

地域包括支援センターにおける 地域ケア会議実施に関する調査報告

ヒラサワ ソノコ オウ キットウ トイダ サユリ ミカミ アキチカ
平澤 園子*1*2 王 吉彤*3 樋田 小百合*6 三上 章允*4*5

目的 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の現状と課題を検証することが本研究の目的である。

方法 全国から無作為に抽出した1,604センターの職員を対象に地域ケア会議の実施状況に関する自記式質問紙調査を2016年3～5月に実施し、403件（回収率25.1%）の回答を得た。その中で無効回答が顕著なケースを除く368件を解析対象とした。統計検定には χ^2 検定を用い、統計的有意水準は5%とした。

結果 地域ケア会議の実施率は96.2%であり、そのうち検討事項別の地域ケア会議実施状況では、個別事例の検討のみ実施している支援センターが42.1%、地域課題の検討のみ実施している支援センターが4.9%、両方の課題検討を実施している支援センターが49.2%であった。地域独自の課題を検討する地域ケア会議には主に、「介護支援専門員」「行政職員」「民生委員」「介護サービス事業者」「社会福祉協議会職員」が参加していた。地域ケア会議を実施したことによって発見された地域の課題は、「地域で高齢者を見まもるネットワークの不足」「認知症高齢者が利用できる地域資源が少ない」「認知症高齢者家族への支援が不足」「認知症に対する知識と理解の不足」の順に多かった。また、地域課題が検討された場合においては、個別事例の検討だけが行われた場合より、「認知症高齢者家族への支援が不足」が統計的に有意に多く、課題として抽出されていた。

結論 地域課題を検討する地域ケア会議の実施により、「認知症高齢者家族への支援が不足」の課題がより多く抽出されたことは、個別事例検討に加えて地域が抱える課題を検討することにより、認知症高齢者本人だけでなく家族が抱える課題にまで目が向けられたことを意味する。一方、半数以上のセンターでは、個別事例検討のみ実施し地域課題の検討会議を実施しておらず、改善が望まれる。また、「地域で高齢者を見まもるネットワークの不足」「認知症高齢者が利用できる地域資源が少ない」が課題として多く抽出されたことは、地域住民を含む多様な関係者が地域ケア会議に参加することの必要性が示唆された。

キーワード 地域包括支援センター、地域ケア会議、個別課題、地域課題、認知症支援

I 緒 言

わが国の高齢化率は27.3%¹⁾と過去最高であり、今後もさらに上昇が見込まれている。さら

に、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に至っては、認知症高齢者が約700万人前後に増加し、65歳以上の高齢者の約5人に1人が認知症高齢者となると推計されている²⁾。このよう

*1 平成医療短期大学看護学科准教授 *2 中部学院大学大学院人間福祉学研究科博士課程 *3 同修士課程

*4 同教授 *5 同大学看護リハビリテーション学部教授 *6 修文大学看護学部看護学科講師

な中、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい人生を全うできる社会を目指して、2025年を目前に整備が進められているのが地域包括ケアシステム³⁾であり、その中核機関としての役割を担うのが地域包括支援センター（以下、支援センター）である。支援センターとは、「高齢者等が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、包括的および継続的な支援を行う」⁴⁾ことを目的とした施設であり、地域の関連機関とのネットワーク構築や、高齢者の権利擁護機能など地域包括ケアの中核機関としての役割を担っている。これらの役割を円滑に運営するために実施されているのが地域ケア会議である。地域ケア会議には、「高齢者に対する地域ケアに関するさまざまな課題解決の場となり、また、市町村レベルの政策形成にも重要な役割をはたす」⁵⁾ことが期待されている。地域ケア会議においては、高齢者個別ケースの支援内容の検討に留まらず、「地域課題や支援に関する成功要因、また日常生活圏ニーズ調査で把握された地域課題などをもとに、その地域に不足している社会資源の開発、地域課題解決のために必要な人材の育成、新たな仕組みづくりに向けた政策形成につなげる」⁶⁾ことが必要とされている。

しかし、2015年に三菱総合研究所が支援センターを対象に行った調査報告によると、個別ケースの検討を取り扱った地域ケア会議の実施状況が72.4%であるのに比べ、地域課題の検討を取り扱った地域ケア会議の実施状況は29.2%に留まっていた⁷⁾とある。そこで著者らは、支援センターにおける地域ケア会議の実施状況の現状と課題を検証するために本研究に取り組んだ。

II 方 法

(1) 対象者と調査方法

全国4,557の支援センターから無作為に抽出した1,604センターの職員を対象とし、郵送法による自記式質問紙調査を2016年3～5月に実施した。調査内容は、所属する支援センターの設置主体、地域ケア会議の実施状況、地域ケア

推進会議への主な参加者、地域ケア会議からの課題発見に関する項目とした。課題に関する調査項目は、三菱総合研究所の調査⁷⁾を基盤とし、予備調査として実施した支援センターへの聞き取り調査の結果を参考にして決定した。

(2) 倫理的配慮

調査研究への参加は任意であること、回答は統計的処理を行い個人の特定はしないこと、個人情報漏えいを防ぐためデータは厳重に管理することについて調査協力文書に明記し、調査票の返送をもって研究協力への同意とみなした。また、本研究は所属機関である中部学院大学・中部学院大学短期大学部倫理委員会の承認（承認年月日：2015年7月8日、通知番号E15-0023）および平成医療短期大学倫理審査委員会の承認（承認年月日：2016年2月26日、承認番号第H27-23）を得て実施した。

(3) 分析方法

本研究では、支援センターの基本属性（設置主体、担当地域の総人口および高齢化率）、地域ケア会議の実施状況および検討事項、主な参加者について単純集計を行った。地域ケア会議の実施状況と会議を通じて発見された地域課題のクロス集計については、 χ^2 検定を行った。

なお、統計解析にはIBM SPSS Vol.23を使用し、統計的有意水準は5%とした。

III 結 果

(1) 対象とした支援センターの基本属性

得られた回答403件（回収率25.1%）のうち、無効回答が顕著なケースを除く368件（有効回答率22.9%）を分析の対象とした。対象の設置主体は、市町村からの委託265カ所（72.0%）、市町村による直営103カ所（28.0%）であった。委託先の包括支援事業者の内訳は、社会福祉法人への委託203カ所（55.2%）、医療機関への委託50カ所（13.6%）、その他12カ所（3.3%）であった。支援センターの担当地域の特徴として、総人口1万人未満の地域が最も多く、高齢化率

表1 対象となった地域包括支援センター担当地域の総人口と高齢化率

(単位 件, () 内%)

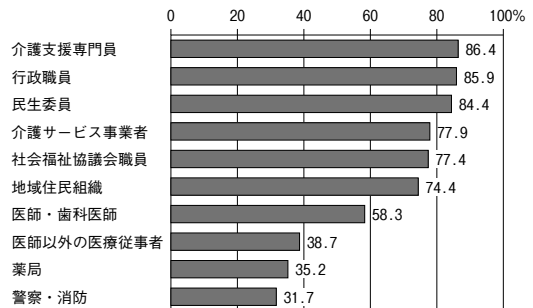
		高齢化率						
		合計	25%未満	25～30%未満	30～35%未満	35～40%未満	40%以上	無回答
合計		368(100)	115(31.3)	104(28.3)	73(19.8)	33(9.0)	34(9.2)	9(2.4)
総人口	1万人未満	87(100)	17(19.5)	13(14.9)	13(14.9)	14(16.1)	28(32.2)	2(2.3)
	1万～2万人未満	86(100)	21(24.4)	25(29.1)	30(34.9)	8(9.3)	2(2.3)	0(0.0)
	2万～3万人未満	55(100)	22(40.0)	19(34.5)	6(10.9)	7(12.7)	1(1.8)	0(0.0)
	3万～4万人未満	56(100)	23(41.1)	21(37.5)	6(10.7)	2(3.6)	3(5.4)	1(1.8)
	4万～5万人未満	20(100)	7(35.0)	7(35.0)	4(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(10.0)
	5万人以上	56(100)	23(41.1)	17(30.4)	13(23.2)	1(1.8)	0(0.0)	2(3.6)
	無回答	8(100)	2(25.0)	2(25.0)	1(12.5)	1(12.5)	0(0.0)	2(25.0)

表2 検討課題ごとの平成27年度1年間の地域ケア会議の実施回数

(単位 件, () 内%)

	個別事例の検討	地域課題の検討
合計	367(100)	367(100)
平均(標準偏差)	11(30.7)	6.1(15.9)
0回	60(16.3)	178(48.5)
1～5回	171(46.6)	141(38.4)
6～10回	58(15.8)	23(6.3)
11～20回	57(15.5)	17(4.6)
21～40回	13(3.5)	4(1.1)
41回以上	8(2.2)	4(1.1)

図1 地域課題検討会議の主な参加者



25%未満の地域が最も多かった(表1)。

(2) 地域ケア会議開催状況および得られた地域課題

地域ケア会議には、個別事例の検討を行う地域ケア会議(以下、個別事例検討会議)と、地域課題の検討を行う地域ケア推進会議(以下、地域課題検討会議)がある。地域ケア会議における検討状況は、個別事例のみ検討している支援センターが155件(42.1%)、地域課題のみ検討している支援センターが18件(4.9%)、両方の課題を検討している支援センターが181件(49.2%)、地域ケア会議を実施していない支援センターが14件(3.8%)であり、今回対象となった支援センターにおける地域ケア会議の実施率は96.2%であった。

検討課題ごとの地域ケア会議の平成27年度1年間の実施回数の傾向を表2に示した。個別事例の検討が行われた場合の地域ケア会議の実施回数は平均11.0回(標準偏差=30.7)、地域課題の検討が行われた場合の地域ケア会議の実施回数は平均6.1回(標準偏差=15.9)であった。

個別事例検討会議と地域課題検討会議の主な違いは、会議における検討内容である。個別事例検討会議では個々の高齢者に直接サービスを提供する関係機関が参加者として選定される。一方、地域課題検討会議では、地域づくりや地域資源開発に関する検討が行われるため、直接サービス提供にあたらぬ地域の代表者や行政職員なども会議参加者として選定される。今回の調査対象の支援センターの場合、地域課題検討会議への主な参加者は図1に示すように、「介護支援専門員」「行政職員」「民生委員」「介護サービス事業者」「社会福祉協議会職員」の順で多かった。一方、参加が少なかったのは、「警察・消防」「薬局」「医師以外の医療従事者」であった。

(3) 地域ケア会議から得られた地域課題

地域ケア会議を実施したことにより発見された課題は表3に示すように、「地域で高齢者を見まもるネットワークの不足」「認知症高齢者が利用できる地域資源が少ない」「認知症高齢者家族への支援が不足」「認知症に対する知識

と理解の不足」の順に多かった。地域ケア会議の検討課題別の実施状況と、会議を通じて発見された地域課題をクロス集計したところ、地域課題が検討された場合においては、個別事例の検討だけが行われた場合より、「認知症高齢者家族への支援が不足」が統計的に有意に多く、課題として抽出されていた。

表3 検討課題ごとの地域ケア会議の実施により発見された課題

(単位 件、() 内%)

	合計 (n = 354)	個別事例の 検討のみ実施 (n = 155)	地域課題の 検討のみ実施 (n = 18)	両方実施 (n = 181)	検定
地域で高齢者を見まもるネットワークの不足	222(62.7)	96(61.9)	10(55.6)	116(64.1)	
認知症高齢者が利用できる地域資源が少ない	178(50.3)	74(47.7)	9(50.0)	95(52.5)	
認知症高齢者家族への支援が不足	169(47.7)	61(39.4)	10(55.6)	98(54.1)	**
認知症に対する知識と理解の不足	161(45.5)	64(41.3)	7(38.9)	90(49.7)	
認知症高齢者の実態把握が不十分	140(39.5)	64(41.3)	10(55.6)	66(36.5)	
地域の医療機関との連携が不十分	100(28.2)	50(32.3)	5(27.8)	45(24.9)	

注 検定は χ^2 検定を用いた。**p < 0.01

Ⅳ 考 察

本研究により、個別課題のみでなく地域課題を検討する地域課題検討会議を実施した場合に認知症高齢者を抱える家族の課題が抽出されていたことから、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることを目的とした地域包括ケアシステム³⁾を構築するためには、地域ケア会議において個別事例と地域課題の両者を検討することが不可欠であるといえる。また、地域の実情に合った課題検討を行うためにも、会議の参加者はサービス提供に直接関わる専門職だけでなく、認知症高齢者の日常生活に直接関わる地域住民を含む多様な関係者を含むべきであることが示唆された。

(1) 地域ケア会議開催状況について

地域包括ケアシステム³⁾における地域とは、おおむね1中学校区を日常生活圏域としたものであり、地域ケア会議では地域に居住する高齢者が安心して快適に暮らせるシステムの構築のための課題検討を行う。わが国では2012年の認知症施策推進5カ年計画以降、支援センターにおける地域ケア会議の普及・定着のため、すべての市町村で地域ケア会議が実施されることが目標として掲げられてきた。2014年に奥村ら⁸⁾が行った調査における地域ケア会議の実施率75.4%であったことを踏まえると、今回の実施率は96.2%と上昇しており、地域ケア会議の重要性が認められた結果と考えられる。

地域ケア会議における検討事項の傾向をみる

と、個別事例検討会議の実施率が91.3%であるのに比べ、地域課題検討会議の実施率は54.1%に留まっている。地域ケア会議において地域課題を検討することの意義は、「個別ケースの背後に潜在している、同様のニーズを抱えた住民やその予備軍を見出し、地域の現状等を勘案しながら、解決すべき地域課題と優先度を明らかにする」⁶⁾ことにあり、地域の資源開発にもつながりうる重要な機能である。にもかかわらず両者の開催頻度に差があるのは、白澤⁹⁾が指摘するように、「地域の団体や組織の協議会がないことや、地域のニーズの抽出方法や解決方法についての理解が不十分なため、代表者を集めることが困難」なためと考えられる。

地域課題検討会議を実施した際の参加者としては、「介護支援専門員」「行政職員」「民生委員」「介護サービス事業者」「社会福祉協議会職員」など地域包括ケアシステム³⁾を担う専門職について「地域住民組織」の参加率が高く、一方で「医師・歯科医師」「医師以外の医療従事者」「薬局」などの医療関係者の参加率が低かった。このことは、三菱総合研究所⁷⁾が行った全国調査における個別事例検討会議における参加者の傾向とほぼ同様であった。個別事例の検討だけでなく、認知症高齢者を取りまく地域課題の検討においても、医療関係者の専門知識は重要となる。にもかかわらず参加率が低いということは、必要性が十分浸透していないか、もしくは医療関係者が参加するための日程や開

催場所の調整が不足している可能性がある。その一方で、三菱総合研究所が行った調査結果⁷⁾では参加率が42.8%に留まっていた「地域住民組織」は今回の調査では74.4%となっていた。地域課題を検討するためには地域住民組織から意見を集約することが重要であることが理解されたためと考えられる。

(2) 地域ケア会議から得られた地域課題について

地域ケア会議で最も多く抽出された課題が、「地域で高齢者を見まもるネットワークの不足」である点については、人々の暮らし方や価値観の多様性が増し、地域におけるつながりが希薄化したことによる高齢者の孤立・孤独の問題が背景にあることが推測される。さらにこの課題には地域特性による差の考慮も必要である。枘田ら¹⁰⁾は、都市部では見守りの対象の情報が得られにくく支援を必要とする高齢者を見守ることが困難であり、一方、地縁的つながりの中で見守り活動が行われているものの支援に携わる人々の負担が大きいと指摘している。住民参加型の地域のネットワークを構築する際には、担い手の不足や個人情報取り扱いなど課題も多い。ネットワークをより確かなものとするには、実際に日常生活圏域において高齢者と直接関わる自治会や町内会など地域住民組織、地元商店街など多様な関係者による課題検討が重要であろう。

次いで多く抽出された課題である、「認知症高齢者が利用できる地域資源が少ない」については、サービスの選択肢が限られている場合もあり地域による差が大きい。認知症高齢者を対象としたサービスとして、介護保険によるサービスのほか、社会福祉協議会やNPO法人などによるサービスなど多種多様なサービスが地域には顕在または潜在する。地域住民主体によるインフォーマルサービスには、「専門職でなく、地域住民だからこそ気づくことのできるニーズに対応したサービス」¹¹⁾といった効果がある一方、財源や人材の確保、専門機関との支援や連携に課題がある¹²⁾と指摘されている。地域住民

のニーズに合った地域包括ケアシステム³⁾を確立するためにも、地域ケア会議においてインフォーマルサービスを含めたサービス提供体制の整備が検討されることが期待される。

「認知症高齢者家族への支援が不足」のみ地域ケア会議の検討課題別の実施状況と課題発見に差があったことから、個別事例検討会議と地域課題検討会議の両者を行った場合に、認知症高齢者を支える家族への支援不足という課題に目が向けられると考えられる。この結果は、個別事例検討会議による個々の事例の検討に加え、地域課題検討会議によるシステム作りがなされることが、家族への支援不足を解決に導く地域ケア会議の役割であることを示すものである。また、「認知症高齢者家族への支援が不足」については、「同じ立場にいる家族介護者同士が支え合い、そこに専門職が入って支援をする」¹³⁾ことが重要と考えられる。

「認知症高齢者の実態把握が不十分」については、有意差はなかったが個別事例検討会議が行われなかった場合に課題として浮上していた。個別事例検討会議の意義には個別の課題解決だけでなく、社会資源の開発、人材の育成、新たな仕組みづくりに向けた政策形成なども含まれている⁶⁾ことから、個別事例検討会議の積み重ねの重要さがわかる。

「認知症に対する知識と理解の不足」については、認知症に関する知識普及のためのさまざまな活動がなされている。王ら¹⁴⁾が行った市民調査でも、8割以上の住民が見当識障害や短期記憶障害が認知症の初期症状であることを認識していたことが報告されており、人々が認知症についての知識を得る機会は増えていることがうかがえる。今回の調査対象者の半数近くが知識と理解の不足を課題として挙げていた理由として、人々が認知症の知識を得る機会がテレビ番組等のマスコミによることが多く¹⁵⁾、中途半端な知識が誤解や偏見につながっている可能性も考えられる。地域ケア会議などを通じて地域住民と関わる機会をもつことにより、正しい知識の伝達に役立つことも必要と考えられる。

以上、地域ケア会議は認知症高齢者自身の支

援だけでなく、地域全体の包括的ケアマネジメントにおいて欠かせない会議であることが確認できた。しかし、支援センター職員が抱える課題として、「業務量が過大(24.7%)」が最も多く、次いで「業務量に対する職員数の不足(21.5%)」⁷⁾とする報告もある。支援センターを中核機関としつつも過度に負担をかけないためには、認知症支援にかかわる医療保健福祉の各機関および地域住民組織等の諸団体が、地域ケア会議の意義を理解した上で地域包括ケアシステムに関わることが重要であるといえる。

(3) 対象とした支援センターの基本属性について

支援センターは市町村もしくは法人への委託により運営されており、今回の調査で対象となった支援センターの直営および委託の割合は、三菱総合研究所が行った調査結果における、「直営27.2%、委託72.2%」⁷⁾とほぼ一致した。今回の調査の回収率は低かったが、全国の地域包括支援センターの全体的傾向を反映したものであることが期待できる。担当地域の高齢化率が25%未満および25～30%に集中していたことは、高齢化率27.3%の現状を反映したものである。対象となった支援センターの担当地域の総人口と高齢化率の傾向は、高齢化率の高い地域では担当地域の総人口が少なく、高齢化率の低い地域では担当地域の総人口が多かった。このことは、支援センターを設置する際に「市町村の人口規模、業務量、運営財源や専門職の人材確保の状況、地域における保健福祉圏域(生活圏域)との整合性に配慮」⁴⁾した結果である可能性が考えられる。

謝辞

本調査研究の実施にあたり、ご協力いただいた地域包括支援センターの皆様には厚くお礼申し上げます。

文 献

1) 内閣府. 平成29年版高齢社会白書(全体版)(<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/>

zenbun/29pdf_index.html) 2017.9.16.

- 2) 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html/>) 2017.9.16.
- 3) 厚生労働省ホームページ. 地域包括ケアシステム(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) 2018.5.30.
- 4) 一般財団法人長寿社会開発センター. 地域包括支援センター運営マニュアル. 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会編. 東京: 一般財団法人長寿社会開発センター, 2015: 49-53.
- 5) 岡田進一. 地域における認知症ケアの中核を担う地域ケア会議. 日本認知症ケア学会誌 2016; 15(2): 398-9.
- 6) 一般財団法人長寿社会開発センター. 地域ケア会議運営マニュアル. 2013: 21-6.
- 7) 三菱総合研究所. 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書(平成26年度). 2015: 162-8.
- 8) 奥村あすか, 潮谷有二, 宮野澄男, 他. 地域ケア会議の開催頻度に関する一研究-地域包括支援センターの設置主体と市域ケア会議の司会者の差異に焦点を当てて-. 純心人文研究 2016; 22: 39-50.
- 9) 白澤正和. 地域包括ケアシステムの確立に向けて. 老年社会学 2015; 37(1): 28-35.
- 10) 栢田聖子, 大井美紀, 白田キミカ, 他. 地域特性及び見守り専門職の有無別にみた高齢者の見守りネットワークの現状. 甲南女子大学研究紀要 2010; 4: 231-45.
- 11) 黒岩亮子. 高齢者福祉における支え合い活動の展開と課題-住民参加型在宅福祉サービスを事例として-. 社会福祉研究 2014; 119: 57-64.
- 12) 木村泰子. 住民主体によるインフォーマルサービスの課題とその支援について-住民グループ代表へのグループ面接をとおして-. 帝塚山大学心理学部紀要 2015; 4: 115-25.
- 13) 黒澤直子. 認知症高齢者の家族介護者への支援に関する現状と課題. 人間福祉研究 2011; 14: 121-8.
- 14) 王吉彤, 名倉弘美, 三上章允. 認知症に対する地域住民の知識・理解の現状と課題. 中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要 2017; 18: 21-30.
- 15) 杉山京, 中尾竜二, 澤田陽一, 他. 一般地域住民における家族に認知症症状がみられた際の受診促進意向と認知症の知識量との関連 2012; 23(12): 1453-62.