

在宅介護支援センター実態調査報告書

平成3年9月
全国社会福祉協議会

調査の目的

1 調査の目的

在宅介護支援センターは、在宅の要援護老人およびその家族のニーズに保健、福祉サービスが総合的に提供できるように連絡調整を行う在宅サービスの第一線機関として「高齢者保健福祉推進十か年戦略」に基づき今世紀中に1万カ所の整備がすすめられることとなっている。

本事業は、在宅福祉、保健サービスの普及・定着を図る上で極めて重要な役割を担っているところであるが、平成2年度から整備が開始されたところであり、その機能の地域における具体的な展開のあり方を明らかにする必要がある。

このため、平成2年度に運営を開始した各センターの取り組みの状況を把握し、相談者にとって効果的な運営のあり方、課題を明らかにし、今後の在宅介護支援センターの発展に資するため、本調査を実施した。

2 調査対象

平成3年5月現在国庫補助対象となっている在宅介護支援センター（163カ所）

3 調査時点

平成3年3月末現在

4 回答数

総回答数 138カ所（回収率 84.7%）
有効回答数130カ所（有効回収率 79.8%）
（8カ所は開設準備中などのため記載内容が不十分であり集計からは除外した。）

基本事項

1 設置の根拠

設置の根拠は、本事業が市町村の事業であるため、市町村の設置（運営）要綱によるものが8割以上となっている。なお、数は少ないが市町村の条例（規則）に位置づけているところもある。

表1 設置の根拠

市町村の条例	6カ所	4.6%
市町村の規則	2カ所	1.5%
市町村の設置（運営）要綱	113カ所	86.9%
実施団体の定款・規程	5カ所	3.9%
その他	2カ所	1.5%
無回答	2カ所	1.5%
合 計	130カ所	100%

2 市町村との契約方法

市町村との契約方法は、委託契約がほとんどである。なお、その他の2カ所は市町村が経営する病院等への併設である。

表2 市町村との契約の方法

市町村との委託契約	128カ所	98.5%
その他	2カ所	1.5%
合 計	130カ所	100%

3 運営主体

運営主体は、社会福祉法人が9割となっている。なお、その他の4カ所は、地方公共団体(市町村3カ所、一部事務組合1カ所)となっている。

表3 運営主体

社会福祉法人	119カ所	91.5%
医療法人	7カ所	5.4%
その他	4カ所	3.1%
合 計	130カ所	100%

4 運営主体が経営する施設等の種類

運営主体が経営する施設は、老人ホームが92%、老人保健施設が15%、病院が11%となっている。なお、「その他」は障害児者施設、保育所、生活保護施設等であり、老人ホーム、老人保健施設、病院以外の他分野の施設を経営している法人に支援センター事業が委託されていることが伺える。

表4 運営主体が経営する施設等の種類(複数回答)

老人ホーム	120カ所	92.3%
老人保健施設	20カ所	15.4%
病院	14カ所	10.8%
その他	59カ所	45.4%
合 計	213カ所	100%

5 支援センターの建物設備

支援センターの建物設備は、今までの施設の設備をそのまま利用しているところが5割弱となっている。また、改装あるいは増築しているところも同様に5割弱となっている。なお、「その他」の8カ所はほとんどが新築である。

表5 支援センターの建物設備

今までの施設の設備をそのまま利用	62カ所	47.7%
今までの施設の設備を改装して利用	28カ所	21.5%
増築	32カ所	24.6%
その他	8カ所	6.2%
合 計	130カ所	100%

6 支援センターの面積

支援センターが専用しているものは、機器展示場、相談室が多くなっている。一方、事務室、会議室は共用が多くなっている。

表6 支援センターの面積

	専 用		共 用		無 し または 無回答 カ所数
	カ所数	1カ所 平均㎡	カ所数	1カ所 平均㎡	
事務室	27	20.5	55	30.3	48
相談室	49	24.2	39	24.6	42
会議室	2	32.4	25	47.6	103
機器展示場	64	50.7	39	40.8	27
その他	10	63.0	10	98.7	110

7 運営主体が行っている在宅サービス

運営主体が実施している在宅サービスは、デイサービスおよびショートステイが9割、続いてホームヘルプサービスが7割と高い実施率となっている。これ以外のサービスは概ね2～3割の実施率となっている。なお、「その他」を実施率順にすると、①通所入浴サービス、②ナイトケア、③デイホーム（託老所）、④機能回復訓練、⑤ホームケア促進事業、⑥（痴呆性老人）介護教室、⑦緊急通報事業となっている。

表7 運営主体が行っている在宅サービス(複数回答)

①ホームヘルプサービス	92カ所	70.8%
②デイサービス	121カ所	93.1%
③ショートステイ	124カ所	95.4%
④訪問入浴サービス	40カ所	30.8%
⑤食事（配食）サービス	43カ所	33.1%
⑥訪問看護	30カ所	23.1%
⑦訪問リハビリ	18カ所	13.8%
⑧デイケア	29カ所	22.3%
⑨その他	42カ所	32.3%
合 計	539カ所	—

8 利用対象者の範囲

支援センターの利用対象者は、要援護高齢者とその家族である。概ね全ての分野が利用しているが、調査時点では利用者がいない分野も一部見られる。なお、「その他」では障害者を対象としているところが多く、利用者層の広がりがみられる。

表8 利用対象者の範囲（複数回答）

①ねたきり老人	130カ所	100%
②痴呆性老人	129カ所	98.5%
③ひとり暮らし老人	127カ所	97.7%
④高齢者夫婦のみ世帯	116カ所	89.2%
⑤子供夫婦と同居世帯	107カ所	82.3%
⑥その他	27カ所	20.8%
合 計	635カ所	—

9 平成3年度事業計画の策定状況

市町村は、事業の実施に当たって、支援センターと協議の上、年間の事業計画を定めるとともに、支援センターは月間の事業計画を定めることとなっている。今回の調査では、年間事業計画は9割弱、月間事業計画は7割弱の策定率となっている。

表9 支援センターの平成3年度事業計画の策定状況

	年間計画	月間計画
策定している	114カ所(87.7%)	86カ所(66.2%)
策定していない	16カ所(12.3%)	44カ所(33.8%)
合 計	130カ所(100%)	130カ所(100%)

10 財政の状況

財政の状況は、収入については、市町村負担金が9,594千円となっており、平成2年度の国の運営費基準が8,824千円であることから市町村が若干の上乗せをしている結果となっている。また、支出は人件費が8,289千円で全体支出の約8割となっている。

表10 財政の状況(平成3年度予算額、1カ所平均)

収入の部		支出の部	
市町村負担金	9,594千円	人 件 費	8,289千円
法人負担金	755千円	事 業 費	1,083千円
そ の 他	408千円	事 務 費	1,000千円
		そ の 他	385千円
合 計	10,757千円	合 計	10,757千円

II 支援センターの職員体制・夜間の体制

1 職員体制

職員体制は、専任職員が1ヵ所平均2.2人でソ-

シャルワーカーと看護婦の組合せが多い傾向となっている。また、兼務職員とあわせると1ヵ所平均4.1名となっている。

表11 職員体制

	専任	兼任	1ヵ所平均 専任+兼任	備考
管理責任者	9人	121人	1.00人	左の内社会福祉士14人
ソーシャルワーカー	110人	24人	1.03人	
保健婦	27人	8人	0.27人	
看護婦	84人	18人	0.78人	
介護弁護士	34人	17人	0.39人	
事務職員	5人	31人	0.28人	
その他	18人	27人	0.35人	
合計 (平均)	287人 (2.21人)	246人 (1.89人)	4.10人	

2 支援センター職員の勤務体制

フレックスタイムを導入率は約15%となっている。

表12 支援センター職員の勤務体制

フレックスタイム制を導入している	19ヵ所	14.6%
フレックスタイム制を導入していない	111ヵ所	85.4%
合計	130ヵ所	100%

3 夜間の体制

夜間の職員体制は、施設の夜勤者だけによる対応が5割強、施設職員と支援センター職員を一体にした夜勤体制による対応が4割弱となっている。

夜間・緊急時対応手順（マニュアル）の策定率は

7割となっている。

次に、夜間体制の工夫は、ポケットボールや転送電話が約3割の支援センターで活用されている。「その他」では、携帯電話の自宅への持ち帰りや夜勤者から担当職員宅への電話連絡等が多い。

また、夜間・緊急対応時の協力要請機関としては、病院への輸送のための救急車の利用との関係で消防署が5割と一番多い。

表13 夜間の職員体制

施設の夜勤者だけによる対応	68ヵ所	52.3%
施設職員と支援センター職員を一体にした夜勤体制による対応	47ヵ所	36.2%
支援センター職員だけによる対応	0ヵ所	0%
その他	15ヵ所	11.5%
合計	130ヵ所	100%

表14 夜間・緊急時対応手順（マニュアル）の策定

策定している	91ヵ所	70.0%
策定していない	39ヵ所	30.0%
合計	130ヵ所	100%

4 職員体制や夜間・緊急対応に関する課題

職員体制や夜間・緊急対応に関する課題としては、①併設施設の夜勤者は夜間の業務も多く、緊急時の対応や今後の事業の広がりを見ると現在の人員では限界があり、人員確保は欠かせない課題である。②幅広い利用者のニーズに対応したり、緊急時の対応を間違いないように行うためにも、マニュアル化、実技指導、研修が極めて重要である。③支援センターが利用者から信頼される活動を展開し、適切な利用をすすめるためにも、公的サービスの質・量の充実が極めて重要である。④支援センター事業を効果的・スムーズにするためにも、行政機関から医療・消防署等関係機関への積極的な働きかけが必要である。⑤フレックスタイム制は、人員の余裕がなければ事実上導入は困難ではないか等の課題があげられている。

表15 夜間体制の工夫（複数回答）

ポケットベルや携帯電話の利用	36ヵ所	27.7%
転送電話	35ヵ所	26.9%
その他	60ヵ所	46.2%
合 計	131ヵ所	—

注) %の母数は130

表16 夜間・緊急対応時の協力要請機関

消防署	72ヵ所	55.4%
医療機関	21ヵ所	16.2%
福祉施設	16ヵ所	12.3%
その他	21ヵ所	16.2%
合 計	130ヵ所	100%

III 相談の状況

1 相談受付時間

相談受付時間は9割が24時間受付となっている。「その他」が15ヵ所あるが、いずれも現在体制調整中である。

表17 相談受付時間

24時間	115ヵ所	88.5%
その他	15ヵ所	11.5%
合 計	130ヵ所	100%

2 相談専用の電話番号の設置等

相談専用電話の設置率は7割となっている。なお、トリオホンが5ヵ所のセンターで利用されている。

表18 相談専用の電話番号の設置等

あり	88ヵ所	67.7%
なし（代表番号からセンターに転送）	42ヵ所	32.3%
合 計	130ヵ所	100%

3 支援センターの周知の方法

各支援センターとも様々な方法で周知を図っており、各項目とも高い実施率となっている。なかには、フリーダイヤルの設置、支援センター専用車による巡回広報、電話番号シールの配布等の工夫をしている支援センターもある。

表19 支援センターの周知の方法（複数回答）

新聞、テレビ、行政広報誌等による広報	109ヵ所	83.8%
訪問によるチラシ等の配布による周知	55ヵ所	42.3%
施設や在宅サービス利用者や家族とおした周知	115ヵ所	88.5%
関係諸機関をとおした周知	102ヵ所	78.5%
その他	16ヵ所	12.3%
合 計	397ヵ所	—

注) %の母数は130

4 相談件数・内容

相談件数を相談者別にみると、「家族」が5割強、「本人」が2割強、「関係機関」「相談協力員」「その他」を合わせて2割となっている。

次に相談方法別にみると、「家族」と「本人」とも面接相談が多くなっているのに対し、「関係機関」「相談協力員」とも電話相談が多くなっている。また、面接相談の内容は、「家族」の場合「来所」による相談が多いのに対し、「本人」の場合「訪問」による相談が多く、支援センターの機能が一定程度果たされていることが数字からもわかる。

相談内容を上位5つあげると、①介護相談、②ショートステイ、③サービス全般、④デイサービス、⑤施設入所となっている。また、今回の調査では特に痴呆性老人について再掲したが、施設入所、ショートステイ、介護相談の3項目についての相談が多い傾向を示している。

夜間緊急対応は、全相談件数の0.8%であり、「家族」からの連絡が7割である。

なお、本項目は、各支援センターの開所時期が区々であるため、全数集計のみとした。また、「夜間」の範囲は午後10時～午前5時までの間としている。

表20 相談件数

		電 話	面 接			合 計	左の内夜間 緊急対応
			計	来 所	訪 問		
相 談 者	家族	4,633	6,652	4,090	2,562	11,285 (55.8%)	117
	本人	1,153	3,380	1,632	1,748	4,533 (22.4%)	22
	関係機関	1,096	644	333	311	1,740 (8.6%)	1
	相談協力員	473	408	204	204	881 (4.4%)	13
	その他	855	924	563	361	1,779 (8.8%)	18
	合 計	8,210	12,008	6,822	5,186	20,218 (100%)	171

表21 相談内容 ()内は痴呆性老人の相談数・再掲

相 談 内 容	相 談 件 数	構 成 比 率
①介護相談 (用品含む)	4,448 (977)	22.6% (25.4%)
②健康相談	1,655 (178)	8.4% (4.6%)
③サービス全般	2,275 (364)	11.6% (9.5%)
④ヘルパー派遣	955 (172)	4.8% (4.5%)
⑤ショートステイ	2,495 (631)	12.7% (16.4%)
⑥デイサービス	1,894 (325)	9.6% (8.5%)
⑦訪問入浴	275 (47)	1.4% (1.2%)
⑧食事サービス	183 (17)	0.9% (0.4%)
⑨施設入所	1,840 (461)	9.3% (12.0%)
⑩医療	1,557 (301)	7.9% (7.8%)
⑪その他	2,120 (370)	10.8% (9.6%)
合 計	19,697 (3,843)	100% (100%)

注1) 本項目については一部未回答などがあったため、表20の相談件数の総数とは一致しない。

IV 介護機器の展示・紹介

1 展示品目

展示品目の上位5項目は、①おむつ、②調理・食事自助具、③車いす・歩行器・杖、④ねまき、⑤特

殊尿器となっている。なお、「その他」は、パンツ等の肌着類、シャンプー・消臭剤等の衛生用品、血圧計等の健康管理器具、補装具・リハビリシューズ等のリハビリ関係用具の展示が多い。

表22 展示品目

展示品目	展示点数	1ヵ所平均点数	構成比率
①ベッド	134	1.1	2.2%
②マットレス・エアーマット	233	1.9	3.7%
③浴槽・入浴担架	74	0.6	1.2%
④特殊尿器	578	4.8	9.3%
⑤通報装置	20	0.2	0.3%
⑥車いす・歩行者・杖	845	7.0	13.6%
⑦補聴器	54	0.5	0.9%
⑧訓練具	255	2.1	4.1%
⑨調理・食事自助具	893	7.4	14.3%
⑩おむつ	1,092	9.1	17.5%
⑪ねまき	674	5.6	10.8%
⑫清拭	388	3.2	6.2%
⑬その他	993	8.3	15.9%
合計	6,233	51.9	100%

注) 1ヵ所平均件数の母数は120(10ヵ所が未回答のため)

2 展示品目、メーカーの選定の方法

展示品目、メーカーの選定は、ほとんどの支援センターが独自に選定しているが、①県社会福祉協議会と相談し、地元の業者に依頼・選定、②行政と市内デイサービスセンターの合同協議で選定しているところもある。

販売・紹介の方法は、カタログ等を置きメーカー

を紹介が8割弱、業者委託等により販売・斡旋が6割の支援センターで実施されているが、①使用者の状況をよく確かめた上で状態に適した用品を紹介した後、業者より用品と振込用紙を本人あて送付し、本人が直接業者に振り込む、②日常生活用具給付事業の紹介、③ビデオを活用した用品紹介等の工夫を行っているところもある。

表23 展示品目、メーカーの選定の方法(複数回答)

法人やセンターで独自に選定	108ヵ所	83.1%
センター運営協議会で選定	2ヵ所	1.5%
高齢者総合相談センター等関係機関等の協力を得て選定	8ヵ所	6.2%
その他	25ヵ所	19.2%
合計	143ヵ所	—

注) %の母数は130

表24 販売・紹介の方法(複数回答)

業者委託等により販売・斡旋	78ヵ所	60.0%
法人内の売店等で直接販売	17ヵ所	13.1%
カタログ等を置きメーカーを紹介	102ヵ所	78.5%
購入できる近くの店を紹介	48ヵ所	36.9%
その他	18ヵ所	13.8%
合計	263ヵ所	—

注) %の母数は130

V 公的サービス等の利用申請手続きの状況

公的サービス等の利用申請手続きは、ショートステイが4割、デイサービスが3割、ホームヘルプサービスが1割となっている。「その他」では、老人ホームや老人保健施設の入所、日常生活用具給付事業、緊急通報事業、ホームケア促進事業、訪問入浴サービス、機能回復訓練事業等の申請手続きが行われている。

表25 公的サービス等の利用申請手続きの状況

サービスの種類	件数	1ヵ所平均	構成比
ホームヘルプサービス	488件	3.8件	11.9%
デイサービス	1,282件	10.0件	31.3%
ショートステイ	1,667件	12.8件	40.7%
その他	662件	5.1件	16.2%
合計	4,099件	31.5件	100%

なお、公的サービス等の利用申請手続きをすすめる上では、①サービス適用の権限との関係で十分な対応が出来ない場合がある、②サービスの利用状況が把握できていないため、適切なサービス調整が困難、③申請手続きの代行は、家族が行うべきものと支援センターが代行するものを明確にしておかないと、家族が他人任せになってしまう危険性がある、④一方手続きの煩雑さや各サービスを利用する度に申請しなければならないことから、結果的に自分で

申請できる人も支援センターに依頼することになってしまうこともある、⑤利用者の大きな関心事は利用料であるが、所得階層により利用料が設定されている場合、支援センターではその世帯の課税状況まで把握できないため、具体的に伝えられない事もあり、結果的にサービスに結びつかないケースもある、⑥申請書類の書式の簡略化と書類手配の効率化を図る必要がある、⑦各機関が共通して使える書式・様式を検討する必要がある等の課題があげられている。

VI 運営協議会の構成、開催状況

運営協議会の設置率は6割弱である。1ヵ所平均13人で構成されており、各分野から均等に委員選出が行われている。平成2年度の開催状況は、開催回数が総計216回、1ヵ所平均2.7回の開催となっている。なお、構成員の「その他」は、自治会、ボランティア、老人クラブ、ホームヘルパー、薬剤師会等の代表が主なものである。高齢者サービス調整チー

ムには6割の支援センターが参加している。

運営協議会設置・運営に当たって、①支援センターの機能や事業内容について構成員の理解を深めることが難しい、②構成員が各分野にわたるため協議会の開催日程調整に無理がある、③運営協議会開催の費用の捻出が大変等の課題があげられている。

表27 構成員（予定を含む）

分 類	人数	平均人数	構成比率
①老人福祉行政担当	134	1.4	10.7%
②保健行政担当	111	1.2	8.9%
③医療行政担当	21	0.2	1.7%
④保健所	122	1.3	9.8%
⑤福祉事務所	97	1.0	7.8%
⑥医師会	85	0.9	6.8%
⑦社協	144	1.5	11.5%
⑧老人福祉施設	150	1.6	12.0%
⑨老人保健施設	23	0.2	1.8%
⑩民生委員	150	1.6	12.0%
⑪その他	214	2.3	17.1%
合 計	1,251	13.2	100%

表26 設置の有無

設置している	73ヵ所	56.2%
設置していない（調整中）	57ヵ所	43.8%
合 計	130ヵ所	100%

表28 高齢者サービス調整チームとの関係

参加している	79ヵ所	60.8%
センター運営協議会とは直接の関連はない	26ヵ所	(32.9%)
センター運営協議会と一部共有している	27ヵ所	(34.2%)
センター運営協議会と一体的に運営している	26ヵ所	(32.9%)
現在参加していない	30ヵ所	23.1%
その他	8ヵ所	6.1%
無回答	13ヵ所	10.0%
合 計	130ヵ所	100%

注) 1ヵ所平均人数の母数は95 (35ヵ所が未回答もしくは未定)

VII 相談協力員の状況

相談協力員の設置率は7割弱である。1ヵ所平均32人で構成されており、民生委員が構成員全体の7割を占めており、3割強(95ヶ所中34ヶ所)の支援センターが民生委員だけに相談協力員を委嘱している。「その他」は、自治会、ボランティア、老人クラブ、ホームヘルパー、薬局・薬店が主なものである。

相談協力員の依頼は9割が行政が直接依頼をしている。担当地区割は6割で実施しているが、ほとんどが民生委員の担当地区割りと同一となっている

表29 設置の有無

設置している	83ヵ所	63.8%
設置していない(調整中)	47ヵ所	36.2%
合計	130ヵ所	100%

表30 相談協力員の構成(予定を含む)

分類	人数	平均人数	構成比
①民生委員	2,134	22.5	70.4%
②老人クラブ	302	3.2	10.0%
③自治会	94	1.0	3.1%
④商店	90	0.9	3.0%
⑤郵便局	21	0.2	0.7%
⑥その他	392	4.1	12.9%
合計	3,033	31.9	100%

注) 1ヵ所平均人数の母数95(35ヵ所が未回答もしくは未定)

が、小学校区あるいは中学校区に地区割りをしている支援センターもある。

なお、相談協力員確保・研修等について、①民生委員の職務との関係での相談協力員の位置づけ、②相談協力員の意識や資質の向上、③女性の相談協力員の確保等が課題としてあげられている。

相談協力員研修会の平成2年度の開催状況は、開催回数が総計167回、1ヵ所平均2.0回の開催となっている。

表31 相談協力員の依頼の仕方(複数回答)

行政が直接依頼	85ヵ所	89.5%
センターが独自に開拓し依頼	19ヵ所	20.0%
社会福祉協議会等福祉関係団体と協力して開拓し依頼	16ヵ所	16.8%
自治会を通じて依頼	4ヵ所	4.2%
その他	13ヵ所	13.7%
合計	137ヵ所	—

注) %の母数95(35ヵ所が未回答もしくは未定)

表32 相談協力員の担当地区割の状況

担当地区割をしている(予定を含む)	81ヵ所	62.3%
担当地区割をしていない	28ヵ所	21.5%
無回答ないしは未定	21ヵ所	16.2%
合計	130ヵ所	100%

VIII 処遇台帳の整備・管理、情報の共有の状況

1 処遇台帳の整備・管理、情報の共有の状況

処遇台帳が整備されている支援センターは、約6割である。

処遇台帳の項目は各支援センターで様々な工夫がなされているが、調査に回答いただいた項目を整理するとおおよそ次のようになる。

(1)基礎的な事項

受付日時(相談日時)、受付者、相談経路、本人の住所、申請者住所氏名(本人との続柄)、生年

月日、年齢、性別、家族構成(世帯状況)、介護を要するようになった時期、主な介護者、ねたきり(ひとり暮らし)となった原因、住宅の状況、訪問のための地図

(2)本人の身体・精神状況

身体状況、精神状況、ADLの状況、性格、病名、服薬状況、既往症、地域との交流の状況、社会参加の状況

(3)保健・福祉・医療サービス等の利用状況

主治医、担当ヘルパー、担当民生委員、保険の種類、年金の状況、身体障害者手帳の交付の有

無、補装具の状況、医療機関受診状況、現在受けているサービスの種類

(4)相談、処理の状況

相談内容、処遇目標、介護上の問題点、処理応対状況（経過記録）、達成状況と課題

また、情報共有の相手の機関としては、①福祉事務所、②市町村老人福祉課、③デイサービスセンター、④保健所、⑤老人保健施設、⑥社会福祉協議会、⑦福祉施設、⑧同一市町村内の他の在宅介護支援センター、⑨病院、⑩民生委員、⑪ホームヘルパー、

表33 処遇台帳の整備・管理、情報の共有の状況

処遇台帳の整備あり	77ヵ所	59.2%
要介護老人や家族の情報の共有化に係る機関と行っている(予定を含む)	59ヵ所	(76.6%)
情報の共有化を行っていない	18ヵ所	(23.4%)
整備中	53ヵ所	40.8%
合計	130ヵ所	100%

⑫高齢者サービス調整チームのメンバーがあげられている。

なお、パソコンを利用して福祉事務所、保健センター、保健所と情報を共有している支援センターもあった。

2 情報を共有する場合の問題点・課題

情報を共有に関して、プライバシー保護に関する事項として、①情報共有に関する本人や家族の同意、②支援センターと行政機関との間での情報共有の範囲やプライバシー保護に関する相方合意、③情報の保管、④情報共有者および情報共有内容の範囲、⑤ファクシミリ利用の適否等、また情報管理やメンテナンスに関する事項として、①情報量が増えた場合の情報管理・提供の合理化（OA化）、②状態の変化に対応（即応）した情報メンテナンス、③業務別に管理している従来の台帳の個人別台帳への変更、④利用者のアフターケア情報の把握、登録、活用等が課題としてあげられている。

IX 運営主体の経営する施設との機能上の連携や運営上の工夫（記述回答）

1 機能上の連携をすすめる上での基本的考え方と工夫

- ① 特別養護老人ホーム、老人保健施設、デイサービス等を実施しているので、それぞれの事業と密接に連携し、機能を有効に活用している。また、職員についても緊急要員を確保することも可能。
- ② デイサービス利用者、家族から相談につながることもあることを考えると、デイサービス、支援センターを切り離して考えずに、老人ホームと在宅部門としてのデイサービスセンター、支援センターというように柔軟に考え、職員も在宅のスタッフとして相互に柔軟に対応できることが必要。
- ③ 福祉サービスの提供にあたっては、母体となる施設の連携がスムーズに行われていないと運営に支障をきたす。支援センター職員がその機能を積極的に知らせたり協力を得ることにより、円滑に運営出来るように施設職員と連絡をとる必要がある。逆にショートステイ、デイサービス利用時の

状態を知ることによって今後の援助の体制が決まってくる。

- ④ 対象者に適切なサービスを迅速に提供し、フォローアップして初めて支援センターの使命を果たすこととなると思う。そのためにも、支援センターとサービス提供する施設との連携は大事なことである。
- ⑤ サービスを利用する人は、別のサービスを利用する率が高くなっている。それらのサービスをできるだけ継続的にフォローしていくことが望ましく、在宅サービス利用者の情報を支援センターを基軸として集積するように努めている。
- ⑥ 病院併設であるが、訪問看護対象者のニーズの中で福祉サービス等のニーズがある場合、スムーズに連携のとれる状態となっている。さらに退院予定の患者の中に、日常生活上必要とする介護機器・用品のことや対象者に必要な福祉サービス等についても入院患者担当責任者と連絡話し合いを行っている。

併設の病院では、訪問看護を積極的に行っており、在宅看護に関して、保健・福祉・医療・看護が協力して総合的に提供している。また、近隣に老人保健施設も併設しており、支援センター利用者に対してのアドバイスや選択も幅が広がっている。

2 相談をすすめる上での連携と工夫

複数の施設をもつが、各施設別に相談を受けるのではなく、インテークに当たる部分は支援センターを通すことにしている。

相談電話は施設に入るので、留守の時でも施設の方で受け対応できる。隣接しているデイサービスセンター利用者に支援センターの説明や展示コーナーを利用してもらっている。入浴サービスの申請があった場合など、送迎、受入れの話し合いがすぐに出来、サービスを提供することができる。

支援センターを通じた相談者が、当施設でショートステイを利用する場合は、健康状態家族状況等について特養に申し送りしている。

老人ホームで行う在宅サービスのほとんどを実施しているため、相談があると実際の受入れ等の話がスムーズに出来る。そのためにも、支援センターの職員が常に施設内の状態を知っておくよう連絡調整を密にしている。

支援センターの機能を果たすためには職員会体のバックアップが必要となる。そのため、業務マニュアルを作成し、勉強会を行っている。

支援センターのワーカーが不在時のために、ア・介護等相談想定問題集の作成・備付、イ・相談票の作成、定位置備付を行っている。また、介護教室等の共同開催、施設広報誌活用によるPRを行っている。

夜間の相談は夜勤者と宿直者が相談に応じ、翌

日報告され必要に応じセンター職員が再電話すること等で対応している。

夜間は施設に引き継ぎ、当直職員及び夜勤寮母に対応してもらうため、夜間の相談マニュアル、相談受理の流れについての勉強会を開催している。

センター職員不在時、連絡票で相談内容や対処方法を連絡するようにしている。

3 職員体制、連絡会議等の工夫

支援センターの業務が次第に知られるようになり、2名の専任体制では多くの問題が生じてきた。夜間の対応もさることながら、日中業務でも訪問や面接が集中する場合、対応が不十分になることもあり、施設の職員全員および施設の担当ソーシャルワーカーの全面的な応援体制を導入している。

特別養護老人ホーム職員（寮母、介護福祉士、看護婦等）が全員支援センター職員のとまりで研修と協力体制をとっている。

勤務体制は、祝祭日、夜勤を含め、併設施設と一体とした運営としている。

病院、老人保健施設、支援センターの代表が集まり、「在宅ケア戦略会議」と称して全体的な行事や協力体制のとり方などを定期的に話し合っている。

法人内で調整会議を開催し、老人ホーム、デイサービス（A型、C型）との連携を図っている。

施設として在宅サービスを一体的に行うために、従来のデイサービス事業、ホームヘルパー派遣事業に加え、「在宅福祉班」として三部門を一機関とした体制をとっている。また、施設内で、全部署による定例主任会議を開き情報の共有を図っている。

保健，医療，福祉サービスの実施機関と機能的に連携した運営を確保するための工夫や課題（記述回答）

1 機能的に連携した運営を確保するための工夫・事例

在宅福祉職員研究会を設けて隔月毎に保健・医療、行政、施設関係職員が集まり、在宅要介護老

人の処遇改善並びにサービス向上促進を図るため問題点等を持ちより研究協議し実践に役立てている。

処遇困難なケースが生じた際には、すみやかに

関係機関のメンバー（役場、保健所、福祉事務所など）が集まり検討する形が慣例化している。そのため特に検討会議の日時を決めていない。必要な時に随時実施。

お互いの業務の運営とケースへのサービスの質を維持するためにも、ケースの情報交換を十分行っている。また、定例連絡会で、それぞれに抱えている活動の状況や問題などを話し合っている。自分の業務だけでなく、それぞれが機能しなくては在宅ケアはすすまないという意識が職員間にもある。

実施機関の実務者が定期的に集まり、支援センターを中心に連絡調整会議を開催し、情報交換等を主に実施して機能的に連携する。

運営協議会、高齢者サービス調整チームがまだ十分に機能していないため、問題が生じた場合は、各機関の担当者、医師らと直接連絡を取り、時間があれば、問題解決の為、調整会議を行っている。

毎月1回、行政、保健センター、社協、支援センター、4者連絡会議（約15名）を実施。一般的情報交換及び対象者の処遇についての情報交換、意見交換等を行っている。なお、医師との関係については、保健センター、支援センターで直接医師との連携を深めている。

連絡会議をケースマネジメントの視点で、毎週月曜日、調整チームの一環として取り組んでいる。

コミュニティケア会議を実施し、在宅サービスに関わる者の日常的な情報交換を行っている。

各部門に配属されているケースワーカーを窓口とし、互いに共通認識を深め連携している。

地域の在宅医療グループの医師と直接、電話往診日と一緒に介護指導日を設定する等、現場場面での連携を強化し、地域保健婦、医師、ヘルパー、福祉課、支援センター職員での定期的会合（ケースカンファレンス会）を計画している。

市の福祉担当課はもちろん、健康管理課（保健婦）、社会福祉協議会（ホームヘルパー等）と緊急の場合、電話でサービス供給が可能な体制をとっている。

病院及び特別養護老人ホームを経営しており、老人の在宅（ヘルパー派遣）～通所（デイサービス）～入所（ショートステイ）、入院等、要援護老

人に必要な医療福祉サービスを一体となつて行える貴重な機関である。また、保健所、医師会、行政機関を含んだ横の関係についてもセンター開所以来ネットワークづくりに努め非常に良好な状態になっている。

行政のケースワーカーと連絡をとり個々のサービスを図る。

保健婦と連絡をとり訪問相談を充実するように力を入れたい。

地域の開業医へのPRや働きかけ、ケースを通しての協力を求め、往診を依頼したり、小さなことから連携をとり始めている。

保健所といつも連絡をとり、同行訪問したりして、ケースを通して連携をとっている。また運営協議会などの打合せをしている。今後、健康教室などの開催にも実行委員として参加していく予定である。

法人の隣に財団法人の救急病院等があり、リハビリテーション、訪問看護など機能を有しており、住宅改造、リハビリテーションに関する相談などの際、同行してもらうなど協力が得られる。福祉タクシー等などでも通院できない状態の対象者には訪問看護してもらうなど協力してもらっている。

福祉事務所、保健所が主催する行事については、共催のかたちでその構成メンバーとして参加させてもらうことにしている。そのほか地区社協、公民館等の各種行事にも、介護用品の紹介をかねて参加することにしている。

医療面の連携では、病院の訪問看護婦、訪問保健婦より、在宅要介護老人の情報を得ている。また、病院受診の場合、2～3時間待ちが多いため、痴呆性老人、ねたきり老人については、支援センターからの連絡により、優先的に受診できるように対処していただいている。また、高齢者夫婦の場合等で、必要があれば受診介助までできる限りのことはするようにしている。福祉サービスの面では、申請のみではなく、短期入所時の送迎・介助まで希望があれば実施している。今後はもっときめ細かいサービスが利用する側から望まれるのは確実であると思われる。

保健婦や行政ケースワーカーの地区分担を知っておくと効率的である。

21老人保健福祉計画の中で施設在宅を通じて、地域に於ける老人福祉サービスならびに老人保健サービスの普及定着を図る上で、支援センターの重要な役割が期待されている。自治体をはじめとして、保健所・医療機関との機能的な連携指導のもとに運営の強化充実を図る。

2 機能的に連携した運営を確保するための課題

支援センター職員としての業務範囲、ことに保健婦、行政ケースワーカーとの分担等について明らかにする必要がある。また、ケースマネジメントの中心はどの機関となるのれ そのなかで支援センターのケースマネージャーとしての立場をどう執っていくべきであろうか。

MSWと連携（特に民間病院）をどう位置づけていくか。

どこまで申請の代行ができるのか、ガイドラインが必要である。

支援センターはまだ地域の他機関には理解されておらず、特に医療との連携が難しく思っている。

公的福祉サービスはまだ不十分とはいえ、保健サービスよりはメニューもそろっている。機能としての連携はあるが、サービスの量やスタッフの人的体制の面で保健婦等の拡充が必要。

相談に関しては、当施設がサービスメニューをもっているので、短期保護、入所入浴サービス、デイサービス、クリニック受診等につなげるこ

ができるが、他機関への調整は難しくよい答えが出ないのが現状である。

連携は重要だと考えるが、組織同士のつながりをもつのが難しく、現在うまく連携されているとはいえない。

支援センターが積極的に各機関と連携、情報収集、情報提供を行うことは必要だが、公的制度、施設の情報は、常に行政側よりセンターに送ってもらう必要性を感じる。センターの問い合わせによりはじめて情報が流れる傾向にある。

行政の担当は福祉なので、保健や医療に関してのアプローチに不十分な面があるようだ。行政内部の連携が十分でないと支援センターは動きにくい面がある。

共通の台帳を作り、支援センターがデータベース的機能を果たす必要がある。

各ケースへの実際援助を目的とした有機的なネットワークを構築するため、情報の共有化を図りたい。具体的なことでは、各機関共通の個人別対象者カードや連絡票のようなものを整備したい。

保健、医療機関に対し、福祉のイメージを変えていただくよう積極的に働きかけること。また、地域住民に対しても同じように言えると思われる。

XI支援センター運営上の工夫や課題（記述回答）

1 運営に関する事項

(1) 支援センターの機能を発揮するための工夫や課題

どんなささやかな相談に対しても、何らかの直接的なサービスに結びつけることが重要。たとえ、相談、情報提供にとどまるとしても、その後の経過をフォローアップし、生活状況の把握に努めること。第二に、地域ネットワークについて、専門関係機関内に限定せず、民生委員、ボランティア等の比較的インフォーマルな組織まで視野を広め、積極的に働きかけを行い、言わば、住みよい地域社会の構築にむけて、支援センターが住民に

より「利用される場」（質の高い安心した生活のために）として、また、「交流の場」として、発展することを目指したい。

支援センターは将来大変効果が期待されるものと思われるが、現時点においては社会、家庭共の意識の変革を図る必要があり、更に特に行政のこれに対する熱意の程が今後の盛衰にかかっていると言っても過言でなく、更に各機関のネットワークの必要性は見逃す事が出来ない。それを切り開くには、先ず支援センターをあずかる職員のたゆまない努力を痛感する。

支援センターは民間団体の運営である特徴を発

揮ることが重要である。第一に行政の窓口に代替する機能をもつことで、行政のもつ監督的な弊害をなくし、地域住民の一員として地域の福祉資源の活用を周知する広報活動が必要である。そのためには、チラシなどを定期的に配布し、行政指導型よりむしろ民間運営の発想で利用者の気易い相談・指導窓口になることである。第二に介護機器用具の展示コーナーの活用である。介護用品に関しては家族や本人に対し、細部にわたり説明することにより家族の負担を少なくし、老人自身にとってもプラスになる。PR活動が必要である。いずれにしても支援センターが独自の機能を発揮する為には、行政機関のバックアップが必要である。

ヘルパー、訪問看護、リハビリ、移送サービス、デイサービス、ショートステイ、その他を一体的、包括的に供給できる体制づくりのなかで、サービスパッケージのコーディネートができるような体制づくりが必要。

業務のマニュアル化が必要（利用者のフォローアップ体制、相談協力員との連携でニーズの掘り起こし等）。

支援センター運営事業実施要綱から、センターの質的方向性（カラー）をどう読みとればよいのか、早期にマニュアルが欲しい。

支援センターに求められているのは単なるサービスの紹介やサービスに結びつけるということだけではなく、ソーシャルワークとしての機能もあると考える。その機能に着目したスタッフのトレーニング等をしていく必要がある。

これからの支援センターは、地域や年齢にこだわることなく、児童や障害者などの施設との連絡を可能にし、幅の広い支援センターの活動ができるよう、医療保健福祉の連携をスムーズに、また内容の濃いものにしていかなければならない。

支援センターの機能が固まっておらず、ソーシャルワーカー、看護婦の具体的役割が漠然としたままである。当支援センターではデイケア内の配置であり、デイケア事業とのからみなり、本来的業務とデイケア事業との関係から、独自の動きがとりにくく、今後の活動の中で整理していく必要がある。

在宅介護支援センターの名称は、地域住民にと

り、センターに行けばすべて即時対応してもらえるようにとらえられている面が多々感じられる。センターと名がある以上、センター独自にショートステイ、ホームヘルパー派遣事業を実施することが重要である。

(2) 各種事業に関する工夫や課題

介護用品の販売について 紹介だけでは、用品を購入、使用するまでのプロセスにならず、販売が必要。

介護機器展示コーナーの場所を広くし、内容も幅広く揃え、見て、触れて購入してもらおうことができるようになってきている。業者との連携もとれているため、業者との同伴で、住宅改造の相談や手すり工事、介護用品の購入に対応している。

介護機器展示については、介護教室終了後、専門業者等の説明、ビデオによる事例などに心がけている。

住宅改造要請の際には、ビデオをまずスタッフが持参し、アドバイスを行い、建築家、PT・OT・医師とも協議を行い、十分なアドバイスをするように心がけている。

緊急通報システムを連絡通報システムとして、介護ニーズにもこたえられるような体制づくり（第一通報先を支援センターにする等の工夫）

支援センターの機能と位置づけを警察、消防等の連携のためにも、地域レベルのみでなく、全国レベルでも図ってほしい。

救急医療、救急入院（特に夜間）が必要な場合に対応してもらえる医療機関との連携と常時密にしておく必要がある。

日々変化する要援護老人に対して、他機関との共通のデータの作成。

(3) 事例、その他

市にセンターが1カ所のため対象地区が広い。そのため、第1エリア（市内全域で相談業務を中心に実施）と、第2エリア（支援センター近隣7校区で要介護老人実態把握（訪問業務）に分け、活動している。

支援センター業務を進める中で潜在的な福祉制度の未利用者に対して申請手続等の便宜を図ることによって、制度利用者増となってきた。

当面デイサービスに月1度位しか利用していない人や状態が悪くデイサービスを受けられない人

を訪問している。また、今までの相談者がその後の様な状況であるか確認のため訪問し、地区民生委員との連携も密にしている。

支援センターが市中心部より離れているため総合福祉センターで月3回の移動相談を行っている。

デイサービス登録者のうち、未利用者についての実態把握のため相談員が訪問し、行政側との協議によって介護指導や、ヘルパー派遣を行っている。

施設併設の効果的な運営のために、支援センター開設と同時に、デイサービスセンターの中に「在宅管理室」を設置し、在宅サービス関係職員（支援センター2名、介護ヘルパー2名、デイセンター3名）が机を並べ、常時連絡調整ができるようにし、更に併設施設とのコミュニケーションが密接に出来得るよう構成されている。なお、同室には専用電話及びファックスを設備し、関係機関との円滑な連絡調整に備えている。

現在、人口32万人に対して1カ所ということで地域に根ざして活動していくには難しい点がある。支援センターも今後、数的にも整備されていくと思うが、支援センターの建物、設備を増やしていくのは財政的に大変であるが、「機能」を増やしていくことを考えれば、既存の建物を利用し、人的な面での拡充をすすめることで支援センターの数は増やせるように考える。

2 地域福祉推進に関する事項

センターが地域に根ざしたセンター運営をするために、ア．地域の諸活動、諸会合への参加、イ．幼児期からの福祉教育をすすめ、地域住民の福祉意識を改革する、ウ．併設施設へのボランティア受け入れ時にPR及び地域の情報を提供していただく等の事業を実施する必要がある。

支援センターのポイントは、いかに地域に密着した活動を行っていくかということであり、その意味でもとりわけ民生委員等との信頼関係づくり、連携の体制をどうつくっていくかということが重要な課題となる。

住宅で困っている高齢者と家族を支援する為には、自宅への訪問指導、ヘルパー派遣を充実しつつ、地域のニーズ把握に努め、どのような福祉サービスが求められているか知る必要がある。公的サービスの充足が不可欠だが、入所、ショートス

テイ、デイサービスが満杯状態の中で、民間の福祉サービス、ボランティア、憩いの家などの社会資源を見直し、活用する必要がある。

単なる福祉サービスの調整だけでなく、老人のおかれている現状が行政に十分反映し、ニーズに対応出来る地域福祉のシステム作りを官民が協力し合って築き上げられる体制を整備していきたい。

3 マンパワーや職員体制に関する事項

専門職員2名では対応しきれず、デイケアセンター職員5名も対応できるよう体制を整えてはいるが、内容が多岐にわたっているため、相談対応を適切に行うには今後時間を要すると思われる。また、介護用品の紹介も同様である。

現行職員体制では相談をこなすのが手いっぱいであり、事務処理が思うように出来ない。

利用者に必要なサービスをコーディネートすることが支援センターの一番の役目と思うが、その目的を果たすためには職員配置について見直しが必要である。定期的な訪問活動を行うとなると現行の2名体制ではきつい様に思う。

事業内容とスタッフの関係でサービス内容を限定せざるを得ない。

保健婦や看護婦の確保が困難。

スタッフの幅（PT・OT・医師等）を広げる事で、多種多様な相談に答えられるものと思われる。

支援センターの機能を十分に発揮できるようにしていくためには、既存の機関や組織の活用が不可欠となり、これを活用するスタッフの人材にも大きく依存している。現行職員配置基準は、福祉関係職種と保健医療関係職種を組み合わせることとしている。その意図するところは十分理解できるが、現実的にセンター機能の向上を推進していこうとしたときに、必ずしもその有資格者がその能力をそなえているとは限らない。逆に、福祉と保健の組み合わせにはならないが、地域ニーズの発掘等、相談、調整に優れた能力を有するケースもあるので、職種の組み合わせは考慮を要するのではないかと。

4 公的サービスの整備等に関する事項

公的福祉サービスを相談者に紹介してもすぐに利用できず、在宅介護の支援が十分にできない。例えば、ねたきりになった夫を自宅で看ようと妻

が決め、支援センターに相談に来た場合、ケースワーカーが社会資源を紹介しても、ヘルパー派遣には限度があり、デイサービスは1年以上の待機といった状況である。支援センターの数を増やすと同時に公的福祉サービスの量、質を充実させることも必要だと考える。

近年、利用者の急増から在宅サービスの利用は飽和状態にあり、支援センターの活動を積極的に広報し難い状況にある。そのようななかで、昨年、支援センターと同時期にスタートしたヘルパー事業との連携を強化していくことをセンターの運営の中心に置いている。一方、年度計画の策定・処遇台帳の共有化、協力員の依頼、支援センターのパンフ作成、夜間の緊急時の対応など、克服すべき課題が山積している。

公的サービスの希望があっても受け入れ側の状況が満員状態であるため、利用できない訪問活動などで家族と本人を支援していくつもりだが、在宅サービスがすぐにうけられるようサービス実施機関、施設の増が必要である。

ニーズの掘り起こしは、支援センターが持つ一つの大きな役割であるが、掘り起こしたニーズに対して十分対応できるかと考えた時、現段階における在宅サービスを含めた福祉サービスでは、質的・量的にも十分ではなく、そういった部分をいかにクリアしていくかは、大きな課題であろう。

最近特に痴呆問題、介護者の介護による疲れの相談をうけても受皿が少ないため、援助にも限界がある。今後は、家族会なども考えていかなければならないと思っている（特に、他の関係機関、地域との連携を密にしていく必要がある）。

支援センターは特別養護老人ホームを社会福祉資源とし地域に開放し、在宅福祉サービスの拠点

にするための使命をもっていると思う。また、在宅3本柱のサービスをいかに調整し、しかも必要な時に提供する責務もあると思う。在宅3本柱はいずれも市町村の福祉計画の中で実施要綱に基づいて実施されている。しかも、いずれも単独の事業として契約されている。実際には運営にあたっては人的にも、予算的にも技術的にも互いに補完しなければ効率的に機能しない。支援センターも同じである。また、実施要綱の枠内でしか活動できない仕組みになっている。特養の措置費との関連も明確でない。これらを総合的に見直し弾力的な運営ができるように検討すべきであると思う。特に支援センターが在宅福祉サービスの提供をコーディネートする明確な位置付けが必要と思う。

積極的な活動を進めることにより、多種多様な住民ニーズが掘り起こされるが、果たしてニーズを満すサービスが可能であるかどうか。特に施設入所を希望するケースが増大する可能性もあるため、この点が大きな課題である。

介護ショップなり補装具センターの各自治体での設置が必要

運営費の7割が人件費で、ベースアップ等を加味すると事業費が年々減少することになってしまう。

相談協力員が活動しやすくするためには実費弁償が必要となる。

訪問など行動のための自動車が必要。運営費の中に加えてほしい。

支援センター、ホームヘルパー職員の公費による健康診断、さらに感染予防として、例えば、B型肝炎等の予防摂取を公費負担とすることが必要である。