	18 (9.1)
年1回程度	3 (1.5)
無回答	2 (1.0)
非該当	19 (8.8)
合計	216 (100.0)

(4) 会議の主な参加者について、該当する番号すべてに○をつけて下さい。

n=197

参加者	度数 (%)
センター保健師	173 (87.8)
センター主任介護支援専門員	179 (90.9)
センター社会福祉士	189 (95.9)
行政職員	163 (82.7)
ケアマネジャー	178 (90.4)
介護サービス事業者 (ケアマネを除く)	135 (68.5)
社会福祉協議会	75 (38.1)
医師・歯科医師	39 (19.8)
医師以外の医療関係者	106 (53.8)
利用者本人・家族	55 (27.9)
住民組織・団体	71 (36.0)
その他	40 (20.3)

【問3】以下の項目について、「地域ケア個別会議」ではどの程度できていますか。該当する数字（1～4）ひとつに○をつけて下さい。

n=197(%)

	項 目	できていない	あまりできていない	ある程度できている	できている	無回答
1	会議の目的について参加者間で共有している。	0.5	2.5	47.2	49.2	0.5
2	参加者の課題解決力を高めている。	0.5	12.2	67.5	19.3	0.5
3	利用者(ケース)の自立生活の向上を支援している。	0.5	14.2	66.5	17.8	1.0
4	利用者(ケース)の個別課題の解決を支援している。	0.5	8.1	71.6	19.3	0.5
5	関係機関や事業所との連携を深めている。	0.0	7.1	52.3	40.1	0.5
6	住民との連携を深めている。	12.7	34.0	41.1	11.7	0.5
7	地域課題を把握している。	2.0	25.9	58.4	12.7	1.0
8	地域の社会資源を把握している。	0.5	15.2	67.5	16.2	0.5
9	地域に不足する社会資源を把握している。	1.5	21.8	65.5	10.2	1.0
10	会議の内容について記録を作成している。	0.5	2.5	27.9	68.0	1.0
11	会議で検討した利用者(ケース)についてモニタリングを行っている。	5.1	23.9	41.6	28.4	1.0
12	会議の運営について振り返りを行っている。	3.0	29.4	42.6	24.4	0.5
13	会議の内容を参加者以外の関係者や住民と共有している。	24.9	41.6	27.4	5.6	0.5

【問4】センター主催の「地域ケア推進会議」について伺います。なお、ここでの「地域ケア推進会議」とは、地域課題（地域づくり・資源開発等を含む）を検討する地域ケア会議を指します（名称は問いません）。

(1) センター主催での実施の有無について、該当する番号ひとつに○をつけて下さい。

n=216

実施	度数 (%)
実施している	99 (45.8)
実施していない	117 (54.2)
合計	216 (100.0)

◆実施していない場合、その理由について該当する番号すべてに○をつけて下さい。

n=102

理由	度数 (%)
人員不足	13 (12.7)
他の業務で忙しい	28 (27.5)
運営方法が分からない	17 (16.7)
参加者の協力が得られない	4 (3.9)
日程調整が難しい	4 (3.9)
市町村が主催している	50 (49.0)
その他	21 (20.6)

(2) 会議を実施している単位・範囲について該当する番号すべてに○をつけて下さい。

n=98

単位・範囲	度数 (%)
自治会・町内会の班や組ごと	3 (3.1)
自治会・町内会ごと	15 (15.3)
小学校区ごと	10 (10.2)
中学校区ごと	23 (23.5)
センターの担当圏域全体	54 (55.1)
市町村全体	28 (28.6)
その他	5 (5.1)

- (3) 会議の主な検討テーマ・内容について、該当する番号すべてに○をつけて下さい。
 会議を複数の単位・範囲で実施している場合は、最小の単位・範囲についてお答え下さい。

n = 95

検討テーマ・内容	度数 (%)
認知症	58 (61.1)
独居	41 (43.2)
地域のネットワークづくり	78 (82.1)
介護予防	46 (48.4)
権利擁護	30 (31.6)
生活支援	47 (49.5)
福祉活動の担い手確保・養成	23 (24.2)
医療・介護等の連携	38 (40.0)
住まい	14 (14.7)
その他	9 (9.5)

- (4) 会議の実施状況（頻度）について、該当する番号ひとつに○をつけて下さい。会議を複数の単位・範囲で実施している場合は、最小の単位・範囲についてお答え下さい。

n = 216

実施状況（頻度）	度数 (%)
1ヶ月1回以上	10 (4.6)
1ヶ月1回程度	10 (4.6)
2ヶ月1回程度	15 (6.9)
3ヶ月1回程度	18 (8.3)
4ヶ月1回程度	6 (2.8)
6ヶ月1回程度	16 (7.4)
年1回程度	23 (10.6)
無回答	1 (0.5)
非該当	117 (54.2)
合計	216 (100.0)

(5) 会議の主な参加者について、該当する番号すべてに○をつけて下さい。会議を複数の単位・範囲で実施している場合は、最小の単位・範囲についてお答え下さい。

n =98

参加者	度数 (%)
センター保健師	84 (85.7)
センター主任介護支援専門員	82 (83.7)
センター社会福祉士	93 (94.9)
行政職員	84 (85.7)
ケアマネジャー	76 (77.6)
介護サービス事業者 (ケアマネを除く)	61 (62.2)
社会福祉協議会	61 (62.2)
医師・歯科医師	41 (41.8)
医師以外の医療関係者	51 (52.0)
利用者本人・家族	6 (6.1)
住民組織・団体	67 (68.4)
その他	17 (17.3)

【問5】以下の項目について、「地域ケア推進会議」ではどの程度できていますか。該当する数字（1～4）ひとつに○をつけて下さい。

n=99 (%)

	項 目	できていない	あまりできていない	ある程度できている	できている	無回答
1	会議の目的について参加者間で共有している。	0.0	5.1	58.6	35.4	1.0
2	参加者の課題解決力を高めている。	1.0	22.2	54.5	20.2	2.0
3	関係機関や事業所との連携を深めている。	1.0	7.1	57.6	33.3	1.0
4	住民との連携を深めている。	7.1	29.3	43.4	19.2	1.0
5	地域課題を把握している。	1.0	6.1	76.8	15.2	1.0
6	地域の社会資源を把握している。	1.0	8.1	76.8	13.1	1.0
7	地域に不足する社会資源を把握している。	1.0	13.1	71.7	13.1	1.0
8	サービスの事業化や施策化など、新たなフォーマル資源を開発している。	16.2	56.6	21.2	5.1	1.0
9	住民の見守りや支え合いなど、新たなインフォーマル資源を開発している。	10.1	53.5	31.3	4.0	1.0
10	会議の内容について記録を作成している。	0.0	2.0	30.3	66.7	1.0
11	会議で検討した課題についてモニタリングを行っている。	10.1	27.3	46.5	15.2	1.0
12	会議の運営について振り返りを行っている。	4.0	19.2	49.5	26.3	1.0
13	会議の内容を参加者以外の関係者や住民と共有している。	17.2	39.4	35.4	7.1	1.0

【問6】地域ケア会議（個別・推進会議）を運営する上での課題をお答え下さい。

カテゴリー	内容（例）
資源開発・政策形成への展開	<ul style="list-style-type: none"> ・地域課題から社会資源の創出までなかなかつながらない。 ・地域ケア会議で協議した地域課題がなかなか政策形成に結びついていない。 ・推進会議で地域の課題、社会資源の把握には効果があるが、その先の資源開発や地域住民の支え合いという所まではまだ活用できていない。 ・地域課題を抽出後、どのように具現化していくか。 ・地域課題が政策形成に結びつかない。
地域課題の抽出	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア個別会議の目的が個別ケース会議になってしまっていて地域課題についての視点がない。 ・地域課題の抽出が具体性に欠ける（個別会議）。 ・地域の課題の発掘。 ・地域課題についての意見の引き出しがた。
準備・日程調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ケース発表に対する準備が多く、業務負担となっている。 ・事前準備が大変であり、業務に追われてしまう。 ・準備や調整に関わる業務量が負担。 ・日程や場所の調整が難しい。 ・他事業所との日程調整が大変。
包括の業務過多	<ul style="list-style-type: none"> ・年々、新たな事業など業務量が増加しており、会議の開催を正直言って負担に感じている。 ・業務が多忙で会議を行う余裕がない。 ・他の業務が忙しい。 ・予防プランに業務が追われ、業務調整が困難を極めている。 ・週に1回開催しているが、他の業務との両立が難しい。
包括の人員不足	<ul style="list-style-type: none"> ・人員不足のためそこ（地域ケア推進会議の開催）まで手が回らないのが現状である。 ・包括支援センターのマンパワー不足。 ・小さな市の限られたセンター人員で対応が難しい。 ・人材も足りていないので業務で手一杯と言う現状がある。
専門職の参加・確保	<ul style="list-style-type: none"> ・助言者（専門職）の確保が難しい。 ・専門職の参加を依頼しているが専門職が少ない。 ・リハ専門職の確保。

	<ul style="list-style-type: none"> ・地域個別会議においてはリハ職の毎回の出席が難しい。 ・個別会議では専門職(司法書士など)の参加調整が大変と感じる。
住民の参加	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民の参加が難しい(必要性の認識や時間帯の問題など)。 ・主に専門職や行政職員が運営・参加メンバーのため、今後どう住民を交えて行うか課題である。 ・住民への(参加の)周知が必要である。
参加者の固定化と入れ替わり	<ul style="list-style-type: none"> ・メンバーが固定化される。 ・会議を開催すれば同じ顔触れの出席者になってしまう。 ・担当者(地域役員)が2年に1回程度、入れ替わりがあるため継続的な話し合いに苦慮。 ・特に行政区長など年に1回交代があるので、話をはじめからになるので連動性がない。
ケアマネジャーからの事例提出	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業所からの事例提供が少ない。 ・居宅介護支援事業所のケアマネジャーから進んで事例提供が行われない。 ・圏域の居宅事業所が少なく、ケースを出す頻度が多くなるので負担感が大きいと言われる。 ・個別会議ではケースを出してくれるケアマネがないので、包括のケースを提供することが多い。
検討事例の選定	<ul style="list-style-type: none"> ・事例の選定が難しい。困難事例は個別性が強く、地域課題の抽出に結びつきにくい。 ・提供事例の抽出。困難事例ケースとならないように注意しているが、地域課題の抽出にもこだわりすぎていることもある。 ・どうしても困難事例のケース検討になってしまう。 ・ケアマネジャーの力量によって依頼するケースの選定が難しい。 ・ケース選定の難しさ(課題が生じた時にタイムリーに会議開催ができる状況にない)。
会議目的の理解・共有・周知	<ul style="list-style-type: none"> ・会議参加者が会議の目的を理解できていない。 ・会議の目的について理解がなく、効果がない。 ・会議の目的を共有しきれないことがあり、意識の違いの調整が必要な事がある。 ・会議の目的や意義について居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの周知徹底。 ・目的を周知すること。

<p>会議の運営・進行</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・課題の選定や発言がぶれないような会議運営の方法など進め方に細心の注意を要する。 ・総合的な司会やグループワークでの司会等、会をまとめたり、知識等のスキルアップが必要。 ・参加者からの意見を十分引き出せるよう、まとめられるよう運営側のスキルアップが必要。 ・自立に向けた支援を検討する際に、焦点の絞り方や専門職からの助言の引き出し方に苦慮している。 ・マンネリ化。事例提供者がある程度、進行や助言を予測してくるので効果が半減。
<p>会議後のモニタリング・振り返り</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議実施後のモニタリングやその後の対応についての仕組みができておらず、実施したことで完結している。 ・会議後の支援状況のフォロー。評価、方針の見直しに手が回らない。 ・支援を評価していく仕組みづくりをし、継続的な支援となるようにすることが課題と考えています。 ・課題を会議実施後に整理しているが、その課題を分析し、整理することが十分できていない。 ・振り返りを確認するのが大変。
<p>個人情報</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「地域」の問題なので、その方の個人情報をどこまで地域に伝えてよいのか悩むことが多い。 ・地域の方が参加する場合に秘密保持が守れているか、確認が難しい。 ・個別ケース会議の場合、多くの関わりを考えるが、個人情報の漏洩から地域で生活していく本人や家族の風評を気にする。 ・各行政区の見守り体制やケア会議の取り組みにばらつきがあり、個人情報の取り扱いが難しい。 ・似たような会議が混在し、参加者の混乱がある。
<p>会議デザイン</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・第2層協議体と地域ケア推進会議との兼合い。 ・平成30年度から本格的に地域ケア会議を実施してきた。今後どのように推進会議につなげていくか。 ・自治体規模、人口推移に適さない地域ケア会議を推し進められ、～略～なり手不足を助長する一因となっている。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各分野の専門職に来て頂くので費用弁償の問題がある。 ・関係機関でも考えの方向性が違う場合もある。 ・地域の社会資源不足。 ・本人不在の会議のため合意形成を得られにくい提案がされた場合、

	説明に苦慮することがある。
--	---------------

【問7】地域ケア会議（個別・推進会議）の効果を高めるため、運営上、工夫している事をお答え下さい。

カテゴリー	内容（例）
事前の確認・情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・会議の進め方、課題の確認などを包括・事例提供者で事前に確認している。 ・必ず会議の前には関係機関との打ち合わせを十分に行っている。 ・会議開催までに打合せを運営側で数回行い、当日スムーズに進むようにしている。 ・事前に関係機関と情報共有を行い、ある程度の目的を決めておく。 ・個別会議をする前に事前に課題を明確にし、関係者と課題の共有を図ること。
多様な職種の参加	<ul style="list-style-type: none"> ・包括職種に加え、PT、栄養士、歯科衛生士、薬剤師にも参加して頂いている。 ・OJTを意識してさまざまな専門職にアドバイザーとして参加してもらっている。 ・可能な限り多種多様な職種への参加を呼び掛けている。 ・政策提言に繋がるよう市議会議員にも参加してもらっている。 ・薬剤師の参加で薬局との関わりを持ちやすくすることを期待している。
参加の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・できるだけ関係する方全員に声をかけて、参加して頂く。 ・支援者にできる限り参加して頂き、本人の情報共有、支援方針の検討を行っていただけるように努力している。 ・できるだけ関係者に会議に参加してもらい、情報共有と支援者の方向性が同じであるように心掛けている。 ・会議の開催場所や事前に検討テーマをお知らせして、参加者に参加して頂く配慮をしている。 ・市内居宅介護支援事業所に開催通知を出し、オープン参加形式としている。
開催時間・場所	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者が出席しやすいように場所と時間を設定している。 ・医師が参加しやすいように夜間に実施している。 ・できるだけ本人の参加しやすい場所で開催するようにして、本人や家族に参加してもらっている。

	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者へアンケートを取り、今後の改善点や集まりやすい時間帯などの把握に努めている。 ・土日でも必要に応じて開催している。
目的の確認・共有	<ul style="list-style-type: none"> ・目的の共有を図るために会議開催時には毎回のように本会議の目的を伝えている。 ・目的の共有。目的がずれそうだったら目的を確認し直しながら進行するように努めている。 ・会議の目的の明確化を工夫している。 ・目的共有には時間をかけている。 ・地域ケア会議の機能と目的を会議開催ごとに繰り返し、説明するようにしています。
地域課題の検討	<ul style="list-style-type: none"> ・地域課題についてなるべく検討する時間を設けるようにしている。 ・個別ケース検討後に地域課題について検討する時間を設けている。 ・地域ケア会議の事例で必ず地域課題について検討するようになっていたため行っている。 ・第1層協議体と同メンバーとし、それぞれの地域課題を共有・検討している。 ・地域課題を共有。
サポートイブな会議運営や姿勢	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーへの「支援」を前提に（ケアプランチェックとならいうように）、助言までできるように意識している。 ・ケアマネジャーの後方支援を行う会議に努めている。 ・マネジメントへの批判にならないように一緒に学んでいくという立場で開催している。 ・互いの業務についてアドバイスはするが、非難等はしない。 ・参加者同士の意見を否定しない。
発言しやすい雰囲気づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・意見を出しやすいよう堅苦しくない雰囲気づくりを心掛けている。 ・会議が活性化するような話しやすい空間づくり。 ・発言しやすい環境、雰囲気づくりに努めている。 ・参加者の顔が見えて、発言できるように机の配置を工夫した。 ・机（座席）配置でなるべく平等にしたいと思い、円形にし、顔が見え意見が言えるように工夫している。
発言の促し	<ul style="list-style-type: none"> ・できるだけ全員に数回は発言してもらうようにしている。 ・全員が発言する。 ・発言の場をみんなに設ける。 ・同じ人ばかり発言しないように注意している。

ツールの活用・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ホワイトボードも用いて、視覚的に分かりやすいようにしている。 ・社会資源についてはマップの作成や活動状況を写真で見せたりしている。 ・助言者から個々に応じた専門的助言が得られるように、地域ケア会議で使用する帳票の工夫をしている。 ・A3用事を用意し、付箋に意見を記入し、貼り出す。 ・エコマップを活用している。
グループワークによる検討	<ul style="list-style-type: none"> ・グループワーク方式での会議。 ・グループワーク形式にし、ケアマネジャー、サービス事業者、民生委員などが顔の見える関係づくりができるようにしている。 ・地域の方が課題検討に取り組みやすいようなグループワークの実施。 ・圏域内も4つの民協単位の圏域に分けてグループワークを行うなど、意見交換しやすいグループに分けている。
検討ケースのモニタリング・フォロー	<ul style="list-style-type: none"> ・アドバイザーからの意見が日常業務に反映できているかどうかモニタリングを行っている。 ・進捗状況報告書をケアマネジャーに提出頂き、3職種にて聴取・フォロー実施。 ・モニタリングを行うことやケア会議後はケアプランの提出をしています。 ・会議で検討したケースにおいて、特に地域で関わった方が良いケースについては民生委員に連絡および民生委員定例会で報告。 ・モニタリングの実施。
会議の振り返り・フォロー	<ul style="list-style-type: none"> ・会議後、必ず振り返りを行うことで、次回への課題・取り組みを明確にする。 ・事後の反省会を実施する。 ・会議後の振り返りに時間をかけるようにしている。 ・当日、欠席された方にも資料をお渡し次回会議に活かしてもらっている。 ・会議録を作成し、参加者、欠席者全員へ配布している。
地域との連携・情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・連携を深められるように民児協の会議等に参加したりして、情報の共有ができるように調整している。 ・地域（ミニデイ、定期訪問など）に出向いている。情報共有を密に行っている。 ・民生委員、相談協力員と連携し、情報交換、情報共有し、住民の見

	<p>守り、支え合いにつながるようにしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日頃から地域との関係づくりを行っている。
研修会等の実施・参加	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者を対象とし、事前研修会や終了後に結果報告会等を開催している。 ・研修等に参加し、個々の職員としての研鑽している。 ・地域ケア会議の研修等があれば参加して、当地域ケア会議に参考になる所などあれば取り入れたり、勉強会を行い、質が少しでも向上できるように努めている。 ・他の圏域の地域ケア会議も見学し、より良い会議になるよう改善を行っている。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・提出資料や準備の負担軽減（既存の資料を使う）。 ・地域住民が参加する場合は、できる限り簡素化して実施する。 ・会議の議題に応じてメンバーを決めている。 ・参加者の職種のバランスを考慮し、依頼している。 ・会議だけの情報の共有だけでなく、普段より状況の進捗を確認したりしている。 ・庁内に委員会を設置。各包括の事例検討や運営上の課題について話し合っている。

【問8】センター主催の地域ケア会議について、あなた自身の実践面への効果を伺います。
以下の項目について、地域ケア会議の実施は効果があったと思いますか。該当する数字
(1～4) ひとつに○をつけて下さい。

n=97 (%)

	項目	思 わ な い	あ ま り 思 わ な い	あ る 程 度 思 う	思 う	無 回 答
1	住民との関係づくりに効果があった。	3.1	25.8	39.2	30.9	1.0
2	関係機関や事業所との関係づくりに効果があった。	1.0	4.1	42.3	51.5	1.0
3	センター内の連携強化に効果があった。	2.1	9.3	52.6	35.1	1.0
4	個別課題の把握に効果があった。	1.0	7.2	57.7	33.0	1.0
5	個別課題の解決力の向上に効果があった。	1.0	7.2	61.9	28.9	1.0
6	個別課題の解決における住民との連携強化に効果があった。	4.1	23.7	43.3	27.8	1.0
7	個別課題の解決における関係機関や事業所との連携強化に効果があった。	0.0	7.2	56.7	35.1	1.0
8	地域課題の把握に効果があった。	1.0	9.3	60.8	27.8	1.0
9	地域課題の解決力の向上に効果があった。	2.1	32.0	48.5	16.5	1.0
10	地域課題の解決における住民との連携強化に効果があった。	6.2	28.9	43.3	20.6	1.0
11	地域課題の解決における関係機関や事業所との連携強化に効果があった。	1.0	16.5	58.8	22.7	1.0
12	地域の社会資源の把握に効果があった。	1.0	14.4	57.7	24.7	2.1
13	地域に不足する社会資源の把握に効果があった。	1.0	14.4	61.9	21.6	1.0
14	サービスの事業化や施策化など、新たなフォーマル資源の開発に効果があった。	10.3	41.2	33.0	14.4	1.0

15	住民の見守りや支え合いなど、新たなインフォーマル資源の開発に効果があった。	8.2	35.1	36.1	19.6	1.0
----	---------------------------------------	-----	------	------	------	-----

【問9】あなたご自身のことについて伺います。

(1) あなたの性別について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。

n=216

性別	度数 (%)
男性	94 (43.5)
女性	122 (56.5)
合計	216 (100.0)

(2) あなたの年齢について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい(2019年2月末時点)。

n=216

年齢	度数 (%)
20歳代	16 (7.4)
30歳代	85 (39.4)
40歳代	69 (31.9)
50歳代	30 (13.9)
60歳以上	16 (7.4)
合計	216 (100.0)

(3) 現在勤務しているセンターでの実務経験年数をお答え下さい(2019年2月末時点)。

n=216

実務経験年数	度数 (%)
3年未満	76 (35.2)
3年以上 5年未満	44 (20.4)
5年以上 10年未満	56 (25.9)
10年以上	35 (16.2)
無回答	5 (2.3)
合計	216 (100.0)

(4) これまでの相談援助職としての実務経験年数をお答え下さい(2019年2月末時点)。

n=216

実務経験年数	度数 (%)
3年未満	14 (6.5)
3年以上5年未満	24 (11.1)
5年以上10年未満	53 (24.5)
10年以上15年未満	72 (33.3)
15年以上20年未満	31 (14.4)
20年以上	21 (9.7)
無回答	1 (0.5)
合計	216 (100.0)

(5) センター勤務以前の福祉分野における職務経歴について、該当する番号すべてに○を付けて下さい。

n=213

職務経歴	度数 (%)
市町村行政	36 (16.9)
在宅介護支援センター	33 (15.5)
居宅介護支援事業所	50 (23.5)
社会福祉協議会	29 (13.6)
医療機関	50 (23.5)
高齢者施設・事業所	93 (43.7)
障害者施設・事業所	26 (12.2)
児童(障害児を含む)施設・事業所	12 (5.6)
なし(新卒等)	8 (3.8)
その他	10 (4.7)

(6) あなたの取得している資格について、該当する番号すべてに○を付けて下さい。

n =216

資格	度数 (%)
社会福祉士	212 (98.1)
精神保健福祉士	44 (20.4)
介護支援専門員	136 (63.0)
看護師	6 (2.8)
保健師	2 (0.9)
介護福祉士	63 (29.2)
その他	15 (6.9)

(7) あなたの雇用形態について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。

n =216

雇用形態	度数 (%)
正規職員	174 (80.6)
非正規職員	23 (10.6)
派遣・出向職員	19 (8.8)
合計	216 (100.0)

(8) あなたがセンターで従事している主な業務について、該当する番号すべてに○を付けて下さい。

n =216

業務内容	度数 (%)
総合相談支援業務	208 (96.3)
権利擁護業務	203 (94.0)
介護予防ケアマネジメント業務	139 (64.4)
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	114 (52.8)
指定介護予防支援業務	123 (56.9)
在宅医療・介護連携推進業務	36 (16.7)
生活支援体制整備業務	40 (18.5)
認知症総合支援業務	60 (27.8)
その他	9 (4.2)

(9) あなたが兼務している職種について、該当する番号すべてに○を付けて下さい。

n =48

職種	度数 (%)
生活支援コーディネーター	10 (20.8)
認知症地域支援推進員	28 (58.3)
その他	15 (31.3)

(10) あなたのセンターでのお立場について、該当する番号ひとつに○を付けて下さい。

n =216

立場	度数 (%)
管理的立場 (管理者・所長) にある	41 (19.0)
管理的立場 (管理者・所長) がない	173 (80.1)
無回答	2 (0.9)
合計	216 (100.0)