

地域ケアシステムにおける 地域包括支援センターの機能に関する研究 ーソーシャルワーカーの役割と職種間協働を中心にー

鳥 羽 美 香*

Key Words: 地域包括ケア, 協働, ネットワーク, ワンストップ・サービス

1. 本稿の目的と課題

介護保険制度施行後5年を経過した2005年6月に行われた大幅な法改正により, 地域包括支援センターが創設された。主たる機能としては, 総合相談支援, 虐待の早期発見・防止等の権利擁護, 介護予防ケアマネジメント, 包括的・継続的ケアマネジメント等であり, 2006年4月より実施に移されているところである。

この地域包括支援センターは, 高齢者が住み慣れた地域で尊厳のある生活を継続することができる, 包括的かつ継続的なサービス体制を目指す, 「地域包括ケア体制」を支える地域の中核機関としての役割を期待されている。

従来の在宅介護支援センターを基盤とし, 今回の改正で新たに導入されることになった介護予防ケアマネジメントと, ネットワーク構築業務, 実態把握業務, 総合相談業務, 権利擁護業務などを実施することになった。

地域を基盤にしたネットワーク, ケアシステム構築や多職種・多機関との連携・協働についての具体的な展開が必要とされている。

介護保険制度導入以降, 多職種がケアマネジメントに参入し, ソーシャルワーカーの専門職としての固有性・独自性がますます問われている。そういった現状の中, 地域包括支援センターにおける職種間協働において, 地域におけるソーシャルワーク実践をどのように推進しているのか, 社会福祉士(ソーシャルワーカー)の役割についても注目されるところである。

こうした背景を踏まえ, 本稿においては, 東京都を中心とした地域包括支援センターにおけるソーシャルワーカーに対する調査結果をもとに, 地域包括支援センターの中核業務と, 職員の協働関係, 社会福祉士の役割について考察を行うことを目的とする。

* 人間学部人間福祉学科

2. 調査の方法

調査名 「地域包括支援センターの機能と社会福祉士の業務について」

調査期間 2006 年 11 月～2007 年 3 月（予備調査 2006 年 9 月）

調査対象者 首都圏における地域包括支援センター職員（原則として社会福祉士資格所有者）
33 名（33 施設）

調査方法 半構造化面接法による面接調査により実施した。東京を中心とする首都圏における地域包括支援センターの、開設して 1 年未満の状況の中での実践について考察する目的で実施した。東京都とその周辺の埼玉県、神奈川県を対象地域とした。首都圏において地域特性が比較でき、かつ複数個所の地域包括支援センターから調査協力を得られる地域（自治体）を中心に、直接筆者が各センターを訪問し、面接を実施した。面接時間は 50 分～1 時間 30 分程度であった。あらかじめ用意した各質問項目に答えてもらうという形ですすめた。

また、調査に関する倫理的配慮としては、目的外の使用はしないこと、面接内容を論文等に引用する際は個人や施設を特定出来ないように匿名化することを確認し、合意を得た。

調査項目

- ・基本情報（個人と施設に関する情報）—地域ケアにおける相談援助の経験年数、年齢区分、所有資格、地域包括支援センター運営母体・法人、職員体制、生活圏域の特徴など。
- ・現状の業務内容—総合相談、実態把握、ネットワークなどの業務の遂行状況、市民との協働関係や地域社会との関係、3 職種の協働の実際、介護予防ケアマネジメント、地域支援事業の実施状況など。
- ・その他—地域包括支援センターの中核業務について、ケアの包括性・継続性について、地域包括ケアシステムの構築について、地域包括支援センターにおける社会福祉士の役割など。

以上が調査項目の概要である。

尚、本調査は平成 18 年度三菱財団の社会福祉事業・研究助成を受けて実施したものである。

3. 調査結果

本稿においては、全体の調査結果の中から、3 職種協働の実際、地域包括支援センター（以下包括支援センター）の中核業務と社会福祉士の役割について中心に考察する。

①調査対象者の属性

性別は男性 12 名、女性 21 名である。職種は社会福祉士 29 名、主任介護支援専門員 4 名である。

それぞれの包括支援センターに配属されている職種の中で、社会福祉士に面接依頼をしたが、施設の都合等により、主任介護支援専門員が回答した施設も 6 か所あった。主任介護支援専門

員が回答した施設のうち、社会福祉士資格を所有している4か所4名のみを分析の対象とした。

各職種のその他の所有資格については、社会福祉士29名中、介護支援専門員11名、ホームヘルパー2級8名、介護福祉士6名、精神保健福祉士3名など（複数回答あり）があげられた。また、主任介護支援専門員4名については社会福祉士4名の他、介護福祉士2名、精神保健福祉士1名（複数回答あり）があげられる。年齢は、20歳代8名、30歳代15名、40歳代9名、50歳代1名である。

地域ケアにおける相談援助の経験年数に関しては、1年未満が9名、1～3年未満が6名、3～5年未満が7名、5～7年未満が4名、7～9年未満が1名、9～10年未満が1名、10年以上が5名であった。

調査対象者の所属する包括支援センターの運営母体としては、社会福祉法人23か所、医療法人8か所、社団法人1か所、地方公共団体が1か所であった。

次に、調査対象者の所属施設の職員体制については以下の通りである。

3名体制が25か所（社会福祉士・主任介護支援専門員・看護師各1名配置が19か所、社会福祉士・主任介護支援専門員・保健師配置が6か所）と一番多く、その次は、4名体制4か所（看護師1名・主任介護支援専門員1名・社会福祉士1名・事務員1名、そのうち事務員は兼務が1か所）、（看護師1名・主任介護支援専門員1名・介護支援専門員1名・社会福祉士1名が1か所）、（社会福祉士1名・看護師1名・主任介護支援専門員1名・介護福祉士1名が1か所）、（社会福祉士1名・保健師1名・主任介護支援専門員1名・事務員1名、そのうち事務員は非常勤が1か所）であった。

その他は各1か所となるが、7名体制1か所（保健師2名・主任介護支援専門員2名・社会福祉士2名・社会福祉主事1名）、6名体制1か所（看護師2名・主任介護支援専門員1名・社会福祉士1名・相談員1名・事務員1名そのうち相談員と事務員は兼務、看護師1名は非常勤）、5名体制1か所（看護師1名・保健師1名・社会福祉士1名・主任介護支援専門員1名・社会福祉主事1名）、2名体制が1か所（社会福祉士1名・保健師1名）となっている。

包括支援センターの職員配置に関しては、1号被保険者数3000～6000人に対し、保健師もしくは看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員を各1名配置することが基準となっている。それぞれの市町村の生活圏域の設定等により、職員体制は異なる。

調査対象者の所属施設では、上記の通り、33か所中、3名体制が25か所（75.8%）と一番多くなっている。しかし、一方で、兼務も含むが4～7名体制の施設もある。また2名体制という施設については、生活圏域65歳以上約3000人の担当地区ではあるが、行政との協議の中で、予算上の問題もあり、初年度（2006年度）は2名体制となったとのことである（2007年度より3名へ移行予定）。

②3職種協働の実際

地域包括ケア体制を構築するためには、地域におけるネットワークが形成されなければならない。包括支援センターは保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員の3つの職種を組み合わせて配置することにより、このネットワーク形成を目指している。包括支援センターの業務としては、前述のとおり、総合相談支援、虐待の早期発見・防止等の権利擁護、介護予防ケアマネジメント、包括的・継続的ケアマネジメント等である。

従来の在宅介護支援センターの実践においても、保健・医療・福祉の専門職が協働することの必要性が言われてきた。その積み重ねの上に今回包括支援センターが、上記の業務を有効に実施し、ワンストップ・サービスの地域の窓口としての機能を果たせるのか、が課題となっている。

調査においては、3職種の役割分担や協働の実際について聞き取りを行った。役割分担としては、回答内容は、大きく分けてa特に役割を分けていない、bそれぞれの役割をある程度決めている、cその時々で相談して決める、というものがあげられた。

主な回答を以下にあげる（回答はデータにナンバリングをして引用している）。

1-10-01「協力してやっていかないといけないと思うが、実際には単独行動。それぞれのケースを町名で分けている。」

9-10-01「3職種という位置づけはあまりなくて、もうほとんど3人で共有している。」

10-10-01「本来であれば保健師が要支援とか、それになる前の特定高齢者^①だとか、そういった方々の介護予防マネジメント、そして主任ケアマネが包括的マネジメント、社会福祉士は権利擁護等の役割があると思うが、現状は要支援の方のケアプランづくりが一番主になっている。」

2-10-01「権利擁護や虐待の相談に関しては社会福祉士がメインで行っている。ケアマネジャーの困難事例に関してはカンファレンスをひらいて検討する。」

14-10-01「虐待防止と介護予防ケアプランについて、そのときの場合で臨機応変に合せてやっている。」

13-10-01「主にケアプラン、計画を立てるのは看護師。ただ、数が多く間に合わないため主任介護支援専門員と社会福祉士で分担。」

15-10-01「具体的に、うちの今の包括で分担はない。分担はないというか、まだそこは3人の中でも正式に話し合っていない。」

7-10-01「社会福祉士は介護予防の講演をしたり、対外的な窓口となる。主任ケアマネジャーは、困難事例の側面的支援など、それぞれ決まっている。」

3-10-1「みんなで同じ業務を分担してやっている。」

12-10-01「明確な分担はないが週1回はミーティングを開きチームワークを保っている。」

5-10-01「看護師は特定高齢者の担当、主任ケアマネと社会福祉士はプランと総合相談。」

6-10-01「3人で主にかかっているのは予防のケアマネジメントで他の業務に手が回らない。」

a 特に役割を分けていない 20 名, b それぞれの役割をある程度決めている 8 名, c その時々で相談して決める 5 名, となった。

職種間協働とは、「個々の利用者の問題解決・ニーズ充足を支援するにあたって、異なる視点や知識・技法をもつ異なる職種の人々が問題を共有し、対等な関係のもとに解決・充足方法話し合う。そして、合意形成のうえ責任を共有してその決定事項を実施していくことである」⁽²⁾とされる。

協働という視点からみて、各包括支援センターではどのような意識があり、工夫がされているのだろうか？

a の特に役割を分けていないグループの中で、以下のような回答があった。

1-10-01「協力してやっていかなければと思うが、実際には単独行動、お互いに困った時に相談するということも基本的にはない。看護師に持ってほしいケースというのはかなりあるが、うちの場合、看護師はプランを一切立てていないので無理である。」

10-10-02「今現状としては、要支援の方々のケアプランづくりが一番主になっている。本来はそこがメインになる仕事ではなかったが、その予防の方、要支援の 1・2 の方のケアプランづくりに追われる現状。」

29-10-01「協働の実際として、勤務がシフト制になっていて、3 職種がそろって出勤ということは珍しい。会議の日以外は顔を合せて情報共有したり、昨日こういう方から相談を受けたんだけどもというような情報把握といったものが十分にできなかった。ただ、ほんとに 3 職種そろったときは極力時間を合せて、ケース把握とか事業の進め方を話そうとしていたが、そうしている間に新規の相談とか電話相談が来てしまったりして時間をとってなかなかうまくいなくてという現状がある。」

15-10-02「本来であればやっぱり 3 職種の個性、色というのは出していくべきだねという認識はあるが、どこでもそうでしょうけれど、とにかく介護予防マネジメントのケアプラン、あれがすごくすさまじいことで、本来の包括とはなんぞやという整理がなかなか出来ないまま 4 月からスタートしてしまったので、結局、今現在、その辺の整理がついていない状況。」

上述の通り、職員の勤務体制の問題や、介護予防ケアマネジメントのケアプラン作成の負担が職員間協働に影響を及ぼしている点が考えられる。

それでは、b のそれぞれの役割をある程度決めている、と回答したケースをみしてみる。

25-10-01「開設当初は、とりあえず来た件数を均等分に使っていた状況だった。現在はそれではいけないということで、専門性を生かそうということで、特定高齢者に関しては看護師が、権利擁護に結びつけるようなケースに関しては社会福祉士がかかわるように分けをするようになった。」

28-10-01「ケースの割り振りなどコーディネートは所長が行っている。しかし 3 人が知恵を出し合ってこのケースに対応するというのが、なかなか時間が物理的に取れないということがあって、それが目下の悩み。3 人の仕事が全く今見えなくなっちゃったよねと。」

意識的に役割分担をしているケースも多いが、aのケースと同様、時間が取れないなどの理由もあり、役割分担をしても協働とはいえない現状もある様子である。

それでは、3職種協働が比較的良好に進められているケースを以下にみってみる。

31-10-01「3職種で、社会福祉士が総合相談と地域づくりを主にしていて、主任ケアマネジャーはケアマネ情報交換会と他のケアマネジャーからの相談支援を中心に受けて、あとは予防プランをもつ、ということ。看護師は予防プランと特定高齢者の相談とかのケースが中心。予防給付は数には差があるが、皆で一緒にもって、あとは専門分野それぞれの業務を持ちながら、分野ごとに必要に応じて協働する。いざその日がはじってみるとそれぞれが訪問でもうお昼もちょっと会って、今度会うのはもう夕方だねとかということがある仕事なので、朝の申し送りの時にこういう相談を受けてこういう活動をする予定ですとか、申し送りの時間を密にとっている。あとは月に2回電話も鳴らない会議室で、2時間程度の会議を持ち、地域づくりの会議の運営の仕方とか、日ごろ出来ない話をみっちり、話し合いの場を持つようにしている。」

各専門職の役割をもちつつ、共通の業務で協力する体制も出来ており、比較的うまく協働ができていて事例だと思われる。

現状においては、職員体制、業務の振り分け、介護予防ケアマネジメントの負担等とともに職員側の業務に対する意識なども影響し、専門職がそれぞれの専門性を生かした業務を行いつつ、協働するには様々な課題があると思われる。

③介護予防ケアマネジメント

包括支援センターは前述の4つの機能があるが、現状では、予防プランセンター化しているとの指摘もある。包括支援センターの実際において、介護予防ケアマネジメントが業務の中で、どの程度の負担となっているのか、また実際の担当ケースなどについて質問した。

担当ケースについては、20件未満が6名、20～40件未満が18名、40～50件未満が3名、50件以上が3名、不明が3名であった（居宅介護支援事業所への委託も含む）。

業務の中に介護予防ケアマネジメントが占める割合（各人の主観的な業務負担を聞いたもの）については、5割以下6名、6～7割未満5名、7～8割未満5名、8～9割未満7名、不明10名となった。

介護予防ケアマネジメントについては、次のような意見があった。

6-11-01「本当に居宅介護支援事業所じゃないですが、予防プランセンターみたいな感じ。介護予防プランだけで（1日が）終わっちゃう。」

15-11-01「ケアマネジメントの業務量という部分では、いわゆる介護給付の地域のケアマネジャーさんが大体35件という線が出たところで、我々も、直接自分たちがプランをつくる直接プランは、1人35件というラインを引いた。」

12-11-01「（担当ケース数は少ないが）今までケアマネをやっていなかったのが最初はすごい苦勞をした。利用票を渡す時期がわからなかったり、請求の仕方がわからなかったり。」

32-11-01「そんなにうちは負担だとは思っていない。スムーズに、在支のころから比べればそれほどではない。」

22-11-01「私がケアマネジャーの資格を持っていないので、プランの勉強というのをしていないので、ほんとにこういう業務マニュアルとかを見ながら見よう見まねで作っている。介護給付のプランに比べてもボリューム的にあるかなという印象がある。とても時間がかかる作業。」

5-11-01「私たちが担当させて頂いているのは（全体の）60～70%ですね。今年はたくさん協力的に居宅に受けて頂いたので、「もういっぱいですよ」という形になっているので、今後は委託はない状態。今後増え続けると、相談業務がどこまでできるかですね。」

6-11-02「本当は予防マネジメント業務だけに偏らないで、ね、いけばいいんでしょうけれど、なにしろ、そっち（ケアマネ）にばかり偏ってしまっ。」

介護支援専門員資格を持たない社会福祉士がケアプランを立てるということの困難さや、他の居宅介護支援事業所への委託も地域によって差がある現状が見える。

④地域包括支援センターの中核業務について

包括支援センターの中核業務について、自由な意見を述べてもらった。

8-13-01「相談業務という点に関しては今まで在支がやっていたので、それは中核業務の一つではあると思う。今は行政との関係で、方向性が見えない状態。」

19-13-01「総合相談に尽きると思う。とにかくワンストップの総合相談所であるというのは一番大きい。」

3-13-01「ちょっとした情報でもどこからでも入ってくるということが最終的な目標としたい。そういう意味ではやはりネットワークづくりがね、重要だなと感じていて、それが一番難しいなという風にも感じている。」

32-13-01「やはり地域ネットワークの構築と維持発展というのが中核的な事業だと思っている。それに付随して、個別な対応として、介護予防プランがあったり、介護保険のサービスがあると理解している。」

15-13-01「包括支援センターというのは地域の福祉保健医療の一番最前線のインテーク機関にならなければいけないだろうと思う。」

11-13-01「ニーズと社会資源をうまく結びつける役割、これにつきる。介護保険制度の枠内ではそれなりに出来ているが、介護保険外では十分ではない。」

33-13-01「高齢者だけではなくて、やはり障害者とか、児童とかも誰でもが相談できるところ。」

回答は大別すると、地域の総合相談窓口、インテーク機関等と回答した者が18名、調整が3名、ネットワークの中心が9名、権利擁護1名、地域づくり1名、特定高齢者事業1名などであった。

地域の中での総合相談窓口として期待されているということを意識している者が多かった訳である。

しかし現状では、5-13-01「理想的にいうと、親身に地域でお困りのことに対して出向いて、少しでも援助していききたいというのが本心だ。ほんととはもっと支援をしていきたいのに時間も手も取られてしまって、なかなかそれもできない。」

30-13-01「総合相談のよろず相談で相談を受けて適切なサービスや機関につなげていくというのが中核の業務かと思うが実際は介護予防支援事業が中核になってしまっている。」というように実際は理想とする業務ができていない現状が多く述べられた。

⑤社会福祉士の役割について

以下は、包括支援センターにおける社会福祉士の役割について聞いた内容である。

30-16-01「相談援助技術を生かして、相談者の方に寄り添って考えていく。」

21-16-01「自分の役割は、やっぱり権利擁護のほうですね。」

22-16-01「この方が生き生きと生きられるには何が必要なのかという視点。」

5-16-01「やはり総合相談。何でもいいから相談を受けて早めに対応できて、それで専門機関につなぐという役割ができれば、少しは現状の虐待なども早いうちに解決ができるんじゃないかというのはありますね。」

7-16-01「全ての面でオールマイティに出来なければいけないと思っている。幅広く知識を求められると思う。インタークでいかに共感できるか、信頼関係を結べるかが鍵であると思う。」

31-16-01「バックグラウンドが相談援助職であるのが大きな福祉士の特徴であると思う。」

25-16-01「代弁すること。利用者が思っても声に出せないことを言語化する。」

11-16-01「利用者のニーズと様々な社会資源を結びつける情報の発信源でありたい。」

13-16-01「ネットワークづくりが必要なかなと思う。地域で出来る限りその方の望む生活をするための支えとなる。」

3-16-01「専門性を主に考えていると動けない、こういう仕事は。専門性ってなんだろう、と。」

全体として、総合相談は10名、虐待対応・権利擁護12名、スーパーバイザー2名、ネットワーク4名、地域にでていくこと1名、その他4名等であった。

社会福祉士はソーシャルワークをバックグラウンドにした、対人援助職である。しかし、保健・医療の他職種も総合相談やケアマネジメントを実施しているという状況もあるため、特に社会福祉士独自の専門性は感じられないという次の意見もあった。

24-16-01「社会福祉士って一般的にはイメージがつかないと思いますし、やっぱり他の職種、主任ケアマネとか、看護師とか、そういう職種に比べてもやっぱりこう、特徴が明確ではないという感じがある。何でも屋というか、なんというか、そういう形で、そのためには自分でも

知識，身につけなければいけないんですけど，どんな相談が来ても，とりあえず答えを出したりとかアドバイスができたりとか，そういうのが求められている役割になると思う。」

他の保健・医療職等と比較すると，業務独占でもなく，役割が不明確であるという印象がやはり強い。しかし，権利擁護や虐待対応については社会福祉士がリーダーシップをとっていくという認識も包括支援センターの中で出てきたようである。

27-16-01「虐待の対応など，システムで出来上がっていく中で社会福祉士の役割というものをも明確にしていって，そこでしっかり仕事をしていけば社会福祉士の役割が認められるんじゃないかなと思うんですけど。」

この意見にも社会福祉士の専門性に関する可能性が端的に表れている。

4. 考察～地域包括ケアシステム構築のために～

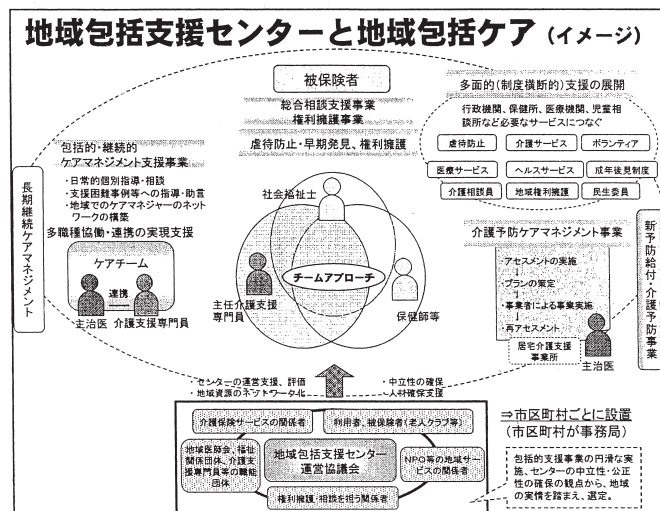
以上，面接調査結果をもとに，職種間協働，包括支援センターの中核業務，社会福祉士の役割について考察してきた。

協働に関しては，包括支援センターにおいて，チームアプローチの視点が重要といわれている。厚生労働省は「地域包括支援センターには，保健師，社会福祉士，主任介護支援専門員をはじめ多くの専門職種の職員が配置されていますが，各職員が自らの担当業務を狭く捉え「縦割り」に陥るようなことがあってはなりません」⁽³⁾として，チームアプローチを強調している。

チームアプローチを図で表すと，以下の図1のようになる。

各専門職が期待されている役割，例えば社会福祉士であれば，総合相談，虐待対応，権利擁

図1 地域包括支援センターにおけるチームアプローチと地域包括ケア

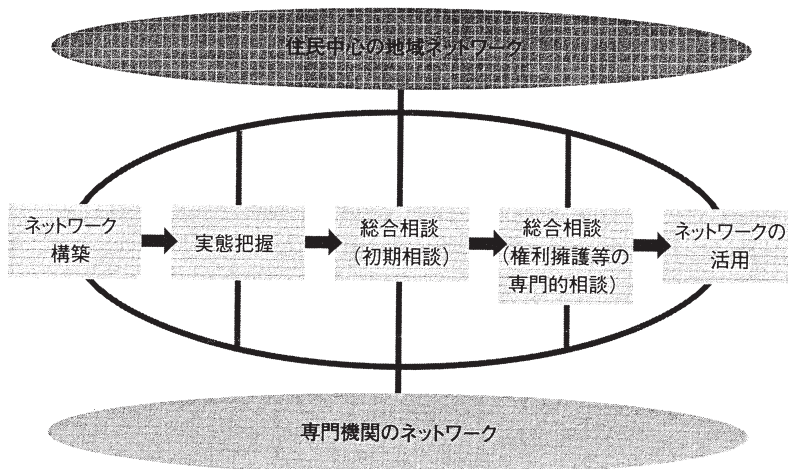


出典：厚生労働省ホームページ

護，ネットワーク等，保健師は介護予防ケアマネジメント，主任介護支援専門員は包括的・継続的ケアマネジメント等で，それらをいかしつつ，協働していくことが求められるが，実際は介護予防ケアプラン作成に忙殺され，3職種がケアプラン作成にかかりきりで，他の業務が十分実施されていないセンターもあった。

また，地域包括ケアにおける包括支援センターの中核業務ということに関しては，調査結果では地域の総合相談窓口，インテーク機関，ワンストップサービス等と回答した者が多かった。こうした業務が有効に遂行されるためには地域のフォーマル，インフォーマルのネットワークや，社会資源の開発が十分になされなければならないが，現状としては，まだ開始して，1年に満たない期間の中で，取り組みはじめた段階という状況であったと思われる（図2）。

図2 地域包括支援センターにおける社会福祉士の業務の流れとネットワーク（イメージ図）



出典：社団法人日本社会福祉士会編『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』中央法規，2006，43頁

社会福祉士は，従来専門性が見えにくい職種と言われ，特に介護保険制度開始以降，介護支援専門員がケアマネジャーとして，高齢者，家族の相談援助をするようになってからは，社会福祉士（ソーシャルワーカー）の固有性，独自性については課題となってきた。

紙幅の関係上，権利擁護・虐待対応については本稿では触れなかったが，権利擁護・虐待対応のネットワーク形成の中で，社会福祉士が専門性を見出そうとしている状況も，今回の調査結果にはみられた。これについては，別の機会に論述することにしたい。

実際に業務が開始されてからまだ1年半という短い期間であり，さらに調査実施時点では1年未満の時期で，業務が多忙な状況が見られた。また，介護予防ケアマネジメントの業務量の問題や，業務量に比して職員が3名体制と不十分な点など，課題は多い。しかし包括支援センターの社会福祉士は試行錯誤しながら，地域包括ケアシステム構築へ向けて協働，ネットワーク構築に努めているといえ，今後の発展が期待される。

追記

最後に、大変お忙しい中、面接調査にご協力頂いた地域包括支援センターの職員の皆様に、厚くお礼申し上げます。

註

- (1) 特定高齢者とは、「要介護状態等となるおそれの高い虚弱な状態にあると認められる 65 歳以上の者」である。厚生労働省老健局「地域支援事業の実施について」老発第 0609001 号 平成 18 年 6 月 9 日
- (2) 副田あけみ「協働：対人間・職種間・組織間」古川孝順ほか編著『現代社会福祉の争点（下）社会福祉の利用と権利』中央法規 2003, 103 頁
- (3) 厚生労働省老健局『地域包括支援センター業務マニュアル』2005, 9 頁

参考文献

- 太田貞司「大都市部における地域ケアシステム構築をめぐる現状と課題」自治体問題研究所編『住民と自治』2006, 48 ～ 65 頁
- 厚生労働省老健局『地域包括支援センターの手引き』東京都社会福祉協議会, 2007
- 社団法人日本社会福祉士会編『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』中央法規, 2006

(2007.12.12 受理)