

平成 21 年度老人保健事業
推進費等補助金による
助 成 事 業

平成21年度 老人保健健康増進等補助事業報告書

地域住民連携による 認知症・介護予防サービス企画支援に関する 研究報告書

平成 22 年 3 月



社会福祉法人東北福祉会
認知症介護研究・研修仙台センター

はじめに

現在、わが国では団塊の世代が75歳に到達する2025年に向けて地域包括ケアに向けた取り組みが始まっている。地域包括ケア研究会が2008年にまとめた報告書において示された地域包括ケアシステムの定義の案として、「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」としている。そして、「その際、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を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とすることである。」としている。つまり、サービスを連携、拡充することで既存の日常生活圏域で長く住み続けられることが理想であるとしている。さらに報告書の中では、地域包括ケアシステム確立の前提として、自助、互助、共助、公助の役割分担の確立が必要であると述べられている。

こうした視点では、特に目に見えずサービスとして成り立ちにくい、自助、互助、共助つまり、「助け合い」や「お互い様」といったこれまで地縁・血縁から生成された伝統的相互扶助を明らかにしなければ役割の明確化が難しい。

本研究では、地域包括ケアで求められる、地域包括支援センターの役割、地域住民の役割そして、それぞれの連携について3つの研究グループで検討を進めてきた。

具体的には、地域包括支援センターの地域住民への積極的な働きかけの実態と課題の整理、地域特性による介護予防効果の比較、非参加要因の検討である。そして本研究の中で、こうした整理に役立つ理論としてソーシャルキャピタルの概念の地域における認知症予防・介護予防への活用を検討した。

ソーシャルキャピタルの概念は近年各分野で注目されている地域の力を理解するために用いられている考え方であり、この視点が地域包括ケアの実現に向けた新たな視座を与えてくれるものである。

この研究の成果が、地域を対象として働く、地域包括支援センター等の職員の皆様の活動の支援、そして地域住民の健康な日常生活の支援につながれば幸いである。

認知症介護研究・研修仙台センター

センター長 加藤 伸司

平成21年老人保健健康増進等事業
地域住民連携による認知症・介護予防サービス企画支援に関する研究報告書

目次

研究体制

はじめに 加藤伸司

第1章 研究概要 1

1. 研究全体の目的
2. 各研究の概要
3. 研究の成果と総括

(加藤伸司 阿部哲也 矢吹知之 吉川悠貴)

第2章 研究1 地域包括支援センター業務と住民連携の課題 6

1. 地域包括支援センターの現状と課題
2. 地域包括支援センターの活動事例から見た課題と現状

(土岐浩一郎 福嶋美奈子)

第3章 地域包括支援センター業務評価と住民連携にかかわるアウトリーチ 18

1. 調査の目的
2. 方法
3. 結果と考察
4. 地域包括支援センターにおける認知症・介護予防サービス支援の方向性

(小野寺敦志 久松信夫)

第4章 研究2 住民連携・住民参加による認知症・介護予防地域活動の効果 47

1. 目的
2. 気仙沼市大島地区・仙台市国見地区比較研究
3. 地域包括支援センターと住民連携に向けた実証研究

(矢吹知之 山本洋史 二宮恭子)

第5章 研究3 ソーシャルキャピタルと地域連携支援 61

1. 地域の力とまちづくり・人づくり
2. ソーシャルキャピタルをつくる
3. ソーシャルキャピタルをどう活かすのか
4. 地域のソーシャルキャピタルを育む
5. わが国におけるソーシャルキャピタル概念の広がりとその背景
6. ソーシャルキャピタル概念活用の実践事例
7. ソーシャルキャピタルを育てた3つのポイント
8. まとめ

(高橋満 佐藤修 矢吹知之)

第6章 地域包括支援センターにおけるソーシャルキャピタル概念の活用 85

1. 地域包括支援センターにおけるソーシャルキャピタル醸成貢献自己評価指標の開発
2. 地域包括支援センターを対象とした地域連携支援モデル説明会の実施
3. 地域包括ケアとソーシャルキャピタル
4. 地域包括支援センターの業務へのソーシャルキャピタル概念活用の有用性と限界

(矢吹知之)

資料 調査票

地域住民連携による認知症・介護予防サービス企画支援に関する研究 研究体制

(敬称略)

<検討委員>

加藤 伸司 認知症介護研究・研修仙台センター センター長
阿部 哲也 認知症介護研究・研修仙台センター 研究・研修部長
矢吹 知之 認知症介護研究・研修仙台センター 主任研修研究員
吉川 悠貴 認知症介護研究・研修仙台センター 主任研究員
高橋 満 東北大学大学院 教育学研究科
佐藤 修 コミュニティケア活動支援センター
小野寺敦志 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科臨床心理学専攻
久松 信夫 桜美林大学 健康福祉学群社会福祉専修
福嶋美奈子 社会福祉法人平生町社会福祉協議会
土岐浩一郎 社会福祉法人弘前愛成園 特別養護老人ホーム弘前静光園

<調査ワーキンググループ>

加藤 伸司 認知症介護研究・研修仙台センター センター長
矢吹 知之 認知症介護研究・研修仙台センター 主任研修研究員
小野寺敦志 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 臨床心理学専攻
久松 信夫 桜美林大学 健康福祉学群社会福祉専修

<地域介入ワーキンググループ>

加藤 伸司 認知症介護研究・研修仙台センター センター長
矢吹 知之 認知症介護研究・研修仙台センター 主任研修研究員
土井 勝幸 医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘
山本 洋史 医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘ぷらす
池田 正人 医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘ぷらす
菅野 元清 医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘ぷらす
多田 友則 医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘ぷらす

第1章 研究概要

1. 研究全体の目的

認知症ケアは、施設中心から住みなれた地域を拠点とした介護へと急速な転換が図られ、それに伴い住民のニーズは、多様化し、地域における介護予防マネジメントを担う地域包括支援センターの業務や求められるサービスは高度化が求められている。

平成20年5月に設置された「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」では、地域全体で認知症の人や家族を支えることを目指し「適切なケアの普及と本人・家族支援」を1つの基本方針として掲げ、医療、介護、そして在宅を切れ目ないサービスでつなぐサービスの構築を目指している。具体的な対策として「認知症ケア多職種共同研修・研究事業」が平成21年度から創設されることとなった。

また、認知症を地域で支えるインフォーマルな資源として認知症キャラバンメイトおよびサポーター養成などがある。

このような、地域の介護に係わる多様なフォーマル・インフォーマル資源をマネジメントするにあたり中核的な役割を果たすことが望まれているのが地域包括支援センターである。

当センターは昨年度「地域特性に応じた効果的な認知症および介護予防活動促進に関する研究」において全国で行われている介護予防事業の実施事業所を対象として、その事例収集および課題に対する調査をおこない、14,000の各種事例を収集して分析した結果、地域によって実施内容の充実度に大きな格差が生じていることと、住民のニーズを把握することや計画策定に際し困難を感じていることが明らかになった。

対象地域の人口や気候、地形の違いを考慮し、それを地域特性の指標として事業の策定を行う必要がある。また、こうした活動を地域において多くの地域住民が係わり自らが参加し、居住する地域特性に応じた活動を展開するためのツールの検証を行う必要がある。また、地域における認知症ならびに介護予防は、生理的老化による老年症候群が見られ始める前駆段階から早期に活動を展開し生活に密着した活動が効果的であり、教育的視点で壮年期から展開することが必要である。

そこで、本研究の目的は以下の通りである。

- ①地域住民自らが参加し地域特性を把握する作業を提案し、地域包括支援センター等の職員がファシリテーターとなり住民自身が介護予防事業の計画立案に参画することを支援するためのツール活用モデルを検証する。(地域介入：八幡浜市)
- ②地域における認知症ならびに介護予防プログラムの参加促進要因と連携促進要因を明らかにし、それらが認知症・介護予防事業の活動支援へもたらす効果を検証する。(地域介入：気仙沼市大島地区、仙台市国見地区)

- ③地域包括支援センターの 3 事業の基盤となる地域づくりの視点を地域教育、ソーシャルキャピタルの視点をを用い、解決困難な事業について構造的枠組みを整理することにより職員の業務への負担感を軽減すること。(モデル事業説明会)
- ④①地域包括支援センターの業務実態と課題を明らかにする②地域包括支援センター職員の業務への肯定的評価を明らかにする③ソーシャルキャピタル自己評価項目の検討これらを量的データによって明らかにする。

2. 各研究の概要

本研究事業は目的を達成するために3研究で構成されている。各研究の概要および方法を以下に示した。

研究1 地域包括支援センターにおける地域住民連携の課題

研究全体の目的は地域包括支援センターの地域支援事業等の業務支援であり、ここでは具体的に地域特性把握のためのツールと具体的実践に繋げるための視点を提示することを目指した。そのために、まず地域包括支援センターの業務的課題を明らかにし、地域連携の課題を先行調査ならびに文献から明らかにした。また、地域連携の実態と地域包括支援センター業務評価と住民連携にかかわるアウトリーチのあり方を数量的データから明らかにするために質問紙調査を実施した。

平成21年1月～2月の間に全国2,000箇所地域包括支援センターを対象に郵送による無記名の自己記入式質問紙調査を実施した。回収は890箇所であった。

研究2 住民連携・住民参加による認知症・介護予防地域活動の効果

地域における認知症ならびに介護予防プログラムの参加促進要因と連携促進要因を明らかにし、それらが認知症・介護予防事業の活動支援へもたらす効果を明らかにすることを目的とした。具体的には、伝統的な相互扶助組織が機能し居住する住民移動が少ない気仙沼市大島地区と、1980年代後半のわが国に多く見られる比較的新しい住宅地である仙台市国見が丘地区の住民への認知症・介護予防プログラムを提供することによる介入を行い、その比較からプログラム参加住民の特性と健康プログラムの効果の比較を行った。

気仙沼市大島地区には平成22年2月、仙台市国見が丘地区には平成21年1月～3月にかけて実施した。参加した対象者は気仙沼市大島地区には81名、国見地区には80名の住民であった。

研究3 ソーシャルキャピタルと地域連携支援

地域包括支援センターの3事業の基盤となる地域づくりの視点を地域教育、ソーシャルキャピタルの視点をを用い、解決困難な事業について構造的枠組みを整理することにより職員の業務への負担感を軽減することを目的とした。具体的には、文献と過去の研究結果および各種事例をもとにソーシャルキャピタル概念の地域包括支援センターにおける住民連携活動への援用を検討した。また、既存の他分野で用いられているソーシャルキャピタル測定指標をもとに、地域包括支援センター業務におけるソーシャルキャピタル醸成自己評価指標開発を行った。評価指標開発にあたっては、研究2で実施した調査内に必要な項目を設定し、その結果を分析した。

3. 研究の成果と総括

1) 地域包括支援センターの地域連携の課題の明確化

地域包括支援センターの創設から現在に至る経緯を整理することによって、業務量と事業遂行にかかわる財源と人員の不足から、総合相談支援業務やネットワーク構築などの基本的事項となる共通支援基盤の構築が困難な状況にあり、掲げられた重層的ネットワーク構築業務の遂行が困難な状況になっていることが明らかになった。これらの原因として、地域の組織団体をコーディネートする能力やセンター内の他職種連携の不足があり、こうした課題を解決しなければ「住民連携」や「まちづくり」機能を果たすことが困難であることもあわせて明らかになった。

2) 地域包括支援センターが住民連携の課題と必要な取り組み

現在の地域包括支援センターの業務の中には地域支援と個人の介護予防支援という二つの異なる業務が含まれているといえる。

地域包括支援センターに今後さらに地域支援活動を期待するのであれば、個人の介護予防支援事業をセンターが今後も担うべきであるかも含め、センター業務の内容のあり方を見直していくことが課題となるだろう。

その際の見直しの視点として、

(1) 現状を追認する形であれば、人員配置基準を見直し、2つの主業務を行いうる人員を確保するといった、人的資源をどのように確保するかという視点。

(2) 在宅介護支援センターの後身として立ち上がった地域包括支援センターの性質を考慮するのなら、指定介護予防支援事業は、介護支援事業所に割り振り、センター業務から切り離し、より積極的に地域支援活動に業務内容を移行していく視点。

これらの視点が必要であることが明らかになった。

3) 認知症・介護予防サービス支援の方向性

地域包括支援センターが住民へのアウトリーチを効果的に行うためには、地域活動のための組織化・団体の育成」に示されるような地域資源になりうる住民の啓発とともに、具体的な活動を行う場の創造を働きかけていく機能を有することが求められる。

また、住民が主体的に意見やニーズを述べ、単に意見を述べるだけの参加者、サービスを受けるだけの受益者ではなく、地域を活性化していく主体者として関与できる場を、センターが形作っていく。そのために、センターが地域のネットワークのハブ機能となることが求められる。

4) 地域特性による認知症・介護予防効果と住民連携意欲の違い

気仙沼市大島地区と仙台市国見地区の認知症・介護予防効果を身体機能測定値の比較と非参加者の理由から検討した。その結果、気仙沼市大島地区のような漁業中心の住民移動が少ない離島地域では、動的バランスが劣り指先の微細な運動は優れている

ことが明らかになった。一方、都市部である仙台市国見地区では歩行能力は優れ、指先の微細な運動が劣ることが明らかになった。このことから、各種介護予防事業の効果の生活習慣からの地域特性がありそれらを把握したうえでの事業立案と住民への動機づけが望まれることが明らかになった。

また、こうした活動に不参加理由として「身体的理由」、「家庭内の理由」、「他の会との重複」、「その他」4つの要因があることが明らかになった。多くの場合参加しなかった理由を具体的に記載されることによって本人の自覚も示唆されることから、活動にどのような効果があるのかを具体的に示すことが必要である。

5) 住民連携を促進するための活動の検証

住民と地域包括支援センター連携によるインフォーマル資源マップ作製をモデル的に実施した。その結果実際にその取り組みから住民が主体的になり、地域包括支援センターと地域住民が連携した取り組みを検証実施できた。

6) ソーシャルキャピタル概念の整理と尺度開発

ソーシャルキャピタル概念を用いて、地域包括支援センターにおける住民連携活動への活用の方向性を整理した。

また、各国でこれまでに行われてきたソーシャルキャピタルの計測研究の結果をもとに、ソーシャルキャピタル醸成貢献自己評価指標を作成し、統計的手法により信頼性、妥当性が確認できた。尺度は「能動的信頼」、「受動的信頼」、「住民とのかかわり」の3因子からなる9項目であった。この尺度は、地域包括支援センターが地域のソーシャルキャピタル醸成にどの程度貢献しているかを明らかにするもので、この得点から地域づくり、住民連携に係わる計画立案を戦略的に行うことが可能となる。

第2章 研究1 地域包括支援センター業務と住民連携の課題

1. 地域包括支援センターの現状と課題

1) 地域包括支援センターの創設経過、役割

地域包括支援センターは2006年の介護保険法改正により「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（介護保険法第115条の39第1項）」を目的として設置された。また、地域包括支援センターは、団塊の世代が後期高齢者になりきる2025年の高齢者介護の在り方を示す「地域包括ケア」の中核機関と位置付けられている。地域包括ケアは、2012年の介護保険改正にむけ発足した「地域包括ケア研究会」で平成20年にまとめられた報告書で具体的に説明されている。この報告書では2025年に向け、住み慣れた地域で安心して暮らせるための地域包括ケアシステムの構築のための論点の整理と提言がなされた。報告書では、地域包括ケアシステム整備に向けた前提課題として、地域性の尊重と、地域の持つ自助・互助・共助・公助の役割分担と強化が指摘されている。特に、「自助・互助」の重要性を公的な機関が認識し強化することで、共助・公助となるサービスにスムーズに繋げることが可能となることが指摘されている。また、こうした地域包括ケアを地域住民のニーズに合わせて提供する主体として期待されているのが地域包括支援センターであるものの、その運営支援方策の不足もあわせて指摘されている。地域包括支援センターは地域の高齢者に関する諸課題に対して広範かつ包括的に対応することが求められている組織ではあるが、それを担保する人的資源が必ずしも充分ではない状態にあることは関係者の間では周知の事実である。従事すべき職種と人員数、裏付ける財源、組織の属性、担当する業務の範囲と法的根拠などを総括的に分析すれば、従事者の資質やスキルだけではカバーできない構造的な課題が浮かび上がってくる。

2) 地域包括支援センターの業務

地域包括支援センター設置の目的は、その活動を通じて地域包括ケアを実現するものであり、「地域包括支援体制」を確立することを目指している。その主な視点は、①総合性（高齢者の多様なニーズや相談を総合的に受け止め、尊厳ある生活の継続のために必要な支援に繋げること）、②包括性（介護サービスのみならず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、支え合いなどの多様な社会資源を有機的に結び付けること）、③継続性（高齢者の心身の状況の変化に応じて、生活の質が低下しないように適切なサービスを継続的に提供すること）を掲げている（厚生労働省地域包括支援センター運営マニュアル）。

こうした目的にしたがい、地域包括支援センターの基本的な機能は以下の5点としてまとめられる。

なお、地域包括支援センターの運営は、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員で構成されている。

(1) 共通の支援基盤の構築

地域に総合的、重層的な高齢者および介護をする家族を支えるためのネットワークを構築する。重層的なネットワーク構築は「地域包括支援ネットワーク」と称されており、管轄する地域の福祉や行政機関などの関係団体だけではなく、地域住民や医療機関、その他の団体との連携体制をつくることである。

この事業の基本的な業務として「地域ケア会議」と「運営協議会」がある。

ここでいう重層的ネットワークとはまず「地域ケア会議」があり、「地域包括支援センター業務マニュアル」（厚生労働省）の具体例として、エリアとしての地域から3つの具体例が示されており、①地域包括支援センター単位、②市町村単位のネットワーク単位、③市町村の圏域を超えたそれぞれのネットワークである。まず、地域包括支援センター単位のネットワークとして、地域包括支援センター各専門職と地域の保健医療福祉関係者で構成され、担当高齢者の情報交換を行う場として「包括ケア会議」などが設定されている。次いで、市町村単位のネットワークは管轄内だけではなく市町村内の地域包括支援センターおよび関連団体における「包括ケア会議」開催のことを示している。最後に、市町村の圏域を超えたネットワークであり、市町村内では解決できない課題について都道府県全体のネットワークを形成することを示しており、開催については都道府県が担うこととなっている。

また、地域包括支援センターの運営は、「運営協議会」を実施し業務の公正・中立を確保し適正な運営を図ることが求められている。

(2) 総合相談支援

高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐことが主な目的である。

業務としては、次に示す3点である。「地域におけるネットワーク構築」は、管轄する地域の住民ネットワークを構築し、支援を必要とする高齢者の発見見守り体制をつくることである。「実態把握」は、ネットワークを活用し戸別訪問や近隣住民から高齢者の実態把握を行う。「総合相談」は、地域住民や本人、家族、地域のネットワークを通じ、初期段階の相談対応、継続的専門的な相談対応を行い個別の支援計画を作成する事業である。

(3) 権利擁護

虐待の防止など高齢者の権利擁護に係わる事業をおこない以下の5つの事業に分類することができる。

「成年後見制度の活用」

判断能力が低下した高齢者に対して制度申請および活用の支援を行う。

「老人福祉施設への措置」

市町村担当者と連携し被虐待者の措置入所や成年後見制度に結び付ける。

「虐待への対応」

虐待の通報やその疑いがある自宅等に訪問し状況確認を行う。

「困難事例への対応」

サービス利用の拒否や在宅介護を継続にあたり多問題の困難事例に対し対応する。
「消費者被害の防止」

訪問販売等消費者被害を未然に防ぐための情報収集と情報提供を行う。

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援

高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制を支援するために、「包括的・継続的なケア体制の構築」、「地域における介護支援専門員のネットワークの活用」「日常的個別指導・相談」、「支援困難事例等への指導助言」の各事業を行う。それぞれの事業の共通点として、地域の介護支援専門員の相談、支援、ネットワークを構築することで、地域の高齢者、介護者を包括的に支援することである。

(5) 介護予防ケアマネジメント

介護予防事業、予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なケアマネジメントを行う事業である。具体的には、介護予防サービスの対象者を把握し、予防プランを作成、実施、評価に関する一連の業務である。

3) 地域包括支援センターの各業務と地域連携の課題

地域包括支援センターの業務については、平成 17 年から実際に各地域の事業所において「地域包括ケア」の理念の実現を目指し活動が展開されている。しかし、経過とともに現段階の活動について様々な課題が明らかになってきた。それらの課題を以下に示した。

(1) 業務量と事業遂行にかかわる財源の課題

地域の要支援者に対する「介護予防ケアマネジメント」事業が（予防支援）が大部分を占めており、その他の 4 事業はその都度対応するが、それに費やした時間の分「介護予防マネジメント」が滞るため結果的に残務として蓄積されやすい。また、事業所の経営的観点からすると金銭的対価のある「介護予防マネジメント」事業は何を差し置いても優先順位が高まり、自身の時間を犠牲にして行わなければならない結果をもたらしている。

社団法人全国保健センター連合会の調査によると地域包括支援センターにおける主要 5 業務（上記）のうち最も負担感を感じているのは「要支援者の介護予防ケアマネジメント業務」91.8%であり負担感（業務量が多いが重要性が低い）が最も多い。また、財源においては「財源が不十分という回答が、委託 70.0%・直営 54.9%であり、ここでも従事者数に対する業務量のアンバランスが推察できる。

ただし、業務量については上記「介護予防ケアマネジメント」業務の予防支援計画を一般の居宅介護支援事業所に委託する事も可能とされていることから、全国的にそれぞれの地域性やセンターの経営状況等に応じ、相当の外部委託がなされており、条件が異なっているがいずれにしても多忙な傾向には変わりがない。平成 21 年度の全国地域包括・在宅介護支援センター協議会の調査によると、予防支援計画委託割合は全国平均 34.3%であり、職員一人当たりの直接担当件数 26.7 件と報告されている。

運営において委託と直営の割合では、総数の約 7 割は委託を受けた民間法人が占めて

いる。運営の経費にあたる委託料は全国的に一千数百万円前後が多く、必置と定められた主任介護支援専門員・保健師・社会福祉士の三職種に対する賃金担保すら難しい状況である。これに加えた事務諸費の捻出は、予防給付対象者のケアプランである「予防支援計画」の計画費(介護報酬)を充当せざるを得ないが、これも対象者1名に対し月あたり4,000円程度の報酬単価であり安定的な財源とはなりえない。以下の事例は、ある地域包括支援センターの運営に関する事例である。この事例から見ても、より多く介護予防ケアマネジメント業務の予防支援計画の策定を行っていかねばセンターの運営自体にかかわる重大な課題となっている。

事例

人口18万のA市 B地区包括支援センター(社会福祉法人立)

*地区人口3万人 高齢化率30% 予防支援計画対象者400名

職員6名(主任介護支援専門員1、保健師1、社会福祉士2、介護支援専門員2)

○平成20年度決算では 収入3,200万円に対し人件費2,700万円となり、その割合は約85%を占める。

○予防給付対象者のケアプランである予防支援計画の担当者数は職員一人当たり60~70人となり、毎月一回の訪問もままならない中で、業務をおこなっているが、これらの業務軽減のための増員はそのまま赤字に直結するという費用構造となっている。

(2) 業務内容に関する課題

i) 総合相談支援に関する課題

地域包括支援センターは地域包括ケアの担い手として、また、地域の高齢者福祉に関する「ワンストップサービス*の拠点機能」としての役割求められており、高齢者のみならず地域社会全体を包含する多種多様な社会生活上の課題が持ち込まれる。その中であって設置主体の組織や法人の考え方、委託もしくは直営の設置属性により課題傾向に特徴が認められる。

まず民間法人への委託の場合は、敷居が低く話しやすいことからコンタクトが多く、色々な相談を受けるが、前例の無いものは行政に伺いが必要となり、都度相当の時間が必要となる。他方、自治体直営の場合は組織内の職務分掌に縦割り傾向が強く、困難事例等の場合、組織横断的な対応が困難となり担当者が孤立しやすい。

いずれも実践現場における方法論等が確立されていないことから担当者レベルで

抱え込む事が多くなりやすい。

*『ワンストップサービス』（何らかの支援が必要なにもかかわらずどのようなサービスを利用してよいか分からない住民に対して1か所で相談からサービスの調整までを行う）

ii) ネットワーク構築に関する課題

地域包括支援センターが創設された際に各専門職の円滑な業務遂行を目的に配布された厚生労働省による「地域包括支援センター業務マニュアル」では各種業務が機能的に働くための前提として『共通的支援基盤の構築＝地域に総合的、重層的なネットワークを構築する』事の重要性が指摘されている。その具体的な方法の一例として、新たな組織づくり地域、市町村等の各段階における「地域ケア会議」や「虐待防止ネットワーク」、「地域資源マップ」が提示されていた。しかし、地域住民にとってなじみにくい「地域包括支援センター」そのものの理解がなされておらず、さらには制度改正によって創設された介護予防に関する諸制度の説明から地道に行わなければならないのが現状である。制度上担わなければならない課題として、主要4業務である「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」、「介護予防ケアマネジメント」の業務に忙殺されている中で、結果として見える形の成果としてわかり易い「〇〇ネットワーク」「〇〇資源マップ」は十分な地域ニーズを把握できないままに作成されているため、当然、機能しにくい、形式的な取り組みになってしまう。こうした悪循環がネットワーク構築を阻害する要因となる。

「ネットワークの構築」については早期より着目し、その方法論を研究している日本社会福祉士会「地域包括支援センターネットワーク研究委員会」が2007年に実施した調査報告書報告では「地域レベルの連携がうまくいっていない」という結果に対し、「効果的に機能している事例」の研究から以下の整理がなされている。

『地域の課題や情報は待っていても入ってこない』

- ・日頃より積極的に地域に出向き住民に顔の見える関係を作っていく必要がある
- ・センターの周知は住民同士の見守りネットワーク形成の第一歩

『個別支援を通して具体的なネットワークが形成される』

- ・一つの事例への取り組みが次なるネットワーク形成に生かされていく
- ・ネットワークに関わる関係者や機関を取りまとめる中心が地域包括支援センター

『担当エリアを超えた広域的な課題への対応も重要』

- ・保険者・各包括支援センター・介護支援専門員団体のネットワーク構築にて課題共有
- ・対応するための「仕組み」を形骸化させないための継続的な関与が必要

iii) コーディネート機能の不足

コーディネートとは、地域包括支援センターの人材や業務の中だけでは難しい活動を、行政や地域住民の連携の中で展開する能力や働きのことである。

こうした機能が円滑に進まない要因として、地域住民に対する制度の周知啓蒙活動

も同時に行いながら、総合的相談活動を進めているものの、住民からは自身の個人的課題の解決をニーズとして要求される事も一因となっている。また、既存の各種ネットワークにコンタクトを取り、協働体制の下地を作ろうにも、専門職が地域に入ることにより指導的干渉がなされるのではないかという抵抗感の存在や、市民団体に多い夜間や休日の活動に対し、勤務時間との兼ね合いもあり、なかなかはかどらないという阻害要因も存在する。

iv) 専門職“3職種”の協働に関する課題

地域包括支援センターの各業務は、主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の3職種がそれぞれの専門性を生かし、諸問題に対応する事とされている。しかし、「介護予防ケアマネジメント」の予防支援計画策定に多大な時間を費しているため、その他の業務が結果的に停滞し、さらには関連する専門団体等とのネットワーク構築にも影響を及ぼすという悪循環も存在する。

日本介護支援専門員協会が行った主任介護支援専門員に対する調査では地域包括支援センター配属者の業務上の困難事項に「自分自身のケアマネジャーとしてのスキル不足(62.3%)」に次いで「インフォーマルなネットワーク造りの難しさ(49.7%)」「医療機関との連携のためのネットワーク作りの難しさ(46.2%)」があるほか、「インフォーマルサービスとの連携ができていない(51.8%)」では理由として「地域の調査が間に合わず、行っていないため資源もわからず連携がとれていない」「特定のインフォーマルサービスとの連携はとれているが、多くのインフォーマルサービスとの連携に結びついていない」「予防プラン業務の多忙と連携を行うシステムづくりをどう進めているか勉強不足」「(インフォーマル資源を)一覧としてまとめてあるが、連携とまではいかない」「ネットワークが出来ていない。」(いずれも複数回答)などがあげられている。

また、業務に係わる負担感、やりがいに関する背景として、主任介護支援専門員資格取得の理由は「配属が決まったから」が7割以上という結果がでており、多くの人が地域包括支援センターへの配属により必要に迫られて取得した可能性が高い。一方、「スキルアップ」「当該業務に就きたかった」は数%程度であった。「就業意欲=モラル」の点で興味深いデータである。

4) まとめ

平成18年度から創設された地域包括支援センターのこれまでの実践から導かれたこれらの方向性は、今後の業務整理における優先順位等の検討指針として活用が期待できるものと思われる。

従事者の視点で課題等を概観することで、浮かび上がってきたのは「要支援者に対するケアマネジメント業務は負担が大きい」「業務全体についても負担感・やらされ感は比較的高い」という状況であり、モラルの低下要素を抱えながら主要業務の冒頭に挙げられる共通の支援基盤の構築〔地域に総合的、重層的なネットワークを構築する〕に

苦戦し、主目的である「住民連携」「まちづくり」についてはいまだ途上である事が推察できる。

2. 地域包括支援センターの活動事例から見た課題と現状～地域で暮らす、地域で支える～

はじめに

科学の発展や技術の向上は、人類の死をできるだけ遠ざけることを目的のひとつとしたのだろう。現在のわが国は「長寿」を享受できる数少ない国のひとつになったが、必ずしも幸福感には結びつかず、大きな課題となっている。人類が希った「長寿」を真に幸せと受け止めるために必要なものは何だろうか。

「自分らしく暮らす」という願いは、介護保険制度のみで叶えられるものではなく、専門職によるネットワークによって全てが支援できるものでもない。一言で高齢期の支援といっても、社会の一員として役割を果たし、軽易な家事援助等を支援する近隣者の援助等を経て、専門職による介護サービスを利用するといった段階的な関わりが必要であろう。制度や法を整備することによって該当者を救済するのではなく、その人にとって必要なものを整えることによって社会を整備する視点への変換が求められ、それを現したもののひとつが地域包括ケア（以下「包括ケア」という。）ではないだろうか。

ここでは、社会福祉協議会が地域福祉を推進する事業の一環として、地域包括支援センター（以下「センター」という。）を受託運営するうえでの取組を報告し、地域で暮らす高齢者を地域住民が支える仕組づくりについて若干の考察を加えた。

1) 平生町社会福祉協議会の在宅サービスの展開

本会では経営理念に「誰もが安心して暮らせる“ひらお”のまちづくり」を掲げている。その具現化には介護が必要になっても希望する場所で過ごせる環境の整備も含まれ、措置制度時代から在宅介護支援センターの受託運営や各在宅サービスを積極的に実施してきた。介護保険制度への移行期は、保険料負担に見合うサービス提供体制の確保のため、行政からの参入の要請もあったが、組織内外から住民等の会費を活動基盤としている協議体である社会福祉協議会（以下、社協と表記）が事業の経営をすることに疑義や懸念も多かった。当時の住民からの意見によって、現在も社協会費等で経費を支出する広報誌等には経営事業に関する記事は掲載していない。

結局全ての受託事業を経営することとしたのは、高齢者等利用する側の利便性の確保やサービスの質の担保等が、住民福祉の向上を図るという社会福祉法人としての責務にあたるという結論からである。より質の高いサービスを提供する事業所があれば、本会は淘汰される。それは、介護保険制度によるサービスの地域の最低基準を担うことになる。

2) 社会福祉協議会への地域包括支援センターの受託に関する課題

社会福祉協議会は設置目的やその運営に係わる性格上公益性が求められる。地域包括支援センター受託に際しては、社会福祉協議会が、介護サービス事業を運営している

ことで、公益性が十分に保たれないのではないかという疑念が他事業所を中心に持たれた。それでも受託するという組織決定をした理由を事例紹介と兼ねて以下に述べる。

まず、在宅介護支援センターの運営やサービスの実施、当事者団体の支援等によって、「高齢者の相談窓口」として一定の知名度を持っていた。加えて「ふれあいのまちづくり事業」による総合相談窓口の開設やグループホームでの 24 時間 365 日の電話相談等が配置基準を上回る職員配置によって可能であったこと、3 職種の有資格者が組織内で確保できること等の体制が整備されていた。また日常生活自立支援事業（当時は「地域福祉権利擁護事業」）の利用に関しても利便性が高いことが予測された。

また、「介護を必要としない」ための取組を進めていた。サロン活動（町内 30 ヶ所、実参加者 258 名、延べ人数 4,039 人：以上 20 年度実績）は、1995 年より展開され、ボランティアによる給食サービスも全町で実施されていた。2005 年度には、ベビーブーマー世代の高齢化への対応として、『地域』を基盤とし、『健康』『役割』『仲間』の重要性を表した「ひらお・はつらつ人生推進ビジョン」を策定し、「はつらつ人生応援プログラム」として脳のトレーニングや筋力アップ等の介護予防事業を既に展開していた。運営スタッフを公募し『役割』の充足にも心掛けている。

それら住民主体の活動は、サービス提供のみではなく、近隣住民による見守り活動等の相互活動にも発展し、地区社協等（以下、基礎組織と表記）が町内全域旧町村単位 4 ヶ所に組織化されていた。センターに求められている社会資源との連携に関する機能については、医療・保健・福祉等の専門機関も勿論重要であるが、地域住民やボランティア等との連携や協力も必要不可欠であろう。すでに在宅介護支援センターの運営でも協力を得ていた日常的な気づきの連絡等が活かせることが期待された。また、その基礎組織の事務局を本会が運営する事業所内に併設する構想もあった。現在 4 つの基礎組織の内 2 ヶ所は本会事業所の一角に事務局機能を置いている。平成 21 年度に、町内で一番高齢化率が高い地域に土地家屋の寄贈があり、当該地区基礎組織と活用方法について協議中である。近隣住民による見守り活動や軽易な手助けと各サービスとの連携が拠点内で図れることを目指している。

以上のように、本会では高齢者分野の地域福祉を推進するという認識で地域包括支援センターを運営してきた。しかし、それは本会独自のものではなく、全国社会福祉協議会が示す社協事業の取組の方向の中で確認できるものでもある。社協事業の基本を「住民の福祉活動の支援」と「住民の福祉活動との協働」にある⁽¹⁾とした上で、市町村社協が要援助者の生活を支えるための取り組みの方向として「A『切れ目のない支援の実現』、B『権利擁護、地域の支えの確立』、C『地域総合相談・生活支援システム』」⁽²⁾等を挙げている。何れも継続性、連続性、重層的、総合的等のキーワードが根底に在ると言えよう。これらはまた、「地域包括ケア研究会」^{※2}が示した「住民・利用者の視点からみたケアシステムのイメージ」と方向を異とするものではない。

3) 地域包括支援センターに期待する役割

社会福祉基礎構造改革（以下、構造改革と表記）等を経て社会福祉事業法が社会福

祉法に改正される時代に、「地域福祉の推進」を目的に持つ組織である社会福祉協議会の視点で地域包括支援センターに期待する役割を検討する。

地域包括支援センターに期待することの前提として「Aさんという一人の人を見つける」ことである。制度や法、方法論や仕組みを選別し支援方法を組み合わせるのではなく、Aさんの生活の必要な支援を発見することによって、「Aさんを支援するネットワーク」を構築していくという利用者を中心にした支援体制が求められている。つまり、多職種の人々が連携して総合的に係わるという水平的なとらえ方や、一人の人の加齢等に伴う時系列的な理解と、法や制度の違いや該当・非該当の違いも含めた理解が重要である。そして、Aさんへの支援が、他の地域住民への支援にも有効になるという広がりや展開の可能性を内在させていると考えられる。

地域包括支援センターには「住民の主体形成」に果たす役割がある。地域包括支援センターが提供するサービスには、一般高齢者や特定高齢者のような「受け手」とそれらのサービスで展開される各種事業については、地域住民のサポートする役割を担っており、これを「支え手」と表現する。支え手側の主体形成に関しては、「内発的な動機」が重要で、参画に自らの意思が伴わない場合、社会保障費等の抑制のために利用されている等の疑念を生むことにもなる。方法としては自己実現を伴う体験の提供や自己覚知を促す福祉教育等の実施等が有効であろう。目的や目標には、人間理解や人が他者との関係性の中で自分を確認し役割を果たし生きている等の社会性についての理解等をおくことが重要であると考えられる。一方、「客体」となりがちな受け手側の主体形成も重要で、「個人の尊厳」が護られることやニーズの顕在化には、本人による主体として意識が前提であろう。サービス利用の有無ではなく、本人の意思決定や表出の有無が重要である。本人が「社会の一員として役割を果たしている」と実感できていることが「主体としての実感」である。

支援を必要とする生活機能障害の原因は様々で自己決定や判断が困難な場合もあるが、その原因が加齢である高齢者は、事前の教育による意識付けが可能であろう。サービス提供者に利用者の「主体」としての意識を保証することを求めることも含まれている。真に住民の主体形成に成功した場合、センターによる支援だとは気付かず、自らの意思によって、自らの選択によって、自らの人生を歩んでいると認識されることになる。住民が主体的に活動参加し、主体的な日常生活を営むことは、センターの事業実績として顕在化し難いことでもある。

最後に、ケアプランの質的評価の役割を付帯することはできないだろうか。現在の給付限度額は量的な制限の範疇であろう。介護や福祉のサービスも、他の対人サービス業と同様に質の高いサービス提供と顧客満足度を高める取組が求められるが、相違点として、過剰なサービスが顧客の不利益になるということがあろう。時には本人が希望するサービスが自立を妨げ、より重介護が必要になる危険性も含み、一旦喪失した生活能力の復活が困難な場合もある。また、「自立支援」という視点を充分組み込むにはサービス提供の実績や実践を生かす必要があると思われる。「公益性」の担保等の課題から、サービス実施事業所等への委託が躊躇されている場合があるとすれば、担

保する仕組みや方策を再考する必要があると言えよう。要介護者のプラン評価も同様の機能が必要であろう。

4) 「住み慣れた地域で暮す」ということ

認知症高齢者の支援に関った経験から「住み慣れた地域で暮す」ことの意義について触れる。認知症高齢者の『つながりの途切れ』に着目している。記憶障害による「時間的な『つながりの途切れ』」、認知機能障害等による「他者との『つながりの途切れ』」、見当識障害やその他の機能障害による「環境の『つながりの途切れ』」等である。『つながりの途切れ』は、認知症高齢者の孤立感を増長させ不安を抱く原因になると考えている。馴染みの場所で暮すことは環境面での『つながりの途切れ』を最小限にすることであろう。より大きな生活のし辛さを抱える認知症高齢者にとって有益なことは他の高齢者にとって無益なものではない。

社会福祉法により市町村が「地域福祉計画」を策定することになったこと等から、市町村等を単位として推進する方法論として捉えられる傾向もあるかもしれないが、地域福祉は、地域で展開される社会福祉の一方法論ではなく「社会福祉理念そのものを問うこと⁽³⁾」である。その理念に関して考察する力量は持ち得ていないが、地域福祉推進の方法として主体形成を注視した経験から、根底には「主体」があると考えている。「私が私として暮す」ことは、私が主体的に生きるということである。Aさんが、年齢や障害の有無等に関わらず主体となって生活し、そのために必要な支援をBさんが主体的に行う社会の実現が地域福祉の目指すひとつの形ではなかろうか。それは、構造改革で「個人が尊厳を持ってその人らしい自立した生活が送れるよう支える社会福祉の理念」に基づいて推進される改革の方向として「地域福祉の充実」が挙げられていることに結びつく。そして、全ての住民が「主体」として暮すことは、「これからの地域福祉のあり方検討会^{※3}」によって、社会福祉施策における地域福祉の位置付けのひとつとして「地域福祉が地域社会を再生する軸」の役割を期待されていることを挙げていることにもつながると考える。

5) まとめ

ソーシャルワークを「人と人をつなぐこと」、コミュニティワークを「人とつながる人を育てること」と訳せないかと考えている。多くの識者がその重要性を説いていることに合わせて、認知症高齢者の不安を推察する過程で、『つながり』の重要性を実感したからである。人が人らしく生きるには、人の支援が必要で、支援する人と支援される人は時に役割を交替しながらつながっている。人は人とつながり、日常生活を営む「地域」という社会とつながり、そして未来へつながる現在（いま）という時を生きている。それらのつながりを創り、護り、そしてより強くすることが、次世代の人々に対して果たすべき役割のひとつであり、「長寿」に歓喜できる要因のひとつになると考える。

※1 「ふれあいまちづくり事業」 市区町村社協の地域福祉推進を目的として 1991 年度国庫補助事業として創設。2005 年より「地域福祉ネットワーク事業」と改称。

※2 「地域包括ケア研究会（平成 20 年度老人保健健康増進等事業）」による「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～」

※3 「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」「地域社会で支援を求めている者に住民が気づき、住民相互で支援活動を行う等の地域住民のつながりを再構築し、支えあう体制を実現するための方策」について検討するため、厚生労働省社会・援護局の求めに応じ 2007 年に設置された。

引用文献等

- (1) 和田敏明、齋藤貞夫編『概説社会福祉協議会』：全国社会福祉協議会 P57
- (2) 和田敏明、齋藤貞夫編『概説社会福祉協議会』：全国社会福祉協議会 P61
- (3) 吉田久一著『日本社会福祉理論史』：頸草書房 P212

参考文献

- ・ 長嶋紀一編『老人心理学』：建帛社
- ・ 加藤伸司著『認知症になるとなぜ「不可解な行動」をとるのか』：河出書房新社
- ・ 古川孝順著『社会福祉学』：誠信書房
- ・ 右田紀久恵著『自治型地域福祉の理論』：ミネルヴァ書房

(この項の担当：土岐浩一郎、福嶋美奈子)

第3章 地域包括支援センター業務評価と住民連携にかかわるアウトリーチ

1. 調査の目的

地域包括支援センターにおける住民連携の課題を明らかにすることを目的に質問紙調査を実施した。地域包括支援センターの社会福祉士を対象に、質問紙調査を実施し業務評価を行ったうえで、積極的に住民に働きかけを行う機能に関する定量的把握を行い、その方向性について考察を行った。それぞれの調査目的を以下に示す。

1) 地域包括支援センターの業務評価と困難さ

地域包括支援センターの業務は、複数の指定業務があり、多岐にわたっているといえる。その一方で、業務に従事する職員は、社会福祉士、看護師（もしくは保健師）、介護支援専門員（もしくは主任介護支援専門員）の3職種3名が必要最低人数である。地域包括支援センターの財政により、配置人員は異なるであろうが、3名が基本人数であり、基本的にはこの人員で業務に従事することになるといえる。

すると、多岐にわたる業務を均等に遂行していくことは困難であるといえる。それぞれの業務実施状況は地域性など種々の要因で異なってくると推測される。そこで、本調査の目的の一つとして、地域包括支援センターの業務の評価を、力点を置いている業務の内容、業務の現状評価を、主観的な達成状況ならびに困難状況から明らかにすることを目的とした。

2) 地域包括支援センターにおけるアウトリーチ機能

地域包括支援センターの相談業務のうち、新規相談はともすると相談者の来所を待つという受け身になりかねない。しかし、地域福祉活動は、対象地域に赴いていく活動、つまり積極的に地域住民に働きかけていくアウトリーチが必要になる。

本稿では、このアウトリーチを以下のように定義した。

自発的に援助を求めようとしない場合や、客観的にみて援助が必要と判断される問題を抱えている高齢者や家族などを対象者として、

- (1) 援助機関や援助者の側から積極的に介入を行う技法・視点である。
- (2) さらに、その対象者の抱える問題解決の促進に向けて潜在的なニーズの掘り起こし、
- (3) 援助を活用するための動機づけや情報・サービス提供、地域づくり等の具体的で専門的な援助を提供するアプローチである。

この定義に基づき、地域包括支援センターのアウトリーチ活動について、その現状ならびにアウトリーチ活動に求められる役割と条件をどのように考えているかを、地域包括支援センターの地域特性等の要因との関係から明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 期間

2010年1月～2月

2) 調査協力者と回収率

調査協力者の抽出は、下記の手順による2層抽出法によった。

全国の地域包括支援センターを、都道府県のホームページもしくは福祉医療機構のホームページを利用して、都道府県ごとの地域包括支援センターを抽出した。その数は、4274件であった。この4274件から、都道府県別による層化無作為抽出により2000件を抽出し調査協力対象とした。調査回答は、原則として社会福祉士の方が回答することを求めた。

調査回収数は、889件、調査回収率は44.5%であった。調査項目のうち、基本属性となる所在地特性等の項目に欠損のあるものを除外した861件を有効回答数とした。有効回答率は43.1%であった。

3) 調査手続き

郵送法によるアンケート調査を実施した。調査用紙は、回答後の同封の返信用封筒にて郵送による返送を依頼し回収した。

4) 調査項目

調査項目は、下記のおりであった。

(1) 所在地域の人口構成、所在地特性等について

所在地特性は、以下の6つの特性から選択するように求めた。すなわち、

「都市部であり高齢化率が20%以下」

「都市部であり高齢化率が20%以上」

「平野（盆地・沿岸部含）で高齢化率が20～30%で生活に支障をきたす雪は降らない」

「平野（盆地・沿岸部含）で高齢化率が20～30%で生活に支障をきたす程雪が降る」

「山間（山岳）離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない」

「山間（山岳）離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る」

の項目であった。

(2) 設置形態、職員構成等の活動状況について

地域包括支援センターの設置形態、職員の配置状況などの職員構成について回答を求めた。

(3) 回答者の属性

回答者の性別、年齢、職歴等の属性について回答を求めた。

(4) 業務内容の評価と困難さについて

地域包括支援センターが実施する主たる8つの事業に関して、力を入れている事業の内容を尋ねた。さらに、各事業についての業務評価ならびに困難さを5段階評価にて回答を求めた。

(5) 地域におけるソーシャルキャピタルの自己評価について

地域におけるソーシャルキャピタル（社会資源）の活用、連携に関して、社会的信頼、社会参加、ネットワークの観点から、9段階評価にて回答を求めた。

(6) アウトリーチ活動の評価ならびに、アウトリーチ活動を支える役割と条件の評価について

て

地域包括支援センターの社会援助業務のうち、積極的に地域や住民に働きかけるアウトリーチ（積極的介入）に関して、久松（2006）による在宅介護支援センターを対象としたアウトリーチに関する尺度を使用して、回答を求めた。

（7）回答者における業務肯定感について

回答者に対して、地域包括支援センターにおける業務上のやりがいや学びに関して、4件法を用いて回答を求めた。

3. 結果と考察

1) 属性

(1) 対象事業所の所在地域

対象事業所の所在地域を国内10地域に分類したところ表3-1の通りであった。

地域包括支援センターは、2万人に1か所を設置目安としているため人口と比例して設置数が異なっている。

表3-1 対象事業所の所在地

	カテゴリー名	n	%
1	北海道	46	5.2
2	東北	107	12.1
3	関東	220	24.9
4	甲信越	46	5.2
5	北陸	33	3.7
6	東海	112	12.7
7	近畿	127	14.4
8	中国	66	7.5
9	四国	30	3.4
10	九州・沖縄	97	11.0
	不明	5	
	全体	889	100.0

(2) 対象事業所（地域包括支援センター）の人員配置

つぎに、地域包括支援センターの人員配置に関する結果を、表3-2に示した。全体の平均は5.84人であった。1事業所の最大員数が46名、最小が1名であった。最大並び最小の数値は、兼務を前提とした数値と思われる。そのため、結果の平均値は、回答の偏りによる誤差が大きく含まれるといえる。ただし、

図3-1に人員配置の頻度を設置形態別に示した。この結果からもわかるとおり、1事業所3名から6名程度の配置がもっとも多いといえる。しかし、1名ないし2名の事業所もあり、専属の人員が3名以下の事業所が一定数存在することがうかがわれた。

本調査結果からは、これは兼務によるものなのか、社会福祉士、保健師もしくは看護師、ケアマネジャーが規定どおり配置されていない現状が存在するのか、2名以下と回答した事業所の実態は不明である。

また、10名以上の配置のある事業所も委託、市区町村直営ともに存在した。これも兼務の人数を記載しているのか不明である。

事業所のセンター職員の内訳は、表3-2に示したとおりであり、これらの平均を見ると、各役職は最小1名が示されていた。このことから、上記の全体の人員配置には兼務者

が含まれていることが推測される。

また、回答数を内訳の職種名称の後に括弧で示した。この数値からは、主任ケアマネジャーの回答が 778 件、ケアマネジャーの回答が 432 件と、主任ケアマネジャーが配置されている割合が高いことがうかがわれる。

表 3-2 地域包括支援センターの人員配置 (N)

	平均	標準偏差	最大	最小
センター職員全体数 (N=855)	5.84	4.27	46.00	1.00
内訳 社会福祉士 (n=783)	1.47	1.02	15.00	1.00
ケアマネジャー (n=432)	2.33	2.24	17.00	1.00
保健師/看護師 (n=842)	1.64	1.33	16.00	1.00
主任ケアマネジャー (n=778)	1.20	0.63	10.00	1.00
その他の職員 (n=344)	1.65	1.09	9.00	1.00

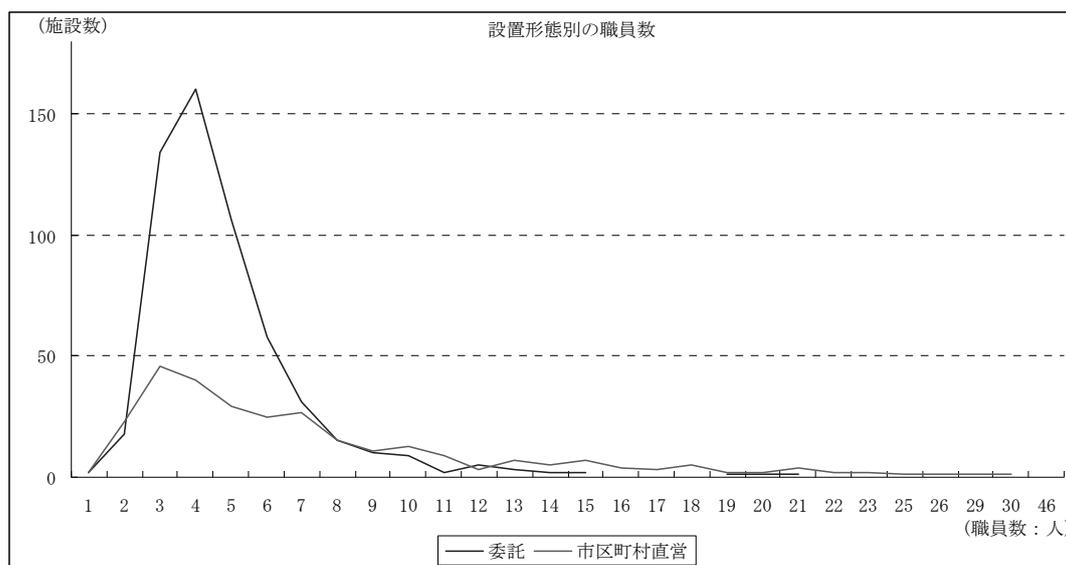


図3-1 設置形態別の職員数

(3) 対象事業所の地域特性分類

対象事業所の地域特性分類を回答者の判断でたずねた。地域特性の分類は、平成 20 年度当センターが実施した調査結果、1,439 事業所を対象とした質問紙調査（平成 20 年度老人保健健康増進等補助事業「地域特性に応じた効果的な認知症および介護予防活動促進に関する研究」）から対応分析を行った結果の分類であり、分類指標としてはその地域の客観的な数量化可能な特性を用いており、人口、人口密度、高齢化率、公共交通機関の利便性、降雪の生活への影響をもとにしている。なお、地域特性分類の指標は表 3-4 に示す通りであり、今回は、都市部と平野部については人口密度と降雪を 2 分類した。

結果、表3-3の通りであった。「平野（盆地・沿岸部含）で高齢化率が20～30%で生活に支障をきたす雪は降らない」が36.5%で最も多く、次いで「都市部であり高齢化率20%以上」と続いている。

表3-3 事業所の地域特性分類

	カテゴリー名	n	%
1	都市部であり高齢化率が20%以下	146	16.7
2	都市部であり高齢化率が20%以上	149	17.0
3	平野（盆地・沿岸部含）で高齢化率が20～30%で生活に支障をきたす雪は降らない	319	36.5
4	平野（盆地・沿岸部含）で高齢化率が20～30%で生活に支障をきたす程雪が降る	116	13.3
5	山間（山岳）離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない	81	9.3
6	山間（山岳）離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	63	7.2
	不明	15	
	全体	889	100.0

表3-4 地域特性分類の指標

(1) 都市部、人口密度高グループ

都市部であり、1キロ平方メートルあたりの人口密度が極めて高く（5,000人以上）、高齢化率は20%以下、事業実施場所までのアクセスも良い地域である。

これらの地域の多くの場合、大都市が多く、東京、横浜、名古屋、大阪など大都市中心部はこの地域にあてはまる。関東、近畿の一部に多い傾向がある。

(2) 平野（盆地）、沿岸部グループ

盆地も含む平野部や沿岸部であり、1キロ平方メートルあたりの人口密度は5,000人以下、降雪はあるが生活に支障をきたさない程度で、高齢化率は20～30%、事業実施場所までのアクセスはあまり良くない地域である。

地域では、九州沖縄、北陸、四国、甲信越、東北の一部の地域に多い傾向がある。

(3) 山間（山岳）離島部、高齢化率高グループ

離島や山間（山岳）部であり、1キロ平方メートルあたりの人口密度は100人以下ときわめて低く、雪は生活に支障の無い程度もしくは降らない、高齢化率は30%以上、事業実施場所までのアクセスは極めて悪い地域である。

地域では、北海道や中国地方、東北の一部の地域に多い傾向がある。

(4) 山間（山岳）離島部、高齢化率高、豪雪グループ

離島や山間（山岳）部であり、1キロ平方メートルあたりの人口密度は100人以下ときわめて低く、豪雪地域、高齢化率は30%以上、事業実施場所までのアクセスは極めて悪い地域である。

地域では、北海道や中国地方、東北の一部の地域に多い傾向がある。

※平成20年度老人保健健康増進等補助事業「地域特性に応じた効果的な認知症および介護予防活動促進に関する研究」報告書より作成

2) 地域包括支援センターの業務評価

アンケート調査では、回答者が所属する地域包括支援センターにおける各活動について「評価」「困難さ」「やりがい」についてそれぞれ5段階で尋ねた。各活動の内容は、「総合相談業務」「虐待や見守りのネットワーク構築」「虐待や困難事例への対応」「成年後見制度などの権利擁護事業」「関係機関や主治医、他職種連携」「介護支援専門員への個別支援」「インフォーマルサービスとの連携体制作り」「予防給付・介護予防マネジメント事業」の8項目である。

「評価」は「1. かなりできている」から「5. できていない」の5段階、「困難さ」と「やりがい」は「1. おおいに感じている」から「5. まったく感じていない」の5段階で回答してもらった。以下、本項では「評価」「困難さ」の2点を8項目とクロスしてみていくことにする。

(1) 「評価」について

結果の度数を表3-5～表3-12に示した。

表3-5 「総合相談業務」の「評価」について

		合計	総合相談業務について 評価					不明
			い で き て い な	て い な い	あ ま り で き	い え な い	ど ち ら と も	
全体		855	0	32	136	623	64	6
		100.0	0.0	3.7	15.9	72.9	7.5	
センターの 設置形態	委託	563	0	17	74	432	40	5
		100.0	0.0	3.0	13.1	76.7	7.1	
	市区町村直営	292	0	15	62	191	24	1
		100.0	0.0	5.1	21.2	65.4	8.2	

表3-6 「虐待や見守りのネットワーク構築」の「評価」について

		合計	虐待や見守りネットワーク構築について_評価					不明
			い で き て い な	て い な い	あ ま り で き	い え な い	ど ち ら と も	
全体		857	41	221	304	283	8	4
		100.0	4.8	25.8	35.5	33.0	0.9	
センターの 設置形態	委託	564	21	159	208	172	4	4
		100.0	3.7	28.2	36.9	30.5	0.7	
	市区町村直営	293	20	62	96	111	4	0
		100.0	6.8	21.2	32.8	37.9	1.4	

表 3-7 「虐待や困難事例への対応」の「評価」について

		合計	虐待や困難事例への対応について_評価					不明
			い で き て い な	て い な い	あ ま り で き	い え な い	ど ち ら と も	
全体		857 100.0	5 0.6	79 9.2	268 31.3	477 55.7	28 3.3	4
センターの 設置形態	委託	564 100.0	4 0.7	50 8.9	180 31.9	312 55.3	18 3.2	4
	市区町村直営	293 100.0	1 0.3	29 9.9	88 30.0	165 56.3	10 3.4	0

表 3-8 「成年後見制度などの権利擁護事業」の「評価」について

		合計	成年後見制度などの権利擁護事業について_評価					不明
			い で き て い な	て い な い	あ ま り で き	い え な い	ど ち ら と も	
全体		856 100.0	45 5.3	218 25.5	254 29.7	309 36.1	30 3.5	5
センターの 設置形態	委託	563 100.0	23 4.1	134 23.8	187 33.2	205 36.4	14 2.5	5
	市区町村直営	293 100.0	22 7.5	84 28.7	67 22.9	104 35.5	16 5.5	0

表 3-9 「関係機関や主治医、他職種連携」の「評価」について

		合計	関係機関や主治医、他職種連携について_評価					不明
			い で き て い な	て い な い	あ ま り で き	い え な い	ど ち ら と も	
全体		860 100.0	2 0.2	58 6.7	202 23.5	550 64.0	48 5.6	1
センターの 設置形態	委託	567 100.0	2 0.4	45 7.9	129 22.8	363 64.0	28 4.9	1
	市区町村直営	293 100.0	0 0.0	13 4.4	73 24.9	187 63.8	20 6.8	0

表3-10 「介護支援専門員への個別支援」の「評価」について

		合計	介護支援専門員への個別支援について_評価					不明
			い で き て い な	て い な い	あ ま り で き	い え な い	ど ち ら と も	
全体		855 100.0	12 1.4	75 8.8	189 22.1	523 61.2	56 6.5	6
センターの 設置形態	委託	564 100.0	9 1.6	55 9.8	131 23.2	337 59.8	32 5.7	4
	市区町村直営	291 100.0	3 1.0	20 6.9	58 19.9	186 63.9	24 8.2	2

表3-11 「インフォーマルサービスとの連携体制作り」の「評価」について

		合計	インフォーマルサービスとの連携体制作りについて_評価					不明
			い で き て い な	て い な い	あ ま り で き	い え な い	ど ち ら と も	
全体		857 100.0	20 2.3	201 23.5	307 35.8	316 36.9	13 1.5	4
センターの 設置形態	委託	564 100.0	13 2.3	143 25.4	189 33.5	211 37.4	8 1.4	4
	市区町村直営	293 100.0	7 2.4	58 19.8	118 40.3	105 35.8	5 1.7	0

表3-12 「予防給付・介護予防マネジメント事業」の「評価」について

		合計	予防給付・介護予防マネジメント事業について_評価					不明
			い で き て い な	て い な い	あ ま り で き	い え な い	ど ち ら と も	
全体		860 100.0	5 0.6	31 3.6	106 12.3	586 68.1	132 15.3	1
センターの 設置形態	委託	567 100.0	5 0.9	20 3.5	66 11.6	383 67.5	93 16.4	1
	市区町村直営	293 100.0	0 0.0	11 3.8	40 13.7	203 69.3	39 13.3	0

これらの結果から、「総合相談業務」の評価点が高くまた割合も一番高いのは「ある程度できている」が 72.9%を占め、他の業務と比較してできていると評価されている。次に、「予防給付・介護予防マネジメント事業」が「ある程度できている」が 68.1%、「関係機関や主治医、他職種連携」が 64%と続いている。

この「総合相談業務」は、地域包括支援センター設置以前の在宅介護支援センターが担っていた業務でもあり、名称や役割が替わったとはいえ、引き続き業務の中核を担っていると考えられる。また、「予防給付・介護予防マネジメント事業」は、多くの地域包括支援センターにおいて、この業務に忙殺されまた追われているとも指摘されている。その裏付けとして、7割近い回答者の地域包括支援センターでできていると評価されている。「関係機関や主治医、他職種連携」も「総合相談業務」同様に、在宅介護支援センター時代から実施されていた活動であり、その活動の成果が引き継がれているととらえることができる。したがって、在宅介護支援センターの活動が地域包括支援センターにおいても展開され、そのうえに多くの地域包括支援センターが業務の大半を示す新たな活動である「予防給付・介護予防マネジメント事業」が、実施されていると評価していることがわかった。

一方、「虐待や見守りのネットワーク構築」では「あまりできていない」25.8%と高く、回答者の1/4以上は評価点が低い結果となっており、できていないという評価となっている。次に、「成年後見制度などの権利擁護事業」の「あまりできていない」が 25.5%と同様の結果となっており、「インフォーマルサービスとの連携体制作り」の「あまりできていない」23.5%と続いている。

ネットワーク構築は一朝一夕にはできず、地道で長期にわたる地域住民との協働が必要である。それが、「虐待や見守り」といった「家庭内」のこととなると、なおさら長期間の人間関係（地域包括支援センター職員と地域住民間）の構築が必要要件であり、十分な相互の信頼関係の基盤の上に成立するものである。現状の地域包括支援センターでは、ネットワーク構築に割ける十分な人材的・時間的余裕がない背景が考えられる。

また、「成年後見制度などの権利擁護事業」や「インフォーマルサービスとの連携体制作り」の評価も低いことがわかったが、これらも既存の社会資源にリンクさせるように短時間で業務遂行できるものではない。「成年後見制度」であれば、高齢者や家族が納得するまで十分なまた何回かにわたる説明や手続きが必要である。これらのことを踏まえて考えれば、「虐待や見守りのネットワーク構築」同様、活動を遂行するにはある程度の時間が必要であることがわかる。つまり、地域包括支援センターにおいて、時間をかけてあるいは時間がかかる活動については、短時間でその成果が出しにくくその結果として評価も下がる傾向にあると考えられる。

3) 地域包括支援センターの業務評価

結果の度数を表3-13～表3-20に示した。

表3-13 「総合相談業務」の「困難さ」について

		合計	総合相談支援業務_困難さ					不明	
			じていない	まったく感	ていない	あまり感じ	いえない		どちらとも
全体		840 100.0	1 0.1	45 5.4	137 16.3	461 54.9	196 23.3	21	
センターの 設置形態	委託	551 100.0	0 0.0	31 5.6	92 16.7	305 55.4	123 22.3	17	
	市区町村直営	289 100.0	1 0.3	14 4.8	45 15.6	156 54.0	73 25.3	4	

表3-14 「虐待や見守りのネットワーク構築」の「困難さ」について

		合計	虐待や見守りネットワーク構築について_困難さ					不明	
			じていない	まったく感	ていない	あまり感じ	いえない		どちらとも
全体		830 100.0	0 0.0	13 1.6	103 12.4	352 42.4	362 43.6	31	
センターの 設置形態	委託	547 100.0	0 0.0	8 1.5	57 10.4	235 43.0	247 45.2	21	
	市区町村直営	283 100.0	0 0.0	5 1.8	46 16.3	117 41.3	115 40.6	10	

表3-15 「虐待や困難事例への対応」の「困難さ」について

		合計	虐待や困難事例への対応について_困難さ					不明	
			じていない	まったく感	ていない	あまり感じ	いえない		どちらとも
全体		837 100.0	0 0.0	15 1.8	78 9.3	311 37.2	433 51.7	24	
センターの 設置形態	委託	552 100.0	0 0.0	11 2.0	49 8.9	207 37.5	285 51.6	16	
	市区町村直営	285 100.0	0 0.0	4 1.4	29 10.2	104 36.5	148 51.9	8	

表3-16 「成年後見制度などの権利擁護事業」の「困難さ」について

		合計	成年後見制度などの権利擁護事業について_困難さ					不明	
			じていない	まったく感	ていない	あまり感じ	いえない		どちらとも
全体		847 100.0	0 0.0	36 4.3	162 19.1	362 42.7	287 33.9	14	
センターの 設置形態	委託	558 100.0	0 0.0	23 4.1	104 18.6	252 45.2	179 32.1	10	
	市区町村直営	289 100.0	0 0.0	13 4.5	58 20.1	110 38.1	108 37.4	4	

表3-17 「関係機関や主治医、他職種連携」の「困難さ」について

		合計	関係機関や主治医、他職種連携について_困難さ					不明	
			じていない	まったく感	ていない	あまり感じ	いえない		どちらとも
全体		848 100.0	0 0.0	86 10.1	183 21.6	439 51.8	140 16.5	13	
センターの 設置形態	委託	559 100.0	0 0.0	53 9.5	113 20.2	292 52.2	101 18.1	9	
	市区町村直営	289 100.0	0 0.0	33 11.4	70 24.2	147 50.9	39 13.5	4	

表3-18 「介護支援専門員への個別支援」の「困難さ」について

		合計	介護支援専門員への個別支援について_困難さ					不明	
			じていない	まったく感	ていない	あまり感じ	いえない		どちらとも
全体		840 100.0	7 0.8	82 9.8	214 25.5	420 50.0	117 13.9	21	
センターの 設置形態	委託	552 100.0	3 0.5	57 10.3	134 24.3	278 50.4	80 14.5	16	
	市区町村直営	288 100.0	4 1.4	25 8.7	80 27.8	142 49.3	37 12.8	5	

表3-19 「インフォーマルサービスとの連携体制作り」の「困難さ」について

		合計	インフォーマルサービスとの連携体制作りについて_困難さ						不明
			じていない	まったく感	ていない	あまり感じ	いえない	どちらとも	
全体		834	2	57	237	379	159	27	
		100.0	0.2	6.8	28.4	45.4	19.1		
センターの 設置形態	委託	549	1	45	152	245	106	19	
		100.0	0.2	8.2	27.7	44.6	19.3		
	市区町村直営	285	1	12	85	134	53	8	
		100.0	0.4	4.2	29.8	47.0	18.6		

表3-20 「予防給付・介護予防マネジメント事業」の「困難さ」について

		合計	予防給付・介護予防マネジメント事業について_困難さ						不明
			じていない	まったく感	ていない	あまり感じ	いえない	どちらとも	
全体		852	4	86	238	387	137	9	
		100.0	0.5	10.1	27.9	45.4	16.1		
センターの 設置形態	委託	562	3	60	159	246	94	6	
		100.0	0.5	10.7	28.3	43.8	16.7		
	市区町村直営	290	1	26	79	141	43	3	
		100.0	0.3	9.0	27.2	48.6	14.8		

これらの結果から一番「困難さ」が伴うのは、「総合相談業務」の「ある程度感じている」54.9%である。しかし、「虐待や見守りのネットワーク構築」の項目では「ある程度感じている」42.4%、「おおいに感じている」43.6%の僅差であり、両者を足すと86%の回答者が「困難」と感じている。また、「虐待や困難事例への対応」の項目でも、「おおいに感じている」51.7%、「ある程度感じている」37.2%であり、両者を足すと88.9%と約9割に近い回答者が「困難」と感じていることがわかる。また、「関係機関や主治医、他職種連携」と「介護支援専門員への個別支援」においても「ある程度感じている」の単独の回答者が5割を超えていることがわかる。

これらの「困難さ」の背景には、前述の通りその活動が一朝一夕で短期間で活動が完結できず、時間を要することがわかる。「総合相談業務」にはもちろん認知症高齢者に関する相談や、複合ニーズによるいわゆる多問題事例や困難事例なども含まれる。そういった相談援助活動に時間を割く必要がある活動が「総合相談業務」の特性でもある。したがって、この「総合相談業務」に「困難さ」を感じることは理解できる。

「虐待」に関するかかわりについては9割近くの回答者が「困難さ」を感じている。「虐待」に関する活動は、質問項目のように「ネットワーク構築」や具体的事例への「対応」というように一連のかかわりが含まれる。これらの活動に「困難さ」を感じるということは、「虐待」に関する活動自体が、困難さを伴う特性があるといえる。もちろん、地域包括支援センターの一職員（回答者）のみが虐待事例にかかわるのではなく、地域包括支援センター職員一丸となって活動を展開するものである。地域包括支援センターにおける虐待対応のマニュアルも刊行されているが、マニュアルに該当しないかかわりも当然必要とされるため、虐待対応における日々の活動のなかで、職員に対する何らかの支援システムや軽減策がないと、「困難さ」を持ちつつ活動することになり、職員の対応力を強化する必要がある。

「関係機関や主治医、他職種連携」と「介護支援専門員への個別支援」に「困難さ」を「ある程度感じる」回答者が半数を超えたが、その背景には地域包括支援センター職員の力量のありようとそれが十分に発揮されているかという視点が重要だと思われる。つまり、「連携力」や介護支援専門員への「支援力」である。「連携」については、在宅介護支援センター時代から実施されているが、地域包括支援センターに替わってもそれが困難性を帯びているということは、他職種との連携の難しさの特性があるものと考えられる。

また、「介護支援専門員への個別支援」は地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが中心となって活動を展開するが、地域包括支援センターの設置や介護支援専門員への支援の位置づけの日がまだ浅いことから、職員自身にその力量が十分に備わっているのかという背景も考えられる。したがって、「連携力」「支援力」を身につけることが重要な課題であろう。

4) 地域特性別による業務評価と困難さの検討

表3-21は、各業務内容の業務評価と困難さを、地域特性別に示している。太字網掛けの数字は40%以上の回答があったものを、斜体字網掛けの数字は30%以上40%未満の回答があったものを、網掛けの数字は20%以上30%未満の回答があったものを示している。

その結果、業務評価に関しては、各事業の全体の回答傾向として、先の特に力を入れている業務にあげられた「総合相談業務」「予防給付・介護予防マネジメント事業」は、「ある程度できている」がそれぞれ72.9%、68.1%であった。この2つの項目は、地域特性においても評価のばらつきは大きくなかった。

一方、「虐待や見守りネットワーク構築」「成年後見制度などの権利擁護事業」「インフォーマルサービスとの連携体制作り」は、全体の回答傾向にばらつきが示され、地域特性においても、同様にばらつきが示された。地域特性の「都市部」に分類される地域は、この3事業とも「ある程度できている」と40%以上が回答していた。一方他の地域特性の地域は20%から30%であった。その中で、「成年後見制度などの権利擁護事業」に関して、「山間（山岳）離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る」の地域特性のセンターは「あまりできていない」（44.4%）と回答していた。

業務の困難さの評価に関しては、表3-21に示されるとおり、各事業とも「ある程度感じている」が40%以上を占める回答であった。その中で、「虐待や見守りネットワーク構築」と「虐待や困難事例への対応」が「おおいに感じている」の回答が40%を超えていた。

表3-21 地域特性別による地域包括支援センターの業務評価と困難さ

地域特性	IV.1) 総合相談支援業務 評価				IV.1) 総合相談支援業務 困難さ							
	合計	できていない	あまりできていない	どちらでもない	かなりできている	不明	まったく感じていない	あまり感じていない	どちらでもない	おおいに感じている	不明	
全体	855 100.0	0 0.0	32 3.7	136 15.9	623 72.9	64 7.5	1 0.1	45 5.4	137 16.3	461 54.9	196 23.3	21
都市部であり高齢化率が20%以下	143 100.0	0 0.0	4 2.8	12 8.4	113 79.0	14 9.8	0 0.0	7 5.0	22 15.6	77 54.6	35 24.8	4
都市部であり高齢化率が20%以上	149 100.0	0 0.0	3 2.0	15 10.1	118 79.2	13 8.7	0 0.0	7 4.7	31 20.9	70 47.3	40 27.0	1
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす雪は降らない	311 100.0	0 0.0	11 3.5	61 19.6	219 70.4	20 6.4	2 0.6	21 6.8	50 16.2	176 57.1	60 19.5	5
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪が降る	111 100.0	0 0.0	8 7.2	18 16.2	77 69.4	8 7.2	2 0.0	3 2.9	14 13.3	62 59.0	26 24.8	8
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない	78 100.0	0 0.0	3 3.8	20 25.6	48 61.5	7 9.0	0 0.0	1 1.3	8 10.5	46 60.5	21 27.6	2
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	63 100.0	0 0.0	3 4.8	10 15.9	48 76.2	2 3.2	0 0.0	6 9.7	12 19.4	30 48.4	14 22.6	1

地域特性	IV.2) 虐待や見守りネットワーク構築について 評価				IV.2) 虐待や見守りネットワーク構築について 困難さ							
	合計	できていない	あまりできていない	どちらでもない	かなりできている	不明	まったく感じていない	あまり感じていない	どちらでもない	おおいに感じている	不明	
全体	857 100.0	41 4.8	221 25.8	304 35.5	283 33.0	8 0.9	0 0.0	13 1.6	103 12.4	352 42.4	362 43.6	31
都市部であり高齢化率が20%以下	143 100.0	4 2.8	29 20.3	57 35.7	58 40.6	1 0.7	2 1.4	1 0.7	12 8.8	57 41.6	67 48.9	8
都市部であり高齢化率が20%以上	148 100.0	5 3.4	34 23.0	61 41.2	46 31.1	2 1.4	1 0.7	1 0.7	23 16.2	54 38.0	64 45.1	7
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす雪は降らない	312 100.0	21 6.7	84 26.9	112 35.9	92 29.5	3 1.0	1 0.3	10 3.3	34 11.1	134 43.8	128 41.8	7
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪が降る	113 100.0	3 2.7	37 32.7	34 30.1	38 33.6	1 0.9	0 0.0	0 0.0	11 10.3	52 48.6	44 41.1	6
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない	78 100.0	6 7.7	21 26.9	26 33.3	24 30.8	1 1.3	0 0.0	0 0.0	8 10.5	32 42.1	36 47.4	2
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	63 100.0	2 3.2	16 25.4	20 31.7	25 39.7	0 0.0	0 0.0	1 1.6	15 24.2	23 37.1	23 37.1	1

地域特性	IV.3) 虐待や困難事例への対応について 評価				IV.3) 虐待や困難事例への対応について 困難さ							
	合計	できていない	あまりできていない	どちらでもない	かなりできている	不明	まったく感じていない	あまり感じていない	どちらでもない	おおいに感じている	不明	
全体	857 100.0	5 0.6	79 9.2	268 31.3	477 55.7	28 3.3	0 0.0	15 1.8	78 9.3	311 37.2	433 51.7	24
都市部であり高齢化率が20%以下	142 100.0	1 0.7	11 7.7	42 29.6	82 57.7	6 4.2	3 2.1	2 1.4	13 9.3	53 37.9	72 51.4	5
都市部であり高齢化率が20%以上	148 100.0	0 0.0	10 6.8	41 27.7	88 59.5	9 6.1	1 0.7	2 1.4	16 11.2	50 35.0	75 52.4	6
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす雪は降らない	313 100.0	2 0.6	29 9.3	104 33.2	172 55.0	6 1.9	0 0.0	8 2.6	26 8.4	114 37.0	160 51.9	5
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪が降る	113 100.0	2 1.8	12 10.6	35 31.0	60 53.1	4 3.5	0 0.0	1 0.9	12 11.1	41 38.0	54 50.0	5
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない	78 100.0	0 0.0	9 11.5	28 35.9	39 50.0	2 2.6	0 0.0	0 0.0	5 6.6	28 36.8	43 56.6	2
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	63 100.0	0 0.0	8 12.7	18 28.6	36 57.1	1 1.6	0 0.0	2 3.2	6 9.7	25 40.3	29 46.8	1

地域特性	IV.4) 成年後見制度などの権利擁護事業について 評価				IV.4) 成年後見制度などの権利擁護事業について 困難さ					
	合計	できていない	あまりできていない	どちらともいえない	合計	まったく感じていない	どちらともいえない	あまり感じていない	おおいに感じている	不明
全体	856 100.0	45 5.3	218 25.5	254 29.7	309 36.1	30 3.5	362 42.7	162 19.1	287 33.9	14
都市部であり高齢化率が20%以下	143 100.0	3 2.1	27 18.9	46 32.2	62 43.4	5 3.5	69 48.6	23 16.2	44 31.0	3
都市部であり高齢化率が20%以上	147 100.0	6 4.1	30 20.4	42 28.6	60 40.8	9 6.1	56 38.6	28 19.3	51 35.2	4
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす雪は降らない	312 100.0	18 5.8	78 25.0	102 32.7	103 33.0	11 3.5	130 41.7	65 20.8	105 33.7	1
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪が降る	113 100.0	4 3.5	33 29.2	29 25.7	44 38.9	3 2.7	47 43.1	19 17.4	37 33.9	4
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない	78 100.0	7 9.0	22 28.2	24 30.8	24 30.8	1 1.3	35 46.1	13 17.1	28 36.8	2
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	63 100.0	7 11.1	28 44.4	11 17.5	16 25.4	1 1.6	25 39.7	14 22.2	22 34.9	0

地域特性	IV.5) 関係機関や主治医、他職種連携について 評価				IV.5) 関係機関や主治医、他職種連携について 困難さ					
	合計	できていない	あまりできていない	どちらともいえない	合計	まったく感じていない	どちらともいえない	あまり感じていない	おおいに感じている	不明
全体	860 100.0	2 0.2	58 6.7	202 23.5	550 64.0	48 5.6	439 51.8	183 21.6	140 16.5	13
都市部であり高齢化率が20%以下	144 100.0	0 0.0	8 5.6	30 20.8	100 69.4	6 4.2	82 57.3	25 17.5	27 18.9	2
都市部であり高齢化率が20%以上	149 100.0	2 1.3	13 8.7	27 18.1	101 67.8	6 4.0	72 49.3	30 20.5	28 19.2	3
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす雪は降らない	313 100.0	0 0.0	24 7.7	94 30.0	177 56.5	18 5.8	151 48.6	75 24.1	51 16.4	2
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪が降る	113 100.0	0 0.0	7 6.2	24 21.2	74 65.5	8 7.1	63 57.3	21 19.1	15 13.6	3
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない	78 100.0	0 0.0	6 7.7	19 24.4	47 60.3	6 7.7	38 50.0	18 23.7	13 17.1	2
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	63 100.0	0 0.0	0 0.0	8 12.7	51 81.0	4 6.3	33 53.2	14 22.6	6 9.7	1

地域特性	IV.6) 介護支援専門員への個別支援について 評価				IV.6) 介護支援専門員への個別支援について 困難さ					
	合計	できていない	あまりできていない	どちらともいえない	合計	まったく感じていない	どちらともいえない	あまり感じていない	おおいに感じている	不明
全体	855 100.0	12 1.4	75 8.8	189 22.1	523 61.2	56 6.5	420 50.0	214 25.5	117 13.9	21
都市部であり高齢化率が20%以下	144 100.0	1 0.7	13 9.0	29 20.1	93 64.6	8 5.6	73 51.0	31 21.7	22 15.4	2
都市部であり高齢化率が20%以上	148 100.0	3 2.0	15 10.1	30 20.3	87 58.8	13 8.8	66 46.8	28 19.9	30 21.3	8
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす雪は降らない	312 100.0	4 1.3	22 7.1	79 25.3	191 61.2	16 5.1	166 53.4	81 26.0	32 10.3	2
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪が降る	111 100.0	1 1.8	13 11.7	21 18.9	66 59.5	9 8.1	50 46.7	33 30.8	16 15.0	6
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない	77 100.0	1 1.3	5 6.5	21 27.3	42 54.5	8 10.4	33 44.0	23 30.7	11 14.7	3
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	63 100.0	1 1.6	7 11.1	9 14.3	44 69.8	2 3.2	32 50.8	18 28.6	6 9.5	0

地域特性	IV.7) インフォーマルサービスとの連携体制作りについて					IV.7) インフォーマルサービスとの連携体制作りについて								
	合計	できていない	あまりできていない	どちらでもない	ある程度できている	かなりできている	不明	合計	まったく感じていない	あまり感じていない	どちらでもない	ある程度感じている	おおおいに感じている	不明
全体	857 100.0	20 2.3	201 23.5	307 35.8	316 36.9	13 1.5	4	834 100.0	2 0.2	57 6.8	237 28.4	379 45.4	159 19.1	27
都市部であり高齢化率が20%以下	144 100.0	5 3.5	34 23.6	42 29.2	61 42.4	2 1.4	1	141 100.0	0 0.0	12 8.5	41 29.1	62 44.0	26 18.4	4
都市部であり高齢化率が20%以上	148 100.0	3 2.0	34 23.0	49 33.1	60 40.5	2 1.4	1	143 100.0	1 0.7	12 8.4	40 28.0	53 37.1	37 25.9	6
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪は降らない	311 100.0	7 2.3	74 23.8	124 39.9	100 32.2	6 1.9	2	304 100.0	0 0.3	16 5.3	86 28.3	146 48.0	55 18.1	9
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪が降る	113 100.0	2 1.8	24 21.2	42 37.2	45 39.8	0 0.0	0	109 100.0	0 0.0	5 4.6	26 23.9	61 56.0	17 15.6	4
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪は降らない	78 100.0	2 2.6	17 21.8	30 38.5	27 34.6	2 2.6	0	75 100.0	0 0.0	4 5.3	24 32.0	31 41.3	16 21.3	3
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	63 100.0	1 1.6	18 28.6	20 31.7	23 36.5	1 1.6	0	62 100.0	0 0.0	8 12.9	20 32.3	26 41.9	8 12.9	1

地域特性	IV.8) 予防給付・介護予防マネジメント事業について					IV.8) 予防給付・介護予防マネジメント事業について								
	合計	できていない	あまりできていない	どちらでもない	ある程度できている	かなりできている	不明	合計	まったく感じていない	あまり感じていない	どちらでもない	ある程度感じている	おおおいに感じている	不明
全体	860 100.0	5 0.6	31 3.6	106 12.3	586 68.1	132 15.3	1	852 100.0	4 0.5	86 10.1	238 27.9	387 45.4	137 16.1	9
都市部であり高齢化率が20%以下	144 100.0	1 0.7	7 4.9	16 11.1	90 62.5	30 20.8	1	143 100.0	1 0.7	10 7.0	34 23.8	76 53.1	22 15.4	2
都市部であり高齢化率が20%以上	149 100.0	2 1.3	4 2.7	16 10.7	104 69.8	23 15.4	0	147 100.0	0 0.0	20 13.6	37 25.2	61 41.5	29 19.7	2
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪は降らない	313 100.0	1 0.3	5 1.6	42 13.4	216 69.0	49 15.7	0	311 100.0	3 1.0	31 10.0	101 32.5	138 44.4	38 12.2	2
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪が降る	113 100.0	0 0.0	7 6.2	17 15.0	75 66.4	14 12.4	0	112 100.0	0 0.0	12 10.7	22 19.6	51 45.5	27 24.1	1
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪は降らない	78 100.0	1 1.3	6 7.7	11 14.1	55 70.5	5 6.4	0	76 100.0	0 0.0	4 5.3	23 30.3	35 46.1	14 18.4	2
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	63 100.0	0 0.0	2 3.2	4 6.3	46 73.0	11 17.5	0	63 100.0	0 0.0	9 14.3	21 33.3	26 41.3	7 11.1	0

5) 地域包括支援センターの業務評価と困難さの結果のまとめ(地域特性)

以上より、まず、地域包括支援センターが特に力を入れている業務は「総合相談業務」と「予防給付・介護予防マネジメント事業」が示された。この2事業は、地域包括支援センターに求められている現状の事業の中核であることから、妥当な結果であったといえる。しかし、逆とらえると、この2事業以外は、十分に取組みられていないと受け取ることも可能であろう。

つぎに、業務評価として、上記の2事業「総合相談業務」と「予防給付・介護予防マネジメント事業」の評価は良好であり、地域特性の差異も認められなかった。一方、「虐待や見守りネットワーク構築」「成年後見制度などの権利擁護事業」「インフォーマルサービスとの連携体制作り」には評価のばらつきが全体ならび地域特性別に示された。これは、実施状況にばらつきがあることが理由の一つとして考えられる。さらに地域特性によるばらつきからは、都市部においてこの3事業の必要性が視われる。一方、「成年後見制度などの権利擁護事業」について「山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る」の地域特性のセンターで「あまりできていない」と示されたことは、このような地域特性における成年後見制度の必要性が高いが取組み切れていない現状がうかがえる。

つぎに、業務の困難さには全体、地域特性ともに大きなばらつきはなかった。その中で「虐待や見守りネットワーク構築」と「虐待や困難事例への対応」におおいに困難さ感じている結果が示されたことは、この2事業の取組みの困難さを示しているといえる。

6) 地域包括支援センターが特に力を入れている業務

次に、地域包括支援センターの業務である8項目について、「特に力を入れている業務」と「次に力を入れている業務」の上位2つを尋ねた。結果の度数は、表3-22、図3-2と表3-23、図3-3である。

表3-22 特に力を入れている業務

	合計	特に力を入れている業務								不明
		総合相談支援業務	虐待や見守りネットワーク構築	虐待や困難事例への対応	成年後見制度などの権利擁護事業	関係機関や主治医、他職種連携	介護支援専門員への個別支援	インフォーマルサービスとの連携体制作り	予防給付・介護予防マネジメント事業	
全体	594 100.0	292 49.2	49 8.2	43 7.2	3 0.5	32 5.4	5 0.8	22 3.7	149 25.1	267
委託	389 100.0	188 48.3	40 10.3	25 6.4	1 0.3	20 5.1	2 0.5	17 4.4	97 24.9	179
市区町村直営	205 100.0	104 50.7	9 4.4	18 8.8	2 1.0	12 5.9	3 1.5	5 2.4	52 25.4	88

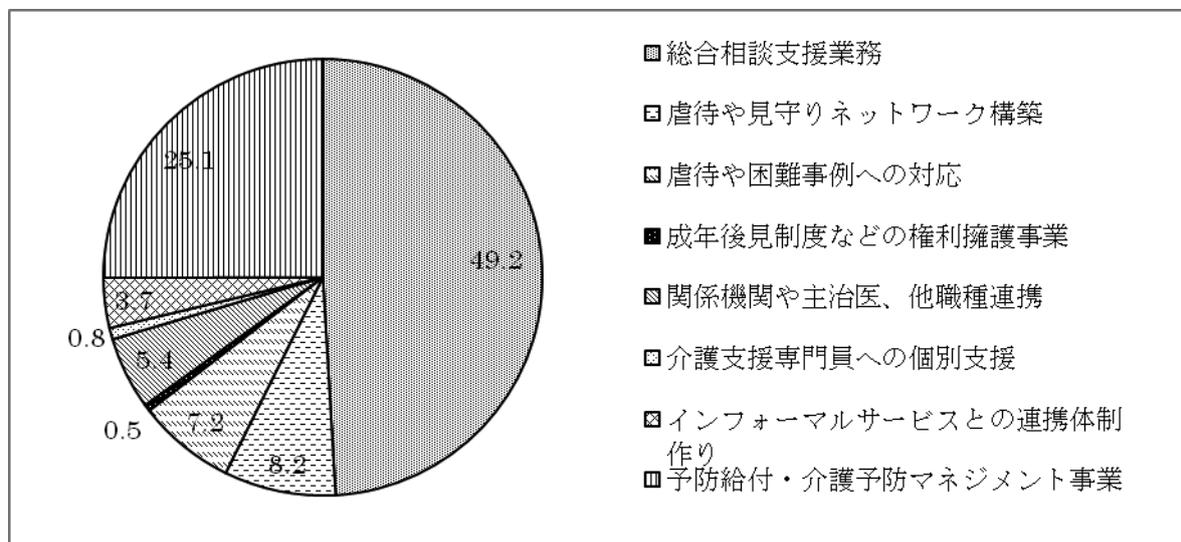


図3-2 特に力を入れている業務

表 3-23 次に力を入れている業務

	合計	次に力を入れている業務								
		総合相談支援業務	虐待や見守りネットワーク構築	虐待や困難事例への対応	成年後見制度などの権利擁護事業	関係機関や主治医、他職種連携	介護支援専門員への個別支援	インフォーマルサービスとの連携	予防給付・介護予防マネジメント	不明
全体	830	320	130	218	56	165	112	99	323	31
	100.0	38.6	15.7	26.3	6.7	19.9	13.5	11.9	38.9	
委託	549	217	90	135	37	107	66	82	196	19
	100.0	39.5	16.4	24.6	6.7	19.5	12.0	14.9	35.7	
市区町村直営	281	103	40	83	19	58	46	17	127	12
	100.0	36.7	14.2	29.5	6.8	20.6	16.4	6.0	45.2	

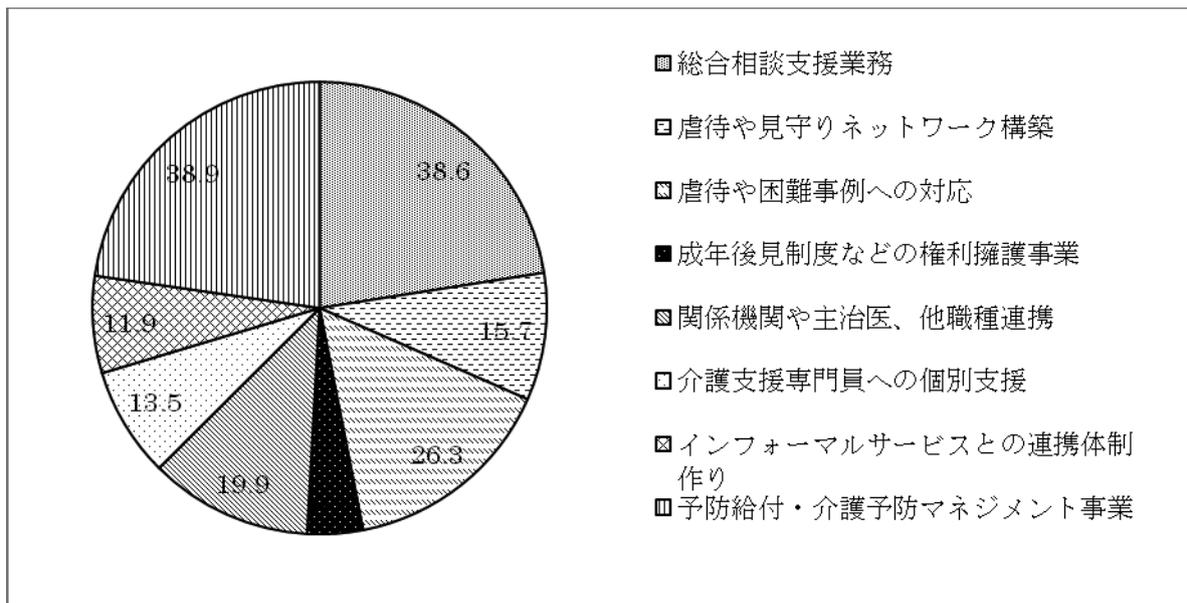


図 3-3 次に力を入れている業務

これらのことから、「特に力を入れている業務」は、「総合相談業務」49.2%、「次に力を入れている業務」は「予防給付・介護予防マネジメント事業」38.9%、「総合相談業務」38.6%に集約することができる。

地域包括支援センターの業務は「予防給付・介護予防マネジメント事業」に忙殺され、その業務に追われているとの実態報告が多い中で、本調査結果では必ずしもそうとは言えない傾向を示している。「総合相談業務」が地域包括支援センター業務の中核として位置づけられ、在宅介護支援センターからの転換に伴ってもその影響は見られなくもない。しかし、一方でそのほかの地域包括支援センターの業務のなかで、地域包括支援センターのみしか展開できない活動もあるため、バランスのよい活動が展開できるよう期待がもたれる。

表3-25 地域特性別による地域包括支援センターが、次に力を入れている業務

地域特性	合計	次に力を入れている業務								
		総合相談支援業務	虐待や見守りネットワーク構築	虐待や困難事例への対応	成年後見制度などの権利擁護事業	関係機関や主治医、他職種連携	介護支援専門員への個別支援	インフォーマルサービスとの連携体制作り	業防ママネジメント予	防給付・介護予
全体	830 100.0	320 38.6	130 15.7	218 26.3	56 6.7	165 19.9	112 13.5	99 11.9	<i>323</i> <i>38.9</i>	31
都市部であり高齢化率が20%以下	139 100.0	58 41.7	25 18.0	<i>46</i> <i>33.1</i>	10 7.2	27 19.4	16 11.5	21 15.1	<i>48</i> <i>34.5</i>	6
都市部であり高齢化率が20%以上	143 100.0	<i>53</i> <i>37.1</i>	30 21.0	39 27.3	8 5.6	26 18.2	22 15.4	18 12.6	<i>50</i> <i>35.0</i>	6
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす雪は降らない	300 100.0	<i>106</i> <i>35.3</i>	41 13.7	79 26.3	25 8.3	57 19.0	39 13.0	38 12.7	125 41.7	13
平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪が降る	110 100.0	50 45.5	12 10.9	22 20.0	8 7.3	22 20.0	14 12.7	9 8.2	45 40.9	3
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない	76 100.0	32 42.1	13 17.1	15 19.7	2 2.6	18 23.7	11 14.5	5 6.6	<i>30</i> <i>39.5</i>	2
山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	62 100.0	<i>21</i> <i>33.9</i>	9 14.5	17 27.4	3 4.8	15 24.2	10 16.1	8 12.9	25 40.3	1

7) 地域包括支援センターにおけるアウトリーチ機能

(1) アウトリーチ役割因子尺度得点と地域特性及びセンターの設置形態との関連

ここでは、アウトリーチ活動を展開するにあたって用いる必要があると考えられる「役割」と「地域特性」について分析を行った。平均値を表3-26に示した。

アウトリーチ尺度は地域包括支援センターの社会援助業務のうち、積極的に地域や住民に働きかけるアウトリーチ（積極的介入）に関して、久松（2006）による在宅介護支援センターを対象として研究で開発された尺度である。

表3-26 地域特性とアウトリーチ「役割」

		アウトリーチ「役割」 介入法の決定と効果評価	アウトリーチ「役割」 援助活用を 動機づける 支援	アウトリーチ「役割」 地域環境の 支援体制作り
全体		3.2	4.0	3.1
地域特性	都市部であり高齢化率が20%以下	3.4	4.1	3.2
	都市部であり高齢化率が20%以上	3.4	4.1	3.2
	平野（盆地・沿岸部含）で高齢化率が20～30% で生活に支障をきたす雪は降らない	3.2	4.0	3.1
	平野（盆地・沿岸部含）で高齢化率が20～30% で生活に支障をきたす程雪が降る	3.1	3.9	2.9
	山間（山岳）離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない	3.2	4.0	3.1
	山間（山岳）離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	3.2	4.0	2.9

役割因子1の「介入法の決定と効果評価」に構成される質問項目は次の6項目である。介入拒否の介護家族に関して今後の介入の見通しが立てられる、介護家族が抱える問題は何かをとらえ、どう解決に導くか見通しを立てられる、介護家族に介入を行い、その効果を評価する、自らニーズを伝えない介護家族に今後の介入法の見通しが立てられる、認知症高齢者に介入を行い、その効果を評価する、介入拒否の認知症高齢者に関して今後の介入方法の見通しが立てられる、である。役割因子2の「援助活用を動機づける支援」に構成される質問項目は次の6項目である。信頼関係形成、援助を活用する動機づけを行う、客観的にみて援助が必要と判断できニーズを掘り起こす、傾聴などのカウンセリング、他機関との連携するためのコーディネート、介護家族が適切に問題解決できる対処能力を身につけさせる、である。役割因子3の「地域環境の支援体制づくり」に構成される質問項目は次の3項目である。認知症の症状への対応や介護家族の理解を促進する講演会や学習会を企画実施する、介護家族を対象とした家族会を組織する、介入を必要とする認知症高齢者や介護家族を受け止める地域づくり、である。

表3-26では、数値が低いほどその役割を「している」方向へと向かう。表3-26の結果から、全体的には、「支援体制づくり」と「介入法の決定と効果評価」は「どちらもいえない」状況を指している。また、「援助活用を動機づける支援」はあまり行われていない状況を示している。つまり、「支援体制づくり」と「介入法の決定と効果評価」というアウトリーチ活動は十分に実施されているとはいえない。その背景には、地域包括支援センターに位置づけられている、介護予防ケアマネジメント事業、総合相談事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業の各業務を中心として活動しており、アウトリーチ活動はそのなかでも「総合相談事業」に含まれるが、その活動に時間を割くことが出来ていないことが考えられる。アウトリーチ活動のような、ニーズ掘り起こしの活動よりも、来所や電話による相談とそれに伴う訪問相談など、表明されているニーズに基づく事後活動ともいえるべき相談援助活動に追われ、事前活動が十分に行われていないということがうかがえよう。

地域特性別にみると、都市部よりも平野部特に「生活に支障をきたす程雪が降る」地域は、アウトリーチの役割を実施している傾向があることがわかる。このことから、生活に支障をきたす程に降雪があるという地域の特性が考えられる。つまり、積雪によって生活支障があるということは、高齢者にとっては孤立化しやすく、最悪の場合いわゆる孤独死の可能性もある。まして、自分の身の回りのことを適切に表現しにくくなる認知症高齢者の場合、地域包括支援センター職員などの第三者が、高齢者自身からニーズ表明がなくとも積極的に介入する必要があり、それを実施していることが示唆される。同様のことは、山間離島地域で、生活に支障があるほどの降雪がある地域にもいえることである。地域包括支援センター単独ではアウトリーチ活動の展開は限界があるため、「地域環境の支援体制づくり」には特に力点をおいていることがわかる。

一方、地域包括支援センターの設置形態別にこの「役割」因子の平均値を表したのが表3-27である。

表3-27 センターの設置形態とアウトリーチ「役割」

		アウトリーチ「役割」_介入法の決定と効果評価	アウトリーチ「役割」_援助活用を動機づける支援	アウトリーチ「役割」_地域環境の支援体制作り
全体		3.2	4.0	3.1
センターの	委託	3.3	4.0	3.1
設置形態	市区町村直営	3.2	4.0	3.1

表3-27から、委託型の地域包括支援センターと市区町村直営の地域包括支援センターではほとんど差がないことがわかる。「援助活用を動機づける支援」は、委託型も直営型もあまり実施していない。介護保険法改正前の基幹型在宅介護支援センターが、市区町村直営型地域包括支援センターに該当するものと考えられるが、直営型は社会福祉法人などの委託型のようにアウトリーチ活動を実施するというよりも、委託型の支援センターの統括をする目的があると考えられる。このことから、直営型の地域包括支援センターはアウトリーチ活動そのものを視野にいれていない可能性も考えられる。

(2) 条件因子と地域特性の関連

ここでは、アウトリーチ活動を展開するにあたって満たされる必要があると考えられる「条件」と「地域特性」について分析を行った。その平均値を表した結果が表3-28である。

表3-28 地域特性とアウトリーチ「条件」

		アウトリーチ「条件」_組織の基盤確保	アウトリーチ「条件」_存在認知の機会	アウトリーチ「条件」_家族支援の場の提供
全体		3.5	3.5	3.2
地域特性	都市部であり高齢化率が20%以下	3.4	3.5	3.3
	都市部であり高齢化率が20%以上	3.4	3.6	3.4
	平野（盆地・沿岸部含）で高齢化率が20～30%で生活に支障をきたす雪は降らない	3.5	3.4	3.3
	平野（盆地・沿岸部含）で高齢化率が20～30%で生活に支障をきたす程雪が降る	3.5	3.3	3.1
	山間（山岳）離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない	3.4	3.4	3.2
	山間（山岳）離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る	3.4	3.2	2.9

条件因子1の「組織の基盤確保」に構成される質問項目は次の4項目である。迅速に活動できる時間の確保、十分な人員配置、活動するうえでの適切な経済的基盤、アウトリーチを行うことの意義・重要性を上司が理解する、である。条件因子2の「存在認知の機会」に構成される質問項目は次の2項目である。地域のイベントなどに支援センターが参加して相談窓口などを設置できる、地域に支援センターがPR活動のための説明会や出張相談ができる、である。条件因子3の「家族支援の場の提供」に構成される質問項目は次の2点である。認知症介護の方法を介護家族が学ぶための介護者教室などの実施、介護家族交流のための家族会がある、である。

表3-28では、数値が低いほどその条件に対して「大いにそう思う」方向へと向かう。結果から、全体的には「家族支援の場の提供」がアウトリーチ活動に必要な条件であるとされる傾向が考えられる。

詳細をみていくと、因子1「組織の基盤確保」については都市部と山間離島でやや「そう思う」傾向が高いことを示している。都市部と山間離島という相異なる地域で、この因子が強い傾向を示したのは、この因子を構成する時間や人員配置、経済的基盤の確保、そして上司の理解が現状では不十分であることを示しているのではないだろうか。しかし、都市部と山間離島では当然その抱えている背景は異なるであろう。都市部では、相対的に高齢者人口が多くアウトリーチ活動の効率性が求められる。山間離島では、アウトリーチ活動における

移動等に時間を要し、たとえば1日に訪問できる件数も限られるような地域特性が考えられる。さらに、アウトリーチ活動はたとえば介護予防活動などと異なり、比較的目に見えない活動と効果が挙げられるため、その活動特性を上司が十分に理解できているかが課題となっていることが考えられる。

因子2「存在認知の機会」では、平野部と山間離島のうち「生活に支障をきたす程雪が降る」地域で強い傾向を示している。この点は、1)の「役割」の箇所で指摘したように、積雪による生活への影響があることが考えられる。つまり、積雪などによって認知症高齢者が孤立化しないように、地域包括支援センターの存在を知り実際に活用してもらうために、さまざまな宣伝活動や出張相談の必要性が高いことを示しているといえよう。

因子3「家族支援の場の提供」では、同様に平野部と山間離島のうち「生活に支障をきたす程雪が降る」地域で強い傾向を示している。この点も上記同様、地域包括支援センターの存在を知ることは、その延長線上には「家族／介護者支援」があることが指摘できる。地域包括支援センターは、認知症高齢者のみではなく家族介護者にも焦点をあてて活動を展開する。そのような地域包括支援センターの活動を通して、地域包括支援センターの存在を認知し同時に「家族支援の場の提供」が条件として付しているのではないだろうか。

一方で、都市部において因子2「存在認知の機会」や因子3「家族支援の場の提供」がやや弱いということに関する背景として考えられるのは、これまでの傾向と反対に考えると、地方と比較して地域包括支援センターの存在が知られ、家族支援の場が確保されているからであろうか。確かに都市部では、地域包括支援センターは認知症高齢者やその家族介護者、あるいは地域住民にとって聞き慣れた身近な存在になりつつあることは考えられる。しかし、この点について本研究から導き出される要因は明確ではないため、今後さらに検討を加える必要がある。

4. 地域包括支援センターにおける認知症・介護予防サービス支援の方向性

本調査の結果を踏まえつつ、地域包括支援センターにおける認知症・介護予防サービス支援の方向性について、地域包括支援センターが抱える課題と地域包括支援センターに今後求められる認知症を含む介護予防サービスの支援のあり方について検討する。

1) 地域包括支援センターの抱える課題

本調査結果から、地域包括支援センターが力を入れている業務は、総合相談業務と、予防給付・介護予防マネジメント事業であった。この力を入れている業務は、地域包括支援センターの平均人員数の5.84名を考慮すると、主に実施されている業務と理解してよいであろう。

つまり、現在、地域包括支援センターが主に行っている業務は、総合相談業務と、予防給付・介護予防マネジメント事業の2つの事業であるといえる。

しかも、人員配置は、平均5.84名であるが、地域包括支援センターの多くは3名ないし4名の配置が多いことが示されたことを考えると、地域包括支援センターの他の事業は十分に行われていないといえる。

さらに、地域との関係をみていくと、地域包括支援センターと地域との関わりには事業所ごとでばらつきがあり、地域に積極的に関わっていているとはいいがたい。

以上の調査結果の要点を踏まえつつ、地域包括支援センターの抱える課題を検討する。

現在の地域包括支援センターの主たる業務は、包括的支援業務と介護支援予防事業の二つに大別することができる。

この後者の事業内容は、「指定介護予防支援事業所として、要支援者のケアマネジメントを実施する」ものである。つまり、センター業務として位置づけられているものであるが、内容は介護支援事業と同等のものであり、センター業務の中に地域支援と個人の介護予防支援という二つの異なる業務が含まれているといえる。

地域包括支援センターに今後さらに地域支援活動を期待するのであれば、個人の介護予防支援事業をセンターが今後も担うべきであるかも含め、センター業務の内容のあり方を見直していくことが課題となるだろう。

その際の見直しの視点として、

(1) 現状を追認する形であれば、配置人員基準を見直し、2つの主業務を行いうる人員を確保するといった、人的資源をどのように確保するかという視点。

(2) 在宅介護支援センターの後身として立ち上がった地域包括支援センターの性質を考慮するのなら、指定介護予防支援事業は、介護支援事業所に割り振り、センター業務から切り離し、より積極的に地域支援活動に業務内容を移行していく視点。

以上の視点があげられる。

特に後者については、要支援から要介護へ、もしくは要介護から要支援への要介護度変更に伴い、強制的にケアマネジャーが変更される現行制度は、利用者の利便性を考慮しているものとは言い難く、検討していくべき余地があるといえよう。

2) 認知症・介護予防サービス支援の方向性

上記で述べた課題を踏まえつつ、地域包括支援センターに求められる認知症・介護予防サービス支援の方向性について検討する。

以下に、地域連携や地域作りのために実施している内容の表を再掲した。

表3-29 地域連携や地域作りのために実施している内容

カテゴリー名	n	%
住民へのアンケートの実施	92	11.5
地域資源マップ作り	315	39.5
地域の年表作り	3	0.4
地域の季節カレンダー作り	8	1.0
地域住民へのインタビュー(聞き取り調査など)	80	10.0
交流会・座談会等の意見交換会の開催	379	47.6
住民向けの研修会・講演会開催	599	75.2
ボランティア、サポーター養成・育成	454	57.0
地域活動のための組織化・団体の育成	213	26.7
その他	45	5.6
不明	64	
全体	797	100.0

表に示されるとおり、限られた人員の中で、地域連携や地域作りのための事業を実施しているセンターが存在する。

その内容を見ると、「研修会・講演会」(75.2%)、「ボランティア、サポーター養成・育成」(57%)といったイベント的な行事である。複数回の継続的な内容や年間複数回実施しているものであればよいが、年1、2回程度のイベント的な行事である場合、継続性が確保されがたく、今後の課題であるといえる。

特に、サポーター養成は、啓発活動としては全国で展開され一定の成果を上げているものである。しかし、養成受講者のその後の活動の場の確保や受講者の地域資源としての活用を検討していくことが求められている。

つまり、「地域活動のための組織化・団体の育成」に示されるような地域資源になりうる住民の啓発とともに、具体的な活動を行う場の創造を働きかけていくことが求められる。

地域に働きかけていくためには、地域の現状を把握する、意識やニーズを把握する必要がある。その活動として「交流会・座談会等の意見交換会」(47.6%)「地域住民へのインタビュー」(10%)に示されるように、住民との交流を持ち、住民の意見やニーズを拾い上げていくことが求められる。

ある意味、地域の課題やニーズを拾い上げて対応してきた町会(自治会)機能や民生委員機能は、地域差はあるものの、住民の高齢化により十分に機能を果たさなくなっている。地方においては、「限界集落」といわれるものも指摘されている。地域に存在した既存の機能が失われてきていることを考えると、その代替機能として、センターに求められるものは大

きいといえる。

その際に必要なことは、いかに住民が主体的に意見やニーズを述べ、単に意見を述べるだけの参加者、サービスを受けるだけの受益者ではなく、地域を活性化していく主体者として関与できる場を、センターが形作っていくか。そのために、センターが地域のネットワークのハブ機能となることが求められる。

このように、センターに求められるものは、地域のニーズの掘り起こしであり、それを地域で実現していくための人的資源のネットワーク作りであるといえる。

そのためには、人的側面、組織としての機能的側面を含め、地域を支援する体制をセンターが持つ必要がある。その中には、ニーズの掘り起こしの方法とともに、地域の現状をアセスメントしていく能力も求められる。そこには、本調査でも示された、センターが所在する地域の特性を踏まえたアセスメントが求められることも考慮していく必要があるといえる。

(この項の担当:小野寺敦志、久松信夫)

第4章 研究2 住民連携・住民参加による認知症・介護予防地域活動の効果

1. 目的

地域における認知症ならびに介護予防プログラムは、その地域の人口や気候、地形等の違いを考慮し事業を計画し、地域特性に応じた告知、参加支援を行っていくことが望ましい。本研究では、気仙沼市大島地区と仙台市国見地区において介護予防と認知症予防の講座の開催と参加者の体力測定値の比較をおこない、効果的な展開方法と、離島地域と都市部の身体的特徴を明らかにしたうえで、地域特性に応じた認知症・介護予防地域活動の効果を明らかにする。また、愛媛県八幡浜市松陰地区においては地域包括支援センターと住民が連携したサービス企画支援モデルに関する実証的な取り組みをした。

2. 気仙沼市大島地区・仙台市国見地区比較研究

1) 方法

(1) 対象地域

(i) 気仙沼市大島地区

産業の中心が漁業、家族の同居率が高く、人口の移動が少ない離島地域である宮城県気仙沼市大島地区を選定した。平成20年3月31日現在で島民3,556名、65歳以上の人口1,263名で高齢化率は35.5%であった。

(ii) 仙台市国見地区

仙台市国見地区は仙台市街の東部に位置しており昭和50年代から住宅街として造成され、ここ10年で高齢化率が高くなっている地域である。平成20年3月31日現在で人口12,914名、65歳以上の人口3,001名で高齢化率は23.2%であった。

(2) 対象者

気仙沼市大島地区は、気仙沼市大島地区在住の高齢者であり、介護予防・認知症予防の講座ならびに身体機能側的に参加した82名を対象とした。平均年齢は、 79.7 ± 6.13 歳、性別は男性32名(39%)、女性50名(61%)であった。

仙台市国見地区は、仙台市国見地区在住の高齢者であり、介護老人保健施設せんだんの丘ぷらす（以下せんだんの丘ぷらす）が実施する特定高齢者を対象とした介護予防デイサービス参加者の修了者41名を対象とした。平均年齢は、 77.8 ± 4.66 歳、性別は男性8名(19.5%)、女性33名(80.5%)であった。

なお、本研究参加の同意は、参加申し込みの際に趣旨に同意が得られた場合にのみ参加する旨を記載している。

(3) 実施期間

気仙沼市大島地区は、自治会ごとに5地域において、大島公民館、海洋センター、浦の浜地区自治会館にて2010年2月に実施した。仙台市国見地区は、2010年1月にせんだんの丘プラスにて実施した。

(4) 手続きおよび内容

気仙沼大島地区への介入調査は、気仙沼市、地域老人クラブ（大島老人クラブ連合会）、認知症介護研究・研修仙台センターの共同事業として展開した。介入プログラムの参加の募集は、老人クラブの地区会長に依頼し対象となる各世帯ごとにチラシを配布と参加申込を依頼した。その後地区会長がとりまとめを行い地区ごとに老人クラブ事務局に申込を行い人数の把握をした。開催は、気仙沼市大島地区を5地区に分類し対象者の居住地に近い、公民館、自治会館等を会場として行った。

介入プログラムの内容は、1回につき約2時間。介護予防、認知症の理解を目的とした講義を20分間行い、その後健康チェック、身体機能測定を行った。また、健康や地域生活に関する質問紙を用いた聴き取り調査を行った。

仙台市国見地区への介入調査は、せんだんの丘ふらすで実施されている通所型特定高齢者支援事業修了者86名に郵便にて趣旨を説明し実施の告知を行い参加者を募った。実施内容は睡眠や健康に関する講話を行いその後身体機能測定を行った。

なお、調査、身体機能測定で得られ得たデータは個人が特定できないよう数値化して管理した。

(5) 身体機能測定種目の選定

身体機能測定種目は、平成17年度に介護予防市町村モデル事業で実施された種目を参考にして、虚弱高齢者にとっても安全にかつ簡易に実施できることを配慮し実施種目の選定を行った。測定種目は次の通りである。上半身の筋パワーについて、握力測定を用いた。測定にはスメドレー式握力計（竹井機器工業）にて左右2回ずつ測定し高値を採用した。敏捷性は棒反応測定（竹井器機工業：長さ45cm、直径2.4cmものに5mm単位の日盛りをつけた棒）にて7回測定し最高と最低の記録を捨て中の5つを平均した値を記録とした。歩行能力および下肢の筋力測定には、日常生活の歩行動作および能力を測定することを目的としたTimed up&go（以下T-up&go）を採用した。柔軟性は、デジタル長座体前屈計（竹井機器工業）にて測定した。下肢筋力の測定には、等尺性筋力測定装置（アニマ株式会社μTas F-1）を用いて膝伸展筋力を2回測定し高値を採用した。静的バランス測定の指標としてファンクショナルリーチと開眼片足立ちを実施した。それぞれの計測値は、気仙沼市大島地区と仙台市国見地区において同様の種目について測定し地域特性による違いを比較検討した。

(6) 分析方法

地域特性に応じた認知症・介護予防地域活動の効果を明らかにすることを目的に、気仙沼市大島地区と仙台市国見地区の身体機能体力水準比較を行った。比較検討にはそれぞれの地域を従属変数とし測定値について対応のないt検定を実施した。また、前年度参加者と非参加者を比較することによって、継続的参加の効果を明らかにした。分析に

は同様に対応のない t 検定を実施した。気仙沼市大島地区の参加者に対しては参加者の日常生活での体力を明らかにするために SF 3 6 の項目から 10 項目を選定し聞き取り調査を行った。仙台市国見地区の参加者については非参加者の所在が明らかになっていることからプログラムに参加できなかった要因について質問紙にて回答を得た。これらはそれぞれ度数分布とその詳細のみ提示した。

2) 結果

(1) 対象者の同質性の検討

対象者の同質性を検討するために地域と平均年齢の差について t 検定を行った。結果、気仙沼市大島地区 79.7 ± 6.13 歳、仙台市国見地区 77.8 ± 4.66 歳で有意ではなく統計的な違いは認められなかった ($t(119) = 1.22$ n.s.)。

次に、地域と性別の差を χ^2 検定を行った (表 4-1)。結果有意な差は認められなかった ($\chi^2(1) = 4.74$ $p < .01$)。

これらの結果から本研究において比較を行う 2 地区の属性は統計的には同質であることが明らかになった。

表 4-1 地域と性別のクロス表

			性別		合計
			女	男	
地域	気仙沼市大島地区	度数	50	32	82
		地域の %	61.0%	39.0%	100.0%
	仙台市国見地区	度数	33	8	41
		地域の %	80.5%	19.5%	100.0%
合計		度数	83	40	123
		地域の %	67.5%	32.5%	100.0%

(2) 地域特性からみた地域活動が身体機能測定値に及ぼす効果

都市部と離島地域の地域特性に応じた認知症・介護予防地域活動の効果を明らかにすることを目的に筋力測定値の比較を行った。筋力測定の測定種目は、過去に当センターが同様の地域で実施してきた測定種目を選定した。簡易であり専門的な用具を必要とせず安全な種目を選定し、2009年度の各測定項目は次の通りとした。握力は上肢の筋力及びそれらの協調性を測定する。膝伸展筋は下肢筋力と独歩能力を測定し、T-UP&GOは、総合的な移動能力の評価テストで最も一般的に用いられている。長座位前屈は、体幹や脚部の柔軟性を測定する項目である。棒反応は敏捷性を測定するものである。そして、開眼片足立ちは、高齢期に低下する平衡感覚を測定する。ファンクショナルリーチは静的なバランス能力を測定することを目的としている。

それぞれの測定値を比較の平均の差についてt検定を行った結果、開眼片足立ちについて地域間の測定値に有意な差が認められた($t=57.94$, $df=109$, $p<.001$)。握力($t=3.86$, $df=98$, n.s.)、T-UP&GO($t=.39$, $df=98$, n.s.)、ファンクショナルリーチ($t=.96$, $df=97$, n.s.)落下棒反応($t=2.55$, $df=98$, n.s.)は、地域間の差は認められなかった(表4-2)。この結果から、都市部と離島地域の高齢者の身体機能では、高齢期に低下しやすい平衡感覚において仙台市国見地区の高齢者のほうが低下していないことが明らかになった。歩行能力や静的バランスについては差は見られないものの気仙沼市大島地区のほうが感覚器の低下は見られることからこの地域の住民は室内での転倒や座位から起立時での転倒に注意は必要であることが明らかになった。

地域特性を考慮した介護予防活動を展開していくために気仙沼大島地区の住民の場合、室内の環境調整と立位の際のバランス保持に関する働きかけが必要である。また、有意な差が見られなかったものの気仙沼大島地区の住民のほうが優れていた項目として、握力と棒反応がある。この要因として気仙沼大島地区の住民は漁業や畑作業等を行っている人が多く手先を多く使っていることが考えられ、一方で仙台市国見地域の住民はそうした作業的な仕事を営む人は少ない。このことから仙台市国見地区の住民に対してはADLの制限を広げるためにも上半身や指先の負荷のかかる運動を処方することが必要であろう。

表 4-2 気仙沼市大島地区と仙台市国見地区の身体機能測定値の比較

	地域	N	平均値	標準偏差	t 検定
握力	気仙沼市大島地区	82	25.4756	6.90540	t=3.86 df=98
	仙台市国見地区	18	23.6111	4.43434	n. s.
T-UP & GO	気仙沼市大島地区	82	7.1878	1.68738	t=.39 df=98
	仙台市国見地区	18	6.8000	1.15096	n. s.
ファンクショナルリーチ	気仙沼市大島地区	82	29.1098	6.11365	t=.96 df=97
	仙台市国見地区	17	31.4118	8.20106	n. s.
長座体前屈	気仙沼市大島地区	81	30.4938	9.99797	t=.33 df=96
	仙台市国見地区	17	33.7647	8.71980	n. s.
開眼片足立ち	気仙沼市大島地区	82	14.0210	14.01458	t=57.94 df=10
	仙台市国見地区	29	31.1552	26.29894	9 p < .001
落下棒反応	気仙沼市大島地区	82	31.9939	9.52336	t=2.55 df=98
	仙台市国見地区	18	34.5556	6.60189	n. s.

(3) 地域イベント活動への参加状況と身体機能測定値の関連

ここでは、地域活動への参加の有無とそれぞれの身体機能測定値との関連を明らかにする。また、地域活動は、今回のようなイベントの参加と日ごろの運動習慣の2点について気仙沼大島地区と仙台市国見地区それぞれ検討した。

結果、気仙沼市大島地区住民では、今回のような年数回のイベントへの参加者群と非参加者群と身体機能測定値の比較を行ったところ、すべての項目で有意な差は認められなかった(表4-3)。

同様に、仙台市国見地区で開催されているイベントへの参加者と非参加者の身体機能測定値の比較を行ったところ、すべての項目で有意な差は認められなかった(表4-4)。この結果から、地域活動への参加は身体機能測定値に影響を及ぼしていないことが明らかになった。

表 4-3 気仙沼大島地区の地域イベントへの参加状況と身体機能測定値の検討

地域イベントへの参加		N	平均値	標準偏差	t 検定
握力	参加していない	18	25.8889	5.54011	t = .28 df=80 n. s
	参加した	64	25.3594	7.27764	
UP&GO	参加していない	18	7.0278	1.37405	t = -.45 df=80 n. s
	参加した	64	7.2328	1.77255	
ファンクショナルリーチ	参加していない	18	29.2222	5.11406	t = .08 df=80 n. s
	参加した	64	29.0781	6.40264	
長座体前屈	参加していない	18	28.1944	10.64554	t = -1.10 df=79 n. s
	参加した	63	31.1508	9.79452	
開眼片足立ち	参加していない	18	17.8817	18.70175	t = 1.32 df=80 n. s
	参加した	64	12.9352	12.35679	
落下棒反応	参加していない	18	30.6111	6.84397	t = -.69 df=80 n. s
	参加した	64	32.3828	10.16208	

表 4-4 仙台市国見地区の地域イベントへの参加状況と身体機能測定値の比較

地域イベントへの参加		N	平均値	標準偏差	t 検定
握力	参加していない	5	4.2000	9.39149	t = .05 df=28 n. s
	参加した	25	3.9600	9.61977	
UP&GO	参加していない	5	1.3800	3.08577	t = .27 df=28 n. s
	参加した	25	1.0360	2.47906	
ファンクショナルリーチ	参加していない	5	6.3000	14.08723	t = .38 df=27 n. s
	参加した	24	4.0625	11.38870	
長座体前屈	参加していない	5	8.5000	19.00658	t = .49 df=27 n. s
	参加した	24	4.9583	13.61818	
開眼片足立ち	参加していない	7	13.8286	22.28914	t = .84 df=31 n. s
	参加した	26	6.9154	18.29150	
落下棒反応	参加していない	5	8.1000	18.11215	t = .31 df=28 n. s
	参加した	25	5.8400	13.78610	

(4) 地域特性による運動習慣の有無による身体機能測定値の関連

ここでは、日常生活の運動習慣の有無が身体機能測定値に影響を及ぼしているかを明らかにすることを目的とした。運動習慣は、週に1回以上散歩なども含めて継続的に運動する習慣のことを示しており運動強度は含まれていない。

結果、気仙沼大島地区住民では、運動習慣群のほうが、ファンクショナルリーチ($t=1.13$, $df=80$, $p<.05$)と、長座体前屈($t=2.16$, $df=79$, $p<.05$)において有意に測定値が高いことが明らかになった(表4-5)。

仙台市国見地区では、運動習慣群のほうが、落下棒反応($t=-1.56$, $df=26$, $p<.10$)において有意に高い傾向が示された(表4-6)。

このことから、週一回以上の運動習慣がある群は、気仙沼大島地区では柔軟性と静的バランスの能力が高くなり、仙台市国見地区では敏捷性と反応時間が向上していることが明らかになった。

地域イベントの参加状況は、測定値に変化が見られなかったもの運動習慣では変化がみられていることは、外出機会と運動機会は同じ外出であっても、運動のために外出しようとするか、結果的に外出していたかではその効果が明らかに違うことを示唆している。つまり運動を意識することではじめて効果が表れることから日ごろの外出機会の意識付けを変えることを指導することが大切である。

また、地域特性による違いとして気仙沼大島地区の場合では、柔軟性、静的バランスといった転倒との関連が高いことから住民への介入および動機づけとして伝えていくことが望ましい。

仙台市国見地区では、敏捷性、反応時間といったとっさの危険回避に役立つ能力の高さは、負荷の高い運動が必要なく向上するものであることを住民に伝えていくことが必要になる。しかし、なぜ測定値の地域差が見られるかという因果関係は不明であり今後の検討が必要な点である。

表 4-5 気仙沼市大島地区の身体測定値の運動習慣の有無による比較

日常運動習慣		N	平均値	標準偏差	t 検定
握力	運動の習慣がある	67	25.6866	6.84063	t = .58 df=80
	運動の習慣はない	15	24.5333	7.35689	n. s
UP&GO	運動の習慣がある	67	7.0313	1.60267	t = -1.79
	運動の習慣はない	15	7.8867	1.92979	df=80 n. s
ファンクショナルリーチ	運動の習慣がある	67	29.4701	6.36508	t = 1.13 df=80
	運動の習慣はない	15	27.5000	4.67516	p < .05
長座体前屈	運動の習慣がある	66	31.6136	9.94941	t = 2.16 df=79
	運動の習慣はない	15	25.5667	8.92602	p < .05
開眼片足立ち	運動の習慣がある	67	14.2257	13.84120	t = .27 df=80
	運動の習慣はない	15	13.1067	15.23513	n. s
落下棒反応	運動の習慣がある	67	32.0970	9.15077	t = .20 df=80
	運動の習慣はない	15	31.5333	11.38838	n. s

表 4-6 仙台市国見地区の身体測定値の運動習慣の有無による比較

日常運動習慣		N	平均値	標準偏差	t 検定
握力	運動の習慣がある	22	19.9545	5.83485	t = .31 df=26
	運動の習慣はない	6	19.1667	3.97073	n. s
UP&GO	運動の習慣がある	21	6.3048	1.02639	t = 1.46 df=25
	運動の習慣はない	6	5.6333	.82624	n. s
ファンクショナルリーチ	運動の習慣がある	22	30.7955	4.74507	t = .91 df=25
	運動の習慣はない	5	28.4000	7.45319	n. s
長座体前屈	運動の習慣がある	22	28.7273	8.37332	t = .53 df=25
	運動の習慣はない	6	26.6667	8.28050	n. s
開眼片足立ち	運動の習慣がある	22	30.3318	27.69823	t = -.07 df=26
	運動の習慣はない	6	31.3000	24.25819	n. s
落下棒反応	運動の習慣がある	22	21.0455	9.41365	t = -1.56
	運動の習慣はない	6	27.3333	6.21825	df=26 p < .10

(5) 仙台市国見地区の特定高齢者の健康講座への参加継続阻害要因

せんだんの丘ふらずで実施している、通所型特定高齢者支援事業終了者が、事業終了後に自発的に運動に関するイベント的事業に継続参加しない理由を質問紙で聞いた。その結果を、表4-7に示した。

表4-7は、理由記載者の記載内容の全文である。

欠席者の理由は、「身体的理由」、「家庭内の理由」、「他の会との重複」、「その他」4つの要因に分類できる。まず、「身体的理由」では、特定高齢者は身体機能の低下、認知機能の低下、栄養低下、口腔機能低下のいずれかもしくはいくつかのリスクが高い状態について質問紙によるスクリーニングテストで抽出された人たちであるから、何らかの機能低下がみられている。したがってそれらの機能低下が顕著であり支援を必要としている場合が多い。継続的プログラム自体もその人のどの機能に働きかけるが重要である。参加しなかった理由を具体的に記載されていることから本人は不参加を自覚している、そのために活動にどのような効果があるのかを具体的に示すことが必要である。

「家庭内の理由」は、家庭にも問題を抱えている可能性が高い。一人暮らしや家族構成をアセスメントし別の支援を検討する必要もある。

「他の会との重複」は、一度でも参加行動を起こしているものは、地域で開催されている他の会に参加している可能性も高いことを示している。無料のサービス利用者は、本人の都合とメリットによって利用方法を変える。つまり地域のイベント参加については、老人クラブや自治会、町内会を重視することが必要であるから参加する。福祉サービスは利用者を囲い込むことではなく、地域の必要な既存のサービスに適応し、積極的につながる活動が必要であり、どのような会に参加しているかを明らかにその集まりとのネットワークを形成し、協働する機会を作ることが必要であろう。

表 4-7 参加しなかった理由

1	日記に書いていないメモにしていることはすべて忘れてしまうこの頃です	身体的
2	1 回目の 12 月は年末で忙しかった	家庭内
3	1 回休んだような気もします	その他
4	風邪	身体的
5	急に仏事が入り、2 回目を休みました	家庭内
6	急用にて欠席	不明
7	検査入院していました	身体的
8	残念ながら他の行事がありぬけられなかった	他の会
9	時間の都合がつかなかった	その他
10	湿疹などできて体調不良と義妹の葬儀で不参加	身体的
11	外の行事で日程が重なったため	他の会
12	第一回目は別なグループの会があったため欠席	他の会
13	体調不良	身体的
14	体調を崩して風邪のため	身体的
15	立つ事、歩行が辛くて参加できませんでした	身体的
16	町内での行事のため失礼しました	他の会
17	嫁いだ娘の病気のため	家庭内
18	病院予約眼科でお休みしました参加できた日はとても楽しかったです	身体的
19	病院予約日となった	身体的
20	他の会とだぶったから	他の会
21	他の企画と重複	他の会
22	他の予定とダブったため	他の会
23	用事あり	他の会
24	用事と重なった 自分の目的と違っていることもあり欠席となった	その他

3. 地域包括支援センターと住民連携に向けた実証研究

1) 方法

(1) 対象地域

人口 39,061 名で高齢者人口 12,187 人(高齢化率 29.53 %)の愛媛県の南西部に位置し、四国一の規模を誇る魚市場をもつ市である。天然の良港として古くから栄えてきた。平地が極めて乏しく、傾斜地は柑橘類の園地として利用されている。交通は、平地に乏しいことから交通が集中し、市街地が密集し拡幅整備も困難であり渋滞問題がある。

(2) 対象者

愛媛県八幡浜市の地域包括支援センター職員 3 名、保険センター職員 1 名、保険センター職員 4 名であり、地域住民は、民生委員 4 名、サロン関係者 7 名、見守り推進員 2 名の計 21 名であった。

地域住民は、地域包括支援センターから愛媛県八幡浜市の松陰地区のサロン参加者とその地域の民生委員に呼びかけし、趣旨に同意を得られた人参加した。

(3) 実施期間

期間は、2009 年 10 月～2010 年 3 月まで 3 回ワークショップを開催した。

ワークショップは、2 時間実施し地域の情報収集とマッピング作業を行った。

(4) 手続き

(i) 参加者の属性と周知方法

参加者は、松蔭校区内民生委員 12 名（4 名は地区社協役員兼務、1 名は公民館主事兼務）、見守り推進員 10 名、サロン世話人 6 名であった。周知方法は「かいご予防座談会」参加者へ訪問し、参加依頼と担当者の顔見知りへの電話及び訪問参加依頼により行った。

(ii) ファシリテーター

マップ作成の運営を行うファシリテーターは、社会福祉協議会職員の指導員 1 名、地域包括支援センター職員保健師、社会福祉士、看護師各 1 名、保健センター保健師 2 名であった。

ファシリテーターの役割は、1 つのマップ作成に 3 名配置した。内訳は、マッピング作業の手伝い 2 名、マッピングされた内容の詳細を別紙に記録 1 名である。

(iii) 会場

会場は地域の公民館会議室を使用した。

(iv) 具体的な展開方法

[第 1 回]

事業説明と介護・認知症予防マップ白地図への記入

[第 2 回]

介護・認知症予防マップに記入した内容の詳細情報の収集と修正

[第 3 回]

介護・認知症予防マップの最終的な調整と名称決定

2) 結果

(1) 介護・認知症予防マップの概要説明と白地図への記述

参加した住民に認知症・介護予防で大切なことを保健師が以下の点について簡単に説明をした。

- ・認知症の予防と介護予防は共通点が多い
- ・認知症予防には、社会的な交流、休息、運動、食事が大切である
- ・外出することは認知症や介護予防への第一歩である

これらを提示しインフォーマルな地域資源のマップを作成する意義を解説し、それらがサロン活動や民生委員活動の活動支援になることを解説した。

地域住民の共通性をもたらすことを目的として白地図を提示し全体像の把握をした(図4-1)。その後、その地域でその住民しか分からない地域の情報、認知症予防・介護予防に役立つ情報をマッピングした(図4-2)。



図4-1 全体像把握のための白地図



図 4-2 住民が白地図に付箋を貼り付けインフォーマルサービスをマッピング

(2) 詳細な情報を記述しまとめる

次にマッピングされた情報について、具体的内容を表に記載した。

表 4-8 マッピング後の詳細記入表

番号	場所	目的 や内容	利用する時	備考 (利用者の条件等)
1	【記入例】 その1 新町ドーム	買い物時の休憩や、待ち合わせ。	随時・行事開催時 定期(頻度 ())	夏は風通しよいが、冬は寒い だれでも、いつでも使えるが、机の上が不潔なことあり
2	その2 松蔭公民館	童謡の会 (童謡を歌う)	随時・行事開催時 定期 (毎月2, 4金曜日)	
3			随時 行事開催時 定期 ())	
4			随時 行事開催時 定期 ())	
5			随時 行事開催時 定期 ())	

(3) 住民と地域包括支援センター連携によるインフォーマル資源マップ作製

地域包括支援センターと地域住民の協働のワークショップ3回を開催し、図4-3のマップを作製した。

命名は住民が行い、「松蔭ふれあいいきいき発見マップ」とした。また、地域包括支援センターの職員が、今回係わった住民以外の地域住民に内容確認を行い校正を行った。その際に個人が特定できる情報の確認を依頼した。

また、作成したマップの活用方法について参加者に意見を募ったところ、民生委員の訪問時やサロンの参加をしたがらない高齢者、孤立しがちな高齢者が見られるよう公民館、市役所病院などに張り出すという意見がだされた。なお、民生委員の訪問時に携帯しやすいようA3サイズの小さな印刷も作成することとした。

これらの過程により地域包括支援センターと地域住民の連携の可視化をインフォーマル資源マップにより行った。

なお、マップは公共施設等掲示用A2サイズ500部、住民配布ならびに民生委員携帯用A3サイズ3,500部を印刷した。



図4-3 住民連携の可視化にむけたインフォーマルサービスマップ

(この項の担当：矢吹知之、山本洋史、二宮恭子)

第5章 研究3 ソーシャルキャピタルと地域連携支援

1. 地域の力とまちづくり・人づくり ～ソーシャルキャピタルと成人教育～

はじめに

国際的視野から見ると、生涯学習政策は各国の教育政策のなかで重要な領域を占めている。国際的競争の激化というなかで求められる科学・技術の発展を支える人材育成のための高等教育のなかでの継続教育だけではなく、貧困に対峙する人間の安全保障の中心的施策として、また、地域の発展や豊かさをつくる施策として、大きな役割が教育に期待されている。

とくに、地域社会の経済的発展だけではなく、地域社会に暮らす住民の well-being を高めることを目指すことを端的に示すものとして、これまでの community development（地域社会開発）から、community capacity building（地域社会の力を高める）へと概念が転換をしている。その地域社会の力の核となるものが、ここでとりあげるソーシャル・キャピタル（social capital）である¹。

大きく分けて、3つの相互に関係した内容について論じたい。以下、①ソーシャルキャピタルとは何か、それが地域の well-being を高めるうえで、なぜ大切なのか、②地域のソーシャルキャピタルを豊かにするためにはどうするのか、その可能性がどこにあるのか、最後に、③支援センターの職員が、この知見を活かす際に、どのようなことに留意すべきなのか、ということを考えてみたい。

1) ソーシャルキャピタルとは何か

ネットワークをたどれば「小さい世界」（small world）

中公新書の『わたくしたちはどうつながっているのか』という本で、増田直樹は、こういう紹介をしている²。フジテレビ系で「めざましテレビ」という番組があるが、ここで次のような実験をしたという。アフリカのサントメ・プリンシペ民主共和国という国に住んでいるアドリアーノという人から出発して、何人の知人の紹介で笑福亭鶴瓶さんにたどりつくか、という実験。スタートのアドリアーノには日本人の知り合いや、およそ笑福亭鶴瓶さんなど知りもしない。日本大使館もない。これが条件である。

いざ、出発してみると、なかなかアフリカから出ることができずに苦戦を強いられたが、やっと南アフリカまで来た。南アフリカは、次回ワールドカップが開催される予定であり、しかも、経済的関係をとおして日本人も1000人くらい住んでいる。そこで知人のリレーは現地で遠洋漁業関係の仕事をしている日本人へと渡され、やっとアフリカを脱出する。ここまでで距離8、つまり、8人の知人の連鎖をくぐっていた。彼から鹿児島に住む元船員へと日本へ郵送されて、やっと到着している。ここから倉敷→加古川→大阪のバー経営者ときてスタートから11人目。次の人は自分の友だちが鶴瓶さんと一緒に

いるところを見たという人。ゴールは近い。そして、距離 13 で大阪ミナミのスナック経営者。鶴瓶さんがそこに飲みにくるということで、ついに、やっと、たどりつくという壮大な実験であった。

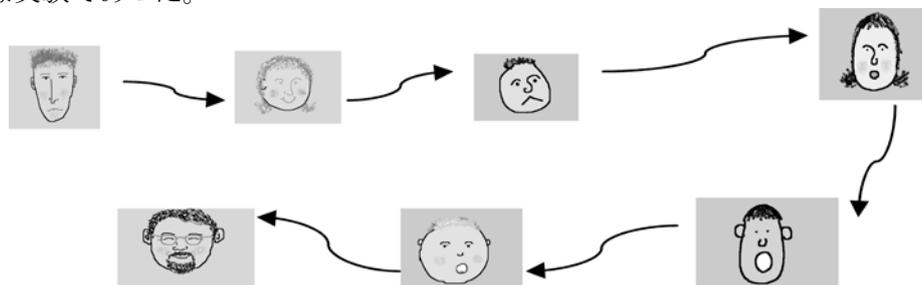


図 5-1 ネットワークと人のつながり

これは、おそらくアメリカの社会学者たちの研究から着想をえたものだと考えられるが、それは、「世界中の人間のなかから任意に 2 人を取り出したときに、両者を媒介する知人を何人連結すればこの 2 人はつながるのか」という問題である。MIT やハーバード大学の研究者らが、いろいろな独創的な実験を行った結果、多い少ないはあるが、おおよそ平均値から言うと、見ず知らずの人であっても、6 人くらいをたどると連絡がとれるということが実証されている。世界のだれに到達するにも、地理的にも文化的にも日本から非常に遠くて、全く知らない人であっても、知人紹介の連鎖は、山を越え、海を渡り、人びとを短い距離で結びつけている、ということである。つまり、ディズニーランドのsmall worldとは異なる意味で、世界は小さい。別の面からみれば、「私たちはみな緊密に編みこまれた社会的な織物（*a tightly knit social fabric*）のなかにしっかりと織り込められているのだということを示しているのである」³。

2) 共通性は安心をつくりだす

以上は、私たちが、意識するにせよ、意識しないにせよ、多様な契機をとおして人びとと結びついており、その網の目のなかに包み込まれていることを確認した。では、この人の結びつきは、私たちの生活にとってどのような意味をもつのだろうか。

私たちは、普段、こうした経験をしているのではないだろうか。見ず知らずの人たちと会議などで話をする。なかなか会話は弾まないものである。無言の時間が少しながくなると、余計に気まずい空気が流れる。そうした時、偶然、そのなかに自分と同郷の人がいる。同じ趣味の人が見つかり、とたんに会話が弾んでくる。弾むまでいかなくても、「話しやすい」、「打ち解ける」、「より近く感じる」、などいろいろあげられるのではなかろうか。

これを一般的にいうと、次のようになろう。〈共通性によって結ばれた人びとの関係は安心をつくりだす〉。だから、今各自治体の総合計画などを立てるときに、重点課題として「安心・安全なまちづくり」ということが必ずはあるのであるが、その時に、家族の絆、近隣・地域の絆を強めるということが基本的な課題となるわけである。暖かい家族、信頼しあえる地域の関係をつくるということが重要な課題として設定される。

3) 社会関係の創造性への注目

いま「共通性によって結ばれた人びとの関係は安心をつくりだす」、と述べた。つまり、その真偽のほどはともかく、社会関係が〈安心〉という心理的状态をつくりだすと考えたわけである。ソーシャルキャピタル論というのは、こうした地域の well-being を高めるための社会関係の創造的な力に注目した概念なのである。その考え方は、ある意味で意外なほど簡単であり、また、それを知らないうちに政策や施策のレベルでも使っていたりもする。しかし、近年の国際的な動向をみると、ユネスコとか、世界銀行とか、OECDなどの国際機関が注目してソーシャル・キャピタル測定の指標をつくったり、これにもとづき施策化をすすめており、これを真似て、日本でも政策化を図ろうという動きも見られるようになってきている。

では、なぜ、政策的な視点から、この概念が注目されるのだろうか。それは、実践的に重要な意味をソーシャルキャピタルに認めているからにほかならない。それは、以下のような諸領域である⁴。

第1に、**途上国の開発を支援する、開発援助**という課題である。かつては、ODAでダムや道路をつくったり、新しい技術や知識を提供すれば開発がすすむと考えられてきたが、それを受容する国や地域の社会開発という基盤がなければ有効ではないことが明らかになってきた。したがって、JETROやJICAなどは、日本の生活改善運動の手法が有効だということで、現在の開発援助に活かそうとして研究をすすめてきている。社会的基盤としては、もちろん技術をもった人材も必要であるが、人びとの間に結ばれる社会関係や住民の事業や活動への参加意識が大切であるということが確認されている⁵。

第2に、学校教育では、学校教育に保護者の方が参加したり、地域の人たちがボランティア活動に参加するような試みが広がっている。学者連携・融合や学校運営への参加の施策である。なぜ、それが必要なのか。政策をつくる文部科学省の役人はあまり知らないでアメリカの学校外活動（out of school time activities）プログラムの真似をしているようだが、なぜうした実践をするのか。それは、ほかでもない。保護者や地域の人たちが学校に関心を持ち、いろいろな事業に参加することが、**子どもたちの学習意欲に影響を与えて、成績が向上する**、という効果がみられるからである。それが施策評価の実証的研究で確認されており、だからこそ、参加を求めるのである。このように、人びとの社会的な結びつきは、子どもに対して、いい影響をもつのである。

第3に、**犯罪や問題行動を抑止し、それを低下させる可能性をもつ**。これは、非行対策としてはソーシャルボンド理論＝社会的絆理論といって、すでに早くからいわれ、施策としても実施されてきたことである。つまり、青少年たちが社会的なネットワークに包摂され、いろいろな社会的活動に参加することにより、子どもや青年たちは社会との絆を強め、これが問題行動を抑止するという効果をもつ。したがって、教師たちや親への信頼を醸成すること、クラブ活動やボランティア活動に参加することが「健全育成」にとって大切なのである。

第4に、**健康増進などと保健・衛生とも関係する**。人びとが家族や親族に包摂されているかどうか、友人関係や知人との親密なつながりをもっているかどうか、人びとの健康の状況や平均余命と関係する。なぜか、そうした社会関係に包摂されていることが、ストレスを低下させる、あるいは、具体的な支援やケアの提供と関係していると考えられているからである。これらはすべてソーシャルキャピタル論を意識的に施策に

活かしている例であるが、一般には、それが、この概念を理論的な基盤としているとは認識されてこなかった。しかしながら、ある社会関係をつくるのが、新しい何かを生み出すということ、地域の well-being を高めるというを確認するからこそ、そうした視点から取り組んでいる諸施策である。

4) ソーシャルキャピタル—その構成要素

ソーシャルキャピタルという言葉をはじめて使ったのは、アメリカの教育学者であるハニファン（Hanifan）である。彼は、農村コミュニティの開発によって良好な近隣関係をつくるのが学校を成功に導く鍵であるとして、ソーシャルキャピタルを蓄積することを提唱した。

その後、この概念は、長い間、忘れ去られた時期もあったが、1980年代から、社会関係の創造性に注目した研究が次々に出されるようになってきた。なかでも研究史にとってエポックとなったのは、R.パットナム（Putnam, R）というアメリカの著名な政治学者の研究である。彼自身、ソーシャルキャピタルについては、いくつかの定義を示している。1993年の Making Democracy Work のなかで、彼は次のように定義している。

人びとの協調行動を活発にすることによって社会の効率を高めることのできる「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴である。

これを内閣府の報告書『ソーシャルキャピタル—豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて—』では、以下のように図として表現している。

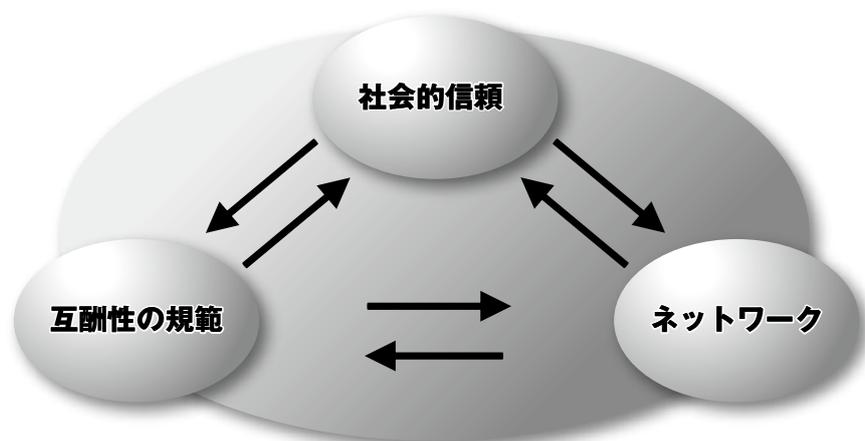


図5-2 ソーシャルキャピタルの構成要素

このうち分かりにくいのは、〈互酬性の規範〉だろう。「互酬性」とは何か。簡単にいうと、「お互い様の関係」といってよいと思う。例えば、わたくしたちはデパートやスーパーに行って買い物をするが、商品を買えば、当然、その対価として金を支払う。この関係をとおして、お互いに自分の欲しいものを手に入れるわけである、かたや商品、かたや貨幣を。この関係は、自分の利益を高めるよう行動するわけだから、利己的な

動機にもとづいて行動するわけだが、その結果として、お互いに利益をえる関係である。これを「**特殊的互酬性**」(specific reciprocity)と呼ぶことができる。市場の関係がこれである。

これに対して、もう一つの互酬性を「**一般化された互酬性**」(generalized reciprocity)という。俗に、「情けは人のためならず」という諺があるが、それは、まさにこの意味である。これは「情けをかけるのは、かえってその人のためにならない」というように誤解されることの多い諺だそうであるが、本当の意味は、人にかけてた情けは、めぐりめぐって自分のところに返ってくるということ、「積善の家には必ず余慶あり」ということと同じである。

これを分析的に書くと、次のようになる。「情けをかける」のは短期的には利他主義によりなされるが、同時に、「人のためならず」というように長期的には利己主義を否定するものではない。現在の寄与が将来的に償われるという相互的な期待によってなりたつ関係であり、自己利害と連帯との一致を特徴としている。パットナムは、この「一般化された互酬性」がソーシャルキャピタルの最も生産的な要素だと述べている。

私の見方では、こうした考え方を示すソーシャルキャピタルの説明としては、内閣府の図は分かりにくいのではないかと思う。より正確には、次のように表現することができる。

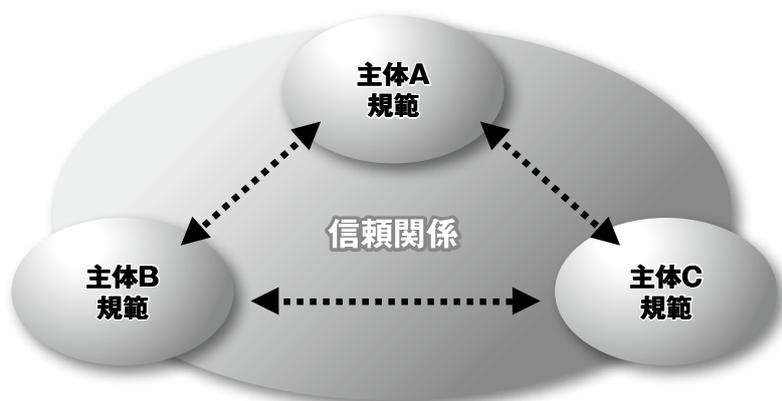


図5-3 ソーシャルキャピタルの構成要素 (高橋改編)

人びとのつながりがある。しかし、ただつながってもダメで、そのつながりの性格が、①信頼関係で結ばれていること、②そして、人びとが互酬性、つまり、お互い様だから〈助け合いましょう〉、〈わたくしが支援するよ〉という考えを持って結ばれていること、③そういう人たちが協同の活動をするということである。したがって、次のように表現すべきであろう。

お互いに気兼ねなく助け合いましょうという考えを持つ人が、信頼の絆によって結ばれている社会関係の力をソーシャルキャピタルという。

こうした関係が地域にあると、子どもは健やかに育つし、お年寄りも安心して暮らせるだろう。まちづくりも市民の参加のもとにすすむ。だからこそ、近年では、経済学、社会

学、社会福祉の諸領域など、さまざまな学問領域で研究的にも、施策的にも注目をあつめるようになってきたのである。

5) ソーシャルキャピタルはなぜ生産的か

では、そうした社会関係はどのようなプロセスを経ていろいろなものを生みだしていくのだろうか。従来の研究では、この点はあまり明確ではない。一方では、政治的参加や、社会的な活動への参加に関する比率における格差や、政治や社会制度への信頼度の差異を指標としてとらえ、それが健康や学力や社会開発とどう共変するのとかということを見てきた。つまり、独立変数と従属変数との関係だけを見て、具体的なプロセス、例えば、信頼によって結ばれた社会関係がどのように社会の効率に寄与するのか、少年たちの就職に有利に働くのか、地域社会の医療・保健の水準を高めるのか、ということについては論じられてこなかった。

わたくしは、これについて以下のように考える。結論的にいうと、次のようなことである。信頼にもとづく社会関係は、わたくしたちが新しい行動に踏み出すきっかけや、その時に、わたくしたちにとって信頼できると思われる情報を与えてくれるからこそ、創造性をもつのである。少しむつかしく表現すると、「**社会関係資本は、何らかの信頼に媒介された関係性やコミュニケーションの場であることを通じて、人の行為を生み出す機会・環境として作用する**」(平塚 2009)ということである。

この点について少し説明をしましょう。わたくしたちの教育理論もそうだが、これまで誤解していたことは、こういうことである。例えば、市民たちは、福祉ボランティア活動になかなか参加してくれない。彼らには興味や関心がないからだ。だから、高齢者の支援をするにも、新しいメンバーを見つけることは大変だ、とってきただけではないか。その時、わたくしたちは、「動機があるから、行動がある」、と考える。〈動機〉→〈行動〉、〈原因〉→〈結果〉という関係を想定するわけである。

これは自然現象であれば、そのとおりといえよう。原因がなければ、結果もない。ところが、社会的な行動についていうと、それは、恋愛であれば、〈好き〉だから、〈付き合う〉と言うようなものである。知り合う前に、好きになっている、〈赤い糸で結ばれている〉ならわかるが、通常は、〈付き合っている〉うちに、愛は〈芽生え〉、二人で愛を〈育む〉、と考える。出会いの機会もないのに、好きになるというのはいない。ストーリーはだからおかしいわけである。〈好き〉という感情、ボランティア活動であれば、その動機、興味や関心は、付き合いのなかで、活動に参加するなかで社会的につくられるということである。

すぐわかるように、では、そもそも動機がないのになぜ参加するんだろうという問いが生じるだろう。最初にボランティアに参加するのは、少し興味関心があったという方ももちろん存在する。しかし、そうであっても、それが具体的な行動になるには、信頼できる人から誘われた、信頼している人が一所懸命やっているのだから、信頼できる人の情報だから、自分も安心して覗いてみようという気になるのではなかろうか。つまり、**信頼にもとづく社会関係は、安心して自分を委ね、行動に踏み出すことのできる〈出会いの場〉となるのである**。「人の行為を生み出す機会や環境」というのは、こういう意味である。

ソーシャルキャピタルの本質的要素の一つである信頼という感情についても、こうして活動に参加するなかで、協同の活動を経験するなかで、その人の人柄とか、行動をともにするなかで、いわば仲間への信頼として育まれてくるものとして理解したい。

次に、こうした協同関係をつくることをとおして、どのようにソーシャルキャピタルが豊かになるのかを考えてみよう。

2. ソーシャルキャピタルをつくる

では、ソーシャルキャピタルである信頼にもとづく社会的関係＝ネットワークはどこで、いかに形成されるのだろうか。OECD（OECD 2001）は、家族、学校、地域社会、企業、市民社会の 5 つを源泉としてあげている。しかし、実践的な課題は、ソーシャルキャピタルをいかに育むことができるのか、その実践の視点を理解すること、さらに、どのようなソーシャルキャピタルが地域社会のより豊かな潜在的可能性を拓くことができるのか、ということについて正しく理解することであろう。

以下、2つの点に注目して論じる。一つは、地域の力とは何か。それを発揮させるためには、どのような働きかけが必要なのかということ、二つ目には、その結果、人びとのネットワークにはどのような変化が見られたのか、ということである。

1) ソーシャルキャピタルをつくる—コミュニティ・アプローチとは

ソーシャルキャピタルを育む実践は、コミュニティ・アプローチをとる必要がある。まず、このアプローチの基本視点を確認することからはじめよう。

第 1 に、地域の住民の方々はさまざまな知恵、技術、力をもともともっている。しかしながら、その価値に気づくことはほとんどない、ということである。この点に留意する必要がある。だからこそ、豊かな自然のある農山村の住民たちでも、「うちの村にはなにもない、山しかない」、と子どもたちに毎日のように語りかける。子どもたちは毎日のようにそのことを聞かされて育つわけだからこそ、彼らがやがて村をでていくことは、いわゆる「予言の自己成就」というものであろう。こうした認識をかえることが第一歩である。

第 2 に、地元の暮らしや環境のすばらしさを認識する際に、よそ者の視点が介在することをとおして住民たちは自己認識を転換させることがある。よそ者の働きかけをとおして、住民の方々の意欲や関心が大きく、いわば革命的に変わる。この意欲や関心をいつも大切にして、あとは参加しやすい出番を用意することが重要である。何よりも、わたくしたちが組織者として心しておく必要があるのは、小さなものであっても、やってよかったという経験をさせることである。その小さな成功体験をつみあげることによって自然に活動はすすむ。成功体験を共有することをとおして、ソーシャルキャピタルは、まさに資本として自己増殖をはじめることになる。

第 3 に、職員の役割とは何か。唯一の仕事とは、人と人を結びつけることである。そのために、こまめに住民を訪ね、情報をあつめて、それをいろいろな機会につなげていく。この意味で、まさにネットワークナーなのである。

第 4 に、主役は住民の方々であり、職員たちの仕事はいわば黒子、支援者である。しかしながら、黒子が大切にすべきことは、はいつも主役に寄り添いながら、必要があるときに支援の手を伸ばすことができる、ということである、やがて、独り立ちしていくことを展望しながら。

大切なことは、立派な施設をつくることではない、ハードが変わったわけでもない。新しい住民が増えたわけでももちろんない。何よりも、住民の方々の意識、認識が変容したということである。そのことによって、もともともっていた力が発揮される、そう

した機会に次々に参加する、その輪が広がっていくという循環をつくることである。人びとが生き生きとしてくることをとおして、地域も活気がでてきて、その魅力に魅かれて村の外からも人びとが集まってくるようになる。コミュニティ・アプローチをとった実践的働きかけをとおして、こうした人びとの社会的関係がつけられていくのである。

2) ソーシャルキャピタルの二類型—〈結合型〉と〈橋渡し型〉

ところで、2つの異なる性格をもつソーシャルキャピタルがあることを確認しておくことが大切である。例えば、農山村地域では家族と近隣の関係に包み込まれることをとおして、人びとは安定と安心のなかで暮らしているといえよう。この血縁と地縁という同質性によって結ばれた関係は私たちが暮らにとって重要な要素であるが、しかしながら、新しい活動を生み出すことはむづかしい。これに対して、共通の趣味であるとか、共通の目標によってむすばれた社会的活動のネットワークがある。その協同行動に取り組んだ経験の蓄積と成功体験の積み重ねによって信頼は育まれる。

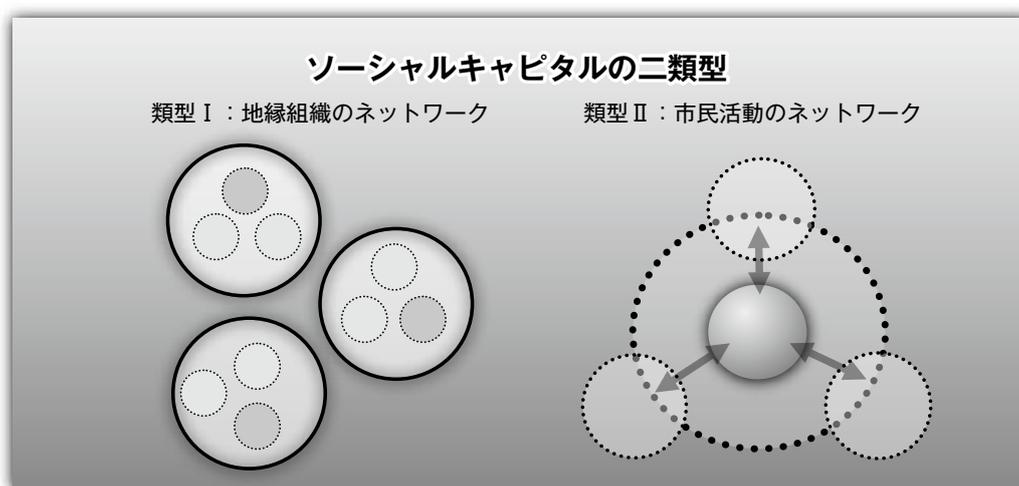


図5-4 ソーシャルキャピタルの2類型

周知のように、パットナムは、前者を〈結合型〉(bonding)のソーシャルキャピタルといい、後者を〈橋渡し型〉(bridging)と分類している。それぞれ、次のような特徴があるとされている。つまり、〈結合型ネットワーク〉は比較的同質な人びとにより構成されるので「内部指向」であり、それは安心を生み出すのであるが、血縁や地縁を持たない人を排除したり、ときには個人の自由であるとか、考え方を拘束・規制してしまうことがある。そうした負の側面がある。これに対して、〈橋渡し型〉は市民活動における結びつきをイメージすることができるように、多様な人から構成されており、血縁や地縁ではなくて子育て支援であるとか、男女共同参画であるとか、高齢者の生活支援であるとか、文化サークルのように共通の目的のために集まり結びついた人たちの関係である。その結びつきは、より弱く、より薄いといえるが、人びとを横に結びつける働きをする。

重要なことは、それらのどちらか一方が大切であり、他方がそれではないということではなく、それぞれの性格の違いを正しく理解し、そのどちらも豊かな蓄積のある地域社会をつくる意識的な努力をすすめることである。

3) ソーシャルキャピタルの創発的展開

ここでもう一つ、ネットワークが、どのようなプロセスをとりながら展開しているのかということをも理念的に整理してみよう。例えば、次のような展開が想定される。

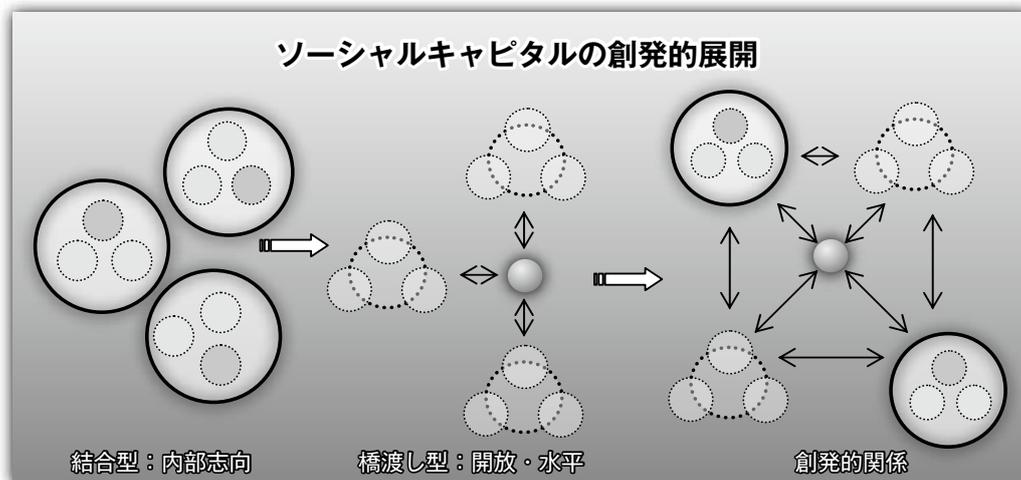


図5-5 ソーシャルキャピタルの創発的展開

まず、第1段階は、地縁と血縁で結ばれた人びとの社会的関係、〈結合型〉の豊かなネットワークの存在である。何もないけれども、静かで、安心な暮らしを送る農山村を考えて間違いない。結合型のソーシャルキャピタルである。職員たちは、一人ひとりの住民を訪問し、対話を重ねる。

そのことは、結果として地域で暮らす知恵や豊かな自然の意味を自覚させる働きかけをしたことになる。つまり、地域社会に存在しながらも、潜在してきた社会的資源を顕在化させるフェーズである。

第2段階は、こうして潜在化していた資源を掘り起こし、それらを結びつけて一つの社会的活動として組織化する段階である。それは、新しい活動を担う橋渡し型のネットワークをつくることである。ところが、単発的な事業であったり、これで地域が活性化したという実感をもつことはむづかしい。まだ、活動は点にすぎない段階である。これがさらに波及するには、もう一段階の質的な転換が必要となる。

第3段階になると、地域外からの参加者も加わって、新たな活動が生まれる、かつ活動がより大きくなる。より大切なことは、例えば、活動の社会的ネットワークのなかに結合型のソーシャルキャピタルが加わる、例えば、都会からの農村体験合宿にやってくる人たちに宿舎を提供するなど、地域の人びとに活動が広がることをとおして、結合型と橋渡し型のネットワークが相乗効果を発揮するようになる。これによって、真の意味で地域が活性化したととらえられる変化となる。さらに、行政、学校、自治会などとの協同ができるようになると、創発的な協同関係がつけられるようになってくる⁶。

3. ソーシャルキャピタルをどう活かすのか

1) ケースワークとソーシャルキャピタルの関係

以上のようなソーシャルキャピタルについての知見を包括支援センターの活動にどう活かすのかということ解説する。まず、その前に、ケースワークとソーシャルキャピタル論との理論的な関連を整理することが必要となる。この点については、以下のような図が参考に説明する（図5-6）。

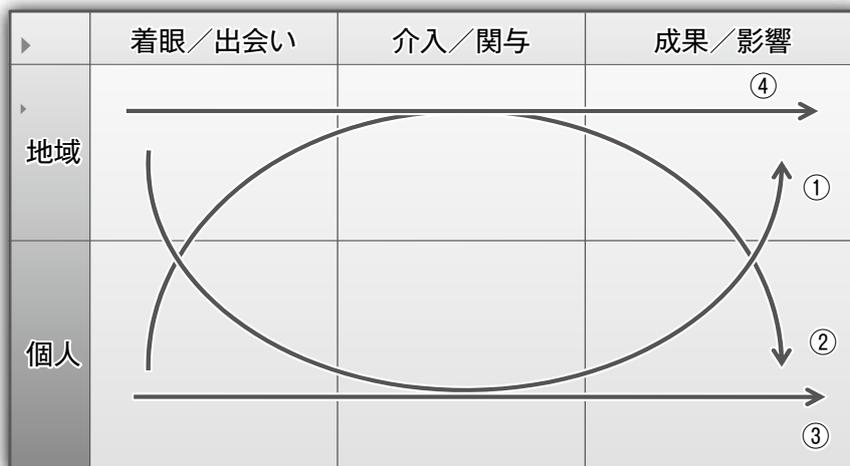


図5-6 ケースワークとソーシャルキャピタル

「着眼／出会い」、「介入／関与」、「成果／影響」という3つのフェーズと、「地域」と「個人」というタテ軸を組み合わせると、以下のように整理できる。

わたくしたち社会教育や地域づくりの活動は、地域社会の **well-being** を高めるために、おもにプログラムの展開をおおして地域社会の資源を探り出し、それを結びつけながら豊かなものにする活動をする（④）。しかしながら、そのためには、参加している住民たちのエンパワーメントが必要となるので、地域開発に関心をもちつつ技術やノウハウを移転するための研修会なども行うなど、参加する人びとの力量を高める働きかけをしていく（①）。これに対して、包括支援センターの職員の方たちは、地域に暮らす高齢者の方たちの介護をめぐるニーズを発見し、この個人に対して個別に関与し、支援やケア・サービスを提供するだろう（③）。しかし、個々のクライアントの問題を地域社会の特性や地域社会の資源を使いながら解決しようとするとき、地域社会の家族や地域集団などの資源を活用するという必要となる（②）。

ここで大切なことは、福祉の仕事が主に、個々のクライアントの生活支援であるのに対して、地域社会の開発に関心をもつ領域・活動・人材が地域社会のなかには必ず存在するという点である。医療や福祉が個別アプローチをとるのに対して、社会教育、地域づくり、環境保護や防災活動などは、先に述べたようなコミュニティ・アプローチを

とる。したがって、ソーシャルキャピタルの利用を考える上での問題は、どちらもやるということではなくて、職員たちが、こうした活動や活動をしている人たちとネットワークを結ぶ、より積極的には、コラボレーションをつくることが求められるということである。

2) ソーシャルキャピタルの〈強さ〉と〈弱さ〉をつかむ

こうしたソーシャルキャピタルをどう使うのかということを考えたいと思う。

その際に大切なのは、まず、2つのタイプのソーシャルキャピタルの性格、その強みと弱みを正しく理解することである。〈結合型〉のソーシャルキャピタルがつくり出す安心は地域の福祉の大切な要素である。しかし、このネットワークに入れる人は、その人の帰属によって制限されること、やや強く言うと、排他的な性格をもつことを理解しておく必要がある。これに対して、〈橋渡し型〉は開放的なネットワークであり、地域の福祉にとって必要な活動を創造する力をもっている。しかし、それは選択的であったり、偏在することが多いことも事実である。大切なことは、それぞれの利点をいかに活かしながら、創発的關係をどうつくるのかということが実践的な課題となろう。

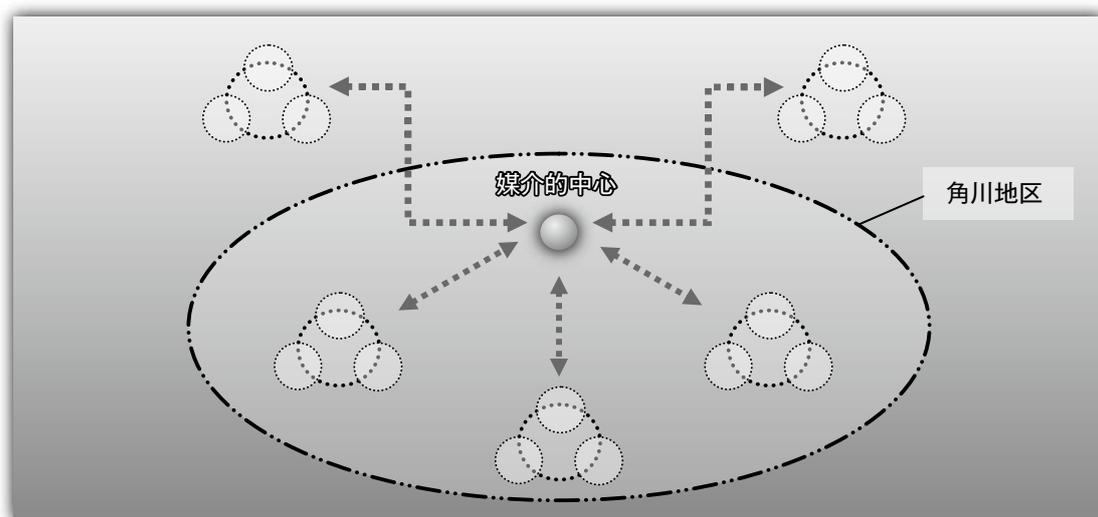


図5-7 ソーシャルキャピタルの 媒介的中心

3) ソーシャルキャピタルの〈中心〉をつかむ

第2に、ネットワークの中心をつかむということである。私たちがネットワークを利用しようという場合、その中心にある人に働きかけるわけですが、だれがネットワークの中心かを理解しなければならない。地域のなかでたくさんのネットワークをもっているという意味で言えば、地元の人たちの方が〈中心〉といえる。これを次数中心性という。しかし、より大切なのは、媒介的中心といわれる人物であろう。この真ん中の赤い点を見るとわかるように、この点が、それぞれ活動の目的も、性格も異なるネットワークを結びつける媒介的中心であることが一目瞭然であろう。彼がいなければ、各ネットワークの単位、これをクラスターというが、そのクラスターの結びつきがなくなって、

このネットワークの結びつきは拡散してしまうことになる。逆に言うと、彼と知り合いになることをとおして異質のクラスターとのネットワークがつけられ、そこから情報をえることができるようになる。さらに、彼とのつながりは、地域外にネットワークが一挙に広がることを意味するだろう。その点でも、重要な人的資源といえる。

4) ソーシャルキャピタルをとおして情報をえる

第3に、ソーシャルキャピタルが新しい何かを生み出すものは何か、ということをつかむ必要がある。そのネットワークは、2つのものをもたらすことになる。一つは、活動のための資源である人を動員するということがある。記述のとおり、信頼関係があるからこそ、新しい人は勇気をだして行動に参加することができる。もう一つは、ネットワークには、活動に必要な情報が流れることになる。ネットワーク論の〈スモールワールド〉のように、世界は意外と小さく、媒介的中心にある人と結びつくことによって、わたくしたちには世界から情報をえる可能性が拓かれることになる。

5) 多様なネットワークが福祉資源としての可能性をもつ

第4に、高齢者の介護とソーシャルキャピタルの関連を考える場合、福祉の関係だけをみないで、より広い視野で、多様なソーシャルキャピタルとの関連を考える必要がある。例えば、包括支援センターの仕事をするときに、当然ながら、いろいろな人や機関と連携をとる必要に迫られる、それらの諸機関をつなぐのがまさに重要な仕事でもある。その時、まず念頭におく人や機関とは、医療機関であったり、民生委員さんであったり、いずれにせよ、いわゆる福祉にかかわる人であることは間違いないだろう。

無論、これらの人びとが中心となるのだが、ソーシャルキャピタル論の含意の一つは、例えば、スポーツ活動や趣味のサークルなどをめぐるつながりが、直接高齢者の介護や子どもに勉強を教えるという行為ではないにもかかわらず、波及効果といってもよいかと思うが、それらの地域生活の **well-being** を高めるという関係を持っているということなのである。だからこそ、地域の福祉力を診断する場合、社会福祉や健康・保健に関係する指標や、それらの諸団体の活動に注意を払うだけではなくて、例えば、私たちの専門領域であるような、公民館の学習・文化サークル、スポーツ組織などについての情報をえるということ、その媒介的中心になっている人は誰なのか、ということ把握しておくことが大切なのである。それらは、まさに福祉の資源なのである。

しかし、それは、ただ名前を知っているということではいけないことも確かである。インターネットのような匿名の関係は、一般には信頼関係を醸成しにくい。直接的な面識があるという関係があるからこそ、その日常的な活動経験の共有をとおして、信頼の関係は育まれるのである。

4. 地域のソーシャルキャピタルを育む—具体的に何をやるのか

1) まちづくりの5つの原則

では、まちづくりをどのようにすすめればいいのか。5つの原則、そんな大げさなものというよりも、留意すべきことのいくつかをまとめてみる⁷。

(1) 仕事ではありません、肩の力を抜いて、「まあ、いいか」精神で

まちづくりは、住民にとって仕事ではない。すべての課題が一人ひとりの住民にとって等しく大切なわけでもない。事業によって、熱意の程度も変わってくる。地域には、いろんな人がいることから、その多様性を相互に許容しあうことが大切である。

(2) しなければならないこと、できることより、したいことを探そう

これも同様に、まちづくりが持続的にすすめられ、活力あるものであるためには、一人ひとりの興味や関心が大切にされる必要がある。また、市民の参加を広げるためには、「面白い」、「楽しい」と感じるものを実施することがなにより大切である。

(3) 地域には「部長」も、「課長」もない「友だちの関係」をつくろう

地域のなかでの活動では、それぞれ役割分担をすることもあるし、役員となっている方もいるが、ソーシャルキャピタルで大切なのは、それが水平的なヨコのつながりである点である。いわば、よもや上司と部下との関係を思う方はいないと思うが、対等・平等の「友だち関係」こそが理想の姿である。

(4) 効率よりも、寛容と納得を大切にす

効率やスピード感は企業で大切なことであり、一人ひとりの思いよりも目標の達成が目指される。まちづくりは20年、50年、100年先を見据えた未来をつくるプロジェクトである。また、多様なニーズを持ち、意見を持った人たちが構成されるのが地域の団体であることから、お互いの考えや意見を尊重し、許容しあい、必要であれば先送りするような余裕ある取り組みをする必要がある。

(5) 講座やセミナーなどに参加し、自分に投資をして力を高めよう

講座やセミナーへの参加は、それ自体が、自発的な社会への参加であり、人びととのつながりをつくる機会である。また、まちづくりに関係して行政の出しているさまざまな計画や政策に関する文書や審議会などを傍聴してみることも、情報の収集と学習のよい機会となる。わたくしたちが、さまざまな情報を持ち、知識を広げ、力を高めることによって、よりよいまちをつくるのが可能なのである。

2) 具体的活動の事例

では、具体的に、わたくしたちは何をすればよいのだろうか。その具体例をあげたいと思う。要は、住民の方たちの活動の機会を、5つの原則に立ちながらつくることである。

(1) 住民たちの出会い、語り合い、ふれあう場・機会をつくる。祭り、運動会、コン

サート、講座など、とにかく住民が集まり、そのことによって相互に話をしたり、交流することをとおして知人を増やしていくことである。

(2) 地域の資源を自分たちで探索し、理解することによって地域に愛着を育む。小さなグループで地域を探索する。それを学ぶ機会をつくる。目標や成果をつくることも大切なので、各種の地図をつくったり、報告書などをつくる。それを市民センター便りで活かすということがあると最高である。

(3) 地域で安全・安心に暮らせるような活動をする。これはすでにやっていることだろうと思う。防犯活動、防災活動、登下校の見守りなどの活動を通して、直接住民の安全・安心を確保する大切な活動であり、防犯活動では、ポスターの作成、啓発標語の募集と掲示なども、参加者の層を広げるうえでも効果がある。高齢者を対象にした健康づくりの取り組みも、直接、介護予防活動として有効であり、地区担当の保健師の方々との協力のもとに実施することができる。

(4) まちづくりの人材を育成する。これは行政が実施していることが多いと思う。地域のさまざまな活動を実際に行う人に、そのノウハウを伝えること、住民の方々のグループもそこから育つ事業である。実施に当たっては、参加者である住民の立場から要望を出すことも効果を高めるうえで大切である。

(5) まちづくりを推進するための仕組みをつくる。まちづくりは一つのイベントではなくて、まちの未来をつくるプロジェクトである。したがって、長期的にまちづくりを継続し、活性化させるためには、その仕組みをつくることが欠かせない。具体的には、場所をどうするか、資金をもたなければ「絵に書いた餅」です。事務局的な機能をもつ人材も必要になってくる。要するに、総合的な支援の仕組みをつくることである。

(6) まちづくりの計画をもち、それを住民の共通の意識とする。魅力あるまちは、共通して、まちにはいったときに住民の共通の意志を感じるものである。そのためには、まちづくりの計画があければならない。地域福祉計画でもいい。とくに、まちづくりや地域福祉の目標への住民の理解が大切となる。また核となる活動の広がり、住民の方々の意識醸成を図るうえでは重要である。地域全体でとりくむという意志が形成されると、それはまちの風土といえるものになる。

3) おわりに

地域包括支援センターの方たちは忙しい状況にある。そうした状況で、自分たちでこれに取り組むということ、ここで主張したいわけではない。大切なのは、地域社会には、健康・福祉の領域だけではなく、子育てをめぐる自主的活動や公民館などを拠点とした学習サークル、運動団体、地域の組織がさまざまある、これらといかに結びつきをつくるのか、ということが大切な点である。

そのつながりは、第一義的には、それぞれの領域での活動を目的にして結ばれたつながりではあるが、ソーシャルキャピタルの資本たる含意は、それが資本となって、形をかえながら、新しいことに取り組む際の「組織費用」を削減する、つまり、容易にとりくめる条件をつくりあげることにある。

地域包括支援センターが地域の住民の方たちにしっかりと認知され、職員の人たちや

運営にかかわる人たちと、地域で活動する住民の方たちが意見や状況について話し合い、考え、そして行動する機会をいかにつくるのかということが大切なことである。ソーシャルキャピタルは、それをうまく利用する＝成功体験をつみかさねることによって、より大きな資本として地域の well-being を高める力を育むことを可能する。

¹ この点は、高橋満著『社会教育の現代的実践—学びをつくるコラボレーション—』（創風社）、2003年、を参照。

² 増田直樹著『わたくしたちはどうつながっているのか』（中公新書）、2008年。

³ 野沢慎司編・監訳『リーディングス ネットワーク論：家族・コミュニティ・社会関係資本』（勁草書房）、2006年、117頁。

⁴ 内閣府国民生活局編『ソーシャルキャピタル—豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて—』平成15年。

⁵ 佐藤寛編『援助と社会関係資本：ソーシャルキャピタル論の可能性』（アジア経済研究所）、2001年。

⁶ 高橋満著『NPOの公共性と生涯学習のガバナンス』（東信堂）、2009年のなかの「創発的協同関係」に関する論述を参照していただきたい。

⁷ この点は、とちぎ市民協働研究会『まちづくりスタートブック』（とちぎ市民協働研究会）、2009年から紹介しています。

（この項の担当：高橋 満）

5. わが国におけるソーシャルキャピタル概念の広がりとその背景

1) ネットワーク（人とのつながり）互酬性と信頼への関心の回帰

1970年代以降経済の発展や生活の利便性は、人とのつながり、自然とのつながり、地域社会とのつながりなど、さまざまなつながりを壊すことにより発展してきたといえよう。

例えば、企業はつながりを切ることで、生産効率を上げ、労働力を確保し、市場を拡大してきた経緯がある。行政も効率を高めるために縦割り行政を展開してきた。また、個人も、近所付き合いのしがらみから自由になるとか、家族のつながりを弱めるとか、他者の問題に踏み込まないとか、つながりを作ることを避ける傾向が見られるようになってきた。

結果、経済発展、生活の利便性は助長されたものの、地域住民の生活に生じる困難さが軽減されたとは言い難い。また、経済成長も停滞し、環境や諸外国との連携等で社会も多くの問題が顕在化し始めた。

近年のNPOや市民活動の広がり背景には、前述したように多くの問題解決に向けて地域住民が新たな公共を生み出した結果であり、地域住民の信頼のつながりこそが社会にとっての最も必要な資本（ソーシャルキャピタル）であることの認識が広がった結果であることが示唆されている。

パットナムのソーシャルキャピタル概念で指摘されている住民間の信頼つながりがなくなった社会においては、生活中で生じた困難な出来事や問題が起こった際に行政に意義申し立てを行う住民が増加する。それに伴い自治体行政の業務の中心は、次第に公共の社会保障にとどまらず個人の福祉へ移行する。しかし、行政には財源の限界があり、すべての住民ニーズに対応が困難であり、介護の社会化と期待された介護保険制度の財政基盤が揺らぐ事態に至っている。つまり、公共の限界と住民の役割を見直さなければ、介護保険をはじめとした福祉の制度、仕組みの本来の目的を発揮できなくなることが推察される。

こうした状況の解決に向けた重要な視点に、ソーシャルキャピタル概念を援用することができるのではないかと考えられている。

2) ボンディング型ネットワークからブリッジング型ネットワークへの変容

わが国で「まちづくり」への関心が高まりだしたのは1970年代であり、当時コミュニティ概念が導入されはじめ、コミュニティケア（地域福祉）への関心が高まった。しかし、基本的にはそれまでの統治型のいわゆる「縦割り行政」であったことから、行政の働きかけは地域生活上の問題は分断され、住民同士のネットワークが希薄化した。同時に住民の行政への依存的意識も高まった。

住民の生活を支える各種制度は、制度を利用する住民の生活に直接還元されなければならない。しかし、住民の生活は個人差が大きく、諸制度は個別性に合わせ運用することは困難である。一方で行政には「平等性」が要求され、行政担当者は二律背反に立た

されることとなる。また、財源の課題、事務的な労力的な限界があり、制度本来の目的を達成することの限界が見えてくることも考えられる。つまり、これらがソーシャルキャピタル概念におけるボンディング型ネットワークの弊害であるといえよう。ボンディング型ネットワークは強い紐帯と表され、典型的な地縁、血縁関係や行政や企業の縦型ネットワークのような公式の強い関係性を示している。ボンディング型は、結束は強いものの排他的であり連携が難しく新たな関係を構築することが難しいという特徴を持っている。したがって、住民参加や協働のまちづくりを効果的に展開しようとした場合に十分な成果を上げることが難しい。

しかし、実際の地域生活は多様な問題が複合的かつ同時に起こっていることから、それぞれの問題に対して個別的なアプローチでは解決できないことが多い。そこで、必要とされるのが、ブリッジング型ネットワークである。

ブリッジング型ネットワークは、ボンディング型ネットワークの対極にある概念ではなく、取り組みの違いを示す。ブリッジング型ネットワークは NPO やボランティア団体等の非公式なお互いで支えあう関係を形成する弱い紐帯のことを表している。ブリッジング型ネットワークは、地域住民それぞれの協調行動を促す効果を有している。その協調行動によって、さまざまな問題が解決されていくことも副次的に期待している。こうした機能に、住民が主体となる福祉が構築されることを期待できる。

3) ブリッジング型ネットワーク（つながり）の展開事例

住民間のつながりが薄れることで、街づくり、住民連携に関する阻害要因は増加するが、住民間のつながりが増えることで住民連携が促進され、あわせて街づくりが進行する。

つまり、ブリッジング型ネットワークをもとに展開される活動は、その活動を通して持続的なものになり、さらに広がりを見せていく事例が多くある。本節において特徴的な4つの事例を紹介する。

6. ソーシャルキャピタル概念活用の実践事例

1) 事例1 青森県三沢市の花いっぱい運動

青森県の三沢市では2002年から行政が補助金を出して、花と緑のまちづくり活動を展開してきたが、5年間で補助金がなくなることになった。しかし、活動を継続したいという住民たちの思いから、どうすればいいかを考える住民委員会が作られた。

参加させてもらった委員会で感じたのは、住民たちが行政に対して要望を出し、行政はそれに応えるという関係であった。つまり縦のつながり、それも依存的な関係である。

そこで住民委員のみなさんに質問した。「自分の家の庭には補助金がなくとも花を植えますよね。それなのに自分の町に花を植えるのは補助金がないと駄目なのですか。三沢はみなさんの町ではないのですか」。おそらく、最初は意味がわからなかったと思われる。

しかし、話し合うなかでその意味をしっかりと受け止めてくれる委員が増え、最初は、補助金がないと活動が厳しい、少額でも補助金がほしいなど、「～してほしい」という意見が多かったが、次第に、自分たちはこんなことならできるという発言が多くなり、行政にばかり頼らず自主的に活動していこうという流れが作られていった。苗を自分たちで育てるなどの新たな自主的活動も始まった。住民たちのなかにはさまざまな専門家もおり、そうした力をお互いに活かしあうつながりを育てていけば、お金などなくても、できることはたくさんあることに気付き始めた。極端に言えば、これまでの行政は、そうした自発的な住民の力を押さえ込んできたかもしれない。

そして、自分たちで住民たちに呼びかける公開フォーラムを開催しようという動きができてきた。フォーラムでは、企画から告知案内、当日の受付から運営まですべて住民が主体となり行った。しかも、行政が開催するよりも多くの人が集まり、話し合いの内容も前向きな発言が多く出されていた。

この運動は花づくりの活動であるが、そこからさまざまな新たな人のつながりが派生していった。空き農地を持っていた人はそこを提供し、時間のある人はそこで一緒に苗づくりを手伝い、作業が終わったらお茶を飲んで交流を深める。この活動は結果的に、花づくにとどまらず、水平型のネットワークである人のつながりと町づくりを行うことがなされていた。

2) 事例2 茨城県美野里町 文化がみの～れ物語

「私たちの町には文化ホールがない」という住民の思いから始まったのが、茨城県美野里町（当時：現小美玉市）の文化センター「みの～れ」の物語であった。

2002年にオープンした文化センター「みの～れ」は、基本構想から建物の設計、運営管理体制など、すべてにわたって、住民主役・行政支援で進められてきたプロジェクトである。

町の長期構想に基づき文化ホールの建設に取り組むことになりましたが、当時はハコモノ建設への批判も強く、反対する住民もいた。そこで、基本構想を描くところから住民主導で取り組む方針が決定され、町民に対してプランナーを公募することで完全な自発的応募で選ばれた委員会が発足した。

委員会設置当初、ほとんどの委員が、これまでがそうであったように、町役場の案に要望や意見を述べればいだろうと考えていたものの、町は本気で住民主役の活動を計画しており、住民を中心とする委員会には白紙からの検討が求められた。

それにより委員は意識が徐々に変化し、自分たちで自発的に調査を行い、それを持ち寄っての話し合いが始まった。さらにそうした経緯を住民に知らせるために、住民向けの機関紙がつくられ、毎月、全戸に届けられた。そして、回を重ねるにつれて、文化ホールをつくることは自分たちの地域の文化を考えることであるという気づきを得た。

こうした活動のなかで住民たちの水平的なつながりは育ち、同時にそれまでやや相互不信感があった住民と行政とのミゾも埋められ、行政と住民とが一緒になってのまちづくりが展開されていった。

委員会発足から6年が経過し、予定より遅れたものの、文化センターは2002年11月に完成した。愛称は「みの〜れ」でありこれも住民が名付けた。オープンセレモニー時に行われたのは、住民が新たに結成した劇団によるミュージカルであった。

文化センター建設でつくられた住民と行政との信頼関係は、さらに大きな動きへと発展し、総合計画、さらには都市計画マスタープランなどの行政計画が、住民の積極的な参加のもとで取り組まれていった。「みの〜れ」は住民と住民をつなぐ場所として、地域づくりの核になっている。

この事例の成功のポイントは、多彩な個性を持った人たちが生き生きとつながり、お互いに支え合う信頼関係を育てる経過を経たことにある。

3) 事例3 高知県中村市 宅老所の利用者のお年寄りがはじめた地域のお祭

高知県の四万十川近くにある県道沿いの廃墟となったレストラン跡地を活用した宅老所の事例である。この託老所の利用者の高齢者が、集まるだけではなく自分たちも「地域活性化に一役買いたい」という意見から新たな活動が始まった。

その活動は、自分たちが若いころに作っていた豆腐やこんにゃくを作って、地域の若い人たちに振る舞うことであった。さらに、昔やっていた演芸大会も復活させて、祭りをを行うことであった。

利用者は、昔のことを思い出しながら豆腐やこんにゃくを作り、それを使った料理を宅老所の駐車場に並べて、地域の人たちに呼びかけて、振舞い、演芸大会では料理をしていた70歳代の利用者が受付を行った。

このような活動を知った近隣の住民は、親子で一緒に参加し交流が深まっていった。子供や母親が参加することによって世代間交流が始まる契機となり活動が広まり「幡多昔むかし祭」という行事が出来上がっていった。

4) 事例4 支え合うつながりを育てるコムケア活動

コムケアとは、2001年に設立されたコミュニティケア活動支援センターである。この活動は、各地で展開しているコミュニティケア活動の共創型相互支援の仕組み（コモンズ組織）を育てる活動を展開している。こうした活動を「コムケア活動」と称している。

コムケア活動は前述した活動者のネットワーク形成を行うために、サロンやフォーラムを各地で展開し、メーリングリストを主なツールとしている。

10年間の活動の中で、できるだけ多様な活動や人のネットワークを形成することでネットワークが拡大し、新たな活動を醸成されることが明らかになってきた。

2006年、兵庫県の尼崎で地域の美容室と福祉施設職員によるヘアスタイルショー「トリコロールコレクション」が開催された。企画したのは心身障害者施設の若いスタッフの清田氏であり、仕事を通して、既存の福祉制度ではカバーできない、実際の生活場面でのバリアが数多く存在していることに気づき、さまざまな福祉施設で働いている人に呼びかけ、障害を持つ人たちの美容室体験とヘアスタイルショーを企画した。また、地域の美容室からも協力が得られた。障害を持つ人たちと福祉施設の職員や学生など23人がモデルになったのスタイルショーは大成功で、それを契機にこれまでは接点のなかった人たちの新しいつながりが広がりだした。清田氏が車イスを押して町を歩いていると、見覚えのある美容師の方から声をかけられるようになった。つまりこの活動が障害者理解へのきっかけとなったのである。

コムケアの仲間には介護関係のグループの参加も多い。コムケア活動に参加したグループがつながり「介護なんでも文化祭」が始まった。様々な視点で介護に関わるグループと一緒に作り上げるイベントであり、活動を通じて知り合ったグループは、相互に参加し合うようになっていった。

また、地域住民の支え合いについて実践的に考える「支え合いサロン」も毎月行われており、そこに参加している人が他のグループに呼びかけて、だれかの夢を実現することを応援する「支え合いを形にする事業仕上げフォーラム」も開催されている。この活動では、メンバーの新たなネットワークから新しい展開や新しいネットワークが生まれている。

コムケア活動では、参加するメンバー、グループの双方向的な関係性を大事にしており、支援者・被支援者という区別ではなく、持続的かつ継続するな「支え合いのつながり」を目指している。

7. ソーシャルキャピタルを育てた3つのポイント

ここでは、4つの事例をソーシャルキャピタルの構成概念である、「信頼」、「ネットワーク」、「互酬性」の観点からポイントをまとめた。

人と人とのつながりは、その地域に居住する当事者が育てていくものである。また、ただ知り合えばいいわけでもなく、お互いに支え合う水平的なネットワークに基づいたつながりである。そして、その関係には信頼関係が必要となる。

信頼関係は住民それぞれが他者へ有することが必要であり、信頼されるためにはまず、他者を信頼する必要がある。しかし、相手を信頼しても信頼される保証はなく、それらは育てていくプロセスが求められる。紹介した事例それぞれは、様々な活動を通して信頼関係を育てるプロセスを住民が経験していることは共通点である。そして、措置もしくは契約という関係ではなく活動に参加したメンバーが同じ立場で対等の関係性にあり、まさに水平的なネットワークによって継続し活動が広がっていった事例であった。

地域で展開される福祉活動（コミュニティケア）は、サービスの範疇で方向性を検討されるのではなく、可能な限りその地域の住民が参加し、その地域住民がその活動を支えあうことによって継続し充実したものになっていく。

例えば、阪神大震災後のボランティア活動について構造的に調査した西山志保は「ボランティア活動の論理」（東信堂）において、「長期にわたって一方的支援を受けてきた被災者の多くは、自尊心と生きる希望を失い、自宅と病院の往復により、病気を再発させていた」と生活再建のプロセスにおける一方的幫助の危険性を報告しています。社会の成熟化に伴い、「与える支援」から相互関係の中にある「与え合う支援」へと支援の発想を転換することが重要であろう。

そのことを踏まえて、ブリッジング型ソーシャルキャピタルで言う「開いた（外向き）ネットワーク（つながり）」の視点から、3つのポイントを以下にまとめた。

1) 開いたネットワークと互酬性～支えるから支え合いへ

継続的な支援のためには互酬性が必要である。これは、ソーシャルキャピタル概念の基本的考え方であり、一方的な支援ではなく、相互にとって有益であり支え合うという関係性の重要性を説明している。

支え合う関係は、「開いたネットワーク（横のつながり）」と「互酬性（お互い様関係）」である。前掲した事例のように、こうした関係では、相互に負担が蓄積されることは少なく、「信頼」が育つ契機となることが理由である。

例えば、高齢者介護関係施設では「今の施設では、支援されるだけで、自分から何かをやるという人は少ないです。サービス業ということで、お客さんとして扱われているからです。自分から何をやると思えばもっとできる人はいっぱいいると思うのですが」という意見を聴くことがある。施設内においても地域ととらえソーシャルキャピタルの醸成を考えた場合にこうした相互参加と相互報酬の視点から支援の在り方を検討することで新たな展開を期待することは可能である。

2) 問題を活かす

複雑な問題の解決プロセスが、ネットワークを構築し、互酬性を育てるきっかけとなることがある。したがって、そうした問題をどのようなプロセスで、どんな人が関わって解決するかが重要である。

換言すれば、問題解決ではなく、問題を活かしていく視点を養うことが求められる。

利用者や地域住民には、様々な意見や批判、問題意識を掲げる人がいるが、おそらく自身のこととして真剣に考えているからこそ問題や改善点が見えている可能性も高い。また、それら意見の背景には同じような思いを持っている多くの声がある可能性も否めない。

開いたネットワークの視点、つまりブリッジング型ネットワークの視点では、起点となる人が存在する。起点となる人からの意見を重視していくことが地域活動を展開しソーシャルキャピタルを醸成するためには効果的である。こうした人が、係わる住民の視野を広げ、ネットワークを深める役割を果たしている。

3) 市場化から社会化へ

介護の社会化を目指して始まった介護保険制度は、「介護の市場化」の側面も明らかにしつつある。それはおそらく「社会化」のプロセスを十分に組み込まないまま、「契約」や市場化原理を取り入れたからであり、それは介護保険制度に限らず、さまざまな福祉の分野でも指摘されていることである。

「市場化」と「社会化」の違いは、たとえば、市場化が効率性を重視するのに対して、社会化は関係性を重視しているところである。また、サービス発想する市場化と支え合い発想をする社会化という違いもある。

つまり、市場化はサービスの対象としての利用者を生み出すが、社会化は双方向の関係性を育て、相互にそして社会全体で共創していくことを目指し、「相互扶助によるネットワーク」を作り出すことにある。

また、問題解決よりも問題を活かして常に状況を変えていくところも社会化の重要な側面である。一時的な解決ではなく、継続的な改善の内発的な仕組みを創り出していくことこそ、社会化であるとも考えられる。

社会化よりも市場化志向が強くなると開いたネットワーク（つながり）や信頼関係を構築することや醸成することは難しい。不足しているのは、社会化したサービス構築であろう。

8. まとめ～ソーシャルキャピタルは「福祉の原点」～

4つの事例の紹介を通して、「信頼関係に裏づけられた、支え合うつながり」が、ソーシャルキャピタルであることを解説した。

ソーシャルキャピタルは実際は地域社会に多くあるが、眼には見えないものであり気付かない場合が多い。家族形態や経済状況の変化から、地域差はあるものの、住民が存在する限りソーシャルキャピタルは醸成される可能性がある。「まちづくり」や「地域連携」の際にはその可能性を探らなければならない。

それらは、必要とするサービス提供者側が目的として活用する視点ではなく、共に育てていく視点が必要である。同じ目線に立つことで可視化され、福祉制度を効果的に活かしていくことになるのではないかと思われる。

ソーシャルキャピタルの醸成には予算やマンパワー不足があったとしてもお互いに信頼しあって、支え合う関係が育っていれば可能なことも多くある。

近年では経済至上主義のほころびからケアリング・エコノミクス（支え合いを基軸にした経済）という発想もある。社会経済システムそのものも、根本から見直されようとしているいま、地域における福祉施策・サービスの捉え方においても発想の転換が求められている。

その中で、ソーシャルキャピタル概念の活用はそれらを支持する有益な視点であると考えられる。

（この項の担当：佐藤 修）

第6章 地域包括支援センターにおけるソーシャルキャピタル概念の活用

1. 地域包括支援センターにおけるソーシャルキャピタル醸成貢献自己評価指標の開発

1) 目的

本研究で用いているソーシャルキャピタルの概念は、第5章で詳細にその研究の経緯と住民連携にかかわる地域づくりへの貢献について解説した。しかし、実践場面、特に地域包括支援センターがいかに活用し、それ地域における醸成に貢献できるかは客観的な把握は理解するためには非常に困難である。

そこで、本節においては、地域包括支援センターが地域のソーシャルキャピタルの醸成にどの程度貢献しているかを明らかにする指標を「ソーシャルキャピタル醸成貢献自己評価指標」を開発することを目的とする。

2) 方法

(1) 期間

2010年1月～2月

(2) 調査協力者と回収率

調査協力者の抽出は、下記の手順による2層抽出法によった。

全国の地域包括支援センターを、都道府県のホームページもしくは福祉医療機構のホームページを利用して、都道府県ごとの地域包括支援センターを抽出した。その数は、4274件であった。

この4274件から、都道府県別による層化無作為抽出により2000件を抽出し調査協力対象とした。調査回答は、原則として社会福祉士の方が回答することを求めた。

調査回収数は、889件、調査回収率は44.5%であった。調査項目のうち、基本属性となる所在地特性等の項目に欠損のあるものを除外した861件を有効回答数とした。有効回答率は43.1%であった(第3章調査と同様である)。

(3) 調査手続き

郵送法によるアンケート調査を実施した。調査用紙は、回答後の同封の返信用封筒にて郵送による返送を依頼し回収した。

(4) 尺度項目の作成と選択

調査項目第3章の調査と同様であり、そのうち、地域におけるソーシャルキャピタル(社会資源)の活用、連携に関して、パットナムが提唱し、先行研究でも最も多くの支持を受けている社会的信頼、社会参加、ネットワークの観点から、9段階評価にて回答を求めた。

尺度項目の選定は、イギリス国立統計局の調査マトリックス、統計数理研究所の「日本人の国民性調査」、電通総研等の「世界価値観調査」などの指標をもとに11項目を選定した。

その項目は以下のとおりである。

〔社会的信頼（信頼）〕5項目

1. 自分の事業所が、どの程度、地域住民に信頼されていると思いますか？
2. 自分の事業所が、どの程度、地域の団体に信頼されていると思いますか？
3. 自分の事業所は、どの程度、地域の団体や組織を信頼していますか？
4. 自分の事業所は、どの程度、地域住民を信頼していますか？
5. 自分の事業所は、どの程度、地域の団体（NPO法人、自治会・町会、老人クラブ等）に期待していますか？

〔社会参加（互酬性の規範）〕3項目

6. 「地域行事に必ず参加すべきである」ということに、自分の事業所はどの程度賛同できると思いますか？
7. 自分の事業所が、現在実働（役員などの仕事など）として所属している団体はどのくらいありますか？
8. 事業所として過去6ヶ月で地域行事（町内会や地域活動）にどのくらい参加しましたか？

〔ネットワーク（付き合い交流）〕3項目

9. 業務上、過去3ヶ月に地域住民の人と介護や福祉の相談に関する関わりはありましたか？
10. 業務上、過去3ヶ月に他団体や他組織の人と一緒に仕事をしたり関わる機会はありましたか？
11. あなたのセンターの仕事上重要な外部の団体や組織はどの程度ありますか？

選択肢は、それぞれ質問に応じて9段階で回答を求め9点から1点を配点して数量的な分析を行った。

結果を探索的因子分析を行い、因子の所属が明確ではない3項目を除いた9項目について、再度因子分析を実施した。

3) 結果

(1) 因子分析の結果

尺度項目と1回目と調整後の2回目の探索的因子分析の結果を以下に示した（表6-1、表6-2）。

ソーシャルキャピタルへの貢献度を図る11項目を「社会的信頼」、「社会参加」、「ネットワーク」の3因子構造であるという仮説検証を行った結果、新たな因子構造であることが明らかになった。

新たな3因子は、それぞれ、因子1を「能動的信頼」で、地域内の組織や団体、住民への信頼感と働きかけに関する内容であり、因子2は「住民とのかかわり」と命名し、地域住民や組織とのかかわりの広さを示しており、因子3は「受動的信頼」と命名し、地域の住民や団体から自分の意志からではなくどの程度信頼されているかを表している。2回目の因子分析による累積寄与率は、65.86%であった。尺度の信頼性を示すクロンバックαによって内的整合性の観点から検討した結果、能動的信頼が0.863、因子2を「住民とのかかわり」が0.762、因子3を「受動的信頼」が0.871であった。

表6-1 尺度項目と探索的因子分析(1回目)の結果(n=889)

	因子1	因子2	因子3
V.3_自分の事業所は、どの程度、地域の団体や組織を信頼していますか	0.8633	0.0668	0.2334
V.4_自分の事業所は、どの程度、地域住民を信頼していますか	0.8363	0.0564	0.2233
V.5_自分の事業所は、どの程度、地域の団体(NPO法人、自治会・町会、老人クラブ等)に期待していますか	0.6392	0.1894	0.0518
V.10_業務上、過去3ヶ月に他団体や他組織の人と一緒に仕事をしたり関わる機会がありましたか	0.0529	0.8252	0.0692
V.9_業務上、過去3ヶ月に地域住民の人と介護や福祉の相談に関する関わりがありましたか	0.1568	0.6615	0.0692
V.11_あなたのセンターの仕事上重要な外部の団体や組織はどの程度ありますか	0.1376	0.6430	0.0253
V.1_自分の事業所が、どの程度、地域住民に信頼されていると思いますか	0.2075	0.1407	0.8362
V.2_自分の事業所が、どの程度、地域団体に信頼されていると思いますか	0.2854	0.1626	0.7948
V.8_事業所として、過去6ヶ月で地域行事(町内会や地域活動)に何回くらい参加しましたか	0.0390	0.3143	0.2345
V.7_自分の事業所が、現在実働(役員などの仕事など)として所属している団体はどのくらいありますか	0.0320	0.2421	0.1356
V.6_「地域行事に必ず参加すべきである」ということに、自分の事業所はどの程度賛同できると思いますか	0.2822	0.2702	0.1349

バリマックス回転後の因子パターン

表6-2 尺度項目と探索的因子分析（1回目）の結果（n = 889）

	因子1	因子2	因子3
V.3_自分の事業所は、どの程度、地域の団体や組織を信頼していますか	0.8864	0.0822	0.2187
V.4_自分の事業所は、どの程度、地域住民をを信頼していますか	0.8352	0.0722	0.2400
V.5_自分の事業所は、どの程度、地域の団体（NPO法人、自治会・町会、老人クラブ等）に期待していますか	0.6139	0.1666	0.0756
V.10_業務上、過去3ヶ月に他団体や他組織の人と一緒に仕事をしたり関わる機会がありましたか	0.0309	0.8847	0.1034
V.9_業務上、過去3ヶ月に地域住民の人と介護や福祉の相談に関する関わりはありましたか	0.1368	0.6774	0.0969
V.11_あなたのセンターの仕事上重要な外部の団体や組織はどの程度ありますか	0.1181	0.6225	0.0641
V.1_自分の事業所が、どの程度、地域住民に信頼されていると思いますか	0.1671	0.1043	0.9324
V.2_自分の事業所が、どの程度、地域団体に信頼されていると思いますか	0.2701	0.1486	0.7536

バリマックス回転後の因子パターン

（2）尺度の妥当性

尺度の妥当性を示す、適合度指標には、GFI、AGFI、CFI、RMSEAを用いた。

結果、GFIとAGFI、CFIは適合性の指標となる.90を上回り、RMSEAは、.05を上回る結果となった。

図6-1は、因子分析の結果を構造方程式モデルによって検討した。

これらの結果から、この尺度は比較的良好な適合度であるといえる。

表6-3 因子分析結果のモデルの適合度

モデルの適合度 χ^2 値（自由度）	88.65（17）
GFI	.973
AGFI	.943
CFI	.974
RMSEA	.073

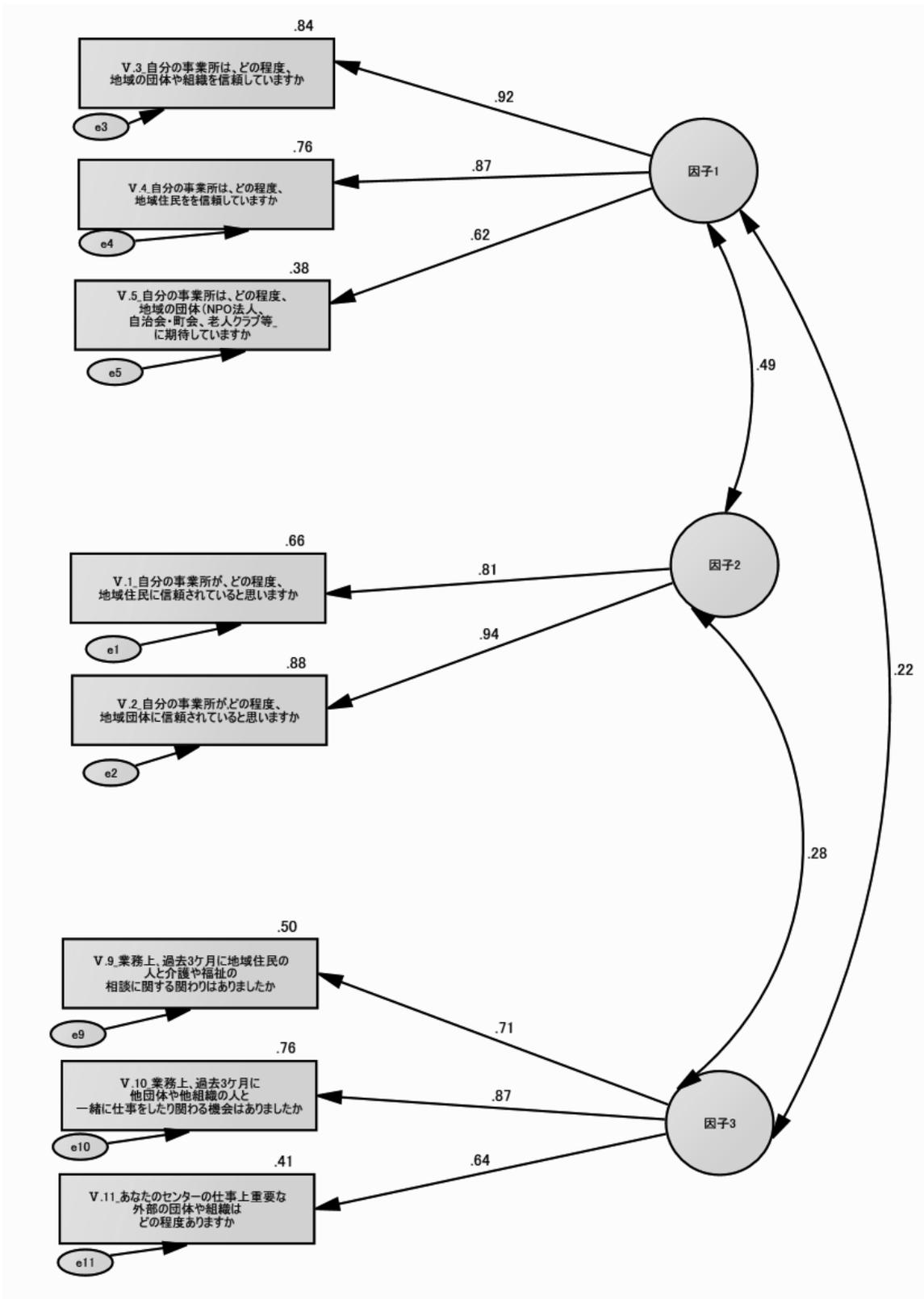


図6-1 地域包括支援センターのソーシャルキャピタル醸成貢献自己評価指標測定モデル

2. 地域包括支援センターを対象とした地域連携支援モデル説明会の実施

1) 実施目的

地域包括支援センターの業務については、平成17年から実際に各地域の事業所において「地域包括ケア支援体制の確立」の理念の実現を目指し活動が展開されている。しかし、経過とともに現段階の活動について様々な課題が明らかになってきた。

その課題とは、人的不足と業務多忙による課題が中心になりがちであるが、その背景には求められる業務内容の幅広さにある。それは地域を対象にして働いているがゆえの課題であり、そもそも地域という概念、そしてそれを包括的に支援すること自体の抽象的な概念がもたらしているともいえる。

したがって、報酬にかかわる多忙な業務に追われ、それ以外の業務である地域のネットワーク構築の困難さ、地域のコーディネート能力の課題などがいつまでも解決されずに残ってしまうテーマとなっている。

そこで、本章においては、地域包括支援センターが対象とするネットワーク構築、コーディネート能力を発揮するための指標として、ソーシャルキャピタル概念を紹介し、その醸成のために地域包括支援センターの役割としてどの程度貢献しているかを明らかにするためにソーシャルキャピタル醸成自己評価指標の開発を試みた。

2) 地域包括支援センターを対象としたソーシャルキャピタル研修会の開催

ソーシャルキャピタル（以下 SC）の概念を紹介し、地域包括支援センターにおける地域連携を基盤にした認知症・介護予防サービス企画支援に繋げることを目的に実施した。

なお、参加者はモデル的に説明会内容を自センターでの計画へ組み込みその適応度の測定を行うことが条件になっている。また、地域包括支援センター業務を管轄する行政職員にも参加を依頼した。

研修会の名称は、「住民連携と認知症・介護予防サービス企画支援研修会」として実施した。

3) 研修内容と方法

内容は、「地域の力と人づくり町づくり～ソーシャルキャピタルと成人教育」において、ソーシャルキャピタル概念の理解と地域での実践事例を交えて学び、次に「地域社会とのつながりの作り方と地域ケア活動」では、ソーシャルキャピタル醸成の実践的な事例紹介を行った。その後、参加者である地域包括支援センターと行政担当者が一緒になり、「地域コミュニティ活動発展のための連携蓄積度合いのセルフチェック」（ソーシャルキャピタル醸成自己評価指標試案）を用いて自事業所の評価を行い、そのための計画を立てる演習を「地域連携活動分析計画シート」を用いて行った（表6-1、6-2）。

東京と大阪2会場で行い、それぞれの参加者は以下のとおりであった。

①東京会場：平成22年1月14日（木）参加者44名（内行政担当者16/地域包括支援センター28）

②大阪会場：平成22年2月4日（木）参加者57名（内行政担当者16/地域包括支援センター41）

なお、研修で用いたソーシャルキャピタル醸成自己評価指標ならびに計画書は表6-4、表6-5のとおりであった。

「地域コミュニティ活動発展のための連携蓄積度合いのセルフチェック」（ソーシャルキャピタル醸成自己評価指標試案）は、パットナムの先行研究のソーシャルキャピタルの構成要素である、「信頼」、「互酬性の規範」（ここでは社会参加）、「ネットワーク」の考え方を基盤に本研究の検討委員会で検討された。実際に本研究で用いた試案を作成するに当たっては、パットナム研究から各国でソーシャルキャピタルの計測の試みが行われており、その取り組みの中からイギリス国立統計局の調査マトリックス、統計数理研究所の「日本人の国民性調査」、電通総研等の「世界価値観調査」などの指標を参考に9項目を設定した。

今回の指標の視点としては、地域包括支援センターはそもそもその地域に古くから組み込まれているシステムではなく、制定されてから4年程度しかたたない新しい資源である。今回は、その地域のソーシャルキャピタルを測定することが目的の指標ではなく、その地域のソーシャルキャピタルを醸成するための装置としてどの程度役割を果たしているのかを可視化するための指標である。

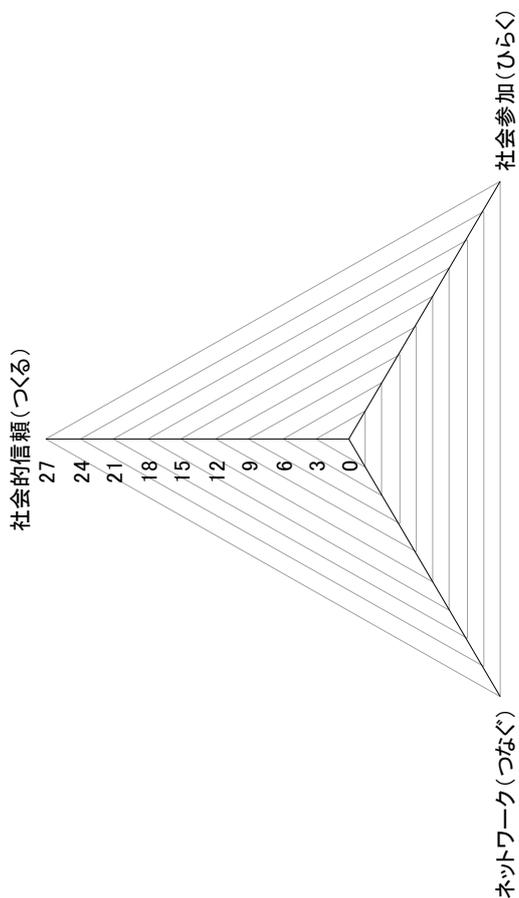
「地域連携活動分析計画シート」は、「地域コミュニティ活動発展のための連携蓄積度合いのセルフチェック」（ソーシャルキャピタル醸成自己評価指標試案）で算出された、「信頼」「社会参加」「ネットワーク」それぞれの得点で低い部分を中心に何が課題であり、何ができるのか、そしてその優先順位を決めることをした。このシートは明らかになった自事業所の地域への貢献度を向上させるための具体的な計画を構築することを目的とした。

表6-4 地域コミュニティ活動発展のための連携蓄積度合いのセルフチェック

① 社会的信頼（信頼）		点数
自分の事業所が、どの程度地域住民に周知され信頼されていると思いますか？	もっともあてはまると思われる番号を○で囲み点数に該当数字を記入 ほとんどの人に信頼されていない 両者の中間 ほとんどの人に信頼されている 1-2-3-4-5-6-7-8-9	点数
自分の事業所が、どの程度地域の団体に周知され信頼されていると思いますか？	ほとんどの団体に信頼されていない 両者の中間 ほとんどの団体に信頼されている 1-2-3-4-5-6-7-8-9	点数
自分の事業所は、地域の団体（NPO、町内会、老人クラブ等）に対して、事業の協力・連携にどの程度期待をしていますか？	ほとんどの団体にあまり期待していない 両者の中間 多くの団体に期待している 1-2-3-4-5-6-7-8-9	点数
小計		小計
② 社会参加（規範）		
「地域行事に必ず参加すべきである」ということに、自分の事業所はどの程度賛同できると思いますか？	まったく賛同しないと思う 両者の中間 大いに賛同する 1-2-3-4-5-6-7-8-9	点数
自分の事業所が、現在実働（役員などの仕事として）として所属している団体はどのくらいありますか？	ほとんど所属していない 両者の中間 かなり多くの団体に所属している 1-2-3-4-5-6-7-8-9	点数 団体数
事業所として過去6ヶ月で地域行事（町内会や地域活動）に何回ぐらい参加しましたか？	ほとんど参加していない 両者の中間 ほとんどの行事に参加している 1-2-3-4-5-6-7-8-9	回数 点数
小計		小計
③ ネットワーク（付き合い、交流）		
事業所として業務上、過去3ヶ月に地域住民の人との介護や福祉の相談に関する関わりはありましたか？	ほとんど関わりがない 両者の中間 かなり多くの団体と関わりがある 1-2-3-4-5-6-7-8-9	点数 人数
事業所として業務上、過去3ヶ月に他団体や他組織の人と一緒に仕事をしたり関わる機会がありましたか？	ほとんど関わりがない 両者の中間 かなり多くの団体と関わりがある 1-2-3-4-5-6-7-8-9	点数 団体数
あなたの事業所は、地域包括支援センターの仕事上重要な外部の団体や組織はどの程度ありますか？	ほとんどない 両者の中間 かなり多くある 1-2-3-4-5-6-7-8-9	点数 団体数
小計		小計
		合計

活用できそうなことや活用できそうな具体的な方法（業務との関連で）

--



点数	課題となっていること	できそうなこと(対策)	★
社会的信頼得点			
社会参加得点			
ネットワーク得点			

社会的信頼を「つくる」 社会参加（規範）のために「ひらく」 ネットワークを「つなぐ」ための課題と対策

3. 地域包括ケアとソーシャルキャピタル

1) 地域包括ケアとソーシャルキャピタル

現在、わが国では団塊の世代が75歳に到達する2025年に向けて地域包括ケアに向けた取り組みが始まっている。地域包括ケア研究会が2008年にまとめた報告書において示された地域包括ケアシステムの定義の案として、「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」と定義してはどうか。その際、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を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とすることとしてはどうか。」としている。つまり、サービスを連携、拡充することで既存の日常生活圏域で長く住み続けられることが理想であるとしている。さらに報告書の中では、地域包括ケアシステム確立の前提として、自助、互助、共助、公助の役割分担の確立が必要であると述べられている。

こうした視点では、特に目に見えずサービスとして成り立ちにくい、自助、互助、共助つまり、「助け合い」や「お互い様」といったこれまで地縁・血縁から生成された伝統的相互扶助を明らかにしなければ役割の明確化が難しい。

こうした枠組みの整理に役立つ理論としてソーシャルキャピタルの概念がある。

2) ソーシャルキャピタルの定義

ソーシャルキャピタル概念は、政治学、経済学、社会学、経営学、公衆衛生学などの分野で1980年代からその有用性に関する研究がなされ浸透している概念である。また、それらは、イギリス、アメリカ、オーストラリア、イタリアなど多くの国で政策に反映されており、我が国においても2003年内閣府において報告書が刊行されている。

先行研究の中で、ソーシャルキャピタルは以下の定義なされている。

- 「協調的行動を容易にすることにより社会の効率を改善しうる信頼、規範、ネットワークなどの社会的仕組みの特徴」 ロバート・パットナム
- 「ソーシャルキャピタルとは協調行動を容易にさせる規範、ネットワークである」 マイケル・ウィーコック
- 「関係構造における個人の位置づけによって創造される利点」 ロナルド・バート
- 「グループ内ないしはグループ間の協力を容易にさせる規範・価値観、理解の共有を伴ったネットワーク」 OECD

これらの定義の中で共通する項目として、もっとも適切に表現されているのがパットナムの定義であることは、過去の研究の中で支持されてきたことである。そのパットナムの定義をもとに次からは、地域における介護予防・認知症予防活動の活動促進にもたらす意義を解説する。

4. 地域包括支援センターの業務へのソーシャルキャピタル概念活用の有用性と限界

このように世界中に広く知られる経緯となったのが1993年アメリカの政治学者ロバート・パットナムの研究であった。この研究では「なぜ似たような制度的構造を持つにもかかわらず、地方行政のパフォーマンスに違いが生じるのか」という問題意識から比較研究を行ったものである。それ以後世界各国の研究者の中で、この概念を用いた、地域の見えざる力の測定の試みが行われてきた。

これらの研究の成果は、「ソーシャルキャピタルが高い地域は教育レベルが高い」、「ソーシャルキャピタルが高い地域は犯罪発生率が低い」、「ソーシャルキャピタルが高い地域は健康な人が多い」等、地域差や客観的にしにくい地域特性を説明してきた。

これらの研究成果は、これまで我が国の地域における福祉施策の展開に活用された報告は少なく、研究自体報告はほとんど見られていない。地域における特定高齢者把握の格差や、民間に委託された地域包括支援センターの活動範囲である地域の特性を理解し、その地域特性に適応した介護予防等のサービスを展開していくために非常に有用な概念である。

つまり、ソーシャルキャピタル概念の枠組みから考えれば「ソーシャルキャピタルが高い地域は介護予防サービスが浸透している」、「ソーシャルキャピタルが高い地域は自主事業が活発である」、「ソーシャルキャピタルが高い地域は特定高齢者把握率が高い」といったことが証明するために非常に有用な概念であると思われる。

例えば、健康とソーシャルキャピタルでいえば、これまでも多くの実証研究の成果が報告されている。ソーシャルキャピタルと健康との関連を研究するイギリスのHalpern（2005）は、社会活動に参加することは、うつ病のリスクを4倍下げる、また仕事を持っている者のほうが失業者より精神的健康度が高い、住民の連携がある地域においては認知症の発症率が低いといった報告をしている。確かに、これまでの認知症のリスクファクターを明らかにすることを目的にした疫学調査において、対人関係の広さや、地域活動への参加、社会交流が高い人は、認知症の発症率が低いという報告は多い。元気であるから社会交流等が多いのか、社会交流が多いから健康であるのかの因果関係は明確に示されていない研究も多いものの、ソーシャルキャピタルと健康、さらには認知症の発症率との関係は否定できない。

地域包括支援センターにおいて具体的な活用方法については、地域包括支援センターが地域の力を醸成するために必要な資源となる視点が必要である。

具体的には、「地域住民を信頼する視点（主観的信頼）」、「地域住民に信頼される視点（客観的信頼）」、「住民活動への参加」の視点である。

「地域住民を信頼する視点（能動的信頼）」

地域の連携を高めるために住民に自由に活動してもらおう場所と機会を準備し、ある程度任せてしまうことである。

「地域住民に信頼される視点（受動的信頼）」

住民から信頼を得るための活動をこちらから積極的に行うこと。この項目は、「地域住民を信頼する視点」と「住民活動への参加」に相互に関連しており、信頼することで信頼が生まれ、参加することで信頼が生まれるという側面を有している。また、日常的なあいさつや声掛けなど極めて日常的な取り組みが信頼につながることは意識しなければならない点である。

「住民活動への参加（地域とのかかわり）」

当然の活動ではあるが、かかわる団体を増やすということになる。地域ケア会議への開催・招集だけではなく、ネットワークを有する団体への積極的な参加をすることである。

地域包括支援センターがソーシャルキャピタル概念を活用することの有用性は、地域包括支援センターは管轄する地域のソーシャルキャピタルを醸成するための装置として機能する可能性があるからである。

まさに地域づくりもしくは地域の力を発見し活用するための有益な資源となるのである。

つまり、地域包括支援センターは、地域のソーシャルキャピタルを醸成するために地域住民や地域のフォーマルな団体に活用されなければならいと換言することができよう。

このように有用である概念であるが、ソーシャルキャピタルという表記自体がなじみが薄く、この概念を使用することによってより抽象化してしまうことが指摘されている。地域包括支援センターでの活用のためには、地域住民の視点に立ったより分かりやすい解説としてとらえるのであるとすれば、「ソーシャルキャピタル＝地域の見えざる力」であり、今年度研究は、地域の見えざる力を可視化することであった。

今年度の研究成果についての限界と追記しなければならない点として、まず、間違ったソーシャルキャピタル概念の理解が広まることの弊害が起こる可能性もあることである。これまでのその批判的意見としては、次のような批判がある。

ソーシャルキャピタルは魔法のように突然現れたり、何もない所からは生まれず、その地域の歴史的背景や住民移動などの蓄積から生まれるものであること。次に、ソーシャルキャピタルが低いことがその地域や地域包括支援センターの批判につながる。そして、地域という形をステレオタイプ化させてしまう点である (Peace&Davey Smith 2003)。こうした批判的意見を回避するために、地域包括支援センター等の機関は、地域でこれまでに生成されてきたさまざまな団体や組織の橋渡しを行う機能を強化することが求められる。したがって、今年度の研究で開発したソーシャルキャピタル醸成自己評価指標は、そのための活動計画を立てるための指標の域を出てはならない。

地域包括支援センター職員に対する地域住民連携に関する調査

—ご記入に当たってのお願い—

- ご記入は、地域包括支援センター職員で、**社会福祉士の方**にご回答をお願いします。
または地域包括支援センター職員で、**活動状況を把握されている方**にご回答をお願いします。
- 本調査用紙は、6ページで構成されています。ページを確認いただき、記入漏れないようにご回答をお願いします。
- お手数ですが、ご記入いただき同封の返信用封筒にて **2月20日(土)**までにご返送下さいませようお願いいたします。
- ご回答をもとに報告書を作成し、合わせて 地域包括支援センターの特色ある優れた取り組みを集めた、
介護予防や認知症予防の企画に役立つ「地域特性に応じた33の事例集」を年度末に送付いたします。
ご協力のほどよろしくお願い致します。

調査主体 : 認知症介護研究・研修仙台センター

I あなたの地域包括支援センターが管轄する地域について教えてください。

- 1) あなたのセンターの所在地域を教えてください。該当する番号を○で囲んでください。

1. 北海道	2. 東北	3. 関東	4. 甲信越	5. 北陸	6. 東海	7. 近畿
8. 中国	9. 四国	10. 九州・沖縄				

- 2) あなたのセンターが所在する市区町村の現状を教えてください。管轄地域の情報については、市区町村で統計を実施している場合ご記入下さい。また、数値の情報は何年現在のものか教えてください。

1. 市区町村の人口は何人ですか。	約()人	平成	年	現在
2. 市区町村の高齢化率は何%ですか。	約()%	平成	年	現在
3. センター管轄地域の人口は何人ですか。	約()人	平成	年	現在
4. センター管轄地域の高齢化率は何%ですか。	約()%	平成	年	現在
5. センター管轄地域の人口密度はどのくらいですか。	約()人/平方キロメートル			

- 3) 以下のなかからもっともあてはまると思われる番号を○で囲んでください。(完全に一致するものではなくてももっとも近いと思われるものを選択してください)

1. 都市部であり高齢化率が20%以下
2. 都市部であり高齢化率が20%以上
3. 平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす雪は降らない
4. 平野(盆地・沿岸部含)で高齢化率が20~30%で生活に支障をきたす程雪が降る
5. 山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす雪は降らない
6. 山間(山岳)離島であり高齢化率30%以上で生活に支障をきたす程雪が降る

II あなたのセンターの活動状況について教えてください。

- 1) 地域連携や地域づくりのために実施していることはありますか。あてはまる番号はすべて○で囲んでください。

1. 住民へのアンケートの実施	2. 地域資源マップ作り
3. 地域の年表作り	4. 地域の季節カレンダー作り
5. 地域住民へのインタビュー(聞き取り調査など)	6. 交流会・座談会等の意見交換会の開催
7. 住民向けの研修会・講演会開催	8. ボランティア、サポーター養成・育成
9. 地域活動のための組織化・団体の育成	10. その他()

- 2) あなたのセンターの設置形態を教えてください。当てはまる番号を○で囲んでください。

1. 委託	2. 市区町村直営
-------	-----------

- 3) あなたのセンターの種類を教えてください。当てはまる番号を○で囲んでください。

1. 地域包括支援センター	2. 在宅介護支援センター
---------------	---------------

あなたのセンターの職員数を教えてください。()内に数字を記入してください。

職員数 合計()名

内訳を教えてください(上記の職員数と以下の合計数は一致するようにしてください)。

1. 社会福祉士 ()名	2. ケマネジャー ()名
3. 保健師／看護師 ()名	4. 主任ケアマネジャー ()名
5. その他 ()名	

III 本調査に回答されている方についてお尋ねします。

- 1) あなたの役職を教えてください。

- 2) あなたの性別を教えてください。当てはまる番号を○で囲んでください。

1. 男性	2. 女性
-------	-------

- 3) あなたの年齢を教えてください。当てはまる番号を○で囲んでください。

1. 20～29歳	2. 30～39歳	3. 40～49歳
4. 50～59歳	5. 60歳以上	

- 4) あなたが取得している資格について教えてください。当てはまる番号はすべて○で囲んでください。
なお、「7. その他」については高齢福祉分野に関連する資格をお書きください。

1. 社会福祉士	2. 看護師	3. 保健師
4. 介護支援専門員(ケアマネジャー)	5. 介護福祉士	
6. 精神保健福祉士(PSW)	7. その他()	

IV あなたのセンター業務についてお尋ねします。センターとして各事業の「評価」「困難さ」のそれぞれについて、最も当てはまると思われる番号を○で囲んでください。

1. 総合相談支援業務について

評価	1. かなりできている	2. ある程度できている	3. どちらともいえない	4. あまりできていない	5. できていない
困難さ	1. おおいに感じている	2. ある程度感じている	3. どちらともいえない	4. あまり感じていない	5. まったく感じていない

権利擁護業務に関すること

2. 虐待や見守りのネットワーク構築について

評価	1. かなりできている	2. ある程度できている	3. どちらともいえない	4. あまりできていない	5. できていない
困難さ	1. おおいに感じている	2. ある程度感じている	3. どちらともいえない	4. あまり感じていない	5. まったく感じていない

3. 虐待や困難事例への対応について

評価	1. かなりできている	2. ある程度できている	3. どちらともいえない	4. あまりできていない	5. できていない
困難さ	1. おおいに感じている	2. ある程度感じている	3. どちらともいえない	4. あまり感じていない	5. まったく感じていない

4. 成年後見制度などの権利擁護事業について

評価	1. かなりできている	2. ある程度できている	3. どちらともいえない	4. あまりできていない	5. できていない
困難さ	1. おおいに感じている	2. ある程度感じている	3. どちらともいえない	4. あまり感じていない	5. まったく感じていない

包括的・継続的ケアマネジメントに関すること

5. 関係機関や主治医、他職種連携について

評価	1. かなりできている	2. ある程度できている	3. どちらともいえない	4. あまりできていない	5. できていない
困難さ	1. おおいに感じている	2. ある程度感じている	3. どちらともいえない	4. あまり感じていない	5. まったく感じていない

6. 介護支援専門員への個別支援について

評価	1. かなりできている	2. ある程度できている	3. どちらともいえない	4. あまりできていない	5. できていない
困難さ	1. おおいに感じている	2. ある程度感じている	3. どちらともいえない	4. あまり感じていない	5. まったく感じていない

介護予防マネジメントに関すること

7. インフォーマルサービスとの連携体制作りについて

評価	1. かなりできている	2. ある程度できている	3. どちらともいえない	4. あまりできていない	5. できていない
困難さ	1. おおいに感じている	2. ある程度感じている	3. どちらともいえない	4. あまり感じていない	5. まったく感じていない

8. 予防給付・介護予防マネジメント事業について

評価	1. かなりできている	2. ある程度できている	3. どちらともいえない	4. あまりできていない	5. できていない
困難さ	1. おおいに感じている	2. ある程度感じている	3. どちらともいえない	4. あまり感じていない	5. まったく感じていない

あなたのセンターとして、上記の業務で特に力を入れている業務は何ですか？特に力を入れている業務の番号をひとつだけ、◎で囲んでください。その次に力を入れている業務の番号をふたつまで、○で囲んでください。

- | | | |
|------------------------|----------------------|------------------|
| 1. 総合相談業務 | 2. 虐待や見守りのネットワーク構築 | 3. 虐待や困難事例への対応 |
| 4. 成年後見制度などの権利擁護事業 | 5. 関係機関や主治医、他職種連携 | 6. 介護支援専門員への個別支援 |
| 7. インフォーマルサービスとの連携体制作り | 8. 予防給付・介護予防マネジメント事業 | |

V 下記の質問について、1から9のうち、最も当てはまると思う番号をひとつ○で囲んでください。
また、具体的な数字を聞いている質問については、該当する数字を記入してください。

	ほとんど 信頼されて いない	両者の中間						ほとんどの 人・団体に 信頼されて いる	
1. 自分の事業所が、どの程度、地域住民に信頼されていると思いますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. 自分の事業所が、どの程度、地域の団体に信頼されていると思いますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ほとんど 信頼して いない	両者の中間						多くの団体・ 住民を信頼 している	
3. 自分の事業所は、どの程度、地域の団体や組織を信頼していますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. 自分の事業所は、どの程度、地域住民を信頼していますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ほとんどの 団体に期待 していない	両者の中間						多くの団体に 期待して いる	
5. 自分の事業所は、どの程度、地域の団体(NPO法人、自治会・町会、老人クラブ等)に期待していますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	全く賛同 しないと思う	両者の中間						大いに賛同 すると思う	
6. 「地域行事に必ず参加すべきである」ということに、自分の事業所はどの程度賛同できると思いますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ほとんど 所属して いない	両者の中間						かなり多くの 団体に所属 している	所属団体数
7. 自分の事業所が、現在実働(役員などの仕事など)として所属している団体はどのくらいありますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ほとんど 参加して いない	両者の中間						ほとんど 参加して いる	参加した回数
8. 事業所として過去6ヶ月で地域行事(町内会や地域活動)にどのくらい参加しましたか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ほとんど 関わりがない	両者の中間						かなり多くの 団体と関わり がある	関わりのあった人
9. 業務上、過去3ヶ月に地域住民の人と介護や福祉の相談に関する関わりはありましたか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ほとんど 関わりがない	両者の中間						かなり多くの 団体と関わり がある	一緒に仕事をした団体
10. 業務上、過去3ヶ月に他団体や他組織の人と一緒に仕事をしたり関わる機会はありましたか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ほとんど ない	両者の中間						かなり多く ある	重要な団体・組織
11. あなたのセンターの仕事上重要な外部の団体や組織はどの程度ありますか？	1	2	3	4	5	6	7	8	9

VI あなたが所属する地域包括支援センターが、平成21年度中に行った高齢者と介護家族へのアウトリーチ活動を通して、どのような事態の好転に至りましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

なお、本調査におけるアウトリーチ活動(リーチアウト、積極的介入とも)の定義は以下のとおりです。

- ①自発的に援助を求めようとしない場合や、客観的にみて援助が必要と判断される問題を抱えている高齢者や家族などを対象者として、
- ②援助機関や援助者の側から積極的に介入を行う技法・視点である。
- ③さらに、その対象者の抱える問題解決の促進に向けて潜在的なニーズの掘り起こし、
- ④援助を活用するための動機づけや情報・サービス提供、地域づくり等の具体的な専門的な援助を提供するアプローチである。

1. 在宅サービスを利用し始めた
2. 在宅介護の継続を見通して施設入所、医療機関に入院した
3. 在宅介護が継続できるようになるために、より多くの在宅サービスを利用することになった
4. 認知症高齢者の症状が軽くなった
5. 閉じこもっていた認知症高齢者が外出するようになった
6. 介護家族の負担が軽くなった
7. 介護家族が認知症に理解を示した
8. 家族関係(同居、別居を問わず)が改善した
9. 地域住民が認知症高齢者やその介護家族に理解を示してくれた
10. 介護家族が今後の認知症高齢者の介護について前向きに考えるようになった
11. 今後の接触(訪問等)について受け入れてもらった
12. 特に無い
13. その他 (具体的に _____)

**VII 地域包括支援センターのスタッフが、高齢者と介護家族にアウトリーチ活動を展開するにあたって、用いる必要があると考えられる「役割」について質問します。
日常の援助業務の場面でその「役割」を行っているかどうか、以下のそれぞれの項目について、あなたの考えに一番近いところに○をつけてください。**

	ほとんどしている	まあしている	どちらともいえない	あまりしていない	まったくしていない
1. 他機関と連携するためのコーディネート役割	1	2	3	4	5
2. 信頼関係形成の役割	1	2	3	4	5
3. 傾聴などのカウンセリングの役割	1	2	3	4	5
4. 客観的にみて援助が必要と判断でき、ニーズを掘り起こす役割	1	2	3	4	5
5. 援助を活用する動機づけを行う役割	1	2	3	4	5
6. 介護家族が適切に問題解決できる対処能力を身につけさせる役割	1	2	3	4	5
7. アウトリーチを必要とする認知症高齢者や介護家族を受け止める、地域づくりの役割	1	2	3	4	5
8. アウトリーチを拒否する認知症高齢者に関して今後の介入方法の見通しが立てられる役割	1	2	3	4	5
9. 認知症高齢者にアウトリーチを行って、その効果がどのようなものかを評価する役割	1	2	3	4	5
10. 個別の介護家族が抱える問題は何かを適切にとらえ、どのように解決に導くか見通しを立てられる役割	1	2	3	4	5
11. アウトリーチを拒否する介護家族に関して今後の介入方法の見通しが立てられる役割	1	2	3	4	5
12. 自ら援助のニーズを伝えない介護家族に今後の介入方法の見通しが立てられる役割	1	2	3	4	5
13. 介護家族にアウトリーチを行って、その効果がどのようなものかを評価する役割	1	2	3	4	5
14. 認知症症状への対応や介護家族の理解を促進する講演会や学習会を企画実施する役割	1	2	3	4	5
15. 介護家族を対象とした家族会などを組織する役割	1	2	3	4	5

Ⅷ 地域包括支援センターのスタッフが高齢者や介護家族にアウトリーチ活動を展開するにあたって、満たされている必要があると考えられる「条件」について質問します。
 日常の援助業務の場面で必要と思われる「条件」について、下記のそれぞれの項目におけるあなたの考えに一番近いところに○をつけてください。

	大いにそう思う	まあそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	まったくそう思わない
1. 十分な人員配置の条件が満たされている	1	2	3	4	5
2. 活動する上での適切な経済的基盤の条件が満たされている	1	2	3	4	5
3. 迅速に活動できる時間の確保の条件が満たされている	1	2	3	4	5
4. アウトリーチを行うことの意義・重要性を上司が理解する条件が満たされている	1	2	3	4	5
5. 地域のイベントなどに支援センターが参加して相談窓口などを設置できる条件が満たされている	1	2	3	4	5
6. 地域に支援センターがPR活動のための説明会や出張相談ができる条件が満たされている	1	2	3	4	5
7. サービスを迅速に導入できる等量的確保の条件が満たされている	1	2	3	4	5
8. 介護家族交流のための家族会があるという条件が満たされている	1	2	3	4	5
9. 認知症介護の方法を介護家族が学ぶための介護者教室などの実施の条件が満たされている	1	2	3	4	5

Ⅸ 地域包括支援センターの業務上を感じるやりがいや、学びについて質問します。
 下記のそれぞれの項目におけるあなたの考えに一番近いところに○をつけてください。

	非常にそう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない
1. 地域に出でいくことが多く自分のためになる	1	2	3	4
2. 多くの生活の課題に直面することで人間的に成長したと感じる	1	2	3	4
3. いろいろな職種の人と話し心が広くなったり考え方が深まった	1	2	3	4
4. 老後を見ることで自身の家庭や親の介護について学べる	1	2	3	4
5. 今まで参加したことのないさまざまな研修で知識が増えた	1	2	3	4
6. 困難な事例などを良い方向に解決することがうれしい	1	2	3	4
7. 他の団体や機関の人と連携が取れることで充実感を感じる	1	2	3	4
8. 地域の利用者から直接感謝の言葉を言われてうれしい	1	2	3	4
9. 介護保険や法律などの仕事に必要な知識が増える	1	2	3	4
10. 住民と話すことでコミュニケーションや対応方法などの技術が学べる	1	2	3	4
11. 教室やイベントなどのうまくいった充実感を感じる	1	2	3	4
12. 地域の人と話す機会が増え顔を覚えてもらいうれしい	1	2	3	4
13. 多くの人と出会うことがこの仕事の良いところだと思う	1	2	3	4
14. 自分で事業を企画することで充実感を感じる	1	2	3	4
15. 地域住民の人と仕事以外の場面で付き合いやすくなった	1	2	3	4
16. 介護関係以外の人と会い、今までにない新たなことを学んだ	1	2	3	4
17. 警察や弁護士などと連携して仕事ができることがうれしい	1	2	3	4
18. 今までにない経験をすることで自分自身の人生の役に立つ	1	2	3	4
19. 高齢者は、まだまだその人の持つ力や可能性がたくさんあると思う	1	2	3	4
20. この仕事をする事で地域のことを詳しく知れたと感じる	1	2	3	4
21. 専門職として他者から認められていると感じる	1	2	3	4
22. 職場内の多職種間で仕事をし協力しあっていると感じる	1	2	3	4
23. 地域のケアマネージャーと連携協力し合っていると感じる	1	2	3	4

【ご協力ありがとうございます。以上で終了です。】

平成 21 年度 老人保健健康増進等補助事業報告書
地域住民連携による
認知症・介護予防サービス企画支援に関する研究報告書

2010 年 3 月

発行所 認知症介護研究・研修仙台センター
〒989-3201
仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 149-1
TEL 022-303-7550
FAX 022-303-7570

発行者 認知症介護研究・研修仙台センター
センター長 加藤 伸司
