# 準市場としての介護保険制度における 経営状況等に関する調査研究事業

平成22年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 研究報告書

平成 23 年 3 月

特定非営利活動法人 日本介護経営学会

本報告書は、平成22年度老人保健健康推進等事業「準市場としての介護保険制度における経営状況等に関する調査研究事業」の研究結果をまとめたものである。本研究の目的は、介護サービス事業者の介護経営のあり方を準市場という側面から、介護サービスの実態を把握し、介護保険サービス事業者のマネジメントをいかに確立するかを科学的に検証することであった。介護サービス事業者の経営管理に関する検討を通じて、介護保険制度の理念の実現と介護経営が両立する介護事業のあり方を介護サービス事業者等に指し示し、もって提供サービスの質の向上に資することを目標とする。本年度は、介護経営の多角的な視点からの研究を実施し、介護経営、マネジメント等に寄与することを第二義的目的とした。①介護サービス情報の利活用に関する調査研究、②在宅介護ビジネスにおけるHRM的分析、③熊本市における、回復期、維持期および在宅医療・介護の連携課題と医療・介護・経営に関する調査、④地域支援事業における通所型介護予防事業の利用阻害要因に関する調査研究、を実施した。これら複数の調査によって、介護サービスの経営の実態を明らかにし、今後の方向性を模索するものである。

このほか、特定非営利活動法人日本介護経営学会の主催で、平成22年11月19日、神戸オリエンタルホテルを会場として、第6回学術大会を開催する運びとなり、シンポジウム「地域包括ケアにおける医療・介護連携」を開催し、当日は、厚生労働省で医療・介護連携を担当する唐澤剛審議官や、社会保障審議会介護保険部会委員である齊藤正身当学会理事らが参加した。さらに、平成23年3月6日、慶應義塾大学 三田キャンパスにおいて、記念シンポジウム等を企画し、当日は、厚生労働省老健局の宮島俊彦局長からの特別講演「介護保険制度改正の課題と方向性」を受け活発なパネルディスカッションが実施された。

本調査研究事業の実施にあたっては、本学会理事並びに普及啓発事業として実施したシンポジウムの講演者並びにシンポジスト各位のご協力を得た。また、多くの介護サービス事業所管理者には、研究のためのプリサーベイともいうべきヒアリング調査等にご協力をいただいた。ここに深く感謝申し上げる次第である。また、本研究実施にあたっては、調査の一部と委員会実施、報告書作成等に渡り、日本ヘルスケアテクノ(株)のご協力を頂いた。多く方々のご協力を得て、本調査研究事業を実施することができた。

平成23年3月末日

特定非営利活動法人日本介護経営学会

はじめに

第1章	介護サービス情報の利活用に関する調査研究
第2章	在宅介護事業におけるHRM的分析1
第3章	熊本市における、回復期、維持期および在宅医療・介護の連携課題と 医療・介護経営に関する調査4
第4章	高齢者介護施設の施設長の事業運営方針と職員の帰属意識の関連性 〜離職を防止するため施設運営のあり方〜
第5章	地域支援事業における通所型介護予防事業の利用阻害要因に 関する調査研究10

# 第1章 介護サービス情報の利活用に関する調査研究

#### 1 はじめに

#### (1)研究の背景

介護保険法の改正により、平成18年4月から介護サービスを行っている事業者に介護サービス情報の公表が義務付けられた。その後、順次サービスが追加され、平成21年4月に対象サービス全てに導入が完了し本格施行となった。

本制度は、介護サービス事業者が自らの責任において介護サービス情報を公表することにより、利用者やその家族等が、公表された情報を活用して介護サービス事業者を比較検討し、事業者を適切に選択することが可能となる。同時に、介護サービス事業者は、公表プロセスを通じて利用者の支持を得るためのサービスの質の改善への取組みが促進されることが期待され、介護サービス全体の質の向上を図ることを目的としている。

その一方、施行から5年目を迎える過程で、事業者側からは、制度の認知や利活用が進んでいないという課題の他、事業者の事務負担や手数料負担が大きいといった意見が寄せられ、社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」(平成22年11月30日)においては、「利用者にとって活用しやすいものとなるよう、検索機能や画面表示などを工夫するとともに、調査については、都道府県知事が必要と認める場合に、適切に実施することとするなど、事務の軽減を図り、手数料によらずに運営できる制度へと変更するべきである」とされた。

しかしながら、介護サービス情報が広く公表されることにより、介護サービス事業者を選択する際、標準化された指標に基づき比較検討が可能になる。また、利用者や家族にとっては、自分が住んでいる地域だけでなく全国的なサービスの提供状況と比較しながらその内容や水準を確認することができる。さらに、利用者に対して適正に情報提供を行うべき役割を有する介護支援専門員にとっては、情報公表制度を活用することにより、客観性、公平性、中立性が担保された情報・助言を利用者・家族等に提供することが可能となると考えられる。

介護サービス事業所にとっては、自ら公表した内容と実際の提供場面でのサービス内容とが、外部から常に比較できることにより、事業所の業務改善や介護サービスの質向上への動機づけとして作用することが期待されている。また、事業所報告・訪問調査・公表の過程を通じて、事業所自身による業務見直しや改善、介護サービスの質の向上に役立てることもできる。

したがって、介護サービス情報の公表の制度は、極めて重要であり、今後ともその利活用の 促進方法等が研究されるべきであると考えられる。

#### (2) 研究目的

本調査研究は、介護サービス情報において公表される情報の利活用について検討し、課題を抽出するものである。昨年度は、介護保険施設以外について検討を行ったが、今年度は、介護保険施設の職員配置等を検討することを目的とする。

#### (3) 研究方法

本調査は、平成18年度より定点調査をした、静岡県、兵庫県、広島県を対象に、介護サービス情報システムより、介護サービスの種類別に検索し、各施設データの「基本情報」、「調査情報」を個別にカットアンドペーストし、収集した。

収集した情報は、事業所が提供する介護サービスの内容及び事業所の運営状況に関する情報のうち、利用者が適切かつ円滑に介護サービスを利用する機会を確保するために公表することが必要な情報である「基本情報」と「調査情報」のすべてとした。

「基本情報」には、名称、所在地、連絡先、サービス従業者の数、施設・設備の状況や利用料金などの情報である。「調査情報」は、利用者本位のサービス提供の仕組み、従業者の教育・研修の状況など、介護サービス事業所のサービス内容、運営等に関する情報である。なお、「調査情報」は、その事業所が公表しようとする情報に関する根拠資料について都道府県又は指定調査機関の調査員が事実確認した情報である。

#### (4) 調查研究実施機関

調査の一部と委員会実施、報告書作成等については、日本ヘルスケアテクノ(株)に業務委託した。

#### 2 調査結果

平成 20 年度 (2008 年) における静岡県、兵庫県、広島県の「基本情報」「調査情報」の情報量はきわめて多い。その単純集計結果のみでも大量である。しかしながら、「調査情報」の多くは、差異が認められないものが少なくない。例えば、95%以上の介護保険施設で同様の傾向にあるものが、多い。これらの単純な、結果から利用者が介護保険施設の利用に資する情報を選択するには、調査項目や調査結果の意味を十分に理解する必要がある。 そのため、各種集計結果からサービスの質を評価する項目についての調査結果を示すことにした。

介護保険サービス事業所の質を評価する方法として、本調査研究では介護保険施設における 有資格者の配置人員数を示すことにした。介護保険サービスは、国民の保険料ならびに租税等 の公的資金で運営される社会保険制度で給付されるサービスであるため、法令や指定基準に定 められる設備や運営基準、人員配置基準について行政による指導や監査が行われ、最低限の質 の担保ができない事業者を排除する仕組みとなっている。それゆえ、介護保険サービス事業所 においては有資格者の配置人員を質の評価指標として使用することが妥当という考え方から、 可視化できる結果を明らかにする。

そこで介護保険サービス事業所の中でも組織体制が整っていると考えられる介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設 (老人保健施設)及び介護療養型医療施設 (介護療養病床)のデータを利用し、1施設あたりの入所定員を有資格者毎の常勤換算人数で除し、従事者1人あたりの入所定員数を算出した。

従事者1人あたりの入所定員数=1施設あたりの入所定員÷職種ごとの常勤換算人数

データ収集には、インターネット上で公表されている介護サービス情報の公表サイトの平成20年度(2008年)における静岡県、兵庫県、広島県の基本情報を利用した。1施設あたりの入所定員は、「介護サービスの内容に関する事項」における各施設の「入所定員」を使用し、有資格者の施設あたりの配置人員は「介護サービスに従事する従業者に関する事項」における有資格者の職種毎の常勤換算人数を使用した。

常勤換算人数とは、当該施設の従業者の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該施設の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

未記入や不明等があるデータは職種ごとに除外した。ほかに、従事者1人あたりの入所定員数の最小値・最大値・中央値・平均値・標準偏差を算出した。その結果は、以下の通りである。

#### (1) 介護老人福祉施設

静岡県の介護老人福祉施設データ総数は 180 件(平均入所定員 73.1 人標準偏差 26.8 人)、 兵庫県の介護老人福祉施設データ総数は 273 件(平均入所定員 69.2 人標準偏差 24.5 人)、広 島県の介護老人福祉施設データ総数は 160 件(平均入所定員 61.3 人標準偏差 19.1 人)であっ た。3 県の介護老人福祉施設データ総数は 613 件(平均入所定員 68.6 人標準偏差 24.1 人)。

# (2) 介護老人保健施設

静岡県の介護老人保健施設データ総数は 95 件(平均入所定員 104.1 人標準偏差 28.2 人)、 兵庫県の介護老人保健施設データ総数は 144 件(平均入所定員 93.2 人標準偏差 30.7 人)、広 島県の介護老人保健施設データ総数は 99 件(平均入所定員 81.0 人標準偏差 24.6 人)であっ た。3 県の介護老人保健施設データ総数は 338 件(平均入所定員 92.7 人標準偏差 29.6 人)。

#### (3) 介護療養型医療施設

静岡県の介護療養型医療施設データ総数は 41 件(平均病床数 93.0 床標準偏差 67.4 人)、兵庫県の介護療養型医療施設データ総数は 62 件(平均入所定員 67.8 人標準偏差 75.9 人)、広島県の介護療養型医療施設データ総数は 67 件(平均入所定員 50.6 人標準偏差 50.1 人)であった。3 県の介護療養型医療施設データ総数は 170 件(平均入所定員 67.1 人標準偏差 66.8 人)。

表1. 平成20年度【2008年度】介護サービス情報(基本情報)における介護老人福祉施設分

		医師	生活 相談員	看護 職員	介護 職員	管理 栄養士	栄養士	機能訓練 指導員	介護支援 専門員
静岡県	対象施設数(件)†	158	178	179	178	148	53	166	176
	最大値(人) <sup>‡</sup>	2000.0	140.0	36.4	23.3	216.7	350.0	800.0	400.0
	最小値(人) <sup>‡</sup>	50.0	16.7	9.1	1.4	25.0	25.0	13.2	15.2
	平均値(人) <sup>‡</sup>	649.5	47.9	17.8	2.3	74.4	83.8	104.8	67.7
	中央値(人) <sup>‡</sup>	567.8	42.8	16.7	2.1	70.0	55.0	74.3	60.0
	標準偏差(人)‡	378.4	21.5	5.1	1.6	29.2	67.6	114.4	37.9
		医師	生活 相談員	看護 職員	介護 職員	管理 栄養士	栄養士	機能訓練 指導員	介護支援 専門員
兵庫県	対象施設数(件)†	244	265	267	267	237	56	221	258
	最大値(人) <sup>‡</sup>	2666.7	105.0	100.0	16.0	220.0	210.0	1666.7	600.0
	最小値(人) <sup>‡</sup>	20.0	15.2	7.6	1.3	20.0	25.0	16.9	17.9
	平均値(人) <sup>‡</sup>	539.3	54.8	19.1	2.4	67.2	66.1	116.3	72.8
	中央値(人) <sup>‡</sup>	500.0	50.0	17.8	2.3	60.0	56.0	70.0	60.0
	標準偏差(人)‡	369.1	19.4	7.5	0.9	25.2	35.5	173.9	62.6
		医師	生活 相談員	看護 職員	介護 職員	管理 栄養士	栄養士	機能訓練 指導員	介護支援 専門員
広島県	対象施設数(件)†						栄養士 52		介護支援
広島県			相談員	職員	職員	栄養士		指導員	介護支援 専門員
広島県		157 1340.0 50.0	相談員 160 140.0 16.7	<u>職員</u> 160	<u>職員</u> 160 3.8 1.4	栄養士 126 168.0 21.0	52 108.0 25.0	<u>指導員</u> 154 700.0 11.7	介護支援 専門員 160 540.0 6.0
広島県		157 1340.0	相談員 160 140.0	職員 160 50.0	<u>職員</u> 160 3.8	<u>栄養士</u> 126 168.0	52 108.0	<u>指導員</u> 154 700.0	介護支援 専門員 160 540.0 6.0 65.9
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup>	157 1340.0 50.0	相談員 160 140.0 16.7	職員 160 50.0 8.3	<u>職員</u> 160 3.8 1.4	栄養士 126 168.0 21.0	52 108.0 25.0	<u>指導員</u> 154 700.0 11.7	介護支援 専門員 160 540.0 6.0
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup>	157 1340.0 50.0 458.8	相談員 160 140.0 16.7 52.8 50.0 23.2	職員 160 50.0 8.3 18.2 16.7 6.1	職員 160 3.8 1.4 2.3 2.3 0.5	栄養士 126 168.0 21.0 62.5 54.0 23.0	52 108.0 25.0 57.9	指導員 154 700.0 11.7 111.1 60.0 131.7	介護支援 専門員 160 540.0 6.0 65.9 53.0 57.1
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup>	157 1340.0 50.0 458.8 500.0	相談員 160 140.0 16.7 52.8 50.0	職員 160 50.0 8.3 18.2 16.7	職員 160 3.8 1.4 2.3 2.3	栄養士 126 168.0 21.0 62.5 54.0	52 108.0 25.0 57.9 51.0	<u>指導員</u> 154 700.0 11.7 111.1 60.0	介護支援 専門員 160 540.0 6.0 65.9 53.0
広島県 岡県、	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup>	157 1340.0 50.0 458.8 500.0 235.4 医師	相談員 160 140.0 16.7 52.8 50.0 23.2 生活	職員 160 50.0 8.3 18.2 16.7 6.1	職員 160 3.8 1.4 2.3 2.3 0.5	栄養士 126 168.0 21.0 62.5 54.0 23.0 管理	52 108.0 25.0 57.9 51.0 20.4	指導員 154 700.0 11.7 111.1 60.0 131.7 機能訓練	介護支援 専門員 160 540.0 6.0 65.9 53.0 57.1 介護支援
静岡県、	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup>	157 1340.0 50.0 458.8 500.0 235.4 医師	相談員 160 140.0 16.7 52.8 50.0 23.2 生活 相談員	職員 160 50.0 8.3 18.2 16.7 6.1 看護 職員	職員 160 3.8 1.4 2.3 2.3 0.5 介護	栄養士 126 168.0 21.0 62.5 54.0 23.0 管理 栄養士	52 108.0 25.0 57.9 51.0 20.4	指導員 154 700.0 11.7 111.1 60.0 131.7 機能訓練 指導員	介護支援 専門員 160 540.0 6.0 65.9 53.0 57.1 介護支援 専門員
静兵広 開県県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup>	157 1340.0 50.0 458.8 500.0 235.4 医師	相談員 160 140.0 16.7 52.8 50.0 23.2 生活 相談員 603	職員 160 50.0 8.3 18.2 16.7 6.1 看護 職員 606	職員 160 3.8 1.4 2.3 2.3 0.5 介護 職員 605	栄養士 126 168.0 21.0 62.5 54.0 23.0 管理 栄養士 511	52 108.0 25.0 57.9 51.0 20.4 栄養士	指導員 154 700.0 11.7 111.1 60.0 131.7 機能訓練 指導員 541	介護支援 専門員 160 540.0 6.0 65.9 53.0 57.1 介護支援 専門員 594
静岡県、	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup> 対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup>	157 1340.0 50.0 458.8 500.0 235.4 医師 559 2666.7	相談員 160 140.0 16.7 52.8 50.0 23.2 生活 相談員 603 140.0	職員 160 50.0 8.3 18.2 16.7 6.1 看護 職員 606 100.0	職員 160 3.8 1.4 2.3 0.5 介護 職員 605 23.3	栄養士 126 168.0 21.0 62.5 54.0 23.0 管理 栄養士 511 220.0	52 108.0 25.0 57.9 51.0 20.4 栄養士 161 350.0	指導員 154 700.0 11.7 111.1 60.0 131.7 機能訓練 指導員 541 1666.7	介護支援 専門員 160 540.0 6.0 65.9 53.0 57.1 介護支援 専門員 600.0 6.0 69.4
静兵広 開県県	对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup> 平均值(人) <sup>‡</sup> 中央值(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup> 对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup>	157 1340.0 50.0 458.8 500.0 235.4 医師 559 2666.7 20.0	相談員 160 140.0 16.7 52.8 50.0 23.2 生活 相談員 603 140.0 12.5	職員 160 50.0 8.3 18.2 16.7 6.1 看護 職員 606 100.0 6.3	職員 160 3.8 1.4 2.3 2.3 0.5 介護 職員 605 23.3 1.3	栄養士 126 168.0 21.0 62.5 54.0 23.0 管理 栄養士 511 220.0 20.0	52 108.0 25.0 57.9 51.0 20.4 栄養士 161 350.0 22.5	指導員 154 700.0 11.7 111.1 60.0 131.7 機能訓練 指導員 541 1666.7 11.7	介護支援 専門員 160 540.0 6.0 65.9 53.0 57.1 介護支援 専門員 600.0 6.0

<sup>\*</sup>職員一人あたりの入所定員数=入所定員/職種毎の常勤換算人数

表2. 平成20年度【2008年度】介護サービス情報(基本情報)	/ ー よく/ L フ 人 =# +/ L /ロ /*キ+/-=D. ハ
表》 平成20年度(2008年度)介護サービス情報(基本情報)	1、 わける10誰を人体健勝設分

		医師	薬剤師	看護職員	介護職員	支援 相談員	理学 療法士	作業 療法士	言語 聴覚士	管理 栄養士	栄養士	介護支援 専門員
静岡県	対象施設数(件) <sup>†</sup>	94	94	94	94	94	82	79	23	90	26	94
	最大値(人) <sup>‡</sup>	125.0	560.0	17.1	4.8	120.0	1000.0	500.0	1666.7	200.0	186.0	500.0
	最小値(人) <sup>‡</sup>	46.0	100.0	6.1	2.5	23.0	29.4	19.4	75.0	46.0	20.9	25.0
	平均値(人) <sup>‡</sup>	87.1	267.5	9.6	3.4	67.5	113.4	90.3	315.1	95.3	86.8	85.7
	中央値(人) <sup>‡</sup>	91.6	264.9	9.5	3.4	65.1	77.5	71.4	150.0	100.0	100.0	90.0
	標準偏差(人)‡	16.5	71.1	1.8	0.5	24.3	155.0	75.3	376.8	29.9	36.7	53.8
		医師	薬剤師	看護職員	介護職員	支援 相談員	理学 療法士	作業 療法士	言語 聴覚士	管理 栄養士	栄養士	介護支援 専門員
兵庫県	対象施設数(件)†	_	142	143	143	142	119	110	65	140	23	140
	最大値(人) <sup>‡</sup>	_	540.0	16.7	5.0	100.0	6900.0	770.0	2000.0	200.0	500.0	180.0
	最小値(人) <sup>‡</sup>	_	72.2	6.3	2.4	17.5	22.5	19.4	50.0	26.7	45.0	17.3
	平均値(人) <sup>‡</sup>	_	247.4	9.2	3.4	69.4	182.3	85.1	296.5	84.3	106.6	70.8
	中央値(人) <sup>‡</sup>	_	250.0	9.1	3.4	67.3	71.4	56.1	128.9	94.7	94.0	67.5
	標準偏差(人)‡		64.9	1.6	0.5	23.5	650.8	99.6	385.5	29.4	93.1	27.5
	IN FINAL (747)	医師	薬剤師	看護職員	介護職員	支援 相談員	理学 療法士	作業 療法士	言語 聴覚士	管理 栄養士	栄養士	介護支援 専門員
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup>	医師 99	薬剤師	看護職員 99	介護職員 99						栄養士 24	
広島県						相談員	療法士	療法士	聴覚士	栄養士		専門員
広島県		99	80	99	99	相談員 99	<u>療法士</u> 71	<u>療法士</u> 86	<u>聴覚士</u> 25	<u>栄養士</u> 95	24	<u>専門員</u> 99
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup>	99 133.3	80 1420.0	99 15.9	99 5.1	相談員 99 330.0	<u>療法士</u> 71 500.0	<u>療法士</u> 86 880.0	<u>聴覚士</u> 25 1000.0	<u>栄養士</u> 95 177.5	24 266.7	<u>専門員</u> 99 480.0
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup>	99 133.3 18.0	80 1420.0 100.0	99 15.9 5.7	99 5.1 2.1	相談員 99 330.0 22.0	療法士 71 500.0 20.0	療法士 86 880.0 25.8	<u>聴覚士</u> 25 1000.0 80.0	栄養士 95 177.5 36.0	24 266.7 48.0	<u>専門員</u> 99 480.0 11.8
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup>	99 133.3 18.0 74.4	80 1420.0 100.0 306.3	99 15.9 5.7 9.4	99 5.1 2.1 3.3	相談員 99 330.0 22.0 61.3 53.3 34.6	療法士 71 500.0 20.0 101.6 72.0 95.0	療法士 86 880.0 25.8 93.4 61.8 120.9	聴覚士 25 1000.0 80.0 251.9 150.0 244.5	栄養士 95 177.5 36.0 78.7 80.0 28.0	24 266.7 48.0 97.2	<u>専門員</u> 99 480.0 11.8 71.6 68.0 53.5
広島県	对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup> 平均值(人) <sup>‡</sup> 中央值(人) <sup>‡</sup>	99 133.3 18.0 74.4 75.0	80 1420.0 100.0 306.3 280.0	99 15.9 5.7 9.4 9.3	99 5.1 2.1 3.3 3.3 0.5	相談員 99 330.0 22.0 61.3 53.3	療法士 71 500.0 20.0 101.6 72.0	療法士 86 880.0 25.8 93.4 61.8	聴覚士 25 1000.0 80.0 251.9 150.0	<del>栄養士</del> 95 177.5 36.0 78.7 80.0	24 266.7 48.0 97.2 80.0	<u>専門員</u> 99 480.0 11.8 71.6 68.0
広島県静岡県、	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup>	99 133.3 18.0 74.4 75.0 20.4	80 1420.0 100.0 306.3 280.0 179.0	99 15.9 5.7 9.4 9.3 1.9	99 5.1 2.1 3.3 3.3 0.5	99 330.0 22.0 61.3 53.3 34.6 支援	療法士 71 500.0 20.0 101.6 72.0 95.0 理学	療法士 86 880.0 25.8 93.4 61.8 120.9	聴覚士 25 1000.0 80.0 251.9 150.0 244.5 言語	<del>栄養生</del> 95 177.5 36.0 78.7 80.0 28.0	24 266.7 48.0 97.2 80.0 61.0	専門員 99 480.0 11.8 71.6 68.0 53.5 介護支援
静岡県、	对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup>	99 133.3 18.0 74.4 75.0 20.4	80 1420.0 100.0 306.3 280.0 179.0 薬剤師	99 15.9 5.7 9.4 9.3 1.9	99 5.1 2.1 3.3 3.3 0.5	相談員 99 330.0 22.0 61.3 53.3 34.6 支援 相談員	療法士 71 500.0 20.0 101.6 72.0 95.0 理学療法士	療法士 86 880.0 25.8 93.4 61.8 120.9 作業 療法士	聴覚士 25 1000.0 80.0 251.9 150.0 244.5 言語 聴覚士	栄養士 95 177.5 36.0 78.7 80.0 28.0 管理 栄養士	24 266.7 48.0 97.2 80.0 61.0	専門員       99       480.0       11.8       71.6       68.0       53.5       介護支援       専門員
静兵広島県県県県	对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup> 平均值(人) <sup>‡</sup> 中央值(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup>	99 133.3 18.0 74.4 75.0 20.4 医師 <sup>§</sup>	80 1420.0 100.0 306.3 280.0 179.0 薬剤師	99 15.9 5.7 9.4 9.3 1.9 看護職員	99 5.1 2.1 3.3 3.3 0.5 介護職員	相談員 99 330.0 22.0 61.3 53.3 34.6 支援 相談員 335	療法士 71 500.0 20.0 101.6 72.0 95.0 理学療法士 272	療法士 86 880.0 25.8 93.4 61.8 120.9 作業 療法士 275	聴覚士 25 1000.0 80.0 251.9 150.0 244.5 言語 聴覚士	栄養士 95 177.5 36.0 78.7 80.0 28.0 管理 栄養士 325	24 266.7 48.0 97.2 80.0 61.0 栄養士	専門員       99       480.0       11.8       71.6       68.0       53.5       介護支援       専門員       333
静岡県、	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup> 対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup>	99 133.3 18.0 74.4 75.0 20.4 医師 <sup>§</sup> 193 133.3	80 1420.0 100.0 306.3 280.0 179.0 薬剤師 316 1420.0	99 15.9 5.7 9.4 9.3 1.9 看護職員 336 17.1	99 5.1 2.1 3.3 3.3 0.5 介護職員 336 5.1	相談員 99 330.0 22.0 61.3 53.3 34.6 支援 相談員 335 330.0	療法士 71 500.0 20.0 101.6 72.0 95.0 理学 療法士 272 6900.0	療法士 86 880.0 25.8 93.4 61.8 120.9 作業 療法士 275 880.0	聴覚士 25 1000.0 80.0 251.9 150.0 244.5 言語 聴覚士 113 2000.0	栄養士       95       177.5       36.0       78.7       80.0       28.0       管理       業士       325       200.0	24 266.7 48.0 97.2 80.0 61.0 栄養士 73 500.0	専門員       99       480.0       11.8       71.6       68.0       53.5       介護支援       専門員       333       500.0
静兵広島県県県県	对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup> 中央值(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup> 对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup>	99 133.3 18.0 74.4 75.0 20.4 医師 <sup>§</sup> 193 133.3 18.0	80 1420.0 100.0 306.3 280.0 179.0 薬剤師 316 1420.0 60.0	99 15.9 5.7 9.4 9.3 1.9 看護職員 336 17.1 4.8	99 5.1 2.1 3.3 3.3 0.5 介護職員 336 5.1 1.9	相談員 99 330.0 22.0 61.3 53.3 34.6 支援 相談員 335 330.0 17.5	療法士 71 500.0 20.0 101.6 72.0 95.0 理学療法士 272 6900.0 20.0	療法士 86 880.0 25.8 93.4 61.8 120.9 作業 療法士 275 880.0 18.8	聴覚士 25 1000.0 80.0 251.9 150.0 244.5 言語 聴覚士 113 2000.0 45.0	栄養士       95       177.5       36.0       78.7       80.0       28.0       管理       業士       200.0       26.0	24 266.7 48.0 97.2 80.0 61.0 栄養士 73 500.0 20.9	専門員       99       480.0       11.8       71.6       68.0       53.5       介護支援       専門員       333       500.0       11.8

<sup>†</sup>不明等は除外して算出

<sup>\*</sup>職員一人あたりの入所定員数=入所定員/職種毎の常勤換算人数

<sup>§</sup> 静岡県、広島県の合算

表3 平成20年度[2008年度]介護サー	ービス情報(基本情報)における介護療養型医療施設分
<b>30.   10.20 千尺 12.000 千尺 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 </b>	

		医師①	医師②	薬剤師①	薬剤師②	看護 職員①	看護 職員②	介護 職員①	介護 職員②	理学 療法士①	理学 療法士②
静岡県	対象施設数(件)†	41	29	33	24	<u>- 戦貝①</u> 41	<u>- 戦長と</u> 38	<u>- 戦貝①</u> 41		<u> </u>	<u> </u>
13.1. 2214	最大値(人)‡	42.13	64.00	100.00	252.50	9.72	60.63	19.35	161.67	355.00	355.00
	最小値(人) <sup>‡</sup>	0.00	6.67	0.00	10.00	0.00	1.06	0.00	0.00	0.00	21.75
	平均値(人) <sup>‡</sup>	18.11	36.29	44.68	79.42	2.82	6.74	2.52	9.52	51.99	87.68
	中央値(人) <sup>‡</sup>	16.67	40.00	50.00	71.12	2.53	5.11	2.08	3.53	20.00	54.00
	標準偏差(人)‡	11.54	15.81	26.65	49.97	2.00	9.47	2.88	27.95	75.67	77.58
		医師①	医師②	薬剤師①	薬剤師②	看護 職員①	看護 職員②	介護 職員①	介護 職員②	理学 療法士①	理学 療法士②
兵庫県	対象施設数(件)†	59	32	47	26	60	49	57	47	43	25
	最大値(人) <sup>‡</sup>	44.75	60.00	120.00	140.00	8.19	13.09	7.83	7.83	895.00	895.00
	最小値(人) <sup>‡</sup>	0.66	2.50	1.82	8.50	0.11	0.83	0.00	0.00	1.11	4.00
	平均値(人) <sup>‡</sup>	12.04	21.55	30.37	54.60	2.13	4.34	2.36	3.60	47.82	79.16
	中央値(人) <sup>‡</sup>	8.39	17.58	16.00	50.50	1.61	4.32	2.21	3.47	16.00	40.00
	標準偏差(人)‡	10.65	15.32	30.67	37.27	1.75	2.20	1.51	1.39	135.05	171.50
	が十層という										
	小十四年(77)	医師①	医師②	薬剤師①	薬剤師②	看護 職員①	看護 職員②	介護 職員①	介護 職員②	理学 療法士①	理学 療法士②
広島県	対象施設数(件)			薬剤師① 58	薬剤師② 16						理学 <u>療法士②</u> 19
広島県		医師①	医師②			職員①	職員②	職員①	職員②	療法士①	療法士②
広島県	対象施設数(件)	医師①	医師②	58	16	<u>職員①</u> 67	<u>職員②</u> 52	<u>職員①</u> 67	職員② 52	<u>療法士①</u> 51	<u>療法士②</u> 19
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup>	医師① 67 37.0	医師② 23 66.7	58 111.0	16 230.0	職員① 67 4.8	職員② 52 6.3	職員① 67 6.0	職員② 52 6.0	<u>療法士①</u> 51 240.0	<u>療法士②</u> 19 240.0
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup>	医師① 67 37.0 1.4	医師② 23 66.7 6.0	58 111.0 4.0	16 230.0 8.0	職員① 67 4.8 0.2	職員② 52 6.3 1.3	職員① 67 6.0 0.3	職員② 52 6.0 1.0	<u>療法士①</u> 51 240.0 1.7	<u>療法士②</u> 19 240.0 4.7
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup>	医師① 67 37.0 1.4 9.9	医師② 23 66.7 6.0 29.6	58 111.0 4.0 28.3	16 230.0 8.0 83.4	職員① 67 4.8 0.2 1.4 1.2 1.0	職員② 52 6.3 1.3 4.0 4.1 1.2	職員① 67 6.0 0.3 2.0 1.7 1.2	職員② 52 6.0 1.0 3.4 3.6 1.2	療法士① 51 240.0 1.7 30.0 18.0 38.7	療法士② 19 240.0 4.7 60.8 27.8 70.8
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup>	医師① 67 37.0 1.4 9.9 8.0	医師② 23 66.7 6.0 29.6 33.3	58 111.0 4.0 28.3 21.4	16 230.0 8.0 83.4 66.0	職員① 67 4.8 0.2 1.4 1.2	職員② 52 6.3 1.3 4.0 4.1	職員① 67 6.0 0.3 2.0 1.7	職員② 52 6.0 1.0 3.4 3.6	療法士① 51 240.0 1.7 30.0 18.0	療法士② 19 240.0 4.7 60.8 27.8
	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup>	医師① 67 37.0 1.4 9.9 8.0 7.6	医師② 23 66.7 6.0 29.6 33.3 16.9	58 111.0 4.0 28.3 21.4 22.0	16 230.0 8.0 83.4 66.0 69.0	職員① 67 4.8 0.2 1.4 1.2 1.0	職員② 52 6.3 1.3 4.0 4.1 1.2	職員① 67 6.0 0.3 2.0 1.7 1.2	職員② 52 6.0 1.0 3.4 3.6 1.2	療法士① 51 240.0 1.7 30.0 18.0 38.7 理学	療法士② 19 240.0 4.7 60.8 27.8 70.8 理学
静岡県、	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup>	医師① 67 37.0 1.4 9.9 8.0 7.6 医師①	医師② 23 66.7 6.0 29.6 33.3 16.9 医師②	58 111.0 4.0 28.3 21.4 22.0 薬剤師①	16 230.0 8.0 83.4 66.0 69.0 薬剤師②	職員① 67 4.8 0.2 1.4 1.2 1.0 看護 職員①	職員② 52 6.3 1.3 4.0 4.1 1.2 看護 職員②	職員① 67 6.0 0.3 2.0 1.7 1.2 介護 職員①	職員② 52 6.0 1.0 3.4 3.6 1.2 介護 職員②	療法士① 51 240.0 1.7 30.0 18.0 38.7 理学療法士①	療法士② 19 240.0 4.7 60.8 27.8 70.8 理学 療法士②
静	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup>	医師① 67 37.0 1.4 9.9 8.0 7.6 医師①	医師② 23 66.7 6.0 29.6 33.3 16.9 医師②	58 111.0 4.0 28.3 21.4 22.0 薬剤師①	16 230.0 8.0 83.4 66.0 69.0 薬剤師②	職員① 67 4.8 0.2 1.4 1.2 1.0 看護 職員①	職員② 52 6.3 1.3 4.0 4.1 1.2 看護 職員②	職員① 67 6.0 0.3 2.0 1.7 1.2 介護 職員①	職員② 52 6.0 1.0 3.4 3.6 1.2 介護 職員②	療法士① 51 240.0 1.7 30.0 18.0 38.7 理学 療法士①	療法士② 19 240.0 4.7 60.8 27.8 70.8 理学 療法士②
静岡県、	对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup> 平均值(人) <sup>‡</sup> 中央值(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup> 对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup>	医師① 67 37.0 1.4 9.9 8.0 7.6 医師① 167 44.8 0.0 12.7	医師② 23 66.7 6.0 29.6 33.3 16.9 医師② 84 66.7	58 111.0 4.0 28.3 21.4 22.0 薬剤師① 138 120.0 0.0 32.9	16 230.0 8.0 83.4 66.0 69.0 薬剤師② 66 252.5 0.0 70.6	職員① 67 4.8 0.2 1.4 1.2 1.0 看護職員① 168 9.7 0.0 2.0	職員② 52 6.3 1.3 4.0 4.1 1.2 看護 職員② 139 60.6 0.0 4.8	職員① 67 6.0 0.3 2.0 1.7 1.2 介護 職員① 165 19.4 0.0 2.3	職員② 52 6.0 1.0 3.4 3.6 1.2 介護 職員② 137 161.7 0.0 5.2	療法士① 51 240.0 1.7 30.0 18.0 38.7 理学療法士① 127 895.0	療法士② 19 240.0 4.7 60.8 27.8 70.8 理学 療法士② 67 895.0 4.0 76.9
静	对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup> 平均值(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup> 对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup>	医師① 67 37.0 1.4 9.9 8.0 7.6 医師① 167 44.8 0.0	医師② 23 66.7 6.0 29.6 33.3 16.9 医師② 84 66.7 0.0	58 111.0 4.0 28.3 21.4 22.0 薬剤師① 138 120.0 0.0	16 230.0 8.0 83.4 66.0 69.0 薬剤師② 66 252.5 0.0	職員① 67 4.8 0.2 1.4 1.2 1.0 看護職員① 168 9.7 0.0	職員② 52 6.3 1.3 4.0 4.1 1.2 看護 職員② 139 60.6 0.0	職員① 67 6.0 0.3 2.0 1.7 1.2 介護 職員① 165 19.4 0.0	職員② 52 6.0 1.0 3.4 3.6 1.2 介護 職員② 137 161.7 0.0	療法士① 51 240.0 1.7 30.0 18.0 38.7 理学 療法士① 127 895.0 0.0	療法士② 19 240.0 4.7 60.8 27.8 70.8 理学 療法士② 67 895.0 4.0

<sup>&</sup>lt;sup>†</sup>不明等は除外して算出 <sup>‡</sup>職員一人あたりの入所定員数=入所定員/職種毎の常勤換算人数 ①施設全体の従業者数(病院・診療所全体の常勤換算人数)を使用 ②うち指定介護療養型医療施設の従業者数(常勤換算人数)を使用

± ο	/ (结本) 亚代00年中[0000年中	【人莊井 じっ/桂起/甘井/桂起	)における介護療養型医療施設分
<i>⊼</i> ⊽.3	(称う)十四ノリチほしノリリのチほ	ガルギャート タルが 安本が野	川にわける川護役食学大役からか

		作業療法士①	作業療法士②	言語 聴覚士(1)	言語	管理 栄養士①	管理 栄養士②	介護支援 専門員	介護支援 専門員②	MSW <sup>¶</sup> ①	MSW2
静岡県	対象施設数(件)†	24	11	14	7	32	24	35	33	27	16
	最大値(人) <sup>‡</sup>	571.43	2270.00	109.00	252.50	227.00	227.00	500.00	500.00	180.00	240.00
	最小値(人) <sup>‡</sup>	0.00	41.67	27.00	62.50	0.00	26.00	0.00	0.00	10.40	52.00
	平均値(人) <sup>‡</sup>	73.18	278.73	53.38	130.46	68.50	105.22	51.76	66.54	56.85	107.76
	中央値(人) <sup>‡</sup>	43.75	52.00	54.50	101.05	55.50	97.09	26.50	51.50	54.00	83.40
	標準偏差(人)‡	123.16	635.09	28.77	66.67	50.68	60.93	85.78	84.31	39.26	59.75
		作業 療法士①	作業 療法士②	言語 聴覚士①	言語 聴覚士②	管理 栄養士①	管理 栄養士②	介護支援 専門員	介護支援 専門員②	MSW1	MSW2
兵庫県	対象施設数(件)†	20	10	13	6	49	28	55	41	25	13
	最大値(人) <sup>‡</sup>	1040.00	500.00	316.67	316.67	190.00	190.00	2040.00	2040.00	280.00	280.00
	最小値(人) <sup>‡</sup>	4.00	25.50	10.00	60.00	6.25	10.00	3.33	6.00	6.25	39.00
	平均値(人) <sup>‡</sup>	85.26	88.04	66.59	113.72	46.17	64.33	68.31	97.02	60.39	81.59
	中央値(人) <sup>‡</sup>	31.67	50.00	50.00	83.33	32.00	50.00	19.50	40.00	42.00	59.00
	標準偏差(人)‡	220.36	137.89	77.95	93.32	43.72	49.71	270.01	309.53	62.32	65.83
	IN THIS EXP	作業療法十①	作業	言語 聴覚十①	言語 聴覚十②	管理 栄養十①	管理 栄養十②	介護支援 専門員	介護支援 専門員②	MSW(1)	MSW(2)
広島県		作業 療法士① 33	作業 <u>療法士②</u> 8	言語 聴覚士① 18		管理 栄養士① 56	管理 栄養士② 16	介護支援 専門員 65	介護支援 専門員② 43	MSW① 32	MSW(2)
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup>	療法士①	療法士②	聴覚士①	聴覚士②	栄養士①	栄養士②	専門員	専門員②		
広島県	対象施設数(件)	療法士①	療法士②	<u>聴覚士①</u> 18	<u>聴覚士②</u> 4	<u>栄養士①</u> 56	栄養士② 16	<u>専門員</u> 65	専門員② 43	32	10
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup>	<u>療法士①</u> 33 231.0	<u>療法士②</u> 8 155.0	<u>聴覚士①</u> 18 150.0	<u>聴覚士②</u> 4 150.0	<u>栄養士①</u> 56 231.0	栄養士② 16 200.0	<u>専門員</u> 65 166.7	<u>専門員②</u> 43 166.7	32 231.0	10 200.0
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup>	療法士① 33 231.0 4.0	<u>療法士②</u> 8 155.0 18.7	<u>聴覚士①</u> 18 150.0 5.7	<u>聴覚士②</u> 4 150.0 21.0	栄養士① 56 231.0 7.0	栄養士② 16 200.0 12.6	専門員 65 166.7 4.0	専門員② 43 166.7 12.0	32 231.0 10.0	10 200.0 22.9
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup>	療法士① 33 231.0 4.0 35.9 18.8 52.1	療法士② 8 155.0 18.7 56.7 25.5 56.5	聴覚士① 18 150.0 5.7 46.7 32.8 41.5	聴覚士② 4 150.0 21.0 51.9 22.2 56.7	栄養士① 56 231.0 7.0 40.3 31.4 38.3	栄養士② 16 200.0 12.6 70.7 55.3 56.8	専門員 65 166.7 4.0 34.4 24.0 32.9	<u>専門員②</u> 43 166.7 12.0 45.1 39.0 33.3	32 231.0 10.0 49.1	10 200.0 22.9 84.1
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup>	療法士① 33 231.0 4.0 35.9 18.8 52.1 作業	療法士② 8 155.0 18.7 56.7 25.5	<u>聴覚士①</u> 18 150.0 5.7 46.7 32.8	<u>聴覚士②</u> 4 150.0 21.0 51.9 22.2	栄養士① 56 231.0 7.0 40.3 31.4 38.3 管理	<del>栄養士②</del> 16 200.0 12.6 70.7 55.3 56.8 管理	<u>専門員</u> 65 166.7 4.0 34.4 24.0	専門員②       43       166.7       12.0       45.1       39.0       33.3       介護支援	32 231.0 10.0 49.1 36.7	10 200.0 22.9 84.1 71.5
広島県	対象施設数(件) <sup>†</sup> 最大値(人) <sup>‡</sup> 最小値(人) <sup>‡</sup> 平均値(人) <sup>‡</sup> 中央値(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup>	療法士① 33 231.0 4.0 35.9 18.8 52.1	療法士② 8 155.0 18.7 56.7 25.5 56.5	<u>聴覚士①</u> 18 150.0 5.7 46.7 32.8 41.5	<u>聴覚士②</u> 4 150.0 21.0 51.9 22.2 56.7	栄養士① 56 231.0 7.0 40.3 31.4 38.3 管理	<del>栄養士②</del> 16 200.0 12.6 70.7 55.3 56.8 管理	専門員 65 166.7 4.0 34.4 24.0 32.9 介護支援	<u>専門員②</u> 43 166.7 12.0 45.1 39.0 33.3	32 231.0 10.0 49.1 36.7 51.5	10 200.0 22.9 84.1 71.5 56.3
静岡県、	对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup> 平均值(人) <sup>‡</sup> 中央值(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup>	療法士① 33 231.0 4.0 35.9 18.8 52.1 作業 療法士①	療法士② 8 155.0 18.7 56.7 25.5 56.5 作業 療法士②	聴覚士① 18 150.0 5.7 46.7 32.8 41.5 言語 聴覚士①	聴覚士② 4 150.0 21.0 51.9 22.2 56.7 言語 聴覚士②	栄養士① 56 231.0 7.0 40.3 31.4 38.3 管理 栄養士①	栄養士② 16 200.0 12.6 70.7 55.3 56.8 管理 栄養士②	專門員 65 166.7 4.0 34.4 24.0 32.9 介護支援 専門員	専門員②       43       166.7       12.0       45.1       39.0       33.3       介護支援       専門員②	32 231.0 10.0 49.1 36.7 51.5 MSW①	10 200.0 22.9 84.1 71.5 56.3 MSW(2)
静兵広島県県県県	对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup> 平均值(人) <sup>‡</sup> 中央值(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup>	療法士① 33 231.0 4.0 35.9 18.8 52.1 作業 療法士①	療法士② 8 155.0 18.7 56.7 25.5 56.5 作業 療法士②	聴覚士① 18 150.0 5.7 46.7 32.8 41.5 言語 聴覚士①	聴覚士② 4 150.0 21.0 51.9 22.2 56.7 言語 聴覚士②	栄養士① 56 231.0 7.0 40.3 31.4 38.3 管理 栄養士① 137	栄養士② 16 200.0 12.6 70.7 55.3 56.8 管理 栄養士②	專門員 65 166.7 4.0 34.4 24.0 32.9 介護支援 專門員 155	專門員② 43 166.7 12.0 45.1 39.0 33.3 介護支援 專門員②	32 231.0 10.0 49.1 36.7 51.5 MSW①	10 200.0 22.9 84.1 71.5 56.3 MSW(2)
静岡県、	对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup> 平均值(人) <sup>‡</sup> 中央值(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup> 对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup>	療法士① 33 231.0 4.0 35.9 18.8 52.1 作業 療法士① 77 1040.0	療法士② 8 155.0 18.7 56.7 25.5 56.5 作業 療法士② 29 2270.0	聴覚士① 18 150.0 5.7 46.7 32.8 41.5 言語 聴覚士① 45 316.7	聴覚士② 4 150.0 21.0 51.9 22.2 56.7 言語 聴覚士② 17 316.7	栄養士① 56 231.0 7.0 40.3 31.4 38.3 管理 栄養士① 137 231.0	栄養士② 16 200.0 12.6 70.7 55.3 56.8 管理 栄養士② 68 227.0	專門員 65 166.7 4.0 34.4 24.0 32.9 介護支援 專門員 155 2040.0	專門員② 43 166.7 12.0 45.1 39.0 33.3 介護支援 専門員② 117 2040.0	32 231.0 10.0 49.1 36.7 51.5 MSW①	10 200.0 22.9 84.1 71.5 56.3 MSW(2) 39 280.0
静兵広島県県県県	对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup> 中央值(人) <sup>‡</sup> 標準偏差(人) <sup>‡</sup> 对象施設数(件) <sup>†</sup> 最大值(人) <sup>‡</sup> 最小值(人) <sup>‡</sup>	療法士① 33 231.0 4.0 35.9 18.8 52.1 作業療法士① 77 1040.0 0.0	療法士② 8 155.0 18.7 56.7 25.5 56.5 作業 療法士② 29 2270.0 8.0	聴覚士① 18 150.0 5.7 46.7 32.8 41.5 言語 聴覚士① 45 316.7 3.2	聴覚士② 4 150.0 21.0 51.9 22.2 56.7 言語 聴覚士② 17 316.7 21.0	栄養士① 56 231.0 7.0 40.3 31.4 38.3 管理 栄養士① 137 231.0 0.0	栄養士② 16 200.0 12.6 70.7 55.3 56.8 管理 栄養士② 68 227.0 0.0	專門員 65 166.7 4.0 34.4 24.0 32.9 介護支援 専門員 155 2040.0 0.0	專門員② 43 166.7 12.0 45.1 39.0 33.3 介護支援 専門員② 117 2040.0 0.0	32 231.0 10.0 49.1 36.7 51.5 MSW① 84 280.0 5.0	10 200.0 22.9 84.1 71.5 56.3 MSW(2) 39 280.0 20.0

<sup>¶</sup>MSW: 医療ソーシャルワーカー

## 3 考察

本制度は、介護保険サービスの内容を評価するものではなく、事業者と事業者を比較検討し、「利用者」の適正な選択を促すことを目的としている。しかし、利用者のニーズは多種多様であり、日々変化を遂げているため、絶対的評価基準を作ることはできない。そのために、すべての事業者を対象とし、同じ「項目」が公表されている。利用者の選択を支援する情報(公表されている具体的内容)は、評価者の価値観や主観によらないものであり、サービスを事実のまま「ある・ない」「やっている・やっていない」「常勤○人、非常勤▲人」とされている。

これらの問題点を整理すると、以下の課題につながると考えられる。

- ① 膨大な量の項目から、利用者が必要とする情報を検索するのは困難であることが予測される。
- ② 項目内容の情報が何を示すのかが明確でなく、利用者が判断する現状である。
- ③ 現在の介護情報公表制度の情報では、集計するために、項目の並べ替え、項目内容の置換等の手順を追わなければ集計が不可能である。
- ④ 集計結果の内容が誰に対する何のための情報か、二次利用の目的が不明確である。
- ⑤ 基本情報項目を利用者にわかりやすく可視化する努力が必要である。
- ⑥ 基本情報の1施設あたりの入所定員を有資格者毎の常勤換算人数で除し、従事者1人あたりの入所定員数を算出することは有効である。
- ① 1 施設あたりの入所定員を有資格者毎の常勤換算人数で除した数値は、各施設毎にかなりの差が生じている。
- ⑧ また、県毎に差があることがわかる。

#### 4 結論

介護情報公表制度は、①膨大な量の項目から、利用者が必要とする情報を検索するのは困難であることが予測される、②項目内容の情報が何を示すのかが明確でなく、利用者が判断する現状である、③現在の介護情報公表制度の情報では、集計するために、項目の並べ替え、項目内容の置換等の手順を追わなければ集計が不可能である、④集計結果の内容が誰に対する何のための情報か、二次利用の目的が不明確である等の課題があげられた。これらの点は、介護サービス情報の可視化を検討する上で重要である。しかし、基本情報の1施設あたりの入所定員を有資格者毎の常勤換算人数で除し、従事者1人あたりの入所定員数を算出することは有効で

あり、各施設毎、県毎に差があることが分かったことから、利活用のひとつの指標として利用できる。

# 第2章 訪問介護事業における HRM 分析

株式会社ケアネットサービス 唐木 成仁

#### 1 はじめに

# (1)調査研究の目的

2000年に介護保険制度が施行され、早くも10年という月日が経った。

株式会社帝国データバンクの調査によると、2009年度の売上高が判明した介護サービス・有料老人ホーム業者数は7022社にのぼり、報酬が改定された2006年4月直前の2005年度の2733社と比べ、156.9%大幅増の約2.5倍に急増。売上高総額も4兆2122億100万円と、2005年度の2兆1650億3100万円に比べ、94.6%の大幅増となった。

その一方、独立行政法人福祉医療機構で運営しているWAMNET (http://www.wam.go.jp/)の調査によると、訪問介護事業所数は2007年に27,602だったものが、2008年に26,955、2009年に26,741と年々漸減傾向となっており、2006年時の26,599とほぼ横ばいの事業所数になってきている。

ここで、プロダクトライフサイクルという観点から考えると、介護業界における訪問介護を ひとつの製品としてとらえた場合、市場の開発を目的とした導入期から、市場の拡大が進む一 方で企業間の競争も激化する成長期を経て、製品の機能そのものよりも販売の促進や広告で差 別化を図る成熟期に突入しているところだと考えられよう。

ただ、訪問介護をひとつの製品として捉えるのには限界がある。プロダクトライフサイクルという考え方には、どの製品にも性能に違いがないという前提条件が基本的概念にあるが、訪問介護の場合は、人的資源によって介護サービスの内容の善し悪しが決まる。

ゆえに、訪問介護という介護サービスは成熟期に入っても販売の促進や広告で差別化を図るだけではなく、根本的な人的資源の問題を解決することが介護サービスの価値、そして、最終的には企業の存続に大きく影響を与えることとなる。

このような背景のもと、介護業界の人的資源の大きな問題点として「介護職員の離職率の高さ」という現実が度々取り上げられてきた。この大きな問題を解決しない限り、人的資源の重要度が高い介護業界の未来はないものと言い得よう。

この問題点に対して介護保険制度や介護報酬の改定に伴う内部改造、そして昨年度から開始となった介護職員処遇改善交付金の交付に伴い、キャリア・パス要件(介護職員の職位、職責、職務内容などに応じた任用要件と職位、職責、職務内容などに応じた賃金体系の整備をし、就業規則などの書面で全介護職員に周知)の作成など、企業がHRM(ヒューマンリソースマネジメント)をどのように行い職員を定着させ、サービスの価値を上げていくかが、今まで以上に企業存続の鍵を担うことになった。

以上の問題点に対して、本研究では、訪問介護事業所がどのようなHRMを行い、職員の定着及び満足度を高めているのか、また事業所で働く訪問介護員の満足度は実態としてどれほど

のものなのかを調査するために、ハーツバーグ理論を用いたオリジナルのアンケート調査を行うことを通して、企業のHRMと職員の満足度を客観的に分析することを目的とする。

# (2)調査研究の対象・方法

今回対象とする企業は、全て訪問介護事業者とし、調査名を「訪問介護事業における人的資源管理に関するアンケート調査」とする。

また、本アンケートの送付範囲は、関東圏内(栃木、茨城、群馬、埼玉、東京、千葉、神奈川)の1都6県とし、訪問介護事業者351事業所にアンケート調査票を郵送した。

この351事業所の選定については、過去2年間の本研究と同様、調査研究の趣旨が訪問介護事業所における経営者の取り組みと訪問介護員の満足度を調査することを目的としていること、また経営者、常勤・訪問介護員、非常勤・訪問介護員の個別の調査を比較検討するため、調査票を送付するにあたって昨年度同様本年度も、独立行政法人福祉医療機構で運営している前出のWAMNET(http://www.wam.go.jp/)で事業所規模が10名以上の事業所としてリストアップされた事業所一覧表を援用した。

この 351 の訪問介護事業所に対して、経営者用アンケート、常勤・訪問介護員用アンケート、 非常勤・訪問介護員用アンケートの 3 種類のアンケート調査票を青・緑・クリーム色のそれぞれ別々の封筒に入れ、その 3 種の封筒を 1 つの大きな封筒に入れて事業者に郵送した。

また、事業所で調査票を記入していただくにあたり、訪問介護員の方々の選出は訪問介護事業所の経営者に一任し、青色の封筒を経営者、緑色の封筒を常勤で働いている訪問介護員(専従・兼務問わず)に、クリーム色の封筒を非常勤の訪問介護員(専従・兼務問わず)にそれぞれ1部ずつ渡していただくこととした。(訪問介護員の満足度に関する調査が本調査の主軸であり、個人の意志を調査票にできる限り反映させるため、そして個人情報保護の観点から、青・緑・クリーム色のそれぞれの封筒で個別に返信ができるようにしたものである。)

#### (3)本論文の構成

本論文の構成であるが、第1章において調査研究の目的、対象・方法を記し、第2章において調査研究概要をまとめる。また、第3章は調査票の集計結果を訪問介護事業所経営者、常勤・訪問介護員、非常勤・訪問介護員に分析し、第4章において結論と今後の課題をまとめた。

# 2 調査研究概要

#### (1) 調査の仮定

訪問介護事業所の経営者が、訪問介護員の定着のために行っている取り組みは、訪問介護員 の満足度に結びついていないのではないか。そのために訪問介護員の離職率は高いのではない だろうか。

また、常勤で働く訪問介護員と非常勤で働く訪問介護員が会社に対して求めている要因は、勤務体系によって違うのではないだろうか。

さらに、会社に対して求める要因に優先順位をつけた場合、訪問介護事業所の経営者が行っている取り組みとは違う要因を優先しており、経営者と訪問介護員との大きな意識の違いが浮かび上がり、これが介護職員の離職率の高さにつながっているのではないかと仮定する。

#### (2) 調査の内容

まず前節の仮定を実証するために、ハーツバーグのモチベーション理論を根幹としたアンケート調査票を作ることとした。

ハーツバーグの理論とは、「人々が仕事の上で満足を覚えるとするのであれば、それは圧倒的に仕事の内容に自分を生かすことからであり、仕事の達成に直接関連を持たない仕事の環境は、不満を呼び起こすことがあっても、満足に寄与することはまれであるという事実を、はっきりとした統計的数字によって証明したものであり、ハーツバーグは仕事の内容のみが仕事への動機づけを誘発することから、これを「動機づけ要因」と名づけ、仕事の環境は、せいぜい不満の発生を防止するという、予防衛生的な役目しか持たないことから、これを衛生要因と名づけた」(『仕事と人間性』より抜粋)ものである。

この理論を基に、訪問介護事業所の経営者のアンケート調査票の中に、基本的な会社の取り 組みを衛生要因(hygiene factors)と呼ばれる、「会社に対して不満を覚えるもの」と動機づ け要因(motivator)つまり「やる気に結びつくもの」にわけた質問項目を設けた。

また、常勤・訪問介護員と非常勤・訪問介護員に衛生要因 (hygiene factors)、動機づけ要因 (motivator) の中で、現在所属する訪問介護事業所の取り組みに対する満足度を回答いただき、さらに取り組みに対して優先順位をつけていただくこととした。

さらに、調査票にある既定の取り組み以外のものに関しては、経営者の取り組みならびに訪問介護員の要望をそれぞれ自由記述欄に記入していただくこととした。

# 3 調査票集計結果

# (1) 調査票県別配布結果

関東圏内(栃木、茨城、群馬、埼玉、東京、千葉、神奈川の1都6県)、351の訪問介護事業所に郵送にて「訪問介護事業における人的資源管理に関するアンケート調査」の調査票を配布した結果は表1の通りである。

県名	配布数	構成比
栃木	63	0.17949
茨城	53	0.151
群馬	34	0.09687
埼玉	44	0.12536
東京	50	0.14245
千葉	49	0.1396
神奈川	58	0.16524
合計	351	100

表 1 調查票県別配布結果

# (2) 訪問介護事業所 経営者 調査票集計結果

# 1) 県別回収結果

訪問介護事業所の経営者から回収された調査票は、表2及び図1の通りである。回収率は 栃木県が4割を超えた一方で、神奈川県は約2割に留まる結果となった。

全体としては約30%の回収率という結果になり、一昨年、昨年よりも約10%高い回収率となった。

県名	回収数	回収率	構成比
栃木	26	0.4127	0.25243
茨城	15	0.28302	0.14563
群馬	11	0.32353	0.1068
埼玉	15	0.34091	0.14563
東京	11	0.22	0.1068
千葉	14	0.28571	0.13592
神奈川	11	0.18966	0.1068
合計	103	0.29365	100

表 2 経営者調査票県別回収結果

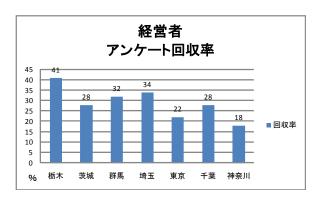


図1 経営者調査票県別回収率

#### 2) 法人状况

法人の設立年度別のアンケート結果は、表3の通りである。

まず運営主体別で見ると、営利法人からの協力がほぼ半数以上を占める結果となった。 続いて法人設立年別で見ると、1999年以前に設立された法人からの協力が50%であり、比較的新しい法人からの協力は少なかった。

また、資本金別で見ると、1 千万円未満の事業所が 6 割を超え、1 億円以上の事業所も 2 割を占めるという結果になった。

表3 法人状况

運営主体	事業所数
社会福祉法人	8
社会福祉協議会	10
医療法人	5
社団法人、財団法人	1
営利法人	53
共同組合	13
NPO法人	12
その他	2
合計	104

法人設立年	事業所数
1999年以前	52
2000年~2004年	38
2005年~2010年	14
不明	0
合計	104

資本金	事業所数
1千万円未満	55
1千万円以上~3千万円未満	8
3千万円以上~5千万円未満	3
5千万円以上~1億円未満	6
1億円以上	18
合計	90

# 3) 訪問介護員の人数

訪問介護事業所の職員人数は、表4の通りである。

今年度は昨年度と同様のリスト(前出の WAMNET において10人以上の職員がいる事業所に対して調査票を送付した。)を用いたが、WAMNET において更新時期が古いものや、急な職員の退職による人数減のためか、10人未満の事業所が8事業所見られた。

また、10人~20人の訪問介護員を抱える経営者からの回答が最も多く、50人以上の 訪問介護員を抱える大規模な訪問介護事業所の経営者にも、昨年度以上のご協力をいただい た。

表 4 訪問介護員の人数

訪問介護員数	事業所数
10人未満	8
10人以上20人未満	41
20人以上30人未満	33
30人以上40人未満	8
50人以上	13
合計	103

# 4) 訪問介護事業所の売上高

昨年度の本調査研究においては、平成20年度の決算における売上高調査を実施したが、 月間の売上高が500万円以上の大規模な事業所と200万円以上~300万円未満の中規 模な事業所が多数存在する結果を得た。

一方、本年度の調査研究では、表5の通り、月間の売上高が200万円以上~300万円 未満と答えた事業所が最も多く、続いて100万円以上~200万円未満と答えた事業所と なっている。

また、100万円未満、300万円以上~400万円未満と答えた事業所が最も少なかった。

売上高事業所数100万円未満8100万円以上~200万円未満24200万円以上~300万円未満26300万円以上~400万円未満8400万円以上~500万円未満16500万円以上19合計101

表 5 訪問介護事業所の売上高

# 5) 訪問介護事業所の収支状況

続いて直近の決算における収支状況を調査したところ、黒字と答えた訪問介護事業所が 7割を超えた。その一方で赤字と答えた訪問介護事業所が約3割あった。

なお、赤字の原因としては「利用者数の減少」が一番多く、続いて「同業者間での競争 激化」となっている。

決算	事業所数
黒字	67
赤字	27
決算期をまだ迎えていない	10
승計	104

表6 収支状況と赤字の原因

赤字の原因	事業所数
利用者数の減少	13
売上単価の減少	4
訪問介護職員の離職	0
同業者間での競争激化	5
特定事業所加算の取得による単価上昇	0
その他	2
合計	24

\*平成21年度調査 利用者数の減少>売上単価の減少>介護職員の減少

\*平成20年度調査 利用者数の減少>介護職員の減少>売上単価の減少

## 6) 訪問介護員の離職率

訪問介護事業所の離職率は、10%未満と答える結果が多数得られた。続いて10%以上20%未満と答える経営者が多く、昨年度の調査結果よりも離職率は減少傾向にある。

表 7 訪問介護員の離職率

離職率	事業所数
10%未満	62
10%以上20%未満	27
20%以上30%未満	9
30%以上40%未満	3
40%以上50%未満	1
50%以上	1
合計	103

# 7) 経営者の年齢データ

アンケートにご記入いただいた方の年齢データは、表8及び図2の通りである。

50歳~59歳が40%を超える一方で、20歳~29歳は約0.02%とかなり少ない結果となった。

表8 経営者の年齢データ

年齢	人数
20歳~29歳	2
30歳~39歳	13
40歳~49歳	17
50歳~59歳	44
60歳以上	29
合計	105

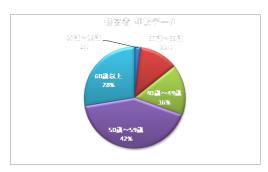


図2 経営者の年齢データ

# 8) 経営者の保有資格

また、アンケートにご記入いただいた訪問介護事業所の経営者の保有資格は、表9の通りである。

保有資格としては「介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級」を所有している経営者が最も多い。その一方で、「弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士」を保有している例は極端に少なく、「中小企業診断士、経営学修士(MBA)」を所持している経営者は皆無だった。

表 9 訪問介護事業所 経営者の保有資格

保有資格	人数
ケアマネジャー	43
介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級	64
社会福祉士、社会福祉主事	22
医師、看護師、保健師、薬剤師	15
弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士	2
中小企業診断士、経営学修士(MBA)	0
合計	146

(複数回答可)

#### 9) 経営者の業務領域

ご記入いただいた方の業務領域は表10の通りである。

経営者のみと答えた割合が一番多かった。その一方で、経営者兼ケアマネジャーと答えた 方が一番少なかった。

表10 訪問介護事業所 経営者の業務領域

	業務領域	人数
経営者		30
経営者	兼 ケアマネジャー	20
経営者	兼 訪問介護事業所管理者	26
経営者	兼 訪問介護事業所管理者 兼 サービス提供責任者	22
合計		98

# 10) 訪問介護事業所の経営理念

ご記入いただいた経営者の事業所の経営理念は表11の通りである。

「サービス」に関する経営理念が5割を占める結果となり、「お客様」に関する経営理念が 続いている。

表11 訪問介護事業所の経営理念

経営理念	人数
「経営」に関すること	9
「サービス」に関すること	53
「お客様」に関すること	38
その他	2
合計	102

#### 11) 経営者の経営業務

ご記入いただいた訪問介護事業所の経営者が苦手とする経営業務は以下の通りである。 一番苦手な業務として挙げられたのが、「職員のモチベーション管理」であった。その一方、「給与計算」については苦手と答えた人が少なかった。

表 1 2 訪問介護事業所 経営者 経営業務一苦手分野一

経営業務	票数
経営計画の策定	45
事業資金の調達	24
収支管理	21
給与計算	12
営業活動	38
職員のモチベーション管理	51
介護保険法や労働基準法などの法務管理	40
合計	231

(複数回答可)

12) 訪問介護事業所の衛生要因 (hygiene factors) 及び動機づけ要因 (motivator) 下の表13は衛生要因である7つの項目について、事業所内で力を入れている・気をつけているものを全て選んでいただき、その総数をそれぞれの欄内に記入したものである。

現在、経営者が力を入れていると答えたものの一番多くが、一昨年、昨年同様「職場の人間 関係」であった。昨年は「会社の方針と管理体制」、「職員の給与」が続いていたが、今年は「労 働条件」、「会社の方針と管理体制」が続いている。

表13 訪問介護事業所 衛生要因 (hygiene factors)

衛生要因(hygiene factors)	票数
会社の方針と管理体制	61
監督	18
職場の人間関係	79
労働条件	68
給与	39
職員の生活	36
職員の保障	36
合計	337

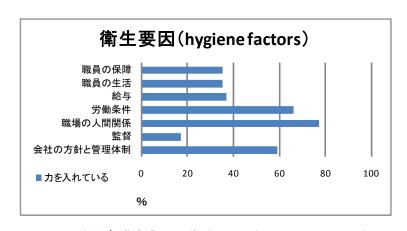


図3 訪問介護事業所 衛生要因 (hygiene factors)

また、表14は動機づけ要因の6つのキーワードを表にしたものである。

一昨年は「職員に責任を与える取り組み」、「職員に合った仕事を与える取り組み」に力を

入れていると多くの回答をいただき、昨年は「職員の自己成長に関する取り組み」に力を入れているとの結果があった。

本年の調査では、「職員が成長する取り組みをつくること」と答えた方がもっとも多かった 一方で、「職員に昇進、地位を与える取り組み」には一昨年、昨年同様、一番力を入れていな い結果となった。

動機づけ要因(motivator)	票数
職員に達成感を与えること	48
職員が物事を達成した時に承認すること	45
職員に合った仕事を与えること	61
職員に責任を与えること	58
職員に昇進、地位を与えること	25
職員が成長する取り組みをつくること	71
合計	308

表14 訪問介護事業所 動機づけ要因 (motivator)

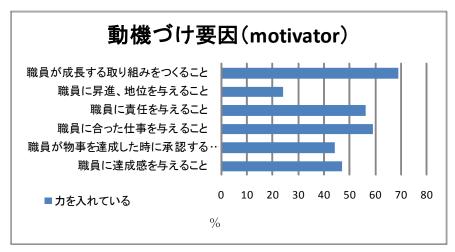


図4 訪問介護事業所 動機づけ要因 (motivator)

# 13) 職員の定着を目的とした会社独自の取り組みについて(自由回答)

訪問介護事業所の経営者から記載いただいた職員の定着を目的とした会社独自の取り組みについては、以下の通りである。

- ・ 職員同士の仲間意識と利用者に関する情報や対応を、一同が同じ意識と連携でご支援できるように、実技や心理を協力できる体制で働けるようにしている。
- ・ 一人親方制をとっており、活動費(報酬単価)の25パーセントは事業所へ、残り75パーセントはヘルパーの取得分としている。
- 資格取得奨励制度、永年勤続表彰、親睦会、人事評価制度の導入
- ・ 利用者からの苦情は、適切に解決することと、職員から苦情や要望等を話しやすい環境を 作ること。
- 給与を高めにしている。
- ・ 子育て支援。

- ・ 研修会を月1回行い、自信をもってヘルプを行えるように支援している。
- ・ 5年勤続で加算した給与を支給。ラウンドミーティングを年1回実施し、経営理念の確認と 財務開示等を実施している。
- ・ 職員研修、合同講習、講演会の開催
- ・ 物事を達成した時、承認し、賞与を与える。
- 資格取得補助金。
- ・ 資格手当を支給し、さらに上の資格が取れるようサポートする。
- ・ 月1回のヘルパー会議
- ・ 比較的休みを取得しやすくしている。
- ・ 処遇改善交付金とは別に、賃金と手当の加増
- 福利厚生
- いろいろ実行してみたが、定着率を上げるのがなかなかたいへんで、難しい。
- ・ 毎月1回定例会議を実施し、交流に努めている。
- 人事等級制度と研修制度
- ・ 定期的な個人面談、休暇の取りやすさ、頻繁なカンファレンス
- たえずヘルパーが会社に来やすい雰囲気をつくっている。声かけをし、話せる場としている。
- ・ 人間関係を含めて、快適な職場環境を整えること、職員に適した職を与えること、利用者 からの感謝のことばは必ず伝えること、など
- 毎月給料日にミーティングを行い、意見を交換して研修も行い、事業所内で食事をする。
- ・ スタッフ全員が運営に関わり、自らが決定していくようにしている。

#### (3) 常勤·訪問介護員 調査票集計結果

#### 1) 県別回収結果

埼玉県における回収率が一番高く、東京都における回収率が最も低いものとなった。 回収数は111通であり、昨年度の回収数を上回った。

表 1 5 県別回収結果

県名	回収数	回収率	構成比
栃木	25	0.39683	0.22523
茨城	17	0.32075	0.15315
群馬	8	0.23529	0.07207
埼玉	19	0.43182	0.17117
東京	9	0.18	0.08108
千葉	16	0.32653	0.14414
神奈川	17	0.2931	0.15315
合計	111	0.31205	100

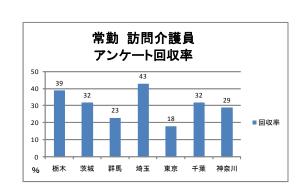


図 5 県別回収率

# 2) 法人状况

法人の運営主体別で見ると、営利法人からの協力がほぼ半数を占める結果となった。 続いて、法人設立年別で見ると、1999年以前に設立された法人からの協力が多く、比 較的新しい法人からの協力は少なかった。

また、資本金別でみると、1千万円未満の事業所が半数を占め、1億円以上の事業所も多数協力を得られた結果となった。

表 1 6 法人状况

運営主体	事業所数
社会福祉法人	8
社会福祉協議会	9
医療法人	6
社団法人、財団法人	2
営利法人	59
共同組合	13
NPO法人	9
その他	5
合計	111

法人設立年	事業所数
1999年以前	51
2000年~2004年	39
2005年~2010年	18
不明	1
合計	109

資本金	事業所数
1千万円未満	45
1千万円以上~3千万円未満	9
3千万円以上~5千万円未満	3
5千万円以上~1億円未満	4
1億円以上	19
合計	80

# 3) 訪問介護員の人数

訪問介護員が10人以上20人未満の事業所が最も多く、10人未満、50人以上の訪問介護員を抱えた事業所が最も少なかった。

表17 訪問介護員の人数

訪問介護員数	事業所数
10人未満	10
10人以上20人未満	49
20人以上30人未満	30
30人以上40人未満	11
50人以上	10
合計	110

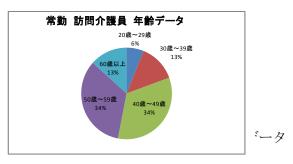
# 4) 常勤・訪問介護員の年齢データ

ご記入いただいた常勤・訪問介護員の年齢データは表18及び図6の通りである。

40歳~49歳、50歳~59歳の方が最も多く、20歳~29歳の割合が最も少なかった。

表18 常勤・訪問介護員 年齢データ

年齢	人数
20歳~29歳	6
30歳~39歳	13
40歳~49歳	33
50歳~59歳	33
60歳以上	13
合計	98



# 5) 常勤・訪問介護員 保有資格

ご記入いただいた訪問介護員の保有している資格は表19の通りである。

「介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級」を取得している訪問介護員が約8割となっている。

表 1 9 常勤·訪問介護員 保有資格

保有資格	人数
ケアマネジャー	22
介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級	97
社会福祉士、社会福祉主事	2
医師、看護師、保健師、薬剤師	1
弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士	0
中小企業診断士、経営学修士(MBA)	2
合計	124

6) 常勤・訪問介護員 衛生要因 (hygiene factors) 及び動機づけ要因 (motivator) 表 2 0 は 7 つの「衛生要因」に関する項目について、それぞれ満足しているものを全て選んでいただき、その総数をそれぞれの欄に記入したものである。

また、7つの項目の中で最も優先するものを1つ挙げていただき、その総数を欄内に記入 した。

常勤・訪問介護職員が満足をしていると答えた多くの回答が一昨年、昨年と同様の「職場の人間関係」であった。一方で、不満足となったのが、「監督」であった。

また、一番優先するものとして挙げられたのが、「職場の人間関係」であり、「監督」についてはあまり優先されていない結果を得られた。

表20 常勤·訪問介護員 衛生要因 (hygiene factors)

衛生要因(hygiene factors)	票数	優先順位
会社の方針と管理体制	39	21
監督	13	4
職場の人間関係	74	29
労働条件	45	17
給与	30	23
職員の生活	16	6
職員の保障	31	6
合計	248	106

表21は、「動機づけ要因」の6つの項目について満足しているものを全て選んでいただき、 その総数をそれぞれの欄に記入したものである。

また、6つのキーワードの中で最も優先するものを1つ挙げていただき、その総数を欄内に 記入した。

「職員に責任を与えること」に満足をしている訪問介護員が一番多い一方で、「職員に昇進、 地位を与えること」については不満足につながっている。

また、「職員に合った仕事を与えること」が一番優先されており、「職員に昇進、地位を与えること」はあまり優先されていないことがわかる。

表21 常勤訪問介護員 調査票 動機づけ要因

動機づけ要因(motivator)	票数	優先順位
職員に達成感を与えること	45	21
職員が物事を達成した時に承認すること	36	16
職員に合った仕事を与えること	54	26
職員に責任を与えること	62	12
職員に昇進、地位を与えること	20	7
職員が成長する取り組みをつくること	41	23
合計	258	105

#### 7) 職員の定着を目的とした会社独自の取り組みについて(自由回答)

常勤・訪問介護員から記載いただいた職員の定着を目的とした会社独自の取り組みについては、以下の通りである。

- ・ 優しい職場環境と事務機器の充実
- 有給制度、業務災害補償、資格研修の補助制度等
- ・ 新人ヘルパーに不安が残らないように、ヘルパー同士で声を掛け合うように努めている。
- 研修をしっかり行う。
- ・ 登録ヘルパー等への待遇(時給や交替のルール等)が良く、研修等も熱心に行っている。
- 研修の機会をもつ。

- ・ 親睦会やサークル活動、食事会などを行う。
- ・ 常に登録ヘルパーと連絡を取り、月に1度ヘルパーミーティングを開催している。
- ・ 直前の体調不良時も含め、休みの希望はほぼ入れている。
- ・ 登録ヘルパーに対して、研修会を行っている。困難例に訪問する時には同行訪問し、分からない所はいつでも聞いていただくようにしている。
- 一人ひとりとのコミュニケーションを取っている。
- 話し合える場や機会を作り、悩み事等を共有・解決できるような取り組みを行っている。
- ・ 年1回継続年数での表彰とキャリア別(月・年数)での時給UP
- ・ 働く事で自身の向上できる研修会が行われている。
- 社内研修
- ・ すべての介護・介助を請負いで行っているので、やりがいがある。
- ・ 管理職が、常勤・非常勤ヘルパー全員への個人面談を年1回行っている。(もう少し増やして欲しい希望あり。)
- ・ 活動を個人に固定しないで、すべてのヘルパーがどこにでもすぐ活動できるように指導を している。

# (4) 非常勤·訪問介護員 調査票集計結果

#### 1) 県別回収結果

栃木県の回収率が最も高く、東京都における回収率が最も低くなっている。

表 2 2 県別回収結果

県名	回収数	回収率	構成比
栃木	26	0.4127	0.24299
茨城	17	0.32075	0.15888
群馬	11	0.32353	0.1028
埼玉	17	0.38636	0.15888
東京	10	0.2	0.09346
千葉	13	0.26531	0.1215
神奈川	13	0.22414	0.1215
合計	107	0.30468	100

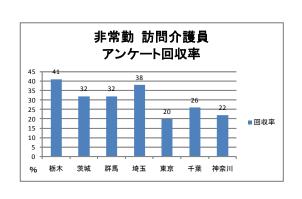


図7 県別回収率

#### 2) 法人状況

運営主体別で見ると、営利法人からの協力がほぼ半数を占める結果となった。 続いて法人設立年別で見ると、1999年以前に設立された法人からの協力が多く、比較的 新しい法人からの協力は少なかった。

さらに資本金別でみると、1千万円未満の事業所が半数を占め、1億円以上の事業所も多数協力を得られた結果となった。

表 2 3 法人状況

運営主体	事業所数
社会福祉法人	7
社会福祉協議会	10
医療法人	5
社団法人、財団法人	1
営利法人	58
共同組合	12
NPO法人	9
その他	5
合計	107

法人設立年	事業所数
1999年以前	48
2000年~2004年	34
2005年~2010年	22
不明	2
合計	106

資本金	事業所数
1千万円未満	43
1千万円以上~3千万円未満	11
3千万円以上~5千万円未満	6
5千万円以上~1億円未満	3
1億円以上	17
合計	80

# 3) 職員規模

表24の通り、訪問介護員が10人以上20人未満の事業所が最も多く、50人以上の訪問介護員を抱えた事業所が最も少なかった。

表24 職員規模

訪問介護員数	事業所数
10人未満	11
10人以上20人未満	42
20人以上30人未満	34
30人以上40人未満	12
50人以上	7
合計	106

# 4) 非常勤・訪問介護員 年齢データ

ご記入いただいた方の年齢データは、表 25 及び図 8 の通りである。 50 歳~ 59 歳の方が最も多く、 20 歳~ 29 歳の方が最も少なかった。

表25 非常勤・訪問介護員 年齢データ

年齢	人数
20歳~29歳	5
30歳~39歳	10
40歳~49歳	27
50歳~59歳	36
60歳以上	19
合計	97

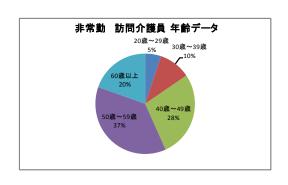


図8 非常勤・訪問介護員 年齢データ

# 5) 保有資格

ご記入いただいた方の保有している資格は、表26の通りである。

「介護福祉士、ホームヘルパー 1 級・2 級」を取得している訪問介護員が約 9 割を占める結果となっている。

人数 保有資格 ケアマネジャー 8 介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級 96 社会福祉士、社会福祉主事 3 医師、看護師、保健師、薬剤師 1 弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士 0 中小企業診断士、経営学修士(MBA) 1 合計 109

表 2 6 非常勤·訪問介護員 保有資格

6) 非常勤・訪問介護員 衛生要因 (hygiene factors) 及び動機づけ要因 (motivator) 表27は7つの「衛生要因」に関する項目について、満足しているものを全て選んでいただき、その総数をそれぞれの欄に記入したものである。

また、7つの項目の中で最も優先するものを1つ挙げていただき、一番優先するものの総数 を欄内に記入した。

非常勤・訪問介護員が満足をしていると答えたものの多くが、「職場の人間関係」である。また、「給与」を優先する人がもっとも多く、続いて「職場の人間関係」、「会社の方針と管理体制」という順になった。

衛生要因(hygiene factors)	票数	優先順位
会社の方針と管理体制	46	24
監督	22	1
職場の人間関係	76	26
労働条件	52	15
給与	34	30
職員の生活	11	4
職員の保障	12	4
合計	253	104

表 2 7 非常勤·訪問介護員 衛生要因 (hygiene factors)

表28は6つの動機づけ要因に関するキーワードについて、満足しているものを全て選んでいただき、その総数をそれぞれの欄に記入したものである。

また、6つのキーワードの中で最も優先するものを1つ挙げていただき、その総数を欄内に 記入した。

昨年、一昨年同様に「職員に合った仕事を与える取り組み」に対して満足と答える人が多く みられた。一方「昇進、地位を与える取り組み」に関して不満と答える人が昨年、一昨年同様、 不満足回答者が多数見られた。

また、「職員に合った仕事を与えること」を優先する人が最も多く、「職員に昇進、地位を与えること」は優先順位が一番下であった。

表28 非常勤・訪問介護員 動機づけ要因(motivator)

動機づけ要因(motivator)	票数	優先順位
職員に達成感を与えること	49	28
職員が物事を達成した時に承認すること	47	12
職員に合った仕事を与えること	78	33
職員に責任を与えること	38	7
職員に昇進、地位を与えること	7	6
職員が成長する取り組みをつくること	39	16
合計	258	102

7) 職員の定着を目的とした会社独自の取り組みについて(自由回答)

非常勤・訪問介護員から記載いただいた職員の定着を目的とした会社独自の取り組みについては、以下の通りである。

- ・ 年2回は、食事会をしている。勤続年数が長いため、ケース会議も2ヶ月に1回となった。 ヘルパー全員が介護士の免許を取り、お互いに頑張っている職場である。ぜひ、見学に来 て欲しい。
- ・ 資格取得にあたっての補助金制度がある。
- ・ 職員の声によく耳を傾け、一緒に考えることや解決することをしている。
- ・ 講師による技術講習、資格取得のための勉強会、月2回以上のカンファレンス
- ・ 健康診断やインフルエンザ予防接種、また研修時の手当あり。書類提出時のセンターへの 移動費や通信費の補償等がある。
- ・ 勉強会や講習会の開催
- ・ 研修会を行い、技術向上に力を入れている。
- ・ 給料が高いこと
- ・ 研修会があり、自分が持っている不安や質問等を相談できる。
- ・ 定期的な勉強会あり。成果主義方式を採用しており、自分のがんばりが給与やボーナスに 反映される。
- ・ 全員参加の運営管理
- ・ 職員同士の交流も兼ねての食事会
- ・ 職場の人間関係や仕事の取り組み方等について相談を受ける時は、所長または職場仲間が 同じ立場に立って愚痴を聴いたり、助言等誠実に対応している。
- ・ スキルアップ研修、業務についての悩みや相談を受けやすい体制
- ・ 月1回のミーティング研修、実習、意見交換の交流を行っている。

# 4 まとめ―結論と課題―

#### (1) 衛生要因 (hygiene factors) からの分析結果

訪問介護事業所の経営者が衛生要因の中で力を入れているとする回答数が一番多かったものが、「職場の人間関係」となっている。また、常勤・訪問介護員、非常勤・訪問介護員ともに「職場の人間関係」に満足していると回答するものが一番多かった。

ゆえに「職場の人間関係」における訪問介護事業所の経営者と訪問介護員のすれ違いは少な く、訪問介護事業所の経営者の取り組みと結果が顕著に現れていると考えられる。

(\*昨年度の調査研究と同様の結果が得られた。)

また、衛生要因の観点から、非常勤・訪問介護員の優先順位が一番高かった「給与」について課題が残る。

この「給与」については、昨年度から始まった「介護職員処遇改善交付金」などを常勤・訪問介護員だけではなく、非常勤・訪問介護員に対してもどのように還元していくのかということがポイントになり、現在の訪問介護事業所における経営者の一番の課題であると言える。

#### (2) 動機づけ要因(motivator)からの分析結果

訪問介護事業所の経営者が動機づけ要因の中で力を入れていると回答数が一番多かったものが、「職員が成長する取り組みをつくること」であり、続いて「職員に合った仕事を与えること」であった。

「職員が成長する取り組みをつくること」は常勤、非常勤・訪問介護員共に満足度が4番手にきており、訪問介護員に対して効果を与えているとは言いづらい。

また「職員に合った仕事を与えること」については、非常勤・訪問介護員に対しては満足度が一番高い結果を残せているが、常勤・訪問介護員に対しては残せていない。

しかし、この「職員に合った仕事を与えること」については、常勤、非常勤・訪問介護員共に優先すると答えた人が一番多く、訪問介護事業所の経営者はこの項目をどのように事業所内部の取り組みに活用できるかが、訪問介護員のモチベーションを左右することとなる。

また、表13にあったように、訪問介護事業所の経営者が経営業務の中で苦手と答えたものの中で一番票数が多かったものが、「職員のモチベーション管理」となっている。

今後の課題として、訪問介護事業所の経営者に対する「職員のモチベーション管理」の研修 や教育環境の整備により、訪問介護事業所の経営者が職員のモチベーション管理方法を学ぶこ とで、訪問介護員のモチベーションをコントロールできる確率を上げ、動機づけ要因からの離 職率の低下が期待できるのではないかと考えられる。

平成 23 年 1 月 1 日

# 訪問介護事業者 各位

# 平成 22 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業 「訪問介護事業における人的資源管理に関するアンケート調査」ご協力のお願い

拝啓時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

現在、私たち介護業界における外部環境はめまぐるしい変化を重ねており、訪問介護事業所を経営されている方の多くが、「人的な問題」について悩まれているのが現状ではないかと思われます。

そこで、厚生労働省より、老人保健事業推進費等補助金を受け、訪問介護事業の中枢である「人的資源管理」に焦点をあて、訪問介護事業所を経営・管理されている皆様の人的資源管理における取り組みと、職員の皆様の満足度を調査することとなりました。

ご回答いただきました内容につきましては、各事業所様の情報を本調査の目的以外に使用することはありません。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、上記本調査実施の趣旨をご理解の上、アンケート調査にご協力賜わりますようお願い申し上げます。

<u>なお、アンケートにつきましては、1月28日(金)までに同封いたしました返</u>信用封筒にてご返送ください。

末筆ながら、貴社のますますのご発展を心よりお祈り申し上げます。

敬具

\*ご不明な点等がございましたら、下記宛てにお問い合わせくださるようお願い申し上げます。

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金対象研究事業 日本介護経営学会 唐木 成仁 株式会社ケアネットサービス内 TEL 028-651-6660

# アンケートを記入していただくにあたって(お願い)

# 1.3種類の封筒のお渡しについて

- 3 種類の封筒にアンケート用紙が入っていますので、お手数ですが、
- ①青色の封筒…経営者(役員レベル)の方にお渡しください。
- ②緑色の封筒…常勤の訪問介護職員の方にお渡しください。
- ③クリーム色の封筒…非常勤の訪問介護職員の方にお渡しください。

(専従・兼務を問わず、訪問介護職員の方々の選出はお任せいたします。)

# 2. アンケート記入上の諸注意

- ① 原則として、平成 22 年 12 月 31 日時点の実態をおうかがいいたします。 ただし、設問に調査期間を記載しているものにつきましては、その期間につい てご記入ください。
- ② 質問に対してどうしても記入しづらい、わからないものがございましたら、未記入で結構です。次の質問に移ってください。
- ③ ご回答いただきました内容につきましては、本調査の目的以外に使用することはございません。また、自由記載欄への内容につきましては、個々の回答者が特定できないようにデータ化いたします。
- ④ ご多忙のところ誠に申し訳ありませんが、経営者様は青色、常勤の訪問介護職員様は緑色、非常勤の訪問介護職員様はクリーム色の封筒(切手不要)を使用して、それぞれ<u>平成23年1月28日(金)まで</u>にご投函をお願いいたします。(個別に郵送していただいて差し支えありません。)

# 経営者用 アンケート

# Ⅰ. 法人の概要について

1. 法人の城安について	
(1)所在地	●法人の所在地はどちらですか。下記の( )にそれ
	ぞれご記入ください。
	1. ( )都・道・府・県
	2. ( )市·区·町·村
	●貴事業所の運営主体を次の中から 1 つ選び、記号に〇
	を付けてください。
	1. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
	2. 社会福祉協議会
(2) 運営主体	3. 医療法人
(乙) 連呂土神	4. 社団法人、財団法人
	5. 営利法人(株式会社、有限会社)
	6. 共同組合(農協、生協)
	7. NPO法人
	8. その他 ( )
	●貴法人の設立年を次の中から 1 つ選び、記号に〇を付
	けてください。
(O) =0.+/T	1. 1999 年以前
(3) 設立年	2. 2000年~2004年
	3. 2005年~2010年
	4. 不明
	●貴法人の資本金を次の中から 1 つ選び、記号に〇を付
	けてください。
	1. 1 千万円未満
(4)資本金	2. 1 千万円以上~3 千万円未満
	3.3千万円以上~5千万円未満
	4. 5 千万円以上~1 億円未満
	5. 1 億円以上
	●平成 22 年 12 月 31 日時点での貴事業所の訪問介護職
(5)訪問介護職員数	選び、記号に〇を付けてください。
	1. 10 人未満
	2. 10 人以上 20 人未満
	3. 20 人以上 30 人未満
	4. 30 人以上 40 人未満
	5. 50人以上
	1.2   1.3   1.5

	●直近の訪問介護事業の月間売上高を次の中から 1 つ選
	び、記号に〇を付けてください。
	(数か所の事業所を運営されている法人様につきまして
	は、このアンケートが送られた事業所単体の売上高をお選
	びください。)
(6)売上高	1. 100 万円未満
	2. 100 万円以上~200 万円未満
	3. 200 万円以上~300 万円未満
	4. 300 万円以上~400 万円未満
	5. 400 万円以上~500 万円未満
	6. 500 万円以上
	●平成 21 年度の決算内容はいかがでしたか。 次の中から
	   1 つ選び、記号に○を付けてください。
	1. 黒字
	2. 赤字
	3. 決算期をまだ迎えていない
	3. V31/33 C3/42/2 C4 C3/4
	⇒2. 赤字 と答えた方にうかがいます
(7) 決算	
	び、記号に〇を付けてください。
	1. 利用者数の減少
	2. 売上単価の減少
	3. 訪問介護職員の離職
	4. 同業者間での競争激化
	5. 特定事業所加算の取得による単価上昇
	6. その他( )
	●訪問介護職員の離職率について、下記の中から最も近い
	ものを1つ選び、記号に○を付けてください。
(8)離職率	(平成22年1月1日~12月31日までの1年間)
	1. 10%未満
	2. 10%以上20%未満
	2. 10%以上20%未凋 3. 20%以上30%未満
	4. 30%以上40%未満
	5. 40%以上50%未満
	6. 50%以上

# Ⅱ. 経営状況

# 1. 経営者様(ご記入いただく方)について

	●あなたの年齢を下記の中から 1 つ選び、記号に○を付	
	けてください。	
	1. 20 歳~29 歳	
(1)年齢	2. 30 歳~39 歳	
	3. 40 歳~49 歳	
	4. 50 歳~59 歳	
	5. 60 歳以上	
	●あなたの保有している資格を全て選び、記号に○を付け	
	てください。	
	1. ケアマネジャー	
   (2)保有資格	2. 介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級	
(乙)体符具俗	3. 社会福祉士、社会福祉主事	
	4. 医師、看護師、保健師、薬剤師	
	5. 弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士	
	6. 中小企業診断士、経営学修士(MBA)	
	●あなたの業務領域として下記の中から最も近いものを	
(3)業務領域	1 つ選び、記号に〇を付けてください。	
	1. 経営者	
	2. 経営者 兼 ケアマネジャー(介護支援専門員)	
	3. 経営者 兼 訪問介護事業所管理者	
	4. 経営者 兼 訪問介護事業所管理者 兼 サービス提供責任者	

# 2. 経営管理について

	●貴事業所で掲げている経営理念について、キーワードと	
	してあてはまるものを 1 つ選び、記号に〇を付けてくだ	
	さい。	
(1)経営理念	1.「経営」に関すること	
	2.「サービス」に関すること	
	3.「お客様」に関すること	
	4. その他 ( )	
(2)経営業務	●下記の業務について、 <u>特に苦手だと思うものを3つ選</u>	

	T
	<u>び</u> 、記号にOを付けてください。
	1. 経営計画の策定
	2. 事業資金の調達
	3. 収支管理
	3. 給与計算
	4. 営業活動
	5. 職員のモチベーション管理
	6. 介護保険法や労働基準法などの法務管理
	●貴事業所で力を入れている・気を付けているものを全て
	<u>選び</u> 、記号に〇を付けてください。
	1. 会社の方針と管理体制
	2. 監督
	3. 職場の人間関係
	4. 労働条件
	5. 給与
	6. 職員の生活
(3)人的資源管理	7. 職員の保障
	●貴事業所で力を入れている・気を付けているものを全て
	<u>選び</u> 、記号に〇を付けてください。
	 1. 職員に達成感を与えること
	2. 職員が物事を達成した時に承認すること
	3. 職員に合った仕事を与えること
	4. 職員に責任を与えること
	5. 職員に昇進、地位を与えること
	6. 職員が成長する取り組みをつくること

	●会社独自の方法で <u>職員の定着を目的とした取り組み</u> を
	行っているケースがございましたらご記入ください。
(4) その他	

調査項目は以上で終了となります。ご協力ありがとうございました。

# I 法人の概要について

	●は L の5Cなせいけ じたこ ネナか エコ の / \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		
	●法人の所在地はどちらですか。下記の( ) にそれ		
(1)所在地	ぞれご記入ください。		
	1. ( ) 都·道·府·県		
	2. ( )市·区·町·村		
(2)運営主体	●貴事業所の運営主体を次の中から 1 つ選び、記号に○		
	を付けてください。		
	1. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)		
	2. 社会福祉協議会		
	3. 医療法人		
	4. 社団法人、財団法人		
	5. 営利法人(株式会社、有限会社)		
	6. 共同組合(農協、生協)		
	7. NPO法人		
	8. その他 ( )		
	●貴法人の設立年を次の中から 1 つ選び、記号に○を付		
	けてください。		
(O) =0.+4	1. 1999年以前		
(3)設立年	2. 2000年~2004年		
	3. 2005年~2010年		
	4. 不明		
	●貴法人の資本金を次の中から 1 つ選び、記号に〇を付		
	けてください。		
	1. 1 千万円未満		
(4)資本金	2. 1 千万円以上~3 千万円未満		
	3.3千万円以上~5千万円未満		
	4.5千万円以上~1億円未満		
	5. 1 億円以上		
	● 平成 22 年 12 月 31 日時点での貴事業所の訪問介護職		
(5)訪問介護職員数			
	選び、記号に〇を付けてください。		
	1. 10 人未満		
	2. 10 人以上 20 人未満		
	3. 20 人以上 30 人未満		
	4. 30 人以上 40 人未満		
	5. 50人以上		
	0, 00 ////		

# Ⅱ. 経営状況

# 1. ご記入いただく方について

	●あなたの年齢を下記の中から 1 つ選び、記号に○を付
	けてください。
	1. 20 歳~29 歳
(1) 年齢	2. 30 歳~39 歳
	3. 40 歳~49 歳
	4. 50 歳~59 歳
	5. 60 歳以上
	●あなたの保有している資格を全て選び、記号に○を付け
	てください。
	1. ケアマネジャー
(2)保有資格	2. 介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級
	3. 社会福祉士、社会福祉主事
	4. 医師、看護師、保健師、薬剤師
	5. 弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士
	6. 中小企業診断士、経営学修士(MBA)

2. 経営管理について	
	<ul> <li>●下記の 7 つの項目の中から満足しているものを全て選び、記号に○を付けてください。</li> <li>1. 会社の方針と管理体制</li> <li>2. 監督</li> <li>3. 職場の人間関係</li> <li>4. 労働条件</li> <li>5. 給与</li> <li>6. 生活</li> <li>7. 保障</li> <li>●また、上記の 1~7 において重要だと思うものを 3 を選び、優先するものから順に番号をご記入ください。</li> </ul>
人的資源管理	<ul> <li>□ ] ⇒ [ ] ⇒ [ ]</li> <li>□ 下記の 6 つの項目の中から満足しているものを全て返び、記号に○を付けてください。</li> <li>1. 達成感を感じる機会・回数</li> <li>2. 物事を達成した時の承認</li> <li>3. 自分に合った仕事を与えられている</li> <li>4. 責任を与えられている</li> <li>5. 昇進する機会、地位を与えられている</li> <li>6. 会社に自分が成長する取り組みがある</li> </ul>
	<ul><li>●また、上記の 1~6 において重要だと思うものを 3 つ</li><li>選び、優先するものから順に番号をご記入ください。</li><li>[ ] ⇒ [ ] ⇒ [ ]</li></ul>

その他	●会社独自の方法で <u>職員の定着を目的とした取り組み</u> を	
	行っているケースがございましたらご記入ください。	

調査項目は以上で終了となります。ご協力ありがとうございました。

# Ⅰ 法人の概要について

	●法人の所在地はどちらですか。下記の()にそれ
(1)所在地	ぞれご記入ください。
	1. ( )都・道・府・県
	2. ( )市·区·町·村
(2)運営主体	●貴事業所の運営主体を次の中から 1 つ選び、記号に〇
	を付けてください。
	1. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
	2. 社会福祉協議会
	3. 医療法人
	4. 社団法人、財団法人
	5. 営利法人(株式会社、有限会社)
	6. 共同組合(農協、生協)
	7. NPO法人
	8. その他 ( )
	●貴法人の設立年を次の中から 1 つ選び、記号に○を付
	けてください。
(3) 設立年	1. 1999 年以前
	2. 2000年~2004年
	3. 2005年~2010年
	4. 不明
	●貴法人の資本金を次の中から 1 つ選び、記号に○を付
	けてください。
	1. 1 千万円未満
(4)資本金	2. 1 千万円以上~3 千万円未満
	3.3千万円以上~5千万円未満
	4.5千万円以上~1億円未満
	5. 1 億円以上
(5)訪問介護職員数	●平成 22 年 12 月 31 日時点での貴事業所の訪問介護職
	員数(登録型ヘルパーを含んだ人数)を次の中から 1 つ
	選び、記号に〇を付けてください。
	1. 10 人未満
	2. 10 人以上 20 人未満
	3. 20 人以上 30 人未満
	4. 30 人以上 40 人未満
	5. 50 人以上

# Ⅱ. 経営状況

# 1. ご記入いただく方について

	●あなたの年齢を下記の中から 1 つ選び、記号に○を付
(1)年齢	けてください。
	1.20 歳~29 歳
	2. 30 歳~39 歳
	3. 40 歳~49 歳
	4. 50 歳~59 歳
	5. 60 歳以上
	●あなたの保有している資格を全て選び、記号に○を付け
	てください。
	1. ケアマネジャー
(2)保有資格	2. 介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級
	3. 社会福祉士、社会福祉主事
	4. 医師、看護師、保健師、薬剤師
	5. 弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士
	6. 中小企業診断士、経営学修士(MBA)

# 2. 経営管理

∠. 柱名官珪	
	<ul> <li>●下記の 7 つの項目の中から満足しているものを全て選び、記号に○を付けてください。</li> <li>1. 会社の方針と管理体制</li> <li>2. 監督</li> <li>3. 職場の人間関係</li> <li>4. 労働条件</li> <li>5. 給与</li> <li>6. 生活</li> <li>7. 保障</li> </ul>
	<ul><li>●また、上記の 1~7 において重要だと思うものを 3 つ選び、優先するものから順に番号をご記入ください。</li><li>[ ] ⇒ [ ] ⇒ [ ]</li></ul>
人的資源管理	
人的資源管理	<ul> <li>●下記の6つの項目の中から満足しているものを全て選び、記号に○を付けてください。</li> <li>1. 達成感を感じる機会・回数</li> <li>2. 物事を達成した時の承認</li> <li>3. 自分に合った仕事を与えられている</li> <li>4. 責任を与えられている</li> <li>5. 昇進する機会、地位を与えられている</li> <li>6. 会社に自分が成長する取り組みがある</li> <li>●また、上記の1~6において重要だと思うものを3つ選び、優先するものから順に番号をご記入ください。</li> <li>[ ] ⇒ [ ] ⇒ [ ]</li> </ul>
その他	●会社独自の方法で <u>職員の定着を目的とした取り組み</u> を 行っているケースがございましたらご記入ください。

調査項目は以上で終了となります。ご協力ありがとうございました。

### 参考文献

フレデリック・ハーズバーグ著 昭和54年10月30日第13刷発行 「仕事と人間性」 東洋経済新報社 フレデリック・ハーズバーグ著 昭和53年3月3日発行 「能率と人間性」 東洋経済新報社 ハーバード・ビジネス・レビュー編集部編訳 2009年10月8日第1刷発行 「動機づけるカ モチベーションの理論と実践」 ダイアモンド社

フィリップ・コトラー著 2010 年 2 月 24 日第 11 刷発行 「コトラーのマーケティング・コンセプト」東洋経済新報社 ヘルスケア総合政策研究所 平成 21 年 10 月 25 日発行 「介護経営白書 2009 年度版」

株式会社帝国データバンク 「介護サービス・有料老人ホーム業の経営実態調査」

 $\verb|http://www.tdb.co.jp-report-watching-press-pdf-p101206.pdf|$ 

# 第3章 熊本市における、回復期、維持期および在宅医療・介護の 連携課題と医療・介護経営に関する調査報告書

上智大学 島津望

#### 1. 目的と方法

#### (1) 目的

本調査は、医療・介護の提供組織の運営について、その実情を把握し、課題を抽出することを目的とした。調査地域は、連携が進んでいる熊本市と、連携のあり方を模索している札幌市を比較して、組織運営の観点から連携推進の要因を分析することを意図した。

#### (2) 方法

- ① 医療関係者(医師、訪問看護師、ソーシャルワーカー、リハビリスタッフ、病院 事務職員)に対するヒアリング調査。
  - (a) 熊本市=医師8名、訪問看護師1名、リハビリスタッフ1名に対して述べ10 日間。
  - (b) 札幌市=医師2名、リハビリスタッフ1名に対して述べ4日間。
  - (c) 熊本と札幌の関係者に対するヒアリングから、在宅医療・介護の連携における組織運営の状況を比較することにより、連携組織の運営・経営課題を明らかにする。

#### ② 連携の会への参与観察調査。

- (a) 熊本脳卒中地域連携ネットワーク研究会(1回)。
- (b) 回復期・維持期リハを考える会(熊本)(1回)。
- (c) 上記②(a)および(b)のように、熊本では、連携の会への参与観察をおこなった。参与観察をおこなうことにより、公表されているデータでは把握できない、連携組織の運営に関する組織メンバーの生の声を収集することを目的として実施した。

各職種、また各医療・介護の提供組織がどのような意識を持って連携に取り組んでいるか、また、それらの間にどのような意識の相違があるのかな、さらに連携組織が公式組織¹として成立している要因などを把握することを目的として実施した。

<sup>1</sup> 組織には公式組織と非公式組織がある。非公式組織とは特定の共通目的を持たなくても成立するものであるが、公式組織には、「共通の目的」「成員間のコミュニケーション」「成員の貢献意欲」の3要素があってはじめて成り立つ社会システムである。本研究が対象とするのは、公式組織としての地域医療・介護の連携組織である。

#### 2. 調査内容

- (1) 熊本の医療関係者へのヒアリングおよび参与観察から
  - ① 施設ケアの側からの課題提起
    - (a) 急性期、回復期~在宅をつなぐ問題点

熊本では、脳卒中および大腿骨頸部骨折については、急性期~回復期~維持期への連携はほぼネットワーク(連携体制)が整っている。

脳卒中連携組織は「K-STREAM」(<u>K</u>umamoto <u>S</u>eamless s<u>T</u>roke <u>RE</u>ferral <u>A</u>ssociation for CVD a<u>M</u>elioration) という名称であり、大腿骨頸部骨折連携組織は「シームレスケア研究会」という名称で連携組織を構築している。

脳卒中=K-STREAMの場合は、連携パスを共通のものにすることにより (計画病院ごとに連携パスを作らない)、回復期病院、維持期病院・施設に複数の連携パスが持ち込まれて、現場の業務に大きな負荷がかからないようにしている。連携パスは、2010年4月にVer.5に改定され、7月から試験的に運用がなされている。Ver.3までは急性期病院〜維持期病院・施設までであったが、Ver.5 (Ver.4は試行、Ver.5は公式使用)になって、在宅までパスがつなげられた。在宅における問題点は、入院中にリハの効果があがっても、在宅に戻ると低活動状態に陥ってしまい、2生活機能が落ちることである(ヒアリングデータ1)、また、脳卒中は生活習慣が大きく関わっているため、住民への脳卒中予防の啓発が地域医療連携とも並行しておこなう必要がある(ヒアリングデータ6)。持続可能な地域ケア供給システムの構築。

一方、シームレスケア研究会の連携パスの目的は、退院基準と在院日数の標準を設定し、それから外れたバリアンスの原因を分析することを通して、治療の標準化を進め、医療の質の向上を図るために作成、運用されているが、ここ最近(2009~2010年くらいになって)、一応、治療の標準化が見られるようになったため、今後は、K-STREAMのような一つの連携パスをつくること予定である。

シームレスケア研究会でいま問題になっていることは、在宅に帰った患者が、今度は反対側の骨折を起こして入院してくることである。2009~2010年の590例のうち56件(9.5%)もの患者が、以前と違う側の骨折を起こして再入院してくることである。また、リハビリの効果に認知症の状態が大きく作用していることも考えられるので、大腿骨頸部骨の疾患のみを対象とする地域医療連携ではなく、認知症に関するケア(在宅を含む)も取り込んだ連携体制を築く必要がある(ヒアリングデータ2および8)。包括的ケアを提供する連携組織の必要性。

44

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> 熊本託麻台病院を退院した高齢者脳卒中の在宅患者 15 例の計測によると、通所リハの日は平均」1506 歩、通所リハのない日は平均 563 歩であった。

#### ② 在宅ケア側からの問題提起

#### (a) 在宅診療ネットワーク組織からの問題提起

熊本の在宅ドクターネットは、長崎在宅ドクターネットをモデルに構築された。2008年ごろまでの熊本の在宅ケアの実情は、訪問看護ステーションやケアマネジャーなどの職種の連携があるのに、医師の横の連携がなかった。そのため、在宅に帰りたいのに帰えることが出来ない患者が少なからずいた。そこでこれまで開業医の中にかかりつけ医を持たない患者でも、専門領域を超えた開業医のネットワークの中で開業医の訪問診療を受けることができるしくみを築くことで、施設から在宅への移行を円滑におこなうことを目的に2008年につくられた(ヒアリングデータ3)。

脳卒中地域連携においても、開業医がそうした橋渡し役を期待されて、2009 年から K-STREAM の構成メンバーになった (ヒアリングデータ1)。

しかし、これは単に施設ケアの連携体制が在宅に延伸したということではない。急性期~維持期という流れでは、患者が医療機関・施設を移っていく。その際に情報共有、役割分担の情報を明示したものが連携パスであり、その基準に沿ってケアを提供する分業体制が求められる。しかし、在宅ケアの場合は、極端な話、電話一本して、「今日こういう状況だから、君にはこれを頼む」と言って、その人がこちらが分かっている意思をくんでくれて動いてくれるみたいな。そういう関係が、数が増えて、地域に対してそういう意味でのチームが貢献できるっていう仕組みでないと、恐らくいいレベルでの在宅医療は多分提供は難しいだろう(ヒアリングデータ9)、という意見がある。つまり、在宅ケアの連携体制は、急性期~維持期の連携体制のようにルールが明確な組織運営とは異なり、緩やかなルールの下に、「阿吽の呼吸」で対応ができるしくみが望ましいといみる在宅医が少なくない(ヒアリングデータ9)。したがって、連携組織を公式組織と見なしたときに、その組織デザインは、急性期~回復期~維持期という施設ケアの連携と、在宅における連携とでは連携組織の構造はかなり異なったものであることが推測される。

#### (b) かかりつけ医からの課題提起

熊本では、在宅ドクターネットとは別に、それぞれの開業医が在宅ケアに 熱心に取り組んでいる。そうした開業医のひとりに話を聞くことができた。 地域における開業医の立場からは、どこからケアがスタートするのかによっ て、在宅ケア、地域ケアの供給システムは異なる、ということだという。

つまり、地域医療・介護のスタートが、脳卒中や大腿骨頸部骨折のような ある疾患の発症から始まるとすれば、この場合は、急性期病院からケアがス タートすることになり、発症→急性期→回復期→維持期、または在宅と言う 流れになり、維持期の延伸として在宅ケアが引き継ぐことになる。この場合 は、「病気」が地域ケアのスタートになる。

しかし、地域医療に取り組んできた開業医の感覚からすると、開業医の外来を通して(必ずしも特定の疾患ということではなく、いわば家庭医としての外来診療)、日頃からいろいろ準備をしたなかで、たまたま病気が発症したということであれば、地域ケアのスタートは「生活」であり、そのかかりつけ医の患者が脳卒中なり大腿骨頸部骨折なりを発症して急性期病院に入院して回復期→維持期という過程を経て、ふたたび開業医のかかりつけ医に戻ってくるというのが自然な流れだと感じるという(ヒアリングデータ6および7)。

ここで上述の(a) とも関係してくるのだが、地域医療・介護の地域連携を、急性期からスタートするとみるのか、開業医のかかりつけ医(家庭医としての外来診療) からスタートするとみるのかで、地域医療連携のあり方はかなり異なったしくみとなるということである。

開業医が地域医療連携を考える場合は、経営者であるから理想とする地域 医療と利益の関係を常に考えて行動する(ヒアリングデータ4)。勤務医の場合はその点あまり考慮しなくても済む(立場によって多少違いはあるがが)。 つまり、急性期~維持期の施設医療・介護の連携組織の組織としての運営(経営)はともすればその責任の所在が曖昧になる可能性を抱える。

### (c) 居宅介護支援事業所からの課題提起

- (ア) 介護保険による在宅ケアの場合、開業医と在宅ケアのチームを構成する際に問題点があると指摘する声がある(ヒアリングデータ3)。つまり、担当者会議の時には、すでにケアマネが選んだサービス事業者(訪問看護ステーション)が決まっていると、かかりつけ医が連携しやすいその病気について非常に精通している看護師がいるサービス事業者がほかにあったとしても、それを選択できないという問題がある(参与観察データ1、ヒアリングデータ5)。
- (イ) また、<u>開業医の中には、古いタイプの医師がいて(ピラミッドの頂</u> <u>点に医師がいるという認識)、ケアマネジャーが相談しにくい者がいる</u> <u>(参与観察データ1、ヒアリングデータ4、5)。</u>
- (ウ) 上記(イ)の問題は、ケアマネジャーの能力にも原因がある。つまり、疾病に対する知識とコミュニケーション能力がかけたケアマネジャーの場合、医師との関係がうまくいかない。結果、患者、利用者がもっとも不利益を被ることになる。
- (エ) 在宅ケアにおけるケアマネジャーにどのような職種がふさわしいか というと、医学・医療の知識(病院勤務経験看護師)だけでも、共感や 寄り添うなどなど福祉援助技術的提案をおこなうだけでも良いケアマネ ジメントはできない。一番良いのは、在宅ケアを経験した看護師である。

この経験があると、医学と生活の両方から患者・利用者の状態を判断出来からである。しかし、介護保険上、ケアマネジャーの報酬が低いので、 看護師の資格を持ったケアマネジャーは看護職に戻る者が非常に多い。 優秀なケアマネジャーを育てるか、また開業医との関係を良く保つためにはどうするかということも解決しなければならない課題である。

#### (2) 札幌の医療関係者へのヒアリングから

- ① 回復期病院について
  - (a) 札幌の脳卒中連携の概要

札幌では<u>地域の医療・保健・福祉の統合を図る動きは以前からあり、</u>90年代には各区において、在宅ケア連絡会が形成されていた。<u>しかし、脳卒中に関しては、脳神経外科病院が自己完結型</u>でおこなってしまうところが多く、連携体制は弱かった。そこで、2007年に、市内の6病院が集まり、北海道回復期リハ病棟協議会を発足させた。2008年には、急性期~回復期~維持期の病院施設の代表者による<u>札幌市脳卒中地域連携パスネット協議会設立大会</u>が開かれ、<u>1つのパス</u>を使って札幌市およびその近郊地域で<u>脳卒中地域連携が</u>始まった。

しかし、連携パスが動き出すまでの地域での話し合いが不十分であったこと、また、急性期と回復期の各病院でのパスの運用・利用に関して温度差があるという問題点も出始めている(ヒアリングデータ10)。

#### ② 訪問診療について

札幌における訪問診療は、それぞれの医療者が単独でおこなっているケースが多く、連携組織を形成するには至っていない。今回の調査では、在宅ケア(診療、リハ)の課題について、実施者が抱える課題を聞いた。

(a) リハビリスタッフによる課題提起

在宅ケアに関して、リハビリスタッフが感じている問題点は、病院に来て リハをする患者と比べて、<u>患者がモチベーションを保ちにくい</u>ということを 指摘していた(ヒアリングデータ11)。

#### (b) 在宅医による課題提起

(ア) 訪問診療専門に開業している医師によると、札幌の場合、在宅を専門にやっているところは、非常に少ない(20くらい)。一般的な外来診療の片手間に在宅をやっているところがほとんど。しかも、そのうち、月に400~500件診ているところもある(グループホームとは高齢者共同住居の患者相手に集団的におこなう)。こうした診療所とヒアリングに応じてくれた医師のように70人くらいのところと二極化している(ヒアリングデータ12)。

(イ) こうしたことから、この医師が指摘するのは、「そもそも在宅医療の 必要のない患者にもおこなっているのではないか」、「在宅という閉じた 空間でおこなわれることにおいてケアの質はどのように評価されるの か」、「患者家族や医療者の負担を増やしていないか」という3点であっ た(ヒアリングデータ13)。

#### 3. 考察

以上のヒアリングおよび参与観察から得られたデータから次の考察が得られた。

- (1) 熊本のような地域医療連携組織が構築され、しかも、10年以上継続していること の要因は以下のように推察される。
  - ① 連携組織構築までに具体的な問題(急性期と回復期、回復期と維持期、施設と在宅、医師とコメディカル等々)について、フォーマル、インフォーマルな話し合いが長い間おこなわれていた。一気に連携組織構築をおこなったわけではない。
  - ② 連携組織は、病院間の連携つまり、急性期病院と回復期病院、回復期病院と維持期病院の同盟関係といったバイラテラリズム(bilateralism)によって成り立つのではなく、熊本という一地域を総体として認識すること、すなわち「共同体」として認識することによって成り立っているのではないか。

たとえば、近年の社会経済現象における国際化(Globalization)は、従来の Internationalizationという者とは異なることと同義である。つまり、

「Inter-nationalization は、Nationという枠組みを保持する国家間の交流であることを強調したが、これに対してGlobalという概念にはNationという意味合いはない。グローバル化は、国家や民族といった既存のNationという概念や枠組みから解放されて、新たな交流関係を創り出すことである。したがってグローバル化とは限りなく相対化し、その究極においてNationに代わる新しい共同体的関係を形成することである。人々が相互の価値観や利害の一致に努力しつつ、相互理解に基づく共通の「共同体的価値観」を共有することに他ならない」3と指摘されているのと同様、地域医療連携は、病院と病院、あるいは病院と診療所などの

Inter-organizationalな組織間連携関係とは本質的に異なり、ある疾病における地域の保健、医療、福祉、介護の諸資源を有す各組織が、組織間関係を超えた、いわば超組織としてのケアの共同体組織を形成することによって成り立つものであると考える。

そして、そのケア共同体としての地域医療・介護連携組織を一体に保つために 必要なものが、ある疾病に関するケアの価値観、文化であろう。ヒアリングや参 与観察を継続するなかで特徴的であったことは、熊本においては、個々の医療機

48

<sup>3</sup> 西川博史「北東アジア地域における協力体制構築の課題」(『北東アジア地域協調体制の課題』 西川博史、谷源洋、凌星光編著、現代史料出版、2009年、35-53頁)

関の利害を超えた行動をすることが多く見られることである。たとえば、

K-STREAMのメンバー間では、パワーポイントの資料はお互いにクレジットを入れなくても自由に使うことが許されている。また、医療政策に関する情報をいち早く入手した医療機関が、その情報を自分たちだけで独占してほかに知らせないという行動は非難の対象になる、そういったケアの共同体規範が存在している。そうした規範があるから、つまり患者の囲い込みをしないという共有された規範があるから、K-STREAMでは、急性期病院ごとに連携パスを作るのではなく、統一された一つの連携パスを使うことが可能になったのであろう。

熊本の地域医療連携が全国の模範として知られ、各地域が熊本をモデルにして、 それぞれの地域で連携組織を作ろうとしても、形だけ(たとえば連携の会や連携 パスの書式など)を模倣してもうまくいかないのは、(札幌市の試みはこの典型例) そうしたケアの文化共同体としての要素を十分に検討していないからであろう。

#### (2) 在宅医療の意義と課題

① 今回の調査を通して明らかになったことのもう一つの点は、そもそもすべての患者に在宅医療を提供することが良いことなのかどうかということを、一度、検証してみる必要があることである。そもそも、医療関係者、福祉関係者が「どんな在宅ケアが理想なのか」を形式知として共有し、それをおこなうためには、どのような病院、診療所、在宅ケア事業を、誰に対して、どのようにしておこなうのかという「事業の定義」を明確にしなければならない。同時に、医療・介護の質を連携組織の内部で評価するしくみの確立もおこなわれなければならないであろう。

経営学を専門とする筆者は、「企業経営の目的は利益の追求である」という誤った理解が広がっている最近の傾向に危機感をおぼえている。利益は企業が経営を継続していく上で欠かせないものではあるが、だからといって、企業経営の目的は利益の追求である、とするのは誤った理解である。人間が生きていく上で呼吸をすることは欠かせないが、だからといって人間が生きる目的は呼吸することである、といえば、だれもが違和感を憶えるであろう4。

人間が生きていく上には生きる目的が欠かせない、と同時に呼吸することも必要である。地域医療連携にしても同じである。理想とする地域医療、在宅ケアをおこなおうとすれば、どんな医療、ケアをおこないたいのか、という理想像を確かなものにする必要がある、と同時に、そうした理想を可能にするための経営のあり方(経営資源の配分、利益の上げ方など)も検討しなければならない。それが、地域医療連携組織を成功に導く要因であると考える。

以上

<sup>4</sup> 加護野忠男『松下幸之助に学ぶ経営学』、日本経済新聞社、2011年、15-16頁

## ヒアリングおよび参与観察一覧

# ヒアリング

	年月日	ヒアリング対象者	ヒアリング項目
1	2010.10.14	平田好文医師(熊本託麻台病院院	施設と在宅をつなぐ資源や
		長)	地域住民の医療連携への参
			加
2	2010.10.15	林茂医師(にしくまもと病院院長)	西熊本地域におけるホスピ
			タウン構想
3	2010.10.16	田島和周医師(田島医院院長)	医療政策と在宅医療
4	2010.11.3	清田武俊医師(春日クリニック理事	かかりつけ医とは何か
		長)	
5	2010.11.3	浅見直美看護師・介護支援専門員	ケアマネに必要とされるス
		(山下医院-まごころ居宅介護支	キル
		援事業所)	訪問介護スタッフ育成につ
			いて
6	2010.12.23	橋元洋一郎医師(熊本市民病院神経	脳卒中予防に関する地域住
		内科部長)	民への啓発
7	2010.12.24	清田真由美医師(はるかぜ訪問ステ	地域住民との関係作り
		ーション所長)	
8	2010.12.25	野村一俊医師(国立医療機構熊本医	大腿骨頸部骨折の在宅問題
		療センター統括診療部長)	在宅の問題
			認知症との関係
9	2010.12.26	後藤慶次医師(ひまわり在宅クリニ	在宅ケアにおける医師の役
		ック院長)	割と限界
1 0	2011.1.30	橋元茂樹医師(西円山病院リハ部	札幌における地域リハの現
		長)	状と課題
1 1	2011.1.31	播磨孝司氏(西円山病院訪問リハ科	札幌脳卒中パスネット協議
		長 PT)	会の状況
1 2	2011.2.2	西川就医師(さっぽろ在宅クリニッ	在宅ネット de ワークの状況
		ク院長)	
1 3	2011.2.3	西川就医師(さっぽろ在宅クリニッ	札幌における在宅医療の課
		ク院長)	題

# 参与観察

	年月日	名称	研究会テーマ
1.	2010.7.14	回復期・維持期リハを考える会	訪問系在宅サービス
			との連携について
2.	2010.8.26	熊本脳卒中地域連携ネットワーク研究会	廃用症候群の現状と
			地域医療連携

# 第4章 高齢者介護施設の施設長の事業運営方針と職員の帰属意識の関連性 ~離職・ を防止するため施設運営のあり方~

別府大学 横尾惠美子

#### 1 はじめに

高齢者福祉の分野において、介護人材の不足は深刻な問題であり、高齢者をはじめとするすべての住民の社会的問題である。政府は「介護人材の確保と処遇の改善策」とし介護関係の職業訓練制度、介護報酬の改定、介護従事者処遇臨時特例交付金、介護職員処遇改善交付金等、介護職員の離職を防止するために様々な政策を実施してきた。しかし、介護福祉士養成教育の現場では入学者が増加したという現実はなく、介護施設でも人材不足が慢性化している。

筆者は介護老人福祉施設の介護職や生活相談員等の対人援助職に対して「人と向き合う力(EQ)」とバーンアウトの全国調査を、20年度老人保健健康推進等の分担研究として行う機会を得た。その分析の際に本来の研究目的ではなかったが、返信された調査票 2462名の中に、41名の施設管理者が含まれていた。EQは「自己対応」力、「対人対応」力、「状況対応」力で構成されている。施設管理者EQは役職のない介護職よりも「自己対応」力は高いが、「対人対応」力は役職のない職員よりも低くなり、「状況対応」力は主任クラスの職員よりも低くなっていた。これらのことより、施設管理者は本来必要な「人と向き合う力」が弱く、部下や職員に対し柔軟に対応できず、役職としての機能を果たせていない可能性があるのではないかと危惧した。

平成 21 年度介護労働実態調査によると、介護従事者が介護現場を離職した、理由で最も多いのは「事業所の運営理念の在り方に不満」25.7%、「職場の人間関係に問題があった」23.8%となっている。

これらのことより、施設長の運営理念や利用者や職員に関する考え方、「人と向き合う力(EQ)」の傾向を調査・分析することにより、施設運営の課題等を導き出せるのではないか考えている。

#### 2 研究の概要

#### (1)研究の目的

施設長の事業運営方針や、利用者や職員に対する考え方や人に対する対応力(EQ: emotional Intelligence Quotient)について、調査を行うことにより、施設長の特性現状を把握し、施設長の運営方針や職員に対する考え方等の傾向を分析する。この研究は高齢者介護施設の介護従事者の職場定着率を向上させるために管理者がなすべきことを解明し、対策を講じるための基礎資料とすることを目的とする。

- (2) 研究の方法
  - 1. 調査研究委員会の開催
  - 1)委員メンバー

委員長 横尾惠美子 別府大学

委員 重松義成 西九州大学短期大学部

中村京子 福岡医療福祉大学 森永牧子 九州大谷短期大学

2) 開催日と内容

第1回 調査研究委員会:平成22年8月15日(日)

会場 : 九州大谷短期大学部

内容:本研究の目的についての説明(委員長より)

施設職員が抱える悩みや意見の把握や検討

調査の概要の検討

第2回 調査研究委員会:平成22年10月2日(土)

会場:別府大学

内容:調査対象者、対象者数、方向性等について具体的に協議

今後のスケジュール調整と各分担の決定

第3回 調査研究委員会:平成22年11月23日(月)

場所: 西九州大学短期大学部内容: 質問項目や様式の決定

今後のスケジュール調整

- 2.「介護老人福祉施設及び介護付き有料老人ホーム施設長へのアンケート調査 ~離職を防止するための施設運営のあり方~」アンケート調査実施
- 1) 調査対象地域 :全国

2) 調査対象 : 介護老人福祉施設と介護付き有料老人ホームの管理者(施設長)

3) 標本数 : 公益社団法人全国老人福祉施設協議会と社団法人有料老人ホーム協

会に加盟している施設について無作為にて2016抽出する。

4) 実施方法

返信用封筒を同封した郵送調査を行う。郵送時に調査についての目的とデータの取扱い等の倫理配慮を記した依頼文を同封する。

5) 調査内容 : ① 施設の概況 ② 施設長の属性 ③ 運営のために工夫 (別紙資料参照) していること (10項目) ④ 職員の定着率を高める

ために有効だと思われる取り組み(13 項目) ⑤ 職員 に関する考え方(10 項目) ⑥ EQ

6) 倫理的配慮 :調査が自由意志によるものであり拒否することが可能であり、

調査票は無記名のため個人を特定するものではなく、結果は本

調査目的以外には使用しないことを書面で確約した。

7) 調査期間 : 平成 22 年 12 月~平成 23 年 1 月

8)回収率: 25.6%9)調査先: 別府大学

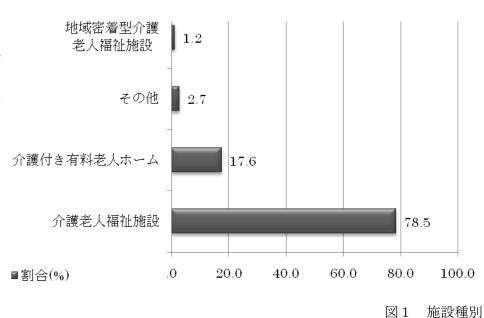
### 3 アンケート調査結果

### (1) 施設概況

## 問 施設の種別はなにですか

516施設のうち 介護老人福祉施 設が最も多く405 施設 78.5%とな り、次いで介護付 き有料老人ホー ムで 91 施設 17.6%となって いる。

その他の内容は、 住宅型有料老人 ホーム 12 施設、 混合型有料老人 ホーム 2施設等で ある。



# 問施設の法人格

516 施設のうち 最も多いのは社会 福祉協議会以外の 社会福祉法人(以 下 社会福祉法人で と表記する)で 405 施設、78.5%、 次いで民間企業が 87 施設、17%となっている。 その他は28 施設、

5.5%である。

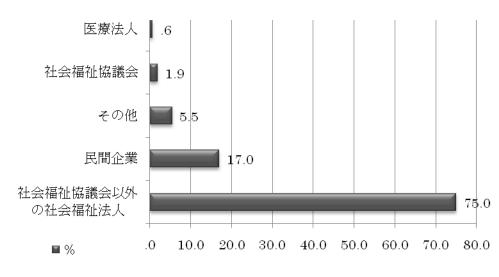


図2 施設の法人格

その他の内訳は、市町村や広域組合などの公立施設が15施設、宗教法人や財団法人が共に3施設 他となっている。

施設種別と法人格について、クロス集計を行うと表1のようになり、介護老人福祉施設の90%以上が社会福祉法人であり、介護付き有料老人ホームの80%以上が民間企業である。またその他も、民間企業が11施設、78.6%を占めているが、主な施設は住宅型有料老人ホームとなっている。

表 1	洪	人枚	と施設種別
1X I	14.	ハイロ	こ が以ばまかり

法人	社会福祉		社会福祉			合計
施設種別	法人	民間企業	協議会	医療法人	その他	
介護老人福祉施設	377	1	7	0	19	404
	93. 30	2. 00	1. 70	0.00	4. 70	100%
介護付き有料老人	4	74	1	2	8	89
ホーム	4. 50	83. 10	1. 10	2. 20	9. 00	100%
地域密着型介護	3	1	2	0	0	6
老人福祉施設	50.00	16. 70	33. 30	0.00	0. 00	100%
その他	1	11	0	1	1	14
	7, 1	78. 60	0. 00	7. 10	7. 10	100%
合計	385	87	10	3	28	513
	75. 0	17. 0	19. 0	6. 0	5. 5	100%

## 問 開設年号

512 施設のうち平成 に開設された施設が、 68.9%と 7 割近い。昭 和から運営を行ってい るのは、全体では 3 割 強である。

介護老人福祉施設と 介護付き有料老人ホームを比較すると介護付 有料老人ホームの85.6% が平成から、介護老人福祉施設も3分の2は平成 からの開設である。

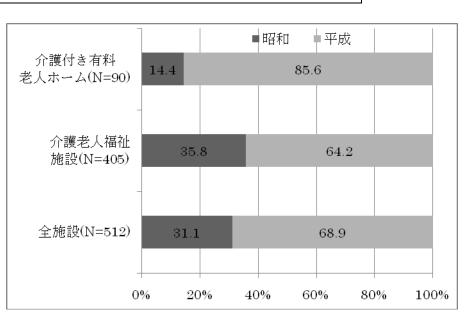


図3 施設開設の年号

## 問 運営年数

503 施設のうち平均運 営年数は 17、6 年であ り、最小値は 0、3 年、最 大値は 58、8 年となって いる。表 2 に示すように、 最頻値は 11.3 と 11 年余 りであり、中央値は 17.6 年と 18 年に満たない。

図4に示すように運営 年数を 5 年毎に区切っ てみると 20 年未満で 62.2%と6割強を占めて いる。30 年以上で は 16%と2割に満たない。

法人別にみると、民間 企業が平均値、中央 値、最頻値共に年数が

っている。

# 運営年数

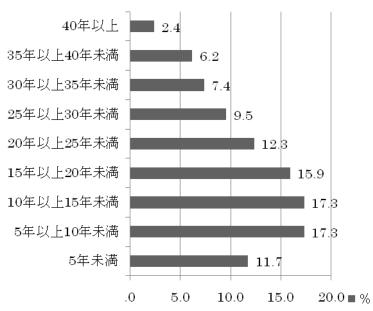


図4 施設の運営年数施行以降に設立された施設が多いこと分かる。

をカイ2乗検定にかけると社会福祉法人の運営期間が有意に長くな

表2 法人別運営年数

	平均値	中央値	最頻値	標準偏 差	最小値	最大値	t 値
全体(N=503)	17.6	15.8	11.3	11.0	0.3	58.8	
社会福祉法人(N=378)	19. 2	17. 3	17. 3	10.5	0.6	58.8	0.000 alcoloste
民間企業(N=81)	8. 7	5. 0	4. 6	8. 3	0.3	38. 3	-9.820***
その他 (N=28)	26. 3	28. 0	29. 3	9.0	4.8	40. 4	

<sup>\*</sup>p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

全対象者の職種別の職員数の平均値と中央値、最頻値、標準偏差、最小値、最大値を表3にしめした。生活相談員と介護支援専門員は、1人という施設が多く、正職員の看護職は4人が最も多い。

施設の種別や入所定員により職員配置基準が異なるために人数だけでは比較できないため、同じ職種の正社員と非正社員の比率もとめ表4に示した。全体的に生活相談員職と介護支援専門員は9割以上が正職員であり、社会福祉法人と民間企業の法人による正職員と非正職員の比率差はみられないが、介護職員は社会福祉法人では平均66%が正社員であるのに対し、民間企業では59%と6割に満たない。しかしその一方で、正職員の介護職の最頻値が1となっており正規職員だけを採用している施設もあることがうかがえる。同様に正社員の看護職は社会福祉法人で平均76%、民間企業では60%と、介護職と看護職共に、民間企業の正職員の割合が有意に少なくなっている。

表3 職員数

	平均値	中央値	最頻値	標準偏差	最小値	最大値
正社員介護職員(n=499)	21. 7	19. 0	18. 0	11.6	1. 0	66. 0
非正社員介護職員(n=499)	13. 0	10.0	8.0	11.4	0.0	102.0
正社員看護職員(n=503)	3. 7	4. 0	4.0	1. 9	0.0	12.0
非正社員看護職員(n=503)	1. 7	1.0	0.0	2. 2	0.0	20.0
正職員生活相談員(n=503)	1. 7	1.0	1.0	1. 2	0.0	12.0
非正職員生活相談員 (n=504)	0. 1	0.0	0.0	0. 5	0.0	7. 0
正社員介護支援専門員 (n=504)	1. 9	1.0	1.0	1.9	0.0	16.0
非正社員介護支援専門員 (n=504)	0. 1	0.0	0.0	0. 4	0. 0	4. 0

表4	正職員の割合
<del>- / /</del> / l	
4X T	

		平均値	最頻値	標準偏差	t 値
	全体(n=499)	0.64	0.5	0.21	
正職介護職員	社会福祉法人	0.66	0. 67	0.20	-2.54*
	民間企業(n=82)	0. 59	1.00	0.23	
	全体(n=502)	0. 73	1.00	0.26	
正職看護職	社会福祉法人(379)	0. 76	1.00	0.24	-4. 26**
	民間企業(n=80)	0.60	1.00	0.30	

		平均值	最頻値	標準偏差	t 値
	全体(n=501)		1.00	0.12	
正職生活相談員職	社会福祉法人(379)	0.98	1.00	0.10	n.s.
	民間企業(n=80)	0.94	1.00	0.19	
正職介護支援専門員職	全体(n=499)	0.95	1.00	0.17	
	社会福祉法人(376)	0.96	1.00	0.15	n.s.
_	民間義業(n=80)	0.91	1.00	0.25	

<sup>\*</sup>p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

### 問 職員の職種別充足率についてどのように感じていますか

図5に示すように、生活相談員と介護支援専門員については、80%以上の施設が適当と答えているが、介護職員は48.6%、看護職員55.7%が適切と答えるに留まっている。介護職員は「大いに不足」「不足」「やや不足」を合わせると48.2%となり、50%弱の施設で介護職員が不足している。同様に看護職が不足していると答えたのは、「大いに不足」「不足」やや不足」を合わせ40.6%になり、4割が不足と感じている。

民間企業や社会福祉法人などの法人格や入所定員の差による充足率の意識には有意な 差は見られなかった。

ユニットケアの実施の有無や、家族会や利用者主体の組織の有無について職員の充足感との関連性について検定を行ったが、有意な差はみられなかった。

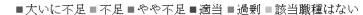
表5に示すように、介護職員や 看護職員、生活相談員、介護支 援専門員の職種間の充足率の 意識について正の相関がみら れる。

特に生活相談員と介護支援 専門員の充足感は $\gamma$ =.571\*\* と高い相関を示している。 介護職員と看護職員の充足 感についても正の相関がみられ、 $\gamma$ =.431\*\*となっている。 4職種ともに、正の相関が みられるが、介護職員と看護

職員、生活相談員と介護支援

分かる。

専門員との関連性があることが



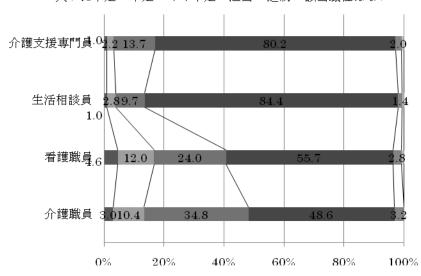


図5 職種別充足率

表5 職種別充足率の相関 (Pearsonの相関係数γ)

	介護職員	看護職員	生活相談員	介護支援専門
	充足率	充足率	充足率	員充足率
介護職員充足率	1	γ =. 431***	γ=. 347***	γ=. 332***
看護職員充足率	γ=. 431***	1	γ=. 333***	γ=. 327***
生活相談員充足率	γ=. 347***	γ=. 333***	1	γ=. 571***
介護支援専門員充足率	γ=. 332***	γ=. 327***	γ=. 571***	1

<sup>\*</sup>p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

## 1年間の採用者数、離職者数

職種と正社員と非正社員に別に1年間の採用者数から1年間の離職者数を引き、増減をもとめた。

正社員の介護職の1年間の増減人数は、増減なしが全体では26.7%となり、減少は社会福祉とり、減少は社会福祉と間企業で22.5%とは有意ではない。そのはない。業は48.8%と5割近人は48.9と4割強である。

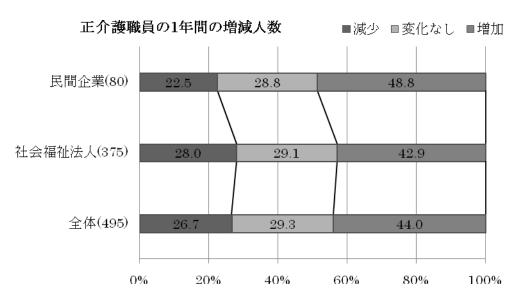
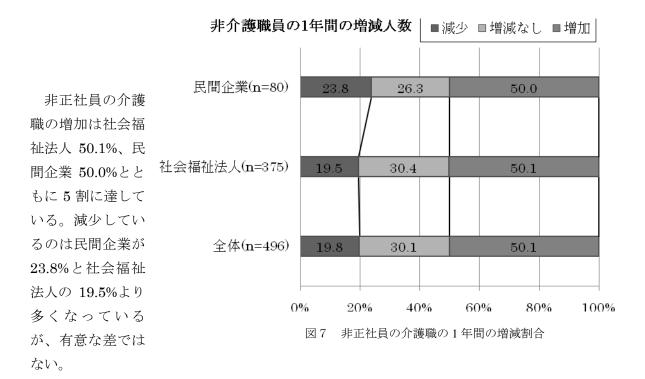


図6 正社員の介護職の1年間の増減割合



正社員の看護職は 「増減なし」が社会 民間企業(80) 16.3 61.3 福祉法人で 70.1%、 民間企業で61.3%と なり、減少は民間企 社会福祉法人(375) 10.9 70.1 業が社会福祉法人に 比べ、5.4 ポイント 多くなっているが、 全体(495) 67.7 12.1 有意な差はみられな V10 0% 20% 40% 60% 80%

正看護職員の1年間の増減人数

|■減少 ■増減なし ■増加

22.5

18.9

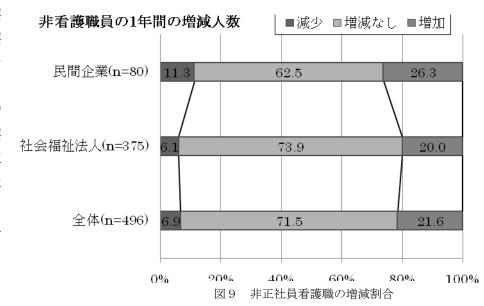
20.2

100%

図8 正社員の看護職の増減割合

非正社員の看護職も正社員の看護職と同様に増減なしが最も多い。

民間企業では増加が正社員の看護職は22.5%、非正社員の看護職は26.3%と3.8ポイント非正社の方多くなっている。



## 問施設の入所定員

表6に示すように、全対象施設の平均入所定員は68.5人と70人弱であるが、最も多いのは50人 定員である。図10に示すように、地域密着型の施設も対象施設に入っているために、最も少ない 入所定員は15名である。図10に示すように、介護老人福祉施設と介護付き有料老人ホームの種別 でみると、介護付き有料老人ホームは90人以上が32.2%と3分の1を占めているのに対し、介護老 人福祉施設は30人以上60人未満が52.3%と半数以上を占めている。

表7に示すように、法人別でみると、社会福祉法人の定員の平均値は65.0人、民間企業は81.1 人となり、民間企業の入所定員が有意に多くなっている。

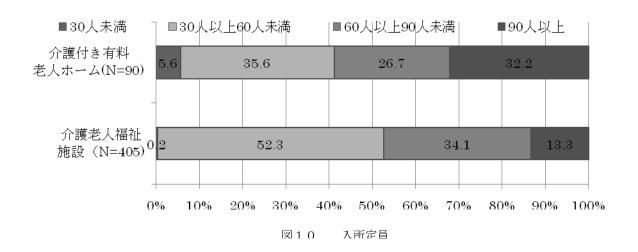
表6	入所定員	(数値は人	、数)

入所定員	平均値	中央値	最頻値	標準偏差	最小値	最大値
全施設(N=514)	68. 5	55. 5	50. 0	36. 1	15. 0	399. 0
介護老人福祉施設(N=405)	65.8	54. 0	50. 0	23. 2	28. 0	200. 0
介護付き有料老人ホーム(N=89)	83.8	65. 0	30.0	67. 7	15. 0	399. 0

表7 入所定員と法人別比較

法 人	平均値	標準偏差	t値
社会福祉法人(n=385)	65. 0	22. 43	2 404:
民間企業(n=86)	81. 1	61. 42	2. 404*

p < 0.05



## 問入所者の要介護度割合

要介護度総数は、施設の入所定員に影響されるために、各要介護度数の入所定員に占める割合を求めた。

表 8 で示すよう に、要介護 1 と要介 護 2 は民間企業が 有意に多く、要介護 3、要介護 4、要介 護 5 は共に、社会 福祉法人が有意に 多くなっている。

社会福祉法人では、要介護 4 以上が平均で、70%を占めている。

表8 法人別入所者に占める要介護度の割合

要介護度	法人	平均値	標準偏差	t 値
又丌设汉				
	全体(n=461)	0. 05	0.06	
要介護1	社会福祉法人(n=345)	0. 03	0. 04	16.66***
	民間企業(n=77)	0. 13	0. 08	10.00
	全体(n=461)	0. 09	0.06	
要介護2	社会福祉法人(n=345)	0. 08	0. 05	C CE***
	民間企業(n=77)	0. 13	0.08	6.65***
	全体(n=461)	0. 18	0. 09	
要介護3	社会福祉法人(n=345)	0. 19	0. 08	C 40***
	民間企業(n=77)	0. 12	0.09	-6.40***
	全体(n=461)	0. 28	0. 12	
要介護4	社会福祉法人(n=345)	0. 32	0.09	40 04***
	民間企業(n=77)	0. 10	0. 07	-19.94***
	全体(n=461)	0. 32	0. 16	
要介護5	社会福祉法人(n=345)	0. 38	0. 12	00 00 1 1 1 1 1 1
	民間企業(n=77)	0. 11	0. 08	-23.33***

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

ユニットケアを行っている施設は全施設の 30.5% しかなく、介護付き有料老人ホームでは 24.4%と4施設に1施設しか実施していない。

施設規模や、施設 種別、法人格、利用 者の要介護度、施設 長の年齢や経験年数 などによる、ユニッ トケアの実施の有無 には有意な差はみら れなかった。

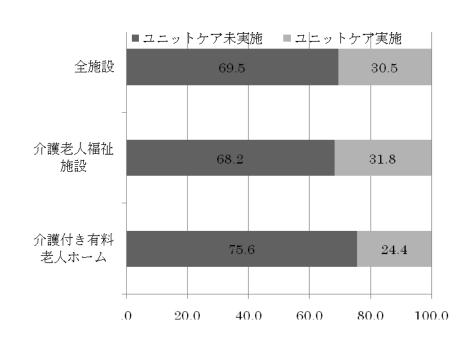


図 11 施設種別のユニットケアの実施・未実施の割合

表9に記すように、ユニットケア未実施の施設が運営年数は長い。法人格別に運営年数とユニットケアの実施の有無について検定を行うと、民間企業は実施の有無と運営期間には1年程度の差しかなく有意差はない。しかし、社会福祉法人はユニットケア未実施の施設の平均運営年数が21.03年と実施の施設より6年弱長くなっている。社会福祉法人ではユニットケアを実施していない施設のほうが有意に、平均運営年数が長いという結果を得た。

箱ひげ図を図12に示す。

表9 法人別ユニットケアの実施と運営年数

法人格	ユニットケアの実施の有無	平均値	標準偏差	t 値
全体	ユニットケア実施(n=151)	14. 40	10. 42	-4. 51***
土件	ユニトケア未実施(n-347)	19. 13	10. 92	-4. 31***
社会福祉法人	ユニットケア実施(n=119)	15. 36	10.66	-5. 02***
任芸備征法人	ユニトケア未実施(n=257)		9. 95	0.02444
民間企業	ユニットケア実施(n=20)	8.07	6. 41	n a
<u></u>	ユニトケア未実施(n=59)	9.04	9. 01	n.s.

<sup>\*</sup>p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

図12に示すよう に、ユニットケア 未実施施設が運営 年数の中央値が高 い位置にあり、広 がりも大きいこと が分かる。

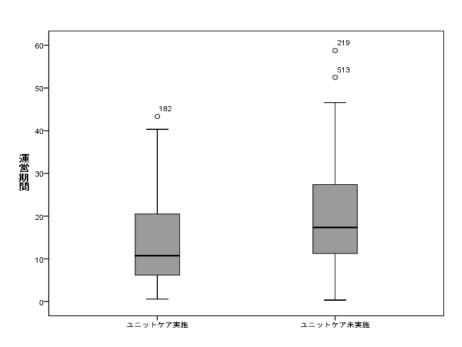


図12 ユニットケア実施の有無と運営期間

### 問家族会や利用者主体の組織運営の有無

図13に示すように家族会や 利用者主体の組織の両方があ るのは、全施設では3.6%、介 護老人福祉施設は2.3%だが、介 護付き有料老人ホームでは9.2% と1割近くの組織率である。

両方ないのは介護老人福祉施設の、52.6%に対し、 介護付き有料老人ホームは 65.5%となっている。

家族会や利用者組織を共 に組織化しているのも、ど ちらとも組織化していな いのも、介護付き有料老人 ホームが多くなっている。

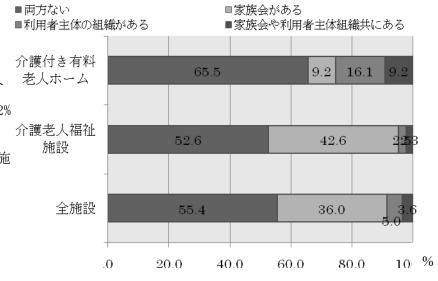


図13 家族会等の組織の有無

家族会等の設置の有無と、施設種別や、法人格、施設入所者の規模等には有意な差はみられないが、介護付き老人ホームのほうが、両方ある施設と、両方ない施設ともに介護老人福祉施設より多くなっている。

カイ2乗検定を行うと優位確率=p<.000となるが、表10に示すように、「利用者主体の組織がある」が24施設、「家族会や利用者主体の組織共にある」が17施設で、「2 セル (25.0%) は期

待度数が 5 未満です」となり、標本数が少なすぎるために、有意とはいえない。

しかし、表11に示すように標準化残差をみると、介護付き有料老人ホームの「家族会がある」のセルの値が-4.2であり、「利用者主体の組織がある」のセルの値が4.7となり、この二つのセルが有意差に寄与している。つまり、介護付き有料老人ホームは、介護老人福祉施設に比べ家族会の組織率は低いが、利用者主体の組織の組織率は高いことが分かる。

表12に示すように、標本数の少ない「利用者主体の組織がある」「家族会や利用者主体の組織 共にある」を除き、「家族会がある」と「両方ない」のクロス集計を行うと、施設種別による家 族会や利用者主体組織率に有意差がみられた。

表10 家族会や利用者組織と施設種別について

家族会や利用者 主体組 施設種別	両方ない	家族会がある	利用者主体組織がある	家族会や利 用者主体組 織共にある	合計
介護老人福祉施設	210	170	10	9	n=399
<b>介護</b> 名入储 <b>位</b> 他故	52. 6%	42. 6%	2. 5%	2. 3%	100. 0%
介護付き有料老人ホーム	57	8	14	8	N=87
介護的さ有料を入小一ム	65. 5%	9. 2%	16. 1%	9. 2%	100.0%
合計	267	178	24	17	N=486
	54. 9%	36. 6%	4. 9%	3. 5%	100. 0%

表11 家族会や利用者主体組織と施設種別の標準化残差

		家族会や利用 者主体組織共 にある	家族会がある	利用者主体の組織がある	両方な い	合計
介	度数	9	170	10	210	399
護 施 老 設 人	期待度数	14. 0	146. 1	19. 7	219. 2	399. 0
介護老人福 祉	残差	-5. 0	23. 9	-9. 7	-9. 2	
祉	標準化残差	-1.3	2. 0	-2. 2	6	
介 護	度数	8	8	14	57	87
介護付き有料老人	期待度数	3. 0	31.9	4. 3	47. 8	87. 0
ーム 有ム 料	残差	5. 0	-23. 9	9. 7	9. 2	
老 人	標準化残差	2. 8	-4. 2	4. 7	1. 3	
合	度数	17	178	24	267	486
計	期待度数	17. 0	178. 0	24. 0	267. 0	486. 0

表12 施設種別2分割 と 家族会有りと両方なし のクロス表

		家族会有りと両方なり			
		家族会が			
		ある	両方ない	合計	
介護老人福祉施設	度数	170	210	380	
	割合	44. 7%	55.3%	100.0%	
	期待度数	152.0	228. 0	380. 0	
	残差	18.0	-18.0		Pearson
	標準化残差	1.5	-1.2		のカイ
介護付き有料老人	度数	8	57	65	2 乗
ホーム					p=. 00
	期待度数	26.0	39. 0	65. 0	
	残差	-18.0	18. 0		
	標準化残差	-3.5	2.9		
合計	度数	178	267	445	
	期待度数	178.0	267. 0	445.0	

全施設と、介護老人福祉施設、介護付き有料老人ホームのそれぞれの、家族会等の組織率について、箱ひげ図を図13から図15に示した。

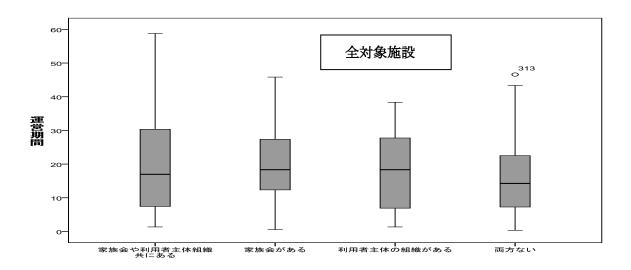


図13 家族会等の組織化の有無と運営期間

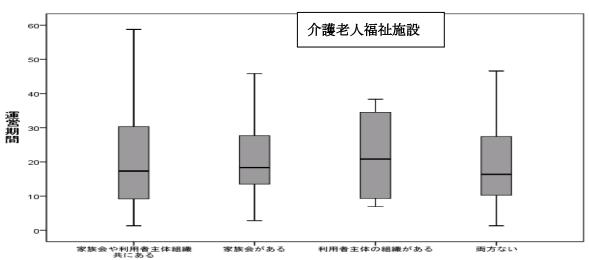


図 14 介護老人福祉施設の家族会等の組織化率と運営期間

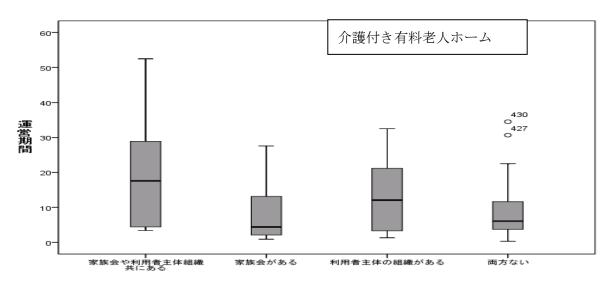


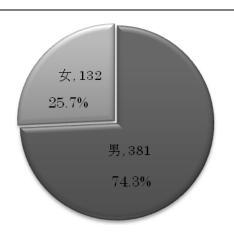
図15 介護付き有料老人ホームの家族会等の組織化率と運営期間

### (2) 施設長の属性

# 問 あなたの性別は

図1に示すように、施設長の性別は男性381 名(74.3%)、女性132名(25.7%)となり、約4 人に1人が女性となっている。

表1に示すように、介護老人福祉施設と介護 付き有料老人ホームについてクロス集計を行 うと、介護付き有料老人ホームが女性の施設長 の割合が有意に多くなっている。



入所定員や運営期間、施設長になってからの経験年数や「職員の充足率感」「ユニットケアの 実施の有無」「家族会等の組織率」

について施設長の性別との関係はみいだせなかった。

図1 施設長の性別

表1	施設長の性別
11.1	

施設長の性別	度数/割合	男	女	合計	
介護老人福祉施設	度数(人)	307	95	402	Pearson
刀	割合	76.4%	23. 6%	100.0%	のカイ
介護付き有料老人	度数(人)	61	30	91	2 乗
ホーム	割合	67.0%	33.0%	100.0%	p=. 045
	度数(人)	368	125	493	
<b>一</b>	割合	74. 6%	25. 4%	100.0%	

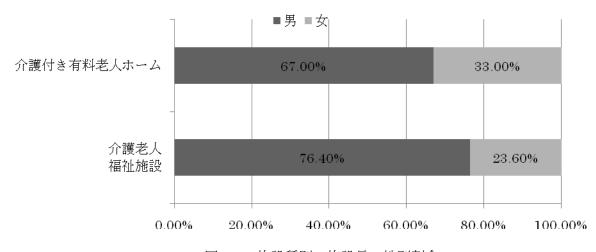


図 2 施設種別の施設長の性別割合

## 問 施設長の年齢

表2、表3で示すように全体では施設長の平均年齢は56.4才であり、最小値26歳、最大値89歳となっている。社会福祉協議会や医療法人などの標本数の少ない法人を除き、民間企業と社会福祉法人についてみると社会福祉法人の年齢より民間企業の施設長の年齢が若くなっている。全対象施設でみた最大値は社会福祉法人の施設長の年齢であり、最小値は民間企業の施設長の年齢である。同様に介護老人福祉施設と介護付き有料老人ホームの施設長の年齢を比較しても同様である。法人別でも、施設種別でも施設長の年齢には有意差がみられ、社会福祉法人の施設長の年齢が高い。

図3から図4に法人別の施設長の年齢をヒストグラムで表した。

表2 法人格の違いによる施設長の年齢

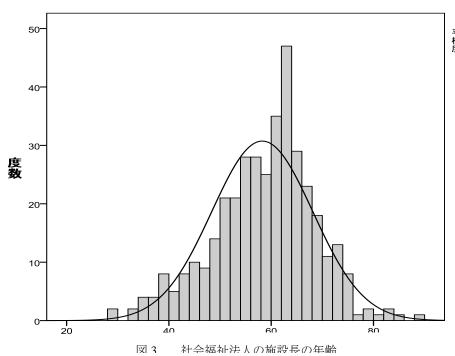
施設種別	平均値	中央値	標準 偏差	最小値	最大値	t 値
全施設(n=509)	56. 4	58. 0	10. 5	26. 0	89. 0	
社会福祉法人 (n=381)	58. 3	60.0	9. 9	29. 0	89. 0	7 00363636
民間企業 (n=86)	48. 3	48. 0	10.7	26. 0	67. 0	-7. 90 <b>**</b> *

p < 0.05 \*\*p < 0.01 \*\*\*p < 0.001

表3 施設種別による施設長の年齢

施設種別	平均値	中央値	標準 偏差	最小値	最大値	t 値
介護老人福祉施 (n=399)	58. 41	59. 0	9. 4	29. 0	89. 0	7. 723***
介護付き有料老人 ホーム (n=90)	48.72	50. 0	11. 0	26. 0	69. 0	1.123***

<sup>\*</sup>p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001



平均値 = 58.26 標準偏差 = 9.889 度数 = 381

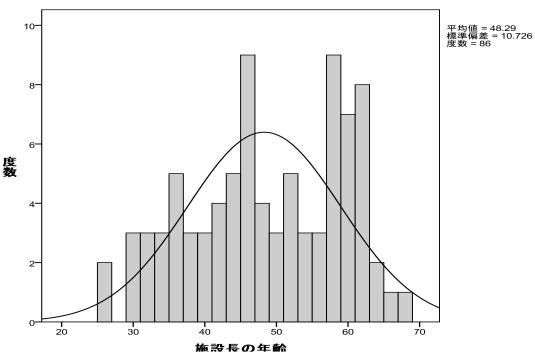


図4 民間企業の施設長の年齢

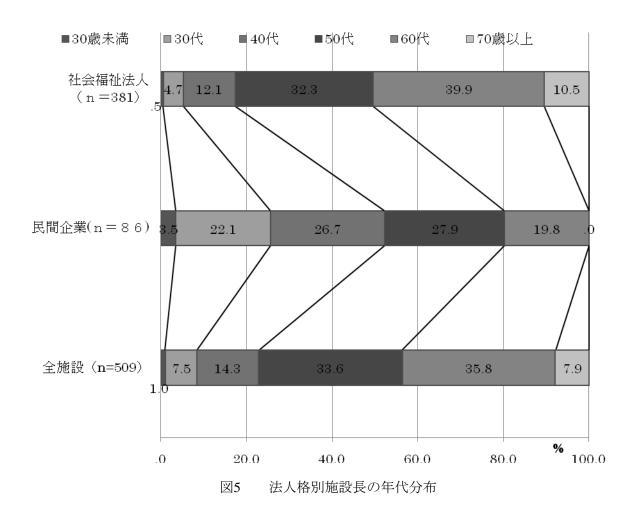


図5に施設長の年齢を施設別、年代別に分類比較した。社会福祉法人は70歳以上が10.5%となり、60歳以上が50.4%とほぼ半数を占めている。また40代までは17.3%と2割に満たない。民間企業では70歳以上はいず、60歳以上は19.8%と2割弱である。40代までは52.3%となり半数以上が40代までである。

施設長の年齢と入所定員や運営期間、施設長になってからの経験年数などに施設長の年齢による有意な差はみられず、「職員の充足率感」や「ユニットケアの実施の有無」「家族会等の組織率」についても施設長の年齢差との関係はみいだせなかった。

### 現在の施設の施設長(管理者)になってからの年数

問

表4に示すように、現施設での施設長経験年数は全施設では平均5.3年、中央値は3.7年となっている。

最小値は民間企業の0.1年、最大値は社会福祉法人の33.7年となっている。民間企業と社会福祉法人を比較すると、平均値や中央値共に民間企業のほうが短くなっている。経験年数を1年未満と3年、5年、10年、15年、それ以上と分類したものを図8に示した。

表5に示すように、民間企業は1年未満の経験者が32.9%と3分の1を占め、3年未満では67%と7割弱で、10年以上は2.4%である。社会福祉法人は1年未満が10.2%と1割であり、3年未満は35.1%、10年以上は19.5%と2割弱である。施設長の現施設での経験年数の著しい差は民間企業の1年未満の経験者の多いことである。カイ2乗検定をかけるとpく、000で有意差がみられ、表5の標準化残差によると、最も寄与しているのは、民間企業の1年未満の経験が社会福祉法人に比べ多いことである。

施設長としての経験年数と入所者の規模、職員の充足率感、正介護職や正看護職の割合、など との相関はみられなかったが、運営期間とは y =. 212\*\*の相関がみられた。

ユニットケアの実施と施設長の経験年数の関連は見られなかったが、家族会等の組織率において「家族会がある」施設より「家族会と利用者主体の組織が共にある」施設の施設長の経験年数が短く、「家族会がる」施設より「両方ない」施設のほうが施設長の経験年数は長くなっていた。施設長としての経験年数を法人格別で、図6、図7に示した。

表4 法人別の施設長の現在の施設での経験年数

	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
全施設(n=502)	5. 3	3. 7	5. 1	0. 1	33. 7
民間企業 (n=85)	2. 5	1.5	2. 6	0. 1	14. 7
社会福祉法人(n=374)	6. 1	4. 7	5. 4	0. 1	33. 7

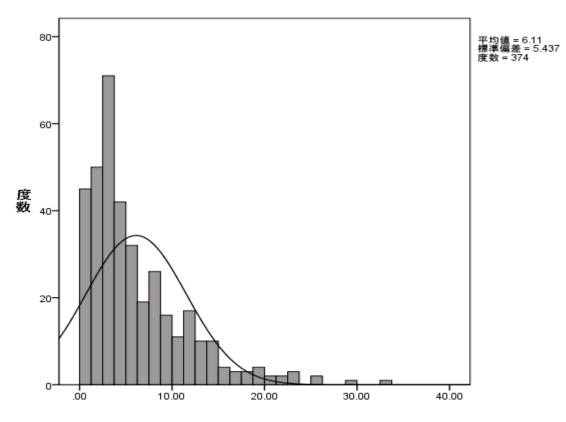


図6 社会福祉法人の施設長の現在での経験年数

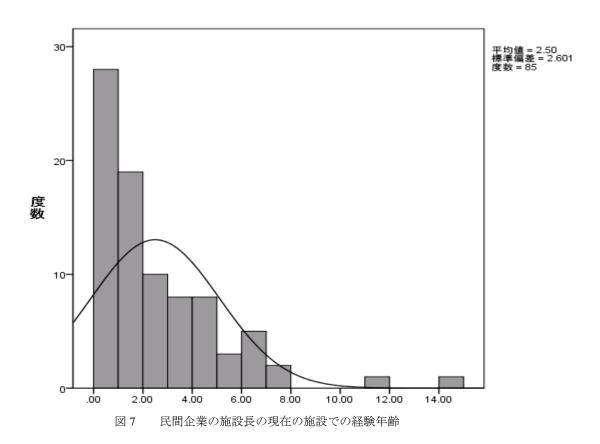
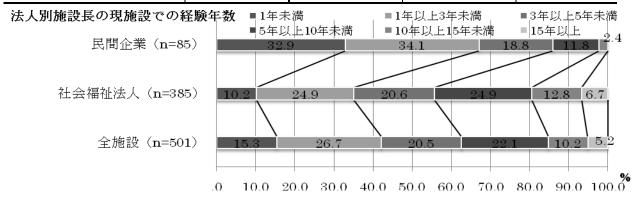
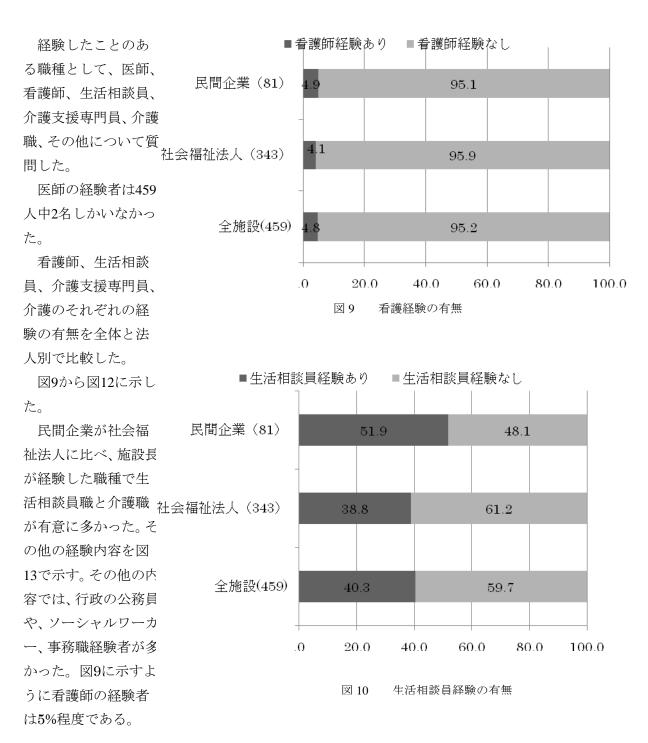


表 5 施設長の現在の施設での経験年数と法人格のクロス表

		法人格		<b>∧</b> ∌I
		民間企業	社会福祉法人	合計
1年未満	度数 (%)	28 (32. 9)	38 (10. 2)	66 (14. 4)
	期待度数	12. 2	53.8	66. 0
	残差	15.8	-15.8	
	標準化残差	<i>4. 5</i>	-2.2	
1年以上3年未満	度数 (%)	29 (34. 1)	93 (24. 9)	122 (26. 6)
	期待度数	22. 6	99. 4	122.0
	残差	6. 4	-6. 4	
	標準化残差	1.3	<b></b> 6	
3年以上5年未満	度数 (%)	16 (18.8)	77 (20. 6)	93 (20. 3)
	期待度数	17. 2	75.8	93. 0
	残差	-1. 2	1. 2	
	標準化残差	3	. 1	
5年以上10年未満	度数 (%)	10(11.8)	93 (24. 8)	103 (22. 4)
	期待度数	19. 1	83. 9	103.0
	残差	-9. 1	9. 1	
	標準化残差	-2. 1	1.0	
10 年以上 15 年未満	度数 (%)	2(2.4)	48 (12. 8)	50 (10. 9)
	期待度数	9. 3	40. 7	50. 0
	残差	-7. 3	7. 3	
	標準化残差	-2.4	1. 1	
15 年以上	度数 (%)	0(0.0)	25 (6. 7)	25 (5. 4)
	期待度数	4. 6	20. 4	25. 0
	残差	-4.6	4.6	
	標準化残差	-2.2	1.0	
合計	度数 (%)	85 (100. 0)	374(100.0)	459 (100. 0)
	期待度数	85.0	374. 0	459.0





生活相談員の経験者は全体で40.3%であるが、民間企業は51.9%と社会福祉法人より13.1ポイントも多い。

## ■介護支援専門員経験あり ■介護支援専門員経験なし

員の経験者は全体で25. 5%と4人に一人が経験をしている。民間企業と社会福祉法人の比較では有意な差はみられな

い。

介護支援専門

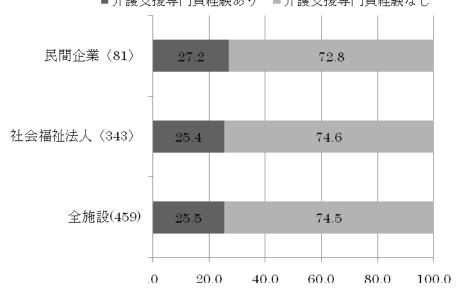
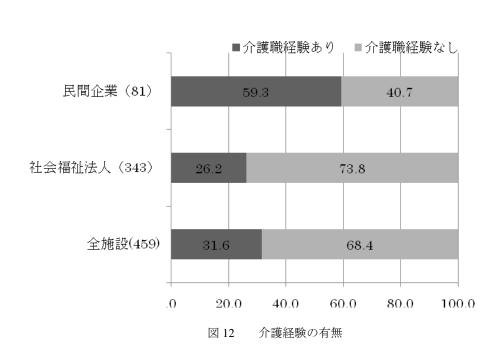


図11 介護支援専門員経験の有無

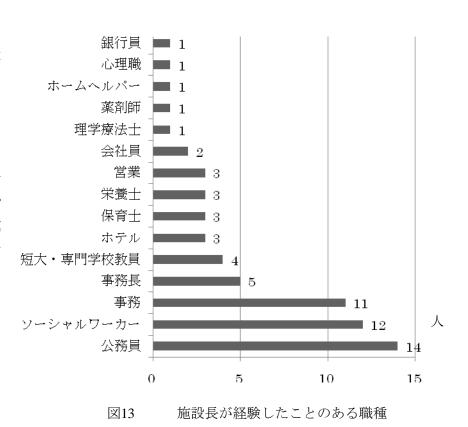
民間企業の施設長の6割近い59.3%が介護職経験者となり、社会福祉法人の26.2%と比較しても有意に多くなっている。



その他の経験職種では、 公務員が多く、年齢との関連 でみると、公務員を 定年後に施設長職に就いた のではないかと思われるよ うなケースが多数あった。

次いで多いのは、障害者分野のソーシャルワーカーや在宅介護支援センター、地域包括支援センターのソーシャルワーカーの経験者であった。

問



## 今の勤務先を含めて福祉・介護・医療関係の仕事の経験年数

表6に示すように、今までの福祉等の平均経験年数は社会福祉法人の施設長が19.2年 民間企業の施設長は10.2年と倍近く長くなり、明らかな有意差がみられている。しかし、 両法人ともに1年未満の者もおり、最大値と最小値の差が著しい。

表6 今までの福祉・介護・医療関係の経験年数

	平均値	中央値	最頻値	標準 偏差	最小値	最大値	t 値
全施設 (n=485)	17. 3	15. 9	10. 0	10. 77	0.5	50. 5	
社会福祉法人 (n=364)	19. 2	18. 7	20. 0	10. 79	0.7	50. 5	C 4 Ostatute
民間企業 (n=82)	10. 2	9. 1	10. 0	6. 68	0.5	39. 0	6. 40***

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

施設長の経験年数と、施設の入所定員や運営期間、施設長の年齢や施設長としての経験年数の相関を表7に示した。福祉・医療等の経験年数と現在の施設の規模(入所定員)や法人の運営期間が長いことや、施設長の年齢とは $\gamma \ge .3$ の相関はみられないが、施設長の経験年数では、 $\gamma = .366**$ と相関がみられた。

表 7 福祉・医療職の経験年数の合計との相関(γ=Pearson の相関係数)

	入所定員	施設長の年齢	施設長の経験年数	運営期間
	(n=514)	(n=507)	(n=500)	(n=502)
福祉や医療職				
の経験年数	γ =. 021	γ =. 167**	$\gamma = .366**$	$\gamma = .200**$
(n=483)				

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

# 問施設長の福祉・医療以外の仕事の経験の有無

図 14 に福祉・医療以外の経験の有無を示した。

表 8 に示すように、民間企業 では 78.8%と8 割弱の施設長が 福祉・医療以外の経験があり、 社会福祉法人と比較すると有 意な差がみられた。

表9に示すように経験年数と 法人格の違いによる有意な差 はみられなかった。

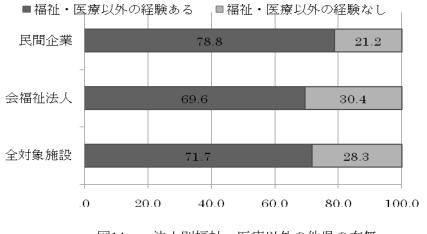


図14 法人別福祉・医療以外の件県の有無

表8 福祉・医療以外の経験の有無の割合

	福祉・医療以外の経験ある	福祉・医療以外の経験なし	t 値
全対象施設	71. 7	28. 3	
社会福祉法人	69. 6	30. 4	2.87**
民間企業	78.8	21. 2	Z.0/**

表9 福祉・医療以外の経験年数

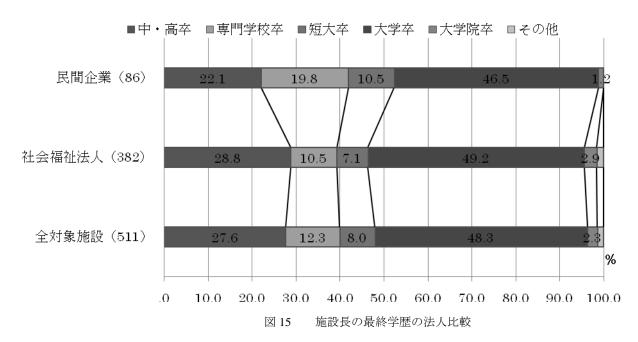
	平均值	中央値	標準偏差	最小値	最大値	
全対象施設	19. 7	18. 0	13. 30	1.0	45. 0	
社会福祉法人	20. 2	18. 0	13. 75	1.0	45. 0	no
民間企業	17. 1	14. 5	12. 11	2.0	45. 0	n.s.

# 施設長の最終学歴

問

図15に示すように、施設長の最終学歴は社会福祉法人49.2%、民間企業46.5%と半数弱が大学卒である。中・高卒は社会福祉法人の割合が多いが、法人格による有意な差ではない。施設長の学歴と、ユニットケアの実施や家族会等の組織率に関する関連性はみられていない。

# 施設長の学歴と法人比較



## 施設長が取得している取得している資格

社会福祉士、社会福祉主事、精神保健福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、保育士、医師、保健士、看護師等に資格取得について質問をした。

516の有効対象施設のうち、精神保健福祉士は8人(1.6%)、保育士は16 人(3.1%)、医師は2 人(0.4%)、保健師は0人、看護師22人(4.3%)、無資格者71名(13.8%)、その他の資格取得者146人(28.3%)となっている。社会福祉法人と民間企業の比較において、有意な差がみられたのは社会福祉主事任用資格と介護福祉士資格であり、社会福祉主事任用資格は社会福祉法人の施設長が、介護福祉士資格は民間企業の施設長が多く取得していた。主な取得資格の法人別割合を図16から図20に示す。

社会福祉士取得 者は少なく、全対 象施設で 13.2%に しか達していない。社会福祉法人 は 14.0%、民間企 社会福祉法人(385) 業が 10.3%となり、社会福祉法人 が 3.7 ポイント多 くなっているが有 意差はない。

間

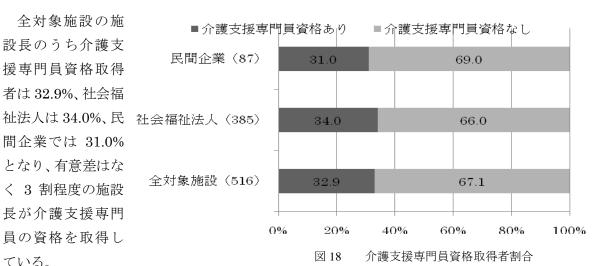
図 16 社会福祉士資格取得者の割合

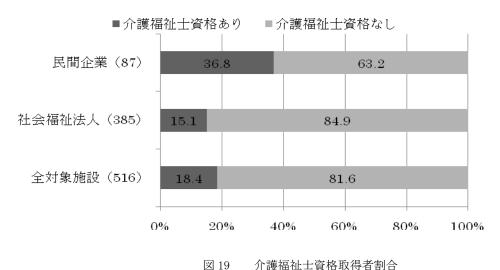
対象施設全体では社会福祉主事任 用資格保持者は 48.6%で、ほぼ半数となっている。社会福祉法人は、 54.8%となり、民間企業の34.5%より 20.3ポイントも多く、半数を超える。 カイ2乗検定を行うとp=.001(両側)で有意である。

■社会福祉主事士資格あり ■社会福祉主事士資格なし 民間企業 (87) 34.5 65.5 社会福祉法人(385) 54.8 45.2 全対象施設(516) 48.6 51.4 0% 20% 60% 40% 80% 100% 図 17 社会福祉主事任用資格取得者

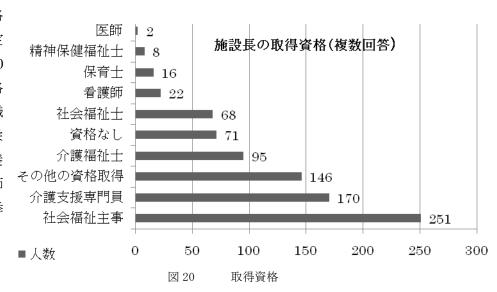
全対象施設の施 設長のうち介護支 援専門員資格取得 者は32.9%、社会福 間企業では 31.0% となり、有意差はな く 3 割程度の施設 長が介護支援専門 員の資格を取得し ている。

全対象施設の施 設長のうち、介護福 祉士取得者は 2 割 弱の 18.4%である。 社会福祉法人は 15.1%であるのに 対し、民間企業では 36.8%と4割弱の施 設長が介護福祉士 資格を取得してお り、有意な差がみら れる。





その他の資格 では施設長認定 資格取得者は 80 人、ヘルパー資格 16 人、教員教職 資格9人、管理栄 養士を含む栄養 士は6人、薬剤師 6名等の資格が挙 げられている。



#### 施設長が運営のために工夫をしていること

施設長が運営のために工夫していることを5件法で10項目の質問をした。

「実施している」=5、「将来的には実施予定」=4、「わからない」=3

「今は実施していない」=2、「将来的も実施予定なし」=1

以下 1. から 10. が質問内容である。

- 1. 「職員が取得している資格によって賃金に差をつけている(「資格による賃金差」と表記)
- 2.「職員の経験や勤続年数によって賃金に差をつけるようにしている(「経験や勤続年数による賃金差」と表記)
- 3. 「職員の働きぶりや能力によって賃金に差をつけるようにしている」(「働きぶりによる賃金 差」と表示)
- 4.「早朝勤務や夜勤勤務等の勤務形態により手当をつけている」(「夜勤手当など」と表記)
- 5.「非正規社員でも、働きぶりにより、積極的に正社員に登用する」(「非正社員の正社員の登 用」と表記)
- 6. 「一週間以上の長期休暇を取りやすいような、工夫や取り組みを実施している」(「長期休暇 の取得の工夫」と表記)
- 7. 「妊娠しても産休や育休を取ることを勧め、育児をしながら働ける体制を整えている」(「産 休や育児休業の体制」と表記)
- 8.「腰痛予防のために積極的に福祉機器を導入するようにしている。(「福祉機器の導入」と表記)
- 9. 「法人の運営理念や介護の方針等を施設長や管理職が個別に職員に伝えている(「法人理念を伝える」と表記)
- 10.「職員が相談しやすいような雰囲気作りを心がけるようにしている。(「相談しやすい雰囲気作り」と表記)

表 10 に 10 項目の得点の平均値、中央値、最頻値を示した。

10項目中9項目の最頻値は5となり、すでに実施していることが多い、最頻値が2であるのは、「長期休暇の取得の工夫」で、「今は実施していない」施設が多いことが分かる。平均値をみると「長期休暇の取得の工夫」=3.3、「福祉機器の導入」=3.8と低くなっている。「働きによる賃金差」や「「資格による賃金差」は4.2、4.4となり低い。4.7と高いのは「経験や勤続年数による賃金差」「産休や育児休業の体制」「相談しやすい雰囲気作り」である。

表 10 施設長が運営のために工夫していること

	平均値	中央値	最頻値
資格による賃金差(n=510)	4. 4	5. 0	5. 0
経験や勤続年数による賃金差(n=511)	4. 7	5.0	5. 0
働きぶりによる賃金差(n=510)	4. 2	5. 0	5. 0
夜勤手当など(508)	4.6	5.0	5. 0
非正社員の正社員の登用(510)	4. 5	5.0	5. 0
長期休暇の取得の工夫(n=508)	3. 3	3.0	2.0
産休や育児休業の体制(513)	4. 7	5. 0	5. 0
福祉機器の導入(504)	3.8	4.0	5. 0
法人理念を伝える(510)	4. 5	5. 0	5. 0
相談しやすい雰囲気作り(n=508)	4. 7	5.0	5. 0

10 項目を入所定員、法人運営期間、施設長の性別、年齢、経験年数、施設長の学歴、資格、ユニットケアの実施の有無、家族会等の組織率との関係を分析したが、関係性をみつけることはできなかった。

「将来的にも実施しない」から「実施している」の割合を図 21 に示した。 80%以上の施設で「実施している」のは、「夜勤などの手当」(88.0%)、「経験や勤続年数による賃金差」(87.5%)、「相談しやすい雰囲気作り」(83.9%)となり、次いで、「法人理念を伝える」、「非正社員の正社員への登用」となっている。また実施率が低いのは「長期休暇の取得の工夫」(28.7%)で「将来的に実施予定」を含めても、48.4%と 2 分の 1 以下である。「福祉機器の導入」は「実施している」のが 40.5%であり将来的に実施予定を含めると 65.5%となる。「働きぶりによる賃金差」を設けているのは 57.1%であり、「将来的に実施予定」を含めると 79.1%となる。

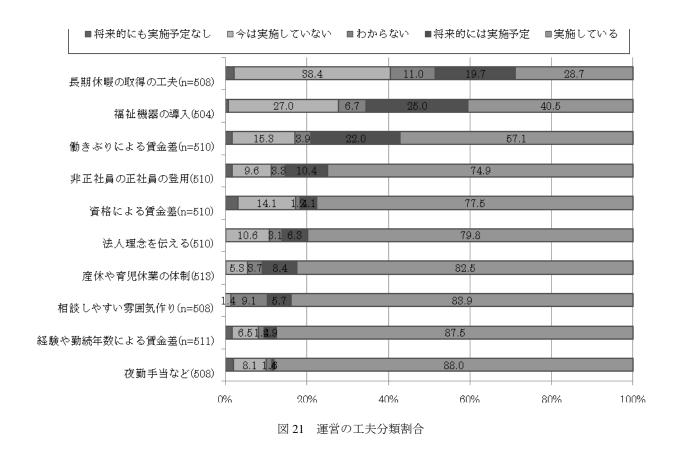


表 11 に示すように社会福祉法人と民間企業の平均値と標準偏差を比較すると、社会福祉 法人の平均値が高いのは、「経験や勤続年数による賃金差」や「夜勤金手当等」「産休や育 児休暇の体制」「福祉機器の導入」となり、民間企業が平均点が高いのは、「資格による賃 金差」「働きぶりによる賃金差」「非正社員の正社員の登用」「長期休暇の取得の工夫」「法 人理念を伝える」「相談しやすい雰囲気作り」となっている。

民間企業が社会福祉法人より有意に高いのは「資格による賃金差」「働きぶりによる賃金 差」「法人理念を伝える」であり、社会福祉法人が民間企業に比べ有意に高いのは「産休や 育児休暇の体制」である。

表 11 運営の工夫について 平均値(5点満点)と標準偏差、 t 検定

	全体	社会福祉法人	民間企業	t 値
資格による賃金差	4. 39±1. 22 (n=510)	4. 38±1. 21 (n=380)	4.74±0.83 (n=87)	3. 27*
経験や勤続年数による賃金さ	$4.68\pm0.92$ (n=511)	4. 74±0. 84 (n=382)	4. 56±1. 02 (n=87)	n.s.
働きぶりによる賃金差	4. 17±1. 16 (n=510)	4. 16±1. 16 (n=381)	4. 45±1. 03 (n=86)	2. 32*
夜勤手当など	4.65±0.99 (n=508)	4. 66±0. 97 (n=380)	4.5 ±1.15 (n=86)	n.s.
非正社員の正社員の登用	4. 47±1. 05 (n=510)	4. 53±0. 98 (n=381)	4. 63±0. 84 (n=86)	n.s.
長期休暇の取得の工夫	3.34±1.30 (n=508)	3. 33±1. 23 (n=379)	3. 49±1. 28 (n=86)	n.s.
産休や育児休業の体制	4. 68±0. 80 (n=513)	4. 77±0. 67 (n=383)	4. 33±1. 14 (n=87)	3. 45*
福祉機器の導入	$3.77 \pm 1.26$ (n=504)	3. $81 \pm 1.24$ (n=376)	$3.74\pm1.25$ (n=85)	n.s.
法人理念を伝える	4.55±0.99 (n=510)	4. 49±1. 03 (n=380)	4. 89±0. 515 (n=87)	5. 21**
相談しやすい雰囲気作り	4.72±0.68 (n=508)	4. 69±0. 703 (n=379)	4. 78±0. 637 (n=87)	n.s.

<sup>\*</sup>p<0.05 \*\*p<0.01

有意差がみられたものについて、その割合を図22から図25に示した。

「職員が取得している資格によって賃金に差をつけるようにしている」

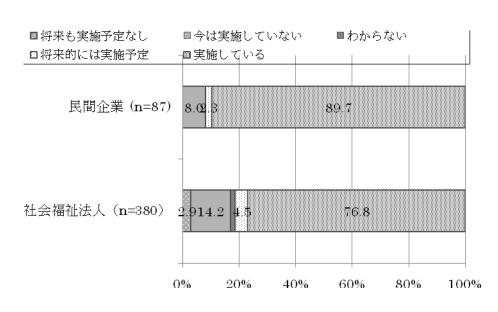


図22 資格による賃金差の5段階の割合

「職員の働きぶりや能力によって賃金に差をつけるようにしている」

民間企業の7割 がすでに実施しているのに対し、社会福祉法人では 56.4に過ぎない。

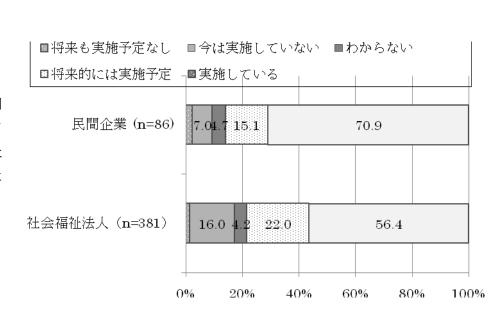


図23 働きぶりによる賃金差の割合

「妊娠しても産休や育休を取ることを勧め、育児をしながら働ける体制を整えている」

社会福祉法人の 86.9%と9割近く、 民間企業の69.0%と 7割近くが子育てを しながら、働き続け ることのできる体制 を既に整えている。 民間企業でも将る と、関企業を 的には実施予定を合 わせると、9割以上に 達する。

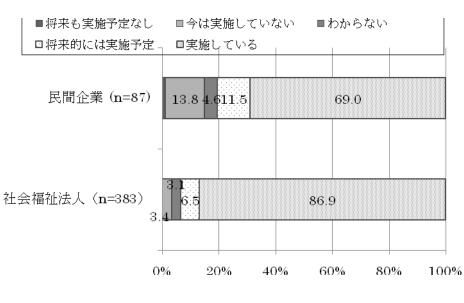


図 24 産休や育児休業の体制の割合

図 25 法人理念を伝える 5 段階の割合

「法人理念の運営理念や介護の方針を施設長や管理職が個別に職員に伝える」

■将来も実施予定なし ■今は実施していない ■わからない ロ将来的には実施予定 ■実施している 民間企業の94.3% が個別に法人理念を 民間企業 (n=81)1 94.3 伝えると答え、社会 福祉法人の 76.6%よ り、17.7 ポイントも 高くなっている。 社会福祉法人(n=380) 7.6 11.6 76.6 0% 20% 40% 60% 80% 100%

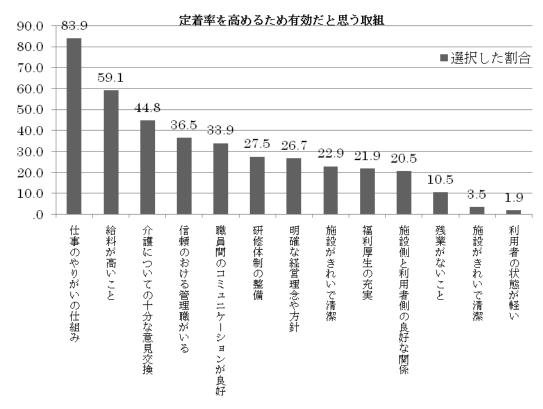


図 26 定着を高めるために有効だと思う取組回答率

図 26 で示すように、「仕事のやりがいの仕組み」を挙げた人が最も多く、83.9%となっている。次いで「給料が高いこと」が 59.1%、「介護についての意見交換」 44.8%、となり、選択されることが少なかった項目は、「利用者の状態が軽い」で 1.9%、「施設がきれいで清潔」 3.5%、「残業がないこと」 10.5%となっている。

# 問 利用者や職員に対して思っていること

以下の 10 項目の質問に対し、1=まったくあてはならない、2=少し当てはまる、3=当てはまる、4=良く当てはまる、5=非常に良く当てはまる の 5 件法で回答を得た。

- 1. 職員は、先を見通した仕事をすることができる
- 2. 職員は、決められた仕事をすればよい
- 3. 上司や同僚とうまく人間関係を築けないのは、職員自身に問題があることが多い
- 4. 身体拘束をすることは、安全面から必要である
- 5. 施設生活なので個別支援には限界がある

- 6. 施設入所・入居せざるを得なかった人は、その人の生き方に問題がある
- 7. 施設入所・入居者や家族は、サービスに対し深く感謝している
- 8. 職員教育の費用や時間の負担は、施設ケアの質の向上のために必要である
- 9. 施設運営は利益をあげることよりも、社会貢献に重むきを置く方がよい
- 10. 施設長になるための条件や研修は現状では不十分である。

表 12 利用者や職員に関する施設長の考え

施設長の考え	平均値	中央値	最頻値	標準偏差
職員は、先を見通した仕事をすることができる	2.65	2. 50	2.00	0.87
職員は、決められた仕事をすればよい	1. 68	2.00	1.00	0.78
上司や同僚とうまく人間関係を築けないのは、職 員自身に問題があることが多い	2. 28	2.00	2. 00	0.73
身体拘束をすることは、安全面から必要である	1.72	2.00	2.00	0.80
施設生活なので個別支援には限界がある	2. 16	2.00	2.00	0.80
施設入所・入居せざるを得なかった人は、その人 の生き方に問題がある	1. 27	1.00	1.00	0.55
施設入所・入居しやや家族は、サービスに対し深 く感謝している	2. 95	3.00	3. 00	0.93
職員教育の費用や時間の負担は、施設ケアの質の 向上のために必要である	4. 08	4. 00	5. 00	0. 91
施設運営は利益をあげることよりも、社会貢献に 重むきを置く方がよい	2. 86	3. 00	2.00	1.07
施設長になるための条件や研修は現状では不十 分である。	2.82	3. 00	2.00	1. 11

最頻値が5点で、平均点が4.08と最も高いのは「職員教育の費用や時間の負担は、施設ケアの質の向上のために必要である」である。最頻値が1で平均値も1.27や1.68なのは「施設入所・入居せざるを得なかった人は、その人の生き方に問題がある」と「職員は、決められた仕事をすればよい」である。

法人格別の施設長の考えを表 13 に示す。

問9の「施設運営は利益をあげることよりも、社会貢献に趣を置く方がよい」について 社会福祉法人は中央値と最頻値共に3の「当てはまる」であるが、民間企業は中央値と最 頻値共2の「少し当てはまる」であり、社会貢献に重きを置くと考えているのは、社会福 祉法人が有意に高かった。それ以外の項目についてほとんど差異はみられなかった。

表 13 法人別の利用者や職員に対する施設長の考え

Ý	去人別/施設長考え	問1	問 2	問3	問 4	問 5
	有効度数	381	379	377	382	379
	平均値	2. 64	1.68	2. 27	1.69	2. 15
社 会	中央値	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
社会福祉法人	最頻値	2	1	2	1	2
法人	標準偏差	. 870	. 784	. 733	. 825	. 809
	最小値	1	1	1	1	1
	最大値	5	5	5	5	5
	有効度数	86	87	87	87	87
	平均値	2. 74	1.55	2. 32	1.70	2. 20
民	中央値	3.00	1.00	2.00	2.00	2.00
民間企業	最頻値	2	1	2	2	2
業	標準偏差	. 857	. 711	. 755	. 733	. 790
	最小値	1	1	1	1	1
	最大値	5	4	4	5	5
	有意確率	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
 法人別/施設長考え						
Ý	去人別/施設長考え	問 6	問 7	問8	問 9	問10
Ŷ	去人別/施設長考え 有効度数	問 6 378	問 7 379	問 8 380	問 9 377	問 1 O 379
	I					
	有効度数	378	379	380	377	379
	有効度数 平均値	378 1. 27	379 2. 95	380 4. 11	377 2. 97	379 2. 80
	有効度数 平均値 中央値	378 1. 27 1. 00	379 2. 95 3. 00	380 4. 11 4. 00	377 2. 97 3. 00	379 2. 80 3. 00
社会福祉法人	有効度数 平均値 中央値 最頻値	378 1. 27 1. 00	379 2. 95 3. 00 3	380 4. 11 4. 00 5	377 2. 97 3. 00 3	379 2. 80 3. 00 2
	有効度数 平均値 中央値 最頻値 標準偏差	378 1. 27 1. 00 1 . 555	379 2. 95 3. 00 3 . 943	380 4. 11 4. 00 5 . 908	377 2. 97 3. 00 3 1. 059	379 2. 80 3. 00 2 1. 102
	有効度数 平均値 中央値 最頻値 標準偏差 最小値	378 1. 27 1. 00 1 . 555	379 2. 95 3. 00 3 . 943	380 4. 11 4. 00 5 . 908	377 2. 97 3. 00 3 1. 059	379 2.80 3.00 2 1.102
	有効度数 平均値 中央値 最頻値 標準偏差 最小値 最大値	378 1. 27 1. 00 1 . 555 1 5	379 2. 95 3. 00 3 . 943 1 5	380 4. 11 4. 00 5 . 908 1 5	377 2. 97 3. 00 3 1. 059 1	379 2.80 3.00 2 1.102 1 5
社会福祉法人	有効度数 平均値 中央値 最頻値 標準偏差 最小値 最大値 有効度数	378 1. 27 1. 00 1 . 555 1 5 86	379 2. 95 3. 00 3 . 943 1 5 86	380 4. 11 4. 00 5 . 908 1 5 86	377 2. 97 3. 00 3 1. 059 1 5 87	379 2.80 3.00 2 1.102 1 5 87
社会福祉法人	有効度数 平均値 中央値 最頻値 標準偏差 最小値 最大値 有効度数 平均値	378 1. 27 1. 00 1 . 5555 1 5 86 1. 26	379 2. 95 3. 00 3 . 943 1 5 86 3. 00	380 4. 11 4. 00 5 . 908 1 5 86 4. 00	377 2. 97 3. 00 3 1. 059 1 5 87 2. 34	379 2.80 3.00 2 1.102 1 5 87 2.86
	有効度数 平均値 中央値 最頻値 標準偏差 最小値 最大値 有効度数 平均値 中央値	378 1. 27 1. 00 1 . 555 1 5 86 1. 26 1. 00	379 2. 95 3. 00 3 . 943 1 5 86 3. 00 3. 00	380 4. 11 4. 00 5 . 908 1 5 86 4. 00 4. 00	377 2. 97 3. 00 3 1. 059 1 5 87 2. 34 2. 00	379 2.80 3.00 2 1.102 1 5 87 2.86 3.00
社会福祉法人	有効度数 平均値 中央値 最頻値 標準偏差 最小値 最大値 有効度数 平均値 中央値 最頻値	378 1. 27 1. 00 1 . 555 1 5 86 1. 26 1. 00 1	379 2. 95 3. 00 3 . 943 1 5 86 3. 00 3. 00 3. 00	380 4.11 4.00 5 .908 1 5 86 4.00 4.00 5	377 2. 97 3. 00 3 1. 059 1 5 87 2. 34 2. 00 2	379 2.80 3.00 2 1.102 1 5 87 2.86 3.00 2
社会福祉法人	有効度数 平均値 中央値 最頻値 標準偏差 最小値 最大値 有効度数 平均値 中央値 最頻値 中央値 最頻値	378 1. 27 1. 00 1 . 555 1 5 86 1. 26 1. 00 1 . 598	379 2. 95 3. 00 3 . 943 1 5 86 3. 00 3. 00 3. 00 3. 933	380 4.11 4.00 5 .908 1 5 86 4.00 4.00 5 .958	377 2. 97 3. 00 3 1. 059 1 5 87 2. 34 2. 00 2 . 962	379 2.80 3.00 2 1.102 1 5 87 2.86 3.00 2 1.112

<sup>\*</sup>p<0.05

## 施設長の利用者や職員に関する考え

■全く当てはまらない■よく当てはまる

■少し当てはまる ■非常に良く当てはまる ■当てはまる

施設長になるための条件や研修は現状では不十分である。

施設運営は利益をあげることよりも、社会貢献に重むきを置く 方がよい

職員教育の費用や時間の負担は、施設ケアの質の向上のために 必要である

施設入所・入居しやや家族は、サービスに対し深く感謝している。

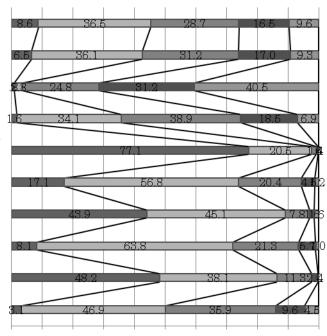
施設入所・入居せざるを得なかった人は、その人の生き方に問 題がある

施設生活なので個別支援には限界がある

身体拘束をすることは、安全面から必要である

上司や同僚とうまく人間関係を 築けないのは、職員自身に問題があることが多い 職員は、決められた仕事を すればよい

> 職員は、先を見通した仕事を することができる



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

図 27 施設長の考え方の割合

## (3) 施設長のEQの特徴

# EQ(人と向き合う力)についての質問

EQ (Emotional-intelligence Quotient:情動知能・社会的知能)の評価尺度として妥当性と信頼性を得ている内山らが開発した EQS を使用した。EQS は 65 の質問項目があり、表 26 に示すように「自己対応」「対人対応」「状況対応」の 3 領域分類され、その下位に対応因子、下位因子により構成されている。EQS の得点の表記は EQ とする。

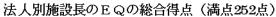
65 項目に「全く当てはまらない」=1から「非常に良く当てはまる」=5の5件法で回答してもらった。分析をする際には内山らの計算式に合わせるために「全く当てはまらない」=0から「非常に良く当てはまる」=4で処理した。

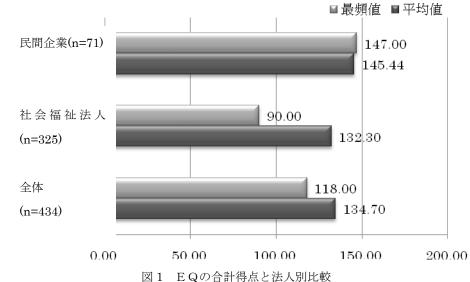
表1 EQSの構成概念表と質問番号

領域	対応因子	下位因子	質問番号
	自己洞察	感情察知(emotional awareness)	1.23.45
	(self-awareness)	自己効力(self-efficacy)	2.24.46
自己対応	自己動機付け	粘り(perseverance)	3-25-47
(intraperso	(self-motivation)	熱意(enthusiasm)	4-26-48
nal)	ウコーン・トロール	自己決定(self-decision)	5-27-49
	自己コントロール (self-control)	自制心(impulse control)	6-28-50
	(seif-control)	目標追求(patience)	7-29-51
	共感性	喜びの共感(sharing positive emotion)	8.30.52
	(empathy)	悩みの共感(sharing negative emotion)	9.31.53
対人対応	愛他心	配慮(personal consideration	10.32.54
(interperso	(altruism)	自発的援助(voluntary support)	11•33•55
nal)	対人コントロール	人材活用(personal management)	12:34:56
	(interpersonal	人づきあい(sociability)	13•35•57
	relationship)	協力(cooperation)	14.36.58
	状況洞察	決断(decision making)	15•37•59
	(situational	楽天主義(optimism)	16•38•60
状況対応	awareness)	気配り(group consideration)	17•39•61
(situational	リーダーシップ	集団指導(influence)	18•40•62
)	(leadership)	危機管理(risk management)	19•41•63
	状況コントロール	機転性(tactfulness)	20-42-64
	(flexibility)	適応性(adaptability)	21.43.65

EQの3領域の合計得点を法人格で比較した。

最頻値と平均値と も民間企業の施設 長の得点が高くなっている。最頻値は 民間企業が147点、 社会福祉法人が90 点で57点もの差が あり、有意に民間企 業が高くなったと の最頻値は満ら、 の最頻値は満らいない。 4ていない。





得点の分布をみると、2割以上 4割未満の割合が社会福祉法人は18.2%であるが、民間企業では5.6%と有意に少なくなっている。

6 割以上の得点 割合は民間企業が 39.4%と 4 割近く を占めるが会福祉 法人は 30.2%となっている。

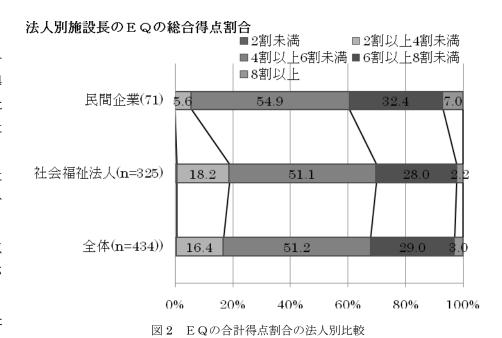


図 3 に示すように、3領域において、 平均値は自己対応が 47.17点と最も高く、 対人対応は43.48点、 況対応は43.97点と ほぼ同じである。最 頻値は自己対応が 48.00、次いで対人対 応が45.00となり、 状況対応は39.00でt 値=3.12\*\* (\*\*p<0.01) と有意に低くなって いる。

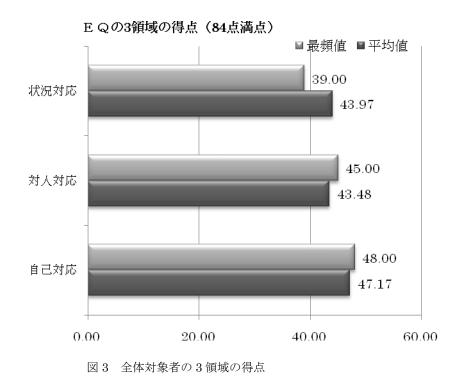
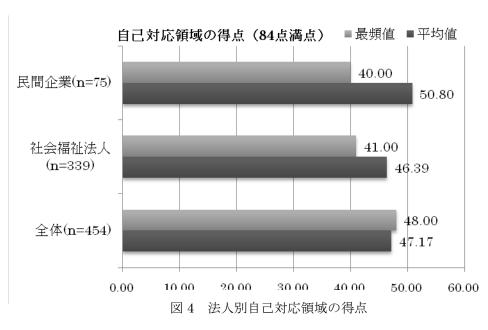


図4に、法人格 別の自己対応領 域比較を行っ た。

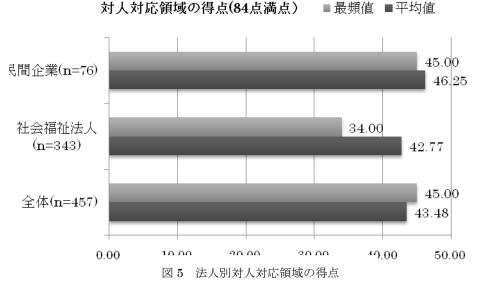
最頻値は社会 福祉法人が 1 点 高いが、有意差 はない。平均値 は民間企業が 4.41 点高く t値=3.15\*\* (\*\*p<0.01)の 有意差がみられ る。



法人格別の対人 対応領域の得点を 図5に示した。

平均値と最頻値 は民間企業がとも に高く、46.25 と 45.00 である。社会 福祉法人は42.77と 34.00 となってい る。

平均値は民間企業のほうが有意に高い。 社会福祉法人の最頻値は84点満点の40%にしか達していない。



法人格別の状況対 応領域における民間 企業の平均点は 47.85点となり、社 会福祉法人の43.24 点より4.61点高く となり有意に高い。

しかし最頻値は民間企業が 39.00、社会福祉法人は 36.00 といずれも 40 点以下であり 5割以下の得点となっている。

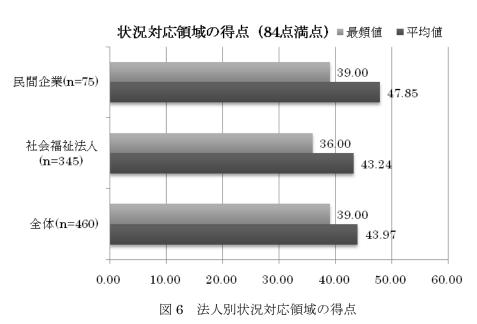


表2 法人別EQの合計点と3領域の得点

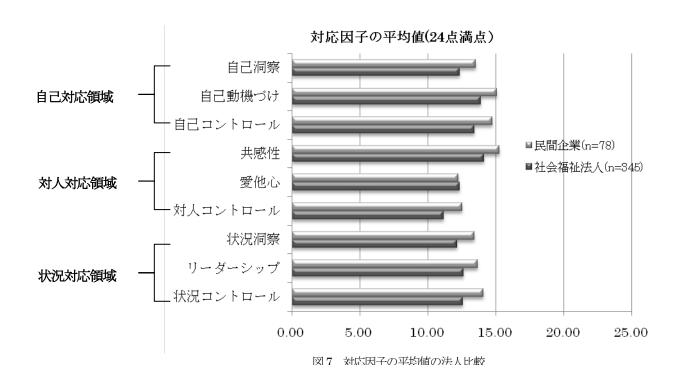
	法人種別	平均値	中央値	最頻値	標準偏差	t 値
	全体(n=434)	134. 70	134. 00	118.00	34. 94	2. 914*
EQS	社会福祉法人(n=325)	132. 30	130.00	90.00	34. 72	2. 914 <b>↑</b> *
	民間企業(n=71)	145. 44	146. 00	147. 00	32. 96	<b>*</b>
	全体(n=454)	47. 17	46. 00	48. 00	12. 54	2. 780*
自己対応	社会福祉法人(n=339)	46. 39	46. 00	41.00	12. 53	∠. /o∪* *
	民間法人(n=75)	50. 80	49. 00	40. 00	11. 94	<b>*</b>
	全体(n=457)	43. 48	43. 00	45. 00	11. 92	
対人対応	社会福祉法人(n=343)	42. 77	42. 00	34. 00	11. 95	2. 35**
	民間企業(n=76)	46. 25	45. 00	45. 00	10. 76	
	全体(n=460)	43. 97	42. 50	39. 00	12. 84	2. 856*
状況対応	社会福祉法人(n=345)	43. 24	42. 00	36. 00	12. 68	∠. 000* *
	民間企業(n=75)	47. 85	47. 00	39. 00	12. 73	*

<sup>\*</sup>p<.0.5 \*\*p<0.01

図7と図8に対応領域の平均値と最頻値を示した。表3には対応因子の平均値、中央値、 最頻値、標準編差と有意確率を示した。

対人対応領域の「愛他心」の平均値と「リーダーシップ」の最頻値は社会福祉法人が高くなっているが有意差はない。「愛他心」と「リーダーシップ」以外は民間企業の施設長の得点が高く、有意な差がみられている。

民間企業の施設長の「愛他心」が平均値、最頻値共に低くなっている。また対人対応領域が低い。



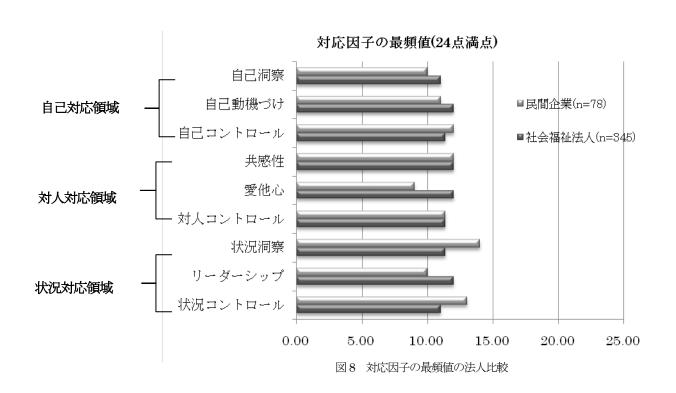


表3 EQSの対応因子と法人別得点

	対応因子	法人種別	平均值	中央値	最頻値	標準偏差	t 値
	自己洞察	全体(n=463)	12. 49	12. 00	11. 00	3. 71	
		社会福祉法人(n=345)	12. 31	12. 00	11. 00	3. 72	2.559**
		民間企業(n=78)	13. 50	13. 00	10. 00ª	3. 60	
自	自己動機づけ	全体(n=466)	14. 16	14. 00	12. 00	4. 08	
自己対応		社会福祉法人(n=349)	13. 89	14. 00	12. 00	4. 00	2.275*
応		民間企業(n=77)	15. 04	15. 00	11. 00ª	4. 09	
		全体(n=462)	13. 65	13. 33	12. 00	3. 78	2.789**
	自己コントロール	社会福祉法人(n=346)	13. 43	13. 33	11. 33ª	3. 76	
		民間企業(n=76)	14. 75	13. 67	12. 00	3. 76	
		全体(n=465)	14. 11	14. 00	12. 00	4. 16	0 00744
	共感性	社会福祉法人(n=349)	13. 82	13. 00	12. 00	4. 11	2.807**
対		民間企業(n=77)	15. 26	15. 00	12. 00	3. 96	
人	愛他心	全体(n=467)	12. 31	12. 00	12. 00	3. 72	n. s.
対		社会福祉法人(n=349)	12. 31	12. 00	12. 00	3. 63	
応		民間企業(n=78)	12. 22	12. 00	9. 00ª	3. 95	
	対人コン	全体(n=463)	11. 40	11. 33	11. 33	3. 63	
	トロール	社会福祉法人(n=347)	11. 14	11. 33	11. 33	3. 61	3. 199***
		民間企業(n=77)	12. 52	12. 00	11. 33	3. 38	
	状況洞察	全体(n=\$66)	12. 37	12. 00	11. 33	3. 52	2. 915**
		社会福祉法人(n=349)	12. 15	12. 00	11. 33	3. 40	
状 況 対 応		民間企業(n=77)	13. 42	12. 67	14. 00	3. 80	
	リーダーシップ	全体(n=467)	12. 76	12. 00	12. 00	4. 41	n.s.
		社会福祉法人(n=350)	12. 62	12. 00	12. 00	4. 35	
		民間企業(n=77)	13. 64	13. 00	10. 00ª	4. 42	
	状 況 コ ントロール	全体(n=465)	12. 77	12. 00	12. 00	3. 96	
		社会福祉法人(n=348)	12. 54	12. 00	11. 00	3. 99	3.123**
		民間企業(n=77)	14. 08	14. 00	13. 00 <sup>a</sup>	3. 55	

\*p<0.05 \*\*<0.01 \*\*p<0.001

表 4 に法人別下位因子の平均値、中央値、最頻値、標準偏差をしめした。図 9 から図 11 には横棒グラフで、自己対応、対人対応、状況対応の領域ごとのグラフを示した。

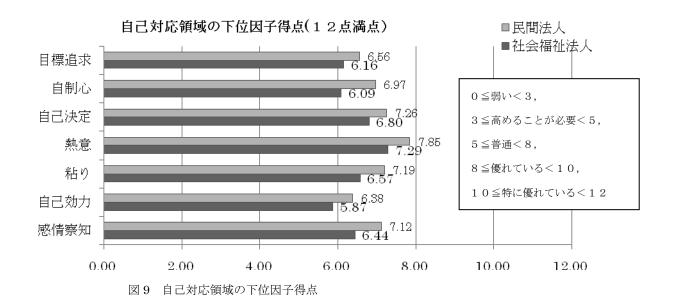
下位因子は 5 段階で評価されており、12 点満点の 8 点未満は普通以下となっている。施設長の得点は民間企業の「喜びの共感」の平均値 8.29、最頻値 8.00、「熱意」の中央値 8.00となり、それ以外はすべて 8 点未満である。下位因子のうち社会福祉法人の得点が高いの

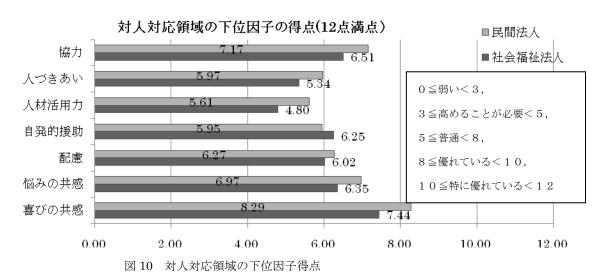
は対人対応領域の「自発的援助」であるが、有意差はない。それ以外の下位因子得点はすべて、民間企業の施設長の得点が高くなっている。社会福祉法人の施設長の得点で対人対応領域の「人材活用力」が平均値で4.8点、最頻値では3.00点と5段階評価の2番目低いランクであり、著しく低い。3領域でみると対人対応領域の下位因子の得点が低くなっている。

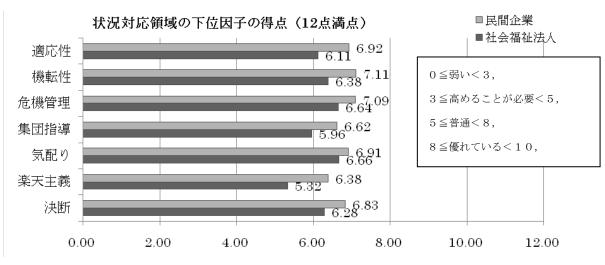
表 4 下位因子の得点

	下位因子	法人別施設長の得点(12 点満点)	平均値	中央値	最頻値	標準偏差	t値
	感情察知	全体(n=468)	6. 54	6. 00	6. 00	1. 99	2.718**
		社会福祉法人(n=350)	6. 44	6. 00	6. 00	1. 99	
		民間企業(n=78)	7. 12	7. 00	6. 00	1. 98	
	自己効力	全体(n=464)	5. 94	6. 00	5. 00	2. 12	
		社会福祉法人(n=346)	5. 87	6. 00	5. 00	2. 13	
		民間企業(n=78)	6. 38	6. 00	5. 00	2. 12	n.s.
		全体(n=468)	6. 73	6. 00	6. 00	2. 21	
	粘り	社会福祉法人(n=351)	6. 57	6. 00	6. 00	2. 14	
		民間企業(n=77)	7. 19	7. 00	7. 00	2. 29	2.291*
自っ		全体(n=469)	7. 41	7. 00	6. 00	2. 20	
己 対	熱意	社会福祉法人(n=351)	7. 29	7. 00	6. 00	2. 18	2.051*
応		民間企業(n=78)	7. 85	8. 00	7. 00	2. 14	
-6-	自己	全体(n=470)	6. 85	7. 00	6. 00	2. 30	n.s.
		社会福祉法人(n=352)	6. 80	6. 50	6. 00	2. 29	
		民間企業(n=78)	7. 26	7. 00	6. 00	2. 34	
	自制心	全体(n=463)	6. 23	6. 00	6. 00	2. 27	
		社会福祉法人(n=347)	6. 09	6. 00	6. 00	2. 24	3.048**
		民間企業人(n=76)	6. 97	7. 00	6. 00	2. 50	
	目標追求	全体(n=463)	6. 23	6. 00	6. 00	2. 23	n.s.
		社会福祉法人(n=343)	6. 16	6. 00	6. 00	2. 21	
		民間企業(n=77)	6. 56	7. 00	7. 00	2. 24	
対人対応	喜びの 共感	全体(n=468)	7. 60	8. 00	6. 00	2. 26	3.237**
		社会福祉法人(n=350)	7. 44	7. 00	6. 00	2. 25	
		民間企業(n=77)	8. 29	8. 00	8. 00	2. 04	
	悩みの	全体(n=464)	6. 50	6. 00	6. 00	2. 25	_
	共感	社会福祉法人(n=352)	6. 35	6. 00	6. 00	2. 23	2.242*
		民間企業(n=78)	6. 97	6. 50	6. 00	2. 23	

配慮   社会福祉法人(n=351)   6.02   6.00   6.00   2.18		1	全体(n=468)	6. 07	6. 00	6. 00	2. 23	
展間企業(n-78) 6.27 6.00 6.00 2.36 全体(n-469) 6.21 6.00 6.00 2.13 社会福祉法人(n-351) 6.25 6.00 6.00 2.14 社会福祉法人(n-351) 4.80 5.00 3.00 2.06 民間企業(n-78) 5.61 5.00 5.00 2.11 程金福祉法人(n-351) 5.61 5.00 5.00 2.11 程金福祉法人(n-351) 5.45 5.00 6.00 2.12 民間企業(n-78) 5.97 6.00 6.00 2.12 民間企業(n-78) 6.55 6.50 6.00 1.95 社会福祉法人(n-351) 6.65 6.50 6.00 1.95 社会福祉法人(n-351) 6.28 6.00 6.00 2.34 社会福祉法人(n-351) 6.28 6.00 6.00 2.34 民間企業(n-78) 6.83 6.00 6.00 2.31 民間企業(n-78) 6.83 6.00 6.00 2.31 民間企業(n-78) 6.83 6.00 6.00 2.34 社会福祉法人(n-351) 5.32 5.00 4.00 2.27 社会福祉法人(n-351) 5.32 5.00 4.00 2.27 社会福祉法人(n-351) 6.28 6.00 6.00 2.31 民間企業(n-78) 6.83 6.00 6.00 2.31 民間企業(n-78) 6.83 6.00 6.00 2.32 社会福祉法人(n-351) 5.32 5.00 4.00 2.27 社会福祉法人(n-351) 5.32 5.00 4.00 2.27 社会福祉法人(n-351) 6.28 6.00 6.00 2.32 非常的人员会和法人(n-351) 6.66 6.00 6.00 2.33 非常的人员会和法人(n-351) 6.66 6.00 6.00 2.33 非常的人员会和法人(n-351) 6.66 6.00 6.00 2.3		配慮	社会福祉法人(n=351)	6. 02	6. 00	6. 00	2. 18	n.s.
日発的 接助   社会福祉法人(n=351)			民間企業(n=78)	6. 27	6. 00	6. 00ª	2. 36	
接助 社会福祉法人(n=351) 6.25 6.00 6.00 2.10 R間企業(n=78) 5.95 6.00 6.00 2.14 全体(n=470) 4.97 5.00 5.00 2.12 社会福祉法人(n=351) 4.80 5.00 3.00 2.06 R間企業(n=77) 5.61 5.00 5.00 2.11 社会福祉法人(n=351) 5.34 5.00 6.00 2.09 社会福祉法人(n=351) 5.34 5.00 6.00 2.09 社会福祉法人(n=363) 6.65 6.50 6.00 1.95 R間企業(n=78) 6.51 6.00 6.00 1.95 R間企業(n=78) 6.51 6.00 6.00 1.95 R間企業(n=78) 6.38 6.00 6.00 2.34 社会福祉法人(n=351) 6.28 6.00 6.00 2.34 社会福祉法人(n=351) 6.28 6.00 6.00 2.34 社会福祉法人(n=351) 6.28 6.00 6.00 2.35 R間企業(n=78) 6.33 6.00 6.00 2.36 R間企業(n=78) 6.33 6.00 6.00 2.36 R間企業(n=78) 6.38 6.00 6.00 2.37 社会福祉法人(n=351) 6.38 6.00 6.00 2.36 R間企業(n=78) 6.38 6.00 6.00 2.00 社会福祉法人(n=351) 6.66 6.00 6.00 2.32 社会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.32 社会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.32 社会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.33 R.s. 全体(n=468) 6.71 6.00 6.00 2.26 Rlll企業(n=77) 7.09 7.00 6.00 2.28 Rlll企業(n=78) 6.48 6.00 6.00 2.21 Rlll企業(n=78) 7.11 7.00 6.00 2.03 Rllll企業(n=78) 7.11 7.00 6.00 2.03 Rllll企業(n=78) 7.11 7.00 6.00 2.03 Rllllllllllllllllllllllllllllllllllll			全体(n=469)	6. 21	6. 00	6. 00	2. 13	
民間企業(n=78)			社会福祉法人(n=351)	6. 25	6. 00	6. 00	2. 10	n.s.
大村   社会福祉法人(n=351)			民間企業(n=78)	5. 95	6. 00	6. 00	2. 14	
括用力   社会福祉法人(n=351)			全体(n=470)	4. 97	5. 00	5. 00	2. 12	
民間企業(n=77)			社会福祉法人(n=351)	4. 80	5. 00	3. 00	2. 06	3.108**
大きあい 社会福祉法人(n=351) 5.34 5.00 6.00 2.12 民間企業(n=78) 5.97 6.00 6.00 1.87 全体(n=463) 6.65 6.50 6.00 1.95 社会福祉法人(n=349) 6.51 6.00 6.00 1.93 全体(n=469) 6.39 6.00 6.00 2.34 社会福祉法人(n=351) 6.28 6.00 6.00 2.36 民間企業(n=78) 5.32 5.00 4.00 2.27 社会福祉法人(n=351) 5.32 5.00 4.00 2.27 社会福祉法人(n=351) 5.32 5.00 4.00 2.20 民間企業(n=78) 6.38 6.00 5.00 2.42 ** 全体(n=469) 6.71 7.00 6.00 2.00 社会福祉法人(n=351) 6.66 6.00 6.00 2.16 民間企業(n=78) 6.38 6.00 5.00 2.42 ** 全体(n=469) 6.71 7.00 6.00 2.00 社会福祉法人(n=351) 6.66 6.00 6.00 2.32 大会福祉法人(n=351) 6.66 6.00 6.00 2.32 社会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.38 市.s. 全体(n=468) 6.71 6.00 6.00 2.38 社会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.28 民間企業(n=77) 7.09 7.00 6.00 2.28 本会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.15 社会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.15 社会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.17 民間企業(n=78) 7.11 7.00 6.00 1.94 全体(n=468) 6.25 6.00 6.00 2.03 社会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.03 社会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.03 社会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.03 社会福祉法人(n=368) 6.25 6.00 6.00 2.03 社会福祉法人(n=368) 6.25 6.00 6.00 2.03 社会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.03 社会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.03 社会福祉法人(n=368) 6.25 6.00 6.00 2.07 3.199**			民間企業(n=77)	5. 61	5. 00	5. 00	2. 11	
社会福祉法人(n=351)			全体(n=463)	5. 45	5. 00	6. 00	2. 09	0.400
展間企業(n=78) 5.97 6.00 6.00 1.87 金体(n=463) 6.65 6.50 6.00 1.95 社会福祉法人(n=349) 6.51 6.00 6.00 1.94 民間企業(n=78) 7.17 7.00 6.00 1.93  全体(n=469) 6.39 6.00 6.00 2.34 社会福祉法人(n=351) 6.28 6.00 6.00 2.36 民間企業(n=78) 6.83 6.00 6.00 2.36 全体(n=468) 5.49 5.00 4.00 2.27 社会福祉法人(n=351) 5.32 5.00 4.00 2.20 3.730** 民間企業(n=78) 6.38 6.00 5.00 2.42 * 全体(n=469) 6.71 7.00 6.00 2.00 対会福祉法人(n=351) 6.66 6.00 6.00 2.32 民間企業(n=78) 6.91 7.00 6.00 2.00 社会福祉法人(n=351) 6.66 6.00 6.00 2.32 大法院 全体(n=470) 6.05 6.00 6.00 2.32 民間企業(n=78) 6.91 7.00 6.00 2.26 民間企業(n=78) 6.62 6.00 6.00 2.26 民間企業(n=78) 6.62 6.00 6.00 2.32 大会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.32 民間企業(n=78) 6.62 6.00 6.00 2.32 民間企業(n=78) 6.62 6.00 6.00 2.32 民間企業(n=78) 6.62 6.00 6.00 2.38 大会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.38 大会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.15 大会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.17 民間企業(n=77) 7.09 7.00 6.00 1.94 全体(n=468) 6.25 6.00 6.00 2.03			社会福祉法人(n=351)	5. 34	5. 00	6. 00	2. 12	
協力   社会福祉法人(n=349)   6.51   6.00   6.00   1.94   2.697**     民間企業(n=78)   7.17   7.00   6.00   1.93   2.697**     全体(n=469)   6.39   6.00   6.00   2.34		"	民間企業(n=78)	5. 97	6. 00	6. 00	1. 87	2.429*
民間企業(n=78)			全体(n=463)	6. 65	6. 50	6. 00	1. 95	2.697**
民間企業(n=78)		協力	社会福祉法人(n=349)	6. 51	6. 00	6. 00	1. 94	
決断 社会福祉法人(n=351)			民間企業(n=78)	7. 17	7. 00	6. 00	1. 93	
展間企業(n=78) 6.83 6.00 6.00 2.36 全体(n=468) 5.49 5.00 4.00 2.27 社会福祉法人(n=351) 5.32 5.00 4.00 2.20 3.730**			全体(n=469)	6. 39	6. 00	6. 00	2. 34	
展間企業(n=78) 6.83 6.00 6.00 2.36 全体(n=468) 5.49 5.00 4.00 2.27 社会福祉法人(n=351) 5.32 5.00 4.00 2.20 3.730** 民間企業(n=78) 6.38 6.00 5.00 2.42 * 全体(n=469) 6.71 7.00 6.00 2.00 社会福祉法人(n=351) 6.66 6.00 6.00 1.95 民間企業(n=78) 6.91 7.00 6.00 2.16 全体(n=470) 6.05 6.00 6.00 2.32 社会福祉法人(n=352) 5.96 6.00 6.00 2.26 民間企業(n=78) 6.62 6.00 6.00 2.38 危機管理 社会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.38 危機管理 社会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.38 た機管理 社会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.38 民間企業(n=77) 7.09 7.00 6.00 2.28 民間企業(n=77) 7.09 7.00 6.00 2.15 株本会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.15 民間企業(n=78) 7.11 7.00 6.00 1.94 全体(n=468) 6.25 6.00 6.00 2.03 高応性 社会福祉法人 6.11 6.00 6.00 2.03 3.199**		決断	社会福祉法人(n=351)	6. 28	6. 00	6. 00	2. 31	n.s.
来天主義 社会福祉法人(n=351) 5.32 5.00 4.00 2.20 3.730**    民間企業(n=78) 6.38 6.00 5.00 2.42 *   全体(n=469) 6.71 7.00 6.00 2.00     社会福祉法人(n=351) 6.66 6.00 6.00 1.95     民間企業(n=78) 6.91 7.00 6.00 2.16     全体(n=470) 6.05 6.00 6.00 2.32     民間企業(n=78) 6.62 6.00 6.00 2.26     民間企業(n=78) 6.62 6.00 6.00 2.42     全体(n=468) 6.71 6.00 6.00 2.38     社会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.39     民間企業(n=77) 7.09 7.00 6.00 2.39     民間企業(n=77) 7.09 7.00 6.00 2.15     大会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.17     民間企業(n=78) 7.11 7.00 6.00 1.94     全体(n=468) 6.25 6.00 6.00 2.03     産体(n=468) 6.25 6.00 6.00 2.03     全体(n=468) 6.25 6.00 6.00 2.07     3.199**			民間企業(n=78)	6. 83	6. 00	6. 00	2. 36	
民間企業(n=78)		楽天主義	全体(n=468)	5. 49	5. 00	4. 00	2. 27	
全体(n=469) 6.71 7.00 6.00 2.00 社会福祉法人(n=351) 6.66 6.00 6.00 1.95 n.s. 民間企業(n=78) 6.91 7.00 6.00 2.16 全体(n=470) 6.05 6.00 6.00 2.32 社会福祉法人(n=352) 5.96 6.00 6.00 2.26 民間企業(n=78) 6.62 6.00 6.00 2.42 全体(n=468) 6.71 6.00 6.00 2.38 社会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.39 民間企業(n=77) 7.09 7.00 6.00 2.28 性会福祉法人(n=350) 6.48 6.00 6.00 2.15 社会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.17 民間企業(n=78) 7.11 7.00 6.00 1.94 全体(n=468) 6.25 6.00 6.00 2.03 社会福祉法人 6.11 6.00 6.00 2.03			社会福祉法人(n=351)	5. 32	5. 00	4. 00	2. 20	3.730**
大き福祉法人(n=351)   6.66   6.00   6.00   1.95   n.s.     大き福祉法人(n=351)   6.91   7.00   6.00   2.16   n.s.     全体(n=470)   6.05   6.00   6.00   2.32   社会福祉法人(n=352)   5.96   6.00   6.00   2.26   民間企業(n=78)   6.62   6.00   6.00   2.42   2.200*     全体(n=468)   6.71   6.00   6.00   2.38   社会福祉法人(n=351)   6.64   6.00   6.00   2.38			民間企業(n=78)	6. 38	6. 00	5. 00	2. 42	*
状況対応       長間企業(n=78)       6.91       7.00       6.00       2.16       n.s.         集団指導       全体(n=470)       6.05       6.00       6.00       2.32       2.200*         機管理       社会福祉法人(n=352)       5.96       6.00       6.00       2.26       2.200*         危機管理       全体(n=468)       6.71       6.00       6.00       2.38       6.00       2.39       n.s.         展間企業(n=77)       7.09       7.00       6.00       2.28       n.s.         機転性       社会福祉法人(n=350)       6.38       6.00       6.00       2.15         機転性       社会福祉法人(n=350)       6.38       6.00       6.00       2.17         民間企業(n=78)       7.11       7.00       6.00       1.94         全体(n=468)       6.25       6.00       6.00       2.03         適応性       社会福祉法人       6.11       6.00       6.00       2.07		気配り	全体(n=469)	6. 71	7. 00	6. 00	2. 00	
民間企業(n=78)			社会福祉法人(n=351)	6. 66	6. 00	6. 00	1. 95	n.s.
集団指導 社会福祉法人(n=352) 5.96 6.00 6.00 2.26 民間企業(n=78) 6.62 6.00 6.00 2.42 全体(n=468) 6.71 6.00 6.00 2.38 社会福祉法人(n=351) 6.64 6.00 6.00 2.39 民間企業(n=77) 7.09 7.00 6.00 2.28 全体(n=467) 6.48 6.00 6.00 2.15 社会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.17 民間企業(n=78) 7.11 7.00 6.00 1.94 全体(n=468) 6.25 6.00 6.00 2.03 社会福祉法人 6.11 6.00 6.00 2.07 3.199**			民間企業(n=78)	6. 91	7. 00	6. 00	2. 16	
集団指導   社会福祉法人(n=352)   5.96   6.00   6.00   2.26		集団指導	全体(n=470)	6. 05	6. 00	6. 00	2. 32	2.200*
応       民間企業(n=78)       6.62       6.00       6.00       2.42         全体(n=468)       6.71       6.00       6.00       2.38         社会福祉法人(n=351)       6.64       6.00       6.00       2.39         民間企業(n=77)       7.09       7.00       6.00       2.28         全体(n=467)       6.48       6.00       6.00       2.15         社会福祉法人(n=350)       6.38       6.00       6.00       2.17         民間企業(n=78)       7.11       7.00       6.00       1.94         全体(n=468)       6.25       6.00       6.00       2.03         社会福祉法人       6.11       6.00       6.00       2.07         3.199**	対		社会福祉法人(n=352)	5. 96	6. 00	6. 00	2. 26	
全体(n=468)       6.71       6.00       6.00       2.38         社会福祉法人(n=351)       6.64       6.00       6.00       2.39         民間企業(n=77)       7.09       7.00       6.00       2.28         全体(n=467)       6.48       6.00       6.00       2.15         社会福祉法人(n=350)       6.38       6.00       6.00       2.17         民間企業(n=78)       7.11       7.00       6.00       1.94         全体(n=468)       6.25       6.00       6.00       2.03         適応性       社会福祉法人       6.11       6.00       6.00       2.07			民間企業(n=78)	6. 62	6. 00	6. 00	2. 42	
機転性       日間企業(n=77)       7.09       7.00       6.00       2.28         全体(n=467)       6.48       6.00       6.00       2.15         社会福祉法人(n=350)       6.38       6.00       6.00       2.17         民間企業(n=78)       7.11       7.00       6.00       1.94         全体(n=468)       6.25       6.00       6.00       2.03         社会福祉法人       6.11       6.00       6.00       2.07         3.199**		危機管理	全体(n=468)	6. 71	6. 00	6. 00	2. 38	
民間企業(n=77)       7.09       7.00       6.00       2.28         全体(n=467)       6.48       6.00       6.00       2.15         社会福祉法人(n=350)       6.38       6.00       6.00       2.17         民間企業(n=78)       7.11       7.00       6.00       1.94         全体(n=468)       6.25       6.00       6.00       2.03         社会福祉法人       6.11       6.00       6.00       2.07         3.199**			社会福祉法人(n=351)	6. 64	6. 00	6. 00	2. 39	n.s.
機転性 社会福祉法人(n=350) 6.38 6.00 6.00 2.17 民間企業(n=78) 7.11 7.00 6.00 1.94 全体(n=468) 6.25 6.00 6.00 2.03 社会福祉法人 6.11 6.00 6.00 2.07 3.199**			民間企業(n=77)	7. 09	7. 00	6. 00	2. 28	
民間企業(n=78)     7.11     7.00     6.00     1.94       全体(n=468)     6.25     6.00     6.00     2.03       社会福祉法人     6.11     6.00     6.00     2.07       3.199**		機転性	全体(n=467)	6. 48	6. 00	6. 00	2. 15	- 2.879**
民間企業(n=78)     7. 11     7. 00     6. 00     1. 94       全体(n=468)     6. 25     6. 00     6. 00     2. 03       適応性     社会福祉法人     6. 11     6. 00     6. 00     2. 07       3.199**			社会福祉法人(n=350)	6. 38	6. 00	6. 00	2. 17	
適応性 社会福祉法人 6.11 6.00 6.00 2.07 3.199**			民間企業(n=78)	7. 11	7. 00	6. 00	1. 94	
3.199**		適応性	全体(n=468)	6. 25	6. 00	6. 00	2. 03	]
民間企業(n=78) 6. 92 7. 00 6. 00 1. 79			社会福祉法人	6. 11	6. 00	6. 00	2. 07	3.199**
			民間企業(n=78)	6. 92	7. 00	6. 00	1. 79	







4 まとめ

図 11 対人対応領域の下位因子得点

#### (1) 結論

社会福祉法人と民間企業の比較を主に行ったが、社会福祉法人の施設長の年齢や福祉経験年数は民間企業に比べ長く、取得している資格も社会福祉法人の施設長は社会福祉主事任用資格取得者が多いのに対し、民間企業では介護福祉士取得者が多くなっている。

職員の構成をみると介護職と看護職共に正職員の割合は6割程度である。職員の充足率感が低いのも介護職と看護職である。介護職、看護職、生活相談員、介護支援専門員ともに充足感には相関がみられ施設により職員の不足に格差がみられることがうかがえる。1年間の職種別職員の増減は、社会福祉法人は正職員の介護職が減少しているが、民間企業は非正社員の介護職員と正社員と非正社員とも看護職員が減少している。しかし、民間企業は増加していると答えた事業所も多く、事業者間の格差が示唆されている。

ユニットケアを実施している施設は3割程度しかなく、社会福祉法人では運営年数の長い施設が実施していない。このことから、長い運営期間のある法人で「個別ケア」の取り組みが遅れていることが危惧される。家族会や利用者主体の組織の両方組織化できている施設は社会福祉法人では2.3%、民間企業では9.2%となり、民間企業が積極的に利用者主体に運営に取り組んでいることがうかがえる。しかし、その反面家族会や利用者主体の組織の両方とも組織化していないのも民間企業が有意に多い。社会福祉法人が個別ケアや利用者主体の組織運営が進んでいないことと、民間企業では積極的に新たな利用者主体の運営に力を入れているところと、そうではない事業者に2極化していることがうかがえる。

施設長運営の工夫では、社会福祉法人が産休や育児休暇などの体制を整備しているのに対し、 民間企業は資格により賃金に格差をつけることや、法人理念を直接職員に伝えるなどの取り組み を行っている。また利益より社会貢献を運営理念に挙げているのは社会福祉法人の施設長が多い。 これらから、社会福祉法人の施設長が社会福祉の公益性を理解し運営に取り入れているのに対し、 民間企業では実質的な賃金等で雇用の安定を図ることともに自己の運営理念を明確に伝えるこ とに視点を置いている。

施設長の役職として「対人対応能力」は必須の力であると思われるが、EQ(人と向き合う力)3領域では対人対応領域が最も低いことが判明した。また得点分布からしても施設長のEQは高くなく普通のレベルである。「自己対応」「対人対応」「状況対応」共に民間企業の施設長が高くなっている。EQの下位因子では社会福祉法人の施設長の「人材活用力」は5段階の2段階に近い3段階に属している。

### (2) 今後の課題

社会福祉法人の施設長の対人対応能力が低いことが示唆された。管理者として職員と良好な関係を構築し、職員の帰属意識を涵養するためにも施設長の職員に対する対応力を高めることが必要ではないかと筆者は考えている。施設長が自らの他者に対する対応力の傾向を認識し、自己理解を深め「自己覚知」を活用していくことにより、職員から信頼される管理者となりえるのではないだろうか。

施設運営では民間企業は法人理念を積極的に職員に直接伝え、利用者本位の組織運営に取り組んでいるところと、そうでないところ、職員不足で苦しんでいる事業者など、事業者間格差が大きいことが示唆された。

職員にとって働きやすい職場の構築のためにも、各施設長が抱えている問題の解決のためにも、 施設長の管理者としての人材育成の仕組みを構築することが今後の課題として残されている。

### 第5章 地域支援事業における通所型介護予防事業の利用阻害要因に関する調査研究

東北福祉大学 萩野 寛雄、工藤 健一、岩田 一樹

#### はじめに

本研究の共同研究者萩野寛雄、工藤健一、岩田一樹の三名は、平成十九年度より仙台市や宮城県、東北大学、東北福祉大学が委託された文部科学省知的クラスター創成事業(第 II 期)【広域仙台地域】先進予防型健康社会創成クラスター構想の広域化プログラム:グローバルクラスターリンケージ(東北福祉大学実施分)に参加した。同プロジェクトでは、広域仙台地域に産学官協働に基づいた予防型健康サービスのクラスターを構築し、市民の健康寿命の延長,在宅ケアの充実,医療の利便性向上などを通じて全ての人が生涯健康な人生を送ることができる先進予防型健康社会の実現に向けた礎とすることが目指された。本研究は、同事業の成果を発展させて行われている。

先行事業においては、我が国では現行制度下でも豊富な各種社会福祉サービスが整備されており、実際に供給されているのにも関わらず、その制度間に隘路が存在するが故に多様な市民の多様な健康が損なわれるリスクがあることが警鐘された。その対応策とすべく予防型健康サービスにおいて定評のあるフィンランドの中でも特に先進的とされる事例の情報を収集・分析したところ、フィンランドでは多様な市民の多様なライフステージに応じた多様なメニューによって、包括的な予防的サービスが開発・供給されていることが分かった。

一方我が国では、平成十七年度の改正によって介護保険の中に科学的根拠に基づいた効果的な 予防型健康サービスが制度化された。また、地域支援事業としても様々な予防型サービスが供給 されている。それにもかかわらず、その利用は遅々として進まない。そこで東北福祉大学では、 仙台市の協力をあおぎながら仙台市内の5つの地域包括支センターの各種専門職職員、老人保健 施設、老健付設の予防型サービス事業所、地域の診療所、仙台市老人クラブ連合会、研究中核機 関などとネットワークを構築した。この枠組みで平成二十一年九月から二十三年三月にかけ、ニーズ起点の包括的予防健康サービスのネットワーク構築を目指して、全五回からなる連続ワーク ショップを開催した。そこでは、地域包括支援センターの抱える様々な困難な予防ニーズが表出 され、それを大学の研究シーズを活用して開発していくための協働にむけた関係性が構築された。

平成二十三年度にこの枠組みは「せんだい介護予防・健康づくり研究会」へと発展している。 仙台の地に効果的な予防サービスに基づいた介護予防・健康づくりをおこなうべく、一般高齢者 (仙台市老人クラブ連合会)、大学(東北福祉大学)、行政(仙台市)、医療サービス事業者(仙 台市内の内科診療所)、福祉サービス事業者(医療法人社団)との協働が行われている。本研究 は、既存の地域支援事業における介護予防事業の利用率が向上しない現状を踏まえ、その利用阻 害要因を解明することで介護予防・健康づくりを推進すべく、「せんだい介護予防・健康づくり 研究会」の枠組みを活用して実施されたものである。

> 東北福祉大学 総合マネジメント学部 准教授 萩野寛雄

#### 1 総論

#### (1) 研究の目的、調査概要

#### 1) 研究の目的

厚生労働省の『平成 21 年度 介護予防事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果』によれば、平成 20 年度の特定高齢者数が 1,052,195 人にのぼるのに対し、介護予防特定高齢者施策への参加者はわずか 128,253 人であり、全高齢者人口からするとその利用率は 0.5%にとどまっている。これは平成 21 年度においても改善されず、984,795 人の特定高齢者数に対して介護予防特定高齢者施策参加者は 143,205 人で、全高齢者人口に対する利用率は同じく 0.5%である。

豊富な科学的エビデンスに基づいた効果的な予防プログラムが存在していても、それが実際に利用されないのでは、政策的に意図された予防効果は期待し得ない。そこで本研究は、高齢者数に比して利用率が著しく低い介護予防事業について、高齢者自身とそれを支援する専門職に対してアンケートによる大量観察調査を行い、利用率低迷の原因を総合的に解明することを目的とする。本研究の主な対象は通所型介護予防事業であるが、訪問型についても併せて調査を行い、包括的にその実体把握を試みる。

利用者・専門職の課題を包括的に解明することは、サービス利用までの道のりをスムーズにし、利用率の向上に貢献するものと考えられる。双方の調査を同時に行うことで介護予防サービスの利用阻害要因を明らかにし、介護予防サービスの効果を発揮させることが本研究の目的である。

#### 2) 方 法

本研究は、高齢者及び地域包括支援センター双方を対象としたアンケートによる大量観察調査を通じ、利用率低迷原因の構造的把握を試みる。アンケートのタイトル、内容については回答者の理解に考慮し、平易でポジティヴな表題を用いるよう努めた。その結果、高齢者に対しての標題は「介護予防サービスの利用についての調査」、地域包括支援センターの専門職に対しての標題は「地域包括支援センターの包括的支援事業についての調査」とした。

アンケートの配布は、高齢者に対しては仙台市老人クラブ連合会に委託し、会員及びその配偶者に対面配布で行った。回収については、切手を張った封筒を同封し、郵送にて返信してもらった。回答者に対する謝礼は提供していない。地域包括支援センターの専門職に対しては、郵送で各地域包括支援センターに直接アンケートを送付した。また仙台市の介護予防推進室より協力依頼の一斉メールを配信し、追って Fax にて協力依頼の文書を送付した。回収は高齢者と同じく切手を張った封筒を同封し、郵送にて返信してもらった。回答者に対する謝礼は同じく提供していない。

## 3) 対 象

高齢者については、仙台市老人クラブ同連合会会員とその配偶者 1,000 名を対象とした。同会は仙台市内に存在する老人クラブの連合会で、平成 22 年 7 月 1 日現在で会員数 14,499 人 (男性 35%・女性 65%)。加盟資格は 60 歳以上であり、平成 22 年度現在での平均年齢は 76 才である。

地域包括支援センターについては、仙台市内に位置する 44 の全地域包括支援センター (運営主体は社会福祉法人、医療法人、財団法人、株式会社など多岐にわたる)を対象 とした。一センターにつき五枚のアンケートを封入して、そこに勤務する三専門職種全 員に答えてもらうよう依頼した。

#### 4) 実施と結果

地域包括支援センターに対するアンケートは 2011 年 1 月 17 日に郵便にて送付。同年 2 月 1 日を締切りに設定した。配布から投函締切りまで 14 日間。結果、26 の地域包括支援センター(回収率 59%)の合計 85 名の専門職からの回答を得た。

高齢者については、同年2月1日から3日に渡って配布し、締め切りを2月11日に設定した。配布から投函締切りまでは8から10日間。結果、629名の回答(回収率62.9%)を得た。

#### 5) 研究における倫理的配慮

個人情報の取り扱いや人権などに関する各種配慮は、東北福祉大学研究倫理規定に基づいて適切に行なった。東北福祉大学研究倫理委員会に申請を行い、その承認に基づいて調査、研究を行った。

#### (2) 総論

#### はじめに

前章1で既述したように、介護予防事業の利用阻害要因を探る本研究の前提は、科学的エビデンスに基づいた既存の介護予防プログラムや中学校区毎に三専門職を配置して介護予防事業を主に担っている地域包括支援センターは有効であるという認識である。そこで課題として、厚生労働省調査でも 2009 年度、2010 年度の介護予防サービス参加実人数が全高齢者の僅か 0.5%にすぎないように、大多数の高齢者がそこまで到達できないことを設定した。

本研究では、まず介護予防の最前線にいてその実務を担っている地域包括支援センター三専門職種へのアンケート(仙台市内の全 44 地域包括支援センターに依頼)を通じて地域包括支援センターの現状を明らかにすると共に、彼/彼女ら専門職の目から見た介護予防事業の利用率低迷要因をまとめた。同時に仙台市内の一般高齢者に対して大量アンケート調査(仙台市老人クラブ連合会会員及びその配偶者 1000 名を対象)を行い、各種要因をクロス集計して高齢者の意見を集計した。この解釈結果を地域包括支援センターの調査結果と対比させ、それに基づいて介護予防の利用率低迷に関する課題の抽出とそれに対するインプリメンテーションをまとめた。

# 1) アンケートにみる高齢者の予防に関する意識

高齢者に対するアンケートは、仙台市老人クラブ連合会会員(会員資格 60 歳以上、2010年度の平均年齢 76 歳)及びその配偶者に対して対面式で配布し、郵送での返信を依頼して、1000サンプルに対して 629の回答を得た(回収率 62.9%)。母集団の平均年齢は、全体平均 76.70歳(男性 76.65歳、女性 76.70歳)。介護保険に関する状態は、特定高齢者に該当するものが 6名(1%)、介護保険要介護認定 23名(3.7%)、要支援認定 41名(6.5%)。相談で地域包括支援センターを訪れたことのあるものが 27名(4.3%)、介護予防運動教室参加経験者は 100名(15.9%)となっていた。

この調査結果によって、地域包括支援センターや介護予防サービスの利用率向上を目指す際にしばしば言及される、介護予防の必要性の高齢者へ向けた啓蒙について興味深い結果が得られた。調査結果によれば、自身が健康であり、健康の不安を感じていない高齢者は全体の35%に過ぎず、残りの65%は既に病気や障害を有するか、将来の健康への不安がある、と答えている。「健康に関して正しい知識を持っていることが大切だと感じたことがある」は81%に及び、65%が「自分が歳を取ったと思う」や「これ以上心身を衰えさせないよう努力が必要」と感じている。同様に48%が「将来への不安や生活の心配などを気遣い」、43%は「健康維持について努力不足」と認識している。このように、高齢者の意識の中には、既に健康や介護予防、正しい知識の必要性がかなり認識されていることがこの調査で分かった。こうした地域の介護予防を主に担う地域包括支援センターの認知度に

ついては、80%が知っていると答えたが、実際に利用した経験のあるものはその25%にとどまっている。介護予防サービスについては、認知度自体が33%にとどまり、実際に利用したものはその中の21%(回答者全体の6%)となっている。即ち、介護予防サービスについてはその認知そのものの向上のための啓蒙が必要であるが、地域包括支援センターについてはその認知を利用につなげるための方策が必要とされていることがわかった。またこの調査では、他人の意見を欲しい際に意見を求める相手がいないという孤立した高齢者が19%、世代の異なる人たちとつながりを持っていることを大切と思う者が48%、世代の異なるものと話したいと答えたものが19%がいるなど、高齢者の様々なニーズも見えてきた。

# 2) 地域包括支援センター及び既存の介護予防サービスに対する満足度の高さ

利用阻害要因の分析に先立って、まず回収されたデータから我々の前提が正しいか否かを検証した。そこで地域包括支援センター利用経験者に感想を聞いたところ、利用経験者113名(全回答者数は629名)のうち「あまり役に立たなかった」と答えた者は僅か2名に過ぎず、98.2%は悩みごとが実際に解決したり、具体的な情報を教えてもらうことができたり、話を聞いてもらい助かったなど何らかの形で役に立ったと回答している。同様に、介護予防サービス利用経験者についても効果が無かったとするのは5%にすぎず、95%が気持が楽になった、元気になった感じがする、新しい知識を得ることができた、新しい仲間ができた、身体が楽になった、元気になった感じがするなど何らかの効果があったと回答している。このことからも、既存のサービスや制度の満足度は概して高く、本研究の方向性も妥当であることが確認された。

しかしこうした需要に対して、利用経験者の殆どが一定の効果を認めているサービスや制度が実際に存在するにもかかわらず、今回の調査でも 629 名の高齢者のなかで地域包括支援センターを利用したことがあるものは 113 名で全体の 18%、介護予防サービスについては 40 名の 6%にとどまっている。地域包括支援センターの知名度アップ以上に、地域包括支援センターを知っているのにも関わらず利用したことのない多くの層を取り込んで、既存サービスの利用を促進する方策はいかにすればよいのか。この調査では、地域包括支援センター利用経験者の介護予防プログラム利用経験率は、そうでない層の約 7 倍に当たる 54%となっており、地域包括支援センター利用者の増加は同時に介護予防サービスの利用率を向上させることもわかった。そこで、日々の業務において地域の高齢者の介護予防に取り組んでいる地域包括支援センターの三専門職種の目を通じた利用阻害要因をアンケートで調査した。また併せて高齢者への大量調査を実施し、地域包括支援センターの利用と介護予防サービスへの参加を説明変数とし、そこに有意に寄与する目的変数をクロス集計を通じて求めることで利用促進要因を探り、間接的に利用阻害要因を求めた。

3) 地域包括支援センターの現状とその専門職が考える利用率低迷要因 地域包括支援センターに対する調査結果の詳細については、次に掲載する工藤健一の 「『地域包括支援センターの包括的支援事業についての調査』結果の概要」に譲るとして、 ここではそのポイントを簡略にまとめる。

仙台市内の25地域包括支援センターから寄せられた本アンケートの回答母集団は、85% が 5 年以上、60%が経験 10 年以上の経歴を持つ熟練した専門職だった。その配属根拠資格 も主任ケアマネジャー、保健師(看護師)、社会福祉士がほぼ1/3ずつと満遍なく分布し ている。日常業務の中で各々が委託業務である「包括的支援事業」に携わる割合について は、各センター内での業務分担が行われている現状を反映して多様な結果となった。多く の専門職が要支援 1、2 のケアプラン等に多く時間を割かれるため、その実施に充てられ る時間は86%が日常業務の20%以下と答えている。過去三か月の専門職一人当たりの担 当件数は、全体の 60%が 30 件以下、70%が 50 件以下となっている。相談件数の中で支 援につなげられなかったケースが 10 件以下と答えた者が約 90%、30 件以下まで拡大する と 99%のものが支援につなげており、地域包括支援センターが多忙な業務にも関わらず、 奮闘しながら有効に機能していることが分かった。その一方、相談者が頻繁(30%以上の 割合)にリピートして来ると答えた専門職が1/4 にのぼるなど、経験豊富な職員ですらも 解決困難な複雑な環境リスクを多く抱える層が多く存在することがうかがえた。これに関 する自由回答の中でも、現状の人員配置では「地域包括ケア」の中心的に担い手になるこ とが極めて難しく、要支援 1、2 のケアプラン作成から地域包括支援センターを解放する か、人員増加を求める声が高かった。

また、この調査では、地域包括支援センター職員の約72%が介護予防プログラムへの現状での参加を低調とみていることがわかった。その理由として最も多く挙げられたのはプログラムの問題ではなく、「特定高齢者の認定の仕組み」で約62%だった。しかし、(介護予防プログラムが)「高齢者のニーズに合致していないから」も52%、「介護予防プログラムに工夫の余地」があるとの答えが42%だったように、現場で高齢者と向き合っている専門職からはプログラム自体にも問題があるとの答えが多かった。逆に低迷要因と専門職に思われていないものとしては、「地域包括支援センターとサービス事業者との連携の取り方」が0%、「地域包括支援センターの支援方法」が6%、「医師からの勧め」で嫌々参加しているから13%だった。

専門職職員の考える通所型介護予防プログラムへの高齢者の参加理由は「廃用予防や運動器機能の維持・向上」が82.5%、「知識や生活技術」獲得が63.8%、「地域包括支援センター職員からの勧め」が52.5%、「人と交わる機会」が42.5%、一方、そう考えない理由は「家族からの助言」が18.8%、「仲間の誘い」が10%、「人に認められたい」が1.3%、「自分の経験や能力の発揮」が0%だった。また、職員の考える訪問型介護予防プログラムへの参加理由としては「地域包括支援センター職員からの勧め」が33.8%「知識や生活技術」獲得が32.5%、一方低いのは「人に認められたい」が0%、「認知症の自覚」が2.5%だった。

また、利用率向上にむけての自由記述には、行政による介護予防の徹底的な啓蒙を求める声や、医師を積極的に巻き込んで利用者への告知の徹底を求める声が複数見られた。こ

こからも、客観的なリスクをなかなか受け入れない、当事者意識に欠けている利用者に苦労させられている地域包括支援センターの実情がうかがい知れた。

4) 高齢者の地域包括支援センター及び介護予防プログラム利用要因のクロス集計

本報告書にも原本を掲載した今回の高齢者向けアンケートは、「年齢」「性別」「居住年数」「転入元」「世帯構成」「入院経験」「心身の健康状態」「日々の生活状態」「介護保険利用状況」「日常生活での行動」「日常での経験」「普段の生活で感じたこと」「日常での相談相手」「地域包括支援センター利用について」「介護予防サービス利用について」「介護予防サービスの利用阻害要因」などに関する計 16 問から構成されている。

本節ではこの高齢者アンケート調査を基に、先にふれたように一定の満足度を持つ割合が極めて高い地域包括支援センター及び介護予防サービスに到達した集団を説明変数とし、それに関連する目的変数をクロス集計を通じて求めた。ここでは、その概要を紹介する。詳細については本報告書岩田一樹担当の「『介護予防サービスの利用についての調査』から」及び添付 CD-ROM のデータを参照されたい。その中から注目すべきと思われるデータは以下のようであった。

#### ① 性别

介護予防プログラム利用について  $\chi^2$  検定を行った結果、女性の方が有意水準 1%で利用する傾向にあった。利用率向上につながる年齢の因子は女性のほうが高いことがあげられるが、それを除いても結果は変わらなかった。女性の利用率が高い要因としては、近所の人や友人に相談する人の参加率が高いなど、地域にネットワークを張っている高齢者の参加率が高いことなどが影響していると思われる。一方で、男性は意見を求める相手がいない率も高く、こうしたネットワークに乏しい人も多いため、参加が少なくなると思われる。地域包括支援センターの利用については、性別に関して、有意差は認められなかった。

#### ② 世帯構成

夫婦のみ世帯とそれ以外の世帯で比較した場合に、夫婦のみ世帯で支援センターの利用率が有意水準 5%で低かった。夫婦のみ世帯は、地域でのお茶飲みを楽しんだり、スポーツクラブに通うなどの割合でも低く、地域の諸活動に興味が無いと答える割合でも高かった。また、民生委員や地域包括に相談することも少なく、自分はまだ介護予防の年齢と思っていない人の割合が高いことも影響している。また夫婦のみ世帯の約 80%が 79 歳未満と、比較的若いことも強く関連していると思われる。

#### ③ 入院経験

有意水準 0.1%で入院経験のある場合に介護予防プログラム、支援センター双方の利用率は高くなる。これは、一度大きな病気/怪我を経験することで予防への意識が内在

化されること、即ち「一病息災」を示していると思われる。

#### ④ 心身の健康状態

自分自身を「健康である」と回答した者の支援センター利用率は、その他の者よりも有意水準 1%で低い。同様に有意水準 1%で介護予防プログラム利用率も低く、逆に「障害を持っている」と回答した者の利用率は高い。自分で自分を健康と思っている人は、障害を持っていたり持病のある人の 1/4 しか介護予防プログラムを利用せず、地域包括支援センター利用に関しても半分しか利用していなかった。③も併せて解釈すると、介護予防プログラムの実態は、政策の意図している一次予防というより、むしろ二次予防に近いことがわかった。

#### ⑤ 日々の生活状態

「淋しくて不安になる」或いは「仲間と一緒に何かできればよい」と考える者は、有意水準 5%で地域包括支援センターの利用率が高かった。介護予防サービスに関しては、「リハビリテーションが必要」、「仲間と一緒に何かできればよい」と考える者は有意水準 1%で、利用率が高い。一方で、「年寄りの仲間と思われたくない」と考える者は、その他の者よりも有意に支援センター及び介護予防サービスの利用率の双方において低かった。

これを解釈すると、リハビリの必要性の周知(機能回復よりも予防的リハビリの高齢者にとっての効用についての啓蒙)をはかると同時に、高齢者の「淋しくて不安になる」や「仲間と一緒に何かできればよい」といった参加状況を踏まえ、この側面を強調すると参加率向上につながると思われる。それ以上に注目すべきは、地域包括支援センターの利用と介護保険の双方の利用阻害要因となっている「高齢者と思われたくない」という高齢者の気持ちである。地域包括支援センター調査の自由記述でも、「デイサービス等の場所にバスで行くことを恥と思っている人が多い、スポーツジムなど設備の充実したところなら行くのではないかと思う」などの声も寄せられており、高齢者の心情の斟酌が必要でないかと思われる。

#### ⑥ 日常生活での行動

地域包括支援センター利用に関しては、「有料カルチャー教室に参加」や「旅行を楽しんでいる」、「外食を楽しんでいる」層において利用率が有意度 5%で低かった。介護予防サービスにおいては同様に有意度 5%で「散歩やウォーキングを楽しんでいる」「活動や参加に興味がない」と答えたものの参加率が低く、「近所の友人などとお茶のみを楽しんでいる」層は逆に高い。

これを解釈すると、「有料カルチャー教室に参加」や「旅行を楽しんでいる」、「外食を楽しんでいる」などの比較的元気な層は、自力で地域包括支援センター以外の選択肢

を選び、それに満足していると思われる。介護予防サービスに関しては、お茶のみを楽しむなど社会性のある人はそこでの人間関係に基づいて予防健康サービスにも参加する一方、一人や夫婦のみで楽しめる「散歩やウォーキングを楽しんでいる」層はそれで予防に満足して介護予防サービスや地域包括支援センターをあまり利用していないと思われる。

# ⑦ 日常での経験

 $\chi^2$  検定の結果、「周囲から認められること、評価されることが大事」「自分は周りの人たちのお陰で生きている」との経験保持者は、地域包括支援センター利用率において有意水準 5%で高い傾向がある。介護予防プログラム利用については、「周囲から認められること、評価されることが大事」「周りの人たちのお陰で生きている」「世代の異なる人たちと話をしたい」という経験を有した者は、有意水準 1%で高い利用傾向にある。お互いに支えあうことの大切さを認め合うことは、利用を促進する。また参加要因に、潜在的に世代間の交流を求めている者も多いことも推測される。一方で、「自分の生活をもっと豊かに展開させたい」と考える者の利用率は低かった。

これを解釈するに、高齢者と地域包括支援センターとのつながりは単なる予防プログラムや知識の窓口としてだけではなく、自らの存在価値を確認し、社会との繋がりを確認できる場として機能していると考えられる。その一方、既存の制度やプログラムが「もっと豊かに展開させたい」とする向上意識の高い者の受け皿足り得ていないことも推測される。

# ⑧ 普段の生活

 $\chi^2$ 検定の結果、有意水準 5%で「食生活で気になることがある」「健康維持について努力不足」を感じている者の支援センター利用率が高い。健康維持について自信を努力不足と自覚できるように自分の置かれているリスク意識が内在化されているものは利用が多い。また食生活への意識が高く、それが参加促進要因になっている。(これは、栄養指導によって食生活への意識が内在化されたとも読み取れる)

#### ⑨ 日常での相談相手

相談相手に「民生委員」「地域包括支援センター」「かかりつけ医や看護師」を含む層は、有意度 5%で地域包括支援センターの利用経験が高い。介護予防サービスの参加率に関しては、有意度 5%で「地域包括支援センター」を相談相手に持つ層が高い。

日常的に「地域包括支援センター」と相談できる関係性を構築しておくことが、介護 予防サービスの利用率を高めることとなる。

なお「居住年数」「転入元」などにおいては、有意な差が見られなかった。また「年齢」や「介護保険利用状況」など関係の明らかなものについての言及は省いた。

以上を基に介護予防プログラムの利用を促進する要因を羅列すると以下のようになる。 (太字は地域包括支援センター、介護予防プログラム双方に該当)

- ・自分自身に起こりうるリスクを客観的に理解している
- ・予防への意識が内在化されている
- ・周囲から認められること、評価されることが大事と考えている
- ・周りの人たちのお陰で生きていることを認識している
- ・世代の異なる人たちと話をしたい希望を持っている
- ・相談相手に「民生委員」「地域包括支援センター」「かかりつけ医や看護師」を含む

逆に、利用阻害要因は以下である。

- ・年寄りの仲間と思われたくないと思っている
- ・自力で有料カルチャー教室などに参加するなど、自己努力をしている
- ・旅行や外食を楽しむなど、比較的元気である

地域包括支援センターの利用を促進する要因としては

- ・自分自身に起こりうるリスクを客観的に理解している
- ・予防への意識が内在化されていること
- 淋しくて不安に思っている
- ・仲間と一緒に何かしたがっている
- ・リハビリテーションの必要性を理解
- ・周囲から認められること、評価されることが大事と考えている
- ・自分は周りの人たちのお陰で生きていることを認識
- ・仲間と一緒に何かしたい
- ・近所の友人などとお茶のみを楽しんでいる
- ・「地域包括支援センター」に相談

利用阻害要因としては

- ・年寄りの仲間と思われたくない
- 散歩やウォーキングを楽しんでいる
- ・活動や参加に興味がない
- ・自分の生活をもっと豊かに展開させたい

高齢者の視点になって地域包括支援センターや介護予防プログラムへの利用率を向上させるには、以上の利用要因、利用阻害要因を念頭においた工夫が必要であると思われる。

5) 高齢者の答える「介護予防プログラムを使わない理由」 単純集計結果によれば、高齢者が介護予防プログラムを知っていながら利用しない理 由は、自分はまだ「介護予防」が必要な心身の状態ではない 66%、自分は「特定高齢者」だとは言われていない 43.6%、自分自身で健康・体力づくりに取り組んでいるので必要ない 38.5%、自分はまだ「介護予防」をする年齢だとは思っていない 32.7%となっている。

一方、理由として少なかった回答としては、「地域包括支援センター」で受けた助言が自分にはしっくり納得できない 1.3%、自分はサービスを受けたいが、足の便などを考え、参加する条件がない 1.9%、自分の考えや意見を反映したプログラムではない 2.5%、指導されて行うプログラムは好きではない 3.1%、集団で行うプログラムは好きではない 6.3%、自宅に訪問されるのは好きではない 6.9%となっている。

介護予防プログラムに参加しない理由にはいくつかの段階があるとおもわれるが、この結果から見て現状では、介護予防プログラムの内容自体に問題があるというよりも、もうひとつ前の段階で利用が止まっている現状が見える。即ち、自分の晒されている客観的リスクや現状に対する自己の認知的不協和とそれにともなう介護予防プログラムへの拒否反応が、高齢者の答えた使わない理由から見えてくる。

## 6) 通所型介護予防プログラム参加者に限定したクロス集計

今回の調査結果で介護予防サービスを利用した高齢者は通所型と訪問型を合わせても40名(母集団の6%)に過ぎず、これを通所型に限定すると更に減少して20名(母集団の3%)となる。そのため、通所型介護予防プログラム参加者に限定するとサンプルが少なくなって統計の妥当性に欠けるところもあるが、研究のタイトルが「通所型介護予防事業の利用阻害要因に関する調査研究」であるため、敢えてその層を分けて同様にクロス集計を行った。その結果、サンプル数5以上の回答が得られたところに関しては、通所型と訪問型を合計した「介護予防サービスを利用したことがある」層の結果と同じ有意差が見られた。その項目は「女性」「入院歴有り」「リハビリが必要と思う人」「仲間といっしょになにかしたい」「有料カルチャー教室等に参加している人」「周囲から認められる、評価されることが大事と考える人」「世代の異なる人と話したい」などで、こうした人たちの利用率は、通所型サービス利用者に限定しても有意に高いことがわかった。通所型単独でのクロス集計と訪問型をも含めた集計とに同じ有意差が見られたため、以降は両者を敢えて峻別せずに取り扱っていく。

#### 7) 地域包括支援センター専門職の目と高齢者の意識の比較

両者を比較してみると、専門職の目と高齢者の意識との間には、共通点と相違点の双方が見受けられた。専門職から第一にあげられた想定される利用阻害要因は、「特定高齢者の認定の仕組み」などであった。一方、高齢者の声でも「特定高齢者だとは言われていない」が一番多くあげられていて、両者の見解は一致している。特定高齢者認定の仕組みは今後に向けて大きな改善点であろう。

続いて高齢者から利用阻害要因として「自分自身で健康・体力づくりに取り組んでいる

ので必要ない」「自分はまだ『介護予防』をする年齢だとは思っていない」が続くが、これも部分的に専門職の回答(「高齢者のニーズに合致していないから」)と一致していると言えよう。自分を対象と認識しない高齢者に、如何に当事者意識を持って頂くかが今後の重要なポイントで、自由記述では行政やかかりつけ医にこの機能を求める声が多かった。

低迷原因の理由ではないと専門職に考えられている「地域包括支援センターとサービス事業者との連携の取り方」、「地域包括支援センターの支援方法」についても、「地域包括支援センターで受けた助言が自分にはしっくり納得できない」という声が高齢者には殆どなかった。地域包括支援センター、介護予防プログラム双方の阻害要因になっている「年寄りの仲間と思われたくない」という気持ちについても、自由記述の中にその指摘が複数見られる。

しかしながら、高齢者の参加理由については差異が見受けられた。専門職のあげた「廃用予防や運動器機能の維持・向上」や「知識や生活技術の獲得」は、高齢者調査における「日々の生活状態」での「毎日、生き生きと楽しく生活したいと思う」「将来への不安や生活の心配など、自分のこれからを気遣う」「これ以上心身を衰えさせないよう努力が必要だと思う」などに相当する。しかし高齢者調査のクロス集計で、これらは地域包括支援センターや介護予防サービスの利用率向上との間に有意差は見られなかった。むしろ上位にはあげられなかった「人と交わる機会」や「仲間の誘い」「人に認められたい」などが利用促進につながることが、クロス集計から有意差を以て示されていた。

また「介護予防プログラムに工夫の余地」が専門職によってあげられているが、「自分の考えや意見を反映したプログラムではない」「指導されて行うプログラムは好きではない」「集団で行うプログラムは好きではない」などプログラムに関する不満は高齢者の側からは殆ど聞かれなかった。

# 8) 高齢者調査結果に基づく提言

高齢者調査のクロス集計とその解釈を基に明らかになった参加促進要因、参加阻害要因に 即した方向性を個別にあげておく。

# ① 性別:女性の利用が多い

女性の利用が多いことは、男性の利用が少ないことの裏返しである。相談相手のいない率の高い高齢男性に対して参加を促すきめ細かいサポートを行ったり、男性の参加したくなるプログラム開発を行う必要性がある。

#### ② 世帯構成:夫婦のみ世帯の利用率が低い

単身世帯は地域包括支援センターや民生委員などに相談することが多く、その結果として介護予防プログラムや地域包括支援センターに繋がることが多いが、夫婦のみ世帯はそこで完結してしまい、第一次予防段階での支援に繋がっていない。従って、夫婦揃っての参加を促すプログラムの開発などが求められる。

- ③ ④入院経験、心身の健康状態:自身で自分を健康と答える層の利用率が低い 高齢者の意識では、現行制度での介護予防は第一次予防よりも第二次予防の性質を帯びている。政策目標を達成するには、もっと一次予防対象者の利用率を上昇させる必要がある。
- ⑤ 日々の生活状態」:参加要因「寂しさ」と阻害要因「高齢者と思われたくない」「リハビリの必要性の周知」だけでなく、高齢者の「淋しくて不安になる」や「仲間と一緒に何かしたい」という隠された声に配慮した制度やプログラムの開発が必要。また「高齢者と思われたくない」という阻害要因を踏まえ、行政などの啓蒙強化だけでなく福祉施設など高齢者サービスと思われる場所ではない場所での開催や内容の工夫が求められる。
- ⑥ 日常生活での行動:自力で予防策を選んで参加し、それに満足している層への対策 専門知を広く社会知化し、高齢者のアクセスしやすい所に分散させることが必要である。 民間セクター、民族セクターを好む高齢者の嗜好に配慮し、そうしたすでに高齢者が独自 に行っている部門に専門的知識を付与していく政策が有効性を増すと思われる。利用率の 高い民間セクター・民族セクターに専門家の知識を効果的に埋め込み、何かあったら(あ る前に)専門家に相談する気になる仕組みを作っていくことが必要である。介護予防サー ビスや地域包括支援センターの利用を一見して阻害しているように見える旅行や外食など、 高齢者が現に欲しているニーズをうまく包摂し、メディカルツーリズムのような専門的知 識に基づく予防プログラムと旅行(日帰り遠足など含む)や食とを一体化させたプログラ ムを開発することで、高齢者の利用を促進することも有効であろう。
- ⑦ 日常での経験:参加要因としての社会との繋がりと「もっと豊かに展開させたい」層への対応

地域包括支援センターや介護予防プログラムに世代間交流の場としての機能も持たせ、 高齢者のための為の施設・サービスに付随するネガティヴな固定概念を打ち壊し、「自分の 生活をもっと豊かに展開させたいと思ったことがある人」をも包摂することが重要と思わ れる。

- ⑧ 普段の生活:健康意識が内在化されたものと食への意識が高いものの利用が多い 高齢者の食へのニーズをくみ取り、カフェの開催など食を通じて地域包括支援センター との係り合いを持たせていく試みが有効である。世代間交流のニーズを踏まえれば、ここ への教育・研究機関の参加も有効であろう。
- ⑨ 日常での相談相手:地域包括支援センターを日常の相談相手に持つと利用率が高いカフェやレストランなどを併設することで、食の知識や外食などに関心の強い高齢者を

引きつけることも有効である。そこで効果的に食や健康に関する知識やサービスを提供できれば、相談や予防以外でも日常的に地域包括支援センターを利用することが地域ぐるみで達成され、この効果を得られると思われる。

#### まとめ

本研究を通じて、高齢者には相談相手や健康・予防に関する正しい知識への需要が大いに存在することが改めてわかった。一方、科学的エビデンスに基づいた有効な予防健康サービスも現に存在し、供給されている。今回の調査でも、介護予防サービス参加者の満足度は極めて高いことが改めてわかった。しかし既存のサービスと高齢者の需要とに小さなギャップがあることで、残念ながらその需要が有効化されていない。また、既存の地域包括支援センターに対する満足度も極めて高かった。しかし、そこでの相談に辿りつける高齢者の割合は低いことも、今回の調査で確認された。

一方、地域包括支援センターの現状に関しては、今回の調査でも要支援 1、2 のケアプラン作成に忙殺され、実際の介護予防プログラムの実施や、より根源的予防につながる地域への支援を行う余裕が既存の予算や人員配置では不可能との声が多数挙げられている。現状での地域包括支援センターの負担を軽減させ、本来の法律上の設置目的である「地域包括ケア」の実質的な担い手に発展させるためにも、民間セクター、民族セクターの有効活用とそのための支援が必要であると思われる。

今回の調査で、高齢者によってあげられた介護予防プログラムを利用しない理由は、「自分はまだ『介護予防』が必要な心身の状態ではない 66.7%、自分は「特定高齢者」だとは言われていない 43.6%、自分自身で健康・体力づくりに取り組んでいるので必要ない 38.5%、自分はまだ「介護予防」をする年齢だとは思っていない 32.7%であった。これを大別すれば、「自分はまだまだ若く、予防の対象ではないからやらない層(年寄りだと思われたくない)」、「特定高齢者指定を受ければやるが、受けてないからやらない層」、「予防の必要性は認識し、自分で十分にやっているから必要ない層(プログラム内容が気に入らないからやらない層)」に区分されよう。これに対する対策も、段階的に行われるべきと考える。

第一段階の「自分はまだまだ若い層」に対しては、科学的データに基づいた行政や医療機関、マスコミによる啓蒙が必要である。幸い、地域包括支援センターの知名度はかなり高くなってきているので、彼らの専門性を広く市民に理解してもらえるような広報の仕方が求められよう。続いて第二段階の「特定高齢者指定を受けてないから層」に対する認定方法の工夫も当然必要となってくる。ここには、行政や医療機関の積極的関与が求められる。そして本研究では、第三の「自分でやっているから必要ない層」を効果的に巻き込んでいくための仕組みを提唱したい。即ち、第三の層に属する高齢者が積極的に参加、利用している民間セクターや民族セクターに対して専門的知識やサービスを分散させていく方法である。介護予防サービスに参加していない高齢者でも、老人クラブには参加している人は高齢者全体の42%、町内会の活動や地域サークル活動、趣味の集いに参加している

高齢者が 35%、コミセンの行事に参加、散歩やウォーキング、買い物を愛好している、近所の友人などとお茶飲みを楽しんでいる、登山や釣りを楽しんでいる、など予防に寄与しうる活動をしている高齢者がそれぞれ 20%程度存在する。地域包括支援センター未利用者でも、老人クラブ参加者は 67%、町内会の活動や地域サークル活動、趣味の集いに参加している人が 57%コミセンの行事参加者 32%、散歩やウォーキングを楽しんでいる、買い物を楽しんでいる、近所の友人などとお茶飲みを楽しんでいる、登山や釣りを楽しんでいるなど、予防に寄与しうる活動をしている者がそれぞれ 30%程度いた。

地域包括支援センターや地域の研究教育機関、老人福祉施設など、ある種の公的セクターに所有されている専門知を、こうした高齢者の嗜好や利便性に即した民間セクター、民族セクターなどと共有し、広くネットワークを通じて社会知化していくことで予防サービスの利用率を向上させる取り組みが必要と思われる。この潮流は、欧州のアルツハイマー・カフェや我が国の物忘れカフェなどにも見られるものである。既に自主グループなどでは、科学的エビデンスに基づいたプログラムが行われている場合も多いが、教科書そのままの運用でそれが適当なのか、楽しいものになるのか、などの課題を解消する専門知も求められている。即ち「地域包括支援センターとサービス事業者との連携の取り方」を工夫し、自分は対象でないとする層にアピールする方策、プログラムを考えることが必要であろう。

利用率向上の為には、高齢者の心情や嗜好に配慮する工夫が必要であるのと同時に、地域の様々なアクターの参加を求めていく必要もある。例えば今回の調査でもわかった異世代間の交流を求める声の大きさに対して、地域の学校教育機関と連携して方策を考えていくことなども有効であると思われる。カルチャークラブやスポーツクラブ、おしゃべりの場的意味合いで既に存在する「場」と専門知が蓄積されている諸機関(研究教育機関や各種医療福祉施設など)とを ICT 技術などを活用して効率的、効果的に繋ぐことも、こうした協働の推進に有効であろう。それを通じて、エビデンスに基づいた正しい有効な知識、サービスを高齢者の身近な、心理的抵抗の少ない、魅力的な方法で供給していくことが必要であると思われる。

# (3)「介護予防サービスの利用についての調査」から

本章では、「介護予防サービスの利用についての調査」によってわかった、「地域包括支援センターの利用」および「介護予防サービスの利用」の有無を説明変数として、関連のある目的変数について説明する。

## 1) 地域包括支援センターの利用について

地域包括支援センター利用者の 98.7%はセンターを利用することで、何らかの効能を得ているにも関わらず、利用率は約 25% (利用経験有 113、無 348) である。本節では、地域包括支援センター(以下、支援センター)の利用の有無と関連のある因子を調べるために、クロス集計を行った結果について説明する。

# 1.1 年齢との関連

表1	70未満	7 0 5 7 4	75 5 79	80 ~84	85以上	合 計
支援センター利用無	32	98	131	67	20	348
支援センター利用有	8	22	31	34	18	113
合計	40	120	162	101	38	461

本項では、支援センター利用の有無と年齢の関連について述べる。表 1 は支援センター利用の有無を 70 歳未満、 $70\sim74$ 、 $75\sim79$ 、 $80\sim84$ 、85 歳以上で分けたものである。支援センター利用の有無と年齢について  $\chi^2$  検定を行った結果、有意水準 5%で有意差があり、年齢が高くなるほど、利用したことがあると回答する率が増加する。

### 1.2 性別との関連

表 2	男	女	合計
支援センター利用無	161	187	348
支援センター利用有	50	63	113
合計	211	250	461

本項では、地域包括支援センター利用の有無と年齢の関連について述べる。表 2 は 支援センター利用の有無を男女で比較したものである。 $\chi^2$  検定を行った結果、有意差 は見出せず、支援センター利用に性別による違いは認められない。

## 居住年数との関連

表 3	5 年未満	5 <b>~</b> 9	10~14	15~19	20~24	25 年以上	合計
支援センター利用無	3	10	11	18	19	287	348
支援センター利用有	2	1	1	5	9	95	113
合計	5	11	12	23	28	382	461

本項では、現住所での居住年数と支援センター利用の有無の関連ついて述べる。表3 は支援センター利用の有無を居住年数5年未満、5~9、10~14、15~19、20~24、25年以上で分けたものである。本調査では、回答数が不足しており、検定不可能であるが、15年以上の3区分での検定では有意差はなく、少なくとも、15年以上の居住年数を有した場合は利用の有無との関連は存在ない。今後、居住年数の少ないサンプルを集めることが必要である。

#### 1.3 転入元との関連

表 4	同じ区内から	仙台市内 の別の区 から	仙台市以 外の宮城 県内から	県外から	生まれて からずっ と現住所	合計
支援センター利用無	144	106	31	46	19	346
支援センター利用有	40	34	12	20	6	112
合計	184	140	43	66	25	458

本項では、現住所に転入してくる前の住所と支援センター利用の有無の関連について述べる。表 4 は、支援センター利用の有無を転入元で分けたものである。本質問に対する無効回答は 3 であった。 $\chi^2$  検定を行った結果、有意差は見出せず、支援センター利用と転入元に関連は認められない。

#### 1.4 世帯構成との関連

表 5	単身	夫婦	2 世代	3 世代	その他	合計
支援センター利用無	57	161	87	30	11	346
支援センター利用有	24	40	31	13	4	112
合計	81	201	118	43	15	458

本項では、世帯構成と支援センター利用の有無について述べる。表 5 は支援センター利用の有無を世帯構成が単身、夫婦のみ、2 世代、3 世代、6 の他で分けたものである。世帯構成がその他で支援センターの利用経験者が少ないため、検定は、単身、夫婦、6 世代、6 世代で行った。6 検定を行った結果、有意水準 6 で、大婦のみ世帯とそれ以外の世帯で比較した場合に、大婦のみ世帯で支援センターの利用率が低かった。この理由は、夫婦のみ世帯の約 6 6 歳未満と若いことから、支援センター

に相談をする必要がないためと推察される。

# 1.5 入院経験の有無との関連

表 6	入院経 験無	入院経 験有	合計
支援センター利用無	171	177	348
支援センター利用有	32	81	113
合計	203	258	461

本項では、入院経験の有無と支援センター利用の有無の関連について述べる。表 6 は支援センター利用の有無を入院経験の有無で分けたものである。 $\chi^2$  検定を行った結果、有意水準 0.1%で有意であり、入院経験のある場合に支援センターの利用率は高くなる。

# 1.6 心身の健康状態との関連

表 7	健康である	病気では ないが、健 康に不安 や心配を 持っている	障害を持 っている	持病があ り、医者に 通ったり、 薬を飲ん だりしてい る	合計
支援センター利用無	135	69	13	179	396
支援センター利用有	25	24	8	75	132
合計	160	93	21	254	528

本項では心身の健康状態と支援センター利用の有無の関連について述べる。表 7 は 支援センター利用の有無を健康状態で分けたものである。尚、本質問は複数回答可能 となっている。 $\chi^2$  検定を行った結果、有意水準 1%で有意に、「健康である」と回答した者の支援センター利用率は、その他の者よりも低い。

## 1.7 日々の生活状態との関連

表 8	毎日、活き活きと楽しく生活したい	将来への不 安やなど、 自分のこれ からを気遣 う	心身を衰え させないよう 努力が必要	復訓練(リ ハビリテー ション)が必 要	友だちや話 し相手が欲 しい	淋しくて 不安にな る
支援センター利用無	173	142	232	31	54	20
支援センター利用有	56	53	82	22	22	15
合計	229	195	314	53	76	35

自分が歳を取ったと思う	年寄りの仲 間だと思わ れたくない	仲間と一緒 に何かでき ればよい	合計
231	58	107	1048
76	16	46	388
307	74	153	1436

本項では、日々の生活で感じる事柄と支援センター利用の有無との関連について述べる。尚、本質問は複数回答可能としている。表8は支援センター利用の有無を日々の生活で感じている事柄で分けたものである。「淋しくて不安になる」「仲間と一緒に何かできればよい」と考える者の合計とその他の項目で、有意水準5%で有意に違いが見出され、前者の方が後者よりも支援センターの利用率が高い。一方で、「年寄りの仲間と思われたくない」と考える者は、その他の者よりも有意に支援センターの利用率が低い。

#### 1.8 日常生活での行動との関連

表 9	地元老人 クラブへ参 加	老人憩い の家を利 用	コミュニテ ィセンター (コミセン) の行事に 参加	町内会活動、サークル活動 等、に参加	街の有料 カルチャー 教室等に 参加	散歩やウ ォーキング の実施	買い物
支援センター利用無	310	61	147	260	81	167	176
支援センター利用有	103	18	44	80	17	46	58
合計	413	79	191	340	98	213	234

近所の友人とお茶飲み	登山や釣り	スポーツクラブ	旅行	外食	活動に関心が無い	合計
131	26	46	158	170	11	1744
47	5	12	38	44	6	518
178	31	58	196	214	17	2262

本項では、日常生活での行動と支援センター利用の有無との関連について述べる。 表 9 は支援センターの有無を行っている日常生活行動で分けたものである。 尚、回答は複数回答可である。  $\chi^2$  検定を行った結果、有意水準 5% で、<u>「街の有料カルチャー教室等に参加」「散歩やウォーキングの実施」「旅行」「外食」にそれぞれ回答した者は、回答しなかった者よりも支援センターを利用しない傾向にある</u>ことがわかった。

## 1.9 日常での経験との関連

表 10	健康に関して正しい知識を持っていることが大切だと感じた	心の状態に ついて、正し い知識を持 っていること が大切	日常生活の 身の回りの ことを援助し てくれる人が いると助か る	周囲から認 められるこ と、評価され ることが大 事	周りの人た ちのお陰で 生きている	自分は周り の人たちの お陰で生き ている
支援センター利用無	287	165	139	68	122	198
支援センター利用有	91	71	46	39	46	75
合計	378	236	185	107	168	273

自分の生活 をもっと豊 かに展開さ せたい	世代の異な る人たちと 話をしたい	世代の異な る人たちと つながりを 持っている ことが大切	合計
134	71	181	1365
36	26	66	496
170	97	247	1861

本項では、日常生活の経験と支援センター利用の有無の関連について述べる。表 10 は支援センター利用の有無を日常生活での経験で分けたものである。尚、回答は 複数回答を可能としている。 $\chi^2$  検定の結果、有意水準 5%で有意であり、「周囲から認められること、評価されることが大事」「自分は周りの人たちのお陰で生きている」との 経験保持者に支援センター利用率が高い傾向がある。

# 1.10普段の生活で感じたこととの関連

表 11	自分の食 生活で気 になること がある	住まいのこ とで不便や 危険を感じ る	社会や友 人との交 わりが不足 している	健康維持 について努 カ不足と 感じる	自分の役割や生きがいがハッキリしない と思う	周囲からあ まり大切に されていな いと感じる	合計
支援センター利用無	84	52	61	145	45	12	399
支援センター利用有	45	19	24	58	11	6	163
合計	129	71	85	203	56	18	562

本項では、普段の生活と支援センター利用の有無の関連について述べる。表 11 は支援センター利用の有無を普段の生活で感じたことで分けたものである。尚、回 答は複数回答を可能としている。 $\chi^2$  検定の結果、有意水準 5%で有意であり、「食生

活で気になることがある」「健康維持について努力不足」を感じている者の支援センター利用率が高い。

### 1.11日常での相談相手の有無との関連

表 12	相談相手無	相談相手有	合計
支援センター利用無	58	261	319
支援センター利用有	15	91	106
合計	73	352	425

本項では、日常での相談相手の有無と支援センター利用の有無との関連について述べる。表 12 は支援センター利用の有無を相談相手の有無で分けたものである。 $\chi^2$  検定の結果、日常での相談相手の有無で支援センター利用の有無に有意な差はなく、日常の相談相手の有無と支援センター利用の有無に関連は認められない。

## 1.12支援センターの認知との関連

表 13	知らない	知っている	合計
支援センター利用無	3	345	348
支援センター利用有	0	113	113
合計	3	458	461

本項では支援センターの認知と支援センター理由の有無について述べる。支援センターを認知せずに利用していないものはわずか3名で、支援センターを利用しないほとんどの者は支援センターを認知しているが、利用していないことがわかる。

また、本調査では普段の相談相手と支援センター利用との関連についての調査を行っているが、民生委員に相談をする者が支援センターを利用する傾向があった。

以上から、支援センター利用者は入院経験があり、高齢で「周囲から認められること、評価されることが大事」「自分は周りの人たちのお陰で生きている」と周囲との繋がりを重視していると考えられる者におおい事が明らかとなった。また、利用者のニーズとして、「食事に関する知識の獲得」があることも同時に明らかとなった。逆に、支援センターを利用しない傾向にある者は、自覚的に健康であると考え、「自分を年寄りと思われたくない」と考える者に多い事も明らかになった。後述するように、介護予防プログラムの利用率にも同様の傾向が見られる。

## 2. 介護予防プログラムの利用について

調査の結果、介護予防プログラムの認知度は有効回答数 589 中 199(約 34%)で、その内、利用経験のある者は 40(全体の約 7%、介護プログラムを認知している者の 20%)であった。本節では、介護予防プログラムを認知している場合に、介護予防プログラム利用の有無と関連のある因子を見出すために、クロス集計を行った結果を述べる。

# 2.1 年齢との関連

表 14	70未満	7 0 5 7 4	7 5 } 7 9	80 \$84	2013年	合計
介護予防プロ	15	42	56	36	10	157
グラム利用無	13	42	30	30	10	137
介護予防プロ	<b>.</b>	6	16	10	2	20
グラム利用有	5	6	16	10	3	38
合計	20	48	72	46	13	195

本項では、介護予防プログラム利用の有無と年齢の関連について述べる。表 14 は 介護予防プログラム利用の有無を 70 歳未満、 $70\sim74$ 、 $75\sim79$ 、 $80\sim84$ 、85 歳以上で 分けたものである。介護予防プログラム利用の有無と年齢について  $\chi^2$  検定を行った結果、有意差はなく、介護予防プログラム利用の有無に年齢は関連しないことがわかった。

# 2.2 性別との関連

表 15	男	女	合計
介護予防プログラム	73	86	159
利用無	73	80	139
介護予防プログラム	10	30	40
利用有	10	30	40
合計	83	116	199

本項では、介護予防プログラム利用の有無と年齢の関連について述べる。表 15 は 支援センター利用の有無を男女で比較したものである。 $\chi^2$  検定を行った結果、有意水準 5%で有意差が認められ、 $\underline{$  女性の方が男性よりも介護予防プログラムを利用する傾向にある。

# 2.3 入院経験の有無との関連

表 16	入院経 験無	入院経 験有	合計
介護予防プログラム利用無	78	81	159
介護予防プログラム利用有	8	32	40
合計	86	113	199

本項では、入院経験の有無と介護予防プログラム利用の有無の関連について述べる。 表 16 は介護予防プログラム利用の有無を入院経験の有無で分けたものである。  $\chi^2$  検定を行った結果、有意水準 0.1%で有意で、 入院経験のある場合に介護予防プログラムの利用率は高くなる。

# 4.4 心身の健康状態との関連

表 17	健康である	病気では ないが、健 康に不安 や心配を 持っている	障害を持っている	持病があ り、医者に 通ったり、 薬を飲ん だりしてい る	合計
介護予防プログラム利用無	65	30	6	80	181
介護予防プログラム利用有	6	8	6	29	49
合計	71	38	12	109	230

本項では心身の健康状態と介護予防プログラム利用の有無の関連について述べる。 表 7 は支援センター利用の有無を健康状態で分けたものである。尚、本質問は複数回答可能となっている。 $\chi^2$  検定を行った結果、有意水準 1% で、「健康である」と回答した者の介護予防プログラム利用率は、その他の者よりも低く、「障害を持っている」と回答した者は、利用率が高い傾向がある。

# 4.5 日々の生活状態との関連

表 18	毎日、活き 活きと楽しく 生活したい	将来への不 安やなど、自 分のこれか らを気遣う	心身を衰え させないよう 努力が必要	リハビリテ ーションが 必要	友だちや話し相手が欲しい	淋しくて不安 になる
介護予防プログラム利用無	76	61	97	8	19	6
介護予防プログラム利用有	18	16	31	10	6	4
合計	94	77	128	18	25	10

自分が歳を取ったと思う	年寄りの仲 間だと思わ れたくない	仲間と一緒 に何かでき ればよい	合計
97	18	48	430
24	3	20	132
121	21	68	562

本項では、日々の生活で感じる事柄と介護予防プログラム利用の有無との関連について述べる。尚、本質問は複数回答可能としている。表 18 は介護予防プログラム利用の有無を日々の生活で感じている事柄で分けたものである。 $\chi^2$  検定を行った結果、有意水準 1%で、「リハビリテーションが必要」、「仲間と一緒に何かできればよい」と考える者はそうでない者よりも、介護予防プログラムの利用率が高い。一方で、「年寄りだと思われたくない」と考える者の利用率はそうでない者よりも低い。

# 2.6 日常生活での行動との関連

表 19	地元老人クラブへ参加	老人憩い の家を利 用	コミュニティ センター(コ ミセン)の 行事に参 加	町内会活 動、サーク ル活動等、 に参加	街の有料 カルチャー 教室等に 参加	散歩やウォ ーキングの 実施	買い物
介護予防プログラ ム利用無	146	31	70	123	35	72	82
介護予防プログラ ム利用有	33	6	18	29	11	14	19
合計	179	37	88	152	46	86	101

近所の友人とお茶飲み	登山や釣り	スポーツク	旅行	外食	活動に関心が無い	合計
67	8	29	69	74	7	813
25	2	3	13	19	0	192
92	10	32	82	93	7	1005

本項では、日常生活での行動と介護予防プログラム利用の有無との関連について述べる。表 19 は介護予防プログラム利用の有無を行っている日常生活行動で分けたものである。尚、回答は複数回答可である。 $\chi^2$  検定を行った結果、有意水準 5%で、「街の有料カルチャー教室に参加」「散歩やウォーキングの実施」「旅行」に回答した者はそれ以外の者よりも介護予防サービスを利用しない傾向にあることが

明らかになった。

# 2.7 日常での経験との関連

表 20	健康に関して正しい知識を持っていることが大切だと感じた	心の状態に ついて、正 しい知識を 持っている ことが大切	日常生活 の身の回り のことを援 助してくれ る人がいる と助かる	周囲から認められること、評価されることが大事	周りの人た ちのお陰で 生きている	自分は周り の人たちの お陰で生き ている
介護予防プログラム 利用無	134	91	59	32	59	92
介護予防プログラム 利用有	32	24	17	13	17	24
合計	166	115	76	45	76	116

自分の生活		世代の異な		
	世代の異な	る人たちと	合計	
をもっと豊	る人たちと	つながりを		
かに展開さ	話をしたい	持っている		
せたい		ことが大切		
59	28	88	642	
9	13	27	176	
68	41	115	818	

本項では、日常生活の経験と介護予防プログラム利用の有無の関連について述べる。表 20 は介護予防プログラム利用の有無を日常生活での経験で分けたものである。尚、回答は複数回答を可能としている。 $\chi^2$  検定を行った結果、有意水準 1%で有意性が認められ、「周囲から認められること、評価されることが大事」「周りの人たちのお陰で生きている」「世代の異なる人たちと話をしたい」という経験を有した者は、有していない者よりも介護予防プログラムを利用する傾向にある。一方で、「自分の生活をもっと豊かに展開させたい」と考える者の利用率は低い。この結果は、介護予防プログラム利用者にとって、介護予防プログラムは単なる予防プログラムではなく、自らの存在価値を確認し、また、社会との繋がりを確認できる場として機能している可能性を示唆している。一方で、自らをさらに高めようとする向上意識の高い者にとっては、プログラムとして提供されるだけでは、満足できていない可能性を示唆している。

#### 2.8 普段の生活で感じたこととの関連

表 21	自分の食	住まいのこ	社会や友	健康維持	自分の役	周囲から	
	生活で気	とで不便や	人との交	ほのいて	割や生き	あまり大切	
					がいがハッ	にされてい	合計
	になること	危険を感じ	わりが不	努力不足	キリしない	ないと感じ	
	がある	る	足している	と感じる	と思う	る	
介護予防プログラ	40	26	24	60	13	3	166
ム利用無	40	20	24	00	13	3	100
介護予防プログラ	12	6	4	19	5	2	49
ム利用有	13	6	4	19	5	2	49
合計	53	32	28	79	18	5	215

本項では、普段の生活で感じたことと介護予防プログラム利用の有無の関連について述べる。表 21 は介護予防プログラム利用の有無を普段の生活で感じたことで分けたものである。尚、回答は複数回答を可能としている。質問項目と介護予防プログラム利用の有無との間に関連は見出せない。

また、本調査では普段の相談相手と介護予防サービス利用との関連についての調査を行っているが、「近所の友人」および「支援センター職員」に相談をする者が介護予防サービスを利用する傾向があった。

以上から、介護予防プログラム利用者の特徴として、年齢を問わず、過去に入院経験があり、障害を持っている等、身心に不安を有する者の介護予防プログラム利用率が高い事が明らかになった。このことは、現在のところ、介護予防プログラムは1次予防というよりは、むしろ、2次予防的な側面が強い事を示している。また、介護予防プログラム利用者の傾向として、「周囲から認められること、評価されることが大事」「周りの人たちのお陰で生きている」「世代の異なる人たちと話をしたい」など、「社会との繋がり」を重視する傾向があり、本調査によって、改めて、地域在宅高齢者のニーズとして、社会との繋がりが存在していることを確認できた。

一方で、逆に、介護予防プログラムを利用しない者の傾向として、「年寄りと思われたくない」、「自分の生活をもっと豊かに展開したい」と考える傾向が見出された。このことは、向上意欲の高い者に介護予防プログラムを利用してもらうためには、利用者個々の能力や意欲に即したプログラム提供が必要であることを示唆している。今後、ICT の活用によって、一人の専門家が対応できる利用者の数を増やしていくとで、オーダーメードされたプログラムの提供が可能になっていくことで、利用率が向上してくものと考えられる。

# (4)「地域包括支援センターの包括的支援事業についての調査」から

#### はじめに

本章では、「地域包括支援センターの包括的支援事業についての調査」結果をもとに、地域包括支援センターの仕事の実態を概観するとともに、地域包括支援センターの専門職からみた介護予防プログラムの利用率低迷の要因およびその参加率、利用率を高めるための工夫について述べる。なお、調査項目ごとの結果(単純集計、グラフ)とその解説については、第II部(分析編)および第III部(資料編)に収録しているので、参照いただきたい。

# 1. 地域包括支援センターの仕事の実態

#### 1) 基本属性、資格、キャリア

はじめに、調査結果から、地域包括支援センターの職員の基本属性、資格、キャリアについての特徴を述べる。

配置されている職員は、女性 (86.9%) が圧倒的に多い。保有資格については、ケアマネジャーが最も多く (55.3%)、それに、社会福祉士 (37.6%)、主任ケアマネジャー (32.9%) が続く。保健師資格保有者は 10.6%であり、比較的少ない。

採用・配属根拠となっている資格については、主任ケアマネジャー(ケアマネジャー)が 4 割弱と若干多いものの、保健師(看護師)、社会福祉士がそれぞれ 3 割程度と、分散している。保有資格と併せてみると、地域包括支援センターへの配属根拠が保健師(看護師)あるいは社会福祉士である者のうち、約2割はケアマネジャー資格も有している。

社会福祉や医療、介護の領域での仕事で5年以上のキャリアを有している者が8割を超えている。その中で、10年以上のキャリアを有するベテランが6割である。

地域包括支援センターの職員のキャリア・コースには「施設(看護・ケア)→在宅 → 地域包括支援センター」という特徴がある。入職初期には病院(病棟看護師)や介護施設 の介護職員や相談員を経験している者が多い。その後、デイサービスセンターや居宅介護 支援事業所、在宅介護支援センター、訪問看護や訪問介護事業所といった在宅ケアに関わ る事業所での就業経験を経て、地域包括支援センターに異動あるいは転職している者が多い

#### 2) 仕事の実態

次に、調査結果から、地域包括支援センターの仕事の実態について述べる。

各種担当業務のうち、介護予防プログラムを含む包括的支援事業の実施に係る割合については、地域包括支援センターによって分散しており、バラツキがある。全体業務量のうち、介護予防プログラムの実施に係る業務の割合は「 $0\sim20\%$ 」との回答が79.7%と最も多く、続く「 $21\%\sim40\%$ 」の9.5%と合わせると9割弱に達する。傾向としては、全体の仕事のなかで介護予防プログラムにはあまり多くの時間を割くことができない状況にある。一方、介護予防プログラムに係る業務の割合が60%以上といった回答も5%程度あり、地域

包括支援センター内での職員間分業が行われていることも窺える。

過去 3 ヶ月間の専門職一人当たりの相談件数は「 $11\sim30$  件」が最も多く(52.6%)、約半数を占めている。一方で、「 $0\sim10$  件」が 22.8%、「51 件以上」も 10.5%であり、地域包括支援センターによるバラツキが見られる。一方、相談件数のなかで具体的な支援に繋げることができなかったケースは少ない(10 件以下が 9 割)。「20 件以下」まで含めると 97.3%となり、受け付けた相談については、そのほとんどを具体的な支援に繋げることができている。

かつて相談を受けた高齢者・家族から再び持ち込まれた相談の割合、いわゆる「リピーター率」については、「 $0\sim10\%$ (47.3%)」が最も多く、「 $11\sim30\%$ (28.4%)」が続く。その一方で、「31%以上」を合わせると 24.4%となり、地域包括支援センターには、再び問題が生じるリスク環境にいる利用者層(難しいケース)とリピート率の低い比較的易しいケースの利用者層という幅があるということがわかる。

#### 3) 業務の改善について

本調査では、「地域包括ケアの中心的な担い手に相応しい地域包括支援センターとするために、組織体制の充実、業務改善などの果たすべき役割についての工夫」について、自由記述での回答を得ている。この結果から、(1)で述べた業務実態に対し、地域包括支援センターの専門職がどのような業務改善が必要と考えているのかを見ることとする。

#### ①業務量の多さ

まず、改善の前に、仕事実態について業務量の多さを指摘する声が多い。例えば、以下 のような声が挙げられている。

「今の包括業務の中では業務量が多く、人員予算不足。」

「とにかく忙しい。事務的な仕事で時間をとり、毎日毎日仕事が残ってしまう。どんど んあとまわしになる。せめて事務仕事の人がいるともっと地域に出ることができる。」 「少ない人数で行っており、実施する業務が多すぎる。」

「今の包括業務の中では業務量が多く、人員予算不足。地域間の連携というが、地域毎の特色があり一概に言えない。専門スタッフを充足させないと予防プラン作成の 2 足のワラジ状態ではむりと思う。ワンストップサービス、そしてノンストップサービスでは包括職員は疲れ果ててしまう。行政ははっきりした目標計画を示して欲しい。」

包括的支援事業と要支援 1、2 の介護予防ケアプランの業務を担う地域包括支援センターには、基準上 3 職種が最低限配置されているが、相談件数だけでは見えてこない、非常に多くの業務をこなさなければならない実態があることが窺える。業務量の多さとの関連で、人員不足や人員配置のための予算の少なさを訴える声もある。

## ②地域活動や介護予防プログラムに割ける時間の少なさ

業務量の多さにとどまらず、なぜそのような状況になっているか、あるいは、どのような改善が必要かについて、アンケートの自由記述の回答をもとに見ていく。

まず、要支援 1、2 の介護予防ケアプラン作成を中心とするケアマネジメント業務との 関連で、介護予防プログラムに割ける時間的余裕の無さを指摘する声が挙がっている。具 体的には、予防プランの担当件数に上限が無い(件数が多い)ことが問題であるといった 指摘や、そのことによって「本来の業務(=地域支援事業)」まで手が回らないため、要支 援 1、2 のプランを切り離すべきといった声もある。

「今は予防マネジメントの合間に介護予防やその他のプログラムを考えたり、企画しなければならずじっくり案をねる余裕がなくその場しのぎになっている。中身に関してもう少し工夫できる余裕が必要と思う。またこれから緊急対応その他の動きが円滑にできるようにするためにも時間的余裕がほしい。」

「予防プランに限度がなく、その仕事に追われており、しっかり地域活動が出来ない現状にある。職員  $3\sim4$  名ですべて満足する様な体制ではないと思う。増員、時間的な余裕があれば活動しやすくなると思う。」

「要支1、2のプランを切り離す。件数が多く、本来の業務まで手がまわらない。」

地域包括支援センターの専門職は、センターの本来業務の中心にあるべきは地域支援事業 (「地域包括ケア」あるいは「地域活動」などと表現されている)と捉えている。特定高齢者支援事業やサロン支援、地域診断を充実させたい、あるいはそうした仕事に積極的に取り組みたいと考えている一方で、予防ケアプランに係る業務とのバランスを取って業務にあたることの困難さに直面している。そうした地域包括支援センターの状況が以下のような声に現れている。

「業務内容を地域包括ケア業務のみにすべきである。現行の予防給付との業務では予防プラン中心となってしまい、包括単位で工夫しながら特高等に関わる余裕はない。」「介護予防支援事業に大半の時間をさかれている状況ですが、包括として力を入れなければならないのは「地域包括ケア」の方だと思う。予防給付の部分を分離してもらい、サロン支援や地域診断ができる体制をつくりたい。または1件の単位を上げ居宅への委託を押しすすめていく。」

その他、地域包括支援センターに配置されている 3 職種以外の専門職の能力が必要になっているという指摘もある。以下の指摘は、PT、OT の追加配置の必要性を述べているものであるが、敷衍して考えれば、介護予防プログラムのサービスを特定高齢者によりよく利用してもらうのに必要な専門知(専門職ではない)を、介護予防プログラムの実際の提供場面(事業所)や介護予防プログラム終了後の自主グループなどに、いかに付与してい

くかが課題となっていると考えられる。

「特に介護予防プログラムに関しては機能訓練に対する専門的な知識が求められる。その為、PTやOTを区単位で一人専門に配置する等直接助言を頂けると包括職員も利用者にプログラムをすすめやすいのではないかと考えている。又、介護予防のケアプランを切り離してもらえると包括のすべき業務がもっと行えると考えている。」

### 2. 地域包括支援センターの専門職から見た介護予防プログラムの利用率低迷の要因

# 1) 参加率が低迷であることについて

「介護予防プログラム」への参加率については、地域包括支援センターの職員の7割が低調だと感じている(「確かに低調だと思う」が71.8%)。一方、「低調だとは思っていない」者も8.2%おり、介護予防プログラムの参加率が高い地域包括支援センターもあることがわかる。また、通所型について低調であるという者は36.5%、訪問型について低調であるという者は44.7%であり、訪問型の方が通所型よりも低調であると認識されている。

さらに、地域包括支援センターの専門職が、介護予防プログラムが低調である原因をどのように認識しているかということについては、「特定高齢者の認定の仕組みに工夫の余地があるから(61.2%)」、「そもそも現行の介護予防サービスが高齢者のニーズに合致していないから(51.8%)」、「現行の介護予防プログラムに工夫の余地があるから(42.4%)」といった理由の指摘が多い。

# 2) 参加の理由について

特定高齢者が通所型介護予防プログラムに参加する理由について、地域包括支援センターの専門職がどのようにみているかということについては、「廃用予防や運動器機能の維持・向上のため(82.4%)」が最も多く、それに「健康・介護予防に関する知識や生活技術を得たいので(62.4%)」、「地域包括支援センター職員から勧められたので(54.1%)」が続く。また、「外に出て、人と交わる機会を欲しいので(43.5%)」といった社会性に関わる理由や、「生活の現状をなんとか変えるきっかけと捉えて(29.4%)」といった生活の変革意識とでもいうようなことに関わる理由も比較的多い。 一方、「仲間に誘われたから(10.6%)」や「家族からの助言(18.8%)」といった理由は少ない。また、「自分の経験や能力を活かしたい(0%)」や「人から認められたり、褒められたりしたいから(1.2%)」といったケースはほとんどない。

特定高齢者が訪問型介護予防プログラムを利用する理由について、地域包括支援センターの専門職がどのようにみているかということについては、「地域包括支援センター職員から勧められたので(36.5%)」や「健康・介護予防に関する知識や生活技術を得たいので(31.8%)」といった理由が比較的多い。一方、「認知症の症状が始まったのを自覚して(2.4%)」や「人から認められたり、褒められたりしたいから(0%)」といったケースは

ほとんどない。

- 3. 介護予防プログラムの参加率、利用率を高めるために
  - 1) 通所型介護予防プログラムの参加率を高めるための工夫について

通所型介護予防プログラムの参加率、利用率を高めるための工夫については、主に3つの点について指摘されている。すなわち、①3ヶ月後(プログラム終了後)のフォロー体制の充実、②利用手続きの簡略化、③利用しやすい開催場所の工夫およびサービスの見える化、である。

## ①3ヶ月後のフォロー体制の充実

通所型介護予防プログラムについては、3ヶ月のサービス終了後のフォロー体制をいかに充実させるかが課題となっている。せっかくサービスに繋いでも、その後の活動の継続が困難になっており、必要な時にいつでも参加できるようなサービスの充実が必要である。このサービスは、現行の通所型介護予防プログラムの開催回数、実施時期を増やすという方法だけでなく、そうした事業所でのサービスと自宅での自主活動との間の中間的な形態(自主グループなど)を充実させていくことが考えられる。

「3ヶ月すぎるとぷっつりサービスが切れる。あとは自責で自助努力というか選べるほどの事業所はない。通える所で年金から支払える金額の教室を多く作る。参加する事で自分の健康を保持できるという実績を示す。医療機関との連携を強める」

「プログラムが 3 ヶ月の限定であり、その後のフォローがないため、フォローしていく 仕組みを考えるべき。」

「毎月やれる様にすると良いと思う※曜日が決まっていると利用出来ない人もいる」 「いつでも参加できるよう、回数や場所を増やす」

「3ヶ月間の教室が終了した後の受け入れ先がない (特に運動) つくれない (つくらない) のであれば自宅での継続 (セルフケア) につなげられるような働きかけが他に必要だと思う。」

# ②利用手続きの簡略化

また、利用手続きの簡略化の必要性も挙げられている。特定高齢者の認定を経た後、プログラム利用の契約手続き等の必要性があり、実際のサービス利用までには時間がかかるという実態がある。しかしながら、利用者の生活は継続性を持っていて待ったなしであり、必要なときに必要なサービスを迅速に利用できるような環境整備が求められる。プログラム利用中の事故等などリスクマネジメントの観点からも最低限必要な「説明→同意→契約」といった手続は踏まえなければならないが、可能な限り簡略化して、利用しやすくする工夫をしていくことが求められる。

「利用するための手続きの簡易化」

「参加するための手続きが簡略(必要最小限)されるとよい。」

「ケアプランなど(契約含む)書類のやりとりが多く、よほどの意欲がある方でないと やる気がうせてしまうよう ⇒書類の簡素化。」

「書類が多く、手続き等がたいへんです。もっと気軽な利用、たとえば、集会所で行い、 5回に1回ぐらい事業所に通所する…など」

#### ③開催場所の工夫、内容の見える化

また、利用しやすい開催場所や内容の見える化を工夫することが必要であるという指摘もある。移動手段の確保に課題を抱えていたり、介護予防事業所を利用することに対する心理的なハードルが高いなどといったことも、通所型介護予防プログラムの利用を妨げる要因になっているようである。また、利用を始める前に、プログラムにはどんな人たちが参加しているのか、あるいはどんな場所でどんなスタッフと行うのか、実際の様子はどうなのか、といったサービスがリアルに見えないことによって利用に繋がらなかったり、利用を躊躇するケースもあると思われる。

「自分の身近な場所で通年開催されるとよい。」

「スポーツジムなど設備の充実したところなら行くのではないかと思う。デイサービス 等の場所にバスで行くことを恥と思っている人が多いので、そこが改善されれば増える のではないかと思う」

「実施する事業所がデイサービスだと参加意欲がわかない。スポーツジム、市民センター、コミュニティセンターなど利用すると良いのでは。」

「自室で通うことのできる場所。内容がイメージできるような資料」

「参加者が行きやすい場所の設定」

「事業所の選定について再考⇒質の担保。デイサービスへいくことへの抵抗がある方も いる。医療機関やスポーツジムだと前期高齢者の方も行きやすいのではないか」

## 2) 訪問型介護予防プログラムの利用率を高めるための工夫について

訪問型介護予防プログラムについては、例えば以下の指摘のように、医療的な判断が必要な難しいケースと比較的軽度のケースへの対応を充実させることが課題となっている。前者については、医療との連携を強化することが必要になる。後者については、サービス利用の対象者としての厳密な評価と手続きを経なくても、地域包括支援センターの専門職の観点から「気になる」利用者には何らかのアプローチをかけることができるような柔軟な制度運用あるいは中間形態のサービスの充実を行っていくということが求められる。

「かかりつけ医との連携の強化。特に うつ 閉じこもり に対しては介入が難しいため専門医との連携が重要」

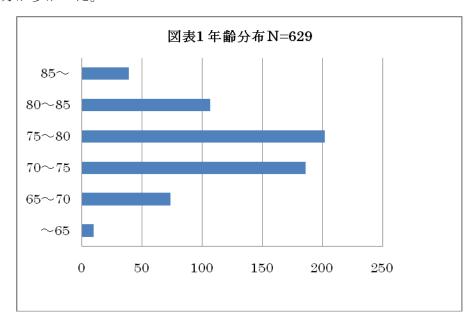
「既存のサービスの枠内だけでなく、ただ「訪問する」というところから関わって行け ると良いのではないか」

# 2 分析編

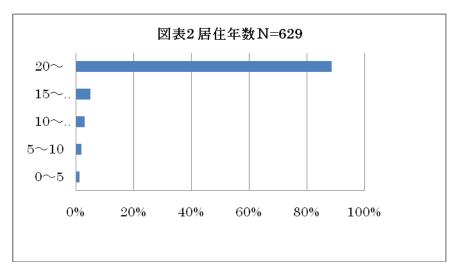
(1)「介護予防サービスの利用についての調査」結果の概要本章では、本調査で得られたデータの概要について説明する。

# ● 基本属性について

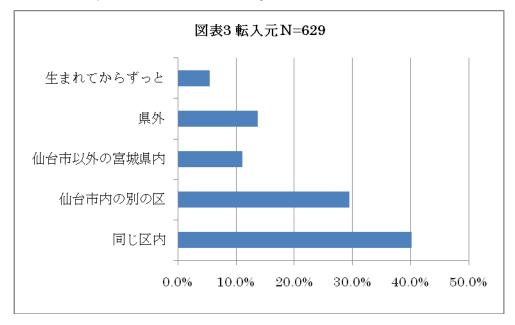
回答者 629 名の年齢分布を図表 1 に示す。回答者の平均年齢は 76.7±0.2 歳(標準偏差 0.56)である。男女比は、男性回答者 46.7%に対し、女性回答者 53.3%であり、僅かに女性 回答者の方が多かった。



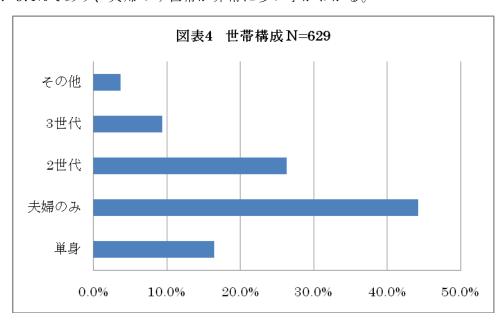
現住所での居住歴は、20 年以上が 88.9%と、ほとんどの者が現住所で 20 年以上生活を送っており、 $15\sim19$  年が 5%、 $10\sim14$  年が 3%、 $5\sim9$  年が 2%、 $0\sim4$  年が 1%という分布であった(図表 2)。



現住所への転入元は図表 3 に示すように、仙台市内からの転入が 40%で最大で、ついで、仙台市内の別の区 29%、県外からの転入が 14%、仙台市以外の宮城県内からが 11%、生まれてからずっと現住所で生活している者が 8%の順になっている。上記、居住年数とあわせて考えると、回答者の 8 割以上の居住地が宮城県名県内のみであり、7 割近くの回答者が仙台市内でのみ居住していることがわかる。

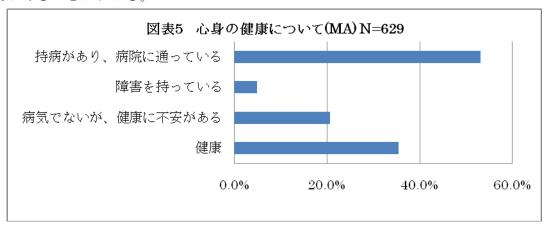


図表 4 は世帯構成を示している。夫婦のみ世帯が 44.2%、2 世代が 26.3%、単身が 16.5%、 3 世代が 9.4%であり、夫婦のみ世帯が非常に多い事がわかる。



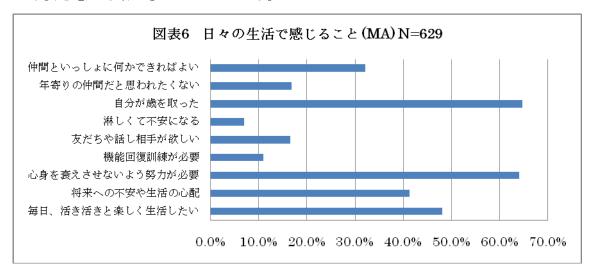
# ● 健康および介護状態について

回答者の 55.8%が過去に入院を要する大きな病気を患った経験があると回答していた。 現在の心身の健康について(図表 5)は、「持病があり、病院に通っている」との回答が 53.1%、 「障害を持っている」との回答が 4.9%、「病気ではないが、健康に不安がある」と回答し た者が 20.7%、「健康」と答えたものが 35.5%であり、約 65%の回答者が心身に何らかの 不安があることがわかる。



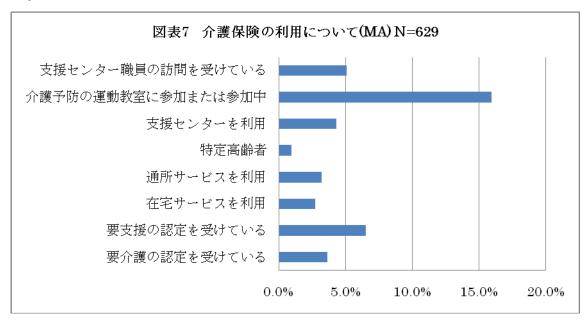
## ● 日々の生活で感じることについて

図表 6 は日々の「生活で感じること」に関しての回答結果である。「自分が年を取った」、「伸身を衰えさせない努力が必要」との回答が 60%を越えており、本人の加齢の実感が伺える。一方で、「年寄りの仲間だと思われたくない」との回答も 17%あった。この様な回答分布となった原因には、回答者の年齢分布が 60 歳から 95 歳までと広いため、まだ自分は若いと認識している層から、加齢の実感をする層まで、広く回答しているためと考えられる。一方で、「毎日、活き活きと暮らしたい」(48.0%)と「将来への不安や生活の心配」(41.3%)が比較的近い値を示しており、日々の生活を充実させたいと考えている反面、将来への不安を感じる者が多いことがわかる。



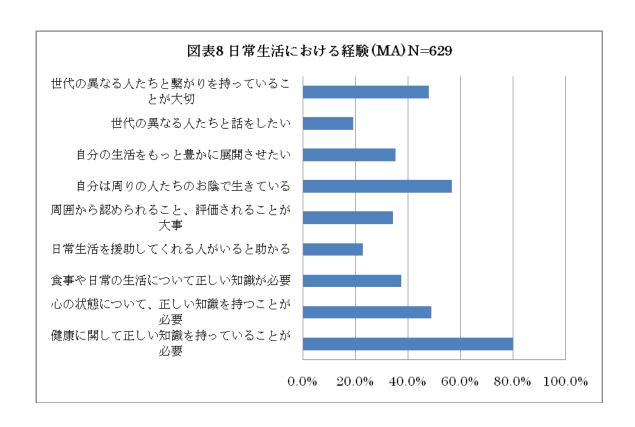
## ● 介護保険の利用について

回答者の介護保険の利用についてまとめたものが図表 7 である。「支援センター職員の訪問を受けている」と回答した者が 5%、「介護予防の運動教室に参加または参加中」が 15.9%、「支援センターを利用」が 4.3%、「特定高齢者の認定を受けている」と回答した者が 1.0%、「通所サービスを利用」が 3.2%、「在宅サービス」が 2.7%、「要支援の認定を受けている」と回答した者が 6.5%、「要介護の認定を受けている」と回答した者が 3.7%であった。



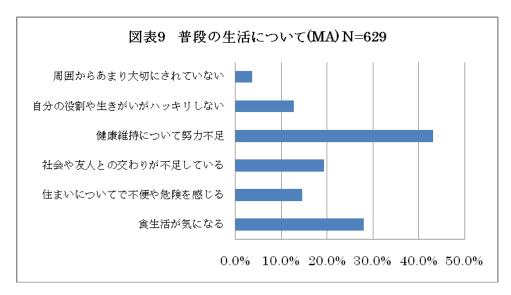
#### ● 日常生活における経験について

図表 8 は、日常生活において感じる経験をまとめたものである。「健康に関して正しい知識を持っていることが必要」との経験のある回答者が約 80%に達していることがわかる。次いで、「自分は周りの人たちのおかげで生きている」(56.8%)「心の状態について、正しい知識を持つことが必要」(48.8%)「世代の異なる人たちと繋がりを持っていることが大切」(48.0%)と社会との繋がりおよびメンタルへルス問題に関する経験をした回答者が多い事がわかる。また、「食事や日常の生活について正しい知識が必要」(37.5%)、「自分の生活をもっと豊かに展開させたい」(35.1%)「周囲から認められること、評価されることが大事」(34.3%)と、自らの生活を積極的に改善・向上させ、生活を豊かにしたいという経験を有した回答者が約 1/3 存在していることがわかる。



#### ● 普段の生活について

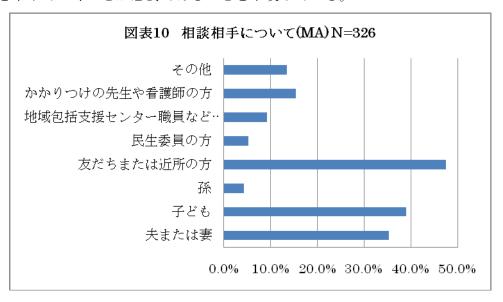
回答者が普段の生活で感じていることに関する質問に対する回答を図表 9 にまとめる。43.1%の回答者が健康維持に関して、現状で満足しておらず、努力不足を感じていることがわかる。また、その次に高い回答率の高い項目は、食生活に関するもの(28%)であり、回答者が食生活を含んだ健康維持への関心が高い事がわかる。一方、社会や友人との交わりが不足していると感じている者も 19.4%と、約 5 人に 1 人が回答しており、高齢者の関心事に社会との繋がり、交わりがあることが示された。



#### ● 意見を求める相手について

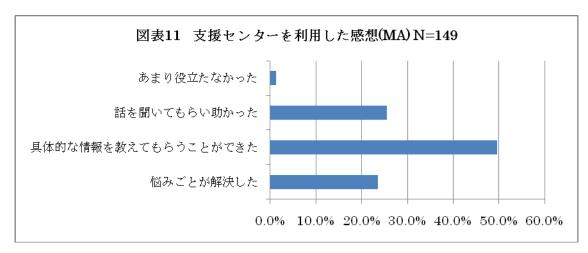
本調査では、意見を求めることができる相談相手がいるかの質問を行った。その結果、78%の回答者が相談相手を有しており、その内、86%の回答者が1年以内に相談相手に相談

していることがわかった。図表 10 に具体の相談相手を示す。最も相談を持ちかける相手が、身内ではなく、「友だちまたは近所の方」(47.5%)というのは意外な結果であるが、これは、単身世帯が 16.5%と比較的高い事に起因しているものと考えられる。一方、民生委員(5.2%)、支援センター職員(9.2%)、かかりつけの医者(15.2)に相談する者は比較的少ないことは、専門家からの助言を受ける機会が限られていることを示しており、今後、専門家の敷居を下げていくことが必要であることを示唆している。



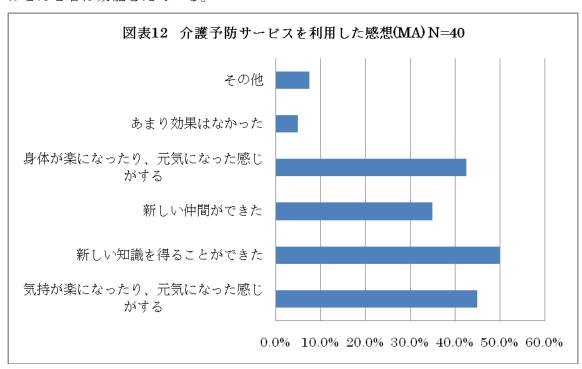
#### 支援センターの利用について

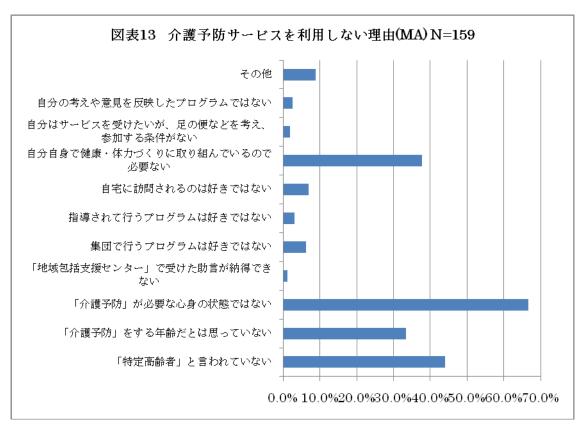
支援センターを認知している者は、回答者の 79.7%であり、支援センターの認知度は相当高い。また、図表 11 に支援センターを利用した者の感想をまとめるが、「あまり役に立たなかった」と回答する者は、利用経験がある者の、1.3%であり、98%以上の利用者が何らかの効用を得ており、非常に満足度が高いことがわかる。一方で、支援センターを知っていると回答した者の中で、実際にセンターを利用した者は 24.5%と低い。このことは、上記でも述べた専門家に助言を求めることの敷居が高い事と整合している。しかし、98%以上の利用者が何らかの効能を得ているように、支援センター職員は非常に質の高いサービスを提供しているので、如何に敷居を下げていくかが今後の課題と考えられる。



#### ● 介護予防サービスの利用について

介護予防サービスを認知しているものは全体の 33.8%であり、支援センターの認知度と比較すると、かなり低い数値となっている。さらに、介護予防サービスを使用している回答者は介護予防サービスを認知している者の 20.1%である(全体の約 6%)。一方、介護予防サービス利用者の感想を図表 12 に示すが、あまり効果がなかったと回答する者は 5.0%で、ほとんど者は効能をえている。





図表 13 に介護予防サービスを知っているにも関わらず、介護予防サービスを利用しない理由の回答結果をまとめたものを示す。介護予防サービスを利用しない理由で割合が多かった項目は「「介護予防」が必要な心身の状態ではない」(66.7%)、「特定高齢者と言われていない」(44.0%)、「自分自身で健康・体力づくりに取り組んでいるので必要ない」(37.7%)、「「介護予防」をする年齢だとは思っていない」(33.3%)であった。これらの項目は、主観的評価と、客観評価の間にギャップがある可能性を示しており、今後、更なる調査が必要である。

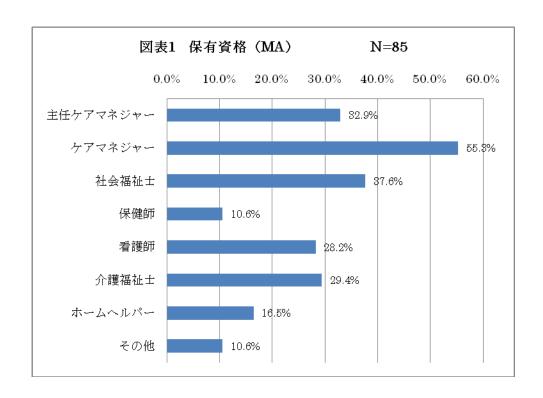
#### (2)「地域包括支援センターの包括的支援事業についての調査」結果の概要

#### 1. 属性、経験年数、キャリアについて

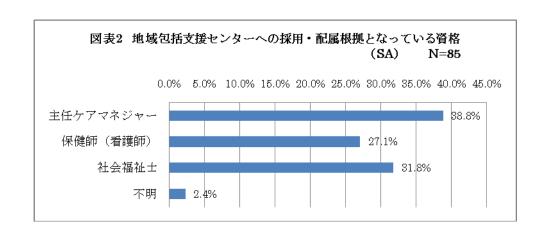
回答者85名の基本属性については次の通りである。

女性が 86.9%、男性が 13.1%であり、女性が圧倒的に多い。平均年齢は 41.5 歳で標準偏差は 10.6、標準誤差は 1.3 であった。

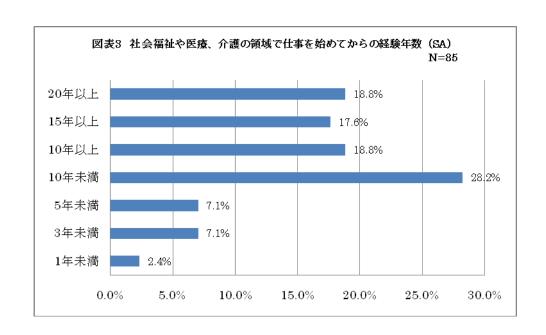
保有資格(図表 1)については、ケアマネジャーが 55.3%と最も多く、社会福祉士(37.6%)、主任ケアマネジャー (32.9%) と続く。保健師は 10.6%であり、最も少ない。その他の主な資格は社会福祉主事であった。



採用あるいは配属根拠となっている資格(図表 2)については、主任ケアマネジャーが38.8%と若干多いものの、保健師(看護師)および社会福祉士については概ね 3 割程度となっており、地域包括支援センターに配置されている 3 職種からバランスよく回答を得られたことがわかる。図表 1 に示した保有資格と併せて考えると、地域包括支援センターには保健師(看護師)あるいは社会福祉士として配置されているが、その中の 2 割ほどはケアマネジャー資格も有しているということがわかる。



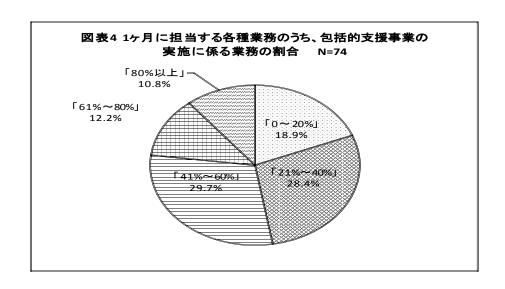
社会福祉や医療、介護の領域で仕事を始めてからの経験年数(図表 3)については、5年以上 10年未満が 28.2%と最も多く、10年以上 15年未満 (18.8%)、20年以上 (18.8%)、15年以上 20年未満 (17.6%)と続く。0~5年未満の者 (16.6%)は比較的少ない。80%以上が 5年以上のキャリアを有している。



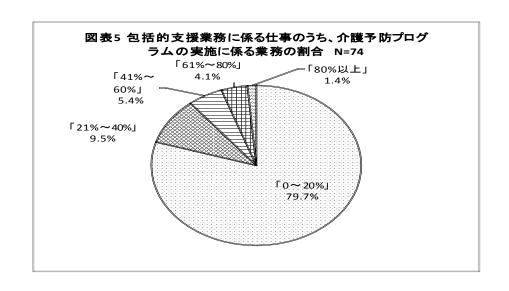
キャリア・コースについての詳細は、本報告書第Ⅲ部資料編に収録されているので参照していただきたい。全体的には次のような傾向があると思われる。すなわち、入職初期には病院(病棟看護師)や介護施設の介護職員や相談員を経験している者が多い。その後、デイサービスセンターや居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター、訪問看護や訪問介護事業所といった在宅ケアに関わる事業所での就業経験を経て、地域包括支援センターに異動あるいは転職している者が多い。地域包括支援センターの職員のキャリア・コースには「施設(看護・ケア)→在宅 →地域包括支援センター」という特徴がある。

#### 2. 現在の業務について

1 ヶ月に担当する各種業務のうちで、包括的支援事業の実施に係る業務の割合(図表 4)については、全体的に分散しており、地域包括支援センターによるバラツキが見られた。「 $41\%\sim60\%$ 」が 29.7%、「 $21\%\sim40\%$ 」が 28.4%と比較的多い一方、「 $0\sim20\%$ (18.9%)」や「80%以上(10.8%)」も少なくない。

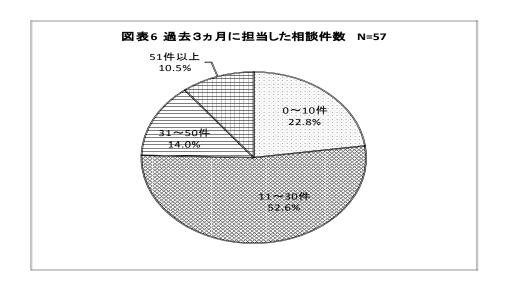


次に、包括的支援事業のなかで、通所型および訪問型を合わせた介護予防プログラムの実施にかかる割合については、図表 5 の通りであった。全体業務量の「 $0\sim20\%$ 」との回答が 79.7%と最も多く、続く「 $21\%\sim40\%$ 」の 9.5%と合わせると 9 割弱に達する。一方で、少ないながらも 60%以上といった回答も 5%程度あり、地域包括支援センターによって若干のバラツキが見られる。

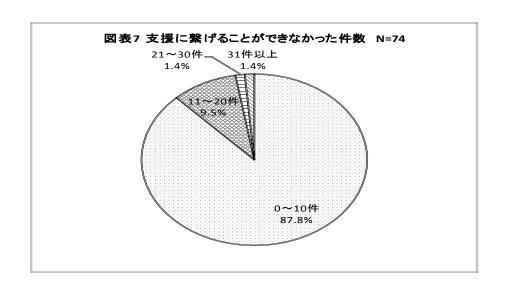


#### 3. 相談件数、相談が持ち込まれる経路等について

過去 3 ヶ月間に担当した相談件数については図表 6 の通りであった。「 $11\sim30$  件」が最も多く(52.6%)、約半数を占めている。一方で、「 $0\sim10$  件」が 22.8%、「51 件以上」も 10.5%であり、地域包括支援センターによるバラツキが見られる。

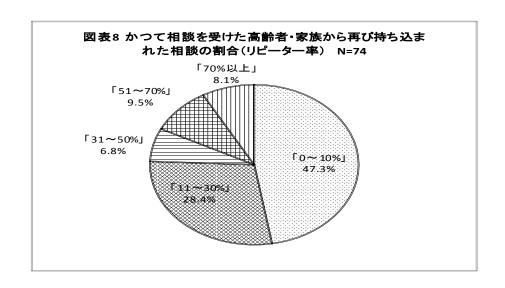


次に、相談を受けたなかで、具体的な支援に繋げられなかった件数については、図表 7 の通りであった。「 $0\sim10$  件」が 87.8%であり、受け付けた相談については、そのほとんどを支援に繋げられているということがわかる。「20 件以下」まで含めると 97.3%となる。

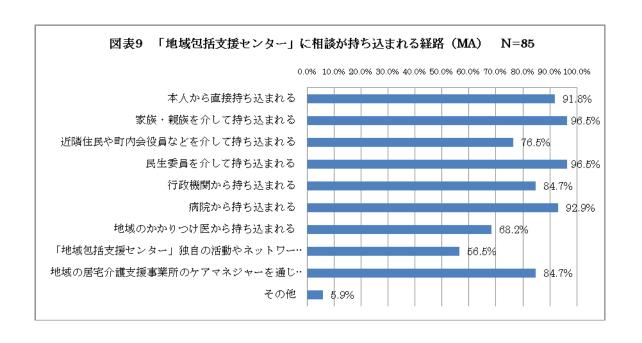


かつて相談を受けた高齢者・家族から再び持ち込まれた相談の割合、いわゆる「リピーター率」については、図表 8 の通りであった。「 $0\sim10\%$ (47.3%)」が最も多く、「 $11\sim30\%$ (28.4%)」が続く。その一方で、「31%以上」を合わせると 24.4%となり、地域包括支援

センターには、再び問題が生じるリスク環境にいる利用者層 (難しいケース) とリピート 率の低い比較的易しいケースの利用者層という幅があるであろうことがわかる。



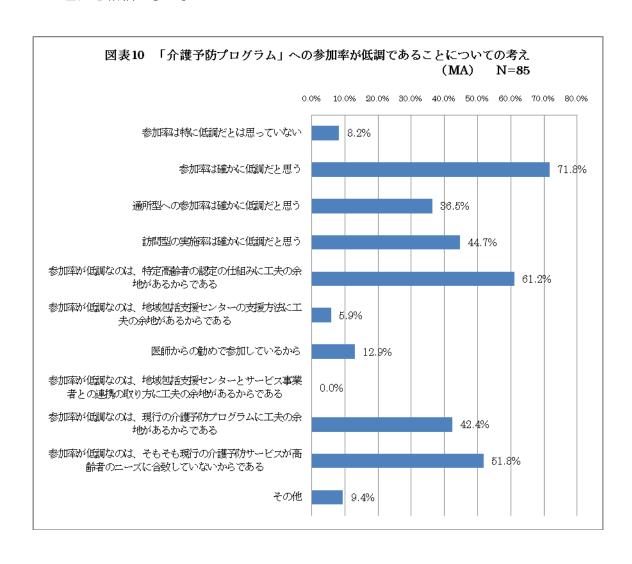
地域包括支援センターに相談が持ち込まれる経路については、多くの経路で高い割合を示している(図表 9)。中でも「本人 (91.8%)」、「家族、親族 (96.5%)」、「民生委員 (96.5%)」、「病院 (92.9%)」の割合が高く、9割を超えている。また、「行政機関 (84.7%)」や「地域の居宅介護支援事業所 (84.7%)」の割合も高く、これら機関・事業所との繋がりも強いことがわかる。一方で、「地域のかかりつけ医 (68.2%)」、「地域包括支援センター独自の活動やネットワーク (56.5%)」が若干低い傾向にある。



#### 4.「介護予防プログラム」への参加率が低調であることについての考え

「介護予防プログラム」への参加率が低調であることについての考えを聞いた結果が図表 10 である。参加率が低調かどうかについては、「確かに低調だと思う」が 71.8%であり、7 割は低調だと感じている。一方、「低調だとは思っていない」者も 8.2%おり、介護予防プログラムの参加率が高い地域包括支援センターもあることがわかる。通所型について低調であるという者は 36.5%、訪問型について低調であるという者は 44.7%であり、訪問型の方が比較的低調であると認識されていることがわかる。

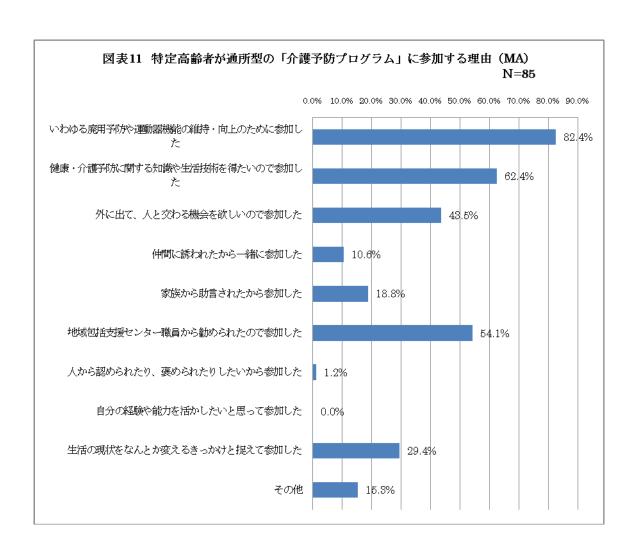
次に、地域包括支援センターの専門職が、介護予防プログラムが低調である原因をどのように認識しているかということについては、「特定高齢者の認定の仕組みに工夫の余地があるから (61.2%)」、「そもそも現行の介護予防サービスが高齢者のニーズに合致していないから (51.8%)」、「現行の介護予防プログラムに工夫の余地があるから (42.4%)」といった理由を指摘が多い。



#### 5. 通所型介護予防プログラムへの参加理由について

特定高齢者が通所型介護予防プログラムに参加する理由について、地域包括支援センターの専門職がどのようにみているか、ということについての結果が図表 11 である。「廃用予防や運動器機能の維持・向上のため (82.4%)」が最も多く、それに「健康・介護予防に関する知識や生活技術を得たいので (62.4%)」、「地域包括支援センター職員から勧められたので (54.1%)」が続く。また、「外に出て、人と交わる機会を欲しいので (43.5%)」といった社会性に関わる理由や、「生活の現状をなんとか変えるきっかけと捉えて (29.4%)」といった生活の変革意識とでもいうようなことに関わる理由も比較的多い。

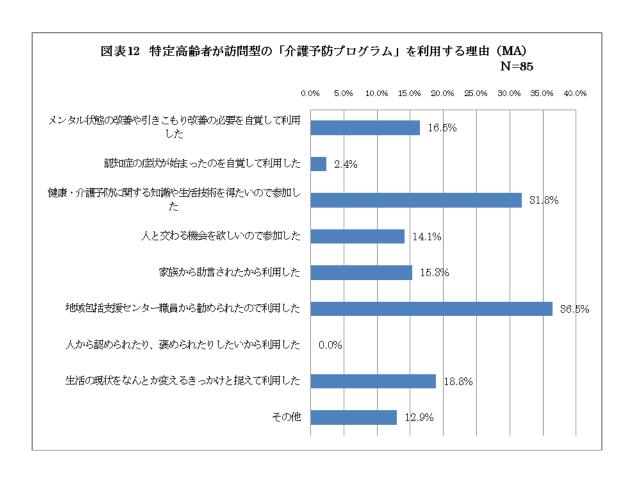
一方、「仲間に誘われたから(10.6%)」や「家族からの助言(18.8%)」といった理由は少ない。また、「自分の経験や能力を活かしたい(0%)」や「人から認められたり、褒められたりしたいから(1.2%)」といったケースはほとんどない。



#### 6. 訪問型介護予防プログラムの利用理由について

特定高齢者が訪問型介護予防プログラムを利用する理由について、地域包括支援センターの専門職がどのようにみているか、ということについての結果が図表 12 である。「地域包括支援センター職員から勧められたので(36.5%)」や「健康・介護予防に関する知識や生活技術を得たいので(31.8%)」といった理由が比較的多い。

一方、「認知症の症状が始まったのを自覚して(2.4%)」や「人から認められたり、褒められたりしたいから(0%)」といったケースはほとんどない。



以上、「地域包括支援センターの包括的支援事業についての調査」結果の概要について紹介した。本アンケート調査では、他に「介護予防プログラムの周知を促進するための工夫」、「通所型/訪問型介護予防プログラムの参加率を高めるための工夫」、「地域包括ケアの中心的な担い手に相応しい地域包括支援センターとするための組織体制や業務の改善に関する工夫」について、自由記述方式で回答を得ている。これらの項目についての分析的な解釈については、第 I 部総論編の 4. にまとめている。また、得られた回答の詳細については、第 II 部資料編の(3)にすべて収録しているので、参照いただきたい。

# 「介護予防サービスの利用についての調査」資料

- (1)アンケート調査票
- (2)単純集計表

#### 介護予防サービスの利用についての調査

#### 【調査にご協力ください】

介護保険制度のもとで、「介護予防サービス」が実施されています。この調査は、仙台市内にお住まいの65歳以上の皆さまを対象に、「介護予防サービス」の利用やサービス内容に関するご要望をお尋ねし、より良いサービスを作るために、大学として研究を進め、行政に提案することを目的にしています。この調査は、「地域支援事業における通所型介護予防事業の利用阻害要因に関する調査研究」(プロジェクト代表者: 萩野寛雄・東北福祉大学総合マネジメント学部准教授、厚生労働省老人保健事業推進費助成)が実施するものです。

この調査票には、お名前、ご住所などあなたの個人情報に関する設問は含まれておりません。調査結果は学術的方法に基づき数量的・類型的に分析され、 あなたのプライバシーがいかなる意味でも他人に知られることは決してありません。得られた情報は本研究目的以外に使用いたしませんし、情報が外部に漏洩しないよう細心の注意を払います。

ご回答いただいた調査票は、返信用封筒に入れ、**平成 年 月 日までに** 郵便ポストに投函ください。<u>封筒や調査票に、あなたのお名前やご住所などを</u> 記入しないでください。

このアンケートは強制的なものではありません。ご協力いただけるかどうかは、ご自由にお決めください。

平成 年 月

調査事務局(お問い合わせ先) 東北福祉大学総合マネジメント学部 萩野寛雄 研究室 (担当:岩田)

電話 022-301-1169 Email chikura3@tfu-mail.tfu.ac.jp

	満
問 2	あなたの性別を伺います (あてはまる番号を○で囲んでください)
	1. 男性 2. 女性
問3	あなたは、現在の住所にお住まいになって何年になりますか(数字をご記入ください)
	満年
問 4	あなたは、現在の住所にどこから転入してこられましたか
1	(あてはまる番号を○で囲んでください)
	1. 同じ区内から
	2. 仙台市内の別の区から
	3. 仙台市以外の宮城県内から
	4. 県外から
	5. 生まれてからずっと今の住所に住み続けている
問 5	あなたの世帯構成を伺います(あてはまる番号を○で囲んでください)
	1. 単身でお住まい
	2. ご夫婦でお住まい
	3. 2世代でお住まい(お子さま世代とご一緒にお住まい)
	4. 3世代でお住まい(お子さま世代、お孫さま世代とご一緒にお住まい)
	5. その他(例:お孫さまと一緒にお住まい、ご兄弟と一緒にお住まい など)
II &	めなたの健康や要介護の状態について伺います。
問 6	あなたは、これまでに、入院するような大きな病気をしたことがありますか (あてはまる番号を○で囲んでください)
	1. ない 2. ある

I お答えいただくあなたについてお尋ねします。

問1 あなたは、現在、おいくつですか(数字をご記入ください)

#### 問7 あなたは、現在は心身ともに健康ですか

(あてはまる番号をすべて○で囲んでください)

- 1. 健康である
- 2. 病気ではないが、健康に不安や心配を持っている
- 3. 障害を持っている
- 4. 持病があり、医者に通ったり、薬を飲んだりしている

#### 問8 あなたは、次のような状態になることがありますか

(あてはまる番号をすべて○で囲んでください)

- 1. 毎日、活き活きと楽しく生活したいと思うことがある
- 2. 将来への不安や生活の心配など、自分のこれからを気遣うことがある
- 3. これ以上心身を衰えさせないよう努力が必要だな、と思うことがある
- 4. 機能回復訓練(リハビリテーション)が必要な状態だと思うことがある
- 5. 友だちや話し相手が欲しい時がある
- 6. 淋しくて不安になることがある
- 7. 自分が歳を取ったな、と思うことがある
- 8. 自分が年寄りの仲間だと思われたくない時がある
- 9. 仲間といっしょに何かできればいいな、と思うことがある

#### 問9 あなたは、介護保険を利用していますか

(あてはまる番号をすべて○で囲んでください)

- 1. 要介護の認定を受けている
- 2. 要支援の認定を受けている
- 3. 在宅サービス(ホームヘルパーなど)を使っている
- 4. 通所サービス (デイサービス、ショートステイなど) を使っている
- 5. 特定高齢者であると言われた
- 6. 相談で地域包括支援センターを訪れたことがある
- 7. 介護予防の運動教室に参加したことがある、または、現在参加している
- 8. 地域包括支援センターの職員さんが定期的に訪問してくれている

- III あなたの日常生活についてお伺いします。
- 問10 あなたは、次のようなことをしていますか

(あてはまる番号をすべて○で囲んでください)

- 1. 地元の老人クラブに参加している
- 2. 老人憩の家を利用している
- 3. コミュニティセンター (コミセン) の行事に参加している
- 4. 町内会の活動や地域のサークル活動、趣味の集いに参加している
- 5. 街の有料のカルチャー教室や趣味の教室に参加している
- 6. 散歩やウォーキングを楽しんでいる
- 7. 買い物を楽しんでいる
- 8. 近所の友人などとお茶飲みを楽しんでいる
- 9. 登山や釣りを楽しんでいる
- 10. スポーツクラブに通っている
- 11. 旅行を楽しんでいる
- 12. 外に食事に出て楽しんでいる
- 13. そうした活動や参加にはあまり関心が無い
- 問11 あなたは、次のような経験をされたことがありますか

(あてはまる番号をすべて○で囲んでください)

- 1. 健康に関して正しい知識を持っていることが大切だと感じたことがある
- 2. 家族や友人の心の状態について、正しい知識を持っていることが大切だと感じたことがある
- 3. 食事や日常の生活について正しい知識を持っていないと怖いと思ったことがある
- 4. 日常生活の身の回りのことを援助してくれる人がいると助かると思ったことがある
- 5. 周囲から認められること、評価されることが大事だと思ったことがある
- 6. 自分は周りの人たちのお陰で生きていると思ったことがある
- 7. これからの自分の生活をもっと豊かに展開させたいと思ったことがある
- 8. 世代の異なる人たちと話をしたいと思ったことがある
- 9. 世代の異なる人たちとつながりを持っていることが大切だと思ったことがある
- 問12 普段の生活について伺います (あてはまる番号をすべて○で囲んでください)
  - 1. 自分の食生活で気になることがある
  - 2. 住まいのことで不便や危険を感じることがある
  - 3. 社会や友人との交わりが不足していると思うことがある
  - 4. 健康維持について努力不足と感じることがある
  - 5. 自分の役割や生きがいがハッキリしないと思うことがある
  - 6. 周囲からあまり大切にされていないと感じることがある

- 問13 他人の意見を欲しいことがある場合に、どのようになさっていますか
  - 肢(1) 意見を求めることができる方がいますか(あてはまる番号を○で囲んでください)
    - 1. いません →1. に $\bigcirc$ を付けた方は、問14 $\bigcirc$ 進んでください
    - 2. います
      - →2. に○を付けた方に伺います
        - 肢(2) その方に実際に意見を求めたことがありますか

(あてはまる番号を○で囲んでください)

- 1. ありません  $\rightarrow 1$ .  $\bigcirc$  を付けた方は、問14へ進んでください
- 2. あります
  - $\rightarrow 2$ . に $\bigcirc$ を付けた方に伺います
    - 肢(3) 最近意見を求めたのはいつごろですか (あてはまる番号を○で囲んでください)
      - 1. 頻繁に相談している
      - 2. 1月以内
      - 3. 半年以内
      - 4. 1年以内
      - 5. 1年以上前
    - 肢(4) その方はどなたですか

(あてはまる番号を○で囲んでください)

- 1. 夫または妻
- 2. 子ども
- 3. 孫
- 4. 友だちまたは近所の方
- 5. 民生委員の方
- 6. 地域包括支援センター職員などの専門職の方
- 7. かかりつけの先生や看護師の方
- 8. その他(具体的に: )

- IV 介護予防サービスの利用についてお伺いします。
- 問14 あなたは「地域包括支援センター」をご存知ですか

(あてはまる番号を○で囲んでください)

- 1. 知らないです →1.  $\mathbb{C}$ ○を付けた方は問15に進んでください
- 2. 知っています
  - →2. に○を付けた方に伺います
    - 肢(1)「地域包括支援センター」を利用したことはありますか (あてはまる番号を○で囲んでください)
      - 1. ないです →1. に $\bigcirc$ を付けた方は問15に進んでください
      - 2. あります
        - →2. に○を付けた方に伺います
        - 肢(2) 利用してみて、いかがでしたか

(あてはまる番号をすべて○で囲んでください)

- 1. 悩みごとが実際に解決した
- 2. 具体的な情報を教えてもらうことができた
- 3. 話を聞いてもらい助かった
- 4. あまり役立たなかった
- 問15 介護保険制度に「介護予防プログラム」という介護予防を目的としたサービスが あることをご存知ですか (あてはまる番号を○で囲んでください)

  - 2. 知っています
    - →2. に○を付けた方に伺います
      - 肢(1) 「介護予防プログラム」のサービスを利用したことがありますか (あてはまる番号を○で囲んでください)
        - 1. ありません →1. に○を付けた方は問16に進んでください
        - 2. あります
          - →2. に○を付けた方に伺います
            - 肢(2) それはどのようなサービスでしたか

(あてはまる番号を○で囲んでください)

- 1. 介護事業所に行って受けるサービスでした
- 2. 専門の職員の方が自宅を訪問してくれるサービスでした

肢(3)	サービスを利用して、その効果はいかがでしたか
	(あてはまる番号を○で囲んでください

- 1. 気持ちが楽になったり、元気になった感じがする
- 2. 新しい知識を得ることができた
- 3. 新しい仲間ができた
- 4. 身体が楽になったり、元気になった感じがする
- 5. あまり効果はなかった
- 6. その他

(具体的に:

- 問16「介護予防プログラム」のことは知っているけれども、利用したことのない方に伺います (あてはまる番号をすべて○で囲んでください)
  - 1. 自分は「特定高齢者」だとは言われていない
  - 2. 自分はまだ「介護予防」をする年齢だとは思っていない
  - 3. 自分はまだ「介護予防」が必要な心身の状態ではない
  - 4.「地域包括支援センター」で受けた助言が自分にはしっくり納得できない
  - 5. 集団で行うプログラムは好きではない
  - 6. 指導されて行うプログラムは好きではない
  - 7. 自宅に訪問されるのは好きではない
  - 8. 自分自身で健康・体力づくりに取り組んでいるので必要ない
  - 9. 自分はサービスを受けたいが、足の便などを考え、参加する条件がない
  - 10. 自分の考えや意見を反映したプログラムではない
  - 11. その他

(具体的に: )

質問は以上です。長時間のご協力に感謝申し上げます。

## (2)単純集計表

- I お答えいただくあなたについてお尋ねします。
- 問1 あなたは、現在、おいくつですか

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
		₩.	抽準信益	推進記书
		平均	標準偏差	標準誤差
	全体	76.7	5.66	0.2276

#### 問2 あなたの性別を伺います (SA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	男	294	46.7%	46.7%
2	女	335	53.3%	53.3%
	不明			
	全体	629	100%	100.0%

#### 問3 あたなは、現在の住所にお住いになって何年になりますか

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
		平均		
	全体	36.6		

#### 問4 あたたは、現在の住所にどこから転入してこられましたか (SA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	同じ区内から	251	39.9%	40.2%
2	仙台市内の別の区から	184	29.3%	29.5%
3	仙台市以外の宮城県内から	69	11.0%	11.1%
4	県外から	86	13.7%	13.8%
5	生まれてからずっと今の住所に住み続けている	34	5.4%	5.4%
	不明	5	0.8%	0.8%
	全体	629	100%	100%

#### 問5 あなたの世帯構成を伺います (SA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	単身でお住まい	102	16.2%	16.5%
2	ご夫婦でお住まい	274	43.6%	44.2%
3	2世代でお住まい(お子さま世代とご一緒にお住まい)	163	25.9%	26.3%
4	3世代でお住まい(お子さま世代、お孫さま世代とご一緒にお住ま い)	58	9.2%	9.4%
5	その他(例:お孫さまと一緒にお住まい、ご兄弟と一緒にお住まいなど)	23	3.7%	3.7%
	不明	9	1.4%	
	全体	629	100%	100%

#### Ⅱ あなたの健康や要介護の状態について伺います。

#### 問6 あなたは、これまでに、入院するような大きな病気をしたことがありますか(SA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	ない	278	44.2%	44.2%
2	ある	351	55.8%	55.8%
	不明	0	0.0%	
	全体	629	100%	100.0%

#### 問7 あなたは、現在は心身ともに健康ですか(MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	健康である	223	35.5%	
2	病気ではないが、健康に不安や心配を持っている	130	20.7%	
3	障害を持っている	31	4.9%	
4	持病があり、医者に通ったり、薬を飲んだりしている	334	53.1%	
	回答者数	629		

#### 問8 あなたは、次のような状態になることがありますか (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	毎日、活き活きと楽しく生活したいと思うことがある	302	48.0%	
2	将来への不安や生活の心配など、自分のこれからを気遣うことがあ る	260	41.3%	
3	これ以上心身を衰えさせないよう努力が必要だな、と思うことがある	403	64.1%	
4	機能回復訓練 (リハビリテーション) が必要な状態だと思うことがある	69	11.0%	
5	友だちや話し相手が欲しい時がある	104	16.5%	
6	淋しくて不安になることがある	44	7.0%	
7	自分が歳を取ったな、と思うことがある	407	64.7%	
8	自分が年寄りの仲間だと思われたくない時がある	106	16.9%	
9	仲間といっしょに何かできればいいな、と思うことがある	202	32.1%	
	回答者数	629		

問9 あなたは、介護保険を利用していますか(MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	要介護の認定を受けている	23	3.7%	
2	要支援の認定を受けている	41	6.5%	
3	在宅サービス(ホームヘルパーなど)を使っている	17	2.7%	
4	通所サービス (デイサービス、ショートステイなど) を使っている	20	3.2%	
5	特定高齢者であると言われた	6	1.0%	
6	相談で地域包括支援センターを訪れたことがある	27	4.3%	
7	介護予防の運動教室に参加したことがある、または、現在参加している	100	15.9%	
8	地域包括支援センターの職員さんが定期的に訪問してくれている	32	5.1%	
	回答者数	629		

#### Ⅲ あなたの日常生活についてお伺いします。

問 10 あなたは、次のようなことをしていますか (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	地元の老人クラブに参加している	547	87.0%	
2	老人憩いの家を利用している	98	15.6%	
3	コミュニティセンター(コミセン)の行事に参加している	236	37.5%	
4	町内会の活動や地域のサークル活動、趣味の集いに参加している	427	67.9%	
5	街の有料のカルチャー教室や趣味の教室に参加している	120	19.1%	
6	散歩やウォーキングを楽しんでいる	273	43.4%	
7	買い物を楽しんでいる	310	49.3%	
8	近所の友人などとお茶飲みを楽しんでいる	237	37.7%	
9	登山や釣りを楽しんでいる	37	5.9%	
10	スポーツクラブに通っている	73	11.6%	
11	旅行を楽しんでいる	246	39.1%	
12	外に食事に出て楽しんでいる	271	43.1%	
13	そうした活動や参加にはあまり関心が無い	32	5.1%	
	回答者数	629		

問 11 あなたは、次のような経験をされたことがありますか (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	健康に関して正しい知識を持っていることが大切だと感じたこと がある	503	80.0%	
2	家族や友人の心の状態について、正しい知識を持っていることが大 切だと感じたことがある	307	48.8%	
3	食事や日常の生活について正しい知識を持っていないと怖いと思 ったことがある	236	37.5%	
4	日常生活の身の回りのことを援助してくれる人がいると助かると 思ったことがある	143	22.7%	
5	周囲から認められること、評価されることが大事だと思ったことが ある	216	34.3%	
6	自分は周りの人たちのお陰で生きていると思ったことがある	357	56.8%	
7	これからの自分の生活をもっと豊かに展開させたいと思ったこと がある	221	35.1%	
8	世代の異なる人たちと話をしたいと思ったことがある	121	19.2%	
9	世代の異なる人たちとつながりを持っていることが大切だと思っ たことがある	302	48.0%	
	回答者数	629		

#### 問12 普段の生活について伺います (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	自分の食生活で気になることがある	176	28.0%	
2	住まいのことで不便や危険を感じることがある	92	14.6%	
3	社会や友人との交わりが不足していると思うことがある	122	19.4%	
4	健康維持について努力不足と感じることがある	271	43.1%	
5	自分の役割や生きがいがハッキリしないと思うことがある	80	12.7%	
6	周囲からあまり大切にされていないと感じることがある	23	3.7%	
	回答者数	629		

#### 問13 他人の意見を欲しいことがある場合に、どのようになさっていますか

### 問 13 肢(1) 意見を求めることができる方がいますか (SA)

No.		回答数	%(全体)	%(除不)
1	いません	122	19.4%	22.0%
2	います	432	68.7%	78.0%
	不明	75	11.9%	
	全体	629	100%	100%

#### 問 13 肢(2) 肢(1)で2に○を付けた方に伺います。その方に実際に意見を求めたことがありますか (SA)

		回答数	% (全体)	% (除不)
1	ありません	98	22.7%	23.1%
2	あります	326	75.5%	76.9%
	不明	8	1.9%	
	全体	432	100%	100.0%

#### 問 13 肢(3) 肢(2)で2に○をつけた方に伺います。最近意見を求めたのはいつごろですか(SA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	頻繁に相談している	159	48.8%	50.0%
2	1月以内	74	22.7%	23.3%
3	半年以内	40	12.3%	12.6%
4	1年以内	26	8.0%	8.2%
5	1年以上前	19	5.8%	6.0%
	不明	8	2.5%	
	全体	326	100%	100.0%

#### 問 13 肢(4) その方はどなたですか (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	夫または妻	115	35.3%	
2	子ども	127	39.0%	
3	孫	14	4.3%	
4	友だちまたは近所の方	155	47.5%	
5	民生委員の方	17	5.2%	
6	地域包括支援センター職員などの専門職の方	30	9.2%	
7	かかりつけの先生や看護師の方	50	15.3%	
8	その他	44	13.5%	
	回答者数	326		

#### IV 介護予防サービスの利用についてお伺いします。

#### 問 14 あなたは「地域包括支援センター」をご存知ですか(SA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	知らないです	121	19.2%	20.3%
2	知っています	474	75.4%	79.7%
	不明	34	5.4%	
	全体	629	100%	100.0%

# 問 14 肢(1) 問 14 で 2 に〇を付けた方に伺います。「地域包括支援センター」を利用したことはありますか (SA)

No.		回答数	%(全体)	% (除不)
1	ないです	348	73.4%	75.5%
2	あります	113	23.8%	24.5%
	不明	13	2.7%	
	全体	474	100%	100.0%

#### 問14 肢(2) 利用してみて、いかがでしたか (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	悩みごとが実際に解決した	35	23.5%	
2	具体的な情報を教えてもらうことができた	74	49.7%	
3	話を聞いてもらい助かった	38	25.5%	
4	あまり役立たなかった	2	1.3%	
	全体	149		

# 問 15 介護保険制度に「介護予防プログラム」という介護予防を目的としたサービスがあることをご存知ですか(SA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	知りません	390	62.0%	66.2%
2	知っています	199	31.6%	33.8%
	不明	40	6.4%	
	全体	629	100%	100.0%

# 問 15 肢(1) 問 15 で 2 に〇を付けた方に伺います。「介護予防プログラム」のサービスを利用したことがありますか(SA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	ありません	159	79.9%	
2	あります	40	20.1%	
	不明	0	0.0%	
	全体	199	100%	

#### 問 15 肢(2) 肢(1)で2に○を付けた方に伺います。それはどのようなサービスでしたか

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	介護事業所に行って受けるサービスでした	20	50.0%	57.1%
2	専門の職員の方が自宅を訪問してくれるサービスでした	15	37.5%	42.9%
	不明	5	12.5%	
	全体	40	100%	100.0%

問 15 肢(3) サービスを利用して、その効果はいかがでしたか (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	気持が楽になったり、元気になった感じがする	18	45.0%	
2	新しい知識を得ることができた	20	50.0%	
3	新しい仲間ができた	14	35.0%	
4	身体が楽になったり、元気になった感じがする	17	42.5%	
5	あまり効果はなかった	2	5.0%	
6	その他	3	7.5%	
	回答数	40		

問 16 「介護予防プログラム」のことは知っているけれども、利用したことのない方に伺います (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	自分は「特定高齢者」だとは言われていない	70	44.0%	
2	自分はまだ「介護予防」をする年齢だとは思っていない	53	33.3%	
3	自分はまだ「介護予防」が必要な心身の状態ではない	106	66.7%	
4	「地域包括支援センター」で受けた助言が自分にはしっくり納得で きない	2	1.3%	
5	集団で行うプログラムは好きではない	10	6.3%	
6	指導されて行うプログラムは好きではない	5	3.1%	
7	自宅に訪問されるのは好きではない	11	6.9%	
8	自分自身で健康・体力づくりに取り組んでいるので必要ない	60	37.7%	
9	自分はサービスを受けたいが、足の便などを考え、参加する条件が ない	3	1.9%	
10	自分の考えや意見を反映したプログラムではない	4	2.5%	
11	その他	14	8.8%	
	全体	159		

## 「地域包括支援センターの包括的支援事業についての調査」資料

- (1)アンケート調査票
- (2)単純集計表
- (3)自由記述欄

#### 地域包括支援センターの包括的支援事業についての調査

#### 【調査にご協力ください】

この調査は、仙台市内の地域包括支援センターに勤務する専門職の皆さまを対象に、「包括的支援事業」(とくに「介護予防」関連のプログラム)の実施や利用、およびプログラムの内容に関する現状とご要望をお尋ねし、分析結果に基づき行政に提案することを目的にしています。この調査は、「地域支援事業における通所型介護予防事業の利用阻害要因に関する調査研究」(プロジェクト代表者:萩野寛雄・東北福祉大学総合マネジメント学部准教授、厚生労働省老人保健事業推進費助成)が実施するもので、仙台市介護予防推進室の了解を得て行っております。貴センターの三専門職種(保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士)の方でご協力いただける方全員にご回答頂ければ幸いでございます。ご無理な場合は、どなたかお一人でもかまいません。

この調査票には、お名前、ご住所などあなたの個人情報に関する設問は含まれておりません。調査結果は学術的方法に基づき数量的・類型的に分析され、 あなたのプライバシーがいかなる意味でも他人に知られることは決してありません。得られた情報は本研究目的以外に使用いたしませんし、情報が外部に漏洩しないよう細心の注意を払います。

多くの方々のご意見を頂きたいので、お手数ですが可能な限りお一人ずつご 回答お願いいたします。ご回答いただいた調査票は、貴センターの分をまとめ て**平成 年 月 日までに**郵便ポストに投函ください。<u>封筒や調査票に、</u> あなたのお名前やご住所などを記入しないでください。

調査の結果は、厚生労働省老健局に報告されます。また、日本介護経営学会を通じて「地域包括支援センター」の体制・役割の強化に向け、皆さまにお役に立つような形で、関係各方面に提言されるとともに、大学として新しいサービスプログラムの提案へと結びつけることになります。調査結果ならびに提言内容は、皆さまにご報告いたします。

#### このアンケートは強制的なものではありません。ご協力いただけるかは、ご自由にお決めください。

平成 年 月

調査事務局(お問い合わせ先) 東北福祉大学総合マネジメント学部 萩野寛雄 研究室 (担当:岩田)

電話 022-301-1169 Email chikura3@tfu-mail.tfu.ac.jp

問:	1.	ご回答り	いただい	てい	るあな	たについ	いて伺い	ます

肢(1)	ご年齢を伺います	(数字を記入してください)

満	歳

- 肢(2) 性別を伺います (あてはまる数字を○で囲んでください)
  - 1. 女性
- 2. 男性
- 肢(3) あなたの保有する資格はつぎのどれですか

(あてはまる数字をすべて○で囲んでください)

)

- 1. 主任ケアマネジャー
- 2. ケアマネジャー
- 3. 社会福祉士
- 4. 保健師
- 5. 看護師
- 6. 介護福祉士
- 7. ホームヘルパー
- 8. その他(具体的に:
- 肢(4) 現在の地域包括支援センターへの採用・配属根拠となっている資格はつぎのどれですか (あてはまる数字を○で囲んでください)
  - 1. 主任ケアマネジャー (ケアマネジャー)
  - 2. 保健師 (看護師)
  - 3. 社会福祉士
- 肢(5) あなたは、社会福祉や医療、介護の領域で仕事を始められてから、どのくらいの 経験年数になりますか (あてはまる数字を○で囲んでください)
  - 1. 1年未満
  - 2. 3年未満
  - 3. 5年未満
  - 4. 10年未満
  - 5.10年以上
  - 6. 15年以上
  - 7. 20年以上

	りますか(西暦でお願いし	ます)	
	※具体的な病院名や施設は	書かないでください。	
	例:病院病棟看護師で入職	(1992年)	
	⇒特養看護師に転職(	1994年)	
	⇒在宅介護支援センタ	一へ配置換え(1996年)	
	⇒地域包括支援センタ	一へ配置換え(2006年)	
	Eの業務について伺います		
	あなたが1カ月に担当され	— —	
$\sigma_{z}$	)実施に係る業務の割合はどの	)くらいですか (数字でこ	ご記入ください)
		0/ 2 3	
	約	%くらいです	
H+(a)	<b>六叶田の「われれ十両本米</b>	ことなり仕事の中で、牡ウ	
	前肢間の「包括的支援事業」		
	問型双方あわせて「介護予防∵ ごすか (数字でご記入くださ	-	表例の割合はとのくらい
	、974 (数子しこ記入へたる	2 ( )	
	約	%くらいです	
	<i>μ</i> <u> </u>		
問3 過井	₹3カ月の仕事を振り返られて	r 次の時間にお答えくださ	SVV.
	過去3カ月に、あなたが担		-
	よりますか。また、そのうち、		
	、/ & / ~ 。 & / 、 とり / ハ o なげることができないと判!		
(· )		41 0 1C 0 12 N 02 7 CK 0 1CN	
. ,			
	過去3カ月に担当した相談	炎件数は、約	件でした
		<u>.</u>	,,,
	そのうち、支援につなげる	らことが出来なかったのは	
		約	件でした

肢(6) あなたの現在までのキャリア・コースを簡単に示していただくとどのようにな

肢(2) かつて相談を受けた高齢者・家族から再び持ち込まれた相談の割合(いわゆる リピーター率)は、担当件数のどのくらいの割合ですか

(数字で	ご記入	<	ださい
	— µ□/ <b>\</b>	`	1

)

約	%	で	した	-

- 肢(3) 「地域包括支援センター」に相談が持ち込まれる経路にはどんなものがありますか (あてはまる数字をすべて○で囲んでください)
  - 1. 本人から直接持ち込まれる
  - 2. 家族・親族を介して持ち込まれる
  - 3. 近隣住民や町内会役員などを介して持ち込まれる
  - 4. 民生委員を介して持ち込まれる
  - 5. 行政機関から持ち込まれる
  - 6. 病院から持ち込まれる
  - 7. 地域のかかりつけ医から持ち込まれる
  - 8.「地域包括支援センター」独自の活動やネットワークを通じて持ち込まれる
  - 9. 地域の居宅介護支援事業所のケアマネジャーを通じて持ち込まれる
  - 10. その他(具体的に:
- 問4. 特定高齢者の方々の「介護予防プログラム」への参加率が低調だと言われています。 そのことについて、どのようにお考えですか

(あてはまる数字をすべて○で囲んでくださ

(1)

- 1. 参加率は特に低調だとは思っていない
- 2. 参加率は確かに低調だと思う
- 3. 通所型への参加率は確かに低調だと思う
- 4. 訪問型の実施率は確かに低調だと思う
- 5. 参加率が低調なのは、特定高齢者の認定の仕組みに工夫の余地があるからである
- 6. 参加率が低調なのは、地域包括支援センターの支援方法に工夫の余地があるからである
- 7. 医師からの勧めで参加しているから
- 8. 参加率が低調なのは、地域包括支援センターとサービス事業者との連携の 取り方に工夫の余地があるからである
- 9. 参加率が低調なのは、現行の介護予防プログラムに工夫の余地があるからである
- 10. 参加率が低調なのは、そもそも現行の介護予防サービスが高齢者のニーズ に合致していないからである
- 11. その他(具体的に:

問 5.	通所型の	「介護予防フ	゜ログラム」に	こ参加してく	る特定高齢	者の方々は、	どのような
珥	自由から参加	加するのだと	思われますか	い(あてはま	る数字をする	べて○で囲ん	でください)

- 1. いわゆる廃用予防や運動器機能の維持・向上のために参加した
- 2. 健康・介護予防に関する知識や生活技術を得たいので参加した
- 3. 外に出て、人と交わる機会を欲しいので参加した
- 4. 仲間に誘われたから一緒に参加した
- 5. 家族から助言されたから参加した
- 6. 地域包括支援センター職員から勧められたので参加した
- 7. 人から認められたり、褒められたりしたいから参加した
- 8. 自分の経験や能力を活かしたいと思って参加した
- 9. 生活の現状をなんとか変えるきっかけと捉えて参加した
- 10. その他(具体的に:

問 6. 訪問型の「介護予防プログラム」を利用する特定高齢者の方々は、どのような理由 から利用するのだと思われますか (あてはまる数字をすべて○で囲んでください)

)

)

- 1. メンタル状態の改善や引きこもり改善の必要を自覚して利用した
- 2. 認知症の症状が始まったのを自覚して利用した
- 3. 健康・介護予防に関する知識や生活技術を得たいので利用した
- 4. 人と交わる機会を欲しいので利用した
- 5. 家族から助言されたから利用した
- 6. 地域包括支援センター職員から勧められたので利用した
- 7. 人から認められたり、褒められたりしたいから利用した
- 8. 生活の現状をなんとか変えるきっかけと捉えて利用した
- 9. その他(具体的に:

問7. 現行の「介護予防プログラム」の内容について、様々な改善の余地があると思います。より参加・利用し易い内容にするために、また、より参加・利用を促すような内容にするために、どのような工夫が欲しいとお考えでしょうか(自由に記述してください)

「介護予防プログラム」の周知を促進するための工夫	

「介護予防プログラム」への参加率、利用率を高めるための工夫
【通所型】
【訪問型】
引8.「地域包括ケア」の中心的な担い手に相応しい「地域包括支援センター」とするため
に、人員・予算などの組織体制の充実、業務改善などの果たすべき役割についての工
夫などがあれば、お考えをお聞かせください(自由に記述してください)

長時間ご協力いただき、ありがとうございました。

## (2)単純集計表

#### 問 1 肢(1) ご年齢を伺います

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
		平均 (歳)	標準偏差	標準誤差
			(歳)	(歳)
	全体	41.5	10.6	1.3

#### 問 1 肢(2) 性別を伺います (SA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	女性	73	85.9%	86.9%
2	男性	11	12.9%	13.1%
	不明	1	1.2%	
	全体	85	100%	100.0%

#### 問 1 肢(3) あなたの保有する資格はつぎのどれですか (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	主任ケアマネジャー	28	32.9%	
2	ケアマネジャー	47	55.3%	
3	社会福祉士	32	37.6%	
4	保健師	9	10.6%	
5	看護師	24	28.2%	
6	介護福祉士	25	29.4%	
7	ホームヘルパー	14	16.5%	
8	その他	9	10.6%	
	不明		0.0%	
	回答者数	85		

#### 問 1 肢(4) 現在の地域包括支援センターへの採用・配属根拠となっている資格はつぎのどれですか(SA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	主任ケアマネジャー	33	38.8%	39.8%
2	保健師 (看護師)	23	27.1%	27.7%
3	社会福祉士	27	31.8%	32.5%
	不明	2	2.4%	
	全体	85	100%	100%

問 1 肢(5) あなたは、社会福祉や医療、看護の領域で仕事を始められてから、どのくらいの経験年数 になりますか (SA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	1年未満	2	2.4%	2.4%
2	3年未満	6	7.1%	7.1%
3	5 年未満	6	7.1%	7.1%
4	10 年未満	24	28.2%	28.2%
5	10年以上	16	18.8%	18.8%
6	15 年以上	15	17.6%	17.6%
7	20 年以上	16	18.8%	18.8%
	不明		0.0%	
	全体	85	100%	100%

問3 肢(3) 「地域包括支援センター」に相談が持ち込まれる経路にはどんなものがありますか (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)	
1	本人から直接持ち込まれる	78	91.8%		
2	家族・親族を介して持ち込まれる	82	96.5%		
3	近隣住民や町内会役員などを介して持ち込まれる	65	76.5%		
4	民生委員を介して持ち込まれる	82	96.5%		
5	行政機関から持ち込まれる	72	84.7%		
6	病院から持ち込まれる	79	92.9%		
7	地域のかかりつけ医から持ち込まれる	58	68.2%		
8	「地域包括支援センター」独自の活動やネットワークを通	4.0	40 20	EC E0/	
8	じて持ち込まれる	48 56.5	56.5%		
9	地域の居宅介護支援事業所のケアマネジャーを通じて持ち	72	50 04.50/		
9	込まれる	12	84.7%		
10	その他	5	5.9%		
	不明				
	回答者数	85			

問 4 特定高齢者の方々の「介護予防プログラム」への参加率が低調だと言われています。 そのことについて、どのようにお考えですか (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)	
1	参加率は特に低調だとは思っていない	7	8.2%		
2	参加率は確かに低調だと思う	61	71.8%		
3	通所型への参加率は確かに低調だと思う	31	36.5%		
4	訪問型の実施率は確かに低調だと思う	38	44.7%		
5	参加率が低調なのは、特定高齢者の認定の仕組みに工夫の	52	61.2%		
Э	余地があるからである	92	61.2%		
6	参加率が低調なのは、地域包括支援センターの支援方法に	5	5.9%		
0	工夫の余地があるからである	θ	9.9%		
7	医師からの勧めで参加しているから	11	12.9%		
8	参加率が低調なのは、地域包括支援センターとサービス事	0	0.0%		
0	業者との連携の取り方に工夫の余地があるからである	U	0.0%		
9	参加率が低調なのは、現行の介護予防プログラムに工夫の	36	40.40/	42.4%	
9	余地があるからである	96	42.470		
10	参加率が低調なのは、そもそも現行の介護予防サービスが	44	51.8%		
10	高齢者のニーズに合致していないからである	44	91.8%		
11	その他	8	9.4%		
	不明			_	
	回答者数	85			

### 問 5 通所型の「介護予防プログラム」に参加してくる特定高齢者の方々は、どのような 理由から参加するのだと思われますか (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	いわゆる廃用予防や運動器機能の維持・向上のために参加した	70	82.4%	
2	健康・介護予防に関する知識や生活技術を得たいので参加 した	53	62.4%	
3	外に出て、人と交わる機会を欲しいので参加した	37	43.5%	
4	仲間に誘われたから一緒に参加した	9	10.6%	
5	家族から助言されたから参加した	16	18.8%	
6	地域包括支援センター職員から勧められたので参加した	46	54.1%	
7	人から認められたり、褒められたりしたいから参加した	1	1.2%	
8	自分の経験や能力を活かしたいと思って参加した	0	0.0%	
9	生活の現状をなんとか変えるきっかけと捉えて参加した	25	29.4%	
10	その他	13	15.3%	
	不明			
	回答者数	85		

問 6 訪問型の「介護予防プログラム」を利用する特定高齢者の方々は、どのような理由 から利用するのだと思われますか (MA)

No.		回答数	% (全体)	% (除不)
1	メンタル状態の改善や引きこもり改善の必要を自覚して利	1.4	10 70/	
	用した	14	16.5%	
2	認知症の症状が始まったのを自覚して利用した	2	2.4%	
3	健康・介護予防に関する知識や生活技術を得たいので参加	95	01.00/	
	した	27	31.8%	
4	人と交わる機会を欲しいので参加した	12	14.1%	
5	家族から助言されたから利用した	13	15.3%	
6	地域包括支援センター職員から勧められたので利用した	31	36.5%	
7	人から認められたり、褒められたりしたいから利用した	0	0.0%	
8	生活の現状をなんとか変えるきっかけと捉えて利用した	16	18.8%	
9	その他	11	12.9%	
	不明			
	回答者数	85		

# (3)自由記述欄

問1 肢(6) あなたの現在までのキャリア・コースを簡単に示していただくとどのようになりますか(西暦でお願いします) ※具体的な病院名や施設は書かないでください。

身体障害者施設 介護職員として入職(2007年)	ソフトウェア企業に入社(1989)	
⇒地域包括支援センター 社会福祉士へ転職(2008年)	⇒認知症対応型デイサービスへ転職	
	⇒一般デイケアサービスへ転職(2008年)	
	⇒地域包括支援センターへ転職(2009年)	
病院病棟看護師で入職(2005年)	病院デイケア介護職員で入職(1997年)	
⇒病院病棟看護師に転職(2008 年)	⇒デイケアサービス介護職員に転職(2000年)	
⇒地域包括支援センターに転職(2009 年)	⇒在宅介護支援センターへ配置換え(2003年)	
	⇒地域包括支援センターへ配置換え(2006年)	
病院看護師(1985 年)	デイサービス入職(2006.3)	
⇒在宅介護支援センター(2003年)	⇒地域包括支援センターへ配置換え(2006.8)	
⇒包括支援センター(2006 年)		
病院看護師で入職(1976年)	特養介護員で入職(2003年)	
⇒ケアマネジャーで転職(2003 年)	⇒老健相談員に転職(2006年)	
⇒地域包括支援センターへ転職(2008年)	⇒地域包括支援センターへ転職(2008年)	
病院病棟·ICO 看護師(1990 年)	訪問介護支援事業所登録ヘルパーで入職(1997年)	
⇒健康診断施設看護師(2008年)	⇒訪問介護支援事業所サービス提供責任者配置(2001年)	
⇒地域包括支援センター(2010年)	⇒別の訪問介設支援所へ転職(サービス提供責任者)(2007 年)	
	⇒地域包括支援センターへ介設支援専門員で入職(2009年)	
病院助産師 (1975 年)	社協ホームヘルパー(1989年)	
⇒保健センター(1994 年)	⇒地域包括支援センター 主任ケアマネジャー(2006年)	
⇒地域包括支援センター(2006年)		
老人保健施設に入職(1998年)	身体障害者養護施設(1988 年)	
⇒精神科病棟の病院(2004年)	⇒在宅看護支援センター(1992年)	
⇒特別養護老人ホームに入職(2006年)	⇒在宅福祉サービス(1993 年)	
⇒デイサービスセンター(2008年)	⇒在宅介護支援センター(2005年)	
⇒居宅介護支援センター(2009年)	⇒在宅福祉サービス(2006 年)	
⇒地域包括支援センター(2010年)	⇒同ケアマネ(2009 年)	
	⇒地域包括支援センター(2010年)	
特別養護老人ホーム(1995年)	病院病棟看護師で入植(2004年)	
⇒居宅ケアマネジャー(2001年)	⇒地域包括支援センター(2007年)	
⇒包括主任ケアマネジャー		
特養ケアワーカーで入職(2005年)	訪問介護員(1998年)	
⇒半年後、特養相談員へ異動	⇒居宅介護支援專門員(2006年)	
⇒地域包括支援センターへ配置換え	⇒地域包括支援センターへ配置換え(2010年)	
病院病棟看護師で入職(2005年)	特養介護職で入職(2005年)	
⇒同院健康管理室に保健師として異動(2008年)	⇒障害者相談支援センターへ転職(2006年)	
⇒健診センターに保健師で転職(2009年)	⇒包括へ配置換え(2009年)	
⇒地域包括支援センターに保健師で転職(2010年)		

病院看護師で入職(1981年)	歯科医院勤務(1983年)
⇒デイサービス看護師へ転職(1999年)	⇒特養介護職勤務(1996年)
⇒地域包括支援センターへ配置換え(2008 年)	⇒在宅介護支援センター配置換え(2003年)
	⇒地域包括支援センター配置換え(2006 年)
特養介護職入職(1994 年)	3級ヘルパー身障病設施設寮母入職(1995年)
⇒特養相談員業務へ配置換え(1998年)	⇒(介護福祉士取得:1999年)
⇒地域包括支援センターへ配置換え(2006 年)	⇒在宅居宅入職 2002 年(ケアマネ取得: 2001 年)
	⇒包括配置換え(2006 年)
病院病棟看護師で入職(2005年)	ケアハウス介助員(1999年)
⇒(臨時)保健所保健師に転職(2008年)	⇒包括支援センターへ配置換え(2006 年)
⇒地域包括支援センターに転職(2010年)	
老人保健施設 Wr として入職(1992年)	在宅介護の民間事業所へ入社(1996年)
⇒在宅介護支援センターへ配置換え(2005 年)	⇒居宅介護支援事業所へ転職
⇒地域包括支援センターへ配置換え(2006年)	⇒地域包括支援センターへ転職(2008年)
病院、医療 SW(1998 年)	病院病棟看護師で入職(1984年)
⇒在宅介護支援センターへ転職(2000年)	⇒老人訪問看護ステーションへ転職(1993年)
⇒デイサービスセンターへ転職(2002年)	⇒在宅介護支援センターへ転職(1999年)
⇒在宅介護支援センターへ異動(2003年)	⇒訪問看護ステーションへ配置換え(2000年)
⇒福祉事務所へ転職(2006年)	⇒病院病棟看護師(管理職)へ配置換え(2002 年)
⇒地域包括支援センターへ転職(2007年)	⇒在宅介護支援センターへ転職(2005年)
	⇒地域包括へ(2006年)
知的障害者更生施設 生活指導員(6年)	介護職員として(SS に)入職(2007年)
⇒介護老人保健施設 介護員(1年)	⇒地域包括支援センター(2008年)
⇒指導員(3年)	
⇒在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所 相談員・CM(2年)	
⇒ケアマネジャー支援センター(2年)	
⇒日常生活自立支援事業 専門員(3年)	
⇒地域包括支援センター(2年)	
病院病棟看護師(1985 年)	社協採用(1999年)
⇒介護支援専門員として居宅へ(2003 年)	⇒デイサービスセンター相談員
⇒保健市相談職として包括へ(2005 年)	⇒地域福祉担当へ配置換え(2001 年)
	⇒日常生活自立支援事業担当へ配置換え(2002年)
	⇒総務係へ配置換え(2007年)
	⇒行政出向(2009年)
	⇒○○○(2010年)
病院 Ns (1986 年)	介護老人保健施設で介護福祉士として入職(2005年)
⇒訪問 Ns(2000 年)	⇒市役職嘱託職員とし転職(2007年)
<i>⇒ケ</i> アマネ(2003 年)	⇒地域包括支援センターへ配置換え(2008年)
⇒地域包括(2006年)	

病院看護職で入職(1991年)
⇒特養介護職に転職(1994年)
⇒特養介護職に転職(2000年)
⇒在宅介護支援センターへ転職(2005年)
⇒地域包括支援センターへ配置換え(2007年)
ケアマネジャーで入職(2003年)
⇒地域包括支援センターへ配置換え(2006 年)
特養介護職で入職(2007年)
⇒地域包括へ配置換え(2010年)
病院に入職(1983年)
⇒社福法人(デイサービス・ケアマネ)に転職(2000年)
⇒在宅介護支援センターへ配置換え(2001年)
⇒地域包括支援センターへ配置換え(2006年)
介護老人福祉施設に介護福祉士で入職(2005年)
⇒ショートステイへ異動(2006年)
⇒地域包括支援センターへ社会福祉士で異動(2008年)
介護老人保健施設 支援相談員で入職(1997年)
⇒認知症対応型協働生活介護 介護職兼計画作成担当で入職(2004年)
⇒居宅介護支援事業所 介護支援専門員で入職(2006年)
⇒地域包括支援センターへ配置換え(2009年)
病院病棟看護師(1981年)
⇒居宅介護支援事業所ケアマネ業務(2006)
⇒包括支援センター(2010)
総合病院 MSW(8年)
⇒在宅介護支援センター(1年)
⇒地域包括支援センター(5年目)
病院病棟看護師で入職
⇒地域包括支援センター
社会福祉法人知的障害者施設勤務(1990年)
→在宅介護支援センター勤務(2004年)
/正 6 / 1 / 1 / 2004   /
⇒地域包括支援センターへ配置換え(2010 年)

	<del>_</del>
ヘルパー採用(1989年)	ヘルパー(2001年)
⇒主任ホームヘルパー(1993年)	⇒デイサービス生活相談員・管理者(2004年)
⇒在宅介護支援センター(2000年)	⇒居宅介護 CM (2008 年)
⇒サービス提供責任者(2002 年)	⇒地域包括支援センター(2009年)
⇒ケアマネジャー(2003 年)	
⇒サービス提供責任者(2005 年)	
⇒包括主任ケアマネ	
権利擁護事業生活支援員で入職(2002 年)	病院病棟看護師で入職(1983年)
⇒地域包括支援センターに転職(2009 年)	⇒特養看護所に転職(1991年)
	⇒デイサービス看護師配置換え(1994年)
	⇒特養看護師配置換え(1996 年)
	⇒デイサービス看護師転職(2008年)
	⇒地域包括支援センター配置換え(2009年)
特養寮母(1994)	民間のデイサービス勤務(2004年)
⇒知的障害者更生施設(指導員)へ異動(1989年)	⇒在宅介護支援センターへ転職(2006年)
⇒居宅介護支援事業所 介護支援専門員で入職(1998年)	⇒地域包括支援センターへ勤務(2006年)
⇒地域包括支援センター 介護支援専門員で入職(2008年)	
⇒同主任介護専門員で入職(2009 年)	
病院病棟看護師で入職(1983年)	特養介護職で入職
⇒在宅介護支援センターに転職(1995 年)	⇒地域包括へ異動(2010年)
⇒地域包括支援センター配置換え(2006 年)	
市町町保健師入職(1973年)	特養相談員(1996年)
⇒産業保健師入職(1985年)	⇒居宅ケアマネ(2001年)
⇒在宅介護支援センター(1998年)	⇒在宅ケアマネ(2004年)
⇒地域包括支援センター(2006年)	⇒包括に配置換え(2006年)
社会福祉協議会事務兼デイサービス職員として入職(2005年)	病棟勤務(1995年)
⇒特養介護士に転職(2006年)	⇒看護師職退職し、短大専攻科入学。地域養護学科(2004年)
⇒地域包括支援センターへ転職(2008年)	⇒臨時保健師にて保健所勤務(2005年)
	⇒地域包括支援センター勤務(2006年)
市町村保健師	土木建設業技術職員(1980年)
→株式会社ケアマネジャー	⇒特別養護老人ホーム介護職員へ転職(1991年)
⇒社会福祉法人地域包括支援センター配置	⇒知的障害者施設支援員へ配置換え(1994年)
	⇒特別養護老人ホーム介護職員へ配置換え(1998年)
	→在宅介護支援センターへの配置換え(2004 年)
	⇒地域包括支援センターへ配置換え(2006年)
検診団体の保健師で入職(1990年)	幼稚園教諭として入職(1994年)
⇒同退院(2000年)	⇒退職し、育児とパート職(事務等など)(1998年)
⇒居宅介護支援事業所ケアマネとして入職(2008年)	⇒介護員としてデイサービスセンターへ入職(2003 年)
⇒地域包括支援センター保健師として入職(転職)(2009 年)	⇒地域包括支援センターへ異動(2010年)

ヘルパーで入職(2005年)	私立高校教師(福祉科)2002年
⇒デイサービスに転職(2006年)	⇒社会福祉士合格 2009 年
⇒事務職に転職(2006年)	⇒老健相員 2009 年
⇒ホームヘルパーに転職(2007年)	⇒地域包括支援センター2010 年
⇒地域包括支援センターへ転職(2008年)	
病院リハビリ業務(1993 年)⇒在宅介護支援センター(2001)	老健介護職 1999
⇒地域包括支援センター(2006)	⇒訪問介護 2006
	⇒地域包括 2008(配置替え)
病棟看護師	
⇒病院 ICU	
⇒市の予防接種	
⇒病院小児科外来	
⇒訪問介護	
⇒地域包括支援センター	

問7 現行の「介護予防プログラム」の内容について、様々な改善の余地があると思います。より参加・利用し易い内容にするために、また、より参加・利用を促すような内容にするために、どのような工夫が欲しいとお考えでしょうか(自由に記述してください)

### 「介護予防プログラム」の周知を促進するための工夫

- ・地域の特性に配慮が必要
- ・行政サイドで周知が必要
- ・高齢者が楽しんで参加しやすい工夫の充実
- ・自分の生活リズムを保ちながら参加できる受け入れ皿を作る事

通所型、訪問型の介護予防プログラムに参加することが目的なのではなく、介護予防になっているかが 重要なのでは?「プログラムに参加しなくてはいけない」ということはないし、高齢者それぞれに合っ た介護予防の型を選ぶことを奨励したほうがいいのではないでしょうか。

- ・通いたい近所に参加する場がある。
- ・参加しやすい時間の設定
- ・介護予防の認識がない。むずかしい役所用語の文書での周知を図っても意味がない
- ・身近で歩いていける町内で定期的な予防への働きかけ、研修、勉強会等を開いたらよいのではないか。 地域の人材の活用、婦人会、防犯、小中学校の PTA、商店への声がけからはじめてはどうか。高齢者 に絞りこみすぎ。

通年での開催により、参加したい時に参加出来るものであってほしい。

包括支援センターが中心に広報をするのではなく、行政がもっと積極的に広報活動をした方が良いと思う。

町内会、老人クラブなどとのつながりをもつ。

- ・現行の仕組みであれば、特定高齢者の選定を行う医療機関で、対象者に対して介護予防プログラムの 必要性や大まかな内容について説明してもらいたい。
- ・今後、基本チェックリストのみでの特定高齢者の選定を行うのであれば、市・区で対象者に介護予防 プログラムについての必要性などを説明してもらいたい。包括がまだ周知されていないこともあるの で、対象者に一番はじめにプログラムの説明を行うのは医療機関や行政であってもらいたい。

本人が受診し、医師からすすめられ、特定高齢者決定・通知までタイムラグがあり、本人のモチベーションの低下、もしくは忘れている場合がある。

プログラムの内容(メニュー)の問題より教室の開催時期や場所に工夫があっても良いと思う。年に3回の開催で1ヶ所でというより、自分でも歩いて参加できる近い場所(小学校区エリア)での開催や(1ヶ所であれば送迎のこともあり、多くの人が参加できない状況になっている)隣町の教室開催であれば参加もしやすくなると思う。一番は目につく場所での開催が何よりと思う。

自分の住む地域での開催。自宅でひとりでも継続できるようなメニューの指導をする。

プログラムの種類も少ないと思うが、参加する教室等の回数が少ないと思う。

特定高齢者や介護認定とは関係なく、高齢者の福士サービスとして安価な料金で送迎付で運動できる制度にしてほしい。それを市政だよりで載せて PR すれば、高齢者の方が見て、誘い合って利用につながるのではないか。

広報等の工夫が必要。

参加後も、運動継続ができるように環境が必要。

特高事業者が不足している。又、終了後のフォロー先がなく単発になっている。

入口をゆるくする必要があると思います。

医療機関へどんなことをやっているのかを周知したほうが良い (医師や看護師の方が知らないものを病院側でもすすめられないと思うので)。

### 問7 「介護予防プログラム」の周知を促進するための工夫(自由記述)つづき

「公的なプログラムである」という面を全面に出す。該当する方が参加を希望するのではなく、参加が 前提であり位市からの指導ややむを得ない事情の方だけが辞退できる…という様に強制参加する等。

もともと自由にいろいろなおけいこごとをしているので私達が必要と思っていない。

- ①介護予防という言葉が受け入れにくい。またチェックリストに該当があっても、介護はまだ自分に関係ないと感じる等、高齢者からの声が多くきかれる。言葉を考えると良いと思う。
- ②口腔機能は低下していても、運動機能に比べると自覚症状が乏しい。チェックリストに該当があったり、話しをきくと予防の指導の必要性を感じるが、本人は自覚が乏しいため、必要性を感じていないことが多い。

市政だよりなどで広報

開業医へ実施内容や支援経過などが伝わるといい(事業所 PR)

3ヶ月のプログラム終了後の受け皿がない。現行のプログラムも見学など取り入れ、開かれた教室だと参加しやすい。

事前にプログラムを見学できると内容も理解し参加につながるのではないか。

チェックリストからプログラム参加の流れがあいまいに感じる。チェックがあっても本人のとらえ方のちがいで、必要性が感じられない。また逆の場合もある。もっと必要な人がいるのにプログラムにつながらない場合など Dr からの説明がほしい。かかりつけ医と保健医がちがう場合も Dr からの話はあいまい。きちんと説明してもらうか、かかりつけ医に健診をお願いしたい。

市政だよりに掲載

現行通り、行政と包括による周知。特に包括は町内会や老人会などの小単位にも働きかける。

- ・対象者の選定から利用までのプロセスの簡素化
- スポーツクラブ等とタイアップしてプログラムの提供

仙台市がすすめる特定検診じたいの認識がないではないのか。何のために介護予防が必要であるかをもっと広く市民、県民に周知し、納得が得られるように市の広報を考え、実施すべきである。

### 医師からの助言の活用

まず行政が「何の為」「介護予防とは」等のわかりやすい周知をしていただき、その上でのプログラムであることを包括が木目細かく地域で周知していければ...

元気なうちから介護予防が必要なことをマスコミ等により広く周知する。御本人が利用したいと思った 時にむずかしい手続き等が必要なく、すぐ利用できるようにする。

本人の判断にまさせられている事、仮にプログラムに参加してもその後続けられない。金銭的にスポーツクラブなど通えないなど問題があり、行っていくとしたら強制力をもって行うこと。〇ヶ月で終わりではなく、その後も続けられる受け皿の整備の必要性がある。また定年をむかえる時点で、健康作りに対する意識作りをもてるような事が必要。

今の状態を放っておけば、機能低下がどんどん進むということ。

- ・介護予防プログラムの参加者枠を厳密に細かく条件付けしすぎているため、参加者が低調であり、毎 回同じ方が参加している
- ・参加者の選択を緩和すべき
- もっと簡単にわかる内容にすべき

参加までに意識づけが必要である。意識づけをつるのに本人の問題意識がないことが多い。生活の中で本人が困っていることがないとなかなか意識を変えられない。

プログラムに参加できる対象を広くする。

### 問7 「介護予防プログラム」の周知を促進するための工夫(自由記述)つづき

特定高齢者の決定が医療機関でこれまで行われてきたが、受診にも来ない人や様々な機関と結びついていない方が状況把握する必要性が高いと思います。また、包括支援センターより連絡をしても包括を知らない方にとっては"あやしいセンター"として不信がられることも少なくありません。周知を促進するためにも行政よりまず包括支援センターの周知を行って欲しいと思います。今後特定高齢者の決定方法が変わりますが、高齢者にとって信頼の強い $\mathbf{Dr}$ からの声がけや、またその $\mathbf{Dr}$ への働きかけにより、周知することで促進につながるのではないでしょうか。

現在、参加できる方の中で、本当に「虚弱」と思われる方は少ないです。閉じこもり、うつで医療機関の受診もできず、人との関わりもほとんどない人が水面下にはたくさんいると思います。どのように吸い上げるかはチェックリストの返信がない人に個別に関わるなど。

介護予防運動指導員の方がコミュニティーセンター、市民センター、公会堂、集合場など地域の高齢者 の方々が集まりやすい場所に出張、出前講座の対応をして頂くと周知理解も深まり、介護予防の必要性 を高齢者の方々も感じ取って頂けると思います。

「介護予防」はある程度周知されてきたものの「特定」という言葉も制度もほとんど周知されず、ほとんど包括職員の説明すすめが主。生活機能検査(健診)を受けている人はある程度意識が高い人であり「介護予防プログラム」を受けてほしい人は特定としてあがってこない人に多かったので、一般市民向け広告、TV コマーシャルが一番効果的。

基礎検診を受診した際、医師より説明してもらい、参加率が上ると思います。主治医等のすすめでサービス利用(介護認定の)につながるケースが多いので主治医の力は大きいと思います。つまりは主治医、検診実施医への周知。

### 問7「介護予防プログラム」への参加率、利用率を高めるための工夫【通所型】

都市部と郊外の人では意識がかなり異なり田舎で暮らす人にとって、畑仕事を体が動く間は続けたいのでプログラムへの参加は少なく希望者はほとんどない。農閑期集中型○○も良いのでは?

送迎付きにすれば高まると思う。

現在参加するのは比較的行動力があり、健康や運動について理解がある人が多い。又、リピーターと称される人が参加している参加。表に出ないハイリスク者をいかにスクリーニング出来るか、チェック表を行った数%の人が参加出来れば良いという考え方ではない。手続きを簡略化し参加しやすいシステムを作る。

3ヶ月すぎるとぷっつりサービスが切れる。あとは自責で自助努力というか選べるほどの事業所はない。通える所で年金から支払える金額の教室を多く作る。参加する事で自分の健康を保持できるという実績を示す。医療機関との連携を強める。

- ・参加定員の増加
- ・広報に力を入れる
- ・プログラムが3ヶ月の限定であり、その後のフォローがないため、フォローしていく仕組みを考えるべき。

毎月やれる様にすると良いと思う。※曜日が決まっていると利用出来ない人もいる。

自分の身近な場所で通年開催されるとよい。参加するための手続きが簡略(必要最小限)されるとよい。

いつでも参加できるよう、回数や場所を増やす。

対象者の選定を特定高齢者や介護認定とは関係なく、65歳以上の方とし、デイサービスで朝の送迎が終わって空いているバスを借りて何曜日の何時~〇〇地区を循環しますということを決めておいて、自由に乗り降りして利用できるようにする。

(特定高齢者は)体がまだ丈夫なので、高齢者が"必要性"を理解しなければ、参加は難しいだろうと思われる。どうやって必要性を理解してもらうかだが、ただ体力測定などは包括職員だけでは現在の業務量又専門性を考慮しても無理だと考える。理学療法士や作業療法士などのスタッフの支援、人員の充実などが必要と思われる。

### 利用するための手続きの簡易化

- ・ケアプランなど(契約含む)書類のやりとりが多く、よほどの意欲がある方でないとやる気がうせてしまうよう ⇒書類の簡素化。
- ・介護予防の啓発はしつつも、スケールに関わられず、希望者が参加できる仕組みにする。さらに、プログラム終 了後、地域の自主サークルだけでなく、民間のスポーツクラブと提携する等して、引き続きトレーニングを継続 しているけるフォロー体制があるとよい(同じ人が予防プログラムのリピーターになることも多いが、事業としては 本来の目的とはちがい、そのための経費は有効に活用すべきと考えます)

### 広報の仕方を工夫する。

3ヶ月間の教室が終了した後の受け入れ先がない(特に運動)つくれない(つくらない)のであれば自宅での継続 (セルフケア)につなげられるような働きかけが他に必要だと思う。

プログラムを利用者のニーズにより、分ける(交流が中心、体重減少を図るのを目的とするなど)。

- ・スポーツジムなど設備の充実したところなら行くのではないかと思う。
- ・デイサービス等の場所にバスで行くことを恥と思っている人が多いので、そこが改善されれば増えるのではないかと思う。

### 問7「介護予防プログラム」への参加率、利用率を高めるための工夫【通所型】 つづき

来年度からは対象の範囲が広まるので、また変わってくるかと思うが、チェックリストの内容の変更も検討した方が よいと思う。

実施する事業所がデイサービスだと参加意欲がわかない。スポーツジム、市民センター、コミュニティセンターなど利用すると良いのでは。

開業医、地域住民への PR

医師会に周知協力を頂く。

地域住民へ周知できるようこちらが啓発していく。

「効果がある」ことのうらづけをとり、そこを PR する。内容を魅力的なものにする(効果とは別にたのしさを追求)

- ・自室で通うことのできる場所
- ・内容がイメージできるような資料

参加者が行きやすい場所の設定

事業所の選定について再考⇒質の担保。デイサービスへいくことへの抵抗がある方もいる。医療機関やスポーツ ジムだと前期高齢者の方も行きやすいのではないか。

サービス、プログラムないようの充実。

手続きが面倒。プログラムを作るためにアセスメントをしたり、訪問、サービス担当者会の開催等々の手間は利用者にとっては負担であり、なんでそこまでしなければいけないのかとの疑問につながっていると感じる。

元気な人がより元気になる為といった前向きの案内(自分がダメになったと思う人が多いので)

書類が多く、手続き等がたいへんです。もっと気軽な利用、たとえば、集会所で行い、5回に1回ぐらい事業所に 通所する...など

老人会、民児協、連合町内会などでの周知、介護予防教室での周知

フォローアップの仕組みをどうするのか工夫が必要

プログラム自体はとても良いもの、質が高いものであるので、参加者の拾い上げと周知の仕方は工夫すれば利用率は上がると思う。来年度から健診(生活機能検査)がはずれるので、今後に期待するが、包括自体にもアセスメントをした結果で参加決定権があるとうれしいと思う。

医師からのすすめ、包括と医師の連携

### 問7「介護予防プログラム」への参加率、利用率を高めるための工夫【訪問型】

かかりつけ医との連携の強化

特に うつ 閉じこもり に対しては介入が難しいため専門医との連携が重要

限られた期間で終了するのではなく、次につながる核実なフォロー体制を作る必要がある。「20 日して終わるならいいや」ということも聞かれる。

予防給付も併せて行っているため、業務の簡素化を望む。

集団の中に入れない方のために「訪問型」としてあるだけでも良いと思う。

利用までの流れをもっと PR してほしい。

条件が厳しすぎる、また訪問する保健師、栄養士等を増員する。

65歳になった方に介護保険証を郵送しているのを窓口に取りに来ていただくようにして、取りに来ない(来られない)方に連絡、訪問するようにする。

うつの訪問指導等、市の看護師など行っているが、成果が得られているか疑問な所がある。しっかりとした評価が あれば利用もすすめるのもよいかと思っているが現状がそうでない。仙台市として成果を発表して欲しい。

既存のサービスのわく内だけでなく、ただ「訪問する」というところから関わって行けると良いのではないか。

ケアプランをはずしてほしい。

利用したことがない。

サービス内容の周知

区役所との連携、訪問指導担当者との連携

どのようなサービス内容を提供してくれるかをこちら側もしっかり理解する。

- ・プログラム内容等、理解しやすい資料
- ・必要性の説明(Dr から)

人員数、予算共に増やしてほしい。業務量との整合性がないように感じる。

サービス、プログラム内容の充実

実施の経験がないので回答なし。ただし、家まで来られることに抵抗をもつ人もいると思われる。

- 人員、予算の増
- ・地域の依頼を得る為には人員が短期で交替とならない事も大切では

区や包括の職員の他に、地域の栄養士さんなど、後々つながっていられる方に訪問して頂ければ...

訪問型プログラムの内容をよく理解していない。

前に同じ。担当者が積極的に対応する。

今までありませんでした。

医師からのすすめ。

問8 「地域包括ケア」の中心的な担い手に相応しい「地域包括支援センター」とするために、人員・予算などの 組織体制の充実、業務改善などの果たすべき役割についての工夫などがあれば、お考えをお聞かせください (自由に記述してください)

法人によっては給料はかなり異なると思うが、ほとんどサービス残業の毎日平均3年以上でバーンアウトしていく 仲間が多い。人員の増員も含み処遇改善をして欲しいと考える。

今は予防マネジメントの合間に介護予防やその他のプログラムを考えたり、企画しなければならずじっくり案をねる余裕がなくその場しのぎになっている。中身に関してもう少し工夫できる余裕が必要と思う。またこれから緊急対応その他の動きが円滑にできるようにするためにも時間的余裕がほしい。

- ・予防プランに限度がなく、その仕事に追われており、しっかり地域活動が出来ない現状にある。職員3~4名ですべて満足する様な体制ではないと思う。
- ・増員、時間駅な余裕があれば活動しやすくなると思う。

今の包括業務の中では業務量が多く、人員予算不足。地域間の連携というが、地域毎の特色があり一概に言えない。専門スタッフを充足させないと予防プラン作成の2足のワラジ状態ではむりと思う。ワンストップサービス、そしてノンストップサービスでは包括職員は疲れ果ててしまう。行政ははっきりした目標計画を示して欲しい。

地域力をupさせるには、地域で介護予防活動を取り入れている団体に予算を与えるべきであると思う。

- ・予防プランと地域支援事業を切り離すべき。
- ・上記の切り離しができないのであれば、予防プランの件数に制限を設けるべき。現在の委託金では充分な人員 配置ができない。

それぞれの職員が全ての業務に関わらざるを得なく専門性を発揮する機会は全くない状況である。本来の職種 配置の意味や目的を達成できる体制にさえなれば問題がないと思う(行政はこの委託金と業務内容がこの人数 で行えると思って計画したのかがギモンである)。

行政との連携がもっと必要と考える。行政が実施している業務と包括が実施している事業をタイアップして協働で やっていくべき事業があると思う。

要支援1、2の方のケアプラン作成などの予防支援業務は、居宅介護支援センターで行うものとし(要支援も要介護も一括して居宅が担当する)包括的支援業務一本にする。

特に介護予防プログラムに関しては機能訓練に対する専門的な知識が求められる。その為、PTやOTを区単位で一人専門に配置する等直接助言を頂けると包括職員も利用者にプログラムをすすめやすいのではないかと考えている。又、介護予防のケアプランを切り離してもらえると包括のすべき業務がもっと行えると考えている。

業務内容を地域包括ケア業務のみにすべきである。現行の予防給付との業務では予防プラン中心となってしまい、包括単位で工夫しながら特高等に関わる余裕はない。

要支1、2のプランを切り離す。件数が多く、本来の業務まで手がまわらない。

介護保険事業所としての業務を軽くできる工夫が必要だと感じる。 三職種の担当上限を決める。  ${
m CM}$  に委託できる人数を 1 人 8 人より多くするなど...

包括で働いて約10ヶ月しかたっておらず、わかりません。

ケアマネジメント業務の切り離しをし、総合相談の方に専念したい。引きこもり、閉じこもりの方への支援が必要。

業務量に偏りがある。保・看護師職は介護予防教室、自主サークル(運動ボランティア)の支援、特定高齢者、予防プランも一番多く、総合相談も何か大きな疾病があると、担当が回ってくる。毎日夜 19~20 まで仕事している事業所として考えていく必要はあるが、トップも仕事内容の理解がないため、口出しできない。看護職の離職率の高さはそこにあるのでは...

### 問8 自由記述 つづき

介護保険の業務を切りはなすこと(時間がとられすぎる)

予防プランの件数が増すことで支援センターに求められている役割(ネットワーク、成年後見など)を果たす工夫が必要と感じている。他包括の工夫を教えてほしい。

予防プランの業務と合わせて権利擁護業務を行うことは非常に大変であるため人員を増やしてほしい。

圏域を細分化する。数・量の圧力にまけています。

とにかく忙しい。事務的な仕事で時間をとり、毎日毎日仕事が残ってしまう。どんどんあとまわしになる。せめて事務仕事の人がいるともっと地域に出ることができる。

- 人員、予算の増額
- ・地域包括支援センターを支援する部門が必要

社福士、保健師、各一名の配置となっているが、複数いれば所内でさらに検討会をもって最良の対応をすすめることができるのではないか。現状の委託料では各一名ずつ三職種で運営は厳しいと思われる。

### ネットワークの構築

少ない人数で行っており、実施する業務が多すぎる。園割には職能人としてきちんと予算配分されない事は残念です。行政が何でも包括に仕事をまわしている為、もっと行政が縦割ではなく連携やきちんと指導できる人材を配置することが必要。

委託型の包括センターも行政並みの賃金で雇用できるようにしてほしい。

- ・家賃補助の追加(現状では施設内併設事業所も外部事業所も委託費が一律であり予算的にきびしい)
- ・指定事業所業務である予防プランの委託件数に数値制限を作るべき。包括事業ができない。
- ・指定事業所の収益に頼らなくても運営できる事業費の増額(現行より 500 万アップを希望)

委託されている地域包括支援センターが 44 ヶ所あるが、それぞれの包括の課題は違っていると思われるが、仙台市はすべて同じ。人員、予算で委託をしており、さらに介護予防も地域包括ケアを含めて同じ土俵では対応できないこともある。委託先である仙台市に一緒に歩める指導者がいるとありがたい。

- ・行政のように権限がないため、虐待事例対応時や消費者被害の対応時などにもっと区と連携を取れたら可能 になる部分がたくさんあると思います。包括間で情報交換を行うと、区によって対応のバラツキがあるため統一し て欲しいです。
- ・個人的な要望では、まだまだ社会福祉士という資格が認知されておらず、他の主任 CM や保健師よりも低い予算で配置となっているので、同じ業務をしていても差があると感じモチベーションが下がる時があります。
- ・現状3人配置ですが、人員が増え、もっと地域づくりに力を入れられたらと思います。

「介護予防」は高齢になってから取り組むものではなく、生まれた時からの環境、教育、生き方に大きく影響されると考えるので、早期より取り組むべきだと思います。地域包括支援センターだけでなく、学校教育、行政(母子、成人、高齢、精神、障害)地域が横のつながりで連携していかなければ人員・予算があっても無駄だと思います。

介護予防支援事業に大半の時間をさかれている状況ですが、包括として力を入れなければならないのは「地域 包括ケア」の方だと思う。予防給付の部分を分離してもらい、サロン支援や地域診断ができる体制をつくりたい。 または1件の単位を上げ居宅への委託を押しすすめていく。

# 平成 22 年度 準市場としての介護保険制度における経営状況等に関する調査研究事業 研究報告書 (平成22年度厚生労働省老人保健推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)) 2011年3月発行

特定非営利活動法人 日本介護経営学会

http://www.kaigokeieigakkai.jp/