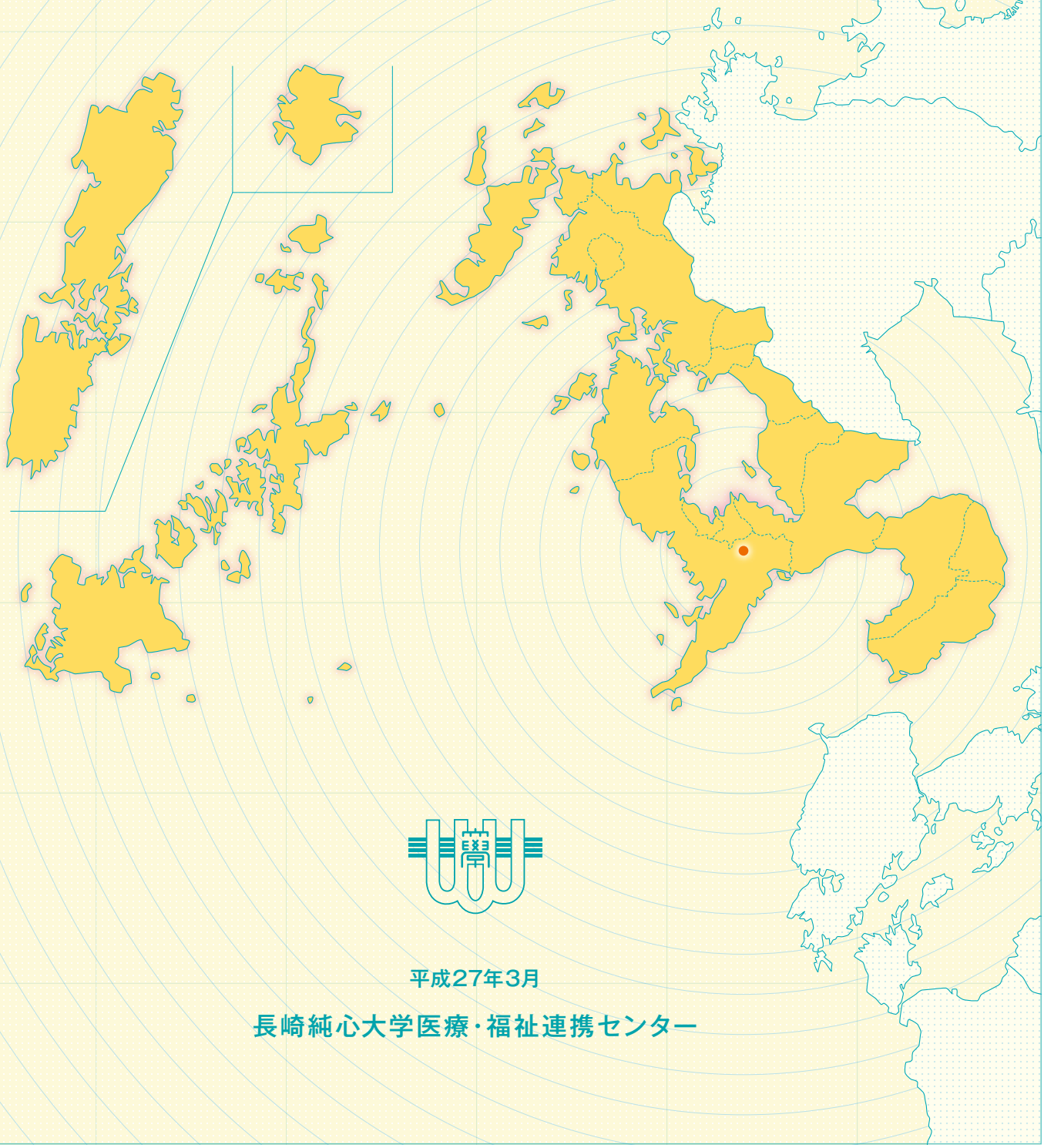
未来医療研究人材養成拠点形成事業

テーマB：リサーチマインドを持った総合診療医の養成

調査研究報告書



平成27年3月

長崎純心大学医療・福祉連携センター

センター長あいさつ

長崎純心大学医療・福祉連携センターは，長崎大学医学部と連携して文部科学省の「未来医療研究人材養成拠点形成事業（テーマＢ：リサーチマインドを持った総合診療医の養成）」を実施するため平成25年10月に設立されました．本センターでは，住み慣れた地域で尊厳を保持し，自分らしい生活を継続することができるように，高齢者をはじめとする地域住民の保健医療の向上と福祉の増進を包括的に支援する「地域包括ケア」体制の推進に関する理論的かつ実証的な調査研究を行っています．

このような研究を進めていく背景には，諸外国に類を見ないわが国の少子高齢化の進行があります．特に，団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年を目途に，住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が目指されており，第186回通常国会においては，医療法，介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行うために「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が採決されました．これを受けて，医療と介護サービスとを一体的に供給する地域包括ケアシステムが急速に整備される状況にあります．また，地域包括ケアシステムの構築にあたっては，行政分野，医療分野，福祉分野といった，いわゆる専門職間の連携にとどまることなく，地域住民との有機的な連携システムを確立する必要があります．そして，このためには，多様な地域特性を踏まえて地域住民が有する医療・福祉ニーズを的確に把握し，適切に対応することができる地域包括ケアを担う人材を養成・確保することが急務となっております．

“知恵と奉仕”を建学の精神とする長崎純心大学の福祉教育には，60年近くの歴史があります．この間，長崎純心大学では，社会福祉士，介護福祉士，精神保健福祉士，保育士などの国家資格を取得し，専門職倫理と福祉に関する専門知識と技術を有する実践力の高い優秀な福祉人材を養成してきました．そして，その多くが長崎県内をはじめ，九州圏内の福祉現場で活躍しております．

これらの実績を踏まえて本センターが構想する地域包括ケアシステムは，その対象を単に高齢者に限定するのではなく，生活の主体者である地域住民を中心に地域の福祉を創造するために，地域住民が生活と福祉の増進を図る主体者となり，年齢や障がいの有無に関わらず，様々な生きづらさを抱え，何らかの支援を必要とする人々を包摂する住民主体の支援システムとしての機能を具備したものです．

このため，本センターでは，調査研究を通して得られた学術的な知見を広く長崎の地に還元することを通して，地域住民による主体的な支え合いと相まって，誰もが必要な時に適切な医療や介護・福祉サービスを利用しつつ，安心して住み慣れた地域で生活を継続することができる地域包括ケアシステムの構築と発展に寄与していかなければならないと考えております．

この度，昨年度，本センターが実施いたしました全国調査結果を『調査研究報告書』にまとめてみました．この間，多くの方々のご理解とご協力を賜りました．あらためてお礼を申し上げます．

この報告書が，地域包括ケアシステムにおける地域包括支援センターの役割と可能性を実証的に析出するための一助となりますことを祈っています．

今後とも，皆さまの一層のご協力とご指導を賜りますようよろしくお願いします．

平成27年３月

長崎純心大学医療・福祉連携センター
センター長　潮谷 有二

目　　次

センター長あいさつ

地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要 …… 1
(The Outline of the Survey Results on Community General Support Center in Japan)
Ⅰ．調査の目的 …… 1
Ⅱ．調査方法 …… 1
Ⅲ．結果 …… 4
Ⅳ．まとめ …… 34

地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要
— 地域ケア会議の主たる構成員に関する自由記述の分析 — …… 37
(The Outline of the Survey Results on Community General Support Center in Japan
— Text Mining Analysis on Open-Ended Questions Concerned with Main Members in the Local Care Conference —)
Ⅰ．分析の目的と方法 …… 37
Ⅱ．結果 …… 38

地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要
— 地域ケア会議の開催要件に関する自由記述の分析 — …… 47
(The Outline of the Survey Results on Community General Support Center in Japan
— Text Mining Analysis on Open-Ended Questions about the Requirements of Local Care Conference—)
Ⅰ．分析の目的と方法 …… 47
Ⅱ．結果 …… 48

地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要
—地域包括ケアの推進要件に関する自由記述の分析－ …… 55
(The Outline of the Survey Results on Community General Support Center in Japan
— Text Mining Analysis on Open-Ended Questions about the Requirements for Promoting Community Based Integrated Care System —)
Ⅰ．分析の目的と方法 …… 55
Ⅱ．結果 …… 56

「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」
における自由記述のリスト …… 63

調査票「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」 …… 159

地域包括支援センターに関する
全国調査結果の概要

地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要

The Outline of the Survey Results on Community General Support Center in Japan

潮谷有二，宮野澄男，奥村あすか，吉田麻衣，田中美喜子

Yuji SHIOTANI, Sumio MIYANO, Asuka OKUMURA, Mai YOSHIDA, Mikiko TANAKA

Ⅰ．調査の目的

2011（平成23）年の介護保険法の改正以降，団塊世代が75歳以上になる2025（平成37）年を見据えた「地域包括ケアシステム」の整備が，全国の市町村において進められている．このような状況の中で，地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより，その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする地域包括支援センターには，地域包括ケアシステムにおける中核的な役割が求められている．

ところで，地域包括支援センターに関する全国規模での調査研究として公表されているものは，筆者らが把握する限り，厚生労働省の老人保健健康増進等事業の助成を受けて三菱総合研究所が平成22年度，平成23年度及び平成24年度に実施した調査結果及び同補助事業による全国社会福祉協議会及び全国地域包括・在宅介護支援センター協議会が平成22年度に実施した調査結果しか存在していないのが現状である．

確かに，上記の調査研究等は，全国の地域包括支援センターを対象としており，経年比較が可能となる貴重な実証データではあるが，その内容については，記述的かつ概括的であり，変数間の詳細な関係については言及されていない．

そこで，長崎純心大学医療・福祉連携センターでは，全国の地域包括支援センターの現状と課題を明らかにするために必要となる基礎資料を収集するとともに，各種変数間の関係を明らかにし，地域包括ケアシステムにおける地域包括支援センターの役割と可能性を実証的に析出することを目的に，全国の地域包括支援センターを対象とする質問紙を用いた悉皆調査を実施することにした．

なお，本稿では，各種変数間の関係を分析するための必要不可欠な分析である１変量の分析を行うために，質問紙調査によって得られた各種変数の分布について記述的に明らかにすることを目的とし，各種変数間の関係については，本稿での分析結果をさらに精緻化した上で２変量，多変量の分析を行い，その結果については，別途，関係学会等で報告する予定であるということを付記しておく．

Ⅱ．調査方法

１．調査票作成

調査票の作成に当たっては，先行研究として位置づけることができる三菱総合研究所（2013）による『地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業報告書』の内容を分析し，その結果をふまえて調査票案を作成し，調査対象者として想定した地域包括支援センターの社会福祉士２名に対し，プレテストを３回実施し，調査票案の修正を繰り返し行い，調査票としての精度を高めるように努め，最終的に調査に用いる主たる項目を以下に示すとおりとした．

なお，プレテスト協力者は，永富幸美氏（長崎市桜馬場地域包括支援センター社会福祉士），嶺尚江氏（長崎市戸町・土井首地域包括支援センター社会福祉士）であり，この場を借りて感謝の意を表したい．また，調査票については，参考資料（pp.159－175）を参照されたい．

（調査項目）
●地域包括支援センターの設置主体（問１）
●職員の配置状況（問２）
●介護予防プラン数（問３）
●相談件数（問４）
●職員研修の状況（問５～問７）
●定期的な会議やミーティングの状況（問８）
●広報活動（問９）
●関係機関等との連携状況（問10～問14）
●地域ケア会議の状況（問15）
●啓発活動（問16）
●業務の状況（問17～問22）
●地域包括ケアに関する自由記述（問23）
●職場環境（問24）
●基本属性（問25）
●調査結果の送付について（問26，問27）

２．調査対象

調査対象は，全国の地域包括支援センター4,834か所（サブセンター・ブランチを含む）であり，回答者には，回答者の職種の差異から生じる回答の偏りを未然に防ぐ観点から，地域包括支援センターに配置されている保健師，社会福祉士，主任介護支援専門員等のうち，社会福祉士またはそれに準ずる者とした．なお，調査対象とした全国の地域包括支援センターの名称，所在地などについては，厚生労働省や地方自治体等のホームページから検索した．

３．調査方法

調査方法は，自計式の郵送調査であり，調査期間は，2014（平成26）年２月６日（木）に調査票を発送し，２月末日を調査票回収の締め切り日とした．併せて，本調査の周知と円滑な実施を図るため，地域包括支援センターを所管する主管課1,913か所に対しても調査票のサンプルと調査協力依頼文の発送を行った．

この結果，2014（平成26）年４月９日（水）時点で全国1,217件か所の地域包括支援センターから回答を得た（回収率25.2%）．

４．調査実施における倫理的配慮

調査の実施に伴う倫理的配慮として，調査依頼文及び調査票の表紙に回答について厳重

に秘密を守って統計処理を行い，センター名及び個人のプライバシーが外部に漏洩することはない旨を記すとともに，エディティング作業，コーディング作業，データ入力作業を通して，調査対象者や調査対象となった地域包括支援センターを特定することができないように必要に応じて，文章のマスキングを行った．

５．集計方法

回収した調査票の集計に当たっては，エディティング作業とコーディング作業に係るガイドラインを作成し，当該ガイドラインに基づき，エディティング作業やコーディング作業を行い，その後，データの入力を行った．なお，エディティング作業からデータ入力までの作業については，非標本誤差を抑制するために，社会調査に関する一定のトレーニングを受けたことがある長崎純心大学人文学部生及び大学院生（延べ309人）が，原則として２人１組によるクロスチェックを行いながら作業することとした．

次に，入力されたデータに対して，ロジカルチェックをはじめ，入力ミスがないかを確認するためのデータクリーニングとその結果に基づくデータの修正を２回行い，無回答が顕著なケースを除く1,206件を分析対象とした．

調査結果の集計には，IBM SPSS Statistics 22を用いて，各種変数の度数分布（回答者数や該当者数），比率，平均等の統計量の算出を行った．

なお，本調査は郵送調査法による自計式の調査のため，質問項目によっては無回答が多く回答の分布に大きな偏りがある質問項目も少なくなく，分析結果に用いられている統計量の解釈については十分注意する必要があるということを指摘しておきたい．

例えば，そのような顕著な例として，「問２」「問３」「問４」において無回答が多かったということをあげることができる．

また，エディティング作業及びコーディング作業を通して質問文のワーディングの問題として，「問15」において選択肢に用いた「定期的」「不定期」という語句の解釈が回答者によって異なることが窺われたため，「問15」の「定期的に開催している」および「不定期であるが開催している」という回答については，「開催している」に再コードして集計を行った．また，「問15」において無回答でありながら，その後の補問に回答していた70件についても「開催している」と再コードして集計を行った．

さらに，選択肢の包括性と排他性の問題として，「問25」の職種で「社会福祉士」と回答していながらも，「問25」の資格において「社会福祉士」を選択せずに，自由記述として「社会福祉主事としての経験」や「社会福祉士に準ずる者」との記載をしていた者については，「問25」の職種を「社会福祉士みなし」として再コードした．

（集計における語句について）

N.Aとは，No Answerの略語であり，無回答のことである．また，S.Dとは，Standard Deviationの略語であり，標準偏差のことである．

（自由記述について）

調査によって収集した自由記述の全文については，記載内容に関するプライバシー保護への配慮を十分に行った上で，pp.63－157に掲載している．加えて，地域ケア会議や地域

包括ケアに係る自由記述項目である「補問15－４」「補問15－５」及び「問23」の自由記述の内容については，別途，テキストマイニング（計量テキスト分析）を段階的に行うことによって，可能な限り客観的に分析，解釈をする予定であり，その第一段階の分析結果については，吉田ら（2014），奥村ら（2014），宮野ら（2014）が『純心現代福祉研究第18号』に報告している．

Ⅲ．結果

１．調査対象者の基本属性（問25）

調査対象者の基本属性は，表Ⅲ－1に示すとおりであり，平均年齢は38.70歳（S.D＝9.28），性別は男性が41.1%，女性が58.0%であった．

職種は，回答者を社会福祉士と指定していたため社会福祉士が最も多く83.3%，次いで主任介護支援専門員5.5%，保健師4.1%などの順であった．

最終学歴は，回答が多い順に，大学が75.8%，専門学校が11.4%，短期大学が5.1%であった．

保有する資格については，回答が多い順に，社会福祉士が1,046人，介護支援専門員が729人，介護福祉士が336人であった．

現在の地域包括支援センターにおける平均勤務年数は3.93年（S.D＝2.60），他の施設や機関における平均勤務年数は，行政関係が2.39年（S.D＝6.45），福祉関係が6.21年（S.D＝6.19），医療関係が1.05年（S.D＝2.78）であった．

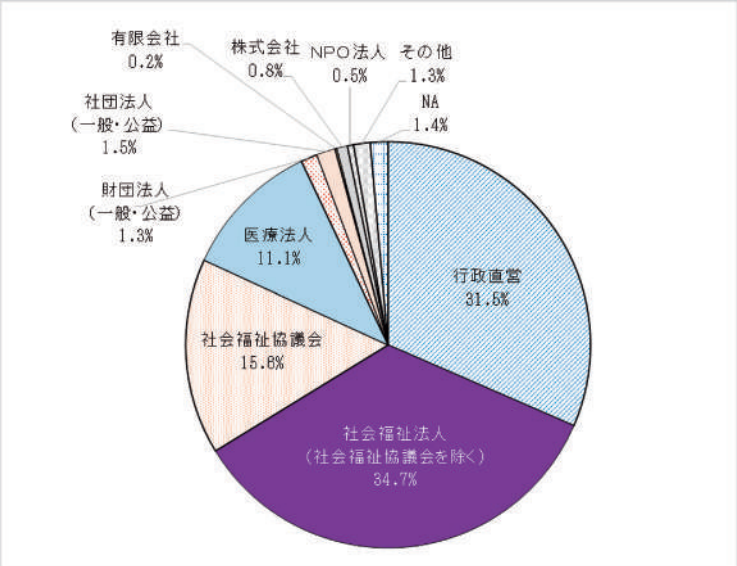
表Ⅲ－１　調査対象者の基本属性（度数・%または平均値・S.D）

n=1,206

		平均値	標準偏差
年齢		38.70	9.28
性別			%
	男性	496	41.1
	女性	699	58.0
	無回答	11	0.9
職種			%
	社会福祉士	1,005	83.3
	主任介護支援専門員	66	5.5
	保健師	49	4.1
	社会福祉士みなし	36	3.0
	その他	36	3.0
	無回答	14	1.2
最終学歴			%
	高校	41	3.4
	専門学校	137	11.4
	短期大学	61	5.1
	大学	914	75.8
	大学院	30	2.5
	その他	3	0.2
	無回答	20	1.7
保有する資格(複数回答)			%
	社会福祉士	1,046	86.7
	精神保健福祉士	191	15.8
	保健師	61	5.1
	看護師	82	6.8
	理学療法士	1	0.1
	作業療法士	0	0.0
	言語聴覚士	1	0.1
	介護支援専門員	729	60.4
	介護福祉士	336	27.9
	訪問介護員	139	11.5
	その他	141	11.7
	無回答	20	1.7
		平均値	標準偏差
現在の地域包括支援センターでの勤務年数		3.93	2.60
他の施設での勤務年数		平均値	標準偏差
	行政関係	2.39	6.45
	福祉関係	6.21	6.19
	医療関係	1.05	2.78

２．地域包括支援センターの設置主体（問１）

地域包括支援センターの設置主体としては，回答が多い順に「社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）」が34.7％，「行政直営」が31.5％，「社会福祉協議会」が15.6％，「医療法人」が11.1％であった（図Ⅲ－１）．なお，本調査では，「社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）」と「社会福祉協議会」とを分けて測定を行っているが，社会福祉協議会の経営主体は全て社会福祉法人であるということに注意されたい．



図Ⅲ－１　地域包括支援センターの設置主体（n=1,206）

３．職員の配置状況（問２）[注1]

（保健師の配置状況）

保健師の職員総数は，0（最小値）から23（最大値）までの範囲にあり，平均値が1.04（S.D＝1.42）であった．また，保健師の配置状況に係るその他の項目については表Ⅲ－２に示すとおりであった．

表Ⅲ－２　保健師の配置状況

	職員体制について			職員の役割分担について								
				包括支援業務に従事する職員数			介護予防支援業務に従事する職員数			包括支援業務,介護予防支援業務を兼務する職員数		
	職員総数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数
有効回答数	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203
平均値	1.04	0.95	0.07	0.10	0.08	0.01	0.07	0.06	0.02	0.75	0.67	0.03
中央値	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最頻値	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
標準偏差	1.42	1.31	0.41	0.45	0.40	0.12	0.41	0.36	0.21	1.17	1.08	0.20
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最大値	23.00	21.00	10.00	6.00	6.00	2.00	6.00	5.00	4.00	23.00	21.00	3.00

注1　各職種の配置状況における最小値である0については，「準ずる者」が配置されているために生じている場合，サブセンターやブランチを調査対象にしているために生じている場合があるということに注意されたい．

（保健師に準ずる者の配置状況）

保健師に準ずる者の職員総数は，0（最小値）から７（最大値）までの範囲にあり，平均値が0.55（S.D＝0.76）であった．また，保健師に準ずる者の配置状況に係るその他の項目については表Ⅲ－３に示すとおりであった．

表Ⅲ－３　保健師に準ずる者の配置状況

	職員体制について			職員の役割分担について								
				包括支援業務に従事する職員数			介護予防支援業務に従事する職員数			包括支援業務，介護予防支援業務を兼務する職員数		
	職員総数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数
有効回答数	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203
平均値	0.55	0.45	0.08	0.03	0.02	0.01	0.05	0.02	0.02	0.39	0.35	0.03
中央値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最頻値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
標準偏差	0.76	0.66	0.45	0.22	0.16	0.15	0.30	0.19	0.23	0.65	0.60	0.20
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最大値	7.00	6.00	10.00	3.00	2.00	3.00	5.00	4.00	5.00	6.00	5.00	2.00

（社会福祉士の配置状況）

社会福祉士の職員総数は，0（最小値）から11（最大値）までの範囲にあり，平均値が1.49（S.D＝1.16）であった．また，社会福祉士の配置状況に係るその他の項目については表Ⅲ－４に示すとおりであった．

表Ⅲ－４　社会福祉士の配置状況

	職員体制について			職員の役割分担について								
				包括支援業務に従事する職員数			介護予防支援業務に従事する職員数			包括支援業務，介護予防支援業務を兼務する職員数		
	職員総数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数
有効回答数	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203
平均値	1.49	1.33	0.12	0.15	0.13	0.02	0.08	0.05	0.03	1.05	0.95	0.06
中央値	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00
最頻値	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00
標準偏差	1.16	1.09	0.47	0.51	0.45	0.15	0.38	0.32	0.18	1.10	1.05	0.35
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最大値	11.00	11.00	7.00	5.00	5.00	3.00	5.00	5.00	2.00	11.00	11.00	7.00

（社会福祉士に準ずる者の配置状況）

社会福祉士に準ずる者の職員総数は，0（最小値）から５（最大値）までの範囲にあり，平均値が0.09（S.D＝0.36）であった．また，社会福祉士に準ずる者の配置状況に係るその他の項目については表Ⅲ－５に示すとおりであった．

表Ⅲ－５　社会福祉士に準ずる者の配置状況

	職員体制について			職員の役割分担について								
				包括支援業務に従事する職員数			介護予防支援業務に従事する職員数			包括支援業務，介護予防支援業務を兼務する職員数		
	職員総数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数
有効回答数	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203
平均値	0.09	0.07	0.01	0.01	0.01	0.00	0.01	0.00	0.00	0.06	0.05	0.00
中央値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最頻値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
標準偏差	0.36	0.30	0.10	0.13	0.12	0.04	0.07	0.06	0.04	0.31	0.23	0.08
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最大値	5.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	2.00	2.00

（主任介護支援専門員の配置状況）

主任介護支援専門員の職員総数は，0（最小値）から20（最大値）までの範囲にあり，平均値が1.22（S.D＝0.99）であった．また，主任介護支援専門員の配置状況に係るその他の項目については表Ⅲ－６に示すとおりであった．

表Ⅲ－６　主任介護支援専門員の配置状況

	職員体制について			職員の役割分担について								
				包括支援業務に従事する職員数			介護予防支援業務に従事する職員数			包括支援業務，介護予防支援業務を兼務する職員数		
	職員総数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数
有効回答数	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203
平均値	1.22	1.08	0.08	0.10	0.09	0.01	0.04	0.03	0.01	0.93	0.82	0.06
中央値	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00
最頻値	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00
標準偏差	0.99	0.75	0.68	0.41	0.35	0.21	0.24	0.21	0.10	0.97	0.77	0.63
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最大値	20.00	7.00	20.00	7.00	4.00	7.00	4.00	4.00	2.00	20.00	7.00	20.00

（主任介護支援専門員に準ずる者の配置状況）

主任介護支援専門員に準ずる者の職員総数は，0（最小値）から６（最大値）までの範囲にあり，平均値が0.06（S.D＝0.37）であった．また，主任介護支援専門員に準ずる者の配置状況に係るその他の項目については表Ⅲ－７に示すとおりであった．

表Ⅲ－７　主任介護支援専門員に準ずる者の配置状況

	職員体制について			職員の役割分担について								
				包括支援業務に従事する職員数			介護予防支援業務に従事する職員数			包括支援業務，介護予防支援業務を兼務する職員数		
	職員総数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数
有効回答数	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203
平均値	0.06	0.04	0.01	0.01	0.01	0.00	0.01	0.01	0.00	0.04	0.02	0.01
中央値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最頻値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
標準偏差	0.37	0.27	0.13	0.11	0.09	0.06	0.18	0.18	0.03	0.29	0.17	0.08
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最大値	6.00	6.00	3.00	2.00	2.00	2.00	6.00	6.00	1.00	6.00	2.00	1.00

（介護支援専門員（介護予防支援事業に従事している者）の配置状況）

介護支援専門員（介護予防支援事業に従事している者）の職員総数は，0（最小値）から28（最大値）までの範囲にあり，平均値が1.70（S.D＝2.61）であった．また，介護支援専門員（介護予防支援事業に従事している者）の配置状況に係るその他の項目については表Ⅲ－８に示すとおりであった．

表Ⅲ－８　介護支援専門員（介護予防支援事業に従事している者）の配置状況

	職員体制について					職員の役割分担について 介護予防支援業務に従事する職員数				
	職員総数	専任		兼任		職員数	専任		兼任	
		常勤職員数	非常勤職員数	常勤職員数	非常勤職員数		常勤職員数	非常勤職員数	常勤職員数	非常勤職員数
有効回答数	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203
平均値	1.70	0.77	0.61	0.25	0.04	1.33	0.59	0.51	0.20	0.03
中央値	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最頻値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
標準偏差	2.61	1.62	1.82	0.92	0.30	2.25	1.39	1.60	0.85	0.26
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最大値	28.00	22.00	28.00	10.00	4.00	25.00	15.00	22.00	10.00	5.00

（事務職員の配置状況）

事務職員の職員総数は，0（最小値）から16（最大値）までの範囲にあり，平均値が0.58（S.D＝1.09）であった．また，事務職員の配置状況に係るその他の項目については表Ⅲ－9に示すとおりであった．

表Ⅲ－9　事務職員の配置状況

	職員体制について				
	職員総数	専任		兼任	
		常勤職員数	非常勤職員数	常勤職員数	非常勤職員数
有効回答数	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203
平均値	0.58	0.25	0.17	0.11	0.03
中央値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最頻値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
標準偏差	1.09	0.67	0.55	0.42	0.19
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最大値	16.00	10.00	10.00	5.00	2.00

（センター長の配置状況）

センター長の職員総数は，0（最小値）から4（最大値）までの範囲にあり，平均値が0.79（S.D＝0.42）であった．また，センター長の配置状況に係るその他の項目については表Ⅲ－10に示すとおりであった．

表Ⅲ－10　センター長の配置状況

	職員体制について			職員の役割分担について								
				包括支援業務に従事する職員数			介護予防支援業務に従事する職員数			包括支援業務，介護予防支援業務を兼務する職員数		
	職員総数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数
有効回答数	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203
平均値	0.79	0.73	0.02	0.07	0.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.31	0.00
中央値	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最頻値	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
標準偏差	0.42	0.44	0.14	0.25	0.24	0.04	0.06	0.06	0.00	0.48	0.46	0.04
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最大値	4.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	4.00	1.00	1.00

（その他の職員の配置状況）

その他の職員の職員総数は，0（最小値）から8（最大値）までの範囲にあり，平均値が0.20（S.D＝0.74）であった．また，その他の職員の配置状況に係るその他の項目については表Ⅲ－11に示すとおりであった．

表Ⅲ－11　その他の職員の配置状況

	職員体制について			職員の役割分担について								
				包括支援業務に従事する職員数			介護予防支援業務に従事する職員数			包括支援業務，介護予防支援業務を兼務する職員数		
	職員総数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数	職員数	常勤職員数	非常勤職員数
有効回答数	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203	1,203
平均値	0.20	0.11	0.09	0.03	0.01	0.01	0.04	0.01	0.03	0.04	0.03	0.01
中央値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最頻値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
標準偏差	0.74	0.48	0.48	0.23	0.12	0.19	0.31	0.15	0.24	0.31	0.24	0.17
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最大値	8.00	6.00	6.00	4.00	2.00	4.00	5.00	3.00	4.00	5.00	4.00	4.00

４．介護予防プラン数（問３）

介護予防プランの延べ総数は，0（最小値）から41,879（最大値）までの範囲にあり，平均値が2,279.59（S.D＝2,614.00）であった．また，そのうち延べ委託数は，0（最小値）から17,970（最大値）までの範囲にあり，平均値が893.01（S.D＝1,290.13）であった．なお，介護予防プランに係るその他の項目については表Ⅲ－12に示すとおりであった．

表Ⅲ－12　介護予防プランの延べ総数とそのうちの延べ委託数

	介護予防ケアプラン延べ総数	介護予防ケアプラン延べ委託数
有効回答数	1,109.00	1,101.00
平均値	2,279.59	893.01
中央値	1,680.00	469.00
最頻値	0.00	0.00
標準偏差	2,614.00	1,290.13
最小値	0.00	0.00
最大値	41,879.00	17,970.00

５．相談件数（問４）

総合相談支援業務に関する相談件数は，0（最小値）から33,090（最大値）までの範囲にあり，平均値が1,485.00（S.D＝2,220.55）であった．また，その他の業務に関する相談件数に係る項目については表Ⅲ－13に示すとおりであった．

なお，各業務ごとの相談件数及び総計の有効回答数には差異があり，表Ⅲ－13における５つの業務に係る相談件数とその総計は一致していないことをあらかじめお断りしておく．

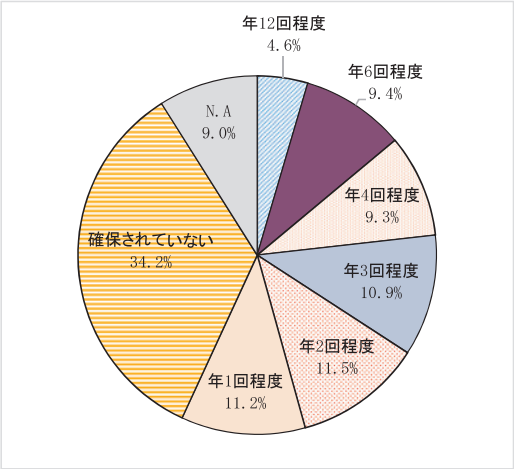
表Ⅲ－13　平成24年度の相談内容別相談件数等

	総合相談支援業務に関すること	権利擁護業務に関すること	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に関すること	介護予防ケアマネジメント業務に関すること	指定介護予防支援に関すること	相談件数の総計
有効回答数	1,017	1,017	890	843	798	1,084
平均値	1,485.00	95.58	261.69	479.78	1,250.37	3,069.33
中央値	861.00	36.00	74.50	120.00	436.50	1,786.00
最頻値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
標準偏差	2,220.55	212.13	1,057.95	1,275.08	2,013.67	4,242.98
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
最大値	33,090.00	3,461.00	25,263.00	14,196.00	22,692.00	45,070.00

６．職員研修の状況（問５～問７）

（研修機会の確保）

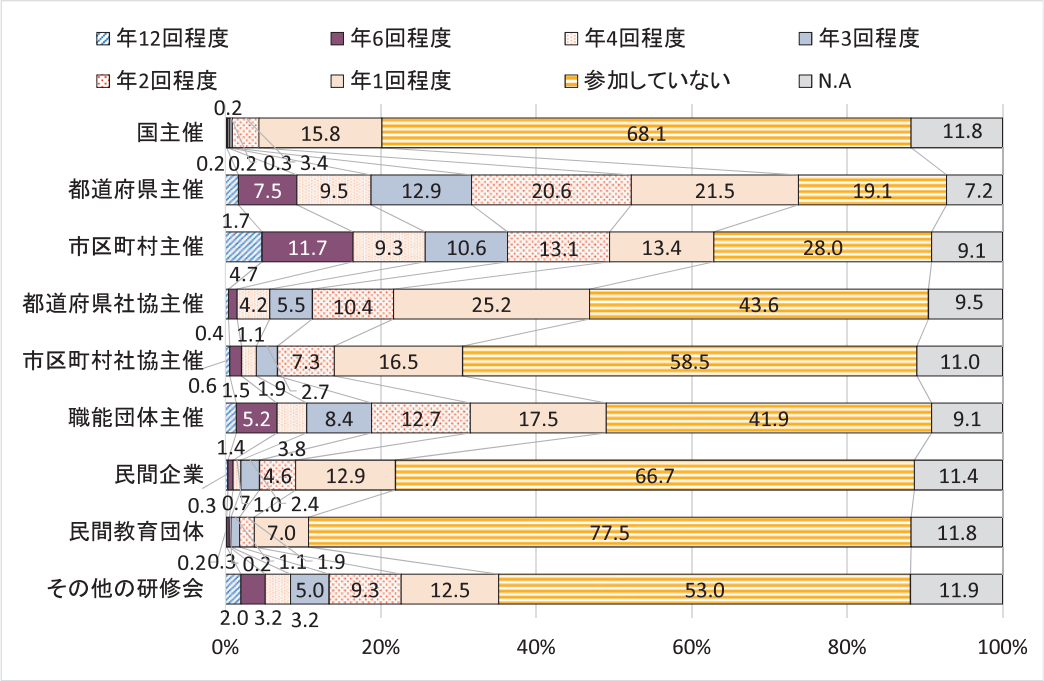
地域包括支援センターで働く職員の資質向上のために外部講師を招いた研修機会の確保状況としては，回答が多い順に「確保されていない」が34.2%，「年２回程度」が11.5%，「年１回程度」が11.2%であった（図Ⅲ－２）．



図Ⅲ－２　外部講師を招いた研修機会の確保（n=1,206）

（職務として参加した研修会）

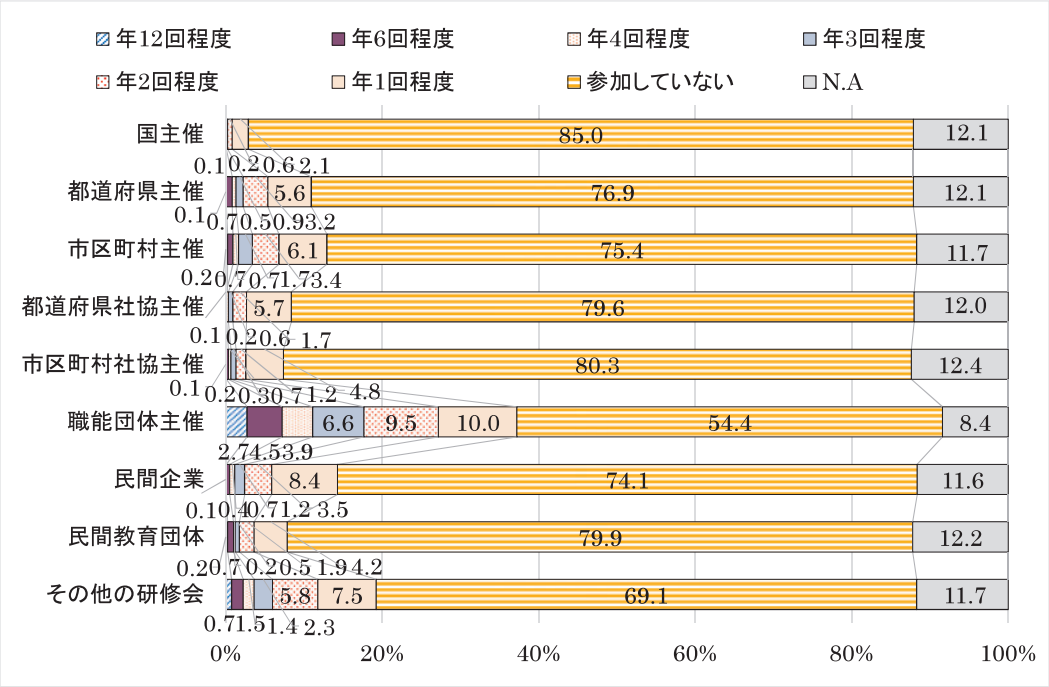
職務として参加した研修会では，参加の程度を測定する選択肢である「年12回程度」から「年１回程度」までの６つを合わせて見た結果（図Ⅲ－３），「都道府県主催の研修会」「市区町村主催の研修会」が60%を超えていた．一方，「国主催の研修会」「民間の企業による研修会」「民間の教育団体による研修会」については「参加していない」の割合が60%を超えていた．



図Ⅲ－３　職務として参加した研修会の参加回数（n=1,206）

（職務以外で参加した研修会）

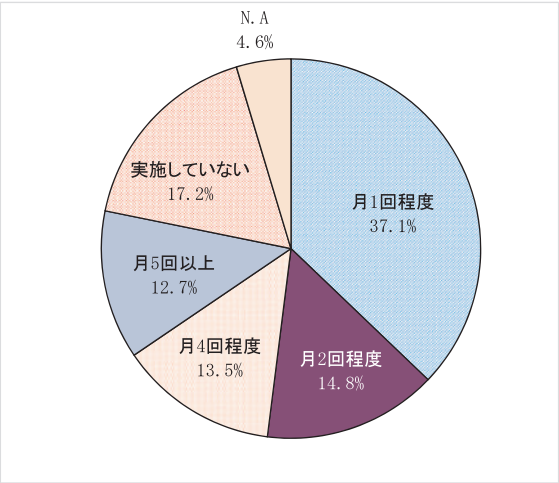
職務以外で参加した研修会については，全般的に参加の割合が低く，参加の程度を測定する選択肢である「年12回程度」から「年１回程度」までの６つを合わせて見た結果（図Ⅲ－４），最も参加の程度が高かったのは，「職能団体主催の研修会」の37.2％であった．一方，「国主催の研修会」「市区町村社会福祉協議会主催の研修会」については「参加していない」の割合が80％を超えていた．



図Ⅲ－４　職務以外で参加した研修会の参加回数（n=1,206）

７．定期的な会議やミーティングの状況（問８）

三職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）が連携するために行っている定期的な会議やミーティング（朝礼，申し送りなどを除く）の実施頻度をみると，回答が多い順に「月１回程度」が37.1％，「実施していない」が17.2％，「月２回程度」が14.8％であった（図Ⅲ－５）．

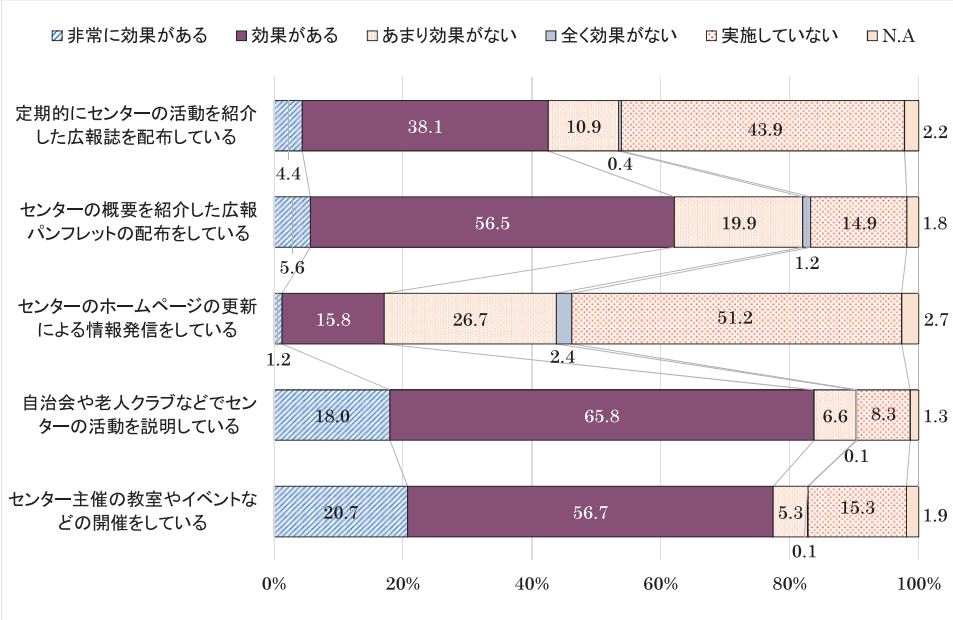


図Ⅲ－５　三職種での定期的な会議やミーティング実施頻度（n=1,206）

８．広報活動（問９）

地域包括支援センターが実施している地域住民向けの広報活動の効果について測定した結果（図Ⅲ－６），「非常に効果がある」と「効果がある」を合わせた指摘率が60％を超えていたのは，「センターの概要を紹介した広報パンフレットの配布をしている」「自治会や老人クラブなどでセンターの活動を説明している」「センター主催の教室やイベントなどの開催をしている」であった．

一方，「非常に効果がある」と「効果がある」を合わせた指摘率が最も低かったのは，「センターのホームページの更新による情報発信をしている」の17.0％であった．



図Ⅲ－６　地域住民向けの広報活動の効果（n=1,206）

９．関係機関等との連携状況（問10～問14）

各業務別に関係機関等との連携状況について把握するために，以下の手続きにそって分析を行った．

①回答者が当該業務を主たる業務としているか，していないかについて測定を行った．

②主たる業務としている場合は，24項目からなる関係機関等の連携状況について，「していない」，「年１回程度」，「年２回程度」，「月１回程度」，「月２回程度」，「月４回程度」，「月５回以上」の７つの選択肢を用いての測定を行った．

③上記の分析結果を踏まえて，各関係機関等の連携状況について，「していない」に０点，「年１回程度」に１点，「年２回程度」に２点，「月１回程度」に３点，「月２回程度」に４点，「月４回程度」に５点，「月５回以上」に６点を付与し，平均値を算出した．

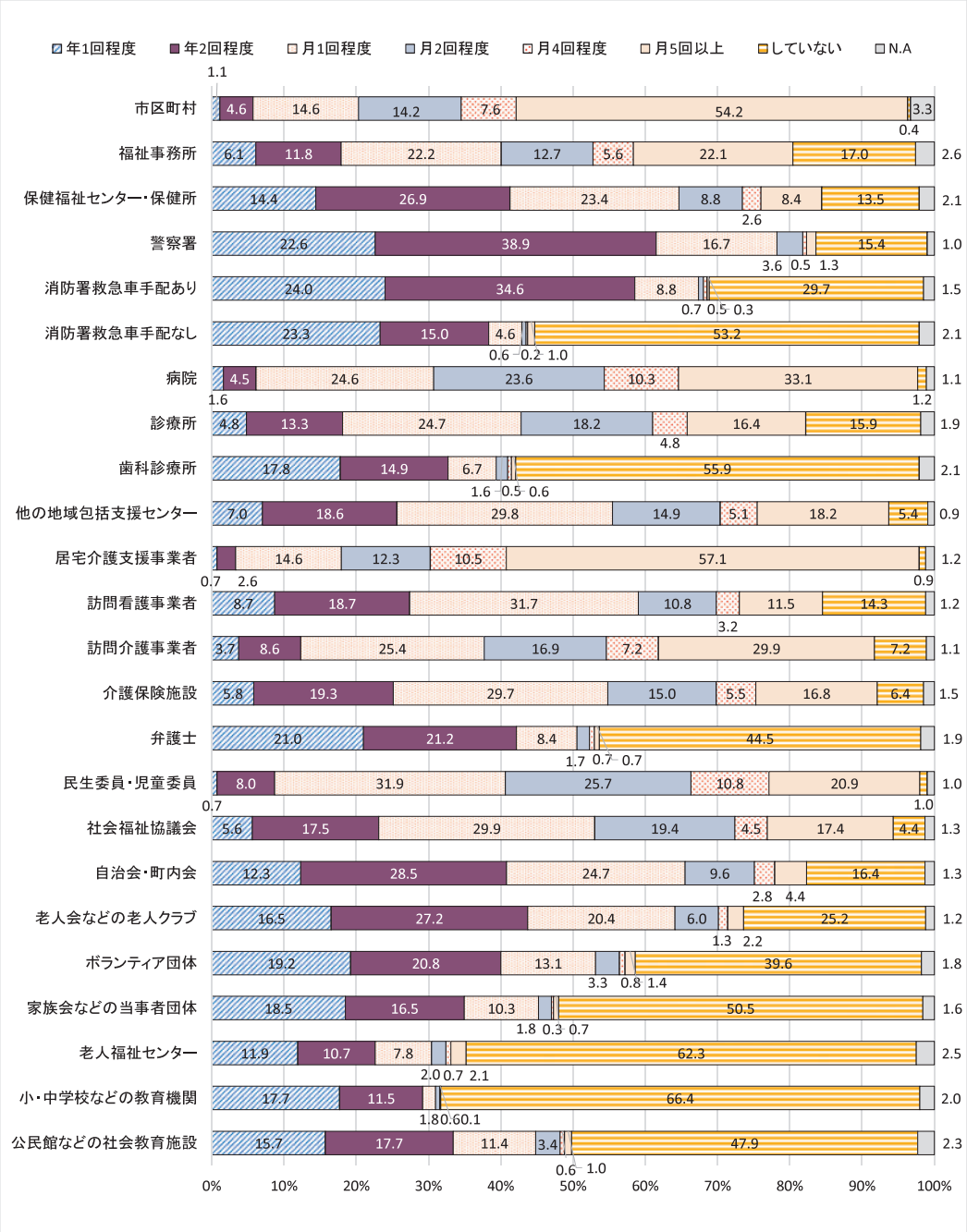
（総合相談支援業務）

総合相談支援業務が調査対象者（n＝1,206）にとって主たる業務であるか否かについて測定した結果，「主たる業務である」と回答した者は89.0％，「主たる業務ではない」と回答した者は8.8％，無回答は2.2％であった（図表省略）．

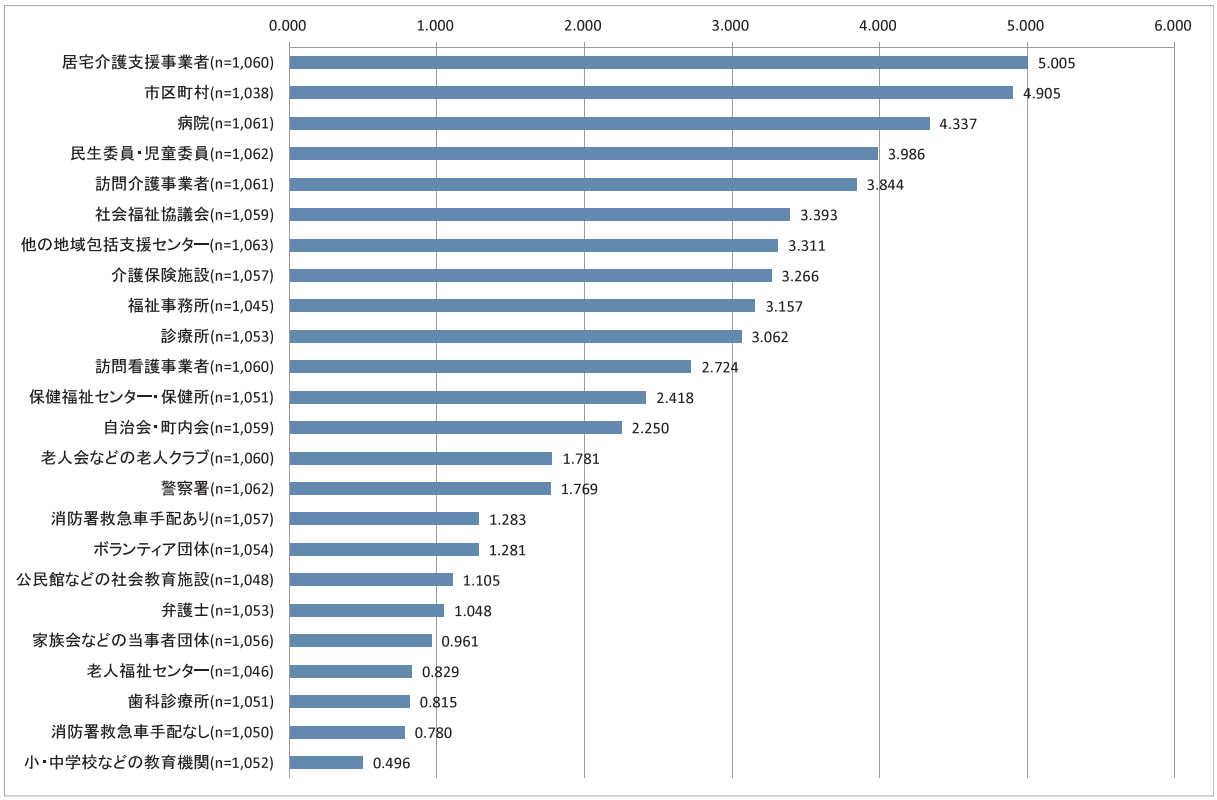
次に，総合相談支援業務が「主たる業務である」と答えた調査対象者に対して，総合相

談支援業務における各関係機関等との連携状況を測定した結果（図Ⅲ－７－１），「年１回程度」から「月５回以上」まで何らかの形で連携を行ったという指摘率の合計が多い順に「民生委員・児童委員」が98.0％，「居宅介護支援事業者」が97.8％，「病院」が97.7％，「市区町村」が96.3％，「社会福祉協議会」が94.3％であった．

また，総合相談支援業務における各関係機関等との連携状況の平均値を算出し，平均値が高い順に関係機関等を見た結果（図Ⅲ－７－２），平均値が3.0点以上の関係機関等は，平均値が高い順に，「居宅介護支援事業者」「市区町村」「病院」「民生委員・児童委員」「訪問介護事業者」「社会福祉協議会」「他の地域包括支援センター」「介護保険施設」「福祉事務所」「診療所」であった．



図Ⅲ－７－１　総合相談支援業務における各関係機関等との連携状況（n=1,073）



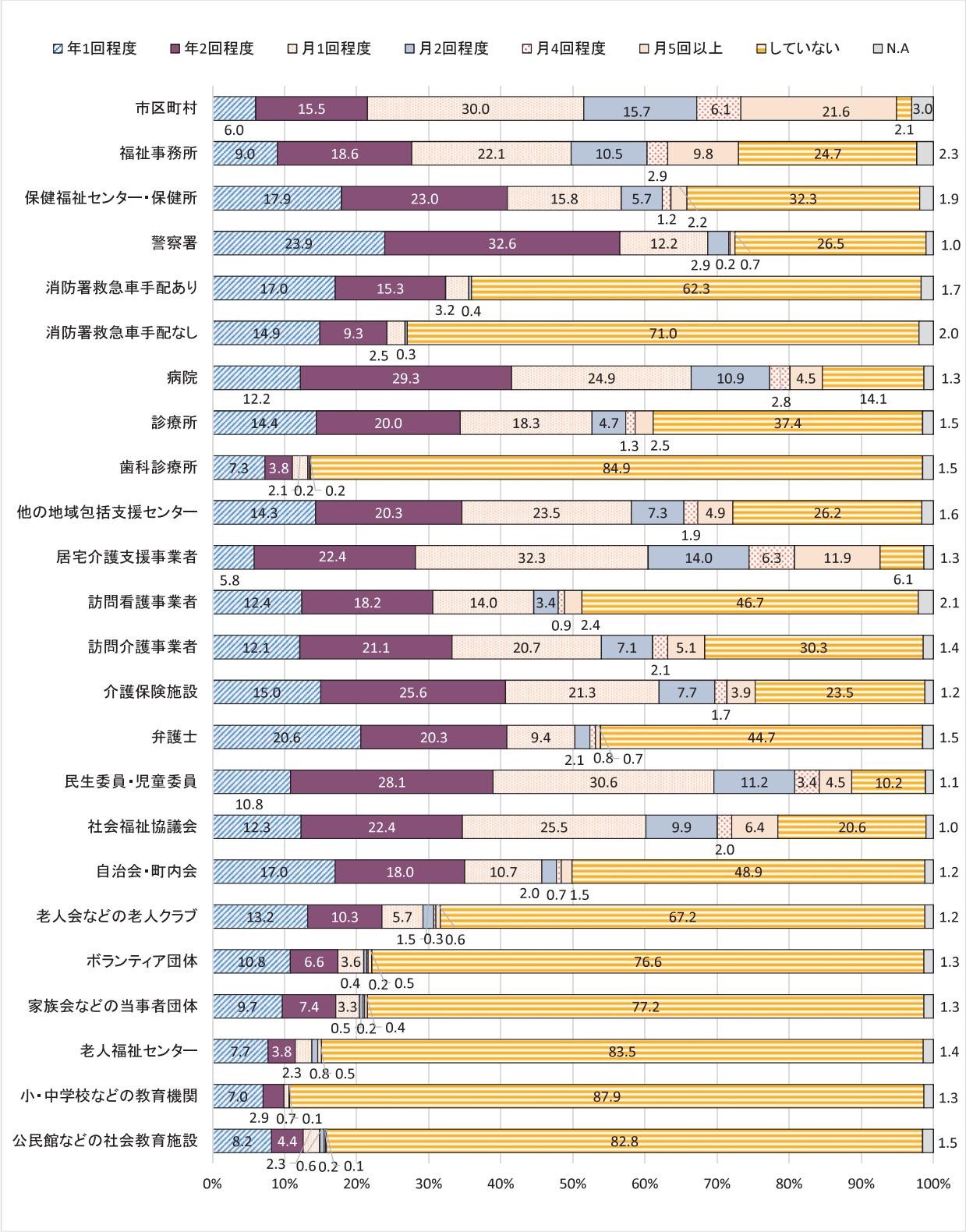
図Ⅲ－７－２　総合相談支援業務における各関係機関等との連携状況（平均値）

（権利擁護業務）

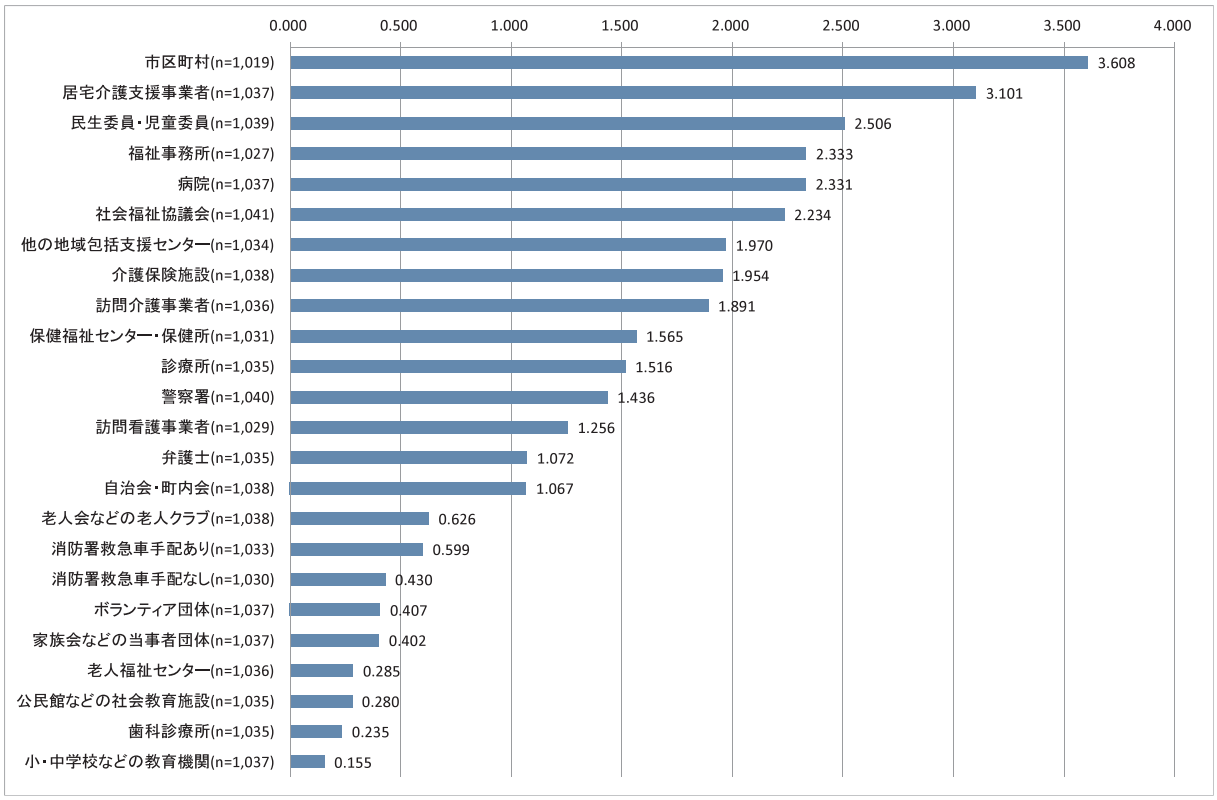
権利擁護業務が調査対象者（n=1,206）にとって主たる業務であるか否かについて測定した結果，「主たる業務である」と答えた者は87.1％，「主たる業務ではない」と回答した者は9.3％，無回答は3.6％であった（図表省略）.

次に，権利擁護業務が「主たる業務である」と回答した調査対象者に対して，権利擁護業務における各関係機関等との連携状況について測定した結果（図Ⅲ－８－１），「年１回程度」から「月５回以上」まで何らかの形で連携を行ったという指摘率の合計が多い順に「市区町村」が94.9％，「居宅介護支援事業者」が92.7％，「民生委員・児童委員」が88.6％，「病院」が84.6％，「社会福祉協議会」が78.5％であった.

また，権利擁護業務における各関係機関等との連携状況の平均値を算出し，平均値が高い順に関係機関等を見た結果（図Ⅲ－８－２），平均値が3.0点以上の関係機関等は，平均値が高い順に，「市区町村」「居宅介護支援事業者」であった.



図Ⅲ－８－１　権利擁護業務における各関係機関等との連携状況（n=1,051）



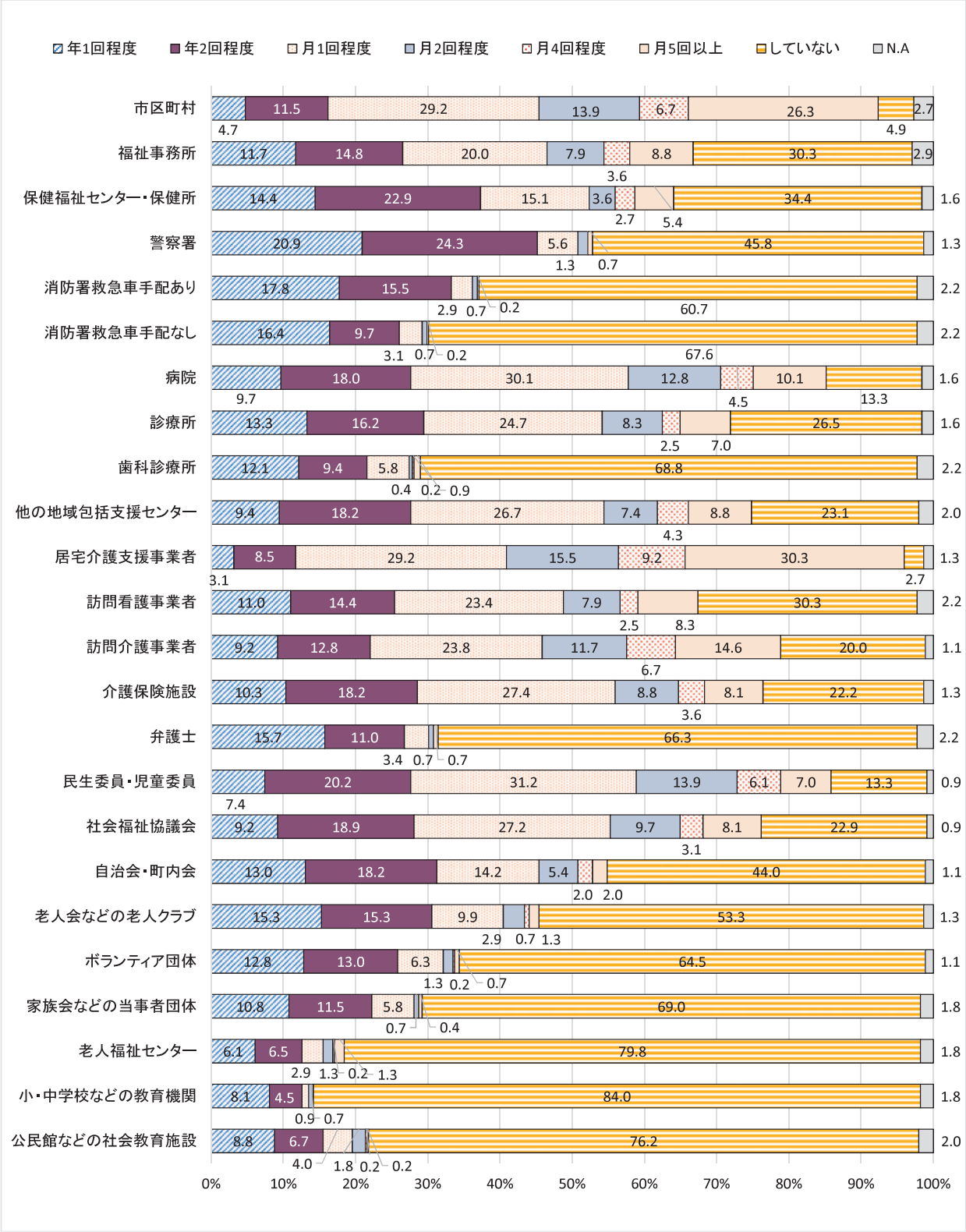
図Ⅲ－８－２　権利擁護業務における各関係機関等との連携状況（平均値）

（包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）

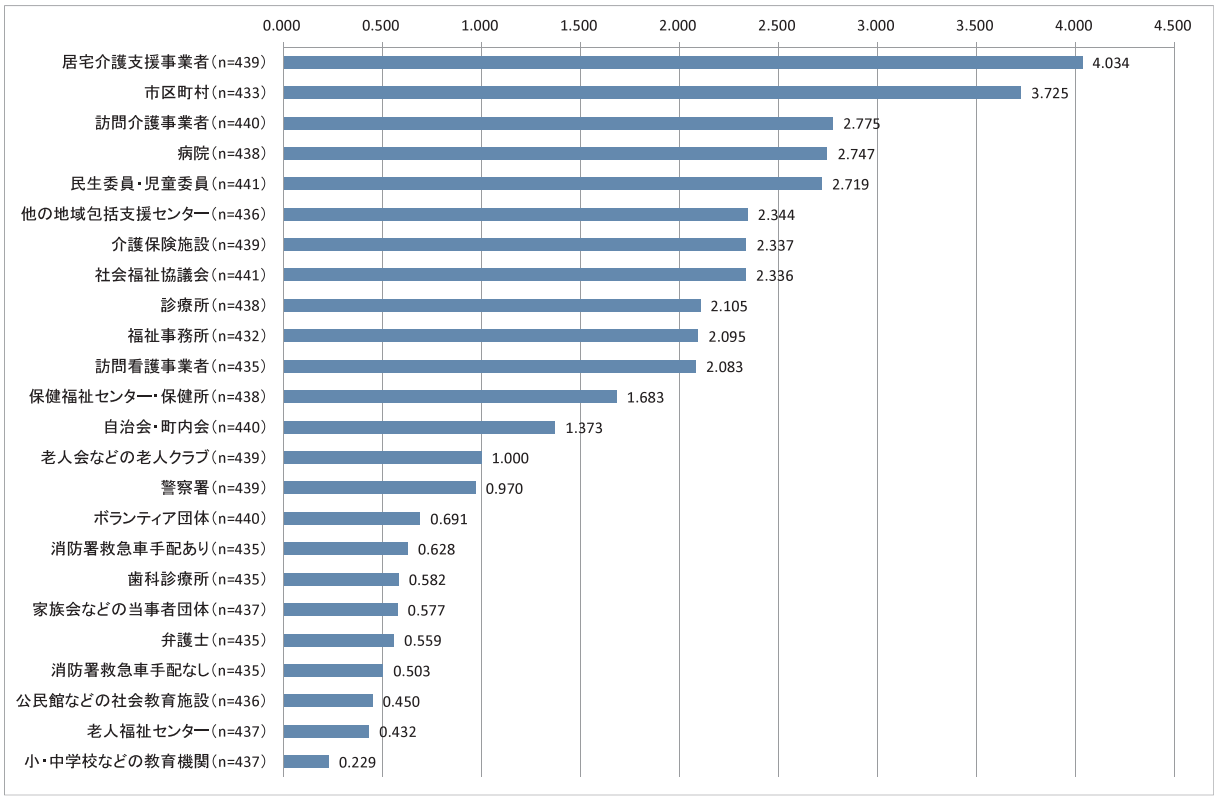
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務が調査対象者（n=1,206）にとって主たる業務であるか否かについて測定した結果，「主たる業務である」と答えた者は36.9％，「主たる業務ではない」と回答した者は54.3％，無回答は8.8％であった（図表省略）.

次に，包括的・継続的ケアマネジメント支援業務が「主たる業務である」と回答した者に対して，包括的・継続的ケアマネジメント支援業務における各関係機関等との連携状況について測定した結果（図Ⅲ－９－１），「年１回程度」から「月５回以上」まで何らかの形で連携を行ったという指摘率の合計が多い順に「居宅介護支援事業者」が95.8％，「市区町村」が92.3％，「民生委員・児童委員」が85.8％，「病院」が85.2％，「訪問介護事業者」が78.8％であった.

また，包括的・継続的ケアマネジメント支援業務における各関係機関等との連携状況の平均値を算出し，平均値が高い順に関係機関等を見た結果（図Ⅲ－９－２），平均値が3.0点以上の関係機関等は，平均値が高い順に，「居宅介護支援事業者」「市区町村」であった.



図Ⅲ－９－１　包括的・継続的ケアマネジメント支援業務における各関係機関等との連携状況（n=445）



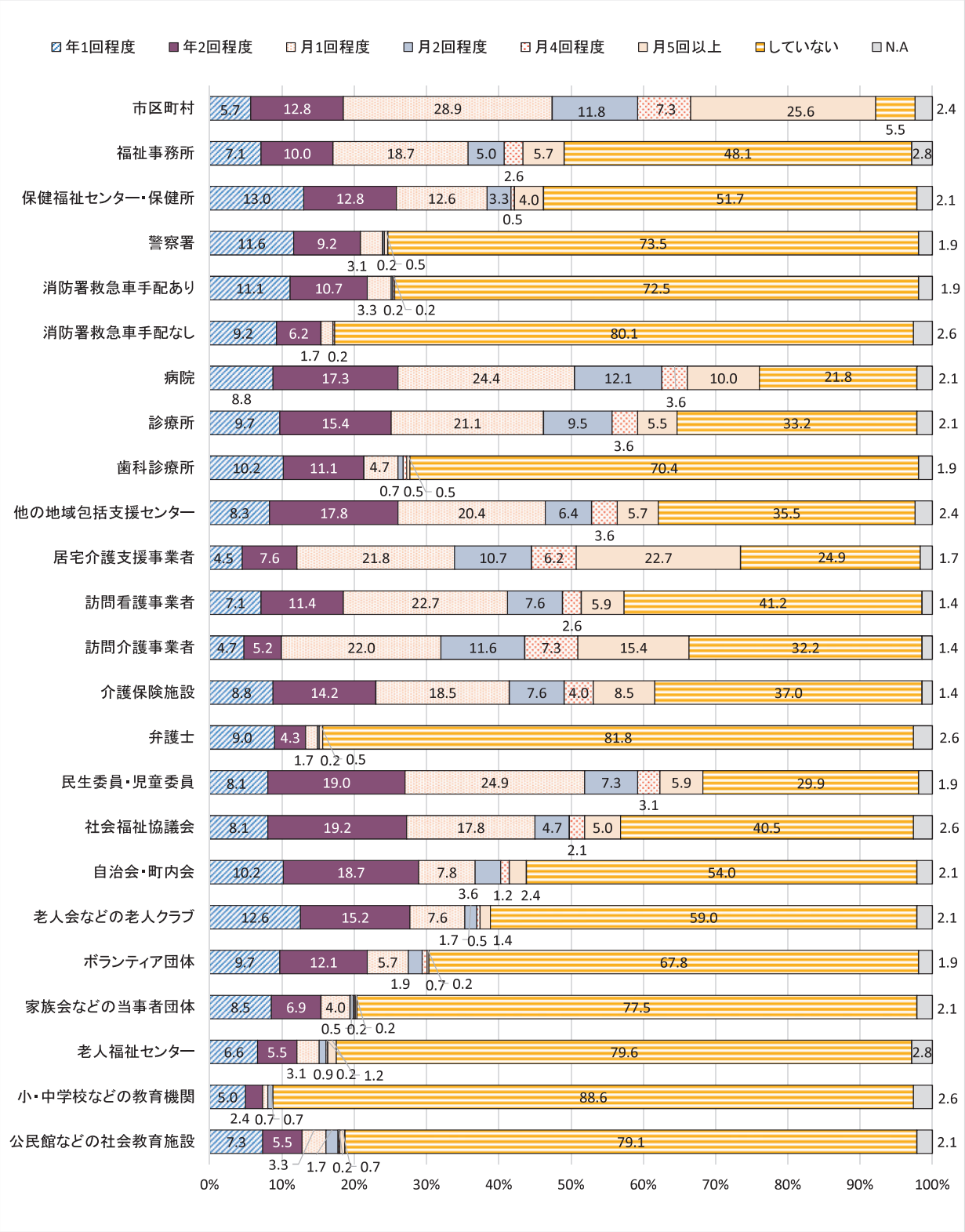
図Ⅲ－９－２　包括的・継続的ケアマネジメント支援業務における各関係機関等との連携状況（平均値）

（介護予防ケアマネジメント業務）

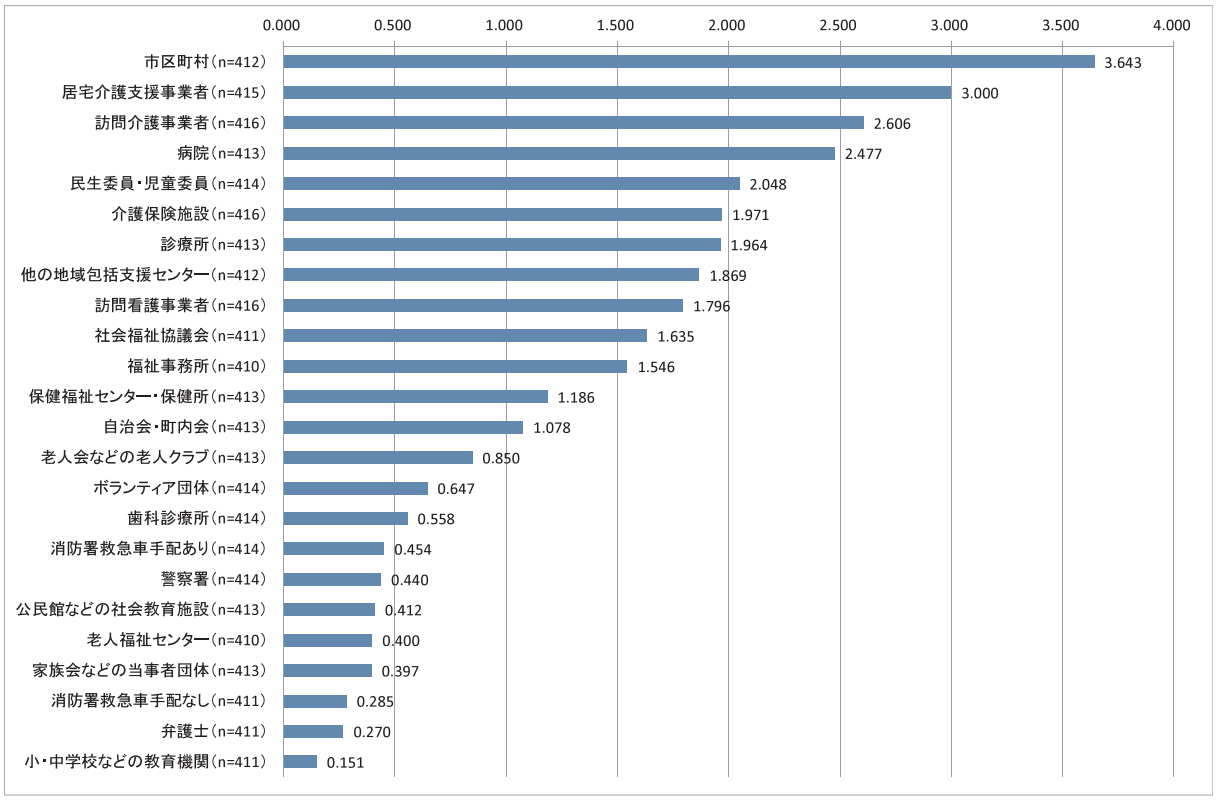
介護予防ケアマネジメント業務が調査対象者（n=1,206）にとって主たる業務であるか否かについて測定した結果，「主たる業務である」と答えた者は35.0％，「主たる業務ではない」と回答した者は55.7％，無回答は9.3％であった（図表省略）.

次に，介護予防ケアマネジメント業務が「主たる業務である」と答えた者に対して，介護予防ケアマネジメント業務における各関係機関等との連携状況について測定した結果，「年１回程度」から「月５回以上」まで何らかの形で連携を行ったという指摘率の合計が多い順に「市区町村」が92.1％，「病院」が76.2％，「居宅介護支援事業者」が73.5％，「民生委員・児童委員」が68.3％，「訪問介護事業者」が66.2％であった（図Ⅲ－10－１）.

また，介護予防ケアマネジメント業務における各関係機関等との連携状況の平均値を算出し，平均値が高い順に関係機関等を見た結果（図Ⅲ－10－２），平均値が3.0点以上の関係機関等は，平均値が高い順に，「市区町村」「居宅介護支援事業者」であった.



図Ⅲ－10－１　介護予防ケアマネジメント業務における各関係機関等との連携状況（n=422）



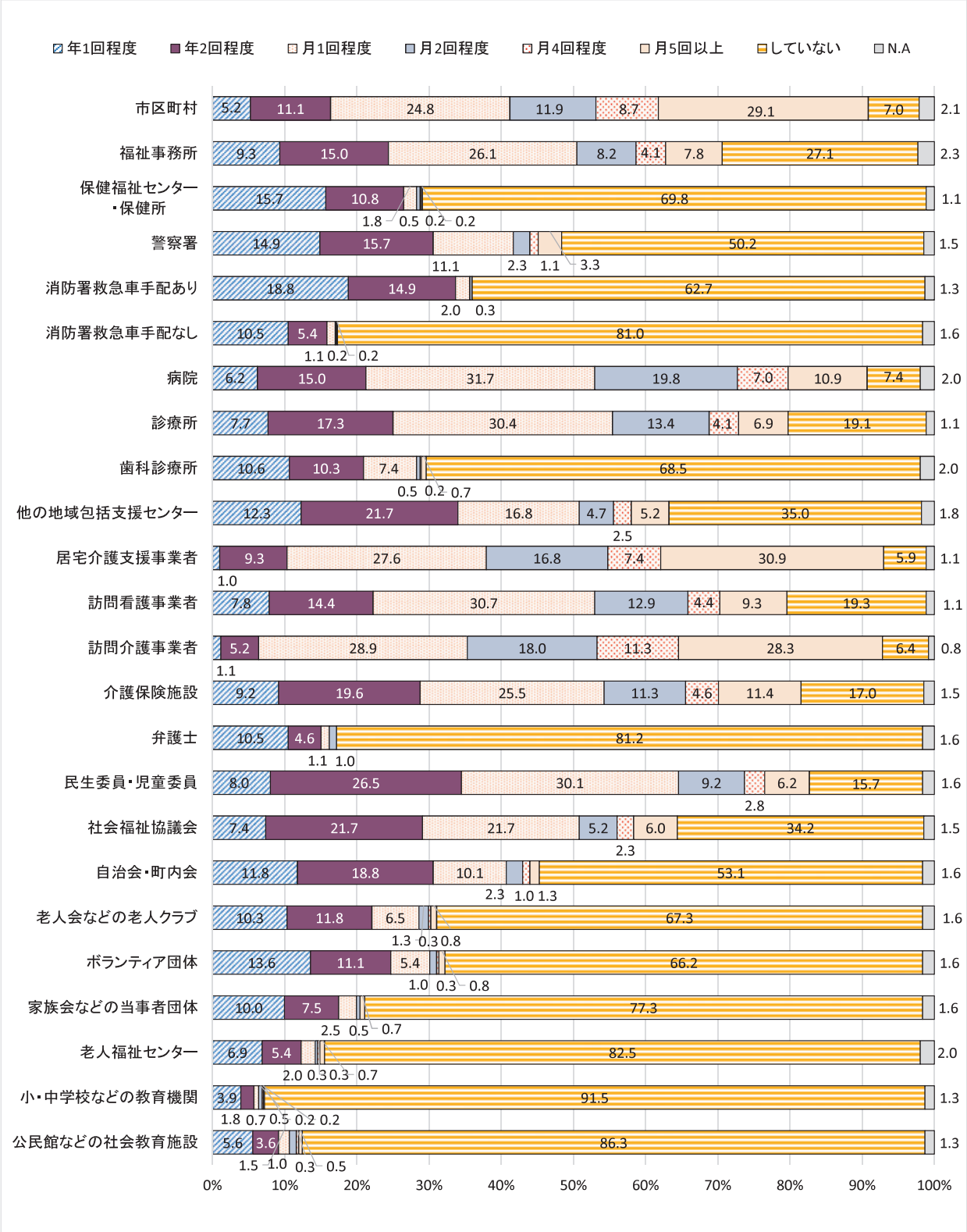
図Ⅲ－10－２　介護予防ケアマネジメント業務における各関係機関等との連携状況（平均値）

（指定介護予防支援）

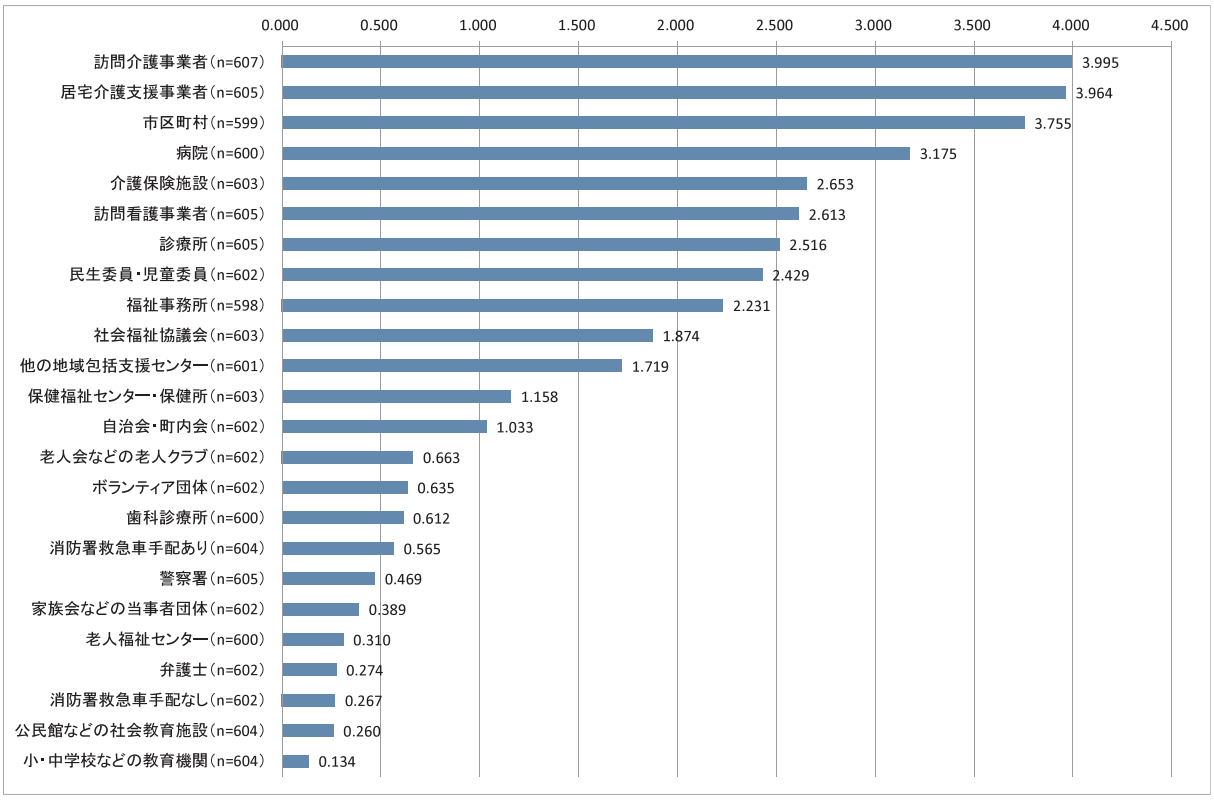
指定介護予防支援が調査対象者（n=1,206）にとって，主たる業務であるか否かについて測定した結果，「主たる業務である」と答えた者は50.7％，「主たる業務ではない」と回答した者は40.2％，無回答は9.0％であった（図表省略）.

次に，指定介護予防支援が「主たる業務である」と答えた者に対して，指定介護予防支援における各関係機関等との連携状況について測定した結果（図Ⅲ－11－１），「年１回程度」から「月５回以上」まで何らかの形で連携を行ったという指摘率の合計が多い順に「居宅介護支援事業者」が93.0％，「訪問介護事業者」が92.8％，「市区町村」が90.8％，「病院」が90.6％，「民生委員・児童委員」が82.8％であった.

また，指定介護予防支援における各関係機関等との連携状況の平均値を算出し，平均値が高い順に関係機関等を見た結果（図Ⅲ－11－２），平均値が3.0点以上の関係機関等は，平均値が高い順に，「訪問介護事業者」「居宅介護支援事業者」「市区町村」「病院」であった.



図Ⅲ－11－１　指定介護予防支援における各関係機関等との連携状況（n=612）

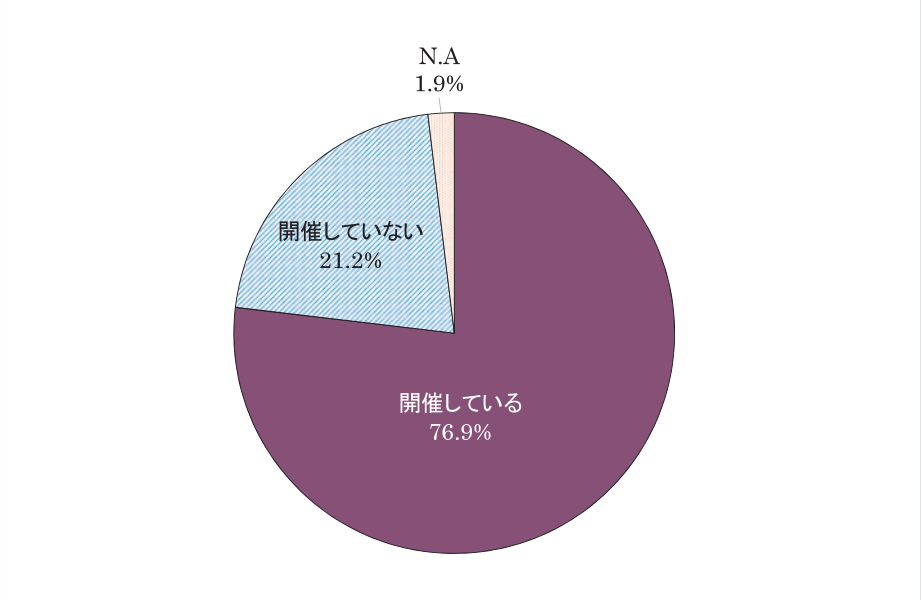


図Ⅲ－11－２　指定介護予防支援における各関係機関等との連携状況(平均値)

10．地域ケア会議の状況（問15）

（地域ケア会議の開催状況）

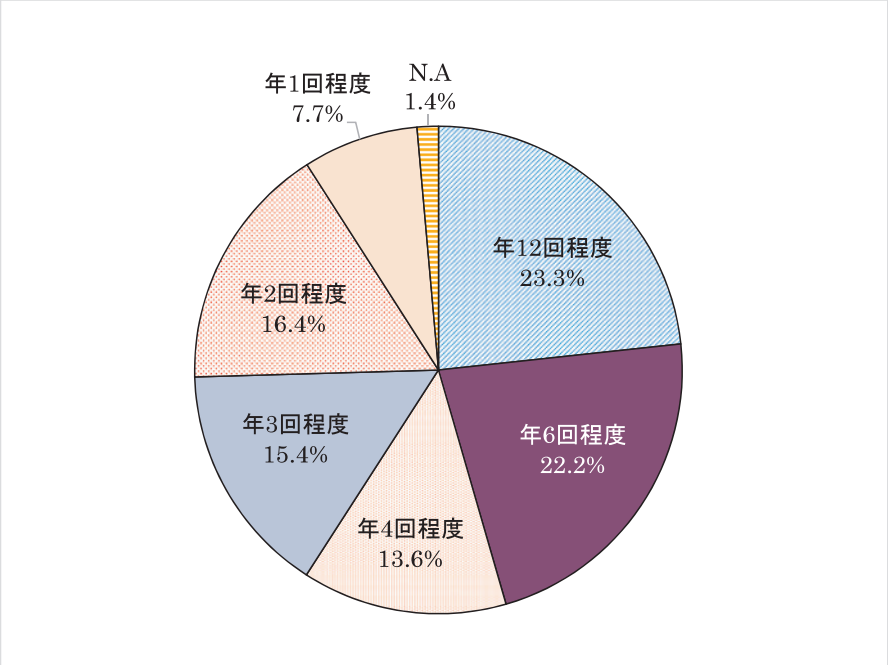
地域ケア会議の開催状況としては，「開催している」が76.9％，「開催していない」が21.2％，「無回答」は1.9％であった（図Ⅲ－12）.



図Ⅲ－12　地域ケア会議の開催状況（n=1,206）

（地域ケア会議の開催頻度）

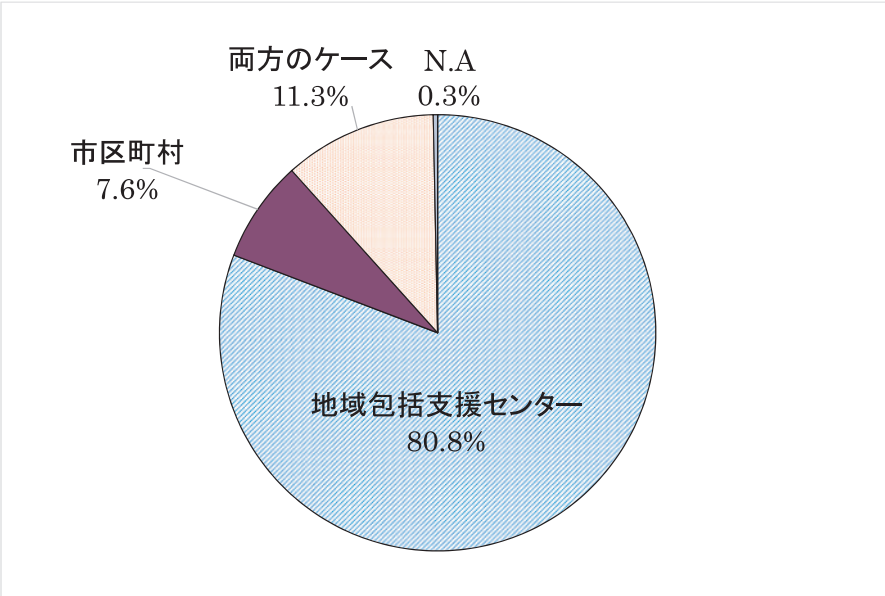
地域包括支援センターが開催している地域ケア会議の開催頻度としては，回答が多い順に「年12回程度」が23.3％，「年６回程度」が22.2％，「年２回程度」が16.4％であった（図Ⅲ－13）.



図Ⅲ－13　地域ケア会議の開催頻度（n=927）

（地域ケア会議の主催者）

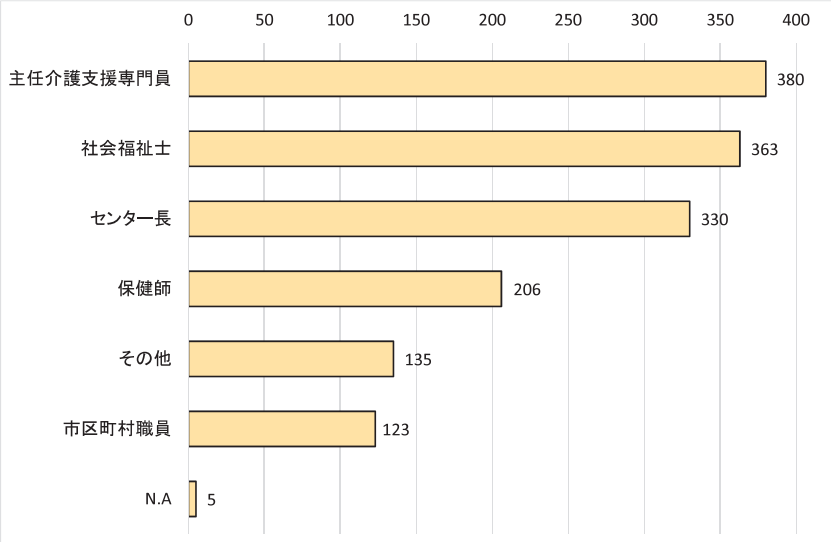
地域ケア会議の主催者としては，回答が多い順に「地域包括支援センター」が80.8％，「内容によって両方のケースがある」が11.3％，「市区町村」が7.6％であった（図Ⅲ－14）.



図Ⅲ－14　地域ケア会議の主催者（n=927）

（地域ケア会議の司会者の状況）

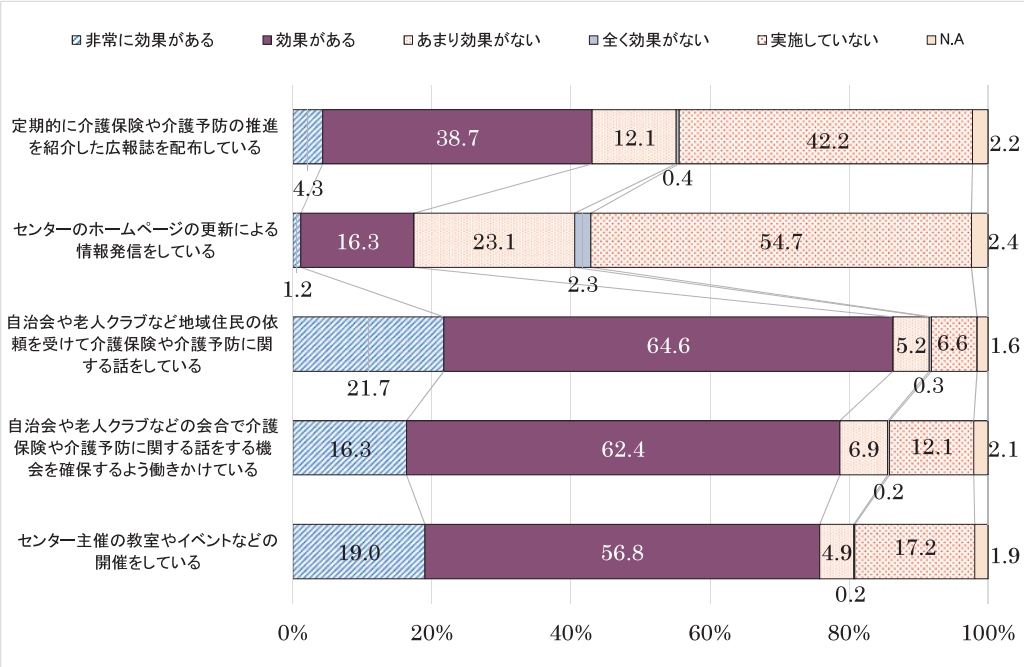
地域ケア会議の司会者の状況としては，複数回答による頻度が多い順に「主任介護支援専門員」が380人，「社会福祉士」が363人，「センター長」が330人であった（図Ⅲ－15）．



図Ⅲ－15　地域ケア会議の司会者の状況（n=927，複数回答）

11．啓発活動（問16）

地域包括支援センターが実施している地域住民向けの啓発活動の効果として，「非常に効果がある」と「効果がある」を合わせた指摘率が75％を超えていたのは，「自治会や老人クラブなど地域住民の依頼を受けて介護保険や介護予防に関する話をしている」「自治会や老人クラブなどの会合で介護保険や介護予防に関する話をする機会を確保するよう働きかけている」「センター主催の教室やイベントなどの開催をしている」であった（図Ⅲ－16）．

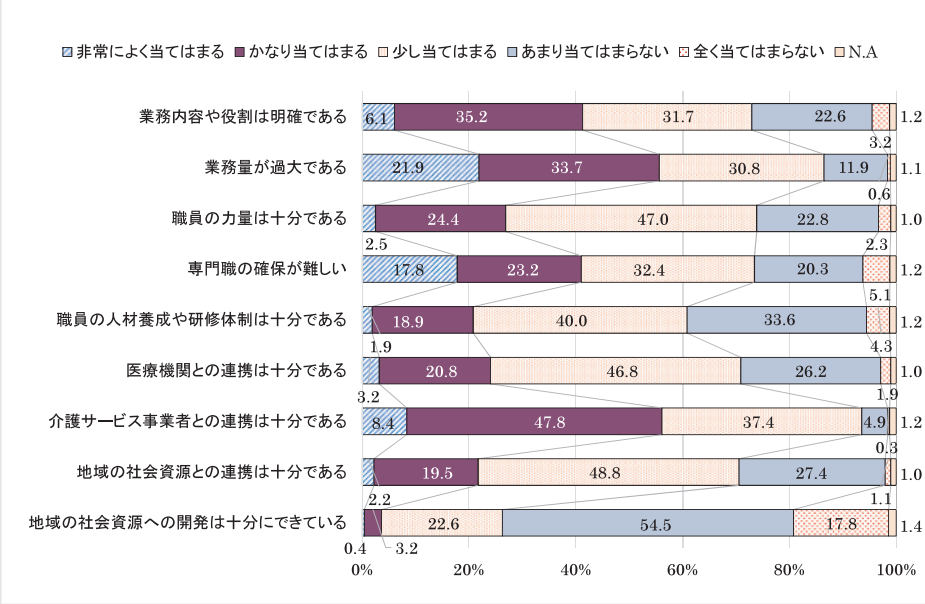


図Ⅲ－16　地域住民向けの啓発活動の効果（n=1,206）

12．業務の状況（問17～問22）

（総合相談支援業務）

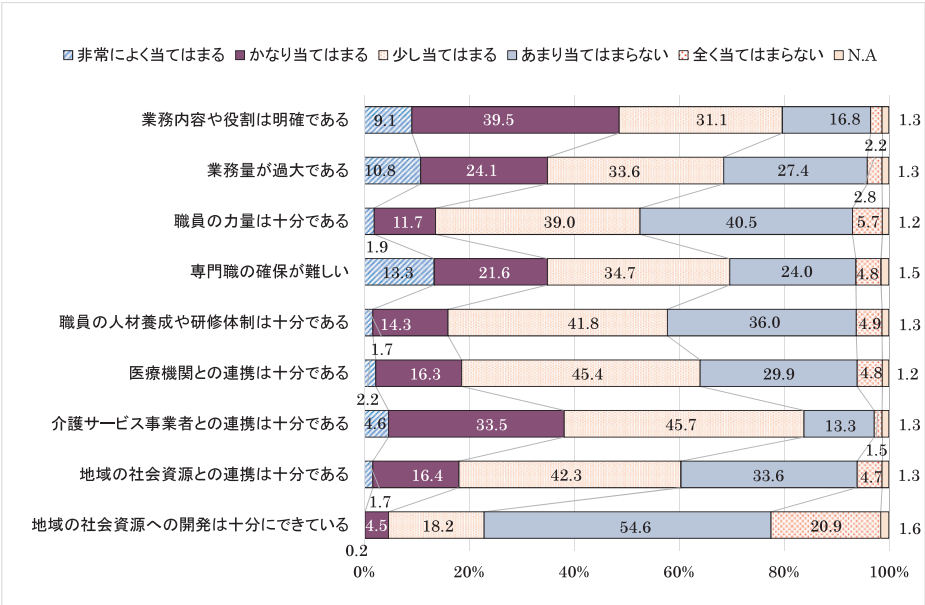
総合相談支援業務の状況としては，図Ⅲ－17に示したとおりであった．「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」を合わせた指摘率が高い順に「介護サービス事業者との連携は十分である」が56.2%，「業務量が過大である」が55.6%であった．



図Ⅲ－17　総合相談支援業務（n=1,206）

（権利擁護業務）

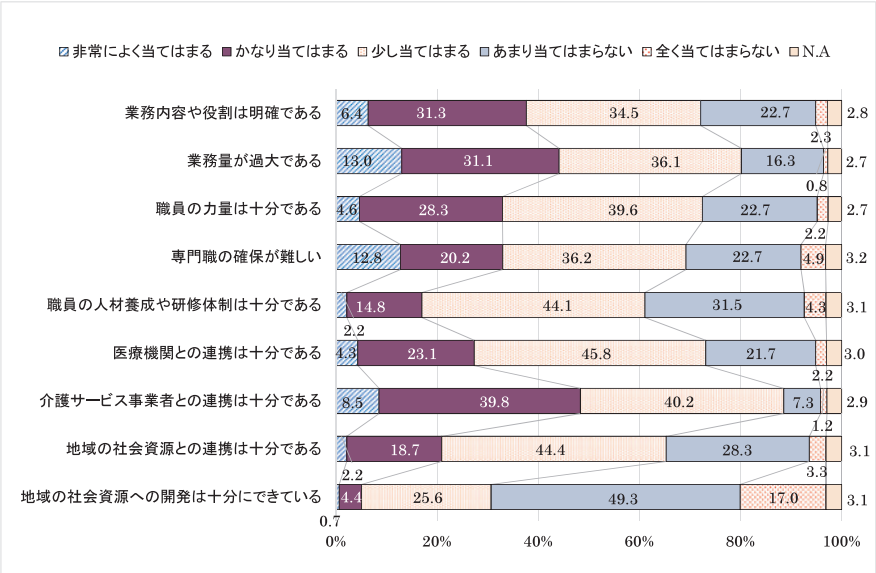
権利擁護業務の状況としては，図Ⅲ－18に示したとおりであった．「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」を合わせた指摘率が高い順に「業務内容や役割は明確である」が48.6%，「介護サービス事業者との連携は十分である」が38.1%であった．



図Ⅲ－18　権利擁護業務（n=1,206）

（包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）

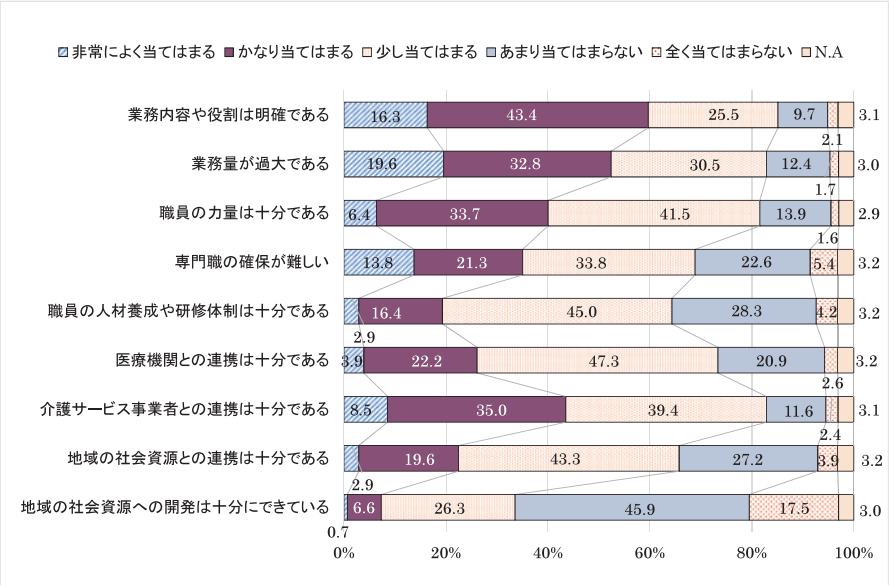
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の状況としては，図Ⅲ－19に示したとおりであった．「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」を合わせた指摘率が高い順に「介護サービス事業者との連携は十分である」が48.3％，「業務量が過大である」が44.1％，「業務内容や役割は明確である」が37.7％であった．



図Ⅲ－19　包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（n=1,206）

（介護予防ケアマネジメント業務）

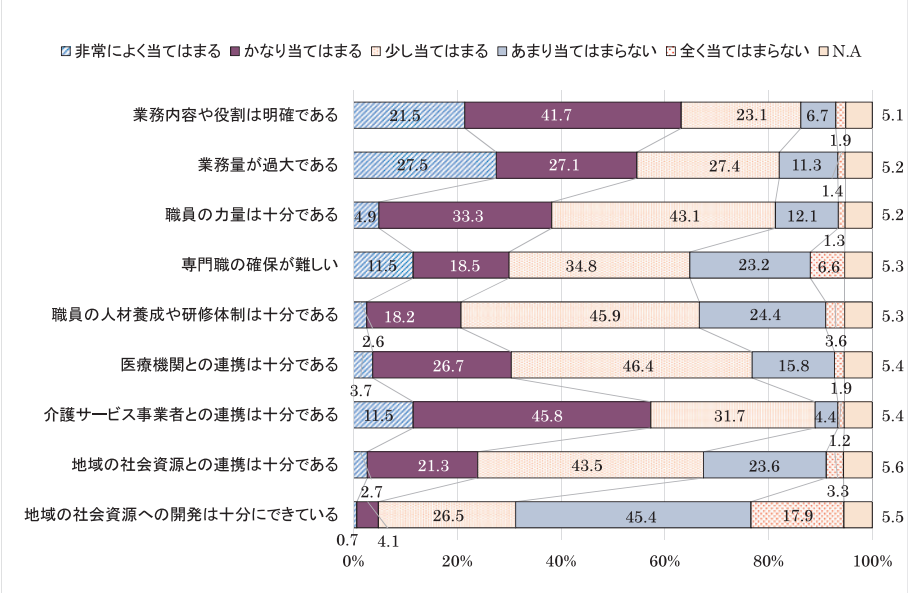
介護予防ケアマネジメント業務の状況としては，図Ⅲ－20に示したとおりであった．「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」を合わせた指摘率が高い順に「業務内容や役割は明確である」が59.7％，「業務量が過大である」が52.4％であった．



図Ⅲ－20　介護予防ケアマネジメント業務（n=1,206）

（指定介護予防支援）

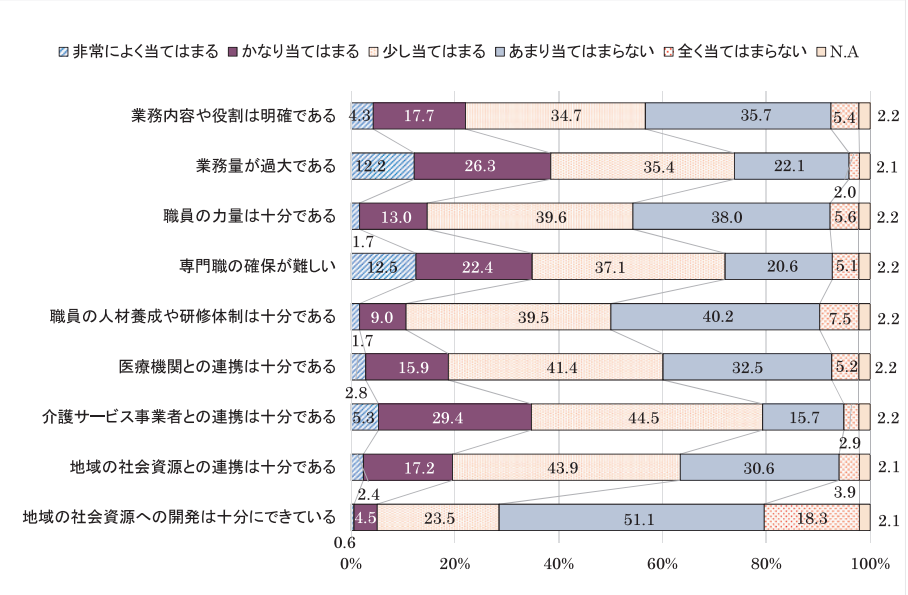
指定介護予防支援業務の状況としては，図Ⅲ－21に示したとおりであった．「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」を合わせた指摘率が高い順に「業務内容や役割は明確である」が63.2%，「介護サービス事業者との連携は十分である」が57.3%，「業務量が過大である」が54.6%であった．



図Ⅲ－21　指定介護予防支援（n=1,206）

（地域におけるネットワーク構築）

地域におけるネットワーク構築の状況としては，図Ⅲ－22に示したとおりであった．「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」を合わせた指摘率が高い順に「業務量が過大である」が38.5%，「専門職の確保が難しい」が34.9%，「介護サービス事業者との連携は十分である」が34.7%であった．



図Ⅲ－22　地域におけるネットワーク構築（n=1,206）

13．職場環境（問24）

職場環境としては，Moos & Insel（1974）が開発したWork Environment Scaleをもとに潮谷ら（2002）が日本の特別養護老人ホームに適用可能とした職場環境評価尺度全50項目のうち30項目を援用し，すべて「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」「少し当てはまる」「あまり当てはまらない」「全く当てはまらない」の５件法で測定を行った．

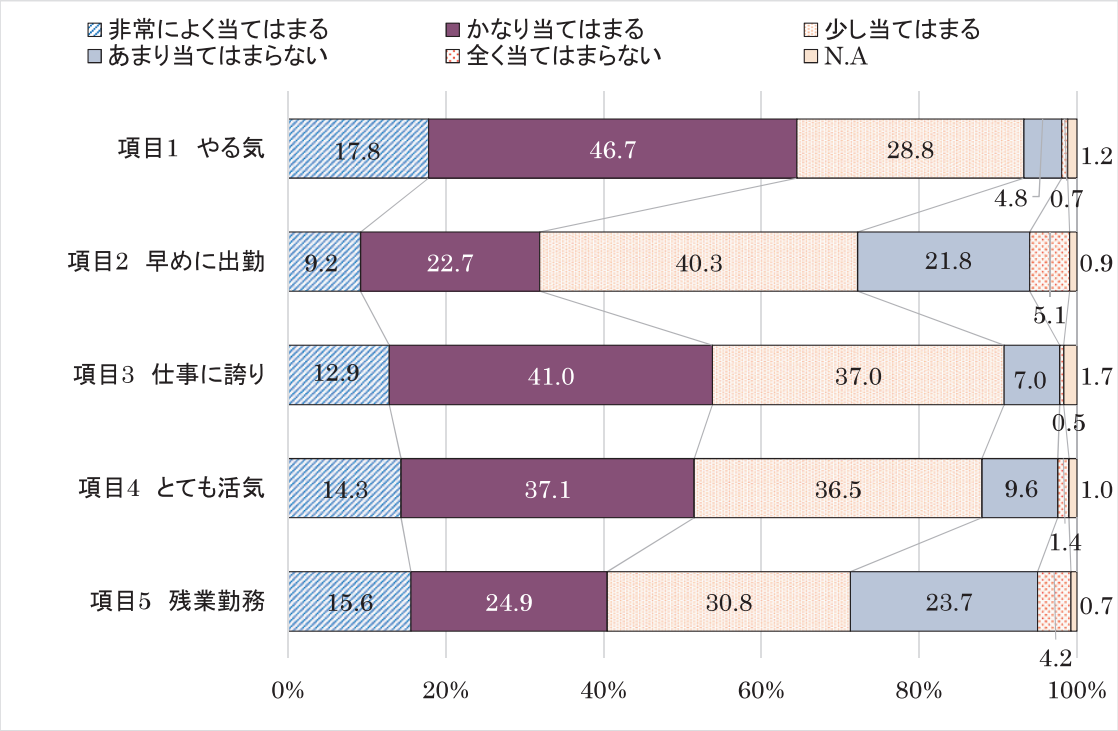
なお，本調査は地域包括支援センターを対象としているため，潮谷ら（2002）の職場環境評価尺度の文言を改変して使用した．例えば，項目13，15，21，26，28の「援助」という語句は「支援」に変更した．また，「ケースカンファレンス（ケース会議）」は「カンファレンス（ケース会議）など」とした．

（１）仕事への関与（Involvement）

仕事への関与としては，「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」の回答を合わせた割合をみると（図Ⅲ－23），指摘率が高かった項目は項目１，項目３，項目４であり，どれも50％を超えていた．

表Ⅲ－14　仕事への関与に関する測定項目

項目１：職員の多くは，仕事に対してやる気を持っている
項目２：職員の多くは，出勤時間より早めに職場に来て仕事をしている
項目３：職員の多くは，この職場での仕事に誇りを持っている
項目４：私の職場には，とても活気がある
項目５：職員の多くは，勤務時間後も職場に残って仕事をする事が多い



図Ⅲ－23　仕事へ関与の次元（n=1,206）

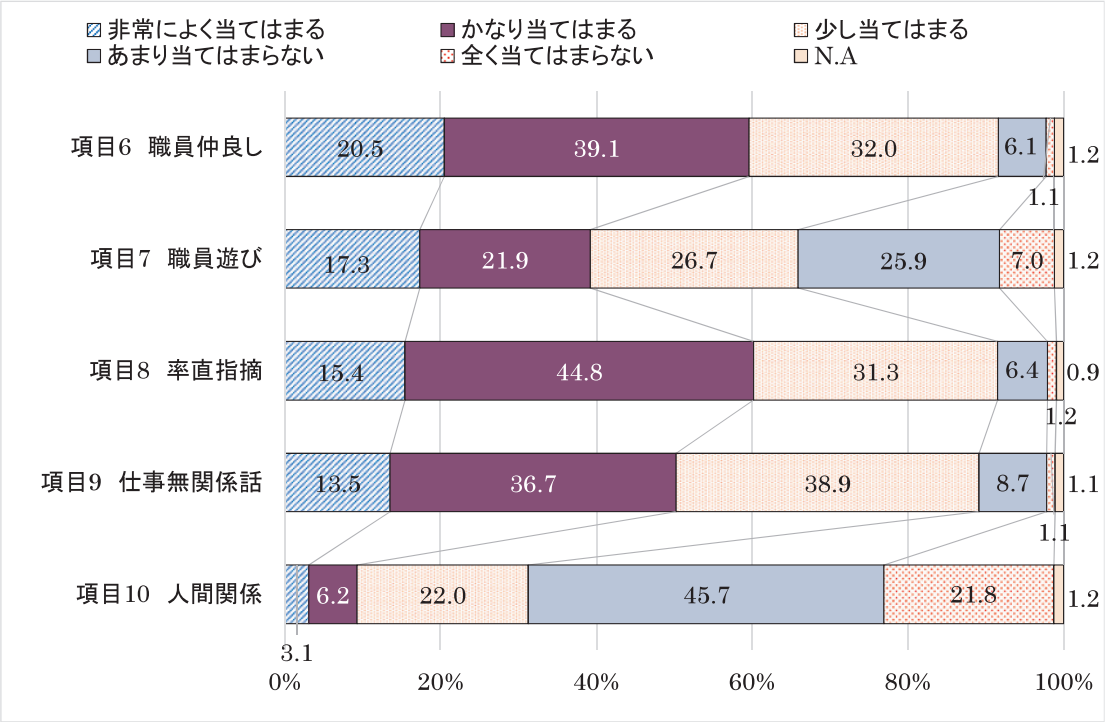
（２）同僚との関係（Peer Cohesion）

同僚との関係としては，「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」という回答を合わせた割合をみると（図Ⅲ－24），指摘率が高かった項目は項目６，項目８であり，どちらも60％程度であった．一方，項目10の指摘率は9.3％と極端に低かった．

なお，項目７，項目10は反転項目であり，「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」という指摘率が高いほど，同僚との関係による職場境評価が低くなる項目であった．

表Ⅲ－15　同僚との関係に関する測定項目

項目６：職員同士は，お互いに仲が良い
項目７：私の職場では，仕事が終わった後，職員同士で遊びに行ったりする事はない
項目８：私の職場では，仕事の中で気づいた事は，職員同士で率直に話し合っている
項目９：私の職場では，仕事に関係ない事でも職員同士で話しをすることが多い
項目10：職員の中には，職場の人間関係になじめない人もいる



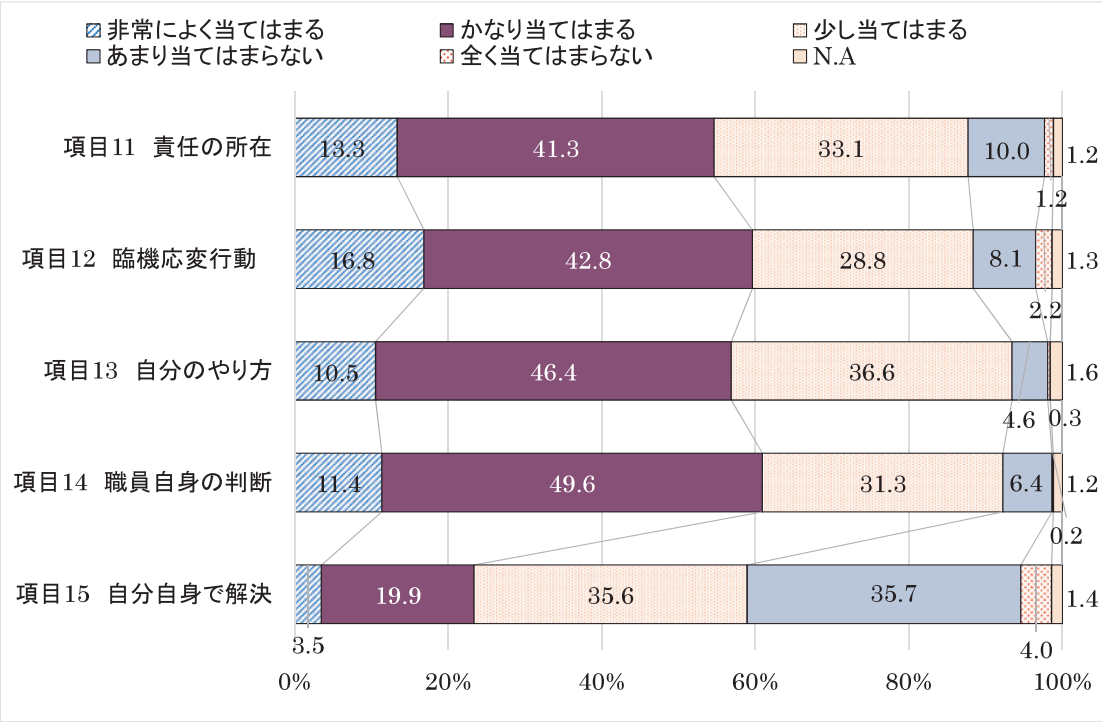
図Ⅲ－24　同僚との関係の次元（n=1,206）

（３）自律性（Autonomy）

自律性としては，「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」という回答を合わせた割合を見ると（図Ⅲ－25），指摘率が高かった項目は項目11，項目12，項目13，項目14であり，どれも50％を超えていた．一方，項目15の指摘率は23.4％と低かった．

表Ⅲ－16　自律性に関する測定項目

項目11：私の職場では，仕事上の責任の所在が明確になっている
項目12：職場の上司は，職員に対して臨機応変に行動するように指導している
項目13：職員は，自分なりのやり方で支援をすることが出来る
項目14：職員は日常の支援の内容については，利用者の状態に合わせて職員自身の判断で決定することが出来る
項目15：職場の上司は，支援上の課題について，自分自身で解決するように指導している



図Ⅲ－25　自律性の次元（n=1,206）

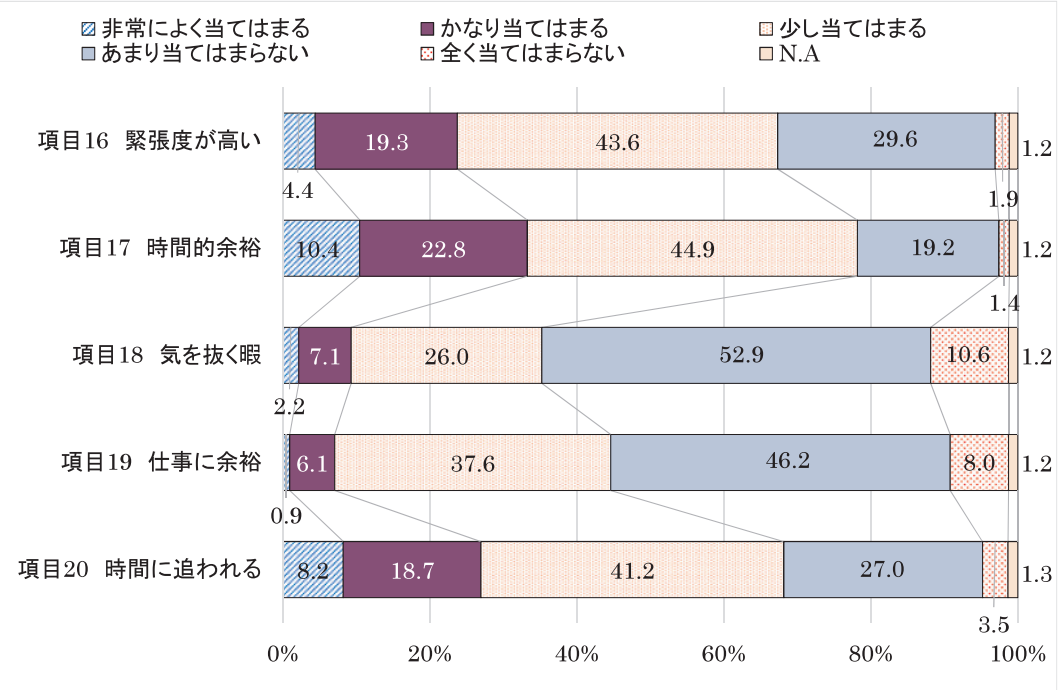
（４）仕事へのプレッシャー（Work Pressure）

仕事へのプレッシャーとしては，「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」という回答を合わせた割合をみると（図Ⅲ－26），指摘率は全体的に低かったが項目18は10％未満であった．

なお，項目19は反転項目であり，「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」という指摘率が高いほど，仕事へのプレッシャーによる職場環境評価が低くなる項目であった．

表Ⅲ－17　仕事へのプレッシャーに関する測定項目

項目16：仕事をしていく上でとても緊張度が高い職場である 項目17：私の職場では，仕事をしていく上での時間的余裕がない 項目18：仕事中には気を抜く暇も無いような職場である 項目19：職員の多くは，仕事に対して余裕を持って取り組んでいる 項目20：常に時間に追われているような職場である



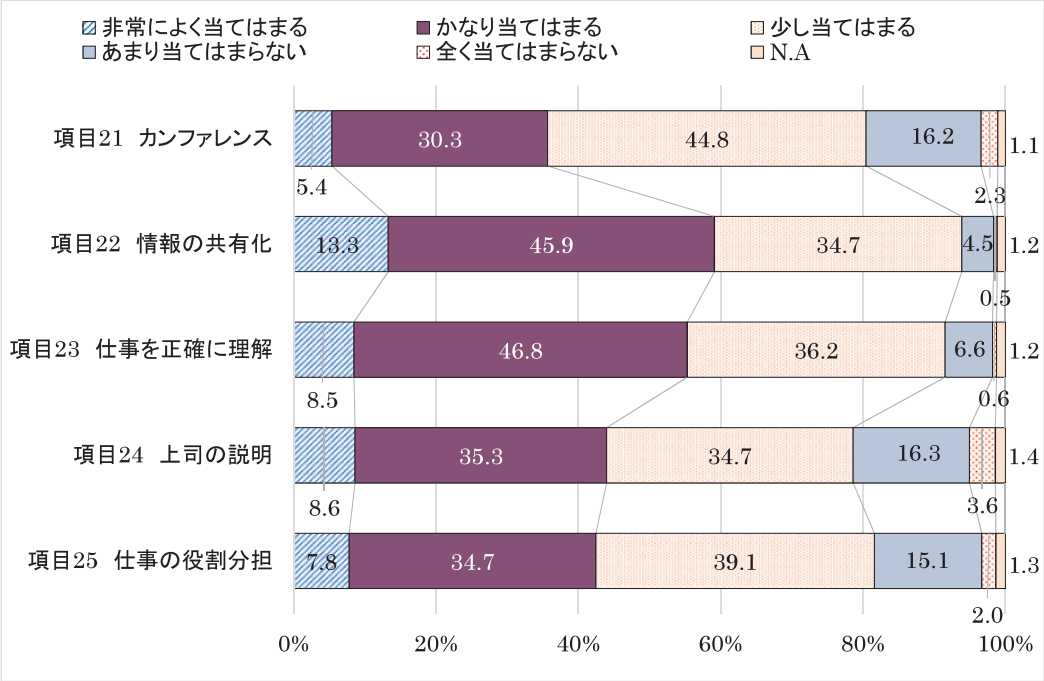
図Ⅲ－26　仕事へのプレッシャーの次元（n=1,206）

（５）仕事の明示性（Clarity）

仕事の明示性としては，「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」という回答を合わせた割合をみると（図Ⅲ－27），指摘率が高かった項目は項目22，項目23であり，どれも50％を超えていた．

表Ⅲ－18　仕事の明示性に関する測定項目

項目21：私の職場ではカンファレンス（ケース会議）などを通して，利用者に対する支援課題が明確にされている
項目22：仕事をしていく上で必要な情報が職員の間で共有化されている
項目23：職員の多くは，自分たちのやるべき仕事について正確に理解している
項目24：職場の上司は，いつも職員に対して，職員としてやるべき仕事が何かということについてきちんと説明している
項目25：私の職場では，職員の仕事上の役割分担がはっきり示されている



図Ⅲ－27　仕事の明示性の次元（n=1,206）

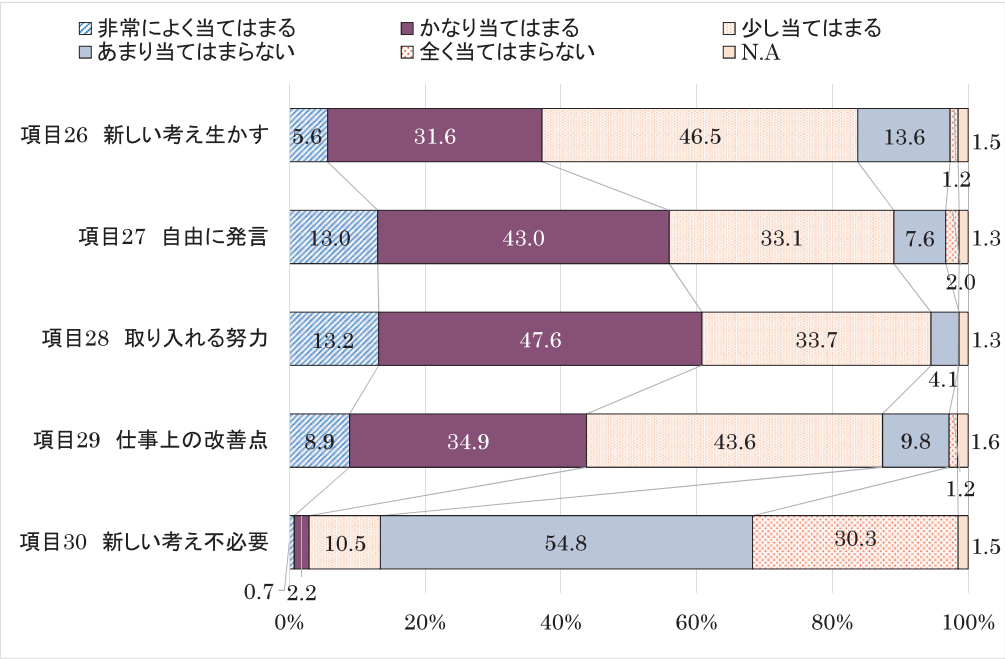
（６）革新性（Innovation）

革新性としては，「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」という回答を合わせた割合をみると（図Ⅲ－28），指摘率が高かった項目は項目27，項目28であり，50％を超えていた．

なお，項目30は反転項目であり，「非常によく当てはまる」「かなり当てはまる」という指摘率が高いほど，職場環境評価が低くなる項目であった．

表Ⅲ－19　革新性に関する測定項目

項目26：私の職場では，支援に関する新しい考え方をできるだけ仕事の中に生かすよう努力している
項目27：仕事上の改善点について，職員が自由に発言できる職場である
項目28：私の職場では利用者に対する支援にとっていいことは，できるだけ取り入れるように努力している
項目29：私の職場では，仕事上の改善点を解決するために積極的に取り組んでいる
項目30：私の職場では，新しい考え方や知識はあまり必要とされていない



図Ⅲ－28　革新性の次元（n=1,206）

Ⅳ．まとめ

本調査の集計結果から，地域包括支援センターにおける職員研修，業務実態，地域支援事業と関係機関等との連携状況，地域ケア会議の開催状況，職場環境域ネットワークの構築などに関する実証的なデータを収集できた．

例えば，①「問５～問７」の結果からは，業務としての研修機会が公的機関が主催するものに偏っている一方で，自己研修の機会が確保されにくいのではないかということ，②「問８」の結果からは，職場内での三職種の連携頻度が少ないのではないかということ，③「問９」「問16」の結果からは，地域包括支援センターの認識度向上のための広報・啓発活動ではアウトリーチ型が有効であるのではないかということ，④「問10～問14」の結果からは，社会福祉士が業務内容に応じて関係機関等との連携を選択しているのではないかということ，⑤「問15」の結果からは，地域ケア会議を開催している地域包括支援センターが約77％存在する一方で，地域ケア会議を開催していない地域包括支援センターが21.2％存在しており，地域ケア会議を開催するための基盤整備に課題があるのではないかということ，⑥「問17～問22」の結果からは，地域包括支援センターの業務量が過大になっているのではないかということ等について明らかにすることができたことは，本調査の大きな成果であったといえよう．

なお，「問10～問14」の関係機関等との連携状況をはじめ，「問17～問22」の業務状況，に関する変数群については，必要に応じて相関分析や探索的因子分析，共分散構造分析等の多変量解析を行っており，これらの分析結果については，奥村ら（2014），吉田ら（2014）が日本社会福祉学会 第62回秋季大会において報告している．さらに，今回収集したデータを用いた今後の分析においては，回答者の職種の差異から生じる非標本誤差を抑制する観点から，回答者を社会福祉士に限定したデータを作成し，分析を進めていく必要があるということを指摘しておきたい．

加えて，平成26年６月18日に成立（同年6月25日公布）した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の施行により，医療と介護サービスを一体的に提供するための地域包括ケアシステムの体制整備が従来にも増して促進されていく中で，地域包括支援センターの業務内容も変容していくことは想像に難くない．これらの政策動向も視野に入れつつ，長崎純心大学医療・福祉連携センターでは，長崎大学医学部との連携大学として，国民の保健医療・福祉の向上に対する学術的寄与という観点から，鋭意，積極的に教育研究活動に取り組んでいきたいと考えているということを付記しておく．

謝辞：ご多忙の中，本調査にご協力いただきました地域包括支援センター関係の皆様方に心から感謝申し上げます．

また，調査票作成や実施にあたりまして長崎県長寿社会課及び長崎市市民局福祉部高齢者すこやか支援課からもご助言いただきましたことにお礼申し上げます．

本研究は，文部科学省の「平成25年度 未来医療研究人材養成拠点形成事業【テーマB】リサーチマインドを持った総合診療医の養成」に係る研究成果の一部である．

※　本稿は，潮谷有二・宮野澄男・奥村あすか　ほか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要」『純心現代福祉研究　第18号』，33-72．に加筆修正したものである．

【文献】

樋口耕一（2004）「テキスト型の計量的分析－２つのアプローチの峻別と方法－」『理論と方法』19(1)，101－115．

一般財団法人 長寿社会開発センター（2011）『地域包括支援センター業務マニュアル』．

一般財団法人 長寿社会開発センター（2012）『地域包括支援センター運営マニュアル 2012～保険者・地域包括支援センターの協働による地域包括ケアの実現をめざして～』．

三菱総合研究所（2012）『地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書』．

三菱総合研究所（2013）『地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業報告書』．

宮野澄男・潮谷有二・奥村あすか・吉田麻衣（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要－－地域包括ケアの推進要件に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』，87-92．

Moos,R.H.,&Insel,P.M.（1974）*Work environment Scale Technical Report.* Social Ecology Laboratory Department of Psychiatry Stanford University Stanford,California 94305 and Veterans Administration Hospital Palo Alt,California 94304.

奥村あすか・潮谷有二・宮野澄男・吉田麻衣（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要－－地域ケア会議の開催要件に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』，81-86．

奥村あすか・潮谷有二・宮野澄男・吉田麻衣（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要（その２）－－地域ケア会議と業務状況に焦点を当てて」日本社会福祉学会　第62回秋季大会発表資料．

社会福祉法人全国社会福祉協議会，全国地域包括・在宅介護支援センター協議会（2011）『平成22年度「地域包括支援センター等による地域包括ケアを実践するネットワークの構築の進め方に関する調査研究事業」報告書』．

潮谷有二・児玉桂子・下垣　光・秋葉直子・佐藤実佐子・寺田宏美・平野百合子・山崎夏樹（2002）「特別養護老人ホームの職場環境と痴呆性高齢者に対する環境配慮の関連性に関する研究－－九州県内の特別養護老人ホームを中心として」『純心現代福祉研究

7』, 69-93.
吉田麻衣・潮谷有二・宮野澄男・奥村あすか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要－－地域ケア会議の主たる構成員に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』, 73-80.
吉田麻衣・潮谷有二・宮野澄男・奥村あすか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要（その1）－－関係機関等との連携状況に焦点を当てて」, 日本社会福祉学会 第62回秋季大会発表資料.

地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要

— 地域ケア会議の主たる構成員に関する自由記述の分析 —

地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要
－地域ケア会議の主たる構成員に関する自由記述の分析－

The Outline of the Survey Results on Community General Support Center in Japan
－ Text Mining Analysis on Open-Ended Questions Concerned with Main Members in the Local Care Conference －

吉田麻衣，潮谷有二，宮野澄男，奥村あすか
Mai YOSHIDA, Yuji SHIOTANI, Sumio MIYANO, Asuka OKUMURA

Ⅰ．分析の目的と方法

平成26年２月に長崎純心大学医療・福祉連携センターが全国の地域包括支援センターを対象に行った「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査（以下，地域包括支援センター全国悉皆調査という.）」から得られた各種変数の記述統計量等については，『純心現代福祉研究　第18号』に報告した（潮谷ら，2014）．また，当該調査によって得られた自由記述については，pp.63－157に掲載しているが，中でも地域ケア会議や地域包括ケアに係る自由記述項目は表Ⅰ－１の通りであり，補問15－４に関する自由記述の全文についてはpp.85－111，補問15－５に関する自由記述の全文についてはpp.111－129，問23に関する自由記述の全文についてはpp.132－154に掲載している．

表Ⅰ－１　地域包括支援センター全国悉皆調査における自由記述項目

補問15－４	「地域ケア会議の主たる構成員等に関する自由記述（以下，「補問15－４」という.）」
補問15－５	「地域ケア会議の開催要件に関する自由記述（以下，「補問15－５」という.）」
問23	「地域包括ケアの推進要件に関する自由記述（以下，「問23」という.）」

そこで，本報告では，このようなテキストデータを客観的に分析するための準備作業として，自由記述においてどのような語彙が用いられていたのかについて探索的に明らかにするために，樋口（2004）が開発したKH Coder （Ver.2.beta.31）を用いて，「補問15－４」の「地域ケア会議の主たる構成員の職種等と人数をご記入ください」という問いに対する自由記述式の回答（n＝870）からなるテキストデータを対象に，潮谷（2012），樋口（2014）のテキストマイニングによる分析手続きを参考にしつつ，①基本統計量の算出及び頻出150語に関する分析，②KWIC（Keyword in context）コンコーダンス分析及びコロケーション統計による分析，③抽出語の共起ネットワーク分析を行い，その後のテキストマイニングによる分析に資することを目的とした[注1]．

なお，分析対象としたテキストデータについては，データクリーニングの際に，できるだけ原文の記述形態を損なうことのないように，誤字脱字の訂正を行った．また，調査対

注1　本稿のほか，補問15－５の分析結果については，奥村ほか（2014）を，問23の分析結果については，宮野ほか（2014）を参照されたい．

象者や調査対象となった地域包括支援センターを特定することができないように必要に応じて，固有名詞や地名等のマスキングを行った．

また，本報告は，地域包括支援センター全国悉皆調査結果に関する調査研究報告という性格のため，「Ⅰ．分析の目的と方法」については，奥村ほか（2014），宮野ほか（2014）と同一の文章となっているということをあらかじめお断りしておく．

Ⅱ．結果

１．基本統計量

形態素解析の結果，「補問15－４」についての総抽出語数は41,567語，異なり語数は1,038語，分析対象となっている語（使用）は716語であり，抽出語の出現回数の平均は23.61回，標準偏差は103.79であった．また，集計単位としては文単位が1,349文，段落単位が1,206段落であった（表Ⅱ－１）．

次に，抽出語の出現回数と度数についてみてみると（表Ⅱ－２），出現回数が1回だけの抽出語は326語（45.53％）であった．また，出現回数が28回以下の抽出語の累積度数及び累積パーセントは，645（90.08％）であり，全体の約９割を占めていた．出現回数が10回以上の抽出語の累積度数及び累積パーセントは，575（80.31％）であり，全体の約８割を占めていた．

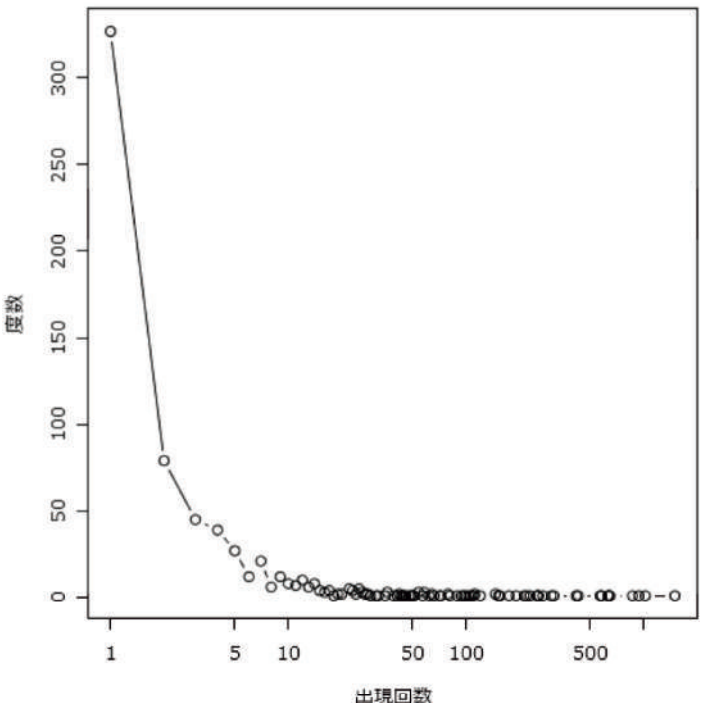
表Ⅱ－１　抽出語の基本統計量

総抽出語数（使用）		41,567（16,904）
異なり語数（使用）		1,038　　（716）
抽出語の出現回数の平均		23.61
抽出語の出現回数の標準偏差		103.79
集計単位	文　ケース数	1,349
	段落　ケース数	1,206

表Ⅱ－２　抽出語の出現回数と度数

出現回数	度数	パーセント	累積度数	累積パーセント
1	326	45.53	326	45.53
2	79	11.03	405	56.56
3	45	6.28	450	62.85
4	39	5.45	489	68.30
5	27	3.77	516	72.07
6	12	1.68	528	73.74
7	21	2.93	549	76.68
8	6	0.84	555	77.51
9	12	1.68	567	79.19
10	8	1.12	575	80.31
11	7	0.98	582	81.28
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
27	2	0.28	643	89.80
28	2	0.28	645	90.08
29	1	0.14	646	90.22
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
862	1	0.14	713	99.58
936	1	0.14	714	99.72
1,018	1	0.14	715	99.86
1,493	1	0.14	716	100.00

さらに表Ⅱ－２に加え，抽出語の出現回数別に何種類の語が用いられていたのかについて視覚的にとらえるために，Ｘ軸に抽出語の出現回数を対数軸で表し，Ｙ軸に抽出語の度数をプロットした結果（図Ⅱ－１），抽出語の出現回数５回前後までに抽出語の度数（種類）が急激に減少した後，抽出語の出現回数10回前後から抽出語の度数（種類）が少なくなっているということが明らかになった．このことから，地域ケア会議の構成員に関する自由記述において高頻度で用いられた語は，出現回数が10回以上の特定の語であることを確認することができた．



図Ⅱ－１　抽出語の出現回数別度数

２．頻出150語の抽出語リスト

そこで，頻度の多い順に上位150語の抽出語リストを作成し，検討を行った結果，「職員」が1,493回，「支援」が1,018回，「介護」が936回，「包括」が862回，「地域」が643回，「委員」が635回，「センター」が628回の頻度で用いられており，これらの語が地域ケア会議の構成員に関する自由記述において多く使用されていることが明らかになった（表Ⅱ－３）[注2]．

ただし，これらの語は形態素分析により抽出された語であり，実際の地域ケア会議の構成員において「支援」という語が「支援」という語として用いられたのではなく，例えば「地域包括支援センター」や「介護支援専門員」といった語として用いられたのではない

注2　頻出150語の抽出語リストについては，「未知語」「感動詞」「名詞Ｂ」「形容詞Ｂ」「動詞Ｂ」「副詞Ｂ」「否定助動詞」「形容詞（非自立）」「その他」の品詞を除外しているため，表Ⅱ－２の結果に示した出現回数及び度数と表Ⅱ－３に示した抽出語の数と出現回数とは対応関係になっていないということに注意されたい．

かということを推測することができる．そこで，「支援」という語がどのように用いられているかを確認するために，KWICコンコーダンス分析，コロケーション統計及び共起ネットワーク分析を行った．

表Ⅱ－３　頻出上位150語の抽出語リスト

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
職員	1,493	役場	54	栄養士	16
支援	1,018	障害	51	司法	16
介護	936	関係	50	開催	15
包括	862	在宅	49	消防	15
地域	643	区役所	48	薬局	15
委員	635	区	46	課題	14
センター	628	機関	45	県	14
事業	577	代表	44	交番	14
民生	569	ボランティア	43	場合	14
福祉	427	クラブ	42	団体	14
専門	416	高齢	42	提供	14
市	311	グループホーム	41	療法	14
市役所	301	応じる	39	連合	14
社協	270	管理	36	域内	13
医師	255	個別	36	事務	13
訪問	253	推進	36	主	13
ケア	251	異なる	35	診療	13
協議	229	必要	32	変わる	13
社会	219	主任	31	予防	13
家族	212	用具	29	介	12
保健	191	事務所	28	学区	12
自治	174	本人	28	基幹	12
マネ	155	構成	27	住宅	12
サービス	152	内容	27	出席	12
看護	146	認知	26	村	12
利用	146	連絡	26	養護	12
役員	120	デイサービス	25	ＣＭ	11
町	112	ヘルパー	25	ステーション	11
老人	112	近隣	25	違う	11
地区	110	区長	25	衛生	11
会長	106	生活	25	民	11
居宅	103	メンバー	24	協力	10
施設	99	小規模	24	行う	10
通所	97	ホーム	23	親族	10
相談	94	消防署	23	駐在	10
会議	89	人数	23	郵便	10
ケース	81	事例	22	擁護	10
警察	79	書士	22	理学	10
病院	79	直営	22	例	10
保険	72	弁護士	22	記入	9
担当	71	機能	20	検討	9
保健所	66	他	20	市町村	9
行政	64	マネージャー	19	疾患	9
町内	62	マネジャー	19	実施	9
医療	58	特	18	町会	9
住民	58	看る	17	特別	9
薬剤	58	健康	17	年	9
児童	57	職種	17	法人	9
参加	54	養	17	密着	9
歯科	54	委託	16	有料	9

３．KWICコンコーダンス分析及びコロケーション統計による分析結果

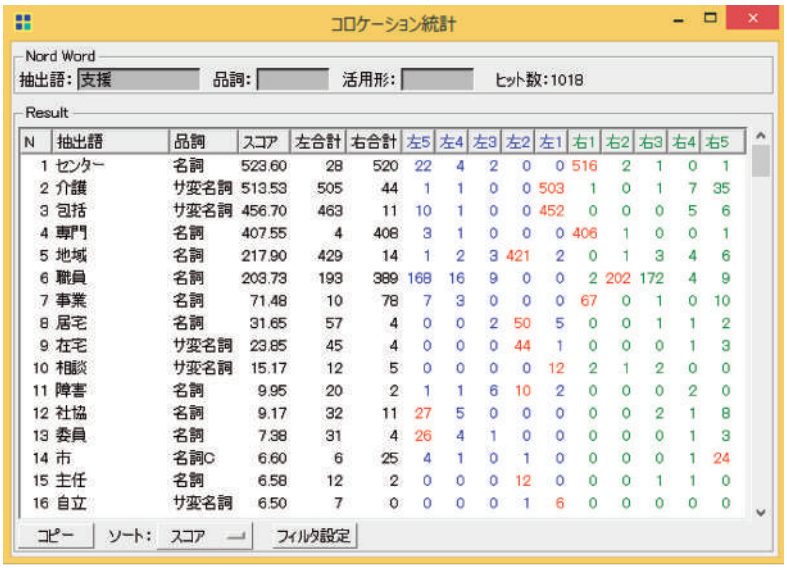
次に，表Ⅱ－２及び図Ⅱ－１の結果を踏まえて，KWICコンコーダンス分析及びコロケーション統計による分析を行い，抽出語がどのような語の前後で使用されているかについて

確認した．

例えば，抽出語「支援」がどのような語の前後で使われているのかについては，KWICコンコーダンス分析及びコロケーション統計による分析結果から（図Ⅱ－２，図Ⅱ－３），「支援」という抽出語が「介護支援専門員」「地域包括支援センター」「居宅介護支援事業所」「通所介護支援事業者」「訪問介護支援事業者」といった語として使用されていることを確認した．また，「地域包括支援センター」が「包括支援センター」や「包括センター」などと略して記入されていることについても確認することができた．

なお，具体的な分析手続き及び分析結果のすべてについては紙幅の関係上，それらを掲載することはできないが，同様の手続きにより，その他の抽出語についても確認を行ったということを付記しておく．

図Ⅱ－２　抽出語「支援」という語に対するKWICコンコーダンス分析の結果



N	抽出語	品詞	スコア	左合計	右合計	左5	左4	左3	左2	左1	右1	右2	右3	右4	右5
1	センター	名詞	523.60	28	520	22	4	2	0	0	516	2	1	0	1
2	介護	サ変名詞	513.53	505	44	1	1	0	0	503	1	0	1	7	35
3	包括	サ変名詞	456.70	463	11	10	1	0	0	452	0	0	0	5	6
4	専門	名詞	407.55	4	408	3	1	0	0	0	406	1	0	0	1
5	地域	名詞	217.90	429	14	1	2	3	421	2	0	1	3	4	6
6	職員	名詞	203.73	193	389	168	16	9	0	0	2	202	172	4	9
7	事業	名詞	71.48	10	78	7	3	0	0	0	67	0	1	0	10
8	居宅	名詞	31.65	57	4	0	0	2	50	5	0	0	1	1	2
9	在宅	サ変名詞	23.85	45	4	0	0	0	44	1	0	0	0	1	3
10	相談	サ変名詞	15.17	12	5	0	0	0	0	12	2	1	2	0	0
11	障害	名詞	9.95	20	2	1	1	6	10	2	0	0	0	2	0
12	社協	名詞	9.17	32	11	27	5	0	0	0	0	0	2	1	8
13	委員	名詞	7.38	31	4	26	4	1	0	0	0	0	0	1	3
14	市	名詞C	6.60	6	25	4	1	0	1	0	0	0	0	1	24
15	主任	名詞	6.58	12	2	0	0	0	12	0	0	0	1	1	0
16	自立	サ変名詞	6.50	7	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	0

図Ⅱ－３　抽出語「支援」に対するコロケーション統計

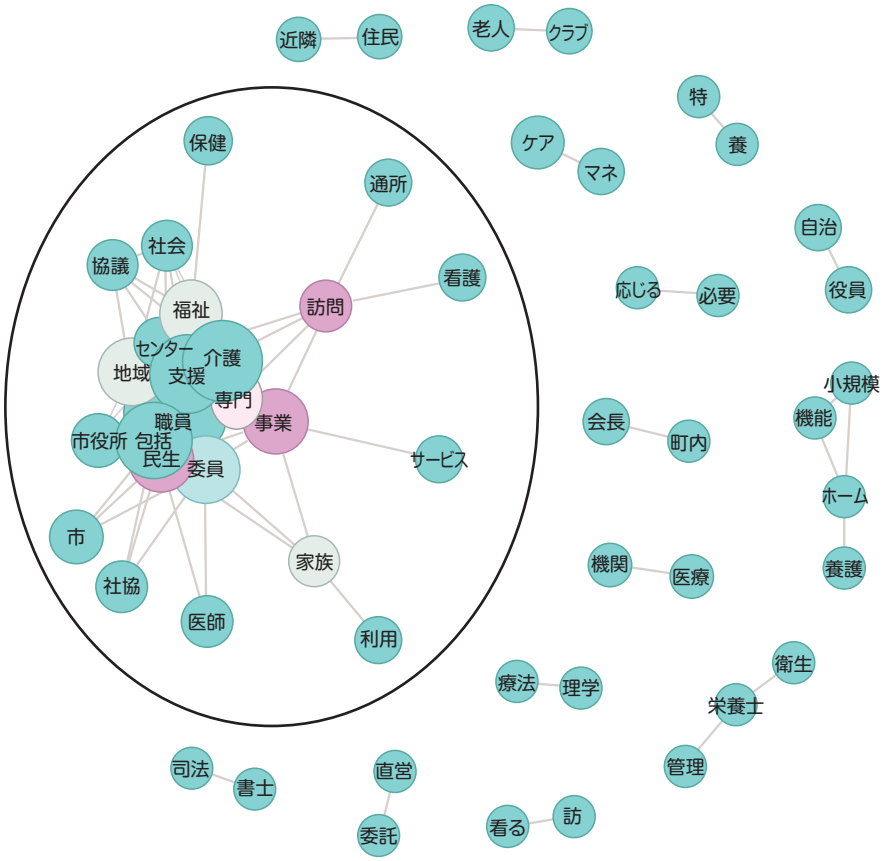
４．共起ネットワークによる分析結果

（１）共起ネットワークの分析結果

抽出語の共起ネットワークを用いた分析では，抽出語の最小出現数を10，最小文書数を１，集計単位を文，品詞は「名詞，サ変名詞，形容動詞，固有名詞，組織名，人名，地名，ナイ形容，副詞可能，未知語，感動詞，動詞，形容詞，副詞，名詞C」とし，描画する共起関係（edge)は，Jaccard係数を0.25以上と設定して，媒介中心性を用いた共起ネットワーク図を作成し，抽出語同士の共起関係について観察を行った．

分析の結果，分析の対象となった抽出語数は145語，描画されている語を示すノード（node)の数は55，線（edge)で描画されている共起関係の数は115，密度（density）は0.077であった（図Ⅱ－４）．また，同図では，ノードの大きさが大きいほど使用頻度が多いことを示していることから，使用頻度が多い抽出語は「職員」「支援」「介護」「包括」「地域」等であることを確認することができた．

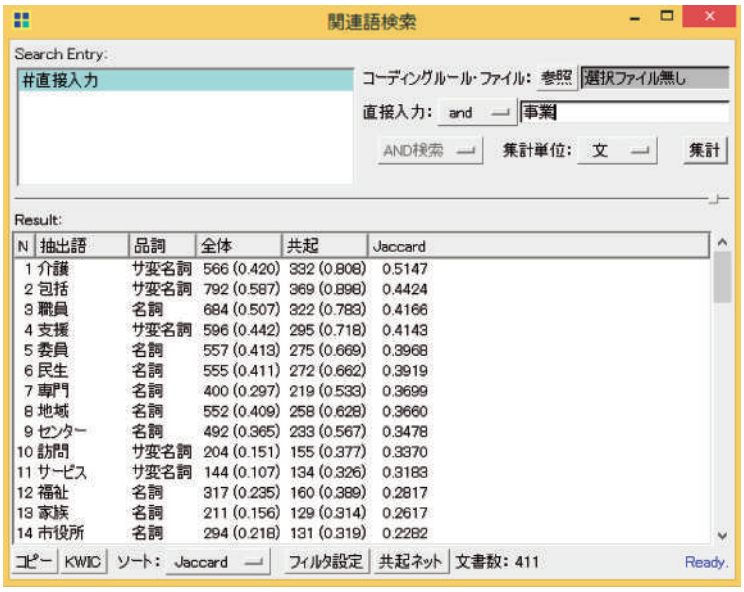
さらに，KH Coderによる共起ネットワークは，媒介中心性が高い順に，ピンク，白，水色で表示されるように設定されていることから，媒介中心性が高い抽出語は「事業」「民生」「訪問」等であることが明らかになった．描画されている線（edge）による共起関係に着目すると，「近隣」「住民」や「老人」「クラブ」，「ケア」「マネ」，「医療」「機関」といった抽出語のネットワークが見られた．



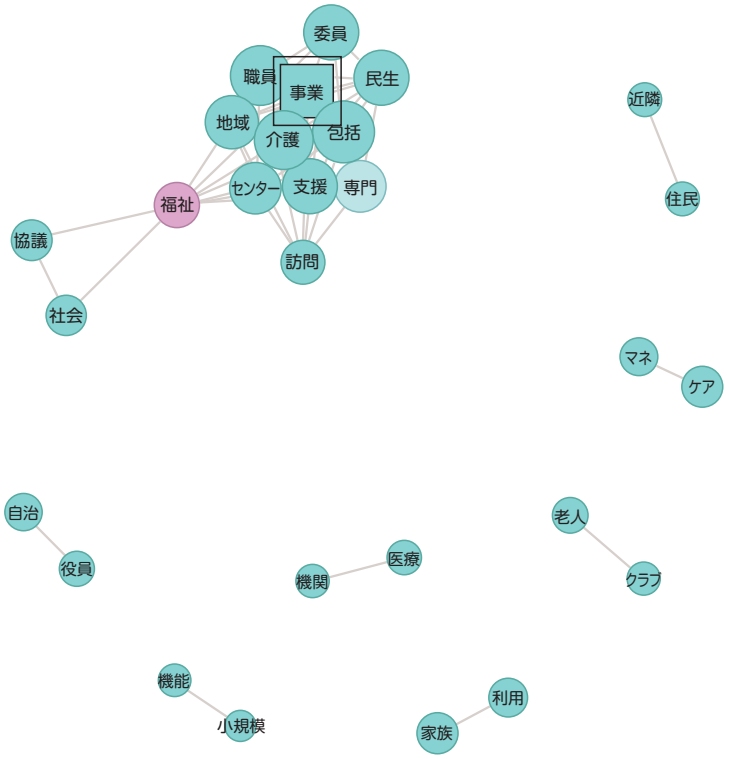
図Ⅱ－４　抽出語の共起ネットワーク

（２）関連語検索を用いた共起ネットワーク分析の結果

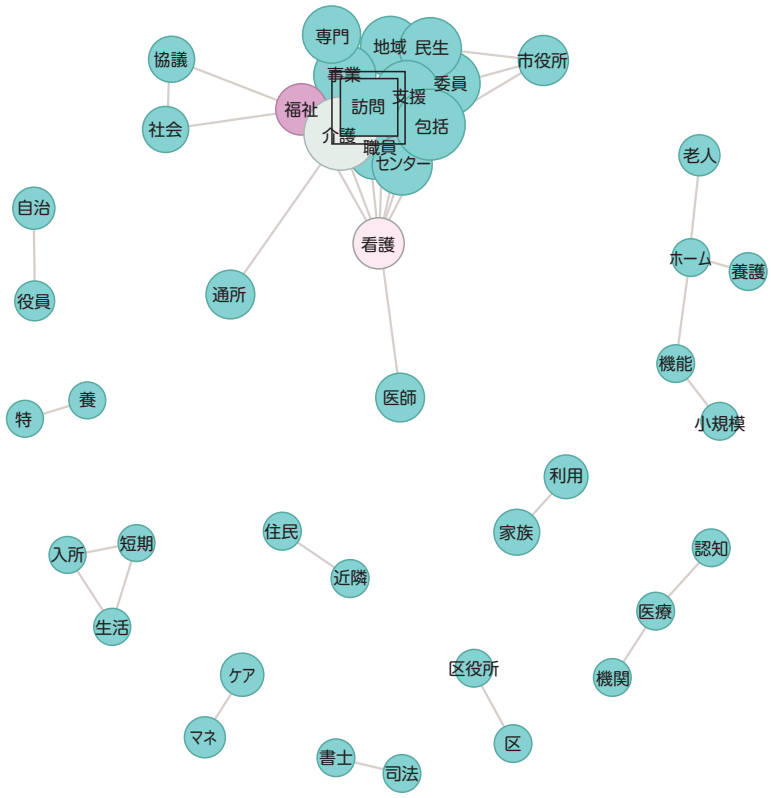
先に図Ⅱ－４の左側の円で示したグループは共起関係が凝集しており，視覚的に理解しづらいことから，媒介中心性が強い抽出語である「事業」「訪問」「民生」に対して関連語検索を行い（図Ⅱ－５，「訪問」「民生」については図省略），その結果を踏まえて，集計単位を文，描画する共起関係はJaccard係数を0.35以上と設定して，媒介中心性を用いた共起ネットワーク図を作成し，観察を行った．



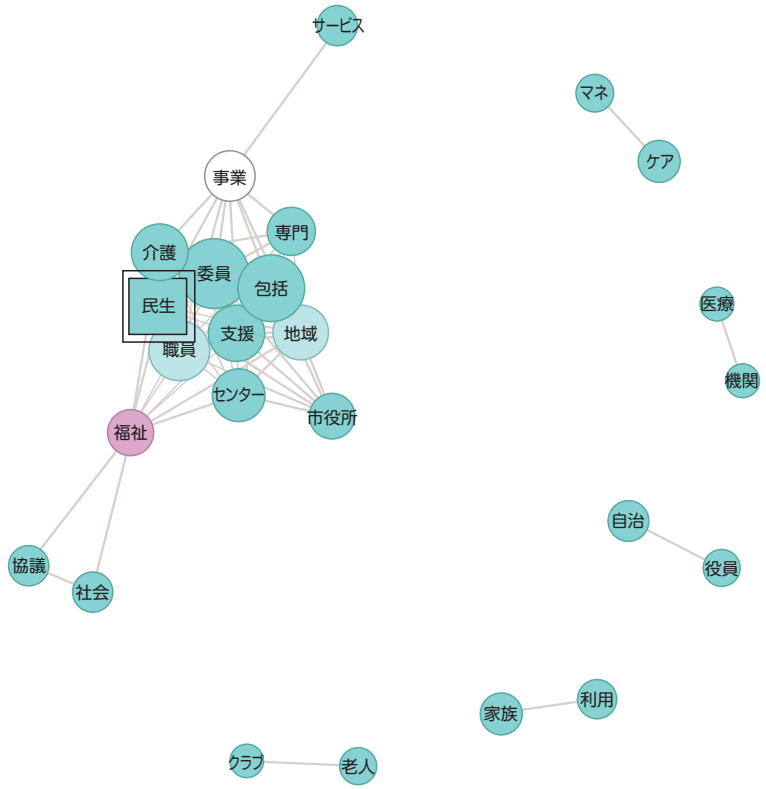
図Ⅱ－５　抽出語「事業」に対する関連語検索



図Ⅱ－６　抽出語「事業」に対する抽出語の共起ネットワーク



図Ⅱ－７　抽出語「訪問」に対する抽出語の共起ネットワーク



図Ⅱ－８　抽出語「民生」に対する抽出語の共起ネットワーク

抽出語「事業」に対する抽出語の共起ネットワーク分析の結果，分析対象となった文書数は411，ノード（node)の数は28，線（edge)で描画されている共起関係の数は71，密度（density）は0.188（図Ⅱ－６），抽出語「訪問」に対する抽出語の共起ネットワーク分析の結果，分析対象となった文書数は204，ノードの数は43，線で描画されている共起関係の数は98，密度は0.109（図Ⅱ－７），抽出語「民生」に対する抽出語の共起ネットワーク分析の結果，分析対象となった文書数は555，ノードの数は25，線で描画されている共起関係の数は68，密度は0.227であった（図Ⅱ－８）．これらの結果から，「地域」「包括」「支援」「センター」や「民生」「委員」，「介護」「支援」「専門」等の抽出語の共起ネットワークの存在が明らかになった．

また，図Ⅱ－４及び図Ⅱ－６から図Ⅱ－８に描画されている線（edge)の共起関係をふまえて，再度KWICコンコーダンス分析およびコロケーション統計によって分析を行った結果，「地域包括支援センター」や「介護支援専門員」をはじめ，「社会福祉協議会」等といった語を強制抽出して分析を行う必要があるということが分かった．

さらに，「ケアマネ」と「介護支援専門員」や「社協」と「社会福祉協議会」等の同じ職種を表す語が異なった表現で回答されていることについても確認することができた．このため，これらの同義語については，用語を統一して分析を行う必要があるということが分かった．

加えて，「補問15－４」では，地域ケア会議の主たる構成員の職種等と人数の記入を求めていたが，人数については，人数が記入されていない場合をはじめ，「１人～10人」等といった記述や，「介護支援専門員（１人)」とか「訪問介護事業所（１人)」といった職種と事業者や施設が混在している記述があるということを確認することができた．この結果をふまえて，分析に用いたテキストデータからの構成員の人数に関する算出は正確さに欠ける恐れがあるため，それらについては算出しない方が良いということが明らかになった．

謝辞：ご多忙の中，本調査にご協力いただきました地域包括支援センター関係の皆様方に心から感謝申し上げます．

本稿は，文部科学省の「平成25年度 未来医療研究人材養成拠点形成事業【テーマB】リサーチマインドを持った総合診療医の養成」に係る研究成果の一部である．

※　本稿は，吉田麻衣・潮谷有二・宮野澄男・奥村あすか（2014)「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要－－地域ケア会議の主たる構成員に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』，73-80．に加筆修正したものである．

【文献】

樋口耕一（2004)「テキスト型データの計量的分析－－２つのアプローチの峻別と統合」『理論と方法』19（１），101-105.

樋口耕一（2014)「社会調査のための計量テキスト分析－－内容分析の継承と発展を目指して」ナカニシヤ出版.

宮野澄男・潮谷有二・奥村あすか　ほか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要――地域包括ケアの推進要件に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』，87-92.
奥村あすか・潮谷有二・宮野澄男　ほか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要――地域ケア会議の開催要件に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』，81-86.
潮谷有二（2012）「社会福祉士制度の見直しに関する実証研究――社会保障審議会福祉部会における議事録の基礎的分析を通して」日本社会福祉学会編『対論　社会福祉学＜３＞社会福祉運営』中央法規，281-324.
潮谷有二・宮野澄男・奥村あすか　ほか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要」『純心現代福祉研究　第18号』，33-72.

地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要

― 地域ケア会議の開催要件に関する自由記述の分析 ―

地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要
－地域ケア会議の開催要件に関する自由記述の分析－

The Outline of the Survey Results on Community General Support Center in Japan
－ Text Mining Analysis on Open-Ended Questions about the Requirements of Local Care Conference －

奥村あすか，潮谷有二，宮野澄男，吉田麻衣
Asuka OKUMURA, Yuji SHIOTANI, Sumio MIYANO, Mai YOSHIDA

Ⅰ．分析の目的と方法

平成26年２月に長崎純心大学医療・福祉連携センターが全国の地域包括支援センターを対象に行った「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査（以下，地域包括支援センター全国悉皆調査という.）」から得られた各種変数の記述統計量等については，『純心現代福祉研究　第18号』に報告した（潮谷ら，2014）．また，当該調査によって得られた自由記述については，pp.63－157に掲載しているが，中でも地域ケア会議や地域包括ケアに係る自由記述項目は表Ⅰ－１の通りであり，補問15－４に関する自由記述の全文についてはpp.85－111，補問15－５に関する自由記述の全文についてはpp.111－129，問23に関する自由記述の全文についてはpp.132－154に掲載している．

表Ⅰ－１　地域包括支援センター全国悉皆調査における自由記述項目

補問15－４	「地域ケア会議の主たる構成員等に関する自由記述（以下，「補問15－４」という.）」
補問15－５	「地域ケア会議の開催要件に関する自由記述（以下，「補問15－５」という.）」
問23	「地域包括ケアの推進要件に関する自由記述（以下，「問23」という.）」

そこで，本報告では，このようなテキストデータを客観的に分析するための準備作業として，自由記述においてどのような語彙が用いられていたのかについて探索的に明らかにするために，樋口（2004）が開発したKH Coder （Ver.2.beta.31）を用いて，「補問15－５」の「あなた（回答されている方）は，地域包括支援センター圏域において地域ケア会議を開催していくにあたり，何が必要だと思われますか」という問いに対する自由記述式の回答（n＝695）からなるテキストデータを対象に，潮谷（2012），樋口（2014）のテキストマイニングによる分析手続きを参考にしつつ，①基本統計量の算出及び頻出150語に関する分析，②KWIC（Keyword in context）コンコーダンス分析及びコロケーション統計による分析，③抽出語の共起ネットワーク分析を行い，その後のテキストマイニングによる分析に資することを目的とした[注1]．

注1　本稿のほか，補問15－４の分析結果については，吉田ほか（2014）を，問23の分析結果については，宮野ほか（2014）を参照されたい．

なお，分析対象としたテキストデータについては，データクリーニングの際に，できるだけ原文の記述形態を損なうことのないように，誤字脱字の訂正を行った．また，調査対象者や調査対象となった地域包括支援センターを特定することができないように必要に応じて，固有名詞や地名等のマスキングを行った．

また，本報告は，地域包括支援センター全国悉皆調査結果に関する調査研究報告という性格のため，「Ⅰ．分析の目的と方法」については，吉田ほか（2014），宮野ほか（2014）と同一の文章となっているということをあらかじめお断りしておく．

Ⅱ．結果

１．基本統計量

形態素解析の結果，「補問15－５」の総抽出語数は24,755語，異なり語数は1,778語，分析対象となっている語（使用）は1,456語であり，抽出語の出現回数の平均は7.74回，標準偏差は33.18であった．また，集計単位は文単位では1,955文，段落単位では1,206段落であった（表Ⅱ－１）．

次に，抽出語の出現回数と度数についてみてみると（表Ⅱ－２），出現回数が1回だけの抽出語は678語（46.57％）であった．また，出現回数が12回以下の抽出語の累積度数（及び累積パーセント）は，1,312語（90.11％）であり，全体の約９割を占めていた．

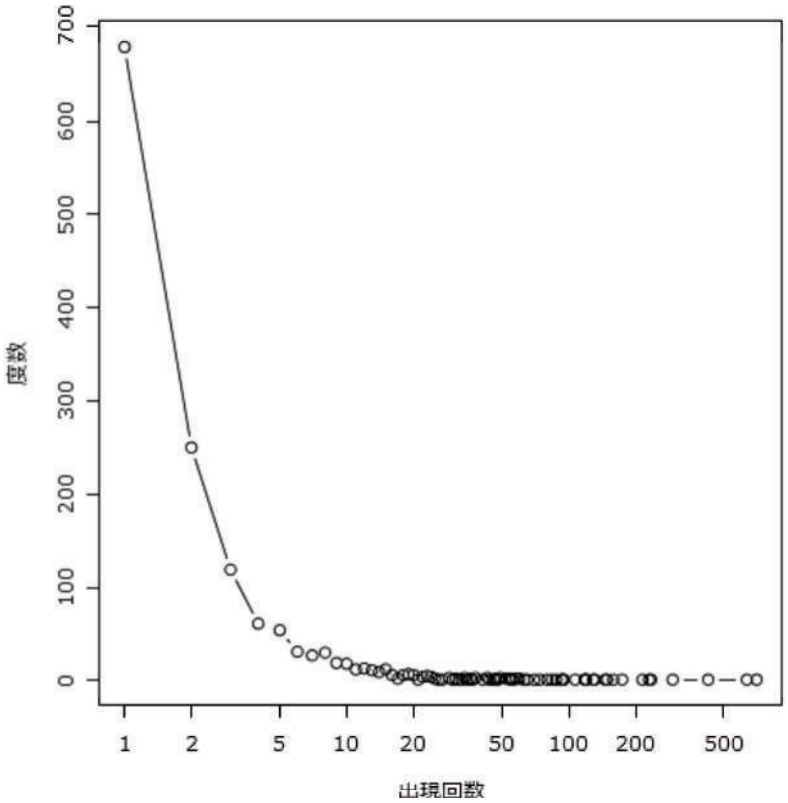
表Ⅱ－１　抽出語の基本統計量

総抽出語数		24,755(11,272)
異なり語数（使用）		1,778（1,456）
抽出語の出現回数の平均		7.74
抽出語の出現回数の標準偏差		33.18
集計単位	文　ケース数	1,955
	段落　ケース数	1,206

表Ⅱ－２　抽出語の出現回数と度数

出現回数	度数	パーセント	累積度数	累積パーセント
1	678	46.57	678	46.57
2	250	17.17	928	63.74
3	119	8.17	1,047	71.91
4	61	4.19	1,108	76.10
5	54	3.71	1,162	79.81
6	31	2.13	1,193	81.94
7	27	1.85	1,220	83.79
8	30	2.06	1,250	85.85
9	19	1.3	1,269	87.16
10	18	1.24	1,287	88.39
11	12	0.82	1,299	89.22
12	13	0.89	1,312	90.11
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
118	1	0.07	1,441	98.97
119	1	0.07	1,442	99.04
120	1	0.07	1,443	99.11
129	1	0.07	1,444	99.18
131	1	0.07	1,445	99.24
146	1	0.07	1,446	99.31
149	1	0.07	1,447	99.38
159	1	0.07	1,448	99.45
174	1	0.07	1,449	99.52
215	1	0.07	1,450	99.59
230	1	0.07	1,451	99.66
235	1	0.07	1,452	99.73
294	1	0.07	1,453	99.79
425	1	0.07	1,454	99.86
635	1	0.07	1,455	99.93
702	1	0.07	1,456	100.00

さらに表Ⅱ－２に加え，抽出語の出現回数別に何種類の語が用いられていたのかについて視覚的にとらえるために，Ｘ軸に抽出語の出現回数を対数軸で表し，Ｙ軸に抽出語の度数をプロットした結果（図Ⅱ－１），出現回数５回前後までに抽出語の度数（種類）が急激に減少した後，抽出語の出現回数10回前後から抽出語の度数（種類）が少なくなっていることが明らかになった．このことから，「補問15－５」において高頻度で用いられた語は出現回数が約10回以上の特定の語であるということを確認することができた．



図Ⅱ－１　抽出語の出現回数別度数

２．頻出150語の抽出語リスト

そこで，頻度の多い順に上位150語の抽出語リストを作成し，検討を行った結果，「地域」が702回，「会議」が425回，「ケア」が294回，「必要」が235回，「関係」が230回，「課題」が215回の頻度で用いられており，これらの語が「補問15－５」において多く使用されていることが明らかになった（表Ⅱ－３）[注2]．

ただし，これらの語は形態素分析により抽出された語であり，実際の「補問15－５」において「地域」という語が「地域」のみを示しているのではなく，「地域ケア会議」「地域包括支援センター」といった語として用いられている可能性も考えられる．そこで，「地

注2　頻出150語の抽出語リストについては，「未知語」「感動詞」「名詞Ｂ」「形容詞Ｂ」「動詞Ｂ」「副詞Ｂ」「否定助動詞」「形容詞（非自立）」「その他」の品詞を除外しているため，表Ⅱ－２の結果に示した出現回数及び度数と表Ⅱ－３に示した抽出語の数と出現回数とは対応関係になっていないということに注意されたい．

域」という語がどのように用いられているかを確認するために，KWICコンコーダンス分析，コロケーション統計及び共起ネットワーク分析を行った．

表Ⅱ－３　頻出上位150語の抽出語リスト

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
地域	702	民生	35	主催	16
会議	425	共通	34	生活	16
ケア	294	社会	34	難しい	16
必要	235	認識	34	本人	16
関係	230	構築	33	活動	15
課題	215	役割	32	関わる	15
理解	174	高齢	31	強化	15
参加	149	持つ	31	形成	15
包括	146	事業	30	司会	15
開催	131	スキル	29	市町村	15
連携	129	自治	29	集まる	15
機関	120	日頃	29	重要	15
支援	119	構成	26	場	15
思う	118	業務	25	場合	15
情報	94	システム	24	対応	15
目的	93	個人	24	力量	15
住民	88	事前	24	機能	14
共有	84	知る	24	交換	14
行政	74	運営	23	姿勢	14
協力	70	確保	23	出来る	14
検討	65	視点	23	政策	14
ケース	63	準備	23	整理	14
ネットワーク	60	調整	23	多い	14
行う	60	医師	22	アップ	13
周知	58	実施	22	意義	13
専門	58	担当	22	具体	13
個別	56	抽出	22	現状	13
把握	55	意見	21	支える	13
事例	54	家族	20	信頼	13
職員	54	感じる	20	町内	13
意識	52	向上	20	特に	13
資源	52	困難	20	マネ	12
顔	49	作る	20	委託	12
見える	49	団体	20	関わり	12
人	49	それぞれ	19	求める	12
明確	48	サービス	19	啓発	12
センター	47	進行	19	今後	12
考える	47	積極	19	守秘	12
解決	46	相談	19	進める	12
医療	44	大切	19	人員	12
介護	43	方向	19	定期	12
時間	43	メンバー	18	統一	12
職種	43	研修	18	発見	12
出席	41	現在	18	方法	12
委員	38	能力	18	ニーズ	11
体制	38	方々	18	含める	11
問題	38	説明	17	義務	11
市	37	力	17	継続	11
内容	36	開発	16	住む	11
福祉	36	自分	16	場所	11

３．KWICコンコーダンス分析及びコロケーション統計による分析結果

次に，表Ⅱ－２及び図Ⅱ－１の結果を踏まえて，KWICコンコーダンス分析及びコロケーション統計による分析を行い，テキストデータ内で抽出語がどのような語の前後で使われているのかを確認した．なお，具体的な分析手続き及び分析結果の全てについては紙幅の関係上，それらの全てを掲載することはできないが，ここでは，その一端について掲載しておく．

例えば，抽出語「地域」のKWICコンコーダンス分析及びコロケーション統計によると（図Ⅱ－２，図Ⅱ－３），「地域」という抽出語が「地域ケア会議」「地域課題」「地域包括支援センター」「地域住民」「地域団体」といった語として使用されていることを確認することができた．

図Ⅱ－２　抽出語「地域」に対するKWICコンコーダンス分析の結果

N	抽出語	品詞	スコア	左合計	右合計	左5	左4	左3	左2	左1	右1	右2	右3	右4	右5
1	ケア	名詞	208.28	12	227	9	0	2	1	0	190	25	2	3	7
2	会議	サ変名詞	107.37	27	204	11	10	2	4	0	1	192	6	0	5
3	課題	名詞	99.82	30	112	7	9	4	10	0	71	33	4	4	0
4	包括	サ変名詞	67.08	14	70	2	3	4	5	0	59	1	3	4	3
5	住民	名詞	58.45	18	55	5	4	2	7	0	51	1	1	1	1
6	支援	サ変名詞	24.50	15	41	4	6	5	0	0	3	31	4	2	1
7	関係	サ変名詞	22.68	34	29	7	7	19	1	0	6	4	3	10	6
8	理解	サ変名詞	18.70	26	34	4	6	5	10	1	0	1	7	14	12
9	地域	名詞	18.03	33	33	13	9	8	3	0	0	3	8	9	13
10	資源	名詞	16.57	8	24	2	4	1	1	0	10	1	7	6	0
11	把握	サ変名詞	14.75	14	29	0	6	0	7	1	0	2	15	7	5
12	開催	サ変名詞	13.73	11	40	5	3	2	1	0	0	0	11	27	2

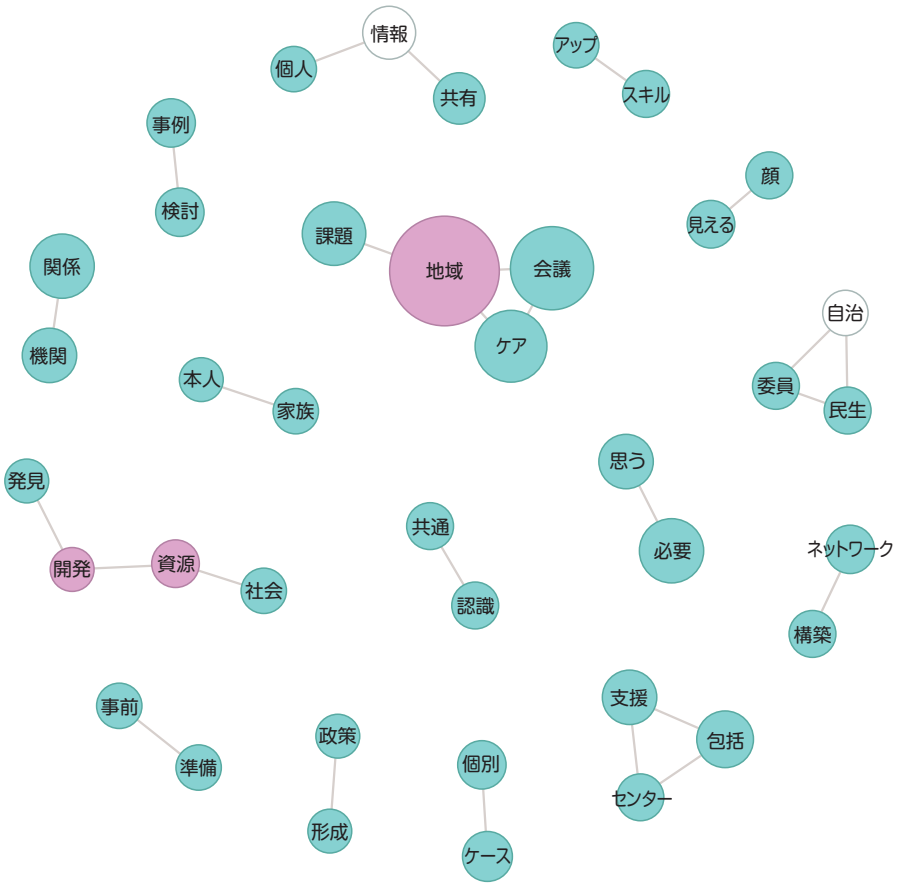
図Ⅱ－３　抽出語「地域」に対するコロケーション統計

４．共起ネットワークによる分析結果

さらに，抽出語の共起ネットワークを用いた分析では，抽出語の最小出現数を12，最小文書数を１，集計単位を文，品詞による抽出語の取捨選択は「名詞，サ変名詞，形容動詞，固有名詞，組織名，人名，地名，ナイ形容，副詞可能，未知語，感動詞，動詞，形容詞，副詞，名詞C」とし，描画する共起関係はJaccard係数を0.20以上と設定して，媒介中心性を用いた共起ネットワーク図を作成し，抽出語同士の共起関係について観察を行った．

分析の結果，分析の対象となった抽出語数は144語，描画されている抽出語を示すノード（node）の数は39，線（edge）で描画されている共起関係の数は26，密度（density）は0.035であった（図Ⅱ－４）．また，同図では，ノードの大きさが大きいほど使用頻度が多いことを示していることから，使用頻度が多い抽出語は「地域」「会議」「ケア」「課題」「必要」「関係」等であることを確認することができた．

さらに，KH Coderによる共起ネットワークは，媒介中心性が高い順に，ピンク，白，水色で表示されるように設定されているため，媒介中心性が高い抽出語は，「地域」「開発」「資源」であることが分かった．また，抽出語同士の共起関係に着目すると，表Ⅱ－４のように整理することができ，それらの抽出語が地域ケア会議開催上の要件に係るキーワードになるのではないかということを推察することができた．そして，これらの結果をふまえて，今後の分析においては，必要となる複合語の選定を行う必要があるということを指摘しておきたい．



図Ⅱ－４　抽出語の共起ネットワーク

表Ⅱ－４　共起関係から推察された地域ケア会議開催上の要件に係るキーワード

「事例」「検討」	「民生」「委員」
「個人」「情報」	「自治」（会）
「情報」「共有」	「社会」「資源」「開発」/「発見」
「スキル」「アップ」	「共通」「認識」
「顔」「見える」	「ネットワーク」「構築」
「関係」「機関」	「事前」「準備」
「本人」「家族」	「政策」「形成」
「地域」「ケア」「会議」	「個別」「ケース」
「地域」「課題」	「包括」「支援」「センター」

謝辞：ご多忙の中，本調査にご協力いただきました地域包括支援センター関係の皆様方に心から感謝申し上げます．

本稿は，文部科学省の「平成25年度 未来医療研究人材養成拠点形成事業【テーマB】リサーチマインドを持った総合診療医の養成」に係る研究成果の一部である．

※本稿は，奥村あすか・潮谷有二・宮野澄男・吉田麻衣（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要――地域ケア会議の開催要件に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』，81-86．に加筆修正したものである．

【文献】

樋口耕一（2004）「テキスト型データの計量的分析――２つのアプローチの峻別と統合」『理論と方法』19（１）,101-105.

樋口耕一（2014）「社会調査のための計量テキスト分析――内容分析の継承と発展を目指して」ナカニシヤ出版.

宮野澄男・潮谷有二・奥村あすか　ほか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要――地域包括ケアの推進要件に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』，87-92.

潮谷有二（2012）「社会福祉士制度の見直しに関する実証研究――社会保障審議会福祉部会における議事録の基礎的分析を通して」日本社会福祉学会編『対論　社会福祉学＜３＞社会福祉運営』中央法規，281-324.

潮谷有二・宮野澄男・奥村あすか　ほか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要」『純心現代福祉研究　第18号』，33-72.

吉田麻衣・潮谷有二・宮野澄男　ほか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要――地域ケア会議の主たる構成員に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』，73-80.

地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要

— 地域包括ケアの推進要件に関する自由記述の分析 —

地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要
－地域包括ケアの推進要件に関する自由記述の分析－

The Outline of the Survey Results on Community General Support Center in Japan
－ Text Mining Analysis on Open-Ended Questions about the Requirements for Promoting Community Based Integrated Care System －

宮野澄男，潮谷有二，奥村あすか，吉田麻衣
Sumio MIYANO, Yuji SHIOTANI, Asuka OKUMURA, Mai YOSHIDA

Ⅰ．分析の目的と方法

平成26年２月に長崎純心大学医療・福祉連携センターが全国の地域包括支援センターを対象に行った「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査（以下，地域包括支援センター全国悉皆調査という.）」から得られた各種変数の記述統計量等については，『純心現代福祉研究　第18号』に報告した（潮谷ら，2014）．また，当該調査によって得られた自由記述については，pp.63－157に掲載しているが，中でも地域ケア会議や地域包括ケアに係る自由記述項目は表Ⅰ－１の通りであり，補問15－４に関する自由記述の全文についてはpp.85－111，補問15－５に関する自由記述の全文についてはpp.111－129，問23に関する自由記述の全文についてはpp.132－154に掲載している．

表Ⅰ－１　地域包括支援センター全国悉皆調査における自由記述項目

補問15－４	「地域ケア会議の主たる構成員等に関する自由記述（以下，「補問15－４」という.）」
補問15－５	「地域ケア会議の開催要件に関する自由記述（以下，「補問15－５」という.）」
問23	「地域包括ケアの推進要件に関する自由記述（以下，「問23」という.）」

そこで，本報告では，このようなテキストデータを客観的に分析するための準備作業として，自由記述においてどのような語彙が用いられていたのかについて探索的に明らかにするために，樋口（2004）が開発したKH Coder （Ver.2.beta.31）を用いて，「問23」の「あなた（回答されている方）は，地域包括支援センター圏域において地域包括ケアを推進していくにあたり，何が必要だと思われますか」という問いに対する自由記述式の回答（n＝773）からなるテキストデータを対象に，潮谷（2012），樋口（2014）のテキストマイニングによる分析手続きを参考にしつつ，①基本統計量の算出及び頻出150語に関する分析，②KWIC（Keyword in context）コンコーダンス分析及びコロケーション統計による分析，③抽出語の共起ネットワーク分析を行い，その後のテキストマイニングによる分析に資することを目的とした[注1]．

なお，分析対象としたテキストデータについては，データクリーニングの際に，できる

注1　本稿のほか，補問15－４の分析結果については，吉田ほか（2014）を，補問15－５の分析結果については，奥村ほか（2014）を参照されたい．

だけ原文の記述形態を損なうことのないように，誤字脱字の訂正を行った．また，調査対象者や調査対象となった地域包括支援センターを特定することができないように必要に応じて，固有名詞や地名等のマスキングを行った．

また，本報告は，地域包括支援センター全国悉皆調査結果に関する調査研究報告という性格のため，「Ⅰ．分析の目的と方法」については，吉田ほか（2014）奥村ほか（2014）と同一の文章となっているということをあらかじめお断りしておく．

Ⅱ．結果

１．基本統計量

形態素解析の結果，表Ⅱ－１に示すように，「問23」の自由記述の基本となるデータの総抽出語数は29,619語，異なり語数は2,052語，使用語（分析対象となっている語数）は1,642語と確認できた．なお，集計単位としては文単位で2,114文，段落単位で1,206段落であった．

また，今回の分析対象となっている抽出語の基本統計量は1,642語で，それらの語の平均出現回数は8.11回，標準偏差は32.34であった．

表Ⅱ－１　抽出語の基本統計量

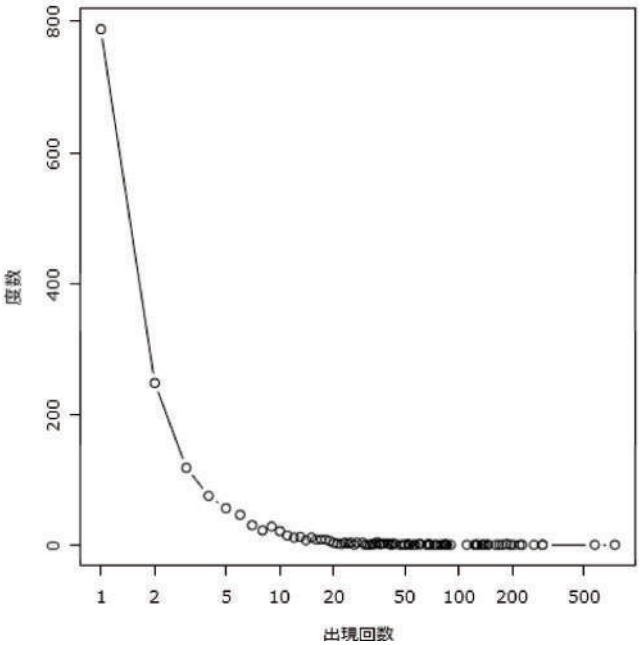
総抽出語数（使用）	29,619(13,319)
異なり語数（使用）	2,052(1,642)
抽出語の出現回数の平均	8.11
抽出語の出現回数の標準偏差	32.34
集計単位　文　ケース数	2,114
段落ケース数	1,206

次に，表Ⅱ－２に示すように抽出語の出現回数とその度数をみると，出現回数が１回だけの抽出語は788語（47.99%）で全体の約５割弱であった．また，出現回数が13回以下の抽出語の累積度数（及び累積パーセント）は，1,481（90.19%）であり，全体の約９割を占めていた．

表Ⅱ－２　抽出語の出現回数と度数

出現回数	度数	パーセント	累積度数	累積パーセント
1	788	47.99	788	47.99
2	249	15.16	1,037	63.15
3	119	7.25	1,156	70.40
4	76	4.63	1,232	75.03
5	57	3.47	1,289	78.50
6	47	2.86	1,336	81.36
7	31	1.89	1,367	83.25
8	23	1.40	1,390	84.65
9	29	1.77	1,419	86.42
10	22	1.34	1,441	87.76
11	15	0.91	1,456	88.67
12	12	0.73	1,468	89.40
13	13	0.79	1,481	90.19
14	8	0.49	1,489	90.68
15	12	0.73	1,501	91.41
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
・	・	・	・	・
202	1	0.06	1,635	99.57
219	1	0.06	1,636	99.63
226	1	0.06	1,637	99.70
263	1	0.06	1,638	99.76
293	1	0.06	1,639	99.82
294	1	0.06	1,640	99.88
575	1	0.06	1,641	99.94
744	1	0.06	1,642	100.00

さらに表Ⅱ－２に加え，抽出語の出現回数別に何種類の語が用いられていたのかを視覚的にとらえるため，図Ⅱ－１に示すように横軸（Ｘ軸）に抽出語の出現回数を対数軸で表し，縦軸（Ｙ軸）には抽出語の度数をプロットしてみた．その結果，図Ⅱ－１からは抽出語の出現回数10回前後から抽出語の度数（種類）が少なくなっていることが明らかになった．このことから，自由記述で高頻度に用いられた語は，出現回数が10回以上の特定の語であることを確認することができた．



図Ⅱ－１　抽出語の出現回数別度数

２．頻出150語の抽出語リスト

そこで，表Ⅱ－３に示すように，頻度の多い語の上位150語の抽出語リストを作成し，その結果を検討したところ，「地域」が744回，「連携」が294回，「包括」が293回，「必要」が263回，「住民」が226回，「ケア」が202回の頻度で用いられており，これらの抽出語が地域包括ケアの推進要件の自由記述において多く使用されていたことが明らかになった[注2]．

ただし，これらの語は形態素分析によって抽出された語であり，最も多かった「地域」という語も，「地域」という語が単独で用いられたのではなく，例えば「地域包括ケア」「地域ケア会議」「地域住民」といった語の一部として用いられたのではないかということは容易に想像できる．そこで，「地域」という語がどのように用いられているかを確認するために，KWICコンコーダンス分析及びコロケーション統計、共起ネットワーク分析を行った．

注2　頻出150語の抽出語リストについては，「未知語」「感動詞」「名詞Ｂ」「形容詞Ｂ」「動詞Ｂ」「副詞Ｂ」「否定助動詞」「形容詞（非自立）」「その他」の品詞を除外しているため，表Ⅱ－２の結果に示した出現回数及び度数と表Ⅱ－３に示した抽出語の数と出現回数とは対応関係になっていないということに注意されたい．

表Ⅱ－３　頻出上位150語の抽出語リスト

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
地域	744	システム	40	機能	19
連携	294	作る	40	向ける	19
包括	293	情報	40	困難	19
必要	263	ボランティア	38	施設	19
住民	226	活動	38	場	19
ケア	202	対応	38	組織	19
医療	194	感じる	37	それぞれ	18
思う	185	予防	37	マン	18
支援	185	強化	36	家族	18
関係	175	問題	36	解決	18
機関	168	ニーズ	35	含める	18
資源	161	共有	35	向上	18
社会	146	持つ	35	制度	18
介護	145	難しい	35	町	18
理解	140	保険	35	病院	18
サービス	137	多い	34	委託	17
行政	134	ケース	33	育成	17
ネットワーク	125	時間	33	国	17
課題	90	明確	32	主体	17
センター	86	力	31	少ない	17
構築	85	様々	30	人員	17
高齢	84	委員	29	特に	17
職員	83	互助	29	コーディネート	16
福祉	82	重要	29	今後	16
会議	79	民生	29	仕組み	16
意識	75	支える	27	実施	16
体制	73	自治	27	中心	16
開発	69	担当	27	得る	16
協力	68	医師	26	分野	16
把握	68	啓発	25	方針	16
事業	66	自助	25	利用	16
確保	61	相談	25	関わる	15
業務	61	方向	25	共通	15
推進	60	人材	24	具体	15
生活	60	知る	24	検討	15
専門	57	不足	24	市町村	15
考える	56	開催	23	視点	15
フォーマル	53	活用	23	取り組む	15
職種	52	現状	23	整備	15
人	52	自分	23	抽出	15
見える	50	参加	22	目的	15
顔	49	進める	22	スキル	14
市	44	個別	21	実現	14
役割	44	積極	21	十分	14
周知	43	大切	21	提供	14
充実	43	共助	20	内容	14
認知	43	見守る	20	保健	14
行う	42	取り組み	20	訪問	14
イン	41	団体	20	良い	14
在宅	41	パワー	19	機会	13

３．KWICコンコーダンス分析及びコロケーション統計による分析結果

次に，表Ⅱ－２の結果も踏まえて，KWICコンコーダンス分析及びコロケーション統計による分析を行い，テキストデータ内で抽出語がどのような語の前後で使われているのかを確認した．なお，具体的な分析手続き及び結果のすべてについては紙幅の関係上掲載できないため，ここではその一部を示すことにした．

例えば「包括」という抽出語は，図Ⅱ－２及び図Ⅱ－３に示すように，「地域包括ケア」「地域包括ケアシステム」「地域包括支援センター」といった語の一部として用いられていることが明らかになった．なお今後の分析においては，「包括支援センター」「包括センター」「包括」などの同義の語の表現を統一していく必要があるということを指摘しておきたい．

図Ⅱ－２　抽出語「包括」に対するKWICコンコーダンス分析の結果

N	抽出語	品詞	スコア	左合計	右合計	左5	左4	左3	左2	左1	右1	右2	右3	右4	右5
1	地域	名詞	150.88	157	12	4	5	2	2	144	0	1	2	4	5
2	ケア	名詞	118.18	3	121	2	1	0	0	0	116	1	1	2	1
3	支援	サ変名詞	68.27	2	72	0	0	2	0	0	66	0	3	0	3
4	センター	名詞	37.48	5	69	2	1	1	1	0	3	66	0	0	0
5	職員	名詞	12.45	2	21	1	1	0	0	0	7	4	6	4	0
6	システム	名詞	10.33	0	21	0	0	0	0	0	0	20	1	0	0
7	推進	サ変名詞	8.70	2	22	0	0	1	1	0	0	5	14	2	1
8	理解	サ変名詞	8.23	6	23	2	1	1	2	0	0	0	9	9	5
9	行政	名詞	8.05	13	10	2	1	3	7	0	0	1	3	4	2
10	連携	サ変名詞	6.92	16	2	0	6	7	1	2	0	0	1	1	0
11	周知	サ変名詞	6.15	3	17	0	1	2	0	0	0	3	4	8	2
12	業務	名詞	6.00	2	11	0	0	1	1	0	2	3	2	4	0
13	必要	形容動詞	5.38	12	8	6	1	5	0	0	0	0	5	0	3
14	委託	サ変名詞	5.00	5	3	0	0	1	1	3	0	1	2	0	0
15	思う	動詞	4.78	16	2	5	4	7	0	0	0	0	0	1	1
16	関係	サ変名詞	3.97	12	3	4	6	1	1	0	0	0	1	2	0
17	役割	名詞	3.48	1	8	1	0	0	0	0	0	5	1	1	1
18	機関	名詞	3.25	8	4	1	3	3	1	0	0	0	0	0	4
19	住民	名詞	3.18	8	3	2	3	2	1	0	0	0	2	0	1
20	丸	名詞C	3.08	1	5	0	0	1	0	0	1	3	0	1	0
21	相談	サ変名詞	2.73	2	5	1	0	1	0	0	0	4	0	0	1

図Ⅱ－３　抽出語「包括」に対するコロケーション統計

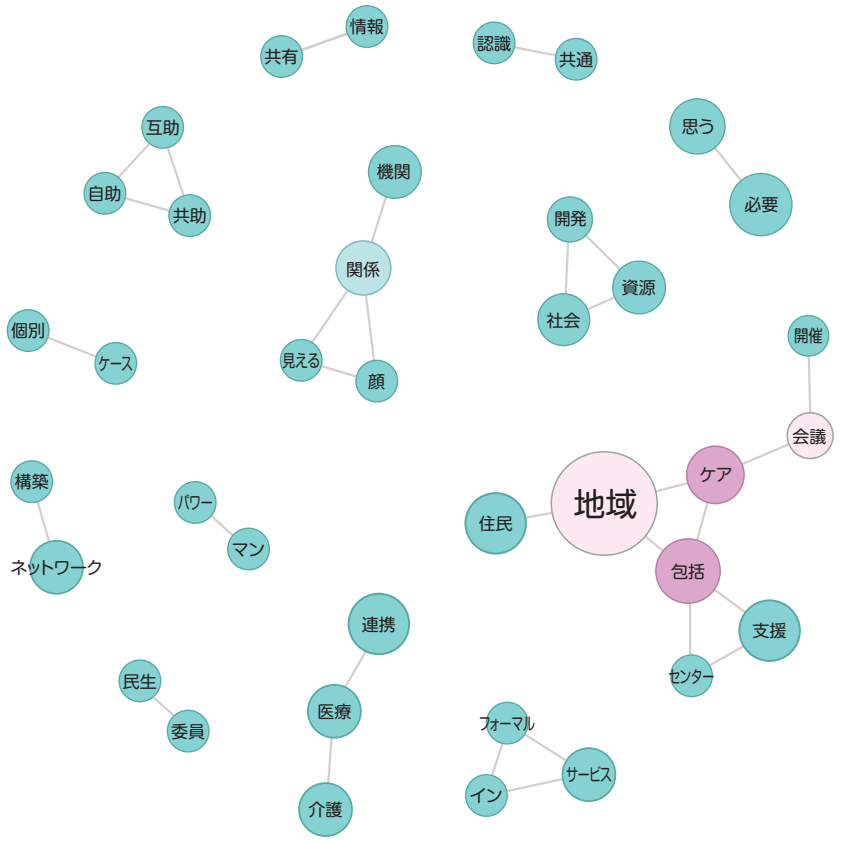
４．共起ネットワークによる分析結果

次に抽出語の共起ネットワークを用いた分析では，最小出現数が13，最小文書数が１，集計単位は文，品詞による取捨選択は「名詞，サ変名詞，形容動詞，固有名詞，組織名，人名，地名，ナイ形容，副詞可能，未知語，感動詞，動詞，形容詞，副詞，名詞C」とし，描画する共起関係（edge)はJaccard係数を0.20以上に設定して，図Ⅱ－４に示すような媒介中心性を用いた共起ネットワークを作成し，抽出語同士の共起関係について観察を行った．

分析の結果，分析対象となった抽出語は161語，描画されている抽出語を示すノード（node)の数は38，線（edge)で描画されている共起関係の数は31，密度（density＝「描画されている共起関係の数を存在しうる共起関係の数で除したもの」)は0.044であった．また，同図ではノードの大きさが大きいほど使用頻度が多いことを示していることから，使用頻度の多い抽出語は「地域」「連携」「包括」「必要」「住民」等であることが確認された．K

H Corderによる共起ネットワークは媒介中心性が高い順にピンク，白，水色の順に表示されるようになっており，媒介中心性の高い語は「ケア」「包括」であった．線（edge)による共起関係に着目すると表Ⅱ－４のように整理することができ，これらの抽出語が地域包括ケアシステム推進上の要件に係るキーワードになるのではないかということを推察することができた．

これらの結果を踏まえて，今後の分析においては，必要となる複合語の選定を行う必要があるということを指摘しておきたい．



図Ⅱ－４　抽出語の共起ネットワーク

表Ⅱ－４　共起関係から推察される地域包括ケアシステム推進上の要件に係るキーワード

「自助」「互助」「共助」	「マン」「パワー」
「情報」「共有」	「地域」「包括」「支援」「センター」
「共通」「認識」	「地域」「包括」「ケア」
「個別」「ケース」	「地域」「ケア」「会議」「開催」
「顔」「見える」「関係」	「地域」「住民」
「関係」「機関」	「民生」「委員」
「社会」「資源」「開発」	「医療」「介護」「連携」
「ネットワーク」「構築」	「イン」「フォーマル」「サービス」

謝辞：ご多忙の中，本調査にご協力いただきました地域包括支援センター関係の皆様方に心から感謝申し上げます．

本稿は，文部科学省の「平成25年度 未来医療研究人材養成拠点形成事業【テーマB】リサーチマインドを持った総合診療医の養成」に係る研究成果の一部である．

※本稿は，宮野澄男・潮谷有二・奥村あすか・吉田麻衣（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要――地域包括ケアの推進要件に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』，87-92．に加筆修正したものである．

【文献】

樋口耕一（2004）「テキスト型データの計量的分析――２つのアプローチの峻別と統合」『理論と方法』19（１），101-105．

樋口耕一（2014）「社会調査のための計量テキスト分析――内容分析の継承と発展を目指して」ナカニシヤ出版．

奥村あすか・潮谷有二・宮野澄男　ほか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要――地域ケア会議の開催要件に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』，81-86．

潮谷有二（2012）「社会福祉士制度の見直しに関する実証研究――社会保障審議会福祉部会における議事録の基礎的分析を通して」日本社会福祉学会編『対論　社会福祉学〈3〉社会福祉運営』中央法規，281－324．

潮谷有二・宮野澄男・奥村あすか　ほか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要」『純心現代福祉研究　第18号』，33-72．

吉田麻衣・潮谷有二・宮野澄男　ほか（2014）「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要――地域ケア会議の主たる構成員に関する自由記述の分析」『純心現代福祉研究　第18号』，73-80．

「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」における自由記述のリスト

（自由記述）

２度のデータークリーニングを行い,明らかな誤字脱字には修正を加えた．アフターコーディングが必要であったが,今回は原文のまま記載した．

問１　貴地域包括支援センターの設置主体として,該当する番号に○を付けて下さい（○は１つだけ）．
1. 行政直営 2. 社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）3. 社会福祉協議会　4. 医療法人 5. 財団法人（一般・公益）
6. 社団法人（一般・公益）7. 有限会社 8. 株式会社 9. ＮＰＯ法人 10. その他（具体的に：　　）

【自由記述内容 16 件】

1　生活協同組合
2　一部事務組合
3　●●県農業協同組合連合会
4　生協法人
5　ＪＡ
6　医療生協,協同組合
7　生協法人
8　医療生協
9　厚生連
10　市町村（委託型）
11　特殊法人
12　社会医療法人
13　生協法人
14　農業協同組合連合会
15　社会医療法人
16　社会医療法人

問２　貴地域包括支援センターの職員体制について,職員総数とその内訳や兼務の状況,職員の業務分担をご記入下さい（平成 25 年 4 月末現在）．なお,該当者がいない場合は数字の 0 をご記入下さい．
センター長が他職種と兼務している場合は,職種名を（　　）の中にご記入下さい．

【自由記述内容 835 件】

1　主任介護専門員
2　主任ケアマネ
3　社会福祉士
4　社会福祉士
5　社会福祉士に準ずる者
6　社会福祉士
7　福祉課長
8　主任介護支援専門員
9　社会福祉士
10　主任ケアマネ
11　社会福祉士
12　社会福祉士
13　デイサービス所長・老人センター館長
14　主任介護支援専門員に準ずる者
15　保健師
16　理事長等
17　主任介護支援専門員
18　社会福祉士
19　主任ケアマネ
20　課長
21　看護師
22　主任ケアマネ
23　健康推進課長（事務職と兼務？）
24　事務職員
25　主任ケアマネ
26　看護師
27　社会福祉士
28　社会福祉士
29　居宅管理者と兼務

30　主任介護支援専門員
31　保健師
32　主任ケアマネ
33　主任ケアマネ
34　法人管理者
35　社会福祉士
36　ケアハウス管理者
37　主任介護支援専門員
38　主任介護支援専門員
39　主任介護支援専門員
40　主任介護支援専門員
41　医師
42　社会福祉士
43　主任ケアマネ
44　他包括センター長
45　主任介護支援専門員
46　看護師
47　社協事務局長
48　居宅センター長・ケアハウス施設長
49　主任ケアマネ
50　主任ケアマネ
51　主任ケアマネ
52　保健師
53　保健師
54　保健師
55　福祉課参事
56　特養施設長
57　主任介護支援専門員
58　主任介護支援専門員
59　管理者＝主任ケアマネ
60　保健福祉課長
61　主任介護支援専門員
62　主任介護支援専門員
63　主任介護支援専門員
64　社会福祉士
65　課長
66　地域コーディネーター
67　施設長
68　主任介護支援専門員
69　病院長
70　保健師
71　社会福祉士
72　主任ケア
73　主任介護支援専門員
74　課長補佐
75　特養施設長
76　主マネ兼務
77　主任介護支援専門員
78　事務
79　主任介護支援専門員 1 人
80　社会福祉士
81　主任介護支援専門員
82　主任介護支援専門員
83　社会福祉士
84　社会福祉士に準ずる者
85　主任ケアマネ
86　医師
87　保健師
88　総センター長
89　介護支援専門員
90　主任ケアマネ
91　社会福祉士
92　主任介護支援専門員
93　主任ケアマネ

94	主任介護支援専門員
95	社会福祉士
96	主任介護支援専門員
97	主任介護支援専門員
98	村長
99	社会福祉士
100	保健福祉課長
101	主幹課長
102	住民課長
103	法人支所長
104	社協事務局長
105	施設長・看護師
106	保健師に準ずる者
107	社会福祉士
108	看護師
109	保健師
110	主任介護支援専門員
111	看護師
112	主任介護支援専門員
113	主任介護支援専門員
114	社会福祉士
115	主任ケアマネ
116	事務
117	社会福祉士
118	主任介護支援専門員
119	主任介護支援専門員
120	主任ケアマネ
121	主任ケアマネ
122	管理責任者
123	主任ケアマネ
124	主任介護支援専門員
125	主任ケアマネ
126	施設長
127	所長
128	看護師
129	保健師
130	主任介護支援専門員
131	主任介護支援専門員
132	町民健康課長・事務職
133	保健師
134	社会福祉士
135	介護保険課長
136	保健師
137	施設長
138	施設長
139	主任介護支援専門員
140	看護師
141	市福祉事務所長等
142	主任ケアマネージャー
143	社会福祉士
144	課長
145	福祉士
146	保健師
147	特別養護老人ホーム施設長
148	主任介護支援専門員
149	主任介護支援専門員
150	主任ケアマネ
151	主任介護支援専門員
152	社会福祉士
153	福祉課長
154	保健師に準ずる者
155	主任介護支援専門員
156	社会福祉士
157	準保健師

158　社会福祉士
159　法人理事
160　主任ケアマネ
161　主任介護支援専門員
162　主任介護支援専門員
163　主任介護支援専門員
164　主任介護支援専門員
165　事務局長
166　村長
167　主任ケアマネ
168　看護師
169　保健師
170　係長
171　課長
172　法人理事長
173　看護師
174　主任ケアマネ
175　主任介護支援専門員
176　主任介護支援専門員
177　社会福祉士
178　主任介護支援専門員
179　主任介護支援専門員
180　保健師
181　保健師
182　社会福祉士
183　保健師
184　課長
185　センター長は町長
186　主任ケアマネ
187　主任ケアマネ
188　MSW
189　理事長
190　施設長
191　行政事務
192　社会福祉士
193　主任 CM
194　福祉課長
195　社会福祉士
196　社会福祉士
197　施設長
198　主任ケアマネ
199　高齢者いきいき課長
200　理学療法士
201　看護師
202　課長
203　社会福祉士
204　看護師
205　主任介護支援専門員
206　病院事務長
207　高齢福祉課長兼務
208　主任ＣＭ
209　地域福祉課長
210　主任ケアマネ
211　保健師
212　主任介護支援専門員
213　社会福祉士
214　社会福祉士
215　主任介護支援専門員
216　主任介護支援専門員
217　健康福祉部介護高齢課長
218　社会福祉士
219　保健師
220　主任介護支援専門員
221　社会福祉士

222　社会福祉士
223　社会福祉士
224　社会福祉士
225　病院看護部長
226　役場民生部長
227　看護師　保健師に準ずる者
228　社会福祉士,主任ケア
229　課長
230　主任ケアマネ
231　主任介護支援専門員
232　住民福祉課長
233　保健師に準ずる者
234　主任介護支援専門員
235　主任介護支援専門員
236　課長
237　主任ケアマネ
238　社会福祉士
239　長寿保健課長
240　社会福祉士
241　事務職
242　施設長
243　事務長
244　看護師
245　主任介護支援専門員
246　施設長
247　社会福祉士
248　社福士
249　事務職員
250　担当課長
251　社会福祉士
252　課長補佐
253　課長補佐
254　福祉課長
255　主任介護支援専門員
256　施設長・所長
257　事務職
258　課長
259　主任ケアマネ
260　デイセンター長
261　看護師
262　社会福祉士
263　主任介護支援専門員
264　主任介護支援専門員
265　保健師
266　主任ケアマネ
267　主任ケアマネ
268　主任介護支援専門員
269　保健師
270　主マネ
271　社福士
272　社会福祉士
273　保健師
274　主任介護支援専門員
275　社会福祉士
276　主任ケアマネ
277　保健師
278　主任介護支援専門員
279　町長
280　福祉課長 包括としての職員数はセンター長をのぞき,3 名まで.
281　主任介護支援専門員
282　保健師
283　社会福祉士
284　保健師
285　課長

286	施設長
287	社会福祉士
288	社会福祉士
289	市民部長
290	保健師
291	主任介護支援専門員
292	施設長
293	課長
294	保健師
295	看護師
296	主任介護支援専門員
297	施設長
298	施設長
299	課長
300	主任 CM
301	主任介護支援専門員
302	事務局長
303	事務職
304	保健師
305	社福士
306	保健師
307	社会福祉士
308	首長（町長）
309	保健師に準ずる者
310	社会福祉士
311	社会福祉士
312	介護予防係長
313	主管課長
314	公民館長
315	社会福祉士
316	法人理事長
317	保健師
318	社会福祉士
319	看護師
320	保健師
321	社会福祉士
322	老健施設長医師
323	社会福祉士
324	社会福祉士
325	社会福祉士
326	社会福祉士
327	社会福祉士
328	高齢介護課長
329	主任介護支援専門員
330	主任 CM
331	主任介護支援専門員
332	経験のある看護師
333	主任介護支援専門員
334	健康福祉部長
335	看護師
336	看護師
337	保健師
338	保健師
339	事務局長
340	主任ＣＭ
341	介護保険課長
342	福祉課長
343	理事長
344	主任介護支援専門員
345	介護支援専門員
346	主任介護支援専門員
347	社会福祉士
348	主任介護支援専門員
349	主任介護支援専門員

350　主任ケアマネ
351　主任介護支援専門員
352　保健師
353　社会福祉士
354　事務局長
355　保健師
356　主任介護支援専門員
357　主任ケアマネ
358　介護支援専門員
359　施設長
360　保健センター・包括支援センター兼務
361　事務職員
362　主任 CM
363　主任介護支援専門員
364　施設長
365　主任介護支援専門員
366　主任介護支援専門員
367　高齢介護課長
368　主任ケアマネ
369　保健師に準ずる者
370　法人内運営支援室室長
371　地域保健福祉センター
372　福祉保健課長
373　行政事務職員
374　保健福祉課長補佐
375　保健福祉課長
376　参与
377　老健施設長医師
378　事務職員
379　町長
380　住民福祉課長補佐
381　健康福祉課長
382　看護師
383　法人兼務
384　社会福祉士
385　社会福祉士に準ずる者
386　主任ケアマネ
387　看護師
388　看護師
389　健康課長
390　保健師
391　保健師
392　保健師
393　主任介護支援専門員
394　社会福祉士等
395　所長
396　課長
397　課長
398　町長
399　市職員室長
400　健康生きがい課・課長
401　主任介護支援専門員
402　主任ケアマネ
403　社会福祉協議会事務局長
404　主任介護支援専門員
405　施設長
406　主任ケアマネ
407　施設特養施設長
408　他施設の所長と兼務
409　主任ＣＭ
410　社会福祉士
411　主任介護支援専門員
412　保健婦・主任 CM 兼務
413　社会福祉士

414	社会福祉士
415	社会福祉士
416	主任ケアマネ
417	保健師
418	社協事務局長
419	主任介護支援専門員
420	社会福祉協議会支所長
421	主任介護支援専門員
422	社会福祉士
423	社会福祉士
424	主任介護支援専門員
425	看護師
426	主任介護支援専門員
427	担当課長
428	社会福祉士
429	主任 CM
430	保健師
431	主任 CM
432	施設長
433	課長
434	看護師
435	社会福祉士
436	法人理事長
437	保健師
438	保健師に準ずる者
439	主任ＣＭ
440	保健師等
441	健康福祉課長
442	行政管理職
443	主任介護支援専門員
444	主任介護
445	主任ケアマネ
446	主任ケアマネ
447	特養施設長
448	社会福祉士
449	主任介護支援専門員
450	主任介護支援専門員
451	社会福祉士
452	主任ＣＭ
453	高齢者福祉課長
454	町長
455	主任介護支援専門員
456	主任ＣＭ
457	主任介護支援専門員
458	保健師等
459	看護師
460	主任介護専門員
461	主任ケアマネ
462	保健師
463	主任ケアマネ
464	課長
465	主任ケアマネ
466	主任ケアマネ
467	主任ケアマネ
468	社会福祉士
469	保健師
470	職務代理理事
471	主任介護支援専門員
472	保健師
473	保健師
474	主マネ
475	保健師
476	医師
477	主任 CM

478　行政担当課長
479　課長
480　主任 CM
481　社会福祉士
482　行政職
483　保健師
484　主任介護支援専門員
485　社会福祉士
486　主任介護支援専門員
487　主任介護支援専門員
488　保健師
489　主任ケアマネ
490　理事長
491　社会福祉士
492　主任 CM
493　医師
494　課長
495　主任介護専門員
496　社会福祉士
497　課長
498　社会福祉士
499　法人会長
500　主任介護支援専門員
501　医師
502　保健師
503　看護師
504　主任介護支援専門員
505　社会福祉士
506　主任介護支援専門員
507　主任介護支援専門員
508　保健師
509　介護福祉課長
510　福祉課長
511　保健所
512　社会福祉士
513　主任介護支援専門員
514　役場住民課長
515　事務職
516　保健師
517　事務職員
518　厚生グループグループリーダー
519　社会福祉士
520　保健師
521　事務職員
522　法人介護事業所総括
523　主任介護支援専門員
524　社会福祉士
525　主任介護支援専門員
526　主任ケアマネ
527　施設長
528　主任介護支援専門員
529　主任介護支援専門員
530　社協常務
531　保健師に準ずる
532　主任介護支援専門員
533　課長
534　主任介護支援専門員
535　課長
536　保健師担当職
537　介護支援専門員
538　特養ホーム園長
539　主任ケアマネ
540　保健師等
541　主任介護支援専門員

542　主任介護支援専門員
543　看護師
544　保健師
545　施設長
546　社協事務局長
547　社会福祉協議会局長
548　市・行政職
549　町長
550　公民館長
551　介護保険班班長
552　保健師
553　保健師
554　事務職
555　社協常務理事兼事務局
556　社会福祉士
557　社協事務局長
558　社会福祉士
559　保健師等
560　社会福祉士
561　社会福祉士
562　主任介護支援専門員
563　施設長
564　主任ケアマネ
565　主任介護支援専門員
566　看護師
567　看護師
568　福祉課主幹
569　保健師
570　主任介護支援専門員
571　事務局長
572　社会福祉士
573　主任ケアマネ
574　介護保険課長
575　特養施設長
576　看護師
577　主任介護支援専門員
578　特別養護老人ホーム
579　主任介護支援専門員
580　保健師
581　社会福祉主事
582　社会福祉主事
583　主任介護支援専門員
584　主任介護支援専門員
585　施設長
586　看護師
587　保健師
588　主任介護支援専門員
589　社会福祉士
590　理事長
591　主任介護
592　主任介護支援専門員
593　保健師に準ずる者
594　主任ケアマネ常勤１人
595　施設長
596　主任介護支援専門員
597　主任ケアマネ
598　保健師
599　介護保険課長
600　社会福祉士
601　主任介護支援専門員
602　病院管理局長
603　主任ケアマネ
604　主任ＣＭ
605　保健師・主任介護支援専門員

606　主任介護支援専門員
607　主任介護支援専門員
608　法人理事長
609　保健師
610　主任介護支援専門員
611　高齢福祉課長
612　保健師
613　係長
614　保健師
615　保健福祉課長
616　保健師
617　事務員
618　管理職
619　保健福祉課長
620　主任介護支援専門員
621　社会福祉士
622　主任ケアマネ
623　主任介護支援専門員
624　高齢福祉課長
625　課長事務職
626　保健師
627　介護支援専門員
628　課長と兼務
629　主任介護支援専門員
630　保健師
631　主任ケアマネ
632　課長
633　主任介護支援専門員
634　一般行政
635　副課長・理学療法士
636　主任介護支援専門員
637　主任ケアマネ
638　事務長
639　保健師
640　看護師
641　看護師
642　看護師
643　福祉課長
644　保健師
645　主任介護支援専門員
646　高齢者支援課長
647　保健師に準ずる
648　主任介護支援専門員
649　主任介護支援専門員
650　管理職
651　社協事務局長など
652　保健師
653　地域経験のある看護師
654　保健師に準ずる者
655　主任介護支援専門員
656　保健師
657　看護師
658　主任介護支援専門員
659　主任介護支援専門員
660　社会福祉士
661　課長
662　主任介護支援専門員
663　主任介護支援専門員
664　包括支援課長
665　社会福祉士
666　事務
667　主任介護支援専門員
668　保健師
669　保健師に準ずる者

670　主任介護支援専門員
671　看護師・主任ケアマネ
672　社会福祉士
673　社福
674　看護師
675　社会福祉士
676　主任ケアマネ
677　主任介護支援専門員
678　主任ケアマネ
679　主任介護支援専門員
680　保健福祉課長
681　主任介護支援専門員
682　主任介護支援専門員
683　保健師に準ずる者
684　健康推進課長
685　主任介護支援専門員
686　主任介護支援専門員
687　主任介護支援専門員
688　健康増進課長
689　保健師
690　施設長
691　保健師
692　保健師
693　主任介護支援専門員
694　主任介護支援専門員
695　主任介護支援専門員
696　介護サービス課補佐地域包括支援センター担当
697　看護師
698　主任ケアマネ
699　健康長寿課長
700　主任介護支援専門員
701　社会福祉士
702　主任介護支援専門員
703　保健師
704　主任介護支援専門員
705　主任介護支援専門員
706　主任介護支援専門員
707　高齢者福祉課長
708　主任介護支援専門員
709　主任ケアマネ
710　主任介護支援専門員
711　保健師
712　事務局長
713　課長兼務
714　主任介護支援専門員
715　主任介護支援専門員
716　社会福祉士
717　主任介護支援専門員
718　保健師
719　主任介護支援専門員
720　主任介護支援専門員
721　医師
722　保健師
723　社会福祉士
724　社会福祉士
725　保健師
726　主任介護
727　法人施設長
728　看護師
729　主任ケアマネ
730　介護支援専門員
731　社会福祉士
732　保健師
733　施設長

734　保健師
735　主任介護支援専門員
736　主任介護支援専門員
737　主任 CM
738　町長
739　保健福祉課長
740　主任介護支援専門員
741　保健師
742　主任介護支援専門員
743　主任ケアマネ
744　保健師
745　看護師
746　デイ管理者社協事務局
747　介護保険課長
748　主任 CM
749　課長
750　社会福祉士
751　社会福祉士
752　主任介護支援専門員
753　主任ケアマネ
754　課長
755　局長
756　社会福祉士
757　社会福祉士
758　保健師
759　保健師
760　主任介護支援専門員
761　社会福祉士
762　保健師に準ずる者
763　看護師
764　主任介護支援専門員
765　主任介護支援専門員
766　看護師
767　社会福祉士
768　主任介護支援専門員
769　保健師
770　主ＣＭ
771　社会福祉士
772　主任介護支援専門員
773　主任ケアマネ
774　社会福祉士
775　主任介護支援専門員
776　主任ケアマネ
777　主任介護支援専門員
778　主任介護支援専門員
779　村長
780　総務課長
781　社会福祉士
782　保健師
783　行政職
784　社協事務局長
785　看護師
786　医師
787　社会福祉協議会事務局長
788　主任介護支援専門員
789　主任ＣＭ
790　主任ＣＭ
791　福祉課長
792　センター長
793　主任ケアマネジャー
794　主任介護支援専門員
795　保健師
796　保健師
797　町民課長

798　主任介護支援専門員
799　健康福祉室長
800　主任介護支援専門員
801　主任介護支援専門員
802　主任介護支援専門員
803　主任ＣＭ
804　看護師
805　主任介護支援専門員
806　保健師
807　社福士等
808　社会福祉士
809　課長兼任
810　主任 CM
811　特養施設長
812　主任ケアマネ
813　保健師
814　保健師
815　社会福祉士
816　社会福祉士
817　主任ＣＭ
818　主任介護支援専門員
819　事務職
820　保健師・主任ケアマネ
821　事務
822　社会福祉士
823　社会福祉士
824　主任介護支援専門員
825　保健師
826　保健師
827　主任介護支援専門員
828　主任介護支援専門員
829　保健師
830　主任 CM
831　社会福祉士
832　主任介護支援専門員
833　施設長
834　主任介護支援専門員
835　主任ケアマネ

問２－11 具体的に職種名及び職員数を下の〔　　〕の中にご記入下さい.
記入例）理学療法士…常勤（１人）,作業療法士…非常勤（１人）など

【自由記述内容 125 件】
1　主任ケアマネ･･･常勤（2 人）,社会福祉士･･･常勤（1 人）,保健師…常勤（1 人）
2　介護福祉士（プランナー）常勤 1 人
3　見守りコーディネーター（社会福祉士）1 人
4　コーディネーター
5　栄養士
6　主任介護支援専門員（1 人）
7　看護師　常勤 1 人
8　理学療法士常勤 1 人
9　見守りコーディネーター常勤 1 人,社会福祉士資格あり
10　生活保護世帯生活支援員
11　介護支援専門員
12　社会福祉士…常勤 1 人
13　理学療法士…常勤 1 人（介護支援専門員資格有）
14　看護師常勤 1 人,社福常勤 3 人,主任ケアマネ常勤 1 人,ケアマネ常勤 2 人,計 7 人
15　管理栄養士…非常勤 1 人
16　看護師
17　ヘルパー
18　在宅介護支援センター職員
19　精神保健福祉士…常勤 1 人
20　支援員常勤 1 人

21 理学療法士常勤 1 人,看護師,介護福祉士（高齢者見守り訪問調査員として）非常勤 2 人
22 看護師非常勤 1 人
23 スーパーバイザー
24 社会福祉主事
25 看護師
26 看護師…非常勤 1 人
27 看護師…常勤 1 人
28 管理者
29 看護師…非常勤 3 人
30 理学療法士…常勤兼務 1 人,看護師…非常勤 1 人（ともに介護予防事業に従事）
31 介護支援専門員（調査等）
32 精神保健福祉士
33 いきいき健康課長
34 介護支援専門員
35 看護師…常勤 1 人
36 看護師常勤 1 人
37 見守りコーディネーター
38 事務職…非常勤（1 人）
39 認知症推進員…常勤（1 人）
40 認知症地域支援推進員…非常勤 1 人
41 認定調査員…常勤 3 人,非常勤 3 人
42 高齢介護課長補佐
43 社会福祉主事（サロン担当）…常勤 1 人
44 作業療法士･･･常勤 1 人
45 相談支援専門員 1 人
46 認知症地域支援推進員
47 介護保険認定調査員･･･常勤 3 人
48 見守り支援員 1 人
49 主任介護支援専門員…常勤 2 人,看護師…常勤 1 人,社会福祉士…常勤 4 人,介護支援専門員…非常勤 3 人
50 センター次長…常勤 1 人
51 社会福祉主事…常勤 1 人
52 介護福祉士…常勤 2 人
53 高齢福祉サービス
54 理学療法士
55 看護師…常勤 2 人,作業療法士…常勤 1 人
56 管理者 1 人,保健師 4 人,介護支援専門員 3 人,社会福祉士 3 人,社会福祉士に準ずる者 1 人,事務職員 6 人
57 社会福祉士 2 人,主任介護支援専門員 1 人,介護支援専門員 2 人,事務員 1 人
58 看護師…非常勤 2 人
59 看護師非常勤 1 人
60 介護支援専門員 2 人
61 栄養士 3 人
62 社協職員･･･常勤 1 人
63 管理者 1 人
64 看護師 1 人,社会福祉主事 1 人,介護支援専門員 15 人
65 訪問調査員･･･常勤 1 人
66 看護師･･･非常勤 4 人
67 介護福祉士常勤 1 人,介護支援専門員非常勤 1 人介護予防支援業務に従事していない.
68 栄養士非常勤 1 人,看護師非常勤 1 人,相談員非常勤 1 人
69 業務分担ウアイを兼務する介護支援専門員 1 人常勤,社会福祉士非常勤 1 人,介護福祉士非常勤 2 人
70 管理栄養士非常勤 1 人
71 当センターは,センター長は法人理事長であり,センター管理者として社会福祉士が兼務
72 健康運動指導士
73 作業療法士
74 センター長は健康増進課長が兼務しているため相談業務等は担当していません．総括の立場です.
75 看護師非常勤 5 人
76 認知症支援推進員非常勤 1 人,看護師 1 人
77 介護福祉士非常勤 2 人,社会福祉主事非常勤 1 人
78 看護師常勤 1 人,精神保健福祉士常勤 1 人
79 ●●市直営の包括は●ヶ所あり,包括中央の所長が他の●包括の所長を兼務.
80 看護師 1 人
81 看護師･･･常勤 2 人
82 理学療法士･･･常勤 1 人,栄養士･･･非常勤 1 人,介護予防指導員･･･非常勤 1 人,看護師･･･常勤 2 人
83 ブランチ勤務･･･社会福祉士･･･常勤 1 人
84 介護予防担当･･･3 人

85　看護師･･･非常勤 3 人
86　社会福祉主事･･･常勤 1 人
87　保健師･･･常勤 1 人,主任介護支援専門員･･･常勤 2 人,看護師･･･常勤 1 人
88　介護福祉士,看護師,歯科衛生士（介護支援専門員有資格者）専門資格なし,共に 1 人ずつ
89　看護師…常勤 1 人
90　准看護師
91　看護師…常勤 2 人,訪問相談員…常勤 2 人,非常勤 1 人
92　看護師
93　保健師…常勤 1 人
94　県の老人医療制度担当高齢者担当…常勤 1 人,介護保険認定調査員…常勤 2 人
95　理学療法士
96　主任介護支援専門員 2 人,看護師 1 人,社会福祉士 1 人
97　介護福祉士 1 人,社会福祉主事 1 人
98　主任介護支援専門員…常勤 1 人,保健師…非常勤 1 人,社会福祉士…常勤 1 人,事務…常勤 1 人（兼務）
99　看護師…非常勤 1 人
100　看護師 1 人
101　介護福祉士･･･非常（1 人）
102　介護福祉士（一人暮らし担当職）1 人
103　認知症地域推進員 1 人
104　介護福祉士…常勤 3 人
105　理学療法士…常勤 1 人,作業療法士…常勤 1 人,2 人とも主任介護支援専門員を保有している.
106　管理栄養士常勤 1 人
107　作業療法士常勤 1 人
108　理学療法士非常勤 1 人,介護職員初任者研修修了者非常勤 2 名,二次予防事業の開催日のみ勤務
109　介護予防体操指導員非常勤 4 人
110　主任介護支援専門員 2 人,看護師 1 人,社会福祉士 1 人
111　社会福祉主事
112　作業療法士 1 人
113　理学療法士 1 人,管理栄養士 2 人,作業療法士 1 人,歯科衛生士 2 人
114　社会福祉主事常勤 1 人
115　看護師
116　介護福祉士 1 人
117　健康運動,実践指導者
118　介護福祉士
119　社会福祉主事 2 人,常勤
120　特養施設長
121　健康運動指導士 1 人
122　看護師常勤 4 人
123　介護福祉士常勤 1 名
124　社会福祉主事（ケースワーカー）
125　社会福祉主事 1 人

問 9　あなた（回答されている方）は,貴地域包括支援センターが実施している地域住民向けの広報活動についてどの程度効果があるとお考えですか．次の(1)～(5)の各項目について,該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ 1 つずつ）．なお,お答えにくい項目については,最も近い番号に○を付けて下さい.
域住民向けの**広報活動**について　(6) その他（具体的に）

【自由記述内容 71 件】
1　回覧で行事の呼びかけをしている.
2　いまだに住民は包括支援センターを知らない．広報誌は見られていない.
3　地域の行事に参加する．移動相談会を開催する.
4　民児協や町セン等の会合に参加させていただき地域の一員としてお話をうかがったり,相談にのるようにしている.
5　市が発行している広報誌で啓発を行っている（隔月）
6　不定期で市の広報で周知は効果がある.
7　地域住民主催のイベントに参加し,PR 活動.
8　独居高齢者や後期高齢者の自宅を訪問し,アンケート調査を行い,リーフレットを配布している.
9　民生委員の定例会に毎月参加.
10　自治体の広報誌に包括の記事を掲載.
11　地域での住民の集まる機会（サロン,昼食会等）で広報活動を行っている.
12　地域サロンの開催（閉じこもり予防）
13　その他,地域に出向いての相談受付や地域サロンでの介護予防講座や消費者被害注意喚起など様々な場面に出向き啓発活動も併せて行っている.

14 介護保険,権利擁護など情報提供としての広報誌を毎月配布.
15 市内への,町内へのパンフレット回覧．各事業所,医療機関へパンフレット配布．地域活動時に PR.
16 月に一度民生委員宅を定期訪問している.小地域ケア会議等.
17 地域社協の会合にて PR．専門職研修に地域住民に参加して頂く.
18 自治会掲示板に包括機関誌を掲示させてもらっている.
19 回覧板でチラシを回す．自治会の掲示板に教室のチラシを貼ってもらう.
20 センター独自のクリアファイルを作製し機会があるごとに町民に配布している．認知症サポーター養成のため,チームを組んで寸劇を行っている.
21 町内各家庭に放送される防災無線で週 1 回センターからの情報提供を行うことでセンターの周知にもなっている.
22 民児協等地域福祉関係団体会議等への出席.
23 市の広報や社協便りに載せてもらっている.
24 地区福祉委員の食事会へ出席し広報活動を行っている.（主に主任介護支援専門員の業務）
25 町内での有線放送(月 2 回,介護・予防に関する情報),健康・福祉フェアでの業務紹介,相談コーナー
26 リーフレット配布(商店,医院,薬局,郵便局等).
27 市広報誌で年 2 回程度事業内容を掲載している.
28 区役所便りに月 1 回包括の活動紹介を載せている.
29 定期的にセンターの活動について広報で紹介している．センターの活動内容を紹介した啓発物品を配布している.
30 配布物は配布場所にもよる．効果的な配布方法が知りたい.
31 顔が見えて説明できれば効果あり,書面だけなら効果なし.
32 実態把握の時にセンターのパンフレットを配布している．心配な時にはセンターに連絡がくるようになった．介護予防教室の開催により住民にセンターの存在を知ってもらえるようになった.
33 センターの広報パンフレット（職員の顔写真付）を各自治会で回覧していただいている.
34 民生委員や地域の関係機関との連携を密にすることで,住民に包括の存在を知ってもらう機会になっている.
35 自治会主催の行事に参加している
36 出前講座形式で各団体から依頼があれば開催している．昨年（H24 年度）は毎月広報誌を発行していたが,職員 1 名減となったため実施していない.
37 村の広報に「地域包括支援センター便り」と題して,その時々のお知らせ,話題など毎月載せている.
38 社協主催のイベントへの参加,会議を通して地域住民の方に包括の存在を知ってもらい,顔の見える関係ができている.
39 65 才介護保険証交付時包括のチラシ配布.
40 直営の包括支援センターであることから,市の業務なのか,包括支援センターの業務かの区別が市民にはつかない．また,高齢者にはホームページ等よりも実際に説明する方が効果的と思われる.
41 「あんしん見守りネットワーク」協力事業者（新聞店,ガス店,公共交通機関等）に対する勉強会を通じた広報活動を実施.
42 個別相談を通して包括支援センターの周知が大きい.
43 民生委員会に出席し説明している.
44 地区社協や民児協での活動内容を説明．行政機関にポスター掲示,チラシの設置．市報に記事を掲載．自治会に活動内容（当センター主催の介護予防教室,介護者サロンの案内）の回覧を依頼.
45 設置の際,町報に紹介．民生委員会やグループホーム運営推進会議へ出席,説明.
46 民生委員会を訪問し,包括の説明を行っている.
47 認知症サポーター養護講座で紹介.
48 町直営で役場の中に設置されており,役場で発行されるものと併せて情報発信している.（課のパンフレット,健康カレンダー,役場ホームページなど）
49 市主催の福祉のイベントの際,地域包括支援室のブースを設け,展示や,チラシの配布している.
50 サロン,自治会,薬局,医院,商店等に見守りネットワークのパンフを持って配り,気になる方がいたり相談があったら包括へと紹介している.
51 定期的にセンターの活動は市の広報に掲載.
52 主催「まちづくりふれあい講座」．認知症サポーター養成講座.
53 民生委員協議会への定期参加．イベントのブースの出展（血圧測定,血管年齢測定,骨密度測定等）
54 （1）定期的にセンターの活動を紹介した広報誌を配布している,（4）自治会や老人クラブなどでセンターの活動を説明している,以外は不定期だが効果はある．何より民生委員への広報活動は効果が大きい.
55 色々な場においてＰＲしている
56 町広報誌にセンター業務の紹介等を掲載している→効果あり．ホームページは定期的な更新を行っていない→効果不明.
57 ＰＲチラシをイベント等にて参加者に配布.
58 市が毎月,地区の拠点で開催している健康教室に参加し,センターのＰＲや介護予防に関するワンポイントアドバイスを行っている.
59 市にお願いしている.
60 サークルやサロンへ参加して介護予防の啓発を行う.
61 出前講座（介護保険について・包括支援センターの業務について・介護予防等）.
62 圏域のコミュニティデイホームやコミセン,高齢者住居等のイベントに呼んでもらい,センターの概要を啓

発,コミセンとは協働で事業を行うこともあり,センターについて住民へ向けて啓発している．その際にセンターのチラシを配布．
63　民生委員と連携を図り,民生委員を通じて高齢者への広報活動をしている．
64　町にある温泉に職員紹介ポスターの掲示などし,高齢者等の目にとまるように工夫している．
65　センター主催の相談会等は防災無線を通じて依頼しており効果あり（相談者数の増加）．
66　地域の祭り,防災訓練,運動会への参加．
67　介護教室のお知らせを市の広報に載せ効果が非常にある．
68　町のケーブルＴＶや広報紙等でＰＲ活動をしている．
69　新聞店,牛乳屋,コンビニへの広報活動,地域住民対象の地域ケア会議．
70　地域サロンに出向き,センターの紹介等行っている．
71　地域公民館に出向き広報している

問10　貴地域包括支援センターが行う**総合相談支援業務**は,あなた（回答されている方）の主たる業務ですか．該当する番号に○を付けて下さい．
1. 主たる業務である　→「**補問10－１**」へお進み下さい．
2. 主たる業務ではない　→「**問11**」　へお進み下さい．

補問10－１　あなた（回答されている方）は,貴地域包括支援センターの**総合相談支援業務**において,次の(1)～(24)の各関係機関等と１年間を通してどの程度連携していますか．それぞれの項目について,該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ１つずつ)．
(25) その他（具体的に）

【自由記述内容 41 件】
1　地元特定郵便局等
2　在宅介護支援センター
3　司法書士．区・未来戦略課と主にゴミ屋敷問題で連携中．●●市は地域コミュニティのキーパーソンが全般的に,年 12 回足らずから 4,5 回程度が多く,「2」「3」の間で迷います．年 1 回と 2 回の差が近すぎます．
4　農協,銀行,商工会．
5　シルバー人材センター
6　障害者基幹相談支援センター月 1 回程度
7　司法書士と年 2 回程度
8　司法書士（年 2 回程度）
9　司法書士（年に 4，5 回）
10　在宅介護支援センター月 5 回以上
11　障害者相談支援事業所
12　郵便局,農協,支所,コンビニ,マンション管理会社,障害者サポートセンター,薬局,等
13　宅老所
14　ネットワーク委員,地域見守りコーディネーター（●●市の独自の機関,団体）
15　障害者生活支援センター,金融機関,スーパー,住宅管理人,不動産屋
16　老人福祉員
17　司法書士
18　法テラス,消費生活センター
19　障害の相談支援センター,司法書士
20　在支月 5 回以上
21　あんしん見守りネットワークの協力事業者からの相談,連携,会議参加,定期的な勉強会の実施．
22　弁護士以外の法律関係者（行政書士等）
23　デイサービス,地域生活支援センター（知的障害）
24　司法書士会と月 3 回程度連携している（年間契約を結んでいるため）
25　金融機関・ドラッグストア・コンビニエンス・配食サービス・新聞販売店
26　シルバー人材センター
27　高齢者権利擁護支援センター
28　ねんきん,事務所,コンビニ･･･年 1 回程度
29　司法書士
30　配食サービス,郵便局,司法書士,社会福祉士事業所,特養,障害者施設,新聞社,水道業者
31　総合相談窓口（市が委託．通称「ブランチ」．旧在宅介護支援センター）
32　福祉用具レンタル事業所（自費ベッドなど）
33　市町村担当課との関係は良好である．連携構築に力を入れている．（●●県のなかでは）
34　ＮＰＯ法人,高齢者総合支援センター．
35　コミュニティセンター,コミュニティデイホーム,福祉用具事業所,地区担当保健師．※「7．していない」については担当したケースにとって必要なかったためであり,連携が必要な際には行います．
36　障害者生活支援センター年 2 回程度,訪問介護以外の在宅サービス月 3 回程度,司法書士年 2 回程度,広域連合年 2 回程度,調査員月 1 回程度．
37　司法書士への相談
38　医師
39　医師会,医師
40　総合相談業務も職員全員で分担して行っています．

41　　障害者支援センター

問11　貴地域包括支援センターが行う**権利擁護業務**は,あなた（回答されている方）の主たる業務ですか．該当する番号に○を付けて下さい．

1. 主たる業務である　　→「**補問11－１**」へお進み下さい．
2. 主たる業務ではない　→「**問12**」　　へお進み下さい．

補問11－１　あなた（回答されている方）は, 貴地域包括支援センターの**権利擁護業務**において,次の(1)～(24)の各関係機関等と１年間を通してどの程度連携していますか．それぞれの項目について,該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ１つずつ)．

（25）その他（具体的に）

【自由記述内容 49 件】

1　　司法書士　年２回程度
2　　必要に応じて色んな職員と連携
3　　県消費生活支援センター,信用金庫
4　　銀行
5　　そんなに件数が無いです．
6　　家庭裁判所
7　　権利擁護業務に関して（特に虐待は）相談の状況により月 5 回以上関係機関と連携する場合も有り,バラつきがみられる．　中学生への権利擁護業務としては認知症の普及・啓発．　老人会へは相談機関の周知．
8　　司法書士
9　　地域のサロン等
10　　司法書士（後見人,後見申立てなど）
11　　障害者基幹相談支援センター年２回程度
12　　司法書士（年２回程度）
13　　障害者相談支援事業所,司法書士
14　　司法書士
15　　認知症の方の対応について金融機関（年６回）,青年後見に関する問い合わせ等,裁判所（年１回）
16　　障害者生活支援センター,金融機関,スーパー,住宅管理人,不動産屋,近隣住民
17　　司法書士,裁判所,社会福祉士
18　　消費者センター
19　　公証役場,家庭裁判所,権利擁護センター,銀行,郵便局,かけはし
20　　司法書士,社会福祉士会
21　　在支月５回以上
22　　●●府社協社会貢献支援員と年１回以上は連携し,要援護者支援を行っている．
23　　安心見守りネットワーク協力機関（10 － 1（総合相談支援業務）と同時）．
24　　市権利擁護センター,障害者支援センター
25　　司法書士（リーガルサポート）,消費生活センター
26　　地域包括支援センター窓口委員の司法書士
27　　法務局（年１回）,区長会（年１回）
28　　郵便局
29　　司法書士会と月３回程度連携している
30　　高齢者権利擁護支援センター
31　　小規模多機能施設
32　　司法書士
33　　検察庁,裁判所,司法書士,社会福祉士
34　　総合相談窓口（市が委託．通称ブランチ．（旧）在宅介護支援センター）
35　　通所介護事業者,司法書士
36　　近隣住民
37　　司法書士（年４～５回）．成年後見センター（年１～２回）．
38　　司法書士,行政書士,ＮＰＯの成年後見人協会とケースの相談等で関わることがある．
39　　私が全て担うことが多い．
40　　ＮＰＯ法人,高齢者相談支援センター．
41　　司法書士年２回程度,障害者生活支援センター年２回程度．
42　　司法書士への相談
43　　女性相談所
44　　リーガル・サポート２回有
45　　県社会福祉会・近隣司法書士・行政書士
46　　司法書士（リーガルサポート）,医師
47　　ケースによりけりで連携する場所・回数が違うので何とも言えない．
48　　医師,司法書士会（リーガルサポート）
49　　権利擁護業務も職員全員で協議し,分担して行っています．

問12　貴地域包括支援センターが行う**包括的・継続的ケアマネジメント支援業務**は,あなた(回答さ　れている方)の主たる業務ですか．該当する番号に○を付けて下さい．

1. 主たる業務である　→「**補問12－１**」へお進み下さい．
2. 主たる業務ではない　→「**問13**」　へお進み下さい．

補問12－１　あなた（回答されている方）は,貴地域包括支援センターの**包括的・継続的ケアマネジメント支援業務**において,次の(1)～(24)の各関係機関等と１年間を通してどの程度連携していますか．それぞれの項目について,該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ１つずつ)．

(25) その他（具体的に）

【自由記述内容 10 件】

1　地域のサロン等
2　ケアマネ支援として動いているケースは,総合相談,権利擁護と複合している．
3　銀行,郵便局,商店,ショッピングセンター等,公共温泉,タクシー会社等
4　見守り事業所（市に登録されている商店等,認知症の見守り）年 3 ～ 4 回．
5　配食サービス事業所
6　地域ケア会議が大きい．
7　薬局（薬剤師会）
8　医師会
9　医師
10　ケアマネジャーへの支援や対応も職員全員で協議したり,対応を分担して行っています．

問13　貴地域包括支援センターが行う**介護予防ケアマネジメント支援業務**は,あなた（回答されてい　る方）の主たる業務ですか．該当する番号に○を付けて下さい．

1. 主たる業務である　→「**補問13－１**」へお進み下さい．
2. 主たる業務ではない　→「**問14**」　へお進み下さい．

補問13－１　あなた（回答されている方）は,貴地域包括支援センターの**介護予防ケアマネジメント支援業務**において,次の(1)～(24)の各関係機関等と１年間を通してどの程度連携していますか．それぞれの項目について,該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ１つずつ)．

【自由記述内容 9 件】

1　鍼灸院,整骨院
2　職能団体
3　一次・二次予防受託業者
4　介護予防受託事業所
5　委託業者と月２回程度
6　接骨師会
7　ＮＰＯ法人・区から委託を受けた予防事業実施事業者．※中心に業務を行っているのが看護師のため個人的な相談件数は少なめになっています．Ｈ 25,1 月までに●●件のデータに対し,●●件のアプローチを行っています．
8　公共入浴施設
9　二次予防事業も職員全員で分担し,面談などを行っています．

問14　貴地域包括支援センターが行う**指定介護予防支援**は,あなた（回答されている方）の主たる業　務ですか．該当する番号に○を付けて下さい．

1. 主たる業務である　→「**補問14－１**」へお進み下さい．
2. 主たる業務ではない　→「**問15**」　へお進み下さい．

補問14－１　あなた(回答されている方)は,貴地域包括支援センターの**指定介護予防支援**において,次の(1)～(24)の各関係機関等と１年間を通してどの程度連携していますか．それぞれの項目について,該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ１つずつ)．

(25) その他（具体的に）

【自由記述内容 5 件】

1　通所介護事業所
2　包括業務と並行しているため,総合相談への移行や同時支援も有．区介護保険課とは密接だが,連携ではなくあくまで事務的．●●市は認定に関しては事務センターが主となる．
3　委託先事業所
4　後見人との連携
5　ケアプラン作成も職員全員で分担しています．

問15　貴地域包括支援センター圏域において,地域ケア会議を開催していますか．該当する番号に○を付けて下さい
1. 定期的に開催している　→「**補問15－１**」へお進み下さい.
2. 不定期であるが開催している　→「**補問15－１**」へお進み下さい.
3. 開催していない　→「**問16**」へお進み下さい.

補問15－３　地域ケア会議の司会は,誰がされていますか．該当する番号に○を付けて下さい（複数回答可）.
1. 地域包括支援センター長　2. 社会福祉士　3. 主任介護支援専門員
4. 保健師　5. 市区町村の職員　6. その他（具体的：　　）

【自由記述内容 131 件】

1　包括職員
2　会議の委員長（歯科医）
3　ケアマネージャー
4　担当者
5　専門職で順番にするときもある.
6　交代しながら看護師,主任介護支援専門員,社会福祉士が行う.
7　看護師
8　ボランティア団体代表,地域支援コーディネーター
9　ケース担当者
10　選任された方
11　社協職員
12　包括職員
13　包括の事例にかかわっている者
14　センター職員
15　3 職種持ち回り
16　ケース・会議内容に異なる.
17　ケースバイケース
18　地域包括支援センター係長
19　社会福祉主事
20　その都度異なる社会福祉士または主任介護支援専門員
21　医師又は介護保健施設の方.
22　関わっている包括職員
23　管理者
24　ケアマネ
25　包括で順番を決めて
26　包括担当者
27　その時々
28　その時によって違う
29　3 職種の各地域Ｏｗｎｅｒ
30　社協
31　包括担当職員
32　ケアマネ
33　主任看護師
34　各々の会議の担当者
35　包括支援センター所長補佐
36　介護支援専門員
37　包括職員で持ち回り.
38　その都度異なる
39　ケースによる
40　その時の担当者
41　看護師
42　その時のケースによる
43　看護師
44　CM（包括）
45　ケースの担当者
46　ケースによって様々な方にしてもらうので一概には言えない.
47　事務職員
48　順番に行う
49　ケースの担当者
50　包括職員が交代で行う
51　特に決まってない
52　介護支援専門員連絡協議会会長

53　主幹
54　ケースの内容に応じて
55　包括スタッフ当番制
56　交代で行っている
57　相談地域担当職員
58　担当制
59　包括職種
60　担当ケースで異なる
61　医師,介護保険施設職員
62　包括管理者
63　内容によって違う.
64　その事業に一番深く関わっているセンター職員が行う
65　包括・管理責任者
66　担当職員
67　ケースによりけり
68　地域コーディネーター
69　担当ケアマネージャー
70　輪番制
71　看護師
72　センター職員だが,特に特定していしていない．職員の配置（都合）や議題によって司会者は変更.
73　会長（医師）
74　コーディネーター
75　センター管理者
76　介護支援専門員
77　包括職員
78　検討項目に応じて決定
79　職員で持ち回り
80　地域ケア会議・議長
81　担当地区毎に担当職員を配置して実施
82　担当制をしいている為,学区の担当窓口が行う
83　参加者の輪番制
84　在宅介護支援センター
85　介護支援専門員
86　医師
87　包括のケース担当者
88　地域支援コーディネーター
89　圏域の包括担当者
90　内容による
91　施設相談員
92　社協職員
93　そのケースを担当している職員
94　地域包括支援センター職員
95　決めていない
96　ケース内容等によって異なる.
97　内容によって.
98　会議を開催する地区の地域包括支援センターの地区担当
99　会議担当の包括職員
100　ケースに応じて
101　介護支援専門員
102　地域担当職員
103　民生委員
104　看護師
105　センター職員（3 職種）,ケア会議対象者の担当やケースによって司会担当がかわる.
106　包括職員
107　コーディネーター職員
108　内容による
109　出席者が交代
110　社会福祉士,主任介護支援専門員,保健師,地域包括支援センター職員の地区担当.
111　社協委託
112　会議員代表,社会福祉協議会議員
113　会長（医師）
114　主で関わっている者
115　看護師
116　ケースバイケースにて

117　順番
118　出席者で順番は行う
119　持ち回り制
120　委員長を選出し,司会
121　地域包括支援センター職員
122　担当相談員
123　構成員の互選による座長
124　社協事務局長
125　担当（ケース）の 3 職種の中で行う
126　センター内職員が持ち回りで担当
127　包括支援センター職員 4 名で持ち回り
128　学区社協の方など
129　事例によります
130　民生委員,町内会長
131　在宅介護支援センター職員

補問15－４　地域ケア会議の主たる構成員の職種等と人数をご記入下さい.
記入例）
市役所の職員（１人）,地域包括支援センターの職員（３人）,市の社会福祉協議会職員（１人）,介護支援専門員（１人）,訪問介護事業者（２人）,医師（１人）看護師（１人）,自治会役員（１人）,利用者やその家族（１人）　など　記入例を参考に,地域ケア会議の主たる構成員の職種等と人数をご記入下さい.

【自由記述内容 870 件】
1　包括職員（4 人）,市職員（1 名）,居宅ケアマネ（8 名）,サービス事業所（5 名）,民生委員（3 ～ 4 人）
2　包括職員 3 人,民生委員 3 人,町内会長 2 人
3　社協コミュニティワーカー 1 名,包括職員 1 名,介護支援センター 1 名,地区内の居宅 CM 数名,GH・小規模施設職員数名
4　市内合同,当包括全体,圏域ごとと分けて行う為,各々,参加者は異なる〈当包括全体（例）〉市職員（3 人）,包括（6 人）,介護支援専門員（30 人）,民生委員（10 人）,薬局（4 人）,警察（1 人）,歯科（1 人））
5　包括職員 6 人,市役所の職員 1 人,自治会会長 1 人,民生委員 1 人,自治会班長 1 人,地区住民 2 人
6　役場の職員 3 人,地域包括支援センターの職員 1 人,町社会福祉協議会職員 1 人,民生児童委員 1 人
7　区役所 1 人,地域包括支援センター 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,民生委員 1 人,保健福祉センター 1 人．ケースによってバラバラ.
8　包括のケース担当職員 1 人～ 2 人,区役所介護保険課,他,ケースにより関わりのある部署から,担当職員 2 ～ 3 人,ケースにより担当ケアマネ 1 人,関係サービス事業所より担当職員 1 人ずつ,本人及びその家族 2 ～ 3 人,関わりのある,又は期待される近隣住民 1 ～ 2 人,必要に応じてインフォーマルな社会資源（配食業者,郵便,新聞,牛乳配達等）,民生委員,など.
9　民生委員,ボランティア,栄養改善委員,医療機関,市役所の職員,社会福祉協議会,独り暮らしの会,老人会,介護保険事業所,サロン代表者,郵便局長,公民館長
10　町役場職員の福祉担当 1 人,介護保険担当 1 人,保健担当 1 人．包括職員 2 人．介護支援専門員 1 人．病院相談員 1 人．民生委員 1 人．家族 1 人～ 2 人.
11　市役所職員 4 人,地域包括支援センター職員 2 人,市の社会福祉協議会職員 2 人,介護支援専門員 4 人,医師 2 人,民生委員 15 人.
12　市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 5 人,介護支援専門員 5 人,自治会役員 4 人,民生委員 5 人,地区社協 4 人,市の社協 1 人,医師 1 人,小規模多機能職員 1 人.
13　行政職員 2 人,地域包括支援センター職員 2 人,町社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,介護士 1 人,民生委員 1 人.
14　市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員 1 ～ 20 人,医師 2 人,自治会員.
15　介護支援専門員 6 人．場合によって,医師,薬剤師,介護事業所,家族会主催者,社協など.
16　市の職員 2 人,地域包括支援センター職員 3 人,市社協 1 人,介護支援専門員 1 人,医療ソーシャルワーカー 2 人,自治会長 1 人,民生委員 2 人.
17　市の職員 1 名,地域包括支援センター職員 2 名,介護支援専門員 1 名,訪問介護事業者 2 名,民生委員 1 名,当事者 1 ～ 2 名.
18　市職員 1 人,包括 1 人,介護事業者 2 人,家族 1 人,その他（司法書士,行政書士他 1 人）
19　区職員 1 ～ 2 名,包括 2 ～ 3 名,民生委員 1 ～ 2 名,ケアマネ 1 名,事業者 2 ～ 3 名,利用者または家族 1 ～ 2 名.
20　医師 2 名,歯科医 1 名,MSW1 名,介護支援専門員 2 名,通所介護事業所 1 名,通所リハ事業所 1 名,特養施設長 1 名,グループホーム 1 名,民生委員 1 名,保健所 1 名,市社会福祉協議会 1 名,理学療法士 1 名,市役所職員 4 名.
21　市役所,民生委員,老人福祉員,Ｄｒ,学区社協,区社協,居宅など内容により人数異なります.
22　その時のケースによる.
23　区役所職員 2 人,包括職員 2 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護職員 1 人,デイサービス職員 1 人,医師 1 人.
24　（予定）包括 3 職種 3 人,居宅ケアマネ 1 人,MSW1 人,民生委員 1 人,区福祉保健センター 2 人,家族 1 人.

25　事例に応じての参加の為,固定していない．医師,3 職種は毎回参加.
26　行政 1 人,包括 4 人,保健師 1 人,医師 1 人,居宅 1 人,町会 1 人,民生委員 12 人.
27　市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業所（配食サービス 1 人,デイサービス 1 人）,自治区民生委員 1 人,区長 1 人,利用者 1 人,家族 2 人.
28　地域包括支援センター職員 2 人,村役場職員 2 人,社協職員 2 人,介護支援専門員 4 人,訪問介護事業者 2 人,医師 1 人,通所介護事業所 3 人,施設 1 人.
29　市役所の職員 1 人,包括職員 2 人,他包括職員 1 人,民生委員 1 人,町内会長 1 人,ケースによってケアマネやサービス事業所,インフォーマルサービス,駐在所 1 人,社協（日常生活自立支援事業）1 人,家族.
30　市職員 1 人,包括 2 人,主任ケアマネ 1 人,民生委員 2 人,医師 1 人,訪問看護師 1 人,訪問リハ 1 人,介護事業者 2 人,ケアマネ 1 人
31　区役所（3 人）,地域包括支援センター（5，6 人）,市社協（1 人）,介護支援専門員（3 人）,医師（1 人）,自治会,民生委員（10 人）.
32　市役所職員（1 ～ 2 名）,地域包括支援センターの職員（2 ～ 3 名）,介護支援専門員（1 名）,地域福祉活動サポーター（1 名）,主治医（1 名）,サービス事業所担当者（1 名）
33　民生委員 16 人,ボランティア 3 人,婦人協議会 4 人,自治会 2 人,地区社協 1 人,栄養改善協議会 2 人,老人クラブ 1 人,行政保健師 1 人,障害者支援センター 1 人,社協 1 人,包括 3 人
34　地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 4 人
35　地域包括支援センター（1 人）,介護支援専門員（1 人）,介護保険サービス事業者（1 ～ 2 人）,民生委員（1 人）,利用者（1 人）,その家族（1~2 人）
36　地域包括支援センターの職員（3 人）,介護支援専門員（1 人）,訪問介護事業者（1 人）,民生委員（1 人）,地域住民（2 人）等
37　区長会（3 ～ 4 人）,民生委員協議会（18 人）,保健委員会（2 人）,老人福祉相談員（4 人）,駐在所（1 人）,公民館職員（2 人）市役所（1 人）,包括（3 人）
38　地域包括支援センター職員（3 人）,自治会役員（数名）,地域住民（数名）,当事者
39　包括 2 名,ケアマネ 5 名,市職員 1 名,医師 1 名,歯科医師 1 名,市社協 1 名,民生委員 1 名,駐在所 1 名,消防団 1 名.
40　市役所の職員（1 人）,地域包括支援センターの職員（4 人）,市の社会福祉協議会職員（1 人）,区の社会福祉協議会職員（1 人）,地区の社会福祉協議会（1 人）,在宅介護支援センター（2 人）,自治会役員（1 人）,民生委員（1 人）.
41　区役所職員（6 人）,民生児童委員（21 人）,町会長（8 人）,居宅介護事業所（15 人）,関連機関（3 人）.
42　医師（1 人）,薬剤師（1 人）,歯科医師（1 人）,民生委員（1 人）,介護支援専門員（1 人）,利用者やその家族（1 人）,区役所（3 人）,保健所（2 人）,包括支援センター（2 人）
43　市 4 人,包括 3 人,社協 20 人,ケアマネ 6 人,民生委員　なぜ民生委員委員の選択肢がないのか
44　包括職員（4 名）,町内会連合会会長・社会福祉士協議会会長（兼務 1 人）,老人クラブ連合会会長（1 人）,区社協地域福祉推進委員（1 人）,民児協会長（1 名）,医師（1 名）,町内会連合会婦人部部長（1 人）,G H 職員（1 名）
45　役場職員（副村長）1 人,包括職員 4 人,議員 2 人,診療所長 1 人,特養施設長 1 人,社協職員 2 人,民生児童委員 1 人,保健補導員 1 人,一般有識者 5 人.
46　ケースによって異なる為,回答不可.
47　地域包括支援センター職員 4 人,自治会役員 2 ～ 3 人,民生委員 1 ～ 2 人,老人クラブ役員 0 ～ 1 人,福祉協力員役員 1 人.
48　地域包括支援センター職員,民生委員．＜個別ケース＞利用者の家族,隣人,ケアマネ,事業所の職員.
49　市役所職員 9 人,包括職員 4 人と,居宅の介護支援専門員,民生委員,福祉事業所,医師,薬剤師など内容によってメンバーをかえている.
50　区の職員 1 人,地域包括 3 人,区の社会福祉協議会 1 人,民生委員 1 人,ケアマネ 1 人,サービス事業所 1 人.
51　市役所職員 2 人,包括 2 人,市社協 1 人,ケアマネ 1 人,民生委員 1 人,居宅サービス事業所 3 人,施設サービス事業所 1 人,医師 1 人,Ns1 人,利用者や家族 1 人．10 人前後参加.
52　市の職員 1 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者,訪問看護 1 人,(時により,交番,利用者家族,町内会長）,包括支援センター職員 3 人.
53　役場の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 4 人,役場の保健師 2 人,介護支援専門員 7 人,訪問介護事業所 1 人,通所介護事業所 4 人,地域密着型事業所 2 人.
54　地域包括支援センター職員 2 ～ 3 人,町職員 1 人．以上の他決まった構成員はなく状況（会議の内容）により下記職種参加．ケースワーカー,介護保険施設職員,病院スタッフ（医師,看護師）,警察,消防士,民生委員,町内会長.
55　町職員 6 人,内 5 人包括職員,内 1 人町の保健師．医療ソーシャルワーカー 1 人,医療機関看護師 1 人,支援相談員 1 人．特養（短期含む）相談員 1 人．グループホーム 3 ヶ所 3 人（管理者）．小規模多機能居宅介護 2 ヶ所 2 人（管理者）．デイサービス 4 ヶ所 4 人（相談員）．ヘルパー 2 ヶ所 2 人（管理者）．その他必要時,医者,看護師,民生委員,町内会長,家族召集.
56　市職 1 人,包括 2 人,社協 1 人,ケアマネ 1 人.
57　区役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員（自,4 人）（他,2 ～ 3 人）,担当地区の介護保険施設の職員 4 ～ 5 人,ケアマネージャー 1 ～ 2 人,自治会会長 1 人,民生委員 1 ～ 2 人,ボランティア団体 10 人位
58　包括 3 人,医師 1 人,居宅 6 人,民生委員 15 人,推進委員 5 人.
59　役場の職員 1 人,包括センター 4 人,町社協 3 人,ケアマネ 2 人,ヘルパー 1 人,訪問介護 1 人,グループホーム 1 人,特養ホーム 2 人,医療機関 2 人,デイサービス 2 人.

60 町職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員 1 人,関係事業者 1 ～ 2 人,自治会役員 1 人,民生委員 1 人,家族 1 人,保健所や福祉事務所 1 ～ 2 人,警察 1 人.
61 3 職種＋市役所職員
62 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,民生委員 1 人,利用者や家族 1 人
63 地域包括支援センター職員 2 名,介護支援専門員 1 名,訪問介護サービス責任者 1 名,訪問看護事業者 1 名,民生委員 1 名,地域見守り協力員 1 名
64 ケースごとに異なる.
65 市役所の職員 2 ～ 4 人,地域包括支援センターの職員 3 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 4 ～ 10 人
66 地域包括支援センター職員 5 名,法人理事長 1 名,地区民生児童委員協議会会長 1 名,地区社会福祉協議会会長 1 名,地区保健推進員会会長 1 名,医師 2 名,歯科医師 1 名,薬局薬剤師 1 名,保健所保健師 1 名,交番所長 2 名,郵便局局長 1 名,銀行支店長 1 名,居宅介護支援事業所ケアマネ 4 名,グループホーム管理者 1 名
67 市内各介護保険サービス事業体の代表 1 名ずつ,医師会,老人会,病院,警察,保健所,地域コミュニティー,インフォーマルサービス（認知症）,保健推進委員,行政,民生委員,各 1 名ずつ
68 市役所職員 1 人,地域包括職員 4 人,介護支援専門員 4 人,訪問介護 1 人,デイ 1 人,民生委員 3 人
69 市職（子ども,高齢,生保,保健,障害）5 人,包括 1 人,社協 1 人,ボランティア団体 1 人,薬剤師会 1 人,医師 1 人,民生委員 1 人,障害者相談員 1 人,障害者相談支援事業所 1 人,在支 1 人
70 区役所 5 名,区社協職員 1 名,医師 1 名,歯科医師 1 名,民生委員 1 名,介護予防センター 1 名,福祉のまち推進センター 1 名,グループホーム 1 名,訪問介護 1 名,デイサービス 1 名,ケアマネージャー 1 名,区食生活改善推進委員 1 名,地域包括支援センター職員 10 名
71 包括職員 5 人,行政 1 ～ 2 名,担当ケアマネ 1 名,本人に関わる事業所 2 ～ 3 名
72 市役所の職員 3 人,地域包括支援センター職員 2 人,警察地域安全課 1 人,介護支援専門員 1 人
73 行政職員 5 人,地域包括支援センター職員 3 人,社会福祉協議会 1 人,町内医師代表 1 人,民生委員 4 人,居宅介護支援事業所 4 人.
74 地域包括支援センター職員 3 人,介護担当（行政）職員（内容により）,介護支援専門員 30 人程度,司法書士 2 人,地域支え合いアドバイザー 1 人,施設職員,OT,PT,看護師等.
75 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 2 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,利用者 1 人.
76 ケア会議の内容によって参加者は異なる．記入例の他に民生委員,市内医療機関の MSW,三障害支援センターのＣＷ,シルバー人材センター,保健所（福祉保健センター）,必要時介護事業所など.
77 区役所 2 人,地域包括支援センター 3 人,介護支援専門員 10 人,介護保険事業所 12 人,医師 1 人,町内会長 8 人,民生委員 11 人.
78 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 1 人,自治会役員 1 人,社協 1 人,大学教員 1 人.
79 市職員 2 人,包括職員 4 人,社協職員 1 人,介護支援専門員 2 人,各民生委員,自治会長 10 人．上記一例.
80 区職員 1 人,包括 1 人,社協 1 人,自治会役員 6 人,事業所 3 人.
81 市職員,市の社協・地区社協,民生委員,医師.
82 市役所職員 1 人,包括職員 2 人,医師 1 人,薬剤師 1 人,保健師 1 人,施設 1 人,在宅サービス事業所 1 人,社協 1 人,ボランティア 1 人,自治会 1 人,民生委員 1 人.
83 市役所 1 人,センター職員 4 人,医師 1 人,歯科医師 1 人,市保健センター 2 人,民生委員 3 人．家族,ケアマネ,介護事業所等,住民自治協等,必要に応じて参加.
84 市職員 1 人,包括職員 2 ～ 3 人,居宅事業者,民生委員.
85 市役所職員 1 人,地域包括職員 2 ～ 3 人,社協 1 人,介護支援専門員 5 人,訪問介護事業者 3 人,医師 1 人,自治会関係 6 ～ 7 人,民生児童委員 5 ～ 6 人,当事者組織 1 人,暮らし老人会 1 人,介護家族の会 1 人．小学校区ごとに開催しており,校区により各構成員の人数の増減があります．会議内容によりゲストも参加あり.
86 市職員 3 ～ 4 人,包括職員 4 人,ケアマネ 1 人,訪問看護師 1 人,訪問介護 1 ～ 2 人,民生委員 1 人,デイサービス 1 人等.
87 地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,自治会役員 1 人,福祉協力員 1 人,民生委員 1 人.
88 介護保険担当課長（社協局長兼務）1 人,介護保険担当事務職員（地域包括兼務）1 人,社協職員 1 人,介護支援専門員 1 人,障害福祉担当職員 1 人,保健師 3 人（包括,保健兼務）,ホームヘルパー 1 人.
89 地域包括支援センター職員 3 人,町職員 1 人,県職員 1 人,通所介護事業所 1 人,福祉用具事業所 1 人,病院職員 1 人,利用者,家族 1 人.
90 基幹包括支援センターの職員 1 人,地域包括支援センターの職員 1 人,介護支援専門員 1 人,通所介護事業者 1 人,短期入所生活介護事業者 1 人,福祉用具事業者 1 人,訪問介護事業者 1 人,近隣障害者施設の生活支援員 2 人,本人 1 人,家族 1 人,近隣支援者 1 人.
91 在宅介護支援センター 3 人,社協 2 人,ケアマネ 2 人,行政 3 人,地域包括センター 6 人
92 市職 1 人,地域包括 4 人,市社協 1 人,介護支援専門員 2 人,支援センター 2 人,医師 1 人,歯科医 1 人,民生委員 4 人,地区社協 1 人,老人会 1 人,婦人会 1 人,警察 1 人,消防 1 人．　事例等に応じて様々です．民生委員（担当 1 人）,家族 1 人,近隣 2 人,専門職 2 人,ケアマネ 1 人,包括 4 人
93 市役所の職員 2 人,地域包括支援センター職員 6 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,民生委員 6 人,介護相談員 1 人,認知症家族会 2 人,保健センター 1 人,介護支援専門委員 2 人,シルバーハウジング 1 人
94 地域包括ケア会議　直営包括（PHN,SW）,民生委員,区長,社協．　個別ケア（今後実施予定）　包括,社協,CM,

町内会,民生委員 etc
95 自治会役員 2 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人,包括支援センター 1 人,利用者または家族 1 人
96 市,民生委員
97 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員 1 人
98 市職員 3 人→地域包括支援センター　保健師,課長,係長,ケアマネージャー代表 1 人,介護福祉施設相談員 1 人,国保診療所　看護師 1 人,民生委員 3 人
99 小地域ケア会議　市職員 1 人,包括 3 人,市社協 1 人,民生委員,福祉委員,他団体の長等
100 基幹包括の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,警察 1 人,民生委員 1 人,区長 1 人,自治会役員 1 人
101 町社協 1 人,医療機関(Ns)1 人,(時々歯科医師,歯科衛生士),訪看(Ns)1 人,訪問介護(介護福祉士)1 人,CM3 人,小規模介護職員 3 人,施設相談員 3 人,認知症 GH1 人,行政保健師 1 人,包括 3 人,※個別ケースの場合ケースに応じて収集.
102 行政 1 人,包括 4 人,社協(地区含む)4 人,民生委員 5 人,ボランティア 3 人,町内会長 3 人
103 支援センター 5 人,居宅介護 15 人
104 市役所職員 1 ～ 2 人(市からの連絡事項がある時のみ),地域包括職員 12 人,介護支援専門員 13 人,訪問介護支援事業者 2 人,精神病院相談員. ※個別事例の検討は行っております.
105 地域包括の職員 2 人,保健センターの職員 1 人,役所の職員 2 人,社協の職員 2 人,民生委員 1 人,家族 1 人,サービス事業所の職員 2 人,ケアマネ 1 人
106 町役場職員 2 人,地域包括支援センター職員 2 人,町社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 3 人,訪問介護事業者 1 人,訪問看護事業所 1 人,介護保険事業所 4 人,ケアハウス 1 人
107 医師 1 人,町内会長 3 人,婦人部会長 1 人,連合町内会長 1 人,老人クラブ連合会長 1 人,地区社協会長 1 人,民児協会長 1 人,NPO 法人会長 1 人,包括職員 4 人
108 区役所の職員 1 人,地域包括支援センター職員 2 人,保健所の職員 1 人,民生委員 4 人
109 役所職員 2 人,支援センター職員 7 人,社協職員 1 人,居宅ケアマネ 3 人,医師 1 人,町内会役員 2 人,老人会役員 2 人,民生委員 4 人,警察 1 人,消防 1 人
110 市役所 1 ～ 2 人,包括 3 ～ 6 人,社協 1 人,介護支援専門員 1 ～ 2 人,訪問介護事業者 1 人,利用者への家族 0 ～ 1 人,民生委員 1 人
111 包括の職員 3 人,介護支援専門員 5 人,役場の職員 3 人,訪問介護事業者 4 人,訪問看護事業者 3 人,デイサービス事業者 1 人,通所リハビリ事業者 1 人,介護保険施設職員 2 人等. 必要に応じて民生委員等
112 医師 1 人,社会福祉士 1 人,主任介護支援専門員 1 人,介護支援専門員 1 人,薬剤師 1 人,市役所の職員(保健師)1 人,民生委員 1 人
113 市役所職員 1 人,基幹型包括 1 人,社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 6 人,訪問介護事業者 2 人,医師(診療所)2 人,看護師 2 人,デイショートステイ事業者 3 人,歯科医師 1 人,薬剤師 1 人,民生委員 3 人,学区福祉委員長 5 人,包括職員 3 人
114 市役所職員 2 人,地域包括支援センターの職員 4 人,市の社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,医師 1 人,老人介護者家族の会 1 人,民生児童委員協議会 1 人,薬局 1 人
115 行政職員 1 人,包括職員 3 人,保健センター 1 人,社会福祉協議会 1 人,民生委員 1 人,自治会役員 1 人,住宅供給公社 1 人
116 市職員 1 人,地域包括支援センター 3 人,市社協 1 人,介護支援専門員 2 人,訪問介護 1 人,デイサービス 3 人,デイケア 1 人,老健 1 人,病院ＭＳＷ 2 人,連合・町内会長 1 人,町内会長 1 人,社会福祉委員 2 人,民生委員 2 人,ボランティア 1 人
117 区役所職員 2 人,包括支援センター職員 3 人,包括支援センター予防担当 2 人,区社協職員 1 人
118 居宅介護支援センターケアマネ数人,金融機関(圏域内)1 人ずつ,介護サービス事業所(圏域内)1 人ずつ,交番 1 人,消防署数人,行政数人,病院 1 人ずつ,薬局 1 人ずつ,ボランティア団体 1 人ずつ,老人クラブ 1 人,社協 1 人,地区保健委員 1 人,民生委員 1 人
119 行政 1 人,民生委員 6 人,町内会長 5 人,学識経験者 1 人,大学院生 2 人,区社協 1 人,地区社協 2 人
120 市職員 1 人,包括職員 2 人,本人,家族 2 人,自治会役員 1 人,民生委員 2 人,事業所職員 1 人
121 会議内容による異なる.
122 市の職員 1 人,包括職員 2 人,ケアマネ 1 人,訪問介護 1 人,民生委員 1 人,利用者や家族 2 人
123 市職員 3 人,包括職員 2 人,居宅ケアマネ 12 人,社協職員 2 人,民生委員 15 人,介護保険事業者 20 人,医師 1 人,看護師 2 人,薬剤師 1 人
124 主任介護支援専門員 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,グループホーム管理者 1 人.
125 高齢者福祉課・障害者福祉課・福祉総務課の職員各 1 人,直営地域包括支援センターの職員 3 人,委託地域包括支援センターの管理者 4 人,社会福祉協議会の職員 1 人,居宅介護支援事業所（特定事業所）の管理者 1 人. その他,必要に応じて招集する.
126 包括 2 人,ケアマネ 1 人,サービス事業者 2 人,本人 0 または 1 人,家族 1 ～ 3 人,市 1 人,地域の方,民生委員の方 1 人.
127 親族 1 人,民生委員 1 人,集落区長 1 人,警察署 1 人,消防署 2 人,通所介護事業所 1 人,訪問介護事業所 1 人,居宅介護支援事業所 1 人,特別養護老人ホーム 1 人,市社会福祉協議会 1 人,行政職員 2 人,地域包括支援センター職員 3 人.
128 市役所（区役所）4 人,病院ＭＳＷ 1 人,訪看 2 人,薬局 1 人,民生委員 9 人,社協 1 人,地域住民 15 人,ケアマネジャー 4 人,訪問介護 2 人,通所 5 人,グループホーム 6 人,特養 1 人,有料老人ホーム 3 人,福祉用具 2 人,行政書士 8 人,地域包括 3 人.
129 市役所の職員,地域包括支援センター,利用者やその家族,居宅介護支援事業者,サービス事業所,医師,警察.
130 家族 1 人,知人 1 人,医師 1 人,通所 1 人,ヘルプ 1 人,ケアマネ 1 ～ 2 人,自治会長 1 人,民生委員 3 人,地域住民

1 人,訪看ＳＴ 1 人,認知症推進員 1 人.
131 行政 1 人,包括 3 人,ケアマネ 2 人,訪介 1 人,町会役員 5 人,医師 1 人.
132 【個別支援型】地域包括支援センター職員 1 人,市役所の職員 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,利用者やその家族,その他地域住民等 1 ～ 3 人.【地域課題,抽出発見型】地域包括支援センター職員 2 人,市役所の職員 3 人,介護支援専門員 3 人,民生委員 1 ～ 3 人,利用者やその家族,その他地域住民等（町会長 1 人,社協 1 人,民間会社 2 ～ 3 人）.【政策提言型】地域包括支援センター職員 1 ～ 2 人（市包括？）,市役所の職員 5 ～ 6 人,介護支援専門員 0 ～ 3 人．課題によって任意で,医師,看護師,金融機関,商店街.
133 市職員 1 人,地域包括支援センター 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,民生委員 1 人,デイサービス相談員 1 人,家族 1 人など.
134 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 10 人,市社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 1 人,病院地域連携室職員 4 人,認知症疾患医療センター 1 人,在宅介護支援センター 6 人．必要に応じて民生委員.
135 包括職員 2 人,区の職員 1 人,訪介職員 2 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 1 人,ケアマネ 1 人.
136 市役所職員 2 人,ケアマネジャー 1 人,各サービス事業所 1 人ずつ,保健師・利用者・家族 1 人ずつ,地域包括職員 1 人.
137 市役所 1 人,包括支援センター 1 ～ 4 人,市の社協 1 人,民生委員 1 人,地区社協会長 1 人,自治会長 1 人,家族 1 人.
138 医師（1 人）,歯科医師（1 人）,薬剤師（1 人）,訪問看護ステーション職員（1 人）,介護支援専門員（1 人）,デイサービス職員（1 人）,老人介護者家族の会員（1 人）,老人クラブ連合会役員（1 人）,民生委員,児童委託協議会（1 人）,社会福祉協議会職員（1 人）,市役所の職員（2 人）,地域包括支援センター職員（2 包括合同,3 職種各 2 名ずつ）
139 地区内の介護支援専門員（10 人）,地域包括職員（7 人）,区役所職員（3 人）,福祉事務所職員（1 人）
140 包括職員（市職員 3 名）,社協（1 名）,ケアマネ（5 名）,保健所（1 名）,市保健師（1 名）
141 ①委託型の地域型の当事業所では小学校を単位の小地域ケア会議の事務局を担当．②直営の市は地域ケア会議を担当（人口規模●●人の規模の圏域）．①小地域ケア会議（3 つある担当地区の例）…直営の市の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,保健推進室,市の保健師 1 人,市の社協職員 1 人,地区社協,自治会役員 18 人,その他 2 人．②地域ケア会議…直営の市の職員 3 人,医師会 1 人,民生委員 2 人,栄養改善委員 1 人,ボランティア 1 人,保健推進室,市の保健師 1 人,市の社協職員 1 人,歯科医師会 1 人,福祉課 1 人,委託型の包括 6 ～ 8 人※オブザーバーとして参加.
142 包括（4 人）,市社協（1 人）,地区社協（1 人）,民生委員（6 人）,コミュニティ（1 人）,町内会長（3 人）,ボランティア（1 人）,栄養（1 人）,元民生委員（3 人）
143 役所 2,包括 5,民生委員 2,自治会役員 10,CM4,医師 1
144 町役場職員 2 名,地域包括支援センター 1 名,社協職員 1 名,ケアマネ 2 名,訪問介護 1 名,特養 1 名
145 市役所　高齢福祉係,介護保険係,地域支援係（各 1 名）,区長（1 名）,各地域包括支援センター,社会福祉士,担当のケアマネージャー,サービス事業所（ヘルパーデイ等）,医師会会長（1 名）,民生委員（1 名）
146 行政（1 人）,センター(2 人),ケアマネ（1 人）,サービス提供事業者（2 人）,民生委員（1 人）,公番（1 人）
147 地域包括支援センターの職員（1 人）,地区民生児童委員協議会（3 人）,地区社会福祉協議会（1 人）,保健センター（1 人）,自治会連合協議会（1 人）,ボランティア団体（1 人）,地区防犯指導委員連絡会（1 人）,身体障害者団体（1 人）,居宅介護支援事業所（1 人）,グループホーム（1 人）,病院退院支援看護師（1 人）,老人クラブ（1 人）,計 15 名.
148 市役所の職員（介護,障害,生保,保健師）（8）,保健所（2）,警察（1）,社協（1）,医療関係者（PSW,NS）（2）,薬剤師（1）,民生委員（1）,在支（3）,地包（8 ～ 10）
149 包括支援センター職員 6 名,市役所職員 3 名,社協職員 2 名,介護支援専門員 3 名,訪問介護事業者 2 名,通所介護事業者 2 名,施設職員 2 名,障害福祉相談所職員 3 名,警察署職員 1 名
150 その事例,地区ごとによって異なる（包括職員,市,民生委員,介護事業所,ケアマネ,医師,近隣など）
151 市役所職員（1 人）,地域包括支援センター職員（4 人）,社協（2 人）,介護支援専門員（8 ～ 10 人）,通所介護（通所リハ）事業者（6 ～ 8 人）,民生委員（数名）,グループホーム管理者（1 人）,小規模多機能管理者（1 人）など
152 事例に応じてケースバイケース
153 包括職員（3 人）町内会長（1 人）民生委員（1 人）地区社協（1 人）老人クラブ会長（1 人）→代表者形式の場合　民生委員（1 人）町内会長（1 人）担当ケアマネ（1 人）サービス事業所（2 人）包括職員（2 人）→個別ケースの場合
154 高齢・障害課 3 名,包括職員 1 名,民生委員 2 名,ケアマネ連絡会（1 名）
155 会議ごとにまちまちである.
156 ケア会議ごとにメンバーは変わります．主な出席者は,包括職員（1 ～ 2 人）,社協（1 人）,介護支援専門員（1 人）,医師（1 人）,自治会（1 人）,民生委員（1 人）,家族 1 ～ 2 人など
157 町職員 2 人,地域包括支援センターの職員 3 人,社会福祉協議会 1 人,居宅介護支援事業所職員 6 ～ 7 人,在宅介護支援センター 1 人,保健センター 1 人
158 地域包括の職員 1 ～ 2 人,老人介護支援センター 1 人,ケアマネ 1 人,サービス事業所 1 人,民生委員 1 人,近隣住民（町内会など）1 人～ 2 人,利用者やその家族 1 人
159 市職員 1 人,包括職員 1 ～ 2 人,社協 CSW1 人,ケアマネ 1 人,民生委員 1 人
160 「主たる」基準が不明なので記入できません．ケースにより様々です.
161 地域包括支援センターの職員 2 人,区役所の職員 1 人,介護支援専門員 1 人,通所介護事業者 1 人,町内会長 1 人,民生委員 2 人,親族 4 人,など.
162 市役所職員 2 人,地域包括支援センター 3 人,介護支援専門員 9 人,通所介護事業者 2 人,自治会役員 3 人,介

護サービス事業者 1 人.

163 地域包括支援センター職員 2 人,介護支援専門員 1 人,主任介護支援専門員 1 人,認知症相談医 1 人,近隣住民 1 ～ 2 人,民生委員 1 人,自治会長 1 人,第三者専門職として（訪問看護ステーション,薬剤師,PT,各 1 名程度）.

164 医師 1 人,薬剤師 1 人,歯科医師 1 人,直営包括 1 人,委託包括 1 人,介護支援専門員 5 人程,福祉委員,民生委員 8 人程,CSW1 人,オブザーバーとしてケアマネ,介護保険事業所等 15 人程,事務局として直営包括 4 人,委託包括 1 人.

165 役場,サービス事業所,民生委員各 1 人.

166 村役場職員 1 人,ヘルパー 1 人,ヘルパー及び社協理事（兼）1 人,医師 1 人,看護師 1 人,保健師（来島時のみ）1 人.

167 区職員 1 人,包括 3 人,地域ケアマネ 10 人,地域訪問 5 人,民生委員 2 ～ 3 人.

168 市職員 2 人,地域包括支援センター職員 4 人,ケアマネ 1 人訪介 1 人,三師会より 1 人ずつ,保健所職員 1 人,認知症対応型通所介護 1 人,地域住民 1 人.

169 役場職員（保健師含）3 人,包括職員 1 人,社協 1 人,介護支援専門員 4 人.

170 役場健康福祉課 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 8 人,訪問看護ステーションの職員 4 人.

171 町村の職員 1 人,地域包括支援センター 2 人,介護支援専門員 5 人,訪問介護事業者 2 人,看護師 1 人,病院医療連携室 2 人,福祉用具事業所 2 人,福祉施設職員 2 人.

172 市役所職員 1 ～ 2 人,包括職員 1 ～ 2 人,社協 1 人,ケアマネ 1 人,利用者,家族 1 ～ 2 人,障害者支援センター職員 1 人,民生委員 1 人.

173 区役所職員 1 人,地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 1 人,在宅支援介護センター 1 人,訪問看護事業者 2 人,訪問介護事業者 1 人,民生委員 2 人,利用者家族 1 人,近隣住民 4 人.

174 家族 2 人,民生委員 2 人,介護支援専門員 1 人,近所の方 3 人,包括職員 2 人．利用者 1 人,市役所職員 2 人,市社協職員 1 人,介護支援専門員 1 人,包括職員 1 人．病院院長 1 人,MSW1 人,家族 1 人,民生委員 1 人,市役所職員 1 人,包括職員 2 人.

175 市職員 1 人,包括 2 人,地域のケアマネ 1 人,介護サービス 1 人,近隣住民 1 ～ 2 人,本人,家族 1 ～ 4 人.

176 市役所 1 人,包括 5 人,民生委員 20 人,医師 1 人,ケアマネ 20 人,保健センター 4 人.

177 市役所の職員 1 人,地域包括支援センター職員 3 人,市社会福祉協議会職員 1 人,市の地区担当保健師 1 人,コミュニティソーシャルワーカー 1 人など.

178 医療関係者 1 人,市の社会福祉協議会 1 人,民生委員 4 人,介護保険施設関係者 2 人,障害支援関係者 1 人,権利擁護事業 1 人,介護支援専門員 1 人,警察 1 人,行政消費者相談 1 人,生保 1 人,障害福祉 1 人,高齢者 1 人,保健師 1 人.

179 ケースバイケースである,最近の事例では,市職員（高齢者担当）1 人,市支所職員（福祉課）1 人,社協支所職員 1 人,在宅ケアマネ 1 人,訪問介護職員 1 人,通所リハ 1 人,サロンリーダー 1 人,民生委員 1 人,かかりつけ病院看護師長 1 人,警察官 1 人,家族 2 人,包括職員 3 人.

180 包括 4 人,市社協 1 人,地域社協 4 人,民生委員 1 人.

181 利用者やその家族 1 人,デイ 1 人,ヘルパー 1 人,福祉用具 1 人,民生委員 1 人,包括職員 1 人.

182 市役所・包括 5 人,市社協 1 人,ケアマネ 1 人,看護師 1 人,家族 1 人,警察 1 人,民生委員 1 人.

183 当町では包括が主催する会議を（目的,メンバーなど異なる会議）地域ケア会議に位置づけ．各々の会議が連携しつつも役割分担して開催しています．問 15 は政策者レベルの会議について記載（回答）しています．医師代表 1 人,民生委員協議会代表 1 人,社会福祉協議会 1 人,居宅介護支援事業所代表 1 人,介護サービス事業所代表 1 人,県（●●施設）1 人,民間宅老所代表 1 人,町（福祉課長）1 人,包括支援センター職員 2 ～ 4 人.

184 地域包括 2 ～ 3 人,ケアマネージャー 1 人,地域住民 1 ～ 3 人,利用者家族 1 ～ 3 人,ヘルパー事業所 1 ～ 2 人等.

185 市役所職員 2 人,ケアマネ 5 ～ 10 人,社協 1 ～ 2 人,生活援助員 2 人,民生委員 1 人,センター職員（主 CM,保健師,SW,CM）

186 行政民生委員区長町内会介護事業所医師等　総勢 70 人程度

187 区役所職員 1 人,地域包括支援センター 3 人,社協職員 2 人,介護支援専門員 3 人,民生委員 2 人,保健師 2 人,自治会役員 1 人,通所介護事業者 1 人.

188 地域包括支援センターの職員 1 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業者 2 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 2 人

189 市役所 1 ～ 2 人,地域包括 3 人,ケアマネ 1 人,医師 1 人,民生委員 1 人

190 1）定期的に開催している会議（月 1 回）地域包括支援センター職員 1 ～ 2 人,介護支援専門員 1 ～ 2 人,通所介護支援事業者 2 人,施設相談員 1 人,訪問介護支援事業者 1 人,2）年 1 回開催している会議地域包括支援センター職員 3 人,役場職員 3 人,警察 4 人,町社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人

191 ケースの解決に必要な関係者に参加して頂いています（ケースにより参加者が異なるため記入ができません）

192 包括 4 人,区 4 人,民生委員 6 ～ 7 人,区社協 2 人,地区社協 2 人,町内会長 1 ～ 2 人,老人クラブ 1 ～ 2 人,サロン世話人 1 人

193 市役所の職員 1 人,保健所の職員 1 人,包括の職員 1 人

194 地域包括支援センターの職員 3 人,町の社会協議会の職員 1 人,介護支援専門員 1 人,利用者やその家族 1 人,警察官 1 人

195 市役所職員 1 人,包括職員 3 人,介護支援専門員

196 行政,基幹型包括,地域型包括,社協　CSW,病院　MSW,看護師,民生委員,医師,警察,校区福祉委員,ケアマネージ

ャー,サービス事業所,本人,家族　人数はその時によります
197 市役所の保健師 1 人,地域包括支援センターの職員 4 人,介護支援専門員 1 人,医師 1 人など
198 市役所 1 人,地域包括 1 人,社協 1 人,ケアマネ 1 人,デイ 1 人,ヘルパー 1 人,医師 1 人,歯科医師 1 人,民生委員 1 人,薬局 1 人,郵便局 2 人,農協 1 人,銀行 1 人,商工会 1 人,警察 1 人,消防署 1 人,温泉施設 1 人,新聞配達 1 人
199 役場職員 4 人,地域包括支援センターの職員 3 人,役場保健師 1 人,社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,特別養護老人ホーム相談員 1 人
200 2 回　包括職員 3 人,民生委員 3 人,町内会連合会 1 人,保健推進委員 2 人　1 回　包括職員 2 人,民生委員 1 人,福祉協力員 1 人
201 町職員 2 人,地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 1 人,利用者家族 1 人,弁護士などの専門職 1 人
202 地域包括支援センターの職員 3 カ所 11 人,市役所の職員 3 人,介護支援専門員 16 人,民生委員 1 人
203 市役所職員 3 ～ 4 人,地域包括支援センター職員 13 ～ 14 人,介護支援専門員 1 人,サービス提供事業者 1 ～ 3 人,理学療法士又は作業療法士 1 人,歯科衛生士 1 人,管理栄養士 1 人,保健所職員 1 人
204 市役所の職員 1 ～ 2 人,地域包括支援センターの職員 3 ～ 4 人,医師 1 人,薬剤師 1 人,民生委員 1 ～ 3 人,他ケースに応じて介護支援専門員,自治会役員,警察署職員,サービス提供事業所等を呼びかけている.
205 個別の会議もあるし,地域の会合に入りこむ形で地域ケア会議としているものもあるし,その時々でメンバーが違うので記入はしません.
206 町職員 1 人,包括職員 2 人,ケアマネジャー 5 人,訪問介護事業者 2 人,通所介護事業者 2 人,近所の方 1 人,民生委員 1 人,親族 1 人
207 市職員 2 人,包括 3 ～ 5 人,地域ケアマネ該当地区事業所 1 名,民生委員該当地区人数,自治会長該当地区 1 地区 1 人,健康推進委員該当地区自治会ごとに 1 人,オブザーバー大学院教授 1 人,その時のテーマにより参加呼びかけの人や人数が変わります．上記メンバーはH 25 年度の例です.
208 市役所の職員 1 ～ 2 人,地域包括支援センター 3 人,社協 1 人,在宅介護支援センター 3 人,介護施設 2 人,民生委員 2 人
209 個別ケースによりその対象者に関わる職種の方々より出席してもらっており,不特定である.
210 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 4 人,社会福祉協議会 1 人,民生委員 5 ～ 6 人,居宅介護支援専門員 3 ～ 4 人,訪問介護事業者 2 ～ 3 人,他その会議の内容によって大きく変わります.
211 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 3 人,自治会長 1 人,老人クラブ会長 1 人,民生委員 5 人,保健センターの職員 1 人
212 市職員 1 人,包括 3 人,基幹包括 1 人,地域保健師 1 人,ケアマネ 1 人,訪問介護事業者 1 人,通所介護事業所 1 人,自治区長 1 人,自治会長 1 人,民生委員 1 人,社会福祉協議会 1 人,利用者や家族 1 人,地域住民（近隣者）2 人など
213 ※ケースｂｙケースで何とも言えない…
214 行政 1 人,地域包括 6 人,アドバイザー 1 人,ＣＳＷ 2 人,社協 1 人．その他議題内容により追加.
215 区役所(支所)の職員 2 人,包括職員 5 人程度,区社協職員 1 人,ケアマネ 1 人,訪問介護 2 人,訪問看護 1 人,民生委員 2 人,福祉施設 2 人
216 市役所の職員 3 人,地域包括支援センターの職員 5 人,市の社会福祉協議会職員 4 人,介護支援専門員 2 人,訪問介護事業者 2 人,通所介護事業者 2 人,CSW　2 人,医師 1 人,民生委員 2 人,自治会役員 3 人,ボランティア 1 人,利用者やその家族 1 人
217 市,高年,介護保険,障害,保健センター,トータルサポート,地域福祉,ケアマネージャー,障害相談支援事業所,権利擁護支援センター,社協,保健所　　医師,薬剤師,歯科医,地域密着型サービス,サービス事業者　各 1 名
218 主たる構成員を定めてはおりません．ケースによって参加者を選定しています．※参加が多い構成員については以下の通り．包括 7 人,民生委員 1 人,ケアマネージャー 1 人,サービス事業所
219 地域包括支援センターの職員 4 人,福祉委員 2 人,社協職員 1 人,介護支援専門員 10 人,民生委員・児童委員 10 人,司法書士 2 人,サービス事業所 5 人
220 市役所の職員 1 人,地域包括支援センター 8 人,民生委員 2 人,栄養委員 1 人,保健師 1 人,市社協 1 人
221 地域包括支援センターの職員 3 人,民生委員 7 人
222 市役所の保健師 3 人,包括職員 4 人
223 地域包括支援センター職員 3 人,町職員 1~2 人,社会福祉協議会代表 1 ～ 2 人,民生児童委員代表 1 ～ 2 人(コア(固定)メンバー)　その他,本人及び家族,担当介護支援専門員,サービス提供事業所,医療機関,地域住民などの中から必要な方を呼ぶ.
224 地域包括支援センター職員 2 人,民生児童委員協議会 1 人,自治会町会連合 1 人,地区社会福祉協議会 2 人,老人クラブ連絡協議会 1 人,ボランティア団体 1 人,看護師 1 人,司法書士 1 人,グループホーム 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 3 人,指定特定相談支援事業所 1 人,保健センター 1 人
225 市職員 1 人,センター職員 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問看護事業所 1 人,自治会役員 2 人　ケースによって異なる.
226 行政 1 人,包括 2 ～ 3 人,ケアマネ 1 人,介護事業所 2 人,行政保健師 1 人
227 役場職員 1 人,包括 4 人,保健センター 1 人,社協 1 人,ケアマネ事業所 5 人,訪看 2 人,病院 1 人,施設職員 3 人
228 市役所職員 2 人,包括 2 人,ケアマネージャー 1 人,ヘルパー責任者 1 人,デイサービス担当者 1 人,医師 1 人,民生委員 1 人,家族 1 人
229 包括 5 人,民生委員 1 人,医療 1 人―医師,介護士,PT,OT,介護事業所　複数,ボランティアコーディネーター 1 人,福祉活動専門員 1 人
230 地域包括支援センター職員 5 人←内 4 人は町職員,町社会福祉協議会職員 4 人程度,介護支援専門員 20 人程度,訪問介護事業者 2 人程度,訪門看護事業者 2 人程度,通所介護事業者 6 人程度,福祉用具事業者 5 人程度,医師,歯科医師 5 人程度,その他必要におうじて民生委員,警察,消防署,病院ソーシャル

231 市役所福祉課職員係長・課長,社協,保健センター,介護支援専門員,ヘルパー,訪問看護などサービス事業所,認知症疾患医療センター連携担当者,病院の MSW や PSW,民生委員,親族(ケースに応じて),包括センター 3 職種のうち(2 人　保健師,主任ケアマネ,社会福祉士のうち内容に応じて 2 職種で出席)1 機関 1 人が多い.

232 市役所職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 1 人,訪問看護師 1 人,訪問介護事業者 1 人,医師 1 人,利用者本人 1 人,利用者家族 1 人,民生委員 1 人

233 市役所 1 ～ 2 人,包括 3 人,民生委員 1 ～ 2 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業者 1 ～ 2 人,主治医 1 人,近隣住民 1 ～ 2 人

234 役場職員 3 人,地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 4 人,在宅介護支援センター職員 2 人,グループホーム職員 4 人,理学療法士 1 人など

235 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,ケアマネージャー 1 人,ヘルパー事務所 1 人,自治会役員 1 人,利用者の家族 1 人

236 個別ケア会議　包括職員 2 人,市職員 2 人,利用者やその家族 2 人

237 地域包括支援センター職員 2 人(内 1 人保健師),村保健師 1 人,村社会福祉協議会職員 2 人,(ケアマネ 1 人,訪問介護担当者 1 人),村内介護支援事業所 2 か所(各 1 人ずつ)

238 包括職員 3 人,居宅支援事業所 5 人

239 事例により構成員や人数が変わります. 地域包括支援センター,区役所職員 1 人,介護支援専門員,訪問介護事業者,看護師,自治会長 1 人,民生委員 1 人,家族等,司法書士 1 人,医師

240 医師 2 人,歯科医師 2 人,薬剤師 2 人,保健所 1 人,市社協 1 人,民生委員 2 人,訪問看護ステーション 1 人,居宅部会 2 人,地域包括支援センター 4 人,市役所職員 9 人

241 市役所の職員 1 人,包括の職員 4 人,市社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,自治会役員 1 人,利用者家族 1 人,警察 1 人,消防 1 人

242 市役所職員,包括ケアマネ,サービス事業所,民生委員,区長.

243 包括職員 4 人,町社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,看護師 1 人,医師 1 人,民生委員 1 人,支援相談員 1 人,理学療法士 1 人,福祉用具専門相談員 1 人,介護員 1 人,居宅介護支援事業所長 1 人,介護老人福祉施設管理者 1 人,グループホーム管理者 1 人,介護予防施設長 1 人

244 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,担当圏域居宅管理者 4 人,町内会長 7 人,児童民生委員 17 人,医師 1 人

245 地域包括支援センター職員 4 人,区役所の職員 2 人,介護支援専門員 1 人,通所介護事業者 1 人

246 市職員(地域包括支援センター職員 2 人),社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人

247 市役所の職員 2 人,地域包括の職員 5 人,社会福祉協議会職員 1 人,民生委員 2 人

248 行政の職員 2 人,(福祉担当者並びに保健師),居宅介護支援事業所のケアマネージャー(3 事業者)9 人,社会福祉協議公議員 1 人,包括職員 2 人

249 町職員（社会福祉課）1 人,町職員（健康保険課）1 人,町社協 1 人,介護支援専門員 1 人,町老人福祉施設 2 人,医師 1 人,老人クラブ 1 人,県保健所（福祉部 1 人,保健部 1 人）,民生委員 1 人.

250 市役所 1 人,地域包括支援センター 2 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業所 2 人,民生委員 1 人,利用者や家族 1 ～ 2 人.

251 地域包括支援センター長 1 人,地域包括支援センター管理者 1 人,主任介護支援専門員 1 人,社会福祉士 1 人,保健師 1 人,看護師 1 人,在宅介護支援センター（3 地区から 1 人ずつ,計 3 人.）. ※地域ケア会議の内容によって構成員の変動あり.

252 包括職員 4 人,社協 1 人,在宅介護支援センター 4 人,ケアマネ 1 人,訪問介護事業者 1 人,介護施設職員 2 人,訪問看護師 1 人,保健所職員 1 人,老人クラブ会長 1 人,民生委員 1 人,医師 1 人.（地域包括支援センター運営協議会開催後に昨年,今年度と,まだ 2 回のみ.）

253 市職員 1 人,包括職員 3 人,介護支援専門員 1 人,サービス提供者 2 人,町会長 1 人,民生委員 2 人,家族 1 ～ 2 人.

254 市役所の職員 3 人,地域包括支援センター職員 6 人,民生委員 1 人,病院 1 人,市社協 1 人,ケアマネ代表 1 人,圏域介護保険事業所連絡協議会 1 人,在宅介護支援センター 3 人.

255 地域包括支援センター職員 2 ～ 3 人,利用者やその家族 1 ～ 3 人,福祉事務所・高齢者係担当 1 人,保健センター職員 1 人,民生委員 1 人.

256 市役所職員 1 人,包括職員 5 人,社協職員 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 2 人,利用者やその家族 2 人.

257 地域包括支援センターの職員 3 人,町役場職員 2 人,民生委員 1 人,社会福祉協議会職員 1 人,医師 1 人,看護師 1 人,居宅介護支援事業者 2 人,訪問介護事業者 1 人.

258 包括職員 3 人,ケアマネ 1 人,利用者やその家族 1 人,民生委員 1 人.

259 介護保険課職員 1 人,地域包括支援センター職員 3 ～ 4 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業所（デイ,ヘルパー,福祉用具などケースにより異なる）.

260 市職員 5 人,包括職員 13 人,社協 5 人,ケアマネ 14 人,デイサービス職員 7 人,福祉用具職員 6 人,ＮＰＯ職員 2 人,ボランティア団体 2 人.

261 地域包括支援センター職員,民児協,居宅介護支援事業所,サービス事業所,病院,警察.

262 町職員（必要時のみ）1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,在宅介護支援センターの職員 2 人.

263 地域包括支援センター職員 2 ～ 3 人,介護支援専門員 1 人,サービス提供事業者 1 ～ 2 人,市町村高齢介護課職員 1 人,市町村担当関係者 0 ～ 2 人,利用者やその家族 0 ～ 2 人.

264 地域包括支援センター職員 1 ～ 2 人,区役所職員 1 人,介護支援専門員（各事業所）1 人,利用者,家族,地域住民 1 ～ 2 人,民生委員 1 人.

265 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 6 人,市の社会福祉協議会の職員 4 人,居宅介護支援専門員 1 人,在宅介護支援センター職員 1 人,医師 1 人,自治会役員 3 人,民児協職員 3 人,障害者支援センター職員 1

人,家族会１人.
266 主治医１人,民生委員１人,自治会役員１人,家族１人,訪問介護事業者１人,介護支援専門員１人,地域包括支援センターの職員４人.
267 市役所１人,包括５人,社協１人,公民館１人,民生委員４人,長生会（老人クラブ）１人,自治会１人,保健センター１人,見守り相談員３人.
268 市役所１人ｏｒ２人,地域包括支援センター３人,民生委員１人,区長１人,介護支援専門員１人,自治会役員２人.
269 利用者の家族２人,医師１人,訪問介護事業者１人,ケアマネ１人,サポセン保健師１人,包括職員１人.
270 ケースによって違いますが,市役所の職員１人,包括職員２～３人,社協１人,ケアマネ１人,サービス提供事業所（訪介やデイなど）各１人,民生委員,利用者やその家族,障害者支援の相談員１人,医療機関の相談員ｅｔｃ.
271 包括１人,市１人,ケアマネ１人,事業者数人,民生委員１人,権利擁護関係者１人.
272 包括センター職員２～３人,ケアマネ１人,民生委員１人,利用者,家族１～２人.
273 市担当課・担当係複数,包括複数,市社協１人,ケアマネ１人,ヘルパー１人,医師１人,ＣＳＷ１人,民生委員１人,保健所１人等
274 ケアマネ１人,包括２人,地域住民２人,家族１人,自治会役員１人,介護事業者１人.
275 市の保健師１人,市の社会福祉協議会１人,自治会役員４人,民生委員２人,警察２人.
276 包括３職種３人,市職員１人,ケアマネジャー１人,民生委員１人,利用者,家族１～２人,利用しているサービス事業者１～２人.
277 地域包括支援センター職員４人,町保健師２人,病院Ｄｒ,ＭＳＷ２人,介護支援専門員１人,利用者やその家族１人,警察署１人,駅長１人.
278 市職員,ケアマネ,薬剤師,包括職員,医師,訪看,社会福祉協議会,歯科医師,保健センター,サ高住,サービス事業所.（関連機関により,人数にばらつきあり.）
279 市役所職員１人,包括職員３人,薬剤師１人,行政書士１人,民生委員３人,保健所職員１人.
280 町役場職員３人,保健福祉事務所１～２人,居宅介護支援事業所５～７人,包括４～６人.
281 市役所２人,地域包括３人,社会福祉協議会２人,介護支援専門員１人,訪問介護事業者１人,訪問看護事業者１人,通所介護事業者１人,民生委員１人
282 地域包括支援センター職員３人,民生委員３人
283 市役所高齢者生きがい課２人,地域包括４人,自治会長８人,民生委員15人,健康推進員９人,地区社協５人,ボランティア１人,いきいきふれあい１人,居宅２人
284 区役所１人,包括１人,社協１人,ケアマネ１人,民生委員１人,親族１人,住民１人,医師１人.（必要に応じてメンバー,人数は変動）
285 市役所の職員１人,地域包括支援センターの職員４人,自治会役員２人,民生委員,児童委員２人,高齢者クラブ役員１人,介護保険事業所１人※訪問介護や通所介護など　※状況によって近隣住民,MSW,PSW,利用者やその家族など
286 地域包括支援センター職員１人,本人１人,本人の家族１人,医師１人,薬剤師１人,介護支援専門員１人,民生委員１人,社会福祉協議会職員１人,ブランチ相談センター職員１人
287 市職員１人,包括職員２人,社協職員１人,ケアマネ10人,民生委員10人
288 市役所１～３人,包括２～３人,市社協１人,ケアマネ０～１人,ヘルパー０～１人,地域住民１～４人,本人や家族１～３人
289 包括４名,社協 CM1 名,ヘルパー１名,DS1 名,HPMSW1 名,民生委員１名,HP リハビリ１名,訪看１名,CM1 名（流動的）
290 村職員２人,包括３人,社協１人,介護支援専門員１人,村民の自立支援事業所１人
291 市職員１人,包括１人,市社協１人
292 市の職員１人,通所介護（予防）１人,包括職員３人,民生委員１人,社協１人
293 町職員１名,包括職員２～３名,介護支援専門員１名,関係事業所職員（会議により変わる）,民生委員１名
294 市役所の職員１～３人,民生委員１名地域包括支援センターの職員１～２名,市の社会福祉協議会職員１名,居宅介護支援事業者１名,訪問介護事業者１名,訪問看護事業者２名（看護師２名）,通所介護事業者１名,グループホーム事業者１名,特養事業者１名
295 包括職員１名～２名,居宅 CM1 名～２名,市職員１名,事業者１名～２名,民生委員１名,医師１名,NS1 名
296 市役所の職員３人（定期）,地括包括支援センターの職員２人（定期）,在宅介護支援センターの職員１人（定期）,市社会福祉協議会職員１人（定期）. 介護支援専門員（年２回）,介護サービス事業所（年２回）,金融機関（年２回）,警察（年２回）,消防（年２回）,民生委員（年２回）
297 地域包括職員３人,社会福祉協議会１人,介護支援専門員２人,施設相談員１人,医師１人,看護師１人,消防職員１人,村職員２～３人※主に記入した方々に出席していただいているが,議題によって他の方へも依頼している
298 民生委員１人,市の社会福祉協議会職員１人,介護支援専門員１人,老人クラブ会員１人,医師１人,弁護士１人,作業療法士１人,介護サービス事業者代表２人,人権擁護委員１人,法務局職員１人,保健所職員１人,警察署１人,消防署１人,市役所職員２人,地域包括支援センター職員４人
299 市役所１人,地域包括３人,保健センター１人,社会福祉協議会１人,自治会３人,民生委員４人,見守り相談員２人,長生会２人,ボランティア代表２人
300 役場職員２人,包括２～３人,その他関係機関（ケースによることもある）
301 地域包括支援センター職員４人,市社協１人,自治会役員２人,民生委員１人,保健推進員１人,老人クラブ職員１～２人

302 個別ケース検討が中心となるため,構成員は会議によってまちまちである.（医師,看護師,薬剤師,MSW,ケアマネ,事業所職員,民生委員,自治会役員,利用者,家族等）
303 地域包括支援センター職員 3 ～ 4,社会福祉協議会職員 1,在宅介護支援センター職員 1,駐在警察官 1 ～ 3,居宅支援事業所ケアマネ 1,介護保険施設相談員 1,病院職員 1,町役場職員（高齢者支援係 2,障害者担当看護師 1,健康づくり課保健師 1）
304 市役所の職員 2 人,地域包括支援センター職員 3 人,コンビニ店員 1 名,隣人 2 名,民生委員 2 人
305 地区民生児童委員協議会 2 人,地区社会福祉協議会 2 人,地区たすけあいの会 2 人,市保健センター職員 1 人,老人会役員 1 人,町会役員 1 人,病院相談員 1 人,訪看ステーション職員 1 人,訪問介護事業所職員 1 人,地区在宅介護支援センター職員 1 人,グループホーム職員 1 人,地域包括支援センター職員 1 人
306 介護支援専門員（4）,訪問介護事業者（1）,訪問看護事業者（1）,短期入所生活介護事業者（1）,グループホーム（2）,特定営利法人（1）,社会福祉協議会（2）,民生委員,児童委員協議会（2）,区長協議会（1）,医師（2）,看護師（1）,県（1）,市の職員(3),地域包括支援センター（5）
307 地域包括（基幹）（1 人）,地域包括（委託）（3 ～ 4 人）,市社協（1 人）,介護支援専門員（1 人）,民生委員（1 人）,福祉委員長（1 人）,近隣住民（1 ～ 2 人）　ケースによって,サービス事業者 2 ～ 3 名,自治会長 1 名,家族 1 ～ 2 名も同席
308 区職員　包括職員　ケアマネ　訪看　訪介　医師　区民住宅相談員　各 1 名
309 直営地域包括支援センター職員（3 人）　委託型地域包括支援センター職員（3 人）　介護支援専門員（18 人）　医療機関看護師（3 人）　保健所保健師（1 人）　市保健師（1 人）
310 市役所（1）,包括職員(6),市社協(1),介護支援専門員(8),訪問介護事業者(3),医師(1),訪看(2),民生委員(5),障害者施設(3)
311 行政職員(1),包括職員(2),社協職員(1)
312 市役所の職員（5 名）　地域包括支援センターの職員（2 名）　市の社会福祉協議会職員（2 名）　保健所の職員（3 名）　在宅介護支援センターの職員（3 名）　介護支援専門員（2 名）
313 市役所の職員 3 人,地域包括支援センターの職員 4 人,介護保険施設職員 5 人,医療機関職員 4 人,介護支援専門員連絡協議会 1 人,居宅介護支援事業者 1 人,市の社会福祉協議会の職員 1 人,障害者相談支援事業者 1 人,事務局として市役所の職員 7 人
314 市役所職員 1 ～ 2 人,包括職員 3 人,市社協職員 1 人,自治会役員 5 ～ 6 人,民生委員 5 ～ 6 人など（会議の目的によって異なります.）
315 当事者,家族 1 人,包括職員 1 ～ 2 人,ケアマネ 1 人,サービス事業者 1 ～ 2 人,民生委員 1 人,自治会 1 人,隣人等 1 人,行政職員 1 人
316 役場職員 3 人,地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業所管理者 1 人,民生委員 1 人,認知症対応型通所介護 1 人,病院相談員 1 人
317 市高齢福祉課 3 人,地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員 2 人,訪問介護事業者 1 人
318 市役所 1 人,地域包括 3 人,民生委員 1,地区長 1 は基本で,その都度関係機関を追加していく.
319 直営の地域包括支援センター職員 6 名,委託の地域包括支援センター職員 1 名,ブランチ職員（2 ヶ所から 1 名）計 2 名
320 市職 1 または 2,包括職員 4,サービス事業所 23,居宅支援事業所 3,医療機関（21 件あるが参加者は数名）,歯科医（18 件あるが参加者は数名）薬剤師（28 名いるが参加者は 15 程度）,民生委員（34 参加 28 程度）
321 町福祉課職員 2 人,地域包括支援センター職員 3 人,社会福祉協議会職員 1 人,居宅介護支援事業所 2 人,介護保険施設職員 2 人,民生児童委員 1 人
322 地域包括支援センター職員職員 4 人,社協職員 1 人,介護支援専門員（居宅 4 人,施設 1 人）,看護師 1 人,民生委員 1 人
323 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 10 人,在宅介護支援センターの職員 5 人,訪問看護事業者 1 人,市内総合病院ケースワーカー 1 人
324 市役所 1,包括 7,市社協 1,地区社協 1,ケアマネ 3,自治会役員 3,老人会 1,ボランティア 3,民生委員 3
325 事例によって招集するメンバーが異なる.
326 市職員 1 人,包括職員 3 人,家族 1 人,民生児童委員 1 人,駐在所員 1 人,行政支所職員 1 人,医療関係者 1 人
327 市役所 1 人,包括 3 人,市社協 2 人,病院 MSW1 人,民生委員 1 人,公民館長 1 人,家族 1 人,近隣住民 1 人
328 医師会 2 人,歯科医師会 2 人,薬剤師会 2 人,民生委員 1 人,老人クラブ 1 人,社協 1 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業者 1 人,権利擁護関係者 1 人,自治会 1 人
329 H26 年度より定期的に開催予定.　H25 年度は準備段階として 3 包括合同で実施のため人数は回答できず.
330 市役所職員 2 人,地域包括支援センター 2 人,社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 1 人,デイサービス相談員,訪問介護提責 1 人,警察 1 人,保健所 1 人,民生委員 2 人,本人 1 人
331 個別の会議と校区の会議ではメンバーが全くことなるので書けない.
332 市役所の職員（高齢,障害）3 人,保健所（市）の職員 1 人,福祉事務所職員 1 人,包括職員 2 人など.
333 町の職員 2 人,地域包括支援センター 3 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人,医師 1 人
334 全町型のみ実施.　包括職員,町職員,社協,居宅ケアマネ,自治会長,民生委員,福祉委員,一般町民等　1 回に 80 人ほど参加.
335 区役所職員 3 人,地域包括支援センター職員 4 人,民生委員 1 人,家族 1 人
336 市役所 4 人,地域包括支援センター 3 人,市社協 1 人,介護支援専門員 11 人,老人福祉・保健施設相談員 6 人,看護師 2 人など
337 支所 2 人,包括 2 人
338 市役所 1 人,包括 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業所 1 人,医師 1 人,民生委員 1 人,生活保護課 1 人,利用者家族 1 人,介護保険施設相談員 1 人

339 包括職員 4 人,地域の居宅介護支援事業所 20 人,地域の介護保険事業所等 20 人,民生委員 20 人．※必要に応じて上記の参加者の内必要な方に対象をしぼって参加の声かけを行っています.
340 市役所 1 人,地域包括支援センター 1 ～ 2 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,推進員(地域)1 人,地域住民 1 人
341 行政 2 人,包括 3 人,訪問介護 1 人,訪問看護 1 人,民生委員 1 人,ケアマネ 1 人,社協 1 人,施設職員 1 人.
342 町職員 1~2 人,包括職員 1~2 人,社協職員 1 人,訪問介護事業者 1 人,介護支援専門員 1 人,
343 役場の職員,地域包括支援センターの職員,介護支援専門員,通所介護サービス事業所職員,有料老人ホーム職員,小規模多機能型居宅介護職員,通所リハビリ事業所職員,毎回人数は変動.
344 その時によって違うが…市職員 1 名以上,包括職員 1 名以上,は必ず出席.
345 地域包括支援センター職員（主任 CM,Ns,SW）．介護支援専門員,自治会長,民生委員,利用者家族,司法書士,訪介護事業者,通所介護事業所
346 ケースによる．各スタッフ（0~3 人の範囲）
347 開催目的の内容による．市職員 2 人,当包括 1 人,他包括 2 人,PT 又は OT1 人,歯科衛生士 1 人,管理栄養士 1 人.
348 役場職員 1 人,地域包括職員 5 人,介護支援専門員 20 人
349 市役所の課長職,地域包括支援センター職員 4 人,介護支援専門員 1 人,介護サービス事業所職員 2 人,民生委員 1 人
350 役場の職員 6 名,地域包括支援センター 2 名,社会福祉協議会 1 名.
351 名称はカンファレンスとして実質的には地域ケア会議に当たる会議を実施している．市役所の職員（3 人,高齢福祉課,障害福祉課,セーフティネットワーク等）,地域包括職員 2 人,担当ケアマネ,介護保険関係事業所 2 ～ 3 人,民生委員,知人等,利用者と家族の出席に関してはケースによる.
352 市役所の職員 3 人,包括の職員 3 人,介護支援専門員 1 人,本人 1 人,家族 1 人.
353 役場 3 人,地域包括職員 4 人,社協職員 1 人,ケアマネ 3 人,介護保険事業所職員 7 人,医師 1 人,民生委員 1 人.
354 市役所職員 1 人,包括職員 3 人,地域内のサービス事業所 1 人,ケアマネ 2 人,地域内の医療機関 1 人,自治会役員 1 人,民生委員 5 人,老人会役員 1 人など
355 地域包括支援センターの職員 5 人,介護支援専門員 18 人
356 市介護課 2,包括 3,社協 1,ケアマネ 1,訪問系 2,通所系 1,医師 1,保健所 1,市障害課 1,保健センター 1,民生児童委員 2,認知症疾患医療センター 1,在宅医療拠点センター 1,脳卒中地域連携相談支援センター 1
357 市役所職員 3 名,地域包括支援センター職員 3 名,訪問介護事業者 1 名,民生委員 1 名,利用者の家族 1 名
358 行政職員(事務職,保健師)2 名,包括職員 4 名,町社協職員 1 名,在宅介護支援センター職員 2 名,介護支援専門員 3~4 名,サービス提供事業所 1~2 名
359 市役所の職員 4 人,包括 6 人,社協職員 1 人,市民病院ワーカー 1 人,介護保険事業者多数,シルバー人材 1 人
360 社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,介護保険施設 3 人,町職員 3 人,地域包括支援センター職員 4 人,医療機関 1 人
361 役所職員 3 人,包括職員 3 人,社協職員 1 人,看護師 1 人,デイ職員 4 人,訪問介護 2 人,訪問看護 2 人,特老相談員 2 人,ケアマネ 1 人
362 ケースごとに随時開催しているので決まっていない．(メンバー構成もかわる)
363 町役場の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 5 人,町の社会福祉協議会の職員 1 人,町の保健相談センターの職員 2 人,他場合によって,県の保健所の職員,警察,弁護士,介護施設職員等
364 市役所の職員 2 人,地域包括支援センター職員 2 人．必要に応じて,市の社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 1 人.
365 町役場職員,地域包括支援センターの職員,デイサービス職員,デイケア職員,ケアマネージャー,小規模多機能職員,グループホーム職員.
366 包括職員 10 人　薬剤師 1 人　管理栄養士 1 人　歯科衛生士 1 人　通所介護事業者 1 人　訪問看護事業者 1 人　OT1 人
367 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,保健福祉センターの職員 1 人,医師 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問看護事業者 1 人
368 町担当職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人(保健師,社会福祉士),利用者やその家族 1 人から 2 人
369 包括職員 6 人　HP,SW 等 4 ～ 6 人　区役所 1 人　在介 1 ～ 2 人　保健師(区)3 人　自治会 3 ～ 5 人　民生委員 3 ～ 4 人　連絡協,事業者 CM1 ～ 2 人
370 市役所の職員 1 人,地域包括支援センター職員 2 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員(包括職員　兼務　1 人),訪問介護事業者 1 人,通所介護事業者 1 人,民生委員 1 人
371 市＝数名,包括＝数名,社協,CM ,医師,N S 等
372 町職員 3 人,包括職員 3 人,社協職員 2 人,シルバー人材センター 2 人　等
373 地域包括支援センター職員 1 ～ 4 人,市役所職員 1 ～ 2 人,社会福祉協議会職員 1 人,診療所又は開業医師 1 人,診療所看護師 1 人,民生児童委員 1 ～ 4 人,介護支援専門員 1 ～ 2 人,介護サービス事業所職員 1 ～ 2 人
374 包括 1 人,ケアマネ 1 人,民生委員 1 人,自治会 1 人,利用者や家族 1 人,市社協 1 人
375 地域包括支援センター 1 人,介護支援専門員 1 人,見守りコーディネーター 1 人,区社協の地域生活支援ワーカー 1 人
376 町職員 4 人,包括支援センター職員 4 人,ケアマネジャー 20 人,医師 5 人,看護師 5 人,PT,薬剤師,相談員等
377 市役所 2 人,包括 2 ～ 3 人,担当ケアマネ 1 人,関連サービス事業所若干名,民生委員 1 人,家族（必要に応じて）
378 市役所 1 人,包括 4 人,社協 1 人,介護支援専門員 7 人,民生委員 8 人
379 地域包括支援センター（直営 3 人,委託 2 人）,介護保険施設職員 1 人,市社協 1 人,介護支援専門員 2 人,訪

問介護事業者 1 人,医師 2 人,歯科医師 1 人,薬剤師 1 人,●●保健所 1 人,民生児童委員 4 人,福祉委員 3 人,保健師（包括,1 人）,通所介護事業者 1 人

380 区役所の職員 1 人,医師 1 人,地域包括支援センターの職員 5 人,区社会福祉協議会 1 人,看護師 1 人,民生委員 8 人,介護支援専門員 7 人,老人福祉員 5 人,訪問介護事業所 2 人,学区社協 1 人,通所介護事業所 10 人

381 その時の議題やケースによって構成員が変わるので何とも言えません.

382 町職員（地域包括支援センター担当含む）11 人,町社協職員 1 人,介護施設職員 2 人

383 役場職員（地域包括兼務含む）4 人,地域包括支援センター職員 1 人,社会福祉協議会 6 人,医師 1 人,看護師 2 人,保健師 1 人

384 地域包括支援センターの職員 2 人,民生委員 1 人,自治会役員 3 人,近隣 3 人,交番 3 人

385 地域包括支援センター職員 6 人,町の社協 1 人,居宅の介護支援専門員,訪問介護事業者,老人保健施設,特養,診療所,病院の相談員,デイサービス事業所,身体障害者療設施設,役場職員,民生委員,議題によって参加者,人数が異なり（15 ～ 30 名程度参加）

386 地域包括支援センター 2 人,在宅介護支援センター 1 人,介護支援専門員 1 人,市町村福祉サービス事業所職員 1 人,区長 1 人,民生委員 1 人．議題により参加者は異なります.

387 役場の職員 1 人,社会福祉協議会職員（町の）1 人,都道府県の社会福祉協議会職員 1 人,民生委員 1 人,圏域センター職員 1 人,福祉事務所職員 1 人,保健師（町の保健師兼地域包括支援センター職員）3 人

388 町役場職員 1 人,地域包括職員 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,民生委員 1 人.

389 市職員状況に応じて 0 ～ 1 人,包括職員 2 ～ 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護状況に応じて 0 ～ 1 人,民生委員 1 人．※その他,ケースに応じて警察,各介護保険サービス事業所,障害相談支援事業所,地域住民,入居先の住宅（施設）の方,などが参加.

390 ケースによって関係している方々に参加してもらっています.

391 市担当課 1 ～ 2 人,各サービス担当 1 人ずつ,地域サポータや民生委員 1 人

392 地域包括支援センターの職員 1 人,社会福祉協議会職員 1 人,介護支援センター職員 1 人,介護支援専門員 7 人,民生委員,児童委員 10 人,民生協力員 10 人

393 町職員 3 人,地域包括 3 人,町社協議 1 人,居宅 1 人,医師 1 人,区長会長 1 人,民生委員 1 人,介護保険事業所 1 人,特養 1 人,警察 1 人,消防 1 人

394 市役所 2 人,介護支援専門員 20 人,老人保健施設 1 人,介護事業所 7 人,医師 2 人,歯科医師 2 人,薬剤師 1 人,地域包括職員 4 人,民生委員 2 人,介護相談員 2 人

395 市職員 1 人,包括 2 人,ケアマネ 1 人,民生委員 1 人,家族 1 人,市（保健師）1 人

396 地域包括の職員 5 人,市の職員（1 人,栄養士）,介護支援専門員（1 人＋その他同居宅のメンバーで参加できる人）,訪問介護事業者 1 ～ 2 人

397 会議の内容によって構成員が変わるため,一概に記入できない.

398 包括支援センター職員 5 人,医師 1 人,民生委員 1 人,地域住民 1 人,市役所職員 2 人,社会福祉協議会職員 1 人,権利擁護支援センター 1 人,弁護士 1 人

399 包括職員 3 人,介護支援専門員 1 人,地域住民 1 人,訪問介護事業者 1 人,民生委員 1 人,通所介護事業者 1 人

400 市役所職員 2 人,基幹型包括支援センター 2 人,包括職員全員,介護支援専門員 1 人,自治会役員 2 人,家族・近隣住民 2 ～ 5 人,警察・消防・保健所各 1 人

401 地域包括支援センター職員 1 人,社会福祉協議会職員 2 人,介護支援専門員 1 人,看護師 1 人,医師 1 人

402 市役所の職員 1 人,保健センターの職員 1 人,地域包括 4 人,居宅ケアマネ 2 人,通所介護事業所職員 1 人,老人クラブ 8 人,民生委員 11 人,見守り相談員 3 人

403 ＜先日行ったケース＞社会福祉協議会職員 1 人,区長 1 人,本人の担当ケアマネジャー 1 人,高齢福祉推進員 2 人,地域包括支援センター職員 1 人,社会福祉部の実習生 2 人,地区民生委員 1 人.

404 ①個別ケースに基づくケア会議　本人,自治会役員 1 人,居宅 CM1 人,包括（CSW,CM）,後見人 1 人,市,福祉係,社協.　②ネットワーク構築を主目的としたケア会議（一例）　包括 10 人,居宅 CM10 人,民生委員 3 人程,ボランティア,老人会,NPO 代表（3 者あわせて 8 人程）,市,高齢関係課（5 人程）

405 市役所職員 3 人,包括職員 3 人,社協 1 人,介護支援専門員 4 人,訪問介護事業者 2 人,介護保険施設 4 人　など.

406 包括職員 2,町立病院 3,介護支援専門員 4,訪問介護 3,通所介護 3,老人福祉施設 2,老人保健施設 1.

407 地域包括支援センターの職員 2 ～ 3 人,介護支援専門員 1 人,看護師 1 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 2 人,住宅都市施設公社 2 人,生活保護 cw1 人,通所介護事業者 1 人.

408 地域包括支援センター 2 人,自治会 1 人,利用者又はその家族,介護支援専門員,サービス事業所,医療機関,民生委員,社協.

409 地域包括職員 3 人,区役所職員 1 ～ 2 人,その他は会議内容,事例により参加者は異なる．例えば,医師 1 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業所,民生委員 1 ～ 2 人,地区社協 1 ～ 2 人,MSW1 人.

410 市役所の職員 4 人,地域包括支援センターの職員 4 人,市の社会福祉協議会の職員 3 人

411 町職員 1 人,包括 3 人,町社協 1 人,ケアマネ数人,病院関係 1 人,サービス事業所数人（特養,小規模多機能型）,民生児童委員 1 人.

412 市職員 4 人,包括職員 2 人,社協職員 1 人,ＭＳＷ 1 人,弁護士 1 人,民生委員 1 人,在介職員 3 人．※地域課題「終活」の検討を行う政策形成の地域ケア会議は上記メンバーで実施．個別ケースの検討の場合は利用者やその家族やケアマネなど必要に応じて構成員で判断.

413 市役所の職員 4 人（高齢者福祉 2 人,障害者福祉 1 人,保健師 1 人.）,地域包括支援センター 1 人,市社協職員 1 人,介護事業者 1 人．診療所医師 1 人と駐在所警察官 1 人は,一部地域にのみ出席.

414 地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員 1 人,ヘルパー 1 人,デイサービス 1 人,民生委員 1 人,自治会会長 1 人,利用者 1 人,家族 1 人,近隣の人 1 人,看護師 1 人,市役所の職員 1 人.

415 行政職員 1 ～ 2 人,包括職員 1 ～ 2 人．その他ケースに応じて招集している．
416 消防署 1 人,警察署 1 人,保健センター 1 人,介護予防推進センター 1 人,福祉事務所支援課 1 人,学区社会福祉協議会 4 人,老人福祉員 1 人,老人クラブ 1 人,民生委員 2 人,居宅介護支援事業所 4 人,自治連合会 1 人．
417 行政福祉課 3 人,保健センター 1 人,居宅介護支援専門員協議会 3 人,地域包括支援センター職員 4 人．
418 市の職員 3 人,包括職員 5 人,医師 1 人,薬剤師 1 人,栄養士 2 人,ＰＴ 1 人,看護師 1 人,他ケアマネ,ヘルパー,デイは必要に応じて．
419 市役所の職員（高齢者福祉課,介護保険課,新病院保健福祉政策推進課）3 人,医師 1 人,薬剤師会 1 人,県栄養士会 1 人,介護支援専門員 2 人,介護予防センター 3 人（ＯＴ,ＰＴ,栄養士,介護福祉士）,地域包括支援センターの職員 8 人
420 行政,生活,社協,ケアマネ,事業所職員,地域住民
421 病院 MSW1 人,市役所職員 1 人,介護支援専門員 1 人,日常生活自立支援事業専門員 1 人,包括支援センター 1 人　※構成員はケースごとに違いますので上記は一つのケースの場合です．
422 市 1 人,包括 5 人,社協 1 人,自治会 5 人,介護事業者 5 人,老人会等 1 人,地域有志 2 人等
423 市役所の職員 2 人,地域包括支援センター職員 3 人,市の社会福祉協議会職員 2 人,自治会役員 1 人,老人クラブ役員 1 人,民生委員 1 人,警察署職員 1 人,消防署職員 1 人,保健推進員 1 人,介護予防サポーター 1 人
424 地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員,介護保険施設
425 市の職員,包括職員,社協,居宅,サービス事業所(管轄内全部),施設,医療機関,自治会,民生委員,主任児童委員,警察,消防,薬局,支えあいネットワーク,高齢者住宅,医療機関郵便局,認知症サポートリーダー,毎回の人数は様々です. 2 地区のうち 1 地区は案内 157 か所うち参加者 70 ～ 80 人,1 地区は案内 120 か所のうち参加者 50 ～ 60 人です．
426 市役所(高齢者福祉課)職員 1 人,地域包括支援センター職員 3 人,民生児童委員 1 人,自治会長 1 人,老人会(老人クラブ)1 人,金融機関 1 人,介護支援専門員 1 人,その他 1 人(スーパー,タクシー会社,薬局(薬剤師)等)
427 市役所 10 人,包括（3 包括合同）6 人,社協 3 人,ケアマネ約 30 人,民生委員（必ずではないが参加してくることもある）,医師（必ずではないが参加してくることもある）,福祉関係事業者,保健センター 1 ～ 2 人
428 町役場職員 2 人,地域包括支援センターの職員 8 人,ＰＴまたはＯＴ 1 人,管理栄養士 1 人,歯科衛生士 1 人,訪問介護事業所等 1 人
429 地域包括支援センター職員 3 人,市社協職員 1 人,保健師（市）1 人,介護支援専門員 1 人,自治会長 1 人,民生委員 2 人,地区社協会長 1 人,地区社協役員 4 人
430 包括職員 1 ～ 2 人,関係部門の職員 1 ～ 2 人,ケアマネージャー 1 ～ 2 人,各関係機関(その時により異なる)1 ～ 2 人
431 市役所職員 1 人,保健所職員 1 人,行政書士 1 人,薬剤師 1 人,民生委員 3 人,地域包括支援センターの職員 2 人
432 自治会長（地域ケア会議の内容によりいろいろです.）,老人会長（地域ケア会議の内容によりいろいろです.）,民生委員（地域ケア会議の内容によりいろいろです.）,ケアマネ（地域ケア会議の内容によりいろいろです.）
433 各町内会役員 15 人,センター職員 2 人,医師 2 人,区役所 2 人,CM1 人,事業所 5 人,民生委員 10 人
434 市役所職員 2 人,包括 3 人,医師 1 人,ケアマネ 1 人,ヘルパー 1 人,民生委員 1 人,不動産屋 1 人,銀行 1 人,本人
435 町の職員 3 ～ 4 人,地域包括支援センターの職員 3 人,その他,必要に応じて町保健師やスクールソーシャルワーカーも出席してもらう．
436 市役所の職員 2 人,包括職員 3 人,民生委員 1 人,町内会長 1 人,圏域居宅の主任 CM1 人
437 包括職員 2 人,社協職員 1 人,福祉課職員 1 人,町保健師 1 人,担当区区長 1 人,担当区民生委員 1 人,消防 1 人,駐在 1 人,居宅介護支援事業者 2 ～ 4 人,医師 1 ～ 2 人,看護師 1 ～ 2 人,施設ケアマネ 1 ～ 3 人,介護サービス事業者 5 ～ 10 人
438 市役所高齢者福祉担当 1 人,市役所地域福祉担当 1 人,社会福祉協議会 4 人,地域包括支援センター 5 人,委託している地域包括支援センター 3 人,保健センター 1 人．年 2 回．それぞれ 1 人ずつの参加で毎月実施
439 地域包括支援センターの職員 3 人,主 CM,PHN,CSW,保健センター(市)の保健師 3 人,社会福祉協議会(市)のコミュニティソーシャルワーカー 1 人,障害者相談支援センター(市)の相談支援専門員 1 人,障害福祉課(市)の職員 1 人,在宅介護支援センターの相談員 1 人　※地域包括支援センターサブセンター
440 町職員 3 人,包括職員 6 人,社協職員 1 人,ケアマネ 4 人,居宅サービス事業所職員 7 人,介護保険施設職員 4 人,地域密着型サービス事業所職員 7 人,医師 1 人,看護師 1 人,民生委員 1 人,保健師 2 人,在介職員 1 人,住宅型有料老人ホーム職員 1 人
441 地域包括支援センターの職員 3 人,町内会長 5 人,民生委員 5 人,事業所職員 5 人,MSW1 人
442 PHN,ケアマネ,Ns,Dr,ヘルパー
443 市職員 2 人,地域包括支援センターの職員 3 人,民生委員児童委員 1 人,介護支援専門員 1 人
444 テーマによって参加職種が違っています．4 月には全体会として市内の福祉関係機関が集まります．市 3 人,包括 7 人,居宅介護事業所 4 人,グループホーム 3 人,通所介護事業所 4 人,訪問介護事業者 3 人,入所施設 4 人,病院 1 人
445 福祉課の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 3 人,社協 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護 1 人,訪問看護 1 人,医師 1 人,施設の職員 1 人,通所の職員 4 人
446 市役所職員 3 人,地域包括支援センターの職員 3 人,社協職員 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,通所介護事業者 1 人,福祉用具事業者 1 人,医療機関 1 人,介護保険施設 1 人,有料老人ホーム,小規模多機能ホーム 1 人,民生児童委員 1 人,地区区長 1 人,老人福祉相談員 3 人
447 市役所の職員 1 ～ 2 人,民生委員 1 人,地域包括職員 2 人,CM1 人,介護サービス提供事業者 1 ～ 3 人,利用者

や家族等 1 ～ 2 人．ケースによっては社協や警察等も参加．
448 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,訪問介護事業者 2 人,医師 1 人,法テラス弁護士 1 人,家族 1 人
449 市役所職員 1 人,包括支援センター 3 職種 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業所管理者 1 人,介護支援専門員事業所管理者 1 人,病院 MSW1 人,訪問看護師 1 人,訪問リハビリの OT1 人,PT1 人,通所介護事業所 1 人,住宅改修・福祉用具事業者 2 人,民生委員 1 人,利用者 1 人,家族 1 人
450 市職員 1 人,社協 1 人,包括スタッフ 3 人,施設 2 人,HP1 人,グループホーム 1 人,小規模 1 人,居宅 12 人,民生委員 13 人
451 包括職員 1 人,ケアマネ,行政職員,民生委員 1 人,サービス事業所（デイ,ヘルパー福祉用具など,本人が利用しているサービス）1 人．本人や家族は話し合いの内容によって参加したりしなかったりです．当センターで行っているケア会議は①個別の課題解決ケア会議②ＣＭを中心に集まって地域の課題で話し合う会議が主です．
452 度々（ケース毎）必要なメンバーに出席していただいています．
453 市 3 ～ 4 人,包括 8 人,ケアマネ 4 人,事業所 4 人,ＰＴまたはＯＴ 1 人,管理栄養士 1 人,歯科衛生士 1 人,保健師 1 人
454 市役所の職員 2 人,保健所 2 人,居宅事業所 1 人,訪問介護事業所 1 人,通所介護事業所 1 人,民生委員 1 人,利用者やその家庭 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人
455 地域包括支援センター 1 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業所 2 人,利用者 1 人,家族 1 人
456 市役所の職員 1 人,地域包括支援センター職員 3 人,介護サービス事業者 3 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,区長 1 人,利用者やその家族 1 人～ 2 人
457 認知症相談医 1 人,訪問看護事業者 1 人,民生委員 1 人,市役所生活保護担当職員 1 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,主任介護支援専門員 1 人,地域包括支援センターの職員 6 人
458 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 4 人,市の社会福祉協議会 1 人,民生児童委員 3 人,町内会 3 人,福祉推進委員 3 人,警察 1 人,介護支援専門員 7 人,各施設,事業者,担当員 7 人
459 民生委員 7 人,自治会役員 2 人,社会福祉協議会 2 人,地域包括支援センター 3 人
460 市職員 8 人位（包括含む）,社協 1 人,参加者→自治会,管理組合,民生委員,地区社協
461 ケースによりけり．包括が 3 人出ることはないと思われる．
462 地域包括支援センター 6 人,民生委員 19 人,社協 1 人,居宅ケアマネ 12 人,市職員 3 人,児童委員 2 人,居宅介護支援センター 2 人
463 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 3 人,医療機関 1 人,ケアマネ 1 人,訪問介護 1 人,自治会 1 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 1 人
464 町役場の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 1 人,町社会福祉協議会職員 1 人,利用者や家族 1 人,訪問介護事業者 1 人,自治会役員 1 人
465 地域包括支援センターの職員 5 人,介護支援専門員 13 人,訪問介護事業所サービス担当責任者 3 人,介護老人福祉施設職員（特養施設長,看護師等）3 人,保健所職員 2 人,町福祉係相談員 1 人,●●社会福祉協議会社会貢献支援員 1 人
466 行政職員 1 人,地域包括職員 3 人,介護支援専門員 7 人,社協職員 1 人,訪問介護事業者 1 人,看護師 3 人,理学療法士 1 人,訪問看護事業者 1 人,通所介護事業者 1 人,短期入所生活事業者 1 人　他,適宜関係者
467 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 4 人,市の社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,認知症疾患医療センター 1 人,薬剤師 1 人,自治会役員 1 人,警察 1 人,家族 1 人,民生委員 1 人
468 市役所の職員 3 人,地域包括支援センター職員 2 人,保健所 1 人,保健センター職員 3 人,障害者自立相談支援の職員 1 人（連携；警察 2 人,家族 3 人,病院のＭＳＷ 1 人）
469 市役所 3 人,地域包括支援センター 5 人,市の社会福祉協議会 1 人,介護支援事業者 1 人,訪問介護事業者 1 人,民生委員 7 人,市老人クラブ連合会 1 人,社会福祉士 1 人,精神保健福祉士 3 人,弁護士 1 人,ＰＴ,ＯＴ 1 人
470 福祉保健所,社協（市）,病院,介護支援専門員連絡会長,介護サービス事業所,民生委員,警察,市役所福祉部（生保,障害,介護）,包括支援センター職員,自治会,利用者本人または家族,弁護士,地域相談センター　各機関 1 人
471 ※ 3 連合自治会で個別に開催している　典型的な例としては,自治会役員 3 人,地区老人クラブ 1 人,地区社協 2 人,民生委員 2 人
472 地域包括支援センター,社協,ケアマネ,民生委,利用者や家族,看護師等
473 市役所の職員 1 人,包括 2 人,ＣＭ 2 人,地域住民 1 ～ 2 人,民生委員 2 人,医師 1 人,他
474 市職員 2 人,地域包括支援センター職員 5 人,他にケース提供者
475 圏域内で,地域毎に複数の会議があり,会議により構成員は異なる．
476 行政 4 人,地域包括支援センター 4 人,介護支援専門員 12 人,訪問介護事業所 2 人,訪問看護事業所 3 人,施設職員 2 人,通所介護事業所 3 人,福祉用具事業所 3 人　※その時によって,人数の変動あり．
477 区職員 2 人,地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,町会長 1 人,利用者やその家族 2 人
478 地域包括支援センター職員 8 人,市の社協 1,2 人,福祉課,介護支援課各リーダー課長,市の訪問看護ＳＴ 1,2 人
479 包括職員 2 ～ 3 人,利用者 1 人,家族 1 ～ 2 人,サービス事業所 2 ～ 3 人,担当ケアマネ 1 人,民生委員 1 人
480 役場の職員（住民福祉課 4 人,健康づくり課 3 人）,地域包括支援センター職員 3 人,社会福祉協議会職員 1 人,医療機関（医療ソーシャルワーカー）3 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業所 1 人,通所介護事業所 1 人,キャラバン・メイト 1 人,弁護士 1 人,司法書士 1 人,警察（生活安全課）1 人,ボランティア

連絡会 1 人※これはあくまでも本会議のメンバー　※その他に〈分科会〉,介護支援専門員連絡会,訪問介護連絡会,通所介護連絡会,認知症にやさしい町づくり連絡会〈ケース会議〉25 年度 7 事例 8 回※国の提唱する地域ケア会議

481 市役所職員 2 人,地域包括 2 人,サービス事業所数人,民生委員等 1 ～ 2 人.

482 市役所職員 1 人,包括支援センター職員 3 人,ケアマネ 1 人,民生委員 1 人,町内会長 1 人,認知症対策推進員 1 人,家族 1 人,本人 1 人,医院の職員（医師またはナースまたは事務員）1 人.

483 市職員 4 人,地域包括支援センター 11 人,市社協職員 1 人,病院相談員 2 人,介護支援専門員 20 人,介護保険サービス事業者 10 人,看護師 1 人,保健師 1 人,福祉用具相談員 2 人.

484 市役所職員 5 人,地域包括職員 4 人,社協職員 3 人,ケアマネ 30 人,ホームヘルパー 30 人,デイ 20 人,医療関係者 3 人,地区社協役員 6 人,民生委員 60 人.

485 市役所の職員 4 人,社会福祉協議会 3 人,NPO 法人 7 人,居宅介護支援事業所 8 人,通所介護 1 人,福祉用具貸与,販売 4 人,特別養護老人ホーム 1 人,民生委員 6 人,地域包括支援センター 11 人.

486 ケース毎に異なるため,一例として…．区 1 人,包括 2 人,介護サービス事業所（HH）1 人,CM1 人 etc....

487 市役所職員 1 人,地域包括支援センター職員 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,病院の相談員 1 人,警察 1 人,介護保険事業所 1 ～ 2 人.

488 市役所 1 人,地域包括支援センター 3 人,介護支援専門員 1 人,通所リハビリテーション事業所 1 人,自治会長 1 人,交番 1 人,利用者家族 1 人,在宅介護支援センター 1 人,市の保健センター 1 人,民生委員 1 人.

489 地域包括支援センター 3 人,ケアマネージャー 1 人,家族 1 人,民生委員 1 人,町会長 1 人,市職員 1 人.

490 市職員 2 人,保健センター 1 人,社協 1 人,基幹包括 1 人,地域型包括包括 4 人,介護支援専門員 1 人,消防署 1 人,警察 1 人,医師会 1 人,歯科医師会 1 人,薬剤師会 1 人,自治会 1 人,校区福祉委員 1 人,民生委員 1 人.

491 包括 3 人,行政 4 人,在支 2 人,民生委員 1 人,CM1 人,ヘルパー事業者 1 人.

492 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,基幹型地域包括支援センター職員（地域包括バックアップ機関）1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護,通所介護等,サービス事業者（管理者）1 人,自治会長または民生委員 1 人,家族 1 人.

493 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人,利用者やその家族 1 人,訪問介護事業者 1 人,近隣・住民 1 人など.

494 地域包括支援センターの職員 3 人．地域ケア会議の内容により圏域の民生委員 31 人,居宅介護支援事業所 15 人,施設,介護サービス事業所,行政等.

495 市役所保健福祉課職員 1 人,包括職員 2 人,担当ケアマネ 1 人,ヘルパー事業所 1 人,高齢者施設 2 ～ 3 人,民生委員 1 人,利用者の家族,親類 1 ～ 2 人.

496 町役場職員 4 人,地域包括支援センターの職員 1 人,介護支援専門員 2 人,訪問介護事業所 1 人,介護福祉施設職員 2 人,民生委員 3 人

497 個別ケースの支援の地域ケア会議のため事例によって構成員が異なる.

498 市 1 人,包括 3 人,市社協 1 人,自治会役員 8 人,老人会役員 2 人,警察 1 人,介護支援専門員 2 人,介護保険特定施設 2 人

499 地域包括支援センターの職員 3 人,社会福祉協議会職員 1 人,相談協力員 4 ～ 10 人

500 区役所の職員 1 ～ 2 人,地域包括支援センターの職員 3 人,区の社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,見守り員 1 人,地域住民（ご近所）1 人,他の地域包括支援センター職員 1 人等

501 市福祉事務所職員 3 人,地域包括支援センター職員 8 人,市の社協職員 1 人,介護支援専門員居宅介護支援事業所 5 人,訪問介護事業者 11 人,民生委員 1 人,医師（医師会等）3 人,医療機関 2 人,通所介護事業者 17 人,訪問看護事業者 1 人,特養等施設 5 人,福祉用具販売事業者 2 人,小規模多機能型事業者 3 人,認知症対応グループホーム事業者 3 人,警察署 1 人,消防署 1 人,弁護士 1 人,サービス付高齢者住宅事業者 2 人

502 町職員 3 人,地域包括支援センター職員 1 人,社協 1 人,医師 1 人,民生委員 1 人,老人クラブ 1 人,特別養護老人ホーム 1 人,通所リハビリ事業所 1 人訪問介護事業所 1 人,グループホーム 1 人,居宅介護支援事業所ケアマネ 1 人,保健所 1 人

503 利用者やその家族 2 人,介護支援専門員 1 人,デイサービス職員 1 人,民生委員 1 人,病院相談員 1 人,地域包括支援センター職員 1 人,行政職員 2 人

504 地域包括支援センターの職員 3 人,町内会長 1 人,長寿会長 1 人,民生委員 1 人

505 ①市役所の職員 2 人,包括職員 2 人,医療相談員 3 人,介護支援専門員 7 人．②市役所の職員 3 人,包括職員 2 人,警察署 1 人,民生委員 2 人,自治会役員 2 人,サービス事業所 9 人,介護支援専門員 6 人．③市役所の職員 1 人,包括職員 1 人,弁護士 1 人,日常生活自立支援員 1 人,訪問看護 1 人,訪問介護 1 人,民生委員 1 人,保険外サービス 1 人.

506 医師 1 名,民生委員 1 名,ＮＰＯ代表 1 名,看護師 1 名,介護支援専門員 2 名,障害者施設管理者 2 名,ソーシャルワーカー 2 名,市町村職員 5 名,社協職員 2 名,包括職員 2 名

507 地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,町内会役員 2 人,近隣住民 1 人など

508 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 4 人社会福祉協議会職員 3 人,●●総合振興局 1 人,民生委員 1 人,町内会 5 人,老人クラブ 2 人

509 市役所の職員 1 人,障害部門の市役所職員 1 人,地域包括センター職員 2 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,自治会役員 1 人

510 地域包括支援センターの職員 5 人,地域密着型サービス 3 人,福祉事務所職員 1 人,自治連絡会 1 人,警察 2 人,老人会 1 人,消防署 1 人,民生委員 10 人,区の社会福祉協議会 1 人,老人福祉員 5 人,介護予防推進センター 1 人,学区社会福祉協議会 5 人,保健センター 1 人,医師 2 人,介護支援専門員 5 人

511 市職員 1,包括職員 10,理学療法士 2,栄養士 1,歯科衛生士 1,通所事業所 3 または包括 2,民生委員 2,老人会 2 等

512 包括職員 3 名程度,病院等 1,民生委員 1,自治会 1,家族,本人 1,交番 1,市 1
513 行政職員 1 ～ 4 人,地域包括支援センターの職員 2 ～ 3 人,民生委員 1 ～ 2 人,町内会自治会会長 1 人,役員 2 ～ 4 人,地区社協 2 ～ 3 人,ボランティア 1 ～ 2 人,福祉委員 3 ～ 10 人,介護支援専門員
514 包括職員 3 人,村職員 1 人,保健所保健師 1 人,村社協 2 ～ 3 人,介護事業所 2 ～ 3 人
515 地域包括支援センターの職員 5 人,社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 3 人,デイサービス職員 1 人,民生委員 2 人,利用者の知人 2 人,地域包括 2
516 民生委員 1 人,市役所職員 2 人,訪問介護事業者 1 人,自治会組長 1 人,医師 1 人,ケアマネ 1 人,通所介護事業者 1 人,地域包括支援センター職員 2 人
517 本人家族 3 人,市役所職員 3 人,地域包括支援センター職員 3 人
518 市役所職員 1 人,地域包括支援センター職員 5 人,介護支援専門員 1 人,介護保険事業所 2 人,家族 2 人.
519 市役所職員 1 人,包括職員 4 人,介護支援専門員 1 人,通所介護事業者 2 人,訪問介護事業者 1 人.
520 地域ケア会議に対する事例によって参加者が違う為,5 名～ 10 名程度.
521 包括支援センター職員 4 人ケアマネジャー,警察 1 名,民生委員 1 人（必要に応じて）,地域の方 1 人（必要に応じて）利用者やその家族 1 人,訪問介護事業所（必要に応じて）,通所介護事業所（必要に応じて）,等各サービス提供事業所（必要に応じて）
522 市役所職員 1,包括職員 4,民生委員約 30,介護支援専門員約 20
523 現在は個別の地域ケア会議のみ行っています．市職員 1 名,包括職員（3 ～ 4 名,保健師 1 名,主任ＣＭ 1 名,社会福祉士 1 ～ 2 名）,介護支援専門員 1 人,介護サービス事業所（利用事業所より各 1 名）,社協（1 名,ボランティア,日常生活自立支援事業,徘徊時のみ）,民生委員
524 地区社協相談員 1 人,包括 4 人,ＣＭ 4 人,訪看 1 名,医師 1 人,民生委員 10 人,デイケアスタッフ,デイサービススタッフ,老健相談員など
525 地域包括 3 名,民協 4 ～ 5 人,地域住民 1 ～ 2 人,区役所職員 1 名
526 困難事例として開催することが多く,地域包括支援センター職員,市役所職員（直営のため）が主となり,介護支援専門員,地区担当民生委員,親族が主な構成員．場合により,社会福祉協議会職員,介護事業者,弁護士,司法書士,福祉ケースワーカー,病院相談員等
527 医師 1 人,歯科医師 1 人,民生委員 8 人,福祉事務所職員 1 人,保健師 7 人,直営地域包括支援センター職員 5 人,委託地域包括支援センター職員 8 人,在宅介護支援センター職員 8 人,市社会福祉協議会職員 4 人
528 区担当部署職員（内容に応じて 1 人名ずつ）,地域包括支援センター職員 3 名,介護支援専門員 1 名,民生委員 1 名,利用者,家族 1 名
529 地域包括支援センターの職員 4 人,介護支援専門員町内 6 人,民生委員
530 市役所職員 3 人,地域包括支援センター 10 人（市内全域）．ＰＴ又はＯＴ 1 人,管理栄養士 1 人,歯科衛生士 1 人．●●市方式の地域ケア会議実施
531 市役所の職員 1 人,地域包括職員 3 職種約 4 名,市の社会福祉協議会職員 1 名,自治会役員 2 名,民生委員 2 名,地区の地域福祉推進員（ボランティア）2 名
532 医師 1 名,民生委員,児童委員 1 名,福祉施設職員 1 名,在宅介護支援センター職員 1 名,訪問看護ステーション職員 1 名,社会福祉協議会職員 3 名,ボランティア連絡協議会 1 名,町職員 4 名
533 ①地域ケア会議（高齢者支援に関わる地域の代表者）市役所の職員 3 人,地域包括支援センターの職員 3 人,県（保健福祉）の職員 1 人,社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 19 人,県立病院職員 1 人,薬剤師会 1 人．②地域ケア会議（個別ケース検討型）ケースにおける関係者．③地域ケア会議（地域課題）各介護サービス事業所など,多職種．④地域ケア会議（●●地区）●●地区の医療介護関係者
534 町役場の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,町の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 4 人,介護保険施設事業者 6 人,福祉用具事業者 2 人,病院関係者 3 人,訪問介護事業者 2 人など
535 地域包括支援センターの職員 2 人,村職員 4 人,保健所保健師 1 人,介護事業所職員 5 人,社協職員 1 人,病院,診療所看護士 2 人
536 （地域ケア個別会議）,市役所の職員 2 人,管理栄養士 1 人,包括 2 人,民生委員 1 人,警察 1 人.（地域ケア推進会議）,市役所の職員 3 ～ 4 人,包括 4 人,民生委員 3 ～ 18 人,自治会長 4 ～ 11 人,老人会長 2 ～ 4 人,高齢サロン代表 1 ～ 7 人,医療機関 1 ～ 5 人,薬局 2 ～ 3 人,警察 1 ～ 2 人,郵便局 1 人,ＪＡ 1 人,小学校 1 人,市の社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 12 人,介護保険事業所 6 人,認知症サポートリーダー 5 人,認知症疾患医療センター 2 人
537 その都度
538 市役所の職員 2 名,地域包括支援センターの職員 3 名,ＣＳＷ 1 名,相談協力員 11 名
539 個別事例に関する会議のため出席者毎回ちがいます
540 地域包括支援センターの職員 2 人,市の社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員（管理者）2 人,自治会役員 1 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 2 人,市の保健師,精神保健福祉士 1 人
541 ＜地域ケア個別会議時のメンバー＞行政職員,助言者（専門職）介護サービス事業所,民生委員,ケアマネージャー,家族,包括職員
542 市営住宅課 2 人,包括職員 2 人,生活保護課 2 人,市健康管理班 2 人,市包括支援グループ職員 5 人
543 連合町内会長 1,民生委員児童連絡協議会 1,通所介護事業所 1,人権擁護委員 1,介護支援専門員 2,精神科医療ソーシャルワーカー 1,グループホーム 1,行政 2
544 地域包括支援センターの職員（行政職員）4 人,町の社会福祉協議会 2 人,訪問看護事業者 1 人,居宅介護支援事業者 5 人,看護士 1 人など
545 市役所の職員 2 人,警察 1 人,地域包括支援センター職員 2 人,郵便局職員 1 人,利用者家族 2 人,事業者 2 人,弁護士 1 人,民生委員 1 人,商店主 1 人
546 市職員 2 名,包括職員 2 名,市社協 1 名,ケアマネ 3 名,公民館職員 1 名,基幹型障害者支援センター職員 1 名,

ＵＲ（都市再生機構）職員 1 名,自治会長 2 名,支部社協職員 2 名,民生委員会長 1 名,主任児童民生委員 1 名,老人会会長 2 名.

547 市役所の職員 1 人,,地域包括支援センターの職員 7 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,,圏域内の在宅介護支援センター 3 人,圏域内の主任介護支援専門員 3 人,圏域内の小規模多機能型居宅介護養成所職員 1 人,保健センター職員 1 人,認知症疾患医療センター職員 2 人

548 保健所職員 1 人．,医師 1 人．,ボランティア団体代表者 1 人,,民生児童委員 1 人,,在宅介護支援センター職員 6 人,,社会福祉協議会職員 1 人,,保健センター職員（1 人,市役所職員）,,社会福祉課職員（1 人,市役所職員）,,包括支援センター職員（5 人,市役所職員）

549 市職員 4,地域包括職員 7,社協 1,ケアマネ 1,訪問介護 2,通所介護 2,グループホーム 1,民生委員 1,区長 1,警察 1,訪問看護 1,医師 1,県職員,ＰＴ 1

550 市職員 1 ～ 2 名,包括職員 2 ～ 3 名,ＣＭ 1 名,各事業所 1 ～ 2 名,民生委員 1 名,利用者家族 1 ～ 2 名

551 地域包括 5 人,主任ＣＭ 7 人,居宅 8 人,事業者 1 人,福祉推進員 3 人,民生委員 5 人

552 市役所職員（地域包括支援センター直営の為）3 人,市役所職員（増進センター）1 人,社会福祉協議会 2 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人,（事例に応じて（医師,自治会長等

553 市役所の職員 2 人,包括職員 3 人,介護支援専門員 10 人,看護士 1 人

554 基幹型包括支援センター職員 2 人,地域型包括支援センター 3 人,区社協 2 人,保健センター 1 人,,自治会長 4 人,民生委員長,民生委員 9 人,老人会 3 人,,ボランティア代表 4 人,介護支援専門員 10 人

555 市役所の職員 1 人,包括の職員 2 人,福祉事務所の職員 2 人,医師 1 人,看護師 1 人,臨床心理士 1 人,利用者やその家族 1 人

556 担当地区毎にやり方,構成員が違う,,包括職員 5 名を主に,中には地区社協が主で行う（その場合,包括は事務局）地区もある．,概ね．町内会,地区社協,民児協から代表者（2 名くらい）が出てという会議が多い

557 市役所の市民サービス担当課職員 1 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,市の保健所 1 人,生活保護ケースワーカー 1 人,包括の保健師 1 人,包括の社会福祉士 1 人,包括の主任介護支援専門員 1 人

558 市役所職員 1 人,包括職員 3 人,介護支援専門員 7 人,訪問介護事業者 1 人,民生委員 1 人,ケースによって仮設住宅訪問支援員 5 人

559 行政職員 1 人,県社協職員 1 人,包括職員 1 人,保健所職員 1 人,民間サービス職員 2 人,訪看看護師 1 人

560 市役所の職員 3 人,地域包括支援センターの職員 8 人,介護支援専門員 25 人,訪問介護事業者 2 人,訪問看護 2 人,通所介護 6 人,福祉用具 2 人,グループホーム 3 人,有料老人ホーム 2 人

561 町職員 4 人,地域包括支援センターの職員 1 人,町の社会福祉協議会 2 人,居宅介護支援事業所 1 人

562 市役所の職員 8 人,地域包括支援センターの職員 8 人,在宅介護支援センターの職員 3 人,警察署 1 人,保健センター 1 人,保健所 1 人,看護師 1 人,民生委員児童委員協議会 1 人,社会福祉協議会 1 人,薬剤師会 1 人,介護支援専門員協議会 1 人,病院相談員 1 人

563 福祉事務所職員 2 人,地域包括支援センターの職員 6 人,民生児童委老人福祉員 3 人,学区社会福祉協議会 2 人,●●区社会福祉協議会 2 人

564 行政（町保険健康課 1 人,保健師 1 人,福祉課 1 人,県（保健福祉事務所）1 人）,,町で担当を持つ居宅 CM10 数人,,社協 1 人,,包括 3 人

565 市役所の職員（高齢介護課,福祉課）5 人,地域包括支援センターの職員（2 か所）6 人,市の社会福祉協議会の職員 1 人,介護支援専門員 1 人,医師 1 人,民生委員 1 人,自治会役員 1 人,助言者 1 人

566 地域地域ケア会議は不定期に実施しているので構成メンバーはその都度変わる．主たるメンバーは地域包括支援センター,介護支援専門員,医師,家族など

567 ケアマネ 20,小規模多機能 1,訪問介護 2,ケアハウス 1,老健ショート 2,訪問看護 2,デイサービス 4,通所リハビリ 2,福祉用具 5,社協（町）2,シルバー 1,民生委員 31,町役場職員 4,包括 5．ケアマネ 13,主任ケアマネ 7,介護認定調査員 2,包括 4

568 役場の職員 3 人,介護支援専門員（社協含む）5 人,地域包括支援センターの職員 3 人,病院地域連携室職員（保健師）1 人

569 地域包括支援センターの職員 3 人,市役所の職員 1 人,総合振興局の職員 1 人,介護支援専門員 2 人,訪問介護支援事業者 1 人,町内会 3 人,民生委員員 1 人,家族 3 人

570 地域包括支援センター長 1 人と職員 3 人,居宅介護支援事業所 10 人,訪問介護事業所等介護サービス事業所 4 人,医師 1 人,民生委員 1 人,介護予防事業受託事業所 2 人

571 市役所職員 1 人,包括職員 2 人,ケアマネジャー 1 人,ＤＳ相談員 1 人,訪問介護事業所 1 人,民生委員 1 人,町内会長 1 人,町内副会長 1 人,利用者家族 1 人,医師 1 人,駐在 1 人,消防団員 1 人,消防署職員 1 人

572 包括職員 2 人,センター長（兼務）1 人,市社協 1 人,保健師 1 人,駐在所 1 人,消防,民生委員 5 ～ 7 人,コミセン局長 1 人,医師 1 人,サービス事業所 1 ～ 2 人,地域住民 1 ～ 2 人,本人 1 人,家族 1 人

573 市職員 2 人,地域包括支援センター職員 5 人,介護支援専門員 15 人,訪問介護事業者 1 人,通所介護事業者 1 人,医師 1 人,病院相談員 1 人,福祉用具事業者 4 人※ 1 月開催時の構成です.

574 医師 1 人,民生委員,児童委員 1 人,福祉施設職員 1 人,在宅介護支援センター職員 1 人,訪問看護ステーション職員 1 人,社会福祉協議会職員 3 人,ボランティア連絡協議会 1 人,町職員 4 人

575 市役所,地域包括支援センター,社会福祉協議会,居宅介護支援事業所,介護サービス事業所,医師,歯科医師,薬剤師,司法書士,民生委員等　人数はケースによる.

576 市職員 1 人,包括職員 3 人,介護支援専門員 1 人,介護保険事業者 1 人,ＭＳＷ 1 人,看護師 1 人,利用者 1 人,民生委員 2 人,隣人 1 人等,ケースによって異なります

577 支庁の職員 1 人,保健所の職員 1 人,町内の居宅介護支援事業所 2 カ所各 1 人,民間企業 1 人,社会福祉協議会 1 人,養護老人ホーム 1 人,町立病院の相談員 1 人,役場の職員 1 人,保健福祉総合センターの職員 3 人,訪問看護ステーションの職員 1 人,在宅介護支援センターの職員 1 人,地域包括支援センターの職員 4 人

578 市役所の職員 4 人,直営地域包括支援センター職員 3 人,委託地域包括支援センター職員 3 人,市社会福祉協議会職員 2 人,在宅介護支援センター職員（3 事業所）各 1 人,健康福祉事務所（保健所）職員 2 人,介護支援専門員 2 人
579 運営委員（,医師 1 人,保健所 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問看護 1 人,通所介護 1 人,社会福祉協議会 1 人,民生委員 2 人,医療ソーシャルワーカー 1 人,サービス付高齢者住宅 1 人,特別養護老人ホーム 1 人,小規模多機能ホーム 1 人）事務局（,直営包括 4 人,委託包括 4 人）オブザーバー（,市高齢者福祉課 2 人,市支所 2 人
580 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 4 人,社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人
581 区職員 3 ～ 5 人,包括 2 ～ 4 人,自治会役員 10 ～,民生委員 2 ～ 4 人
582 市役所 1 人,包括支援センター 3 人,市社協 1 人,ＣＳＷ 1 人,介護支援専門員 7 人,訪問介護 6 人,通所介護 2 人,訪問リハ 1 人,通所リハ 2 人,訪看 1 人,医師 2 人,病院 2 人,コミュニティ 1 人,福祉委員 1 人,民生委員 10 人,司法書士 1 人,住宅管理センター 2 人,保健センター 1 人,保健所 1 人,老人会 2 人,商店会 1 人
583 市町村職員,地域包括支援センター職員,介護支援専門員,医師,ＰＴ,ＯＴ,ＳＴ,民生委員,看護師,介護士,精神保健福祉士など　ケースによって出席者は変わる.
584 区役所の職員 1 人,介護支援専門員 1 人,福祉事務所の職員 1 人,自治会役員,地域包括支援センターの職員 1 人
585 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 4 人,医師 1 人,自治会役員 4 人,民生委員 8 人
586 外部講師 1 人,医師 1 人,歯科医師 1 人,民生委員 2 人,居宅事業所 1 人,訪問看護事業所 1 人,訪問看護事業所 1 人,ブランチ 3 人,行政 3 人,社会福祉協議会 2 人,包括 2 人
587 地域包括支援センター 3 人,医師 5 人,消防署 1 人,警察官 1 人,行政書士 1 人,居宅事業所 1 人,通所介護事業所 1 人,地区社協 1 人,自治会役員 1 人
588 地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員 1 人,利用者やその家族 1 人,児童委員 1 人,町内会長 1 人,訪問介護事業者 1 人
589 市職員 1 人,居宅介護支援事業所,地域サロン,自治会,社協（地域街道支援センター）1 人,民生委員,訪問介護支援事業所　包括職員は除き合計 20 人程度,包括職員は全員参加
590 介護支援専門員,訪問介護事業者など,人数は都度変化します.
591 区役所職員 3 人,包括職員 3 人,包括ブランチ職員 1 人,介護保険サービス事業所 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,医師 1 人,区社協職員 1 人,地区福祉のまち推進センターの代表 1 人,食生活改善推進員の代表 1 人
592 市役所の職員 1 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,保健師 1 人,自治会役員 3 人,民生委員児童委員 2 人,地域包括支援センターの職員 4 人
593 市役所職員,包括,社協,ケアマネ,サービス事業所,民生委員,福祉推進員,区長,など･･･個別の地域ケア会議が多いため,そのケースに応じて
594 特に職種人数は固定化しておらず,必要なメンバーにその都度声かけ招集している.
595 そのケースに関わりのある機関,今後そのケースに関わりが必要とされる機関,市役所の職員,民生委員,地区福祉委員,利用者や家族（必要時）包括の担当職員,他包括の職員（1 人）＝計 2 人
596 ケースによるが,記入例の通り.
597 地域包括支援センター職員 6 人,医師 1 人,町内会,民生委員,児童委員協議会,地区社会福祉協議会 15 ～ 25 人,区役所職員 1 ～ 2 人,個別ケア会議（,町内会 1 ～ 2 人,民生委員 1 ～ 2 人,家族 2 人）
598 個別ケースのケア会議であるためそのつど構成員が変わります．地域包括支援センター職員が主催している．市職員,ケアマネジャー,医師,介護事業者,市議,施設職員（障害,生保等）,民生委員,大家,社協,司法書士,障害施設,病院ワーカー.
599 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業者 2 人,民生委員 1 人,家族 1 ～ 2 人（参加できる人）,看護師 1 人,病院相談員 1 人
600 市役所の職員 2 ～ 4 人,地域包括支援センター 3 ～ 6 人,市の社協 2 ～ 3 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,自治会役員 1 人,家族,親族 1 人
601 地域包括支援センターの職員 3 人,社会福祉協議会職員 2 人,介護支援専門員 15 ～ 20 人程度
602 市職員 1 人,包括職員 2 ～ 3 人,社協職員 1 人,ケアマネ（県域の事業所に呼びかける）15 ～ 20 人
603 市役所の職員 1 人,保健センター職員 2 人,地域包括職員 3 人,市の社協職員 1 人,介護支援専門員 1 人,デイ事業者 2 人,ＭＳＷ 1 人,自治会役員 1 人,民生委員 1 人
604 個別課題解決と地域課題解決で構成員が異なります.
605 市役所職員 1 ～ 2 人,地域包括支援センター職員 1 ～ 2 人,介護支援専門員 1 人,医師 1 人,看護師 1 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 1 ～ 2 人
606 市保健師 1 人,包括職員 2 人,ＣＭ 1 人,自治会役員 3 人,家族 1 人,事業所職員 2 人
607 民生委員 1 人,町内会代表 1 人,人権擁護委員 1 人,病院ソーシャルワーカー 1 人,介護支援専門員 1 人,介護保険施設 1 人,認知症対応型デイサービス事業所 1 人,市の社会福祉協議会 1 人,市役所職員 2 人,地域包括支援センター職員 7 人
608 市役所職員 1 人,地域包括支援センター５人,市の社協 1 人,薬剤師 1 人,民生委員児童委員 1 人,居宅介護支援事業所 1 人,訪問看護 1 人,在宅介護支援センター 1 人,健康増進課 1 人,自治会連合会 1 人,高齢者クラブ 1 人,ＮＰＯ法人 1 人,小規模多機能ホーム 1 人※中学校区により参加人数,参加メンバー異なる.
609 市,医療機関,社協,中核,障害者支援事務所,民生委員,介護サービス事業,包括など
610 市役所の職員 2 人,包括職員 2 人,ケアマネ 1 ～ 2 人,サービス提供事業 1 ～ 2 人,民生委員 1 人,その他（警察官）1 ～ 2 人
611 区職員 1 ～ 2 人,包括 5 人,医師 1 人,交番 1 人,各地区民生委員 15 人程度,老人クラブ 3 人程度,社協 10 人程

度,ケアマネ 5 人程度,介護事業所 10 人程度,グループホーム 5 人程度　年 3 回のうち,1 回は全地区対応,他 2 回はそれぞれ 4 地区に分け開催※上記の数は全体の 1 回分の参加者
612 市役所 3 人,地域包括支援センター 4 人,民生委員協議会 1 人,私立病院ＭＳＷ 1 人,社会福祉協議会 3 人,保健センター 2 人,在宅介護支援センター 3 人,老健相談員 1 人,社会福祉士 1 人,介護支援専門員 2 人,ボランティア 1 人,児童委員 1 人,障害者自立支援事業所 1 人
613 介護支援専門員 1 人,地域包括支援センター職員 4 人,民生委員 1 人,区長 1 人,市役所 12 人,保健所 1 人,成年後見人 1 人,サービ事業所 1 人　その他ケースに応じて
614 市職員高齢者・介護担当 1 人,保健師 2 人,地域包括支援センター職員 2 ～ 5 人,社会福祉協議会 1 ～ 2 人,介護支援専門員 3 ～ 5 人,民生児童委員 12 ～ 35 人,障害相談支援事業所相談員 1 人,在宅介護支援センター 1 ～ 3 人,利用者・家族（個別ケア会議のみ）1 ～ 2 人
615 市の社協職員 3 人,包括 1 人,医師 1 人,在支 3 人,民生委員 4 人,保健師 4 人
616 医師 1 人,地域包括支援センター職員 3 人,市役所職員 7 人,ケアマネジャー研究会 1 人,在宅介護支援センター 5 人,民生委員 3 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,保健所 1 人,事務局,市の職員 4 人
617 役場 2 人,包括 1 人,社協 1 人,ケアマネ 2 人,施設 2 人,看護 1 人
618 役所職員 1 人,包括職員 6 人,地域のケアマネ 4 人,民生委員 4 人,医師 3 人
619 地域包括支援センター職員 4 人,市役所職員 2 人,介護支援専門員 2 人,町会長 1 人,民生委員 1 人
620 そのケースに応じて参加者が違うので.
621 個別課題対応型ケア会議,地域包括支援センター職員 3,4 人,介護支援専門員 1,2 人,民生委員 1 人,町会等関係者 1 人,サービス事業所職員各 1 人,医師等医療関係職員 1,2 人,警察,消防等各 1 人,地域課題対応型ケア会議,地域包括支援センター職員 3,4 人,町会等関係者 5 ～ 10 人
622 行政（措置権者として）1 人,包括 1 人,居宅ＣＭ 1 人,民生委員 1 人,介護サービス事業者 1 ～ 2 人,利用者やその家族 1 人
623 地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,市役所の職員 1 人,利用者やその家族 1 人
624 市役所職員 1 人,地域包括支援センター 5 人,市の社会福祉協議会 1 人,居宅介護支援専門員約 6 人,消防署 1 人,保健センター保健師 1,老人福祉センター 1 人,グループホーム 2 人,医師 2 人,学区社会福祉協議会約 5 人,民生委員約 10 人,老人福祉員約 5 人,ボランティア約 3 人
625 市役所職員 2 人,地域包括支援センター 2 人　他はケースにより変化する
626 市役所職員 3 人,包括職員 4 人,社協職員 1 人,介護予防事業所職員 2 人
627 町役場の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員 20 人,訪問介護事業者 2 人,看護師 1 人,通所介護事業者 1 人,短期入所生活介護事業者 1 人,福祉用具事業者 1 人,小規模多機能事業者 1 人,グループホーム事業者 1 人,保健福祉事務所職員 2 人
628 ●●地域ケア会議（町役場福祉課職員 2 人,地域包括支援センターの職員 1 人,社会福祉協議会職員 1 人,特養施設職員 1 人,ＧＨ施設職員 1 人,老健施設,病院職員 1 人）上記以外に,医師 1 人,看護師 1 人,保健師 1 人.拡大地域ケア会議年 2 回ぐらい
629 地域包括支援センター職員 3 人,市役所職員 1 人,家族 1 人,介護支援専門員 1 人,弁護士 1 人など．場合によって変化するので記入が難しい．その他,病院看護し,ＰＴ,ＯＴ,ヘルパー,民生委員,地域生活定着支援センター職員,障害者関係職員　ｅｔｃ･･･
630 地域包括職員 4 人,介護支援専門員 1 人,利用者やその家族 2 人,訪問介護事業者 1 人,通所事業者 1 人,民生委員 1 人
631 区役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 5 人,区の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 10 人,民生児童委員 20 人,学区の社会福祉協議会職員 2 人　会によっては,警察署 1 人,消防署 1 人
632 医師 1 人,包括職員 3 人,介護支援専門員 2 人,看護師 1 人,市職員 1 人
633 市主管 1 人,包括職員 6 人,市社協 1 人,地区社協 1 人,ケアマネ 5 人,自治会 3 人,老人会 5 人,サロン 8 人,ボランティア 2 人
634 概ね,上記の例のとおりです．市役所の職員,地域包括支援センターの職員,市の社会福祉協議会職員,介護支援専門員,訪問介護事業者,医師,利用者やその家族,MSW,一般住民.
635 区保健福祉センター職員 1 人,地域包括支援センター職員 2 人,区社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,通所介護授業者 1 人,（短期入所事業者）1 人,民生委員等 1 人,利用者,家族 1 ～ 3 人
636 町職員 4 人（内,直営包括支援センター転職 2 人）,社会福祉協議会職員 3 人（内,介護支援専門員 2 人,訪問介護事業者 1 人）,社会福祉法人職員 2 人（内,通所介護事業者 1 人,老人福祉施設相談員 1 人）
637 地域ケア会議によって違う
638 町役場職員 2 人,地域包括支援センターの職員 2 人,町の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 5 人,民生委員 1 人（協議により担当の民生委員）,シルバー人材センター職員 1 人
639 市役所 1 人,地域包括支援センター職員 3 ～ 4 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業所 1 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 1 ～ 2 人,通所介護 1 人
640 市役所の職員,地域包括支援センターの職員,介護支援専門員,医師,看護師,司法書士など．　（1 または 2 人）
641 地域包括支援センター 3 人,町社会福祉協議会 1 人,町役場職員 3 人,介護支援専門員 2 人,居宅介護事業所（ケアマネ）30 人,訪問介護事業所 2 人,福祉用具レンタル事業所 2 人,薬局（調剤士）1 人
642 地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 9 人,訪問介護事業所 5 人,通所介護事業所 4 人,グループホーム 2 人,小規模 2 人,民生委員 6 人,利用者家族 1 人
643 包括職員約 5 人,介護支援専門員約 20 人
644 市職員 1 人,サロン参加者 5 人,地域包括 4 人,自治会役員 2 人,市社協 1 人,民生児童委員 11 人,居宅ケアマネ

5 人,市内の他包括職員 6 人,介護事業所 2 人,一般参加者 10 人,老人クラブ 4 人

645 医師 1 人,薬剤師 1 人,理学療法士 1 人,作業療法士 1 人,市（長寿福祉課）の職員 3 人,地域包括支援センター職員 7 人,地域包括支援サブセンター職員 4 人,訪問介護員 1 人,訪問看護師 1 人,主任ケアマネジャー（居宅）1 人

646 市保健福祉センター 3 人,地域包括支援センター 2 人,市社協 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業所 2 人,医師 2 人,薬剤師 2 人,病院ソーシャルワーカー 2 人,特別養護老人ホーム 1 人,グループホーム 1 人,民生委員 2 人

647 地域包括職員 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業所 1 人,通所事業所 1 人,民生委員 1 人,福祉用具専門員 1 人

648 居宅介護支援専門員 1 人,サービス事業所 1 人,各地区社協 1 人,病院,診療所 1 人,医師会 1 人,警察 1 人

649 地区民生委員 1 人,大家 1 人,医師 1 人,看護師 1 人,ＭＳＷ 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,あんしんサポート 1 人,区保健福祉センター 1 人,包括職員 2 人.

650 市役所職員（包括支援センター）4 人,社会福祉協議会職員 3 ～ 4 人,医師 1 人,病院関係 1 人,居宅支援事業所 5 人,在宅介護支援事業所（1 ～ 2 人）※地域別に開催しているため,参加人数に変動があります.

651 社会福祉協議会介護支援専門員 2 人,村保健福祉課保健師 3 人（包括と重複 1 人）,村保健福祉課包括センター職員 3 人.

652 市の職員 1 人,地域包括支援センター 5 人,利用者やその家族 6 人,居宅介護支援事業所 2 人,訪問介護 1 人,通所介護 1 人,民生委員 1 人,自治会長 1 人,区長 1 人.

653 役場職員 2 人,地域包括支援センター職員 3 人,町の社会福祉協議会職員 1 人,居宅介護事業所 2 人,訪問介護事業所 2 人,広域市町村圏組合 2 人,消防署 1 人,郵便局 1 人,警察署 1 人,民生委員 2 人,町議員 1 人,デイサービス事業所 4 人,訪問介護事業所 1 人,ケアハウス 1 人,デイケア 1 人,グループホーム 2 人,有料老人ホーム 2 人,小規模多機能型居宅介護 1 人,薬剤師会 1 人,宅配業者 1 人,老人保健施設 1 人.

654 市職 2 人,支援職員 2 人,介護支援専門員 2 人,訪介事業 1 人,自治会役員 1 人,民生委員 1 人.

655 包括 5 人,自治会 2 ～ 3 人,民生委員 3 人,ケアマネ 2 ～ 3 人,医師 2 人,医療機関（ＭＳＷ）1 人,市民センター 1 人,老人福祉センター 1 人,区社協 1 人,福祉施設 1 人,区役所 1 ～ 2 人,交番 1 人,ボランティア団体 1 人.

656 医師 1 人,人権擁護委員 1 人,社会福祉協議会 1 人,民生委員 1 人,警察（駐在所）1 人,老人福祉施設 1 人,福祉推進員 1 人,町職員,老人クラブ 1 人,介護支援専門員 1 人.

657 役場町民課職員 1 人,地域包括支援センターの職員（社協職員でもある）1 人,介護支援専門員 1 人等．内容によって変化あり.

658 地域包括 3 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人,自治会役員 1 人.

659 地域包括支援センターの職員 2 人,市社協 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,警察署 1 人,行政 1 人,利用者 1 人.

660 医師 1 人,民生委員 1 人,老人クラブ 1 人,社会福祉協議会 1 人,介護老人福祉施設 1 人,居宅介護支援事業所 1 人,訪問介護 1 人,通所介護 1 人,役場職員（住民課 1 人,健康課 1 人,福祉課 1 人）,包括支援センター 1 人.

661 包括職員 1 人,医師 1 人,利用者やその家族 1 人,自治会員 1 人,民生委員 1 人.

662 自治会役員 2 人,サービス事業所 1 人,病院 2 人,特養 2 人,都の団地管理公社 3 人,保健センター 1 人,市役所 5 人,社協 2 人,弁護士 1 人,包括 8 人.

663 市役所の職員（各課 1 人,計 5 人程度）,地域包括支援センターの職員（2 人）,市の社会福祉協議会（1 人）,民生委員,主任児童委員（地区によって異なる）,町会長（地区によって異なる）,介護支援専門員（地区によって異なる）,地区内に住所を有する介護保険事業所（地区によって異なる）.

664 包括の職員 3 人,区社協 1 人,民生委員 1 人．他はケースによってメンバーは変えている.

665 昨年は,事例検討会を小地域ケア会議としたため,ケアマネジャー中心に包括職員,市町村職員の参加がありました．グループワークで 5 グループに分かれて行いましたが,計 52 名の参加でした.

666 市職員 2 ～ 3 人,地域包括支援センター職員 3 人,保健所 1 人,警察署 2 人,自治会役員 1 人,民生委員 1 人,地域住民や,その関係者 2 人.

667 町役場職員 1 ～ 2 人,地域包括支援センター 2 ～ 3 人.

668 市役所職員 1 人,地域包括職員 1 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業者複数,民生委員 1 人,自治会 1 人,その他.

669 市役所の職員 5 人,地域包括支援センターの職員 7 人,市の社会福祉協議会職員 2 人,在宅介護支援センター 5 人,介護支援専門員 1 人,特別養護老人ホーム 1 人,警察署 1 人,保健福祉環境事務所 1 人,消防署 1 人.

670 市役所職員 1 人,地域包括支援センター職員 4 人,区長 2 人,民生委員 2 人,消防団 3 人,警察 2 人,金融機関 2 人,医師 2 人,ガス会社 1 人,リーガルサポート 1 人,薬剤師 1 人,有料老人ホーム 1 人,訪問介護 1 人,通所介護 1 人,ショートステイ 1 人,配食サービス 1 人,小規模多機能 1 人,グループホーム 1 人,介護保険者 2 人,見守りワーカー 2 人など

671 ケースによって異なるが,市職員 1 人,地域包括支援センター職員 2 人,市社協 1 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業所（例：ヘルパー,訪看）2 人,医師 1 人,自治会長 1 人,民生委員 1 人,在宅介護支援センター 1 人,利用者及び家族 1 ～ 2 人.

672 市役所,保険者,自治会長,民生委員,家族,友人,弁護士,司法書士,薬剤師,警察,郵便局,ケアマネジャー,訪問看護,訪問介護,包括.

673 地域包括職員 2 ～ 3 人,主任ケアマネ 1 人,担当ケアマネ 1 人,サービス事業者 3 ～ 4 人,民生委員 1 人,利用者や家族 1 ～ 2 人,認知症相談医 1 人

674 区職員 1 人,包括 1 人,介護事業者 1 人,医師 1 人,医療従事者 1 人,利用者家族等

675 役場職員,主事 1 人,保健師 2 人,社会福祉協議会事務局長 1 人,居宅介護支援事業所ケアマネジャー 1 人,地域包括支援センター,主任介護支援専門員 1 人

676 市役所職員 5 人,地域包括支援センター職員 13 人,シルバー交番職員 3 人,民生・児童委員 4 人,ケアマネジャー 37 人,訪問介護事業者 4 人,デイサービス職員 12 人,デイケア職員 2 人,福祉用具事業者 10 人,小規模多機能型職員 1 人,訪問看護ステーション職員 1 人,介護タクシー事業者 1 人,グループホーム職員 4 人,有料ホーム職員 1 人,医師 3 人,歯科診療所 1 人,病院相談員 6 人,薬局 2 人,訪問マッサージ 1 人,製薬会社 3 人,配食事業者 1 人.

677 地域包括支援センター（直営）3 人,地域包括支援センター（基幹型）2 人,医師 3 人,薬剤師 1 人,ＰＴ 2 人,訪問看護 1 人,訪問介護 1 人,主任介護支援専門員 3 人,国立社会保障・人口問題研究所 1 人.

678 市役所の職員 1 人,地域包括支援センター 3 人,社協 1 人,保健センター 1 人,民生委員 2 人.

679 保健所 1 人,市社協 1 人,包括 3 人,民生委員長 1 人,ボランティア長 1 人,地区社協長及び役員 2 人,自治会役員 1 人.

680 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 4 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,訪問看護師 1 人,通所介護事業者 2 人,自治会役員 1 人,老人クラブ役員 3 人,民生委員 1 人,地域住民 1 人,利用者又は家族 1 人.

681 地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,自治会役員 1 人,福祉協力員 1 人.

682 構成者は,高齢者に関わる地域保健福祉医療関係者及び関係機関.（病院,診療所,薬局,歯科診療所,通所リハビリテーション事業所,訪問看護ステーション,居宅介護支援事業所,訪問介護事業所,老人保健施設,小規模多機能ホーム,特別養護老人ホーム,グループホーム,通所介護事業所,●●町社会福祉協議会,歯科保健センター,●●町民生委員児童委員協議会,支所自治振興課住民福祉係,福祉課,保健センター,保健課等）

683 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員 12 人,訪問介護事業者 3 人,訪問看護事業者 3 人,医療機関相談員等 4 人,通所サービス事業者 4 人,地域密着型サービス 1 人,ＮＰＯ法人等.

684 地域包括 1 ～ 4 人,民生委員 3 ～ 6 人,地区社協 1 ～ 2 人,町内会 1 ～ 2 人,公衛協 1 人,老人会 1 ～ 2 人,サービス提供事業者 1 ～ 2 人,介護支援専門員 1 人.

685 利用者やその家族 4 人,公益 4 人,サービス事業者及び職能団体 4 人,権利擁護・相談事業 1 人,地域ケアに関する学識経験者 1 人,町職員 5 人,包括職員 2 人.

686 ケースごとに異なるが主に,市役所保健師 1 人,包括 2 ～ 3 人,介護支援専門員 1 ～ 2 人サービス事業所 1 ～ 2 人,民生委員 1 ～ 2 人,家族 1 ～ 2 人.

687 地域包括支援センターの職員 1 ～ 2 人,市の社会福祉協議会職員 1 ～ 2 名,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 2 ～ 4 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 2 ～ 4 人,福祉事務所（社会福祉課）職員 1 ～ 2 人.

688 市役所高齢福祉課の 2 つ係より 2 人,地域包括 4 人,ケアマネ 20 人,サービス事業所 5 人,医師 2 人（不定期）,訪問看護ＳＴ 2 人,民生委員（不定期）,地域密着型 1 人．他,市町村主催のケア会議と広域単位での医療と介護のネットワークでの会議があります．社協は存在意義がないことと地域福祉の推進を担う考えがないので,人材もいない.

689 会議の内容によって異なりますが,地域包括センター職員 1 ～ 2 人,市職員 1 人,介護支援専門員 1 人,保健センター 1 人,民生委員 1 人,地域住民 1 ～ 2 人,行政書士 1 人,社会福祉協議会 1 人,利用者や家族 1 ～ 2 人,サービス事業者 1 人.

690 役場職員 2 人,地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 15 人.

691 市職員・住民福祉課 3 人,市職員・包括支援室 3 人,地域包括支援センター 3 人.

692 個別ケース検討…市の職員 2 人～ 3 人程度,包括職員 2 ～ 3 人程度．※その他ケースにより召集．　介護支援専門員等情報交換会．…広域連合支部職員 2 人程度,包括職員 8 人程度（他町村含む）介護支援専門員 25 人程度.

693 別紙参照

694 市役所職員 2 人,地域包括支援センター職員 2 人,社会福祉協議会職員 2 人,在宅介護支援センター職員 2 人,利用者の親族 2 人,利用者の隣人 1 人,民生委員 1 人.

695 毎月 1 回圏域の事業所と事例検討や地域の課題などあげていただくブロック会議を開催しています．市職員 2 人,地域包括 7 人（2 つの包括）,医師 1 人,薬剤師 1 人,事業所職員 20 人程度（デイ,ケアマネ,ＳＷなど）.

696 市役所職員 1 人,地域包括支援センターの職員 1 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,地域住民 3 人.

697 市職員 1 人,包括 2 ～ 4 人,社協 1 人,ケアマネ 3 ～ 8 人,ＨＨ 0 ～ 1 人,医師 0 ～ 1 人,看護師 0 ～ 1 人,民生委員 1 ～ 2 人,ＨＰ相談員 0 ～ 1 人,ＰＳ 1 ～ 3 人,訪リハ 0 ～ 1 人.

698 市役所 1 人,地域包括支援センター 3 人,市社協 1 人,介護支援専門員 1 人,自治会長 1 人,民生委員 1 人,●●広域リハ 1 人,県営住宅公社 3 人,地域住民 6 人.

699 ネットワーク会議（市職員 1 人,地域包括 3 人,社協 1 人,民生委員 10 人,介護支援専門員代表 1 人,自治会 2 人,配食 1 人）　個別会議（市職員 1 人,地域包括 3 人,社協 1 人,民生委員 1 人,利用者,近隣住民）

700 包括職員 4 人,主任介護支援専門員 4 人,介護支援専門員 2 人,医師 1 人,自治会役員 1 人,民生委員 1 人,利用者の家族 1 人,通所介護事業所 1 人,近隣住民 1 人,訪問介護事業所 1 人,訪問看護事業所 1 人,福祉用具貸与事業所 1 人.

701 圏域内の課題を検討する際の構成員　区役所の職員 2 人,区の保健師 2 人,区社協 1 人,ケアマネジャー 20 人,訪問介護員 2 人,訪問看護 2 人,ＤＳ 1 人,ＳＳ 1 人,グループホーム 2 人,民生委員 22 人,自治会長 2 人,地域関係者 6 人.

702 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 4 人,医師 2 ～ 3 人,介護支援専門員,在宅介護支援センターの職員,民生委員,町会長,介護サービス事業所の職員,家族．※会議の内容によって,構成員も人数も変わります.

703 市役所の職員 1 人,地域包括支援センター 4 人,市の社協 1 人,地区社協 1 人,介護支援専門員 1 人,自治会役員 2 人,老人クラブ 2 人,ボランティア 1 人,公民館長 1 人,民生委員 3 人.

704 役場職員 4 人,地域包括支援センター職員 3 人,村社会福祉協議会 3 人,介護支援専門員 6 人,介護保険事業所職員 2 人,病院看護師 1 人,訪問看護師 2 人,病院職員 1 人.
705 市役所の職員 1 ～ 2 人,地域包括支援センターの職員 1 ～ 2 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 1 ～ 2 人,病院の職員 1 人,サービス事業所の職員 1 人.
706 医師 4 人,看護師 2 人,介護支援専門員 2 人,訪問介護事業者 1 人,通所介護事業者 1 人,介護保険施設事業者 2 人,ケアハウス 1 人,役場保健福祉課 2 人,地域包括支援センター 3 人.
707 町役場職員 2 人,当センター職員 5 人,町社会福祉協議会職員 2 人,障害者相談支援センター職員 2 人,民生委員 5 ～ 10 人,介護支援専門員 1 人,交番警察官 1 人.
708 不明
709 地域包括支援センター職員 2 ～ 3 人,介護支援専門員 1 人,介護サービス事業者 1 ～ 3 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 1 ～ 3 人.
710 市役所職員 1 人,ケアマネ 1 人,民生委員 13 人,福祉委員 20 人,自治会連合会 3 人,老人会 3 人,医師 4 人,公民館 1 人,地区社協 2 人,デイホーム専任 1 人.
711 市役所職員 2 人,地域包括支援センター職員 2 人,市社会福祉協議会 1 人,医師 1 人,町会役員 2 人,民生委員 2 人,介護保険施設職員 1 人,介護支援専門員 1 人.
712 区役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 5 人,医師 2 人,連合町内会会長 3 人,町内会会長 8 人,地区社協会長 3 人,民児協会長 3 人,民生委員 5 人,自治会役員 6 人.
713 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,自治会役員 1 人,利用者やその家族 2 人.
714 市役所介護保険課介護予防係 1 人,社会福祉協議会職員 1 人,地域包括支援センター職員 3 人,圏域内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員 1 人,圏域内の介護保険施設職員 1 人,民生委員 5 ～ 7 人,福祉委員 14 ～ 20 人,主任児童委員 2 人.
715 市職員（高齢者福祉課・障害者福祉課）2 人,包括 2 人,保健所 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問看護 1 人,訪問介護 1 人,医師 1 人.
716 包括職員 4 人,民生委員 1 人,自治会 2 人,事業所 1 人,ケアマネ 2 人,その家族 1 ～ 2 人,場合により市職員 1 人.
717 基本的には…市役所職員 1 人,地域包括支援センター職員 2 ～ 3 人,家族 1 人,町内会長 1 人,民生委員 1 人.＋（コミュニティデイホーム援助員 2 人,コミセン主事 1 人,居宅介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,通所介護事業者 1 人,短期入所生活介護事業者 1 人,老健相談員 1 人,訪問リハ 1 人,警察 1 人,など,ケースにより,関わりある方,今後関わる可能性のある方を必要度にあわせて呼んでいる.）
718 地域包括支援センター職員 2 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人,利用者やその家族 2 人
719 市役所の職員 3 人,地域包括支援センター 6 人,介護支援専門員 1 人,あとはケースによる
720 区役所職員 2 人,地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,医師 1 人,地域ボランティア 1 人,民生委員,児童委員 2 人,利用者家族 1 人
721 市役所職員 1 人,健康増進センター保健師 1 人（随時）,（直営）包括支援センター 1 人,市社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人（随時）
722 自治体（市）職員 1 人,包括 3 人,市社協 1 人,市社協支部職員 4 人,介護支援専門員 1 人,医療関係者 1 人,自治会役員 1 人,地域密着型施設職員 1 人,民生委員代表 1 人
723 医師会 1 人,歯科医師会 1 人,警察署 1 人,消防署 1 人,病院連携室 1 人,認知症疾患センター 1 人,民生委員 1 人,婦人会 1 人,老人クラブ 1 人,介護支援専門員協会 1 人,社会福祉士及び介護福祉士会 1 人,市社会福祉協議会 1 人,商工会議所 1 人,関係行政課 3 人,課内保健師 1 人,課内高齢担当係 1 人,課長 1 人,介護保険保険者 1 人
724 家族 2 人,ケアマネ 2 人,保健師 1 人,社福士 1 人,家族 1 人,プランナー 1 人,包括保健師 1 人,保健所保健師 1 人,障害福祉課 1 人,主任 CM1 人,社福士 1 人,サービス事業所 3 人,主治医 1 人,包括保健師 1 人,保健所保健師 1 人,市役所保健師 1 人,社福士 2 人,主任 CM4 人,ケアマネ 1 人
725 町健康福祉課（1 人）,地域包括支援センター職員（7 人）,町社会福祉協議会（1 人）,主任介護支援専門員（1 人）,主治医（1 人）,民生委員（1 人）,介護支援専門員（1 人）,サービス事業所,ケースによって警察,自治会役員,地方事務所,利用者,家族.
726 市役所職員（1 人）,地域包括支援センターの職員（2 人）,介護支援専門員（1 人）,訪問介護事業者（1 人）,区長（1 人）,民生委員（1 人）,近隣住民（3 ～ 4 人）.
727 市職 3 人,県職 1 人,医療相談員 2 人,医師 1 人,歯科医 1 人,介護サービス事業所 5 人,民児協 1 人,老人クラブ 1 人,市社協 1 人,利用者 1 人,ボランティア団体 1 人,介護支援専門員 1 人,事務局として,市職 3 人,包括 3 人,
728 市職員 2 人,包括支援センター職員 5 人
729 市役所の職員 3 人,地域包括支援センターの職員 6 人,保健所保健師 1 人,地域包括支援センターブランチの職員 1 人,理学療法士 1 人,作業療法士 1 人,管理栄養士 1 人,歯科衛生士 1 人.
730 市役所の職員 3 人,地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 1 人,町内会長 1 人.
731 町内会,民生委員などの地域住民 5 ～ 7 人,医師 1 人,医療機関の相談員や事務職等 3 人,介護支援専門員 5 ～ 7 人,介護保険事業所 3 人,区の社会福祉協議会 1 人,区役所 2 人,地域包括 4 人.
732 （地域）地域包括支援センター 4 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,圏域内の介護支援専門員多数,各地区社協多数,民生委員多数,地域包括支援センター職員 4 人,圏域内の介護支援専門員多数,医師会数名,歯科医師会 1 人,歯科衛生士 1 人,（個別）地域包括支援センター職員 1 人,民生委員 1 人,自治会役員 1 人,ケアマネ 1 人,各サービス事業者 1 人,利用者やその家族 1 人
733 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 1 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業所職員 1 人,民生委員 1 人

734 高齢者福祉課 2 人,社会福祉課 1 人,保健センター 1 人,健康福祉センター 1 人,社会福祉協議会 1 人,中核地域生活支援センター,地域包括支援センター 14 人,介護支援専門員 1 人,その他事例にかかわる事業者等数名
735 市役所の職員 1 ～ 2 人,包括職員 3 人,その時々のケースによって違います.
736 市役所 2 人,包括 4 人,市社会福祉協議会 1 人,地域役員 20 人,消防署 1 人,警察・交番 2 人,歯科医師会 1 人,保健センター 2 人
737 地域包括 2 人,社協 1 人,ケアマネ 1 人,民生 1 人,事業者各 1 人,福祉事務所 1 人,保健センター 1 人.
738 町内会長 1,民生委員 1,一般企業社員 2,社会福祉士 3,主任介護支援専門員 1,地域住民 10 名程度,交番 1.
739 行政職 2 名,地域包括センター職員 2 名,社会協議会 1 名,ケアマネージャー 1 名,在宅介護支援センター 3 名,医師 1 名,認知症介護指導者 1 名
740 市役所の職員 1 ～ 2 人,地域包括支援センターの職員 4 人,利用者やその家族 1 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人
741 ①Ａ地区：市役所職員 1,包括職員 6,市社協 1,自治会役員 3,民生委員代表 1,老人福祉相談員 5,老人クラブ代表 1,ボランティア代表 1,薬剤師会代表 1,デイサービス事業所 2,訪問介護事業所 1,ケアマネ 1,②Ｂ地区：市職員 1,包括職員 6,市社協 1,自治会役員 3,民生委員役員 2,老人福祉相談員 6,老人クラブ代表 1,ボランティア代表 1,通所リハ事業所 2,通所介護事業所 2,訪問介護事業所 1,薬剤師会 1,③Ｃ地区：市職員 1,包括職員 6,市社協 1,自治会役員 6,民生委員 7,老人福祉相談員 3,老人クラブ代表 1,ボランティア代表 1,通所介護事業所 2,ケアマネ 1,小規模多機能事業所 1,＋各地区に地域障害者相談窓口 1
742 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業所（各事業所毎に）1 人,民生委員 1 人,利用者,家族 1 人
743 地域包括支援センター職員 2 人,訪問看護師 1 人,自治会役員 1 人,民生委員 1 人,利用者 1 人,家族 1 人
744 民生委員 20 人,社協 1 人,包括 1 人,ケアマネ 10 人,ヘルプ 2 人,ＯＴ 1 人,グループホーム 2 人
745 区役所職員 1 ～ 2,包括職員 1 ～ 2,担当ケアマネ 1,民生委員 1,家族,親族 1 ～ 2,サービス事業所（必要時）
746 市役所 2 人,地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,看護師 1 人,自治会役員 1 人
747 町職員 1 人,地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,医師 0~1 人,利用者または家族 1~2 人,民生委員 1 人
748 地域包括支援センター職員 6 人,市職員 8 人,介護支援専門員 20 人,医師 10 人,歯科医師 5 人,薬剤師 4 人,訪問看護事業者 1 人,介護施設職員 5 人,訪問介護事業者 5 人,通所介護職員 5 人,病院職員 5 人．※参加者数はその都度増減あり.
749 区役所職員 3,包括 8,区社協 1,民生委員 1,自治会 1,福祉のまち推進センター 1,介護支援専門員 1,介護保険事業者 1,食生活改善推進員 1,医師 1,介護予防センター 1
750 市担当課職員 1 人,地域包括支援センター職員 5 人,社会福祉協議議会 2 人,医師 2 人,歯科医師 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問看護 1 人,小規模多機能居宅支援事業所 1 人,民生委員 1 人,自治会役員 1 人,学識経験者 1 人
751 地域包括職員 1 名,介護支援専門員 1 名,民生委員 1 名,訪問介護事業者 2 名,地域福祉活動推進員 1 名,社会福祉協議会 1 名,医師 1 名,看護師 1 名,地域支援者 1 名,住職 1 名,利用者 1 名,
752 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 5 人,介護支援専門員 3 人,医師 1 人,自治会役員 2 人,在宅介護支援センター 1 人,地域の団体 2 人,認知症の人と家族の会 1 人
753 地域包括支援センター職員 9 人
754 区役所 2 人,地域包括 3 人,ケアプラザ所長 1 人,ケアプラザ地域交流コーディネーター 1 人,ケアマネージャー 1 人,訪問介護 2 人,医療関係者 1 人,民生委員 1 人,通所事業所他 2 人.
755 時と場合による.
756 市職員 2 人,包括職員 2 人,介護支援専門員 1 人,介護サービス事業者 1 人～ 2 人,民生委員 1 人.
757 市役所の職員 2 人,域包括支援センターの職員 5 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,医師 1 人,民生委員 1 人.
758 地域包括支援センター 2 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,自治会役員 1 人,民生委員 1 人,高齢者支援センター 1 人.
759 市役所の職員 3 人（包括職員を除く）,包括職員（地区担当・直属上司（班長））,民生委員・福祉員 6 人,自治会長 5 人,施設関係者 1 人,マンション管理人 1 人.
760 市役所 1 人,包括 1 人,介護支援専門員 1 人,警察 1 人,民生委員 1 人,利用者家族 1 人,区長 1 人.
761 医師 1 人,歯科医師 1 人,町内会 1 人,民生委員会 1 人,薬剤師会 1 人,介護保険施設 1 人,居宅介護支援事業所 1 人,
762 地域包括支援センターの職員 4 人,町内の介護支援専門員 10 人程度←定期開催分　民生委員（各地区の会長）3 人,ケースバイケースで警察,保健所,市職員
763 現時点では個別ケースの支援についての会議のみ．地域包括支援センターの職員 3 人,市役所の職員 1 ～ 2 人,介護支援専門員,民生委員や相談協力員,医師,精神保健福祉士,弁護士,介護事業者,地域住民,家族．※関係するメンバーへ声かけ,参加依頼している
764 市職員,地域包括支援センター職員,市の社協職員,介護支援専門員,介護関係者,医師,民生委員等,ケースは応じて構成員や人数は変わります.
765 町職員（福祉部内 1~2 人,介護部内 1 人,保健部内 1~2 人）,地域包括支援職員 1~2 人,介護支援専門員 1 人,利用者やその家族．etc.
766 区役所職員,地域包括職員,区社協職員,介護支援専門員,予防センター,医師,警察署 1,消防署 1,地域役員（町内会長,福祉部長,●●役員）,食改

767 （中央会議）医師 1,弁護士 1,司法書士 1,区会代表 1,民協代表 1,保健師 1,訪問介護事業所 1,訪問看護事業所 1,特別養護老人ホーム 1,老人保健施設 1,地域密着型サービス事業所 1,医療相談室 1,行政役員 3,地域包括支援センター 2,社会福祉協議会 2,（地区別会議）※人数は会議毎に異なる．看護師,介護支援専門員,施設管理者,施設相談員,行政職員,社会福祉協議会職員

768 町職員 1 人,包括 3 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業所 1 人,医師 1 人,利用者・家族 1~2 人,民生委員 1 人．

769 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 14 人,市の社会福祉協議会職員 29 人,グループホーム職員 4 人

770 市役所職員 5 名,,地域包括職員 5 名,,医師 2 名,,主任ケアマネ 1 名,,看護師 1 名,,保健師 1 名,,PT1 名,,社会福祉士 1 名,,社協 1 名,,民生委員 1 名,,弁護士 1 名

771 ※当市は直営 1 ヶ所の運営の為,包括職員＝市職員です．地域包括支援センターの職員 6 ～ 7 名．

772 地域ケア会議の内容による．

773 町役場の職員 4 名,町社会福祉協議会職員 4 名（在宅福祉サービス,地域福祉,居宅介護支援事業所法人運営）,町診療所（医師 1 名,看護師長 1 名,ソーシャルワーカー 1 名）,民間病院職員（ソーシャルワーカー 2 名）,特養・養護施設職員（相談員 2 名）,民間グループホーム・ケアマネージャー（1 名）,民生児童委員（地区担当 2 名）

774 特に職種や人数は定めていないそのつど必要なメンバー（地域や専門機関）に声かけしている

775 医師会 2 人,歯科医師会 2 人,薬剤師会 2 人,保健所 1 人,社協 1 人,民生委員 2 人,訪看連絡会 1 人,ケアマネ部会 2 人,包括 4 人,市役所 9 人

776 医師 1 名,老人保健施設長 1 名,民生委員協議会会長 1 名,障害者施設長 1 名,看護師 1 名,社会福祉協議会 1 名,在宅介護支援センター 3 名,市役所 5 名,県の保健所 2 名,市（事務局）2 名

777 役場職員 3 人,包括職員 1 人,保健センター職員 2 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人

778 町職員,地域包括職員（3 ～ 5 名）,ケアマネ（1 ～ 2 名）,事業所職員（数名）,家族

779 保健福祉センター職員 1 人,警察署職員 1 人,消防署職員 1 人,社会福祉協議会職員 2 人,小中学校長 2 人,地区社協 2 人,民生委員 2 人,自治会役員 7 人

780 市町村職員 1 人,地域包括支援センター職員 3 人,介護支援専門員 1 人,医師 1 人,中核支援センター職員 1 人,介護保険事業所職員 1 人．

781 市役所高齢者福祉係 1 ～ 2 名,地域包括支援センター職員 3 ～ 4 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,通所リハビリ事業者 1 人,保健福祉事務所 1 人,民生委員 1 人,区長 1 人,利用者の家族 1 人,市役所建設課 1 人,精神科病院ソーシャルワーカー 1 名　個別課題解決のための個別の案件により,声かけする方が異なります．

782 市役所職員 1 人又は 2 人,地域包括支援センターの職員 3 人,以降ケースにより,介護支援専門員 1 人,介護事業者 1 人

783 区役所職員 1 名,地域包括支援センター 2 名,民生委員,介護支援専門員,サービス事業所,利用者や家族,･ケース状況により選定しています．

784 事例により異なる　例として包括 2 人,ケアマネ 1 人,サービス事業所 2 人,社協 1 人,民生委員 1 人,自治会長 1 人,行政 1 人,在介 1 人

785 地域包括支援センター職員 2 人,介護支援専門員 10 ～ 15 人,医師 1 ～ 3 人,歯科医師 1 ～ 3 人,管理栄養士 1 人,行政職員 1 人,地域包括支援センター職員 2 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,利用者の家族 1 人．

786 町役場職員 2 人,地域包括支援センター職員 4 ～ 5 人,ケアマネージャー 1 人,介護事業所職員 1 ～ 2 人,利用者の家族 1 ～ 2 人,民生委員 1 人,公民会長 1 人

787 市役所の職員 1 ～ 2 名,地域包括支援センター職員 1 ～ 2 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 1 ～ 2 人,病院の職員 1 人,サービス事業者の 1 人

788 市役所職員 2 人,包括 2 人,介護支援専門員 1 人,訪問看護 1 人,自治会長 1 人,民生委員 1 人,家族 1 人,認知症疾患医療センター 1 人

789 行政職員 2 人,地域包括支援センターの職員 3 人,介護支援専門員 1 人,利用者 1 人,民生委員 1 人,ネットワーク委員 2 人

790 市役所職員 2 人,地域包括支援センターの職員 3 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 6 人,地区社会福祉協議会職員 1 人,保健推進委員 1 人,民生児童委員 1 人,薬局薬剤師 1 人,コンビニ店長 1 人

791 民生委員・児童委員 30 人,介護支援専門員?名程度,訪問介護事業所 8 人,訪問看護事業所 4 人,施設職員 40 名程度,薬剤師 3 名程度,福祉用具事務所 2 人,市・福祉課 2 人,市健康推進課 1 人,市民病院 4 人,市社協 1 人,成年後見センター 1 人

792 地区社会福祉協議会 2 ～ 3 人,大学教授 1,民生委員,児童委員 1 ～ 2 人,市民委員会 2 ～ 3 人,ＰＴＡ 1 人,地域包括支援センター 1 ～ 2 人,町内会連絡協議会 1 人,老人クラブ連絡協議会 1 人,地区広報部 1 人,市社協 1 人

793 ※ケースバイケースになりますが,主に市職員 1 人,包括職員 1 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人,介護保険事業所 1 人,隣人　等々

794 医師 2 人,薬剤師 1 人,民生委員 1 人,高齢者相談センター 4 人,市役所職員 5 人,地域包括支援センター職員 7 人,社会福祉協議会 1 人,保健所 1 人,県民センター 1 人

795 市役所職員 2 人,地域包括支援センター職員 6 人,市の社会福祉協議会職員 1 人　地域座談会と称して,町内会の課題を KJ 法などを用いて,深め,取り組んでいます．

796 高齢者担当市職員 1 人,医師 1 人,歯科医師 1 人,地区社協ボランティアコーディネーター 1 人,地域福祉コーディネーター 1 人,障害者相談支援専門員 1 人,ＣＭ 5 人,民生委員 1 ～ 47 人,介護事業所 10 人,包括 3 人　※会議の内容により,変動あり．

797 町の職員 2 人,地域包括支援センター 4 人,介護支援専門員 1 人,介護保険サービス事業所 1 人,地域の方 1 人,弁護士 1 人
798 町内会役員 6 人,老人クラブ役員 1 人,地区民生委員児童委員協議会民生委員 3 人,地区社会福祉協議会役員委員 2 人,ボランティアグループ代表 2 人,訪問介護事業者 1 人,通所介護事業者 1 人,区役所保健師 2 人,地区健康福祉ステーション職員 4 人,区社会福祉協議会職員 1 人,地域包括支援センター職員 4 人　※重複有
799 市役所 2 人,地域包括支援センター 2 人,ケアマネ 1 人,訪問介護 1 人,民生委員 1 人,家族,本人 2 人
800 包括支援センター 4 人,介護支援専門員 3 人,自治会 1 人,民生委員 1 人,病院関係者 1 人,介保サービス事業所 4 人
801 市役所 2 人,包括 6 人,ＰＴｏｒＯＴ 1 人,歯科衛生士,管理栄養士 1 人,保健所 1 人
802 市役所の職員 2 ～ 3 人,包括職員 4 ～ 5 人,居宅介護支援事業所 4 ～ 5 人,介護保険サービス提供事業所 4 ～ 5 人,施設・病院（連携室）2 ～ 3 人,医師 1 人,薬剤師 1 人
803 市役所 2 人,包括 3 ～ 13 人．ケアマネ 20 人,町会 10 人,民生委員 10 人
804 地域包括支援センターの職員 3 人,市社会福祉協議会職員 1 人,市健康課地区担当保健師 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業所 1 人,通所介護事業所 1 人,ボランティアセンター職員,自治会役員 1 人,民生児童委員 1 人,市総合相談室職員 1 人,警察,生活安全課職員 1 人,県保健所保健師 1 人,病院ＭＳＷ 1 人など
805 市職員 5 人,包括 3 人,ケアマネ 1 人,介護事業 3 人（特養,デイ,福祉用具）,家族 1 人,民生委員 1 人,区長 1 人
806 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 ～ 3 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,利用者の家族 1 ～ 2 人,利用者の親族 1 人,〈ケースにより異なります〉
807 医師 1 人,包括職員 5 人,社協 1 人,ＣＭ 5 人,薬剤師 1 人,看護師 1 人,司法書士 1 人,民生委員 1 人,区役所職員 2 人
808 地域包括支援センター 2 人,班長 1 人,ケアマネ 2 人,民生委員 1 人,自治会長 1 人,警察署 1 人,利用者やその家族 1 人,別荘地の管理事務所 1 人
809 全市的には,地域包括 3 人,市高齢介護 1 人,市障害福祉 1 人,市生保 1 人,府保健所 1 人,社協 CSW1 人,ケアマネ連絡会代表 1 人,訪問介護連絡会代表 1 人,デイ・デイケア連絡会代表 1 人,グループホーム連絡会代表 1 人,在介連絡会代表 1 人．個別的には,ケースの状況に応じて関係機関や専門職,地域住民などに依頼を行い実施している．
810 直営地域包括職員 4 人,都道府県職員 1 名,ＭＳＷ 1 人,ＰＴ 1 人,民生委員 2 人,薬剤師 1 人,家族 1 人,介護支援事業所 1 人,ＳＷ 1 人
811 市 1 人,包括 3 人,社協 1 人,ケアマネ 1 人,訪問 1 人,民生委員 1 人,自治会長 1 人,各担当サービス事業所 1 人
812 市役所の職員 2 人,地域包括の職員 4 人,市社協 2 人,介護支援専門員 20 人,訪問介護事業者 5 人,医師 2 人,看護師 10 人
813 市役所の職員 1 人,包括 2 ～ 3 人,市社協地区担当職員 1 ～ 2 人,保健所 1 人,地域内居宅 2 ～ 3 人,通所事業所 1 ～ 2 人,自治会役員 3 ～ 4 人,老人会 1 人,民児協 3 ～ 5 人,地区社協 1 人,福祉村 1 人
814 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,介護支援専門員 2 人,利用者家族 1 人,保健所の保健師 1 人,病院の MSW1 人
815 村職員 3 人,地域包括支援センター職員 3 人,医師 1 人,看護師 2 人,介護支援専門員 2 人,生活相談員 5 人,介護施設責任者 3 人,訪問介護員 2 人
816 地域包括支援センター職員兼市役所職員 1 人,民生委員 1 人,介護支援専門員 1 人,介護サービス事業者 2 人,利用者の家族 1 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,町内会役員 1 人
817 地域包括支援センター職員 6 人,自治会役員 3 人,民児協役員 3 人,地区社協役員 3 人,他内容に応じて医師,外来看護師,介護支援専門員,サービス事業者など
818 行政職 1 人,県社協職員 1 人,包括職員 1 人,保健所職員 1 人,民間サービス職員 2 人,訪看看護師 1 人
819 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 6 人,介護支援専門員 1 人,介護保険サービス事業者 2 人,在宅介護支援センター職員 1 人,地区社協職員 1 人,民生委員 1 人,町内会役員 1 人,福祉委員 1 人,近隣住民 1 人,利用者とその家族 2 人,保健医療関係者 1 人など
820 市職員 1 人,包括 2 人,社協 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,自治会長 1 人
821 市役所,自治会,民生委員,社協,サービス事業所,警察,家族,本人
822 区役所職員 1 人,地域包括支援センター職員直営 3 人,地域包括支援センター職員委託 7 人,圏域内の主任ＣＭ 1 人
823 市役所の職員 2 人,地域包括支援センターの職員 3 人,民生委員 1 人,福祉事務所職員 1 人,保健所職員 1 人,介護支援専門員 1 人
824 市役所 3 人,地域包括 5 人,居宅介護支援事業所 2 人,栄養士 1 人,薬剤師 1 人,理学療法士 1 人
825 （福祉部 6 課）市役所職員 5 ～ 6 人,民生委員 1 ～ 2 人,（事務局）包括支援センター職員 2 ～ 3 人,保健所 1 ～ 2 人,社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問看護事業所 1 ～ 2 人,医師 1 ～ 3 人,歯科医師 2 人,薬剤師 2 人
826 区役所職員 2 名,区社協 2 名,自治会役員 4 名,包括 3 名,ケアマネ 1 名,訪問介護事業者 1 名,警察署 1 名
827 市職員 1,自治会 1,区職員 1 ～ 2,交番 1,包括 3,民生委員 1　ケースによってその他関係者,介護支援専門員 1
828 地域包括支援センター職員 2,町の職員 1 人,社会福祉協議会の職員 1 人,介護支援専門員,職員 7 人,保健センター職員 1 人,民生委員 3 人
829 地域包括支援センター 1 人,在宅介護支援センター 1 人,介護支援専門員 1 人,利用者やその家族 1 人,必要に応じて民生委員や他機関の相談員等
830 事例によって違いますがだいたい上と同じです．市役所の職員,地域包括支援センターの職員,市の社会福祉協議会職員,介護支援専門員,訪問介護事業者,医師,看護師,自治会役員,利用者やその家族
831 市職員 2 人,包括職員 3 人,警察 2 人,医療相談員 1 人,民生委員 3 人,事業所 1 人

832 市役所職員 2 人,地域包括職員 3 人,社協 2 人,介護支援専門員 5 人,訪看・リハ（2 人）,ＮＰＯ法人（1 人）
833 区役所の職員 1 ～ 2,地域包括の職員 1 ～ 2,自治会役員 1 ～ 3,利用者または家族 1 ～ 2,介護支援専門員 1,介護保険サービス事業者 1 ～ 3
834 医師 1,民生委員児童委員 1 人,介護支援専門員 1,訪問介護事業者 1,訪問看護事業者 1,地域包括支援センター職員 2
835 福祉事務所の職員 1 人,地域包括職員 3 人,区の社協職員 1 人,学区の民生委員等 4 人,学区の社協 2 人,老人クラブ 2 人,警察 1 人,消防署 2 人
836 固定ではなく,ケース応じた職種で協議しています．基本は,包括職員（主任ケアマネ,保健師,社会福祉士）行政（介護保険担当）,社協,主治医,ケアマネ,サービス事業所＋民生委員,近隣者,PT,NS,障害関係など
837 市の職員 1,包括職員 2,民生委員 1,介護支援専門員 1,介護保険サービス事業所職員 2
838 市役所の職員 1 人,地域包括支援センターの職員 2 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,自治会役員兼地区福祉員 3 名,民生委員 1 人など
839 定例会構成員　医師会 2 人,歯科医師会 1 人,薬剤師会 1 人,民生委員 4 人,市社会福祉協議会 2 人,介護支援専門員 1 人,サービス事業者 3 人,福祉委員会 1 人,●●保健所 1 人,地域包括支援センター 1 ～ 2 人,事務局直営包括支援センター 2 人,委託包括支援センター 1 人
840 区役所の職員 1 人,包括職員 4 人,社協 1 人,介護支援専門員 3 人,町会・自治会関係者 5 人,医療相談員 1 人,警察署 1 人,消防署 1 人
841 市役所の職員（消防署,市民課,保健課,福祉事務所 2 ヶ所）5 人,地域包括支援センターの職員 5 人,被保険者（第 1 号,第 2 号）2 人,警察署 1 人,見守りネットワーク増進員 1 人,司法書士 1 人,医師 2 人,訪問看護 1 人,グループホーム 1 人,民生委員 2 人,病院 2 人,通所介護 1 人,社協 1 人
842 地域包括支援センター 1 人,介護支援専門員 1 人,民生委員 1 人,利用者やその家族 1 人,※ケースにより病院 MSW1 人
843 市役所の職員 1 人,地域包括支援センター 1 人,居宅介護支援事業者 1 人,民生委員 1 人,訪問介護事業所 1 人,利用者やその家族 1 人
844 市の職員 1 人,包括職員 2 人,社協 1 人,民生委員 1 人,病院 1 人,担当 CM1 人,サービス事業所,近隣住民（ケースにより参加）
845 役場職員 1 人,当地域包括支援センター職員（3 職種）3 人,他地域包括支援センター職員（社会福祉士,主任ケアマネジャー)2 人,（状況により）介護支援専門員 1 人,介護保険サービス事業所（複数名）利用者やその家族 1 ～ 2 名
846 市役所の職員 1 人,地域包括支援センター 3 ～ 6 人,市社会福祉協議会 1 人,介護支援専門員 1 人,デイサービス連絡会 1 人,グループホーム 3 人,特養 2 人,老健 2 人,訪問看護 1 人,介護者家族の会 1 人,民生委員児童委員 1 人,老人クラブ 1 人,医師 1 人,薬局 1 人,歯科医師 1 人
847 市役所職員 2 名,包括職員 4 人,ケアマネ 1 人,医師 1 名,PSW1 名,弁護士 1 名,警察 1 名,町会長 1 名,民生委員 1 名,地域活動支援センター職員 1 名,利用者,保健所職員 1 名,郵便局等の金融機関の方,他,児相,親戚の方の参加などもありました．
848 市役所の職員 1 人,地域包括支援センター 2 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護事業者 1 人,利用者の家族 1 人
849 記入例にプラスして民生委員 1 名,地域の中の本人とかかわりの深い住民 1 名～ 2 名,警察 1 名,学校（地域に大学があるためそこの学生課の先生）1 名．又,市役所の職員は高齢係だけでなく場合により障害係も含まれる．
850 役場福祉課職員（2 ～ 3 人）,包括職員（3 人）,社協職員（2 ～ 3 名）,介護支援専門員 10 名
851 ●●市医師会 1 名,●●市歯科医師会 1 名,●●市薬剤師会 1 名,●●市民生・児童委員協議会 3 名,●●市地区福祉委員会 3 名,●●市社会福祉協議会ＣＳＷ 1 ～ 2 名,●●保健所 1 名,高齢支援課,●●地域包括支援センター,●●市●●ブロックに事業所を有する居宅介護事業者及びサービス事業者
852 地域包括支援センターの職員 3 人,民生委員 2 人,地域住民 30 人,自治会役員 1 人
853 包括 5 人,町職員 4 人,在宅介護支援センター 3 人,認知症疾患医療センター 1 人,介護支援専門員 1 人（事例提出）,介護事業者 1 ～ 2 人,居宅介護支援事業所 1 ～ 2 人（次回事例提出）
854 包括 4 人,市 2 人,居宅（12 事業所より,1,2 名ずつ）,ヘルパー 3 人,訪看 1 人,有料ホーム 2 人,グループホーム 1 人,小規模多機能
855 現状では特に定めず,包括支援センターと圏域内事業所の介護支援専門員に参加を依頼しています．
856 ①地域ケア個別会議．スーパーバイザー（大学教員）1 人,訪問看護士 1 人,理学療法士 1 人,地域包括支援センター職員．②学区の医療福祉を考える会議（地域によって人数はさまざまです）学区社協,市社協,民生委員,自治会の代表,ボランティア団体,医師（医師会,開業医）,介護事業者（ケアマネジャー,訪問看護など）地域密着型サービス事業所,地域包括支援センターなど
857 市職員 1 人,包括 4 ～ 5 人,社協 1 人,民生委員 15 人,サロン 2 人
858 市（福祉課）,介護支援専門員,サービス事業所,施設,民生委員,病院関係者,薬局,包括職員,社協･･･など,個別ケースの場合はケースバイケース．
859 個別ケースが対象間とメンバーは都度変わる．本人,家族,ケアマネ,弁護士,MSW,民生委員,町社協職員,地区社協推進員,中核地域生活支援センター,行政担当職員,後見人,介護事業者,包括三職等
860 市役所職員 1 人,包括 3 人,民生委員 1 人,福祉協力員 1 人,介護支援専門員 1 人,訪問介護 2 人,訪問看護 1 人等
861 市役所 2,地域包括 1,介護施設 3,養護教職員 1,自治会 2
862 包括職員 2 人,自治会役員 1 人,民生委員 2 人,老人会役員 1 人
863 地域包括 2 人,保健センター 1 人,市職員 1 人,ケアマネ 1 人,事業所（ヘルプ,デイ）2 人,などです．医師は

出席してません.
864 地域包括支援センター職員 4 人,民生委員 25 人,ケアマネジャー
865 地域包括支援センターの職員 3 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,民生委員 20 人,自治会 1 人,町内会 3 人,栄養改善委員 1 人,ボランティア 1 人,保健師 1 人.
866 ※大きな会と本会構成メンバーより,ケースに応じて参集　医師 1,病院 2,ケアマネ 14,福祉用具 3,市行政 16,ヘルパー 6,道行政 1,訪問看護 2,施設 12,通リハ 1,デイ 2
867 3 地区で行われており,地区により構成員が異なる．市の職員 1 人,地域包括支援センター職員 1 ～ 3 人,市の社会福祉協議会職員 1 人,在宅介護支援センター職員 1 ～ 3 人,介護支援専門員 5 人,訪問介護事業者 2 人,医師 1 ～ 5 人,看護師 1 ～ 2 人,通所介護事業者 1 ～ 3 人,短期生活介護事業所 1 ～ 3 人,グループホーム職員 1 人,ケアハウス職員 1 人,特養職員 1 人.
868 市役所保健師 1 人,地域包括支援センター 4 人,社協 1 人,自治会長等 3 人,民生委員 1 人,福祉推進委員 1 人.
869 市職員 3 人,包括支援センター職員 3 人,居宅介護支援専門員 2 人,訪問介護事業者 1 人,通所介護事業者 1 人．福祉用具事業者 1 人,病院ケースワーカー 1 人,利用者又は家族 1 人,民生委員 1 人.
870 市の職員 1 ～ 2 人,包括支援センター 2 ～ 3 人,ケアマネ 1 ～ 2 人,訪問介護事業者 1 ～ 2 人,障害等支援事業者 1 ～ 2 人,民生委員 1 人,家族等 1 ～ 2 人.

補問15－5　あなた（回答されている方）は,地域包括支援センター圏域において地域ケア会議をを開催していくにあたり,何が必要だと思われますか．ご自由に記入下さい.

【自由記述内容 695 件】
1 ケア会議開催についての予算,地域住民の理解
2 主催は当包括支援センターであるが「ケア会議」を参加者の皆さんが必要なものとして意識し,活用していただきたいと思っている.
3 地域の問題について開催した．住民のネットワークと地域課題の抽出方法がまだ理解が乏しい.（私が）
4 行政の理解と協力
5 仮説と目標．役割分担．ご本人・家族の意思の共有化．専門職の一歩前へ出るモチベーション.
6 包括の地域ケア会議を主催する職員以外のメンバーのサポート.（関係者へのアポ取り,場所確保,資料作成等の雑務が多いことで,相談業務に取りかかれなくなることもある．特に,人員が少ないセンターにおいて.）地域ケア会議を,何の為に,どういうケースで開催するのか？という具体的なガイドラインのようなもの.（年に○回開催すること,といった回数の指定だけが先行している為,中身のないただの集まりに過ぎない会議が,数だけこなされるリスクがある．開催する意義が先立つべきと考える.）
7 他機関の人がお互いに情報交換し合う中で,住民のために協力できる部分を助け合う.
8 会議の目的が明確に示され,参加者に周知されている.
9 地域の問題の確認や目的意識の統一.
10 地域包括ケアに対する認識
11 事業所など関連機関の協力体制．地域の協力体制．区へ提言できるシステム．地域包括の経験．区の協力体制.
12 関係者,関係機関が地域包括ケアシステムについて理解し,その構築の手段となる地域ケア会議の重要性を全員が同じレベルで理解することが大事だと思います．地域ケア会議等で連携することは,地域のためでもあり,関係者が仕事をしやすくすることにも大変有効なことだと理解し,少しづつ顔の見える関係を作っていく必要があると思います.
13 1,ケア会議の目的の共有化．2,出席者の個人情報の管理.
14 ネットワークを築き,連携しやすい環境を整えていく．また,地域ケア会議というものを理解してもらうことも必要.
15 ネットワーク作り
16 参加者の会議に対する目的意識の統一（会議に臨む姿勢,会議の役割等）．地域課題を吸い上げる方策等を会議開催までに取り組んでおく．司会者,主催者で,予めゴールを設定する.
17 各種団体との連携.
18 人と人との顔が見える関係作り.
19 主催者側がはっきりとした目的を持って会議に臨むことが必要．論議の方向性は見えないようにして参加者には自由に発言をしてもらい,目的にむけての支援方法を具体化していく．最後には,参加者一人一人の実施内容と期限を明確にして,確認することが大切である.
20 地元医師会との連携.
21 在宅療養についての市民への普及.
22 日頃から地域の方々と連携を取ること.
23 （地域ケア会議について,包括センターについて）関係者の理解,ファシリテーションスキル.
24 認知症がある人や要援護者（とその家族）に対する地域住民の理解．近隣や自治会など医療,福祉,介護に対して経験や知識が乏しい人（認知症になったら精神病院に入れろなどと言う人たち）．支援が必要にな

るまでに,一人一人が地域や友人との関係性を強めていること（自分自身で地域包括ケアの基盤を作っておく）．市（担当課）が地域ケア会議について明確な方針を示すことも必要．

25 ケア会議の目的意識の確認,共有．個人情報への配慮．

26 各種団体の横のつながり．地域の現状把握,問題把握．

27 委託元市町村の協力体制．法人の理解．

28 地域住民への啓発,理解,協力．

29 地域において地域包括支援ケアについて説明はしているが,住民からは「何でも地域,地域と役割を押しつけてくる」との気持ちが依然根強い．ある程度包括が主導していかなければとは感じている．

30 一人一人の「地域を作っていく」という意識．

31 日頃からの地域関係者の方達と顔の見える関係作り．地域ケア会議についての職員の理解促進（研修への参加等）．自分の市は地域問題を取り上げなければ地域ケア会議として認めてもらえない．個別のケースについて話し合ってから地域の問題を取り上げていくという手順を踏むというステップが取りやすいよう,市にお願いしていきたい．

32 地域ケア会議を何のためにしているかを包括職員以外の方にももっと知ってもらわなくてはならない．事例検討の場や,研修会と勘違いしている人もいるように思う．

33 保険者の方針．医療との連携．時間（介護予防支援業務が負担で時間がない）．

34 メンバーの共通意識．

35 日常のケースを通した連携．助け合う連携関係が必要．

36 テーマ設定など,内容を決めることに苦慮している．地域課題の抽出が必要と思っているが,それ自体もできていない．個別ケースを居宅ケアマネにあげてもらう必要もあると感じている．そのためには,ケアマネの説明と理解を得ていかなければならない．

37 ネットワークの把握と構築

38 情報共有．問題意識の統一．

39 個人情報の取り扱いに関するルール．課題から施策につなぐことができる行政担当者の力量．地域住民の協力．

40 地域や介護サービス関係機関等から自由に書かれている課題を引き出せる環境整備や関係作り．開催するだけでなく,課題解決に向けた話し合いができる会議の進行力．地域の課題解決への協力,理解．

41 市の方針や方向性がしっかりと明記されていること．市の職員の力量．

42 行政の統一した指導,指示が必要．包括（委託）に丸投げの状態であり,全てを任されている．

43 市区町村の理解．

44 顔の見える横のつながりが大切と思います．

45 普段からの細かい情報のやりとり．地域のニーズをデータ化する．（アンケート等で）

46 地域との連携．高齢者を支えるネットワークの構築．

47 各職種の地域課題の把握．会議開催後の共通認識．

48 個人情報の取り扱いがあり,町内会長等地域の方の招集について慎重になる．そのため,本人及び家族に,会議でケース情報を扱うことを了承してもらってしている．医者はハードルが高く,また,日中会議するため,出席はない．

49 ケア会議に参加する諸団体も,会議の必要性を感じてもらえるような働きかけ（行政や総合病院が最初から関わってくれているような会議はスムーズに運ぶが,委託包括が,呼び掛けて行う会議は,ケース会議止まりになっている）．地域ケア会議は何なのか,広報してほしい．

50 介護保険法など法令による地域ケア会議開催の位置付け．

51 今は定期開催ができていないので,まずは定期開催を実施していかなければと感じています．各関係機関の理解は必要不可欠だと思います．また,包括の人員体制も．何事もマンパワーかと．

52 国全体,市町村単位での周知．ニュース等で周知報道すべき．

53 包括と地域とのつながり．民生委員さんはもちろん,地域住民にもっと包括の存在を知ってもらう．また,包括も地域性などを知る必要がある．個別課題にしろ，地域課題にしろ,つながりがなければ,あまり意味のないものになってしまう．

54 医師や看護師等,病院の医療職に声をかけてもなかなか参加の返事が得られない．時間のやりくりが難しいのかもしれませんが,地域の社会資源として連携の意識を高めていただくのは,むしろ医療職だと思います．

55 日頃からの担当者間での情報交換や意識の共有が必要だと感じています．

56 まずは行政主導で地域包括ケア会議のあり方や方向性を積極的に示していく必要があると思います．理解がない中で会議を進めても内容の薄い会議になってしまう．

57 行政や包括だけが中心となって話すのではなく地域全体で高齢者支援に当たるという気持ちで会議に参加する．会議をスムーズに進行できるようにコーディネートする力を持つことが必要

58 介護支援専門員がメンバーに加わることと,政策形成へつなげる進行作り

59 日頃からのネットワーク作り,地域住民,関係機関の理解,センター職員のスキルアップ

60 時間,場所（事前ミーティング,協議）,今後の支援について（地域資源）共有

61 関係機関の長の会議出席への理解．市町村担当課の協力．

62 地域医療との連携．情報提供．ケアマネ等の情報交換．

63 総合的なコーディネート力．

64 日頃からの地域との関係作り．地域との信頼関係作り．地域包括の啓発活動．

65 メンバーの意志統一．プレゼンテーション力．企画力．持続力．

66 地域ケア会議を開催,継続し,参加者,出席者の意識改革．

67　ネットワーク.
68　行政がケア会議の重要性と参加の勧めを各関係機関に周知してもらいたい.
69　会議の明確な位置付け.
70　日常的な連携,情報交換.
71　開催することを知ること．また開催する意味も必要性も周知できず,参加者が集まらない.
72　市役所職員の関わり強化．個人情報の開示．開催場所の確保.
73　地域にもわかり易い地域ケア会議の意義周知．医療職,関係する行政担当課の出席．まだ「何故呼ばれたのかわからない．何の会議なのかわからない.」といった空気がただよっています.
74　地域ケア会議を行うことで「地域課題解決につながった」,「解決に向かって話が進みだした」といった成功事例の発表．地域住民,福祉・医療専門職,その他関係機関が情報を共有しやすい内容であること.（参加者全員が困っている地域課題を話題にする）ただ会議を行うだけでなく各専門職が集まっているのでそれぞれが現在関心のあることやPRの時間を作るといった交流会や情報交換会的な要素も含める.
75　それぞれの立場での意見交換．今後に向けての方向性の意思統一（目的の共有）．役割の確認．多職種への理解.
76　予算の確保や,医師や介護支援専門員など,それぞれの専門職に対しての周知.
77　地域支援者の尊重．地域でなければできないこと,専門職が提供可能なこと,どちらでも解決できないことを明確にする必要がある．そのうえで,地域としてできることを地域支援者の中で検討してもらうことが大切である.
78　地域の課題抽出．事例の共有．情報交換.
79　地域包括ケアの具体的な指針．必要に応じ参加者の選定．医師等専門職を呼ぶためのお金など.
80　地域包括ケアシステムを理解し,地域の実情や特性,課題等を共有した上で目標とする地域像を共有することが大事だと思います．動き始めたばかりなので,地域ケア会議の 5 つの機能が発揮できるような流れの体制整備をしていく必要があると思います.
81　アドバイザー,実践力のある職員
82　地域の方々の理解
83　関係機関との関わりやすい連携(普段からの)
84　司会者の力量．行政やサービス事業所等との連携,目的の統一化.
85　地域ケア会議で意見の出た地域での社会資源について政策へつなげること.
86　地域包括ケアシステムを構築し,地域の社会資源の連携強化をしていく必要がある.
87　住民,当事者と支援者間における問題の共有,共通認識.
88　地域課題把握等のケア会議は現在の形でよいと考えている．しかし個別ケースに関する地域ケア会議の場合,医師等の参加に結びつけられずにいる．医師にも参加してもらえるような体制作りが必要と考える.
89　各団体の問題意識が違うため,1 つの目標に向かいにくい.
90　定例的会合にも関係機関が出来るだけ参加していくことが望ましい.
91　介護関係事業所の全員参加が望ましいと思いますが,特定の機関はどんなに呼び掛けても参加頂けない現状です.（参加も任意なので...）
92　開催される地域ケア会議における各人の目的意識(連携)．また,そこで浮き出た課題の解決力(社会資源,施策).
93　構成員の意識　それぞれの事業所が情報を共有し,自己研鑽に努める姿勢を持つことにより,会議が有益なものとなる.
94　それぞれが地域の中でどのような役割を果たしているのかを理解し合うこと.
95　各職種の役割,特色の正確な理解．参加者へ会のテーマ,目的を事前に周知する．日頃の地域連携.
96　市との連携．アドバイザー(専門職)
97　医療機関との連携,医師参加のネットワーク．警察や保健所,弁護士などとの連携(気軽に相談できる関係作り).
98　適切な地域課題を見つけ,住民,地域支援者,関係機関が一体となって取り組んでいくことが必要である．その支援を包括が担っていくべきである.
99　地域住民の協力.
100　出席依頼に対してスムーズに了解頂けること(地域ケア会議の普及).
101　地域の方が必要と思う情報を準備すること．日頃の関係をよくすること.
102　顔の見える関係作り,共通認識,合意形成．それぞれが何の為に参加するかの動機づけ.
103　事前準備をしっかり行う．ファシリテーター能力
104　本人の見守り体制,対象者に対しての周知度を高める．皆が情報を共有し,支援していく.
105　参加者の「自助・互助・共助・公助」の意識．また,社会資源強化により,「その人らしい生活を,住みなれた地域で」という想いを持って取りくむ.
106　関係機関,自治会等との日頃からの関係作り．地域の社会資源の把握．本人・家族との信頼関係を築く．自身の質の向上(ケア会議に向かっていくかどうかの視点,司会力等).
107　総合的な調整能力．時間.
108　利用者との情報共有を意識する．　行政との参加調整（行政参加の会議までには至っていないため）．民生委員など,地域住民とのネットワーク構築.
109　関係機関の協力,理解（市役所,警察,消防,医療機関,介護保険事業所,民生委員,自治会,町内会,老人会など）．　専門職の配置．　時間,場所,予算の確保.
110　日頃からの各機関との連携．民生委員との連携．　本人・家族の地域ケア会議に対する理解．　ケアマネの協力．　会議開催のための根回し．　包括スタッフのスキルアップ．　守秘義務の徹底.

111　医療関係との連携ツール.
112　地域住民,関係者の理解と協力.　主催側のスキル,経験のアップ.
113　地域でのネットワーク作り.
114　開催を重ねていくこと.　地域の視点を忘れずにいれていく.　ネットワーク作り.
115　関係機関との顔の見える関係.　包括職員のマネジメント力,ファシリテート力.
116　地域ケア会議の概念として,どのような形態を示しているのかわかりませんが,地域課題の抽出,発見を目的とした地域ケア会議では,参加者の多様性と共通言語の統一という観点が大事だと思います.どのような人に参加を求めるのか,また情報共有や課題抽出などに至る準備としての土台作りが必要だと思います.個別支援のための地域ケア会議では,様々な意見がある中で,やはり本人の意志を尊重するということが大切だと思います.（しかし現状としては,なかなか本人の意志だけではどうにもならないことがあり,少しでも要望に沿えるよう,社会資源を整備する必要があると思います.）　政策提言に掛かる地域ケア会議では,地域の状況を把握しつつ,地域のニーズをどのように方向性を持って抽出していくか,行政との連携が重要になると思います.
117　該当するケースにとって,各事業者がどれだけ寄り添った支援をしようとしているのかという視点を重視しています.
118　個別ケースの支援内容の充実のために,多職種やインフォーマルサービスの支援ネットワークの構築（社会基盤の整備）.　ケアマネジャー等から個別ケースが市包括に上ってきやすい体制作り.
119　顔の見える関係作り.関係者間のスムーズかつスピーディー情報交換,対応.
120　参加者に求めることを事前に考えておくこと.　時間設定.　会議の目的を事前に知らせる.
121　確実な守秘義務.　本人や家族を晒し者にしない事.　会議について地域での受け入れる体制作り.
122　平成25年度末に第1回を予定しているため,まだ不明瞭である.
123　事例等に対して,様々な意見を出し合える関係作り
124　目的（テーマ）課題の明確化,委託型と直営との連携と課題の共有,事前打ち合わせ
125　人材確保（住民の中にキーパーソン不足）一人何役も受けていて,オーバーワーク.
126　個別及び,地域ごとに地区を絞り込んで行うこと.
127　市町村しか把握していない情報（年金,家族構成,障害者手帳の有無）
128　地域ケア会議を開催する意義の理解.
129　地域の課題をしっかりと把握→地域で独自の体制,資源を確立.地域の課題,個別ケースの事例検討→見守り体制の構築
130　何を目的に実施するのか？.実施することが目的とならないようにしなければならない.市の関わり,理解
131　小さな圏域で事例を用いた会議とそれをバックアップできる会議と3本立てでする必要がある.そのためには,行政のバックアップも必要又それを実施していけるだけの人材（人数）が必要.※今の体制ではなかなかできない（今だに3職種がプランを作成（1人20～30件担当）しないといけない体制のため）
132　包括の圏域といっても,地域がたくさんに分かれているため,それぞれ個々の地域性がある.包括職員だけでまかなっていくのは無理ではないか,と考えます.地域に後づけされた包括支援センターが,全ての地域を把握して取り纏めていくことが難しいです.特に町内会や自治会との連携については課題と思います.サロンや老人クラブなどへ出向いていますが,連携不足を感じます.
133　行政単位での地域ケア会議の目的,計画をしっかりと位置付けること.他職種が連携し,それぞれが抱える問題解決を図ること.職員それぞれの資質向上につながるよう外部講師などをよんで研修すること.地域の持つ特色を把握し,現在の社会資源を活かしながら足りない部分を補えるように連携し合っていくこと.地域住民（子供から高齢者まで）が住みよい地域作りを目指してネットワーク作りに努めること.
134　関係機関と気軽に連携が図れる関係性の構築
135　会議に参加できる人,発言できる人（地域の有力者等）との事前のネットワーク.地域診断,自分たち（客観的に見た人）から見た地域の実情,課題,テーマ.話し合えるネタ作り,会議の目的の明確化
136　日頃のネットワーク
137　守秘義務の徹底.本会議の目的,理解（説明）.市のスタンス（考え方,今後　等）
138　地域の課題の発見から社会資源の開発につなげていくこと
139　定期的な開催.多職種の参加.地域ケア会議の目的共有.ネットワークの強化.
140　地域ケア会議の理解（必要性）.市町村のバックアップ.
141　会議の趣旨,必要性の共有.個人情報保護の理解.
142　民生委員との連携.介護サービス事業者（ケアマネ,サービス事業所等）との連携.
143　介護支援専門委員からの会議へのケース依頼を気軽にしていただく事.打ち合わせに時間が掛かり過ぎるので,スムーズに会議開催できる流れを身につける事が必要.また今ある会議を代用していく事も必要と思います.地域ケア会議に時間をとられ,他の業務が滞りかねないので,委託型としては委託内容も検討が必要と思われます.当初よりケースが複雑かつ困難化しており,職員が長く職に続かないという現状もあります.
144　小地域ごとの細やかなケア会議とすること.誰でもが参加しやすく,事例を出しやすいこと,あらゆる職種が有意義な時間とすること,自由に発言ができること.
145　顔の見える関係作り.会議を通しての発信力.
146　日ごろからの支援を通して,「顔の見える関係性」が出来ていること.
147　市町村の理解と主導的な役割.
148　個別ケースにおいて見えてきた課題が,その地域での課題であった場合,地域間でのつながりが薄かったり,高齢化が進み自分自身のことで手いっぱいで元気な高齢者がいない.又,インフォーマルな資源が少ない.

149 様々な機関や人との関係性,ネットワーク．会議の進行やまとめていく技術.
150 次に活かしていける内容を多く行っていくべきだと思います.
151 参加者の一人一人が基本的な情報を共有していること．司会者の力量.
152 地域役員等のご理解とご協力．幅広い世代への周知.
153 最近精神を病んでいるケースが多いため,精神保健についての専門の方の出席が望まれる.
154 住民の理解.
155 専門職員住民双方の同意の必要性の認識.
156 介護保険サービス業者や地域住民,地域のキーパーソンとなる理解と協力.
157 必須化するなら全国共通のモデルを示して欲しい．必須化だけしてやり方は市町村任せでは進まない．ケースの検討だけならケース検討会になるので,やり方,内容でいつも開催するだけの会議になる．地域の課題を共通理解し,施策化していく会議にするならモデルがほしい.
158 主たる担当者の力量,及び包括メンバー等のチームワーク力と牽引力．抽出した地域課題を明確にし整理,分析できる能力課題を明確に捉え,協議などを進める企画運営力課題に応し,関係部署や機関と連携したし,分担できるコーディネート力とネットワーク力．課題を政策（施策）化できる推進力等々．また,上記のようなことに十分関われる時間！
159 専門職に当たっては事前に課題をしっかり共有しておくこと．介護のポイントを共有しておくこと.
160 包括主催ではなく行政からも関わって頂きたい．業務が複雑多岐にわたること,何でもかんでも包括と言われるのが辛い.
161 自分たちが住んでいる地域に対する関心がまずは必要かと思われます．地域の中でも,横のつながりが希薄でもあるので,地域で何かをするといった事自体になれていないため,地域の課題を住民同士で共有できる機会があれば,地域ケア会議も効果的かと思います.
162 地域ケア会議の周知
163 できる限りの関係者の出席．地域ケア会議の周知.
164 地域主体としての課題の把握．参加者全員が発言しやすい雰囲気作り
165 地域の社会資源について話し合い,活用できる者を共有していく．連携の取り方.
166 疾病に対する理解．地域力の把握.
167 地域の課題を顕在化し,情報共有することが大切．そのため①何でも言い合える雰囲気の場．②情報提供する態度．③負担感少なく進行できる環境（条件）④短時間で課題を整理するスキルが必要だと思う.
168 住民や地域の役員などの理解
169 地域包括支援センター職員が地域ケア会議の開催前に課題の分析と支援の方向性の青写真を描いておくことが必要だと思います．また,職員間の会議の中での役割を明確にしておくことが限られた時間で話し合えるのではないかと思います.
170 メンバーの地域を支えようとする目的意識
171 会議を運営する側の力量
172 なかなかできないでいますが,地域包括支援センター職員が地域に出向き,顔の見える関係を築くことだと思います．地域ケア会議の開催主旨の説明や案内文も本来であれば直接出向き頭を下げて出席を願うべきところです.
173 司会役のコーディネート力
174 地域包括支援センター 3 カ所合同なので,1 包括ごとに開催していくことが必要と思う.
175 地域包括支援センター圏域での開催は人員的にも助言者等関係機関との調整や予算等からも困難．したがって,人員確保（委託料等の見直し等）が必要.
176 地域と各種相談機関等の連携が速やかにできるシステム作り．それには会議という枠組みだけでなく,日頃から各地域団体が催している会合に出向き,顔を出し信頼を得てこそ,本当の連携ができると思う.
177 事例検討の積み重ねから地域の課題,特徴をみつける
178 地域住民の関心と問題意識
179 ケア会議開催をする目的の明確化と成功体験．予防プランの業務の効率化による地域ケア会議開催への労働時間の確保
180 地域での,自治会未加入者への意識の把握.
181 医療機関との連携．精神疾患の方の対応については,行政あるいは保健所の保健師との連携が特に必要.
182 顔の見える関係が必要だと思います．各関係機関とのネットワーク作りを地域ケア会議を重ねながら進めていきたいと考えます.
183 現在ガイドライン作成中．26 年 4 月より施行予定.
184 地域ケア会議 1 回で,ケースが完結することは稀のため,構成員メンバーは何度か集まって頂く必要がある．会議時間も短い訳ではないため,構成員メンバーの所属する長の理解（ケア会議に出席する意義）が,引き続き必要であると思います.
185 超高齢になっても,介護が必要になっても暮らし続けられる地域作り．家族だけでなく,公的サービスだけでもない地域の互助も含めた他職種のネットワーク地域でチームを作っていくこと．事例検討一つをとっても個別の問題に終わらせることなく,普遍化し,又同じような事例に対応できる力を付けること.
186 センター職員の資質向上（レベルが低いので開催する能力がない）．市の職員の資質向上（公務員姿勢の改善）（福祉専門職でないので理解,協力がない）（地域ケア会議は生保ワーカーの協力が必要なことが多いが動いてくれないし,生保ワーカーが自分の担当を把握していない）
187 課題の明確化,対応の検討．地域の特性を知り,圏域内の高齢者,インフォーマルも含めて,サービス事業所への理解を深め,課題の解決,改善に努める．多職種の連携.
188 司会力．まとめる力,判断力.

189 運営スタッフの手間と時間.
190 日頃から顔の見える体制,(関係). 互いの機能役割を理解し,果たせるような取り組み.
191 関係機関のスタッフが顔見知りであること. その為には,普段情報交換会やケース対応を通して交流をしておく必要があると思います. 地域ケア会議実施要領を作り,皆が会議について必要性を理解していることが重要だと思います.
192 有効な社会資源や有識者等とのつながり. 個別の課題から地域課題抽出の視点.
193 活発な情報交換が可能となるような雰囲気作り. 今案で連携が密ではなかった団体(警察,法曹関係者)との連携体制構築のための関係作りが必要.
194 地域ネットワークの構築,強化.
195 司会者の問題解決能力.
196 時間(準備期間,予防支援に追われて開催が難しい)
197 地域包括支援センターに地域ケア会議の開催を制度化するだけでは,呼び掛けても参加が進まない. 参加に当たっての,参加する他の構成員への報酬や加算や制度の位置付けが必要と思う.
198 1 つのケースでも,地域の問題が課題にもなっているのではないか(その本人だけでなく他の方も困っている)等の視点を厚生委員の皆が持って,各部署の啓発や意識づけにも努める. 大問題になる前の「予防」という認識を持ち,地域の孤立化を防ぐにはどうすればよいかという視点も必要だと考える.
199 高齢者が在宅生活を送るための地域の理解と協力. 介護と医療(特に医師)の連携.
200 個別ケース課題分析を積み重ねることで地域課題を発見し,地域に必要な資源開発,地域作りにつなげていくことが必要.
201 時間と人手
202 下準備,関係者の理解
203 地域包括ケア会議をどういう位置付けでどういう風に開催するか,センター内で整理すること.
204 目的の明確化. 会議の内容を行政へあげること.
205 出来る限り連携の輪を広げていくこと. (関係者の出席を促す).
206 地域ケア会議についての周知（関係機関）. 地域の現状を把握. 市町村によって取り組みが異なるため,具体的な事例を通してもう少し学ぶことができればと思います.
207 各々が本音を話せる雰囲気作り.
208 地域ケア会議の必要性の周知,協力理解を求めていくこと. 会議の進行のスキルなど. 会議をしたことの結果が着実にあらわれ,実感出来る仕組み作り.
209 事実に基づく客観的で正確な情報. 関係者（出席者）が課題を認識できるような情報を提示する力. 会議を進行する力. 課題の共有. 目標達成（課題解決）のための支援方法について関係者間で合意形成するまでのプロセス.
210 現在 5 万人を超える人口の市で包括が 1 か所であり,市街地と山間地など課題が異なるため,圏域の見直しが必要と考える.
211 現状では,個人の抱えている困難ケースの地域ケア会議が主体であって,地域の課題の把握等への展開方法に委託型地域包括支援センターの限界を感じる. (医師の資質の問題,スキルの無さ等々)
212 地域包括支援ネットワークの構築が必要である.
213 構成員との日頃からの協力体制の確保. 地域ケア会議の重要性の周知,意識共有. 開催に当たっての連絡調整.
214 専門的なアドバイスをしてもらうために,栄養士,歯科衛生士,理学療法士,作業療法士,薬剤師など,地域課題の解決のためには他に民生委員,町会役員,老人福祉センター,社協などケースによって異なると思う.
215 統一された方向性（意識）を持つこと.
216 地域包括支援センターは,横の連携を密にするため,中心的な存在になると思われる. 関係機関と連携し,相談体制の充実に努めなければならないと考える.
217 町として,地域包括ケア（システム）をどのように推進していくのかという方向性（形）がまだはっきり示せていないので,その部分を示していくことが必要だと思う.
218 地域の中で,地域で高齢者や障害のある人が生活していけるように支え合えるようにしたいと思う気持や,その考えの理解浸透.
219 多職種連携. 個人情報保護.
220 ケア関係者が,困っていることを相談し合う体制作り.
221 個別事例を地域の課題として捉えるとしても一部の人たちによるケア会議では限界を感じる. ●●市では事例はなくても地域の課題など話し合ってきた経過があるので,今の会議のあり方を検討していく必要がある. 医師や看護師とあるが,構成メンバーに入れるにも地域内の病院や診療所に通っているとは限らないので,これも難しい. 圏域ごとにネットワーク会議を開催し研修会を開催し顔の見える関係も出来てきたところである. 厚労省が進める会議だけが全てではないと思う.
222 当センター地区ではまだ地域ケア会議＝特別なものになっており,この会議を継続的に開催することにより当たり前の会議にできればと考えている. その為にも引き続き,開催及び地域住民（必要時）への参加を呼び掛けていく.
223 地域ケア会議に関する啓蒙活動. 主任ケアマネでも普通の担会との区別がついていないことがある. ましてや医療機関や民生委員,地域住民は,国が推進する会議なのだから,国主導でもっとＰＲするべき. 地域ケア会議をする前段階としての地域診断,地域資源の把握を十分にできる余力が欲しい.
224 地域の色々な機関とのネットワーク作り. 医療との連携. 地域ケア会議に対する理解. 行政の積極的な参加ｅｔｃ.
225 各関係機関との連携.

226 会議での検討が有効だと考えられるケースの選定．目的に合った参加者選定．市町村との連携．ケアマネに地域ケア会議の理解を求めること．ケースについて効率的に共通認識出来る資料作り．記録．会議の場所の確保．ネットワークの構築．職員のスキルアップ．
227 担会やカンファレンスとは異なる「地域ケア会議」の関係機関への周知が必要．地域ケアシステム構築への意識を持ち,各分野での協働が出来るよう,市担当課や包括から,もっと発信しないといけない．
228 地域に住む方々の理解．（課題解決に対する意識）行政の協力．
229 専門分野のアドバイザー．
230 関係機関との連携,周知．個別課題を地域課題としていかにつなげていけるか．
231 構成委員の拡充（ケアマネージャーの参加が必要だと思います．）
232 地域の課題を発掘していく．施策や支援を考えていくこと．各専門職やインフォーマルが地域を考えるきっかけになればと思う．誰もが住みやすい町作りに向けて動き出せればと考える．
233 本人の同意と参加（まだ参加にいたっていない）
234 地域性,住民性の把握,地域住民との関係作り
235 地域を組織している活動団体への配慮と今後の付き合い方．社会資源の把握．地域ごとの力関係．主要な方の把握
236 地域住民が,自分のこととして課題を認識すること．
237 事例の選定　個人に関わる事例検討会は定期的に開催しているが,多職種が関わったり,地域の課題につながるような事例が少ない．
238 介護支援専門員の協力,地区住民,関係者の理解
239 時間内に,各役割分担や結論（おとしどころ）を明確にすること
240 地域課題の明確化,多職種参加
241 地域ケア会議を開催することを目的とせずに,地域を作っていく,地域を知る手段として考え,地域ケア会議を行うまでの過程や,行った後に,地域や会議に関わった人がどのように変化したのか見ていくことが必要と思う．地域包括支援センターが地域の人と一緒に動くことで種をまき,地域住民が自ら花を咲かすことが必要ではないか．
242 誰もが意見しやすい　運営方法
243 現在,●●であるため,今のできる所から行っています．
244 地域住民への周知,参加．地域ケア会議運営マニュアル．地域ケア会議進行技術
245 地域ケア会議を開催する基準が市内の各包括がまちまちであり,担当者会議レベルの会議との明確な違いがはっきりしていない．言葉ばかりが先行してしまい,実態や個々の認識が合致しておらず,個々のケースで地域の人が加わった会議を地域ケア会議と称している印象が強い．よって,まず各市町村での地域ケア会議の位置付けをしっかりと行なうことが必要である．（もし,国の方針にある現行のような「地域ケア会議」を開催していくことが必要であれば）
246 開催日や時間の調整（医師等の出席が日程が合わない場合がある）．開催目的を明確にする．
247 事例検討を進行していくスキル（進行側）．事例検討を進めていくスキル（検討メンバー側）．（事例検討を通して地域課題に着目していくスキル）．地域課題に向けての内容を「自分のこと」として,取り組もうとする意識,意欲．
248 重層的な地域ケア会議の開催と参加機関によるネットワーク構築．個別ケア会議を支える,互助の住民体制,地域ケア会議の役割について,啓発活動の強化,自治体（市）による,総合的,長期的な方向性の明確化
249 関係者同士の情報共有と共通認識,課題解決のための役割分担
250 今後事例検討を含めた勉強会が必要
251 行政の理解,協力．包括の知名度 up．医師の理解,協力
252 個別ケースの相談が少なく地域ケア会議に発展しない
253 関係機関等に対して会議を行う必要性を訴え継続して開催していくこと．
254 「個別事例の報告会」の様相を呈しており,情報共有の場に留まっている．時には,参加者からの要望で,参加者が抱えている困難事例の検討会を行うことはあるが,個別の課題を地域課題へと転換したり,地域課題の抽出をするには至っていない．情報共有の先のステップを考えられる会議へと導き,地域のネットワーク構築へと繋ぐ必要がある．
255 地域住民に対しての地域ケア会議の役割や必要性の理解
256 地域課題の掘り起こし（生活に密着した課題を見付けること）．出席者に主体的に参加していただけるような運営．
257 地域の方が当該ケースについて,「自分たちの問題である」という当事者意識をいかに持っていただくか．地域課題を行政側が真摯に受け止め,政策形成に反映してもらえるか．
258 各関係者への会議の内容の周知と出席依頼を行政が行うこと．
259 専門職間での連携作りのため,話しやすい雰囲気作り．個の課題から地域の課題を見る視点．主催側からの一方的なケア会議ではなく,参加者が地域課題,地域作りに取り組んでいくという意識．ケア会議参加者だけでなく,地域全体へ発信できる会議作り．
260 地域課題,ニーズを見つけ出すこと．
261 目的を明確にし,会議を開催すること．センターでも役割を分けて職員の業務が集中しないこと．
262 福祉分野に関わる専門職,住民の皆さんの協力．地域課題の把握
263 支援困難ケースの検討．地域のネットワークの構築．
264 地域ケア会議を開催するためのツール,帳票等開催,段取りや手順,進行について,評価等も含めた一連の流れについての学習の機会．模擬地域ケア会議（個別）の実施するなど．
265 本人や家族の了解,関係者の協力依頼など開催に当たる事前準備に時間がかかる．同じ目的でよりよい町

にしていこうという共通認識が必要.
266 地域ケア会議とは何か．必要性をわかってもらいたい．（住民,地区長などに）
267 ケースに関わっていない多職種も参加し,様々な観点から検討すること．情報の共有,課題の共有,守秘義務の問題の共有．共通認識を持って取り組むこと．多職種協働によるネットワークの構築.
268 ケア会議の必要性を共通に認識．行政の協力．特に医療機関への協力要請．情報提供.
269 圏域内の課題の整理と共有．ケース対応における好事例の共有.
270 スーパーバイザー,司会の方法
271 会議を回すファシリテータの力量．個別課題から地域課題をみいだす.
272 時間と心の余裕
273 会議を進行していく上での,技術不足がある為,定期的な研修会に参加し,質の向上が必要と感じる.
274 行政のバックアップ．→関係機関（公的機関が主）への地域ケア会議に対する理解を深める必要あり.
275 地域ケア会議が各市考え方が違う為,各市共に実施していても名前がケア会議でなかったりする．統一の考え方が必要.
276 専門職以外の力（自治会,老人クラブ等）が参加しやすい環境.
277 ケア会議の周知．他機関や住民,民生委員との関わり.
278 ケアプランを持たず,必要な時に動けるフットワーク．市の協力．CM や事業所の「ケア会議」の理解→聞けば答えが出ると思っている CM が多い.
279 住民の理解
280 行政職員の積極的参加と,公的責任の所在．町会や民生委員,児童委員への周知．（ボランティア参加をして頂く）．守秘義務の徹底（特にインフォーマル資源のメンバー）．br の積極的な参加.
281 日常生活圏（小学校区）毎での開催の方が,地域の実情に合った内容を検討できる.
282 関係機関の連携と役割分担,モニタリング
283 個別事例を通して CM 支援ネットワークを作り地域課題の把握,社会資源の開発等が必要.
284 行政の協力が必要．委託型の包括のため行政での協力がないと実施しにくいときがある．地域ケア会議が具体的に何を行っていけばよいかわかりにくいため,内容が毎回考えさせられる.
285 参加者の日程調整．個人情報の取り扱い（特に地域住民の方が参加される時にご理解していただくのが大変）
286 介護予防等,他業務の軽減が必要だと思っています．ミクロ的視点,マクロ的視点の両方が必要だと思います．政策提言につなげていくための情報（マーケット含む）
287 業務が市からの委託ということもあり,市の協力がないと難しいと思います.
288 課題の抽出ができる環境の整備．困難ケースの検討が上がってくるような環境作り．出席者が積極的に発言できる環境作り（司会者のファシリテーション力の向上等）．医療職の出席.
289 上司の説得
290 ケースによっては,個別課題から地域ケア会議につなげていくことが必要だと思う.
291 明確な開催目的
292 地域ケア会議を行うことに対する意味や目的を明確にする必要があると思う．ただ形式的に行うことが目的となっては出席者の意欲は出ないと思う．行政職,専門職問わず会議を行うための意味や目的を含め,意識を共有化するための働きかけが必要だと思う．また「地域ケア会議」という言葉や方法論に囚われすぎず,現在実施している地域の会議を若干改変して行えば良いというように解釈して認めてもらえれば良いのではと思う.
293 ニーズ調査等から,生活圏域の特性を理解すること．参加メンバーが目的や機能を理解すること.
294 他職種との連携,協力
295 介護支援専門員,関係機関職員,市職員等専門職と民生委員,ボランティア団体,自治会等,一般市民との立ち位置の違いにより利用者の対応方針があり,一致することは,大変難しい事だと思います．介護支援専門員が中心となり,包括がフォローをしながら,介護サービス以外の,社会資源等を活用して地域で利用者を支えることが目的と思われますが,利用者の思いや意向が一番大切だと考えます．利用者の気持ちに支援者はどれだけ添うことができるかが問われると思います．プラン中心ではなく,利用者が地域の中で実際に安心して生活出来るための会議にしたいと思います.
296 開催単位は自治会であるが,自治会役員の会議に対する理解が薄い,または無い場合,スタートから困難になり,信頼関係が築きにくい．実施主体の市が予め説明をし,土台を作っておくことが,先ず必要だと思う．その上で,地域の課題を共有していくことが大切だと思う.
297 積極的に情報交換しようとする意欲と問題提起力が必要.
298 関係機関への働きかけ,包括職員の能力向上
299 多忙な中,日程調整や資料集めなどに追われる準備作業がネックとなり二の足を踏んでしまっている．簡易なチェックのみで済ませられる様式の作成や会場確保などが整備されることでいくらかは開催頻度も増えそう.
300 地域包括ケア推進のために地域ケア会議が必要であるということに対するケアマネージャーや関係者の理解．目的に合わせた会議の運営力
301 地域の方々に地域の課題を共に解決していく場がある事を PR し,地域の住民の方に積極的に参加していただけるようにすること
302 関係職種と機関が集まっての検討機会にて有効に進める．困難事例等も検討する場として活用する.
303 情報の共有．支援困難事例への対応．対策,資源開発
304 地域の代表者が集まる会議形成の場合,地域団体（自治会など）は介護以外のことでも集まって話し合いをしているのでほかの分野との協働が必要と思う．（行政は高齢福祉課が地域ケア会議の担当となるが横断

的な部署の関わりが必要となってくる）．ケース検討会形式の場合,医師の協力（主治医でない医師が参加しているような事例検討会のような形式の場合主治医との関係を考慮した対応が必要になる難しさがある）．

305 地域住民の理解と参加

306 様々な機関に協力頂けるよう周知を図ること．また,協力頂ける体勢作りをすること．

307 町民,事業者等の「地域包括ケアシステム」の必要性への理解と認知度を高めるための啓発．地域包括ケア会議の運営手法を職員が理解する．地域包括ケア会議開催に当っての専門職の確保（医師,弁護士等）

308 ●●市の場合,CM 力の向上を目的とした地域ケア会議と個別のケース（困難事例等）を対象とした 2 つのケア会議を行っている．様々な専門職の視点一つ一つが異なり多様な考え方,視点が捉えられるのは非常に有意義である一方,CM のプランについての批判や突込みもあり機能していない面が正直ある．今後,ケア会議開催に当たり,●●市の場合はもっと地域の方や専門職以外のインフォーマルな方にも参加してもらえる会議となることが必要だと考えます．

309 各地域でキーになる人に出席してもらい,内容を地域に下ろしていくシステム作りが必要．各々の地域課題を明確にし,情報共有できる場にしていくことが求められると思う．

310 地域ケア会議を開催する職員（包括等）の個人の技術,ノウハウの習得．

311 もっと時間が必要です．（予防支援以外の時間）

312 地域ケア会議とはどういったものか,市区町村としての方針を明確にしてほしい．

313 ネットワーク作り

314 会議の参加者が課題解決に向け,共通の目標をもち,協働する．一人一人が意見を出し,それを尊重できるような会議の在り方．会議の目標を明確にし,支援過程につなげていける運営能力．

315 民生委員,自治体への周知．病院,診療所への周知．主催者や出席者の発想力．

316 地域の方（民生委員,役員など）の理解．

317 個の課題→集団の課題→圏域の課題とする過程において住民とともにその課題を発見し,解決することが重要と思う．問題や課題が他人事で終わらないような工夫が必要だと思う．

318 日頃からの連携,会議しやすい雰囲気作り

319 地域ケア会議を開催し,その地域の課題を検討するにも,この後の問いにもある地域包括ケアを進めていくにも,居宅である法人だけでは困難であり,高齢者分野だけにおさまらない．行政や社協などが中心になり,大きく広く進めていく必要があると思う．

320 事務局の運営する力量,能力．関係機関の主体的参加,発言．ネットワークの構築,関係作り．会議であがった意見の集約と政策へつなげる力．

321 議題が上がった時や支援者より開催の依頼があった際に,すぐに対応が行えるような体制作り．日頃より地域の支援者（区長,民生委員,福祉推進委員）等の地域ケア会議に対する意識作りが必要．

322 日頃の業務に追われ,会議を行う時間や人員の確保が難しい状況にある．

323 行政の積極性（意識）．開催の必要性を理解．各関係機関,地域への周知,広報．

324 地域包括支援センターの職員の定着,地域を知ること．

325 医療関係者（Ｄｒ．）の参加を促すが理解が得られにくい．

326 地域ケア会議とは何かを,地域の人にも理解してもらうこと（まだ始めたばかりで参加者に浸透していない．）

327 地域ケア会議開催の目的の周知．

328 各業種の連携

329 担当者の理解（医師会等含む）,協力

330 議題の明確化．会議の設定の準備．課題の抽出

331 地域包括の存在意義と法的根拠を自治会に理解してもらえるよう市にリーダーシップを発揮してもらいたい．「市役所の下請けの下請けなんかの相手はしない．」と拒否されている状態では正常な地域ケア会議の運営は極めて困難と言わざるを得ない．

332 開業医主治医との連携（認知症に対する理解不足の医者もいるので）→医者にも参加していただきたい．

333 地域課題の明確化．自助・共助・公助・互助の役割分担,意識の整理．自助・共助・公助・互助の役割認識の明確化．行政内の包括ケア体制構築の必要性の理解．平素より,関係機関と核となる地域住民との交流と地域作りを皆でやろうという気持ちの維持と啓発．

334 地域ケア会議で方針や議題に関する提案があっても町が全く動こうとしてくれないため,開催しても,あまり意味が無いというムードが流れている．都心で在支で働いていた時期もあるが現在,担当している町の「なあなあ」な感じが,そのままケア会議にもある．もっとフットワークを軽く連携を取ることは必要だし,共通意識も必要．

335 個別ケア会議の実施．インフォーマルとの連携．

336 開催についての理解と個人情報の保護．包括職員の地域ケア会議開催に向けて,ファシリテーター等のスキルアップを含めたスキルアップ．居宅介護支援事業所と連携強化．

337 専門職の人材確保（オブザーバー的）

338 住民への啓発,行政の後方支援．専門機関が参加してもらえる仕組み．医師への理解．

339 地域ケア会議の開催目的をはっきりさせて,構成員に伝えることが必要である．また,構成員一人一人も常に地域の課題を把握することも大切と思われる．行政の地域福祉計画等も念頭におき,どのような地域を目指していくのか目標を設定していくことも必要と思われる．圏域の社会資源のネットワークや,会議の出席等,重要な会議であることの周知を事前に行う必要があると思う．

340 関係者の役割認識．

341 外部機関との連携…警察,消防,弁護士,司法書士等の法曹関係者との連携が弱い地域があるため,今後の課

題．　地域課題の拾い上げ…個別案件を検討する中で地域の抱える課題を明らかにして,行政や地域の人たちに施策や行動に移してもらうための働きかけ．
342　地域全体の周知．
343　福祉専門職も含め,地域住民や多職種分野等広くて地域包括ケアシステムについて理解や説明を行っていく事が必要と感じている．
344　関係機関同士のネットワーク．
345　開催目的についての共有意識　市の他課の理解　次につながるシステム
346　多職種での連携．
347　顔の見える関係作り．
348　地域との顔の見える関係性作り．
349　地域との顔の見える関係作り．
350　市の指導力．
351　地域で何が問題となっているか,活用できる社会資源はあるかなど,地域の細やかなアセスメント．医療・福祉以外の分野とのネットワーク作り．上げられた課題を,地域に住む人たちの課題として,捉えてもらうための,地域の福祉に対する考え方や実践力の醸成．
352　他機関に参加の依頼をするに当たり,地域ケア会議の意義,必要性を理解していただけていないと感じる．（消防,警察,福祉事務所（担当課以外の）等）
353　医療・福祉従事者だけではなく,地域の方が参加し,課題発見解決ができるような仕組み作り
354　開催側の会議運営のスキル（個別ケース→地域課題→発信できること）
355　ビジョン
356　専門職の方の費用弁償を含めた,開催要項等の整備．専門職以外の方について,個人情報保護の観点から「同意書」を取ること．福祉行政のみならず市の他部署との調整が必要な課題が生じたときの,市内部での討議→予算,事業化など．
357　介護保険サービスや福祉サービスについて理解のある行政職員に出席して欲しい．
358　時間
359　地域住民を含めて地域課題を皆で共有し検討していくことの重要性を理解してもらうための啓発,働きかけ．地域ケア会議を運営する包括職員のスキルアップ．
360　個別課題の解決,機能の充実．地域課題を発見する機能．
361　各職種や出席者における活発な意見交換．個別ケースの検討等による地域課題の抽出,把握．出席者の高いモチベーション．
362　参加者が参加して良かったと思えるような内容の会議であること．
363　地域ごとの課題分析．住民(町内会役員)との顔の見える関係作り．
364　目的
365　平成 18 年の開設から事例検討会及び地域ケア会議等を開催してきた．平成 24 年度から地域包括ケアシステムの構想が打ち出され,担当としては,今まで実施していた形を全て変えなければならないのかという疑問が出て開催が休会となっている事から,まずは,個別事例がケアマネだけではなく,日常生活圏域の関係者を巻き込みながら実施し,地域課題等を発見し,地域作り資源開発に結び付け,制作に向かっていければと考える．（サービス担当者会議の充実にもつながる）
366　地域課題の明確化とそれに対する支援策につなげていく意識を高めていくこと．主催者(包括)と行政との連携．行政の積極的介入(ケア会議について明確な位置付け,役割など)．参加者,主催者などが共有できるような関係作り．（※現時点で,主催者と参加者の温度差が大きい為．）
367　多職種の連携．ネットワーク．アセスメントや問題解決能力．地域との信頼関係．
368　関係機関の連携
369　情報の共有．参加者の選別．参加者が支援の方向性につき,共通の認識を持つこと．
370　包括で取り上げる地域の課題を市の課題としてすくい上げる場や政策に生かしていけるよう話し合いの場が必要．行政職員が会議に参加することはもちろんだが,会議の持って生き方や次に反映していくためには行政職員も地域ケア会議運営の知識を学ぶことも必要だと思う．包括と行政が一丸となって取り組む姿勢も必要．例えば,「地域ケア会議は包括がやるものでしょう」ではダメ！それぞれのできることを役割分担する確認作業も地域ケア会議をやる大きな意味になると思う．
371　行政職員の知識の周知．
372　日頃からの連携
373　地域の方々の意見,たくさんの人々の関わりで支援しているという事を共有理解することで抱え込まずに支援できるようになると考える．
374　包括職員のスキル．医療職,警察官など関係機関の理解
375　医療・介護の専門職や地域の関係者と日頃から顔の見える関係作りを行っておくことが必要だと思います．
376　地域診断,地域の組織（民生児童委員等）との日頃からのつながり（顔の見える関係）→地域の困り事などが開ける場面．地域の事業所との日頃からのつながり．
377　参加者へ何の為に会議を行うのかの趣旨説明をし理解していただく．又,包括支援センターの周地や理解
378　開催する側に,地域ケア会議を運営するスキルが育っていないので在支会議等を地域ケア会議の一つと位置付けてスキルアップの場とする．
379　会議を開催して,何を期待するのか,開催する側も明確にする必要がある．個人情報をどのように共有するのか,課題．
380　地域ケア会議の意義,目的の理解,周知．

381 地域及び地域にある介護,医療機関との情報共有が必要（自治会,民生委員）．同時に,地域ケア会議を開催し,課題解決を関係機関と行い,成功体験を重ねる．居宅支援事業所への定期的な声かけ．
382 町内の居宅サービス事業者や介護老人福祉施設関係者,保健所（精神保健関係機関）には,毎回出席して頂いており,十分に連携できていると思われるが,町内の医療機関関係者には出席して頂いていないため,十分な連携が取れていない．町内の医療機関に出席を要請する働きかけを行う必要があると思う．
383 現在は専門職中心の会議であるので,地域との連携も図っていきたい．
384 多職種協働であること．地域ケア会議の必要性,重要性を理解してもらう．個別ケースから課題を分析し,地域課題を把握すること．
385 出席者の日程調整に時間が掛かり,報告会になり易いため,迅速に集まって具体的に役割分担を,その場で決めていきたい．
386 地域ＣＭさん達が,地域ケア会議の必要性を理解され積極的な参加,事例の提出につながるよう,周知していくことが必要と考える．
387 包括,ケア会議の理解（広報,啓発）．関係者への情報提供,地域住民を動かすためのコーディネート力
388 1,圏域内外のケアマネジャーと日頃から何でも話し合える関係を作る．2,職員のスキルアップ．3,地域ケア会議の開催の必要性を把握．4,無理に医療関係者を引っぱり出さない．5,地域のキーパーソンをみつける．
389 医療関係者との連携
390 関係者としての医師の参加あるいは医師からの情報．地域ケア会議開催の目的や内容を関係者に理解して頂く体制作り．地域ケア会議,運営上のスキル
391 地域住民の福祉に対する認識の高さ．「地域で支え合おう」という精神．各専門職の地域ケア会議に対する意識の高さ．
392 参加者の開催する目的意識の共有．討議する内容の現状把握と課題の分析．
393 自治医や看護師の参画．自治会の理解と参画
394 関係機関の理解（特に,行政や直営包括の理解）．
395 地域ケア会議の実施が求められる理由,機能,効果を専門職だけでなく地域のキーパーソンとなる住民にも理解してもらう．個人情報の取扱いに対する明確な指針となるようなものを用意する．市町村として地域ケア会議開催の目的を明確にしてほしい．
396 構成員間においての地域ケア会議の目的,あり方の共有．地域資源の開発とそのための構成員の見直し（現在,当市の地域ケア会議では民生委員,町会長等の参加がないため）．議論しやすい雰囲気作り．
397 地域包括ケア会議の重要性や地域での生活を共に行うことの大切さ．
398 地域ケア会議開催についての各事業所の代表者や法人の理解が必要だと思います．
399 地域,事業所,役所,HP,警察,消防の連携,参加．特に保健福祉センターとの関わりも希薄．
400 市役所をはじめとする各機関の協力．地域ケア会議が周知されていること．（各機関,地域に）
401 地域のネットワークの重要性を認識していただくこと．自分たちが地域を支えていくという意識．顔の見える関係．
402 ネットワーク．根回し．下準備．
403 まだわからない（開設して 1 年たっていない為）が団地のある地域は高齢者が集中しており,この地域には集中的な支援が必要だと感じている．
404 関係機関や民生委員,自治会をはじめとした地域住民の理解．介護支援専門員と地域包括及び行政職員との信頼関係の確立．
405 関係機関との連絡調整．（会議の日程調整や情報共有）日頃から,顔と顔の見える関係作りの構築に努めていく．
406 地域ケア会議を定期的に開けるよう日頃から他職種と連携すること．
407 様々な視点から課題を捉え,発展的に考えていくことが必要．構成員も専門職だけで固めると課題だけに目が行き現実味がなくなってしまうので,近隣住民,同世代,同郷の人なども必要に応じて参加し,生活者に近い感覚を忘れない．会議の目的が困難事例であれ個別支援につながることを意識する．
408 現在,個別のケースを通した地域ケア会議を行っている．圏域において構成員が定期的に集まり個別ケースの検討やそこから見えてくる地域課題を把握していく必要があると思われる．
409 地域ケア会議は課題が多岐にわたる場合も多いため,事前の準備と計画が充分に練られていないと充実したものとならない．
410 開所して 1 年未満なので地域の人との顔つながりをするように心掛けています．自治会の行う,集まり,地域のふれあいデイサービス,民生委員が主催する昼食会,福祉協力員が行う見守り活動に参加し,地域住民や地域の福祉協力員などとの人とのつながりを多く持つようにしています．次年度から多くの人を巻き込んだ本格的な地域会議を定期的に持ちたいと思います．
411 地域の中の横のつながり（顔の見える関係）
412 参加関係機関から,いかに地域高齢者のニーズや課題を引き出し,関係者間で情報共有していくことが必要．
413 関係機関と顔の見える関係作り
414 民生委員や介護サービス事業所,駐在所,消防との連携は定期的な地域ケア会議にて顔のつなぎができていますが,自治会長とのつながりが難しいと思っています．（年に 1 回ずつ交代するため）．地域の社会資源を充実させることも,顔つなぎによって成し得るものなので,とにかく包括の顔を知っていただき相談体制を整えることが必要と思われる．
415 各関係機関の役割の正しい認識．地域の課題を地域の一員として協力解決しようとする意思．社会資源開発の為の発想力．顔の見えるつながり．
416 日頃から気になったケースなどについて,こまめに連絡をとったり,報告,相談等を行い,風通しのよい関係

作りが必要だと思います.
417 関係機関の皆様,お忙しい中多数の参加いただいています．何のために,地域ケア会議を開催しているのか,目的を明確にすること．→顔の見える関係作りをして,お互いの役割を知り,円滑なネットワークを形成するため．→地域の課題を共有するため.
418 開催の主旨や地域の課題を正確に伝える力．職員への信頼感（地域からの）
419 地域関係者をケア会議に招集する際の関係者の連絡先の入手にいつも手間取る．関係者間の顔の見える関係が形成されていれば,もっと開催がスムーズに行えると思う．（連絡先等個人情報の壁）また,高齢者を地域で支えるという意識は自治組織も高いため,民生委員以外の地域関係者との研修,勉強会などを通して共通認識をもっていくことが必要.
420 ルール作り．顔の見える関係作り．方向性を一致させる．お互いの立場を理解する（役割分担）．行政の協力
421 ケア会議を参集するに当たり,医師や地域関係者の理解．ケア会議の目的等の周知.
422 地域ケア会議への理解と協力
423 地域ケア会議を開催する職員のスキルアップの研修
424 地域の個の問題から地域全体の問題を見つめ検討していくこと
425 事例を通して地域ケア会議を行うが,事例紹介までに時間がかかってしまう為,エコマップなどの情報が必要であった．又,連絡調整など労力がいる為時間がとにかく必要であった.
426 ファシリテーション能力．地域ケア会議の主旨を理解して参加していただくこと（主催者,参加者）.
427 医療との連携
428 参加住民や地域団体の方に「地域ケア会議」についての知識を得る機会が必要⇒事前研修受講.
429 地域の事例の中で課題の把握．地域ケア会議の構成員への参加要請等の調整．地域ケア会議でのファシリテーション.
430 保健,福祉及び医療の担当職員等の連携及び連絡調整を図ること.
431 地域住民が相談,通報しやすい体制（潜在化している課題の顕在化）．関係者の地域ケア会議に対する理解（積極的な参加,問題解決能力の向上）．他機関との連携強化
432 多職種との連携の強化
433 ●●市方式である介護予防計画書の検討としての地域ケア会議は市主催で実施していますが,圏地のニーズ発掘や,困難事例の検討についての会議は実施していません.
434 各地区との関係性の構築．そのための訪問時間の確保．開催準備のための時間確保．人材確保．開催時持参できる端末などの機材．職務として参加出来るケア会議開催のためのスキル up 研修.
435 医療と介護の連携
436 参加者へ目的を明確に伝える．高齢者や認知症の理解（参加者）.「気づき」の視点を持ってもらう（参加者）．ネットワークの必要性（参加者）
437 多職種との連携．地域課題の把握
438 多職種の連携．民生委員,自治会が高齢化しており,40 代,50 代の協力.
439 地域住民の精神障害．認知症への理解,介護保険や包括,居宅ケアマネージャー業務について周知．地域包括ケアシステムが必要になってくることの理解.
440 介護支援専門員,地域役員の方に周知．回数を重ねる事で会議の意味を理解して頂く.
441 個別ケースの積み上げが未だ充分ではないので,これから努力していく,個別のケース会議を重ねる必要があると思う.
442 地域で起こっている個々のケースの具体的な課題や現場の生の声から上がった地域課題をそこに直面している人だけではなく,関係機関や市民と共有し,必要な取り組みやそれぞれの立場でできることを考えてもらい,行動してもらえるような検討の場にしていくこと．課題提起の方法や会議運営について,市と包括で知恵を出し合い工夫しながら運営していくこと.
443 行政との良好な連携．関係機関．地域福祉関係団体への周知．自包括内の事例の積み重ね．圏域内社会資源の更なる把握．連携できる関係性の構築
444 市の協力
445 個人情報守秘．ケースの理解とケア会議開催の目的の共通認識．地域資源の把握.
446 地域でその人（対象者）を支える視点を,皆に理解してもらう事.
447 地域ケア会議の開催目的の共通理解.
448 事例検討を積み重ねることにより,多種目間の連携強化,自治体内での関係部署の連携強化は図れてきていると感じている．今後は課題解決能力の向上のほか,事例の積み重ねにより地域課題の把握及び地域力を向上し,市民を含めた関係者と地域課題を共有し,それぞれの立場でできることを考えて行動に移していくことが必要と思われる.
449 個別事例検討から課題抽出し,政策形成につなげるまでのスキル．多職種協働による自立支援の体制作り,地域作り,資源開発するスキル
450 情報収集と情報共有する為の下準備
451 地域とのネットワーク．まだ地域に入り込めていない．実態把握に足を運び,インフォーマルな資源との連携が必要かと思うが時間がない.
452 1,ネットワークの調整力,2「事例検討」をスムーズに進行していく為の会議進行技術．3 会議前の課題解決の為の資料の充実,4 個別の事例検討から,課題解決を蓄積することにより,地域課題が明らかになっていくだろうが,その地域課題からみえてきた,資源開発の検討,地域作りまでの方向性を導いていけるかどうかが不安．その調整力や制作力が求められる.
453 地域関係者との信頼関係,平常時からのコミュニケーションをとっておくこと

454 関係機関との共通理解．関係機関との連携強化．
455 委託型包括にて,行政の積極的な姿勢（説明等）が必要．1 包括が地区団体にアプローチしても,受け入れてくれる団体もあれば「必要ない」「どんなメリットが」と（いくら説明しても）門前払いされることも．ケース対応は専門性をもってできるか,地域のこととなるとスキル,ノウハウ不足が否めない．コミュニティソーシャルワーカーのような人材が必要と思われる．
456 包括内では問題提起のための 3 職種の合意形成,個人情報があるため,守秘義務の徹底,問題ケースについては 1 人で抱え込まないこと,チームで必ず対応すること．
457 声が大きい人の意見に流されないように考えを持つ．リスクを考えると施設に入れた方がいいという人が多く会議を開くことで施設入所が多くなる危険性もある．警察や消防,地域住民に地域包括ケアを伝えるのは包括だけでは無理がある．
458 知識と経験が必要だと思います．
459 地域の声が挙がるような地域ケア会議にするために多種多様な方面からの参加が必要だと思います．（例）高齢者のゴミ処理能力が地域の高齢者の実態等
460 当事者の声をすくいあげること．問題意識をもち,それを地域の課題として考えること．
461 多職種の方をそれぞれが自由に意見を言い合える雰囲気．
462 「地域ケア会議」の概念の理解．地域包括支援センター職員ですら明確に答えられない．ケアマネもヘルパー等も充分理解してるとは言えない．そんな中で民生委員,老人会,自治会の方々に,この概念を理解し,目的を持って会議に参加してもらうのが難しい．目的に沿った会議を進行していくには,地域包括支援センター職員のスキルアップも重要．
463 限られた社会資源の有効活用と新たな開発．多職種間での連絡,調整及び資質向上．
464 参加者が地域ケア会議の目的を理解し,共通認識を持って取り組むこと．情報が集まる仕組みや関係作りを行い,個別ケースの課題分析を行うことで地域課題を把握すること．課題解決のためのネットワークを構築すること．
465 根回し．落としどころの確保と一致．家族を責めない土壌の確保
466 日頃からの関係を密にしておくこと．会議の意義や目的を予め参加者にしっかり周知しておくこと．
467 地域で誰がキーとなっているか,これも社会資源（ｅｘ:たとえばこの人の言う事,「やってみよう！！」という声かけがあると地域が動く等）,地域のことを知ることが大切．
468 地域課題が抽出できるような運営方法を確立していく必要がある．
469 地域包括支援センターの活動内容を地域の方,関係機関に知っていただく．普段から関係機関と連携し,顔の見える関係を築いておく．
470 参加者がそれぞれの役割や会の目的を自覚すること．必要な情報を関係機関で共有する．
471 出席者によって地域ケア会議に対する意識に温度差（目的,方向性の相違）あり,議論が深まらないことがある．事前の目的の共有が必要．もっと十分に地域の現状を把握することが必要．現在地域の実態,ニーズ,資源の把握に取り組んでいる．
472 地域包括支援センターを行政の役割の整理→直営の場合,ここが困難．地域ケア会議を地域包括ケアの目的と関連性．厚生労働省の政策に関する正しい理解．地域ケア会議を推進していくためのアドバイザーの確保．
473 地域の特性を理解する．目指すべき地域像を共有する．地域ケア会議の目的や機能を共有する．
474 自治会,民生委員等の連携,顔の見える関係作り
475 顔の見える関係作り
476 対象者を取り巻く地域や関係者との情報共有．地域包括支援センター職員のレベルアップ
477 顔を見える関係作りをし,積極的に働きかけ出向いていくこと．包括職員の力量も問われ,課題の把握,連絡調整,役割分担,継続的な関与が必要になっていく．
478 在介の頃から民生委員さんや自治会長の皆さんと年 2 回運営協議会を行っていましたが,今後は“地域ケア会議“を必要時に開催していくということを 2 月に説明したところです．適切な時期に開催できるよう包括内での検討を行い,関係者への協力依頼をしていくとともに,支援経過,評価まできちんと記録として残すようにしていきたいと思います．
479 問題について迅速に明確化し,地域ケア会議の日程を早くつめることが大切と考えます．問題の発見と明確化が遅れると地域ケア会議の開催も遅れ,問題の複雑化になると思います．
480 課題を抽出するところまでは,何とか,包括主体で動くことができるが,その後,課題をどう解決していくかという部分でどこにどうアプローチしていく等の経験,ノウハウがなく悩んでいるところです．
481 自治体により,地域ケア会議の内容について希望があり,国で考える地域ケア会議の考え方と少し違いがあるためどういうふうに進めていくかが良いのか難しい．地域の方々が多く出席していただけるものにできると良い．
482 訪問調査による高齢者生活実態把握と分析,課題の明確化．地域住民の方との関係の構築．
483 地域包括支援センター周知．市町村単位で「福祉の町作り」気運を上げていく取り組みによる住民意識の向上．
484 医療との連携．事業所との連携
485 地域や事業者,地域包括支援センターのネットワーク（協力していく思い）,参加者が守秘義務を認識している事．地域ケア会議により,参加者自身が会議の有効性を感じる事
486 地域住民や他機関への理解や協力を求めること
487 医療機関との更なる連携
488 地域ケア会議の目的や機能を関係機関に理解してもらい必要な時に協力を求められるようにする．普段からに関係機関との関係作りも大切と考える．

489　地域ケア会議に対する理解（包括も地域も）．広報活動
490　構成員との信頼関係．的確な情報収集,情報管理．スムーズな司会進行
491　地域の方へ,地域ケア会議について知ってもらい,資源として活用してもらえるよう浸透させること．
492　各機関,地域資源との関係性．「地域ケア会議」についての理解
493　地域診断．包括の力量．ネットワーク作り
494　住民一人一人が,自分たちが住む地域への関心,意識を持てないと,連携の必要性が分からない．関係性が希薄だと,何も進んでいかないのでは．
495　参加者への事前説明（会議を開催する目的,話し合う内容,立場）．事例提供者との打ち合わせ（内容,会議進行の方向性の確認）．参加者の抽出
496　普段から顔の見える関係作り．地域包括ケアシステム構築に向けての各専門機関の意識．地域包括支援センターの地域ケア会議開催に向けて行政がバックアップすること．事前準備．当日の決議（課題,目標,具体策）の明確化．個別ケア会議を重ねることから地域課題を摘出すること．地域課題解決のための施策を市町に提言していくこと．
497　ネットワーク,つながり
498　会議するまでの準備を入念にすること．
499　住民の理解．包括と社会福祉協議会との連携．お互いの業務を知り,チームで住民支援する気持ちの相互理解．行政の課と課の横のつながり．縦わりで全然連携しようとしない．行政が連携できなければ地域住民とだって連携できないと思う．周囲の専門職の包括業務に対する理解（なんでもかんでも包括に相談すればいいと思わないでほしい）．必要な知識を獲得し,適切なところへつなげられれば無駄な動きが少なくなり,スムーズな開催につながると思う．
500　地域ネットワークの構築（特に民生委員,町会関係者との信頼関係）．地域課題の発見,それに伴う解消のための地域資源開発,発展．地域包括支援センターというところの啓発（仕事など機能について知ってもらうために･･･）
501　地域課題を吸い上げるシステム（ケースアドボケイト）．ケースアドボケイトを圏域の課題と検討する場（クラスアドボケイト）．行政の主体的参加
502　日頃から地域の関係機関との連携を密にしておく．地域ケア会議で,誰もが発言しやすい雰囲気作り．事前準備を十分に行う．
503　関係機関との連携,包括支援センター職員,調整,司会,講義等の技量向上．
504　関係者間の共通理解,共通認識．問題解決に向けての連携．地域の共通課題の視点を持つこと．
505　これまでの既存の会議では,市の福祉サービス決定を行うなどの内容も含まれており,本来あるべき姿とは程遠いと考えている．まずは,行政と包括にて会議内容の整理を行い,開催回数や構成員について検討していく必要がある．行政の意義改革が必要と考えている．
506　地域ケア会議を開催するに当たり,大きな枠から形を整えていこうとすると余りうまくいかない．地域で困っている事や課題となっている事をピックアップしてその事について集まったメンバーの方同士で話し合い,解決に向かっていくには,そこで何が必要かをその地域その場所に合った方法で考えていくことが大切であると考えます．
507　会議の時間の確保（業務がそれぞれの分野で忙しく,欠席者もおり,又,会議の時間も十分に取れない．）
508　市として仕組みが必要．個別課題解決→地域課題の発見→社会資源開発,政策策定,ネットワーク形成など．地域をどうしていきたいのかという共通認識とそれに向かっていくプロセスの仕掛けがないと会議をやりっぱなしで終わってしまう．
509　地域課題を収集,抽出する技量はもちろんですが,地域を小さく分割してとらえ,そこに関わりのある方を細かく把握できる能力が必要と感じています．
510　地域ケア会議（連携）の必要性を民生委員等,地域に住んでいる人に理解してもらうこと．
511　市主管の包括業務の理解．どのような働きかけを行っているのか．地域との関わりがどのよになっているか．現状では参加人数と機関,回数にしか興味がない為．
512　会議を開催すると,何か新しいものを創作又は変更して,住民自治を促進していくべきですが,現状のこの包括の人数では足りません．総合相談,ケアマネジメント,会議,その役割,この人員でしてゆくのには限界があります．人員が必要です．
513　個人情報保護の縛りを市民（国民世論）から解くこと．法制を変える（見直す）（縛られるのは市民ではないはずなのでは？）世論を変える（マスメディア）地域（市民）が変わる．地域の見守りが変わる．地域の力が働く．支援が要る人に地域の目,心,力動（薄らいでいきつつあるとはいえこれが要）（介護保険．福祉制度の画に点睛（人の心,地域,人との関わり）することで人は歓喜していきられる）．支援の要る人が弱音を出せる社会がなければ．
514　参加者間の信頼関係,相互理解．地域課題の共有と共通認識．専門的な視点と住民視点の調和
515　地域の課題をいかにして抽出し,それを広げていけるか？地域包括支援センターが,中心になって動くのでは無く,いかに,様々な人を機関を関わり,役割分担していけるよう調整役になる．
516　課題を解決するための意識,とらえ方の考え方により,解決策を見出せないと思われる．各出席者の課題解決に対する意識の向上と,解決策を各自が意見を出して話し合いを行うこと．
517　本人,家族の意向．介護サービス事業所等双方向からの情報収集．
518　情報の共有．それぞれの専門職の意見．本人の希望．具体的な協力方法．
519　他職種とのより顔の見える関係作り．地域ケア会議を行う目的や周知を行っていく．
520　事前の十分な説明が必要だと思う．地域ケア会議の目的と効果を伝えることで,より現実的,多角的な議論に繋がると感じる．
521　地域課題の分析．地域課題の情報共有．ネットワークの重要性の理解

522　その地域ごとの特性を生かして,住民全体が自分に何ができるか考え,地域全体で協力し合っていく事.
523　参加者である地域住民や各関係者に地域ケア会議を開催するために当たって会議の意図,目的を事前にしっかりと伝えることが必要だと思います.
524　個別ケースを検討することで地域課題が理解,共通できる．共通課題より,新たな地域資源を開発できる．参加者一人一人が,同じ目標（地域作り,実現すべき姿－地域）を持っていなければ,会議を開催していても,その会議の目的が達成できないと思う.
525　小規模町村では村内には地域包括は●ヶ所しかなく,事業所も社協のみである．開催はしやすいが,情報不足になりがち,よって時々スーパーバイザー的な支援が必要だと思われる.
526　地域ケア会議開催までの事前打ち合わせと情報収集を十分に行った上で出席者の意見を集約すること.
527　高齢者や障害のある方等がより長く,安心して住み慣れた場所で過ごすことができるよう支えていくのだという参加者全員の意識.
528　地域課題について,包括が認識するだけでなく地域と共有する．同じ問題意識が持てることが大事．その仕掛け作りは包括に求められる.
529　顔の見える関係．会議の必要性の理解.
530　行政の主導．職員の力量.
531　説明力が必要（地域力を活かした,問題解決を目指す為,地域をいかに巻き込み,力にしていくかが求められる.）．まとめる力．アセスメント力.
532　本人のことをよく知っている（お世話している）知人や,民生委員の参加を伺し地域に密着した会議にすべき.
533　地域との連携が大事となる.
534　意見を言い合える雰囲気や関係作り．関係者の会議の必要性の理解.
535　会議を周知できていないためか相談が行政からしか上がってこない．関係者への周知が必要．　現行の業務量が多大で,会議に重きをおけない．業務量の見直しが必要．　会議を開催し,支援していく上での行政の協力がほとんどない．会議の出席や支援の協力が必要.
536　包括以外の関係機関に地域ケア会議をやる意味や方向性などをまずしっかり認識してもらうこと．そこから自分たちの地域の課題などを積極的に考えてもらい,発言してもらうこと.
537　会議で話し合うテーマや,目的を明確にしておくこと．出席者から広く活発に意見を出し合ってもらい,異なる視点からの意見も聴取出来るようにすること.
538　会議を実施するに当たり,必要な情報を把握,整理し,資料を作成すること．ある程度の方向性に向かうためのファシリテート技術を持った職員を育成すること.
539　地域包括支援センター自身の取り組み姿勢.
540　地域ケア会議を開催するに当たり大切なことは各部署,担当者が本当にお互い協力する,協力したいと思い,それを実行することだと思う．会議を開いても各部署から「法的にできない」「うちの部署では対応しかねる」といった発言が良く聞かれる．そうではなく少しでも協力する,支援するといった前向きな姿勢が地域連携には必要とされていると思う．※協力者の守秘義務の徹底.
541　地域の方々,協力機関との顔が見える関係作りが必要だと思える.
542　関係者等に地域ケア会議の必要性について,まず理解してもらうことが必要．色々な関係者に会議のため時間を合わせてもらったりするため,お互い何か成果が得られるものでなければいけない．そのため事前準備や会議後のフォロー等時間をかけて綿密に行わなければいけないと思われる.
543　現在の構成員の他に民生委員,駐在所を加える案がでている.
544　福祉専門職,医療関係者,市役所職員等は,連携してつながりができつつある．地域により近い存在の方（自治会,老人クラブの方々,商店街の各店舗,理美容室の従業員の方々等）にも参加して頂き,実際地域で高齢者の方々はどのように生活されているのか,高齢者の方々の生活で気になることを伝えてもらう．私たちからは,何を目的として地域ケア会議を開催しているのか．その上で地域の方々に何ができるのかお伝えする．　今のレベルよりさらに地域に近い地域ケア会議も開催し,地域の方々に近い視点,考え方を持って会議に望むことが必要.
545　住民意識,理解．タイミング．人材．行政からの通達．活動費.
546　包括の周知．圏域の地域との連携.
547　抽出された課題を政策形成に導くことが難しい．新たな資源の創出や地域作りなど,町全体としての取り組みが急務であるが,マンパワー不足等で遅々として進まないのが現状である.
548　医師会や地域（民生委員,自治会等）団体との連携により,より幅広い範囲での情報共有を行う.
549　地域ケア会議についての理解,関係者への周知．多機関との連携強化．研修.
550　私自身が時々研修講師をしているので,その内容をケア会議で行うことが多いのですが,「外部講師」を呼ぶことが必要と感じていない．特に「認知症関連」　「予算」と「県外から呼ぶことが難しい」　自前の研修が多く,たまたま当地区に人材がいるので,ケア会議が盛り上がっていると思われる.
551　行政と自治会,医療・介護サービス事業所が参加して意見を出し合って今後の展望について考える.
552　積極的に発言する力が必要.
553　地域の中において,問題点や課題,どのような支援を必要としているのかを発見し,ネットワークの中で情報の共有を行い,最適な支援を行えるように,関係職で連携を行うこと.
554　個別ケース会議の蓄積→地域課題の発見．　地域ケア会議に対する意識の統一（関係者間,内部）（会議の目的,スタンス,参加者の立場等）
555　共通認識
556　地域ケア会議が効果的に行えるよう,会議の運営について進行手順等の確立を図る.
557　事業所や民生委員などネットワークを作り,会議を通して地域の課題や強みがどこにあるのかニーズを把

握すること.
558 場所,人員,課題解決能力.
559 地域ケア会議の指針があいまい．ものによって言ってる内容が異なるのも問題．市の介入が少ない（もう少し関わっていくよう通達的なものがいるのでは.）包括だけで内容を考えている.
560 ケアマネジャーとの密接な関係作り．行政の支援体制．他分野（障害・医療）からの会議への参加.
561 司会の進め方,スキルが必要.
562 個々のケース課題だけでなく地域課題を家族をはじめとした関係者だけでなく,地域の方々と共有して一緒に検討できる場になるように考えて開催しています.
563 医療機関の協力体制.
564 中学校区を基準に圏域が分かれている．当センターは,複数の中学校区から成り立っているが,それぞれに区域の特徴があり,ひとまとめに会議の開催が出来にくい．　地域課題の検討を行うのであれば,それぞれの区域ごとあるいは,もっと小さな単位で,行う必要性があるかもしれない.
565 地域住民の理解と協力．　事前に目的を定め,十分準備すること．　専門用語は控え,分かりやすい資料作成,説明を心掛ける．　ケア会議の規模,参加者,内容などの階層化を図ること．　司会者としてファシリテーション技術．　（委託包括のため）市との準備.
566 地域ケア会議に出席している人から,事例を出していただき幅広く検討することで情報の共有とニーズ把握ができ社会資源の開発するという視点を全員で持つこと.
567 多機関,多職種の人たちでの顔の見える関係．　日頃からの情報共有の機会を続けていくこと.
568 実際に現場で活動している人が中心で行うべき会議である．現場を詳しく理解できていない人が中心で進めるべきでない.
569 地域ケア会議の理解を求めること．周知してもらうこと．　個別課題の解決法としての役割からの展開.
570 地域での会議に対する共通認識の理解（参加者）.
571 今後は小地域でこまめに開催する方向．個別のケア会議開催を実施し,個別ケースから地域課題や地域資源の開発へとつなげられるようにする．町内会長,民生委員,福祉委員等,福祉に対する理解（高齢者や認知症,家族の問題等）に差があるため,同じテーブルで課題解決へ向けた取組が出来るようなアプローチが必要．　個人情報の取扱いに対する壁は大きいです．町内単位でも各機関の仲が円滑ではない場合もあります.
572 高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援.
573 その地域に住む方たちが,自分たちが暮らす地域をより住みやすい場所にするための会議なので,あくまでも住民主体であることが必要.
574 日常的な各機関とのコミュニケーション．連携体制.
575 身近な支援者で話し合い共有する事は大事ですが,医療,保健所など専門的なスタッフはなかなか忙しく参加ができない.
576 司会のスキル,課題の分析力,解決方法を見いだす力．地域,事業者の協力.
577 高齢者のみならず家族等に障害や生活困窮他,様々な問題を抱えるケースもあり,各種の相談センターや（高齢者福祉関係以外の）事業所との連携が必要になる場合に,情報共有の仕方等について,そのルールやツールをどうしていくか.
578 地域包括支援センターの意志統一,ケースについての課題と役割を明確にする,外部機関への根回し
579 単なる処遇困難事例の検討会に終わることなく,個別ケースの課題分析を行うことで地域課題に気づき,把握できるよう,提示していく能力,地域包括支援ネットワークの構築が必要であることを理解してもらう努力,地域の介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント支援の能力の向上,介護支援専門員の多くは地域に住む高齢者という捉え方が弱いと思います.
580 地域情報,社会資源など事前に確認（準備）．必要構成メンバー（ケース内容のとり上げによい）の参集の柔軟な開催．具体的支援に結びつく意見の集約や進行のあり方等.
581 地域ケア会議の目的を多団体で共有して進めていくことが難しいので,目的を具体化していく必要がある．社会福祉協議会地域福祉課の力と理解.
582 関係機関への地域包括ケアシステムについての周知
583 地域ケア会議の主旨徹底．福祉・医療の基礎知識．良好な関係性.
584 今年度から個別ケースのケア会議を開始した．元々行っているケース検討会議などとの位置付けを明らかにする必要がある．新たな仕組みで会議を増やすのは労力的に厳しい.
585 現在,個別のケアプランを中心に支援について検討している状況ですが,困難事例の検討,地域の課題の検討までには目が向いてない状況です．市町村のケア会議の捉え方や姿勢についてもそうですが,包括職員がリードしていく力も必要だと思います．また,関係機関への理解,ネットワークを構築していく力量も必要だと感じています.
586 介護支援専門員をはじめ関係職種,町内会など関係団体等へ地域ケア会議の機能や役割について理解を深めてもらうための周知活動．日ごろから関係職種,関係団体としっかりと連携をとり,いつでも地域ケア会議を行えるような関係作り.
587 地域ケア会議に対する理解,地域課題の情報を共有する.
588 地域の人たちがまず,自助,共助が大切なことであり,皆で高齢者を支えていかなければならないことを理解すること.
589 地域ケア会議の意図について,他機関の理解を得るために周知の場が必要．理解を得ることで関係作りに努めていく必要がある．どういった会議を行うといいか,検討を行うとともに,会議で見えた課題を活かすための仕組み作りを併せて行う必要がある.
590 関係機関との連携体制の構築．地域課題の把握等.

591 地域住民,役員への理解と周知．職員のアドバイザー．
592 行政との連携．
593 ケアマネージャーの資質向上．地域住民の力をつける．
594 他の機関との連携が必要．
595 個人情報のやり取りに関する整理（守秘義務のある専門職と,守秘義務のない一般の地域住民（区長含む）との間の守秘義務や,担当ケアマネが他のケアマネと対象者の情報を共有することに対しての整理が必要）
596 ケア会議の目的を事前に明確にしておくこと．当日の参加者が会議へむかわれる意識を高めておく必要があると思います（根回し）．
597 地域ケア会議を行うための準備,開催のための時間の確保．
598 テーマ設定
599 医療機関も是非参加してほしいです．
600 各関係機関との開催目的の共通理解
601 地域ケア会議に入る前の準備．何ための会議なのか目的をはっきりさせる．（その目的のために来ていただく方の顔ぶれが変わる．前もって必要な情報や目的を来ていただく方にきちんと伝える．
602 必要な時に集まり相談できる体制作りや集まりやすい環境,場所の設定が必要だと思う．また,地域ケア会議に対する理解や周知を行っていく必要がある．
603 地域の課題を明確にすること．丁寧に時間をとる,段取りをよくする．目標計画の制作．関係者,機関への説明,連携．形骸化させないための取り組み．
604 指定介護予防支援に過大な時間,労力を費やしている．地域ケア会議に取り組める時間や労力が持てるよう持てるよう,負担の軽減が必要だと思う．関係機関や地域に対しての研修．職場内での共通理解．
605 包括支援センターが捉えている地域課題を,地域と共通認識が出来ること．そのためには地域に足を運び地域を知ることが前提．地域情報を教えてもらう姿勢．地域包括支援センター,他関係機関が地域のことを「自分事」として考えること．他機関を含め地域と顔が見えている関係．
606 参加者からの事例提供
607 地域ケア会議の意味,必要性に対する関係者の理解,ネットワーク作り．
608 気軽に開催しやすい環境．まだ始まったばかりなので,形や主催など,これから,整っていくと思います．ただ多忙な中,日程調整等大変と思われます．
609 包括職員の地域ケア会議に資する技術向上．マンパワー不足の解消．地域ケア会議開催についての他業種,地域住民との同意形成．
610 まず,地域ケア会議の目的や必要性を関係機関に知ってもらう必要がある．行政でできることできないことを明確にしてもらい協力体制をきちんと作ってほしい．
611 1つの課題ごとに各構成員が集まり経過状況,報告等を年に数回は行った方が良いと思います．
612 地域全体が又は,他の機関が包括センターを知り,取り組んでる内容を周知できるように,啓発する必要がある．高齢者に関わる,警察や消防等も必要に応じて参加できるような取り組みをしていかなければならない．
613 市,社会福祉協議会等の行政機関の協力,町作りの方針
614 地域ケア会議の主旨等を知ってもらう必要があると思う（目的や期待される効果などを地域の人や参加依頼したい構成員に理解してもらう）
615 関係機関の連携
616 個々のスキルアップのための取組（例えば研修等）．
617 会議構成員の理解を深めるためにも,会議の意義,目的,枠組みを周知していく必要がある．年 2 回地域提言会議を実施している．
618 専門ケア会議,地区別ケア会議では,1 つの事例を通して,現状や課題を検討しています．他職種の方に参加していただき,それぞれ専門的な立場からのご意見を伺い,支援を進めるに当たりとても参考になっています．他職種の方々の顔の見える関係作り,連携が必要であると思います．
619 対象となる事例のアセスメント．各職種の業務内容．サービスマネージメント内容．関係者の日ごろからの顔の見える付き合い．
620 医療,介護,行政等の多職種が協働して,個別ケースの検討や地域課題の検討等を行っていくために,包括支援センターだけでなく,会議に出席する旨が有効性を理解し作り上げていくことが必要に感じる
621 会議の目的を明確にする→会議構成員（他職種）と共有する．
622 地域包括支援センターの周知．地域との連携．
623 行政,医療,福祉,民生委員,町民代表者が課題を共有していけるよう,定期的な開催の継続．各種研修,講演会等を実施し,専門職以外の方達の理解促進．課題解決のため具体的な施策化に持っていけるよう,行政との協働．
624 会議を行うことで満足せず,高齢者支援にいかにしてフィードバックしていくかが大切だと思う．
625 経験や資料作成等の時間
626 家族が関わる場合,会議の主旨を理解し,安心して参加できるような働きかけ
627 関係機関への理解とご協力を得るための周知活動．地域に出向いたセンター独自の活動．各自治体の行事,祭事等への参加．
628 難しく考えず,その方のために,皆でチームで関わりよりよくしていこうという思いが大切である．
629 認知症でも,在宅で安心した生活が継続できるための社会資源と現在の社協の見守りは,一歩異なる視点でとらえると監視のような状況になっており,地域からの排除の方向に進む傾向がある．地域が負担に感じている．地域で認サポをしても,家族の関わりが薄いと,それに対する非難の声が大きくなる．認知症,家族,地域への支援に対して,包括が対応できるための研修を受けたい．個別課題解決のための地域ケア会議を

していくべき事案が沢山あるが,業務と平行し開催していくことに時間的な余裕が必要．精神疾患のある家族が同居している事により,利用者への支援が困難になっている事案が多数ある．現在の人員体制では職員負担が大きく,委託料も変わらないので,3 職種を増やすことができない．

630 医療職種との連携がいかにできるかが在宅で安心して生活していくためのキーポイントとなると考えます．また,地域ケア会議に参加していただく方々に,会議の目的,継続性を持たせるためにマンネリ化しないよう会議内容を工夫していくことが大切だと考えます．

631 行政の主導的（主体的）な関わり（委託型である為,包括任せになっている）

632 事前の方針,関係者の合意．利用者本人と家族の理解．回数を重ねること．包括の体制強化

633 関係機関とのネットワークの構築と地域包括職員のスキルアップ．

634 地域ケア会議の必要性を町内のケアマネージャーや事業所などにも理解してもらい,会議を開催したいなど相談が来るようなシステムを作りたい．

635 地域ケア会議調整に当たり,民生委員や自治会長など会議の意義,必要性を理解していただくこと．また,1 つの地域ケア会議を通して,その地域の関わり方が変わっていくことが必要だと思う．

636 構成メンバーの設定と当日参加の確保

637 地域の支援者,関係機間のネットワーク増進機能「顔の見える関係作り」．地域の支援体制,社会資源等有用情報の発掘,共有機能．地域課題の抽出,発掘および認識共有機能

638 ※地域性にあった,地域ごとの問題に対して,地区計画が必要である．

639 ①住民への周知徹底（主体者である自治体としての積極的な姿勢は必須）．関連されるべき機関への組織としての連携姿勢と具体的な約束の取り付け．

640 地域ケアシステムに対しての関係機関,関係者の理解と協力,連携．

641 地域住民と包括支援センターの信頼関係．発想力,ファシリテーターとしての能力を向上させる研修等の機会．

642 司会力．ホワイトボードを使ったグラフィック．ケア会議の運び方．ネットワーク作りよりも,地域ケア会議開催に当たり,手法や技術的なことが心配です．

643 地域包括支援センターが個別の解決課題を把握できるよう多面的な（包括的な）アセスメントが必要．把握した課題に基づいて地域ケア会議への参加メンバーを選ぶことも重要．以上の準備がされた上で,地域ケア会議を開催するか,できるだけ参加者が和む仕掛けや,会議の目的を共有した上で検討を行うことも大事．個別課題解決の検討が,積み積もっていくと地域作り課題や資源開発の必要性も整理し,政策形成につなぐことが重要．

644 地域課題の把握と共有．地域の社会資源の把握と,必要に応じた新たな社会資源の発掘．事務所,Ｖｏ,当事者団体等様々な団体,機関間の日常的な連携,又,そのきっかけ作り　等

645 地域ケア会議の意義を,地域の人々に分かりやすく理解してもらう手法が必要であり,各関係機関が積極的に集まろうと思える開催意思の浸透が必要である．

646 参加者が地域包括ケアシステムを理解し,地域ケア会議に出席すること．特に地域包括ケアシステムの「自助・互助・公助・共助」を理解してほしい．

647 地域住民への広報

648 地域課題抽出．ネットワーク構築．社会資源の掘り起こし．情報交換

649 地域住民（町内会長や民生児童委員,町内会役員等）との連携が必要．行政におけるリーダーシップ,方向性を示していくことが必要（保険者の方針,ビジョン）

650 お互いの顔が見える関係．また気軽に相談をし合える関係性．

651 地域の介護支援専門員との情報交換をもっとしていきたいと考えてはいるが,現実的に業務をこなすことが出来ていない．

652 お金．時間．場所．個人情報の取り扱い規約

653 ケア会議を積極的に開催しようとする姿勢．ケア会議を開催するに当たっては主催が行うべきことが多くあり,センターとしてはかなり業務が忙しくなります（資料作り等）しかし,開催することで,地域の見守り体制ができたり,ネットワークが強化されるので,地域の包括ケアシステムに向かっていると実感しています．会議を重ね,地域の方々と地域についての話にまで達すると,とても有意義な会議となります．まず,積極的に開催すること,その姿勢が大事です．

654 当市では 4 中学校区に 1 ヶ所しか包括がない．小・中学校区で定期的にケア会議を実施するには圧倒的に人員が不足している．上記から人員増員,もしくは包括の増設．また包括担当課が知識不足,包括を支援する力不足なので市町村として責任を取る姿勢も欠けている．

655 参加者に地域の課題が見えるように内容を充実させる．

656 他職種が連携して政策形成していくシステム作り

657 会議の目的をはっきり示し,継続的に運営すること．地域ニーズを発揮し,参加者全員の共通認識すること．参加者の温度差をなくす．

658 地域包括支援センター職員や圏域内のケアマネジャー,介護保険事業所をはじめ,圏域内の病院や自治会,商店や民生委員等の住民が地域で高齢者を支えていくという気持ちや考えを深めることが必要．そのために地域包括ケアや地域ケア会議のことを,知ってもらうために周知活動をしていきたい．日常の業務整理や人員確保も必要．ネットワークや人間関係の構築もベースとして必要．

659 支援困難事例については,必要時,関係者にお願いして出席をいただいておりますが,行政側からの参画や指導,助言があまり得られていない．緊急時のコア会議を開催する体制を最近持てるようにはなったが不十分で,地域ケア会議と連動できない．これらは,行政側からの指針が出されていないことにあると思われる．

660 開催の理由と必要性を全体で共有できる明確な検討課題の提示．地域ケア会議の意義についての説明と理解．会議での検討課題や検討中のプロセス,検討結果を全体で,わかりやすく把握するために,ホワイトボー

ド使用やジェノグラム,エコマップ等活用して,会議の参加者個々人の力量に頼らない会議を開催すること.
661 知識と経験が必要だと思います.
662 総合相談支援業務,権利擁護業務,包括的,継続的ケアマネジメント支援業務などを主たる業務とし,日頃から地域資源の把握や理解など地域住民とつながる機会を持ち,地域課題に視点の重きを置いていく．個別支援に当たる中での課題を,多職種間で多面的なアセスメントにより整理し,会議出席の講成員の選定に配慮する．インフォーマル支援,協力を増やせるよう配慮する.
663 地域住民と顔見知りになり,なんでも相談してもらえる関係作りが必要．その上で色々な相談の中で「困っておられることを,みんなで寄って話し合える場をつくりませんか？」と提案していく．地域住民（自治会役員など）に入ってもらわないと,会議が形骸化してしまう．住民の熱意をこちらがキャッチすることができれば,あとはその熱意を活かせるよう支え合いマップや地域診断,事例検討など協議する内容に合わせて,それらのツールを使っていく．人間関係の形成が一番大事だと思う．ただし,システムとして継続していくためには,プラスアルファ必要だと思うが‥‥.
664 参加者が開催の必要性の理解目的など
665 区および包括における地域ケア会議の目的の明確化,共有
666 地域住民のコンセンサス作り．迷惑な人たちは排除しようという動きが強い．自分達の事でいっぱいというのも分かる．地域住民として.
667 ケアマネから個別ケースの提供と開催の必要性の理解,出席者の会議への理解と協力.
668 力量のある職員の配置
669 各関係機関が「地域ケア会議」を行う目的を理解,周知すること.
670 特になし
671 普段からのお付き合い（個別ケースを通じた関わり）
672 町医師会は出席して頂けるが病院は主治医の参加又医療連携室の参加,情報提供をして頂けないので,連携が回れない．県に対して連携の必要性をお願いするも強制力をもって対応もできないとのことなので国が目指す医療連携が回れない．現在住民に総合病院以外で主治医を持つことを勧めているが難しい.
673 市役所の協力．地域性をしっかり把握し,その地域には何が必要なのかニーズを知る必要がある．会議の内容によって参加者や参加人数をしっかり検討していく必要がある.
674 事例のアセスメントや会議運営に当たる準備．個人情報の取り扱い．会議内で話し合われた情報の内容を近隣の人から本人が聞かされていたことがあり,驚きました．また,当事者のことが近隣の方との中で,噂のようにされていることもありました.
675 幅広い分野の地域関係者（機関）の参加と意見交流できる場の設定.
676 ①ケア会議に提出するケースの拾い上げの基準整備②ケア会議に提出する前の包括内部での課題整理③ケア会議に参集するメンバーの選出④個人情報使用同意の徹底⑤参集者への旅費,日当等の費用弁償の有無の確認⑥ケースについての必要な情報の収集（ex 収入,家族状況など）⑦フォローアップ体制（ケア会議後の）
677 地域で課題を共有し,チームとして目標を設定そして課題解決を考えていくこと.
678 会議開催の主旨,目的をわかりやすく明確化しておくこと．関係機関との信頼関係,横のつながり．会議に集う方の立場,職務を理解しておく.
679 「顔の見える関係」「継続できる会議」
680 調整力！！目的を知ってもらうことがとても大事．目的を知ってもらえれば参加してくださる方も多くなる.
681 チームワークで支援していくために日頃から顔の見える関係作りが必要であると考える.
682 現在当センターは 3 校区を担当しているが,各校区において地域課題は大きく違っているため,各校区によって参加者の配分を変えたり,場合によっては今後かかわりを持ってほしい機関や人を加えるという工夫もしていく必要があると考えています.
683 地域システムを主人公である地域住民に理解しやすいものにして説明しているか．地域の中で一人一人の人を大切にするという意識が広まっているか？
684 開催主旨や目的の共通,市町村の理解
685 顔の見える関係構築
686 会議を運営していくファシリテーターとしての力量,そのための研修．会議から抽出される地域の課題を市の事業や施策につなげる仕組み.
687 会議の目的,視点の周知（サービス担当者会議,事例課題解決型のケース会議との差別化）
688 地域の会議に対する理解．介護支援専門員から包括が頼りにされる（困難事例等）
689 開催の目的をしっかり伝えること
690 役所の人はあまり参加してくれません．（県の保健所の職員は上から目線だった事といい情報が全く無かったので呼ぶ意味があまりありませんでした.）
691 地域住民の意識向上．地域資源などの情報共有．各組織,機関の活動の把握.
692 行政,医療,警察,消防,民間団体などとの連携,協力.
693 地域内の福祉関係者,行政,警察,消防署との連携と情報共有.
694 参加するメンバーが地域の現状について把握し地域独特の支援をどのようにしていくかという熱意が必要になると思う．そしてそれを行政へ上申,計画,予算化,実行できたらと思う.
695 周囲の理解．介護予防等の啓発活動.

問16　あなた（回答されている方）は,貴地域包括支援センターが実施している地域住民向けの介護保険や介護予防に関する啓発活動についてどの程度効果があるとお考えですか．次の(1)～(5)の各項目について,該当する番号○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）．なお,お答えにくい項目については,最も近い番号に○を付けて下さい．
（6）その他（具体的に）

【自由記述内容 48 件】

1　センター主催では,人（住民）を集めることが大変である．老人クラブ,自治会と協力しないと人が集まらない．
2　市が発行している広報誌で啓発を行っている．
3　不定期に市の広報で周知は効果がある．
4　自治体の広報誌に包括の記事を掲載．
5　地域主催のサロンや昼食会などで地域住民向けの啓発活動を行っている．
6　民生委員会のみでしか開催していない
7　イベントまつりにて（介護サービス・予防体操・福祉用具等）を紹介
8　市民センター祭りに参加し,介護予防普及啓発に努めている．
9　実際に顔を出してＰＲするのが一番だと思っています．また,センターに模造紙でお知らせ等を作り,活動をアピールしています．（外から見えるよう掲示しています.）
10　お電話にて介護予防教室の案内をしている(主に看護師の業務として)
11　H25.4 開設のため今後啓発活動に力を入れたい．
12　自治体の広報誌に掲載している．
13　連続型の介護予防教室（5 回→ 5w）は効果が期待できると思います
14　高齢者の動向に注目した場の選択が必要
15　サロン活動を展開しており,そこの参加者は福祉に関して興味があるのでとても効果があると思う．
16　講話の機会は頂くが,継続しないことが多い．
17　介護保険とは関係ないが,悪質商法に対する注意を呼びかける．（啓発グッズ配布も）
18　介護者教室の開催(年 8 回程度)
19　H 25 年度からの活動のため（2）センターのホームページの更新による情報発信,（4）自治会や老人クラブなどの会合で介護保険や介護予防に関する話の機会を確保するような働きかけ,（5）センター主催の教室やイベントなどの開催,に関してはH 26 年度より実施予定．
20　悪徳商法,成年後見人制度利用について
21　社協が開催する,すこやか学級に参加して情報提供をしている．
22　自治会主催の行事に参加
23　センターの活動を紹介したパンフレットを配布しており,徐々に知名度が上がっている．
24　認知症サポーター養成講座．
25　店舗の啓発
26　興味を持っている方が限られ,参加者に変化がない．困ってから,相談に来られる方がほとんどである．
27　各活動団体や組織とコラボレーションしての啓発活動
28　“介護予防”（要支援）
29　民生委員の協議会に参加し,包括支援センターについて民生委員を通して理解いただいている．
30　民児協への定期参加→自治会への回覧板等
31　介護予防や介護保険のパンフレットを独自に作成し,配布している．
32　次年度の包括啓発活動の進展予定あり．地域のキーパーソンから組織的,恒常的に相談が入ってくる仕組み作り（働きかけ）を強める．
33　・町広報誌への記事掲載・介護保険係が作成した介護保険ガイドブックをセンター内に設置※いずれも効果あり
34　社会福祉協議会の会議で介護保険サービスの説明依頼があり,地区会参集時に説明している．
35　担当地域で支援センターとつながりが持てていない高齢者の方の自宅を訪問し,啓発活動を行っている．
36　小学生向けの認知症サポーター養成講座や地域の福祉会などに講話に出向いている．口コミで充分．
37　圏域内・高齢者住宅のイベントやコミデイなどのイベント事に声をかけてもらい,啓発活動を行う．コミセンを協働で,事業を行う中で,センターの役割・機能・介護予防・消費者被害などについて啓発している．
38　色々な集まりをキャッチして,そこでＰＲ活動をする．
39　市主催の教室や研修に参加し,啓発している．
40　認知症啓発講演会の開催
41　出前講座（介護予防,介護保険制度,高齢者疑似体験,消費者被害,認知症,高齢者虐待について等）．市内小中学校での福祉教室（高齢者理解）への協力．サロン,地区民生委員への情報提供,講座等．地区の介護予防教室,老人福祉施設への情報提供,講座等．商工会へも啓発している．
42　パンフレットの全戸配布（介護保険,介護予防等の知識の普及）
43　チラシを作成し,地域のイベント,訪問先で配布する
44　認知症の相談日（毎月第 2 火曜日）,介護支援講座（毎月在支等で開催）
45　介護者家族の会,行事活動への支援,高齢者の「ランチ会」活動支援,介護予防推進大会（年 1 回,地域サークルの発表,講話）への支援

46　地域の各団体が介護予防体操（いきいき百歳体操）を継続して実施できるよう支援している．
47　年 8 回予防教室実施しました．
48　リーフレット作成し,公民館等に依頼している．

問17　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**総合相談支援業務**について,次のようなことがどれくらい当てはまりますか．次の(1)～(9)の各項目について,該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）．なお,お答えにくい項目については,最も近い番号に○を付けて下さい．
（10）その他（具体的に）

【自由記述内容 8 件】
1　予防プランに追われ何もできない．
2　まだ開設し 1 年未満のため相談少ない
3　担当地域内に社会福祉協議会の事務所があり,連携を密にすることで助かっている．
4　高齢者以外の障害や精神等が多い
5　役場内設置のため,相談窓口での対応が包括とは限らない．また包括職員でも担当地区があり状況に応じて臨機応変に連携が図れている．
6　行政との連携に疑問あり
7　スタッフの力量が大きいセンター保健師の精神疾患のある住民の対応が大きい．（市の保健師は対応力なし）．
8　包括が市の福祉センター内に設置しています．包括がワンストップ窓口をかかげているからか,行政への問い合わせなどの電話でも内容を確認せずすぐ包括に回してくる．

問18　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**権利擁護業務**について,次のようなことがどれくらい当てはまりますか．次の(1)～(9)の各項目について,,該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）．なお,お答えにくい項目については,最も近い番号に○を付けて下さい．
（10）その他（具体的に）

【自由記述内容 10 件】
1　行政が,市長申立てを行わないスタンスのため,現場で抱え込んでいる者が多い．
2　まだ開設し 1 年未満のためあまり該当する相談はない．
3　社会福祉協議会の権利擁護センターと連携している．
4　問(3)職員の力量は十分であるについては,自分自身の能力や経験が不十分
5　虐待の判断等は市町が行うことになっているはずだが,委託先の包括が主となっている．
6　行政との連携に疑問あり
7　社会福祉士会の研修に数多く参加したり,弁護士,司法書士,社会福祉士のネットワークを構築している．
8　行政との連携が十分にできていない．包括と行政との捉え方に差がある．包括内の職種間の連携も十分ではない．
9　権利擁護の専門職同士のネットワーク・連絡会を立ち上げた．
10　虐待において市の判断が甘く危険性の高いケースでも措置を講じないなど不安．

問19　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**包括的・継続的ケアマネジメント支援業務**について,次のようなことがどれくらい当てはまりますか．次の(1)～(9)の各項目について,該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）．なお,お答えにくい項目については,最も近い番号に○を付けて下さい．
（10）その他（具体的に）

【自由記述内容 6 件】
1　まだ開設し 1 年未満のため回りの包括に合わせて行っている程度
2　民生委員や老人会との連携により情報が得られることが多い．
3　高齢者人口割で主任介護支援専門員が配置されていない
4　主任ケアマネージャー不在
5　法人主導の理解に苦しむ人事異動が多く,市,地域からの信頼を損ねることが２～３年に１回ある．人が育ってきたころに異動がある．
6　傾聴ボランティア

問20　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**介護予防ケアマネジメント業務**について,次のようなことがどれくらい当てはまりますか. 次の(1)～(9)の各項目について,該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ１つずつ)．なお,お答えにくい項目については,最も近い番号に○を付けて下さい．
（10）その他（具体的に）

【自由記述内容 4 件】

1　自主グループを育成した.
2　圏域の地域包括が行う為,つなぎ等の業務のみ行う.
3　ベテランスタッフのカバーが大きい．新人はなかなか育たないのが現状．ケアマネ時代の経験が介護予防になると,考えと対応の切り換えができない！！
4　介護予防フォローアップ教室の展開

問21　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**指定介護予防支援**について,次のようなことがどれくらい当てはまりますか．次の(1)～(9)の各項目について,該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）．なお,お答えにくい項目については,最も近い番号に○を付けて下さい.
(10) その他（具体的に）

【自由記述内容 9 件】
1　行政主体で行っているため,役割等は明確.
2　プラン量少ない
3　基幹型センターで担当ケースはありません
4　介護保険外の対応に関して,社会福祉協議会住民参加型有償のヘルパーをお願いしている.
5　指定介護予防支援事業は行政直営で行っている.
6　役割として圏域の地域包括が行う.
7　本包括では実施していない
8　法人からはとりあえず配置されているだけ　「あてがう」という言葉があるくらいの包括業務.
9　市内,市外の居宅事業所に介護予防プランを委託し支援をしている状態である.

問22　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**地域におけるネットワーク構築**について,次のようなことがどれくらい当てはまりますか. 次の(1)～(9)の各項目について,該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ１つずつ)．なお,お答えにくい項目については,最も近い番号に○を付けて下さい.
(10) その他（具体的に）

【自由記述内容 7 件】
1　医療機関は他の圏域や他の市にまたがっている.
2　見守りネットワーク（市の施設）により気になる方への見守りやネットワークの構築はできている.
3　見守りネットワークしかできてない
4　地域ケア会議に関してはこれから始める
5　介護保険対応のネットワークはない．地域支援や住民参加型のネットワークの構築が難しい．高齢化率 30 %を超えてくると人材が足りない.
6　担当エリアを持たないので該当しない.
7　（2）業務量は過大であるについての 4 あまり当てはまらないは,まだネットワーク構築に着手したばかりで手探りの状況であり,十分に活動ができていないため．することが見えていない状況とも言える．(6) 医療機関との連携,ネットワークの構築が課題である.

問23　あなた（回答されている方）は,地域包括支援センター圏域において地域包括ケアを推進していくにあたり,何が必要だと思われますか．ご自由に記入下さい.

【自由記述内容 773 件】
1　住民の理解,医療と介護の連携．費用.
2　各関係機関,民生委員,又は,地域にある社会資源とのネットワーク構築が重要と思う.
3　担当内の社会資源の整理ができてない．今年度細かく整理して連携していくことが目標です.
4　行政の理解と協力
5　地域におけるネットワークの構築．医療との連携．多職種,他機関との連携.
6　地域包括ケアを推進するに当たり,介護保険法の対象者以外の住民を巻き込む根拠が強引である．地域福祉法の立法,社会福祉法での位置づけなど基盤となる法整備が必要と思われる．高齢化で慌てているのは誰なのか,地域には様々なニーズを持つ住民がおり,非常にいびつである.
7　個別ケースを多職種で検討する機会を確保すること. ケース検討の積み重ねと内容の分類による自治体(地域)としての支援の方向性.
8　関係機関と普段から連携を図っていく.「地域包括ケア」の内容や意義を関係者がしっかりと理解している．行政がしっかり関わって推進していく.
9　職員の経験．関係機関,地域住民の連携と協力.
10　関係機関（医療・介護サービス事業者）,地域,インフォーマル資源との連携.
11　関係機関とのネットワーク
12　ミクロの問題からマクロの問題へと問題を転嫁させていく．職員の力量．相談できる職員がおらず,個人の職員の力に委ねられている点が多いので職員に力を付けさせること.
13　人材の教育

14 ネットワーク構築．地域課題を考えて,実行するシステム．地域の福祉環境の開発（ボランティア等）．
15 明確な構想と理念,そして,それを実現するためのマンパワーがもっと必要だと思います．
16 行政の明確な方向性．人材（人員）の確保．
17 地域住民や,関係機関の理解と協力．また 10 代～ 30 代の若年層に対する情報提供と教育．
18 1,人材の確保（地域コーディネーターの育成）2,社会資源の開発．
19 地域包括ケアを行っていくための資源が十分でない．
20 行政の方針＋推進する力量
21 住民との協働による地域作り（自助,共助,公助の連携）．地域課題の発見,開発機能．
22 地域課題を地域全体が共有していく取り組み．
23 ある程度の権限．国による地域包括ケアシステムの周知と広報．
24 住民への広報活動（包括の役割,認知症のこと,等々）．ボランティア,ＮＰＯなどによる活動,又はそことの連携．サロンのように介護保険に関係なく高齢者が集まる場所．レスパイトで入院可能な病院（精神科を含む）．
25 地域包括ケアに対する各関係機関の理解が必要．ある程度同じ方向を向かなければ,包括的な支援は難しいと思う．そのためには,地域包括支援センターのコーディネート力の養成が不可欠だと思う．
26 フォーマル・インフォーマルな機関が連携して支援のネットワークが構築されることで支援の輪が広がり,支援内容のバリエーションが増えて利用者さんへの対応も柔軟かつ幅広く行うことができる．
27 3 職種の連携の元,地域との連携．
28 地域ケア会議の定期的開催．地域のネットワーク構築のためインフォーマルサービスの確保．
29 医療との連携．
30 地域でのネットワーク構築が,かなり重要と考えます．その為の,地域資源発掘,住民（民生委員等）との日頃の連携が,どれだけ取れているかだと思います．
31 地域に密着しているサービス事業所がない地域である．中学校区に 1 つもないので,もう少しあれば連携しやすいと思う．
32 包括センターの業務や介護保険についての,住民への PR,啓発．（住民同士のつながり,見守りはできているが早期に相談がつながらないため．）
33 地域包括ケアは「行政や包括やケアマネなどが推進するもの」ではなく,住民の一人一人が「自分のために自分が推進しないといけない」と思って動かないと継続可能なものにならないと思う．そのために市（担当課以外も含めて市役所全体）がもっと政策的に働きかけないといけない．
34 地域における支援体制の確立（枠を超えての共同）が必要．
35 関係機関との連携．情報共有
36 他職種（特に医療,インフォーマル）との連携
37 担当地域は,山間部もあるため,未だ“介護状態になったら隠さなければ”といった風習がある．家族でなく“地域全体で取り組む”,“地域作り”といったことについて住民に意識してもらう必要があり,そのためには,社会福祉協議会や保健センターとの連携も必要になってくる．
38 関係事業所との十分な連携．
39 地域のネットワークをもっと強くして,横のつながりを強化すること．福祉サービスが十分に供給されておらず,使える資源が少なく,選択肢が限られている．時間や環境に関係なく必要な時に必要なサービスを利用できるようになれば良いと思う．
40 地域の課題抽出のため,地域の関係する人々,団体,事業所との関係作りの構築．見守りネットワークをさらに体系的に確立させ,場合によっては,インフォーマルサービス等必要を考えられる資源開発などが必要．
41 何をすれば良いのか分かりません．一人暮らし,認知症,身寄りがない人でも安心して自宅で生活できれば良いなと思います．包括の担当圏域を小さくした方が良いと思う．介護予防支援業務を包括業務から切り離した方が良いと思う．
42 他機関との日々の連携,交流．包括の仕事が一杯なので市からの仕事の整理をいったん見直しする必要がある．
43 地域医療の不足．24 時間対応訪問,訪看の不足を強く感じる．医師の認知症に対する理解を得る必要がある（年だからで済ませるのではなく）．地域の理解,住民同士の協力体制は必要不可欠となってくる．しかし,その意識づけ（若い頃からの）をしなければ急にできるものではないと思う．
44 地域の福祉への理解（教育）．
45 他・多機関との連携．
46 ネットワークの構築を実践する職員の力量と時間．
47 個人の努力,自助．その人の周りの人の助け,互助．
48 地域ケア会議とは何であるか,なぜ必要なのか,医療,福祉,地域,警察,公的機関など皆で理解する必要がある．ある居宅に参加を呼びかけたところ,法人の会議を優先するようにと本部から指示があったので参加できないと言われたケースもある．
49 住民の意識改革．
50 各関係機関との密な連携．
51 地域課題をデータ等を集め明確にし,地域の関係者と共有,検討することが必要と思います．
52 国,県,市などの支援,指導はある程度必要だと思います．（バラバラに取り組むわけにはいかないので．また,予算＝お金も必要なので．）
53 地域ケア会議．地道な地域の人々との交流,啓発活動．
54 情報共有できるネットワークの構築．多職種同士の役割の理解．
55 町民は,在宅介護支援センターは判るが地域包括支援センターは分っていなく,まずは,入口から周知徹底が

必要．医者が出席できる時間帯（夜）に開催する必要がある．
56 ネットワーク作り（関連機関や住民組織など）．社会資源の発掘．
57 認知症高齢者や精神障害者の独居の方でも住み慣れた在宅での生活を望まれる方が多いです．確かに近隣住民の理解が少なければ,施設には入れない仕組みがないからだと言われ,高齢化率の高い県営・市営団地の高齢者は自治会での役割の担えずに,尚,地域から孤立していく事例は多く見られます．そのための地域ケア会議の開催ですが,包括ケアの推進を行うには土台作りからして現在の人員配置や独立できてない部分から包括の役割は少し荷が重いのでしょう．高齢者の一元的な相談窓口であり,多種多様な業務に追われているのはどの自治体・包括も同意見であるとは思いますが,地域包括ケアというキーワードについてはもっともっとメディアにも登場させていくべきでしょう．（NHK のみでなく）担い手は若い人が中心にはなるのだから,こういった理念を知ってもらうことがまず必要に思います．
58 行政のリーダーシップ→委託の包括の仕事ではないと思います．医療,介護福祉関係,地域,住まい等,それぞれの分野の中でのシステム確立を目指すやり方．多職種がせっかく集まっても,なかなか,1 つの方向にまとまっていくのは難しいので．
59 介護保険法など法令による地域包括ケア推進の位置づけ．
60 「介護,医療,介護予防,生活支援… etc」どの分野においても離島は資源不足,支えるマンパワーの不足がある．特に在宅医療の実現は難しい．ボランティア等でも補完はできない．訪問診療や訪問看護をどう考えるかが課題．地域包括ケアシステムを理想通り推進するには必要なものばかり．
61 皆が同じ知識,同じ目線に立っていられる事．
62 つながりも大切だが,新たな社会資源の開発も必要．体は元気だが,外へ行く用事が少なく不活発病になっている．ボランティアやクラブのような活動の開発も大事になってくると思う．
63 市区町村が包括に丸投げであるので,協力体制が構築できない．近隣の市区町村とはそこがはっきり違う．行政との連携が取れなければ,包括だけで叫んでいても持続できない．
64 各々担当者及び関係機関の地域包括ケアの役割など
65 地域におけるインフォーマルサービスの情報を共有,支援についての根拠の提示と同意,民生委員,地域医療施設との連携
66 住民への周知．住民の中から,リーダーとなる人の育成．市町村の協力．
67 高齢者の認知症の方を見守る体制．認知症サポーター養成講座や講演会等による住民への理解,普及．サロンや認知症カフェなどによる居場所の確保．
68 医療との連携などでは力量のある職員が必要．地域の社会資源を開発していくのに地域包括支援センターでは時間や量としてとても難しい．
69 地域住民の御理解が必要．
70 継続した圏域内の地域包括ケアの理解の推進．
71 ネットワーク．
72 地域連携．
73 横のつながり．自治体の協力．
74 当事者のメリット．目に見えにくいものでなく,金銭などハッキリしたメリットが必要．対象者,地域のため的な,看板では人は動いてくれない．
75 職員の確保．職員の退転による確保が困難（職員の育成）．社会資源の有効活用．個人情報の開示．
76 職種間の優位性の撤廃．顔の見える関係．連携の成功により距離感を縮める．お互いの職種や法人内での業務の相互理解．
77 地域包括支援センター圏域における多職種協働の在宅チーム医療の構築．地域ケア会議や出前講座による,住民が主体的に「隣三軒両隣」による相互見守り関係構築に向けた動機づけ．
78 医師会の協力．住民の認識．地域の規模,地域性に合わせた柔軟な体制作り．（国が決めた型にはめたシステムは小規模村には合わない．型にはめたシステム作りは労力の無駄．）
79 高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごせるよう,自助,互助,共助,公助の適切なコーディネート,および,資源やサービス等の開発．
80 医療との連携．老健との連携
81 高齢化,単身世帯の増加など社会構造の変化の中で,「共助」「公助」の充実は財源的に難しく,「自助」や「互助」の役割は大きく求められているので,地域に合わせた「互助」の形を有機的に結びつけ,個人の意欲だけで終わらないよう,体系化,各資源とのネットワーク化していくことや,介護予防等「自助」の推進が重要だと思います．
82 地域の診療所,圏域の介護保険サ事業所との密接な連携．
83 地域課題を見つけられる視点を持つ．発想力,創造力,実行力．
84 地域との協力などの地道な活動(今はそこに手が回らない)．行政との意志統一が図られていないと感じているので,そこを何とかできればと思う．色々と提案しても上手く伝わらず,話が進まないと感じている．
85 住民の理解と,住民たちの力を引き出していくことが必要！！ケアシステム図を作成しながら,自分たちで支え合いながら生活しなければならないことを,理解してもらうことが必要．
86 医療との連携．地域住民の意識改革．
87 地域住民が今後の地域社会を自分事として考えるためのきっかけ作り．（現在活動を通じて取り組んでいるが,市(保険者)のリーダーシップを強く望む．）
88 医療がきちんと柱として存在してほしい．
89 行政機関の積極的介入．また,行政には「地域で見る」は難しいことを知ってほしい．
90 関係機関との連携(医師会,社協,民委,老人会等)
91 それぞれの機関の情報共有,日頃から連携や顔の見える機会が必要と思います．

92　地域福祉に持続的に開発的に携わっていく人材．専門職の不足．また,地域開発に当たっての社会資源や,地域力(過疎高齢化).
93　社会福祉協議会の推進する体制
94　町内会,自治会の活用.
95　医療,介護等福祉の専門職との連携はもちろん,地域にあるスーパー,銀行,コンビニ,不動産等一般企業との連携をさらに深める必要がある．※現在,地域内の約 100 の店舗と 1 つの事業で提携を組んでいる．それを包括ケアに活かす方法を検討中.
96　地域資源,地域住民との連携.
97　専門職の確保．地域資源の開発．各機関との連携.
98　国が言うようなボランティアなど NPO を活用することは,社会資源が少ない地方では無理である．また町内会なども高齢化などで機能低下している現状である．介護保険のサービス事業者も少ない中では,公的サービスが担っていくしかない.
99　地域の特性をリサーチして,キーパーソンとなる社会資源や,既存事務所(者)との明確な役割作りが必要．その中で,包括支援センターの立ち位置を定めることが急務.
100　地域自治会とのネットワーク作り．包括支援センター業務の周知.
101　町作り,地域作り.
102　包括職員の資質向上．行政との連携.
103　福祉分野以外の連携．高齢者が働くことが出来る場．生きがい,役割を持てる場.
104　社会資源．医療機関．サービス事業所.
105　社会資源の有効利用がされていない.
106　有資格者の法定内人員数配置
107　医療との連携．他職種との顔が見える関係作り.
108　地域資源をうまく活用し連携を取ること.
109　インフォーマルなサービスに対する積極的な行政介入.
110　医療との連携,医学的知識の取得．ボランティアの限界を知ること→何らかの報酬制にするなど.
111　ネットワーク作りを推進するためのコーディネート能力と地域の意欲,地域力.
112　今後,地域の課題を抽出しケア会議を開催すること.
113　行政との連携．　民生委員,自治会,老人会など,地域住民の方々とのネットワーク構築．　地域行事などへの包括の参加．　地域への包括の周知.
114　地域包括支援センターの業務内容の理解．　職員体制の充実化．　関係機関の協力.
115　包括支援センターの体制強化．　関連機関の協力．　市町村の積極的関与．強いリーダーシップ．　住民の理解.
116　多職種連携．　職員のスキルアップ.
117　もっと圏域を小さくすべき.
118　”地域包括ケアとは何か？”の周知．　包括職員のマネジメント力.
119　明確な動機づけが必要だと思います．　まずは,推進する側の行政,関係機関,包括支援センターの職員が,何のために地域包括ケアを推進するのかを十分に理解する必要があると思います．　それと合わせて,地域住民側への説明としても納得感のある内容にする必要があると思います．　”仏作って魂入れず”のようにならなければ良いのですが.（もしくは国は,それでも良いのかもしれませんが）
120　様々な職種の方と互いに連携をとろうとする姿勢．専門職としての倫理と,所属法人の理念との統合性.
121　個別の事例が包括支援センターに上ってきやすい体制作り（ケアマネや在介センターなどから.）．　関係機関のネットワークの推進．　インフォーマルサービスの導入への支援者の意識（向三軒両隣会議的な地域ケア会議の実施）．　既存の地域ケア会議やネットワーク会議を見直し,有効に活用できる様,ケア会議をデザインする（個別課題,地域課題,施策提言,開発などの役割を明確にして会を運営していく.）.
122　包括の役割の周知．見守り体制構築のための地域住民の人材の掘り起こし.
123　既存の組織との横のつながりが必要．　顔の見える関係作り．　福祉・医療の関係機関との定期的な情報交換が必要．　地域住民による介護予防の自主的な取り組み．　ボランティア活動の推進,取りまとめ.
124　もっと総合相談に対応できる様な機能強化.（専門職の更なる配置や委託であれば,行政にある様な権限もないと地域包括ケアは進められない.）
125　行政との連携,理解
126　福祉に従事する者が得た知識や情報を地域住民まで下ろす働きかけが必要．自己解決能力の向上や問題の意識づけ,介護予防の視点を養っていけるような支援が必要.
127　予防給付の件数の割に職員数が少なく様々な業務量が多く時間的余裕がない．職員,時間が必要である.
128　見守り,住環境,財産管理など権利擁護,医療連携
129　人材確保（住民の協力者）,関係機関との連携,地域への貢献（教室,講師派遣,困難ケース介入）
130　住民への周知,社会資源の確保と理解
131　医療との連携,金融機関との連携,高齢者を取りまく課題についての発信,圏域全体での課題の共有,行政の推進力,リーダーシップ
132　地域の方が困まったときに,家族に代わって病院に連れて行ってくれる人や,困まったときにすぐに対応してくれるようなことを行政にやってもらいたい.
133　医療との連携など
134　地域との連携,ネットワーク作り．地域,住民に包括がどういった機関なのかを知ってもらうために,周知活動．地域の要望,課題を把握するためのアウトリーチ.
135　何を目的に実施するのか？実施することが目的とならないようにしなければならない,市の関わり,理解.

136　圏域が広いためイメージ化しにくくなっている．国が示す「30 分以内でかけつけることができる」にほど遠いため難しい．国は高齢者人口のみで配置基準を示すのではなく地域性を重視し,小人数でも必要なところには配置できるように示して欲しい．(“できる”ではなく“しなくてはならない”として欲しい)

137　個人的な技量不足を感じます．“地域包括ケア”の理解が具体的でない上に,かつ,地域ごとに,より具体化していく応用力が不足しているように思います．

138　市町村（行政）単位での地域包括ケア実現に向けた目的,目標計画を作ること,町,地区単位での特色を把握し,そこに住む住民の方の声を聞くこと（ニーズをつかむ）,今ある社会資源を活かし,足りないものが何かを考え開発していくこと,多職種で話し合いの場を持ち（地域ケア会議など）意見交換をしながら,小さな事業者レベルでも,「町作り」に向けた意識作りをして実際に計画立てた行動をすること．

139　在宅医の連携協力体制又在宅医の理解

140　地域の顔の見える関係作り．みんなが知ってる包括の人になること．専門職同士も顔が見えないといけないと思います．事業所間の交流も必要で,地域を複数の事業所で支える仕組みも必要だと思います．気軽に立ち寄れる場作り．居宅にも包括にもヘルパー事業所にも地域の人が立ち寄れればいいと思います．

141　介護・医療・地域などの連携体制整備

142　医療機関との連携

143　関係機関の顔の見える関係作り

144　マンパワーの充実．医療・福祉の連携．社会資源との連携,行政の意識．

145　地域密着型サービスの報酬アップ（夜間帯の専門機関対応が必要）．

146　設置主体がブレないこと．新しいことは始めて,最低 3 年は続けること．システムや制度の変化が激しく,振り回されている．

147　住民主体のサロンといった介護保険を補完する次世代型社会資源の創出．

148　1 包括に出来る事は限られてきますので,行政や,各事業所をどれだけうまく巻き込めるか,また地域包括ケアを実施できる資源が圏域内に十分なのが,今一度の確認が必要ではないでしょうか．

149　他職種との連携．

150　人材確保,体制．

151　医療関係者の生活中心視点の強化．支援内容,財政,自立等を含めたバランス感覚の成熟．

152　専門職か否かに関わらず,多くの地域の人々とのつながりを持つこと．また関係性を作るための時間．

153　地域包括ケアが何かということについてもっと理解を進めて行くこと．圏域における地域課題を把握すること,その課題の改善,発見に向けてそれぞれの医療機関,介護施設等の動きが明確になること．企業との連携を図ること．

154　インフォーマルサービスの拠点作り．

155　老人大学を卒業された方ですら,地域の活動には協力頂ける方も少なく,民生委員の力に頼りすぎている現状で,元気のある高齢者への負担がある．隣近所の付き合いがもう少しできるようになれば良いと思う．又,●●市社協がもう少し活動していくと地域作りもできるようになるのではないか．

156　一般住民の高齢者（身体の衰えや認知症等）に対する理解を深めていくこと．現役世代（20 才～ 50 才）へのアプローチ．

157　高齢化率の加速に伴い,「自助」「互助」を広めていく活動が重要になってくると思います．また,都市部と地方での小地域ネットワーク作りの難しさも異なってくる為,都市部と地方での包括ケアの考え方を分けていくべきだと思います．

158　地域包括ケアのイメージは理解できるが,実現可能なシステムとする為には,中身の一つ一つをより具体的に示す必要がある．包括職員（委託費）の増．

159　政策形成のための関係者が一同に集まる会議が必要．そのためのケア会議を作り実施することが第一目標です．

160　市町村の指針は重要だと思います．地域で生活していくためのシステム作り,社会資源の開発,認知症施策,介護予防等,課題は多いです．

161　協調性．チームワーク．地域住民の周知．

162　地域包括支援センターの周知．介護予防の地域住民への啓発,意識付け．医療機関との連携（会議,連絡会,個別ケースを通して）→介護保険申請をしたことの連絡等のシステム化．一次,二次,三次の高齢者への支援内容の明確化（市としての）．要介護状態に陥らないように一次,二次予防対象者への支援とそのフォローへの整備．

163　担当する人の専門性と医療連携

164　総合病院は MS や地域連携室が調整をしてくれるが,一般の診療所の開業医の連携や協力の意識が貧しい．又,介護福祉の知識に貧しい．包括ケアの中心となる開業医の意識向上と在宅診療の促進が必須だと思われる．

165　市の方針．市と包括との協働．ネットワーク作り．

166　地域住民をはじめ,関わる支援者間での合意形成が必要．

167　各関係機関との連携（特に行政）．町自体が小さいことで役場介護関係課も担当職員も少ないため,包括へ丸投げされることが多いです．同じ困難事例を扱う場合でも隣市（●●市）では行政を中心に動き解決に結びつけることを考えると,同じ包括でも違うもんだと．当町は人口●万●千近く高齢化率●●％です．そこの包括が 1 カ所というのは業務上厳しいものがあります．最近は,65 歳以上のみならず,50 代での精神に関わるケースが急増し,対応に苦慮しています．

168　世代を問わず,その地域の住民がどのような地域にしたいか,何が課題か等を一緒に考えられる機会があると良いと思います．医療・保健・福祉に留まらず,若い世代の教育などについても「地域」の大切さを反映させる等,主体性を持った地域作りができたら良いと感じています．

169 社会資源の開発
170 社会資源とのネットワーク作り．憩いの場作り．
171 住民への地域包括ケアの説明,理解促進,啓発．包括,介護保険事業所,医療関係者,住民の連携．
172 他職種連携が大切だと感じる（情報共有）
173 包括支援センター自体が地域に浸透していないので役割を知ってもらうこと
174 関係機関それぞれが地域包括ケアを形成する役割を担っていることを理解し,積極的に参加することが必要
175 関係機関の日常的な交流が必要だと思います．
176 行政のバックアップが必要．
177 地域と実践する力．経験．ネットワーク構築．
178 どのような町にしたいか,住みたいか,住民から夢を聞き出し,住民と地域包括支援センターが一緒に町作りをしていくこと．
179 医師会に対する行政機関の指導力の強化
180 実態把握の量が多過ぎる．指定介護予防支援業務でほとんどの時間が取られてしまう．包括の職員もそれが包括の仕事と思っている．
181 地域包括支援センター圏域では,地域包括ケアシステムを推進する上で必要な資源がない．資源発掘や行政機関への働きかけ,何を行うにも行政次第なのが現状．
182 15-5 と同じ．地域と各種相談機関等の連携が速やかにできるシステム作り．それには会議という枠組みだけでなく,日頃から各地域団体が催している会合に出向き,顔を出し信頼を得てこそ,本当の連携ができると思う．
183 職員の力量．業務の見直し
184 チームワーク　居宅側は包括が相談したら包括丸投げ．包括が解決してくれるものだと思っているところがある．支援者支援をすることへの理解乏しく何もしてくれないということになりやすい．
185 医療との連携．社会基盤作り．
186 医療機関の理解と協力（会議に出席する）．前提として,市全体の関係機関への協力要請．
187 行政側からの積極的なプロモーション（住民向け）．
188 課題の整理（個別,地域サービス支援の中で見えてくるものの整理をする技術及びそのための研修）．　地域の力．
189 1.市役所内で担当部署だけでなく全庁的な取り組みが必要となる．2.地域包括ケアは行政,包括支援センターだけでは困難であり,地域自治組織,医療機関等の理解と協力が必要である．3.地域住民に高齢者を取り巻く様々な環境制度が悪化し,地域包括ケアの必要性を理解してもらう．（互助の力を強くする）　4.包括支援センターの体制強化．（人員増）
190 形式的な会議や研修会等で,他の社会資源のメンバーと顔を合わせる機会はあるが,ある意味フランクに,時間的制限を気にせず,日頃感じていることが言い合える場が必要と思う．
191 地域包括ケアを推進していくに当たって?地域ケア会議”,?医療と介護の連携”や“認知症初期集中支援チーム”の導入など,様々な場面において,医療機関の役割,特に医師の役割が重要となってきている．しかし,地方では医師の確保そのものが難しく,また,閉院する医院も多くなってきており,在宅医療の充実が必要であると考えている．
192 各専門職間のネットワーク構築と共に民間のボランティアの方の力が必要だと思われます．
193 相互連携が特に重要であると思われるため,今後もケースやその他事業を含めて連携を密にしていきたい．
194 ネットワーク構築．本人(高齢者)が自身の生活に対して意欲を持ち,又その家族も一緒に考えていく力を身につけて,ネットワーク構築が成り立つ為,本人,家族に対しての取り組みも必要．
195 専門職として関わる人のレベルが低い．資質向上．主任ケアマネ取得制度見直し(経験さえあれば誰でも取れる)．市が方向性をしっかりと打ち出すこと．
196 町の高齢化率が上昇傾向であり,マンパワー不足を日々感じている．様々な事業やネットワーク構築などを進めるにしてもマンパワーがなければ充分にはできない．
197 高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごせるよう,自助・互助・共助・公助の適切なコーディネート,および資源やサービス等の開発により,包括的,継続的な支援を行う．関係機関の垣根を越えた密接な連携,ネットワーク作り．
198 多職種,地域との協働．
199 スタッフの手間,時間
200 わかりやすい情報の整理．交流や顔の見える連携の場の構築．
201 介護と医療の連携(ネットワーク)の構築が必要と思われます．
202 専門職はもちろんのこと,地域住民と顔を合わせて話し合う機会をもっと増やすこと．マンパワー不足．ニーズを見つけて拾い上げ,資源を開発していく仕組み．若年層の雇用．
203 行政のビジョン．住民の意識．国民の介護観(何でも行政がやる,保険料を払っているので全て保険でやってくれる)
204 医療,介護,福祉,地域の社会資源との顔の見える関係作りが必要だと思います．互いに協力し合うことを惜しまず,みんなが地域包括ケアシステムの一員であることを理解するのが大切だと思います．
205 ネットワーク構築．地域にある社会資源の把握．地域の実情を踏まえて,現実的な視点を持った取り組み．
206 切れ目のないサービス資源の開発と,フォーマル・インフォーマル資源の有機的な連携．
207 日頃から関係職員や関係団体との顔合わせ(コミュニケーション)を行っておくこと．地域の中に入っていくこと．
208 社会資源の整備．H25．4 月は開設したばかりで目の前の業務で手一杯です．今後少しずつ課題を明らか

にし,取り組んでいきたいと思います.
209 ケースのなすりつけあいではなく,各々が協力しましょう知恵を出し合いましょうといった意識.（地域包括ケアは誰かがするとの意識ではなく自分たちがやっていくとの認識).
210 在宅医療の体制．地域住民の理解と協力．ボランティアの参加．関係職員のスキルアップ.
211 ●●地域の為,冬期はサービス利用が提供する側も非常に困難．地域を何分割化して各々でサービス,相談できる体制作り．入院施設,訪問リハ,ショートステイ,冬期間住居,介護サービスでない高齢者が,気軽に集まれる場所．地域でできる生活支援(移動販売,掃除,買い物支援,●●など).
212 時間と人手
213 地域の中で支援者を見ていくという共通の認識やネットワークの必要性を持ってもらえるような働きかけをしていくことが必要で一番難しいです.
214 多職種連携.
215 民生委員等地域住民等への地域包括支援センターの周知を行うとともに,地域課題(個別の課題を地域全体で捉える)を把握し,ネットワーク等必要なところへつなげるなどコーディネートを行うことをしていく必要あり．また,地域住民等にも地域包括ケアの仕組みを理解してもらうことが必要.
216 地域包括の職員が地域に出向くこと．その時間の余裕．きっかけ作り．地域包括内での目標設定．地域包括支援センター職員間で進む方向性を確認し,統一した認識を持つこと.
217 自助や共助は,もちろん大切ですが,フォーマルなサービスがあってこそだと実感しています．医療・介護・関係機関とのネットワーク．在宅ケアについての住民の意識.
218 あらゆる関係機関とのネットワーク作り.
219 地域ケア会議の体制等の見直し（政策形成,社会資源開発,地域包括支援センターの位置づけ.）．　地域作り―ネットワーク作り.
220 多職種連携
221 社会資源の開発,ボランティア育成など
222 地域住民が常に暮らしやすい町作りをめざして協力をしてくれている支援者支援が必要である.
223 個別の課題への対応のみに翻弄されず,地域を広く見渡し,どのような支援体制が必要とされているかを見極め,事業化,施策化していくことが必要だと考えます.
224 住民,事業所等が包括ケアを理解すること.
225 医師会との連携．　開催していくに当たっての職員のスキル．　行政の理解,協力.
226 介護・医療等,様々な分野との連携強化,また高齢者のニーズの把握をして,必要な社会資源の開発をしていく必要がある.
227 町として,地域包括ケア（システム）をどのように推進していくのかという方向性（形）がまだはっきり示せていないので,その部分を示していくことが必要だと思う.
228 地域住民が地域包括ケアを望むこと．　現在は方針を受け,市は「やらなければいけないこと」なのでというスタンスだが,それでは,住民の理解や協力を得て,実現していくのは難しいと思う.
229 専門職員の確保
230 地域住民への地域での支え合いが重要である事．自分自身の問題として,考えてもらうように住民に意識づけを行う.
231 医療機関との連携．　地域の見守り,ちょっとした支援ができる体制作り．　行政（担当課,又それに関連する課）との連携.
232 看取りに向けた病院のネットワーク.
233 地域における医療との連携体制の構築.
234 一人一人の利用者様から見ると圏域では問題解決出来ない．医療に関して,圏域内では無理である．地域のコーディネート役だと思っているが,自治会という組織 1 つを取ってみても,圏域内に●●ヶ所もあり,それらを地域の課題として上げても自治会によって温度差があり,私の担当している地域には商店街などなく市街化調整だけが多く,車でも片道●●分以上かかるところまでが範囲でとても大変である．それを一言で地域と言われても….
235 地域住民が福祉に関心を持つことが必要だと考える．住民に関心を持ってもらうためにも広報活動を行っていく必要がある.
236 介護保険外のサービス（有償ボラ,安価な自費サービス）　高齢者だけでなく,年代問わずに利用できる地域の寄合どころ的なもの　認知症の家族を支えるサービスや地元の協力　安否確認のみを主目的とした安価な訪問サービス　自宅で看取ることについての啓蒙活動　人は年を取って死んでいくものだということをきちんと学ぶ場を作るべき.
237 医療との連携．地域包括ケアについての理解．ネットワーク作り.
238 市がちゃんと方針を出すこと.
239 高齢者だけの問題として捉えるのではなく,子供や障害者等にも目を向ける事．市町村の積極的な取り組み（中心的な役割,牽引力）．インフォーマルサービス（社会資源）．高齢者（元気な方）の自律.
240 常日頃からの連携作り．介護予防,高齢者虐待,成年後見制度など,分科会やネットワーク会議のような形で各分野の方々と連絡を取り合っておくことで,大きな圏域で広義のテーマで地域包括ケアを考える際に協力体制が取りやすくなる.
241 行政が地域住民に対して啓発活動を行い周知すること.
242 じっくり取り組める時間や知識,技術.
243 専門職としてのスキルの向上.
244 人材確保．業務量過大,報酬が低額の為,離職率が高いです．地域ケア会議の義務化や総合事業への転換がH 27 の制度改正でなされるのであれば,業務量としては確実に拡大していきます．業務量に見合った人員

と報酬が不可欠となるでしょう.
245 各専門職やインフォーマルが包括ケアを知らないことが多くある．きちんと包括ケアを理解し,地域全体で取り組むことが出来れば,良い方向に向かうと思う.
246 地域性と地域課題の把握
247 地域,関係機関との連携,協働
248 地域との連携を推進していくためのマンパワー．医療との連携.
249 介護と医療の連携の充実　インフォーマルサービス（ゴミ出し支援,買い物支援等）を充実させるためのボランティア育成
250 人材の確保,地域へ出向き,介護保険だけでは支えられないということ,一人一人ができることの意識付けを行っていくことが必要であると思う.
251 市としての地域包括ケアシステムの設計図,圏域毎の課題の明確化と市の作った設計図とのすり合わせ
252 医療との連携について,何か方針がある訳ではないので弱いと感じる．ケースを通じての連携は個々の職員ができているが,地域課題を解決できるような場（ex.医療連携の為の会議）などはない．将来,何を目指すのかを明確にし,専門的に関われる職員の確保が必要であると思う．人事異動等で,人の入れ替わりがあると一定の方針で展開していくことができない．一人の対象者（高齢者）がどのように暮らしていきたいのかを見極める権利擁護的な視点を普及していくことも必要と考える.
253 地域・医療・福祉・行政の関係者間で「顔のわかる関係」ができている事→その関係者が地域の現状を把握している事→その現状を踏まえ,関係者が役割を持って行動する事
254 現在,避難中で,帰村してから医療,福祉の事業所を整えることが困難
255 地域のネットワーク構築　,地域ケア会議　,地域診断（コーディネーター）
256 町会や地区社協,民生委員と顔の見える関係作り,連携と協力．市町村のリーダーシップ,意識（意欲）（委託事業であると,各包括の自由度は限られている）
257 山間地で社会資源を十分にないため,提供できないサービスに対してどう対応するのかを考えていく必要がある.
258 圏域人口の高齢化率が 50 %を超えており,地域全体が老老介護状態になりつつある状況で,公的な社会資源も不十分なため,公的な援助では賄えない部分が多い．インフォーマルな援助体制を作り出していくことも難しい．地域特性を考えると,行政のリーダーシップと,行政と社会福祉協議会の積極的な協働が必要なのではないかと思っています.
259 自治体（市）による方向性,イメージの明確化とリーダーシップの力．重層的なネットワークの構築,特に小地域での住民力を基にした互助の体制作りとその形成に向けた啓発,学習会の実施．専門機関と住民ネットワークとの連携と協働体制．実践と振り返り（評価）と改善の客観的な判断ができる機関の設立
260 担当職員がいかに地域課題に対して問題意識を持っているかに左右されると思う．また,地域住民からいかに多くの情報収集を得ることができるかも影響すると思われる.
261 住民の意識の向上（介護予防とボランティア等）．在宅医療推進に関しては医療機関の協力体制,社会福祉協議会と関係機関との協働
262 医療連携は今後重要と思います．また,連携がスムーズに行えるような市町村レベルでの体制作りが必要と思います.
263 地域住民への意識付け,ネットワーク作り,医療と福祉のさらなる連携,福祉サービス,施設の充実
264 関係者同士の顔の見える関係．また,融通が利き合う関係．（縦割り意識,制度論だけでは必ずそこに漏れが生じるため）
265 自己決定を求めることができる環境
266 マンパワー．インフォーマル SV の充実．地域住民の理解と協力.
267 行政との連携,関係作り　積極的な地域住民,事業所等民間サービスの参加.
268 24 時間サービス事業所や往診の誘致．地域住民のボランタリー精神の育成．低コストの社会資源の開発．ネットワークの仕組み作り
269 行政組織,地域に対する周知活動と,各組織ごとに窓口を作ること．（話をできる人を決めておくこと）
270 具体的で実行性のある仕組み作り．公的なサービスだけでなく,地域のインフォーマルな資源をつかった生活支援サービス．24 時間体制でケアできる,介護サービス及び医療系サービスの整備
271 ネットワーク
272 専門職,住民の皆さんの協力．町内会単位等,各地域の問題を地域住民自らが考えるきっかけ作り
273 互いの組織が連携しようとする意識．医療関係者の意識改革と多職種協働への積極的参加．地域の互助,共助への意識の高まり
274 地域に不足している社会資源の開発．地域住民とのネットワーク構築.
275 医療と介護の密な連携．自治会,民生委員など,インフォーマルなキーパーソンとの連携．行政による積極的な仕組み作り,フォーマルサービスの見直し.
276 地域課題をしっかり把握すること．地域の社会資源について把握すること．生活支援が必要な方の把握と自助,互助についてどのように啓蒙し,元気な高齢者が地域で活動することにつなげられるか．システム作り.
277 ①行政のやる気②職員の確保．②に関して,1 号被保険者が約●●名なのに,直営の包括が 1 ヶ所しかなく,しかも民間から出向している社会福祉士が 1 名しか配置されていない．予算上の問題もあるようだが,この状態は介護保険施行規則第 140 条の 66 第 1 項第 2 号から見ても不適切．①に関しては,包括メンバーで行政職員は保健師のみで他は全て民間人．センター長を始め,保健師は数年で移動してしまうので,一から始める．繰り返し．また,担当者次第．自助,互助,共助など当てにならないものをシステム化しようとする「地域包括ケア」は成立するとは思えません.

278 地域のネットワーク構築.
279 多職種との連携,協働（市役所内部も含め）．課題の共有．介護保険のサービスだけではなく,多様な社会資源を結びつけること（様々な制度や,サービスの組み合わせ）.
280 地域ケア会議の推進.
281 包括側では,現在,介護予防プラン作成,サービス調整に業務のほとんどの時間が費やされている．地域に出て行く優先順位が低くなってしまっている．また,住み慣れた地域での生活の継続を目指しての地域包括ケア推進だが,住民自体が独居高齢者に対し,施設入所を強く勧める現状がある．人の意識を変えることは,なかなか難しく,地域で共に生活していくための資源の整備だけではなくこれからも理念の啓発を続けていく必要がある.
282 地域住民の方との関わり.
283 スーパーバイザー
284 フォーマル・インフォーマルも含めた連携. 地域包括ケアシステムを作ることでの目指すところの明確化. 地域包括ケアシステムを構築する上での地域課題の分析（地域診断）.
285 委託元である行政の指導が必要．地域包括ケア自体,行政が推進していく気があるのかどうか疑問．委託元に「丸投げ状態」であるので,こちらとしても,どうして良いのか分からない．方針も何も示されていない．相談しても明確な回答が得られず困っている.
286 民間の事業が活性化する様に補助金を出して欲しい．サロンリーダー等の育成が必要.
287 主体である地域住民への理解
288 住民,専門職など様々な人の"熱い思い"．形だけでは意味が無いと思うので.
289 様々な職種,団体との連携.
290 他職種や民生など人とのつながり．包括自体の周知など.
291 推進する時間.
292 公的責任での制度維持,ボランティアの組織は難しい．それなりの報酬がなければ人は動きません．また,事故があったときにはどうするかなど,ボランティアでは限界がある．介護保険や地域支援事業を充実させる必要がある.
293 包括支援センターの業務の軽減(予防給付に業務量がとられすぎている)
294 関係機関との連携
295 包括 5 年目になりますが,地域の中での包括が浸透してきていて,今後,地域とのつながる機会を今まで以上に増やし,地域で何が課題なのか,地域で必要なことがあればどのような手段で構築していくか考えて実践していくことが必要だと思います.
296 (地域の事業所等や包括での)地域包括ケアに対する共通理解が必要．地域包括ケアとは具体的に何か？と言われたときに,わかりやすく,具体的に答えられる答え.
297 専門職の確保が難しい．常勤の嘱託職員は仕事を覚えると辞めていく．業務内容が多過ぎる等基本的な部分が安定しないと地域や事業所との連携が難しい.
298 包括職員の地域ケア事業を推進していく力量が必要.
299 民間サービス参入で生活支援ニーズへ対応する仕組．介護ニーズを介護保険で対応し,在宅生活限界点を上げることが重要．看取りのできる地域.
300 「地域包括支援センター」を名称としておくだけでなく役割を設置義務のようなものを明確にしてほしい“直営”で行政職員が担当業務の 1 つとして行なうには限界があります.「体制整備」が遅れている地域はどこに相談したら良いのでしょうか.「やるしかない」と目の前にある事例の対応に悩むことで日々が過ぎていきます．保健センター職員が指定介護予防支援以外の業務を福祉課の職員と協力しながら行っています．H 18 年スタート時と体制は変わっておらず,センタースタッフは「包括部門」の業務が重荷になってきています．そろそろ現体制では限界だと思います.
301 上司への説得,「必要だとはわかっているが,やるのがイヤ」と言われる.
302 自助が互助力を地域住民や他職種がより理解し,地域力を底上げする必要がある.
303 地域組織やサービス事業所とのネットワーク
304 担当職員,決定権者のヤル気．どこまで腹をくくって地域を巻き込めるかである
305 マンパワー（包括のマンパワー不足）
306 H 26 年度からの動向については,市包括からの指示を待っている状況です.
307 自治会との情報交換
308 医療職,介護職,福祉職全ての専門職の意識や考えなどを共通化する必要があると思う．しかし,専門職や行政職だけが努力しただけでは困難．住民の意識が変わらない限り無理だと思う．住民に対する啓発が必要だと思う.
309 地域の関係者とのネットワーク
310 他職種との連携,協力．社会資源の把握.
311 地域に問題や課題がおきた時だけでなく,普段から地域の行事や風習を知る,把握できる業務をしていないと,地域包括ケアに関わる業務は難しいと感じた.
312 地域住民が自分たちの問題として福祉の問題をどれだけ捉えることができるかがカギだと思います．団地を例にあげると,自治会や老人会が盛んな地区は自分達で見守りや孤独死の防止策を検討し,総会等に包括も出席させていただき紹介をしています．自治体主導型の福祉ではなく,住民（地域）型の福祉を構築していくためには地域住民へのアプローチが必要だと思います.（自治体への要望内容力,各々の地域により異なると思います.）例えば,地域力が高く,住民により高齢者が支えられている地域や高齢者同士支え合っている地域の紹介,市役所や包括が相談支援をしながら地域住民の意識を高めていくことが必要だと思います.

313 医療も介護も同等の立場で連携を取ることができなければネットワークの構築は難しいと感じます．また,交通機関や病院,商店などの充実レベルも地域によって様々なので,その地域に必要なことの優先順位を考え,対応していくことが求められると思います．包括支援センターにのみ,多くを課せることはおかしい．
314 地域の社会資源の把握と新しい社会資源の開発が必要だと思う．
315 積極的に地域の声を聴くこと
316 地域でリーダー的な核になってもらえる方の存在．多種多様でその人にあったニーズの選択が可能なサービスや社会資源の量．定期的な連携のできる場(定例会,事前検討会)
317 ②既存の資源や取り組みを 1 つのネットワークとしてつなげること．③地域の現状を知り,課題を見つけていきながら住民を巻き込んだ支援体制を整えること．①包括の業務に対する評価を行い,今後の方向性を固めること．
318 自治会,老人クラブ,ボランティア団体等地域の方々との連携．在宅生活を支える医療体制(往診体制や夜間の対応)．介護サービス提供事業所の充実(当市に無いサービスや量の少ないサービスがある)
319 関係機関の横のつながりがスムーズで連携がとれていること．地域の課題が共有できていること．限られた資源を活用して誰もが住民主体の考えで頭を寄せて考えられる体制作り
320 多職種との連携
321 包括センター(委託型)の力だけではできないので,行政が主になり,様々な機関が同じ方向を向いていかなければ達成できないと思う(医療分野でも同じようなことが提唱されているので整合性が必要)
322 医療,福祉の単なる連携でなく,具体的に事例へスピーディーに対応できるようなシステム作り,マニュアル作り．
323 市が様々な機関に地域包括ケアについて周知すること．ボランティアなどの社会資源の開発．
324 地域包括ケアシステムを支えるサービスを確保していくための人材確保．地域でその人らしく暮らしていくための予防や多様な生活支援サービス等が一人一人の状態やニーズに合わせて適切に提供できる地域の体制作りが必要
325 行政による積極的な働きかけ
326 地域のネットワークを作ることが一つだと思います．一つのケース,プランについて様々な人が関わって 1 人の人を支援しており,色々な立場の人が連携し,スクラムを組んで包括的に支援していくことが大切だと思います．連絡,連携だけでなく,十分なアセスメントをして本人を見ていくことが必要です．ただ現在の業務量を考えるとネットワーク作りにまで手が回っていないのが現状です．
327 顔の見える関係作りができる場の確保が必要だと感じます．
328 ネットワークが全く出来てない,全てはこれからです．
329 圏域内の医療・福祉関係の事業所の数は,都市部に比べると少ない方である為,ある程度日常の連携は取りやすい環境にはありますが,夜間対応の事業所がないなど,地域住民を支えていくには,新たな地域資源が増えていかなければ難しいと感じることがあります．
330 各々の機関等が役割意識を持ち,その役割を遂行できるよう,働きかけやインフォメーションが必要と思われる．地域の中で核になる人たちが課題を明確にすることと情報が共有できるシステム作りができると良いと思う．
331 住民に地域ケア会議に参加してもらうための地域においてキーパーソンとなる人物の存在．
332 もっと時間,人数が必要．
333 包括の職員のスキルアップ,地域を見る力を身に付ける．社協との連携
334 医療や介護,福祉の分野のみならずインフォーマルサービスを含めたネットワークの構築が必要であるが,一足飛びにできるものではないため,個々の分野において課題抽出から始めるという地道な作業が必要で多大な労力を要する．日々の業務に追われるため,包括ケアを推進していくための時間と労力の確保,また専門職の確保が困難．指定介護予防事業の分離．
335 介護,障害,医療,地域サービスの協力．地域の実態把握．市の中でも区域により,問題が異なる．
336 行政として地域包括ケアをどう位置づけるか．総合計画に位置づけ,どう描いていくかが共有できなければ,理想と現実はかけ離れてしまうと思う．地域包括ケア=（特定の住民だけでなく）住民が住みよい町作りだと思うので,住民を巻き込みつつ,行政としての方向性を行政も考えなければと感じている．
337 情報の共有．より公正で平等な支援のあり方．市街地のみならず中山間地域住民にも在宅生活継続のために共有できるサービスのあり方,方法,施策等の必要性．
338 顔の見える連携と全体の共通認識．住民への周知．
339 同じ土俵で同じ思いを持ち,同じ目標に向かうこと．
340 交通手段．ボランティア等の養成．ネットワークの構築．医療と介護職の連携,研修．
341 自助・互助・共助・公助の役割を明確化を図るとともに,各機関の意識作りが必要．また．市町村における社会資源の情報やこれから必要な資源を探る等,地域包括支援センターのコーディネーターとしてのスキル向上も必要である．
342 行政,基幹病院の積極性（意識）
343 役場の管理職の意識改革
344 地域包括支援センターの職員の定着したうえで,地域住民や関係機関との信頼関係や連携の構築が第一歩ではないかと思います．
345 地域の既存の団体との連携．公助の限界から共助へのサポート．
346 当市地域包括支援センターは,市内に 1 ヶ所で圏域は 5 つに分かれている．その圏域毎にケア会議の開催は人員的にも厳しい面があると思う．
347 病院が在宅医療を積極的に行うこと．地域住民の認知症の理解．各専門機関が個別に支援するのではなく,それをコーディネートする存在（ケアマネは介護サービス中心になってしまう．ケアマネとは別に,各機

関やサービスを調整する役割）→これは包括の仕事？社会福祉士？
348 インフォーマルな支えについてもっと知ること.
349 各業種との連携.
350 地域格差が問題と思います．地域の現状として,山間,農村部のため過疎は進み,店やサービスもない,選べない．社会資源の開発にも限度あると思います．都市部と,そもそも同じ制度で動かしていくこと自体難しいと思います.
351 地域を知ることと同時に包括を知ってもらう．ネットワーク作りと,中心的な役割を担えるようにしていく．社会資源の開発.
352 市が「指針,ビジョン」を示すことがまず必要．向かうべき方向性が示されることではじめて包括各々の活動が担保され,推進力を発揮することが出来るのではないかと思う.
353 住民の意識の変革．ボランティアを行うことに生きがいを持てる社会へ．小中学生への早期から,高齢社会や認知症の対応などの教育をして共生するという意識改革をする．社会資源の開発．（ショートステイが出来ないから入所しなくてはいけなくなる）．高齢になっても健康でいられるよう,自己管理の教育．主治医が本人だけではなく,家や家族も知りアセスメントする能力の開発．退院する際のスムーズな連携.
354 住民の理解．市町村,庁内多課の共通認識と推進するという意志．地域のリノベーション.
355 基本理念と目標の共有.
356 住民,民生委員,介護保険事業所含め,一人一人に対し,地域包括ケアの理解と周知をしていくために,広報が必要と考える．医療関係と連携強化.
357 専門職の確保．医療機関との連携.
358 合併市町村のため圏域の再検討と地域ニーズの抽出が必要と思われる.
359 医療との連携強化．住民への啓発．行政が方向性を示し,後方支援を積極的にしてくれること．ケアマネジャーの視点.
360 補足 15 － 5 と同様．地域ケア会議の開催目的をはっきりさせて,構成員に伝えることが必要である．また,構成員一人一人も常に地域の課題を把握することも大切と思われる．行政の地域福祉計画等も念頭におき,どのような地域を目指していくのか目標を設定していくことも必要と思われる．圏域の社会資源のネットワークや,会議の出席等,重要な会議であることの周知を事前に行う必要があると思う.
361 自助・共助の意識を高めること．新たな社会資源の発見,開発,育成のサポート.
362 全てを行政に頼るのではなく,地域が担える部分は地域で相互に助け合うための仕組み作り．（地域見守りネットワークの充実）災害時等は特に！（自助,共助）　利用者自身の意識変革．全てを行政からの税金の支出や無償の住民ボランティアに頼るのは財政的にも,マンパワーの確保の面でも無理．（公助の限界）本人（子供など親族も含め）の資力面で余裕があるのであれば,有償のサービスを利用していただくように考え方を変えていく必要がある．高齢者であれば,無償や低廉でサービスを利用して当たり前という意識が強い.
363 行政の積極的な介入．　地域の人の理解,周知.
364 福祉専門職も含め,地域住民や多職種分野等広くて地域包括ケアシステムについて理解や説明を行っていく事が必要と感じている.
365 医療をはじめ,各関係機関との連携体制を構築すること．総合相談窓口である地域包括支援センターや居宅のケアマネージャーが個々のニーズに応じて様々なサービスや支援をコーディネートする機能,ノウハウを有すること．コーディネートするに足るきめ細やかなサービスや支援が地域に十分存在すること.
366 全体的な意識改革　市からの働きかけ,理解　医師の力
367 フォーマル・インフォーマルな社会資源が連携をする機会（それぞれのサービスがバラバラにサービスを提供するのではなくお互いに顔の見える関係の中で包括的なサービス提供可能にする）．地域が主体となり課題を解決する力.
368 社会資源の開発,ボランティアの育成.
369 顔の見える関係作り.
370 地域包括ケアを実現する為には,生活圏域(歩いて行ける範囲)に公共施設,買い物等の複合施設がある事が条件なのでまず国作りを担う方々にビジョンのある国土計画を期待します.
371 市の指導力.
372 地域住民に主体性を持ってもらうこと(「自分たちの問題である」という意識を！)．ケアマネの資質の向上．顔の見える関係作り,すぐに連絡の取れるネットワーク作り．「痒いところに手が届く」サービスの充実(インフォーマルの活用)．地域包括支援センターの権限の強化.
373 医療との連携特に開業医,在宅医というのはごく一部の先生方が頑張っているだけのように見える．在宅で支える,またマスコミで「時々入院,ほぼ在宅」といわれているが,それを実現するには開業医の先生方からもっと地域に出てほしい．包括が働きかけても今の診療体制では,関わりたくても関われない先生方が多いと感じる.
374 医療,訪診クリニック等の充実．インフォーマルな生活支援のサービス．住民の理解と協力.
375 包括支援センターの圏域ではなく,もっと細い圏域での支援（中学校区では広すぎて,地域特性の違いがある徒歩 10 分圏内ぐらいが良いのではないか.）
376 先日第 1 回目地域包括ケアについてを自立支援ネットワークで説明したが,課題が大きく市民の方に具体的な話はできず,今後地域に住む高齢者が困ったことが起きた場合,地域に住む方の協力は必要とは伝えた.
377 インフォーマルサービスの把握と情報管理．医療機関の情報の整理．医師とケアマネとの連携促進．介護予防についての啓発と実践．包括が地域住民が相談しやすいセンターとして,活用されること.
378 ①業務の分担．現行の制度では大雑把すぎるため,内容が多岐にわたり過ぎて,何の仕事をしているかわからなくなることがある．②行政の積極的な介入．委託を丸投げと勘違いしている行政が多い．介護保険の

責任主体はどこなのか,考えてもらいたい.
379 時間
380 慣れていない事もあり,指導者が必要だと思う．又,個人情報についての取り扱いも難しいと思う.
381 役割の明確化,共通目標,目的の認識．地域包括ケアそのものに対する理解向上
382 行政と住民,企業などの相互理解．各関係機関との連携．地域包括ケアシステムを行政としてどう構築するかの具体的な体制作り.
383 実態の把握．市のビジョン
384 各職種や出席者における活発な意見交換．個別ケースの検討等による地域課題の抽出,把握．出席者の高いモチベーション．地域を活性化させたいという熱き想いを持って日々の業務に従事する事.
385 住民を巻き込んでいくこと．医療系サービスの充実.
386 地域住民の高齢者,特に認知症や独居の方への関心
387 ネットワークの構築
388 日常生活圏域のニーズの把握がポイントであり,保健・医療・福祉の連携が重要であるが,我が町においては,支える医療体制が不十分である.
389 地域住民,医療,介護それぞれの分野との連携強化．行政と地域住民とが意見交換できる場を確保し,住民の声を把握していくこと.
390 社会資源の把握と開発．多職種間の連携．生活支援の充実.
391 社会資源(特にインフォーマルサービス)の充実．地域の他職種,地域住民との顔の見える関係
392 現在行政の方針が定まらず,包括としても戸惑っている状況です．明確となれば,包括単位で具体化して取り組むのですが....ただし,マンパワー不足の面も否めません.
393 もともとのつながりがある地域なのでそれを社会資源としてつなぐ包括やＣＭが機能すれば地域包括ケアは実現すると思う．逆に,つながりのある地域の中でつながりのない人が孤立化しやすい状況にあり,周りにうまく溶け込めない現状もある．つながりを構築あるいは再構築していく作業が必要．また住民の意識も行政に頼るのではなく,自分たちでなんとかしていかないといけないと危機感を持つことも必要だと思う．住民への意識啓発も包括の大事な仕事.
394 地域に周知されていない
395 啓蒙活動
396 行政直営であるが行政職員 1 名で他嘱託職員,経験もなく制度の理解も不十分で「地域ケア」の中核になるのは難しい．また行政が包括の業務を理解していないため,業務ばかり増やそうとする.
397 往診してくれる医師（在宅専門の）の確保．精神科,神経内科専門医師の往診体制の構築．訪問看護師の数を多くする．認知症サポーター養成講座等で広く住民に認知症を知ってもらう機会を作る.
398 単身世帯等が増加し,支援を必要とする高齢者が増加する中,高齢者が住み慣れた地域で今後も生活を継続してくためには「地域」で高齢者を支える仕組みを作っていく必要があると思います．例えば,生活支援サービスを充実させたり,高齢者が生きがいや社会的役割を持って取り組めるような社会参加の機会などがあれば良いと思うが,フォーマルなサービスだけでは対応しきれないと思うので地域力を強化,発揮していけるようコーディネートしていくことが必要ではないかと思います.
399 地域の組織や事業所との日頃からのつながり（顔の見える関係）．地域の組織や事業所との問題意識の共有や,共有する為の取り組み．問題意識や実際の問題への取り組みやその為の仕掛け.
400 行政が全面的にバックアップしてＰＲすること．地域住民や,地域の社会資源に向けて,医療機関との連携は,医師会等,医療機関側が腰を上げないと,いくら働きかけても難しい．個別ケースを通してのつながりのみにとどまる.
401 高齢化率が高まっている中で,地区の人に課題意識を持ってもらい地域の中で気付いてもらう.
402 人材の育成と確保.
403 社会資源の掘り起こし．ボランティアの育成.
404 行政の主体的な関わりを望みます.
405 コミュニティーセンターに地域包括支援センター機能を持たせる．もちろん専門職を配置していく．福祉とは,地域作りの一部であってその上で,他機関及び他施設と連携が必要.
406 ①地域の社会資源が少ない地域のため,必要な社会資源を開発して行く事が必要．②医療機関（特に町内の診療所）との連携が不十分なので,連携を働きかける必要がある．③民生委員や地域の自治会等に働きかけ,認知症高齢者や独居老人,高齢者世帯に対する見守りネットワークを構築する必要がある.
407 財源,包括支援センターが直営 1 ヶ所なので,人員が必要だと感じている.
408 社会資源となりうる人材の開発.
409 包括と行政の連携．医療と介護の連携強化．認知症対策の推進
410 民生委員,地域住民の協力
411 地域,関連機関へのケア会議の周知と理解が必要.
412 地域診断．地域のニーズ把握．住民の方々への啓発,福祉,介護．医療関係者の目標の共有,法律改正に伴う,新たなサービス開発．地域資源の開発
413 地域住民の協力,理解
414 自助,互助の大切さの周知.
415 住民のニーズ把握.
416 住み慣れた土地で安心して生活していくために,公的サービスだけでなく,ボランティアや近隣住民のサポートが必要である．地域包括支援センターとして,福祉サービスが円滑にできるよう,制度等を周知し,啓発していくことが求められる.
417 職員の知識やスキル．地域に理解してもらうための時間．地域作り．サービス事業所や医療機関．Ｄｒか

らの理解や協力

418 職員の質の向上,自己研讃．地域のネットワーク化．横のつながり（事業所や各関係機関など）．

419 医療連携･･･特に主治医の地域ケア会議への参画や,退院時連携に向けての病院⇔包括間のホットラインが必要（病院から明確な方針を示されないまま,患者家族が路頭に迷い,包括に相談するケースがよくある）．「個人情報保護」の明確な基準･･･関係者が過敏になり過ぎているため,連携,情報共有の際の障壁となっている．

420 地域の特色を把握し,特色を活かした“地域で支える仕組み作り”が必要であり,そのためには自分たちの地域の「強み」「地域にあるもの」「課題とニーズ」をしっかりと見極めていくことが重要である．そのうえで,チームアプローチ,地域ネットワーク作りの連携の中で地域ケアの知識や技術が専門職や地域住民に普及していく取り組みを行っていくことが必要と考えます．

421 ケースや利用者を支援していくに当たり医療機関,介護サービス事業者との理解をえることの必要性を感じる．援助技術等の研修体制が必要と考えられる．

422 ネットワーク力．行政との関係性．

423 関係機関との連携．いまだに地域包括支援センターの仕事を「予防プランを立てること」と思っている方が多いので,きちんと業務内容を理解して協力してほしい．

424 行政と医療のネットワーク構築．往診できる病院を求めるニーズへのアプローチ．インフォーマルな資源開発（見守り,買い物,受診援助等,サービスの隙間を埋めるもの）．

425 地域包括ケアの推進には,行政,包括,各種団体等との情報共有や連携が大切と考えています．包括支援センター開催の地域ケア会議がその一端を担うものと思いますが,問題発見から包括ケアの実現までのプロセスには,包括支援センターの方だけでは無理であり,行政等の強力なバックアップが不可欠と考えます．

426 保険者の方針等も定まっていないため,委託包括は迷う部分が大きい．

427 現場担当者レベルと政策提言者レベルでの考えにズレがあるため,お互いに情報共有を理解するための話し合える場が必要．●●後,外部より多くの専門職が入り,地域を支援しているが各専門職の支援の範囲や業務内容が重複することが多く,情報の錯綜から地域住民や民生委員へ負担がかかっている．それをコーディネートする人が必要．

428 国が求めている地域包括ケアシステム構築のため,地域ケア会議の機能については,理論は納得です．小地域で課題を共有し,そこで解決していくというものは,あるべき姿かと思います．ただ,市政や区政のトップダウンでおりてきたものに,準じることが必要な以上,個別ケースの検討と包括レベルでしていて,地域課題抽出→政策提言もとても重要と思います．しかし,この地域課題抽出→政策提言ルートでなく,包括が得た課題→提言を上げる方法がないのが●●市の現状です．とても歯がゆいです．現場のモチベーションにも関わります．何を狙い,どう仕かけ,声を拾うのか･･･その方法を,ツールがなければ現場の実践を活かしきれないと思います．

429 地域住民の理解,協力．家族の理解,協力．

430 医療との連携．往診など．保健．交通手段．介護サービスの充実．介護が必要→施設という考え方が強い．地域住民の意識を少しずつ変えていくこと．家族の力．

431 行政をはじめ,関連機関との繋り,地域との関わりなどが不可欠である．地域の見守り体制やネットワークの構築も重要であるが,職員のスキルアップも必要．

432 ネットワーク構築．

433 医療との連携．

434 医療をはじめ,他機関,また地域住民との理解を含めた連携．

435 地域包括支援センターの周知,普及,啓発活動．情報を共有し,関係機関内での共通理解,把握．「顔と顔が見える関係作り」．地域住民の理解と協力を得るため,自治会レベルでの会議や認知症等に関する研修の実施を働きかけていく．

436 日常生活圏域のニーズ調査．地域ケア会議の定期開催．医療・介護との連携．認知症対応（相談体制の構築や認知症の正しい理解の普及）連携．

437 住み慣れた地域の中で,安心して住み続けられるための様々な体制作り．その為に行政,包括のみならず保健医療福祉の関係機関．民生委員や地域住民などが 1 つになって地域の課題や将来について考えることが必要．

438 医療・介護・福祉サービスの連携,ネットワークの教化．在宅医療・介護・福祉を支えるサービスの充実．地域の中での見守り,生活支援サービスの充実．在宅で生活する際の「すまい」のサポート．

439 1,在宅生活を支援していくには地域住民をよく知っている民生委員との連携の強化．2,地域医療を担っている拠点病院との連携の強化．

440 地域ケア会議の積み重ねからの地域課題の把握,そして,必要な政策につなげることが大切だと思われる．

441 医療との連携．圏域の住民における福祉ニーズをいかにキャッチできるか．

442 地域のつながりを作る場が必要．自治会に加入していない人も多く,人とつながっていない人の把握が難しい．

443 住民への周知を図り,地域の主体的な活動へつながるような計画の作成と実施,支援が必要．

444 事例の積み上げから,社会資源（足りているもの,足りないもの）を把握すること．地域ケア会議等により,ネットワークを生きたものにしていくこと,職員のスキルアップ．

445 専門職や職員の確保．

446 生活圏域に合わせた地域包括支援センター数（現状●中学校区で●ヶ所）．訪問診察に取り組む医療機関の増．24 時間対応可能なサービス期間の増．より深い,地域自治会との連携．

447 介護・医療の連携強化．在宅サービス,介護サービスの充実,介護予防の取り組み．生活支援サービスの推進．住まいの整備．年少人口,生産年齢人口を増やす政策．

448 高齢者が在宅で生活するに当たり必要なことを考えると,介護保険サービスの活用とともに,入院などを含めた医療機関との連携,また介護保険サービスで補えないもの（住民の足となる移動手段,たとえばコミュニティバス,金融機関での預金の出し入れ,家の中の修理,電球交換,部屋の模様替え,など）をサポートできるサービスの充実とそれらをコーディネートする人や体制を整えること.

449 （新しい社会資源を遂次フォローする．町内会活動,民生委員等地域に近い方達が独自な動きを確立できるよう組織作りの手助け,見守りをする．地域包括ケアの必要性を地域の方達に伝えて理解をもらう）→これらの活動を実現させるために計画性を持って地域と関わり情報収集,現状把握をする必要がある.

450 多職種連携や地域の社会資源の活用と構築が必要である.

451 公的サービスだけでは,高齢者を支えることは困難．インフォーマルサービス等,新たな社会資源の開発．認知症カフェなど居場所作りの推進．低所得の方が利用できる高専賃など住宅の確保．訪問診療のできる精神科医が少ない．若年性認知症の方が活動できる場所.

452 認知症などの病気への理解．包括支援センターの知名度,信頼感．自助共助の意識

453 センター内での地域包括ケアに対するビジョン等の共通理解,共通認識を持つことが大前提．適切な地域ニーズの把握と地域ケア会議の積み重ねが必要（個別ケースをそれだけで終わらせず,地域のニーズや力に変えていく）

454 ボランティアコーディネーター．訪問看護の事業所の充実．往診の出来る医師の確保．地域役員などの次世代の育成．社会資源をつなぎ合う仕組

455 行政の方針

456 各専門職,各機関の理解．地域住民の問題意識.

457 コミュニケーション,それぞれの役割の認識

458 社会資源の開発．コミュニティーの形成．ネットワークの構築．地域包括支援センターの周知及び,その業務内容に対する理解（行政,住民とも）

459 地域住民の意識･･･何かしてくれるのを待つのではなく,自分たちで何が必要かを考え,住民同士での支え合い,自助・互助の意識を高める必要がある.

460 地域の現状を把握すること．社会資源の開発

461 精神科など往診の可能な医師の確保

462 医療・福祉・在宅ケアなどの連携が不可欠だが,まだまだ当圏域では連携が取れているとは言えない．行政が間に入ることで各団体へのアプローチを図り,連携が円滑に進むようにしなければならない．地域包括支援センターは今以上に地域住民との連携や様々な社会資源の発掘を通じて,多くの情報を有することにより,色々な角度から地域包括ケアを進めていく役割があると思います.

463 業務量が市から委託されるのが増え,又,毎年,指定介護予防対策が必要な件数が増えてきている為,職員を増やすための委託料を増やして欲しい.

464 主治医との連携．社会資源のまとめ．地域住民の理解

465 Ｐ 11　補問 15 － 5 と同じ．参加住民や地域団体の方に「地域ケア会議」についての知識を得る機会が必要⇒事前研修受講.

466 職員のスキルアップと社会資源の確保

467 行政が地域包括ケアについて具体的な方策や,各包括に求めることを明確にすべき．地域（民生委員,自治会）とより深いネットワーク構築が必要であり,そのための手法やスケジュールなどを作っていかなければならない．包括に社会資源を開発することまで求めることは難しい．行政や社会福祉協議会にボランティア団体など地域福祉を進めていく機関とも協力していくことが必要.

468 高齢者に関わる人,機関が,お互いの役割を理解し,協力し合おうとする意識が必要だと思います.

469 介護予防事業の充実．認知症高齢者に対する支援．地域包括支援センター人員体制の強化.

470 地域包括支援センターの役割が今後強化されるため,業務に見合うよう,センターのあり方について見直すことが必要．また,地域ケア会議等を開催することにより,地域の社会資源を把握し,同時に医療機関や介護サービス事業所等,関係機関とのネットワークを構築していく．その上で,足りない社会資源について少しずつ開発していくことが重要だと思う.

471 自助（生活機能の維持,向上）と互助（地域の支え合い）の考えと取り組みが地域包括ケアの下支えとなるため必要と考える.

472 在宅療養支援診療所など医療サービス提供や,24 時間対応できる医療,介護,サービスの充実．地域生活を支援する体制の構築,近隣住民,民生委員,自治会,地域ボランティア,地区社協,商店街などの方々の協力や教育,フォーマル・インフォーマルの連携.

473 多職種との連携の強化

474 住み慣れた地域で自分らしく生活が送れるように地域を巻き込んだネットワーク作りを行政と包括が一緒になって行うことが大切だと思います．また,高齢化が深刻に進んでいる地方ではマンパワーが少ないので,住民が主体となって活動する自助・互助のグループが必要となってくると思います.

475 住民への周知,理解,既存の資源のネットワーク化．ニーズの発掘と新規資源の開発．交通手段の確保ができれば,尚良い.

476 サ高住等の連携（施設内定結型が多いが,もっと外部の目が入るような体制作り）．ケア会議開催のための下地作り（人員,地域への説明,理解など）

477 国は推進しようとしているが,本当に全国で地域包括ケアが進められるかが疑問．ただ,国が推進していく以上,進めていく必要があるが,他業務の業務量が大きいと感じているため,包括の人員体制が必要と思われる.

478 ネットワークの構築と連携

479 医療と介護の連携,住民互助の地域作り

480 医療との連携．ケアマネのスキルアップ．包括支援センターの地域住民への周知．地域住民の高齢者や認知症に対する理解．
481 行政の力は大きいと感じます．地域の力は,福祉の関わりだけで養えるものではなく町作りや教育等,様々な分野の協力が不可欠であり,その中で住民のリーダーになりえる育成も必要なのではと感じます．
482 多職種との連携．変化に対応した継続的なサービスの提供．
483 資源は存在するが機能されておらず,まずは横のつながりであったり,各組織の啓発が必要．しかし現状として包括が業務（要支援であったり,介護保険サービス相談）があるため,資源の開発またはフォロアップに時間をかけれない．業務の整理が必要と思われる．
484 地域住民への介護予防の啓発．地域を含む多職種他機関の連携を強くする．
485 社会資源の開発．ネットワークの構築
486 地域により,包括の浸透度も偏りが見られているのが課題であり,積極的な関わりを地域において行っていくことが必要だと思う．
487 地域ケア会議の定例実施．医療と介護の連携．生活支援サービス（行政サービスのみならず,ボランティアや民間企業など）の充実と高齢者の社会参加の支援．
488 医療機関との密なケース検討．「個別ケースの検討」→「地域課題の抽出」→「地域課題の提出」の流れの中で,「地域課題の提出」の強化が課題．
489 地域の自治会,民生委員等の理解と協力．個人情報に関する配慮．地域包括ケア会議開催を継続していくための工夫等．
490 地域の包括ケアに対する理解を得る事．地域リーダーを確保する事．地域住民と専門職．行政との連携
491 地域でその人（対象者）を支えていく視点を,地域の人達に理解してもらう事．
492 個別ケースへの対応を地域包括支援センターやケアマネジャーだけが中心となって行うのではなく,ケースごとに支援チームを編成して対応することでネットワークを組み上げていく．ネットワークで支援方針を共有できるようになると地域包括ケアについての共通理解ができ取り組みにつながっていくと思われる．
493 介護給付と予防給付,事業を含めた各地域の社会資源を一体的に活用し,誰もが可能な限り地域で自立した日常生活を営むためにも,地域診断に基づいたニーズの把握及び介護予防給付以外の事業や地域の力を用いた社会資源の活用,医療や保健福祉など関係機関の多職種連携,認知症高齢者増加に対する体制整備等,非常に課題が多く対応していくための時間も非常に足りないと考えられます．
494 単身世帯の高齢者が増えており,認知症などの疾病から在宅生活が困難になるケースが増えており,既存の社会資源の活用だけでは対応しきれないと感じています．新しい社会資源の開発と,互助を含めたネットワーク構築が必要と思われます．ネットワーク構築は各機関の役割分担を明確にし,実際に機能できるネットワーク作りが大事だと思います．
495 社会資源の開発と連携調整
496 人材の確保．専門職で経験のある人材が不足している．
497 地域包括ケアシステムを構築するためには高齢者個人に対する支援の充実と,それを支える社会基盤の整備を同時に進めることが大切と考えるが,その 1 つとして,医療と介護の連携が重要と思われる．しかし,在宅医療,介護を一体的に提供できる体制の構築がまだ足並みが揃っておらず,今後の取り組みにより,医療連携の構築推進に向けて力を入れ行く必要があるものと思われる．
498 地域ケア会議が開催出来ていませんが,地域ケア会議が有効的ではないかと思います．2 月下旬に自治会,老人会,民生委員,公的機関（消防,警察）,配食サービス,ケアマネジャー,ヘルパーのサービス提供責任者,医療機関を集めて,模擬会議を開きました．出席者からは住民組織と介護保険サービスなどの立場が違う者が集まると地域が活性化するのではと意見が挙がりました．担当としても,顔なじみになるだけでも地域ケア会議に意義があるものだと思います．地域包括ケア推進のためには社会基盤の整備も必須になりますが,行政機関もどれだけ動けるかも,考えていかなければならないと感じています．
499 市町村の方向性の確立．関係機関や住民との共通理解．マンパワーの確保,発掘．財源確保
500 買い物支援サービスやコンビニ,スーパーなどの業務やサービスとしての社会資源の開発や活用．
501 色々な人を巻き込んで進めないといけないが,概念が地域で根付いていないし,行政（国）が広報していない．警察,消防は少しでもリスクがあれば責任問題の視点で施設入所や病院入院を強く勧めてくる．地域生活で何か発生した時の責任はどうなるのか心配で地域包括ケアと大きい声で言えない．認知症の高齢者を見守りしていて行方不明になったら見守りしていた住民が責任を問われるのでしょうか？
502 地域の人達に地域包括支援センターが何をするところであるかをしっかり把握してもらい,地域の人達お互いが皆で住む場所の課題を抽出できることを共に理解し人との関わりが持てる環境に変えていくことが必要．
503 地域との連携
504 「地域包括ケアとは？」と聞かれて明確にスラスラ答えられる人は何人いるだろうか？「地域包括ケア」という概念は地域包括支援センターができたころからずっと叫ばれていたことだけれどもあまりにも漠然としているし,個々によってまた職種によって,そのゴールのイメージが違うと思う．やっぱりネットワーク構築と連携強化,それに伴う顔の見える関係作りが大事なように思う．1 番必要なものは同じ志を持ち共に動いてくれる関係者．「福祉は人」だと思う．
505 個人レベル,地域レベル,社会資源におけるニーズの把握．多種多様な連携．地域住民への意識づけ
506 ノーマライゼーションの理念に基づき,誰もが住み慣れた地域で安心して安全に暮らしていくためには,その地域の特性（利点も難点も）を調査し,何が必要とされているのかを正確に捉えることで,生活支援サービス,社会参加活動の場を展開していける．地域包括ケアシステムの構築に向け,在宅医療と介護との連携の推進,認知症施策（初期集中支援チーム）,地域ケア会議の推進が必要だと思います．限られた財源の中

で,社会資源の開発,自主サークル等へのバックアップ体制を行政,医療,保健,福祉が連携していくことが必要だとお思います.

507 地域で暮らす高齢者のニーズや実態を適切に把握すること．介護や医療などの公的サービスとボランティアなどのインフォーマルサービスを含めた様々な社会資源が連携するネットワークを構築すること．高齢者個別ニーズに合わせて,地域の社会資源を組み合わせ,効果的にサービスを利用できるような体制を作ること.

508 医療との連携

509 地域住民一人一人の意識の向上．包括支援センター職員の適切な配置.

510 地域の人達から信頼される人柄,気質．この人にだったら相談できるとかこの人とだったらやってみようと思う等,思わせるようなパーソナリティ．積極的に臆することなく地域に入っていける性格．地域の組織力,リーダーシップ.

511 地域の実態,社会資源を把握し,それらをネットワーク化していく必要がある.

512 関係機関との連携体制の確保．人員確保

513 ●●市ではブランチとして中学校区毎に在宅介護支援センターが設置されており,行政,包括（委託型）,ブランチと関係機関が重層的になっている分,連携や情報共有に手間が掛かる部分がある．医療,介護,地域と役割分担をして,各機関の機能が十分に活かされるよう包括が調整役になることが必要．また,地域住民への介護,認知症等についての情報提供も必要.

514 医療や介護の関係機関との連携を密にできるようネットワークの形成．地域住民の理解や協力．社会資源の開発

515 市の高齢者施策の方向性（将来像）を市が示すことが必要．地域の現状把握が不十分なので地域でどこまでできるかどのような仕組みが必要か見えていない．現状地域の実態,ニーズ,資源の把握に取り組んでいる.

516 地域ケア会議を行い,地域のニーズや社会資源の把握をしていくことが,まずは必要だと思います.

517 地域包括ケアの正しい理解を共通認識．住民への啓発．財源と人材の確保.

518 在宅医療の充実（かかりつけ医,訪問看護サービスなど）．多職種の専門性を理解すること．顔の見える関係を作る．（医療系,介護系,福祉系など）．生活支援サービスの充実（買い物,移動,雪かき,役場の手続きなど）・地域のつながり（負担感のない,付き合いができる事）．家族介護者への支援の充実

519 “顔の見える関係作り“が必要かと思うが,現在の状況ではどうしても日々の業務に追われ,時間をかけることが難しいと思う．また,自分自身を含め知識,技術も少ない者が業務を行っているため,専門職としての責務が果たせているのかと感じることが多い.

520 見守り,配食,買い物など,多様な生活支援サービスの確保．医療との連携強化．予防の推進

521 地域住民の理解．社会資源の充実．人材の確保

522 個人情報保護の基準の緩和

523 ネットワーク作りとそのネットワークを作った後の活用.

524 医療,行政,地域との連携作り．地域の課題があったときに,声をかけあい,解決に向けての連携ができると良いと思います.

525 業務内容が多岐にわたっているので,ネットワーク構築のための会議等がまだ十分に行えていない．（個別のケース対応においては,各関係機関や地域の方との連携は行っている）また,地域ケア会議も民生委員会長や自治会長にその目的や協力要請をしたところなので,今後は,必要時には適時開催していくようにしたい.

526 ネットワークの更なる構築と推進が必要と考えます．情報をどれだけ吸い上げられるかが,地域包括ケアの推進に最も大切なことと考えます.

527 包括に丸投げだけではなく,行政が主体となって動いていってくれないと,包括だけではマンパワー不足.

528 予防プランを職種関係なく持っています．次々新規の相談があり,プランが増えていきます．地域包括ケアを推進していくためには,予防プランをできれば切り離していただきたいと思います．又は,プランナーを多く雇ってほしい．虐待その他のケースが出た時,自分の担当ケースの担当者会議やモニタリング等全て後回しになってしまいます.

529 行政職員が意欲的であること.

530 行政上層部の意識が低く理解も不足している．これだけ連日のように言葉が出てくるのに,何とかシステム構築を進めていこうというものがいない．委託包括から毎回のように課題を出しても「まだ,話になっていない」と言われ,肩を落としている．行政は同じ部署に 4 年くらいしかいないため,事なかれ主義で意識が低い．こういう部署は専門職制度にすべきだと思う．国や都道府県単位での指導をしっかり進めてもらいたい．医療機関の協力が不足している．認知症サポート医の研修への参加も無く,かかりつけ医の理解もないため,地域ケア会議へ無報酬で参加していただくことは,無理なのではないか．主治医意見書料に含まれていることの理解も得られていない．医師会に任せっきりにせず,どんどん県や市町で理解を求めていくようにすべきだと思う.

531 地域包括ケアを住民に理解してもらう啓もう活動とその実践

532 地域の実態,課題の把握,社会資源の把握．地域住民,関係機関等との連携.

533 地域住民,関係機関との連携．地域包括支援センターの周知．介護予防の推進．インフォーマルサービスの充実

534 「地域包括ケア」についての国の考え方については,ある程度抽象的である部分が多いことから,市当局と包括との捉え方にも違いがあり,現場の混乱を生んでいる状態である．●●市の場合,社会福祉協議会が推進している地域支援ネットワークの構築事業と連携したりして進めていけるように努力している．また,介護サービス事業連絡会や医師会,歯科医師会,薬剤師会などとも連携が図れるように懇談会などを開催し

ているが,今後も関係機関,団体との連携を図る必要があると思います.
535 地域の機関,関係者と情報共有の機会と場．地域ケア会議の意義として地域課題を抽出し政策へどのように反映させるのかがわかると取り組みやすい.
536 方向性を示す力
537 市内の介護関係施設や医療機関との連携強化.
538 地域の社会資源の把握．医療機関との連携．事業所との連携
539 社会の現状や地域の現状及び将来状況を,事業者や地域の人に知ってもらうこと→地域包括ケアの必要性について理解してもらうこと→その中での個々の役割や考え方について知ってもらう事．出前講座,ケア会議等を通して関係を深めていく事.
540 医療との連携．地域との連携
541 医療機関との更なる連携．自治会や民間企業,地域等との更なる連携．一般市民への啓発,ＰＲ
542 できる限り地域での生活を支援すること．つまり,介護や福祉サービスのみならず地域での支え合いやつながりを持ち続けた生活が送れるように支援することこそが重要であるという視点を持つこと．フォーマル,インフォーマルサービスをコーディネートする役割を担うことが必要.
543 行政の意欲（地域ケア会議を開催する！！という意識）医師会に対し,行政としての考えを述べること．包括職員が行政や議員と連絡をとろうと動くことを禁止されています．※このような地域なので,現段階では,とても開催できる状況にないと考えます.
544 職員数の増加．地域支援事業と指定介護予防事業の分離（※職員が 2 つの業務を同時にこなしている）．医療機関との連携
545 希薄化している住民同士の連携強化．介護保険サービスの柔軟化．各種サービスの更なる充実．相談体制の強化．高齢者（地域内で生活している）実態把握の強化
546 医療機関との連携
547 限られた町内会としか接点を持てていない,全地域の町内会とのつながりをどうやってもっていくか,市からの協力が必要と思います.
548 顔も見える（→信頼のおける）関係作り（介護,医療,福祉,地域）．地域住民の意識を高めること
549 専門職,関係機関,地域住民との信頼関係
550 1,関係機関や地域との連携①職員一人一人が自分を通して,つなげる意識を常に持つ②担当ケアマネや民生委員だけでなく,地域の核となる人材を含めたケース会議の実施③医療関係や関係機関とのネットワーク作り．2,職員資質の向上①制度はもちろんのこと,様々な社会資源の把握や活用②支援技術の向上．3,社会基盤の整備.
551 医療との連携（特に認知症,在宅療養者に対する）
552 地域ニーズを把握し課題の抽出,それに向けて,社会資源の開発.
553 医療・介護・福祉・地域とのつながり．各機関が顔の見える関係作りや連絡会議などで情報や意見交換を定期的,継続的に実施していくこと．地域包括支援センターが各機関のパイプ役やコーディネート機能を意識して役割を果たしていくこと．行政が推進役を果たすこと.
554 社会資源の把握と開発．ボランティアの育成．地域住民への働きかけ
555 顔も見える関係．包括の役割
556 医療との連携
557 ｐ 11 の補問 15 － 5 の回答と同じ.・住民の理解・包括と社会福祉協議会との連携,お互いの業務を知り,チームで住民支援する気持ちの相互理解.・行政の課と課の横のつながり.・縦わりで全然連携しようとしない.・行政が連携できなければ地域住民とだって連携できないと思う.・周囲の専門職の包括業務に対する理解（なんでもかんでも包括に相談すればいいと思わないでほしい）．必要な知識を獲得し,適切なところへつなげられれば無駄な動きが少なくなり,スムーズな開催につながると思う.
558 地域ネットワークの構築（民生委員・町内会・ボランティア団体との関係強化）．医療・介護との連携強化（包括ケアシステムについて認知するための働きかけ）．高齢者の支援だけでなく,介護を行う側への支援（特に若くして障害などもちながら介護を行っている方）．地域住民の「地域福祉」の意識が持てるような取り組み（啓発活動など）
559 行政主体のリーダーシップ．2025 年問題の各団体との問題共有化
560 それぞれの事業所,包括センター等職員の良い（善い）志と,職員お客様を思いやる気持ち,それが整えば難しく解決できない問題などなくなる.
561 医療,福祉,介護分野の連携．地域社会での理解.
562 地域の医療,介護,福祉など,関係機関との連携,顔も見える関係作り．インフォーマル,フォーマルサービスの把握,適切なサービスがない場合の社会資源の開発．福祉のみでなく,医療など幅広い知識の習得.
563 病院,事業所との連携は必須．地域で生活していく為には社会資源の最大限の活用,開発が重要.
564 そもそも行政の担当部署に専門職の配置がされていないため,行政の方針が見えない！！構築の主体である行政がどんなビジョンをもちどんな職員配置をするのか！！まずは掴み,本気度を確かめるところから始める必要がある.
565 介護保険施設以外にも様々な機関（病院,商店等）が包括ケアについて理解する必要があり,それを周知していく事が大切だと思います.
566 地域包括ケアを推進していくに当たり,●●地域での状況を考えた場合,在宅で生活していく上で障害となる事として交通網の不便さや冬機関の●●,介護サービスの不足や医療医機関の不足,若者の人口流出等様々な問題がある．これを全て充実に向けていくという事は金銭面,人材面,環境面から考えても到底,困難である．24 時間切れ目なしの訪問サービスを充実させるという事も雪の事を考えればとうてい難しい．住み慣れた場所で生活を継続していく為には地域住民同士の助け合いの輪をより強いものにしていく事が必

要であり,それぞれの地域でできる法制度に囚われない助け合いの仕組みを作っていく事が必要であると思う．既成の概念に囚われず,地域独自のそれぞれの地域に合ったコミュニティの形成が必要不可欠と考える．

567 地域住民との連携をどう作っていくかが重要．

568 他包括の参考例がほしい．どのような取り組みが効果的だったのか．

569 長年,地域のことを担ってきた民生委員にとって,ここ最近できたばかりの包括支援センター職員が中核を担うことへの不満（潜在的）を取り除くこと．

570 高齢者クラブ,自主体操グループ,傾聴ボランティアなど,数多くの団体が個々に活動しているが,連携が十分に取れていない．コーディネイトが必要．

571 人材,モチベーション,持続力,発想力．当センターの包括的職員の定数は 4 人で,社会福祉士だから,看護師だから専ら○○担当とはできません．常に,住民に対応できるよう,全ての業務を行っています．

572 年々増加する業務量に対応しうる専門職の確保．地域住民の参画の仕組み（仕掛け）の検討

573 医療体制の充実．行政,福祉関係者,某ボランティア組織,地区住民などが一緒に話し合いながら進めていく体制作り

574 ネットワーク力．みんな顔見知りになっているか？◎みんなで信頼し合って助け合って協力し合っているか．情報共有できているか？◎地域の人とつながる力◎あきらめずケースを支える力

575 地域ケア会議等を通して,多職種同士の関係性の強化．地域ごとの課題の洗い出しと把握．

576 他職種連携の強化．これに尽きると思います．支援者チームが「顔の見える関係」を構築していれば,必要時の連絡,調整が迅速にできると思います．

577 医師会をはじめ,医師との連携

578 医療との連携．退院時の在宅支援連携のネットワーク

579 基本チェックリストによる調査を定期的に行い,住民が問題に思っている事を把握する．チェックリストにより機能低下が認められた人については介護予防教室への参加を勧めたり,訪問により他サービスの紹介を行うなどして状態把握する．定期的に地域住民の状態を把握する事．

580 地域の方々と顔が見える関係の構築が必要だと思います．

581 地域包括支援センターの圏域を小さくするために,センターの数を増やす．コーディネーターの人員増．

582 関係機関に地域包括ケアの必要性を理解してもらう．

583 各関係機関との関係作り

584 医療と福祉の同じ目線での支援体制作り．地域の社会資源の把握,活用,開発．地域のネットワークの構築．

585 地域の各団体が地域包括ケアシステムについて理解し,それぞれの立場で出来ること,役割を考える．その中で様々な視点を持ったシステム作りを行う．

586 各機関,団体等との連携体制,ネットワーク構築．

587 人員確保．上司の理解と協力．職員の質の向上．

588 住民への働きかけ．

589 アウトリーチと関係機関をいかに巻き込むか．地域の資源の発掘作業．

590 高齢者がどんな支援があれば今の生活を続けられるかリアルニーズの把握．

591 地域包括ケア推進に向け,定期的に研修を行っている（医師,包括,サービス事業所等参加）．

592 多職種との連携がやはり重要です．

593 医療との連携．地域ケアに巻き込む地域住民の意思統一,意欲向上．

594 医療と介護の連携．住民の理解．市や区の協力．

595 家族に障害のあるような多問題について,障害者支援の分野とのネットワークの構築,連携の必要性があると感じる．

596 行政をはじめとした,関係機関との協力体制や,関係作り．

597 町の社会資源を把握し他市区町村と情報を共有する（利用資源が重なっている部分があるため）．それぞれの意見を参考に各自の思い描く地域包括ケアを検討．そこに含まれる資源の事業所等を集め,地域の中で求められていること,できることをはっきりさせ,システムとして体制化していくことが必要．

598 医療機関を含めた福祉関係者が地域包括支援センター等に支援要請するケースで一方的に「○○してほしい」といった丸投げを目的とした事例が増えている．地域包括ケアの推進や困難事例の対応では福祉の専門機関等を便利屋扱いするのではなく,お互いに協力し汗を流し問題を解決しようとする気持ちが必要だと思う．

599 地域支援センターのみがいくら頑張っても無理な点がある．行政は,包括支援センターに丸投げせずに,一緒に取り組む姿勢を持って頂きたい．

600 他の地区で行われている取り組みを参考にしたり,包括職員の専門性を向上させることが必要．また,各包括が担当している地区だけではなく全市を捉えたビジョンを持ち,様々な関係者,機関とのネットワークを作ることが大切．ケースを通じてうまくいったこと,課題等,市に提言していくことも重要な包括の役割だと思われる．

601 社会資源（ボランティア）の開発

602 地域包括ケアを実現するに当たって,利用者だけでなく利用者を取り巻く家族,地域の方々の支援も必要となってくる．福祉・医療職に加えて,障害福祉の分野や弁護士等の方々とも密に連携を図れる関係を作りたい．

603 地域の方々の理解がないと作れるものではないと思っています．

604 包括支援センターの初動が在宅介護支援センターからの流れではなく,H 18 より設置されたため,H 12 ～ある居宅介護支援事業所との連携の取りづらさがある．　医療との連携,当市には総合病院が 1 ヵ所もない．

605 センターの周知．住民の意識,自主性,理解．社会資源の増加．職員の資質,やる気,処遇改善．行政のバックアップ（相談機能,説明会等の実施,委託金の増加）．
606 包括の周知．市役所と一緒に啓発活動を行う．圏域の地域との連携．
607 定期巡回,随時対応サービス提供事業所．地域住民への地域包括ケアについて周知．社会資源の掘り起こし．
608 まずは医療と福祉の顔の見える関係作りが必要ではないかと思います．
609 日頃より,各関係機関と顔が見える関係を築くことが必要だと思う．困った時だけ協力をお願いするのは良くないと感じる．
610 多機関との連携強化．地域包括ケアシステムに対する関係者及び住民への周知と理解．介護（予防）サービス等の充実強化,資源開発．地域ケア会議の推進．人材育成及び確保．
611 推進していくにはチームスタッフの確保と実働できるスタッフの質の教育が必要．1 人のスーパーバイザーより 5 名の実践者のような,チーム編成ができるようにしていなくては地域包括ケアシステムの推進が不可能である．
612 自治会（町内会）,行政と医療と介護事業所のパワーバランス．
613 社会資源の開発,整理が必要と感じる．
614 住み慣れた地域で安心して生活していくためには,その地域特性があるので,フォーマルやインフォーマルな資源を活用できるよう支援していく．
615 地域のつながりを作る（住民の共助,住民,行政,ボランティア等の連携）．　地域住民へ共助の意識づけ．　在宅医療の充実．　不足している社会資源の充実．
616 共通認識
617 日常業務の中から,地域を把握し,地域の課題は何か,解決するためには何が必要かという現実を地域の将来像を描くことが必要だと思います．
618 市内の山間部に位置しており今後人口の減少も考えられます．山間部のため利用できるサービスが限られている（配食は 1 ケ所など）．病院も少なく交通機関の便も少ない．地区によって違いはあるが,地域のつながりは強いので,限られた資源や人の中で,協力体制を作るか,課題をすいあげ地域へ返すことが必要．
619 「医療との連携」とよく言うが具体的でない．医療側からの連携もいるのでは．　どうしていきたいか市のビジョン．　夜間対応の訪問介護等の資源がない．なければ施設→在宅は困難なまま．
620 行政からの協力,ネットワーク体制の強化．　社会資源の創出．
621 地域住民と顔の見える関係を日頃から築いておくことが重要であると思います．　当地域では高齢化が進み,限界集落もあり,一人暮らし高齢者をいかに支援していくかが大きな課題となっています．地域の力なしに高齢者を支えていくのはますます困難な状況があります．　常日頃から専門職との連携だけでなく,地域との連携を意識して業務を行うことが大切だと思います．
622 医療と福祉,お互いの分野への理解．
623 予防給付が多く,地域福祉まで,手が回らない事が多い．
624 それぞれの地域の特徴,実情を知ること,また,それを踏まえた上で,柔軟な対応,対策が必要だと思います．　例えば,担当圏域には,病院,スーパーがなく,市内に行くのもかなり遠いです．隣町へ行った方が近い地区もあります．そういった所では,近隣市町村との連携が重要だと考えています．　また,介護サービスも距離的な問題から,かなり入りづらいです．配食サービスも同様．社会資源の開発も重要だと思います．
625 豊富な社会資源．　地域住民の横のつながり（町内会,自治会）．互助,共助についての住民の意識．　社協,民生委員さんとの連携．
626 いわゆる「互助」が充分機能し,住民が主体となって地域を作っていけるようになると良いと思います．　「生活支援」の部分で地域住民による支え合い,ボランティアが活発になっていくことを期待しています．
627 精神疾患,認知症等村内だけでは対応しきれない困難ケースの対応のため医療機関同士のネットワークと専門医へのつなぎ．　ケアマネジャーからの地域課題の発掘．
628 行政が作る将来へのきちんとしたビジョン．　中心となって進めていけるようなコーディネーターの存在．
629 職員の確保．
630 地域のことを良く理解している住民主体で進める．自治体関係はそれをきちんとバックアップする体制と責任を果たすべきである．縦割りの組織では連携は難しい気がします．（業務の役割が違いますとなる）
631 関係機関との連携,協働．　地域との関わり．　マンパワーの増強．
632 サービス基盤の整備．　関係機関との連携．ネットワークの「見える化」．
633 問 15,補問 15 － 5 に同様かと．今後は小地域でこまめに開催する方向．　個別のケア会議開催を実施し,個別ケースから地域課題や地域資源の開発へとつなげられるようにする．　町内会長,民生委員,福祉委員等,福祉に対する理解（高齢者や認知症,家族の問題等）に差があるため,同じテーブルで課題解決へ向けた取組が出来るようなアプローチが必要．　個人情報の取扱いに対する壁は大きいです．町内単位でも各機関の仲が円滑ではない場合もあります．
634 今後,要支援認定者への介護サービスが無くなると言われる中,さらに様々な社会資源との連携が重要になってくる．　そのため,現在は各金融機関や新聞配達,郵便屋との協定を締結させていこうという方向で進んでいる．
635 各機関へ会議の意味を理解してもらうこと．
636 質の高い訪看,訪問介護．それを束ねる指導者,コーディネーター．
637 地域力．　包括支援センター職員のスキル．　医療,介護の連携．
638 行政の指導力,推進力
639 地域包括ケアを推進していくためには,地域包括支援センターだけでは不十分となってしまいます．他職

種連携を進め,普段から顔の見える関係作りが重要と思われます．医療,福祉だけではなく,教育,司法,地域と常に連携を心がけていくことが必要だと考えます．

640 フォーマル・インフォーマルを問わず,地域の支援者と顔の見える関係を作りたい．地域包括ケアを周知する．意味も必要性も一般市民には理解が困難と感じている．

641 地域包括支援センターにおいて,医療と介護の連携を築き上げていくこと,地域の課題を医療・福祉関係者だけでなく,地域住民とも共有し,それぞれの立場で出来る事,共に出来ることを,知恵を出し合って実現していくこと,個別の課題解決の視点だけでなく,仕組み作りの視点をもち,必要な人に必要な支援が予防的・継続的に届く仕組みを作ること．

642 社会資源（医療含め）との連携,関係作り．認知症や地域に在住する問題に対して住民意識の向上,活動の広まり．

643 地域住民の意識改革

644 多職種との連携

645 介護保険サービス以外のメニュー作り（社会資源）．生活支援（買い物,配食など）への民間企業の参入．介護保険制度の正しい理解（住民だけでなく,医療・福祉・保健の関係者も含む）．

646 住民及び関係者の意識を変えていくこと．地域の実態把握,分析,課題を見つけていくこと．

647 核になる施設,必要であれば緊急的に受け入れが可能なこと,条件とかうるさくなくて,本人や家族が望めば一時的に入所させてもらえるようなところ．核になる中心となる職種の明確化,だれが中心を担うのか？

648 人間と財源

649 行政や医療機関,サービス事業所などの法的な機関をはじめ,インフォーマルな社会資源とも顔の見えるネットワークを構築することが必要であると思います．

650 地域住民の支え力のアップ（孤独死や生活困難者の早期発見に対応するために身近な住民同士の支え合いを築く．地域の代表者（町内会長,民生委員,老人会など）これまでの活動を通して知り合えた方との打ち合わせ．地域の現状の把握（数字で見る地域の状況）,そこで生活している方々の声（グループワーク）を通し,地域課題の抽出,地域の見守り活動など,身近なところから自分たちができることを考える．

651 専門職と地域住民のマンパワー

652 自立支援のためのさらなる介護予防の普及啓発．そのために人員を増やしてもらうことが必要．

653 地域包括ケアの必要性について関係機関に十分な周知が行われていない．地域の理解を得るための話し合いや周知の場が必要と思われる．また社会資源も不足しており,住人が望む生活を送るために十分な環境が整っていないと思われる．地域ケア会議やアンケート調査などを通して地域の抱えるニーズについて把握する必要がある．そのためにどのような活動を行えば良いか方向性が定まっていないため研修や基盤整備の話し合いが必要だと思われる．

654 住民の理解と協力．関係機関との連携．

655 地域住民の理解と協力

656 地域課題を知るための働きかけや地域役員等の理解．医療・介護が協働していく．

657 行政との連携．行政よりの具体的な方針の提示．業務量に見合った職員体制．

658 地域の実態把握．

659 関係機関とのネットワークが必要．

660 保険者の職員のレベルアップ…制度や社会資源の開発（課題解決能力）．地域包括支援センター職員のレベルアップ…ケアマネジメント能力や常に新しい視点から物事を捉える能力．インフォーマルサービスの提供できる事務所を増やす,事業を増やす．高齢期になる前（0 ～ 64 歳）からの介護予防（要介護者にならないための）を民間会社（介護に関連のない会社も含めて）からも実践してもらう．

661 ボランティアの支援員,相談員を増やすことは大切だが,職業相談員（ボランティアを支援する）が減っては意味がない．

662 住民の力を引き出しながら,地域の力としてまとめていくための職員の力量や,それにじっくり取り組むための時間や職員体制,それを可能にするにはお金が必要．市の職員についても同様のことが言える．

663 時間を上手に活用すること（業務が煩雑になり過ぎて仕事が回らないため）．医師ら医療職と連携を図っていくための度胸も必要と感じます．ネットワーク力などスキルも必要と思っています．

664 介護保険以外の社会資源．

665 参加者との顔の見える関係性．連絡調整力．コミュニケーション,能力．

666 見守り活動,セーフティネット作り

667 地域にある各団体以外に住民力（地域力）を作り,高めることだと思います．包括支援センターに与えられた役割ではありますが活動範囲仕事量が多く困難ケースへの対応で回りきれない現状にアプローチ（アタック）方法の見直しが必要だと感じています．

668 地域住民,医療機関,介護保険事業所と関係機関が集い,地域包括ケアの実現に向けての課題を抽出する場が必要．

669 ネットワーク構築がなかなか進まない．地域の理解を得ること．

670 人材の確保…特に法律に詳しい方が必要．受け皿になる資源の確保．

671 地域包括ケアシステムを構築するに当たり各専門機関や地域への周知を図っていくことが必要だと思う．

672 人とのつながり．ネットワーク作り．社会資源の開発．ニーズの見極め．地域の特徴の把握．多職種連携．地域での見守り支援．時間と担当職員の目的意識．

673 指定介護予防支援事業所としての業務が課題である．地域包括ケアに取り組んでいけるよう,人員の増員や業務負担の軽減が必要．センター職員の意識統一や研修が必要．

674 地域包括ケアシステムの土台となる「自助」「互助」「共助」「公助」の安定することが第一と思います．「共助」の力が効果的に連動するには「互助」の積極的な関わりが求められると感じます．団地やアパー

トに,県外からの転入者が増加傾向．高齢等で身体機能が低下し,自治会での行事,役割をこなせなくなった際に「排除」という形を双方が選択すると,「互助」は成り立たなくなる．まずは地域ケアシステムの基盤となる本人,家族,さらには地域として心構えが必要だと思います．

675 包括職員の顔を知っていただくこと．

676 地域ケア会議の意味,必要性に対する関係者の理解,ネットワーク作り．

677 担当地区総人口●●人,世帯数●●世帯,老年人口（65 才以上）●●人．●●区内●包括中,エリアが一番広く,高齢者の人口も多い包括支援センターは,ケアプラザ内の機能の一つであり,また入っている建物が複合館のため,様々な意味で連携はしやすいが,包括内,3 職種地域交流コーディネーターでの少ない人数で,進めていくことは,不安が大きい．充分な,人数に見合う,職員配置がほしいと思います．

678 地域の関係機関や住民との連携．顔の見える関係作り．

679 地域包括支援センターのチームワークと他職種事業所地域団体との連携．

680 地域社会資源の把握と活用．地域役員との連携．ネットワーク支援の形成(地域ケア会議の活用)．

681 市町村が基盤となるものだと思うが行政は何でも包括へというような流れがある．方向性もきちんと定まらないまま動くことが多い為,連携がうまくできずスムーズに支援ができないこともあるので行政がしっかりしてほしい．

682 地域ぐるみで支援できるサービスの開発が必要と思われます．例：地域の方のボランティア送迎など．

683 人と時間の確保ができ,他の機関への連携周知等のアプローチができると思う．費用の確保によっては,講習等ができ,よりお互いを高め,より良いシステム作りができると思う．

684 住民の関心．地域性もあるが,個人情報の難しさ,情報不足．市としての方針．

685 行政,医療,地域との連携強化．

686 ネットワーク構築に当たり中心となる拠点．マンパワーの確保．ネットワーク構築への啓発．地域の社会資源の整備．医療・福祉の連携強化．

687 介護,医療,行政が一体となって,地域の特性（地域性,高齢化率,社会資源等）を活かしていくことが必要．

688 日常の業務に追われることもあり,常に意識しておくことが必要．

689 問 15-5 に同じ．専門ケア会議,地区別ケア会議では,一つの事例を通して,現状や課題を検討しています．他職種の方に参加していただき,それぞれ専門的な立場からのご意見を伺い,支援を進めるに当たりとても参考になっています．他職種の方々の顔の見える関係作り,連携が必要であると思います．

690 十分な職員（専門職種）の確保．ネットワークの構築．

691 保健・医療職との連携強化

692 地域の自主性や主体性に基づき,自助・互助・公助の役割を踏まえた地域を作り上げていく保険者の覚悟

693 地域包括支援センターの周知．地域との連携．

694 町の関係機関等の目標共有．住民への啓発．不十分な社会資源の整理や開発．ネットワーク構築をし,専門職だけでなく住民を巻きこんでの意見支援

695 顔の見える関係

696 医療機関との連携．医療機関の偏在問題の解決　デンマークの医療制度を見習うべき

697 ニーズの発見等

698 精神疾患を含めた認知症の専門医や緩和ケア専門医との連携．認知症や消費者サポーターの確保．暮らしの保健室や認知症カフェの様な場所での他世代間の交流

699 職員の雇用形態は様々であり,同じ方向を向いていくこと進んでいくことが必要．意識付けも必要．事業所支援とも連携も密に行っていくことも必要．インフォーマルとの連携やネットワーク作りも必要と思います．

700 地域のニーズ（高齢者,住民）,当事者が地域の課題として捉えるものを抽出できる能力,その課題をどのように考えるかという点．そこから,社会資源開発などに向けた市への提案していく力が必要と考えます．

701 問 15 － 5 同様,ニーズ発見やマンネリ化を防止していくこと,事前に目的を明確にしておくことが重要．

702 多角的取り組みが必要であることの理解（特に行政）．住民参加．医療や介護だけに特化されないこと．

703 地域の関係機関とのネットワーク構築．地域課題の把握．

704 在宅生活を支えるための公的サービス,地域住民によるサービスは絶対的に不足している．また,小さな地域（過疎）では国がイメージする公的サービスの確保すらも困難である．中心となるべき包括などは連携を提唱するも関係機関が自らの業務で手一杯である面も感じる．

705 地域にいる主任ケアマネジャーや医療機関などへ会議への参加を呼びかけ,会議の必要性や意義を伝えていくことで連携体制が作れればと思う．（ケアマネジャーの中には,地域ケア会議の目的を「ケアプランチェック」をすることと思っている人も多いため）

706 地域包括ケア推進に関しては行政が市をどうしたいかイメージし実践的取組みができる指導者がいて下さることだと思います．

707 現在,市の研修で地域診断というものを行っており,担当地域のアセスメントを行い,課題と支援方策を考え,それを事業計画として今年度行っていくことになっているが,包括的にケアをしていくためにはまず,自分の地域を知り,課題を明確にし,それを地域で共有していくことで,包括としてできること,また投げかけるべきところは投げかけて協力していきながら地域全体を巻き込んでいくことが必要であることを研究で学びました．

708 連携をコーディネートしていく人材,地域力,社会資源の開発と育成．

709 自治会,民生委員,医師など地域ケア会議に参加していただくことが難しく,また期待が大きいため役割分担などに苦労する．行政の協力が重要と考えます．また医師会などの協力と理解も欠かせないと思います．

710 医療と介護の連携

711 住み慣れた自分たちの地域を自分たちの手で住み良い町に作り上げていく視点が住民一人一人に浸透し,

主体的に町作り参加する意識を啓発,触発していけるような働きかけ,しかけが大切になっていく．それぞれの地域で中心となって活動してくれる人材をどう発掘し支えていけるか.
712 インフォーマルサービス等社会資源の確保が必要だと思う.
713 主体者との具体的意向の確認や,それらに関するコミュニケーション.
714 関係機関,関係者との連携.
715 ＮＰＯ,ボランティア等がネットワーク化するような仕方作り．専門職,地域住民が一緒に取り組むケア会議.
716 住民自治協議会等,住民組織との関わり．医療機関とのスムーズな連携,体制の構築．包括の周知.
717 地域の課題,社会資源の把握．関係者間における共有．新たな社会資源の発掘,開発．保健・医療・福祉等様々な分野の関係者の日常的な連携,又,そのきっかけ作り．関係者間と地域のつながり作り　等
718 地域に包括ケアについてよく理解してもらい,実践できる場を積極的に作っていく.
719 医療機関との連携,特にＭＳＷなどが不在のかかりつけ医．医療医機関により,差が大きい（自分の苦手意識もあるが）.
720 関係機関,地域とのネットワーク作り.
721 関係職種の強い連携．体制作りをするための事務に当たれる時間.
722 行政（保険者）のリーダーシップ,ビジョンの明確化と実際の業務に当たる委託包括における,地域のアセスメント,それに応じた支援体制の検討が必要.
723 都市部と地方では,社会資源の種類や数なども異なるため,その地域に合った方法を考えていくことが必要と思われる.
724 生活圏域の困りごとを吸い上げて代弁していく機能や,住みやすい地域を目指してネットワークの枠組を作りあげる必要がある.
725 関わる専門職,スタッフの人材育成．包括以外の関係者への包括ケアの理解を得る.
726 まだまだ,担当区域全体を考えると,自治会,商工会など住民に密着した団体との連携を意識していきたいと考えています．地域包括ケアを支える中核拠点としての役割を果たすため,地域で暮らす高齢者の問題（課題）から地域課題を抽出して,包括ケアシステムを担う機関とのネットワークを作り上げて行き,高齢者の問題に解決策を戻して行きたいと思います．自助・互助・共助・公助に当たるそれぞれの担い手がネットワークを構築し,誰もが安心して,その人らしく暮らせる地域作りを推進していくため,個別事例から地域・組織を対象にした地域ケア会議まで活発に開催できるように取り組んでいきたいと思っています.
727 地域の持つ力を見い出して上手く育てること
728 自助・互助・共助・公助の適切なコーディネート．圏域の課題,ニーズ把握により出てきた必要なサービスを作ること．その地域独自のサービスを増やすこと.
729 人員不足,行政の力量不足．包括支援センター,人員,スキル（全ての職員が動けるように）マップ．市の役割,責任をしっかり果たすこと．委託に全て包括にお任せ状況．国からの動向を受けて,高齢者対策をどう進めていくか見えない.
730 医療の充実．往診医が確保できない．病院が遠い,付き添いがない（独居,高齢者世帯が多い）
731 地域の社会資源の開発と連携
732 地域包括ケアを推進する行政の〝覚悟”
733 まず,委託先の行政がビジョンを明確にし,市内 8 ヶ所の包括へ市としてどのように展開してほしいか示してほしい．現状では包括任せになってしまっている．市社協か地域資源とネットワークして行うなど,行政サイドのビジョンが大切.
734 地域包括ケアについて知らない方が多いと思われるので,圏域内の住民や企業等に知っていただく．様々な担い手の養成．行政と連携して周知活動から始めていく．理解度の違いに合わせて,理解を深める学習会や活動を支援する仕組み作りをする.
735 行政からの事業実施方針．社会福祉士の確保．運営協議会の設置.
736 地域包括ケアの意義や目的について,市民や関わる全ての機関が共通認識を持つこと．地域特性に応じた取り組みの実施．地域包括支援センターの職員体制の充実．地域ケア会議等で見つかった課題に対して,具体的な対応へとどうつなげていけるかの地域包括支援センターや行政の力量
737 地域住民が生活の場で抱えている課題を,公助,共助,互助,自助の各々の力を活用できるように,必要に応じて,すき間なく支援していくこと．個別支援を地域まるごとの視点で捉え,多面的なアセスメントや課題の整理を巻き込み,チームとして解決につなげていくこと．地域住民や地域資源に関わりをつなげ,インフォーマル支援を含めた協力を増やしていくこと.
738 地域ケア会議などの開催により,多関係機関職員が気軽に相談できるような関係作りが必要.
739 それぞれの職種などメンバーがまずは顔の見える関係作りが必要
740 地域住民の見守り
741 区単位の方向性の明確化
742 団地があり恐ろしい位の高齢化が進んでいる．収入制限があり同居が難しい．老朽化も進んでいる．子育てや学生留学生など収入低い方も居るし団地だけでなく若い人を少しでも流入させる取り組みが必要
743 地域住民の理解
744 医療・介護・福祉の連携を図る為にも,スムーズな連絡調整の図れるネットワーク作りが必須である．すぐに集まれる体制作り,マニュアル作成等
745 地域包括支援センターの直営化.
746 色々な相談ケースに向き合う姿勢が必要.
747 介護と医療の連携
748 行政機関だけでなく,官民一体で協力しながら協議,評価,分析して町作りを進めていくこと

749　地域の医療機関の地域医療連携室や MSW,開業医や薬局との顔合わせやお互いの業務について理解し合うための場が必要．また,高齢者の住まいとして,介護施設以外の介護付有料老人ホームやサ高住,等とも連携が必要ではないかと感じている．

750　①インフォーマルサービスの開発と導入．②医療・介護・福祉の関係者の日常における「顔の見える関係」作り→情報共有ツールの検討

751　OT,PT,ST などのリハビリ職の確保

752　これからの高齢社会となり豊かなものとしていく為に,自助・互助を中心とした「地域力」を高めていくことが必要となってきます．そのため地域力を高めていく理由を住民に理解してもらうことが大切となり,その「説明力」が求められていると思います．

753　補問 15 － 5 に同じ．会議開催の主旨,目的をわかりやすく明確化しておくこと．関係機関との信頼関係,横のつながり．会議に集う方の立場,職務を理解しておく．

754　顔の見える関係作り,気軽に相談できる関係

755　自分自身がまだよく地域包括ケアについて理解できていないと思われるため,まずは自分が学ぶことが必要．また様々な専門職員がいるので,ネットワークの構築は大切だと思う．

756　時間の確保が必要

757　個々のケースよりその地域の持つ地域課題を把握し,それに対し,誰がどの機関がどのように対応してゆくのか,役割分担し,連携を取ってゆく．また,それに対しての目的意識を各々が共通に理解していること．

758　市町村の明確な方向性,地域包括ケアに関する研修会の実施→市町村や包括だけでなく,あらゆる機関,団体に対して．

759　顔の見える関係（介保事業所のみならずインフォーマルサービス,隣人,民生委員,等）の構築．ネットワーク構築．

760　居場所作り,医療との連携

761　地域包括ケアを推進していくための関係課を取りまとめて中心に進めていく部署が明らかになり,その体制が整うことが必要だと思う．

762　多職種の連携

763　行政を巻き込み,同じような認識をもち,地域包括ケアに取り組むこと．”委託”という言葉で,丸投げのことが多い．行政不在＝不安感がある．

764　①在宅生活を支援する専門職各位のその限界点を引き上げん！とする知恵と工夫が必要だと思う．一般の方と同様の発想で「認知症が進んだから･･･（BPSD 症）施設入所だ！」「認知症だから,こうなるのが当たり前（あきらめ）．家族介護やむなし」とした専門職の残存機能がありながら早期に在宅生活放棄する姿勢を改めることが必要．リスクマネジメントに力を入れること．②本人や家族への認知症を理解してもらうための啓もう,啓発．③上記②の協力医の理解,存在（医療過疎地なので）

765　地域住民とのコミュニケーションの信頼関係形成

766　関係機関とのつながり,新しい情報を得ていくこと

767　医師との協力がやはり難しいと感じています．わからない Dr もいるので,いまだにケアマネごときがとかヘルパーさんが何を言っているのとの声があります．

768　在宅医療,介護の充実．住民同士の助け合い（高齢者に限らず,子～お年寄りまで）

769　専門職員の総合理解をはじめ,関わりを持つ人,相互の立場の理解と,明確な目的の共有．

770　当該地域内の医師会の理解が得られず,連携が図られていない．医療との連携が不可欠であると考えるが,連携ができていない．

771　医療関係者,住民等の理解,又,関係者に理解してもらう為の機会．

772　包括支援センターに求められる業務があまりに多く,限られた人数で全てを完璧にこなすことは大変難しいと思います．地域の中での資源も限られ,ニーズは入院や施設入所が多く,地域で生活することの限界を感じる場面も多々あります．医療と介護との連携ではお互いに状況を理解し,本音で話し,問題の解決に向けて歩み合う機会がなければ,地域包括ケアの推進は難しいと思います．また,アンケートなどの量的な調査が多く,実態を正しく理解するための質的な調査をもっと進めたほうが,より意味があると感じます．高齢者ばかりではなく,地域や家族も含め,社会全体をより良い方向へ変えていくような市,県,国の動きや改革がなければいつまでたっても実現できないのではないかと超高齢化の●●県では感じています．

773　関係機関先との連携のしやすさ．話し合える（顔の見える）場作り．

問25　あなた（回答されている方）自身のことについてお伺いします．該当するものに○を付けるか,または数字をご記入下さい．

(3) 貴地域包括支援センターにおける職種

1. 社会福祉士　　2. 主任介護支援専門員
3. 保健師　　4. その他（　　）
5. 社会福祉士みなし

【自由記述内容 28 件】

1　事務職

2　介護支援専門員

3　看護師

4　ケアマネ

5　看護師
6　看護師
7　管理者
8　SWO,CW
9　統括責任者
10　センター長
11　事務
12　係長
13　保育士
14　介護支援専門員
15　ケアマネージャー
16　介護福祉士
17　事務
18　事務職
19　相談員
20　主任介護支援専門員,保健師
21　介護支援専門員
22　主任介護支援専門員,保健師
23　事務職員
24　管理者
25　介護福祉士
26　看護師
27　市町村職員介護保険担当
28　事務職

問25　あなた（回答されている方）自身のことについてお伺いします．該当するものに○を付けるか,または数字をご記入下さい．
（4）最終学歴
1. 高校　2. 専門学校　3. 短期大学　4. 大学
5. 大学院　6. その他（　　）

【自由記述内容 0 件】

問25　あなた（回答されている方）自身のことについてお伺いします．該当するものに○を付けるか,または数字をご記入下さい．
（5）あなたが有する資格は次のうちどれですか．（複数回答可）
1. 社会福祉士　2. 精神保健福祉士　3. 保健師　4. 看護師　5. 理学療養士
2. 作業療法士　7.言語聴覚士　8.介護支援専門員
9. 介護福祉士　10. 訪問介護員　11. その他（具体的に　　）

【自由記述内容 135 件】
1　社会福祉主事
2　社会福祉主事
3　住環境コーディネーター２級,ヘルパー２級．
4　調理師
5　社会福祉主事
6　社会福祉主事任用資格
7　福祉住環境コーディネーター２級　１級ＦＰ技能士　ＣＦＰ
8　福祉住環境コーディネーター
9　社会福祉主事
10　認知症ケア専門士
11　主任ＣＭ
12　社会福祉主事
13　社会福祉主事任用・宅地建物取引主任者
14　社会福祉主事
15　主任介護支援専門員
16　主任介護支援専門員
17　社会福祉主事
18　社会福祉主事,ヘルパー１級
19　管理栄養士

20　ヘルパー２級
21　助産師
22　救急救命士,健康運動指導士
23　社会福祉主事任用
24　福祉用具・福住環２級
25　社会福祉主事　等
26　資格なし
27　ヘルパー２級
28　住環２級
29　保母
30　主任ケアマネ
31　主任介護支援専門員
32　健康運動実践指導員
33　社会福祉主事
34　主任介護支援専門員
35　SWO
36　社会福祉士みなし
37　社会福主事,住環境コーディネーター２級
38　保育士
39　ヘルパー２級,福祉用具専門員
40　ヘルパー２級
41　社会福祉主事
42　保育士,幼稚園教諭
43　歯科衛生士
44　教職免許
45　認知症ケア専門士
46　保育士・福祉住環境コーディネーター
47　福祉住環境コーディネーター
48　保育士
49　主任介護支援専門員
50　保育士
51　主任ケアマネ
52　社会福祉主事
53　高等学校教諭免許:福祉
54　福祉住環境コーディネーター２級
55　看護師
56　保健師
57　社会福祉主事
58　産業カウンセラー,住環境コーディネーター２級など
59　福祉住環境コーディネーター３級
60　保育士
61　社会福祉主事任用
62　事務
63　社会福祉主事
64　ヘルパー２級
65　社会福祉主事
66　社会福祉主事　家族相談士
67　社会福祉主事
68　福祉
69　栄養士
70　保育士
71　保育士
72　歯科衛生士
73　歯科衛生士
74　主任介護支援専門員
75　主任介護支援専門員
76　福祉住環境コーディネーター２級
77　社会福祉主事
78　保育士等
79　メンタルケア心理士
80　保育士
81　認知症ケア専門士
82　社会福祉主事
83　社会福祉主事

84　ヘルパー２級
85　主任介護支援専門員,歯科衛生士
86　ヘルパー２級
87　社会福祉主事
88　教員免許
89　保育士,幼稚園教諭
90　認定心理士
91　保育士
92　養教,保健（教員免許）
93　福祉事務所の現業員等の業務経験５年以上
94　小学校教諭
95　管理栄養士
96　ＣＳＷ
97　保育士
98　資格なし
99　主任介護支援専門員
100　主任介護支援専門員
101　教員免許や保育士など
102　障害者相談支援専門員
103　保育士
104　社会福祉主事
105　中学１種・高校２種社会科教育免許
106　歯科衛生士
107　社会福祉主事
108　ファイナンシャルプランナー他
109　福祉用具専門相談員
110　第一種衛生管理者
111　保育士
112　社会福祉主事
113　社会福祉主事任用資格,赤十字救急法救命員
114　社会福祉主事
115　主任介護支援専門員
116　臨床発達心理士
117　社会福祉主事
118　保育士
119　養護教諭
120　主任 CM
121　保育士,幼稚園教諭２種,社会福祉主事
122　福祉住環境コーディネーター,スクールソーシャルワーカー
123　児童福祉司,社会福祉主事,社会教育主事任用資格
124　養護教諭
125　福祉住環境コーディネーター
126　保育士
127　中学・高校教員免許
128　福祉住環境コーディネーター２級
129　社会福祉主事
130　保育士
131　認知症ケア専門士
132　福祉用具専門相談員
133　社会福祉主事,●●県認知症コーディネーター
134　社会福祉主事任用
135　福祉住環境コーディネーター
136　社会福祉主事
137　介護予防訓練指導員

調査票
「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」

No.

「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」

長崎純心大学医療・福祉連携センター

● **回答等の方法について**

・回答をされる場合は、必要事項を数字や言葉で記入したり、該当する番号に○を付けて下さい。なお、書ききれない場合は、上下余白を利用して下さい。
・回答を記入される際には、黒色または青色の筆記具ではっきりとお書き下さい。
・大変恐縮ですが、平成26年2月28日（金）までに、切手を貼らずに同封の封筒にて、ポストへ投函をお願いいたします。

Ⅰ　貴地域包括支援センターの現状についてお伺いします。

問１　貴地域包括支援センターの設置主体として、該当する番号に○を付けて下さい（○は１つだけ）。

1. 行政直営
2. 社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）
3. 社会福祉協議会
4. 医療法人
5. 財団法人（一般・公益）
6. 社団法人（一般・公益）
7. 有限会社
8. 株式会社
9. ＮＰＯ法人
10. その他（具体的に：　　）

問２　貴地域包括支援センターの職員体制について、職員総数とその内訳や兼務の状況、職員の業務分担をご記入下さい（平成 25 年 4 月末現在）。なお、該当者がいない場合は数字の 0 をご記入下さい。

	① 職員総数		② 職員の業務分担について（職員総数のうち）		
		常勤職員数 非常勤職員数	ア　包括的支援業務に従事する職員数	イ　介護予防支援業務に従事する職員数	ウ　ア、イの業務を兼務する職員数
保　健　師	人		人	人	人
		常　人	常　人	常　人	常　人
		非　人	非　人	非　人	非　人
保健師に準ずる者	人		人	人	人
		常　人	常　人	常　人	常　人
		非　人	非　人	非　人	非　人
社会福祉士	人		人	人	人
		常　人	常　人	常　人	常　人
		非　人	非　人	非　人	非　人
社会福祉士に準ずる者	人		人	人	人
		常　人	常　人	常　人	常　人
		非　人	非　人	非　人	非　人

	① 職員総数			② 職員の業務分担について（職員総数のうち）		
			常勤職員数 非常勤職員数	ア　包括的支援業務に従事する職員数	イ　介護予防支援業務に従事する職員数	ウ　ア、イの業務を兼務する職員数
主任介護支援専門員			人	人	人	人
			常　人	常　人	常　人	常　人
			非　人	非　人	非　人	非　人
主任介護支援専門員に準ずる者			人	人	人	人
			常　人	常　人	常　人	常　人
			非　人	非　人	非　人	非　人
介護支援専門員（介護予防支援業務に従事している者）			人		人	
	専任	常	人		専常　人	
		非	人		専非　人	
	兼任	常	人		兼常　人	
		非	人		兼非　人	
事務職員			人			
	専任	常	人			
		非	人			
	兼任	常	人			
		非	人			
センター長* （　　）			人	人	人	人
			常　人	常　人	常　人	常　人
			非　人	非　人	非　人	非　人
その他の職員**			人	人	人	人
			常　人	常　人	常　人	常　人
			非　人	非　人	非　人	非　人

*　センター長が他職種と兼務している場合は、職種名を（　　）の中にご記入下さい。
**　具体的に職種名及び職員数を下の〔　　〕の中にご記入下さい。

（記入例）理学療法士…常勤（1人）、作業療法士…非常勤（1人）など

問3　貴地域包括支援センターにおける、平成24年度の介護予防プランの延べ総数とそのうちの延べ委託数をご記入下さい。

介護予防ケアプラン延べ総数	件
うち　延べ委託数	件

問４　平成24年度の貴地域包括支援センターにおける次の(1)～(5)の各項目について、高齢者の延べ相談件数をご記入下さい。

相談内容	延べ相談件数
(1) 総合相談支援業務に関すること	件
(2) 権利擁護業務に関すること	件
(3) 包括的・継続的ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ支援業務に関すること	件
(4) 介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ業務に関すること	件
(5) 指定介護予防支援に関すること	件
総　　計	件

Ⅱ　貴地域包括支援センターの職員研修等についてお伺いします。

問５　貴地域包括支援センターでは、センターで働く職員の資質向上のために外部講師を招いた研修の機会がどの程度確保されていますか。該当する番号に○を付けて下さい(○は１つだけ)。

1. 年 12 回程度　　2. 年６回程度　　3. 年４回程度　　4. 年３回程度
5. 年２回程度　　6. 年１回程度　　7. 確保されていない

問６　あなた（回答されている方）は、国・地方公共団体及び各種団体等が主催する研修会について、平成24年度に**職務として**どの程度参加しましたか。次の(1)～(9)の各項目について、該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ１つずつ)。

平成 24 年度に**職務として**参加した研修会について	1 年12回程度	2 年6回程度	3 年4回程度	4 年3回程度	5 年2回程度	6 年1回程度	7 参加していない
(1) 国主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(2) 都道府県主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(3) 市区町村主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(4) 都道府県社会福祉協議会主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(5) 市区町村社会福祉協議会主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(6) 職能団体主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(7) 民間の企業による研修会	1	2	3	4	5	6	7
(8) 民間の教育団体による研修会	1	2	3	4	5	6	7
(9) その他の研修会	1	2	3	4	5	6	7

問７　あなた（回答されている方）は、国・地方公共団体及び各種団体等が主催する研修会について、平成24年度に**職務以外で**どの程度参加しましたか。次の(1)～(9)の各項目について、該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ１つずつ)。

平成24年度に**職務以外で**参加した研修会について	1 年12回程度	2 年6回程度	3 年4回程度	4 年3回程度	5 年2回程度	6 年1回程度	7 参加していない
(1) 国主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(2) 道府県主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(3) 市区町村主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(4) 都道府県社会福祉協議会主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(5) 市区町村社会福祉協議会主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(6) 職能団体主催の研修会	1	2	3	4	5	6	7
(7) 民間の企業による研修会	1	2	3	4	5	6	7
(8) 民間の教育団体による研修会	1	2	3	4	5	6	7
(9) その他の研修会	1	2	3	4	5	6	7

問８　貴地域包括支援センターでは、３職種（保健師・社会福祉士・主任介護専門員）が連携するための定期的な会議やミーティング（朝礼、申し送りなどを除く）をどの程度実施されていますか。該当する番号に○を付けて下さい（○は１つだけ）。

1. 月１回程度　　2. 月２回程度　　3. 月４回程度
4. 月５回以上　　5. 実施していない

Ⅲ　貴地域包括支援センターが実施している地域住民向けの広報活動についてお伺いします。

問９　あなた（回答されている方）は、貴地域包括支援センターが実施している地域住民向けの広報活動についてどの程度効果があるとお考えですか。次の(1)～(5)の各項目について、該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）。なお、お答えにくい項目については、最も近い番号に○を付けて下さい。

地域住民向けの**広報活動**について	1 非常に効果がある	2 効果がある	3 あまり効果がない	4 全く効果がない	5 実施していない
(1) 定期的にセンターの活動を紹介した広報誌を配布している	1	2	3	4	5
(2) センターの概要を紹介した広報パンフレットの配布をしている	1	2	3	4	5
(3) センターのホームページの更新による情報発信をしている	1	2	3	4	5
(4) 自治会や老人クラブなどでセンターの活動を説明している	1	2	3	4	5
(5) センター主催の教室やイベントなどの開催をしている	1	2	3	4	5
(6) その他（具体的に）					

Ⅳ　貴地域包括支援センターにおける、関係機関等との連携についてお伺いします。

問10　貴地域包括支援センターが行う**総合相談支援業務**は、あなた（回答されている方）の主たる業務ですか。該当する番号に○を付けて下さい。

1. 主たる業務である　→「**補問10－１**」へお進み下さい。
2. 主たる業務ではない　→「**問11**」　へお進み下さい。

補問10－１　あなた（回答されている方）は、貴地域包括支援センターの**総合相談支援業務**において、次の(1)～(24)の各関係機関等と１年間を通してどの程度連携していますか。それぞれの項目について、該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ１つずつ)。

総合相談支援業務において各関係機関等と１年間を通してどの程度連携していますか	1 年1回程度	2 年2回程度	3 月1回程度	4 月2回程度	5 月4回程度	6 月5回以上	7 していない
(1) 市区町村	1	2	3	4	5	6	7
(2) 福祉事務所	1	2	3	4	5	6	7
(3) 保健福祉センター・保健所	1	2	3	4	5	6	7
(4) 警察署	1	2	3	4	5	6	7
(5) 消防署（救急車の手配を含む）	1	2	3	4	5	6	7
(6) 消防署（救急車の手配を含めない）	1	2	3	4	5	6	7
(7) 病院	1	2	3	4	5	6	7
(8) 診療所	1	2	3	4	5	6	7
(9) 歯科診療所	1	2	3	4	5	6	7
(10) 他の地域包括支援センター	1	2	3	4	5	6	7
(11) 居宅介護支援事業者	1	2	3	4	5	6	7
(12) 訪問看護事業者	1	2	3	4	5	6	7
(13) 訪問介護事業者	1	2	3	4	5	6	7
(14) 介護保険施設	1	2	3	4	5	6	7
(15) 弁護士	1	2	3	4	5	6	7
(16) 民生委員・児童委員	1	2	3	4	5	6	7
(17) 社会福祉協議会	1	2	3	4	5	6	7
(18) 自治会・町内会	1	2	3	4	5	6	7
(19) 老人会などの老人クラブ	1	2	3	4	5	6	7
(20) ボランティア団体	1	2	3	4	5	6	7
(21) 家族会などの当事者団体	1	2	3	4	5	6	7
(22) 老人福祉センター	1	2	3	4	5	6	7
(23) 小・中学校などの教育機関	1	2	3	4	5	6	7
(24) 公民館などの社会教育施設	1	2	3	4	5	6	7
(25) その他（具体的に）							

問11　貴地域包括支援センターが行う**権利擁護業務**は、あなた（回答されている方）の主たる業務ですか。該当する番号に○を付けて下さい。

1. 主たる業務である　→「**補問11－1**」へお進み下さい。
2. 主たる業務ではない　→「**問12**」　へお進み下さい。

補問11－1　あなた（回答されている方）は、貴地域包括支援センターの**権利擁護業務**において、次の(1)～(24)の各関係機関等と1年間を通してどの程度連携していますか。それぞれの項目について、該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ1つずつ)。

権利擁護業務において各関係機関等と1年間を通してどの程度連携していますか	1 年1回程度	2 年2回程度	3 月1回程度	4 月2回程度	5 月4回程度	6 月5回以上	7 していない
(1) 市区町村	1	2	3	4	5	6	7
(2) 福祉事務所	1	2	3	4	5	6	7
(3) 保健福祉センター・保健所	1	2	3	4	5	6	7
(4) 警察署	1	2	3	4	5	6	7
(5) 消防署（救急車の手配を含む）	1	2	3	4	5	6	7
(6) 消防署（救急車の手配を含めない）	1	2	3	4	5	6	7
(7) 病院	1	2	3	4	5	6	7
(8) 診療所	1	2	3	4	5	6	7
(9) 歯科診療所	1	2	3	4	5	6	7
(10) 他の地域包括支援センター	1	2	3	4	5	6	7
(11) 居宅介護支援事業者	1	2	3	4	5	6	7
(12) 訪問看護事業者	1	2	3	4	5	6	7
(13) 訪問介護事業者	1	2	3	4	5	6	7
(14) 介護保険施設	1	2	3	4	5	6	7
(15) 弁護士	1	2	3	4	5	6	7
(16) 民生委員・児童委員	1	2	3	4	5	6	7
(17) 社会福祉協議会	1	2	3	4	5	6	7
(18) 自治会・町内会	1	2	3	4	5	6	7
(19) 老人会などの老人クラブ	1	2	3	4	5	6	7
(20) ボランティア団体	1	2	3	4	5	6	7
(21) 家族会などの当事者団体	1	2	3	4	5	6	7
(22) 老人福祉センター	1	2	3	4	5	6	7
(23) 小・中学校などの教育機関	1	2	3	4	5	6	7
(24) 公民館などの社会教育施設	1	2	3	4	5	6	7
(25) その他（具体的に）							

問12　貴地域包括支援センターが行う**包括的・継続的ケアマネジメント支援業務**は、あなた（回答されている方）の主たる業務ですか。該当する番号に○を付けて下さい。

1. 主たる業務である　→「**補問12－1**」へお進み下さい。
2. 主たる業務ではない　→「**問13**」　へお進み下さい。

補問12－1　あなた（回答されている方）は、貴地域包括支援センターの**包括的・継続的ケアマネジメント支援業務**において、次の(1)～(24)の各関係機関等と1年間を通してどの程度連携していますか。それぞれの項目について、該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ1つずつ)。

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務において各関係機関等と1年間を通してどの程度連携していますか	1 年1回程度	2 年2回程度	3 月1回程度	4 月2回程度	5 月4回程度	6 月5回以上	7 していない
(1) 市区町村	1	2	3	4	5	6	7
(2) 福祉事務所	1	2	3	4	5	6	7
(3) 保健福祉センター・保健所	1	2	3	4	5	6	7
(4) 警察署	1	2	3	4	5	6	7
(5) 消防署（救急車の手配を含む）	1	2	3	4	5	6	7
(6) 消防署（救急車の手配を含めない）	1	2	3	4	5	6	7
(7) 病院	1	2	3	4	5	6	7
(8) 診療所	1	2	3	4	5	6	7
(9) 歯科診療所	1	2	3	4	5	6	7
(10) 他の地域包括支援センター	1	2	3	4	5	6	7
(11) 居宅介護支援事業者	1	2	3	4	5	6	7
(12) 訪問看護事業者	1	2	3	4	5	6	7
(13) 訪問介護事業者	1	2	3	4	5	6	7
(14) 介護保険施設	1	2	3	4	5	6	7
(15) 弁護士	1	2	3	4	5	6	7
(16) 民生委員・児童委員	1	2	3	4	5	6	7
(17) 社会福祉協議会	1	2	3	4	5	6	7
(18) 自治会・町内会	1	2	3	4	5	6	7
(19) 老人会などの老人クラブ	1	2	3	4	5	6	7
(20) ボランティア団体	1	2	3	4	5	6	7
(21) 家族会などの当事者団体	1	2	3	4	5	6	7
(22) 老人福祉センター	1	2	3	4	5	6	7
(23) 小・中学校などの教育機関	1	2	3	4	5	6	7
(24) 公民館などの社会教育施設	1	2	3	4	5	6	7
(25) その他（具体的に）							

問13　貴地域包括支援センターが行う**介護予防ケアマネジメント支援業務**は、あなた（回答されている方）の主たる業務ですか。該当する番号に○を付けて下さい。

1. 主たる業務である　→「**補問13－1**」へお進み下さい。
2. 主たる業務ではない　→「**問14**」　へお進み下さい。

補問13－1　あなた（回答されている方）は、貴地域包括支援センターの**介護予防ケアマネジメント支援業務**において、次の(1)～(24)の各関係機関等と1年間を通してどの程度連携していますか。それぞれの項目について、該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ1つずつ)。

介護予防ケアマネジメント支援業務において各関係機関等と1年間を通してどの程度連携していますか	1 年1回程度	2 年2回程度	3 月1回程度	4 月2回程度	5 月4回程度	6 月5回以上	7 していない
(1) 市区町村	1	2	3	4	5	6	7
(2) 福祉事務所	1	2	3	4	5	6	7
(3) 保健福祉センター・保健所	1	2	3	4	5	6	7
(4) 警察署	1	2	3	4	5	6	7
(5) 消防署（救急車の手配を含む）	1	2	3	4	5	6	7
(6) 消防署（救急車の手配を含めない）	1	2	3	4	5	6	7
(7) 病院	1	2	3	4	5	6	7
(8) 診療所	1	2	3	4	5	6	7
(9) 歯科診療所	1	2	3	4	5	6	7
(10) 他の地域包括支援センター	1	2	3	4	5	6	7
(11) 居宅介護支援事業者	1	2	3	4	5	6	7
(12) 訪問看護事業者	1	2	3	4	5	6	7
(13) 訪問介護事業者	1	2	3	4	5	6	7
(14) 介護保険施設	1	2	3	4	5	6	7
(15) 弁護士	1	2	3	4	5	6	7
(16) 民生委員・児童委員	1	2	3	4	5	6	7
(17) 社会福祉協議会	1	2	3	4	5	6	7
(18) 自治会・町内会	1	2	3	4	5	6	7
(19) 老人会などの老人クラブ	1	2	3	4	5	6	7
(20) ボランティア団体	1	2	3	4	5	6	7
(21) 家族会などの当事者団体	1	2	3	4	5	6	7
(22) 老人福祉センター	1	2	3	4	5	6	7
(23) 小・中学校などの教育機関	1	2	3	4	5	6	7
(24) 公民館などの社会教育施設	1	2	3	4	5	6	7
(25) その他（具体的に）							

問14　貴地域包括支援センターが行う**指定介護予防支援**は、あなた（回答されている方）の主たる業務ですか。該当する番号に○を付けて下さい。

1. 主たる業務である　→「**補問14－1**」へお進み下さい。
2. 主たる業務ではない　→「**問15**」　へお進み下さい。

補問14－1　あなた（回答されている方）は、貴地域包括支援センターの**指定介護予防支援**において、次の(1)～(24)の各関係機関等と1年間を通してどの程度連携していますか。それぞれの項目について、該当する番号に○を付けて下さい(○はそれぞれ1つずつ)。

指定介護予防支援において各関係機関等と1年間を通してどの程度連携していますか	1 年1回程度	2 年2回程度	3 月1回程度	4 月2回程度	5 月4回程度	6 月5回以上	7 していない
(1) 市区町村	1	2	3	4	5	6	7
(2) 福祉事務所	1	2	3	4	5	6	7
(3) 保健福祉センター・保健所	1	2	3	4	5	6	7
(4) 警察署	1	2	3	4	5	6	7
(5) 消防署（救急車の手配を含む）	1	2	3	4	5	6	7
(6) 消防署（救急車の手配を含めない）	1	2	3	4	5	6	7
(7) 病院	1	2	3	4	5	6	7
(8) 診療所	1	2	3	4	5	6	7
(9) 歯科診療所	1	2	3	4	5	6	7
(10) 他の地域包括支援センター	1	2	3	4	5	6	7
(11) 居宅介護支援事業者	1	2	3	4	5	6	7
(12) 訪問看護事業者	1	2	3	4	5	6	7
(13) 訪問介護事業者	1	2	3	4	5	6	7
(14) 介護保険施設	1	2	3	4	5	6	7
(15) 弁護士	1	2	3	4	5	6	7
(16) 民生委員・児童委員	1	2	3	4	5	6	7
(17) 社会福祉協議会	1	2	3	4	5	6	7
(18) 自治会・町内会	1	2	3	4	5	6	7
(19) 老人会などの老人クラブ	1	2	3	4	5	6	7
(20) ボランティア団体	1	2	3	4	5	6	7
(21) 家族会などの当事者団体	1	2	3	4	5	6	7
(22) 老人福祉センター	1	2	3	4	5	6	7
(23) 小・中学校などの教育機関	1	2	3	4	5	6	7
(24) 公民館などの社会教育施設	1	2	3	4	5	6	7
(25) その他（具体的に）							

Ⅴ　貴地域包括支援センター圏域ごとの地域ケア会議（以下地域ケア会議とする）についてお伺いします。

問15　貴地域包括支援センター圏域において、地域ケア会議を開催していますか。該当する番号に○を付けて下さい(○は１つだけ)。

1. 定期的に開催している　→「**補問15－１**」へお進み下さい。
2. 不定期であるが開催している　→「**補問15－１**」へお進み下さい。
3. 開催していない　→「**問16**」へお進み下さい。

補問15－１　貴地域包括支援センターでは、地域ケア会議をどの程度開催していますか。該当する番号に○を付けて下さい(○は１つだけ)。

1. 年 12 回程度　2. 年６回程度　3. 年４回程度　4. 年３回程度
5. 年２回程度　6. 年１回程度

補問15－２　地域ケア会議はどこが主催していますか。該当する番号に○を付けて下さい（○は 1 つだけ)。

1. 地域包括支援センター　2. 市区町村　3. 内容によって両方のケースがある

補問15－３　地域ケア会議の司会は、誰がされていますか。該当する番号に○を付けて下さい（複数回答可)。

1. 地域包括支援センター長　2. 社会福祉士　3. 主任介護支援専門員
4. 保健師　5. 市区町村の職員　6. その他（具体的：　　）

補問15－４　地域ケア会議の主たる構成員の職種等と人数をご記入下さい。

記入例)
市役所の職員（１人)、地域包括支援センターの職員（３人)、市の社会福祉協議会職員（１人)、介護支援専門員（１人)、訪問介護事業者（２人)、医師（１人)
看護師（１人)、自治会役員（１人)、利用者やその家族（１人)　など

記入例を参考に、地域ケア会議の主たる構成員の職種等と人数をご記入下さい。

補問15－5　あなた（回答されている方）は、地域包括支援センター圏域において地域ケア会議を
を開催していくにあたり、何が必要だと思われますか。ご自由に記入下さい。

Ⅵ　貴地域包括支援センターが実施している地域住民向けの啓発活動についてお伺いします。

問16　あなた（回答されている方）は、貴地域包括支援センターが実施している地域住民向けの介護保険や介護予防に関する啓発活動についてどの程度効果があるとお考えですか。次の(1)～(5)の各項目について、該当する番号○を付けて下さい（○はそれぞれ1つずつ）。なお、お答えにくい項目については、最も近い番号に○を付けて下さい。

地域住民向けの**啓発活動**について	1 非常に効果がある	2 効果がある	3 あまり効果がない	4 全く効果がない	5 実施していない
(1) 定期的に介護保険や介護予防の推進を紹介した広報誌を配布している	1	2	3	4	5
(2) センターのホームページの更新による情報発信をしている	1	2	3	4	5
(3) 自治会や老人クラブなど地域住民の依頼を受けて介護保険や介護予防に関する話をしている	1	2	3	4	5
(4) 自治会や老人クラブなどの会合で介護保険や介護予防に関する話を機会を確保するよう働きかけている	1	2	3	4	5
(5) センター主催の教室やイベントなどの開催をしている	1	2	3	4	5
(6) その他（具体的に）					

Ⅶ　地域包括支援センターの業務の状況についてお伺いします。

問17　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**総合相談支援業務**について、次のようなことがどれくらい当てはまりますか。次の(1)～(9)の各項目について、該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）。なお、お答えにくい項目については、最も近い番号に○を付けて下さい。

総合相談支援業務について	1非常によく当てはまる	2かなり当てはまる	3少し当てはまる	4あまり当てはまらない	5全く当てはまらない
(1) 業務内容や役割は明確である	1	2	3	4	5
(2) 業務量が過大である	1	2	3	4	5
(3) 職員の力量は十分である	1	2	3	4	5
(4) 専門職の確保が難しい	1	2	3	4	5
(5) 職員の人材養成や研修体制は十分である	1	2	3	4	5
(6) 医療機関との連携は十分である	1	2	3	4	5
(7) 介護サービス事業者との連携は十分である	1	2	3	4	5
(8) 地域の社会資源との連携は十分である	1	2	3	4	5
(9) 地域の社会資源への開発は十分にできている	1	2	3	4	5
(10) その他（具体的に）					

問18　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**権利擁護業務**について、次のようなことがどれくらい当てはまりますか。次の(1)～(9)の各項目について、該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）。なお、お答えにくい項目については、最も近い番号に○を付けて下さい。

権利擁護業務について	1非常によく当てはまる	2かなり当てはまる	3少し当てはまる	4あまり当てはまらない	5全く当てはまらない
(1) 業務内容や役割は明確である	1	2	3	4	5
(2) 業務量が過大である	1	2	3	4	5
(3) 職員の力量は十分である	1	2	3	4	5
(4) 専門職の確保が難しい	1	2	3	4	5
(5) 職員の人材養成や研修体制は十分である	1	2	3	4	5
(6) 医療機関との連携は十分である	1	2	3	4	5
(7) 介護サービス事業者との連携は十分である	1	2	3	4	5
(8) 地域の社会資源との連携は十分である	1	2	3	4	5
(9) 地域の社会資源への開発は十分にできている	1	2	3	4	5
(10) その他（具体的に）					

問19　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**包括的・継続的ケアマネジメント支援業務**について、次のようなことがどれくらい当てはまりますか。次の(1)～(9)の各項目について、該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）。なお、お答えにくい項目については、最も近い番号に○を付けて下さい。

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務について	1非常によく当てはまる	2かなり当てはまる	3少し当てはまる	4あまり当てはまらない	5全く当てはまらない
(1) 業務内容や役割は明確である	1	2	3	4	5
(2) 業務量が過大である	1	2	3	4	5
(3) 職員の力量は十分である	1	2	3	4	5
(4) 専門職の確保が難しい	1	2	3	4	5
(5) 職員の人材養成や研修体制は十分である	1	2	3	4	5
(6) 医療機関との連携は十分である	1	2	3	4	5
(7) 介護サービス事業者との連携は十分である	1	2	3	4	5
(8) 地域の社会資源との連携は十分である	1	2	3	4	5
(9) 地域の社会資源への開発は十分にできている	1	2	3	4	5
(10) その他（具体的に）					

問20　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**介護予防ケアマネジメント業務**について、次のようなことがどれくらい当てはまりますか。次の(1)～(9)の各項目について、該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）。なお、お答えにくい項目については、最も近い番号に○を付けて下さい。

介護予防ケアマネジメント業務について	1非常によく当てはまる	2かなり当てはまる	3少し当てはまる	4あまり当てはまらない	5全く当てはまらない
(1) 業務内容や役割は明確である	1	2	3	4	5
(2) 業務量が過大である	1	2	3	4	5
(3) 職員の力量は十分である	1	2	3	4	5
(4) 専門職の確保が難しい	1	2	3	4	5
(5) 職員の人材養成や研修体制は十分である	1	2	3	4	5
(6) 医療機関との連携は十分である	1	2	3	4	5
(7) 介護サービス事業者との連携は十分である	1	2	3	4	5
(8) 地域の社会資源との連携は十分である	1	2	3	4	5
(9) 地域の社会資源への開発は十分にできている	1	2	3	4	5
(10) その他（具体的に）					

問21　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**指定介護予防支援**について、次のようなことがどれくらい当てはまりますか。次の(1)～(9)の各項目について、該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）。なお、お答えにくい項目については、最も近い番号に○を付けて下さい。

指定介護予防支援について	1 非常によく当てはまる	2 かなり当てはまる	3 少し当てはまる	4 あまり当てはまらない	5 全く当てはまらない
(1) 業務内容や役割は明確である	1	2	3	4	5
(2) 業務量が過大である	1	2	3	4	5
(3) 職員の力量は十分である	1	2	3	4	5
(4) 専門職の確保が難しい	1	2	3	4	5
(5) 職員の人材養成や研修体制は十分である	1	2	3	4	5
(6) 医療機関との連携は十分である	1	2	3	4	5
(7) 介護サービス事業者との連携は十分である	1	2	3	4	5
(8) 地域の社会資源との連携は十分である	1	2	3	4	5
(9) 地域の社会資源への開発は十分にできている	1	2	3	4	5
(10) その他（具体的に）					

問22　あなた（回答されている方）の勤務する地域包括支援センターの**地域におけるネットワーク構築**について、次のようなことがどれくらい当てはまりますか。次の(1)～(9)の各項目について、該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）。なお、お答えにくい項目については、最も近い番号に○を付けて下さい。

地域におけるネットワーク構築について	1 非常によく当てはまる	2 かなり当てはまる	3 少し当てはまる	4 あまり当てはまらない	5 全く当てはまらない
(1) 業務内容や役割は明確である	1	2	3	4	5
(2) 業務量が過大である	1	2	3	4	5
(3) 職員の力量は十分である	1	2	3	4	5
(4) 専門職の確保が難しい	1	2	3	4	5
(5) 職員の人材養成や研修体制は十分である	1	2	3	4	5
(6) 医療機関との連携は十分である	1	2	3	4	5
(7) 介護サービス事業者との連携は十分である	1	2	3	4	5
(8) 地域の社会資源との連携は十分である	1	2	3	4	5
(9) 地域の社会資源への開発は十分にできている	1	2	3	4	5
(10) その他（具体的に）					

問23　あなた（回答されている方）は、地域包括支援センター圏域において地域包括ケアを推進していくにあたり、何が必要だと思われますか。ご自由に記入下さい。

Ⅷ　あなた（回答されている方）の職場についてお伺いします。

問24　あなた（回答されている方）の職場では、次のようなことがどのくらい当てはまりますか。次の(1)～(30)の各項目について、該当する番号に○を付けて下さい（○はそれぞれ１つずつ）。なお、お答えにくい項目については、最も近い番号に○を付けて下さい。
※ここでいう上司とは、あなたが仕事に関して直接指導を受ける人のことです。

あなたの職場について	1 非常によく当てはまる	2 かなり当てはまる	3 少し当てはまる	4 あまり当てはまらない	5 全く当てはまらない
(1) 職員の多くは、仕事に対してやる気を持っている	1	2	3	4	5
(2) 職員の多くは、出勤時間より早めに職場に来て仕事をしている	1	2	3	4	5
(3) 職員の多くは、この職場での仕事に誇りを持っている	1	2	3	4	5
(4) 私の職場には、とても活気がある	1	2	3	4	5
(5) 職員の多くは、勤務時間後も職場に残って仕事をする事が多い	1	2	3	4	5
(6) 職員同士は、お互いに仲が良い	1	2	3	4	5
(7) 私の職場では、仕事が終わった後、職員同士で遊びに行ったりする事はない	1	2	3	4	5
(8) 私の職場では、仕事の中で気付いた事は、職員同士で率直に話し合っている	1	2	3	4	5
(9) 私の職場では、仕事に関係ない事でも職員同士で話しをすることが多い	1	2	3	4	5
(10) 職員の中には、職場の人間関係になじめない人もいる	1	2	3	4	5

あなたの職場について	1 非常によく当てはまる	2 かなり当てはまる	3 少し当てはまる	4 あまり当てはまらない	5 全く当てはまらない
(11) 私の職場では、仕事上の責任の所在が明確になっている	1	2	3	4	5
(12) 職場の上司は、職員に対して臨機応変に行動するように指導している	1	2	3	4	5
(13) 職員は、自分なりのやり方で支援をすることが出来る	1	2	3	4	5
(14) 職員は日常の支援の内容については、利用者の状態に合わせて職員自身の判断で決定することが出来る	1	2	3	4	5
(15) 職場の上司は、支援上の課題について、自分自身で解決するように指導している	1	2	3	4	5
(16) 仕事をしていく上でとても緊張度が高い職場である	1	2	3	4	5
(17) 私の職場では、仕事をしていく上での時間的余裕がない	1	2	3	4	5
(18) 仕事中には気を抜く暇も無いような職場である	1	2	3	4	5
(19) 職員の多くは、仕事に対して余裕を持って取り組んでいる	1	2	3	4	5
(20) 常に時間に追われているような職場である	1	2	3	4	5
(21) 私の職場ではカンファレンス（ケース会議）などを通して、利用者に対する支援課題が明確にされている	1	2	3	4	5
(22) 仕事をしていく上で必要な情報が職員の間で共有化されている	1	2	3	4	5
(23) 職員の多くは、自分たちのやるべき仕事について正確に理解している	1	2	3	4	5
(24) 職場の上司は、いつも職員に対して、職員としてやるべき仕事が何かということについてきちんと説明している	1	2	3	4	5
(25) 私の職場では、職員の仕事上の役割分担がはっきり示されている	1	2	3	4	5
(26) 私の職場では、支援に関する新しい考え方をできるだけ仕事の中に生かすよう努力している	1	2	3	4	5
(27) 仕事上の改善点について、職員が自由に発言できる職場である	1	2	3	4	5
(28) 私の職場では利用者に対する支援にとっていいことは、できるだけ取り入れるように努力している	1	2	3	4	5
(29) 私の職場では、仕事上の改善点を解決するために積極的に取り組んでいる	1	2	3	4	5
(30) 私の職場では、新しい考え方や知識はあまり必要とされていない	1	2	3	4	5

問25　あなた（回答されている方）自身のことについてお伺いします。該当するものに○を付けるか、または数字をご記入下さい。

(1) 年　齢	（　　）歳　　（平成26年2月1日現在）
(2) 性　別	1. 男性　　2. 女性
(3) 貴地域包括支援センターにおける職種	1. 社会福祉士　　2. 主任介護支援専門員 3. 保健師　　4. その他（　　）
(4) 最終学歴	1. 高校　2. 専門学校　3. 短期大学　4. 大学 5. 大学院　6. その他（　　）
(5) あなたが有する資格は次のうちどれですか。（複数回答可）	1. 社会福祉士　2. 精神保健福祉士　3. 保健師 4. 看護師　5. 理学療養士　6. 作業療法士 7. 言語聴覚士　8. 介護支援専門員 9. 介護福祉士　10. 訪問介護員 11. その他（具体的に　　）
(6) 現在勤務している地域包括支援センターの勤務歴	（　　）年（　　）ヶ月 （平成26年2月1日現在）
(7) 現在勤務している地域包括支援センター以外で、行政・福祉・医療関係の就労経験年数	行政関係（　　）年（　　）ヶ月 福祉関係（　　）年（　　）ヶ月 医療関係（　　）年（　　）ヶ月 （平成26年2月1日現在）

問26　貴地域包括支援センターでは、本調査の結果に関する報告書の送付を希望されますか。

1. 郵送による報告書の送付を希望する　　2. 電子メールでの報告書の送付を希望する
3. 報告書の送付は希望しない

問27　最後に、貴地域包括支援センターの所在地及び名称等をご記入下さい。

所在地
〒　　－　　TEL　　-　　-
FAX　　-　　-

名　称

※　もし可能であれば、貴地域包括支援センターの電子メールアドレスをご記入下さい。
（電子メール：　　）

＊　ご多用のところ、長時間にわたり本調査にご協力いただきまして、大変ありがとうございました。もう一度ご記入もれがないかご確認下さい。また、お手数をおかけしますが、平成26年2月28日(金)までに、切手を貼らずに所定の封筒にて、ポストに投函をお願いいたします。

未来医療研究人材養成拠点形成事業
（テーマＢ：リサーチマインドを持った総合診療医の養成）

調査研究報告書

平成27年3月16日発行

長崎純心大学医療・福祉連携センター
（センター長　潮谷有二）

〒852-8558　長崎市三ツ山町235番地
TEL：095-842-8787
FAX：095-842-8788
E-mail：cmw@n-junshin.ac.jp
http://www.n-junshin.ac.jp/cmw/

Nagasaki Junshin Catholic University
Medical and Welfare Liaison Center