

2025年度 博士論文

地域包括ケアシステムにおける協働連携に関する課題
ー都市部と農村部の専門職による比較からー

学籍番号 21073302

氏名 古賀 聖典

論文要旨

地域包括ケアシステムにおける協働連携に関する課題

—都市部と農村部の専門職による比較から—

古賀 聖典

2060年には、日本の人口の約2.5人に1人が高齢者になると予測されており、地域住民を含む多様な関係者・組織・施設間のヒューマン・ネットワークに基づく、持続可能な連携・協働システムの構築が喫緊の課題となっている。しかし、多くの自治体では、こうしたシステムの担い手が不足し、サービス提供が困難となるなど、地域包括ケアシステムの運用に関する課題は尽きない。そこで本研究では、地域包括ケアシステムにおける協働連携の課題を明らかにすることを目的とする。特に、地域間格差によるサービスの質是正に関する指摘を受けて、都市部と農村部における専門職の役割と連携のあり方に着目する。

第1章では、地域包括ケアシステムの政策的背景と現代的課題について文献検討を行い本研究の課題設定と分析視角を明確化した。第2章では、調査方法と用語の定義を示し、研究の枠組みを整理した。第3章では、都市部および農村部の専門職の語りをテキストマイニングにより分析し、協働連携の実態を明らかにした。第4章では、両地域の比較を通じて、地域包括ケアシステムに関する協働連携の課題を明らかにした。

分析の結果、都市部ではインフォーマルサービスの担い手不足や行政の縦割り構造による情報の一方通行、施設不足といった課題が顕在化していた。一方、農村部では、専門職や社会資源の不足、交通の利便性の低さ、地域活動の衰退、学習機会の乏しさなど、複合的な課題が明らかとなった。また、介護力の脆弱性から、入所施設等における長期療養を望む高齢者とその家族が多く、多様なサービスが要求されていた。

このことから、都市部では専門職の数と対象者ニーズの量的不均衡が生じている他、量的不足は、研修や勉強会の開催を阻むという悪循環にも至り、専門職の質の低下を招くことが示唆された。農村部においては、そもそも専門職が少ない上に事業所の不足もあり、各専門職が役割を広げ、対応せざるを得ない実態が示された。

以上より、都市部では制度やサービスはあるが専門職の絶対的な量的不足と考察され、農村部においては、施設の不足による制度の空洞化、ならびに人的資源の不足によるサービスの質低下が深刻である。これらの要因は、専門職の質や機能の向上を目指す協働連携の取り組みにおいても、十分に補いきれない課題として浮かび上がっている。

本研究において、地域包括ケアシステムの運用の土台となる「地域」について、都市部と農村部から捉え比較検討した。結果、「地域」の多様性が明らかとなり、同一対応で解

決できる課題ではないことが確認できた。今後の研究において、多様な地域に必要な専門職における協働連携のあり方について、言及していきたい。

Abstract

Issues related to collaborative partnerships in community-based integrated care systems

—Comparison between professionals in urban and rural areas—

Toshinori Koga

By 2060, approximately one in every 2.5 people in Japan is expected to be elderly, and there is an urgent need to establish a sustainable system of collaboration and cooperation based on human networks involving diverse stakeholders, organizations, and facilities, including local residents. However, many local governments still face challenges in establishing comprehensive community care systems, such as a shortage of people to support such systems and difficulties in providing services.

The purpose of this study is to clarify the actual state and issues of collaborative partnerships in community-based integrated care systems. In particular, we focus on the roles of professionals and the nature of collaboration in urban and rural areas, and through a comparison of the two regions, we present insights that will contribute to the future operation of community-based integrated care systems.

In Chapter 1, we conducted a literature review on the policy background and contemporary issues of the community-based integrated care system, clarifying the research questions and analytical perspectives of this study. In Chapter 2, we outlined the research methods and definitions of terms, and organized the research framework. In Chapter 3, we analyzed the narratives of professionals in urban and rural areas using text mining to clarify the actual state of collaboration and cooperation. In Chapter 4, we examined the operational challenges and future directions of the community-based integrated care system through a comparison of the two regions.

The analysis revealed that urban areas faced issues such as a shortage of informal service providers, one-way communication due to the vertical structure of government, and a lack of facilities. Meanwhile, rural areas faced a combination of issues, including a shortage of professionals and social resources, poor transportation, a decline in community activities, and a lack of learning opportunities. Additionally, in rural areas, it became clear that many elderly people and their families desire long-term care in residential facilities due to the fragility of caregiving capacity.

This means that in urban areas, there aren't enough professionals to handle the number of people who need their help, so they can't do their jobs properly. This shortage also leads to a vicious cycle where it's hard to keep up quality and hold training sessions and study groups to maintain standards. In rural areas, there are even fewer professionals to begin with, and there aren't enough offices, so each professional has to take on a wider range of responsibilities. In other words, it became clear that in urban areas, although systems and services exist, there is a problem in that human resources and operations are not keeping pace, while in rural areas, there is a lack of systems and social resources to begin with, and geographic and demographic barriers are significant obstacles to collaboration and cooperation.

目次

はじめに	1
第1章 地域包括ケアシステム構築の動向と現代的課題	3
第1節 地域包括ケアシステムに関する動向から法制度・法改正について	3
第2節 地域包括ケアシステムに関する先行研究の検討	5
第3節 本研究の目的	11
第2章 調査方法と用語の定義	15
第1節 調査における枠組み	15
第2節 調査内容と方法	15
第1項 テキストマイニングによる分析	17
第2項 内容分析	18
第3項 用語の定義	18
第3章 都市部と農村部における地域包括ケアシステムの協働連携の実態把握	20
第1節 都市部の実態	20
第1項 テキストマイニングによる都市部の専門職の実態	20
第2項 内容分析からみた都市部の実態	23
第2節 農村部の実態	39
第1項 テキストマイニングによる農村部の専門職の実態	40
第2項 内容分析からみた農村部の実態	43
第4章 都市部と農村部の専門職における協働連携の比較	60
第1節 地域包括ケアシステムに関わる都市部と農村部の専門職における課題の比較	60
第1項 都市部の専門職における協働連携の課題に対する考察	60
第2項 農村部の専門職における協働連携の課題に対する考察	63
第2節 地域包括ケアシステム運用に関する専門職の課題	66
おわりに	73
謝辞	75
参考文献	76

はじめに

我が国では、団塊世代が75歳以上となる2025年を迎え、地域包括ケアシステムの深化が多くの自治体で注目されている。地域包括ケアシステムは、1970年代半ばに取組の萌芽が見られ、2005年の介護保険法改正以降、システムの構築を目指し、法律に明記されるとともに、その具現化に向けた制度や事業が展開されてきた。しかし、多くの高齢者は、地域の社会資源やサービスを利用できていないや、自治体ではシステムの担い手の確保ができずにサービス提供が困難になっている状況、地域住民が自主的に組織する自治会といったインフォーマルサービスとの連携ができていない等、地域包括ケアシステムがスムーズに機能している状況とは言い難い。しかしながら、高齢者が住み慣れた地域で最期まで暮らすことができるための方策として2060年を見据えた動きが始まっている。2060年に我が国は約2.5人に1人が高齢者となる見込み¹⁾であり、単身高齢者の増加や要介護者数の増加、認知症患者の増加、看取りニーズへの対応といった課題が予測されており、地域包括支援センター等が開催する地域ケア会議などで、困っている高齢者の支援方法を検討してきた。近年、地域住民を巻き込んだ地域関係者や組織、施設等間におけるヒューマン・ネットワークづくりに裏づけされた、持続可能な連携・協働システムの計画とその連携促進が不可欠であると指摘されているが、その具体的な解決策までは明らかにされていない。つまり、地域包括ケアシステムを機能させるための協働連携における課題を明確にし、よりよい高齢者支援を早くに実現する必要がある。

そこで、生活や社会環境として対局にあると予想される都市部と農村部の地域包括ケアシステムの実際がどのようになっているのかを比較することで、現在社会における地域包括ケアシステムの協働連携のための課題をしっかりと見据えることができると考える。都市部では、公共交通機関が発達しており、移動や買い物等に困ることはなく、保健・医療・福祉の専門職も確保しやすい印象がある。しかし、人口が密集する地域となるため、高齢者施設の受け入れ困難が生じやすいといった課題があり、住み慣れた地域以外での生活を強いられることが予測される。他方農村部では、人口が著しく減少し、公共交通機関が少なく、食料や生活必需品を調達することが難しく、今後は地域住民の支えなしでは、生活することが難しくなることが示唆されている。

2025年には「団塊の世代」が75歳以上となり、医療・介護のニーズの急増が予測されている²⁾。この年を一つの起点として、わが国の高齢者を取り巻く環境は一層厳しさを増すことが見込まれる。そのような状況の中で、地域包括ケアシステムが確実に機能するこ

とは、社会全体として極めて重要な課題である。以上より、本研究の目的は、地域包括ケアシステムにおける協働連携の実態と課題を明らかにすることである。

引用文献

- 1) 内閣府. (2025) : 令和 7 年度版高齢社会白書全体版. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2025/zenbun/07pdf_index.html, (2025 年 7 月 5 日閲覧)
- 2) 筑後一郎. (2016) : 地域包括ケアシステムの課題と展望. 川崎医療福祉学会誌, 26(1), 79-83

第1章 地域包括ケアシステムの動向と現代的課題

本章では、地域包括ケアシステムの動向と現代的課題について検討する。第1節では、地域包括ケアシステムの動向に関する法制度や法改正について検討を行い、第2節では、地域包括ケアシステムに関する先行研究を検討し、第3節において本研究の目的を明らかにする。

第1節 地域包括ケアシステムに関する動向から法制度・法改正について

本節では、地域包括ケアシステムの動向に関する法制度・法改正について論じる。

地域包括ケアシステムは、昭和49年（1974年）より「寝たきりゼロ作戦」などを通じて、医療・介護・福祉の連携を地域ぐるみで実践してきた広島県尾道市の公立みつぎ総合病院の取り組みが、我が国における地域包括ケアシステムの先駆的存在として知られている¹⁾。この取り組みは、医師、看護師、保健師、理学療法士、社会福祉士などがチームを組む多職種連携による包括的支援において、在宅療養支援を実施するものである。訪問看護・介護、ケアマネジメントなどを一体的に提供した。また、病院に併設された「御調保健福祉センター」内に地域包括支援センターを設置し、行政部門や訪問看護ステーション、介護予防センターなどを同一建物内で連携し実践した。さらに、住民参加型のまちづくりとして、「地域の未来を語ろう工房」や「ぺちやくちゃ倶楽部」など、住民が主体的に地域課題を話し合う場を創出し、若年層の参画やボランティア活動の推進も喚起し、地域の担い手育成にも取り組んだ。介護予防と健康づくりに関しては、シルバーリハビリ体操の普及や、認知症予防のための地域診断を実施し、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を続けられるよう支援した。このように、公立みつぎ病院では「医療の出前」から始まり、地域全体で支え合う仕組みを長年にわたって築いていった。このような実践活動が、地域包括ケアシステムに関連した法制度と法改正につながっていった。

地域包括ケアシステムは、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を続けられるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する仕組みである。これを支える法制度と主な法改正は、介護保険法、医療法、社会福祉法、障害者に関する法律がコアとなる。まず介護保険法²⁾（平成9年法律第123号）であるが、地域包括ケアの中核を担う制度として指摘できる。介護保険法は、要介護者へのサービス提供や保険者（市町村）の役割を規定している。次に、医療法³⁾が挙げられる。医療機関の機能分化や連携体制の整備

を通じて、地域医療との連携を促進している。そして社会福祉法⁴⁾に関しては、地域福祉の推進や地域福祉計画の策定を規定している。さらに障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律⁵⁾においては、共生型サービスの導入により、高齢者と障害者が同一事業所でサービスを受けられるよう整備している。

これらの法律をコアとしつつ、地域包括ケアシステムは、平成29年(2017年)に成立した介護保険法等の一部改正⁶⁾として、「住み慣れた地域で自立した生活を支援すること」が強調され「地域包括ケアシステム」として深化・推進されたと言える。これは単なる制度の変更ではなく、介護保険制度の理念・構造・運用の根本的な再構築を意味しており、制度の持続可能性と財政構造の転換でもある。

この法改正には、5つの要素がある。まず1つ目は、保険者機能を強化するために、市町村が地域の課題をデータに基づいて分析し、介護予防や重度化防止の計画を策定し、成果に応じた財政的インセンティブを導入したこと。2つ目は、地域包括支援センターの機能強化を目的とし、市町村による評価を義務化し、ケアマネジメント支援を強化したこと。3つ目は、医療・介護の連携として、「介護医療院」という新たな施設を創設し、医療と生活支援を一体的に提供した他、慢性期医療ニーズに対応する体制を整備したこと。4つ目は、地域共生社会の実現として、高齢者と障害者が同じ場所でサービスを受けられる「共生型サービス」を制度化し、地域福祉計画の策定を市町村に努力義務として課したこと。5つ目は、制度の持続可能性確保として、所得の高い利用者に対する3割負担を導入し、介護納付金に「総報酬割」を導入することで、保険料負担の公平性を強化したことである。つまり、単なる制度の見直しではなく、地域全体で高齢者及び障害者を支え合う仕組みの構築を目指したものとして位置づけられている。

これらは、団塊世代が後期高齢者になることを見越して、2025年を目途に多くの政策が進められてきた。さらに、介護保険制度の改正により、介護予防や生活支援に重点が置かれた地域支援事業が創設され、認知症対策では、地域ケア会議や初期集中支援チームの設置が進められ、多職種協働で個別事例の検討が行われている。2040年に向けて、三菱UFJリサーチ&コンサルティング⁷⁾は「要介護者の増加は当然のこととして、さらに、1,000万人を超える85歳以上高齢者が、単身者も含め、地域生活を送ることになる」と述べており、医療・介護サービスの需要が増えることを意味するだけでなく、介護は必要としなくても、些細な生活の困りごとを抱える高齢者がこれまでにない規模で増加することを意味している。さらに、今後は都市部や農村部等異なる地域の特性に応じた政策が求められて

いる。このことから、わが国では高齢化の進展に伴い、地域包括ケアシステムの構築が急務となっている。しかし、都市部と農村部では人口構成や生活環境、医療・介護資源の分布に大きな違いがあり、画一的な制度設計では地域の実情に即した支援が困難である。こうした地域特性を踏まえ、都市部と農村部それぞれに適した地域包括ケアの在り方を検討することは、制度の実効性を高め、地域住民の QOL 向上に資するものである。

以上のような地域包括ケアシステムに関する動向や法改正等を踏まえ、どのような研究が行われてきたのかについて、次節で述べる。

第2節 地域包括ケアシステムに関する先行研究の検討

地域包括ケアシステムの動向を考慮しつつ、これまでにどのような研究がなされてきているのか、本節で検討する。

本研究においては、地域包括ケアシステムにおける協働連携の実態を明らかにするために、都市部と農村部といった地域の課題と協働連携について整理することからキーワードを、協働連携、担い手、地域格差とし、それぞれについて先行研究のレビューをおこなった。都市部と農村部は、地域格差と捉えた。検索年度は、厚生労働省老健局によって政策理念が提起された 2003 年度から 2025 年度とした。文献検索ツールは、PubMed、CiNii、医学中央雑誌 Web、GoogleScholar、J-STAGE である。検索の結果、地域包括ケアシステムで 852 件、地域包括ケアシステムに関連した協働連携で 43 件、担い手で 7 件、地域格差で 26 件の文献を検索することができた。さらに、地域格差については、専門職に絞って検索すると 5 件が該当した。これらの文献を見渡すと、まずは①地域包括ケアシステムの協働連携について明らかにした研究、②地域包括ケアシステムの担い手について明らかにした研究、③地域包括ケアシステムの地域格差について明らかにした研究についてまとめられた。

まず「地域包括ケアシステムの協働連携」における課題の研究について、河野ら⁸⁾は「病院から在宅に移行するにあたり、在宅療養が可能か否かの判断基準は病院看護師と在宅看護師では異なっている」と述べている。高齢者が利用する病院・高齢者施設・訪問看護ステーション等における相互間の実態として、高齢対象者は一旦病院に入院するとその後、諸機能の低下、病状や ADL の変化から在宅生活イメージが形成しにくく、在宅療養のための情報収集、それに基づく退院前家庭訪問、退院支援カンファレンスや帰宅体験等を行っているものの効果については明らかにされていない。筑後⁹⁾は「地域にしながら最期

を迎えるための準備が整っているとはいいがたい。その理由として、提供主体の地域に3つの困難があることを指摘し、その困難のなかでも多様な医療者、介護職員、自治体に存在する介護支援者を仲立ちするシステムの脆弱さがある」と述べている。自治体の脆弱について、第1に高齢者の生活実態把握が困難なこと、第2に担い手の確保を通じたサービス提供の困難さ、第3に地域のなかで多様な担い手が集まり、方向性を決めるための場作りの困難さの3つがあると指摘する。宮島は¹⁰⁾「都市部においては、施設が不足しており、緊急の課題となっている。課題となっているのは、退院直後の在宅での受け入れに必要なサービスの整備、多職種連携による包括的なサービスの提供、サービスを提供する場の確保、生活支援サービスの確保、認知症の人の増加に伴う成年後見の普及などであること」と述べており、高齢者の人数に対して、施設が追いついていない可能性を示唆している。ヘルスケア領域における専門職に関する障壁において、松岡は¹¹⁾「専門職間の役割・価値観等の違いから発生する葛藤であった」と述べており、連携における専門職間の教育において、効果的チームワークの方法やチーム技術、連携における対処機構、連携において効果的な働きをするための能力等の学習が専門職に求められていることを明らかにしている。そして、医師—看護師間の協働において、吉井は¹²⁾「ある職種が自分達の実践領域と考えているものと、他の職種からみたその職種の実践領域が異なっていると、その職種の知識や技術や判断が十分に活用されない可能性がある」と述べている。このことから、他職種との協働的關係を構築する際に、歴史的背景や社会的背景を理解したうえで、自職だけでなく相手職種の役割や機能を把握し、共有する場を設ける必要が求められていることがわかる。また、病院看護師と医師との協働に対する認識に関連する要因について、宇城ら¹³⁾は「コミュニケーションの機会については、ショートカンファレンスの頻度が高いほど協調性と自己主張性を高くしていた」と述べており、患者に対する医療やケアを検討するフォーマルな場があると、互いの立場で意見を述べることができ、両者の協働が高まることが示唆されている。また、関係性については、歴史的背景をはじめとし、制度・教育・法的位置づけ、性別構成等と密接な関係があり、協働を阻害すると示唆されていることがわかった。

在宅医療推進のための多職種について、村山ら¹⁴⁾は「我が国での多職種連携は、各職種が異なる機関に属していることが多い点、利用者ごとに暫定的なチームを都度形成する必要がある点で構造的な難しさをはらんでいる」と述べており、そのなかで、地域包括ケアシステムに関連した内容において「訪問看護師は医師との情報共有に心理的抵抗を抱い

ていること、介護支援専門員は医師との連携がとりづらいつ感じている」と述べ、開業医とその他の職種との間には依然として隔たりが存在していることを指摘している。

多職種連携の促進要因について、河野¹⁵⁾は「チームワークを促進することが、多職種連携の取組みを地域ごとの様々な状況に応じて工夫・検討する際に効果的な視点である」と述べ、地域包括ケアシステムは市町村の数だけ存在していることから、多職種が協働連携することで、より包括的で質の高いサービス提供が可能となることを示唆している。また、森田ら¹⁶⁾は「顔の見える関係は、安心して連絡しやすくなる。役割を果たせるキーパーソンが分かる。相手に合わせて自分の対応を変える。同じことを繰り返したり信頼を得ることで効率良くなる。」と述べており、役割の明確化において誰に何を相談すればよいか分かり、対応が迅速化することにもつながり、より積極的な協働が生まれることがわかつた。馬場ら¹⁷⁾は「離島・へき地で在宅での看取りを困難にする要因は、マンパワー不足、医療スタッフが少なく、人的資源の不足によって在宅医療システムや介護システムなどの終末期ケアシステム構築が整わない」と述べており、離島やへき地は医療資源が限られていたり、都市部に比べて多職種連携のシステムが整っていない実態が明らかになった。一方で「社会福祉士や保健師は、直接的な終末期ケアを行う機会は少ないが、福祉的支援が必要な患者や家族、担当地域の住民の終末期のニーズを把握して関わっている」とも述べており、利用者の思いを知る機会は多く、地域の強みを活かした介護予防に着目したアプローチが重要であることがわかつた。吉池ら¹⁸⁾は「効果的な連携を図るには、個々人の力量や裁量が大きく影響する。しかし、連携を担う支援者や援助者が増大するにつれ、成員間の価値観の相違、教育の相違、共通言語の有無、社会の階層の有無により、個々人の力量だけで連携を図ることは困難なことといえる」と述べており、連携や協働ができる専門職の人材育成が重要であることがわかつた。我が国において、保健医療福祉領域に関する専門職養成課程に連携教育を位置づけることが急がれる。多職種チームの構造と機能において、菊池¹⁹⁾は「多職種チームは課題に合わせて最も適切なチームのアプローチモデルを用いる必要があり、そのためにチーム内の地位と役割を最も課題達成に適した形に変えている。」と述べており、組織の構造上、職位や役割が制度的に定められたもので、チームが任意に変更できないことがわかつた。また、チームアプローチにおいて、課題達成のためにチームが選択する柔軟な構造で、状況に応じて変化することが可能であることが示された。ただ、この2つの構造が一致しない場合は、チームの機能に支障をきたす可能性があるとし唆されている。

大西ら²⁰⁾は「多職種連携協働の認識が高かった医療スタッフは、認識が低かった者に比べて、患者・家族の事前意思や推定意思に基づいた、最善となる治療やケアを多職種にて検討することで、倫理的苦悩が低減する可能性が考えられた」と述べており、専門性の異なる視点からの意見や様々な考え方を共有できることが、多職種間の連携を強化し、チームでの意思決定支援体制を整えられることに繋がることがわかった。

以上より、地域包括ケアシステムにおける協働連携では、顔の見える関係でのコミュニケーションの充実が要になることを指摘している。離島・へき地での資源の不足によるコミュニケーション不足を指摘し、環境として整っているであろうと予測できる都市部にあっても連携協働のシステムが整っていないことを指摘している。つまり、協働連携のための情報交換等が、場（へき地や都市部等）に応じたコミュニケーション方法やスタイルとして構築されていない原因等について、十分な検討が行われていないことが示唆された。

次に「地域包括ケアシステムの担い手」について明らかにした研究では、7件の文献が該当した。ケアシステムの担い手である専門職や住民組織を対象とした文献はまだ少なく、一部の専門職のみを対象とした先行研究のみしか見当たらない。その中でも看護師に関しては、実態調査や研究成果に基づくコンピテンシーの検討といった研究がみられた。まず、地域包括ケアシステムにおける専門職の担い手において、筑後²¹⁾は「介護職の慢性的な不足に伴い、それを解消するために介護保険で介護職への給与増額のための加算を行ってはいるものの、担い手確保の決定的な解決策とはなっていないのが現状である」と述べており、担い手の確保が困難である実態と、家族が介護を行う場合の負担感を明らかにしている。特に、独居高齢者で家族がいない場合や、家族が遠方に居住している場合、高齢者が自立した生活を営むことは困難であることを示唆している。そのため、保健センターや地域包括支援センターの専門職が主な担い手となるが、他業務との兼務や少人数での人員配置のため、地域ケア会議の運営や他職種と協働する際の調整役としての機能が担えない可能性があることがわかった。そして、長寿社会開発センター²²⁾は「地域包括支援センターの業務負担、人員不足が指摘されているところですが、地域包括支援センターに専門三職種以外に配置されている職種として、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が多い一方で、三職種以外の配置はない」と述べており、介護保険制度における「生活支援体制整備事業」の一環として、2015年の法改正により制度化された生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）にも、地域の支え合い体制を調整する役割があてがわれている。しかし、特定の資格要件はなく、業務の専門性や役割認識にばらつきが

あり、市町村による研修や予算等の支援体制が不十分な場合、兼任や短時間勤務が多く、担い手不足の解消までには至っていない現状がある。実際、自治体の課題において、森井²³⁾は「地域包括ケアシステムの構築は、介護保険を担当する課だけの対応では困難であり、関係部署間の立場と範囲を超える自治体内ネットワークの構築が課題である」と述べており、通いの場の整備は進むが、アウトカム評価や中重度者支援は不十分であるとされている。そのため、自治体間で制度の運用能力に差が生じ、政策形成力と評価能力の強化が課題であることもわかった。さらに、秋葉²⁴⁾は「社会の動向を反映した最新知識の導入と同時に、関係職種とのネットワークを構築しながら、まちづくりへの積極的な参加も必要である」と述べており、小規模事業所での教育体制の脆弱性が課題であると同時に、地域資源として訪問看護師の役割が強調されていることが明らかになった。訪問看護師において、竹下²⁵⁾は「看護師が介護や栄養分野、介護師が看護や栄養分野の知識を習得するなど、各専門職はそれぞれの周辺知識を幅広く習得することで、実務に対しより自信を持って対応することができ、そうした自信を持った専門職が経験を積むことで、全体を見渡し、管理者からの指示待ちではなく主体的に行動する自律型人材になることができる」と述べており、担い手となる専門職においては、自身の専門外の知識も幅広く学び、習得しておくことで、他の専門職の役割を補完的に担える可能性があることがわかった。さらに、星ら²⁶⁾は「地域包括ケアを担い活躍する看護職を増やしていくためには、地域包括ケアを理解し看護職自らのコンピテンシーを把握して身に着けるなど、教育の機会を増やしていくことが今後の課題と考える」と述べており、看護職の専門性と協働できる能力を重要視されているが、地域包括ケアシステムを学ぶ機会は、学習会などの自己啓発や簡単に説明を受けるに留まっている現状が明らかになった。そして、海野ら²⁷⁾は「地域包括ケアシステムにおいて看護師に求められる能力として「生活者としてとらえる」、「対象と家族の思いに寄り添う」、「対象を尊重した意思決定を支える」、「対象の生活の場で必要な看護をする」、「多職種と協働する」、「地域を看護職として包括的にとらえる」が挙げられた」と述べており、これらの能力は、具体的で高度なものもあり看護基礎教育における達成度と教育方法が課題であることがわかった。他職種との連携が必須となるケアシステムの特徴から、永田²⁸⁾は「地域包括ケアシステムを見据えて、生活モデルの視点を理解し、福祉職や介護職とも円滑な連携関係を築くことができる医療人の育成が長期的にみても社会の要請となる」と述べており、地域包括ケアシステムの担い手となる専門職において、人材育成は必要であるが、具体的にどのように福祉職や介護職と連携をして

いきながら、地域特性に応じた運用を実践すべきかの方向性が示されていないことがわかった。

以上より、地域包括ケアシステムの担い手である専門職が制度の中核だけでなく、地域の実践者として多様な役割を果たしていることが明らかになった。一方で、担い手に関する教育体制の脆弱性や評価能力の格差、活動の継続性といった課題の解決策までは明らかにされていない。

「地域包括ケアシステムにおける地域格差」に関する論文は26件であったが、さらに専門職に絞って検索すると5件が該当した。全国的な地域格差の研究動向において、寺浦ら²⁹⁾は「1994年から2013年までの報告数は各年5報未満であったが、2014年には34報告と増加し、その後にはさらに増加していた。研究の内容としては多職種連携による報告が多く認められた。」と述べており、多職種連携における報告が中心である前に、その多くは都市部を対象とした研究成果であり、都市部に対する農村部等、比較した視点の研究は散見されない。

地域格差の具体として、サービスに関する内容の指摘が多い。熊田³⁰⁾は「居宅サービス・施設サービス・地域密着型サービス、ともに供給量は少なく、広域的なサービスの利用により、ニーズに対応している状況である。重度の要介護高齢者、医療的ケアの必要な在宅の高齢者の生活を支えるための対応は急務である」と述べており、既に中山間地域では介護サービスの供給量や訪問看護、通所介護の利用に制約があり、地域包括ケアシステムの理念は共有されたとしても、実装には地理的かつ財政的な限界があることがわかっている。また、地域包括支援センターの事業評価において、村田³¹⁾は「年間を通じて欠員状態が続いたため、当初に予定した活動計画を十分に実施することができず」と述べており、市のモデル事業を検討した結果、自治体間の評価能力の差も地域格差の要因となることを指摘している。また、住民に委託している役割において、筑後³²⁾は「民生委員や町内会役員は、委託されている業務内容が多くあり、若年者が仕事を持ちながら遂行することは難しいという理由から、高齢者がその役を担っているケースが多くみられる。それゆえ、方向性を決定するための場を形成するためには、仲立ちを手助けするコーディネーターが必要であるが、そうした人材を作るための施策がとられている地域は極めて少ない」と述べており、地域包括ケアシステムの担い手である専門職との協働を仲立ちする多くが高齢者であり、そもそも人材育成がなされていないため、地域での運営において格差が生じ、住民主体の仕組みづくりが機能していないことが明らかになっている。しかし、厚生

労働省³³⁾は「介護保険も、保険給付頼りではなく、本人の力や住民相互の力も引き出して、介護予防や日常生活支援を進めていくことをもう一つの柱にしていくことが必要となる」と述べており、これからの地域づくり戦略において、互助を見つける、互助を育むことが、地域間格差を調整できる方法と捉えていると考えられる。

地域格差と専門職に関するレビューでは、都市部と農村部の格差が指摘された。都市部であれば高齢者の人口も多く、介護予防のトレーニングや宅配サービスを利用することも利便性が良いため、通いの場を活用した取組みは実現しやすいが、農村部においては人口減少が著しく、集落の集会場で開催される体操等の通いの場を設定しても、長距離の移動やデマンドバスの利用も予約の仕方が難しかったり、自宅から停留所までの距離が長いいため断念するといったケースも想定される。そのため、現在の地域包括ケアシステムの運用イメージは都市部では実現できる可能性は高いが、農村部の実情には合っていないことがわかる。つまり、地域包括ケアシステムの理念が「どこでも同じように実現できるものではない」ことがわかっており、特に制度設計と地域実態の乖離が格差の根本要因としてあることが明らかになっている。このことから、地理的条件に関連した医療および介護サービスにおける供給量、地域特性に配慮した人材確保や住民参加等、地域間格差是正への検討は不足していることがわかる。

地域包括ケアシステムに関する先行研究をまとめると、看護師、ケアマネジャー、医師など個別の専門職に焦点を当てたインタビュー調査は散見される。しかし、それらの研究は特定の職種に限定されており、専門職間の連携を横断的に捉えた研究はない。また、半構造化面接法によるテキストマイニング分析という、定性データを丁寧に検討した文献は少ない。さらに、地域について、都市部／農村部という対比の観点から、その様相を明らかにした研究は散見されず、本論文の新規かつ独自な点と言える。

第3節 本研究の目的

地域包括ケアシステムの協働連携、地域包括ケアシステムの担い手、地域包括ケアシステムの地域格差に関する文献検討から、理念どおりの地域包括ケアシステムの運用を求めようとするならば、人口の増減や病院等施設の偏在という観点から、地域包括ケアシステムが、理念どおりの運用に至っていない現実が理解された。そこで、地域包括ケアシステムを運用する上で何が必要になるのかについて、社会環境や生活等に表裏の関係が予測される都市部と農村部を比較することで、地域を支えるための地域包括ケアシステムの運用

について、どのような協働連携として何が必要になるのか示唆されると考える。よって、本研究の目的は、地域包括ケアシステムにおける協働連携の実態と課題を明らかにすることである。

本研究の意義として、地域包括ケアシステムの充実と運用を考慮する際、「地域」といっても様々な様相を見せることから、「地域」を〇〇法に従う「都市部」と「農村部」の区分から捉え、どのような実態と課題が存在するのかについて明らかにすることは、「地域」包括ケアシステムを真に進めるための課題の抽出を可能とすること。

また、地域包括ケアシステムを下支えする、互助を中心とする住民自治の育成やケアの核となる訪問看護師の課題解決や育成等を検討するは、厚生労働省が進めようとする地域包括ケアシステムの推進に、どれだけ近づけることができるか否かを確認することができる。さらに、団塊の世代が増大する 2050 年問題に対する早急な対応政策の構築に寄与すると考える。

引用文献

- 1) 山口昇. (2018) : 「地域包括ケアの原点と未来」.The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 55 (2), 90-94
- 2) 介護保険法. e-Gov 法令検索. <https://laws.e-gov.go.jp/law/409AC0000000123>, (2025 年 7 月 5 日閲覧)
- 3) 医療法. e-Gov 法令検索. <https://laws.e-gov.go.jp/law/323AC0000000205>, (2025 年 7 月 5 日閲覧)
- 4) 社会福祉法. e-Gov 法令検索. <https://laws.e-gov.go.jp/law/326AC0000000045>, (2025 年 7 月 5 日閲覧)
- 5) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律. e-Gov 法令検索.<https://laws.e-gov.go.jp/law/417AC0000000123>, (2025 年 7 月 5 日閲覧)
- 6) 日本法令索引. (2017) : 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律. <https://hourei.ndl.go.jp/simple/detail?lawId=0000142509¤t=-1>, (2025 年 7 月 5 日閲覧)
- 7) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. (2018) : 地域包括ケア研究会 2040 年. 多元的社会における地域包括ケアシステム-「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会-. 平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金, 老人保健健康増進等事業

- 8) 河野高志. (2018):地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントとインタープロフェッショナルワークの可能性. 福岡県立大学人間社会学部紀要, 26(2), 37-53
- 9) 筑後一郎. (2016):地域包括ケアシステムの課題と展望. 川崎医療福祉学会誌, 26(1), 79-83
- 10) 宮島俊彦. (2017):都市部のケアシステムの課題. 臨床倫理, 5, 66-72
- 11) 松岡千代. (2000):ヘルスケア領域における専門職間連携ーソーシャルワークの視点からの理論的整理ー. 社会福祉学. 40. 17-38
- 12) 吉井清子. (2004):医師-看護師間の協働性の概念と実証研究の概観. 保健医療社会学論集. 14(2). 45-54
- 13) 宇城令. 中山和弘. (2006):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, 9(2), 22-30
- 14) 村山洋史. 小宮山恵美. 平原佐斗司. 他(2019):在宅医療推進のための多職種連携研修プログラム参加者におけるソーシャルキャピタル醸成効果:都市部での検証. 日本公衆衛生雑誌, 66(6), 317-326
- 15) 河野高志(2019):地域包括ケアシステムにおける多職種連携の促進要因. 社会福祉学, 60(1), 63-74
- 16) 森田達也. 野末よし子. 井村千鶴. (2012):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, 7, 323-333
- 17) 馬場保子. 横山加奈. 今村嘉子. (2021):離島・へき地における終末期ケアの現状と多職種連携. 厚生指針, 68(5), 28-34
- 18) 吉池毅志. 栄セツ子. (2009):保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理ー精神保健福祉実践における「連携」に着目してー桃山学院大学総合研究所紀要, 34, 109-122
- 19) 菊地和則. (2009):協働・連携のためのスキルとしてのチームアプローチ. ソーシャルワーク研究, 136, 292-297
- 20) 大西輝幸. 河野あゆみ. 岡本双美子. (2023):救急・集中治療領域における医療スタッフの多職種連携協働と倫理的苦悩との関連, 臨床倫理, 1, 45-53
- 21) 筑後一郎. (2016):地域包括ケアシステムの課題と展望川崎医療福祉学会誌, 26(1), 79-83
- 22) 一般財団法人長寿社会開発センター. (2005):「地域包括支援センターからみた地域包

括ケアシステムの取組状況に関する調査」とりまとめ報告

- 23) 森井琢磨. (2022): 地域包括ケアシステムの構築に向けた地方公共団体の実態と課題, 国際医療福祉大学審査学位論文 (博士)
- 24) 秋葉喜美子. (2023): 地域包括ケアシステムに求められる訪問看護師のコンピテンシーの探究, 国際医療福祉大学審査学位論文 (博士)
- 25) 竹下智. (2023): 地域に密着した訪問看護師による地域包括ケアシステム機能化への貢献に関する一考察—広島県備北地域の活動を事例として, 安田学術研究論集, 51, 101-108
- 26) 星美鈴. 叶谷由佳. (2023): 看護職による高齢者の生活を支える地域包括ケアのコンピテンシーに関する文献検討. 日看護会誌, 27(1), 227-236
- 27) 海野潔美. 田村麻里子. 村井文江. (2020): 地域包括ケアシステムにおいて看護師に求められる能力に関する文献検討. 常磐看護学研究雑誌, 2, 63-73
- 28) 永田康浩. (2019): 地域包括ケアシステムにおける医療のこれから. 日本内科学会雑誌, 109(3), 540-544
- 29) 寺裏寛之. 間辺利江. 小谷和彦 (2019): 研究報告からみた我が国の地域包括ケアシステムの検討. 自治医科大学紀要, 42, 9-13
- 30) 熊田伸子 (2017): 地域包括ケアシステム構築へ向けての地域間格差—福島県内の介護サービス資源の観点から—郡山女子大学紀要, 53, 117-130
- 31) 村田章吾. (2017): 地方自治体による地域包括ケアシステム構築の取り組みと行政評価—千葉県柏市を事例として—コミュニティ福祉学研究科紀要, 15, 13-21
- 32) 筑後一郎. (2016): 地域包括ケアシステムの課題と展望川崎医療福祉学会誌, 26(1), 79-83
- 33) 厚生労働省. (2021): 地域包括ケアシステム構築に向けた現状と課題について. 令和3年度四国管内地域包括ケア等推進関係省庁連絡会資料. https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/shikoku/chiiki_houkatsu/000274805.pdf, (2025年7月5日閲覧)

第2章 調査方法と用語の定義

本章では、地域包括ケアシステムにおける都市部と農村部の実態について述べる。第1節では、調査における枠組みについて、第2節では、調査内容と方法について述べ、第3節においては、用語の定義について示す。

第1節 調査における枠組み

本節では、都市部と農村部の地域包括ケアシステムにおける調査における枠組みについて述べる。

本研究における研究デザインは3段階構成とした。第1段階として、都市部と農村部の地域包括ケアシステムに携わっている専門職の語りをテキストマイニングにより分析する。第2段階として、都市部と農村部の地域包括ケアシステムに携わっている専門職の語りを内容分析する。そして、第3段階で、都市部と農村部の地域包括ケアシステムにおける協働連携の実態を明らかにする（図1）。

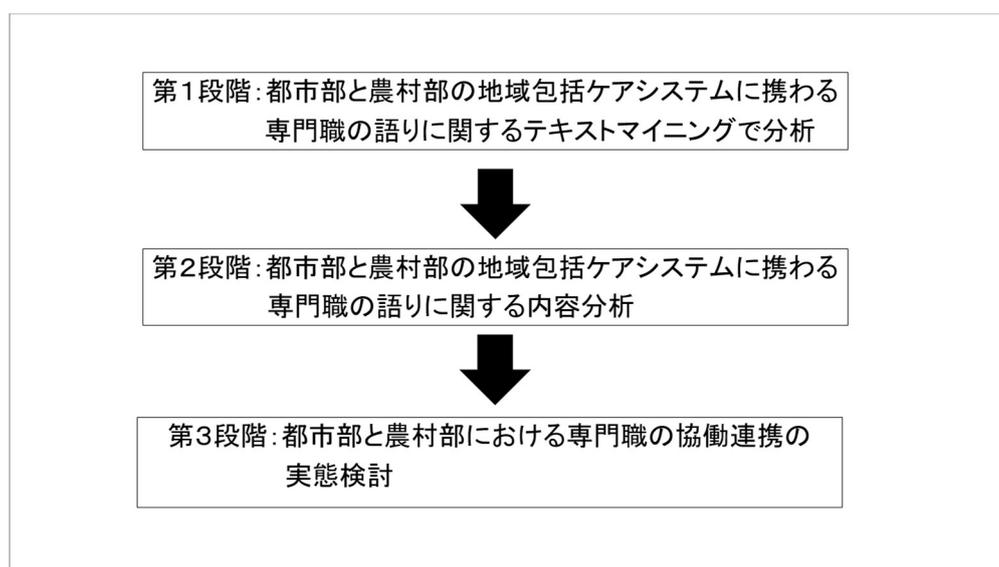


図1 地域包括ケアシステムにおける専門職の協働連携に対する実態調査の枠組み

第2節 調査内容と方法

本節では、地域包括ケアシステムにおける専門職の協働連携の実態を明らかにするための調査内容と方法について示す。

対象地域について、都市部は、A 県の人口約 117 万人の B 市であり、市の中心部は約 13 万人、世帯数は 8 万世帯である。高齢化率は、市内全体で 26.4%となっており、市内中心部においても 25.3%であった¹⁾。これらの人口構造から、その他の都市部と類似した様相を示しており、全国の都市部と同様の特徴と言える。また、同市の中心部は病院が 18 施設となっており、人口 10 万人あたりの施設数も全国平均が 6.39 に対して、12.61 となっている。さらに、一般診療所については、308 施設あり、人口 10 万人あたりの数も全国平均が 72.97 に対して、215.84 となっている。さらに、介護施設数においても、同市の中心部だけで 255 施設あり、75 歳以上 1 千人あたり施設数の全国平均が 11.77 に対し、中心部だけで 14.61 と施設の数が多いことが明らかになっている²⁾。

農村部は、A 県の人口約 11 万 6 千人の C 市であり、市の中心部は人口約 7 万人、世帯数は 3 万 4 千世帯である。その中で対象とした地域は、沿岸部から山間部に向けて車で約 30 分移動した農村部である。人口は約 9 千人、4 千世帯で人口・世帯数ともに減少しており、高齢化率は、市の中心部が 24.5%に対し、農村部は 44.2%である³⁾。A 県 B 市の市民アンケート調査より、対象の農村部では住民の 66.2%が「公共交通機関が不便」、33.8%が「医療機関や福祉施設が利用しにくい」⁴⁾と回答していた。これらの調査結果は、他の都市型準限界集落と類似した様相を示しており、全国の農村部と同様の特徴と言える。また、対象地域は 2 施設ある病院のうち 1 施設は精神科、もう 1 施設は地域包括ケア病棟と介護医療院のみの病院となっており、急病に対応できない地域である。実際、当該地域の病院・診療所・歯科・薬局は 9 施設であり、同市の都市部は 67 施設あった。さらに、介護サービス事業所数は 17 施設に対し、同市の都市部では 62 施設である。そして、居住する多くの住民は農業・林業といった第一次産業に従事しており、農業集落に占める農家の割合は急激に低下し、混住化が進展している⁵⁾。

調査対象者は、B 市及び C 市の地域包括ケアシステムに携わる専門職として、地域包括支援センターの職員、市保健センターの保健師、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、訪問看護ステーションの訪問看護師、医療機関の看護師、市社会福祉協議会の職員、小規模多機能型居宅介護の職員を挙げた。各々の職種について B, C 市から抽出し、14 名を対象とした。

研究対象者の抽出は、研究対象施設の所長または施設長へ研究内容書類を送付し、研究目的および研究方法、倫理的配慮を説明し、研究協力が可能な研究対象者 1 名の紹介を依頼した。その際、地域包括ケアシステムに関連する事業に従事している対象者を選定して

もらい、選ばれた研究対象者には、研究目的および研究方法、倫理的配慮を説明し、同意の得られた研究対象者を B 市、C 市から対象者を抽出した。

調査方法は、半構造化面接のインタビュー調査とした。インタビュー調査は対面で行い、録音内容を逐語録に書き起こし、テキストデータの中に潜む語句やカテゴリにおける関係性を視覚的に把握するため、KH Coder Ver. 3 を使用し、テキストマイニングを行った。次に、都市部と農村部の専門職の語りに関して内容分析を行い、分析結果をもとに地域包括ケアシステムにおける専門職の協働連携の実態を明らかにする。

インタビューの内容は、各専門職の協働連携を中心に、地域包括ケアシステムの機能不全や不足していること、地域包括ケアシステムの改善点とした。調査期間は、令和 4 年 4 月 1 日から 12 月 31 日である。

倫理的配慮は、面接に際して、研究への参加者は研究対象者の自由意志であり、一旦承諾した後も、いつでも拒否できること、苦痛に感じることは話す必要がないことを説明した。さらにプライバシーに関しては厳守し、口頭と文書において対象者に同意を得た。面接は承諾を得た後録音し、面接記録については、匿名性が守れるよう記号化し、研究終了後に破棄することを対象者へ伝えた。なお、本研究は日本赤十字広島看護大学研究倫理委員会の承認（番号：2108）を受け、倫理的配慮を実施した。

第1項 テキストマイニングによる分析

都市部と農村部の専門職によって語られた内容を、テキストマイニングソフトである KH Coder Ver. 3 を用いて統計的テキスト解析を実施した。今回、KH Coder を用いた理由は、テキストデータの中に潜む語句やカテゴリにおける関係性を視覚的に把握するためである。さらに、語と語の関係性において、形態素解析による定型自由文テキストデータ化を行い、一緒に使われることの多い語のまとまりをグループ化した。そのため、類似した意味で使われている語は近くに配置され、語の特徴を示すことができる。

分析方法に関して、半構造化面接で得られたテキストデータを逐語録に起こし、回答された短い定型自由文をテキストマイニングすることで、地域包括ケアシステムで機能していない内容の可視化・定量化を試みた。分析では、出現回数が多い語句を抽出する単語頻度分析を行った。そして、外部変数をクロス集計して散布図にする対応分析を行った。この分析については、語の最小出現数 10、最小文書数 1、絞り込み上位 60 とした。

第2項 内容分析

内容分析の方法は、都市部と農村部の専門職に行ったインタビュー内容の逐語録を作成して、データを質的に分析した。その過程は以下の通りである。本研究における地域包括ケアシステムの協働連携の定義に基づいて、その内容に該当する部分に下線を引き、今回の分析には関係のないデータを削除し、本研究の目的に応じた地域包括ケアシステムの協働連携が機能していない内容に該当する部分だけを残すという過程で切片化を図った。このとき、データの語り内容を加工することはしなかった。コード化については、切片化したデータを何度も読み、意味内容を考え、類似性を検討し、まとめることができるものについてまとめ、抽象化し表現を直した。このようにコード化を図った。

次に、コード化したものを類似性に基づいて分析し、意味内容を検討したうえでさらに抽象化をすすめ、サブカテゴリー、同様に抽象化を図り、カテゴリーとした。なお、分析のプロセスごとに質的研究法に精通している指導教員にスーパーバイズを定期的に受けた。また、データに関する解釈やカテゴリーについては、常に仮説的なものとし、懐疑的な態度を持ち続けるとともに、データを精読して常にデータに立ち返り、また対象者に確認しながら、信頼性・妥当性を高めた。

第3項 用語の定義

本節では用語の定義について論じる。

用語の定義として、地域包括ケアシステムとは、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条⁶⁾に規定されている、地域の実情に応じて高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう医療、介護、介護予防、住まい、および自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制を指す。

協働連携とは、協働は同じ目標のもとに、ともに力を合わせて活動することで、連携とは連絡を取り合って一緒に物事を行うことを指す。本研究では、鷹野の「連携・協働モデル」⁷⁾の概念を参考に、協働連携をひとつの概念にとらえ「情報がチームの中で共有され、仕事の重なりをもちながらも専門性を発揮すること」と定義する。

地域包括支援センターとは、介護保険法第115条⁸⁾にある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を目的とする施設を指す。

都市部とは、地方自治法第 252 条の 19 第 1 項⁹⁾ の指定を受けた人口 50 万人以上の大都市を指す。

農村部とは、農林業的な土地利用が大きな割合を占め、人口密度が低く、農林業を通じた豊かな二次的自然環境及び土地、水といった公共的資源を有している地域を指す¹⁰⁾。

引用文献

- 1) 広島市ホームページ.(2024):住民基本台帳による人.<https://www.city.hiroshima.lg.jp/shisei/toukei/1027844/1027845/1027846/1037045/index.html>,(2025年7月5日閲覧)
- 2) 広島市ホームページ. (2024):住民基本台帳による人. <https://www.city.hiroshima.lg.jp/shisei/toukei/1027844/1027845/1027846/1037046/index.html>,(2025年7月5日閲覧)
- 3) 廿日市市. (2024):廿日市市高齢者福祉計画・第9期廿日市市介護保険事業計画. 廿日市市健康福祉部高齢介護課. <https://www.city.hatsukaichi.hiroshima.jp/uploaded/attachment/72960.pdf>, (2025年7月5日閲覧)
- 4) 廿日市市. (2024):廿日市市高齢者福祉計画第9期廿日市市介護保険事業計画. 廿日市市健康福祉部高齢介護課. <https://www.city.hatsukaichi.hiroshima.jp/uploaded/attachment/72960.pdf>, (2025年7月5日閲覧)
- 5) 農林水産政策研究所. (2019):農村地域人口と農業集落の将来予測-西暦2045年における農村構造-. https://www.maff.go.jp/primaff/seika/attach/pdf/190830_2.pdf,(2025年7月5日閲覧)
- 6) 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 e-Gov 法令検索.<https://laws.e-gov.go.jp/law/401AC0000000064>,(2025年7月5日閲覧)
- 7) 鷹野桂子.(2006):連携・協働モデルの構築に関する研究.日本看護学会論文集.地域看護,38,56-59
- 8) e-Gov法令検索.介護保険法(第115条以降).<https://laws.e-gov.go.jp/law/401AC0000000064>,(2025年7月5日閲覧)
- 9) 食料・農業・農村基本問題調査会.(1997):農村部会(第2回)我が国における農村地域の位置づけ.https://www.maff.go.jp/j/study/nouson_kihon/pdf/data_nouson2.pdf,(2025年7月5日閲覧)
- 10) 法令リード地方自治法 第 252 条の 19.<https://hourei.net/law/322AC0000000067>,(2025年7月5日閲覧)

第3章 都市部と農村部における地域包括ケアシステムの協働連携の実態把握

本章では、都市部と農村部の地域包括ケアシステムにおける協働連携の実態について述べる。第1節では、都市部の実態について、第2節では、農村部の実態について示す。

第1節 都市部の実態

本節では、地域包括ケアシステムに関する協働連携の都市部の実態について述べる。

第1項 テキストマイニングによる都市部の専門職に対する実態

分析結果について、調査対象者は、都市部の市保健センターの保健師、地域包括支援センターの所長、市社会福祉協議会の福祉活動専門員、病院の看護師長、訪問看護ステーションの看護師、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、小規模多機能型居宅介護に勤務する看護師、各1名、計7名に実施した。性別は女性4名、男性3名で、地域包括ケアシステムにおける医療や介護、福祉サービスを含めた生活支援サービスに携わった経験年数は1～3年未満が1名、3～5年未満が2名、5～10年未満が2名、10年以上が2名である。語られた内容の分析対象語数と頻出上位20語とした。KH Coderを用いた分析に使用した総文字数を表1に示す。

分析結果より、文章数は245、総抽出語数は8,232、分析対象語数は2,845、異なり語数は1,058、分析対象語数は794であった。そして、名詞、サ変名詞に絞り、出現回数が多い頻出語上位20語を抽出した(表2)。

表1 地域別使用総文字数

総文字数		都市部
施設名	市保健センター	962
	地域包括支援センター	1175
	市社会福祉協議会	903
	病院	735
	訪問看護ステーション	977
	居宅介護支援事業所	895
	小規模多機能型居宅介護	1191

表 2 地域別抽出語頻出

都市部 (n=7)	
抽出語	出現回数
地域	38
利用	14
住民	13
情報	13
介護	9
支援	9
看護	8
高齢	8
事業	7
生活	7
部分	7
施設	6
状況	6
保険	6
機能	5
共助	5
行政	5
在宅	5
取組	5
専門	5

都市部の地域包括ケアシステムの中で協働連携の業務に従事する専門職の語りにおいて、出現回数 4 回以上の頻出上位 60 語に絞り、施設間の関連について対応分析を行なった。成分 1 の寄与率は 26.31%、成分 2 の寄与率は 22.81%であった。単語を列とする列スコアの布置図において、各単語間の関係性を表現した。行および列のカテゴリー間の距離が近いほど項目間の類似性は高くなり、原点から遠くに位置するものは少数派となる。出現回数 4 回以上の頻出上位 60 語に絞り、抽出語（協働連携できていない語りを構成する単語）と外部変数（専門職の所属機関）を組み合わせた対応分析を行って得られた散布図が図 2 である。原点より右下方向に「訪問看護ステーション」があり、その方向に「共有」、「専門」、「相談」、「システム」といった語が出てきており、訪問看護師が語った「地域住民の方が地域包括ケアシステムそのものをまだご存じないというところがある」があり、

特徴的な語だといえる。右方向に、「市保健センター」があり、その方向に「ボランティア」、「行政」、「事業」といった語が出てきており、市の保健師が語った「地域でボランティアをしたい人を繋ぎきれていない」がある。上方向に「市社会福祉協議会、小規模多機能型居宅介護」があり、その方向に「看護」、「不足」、「生活」、「取り組み」といった語が出てきており、市社会福祉協議会と小規模多機能型居宅介護の職員が語った「ケアマネジャーとか、みんなチームで関わるので、どんな状況でも生活できるんじゃないかなと思っている」や「人が足りないというか、人材不足です」がある。左方向には「居宅介護支援事業所、病院」があり、その方向に「送迎」、「利用」といった語が出てきており、ケアマネジャーと病院の看護師が語った「利用者が多いので、新規利用をストップしているところがある」や「ちょっと遠めの場所に行って利用している。送迎はしてもらっているのですが」がある。左下方向に「地域包括支援センター」があり、その方向に「情報」、「中心」といった語が出てきており、地域包括支援センターの職員が語った「その方を中心というよりも施設を中心動いている、病院を中心動いている感じがして、利用者さんが真ん中にいるという感じではない」が示された。これらから、5つの特徴的な語のまとまりが形成され、専門職によって頻出する語が異なるということが示された。

5つのまとまりについて、右下方向の「訪問看護ステーション」周辺では、専門職間の情報共有や相談体制の重要性が強調されており、地域住民との認識のギャップが生じている。右方向の「市保健センター」周辺では、行政主導の事業と住民のボランティアとの連携不足により、地域資源が活用できていないことが示された。上方向の「市社会福祉協議会、小規模多機能型居宅介護」周辺では、多職種連携による生活支援の実践が必要であると言われながらも、人材不足の深刻さが伺える。左方向の「居宅介護支援事業所、病院」周辺では、利用者数の増加によるサービス制限と地理的課題による送迎支援の困難さが示されている。左下方向の「地域包括支援センター」周辺では、利用者中心のケアが実現されていない現状があり、情報共有に加え、看護や介護におけるケアの構造に問題があり、ケアの在り方に疑問を呈していることがわかる。

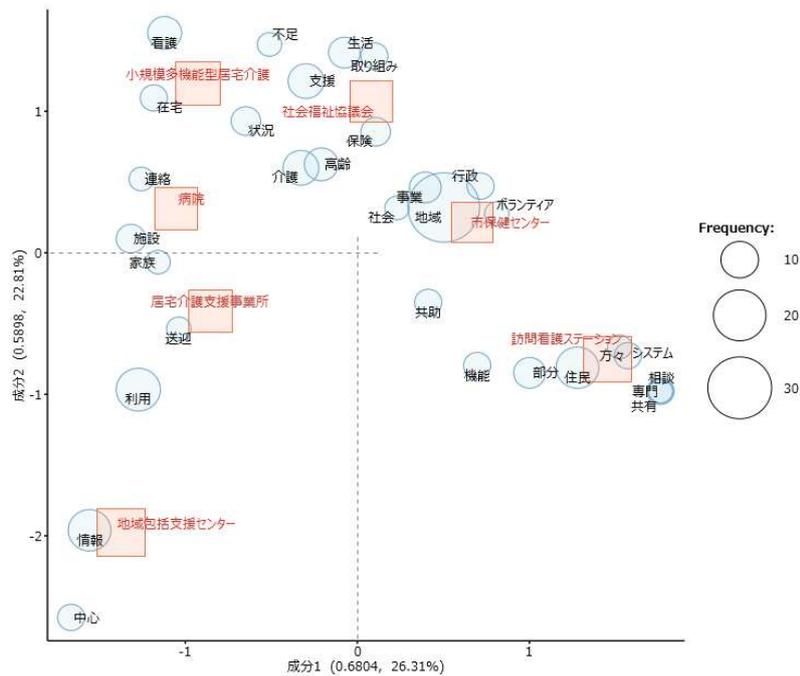


図2 都市部における地域包括ケアシステムが機能していない語りの対応分析

第2項 内容分析からみた都市部の実態

都市部の地域包括ケアシステムにおける専門職の協働連携に対する実態について、第1項の分析結果によって明らかになったグループごとに内容分析を行う。都市部でインタビューを行った専門職の概要を表3に示す。

表3 都市部でインタビュー調査を行った専門職の概要

No	所属	性別	年齢	経験年数	取得資格
1	訪問看護ステーション	女性	51	18	①看護師、②保健師、③ケアマネジャー
2	市保健センター	女性	56	10	①保健師、②看護師
3	市社会福祉協議会	男性	40	3	①生活支援コーディネーター
4	小規模多機能居宅介護	男性	59	9	①介護福祉士、②ケアマネジャー
5	居宅介護支援事業所	女性	57	5	①主任ケアマネジャー、②看護師
6	病院	女性	56	4	①看護師
7	地域包括支援センター	男性	44	18	①社会福祉士、②介護福祉士、③主任ケアマネジャー

まず対応分析によってグループ化された対象者ごとに、切片化されたデータの地域包括ケアシステムが機能していない内容を表す部分に下線 を引いた。そして、切片化され

た下線のデータの意味内容を検討したうえで、さらに抽象化をすすめ、サブカテゴリー、同様に抽象化を図り、カテゴリーとした。コードは []、サブカテゴリーは<>、カテゴリーは【 】で示す。以下、7名分の切片化ならびにコード化について、順を追って述べる。

まず、「訪問看護ステーション」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、訪問看護ステーションに所属し、地域包括ケアシステムに携わって18年の看護師である。

内容分析を行った結果、26のコード、8つのサブカテゴリー、4つのカテゴリー【病院側の先入観】、【訪問看護師の人材不足】、【病院との連携困難】、【ケアマネジャーの質向上】へ抽象化が図られた(表4)。

【病院側の先入観】というカテゴリーでは、訪問看護ステーションの〔(自宅に)帰ろうと思えば帰れる(A01)〕、〔どんな状況でも生活できる(A02)〕、〔状況を知らない(A03)〕この3つのコードをまとめてサブカテゴリー<在宅療養可能な高齢者の存在>とした。また、〔在宅は無理な患者さんって結構いる(A04)〕、〔実際を知らない人もいる(A06)〕、〔在宅看護を学んでない(A07)〕という3つのコードをサブカテゴリー<地域が見えない病院看護師>とし、<在宅療養可能な高齢者の存在>と<地域が見えない病院看護師>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【病院側の先入観】と命名した。

【訪問看護師の人材不足】というカテゴリーでは、訪問看護ステーションの〔実際全然(人材)が足りなくて(A08)〕、〔人材不足です(A09)〕、〔人材不足が大きい(A10)〕この3つのコードをまとめてサブカテゴリー<訪問看護師の不足>とした。また、〔災害があっても逃げられない(A12)〕、〔逃げることもできん(A14)〕、〔4階におられる人とかはちょっと厳しい(A15)〕という3つのコードをサブカテゴリー<災害対応の困難さ>とし、<訪問看護師の不足>と<災害対応の困難さ>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【訪問看護師の人材不足】と命名した。

【病院との連携困難】というカテゴリーでは、訪問看護ステーションの〔看護師だけでは何もできない(A16)〕、〔動きづらいです。(A17)〕、〔困ったときは、外来に電話をかけるしかない(A18)〕この3つのコードをまとめてサブカテゴリー<往診医の不足>とした。また、〔外来だと、そこが繋がってなかったりするんで、連絡を取りづらい(A19)〕、〔ちょっと対応が冷たかったりする(A20)〕、〔患者支援センターの方が間に入ってくれてる(A21)〕という3つのコードをサブカテゴリー<外来へのアクセス困難>とし、<往診医の不足>と<外来へのアクセス困難>のサブカテゴリーから、カテゴリーを

【病院との連携困難】と命名した。

【ケアマネジャーの質向上】というカテゴリーでは、訪問看護ステーションの「対応が異なったりする(A22)」、【ケアマネさんの手腕によって、その人のうちの生活が変わったりする(A23)】この2つのコードをまとめてサブカテゴリー<ケアマネジャーの対応の違い>とした。また、【質を高めていかないと(A24)】、【医療的なところでもどんどん新しい治療も始まっている(A25)】という2つのコードをサブカテゴリー<最新の情報を学ぶ機会が少ない>とし、<ケアマネジャーの対応の違い>と<最新の情報を学ぶ機会が少ない>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【ケアマネジャーの質向上】と命名した。

表4 都市部の訪問看護ステーションにおける専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
病院側の先入観	在宅療養可能な高齢者の存在	<p>だけど、<u>【自宅に帰ろうと思えば帰れる(A01)】</u>んじゃないかと。こっちから、在宅側からしたら思うほどなんですわ。</p> <p>何とかなるかなって、結構。看護師だけじゃないんですよ。いろんなヘルパーさんとか、ケアマネジャーとか、みんなチームで関わるので、<u>【どんな状況でも生活できる(A02)】</u>んじゃないかなって思っているんですけど。</p> <p>でも、それでみんなが学んでいけば、<u>【どんな人でも在宅で過ごせる(A26)】</u>んじゃないかなというのは思っているんです。</p> <p>病院側の看護師さんの中には、そういう<u>【状況を知らない(A03)】</u>から、「いや、もう、この人は無理。『どこの施設に行く?』と思う人はいっぱいあるよ」と言う声を聞いたので。</p>
	地域が見えない病院看護師	<p>やっぱり今、ちょっと研修で病院の看護師さんと話をすることがあるんですけど、「やっぱり在宅は無理な患者さんって結構いる(A04)よね」とか言われるんです。</p> <p>やっぱり、きっと<u>【地域が見えない(A05)】</u>から、知らないから、そこで連携が止まっているところがあるのかなと思う。</p> <p>地域包括ケアシステムというけれど、その<u>【実際を知らない人もいる(A06)】</u>んじゃないかなと思っています。</p> <p>そういう在宅看護を学んでない(A07)人たちもたくさんおられるし、実際のところがちょっと二の足を踏むような…。「1人で行くんでしょ?」とか。</p>
訪問看護師の人材不足	訪問看護師の不足	<p>うちの事業所でしたら、やっぱり地域で利用者さんを支えるためには、「一応このぐらいの看護師が必要。訪問看護師が必要」と言われているんですけど、<u>【実際全然(人材)が足りなくて(A08)】</u>、うちの事業所も足りないんですよ。</p> <p>人が足りないというか、<u>【人材不足です(A09)】</u>、そんな訪問看護になりたいという人が、「なんか興味はあるんだけどね」とかいう声は聞くんですけど、<u>【実際にされる方、しようと思う人が少ないのかなって】</u>。</p> <p>なので、<u>【人材不足が大きい(A10)】</u>かなと思います。まずは知っていただく。学生さんは、最近はどうも実習があるので分かってくれたと思うんですけども。</p> <p>でも、やっぱり人が増えないと、退院してくる患者さんとか、在宅で要望があっても断るような状況になってしまうので、<u>【人材が必要(A11)】</u>かなと思っています。</p>
	災害時対応の困難さ	<p>あと、災害時のこととか、ちょっと気になるんですけども。今、市のほうでも対策を取ってさせてはいるんですけど、<u>【実際に災害があっても逃げられない(A12)】</u>人もたくさんいらっしゃるし、<u>【なんか難しいな】</u>と思います。</p> <p>責任を持って。でも、そのときは皆さん、<u>【まずは自分(A13)】</u>じゃないですか。自分のことが大丈夫であって、家族が大丈夫であって、<u>【そのあと訪問患者さんのところの支援に行ったりすると思うんですけど】</u>。</p> <p>結構、呼吸器を付けた人とか、「もう地震があったらどうしようもない、もう逃げることもできん(A14)」って、ここで死ぬしかないよ!みたいな言われる方もいらっしゃるの、<u>【そうだなって】</u>。</p> <p>本当にマンションの、エレベーターのない4階におられる人とかは<u>【ちょっと難しい(A15)】</u>なとかって、実際に全ての人を何とかというのは難しいのかなって。</p>
病院との連携困難	往診医の不足	<p>あと、在宅に帰るけれども往診医は付けずにうちだけでやりますという総合病院の主治医もいらっしゃるの、そうすると、やっぱり状態が悪くなると、私たちも<u>【看護師だけでは何もできない(A16)】</u>ので、主治医からいろいろ指示を貰いたかったりします。</p> <p>主治医からいろいろ指示を貰いたかったり、対応をすぐに何とかしてあげたいけれど、往診医が入ったら、そういうのがスムーズに行くんですけど、往診医が入ってなくて、状態が悪くなっていくような人たちって動きがちょっと緩慢になって。<u>【動きづらいです。(A17)】</u></p>
	外来へのアクセス困難	<p>医師の考え方にもよるんだと思うんですけど。「自分のところでも、つながりながら往診医も入って」とかいうのがあればベストかなと思うんですけど、<u>【困ったときは、外来に電話をかけるしかない(A18)】</u>かなと思う。</p> <p>訪問看護で、総合病院が主治医の利用者さんで外来通院されている方の支援が、窓口がちょっとあまいだったりするので、何かちょっと、こっちから連絡したいけど連絡しにくいとか、入院されてたら入退院支援センターの方が関わってくれたりしていることが多いんですけど、<u>【外来だと、そこがつながってなかったりするので、連絡を取りづら(A19)】</u>とかいうのがある。</p> <p>だけど、なかなか外来って患者さんが多いので、ちょっとつきにくかったり、<u>【ちょっと対応が冷たかったりする(A20)】</u>ので、</p> <p>・入院、退院された方は<u>【患者支援センターの方が間にあってくれる(A21)】</u>ので、取りあえず、そこにかけて連携を取らせてもらったりもしてらるんですけど。</p>
ケアマネジャーの質向上	ケアマネジャーの対応の違い	<p>自分もケアマネジャーなので何とも言えないんですけど、他のケアマネジャーさんに言うとか、やっぱりいろんな<u>【対応が異なったりする(A22)】</u>ので、もともとが看護師だったり、ヘルパーさんだったり、福祉系の方であったり、いろいろ違うと思うんですけども。</p> <p>その<u>【ケアマネさんの手前によって、その人のうちの生活が変わったりする(A23)】</u>というのがすごく、なんか実際に関わっていると、そういう方もいらっしゃるの、</p>
	最新の情報を学ぶ機会が少ない	<p>うちのケアマネさんたちはすごいんですけど、でも、逆に看護師もそうなのかもしれないし、やっぱり<u>【質を高めていかないと(A24)】</u>というのは常に思っています。</p> <p>これまでできなかったことができるようにとか、<u>【医療的なところでもどんどん新しい治療も始まっている(A25)】</u>、いろんな医療処置が必要な状態で帰ってこられる方もたくさんいらっしゃるの、私たちも日々勉強しながらみたいなところもありますし。</p>

次に、「市保健センター」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、市保健センターに所属し、地域包括ケアシステムに携わって10年の保健師である。

内容分析の結果、20のコードと7つのサブカテゴリー、3つのカテゴリー【保健師の質】、【連携不足の要因】、【生活支援コーディネーターとの連携不足】への抽象化が図られた(表5)。

【保健師の質】というカテゴリーでは、市保健センターの[マンパワー不足(F01)]、[感染症対応があつて、なかなか地域に出られない(F02)]、[感染症対応でとても忙しくしています(F03)]この3つのコードをまとめてサブカテゴリー<保健師のマンパワー不足>を命名した。また、[プレーヤーが増えると進むものではない(F04)]、[一人一

人が資質を上げる(F05)]という2つのコードをサブカテゴリー<単に専門職が増えれば良いわけではない>とし、<保健師のマンパワー不足>と<単に専門職が増えれば良いわけではない>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【保健師の質】と命名した。

【連携不足の要因】というカテゴリーでは、市保健センターの[連携した形(F06)]、[進めやすい概念(F07)]、[障害者の交流(F08)]、[障害者や子育て世代なども含めた、それぞれが役割を持ちながら(F09)]この4つのコードをまとめてサブカテゴリー<他機関と連携のビジョンが共有できていない>とした。また、[好事例の横展開。(F10)]、[自分の地区に合ったかたち(F11)]、[行政としてはそういった活動を紹介(F12)]、[ほかの地域でもやろうという気持ち(F13)]という4つのコードからサブカテゴリー<好事例を自分の地域に合わせられてない>とした。そして、[取り組む拠点(F14)]、[機関が連携・協働して取り組む(F15)]この2つのコードからサブカテゴリー<地域包括支援センターが連携の拠点>とし、<他機関と連携のビジョンが共有できていない>と<好事例を自分の地域に合わせられてない>と<地域包括支援センターが連携の拠点>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【連携不足の要因】と命名した。

【生活支援コーディネーターとの連携不足】というカテゴリーでは、市保健センターの[十分ではない状況(F16)]、[いっぺんにやろうと思ったら難しい(F17)]この2つのコードからサブカテゴリー<生活支援コーディネーターとの連携が少ない>とした。また、[生活支援コーディネーターとして動いて(F18)]、[生活支援コーディネーターさんどう繋げていくか(F19)]、[職員を1人配置(F20)]この2つのコードからサブカテゴリー<生活支援コーディネーターとの活動を模索中>とし、<生活支援コーディネーターとの連携が少ない>と<生活支援コーディネーターとの活動を模索中>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【生活支援コーディネーターとの連携不足】と命名した。

表5 都市部の市保健センターにおける専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
保健師の質	保健師のマンパワー不足	地域包括ケアシステムの6つか、7つの要素があったかと思うんですけども、その中の生活支援のところ、これからマンパワー不足(F01)で不足してくところを、介護保険でいうと互助、H市でいうと共助になるんですけども、共助の取り組みの中とか、NPOとかと協働とか、そういった取り組みがどんどん進んでいくと生活支援を身近な地域で受けることができると思うんです。 そこに地区担当保健師も行政の立場として関与して、十分ではないんですけど、ちょっと感染症対応があって、なかなか地域に出られない(F02)ので。 保健師も今、感染症対応でもっと忙ししています(F03)し、マンパワーの限界もあります。
	単に専門職が増えれば良いわけではない	これって、新たな協議体とか、役割を持つ人とか、機関とか、プレーヤーが増えたと進むものではない(F04)のかなと思って。 一人一人が資質を上げる(F05)ということと、ある程度、機関同士がどのように連携するかという仕組みをつくるのがやはり大事なかなと思っていて。
連携不足の要因	他機関と連携のビジョンが共有できていない	ただ、行政と社会福祉協議会と地域包括支援センターとが連携した形(F06)を進めていければなと思っています。 地域包括ケアシステムは、介護保険の取り組みの中で生まれた考えで、市町村なり区役所でも進めやすい概念(F07)だったかと思うんです。 様々な方が住んでいるのが地域なので、そういった高齢者の取り組みが障害者の交流(F08)にも広がり、子育て世代も参加する。そういった取り組みに発展していかなければならないと感じているところです。 これは高齢者の仕組みになってくると思うんですが、地域共生社会の実現ということ、必要性がうたわれるようになり、これからは高齢者だけではなく、障害者や子育て世代なども含めた、それぞれが役割を持ちながら(F09)、住み慣れた地域で安心して暮らしている。
	好事例を自分の地域に合わせられてない	よく地域包括ケアシステムで言われている、好事例の横展開。(F10) 一つ、良い取り組みをどこかの地域でやると、それをさまざまな場面で紹介すると、ほかの地域の方も自分の地区に合ったかたち(F11)で、先進事例を参考に発展したものに取組んでいただくという広がりがある地域の中でもあります。 2ステップで進めていけばいいのかなと思って。今、地域の方から声が上がっているところには、地区担当保健師やら制度・分野や領域に限ることなく、地域は一つですし、できれば行政としてはそういった活動を紹介(F12)していく。 それで、ほかの地域でもやろうという気持ち(F13)、機運が高まっていれば、またそこに支援で入らせていただくというかたちになるのかなと思います。
	地域包括支援センターが連携の拠点	もうすでに、地域包括支援センターが地域包括ケアシステムを取り組む拠点(F14)となって地域の中では活躍してくれています。 区としては地区担当保健師が地域共生社会の実現に向けた取り組みを進めていく役割を担っている。そういった機関が連携・協働して取り組む(F15)ことで、共生社会の実現につながるのかなと思っています。
生活支援コーディネーターとの連携不足	生活支援コーディネーターとの連携が少ない	生活支援コーディネーターさんが、特にN区は地域の中にしっかり入って活動されています。そこが、最近芽生えてはきているが、まだ十分ではない状況(F16)かと思っています。 あとは、やっぱり地域の中、全部をいっぺんにやろうと思ったら難しい(F17)と思うんですよ。
	生活支援コーディネーターとの活動を模索中	市の社会福祉協議会さんのほうでも生活支援コーディネーターとして動いて(F18)いただいている。 私たち行政の役割なので、行政として、さまざまな事業を委託している地域包括支援センターさんとか、生活支援コーディネーターさんどう繋げていくか(F19)ということが大切になってきますかね。 H市は社会福祉協議会の生活支援コーディネーターと地域包括支援センターにも職員を1人配置(F20)して、ちょっと名称がすぐには出ないんですけど、社会福祉協議会と地域包括支援センターとが連携しながら、地域団体と、N区においては見守り活動はかなり全地域に広がってきて、さらに一歩進んだ生活支援について協議を進めているところになります。

次に、「市社会福祉協議会」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、市社会福祉協議会に所属し、地域包括ケアシステムに携わって3年の生活支援コーディネーターの語りによる内容分析の結果、23のコード、6つのサブカテゴリー、3つのカテゴリー【ボランティアの人材不足】、【業務の縦割り】、【関係づくりの難しさ】への抽象化が図られた(表6)。

【ボランティアの人材不足】というカテゴリーでは、生活支援コーディネーターの「地域で活動していく方々の高齢化(C01)」、 「地域に色々なことをお願いすることが難しい

状況(C02)]、[若年層に関しては取り組めていない。(C03)]、[新しい人が出ていない。(C04)]、[誰でも来て良いか、というとそういうものでもない。(C05)]、[考えが凝り固まっていたりもする(C06)]、[ボランティアの担い手が難しい(C07)] この7つのコードからサブカテゴリー<新たな人材確保の難しさ>とした。また、[公助に頼ってしまう(C08)]、[公共交通機関も整備されていて(C09)] この2つのコードからサブカテゴリー<公助に頼りやすい環境>とし、<新たな人材確保の難しさ>と<公助に頼りやすい環境>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【ボランティアの人材不足】と命名した。

【業務の縦割り】というカテゴリーでは、生活支援コーディネーターの[行政の委託(C10)]、[行政機関に近い存在(C11)]、[一部分の受託(C12)] この3つのコードからサブカテゴリー<行政の委託業務の増加>とした。また、[役割は違う(C13)]、[障害の専門で対応して頂く(C14)]、[障がい者の相談を受けている機関(C15)]、[整理をしながらやっている C16)] この4つのコードからサブカテゴリー<役割分担が縦割りで動きづらい>とし、<行政の委託業務の増加>と<役割分担が縦割りで動きづらい>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【業務の縦割り】と命名した。

【関係づくりの難しさ】というカテゴリーでは、生活支援コーディネーターの[ボランティアをしたい人が繋ぎきれしていない。(C17)]、[地域に入って地域包括システムとして動くのは難しい(C18)]、[地域に入れなかった時期も長い(C19)]、[仕組みづくりができていなかった(C20)] この4つのコードからサブカテゴリー<地域に入って活動することの難しさ>とした。また、[異動も結構あったりする(C21)]、[信頼関係が難しい。(C22)]、[職員は増えてはいるけど異動も多く(C23)] この3つのコードからサブカテゴリー<職員の異動によって信頼関係が断たれる>とし、<地域に入って活動することの難しさ>と<職員の異動によって信頼関係が断たれる>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【関係づくりの難しさ】と命名できた。

表6 都市部の市社会福祉協議会における専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
ボランティアの人材不足	新たな人材確保の難しさ	地域住民で考えていくという、住民主体で、介護保険のことで団体をつくって、各小学校区でH市は立ち上げて介護保険の抑制を考えているが、なかなか地域で活動していく方々の高齢化(C01)であったり、次世代に継いでいかない。 いっぱい役を持っている人がいて、なかなか地域に色々なことをお願いすることが難しい状況(C02)になってきている。 なかなか、若年層に関しては取り組めていない。(C03)そういう意味で機能していない。 民生委員もされていたり、なかなか新しい人が出ていない。(C04) 地域側も誰でも来て良いか、というそういうものでもない。(C05) 次世代が必要と言われながらも受け入れ側は、地域の中で考えが凝り固まっていたりもする(C06)ところがある。 N区は、地域の関係が難しいところがあって、一軒家の高齢の方が増えて、壊してワンルームのマンションを建てたり、なかなかボランティアの担い手が難しい(C07)ところもあって。 インフォーマルというか、フォーマルなことであったり、逆に地域の方に手伝ってもらいたくない人もいて、どうしても公助に頼ってしまう(C08)人もいて。 公共交通機関も整備されていて(C09)、なかなか地域で課題に取り組むことも少ない。
	公助に頼りやすい環境	
業務の縦割り	行政の委託業務の増加	社会福祉協議会がけっこう行政の委託(C10)というか、受託事業が結構多くなってきていて。 なかなか地域福祉という部分で、社会福祉協議会が何か担うところがあるかといわれたら、事務ごとだったり行政機関に近い存在(C11)になってきている。 一部分の受託(C12)を受けていたりすると、地域と関わる度合いも難しくなったりする。
	役割分担が縦割りで動きづらい	地域包括支援センターさんは従事が長い方は、長いので、ただ社会福祉協議会と地域包括支援センターの役割は違う(C13)ので、整理しながらやっていきたいと思っている。 障害の方は、障害の専門で対応して頂く(C14)んですが、H市みたいに大きくなると、それぞれの専門機関が受託していて、やりにくさを感じます。 相談もN区で、障がい者の相談を受けている機関(C15)があったり、地域の中で一緒に考える場所で、社協が入っていると認識している。 一番最初に、中区に電話がかかってくるので、交通整理をしながらやっている。(C16)
関係づくりの難しさ	地域に入って活動することの難しさ	社協はボランティア育成とかも力を入れている事業ですが、なかなか地域でボランティアをしたいた人が繁盛きれていない。(C17) 社会福祉協議会として地域包括支援センターさんみたいに、地域に入って地域包括システムとして動くのは難しい(C18)こともある。 社会福祉協議会も地域福祉と言いつつ、なかなか地域に入らなかった時期も長い(C19)というので、事業やサロンやボランティアバンクといった3事業を一生懸命やってきた時期もあった。 けれど、地域包括ケアシステムに重要である住民主体である仕組みづくりができていなかった(C20)と、なかなか遠ざかっていると思う。
	職員の異動によって信頼関係が断たれる	あと、異動も結構あったりする(C21)ので、地域の人は同じ場所にいらしゃるんですけど。 なかなか1年で代わると関係性や信頼関係が難しい。(C22) 行政機関みたいな関わり方になっている気がする。異動は3~4年、早い人は1年なので、事業が多くなってきて、どんどん職員は増えているけど異動も多く(C23)なってくる。

次に、「小規模多機能居宅介護」の語りによる内容分析について述べていく。小規模多機能型居宅介護に所属し、地域包括ケアシステムに携わって9年の介護福祉士である。内容分析の結果、34のコード、8つのサブカテゴリー、3つのカテゴリー【地域包括ケアシステムの説明の難しさ】、【一方的な情報提供】、【インフォーマルサービスの少なさ】への抽象化が図られた(表7)。

【地域包括ケアシステムの説明の難しさ】というカテゴリーでは、介護福祉士の[スタッフに説明できるかといったら説明できない(G01)]、[地域包括ケアシステムの説明は難しい(G02)]、[具体的なものでないのかな(G03)] [説明できなさいいけないんですけどね(G22)] この3つのコードからサブカテゴリー<地域包括ケアシステムの説明の難しさ>とした。また[地域包括支援センターとあまりつながりが…(G04)]、[社協さんが出てこないんですよ(G05)] この2つのコードからサブカテゴリー<他機関との繋がりが無い>とし、<地域包括ケアシステムの説明の難しさ>と<他機関との繋がりが無い>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【地域包括ケアシステムの説明の難しさ】と命名した。

【一方的な情報提供】というカテゴリーでは、介護福祉士の[情報(提供)がどちらも一方通行(G06)]、[役所からの情報(提供)は一方通行(G07)]、[要請される情報はた

くさんある(G08)〕〔反映されるかというのに2日かかったり。(G09)〕、〔やっと(電話が)かかったりとか(G10)〕この5つのコードからサブカテゴリー<行政からの情報提供が一方通行>とした。また、〔個人情報(の提供)というものが非常に難しい(G11)〕、〔個人情報なので「分かりました」で終わってしまう(A12)〕、〔(個人)情報は入らない。(G13)〕、〔(返事が)返ってこない(G14)〕、〔聞いても情報が得られない(G15)〕この5つのコードからサブカテゴリー<高齢者の情報提供をしても個人情報を理由に連携終了>とした。そして、〔隣のおばあちゃんに聞くと(気になる高齢者の話を)教えてもらえます(G16)〕、〔「ついでに」と言われる(G17)〕この2つのコードからサブカテゴリー<近所の知り合いから情報収集>と命名した。<行政からの情報提供が一方通行>と<近所の知り合いから情報収集>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【一方的な情報提供】と命名した。

【インフォーマルサービスの少なさ】というカテゴリーでは、介護福祉士の〔銀行さんであるとかとの接点はない(G18)〕、〔まるっきり付き合いがない。(G19)〕、〔(以前は)近所の方の交流もあった(G20)〕、〔築いたものがなくなりました。(G23)〕、〔コンビニさんというのは、やっぱりちょっと違う(G24)〕、〔共助の部分ではかなりできてたんですが。(G25)〕この6つのコードからサブカテゴリー<以前のインフォーマルサービスは消滅>とした。また、〔もうちょっとインフォーマルサービスを入れていかないといけない(G26)〕、〔務量が減らない(G27)〕この2つのコードからサブカテゴリー<インフォーマルサービスの確保が急務>とした。そして、〔ボランティアの依頼をした(G28)〕、〔ボランティアがいない(G29)〕、〔人がなかなか集まらない(G30)〕、〔この辺りでは少ない。(G32)〕、〔リタイアした高齢の方。(G33)〕、〔利用者さんに近いような方が信号に立ってやって(G34)〕この6つのコードからサブカテゴリー<ボランティアの人材不足>とし、<以前のインフォーマルサービスは消滅>と<インフォーマルサービスの確保が急務>と<ボランティアの人材不足>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【インフォーマルサービスの少なさ】と命名した。

表 7 都市部の小規模多機能居宅介護における専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
地域包括ケアシステムの説明の難しさ	地域包括ケアシステムの説明の難しさ	ケアマネジャーをやっても地域包括ケアシステムをスタッフに説明できるかといったら説明できない(G01)ですよ。 地域包括ケアシステムの説明は難しい(G02)し、出てくる図は毎回一様なんですけど、もうちょっと良い説明というか。 もっと、具体的なものでないかな(G03)って。確かに、読めば、たぶん具体的なんだろうと思うんですけど。説明しづらいです。 本当は広島県にあるので、一番説明できなさいいけないんですけどね(G03)、発祥なんで。
	他機関との繋がりが無い	あまり言うて怒られるけど、地域包括支援センターとあまりつながりが…。(G04) あとは、今の話の中に社協さんが出てこないんですよ(A05)、この地域では。
一方的な情報提供	行政からの情報提供が一方通行	相互というよりも、情報(提供)がどちらも一方通行(G06)だったりとか。うちから行くときも一方通行、向こうから来たときも一方通行という感じはします。 それでは、役所からの情報(提供)は一方通行(G07)です。基本、ここは役所に非常に近いので。保健センターも含め、区役所もそうです。 今の時期で言えば、コロナ。うちは昨年の10月、クラスターになりました。その際の情報が、こちらから要請される情報はたくさんある(G08)んですよ。その情報の期限が非常に短くて、「30分でたくさんの情報を提供しろ」。 で、提供してその結果が、30分で入れさせられたものが、どう反映されるかというのに2日かかったり。(A09) 聞いて、聞いて、やっ(電話)がかかったりとか(G10)ですね。その時期というのは、完全にピークダウンしててとかですね。
	高齢者の情報提供をしても個人情報理由で連携終了	通常のもので言えば、個人情報(の提供)というものが非常に難しい。(G11)こういう方を見かけて地域包括支援センターさんに情報を上げて、なんか…。 うちは別に利用者さんを獲得しようと思って言っているわけではないのですが、やっぱり、そこから先は個人情報なので(で)分りまじ(で)終わってしま(う)A12)んですよ。 あと、直接利用者さんであるとか、何らかの関わり合いがないと、これは民生委員さんもこれも地域包括支援センターさんも一緒なんですけど、(個人情報)は入らない。(G13) 「そこはちょっと言えないよ」「ごみ出しぐらいしようと思うんですけど、ご家族いないんですか」と聞いたら(返事)返ってこない(G14)とかね。 その「ついでに」するために、もう少し情報が欲しいというのがあって、聞いても情報が得られない(G15)ということもあります。
	近所の知り合いから情報収集	隣のおばあちゃんに聞く(と)気になる高齢者の話を教えてもらえます(G16)けど。 だから、サービスに入ってるお宅の両サイドとかから質問とかも来ることがありますし、「ついでに」と言われる(G17)こともあります。
	以前のインフォーマルサービスは消滅	本当に民間のところ、銀行さんであるとかとの接点は無い(G18)です。 そこがなくなって、今大きなスーパーに変わったんですが、まるっきり付き合いがない。(G19) 一時期、ちょっとお付き合いがあったホームセンターさんがあって、そこがここに私が来たころ、よくお話しして(以前は)近所の方の交流もあった(G20)んですよ。 認知症で後援のある方なんかを見かけたら連絡(G21)をいただいたりかしてたんなんですが、 以前、その職がありますね。そのすぐ横がコンビニだったんですけど、これも1年ほど前になくなって。うちが一番近いところがみんななくなっちゃったので、ちょっとずつ薬いたものがなくなりました。(G23) 道路を渡ってあるコンビニさんというのは、やっぱりちょっと違う(G24)んですよ。このエリアなので、 先ほど言った町内会も40前後の小さな町内会なので、去助の部分ではかなりできてたんですが。(G25)
インフォーマルサービスの少なさ	インフォーマルサービスの確保が急務	先ほど言ったように小規模多機能なので、自分のところで結構、備える部分があるので、本来はもうちょっとインフォーマルサービスを入れていかなければいけない(G26)とか。できる部分も多いはずなんですけどね。 あと、制限が少ないので送迎なんかもまったく、病院受診であろうが、買い物であろうが、だから、それをやるから、ちょっとなかなか仕事が、業務量が減らない(G27)というのもあるって、ほかに手が回らなくなってくるという。
	ボランティアの人材不足	地区社協さんにボランティアの依頼をした(G28)ことが何回あります、ごみ出しとかの。 今の時期のせいもあるんですがいないと言われます。「ボランティアがない(G29)」。 コロナ禍で、人の家の中に入って、ごみを出してくれる人がなかなか集まらない(G30)とか、 外出支援の社協さんのボランティアでというのはいない、人が集まらない。(G31) 大きな災害だと、どっと集まるんですけど、日々の分だと、なかなかこの辺りでは少ない。(G32) だから、通学の見守りとかも本当にリタイアした高齢の方。(G33)ほんと、ずっと同じ方がまだやってる。 僕が来たときからやってる80代の方も、ほとんど利用者さんに近いような方が信員に立ってやっ(G34)てとか。

次に、「居宅介護支援事業所」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、居宅介護支援事業所に所属し、地域包括ケアシステムに携わって5年の主任ケアマネジャーである。内容分析の結果、34のコード、6つのサブカテゴリー、3つのカテゴリー【サービスの地域格差】、【業務量の多さ】、【情報共有方法の古さ】への抽象化が図られた(表8)。

【サービスの地域格差】というカテゴリーでは、主任ケアマネジャーの「社会資源が少

ない。(B01)〕、〔新規利用はストップしている(B02)〕、〔遠めの場所に行って利用(B03)〕、〔行きたくないと言われた(B04)〕、〔本人にあったサービスがなくて難しい(B05)〕、〔社会資源が無い(B06)〕、〔(社会)資源はない(B07)〕、〔開始まで時間がかかる(B8)〕、〔デイケアを利用(B09)〕、〔受け入れてもらえない(B10)〕この10のコードからサブカテゴリー<高齢者向けサービスの不足>とした。また、〔新しい病院や施設で個室(B11)〕、〔多床室は探せない(B12)〕、〔希望になかなか沿えなかった(B13)〕、〔送迎は無理(B14)〕、〔送迎の難しい場所がある(B15)〕、〔利用ができていない(B16)〕、〔地域の方がゴミ出し(B17)〕この7つのコードからサブカテゴリー<高齢者サービスの地域格差>とし、<高齢者向けサービスの不足>と<高齢者サービスの地域格差>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【サービスの地域格差】と命名した。

【業務量の多さ】というカテゴリーでは、主任ケアマネジャーの〔定員がいっぱい(B18)〕、〔一人では行けない(B19)〕、〔独居の男性(B20)〕この3つのコードからサブカテゴリー<独居高齢者の増加>と命名した。また、〔業務的に難しかった(B21)〕、〔(忙しくて)それができず。(B22)〕、〔頭が回らなかった。(B23)〕、〔業務に追われてできない(B24)〕、〔他の仕事で手一杯(B25)〕この5つのコードからサブカテゴリー<業務多忙により連携が難しい>と命名した。<独居高齢者の増加>と<業務多忙により連携が難しい>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【業務量の多さ】と命名した。

【情報共有方法の古さ】というカテゴリーでは、主任ケアマネジャーの〔情報が入ってこない。(B26)〕、〔地域の活動内容の情報(B27)〕この2つのコードからサブカテゴリー<情報提供が分かりづらい>とした。また、〔WEBやITを使用する方が良い(B28)〕、〔iPadを持って動いている(B29)〕、〔ZOOMのIDを持っていない(B31)〕、〔Wi-Fiがないと難しい(B32)〕、〔車で行くのも結構時間がかかります。(B33)〕、〔移動の時間が勿体ない(B34)〕この6つのコードからサブカテゴリー<Webの活用が不十分>と命名した。<情報提供が分かりづらい>と<Webの活用が不十分>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【情報共有方法の古さ】と命名した。

表8 都市部の居宅介護支援事業所における専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード			
サービスの地域格差	高齢者向けサービスの不足	最近、高齢者の方が増えてきて、要支援の方や要介護の方が1日型のデイサービスやデイケアや短時間の地域密着型で運動特化型のデイサービスを希望されている方が多いが、その点ではこの地域では 社会資源が少ない。(B01) 利用者が多いので、 新規利用はストップしている(B02) ところがある。 ちょっと遠めの場所に行って利用(B03)している。 すぐ近くに100歳体操の場所があるんですけど、本人が男性で 行きたくないと言われた(B04) り。 なかなか、ご本人にあったサービスがなくて難しい。(B05) ヘルパーさんをお願いしたいんですけど、そういった 社会資源が無い(B06) ので、H区の地域包括支援センターをお願いしたり、地域の方をお願いしたりしています。 それ以外の地域は、助けてもらう (社会)資源はない(B07) ので、利用者さんの知り合いに頼むといった現状になっていますね。 老健さんもデイケアがあるが、手続きをして 開始まで時間がかかる(B8) ので、退院して体験してすぐに利用することができない。 病院につくられている デイケアを利用(B09) している。 送迎はしてもらっているのですが、地域密着型の運動特化型のデイサービスも利用者数が多いので、 受け入れてもらえない(B10) ことがある。			
		高齢者サービスの地域格差	あと、ショートステイでは、10年、20年前から 新しい病院や施設で個室(B11) などでプライベートを大事にしましよとなっている。以前の高齢者は年金を多く貰っていたが、最近の方は若くして50代、60代の方で脳梗塞になる方が多いので、多床室の方が住居費が安くなるのですが、個室は探せるが、 多床室は探せない。(B12) ずいぶん先から予約すれば良いんですけど、この前、すぐに入りたいという方がおられて、 希望になかなか治えなかった。(B13) UやWの上の方は、山に囲まれていて、ちょっと送迎は…と言われることがある。駅前の方からの 送迎は無理(B14) ですか。 地図的には近いけど、ぐるっと回らないとダメなので、ちょっと、 送迎の難しい場所がある。(B15) 資源はあるけど、 利用ができていない。(B16) U地域だけにはなりますが、ちょっとしたことでも、 地域の方がゴミ出し(B17) をしてもらったり。そこは、ゴミ出しで100円のインセンティブがあったりもします。		
			業務量の多さ	独居高齢者の増加 100歳体操なんでも 定員がいっぱい(B18) で、ちょっと無理ですよと言われたり。 早稲田の上の方は、坂道があるので 一人では行けない(B19) けれど、家族の人がいれば行くことができるけども、とか。 グランドゴルフも地域でされている方がおられて、 独居の男性(B20) でそこに行ってもらいたいけど、若い頃にゴルフの会員権を8つぐらい持っていたらしく、週に2回ぐらいゴルフをしていたけど、そんなところへ行きたくない、と言われたり。 私も一緒に行ければ良いのですが、なかなかそこまで 業務的に難しかった(B21) り。 認知症カフェもたくさんあるけど、今まで認知症の家族の人に促したことがあるんですけど、その人だけで行くのは行きにくいので、私も一緒に行ければ良かったのですが、そして関係づくりをお手伝いできれば良かったんですけど、なかなか (忙しくて)それができず。(B22) 地域包括支援センターの人に私が情報を言えば、地域包括支援センターの人がサポートしてもらえたかもしれないけれど、私もその時に 頭が回らなかった。(B23) 家族の人が行って、退屈になったらなーと思ひ、積極的に動けなかった。 地域包括支援センターの方々も地域の方を通じて、社会資源を立ち上げて作ったりしていますが、私たちケアマネは協力することが、日々の 業務に追われてできない(B24) なと思っていますし。 ヘルパーさんはいるけど、 他の仕事で手一杯(B25) なので、住民の力を借りる時代になってきている。	
				情報共有方法の古さ	情報提供が分かりづらい 情報を、おそろしく流してはくれていると思いますが、私たちが積極的に知ろうとしない、どこで、こういった活動をしていますよ、という 情報が入ってこない。(B26) 地域包括支援センターの方がしていると思いますが。 例えば、100歳体操が何時から、グランドゴルフがどの場所から何時から、 地域の活動内容の情報(B27) といった一覧表を流してもらえるとありがたい。
					Webの活用が不十分

次に、「病院」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、療養型の病院に所属し、地域包括ケアシステムに携わって4年の看護師である。内容分析の結果、24のコード、6つのサブカテゴリー、3つのカテゴリー【家族の介護力の弱さ】、【施設入所の条件の厳しさ】、【情報交換の必要性】への抽象化が図られた(表9)。

【家族の介護力の弱さ】というカテゴリーでは、看護師の[介護力が介護保険を使っても弱い(E01)]、[配偶者が高齢(E02)]、[昼間に自宅に人がいない(E03)]、[配偶者が高齢で(E04)]、[核家族化(E05)]、[家族が仕事で居なかったり(E06)]、[自宅に連れて帰れない(E07)]この7つのコードからサブカテゴリー<家族における介護力の弱さ>とした。また、[病院の需要は大きく(E08)]、[施設がダメということがあ

(E09)]、[当院を含めて 2、3 か所(E10)]、[終末期も含めて看させて(E11)] この4つのコードからサブカテゴリー<療養型病床であれば入院可能>とした。<家族における介護力の弱さ家族における介護力の弱さ>と<療養型病床であれば入院可能>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【家族の介護力の弱さ】と命名した。

【施設入所の条件の厳しさ】というカテゴリーでは、看護師の[病院と施設の間(E12)]、[(診療報酬の)点数が高かった(E13)] この2つのコードからサブカテゴリー<医療的ケアがあると施設入所が困難>とした。また、[高カロリー輸液を使ってください(E14)]、[寝たきり(E15)]、[点滴のみ的手段(E16)] この3つのコードからサブカテゴリー<嚥下テストを用いた身体のアセスメント>とし、<医療的ケアがあると施設入所が困難>と<嚥下テストを用いた身体のアセスメント>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【病院側の施設入所の条件の厳しさ】と命名した。

【情報交換の必要性】というカテゴリーでは、看護師の[近隣の病院さんと情報交換会(E17)]、[意見交換しにくい(E18)]、[一方的に話を聞く感じ(E19)]、[近隣の病院の情報交換(E20)] この4つのコードからサブカテゴリー<近隣病院との情報交換の場が減少>とした。また、[期限が来たら出て行ってください(E21)]、[何日までに空きベッドをと言われる(E22)]、[病院が増えれば状況は変わる(E23)]、[点数が厳しくなっている。(E24)] この4つのコードからサブカテゴリー<入院期間と空床確保の難しさ>とし、<近隣病院との情報交換の場が減少>と<地域が見えない病院看護師>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【情報交換の必要性】と命名した。

表9 都市部の病院における専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
家族の介護力の弱さ	家族における介護力の弱さ	最近、在宅での介護力が介護保険を使っても弱い(E01)ことが多い。
		配偶者が高齢(E02)だったり。
		自宅に戻るといっても難しいですね。とくに星間に自宅に人がいない(E03)、といったことが多くあるので。
		上手くできれば良いのですが、在宅が希望でも配偶者が高齢で、(E04)
		核家族化(E05)しているので難しいですね。
	療養型病床であれば入院可能	ご家族が仕事で居なかったり、(E06)
		急性期病院を退院しても、なかなか自宅に連れて帰れない(E07)状況がある。
		そういう意味で、療養型の病院の需要は大きく(E08)なっている。
		家に帰れない方が施設に入ることがありますが、点滴していたらダメ、経鼻があるとダメとか、そういった場合、施設がダメということがある。(E09)
		そういった場合、N区やS区は、受け入れてくれる病院は多いですが、M区は当院を含めて2、3か所。(E10)
施設入所の条件の厳しさ	医療的ケアがあると施設入所が困難	施設と病院との間ということになるので、終末期も含めて看させて(E11)もらいます。
	嚥下テストを用いた身体のアセスメント	介護医療院を持っているところは、病院と施設の間(E12)、という役割も担っている。
		今までは高カロリー輸液が入っている患者さんは(診療報酬の)点数が高かった。(E13)
		最近では嚥下テストをして、ダメだったら高カロリー輸液を使ってください(E14)と言われる。
情報交換の必要性	近隣病院との情報交換の場が減少	寝たきり(E15)で誤嚥テストはできなかつたりする事案が増えている。
		語嚥テストができれば、苦労しないんですけど、高カロリー輸液が難しく、経鼻からの注入が難しくければ、点滴のみの手段(E16)になる。
		以前は、近隣の病院さんと情報交換会(E17)をしていたが、コロナ後は実施できていない。
	入院期間と空床確保の難しさ	WEBも実施しているようだけど、WEBだと、意見交換しにくい。(E18)
		対面の時はグループワークを良くしていたが、今は一方的に話を聞く感じ(E19)になっている。
		以前はお互い近隣の病院の情報交換(E20)ができていた。
	急性期病院は期限が来たら出て行ってください(E21)となる。	
	ただ、うちの病院はそういうわけにはいかないし、回復期病棟や地域包括病棟は、何日までに空きベッドをと言われる(E22)が、そう思い通りにはいかない。	
	今後、病院が増えれば状況は変わる(E23)と思いますが、だいたい吸引があるので。	
	療養型病院で言えば、入院の対象の患者さんは点数が厳しくなっている。(E24)	

そして、「地域包括支援センター」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、地域包括支援センターに所属し、地域包括ケアシステムに携わって18年の社会福祉士である。内容分析の結果、45のコード、10のサブカテゴリー、4つのカテゴリー【地域包括ケアシステムの周知不足】、【情報共有の場の少なさ】、【他部署との連携不足】、【事業の計画修正】への抽象化が図られた(表10)。

【地域包括ケアシステムの周知不足】というカテゴリーでは、地域包括支援センターの[そのものをまだご存じない(D01)]、[実感してくださる(D02)]、[知られていない。(D03)]、[十分に共有し切れていない(D04)]この4つのコードからサブカテゴリー<地域包括ケアシステムを知らない>とした。また、[説明し切れていない(D05)]、[聞くことが怖い(D06)]、[説明が十分できていない(D07)]、[根本の部分が課題である(D08)]、[いろんな職種の方が関わってくれる(D09)]、[ちょっと伝わりにくかった(D10)]この6つのコードから<地域包括ケアシステムの説明不足>とし、<地域包括ケアシステムを知らない>と<地域包括ケアシステムの説明不足>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【地域包括ケアシステムの周知不足】と命名した。

【情報共有の場の少なさ】というカテゴリーでは、地域包括支援センターの[専門職の方々も一堂に共有できる場(D11)]、[もうちょっとできてもいいかな(D12)]、[(情報を)共有できる場(D13)]、[集まってするというのが難しかった。(D14)]この4つのコードからサブカテゴリー<情報共有できる場の未整備>とした。また、[オンラインで、

Zoom で開催(D15)]、[一同に介してやる機会(D16)]、[S 区役所などだと距離が遠いので(D17)]、[自宅から参加できたとか(D18)]、[オンラインであれば参加できた(D19)] この5つのコードから<Webを用いた共有の場を用意>と命名した。そして、[(医師の)当日のご参加が少ない(D20)]、[医師(D21)]、[参加がいただけない背景・理由(D22)] この3つのコードからサブカテゴリー<医師の不参加が多い>と命名した。<情報共有できる場の未整備>と<Webを用いた共有の場を用意>と<医師の不参加が多い>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【情報共有の場の少なさ】と命名できた。

【他部署との連携不足】というカテゴリーでは、地域包括支援センターの[担当が別になる。(D23)]、[連携というところがまず上手くいかない(D24)]、[委託事業に取り組む(D25)]、[担当課が異なるだけで、そこの連携がまず、つまずいてしまう(D26)]、[準備でしたり、段取り(D27)] この5つのコードからサブカテゴリー<他部署との連携の難しさ>と命名した。また、[全然情報として届かなかった(D28)]、[分からないまま何年か来てしまった(D29)]、[話せば分かるはずだった(D30)]、[もっと早くすべき(D31)]、[事業が進まない(D30)]、[お互いのことを十分に理解できてない(D31)] この6つのコードからサブカテゴリー<専門職同士で情報共有ができていない>と命名した。<他部署との連携の難しさ>と<専門職同士で情報共有ができていない>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【他部署との連携不足】と命名できた。

【事業の計画修正】というカテゴリーでは、地域包括支援センターの[レセプトデータと介護予防の一体的実施(D32)]、[一応計画的にしようとしてた行政の動き(D33)]、[本当に狙ったものにしようとしてるのか(D34)]、[事業に取り組む姿勢(D35)]、[計画的に事業が実施(D36)]、[PDCA サイクル(D37)] この6つのコードからサブカテゴリー<計画変更になった事業計画>と命名した。また、[データの抽出はちょっと時間がかかっている(D38)]、[トーンがダウンした(D39)]、[急にデータ分析がなくなって(D40)] この3つのコードからサブカテゴリー<事業の展開スピードが停滞>と命名した。そして、[私たち(専門職)が何をしようとしているのか(D41)]、[住民の方に最終的に何がもたらされるのか(D42)]、[身近なものしていける(D43)] この3つのコードからサブカテゴリー<活動方針の共有が不明確>と命名した。<計画変更になった事業計画>と<事業の展開スピードが停滞>と<活動方針の共有が不明確>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【事業の計画修正】と命名できた。

表 10 都市部の地域包括支援センターにおける専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
地域包括ケアシステムの周知不足	地域包括ケアシステムを知らない	その部分が構築できたかどうかでしたり、そのシステムが機能しているかどうかとなったときに、地域住民の方が地域包括ケアシステムそのものをまだご存じない(D01)というところがある。 そういった相談した相談者にとっては、そういったのを <u>実感してくださる(D02)</u> と思うんですけど。 まだそういう相談に至ってない地域住民の方にとって、この地域包括ケアシステムというものは <u>知られていない。(D03)</u> その差がまだ、かなり大きいような気がいたします。先ほどの住民の方もそうですし、住民組織の方もそうですし。 やっぱり多職種の中でも地域包括ケアシステムというものが <u>いっていいもの</u> だったので、目的は何かとか、そういった専門職の中でも「地域包括ケアシステムとは」というものが <u>十分に共有し切れていない(D04)</u> というところは、専門職の中でも、そこはまだまだ規範的統合という言葉になると、そういう言葉になるかもしれませんが、そういったこと。 専門職の間でもそうですし、それがひいては住民の方でしたり、民生委員さん、住民組織のような、そういった方々にS区が目指しているとか、私どもが目指している「地域包括ケアシステムとは」というものが十分に <u>説明し切れていない(D05)</u> というところが課題である。 機能しているかどうかということ、まずは地域住民の方に正直、 <u>聞くことが怖い(D06)</u> というが。 そもそも「地域包括ケアシステムって何ですか」と言われたときに、その <u>説明が十分でない(D07)</u> ので。 主体を誰のためにと考えたら、住民の方のためのシステムなので、その部分がまず、まだまだ <u>根本の部分が課題である(D08)</u> かなと思っています。 実際の個別のケースに当たるときに、最初のご質問にお答えできたのが、住民の方が、個別のシーンにおいて相談したら <u>いろんな職種の方が関わってくれる(D09)</u> という。 そういったところ。何をされるようになっているのかという、まず目的でしたり、趣旨というものが、まず <u>ちょっとわかりにくかった(D10)</u> というのがある。まず、そこで何年かかかったと。
	地域包括ケアシステムの説明不足	先ほどお話があった公助・共助というところ、専門職です。そういった方々が一同に介して、地域包括ケアシステムのごことで、地域共生社会の実現とか、そういったものを、自助も互助も共助も <u>専門職の方々と共有できる場(D11)</u> というのが地域包括支援センターとしてはまだ十分にできていない。 それぞれには地域包括ケアシステムについて少しずつお話ししているのですが、それが皆すべて共有できる場があるかというところ、その部分が <u>もうちょっとできていいかな(D12)</u> と感じております。 例えば、民生区というふうな表現をすると、民生委員さんの単位での地域ケア会議、民生委員さんと地区社協さんと、例えばケアマネジャーだったり、サービス提供事業所と地域包括、あと、行政、まあ区の社会福祉協議会でしたが、そういった方々と(情報を)、 <u>共有できる場(D13)</u> というのが、さまざまなテーマでしている地域もあります。 そこが、ちょっとコロナ禍の影響を言い訳にはいけません、なかなか <u>集まってきている(D14)</u> というところ、2年でですね。 地域ケア会議の開催でしたり、認知症をテーマとした研修会などをオンラインで、Zoomで開催(D15)して、そこに民生委員でしたり、地区の社会福祉協議会の方にちょっとZoomの使い方をお伝えさせていただいて、当日オンラインで専門職も、民生委員と地区社会福祉協議会も一緒に、 <u>一同に介してやる機会(D16)</u> というのを昨年度することができました。 どうしても、S区役所別館でしたり、場所がどうしても、民生委員、M中学校区からS区役所などと距離が遠いので。(D17) ご家族の方に、使い方を教えてもらって、 <u>ご自宅から参加できたか。(D18)</u> 専門職の方も、今まではちょっと参加できなかったんですけど、 <u>オンラインであれば参加できた(D19)</u> という方もいらっしゃるんで、オンラインで開催すること、少し意義というか、影響はあったかなと思います。 私どもの課題は、やっぱり医師の先生方のご参加が、集合型であってもオンラインであっても、医師の先生方に研修会をするときに直接足を運んで広報させていただくんですけども、 <u>ちょっとなかなか当日のご参加が少ない。(D20)</u> その課題がありますね。その <u>医師(D21)</u> によって、今そういったテーマでの取り組みというものが、もしかしたら必要ないと思っていられないかもしれませんし。 その辺りのご参加が <u>いらない背景・理由(D22)</u> というところが、ちょっと十分に把握ができていない。
情報共有の場の少なさ	情報共有できる場の未整備	例えば地域包括ケアシステムの構築でしたり、私どもの、H市でいうと行政の担当は地域包括ケア推進課が担当区になるんですが、例えば生活支援体制整備事業でしたり、生活困窮者の自立支援の取り組みというふうになったときに、私どもももちろんその事業に関わるのですが、その担当は例えば高齢福祉課でしたり、地域包括ケア推進課とは <u>ちょっと担当が別になる。(D23)</u> その行政の担当課が分かれた時点で、そこですでに事業課の <u>連携というところがまず上手いかな(D24)</u> という。 地域包括ケア推進課があって、地域包括支援センターがあって、それで <u>委託事業に取引(D24)</u> ということはずごくスムーズなんです。
	Webを用いた共有の場を用意	例えば生活困窮者自立支援でしたり、生活支援体制整備事業、生活支援コーディネーターの取り組みとなったときに、そこには今度、区の社会福祉協議会の方とか、そういった方々との連携、協働となったときに、 <u>ちょっと担当課が異なるだけで、その連携がまず、つまずいてしまう(D25)</u> という。 例えば生活支援体制整備事業における協議体として、そういったのを関係者の方と話し合うことになったときに、その <u>準備でしたり、段取り(D26)</u> でしたりというのが、なかなか地域包括支援センター側とか、S区の地域支えあい課とか。 協議体自体も実は開催されなかった時期が長かったので、そこで何をしようかとされていたり、 <u>何につまずいてらっしゃるかというのが全然情報として届かなかった(D27)</u> ので。 そこを私たちが何をしたいのか、しなければいけないけど、具体的に私たちが何をしたいかというのが <u>分からないまま何年か来てしまった(D27)</u> というのには、その部分で、 <u>すぐもったいない</u> というが。 せっかく専門職の皆さん同士なので、 <u>話せば分かるはずだった(D28)</u> のに、そこにすぐ時間がかかり過ぎたなと。 もともととせば、住民の方だといろんな感情があって難しいというのはすごく分かってんですけど、専門職同士が話し合えば、 <u>もっと早く(D29)</u> 、できることが、非常にそこになぜか何年もかかったということももったいない。 そこで <u>事業が進まない(D30)</u> のすごく。何かそこが、やっぱり日ごろ顔を合わせる機会が少なかつたり。 <u>お互いのことを十分に理解できてない(D31)</u> 者同士となったときに非常に時間がかかるんだらうなと感じましたね。
他部署との連携の難しさ	他部署との連携の難しさ	H市は、例えば「PDCAサイクルを回して事業を、計画を立てて、実行して、評価して、改善をしよう。PDCAサイクルを回しましよう」ということで、現場の地域包括としてはそのことを各事業、やっぱりしながら進めてるんですけど、 <u>ひいて行政、S区に当てはめられたときに、例えば今レセプトの情報、保健事業と介護予防という、今まで情報共有が難しかったレセプトデータと介護予防の一体的委施(D32)</u> というのを、例えば服薬のことでしたり、口腔ケアのこのポピュレーションアプローチでしたり、ハイリスクの方を抽出してハイリスクアプローチという取り組みがあるんです。 先日その、何年前かに始まった取り組みで打ち合わせに入ったんですけど、最初は、例えばF小学校区だと糖尿病患者が多いでしたり、例えばですけど、服薬の多剤、たくさん飲んでらっしゃる方が多いからと、そういう地域の課題を一応データ上で取り上げて、その地域で例えば「服薬をしよう」とか、そういった一つのデータを使って、「この地区でこの取り組みをしよう」というのが、 <u>一応計画的にしようとして行政の動き(D33)</u> だったんです。
	他部署との連携不足	ちょっと、地域包括ケアシステムという広い捉え方になっては大きいですけれども、本当に地域包括ケアシステムの構築に向けた……、何て言うんでしょうかね。果たして、そこを <u>本当に狙ったものにしてやられるのか(D34)</u> とか、もうちょっと行政の方の熱意というのがある。 熱意という気持ちの部分になるとちょっと違うんですけど、もうちょっと <u>事業に取引(D35)</u> というものが明確に出てこれてもいいのかなと。 現場としては、やっぱりそういった熱意があるのもあるので、もう少し <u>計画的に事業が実施(D36)</u> できればありがたいなと思います。 果たして、それが計画的な取り組みで、仮にPDCAサイクル(D37)を考えたときに、「プラン(P)」の時点で、そのようなプランの内容で果たして(いいの)かとか、 <u>実行したあとの評価</u> ですね。「チェック(C)」の部分でどのようにそれをしようとしているのかとか。けれど、今回打ち合わせに入ったときに、「 <u>データの抽出はちょっと時間がかかっている(D38)</u> 」とかいうことで、データの、まず分析がそこにならなかった。 取り組み自体も、「例年していることなので、例年どおりましよう」みたいな、 <u>ちょっと1年目よりもすぐトーンがダウンした(D39)</u> なと。 「地域は、してないところで満遍なくやりましよう」みたいな。 <u>急にデータ分析がなくなると(D40)</u> 、「まあ例年どおり、年に1カ所口腔ケアましよう」みたいな。 ごめんなさい。ちょっと、この部分難しいですが、一通り、地域包括ケアシステムの構築は、やっぱり最終的な主体は地域住民の方にあると思うので、 <u>住民の方にとって私たち(専門職)が何をしようとしているのか(D41)</u> とか。 <u>住民の方に最終的に何がもたらされるのか(D42)</u> とか、そういったものを感じていただけるものでない。 目に見えたり、感じていただけるものに、できるだけ <u>身近なものにしていく(D43)</u> ように、それは私たちだけじゃなく、地域包括ケアシステムを構築しようとしている皆さんが、そこは目的でしたり、そこをしっかりと共有するというのが大事だなと思っています。
事業の計画修正	計画変更になった事業計画	先日は、例えば「PDCAサイクルを回して事業を、計画を立てて、実行して、評価して、改善をしよう。PDCAサイクルを回しましよう」ということで、現場の地域包括としてはそのことを各事業、やっぱりしながら進めてるんですけど、 <u>ひいて行政、S区に当てはめられたときに、例えば今レセプトの情報、保健事業と介護予防という、今まで情報共有が難しかったレセプトデータと介護予防の一体的委施(D32)</u> というのを、例えば服薬のことでしたり、口腔ケアのこのポピュレーションアプローチでしたり、ハイリスクの方を抽出してハイリスクアプローチという取り組みがあるんです。 先日その、何年前かに始まった取り組みで打ち合わせに入ったんですけど、最初は、例えばF小学校区だと糖尿病患者が多いでしたり、例えばですけど、服薬の多剤、たくさん飲んでらっしゃる方が多いからと、そういう地域の課題を一応データ上で取り上げて、その地域で例えば「服薬をしよう」とか、そういった一つのデータを使って、「この地区でこの取り組みをしよう」というのが、 <u>一応計画的にしようとして行政の動き(D33)</u> だったんです。 ちょっと、地域包括ケアシステムという広い捉え方になっては大きいですけれども、本当に地域包括ケアシステムの構築に向けた……、何て言うんでしょうかね。果たして、そこを <u>本当に狙ったものにしてやられるのか(D34)</u> とか、もうちょっと行政の方の熱意というのがある。 熱意という気持ちの部分になるとちょっと違うんですけど、もうちょっと <u>事業に取引(D35)</u> というものが明確に出てこれてもいいのかなと。 現場としては、やっぱりそういった熱意があるのもあるので、もう少し <u>計画的に事業が実施(D36)</u> できればありがたいなと思います。 果たして、それが計画的な取り組みで、仮にPDCAサイクル(D37)を考えたときに、「プラン(P)」の時点で、そのようなプランの内容で果たして(いいの)かとか、 <u>実行したあとの評価</u> ですね。「チェック(C)」の部分でどのようにそれをしようとしているのかとか。けれど、今回打ち合わせに入ったときに、「 <u>データの抽出はちょっと時間がかかっている(D38)</u> 」とかいうことで、データの、まず分析がそこにならなかった。 取り組み自体も、「例年していることなので、例年どおりましよう」みたいな、 <u>ちょっと1年目よりもすぐトーンがダウンした(D39)</u> なと。 「地域は、してないところで満遍なくやりましよう」みたいな。 <u>急にデータ分析がなくなると(D40)</u> 、「まあ例年どおり、年に1カ所口腔ケアましよう」みたいな。 ごめんなさい。ちょっと、この部分難しいですが、一通り、地域包括ケアシステムの構築は、やっぱり最終的な主体は地域住民の方にあると思うので、 <u>住民の方にとって私たち(専門職)が何をしようとしているのか(D41)</u> とか。 <u>住民の方に最終的に何がもたらされるのか(D42)</u> とか、そういったものを感じていただけるものでない。 目に見えたり、感じていただけるものに、できるだけ <u>身近なものにしていく(D43)</u> ように、それは私たちだけじゃなく、地域包括ケアシステムを構築しようとしている皆さんが、そこは目的でしたり、そこをしっかりと共有するというのが大事だなと思っています。
	事業の計画修正	先日は、例えば「PDCAサイクルを回して事業を、計画を立てて、実行して、評価して、改善をしよう。PDCAサイクルを回しましよう」ということで、現場の地域包括としてはそのことを各事業、やっぱりしながら進めてるんですけど、 <u>ひいて行政、S区に当てはめられたときに、例えば今レセプトの情報、保健事業と介護予防という、今まで情報共有が難しかったレセプトデータと介護予防の一体的委施(D32)</u> というのを、例えば服薬のことでしたり、口腔ケアのこのポピュレーションアプローチでしたり、ハイリスクの方を抽出してハイリスクアプローチという取り組みがあるんです。 先日その、何年前かに始まった取り組みで打ち合わせに入ったんですけど、最初は、例えばF小学校区だと糖尿病患者が多いでしたり、例えばですけど、服薬の多剤、たくさん飲んでらっしゃる方が多いからと、そういう地域の課題を一応データ上で取り上げて、その地域で例えば「服薬をしよう」とか、そういった一つのデータを使って、「この地区でこの取り組みをしよう」というのが、 <u>一応計画的にしようとして行政の動き(D33)</u> だったんです。 ちょっと、地域包括ケアシステムという広い捉え方になっては大きいですけれども、本当に地域包括ケアシステムの構築に向けた……、何て言うんでしょうかね。果たして、そこを <u>本当に狙ったものにしてやられるのか(D34)</u> とか、もうちょっと行政の方の熱意というのがある。 熱意という気持ちの部分になるとちょっと違うんですけど、もうちょっと <u>事業に取引(D35)</u> というものが明確に出てこれてもいいのかなと。 現場としては、やっぱりそういった熱意があるのもあるので、もう少し <u>計画的に事業が実施(D36)</u> できればありがたいなと思います。 果たして、それが計画的な取り組みで、仮にPDCAサイクル(D37)を考えたときに、「プラン(P)」の時点で、そのようなプランの内容で果たして(いいの)かとか、 <u>実行したあとの評価</u> ですね。「チェック(C)」の部分でどのようにそれをしようとしているのかとか。けれど、今回打ち合わせに入ったときに、「 <u>データの抽出はちょっと時間がかかっている(D38)</u> 」とかいうことで、データの、まず分析がそこにならなかった。 取り組み自体も、「例年していることなので、例年どおりましよう」みたいな、 <u>ちょっと1年目よりもすぐトーンがダウンした(D39)</u> なと。 「地域は、してないところで満遍なくやりましよう」みたいな。 <u>急にデータ分析がなくなると(D40)</u> 、「まあ例年どおり、年に1カ所口腔ケアましよう」みたいな。 ごめんなさい。ちょっと、この部分難しいですが、一通り、地域包括ケアシステムの構築は、やっぱり最終的な主体は地域住民の方にあると思うので、 <u>住民の方にとって私たち(専門職)が何をしようとしているのか(D41)</u> とか。 <u>住民の方に最終的に何がもたらされるのか(D42)</u> とか、そういったものを感じていただけるものでない。 目に見えたり、感じていただけるものに、できるだけ <u>身近なものにしていく(D43)</u> ように、それは私たちだけじゃなく、地域包括ケアシステムを構築しようとしている皆さんが、そこは目的でしたり、そこをしっかりと共有するというのが大事だなと思っています。
事業の展開スピードが停滞	事業の展開スピードが停滞	先日は、例えば「PDCAサイクルを回して事業を、計画を立てて、実行して、評価して、改善をしよう。PDCAサイクルを回しましよう」ということで、現場の地域包括としてはそのことを各事業、やっぱりしながら進めてるんですけど、 <u>ひいて行政、S区に当てはめられたときに、例えば今レセプトの情報、保健事業と介護予防という、今まで情報共有が難しかったレセプトデータと介護予防の一体的委施(D32)</u> というのを、例えば服薬のことでしたり、口腔ケアのこのポピュレーションアプローチでしたり、ハイリスクの方を抽出してハイリスクアプローチという取り組みがあるんです。 先日その、何年前かに始まった取り組みで打ち合わせに入ったんですけど、最初は、例えばF小学校区だと糖尿病患者が多いでしたり、例えばですけど、服薬の多剤、たくさん飲んでらっしゃる方が多いからと、そういう地域の課題を一応データ上で取り上げて、その地域で例えば「服薬をしよう」とか、そういった一つのデータを使って、「この地区でこの取り組みをしよう」というのが、 <u>一応計画的にしようとして行政の動き(D33)</u> だったんです。 ちょっと、地域包括ケアシステムという広い捉え方になっては大きいですけれども、本当に地域包括ケアシステムの構築に向けた……、何て言うんでしょうかね。果たして、そこを <u>本当に狙ったものにしてやられるのか(D34)</u> とか、もうちょっと行政の方の熱意というのがある。 熱意という気持ちの部分になるとちょっと違うんですけど、もうちょっと <u>事業に取引(D35)</u> というものが明確に出てこれてもいいのかなと。 現場としては、やっぱりそういった熱意があるのもあるので、もう少し <u>計画的に事業が実施(D36)</u> できればありがたいなと思います。 果たして、それが計画的な取り組みで、仮にPDCAサイクル(D37)を考えたときに、「プラン(P)」の時点で、そのようなプランの内容で果たして(いいの)かとか、 <u>実行したあとの評価</u> ですね。「チェック(C)」の部分でどのようにそれをしようとしているのかとか。けれど、今回打ち合わせに入ったときに、「 <u>データの抽出はちょっと時間がかかっている(D38)</u> 」とかいうことで、データの、まず分析がそこにならなかった。 取り組み自体も、「例年していることなので、例年どおりましよう」みたいな、 <u>ちょっと1年目よりもすぐトーンがダウンした(D39)</u> なと。 「地域は、してないところで満遍なくやりましよう」みたいな。 <u>急にデータ分析がなくなると(D40)</u> 、「まあ例年どおり、年に1カ所口腔ケアましよう」みたいな。 ごめんなさい。ちょっと、この部分難しいですが、一通り、地域包括ケアシステムの構築は、やっぱり最終的な主体は地域住民の方にあると思うので、 <u>住民の方にとって私たち(専門職)が何をしようとしているのか(D41)</u> とか。 <u>住民の方に最終的に何がもたらされるのか(D42)</u> とか、そういったものを感じていただけるものでない。 目に見えたり、感じていただけるものに、できるだけ <u>身近なものにしていく(D43)</u> ように、それは私たちだけじゃなく、地域包括ケアシステムを構築しようとしている皆さんが、そこは目的でしたり、そこをしっかりと共有するというのが大事だなと思っています。
	事業の展開スピードが停滞	先日は、例えば「PDCAサイクルを回して事業を、計画を立てて、実行して、評価して、改善をしよう。PDCAサイクルを回しましよう」ということで、現場の地域包括としてはそのことを各事業、やっぱりしながら進めてるんですけど、 <u>ひいて行政、S区に当てはめられたときに、例えば今レセプトの情報、保健事業と介護予防という、今まで情報共有が難しかったレセプトデータと介護予防の一体的委施(D32)</u> というのを、例えば服薬のことでしたり、口腔ケアのこのポピュレーションアプローチでしたり、ハイリスクの方を抽出してハイリスクアプローチという取り組みがあるんです。 先日その、何年前かに始まった取り組みで打ち合わせに入ったんですけど、最初は、例えばF小学校区だと糖尿病患者が多いでしたり、例えばですけど、服薬の多剤、たくさん飲んでらっしゃる方が多いからと、そういう地域の課題を一応データ上で取り上げて、その地域で例えば「服薬をしよう」とか、そういった一つのデータを使って、「この地区でこの取り組みをしよう」というのが、 <u>一応計画的にしようとして行政の動き(D33)</u> だったんです。 ちょっと、地域包括ケアシステムという広い捉え方になっては大きいですけれども、本当に地域包括ケアシステムの構築に向けた……、何て言うんでしょうかね。果たして、そこを <u>本当に狙ったものにしてやられるのか(D34)</u> とか、もうちょっと行政の方の熱意というのがある。 熱意という気持ちの部分になるとちょっと違うんですけど、もうちょっと <u>事業に取引(D35)</u> というものが明確に出てこれてもいいのかなと。 現場としては、やっぱりそういった熱意があるのもあるので、もう少し <u>計画的に事業が実施(D36)</u> できればありがたいなと思います。 果たして、それが計画的な取り組みで、仮にPDCAサイクル(D37)を考えたときに、「プラン(P)」の時点で、そのようなプランの内容で果たして(いいの)かとか、 <u>実行したあとの評価</u> ですね。「チェック(C)」の部分でどのようにそれをしようとしているのかとか。けれど、今回打ち合わせに入ったときに、「 <u>データの抽出はちょっと時間がかかっている(D38)</u> 」とかいうことで、データの、まず分析がそこにならなかった。 取り組み自体も、「例年していることなので、例年どおりましよう」みたいな、 <u>ちょっと1年目よりもすぐトーンがダウンした(D39)</u> なと。 「地域は、してないところで満遍なくやりましよう」みたいな。 <u>急にデータ分析がなくなると(D40)</u> 、「まあ例年どおり、年に1カ所口腔ケアましよう」みたいな。 ごめんなさい。ちょっと、この部分難しいですが、一通り、地域包括ケアシステムの構築は、やっぱり最終的な主体は地域住民の方にあると思うので、 <u>住民の方にとって私たち(専門職)が何をしようとしているのか(D41)</u> とか。 <u>住民の方に最終的に何がもたらされるのか(D42)</u> とか、そういったものを感じていただけるものでない。 目に見えたり、感じていただけるものに、できるだけ <u>身近なものにしていく(D43)</u> ように、それは私たちだけじゃなく、地域包括ケアシステムを構築しようとしている皆さんが、そこは目的でしたり、そこをしっかりと共有するというのが大事だなと思っています。
活動方針の共有が不明確	先日は、例えば「PDCAサイクルを回して事業を、計画を立てて、実行して、評価して、改善をしよう。PDCAサイクルを回しましよう」ということで、現場の地域包括としてはそのことを各事業、やっぱりしながら進めてるんですけど、 <u>ひいて行政、S区に当てはめられたときに、例えば今レセプトの情報、保健事業と介護予防という、今まで情報共有が難しかったレセプトデータと介護予防の一体的委施(D32)</u> というのを、例えば服薬のことでしたり、口腔ケアのこのポピュレーションアプローチでしたり、ハイリスクの方を抽出してハイリスクアプローチという取り組みがあるんです。 先日その、何年前かに始まった取り組みで打ち合わせに入ったんですけど、最初は、例えばF小学校区だと糖尿病患者が多いでしたり、例えばですけど、服薬の多剤、たくさん飲んでらっしゃる方が多いからと、そういう地域の課題を一応データ上で取り上げて、その地域で例えば「服薬をしよう」とか、そういった一つのデータを使って、「この地区でこの取り組みをしよう」というのが、 <u>一応計画的にしようとして行政の動き(D33)</u> だったんです。 ちょっと、地域包括ケアシステムという広い捉え方になっては大きいですけれども、本当に地域包括ケアシステムの構築に向けた……、何て言うんでしょうかね。果たして、そこを <u>本当に狙ったものにしてやられるのか(D34)</u> とか、もうちょっと行政の方の熱意というのがある。 熱意という気持ちの部分になるとちょっと違うんですけど、もうちょっと <u>事業に取引(D35)</u> というものが明確に出てこれてもいいのかなと。 現場としては、やっぱりそういった熱意があるのもあるので、もう少し <u>計画的に事業が実施(D36)</u> できればありがたいなと思います。 果たして、それが計画的な取り組みで、仮にPDCAサイクル(D37)を考えたときに、「プラン(P)」の時点で、そのようなプランの内容で果たして(いいの)かとか、 <u>実行したあとの評価</u> ですね。「チェック(C)」の部分でどのようにそれをしようとしているのかとか。けれど、今回打ち合わせに入ったときに、「 <u>データの抽出はちょっと時間がかかっている(D38)</u> 」とかいうことで、データの、まず分析がそこにならなかった。 取り組み自体も、「例年していることなので、例年どおりましよう」みたいな、 <u>ちょっと1年目よりもすぐトーンがダウンした(D39)</u> なと。 「地域は、してないところで満遍なくやりましよう」みたいな。 <u>急にデータ分析がなくなると(D40)</u> 、「まあ例年どおり、年に1カ所口腔ケアましよう」みたいな。 ごめんなさい。ちょっと、この部分難しいですが、一通り、地域包括ケアシステムの構築は、やっぱり最終的な主体は地域住民の方にあると思うので、 <u>住民の方にとって私たち(専門職)が何をしようとしているのか(D41)</u> とか。 <u>住民の方に最終的に何がもたらされるのか(D42)</u> とか、そういったものを感じていただけるものでない。 目に見えたり、感じていただけるものに、できるだけ <u>身近なものにしていく(D43)</u> ように、それは私たちだけじゃなく、地域包括ケアシステムを構築しようとしている皆さんが、そこは目的でしたり、そこをしっかりと共有するというのが大事だなと思っています。	

都市部の実態についてまとめると、訪問看護ステーションの語りから、在宅療養が可能な高齢者であっても、社会資源を知らない看護師が多いため、高齢者が在宅療養を希望しても実現できていないことがわかった。また、訪問看護師の人材不足だけでなく、訪問看護師になりたいという人材が少ないことも明らかになった。そして、退院や転院調整を行うケアマネジャーにおいては、取得している国家資格の違いによって対応が異なることがあり、ケアマネジャーの質の異なりがあることがわかった。市保健センターの語りから、他の業務を兼務しながら地域包括ケアシステムに携わっているため、他の事業が重なると地域に出られない実態がわかった。また、ケアシステムの好事例は知ってはいるものの、地域に合った取組みになるようにするため、時間がかかってしまうことが多いと示された。そして、市社会福祉協議会の生活支援コーディネーターとどのように協働連携していけばよいのか、イメージすることができていないこともわかった。市社会福祉協議会と小規模多機能型居宅介護の語りから、すでに地域で活動しているボランティアの多くは高齢であり、ボランティアの確保が難しい実態がわかった。また、近隣の店舗が早いペースで変わるため、今まで築いてきた関係性が破綻しやすい傾向にあることがわかった。さらに、各組織との協働連携の際、個人情報取り扱いを理由に、必要な情報が得られないこともあった。居宅介護支援事業所と病院による語りから、高齢者のニーズに合った利用可能なサービスが存在しなかったり、利用者過多により遠方の高齢者施設を利用せざるを得ない状況があることがわかった。この事は、高齢者の人口が多いため、担当する業務が多すぎて、きめ細かな連携が難しくなっていることが原因と語られた。地域包括支援センターの語りから、地域包括ケアシステムに関する研修会があっても業務を理由に参加が難しかったり、Webを活用した情報共有の場がまだ少ないことが挙げられる。この上、業務の多さから準備や段取りに使用する時間が思うように確保できなかったり、行政との調整で担当課が異なるだけで連携につまずいていることが明らかになった。

つまり、社会保障制度や社会資源が整っているように見えても、実際には専門職の知識不足や人員不足、業務過多による地域活動への制限、情報共有のルールが未整備であることによる協働連携の困難さから、高齢者を対象としたサービス供給の限界があり、専門職の協働連携が不十分であることが示された。

第2節 農村部の実態

本節では、地域包括ケアシステムに関する協働連携の農村部の実態について述べる。

第1項 テキストマイニングによる農村部の専門職の実態

分析結果について、調査対象者は、農村部の市保健センターの保健師、地域包括支援センターの所長、市社会福祉協議会の福祉活動専門員、病院の看護師長、訪問看護ステーションの看護師、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、小規模多機能型居宅介護に勤務する看護師、各1名、計7名に実施した。性別は全員女性で、地域包括ケアシステムにおける医療や介護、福祉サービスを含めた生活支援サービスに携わった経験年数は1～3年未満が1名、3～5年未満が2名、5～10年未満が2名、10年以上が2名である。分析対象語数と頻出上位20語とした。KH Coderを用いた分析に使用した総文字数を表11に示す。

分析結果より、文章数は127、総抽出語数は4,214、分析対象語数は1,436、異なり語数は665、分析対象語数は471であった。そして、名詞、サ変名詞に絞り、出現回数が多い頻出語上位20語を抽出した(表12)。

表11 使用総文字数

	総文字数	農村部
	市保健センター	898
	地域包括支援センター	1286
施	市社会福祉協議会	1099
設	病院	847
名	訪問看護ステーション	985
	居宅介護支援事業所	783
	小規模多機能型居宅介護	1129

表 1 2 農村部の頻出語一覧

農村部 (n=7)	
抽出語	出現回数
地域	27
病院	16
在宅	13
相談	13
入院	12
医師	9
施設	9
療養	9
希望	8
情報	8
サービス	7
高齢	7
職員	7
長期	7
利用	7
介護	6
支援	6
時点	6
負担	6
家族	5

農村部の地域包括ケアシステムの中で協働連携の業務に従事する専門職の語りの特徴において、出現回数 4 回以上の頻出上位 60 語に絞り、施設間の関連について対応分析を行った。成分 1 の寄与率は 32.55%、成分 2 の寄与率は 24.07%であった。単語を列とする列スコアの布置図において、各単語間の関係性を表現した。行および列のカテゴリー間の距

離が近いほど項目間の類似性は高くなり、原点から遠くに位置するものは少数派となる。これにより、4つの特徴的な語のまとまりが形成された。原点の右上方向に〔市保健センター、市社会福祉協議会、地域包括支援センター〕があり、その方向に「職員」、「認知」、「理解」といった語が出てきており、保健師や市社会福祉協議会や地域包括支援センターの職員が語った「地域包括ケアシステムというのが漠然と大きくて、私も理解しているようで理解してない」があり、特徴的な語といえる。左方向に〔訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所〕があり、その方向に「施設」、「長期」、「慢性」といった語が出てきており、訪問看護師とケアマネジャーが語った「山間部の地域は、一か所ぐらいしか施設がない」があり、特徴的な語となっている。右下方向に〔小規模多機能型居宅介護〕があり、その方向に「繋がり」、「情報」といった語が出てきており、小規模多機能型居宅介護の職員が語った「アンテナを自分で張っておかないと、なかなか情報は入らない」があり、特徴的な語といえる。上方向に〔病院〕があり、その方向に「事業」、「サービス」、「医師」といった語が出てきており、病院の看護師が語った「今は、施設も閉じたりしていて事業所もない」があり、特徴的な語といえる。このことから4つの特徴的なグループが形成され、専門職によって頻出する語が異なるということが示された（図3）。

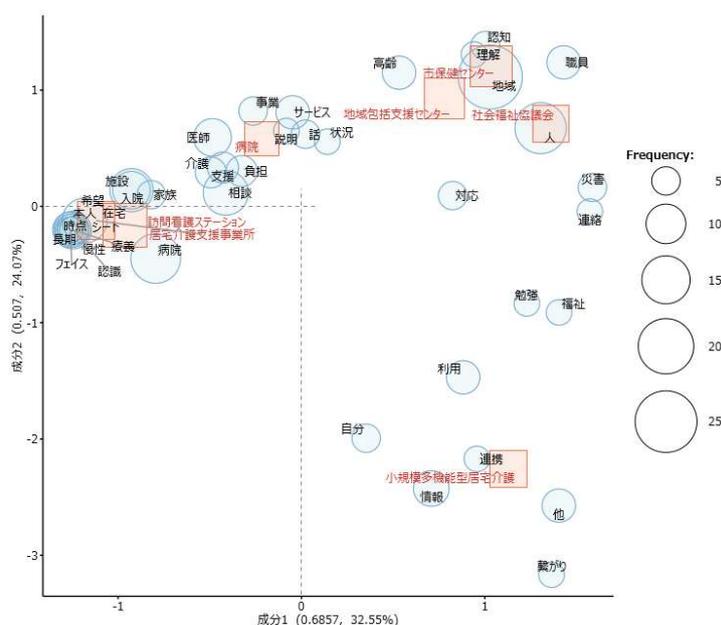


図3 農村部における地域包括ケアシステムが機能していない語りの対応分析

第2項 内容分析からみた農村部の実態

農村部の地域包括ケアシステムにおける専門職の協働連携に対する実態について、第1項の分析結果によって明らかになったグループごとに内容分析を行う。そして、農村部でインタビュー調査を行った専門職の概要については表13に示す。

表13 農村部でインタビュー調査を行った専門職の概要

No	所属	性別	年齢	経験年数	主な資格
8	地域包括支援センター	女性	62歳	2年	①保健師、②看護師
9	市社会福祉協議会	女性	65歳	4年	①管理栄養士
10	市保健センター	女性	51歳	9年	①保健師、②看護師
11	居宅介護支援事業所	女性	49歳	11年	①ケアマネジャー
12	訪問看護ステーション	女性	47歳	4年	①看護師
13	小規模多機能居宅介護	女性	53歳	12年	①介護福祉士
14	病院	女性	54歳	6年	①看護師

ここでは、内容分析の結果について述べる。対象者ごとに、切片化されたデータの地域包括ケアシステムが機能していない内容を表す部分に下線 を引いた。そして、切片化された下線のデータの意味内容を検討したうえで、さらに抽象化をすすめ、サブカテゴリー、同様に抽象化を図り、カテゴリーとした。コードは[]、サブカテゴリーは<>、カテゴリーは【 】で示す。以下、7名分の切片化ならびにコード化について、順を追って記述する。

まずは、「地域包括支援センター」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、地域包括支援センターに所属し、地域包括ケアシステムに携わって2年の保健師である。内容分析の結果、16のコード、7つのサブカテゴリー、3つのコード【地域活動の衰退】、【利便性の悪さ】、【専門職の人材不足】へ抽象化が図られた(表14)。

【地域活動の衰退】というカテゴリーでは、保健師の[通いの場をつくっているということがある(K01)]、[立ち上がりにくい(K02)]この2つのコードからサブカテゴリー<通いの場を運営する難しさ>とした。また、[さあやろうという人がいない(K03)]、[誰かやってくれる人はいないだろうか(K04)]この2つのコードからサブカテゴリー<地域活動を推進する人がいない>とし、<通いの場を運営する難しさ>と<地域活動を推進する人がいない>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【地域活動の衰退】と命名した。

【利便性の悪さ】というカテゴリーでは、保健師の[事業所が少ない(K05)]、[S 地域

までは行けませんといったことがある(K06)] この2つのコードからサブカテゴリー<介護サービスの不足>とした。また、[出かけるのが難しい。(K07)]、[少し離れた場所にドラッグストア(K08)] この2つのコードからサブカテゴリー<長い移動距離による不便さ>とした。そして、[高齢者が閉じこもりがちになる(K09)]、[自分で予約することができない(K10)]、[行く場所が虫を経験し、塗料を限られている(K11)] この3つのコードからサブカテゴリー<高齢者が利用するには難しい移動手段>とし、<介護サービスの不足>と<長い移動距離による不便さ>と<高齢者が利用するには難しい移動手段>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【**利便性の悪さ**】と命名した。

【**専門職の人材不足**】というカテゴリーでは、保健師の[主任介護支援専門員を雇用するように働きかけている(K12)]、[更新している人がいても全然関係ない部署に異動(K13)]、[異動することもある(K14)] この3つのコードからサブカテゴリー<専門職の確保を考えない人事>とした。また、[財政と人員とのバランスが必要(K15)]、[相談員には相談ができる(K16)] この2つのコードからサブカテゴリー<必要な支援への人材確保>とし、<専門職の確保を考えない人事>と<必要な支援への人材確保>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【**専門職の人材不足**】と命名した。

表 1 4 農村部の地域包括支援センターにおける専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
地域活動の衰退	通いの場を運営する難しさ	例えば、今も一生涯、 <u>通いの場をつくっているということがある(K01)</u> んですが。百歳体操とか、昔から集まっている場所もあるんですが、なかなか立ち上がりそうな場所も、お世話をする人が、代表者が要るということで、 <u>立ち上がりにくい(K02)</u> ことがある。
	地域活動を推進する人がいない	健康相談をずっと以前からしているけど、地域の方で自主的なグループになるので、 <u>まやろうという人がいない。(K03)</u> じゃあ、 <u>誰かやってくれる人はいないだろうか(K04)</u> 、と言ってやってくれたら良いのになと思うことがある。
利便性の悪さ	介護サービスの不足	介護保険で言えば、S地域自体に <u>事業所が少ない。(K05)</u> 訪問看護、訪問リハビリ必要といった時に、 <u>S地域までは行けませんといったことがある。(K06)</u> せっかく調整したのに、そういうことがあります。
	長い移動距離による不便さ	地域の住民が、どこか <u>出かけるのが難しい。(K07)</u> 買い物を中心に考えられているが、 <u>少し離れた場所にドラッグストア(K08)</u> があって、オムツが大量に購入できる。けれど、その場所までは行かない。
	高齢者が利用するには難しい移動手段	デマンドバスはあるが、元々の交通の便が悪くて、 <u>高齢者が閉じこもりがちになる(K09)</u> ことが多い。 デマンドバスの停留所に行くまでと、 <u>自分で予約することができない。(K10)</u> デマンドバスも <u>行く場所が限られている。(K11)</u>
専門職の人材不足	専門職の確保を考えない人事	私は保健師でも良いが、人事課にも <u>主任介護支援専門員を雇用するように働きかけている。(K12)</u> 保健師で主任介護支援専門員を持っていても脱落していたり、 <u>更新している人がいても全然関係ない部署に異動(K13)</u> させられることもある。 そうすることで、あと一歩で、主任介護支援専門員が取れるのに、 <u>異動することもある。(K14)</u>
	必要な支援への人材確保	今後、直営でしていくのか、委託していくのか <u>財政と人員とのバランスが必要。(K15)</u> である。体周りをストレッチングを実施。 例えば、医療については、 <u>相談員には相談ができる。(K16)</u>

次に、「市社会福祉協議会」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、市社会福祉協議会に所属し、地域包括ケアシステムに携わって4年の管理栄養士である。内

容分析の結果、30のコード、7つのサブカテゴリー、3つのカテゴリー【地域全体の担い手不足】、【利便性の悪さ】、【残存する地域の強み】への抽象化が図られた（表15）。

【地域全体の担い手不足】というカテゴリーでは、管理栄養士の「話をしていかないといけない(C01)」、[地域の全員を見守ることはできない(C02)]、[福祉委員を地域でつくってもらい(C03)]、[民生委員だけでは難しい(C04)]、[言い続けることも大事(C05)]、[声もかけてくれたらいい(C06)]この6つのコードからサブカテゴリー<高齢者の見守りができていない現状>とした。また、[働いている方だと難しい(C07)]、[世話人がいないサロン(C08)]、[保健師や地域包括支援センターさんと一緒に出て(C09)]、[世話をする人が60、70歳以上(C10)]、[高齢者が支えている。(C11)]この5つのコードからサブカテゴリー<地域活動を担う住民の高齢化>とした。そして、[人材育成をしていけばよいかわからない(C12)]、[職員は4、5年おきに代わる。(C13)]、[非常勤職員は、この地域の方をお願い(C14)]この3つのコードからサブカテゴリー<異動による担当者の交代がある>とし、<高齢者の見守りができていない現状>と<地域活動を担う住民の高齢化>と<異動による担当者の交代がある>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【地域全体の担い手不足】と命名した。

【利便性の悪さ】というカテゴリーでは、管理栄養士の「サロンの時間に合わなかったりする(C15)」、[必要な場所に届けられない(C17)]、[交通の便と買い物、あと医療で受診(C19)]この3つのコードからサブカテゴリー<交通機関の少なさによる不便さ>とした。また、[お茶の間サロンで百歳体操もしている(C20)]、[自分の健康のため(C21)]、[生きがいにしている(C22)]この3つのコードからサブカテゴリー<自身の健康管理に危機感を持っている>とし、<交通機関の少なさによる不便さ>と<自身の健康管理に危機感を持っている>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【利便性の悪さ】と命名した。

【残存する地域の強み】というカテゴリーでは、管理栄養士の「集まって助け合い(C23)」、[家に閉じこもってしまう(C24)]、[地域の問題(C25)]、[助け合いの場(C26)]、[負担感、とか押し付けられ感が強い(C27)]この5つのコードからサブカテゴリー<住民同士の助け合いが少なくなった>とした。また、[帰ってきたいと思ってもらえる。(C28)]、[既に危機感を持っていて、社協も入らせてもらっています(C29)]、[集落ごとで、強みがある(C30)]この3つのコードからサブカテゴリー<今も情報交換

できる関係性が残っている>とし、<住民同士の助け合いが少なくなった>とく今も情報交換できる関係性が残っている>のサブカテゴリから、カテゴリを【残存する地域の強み】と命名した。

表 1 5 農村部の市社会福祉協議会における専門職の内容分析

カテゴリ	サブカテゴリ	コード		
地域全体の担い手不足	高齢者の見守りができていない現状	地域包括ケアシステムの認知度を説明しても、まだまだでして、 <u>話をしていかないといけない</u> (J01)人だけど。 社会福祉協議会が地域の全員を見守ることはできない(J02)ので、それを地域の方へ話すのですが。 今は、 <u>福祉委員を地域でつくってもらい</u> (J03)、気づいたことがあれば、声をかけてあげてくださいねと言っている。困っている人がいたら、気づきやすいかなと思うんですが。 <u>民生委員だけでは難しい</u> (J04)ので、これを進めているのですが。 毎回、言っていれば、多くの方への啓発にもなっているので、 <u>言い続けることも大事</u> (J05)かなと思っている。 今なら、ウーバーイーツみたいなもので雇ってもらう。ただ雇ってもらうだけでなく、 <u>声もかけてくれたらいい</u> (J06)など、改善出来たら住みやすい。		
		地域活動を担う住民の高齢化	<u>働いている方だと難しい</u> (J07)ですし、地域の班長さんは2年周期で交代するので。 今、出前サロンをやっていて、 <u>世話人がいないサロン</u> (J08)で、高齢化が進んでいるサロンで職員が運営的なサポートをしたり。 あと佐伯支所の <u>保健師や地域包括支援センターさんと一緒に</u> (J09)、年に2回ずつやっています。 やはり若い方はお仕事をされていて、定年も延長になったりするので、なかなか <u>世話をする人が60、70歳以上</u> (J10)になる。 ボランティア講習会とか勉強会をしているけど、そこに来る人も高齢者で、 <u>高齢者が支えている</u> 。(J11)	
			異動による担当者の交代がある	どういう風に <u>人材育成をしていけばよいかわからない</u> (J12)ですね。 S社会福祉協議会は、非常勤は固定になるが、 <u>職員は4、5年おきに代わる</u> 。(J13) 非常勤はS地域の方になる。5人いるが、必ず <u>非常勤職員は、この地域の方をお願い</u> (J14)をしています。
			交通機関の少なさによる不便さ	デマンドバスもあるが、 <u>サロンの時間に合わなかったり</u> (J15)なので、そして集会所でサロンをしても、そこまで行けない方もいる。そのような方に気付けば、何か方法はあるのかなと。 みなさん、交通の便がということがあって、デマンドバスの時間や個人的な時間に合わせられないし、合わないし、 <u>タクシーを使うと高額</u> (J16)になる。 あとは、お店の問題。Mバリュー号やFグランの移動販売はあるが、それより奥地になると、なかなか入れなかったり、距離や人数のこともあって <u>必要な場所に届けられない</u> 。(J17) でも県外に息子さんがいらっしゃる場合、よくスーパーで見ますが <u>タクシーで来ている</u> 。(J18) <u>交通の便と買い物、あと医療で受診</u> (J19)ができれば良いと思う
		自身の健康管理に危機感を持っている		<u>お茶の間サロンで百歳体操もしている</u> (J20)で。百歳体操は来たいから、来られているようです。 それは無理やりではなくて、 <u>自分の健康のため</u> (J21)にという感じですね。 新鮮野菜市など、そのへんを <u>生きがいにしている</u> 。(J22)ようです。サロンを皆さん、楽しみにしておられます。
	残存する地域の強み	住民同士の助け合いが少なくなった	昭和40年頃から、ゆい風習もあつたりして稲作も <u>集まって助け合い</u> 。(J23)をしていた。 それが今はなくなって、なかなか、高齢者で <u>家に閉じこもってしまう</u> 。(J24)と、出てこなくなる。 そこが難しい状況である。その <u>地域の問題</u> 。(J25)が、難しいのかなと感じているところだ。 協議体とかで、見守りや <u>助け合いの場</u> 。(J26)を今進めているところですが、なかなか進まない。 地域の方の <u>負担感、とか押し付けられ感が強い</u> (J27)のかなと思う。	
			今も情報交換できる関係性が残っている	人はみんな良いので。外の地域に出ている、 <u>帰ってきたと思ってもらえる</u> 。(J28)のではないかと感。 A地域は、 <u>既に危機感を持っていて、社協も入らせてもらっています</u> 。(J29) どこの誰が入院したとか市民センターが情報を持っていたりする。その <u>集落ごとで、強みがある</u> 。(J30)

次に、「市保健センター」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、市保健センターに所属し、地域包括ケアシステムに携わって9年の保健師である。内容分析の結果、46のコード、9つのサブカテゴリ、3つのカテゴリ【地域活動の衰退】、【事業継続の難しさ】、【有事に対する姿勢】への抽象化が図られた(表16)。

【地域活動の衰退】というカテゴリでは、保健師の[高齢者の介護予防(M01)]、[健康状態不明者という人たちのアプローチ(M02)]、[どうシステム化していくか(M03)]、[元気でされてる方もいらっしゃる(M04)]この4つのコードからサブカテゴリ<介護予防事業の参加者の減少>とした。また、[地域にも人がいなくてという状況(M05)]、[人を把握してない(M06)]、[住所だけ置いてて、よそに住んでらっしゃる

(M07)〕、〔住所はほかにある(M08)〕、〔個人情報でいろいろ難しい(M09)〕この5つのコードからサブカテゴリー<個人情報の管理が不十分>とした。そして、〔人づてに(M10)〕、〔口コミ(M11)〕この2つのコードからサブカテゴリー<昔からの付き合いが残っている>とし、<介護予防事業の参加者の減少>と<個人情報の管理が不十分>と<昔からの付き合いが残っている>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【地域活動の衰退】と命名した。

【事業継続の難しさ】というカテゴリーでは、保健師の〔保健師の異動(M012)〕、〔その時間すら取れない(M013)〕、〔残すようにはしてる(M015)〕、〔日々の事業記録(M016)〕、〔日記みたいな内容(M017)〕、〔次の人にすごく役立つ(M018)〕この6つのコードからサブカテゴリー<異動による業務引継ぎの難しさ>とした。また、〔保健師の人材育成(M019)〕、〔ベテランの職員と若い人(M020)〕、〔若いうちに経験していく(M21)〕この3つのコードからサブカテゴリー<ベテラン職員のサポート体制>とした。そして、〔1人の職場(M022)〕、〔地域が衰退しないように(M23)〕、〔何とかなってる(M24)〕この3つのコードからサブカテゴリー<少人数配置に対する弊害>とし、<異動による業務引継ぎの難しさ>と<ベテラン職員のサポート体制>と<少人数配置に対する弊害>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【事業継続の難しさ】と命名した。

【有事に対する姿勢】というカテゴリーでは、保健師の〔災害時の対応(M25)〕、〔災害が起こったらどうするのか(M26)〕、〔場当たりの対応(M27)〕、〔本当にできなくて(M28)〕、〔みんな動かない(M29)〕この5つのコードからサブカテゴリー<場当たりの災害対応>とした。また、〔ごみ出しの問題(M30)〕、〔病気を持った人(M31)〕、〔避難所まで行けない人(M33)〕、〔ちょっと気になる人(M34)〕、〔職員が一番地域のことを分かっている(M35)〕、〔地域の方が管理(M36)〕、〔避難所まで行けない人(M37)〕、〔市役所の職員と共通のものはなく(M38)〕、〔連絡を取りましょう(M39)〕、〔職員も想定してなく(M40)〕、〔電話の回線が一つしかなく(M41)〕、〔メールとか使えない高齢者の方がすごく多い(M42)〕、〔誰が迎えに行くかとかいう(M43)〕、〔消防署の方が特別に行ってください(M44)〕、〔まだ決まってない(M45)〕、〔市役所の役割には限度がある(M46)〕この16のコードからサブカテゴリー<災害リスクへの備えが未整備>とし、<場当たりの災害対応>と<災害リスクへの備えが未整備>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【有事に対する姿勢】と命名した。

表 1 6 農村部の市保健センターにおける専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
地域活動の衰退	介護予防事業の参加者の減少	今、市民福祉が担っている一体的事業ですかね、 高齢者の介護予防(M01) と保健事業の、あれを佐伯は今年度から取り組んでいます。 健康状態不明者という人たちのアプローチ(M02) をちょっと今からしていくんですけど、あそこが確実にできると、「地域包括ケアシステム、漏れなく」というのができていくのかなと思って。 そこにはやっぱり人も必要だと思うんですけど、それを どうシステム化していくか(M03) というところが課題かなと思ってます。 案外、本当にお医者さんに行く必要もなく、 元気でされて方もいらっしゃる(M04) とは思うので。
	個人情報の管理が不十分	そうすると、やっぱり地域の力が必要なんですけど、本当に 地域にも人がいなくてという状況(M05) ですね。 まず、 人を把握してない(M06) と、やっぱり地域包括ケアシステムというのはいらないと思うんですけど、 ただ、それは本当に私たちの推測なので。そこを今からちょっと明らかにしていって、もしかしら 住所だけ置いて、よそに住んでらっしゃる(M07) とか。 でも、本当に保健活動をしていると、 住所はほかにある(M08) んだけど、ずっとS地域に住んで、S地域のいろんな保健事業に参加されてるといってもまあまあいらっしゃるので、やっぱりそういう人が、逆の人もいるんだろうとか。 あと、地域の民生委員さんとか、そういう声。今、 個人情報でいろいろ難しい(M09) んでしょうけど。
	昔からの付き合いが残っている	そうはいいっても、まだS地域は 人づくりに(M10) というか、そういうのがすごく有効な地域なので。 口コミ(M11) というんですかね。ああいうので、ちょっと情報を把握できたらなと思ってます。
事業継続の難しさ	異動による業務引継ぎの難しさ	あと、 保健師の異動(M12) のときって、本当に異動発表ですごく直前で。 私の申し送りのイメージで、結構きっちり前任者が「まず書面をつくって、直接伝えて、一緒に地域に出て」みたいなイメージを持ってたんですけど、本当に その時間すら取れない(M13) みんな異動なので。前任者の 去年の活動の記録(M14) を見たりとか。 なので、日々の記録はなるべく「こう思った」「ああ思った」とか、 残すようにはしてる(M15) んですけど。 日々の事業記録(M16) って、わりと簡潔にまとめたし、やっぱりと思うんですけど。 来年自分がここにいないかもしれないと思うと、「こう思って、こうした」とか、「こうしたけど、こうだった」とか、本当に 日記みたいな内容(M17) にもなってる。
	ベテラン職員のサポート体制	でも、実際それが 次の人ですごく役立つ(M18) 。その人が同じ立場になると、すごくやっぱり役立つので。 あとは今、H市は、 保健師の人材育成(M19) というのはちょっとプログラムをつくってマニュアル的にやっているので、分かっている人がみんないなくなるとか、そういう状況はないと思うので。 複数人の職場だったら、 ベテランの職員と若い人(M20) と。
	少人数配置に対する弊害	若い人が比較的いろんなところを 若いうちに経験していく(M21) というかたちができているので。 ただ、 1人の職場(M22) 、吉和とか宮島とか、ああいうところがちょっと。なかなかやっぱり異動もないし。 そうはいいっても皆さん、 地域が衰退しないように(M23) 言ってますからさるので。 まだS地域は 何とかなってる(M24) かなと思います。
	災害時対応	災害時の対応(M25) とか、地域包括ケアシステムという話をいろんな人としていくと、中山聞いて災害を一番やっぱり皆さん心配しているの。 本当に地域の人は健康度にかかわらず、みんなが「 災害が起こったらどうするのか(M26) 」とか、本当に生活に密着したところ、市民の人みんなに関わるところの、 まだケアがちょっとできてない 。 ただ、やっぱり近年大雨が降ったりして、本当に 場当たり的な対応(M27) を去年もして、それでみんなが課題に気付いたみたいな状況なので、そこが。 保健師って予防的な視点でいろいろ考えと思うんですけど、なので、事が起こる前からいろいろ地域の人と準備していきたいと思うんですけど、それが 本当にできなくて(M28) 。 事が起こらないと、 みんな動かない(M29) というところが難しいです。人数も災害時は本当に少なくて。
有事に対する姿勢	生活を送ることに対する不安	他にも ごみ出しの問題(M30) とか、そういったこともあるんですけど。 昔の福祉的な、「 病気を持った人(M31) をどうするか」みたいな、そういうところだけ私たちはとらわれがちなんですけど、そうじゃなくて。 それすらちょっと佐伯は、地域の方の負担感も大きくて、 何か責任を負わされるんじゃないか(M32) とか、そういうことがあって、 そこすらまだできてなくて 。 去年、避難所は開設して、そこに各担当の職員は行くんですけど、本当にすごい雨が降って 避難所まで行けない人(M33) がいて、 その人たちに連絡する、ちゃんとしたルートがあるような、ないような 。 そこに、たまたま当番で保健師がいて、保健師が各市民センターの職員に「 こうこうで、ちょっと気になる人(M34) 、連絡してください。できなかつたら、こちらからします」と言ってたんですけど。
	災害リスクへの備えが未整備	市民センターの 職員が一番地域のことを分かってる(M35) ので、「私たちがします」と言って、やってくれましたんですけど。 特にS地域は、市町のほうでは、避難困難者とかの要支援者の方たちの名簿がある程度地域の方にお渡しできて、 地域の方が管理(M36) してということができてるんですけど。 去年、避難所は開設して、そこに各担当の職員は行くんですけど、本当にすごい雨が降って 避難所まで行けない人(M37) がいて、 その人たちに連絡する、ちゃんとしたルートがあるような、ないような 。 たぶん地域では各市民センターごとには把握はされてたんですけど、それを 市役所の職員と共通のものではなく(M38) て。 「じゃあ、いざちょっと 連絡を取りましょう(M39) 。取ってください」というのが本庁から来たんですけど、結構命令みたいな感じで。 でも、今まで支所は、そういうことをやったこともないし、やる 職員も想定してなく(M40) て。 市民センターの 電話の回線が一つしかなく(M41) て、そこで使うとほかの電話もできないとか、そういうことも本当にやって気付いた。 人もだし、本当にハード面、電話回線もだし。かといって、 メールとか使えない高齢者の方がすごく多い(M42) ので、今「ICTを中山間こそ」という、あれもあるんですけど。 実際、「じゃあ、私、逃げられません」という高齢者の方がいらしゃったんですけど、じゃあ、それを 誰が迎えに行くとかか(M43) とこも……。 そのときは、消防団は行けなくて 消防署の方が特別に行ってくれた(M44) んですけど。 でも、それを今後も消防署もそういう役割は有事のときには担えないからというので、 まだ決まってない(M45) んですけど、誰がどう動くかというのが。 そうすると、やっぱり 市役所の役割には限度がある(M46) ので。

そして、「居宅介護支援事業所」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、居宅介護支援事業所に所属し、地域包括ケアシステムに携わって11年のケアマネジャーである。内容分析の結果、19のコード、8つのサブカテゴリー、3つのカテゴリー【医師との調整の難しさ】、【社会資源の不足】、【学習機会の少なさ】への抽象化が

図れた（表17）。

【医師との調整の難しさ】というカテゴリーでは、ケアマネジャーの〔入院の相談(I01)〕、〔入院の相談するのは大変(I02)〕、〔ちょっと困ることがある(I03)〕この3つのコードからサブカテゴリー<医師からの入院相談>とした。また、〔外来などがあると参加しづらい医師(I04)〕、〔医師の時間に合わせる(I05)〕この2つのコードからサブカテゴリー<外来があり不参加となる医師>とした。そして、〔訪問診療を行うところが増えた(I06)〕、〔緩和ケアには精通していない医師が多い(I07)〕この2つのコードからサブカテゴリー<訪問診療における医師の専門性>とし、<医師からの入院相談>と<外来があり不参加となる医師>と<訪問診療における医師の専門性>のとサブカテゴリーから、カテゴリーを【医師との調整の難しさ】と命名した。

【社会資源の不足】というカテゴリーでは、ケアマネジャーの〔もう少し数があっても良い(I08)〕、〔一か所ぐらいしか施設がない(I09)〕、〔施設も閉じたりしていて。事業所もない(I10)〕この3つのコードからサブカテゴリー<高齢者対象の施設が少ない>とした。また、〔機能が活かされていない(I11)〕、〔30分以内の距離じゃないと無理(I12)〕この2つのコードからサブカテゴリー<高齢者対象のサービスが少ない>とし、<高齢者対象の施設が少ない>と<高齢者対象のサービスが少ない>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【社会資源の不足】と命名した。

【学習機会の少なさ】というカテゴリーでは、ケアマネジャーの〔居宅介護支援事業所とかに事業所紹介をする必要がない(I13)〕、〔詳細まではわからない方、実際の動きがわからない方(I14)〕、〔詳細がわかれば、施設の見学につなげる(I15)〕この3つのコードからサブカテゴリー<高齢者施設の詳細を知らない>とした。また、〔勉強会は実施している(I16)〕、〔人数を抱えているケアマネは夜の開催を希望(I17)〕この2つのコードからサブカテゴリー<勉強会は夜間の希望開催が多い>とした。そして、〔オンラインだと会場へ行く時間も短縮(I18)〕、〔場所を押さえないといけないという悩み(I19)〕この2つのコードからサブカテゴリー<オンライン活用の背景にある悩み>とし、<高齢者施設の詳細を知らない>と<勉強会は夜間の希望開催が多い>と<オンライン活用の背景にある悩み>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【学習機会の少なさ】と命名した。

表 1 7 農村部の居宅介護支援事業所における専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
医師との調整の難しさ	医師からの入院相談	医療機関に地域包括ケア病棟ができていますと思いますが、ケアマネジャーから入院の相談ができるようになったけど、医師から何かあったときに 入院の相談(101) があった時に、ケアマネジャーに病院を探して欲しいといった話があったこともある。かかりつけ医がクリニックが多いので、その医師自身から 入院の相談するのは大変(102) なので、在宅の患者を入院させたい場合、ケアマネジャーに病院を探して欲しいといった相談があったりもする。紹介状は書くのでといった… ちょっと困ることがある(103) 。違った意味での多職種連携というか。
	外来があり不参加となる医師	外来などがあると参加しづらい医師(104) については、夜に開催する時がある。サービス担当者会議は医師の住診の時間に合わせて行うとか、工夫をしている。お昼の時間や訪問診療されている 医師の時間に合わせる(105) ことが多い。
	訪問診療における医師の専門性	この地域は、 訪問診療を行うところが増えた(106) ので、やりやすくなりました。末期がんの人を対応する医師とかが増えたので。ただ、ほとんど 緩和ケアには精通していない医師が多い(107) ですね。患者を受けないとは言われたいと思います。
社会資源の不足	高齢者対象の施設が少ない	住まいも、この辺ではサ高住などもできたので充実していると思います。もう 少し数が増えても良い(108) かなと思う。待つことがあったり。山間部の地域は、 一か所ぐらいしか施設がない(109) ので、かなり支援の手厚さには大きな差がありますね。今は、 施設も閉じたりしていて、事業所もない(110) 、とか、やっぱり、そういう地域は公的な施設というか支援が必要になってくると思います。
	高齢者対象のサービスが少ない	小規模多機能型居宅介護とか、柔軟なサービスができると思うが、事業所によっては 機能が活かされていない(111) ところもある。少し、都市部に近づけば医師会の事業所があったり、山間部は一時間以上片道がかかるので、 30分以内の距離じゃないと無理(112) なので、対応してくれないところもある。
学習機会の少なさ	高齢者施設の詳細を知らない	おそらく人数が多いたらっついたら、今から 居宅介護支援事業所とかに事業所紹介をする必要がない(113) と思われたりする。もちろん、小規模多機能型居宅介護とか居宅介護支援事業所の方は知っていると思うが、 詳細まではわからない方、実際の動きが分からない方(114) もおられる。その辺りを知っていると、紹介もしやすいのではないかな。一応、市町の地域包括支援センターが事業所紹介とかしてくださるが、個性がないので、やっぱり、この事業所はこんなところ、特徴というよりもこういうことをしている、といった 詳細がわかれば、施設の見学につなげる(115) ことができたりする。コロナで、見学はなかなかできないけれど。
	勉強会は夜間の希望開催が多い	わりと、 勉強会は実施している(116) と思います。平日全部だと参加はしにくくなるけど、基本、平日の開催が多いので。なるべく、平日の業務でとは思うけど、 人数を抱えているケアマネは夜の開催を希望(117) する場合もあるが、理想は日中と夜間開催があると良い。
	オンライン活用の背景にある悩み	オンラインだと会場へ行く時間も短縮(118) されますし。オンラインで地域ケア会議があると参加はしやすくなりますが、 場所を押さえたいといけないという悩み(119) があります。ネット環境とか。

そして、「訪問看護ステーション」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、訪問看護ステーションに所属し、地域包括ケアシステムに携わって4年の看護師である。内容分析の結果、20のコード、6つのサブカテゴリー、3つのカテゴリー【情報交換の不足】、【訪問看護の質】、【利用者支援】に抽象化が図られた(表18)。

【情報交換の不足】というカテゴリーでは、訪問看護師の[Face to Face (の関係)については希薄(H01)]、[対面で(情報交換)はない(H02)]、[(情報交換は)なくなっている(H03)]、[(情報交換の機会(H04)]この4つのコードからサブカテゴリー<情報交換の機会の少なさ>とした。また、[社会資源との接点が無い(H05)]、[社会資源(H06)]、[情報が入ってきたが、今はあまりない(H07)]この3つのコードからサブカテゴリー<社会資源情報の入手困難>とし、<情報交換の機会の少なさ>と<社会資源情報の入手困難>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【情報交換の不足】と命名した。

【訪問看護の質】というカテゴリーでは、訪問看護師の[勉強しておかないといけないと思う(H08)]、[病院の勉強会ってのが多い(H09)]、[(勉強会)はない(H10)]、[地域に関してという内容はなかなか無いかな。(H11)]この4つのコードからサブカテゴリー<学習機会の少なさ>とした。また、[なかなか情報は入らない。

(H12)]、[経験年数が長い(H13)]、[ベテランさんにわからなくて聞けない(H14)]、[人が代わっていきます(H15)]この4つのコードからサブカテゴリー<経験の長さ<と質>とした。<学習機会の少なさ>と<経験の長さ<と質>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【訪問看護の質】と命名した。

カテゴリー【利用者支援】というカテゴリーでは、訪問看護師の[じゃあ(対応を)どうしよう(H16)]、[他の訪問看護ステーションさんはどうしているのか(H17)]、[次なる不安の解消に繋がります(H18)]この3つのコードからサブカテゴリー<特殊なケースの経験不足>とした。また、[最初のころは、社会福祉協議会さんでも借りることができた(H19)]、[市町村によって借りれるものが若干、異なっていたり(H20)]この2つのコードからサブカテゴリー<福祉用具の貸し出し>とし、<特殊なケースの経験不足>と<福祉用具の貸し出し>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【利用者支援】と命名した。

表 1 8 農村部の訪問看護ステーションにおける専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
情報交換の機会 の少なさ	情報交換の機会 の少なさ	・A市というところでは繋がりが無い。電話連絡はするが、Face to Face(の関係)については希薄(H01)である。
		・オンラインで(情報交換)はされていますが、対面で(情報交換)はない(H02)です。
情報交換の不足	情報交換の不足	・えーと、西医療圏の訪問看護ステーションとか医療従事者が集まって、うちはハリバリがないので情報交換とかしていたけど、コロナになってから(情報交換)はなくなっている。(H03)
	社会資源情報の入手困難	・ただ緩和されて、また(情報交換の機会(H04))が増えれば、積極的に参加して繋がりができればと考えている。 ・他の地域包括支援センターや在宅介護支援事業所や社会資源との接点が無い(H05)ので、そういう面では病院との縦の繋がりでしか機能できていない。 ・そういう(他の社会資源(H06))の情報があれば、利用者さんにより良い情報を与えてあげられるのかなと思う。 ・今年度は、他の訪問看護ステーションと災害のときに、他の訪問看護ステーションと連携を取っていくとありますが、以前の科長であれば長くしていたので、他の訪問看護ステーションの室長と連携が取れていて情報が入ってきたが、今はあまりない。(H07)
訪問看護の質	学習機会の少なさ	・やっぱり、自分だけじゃ知識として全部を抱え込めないで、自分も勉強しておかないといけないと思う(H08)けど、ただ、なかなか機会というか。 ・とくに院内は病院が主なので、病院の勉強会ってのが多い。(H09) ・地域での、というの(勉強会)はない。(H10) ・疾病について、とかそういう研修はたくさんあるけど、地域に関してという内容はなかなか無いかな。(H11)
	経験の長さ<と質	・幸い、社会福祉士がいるので聞くことはできるが、あとはアンテナを自分で張っておかないと、なかなか情報は入らない。(H12) ・他の訪問看護ステーションでは訪問看護ステーションでの経験年数が長い(H13)方がいらっしやって、うちでは私が一番長いぐらい。 ・ちょっと相談したいなと思っても、よそのベテランさんにわからなくて聞けない(H14)こともある。やっぱり、繋がりが連携があれば利用者さんに情報を伝えてあげることができる。 ・うちが2年とか、早い人で1年とかで人が代わっていきます(H15)ので、そこらへんを言い訳にはいけないけど、入づての繋がりが強いのと思う。
利用者支援	特殊なケースの経験不足	・直近であったのは、がんの末期の方で、ご主人様が利用者様ですが、奥様が半日だけお出かけしたいと言われ、奥様は4時間ずっと見てもらいたい。ヘルパーさんと、こと足りない。じゃあ(対応を)どうしよう。(H16) ・家政婦さんを雇うか、シルバーさんに依頼するか、どうすればよいか。ちょっと、とか留守する間に見てもらうとか、ずっとになると他の訪問看護ステーションさんはどうしているのか。(H17)
	福祉用具の貸し出し	・やっぱり、スピーディに対応することが信頼につながるし、次なる不安の解消に繋がります。(H18) ・ちょっと物品を借りる場合、福祉用具を借りないという時、最初のころは、社会福祉協議会さんでも借りることができた(H19) ・市町村によって借りれるものが若干、異なっていたり(H20)、そういった人脈や情報があれば、利用者さんの不安を解消してあげることができるのになんか思ったりした。

次に、「小規模多機能型居宅介護」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、小規模多機能型居宅介護に所属し、地域包括ケアシステムに携わって12年の介護福祉

士である。内容分析の結果、50のコード、10のサブカテゴリー、3つのカテゴリー【社会資源の少なさ】、【高齢者支援の弱体化】、【住民支援の脆弱性】に抽象化が図られた(表19)。

【社会資源の少なさ】というカテゴリーでは、小規模多機能型居宅介護の[特養とかに入れなくなったり(N01)]、[どうしたらいいか(N02)]、[時間がかかるところとかはお受けできなかつたりする(N03)]、[片道が20分以上(N04)]、[コスト(N05)]、[小規模多機能みたいなのがなかつたり(N06)]、[サービス自体、選ぶほど数がなかつたり(N07)]この7つのコードからサブカテゴリー<高齢者施設の少なさ>とした。また、[職場も65歳以上の方とかが結構5人とか6人(N08)]、[人材不足(N09)]、[利益とかのところに行くと赤字(N10)]、[利用してないときの見守り(N11)]、[結構昔からの人が多い(N12)]、[亡くなられたり(N13)]この6つのコードからサブカテゴリー<介護人材の人員不足>とし、<高齢者施設の少なさ>と<介護人材の人員不足>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【社会資源の少なさ】と命名した。

【高齢者支援の弱体化】というカテゴリーでは、小規模多機能型居宅介護の[近隣の付き合いがない(N14)]、[認知症になった利用者(N15)]、[近所の方とかに言っていけばいい(N16)]、[偏見みたいなもの(N17)]、[認知症カフェ(N018)]この5つのコードからサブカテゴリー<認知症に対する偏見>とした。また、[小規模に登録する方たち(N19)]、[認知症初期集中支援チーム(N20)]、[情報交換(N21)]、[情報交換(N22)]この4つのコードからサブカテゴリー<専門職チーム助けられながらの活動>とした。そして、[何かできる支援はないかとか(N23)]、[何回もお母さんが電話(N24)]、[利用じゃない日に電話(N25)]、[泊まりとかの提案(N26)]この4つのコードからサブカテゴリー<高齢者支援のプランニングの難しさ>とした。さらに、[提案したこととか受け入れてもらえず(N27)]、[何回も電話(N28)]、[対応が分かんなくなっちゃって(N29)]、[私もどこに相談したらいいのかな(N30)]この4つのコードからサブカテゴリー<利用者の相談窓口がわからない>とし、<認知症に対する偏見>と<専門職チーム助けられながらの活動>と<高齢者支援のプランニングの難しさ>と<利用者の相談窓口がわからない>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【高齢者支援の弱体化】と命名した。

【住民支援の脆弱性】というカテゴリーでは、小規模多機能型居宅介護の[漠然と大きく(N31)]、[ほとんど理解できてない(N32)]、[支え合っていく(N33)]、[ハードルが上がったり(N34)]、[認知症のこととか勉強会(N35)]この5つのコードからサブカテ

ゴリー<システムの理解の難しさ>とした。また、[ボランティア(N36)]、[自然に見守れるかたち(N37)]、[みんなで支える(N38)]、[交流の場(N39)]、[利益とかのところにいくと赤字(N40)]この5つのコードからサブカテゴリー<ボランティアによる見守りの必要性>とした。そして、[認知症の方とかが多く(N41)]、[外に出られる方とか結構いらっしゃる(N42)]、[行方不明(N43)]、[家族の方に連絡(N44)]、[メールが入る(N45)]この5つのコードからサブカテゴリー<システムを活用した安否確認の推進>とした。さらに、[ごみ捨て(N46)]、[ごみが捨てられない(N47)]、[ボランティア(N48)]、[情報提供が一方通行(N49)]、[どういうふうに対応(N50)]この5つのコードからサブカテゴリー<生活支援の情報提供が一方通行>とし、<システムの理解の難しさ>と<ボランティアによる見守りの必要性>と<システムを活用した安否確認の推進>と<生活支援の情報提供が一方通行>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【住民支援の脆弱性】と命名した。

表 1 9 農村部の小規模多機能型居宅介護における専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
社会資源の少なさ	高齢者施設の少なさ	<p>中ではうまく機能してると思いますけど、外部とかに出ると、なかなか。例えば介護度が低い方とか、介護1とか2の方とかが今、特養とかに入れなくなったり(N01)とかして。</p> <p>じゃあ、そういう人たちがどうしたらいいか(N02)みたいなところとか、なかなか行かなかったりとか。</p> <p>うちも地域の役割とかってありますけど、うちもいろんな方から相談が来るんですけど、相談が来てても、やっぱり送迎とかで、あまり時間がかかるところとかはお受けてまなかつたりする(N03)ので。</p> <p>S町の辺とかには行ったりとかも、片道が20分以上(N04)とかになるところとかはなかなか受けられない。</p> <p>コスト(N05)とかの関係とかもあって受けられないところがあるんですけど。</p> <p>でも、そういうところの地域って、なかなかそういう小規模多機能みたいなのがなかつたり(N06)とか。そういうところで、どうなのかなとか。</p> <p>こちら辺では配食サービスとかも充実してるけど、ちょっと離れたS町方面に行くとか、なかなか配食サービス自体、選ぶほど数がなかつたり(N07)とか。</p> <p>今、うちの職場も65歳以上の方とかが結構5人とか6人(N08)いるんですけど、13人中のそれぐらいいっちゃったりとか。</p>
	介護人材の人員不足	<p>介護職とか、なかなか入ってきてくれなくて、人材不足(N09)というもある</p> <p>あと、やっぱり職員が多くなると、そこでなかなか、今度は利益とかのところに行くとか赤字(N10)になつたりとかもあるしという感じですかね。</p> <p>ご近所と以前から付き合ってる方とかは結構心配して見てくださって、私たちもごあいさつに行つて、「変わったことがあったら教えてくださいね」とか、いろんな、利用してないときの見守り(N11)。</p> <p>まあ、そんなすごい見守りじゃないけど、そういうのはお願いとかできる方もいらついたら、本当にこちら辺、管内地区なので、結婚者からの人が多い(N12)んですけど。</p> <p>助け合ってきた方たちが今はみんな介護が必要になつてこられたりとか、亡くなられたり(N13)とか。</p>
高齢者支援の弱体化	認知症に対する偏見	<p>そういうので近隣の付き合いがなくなつたり(N14)中に、新しいお家とかも建てていて。</p> <p>新しいお家の方とかは、認知症になつた利用者(N15)さんを受け入れるのが難しかったりとかしますよね。</p> <p>突然お庭に入ってきたりして、びっくりとかされたりとかもあって。</p> <p>なので、もともと認知症のこととかもみんなが理解できるというんだけどなどは思いながらも、私たちもどこまでご近所の方とかに言っていけばいい(N16)のかというとかも。</p> <p>そして、そういう認知症の人がいるということ自体がちょっと…偏見みたいなもの(N17)もあります。</p> <p>認知症カフェ(N18)のほうは、ちょっと今コロナとかで出席しなかつたりとかすることがあるんですけど。</p>
	専門職チーム助けられながらの活動	<p>認知症の初期集中支援チームから、うちの小規模に登録する方たち(N19)とかもたくさんいて、そういうときには初めにいろいろ関わっているというか。</p> <p>うちのサービスとかが定着していくまでは、認知症初期集中支援チーム(N20)の方たちとも情報とか共有しながら、時々困ったときには助けてもらいながら。</p> <p>情報交換(N21)しながら、何カ月か見た間に落ち着いてきたら「初期集中支援チームのあれは終わります」とか言って、今度は本格的にうちで。</p> <p>うちの法人の中にあるので、時々「今、こんな感じですか」とかって情報交換(N22)はしてます。</p>
	高齢者支援のプランニングの難しさ	<p>うちも「ちょっと対応とか、一生懸命やってるんだけど」ということとかをお伝えして、ほかに何かできる支援はないかとか(N23)いうのを教えてもらうところまでいかないんですけど。「教えてほしい」とか、お願いすることは何回かあります。</p> <p>その利用者さんはお母さんがすぐ、「点滴に連れて行って。点滴に連れてって」とかって、タクシーの仕事をされているんですけど、何回もお母さんが電話(N24)してくる。</p> <p>うちの利用じゃない日に電話(N25)してくる。それで自分がノイローゼになりそうになって、「もう、どうにかしてほしい」というのを私たちにも訴える</p> <p>地域包括支援センターの方とかにも訴えて、地域包括支援センターの方から「息子さんがちょっと疲れてるから、そちらは泊まりとかができるので、泊まりとかの提案(N26)をしてみたらどうですか」ということとか言われたんです、この間。</p>
	利用者の相談窓口がわからない	<p>でも、うちは泊まりとかの提供とかもお話してるけど、なかなかご家族の方がそのサービスをやつたり間近になると「やっぱりやめとく」とか言つたりとか、なかなかこっちが提案したこととか受け入れてもらえず(N27)。</p> <p>うちに「もう、わしもおかしなりそうなんじゃ」と何回も電話(N28)がかってきたりとかして、すぐ対応に困るんですけど。</p> <p>「じゃあ、反対に、どうしたらいいでしょうか」とか私も聞いたり。もう対応が分かんなくなつちやつて(N29)、「どうしたらいいでしょうか」とかとお聞きするけど、「まあ、ちょっと息子さんと、もうちょっと話してみかね」というところで終わつたりとか。</p> <p>なんか、結局、私もどこに相談したらいいかな(N30)って。でも、うち、N病院とかって、医療の方は医師とかに相談して、ご本人がちょっと落ち着くような感じにしてもらつたりとか。でも、「おうちでそんな感じだったら、じゃあ、施設とかか」とか、そういう提案とかになつてくる感じなんですけど。</p>
住民支援の脆弱性	システムの理解の難しさ	<p>地域包括ケアシステムというのが遠慮と大きく(N31)。</p> <p>私も理解しているようで理解してない、ほとんど理解できてない(N32)んじゃないかと思うんですけど。</p> <p>「みんなですえ合っていく(N33)」みたいな感じによかつたんですかね。</p> <p>それをもしご家族とか住民さんとかに説明となると、ちょっとハードルが上がつたり(N34)もします。</p> <p>今も何か、市のほうでも認知症のこととか勉強会(N35)とかかかっていますが、やっぱり興味のある人とかは行つたりとかされるけど、そうじゃないときてなかなか…。</p>
	ボランティアによる見守りの必要性	<p>あと、今、お話のボランティア(N36)さんとか入ってもらってる人とかもいらつちやるんですけど、もともと地域の方たちが加わつてくれて、うちの介護サービスを使わないときとかに。</p> <p>もともと自然に見守れるかたち(N37)で、いろんなボランティア活動みたいなのがあったらいいなとかは思うんですけど。</p> <p>私も仕事してないときに、じゃあ、できるかと言つたら分かりませんが、何かできることはないかとか思つたりして。そういうのでみんなで支える(N38)というような感じですが。それが自然にできるといいかなとか思つたりとか。</p> <p>あと、お年寄りの人は子どもさんとかを見るのをすごく喜ばれているので、そういう交流の場(N39)みたいなのが、今、コロナの時期で難しいんですけど、交流の場がもつと増えていったらいいかなと。</p> <p>あと、やっぱり職員が多くなると、そこでなかなか、今度は利益とかのところに行くとか赤字(N40)になつたりとかもあるしという感じですかね。</p>
	システムを活用した安否確認の推進	<p>うち、小規模多機能の方は認知症の方とかが多く(N41)で、徘徊までは行ってないけど。</p> <p>自分で外に出られる方とか結構いらつちやる(N42)ので、安心ネットワークとかは結構登録させてもらつて。</p> <p>GPSとかじゃなくて、行方不明(N43)になつたときとかに、写真とかも事前にお渡しして登録してもらつてるので、うちとかも「行方不明者とかがあります」とかって、写真と一緒にメールとかが来たりするんですけど、そういうのをしていただけりとか。</p> <p>あとは、かばんとか服とかにシールみたいなのを貼って、それでQRコードを読み込んでもらつたら、その家族の方に連絡(N44)が行くんだかな。</p> <p>メールが入る(N45)みたいな感じのシステムとかがあったと思うんですけど。そういうのを結構利用させてもらってます。</p>
	生活支援の情報提供が一方通行	<p>あと、最近はおみ。ごみ捨て(N46)がちょっと、なかなか課題になつて。</p> <p>1人暮らしの方とか、なかなかごみが捨てられない(N47)ということで、市のやすらぎ支援のほうで。</p> <p>先ほど言った、もう一つ、やすらぎ支援のお話。1人暮らしの方で、ちょっと不穏な、不安の時間とかあるんですけど、そういう時間帯にお話のボランティア(N48)さんに入ってもらつて、ちょっとお話を聞いてもらつたりとか、一緒にお茶を飲んだりとか。</p> <p>情報提供が一方通行(N49)になつてますね。結構一方通行になつてます。</p> <p>1人暮らしの方とか、なかなかごみが捨てられない(N47)ということで、市のやすらぎ支援のほうで。</p> <p>先ほど言った、もう一つ、やすらぎ支援のお話。1人暮らしの方で、ちょっと不穏な、不安の時間とかあるんですけど、そういう時間帯にお話のボランティア(N48)さんに入ってもらつて、ちょっとお話を聞いてもらつたりとか、一緒にお茶を飲んだりとか。</p> <p>情報提供が一方通行(N49)になつてますね。結構一方通行になつてます。</p> <p>あと、うちの利用者さんでも地域包括支援センターの方に時々「困るとるんだ」と、うちの利用者さんだけ地域包括の方に連絡して、「何とかならんか」とか言う利用者さんがいるんですけど、そういうときは地域包括支援センターさんの方から「こういうふうな相談がありましたよ」とかって、「どうしように対処(N50)されてますか」みたいな感じのこととかがあった。</p>

このことから、小規模多機能居宅介護のように「泊り」、「訪問」、「通い」が利用できる施設自体が少ないことや、介護の担い手である職員の年齢も65歳以上が多く、社会資源の少なさと地域全体の介護力不足が現実として差し迫っている状況があることがわかった。また、高齢者の意思決定を尊重できるようケアプラン等を考えて実践するものの、近所付き合いがない地域住民の場合は、認知症の偏見や高齢者に関する相談窓口がわからないといった実態が明らかになった。

次に、「病院」の語りによる内容分析について述べていく。対象者は、療養型の病院に所属し、地域包括ケアシステムに携わって6年の看護師である。内容分析の結果、35のコード、8つのサブカテゴリー、3つのカテゴリー【長期療養を望む考え】、【病院経営の難しさ】、【高齢者施設の不足】への抽象化が図られた(表20)。

【長期療養を望む考え】というカテゴリーでは、病院の[長期療養を希望されている方が非常に多い(L01)]、[長期療養]という希望(L02)、[長期療養を希望されている現状がある(L03)]、[入院してしまうと退院を望まない方(L04)]、[状態が改善したときを想定(L05)]、[ここの病院は長く置いてもらえる]というふうな認識(L06)、[少し矛盾している(L07)]この7つのコードからサブカテゴリー<長期療養を希望する高齢者の多さ>とした。また、[在宅で見るといことの大変さ(L08)]、[病院に入ってもらおうと自分たちが助かる(L09)]、[負担に感じてらっしゃる(L10)]、[家族の方はそれが難しいという認識(L11)]、[介護負担がやっぱり自分の状況にマッチしない(L12)]、[介護負担というのが生じてくる(L13)]この6つのコードから<家族が思う在宅療養の大変さ>とした。そして、[在宅なり施設なりに帰れる(L14)]、[支援策の知識不足がある(L15)]、[グループホームであれば帰りたいと思うときには外泊(L16)]、[施設に預けて安心して働く(L17)]この4つのコードからサブカテゴリー<在宅療養可能なケースの多さ>とし、<長期療養を希望する高齢者の多さ>と<家族が思う在宅療養の大変さ>と<在宅療養可能なケースの多さ>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【長期療養を望む考え】と命名した。

【病院経営の難しさ】というカテゴリーでは、病院の[介護とかが必要になれば在宅に帰る(L18)]、[入院加療が必要な方が適切に入院できる場所であるべき(L19)]、[入院療養が必要(L20)]、[介護施設とか在宅でも行ける方という方がいらっしゃる(L21)]、[社会的な入院(L22)]この6つのコードからサブカテゴリー<地域における慢性期病院の役割>とした。また、[診療報酬が変わっていく。(L23)]、[診療報酬自体は低い

(L24)。]、[インセンティブが少ない(L25)] この3つのコードからサブカテゴリー<慢性期病院へのインセンティブ不足>とし、<地域における慢性期病院の役割>と<慢性期病院へのインセンティブ不足>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【病院経営の難しさ】と命名した。

【高齢者施設の不足】というカテゴリーでは、病院の[家族の方はそれが難しいという認識(L26)]、[ご本人さま主体で動くということが難しい(L27)] この2つのコードからサブカテゴリー<意思決定支援の難しさ>とした。また、[経済的理由というところが存在(L28)]、[認知症を有する方というのが実は非常に多い(L29)]、[選択肢が限られてしまう(L30)] この3つのコードからサブカテゴリー<経済的理由による選択肢の制限>とした。そして、[グループホームであれば帰りたいたいと思ふときには外泊(L31)]、[空くまで一つの施設に入院されて、空くのを待つというケースもあるので。(L32)]、[入りたいときに入れたいケースもたまに生じる(L33)]、[必要なときに入れるような、そういう施設(L34)]、[受け入れがない(L35)] この5つのコードからサブカテゴリー<入所まで待機する高齢者>と命名した。<意思決定支援の難しさ>と<経済的理由による選択肢の制限>と<入所まで待機する高齢者>のサブカテゴリーから、カテゴリーを【高齢者施設の不足】と命名した。

表 2 0 農村部の病院における専門職の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
長期療養を望む考え	長期療養を希望する高齢者の多さ	相談室のほうで事前に相談を受けられたときに、やはり長期療養を希望されている方が非常に多い(L01)と思うんですね。
		「いずれは在宅に」というよりも、だいたい相談室から回ってくるフェイスシートの中に、フェイスシートというか、相談用の基本情報の中に書かれている方は「長期療養」という希望(L02)が非常に多いと思っています。
		なんだけども、長距離移動なので長期療養を希望されている現状がある(L03)と思っています。
		いったん入院されてしまうと、一応その時点で「いずれは在宅なり施設を検討していただく時期が来ますよ」という説明をしていたとしても、いったん入院してしまうと退院を望まない方(L04)というのが非常に多いのも事実です。
		入院前の、そういった医師との相談があったとき、また入院された時点で、まだご病状がよく分からない時点でも、ある程度状態が改善したときを想定(L05)しての話をきちんとしておかないと、
	家族が思う在宅療養の大家さ	「この病院は長く置いてもらえる」というふうな認識(L06)で来られる家族の方が非常に多いので、そこ辺りがきちんとお話できてきてないというのは非常に重要かと思っています。
		やはり療養病床というところを長期に入るぞというふうに認識してこられると、ちょっと世の中の地域包括ケアシステムの中とはちょっと少し矛盾している(L07)ところがあるんじゃないかなというのが正直な感想です。
		なんですけど、そういうところがなかなか難しく、特に在宅からの場合はその傾向が強くて、在宅で見るとのことの大変さ(L08)というのが非常に大きいかかってらっしゃる。
		正直に口にされる方は「病院に入っているらうと自分たちが助かる(L09)んだ」ということを口にされる方も本当におられます。
		負担に感じてらっしゃる(L10)というのすごく感じています。
在宅療養可能なケースの多さ	病院に入ってこられる方というのは非常に高齢の方が多いので、ご本人さまは帰りたいという意識を持っておられても、ご家族の方はそれが難しいという認識(L11)が多い	
	分かっているけど、介護負担がやっぱり自分の状況にマッチしない。(L12)	
	いくらサービスが利用できたとしても、やはり介護負担というのが生じてくる(L13)ので、「病院に入ってもらって助かる」というところが慢性期病院の、こういう療養病院の役目ではあるんですけども、ご希望されている内容だけ私たちが読ませていただく、この方というのは、ある程度治療というか、またそれが済めば在宅なり施設なりに帰れる(L14)んじゃないかと思うケースが非常に多いんですね。	
病院経営の難しさ	地域における慢性期病院の役割	なので、そういうふうにおっしゃる方ということが、支援策の知識不足がある(L15)のか。
		なので、そういう方というのは、本当にグループホームとかに該当する方が非常に多いので、そういうところに入られると家族の方も、グループホームであれば帰りたいと思うときには外泊(L16)とかいうかたちが取れるんですけども
		基本は施設に預けて安心して働く(L17)ことができたり、生活できるというところがあるので。
		そこが、一応慢性期病院というのは、ある程度医療依存度が必要な方が入られるところであって、地域包括ケアシステムの中で目的としているところ、介護とかが必要になれば在宅に帰る(L18)とか、施設に帰るところが今度の地域包括ケアシステムの中のプロセスのような役割だと思っんですね。
		ちょっと私も難しいなと思うところがあって、慢性期病院の在り方というもの、やっぱり医療依存度とか、入院加療が必要な方が適切に入院できる場所であるべき(L19)だというのはよく分かっています。
	慢性期病院へのインセンティブ不足	実際、区分1でも入院療養が必要(L20)な方というのは実際にいらっしゃる。
		反対に、区分割合としては2とか3を持ってらっしゃる方がいらっしゃるんですけども、そういう方が意外と介護施設とか在宅でも行ける方という方がいらっしゃる(L21)んですね。
		だから、社会的な入院(L22)になっていらっしゃるケースもありますし、そういう症例があるのは事実です。
		なんですけれども、やっぱり医療区分、ADL区分というものを基に療養病床というのが成り立っていて、それがあって診療報酬が変わっていく(L23)
		だけでも、実際は医療区分1に当たる人がいろいろいらっしゃるんですね。そういう方でも入院が必要な方というのはいらっしゃるので、だけど、診療報酬自体は低い(L24)。
高齢者施設の不足	意思決定支援の難しさ	その辺りの見直しというのは、たぶんされているのを知っています。ですけれども、現実…インセンティブが少ない(L25)というところですかね。
		病院に入ってこられる方というのは非常に高齢の方が多いので、ご本人さまは帰りたいという意識を持っておられても、ご家族の方はそれが難しいという認識(L26)が多い
	経済的理由による選択肢の制限	そういう意思決定支援の部分ということが、なかなかご本人さま主体で動くということが難しい(L27)んですね。
		あとは、経済的理由というところが存在(L28)するということもあります。やはり選択肢が限られてくる症例。
		正直お金を持ってらっしゃるような方というのは、特にうちは併設にいろんな施設を持っているので、例えば認知症を有する方もグループホーム。まあ、認知症を有する方というのが実は非常に多い(L29)んですね。入院してこられる方は特に。
入所まで待機する高齢者	そういう意味では、そういうところに入れたら一番いいケースも多いんですけど、金銭的なことが理由になってくると、その選択肢が限られてしまう(L30)ので。	
	なので、そういう方というのは、本当にグループホームとかに該当する方が非常に多いので、そういうところに入られると家族の方も、グループホームであれば帰りたいと思うときには外泊(L31)とかいうかたちが取れるんですけども	
うちの介護老人保健施設とか、特養が空のが一番ベストなんじゃないですけども、そういうところが空まで一つの施設に入院されて、空のを待つというケースもある(L32)		
そういうところでは、なかなか本当に必要な人が入りたいときに入れないケースもたまに生じる(L33)ことがあります。		
やっぱり必要なときに入れるような、そういう施設(L34)というのが必要ですね。		
受け入れがない(L35)ことには、やはり帰したとして、帰ったときの状況というの私たちも心配なところになりますし。		

このことから、高齢者は、一度入院してしまうと家族に迷惑をかけてしまうことを思い、退院を望まない方が多いことがわかった。家族としても、仕事や都市部に在住している場合が多く、病院に入っているらう方が助かるといった思いがあることが明らかになり、本来であれば、退院後は在宅療養に移行できる高齢者が多いこともわかった。

農村部の実態についてまとめると、地域包括支援センターと市保健センター、市社会福祉協議会の語りから、地域に人がいない状況や高齢者で気になる住民を把握できていないことがわかった。そして、高齢者が利用するサロンの世話人がいないため、保健センターや地域包括支援センターが代わりに担っている実態があった。さらに、専門職の人材育成や異動が生じた際の引継ぎが重要視されており、地域住民との信頼関係の構築や継続した支援が困難な背景があることが明らかになった。居宅介護支援事業所と小規模多機能型居宅介護による語りから、高齢者施設が少なすぎて選択肢が極端に少ない状況や訪問看護や訪問介護といったサービス利用において、移動距離が長い場合は断られるケースが存在していることがわかった。また、地域ケア会議があっても外来診療を理由に医師は不参加となったり、社会資源自体が少ないため他職種との接点が少ない状況に陥っていることが明らかになった。小規模多機能型居宅介護の語りから、「泊り」、「訪問」、「通い」が利用できる施設自体が少ないことや、介護の担い手である職員の年齢も65歳以上が多く、社会資源の少なさと地域全体の介護力不足が現実として差し迫っている状況があることがわかった。また、高齢者の意思決定を尊重できるようケアプラン等を考えて実践するものの、近所付き合いがない地域住民の場合は、認知症の偏見や高齢者に関する相談窓口がわからないといった実態が明らかになった。病院の語りから、高齢者は、一度入院してしまうと家族に迷惑をかけてしまうことを思い、退院を望まない方が多いことがわかった。家族としても、仕事や都市部に在住している場合が多く、病院に入ってもらう方が助かるといった思いがあることが明らかになり、本来であれば、退院後は在宅療養に移行できる高齢者が多いこともわかった。

つまり、農村部では、専門職が少ないために、他の専門職のことにも関心を広げたり、本来の仕事以上の他職の内容についても関わらざるを得ない実態があって、自ずと情報交換や移動の際には、「引き継ぎ」ということから、必然として連携が生まれる構造に至っている可能性が示唆された。

第3章のまとめとして、都市部と農村部の実態から浮かびあがる共通点として、専門職の人材や情報における協働連携の不足があり、高齢者主体の活動においては担い手が不足していることが挙げられる。さらに高齢者を支援する制度や仕組みはあるが、現場では機能していないケースが多いことが示された。一方、都市部と農村部の相違点であるが、都市部は制度やサービスはあるが、それに人材及び運用が追いついていないことがわかった。農村部においては、そもそも制度や社会資源そのものが少なく、地理的・人口的な障

壁が大きいことがわかった。

そのため、都市部では専門職の数と対象者の数が合わず、専門職の機能が、量的不足から対応できていない。この量的不足は、質の低下や質を維持するための研修や勉強会の開催を阻むという悪循環に至っている実態がある。農村部は、そもそも専門職が少ない上に事業所の不足もあり、各専門職の専門性を広げざるを得ない実態が明らかになった。

第4章 都市部と農村部の専門職における協働連携の比較

本章では、都市部と農村部の専門職における協働連携の比較として、第1節では、地域包括ケアシステムに関わる都市部と農村部の専門職における協働連携の比較について論じ、第2節では、地域包括ケアシステム運用に関する専門職の課題について論じる。

第1節 地域包括ケアシステムに関わる都市部と農村部の専門職における課題の比較

本節では、地域包括ケアシステムに関わる都市部と農村部の専門職における課題の比較として、第1項では、都市部の専門職における協働連携の課題に関する考察を論じ、第2項では、農村部の専門職における協働連携の課題に関する考察について論じる。

第1項 都市部の専門職における協働連携の課題に関する考察

地域包括ケアシステムに関わる都市部の専門職の協働連携について論じていく。その際、地域包括ケアシステムの概念図¹⁾に照らし論じていくことが有用と考える。図4は、地域包括支援センターや保健センター等で、地域保健や福祉に関する支援体制を説明する際に用いられていたり、看護師養成におけるテキスト等で多用される。図には、自助・互助・共助・公助の各層に、住まいや医療、ボランティア、地域住民、行政などの支援要素が配置されており、高齢者支援における包括的な仕組みが表されており、地域包括ケアシステムを考察する際の基本となる構造図と捉える。

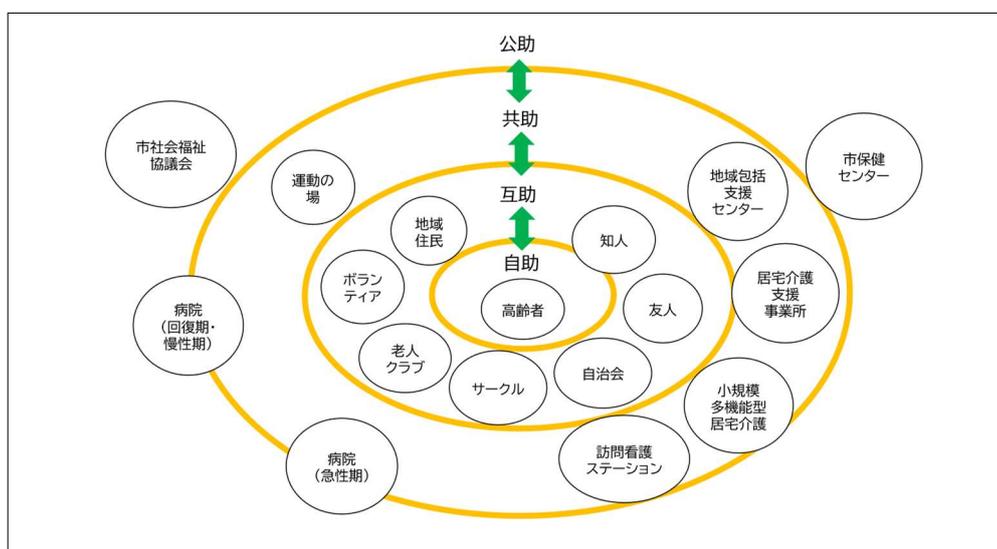


図4 地域包括ケアシステムにおける協働連携の概念図

基本となる構造図に照らし、地域包括ケアシステムにおける都市部の専門職の協働連携の実際がどのようになっているかについて、示していきたい。病院や市保健センター等各機関や友人や知人等の要素について、機能していない場合には黒く塗りつぶし、協働連携が不十分な機関や要素を赤い点線で結び、地域包括ケアシステムにおける協働連携の実態について可視化した。

まず、訪問看護師の人材不足、ケアマネジャーにおける質のばらつき、外来との協働連携が困難であるという実態から、訪問看護師と居宅介護支援事業所のケアマネジャー、訪問看護師と病院の看護師との協働連携ができていないものとする（図5中、①）。

次に、慢性的なマンパワー不足が生じている市保健センターと地域の専門職における協働連携の拠点となる地域包括支援センターは、協働連携におけるビジョンを共有することができておらず、地域の専門職を繋ぐ役割を担う市社会福祉協議会の生活支援コーディネーターとの協働連携もできていないことが明らかになった。このことから、市保健センターの保健師と地域包括支援センターの職員、市保健センターの保健師と市社会福祉協議会の職員は連携は不十分と考えられる（図5中、②）。

そして、市社会福祉協議会では、ボランティアの人材不足、行政の委託業務が増えたことによる業務の縦割りが生じたという実態から、市社会福祉協議会と小規模多機能型居宅介護の協働連携も不十分である（図5中、③）。また、独居高齢者の増加、家族における介護力の弱さ、高齢者が利用する社会資源やサービスの不足によって、業務が多忙となり情報交換が不足しているといった実態から、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと病院の看護師においても協働連携が不十分であると考えられた（図5中、④）。さらに、情報共有ができる場の未整備、地域包括ケアシステムの周知不足といった実態から、地域包括支援センターの職員と市保健センターの保健師、小規模多機能型居宅介護の職員との協働連携が不十分であるとする（図5中、⑤）。

このことから、都市部では「公助」である市保健センターや市社会福祉協議会、「共助」である病院や運動を行う場、「互助」である地域住民は都市部に有しているが、専門職の語りから市保健センターと地域包括支援センター、居宅介護支援事業所と訪問看護ステーション、訪問看護ステーションと回復期・慢性期の病院、市社会福祉協議会とボランティアといった、役割や機能が類似している機関間における協働連携に課題を有していた。この事は、互助、共助、公助を有機的に繋ぎ活用しようとする、協働連携そのものの仕組みが機能不全を起こしているといえ、「再構築」が必要とする。

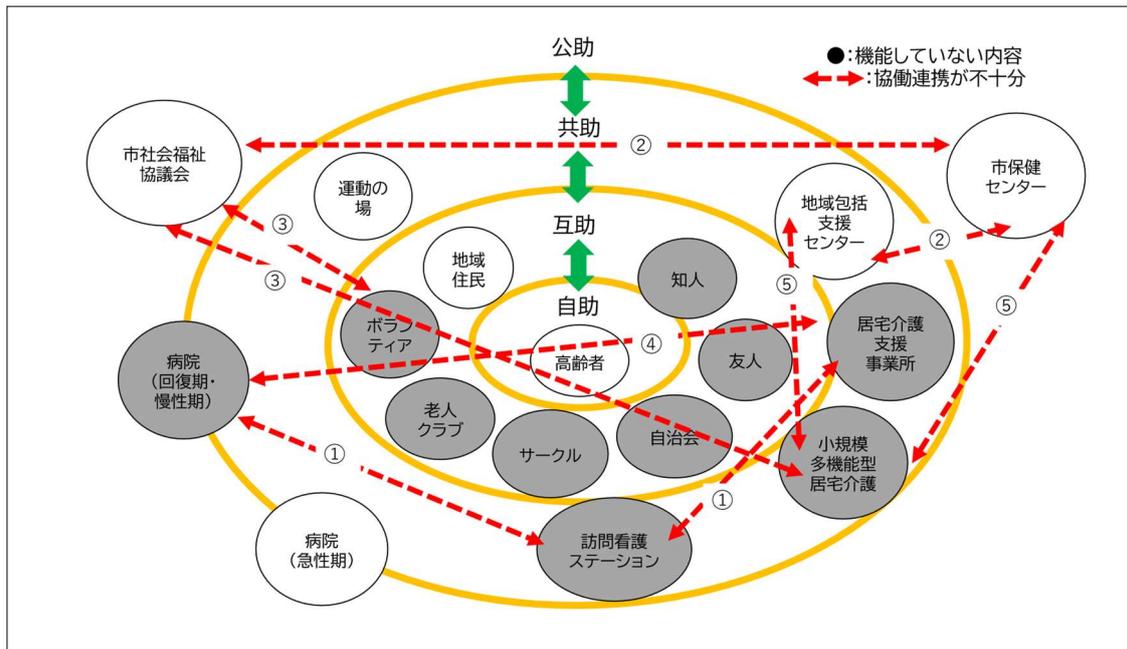


図5 都市部の専門職における協働連携の課題

筒井²⁾は「日本における高齢者へのサービスの提供主体は、行政機関や地域包括支援センターに偏っており、インフォーマルサービス自体が少ない特徴がある」と述べており、高齢分野における社会心理的なアプローチといった概念もなく、専門職が行う心理的なアプローチについては独自に取り組んでいる実態がある。このことは、各専門職における質のばらつきを生み、専門性を発揮できずに、他職種と仕事が重なっているにも関わらず、曖昧な知識や経験上知っている範囲内での協働連携を実践している可能性が考えられる。

都市部の考察から、都市部は人口が密集する地域であり、高齢者も多い特徴があるため、医療機関や高齢者施設の受け入れにおいてキャパシティオーバーが生じやすく、転院までの待機時間の長さや住み慣れた地域以外での療養を余儀なくされている実態が示唆された。また、近隣住民との関係性が希薄化し、住民の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることのできるソーシャルキャピタルが弱体化している課題も挙げられ、専門職が一見多い印象を持つ都市部であるが、社会心理的なアプローチはそれぞれ独自に行っている可能性が示唆され、協働連携についても実質化に至っていないことが考えられる。

さらに、高齢者とその家族を支える総合窓口としての機能を持つ地域包括支援センターにおいても、充実した地域ケア会議の開催から地域の課題解決に必要な社会資源の開発や地域づくりを展開するまでに、至っていないと考える。このことから、「公助」、「共助」

に関する機能の立て直しが必要であることが示唆された。

第2項 農村部の専門職における協働連携の課題に関する考察

農村部における専門職の協働連携の課題に関し考察する。農村部の地域包括ケアシステムにおける専門職の実態から、地域包括支援センターや市保健センター、市社会福祉協議会の機能は重要であるが、専門職が高齢者のニーズを把握し、サービス利用のためのケアプランを立案しても、移動距離の長さや送迎手段の確保が難しいといった課題がある。また、訪問看護師やケアマネジャーの人員不足に伴い、サービスの提供や維持が困難であり、小規模多機能型居宅介護に関しては、設置数が少なく、利用したくても利用できない現状がある。さらに、病院においても長期入院の希望が多い他、施設が空くまでの社会的入院がある等、病院にあつては採算が取れないため事業の存続が難しい実態があつた。

こうした背景を踏まえ、都市部の考察で用いた地域包括ケアシステムにおける概念図に照らし、農村部の実態を可視化したい。農村部においては、専門職が協働連携できている実態が示されたため、それらは青色の点線で示していく。

農村部では、地域住民の担い手不足により高齢者の見守りができていなかったり、ベテラン職員の人材不足や異動による担当者の交代を理由に専門職の人材不足が挙げられ、交通機関の少なさといった利便性の悪さから、市保健センターの保健師と小規模多機能居宅介護との協働連携が難しい実態はあるが、高齢化が進んでいるサロンで運営のサポートを市保健センターの保健師や地域包括支援センターの職員、市社会福祉協議会の職員が一緒に実施していることが示された。よって、市保健センターの保健師や地域包括支援センターの職員と市社会福祉協議会の職員は、協働連携ができていると考えられる（図6中、①）。

そして、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと病院の看護師において、社会資源の不足や高齢者施設の詳細を知らないといった実態から、協働連携が不十分であると考えられた（図6中、②）。しかし、地域包括ケアシステムを学ぶための勉強会を実施するや、訪問診療を行うところが増えたといった語りもあり、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと訪問看護ステーションの訪問看護師は協働連携できていることが考えられ、青色の点線で示した（図6中、③）。

小規模多機能型居宅介護の職員と市保健センターの保健師、訪問看護ステーションの訪問看護師は、高齢者施設の少なさや介護人材の不足、生活支援の情報提供が一方通行とい

った実態から、協働連携が不十分であるものとする(図6中、④)。また、長期療養を希望する高齢者の多さや入院患者に在宅療養可能な高齢者が多いこと、高齢者施設が極端に不足していることによる意思決定支援の難しさや入所するまでに待機期間を要する実態から、病院の看護師と居宅介護支援事業所のケアマネジャー(図6中、②)、病院の看護師と訪問看護師に関しては協働連携が不十分であると考えられた(図6中、⑤)。

これらのことから、「公助」の市保健センター、市社会福祉協議会、地域包括支援センター、知人や友人は残存している。しかし、市保健センターと小規模多機能居宅介護、小規模多機能型居宅介護と訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所と回復期・慢性期病院回復期・慢性期病院と訪問看護ステーション、といった協働連携は機能できていないことが示された。しかしながら、農村部にあつては、市保健センターの保健師と市社会福祉協議会の職員、地域包括支援センター職員がサロンの運営サポートを通して協働連携していることが示された。そのため、既存の互助、共助、公助の協働連携を「再活性」していくことが重要と考える。

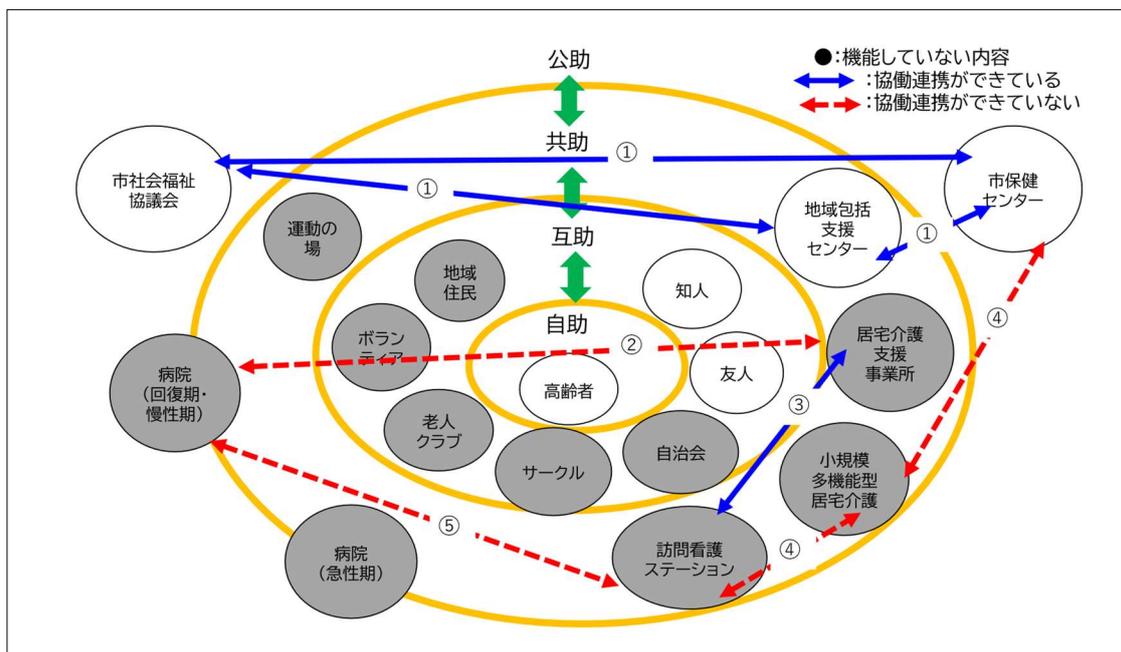


図6 都市部の専門職における協働連携の課題

農村部にあつては、高齢者世帯や独居高齢者が多い上に、高齢者施設の数が少ないという現状から、在宅療養を可能にするためには家族の介護も必要であることがわかった。菊池³⁾は「家族のみならずインフォーマルな介護者を対象とする多様な支援事業の参入の検

討も急がれる」と述べているが、著しく人口が減少している地域において多様な支援事業といっても非現実的であり、採算と人材の面からも難しいと考える。

このことから、農村部における最大の課題は人口減少に伴う必要とされる高齢者施設の不足と、家族介護者が近所に住んでいない場合は、病院が高齢者の一時預かり場所として機能せざる得ない状況であり、在宅療養に向けて病院や施設等の繋がりが阻まれることがわかった。

つまり、農村部の地域包括ケアシステムは、病院や介護福祉施設が少なく、専門職や介護・医療のサービスが著しく不足しているため、専門職が協働連携を必要としても、専門職の協働連携の前提条件としての、診療連携や病病連携が機能不全に陥っている実態が示された。太田⁴⁾は「農村部におけるマンパワーの質と量をどのように計画できるかが課題」と述べており、医療関連施設や人材の不足は、地域包括ケアシステム運用において、量的・質的サービスの不足と関連することを指摘している。この事は、住まい・医療・介護・予防・生活といった一体的な連携を阻むことにもなり、地域包括ケアシステムの根幹からの揺らぎを示している。

本事例でみたように、地域の財源やマンパワーに依存するシステム運用は仕方ない面があるが、現状打破のためには、急速に進展するデジタル機能の恩恵を活用することに期待が持てないだろうか。Leutz⁵⁾は「医療と介護の現場において、ほとんどの患者は linkage、coordination レベルでのサービス提供が望まれる」と述べており、協働連携を重視したシステム導入を強調している。また、Weiss⁶⁾は「Wellness の管理に関するモデルには、介護予防事業への応用が可能であり、とくに高齢期の自己管理に有用となることが予想される」と述べている。さらに、仁村ら⁷⁾は「対面での診察が難しい場合、遠隔システムを用いることで、基礎疾患の状態確認や受診に関する緊急性をモニタリングが可能となり、重症化予防等早期に診断が行える。また、介護等の相談を含め、家庭訪問の代用として活用でき、不安の解消に効果し、精神的サポートにも寄与できる」と述べている。このように、デジタル機能の活用の有用性は強調されているが、「デジタル弱者と言われる高齢者において、タッチ・ディスプレイによる操作の不慣れさがあるため、慣れるまでの継続的な支援が欠かせない」⁸⁾とあり、人的ネットワークに依存している傾向が強い農村部にあっては、普及・利用促進への高いハードルがとなっていることが考えられる。

以上、都市部と農村部における専門職の課題の比較から、地域の特性に応じた、最適なケアシステムとなるよう整備していくことを求めていきたいが、地域によって機能してい

るシステムに違いがあるため、地域の実態と特性に応じたサービスのカスタマイズが必要になってくると考える。サービスのカスタマイズのためには、都市部と農村部等、地域課題の違いを考慮し、地域のニーズに合わせた柔軟なケア提供を考察することが求められる。この他、介護人材の質向上や不足解消に向けた取り組みが必須であり、専門職と地域住民とがつながり合う仕組みを整備していく必要がある。厚生労働省⁹⁾は「つながり続けることを目指すアプローチ」として伴走型支援を整備しようとしている。現代社会における社会的孤立は、大きな社会問題となっており、専門職が「助けて」と言わない、言えない人へのアプローチを行い、本人や「つなぎ」先に問題が生じた時は、早期に「もどす」等アプローチの方向を変え、本人の意向を元にした「つなぎ直す」支援の重要性について、真摯に検討する必要がある。

以上、都市部と農村部といった地域間格差を意識し、各サービスを担う専門職の課題について考察してきたが、次節においては、地域包括ケアシステム運用に関する専門職の課題について考察していきたい。

第2節 地域包括ケアシステム運用に関する専門職の課題

本節では、地域包括ケアシステム運用に関する協働連携における専門職の課題について総括したい。

都市部と農村部という地域において、協働連携の実態を検討した結果、人口の集中による機能・役割の質低下が示された都市部と、人口減少に伴う全体な機能・役割の低下ばかりでなく地域包括ケアシステムの運用に必須な機能については、各機関や専門職は役割の拡大でカバーしようとするシステムの温存機能が生じていた。都市部と農村部といった対比的な関係にありながらも、地域包括ケアシステムを運用する専門職にあっては、独自の機能を発展させるなど、各々の地域と一緒に変化追従している様があった。

このことから、様々な地域に従事する専門職には、どのような課題があり、その解決に向けて、今後どのような機能・役割・能力等を開発していかなくてはならないのだろうか、各専門職の課題について考察する。

地域包括ケアシステムにおける公助に関わる専門職は、制度的支援の中核を担い、医療・介護・福祉・予防・生活支援を統合的に提供するための基盤づくりに貢献している。しかし、その役割の重要性にもかかわらず、現場では多くの課題が顕在化しており、今後の発展に向けた機能・能力の再構築が求められている。

まず、公助に関わる専門職の最大の課題は、縦割り行政の構造的な制約である。保健、医療、福祉、介護といった分野がそれぞれ独立した制度や予算で運用されているため、横断的な連携が困難となり、利用者にとっては支援が断片化される傾向がある。特に地域包括支援センターの職員や自治体保健師は、制度の狭間にあるニーズに対応しようとする中で、柔軟な支援が難しくなる場面が多い。また、制度中心の支援体制は、個別性への対応力を弱める要因となっている。画一的なサービス提供では、多様化する高齢者の生活課題や価値観に十分に答えることができず、結果として「制度の限界」が現場の専門職に過度な負担を強いている。さらに、地域住民との距離感も課題であり、行政職員が住民と直接対話する機会が限られていることで、信頼関係の構築やニーズの把握が不十分となるケースも少なくない。

こうした課題に対して、今後の発展に向けては、いくつかの方向性が考えられる。第一に、部門横断的な連携体制の構築が不可欠である。医療・介護・福祉の専門職が共通の目標に向かって協働できるよう、情報共有の仕組みや連携会議の制度化が求められる。第二に、地域志向型行政への転換が重要である。住民参加型の政策形成や、地域ケア会議などを通じた対話の場の創出により、行政と住民の関係性を再構築することができる。さらに、ICT (Information and Communication Technology) やデータ活用による課題の可視化も発展の鍵となる。情報通信技術を用いて、地域の健康課題や社会資源を分析することで、より効果的な施策立案が可能となる。また、専門職自身の育成も重要であり、地域包括ケアに特化した研修やキャリアパスの整備によって、制度を超えた柔軟な支援を担える人材の確保が求められる。よって、公助に関わる専門職は、制度の担い手であると同時に、地域の暮らしを支える「つなぎ手」としての役割が果たせるよう、制度の枠に捉われず、地域とともに歩む姿勢についての教育も行われることが重要と示唆したい。

続いて、共助に関わる専門職は、住民や地域団体が主体となって支え合う仕組みであり、制度の枠を超えた柔軟で持続可能な支援の基盤を形成する重要な要素である。共助に関わる専門職は、地域の力を引き出し、支える役割を担っているが、その実践には多くの課題が存在し、今後の発展に向けた機能や能力の再構築が求められている。

共助に関わる専門職の課題の一つに、役割の曖昧さと制度的な位置づけの不明確さが挙げられる。例えば、生活支援コーディネーターや社会福祉士、地域のNPO職員などは、地域住民と行政の間をつなぐ重要な存在であるにもかかわらず、その活動は制度に十分に組み込まれておらず、責任や権限が不明瞭なまま業務を行なっているケースが多い。これに

より、活動の正当性や継続性が担保されにくく、専門職自身の考え方や地域からの信頼にも影響を及ぼす。

また、共助の担い手も高齢化による担い手不足が深刻な課題となっている。このように、特定の個人に依存した支援体制では、継続的な活動が困難となり、地域の支え合いの仕組みが脆弱化する恐れがある。さらに、専門職と住民との間で価値観や支援の方向性にズレが生じることもあり、協働がうまく機能しない場合には、活動が停滞することもある。

こうした課題に対して、今後の発展に向けては、いくつかの方向性が考えられる。第一に、共助の担い手同士のネットワーク化と情報共有の仕組みづくりが重要である。地域資源を可視化し、活動の連携を促進することで、支援の重複や漏れを防ぎ、効率的な支援体制を構築することができる。第二に、住民主体の支援モデルの構築が求められる。地域住民が自らの役割を認識し、積極的に参加できるよう、「出番づくり」や「役割創出」を通じたエンパワメントの仕組みが必要である。このような方向性に対して、共助に関わる専門職が、住民活動を支える「伴走支援者」としての役割意識を持ち活動することが重要である。支援の主導者ではなく、住民の主体性を尊重しながら活動を支えるファシリテーターとしての機能である。また、活動の成果を見える化し、社会的価値として評価・共有する仕組みも再構築することで、地域内外からの理解と支援を得やすくなり、専門職における活動の持続可能性が高まる。

以上より、共助に関わる専門職は、柔軟な支援の担い手であり、地域の力を引き出す触媒としての役割を果たす存在として、制度的支援（公助）との連携を深めながら、地域の自律性と創造性を育むことができるよう、活動を行うことが課題と言えよう。

これまで述べてきた、人員不足による「公助」機能の低下や、役割拡大に伴う「共助」機能を補完する仕組みの検討の必要性から、具体的な方策について考察する。まず、都市部の高齢者や家族に該当する「自助」において、健康診断・運動教室・セルフケアへの積極的参加、インターネットや広報誌を活用したサービスの情報収集が重要と考える。「互助」については、知らない者同士であっても集う機会を設けて、高齢者を支援していく必要がある。農村部においては、地域の保健師や集会での健康相談への参加、地域の掲示板や口コミを通じて情報を得ることや農作業や地域行事への参加、近隣との助け合いが実現可能な方策である。そのため、「互助」で残存している近所付き合いや自治会などを用いた高齢者の支援をしていくことが望まれる。

都市部と農村部における専門職の課題を整理したことで、専門職の「共助」、高齢者を支える地域住民の「互助」を補うための方策の重要性が示唆された。都市部では、近隣の住民や自治会等の「互助」において、地域サロンやボランティアとの連携、市民活動の場をきっかけに知り合い、「共助」と協働連携することで、高齢者の支援につなげることができる可能性が示された。農村部では、民生委員・自治会との連携、地域住民による見守り活動、地縁的ネットワークを活用することで、残存している顔の見える関係性を増やししながら「共助」と繋がっていく等、都市部と異なる方策が考えられた。

最後に忘れてはならない事として、専門職の人材育成がある。地域の特性に応じた専門職の配置等が十分ではない実態から、量的不足を質の向上で補うことが必要になるからである。都市部の人材育成においては、改めて他職種との連携を促進するための教育が必要になってくる。その理由に、看護師やケアマネジャー、福祉職などは、それぞれ異なる専門性や視点、用語を持つため、教育を通じて共通言語や相互理解を育むことが、連携の第一歩になるからである。また、教育により、連携時の役割分担や情報共有、意思決定支援が円滑になり、高齢者におけるケアの質を向上させることが可能となるためである。

具体的に言うと、保健センターや地域包括支援センター等の行政機関や、病院や高齢者施設で看護や介護に従事する職員など多様な職種を対象とした合同研修を定期的実施していく方法が考えられる。研修では、ケーススタディや地域の課題を用い、実践に即した演習形式やシミュレーションを交えた教育を行い、共通言語や相互理解を醸成していく必要がある。また、都市部特有の地域特性をどのように理解するかについての教育が、重要である。人が多く集まる都市部ゆえに、多様な住民背景があり、単身の高齢者や低所得層、外国籍の住民が生活をしていることから、地域の文化背景や人口構造に配慮した教育プログラムが必要になってくるからである。

教育方法としては、ICTを活用した地域ケア会議の開催や、eラーニングの導入により、実務と両立しながら継続的な学習を実現していくことも有効と考える。農村部の人材育成については、都市部とは異なる特性と課題に対応する必要があり、人口減少や医療及び高齢者施設等の社会資源の不足、多くの住民が高齢者であるといった複合的な課題を踏まえた人材育成が必要と考える。例えば、地域に根差した顔の見える関係の構築を目指し、地域住民や行政機関、地元のNPOなどに協働の意識を育むための教育や研修も必要になってくるものと考えられる。農村部への理解と信頼性の高い地元出身の人材の育成と確保が可能となれば、地場人材の定着化につながり、他の専門職において異動があっても、最低限必要な

情報の引継ぎや見守りが必要な高齢者の把握に有効である。また、専門職が著しく不足する地域では、遠隔診療やオンラインを用いた相談や会議が人材不足を補完する方策の一つとなるため、デジタルツールを使えるための研修や人材の利活用も重要である。そして、農村部では高齢者を対象にしたケアに留まらず、住民と地域の中でキーパーソンとなる専門職との調整役や地域づくりを牽引できる人材育成が求められる。この事は、残された住民同士のつながりを維持しながら強化することに繋がり、社会資源の活用を最大にすることが可能となるからである。

実際、地域包括システムを長期的に機能させていくために、都市部と農村部の交流を可能にする仕掛けが、都市部と農村部の双方に共通して必要である。それらを実現するためには、地域包括支援センターや行政機関の連携協定を基盤に、人的資源の相互派遣や受入れ制度を整備し、都市部の専門職が一定期間、農村部の地域包括支援センターや保健センター、居宅介護支援事業所等で実務を行い、逆に農村部の専門職が都市部に設置されている同様の施設で実務や研修を行うことができれば、最新技術だけでなく多様なケースを学ぶことができる。そして、協働による地域活性化事業を実施するための要件に、藤本¹⁰⁾は「活動を実施する時には、コーディネーターの存在が大きい」と述べており、関係者間の対立などの問題を解決するためにもコーディネーターを担う役割の専門職が必要になってくる。このように、ジョブローテーション型モデルの交流やコーディネーターを専門職の育成に加え、オンラインを用いた合同研修を設けて意見交換を実施したり、都市部と農村部の症例検討会や定例会議を実践することで地域特性を意識した知識の共有ができるようになると思う。

これまで述べてきたように、地域包括ケアシステムにおける協働連携を推進する役割を保健師や社会福祉士、ケアマネジャーといった職種がその役割を担っているが、市町村等における雇用の制限等があるため、専門職の人材不足が本研究の調査結果からも明らかになっている。よって、行政機関を含め、保健師や社会福祉士、ケアマネジャー等の採用枠を増やす政策の展開が重要と考える。そもそも、保健師や社会福祉士、ケアマネジャー等の役割に、健康問題を有する住民がいれば、地域に出向き、疾病の状態や住民の意思、家族の介護力、経済的基盤等を把握し、セルフコントロールが可能か否か判断し、住み慣れた地域で生活を継続できるよう、不足している保健、医療、福祉、介護等の各種サービスの総合調整を行うことが可能になる。

不足する人材については、人口の高齢化に伴い、定年制度への緩やかな改善が図られて

おり、定年延長や再雇用制度等、高齢者を支える人材として、退職した保健師や社会福祉士、ケアマネジャー等の再雇用や潜在保健師の活躍の場としての雇用等、雇用形態の多様化と人材確保を進めることが重要と考える。さらに、都市部と農村部の双方において、個別支援にとどまらず、会議などで地域包括ケアシステムを推進していくための政策や制度調整への提言も含め、専門職が能力を発揮しながら取組むことができれば、地域包括ケアシステムの課題解決に繋がるものと考えられる。

こうした専門職の役割や機能を含め、地域の実情を大きく変えるためにも、地域によって異なるキーパーソンとなる専門職を中心としたケアシステムモデルを再検討し、専門職を協働連携させていくことで、地域包括ケアシステムの理念へ近づけていき、システムを機能させていくことが実現できるのではないだろうか。

引用文献

- 1) 正木治恵. 真田弘美. (2020): 老年看護学概論改訂第3版. 南江堂.
- 2) 筒井孝子. (2016): 日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方 自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのありかた. 国立社会保障・人口問題研究所海外社会保障研究, 196, 368-381
- 3) 菊池いづみ. (2016): 地域包括ケア推進における家族介護に対する支援事業の課題. 社会政策学会誌社会政策, 8(1), 179-191
- 4) 太田にわ. (1997). 岡山県の都市部・農村部における高齢者の在宅ケアの実態. 岡大医短紀要, 7, 149-157
- 5) Leutz.W.N.(1999).Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom.Mibank Quarterly, 77(1), 77-110
- 6) Weiss.M.E(1998).Case management as a tool for clinical integration.Advanced Practice Nursing Quarterly,4, 9-15
- 7) 農林水産政策研究所. (2024): ICT 活性化プロジェクト【イノベーション】研究資料第1号 ICT の活用や地域資源の利用による農村イノベーションに関する研究, https://www.maff.go.jp/primaff/kanko/project/attach/pdf/220301_R04ict1.pdf,(2025年7月5日閲覧)
- 8) 厚生労働省. (2021): 「ひとりにしない」という支援重層的支援体制整備事業「伴走型支援の考え方」について 2021年国研, <https://www.mhlw.go.jp/content/000944690.pdf>, (2025年7月5日閲覧)

- 9) 荒木剛. (2019) :地域包括ケアシステム構築に向けた政策展開と課題(報告). 西南女学院大学紀要, 23, 37-46
- 10) 藤本優. (2020) :障害者と地域住民との協働による地域課題の解決のための活動に関する文献レビューー活動の過程とその要因に焦点をあててー.大妻女子大学人間関係学部紀要,22,123-136

おわりに

本論を閉じるにあたり、都市部および農村部を比較したことで明らかになった課題は、不足するマンパワーから、地域包括ケアシステムの運用にも暗雲をもたらしていることが確認できた。都市部では、インフォーマルサービスの担い手不足が生じており、行政における業務の縦割りの影響により情報提供が一方通行であることがわかった。そして、高齢者の人数が多いため、施設が不足している実態が浮き彫りになった。一方、農村部では、専門職の人材不足に加え、介護サービスを提供する社会資源の不足、利便性の悪さ、地域活動の衰退、学習機会の少なさといった課題が明らかになった。また、介護力の弱さから長期療養を望む高齢者と家族が多いことがわかった。この解決には、システムの稼働を中心となって牽引する専門職の質と量をあげることに加え、地域特性を踏まえた「互助」や「人材育成」をうまく取り入れ、協働連携に関わる負担の軽減や内容の確らしさを高める等、種々な期待が寄せられる。

まず都市部の「互助」において、近隣住民や自治会等の助け合いに加え、地域サロンやボランティアとの連携、市民活動の場をきっかけに知り合い、「共助」と協働連携することで、高齢者の支援につなげることができる可能性が示された。一方、農村部では、民生委員・自治会との連携、地域住民による見守り活動、そして地縁的ネットワークを活用することで、残存している顔の見える関係性を増やしながらか「共助」と繋がっていく等、都市部と異なる方策が考えられた。このように、都市部と農村部ではそれぞれの地域特性に応じた「互助」の形があり、それが「共助」と連携することで、より効果的な高齢者支援の仕組みを構築していく。

また、都市部の「人材育成」においては、改めて他職種との連携を促進するための教育が必要になってくる。その理由に、看護師やケアマネジャー、福祉職などは、それぞれ異なる専門性や視点、用語を持つため、教育を通じて共通言語や相互理解を育むことが、連携の第一歩になるからである。農村部については、都市部とは異なる特性と課題に対応する必要があり、人口減少や医療及び高齢者施設等の社会資源の不足、多くの住民が高齢者であるといった複合的な課題を踏まえた「人材育成」が必要である。例えば、地域に根差した顔の見える関係の構築を目指し、地域住民や行政機関、地元のNPOなどに協働の意識を育むための教育や研修が必要になってくるものとする。さらに、本研究の成果として、地域包括ケアシステムを理念どおりに運用するとするならば、地域を画一的にとらえ同一の制度下での対応では困難なため、自治体ごとの柔軟な制度設計が必要であり、自治

体間での専門職交流が重要であることが、都市部と農村部における専門職の機能・役割から考察された。

こうした地域あるいは自治体間での協働連携に関わる事項は、優先的に解決を図る必要があり、地域特性が加味された方策を打ち立てどのように実行していくかについて、早急の対応が図られることが示唆された。

本研究の限界として、地域包括ケアシステムの担い手である専門職に調査を実施したが、対象が都市部と農村部各1名からのデータのため、他の地域でも同様の結果となるのか、今後検証が必要である。その意味では、量的研究のみならず実践の分析を目的とした質的研究やアクションリサーチなどに本研究の成果を活かしていくことが重要である。

本研究において、地域包括ケアシステムに関する専門職の協働連携について地域の特性に応じた課題を抽出することができたことは、地域包括ケアシステムの実態について、細部にわたる課題設定からアプローチでき一定の成果が得られたと言える。しかし、対象者の選定方法の検討や数、さらには調査内容等、より精度を高めた研究を継続することで、円滑に機能する地域包括ケアシステムによる保健医療福祉が実現できる。残された課題についての検討は、好機を待ちたい。

謝辞

大変お忙しい中、本研究のインタビューに快く応じてくださいました皆様に心より感謝いたします。また、研究の主旨を御理解いただき、調査を御快諾くださいました研究協力施設の皆様に感謝申し上げます。

そして、本研究を遂行し、学位論文をまとめるにあたり多くの御支援・御指導を賜りました山口県立大学大学院健康福祉学研究科 田中マキ子教授に厚く御礼申し上げます。何度も立ち止まりながらも博士論文の完成までたどり着けたのは、先生が最後まで温かく励ましてくださったお陰に他なりません。心から深謝申し上げます。

博士論文の作成にあたり、横山正博教授、吉村耕一教授には多くの貴重な御助言をいただきましたこと、心より感謝申し上げます。

また、折に触れ御支援いただいた山口県立大学大学院健康福祉学研究科の諸先生方に深く感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 井藤佳恵, 津田修治, 山下真里, 他. (2023): 認知症サポート医が困難事例対応において期待される役割. 日本老年医学会雑誌, 60(3), 251-260
- 2) 前野哲博, 原田昌範, 森正樹, 他. (2020). 総合診療が地域医療における専門医や多職種連携等に与える効果についての研究. 厚生労働行政推進調査事業費補助金. 地域医療基盤開発推進研究事業: 総括研究報告書.
- 3) 森田達也, 山岸暁美. (2011). 地域での実践のまとめ. 緩和ケアプログラムによる地域介入研究班編. OPTIM Report 2011 地域での実践緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書 Outreach Palliative care Trial-of Integrated regional Model-. 1: 青海社.
- 4) 吉池毅志, 栄セツ子. (2009): 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—. 桃山学院大学総合研究所紀要, 34, 109-122
- 5) 菊地和則. (2000): 多職種チームの構造と機能. 社会福祉学, 41(1), 13-25
- 6) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. (2018). 地域包括ケア研究会 2040 年. 多元的社会における地域包括ケアシステム—「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会—. 平成 30 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金. 老人保健健康増進等事業.
- 7) 筒井孝子. (2019). 地域包括ケアシステムの深化 integrated care 理論を用いたチェンジマネジメント: 中央法規出版.
- 8) 高橋紘士. (2012). 地域包括ケアシステム: オーム社.
- 9) 辻哲夫. (2017). まちづくりとしての地域包括ケアシステム持続可能な地域共生社会をめざして: 東京大学出版会.
- 10) 石田千絵. (2024). 地域療養を支えるケア第 8 版 (ナーシング・グラフィカ): メディカ出版.
- 11) 牛澤賢二. (2021). やってみようテキストマイニング—自由回答アンケートの分析に挑戦!—: 朝倉書店増訂版.
- 12) 藤井美和. (2005). 福祉・心理・看護のテキストマイニング入門: 中央法規出版.
- 13) 飯島勝矢. (2023). ケアシステム「治し支える医療」を実現する地域包括ケア (シリーズ超高齢社会のデザイン): 東京大学出版会.
- 14) 東京大学高齢社会総合研究機構. (2020). 地域包括ケアのまちづくり: 老いても安心して

- 住み続けられる地域を目指す総合的な試み. 東京大学出版会.
- 15) 遠藤寛子. (2020). 地域包括ケア病棟における退院支援: ナツメ社.
 - 16) 弓倉整. (2023): 早期診断での連携かかりつけ医の立場から. 老年精神医学雑誌, 34(増
I), 23-28
 - 17) 丸橋篤人. 藤生大我. (2023): 地域包括ケア病棟に入院中の認知症高齢者に対する生活行
為向上マネジメントの有効性. 家庭内役割であった調理を再獲得できた事例. 認知症ケ
ア事例ジャーナル, 16(1), 3-12
 - 18) 堀田聡子. (2015): 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, 24(4), 367-379
 - 19) 原田昌範. 森正樹. (2020): 多職種連携コンピテンシーに基づく総合診療医教育の重要
性. 厚生労働行政推進調査事業費補助金. 地域医療基盤開発推進研究事業. 総括研究報
告書. 令和2年度.
 - 20) 藤井博之. 斉藤雅茂. (2018): 医療機関における多職種連携の状況を評価する尺度の開
発. 厚生指標, 65(8).