

原 著

高齢化先進地域における地域ケア会議推進上の課題
— 地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因分析横山正博, 堤 雅恵¹⁾

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

山口大学大学院医学系研究科地域・老年看護学¹⁾ 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : 地域包括ケアシステム, 地域ケア会議の成果, 高齢化先進地域, 自己効力感,
共分散構造分析

和文抄録

地域包括支援センターの専門職が地域ケア会議において、地域ケア会議の理解の促進や地域包括ケアシステム構築のための能力や意欲を身につけることができたかの成果を評価し、またその成果にはどのような要因が影響しているかを明らかにし、地域ケア会議の推進上の課題を探索することを目的とした。

高齢化率上位5県のすべての地域包括支援センターの地域ケア会議に参加したすべての専門職を対象とし、郵送留置自記式による無記名質問紙調査を行った。調査内容は、対象者の基本属性、地域ケア会議に対する基本的理解に関する質問、地域ケア会議に参加した所感に関する質問、地域ケア会議運営の阻害要因に関する質問および地域ケア会議で得られた成果に関する内容とした。回答結果を単純集計するとともに、地域ケア会議の成果に影響を及ぼしている要因を共分散構造分析により分析した。

地域包括支援センターの専門職は、個人的な地域ケア会議に対する準備を前提として、地域ケア会議の基本的理解をし、自己効力感をもつことで具体的な成果が得られるという認識の構造をなしていた。

地域ケア会議推進上の課題として、地域包括支援センターの専門職は、参加者の地域ケア会議に対する理解度を把握し、効果的に地域ケア会議の趣旨や

議論する課題や意図を明確に事前に伝達する工夫が必要である。次に、地域のインフォーマルな人的資源の開発という視点をもって地域包括支援ネットワークの一員となり得る人に参加を呼びかけ、さらに地域住民の主体性を形成する意図をもって地域ケア会議に参加する必要がある。さらに、地域ケア会議の検討技術の向上のためには、熟練した専門職が教育的スーパーバイザーを担うことが必要である。

特に、地域ケア会議に対する自己効力感は地域ケア会議の成果を得るための必要不可欠な要因であることが示唆された。

I. 研究の背景と目的

わが国では人口の急速な高齢化の進展にともない、切れ目なく医療、介護、予防、住まい、生活支援に関するサービスを一体的に提供するしくみとしての地域包括ケアシステムの構築が、2025年を目途として国の政策課題とされている¹⁾。その課題の解決のために、2014年の介護保険法の改正により、地域ケア会議が条文に明文化された²⁾。現在、厚生労働省は地域ケア会議を「高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法」として、「包括」(以下、「包括」)の業務に位置づけ、その実施を実質的に義務化している³⁾。

地域ケア会議は、「医療、介護等の専門職をはじめ

め、民生委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボランティアなど地域の多様な関係者が適宜協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とする³⁾とされている。さらに、地域ケア会議の具体的な目的は、「個別ケースの支援内容の検討を通じて、地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築および個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握」とされている³⁾。

以上のことから、地域ケア会議は個別ケースについてそれぞれの専門知識や地域住民の目線から見た課題意識を集約し、専門職や地域住民の支援を関連付け、構造的、体系的、包括的、重層化された支援の方向性を検討する多職種連携のプラットフォームと位置づけることが可能である。さらに、各専門職のもつ支援の内容を共有することによって、支援ネットワークをより強固なものへと変容させる機会としても位置づけることが可能である。このネットワークこそが、サービス利用者や家族、サービス事業者、関係団体、民生委員、インフォーマルサービス関係者、行政機関および一般住民等によって構成される人的資源としての有機体⁴⁾とされる地域包括支援ネットワークである。

さらに、個別ケースの検討から地域全体の課題を把握し、その課題解決に向けた方策を検討していくプラットフォームとしても期待されている⁵⁾。地域ケア会議の参加者には、単なる個別支援の技術だけではなく、多職種連携やネットワークの視点、また地域の課題にも関心を向けることが求められることとなる。

特に、「包括」には、地域ケア会議を通じて「地域の実態把握・課題分析を通じ、共通目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的計画を作成・実行」⁶⁾する地域マネジメントの一端を担う役割もある。さらに、現在、リハビリや医療等との連携を行い、利用者の状態を改善・重症化防止していくための支援方法を検討する介護予防に重点化した地域ケア会議も推進されており⁷⁾、「包括」は、今後一層地域ケア会議を推進する役割を担う必要性が増大している。

地域ケア会議の先進事例である岡山県総社市、埼玉県和光市および兵庫県の朝来市の地域ケア会議の取り組みは、これからの地域ケア会議の推進上の方向性を示している。岡山県総社市の取り組みは、地域住民活動の活性化や関係機関等の連携によるニーズの早期発見、早期対応の実現、支援困難事例の顕在化といった成果をあげている⁸⁾。和光市では、個別事例の検討に際して、栄養士や薬剤師等の専門職がスーパーバイザーとして参加し、ケースの予後予測によって要介護・要支援状態の軽度化、重症化の防止につながる成果をあげている^{9) 10)}。この取り組みは、介護予防に重点化した地域ケア会議のモデルとなっている。また朝来市は、個別課題から地域課題をもち引き出す地域ケア会議の仕組みを構築した成果をあげている¹¹⁾。

一方、地域ケア会議の課題としては、目的・内容・参加者のミスマッチ、目的が共有されていない、アセスメントや事例検討の枠組みが共有されていない、個別課題と地域課題を同じテーブルで検討している、個別課題から地域課題および地域課題から資源開発・政策形成に結びつける道筋がないことが指摘されている¹¹⁾。

これらの先進的な地域ケア会議の取り組み以外にも、地域ケア会議の事例は、「地域ケア会議運営マニュアル」⁴⁾や「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集－地域の特色を活かした実践のために」¹²⁾などで紹介されているが、その成果を学術的に評価した文献は少なく、また十分な成果を示した事例も少ない。先進事例は散見されるものの、地域ケア会議は新たに創設された制度であり、地域包括支援ネットワークの構築、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、地域課題の把握といった抽象度の高い目的が示されており、地域ケア会議の成果を得るための技術はまだ未確立な状況であると推測される。

地域ケア会議の成果は、長期的な成果、中期的成果および短期的な成果に分けて考えることが可能である。長期的な成果とは、2015年を目途として、地域ケア会議での検討の積み重ねにより、その地域の地域包括ケアシステムが構築されている状態といえる。中期的な成果とは、地域ケア会議後の支援経過のモニタリングによって、個別ケースの課題の解決や地域課題が解決されている状態といえる。短期的

な成果とは、介護支援専門員の支援、地域包括支援ネットワークの構築および個別ケースの課題分析等による地域課題の把握がなされ、その課題解決に向けた方策が協議され、さらに地域ケア会議で協議や検討の過程において、地域包括ケアシステムの構築のために、専門職としての理解が促進され、行動変容につながる能力や意欲を身につけることができた状態といえる。

本研究では、地域ケア会議を推進する役割を担う「包括」の専門職の地域ケア会議における短期的な成果を評価するとともに、その成果にはどのような要因が影響しているかを明らかにし、地域ケア会議の推進上の課題を探索することを目的とした。

II. 対象および方法

1. 調査対象

高齢化率が高い地域は、2025年のわが国の状況ととらえることが可能であり、地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題である高齢化率上位5県の「包括」の専門職で、地域ケア会議に参加した経験のあるすべての専門職を調査の対象とした。

各県の「包括」の設置数は、A県が45か所（2014年4月現在）、B県が34か所（2014年6月現在）、C県が35か所（2014年5月現在）、D県が55か所（2014年4月現在）およびE県が42か所（2014年5月現在）であり、合計211か所であった。なお、「包括」の分室やブランチは除いた。「包括」の一覧は、各県のウェブサイトで公開されている一覧より把握した。

2. 調査方法

無記名自記式郵送調査とした。調査は2015年3月に実施し、265人から回答を得た。返送にあたっては、匿名で返信するように求めた。

3. 調査内容

1) 基本属性等

基本属性は、性別、年代、職種、現在の職場での勤務年数（以下、「勤務年数」）、保健医療福祉分野での通算勤務年数（以下、「通算勤務年数」）、勤務形態、対象者が勤務している自治体（以下、「自治体」）、対象者が勤務している「包括」の運営主体（以下、「運営主体」）、対象者が勤務している「包括」に在職している専門職人数（以下、「専門職人数」）とした。さらに、「地域ケア会議での進行役の経験

の有無」（以下、「進行役経験の有無」とする）および「地域ケア会議参加にあたっての個人的な準備の有無」（以下、「準備の有無」）も加えた。

2) 地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因に関する質問群の設定

地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因を明らかにするとともに、地域ケア会議の推進上の課題を明らかにするために、11項目から構成される「基本的理解質問群」、2領域18項目から構成される「所感質問群」および4領域34項目から構成される「阻害要因質問群」を設定した。各質問の回答は、「とても思う」「まあまあ思う」「なんとも言えない」「あまり思わない」「ほとんど思わない」のリッカート尺度を用い、それぞれ「5」「4」「3」「2」および「1」を割り当てた。

①「基本的理解質問群」

地域ケア会議の参加者は地域ケア会議の基本的知識を身につけているかが問われる。場合によっては、参加を要請されたから参加をしたといった水準の参加動機も予測される。一方、地域ケア会議を推進する立場の「包括」の専門職は、国の施策としての地域ケア会議の意義や法制度的な観点からの知識も含み、地域ケア会議の基本的な理解を促進するために作成された「地域ケア会議運営マニュアル」⁴⁾に示されている内容を十分に理解し、地域ケア会議を推進していくことが求められている。地域ケア会議の理解度はそのまま地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因として、「地域ケア会議運営マニュアル」を参考に、最低限理解が必要な項目を11項目設定し、この質問群を「基本的理解質問群」と命名した。

②「所感質問群」

地域ケア会議では、多職種が参加することから、それぞれの専門職の価値観や下位文化をもち込むことになり、専門職間相互による印象や人間関係の緊張感が存在すると考えられる。また、一定の結論や成果を導き出し、共有することが必要であることから、参加者自身が地域ケア会議の重要性を確認し、個別課題や地域課題を解決できる確信をもち、さらに専門職の役割としてできることの実現可能性を見立て、地域ケア会議を推進していこうとする展望をもつことが重要である。「包括」の専門職は、参加者がこのような肯定的所感もてるように地域ケア会議を運営していくことが求められる。

このような地域ケア会議に対する肯定的所感は、Banduraが提起した自己効力感あるいは自己遂行可能性として捉えることが可能であり¹³⁾、地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因として設定した。自己効力感の尺度である「一般性セルフ・エフィカシー尺度 (General Self-Efficacy Scale : GSES)」で用いられている質問項目を参考に、質問項目を設定した。

一方、肯定的所感があると同時に、参加者には疲労感や無力感といった否定的所感をもつことが考えられる。これらは、負の自己効力感とも捉えることが可能であり、多職種連携を基本として実践を行う介護支援専門員が普段体験している否定的所感の構造を分析した研究¹⁴⁾を参考に、質問項目を設定した。

以上のことから、地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因として、「肯定的所感」と「否定的所感」の2領域からなる質問をそれぞれ9項目設定し、「所感質問群」と命名した。

③「阻害要因質問群」

多職種連携を推進していくための阻害要因は多く指摘されており、これらの阻害要因が、本研究における地域ケア会議の成果に影響することが十分に考えられる。

保健医療福祉分野における多職種連携の阻害要因は、これまでの先行研究から「互いの専門性に関する知識の欠如」「役割の曖昧さ」「縄張り争い」「価値観・理念・方法論の対立」, 「信頼・コミュニケーション・意欲の欠如」, 「不均等な力関係」「情報共有の困難性」「事前の準備不足」「連携推進の場(機会)の不足」¹⁵⁻²⁴⁾として整理が可能であった。

地域ケア会議では、どのような支援を展開していけばよいか、地域包括支援ネットワークを構築していけばよいか、地域ケア会議の目的や目標を共通に理解することが重要である。また、保険者の地域包括ケアシステム構築の方針といった地域ケア会議を推進する基盤となる考え方も参加者が共通理解しておく必要がある。これらの共通理解がない状態は、地域ケア会議を推進する際の阻害要因ともなり得る。このことから、地域ケア会議の理解度は、地域ケア会議運営上の阻害要因と考えられるので、これに関連する質問を6項目設定し、領域「地域ケア会議の理解度」と命名した。

地域ケア会議の開催・進行技術や検討技術の不足が、阻害要因となる可能性がある。地域ケア会議を開催するにあたっての事前準備では、参加を要請す

る専門職の選定、またキーとなる専門職や事例を報告する専門職との事前準備等の調整作業が重要となる。さらに、専門職としての支援の方法論が異なるため、実際の地域ケア会議で共通言語が得られず、会議そのものが円滑に進行しないことが想定される。このことから「包括」の専門職には事前の調整作業や会議を円滑に進行していく技術が求められる。これらの技術が適切に用いられないと、地域ケア会議で検討すべき内容の焦点化が阻害され、十分な成果は得られないこととなる。これらの技術の不足が、阻害要因になると考えられるので、これに関連する質問を9項目設定し、領域「地域ケア会議の開催・進行技術」と命名した。

さらに、地域ケア会議ではそれぞれの専門職が相互理解のもとに、円滑なコミュニケーションのもとに、課題解決に向けた個別ケースのアセスメントをはじめ、地域課題の抽出や地域課題解決のための資源開発や政策形成に結びつくような結論を導き出す必要がある。また、多職種の支援の方法論の相違から、ケースの支援方針などに対立を生む可能性もある。これらを踏まえて、「包括」の専門職には、最終的に参加者のすべてが合意できるケースの支援方針、地域包括支援ネットワークの構築に向けた各専門職の役割を明確にし、また各専門職が意欲的にそれぞれの実践を展開できるようにその意欲を高めていく技術が求められる。これらの技術の不足が、阻害要因になると考えられるので、これに関連する質問を9項目設定し、この質問群を領域「地域ケア会議の検討技術」と命名した。

連携にとって最も重要なことは、メンバー間の関係である。地域ケア会議の参加者は多職種であり、それぞれの職種の価値・理念・方法論といった専門性やその役割も異なるため、連携の阻害要因とされている「互いの専門性に関する知識の欠如」「役割の曖昧さ」「価値観・理念・方法論の対立」が地域ケア会議においても想定される。多職種連携の良好な関係性は、それぞれの専門性を理解した上で、対等な立場で「価値観・理念・方法論」を理解し、共通言語をもってコミュニケーションを図り、それぞれの専門職の役割を明確にすることである。それぞれの専門職の権威や方法論を押しつけ、また地域ケア会議の結論をそれぞれの専門職の都合で導き出そうとする縄張り争いは、排除しなければならない。

地域ケア会議においてメンバーシップが発揮されない状況は、阻害要因になると考えられるので、これに関連する質問を10項目設定し、領域「メンバーシップ」と命名した。

以上のことから、地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因として、「地域ケア会議の理解度」、「地域ケア会議の開催・進行技術」、「地域ケア会議の検討技術」および「メンバーシップ」の4領域からなる質問を34項目設定し、「阻害要因質問群」と命名した。

3) 地域ケア会議の成果を測定する「成果質問群」の設定

地域ケア会議では、各専門職や地域住民が、それぞれが入手している個別ケースの情報をもとに、それぞれの専門性や立場をもとに多角的視点から、個別課題を検討することが重要である。さらに、個別課題解決に向けた目標を共有しながら、参加者の「顔の見える関係」²⁵⁻²⁷⁾を基本にそれぞれの役割を担い、各専門職や地域住民が地域包括支援ネットワークを構築することが重要である。このことから、多職種の協働により課題解決を図ることができたかを地域ケア会議の成果として捉えることが可能であり、これに関連する質問を8項目設定し、領域「協働による課題解決」と命名した。

地域ケア会議では、個別ケースの検討だけではなく、その検討から地域課題を把握し、地域にある資源を理解した上で、課題解決につながる共通理解を深めていく必要がある。このことから、地域課題を把握し課題解決に結びつく検討ができたかを、地域ケア会議の成果として捉えることが可能であり、これに関連する質問を9項目設定し、領域「地域課題の把握」と命名した。

地域ケア会議は、「地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援」を目的としている。地域ケア会議には、介護支援専門員の参加は不可欠であり、介護支援専門員の実践レベルの向上を図られることも重要な成果である。また、インフォーマルな資源としてこれまで支援に関わってきた民生委員をはじめとした地域住民等を地域ケア会議への参加を要請し、地域包括支援ネットワークの一因として位置づけることも必要である。地域ケア会議は、課題解決と同時に介護支援専門員の実践レベルの向上を図り、専門職だけではなく、新たなインフォーマルな

人材が開発・育成されることも重要な成果である。このことから、地域ケア会議において介護支援専門員を始めとした参加者を支援し、また新たに支援の一員として地域ケア会議への要請をすることができたかを、地域ケア会議の成果として捉えることが可能であり、これに関連する質問を9項目設定し、領域「人材開発」と命名した。

一方、地域包括ケアシステムの構築は、その地域の将来をどのように構想するかといった課題も含まれている。地域課題の解決は、まさに地域づくりといってもよい。その地域づくりのために、具体的な役割や方法論を共通理解し、また保険者の施策や方針を確認しながら、その地域の将来を展望できることは、地域ケア会議の成果と捉えることが可能である。これに関連する質問を6項目設定し、領域「地域づくり」と命名した。

地域ケア会議の成果に関する質問群として、「協働による課題解決」、「地域課題の把握」、「人材開発」および「地域づくり」の4領域からなる質問を32項目設定し、「成果質問群」と命名した。

各質問群の回答は、「とても思う」「まあまあ思う」「なんとも言えない」「あまり思わない」「ほとんど思わない」のリッカート尺度を用い、それぞれ「5」「4」「3」「2」および「1」を割り当てた。

4. 分析方法

回答者265人のうち、基本属性および各質問項目に欠損値のない185人の回答を有効とし、各質問項目について単純集計をした。次に「基本的理解質問群」および「所感質問群」、「成果質問群」並びに

表1 観測変数として用いた質問群および質問群の領域の信頼性係数

質問群	領域	α
基本的理解質問群	—	0.905
所感質問群	肯定的所感	0.811
	否定的所感	0.795
成果質問群	協働による解決	0.843
	地域課題の把握	0.832
	人材開発	0.832
	地域づくり	0.800
阻害要因質問群	地域ケア会議の理解度	0.753
	地域ケア会議の開催・進行技術	0.852
	地域ケア会議の検討技術	0.810
	メンバーシップ	0.839

「阻害要因質問群」の各領域の回答の合計を観測変数として用いるために、信頼性係数 α を算出した(表1)。「阻害要因質問群」の領域「地域ケア会議の理解度」の α が0.753, 「所感質問群」の領域「否定的所感」の α が0.795であり、いくつかの質問項目を除外してもこれ以上の値は得られなかった。それ以外は、いずれも0.8以上であり、「阻害要因質問群」の領域「地域ケア会議の理解度」および「所感質問群」の領域「否定的所感」も含めて内的整合性があると判断し、各質問項目の合計を観測変数として用いることとした。

その合計を用いて、基本属性のうち、「勤務年数」「通算勤務年数」「進行役経験の有無」「準備の有無」「自治体」「運営主体」「専門職人数」について、回答傾向に有意差があるかをみるために、これらの基本属性等を群分けし、平均の差の検定を行った。2群に群分けした基本属性については、対応のないt検定、3群に分類した基本属性は、対応のない一元配置分散分析を行い、その後Bonferroni法による多重比較を行った。分析には、IBM SPSS Statistics 25を用いた。

さらに、「成果質問群」に対して、「基本的理解質問群」, 「所感質問群」および「阻害要因質問群」が、どのように影響を及ぼしているかをみるために、「成果質問群」を従属変数、基本属性、「基本的理解質問群」, 「所感質問群」および「阻害要因質問群」を独立変数とし、さらに独立変数間の関係性をみるために最尤法による共分散構造分析を行った。観測変数は、前述した合計を用いた。

性別は男性に「1」および女性に「2」を、年代は20歳代に「1」、30歳代に「2」、40歳代に「3」、50歳代に「4」および60歳以上に「5」を割り当てた。勤務形態は正規職員に「1」、嘱託・臨時職員に「2」を、「自治体」は市に「1」、町村に「2」を、「運営主体」は行政直営型に「1」および委託型に「2」を割り当てた。「進行役経験の有無」は、「ある」に「1」および「ない」に「2」を、「準備の有無」は「している」に「5」、「ある程度している」に「4」、「何とも言えない」に「3」、「あまりしていない」に「2」および「していない」に「1」を割り当てた。「勤務年数」「通算勤務年数」および「専門職人数」は、回答の数値をそのまま投入した。分析には、IBM SPSS Amos 25を用い、有意水準を

5%とした。

5. 倫理的配慮

各「包括」の管理者および地域ケア会議に参加した経験のある専門職に調査依頼文書および調査票を発送し、調査の協力を依頼した。協力可能な場合は、調査票に記入し、回収用封筒にて匿名で個別に郵送にて返送するよう依頼文に明記した。調査票への回答および返送をもって、研究参加と公表の同意を得たこととした。なお、本研究の実施にあたっては、山口大学大学院医学系研究保健学専攻医学系研究倫理審査委員会(山口大学管理番号317)および山口県立大学生命倫理委員会(山口県立大学26-68)の承認を受けて実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の基本属性

基本属性の度数と割合を表2に示した。約9割が30歳以上であり、一定のキャリアのある専門職であった。「包括」には、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種が必置とされているが、これらの3職種がほぼ均等であった。「勤務年数」の平均は 4.75 ± 2.87 年であった。「通算勤務年数」の平均は 18.07 ± 8.44 年であった。「専門職人数」の平均は、 7.97 ± 6.52 人であった。

各職種と「進行役経験の有無」の回答結果についてクロス集計をしたところ、主任介護支援専門員が他の職種と比較して進行役を経験している傾向がみられた($\chi^2=20.73$ $df=3$ $p<0.001$)。各県別では、A県47人(25.4%)、B県20人(10.8%)、C県20人(10.8%)、D県83人(44.9%)およびE県15人(8.1%)であった。

2. 「成果質問群」に影響を及ぼす要因に関する質問群の回答分布(表3)

1) 「基本的理解質問群」

「とても思う」と「まあまあ思う」を合計すると、「地域ケア会議の目的を理解している」が173人(93.5%)と最も高い割合であった。一方、地域包括ケアシステム構築や地域ケア会議の先進事例について理解している人は90人(48.6%)、地域住民に対して、地域ケア会議とは何かを説明できる人は105人(56.8%)と他の項目と比較すると高い割合ではなかった。

表2 基本属性 (n=185)

基本属性		人数	割合
性別	男性	41	22.2
	女性	144	77.8
年代	20歳代	12	6.5
	30歳代	41	22.2
	40歳代	66	35.7
	50歳代	58	31.4
	60歳代以上	8	4.3
職種	保健師	53	28.6
	社会福祉士	51	27.6
	主任介護支援専門員	60	32.4
	看護師	9	4.9
	その他	12	6.5
現在の職場での勤務年数	1年未満	22	11.9
	3年未満	51	27.6
	5年未満	32	17.3
	5年以上	80	43.2
保健医療福祉分野での通算勤務年数	10年未満	34	18.4
	15年未満	32	17.3
	20年未満	41	22.2
	25年未満	44	23.8
	25年以上	34	18.4
勤務形態	正規職員	172	93.0
	嘱託・臨時職員	13	7.0
設置自治体	市	142	76.8
	町村	43	23.2
運営主体	行政直営型	112	60.5
	委託型	73	39.5
専門職人数	3人以下	44	23.8
	4～5人	45	24.3
	6～10人	61	33.0
	11～20人	26	14.1
	21人以上	9	4.9
地域ケア会議での進行役の経験	ある	96	51.9
	ない	89	48.1
地域ケア会議参加にあたっての個人的な準備	している	32	17.3
	ある程度している	74	40.0
	何とも言えない	37	20.0
	あまりしていない していない	23 19	12.4 10.3

2) 「所感質問群」

領域「肯定的所感」では、「とても思う」および「まあまあ思う」を合計すると「地域ケア会議の重要性を確認できた」が131人（70.8%）と他の項目に対して高い割合であった。一方、「地域ケア会議は、毎回楽しみであった」は、11人（6.0%）と顕著に低い割合であった。領域「否定的所感」で、「とても思う」および「まあまあ思う」を合計すると「迷いを感じた時があった」が99人（53.5%）と他の項目に対して高い割合であった。さらに、「地域ケア会議の直前に不安を感じた時があった」96人（48.5%）、

「疲労感を感じた時があった」が82人（44.3%）、「会議の進行に不安を感じた」が81人（54.1%）と、他の項目に対して高い割合であった。疲労感、不安、迷いといった感情をある程度示していた。

3) 「阻害要因質問群」

領域「地域ケア会議の理解度」では、「とても思う」および「まあまあ思う」を合計すると、「参加者の地域ケア会議に対する理解や課題意識が不足している」が118人（63.8%）と最も高い割合であった。「地域ケア会議の開催・検討技術」では、「とても思う」および「まあまあ思う」を合計すると、「事前の打ち合わせが十分にできない」が74人（40.0%）と最も高い割合であった。「地域ケア会議の検討技術」では、「何とも言えない」が最も高い割合を示した項目が多かったが、「とても思う」および「まあまあ思う」を合計すると、「地域ケア会議のスーパーバイザーがいない」が99人（53.5%）と他の項目に対して顕著に高い割合であった。「メンバーシップ」では、「あまり思わない」が最も高い割合を示した項目が多かった。「あまり思わない」および「ほとんど思わない」を合計すると、「参加者が自ら権限などで縄張り争いをしている」が137人（74.1%）と、他の項目に対して顕著に高い割合であった。

4) 基本属性と「成果質問群」に影響を及ぼす要因に関する質問群との関連

2群間の比較によるt検定において有意差が認められた結果を表4に示した。「基本的理解質問群」では、「勤務年数」、「通算勤務年数」、「運営主体」、「進行役経験の有無」および「準備の有無」で有意差が認められた。

「所感質問群」のうち、領域「肯定的所感」では「通算勤務年数」、領域「否定的所感」では、「勤務年数」「運営主体」で有意差が認められた。専門職としての長年の経験が、地域ケア会議という新たな制度に対しても肯定的に対応できる能力を身につけていると考えられる。また、「包括」の民間機関への委託が進行しており、「包括」での経験年数が少ないことから否定的な所感をもつ傾向にあったと考えられる。

「阻害要因質問群」のうち、領域「地域ケア会議の理解度」では、「自治体」「運営主体」で有意差が認められた。領域「地域ケア会議の開催・進行技術」

表3 「成果質問群」に影響を及ぼす要因に関する質問群の回答分布 (n=185)

質問群	領域	質問項目	とても思う		まあまあ思う		何とも言えない		あまり思わない		ほとんど思わない	
			度数	割合	度数	割合	度数	割合	度数	割合	度数	割合
基本的理解質問群	—	地域ケア会議は地域包括ケアシステム構築のために重要である	67	36.2	98	53.0	18	9.7	0	0.0	2	1.1
		地域ケア会議が国の重要施策として位置づけられた経緯を理解している	30	16.2	107	57.8	40	21.6	7	3.8	1	0.5
		地域ケア会議の根拠となる法令を理解している	33	17.8	84	45.4	50	27.0	15	8.1	3	1.6
		地域ケア会議の目的を理解している	44	23.8	129	69.7	8	4.3	3	1.6	1	0.5
		地域ケア会議とサービス担当者会議や事例検討会との相違を理解している	51	27.6	116	62.7	13	7.0	4	2.2	1	0.5
		「市町レベル」、「日常生活圏域レベル」、「個別レベル」などのさまざまな水準の地域ケア会議があることを理解している	40	21.6	82	44.3	37	20.0	22	11.9	4	2.2
		地域ケア会議開催までの手順を理解している	26	14.1	92	49.7	51	27.6	15	8.1	1	0.5
		地域ケア会議の進行手順を理解している	25	13.5	84	45.4	55	29.7	18	9.7	3	1.6
		地域包括ケアシステム構築や地域ケア会議の先進事例について理解している	22	11.9	68	36.8	67	36.2	23	12.4	5	2.7
		地域ケア会議は、参加者の実践力を高める場でもあることを理解している	42	22.7	108	58.4	26	14.1	8	4.3	1	0.5
地域住民に対して、地域ケア会議とは何かを説明できる	20	10.8	85	45.9	54	29.2	22	11.9	4	2.2		
所感質問群	肯定的所感	地域ケア会議の重要性を確認できた	23	12.4	108	58.4	50	27.0	2	1.1	2	1.1
		地域ケア会議に参加する自信がついた	5	2.7	44	23.8	105	56.8	26	14.1	5	2.7
		いつも自信をもって参加できた	1	0.5	15	8.1	89	48.1	63	34.1	17	9.2
		次回の地域ケア会議の展望をもつことができた	4	2.2	71	38.4	88	47.6	19	10.3	3	1.6
		専門職としての自覚を得ることができた	7	3.8	53	28.6	98	53.0	22	11.9	5	2.7
	否定的所感	地域ケア会議は、毎回楽しみであった	2	1.1	9	4.9	81	43.8	63	34.1	30	16.2
		参加者の熱意を感じ取ることができた	14	7.6	78	42.2	71	38.4	18	9.7	4	2.2
		参加者の発言に感心した	23	12.4	96	51.9	60	32.4	5	2.7	1	0.5
		参加者と一緒に新たな地域を創っていく意欲がわいてきた	9	4.9	61	33.0	95	51.4	16	8.6	4	2.2
		何のための会議かわからない時があった	5	2.7	19	10.3	60	32.4	74	40.0	27	14.6
阻害要因質問群	地域ケア会議の理解度	不全感や無力感が残った時があった	12	6.5	33	17.8	69	37.3	52	28.1	19	10.3
		疲労感を感じた時があった	23	12.4	59	31.9	62	33.5	39	21.1	2	1.1
		会議の進行に不安を感じた	19	10.3	62	33.5	70	37.8	26	14.1	8	4.3
		迷いを感じた時があった	16	8.6	83	44.9	66	35.7	18	9.7	2	1.1
		地域ケア会議の直前に不安を感じた時があった	17	9.2	79	42.7	53	28.6	32	17.3	4	2.2
		地域ケア会議の時間を長いと感じた時があった	10	5.4	29	15.7	63	34.1	69	37.3	14	7.6
		初めて顔を見る人もいて緊張した	12	6.5	51	27.6	41	22.2	54	29.2	27	14.6
自分の発言は未熟だと思った	29	15.7	54	29.2	92	49.7	8	4.3	2	1.1		
阻害要因質問群	地域ケア会議の開催・進行技術	参加者の地域ケア会議に対する理解や課題意識が不足している	30	16.2	88	47.6	51	27.6	14	7.6	2	1.1
		保険者の地域ケア会議に対する方針が不明確である	23	12.4	65	35.1	67	36.2	26	14.1	4	2.2
		保険者の地域包括ケアシステム構築の方針が不明確である	18	9.7	48	25.9	79	42.7	35	18.9	5	2.7
		地域ケア会議に関する図書や関連資料が少ない	6	3.2	42	22.7	95	51.4	34	18.4	8	4.3
		地域ケア会議に関する研究成果が少ない	8	4.3	60	32.4	89	48.1	22	11.9	6	3.2
		先進的な地域のモデルがわからない	12	6.5	37	20.0	87	47.0	41	22.2	8	4.3
		開催日時の調整が困難である	9	4.9	63	34.1	46	24.9	56	30.3	11	5.9
		開催場所の確保が困難である	3	1.6	25	13.5	43	23.2	86	46.5	28	15.1
		出席者の選定がわからない	3	1.6	31	16.8	57	30.8	81	43.8	13	7.0
		事前の打ち合わせが十分にできない	8	4.3	66	35.7	50	27.0	51	27.6	10	5.4
阻害要因質問群	地域ケア会議の検討技術	事前の準備が十分にできない	9	4.9	62	33.5	54	29.2	50	27.0	10	5.4
		進行要領がわからない	8	4.3	40	21.6	78	42.2	54	29.2	5	2.7
		時間管理の方法がわからない	6	3.2	27	14.6	79	42.7	66	35.7	7	3.8
		ケースの説明資料が多い	2	1.1	31	16.8	62	33.5	75	40.5	15	8.1
		ケースの説明時間が長い	3	1.6	27	14.6	69	37.3	74	40.0	12	6.5
		成果の出し方がわからない	18	9.7	61	33.0	69	37.3	32	17.3	5	2.7
		個人情報の取り扱い方法がわからない	3	1.6	20	10.8	56	30.3	81	43.8	25	13.5
		個別ケースの検討方法がわからない	4	2.2	22	11.9	63	34.1	82	44.3	14	7.6
		個別ケースの検討から地域課題を抽出する方法がわからない	13	7.0	44	23.8	69	37.3	49	26.5	10	5.4
		参加者のアセスメント能力が不足している	5	2.7	31	16.8	106	57.3	38	20.5	5	2.7
メンバーストップ	地域ケア会議の	地域住民の参加がある場合、個人情報の開示に神経質になる	19	10.3	69	37.3	54	29.2	34	18.4	9	4.9
		参加者が、関係のない話題について発言する	4	2.2	41	22.2	65	35.1	53	28.6	22	11.9
		把握された地域課題が解決に向けた具体的な支援や資源開発に結びつかない	18	9.7	65	35.1	78	42.2	21	11.4	3	1.6
		把握された地域課題が解決に向けた政策形成に結びつかない	24	13.0	69	37.3	71	38.4	18	9.7	3	1.6
		地域ケア会議のスーパーバイザーがいない	24	13.0	75	40.5	58	31.4	23	12.4	5	2.7
		参加者の専門性に関する認識が欠如している	3	1.6	32	17.3	82	44.3	58	31.4	10	5.4
		参加者の役割と責任がいつも曖昧である	4	2.2	36	19.5	78	42.2	54	29.2	13	7.0
		参加者が自ら権限などで縄張り争いをしている	1	0.5	6	3.2	41	22.2	81	43.8	56	30.3
		参加者間に共通言語がないためコミュニケーションが図りにくい	1	0.5	11	5.9	50	27.0	91	49.2	32	17.3
		参加者の価値観や理念、方法論が対立している	5	2.7	21	11.4	62	33.5	80	43.2	17	9.2
メンバーストップ	地域ケア会議の	各専門職間の力関係が存在する	5	2.7	31	16.8	47	25.4	82	44.3	20	10.8
		参加者に「やらされ感」が見受けられる	4	2.2	34	18.4	73	39.5	65	35.1	9	4.9
		参加者全員で、問題解決に取り組もうとする意識が足りない	4	2.2	42	22.7	65	35.1	61	33.0	13	7.0
参加者に、自分たちの問題であるという当事者意識がない	7	3.8	34	18.4	83	44.9	55	29.7	6	3.2		

では、「準備の有無」「自治体」「運営主体」で有意差が認められた。領域「地域ケア会議の検討技術」では、「進行役経験の有無」「自治体」「運営主体」で有意差が認められた。領域「メンバーシップ」では、「自治体」「運営主体」で有意差が認められた。市部を中心に委託が進行しており、「包括」での地域ケア会議の経験知が少ないことが阻害要因として捉えられている傾向にあったと考えられる。

3群間の比較によるF検定および多重比較において有意差が認められた結果を表5に示した。「所感質問群」のうち、領域「肯定的所感」および領域「否定的所感」とも年代で有意差が認められた。「阻害要因質問群」のうち、領域「地域ケア会議の理解度」および「地域ケア会議の検討技術」では、年代で有意差が認められた。これは、「通算勤務年数」と関連があると考えられる。

3. 「成果質問群」の回答分布

「成果質問群」の領域ごとの質問項目の回答分布を表6に示した。

領域「協働による課題解決」では、「とても思う」および「まあまあ思う」を合計すると、「参加者と

情報を共有することができた」が171人（92.4%）、次いで「参加者と顔の見える関係が形成された」が169人（91.4%）と他の項目に対して顕著に高い割合であった。領域「地域課題の把握」では、「とても思う」および「まあまあ思う」を合計すると、「インフォーマルサービスの資源開発の必要性を認識することができた」が118人（63.8%）と最も高い割合であった。領域「人材開発」および領域「地域づくり」では、「何とも言えない」が最も高い割合を示した項目が多かった。一方、「とても思う」および「まあまあ思う」を合計すると、「行政に対して何を政策提言すればよいか把握できた」が30人（16.2%）、「将来の地域の展望が見えてきた」が25人（13.5%）と、「成果質問群」のすべての項目のうち最も成果が得られていないと認識していた。

基本属性と「成果質問群」との関連による有意差は、表7に示したとおり「準備の有無」とすべての領域、また「自治体」と領域「地域づくり」に認められた。

4. 地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因

地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因の最適解

表4 基本属性と各質問群・領域との関連 (n=185)

質問群	領域	職場での勤務年数*1		通算勤務年数*2		進行役経験の有無		地域ケア会議の準備の有無*3		自治体*4		運営主体													
		群	平均値 標準偏差	t値 有意確率	群	平均値 標準偏差	t値 有意確率	群	平均値 標準偏差	t値 有意確率	群	平均値 標準偏差	t値 有意確率												
基本的理解質問群		4年未満	40.4	7.3	-2.71	18年未満	40.8	6.4	-2.57	ある	43.3	6.2	2.98	している	44.0	5.6	5.05	市	41.6	6.6	ns	行政直営型	43.2	6.7	3.15
		4年以上	43.0	5.8	p<0.01	18年以上	43.2	6.5	p<0.05	ない	40.5	6.6	p<0.01	していない	39.4	6.8	p<0.01	町村	43.3	6.2	ns	委託型	40.2	5.9	p<0.01
所感質問群	肯定的所感	4年未満	28.2	4.7	ns	18年未満	28.1	4.7	-2.236	ある	29.1	4.3	ns	している	29.9	4.5	4.01	市	28.7	4.5	ns	行政直営型	29.0	4.3	ns
		4年以上	29.2	4.2	ns	18年以上	29.5	4.0	p<0.05	ない	28.5	4.6	ns	していない	27.4	3.9	p<0.01	町村	29.3	4.2	ns	委託型	28.5	4.6	ns
阻害要因質問群	地域ケア会議の理解度	4年未満	29.3	5.1	2.88	18年未満	28.6	5.5	ns	ある	28.5	5.0	ns	している	28.0	5.2	ns	市	28.2	5.6	ns	行政直営型	27.1	5.3	-2.61
		4年以上	27.0	5.5	p<0.01	18年以上	27.3	5.3	ns	ない	27.3	5.8	ns	していない	27.9	5.8	ns	町村	26.9	4.9	ns	委託型	29.2	5.4	p<0.05
地域ケア会議の開催・進行技術	地域ケア会議の検討技術	4年未満	20.2	3.7	ns	18年未満	19.9	3.6	ns	ある	20.0	3.8	ns	している	19.5	4.1	ns	市	20.0	3.4	2.85	行政直営型	19.1	3.6	-2.55
		4年以上	19.2	3.5	ns	18年以上	19.3	3.6	ns	ない	19.2	3.4	ns	していない	19.7	2.8	ns	町村	18.3	4.0	p<0.01	委託型	20.4	3.5	p<0.05
メンバーシップ		4年未満	25.5	6.0	ns	18年未満	25.6	5.9	ns	ある	24.6	5.6	ns	している	24.2	5.8	-2.06	市	25.6	5.6	1.99	行政直営型	24.4	5.6	-2.33
		4年以上	24.9	5.6	ns	18年以上	24.8	5.5	ns	ない	25.8	5.8	ns	していない	26.4	5.4	p<0.05	町村	23.7	6.0	p<0.05	委託型	26.4	5.7	p<0.05
		4年未満	31.6	5.7	ns	18年未満	31.4	5.5	ns	ある	31.7	5.3	2.49	している	30.4	5.9	ns	市	31.4	5.5	3.04	行政直営型	29.8	5.6	-2.86
		4年以上	30.1	5.6	ns	18年以上	30.0	5.7	ns	ない	29.6	5.8	p<0.05	していない	31.1	5.4	ns	町村	28.4	5.8	p<0.01	委託型	32.1	5.4	p<0.01
		4年未満	23.9	5.4	ns	18年未満	23.9	5.6	ns	ある	23.9	5.2	ns	している	23.2	5.5	ns	市	23.9	5.1	2.32	行政直営型	22.5	5.1	-2.87
		4年以上	23.1	5.2	ns	18年以上	22.9	4.9	ns	ない	22.9	5.4	ns	していない	23.7	5.0	ns	町村	21.8	5.5	p<0.05	委託型	24.8	5.3	p<0.01

比較にあたっては、すべて等分散が仮定された。
 *1 中央値=4未満と以上で2群に分類した。
 *2 中央値=18未満と以上で2群に分類した。
 *3 「している」「ある程度」を「している」及び「何とも言えない」「あまりしていない」「していない」を「していない」の2群に分類した。
 *4 「市」と「町村」の2群に分類した。

表5 基本属性と各質問群・領域との関連 (n=185)

質問群	領域	年代*1				
		群	平均値	標準偏差	F値	多重比較による有意差
所感質問群	肯定的所感	30歳代以下	27.7	4.8	3.14	p<0.05
		40歳代	28.8	4.6		
	50歳代以上	29.7	3.8			
	否定的所感	30歳代以下	30.1	5.1	6.96	p<0.01
40歳代		27.6	5.7			
50歳代以上		26.5	4.9			
阻害要因質問群	地域ケア会議の理解度	30歳代以下	20.9	3.2	4.79	p<0.01
		40歳代	19.1	3.4		
		50歳代以上	19.1	3.9		
	地域ケア会議の検討技術	30歳代以下	32.5	5.0	4.16	p<0.05
40歳代		29.7	5.7			
50歳代以上		30.2	5.8			

比較にあたっては、すべて等分散が仮定された。

表6 「成果質問群」の回答分布 (n=185)

領域	質問項目	とても思う		まあまあ思う		何とも言えない		あまり思わない		ほとんど思わない	
		度数	割合	度数	割合	度数	割合	度数	割合	度数	割合
協働による課題解決	多角的視点からの検討によりケースの課題解決に結びつけることができた	16	8.6	102	55.1	59	31.9	5	2.7	3	1.6
	参加者で課題を共有し、課題解決に向けた目標を共有できた	15	8.1	129	69.7	37	20.0	3	1.6	1	0.5
	支援困難ケースの課題解決に結びつけることができた	10	5.4	101	54.6	59	31.9	13	7.0	2	1.1
	参加者と連携・協働関係を形成することができた	26	14.1	128	69.2	27	14.6	2	1.1	2	1.1
	参加者と情報を共有することができた	47	25.4	124	67.0	13	7.0	0	0.0	1	0.5
	専門職や地域住民と支援ネットワークを構築することができた	6	3.2	73	39.5	76	41.1	24	13.0	6	3.2
	関係機関・専門職の役割を明確にすることができた	8	4.3	90	48.6	72	38.9	11	5.9	4	2.2
	参加者と顔の見える関係が形成できた	43	23.2	126	68.1	12	6.5	2	1.1	2	1.1
地域課題の把握	地域住民の力を把握することができた	11	5.9	81	43.8	69	37.3	20	10.8	4	2.2
	地域の強みを把握することができた	8	4.3	68	36.8	79	42.7	28	15.1	2	1.1
	地域課題を把握することができた	9	4.9	82	44.3	75	40.5	14	7.6	5	2.7
	把握した地域課題を相互に関連付けることができた	2	1.1	35	18.9	104	56.2	36	19.5	8	4.3
	インフォーマルサービスの資源開発の必要性を認識することができた	22	11.9	96	51.9	54	29.2	11	5.9	2	1.1
	地域課題を解決する基盤整備の必要性を認識できた	16	8.6	96	51.9	65	35.1	7	3.8	1	0.5
	不足している社会資源の把握ができた	12	6.5	87	47.0	68	36.8	16	8.6	2	1.1
	地域住民の参加の必要性を認識できた	18	9.7	90	48.6	66	35.7	9	4.9	2	1.1
人材開発	管轄地域に愛情がより増してきた	11	5.9	51	27.6	97	52.4	19	10.3	7	3.8
	自立支援に資するケアマネジメントの支援ができた	5	2.7	57	30.8	97	52.4	21	11.4	5	2.7
	介護予防に資するケアマネジメントの支援ができた	7	3.8	51	27.6	94	50.8	28	15.1	5	2.7
	支援にかかわる新たな人材の発掘ができた	6	3.2	38	20.5	85	45.9	46	24.9	10	5.4
	支援にかかわる人材の育成の必要性を認識できた	17	9.2	89	48.1	59	31.9	16	8.6	4	2.2
	地域住民の主体性を形成する一助となることができた	3	1.6	37	20.0	93	50.3	46	24.9	6	3.2
	自らの専門的能力を向上することができた	6	3.2	55	29.7	97	52.4	23	12.4	4	2.2
	地域ケア会議開催のための準備の必要性を認識できた	30	16.2	100	54.1	47	25.4	7	3.8	1	0.5
	介護支援専門員の実践を支援することができた	6	3.2	72	38.9	78	42.2	23	12.4	6	3.2
	インフォーマルサービスを担う人の参加の必要性を認識できた	18	9.7	94	50.8	65	35.1	6	3.2	2	1.1
地域づくり	地域包括ケアシステムの構築のための、自らの役割を認識することができた	7	3.8	71	38.4	93	50.3	12	6.5	2	1.1
	地域課題を解決するために事業化、施策化する必要性を認識できた	12	6.5	79	42.7	83	44.9	8	4.3	3	1.6
	行政に対して何を政策提言すればよいか把握できた	3	1.6	27	14.6	119	64.3	31	16.8	5	2.7
	参加者と地域包括ケアシステム構築に関する共通の目標を設定できた	3	1.6	41	22.2	103	55.7	33	17.8	5	2.7
	介護保険者の姿勢・方針を確認することができた	9	4.9	44	23.8	93	50.3	30	16.2	9	4.9
将来の地域の展望がみえてきた	4	2.2	21	11.4	114	61.6	33	17.8	13	7.0	

としての多重指標モデルを図1に示した。基本属性としての「準備の有無」が「基本的理解質問群」に影響を及ぼしていた。標準化係数と有意確率は0.34 ($p<0.001$)であった。「基本的理解質問群」は、「成果質問群」、「所感質問群」の領域「肯定的所感」に影響を及ぼしていた。それぞれの標準化係数と有意確率は、0.24 ($p<0.001$) および0.45 ($p<0.001$)であった。また、「所感質問群」の領域「肯定的所感」は、「成果質問群」に影響を及ぼしていた。標準化係数と有意確率は、0.65 ($p<0.001$)であった。モデルの作成にあたっては、「所感質問群」を潜在変数、領域「肯定的所感」および領域「否定的所感」を観測変数として投入したが、十分な適合度が得られず、また領域「肯定的所感」および領域「否定的

所感」の回答に弱い相関が認められた(ピアソンの相関係数0.218 $p<0.003$)ことから、領域「否定的所感」をモデルからは除外し、領域「肯定的所感」を観測変数として再度モデルを構築した。

「基本的理解質問群」は「阻害要因質問群」に負の影響を及ぼしていた。標準化係数と有意確率は、 -0.27 ($p<0.001$)であった。地域ケア会議の基本的理解が促進された状態は、多職種協働の阻害要因の軽減となっていることが明らかとなった。また、「阻害要因質問群」は、「所感質問群」の領域「肯定的所感」に影響を及ぼしていた。標準化係数と有意確率は、 -0.27 ($p<0.001$)であった。多職種協働の阻害要因が軽減された状態は、地域ケア会議において肯定的な所感をもつ状態を作り出していた。

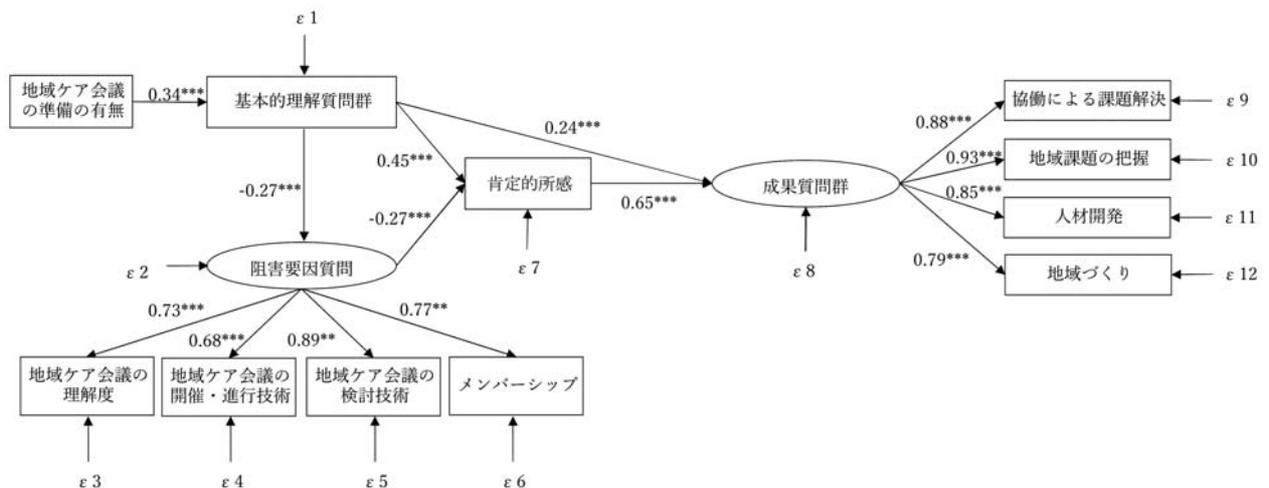
表7 基本属性と「成果質問群」との関連 (n=185)

質問群	領域	地域ケア会議の準備の有無*1				自治体*2			
		群	平均値	標準偏差	t値 有意確率	群	平均値	標準偏差	t値 有意確率
成果質問群	協働による課題解決	している	30.9	3.5	3.59	市	30.1	3.9	ns
		していない	28.9	4.1	$p<0.01$	町村	29.9	4.0	
	地域課題の把握	している	31.5	4.5	2.76	市	30.5	4.5	ns
		していない	29.6	4.8	$p<0.01$	町村	31.3	5.2	
	人材開発	している	30.5	4.7	3.07	市	29.3	4.5	ns
		していない	28.4	4.6	$p<0.01$	町村	30.7	5.4	
	地域づくり	している	19.5	3.4	3.61	市	18.4	3.1	-2.48
		していない	17.8	2.8	$p<0.01$	町村	19.8	3.6	

比較にあたっては、すべて等分散が仮定された。

*1 「している」「ある程度」を「している」及び「何とも言えない」「あまりしていない」「していない」を「していない」の2群に分類した。

*2 「市」と「町村」の2群に分類した。



GFI=0.949 AGFI=0.918 CFI=0.987 RMSEA=0.045 $\chi^2=56.018$

εは誤差変数

図1 地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因(多重指標モデル)

一方、「基本的理解質問群」が「所感質問群」の領域「肯定的所感」に影響を及ぼし、さらに「成果質問群」に対する影響を及ぼしていた間接効果は0.29であり、「基本的理解質問群」が「成果質問群」に直接影響を及ぼす効果より高かった。モデルの適合度指標は、GFI=0.949, AGFI=0.918, CFI=0.987, RMSEA=0.045, $\chi^2=56.017$ であり、本モデルの適合度は確保されており、このモデルの妥当性があると考えることが可能である。

IV. 考 察

1. 地域ケア会議の基本的理解の課題

地域ケア会議が、地域包括ケアシステム構築のために重要であることや地域ケア会議が地域包括ケアシステムの構築のために国の施策として重要な位置づけがなされていること等の地域ケア会議の意義や目的は概ね理解されていた。しかし、地域ケア会議の具体的な進行手順や地域住民に対して地域ケア会議を説明できる水準での理解は十分ではない現状が推測された。

専門職としての経験年数や地域ケア会議での進行役経験がある人の方が地域ケア会議の基本的理解が促進されていることから、今後「包括」での経験年数を積むとともに、地域ケア会議において、進行役を担う等積極的に関与していくことが必要である。特に委託型「包括」は、その実践の蓄積も少なく、また複数の事業所を運営している社会福祉法人や医療法人が運営していることが多いと推測されるので、「包括」での継続的な一定の勤務年数が確保され、地域ケア会議に積極的に関与する機会が得られるように、法人内の異動も慎重に行うことを検討することも必要である。

共分散構造分析の結果から、地域ケア会議の基本的理解を促進するためには、地域ケア会議の参加にあたって個人的に準備をすることが起点となっていた。さらに、地域ケア会議の基本的理解の促進が、地域ケア会議の成果に直接影響していた。地域ケア会議の成果を得るためには、地域ケア会議の意義や目的を知識として理解するとどまらず、例えば地域ケア会議運営マニュアルを用いて進行手順や先進事例等を把握し、また法令等と照合しながら、地域ケア会議の進行要領、協働による課題解決、地域課

題の解決、人材開発および地域づくりのあるべき状態を想定した事前準備が必要である。事前準備を通して、地域ケア会議の実際の進行のイメージを形成し、また専門職ではない地域住民に対しても、地域ケア会議とは何かを説明できる水準での理解が促進されることで、積極的に参加を要請することも可能となる。

2. 肯定的所感の重要性

「所感質問群」のうち領域「肯定的所感」では、「とても思う」および「まあまあ思う」を合計すると「地域ケア会議の重要性を確認できた」が131人(70.8%)と他の項目に対して高い割合であったが、その他の項目の認識度は低かった。一方、領域「否定的所感」では、疲労感、不安、迷いといった負の感情をある程度示していたことから、地域ケア会議において「包括」の専門職としてどのような自覚をもってその役割を果たし、どのような発言をしながら地域ケア会議に参加していけばよいのか、その確信が十分に得られない状況の中で、暗中模索しながら参加している様子がうかがえた。

また、地域ケア会議の事前準備をしていた人のほうが、肯定的所感をよりもっていたことから、地域ケア会議を開催する「包括」の専門職には、地域ケア会議の準備を確実にを行い、経験を重ねながら、より一層自己効力感を共有できる地域ケア会議をイメージしながら運営することが求められる。

さらに、共分散構造分析の結果から、地域ケア会議の基本的理解は地域ケア会議に対する肯定的所感の促進に影響し、最終的に地域ケア会議の成果に影響を及ぼす関係となっていた。基本的理解の促進が直接地域ケア会議の成果に影響を及ぼす効果よりも高かったことから、地域ケア会議の成果を得るためには、地域ケア会議の場で肯定的な所感をもつことの重要性が示唆された。

本研究では領域「肯定的所感」は、Banduraが提起した自己効力感¹³⁾として捉えて質問項目を設定した。地域ケア会議における自己効力感は、地域ケア会議において参加者自身が地域ケア会議の重要性を確認し、個別課題や地域課題を解決できる確信をもって、専門職の役割としてできることの実現可能性を見立て、地域ケア会議を推進していこうとする展望をもつことと説明が可能である。さらにBanduraは、自己効力感は、自分で実際に行ってみること、

他人の行為を観察すること、自己教示や他者からの説得的な暗示、情緒的な喚起といった情報源を通して形成されるとしている¹³⁾。このことから地域ケア会議に実際に参加し、また進行役を経験するなど、積極的に地域ケア会議に参加し、さらに参加者の発言を観察し、他者の地域ケア会議に対する期待や熱意を感じ取り、多職種協働により課題解決をしようとする意欲を醸成し、共有することが重要である。地域ケア会議の成果を得るためには、地域ケア会議を開催する「包括」の専門職には、単なる知識の理解を深めていくだけではなく、肯定的な所感をもつことの重要性が示唆された。さらに、「包括」の専門職は、参加者がこのような肯定的所感もてるような地域ケア会議を運営する工夫が必要である。

ところで、地域包括ケアシステムの構築には、規範的統合が必要と言われている²⁸⁻³⁰⁾。規範的統合とは、組織、専門職集団や専門職間で価値、文化、ビジョンの共有を促進することである²⁸⁻³¹⁾。厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業により設けられた地域包括ケア研究会は、地域包括ケアシステムの構築における規範的統合を「保険者や自治体の進める地域包括ケアシステム構築に関する基本方針が、同一の目的のために、地域内の専門職や関係者に共有されている状態」²⁸⁾と説明している。筒井³⁰⁾は、地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアシステムの構築に関する事業は、規範的統合が実施された点で失敗と述べている。多職種が協働して支援を効果的に展開するために、地域ケア会議がそのプラットフォーム機能⁵⁾を担うことを期待されていることから、地域ケア会議は規範的統合を促進する場としても位置づけることが可能である。

規範的統合を促進する手がかりは、参加者個人の自己効力感の醸成であり、さらに参加者で自己効力感を共有することである。地域ケア会議に参加した行政保健師が地域ケア会議終了後に、地域包括ケアシステムの構築にあたっては、参加者全員が「私が頑張ろう」から「一緒にやろう」という雰囲気作りが必要であり、支援者が「個人の努力で何とかしよう」というレベルにとどまらず、一緒に頑張る仲間を増やそうと思えるような支援が必要、さらにそのことが潜在している人材の発掘や支援する側の組織化などにもつながると述べている³²⁾。ことは非常に示唆的である。地域ケア会議を通じて規範的統合を実

質化していくことが、「包括」の専門職に求められている。

3. 地域ケア会議の阻害要因

地域ケア会議の運営上の阻害要因として、参加者の地域ケア会議に対する理解や課題意識の不足が認識されていた。しかし、地域ケア会議に参加する人の理解や課題意識に問題があると単に帰結するのではなく、地域ケア会議の事前の打ち合わせが十分にできないことなど地域ケア会議の開催・進行技術が十分にできていないことも阻害要因としても認識されていた。このことから、参加者の視点に立って参加者の地域ケア会議に対する理解度を把握し、効果的に地域ケア会議の趣旨や議論する課題や意図を明確に事前に参加者に伝達する工夫が「包括」の専門職には求められる。

地域ケア会議の検討技術においては、スーパーバイザーがいないことが阻害要因として認識されていたことから、和光市の地域ケア会議^{9, 10)}にみられるように、熟練した専門職が教育的スーパーバイザーを配備することの必要性も示唆された。しかし、そのような人材をどのように確保するかは困難な地域もあると思われるが、地域ケア会議の積極的な開催から経験知を得た人を登用するなど自治体の中で、スーパーバイザーの育成も必要である。

メンバーシップについては、従来保健医療福祉分野でこれまで述べられてきた連携の阻害要因を質問項目としたが、あまり阻害要因とは認識されなかった。特に、「参加者が自ら権限などで縄張り争いをしている」「参加者間に共通言語がないためコミュニケーションが図りにくい」といった項目を阻害要因と捉えている人の割合が少なかったことから、多職種で課題解決をするという考え方はある程度すでに浸透していると推測された。

基本属性との関連では、市と委託型「包括」の方がより阻害要因を認識していた。地域包括ケアシステムの構築にあたっては、保険者である市町村は、地域ケア会議を活用して、どのような地域づくりをしていくのかという保険者自身の地域ケア会議に対するデザインを明確にする必要があると指摘されている³³⁾。「包括」の民間委託が進む中では、委託された「包括」の機能がさらに強化されるように、保険者としての地域ケア会議の方針やデザインをより明確にすることが今後さらに重要な課題となる。

共分散構造分析の結果から、地域ケア会議の基本的理解は地域ケア会議の阻害要因を軽減し、さらに阻害要因の軽減は肯定的所感の促進に影響していた。「基本的理解質問群」の「肯定的所感」に対する直接の影響よりは効果は小さかったが、連携の阻害要因を軽減することで、肯定的所感としての自己効力感が高められる。地域ケア会議の事前の打ち合わせを十分に行い、参加者の地域ケア会議に対する理解や課題意識を促進し、スーパーバイザーの育成を行うことで、「肯定的所感」をもつ状態を作り出し、地域ケア会議の成果を得ることが可能となる。

4. 地域ケア会議の成果

多職種協働による個別支援上の課題解決がある程度できていると認識していた。特に、参加者との情報共有や「顔の見える関係」^{25, 26)}の形成という点での成果があると認識していた。「顔の見える関係」とは、先行研究²⁵⁻²⁷⁾から、多職種間の良好なコミュニケーションによる情報や支援方針の共有、多職種の役割の明確化、個人の属性の認識、課題解決の支援ネットワークの構築、情緒関係の構築であり、協働による課題解決に必要な要因ととらえることが可能である。しかし、「顔の見える関係」は、実践現場で頻繁に使用されるようになった概念であり、福井²⁵⁾らの開発した尺度はあるものの、地域ケア会議においても適用可能であるかその妥当性をさらに検証することが望まれる。

関係機関・専門職の役割を明確にしつつ、専門職や地域住民と地域包括支援ネットワークを構築するという点および地域住民の力や地域の強みや不足している社会資源を把握するという点では、不十分であると認識していた。地域ケア会議は多職種により個別課題解決の検討で終わるのではなく、地域ケア会議後も多職種が定期的なモニタリングをする関係を意図的に構築し、地域包括支援ネットワークをさらに形成していくことが必要である。さらに、地域のインフォーマルな人的資源の開発^{34, 35)}という視点をもって地域包括支援ネットワークの一員となり得る人に参加を呼びかけ、地域住民の主体性を形成する意図をもって地域ケア会議に参加する必要性も示唆された。

「行政に対して何を政策提言すればよいか把握できた」「将来の地域の展望が見えてきた」については、すべての項目の内最も成果が得られていないと

認識していた。個別課題の検討を行う地域ケア会議では、地域づくりや資源開発、政策形成の機能を果たすことは必ずしも期待されていないが、市町村レベルで自治体全体の課題を取扱い、政策形成の水準で検討する地域ケア推進会議での議論につなげていく能力や視点も求められる。足立が指摘している個別課題から地域課題、および地域課題から資源開発や政策形成に結びつける道筋の起点と位置付けることが必要である。

地域ケア会議に参加するにあたって個人的な準備をしている人の方が、「成果質問群」のすべての領域において有意差が認められたことから、職務としての個人的な準備をしておくことが重要である。また、個人的準備をしていない人の方が、地域ケア会議の開催・進行技術を身につけていないことを、地域ケア会議の運営上の阻害要因として認識していた。このことから、地域ケア会議で検討されるケースの情報の収集、また不足している情報について参加者の誰が詳細に入手しているかの想定、さらに個別課題の一定の解決方法の見立てを、事前に「包括」の専門職種で行っておくことは少なくとも必要である。

厚生労働省により示されている「市町村および「包括」の評価指標」³⁶⁾のうち、「地域ケア会議」の項目では、「地域ケア会議が発揮すべき機能、構成員、スケジュール等を盛り込んだ開催計画が市町村から示されているか」等、主に地域ケア会議の実績としてのアウトプットに着目した指標となっている。特に、若い年齢層で「包括」での勤務年数が少なく、また委託型「包括」の専門職が、十分な質の高い地域ケア会議を推進していくための力量が身につけられるように、アウトプットに着目した指標のみならず、どのような趣旨で会議を開催し、何を検討したかあるいはどのような成果が得られたのか、プロセス評価とアウトカム評価に着目し、地域ケア会議の質をモニタリングしていくことも必要である。

V. 結 論

地域ケア会議を推進する役割を担う「包括」の専門職の地域ケア会議における成果を評価するとともに、その成果に影響を与えている要因を分析することで、地域ケア会議の推進上の課題を明らかにした。

「包括」の専門職は、個人的な地域ケア会議に対

する準備を前提として、地域ケア会議の基本的理解をし、自己効力感をもつことで具体的な成果が得られるという認識の構造をなしていた。なかでも自己効力感としての肯定的所感や地域ケア会議の成果を得るための必要不可欠な要因であることが明らかとなった。特に、地域ケア会議は規範的統合を促進する場としても位置づけ、その促進の手がかりは、参加者個人の自己効力感の醸成であり、参加者間で自己効力感を共有することである。

多職種で課題解決をするという考え方はある程度すでに浸透していたが、地域ケア会議の具体的な進行手順や地域住民に対して地域ケア会議を説明できる水準での理解は十分ではなかった。今後は参加者の視点に立って参加者の地域ケア会議に対する理解度を把握し、効果的に地域ケア会議の趣旨や議論する課題や意図を明確に事前に伝達する工夫がさらに求められる。また、今後「包括」での経験年数を積むとともに、地域ケア会議において、進行役を担う等積極的に関与していくことが必要である。

さらに、地域のインフォーマルな人的資源の開発という視点をもって地域包括支援ネットワークの一員となり得る人に参加を呼びかけ、地域住民の主体性を形成する意図をもって地域ケア会議に参加する必要がある。地域ケア会議の検討技術の向上のためには、熟練した専門職が教育的スーパーバイザーを担うことが必要である。

今回の調査対象は「包括」の職員であり、今後他の参加者にも同様のモデルが適用できるかの調査は今後必要であるが、「包括」の専門職自身の課題と捉えるだけでなく、参加者についても同様の視点で会議に参加することが求められているといえよう。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 地域包括ケアシステムの実現へ向け
て. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (参照 2019-10-26)
- 2) 介護保険法 第115条の48第1項
- 3) 2018年5月10日付厚生労働省老健局総務課長、
高齢支援課長、振興課長および老人保健課長発
「地域包括支援センターの設置運営について」
の一部改正について。
- 4) 総合相談業務. 地域包括支援センター運営マニ
ュアル検討委員会編. 地域包括支援センター運
営マニュアル～地域の力を引き出す地域包括ケ
アの推進をめざして, 一部改訂版. 一般社団法
人長寿社会開発センター. 東京, 2016; 77-116.
- 5) 堀田聰子. 地域包括ケアの担い手を考える－支
えあい育みあうまちづくり－. 医療と社会
2015; 24: 367-379.
- 6) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. 地域包
括ケアシステム構築に向けた制度及びサービス
のあり方に関する研究事業報告書 (平成27年度
老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進
等事業). 2016; 4-5. https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf (参照
2019-12-04)
- 7) 本手引きの背景・目的. 厚生労働省老健局老人
保健課. 介護予防活動普及展開事業 市町村向
け手引き (Ver.1). 東京, 2017; 5-14.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000169398.pdf> (参照
2019-09-28)
- 8) 小坂田稔. 実践的地域包括ケアシステム構築の
方法と課題－総社市と美咲町の取り組みを通し
て－. 高知県立大学紀要 2012; 61: 1-23.
- 9) 宮下公美子. 埼玉・和光市の高齢者が介護保険
を“卒業”できる理由－こうすれば実現する！
理想の地域包括ケア－. メディカ出版. 大阪,
2015; 63-75.
- 10) 吉村真理, 加登田恵子. 和光市の地域包括ケア
システム構築の取り組みから考える. 山口県立
大学地域包括ケア研究会編, 地域包括ケアシ
ステムの未来構想図. 東洋図書出版. 防府,
2014; 67-88.
- 11) 足立里江. 兵庫・朝来市発 地域ケア会議サク
セスガイド－地域包括ケアシステムのカギが,
ここにある！－. メディカ出版. 大阪, 2015;
10-34.
- 12) 厚生労働省老健局. 地域包括ケアの実現に向け
た地域ケア会議実践事例集～地域の特色を活か
した実践のために～. 東京, 2014. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf (参照 2019-09-28)

- 13) 東條光彦, 坂野雄二. セルフ・エフィカシー尺度. 上里一郎監修, 心理アセスメントハンドブック, 第2版. 西村書店. 新潟, 2001; 425-434.
- 14) 横山正博, 山根俊恵, 吉島豊緑, 他. 介護支援専門員の体験する「ゆらぎ」の構造方程式モデリングによる分析. 山口県立大学学術情報 2009; 2: 1-12.
- 15) 渋谷田鶴子. 対人援助における協働-ソーシャルワークの観点から-. 精神療法 2002; 28: 270-277.
- 16) 正司明美. チームアプローチの課題. 横山正博編, ソーシャルワーカーのためのチームアプローチ論. ふくろう出版. 岡山, 2010; 98-103.
- 17) 副田明美. 協働: 対人間・職種間・組織間. 古川孝順, 副田明美, 秋本美世編, 現代社会福祉の争点(下)-社会福祉の利用と権利-. 中央法規出版. 東京, 2003; 89-123.
- 18) 山口桂子, 佐野明美, 服部淳子, 他. 小児医療における医師と看護師の協働に関する問題-協働を妨げる看護側の要因. 愛知県立大学紀要 2005; 11: 1-9.
- 19) 小味慶子, 大西麻未, 菅田勝也. 医師と看護師の協働に対する態度: Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration 日本語版の開発と測定. 医学教育 2011; 42: 9-17.
- 20) 小味慶子, 大西麻未, 菅田勝也. Collaborative Practice Scales日本語版の信頼性・妥当性と医師-看護師間の協働の実践の測定. 日本看護管理学会誌 2010; 14: 15-21.
- 21) 依田純子, 佐藤悦子, 泉宗美恵, 他. 訪問看護師がもつ介護支援専門員との連携困難性と課題の構造-管理職にある訪問看護師のフォーカス・グループインタビュー. 日本地域看護学会誌 2014; 16: 13-21.
- 22) 柴田明日香, 西田真寿美, 浅井さおり, 他. 高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識. 老年看護学 2003; 7: 116-126.
- 23) 宇城 令, 中山和弘. 病院看護師の医師との協働に対する認識に関連する要因. 日本看護管理学会誌 2006; 9: 22-30.
- 24) 川島ゆり子. 保健・医療・福祉の連携を推進するコミュニティベースドソーシャルワークの機能-アンケート自由記述回答による阻害要因分析をもとに-. 関西学院大学社会学部紀要 2005; 99: 173-183.
- 25) 福井小紀子. 「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討. 日本在宅医学会雑誌 2014; 16: 5-11.
- 26) 横山正博. 図説 医療と介護の連携のポイント. 山口県立大学編, 医療と介護の連携事例集-地域包括ケアシステムの構築に向けて-. 山口県立大学. 山口, 2019; 75-82.
- 27) 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴. 地域ケア緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. 日本緩和医療学会誌 2012; 7: 323-333.
- 28) 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を構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書. (平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業) 2013; 3-5. https://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf (参照 2019-09-28)
- 29) 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. 東京, 2014; 35-72.
- 30) 筒井孝子. 地域包括ケアシステムのサイエンス-Integrated care理論と実証. 社会保険研究所. 東京, 2014; 16-54.
- 31) Sara S, Rebecca R, Benedict R. An overview of integrated care in the NHS: What is integrated care? Nuffield Trust, 2011. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf> (参照 2019-09-28)
- 32) 山本せつ子. 人と地域で支えあうまち-中山間地域の「地域包括ケア」を考える. 山口県立大学地域包括ケア研究会編, やまぐち発! みんなで創る老後の暮らし 地域力を生かす「地域包括ケア」. 東洋図書出版. 防府, 2013; 66-74.
- 33) 地域ビジョンに基づく会議体系のデザイン. 地域ケア会議運営ハンドブック作成委員会編. 地域ケア会議運営ハンドブック. 一般社団法人長寿社会開発センター. 東京, 2016; 21-42.
- 34) 横山正博. 中山間・過疎地域と地方都市の「地

域包括ケアシステム」を考える。山口県立大学
地域包括ケア研究会編，やまぐち発！みんなで
創る老後の暮らし－地域力を生かす「地域包括
ケア」。東洋館書出版，防府，2013；11-74.

- 35) 横山正博，坂本俊彦，前田哲男，他. 中山間地
域の地域包括ケアシステム構築における規範的
統合に関する研究実践. 山口県立大学学術情
報 2015；8：121-133.
- 36) 2019年4月22日付厚生労働省老健局振興課長発
「地域包括支援センターの事業評価を通じた機
能強化について（通知）」の一部改正について.

The Progress and Issues of Community Care Conference in Prefectures with the Highest Aging Rate –Factor Analysis Affecting Outcome of Community Care Conference–

Masahiro YOKOYAMA and Masae TSUTSUMI¹⁾

Yamaguchi University Graduate School of
Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi
755-8505, Japan 1) Community/Gerontological
Nursing, Yamaguchi University Graduate School
of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube,
Yamaguchi 755-8505, Japan

SUMMARY

This study aimed to clarify the progress and issues of community care conferences and explore the effective ways of fulfilling the function of the conferences. Establishing community-based integrated community care system is an urgent issue in the regions with the aging population. The conferences have been held mainly by community general support centers to support care managers, build a community support network, grasp community issues, and develop community-based integrated care system, which was stipulated in the Long-term Care Insurance Law.

An anonymous questionnaire survey was conducted of all the professional staff of community general support centers who participated in the conference. The question items included basic attributes, basic understanding of the conference, debriefing of the conference, obstacles to the management of the conference, and results achieved from the conference.

The results showed that self-efficacy had become an important factor in promoting a common understanding among participants. Among participants a concept of multidisciplinary for problem solving was shared. But they had not understanding enough at the level that can explain the purpose and importance of the conference to other participants.

