

〔原 著〕

地域包括支援センターのネットワーク構築に関する課題 — 運営主体別三職種の認識の比較 —

大沼 由香¹⁾、小池 妙子¹⁾、富田 恵¹⁾
工藤 雄行²⁾、中村 直樹²⁾、寺田富二子³⁾

要 旨

本研究の目的は、地域包括支援センターにおけるネットワーク構築についての三職種の認識を比較し、その課題と求められる支援を検討することである。青森県内の直営型と委託型地域包括支援センター20カ所の三職種59人を対象として半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した結果を比較検討した。両センターの三職種は、協働と個々の専門性を活かしたネットワーク構築を認識していたが、「リンケージ」レベルの連携の継続に留まっていた。また、個別支援ネットワークと地域支援ネットワークの関連付けの方法についても課題があることが明らかになった。さらに直営型地域包括支援センターはセンターは、行政職であることと、専門職の自負をもって協働し、委託型地域包括支援センターは地域包括支援センター職員であること自体を強く認識して多職種や地域と関わっている特性が明らかになった。

キーワード：地域包括支援センター、ネットワーク構築、連携、三職種、地域ケアシステム

I はじめに

2025年を目標に地域包括ケアシステムの構築が推進されている。高齢者が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を人生の最期まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供されるのが地域包括ケアシステムである。

この地域包括ケアの中核拠点が、地域包括支援センター（以下、センターと略す）であり、2005年に導入されて以来、地域におけるワンストップサービス窓口、地域のネットワーク構築、権利擁護、介護支援専門員支援等の機能を果たすことによって、高齢者等の保健医療の向上および福祉の増進に寄与してきた¹⁾。

地域包括支援センターは、全国4,685か所、サブセンターやブランチを含めると7,000か所以上（2015年）設置されているが²⁾、介護保険改正（2015年）により、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、地域ケア会議の実施、生活支援体制整備事業などが盛り込まれ、その役割への期待は高まる一方である。しかし「介護保険制度における見直しに関する意見」³⁾において、

センターの活動状況は、創設当初から介護予防マネジメント業務に追われており、期待された包括的・継続的サービスを提供できていないと指摘されてきた。2014年の調査報告書⁴⁾でも同様で、センターの約半数は地域支援ネットワークを活かした支援を行っておらず、ネットワーク構築の遅延が指摘されている。横尾⁵⁾は、センター職員の業務多忙と業務内容の理解不足が要因であることを指摘し、成木⁶⁾は、ネットワーク構築についての混乱している情報の整理と適切な情報の発信が急務であることを報告している。

先行研究では、山口ら⁷⁾が、直営型地域包括支援センター（以下、直営型C）について委託型地域包括支援センター（以下、委託型C）と比較して市町村の関係各課との連携がとりやすく、ネットワーク構築は設置種別による影響が大きいという結果を報告している。また眞崎ら⁸⁾も、直営型Cは住民との信頼関係の積み重ねによって関係が蓄積されていることを報告し、委託型Cについては、関係機関への情報開示等に関して市町村が仲介役を担う必要があることを報告している。

筆者らはこれまで、センターのネットワーク構築に関

1) 弘前医療福祉大学保健学部看護学科（〒036-8102 青森県弘前市小比内3-18-1）

2) 弘前医療福祉大学短期大学部

3) 元弘前医療福祉大学短期大学部

して、直営型C及び委託型Cに所属する保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の三職種（以下、三職種）それぞれに焦点を当て、記述的分析を行ってきた。その結果、直営型Cでは市町村職員である意識が強く、市町村職員としての経験を生かしてネットワーク構築活動を行っていることが明らかになった^{9)~18)}。また委託型Cは市町村の協力を得られないと活動が進展せず、山口ら⁷⁾の報告と一致していた。しかし先行研究は職種別^{19)~22)}や運営主体別^{8) 23) 24)}のネットワーク構築研究であり、運営主体別・三職種別に比較分析したものは見当たらない。

そこで本研究では、筆者らのこれまでの研究成果を踏まえて、ネットワーク構築についての認識を、センターの運営主体別・三職種別に比較し、地域包括ケアシステム構築のためのネットワーク構築課題と求められる支援について明らかにしたいと考えた。

II 研究目的

地域包括支援センターにおけるネットワーク構築についての認識を、運営主体別・三職種別に比較し、その課題と求められる支援を検討することを目的とする。

III 方法

1 調査対象者

青森県内全58か所（2010年度）のセンターのうち、A地区内直営型C 10か所と、委託型C 10か所の計20か所を対象とした。施設長に電話で依頼した後、文書で正式に依頼し、三職種それぞれの職名で配属されている職員60名のうち、同意の得られた59名を対象者とした。

2 質問項目

質問項目は地域包括支援センター運営マニュアル（以下、運営マニュアル）¹⁾をもとに作成し、地域のケアマネジャー支援、介護保険サービス事業者への支援、医療機関との連携、社会福祉協議会や民生委員・自治会・NPO・ボランティア・地域住民との連携、役所の他部門との連携、上記以外の人や組織との連携、職場内でのネットワーク構築についての勉強会や情報交換の7項目とした。

3 調査方法

調査対象者に研究目的を提示し説明を行い、同意書を取り交わした上で、インタビューガイドを用いて一人60~90分間の半構造化面接を実施した。面接内容は事前に了解を得た上でICレコーダーに録音した。面接場所として各調査対象者が所属するセンターの一室を借用

し、プライバシーへの配慮を行った。補足的なデータとして、基礎資料となるセンターの開設年度、所属課内での位置付け、配置職員数と専門職の構成等を事前に施設長に依頼した。

4 調査期間

直営型C 2010年10月~12月

委託型C 2011年7月~9月

5 分析方法

59名の対象者全員のインタビューで語られた内容を逐語録に起こして生データとし、全ての語りを通読し、運営主体別、三職種別に分けて、それぞれの中から最初にバリエーションの多いと思われる対象者各1名について分析する方法を進めた。対象者の語ったネットワーク構築に関する意味ある文節、文章をマーキングし、そのデータが意味するところは何かを定義し、定義したものが生データから乖離していないか確認しながら概念名を付けた。次に異なる状況にある対象者についても同様にして定義し概念名を付け、これを全データに対して繰り返した。分析は木下の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）²⁵⁾の手法を用い、概念を集約して共通の内容をカテゴリー化した。M-GTAを用いた理由は、データに密着した分析方法が明確に示されていること、データを切片化せず文脈を重視した深い解釈を行う²⁶⁾ことから、面接における対象者の詳細な語りを十分に活かすことが出来ると考えたためである。出来上がった概念を精査してカテゴリーを生成し、研究者間で十分な検討を行い、内容の妥当性と信頼性を確認した。これらの手順を経て、運営主体別、三職種別にカテゴリー化した結果を類型化して比較検討した。

6 倫理的配慮

(1) 調査対象者の施設長または管理者に研究依頼文書とともに、研究の趣旨と方法、調査協力の任意性、不利益の有無、個人情報保護等に関する事、データの保存には細心の注意を払い研究終了後には破棄すること等を記載した研究内容説明書を送付し、インタビューの承諾を得た。

(2) 調査対象者に対して面接前に研究内容説明書を用いて説明し、同意書に署名を得た。同意書は2通作成し、1通を調査対象者、1通を研究者が所持することとした。

(3) 本研究は、弘前医療福祉大学研究倫理委員会の承認を得た。（2010年10月）

7 用語の定義

用語の定義は次のとおりである。

ネットワーク：本研究では地域住民が安心して生活を送ることができるように、地域包括支援センターと地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービス等の様々な社会資源による有機的な連携と定義する。

連携レベル：本研究では「リンケージ」レベルは、相互理解の日常化を示し、必要に応じて他の団体に紹介して回答が得られる状態を指し、「コーディネーション」レベルは、圏域で支援を話し合う必要があるケースについて、定期的に多職種で会合をもち、地域課題を見出すことができる段階を指す。「インテグレーション」は地域圏域において利用者に必要なサービスをオーダーメイド的に創る段階で、地域包括ケアシステム構築を意味すると定義する。

IV 結果

1 調査対象者の概要

(1) 運営主体別対象者の概要

全対象者59人の平均年齢は42歳、現職歴は平均3.7年、

在宅介護支援センターの勤務経験者は17人であった。直営型Cは対象者30人で平均年齢42.2歳、現職歴は平均3.5年、在宅介護支援センター経験者は6人であった。委託型Cは、対象者29人で平均年齢41.8歳、現職歴は平均3.9年、在宅介護支援センター経験者は11人であった（表1参照）。

(2) 職種別対象者の概要

「保健師」の職名の対象者（以下、保健師）19人の平均年齢は、直営型C 44.2歳、委託型C 44.1歳であった。基礎資格は直営型Cが保健師10人、委託型Cは保健師2人、看護師7人であった。「社会福祉士」の職名の対象者（以下、社会福祉士）20人の平均年齢は、直営型C 37.7歳、委託型C 33.2歳であった。基礎資格は直営型Cが社会福祉士7人、社会福祉主事3人で、委託型Cは10人全員が社会福祉士であった。「主任介護支援専門員」の職名の対象者20人の平均年齢は直営型C 44.7歳、委託型C 48.2歳であった。基礎資格は直営型Cが保健師5人、社会福祉士4人、他1人で、委託型Cは看護師3人、社会福祉士3人、介護福祉士3人、社会福祉主事1人であった。

表1 対象者の概要

	人数	平均年齢	センター勤務 平均年数	在支経験 者数	保健師		社会福祉士		主任介護支援専門員	
					平均年齢	勤務年数	平均年齢	勤務年数	平均年齢	勤務年数
全 体	59	42.0	3.7	17	44.2	3.3	31.0	3.5	47.0	4.4
直営型C	30	42.2	3.5	6	44.2	2.9	37.7	3.8	44.7	3.8
委託型C	29	41.8	3.9	11	44.1	3.7	33.2	3.1	48.2	5.0

表2 ネットワーク構築の認識カテゴリーの類型化

カテゴリーの類型	保健師		主任介護支援専門員		社会福祉士	
	直営型C	委託型C	直営型C	委託型C	直営型C	委託型C
三職種間の協働	三職種に求められるビジョン共有と応用力	三職種の個人プレーとチームプレーが必要	三職種間の成熟した関係と協同	三職種の協働と人材育成	三職種間の協調と専門性発揮の関係	社会福祉士としての自負心と三職種の協働
専門職としての自負	行政職としての保健師のプライドと葛藤	アクションリサーチを重要視	地域を支える専門職としての自負	ケアマネジメント力向上と専門職間の仲介	社会福祉士独自の役割機能と誇り	
連携対象者	ネットワーク構築に果たす保健師の役割		住民を支援する機関との関係づくり		ケアマネジャー支援の遂行	地域づくりのための取り組みと体制づくり
ネットワーク構築段階	ネットワーク構築の模索	住民を支援する機関との関係づくり	ネットワーク構築の模索	ネットワーク構築の推進力	地域包括と組織・機関との連携（リンケージ）	ケース支援を円滑にする専門職とのつながり
保険者との関係（委託型C）		活動を制限されるやりにくさ		自立性の追求と支持期待		行政担当者との円滑な関係期待

表3 運営主体別三職種別カテゴリーと概念

運営主体	職種	カテゴリー	概念	
直営型C	保健師	行政職としての保健師のプライドと葛藤	行政職としての保健師の自負 介護予防活動に対する自信 保健センターとの連携重視 専門職としての本来業務ができないジレンマ ひとり職種の悩み	
		ネットワーク構築に果たす保健師の役割	出前講座による顔がみえる関係づくり ケースの個別支援の継続 ネットワークの捉え方の個人差	
		三職種に求められるビジョン共有と応用力	三職種の目標の共有 三職種の専門性と応用力	
		ネットワーク構築の模索	医療機関との柔軟な対応 ケアマネジャーとの多様な関わり ランチとの双方向な関係 連携先を拡大する意識 地域包括支援センターのPR	
	社会福祉士	社会福祉士独自の役割機能と誇り	社会福祉士は権利擁護領域を担当 社会福祉士の専門的スキルを用いた個別支援 社会福祉士の職務継続と満足感 社会福祉士の業務に対する認識の個人差 社会福祉士同士の横の連携の必要性	
		三職種間の協調と専門性発揮の関係	三職種のチームワークが重要 相互に専門性を理解し、専門性を発揮した役割遂行	
		地域包括と組織・機関との連携（リンケージ）	ケアマネジャーに対し行政の立場で指導、情報提供 民生委員と双方向による情報の共有 医療機関との仲介・調整 ケースを介してインフォーマル組織と連携 地域ケア会議の他職種（機関）間のつなぎ役 個人情報情報の供覧としばり	
		地域づくりのための取り組みと体制づくり	ネットワーク構築に対する社会福祉士の認識 今後の役割はネットワークづくり	
	主任介護支援専門員	ケアマネジャー支援の遂行	ケアマネジャーと関係機関（人）とのパイプ役 ケアマネジメント力の向上支援 ケアマネジャーの精神的サポート	
		地域を支える専門職としての自負	地域を支える専門職としての誇り 受けた教育（基礎資格）が心の支え 新しい部門（包括センター）で働く面白さ 行政の一員である自覚 専門性を発揮できないジレンマ	
		三職種間の成熟した関係と協同	ネットワーク構築は三職種の役割 三職種間の専門性の尊重と協調 三職種に求められる応用力 三職種のチームで仕事をやる緊張感	
		ネットワーク構築の模索	主任ケアマネジャーは地域ケア会議の運営役 ネットワーク構築の手掛かりをつかみ漸進 ランチに対する期待 対象による連携レベルの違い	
	委託型C	保健師	三職種の個人プレーとチームプレーが必要	三職種のチームプレーが重要 三職種が互いの経験や視点を生かす
			活動を制限されるやりにくさ	法人の方針に影響をうける 予防プラン作成業務の多忙によるジレンマ 相談件数が多く、職員人数が足りない状況 包括の関わりで行政担当者との関係構築
			住民を支える機関との関係づくり	サービス事業所支援の意識が高い ケアマネジャーとかかわりは予防プランが中心 地域づくりにはお世話役の力が重要 個別支援で包括の役割を関係機関（人）に周知 定期的な会議開催による顔つなぎ 事業所課題の明確化や解決支援は課題 住民との関係づくりには長期的なかかわりが必要 地域包括支援センターの役割を自覚するには時間がかかる
			アクションリサーチを重要視	予防的医療的観点で医療機関とのかかわる役割自覚 保健師資格者と看護師資格者間のジレンマ
		社会福祉士	社会福祉士としての自負心と三職種の協働	三職種間での情報共有、互いの専門性を尊重する姿勢 自らの役割に対する責任感、自負心
			ケース支援を円滑にする専門職とのつながり	関係機関（人）との交流を図る機会の設定 円滑なケース支援を目指した関係づくり 権威がないことのジレンマ
			地域情報の共有と社会資源の掘り起こし	包括センターと地域住民との情報の共有 地域との協力による社会資源の掘り起こし
			行政担当者との円滑な関係期待	行政担当者との相互理解の欠如 包括事業理解についての行政担当者への期待
主任介護支援専門員		三職種間の協働と人材育成	三職種の専門性の尊重とチームワーク 後輩育成の必要性	
		ケアマネジメント力向上と専門職間の仲介	ケアマネジャーのケアマネジメント力向上 ケアマネジャー支援の限界 ケアマネジャー同士や多機関とのつなぎ役 ケアマネジャー支援の一環としてのサービス事業所支援	
		自律性の追求と支持期待	公平中立への強い意識 権威がないことのジレンマ 行政担当者との相互理解の欠如	
		ネットワーク構築の推進力	地域を支えるビジョン 継続的な広報活動 ケース支援を通じた地域とのつながり 信頼関係の醸成	

2 カテゴリーの類型の概要

データ分析は、運営主体別、三職種別に生成したカテゴリーをそれぞれの概念と照らし合わせ類型化した。運営主体別のカテゴリーは3つに類型でき、「三職種間の協働」に関すること「連携対象者」に関すること、「ネットワーク構築段階」に関することであった。また委託型Cのみに共通するカテゴリーとして「保険者との関係」に関すること、三職種の共通カテゴリーとして「専門職としての自負」に関することに類型化された(表2参照)。

3 直営型センター三職種の認識構造の集約

直営型Cの三職種の認識を分析した結果、保健師は15の概念から4つのカテゴリーを生成し、社会福祉士は15の概念から4つのカテゴリー、主任介護支援専門員は16の概念から4つのカテゴリーを生成した。直営型Cの三職種別にカテゴリーを類型化した結果、「三職種の協働と自立性」に関すること、「専門性によって対象を特定した連携」「ネットワーク構築の模索段階」の3つに類型化された。以下、カテゴリーを【 】、概念を〈 〉、データを“ ”と表記し、運営主体別にカテゴリーを比較し集約した(表3参照)。

(1) 三職種の協働と自立性

三職種の関係について、三職種間の連携が十分に図られていることが必要不可欠と考えていた。保健師は目標を共有し、柔軟性、多様性を持って臨むなど【三職種に求められるビジョン共有と応用力】を重要視していた。社会福祉士は【三職種間の協調と専門性発揮の関係】、主任介護支援専門員は【三職種の成熟した関係と協働】であった。

(2) 専門性によって対象を特定した連携

三職種は専門性を重視した役割意識をもっていた。保健師は〈医療機関との柔軟な対応〉〈介護支援専門員(以下ケアマネジャー)との多様なかわり〉〈介護予防活動に対する自信〉を持ち、社会福祉士は〈民生委員と双方向による情報の共有〉〈ケースを介してインフォーマル組織と連携〉、主任介護支援専門員は〈ケアマネジャーの精神的サポート〉等、運営マニュアル¹⁾に示されている専門職ごとの役割によって対象を特定した連携をしていた。

三職種は〈行政職としての保健師の自負〉、社会福祉士は〈ケアマネジャーに対し行政の立場で指導、情報提供〉、主任介護支援専門員は〈行政の一端である自覚〉など、行政職員として地域住民のよりよい生活の実現のために自らの専門性を前面にだして活動していた。

(3) ネットワーク構築の模索段階

三職種はネットワーク構築の必要性を感じているが、【ネットワーク構築の模索】段階であった。連携方法と

して主任介護支援専門員は、関係機関とのパイプ役を務め【ケアマネジャー支援の遂行】をしていたが、“色んな事例と一緒に関わる”ことが連携と捉えていた。社会福祉士は〈地域ケア会議の他職種間のつなぎ役〉として、保健師は【ネットワーク構築に果たす保健師の役割】として、〈ケースの個別支援の継続〉など、顔が見える関係づくりをしていた。三職種共に「リンケージ」レベルの連携をネットワーク構築と捉えており、地域包括ケアシステムを意味する「インテグレーション」レベルの連携については意識していなかった。

また、センターの保健師は、〈保健センターとの連携重視〉〈ひとり職種の悩み〉〈本来業務ができないジレンマ〉など【行政職としての保健師のプライドと葛藤】を抱えていた。

4 委託型センター三職種の認識構造の集約

委託型Cの三職種の認識を分析した結果、保健師は16の概念から4つのカテゴリーを生成し、社会福祉士は9の概念から4つのカテゴリー、主任介護支援専門員は13の概念から4つのカテゴリーを生成した。表2により委託型Cの三職種別にカテゴリーを類型化した結果、「三職種の協働と一体化」「センター職員として幅広い連携」「ネットワーク構築の模索段階」「所属の法人や市町村担当者の方針の影響」の4つに類型化された(表3参照)。

(1) 三職種の協働と一体化

三職種は、三職種が協働することが大切であり、信頼関係が重要であると考えていた。保健師は各自の専門を前面に出すのではなくチームとして活動する【三職種の個人プレーとチームプレーが重要】であると考えていた。社会福祉士は【社会福祉士としての自負心と三職種の協働】、主任介護支援専門員は“互いの専門性を尊重し対等な立場で接することが必要”であるとして認識していた。一方で、“在宅介護支援センターで苦勞した経験”の有無や“センターの立上げメンバーと法人の異動で配置された職員とのセンターに対する思いの違い”を感じており、“もっところ、地域に出て行ってほしいなという物足りなさ”や“虐待の相談など社会福祉士の役割でも、経験の浅い職員なので自分が一緒に動いて教えている”など、先輩後輩としての意識が強く、“専門職の資格があるだけではセンターの仕事はできない”、“経験を積んでもらいたい”と【三職種間の協働と人材育成】を重要課題としていた。三職種は、先輩後輩という関係性をもつ1つのチームとしての協働と一体化が見られた。

(2) 「センター職員」として幅広い連携

自分の役割とネットワーク構築の視点について、保健師は、【住民を支援する機関との関係づくり】を重視し、

予防的・医療的観点に立って〈サービス事業所支援〉〈住民との関係づくり〉〈医療機関とのかかわり〉〈地域のお世話役の力〉等、各機関と関わっていた。社会福祉士は、【地域資源の情報と社会資源の掘り起こし】として〈地域住民〉〈関係機関との交流〉〈行政担当者への期待〉、主任介護支援専門員は、【ケアマネジメント力向上と専門職間の仲介】として〈地域とのつながり〉〈行政担当者との相互理解〉〈ケアマネジャー支援〉〈サービス事業者支援〉等を中心に進めていた。それぞれが「センター職員」の一人として多機関と関わっており、連携先が重複し、委託型Cの三職種は、どの関係機関とも「センター職員」として幅広く連携していた。

(3) ネットワーク構築の模索段階

保健師は、【アクションリサーチを重要視】し、地域づくりには〈長期的な関わりが必要〉であると考えていた。社会福祉士は〈円滑なケース支援を目指す〉ことで【ケース支援を円滑にする専門職とのつながり】を土台に置いた活動をし、主任介護支援専門員は、「ネットワーク構築の最初は、信頼関係の構築であり、それには時間がかかる」と考え、「ケース支援を地域ケア個別会議につなげ地域支援へと発展させる」会議運営が【ネットワーク構築の推進力】になると考えていた。三職種はネットワーク構築への意欲があり、関係構築に時間を要すると考えているが、方法としては、「リンケージ」レベルの活動の継続にとどまっており、ネットワーク構築のプロセスは意識されていなかった。

委託型Cに保健師有資格者が少ないことについて、保健師有資格者は、「経験のある看護師」は「地域支援に関わるネットワーク構築の技術を学ぶ機会が少なく、地域支援の視点や地域診断の手法に欠ける場合がある」と懸念していた。一方「経験のある看護師」は地域保健に関する経験がないことで自信をもてずにいる側面もあった。

(4) 所属の法人や市町村担当者の方針の影響

市町村との関係について、保健師は法人の考え次第でその業務内容に影響を受けることや、予防プラン作成業務多忙など、【活動を制限されるやりにくさ】を認識していた。社会福祉士は市町村担当者の関わる程度にバラつきがあり、混乱が生じる等【市町村担当者との円滑な関係を期待】していた。主任介護支援専門員は、委託型Cが決定権を持ち合わせていないことによる立場のジレンマを感じていた。また市町村側がセンターに業務を全て任せてしまう傾向から信頼関係が成立せず、【自立性の追求と支持を期待】していた。また主任介護支援専門員は、センターの後ろ盾は法人ではなく市町村であると考え、公平中立への強い意識が伺えた。これらの観点から、市町村の影響力が大きいことがわかった。

また、〈権威がないことのジレンマ〉や〈相談件数が多く、職員が足りない状況〉を所属する法人に理解してもらえず“事務所が近くてやりにくい”や、“法人の方針と包括支援センターの目的が一致していたことで取り組みやすい”、“センターを受託していることが法人の誇り”であるなど、〈法人の方針に影響を受け〉ていた。

5 職種別による認識構造の集約

表2のネットワーク構築の認識カテゴリーを職種別に比較したところ、三職種とも各々専門職としての自負をもって取り組んでいた。直営型C保健師は、〈行政職としての保健師の自負〉〈介護予防活動に対する自信〉をもち、委託型Cでは〈予防医療的観点で医療機関とかかわる役割自覚〉など、運営主体に関わらず予防的な活動についての自信をもっていた。直営型C社会福祉士は【社会福祉士独自の役割機能と誇り】、委託型Cでは【社会福祉士としての自負心】等、専門職としての自信を持ち、【地域づくりのための取組みと体制作り】や【地域情報の共有と社会資源の掘り起こし】等運営主体にかかわらず、地域との関わりについての役割認識が見られた。直営型C主任介護支援専門員は、【ケアマネジャー支援の遂行】、委託型Cでは【ケアマネジメント力向上と専門職間の仲介】とケアマネジメントに関わる業務を役割と認識していた。

6 ネットワーク構築に対する運営主体別、三職種別の認識カテゴリー構造図の比較

図1に示すように、直営型Cでは、三職種の協働と自立性をもって自らの役割遂行をしていた。専門性によって対象を特定した連携先とつながる活動をしており、国が示す地域包括ケアシステム図の連携先と関係していた。一方で、自分の担当外への関心の低さと、関係機関同士を結び付ける役割は意識していなかった。また、地域ケア会議の実施についても、個別ケア会議から地域課題の抽出へ関連づける会議運営方法は意識しておらず、ネットワーク構築の模索段階であった。

一方、委託型Cの三職種では、三職種の協働の方法として、専門性を強調する以前に「センター職員」の一人として活動しており三職種の一体化が見られた。三職種は重複した多機関と情報を交換・共有し、幅広い連携先と関係していた。ネットワーク構築については、ケース支援の継続と考えており模索段階であった。委託型Cでは“市町村を後ろ盾”とし、公平中立を意識していたが、所属の法人や市町村担当者の方針の影響が大きいことがわかった。

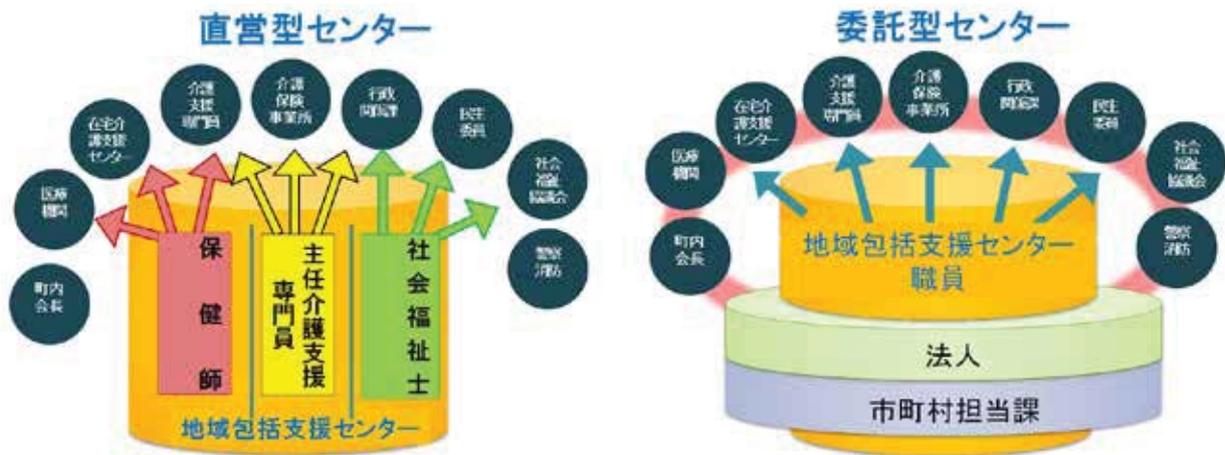


図1 運営主体別の認識の構造

V 考察

1 運営主体による三職種間の協働方法の違い

運営マニュアル¹⁾ではセンター運営の基本方針の中で、3つの視点を提示している。「公益性」「地域性」「協働性」の視点である。「協働性」について「三職種が自らの担当業務を狭くとらえ、縦割りに陥るようなことがあってはならない」ことや「理念や基本的な骨格を理解して相互に情報共有し協議するチームアプローチが必要である」と示している。チームアプローチの方法として、各専門性の理解、センターの活動目的の共通認識、業務と役割の明確化、地域情報の共有、高齢者に対する責任体制の明確化、高齢者情報の共有、チームとしての協議の7つが示されている。本研究では、運営主体別のカテゴリー比較から、両センター共に、三職種間の協働を強く意識し、日常の業務に取り組んでいることが明らかとなった。眞崎ら⁸⁾は直営型Cについて、ルール作りや情報交換等で職員の意思統一を図っていると報告しており、本研究の結果と共通している。本研究では、委託型Cにおいても三職種間の協働を強く認識していたことから、ネットワーク構築の根幹として三職種の意思統一の重要性が示唆された。

直営型Cは、三職種が専門分野で自立的に活動しながら連携すると認識していた。しかし、情報の共有は他職種への報告にとどまっておらず、役割が明確化している一方、チームとしての協議不足が見られ、運営マニュアル¹⁾で指摘されている「担当業務を狭くとらえ、縦割りに陥りやすい」状況がみられた。委託型Cでは「三職種の協働と一体化」を重視した結果から、職種・職域を越え、専門性を強調する以前に「センター職員」の一人としての共同活動を重視していたことが明らかとなった。これは経験の差が大きく役割分担を明確化することができな

い状況に起因していると推察されるが、センターの活動目的の共通認識、地域情報の共有、チームとしての協議を密にし、センター機能の低下を防いでいると考えられる。三職種が専門性を理解し、役割を明確化した上でチームアプローチを継続していくためには、資格要件だけではなく経験を加味した職員配置を検討する必要がある。

2 運営主体による連携対象の違い

俵²⁴⁾は、センターが地域包括ケア体制を構築していくためには、地域に存在するフォーマル、インフォーマルの社会資源と連携し、個別支援を通じての社会資源の再構成や新たな創出をしていく必要を論じている。本研究では、地域のフォーマル、インフォーマルの社会資源との連携は、センター勤務経験年数が長い職員ほど重要視していた。また、直営型Cは対象を特定して連携し、委託型Cは「センター職員」として幅広く連携するという特長が見られた。

平成27年制度改正により、地域支援事業の包括的支援事業に「生活支援サービス体制整備」が盛り込まれ、センターの業務量の分散化を図る目的もあり、生活支援コーディネーターが位置付けられた²⁷⁾。生活支援コーディネーターは、センター業務推進のタスクフォースとしての役割が期待されている。しかし、三職種は地域ケア会議等で地域課題を見出し、生活支援コーディネーターに繋ぐ役割があるため、社会資源の創出に関わって行く必要があることを認識する必要がある。

3 運営主体に共通しているネットワーク構築の模索

筒井²⁸⁾は、地域包括ケアシステム構築には、情報共有を図る「コーディネーション(協調)」のレベル、情報一元化の「インテグレーション(統合)」のレベルに連携レベルを引き上げていくことを目標にすべきと論じ

ている。そしてインテグレーションが進まない理由の第一に保険者が地域包括ケアシステムの目的を理解していないこと、第2に保険システムと福祉サービスの提供システムの統合の認識醸成がされなかったことを挙げている。地域包括ケアシステムのあり方について²⁹⁾においても、各主体間・職種間の「連携」の段階が、「リンケージ」のレベルが多いことが指摘されている。本研究では、両センターとも連携レベルは「リンケージ」のレベルであった。委託型Cの主任介護支援専門員は地域ケア会議を通して連携レベルを上げたいと考えていたが、方法については模索していた。それ以外は〈ケースの個別支援の積み重ね〉や〈定期的な会議開催による顔つなぎ〉の継続で、ネットワーク構築につながると考えており、定期的に多職種で会合をもち地域課題を見出す「コーディネーション」の展開などのネットワーク構築プロセスは意識していなかった。白澤³⁰⁾は、個人支援と地域支援を結び付ける役割をセンターが担うことを、筒井²⁸⁾は「インテグレーション」レベルに引き上げるには、連携協働のための知識・技能を体得する必要があることを提言している。センターはネットワーク構築の模索状態であり、手順やプログラムを丁寧に提示していく必要がある。

センターの設置運営については、他職種協働によるネットワーク構築のための重要な手段として「地域ケア会議」を挙げている³¹⁾。地域ケア会議とは、行政や三職種、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等から構成され、個別ケースの課題分析を行い、地域課題を把握し協議することを目的としている。本研究では、三職種は個別ケース支援の課題解決に重点を置いているが、地域課題の把握には至っておらず、地域ケア会議の目的は十分に果たされていなかった。ネットワークづくりを進める職員に求められる能力は、コミュニケーション能力以外に、会議を進行し、まとめていく能力、説明能力、プレゼンテーション能力等がある³²⁾とされている。医療保健福祉に関する専門的知識の習得に限らず、三職種には幅広い知識技術が求められていることが分かる。平成27年から地域ケア会議開催が努力義務化され、全ての市町村でその活用が目指されている。ネットワーク構築につながる地域ケア会議を実践するためには、三職種の研修機会の確保だけでなく、研修内容の吟味が必要である。

4 委託型センターの保険者・所属法人との関係

委託型Cでは市町村担当者によって活動に差が出ることと、受託法人の影響が大きいことが明らかとなった。運営マニュアルでは「公益性」が示され、三職種も強く公益性を意識していた。また、在宅介護支援センター経験職員は、地域との信頼関係も築いており、市町村に対

しては後ろ盾としてのサポートを期待していた。竹内³³⁾は、市町村行政に求められているのは良い意味でのリーダーシップで、市町村がセンターや住民とチームワークを組むことで、はじめて「地域ぐるみ」の活動が行われると論じている。運営マニュアルには、市町村は委託型Cに事業実施方針を提示する前提として、日ごろからの協議やヒヤリング、適切な権限行使等の役割を果たすよう提示されている。地域包括ケアのモデル事例集³⁴⁾や筆者らの地域ケア会議システム化研究³⁵⁾においても、市町村と委託型Cの良好な関係が地域包括ケアシステム構築の基盤となっていた。またセンターの所属法人の影響も大きいことから、ネットワーク構築のためには、委託型Cと市町村職員間、所属法人との連携レベルを引き上げていくことが急務の課題である。

VI 本研究の限界と課題

本研究の限界は、対象データが平成22年～23年のものであり、地域包括ケアシステム構築に向けての状況が変わっていると予測されることである。地域包括支援センター運営マニュアルや地域ケア会議運営ハンドブック、地域包括ケアシステム事例集が刊行されるなど、センター支援事業が活発になっていることで、センター職員の認識がどのように変化したのか確認する必要があり、今後の課題とする。

VII 結論

今回の研究結果により、三職種は運営主体と職種に関わらず、三職種の協働と専門性を活かしたネットワーク構築の重要性を認識していた。多職種他機関との連携については、直営型Cの三職種が専門性を重視して関係機関と連携しているのに対し、委託型Cは、どの関係機関とも三職種が一体的に関係づくりをしているという特長が明らかになった。両センターにおけるネットワーク構築は「リンケージ」レベルに留まっており、ネットワーク構築プロセスについては意識されておらず、課題があることが明らかになった。また、委託型センターの保険者・所属法人との関係課題が大きいことも明らかとなった。一方、三職種ともに専門職としての自負をもって取り組んでいたことが確認できた。この知見は今後のセンター支援の一助となると考える。

本研究にご協力をいただきました地域包括支援センターの皆様へ心より感謝申し上げます。なお、本論文は第19回在宅ケア学会学術集会にて発表した内容を加筆・修正したものである。

本研究は2010年度、2011年度弘前医療福祉大学学長指定研究助成を得て実施した。

(受理日 平成29年2月23日)

引用文献

- 1) 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会：地域包括支援センター運営マニュアル. 長寿社会開発センター. 2015
- 2) 厚生労働省：平成26年2月26日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料. 389, 2014
- 3) 社会保障審議会介護保険部会：平成22年11月30日介護保険制度の見直しに関する意見. 2010
- 4) 三菱総合研究所：地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書. 2014
- 5) 横尾恵美子：成年後見制度が地域包括ケアシステムの一翼を担うための課題と展望. 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要. 2016
- 6) 成木弘子：地域包括ケアシステムの構築における“連携”の課題と“統合”促進の方策. 保健医療科学. 65(1)：47-55, 2016
- 7) 山口忍, 荒賀直子, 葛西好美：C県における地域包括支援センターの特徴と課題. 順天堂大学医療看護学部医療看護研究. 5：108-114, 2009
- 8) 眞崎直子, 飯村富子, 松原みゆき, 森本千代子, 森田深雪：地域ケアシステムのネットワーク推進に関する要因—地域包括支援センターにおける直営型と委託型の違いに焦点を当てて—. 日本赤十字広島看護大学紀要. 12：31-34, 2012
- 9) 大沼由香, 寺田富二子, 小池妙子, 中村直樹：直営型地域包括支援センターの主任介護支援専門員のネットワーク構築に関する認識. 高齢者のケアと行動科学. 17：14-25, 2012
- 10) 寺田富二子, 大沼由香, 中村直樹, 小池妙子：直営型地域包括支援センターに勤務する社会福祉士のネットワーク構築に関する認識. 弘前医療福祉大学紀要. 3(1)：43-52, 2012
- 11) 大沼由香, 小池妙子, 中村直樹：直営型地域包括支援センターに勤務する保健師のネットワーク構築に関する認識. 第70回日本公衆衛生学会総会抄録集. 456, 2011
- 12) 富田恵, 大沼由香, 小池妙子, 工藤雄行, 寺田富二子, 中村直樹：委託型の地域包括支援センター保健師のネットワーク構築に関する認識. 弘前医療福祉大学紀要. 6(1)：91-98, 2015
- 13) 工藤雄行, 大沼由香, 中村直樹, 小池妙子, 富田恵, 寺田富二子：委託型の地域包括支援センター社会福祉士のネットワーク構築に関する認識. 弘前医療福祉大学短期大学部紀要. 1(1)：9-18, 2013
- 14) 大沼由香, 小池妙子, 富田恵, 工藤雄行, 寺田富二子, 中村直樹：主任介護支援専門員の地域ネットワーク構築の認識—委託型地域包括支援センターの可能性—. 弘前医療福祉大学紀要. 6(1)：33-42, 2015
- 15) 中村直樹, 大沼由香, 工藤雄行, 小池妙子, 寺田富二子, 富田恵：委託型地域包括支援センターにおける地域支援ネットワーク構築に関する三職種の認識比較. 弘前医療福祉大学短期大学部紀要. 3(1)：59-68, 2015
- 16) 工藤雄行, 大沼由香, 寺田富二子, 中村直樹, 小池妙子：直営型地域包括支援センターにおける地域包括支援ネットワーク構築の促進要因—三職種の認識を通して—. 弘前医療福祉大学短期大学部紀要. 3(1)：43-50, 2015
- 17) 工藤雄行, 大沼由香, 寺田富二子, 中村直樹, 小池妙子, 富田恵：地域包括支援センターに所属している社会福祉士の地域支援ネットワーク構築に関する認識比較—運営主体の違いに焦点をあてて—. 弘前医療福祉大学短期大学部紀要. 4(1)：35-42, 2016
- 18) 富田恵, 大沼由香, 小池妙子, 工藤雄行, 中村直樹, 寺田富二子：Z県地域包括支援センター勤務保健師の高齢者支援ネットワーク構築に関する認識—直営型および委託型の所属形態の違いによる保健師の認識比較—. 日本在宅ケア学会第19回学術集会講演集. 93, 2014
- 19) 吉田麻衣, 潮谷有二, 宮野澄男：地域包括支援センターにおける関係機関等との連携状況に関する一研究. 純心人文研究. 22：51-63, 2016
- 20) 杉原百合子, 山田 裕子：地域包括支援センターにおける看護職の課題インタビュー内容のテキストマイニング分析より. 京都府立医科大学雑誌. 123(7)：487-490, 2014
- 21) 潮谷有二, 宮野澄男, 奥村あすか, 吉田麻衣：地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要. 純心現代福祉研究. 18：33-72, 2014
- 22) 奥田亜由子：地域包括ケアにおける主任ケアマネの役割. ケアマネジャー. 4(7)：72-73, 2012
- 23) 俵志江：地域包括支援センターの個別支援における連携の特徴—運営形態及び3専門職の比較から—. 近大姫路大学看護学部紀要. 4：23-2, 2012
- 24) 俵志江：地域包括支援センターの3専門職の個別支援に関する連携活動と社会資源の創出との関連. 日本在宅ケア学会誌. 14(1)：39-48, 2010

- 25) 木下康仁：分野別実践編グラウンデッド・セオリー・アプローチ. 弘文堂. 2005
- 26) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践質的研究への誘い. 弘文堂. 2003
- 27) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：新しい総合事業の移行戦略—地域づくりに向けたロードマップ—. 2016
- 28) 筒井孝子：地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略integrated careの理論とその応用. 中央法規出版. 2014
- 29) 地域包括ケア研究会（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）：地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点. 持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書. 2013
- 30) 白澤政和：地域のネットワークづくりの方法—地域包括ケアの具体的な展開—. 中央法規. 2013
- 31) 厚生労働省通知：地域包括支援センターの設置運営について（平成28年1月19日付け一部改正 老計発第1018001号, 老振発第1018001号, 老老発第1018001号）. 2016
- 32) 全国社会福祉協議会 地域包括支援センター等による地域包括ケアを実践するネットワークの構築の進め方に関する調査研究事業報告書. 22, 2011
- 33) 竹内孝仁：認知症のケア—認知症を治す理論と実際—. 年友企画. 105, 2005
- 34) 日本総合研究所：事例を通じて我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成. 2014
- 35) 大沼由香, 齋藤千尋, 工藤雄行, 對馬勝子:アクションリサーチに基づいた地域ケア会議システム構築に向けた基盤づくり—地域包括支援センターと自治体の連携に焦点をあてて—. 第74回日本公衆衛生学会総会抄録集. 614, 2016

**Awareness in Comprehensive Community Support Centers Regarding
the Construction of Support Networks**
– Comparison of recognition of three job categories in two different management systems –

Yuka Ohnuma ¹⁾, Taeko Koike ¹⁾, Megumi Tomita ¹⁾
Yuko Kudo ²⁾, Naoki Nakamura ²⁾ and Fujiko Terada ³⁾

1) Hirosaki University of Health and Welfare, Department of Nursing, 3-18-1 Sanpinai
Hirosaki Aomori Japan 036-8102

2) Hirosaki University of Health and Welfare, Junior College

3) Formerly Affiliated with the Hirosaki University of Health and Welfare, Junior College

Abstract

The objective of this study was to compare the awareness of staff members in three job categories regarding network construction in comprehensive community support centers as well as to consider related issues and the supports that are needed to deal with these issues. Semi-structured interviews were conducted with 59 staff members, divided into three job categories, who were working at twenty comprehensive community support centers in Aomori Prefecture that were under either outsourced or direct prefectural management. The results were analyzed using the Modified Grounded Theory Approach (M-GTA).

It turned out that staff members in the three job categories of both management systems were aware of network construction that utilized both collaboration and individual professional expertise. On the other hand, they were not aware of network construction processes. In addition, it became clear that there are also problems related to the methods and processes of developing relationships between individual and regional support networks.

Furthermore, staff members in the three job categories working in facilities managed directly by the prefecture collaborated while also feeling proud as professionals. Those working in outsourced facilities, however, were strongly aware of their role as staff members in a comprehensive community support center, interacting with various professionals and with their community.

Key words: Comprehensive Community Support Centers; Network Construction; Collaboration;
Three Job Categories; Community care system