

タイトル	北海道内の地域ケア会議の実態からみる地域包括ケアシステムの課題
著者	藤井，智子；塩川，幸子
引用	北海学園大学大学院 法学研究科論集(21)：1-44
発行日	2020-03-19

北海道内の地域ケア会議の実態からみる 地域包括ケアシステムの課題

藤井 智子 塩川 幸子

目次

I はじめに

II アンケート調査の対象と方法

III 結果

1. 基本属性
2. 地域ケア会議の実施状況
3. 地域の医療職に地域ケア会議への参加を依頼することの難しさ
4. 地域ケア会議の企画にあたり実施していること
5. 地域ケア会議の企画・運営で困っていること
6. 地域ケア会議における発言の活発さ
7. 今後の地域ケア会議の実施についての考え
8. 2025年までに地域包括ケアシステム構築の実現への認識

IV 考察

1. 北海道における地域ケア会議の実態
2. まちづくりとしての地域包括ケアシステムと地域ケア会議
3. 今後のアクションリサーチの方向性

V 結論

I. はじめに

わが国の高齢者政策の方向性は、各自治体に2025年をめどに地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を義務付けている。2025年は「団塊の世代」が後期高齢者に達する年であり、後期高齢者は2243万人（全人口の18.0%）となり前期高齢者1505万人の1.5倍となる¹。要介護状態になる高齢者が大幅に増えることが予測されるため、厚生労働省は2025年を地域包括ケアシステムの完成を目指す年としている。

地域包括ケアは、1970年代前半から公立みつぎ総合病院の山口昇医師が広島県御調町（当時）において保健医療福祉の連携を進め、病院と行政を統合した改革が始まりとされている^{2,3}。退院後、寝たきりとなり再入院する住民の多さに山口医師が気づき、「医療の出前」をすることで住民のニーズを把握するようになったのがきっかけであった。在宅医療に加え福祉や保健サービスを結びつけ総合的に生活をみていかなければ高齢者の健康問題は解決しないことが明らかになり、院内に「健康管理センター」を設置し、高齢者介護施設や介護サービスと提携し保健・医療・福祉・介護の統合を中心に進めていったのである。御調町は過疎化が進み生活や交通の不便があり、住民にとって公立みつぎ病院は唯一の医療で大きな存在であった。病院を中心に行政と改革を推し進めたことが成功につながったといえる。一方国では、2000年に介護保険制度が始まり、2003年厚生労働省老健局長の私的研究会として組織された高齢者介護研究会『2015年の高齢者介護』報告書において、医療、介護、生活支援等を連携させた概念が政策方針として提唱された。2005年の改正では、費用を抑えるために予防重視のしくみになったこと、地域包括ケアの考え方が示され、高齢者を支える中核機関として市町村が責任主体の「地域包括支援センター」が創設されたことが注目されるべきことである。当時の地域包括支援センターの役割は、課題となっていたケアマネジメントの質向上や予防を重視した予防ケアプランの立案であり、高齢者の総合的相談や権利擁護業務の萌芽時代であった。その後、医療や介護の必要な高齢者の増加と介護力の弱い単身世帯や高齢者夫婦のみの世帯の増加に伴い、2011年の改正において「地域包括ケアシステム」の推進を重点とした政策になった。

地域包括支援センター（以下、包括とする）は、市町村直営型（以下、直営とする）と市町村が外部に委託する委託型（以下、委託とする）に分かれる。北海道は275カ所設置され、直営149カ所（54.2%）、委託126カ所（45.8%）であり、179保険者のうち「直営のみ」79%、「委託のみ」19%、「直営・委託とも設置」2%（石狩市・岩見沢市・釧路市）となっている⁴。全国では、5041カ所設置さ

れ、直営24.0%。委託76.0%で委託が増加しており、市区町村単位でみると、「直営のみ」55.8%、「委託のみ」36.4%、「直営・委託とも設置」は7.9%であった⁵。介護保険制度は、市町村が保険者となり各市町村に給付と負担が連動する地方分権的な仕組みとして設計された制度で、市町村の考え方により大きな地域差が生まれる。直営は保険者としての姿勢が直に反映されるが、委託は行政の関わり方や委託先の機関の力量により差が生まれる可能性がある。地域包括ケアシステムは、「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、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である」（地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律 2条）と法に謳われているが、「地域の実情に応じて」や「可能な限り」は、自治体の力量が問われる一方で、体制が整わなくても仕方がないという免罪符になる曖昧な文言である。よって、包括が地域住民に安心感をもたらす存在になるかどうかはそれぞれの市町村の積極的な姿勢にかかっているといえる。

「地域ケア会議」とは、「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日老計発第1018001号、平成24年3月30日付一部改正）において、市町村を中心に地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの実現のための手法として位置づけられている。地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実（在宅生活の限界点の引き上げ）とそれを支える社会基盤の整備（地域づくり）を同時に図っていくことを目的とした検討の場であり、①個別課題解決機能、②ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能の5つの機能がある。主に個別事例を検討するものは地域ケア個別会議とし、地域の課題や必要な取り組みを検討するものは地域ケア推進会議とされている。そして、市町村には各機能が有機的に相互連関するよう、地域の実情に応じて、参加者を選定し目的や機能を整理して地域ケア会議を設置・運営することが求められている⁶。地域包括ケアシステム構築と地域ケア会議は目的とその手段として密接な関係性にあり、多職種連携の中核となる手段として市町村の責任で実施することが求められる。

地域ケア会議の実施については、長寿社会開発センターによる「地域ケア会議運営マニュアル（平成25年）」や、「地域ケア会議運営ハンドブック（平成28年）」からその運営方法が示され、厚生労働省からは「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集（平成26年）」など好事例が紹介されている。また地域ケア会議の技術的な方法を指南した書籍^{7 8 9}も出版され船橋市^{10 11}や阿南市¹²、広島県¹³など独自のマニュアルを作成している自治体もある。このように、多くの実践報告や地域ケア会議の手法が示されているが、実践の蓄積からエビ

デンスに基づいた検証は井上らの自治体「地域ケア会議」の質的評価指標の作成の試み¹⁴などが散見されるのみで少ない状況にある。

これまでの地域ケア会議の実践からみえた課題として、地域課題を抽出する意識づけや地域づくりのための検討が十分に行えていないこと、人口規模が少ないほど在宅医療・介護連携の進捗が遅く6割強が行政と医療との協力関係に課題がある¹⁵と報告されている。地域包括ケアシステムを構築していくためには、保険者と地域の専門職、住民が協働しながら作り上げていかなければならない。特に要介護状態の高齢者が増加するために医療との連携は必須であるが、多くの自治体では福祉重視型の地域包括ケアシステムにならざるを得ない実情となっている。健康状態が悪化し介護が必要な高齢者が増えている超高齢社会において、住み慣れた地域で生活しつづけていくためには福祉重視のみの推進では地域包括ケアとは言い難く、自治体職員の地域包括ケアシステムの捉え方に横山は疑問を呈している¹⁶。これらのことから、小規模で過疎地域の自治体の職員は、医療資源の少なさや財政上の課題から可能な限りやればよいという捉えや医師への遠慮などの理由で目指す地域づくりを諦め、地域包括ケアに向けた検討が十分にされていない可能性も推測される。

そこで、本研究は北海道の地域ケア会議の実態と課題を明らかにし、アクションリサーチ¹⁷により地域ケア会議を協働で検討することで、自治体が強い推進力になるよう自治体職員の認識の変化を生み出す地域ケア会議の方法の開発をめざす。アクションリサーチの特徴は、社会的課題の解決を目的とし、解決すべき課題に関わる人たちと研究者が共に研究に参加することである。今回、アクションリサーチの予備調査として北海道内の地域包括支援センターで行われている地域ケア会議の実態と課題を明らかにすることを目的にアンケート調査を実施した。この実態から地域包括ケアシステムの課題について考察し報告する。

なお、本研究では介護保険の実施主体である市町村を「保険者」、「自治体」、「市町村」と記すが、すべて同義語とする。「行政」については、自治体の中でも介護保険行政に携わる部署を指すこととする。

Ⅱ．対象と方法

1．調査対象

北海道の自治体が設置した地域包括支援センター275箇所（直営149カ所・委託126カ所）において、地域ケア会議の企画・運営を行っている職員275名を対象とした。

2. データ収集方法

調査は無記名自記式質問紙を用い、郵送法により実施した。配付にあたり依頼文および倫理的配慮を明示した研究説明書により調査の協力を依頼し、郵送による返送をもって承諾を得られたものとした。調査期間は2018年10月～11月であった。

3. 調査内容

基本属性は年齢と性別、就業年数、資格、担当地域の人口・高齢化率、地域包括支援センターの設立時期、設置形態（直営・委託）設置主体、市町村内の設置数、異動の有無とした。地域ケア会議の実態として、年間実施回数、テーマの種類、会議の運営方法、会議の参集範囲として行政職・医療職の種類と出席頻度、会議実施に向けての調整、地域ケア会議の実施場面での役割、企画・運営における課題、地域包括ケアシステムが実現できると思うかの認識について尋ねた。また、地域ケア会議の具体的なテーマや企画で困っていることを自由記載で尋ねた。

4. 分析方法

データ解析には統計ソフトSPSS（ver.20）を用いた。各項目について単純集計し記述統計を行った。さらに、直営と委託の回答の傾向を把握するために、運営形態による2群において $P<0.05$ 、 $P<0.01$ を有意水準としカイ2乗検定を行った。また、会議の企画運営では「とても困っている」「困っている」「あまり困っていない」「困っていない」の4件法とし、困っている群と困っていない群に分け、医療職への会議参加依頼の困難感の有無と、会議で改善したいところの有無についての群間差をみるためにカイ2乗検定を行った。

会議のテーマについての記述は要約し、テーマが類似しているものをまとめ、直営、委託のセンター別に分け、それぞれの特徴がわかるよう表を作成した。また、課題認識などの自由記載については、記述内容を要約しコード化した。質問項目ごとにコードの意味内容が類似したものをまとめカテゴリを作成し、直営、委託の設置形態別に分けて特徴がみえるように表を作成した。文中ではコードを〈 〉、カテゴリを【 】で示す。

5. 倫理的配慮

本研究は、旭川医科大学倫理委員会の承認を得た（2018年9月14日：承認番号18105）。研究の趣旨、目的と方法、研究参加の自由意思の保証、守秘義務、研究目的以外に使用しないこと、結果の公表等を依頼文に明記した。調査票の回答をもって研究協力の同意とみなした。

Ⅲ．結果

配付数275部のうち118カ所から回答があり、回収率は42.9%であった。運営形態別の回収率は、直営66カ所44.3%、委託52カ所41.3%であった。回答のあった118カ所全てを分析対象とした。下記の1～8について結果を述べる。

1. 基本属性

- 1) 地域包括支援センターの概要
- 2) 職員の配置
- 3) 回答者の属性

2. 地域ケア会議の実施状況

- 1) 開催形式
- 2) 開催回数
- 3) 会議のテーマ
- 4) 会議の運営方法
- 5) 地域ケア会議の参集範囲と出席頻度
 - a) 参集範囲
 - b) 行政に所属する職種の出席頻度
 - c) 医療職の出席頻度
 - d) 参集範囲としていない職種

3. 地域の医療職に地域ケア会議への参加を依頼することの難しさ

4. 地域ケア会議の企画にあたり実施していること

5. 地域ケア会議の企画・運営で困っていること

6. 地域ケア会議における発言の活発さ

7. 今後の地域ケア会議の実施についての考え

8. 2025年までに地域包括ケアシステム構築の実現への認識

1. 基本属性

1) 地域包括支援センターの概要（表1，図1，図2）

118カ所の地域包括支援センター（以下、包括とする）から回答があり、内訳は直営66カ所（55.9%）、委託52カ所（44.1%）であった。

地域の高齢化率は全体で34.6%、直営の包括の管轄地域は37.1%と高齢化率が高かった。開設時期は平成18年82カ所（69.5%）、平成19年16カ所（13.6%）、

平成20年以降19カ所（16.1%）、無回答1カ所（0.8%）であった。直営では平成18年の開設が52カ所（78.8%）と最も多く、平成19年12カ所（18.2%）、平成20年以降2カ所（3.0%）であった。委託は平成18年30カ所（57.7%）、平成19年4カ所（7.7%）、平成20年以降17カ所（32.7%）、無回答1カ所（1.9%）であった。

表1 地域包括支援センターの概要

		全体 (n=118)		直営 (n=66)		委託 (n=52)	
		n	%	n	%	n	%
高齢化率		34.6 (n=115)		37.14 (n=65)		31.28 (n=50)	
開設時期	平成18年	82	69.5	52	78.8	30	57.7 *
	平成19年	16	13.6	12	18.2	4	7.7
	平成20年以降	19	16.1	2	3.0	17	32.7 **
	無回答	1	0.8			1	1.9
				66	55.9	52	44.1
設置形態						(委託設置主体)	
						医療法人	36.5
						19	
						社会福祉協議会	25.1
						13	
						社会福祉法人	32.7
						17	
						一般財団法人	1.9
						1	
						社会医療法人	1.9
						1	
						無回答	1.9
						1	
同一市町村 内の設置数 (設置数)	単独設置	73	61.9	63	95.5	10	19.2 **
	複数設置	39	33.1	2	3.0	37	71.2
	2-5	15	38.5	1		14	
	6-10	6	15.4	1		5	
	11-20	5	12.8			5	
	20-30	8	20.5			8	
	無回答	5	12.8			5	
無回答		6	5.1	1	1.5	5	9.6
異動有無 (異動サイ クル)	あり	90	76.3	57	86.4	33	63.5 *
	3年	17	18.9	11	19.3	6	18.2
	5年	21	23.3	13	22.8	8	24.2
	5年以上	36	40.0	22	38.6	14	42.4
	無回答	16	17.8	11	19.3	5	15.2
	なし	25	21.2	9	13.6	16	30.8
	無回答	3	2.5	0	0.0	3	5.8

カイ2乗検定

*P < 0.05

**P < 0.01

同一市町村内の設置数は単独73カ所(61.9%)、複数設置39カ所(33.1%)であった。直営は95.5%が単独であり、直営の方が委託より単独の設置率が高く、有意な関連が認められた($P<0.01$)。委託の設置主体の上位は、医療法人19カ所(36.5%)、社会福祉法人17カ所(32.7%)、社会福祉協議会13カ所(25.1%)であった。

職員の異動有無は、あり90カ所(76.3%)、なし25カ所(21.2%)で、サイクルは5年以上が40.0%と最も多かった。また、設置主体別では直営57カ所(86.4%)、委託33カ所(63.5%)が異動ありとなっており直営の方が高く、有意な関連が認められた($P<0.05$)。

担当地域の人口(図1、図2)は、3000人未満16カ所、3000～5000人未満19カ所、5000～10000人未満23カ所、10000～30000人未満34カ所、30000～50000人未満11カ所、50000人以上12カ所であった。直営と委託別でみると、それぞれ最も多かったのは直営10000人、委託30000人であった。委託の方が担当地域の人口が多く、多くが都市部に設置されていると考えられる。

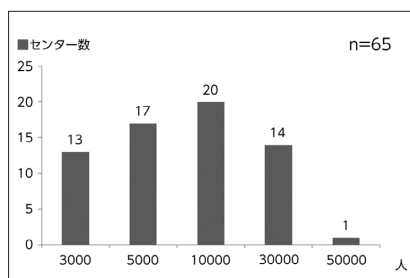


図1 担当地域の人口(直営)

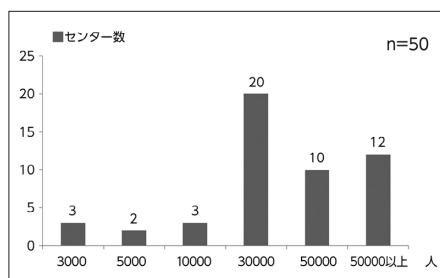


図2 担当地域の人口(委託)

2) 職員の配置(表2)

配置されている職種は、保健師107人(90.7%)、社会福祉士100人(84.7%)、主任介護支援専門員99人(83.9%)、事務職61人(51.7%)、介護支援専門員43人(36.4%)、看護師18人(15.3%)、精神保健福祉士8人(6.8%)であった。その他42人(35.6%)の内訳では多様な職種が配置されていた。

表2 職種別職員の配置

職種	配置人数		配置率	平均配置数
	n	(うち非常勤)	%	(人)
保健師	107	17	90.7	1.93
社会福祉士	100	7	84.7	1.79
主任介護支援専門員	99	4	83.9	1.41
事務職	61	15	51.7	1.51
介護支援専門員	43	10	36.4	1.98
看護師	18	4	15.3	1.11
精神保健福祉士	8	0	6.8	1.00
その他	42	9	35.6	1.36

* その他の内訳

施設長、社会福祉主事、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、保育士、体操指導員、介護職員、介護予防支援業務担当者、プランナー、認定調査員、認知症関連担当、認知症地域支援推進員、高齢者生活支援相談員、在宅医療介護連携相談員、生活支援コーディネーター、調査相談員

包括に配置する専門職の三職種について平均配置数は保健師が最も高く1.93人、次に社会福祉士1.79人、主任介護支援専門員1.41人であった。地域包括支援センターの業務実態に関する調査研究事業報告¹⁸（三菱UFJリサーチ2019）によると、平均配置数は準ずるものも含めて保健師1.9人、社会福祉士2.5人、主任介護支援専門員1.8人であり、本調査では、社会福祉士の配置が少ないことが特徴であった。

3) 回答者の属性（表3）

年齢は40代が45人（38.1%）と最も多く、性別は男性48人（40.7%）、女性58人（49.2%）であった。

職位は管理者45人（38.1%）、係長・主査・主任51人（43.2%）、その他22人（18.6%）であった。

職種は、主任介護支援専門員が47人（39.8%）と最も多く、社会福祉士29人（24.6%）、保健師28人（23.7%）、事務職8人（6.8%）、その他6人（5.1%）であった。

勤務年数は5年未満が44人（37.3%）、5年以上10年未満と10年以上は37人（31.4%）であった。職位を直営と委託で見ると、直営は係長・主査・主任45人（68.2%）、委託は管理者が37人（71.2%）であった。

表3 回答者の属性

		全体 (n=118)		直営 (n=66)		委託 (n=52)	
		n	%	n	%	n	%
年齢	20代	4	3.4	4	6.1	0	0.0
	30代	29	24.6	16	24.2	13	25.0
	40代	45	38.1	29	43.9	16	30.8
	50代	34	28.8	14	21.2	20	38.5
	60代	4	3.4	3	4.5	1	1.9
	無回答	2	1.7	0	0	2	3.8
性別	男性	48	40.7	23	34.8	25	48.1
	女性	58	49.2	34	51.5	24	46.2
	無回答	12	10.2	9	13.6	3	5.8
職位	管理者	45	38.1	8	12.1	37	71.2
	係長・主査・主任	51	43.2	45	68.2	6	11.5
	その他	22	18.6	13	19.7	9	17.3
職種	保健師	28	23.7	18	27.3	10	19.2
	主任介護支援専門員	47	39.8	26	39.4	21	40.4
	社会福祉士	29	24.6	13	19.7	16	30.8
	精神保健福祉士	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	事務職	8	6.8	7	10.6	1	1.9
	その他	6	5.1	2	3.0	4	7.7
勤務年数	5年未満	44	37.3	24	36.4	20	38.5
	5年以上10年未満	37	31.4	20	30.3	17	32.7
	10年以上	37	31.4	22	33.3	15	28.8

2. 地域ケア会議の実施状況

2017年度の地域ケア会議の実施状況について報告する。

1) 地域ケア会議の開催形式（表4）

地域ケア会議の開催形式は、定例開催31カ所（26.3%）、随時開催43カ所（36.4%）、定例と随時開催40カ所（33.9%）、未回答4カ所（3.4%）であった。随時開催が最も多いが、定例と随時を組み合わせで開催している包括が次に多く、柔軟に開催されていた。随時開催のみは43カ所（36.4%）であり、60.2%は定例で開催していることがわかった。また、直営と委託を比較すると、定例開催は直営が高く（ $P<0.05$ ）、随時開催は委託の方が高かった（ $P<0.01$ ）。

表4 地域ケア会議の開催形式

	全体 (n=118)		直営 (n=66)		委託 (n=52)	
	n	%	n	%	n	%
定例開催	31	26.3	22	33.3	9	17.3 *
随時開催	43	36.4	15	22.7	28	53.8 **
定例と随時開催	40	33.9	25	37.9	15	28.8
未回答	4	3.4	4	6.1	0	0.0
カイ2乗検定			*P < 0.05		**P < 0.01	

2) 開催回数 (図3, 図4)

年間実施回数 (n=111) は、平均 12.1 ± 1.8 回、平均参加人数 (n=99) は 14.2 ± 14.7 人であった。

会議の種類別では、個別会議 (n=113) は平均 7.4 ± 6.2 回、推進会議 (n=107) は平均 5.9 ± 11.9 回開催されていた。直営と委託での年間開催回数は図3, 図4に示す。

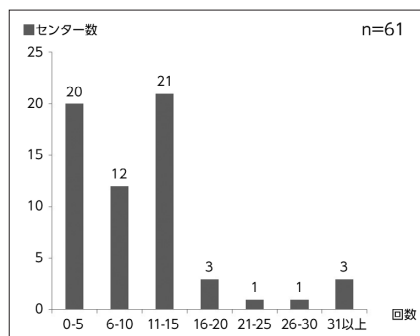


図3 年間開催回数 (直営)

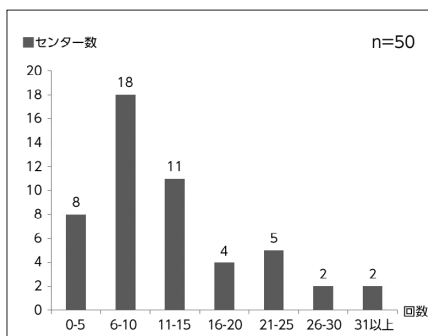


図4 年間開催回数 (委託)

3) 会議のテーマ (表5, 表20)

会議のテーマは「個別課題の検討」が109カ所 (92.4%) と最も多く、続いて、「情報交換・情報共有」97カ所 (82.2%)、「地域連携 (ネットワーク構築)」89カ所 (75.4%)、「地域課題の発見と検討」72カ所 (61.0%)、「ケアマネジメント支援」66カ所 (55.9%) が過半数を超えた。また、「地域づくり」38カ所 (32.2%)、「学習会」37カ所 (31.4%)、「サービスや資源の開発」29カ所 (24.6%)、「地域に必要な取り組みとして政策の立案」14カ所 (11.9%)、「地域の人材育成」11カ所 (9.3%)、「その他」1カ所 (0.8%) であった。直営と委託を比較すると、委託の方が多かったものは地域連携 (ネットワーク構築) ($P < 0.05$)、地域づ

くり ($P<0.01$) であった。学習会は直営の方が多く実施されており、有意な関連が認められた ($P<0.05$)。

表5 会議のテーマ

	全体 (n=118)		直営 (n=66)		委託 (n=52)	
	n	%	n	%	n	%
個別課題の検討	109	92.4	59	89.4	50	96.2
情報交換・情報共有	97	82.2	57	86.4	40	76.9
地域連携（ネットワーク構築）について	89	75.4	45	68.2	44	84.6 *
地域課題の発見と検討	72	61.0	39	59.1	33	63.5
ケアマネジメント支援	66	55.9	34	51.5	32	61.5
地域づくり	38	32.2	12	18.2	26	50.0 **
学習会	37	31.4	27	40.9	10	19.2 *
サービスや資源の開発	29	24.6	17	25.8	12	23.1
地域に必要な取り組みとして政策の立案	14	11.9	10	15.2	4	7.7
地域の人材育成について	11	9.3	6	9.1	5	9.6
その他	1	0.8	0	0.0	1	1.9
カイ 2 乗検定				*P < 0.05		**P < 0.01

実際に行った会議の主なテーマの詳細は、表20のとおりである。

個別事例の検討では、独居、高齢者夫婦世帯、高齢者と障がいの子どもの生活支援、多問題家族、身寄りがいない方への支援が取り上げられていた。対象者の疾患は、認知症、がん、精神疾患、MCI、終末期などであった。また、支援内容としては、生活支援、外出、自立支援、ごみ屋敷、経済的問題、高齢者虐待、支援に拒否的など多様な生活問題についての対応が検討されていた。

地域の課題の検討は、住民の住み慣れた地域での暮らしを支えていく支援、認知症の方を支える地域づくり、地域住民への啓発、医療・多職種連携、在宅医療の推進、計画策定、専門職による学習会、制度・サービスの活用・創出がテーマの種類として挙げられていた。

4) 会議の運営方法（表6）

1回の平均会議時間は60分以上90分未満が69カ所（58.5%）と最も多かった。次いで、30分以上60分未満33カ所（28.0%）、90分以上14カ所（11.9%）であった。

司会進行の職種は、主任介護支援専門員が27カ所（22.9%）、保健師17カ所（14.4%）、社会福祉士14カ所（11.9%）、事務職3カ所（2.5%）、テーマや議題でその都度決定が48カ所（40.7%）であった。なお、直営と委託を比較すると、テーマや議題でその都度決定は委託の方が高く、有意な関連が認められた（ P

< 0.01)。

参加者への会議目的・意図の事前連絡は、いつも91カ所 (77.1%)、ときどき14カ所 (11.9%)、伝えていない6カ所 (5.1%)、職種によって伝える2カ所 (1.7%)、無回答5カ所 (4.2%) であった。

表6 会議の運営方法

	全体 (n=118)		直営 (n=66)		委託 (n=52)	
	n	%	n	%	n	%
1回の平均会議時間						
30分未満	1	0.8	1	1.5	0	0.0
30分以上60分未満	33	28.0	23	34.8	10	19.2
60分以上90分未満	69	58.5	35	53.0	34	65.4
90分以上	14	11.9	6	9.1	8	15.4
無回答	1	0.8	1	1.5	0	0.0
司会進行の職種						
主任介護支援専門員	27	22.9	16	24.2	11	21.2
保健師	17	14.4	12	18.2	5	9.6
社会福祉士	14	11.9	11	16.7	3	5.8
事務職員	3	2.5	3	4.5	0	0.0
テーマや議題でその都度決定	48	40.7	17	25.8	31	59.6 **
その他	8	6.8	6	9.1	2	3.8
無回答	1	0.8	1	1.5	0	0.0
参加者への目的・意図の事前連絡						
いつも	91	77.1	48	72.7	43	82.7
ときどき	14	11.9	9	13.6	5	9.6
伝えていない	6	5.1	6	9.1	0	0.0
職種によって伝える	2	1.7	1	1.5	1	1.9
無回答	5	4.2	2	3.0	3	5.8
カイ2乗検定					**P < 0.01	

5) 地域ケア会議の参集範囲と出席頻度 (表7, 表8)

a) 参集範囲

行政に所属する職種は保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士、精神保健福祉士、管理栄養士、事務職が参集されていた。その他の職種の内訳は、課長・係長など長のレベル、ケースワーカー、保健所の職員、消防署、認知症初期集中支援チーム、生活支援コーディネーター等多種あげられていたが、いずれも5カ所未満で少数であった。

医療職の参集範囲として、開業医・クリニック医師、病院医師、歯科医師、

歯科衛生士、薬剤師、訪問看護師、病院看護師、医療連携室の専門職、リハビリ関連専門職、管理栄養士であった。

b) 行政に所属する職種の出席頻度

行政に所属する職種で、「あまり出席しない」を除き、「いつも出席」「おおよそ出席（3／4程度）」「ときどき出席（1／2程度）」を合計した職種別の出席頻度を表7に示す。保健師は全体103カ所（87.3％）で、内訳は直営63カ所（95.5％）、委託40カ所（76.9％）が出席しており、直営の方が保健師の出席が高く有意な県連が認められた（ $P<0.01$ ）。

社会福祉士は、全体90カ所（76.3％）、直営50カ所（75.8％）、委託40カ所（76.9％）であり、主任介護支援専門員は全体85カ所（72.0％）、直営49カ所（74.2％）、委託36カ所（69.2％）で、いずれも直営と委託で大きな差はみられなかった。

また、事務職は全体58カ所（49.2％）で、直営48カ所（72.7％）、委託10カ所（19.2％）であった。直営と委託を比較すると直営の方が事務職の参加が高く、有意な関連が認められた（ $P<0.01$ ）。

出席頻度のうち、「いつも出席」の割合をみると、最も高かったのは、保健師84カ所（71.2％）であり、次に、主任介護支援専門員70カ所（59.3％）、社会福祉士65カ所（55.1％）、事務職40カ所（33.9％）であった。直営と委託を比較すると、保健師は直営58カ所（87.9％）が「いつも出席」しており、委託26カ所（50.0％）より高く、有意な関連が認められた（ $P<0.01$ ）。また、社会福祉士は直営44カ所（66.7％）、委託21カ所（40.4％）、主任介護支援専門員は、直営47カ所（71.2％）、委託23カ所（44.2％）となっており、いずれも直営の方が多かった。

c) 医療職の出席頻度

医療職について、「あまり出席しない」を除き、「いつも出席」「おおよそ出席（3／4程度）」「ときどき出席（1／2程度）」を合計した職種別の出席頻度をみると、開業医・クリニック医師は全体14カ所（11.9％）、直営5カ所（7.6％）、委託9カ所（17.3％）、病院医師は全体15カ所（12.7％）、直営12カ所（18.2％）、委託3カ所（5.8％）であり、直営の方が病院医師の参加が高く有意な関連がみられた（ $P<0.05$ ）。歯科医師は、全体7カ所（5.9％）、直営5カ所（7.6％）、委託2カ所（3.8％）であり、歯科衛生士は、4カ所（3.4％）、直営3カ所（4.5％）、委託1カ所（1.9％）、であった。薬剤師は、全体28カ所（23.7％）、直営18カ所（27.3％）、委託10カ所（19.2％）であった。

訪問看護師は、全体47カ所（39.8%）、直営29カ所（43.9%）、委託18カ所（34.6%）であり、病院看護師は、全体46カ所（39.0%）、直営36カ所（54.5%）、委託10カ所（19.2%）であった。直営の方が病院看護師の参加が高く有意な関連が認められた（ $P<0.01$ ）。

医療連携室の専門職は、全体39カ所（33.1%）、直営20カ所（30.3%）、委託19カ所（36.5%）であった。リハビリ関連専門職は、全体42カ所（35.6%）、直営25カ所（37.9%）、委託17カ所（32.7%）であった。管理栄養士は、全体2カ所（1.7%）、直営1カ所（1.5%）、委託1カ所（1.9%）であった。

表7 参集範囲の職種と出席状況

（「いつも出席」「おおそ出席（3／4程度）」「ときどき出席（1／2程度）」を合計した割合）

参集範囲		全体 n	(n=118) %	直営 n	(n=66) %	委託 n	(n=52) %
行政に所属する職種	保健師	103	87.3	63	95.5	40	76.9 **
	主任介護支援専門員	85	72.0	49	74.2	36	69.2
	社会福祉士	90	76.3	50	75.8	40	76.9
	精神保健福祉士	16	13.6	5	7.6	11	21.2 *
	管理栄養士	7	5.9	6	9.1	1	1.9
	事務職	58	49.2	48	72.7	10	19.2 **
	その他	41	34.7	22	20.6	19	20.5
医療職（行政以外に所属）	開業医・クリニック医師	14	11.9	5	7.6	9	17.3
	病院医師	15	12.7	12	18.2	3	5.8 *
	歯科医師	7	5.9	5	7.6	2	3.8
	歯科衛生士	4	3.4	3	4.5	1	1.9
	薬剤師	28	23.7	18	27.3	10	19.2
	訪問看護師	47	39.8	29	43.9	18	34.6
	病院看護師	46	39.0	36	54.5	10	19.2 **
	医療連携室の専門職	39	33.1	20	30.3	19	36.5
	リハビリ関連専門職	42	35.6	25	37.9	17	32.7
	管理栄養士	2	1.7	1	1.5	1	1.9

カイ2乗検定

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

d) 参集範囲としていない職種

参集範囲としていない職種を表8に示す。

行政の職種で、参集範囲としていないのは多い順に、管理栄養士43カ所（36.4%）、精神保健福祉士36カ所（30.5%）事務職20カ所（16.9%）だった。

医療職については、開業医・クリニック医師が、全体31カ所（26.3%）、

直営24カ所（36.4%）、委託7カ所（13.5%）であり、直営の方が参集範囲としていない割合が高く有意な関連が認められた（ $P<0.01$ ）。病院医師は、全体29カ所（24.6%）、直営18カ所（27.3%）、委託11カ所（21.2%）であった。歯科医師は全体42カ所（35.6%）、直営23カ所（34.8%）、委託19カ所（36.5%）、歯科衛生士は全体45カ所（38.1%）、直営28カ所（42.4%）、委託17カ所（32.7%）であった。薬剤師は28カ所（23.7%）、直営18カ所（27.3%）、委託10カ所（19.2%）であった。

訪問看護師は全体22カ所（18.6%）、直営14カ所（21.2%）、委託8カ所（15.4%）であり、病院看護師は20カ所（16.9%）、直営12カ所（18.2%）、委託8カ所（15.4%）であった。

医療連携室の専門職は全体29カ所（24.6%）、直営21カ所（31.8%）、委託8カ所（15.4%）で、委託の方が参集範囲としていない割合が高く有意な関連が認められた（ $P<0.05$ ）。リハビリ関連専門職は全体24カ所（20.3%）、直営16カ所（24.2%）、委託8カ所（15.4%）であった。管理栄養士は、全体44カ所（37.3%）、直営29カ所（43.9%）、委託15カ所（28.8%）であった。

参集範囲としていない理由として、精神保健福祉士や開業医・クリニック医師の場合は地域にいないという理由が多かった。

表8 参集範囲としていない職種

参集範囲		全体 (n=118)		直営 (n=66)		委託 (n=52)	
		n	%	n	%	n	%
行政の職種	保健師	2	1.7	0	0.0	2	3.8
	主任介護支援専門員	12	10.2	7	10.6	5	9.6
	社会福祉士	10	8.5	6	9.1	4	7.7
	精神保健福祉士	36	30.5	26	39.4	10	19.2 *
	管理栄養士	43	36.4	23	34.8	20	38.5
	事務職	20	16.9	4	6.1	16	30.8 **
医療職（行政以外に所属）	開業医・クリニック医師	31	26.3	24	36.4	7	13.5 **
	病院医師	29	24.6	18	27.3	11	21.2
	歯科医師	42	35.6	23	34.8	19	36.5
	歯科衛生士	45	38.1	28	42.4	17	32.7
	薬剤師	28	23.7	18	27.3	10	19.2
	訪問看護師	22	18.6	14	21.2	8	15.4
	病院看護師	20	16.9	12	18.2	8	15.4
	医療連携室の専門職	29	24.6	21	31.8	8	15.4 *
	リハビリ関連専門職	24	20.3	16	24.2	8	15.4
	管理栄養士	44	37.3	29	43.9	15	28.8

カイ2乗検定

* $P<0.05$ ** $P<0.01$

3. 地域の医療職に地域ケア会議への参加を依頼することの難しさ (表9, 表10)

地域の医療職に地域ケア会議への参加を依頼することの難しさについて尋ねたところ、全体では、「とても感じる」6カ所(5.1%)、「感じる」52カ所(44.1%)を合わせて49.2%、「あまり感じない」50カ所(42.4%)、「感じない」9カ所(7.6%)を合わせて50.0%であった。半数が難しいと感じ、半数は難しいと感じていなかった。直営と委託を比較すると、ほぼ同じ割合で、差は無かった。

表9 地域の医療職の参加依頼の難しさ

	全体 (n=118)		直営 (n=66)		委託 (n=52)	
	n	%	n	%	n	%
とても感じる	6	5.1	3	4.5	3	5.8
感じる	52	44.1	28	42.4	24	46.2
あまり感じない	50	42.4	30	45.5	20	38.5
感じない	9	7.6	5	7.6	4	7.7
無回答	1	0.8	0	0	1	1.9

表10 医療職への依頼が難しいと感じる理由

(複数回答)

	全体 (n=58)		直営 (n=31)		委託 (n=27)	
	n	%	n	%	n	%
医療職の参加にあわせた会議時間の設定が困難である	35	60.3	15	48.4	20	74.1
忙しそうで声をかけるのに遠慮がある	30	51.7	16	51.6	14	51.9
会議のテーマが医療の課題ではない	20	34.5	9	29.0	11	40.7
医療職との関係が希薄である	12	20.7	7	22.6	5	18.5
医療職にどのような意見を求めてよいかわからない	6	10.3	5	16.1	1	3.7
その他	5	8.6	2	6.5	3	11.1

難しさを感じる理由(複数回答)として、最も多かったのは、「医療職の参加にあわせた会議時間の設定が困難である」は全体35カ所(60.3%)、直営15カ所(48.4%)、委託20カ所(74.1%)であり、委託の方が難しさを感じていた。次に、「忙しそうで声をかけるのに遠慮がある」は全体30カ所(51.7%)、直営16カ所(51.6%)、委託14カ所(51.9%)であった。「会議のテーマが医療の課題ではない」は、全体20カ所(34.5%)、直営9カ所(29.0%)、委託11カ所(40.7%)、「医療職との関係が希薄である」は、全体12カ所(20.7%)、直営7カ所(22.6%)、委託5カ所(18.5%)、「医療職にどのような意見を求めてよいかわからない」は全体6カ所(10.3%)、直営5カ所(16.1%)、委託1カ所(3.7%)であった。

4. 地域ケア会議の企画にあたり実施していること（表11）

地域ケア会議の企画にあたり実施していることとして、「会議の議題・テーマを絞り込む」が全体70カ所（59.3%）、直営33カ所（50.0%）、委託37カ所（71.2%）であり、委託の方が高く有意な関連が認められた（ $P < 0.05$ ）。次に、「会議のねらいと目標を決める」が全体67カ所（56.8%）、直営30カ所（45.5%）、委託37カ所（71.2%）であり、委託の方が高く、有意な関連が認められた（ $P < 0.01$ ）。「困った事例、難しい事例を集積する」が全体66カ所（55.9%）、直営39カ所（59.1%）、委託27カ所（51.9%）であった。「関係者に聞き取りをする」は全体61カ所（51.7%）、直営33カ所（50.0%）、委託28カ所（53.8%）でほぼ同様であった。「地域の課題を分析する」は全体59カ所（50.0%）、直営26カ所（39.4%）、委託33カ所（63.5%）となっており委託の方が高く、有意な関連が認められた（ $P < 0.01$ ）。「会議に出席してもらうための根回しをする」は全体56カ所（47.5%）、直営22カ所（33.3%）、委託34カ所（65.4%）であり、委託の方が高く有意な関連が認められた（ $P < 0.01$ ）。

表11 企画にあたり実施していること

（複数回答）

	全体（n=118）		直営（n=66）		委託（n=52）	
	n	%	n	%	n	%
会議の議題・テーマを絞り込む	70	59.3	33	50.0	37	71.2 *
会議のねらいと目標を決める	67	56.8	30	45.5	37	71.2 **
困った事例、難しい事例を集積する	66	55.9	39	59.1	27	51.9
関係者に聞き取りをする	61	51.7	33	50.0	28	53.8
地域の課題を分析する	59	50.0	26	39.4	33	63.5 **
高齢者のニーズを把握する	57	48.3	30	45.5	27	51.9
会議に出席してもらうための根回しをする	56	47.5	22	33.3	34	65.4 **
テーマに関連する職種・人材を考える	53	44.9	26	39.4	27	51.9
共通認識が持てる資料作りをする	50	42.4	25	37.9	25	48.1
地域ケア会議の年間計画を立案する	40	33.9	21	31.8	19	36.5
その他	7	5.9	3	4.5	4	7.7

カイ 2 乗検定

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

5. 地域ケア会議の企画・運営で困っていること（表12, 表13, 表14, 表15）

地域ケア会議の企画・運営について、「とても困っている」「困っている」を合わせた「困っている群」は全体で84カ所（71.2%）を占めていた。「あまり困っていない」「困っていない」を合わせた「困っていない群」は全体で33カ所（28.0%）であった。直営と委託を比較しても差はみられなかった。

表12 地域ケア会議の企画運営で困っているか

	全体 (n=118)		直営 (n=66)		委託 (n=52)	
	n	%	n	%	n	%
とても困っている	6	5.1	4	6.1	2	3.8
困っている	78	66.1	42	63.6	36	69.2
あまり困っていない	31	26.3	20	30.3	11	21.2
困っていない	2	1.7	0	0	2	3.8
無回答	1	0.8	0	0	1	1.9

表13 「とても困っている」「困っている」内容

（複数回答）

	全体 (n=84)		直営 (n=46)		委託 (n=38)	
	n	%	n	%	n	%
議題・テーマの絞り込み	36	42.9	23	50.0	13	34.2
地域の課題の分析	34	40.5	22	47.8	12	31.6
会議のねらいと目標の決定	26	31.0	17	37.0	9	23.7
司会・進行の方法	24	28.6	16	34.8	8	21.1
課題の提示と共有方法	24	28.6	16	34.8	8	21.1
共通認識が持てる資料の作成	18	21.4	12	26.1	6	15.8
開催の時期・時間調整	18	21.4	10	21.7	8	21.1
会議に出席してもらうための根回し	15	17.9	7	15.2	8	21.1
会議の参集範囲の決定	14	16.7	10	21.7	4	10.5
会議録の書き方	5	6.0	3	6.5	2	5.3
その他	25	29.8	9	19.6	16	42.1 *

カイ2乗検定

* $P < 0.05$

困っている内容で多かったものは「議題・テーマの絞り込み」36カ所（42.9%）、「地域の課題の分析」34カ所（40.5%）、「会議のねらいと目標の決定」26カ所（31.0%）、「司会・進行の方法」24カ所（28.6%）、「課題の提示と共有方法」24カ所（28.6%）であった。なお、「その他」について、委託の方が直営よりも高く、有意な関連が認められた（ $P < 0.05$ ）。

その他の困っている内容について多くの記載があった。概要は表14のとおりである。検討すべき個別事例の提供が不確実である、準備のための時間確保ができない、問題意識の無い温度差のある出席者との根回し・関係づくり、会議の合意形成がうまくいかずに発展につながらないなど困っている内容が具体的に記載されていた。最近開設されたところは、不慣れであると書かれていた。

表14 企画で困っている内容

(自由記載)

内容	自由記載の抜粋
検討すべき 個別事例の提供が 不確実である	・ 個別事例を検討しているがなかなか居宅のケアマネ等が事例を出してくれない ・ 個別ケースは居宅介護支援事業から積極的にケース提供がない ・ 居宅 CM からの依頼も少ない ・ 圏域の担当ケアマネからの依頼が少ない
準備のための 時間確保	・ 開催に関する一連の業務に時間を取られてしまう ・ 時間調整や参集いただく方への連絡等の時間を確保するのが大変 ・ 日々のケース対応との両立
問題意識の無い 温度差のある 出席者との根回し ・ 関係づくり	・ 「依頼」が現状であり、「協働」「住民主体」とはなっていない ・ 興味を持っていただけの職種に偏りがあるため、その点で根回ししても難しい ・ 地域住民の側からのテーマに沿って対応はしていても地域によって温度差が顕著。民生委員や町会関係者の理解や具体的な行動に移すまでのハードルが高いこともある（困っている状況でも行動したくない、状況に気づかないという現象のこと） ・ 地域の関係者、リーダー格の人たちに困っている感があまりない。課題の共有や参集に拒否感がある
会議の合意形成が うまくいかず発展 につながらない	・ 個別会議の場合～本人家族を含め、今後の方向性や支援の視点が会議だけでは共有できない。特に医療職について会議での助言等はあっても、実働（チームアプローチ）に結びつかない ・ 推進会議の場合、地域の課題の検討において、解決策の検討が事業優先型になりやすい。解決の難しい課題に関して、全市的・政策形成レベルへの反映への繋がりが少ない ・ 政策提言や地域資源の開発へ向けた働きかけができない。技量不足を感じる
その他	開催会場の調整 H30 年開設まもなくであり不慣れである

表15 企画運営で困っている群と医療職への依頼の困難群との関係

	医療職への参加依頼		計
	困難感あり	困難感なし	
困っている	50	33	83 *
困っていない	8	25	33
計	58	58	116
カイ 2 乗検定	* P < 0.05		

また、企画運営で困っている群と医療職への会議参加依頼の困難群との関連についてカイ 2 乗検定を行ったところ、企画運営で「困っている群」は医療職への会議参加依頼に困難感ありとしたものが高く、有意な関連が認められた (P < 0.05)。

6. 地域ケア会議における各職種からの発言の活発さ（表16）

表16 発言の活発さ

	全体 (n=118)		直営 (n=66)		委託 (n=52)	
	n	%	n	%	n	%
いつもある	43	36.4	27	40.9	16	30.8
議題に応じてある	68	57.6	34	51.5	34	65.4
あまりない	4	3.4	3	4.5	1	1.9
ない	1	0.8	1	1.5	0	0.0
無回答	2	1.7	1	1.5	1	1.9

地域ケア会議で各職種から発言は活発にあるかについて尋ねたところ、「いつもある」43カ所（36.4%）、「議題に応じてある」68カ所（57.6%）「あまりない」4カ所（3.4%）、「ない」1カ所（0.8%）、無回答2カ所（1.7%）であり、おおむね活発に発言されていた。

7. 今後の地域ケア会議についての考え（表17, 表18）

表17 今後の地域ケア会議についての考え

	全体 (n=118)		直営 (n=66)		委託 (n=52)	
	n	%	n	%	n	%
今のままでいい	31	26.3	17	25.8	14	26.9
改善したいところがある	83	70.3	47	71.2	36	69.2
無回答	4	3.4	2	3.0	2	3.8

今後の地域ケア会議の実施について、「今のままでいい」31カ所（26.3%）、「改善したいところがある」83カ所（70.3%）、「無回答」4カ所（3.4%）であった。

表18 企画運営で困っている群と会議で改善したい群との関係

	会議で改善したいところ			
	あり	なし	計	
困っている	66	15	81	**
困っていない	17	15	32	
計	83	30	113	

カイ2乗検定

** $P < 0.01$

企画運営で困っている群と会議で改善したい有無についての関連について、カイ2乗検定を行ったところ、企画運営で「困っている」群は、会議で改善したいところがありと回答しているものが高く、有意な関連が認められた ($P < 0.01$)。

8. 2025年までに地域包括ケアシステム構築の実現への認識（表19, 表21）

表19 地域包括ケアシステムができると思うか

	全体 (n=118)		直営 (n=66)		委託 (n=52)	
	n	%	n	%	n	%
できると思う	3	2.5	1	1.5	2	3.8
可能な範囲でできると思う	70	59.3	43	65.2	27	51.9
あまりできないと思う	20	16.9	9	13.6	11	21.2
できないと思う	5	4.2	1	1.5	4	7.7
わからない	17	14.4	10	15.2	7	13.5
無回答	3	2.5	2	3.0	1	1.9

2025年までに担当の地域において、地域包括ケアシステムが構築できると思うかを尋ねたところ、「できると思う」「可能な範囲でできると思う」は、全体73カ所（61.8%）、直営44カ所（66.7%）、委託29カ所（55.7%）であった。「あまりできないと思う」「できないと思う」との回答は全体25カ所（21.1%）、直営10カ所（15.1%）、委託15カ所（28.9%）と委託の方が多かったが有意な差はみられなかった。「わからない」との回答は全体17カ所（14.4%）で、直営10カ所（15.2%）、委託7カ所（13.5%）であった。無回答は全体3カ所（2.5%）であった。

また、地域包括ケアシステム構築に向けて様々な課題意識が自由記載に述べられていた（表21）。改善したいことや、課題と感じていることについて、a）～d）に分類して述べる。

a）会議の企画運営評価・運営技術

会議の企画運営評価では、【個別の課題をもとに地域課題の検討をしたい】【地域の課題から政策化へつなげたい】【計画を立てて定例化したい】【参集職種を広げたい】【会議の評価をしたい】であった。運営技術については、【共通認識を持てるような方法や資料を改善したい】【会議に参加しやすい雰囲気づくり

や進行の技術を向上させたい】という希望があった。

b) 業務体制

業務体制の課題として、〈業務が多忙で業務整理がまず必要〉〈会議に向けて整える様式が多く負担である〉など【業務の整理が必要】、委託からは〈地域包括の保健師の担い手がない〉〈配置人数が少なく若い人には難しい〉など【人材育成・マンパワーに課題がある】ととらえており、〈会議の準備と業務の兼ね合いに苦勞し負担感が大きい〉〈じっくりと取り組む時間を確保できない〉〈業務が多すぎるのに職員配置が変わらずモチベーションが下がる〉など【多忙で改善しようという意識が持てない】状況であった。また、〈いつも同じ参加者で変わらない〉〈日頃から連絡が可能で全体討論することなく終わってしまう〉など直営からの【小規模自治体の限界を感じる】という声もあった。

c) 医療との関係性

医療との関係性では〈医療職は地域の現実を知らなさすぎるし興味が無い〉〈医療職の考える地域包括ケアは狭い〉など【地域に目が向かない医療職への批判】があった。一方で、〈医療職が参加するともっと活発になると思う〉〈地域包括ケアには医療職の知識技術は不可欠〉など【医療職とのつながりを充実すべき】と期待感があった。そのような中〈診療時間内は声をかけにくい〉〈忙しそうでよほどの医療的課題が無いと呼べない雰囲気〉など【医療機関の組織体制が地域志向ではないことによる連携の難しさ】を感じていた。

d) 自治体への批判と地域包括ケアシステム実現に向けての課題認識

委託からは〈地域の課題分析は行政の責任〉〈行政担当者の意識が低い〉〈現状分析しておらず勉強不足で危機感が無い〉〈保険者としての役割を自覚してほしい〉〈非協力的な行政職員がいて困っている〉など厳しい【行政への批判と期待】が多くみられた。また〈行政のビジョンが無く形だけで中身が無い〉など【保険者としての方向性を示さない苛立ち】もみられた。これらのことから、【地域包括ケアシステム構築は今のままでは難しいと思う】という認識であり、〈イメージを共有してもゴールなのか成功なのか行政の評価が無いのでわからない〉など【何をもって地域包括ケアシステムなのか共通認識がない】という意見がみられた。

表20 地域ケア会議で実施されている具体的なテーマ

自由記載から抜粋し、直営、委託のどちらから出されたものかわかるように○をつけ整理した。

	テーマの種類 (家族の形態 健康および生活課題 地域づくり)	テーマ (抜粋)	○直営、●委託の記載	直営	委託
個別の課題の検討	高齢者独居 高齢者夫婦 高齢者と障がいの子ども・家族	○治療受診を中断している独居の認知症の方への支援 ○口腔がんと認知症がある独居の方への支援 ○夫婦ともに介護が必要な方への支援 ○高齢の親と引きこもりの子の事例 ○障害がある家族と介護が必要となった母親を支える ○認知症のある本人と認知症への理解不足がある家族を支える ○養護者支援のための個別課題の検討 ●住民に対して意味不明な行動を続ける独居の女性について ●男性介護職が孤立している。若い世代の繋がりや少なく相談先がわからない方への関わり ●多問題家族の支援について ●入退院を繰り返しながら妻との二人暮らしを続けていく支援の検討 ●精神疾患の息子と本人支援・強制退院後の本人の避難場所		○	○
	身寄りがいない	○身寄りのない方の施設入所入院など、身上監護について ●家族と疎遠な独居高齢者の今後の支援について考える		○	○
	認知症 認知症+がん他疾患	○前頭側頭型認知症で動きが多い入所者への対応 ○ご本人様の意思を尊重しつつ自宅で暮らせるようにしたい（認知症高齢者、成年後見制度の利用についてのケース検討）など ○認知症を患った同居高齢者、再び在宅生活に戻るための支援・生活機能を向上する方法 ○適切な受診につなげることに（週3回の町外の透析通院） ●特異な行動等がある認知症高齢者の対応やケアに対し検討 ●認知介護のご夫婦の今後の生活について ●主に認知症の方との関係づくり。支援拒否の方との関係づくり ●認知症と腰痛のため一人暮らしが厳しくなってきた施設入所を拒否する支援 ●高齢認知症ドライバーへの支援。精神障害のある利用者への対応		○	○
	MC Iの対応	○MCIの方の対応について		○	
	終末期	○終末期の在宅支援のための個別事例検討		○	
	生活支援・外出・自立支援 ゴミ屋敷 経済的課題	○介護予防のための個別課題の検討 ○本人の自立心を促すための支援 ○高齢者の外出支援について ○「半寝たきりからの脱却」について具体的支援方法 ○独居高齢者のゴミ屋敷で火事の心配がある事例 ○老朽化に伴う住まいの確保の検討 ○外出に伴う所在不明への対応の検討 ○生前整理・遺品の整理の実態。施設入所者への家族の関わり方 ○生活保護受給者の支援について ●地域のスーパーで万引きを繰り返す男性の今後の対応について ●中年期から前期高齢期の方への支援に対し検討 ●日常的な金銭管理が必要な方に対する支援を検討 ●高齢者の自家用車運転について ●サ高住における高齢者同士のトラブル問題（住居と各ケアマネ間の関係の構築） ●財産管理制度と金銭管理・施設から在宅復帰に向けて・生活保護申請について ●契約能力がない方の成年後見制度申立		○	○
	高齢者虐待ネグレクト、拒否的	○高齢者虐待について・サービス拒否の独居高齢者について ○ネグレクトの可能性がある精神疾患の方への支援 ○町の支援に拒否のあるケース ●末期腎不全の状態にあるが透析を拒否している方の検討 ●不衛生な環境で生活し支援が必要な状態にもかかわらず支援を拒否する方の検討		○	○
	個別の事例の集積から地域の見守り	○地域での見守り ○認知機能の低下が見られる高齢者夫婦、地域の見守りや今後の支援～家族の協力支援体制を構築するために～		○	

	住民の住み慣れた地域での暮らしを支えていく検討	○年間テーマ「住み慣れた地域で過ごすためには」として、地域で支える方法 ○町外の医療機関に通院（受診）する必要のある高齢者の支援策を考える（テーマで話合ったこと）にあたり、他にも同様の問題を抱えている人がいるかどうかを各課横断で検討し、通院支援サービスの実施に結びつける ○地域資源マップの活用 ○入所施設と地域資源ボランティアとの連携。利用者の想いと家族に対する関わり ○災害時の支援者への対応について意見交換 ●地域づくり、地域の防災対策など ●地域住民の高齢者の入浴支援についてなど ●総合事業と住民の役割 ●「いくつになっても住み続けられる地域づくりを目指して」(全3回)第一層コーディネーター、社協との共同開催 ⇒ ①「昨年実施したアンケートの報告」、「集計結果から考える活動の担い手とは」、「高齢者が活躍できる元気な地域の作り方」 ②「町内会の福祉活動について考える」「自分たちの住む地域で出来る助け合いとは」 ③第2回の報告（まとめ）「今こそ地域デビュー」～居場所や出番のきっかけ作り ●互助の強化を目的としたつながりづくり・集いの場の仕組みづくりの検討 ●マンション内の安否確認、住民交流、困りごとを抱えない仕組みづくりの検討 ●老人クラブの参加者と地域の課題抽出。圏内にある大学との連携のための検討 ●地域でのペット問題を考える（ペットの世話ができなくなった高齢者等の問題を検討） ●孤独死～見守りについて・放置空き家問題	○ ○
地域の課題の検討	認知症の方を支える地域づくり	○認知症高齢者を支える地域ネットワークについて ●①認知症を知り地域で支えよう②みんなが元気な地域づくり③認知症の方をサポートする④町内とグループホームの連携で共々の課題解決 ●世代間交流事業、認知症ネットワーク会議、町内単位での支え合いについて ●老人クラブと町内会の連携地域づくり・SOS ネットワーク行方不明検索システム・認知症になっても安心して暮らせる地域づくり ●認知症の方のある方の見守り支援の体制整備の検討、退院後自宅から暮らすために安心した生活基盤を整えてほしい（本人出席での会議） ●徘徊のある認知症高齢者の見守りネットワーク構築 ●金銭管理の被害妄想がある認知症高齢者が、自宅で可能な限り一人暮らしするために、地域とサービス事業所などで支援方針の共有化を図る ●年間のテーマ ①認知症と診断された人が急に独居になったら…周囲の人ができることを考えよう ②本人が在宅生活を継続できるように支援体制の構築について検討し地域での見守りを考える ③見守られる人の気持ちや望む生活を理解し見守る体制を作る ④認知症を患い一人で戻れなくなることがあったかと周囲の方が不安なく過ごせる関係づくり ⑤認知症を患いながら介護者としての面を持つ方と周囲の方との関わりについて考える	○ ○
	地域住民への啓発	●お互い気遣えるー「つながりのある町」を目指して、元気な地域の作り方 ●ご自身が高齢となり介護が必要な状態となった場合に、今住んでいる自宅で生活する時、あなたはどんな事に困ると思いますか？どんなことを手伝ってもらいたいですか？	○
	地域の健康課題の検討	○関係機関からみる町の介護の現状について ○地域現状・課題把握について。地域の課題に対する優先順位についてなど ○福祉サービス等の課題や改善点、地域に不足するサービス ○K町における地域包括ケアシステムの構築に向けて ○日頃から感じている身近な地域課題 ○地域課題を解決する方法や仕組みの検討 ○高齢者のゴミ捨ての現状と課題・支援方法の検討と生活支援の課題 ●地域課題の対策検討（認知症サポーター養成講座と普及啓発SOS ネットワークの拡充） ●地域の課題確認・共有と今後の活動を考える ●地域ケア個別会議の振り返りと課題の考察 ●個別地域ケア会議を通して地域課題を共有し、ネットワーク懇談会の連携を強化し地域の活性化につなげる ●個別ケア会議開催報告 ●包括ケアシステムに向け地域でできること（生活支援コーディネーター含む）	○ ○

地域の課題の検討	医療・多職種連携	○在宅医療介護連携についての現状と課題についての情報共有など ○パーキンソン患者と家族に対するケアプラン作成（多職種連携） ○地域の医療介護サービス～資源マップづくり～ ○医療と地域とのつながりを考える ○専門職と民生委員での情報交換会 ○医療職と介護職による意見交換会、見える化事例検討会 ○ささえ愛事業の推進とささえ愛パートナーとの意見交換会について ○地域関係事業者連携における個人情報取り扱いについて ○認知症初期集中支援チームについて ○地域ケア会議の概要について（事業拡充） ○医療・介護連携、地域におけるニーズの把握 ○ケアパスの策定について意見交換 ●多頭飼育崩壊のケースから、保護団体・行政・包括の立場から意見交換会を開催 ●自治会と民生委員の協力について ●地域ネットワーク（医・介・副・行政）との連携を検討。看取り、虐待について ●地域での支え合いを促進するための個人情報の開示方法・理解不足を解消する啓発活動	○	○
	在宅医療の推進	○在宅医療介護の現状と課題。在宅患者の訪問診療 ○在宅医療（看取りの支援）について ○包括ケア構築における訪問看護の役割や可能性 ○施設看取りの推進について など ○在宅医療介護についての学習会および意見交換	○	
	計画策定	○第7期介護保険・高齢者福祉計画の情報交換 ○第7期介護保険事業計画策定委員会と兼ねて地域ケア全体会議を実施	○	
	専門職による学習会	○弁護士による「相続に関する諸問題について」 ○作業療法士による「自立を支援する生活の工夫 ○作業療法士による認知症予防講演会と高齢者の移動支援 ○高齢者の口腔ケアアセスメント ○服薬管理の学習会 ○自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント ○若手職員の育て方	○	
	制度・サービスの活用、創出	○成年後見制度利用の実態と利用支援について ○平成30年度報酬改正について、新規事業／病院の病床変更について ○成年後見制度利用事業について ○地域ふれあいサポート事業の活用、ヘルパーからのサービス移行。デイサービス口腔加算対象者の選定方法 ●地域支援事業推進体制の現状と今後についての検討 ●社協送迎サービスの検討。自立支援について考える ●総合事業・生活支援体制整備事業に向けてのサービスについて考える ●仲間づくり・連携するためにどうしたらよいか、地域食堂の報告 ●介護保険サービス以外の自治体独自のサービスの支給調整 ●地域の居場所づくり推進（担い手ボランティア）・移動手段困難者への支援・自治体単位の有償ボランティア検討 ●介護予防としての運動・交流の場づくり ●介護予防に資する集いの場を作るための関係機関の連携 ●夜カフェの開催⇒災害の振り返り、地域課題、支え合い地域づくりマップ作成	○	○

表21 改善したいことや課題と感じていること、(自由記載)

改善したいことや課題と感じていることの自由記載からコードを作成し、内容が類似したものを集め、カテゴリを作成した。直営、委託のどちらから出されたものかわかるように○をつけ整理した。

	カテゴリ	コード	直営	委託
会議の企画運営評価	個別の課題をもとに地域課題の検討をしたい	・ 個別の検討数を増やして集積したい。事例が少ない ・ 特殊な例が多く分析が難しい ・ 個別の事例から地域の課題を発掘したい ・ 個別はできるが地域ケア推進会議に吸い上げるための個々の能力が不足している ・ 依頼されて実施する現状がある	○	○
	地域の課題から政策化へつなげたい	・ 地域の課題から解決のための具体策が検討できない ・ 政策化へのルートが必要 ・ 人材不足、資源不足から開発に結び付きにくい ・ 解決策の検討が事業優先型になりやすい ・ 政策化につなげるには力量不足を感じる	○	○
	計画を立てて定例化したい	・ 計画的にすずめ定例化したい	○	
	参集職種を広げたい	・ 限られた職種では解決ができない ・ 医療職も介護職も対等な立場でお互いをリスペクトしつつ話し合うようにしていきたい	○	○
	会議の評価をした	・ 実施してもやりっぱなしになる ・ 今のままでよいのか判断できない ・ 今のままでよいのか評価検討する場が無い ・ 政策形成まで至らない中どう運営しゴールを決めるか苦労している	○	○
運営技術	共通認識を持てるような方法や資料を改善したい	・ 地域の人と共有しやすい実感しやすい課題の提示をしたい ・ 興味を持ってもらう内容の設定に苦慮している	○	○
	会議に参加しやすい雰囲気づくりや進行の技術を向上させたい	・ 町全体のために前向きな意見交換がしたい ・ 負担感の少ない形態 ・ 活発な意見交換ができるスキルの向上 ・ 多くの職種が司会・運営できるようにしたい	○	○
業務体制	業務の整理が必要である	・ 業務が多忙で業務整理がまず必要 ・ 会議に向けて整える様式が多く負担である ・ 参集範囲の重なる会議が多くあり統合する苦労がある	○	○
	人材育成・マンパワーに課題がある	・ 地域包括の保健師の担い手がない ・ 配置人数が少なく若い人には難しい ・ どのような人材を育成すべきか考えてしまう		○
	多忙で改善しようという意識がもてない	・ 会議の準備と業務の兼ね合いに苦勞し負担感が大きい ・ じっくりと取り組む時間を確保できない ・ 業務が多すぎるのに職員配置が変わらずモチベーションが下がる		○
	小規模自治体の限界を感じる	・ 日頃から連絡が可能で全体討論することなく終わってしまう ・ 広域的に参集範囲を広げる必要性がある ・ いつも同じ参加者で変わらない	○	

医療との関係性	地域に目が向かない医療職への批判がある	・医療職は地域の現実を知らなさすぎるし興味が無い ・医療職の考える地域包括ケアは狭い ・医療職は生活支援の思考が不足している ・退院支援ではなく施設入所ありきで一方的な判断である ・地域包括ケアに理解のある医師の協力は不可欠であるが、大きい施設ほど地域に目を向けていないと感じる ・在宅ケアに関わる人の意識は高いが病棟の医療職の認識は低い ・医療職以外の職を一段下にみている発言がある	○	○
	医療職とのつながりを充実すべき	・医療職が参加するともっと活発になると思う ・地域包括ケアには医療職の知識技術は不可欠である ・看取り・入退院の判断のために訪問診療・訪問看護を充実すべき ・地域を広げ広域的に医療と連携を考えたらいよい ・医療職が地域に出ていかないのはいらないと感じる	○	○
	医療機関の組織体制が地域志向ではないことによる連携の難しさ	・会議に出席するための組織の考え方・体制の影響が大きい ・連携をどのようにとっていいかわからない ・診療時間内は声をかけにくい ・センター側が出向くように工夫しているしそうすべきである ・忙しそうではよほどの医療的課題が無いと呼べない雰囲気がある	○	○
自治体への批判	行政職員への期待と批判	・地域の課題分析は行政の責任である ・行政担当者の意識が低い ・現状分析しておらず勉強不足で危機感が無い ・保険者としての役割を自覚してほしい ・非協力的な行政職員がいて困っている ・異動のときの引き継ぎに懸念がある		○
	保険者としての方向性を示さない苛立ち	・行政は包括に丸投げで方向性を示すべきである ・行政内の連携が悪く地域課題につながらない ・行政のビジョンが無く形だけで中身が無い ・行政が実現できない理想論をいう		○
地域包括ケアシステム	地域包括ケアシステム構築は今のままでは難しいと思う	・人口減少の中、専門職も減り体制づくりは不可能 ・自町村だけではできない。他市町村と連携しなければならない ・複合的にというレベルには到底及ばない ・地域住民の大多数は無関心または受け身である ・時間がかかるが関係者が一丸となって取り組めるようにしたい ・医師の高齢化と人材不足により事業に制限がある ・資源が限られている中「地域のつながり」を強化すればある程度できる ・町全体で取り組むべきことである	○	○
	何をもって地域包括ケアシステムなのか共通認識がない	・システムの姿が想像できず何をもって構築したと判断するのか曖昧 ・地域全体に浸透することが構築である ・イメージを共有してもゴールなのか成功なのか行政の評価が無いのでわからない ・評価指標（質的・量的、社会保障費の抑制）がわからない	○	○

Ⅳ．考察

1．北海道における地域ケア会議の実態

1) 会議のテーマの実態からみる課題

最も多いテーマは、「個別課題の検討」で、9割の包括で実施していた。次に、「情報交換・情報共有」「地域連携（ネットワーク）について」「地域課題の発見と検討」が上位であった。直営と委託を比較すると、「学習会」は直営が高く、「地域連携」「地域づくり」は委託が高かった。全体で低いのは「地域に必要な取り組みとして政策の立案」であり、11.9%と約1割であった。具体的なテーマ（表20）をみると、個別の事例検討では、認知症をベースにした家族関係や財産管理等多様な生活支援の検討が多く、直営、委託共に特徴は同じであった。包括における高齢者の支援困難事例に関する文献レビューでは、事例の大半が認知症、精神障害、身体障害・疾患に加え、生活上の問題、近隣や親族とのトラブル、虐待、支援・サービス利用といった複数の要素を有しており¹⁹本調査においても同様の傾向であった。

次に地域レベルの課題では、住み慣れた地域で支えていく地域づくりの方法や認知症の方を周りの住民がどう支えるか自助互助のテーマが多かった。さらに社会問題としての孤独死やごみ屋敷、高齢者の運転など生活や福祉課題に絞った「地域づくり」のテーマが多く実施されていた。個別にとどまらず地域づくりまで広げて検討されていることが明らかになった。直営はそれに加え在宅医療の推進や計画策定に関すること、専門職による学習会などをテーマとしており、行政として取り組むべき課題を取り上げているといえる。一方で、企画で困っている内容（表14）に、〈地域の課題の検討においては解決策の検討が事業優先型になりやすい〉〈政策提言や地域資源の開発へ向けた働きかけができない〉など、政策づくりの難しさがあげられており、技量不足が示唆された。これらのことから、認知症対策を中心とした個別の事例から地域づくりまで幅広く検討されている一方で、政策の立案まで検討している包括が非常に少ないことが課題として明らかになった。

2) 会議の参集範囲および医療職との連携の課題

会議の参集範囲は広く多様であった。直営では、行政の職種で最も多かったのは保健師で95.5%であった。また事務職の参加が72.7%と多いのが注目される。一方委託では、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士の三職種が69.2～76.9%でほぼ同等の割合で参加しており保健師が中心という傾向ではなかつ

た。

今回着目した医療職の出席をみると、医師は11.9～12.7%と1割強であった。委託は開業医・クリニックが多かったが、直営は病院医師の参加が高く18.2%で、約2割であった。委託の担当地域は人口規模が大きく、クリニックが複数あることや、直営は自治体病院一か所という地域が多いためと考えられる。次に、訪問看護師を含む看護職は39.0%～39.8%と約4割、リハビリ関連職種は35.6%、薬剤師が23.7%であった。これらを比較すると、医療職の中でも医師の出席の低さが目立った。理由として、まず医師を参集範囲としていないセンターが24.6～26.3%で約1／4あるということ、49.2%の約半数の包括が依頼の難しさを感じていることから、医師の出席に積極的でないことや諦めがあるのではないかと推測される。特に小規模市町村は医療職が少ないためにその傾向が強い可能性も考えられる。地域に医療職がいないことから〈広域的に参加を依頼する必要がある〉と自由記載でも述べられており、地元の機関ではない医療職への遠慮もあると推測される。依頼の難しさの理由として、医療職の時間設定の難しさや忙しそうで遠慮があるという消極的なものが5～6割を占めていた一方で、関係性が希薄であるが2割、どのような意見を求めてよいかわからないが1割であり、日頃の連携がとれていないことが考えられる。自由記載(表21)で〈医療職は地域の現実を知らなさすぎるし興味が無い〉〈医療職以外の職を一段下にみている発言がある〉などの医療職への批判もあり医師に限らず医療職の地域との連携に対する考え方、人柄などに左右されて、包括の職員が踏み込んで依頼しきれない側面もあると考えられた。医療職が参加者する地域ケア会議の場合、主任ケアマネージャーや社会福祉士から「関わりが無くどんな意見を求めたらよいかわからない」「医療主導で指導されてしまうのではない心配」という声がある²⁰ことから、医療職ではない職員からは頼みづらさがあると考ええる。

看護職は4割の出席で医師より出席率は高く、多くの包括で参集範囲とすべき職種として認知されていた。住民の身近な医療の支え手となる看護職は健康問題と生活のしづらさを関連づけ、多様な課題を把握する立場にあり、出席することで討論がより活発になると考える。しかし、訪問看護師は関係職種に役割をあまり理解されていないと感じていることや行政の会議で地域の現状や課題を発言していく役割を担っている²¹ことから、今後は必ず参集範囲と位置づけ訪問看護師にも広く出席を求めていくことが期待される。今回、歯科医師や管理栄養士の出席が少ないこともわかった。高齢社会において生活の質を向上させていくためにも口腔ケアの検討の必要性も増えてくることも予想され、参集範囲のメンバーとしていく必要がある。市町村主幹部門の保健師は、医療

機関に働きかけ理解を求め地域ケア会議を活用している割合が高い報告²²もあり、医療職との連携は行政にいる強みを活かし看護職である保健師が担うことや保健師の持つ医療職との連携のコツを包括内で共有していくことが望ましい。

また、〈いつも同じ参加者で変わらない〉〈日頃から連絡が可能で全体討論することなく終わってしまう〉など【小規模自治体の限界を感じる】という課題があった（表21）。人口規模の小さな保険者・直営包括においては、保険者が開催する種々の会議で参集する委員は同じであることが多いため、委員にとって会議の目的がわかりにくい現状が指摘されている²³。今回の結果においても会議のメンバーの固定化とそれが全体討論につながりにくいことが示唆された。

3) 事前の根回しと会議の司会進行における課題

会議の出席者への日程や内容等の事前連絡については、「いつもしている」「ときどきしている」を合わせ89.0%が実施していたが、会議に出席してもらうための根回しをしている包括は47.5%の半数弱であった。事前の連絡はしているが、根回しという意図的な連絡はしていないことが明らかになった。根回しについては約2割のセンターが困っており、問題意識の無い温度差のある出席者や拒否感があるメンバーへの難しさ（表14）が挙げられた。特に医療職への参加依頼に困難感がある包括は企画運営に困っている割合が高い結果であったことから、医療職へ会議の意図を明確に伝えることが会議運営の成功の鍵といえる。

また、司会・進行の方法について、約3割の包括が課題を感じていた。地域ケア会議は幅広く多様な人々が参加することが望ましく様々な視点から検討できる一方で、課題の明確化や合意形成が難しいとされる²⁴。よって司会者は、課題の明確化に向けて意見を整理し、発言のコントロールなど会議の散漫化を防ぎ、効果的・効率的な進行につながるファシリテーションスキルの習得・向上が求められる²⁵。会議において各職種から活発な発言がいつもあるは36.4%、課題に応じてあるは57.6%だったことから、会議の目的や意図を事前に伝えることが活発な話し合いにつながり、司会進行の助けになる。課題に応じて参加者を選択しどのような発言や役割を期待すべきか検討し、事前に意図を伝えていく一連の企画・準備の過程が効果的な会議の運営には欠かせないと考えられる。司会進行は主任介護支援専門員が最も多く22.9%、保健師14.4%、その都度決めるが40.7%であり、特に委託はその都度決める割合が有意に高かった。主任介護支援専門員が上位であることは個別の困難事例の検討が多いことが考え

られ、その都度決める割合が高いのは事例の提出が不確実であることなどが理由として推測される。このように計画的に企画ができないことは開催までの時間が短いことを意味し司会者として十分な準備の時間がとれないことも課題と考える。

4) 企画において三職種の役割と協働の認識

会議の企画で実施していることの上位は「会議の議題・テーマを絞り込む」「会議のねらいと目標を決める」「困った事例、難しい事例を集積する」で5～6割の包括が行っていた。企画・運営で困っている包括は71.2%であり、多くの包括で困っているという認識を持っていた。困りごとの上位は議題・テーマの絞り込みと地域の課題の分析であった。回答者の属性として主任介護支援専門員が最も多く4割、司会進行も主任介護支援専門員が2割強であったことから、個別の困難事例の検討は得意分野として議題に挙げやすいと推測された。一方で検討すべき個別事例の提供が少ないという悩みも自由記載に記述されていた(表14)。地域の課題の分析については、事例を集積して地域レベルの課題として検討する難しさを感じており、テーマを探る第一段階の地域の分析そのものを行えていないことが推測された。地域ケア会議において地域課題の分析のための客観的な既存データの活用が3割未満で十分ではないという報告²⁶もある。事例の課題の集積とともに保健医療データベース活用を進め、定性と定量両方のデータから地域の課題分析をしていく必要がある。

包括は専門領域を超えた協働が求められる²⁷とされ、包括内の三職種の得意分野を生かした地域の分析を行い、企画を協働で練るべきであると考え。例えば、保健師は医療や介護予防に関する地域全体の課題を分析すること、社会福祉士は権利擁護のエキスパートとして高齢世帯の課題を集積し、主任介護支援専門員は一人一人のケアプランの集積から地域全体の高齢者の課題を明らかにするなど、得意分野と地域全体の課題を関連づけていく作業が期待される。しかし、今回の結果では、職種によっての温度差や認識が違うことによる目標設定の難しさが明らかになり、協働で行う意識が乏しく難しいと感じている可能性がある。小山は包括における看護職の職種間協働において、専門的役割が発揮されていても専門性の自覚やプライドが高められないことが課題である²⁸と述べている。すなわち、看護職が福祉職に医療・看護を教える状況や専門的役割の発揮の場面において専門性の士気の高揚が語られず看護職が自分の専門性よりも協働性を優先して業務にあたる姿勢があるとしている。三職種の協働体制は看護職の専門性が曖昧になる状況を招き時にはモチベーションが下がる可能性もあるのである。各職種の専門性と協働の両方が発揮できるように、今

後三職種が地域の課題をどのように捉え、手段としての地域ケア会議の企画においてどのように専門性を自覚し役割分担を行っていくべきか検討する必要がある。

5) 計画的な運営の難しさと業務体制

運営については、定例開催が26.3%、随時開催が36.4%、両方の組み合わせでの実施は33.9%であった。1回の平均時間は60分以上90分未満が最も多く6割であった。自由記載(表21)でも【計画を立てて定例化したい】とあり、企画の段階で年間計画的に進めていきたい希望はあるが計画的な運営の困難さがあると考える。これは先にも述べたが、地区の分析がされていないことから長期的に考えていくことが難しい、困難事例など個別の事例を随時要望に合わせ実施していることが長期展望を含め計画的に進めることを阻んでいるのではないかと考える。加えて、業務の整理の必要性やマンパワーの課題、多忙で改善しようという意識が持てないことが明らかになった。日々のケース対応との両立、開催に関する一連の業務や時間調整、参集者への連絡等の時間確保の難しさも自由記載に多く述べられていた。包括職員の6割弱は法定労働時間を超えていることや地域ケア会議にかける時間が全体の4.1%である実態²⁹もみられ、本調査においてもマンパワーが少なく業務の整理など業務体制の見直しの必要性が示唆された。

異動については、直営86.4%、委託63.5%であり、おおそ5年のサイクルで行われていた。異動は実践知の獲得を促す経験³⁰とされており望ましいことであるが、一方で経験不足や混乱による弊害の指摘もある³¹。地区分析や地域づくりは長期的な取り組みが必須であり、職員の異動や委託先の施設の変更により継続されない可能性もあるため、異動の影響も探る必要がある。

今後に向けては、7割が改善したいところがあると答えており、企画運営で困っている包括ほど何とかしたいと考えていることがわかった。自由記載(表21)では政策につなげるための企画の難しが多く記述されており、会議のテーマでも政策が少ないことや会議をやりっぱなしで評価できていないと感じていることから、必要性はわかるが企画が難しくジレンマを抱えていることが考えられる。自治体では様々な行政計画が策定されているが、その多くが法定計画であり独自の計画は後回しにされるか検討の俎上に載らないことがある³²。今回の回答者は非常に多忙であることも訴えており、課題の解決策である政策づくりは技量不足に加え優先度が低いという認識である可能性も示された。

2. まちづくりとしての地域包括ケアシステムと地域ケア会議

1) 地域包括ケアシステム構築の実現への認識

2025年までに地域包括ケアシステムが構築できると思うかについて、「できると思う」「可能な範囲でできると思う」は6割であった。直営は66.7%、委託は55.7%で、直営の方ができるという認識が高かった。「あまりできないと思う」「できないと思う」は21.1%と2割で、直営15.1%、委託28.9%と委託の方ができないという認識が高かった。また、「わからない」との回答は14.4%であった。自由記載（表21）では、システムの姿が想像できず曖昧、評価指標がわからないなど、【何をもって地域包括ケアシステムなのか共通認識が無い】という意見がみられた。つまり、6割ができているが、どうなったらできたといえるのか、そのゴールが一致しているか疑問であり、実は捉え方がばらばらであることが明らかになった。地域包括ケアシステムを構築するには、柏市のような市の介護保険担当部署が責任を担う意識を持ち医師会のリーダーシップを背景に多職種連携を進める成功事例³³や北海道砂川市の認知症を地域で見守るために行政と市立病院が一体となった事例³⁴からも、行政と医療のつながりの強い「医療重視・行政主導型」が必要十分条件である³⁵と考える。地域包括ケアシステム構築に向け、地域の医療職とのつながりは必須であり、行政がより積極的に医療との関係を構築していくべきである。本調査でも〈医療職が参加するともっと活発になる〉〈地域包括ケアには医療職の知識技術は不可欠〉など【医療職とのつながりを充実すべき】との認識があり医療職への期待があった。しかし、地域に目が向かない医療職への批判や医療機関の組織体制が地域志向ではないことによる連携の難しさを直営・委託両方の包括が感じていた。地域包括ケアシステムに医療職が必要と判断したのなら、委託は直面している医療職との連携の難しさを行政に伝えるべきであり、直営は医療職への批判だけでなく、よりよい関係を構築するための努力や挑戦が必要である。

2) 包括と行政の関係性における課題

委託の包括が抱える課題の一つとして行政との関係性が挙げられた。地域の課題分析は行政の責任であるとする一方で、〈現状分析しておらず勉強不足で危機感が無い〉〈行政のビジョンが無く形だけで中身が無い〉など厳しい批判をしている委託もあり、保険者としての方向性を示さない苛立ちを抱えていることが明らかになった。自治体の中には包括を民間に丸投げしたり、直営でも特定の保健師に任せきりにしているケースもある³⁶。包括の日頃の悩みに行政からの方針が示されず活動の方向性が定まらないとする包括が3割、市町村と

の協議の場が無いとする包括が2割という調査結果³⁷もみられた。今回の結果からも、委託は行政にゴールや目指す姿を示してほしいと考えていても叶わず、行政自体が曖昧な認識をしており示せない状況になっていると考える。自治体の特徴に応じた地域包括ケアシステムの構築において、保険者と包括がそれぞれどのような役割を果たすか明確にされるべきであるが十分な知見が得られていない³⁸とも言われている。委託だけではなく直営も保険者としての責任において自治体の中で十分な話し合いとめざすべき地域包括ケアシステムを明確にすべきと考える。

また、自治体への批判に加え評価指標の曖昧さの指摘もあった。行政が地域包括ケアシステムを示せない理由に指標が無い、もしくは曖昧であることが挙げられる。都道府県の取り組みの事例として、広島県では2012年に県の組織として「広島県地域包括ケア推進センター」を創設し全国で初めて「広島県における地域包括ケアシステムの評価指標（確定版）2016」を作成³⁹している。この指標は定量と定性評価に分かれ40点満点で達成段階がわかるように表現されている。行政の関与として「地域ケア会議や地域診断について基本方針を明確にし、地域包括支援センターと協働した取組となっているか」「地域ケア会議で抽出された地域課題等を受け、必要に応じて介護保険事業計画等に反映する仕組みがあるか」という評価項目があり、行政の役割を明確にしている。北海道では、市町村に対し医療連携推進事業として医療・介護サービスを継続一体的に受けることができるよう、2次医療圏域の情報共有ネットワーク整備を行っている⁴⁰。北海道は面積が広く小規模の自治体が点在していることから広域な医療との連携の取り組みは必要不可欠であると考ええる。このように都道府県と市町村が協働し、包括とともに地域包括ケアシステムの指標を検討しめざす方向性を明らかにしていくことも重要である。

3) 政策づくりにつながる地域ケア会議の在り方と自治体職員に求められる姿勢

広い意味での政策とは、理想やあるべき姿を実現するための方針から具体的な実施に至るプロセスを内包している⁴¹。地域包括ケアとはそもそも何か、地域ケア会議を活用しながら地域の保健医療福祉関係者および住民とめざす姿を一致させ、どのように実現していくか話し合うことが政策につながると考える。地域包括ケアの先駆的地域の共通点には、いずれの地域においても明確なビジョンをもちリーダーシップを発揮する者が存在することやカンファレンスがOJTの場になっていること、在宅医療が明確に意識されていることがあげられており⁴²自治体が中心となってビジョンを示していかなければならない。人が

住んでいる限り医療は必須であり人々の安心感に寄与するものである。安心して住み慣れた地域で生活が営めることこそが地域包括ケアシステムである。田城は持続可能な地域を支える医療・介護は財源と人材が必要であり、雇用確保をしなければ地域の持続性は保たれないこと、よって地域包括ケアシステム構築は総合的計画であり行政サービスそのものである⁴³としている。横山は自治体は包括をまちづくりの重要な要素として位置づける必要があり職員の意識改革、財政面での支援が重要⁴⁴と述べている。地域包括ケアはまちづくりであることを自治体職員は意識することが重要と考える。まち全体を見渡して課題を見極め、あるべき姿を自治体内で共有すること、地域の医療職に期待することを自治体の考えとして示していくことが地域ケア会議の企画において求められる。地域に目が向かない医療職の意識を変える意気込みを持ち、自治体として必要だと思うことを諦めることなく粘り強く伝えていくなど、自治体職員として地域包括ケアシステムを作り上げるという自負と覚悟が必要である。

まちづくりの要素がある地域包括ケアの計画は保健師など一職種や一部署だけでは実現できない。だからこそ地域ケア会議は水平軸として多様な職種、垂直軸として意思決定できる長のレベルにも参加してもらい、政策立案に向けて進めていかなければならない。直営の包括では事務職の出席が多かったことから自治体職員の長のレベルを参集し地域の課題を解決するための政策づくりにおいて保険者機能の向上をめざすべきである。

3. 今後のアクションリサーチの方向性

自治体職員の認識の変化を生み出していくためには、地域包括ケアシステムとは何かを自治体の中で共有し、課題分析や企画力をつけることが第一歩と考える。また、医療プロフェッショナルの実践知を促す経験は困難を伴う挑戦的な課題や管理職としての業務といわれている⁴⁵ことから政策までをめざす会議の実践は実践知の形成を促す経験になり得る。企画力や政策能力の向上を待つのではなく、実践しながら力をつけていくことが重要である。

地域ケア会議とは、地域の課題を共有し多様な職種と合意形成を進めていくプロセスである。合意形成とは、立場の違いや意見の対立を乗り越える試みであり、互いが妥協せず新たな価値を創造する「創造的合意形成」が理想⁴⁶と言われている。自治体職員が、地域包括ケアシステム構築の責任は行政にあることを認識し、財源の制約の中で優先順位をつけ行政が行うべきことは何か模索し行動できるよう強い推進力にならなければならない。その動機づけとして、

事例を通して何とかしたいという思い、価値観、態度を養っていくことが地域を動かしていく原動力につながると考えられる。そのため自治体職員の地域への愛着を高めていくことも重要と考える。公衆衛生看護においての地域の愛着とは、「日常生活圏における他者との共有経験によって形成され、社会的状況との相互作用を通じて変化する地域に対する支持的意識であり、地域の未来を志向する心構えである」と定義されている⁴⁷。専門職と自治体職員が同じ地域に住む住民であることを意識し、地域をさらによくしていきたいという熱意を相互作用を通して醸成することで愛着が培われると期待される。

アクションリサーチとは、互いから学び合いながら協働し発展的に変化し創造的な力を獲得していく研究⁴⁸であり変化をめざす研究活動⁴⁹である。本研究では、自治体職員の意識や推進力に焦点をあてたもの、地域医療の要である医師や訪問看護師の意識の変化を分析した研究がほとんど無いことから、自治体職員を主軸に各専門職の認識を高めることを試み、会議の技術や応用可能な実践知をつくっていくところに創造性があると考え、アクションリサーチを進めていくことが適切な方法であると判断した。

地域ケア会議の企画力の構成要素において、不足が明らかになった地域の課題分析、めざすべき地域包括ケアシステムの姿、テーマの絞り込み、ねらいと目標設定、課題に応じた参集範囲、特に医療職との連携、評価の指標について検討し、自治体職員と地域包括ケアについて話し合い、企画していく。政策策定に向けては特に自治体職員の中でも長のレベルや病院事務長、医療職を積極的に参集範囲に入れる方向性を提案する。

V. 結論

本調査から以下の課題が明らかになった。

1. 地域ケア会議では個別が中心で政策化まで検討されていない

認知症をベースとした「個別課題の検討」が直営・委託の両方で最も多く、9割の包括で実施していた。一方で、「地域に必要な取り組みとして政策の立案」は11.9%と約1割のみにとどまっていた。地域の課題の検討においては解決策が事業優先型になりやすく政策提言や地域資源の開発へ向けた働きかけができないなど、政策づくりの難しさ、技量不足を感じていた。

2. 医療職の中でも医師の出席は1割と少なく参集範囲としていない包括が1／4ある

医療職のうち医師の出席は11.9～12.7%と1割強であった。委託は開業医・クリニックが多かったが、直営は病院医師の参加が高く18.2%と約2割であった。医師を参集範囲としていない包括が24.6～26.3%で約1／4あること、依頼の難しさを感じている包括が49.2%と半数であったことから、医師の出席に積極的でないことや遠慮、諦めがあると推測された。

3. 訪問看護師の出席は4割にとどまっている

訪問看護師を含む看護職の出席は39.0%～39.8%と約4割であった。看護職は医師より出席率は高く参集範囲としていない包括は約2割であることから多くの包括で参集範囲とすべき職種として認知されていた。看護職は多様な課題を把握する立場にあり出席することでより討論が活発になるといえる。今後は必ず参集範囲と位置づけ訪問看護師にも広く出席を求めていくことが期待される。

4. 医療職への期待と地域に目が向かないことへの批判がある

医療との関係では、医療職は地域の現実を知らず興味が無い、医療職の考える地域包括ケアは狭いなど感じており、地域に目が向かない医療職への批判がみられた。一方で、医療職が参加することでもっと活発になると思う、地域包括ケアには医療職の知識技術は不可欠と考えており、医療職とのつながりをもっと充実すべきと医療職への期待があげられた。

5. 企画の段階で出席者への連絡はしているが、意図的な根回しはしていない

会議の出席者への日程や内容等の事前連絡については、「いつもしている」「ときどきしている」を合わせ89.0%が実施していた。しかし、会議に出席してもらうための根回しをしている包括は47.5%と半数弱であった。事前の連絡はしているが、根回しという意図的な連絡はしていないことが明らかになった。

6. 地域ケア会議の企画に課題意識があると同時にジレンマを抱えている

企画・運営で困っている包括は71.2%であり、多くの包括で困っているという認識を持っていた。困りごとの上位は議題・テーマの絞り込みと地域の課題の分析であった。今後に向けて、7割が改善したいところがあると答え、企画運営で困っているセンターほど何とかしたいと考えていた。しかし、政策につなげるための企画の難しさや会議の評価ができない、計画的に進めることの困

難さを感じており、必要性はわかるが企画が難しくジレンマを抱えていると考えられた。

7. 包括の職員は多忙で企画に十分時間をかけられない

日々のケース対応との両立があり、会議の開催のための時間調整や時間確保の難しさが明らかになった。また、多忙で改善しようという意識が持てないなど業務の整理やマンパワーなど体制の整備が必要である。

8. 小規模自治体は限界を感じている

会議について、いつも同じ参加者で変わらない、日頃から連絡が可能で全体討論することなく終わってしまう、地域に医療の専門職が少ないなど小規模自治体の限界を感じていた。メンバーの固定化とそれが全体討論につながりにくいことが示唆された。

9. 地域包括ケアシステムについての捉え方が曖昧である

2025年までに地域包括ケアシステムが構築できると思う包括は6割で、できないと思う包括は2割、わからないのは14.4%であった。システムの姿が想像できず曖昧で何をもって地域包括ケアシステムなのか共通認識が無いという意見がみられた。6割はできている一方で、地域包括ケアシステムの捉え方が曖昧であることが明らかになった。

10. 保険者（自治体）は方向性を示していない

委託の包括は、行政に対しビジョンが無いなど厳しい批判をしており、保険者としての方向性を示さない苛立ちを抱えていることが明らかになった。保険者自体が曖昧な認識であり方向性を示せない状況になっていると考える。委託だけではなく直営も保険者としての責任において自治体の中でめざすべき地域包括ケアシステムを明確にすべきと考える。

謝辞

調査にご協力いただきました全道の地域包括支援センターの職員の皆さまに心より感謝申し上げます。本研究はJSPS科研費18K10498の助成を受けて実施した。なお、本調査の一部を第71回北海道公衆衛生学会で報告した。

利益相反

本研究に関し利益相反（COI）関係にある企業などは無い。

引用文献

- 1 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口（2017年）報告書
http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp
 (2019年6月17日アクセス可能)
- 2 岩手県保健福祉部長寿社会課：岩手県地域包括ケア推進トップセミナー講演録（2014年）
- 3 小林甲一，市川勝：医療主導による地域包括ケアシステムの形成と展開，名古屋学院大学論集 社会科学篇 第51巻 第3号：1-18，2015.
- 4 北海道：平成29年度地域包括支援センター設置状況（平成29年4月1日）
<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/houkatuC/H29-4-1houkatsu.pdf>
 (2019年6月28日アクセス可能)
- 5 地域包括支援センターが行う包括的支援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：三菱UFJリサーチ&コンサルティング 2018.
- 6 長寿社会開発センター：地域ケア会議運営マニュアル 2013.
- 7 野中猛，高室成幸，上原久：ケア会議の技術，中央法規，2007.
- 8 足立里江：兵庫・朝来市発地域ケア会議サクセスガイド，MCメディア出版 2015.
- 9 高室成幸：地域ケア会議コーディネートブック 第一法規 2018.
- 10 船橋市包括支援課：実効ある地域ケア会議とするために（第2版），2014年3月
https://www.city.funabashi.lg.jp/shisei/jouhoukoukai/004/02/0065/p031205_d/fl/s-4-1.pdf
 (2019年5月23日アクセス可能)
- 11 船橋市健康福祉局 健康・高齢部包括支援課：船橋市地域ケア会議事例集 2017年11月
https://www.city.funabashi.lg.jp/kenkou/koureisha/001/p057357_d/fl/jireishuu.pdf
 (2019年5月23日アクセス可能)
- 12 阿南市介護・ながいき課いきがい支援係 阿南市地域ケア会議マニュアル 2018.
http://www.city.anan.tokushima.jp/docs/2019021000010/file_contents/

manual.pdf

(2019年5月23日アクセス可能)

- 13 広島県における「地域ケア会議」ガイドライン2016年9月一部改訂。
<http://chiikihoukatsucare.net/images/pdf/guideline2.pdf>
(2019年6月13日アクセス可能)
- 14 井上健朗, 隅田有公子, 吉岡理枝, 他: 自治体「地域ケア会議」の質的評価指標の作成の試み 高知県立大学紀要 社会福祉学部編, 67: 17-25, 2018.
- 15 厚生労働省: 在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査, 2016.
- 16 横山純一: 高齢者介護の課題と展望-自治体からの再構築, 北海道自治研究552, 公益社団法人北海道地方自治研究所: 2-6, 2015.
- 17 筒井真優美: 研究と実践をつなぐアクションリサーチ入門-看護研究の新たなステージへ, ライフサポート社, 2015.
- 18 三菱UFJコンサルティング&リサーチ: 地域包括支援センターの業務実態に関する調査研究事業報告書: 36, 2019.
- 19 吉岡京子: 地域包括支援センターにおける高齢者の支援困難事例に関する文献レビュー -2005～2017に発表された論文に焦点を当てて- 日本地域看護学会誌 22(2): 79-87, 2019.
- 20 村中峯子: 地域ケア会議を通じた地域包括ケア推進における歯科医療・口腔保健と保健師の役割, 保健医療科学 65(4): 385-393, 2016.
- 21 工藤香, 藤井智子: 北海道過疎地域における看取りの看護実践から捉えた訪問看護師の役割, 日本ルーラルナース学会誌 13: 1-12, 2018.
- 22 前掲書20)
- 23 原田小夜, 種本香: 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, 日本公衆衛生誌 65(10): 575-588, 2018.
- 24 森下安子, 小原弘子, 井上健朗他「地域ケア会議プロジェクト」3年間の活動と成果, 高知県立大学紀要 社会福祉学部編 67: 35-41, 2018.
- 25 前掲書14)
- 26 森川美絵, 玉置洋, 地域包括ケアシステム構築にむけた市町村のデータ活用に関する全国調査から捉えた医療介護連携の課題, 保健医療科学 65(2): 145-153, 2016.
- 27 野中猛: 図説ケアチーム, 中央法規出版: 14-15, 2008.
- 28 小山道子: 地域包括支援センター看護職の社会福祉士, 主任介護支援専門員との職種間協働のプロセス, 日本地域看護学会誌 19(3): 60-69, 2016.

- 29 前掲書20)
- 30 松尾睦：いかに実践知を獲得するか，保健の科学 57（4）：220-230，2015.
- 31 前掲書24)
- 32 真山達志：分野横断的・包括的ケアシステムにおける保健師の役割—公共政策研究の視点から—保健医療科学，67（4）：402-412，2018.
- 33 辻哲夫：地域包括ケアのすすめ-他職種連携の試み，東京大学出版会：35-72，2014.
- 34 内海久美子：地域で見守る認知症 砂川モデルを全国へ，医学と看護社，2016.
- 35 藤井智子：地域包括ケアシステムの現状と課題 -文献検討から-，北海学園大学大学院法学研究科論集 19：1-14，2018.
- 36 横山純一：介護と医療の施策と財源，同文館出版：147-151，2015.
- 37 白井和美，杉浦加代子，津下一代：地域包括支援センターの機能強化に繋がる都道府県支援の在り方の考察，日本公衆衛生誌 64（10）：630-637，2017.
- 38 笹井肇，筒井孝子，篠田浩，他：地域包括ケアシステム推進のための自治体の保険者機能の評価項目の策定，保健医療科学 61（2）：83-95，2012.
- 39 広島県における地域包括ケアシステムの評価指標（確定版）2016.
<http://chiikihoukatsucare.net/images/pdf/2-2fix.pdf>（2019年6月13日 アクセス可能）
- 40 三菱総合研究所平成26年度地域包括支援センターにおける業務実態調査研究事業報告書 2015年3月.
- 41 大串正樹：政策過程とは，看護職者のための政策過程入門 第2版，日本看護協会出版会：3-34，2017.
- 42 島崎謙治：地域連携・地域包括ケアの諸相と本質 第5巻 在宅医療・訪問看護と地域連携，中央法規：40-60，2008.
- 43 田城孝雄：第8章 持続可能な地域を支える医療・介護 まちづくりとしての地域包括ケアシステム，東京大学出版会：135-158，2017.
- 44 前掲書36)
- 45 前掲書30)
- 46 前掲書41)
- 47 大森純子，三森寧子，小林真朝，他：公衆衛生看護のための“地域への愛着”の概念分析，日本公衆衛生看護学会誌 JJPHN 3（1）：40-48，2014.

- 48 秋山弘子編著：JST社会技術研究開発センター高齢社会のアクションリサーチ 新たなコミュニティ創りをめざして，東京大学出版会：1-12, 2015.
- 49 草柳浩子：アクションリサーチの方法，看護研究 51（4）：302-315, 2018.