

令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
英国等諸外国における支援を必要とする住民と地域の多様な主体との調整を行う職種との国際比較を通じた生活支援
コーディネーターの活動基盤強化に関する調査研究
成果報告書

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 政策推進部
国際長寿センター〈日本〉（ILC-Japan）

本報告書の一部または全部を問わず
無断引用、転載を禁ずる。



一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

医療経済研究機構

Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare
Institute for Health Economics and Policy

英国等諸外国における支援を必要とする住民と地域の多様な主体との調整を行う職種との国際比較を通じた生活支援コーディネーターの活動基盤強化に関する調査研究 報告書

刊行にあたって

国際長寿センター（日本）：International Longevity Center-Japan（ILC-Japan）は、1990年に日本とアメリカの2国で設立されました。それ以来、世界各国にセンターが誕生し、現在では16ヶ国に達しています。

国際長寿センターは創設以来、高齢者を社会の中の重要な役割を果たす存在として位置づけるポジティブな高齢者観に基づき「プロダクティブ・エイジング」を目指しています。高齢社会を迎えている各国においてこの考え方は広く国際的に定着し、我が国においても高齢者が活躍する地域が全国各所に見られます。私たちはこの流れをさらに定着させるために、国際比較研究を通して海外諸国のいきいきとした高齢者像を見出してきました。

現在は、（一財）医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構政策推進部の1部門として、地域包括ケアシステムの構築に向けた政策推進のための調査研究事業や少子高齢化に伴う諸問題の国際的・学際的な視点での調査研究事業を行っています。

本年度の「英国等諸外国における支援を必要とする住民と地域の多様な主体との調整を行う職種との国際比較を通じた生活支援コーディネーターの活動基盤強化に関する調査研究」では、海外各国においてパブリックヘルス・福祉・生活支援を視野にしながら、支援を必要とする住民と地域の多様な主体との調整を行う職種（リンクワーカーやリエイブルメントサービスの際の調整役等）の活動や成果および課題に関して調査研究することにより、我が国における、生活支援・介護予防の充実、持続可能な地域づくりの在り方について報告、分析、考察、提言を行っています。

本報告書では、第1章では調査の背景と概要をまとめ、第2章から第4章で海外各国の調査、第5章、第6章では日本の生活支援コーディネーターへのアンケート調査や事例収集調査の結果から得られた示唆をまとめています。これらの成果をもとに第7章において、生活支援コーディネーターの活動基盤強化に関する提案を行っています。

この調査・研究の過程では様々な各国の関係機関および国内の関係自治体や専門職の皆様のご協力をいただきました。調査にご協力くださった皆様に厚くお礼を申し上げます。

令和6（2024）年3月

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 政策推進部
国際長寿センター<日本>（ILC-Japan）

英国等諸外国における支援を必要とする住民と地域の多様な主体との調整を行う職種
との国際比較を通じた生活支援コーディネーターの活動基盤強化に関する調査研究

目 次

調査研究体制	5
報告書サマリー	6
I. 調査・研究の背景と概要	
1. 調査・研究の背景と概要	21
2. 海外調査訪問先一覧	24
II. イギリス（イングランド・スコットランド）	
1. 高齢者への生活支援に関する理念と制度	28
2. リンクワーカーと地域連携による課題解決の実際①	37
3. リンクワーカーと地域連携による課題解決の実際②	42
III. オランダ	
1. 高齢者への生活支援に関する制度と理念の流れ	52
2. ウェルザイン・コーチと地域連携による課題解決の実際	58
IV. 海外調査からの示唆	
1. 効果的なリンケージ活動を強化する ICT 活用の可能性の検討	64
2. 海外調査のまとめと日本への示唆	73
V. 日本における生活課題解決のための SC のマッチング活動事例	
1. 日本における高齢者への生活課題解決支援の現状と展望	83
2. 日本の SC のマッチング活動の実践事例	91
VI. SC の活動基盤強化に向けた全国アンケート調査結果	
1. 生活支援コーディネーターの活動基盤の強化に向けた全国アンケート調査の概要と基礎分析	103
VII. 調査研究から得られた示唆とまとめ	
1. 住民と地域の多様な主体と SC 活動に関する制度的展望	168
2. 地域との連携における多職種の役割	178
3. 海外と日本のフレイル予防と生活支援、その特徴	183
4. 生活支援コーディネーター活動の基盤強化と財政	192
5. 海外と日本の先進事例から見た SC 活動基盤強化のための示唆	198
6. 生活支援コーディネーターのコンピタンス（能力）と未来への視点	204

英国等諸外国における支援を必要とする住民と地域の多様な主体との
調整を行う職種との国際比較を通じた生活支援コーディネーターの
活動基盤強化に関する調査研究
調査研究体制

■調査研究委員長

松岡洋子（東京家政大学人文学部教育福祉学科 教授）

■調査研究委員（50音順）

植田拓也（東京都健康長寿医療センター研究所 東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター 副センター長）

小野太一（政策研究大学院大学 教授）

倉岡正高（東京都健康長寿医療センター研究所 研究員）

澤岡詩野（ダイヤ高齢社会研究財団 主任研究員）

中島民恵子（日本福祉大学福祉経営学部 准教授）

沼田裕樹（町田市介護サービスネットワーク理事、日本社会事業大学非常勤講師）

藤原佳典（東京都健康長寿医療センター研究所 副所長）

吉田俊之（埼玉県立大学保健医療福祉学部理学療法学科 教授）

渡邊大輔（成蹊大学文学部現代社会学科 教授）

■海外調査協力員

・ David Sinclair（ILC 英国代表）

・ Tommy Whitelaw（Health and Social Care Alliance Scotland）

・ Brian Beach（ロンドン大学研究員）

・ Bogdan Chiva Giurca（GP、National Academy for Social Prescribing グローバルディレクター）

・ Tineke Abma（ILC オランダ代表）

・ Jolanda Lindenberg（ILC オランダ ライデン大学研究員）

■調査研究顧問

・ 蒲原基道（日本社会事業大学専門職大学院 客員教授）

■オブザーバー

・ 片岡佳和（国際厚生事業団 理事）

・ 小宮山恵美（東京都健康長寿医療センター研究所 研究員）

■調査研究事務局

医療経済研究機構 政策推進部 国際課
国際長寿センター（日本）

報告書サマリー

東京家政大学人文学部 教授

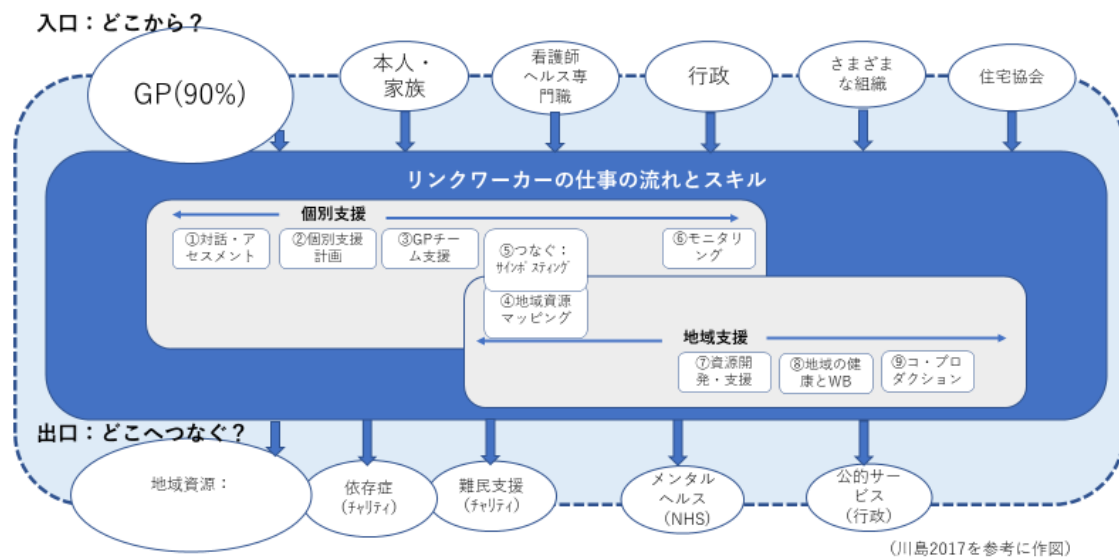
松岡 洋子

本調査研究の目的は、イギリスの社会的処方におけるリンクワーカー、オランダのウェルフェアコーチの状況を明らかにし、日本における生活支援コーディネーターの基盤強化に向けた示唆を得ることである。概要は、表1を参照ください。

イギリス（グラスゴー、ロンドン）

- **社会的処方**とは、非医療ニーズを持つ人に対して、地域資源やボランティア組織などにつなぎ、その人の健康やウェルビーイングを改善していくものである（GP患者の20%が社会的問題を抱えている）。「**個人と地域の健康とウェルビーイング**を向上させる」効果があり、プライマリーケアに**パラダイムシフト**を起こすものとされている。
- イギリスでは、社会的処方の取組みは20年の歴史があり、プライマリーケアの需要が供給を上回るという状況の中で生まれた。**NHS 長期計画 2019**に組み込まれ、NHS（国民保健サービス）予算で行われている。
- 地域資源へつなぐのは**リンクワーカー**（Link Worker；LWと略す）であり、「GP診療に埋め込まれている」と表現される。人件費はNHS予算で賄われる（2億ポンド、2019年）。現在、約3,500人おり（2023年5月）、NHS長期計画で2026年までに9,000人に増員する計画である。短時間正規雇用も含めて、専業で働いている。
- **価値**：LWはクライアントに「**What's matter? (何が大切?)**」と問い、「出来ないこと」ではなく、「**ウェルビーイング**」に焦点を当てる。「人にも地域にも力がある」と信じ、人や地域の力に目を向ける「**アセットベースト・モデル**」に基盤を置いている。
- **LWの雇用主**はプライマリーケアネットワーク（PCN）、GP診療所、チャリティ団体や社会起業セクター（VCSE）など様々である。雇用主にはLWを指導・監督する責任があり、その意義をよく理解し、「**LWのコンピテンシー・フレームワーク**」に沿って教育・研修にあたる。LWの就業形態は、GP診療所に滞在、PCNでの共有など様々である。
- **ニーズ**：LWに送られたクライアントの3大ニーズは、メンタル（孤独、不安、うつ）、貧困、住宅問題であり、ホームレス、受刑者、亡命者、トラウマを抱えた人など、広範囲にわたる。重篤な精神疾患は、社会的処方から除外された（2019年）。
- **LWの仕事**：個別支援に軸足を置き、**地域支援**にも取り組んでいる。①GPから社会的処方を受け、LWはしっかり対話してアセスメント。②個別支援計画を立てる。③LWはGPチームの一員として活動。④ウェルビーイング向上に役立つ地域資源を知っており、⑤適切な地域資源へつなぐ。⑥ケースによってはモニタリングも行う。⑦資源開発と参加支援、⑧地域全体の健康とウェルビーイング向上、⑨地域を歩き、地域資源のネットワーク化、コ・プロダクションにも取り組む。

図1 (サマリー) 英国リンクワーカーの仕事と「入口・出口の広域性」



- 「どこから (入口)、どこへ (出口) ?」: 依頼は、GP (90%)、本人・家族、行政のソーシャルワーカー、住宅協会などの各種組織から入る。つなぐ先は、次項に挙げたボランティアセクター関連だけでなく、NHS のメンタルサポート、住宅・福祉手当などの公的サービス (行政) につなぐこともある。入口・出口ともに広域にわたり、ニーズも多様である。
- **地域資源 (ボランティアセクター)**: コミュニティグループによる活動は多彩で、散歩、料理、園芸、ヨガ、アートなどがある。チャリティ団体による依存症 (麻薬、アルコール等) サポートや認知症サポート、メンタルサポートにつなぐこともある。より重度なメンタルサポートなどを必要とする人は、GP にもどして NHS のサービスを利用。
- **仕事の特徴 (LW は、平均 30~50 ケースを担当)**
 - ① しっかり対話する (GP は 10 分、LW は 60 分)。「What's matter?」を問い、ウェルビーイングを見据えた広い視点で GP が気づかないニーズをも発見する。
 - ② 地域の資源をよく知っている (運営者、内容、特徴まで)。
 - ③ GP チームの一員として働き、NHS のデータに入ることも書き込みもできる。GP は「LW に助けを求める」感覚を持っており、GP が気づかなかった問題や懸念を、LW は GP にフィードバックする。
 - ④ 個別支援 (ミクロ) に軸足を置いて、連続的に地域支援 (メゾ) も行う。両者が重なる「つなぐ」が重要であり、クライアントを受け入れ、仲間を巻き込み、地域を巻き込む「オープンポリシー」で、新しい解決をめざす。
 - ⑤ LW の働き甲斐は「その人の人生が変わった」「人生に寄り添える」こと。
 - ⑥ LW は専業であり、この仕事に専従している。
- **重要とされる能力 (コンピタンス・フレームワーク)**: NASP では、LW に必要とされる能力を整理して「コンピタンス・フレームワーク」としてまとめ、ネットでも公表している。LW の研修やスーパーバイザーの支援、雇用主の監督のガイドラインとなるものであり、個別支援 (ミクロ) から地域支援 (メゾ) にわたる広範なスキルについて

まとめられている。

図2 (サマリー) コンピタンシー・フレームワーク

(出典：Workforce development framework: social prescribing link worker ; 18/1/2023, NHS England)

1. 人と関わり、つながるための能力	
(1)質問スタイルの調整	(5)むずかしい会話にも臨む
(2)積極的な傾聴	(6)ニーズに合わせたコミュニケーション
(3)情報の要約、理解の確認	(7)環境意識を示す
(4)共感	(8)様々な相談方法の活用
2. 自分でできるようにサポートする能力 (計画の共同作成)	
(1)個別ケア・サポート計画作成	(5)平等・多様性・包括性への理解
(2)個人の活性化レベル評価	(6)支援計画の進捗状況評価 (モニタリング)
(3)ヘルスリテラシー評価	
(4)コーチングとモチベーションを高める面接技能 (動機付けインタビュー)	
3. コミュニティ開発の能力	
(1)コ・プロダクション (個人や地域をSPに巻き込む)	
(2)地域資源のマッピング=アセットベースな地域開発 (ABCD)	
(3)ABCDと地域レジリエンスへの貢献	(6)地域グループ支援
(4)(5)地域グループへの参加・アクセス支援	(7)個人予算の周知
4. 安全で効果的な実践のための能力	
(1)多職種チームでの独自の貢献	(5)正確な記録の保持義務
(2)法律のトレーニング	(6)健康格差等の決定要因理解
(3)個人を危害から守る義務	(7)SPに関するエビデンス理解
(4)情報ガバナンス原則・プロトコル遵守	(8)アウトカム測定

- **資格よりも人間性・対話力**：LWに必要な資格はとくに定められておらず、人間性（モラル・価値観・地域への興味）、コミュニケーション能力が問われる。実際には社会人として他の仕事を経験した人が多く、幅広い経験や背景がある人たちの混成チームであることがよいとされている。
- **制度面での支援の充実**
 - ① **研修**：研修は、国の基準に沿って各地域で行われる。イングランドでは12のオンライン学習モジュールがあり12週で修了する。追加的な上級研修もあり、コンピタンシー・フレームワークを枠組みとして、必要な基本スキル（モチベーション・インタビュー、コデザイン、クリニカル・スーパーバイジング、マッピング）が定められている。
 - ② **スーパーバイジング**：LWは複雑なニーズを抱えるケースについてマネジャーに相談でき、スキル向上や負担軽減のための話し合いがなされる。
 - ③ **さまざまな支援**：亡命者支援についてのトレーニング、LW自身のメンタルヘルスのためのカウンセリングなど、多様な支援を受けることができる。
- **ソーシャルワーカー（SW）**は、児童保護、メンタルヘルス、福祉手当などを、制度的サービスに結びつける人（学位保有）で専門分化している。GPがSW/LWのどちらにつながかを判断する。

オランダ

- オランダにおいては、医療介護ニーズの高まりと給付の拡大、労働力不足を背景として2022年に国・自治体・関係事業者で「統合ケア協定（Zorgkooord）」が交わされ、予防に力を入れて医療・介護ニーズを抑止していくこととなった。この流れのなかで、福祉処方（Welzijn op recept：WoRと略す）が制度化に向けて動き出すことが2022年に発表された。イギリスと同様に、これまでの医療介護の価値を覆す、文化的概念変化として

位置づけられている。

- WoR を導入している自治体は 73 か所（175 自治体中 42%）である。
- 地域資源につながるのは、**ウェルフェアコーチ**（Welzijn Coach：WC と略す）である。訪問したフレスケメレン市（Freskemerren 市、人口 5 万人）では、ほぼ全ての GP が WoR を導入していた。そして、WC に関する費用は、市の「予防的活動」予算（一般予算）として拠出されていた。この市では 5 人の WC がおり、すべて福祉組織 De Kaer の職員であった。アムステルダム市では、ソーシャルヴァイク・チーム（SWT と略す）に代わってビュールト・チーム（Buurt team）があり、医療・介護・福祉の関係機関のネットワークを強化しながら、市民の相談に応じている。WC はここに滞在していた。アムステルダム市では福祉処方ホームページを開設しており、自分の GP をクリックすれば WC の名前がわかるようになっている。
- **価値**：オランダは、医療保険、介護保険をとおして公共サービスを厚く提供する福祉国家であった。しかし、「自分の人生は自分でコントロールする（自分の人生の運転席に座る）」「生きがいを持って暮らす」ことを標ぼうする「**ポジティブヘルス**」の理念が浸透し、かつての福祉国家から参加型社会への変貌を遂げている。2013 年頃より各自治体に、よろず相談窓口とも言える「ソーシャルヴァイク・チーム」を設置して、「あなたがハッピーになるには何が必要でしょうか？」という問を投げかけて、より自律的な生き方をサポートしている。
- **WC の仕事**：
 - ① GP は福祉処方をつけて、クライアントを WC に送る。
 - ② WC は、その人が持っている「力」を探し、「あなたがハッピーになるには何が必要でしょうか？」と問いかけて、約 60 分の対話を行う。
 - ③ WC は施設・制度・地域の資源を熟知しており、紹介してつなぐ。その際、地域資源開発を行う Buurt Werker（コミュニティワーカー）とも協働する。結果は GP に報告してアドバイスを受ける。約 10% は医師に戻すケースもある。
 - ④ 本人が何かの活動に参加した場合、3 ヶ月後にはモニタリングを行なう。
 - ⑤ 本人に合う資源がない場合には、適切な活動をクリエイトする権限がある（WC は社会参加を促進する支援者でもある）。
 - ⑥ 自転車地域を巡り、アクティビティの場を訪問してネットワークを形成する。
- 「どこから（入口）、どこへ（出口）？」：WC へは、GP（98%）、精神科アシスタント（79%）、理学療法士（49%）、その他（32%）から福祉処方が送られる（Quickscan 2019）。つなぐ先は、スポーツクラブ、園芸農園など多彩にあり、経験専門家も活用されている。SWT（ソーシャルヴァイク・チーム）、Wmo（社会支援法、行政）の判断で GP に戻すこともある（10%）。
- **地域の資源**：オランダでは予防活動に力を入れているため、スポーツクラブ、フィットネスクラブ、ヨガ、家庭菜園クラブ、絵画クラブ、コグニティブ・フィットネス、「踏み続けよ！」という市民の自転車クラブが全国に広がっている。Wmo（社会支援法）のデイ・アクティビティは査定が必要で数が限られているため、査定なしで気軽に立ち寄れる「場」づくりにも力が入れている。

- **仕事の特徴**：イギリスと似通っているが、「人と資源をつなぐ」「地域の資源をつなぐ」よりネットワーク強化に力を入れている。
 - ① 時間をかけて対話する（約 60 分を目安に 3 回は面談）
 - ② その人の能力に焦点をあて、「役に立ちたい、人と出会いたい」という気持ちに働きかける。
 - ③ 地域資源を熟知して、多くのリストを把握していることが重要。そのために、自転車で地域を走りアクティビティの場を訪問する。
 - ④ 「WC はネットワーカー」。「人と資源をつなぎ、地域の資源をつなぐ」の意味で、協力するためにお互いを知ることを大事にしている。
 - ⑤ 協働ネットワークが広く、GP はもとより、行政、専門職、地域住民（ボランティア）、さまざまなサードセクター、住宅協会、などと協働している。
 - ⑥ 3 大ニーズは、貧困・メンタル・孤独でありイギリスと似通っている。最近、若者の孤立が増えている（背景に低学歴の問題）。
 - ⑦ WC は福祉組織に属し、専業であり、WC の仕事に専従している。
- **重要とされる能力**：訪問調査の中で、「WC はネットワーカー」、「そのために、自転車でアクティビティの場を訪問し、協力を得るために自らを知ってもらうことが第一」という発言があった。
- **資格**：特別に資格は定めていないが、訪問先（フリスケメレン市）では、WC はソーシャルワーカー（学士）の資格を保有しており、福祉処方 of 研修も受けていた。しかしながら、「資格よりもコミュニケーションスキルの高さが重要」との発言が多かった。
- **研修**：福祉処方の研修が開催されており、その研修に参加していた（イギリスほどシステム化されていない模様）。

表1 イギリス（リンクワーカー）&オランダ（ウェルフェアコーチ） 比較表

（凡例：CF：コンピタンシー・フレームワーク、PCN：プライマリーケア・ネットワーク、MDT：Multidisciplinary team：多職種チーム、HSCP：Health & Social care partnership）

	イギリス		オランダ
	グラスゴー（63万人） HSCA	ロンドン	フリスケメレン市（5万人、55村） Lemen 地区
制度・政策	<ul style="list-style-type: none"> ・NHS 管轄（LW 研修・人件費は NHS より） ・コロナ後、NHS に資金回すためにサードセクターへの資金削減（100 万ポンド減） ・全ての世代・属性に GP・LW は対応する 	<ul style="list-style-type: none"> ・NHS 管轄（LW 研修・人件費は NHS より） ・2 億ポンド（LW 研修と給与） ・社会的処方ではパラダイムシフト ・LW が文化的シフトを起こした 	<ul style="list-style-type: none"> ・国の方針であるが自治体に任されている（42%自治体が導入）「統合ケア協定（IZA, 2022 年）」で福祉商法導入指針 ・ウェルフェアコーチ（Welzijn coach：WC）費用は自治体の「予防的活動」一般予算から。保健省に予算申請可 ・福祉処方は文化的概念変化（自由大学）
概要・歴史	<ul style="list-style-type: none"> ・10 年前、7 人の LW が 7GP からスタート。グラスゴーから生まれた。 ・患者をプライマリーケアから地域資源へつなぐのが LW ・資金はスコットランド政府と NHS Scotland から、自治体⇒Health & HSCP へ。 ・LW は GP 診療に埋め込まれており、GP チーム（GP、看護師、レセプションист、LW）の一員として働く。 ・LW は正式な認定資格ではなく「柔軟な役割」。認定資格にしようという動きがある ・LW は NHS, PCN, チャリティ団体に所属。 	<ul style="list-style-type: none"> ・20 年の歴史あり。2019 年 SP のモデルスタート。LW 導入。ヘルスコーチ（HC）、ケアコーディネーター（CC）も設置。GP の教育過程に義務化されている。 ・LW はプライマリーケアに埋め込まれており、LW は GP に紐づけされている ・政府は 2026 年までに LW9000 人に増やす。NHS 長期計画（2023 年 6 月）。2023/24 には 90 万人の利用を予測（NHS） ・コロナ禍の生活費危機 200 万超のリファー。軽度精神疾患・孤立に効果を発揮している 	<ul style="list-style-type: none"> ・WC が GP から福祉処方を受ける。5 地区の各地区に 1 人ずつ配置。 ・福祉組織 De Kear（SWT を受託）が WC 育成を市から受託
価値	<ul style="list-style-type: none"> ・人々の「What's matters?（何が大切ですか?）」を重視 ・健康と Well-being 	<ul style="list-style-type: none"> ・「その人にとって最も必要なことは何か」を理解し、信頼関係築き、目的達成する ・医師の仕事 15%、70%は社会的なもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・ポジティブヘルス（Huber）。「生きがいをもつ」「自分の人生を自分でコントロールする」「自分の運転席にすわる」

	<ul style="list-style-type: none"> ・クライアントと信頼関係、オープンな人間関係を作る（家庭内暴力や性的虐待のことも話してくれるようになる） ・誰も取り残さない 	<ul style="list-style-type: none"> ・「自分の人生を自分で変えられる」という自信をつける ・目的：人と地域のヘルスとウェルビーイングを向上させる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ Omtinca project 「自分がまわりに何ができるか考える」「本人の力で解決する新しい生き方を模索」自身の能力を活用してボランティアしよう（フレスケメレン市）
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・時間をかけて対話（60分）。平均3、4回～100回 ・信頼関係、パーソンセンタード、オープンドアポリシー ・ Generalist : ホリスティックな視点から（GPが気づかないニーズ/最初と異なるニーズ発見） ・大学とも連携して、教育コースに入れたり、研修システムを共に開発 ・ソーシャルワーカー（SW）は児童虐待など公的サービス（Statutory）につなぐ人。専門特化している 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師は10分、LW60分（6回面談） ・コプロダクション、コクリエイション、コデザインが大事 ・多職種連携が合言葉 ・コロナが契機となって SP が増加 ・ボランティアセクターは主要な鍵 ・地域資源＝ヘルスと WB を増進するものは全て ・デジタルマッピング、医師も閲覧、一般も見れる 	<ul style="list-style-type: none"> ・時間をかけて対話（60分） ・「あなたをハッピーにするものは何？」と問いかける ・本人の才能、能力、何をしたいかを見る ・「向上したい」「役に立ちたい」「人と出会いたい」気持ちに働きかける ・行政、住民、住宅協会、家庭医などの連携 ・経験専門家を活用する
仕事内容（個別支援）	<ul style="list-style-type: none"> ・信頼関係をつくり、面談（60分） ・4回面談で数か月（平均） ・動機付け面談（診療所、自宅訪問、外） ・アセスメントしてニーズ把握 ・地域資源へつなぐ（サインポスティング）同行も ・再来した時には再オープン ・GP診療所のチーム（GP、看護師、マネジャー、LW）として活動。GPへのフィードバック ・仕事の90%＝①1対1で向き合う、②チームとしての協働、③地域資源の発見 	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭、交通、自信、拒否などの面をトータルにLWがサポート ・中等～重度のメンタルの方なら、看護師と一緒にビフレンディング ・月間6～12件を支援。年間200～250件（CF） 	<ul style="list-style-type: none"> ・GPから WoR（福祉処方）がカルテともに来る。WCが受ける/ないを判断。SWT、Wmoの判断でGPへ戻すことも（10%） ・WCが60分話し地域の施設・サービス・資源を紹介。WCは地域の資源をよく知っている。 ・ Buurt werker（コミュニティワーカー）と協力して、最も良いものを紹介。 ・各地区で社会地図（資源マップ）を作成 ・結果は医師に報告してアドバイスを受ける
仕事内容（地域支援）	<ul style="list-style-type: none"> ・アセットマップを作る ・LWはコミュニティディベロップメントも行う ・資源開発、散歩クラブを作る ・配偶者を亡くした人のセッションを作る ・ヘルシー健康増進チームと一緒に健康増進 	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニティ組織とネットワークを構築。ファンディング応募も一緒に行う ・散歩クラブの立ち上げをチャリティ団体と支援。住民の参加を呼びかけて地域の健康促進 ・健康な人への働きかけ（地域の健康とウェル 	<ul style="list-style-type: none"> ・「社会マップ」を作る ・自転車地域を走り、福祉組織を訪問して存在を知ってもらいネットワーク構築

		ビーイング) ・複雑なニーズを持つ人とは専門職とともにコプロダクション	
LW の人数、 所属	<ul style="list-style-type: none"> ・LW300 人 (Scotland) ・LW63 人 (Glasgow) ・所属：NHS (PCN)、HSCP、行政区、チャリティ団体 (HSCA,アルツハイマーScotland) <p><医療データとの連携></p> <ul style="list-style-type: none"> ・LW は NHS のデータに入れオンラインコンピュータシステムで情報共有。書き込みも可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・2019 年 8 月 0 人、2020 年 2 月 1000 人増、2023 年 5 月 3,475 人。2026 年までに 9,000 人に。 ・ロンドンには LW450 人 ・NHS：42 Integrated care system (ICS) ・Primary Care Network (PCN): 200：4.5 万～7 万人 (4GP～8GP=5,000～10,000 人) ・PCN には、GP, Ns, LW がいる ・例：6 万人の PCN=6 診療所、8 人の LW 	<ul style="list-style-type: none"> ・人口 5 万の同市に 5 人の WC (福祉組織 De Kaer の職員)。 <p><医療データの共有></p> <ul style="list-style-type: none"> ・A 病院と B 病院の情報共有はできていない
ターゲット、 担当件数	<ul style="list-style-type: none"> ・Deprived area (荒廃地域) への設置が多い ・LW1 人が 50～100 ケース担当。30～35 ケース担当も。 	<ul style="list-style-type: none"> ・工場労働者で妻なく、子 5 人、日々の暮らしに困っている人にこそ SP 必要 ・低所得の生活困窮者 (医療格差、健康格差に通じる) 	<ul style="list-style-type: none"> ・荒れている地域で効果あり、とされている。
ニーズ	<p>3 大：メンタル (孤立、不安、うつ)、貧困 (金銭、食料、燃料)、住宅</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームレス、受刑者、軍人 ・亡命申請、各種手当申請の支援 (言語の問題) ・トラウマ (児童期虐待)、未亡人 ・糖尿病、心臓病のフォローアップ (ウォーキングクラブ、クッキングクラブ) ・重篤な精神疾患は除外 (2019 年より) 	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭と住宅で 50%占める ・低いレベルのメンタルヘルス、孤立・孤独 ・制度のヌケがないか？LW は申請も手伝う ・認知症も大きな柱。アート、ダンス、絵 (Bogdan) 	<ul style="list-style-type: none"> ・貧困 ・メンタル ・孤独 (高齢だけでなく若者の孤独が増加。例学歴と関係)
財政	<ul style="list-style-type: none"> ・スコットランド政府から資金 ・組織として資金調達活動 (LW の資金は安定していない) ・LW 給料は看護師に近い、施設ワーカーよりはずっと高い 	<ul style="list-style-type: none"> ・LW 研修と給与のために NHS より 2 億ポンド (2019 年) ・ファンディングは確保されている。 Additional Roles Reimbursement Scheme 	<ul style="list-style-type: none"> ・市の「予防的活動」予算 (一般予算) から。福祉処方について保険会社から拠出はない。 ・自治体は予算を保健省に申請できるが、活用していない自治体もある。
流れ (入口・ 出口)、仕事	<ul style="list-style-type: none"> ・From: GP、本人・家族、医療関係者 (看護師)、他組織、行政 SS の SW、住宅組織 ・To: 地域資源 (アクティビティ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・90%が医師からの紹介 (Bogdan) ・紹介を受けてから 1-2 週間以内で LW へ 	<ul style="list-style-type: none"> ・From: GP (98%)、精神科アシスタント (79%)、理学療法士 (49%)、その他 (32%) (Quicksan 2019)

	<ul style="list-style-type: none"> ・メンタルヘルスチーム (NHS) ・公的サービス (住宅、福祉手当) ・糖尿病・心臓病のフォローアップ ・アルツハイマーの診断受けて1年関わる LW も ・アドボカシー (提唱活動) 		<ul style="list-style-type: none"> ・ To: 地域資源 (スポーツクラブ、ヨガ、園芸等) ・ 経験専門家 (同じ経験をした人) に繋ぐことも ・ SWT, Wmo の判断で GP に戻すことも (10%)
地域資源 (住民ベース)	<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニティグループ (散歩、料理、園芸、ヨガ、アート、農園訪問) ・ 専門サポートグループ (麻薬依存症、アルコール依存症、アルツハイマーの支援に特化したチャリティ団体) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ アート、ダンス、絵 (Bogdan) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ スポーツクラブ、ヨガ、園芸農園、絵画教室 ・ リサイクルバザー「服バンク」 ・ 「踏み続けよ！」自転車 ・ Fitness (体力テスト)、Cognitive Fitness
チーム、ネットワーク	<ul style="list-style-type: none"> ・ LW は GP チームの一員として活動 	<ul style="list-style-type: none"> ・ コプロダクションが重要 ・ PCN の中で GP、専門職と対等な立場で活動 ・ LW はプライマリーケアに埋め込まれているので、GP チームとして連携しやすい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会地図
資格	<ul style="list-style-type: none"> ・ 資格よりも、人生経験やコミュニケーション能力を重視 (地域の多様な人々理解のため)。 ・ 深い知識を持つ人を幅広く集めたい (他の仕事経験2年以上、幅広い背景が強み) ・ 道徳心、モラル、価値観を見て徹底した採用プロセス (LW の仕事、何が求められるかを理解してもらう) ・ 資格ある人、アップスキルの可能性がある人 ・ 学部卒レベル、人と仕事したことある人 ・ 前職: ヘルス専門職 (看護師、OT、PT、ST、栄養士)、コミュニティ開発が多い ・ 年齢: 26歳~29歳、上は59歳 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 資格制度なく、基本的読み書き ・ 採用するのは、診療所のプラクティスマネジャー ・ 退職した看護師、救急救命士、栄養士。旧来のシステムを変えたい! 人 ・ 60%フル正規、40%短時間正規 ・ ヘルスケアの中でキャリアを積み上げていくいいエントリーになる ・ コミュニティのことを良く知っている人、コミュニティを代表するような人 	<ul style="list-style-type: none"> ・ WC はソーシャルワーカーの資格 (学士: HBO) を保有。WoR の訓練も受けている ・ Buurtwerker は HBO (大学教育)。MBO=短大 ・ 「会話などソーシャル好きに長けた人が向いている。プロジェクト立ち上げ時には、手法を知っている SW がよい」(アムステルダムにて)
研修	<ul style="list-style-type: none"> ・ 導入研修は座学で2週⇒プラクティスでの導入研修 (成人、子ども、児童の保護、自殺予防、性的虐待への対処など) 医療・保健の学修 LearnPro。地域を知る。看護師シャドウイング。行動変容モデル、アクティブリスニング、会話、 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国としての基準あり、研修は地域で ・ 12のオンライン学習モジュール (6~12週で終了) GP の IT システム、セーフガードの追加研修 ・ コンピテンシーフレームワーク (ガイダンス、日々の仕事、キャリア開発等) 18ヶ月かけて開 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ソーシャルワーカーの資格を基盤に、WoR について学び、コミュニケーションスキル、ファシリテーション (行動を後押し) のトレーニングが含まれている。 ・ 7地区の WC が集まる会議があり、情報交換。

	<p>ロールプレイ、グループディスカッション。パ ディシステムで OJT。3 ヶ月の試用期間（認定 された資格にしたい）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセットマッピング ・CLP 同志で共有 ・麻薬のサポート G あり ・ゲストスピーカーの話で学ぶ ・ALISS の活用 	<p>発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ラインマネジャーの役割も ・観察シート、内省シートなど ・追加トレーニング（メンタル、児童） ・モチベーション ITV、コデザイン、コクリエ イション、クリニカルスーパーバイザー、マッ ピングのスキル必要 ・SPLW 導入ガイド発刊（2023 年 9 月） ・有料のトレーニングもある 	<p>プレゼンテーションなど、学びの場がある（ア ムステルダム市）。</p>
<p>スキルアッ プのための 組織的支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職員 well-being、チーム well-being を重視 ・ラインマネジャーが 2~6 週に 1 回面談。進 捗状況の確認、達成目標の見直し等のサポー ト。 ・2 ヶ月に 1 回外部専門組織からのサポートも ・グラスゴー北西部の会議への参加 		
<p>エビデンス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・エビデンス「GP への予約減少。統計をとった わけではないが」「以前は話を聞いて私が資源 を探していた。今は診療に集中できる」（診療所 の GP） 	<ul style="list-style-type: none"> ・エビデンス：450 万件 GP 予約減。救急医療 20-40%減。エビデンスは定性調査が多い ・現在、エビデンス収集中 	<ul style="list-style-type: none"> ・エビデンス不足を理由に、予算出さない自治 体もある
<p>課題 & やり がい</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・メンタルヘルスでの待機が多い <p><やりがい></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人が変わっていく変化を見れる ・泣きながら来た人が希望を持って帰る ・自分の介入がその人を変える 	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的処方：発展途上で課題もある。皆で考 え育てようとする土壌あり。不適切な SP 紹介 （メンタルヘルスに多）、オーバーSP。SP を理 解しない GP も、エビデンスを整理して示すの はこれから。 ・LW：離職率高い、給料（26000£）が平均以下、 長い待機（6 週/ロンドン）、ケースを長期抱え る、スーパーバイザーの不適切な監督、トレー ニングの不足、不明確なキャリアパス 	

出典：NHS England, Workforce development framework: social prescribing, link workers, 2023 January

<https://www.england.nhs.uk/long-read/workforce-development-framework-social-prescribing-link-workers/>

日本の生活支援コーディネーターを対象としたアンケート調査結果

日本の生活支援コーディネーター（SC と略す）8,839 人（2023 年）を対象として、Google Form を用いてオンライン質問紙調査を行った。これまで、SC 関連の調査は事業所や自治体を対象とするものが中心であった。SC 個人を対象としたアンケート調査は初めてのものであり、SC の活動や意識に関して興味深い傾向がみられた。尚、各文末最後の（ ）内数値は本文の見出しに対応している。

調査概要

- 調査概要：厚生労働省が把握している生活支援コーディネーターは、2023 年現在、8,839 人である。その全体を対象として、Google Form によるオンライン質問紙調査を 2023 年 12 月 6 日（水）から翌年 1 月 12 日（金）の期間で実施した。医療経済研究機構国際長寿センターから厚生労働省に依頼し、都道府県を通して全国の市区町村に依頼する形をとった。
- 調査項目：基本情報、SC としての業務執行状況（SC 業務としての重点項目・目標達成状況、地域の社会資源マップの作成意図・状況・経験、高齢者のニーズへのマッチング経験など）、SC の意識（仕事満足度、継続する上での重視点など）、研修経験・SC 支援体制などについて尋ねた。
- 回答数：3,051 人の回答を得た。うち、有効回答数は 2,946 人（有効回答率 96.6%）であった。

結果：基本属性

- SC の地位：属性別では、以下のような構成であった。他の業務との兼務（67.0%）、地域包括支援センター所属でない（64.2%）が、顕著な傾向である。（4.1）
 - ・ 1 層 SC 24.9% ・ 2 層 SC 61.1% ・ 1, 2 層兼任 7.6% ・ 未規定 6.3%
 - ・ 正規 85.5% ・ 非正規 14.5%
 - ・ SC 専従 33.0% ・ SC 兼務 67.0%
 - ・ 包括所属 35.8% ・ 包括非所属 64.2%
- 保有資格と過去の就業経験：保有資格は、社会福祉士 40.6%、ケアマネジャー 27.5%、介護福祉士 23.5% が上位 3 位を占め、26.5% が資格保有なしであった。過去の就業経験では、「社会福祉協議会の職員」49.3%、「地域包括支援センターの職員」35.8%、「市区町村の行政職員」12.5% で、約半数が社会福祉協議会での就業経験者であった。（4.2）
- 現在所属する法人：社会福祉協議会 53.6%、社会福祉法人 18.4%、市役所 15.1% で、社会福祉協議会が半数以上を占めた。（4.3）
- 経験年数：SC の平均経験年数は 3.33 年（標準偏差 2.42 年）、高齢者福祉分野全般での平均経験年数は 6.48（標準偏差 3.76 年）であった。（4.4）

結果：SCの活動状況

- SC業務で重視している点 (3つまで) は、「地域におけるネットワーク構築」64.8%、「既存の社会資源の把握と可視化 (マップづくり)」63.9%が非常に高く、「新しい資源開発」51.6%が続いた。「非要介護認定者のニーズと地域資源のマッチング」39.9%、「要介護認定者のニーズと地域資源のマッチング」16.0%と、マッチングについては低い傾向を示した。中でも、「非要介護者のニーズと地域資源のマッチング」では、正規 SC (38.3%) よりも非正規 SC (49.6%) の方がマッチングを重視する傾向が強かった。(5.1)
- SCとしての業務達成度 (自己評価)： 実際の達成度では、「既存の社会資源の把握と可視化 (マップづくり)」49.1%、「地域におけるネットワーク構築」38.9%の達成度が高く、「非要介護認定者のマッチング」32.5%、「要介護認定者のマッチング」21.6%と、SCが重視している点と同様の結果であった。(数値は、「十分に目標達成している」「ある程度達成している」の合計数値) (5.2)
- 「地域における資源マップづくり」： 資源マップづくりでは「CMの活用を想定」47.7%、「地域住民の活用を想定」59.4%と CM・地域住民の活用を想定している率は高いが、「CMの活用を実感」23.3%、「地域住民の活用を実感」32.2%と実感率は低く、想定と実感のギャップが見られた。とくに、「一度も作成したことがない」が30%を超えていた。(数値は「あてはまる」の%) (5.3)
- 「地域資源へのマッチング」： 要介護認定者と (非要介護認定者) へのマッチングの具体的内容では、上位3位は「してみたい活動への聞き取り」39.1% (57.7%)、「自宅訪問による本人意向の確認」39.3% (45.4%)、「対象者が利用する事業所への聞き取り」33.3% (29.5%) であり、低いものは「項目を設定してのアセスメント」13.1% (16.3%)、「マッチング後の効果検証」15.0% (20.3%) であった。() 内数値が「非要介護認定者」の数値である。(5.4)
- 地域包括支援センターや CM 等からの相談対応頻度 (連携頻度) は、「月に2件以上」が7-9%で、約4割が「2ヶ月に1件以下」で低調であった。約20%は「対応していない」であった。(5.5)

結果：SCの意識

- SCの仕事満足度： 「とても満足」「満足」「やや満足」の合計が68.3%で、正規より非正規、兼務より専従のほうが、満足度が高い傾向を示した。(6.1)
- 仕事継続のための重要点と継続意向： 仕事継続のための重視点は「地域住民との良好な人間関係」83.4%、「地域の事業者・団体との良好な人間関係」57.9%、「職場における SC 役割の理解」52.6%であった。仕事継続意向は、「続けたい」21.1%、「やや続けたい」26.4%、「どちらとも言えない」34.8%であった。正規より非正規のほうが、高い継続意向を示した。(6.2)

- SCの仕事のウェルビーイング(WB)： 探索的因子分析の結果、8因子「福祉団体との良好な関係」「上司との良好関係」「同僚との良好関係」「働きがい」「地域住民との良好な関係」「チームとしての職場」「待遇の良さ」「必要なスキル」が抽出された。1層SCと2層SC、専従SCと兼務SC、包括所属SCと包括非所属SCでは職場でのWB構造が異なっていた。詳しくは本文を参照ください。(6.3)

結果：SCへの研修・支援

- SCの連絡会参加： 「市町村内のSC同士の連絡会や意見交換会に参加」63.4%、「都道府県内」32.2%、「近隣の市町村」28.1%であり、市町村内のSC同士での連絡会等の活動は約6割と高い傾向であった。
- SCの研修経験： 年1回以上の研修体験は、都道府県で58.5%であるが、市区町村で37.4%、勤務する法人では20.0%でやや低調な傾向が伺えた。
- 研修以外の支援： 研修以外の支援する仕組みとして、「SC同士での意見交換の場」64.5%、「多職種と連携・意見交換の環境」49.5%、「SCの活動方針について自治体・所属団体との意見交換の環境」49.3%が上位を占めており、他者と協働して業務を行なえるような体制があることが支援となると考えていることがわかった。

問題提起：SCのこれまでの到達点とこれからの課題

SCのあり方を考える上で参考になる傾向として、以下の点をあげることができる。

- 回答者の構成は、1層SC24.9%・2層SC61.1%であった。
- 社会福祉協議会に所属(53.6%)、他の業務との兼務(67.0%)、地域包括支援センター所属でない(64.2%)が、顕著な傾向であった。
- 業務内容は、地域の資源把握(49.1%)とネットワークづくり(38.9%)の達成度は高いが、マッチングは(要介護認定者21.6%、非要介護認定者32.5%)まだまだ低く、これからの課題と思われた。
 - ・ 資源マップづくりは約半数が達成していたが、「CMや地域住民の活用を想定して作成すれど実感なし」の状況であり、作成していないSC(30%超)も存在していた。
 - ・ 地域資源へのマッチングでは、本人意向の確認やしてみたい活動の聞き取りは出来ていても、アセスメントが十分ではない傾向が見られた。
 - ・ 地域包括支援センターやCM等との連携頻度では、「月に2件以上」が7-9%で、相対的に低い傾向であった。約20%は「対応していない」であった。
- 仕事の満足度は68.3%と高く、正規より非正規、兼務より専従で高い傾向であった。約半数が継続意向を持っており、継続重視点として、地域住民や地域の団体・組織との良好な人間関係の比重が高く、地域との関係の重要性が示唆された。職場内でのSC役割の理解についても、半数以上が継続重視点としていた。

- SCの仕事のウェルビーイングは、「福祉団体との良好な関係」「上司との良好な関係」「同僚との良好な関係」「働きがい」「地域住民との良好な関係」「チームとしての職場」「待遇の良さ」「必要なスキル」などから構成されており、1層SCと2層SC、SC専従とSC兼務、包括所属と非所属でその構造が異なっていた。
- 連絡会への参加や研修経験は、都道府県の研修（年1回以上58.5%）を除いて、いずれも低調な傾向が伺えた。しかし、「SC同士での意見交換の場」や「多職種と連携・意見交換の環境」、「SCの活動方針について自治体・所属団体との意見交換の環境」など、SCの支援を考える上で、他者と協働できるような体制の重要性が示唆された。（7.2）

以上を踏まえ、SCのこれまでの到達点とこれからの課題を意識して、問題提起を行いたい。

- ① SC業務として「資源開発」「ネットワーク構築」については重視6割、達成度4-5割と素描できるが、比較して低調である「地域資源へのマッチング」をさらに進めるための再考が必要ではないか。
- ② 半数以上のSCが社会福祉協議会に所属して活動しており、個別支援というよりは地域支援に軸足を置いた活動となっているのではないかと考えられる。
- ③ 「地域資源へのマッチング」では、「非要介護認定者」対象では、重視点（39.9%）、達成度（32.5%）ともに30%以上であった。しかし、「要介護認定者」では、重視点（16.0%）、達成度（21.6%）と、非常に低い数値であった。この傾向は、「要介護認定を受ければ、CMに任せればよい。SCの仕事範囲ではない」という潜在意識があることを感じさせる。今後の検討が必要ではないか。「マッチング」の定義をする必要があるかもしれない。
- ④ 「地域資源へのマッチング」の具体的行動としては、本人意向の確認（39.3%）やしてみたい活動の聞き取り（39.1%）が多く、アセスメント（16.3%）では低い数値であった。時間をかけて本人と向き合い、本人のウェルビーイングについてともに考え、モチベーションにつながるアセスメントが必要かもしれない。
- ⑤ 地域包括支援センターやCMとの連携が進んでいない状況が明らかにされた。地域資源開発とネットワークングに力を入れてきた地域支援型の「これまで」と、関連機関・団体との連携によって高齢者に向き合って地域資源をツールとして活用できる個別支援型の「これから」へのシフトが必要ではないか。
- ⑥ 仕事への満足度の高さ（68.3%）に比して、継続意向が低い（47.5%）点は注意を要する。地域住民や地域の事業者・団体との良好な人間関係や、職場におけるSC役割の理解を強く望んでいる点を重視した、継続して働きたくなるSCのあり方や職場環境についてのSCを中心とした話合いが求められているのではないか。
- ⑦ 連絡会への参加や研修経験も、さらに充実させる余地があるようである。とくに、SCがSC同士の意見交換、地域の多様な機関・団体との連携、自治体との意見交換を望んでいる様子から、他者と協働できるような環境づくりの重要性が示唆された。

第 I 章 調査・研究の背景と概要

I-1. 調査・研究の背景と概要

東京家政大学人文学部 教授

松岡 洋子

1. 調査・研究の背景

1) 日本の状況

日本においては、平成17年介護保険改正で地域密着型サービスが誕生して地域包括支援センターが創設された。また、地域包括ケアシステムは「住み慣れた地域でその人らしく人生の最後まで住み続ける」ことを目指すものである。そして、高齢者が暮らす地域における資源は「自助・互助・共助・公助」のバランスの上に成り立つものであり、とくに自助・互助の重要性が強調されている¹⁾。さらに、地域包括ケアの先には「地域共生社会」が提示されており、『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換²⁾と説明され、地域づくりの視点が強調されている。

平成27年に始まった「介護予防・日常生活支援総合事業」は、地域に多様な主体による多様なサービス資源が増えていくことを前提に、高齢者の社会参加を通じて生活支援や介護予防を図っていこうというものである（厚生労働省, 2017）。平成27年度～平成29年度を移行期間として生活支援体制整備事業がスタートし、生活支援コーディネーター（SC）が配置され、協議体が設置されていった。このなかで、SCの役割は、地域における多様な主体による多様な取り組みのコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進するものとされている。そして、その役割は（A）資源開発、（B）ネットワーク構築、（C）ニーズと取組のマッチングであり、開始当初は「当面AとBの機能を中心に充実をはかる」とされていた³⁾。

生活支援体制整備事業がスタートして、丸8年が経過している。国際長寿センターでは、2021年度にSCを対象とした調査を行って実態を探り⁴⁾、SC応援冊子の発刊（2020年度）、オンラインによる「SCカフェ」を立ち上げて生活支援コーディネーターの実践について情報交流の場を創出するなどしてきた。しかしながら、SCの存在は、地域住民だけではなく、介護専門支援員にも十分に浸透していないのが現状である。

実際に、2021年度の調査では、ほとんどのSCが困難を抱えており、困難の内容としては「どう評価されているかわからない（44.2%、43.0%）」、「何から取り組めばよいかかわからない（31.2%、42.6%）」、「活動を指導してくれる人がいない（31.2%、32.6%）」など様々な困難を抱えながら活動している事実が明らかとなった。（カッコ内数値は、前者が第1層SC経験あり、後者が第2層SC経験のみ）

2) 欧州等における状況

一方で、国際長寿センターでは、イギリスやオランダにおいては、「できない」ことに焦点をあてて、「専門職による制度的サービスでの解決」をはかる福祉国家から、「したいこと

やその人のウェルビーイングを地域の力を借りて実現」する参加型社会へのパラダイムシフトを大胆にすすめている様子について社会的処方も含めて調査してきた^{5) 6) 7)}。

社会的処方では、非医療のニーズをもつクライアントについては社会的処方を行い、イギリスでは地域の資源をよく知るリンクワーカー（LW）が対話に時間をかけて本人をアセスメントし、適切な地域の資源につなぐ役割を果たしていた。

「地域資源をよく知っている、地域資源につなげている」という文脈において、彼らの取組みは日本の SC の機能（役割）の活動と重なっている。そこで本研究では、イギリスのリンクワーカー（LW）、オランダのウェルフェアコーチ（WC）に注目することとした。

2. 調査・研究の目的と概要

1) 調査・研究の目的

本研究の目的は、イギリスの社会的処方に関連するリンクワーカー（LW）、オランダの福祉処方に関連するウェルフェアコーチ（WC）を調査対象とし、背景にある理念・価値、政策、制度、具体的な役割・業務内容、地域での活動などを明らかにすることによって、日本の SC の基盤強化に資する示唆を得ることを目的とする。

2) 調査課題と調査手法

上記目的を達成するために、以下の調査ステップを設定した。

- ① イギリスのリンクワーカー（LW）、オランダのウェルフェアコーチ（WC）については、現地訪問によるインタビュー調査、現地協力組織へのデータリクエスト依頼、各種文献レビューによって明らかにする。
- ② 日本の SC については、制度的背景や実際の事例を整理し、SC を対象としたオンライン調査を行う。オンライン調査は、「SC カフェ」に登録した SC や自治体ルートでの呼びかけによって協力者を集め、その実態を明らかにする。
- ③ 以上より、欧州等の実態、日本の SC の実態を踏まえて、SC の基盤強化に資する示唆を得る。

【参考資料】

- 1) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング：地域包括ケア構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書
(https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf, 2022.6.24) (2016) .
- 2) 厚生労働省：「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）～「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seikakunitsuite/bunya/0000184346.html>, 2022.6.24) (2017).
- 3) 厚生労働省老健局振興課（2015）「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（概要）」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088276.pdf>. 2023.1.24)
- 4) 国際長寿センター（2022）「令和3年度老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムの構築を起点にした多様な産業との連携がもたらす地域づくりの展開に向けた調査研究事業報告書」国際長寿センター
- 5) 国際長寿センター（2018）「平成29年度老人保健健康増進等事業 先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究事業報告書」国際長寿センター
- 6) 国際長寿センター（2019）「平成30年度老人保健健康増進等事業 多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較調査研究事業報告書」国際長寿センター
- 7) 国際長寿センター（2020）「令和元年度老人保健健康増進等事業 軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究事業報告書」国際長寿センター

I-2. 海外調査訪問先一覧（訪問順）

1. グラスゴー（スコットランド）

2023年9月11日

1) Health and Social Care Alliance Scotland (the Alliance)

Roseann Logan（コミュニティリンクスマネジャー）

Colette Mason（プログラムマネジャー）

Sharon Webb, Phil Donnelly, Sairah Qureshi（コミュニティリンクスワーカー）

2) Drumchapel Health Centre, Growchapel Community Garden（地域資源）

Margaret Ann Prentice（シニアコミュニティリンクオフィサー）

Fiona Farris（コミュニティリンクスワーカー、Growchapel Project リーダー）

他多数のコミュニティリンクスワーカー

2023年9月12日

3) Gilbertfield Medical Practice（グラスゴー北東地域 診療所）

Gayle Weir（コミュニティリンクスワーカー）

Catharine（コミュニティリンクスワーカー）

W. Brownlee（GP）

4) 地域資源：Ruchazie Pantry（フードバンク）、Grow Zone（菜園）

Tina（プロジェクトマネジャー）

5) ALISS (A Local Information System for Scotland) Team

Chris Mackie（デジタルアシスタントディレクター）

Cameron MacFarlane（エンゲージメント&インサイトマネジャー）

Julian（ユーザーリサーチャー）

Louise（デジタルヘルス&ソーシャルケアプログラムマネジャー）

Mazie（ディスカバーG2プロジェクト担当）

Gozy（デジタルネットワークオフィサー）

6) Health and Social Care Alliance Scotland (the Alliance)

Phil Donnelly（コミュニティリンクスワーカー、年間最優秀 CLP 受賞者）

Sharon Webb（コミュニティリンクスワーカー）

Sairah Qureshi（コミュニティリンクスワーカー）

2. ロンドン（イギリス）

2023年9月14日

1) National Academy for Social Prescribing (NASP)

Bogdan Chiva Giurca（医師、NASP 代表）

Najnin Islam (Head of Healthcare Integration ヘルスケア統合担当主任)
Emily Cousins (National Lead for Older People 高齢者担当全国リーダー)
Monica Boulton (Healthcare Integration Lead ヘルスケア統合担当リーダー)

2) London Plus

Stephanie McKinley (London Plus 社会的処方ネットワークマネジャー)

3) NHS England National Social Prescribing Team

Michelle Pilling (シニアリーダー)
Alison Green (パーソナライズドケアマネジャー)
Angel Osei-Fosu (マネジャー)

2023年9月15日

4) Bromley by Bow Centre (コミュニティセンターとヘルスセンターの統合施設)

Dan Hopewell (知識と改革部長)
Paul (知識と改革部)
Jennifer Brooks (プログラムマネジャー)

3. フリスケマレン (オランダ)

2023年9月18日

1) Sociaal Werk de Kear (福祉組織)

Henriette Hofsteenge (Sociaal Werk de Kear 所長)
Cees Terpstra (フリスケマレン市職員、ソーシャルヴァイクチーム)
Francien Bekius (コミュニティワーカー)
Karin Groeneveld (GP)
Marloes Hoving (コミュニティワーカー、ウェルフェアコーチ)
Wytse Wierda (コミュニティワーカー、コミュニティビルダー)

2) Hof en Hiem (ケアホームおよびナーシングホーム)

Ria de Nekker (地域看護師; Community Nurse)
Johanna Talsma (地域看護師)
Karin Otter (地域看護師)
Mark Bron (De Kear 南地区コミュニティワーカー: スポーツ文化部門、"Doortrappen「自
転車を漕ぎ続けよう」プロジェクト担当)
Jildau Holtrop (De Kear 北地区コミュニティワーカー: スポーツ文化部門、コグニティ
ブフィットネスプロジェクト担当)

3) 家庭菜園、衣料品バンク (ヘルシーネイバーフッド・プロジェクト)

Tanja Kombrink, (De Kear のコミュニティワーカー)
Brecht Buis (ソーシャルワーカー、ヘルシーネイバーフッド・プロジェクトアドバイザー)

ー)

4) UNITAS (公共スペース)

Janita Tabak (フリスケマレン副市長：福祉、文化遺産、住宅問題担当)

Sarah Tromp (フリスケマレン市政策担当、De Kear アカウントマネジャー)

4. アムステルダム (オランダ)

2023年9月19日

1) Sociëteit H (非営利団体 ProFor 事務所)

Dr. Barbara de Groen (シンクタンク Vilans 研究員、統合ケアシニアアドバイザー)

Xander Koolman (自由大学；Vrije Universiteit 教授、医療経済学部長)

2) Bijlmer buurtteam Oost (南東地域公共スペース 福祉拠点)

Juanita Schoonhoven (南東地域ビュートチーム ネットワークマネジャー)

Joanne Sarker-Bosch (南東地域ビュートチーム マネジャー)

Kenneth Macnack (南東地域ビュートチーム 住民参画チームマネジャー)

Irith Sy (福祉組織シビック ウェルフェアコーチ、コミュニティワーカー)

Vahsitha Comvalius (福祉組織シビック ウェルフェアコーチ、住民参画コーチ)

Shaneequa Vrede (南東地域マスタープラン アドバイザー)

ナーディヒ・ジグマン (アムステルダム市政策担当者)

Haidy Bijnaar (NPO 近隣女性ネットワーク会長)

3) Koornhorst (シニア向け複合集団住宅)

Hicham Karroua (福祉組織 ProFor 理事：Koornhorst の受付やアクティビティ担当)

Jeannette Rojer (Koornhorst 居住者)

4) Vrije University Amsterdam (自由大学)

Xander Koolman (教授、医療経済学部長)

Marcel Canoy (教授、介護保険、フォーマル・インフォーマルケア)

Yvonne Krabbe-Alkedam (研究者)

Chantal Schouwenaar (博士課程)

第Ⅱ章 イギリス（イングランド・スコットランド）

II - 1. 高齢者への生活支援に関する理念と制度

成蹊大学文学部 教授

渡邊 大輔

本節ではイギリスのなかでもイングランド、および、スコットランドにおける高齢者への生活支援に関する制度と理念について論じる。両者の制度は比較的類似していることから、基本的には一括して扱う。なお、本稿では高齢者への生活支援となっているが、イギリスの公的制度では成人ソーシャルケア (adult social care) という形で高齢者にのみ特化するのではなく、成人一般を対象としたものが多い。これは日本のように年齢区分によって制度を規定していないためである。そのため本稿の議論は高齢者に限定されるべきものではないが、ここでは本研究事業の趣旨を踏まえ高齢者への生活支援という観点から論じる。

1. イングランド、スコットランドにおける医療制度、福祉制度の理念

イギリスでは、医療ケアは第一義的には国が責任を持つ。国民保健サービス (NHS) はその創設の理念を「税財源により、患者の支払能力ではなく医療上の必要性に応じ、無料で全国民に平等に包括的なサービスを提供する」としており、緊縮財政下において見直しの議論等もなされたが、継続的な改革を経て現在も維持されている。

これに対してイギリスにおける高齢者介護を含む成人ソーシャルケアは、様々なケアを必要とするあらゆる年齢の成人に対して、その人が住み慣れた場所で、その人にとって重要な人やものとともに、その人にとっての大切なことをして暮らせるように支援するものである。この支援には、洗濯や着替えの手伝い、就労や友人との付き合いのサポート、退院後の自立を取り戻すためのケア、専門的な看護ケアなど、さまざまな活動が含まれる。ただし、日本のように介護保険がないイギリスにおいて、このケアを必要とする成人本人や家族がそのケアの第一義的な責任を持ち (Pickard et al. 2007)、国や自治体はそのサービスの提供の管理を行うことが責務となっている。国や自治体はサービス提供体制の管理にとどまり、とくにサッチャー政権以降ではサービス提供者は民間事業者が中心となっている。

ソーシャルケアのサービス費用は原則として全額自己負担である。イングランドにおいては、介護費用についての公的な負担は一部の低所得者と、介護費用の負担が困難な一部の重度要介護者に限定された選別主義的な制度となる。2022年の法改正によって、不動産を含めた個人資産が 23,250 ポンド未満 (約 440 万円未満) (2025年10月からは 100,000 ポンド未満 (約 1,900 万円未満)) の資産・収入の少ない人に対する公的な補助制度がある。また、介護費用の自己負担額は生涯で 86,000 ポンド (約 1,600 万円) を上限とする制度を当初の予定から 2年遅れて 2025年10月から導入する予定であるが (House of Commons Library 2022)、この金額からわかるようにソーシャルケアの負担は非常に高額になっており、ケア施設を利用するためには自宅の売却の必要がある場合もあるなど多くの課題があり、その負担のあり方について議論されている (伊藤 2016; 岩満 2020)。

なおスコットランドは成人ソーシャルケアの自己負担についてイングランドと大きく異なっており、2002年に65歳以上の高齢者へのパーソナルケアを一部無償化している。このことにより医療ケアの支出は減少したが、自治体予算のひっ迫が起きているという監査結果がでており、また自治体の財政力などによって無償化によるサービス内容や他の公的サービスの内容にばらつきが出ていることが指摘されている（Lemmon and Bell 2019）。

このようにイギリスではNHSとソーシャルケアは全く異なる制度となっている。しかし、高齢者介護が典型的なように、医療と介護、福祉の対象は必ずしも明確に分かれているわけではなく、双方の協調関係が重要となる。また、他の先進国と同様にイギリスにおいても高齢化が急速に進んでおり、社会保障費用の増大が大きなプレッシャーとなっている。そこで、両者を予算レベルでもサービス提供レベルでも統合してゆく統合ケアシステム（integrated care system : ICS）が構想され、次項で述べるように新しい理念を踏まえた改革がおこなわれている。

2. コミュニティの力を活かした生活支援としての社会的処方

近年のイギリスにおいて地域の活力を生かした高齢者への生活支援を考えるための最も重要な発想として、ケアを必要とするものの社会環境への個別的介入という点を考えたい。その発想の根幹として、健康格差の議論について紹介したうえで、現在行われている改革とその中における社会的処方について述べる。

1) 健康の社会的決定にたいする注目と、環境への介入の必要性

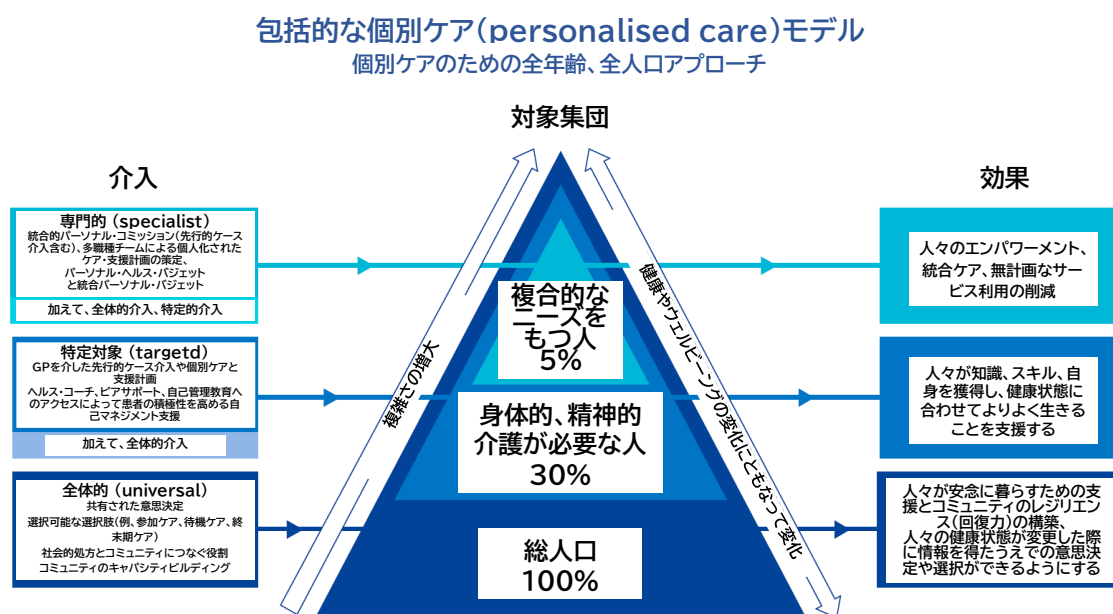
「せつかく治療した患者を、なぜ病気の原因となった環境に戻すのか」（Marmot 2015=2017: 3）。これは、社会における健康状態の格差についての議論を1980年代からけん引してきた社会疫学者であるマイケル・マーモットの言葉である。マーモットは健康に関する格差が、単なる個人の努力ではなく、社会環境によってもたらされていることを詳細に指摘してきた。そして、医療的処置だけではなく、その人がおかれた経済状況や社会状況、環境そのものへの介入の重要性を指摘している。

この視点は高齢者介護においても同様である。物理的に提供されるケアだけでなく、その人が暮らす環境が良くなければその人のウェルビーイングが高まらないばかりか、提供されるケアサービスの有効性も発揮されない。この問題を解決するためには、医療にしても介護にしても、個別に提供する処置だけに注目するのではなく、その人がおかれた環境そのものに注目し、非医療的な対応を含めた対応をとることが重要となる。これはある意味で予防的対応であり、また人間関係なども含めたひろい意味での地域資源というアセットを使った対応ともなる。コミュニティの力を活かした高齢者の生活支援という取り組みは日本を含め各国で行われようとしているが、イギリスは健康格差の解消という観点からコミュニティの力を活かした施策へと展開している点に特徴がある。

2) NHS 長期計画と包括的な個別ケアモデル

NHSは2019年に公表された「NHS長期計画」における新しい理念モデルとして「包括的な個別ケアモデル Comprehensive model of personalised care」という構想を立てている。同計画は医療政策を中心とするものであるが、福祉にも非常に大きく関連するものであるため紹介したい。

このモデルの理念図を図1に示した。この図にあるように、ケアを必要とする人の多様性やそこへの介入の必要性を踏まえ、上位5パーセント程度の人を複雑なニーズを抱える人、30パーセント程度の人を身体的、精神的な介護が必要な人と概算している。この合計35パーセントの人が医療的なニーズが高い人であり専門的な介入が必要な人となる。しかし残る65%の人もまた、人々が健康に暮らし、自身のウェルビーイングを保ち向上するための介入対象となる。この意味で、全年齢、全人口アプローチである。



Source: NHS England 2019c (引用者記)

図1 包括的な個別ケアモデル

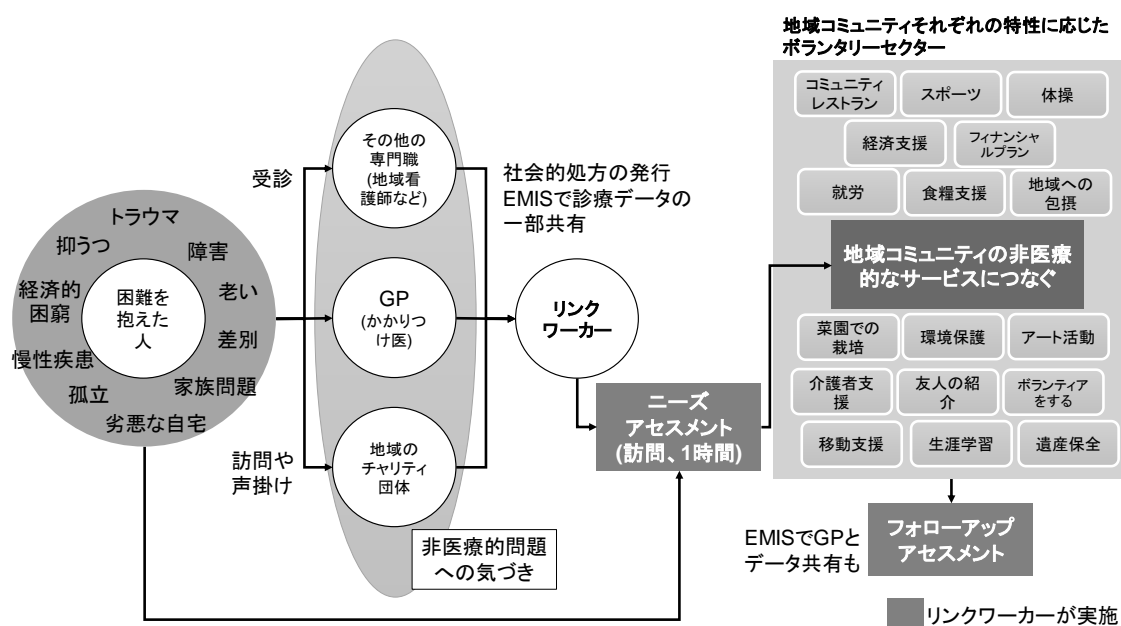
NHS 長期計画における包括的な個別ケアモデルは以下の6つの要素を軸にしている(NHS England 2019a)。

- ① 共同的意思決定
- ② 個別ケアと支援計画
- ③ 法的権利を含め選択できるようにすること
- ④ 社会的処方とコミュニティを基盤としたサポート
- ⑤ 支援のある自己管理

⑥ 個人単位の医療・介護予算

とくに本稿が注目する高齢者ケアや高齢者の生活支援と深くかかわるものは、④の社会的処方とコミュニティを基盤としたサポート、および、⑤の支援のある自己管理である。後者から説明したい。これは予防のための取り組みであり、心身の健康を保ち、また、支援のある自己管理を可能にするために、ピアサポート、自己管理教育、ヘルスコーチングなどの介入をおこなう。図 1 にあるようにこのような自己管理に関する予防的なサポートは、身体的、精神的に介護が必要な人をとくに中心的なターゲットとしている。

次に、図 1 にある専門的介入や特定対象としての介入が必要ではない、しかし、一定の困難を抱えた 65%の人を対象として、その困難の緩和だけでなく、困難を生み出す環境そのものの改善を目指し、本人のウェルビーイングを高めるための方策が社会的処方 social prescribing である。その流れを図 2 にまとめた。



Source: 渡邊 2023:31.

図 2 社会的処方の流れ

社会的処方は、GP を中心に地域のチャリティ団体や専門職らが、困難を抱えた人に医療的対応を行うだけでなく、その人やその周囲の環境がもつ非医療的問題に気づくところから始まる。そして、その人にリンクワーカーと呼ばれる人を紹介し、このリンクワーカーのインタビューを受けることでアセスメントを受ける。リンクワーカーはその人の非医療的な問題を解決するために適切な地域の非医療的なサービスにつなぎ問題解決を図る。この意味でイングランドにおける社会的処方は、非医療的な介入によって、健康や生活上の困難

を解決したり予防したりする取り組みである。また NHS の枠組みで実施されているため、他の NHS における医療ケアと同様にリンクワーカーによるアセスメントやマッチングについては無料である（つながったボランティアセクターによっては利用料がかかることはある）。ただし、この仕組みは GP が包括払い制度であり、GP にとっては患者が GP 診療所への来所数が減ることが他のより必要な患者に集中できるといったインセンティブになることなど、いくつかの制度的条件がある点には注意が必要である。

次節、次々節で社会的処方やリンクワーカーについては詳述されるので、より詳細な説明はそちらを参照されたい。

社会的処方は個別ケアの実践として位置づけられており、NHS 長期計画では、2020/21 年末までに 1,000 人以上の社会的処方リンクワーカーを配置し、2023/24 年までにさらにその数を増し、90 万人以上の人々が、健康とウェルビーイングの向上に役立つより広範なコミュニティ・サービスにつながることを目指すとしている（NHS England 2019a）。またこのリンクワーカーの育成や、社会的処方という取り組み自体を GP をはじめ様々な専門職やチャリティ団体の運営者、ボランティア、そして一般市民に知ってもらうための取り組みも人材育成の観点から実施されている（NHS England 2019b）。

社会的処方の実効性については、近年急速にその蓄積がなされている。とくに NHS England が出資している National Academy for Social Prescribing は様々な研究者と協働してエビデンスの創出に努めている（National Academy for Social Prescribing 2024）。そこでは、社会的処方の身体への有効性だけでなく、身体活動、芸術活動、緑化活動、遺跡など社会的処方につながり先となる分野ごとのエビデンスを出すとともに、その経済効果も検証している。

3) スコットランドにおける社会的処方の位置づけの違い

スコットランドにおいても、社会的処方は近年重要な政策となっている。ただし、その位置づけは、健康の社会的格差を踏まえているという点はイングランドと同様であるが、その第一の目的はメンタルヘルス対策としている。NHS スコットランドの「NHS 改善計画 2021-26」（NHS Scotland 2021）では社会的処方について、2026 年までにすべての GP 診療所がメンタルヘルスとウェルビーイングのサービスを利用できるようにするとし、とくに、地域のメンタルヘルスの回復力を高め、社会的処方を指示するのを助けることができる 1,000 人の専門スタッフを創出するとする。この 1,000 人の全員がリンクワーカー（グラスゴー市などではコミュニティ・リンクス・プラクティショナー community links practitioner とも呼称している）ないしその支援者となる。

またグラスゴー市での取り組みでは、現状では都市部近郊の貧困地域を中心にリンクワーカー（コミュニティ・リンクス・プラクティショナー）を配置しており、問題が明確な部分のみを対象としているという特徴がある。これは、ほぼすべてのプライマリーケアネットワーク（複数の GP の連合組織）に一人のリンクワーカーを設置しているイングランドに比

べて、リンクワーカーの育成が進んでいない点を踏まえての対応と考えられる。なお、インタビュー調査ではグラスゴーのリンクワーカーの平均給与は同市の他の職種の平均給与と遜色ないとのことであった。これは、イングランドのリンクワーカーが平均給与よりも低い給与水準であることと比べると、大きな違いである。

この意味でスコットランドは少数精鋭、かつ、貧困地域など課題が先行する地域を中心に配置することで、初期段階という選考専攻条件を活かした効率的な運用を行っている。

3. ソーシャルケア改革の現状

イングランドでは、ウェルビーイングの維持、改善にケアの焦点をおいた 2014 年のケア法 (the Care Act 2014) を踏まえ、2021 年に成人ソーシャルケアについての改革を目指した白書 *People at the Heart of Care* が作成され、そこで NHS 長期計画の議論もふまえての 10 年ビジョンが示されている (Department of Health and Social Care 2021)。

同白書では、ソーシャルケアの目標として、①人々が独立した生活を送るための選択肢や管理、サポートを保持する、②人々は質の高いテラーメイドのケアやサポートを利用することができる、③人々が成人ソーシャルケアを公平で利用しやすいものだと感じること、の 3 点を目標とし、以下の具体的な数値目標を設定している。

- 地域の医療・介護戦略に住宅を統合するために、少なくとも 3 億ポンドを投入する。これにより、代替的な住宅とサポートの選択肢を提供する。
- テクノロジーの採用を促進し、ソーシャルケア全体のデジタル化を広めるために、少なくとも 1 億 5,000 万ポンドの追加資金を提供する。デジタルツールとテクノロジーは、自立した生活を支援し、ケアの質を向上させる。
- ソーシャルケアに従事する人々が適切な研修と資格を持ち、そのスキルと献身が認められ、評価されるために、少なくとも 5 億ポンドが必要となる。労働者のウェルビーイングも優先してゆく。
- 昇降機、トイレ、ホーム・テクノロジーなどの住宅改修のための障害者施設助成金の上限を引き上げるとともに、人々が自宅で自立し、安全な生活を維持できるよう、自宅の細かな修理や改築を行うための新しい支援サービスを提供する。
- 無報酬の介護者を支援するために提供されるサービス改革を始動するため、最大 2,500 万ポンドを介護セクターのために拠出する。
- 各地域が提供する支援やケアについて、新しく異なる方法で変革し、人々のニーズや個々の状況に合ったより多くの選択肢を提供できるよう 3,000 万ポンドを支援する。
- 地方自治体が、利用可能な支援やケアの選択肢をよりよく計画・開発できるよう支援することを含め、ケアとサポート・サービスの提供を改善するために、ソーシャルケア全体のサポート提供を増やすために 7,000 万ポンド以上を拠出する。

(Department of Health and Social Care 2021)

このリストからわかるように、現在のイギリスにおける成人ソーシャルケアの対策は、統

合ケアの実現のための住宅支援、デジタル支援、人員確保、介護者支援などが中心となっている。日本が現在力を入れているフレイル予防などは医療ケアの枠組みとなっており、冒頭で説明したように高額な利用料も発生するため、どこまで利用可能性を高めることができるかが大きな課題となっている。

また、もう一点は財政問題である。すでに同白書で提示された金額について削減される可能性が高くなっている（Local Government Association 2023）。高齢化が進展する中でソーシャルケアの充実をいかに図るかが大きな課題となるが、その方策は見通せていない。

4. 高齢者の生活支援という観点でのイギリスの取り組みの可能性と課題

ここまでイギリスでのソーシャルケアについて、近年の計画を踏まえて議論してきた。冒頭で説明したように、イギリスでは高齢者のみを対象とした施策ではなく、成人ソーシャルケアとして子ども以外の全年齢を対象としたケア施策をおこなっている。その最大の特徴は個々人の情報に合わせた個別ケアの重視にあり、その人を中心としたケア（**person centered care**）を全面的に展開しようとしていることにある。また、これまではそこまで重視されていなかった予防についても、近年は力を入れ始めていることも明らかとなった。また、イギリスにおける取り組みは介入という点を明確にしている。地域力の向上といった抽象的な目標設定ではなく、具体的な介入を行い、そのことによって利用者の健康やウェルビーイングの向上を図るとともに、将来的な社会保障費用を削減しようとする点に特徴がある。実際、施策評価のベンチマークとして医療費がどれだけ下がったかが打ち出されている。この介入を重視するという点は、地域づくりなどは重視しても、個別のマッチングではまだまだそこまで行われていない日本においても参考となる点である。

加えて、イングランドの NASP、スコットランドの Alliance (Health and Social Care Alliance Scotland)のような団体を通じて、社会的処方の中核たるリンクワーカーやコミュニティ・リンクス・プラクティショナーの育成や支援だけでなく、他の職種や市民への啓発活動などを行っている点も重要である。

医療制度、介護制度が異なることから、日本に社会的処方のような活動を直接導入することは避けるべきであるが、介護保険制度の生活支援コーディネーターや民生委員のように、リンクワーカー的な役割を果たしうる存在は日本にも多い。問題はこのような役割を持った人々が適切な教育を受けたり、人材間で情報共有をする空間が不在なことであり、この点はイギリスの取り組みが非常に参考になるだろう。

【参考文献】

- Atkinson, C., and S. Crozier, 2020, “Fragmented time and domiciliary care quality,” *Employee Relations*, 42(1): 35-51.
- Department of Health and Social Care, 2021, *People at the Heart of Care: Adult Social Care Reform White Paper*, (2024年2月26日取得, <https://www.gov.uk/government/publications/people-at-the-heart-of-care-adult-social-care-reform-white-paper>).
- House of Commons Library, 2022, “Proposed adult social care charging reforms (including cap on care costs),” Commons Library Research Briefing, (2024年2月26日取得, <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9315/CBP-9315.pdf>).
- Hughes, J., H. Chester, and D. Challis, 2009, “Recruitment and Retention of a Social Care Workforce for Older People,” *Personal Social Services Research Unit, Discussion Paper M193-2*. (2024年2月26日取得, <https://www.pssru.ac.uk/pub/MCpdfs/SCWr.pdf>)
- 伊藤善典, 2016, 「イギリスの高齢者介護費用負担制度の改革——責任と公平を巡る17年間の議論」『海外社会保障研究』193: 54-67.
(<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/20143706.pdf>)
- 岩満賢次, 2020, 「英国介護政策における利用者負担と資産売却の現状と課題」『国際公共経済研究』31:24-31.
(https://ciriec.com/wp/wp-content/uploads/2020/12/INTERNATIONAL_PUBLIC_ECONOMY_STUDIES_No31_2-3.pdf)
- Lemmon, E., and D. Bell, 2019, “Variations in Domiciliary Free Personal Care across Scottish Local Authorities,” *ESRC Centre for Population Change Working Paper*, 91. (2024年2月26日取得, <https://policycommons.net/artifacts/1962439/variations-in-domiciliary-free-personal-care-across-scottish-local-authorities/2714204/>)
- Local Government Association, 2023, “Debate on the future of adult social care, House of Lords, 30 March 2023.” Local Government Association, (2024年2月26日取得, <https://www.local.gov.uk/parliament/briefings-and-responses/debate-future-adult-social-care-house-lords-30-march-2023>).
- Marmot, M., 2015, *The Health Gap: the Challenge of an Unequal World*, London: Bloomsbury. (栗林寛幸監訳・野田浩夫訳, 2017, 『健康格差——不平等な世界への挑戦』日本評論社.)
- National Academy for Social Prescribing, 2024, Evidence on Social Prescribing, (2024年2月26日取得, <https://socialprescribingacademy.org.uk/read-the-evidence/>).

- NHS England, 2019a, *NHS Long Term Plan*, (2024年2月26日取得,
<https://www.longtermplan.nhs.uk/>).
- NHS England, 2019b, *NHS Long Term Workforce Plan*, (2024年2月26日取得,
<https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-long-term-workforce-plan/>).
- NHS England, 2019c, *Comprehensive Personalised Care Model*. (2024年2月26日取得,
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/02/comprehensive-model-of-personalised-care.pdf>).
- NHS Scotland, 2021, *NHS Recovery Plan 2021-2026*, The Scottish Government, (2024年2月26日取得,
<https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2021/08/nhs-recovery-plan/documents/nhs-recovery-plan-2021-2026/nhs-recovery-plan-2021-2026/govscot%3Adocument/nhs-recovery-plan-2021-2026.pdf>).
- Pickard, L., R. Wittenberg, A. Comas-Herrera, D. King, and J. Malley, 2007, “Care by Spouses, Care by Children: Projections of Informal Care for Older People in England to 2031,” *Social Policy and Society*, 6(3):353-366.
- Rubery, J., D. Grimshaw and G. Hebson, 2013, “Exploring the Limits to Local Authority Social Care Commissioning: Competing Pressures, Variable Practices, and Unresponsive Providers,” *Public Administration*, 91(2): 419-437.
- Simmons, B., 2023, *Ageing and the Crisis in Health and Social Care: Global and National Perspectives*, Bristol: Bristol University Press.
- 渡邊大輔, 2023, 「地域コミュニティは社会的処方の方の要——医師・薬だけに頼らないための社会資源活用」『地域ケアリング』25(5): 27-33.

II-2. リンクワーカーと地域連携による課題解決の実際①

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団 主任研究員

澤岡 詩野

1. Link Worker とは？

イギリスの医療制度 National Health Service (以後、NHS) の基盤となるのが、General Practitioner (以後、GP) を中核として、住民に地域に密着した医療・保健サービスの提供をおこなう Primary Care Service である。患者数の増加、医療ニーズの多様化や医療人材の不足、予防の強化が求められるなど、Primary Care Service を巡る環境は NHS のスタート時から変化している。加えて近年では、Primary Care と Social Care の両側面からアプローチする統合的ケアの重要性が指摘されるなかで、社会的処方と Link Worker (以後、LW) に関する取り組みが NHS により制度化されている。

今回のインタビュー調査では、「治療しても何度も同じ患者が通いつけてくる、このままでは患者が増え続ける一方」といった GP の抱える危機感が多くの場で聴かれた。これは、身体の痛みを訴えて GP を受診する人の根底にある課題は貧困や孤独であることが多く、薬を処方しても、患者として GP に通いつけるという悪循環を現わしている。そんな悪循環を断ち切るためのキーパーソンとなるのが LW である。LW の大きな役目は、GP から紹介された患者に寄り添い、その人の大切なことや必要なことを対話から引き出し、コミュニティの活動やサービスとつなげることで健康の増進とウェルビーイングを推し進めることといえる。

「医師の仕事は 15%、70%は社会的なもの」とも表現されるなかで、医師と連携し、後者に関わる「患者自身の人生を自分で変えられるという自信を取り戻す手助け」をすること、「コミュニティの多様な活動やサービスを見つけ出してつなげる」ことは、LW の存在価値といえる。インタビュー調査では、社会的処方と LW の制度化により、GP への予約が 450 万件減った、救急医療の要請が 20~40%減ったという具体的な効果が紹介されている。イギリス政府は、2026 年までに LW を 9,000 人まで増やす計画を立てているという話も聴こえてくる。

そんな NHS 改革の柱、社会的処方のキーパーソンとしての LW であるが、現状では LW として働くために必要な資格はない。退職した看護師や救急救命士、栄養士など、医療や福祉の現場経験を持ち、医療的な処方の限界や予防的な介入に関心をもつ人が LW として活躍しているが、近年ではそれらの背景をもたない人も増えつつある。雇用については、Primary Care Service を基盤に、統合的ケアを地域でサービス提供する NHS の担い手として新設された Primary Care Network (以後、PCN) に直接雇用される場合と、地域のチャリティ団体などに間接的に雇用される場合がある。LW の配置基準は、あくまで目安であるが、住民 4.5 万人~7 万人規模の PCN で、4~8 か所の GP 診療所があり、4~8 人の LW が雇用

されている。加えて、LW の働き方もフルタイムとパートタイムが混在しており、雇用形態は様々といえる。給与に定まった基準はないが、インタビューを行ったチャリティ団体からは 26,000 ポンド程度（490 万円程度）という声が聴かれた。LW の一般的給与はイギリスの平均所得以下と表現されるなかで、離職率も高いことが課題として挙げられている。一方で、インタビューでは、ヘルスケア分野でキャリアを積み重ねていくなかでの入口として LW の仕事を位置付ける人も少なくないという話も聴こえてきた。

2. LW の業務と仕事の流れ

イギリスにおいて、LW の仕事は、基本的に GP との連携からはじまる。実際に LW への紹介の約 90% が GP からとされている。患者が紹介されてからの大まかな流れを以下に示す。コロナ禍にメンタルに課題を抱える人が増えたことを受け、ソーシャルケア分野から LW につなげる動きもはじまっている。GP などから紹介をうけた LW は 1~2 週間以内に最初の面談を行うことを目安としているが、地域によっては、6 週間も面談待ちの待機リストにのったままの人が増えているという課題も聴こえてきている。

【患者が紹介されてからの大まかな流れ】

LW が、PCN またはその他のチャリティ団体から患者の紹介を受ける

↓

患者に連絡して、LW が知らされている紹介の理由を確認し、サポートについて説明したうえで、最初の面談の予約を設定する

↓

面談の前に、患者の医療記録にアクセスし、可能な介入を確認しておく

↓

機密保持された 1 対 1 のスペース（対面でも電話でも）を準備し、「患者にとって最も重要なことは何なのか」を対話から患者とともに導き出す

↓

患者と一緒に、現実的な達成可能な目標を立て、サポートプランを作成する
プランの作成が一回で終わらずに次の面談が必要な場合は、日程を設定する

↓

パーソナライズされたサポートプランに沿って、活動やサービスを紹介し、コミュニティにリンクする

↓

患者に連絡して、紹介した活動やサービスにリンクしているかどうかを調べる
NHS により認められた測定指標などを用いて、患者への効果を測定し、データを蓄積する
さらにセッションが必要かどうかを確認する

患者の抱える課題は貧困や経済的な問題、住宅問題が多くを占めるが、孤立やメンタル面の不調など、様々な側面が絡み合っている。課題の複雑さによって期間は異なるが、3か月に平均 6~12 回ほどの面談により支援し、年間に最大 200~250 人ほどの相談を行っている。この他に LW の仕事の大きな部分を占めるのが、常に、患者をリンクする先の多様なコミュニティ、地域資源を見つけ出し、信頼関係を構築しておくことといえる。患者それぞれにパーソナライズされたリンク先を見つけるために、芸術・文化・健康づくり活動、ガーデニングや自然とふれあう活動なども含めた様々なコミュニティベースの活動やグループやサービスを把握しておくことが求められている。既存の活動を見つけ出すことに加え、自治体やチャリティ団体などと連携し、これらの活動が停滞しないように後方支援したり、必要に応じて足りない活動を立ち上げることも行っている。

3. LW が活躍するための支援体制

イギリスでは、社会的処方推進することをミッションとする全国組織のチャリティ団体「NATIONAL ACADEMY FOR SOCIAL PRESCRIBING (以後、NASP)」¹⁾が存在する。2019年10月に設立された NASP では、社会的処方を全国で定着させていくために、以下の取り組みを行っている。

- 草の根レベルの小さなグループから全国規模のチャリティ団体まで、規模に関わらず社会的処方を求める活動をサポートすること
- ヘルスシステムとコミュニティで行われている素晴らしい活動と結びつけること
- リンクワーカーを含む医療従事者を支援すること
- 研究者と協力して社会的処方のエビデンスを蓄積すること

インタビューでは、社会的処方の意義を理解していない GP も少なくないなかで、医師の教育課程で学ぶことを義務化するよう働きかけたという話も聞かれた。同団体で力を注いでいるのが、この3つめにある「リンクワーカーへの支援」として行われる LW へのトレーニングプログラムの開発と実施である。先にも記したように多様な背景をもつ人が LW を志すなかで、仕事の内容をイメージできない人も少なくない。LW として動くことで見えてくる課題も多々あるなかで、同団体では 12 種類のトレーニングプログラム（実施期間は 6~12 週間）を開発しオンラインで実施している。加えて初任者向けのガイドも作成し、社会的処方の意味やリンクワーカーの役割や立ち位置といった基礎知識から、LW として1週間の時間の使い方まで、丁寧に解説を行っている（写真1、写真2）。このなかで、注目すべきは、「Managing your Wellbeing」という、LW 自身のウェルビーイングの維持に関する項目が設けられていることである。実際にインタビューでも深刻なケースに接し続けることで、LW 自身がメンタルの不調に陥るという話も多く聞かれた。



Social Prescribing Link Worker Induction Guide

Contents

Foreword	3
Introduction to handbook	4
How did this all start?	5
What is social prescribing and why do we need it?	6
Who Employs Social Prescribing Link Workers (SPLWs)?	8
Primary Care Networks	8
Roles in a GP Practice	9
Personalised Care Additional Roles Reimbursement Scheme (ARRS)	11
Acronyms	12
Getting Started	13
Induction Roadmap	14
Induction Checklist	15
Training and Development	16
Social Prescribing in Action	19
Roadmap of the SPLW/Patient Journey	20
Personalised Support	21
Recording Data	22
Measuring Data Impact	23
ONS4 Wellbeing Tool	24
Social Prescribing Information Standard	24
Managing your workload	25
Case-load Management	26
Managing Concerns and Crisis Support	26
Asset Mapping Tips	27
Support for Link Workers	28
Managing your Wellbeing	29
Line Manager Support	29
Getting Started	30
Supporting Social Prescribing Link Workers (SPLWs)	32
Supporting Wellbeing	34
Acknowledgements	35

写真 1 (左) 初任者向けのガイドブックの「表紙」、オンラインのプログラムと連動した内容で、NASP のホームページ²⁾ からダウンロードできる

写真 2 (右) ガイドブックの「目次」、リンクワーカーとして求められるスキルが網羅されている

トレーニングや研修は LW が所属するチャリティ団体でも行われている。社会的処方先駆けともいえるチャリティ団体「Bromley by Bow Centre」³⁾ では、地域のなかで 6 つの診療所を運営し、8 名の LW を雇用していることから、団体独自のトレーニングや外の研修を受けることも推奨している。トレーニングや定例会議は、LW が困りごとなどを話したり、LW 同士で相談しあう場ともなっている。加えて、他の職種との連携、情報共有にも力をいれており、今回のインタビューで多く聴かれた「リンクワーカーの孤立」へのサポートの場ともなっている。

「Bromley by Bow Centre」のように複数の LW を雇用するチャリティ団体ばかりではなく、トレーニングも相談できる相手もないまま一人で動く LW も少なくない。全国組織の NASP がオンラインで実施するトレーニングプログラムは、LW のレベルの底上げ、向上をはかるうえで有用であるが、「リンクワーカーの孤立」の解消にはつながりにくいことが考えられる。

4. LW 調査から見てきた生活支援コーディネーターへの支援

LW に類する存在として日本の地域包括ケアシステムの要ともいえる生活支援コーディネーターが挙げられる。LW 同様に離職率の高い生活支援コーディネーターであるが、2021 年度に行ったアンケート調査⁴⁾ では、「何から取り組めばよいかわからない」「活動がどう

評価されているかわからない」に加え、「活動を指導してくれる人がいない」という悩みがみえてきている。インタビュー調査でも、地域包括支援センターの専門職との意思疎通がとれずに孤立化しているという話も多く聴こえている。

福祉分野などの経験のない多様な背景をもつ人が生活支援コーディネーターになることも増えていくなかで、可能な技術や知識を得るための研修やトレーニングに誰もがアクセスできる環境を整えることが必須である。しかし、直面する悩みに共感しあい、実現可能な小さな工夫などを共有しあえる場を意図して設けること、孤立化させないための支援を行っていくことがさらに重要といえる。

加えて、生活支援コーディネーターからは、地域資源とのつながりをつくるために休みの日も夜も動く先輩を尊敬しつつも、「自分もそこまでやらなければいけないのか」「自分の生活もあり、そこまで求められたら厳しい」という焦りのような声も聴こえてくる。NASPのガイドに LW 自身のウェルビーイングの維持に関する項目が設けられていることは記したが、日本でも生活支援コーディネーター任せにするのではなく、周囲がこの様な働きかけを意識的に行っていくことが求められている。

【参考資料】

- 1) NATIONAL ACADEMY FOR SOCIAL PRESCRIBING
<https://socialprescribingacademy.org.uk/>
- 2) SOCIAL PRESCRIBING LINK WORKER INTRODUCTION GIDE
<https://socialprescribingacademy.org.uk/resources/social-prescribing-link-worker-induction-guide/>
- 3) Bromley by Bow Centre
<https://www.bbbc.org.uk/>
- 4) 国際長寿センター「令和3年度老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムの構築を起点にした多様な産業との連携がもたらす地域づくりの展開に向けた調査研究事業」、IV 第2層生活支援コーディネーターへのインタビューからみえてきた課題 (p.148~157)、https://www.ilcjournal.org/study/doc/b_2021_1_3.pdf

II-3. リンクワーカーと地域連携による課題解決の実際 ②

一般社団法人町田市介護サービスネットワーク 理事
日本社会事業大学 非常勤講師
沼田 裕樹

1. はじめに

わが国において、「地域福祉」「地域包括ケアシステム」等の言葉が謳われ、地域を巻き込んだ「支援」や地域の関係者の連携による課題解決等の取り組みが唱えられ、久しい。筆者はこれまでもイギリスの現地調査に参加し、イギリスにおけるリエイブルメントや長期介護サービス等の調査、研究を通じて、イギリスの地域重視の医療、福祉の現場を見てきたが、わが国の参考に資する、あるいはわが国の医療・介護・福祉の専門家が学ぶべきことがあると考えている。

このような中、イギリスにおける「リンクワーカー」の活躍等について、ヒアリングする機会を得た。本稿では、グラスゴー、ロンドンにおける、リンクワーカーの活躍を中心とした地域連携、それによる課題解決の実状について、ヒアリングや資料等を基に整理し、わが国への示唆となる視点を整理し、論じたい。

2. グラスゴー

1) Health and Social Care Alliance Scotland(the Alliance)

コミュニティ・リンク・マネジャーの Roseann Logan 他 4 名のスタッフへヒアリングする機会を得た。

リンクワーカーの活躍の目的は、クライアントが「コミュニティの資源につながり、ウェルビーイングを踏まえた生活をする事」等である。リンクワーカーは、GP チームの一員であるため、GP からクライアントを紹介されるのだが、対象者に年齢や性別の制限はなく、どのような人も受け入れ可能であり、特にクライアントへの関わりが求められている。

リンクワーカーは、GP 診療所を支える役割及び GP チームの一員でもあり、GP との連携、サードセクター組織、そして健康増進を目的にヘルスプロモーションチームとも連携している。

また、リンクワーカーは既存のコミュニティの中にあるいろいろな活動や組織と連携することが多いが、ない場合は実際にそれを立ち上げることもしている。例えばガーデニンググループや身内を亡くした人たちへの対応セッションなど、その地域のニーズに応じた形で活動をセットアップしている。

なお、新人のリンクワーカーが加わった際にはコミュニティのアセットを把握する必要があるため、アセットマッピングを行っている。

2) Drumchapel Health Centre, Growchapel Community Garden

グラスゴーの郊外にある Drumchapel Health Centre を訪問した。シニア・コミュニティ・リンク・オフィサーの Margaret Ann Prentice 氏、この地域で活躍するリンクワーカー、コミュニティガーデンを利用するミシェルさんなどにインタビューを行い、利用者の「ウェルビーイング」へ向けての取り組みについて、ガーデンの様子を拝見しつつ話を伺った。

「Growchapel」は2年程前、グラスゴー市からキャビン付きで土地を提供され、発足した。グラスゴーでは“People Make Glasgow「人々がグラスゴーをつくる」”というサインが至るところにあるのだが、ここでは”People Make Drumchapel「人々がドラムチャペルをつくる」”という言葉となり活動を展開している。



写真（上） ガーデンの全景



写真（左、上） Margaret Ann Prentice 氏（ガーデンにて）

インタビューでは、「この土地を提供された当時はガーデニングへの理解が浅かったがコロナ・パンデミックの期間にガーデニングを学んだ」「ガーデニングを通じてお互いのウェ



ルビーイングを高めることができた」「自然の力を吸収するには2時間必要と聞いているので、2時間はガーデンで過ごすことにしている」といったコメントがあった。

クライアントが耕す各区画には、「区画の名前」や「思い思いのメッセージ」などが書かれたプレートが据え置かれ、土や草木に触れることにより、クライアントに「前向きさ、意欲」「ウェルビーイング」などの変容が生じてきているようだ。



3) Ruchazie Pantry

プロジェクトマネジャーの Tina 氏によると、イギリスでは物価高騰が生じており、コロナ・パンデミック以降、特に燃料費が高騰し低所得者の生活を圧迫している。そのような状況を受け、「Ruchazie Pantry」では、余った食品をスーパーから譲り受け、コミュニティに配布するプロジェクトを行っている。ここではどんな言語の人でも理解でき、パントリーの品物を入手できるように、パン、シリアル、コーヒー、砂糖など、食品が色別に仕分けされている。そして、3ポンド払うことで赤色の食品群から2品、黄色から1品など自由を選ぶことができ、最大7品程度を持ち帰ることができる仕組みだ。現役から引退した人、学生、失業者、仕事をしている人など、誰でも利用可能となっている。



写真：Ruchazie Pantry の外観と内部の様子



3. ロンドン

1) National Academy for Social Prescribing (NASP)

NASP の医師であり、リンクワーカーの養成に携わる Bogdan Chiva Giurca 氏によると、NHS イングランドにおいては「社会的処方」を推進しており、GP とリンクワーカーが協働し、地域課題を解決していく取り組みが進化してきている。コロナ禍前の 2019 年における調査研究の際には、「リンクワーカー」は NHS でモデル事業的に行っているという話だけで、具体的な活動の説明はなかった。今回の調査においては「リンクワーカー」の活動について成果が見えてきているとのコメントを多く聞いた。Giurca 氏のコメントを中心に、ロンドンにおけるリンクワーカーが行っている課題解決について、まとめてみたい。

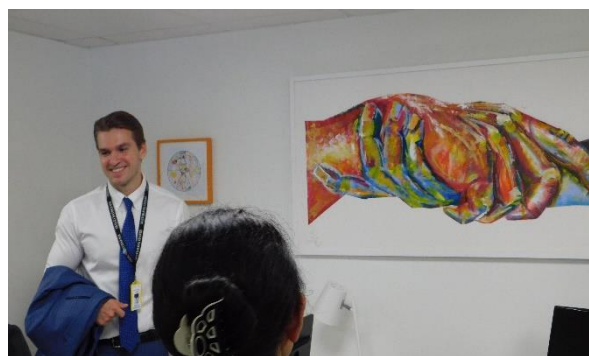
イギリスにおける「社会的処方」は開始後 3 年経過しているが、GP 及び病院関係者の中には「社会的処方に関する十分な認識がない」者も少なくない。一方で、NHS では、様々な知識やトレーニングをするインダクションプログラム（リンクワーカーになるための導入プログラム）を経てリンクワーカーが養成されるため、「社会的処方」への理解が広がり、また一定の評価も受けている。

「社会的処方」は、クライアントに単に薬等を投与するのではなく、自身の選択によって自らウェルビーイングを向上させることである。このため、リンクワーカーは、地域のアセットを見極め、そこにつなげる。したがって、リンクワーカーは、コミュニティグループとも密接な関係を持ち、そしてコミュニティのサービスと協働するような方法も取る。クライ

エントのウェルビーイングを向上させるための一貫した手法はなく様々だ。ただ、リンクワーカーが一人で地域支援・課題解決をすることは困難であるため、常に自治体やコミュニティグループ等と協働したりネットワークを組みながら活動している。

そしてまた、NHS England National Social Prescribing Team シニアリーダーの Michelle Pilling 氏は、リンクワーカーが達成したこととして「コロナ禍に脆弱な人々を助けた」と述べており、燃料価格の高騰やインフレの進行等から生活費の危機とそれによる健康への影響を抱える人々の問題を解決するためにリンクワーカーが活躍してきたようだ。また、軽度の精神疾患や孤立・孤独の問題を抱えている等の人への支援に対しても大きな役割を果たしたともコメントしていた。

コロナ禍前からの緊縮財政、そしてコロナ・パンデミック以降の健康不平等や所得格差等の拡大・悪化が起きてきた中で、リンクワーカーが関わり、大きな役割を果たしてきている。



写真（左）NASPのサイン、

写真（右）Giurca氏によるプレゼンテーション

2) Bromley by Bow Centre

コミュニティセンター「Bromley by Bow Centre」において、地域支援の展開と、社会的処方及びリンクワーカーの地域課題への取り組みの様子をヒアリングした。

Bromley by Bow Centre は 40 周年を迎えるが、この地区の教会に赴任した若い牧師が、地域のニーズや関心事を把握し、コミュニティのために教会を開放したことをきっかけに始まった。そこからさまざまな活動が生まれ、つながり、さらにはコミュニティにソーシャルケアを提供するコミュニティセンターへと発展してきた。そして、ヘルスセンターが併設され、隣接する公園の管理を受託しヘルスケアの拠点として展開するなど、先駆的な取り組みを実施している。

知識と改革部長の Dan Hopewell 氏は「社会的処方」の推進を NHS に働きかけるとともに、リンクワーカーの養成にも携わっている。

Hopewell 氏は、「リンクワーカーは、パーソン・センタード・アプローチ及び社会的処方の理解が必要」として、リンクワーカーに求められるさまざまなスキルを習得するためのトレーニングを実施している。

クライアントの主な相談内容としては、「自殺したい」「ホームレスでお金も住まいも食料

もない」等の困難な事例が多く、ロンドンで実施したリンクワーカー調査でも、特に住宅問題、借金問題を抱えているとの結果が出ている。

こうした課題解決のためのリンクワーカーの役割として、サービスのマッチングがある。Bromley by Bow Centre においても、このセクターで提供しているサービスや他組織等へクライアントをマッチングさせている。そのためには活動団体と良好な関係を構築・維持することが重要と考えられている。

また、社会的処方において、リンクワーカーはまず、クライアントが「何を大切にしているか」を確認する。その際にリンクワーカーの「動機づけ面接手法のスキルアップ」が必須であり、それによって「クライアント自身が、自分で人生を変える自信をつけていく」とのことであった。これはリンクワーカーの重要な関わり方、スタンスであると筆者は認識した。



写真：Bromley by Bow Centre 正面



写真：案内する Dan Hopewell 氏



写真：Bromley by Bow Centre



写真：Bromley by Bow Centre

4. エピソード「イギリス・NHS Mary-Jane Boswell 氏の来日」

ここで調査報告から少し離れ、NHS 所属の Mary-Jane Boswell 氏（理学療法士）の来日について、参考エピソードとして紹介したい。

Boswell 氏は、「欧州及び日本における介護施設に住む高齢者の活動およびウェルビーイング」についての調査研究のため 2024 年 3 月に来日した。滞在期間中の 1 日は筆者が関わる東京・町田市及び近隣の高齢者施設の視察・ヒアリングを行い、筆者が案内、同行した。

いくつか案内した中で、Boswell 氏が最も印象に残った視察先は、川崎市で拠点の中心機

能を果たしている看護小規模多機能型居宅介護「在宅医療・介護 ゆらりん」であった。「ゆらりん」は、在宅医療の機能を持ちつつ「Aging in Place—赤ちゃんからお年寄りまでその人らしく生きていく」という理念で活動を展開し、また地域住民の医療・介護のサポートに留まらず、様々な地域へのアプローチ、関わりを行っている組織である。看護小規模多機能型居宅介護の他に、訪問看護、介護保険のケアマネジャー、ホームヘルパー、そして障がい児・者通所施設等の支援を実施している。さらに、第2層生活支援コーディネーター事業を受託し、より一層の地域展開をしている組織でもある。Boswell氏は「地域に関わる中で地域のニーズを的確に把握し、様々な事業に広がっていった拠点」と「ゆらりん」の活動を評価していた。

さらに、「ゆらりん」は地域の方々とともに、地域の活用されていない一角を整備し「公園」を作っていた。その「公園」は、天気の良い日等は自由に地域住民が利用でき、イベント等を行う際にも活用されている。偶然だがグラスゴーの「Drumchapel Health Centre, Growchapel Community Garden」の活動と類似しており、住民が創り出した花壇には住民・町内会による名前が付けられていた。また、「公園」という点では、ロンドン「Bromley by Bow Centre」も拠点の隣に公園があることが、これも偶然ではあるが共通していた。

「ゆらりん」の場合はGPではなく看護師との連携ではあるが、生活支援コーディネーターと医療がつながっているモデルでもあることを付け加えたい。



写真：Mary-Jane Boswell氏



写真：公園から望む「ゆらりん」



写真：公園内のベンチと花壇のプレート

5. まとめと考察

今回のグラスゴー、ロンドンの調査・インタビューを通じて、リンクワーカーがクライアントに関わり、課題を解決するにあたり、共通した考え方が見受けられた。

まず「社会的処方」については、イメージとして「絵を描く、歌を唄う」「園芸や農業のような作物を育てる」ことを考え、実際にそのようなモデルの視察をしてきた。しかし、「住宅問題」「借金」「物価高騰による格差」等の生活困難者への支援の層が幅広く、そして、それに向けて必要なスキルが求められている印象を受けた。

これらの中で、リンクワーカーは「クライアントが、どのような生活をしたいか」を追求し、それを踏まえクライアント自身が自信を持ち行動変容することを目指して支援を行っている。実際、グラスゴーで約8年ソーシャルワークに関わり、現在はリンクワーカーとして働く方に「リンクワーカーとして、あなたのモチベーションは？」と尋ねると、「クライアントの行動変容である」旨のコメントを得た。

またリンクワーカーは、個々のクライアントによって面接技法やマッピング等、さまざまな手法を駆使しながら、クライアントのウェルビーイングの追求、地域連携・協働を意識し支援していた。地域のアセットを使うことにより、地域での暮らしが続けられるよう課題解決に向けた支援を行っている。そして、当たり前だが、地域の自治体、地域組織等との協働や地域組織等の把握にもついても、リンクワーカーは努力し、エネルギーを注いでいた。

わが国において、地域包括支援センター、そして生活支援コーディネーターが地域との協働を目指して、努力、活躍をしている中、グラスゴー及びロンドンにおけるリンクワーカーの地域課題の解決の実態と見比べると、その方向性は同じであると考えられる。その一方で、イギリスのリンクワーカーが「サービスにつなぐ」というよりは、「地域につなぐ」「地域のネットワークにつなぐ」ように、単なる「困りごとへの支援」ではなく、「クライアントが地域とつながる姿」「クライアントに起こる行動変容」などを目指す、期待している点において、リンクワーカーの深化に「一日の長」があると筆者は感じている。そして、「医師からのクライアント紹介、相談、また医師との連携が行われている」点については、わが国ではケアマネジャー等との連携が進められてきているが、いわゆる中・重度者だけでなく、軽度者や自立度の高い対象者への関わりの中でも、医師とリンクワーカーのパートナーシップをさらに一歩進めることも、イギリスでの調査、ヒアリングを通じて、筆者は改めて意識した。重ねて、わが国とイギリスのリンクワーカー、生活支援コーディネーターは目指す方向やマインドは「同じ」と考えるが、まずわが国はイギリスのリンクワーカーの取り組みを学びつつ、改めてサポートするクライアントが考える「ウェルビーイング」を見つめ直し、クライアントやその地域、そして生活支援コーディネーターも「いきいきする」パートナーシップ、地域づくりなどを筆者も一緒に考えていきたいと思う。

【参考文献】

- 1) 藤原佳典監修 (2021) 「保健医療職のための「まち」の健康づくり入門」
ミネルヴァ書房
- 2) 澤岡詩野 (2020) 「軽度者への社会的処方と地域資源が果たす役割とつなげ方」『軽度者
に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究 報告書』国際長寿セン
ター
- 3) 石坂俊輔 (2020) 「地域連携における社会的処方とまちづくりの視点」『軽度者に向けた
支援についての制度運用に関する国際比較調査研究 報告書』国際長寿センター
- 4) 伊藤 功 (2019) 「地域医療に関する日本への示唆～高齢者に対する医療やリハビリテー
ションの役割」『多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促
すための公的支援に関する国際比較調査研究 報告書』国際長寿センター
- 5) 上野谷加代子、斉藤弥生編著 (2015) 「福祉ガバナンスとソーシャルワークビネット調
査による国際比較」ミネルヴァ書房

第Ⅲ章 オランダ

Ⅲ－１．高齢者への生活支援に関する制度と理念の流れ

日本福祉大学福祉経営学部 准教授

中島 民恵子

１．高齢者への医療福祉に関する制度の変遷

１) 医療・福祉制度の改革の概要

オランダは1968年に介護保険を初めて制度化した国であり、典型的な「福祉国家」として国が大きな役割を果たしてきた。一方で、経済の低迷や高齢化率が高まっていく中、2000年を過ぎる頃に介護保険の利用者は15倍、給付額は20倍にまで膨らみ、国としてこのままでは支えきれない可能性が高い状況となった¹⁾。

これらの状況を受けて、2007年以降に図1のように段階的な医療福祉制度の改革が進められてきた。これまでの国際長寿センターでの調査報告でも述べてきた通り²⁾、主な改革として、2007年に社会支援法（Social Support Act, Wet Maatschappelijke Ondersteuning :Wmo）が施行され、長期療養・介護サービスをカバーしていた特別医療費保険法（The Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten :AWBZ）のうち、家事援助、移送支援、社会的交流などの生活支援が基礎自治体の事業へ移行された。

2015年には新たに長期介護法（The Long-Term Care Act, Wet Langdurige Zorg :Wlz）が施行された。AWBZは施設介護など重度者に対するケアのみを担うWlzに移行し、AWBZで提供されていたサービスのうち、医療と関連が強いサービスや身体介護は医療保険法（Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet :Zvw）へ、デイ・アクティビティ（日本のデイサービスの相当）などもWmoへ移行された。なお、2020年から18歳以上の人がWmoを利用する場合には、自治体に個人負担を支払わなくてはならないこととされた。最大で月額19ユーロであり、自治体によってその額は設定することが可能である³⁾。

このような改革から、家事援助やデイ・アクティビティはWmoの枠組みで自治体により提供されることとなった。しかし、予算事業で上限の制約があるため、ケアサービスが必要な場合には、まず「本人→家族→近隣や地域→ボランティア組織」の状況を検討し、それらが難しい場合に自治体の決定によりサービスが提供される。そのため、自治体が提供もしくは委託する事業のサービスだけではなく、地域のインフォーマルなサービスや多様な支援、あるいはグループで行われている趣味活動なども把握し、コーディネートすることが求められるようになってきた。

また、自治体では地域のさまざまな生活課題を解決することを目的に、2013年頃からソーシャルヴァイクチーム（Socialewijkteams : SWT）が設置され始めた。現在では、ほとんどの自治体で設置されている。SWTは「社会福祉地域チーム」であり、人口約2万人ごとに配置されている。チームにはソーシャルワーカー、地域看護師、精神疾患の専門家など複数の専門職が配置され、それぞれの専門職が連携して多様な生活課題にむけてアプローチが進められている。

今回のインタビューでも、国民の意識の中にも国がどうかしてくれるという意識が高く、オランダは支援の多くを国がカバーする“優等生”的な福祉国家から、「運転席（監督席）を市民に返す」という考え方のもと、実践の取り組み状況が変化してきていることが語られた。

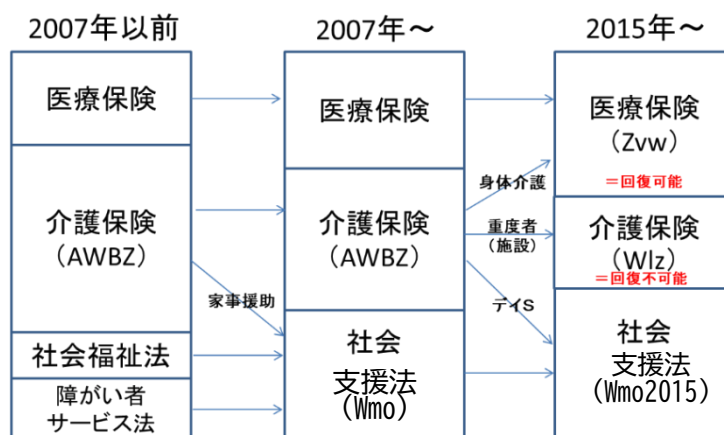


図1 オランダの医療福祉制度の変化の概要

出典：松岡（2016）⁴⁾

2) 予防を重視した取り組み

先ほども述べた通り、国の予算における医療と介護費用が占める割合が高く、予算が十分にとれない状況が生じている。それとともに、医療や介護に従事する労働者の絶対的不足が生じている。そのために予防に力を入れる方向性が示されてきており、近年のオランダにおいて予防は重視される政策課題の1つとして位置づけられている。公衆衛生の分野では、様々な領域の関係者と連合が形成されつつあり、総力を結集して「最前線への」動きをさらに進めている。2023年1月に自治体、保健所（Gemeentelijke Gezondheidsdienst：GGD）、保険会社、保健福祉スポーツ省（Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport）で「健康でアクティブな生活に関する協定（GALA:Gezond en Actief Leven Akkoord）」が取り交わされた⁵⁾。GALAの内容を基盤に、予防に関連する動向を確認していきたい。

GALAは、予防、健康、および社会基盤の分野における地域や地域別のアプローチを推進するための協定である。GALAでは共通目標として、a) 健康格差の是正、b) 健康を促進し、人々が会うことを促す健康な身体的生活環境、c) 社会的基盤の強化とのつながり、d) 健康的な生活様式、e) 精神的回復力と精神的健康の強化、f) 活力ある高齢化、g) 地域の予防の基盤からの領域を超えた取り組みの7つが示されている。具体的な取り組みとしては、健康促進イベントの開催や予防プログラムの提供、地域社会への健康教育の普及などが含まれ、2040年までに健康な世代を育てることを目指し、地域社会全体の健康と福祉を向上させることが目指されている。

GALAの財政的な取り決めは、新しい自治体向けの特設財政支援（Specifieke Uitkering：SPUK）に含まれている。SPUKは、特定のプロジェクトや政策の実施を支援するために、

自治体に対して資金を提供する目的で使用される。自治体はこの支援を受けて、特定の分野でプロジェクトを実行するための予算を確保し、その分野の政策や目標を達成する。

GALA はこれまでにオランダで進められてきた予防等に関連する協定などに関連している。図 2 は GALA に示されている図であり、GALA と関連するオランダの健康や予防に関する主な協定などについて示されている。

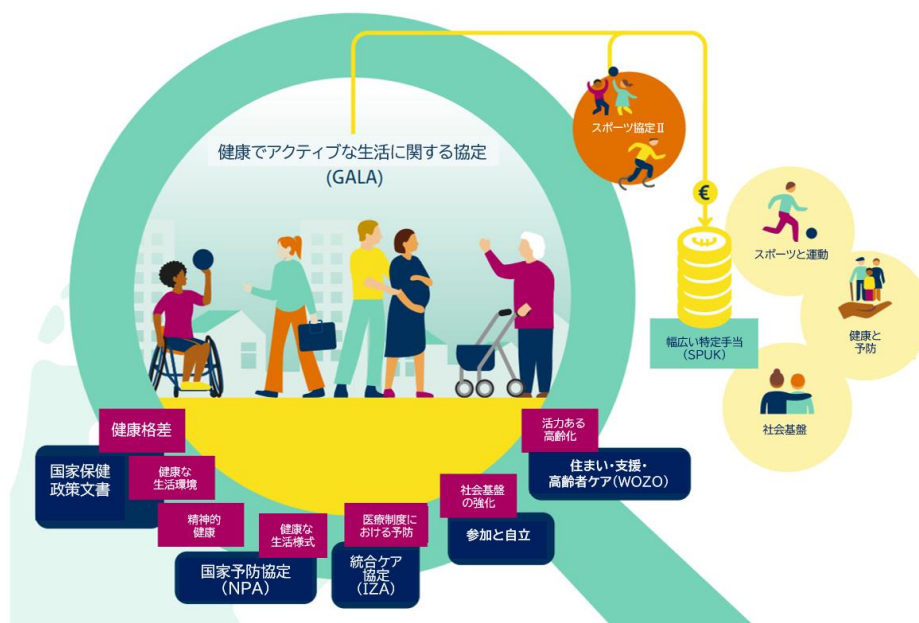


図 2 GALA と他の取り組みとの関係図

出典：Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2023) p11

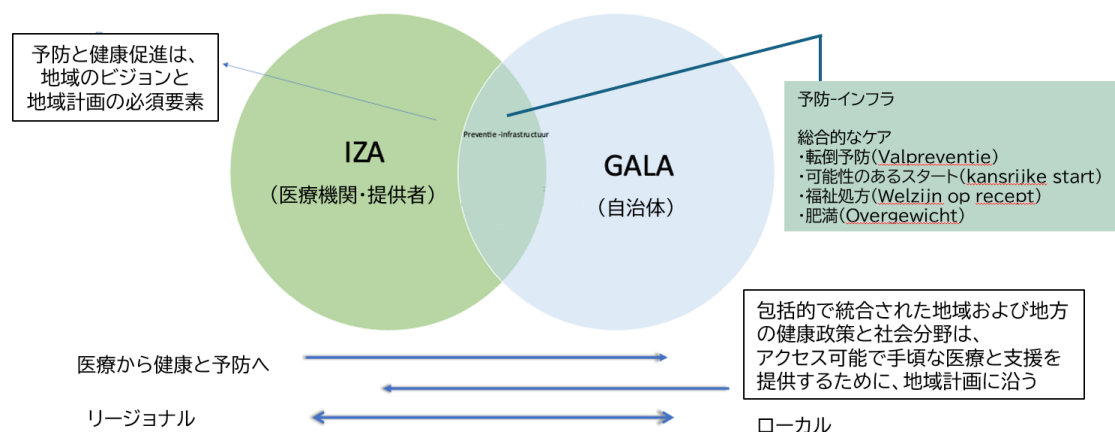
2022年9月に、「統合ケア協定 (Integraal Zorgakkoord : IZA)」が締結され、社会基盤を含む広範な健康と予防への投資に関する合意がなされた⁶⁾。IZAは主に医療保険 (Zvw) の持続可能性に焦点を当てており、オランダにおける健康および医療政策の枠組みと言える。政府、自治体、医療機関、保険会社などの関係者が協力して、健康と医療に関する共通の目標を達成するための取り組みを促進することを目的としている。

2022年4月に、政府は高齢者向け住宅・支援・ケアの統合を模索する「Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) プロジェクト」を発表した。WOZOプロジェクトは、高齢者が安心して生活し、自立した生活を送ることができるようにすることを目的としている。高齢者の生活の質を向上させるための包括的なアプローチを提供することを目指しており、具体的には、高齢者向けの住宅の整備や改善、地域社会での支援体制の強化、高齢者の健康や安全に配慮した取り組みなどである。

2018年11月に中央政府は70の市民社会団体と協力し、「国家予防協定 (Nationaal Preventieakkoord : NPA)」を締結した。この協定は、高齢者に特化したものではないが、2040年までに禁煙、肥満の減少、および過剰なアルコール摂取を含む健康な世代を形成す

ることが目標として掲げられている⁷⁾。これらのテーマは、直接的または間接的に、GALA のさまざまなプログラムに反映され、地域の取り組みに反映されている。

なお、ベルーヴェ地域で行われている地域の健康促進プログラムのウェブサイトでは、GALA と IZA の重なりと協働的な実施について以下の図 3 を示している。



出典 : GezondVeluwe (2023) ⁸⁾

2. 理念の変遷

2013年にオランダ国王は即位後の議会演説で「古典的な戦後型の高福祉国家は終わった」と述べ、国民が自ら努力し、助け合いをする「参加型社会」への転換を呼びかけた⁹⁾。これは財政的な制約により自助努力が促進されている側面がある一方で、「国がなんでもしてくれる」という発想から、国民一人ひとりができることを行い、互いの助け合いやボランティア活動を推進していくという「参加型社会」への変革を目指すものであることが指摘されている¹⁰⁾。

「福祉国家」から「自立・参加型社会」へというパラダイムシフトにおいて、「“できないことをしてあげる”から、“したい・する”を支える」「“サービス提供の原則”から、“Well-beingの原則”」「“制度を中心とした専門職による解決”から、“参加を中心に地域資源を活用したみんなで一緒に解決”¹¹⁾という理念の変換がはかられてきている。

今回のインタビューでは複数の訪問先で「ポジティブヘルス (Positieve Gezondheid)」について示された。「ポジティブヘルス」の理念は、オランダのこれらの変革を支える重要な考え方であるといえる。ポジティブヘルスは次節で詳細を説明する「福祉処方 (Welzijn op Recept)」の基盤となる考えでもある。

「ポジティブヘルス」とはオランダの家庭医であるマフトルド・ヒューバー (Machteld Huber) により提唱された健康についての新しいコンセプトである。ヒューバーは健康を「社会的、身体的、感情的問題に直面したとき適応し、本人主導で管理する能力」と捉えた¹²⁾。2011年の英国医師会学術誌であるBMJにて発表し、その後にポジティブヘルスの適応性の

大規模調査結果が再度 BMJ に発表されることで形作られていった。

ポジティブヘルスは「Bodily Functions (身体の状態)」「Mental Well-being (心の状態)」「Meaningfulness (いきがい)」「Quality of Life (くらしの質)」「Participation (社会とのつながり)」「Daily Function (日常機能)」の6次元で構成されている。それぞれの次元を構成する指標があり、全体で44の指標が示されている。図4はクモの巣 (Spinnenweb) と呼ばれるツールであり、6次元を6つの軸として示し、各軸に0~10のスコアを付ける形式が取られている。このスコアは本人が記入する主観的なスコアである。それぞれの軸の点数の点を全て結ぶとクモの巣のようになり、その内側が健康面積として捉えられており、その面積が大きいほどその人の健康感が高いことを示している。ただし、客観的な指標として扱わないことが強調されている。

本ツールは本人が自分自身の状態を6つの軸で振り返ることが重視されており、この内容をもとに、周りの専門職や関わる人びととの対話が重要となる。本人にとって、何が必要であるのか、本人が求めていることは何かを本人主導のもと、本人と支援者が共に探すことが大切にされている。iPHのウェブサイトでは、クモの巣ツールは大人向け、16~25歳の若者向け、8~16歳の子ども向けと幅広い年代のものが提供されている。さらに、フランス語版、スペイン語版、日本語版など、他言語での提供がされており、世界的にも広がりが見られている。

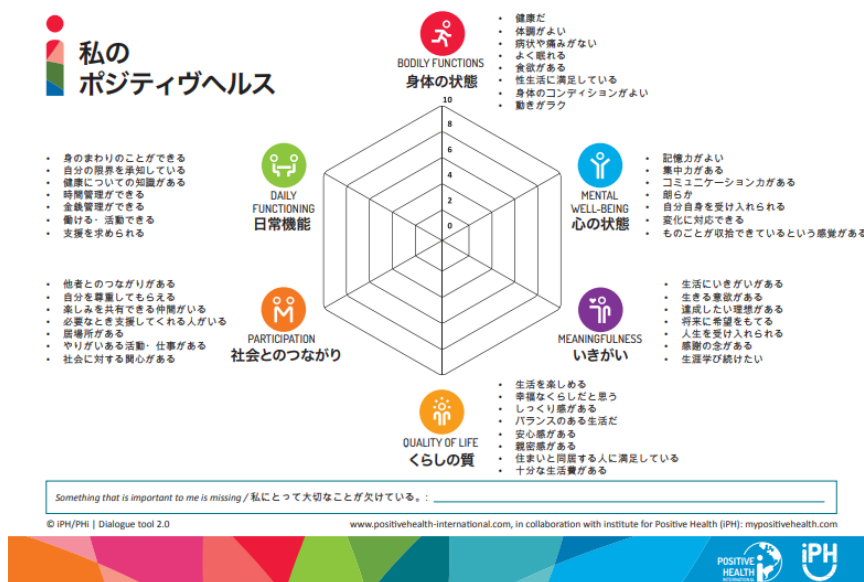


図4 ポジティブヘルスの次元と指標

出典：iPH(Institute for positive health)ウェブサイト¹³⁾

【参考文献】

- 1) 松岡洋子 (2022) 「オランダの高齢や福祉事情①-制度サービスよりも、まずインフォーマル資源から」『月刊福祉』 90 : 90-93
- 2) 中島民恵子 (2018) 「ケアマネジメント関連制度と施策」国際長寿センター「平成 29 年度『先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究 報告書』 69-79
- 3) <https://wlz-overgangsrecht.nl/wmo/> (2024.2.15.最終アクセス)
- 4) 松岡洋子 (2016) 「家事支援・生活支援の多様性：オランダの実践」『エイジング・イン・プレイス』 133: 43-51
- 5) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2023) GALA Gezond en Actief Leven Akkoord, <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-e8e739b2e77bf92b7bfed78d4569ae4ecbce8dac/pdf> (2024.2.15.最終アクセス)
- 6) ActiZ et al (2022) Integraal Zorg Akkoord Samen werken aan gezonde zorg, <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg/integraal-zorg-akkoord.pdf>
- 7) Hanno Pijl (2022) Het Nationaal Preventieakkoord: een doekje voor het bloeden (pont Zorg & social Website) <https://sociaalweb.nl/nieuws/het-nationaal-preventieakkoord-een-doekje-voor-het-bloeden/>
- 8) GezondVeluwe (2023) <https://www.gezondveluwe.nl/2023/02/update-gezondveluwe-en-de-landelijke-akkoorden-2/> (2024.2.15.最終アクセス)
- 9) 小野太一 (2017) 「オランダのまとめ」国際長寿センター『高齢者の自立に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較研究報告書』 117-119
- 10) 松岡洋子 (2021) 『オランダ・ミラクル-人と地域の「力」を信じる高齢者福祉』新評論
- 11) 同掲書：松岡 (2022)
- 12) シャボットあかね (2023) 『暮らしに広がるポジティブヘルス オランダ発・レジリエントな健康のかたち』日本評論社
- 13) iPH (Institute for positive health) ウェブサイト My Positive Health (JAPANESE) - dialogue tool <https://www.iph.nl/nieuws/doorontwikkeling-mijn-positieve-gezondheid/> (2024.2.15.最終アクセス)

Ⅲ－２． ウェルザイン・コーチと地域連携による課題解決の実際

日本福祉大学福祉経営学部 准教授

中島 民恵子

ここでは、訪問調査先であるフリースランド州のフリスケメレン市 (De Fryske Marren) から委託を受けている福祉組織「デ・ケア (Sociaal work de Kear)」のチームと「アムステルダム市 (Amsterdama) の近隣チーム (Buurtteam)」のウェルザイン・コーチ (welzijn coach : WC) の取り組みを中心に示していく。

フリスケメレン市は、オランダの北部に位置し、54 村と 1 市が含まれる大きな面積を有している。ソーシャルヴァイクチームは1つ設置されており、27 名が所属している。「デ・ケア」とは社会福祉事業を行う独立した組織で、市との契約で住民の自立生活を支援するために様々なサービスを提供している。「監督席を市民に返す」という考え方のもと、0 歳から 100 歳までの住民のあらゆるニーズに応えるスタイルがとられている。北エリア (3つの地区を包含) と南エリア (2つの地区を包含) に2つのチーム (5 地区) があり、それぞれのチームにはコミュニティビルダーやコミュニティワーカーが配置され、問題が複雑化してしまう前に予防的に働きかける取り組みが行われている。市役所、住宅公団、GP、スポーツクラブなど様々な組織と連携を図っている。

アムステルダム市は7つの地区に分かれており、地区ごとに「近隣チーム」が設置されている。アムステルダム市の南東地域にある「近隣チーム」は、3つの母体組織から成り立っている (訪問調査では、Bijlmer buurtteam Oost (バイエルマー近隣チーム・イースト) でインタビュー調査を行った)。アムステルダム市と契約を結び活動している。「近隣チーム」とは、ケアと生活支援を中心に作られた組織であり、住民が持っている力を出来る限り引き出し、住民とともにより生きやすい環境作りに取り組んでいる。住民全員が社会参加できることを目指している。

1. Welfare Coach (Welzijnscoach : WC)とは？

オランダの医療制度において家庭医 (General Practitioner : GP) は、中心的な役割を果たしている。GP は一次医療 (プライマリケア) を提供し、病気の診断や治療、紹介を行う。ほとんど全ての国民は近くの GP に登録をしなくてはならず、住民 (患者) は救急医療などを除いて GP の紹介状なしに病院、専門医を受診することはできないゲートキーパー制がとられている。つまり、GP は住民の健康を維持し、必要に応じて専門医などに紹介する役割を果たしている。

一方、GP が抱える課題として、受診する住民数 (患者数) が増加していることがあげられる。オランダ全土の傾向として、受診理由が必ずしも身体的な不調だけでなく、「生きがい」が得られず孤立による心理面からくる慢性的な不調といった、心理的および社会的な問題を抱える人々が増えていることが両地域で語られた。具体的には、不眠、疲労、背中や肩、

首の痛み、頭痛などの症状がある一方で、薬物治療や理学療法士や医師の紹介が必要な場合が少ない状況である。そのため、GPとして薬を処方したり、専門医を紹介するのみでは不十分な状況が生じてきている。それらの代わりに、Welfare Coach (Welzijnscoach : WC) に紹介するための処方を行う取組みが進められている。

オランダでは社会的処方を「福祉処方 (Welzijn op Recept)」と称しており、オランダの自治体のうち、175自治体以上で導入されている¹⁾。なお、「福祉処方」は現時点では制度としてはまだ確立しておらず、IZAにおいて市町村と保険者が2024年1月1日までに導入する必要のある5つの取り組みのうちの1つとして位置付けられている²⁾。

「福祉処方」に関わる専門職としては、先のGPとWCである。WCはクライアント個人の自己管理能力を高めてより健康で充実した生活を送るため、クライアントと協力して、より健康で幸福な生活を送るための具体的な目標を立て、実践するための支援を行う役割を果たしている。

フリスケメレン市では最初は5人のGPが「福祉処方」を活用していたが、1年経過した現在、全ての家庭医が福祉処方を活用している。家庭医には「デ・ケア」からアプローチした場合もあれば、家庭医から問い合わせが入る場合もあり、広がっていった。「福祉処方」では、先に示したポジティブヘルスのクモの巣ツールを用いて、アセスメントを行っていた。

また、フリスケメレン市は5つの地区に分かれており、各地区に1名ずつWCが配置されており、全て「デ・ケア」に所属している。フリスケメレン市では、市の予防的活動の一環として福祉組織の福祉予算の枠組みから「デ・ケア」に支払われており、その一部がWCに充てられている。

アムステルダム市ではすべてのGPが「福祉処方」を導入しているわけではないが、WCがGPのオフィスをまわり、プロモーションを続けている。様々な社会資源の利用が可能であることをGPが知れば知るほど、導入する傾向が見えてきていると語られた。アムステルダムにおいても、7地区すべてにWCが配置されている。

アムステルダム市のWCの給与については、クライアントとの面談、同行、直接的な支援の時間については、市の福祉局から支払われる。これとは別にプロジェクト予算があり、例えばGPのオフィスをまわってプロモーションする仕事は、別のタイトルで申告することが可能である。なお、市が「福祉処方」を実践したい場合に、予算を保健福祉スポーツ省に申請することができ、国としては奨励しているが、それをまだ活用していない市もあるとの話であった。

「デ・ケア」および「近隣チーム」に所属しているWCの全てがソーシャルワーカーの資格を保有していたが、必ずしもソーシャルワーカーの資格が必要とされるわけではない。

「近隣チーム」のインタビューでは人付き合いが上手な人であればWCとしての役割は果たせるが、ソーシャルワークの学士資格を持っている方が、様々なプロジェクトを組織していく上でのメソッドも理解できるだろうと話があった。また、最近ではソーシャルワークの学士資格を有する人の数も限られており、人材不足の状況もあるため、MBO (短大レベル)

のソーシャルワーカーを雇用する場合も増えていることが聞かれた。

2. WCの業務と仕事の流れ

オランダにおいても、WCの仕事は、基本的にGPとの連携からはじまる。フリスケメレン市では、GPから紹介を受ける際に、クライアントのカルテが添付されてくる。WCが内容を確認し、自分たちで受けることができるのかを判断し、他の部門が良い場合にはそちらに紹介する。なお、市のSWTやWMOにつなげた方が良いと判断した場合はGPに戻すが、その割合は10%以下である。

WCが対応している具体的な例として、GPから腰痛で不眠の訴えがある男性の紹介がありWCが受けた際には、60分ほどの面談を行った。男性の真のニーズおよび本人の才能がどこにあるか等を確認したところ、「孤独を感じている、生きている意味がない、人の役に立ちたい、人と出会いたい」という声が聞かれた。そこで、ソーシャルカフェを紹介し、初回はWCも同行して参加した。その場でカフェの運営ボランティアをしたいと話し、それ以来、コーヒーをつぐ役やクリスマス飾り作りに自主的に参加することなどができるようになった。

「デ・ケア」では、ビュートワーカー、コミュニティワーカー、コミュニティビルダーらとWCと一緒に、地区ごとのソーシャルカードを作成している。ソーシャルカードには、サービスやスポーツクラブなどを含んだ施設が地図に掲載されており、クライアントとともにこれらのリストから社会参加できる場所を一緒に探すことができる。

アムテルダム市の「近隣チーム」のWCにおいても、「寂しい、悲しい、誰かを失った、何となく病いだ」という曖昧な症状を訴えるクライアントに対して、GPは薬を処方する代わりにWCにつなげる。WCはクライアントとインテーク面談を行い、その際にはポジティブヘルスのクモの巣ツールを用いている。インテークの時間は特に決まっておらず、必要に応じた面談時間を設けている。また、1回の面談では本人の意向が十分に把握できない場合は、複数回の面談を行うこともある。

これまでの具体的な例として、長年連れ添った配偶者が亡くなり、外出したりクラブに入ったりする気になれないクライアントがおり、しばらく一対一の関わりを持った。次第に心が落ちつき、新しいことをしようという思いに至った。また、新しいところに行くことは「嫌だ」と言うクライアントには、「まず一緒に行ってみてから判断しましょう」と提案することも多い。基本的には、紹介したものを3か月続けてもらい、その後で続けるか他のものを提案するかを考える形をとっている。また、クライアントに紹介した活動場所にフォローアップで訪れるようにしている。加えて、紹介状を書いたGPには必ずその後の経過を報告している。

WCは様々なボランティア活動やプロの介護提供者を知っており、顔見知りの住民も多いため、ネットワークを繋げる役割をしている。基本的にはアウトリーチ的な活動で、オフィスに来た人だけに対応するというスタイルをとっていない。孤独な方や1人では怖くて外

に行くことができないクライアントに出会いの機会をつくれるよう、また、本人が幸せを感じられるように、多くの選択肢を提示しながら本人に合うものをもとに考えている。

3. WC が活躍するための支援体制

全国知識ネットワーク「福祉処方」(Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept) では、「福祉処方」の円滑な導入および WC がより良い実践ができるために、以下の目的を掲げている³⁾。

- － 「福祉処方」に関する知識と経験の交換を促進する
- － 「福祉処方」の研究を促進する
- － オランダのすべての自治体での「福祉処方」の実施に貢献する
- － 「福祉処方」に関する知識と経験を共有するためのプラットフォームになる
- － 「福祉処方」のモデル開発と実施品質のモニタリング
- － 「福祉処方」の重要な要素に関する議題設定

この全国ネットワークでは、職場での学習と地域での学習ネットワークの立ち上げをサポートしている。現時点では、年に1~2回程度の集まりであるが、WCの知識や経験を共有し、何がうまくいき、何がうまくいかないかを考える機会となっている。WCに関するアドバイスや情報を求めて全国ネットワークへ電話があるが、それぞれの地域にはすでにWCの多くの知識や経験が存在することがよくあるため、それぞれの地域で互いに協力し、学び合うことが奨励されている。

地域単位に関しては、訪問先のアムステルダムでは7地区それぞれにWCがおり、全員が集まってお互いに情報交換するなど、学び合う場を持っているということであった。地域ごとにWCの会合があり、コーチが集まりプレゼンテーションなどが行われている。

また、全国ネットワークのウェブサイトでは、2022年から2023年半ばまでの期間で175名を超えるソーシャルワーカーが「福祉処方」に関する基本的なトレーニングを受けたことが報告されている。その内容をもとに、研修内容や振り返りをもとに2023年9月より拡充されたトレーニングが実施されている。トレーニングでは、GPとの連携の仕方、GPからの紹介数を安定的に保つための工夫、「福祉処方」の必要性の伝え方やコミュニケーションスキルなどについて扱われている⁴⁾。その他、家庭医向けの「福祉処方」に関するオンラインコースの提供なども別組織で行われている⁵⁾。

4. WC 調査からみえてきた示唆

今回のインタビューにおいても、従来の福祉国家からの変革の必要性を様々な立場の人たちが語っており、過去の国際長寿センターの調査と同じ傾向がみられた。予算削減の状況下で厳しい面がある中でも、地域の実践現場の人々が限られた予算の中で各自がそれぞれの立場でできること、できないことを整理し、お互いの力を出し合うことで地域の活性化が

図られてきていた。さらに、今後も、市役所や関係者間で立場を超えて一緒に考えていく「会話」や「対話」の必要性が聞かれた。

また、オランダの「福祉処方」では、ポジティブヘルスの6軸を基盤にクライアント本人が何を重視しているかを明らかにしながら、本人自身が不足している部分に気づくことを重視していた。そこでは、WCと本人との「対話」が重視されている。

日本の生活支援コーディネーターは専門職として、いくつもの役割を担い、成果を求められる立場にある印象を受ける。もちろん、求められる役割は多いが、地域を基盤とした実践は、すぐに成果が出すことができるとはいいがたい。今回のオランダの調査では、時間がかかろうとも様々な関係者とクライアントとの丁寧な「対話」を通して、それぞれの人の活動の広がりが見られた。このことは基本的なことではあるが、改めて、生活支援コーディネーターの姿勢として大切であり、生活支援コーディネーターと関わる人びともその重要性を理解することが必要と考える。さらに、上記では紹介しきれなかったが、アムステルダム市のWCから「WCはネットワークワーカーのため、“クライアントのこと”と“地域のこと”の両方をよく知って信頼を得る必要がある。まずは、様々なアクティビティのある場所に赴き、協力を得るために自らを知ってもらうことが第一歩だと思う」という発言が印象的であった。生活支援コーディネーターが地域のネットワークワーカーとして、クライアント、地域の双方との「対話」を通して、一つずつ信頼を得ながら地域の中で役割を果たしていくことが期待される。

【参考文献】

- 1) Welzijn op Recept Landelijk Kennisnetwerk <https://welzijnoprecept.nl/status-in-nederland/> (2024.2.15.最終アクセス)
- 2) GGD West-Brabant Website. Welzijn op Recept <https://www.ggdwb.nl/professional/gemeenten/het-gezond-en-actief-leven-akkoord/sociale-basis/welzijn-op-recept/> (2024.2.15.最終アクセス)
- 3) Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept <https://welzijnoprecept.nl/landelijk-kennisnetwerk-welzijn-op-recept/> (2024.2.15.最終アクセス)
- 4) Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept <https://welzijnoprecept.nl/basistraining-welzijn-op-recept-voor-sociaal-werk/> (2024.2.15.最終アクセス)
- 5) E-INFUSE <https://e-infuse.com/welzijn-op-recept/> (2024.2.15.最終アクセス)

第IV章 海外調査からの示唆

IV-1. 効果的なリンケージ活動を強化する ICT 活用の可能性の検討

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

本節は、リンケージ活動に関する国外 2 カ国 12 例のインタビューを基に構築され、その成果を通じてリンケージ活動に伴う業務上の問題の解決や負担の軽減につながり得る可能性のある ICT の活用方法を探求することを志向する。本分析を通じ、我が国における生活支援コーディネーターの業務に対する効率的かつ効果的な ICT 活用のアプローチの可能性について示唆することを最終的な目的とする。

1. 背景

日本、イングランド、スコットランド、オランダといった国々では、地域社会における人々と地域資源の結びつきを促進するため、積極的なリンケージを促進する政策が展開されている。この背後には複数の要因が影響している。まず、社会的なニーズの増加が挙げられる^{1) -3)}。これらの国々においては、高齢化や孤独といった社会的ニーズが増加傾向にあり、これに対処するために地域と住民をつなぐ存在が不可欠とされ、その活動が拡充されている。次に、地域の住民が長期的かつ健康的な生活を送るためには、定期的なケアやサポートが不可欠である。このため、リンクワーカー等は継続的なケアを提供し、地域資源を適切に活用する役割を果たしている。人々と地域資源を繋ぐ活動が地域社会の統合に寄与している点も重要である。異なる地域資源やサービスを統合し、地域社会全体を一体化させることで、住民の利便性向上や地域全体の連携が促進されている。

2. 問題意識

これらのリンケージ活動は導入されて間もないこともあり標準的な方法は確立されておらず様々な課題が潜在している。特に負担増加や業務の煩雑さが挙げられる。例えば、このリンケージ機能を伴う業務が多岐にわたること、クライアント（孤独を感じる高齢者等）のニーズが複雑化し単一のサービスやサポートに繋ぐだけでは問題解決に至らないことから多様な職種・機関等と連携を調整する手間も原因の一つとされる。さらに、地域資源の適切な把握と活用、さらに情報の共有において、現行の手法では限界が生じている可能性がある。このような課題に対処するためには、ICT（情報通信技術）の適切な導入が期待される。実際、後述するスコットランドの ALISS システム⁴⁾のようにデジタル技術を駆使したシステムが、情報の即時性や効率的な管理に寄与している。しかしながら、これらのテクノロジーの具体的な導入状況やその効果に関する研究や評価は未だ十分でない。医療分野に限らずケアやサポートの分野も人手不足が問題であり効率的にリンケージ活動を展開できる方法論の確立は急務に他ならない。したがって、本研究の問題意識は、リンケージ活動における負担軽減や業務の煩雑さの解消に ICT をどのように導入できるかその可能性を検討し、リ

リンケージ活動における ICT の活用方法を試行的に提示することである。

3. 用語の定義

イングランドやスコットランドにおいては、社会的処方¹の業務に従事し社会資源との繋ぎ役を務める人物をリンクワーカーと呼ぶが、この呼称は日本やオランダでは必ずしも定着しておらず、また、他の職種等がこの機能を担うこともある。そこで、本節では複数の国の活動に渡って論じることから、「リンケージ活動」と表現することとし、その意味は、地域社会における人々と地域資源の結びつきを促す活動全般、と定義する。

4. 分析の枠組みと方法

1) 分析の枠組み

想定する ICT 活用方法の共通点やパターンを発見するため、今回の分析では、テーマ性に着目して分析する。テキストデータからパターンやテーマを抽出し、それに基づいて関連性や重要性を考慮しデータを整理し解釈し、インタビューから得られた情報を体系的にまとめる。

①リンケージ活動にかかる業務負担と煩雑な業務の抽出（国別）

ロンドン（4件）、オランダ（4件）、グラスゴー（4件）それぞれのインタビューから、リンケージ活動に伴う業務負担や業務の煩雑さに関する共通点を抽出する。リンケージ活動は外部環境や文化あるいは制度の影響を受けることから、国別に整理した。

②業務負担や業務の煩雑さのカテゴリー化

抽出された業務負担や煩雑な業務を共通の特徴に基づいてカテゴリー化した。カテゴリー化する際は関連性や重要性を考慮している。

③ICT の活用が想定される要素の抽出

各国の業務負担や煩雑な業務に対して、ICT が有用であると考えられる要素の抽出を行う。国ごとに特徴的な ICT 活用方法や ICT の特性を考慮して要素を整理する。

④共通する ICT 活用のカテゴリーの同定

各国の整理から得られた ICT 活用の要素に基づき、さらに類似する要素を統合しより上位のカテゴリーを同定する。

ヒアリング

各国の共通の課題や解決策に基づいて、研究全体から導き出される最終的な ICT 活用の提案をまとめる。

2) インタビュー

インタビューは半構造化インタビューを採用し、あらかじめインタビュー対象者に質問票を送付した。会場はインタビュー者がストレスなく発話できる環境整備を考慮し先方が指定する場所にて行った。当日はグループインタビュー形式を取った。冒頭に組織概要やリ

ンケージ活動等の説明を受けた後に、質疑応答を通じてインタビューを行った。質問票の手順にこだわることなく、インタビューイが話しやすい展開やトピックを優先し活発が生まれるように配慮した。インタビューアは、日本を含む各国の高齢者ケア政策やリンクケージ活動の実践に精通し、インタビュー経験の豊富なエキスパートが主に担当し、同様に高齢者ケア政策等に精通するサブインタビューアがインタビューを補佐した。通訳は日本を含む各国の高齢者ケア政策に関する通訳経験が豊富な者が担当した。

インタビューイについて、グラスゴーやロンドンのインタビューではリンクワーカーによるリンクケージ活動の従事者や責任者を対象にした。オランダでは地域看護師やソーシャルヴァイクチームがその役目を担うため、地域看護師や地域資源の開発担当者等に話を伺った。インタビューイの属性は別表の通り（表1）。

表1 取材対象（ヒアリング）の属性

地域	インタビュー事例記号	属性	団体名と組織の性格、取材対象の肩書等
グラスゴー	G1	所属と属性	Health and Social Care Alliance Scotland スコットランドに拠点を置く健康と社会福祉の分野非営利組織
		取材対象	コミュニティ・リンクワーカー、プログラムマネジャー
	G2	所属と属性	Health and Social Care Alliance Scotland スコットランドに拠点を置く健康と社会福祉の分野非営利組織
		取材対象	コミュニティ・リンクワーカー、プログラムマネジャー
G3	所属と属性	Drumchapel Health Centre Growchapel Community Garden 地域のコミュニティが参加できる庭園プロジェクト	
	取材対象	シニア・コミュニティ・オフィサー、プロジェクトリーダー	
G4	所属と属性	Ruchazie Pantry 低所得者や支援が必要な地域住民に対して食糧や生活必需品を提供する非営利組織	
	取材対象	プログラムマネジャー	
ロンドン	L1	所属と属性	ナショナル・アカデミー・フォー・ソーシャル・プレスクライビング (NAPS) 社会的処方の普及活動を担う国立の慈善団体
		取材対象	GP、ヘッド・オブ・ヘルスケアインテグレーション等
	L2	所属と属性	London Plus 社会ケアに関連するイギリスの代表的なチャリティのひとつ
		取材対象	社会的処方ネットワークマネジャー
L3	所属と属性	Bromley by Bow 社会ケアに関連するイギリスの代表的なチャリティのひとつ	
	取材対象	イノベーション推進責任者、イノベーション推進員	
L4	所属と属性	Bromley by Bow 社会ケアに関連するイギリスの代表的なチャリティのひとつ	
	取材対象	イノベーション推進責任者、プログラムマネジャー	
フリースラント等（オランダ）	N1	所属と属性	Sociaal Werk de Kear フリスケマレン市 他 社会福祉事業を展開する非営利組織
		取材対象	ディレクター、市職員、コミュニティワーカー、熟練の家庭医
	N2	所属と属性	Hof en Hiem 独立した成人のデイケア施設および高齢者のナーシングホーム
		取材対象	地域看護師
N3	所属と属性	BUURTWIJS 地域開発のためのプラットフォーム	
	取材対象	コミュニティワーカー	
N6	所属と属性	Sociëteit H 非営利団体、ノウハウ開発の組織機関	
	取材対象	シニアアドバイザー	

※G1 と G2、L3 と L4 はインタビュー対象者が同一でなく、また異なる時間のインタビューのためそれぞれ別に扱った。

5. データ

使用するデータは本調査で現地インタビューしたグラスゴー、ロンドン、そしてフリースラント等（オランダ）の音声を録音し、日本語に文字起こしした資料である。また、補足情報としてインタビュー先から提供を受けた資料を適宜用いた。文字起こしは、高齢者ケア政策に精通し同様の文字起こし経験の豊富な、分析担当者とは異なる者が担当した。

6. 結果

1) リンケージ活動に伴う負担や難しさ（地域別）（表2）

表2 リンケージ活動に伴う負担や業務の煩雑さ（地域別）

地域	要素番号	リンケージ活動に伴う負担や業務の煩雑さ	負担や難しさの内容例	インタビュー事例				
				G1	G2	G3	G5	
グラスゴー	1	コミュニケーション調整とスケジューリング負担	リンクワーカーがクライアントとの連絡や面会、専門組織からのサポートを調整する際、スケジューリング上の課題が発生	1	-	-	-	
	2	情報の整合性とアクセスの課題	異なるシステムに情報が分散し異なる情報ソースの整合性確保とアクセスが困難	1	-	-	-	
	3	地域資源のマッピングと設定の負担	地域資源のマッピングが新しい資源の設定につながり、これが煩雑な作業	-	1	-	-	
	4	チームとの埋め込まれた連携の難しさ	リンクワーカーがGPチームの一員として埋め込まれた連携の難しさ	-	1	-	-	
	5	多様な課題に対応する包括的なケアの負担	高齢者の様々な課題に包括的に対処する難しさ	-	-	1	-	
	6	食品の管理と寄付の処理の煩雑さ	食品の分類と寄付の適切な処理に伴うリンクワーカーの負担	-	-	-	1	
ロンドン	7	教育とトレーニングの煩雑な手続き	多岐にわたるオンラインモジュール、安全保障の研修、NASPとの連携など、教育とトレーニングが煩雑	1	-	-	-	
	8	サービスの選定とフォローアップの難しさ	患者の多様なニーズに対応し、適切なサービスを選定し、フォローアップが煩雑	-	1	-	-	
	9	多様な分野での高度なスキルが必要な業務	医学的な問題だけでなく、社会的課題への対応に高度なスキルが求められ、フラストレーションを生む	-	-	1	-	
	10	多様なセクターとの連携の難しさ	医療から福祉まで異なるセクターとの連携が煩雑で、情報共有や調整が難しい	-	-	-	1	
フリースラント等（オランダ）	11	関連する法的基盤の繋がりの複雑さに伴うサービスの関係調整の煩雑さ	WMO、青少年ケア法、WLZなどの法的基盤に基づくサービス提供が複雑であり、市町村との連携が必要	1	-	-	-	
	12	異なる法人間の地域看護師の協力体制構築の難しさ	地域看護師が複数のプロバイダーと協力してサポートを提供するため、連携の難しさがある	-	1	-	-	
	13	地域社会への統合と個別の課題解決	地域社会に高齢者を統合するためには、個別の訪問や、当事者の状況に合わせた課題解決が必要	-	-	1	-	
	14	在法的変革と移行の難しさ	長期介護医療費の高額、法律の変革、施設中心から地域・個人中心への移行に伴い、多くの課題が発生	-	-	-	1	

※インタビュー事例の列について、「1」は負担と共に業務の難しさに特に言及のあったケースを意味する。

リンケージ活動に伴う負担や業務の煩雑さについて、合計で14項目の要素を導いた。グラスゴーでのリンケージ活動に関するインタビューからは6項目があり「コミュニケーション調整とスケジュールリング負担」、「情報の整合性とアクセスの課題」、「地域資源のマッピングと設定の負担」、「チームとの埋め込まれた連携の難しさ」などを同定した。ロンドンのインタビューからは4項目があり、「教育とトレーニングの煩雑な手続き」、「サービスの選定とフォローアップの難しさ」、「多様な分野での高度なスキルが必要な業務」などだった。オランダのインタビューからは4項目あがり、「関連する法的基盤の繋がり複雑さに伴うサービスの関係調整の煩雑さ」、「地域看護師の協力体制の手間」、「異なる法人間の地域看護師の協力体制構築の難しさ」などが抽出された。

2) リンケージ活動に有効と考えられるICTの活用要素（地域別）（表3）

表3 リンケージ活動に有効と考えられるICTの活用要素（地域別）

地域	要素番号	効果が期待されるICT活用の要素名	想定するICT活用の概要	インタビュー事例			
				G1	G2	G3	G5
グラスゴー	1	情報管理システムとデータベース	患者・利用者情報やプログラムの進捗を迅速かつ正確に管理し、共有する仕組み	1	1	-	1
	2	デジタルコミュニケーションツール	電子メール、ビデオ会議などのデジタルツールを使用してリアルタイムなコミュニケーション	1	1	1	-
	3	遠隔医療とテレケア	遠隔地との連携や患者の自宅からのアクセスを容易にするために、テレヘルスやテレケアの活用	-	1	1	-
ロンドン	4	デジタルスキル向上プログラム	オンライン学習とスキル向上。リンクワーカーが新しい介入法やベストプラクティスにアクセスし、柔軟で適切なサービス提供	1	1	-	1
	5	リモートサポート	遠隔地域へのアクセス向上。遠隔地域や交通の不便な地域においても効果的なサービス提供	1	1	1	1
	6	デジタルデータマネジメント	データ入力と情報共有の効率向上。データ入力や情報共有の効率化。スムーズで安全な患者情報管理。他の医療プロフェッショナルとの迅速な情報共有	1	1	-	1
	7	個別ニーズへの柔軟な対応カスタマイズされたICTサポート	個別ニーズへの柔軟な対応。リンクワーカーは患者の個別ニーズに柔軟かつ迅速に対応。患者が自身のデータを入力し、リアルタイムでサポート	1	1	-	1
	8	テレヘルスケア緊急対応	リンクワーカーが緊急時に遠隔でサポートを提供。迅速で適切なアドバイスや指導	1	1	-	1
フリースラント等（オランダ）	9	デジタルケアプラットフォーム	データ分析しICT技術の統合的かつ総合的な活用	1	1	1	-
	10	デジタルコミュニケーションプラットフォーム	ICT技術のコミュニケーションツールとしての活用しコミュニケーションの強化	-	1	1	1
	11	在宅ケア管理システム	ICT技術を用いた情報の効率的な共有	-	1	1	-

※インタビュー事例の列について、「1」はこのカテゴリーの有効活用が期待できることを意味する。「-」はインタビューからは適用を読み取れなかったことを意味する。

リンケージ活動に有効と考えられる ICT の活用要素について、合計で 11 項目の要素を導いた。グラスゴーでのリンケージ活動に関するインタビューからは 3 項目があり「情報管理システムとデータベース」、「デジタルコミュニケーションツール」、「遠隔医療とテレケア」を同定した。ロンドンのインタビューからは 5 項目があり、「デジタルスキル向上プログラム」、「リモートサポート」、「デジタルデータマネジメント」などだった。オランダのインタビューからは 3 項目があり、「デジタルケアプラットフォーム」、「デジタルコミュニケーションプラットフォーム」、「在宅ケア管理システム」が抽出された。

3) リンケージ活動に有効と考えられる ICT の活用カテゴリー (表 4)

表 4 リンケージ活動に有効と考えられる ICT 活用のカテゴリー

カテゴリ番号	期待される ICT 活用のカテゴリー	想定する ICT 活用の概要	地域		
			F1	F2	F3
1	情報管理システムとデータベース	患者情報・クライアント情報や地域資源の情報を迅速かつ正確に管理し、共有する仕組み	1	1	1
2	デジタルコミュニケーションツール	SNS、電子メール、ビデオ会議などのデジタルツールを使用してリアルタイムなコミュニケーション	1	1	1
3	遠隔医療とテレケア	遠隔地との連携や患者の自宅からのアクセスを容易にするために、テレヘルスやテレケアの活用	-	1	1

※地域の F1 はグラスゴー、F2 はロンドン、F3 はオランダでのインタビューを意味する。

11 項目の ICT の活用要素からカテゴリーは最終的に 3 項目に集約した。一つ目は「情報管理システムとデータベース」とラベルし、患者情報・クライアント情報や地域資源の情報を迅速かつ正確に管理し、共有する仕組みを意味する。次は「デジタルコミュニケーションツール」である。SNS、電子メール、ビデオ会議などのデジタルツールを使用してリアルタイムなコミュニケーションを意味する。最後は「遠隔医療とテレケア」を同定した。遠隔地との連携や患者の自宅からのアクセスを容易にするために、テレヘルスやテレケアの活用を意味する。

7. 考察

リンケージ活動に関する国外 2 カ国 12 例のインタビューを基に分析を実施し、その成果を通じてリンケージ活動に伴う業務上の問題の解決や負担の軽減につながり得る可能性のある ICT の活用方法を探求した。

1) リンケージ活動に伴う負担や煩雑な業務の特徴

リンケージ活動に伴う負担や煩雑な業務全般について、少数の課題に集約されると想定

されたが、実際には、14 項目とリンケージ活動に伴う課題が幅広く存在している。「繋ぐ」という本来目的の達成には様々な団体や機関との連携に向けた調整の技能が必要だが「多様な分野での高度なスキル」が必要になるケースも少なくないだろう。典型は医療分野との連携である。G1 事例では「GP やヘルスビジター（保健師）、看護師は、その人（クライアント）とわれわれよりも頻繁に会っているので、毎日 3 時に休憩室でいろいろな話をする」など、クライアントの真のニーズと状態像を正確に把握するため、リンクワーカー等が積極的に情報収集する様子が伺える。その関連からいえば、ある程度の医学的知識を前提としたコミュニケーションが求められるはずである。リンケージ活動に従事する者は非医療者が多いので、コミュニケーションに心理的な負担を感じている可能性も考えておく必要がある。医療専門職とのコミュニケーションの負担を軽減するには医学知識を習得する学習機会やトレーニングが役立つが、今回の別の結果から、教育やトレーニング手続が煩雑という課題の指摘もある。受講手続の負担を減らし受講しやすい学習システムが求められていると推察される。

2) リンケージ活動に有効と考えられる ICT の活用方法

また、リンケージ活動に有効と考えられる ICT の活用要素も 11 項目あり、ICT 活用の余地が広いことも示唆された。なかでも、共通項としてカテゴライズされたデジタル化したケアに関する「プラットフォーム」、デジタル化したコミュニケーションに関する「プラットフォーム」に対する期待は大都市のロンドン、グラスゴーとオランダの地方都市の双方で期待がかかる。地域性というよりも、リンケージ活動の効果には、多様な種類の情報基盤、情報アクセスのしやすさ、そして、高い情報鮮度が大きく影響することを示唆している可能性がある。情報とコミュニケーションのプラットフォームの整備に対する現場の期待は高いと考えられる。3 番目の ICT 活用のカテゴリー「遠隔医療とテレケア」に関して、オランダのインタビューにおいて確認された事柄から推察されるところによれば、地域看護と遠隔地との連携、患者の自宅からのアクセスを容易にするために、テレヘルスやテレケアの需要が高まっていると考えられる。リンケージ活動の方向性は、必ずしも孤独の解消やウェルビーイングの向上だけに留まらず、医療を必要とする地域在住の高齢者のニーズにも適していると思える。イギリスやオランダのように、高齢者の在宅生活を奨励する考えに従えば、身体の状態や具合が変化しやすい高齢者に対して、医療と非医療の両面からの支援を提供する活動が展開されることが期待される。日本ではまだ具現されていないが、イギリスのリンクワーカーは医療資格を持っていなくても、所属する GP の許可があれば患者の電子医療記録にアクセスできる制度が機能している。これに加えて、非医療に関する情報も記録可能であり、GP や看護師はリンクワーカーの活動内容を確認できる体制が整っている。このような新たなアプローチが、今後の ICT 活用において大いに示唆を与えるだろう。

8. 政策提言

本研究は、国外におけるリンケージ活動の実態を基にした精緻な分析を対象としており、その結果は必ずしも我が国の生活支援コーディネーターの業務に直接的に適用可能であるとは言い切れない。また、費用対効果による経済評価分析もないため根拠ある政策提言とは言い難い。しかしながら、イギリスとオランダはリンケージ活動の最先端を行く国々であり、多様な立場や活動経験者から得られた洞察は、わが国の生活支援コーディネーターが活動する環境を整備する上で非常に有益な示唆となりうる。

ICTを活用した情報およびコミュニケーションのプラットフォーム構築は、わが国において検討すべき重要な課題といえる。この視点から、地域住民をエンパワーメントすることで、ICTを介してコーディネート活動の担い手を効果的に拡大しやすくなる。地域資源の情報は通常、個々の個人（あるいは小規模のグループ）が収集および管理している。これらの情報が効果的に共有されるメカニズムが整備されれば、地域資源とのつながりを求める高齢者などに対する提案の可能性が広がる。システムの活用により、地域活動に馴染みのない初心者であっても、容易に提案行為が行えるようになる。参考として、地域資源を集約し誰もがアクセス可能なシステムを実装しているグラスゴーのALISS Systemを紹介する。

■リンクワーカーの提案力をエンパワーするデジタルシステム：ALISS System

わが国における生活支援コーディネーターやイギリスのリンクワーカーが抱える悩みの一つは、個人で把握できる地域資源には限界があるという点である。また、手元に地域活動があったとしても情報が最新である保証はない。その団体がまだ活動しているのかなど、現在の状況がわからないこともある。また、営利企業のサービスや病院・介護施設の情報は簡単にアクセスできる一方、優秀な活動を続けるボランティア組織であっても情報が入手困難なケースも少なくない。スコットランドにはこのような情報の問題を解決してくれる、地域の活動と住民を繋ぐ活動をする人にとって強力なツールがあり、ALISS (A Local Information System for Scotland) という。このシステムは、スコットランドのリンクワーカーを支援するデジタルシステムで、全国的に地域資源や健康情報をデジタル的に共有する無料のインターネットサービスである。このデータベースに地域支援サービスの情報が含まれており、地域の中でつながりを持ちたい人や長期間に渡り様々な症状を抱えている人たちが情報を得たい場合に利用できる。

ALISS システムの開発は、スコットランド政府からの資金提供を受けて始まった。ALISS システムの特徴として、情報が常に更新され情報鮮度が高いことが挙げられる。支援サービスやサポートを提供する団体が随時変更し、既存の情報を編集し、古い情報は削除される。

ALISS システムの別の目的は、情報の重複を避けることであり、同じエリアで活動するリンクワーカーが3~4人いた場合に自分の担当地域やスプレッドシートをそれぞれが所有するのではなく、ALISSの中で情報を共有していくことができる。このよう

に、ALISS システムは地域の情報をデジタル化し共有することで、スコットランドのリンクワーカーが日々抱える情報の限界を打破し、地域資源を効果的かつ効率的に活用する新たな可能性を提供している。

さらに次段階として、熟練したコーディネーターが医療情報などを効果的に活用できる仕組みを整備することで、非医療関連の資格を有する個人や無資格の個人も安心してコーディネーターの担い手を検討してくれるようになるだろう。

9. 制約と今後の課題

本研究の制約について、第一に、今回提示した ICT の活用方法は実際のグッドプラクティスや成功事例に基づくものではない。したがって、今後の課題として、いずれの ICT 活用方法も想定範囲を超えない。実現可能性の観点からさらなる検証作業が必要になる。また、特定の属性に拘束されないような選定が行われていたため、各インタビュー結果はインタビューの立場や価値観によって異なり、直接的な比較分析を通じて結論を導くことができていない。従って、導き出された ICT の活用方法の妥当性は完璧ではないと言える。しかし、効果的なリンケージ活動と ICT の活用に関する研究報告がほとんど見当たらない中、本研究はまだ研究初期の段階にあると言えるだろう。この視点からみれば、多岐にわたる立場からのヒアリングを通じて、広範な課題の洗い出しと ICT の可能性の探求という当初の目的に十分に寄与できたものとする。このような課題や未解決の領域がある中で、今後の研究においては、異なる属性や地域におけるインタビュー対象の拡充、さらなる深化を図りつつ、リンケージ活動と ICT の統合においてより具体的な方針や手法を模索していくことが重要である。

【参考資料】

- 1) Office for National Statistics. Profile of the older population living in England and Wales in 2021 and changes since 2011 - Office for National Statistics (ons.gov.uk), <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/articles/profileoftheolderpopulationlivinginenglandandwalesin2021andchangesince2011/2023-04-03>
- 2) Scotland's Census. Scotland's Census 2022 - Rounded population estimates | Scotland's Census (scotlandscensus.gov.uk), <https://www.scotlandscensus.gov.uk/2022-results/scotland-s-census-2022-rounded-population-estimates/>
- 3) Statistics Netherlands (CBS). Half of Dutch adults will be over 50 in 2019 | CBS, <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2014/38/half-of-dutch-adults-will-be-over-50-in-2019>
- 4) A Local Information System for Scotland. ALISS - A Local Information System for Scotland | ALISS, <https://www.aliss.org/>

IV-2. 海外調査のまとめと日本への示唆

東京家政大学人文学部 教授

松岡 洋子

イギリス・オランダでの LW・WC 調査結果を「価値」「機能」「構造」の側面から、日本への示唆を意識しながら整理する。

1. 価値：確立された理念と価値 「人」と「地域」のヘルスとウェルビーイング

イギリス・オランダの両国において、少子高齢化、医療・介護ニーズの高まり、人材不足を背景に、医療・介護サービスの大胆な改革が推進されてきた^{1) 2) 3)}。社会的処方はその一環であり、イギリスでは NHS 長期計画（2019 年）以降大きく発展し、NHS の下に 2022 年に制度化された。2023-24 年には 90 万人が利用できるように整えるなど、大きく発展する途上にある⁴⁾。オランダでは福祉処方は主として自治体予算で進められ、実施自治体が 42%（175 自治体中 73 自治体）となっている^{5) 6)}。2022 年には、制度化の計画が発表された。

とくに注目すべきは、その背後に明確な理念・価値があり、実践者や関係機関によって比較的よく共有されている点である。しかも、その焦点は「人」と「地域」にあてられており、キーワードは「人と地域のヘルスとウェルビーイング」となっている⁷⁾。

イギリスでは、本人の疾病や出来ないことを制度的サービスで解決するのではなく、本人が「**What's matter to me? (何が大切か?)**」「**ウェルビーイング**」に気づく過程をパーソンセンタードな視点で共有し、人や地域の強みで解決する方向を目指している。この方向は、「人にも地域にも『力』がある」ことを信じ、「自分の健康とウェルビーイングを、自分でコントロールしていきたい」という人々の願いに基づいている。この理念は、NHS が重きをおいている「**パーソナライズドケア (▲注 1)**」の基盤であり、NHS 長期計画（2019 年）で、社会的処方はパーソナライズドケアの重要なプログラムとして位置づけられている⁸⁾。

オランダでは、社会的処方の理論的背景となっているのは「**ポジティブヘルス**」である。この理念もまた、病気やできないことに焦点を当てるのではなく、自分の「力」とバランスをとりながら、「生きがい（ウェルビーイング感覚）を持って暮らす」こと、「（専門職ではなく）自分の人生は自分でコントロールする（＝自分の人生の運転席に座る）」ことを目指している⁹⁾。

これらの変化は、「できないこと」に焦点をあてて「専門職による制度的サービスで解決」する福祉国家的「本人お客さま」のやり方から、「**What's matter to me? (何が大切か?)**」を問い、個人の「**ウェルビーイング**」を本人・地域の力で実現していこうという「本人主役」の参加型社会への転換である。今回の調査では、「自分の健康とウェルビーイングを自分でコントロールしていく」「自分の健康やウェルビーイングを高めるのは薬ではなく、自分自

身である」という意識の深まりを強く認識した。こうしたコペルニクスの転換を、イギリスではパラダイムシフト、オランダでは文化的転換と表現していた。

GP から地域資源につなぐ役割を果たしているのは、イギリスではリンクワーカー（LW と略す）、オランダではウェルフェアコーチ（Welzijn Coach；WC と略す）であるが、どちらもこうした理念に基づく支援を GP や専門職と一緒に、地域の関係機関とネットワークを形成して行う位置付けにある。

（▲注1）パーソナライズドケア(personalised care)とは、人やその力、ニーズにおいて「何が重要か」を問うことに基盤を置くケアである。定型化されたケアではなく、一人ひとり異なる個別のニーズに対応しようとするテイラードケア(tailored care)でもある。

2. 機能：LW・WC として求められる能力と機能（役割）

上記の理念に基づく LW・WC の仕事（機能・役割）の流れと特徴を、調査内容に基づき、NASP が LW と共に作成したコンピタンシー・フレームワーク（2023年2月）（CF と略す）（図1）を踏まえて整理してみる¹⁰。

CF では、LW 実践に必要な能力を4領域に分けて説明している。<>はオランダの WC のタスクを対比させたものである⁵。

CF1:人々と関わり、人々とつながるための能力 <健康に対するより広い視点>

CF2:自分でできるようにサポートする能力 <個別サポート、個人への焦点化>

<クライアントの才能や能力に基づいて、問題ではなくソリューションで考える>

CF3:コミュニティ開発を可能にする能力 <近隣のアクティビティや可能性に関する知識>

CF4:安全で効果的な実践のための能力

図1 コンピタンシー・フレームワーク

（出典：Workforce development framework: social prescribing link worker；18/1/2023, NHS England）

1. 人と関わり、つながるための能力	
(1)質問スタイルの調整	(5)むずかしい会話にも臨む
(2)積極的な傾聴	(6)ニーズに合わせたコミュニケーション
(3)情報の要約、理解の確認	(7)環境意識を示す
(4)共感	(8)様々な相談方法の活用
2. 自分でできるようにサポートする能力（計画の共同作成）	
(1)個別ケア・サポート計画作成	(5)平等・多様性・包括性への理解
(2)個人の活性化レベル評価	(6)支援計画の進捗状況評価（モニタリング）
(3)ヘルスリテラシー評価	
(4)コーチングとモチベーションを高める面接技能（動機付けインタビュー）	
3. コミュニティ開発の能力	
(1)コ・プロダクション（個人や地域をSPに巻き込む）	
(2)地域資源のマッピング＝アセットベースな地域開発（ABCD）	
(3)ABCDと地域レジリエンスへの貢献	(6)地域グループ支援
(4)(5)地域グループへの参加・アクセス支援	(7)個人予算の周知
4. 安全で効果的な実践のための能力	
(1)多職種チームでの独自の貢献	(5)正確な記録の保持義務
(2)法律のトレーニング	(6)健康格差等の決定要因理解
(3)個人を危害から守る義務	(7)SPに関するエビデンス理解
(4)情報ガバナンス原則・プロトコル遵守	(8)アウトカム測定

1) 時間をかけウェルビーイングをアセスメントする「個別支援」

両国において、「医師との会話は10分であるが、LW・WCは**60分かけて対話する**」という点が強調されていた。信頼・傾聴・共感の能力をもってコミュニケーションし(CF1)、その人の**健康とウェルビーイング**(大切にしてきたもの、生きがい)を理解し、あるいは気づいてもらい、広い視点からアセスメントしている点はLW・WC実践の核心である(CF1・2)。英国での問いかけのキーワードは「**What's matter? (何が大切なのか?)**」であり、蘭国では「**あなたを幸せにするのは何?**」であった。これを受けて本人は、「**What's matter to me? (私にとって大切なものは何?)**」と自分に問いかけることになる。よって、時間がかかる。対話を通じて、本人の気づきや「やってみよう」という気持ちを引き出す**動機付けインタビュー**は、LWが身に付ける重要なスキルとなっている(CF2~4)。

その際に求められるのが、**ホリスティックな(全体を見る広い)視点**を持つジェネラリスト要件である。腰痛だ、不眠症だと言ってGPにくる患者の背景には、LW・WCがよく話を聞いてみると、借金問題や孤独、失業問題がある。そのような状況にありながらも、「もっと人に会いたい」、「なにか人の役に立ちたい」という気持ちを持っている。LWは、成育歴や職業歴、性格、家族構成、趣味、楽しみ、つきあい、その人の「力」や「才能」も含めて、人間全体を見る視点(ホリスティックな視点)をもって、GPや本人さえ気づかないニーズを発見する。

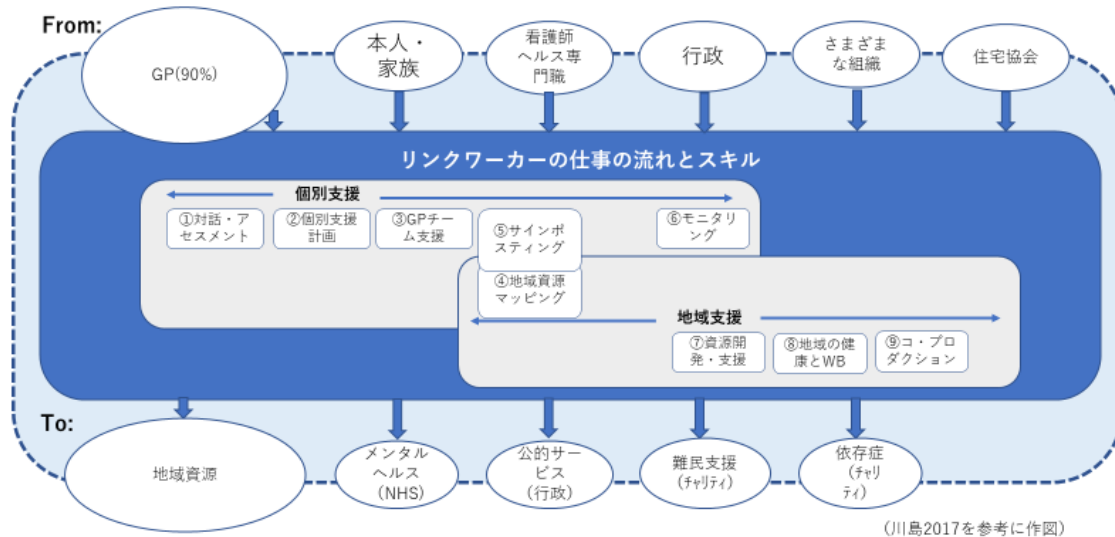
オランダでは、ソーシャルヴァイク・チームの職員は「**T字プロフェッショナル**」であることが求められている。これは、自身の専門性を確立しながらも、人間としての多様な視点でアセスメントし、ミクロ・メゾ・マクロを視野に入れた支援ができるジェネラリストであることの重要性を表現している。

2) 「個別支援(ミクロ)」と「地域支援(メゾ)」への連続性

十分な対話にもとづくアセスメントを経て、真のニーズをつかんだLW・WCは、支援計画を立てて、多くの地域資源から最適なものを見つけ出す。その際に重要なのが、**いかに多くの地域資源や情報を知っているか**、である。そのために、地域資源を地図としてまとめた「**アセットマップ(英)**」、「**社会マップ(蘭)**」を作っており、対話によって本人が決定できるようサインポストイング(道しるべ・道標を示す)していく。アセットマッピングは、LWの重要な技能である(CF3-2)。

地域資源につなぐ際には同行して紹介することもあり、その後のモニタリングも個別のニーズに合わせて行う。資源は見つかったものの、拒否感がある場合には「なぜその活動に参加するのがイヤなのか?」についても掘り下げる。個人に焦点をあてながら、「個人を地域につなぐ」作業をしている。制度内の決められたサービスからの選択ではなく、地域との結節点を作り、信頼関係で維持し、ネットワーク化の必要もある。これはソーシャルワークの中でも、非常に難しい援助技術とされている^{11) 12)}。そして、図2に見られるように、個人支援(ミクロ)と地域支援(メゾ)が重なり合っている。

図2 英国リンクワーカーの仕事と「入口・出口の広域性」



エンディング（終結）についてはプロトコルがあり、それに従っている。2～3 回の面談で終わる人もいれば、終結したと判断しても、また相談に戻ってくる人もいる。その際には、支援を再開する。このように LW は、本人のウェルビーイング実現にむけて、本人の決定をサポートする形で個別支援（マイクロ）の全プロセスを丁寧に行っている。コンピタンシー・フレームワークでは、CF1 と CF2 が個別支援にあたる。

つなぐ際に適切な資源がない場合には、LW が創り出すこともある。地域資源の立ち上げ支援や継続支援も LW の仕事であり、日ごろから訪問するなど、ネットワークづくりにも取り組んでいる。LW が、地域のチャリティ団体などと一緒に散歩クラブの立ち上げ支援をした場合は、地域の全員に働きかけて参加を促し、地域の健康促進をすることもある（CF3）。これは、地域支援（メゾ）と言えるだろう。

しかしながら、地域開発の専門職は別において彼らと協働している。例えば、イギリスでは、AgeUK（高齢者ボランティア団体）などのチャリティ団体に「コミュニティディベロップメント・ワーカー（CDW）」がいて、子どもと高齢者の掃除クラブ、フィッシング教室などの地域資源開発を専ら行っている¹³⁾。オランダでも、「コミュニティワーカー（Buurt Werker：BW と略す）」が、住民の主体的な活動やボランティア活動の支援、絆の強化に専念していた（フリスケメレン市）。これらの人々は地域の資源をよく知っているので、LW・WC は彼らの協力を得ながら個別支援を行い、地域の資源開発や健康促進にも取り組んでいる。個別支援（マイクロ）と地域支援（メゾ）の間を行きつ戻りつしているわけである。

以上の事実より、LW・WC は個別支援のみを行っているのではなく、地域支援のみを

行っているわけでもなく、行きつ戻りつしながら「個別支援の全プロセスを丁寧に行いつつ、連続的に地域支援も行っている」と理解できる。両者は明確に切り分けられるものではなく、「相互乗り入れ型の協働実践」エラー! ブックマークが定義されていません。と言える。

3) コ・プロダクション：人と地域の健康とウェルビーイングのために

「連続的に地域支援も行っている」と表現したが、CF3の「コミュニティ開発の能力」では「LWは、コ・プロダクションの意味と重要性を理解して、医療サービス提供において患者や地域を巻き込むように **NHS 医療者に訴求**していくことが必要」と書かれている。LWは、地域における健康格差や保健サービス提供の格差についても目を向けて、医療関係者に「地域のヘルスとウェルビーイングの主役たる住民を巻き込む」ことの重要性を訴求する仕事も担っているのである。

コ・プロダクションは、ヘルスケア専門職とボランティアなどの地域資源の結合を目指しており、福祉国家における専門職主導のケア提供にイノベーションを唱え、1980年代に生まれたものである (Vaeggemose 2018)¹⁴⁾。一般的に多職種チーム (MDT: Multidisciplinary team) が専門職中心の構成を前提としているのに対して、ボランティアやチャリティ団体などの地域資源もプラットフォームに加えて協働するのがコ・プロダクションである。

調査の中でも、「コ・プロダクションが重要である」ことが NASP 等で強調されていた。Bromley by Bow では、複雑なニーズをもつ人に対して、「LWは**地域資源に強いスペシャリスト**として参加し、地域資源でできることを伝えながら、GPや臨床心理士などの専門職と協働する」と具体的に説明された。同じく Bromley by Bow では、「LWはプライマリーケアの担当地域が業務範囲になるので、患者ではない健康な人への働きかけにも関わる」という話があった。園芸やスポーツなどの地域グループの支援、そこへの住民参加支援だけではなく、そうした地域の資源が「人のヘルスとウェルビーイング」に役立つように医療関係者に訴え、コ・プロダクションを通じて「地域のヘルスとウェルビーイング」を創造していく、というような非常に大きな概念が浮かび上がる。

オランダでは、医療保険 (Zvw)、介護保険 (Wlz)、社会支援法 (Wmo) がタテワリとなっているだけに地域でのネットワークがとくに重要とされており、各地域でその強化に取り組まれている。アムステルダム市では、オランダで広がるソーシャルヴァイク・チーム (SWT) に代わるものとして、自治体・介護組織・福祉組織・ボランティアのネットワーク強化型のビュールト・チーム (Buurt Team) を市内7地区に計50チーム配している。ビュールト・チームの立ち上げにあたっては、介護組織 (ケア) と福祉組織のブレンドを入札要件としたほどである。今回の調査では、その一つを訪問したが、介護組織・福祉組織・住宅協会が一緒になって連携拠点を作り、誰でも立ち寄れるカフェを併設して、福祉処方を受けるWCもその拠点にいた。関係専門職や福祉組織、WCが一拠点に集まることで、コ・プロダクションのよい環境が整っていた。

4) 入口・出口の広域性と LW の固有性 (コア・コンピタンス)

サマリー表 1 のニーズの欄にあるように、LW・WC に寄せられるニーズは非常に幅広い。3 大ニーズは、うつや不安などのメンタルヘルス、住宅関連、貧困問題であるが、その広さは、糖尿病・心臓病のフォローアップから、孤立やホームレス、難民支援などの社会的背景を持つもの、児童期虐待のトラウマを抱えた成年、配偶者を亡くした人、言語の問題を抱える人まで含まれ、複雑なニーズや常に変化するニーズを抱えている相談者が多い。

また、GP からのリファーが 90% を占めるとはいえ、英国では、本人・家族、行政のソーシャルサービス部門のソーシャルワーカー、他組織、住宅協会からの相談も入る。オランダでは、GP (98%)、精神科アシスタント (79%)、理学療法士 (49%) などである。これは、さまざまな生活課題や生きづらさを抱える人に対して、LW は社会的処方理念に基づく対話、アセスメント、支援を普遍的な形で提供していることを示している。これを「入口の広域性」と表現する。

さらに、つなぎ先も、地域資源 (アクティビティ) だけではなく、より専門性の高い NHS のメンタルヘルsteam (NHS プライマリーケアの一つ) やチャリティ団体が提供するメンタルサポートや依存症サポート、社会住宅や福祉手当などの公的サービス (行政) も含め、広い領域から適切なものを探し出す。「人々のヘルスとウェルビーイングを向上させるものは全てが資源」という説明が NASP であった。オランダにおいても、行政の公的サービスや Wmo (社会支援法) 窓口が適切だと判断できるものは約 10% 程度あるとのことであった (これは、GP に戻される)。これを、「出口の広域性」と表現したい。

入口・出口の広域性は重要な点であり、これを実現するためには、卓越した知識・経験に基づく見極めが必要である。また、つなぎ先の連携ということで、領域を超えた協働「コ・プロダクション」も重要となる。

3. 構造：高い専門性をサポートする強固な制度基盤・組織基盤と研修制度

この節では、研修体制、協働・支援・監督体制、財源などの構造面について述べる。

1) 研修制度とキャリアパス

NHS イングランドでは、研修体制もよく整えられている¹⁵⁾。

- ① 導入研修 (12 のオンライン学習モジュール) から上級追加研修までのコース
- ② 知識・スキル向上のための継続的研修 (ゲストの講話、各種研修への参加支援)
- ③ ALISS (スコットランドでの ICT を活用した資源統合システム) などの情報整理

研修については、国が基準を決め、地域ごとの自由裁量が認められている。新領域の仕事であり、新しいスキルを身に付けたり、知見を蓄積していくことは、LW・WC 業務の基盤を強化し、質を向上する上で必須である。

また、キャリアパスについても整えられつつあるとのことであった (NASP)。LW の活動を通して、連携やコ・プロダクションのスキルを身に付けると、作業療法士など NHS の他の臨床的なキャリアパスの入り口となり、データ管理などのスキルは情報産業に関するサ

サービス開発の道へとつながる。さらには、LW を管理育成する能力は、社会的処方に関するサービスにおいて管理職としての道を拓いてくれる。このように、コンピタンスを整理し、研修制度を整えて、現場でマネジャー等によるスーパーバイズがあれば、確実な能力開発によってキャリアパスのステップを進むことが可能となるのである。

2) 組織的な協働・監督・支援体制と組織責任

LW・WC はマイクロからメゾにわたる高度なスキルを身につけて、一人の人に伴走しながら地域でも活動する。また、精神面を含む複雑なニーズをもつ人の支援にもあたるために重い負担やストレスがかかり、疲弊してしまう可能性がある。

そのため、PCN やチャリティ団体などの組織による雇用・研修・支援体制が、よく整備されている。個々の LW が孤立せず仲間とともに話し合いながら、地域単位の会議を通じて情報を共有し、あるいはライン・マネジャー等のスーパーバイジングを受けながら成長していくように、統合的で組織的な体制を整えている。

- ① スーパーバイズ・システム（ライン・マネジャーは 15 人前後の部下を持ち、定期的なミーティングを持つ。LW の目標達成を見て、成長をサポートする）
- ② 複雑なケースへの対処補助
- ③ LW のウェルビーイングやチームのウェルビーイングを重視（ストレス軽減のための職場環境の工夫など）
- ④ 必要に応じてクリニカルスーパーバイザー

加えて、LW を雇用する組織（PCN、チャリティ団体など）には LW 監督責任を課し、そのためにも、雇用主が LW の意義やその役割をよく理解するために CF を作成している。

3) 専門を可能とする財源の確保

イギリス、オランダでは、LW・WC は「LW・WC」として募集し、専門で働いている。数人と話したが、「私は LW・WC の仕事がしたい」という興味と熱意を持って就業していた。

また、これまで記述してきたように LW に求められる資質・技能は高く、その質を維持するために、英国では LW の研修費用・雇用費用は NHS から予算（2 億ポンド）が割り当てられている。チャリティ団体では、先行的な活動についてファンドに応募して、資金を獲得していた。

オランダでは、予防的活動の位置付けで福祉予算（一般会計）が割り当てられ、自治体は申請によって国の補助金を得ることも可能である。しかし、福祉処方を導入している自治体は 42%（73/175）であり、エビデンス不足を理由に予算配分しない自治体もある。

両国ともに、予算は安定的に確保されているとは言い難い状況であったが、専門での雇用が基本であった。

4. 課題

イギリスでの主な課題として、医療側では GP に社会的処方浸透していないこと、精神医療の領域でのオーバースクリプション、エビデンスの不足が挙げられる。LW 側の課題としては、負担の多さ、支援の長期化による依存の助長、不適切なスーパーバイジング、トレーニングの問題、不明確なキャリアパスなどが、アンケート調査から明らかになっていた。

オランダでは、福祉処方は緒に付いたばかりで自治体普及率が 42% である。アムステルダム市では WC が GP に対してプロモーションをかけているところであった。また、エビデンスの不足から、国からの補助金が得られない自治体もあるようである。医療保険からの抛出の可能性を含めて、これからの議論となりそうである。

いずれの国においても、社会的処方・福祉処方および LW・WC は、実践の歴史はあるとはいえ、制度としてスタートして数年であり、NASP の Bogdan 医師からは「社会的処方は発展途上にある。課題を解決しながら、進んでいく」という意欲的な発言が聞かれた。少子高齢化、人材不足を前にして、「人と地域にヘルスとウェルビーイングをもたらす」社会的処方・福祉処方および LW・WC の活動は、医療・福祉に新しい道を拓くものである。課題を解決しながら、パラダイムシフトを着実に進めていく意欲を両国から感じた。

以上、本人を中心としてウェルビーイングに焦点をあてるアセスメント、個別支援と地域支援の連続性、「地域資源に強いスペシャリスト」としての専門職とのコ・プロダクション、入口と出口の広域性など、日本の生活支援コーディネーターの機能（役割）面での基盤強化をはかるうえで具体的なアイデアを与えてくれている。また、現在の兼任から専任への移行とそれを可能とする財政確保、研修制度とスーパービジョン・システムの整備、キャリアパスの構築、安心して働ける環境整備など、より広い視点での構造面においても多くの示唆を得ることができる。具体的には、VII章で記述する。

【参考文献】

- 1) 国際長寿センター (2018) 『令和元年度老人保健健康増進等事業 軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究 報告書』 国際長寿センター
- 2) 国際長寿センター (2018) 『平成 30 年度老人保健健康増進等事業 多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較調査研究』 国際長寿センター
- 3) 国際長寿センター 『平成 29 年度老人保健健康増進等事業 先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究事業』 国際長寿センター
- 4) 社会的処方とは何か? : 王立ファンド What Is Social Prescribing? The King's Fund
https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/social-prescribing?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAlcyuBhBnEiwAOGZ2S0a1CAr36M9NOB9aWi6

nGMISR5vCzabxCQl21fJys7R4odKYHb81ZxoCMiAQAvD_BwE 2024.2.5

- 5) クイックスキャン 2019 Welzijn op Recept Quickscan 2019
https://welzijnoprecept.nl/wp-content/uploads/2020/01/Quickscan_WelzijnopRecept_VWS_FINAL-1.pdf (2019)
- 6) 全国知識ネットワーク：福祉処方 Landelijke kennisnetwerk Welzijn op recept
<https://welzijnoprecept.nl/>
- 7) NHS 長期計画：NHS Long Term Plan Overview and Summary
<https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/overview-and-summary/>. 2024.2.5 (2023)
- 8) 社会的処方: NHS England Social prescribing
<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/> 2023.12.7
- 9) 松岡洋子 (2021) 『オランダ・ミラクル：人と地域の力を信じる高齢者福祉』 新評論
- 10) NHS England 社会的処方リンクワーカー コンピタンス・フレームワーク
<https://www.england.nhs.uk/long-read/workforce-development-framework-social-prescribing-link-workers/#14-annex-a-splw-competency-framework> 2023.12.7 (2023)
- 11) 川島ゆり子・永田祐・榊原美樹・川本健太郎 (2017) 『地域福祉論』、ミネルヴァ書房
- 12) 高木寛之 (2022) 「地域包括ケアシステム構築における個別支援事例と地域づくりの接続に関する考察：個別支援プロセスにおける地域づくりとの接点」『山梨県立大学人間福祉学紀要』 17, 12-23
- 13) 国際長寿センター (2019) 『軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究報告書』 国際長寿センター
- 14) Vaeggemose, U., Ankerson, P.V., Aagaard, J., Burau, V., (2018). Co-production for community mental health services: Organising the interplay between public services and civil society in Denmark, Health and Social Care, 2018-26, 122-130
- 15) 社会的処方導入ガイド：National Academy for Social Prescribing
<https://socialprescribingacademy.org.uk/resources/social-prescribing-link-worker-induction-guide/> 2024.2.10 (2023.9.20)

第V章 日本における生活課題解決のためのSCのマッチング活動事例

V-1. 日本における高齢者への生活課題解決支援の現状と展望

東京都健康長寿医療センター研究所 副所長

藤原 佳典

1. 高齢者の生活課題解決と生活機能

高齢者の生活課題とは、加齢に伴う生活機能の低下による日常生活における不便、不健康、不安といった課題と言える。

ここでいう生活機能は、WHO 国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health :ICF、2001 年) の概念モデルを構成する、心身機能・構造、生活活動、社会参加の 3 つのドメインを含む広義の生活機能 (functioning) と捉える (図 1)。

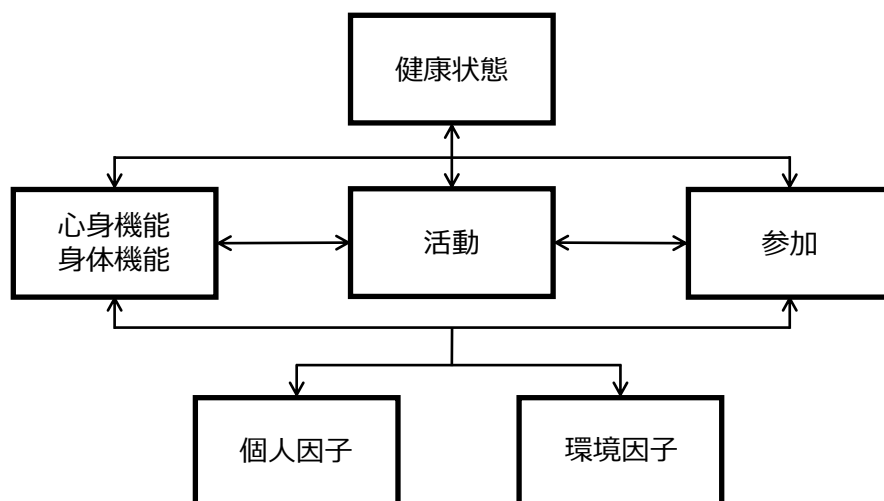
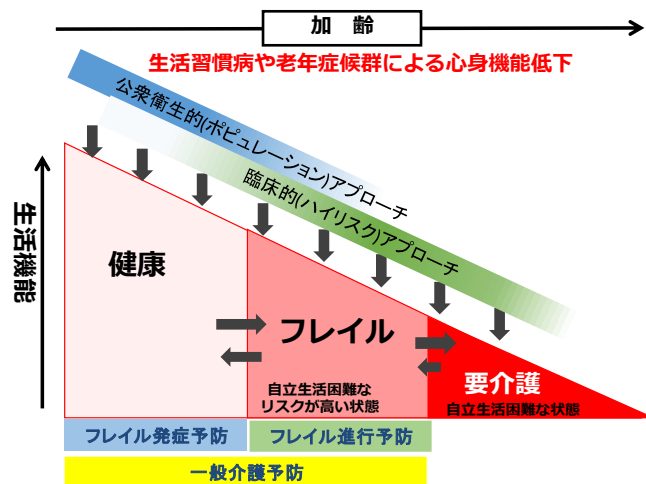


図1. 国際生活機能分類 (ICF) の概念モデル

高齢期の健康課題として近年、注目を浴びるフレイル (Frailty) を生活機能のやや低下した状態と捉えると、フレイルと要介護状態の関係は、図 2 のように整理できる。

生活機能に障害が生じる過程の多くは、生活習慣病 (脳卒中、心疾患、がん、糖尿病など) の重症化と老年症候群 (ロコモティブシンドローム、低栄養、口腔機能低下、認知機能低下、うつ、閉じこもり等) の進行が、様々な心身機能の低下をもたらし、それにより手段的日常動作能力 (IADL) 障害をもつ「要支援状態」に至る。さらに、生活機能が低下すると基本的日常動作能力 (BADL) に障害のある「要介護状態」に陥る。これによると、フレイルは「見た目が弱弱しい、疲れやすい、回復力が弱い、動作が緩慢」といった外観的な症状 (phenotype) のみに捉われるのではなく、BADL の障害を起こしやすい前障害状態 (pre-disability state) と捉えることができる。つまり、介護予防施策との連続性の中で元気な時からのポピュレーションアプローチである、より早期の介護予防 (フレイル発症予防) とハイリスクアプローチ (既にフレイルな人に対する進行予防) に区別すると理解しやすい¹⁾。

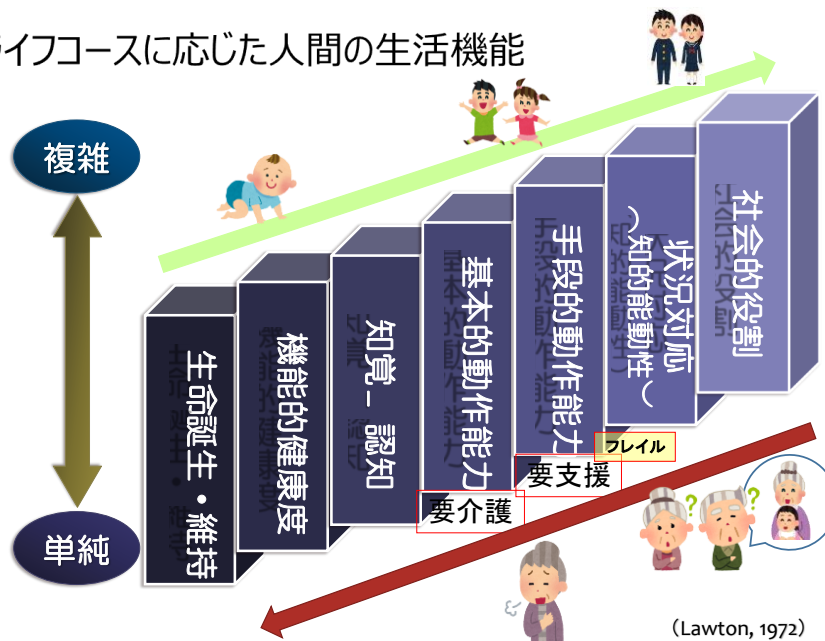


(梶谷：日老医誌（2009）の図をもとに北村、新聞、藤原らが順次、改訂し作図）

図2. フレイルに対するポピュレーションおよびハイリスクアプローチ

Lawton (1972) はライフコースに応じて人間の生活機能を7つの段階に分類した(図3)。そこでは、BADL や IADL の上位に位置する機能として、社会的役割や状況対応(知的能动性)を示した。実際に、筆者らの自立高齢者を対象とした縦断調査においても、こうした生活機能のヒエラルキーが実証された²⁾。

図3. ライフコースに応じた人間の生活機能



それでは、高齢期における社会的役割とは何を意味するのであろうか。一言で表すと社会参加・社会貢献といっても過言ではない。

2. サクセスフル・エイジングと社会参加の支援のあり方

Schrock は、高齢者の健康度を生活機能の側面から見た分布を示した。高齢期における健康度の推移は加齢に伴うライフコースと換言できる³⁾。一方、社会参加についての統一された語義はないが、実践的な活動と置き換えた場合には、「他者との相互関係を伴う活動に参加すること」と定義すると考えやすい⁴⁾。本来、高齢者の社会参加活動とは長い人生の中で徐々に対象や形態を変えながらシームレスに移行し継続されていくべきものである。

そこで、筆者はその分布図をもとに、ライフコースや健康度に応じた社会参加活動の枠組みとその支援者について体系的に示した(図4)⁵⁾。

高齢期の望ましい生き方を「サクセスフル・エイジング」と呼び、その条件を 1) 長寿、2) 高い生活の質、3) 社会貢献 (productivity) としている⁵⁾。本稿では、高齢者の社会参加・社会貢献を productivity⁶⁾ の理論に基づき操作的に(1)就労、(2)ボランティア活動、(3)趣味・稽古・学習・保健活動、(4)友人・近所づきあい等のインフォーマルな交流、(5)要支援・要介護期のデイ(通所)サービス利用の5つのステージと定義する。

高齢者の社会参加のステージは重層的であり複数のステージの活動を掛け持ちしながらも、求められる生活機能により高次から低次へと徐々に活動の主軸を移していく階層構造をなす。

例えば、雇用などの金銭的報酬による責任が伴う就労を第一ステージとすると、フルタイムでの就労に負担を感じるようになった者の主な社会参加のステージは、パートタイム就労や無償の社会貢献である第二ステージのボランティアへ移行する。他者への直接的な貢献に負担を感じるようになると自己完結する第三のステージである趣味・稽古・学習・保健活動へと移行する。第一ステージから第三ステージの活動の多くは、団体・組織活動あるいは、他者との協調・連帯が強く求められる場合が多い。更に生活機能が低下した状態でもこれらの制約に縛られない第四ステージの友人・知人などとの私的な交流や近所づきあいは継続しやすい。更に、要支援・要介護状態に進むと専門職や世話人ボランティア等のスタッフによるサポートを受けながらも利用者やスタッフらと交流ができる第五ステージの通所サービス(デイサービス)や地域のサロン、カフェの利用へと移行する。

なお、このような社会参加活動のレベルは可逆的であり、ステージを上る場合もある。いわゆる、地域デビューでは、友人・知人などとの私的な交流がきっかけで趣味・稽古をはじめ、熟練してくるとボランティア活動へ至る人もいる。

かくも高齢期の社会活動の動態は多種多様であり複雑である。また、このような高齢者の多様なニーズに対応すべく社会参加活動への支援は進んでいる。

例えば、就労したい人には、シルバー人材センターやハローワークが、ボランティアに関

心ある人にはボランティアセンターがあり、趣味・稽古を始めたい人には公民館・生涯学習センターなど、ほとんどの自治体は、それぞれの活動を支援する窓口を設置している。しかしながら、それは、あくまで主体的に本人が窓口に出向いたり、啓発イベントに参加しようとする人に向けたサービスである。

しかしながら、心身機能の衰えに加えて、高齢者は情報弱者になりうるために、現在の社会参加のステージから次のステージへとスムーズに移行することは、必ずしも容易ではない。そして、次なる社会参加のステージへの移行に停滞あるいは失敗すると、社会的孤立・孤独に陥る可能性が高い。このように心身・社会的に消極的になった高齢者に対して、個人のニーズや諸事情に合わせて、多様なプログラムをコーディネートするには、至っていないのが実情である。

もちろん、自立生活の基盤である IADL についての支援は地域包括支援センターやケアマネジャーが介護保険サービスに基づいて対応しているが、社会参加活動への支援について、高齢者の意向やニーズ、価値観に合わせて個別にアプローチできているかどうかは疑問がのこる。そこには、高齢者において、介護予防=ご当地体操、社会参加=茶話会、生活支援=近隣への過剰な期待と失望、といった専門職のステレオタイプがあるのではないだろうか。

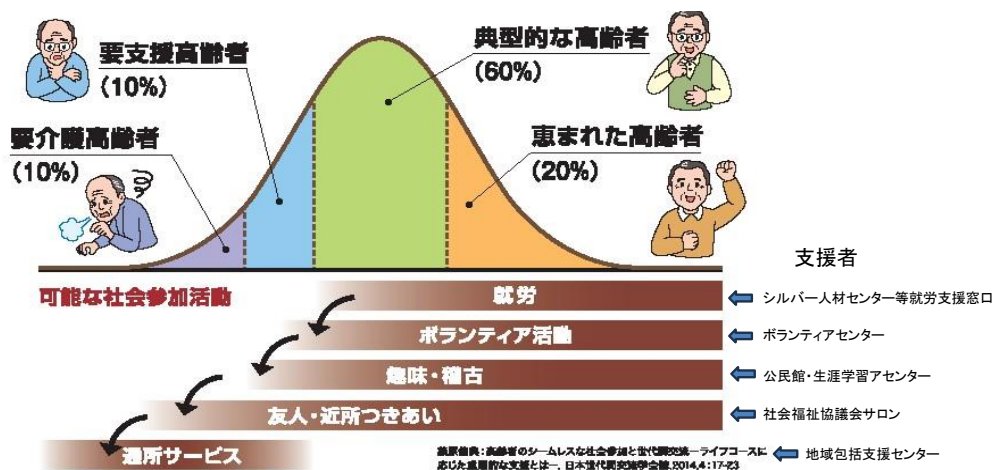
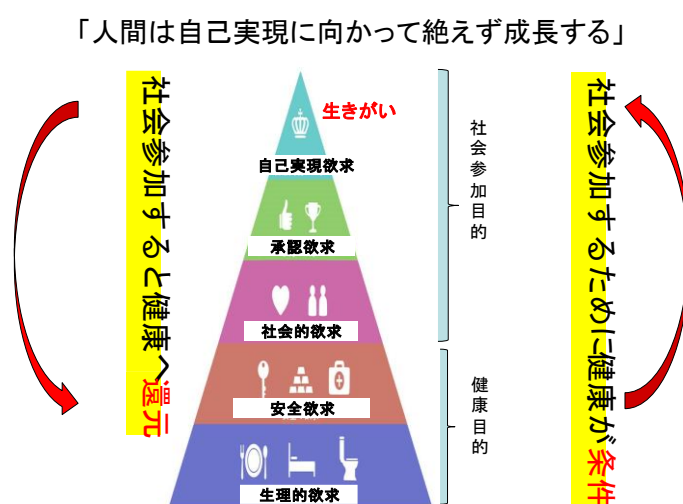


図4. ライフコース・健康度に応じた社会参加活動の枠組み⁵⁾

3. 高齢者の生きがいを応援する生活支援コーディネーター

そもそも、われわれの人生の目的は何なのか、時には問い直す必要があるだろう。人間は意識せずとも、生理的欲求や安全欲求が満たされると、社会的欲求、承認欲求を求め、更には自己実現へ向けて日々暮らしている (図 5)。つまり、介護予防や IADL 支援はあくまで、日常

生活の基盤への支援であり、自己実現のための手段であるが、人生の目的とは言えない。即ち、大半の人の人生の目的は社会参加を介した自己実現である。そして、自己実現を目指し、維持しようとする人はおのずと、自立・自律生活や健康への志向・行動をとろうとするものである。従って、生活支援コーディネーターをはじめ支援者は目先の介護予防と生活支援にとどまることなく、高齢者の自己実現すなわち、生きがいを実感できる生活を支援することが期待される。



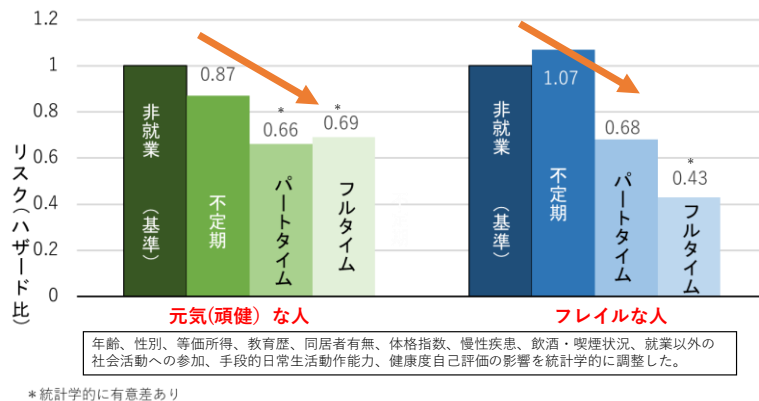
マズロー欲求階層を参考に筆者が作図

図5. 人間の欲求の階層～人生の目的は健康？介護予防は何のため？

4. 多様な社会参加のキーワードはいきがい就労

高齢者が自己実現であり生きがいを体感できる事例に「はたらく」がある。その背景には、社会のニーズに加えて、高齢者の心身ならびに経済的自立が期待される点⁹⁾がある。一方では、元気な高齢者のみが就労でき、その効果も限定され则认为られがちである。

そこで、筆者らは、無作為抽出した東京都内の65-84歳の6386名を対象にアンケート調査を実施した。その結果、フルタイム、パートタイムで就労する人のうちで、フレイルの人はそれぞれ17.5%、15.3%も占めることがわかった。これらの高齢者を3年6か月追跡したところ、もともとフレイルでない元気高齢者群においては、就労していない群と比較して、フルタイム、パートタイムいずれも就労している群は、要介護認定のリスクを約30%抑制することがわかった。一方、もともとフレイルであってもフルタイムで就労する群は要介護認定のリスクを約50%も抑制した¹⁰⁾。就労には、金銭的報酬が伴うが故の責任や規則正しい生活が求められることが自立生活に好影響をもたらしたのかもしれない。



大田区在住65歳以上の要支援・要介護非認定65-84歳の男女15,500名を3年6か月追跡

Fujiwara, et al. *Geriatr Gerontol Int.* 2023

図6. 高齢期の就労状況が要介護認定に及ぼす影響

とはいえ、がむしゃらに働きさえすれば良いのだろうか。図5の人間の欲求階層を就労の目的に当てはめると、貧困の回避という意味で、金銭目的が、生理的欲求(第一段階)に相当し、いきがいのための就労が、自己実現の欲求(第五段階)に相当するものと考えられる。そこで筆者らは、都内の就労中の高齢者を対象に2年後の心身の健康状態を比較した。金銭のみを目的とする人では、生きがいを目的とする人に比べて2年後の主観的健康感の悪化リスクが1.42倍、生活機能の悪化リスクが1.55倍高いことが分かった¹¹⁾。

5. 多様な「はたらく」を支援し、応用するコーディネーターの役割

しかしながら、誰もが現役時代と同様の雇用関係に基づく就労を求めるわけではない。むしろ、謝礼や謝品は伴うものの、いきがいや社会貢献の側面を重視した、いわゆる就労的活動を志向する人も少なくない。

厚生労働省「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」のとりまとめ(2019年12月13日)¹²⁾においては、一般介護予防事業における「通いの場」を普及拡大する上で、従来の体操を中心としたプログラムに加えて、より多様な社会参加の場として就労的活動も推奨されている。例えば、フレイルになっても地元特産物を製造・販売する取り組みがある。民間企業・事業所から「包む、縫う、織る」といった簡単な作業を請け負い、集会場などで仲間とワイワイ共同作業を行うといった新たな通いの場も注目されている。このように産業界や民間企業との連携に向けて、令和2年度以降、就労的活動支援コーディネーターが登場した。一方、就労的活動支援コーディネーターが配置されていない地域においても、生活支援コーディネーターが代替できる業務は少なくない。

多様な通いの場を立ち上げたり、発見するために、生活支援コーディネーターは地域の多様なアセットやステークホルダーを探索している。このような日常業務の中で、民間企業・

事業所に活動場所やプログラムを提供してもらうことがある。また、地域のみまもりやチームオレンジなど認知症施策に賛同する企業・事業所との関わりもあるはずである。最初は別の目的で接点のできた企業・事業所との「縁」を活用できる可能性は大いにある。まずは、当初の目的を達成するために、担当者と人間関係を構築する。その過程で先方のニーズや意向に対して、高齢者サイドが就労的活動を通して参加・貢献できる可能性がある。このような意識をもち、アンテナを立てることは、決して就労紹介の資格やキャリアコンサルタント等の特殊能力を要するものではない。むしろ、生活者としてのセンスが問われる。ひと昔前なら当たり前だった、ステークホルダーをつなぐ「世話焼きの住民」の役割を職務として公明正大に担うことができるのが生活支援コーディネーターである。

第9期介護保険事業計画においては、地域共生社会に向けた社会参加の場づくりが期待される。生活支援コーディネーターには、既存の地縁組織やボランティアのみならず多様なアセットやステークホルダーを発見し、繋ぐことが益々、求められる。その登竜門が企業・事業所との連携と言える。そこには、従業員として、生産者として、顧客として様々な世代や属性の人々がおのずと関与してくる。しかし、これを負担や不安に感じる必要はない。本来生活支援コーディネーターを志した人からすると、未知なる地域資源や人材という「宝」を探索し、それらを発見し、繋いだときの喜び・感動は、ひとしおであろう。もっとも、「宝」探しに際して、孤軍奮闘する必要はない。一度、繋がった「宝」はソーシャルキャピタルとして生活支援コーディネーターの頼りになる味方となる。

今後の生活支援コーディネーターには、このような地域の探検家としての役割を謳歌していただきたい。

【引用文献】

- 1) Fujiwara Y, Kondo K, Koyano W, Murayama H, Shinkai S, Fujita K, Arai H, Horiuchi F. Social frailty as social aspects of frailty: Research, practical activities, and prospects. *Geriatr Gerontol Int.* 2022 Dec;22(12):991-996.
- 2) Fujiwara Y, Shinkai S, Kumagai S, Amano H, Yoshida Y, Yoshida H, Kim H, Suzuki T, Ishizaki T, Haga H, Watanabe S, Shibata H. Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community. *Arch Gerontol Geriatr.* 2003;36:141-153.
- 3) Schrock M. M. *Holistic assessment of the healthy aged*, Wiley, New York, 1980;7-9.
- 4) Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010) "Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities", *Social science & medicine*, 71(12): 2141-2149.
doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.041.

- 5) 藤原佳典 (2014) 高齢者のシームレスな社会参加と世代間交流ーライフコースに応じた重層的な支援とは. 日本世代間交流学会誌,4: 17-23.
- 6) 柴田博 (2002) サクセスフル・エイジングの条件. 日本老年医学会誌,39:152-154.
- 7) Kahn,R.(1983) “Productive behavior: assessment, determinants, and effects” J Am Geriatr Soc, 31, pp.750-757.
- 8) 藤原佳典, 杉原陽子, 新開省二 (2005) ボランティア活動が高齢者の心身の健康に及ぼす影響ー地域保健福祉における高齢者ボランティアの意義ー, 日本公衆衛生雑誌, Vol.52, No.4, pp.293-307.
- 9) 藤原佳典, 小池高史 (2010) ジェロントロジー・ライブラリーII: 高齢期の就業と健康, 定年後も働き続ける秘訣, 社会保険出版社
- 10) Fujiwara Y, Seino S, Nofuji Y, Yokoyama Y, Abe T, Yamashita M, Hata T, Fujita K, Murayama H, Shinkai S, Kitamura A. The relationship between working status in old age and cause-specific disability in Japanese community-dwelling older adults with or without frailty: A 3.6-year prospective study. *Geriatr Gerontol Int*, vol.23, no.11. 855-863.
- 11) Nemoto Y, Takahashi T, Nonaka K, Hasebe M, Koike T, Minami U, Murayama H, Matsunaga H, Kobayashi E, Fujiwara Y. Working for only financial reasons attenuates the health effects of working beyond retirement age: A 2-year longitudinal study. *Geriatr Gerontol Int*. 2020 Aug;20(8):745-751.
- 12) 厚生労働省老健局老人保健課 (2019) 一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ (本文) P6 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08408.html

V-2. 日本のSCのマッチング活動の実践事例

医療経済研究機構政策推進部 副部長

国際長寿センター ディレクター

中村 一朗

1. 地域包括ケアシステム構築における生活支援体制整備事業の位置づけ

高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制である地域包括ケアシステム（図1）を構築する上で、地域包括支援センターの役割は大きい。厚生労働省のホームページでは、地域包括支援センターを「地域包括ケア実現に向けた中核的な機関」としているが、地域包括支援センターの業務が過大になっていることは明らかで、これは地域包括ケア実現に向けた大きな問題である。

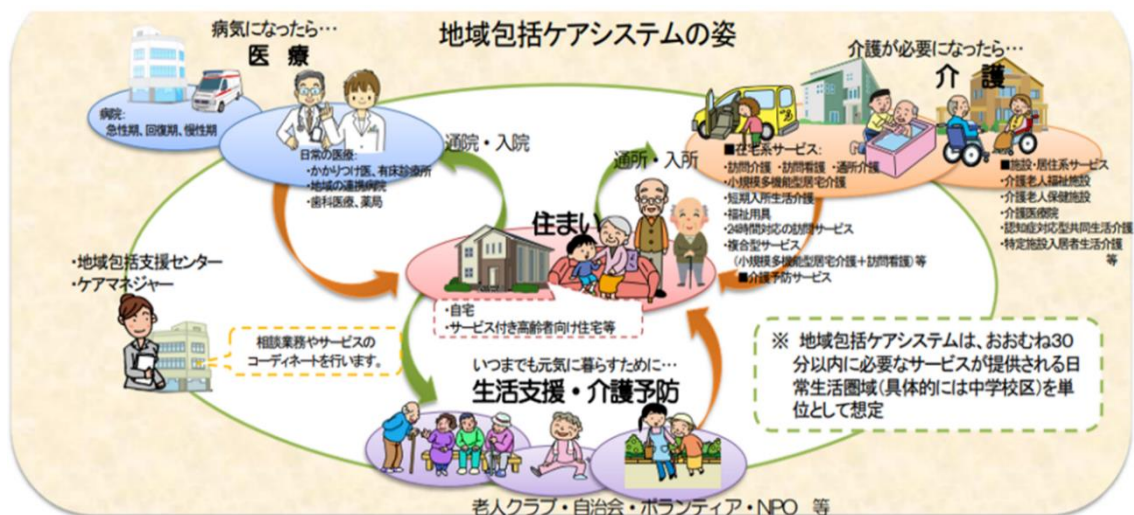


図1 地域包括ケアシステムの姿（出典：厚生労働省）

こうしたなか、厚生労働省の資料「地域包括ケアシステムの構築に向けた取組み」では、地域包括支援センターの機能強化を担う事業として生活支援体制整備事業が挙げられ、その役割を「高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより、多様な主体による生活支援を充実」としている（図2）。これは地域包括支援センターの業務が過大になっている中、支援対象者や介護予防ケアマネジメントにおいて、多様な主体による地域資源を活用する体制が取りにくくなっており、その機能を補完、強化するために生活支援体制整備事業が存在することを意味している。このことから、生活支援体制整備事業は地域包括支援センターとの連携の中で成果をあげていく事業であると言える。



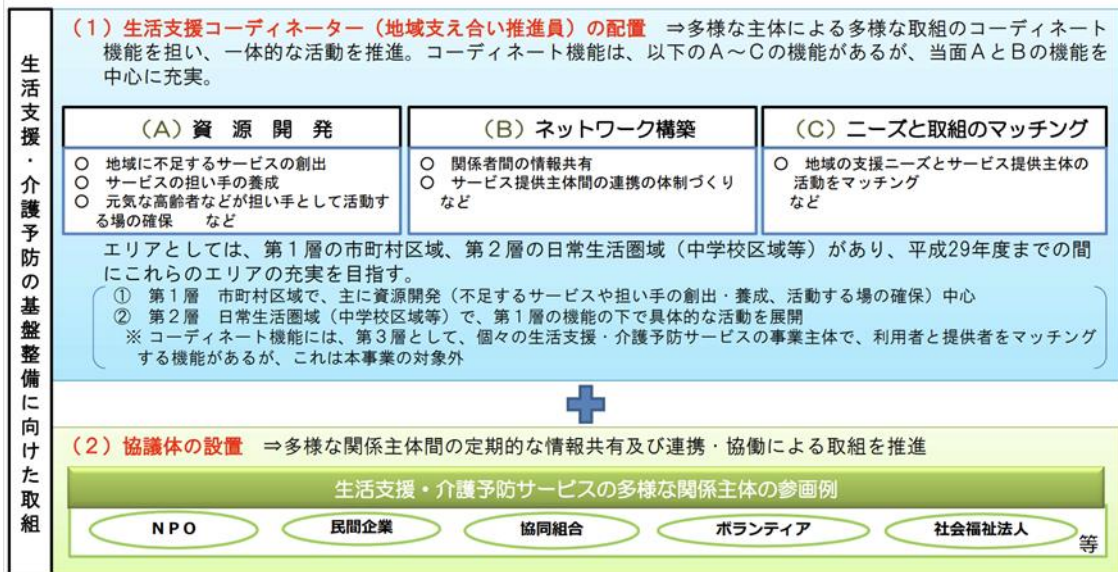
図2 地域包括支援センターの機能強化

（出典：厚生労働省「地域包括ケアシステムの構築に向けた取組み」）

2. 日本のSCのマッチング活動の状況

平成25年度に発出された厚生労働省の資料「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」（図3）では、生活支援コーディネーター（以下、SC）の役割として「(A) 資源開発」「(B) ネットワーク構築」「(C) ニーズと取組のマッチング」の3つが挙げられ、当面AとBの機能を中心に充実させている。このニーズと取組のマッチングという役割は「高齢者の生活に生活支援・介護予防の取組みを提供するという事業の目的」であるものの、資源開発やネットワーク構築という手段を持たない限り、この目的は達成できないことから、制度開始から「当面は資源開発とネットワーク構築を充実させる」としたものである。しかし、資源開発によって通いの場やボランティアを創出し、地域の関係者とネットワークを構築しても、それは事業を行った結果に過ぎず、ニーズとそれらの資源をマッチングさせることで事業の対象者である住民（高齢者）が恩恵を得なければ事業の成果が出たとは言えない。

すべての自治体で生活支援体制整備事業が展開された平成30年から6年経過したが、このニーズと取組のマッチング機能がどの程度実施されているかは、当該事業の実施状況を知らうえで重要である。



※ コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

図3 生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割
(出典：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」)

また、このニーズに関しては、地域包括ケアシステムが「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるための地域の包括的な支援・サービス提供体制」であることから、元気高齢者から要介護認定者まですべての状態像の高齢者のニーズが対象である。図2のとおり、生活支援体制整備事業がマッチングにより多様な主体による生活支援を充実させることで地域包括支援センターの機能を強化する事業であることから、ケアマネジメントとの接続は必須であり、ここでいうニーズの中心であるといえる。

こうしたことから、ケアマネジメントと接続したニーズと多様な主体の取組のマッチングの状況は、事業の進捗状況を示すものであり、英国等の社会的処方におけるリンクワーカーの活動と比較できる活動である。このことから、国内における上記マッチング活動事例について収集し、この活動の状況を調査した。

3. 事例収集の方法と主な事例

国内の事例収集については、本調査研究において実施したSCに対するアンケート調査において事例提供を依頼するとともに、マッチング活動の実施を検討する自治体への調査やWEBによりSCの活動支援を行うSCカフェ (<https://ilc-japan.org/sccafe/>) などを通じて情報提供についての協力を依頼し、80件を超える事例が寄せられた。

1) 事例 1

① 対象者について

75 歳男性（事業対象者）、元タクシードライバーで 1 日おきに 12 時間勤務をしていたが、めまい・ふらつきが出現したことがきっかけで退職。病院受診後に市に相談があり、包括が関わることになった。通院に自信がなく、通院同行のほか、配食、買い物、ごみ出し、掃除、訪問入浴の希望があった。

相談の 1 か月後、めまいがなくなったため、通院同行は中止となり、運転を再開、散歩も始めた。元職の社長より戻ってこないかと声掛けがあったが断る。

体調が良く、めまい・ふらつきはなくなったが、昼寝をしているので夜が眠れない。シルバー人材センターの仕事説明会に参加したが、マッチングには至らなかった。

物静かな人柄で他者との交流は好きだが、通いの場などには行きたくない。独居で何でも 1 人で頑張ってきた。

② 介護専門職から得たニーズ

介護支援専門員：このままの生活を送るのはもったいない。元タクシードライバーだが、ゆくゆくは仕事復帰したいという意思もあるように感じる。復帰するまでの期間で何か支援できることがないだろうか。

③ 対象者の何に着目したか（大切なもの・強み・環境面など）

自信を少しずつつけければ、また仕事に戻れるかもしれないと感じた。スモールステップで本人ができることを探そうと考えた。

④ 行った活動

人との交流を目的に通いの場に行ったが、あまり気乗りがしなかった。役割として車で食品を運ぶ活動と決まった人の送迎を提案したところ、「人を運ぶのはまだ自信がないので食品を運ぶ活動をしてみたい」とのことで、フードバンクの商品を市民活動支援センターに運ぶというボランティアを提案した。

その後、「本当は人を運びたい、自信がいたら切り替える」との発言を得た。

⑤ 活動の結果

3 か月の活動の中で自信を取り戻したことから、タクシードライバーとして職場復帰した。

⑥ うまくいった点

介護支援専門員と SC の連携がうまく取れた。

⑦ うまくいかなかった点

特になし。

⑧ 本事例についての感想

生活をしていくための自信を取り戻す場所は、生活（地域）のなかだと感じる。

2) 事例2

① 対象者について

60代男性、独居、もともと要介護認定者だったが認定切れのまま未申請。左目視力なし。

- ・ 仕事は様々していた。
- ・ 親族はなく、身寄りなし。
- ・ 金銭管理は成年後見支援センターの日常生活自立支援事業を利用。
- ・ ADL 自立。記憶力・活動性の低下が顕著。
- ・ 鉄鋼会社に勤めている時、仕事上の事故で退職。事故により左目の視力なし。右目も見えにくくなっている。
- ・ 不安になると携帯電話（ガラケー）で日常生活自立支援事業の支援員に電話が頻回。
- ・ 人見知りで自分からコミュニケーションをとるタイプではない。
- ・ 今後も今の場所で暮らし続けたいと思っている。

② 介護専門職から得たニーズ

日常生活自立支援事業の支援員：本人から介護保険サービス利用継続の希望がなく、認定切れと同時にサービス（要支援1：訪問介護週1回）が終了。人との交流が支援員のみになり、記憶力、活動性の低下が顕著になった。受診も自己判断で中断しているため体調や病状の把握ができない。

60代の男性でも気軽に参加できる社会との交流の場はないか？

③ 対象者の何に着目したか（大切なもの・強み・環境面など）

- ・ 歩いて長距離の移動ができる。
- ・ こちらから話しかければ、話してくれる。
- ・ 手先が器用できっちりしている性格（いちご農家で育つ。内装の仕事等、職人気質）。
- ・ ベランダにプランターを置いて 100円ショップで買った野菜の苗を育てている（うまく育てない）。
- ・ 困った時には自分から日常生活自立支援事業の支援員へ電話ができる（支援員

には気持ちを伝えることができる)。

④ 行った活動

- ・ 本人へ直接会いに行くのは得策ではないと考え、地域の集いの場に来てもらえるよう日常生活自立支援事業の支援員から促してもらった。
- ・ 集いの場で本人と会い、何に興味があるかを探ったが、本人から具体的に「したいこと」の発言はなく把握できなかった。
- ・ 今までの生活歴から、作業を通じて他者とコミュニケーションがとれると良いと感じ、ベンチ作りに参加してもらった。
- ・ 活動の内容を支援員とも共有し、本人の気持ちを確認していった。
- ・ 地域包括支援センターの支援員につないだ。

⑤ 活動の結果

- ・ 日常生活自立支援事業の支援員の声掛けにより一人で活動に参加するようになった。
- ・ 作業を通じて男性同士でコミュニケーションがとれるようになった。
- ・ ベンチ作りという役割があることで、集いの場に来る目的ができた。
- ・ 集いの場のボランティアがスーパーや街で見かけた時に本人に声をかけてくれるようになった。最近の記憶力の低下で、声を掛けられても誰だか分からないかもしれないが、最近、道に迷うことがあるため、地域の人が本人のことを知っていることが大事だと感じた。
- ・ 体調管理や適切なサービスの利用に向けて、地域包括支援センターの総合相談で関わってもらい、地域の活動と平行して受診勧奨をしている。

⑥ うまくいった点

本人と日常生活自立支援事業の支援員の二者の関わりから、集いの場を拠点に本人と関わる人が増えた。

今後、認知症がすすんだとしても、地域の中で本人へ声をかけてくれる人ができた。

⑦ うまくいかなかった点

一緒に作業している男性が二人とも妻と一緒に来ているので、独居男性がもう一人いると同じ境遇の方がいて良かったかもしれない。

⑧ 本事例についての感想

集いの場にくることで社会参加ができればいいと思っていたが、そこだけに留

まることはなかった。集いの場で本人を知る人が地域に増え、スーパーや街中で会えば声をかけてくれていることを知り、嬉しい気持ちになった。

最近では別の活動にも参加してくれるようになり、花壇や畑等の力仕事を手伝ってくれている。

今までは、本人を知る人がごく限られた支援者のみだったが、地域の中でつながっている人が増えて、地域で暮らしていく人や、関わる人によって様々な可能性があることが分かった。

3) 事例3

① 対象者について

80代男性、要介護等認定なし、独居。

妻とは2年前に死別。妻に先立たれ抑うつ状態。子どもは長女のみで、都内で家庭を持っている。年に数回家族で帰省。本人のことを気に掛けている。

自宅が老朽化し、台風シーズンになると自宅のせいで隣家に迷惑をかけるのではないかと毎日不安を抱えている。自身が元気なうちに自宅を売却し、長女に迷惑をかけないようにしたいと考えている。不動産仲介業者や司法書士への相談を勧めているが相談には至っていない。

毎日近所のスーパーに総菜を買いに行くが飽きた。買い物に行くことは好きで続けたいと考えている。近所の人にもらった野菜で煮物をしようとしたら、野菜を入れる順番がわからずやめた。

妻が生きていた時は、市内を毎日自転車や徒歩で周り健康づくりをしていた。今は散歩に出かけることはない。シルバー人材センターの紹介で週3回、6:00-7:00に駐輪場の整理の仕事をしている。朝が辛くてやめたいが、長女には「何もしないと認知症になりそうだから続けてほしい」と言われている。気の合う仲間が2人いる。時々一緒にお昼ご飯を食べる。

② 介護専門職から得たニーズ

介護支援専門員：担当していた高齢女性の夫が心配。高齢男性が主体的に通える場が欲しい。自宅で閉じこもり、ネガティブなことばかり考えている。通いの場は女性ばかりで誘っても出てこない、参加できたとしても継続しない。今は車を運転してシルバー人材の仕事に行っているが、運転ができなくなったら通う場・役割がなくなってしまう。継続して通い、仲間づくりや他者との交流ができる場が欲しい。

③ 対象者の何に着目したか（大切なもの・強み・環境面など）

穏やかで、他者とのコミュニケーションを嫌がらない。長女に迷惑をかけたくないと考えていて、長女も本人を心配している。レコードが好きで蓄音機を持っている

る。車も運転できて家事も十分ではないが行うことができている。毎日髪の毛を整えている。

④ 行った活動

近所で開催している地域食堂へ誘ってみた。
男性が集まることのできる場を開催したいと提案してみた。

⑤ 活動の結果

- ・ 地域食堂は月 1 回の開催で、初回（10 月）は女性や子どもが多く緊張していたが、現在は楽しみに通っている。「みんなで食べる食事がおいしい、長女に話したら一緒に行きたいと言っていた」と話す。今ではシルバー人材センターの仲間（男性 1 名）と一緒に通っている。
- ・ レコードと蓄音機を貸すこと・当日参加することに同意を得た。「歌も 1 人で聞くよりも誰かと聞いた方が話が弾む」と発言。

⑥ うまくいった点

地域食堂に参加している高齢女性の中で、配偶者を最近亡くした人が来ていた。ピアサポートのようにお互いが励まし合いながら会話を楽しんでいた。
地域食堂のスタッフに地域の課題を知ってもらうことができた。

⑦ うまくいかなかった点

この人をきっかけに、男性が主体的に参加できる場を作っていきたいと思っているが、まだできていない。場のテーマや目的を決めかねている。

⑧ 本事例についての感想

誰かと関わることで、心にエネルギーを溜めてほしいという思いから、地域活動を紹介した。抑うつ状態から少しずつ抜け出し、長女のためにと考えている不動産の処分について動き出せるようになってほしい。

この対象者は、男性の中でも割と上手にコミュニケーションを図ることができている人だった。地域食堂へ継続的に参加することで、何かの役割を担うことにつながってほしいと思った。

4) 事例 4

① 対象者について

60 代男性、要支援 1、独居。
整体師の仕事は腰痛をきっかけに退職。（ヘルパーの資格もあり）

昼夜逆転生活を5年以上（1食/日）。たばこ、アルコールに浸る生活。
調理・買い物・掃除はヘルパーが行う。
退職により社会とのつながりがなくなっている。
日中することがないので、横になることが多い。

② 介護専門職から得たニーズ

介護支援専門員：対象者の昼夜逆転やアルコール依存を改善させるために、うつ病の薬や睡眠薬の調整について何度も主治医と情報交換してきた。

地域の中で、この方が輝ける場所はないだろうか。役割があると活躍しそうだし、生活が変わってくると思う。

③ 対象者の何に着目したか（大切なもの・強み・環境面など）

- ・ 以前、剣友会で指導していた。
- ・ 子どもが好き。
- ・ マッサージの資格やヘルパーの資格を取得。
- ・ おしゃべり上手。
- ・ 帽子が好き（何種類も飾る）。

④ 行った活動

本人とどのような生活を送りたいのかを話し、本人の強みが活かせる場を探したりした。

- ・ マッサージが出来る所を探す→デイサービス事業所へ。
- ・ 剣道部の見学や役割収集（地域や学校）。
- ・ 見守り隊や小学校関連でのボランティア探し。
- ・ 放課後子ども教室。
- ・ 元スナックママの喫茶店。
- ・ 近くの体操教室に来るパンの移動販売紹介準備。
- ・ セニアカーを借りる。
- ・ パン移動販売や小学校ボランティアへ誘う。

⑤ 活動の結果

デイサービス事業所でマッサージをする役割を得たことから生活が改善した。

- ・ 日中起きられるようになった。
- ・ スーパーマーケットで買い物をするようになった。
- ・ アルコールの量が減った。
- ・ 服薬がうまくいくようになった。

- ・ ヘルパーさんから楽しそうに生活しているという報告があった。
- ・ 放課後子ども教室に意欲的に参加している。
- ・ 杖なしで歩くようになった。

⑥ うまくいった点

(本人の感想)

「ケアマネさんのおかげで少しずつ元気になった。これからも楽しい事をやってみ
たい。人生に悲観していたが、生きる・元気になる希望をもらった。色々ありがと
う。」

(デイサービス担当者の感想)

「他者との関わりを持つことがとても楽しい様子で、ご自身の話や家族の話も嫌がら
ずに話して下さいます。自由に時間を過ごせることが、ご本人のペースに合ってい
るようです。食事も完食され、昼食をベースに夕食をどうしようかと考えられてい
る様子が見受けられます。」

(介護支援専門員の感想)

「他者との関りの中で、何もなかった日常に楽しみを見つけている様子です。人を
気遣う言葉や感謝の言葉が増えてきており、精神面でも良い方向に変化している
と感じています。あきらめないで良かったです！」

⑦ 本事例についての感想

こうした取り組みから地域の介護専門職や医療関係者に成果が伝わっていった
ことが良かったと思う。

5) その他の事例

状態像	ニーズ	活動成果
90代男性 (要介護1) 介護付有料老人ホーム入居	地域との関わりを深めたい、入所者の人たちに良い刺激の機会を作りたい。(入所施設)	町内の高齢者を中心としたサークル立ち上げニーズと介護施設をマッチング。新たな通いの場が創出できた。
70代男性 (要支援2) 独居	介護支援専門員より：日中は、テレビを見て過ごしているが、社会的で気さくに他者と関わりを持てるので、地域の中で役割があれば生き甲斐につながる。	福祉施設等でのレクリエーション活動において指導的役割を担ってもらった。
80代女性 (要支援2) 家族と同居	週2回のデイサービスと月1回の地域の通いの場(送迎あり)に行っているが、それ以外には外出をしない。自宅で取り組める活動はないか。	「新聞紙のエコバッグ作成」(調剤薬局の処方薬を入れる有料のレジ袋の代わりに使用してもらおう取り組み)や放課後子ども教室への参加など、活動が広がった。
70代女性 独居 パーキンソン病、リウマチにより両手のこわばりやふらつきの症状。	介護支援専門員より：デイサービスに行くより、自分の好きなことを活かして生活したほうが良いのではないか。	今できること、誰かと話したいという気持ちを、外出するきっかけにしたい。 図書ボランティアの役割を担ってもらうことになった。
80代女性 (要支援2) 独居	介護支援専門員より：別居の娘から、日常生活が活動的になるようにデイサービスを勧めて欲しいと言われているが、本人は気乗りしない。参加できる場はないか。	地域講座や折り紙クラブ、手しごとボランティアの会を紹介した。
80代男性 (事業対象者) 妻と同居	包括介護支援専門員：積極的な社会参加により活動量が増えれば、いきいきと過ごせるのではないだろうか。	将棋好きとのことでクラブを探したが活動休止中。別の活動の中に将棋クラブ在籍者がいたため、対象者と引き合わせた結果、将棋仲間となって自宅間交流が活発になった。

第VI章 SCの活動基盤強化に向けた
全国アンケート調査結果

VI-1. 生活支援コーディネーターの活動基盤の強化に向けた 全国アンケート調査の概要と基礎分析

成蹊大学文学部 教授
渡邊 大輔

1. 調査の概要と目的

1) 調査の目的

本調査は、全国の生活支援コーディネーター（以下、SC）の活動状況や活動に関する意識について調査し、SCの活動基盤の強化について検討することを目的とする。SCは、「高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者」（厚生労働省 2016: 7）と位置付けられており、総合事業として提供されるサービスだけでなく、住民主体の地域の助け合いや民間企業による市場のサービスなど幅広い実践を対象とするものである。このSCの活動状況や活動に関する意識等については、基礎的な統計（厚生労働省 2023）や質的調査（隅河内 2018）、コロナ禍での活動実践（杉浦ほか 2022）、SCの実践活動の記録に関する分析（山崎 2021）等は報告されているものの、SC個人の活動や意識を総合的に把握した調査は行われていない。そこで、全国の現役のSCに対して、「2023年生活支援コーディネーターの活動基盤の強化に向けた全国アンケート調査」（以下、SC全国調査 2023）を実施した。

2) 調査手法および調査対象、調査日、倫理的配慮

調査は、Google Form をもちいてのオンライン質問紙調査法によって実施した。調査対象（計画標本）は、全国の現役の生活支援コーディネーター（第1層または第2層）とした。SC個人が調査対象となるため、同一法人や事業所に所属する場合でもそのすべてのSCが調査対象となった。調査対象となるSCは全国で8,893人であり、計画標本となる（厚生労働省 2023）。なお、この計画標本の数値は2023年4月時点で都道府県別に集計された数値をもとにしており、本調査の実施時期とはずれがあるが、この数値が2024年1月現在で最新の公表値であるためこの人数を計画標本とし、回収率、有効回収率を計算している。

調査は、医療経済研究機構国際長寿センターから厚生労働省に依頼し、都道府県を通して全国の市区町村に依頼を行い実施した。回答は匿名とし、地域情報を収集するために所在地の郵便番号の冒頭3桁のみを求めた。

調査期間は2023年12月6日（水）から2024年1月12日（金）とした。調査依頼は依頼文（付録1）を送付する形で実施し、URLやQRコードで回答画面（付録2）に誘導して実査を行った。回答期限までの調査期間に年末年始を含むことから12月28日に都道府県に対して督促メールを送信した。またSCが参加する研修等で回答への呼びかけを随時行った。また、回収中に都道府県別の回収状況を本事業の事務局と随時共有し、回収の働きかけ

を行った。

調査は一般財団法人長寿社会開発センター国際長寿センター研究倫理審査委員会における審査、承認をうけて実施した（2019001）。SC 個人や所属組織を特定する分析は行っていない。

2. 調査項目

調査項目は、SC の活動状況および活動に関する意識項目、および、SC の基本情報について調査した。調査項目は表 1 にまとめた。調査項目は 28 項目を設定した。まずスクリーニング質問として問 1 を設定し、現在 SC として活動していないものは自動的に調査が終了するように設定した。問 2 以降は現在 SC のみが回答した。

調査票にもちいた質問文と選択肢は付録 3 に掲載した。

表 1 SC 全国調査 2023 の調査項目

	内容	設問	備考
事前確認	現在、SC か	問 1	現在 SC でない人は以降の回答なし
基本情報	SC の地位（第 1 層か第 2 層か）	問 2	
	これまでの地位別 SC 経験（第 1 層か第 2 層か）	問 3	
	他の業務の兼務状況	問 4	
	医療・介護・福祉等に関する保有資格の有無（9 資格）	問 5	
	過去の勤務や業務経験（11 の仕事、活動）	問 6	
	所属法人の種類	問 7	
	所属法人の地域包括支援センターの運営の有無	問 8	
	SC、高齢者福祉分野全般の経験年数	問 9	
	SC としての業務	SC の業務としての重点項目（最大 3 項目）	問 10
遂行状況		問 11	
遂行状況	地域の社会資源マップの作成意図、作成状況や経験	問 12	
	要介護認定のある高齢者のニーズへのマッチングについての、取り組み経験	問 13	
	要介護認定がない高齢者のニーズへのマッチングについての、取り組み経験	問 14	
	特定の高齢者の生活課題相談への年間対応経験数	問 15	

	地域包括支援センター、ケアマネジャーとの連携頻度	問	
		16	
SC につ いての意 識	SC の働き方意識	問	福祉施設での働き方 ウェルビーイングの 測定を改変
		17	
	SC 勤務における意識	問	
		18	
	SC の継続のための重点項目	問	
		19	
	SC としての仕事満足度	問	
		20	
	就労継続意向	問	
		21	
研 修 経 験、SC へ の支援体 制	研修経験	問	
		22	
	SC 同士の連絡会等への参加経験	問	
		23	
	研修以外の SC を支援する仕組み、体制	問	
		24	
	<u>SC に必要、ないし、希望する支援体制</u>	<u>問</u>	
		<u>25</u>	
基本属性	性別	問	
		26	
	年代	問	
		27	
	勤務先の郵便番号（前半 3 桁）	問	
		28	

*下線は自由回答。自由回答項目以外はいずれも回答必須

3. 回答数、有効回答数、回収率

1) 回答数、有効回答数

SC 全国調査 2023 の回答数と有効回答数を表 2 にまとめた。総回答数は 3,051 人、このうち現在、SC であったものとなる有効回答数は 2,946 人、総回答数に占める有効回答数の比率は 96.6%であった。有効でなかった回答のうち、「現在は、生活支援コーディネーターではないが、過去は生活支援コーディネーターだった」ものが 17 人 (0.6%)、「これまで生活支援コーディネーターの経験がない」ものが 88 人 (2.9%) であった。

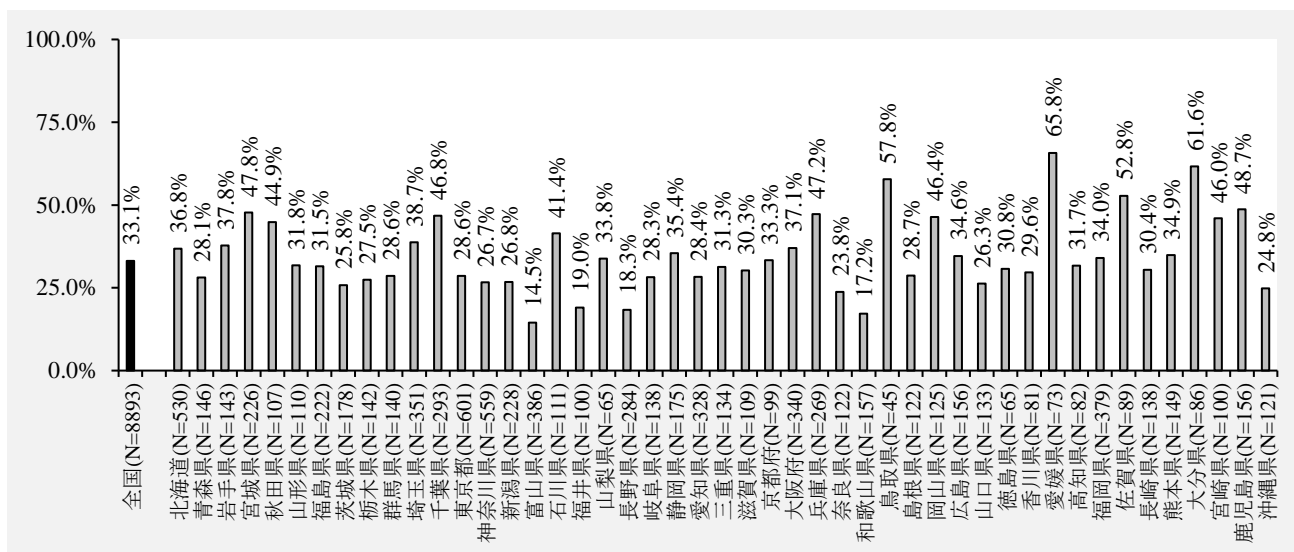
明らかな手抜き回答、オンライン調査であることを考慮し回答内容がほぼ一致した回答についてはいずれも個票を確認したが、存在しなかった。無効票は分析からは除外し、以降の分析は特段の断りがない限りすべて有効回答 2,946 人を母数とする。

表 2 SC 調査の回答数、および、回答数に占める比率

	回収した 数	総回答数 に対する 比率
総回答数	3,051	100.0%
<無効票> 「現在は、生活支援コーディネーターではないが、過去は生活支援コーディネーターだった」に該当	17	0.6%
<無効票> 「これまで生活支援コーディネーターの経験はない」に該当	88	2.9%
有効回答数	2,946	96.6%

2) 有効回答率、都道府県別有効回答率

SC 全国調査 2023 は全国の SC を対象としており計画標本は 8,893 人である。有効回答は 2,946 人であることから、計画標本に対する有効回答率は 33.1%であった。次に都道府県別に見た有効回答率を図 1 に示した。有効回答率が最大であったのは愛媛県であり 65.8%、つづいて大分県 (61.6%)、鳥取県 (57.8%)、佐賀県 (52.8%) であった。この 4 県が半数を超える有効回答率であった。これに対して回収が低い県は富山県 (14.5%)、和歌山県 (17.2%)、長野県 (18.3%)、福井県 (19.0%) であり、この 4 県は 2 割を下回っていた。全体として都道府県別の回収率はかなり分散しており、やや西日本の回答が多かった。



*) N は各都道府県の SC 配置数（厚生労働省 2023）

**) 全国の有効回答率には都道府県不明の 8 票を含む

図 1 都道府県別の有効回答率

本調査は全国を対象としているため、回答者が活動する地域状況は大きく異なる。そこで、本調査では回答者のプライバシーを保護する観点から個人の特定は行っておらず、郵便番号の上位 3 桁のみから都市度を構築することは難しいが、代理指標として政令市・特別区かそれ以外の自治体かという指標を作成し、有効回答に占める比率を図 2 に示した。特別区・政令市が 19.1%、それ以外の自治体が 80.6%、不明が 0.3%であった。代理指標であるが、都市度の違いによる効果を検証する際に活用できる変数となる。また、特別区・政令市は日本の総人口のおよそ 2 割強である。SC の配置数と人口比が必ずしも一致するわけではないが、おおむね日本全体の状況を示しているといえる。

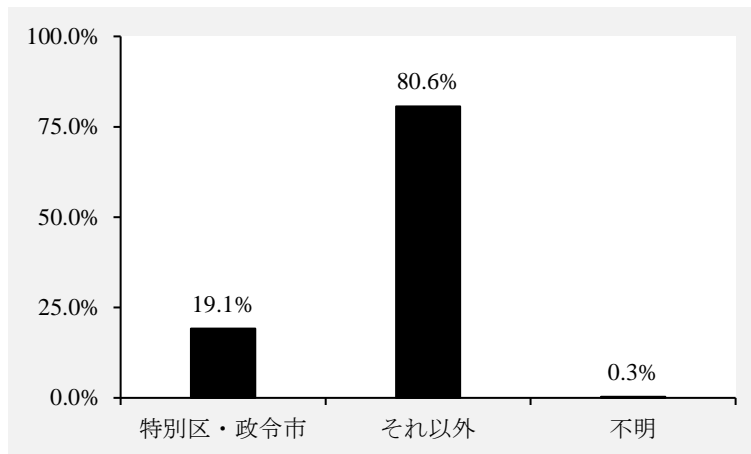


図 2 政令市かそれ以外か別の比率

4. 回答者の基本属性

まず回答した SC の基本的な属性についてまとめる。なお、本稿では以降の分析において、その基本的な属性を考察するうえで SC の地位（1 層 SC、2 層 SC、および、1、2 層が未規定の SC）、正規職か非正規職か、SC の業務に専従しているか兼務しているか、地域包括支援センターに所属しているかいないか、資格情報から職種の専門性として医療・看護職かケアマネジャーか介護・福祉職か、それらを持たないその他であるかとした。なお職種の専門性については、複数の資格を持っている場合は、医療・看護職、ケアマネジャー、介護・福祉職の順で優先した。

1) SC の地位（第 1 層 SC か第 2 層 SC か）、および、その勤務経験

SC には第 1 層 SC と第 2 層 SC の区分がある。ここではこの違いを SC の地位と呼ぶ。第 1 層 SC は市区町村区域において①地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起、②地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ、③関係者のネットワーク化、④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一、⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発（担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能）を担当する。第 2 層 SC は第 1 層 SC の機能のもとで日常生活圏域（中学校区域等）を担当し、①～⑤に加えて⑥ニーズとサービスのマッチングの機能を担当する。第 1 層 SC は自治体全体を俯瞰した活動を、第 2 層 SC は地域コミュニティに根ざした活動を行うことが期待される。なお、両者を兼任する場合や、とくに小規模の自治体においては第 1 層 SC と第 2 層 SC の区分が未規定の場合もある。

回答者の SC の地位を図 3、図 4 にまとめた。回答者は、第 1 層 SC が 24.9%、第 2 層 SC が 61.1%、第 1、2 層を兼任しているものが 7.6%、第 1、2 層の区分が未規定のものが 6.3%であった。回答者の属性別にみると、正規職と非正規職の間での SC の地位の違いに差はなく、他の職との兼務の有無についても差はみられなかった。SC が地域包括支援セン

ターに所属しているかどうかでは違いがあり、地域包括支援センターに所属していないもののほうが第1層 SC である傾向が大きく (30.4%)、所属しているものは第2層 SC である傾向にあった (72.1%)。これは、地域包括支援センターが日常生活圏域ごとに配置されており、その生活圏域内での活動を行う SC が第2層 SC であることからと考えられる。資格別にみると、医療・看護職、ケアマネ、介護・福祉職で大きな違いはないが、それらの資格を持たないその他については、2層 SC の比率が 71.0% となっておりそれ以外よりも 10 ポイント近く高かった。専門資格を持たない人は現場に配置される傾向があるといえる。

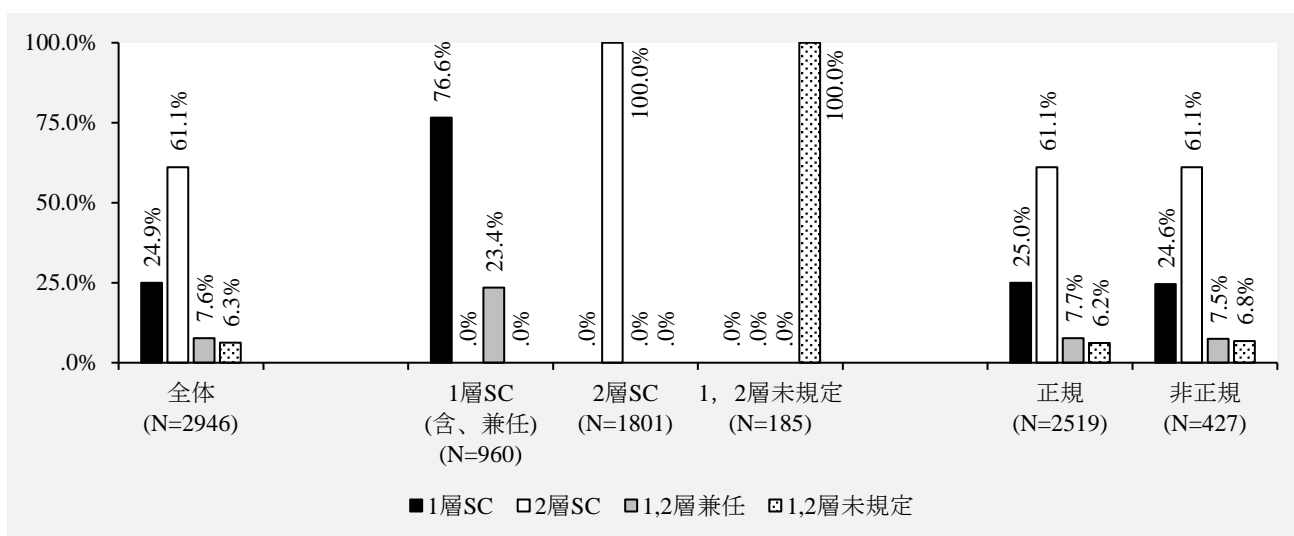


図 3 属性別、SC の地位(1)

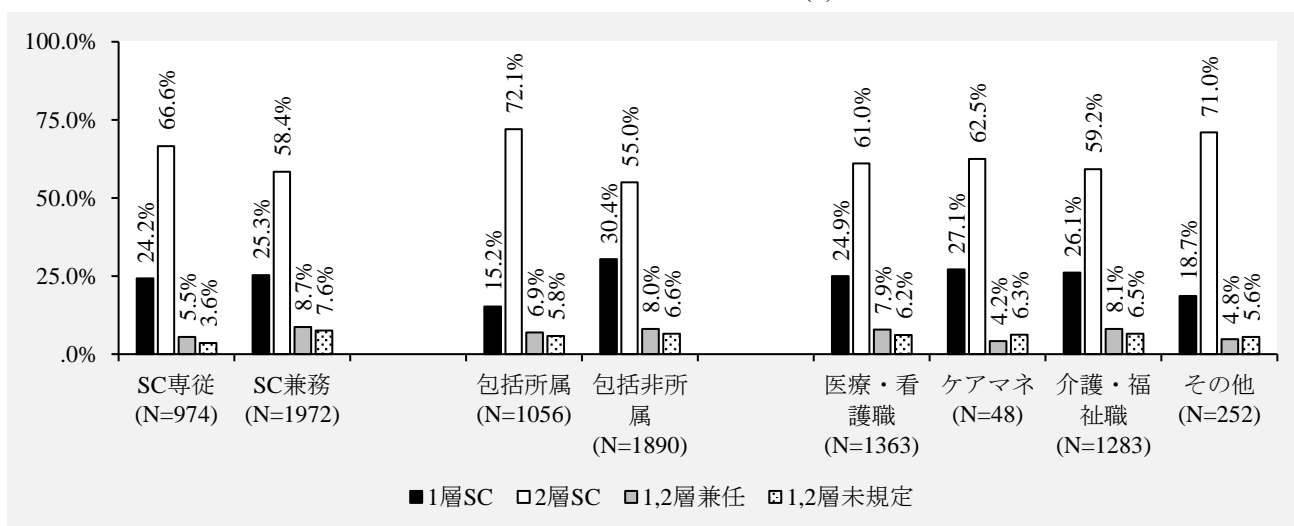


図 4 属性別、SC の地位(2)

次に SC としての勤務経験について図 5、図 6 にまとめた。現在 SC であるものについて、第1層での勤務経験があるものが 28.2%、第2層での勤務経験があるものが 66.4%、

第1, 2層の区分がない形での勤務経験があるものが12.5%であった。現在第1層SCのもので2層SCの経験を持つものは23.2%いたが、逆に現在2層SCで第1層SCの勤務経験を持つものは2.2%であり、非対称な経験であった。

また属性別にみると、正規と非正規で勤務経験に大きな違いはみられない。SCに専従しているもの、包括に所属しているもののほうが第2層SCの経験率がそうでないもの比べて若干高くなっているが、これは、図3、図4でも示されているように第2層SCのほうが専従、地域包括支援センターに所属している比率が高いことによる影響であると考えられる。

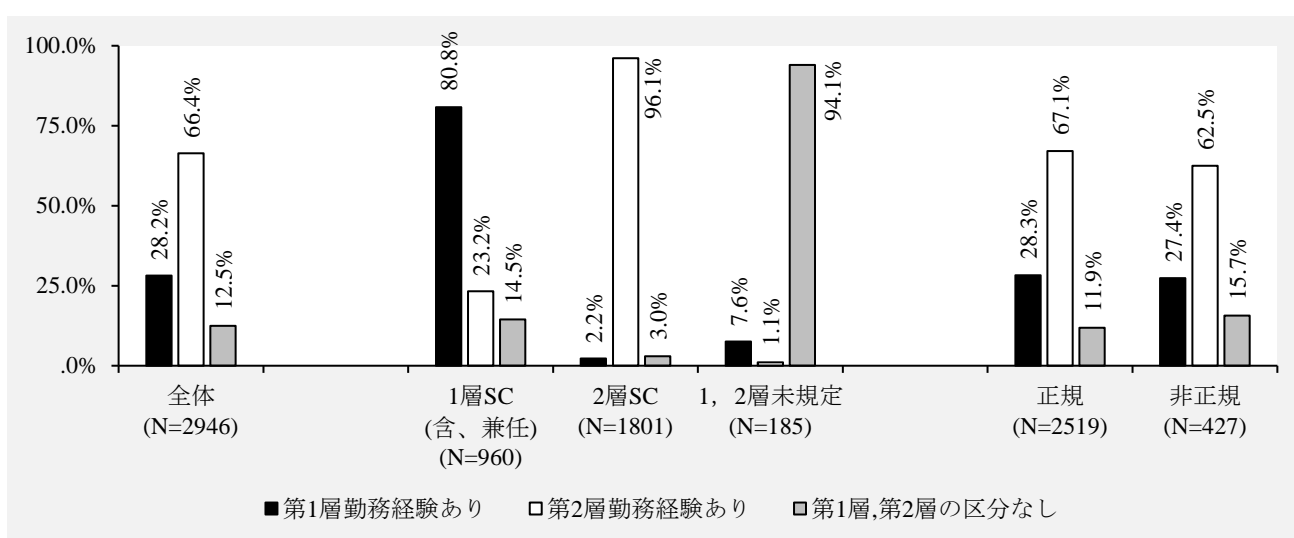


図5 属性別、これまでのSC経験(1)

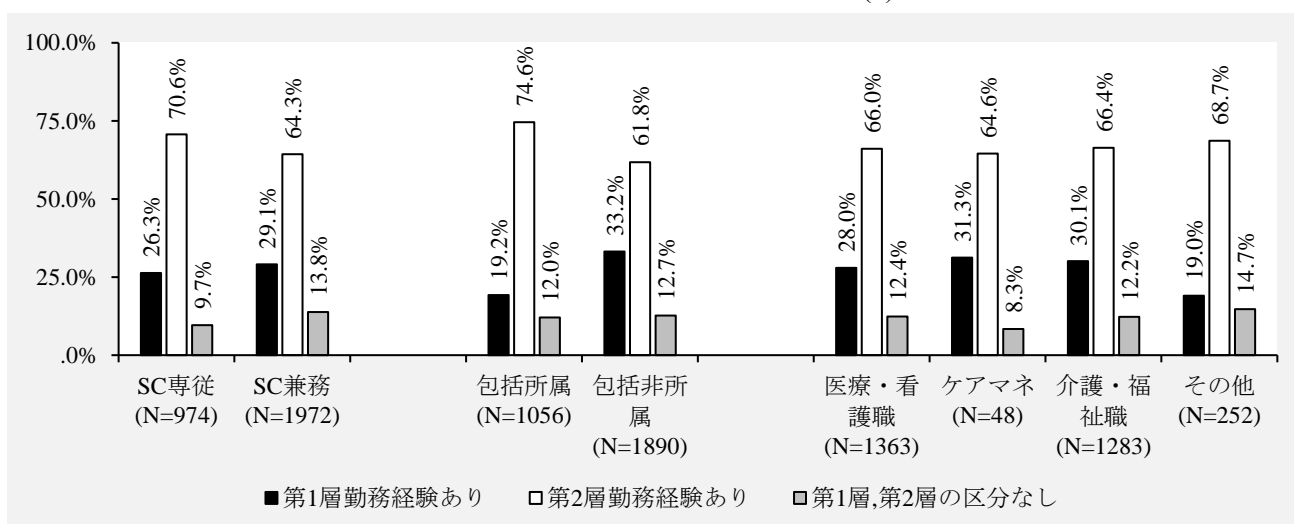


図6 属性別、これまでのSC経験(2)

2) SC の保有資格状況、過去の職業経験

SC が保有する福祉や医療関連などの関連資格について図 7 にまとめ、その属性別の詳細を表 3 に示した。SC が保有する資格は、社会福祉士が 40.6% と最も多く、次いでケアマネジャーが 27.5%、介護福祉士が 23.5% と福祉、介護に関連する資格保有者が多かった。精神保健福祉士は 7.5%、訪問介護員は 5.7% であった。また医療に関連する資格は看護師 10.7%、保健師 6.5%、理学療法士と作業療法士がそれぞれ 0.6% であった。関連する資格を持たないものも 26.5% と 4 分の 1 程度であった。SC の 4 分の 3 程度は何らかの医療や福祉に関する資格を保有する専門家であるといえる。この点は、イングランドのリンクワーカーの多くが専門資格を持たないことと比べると日本の SC の特徴であるといえる。

また、第 1 層 SC、第 2 層 SC は第 1, 2 層未規定の SC に比べて社会福祉士の資格を持つ比率が 10 ポイントほど高かった。

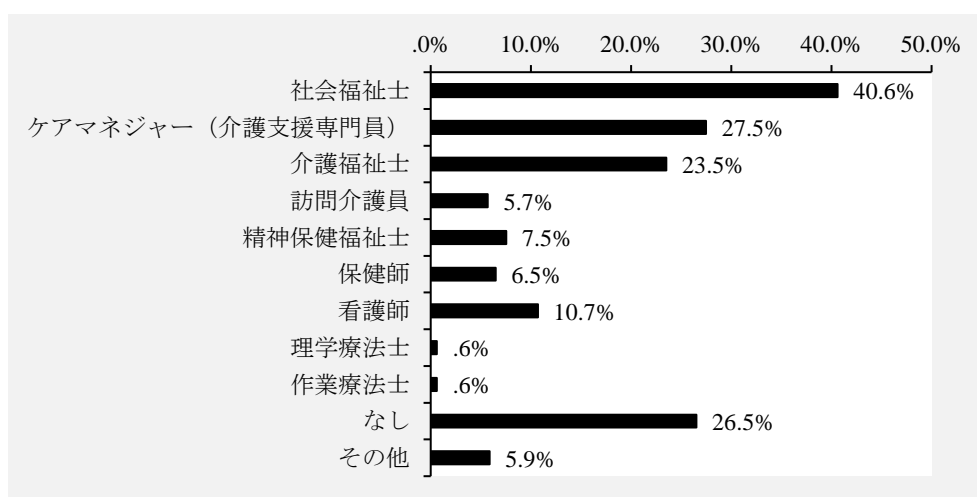


図 7 資格保有状況 (全体)

表 3 属性別、資格保有状況 (複数回答可)

	属性別			SC 属性		SC 資格		所属		資格保有状況			
	1 層 SC (含兼任)	2 層 SC	1, 2 層未規定	正規	非正規	SC 専従	SC 兼務	包括所属	包括非所属	医療・看護職	ケアマネ	介護・福祉職	その他
社会福祉士	43.0%	40.4%	30.8%	45.2%	13.6%	31.3%	45.2%	48.1%	36.5%	46.7%	22.9%	41.2%	8.7%
ケアマネジャー	26.6%	28.1%	26.5%	29.6%	15.0%	19.0%	31.7%	47.6%	16.2%	46.1%	12.5%	13.6%	0.4%
介護福祉士	20.5%	25.2%	22.7%	24.7%	16.6%	21.1%	24.7%	29.8%	20.0%	28.6%	14.6%	22.5%	2.8%
訪問介護員	5.3%	6.3%	2.2%	5.7%	5.6%	6.0%	5.6%	4.5%	6.4%	6.2%	4.2%	6.1%	1.6%
精神保健福祉士	8.5%	7.2%	5.9%	8.3%	3.3%	5.3%	8.6%	9.0%	6.7%	9.5%	6.3%	6.8%	0.8%
保健師	8.4%	5.0%	10.8%	6.6%	5.9%	5.3%	7.0%	13.4%	2.6%	13.2%	0.0%	0.9%	0.0%

看護師	10.9%	10.2%	14.1%	10.3%	13.1%	9.1%	11.5%	21.8%	4.5%	20.2%	2.1%	3.0%	.0%
理学療法士	.5%	.7%	.5%	.6%	.5%	.9%	.5%	1.1%	.3%	.9%	.0%	.5%	.0%
作業療法士	.7%	.6%	.5%	.6%	.5%	.5%	.7%	1.0%	.4%	.7%	2.1%	.5%	.4%
なし	26.8%	26.2%	28.1%	22.8%	48.5%	34.6%	22.5%	9.6%	36.0%	13.4%	54.2%	28.8%	80.6%
その他	4.9%	5.9%	10.3%	5.8%	6.1%	7.8%	4.9%	2.5%	7.8%	3.0%	12.5%	8.4%	7.1%

関連する仕事の就業経験状況については、図 8、表 4 にまとめた。これは、現在を含めた経験について示しており、比率が大きいものとしては、社会福祉協議会の職員であったものが 49.3%、地域包括支援センターの職員であったものが 35.8%、その他介護事業所の職員であったものが 26.2%となっていた。福祉、介護についてのもが大きく、ボランティア・NPO 団体の活動（職員としてではない活動）も 12.5%いた。

これを属性別にみると、他に比べてやや比率が大きいものとしては、2 層 SC は他に比べてその他介護事業所の職員である傾向が 10 ポイント弱高く、現在正規職で SC についているもの、SC を兼務しているものは、社会福祉協議会や地域包括支援センターの職員である傾向があった。

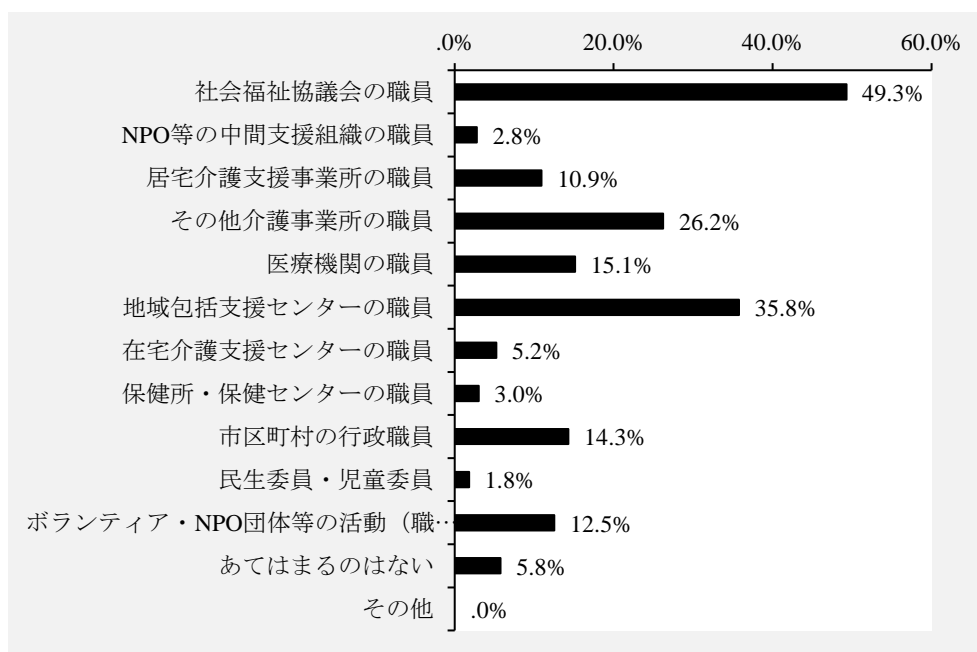


図 8 関連する仕事の就業経験（全体）

表 4 属性別、関連する仕事の就業経験

	1層 SC	2層 SC	1, 2層	正規		SC	SC	包括	包括	医療・	ケア	介護・	その他
	(含兼任)		未規定	正規	非正規	専従	兼務	所属	非所属	看護職	マネ	福祉職	
社会福祉協議会の職員	59.1 %	43.6 %	54.1 %	53.6 %	23.9 %	40.7 %	53.5 %	17.0 %	67.4 %	25.8 %	43.8 %	84.1 %	.0%
NPO等の中間 支援組織の職員	2.8%	2.8%	2.7%	2.2%	6.3%	2.7%	2.8%	2.1%	3.2%	2.5%	100.0%	.0%	.0%
居宅介護支援事 業所の職員	9.0%	12.0 %	10.8 %	11.5 %	7.5%	8.4%	12.2 %	17.2 %	7.4%	18.1 %	8.3%	5.5%	.0%
その他介護事業 所の職員	20.4 %	29.9 %	20.5 %	26.6 %	24.4 %	27.7 %	25.5 %	36.0 %	20.8 %	33.4 %	16.7 %	24.2 %	.0%
医療機関の職員	11.3 %	17.4 %	13.5 %	14.3 %	20.4 %	16.6 %	14.4 %	25.2 %	9.5%	21.6 %	12.5 %	11.3 %	.0%
地域包括支援セ ンターの職員	30.4 %	38.7 %	35.1 %	38.1 %	22.0 %	29.3 %	39.0 %	79.5 %	11.4 %	77.3 %	.0%	.0%	.0%
在宅介護支援セ ンターの職員	4.8%	5.6%	4.3%	5.5%	3.7%	3.9%	5.9%	7.6%	3.9%	11.3 %	.0%	.0%	.0%
保健所・保健セ ンターの職員	4.7%	1.9%	5.4%	3.0%	3.0%	2.1%	3.5%	5.3%	1.7%	6.5%	.0%	.0%	.0%
市区町村の行政 職員	25.8 %	7.6%	19.5 %	13.7 %	17.6 %	10.7 %	16.1 %	15.4 %	13.7 %	30.9 %	.0%	.0%	.0%
民生委員・児童 委員	1.5%	2.1%	.5%	.8%	7.7%	2.9%	1.3%	.9%	2.3%	1.4%	6.3%	.8%	8.3%
ボランティア・ NPO団体等の 活動(職員とし てではない活 動)	11.3 %	13.0 %	14.6 %	10.2 %	26.2 %	14.3 %	11.7 %	8.0%	15.0 %	10.1 %	37.5 %	10.9 %	29.4 %
あてはまるのは ない	4.4%	6.7%	3.8%	4.2%	15.2 %	13.6 %	1.9%	3.4%	7.1%	.0%	.0%	.0%	67.5 %
その他	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%

3) 現在所属する法人の種類と、所属する法人の地域包括支援センターの有無

SCが現在所属する法人の種類については図9、表5にまとめた。社会福祉協議会に所属しているSCが53.6%と圧倒的に多く、次いで社会福祉法人が18.4%、市役所が15.1%、医療法人が5.7%であった。それ以外のものはいずれも少なく、法人に所属していないものは2.0%であった。

属性別にみると、社会福祉協議会に所属するものはいずれも多いが、第2層SCは比率が第1層SCや1, 2層未規定のSCに比べてやや低く、市役所に所属するものは非常に少なかった。逆に第2層SCは社会福祉法人に所属するものが28.0%と高く、SCの地位によって異なっていた。

また市役所で働くものは非正規で SC に従事しているものが正規に比べて多かった。地域包括支援センターに所属しているものは市役所や社会福祉法人、医療法人で働く比率が所属していないものに比べて高く、社会福祉協議会で働く比率はそれ以外に比べて非常に低くなっていた。これは地域包括支援センターの運営主体が、市役所、社会福祉法人、医療法人が高いことの影響と考えられる。

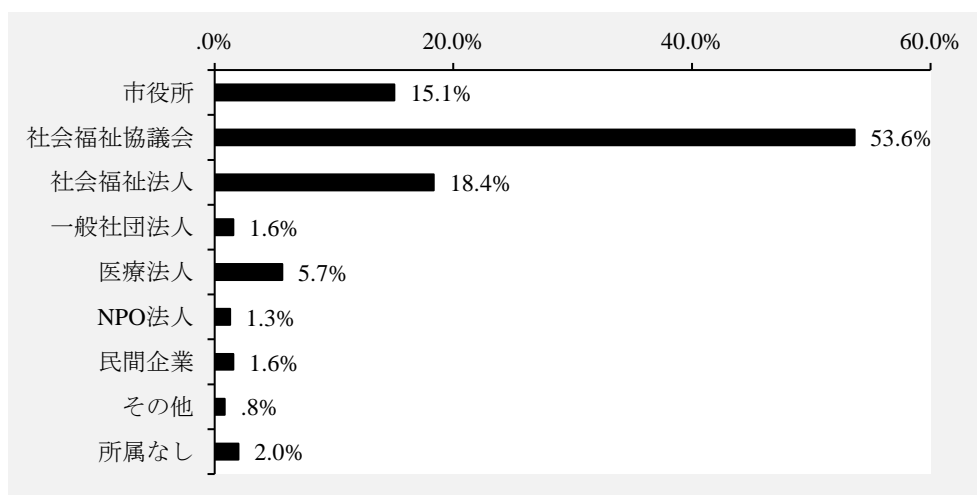


図 9 現在所属する法人の種類 (全体)

表 5 属性別、現在所属する法人の種類

	1層 SC			2層 SC		1, 2層		正規		非正規		SC		SC		包括		包括		医療・		ケア		介護・		その他	
	(含兼任)	2層 SC	1, 2層	正規	非正規	専従	兼務	所属	非所属	看護職	マネ	福祉職	その他														
市役所	32.2	4.3%	31.4	12.6	29.7	14.2	15.5	22.5	10.9	26.6	8.3%	2.7%	17.5														
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%														
社会福祉協議会	60.0	49.7	58.9	55.8	41.0	51.5	54.7	14.3	75.6	24.8	47.9	86.4	44.0														
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%														
社会福祉法人	2.8%	28.0	4.9%	20.0	8.9%	22.2	16.5	40.2	6.1%	29.8	6.3%	7.6%	13.5														
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%														
一般社団法人	.6%	2.0%	2.2%	1.5%	1.6%	1.1%	1.8%	3.2%	.6%	2.4%	4.2%	.7%	.8%														
医療法人	.2%	9.1%	.5%	6.2%	2.6%	5.4%	5.8%	14.1	1.0%	10.0	2.1%	1.6%	4.0%														
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%														
NPO 法人	1.7%	1.1%	1.1%	.9%	3.7%	1.0%	1.4%	.7%	1.6%	1.0%	29.2	.2%	3.2%														
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%														
民間企業	.5%	2.2%	.5%	1.6%	1.4%	1.4%	1.6%	3.3%	.6%	2.8%	.0%	.3%	1.6%														
その他	.2%	1.2%	.5%	.8%	1.4%	.7%	.9%	1.4%	.5%	1.2%	.0%	.2%	2.0%														
所属なし	1.8%	2.3%	.0%	.7%	9.6%	2.4%	1.8%	.2%	3.0%	1.4%	2.1%	.4%	13.5														
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%														

次に、SCが現在所属している法人が地域包括支援センターを運営しているか、また、地域包括支援センターに所属しているかについて図10にまとめた。全体として、35.8%が地域包括支援センターを運営しており、かつ、センターに所属していた。また、25.7%が地域包括支援センターを所属法人が運営しているものの自身は所属していなかった。地域包括支援センターを運営していない法人に所属しているものは32.6%、法人に所属していないものは5.8%であった。

属性別にみると、第2層SCであるもの、医療・看護職であるもの、正規職であるものは、地域包括支援センターを所属している法人に所属し、かつ、自身も地域包括支援センターに所属している比率がそれ以外に比べてやや高く42.3%であった。また、第1、2層未規定のSC、ケアマネや介護・福祉職であるものは地域包括支援センターを運営していない法人に所属するそれ以外に比べて比率が高かった。

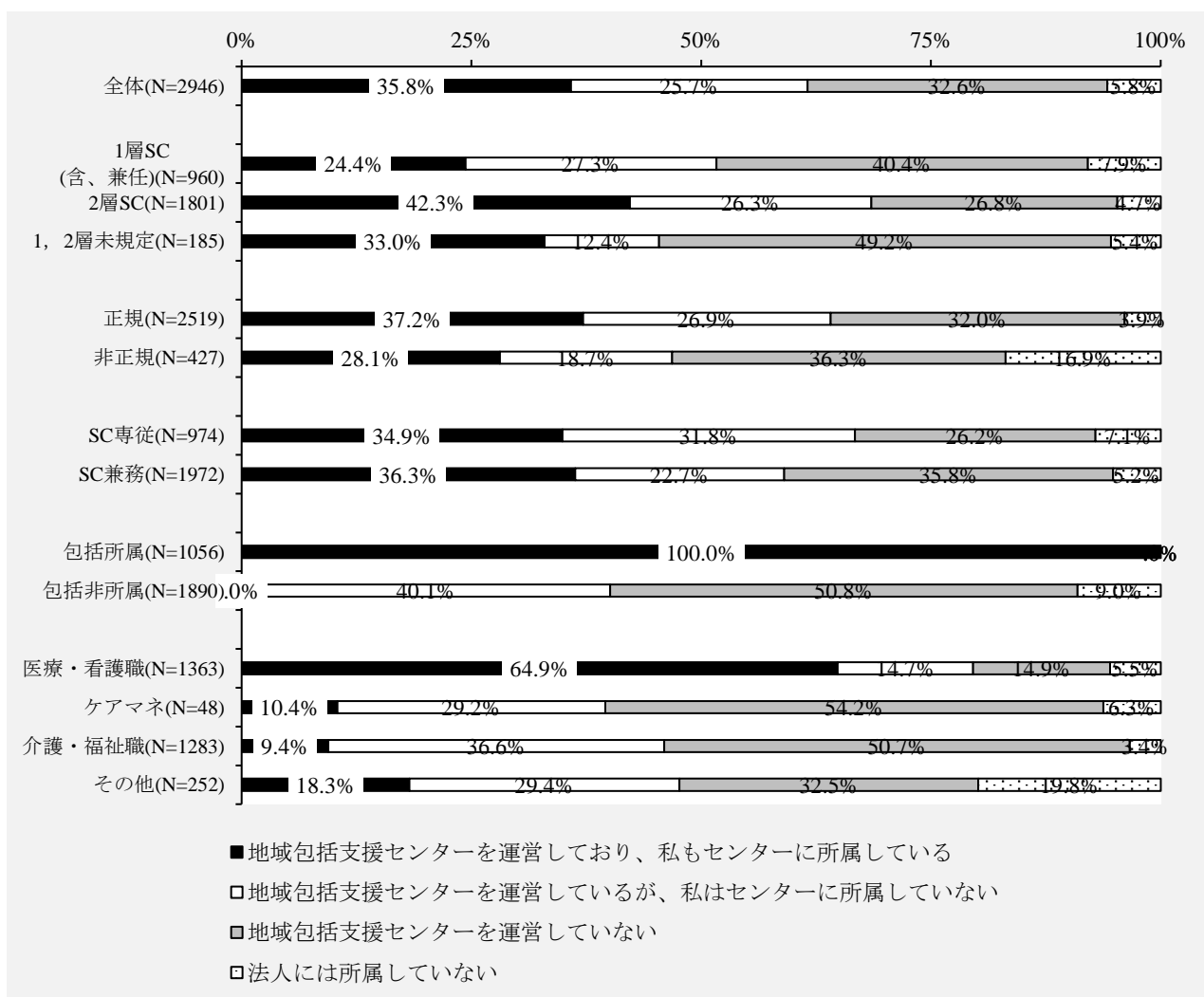
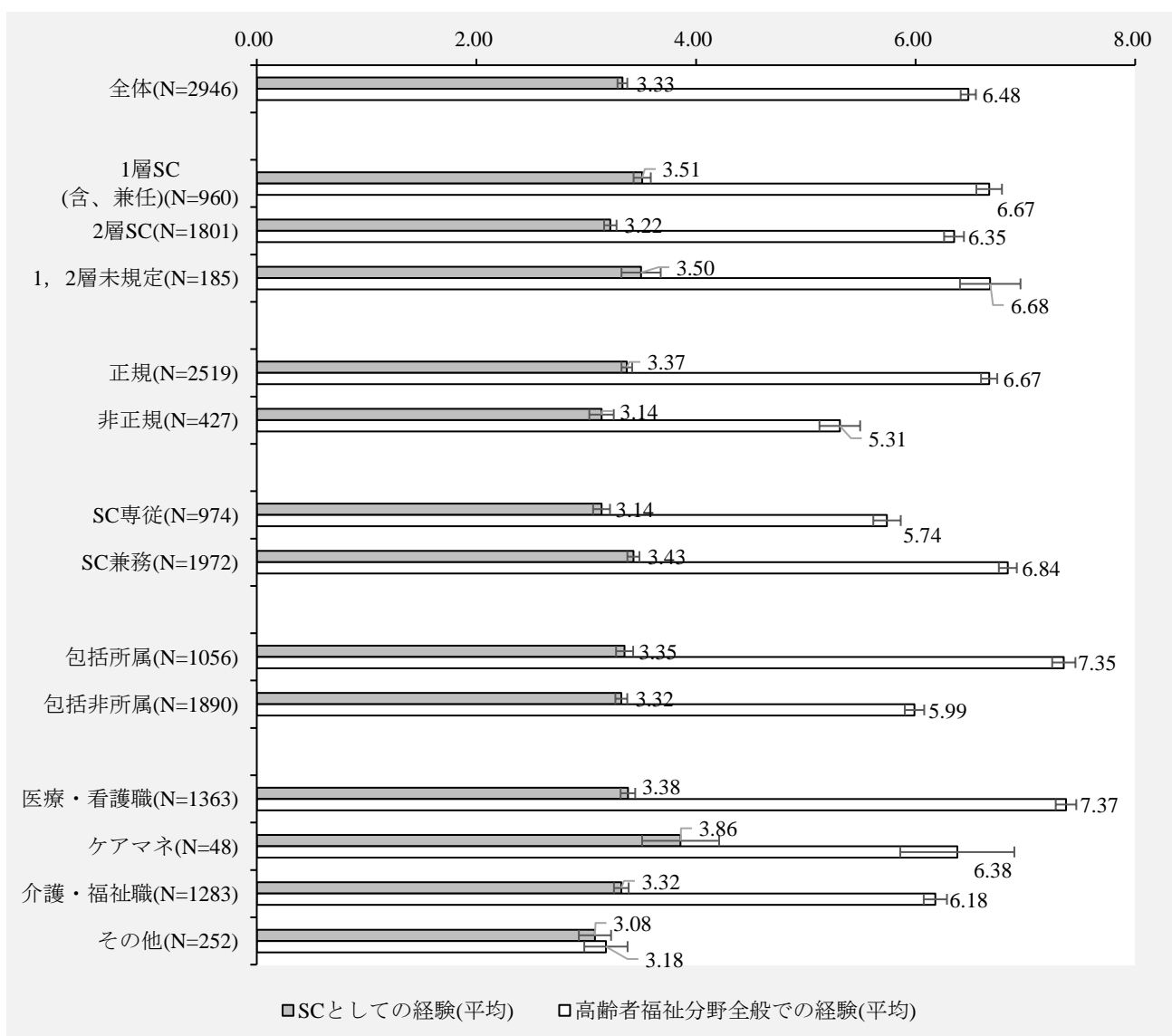


図10 属性別、現在所属している法人の地域包括支援センターの運営の有無、および、自身の地域包括支援センターへの所属の有無

4) SC の経験年数

SC の基本属性の最後として、SC として、および、高齢者福祉分野での経験年数を図 11 にまとめた。経験年数は、1 年未満については、半年未満、半年～1 年未満と選択肢を設け、以降は 1 年刻みで測定し、10 年以上は 10 年以上として測定した。平均値の計算においては、各項目の中央値をもちい、10 年以上は 10 として計算した。

その結果、SC の平均経験年数は 3.33 年（標準偏差 2.42 年）、高齢者福祉分野全般での平均経験年数は 6.48 年（標準偏差 3.76 年）であった。第 1 層 SC や第 1, 2 層が未規定の SC に比べて第 2 層 SC の SC としての平均経験年数がやや低く、非正規の SC、SC 専従のものもやや低かった。ケアマネであったものは他の職種に比べて SC としての平均経験年数がやや高く 3.86 年であった。



*エラーバーは標準誤差

図 11 属性別、SCとして、および、高齢者福祉分野での平均経験年数

5. SCの活動状況

次に、SCの活動状況について、しばしばSCの活動が考えられている地域における既存の資源の可視化（いわゆるマッピング）およびその開発と、逆に、そこまで重視されていない個別事例とマッチングの経験、および、地域包括支援センターとの連携について結果を紹介する。

1) SCとしての業務で何を重視しているか

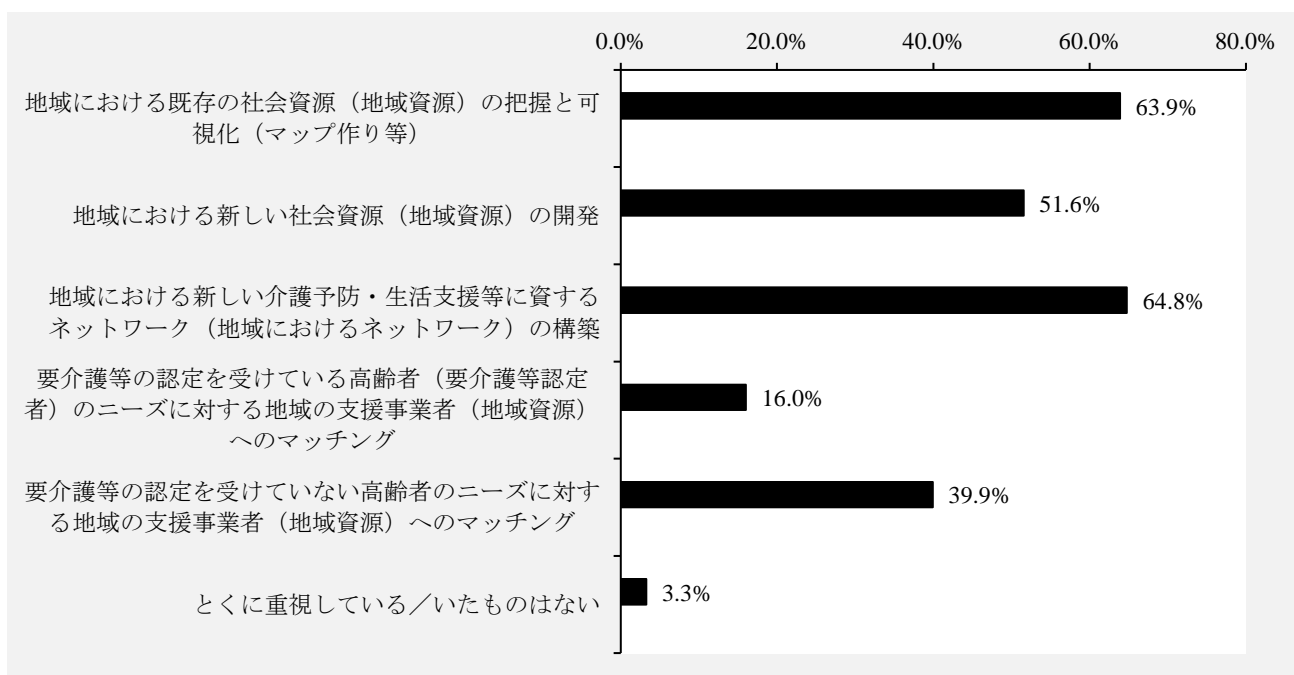
SCとしての業務で何を重視しているかについては、「生活支援コーディネーターとしての業務として、特にどの業務に重点を置いて現在の業務を遂行していますか。特に重視をし

ている活動を最大3つまでお答えください」という設問で測定した。その結果を、図12～図14に示した。

全体の結果としては、「地域における新しい介護予防・生活支援等に資するネットワーク（地域におけるネットワーク）の構築」が64.8%ともっとも高く、ついで「地域における既存の社会資源（地域資源）の把握と可視化（マップ作り等）」63.9%、「地域における新しい社会資源（地域資源）の開発」51.6%、「要介護等の認定を受けていない高齢者のニーズに対する地域の支援事業者（地域資源）へのマッチング」39.9%となっていた。また、「要介護等の認定を受けている高齢者（要介護認定者）のニーズに対する地域の支援事業者（地域資源）へのマッチング」は16.0%と低かった。「とくに重視している／いたものはない」は3.3%であった。地域資源の可視化や開発、ネットワーク構築を過半数以上のSCが重視しており、マッチングはそれらに比べるとやや低くなっていた。ただし、4割近くのものが必要介護認定を受けていない一般高齢者のマッチングを重視しており、一定のSCがマッチングも考慮して業務を行っていることが明らかとなった。

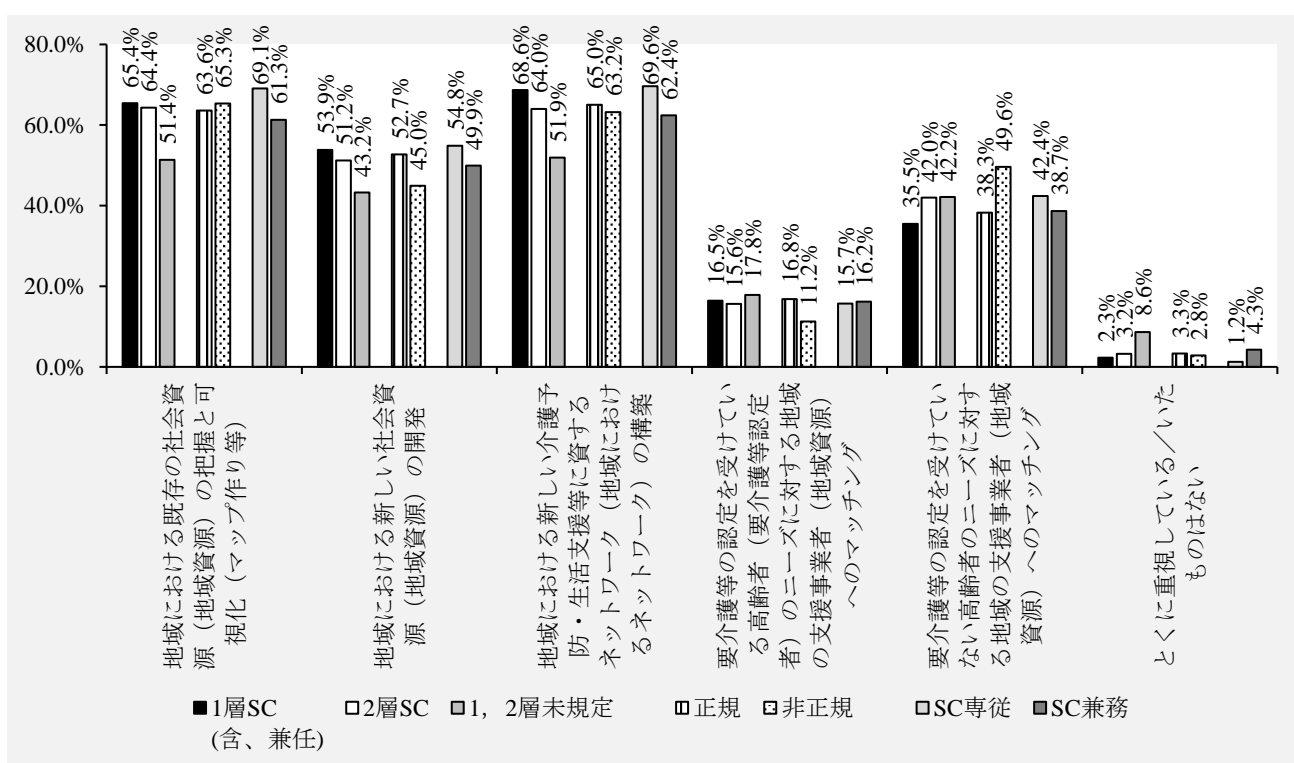
属性別にみるとSCの地位別では、第1, 2層未規定のSCが地域資源の可視化が低かった。従業上の地位別では、非正規が正規に比べて要介護認定を受けていない高齢者へのマッチングを重視する傾向にあり49.6%であった。また、職種別では、ケアマネが地域資源開発をその他の職に比べて重視しており、64.6%であった。ただし属性別の違いはそこまで大きくなかった。

全体として重視する比率が低かった要介護認定者へのマッチングについては、地域包括支援センターに所属しているSCがやや高く21.0%であった。地域包括支援センターでは要支援の認定を受けている人への介護予防サービスなどを提供していることから、それ以外に比べて要介護認定者へのマッチングが高い傾向にあったと考えられる。



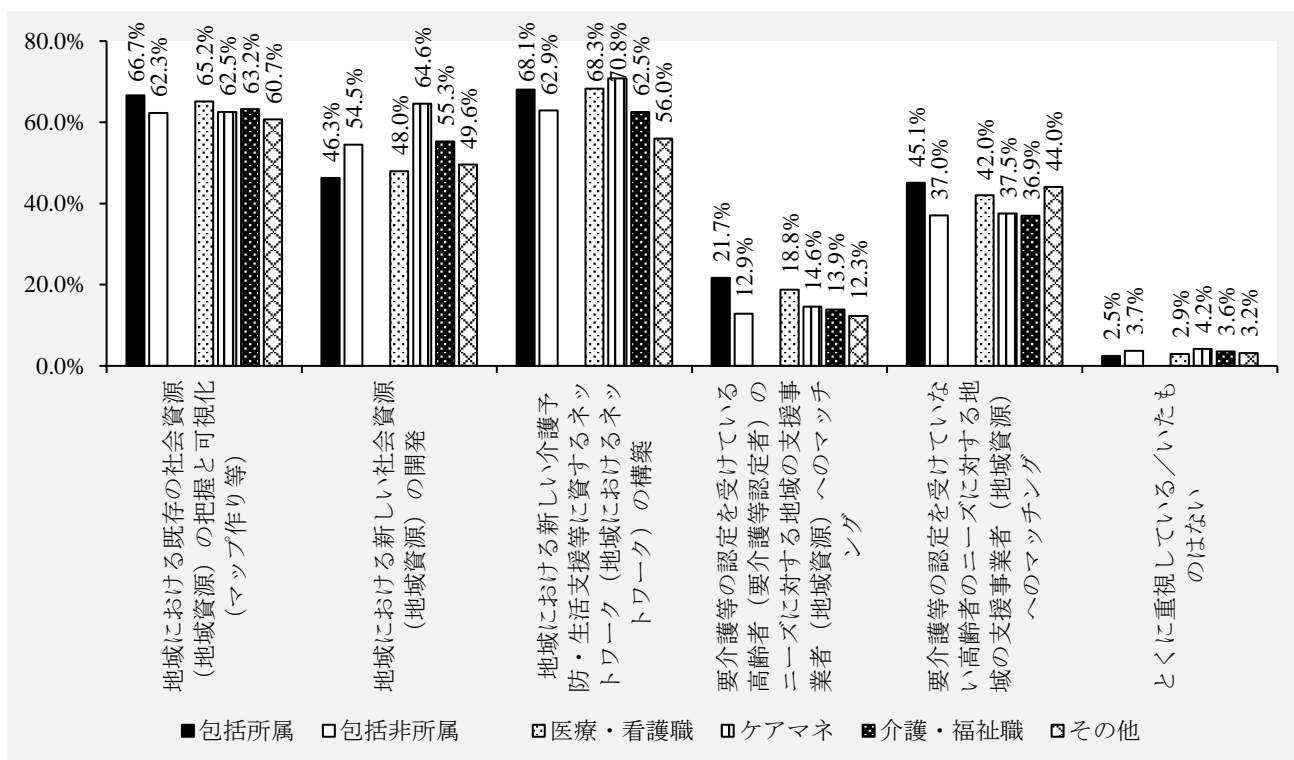
* 上位3項目まで選択可

図 12 現在遂行している SC の業務としてとくに重視している業務（全体）



* 上位3項目まで選択可

図 13 属性別、現在遂行している SC の業務としてとくに重視している業務（1）



* 上位3項目まで選択可

図 14 属性別、現在遂行している SC の業務としてとくに重視している業務 (2)

2) SC としての業務達成度 (自己評価)

SC としての業務達成の自己評価については、「生活支援コーディネーターとしての以下の業務について、あなたは自身が設定した目標を達成していると思いますか」という設問で、「a. 地域における既存の社会資源（地域資源）の把握と可視化（マップ作り等）」「b. 地域における新しい社会資源（新しい地域資源）の開発」「c. 地域における新しい介護予防・生活支援等に資するネットワーク（地域におけるネットワーク）の構築」「d. 要介護認定を受けている高齢者（要介護等認定者）のニーズに対する地域の支援事業者（地域資源）へのマッチング」「e. 要介護認定を受けていない高齢者のニーズに対する地域の支援事業者（地域資源）へのマッチング」の 5 項目について、「目標を十分に達成している」「目標をある程度達成している」「目標をあまり達成していない」「目標をほとんど達成できていない」「目標を立てていない、実施していない」の 5 段階で測定した。その結果を、図 15 にまとめた。

結果として、5 つの項目で違いがみられた。全体として、既存の社会資源の可視化は達成度を高く評価しており 49.1%と半数近くが目標を十分に、あるいは、ある程度達成していると回答した。地域におけるネットワーク構築も 38.9%がある程度以上達成していると回答している。非要介護認定者へのマッチングはやや低く 32.5%がある程度以上達成していると回答し、新しい社会資源開発についても 28.4%がある程度以上達成していると回答した。要介護認定者へのマッチングは 21.6%がある程度以上達成していると回答したものの、

22.8%が目標を立てていない、実施していないと回答しており、他の項目に比べて倍以上高かった。

これらの結果から、SCとしての業務達成度の自己評価は、おおむね業務で重視している項目と相関しているものの、新しい社会資源開発についてはやや自己評価が低いことが明らかとなった。

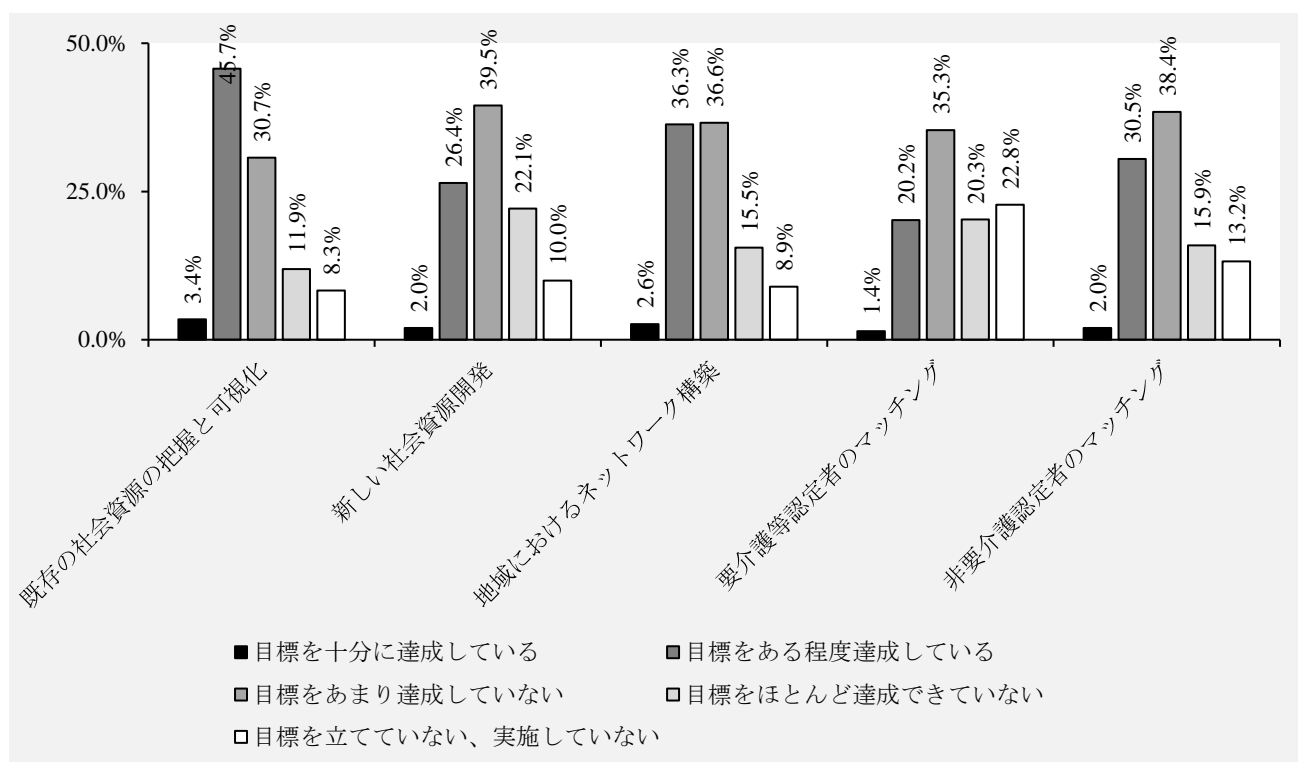


図 15 SCとしての業務達成度（全体）

3) 地域における資源マップ

次に、前述したように他の業務に比べて相対的に重視し、かつ、目標達成についての自己評価の高い既存の地域資源の可視化についてより詳細に質問した。設問としては、「地域における既存の社会資源（地域資源）のマップや地域資源の一覧表について、それぞれお答えください」という設問で、「a. ケアマネジャーが活用することを想定して作成している」「b. 地域住民が活用することを想定している」「c. ケアマネジャーが活用していることを実感している」「d. 地域住民が活用していることを実感している」「e. 更新作業に手を取られていると感じる」「f. 概ね1年以内に更新している」「g. 2層の生活支援コーディネーターだけで作成している」「h. 作成にあたって、地域住民と協働して作成している」「i. 作成にあたって、地域の福祉団体等と協働して作成している」という設問について、「あてはまる」「あてはまらない」「一度も作成したことがない」との選択肢を設けている。全体の結果を図16に示した。

まず注目すべき点として、「一度も作成したことがない」という選択肢が多いことである。各項目でややずれがあるが概ね 30～33%の SC が、地域における資源マップ等を一度も作成したことがないと回答している。結果の詳細は補足資料に掲載しここでは図表は割愛するが、第 1, 2 層未規定の SC、地域包括支援センターに所属していないが一度も作成した経験がない比率が高かった。このことは、SC の業務としてもっともよく想定される地域における資源マップ等の作成経験をだれもが持っているわけではなく、6～7 割程度に過ぎないことを示している。

その作成の傾向については、当てはまると回答したものは「地域住民が活用することを想定している」がもっとも高く 59.4%、「ケアマネジャーが活用することを想定して作成している」が 47.7%と高く、地域住民やケアマネジャーの利用を想定して作成しているものが半数前後いた。しかし、その作成したマップが活用されていると実感しているかとの数値にはギャップがあり、ケアマネジャーによる活用の実感は 23.3%、地域住民は 32.2%と想定よりも 20 ポイント以上低い値となっている。すなわち、ケアマネジャーや地域住民の活用のために作成しているものの、有効に活用されているという実感は乏しいことがわかる。これは、作成の意義を実感している SC が少ないのである。この点の改善は今後の課題となる。また、作成した地域資源マップ等の更新については、「おおむね 1 年以内に更新している」が 32.9%であったが、「更新作業に手を取られていると感じる」が 40.0%であり更新作業の負担感の大きさが示された。

マップ等の作成体制については、「2 層 SC だけで作成している」は 20.5%であり第 1, 2 層が協働している作成していることが示された。また、地域住民と協働しての作成は 28.1%、地域の福祉団体と協働しての作成は 26.4%と 4 分の 1 強にとどまっていた。

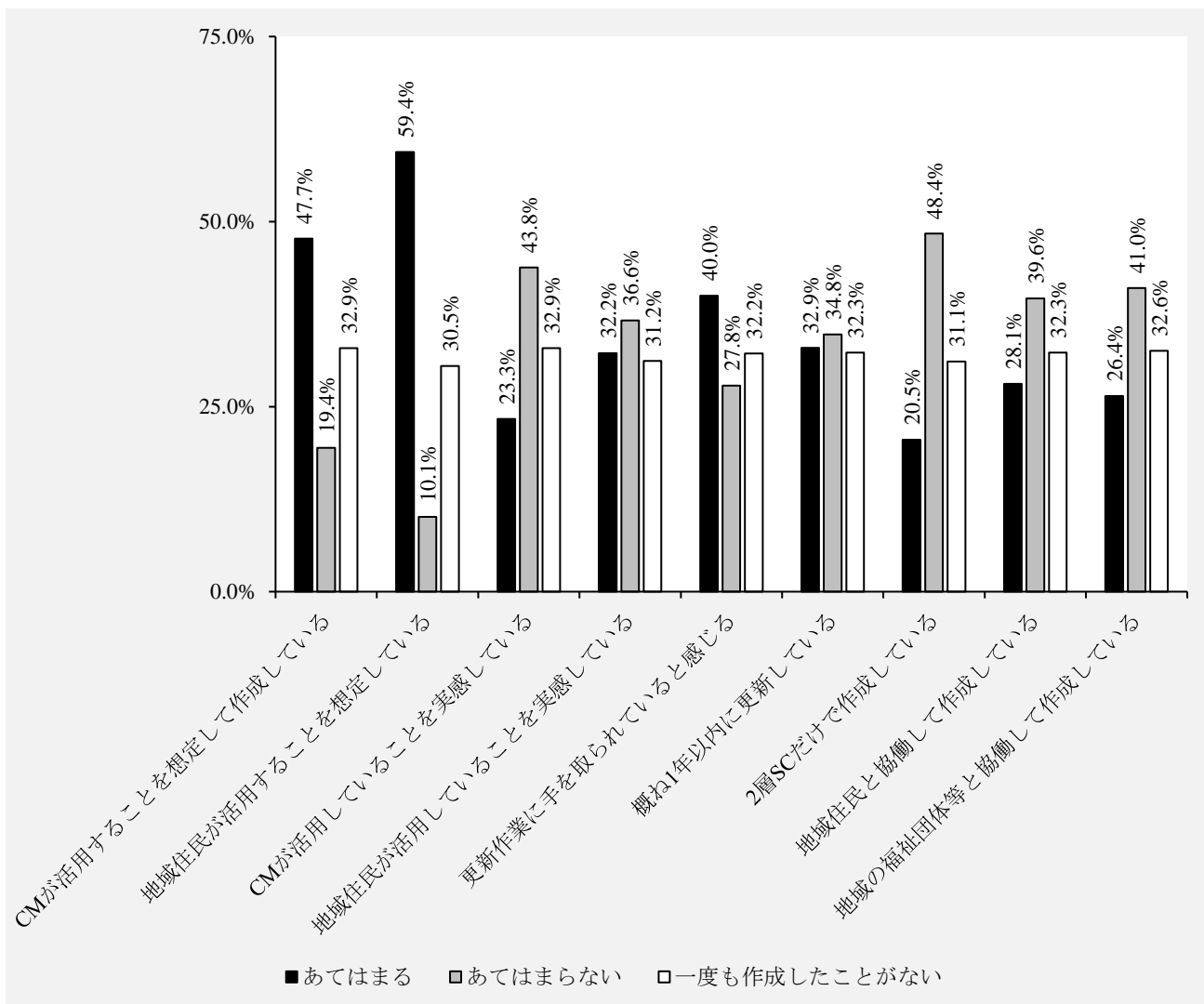


図 16 地域における既存の社会資源（地域資源）のマップや地域資源の一覧表の作成について

4) 地域資源へのマッチング

次に地域資源への要介護認定者や非要介護認定者のニーズへのマッチングについて「あなたは、要介護等の認定を受けている高齢者のニーズに対する地域資源へのマッチングとして、以下のような取り組みをしていますか。過去の経験も含め、あてはまるものをすべてお答えください」、ほぼ同様のかたちで「要介護等の認定を受けていない一般の高齢者」について質問した。選択肢は双方で若干異なるが、8～9項目を設定し複数回答可で質問した。その結果を図 17、図 18 に示した。

まず全体として業務の重視や達成度が低い要介護認定者へのマッチングについて考察する。実施や経験している取り組みとしては、「自宅を訪問しての本人の意向の確認」が 39.3%、「本人が地域で暮らす中でしてみたい活動について本人への聞き取り」が 39.1%、「対象者が利用する事業所への聞き取りや情報共有」が 33.3%と高かった。低い項目としては「項目

を設定してのアセスメント」が 13.1%、「マッチング後の効果検証」が 15.0%であり、アセスメントや評価が行われていない傾向にあった。また、「1層の SC しか経験しておらず、2層への支援のみで実際の取り組みはしたことがない」が 7.3%、「いずれもあてはまらない」が 28.5%おり、要介護認定者のニーズへのマッチングを経験していない SC は 35.8%と 4 割近くであった。

次に要介護認定を受けていない一般の高齢者のニーズへのマッチングも考察する。まず第 1 層の SC しか経験しておらず、第 2 層への支援のみで実際の取り組みはしたことがない」が 6.5%、「いずれもあてはまらない」は 18.8%であり 25.3%が一般の高齢者のニーズへのマッチングを経験していなかった。ただしこれは、要介護高齢者に比べて 13.2 ポイント低く、4 分の 3 前後の SC は一般高齢者のニーズのマッチングを経験していた。その実施項目としては、「本人が地域で暮らす中でしてみたい活動について本人への聞き取り」がもっとも高く 57.7%、「自宅を訪問しての本人の意向の確認」が 45.4%であった。実施が低い項目としては、「項目を設定してのアセスメント」が 16.3%、「マッチング後の効果検証」が 20.3%であった。

要介護認定者、一般高齢者ともに聞き取りや本人の意向の確認からニーズへのマッチングが行われており、検証作業は行われていなかった。アセスメントや効果検証の低さは、統一的なフォーマットなどが無いことなどが考えられる。ただしその詳細が不明であることから、今後のより詳細な検証が必要となる。

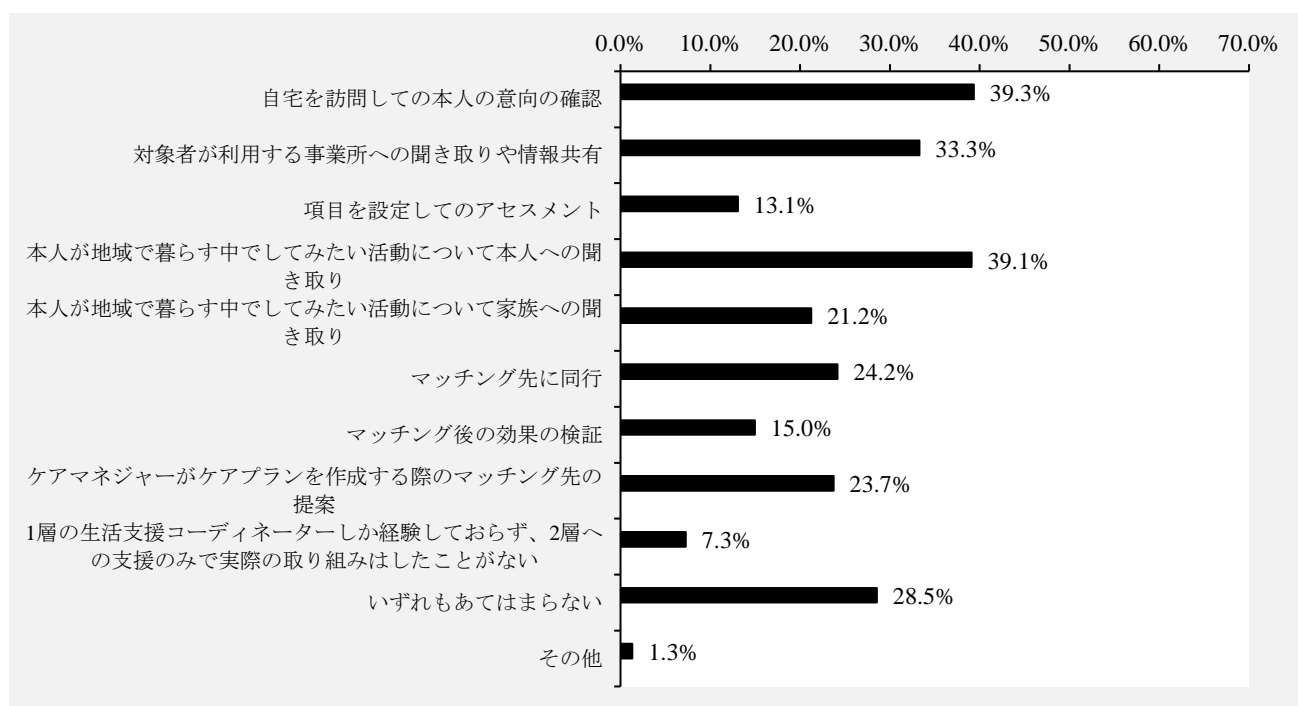


図 17 要介護認定を受けている高齢者のニーズに対する地域資源へのマッチング経験

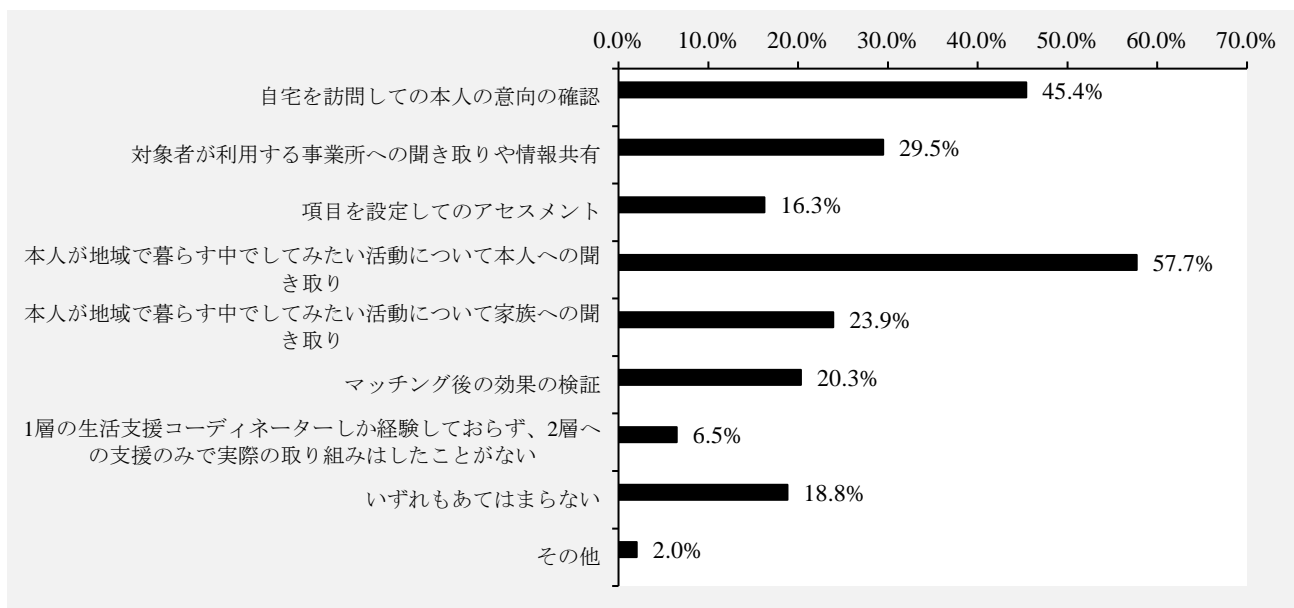


図 18 要介護認定を受けていない一般の高齢者のニーズに対する地域資源へのマッチング経験

5) 地域包括支援センター等からの生活課題の相談対応頻度、連携頻度

SCの業務を考えるうえで、地域包括支援センターや地域のケアマネジャーとの連携は本来必須である。そこで、この連携を実施頻度の観点から把握するため、「地域包括支援センターやケアマネジャー、介護専門職から特定の高齢者の生活課題などについて相談があり、それを地域資源を活用して解決するような活動について、この1年間に何件くらい対応しましたか」という設問をもちいた。「a. 要介護等の認定を受けている高齢者のニーズに対する地域資源へのマッチング」「b. 要介護等の認定を受けていない一般の高齢者のニーズに対する地域資源へのマッチング」「c. 地域包括支援センターやケアマネジャー、介護専門職から特定の高齢者の生活課題などについて相談があり、それを地域資源を活用して解決するような活動」の3つの項目について、「月に2件以上」「月に1件程度」「2か月に1件程度」「それ以下」「対応していない」の選択肢をもちいて測定した。その結果を図19に示した。

その結果、地域包括支援センターやケアマネジャー、介護専門職から特定の高齢者の生活課題の対応頻度について、要介護認定を受けている高齢者、を受けていない一般高齢者の対応頻度については、やや後者が多いもののその違いは大きくなかった。また、「地域包括支援センターやケアマネジャー、介護専門職から特定の高齢者の生活課題などについて相談があり、それを地域資源を活用して解決するような活動」についてもほぼ同様であった。

なお、参考としてこの項目のbとcのクロス表を表6に示した。相談対応頻度は要介護認定のあるもの、一般高齢者、特定の高齢者の地域資源活用いずれについても明確に関連していた。結果の表は割愛するがaとb、aとcも同様の傾向であった。すなわち、相談対象の属性に関連せず、地域包括支援センターやケアマネジャー、介護専門職からの相談を受けているSCは頻度高くを受けている人は他の属性の相談も受けており、を受けていないSCは他

の属性の相談も受けていないことがわかる。このことは、SCとしてマッチングを高頻度に行うSCは要介護者や一般高齢者に関係なく実施しており、また、頻度が低い高齢者は同様にいずれの人に対しても低いということがわかる。

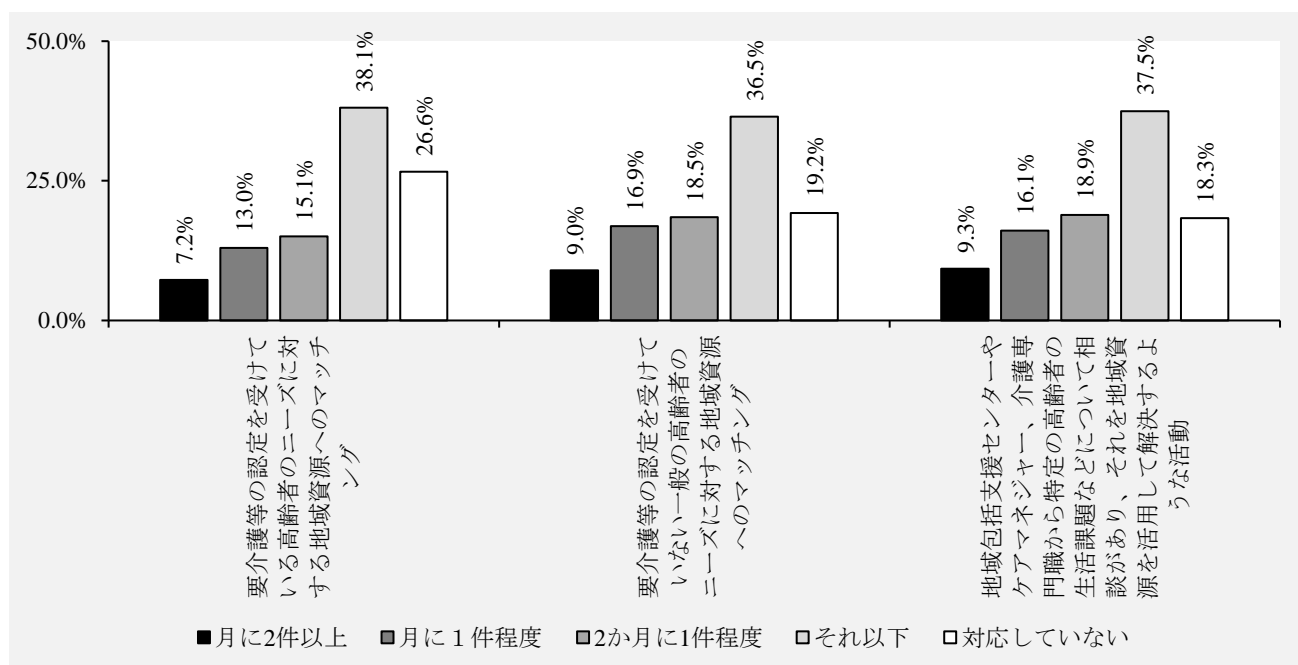


図 19 地域包括支援センターやCM、介護専門職からの特定の高齢者の生活課題の相談対応頻度

表 6 相談対応頻度の項目 b, c のクロス表

		c. 地域包括支援センターやCM、介護専門職から特定の高齢者の生活課題などについて相談があり、それを地域資源を活用して解決するような活動				
		月に2件以上	月に1件程度	2か月に1件程度	それ以下	対応していない
b. 要介護等の認定を受けていない一般の高齢者のニーズに対する地域資源へのマッチング	月に2件以上	169 (64.0%)	52 (19.7%)	26 (9.8%)	14 (5.3%)	3 (1.1%)
	月に1件程度	61 (12.3%)	272 (54.7%)	98 (19.7%)	53 (10.7%)	13 (2.6%)
	2か月に1件程度	23 (4.2%)	81 (14.9%)	283 (52.0%)	142 (26.1%)	15 (2.8%)
	それ以下	10 (0.9%)	51 (4.7%)	132 (12.3%)	801 (74.5%)	81 (7.5%)
	対応していない	10 (1.8%)	18 (3.2%)	17 (3.0%)	94 (16.6%)	427 (75.4%)

*比率は行パーセント

また、相談対応頻度の3変数について、いずれも「月に1件程度」以上のものと、それ以外のものを分ける変数を作成した。これは、積極的にマッチングをしている人とそれ以外の人を意味する。積極的にマッチングしている人は403人(13.7%)、それ以外の方は2,543人(86.3%)であった。

この規定因を考察するために従属変数を積極的にマッチングしているかそれ以外かのダミー変数とし、SCの基本的な属性を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。その結果を表7にまとめた。この結果からは、第2層SCに比べて第1層SCのほうが1.319倍積極的にマッチングしており、第1, 2層未規定のSCは0.807倍であった。すなわち、第1層SCのほうが2層SCよりマッチングしており、第2層SCのほうが第1, 2層未規定のSCよりマッチングして確率が高かった。本来、マッチングはより地域に根ざした活動をおこなう2層SCが中心となる業務であるが、今回の調査では1層SCも行ってた。マッチングの内容までは統制できていないため、回答者が異なるイメージでマッチングを想定していたためとも考えられるが、第1層SCのほうが今SCに求められている活動が何かを考慮してより積極的に活動していた可能性があるだろう。

正規は非正規に比べて1.514倍、専従は兼務に比べて1.113倍、包括所属のSCは非所属にSCに比べて1.646倍、といずれも積極的にマッチングする確率が高かった。正規、専従、包括所属の人ほど労働時間も長く、地域に根ざした活動がしやすかったかと考えられる。また、医療・看護職やケアマネジャーは介護・福祉職に比べて積極的にマッチングしており、逆に資格を持たないその他は介護・福祉職に比べて積極的にマッチングしていなかった。資格をもつSCはより積極的にマッチングを行っていた。

表7 「積極的にマッチングしている」を従属変数とするロジスティック回帰分析の結果

変数	参照カテゴリ	オッズ比
1層SC	2層SC	1.319 ***
1, 2層未規定	2層SC	.807 ***
正規	非正規	1.514 ***
専従	兼務	1.113 ***
包括所属	包括非所属	1.646 ***
医療・看護職	介護・福祉職	1.015 ***
ケアマネ	介護・福祉職	1.861 ***
その他	介護・福祉職	.736 ***
-2対数尤度		-1,157.06
AIC		2,332.11
N		2,946

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

次に、SC が地域包括支援センターやケアマネジャーとどの程度連携しているかを探るため、「地域包括支援センター職員や居宅介護支援事業所のケアマネジャーと、普段からどの程度の頻度で個別事例の課題や地域課題の解決に向けた連携をしていますか」という設問に対して、「地域包括支援センター職員」「ケアマネジャー」について、「週に3日以上」「週に1,2日程度」「月に1,2回程度」「それ以下」「連携していない」の選択肢で質問した。その結果を図20に示した。結果を見ると、地域包括支援センター職員との連携は「週3日以上」が17.4%、「週に1,2日程度」が14.0%、「月に1,2日程度」が43.9%、「それ以下」が21.3%、「連携していない」が3.4%であった。これに対してケアマネジャーとの連携頻度は、「週3日以上」が5.9%、「週に1,2日程度」が6.8%、「月に1,2日程度」が29.9%、「それ以下」が41.4%、「連携していない」が16.3%であった。ここからは明確に、SCは地域包括支援センター職員との連携はかなりの頻度で行っているが、ケアマネジャーとの個別事例の課題や地域課題解決に向けた連携は前者の頻度に比べてかなり低いことがわかる。ケアマネジャーと「連携していない」SCも16.3%おり、ケアマネジャーとの連携は課題である。

なお、図表は割愛するが(末尾の付録4に記述統計を掲載)、地域包括支援センター職員、ケアマネジャーとの連携ともに、第1層SCや第2層SCに比べて第1,2層が未規定のSCの連携頻度が高い。地域包括支援センター職員については、週に3日以上の連携は1層SCが14.1%、2層SCが18.8%に対して第1,2層未規定のSCは22.2%であり、ケアマネジャーについては同様に5.6%、5.7%、9.2%である。これは、第1,2層未規定のSCは小規模自治体に多く、小規模であるがゆえに、自治体内の地域包括支援センターやケアマネジャーの数が少ないことで連携しやすくなっていると考えられる。また、当然であるが地域包括支援センターに所属しているSCの連携頻度も、地域包括支援センター職員、ケアマネジャーともに高くなっている。

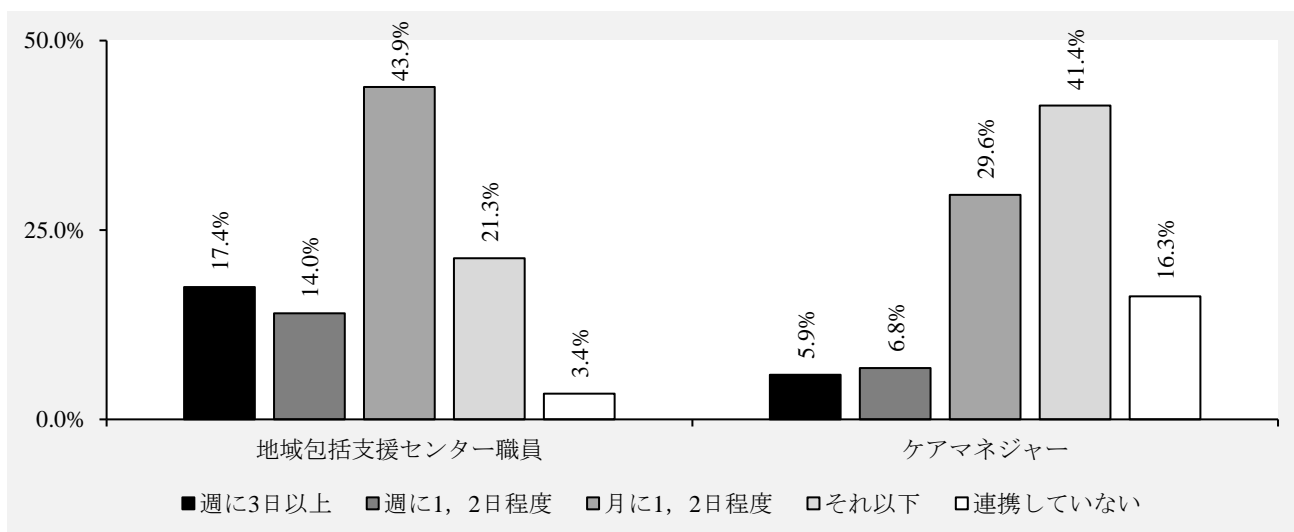


図 20 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の CM との連携頻度

以上から、SC は地域包括支援センターやケアマネジャーとの連携は一定の実践が行われているものの、具体的な高齢者のニーズへのマッチング対応や地域資源活用の対応頻度については行っている人と行っていない人が明確に分かれており積極的な SC とそうでない SC には違いがあることが分かった。また、地域包括支援センター職員やケアマネジャーとの連携は前者は行っているがケアマネジャーとの連携はそこまで多くないことが示された。

6. SC の意識

この節では、SC の仕事満足、継続意識および SC の職場でのウェルビーイングについて考察する。

1) SC の仕事満足

SC の仕事満足度の結果を図 21、図 22 に示した。全体では「とても満足している」、「満足している」、「やや満足している」の合計は 68.3%であり、「やや不満がある」、「不満がある」、「とても不満がある」の合計は 31.7%であった。SC は仕事について満足している傾向があるが、3分の1弱は仕事に不満を持っていた。

属性別にみると、第 1, 2 層未規定の SC が第 1 層 SC、第 2 層 SC に比べて不満の程度が大きく、また、SC 専従に比べて兼務のほうが不満の程度が大きかった。職種別で見ると、医療や介護、福祉の専門資格を持たないその他の満足度が高かった。

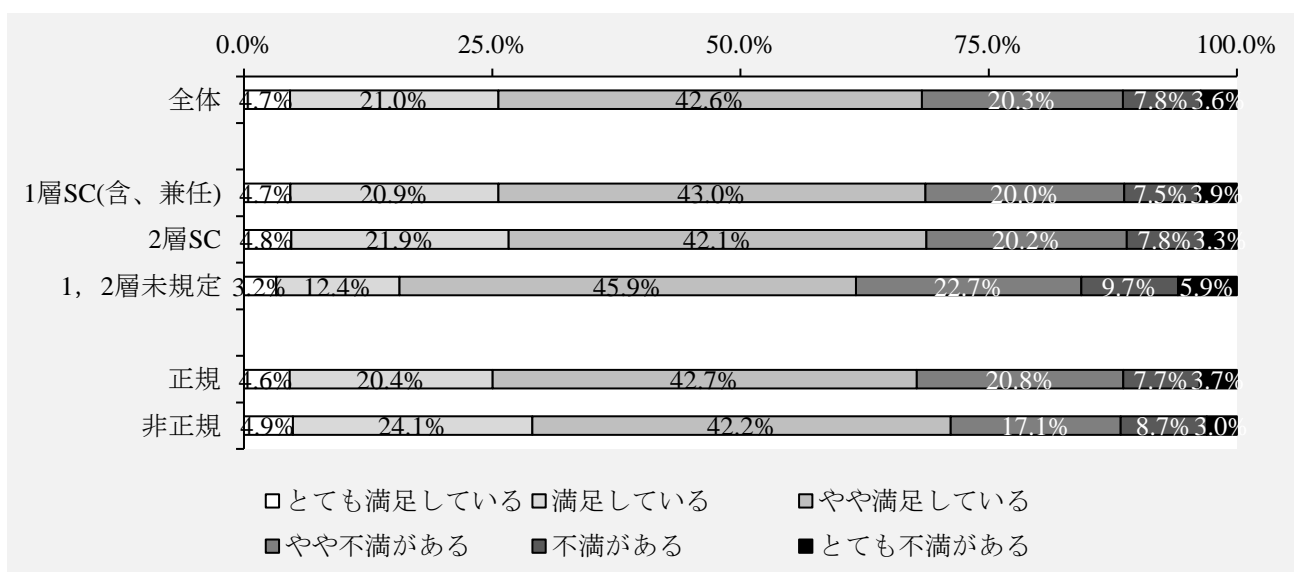


図 21 属性別、SC の仕事満足度(1)

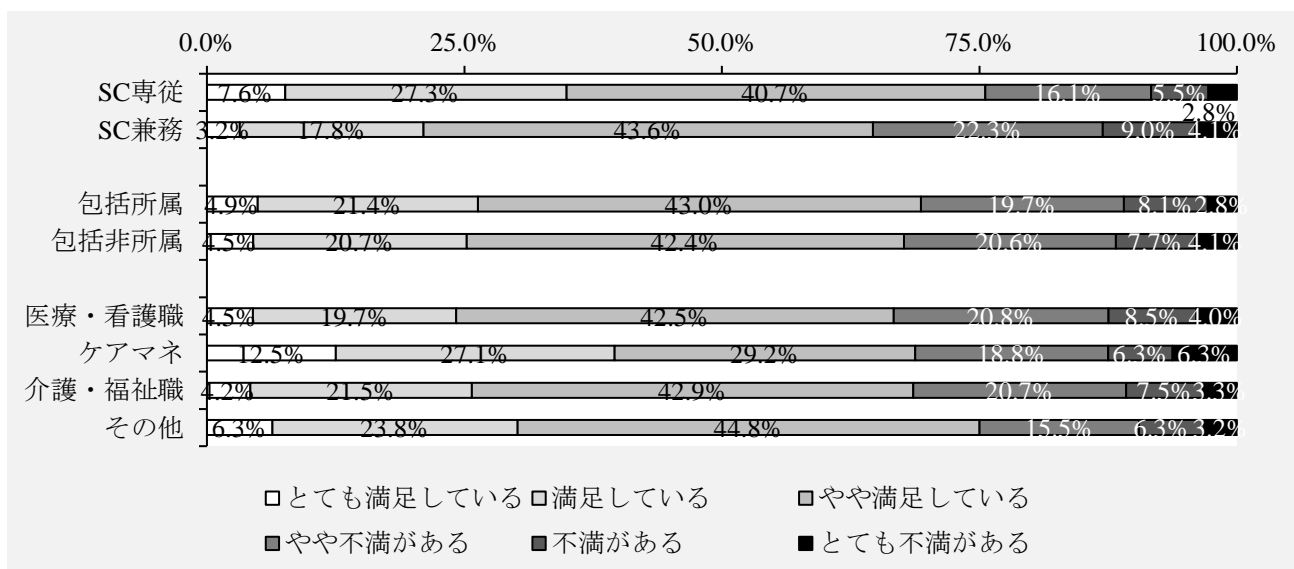


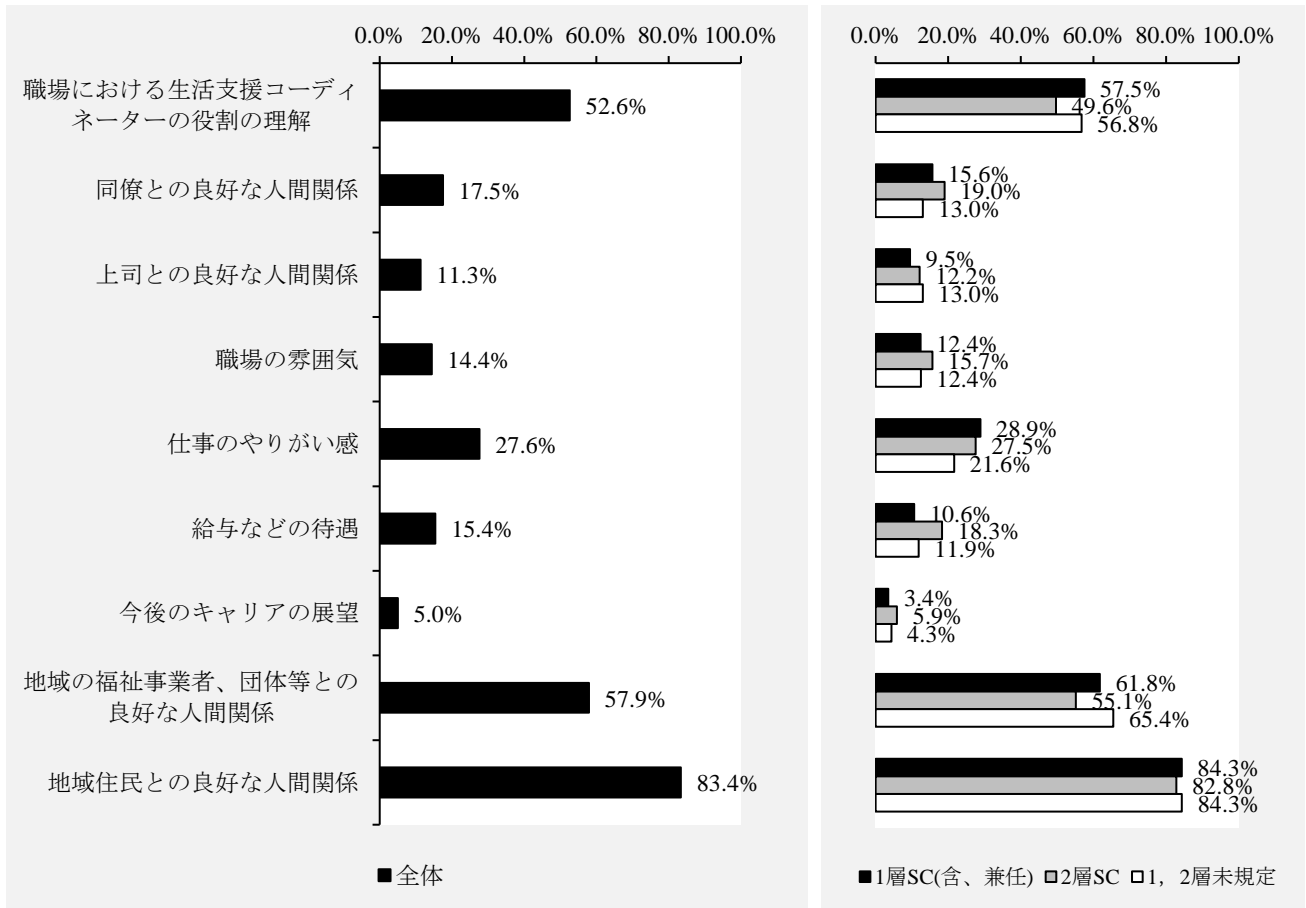
図 22 属性別、SC の仕事満足度(2)

2) SC を継続するうえでの大切な点と継続意向

次に SC がその活動を継続したいと思っているのかを考察するために、SC を継続するうえで大切と考えている点と、その継続意向について測定した。まず SC を継続するうえで大切と考えている点については、「生活支援コーディネーターとして、仕事を継続するうえで最も大切なものは何であると思いますか。3 つまでお答えください」という設問に対して、「職場における生活支援コーディネーターの役割の理解」、「同僚との良好な人間関係」、「上司との良好な人間関係」、「職場の雰囲気」、「仕事のやりがい感」、「給与などの待遇」、「今後のキャリアの展望」、「地域の福祉事業者、団体等との良好な人間関係」、「地域住民との良好な人間関係」の 9 つの選択肢を設け、上位 3 つまで回答できる形とした。その結果を図 23

に示した。

SC を継続するうえで大切な要因としては、「地域住民との良好な人間関係」がもっとも高く 83.4%であった。つぎに、「地域の福祉事業者、団体等との良好な人間関係」が 57.9%、「職場における生活支援コーディネーターの役割の理解」が 52.6%であり、この 3 項目が 5 割を超えていた。それ以外の項目については、「仕事のやりがい感」の 27.6%を除きいずれも 2 割以下であった。また、「今後のキャリア展望」が 5.0%と低かった。なお、SC の地位別でみると概ね違いは大きくないが、「給与などの待遇面」については第 2 層 SC が他に比べて若干高く、逆に「地域の福祉事業者、団体等との良好な人間関係」が若干低かった。地域との関係や SC の役割理解が継続において重要であるという知見は、今後の研修等に活用できるといえる。



*上位 3 つまでを回答

図 23 SC を継続するうえでの大切な点

この点を踏まえ、SC の継続意向を図 24、図 25 にまとめた。全体として、「続けたい」が 21.1%、「やや続けたい」が 26.4%、「どちらともいえない」が 34.8%、「あまり続けたくない」が 10.5%、「続けたくない」が 7.2%であった。半数弱が継続意向を持っていたが、「ど

ちらともいえない」が 34.8%と多く、また、続けたくないの合計が 17.7%と 2 割弱が継続に難色を示していた。SC の継続率などの調査データはないが、このデータからは、SC が仕事として魅力的であるとは言い切れず、より継続希望が高くなるよう待遇改善はもとより、図 23 にあるような地域住民や団体との人間関係構築への支援、役割の理解への支援を行ってゆく必要があるだろう。

また、属性別にみると、SC の地位別では第 1, 2 層未規定の SC が継続希望が低く、正規、非正規で見ると正規のほうがやや継続希望が低かった。正規の場合は法人内での他の部署への移動が想定できるため、継続希望が低かったと考察できる。法人内における SC の立ち位置が低いことを反映している可能性があり、SC の待遇改善は魅力向上が必要だといえよう。

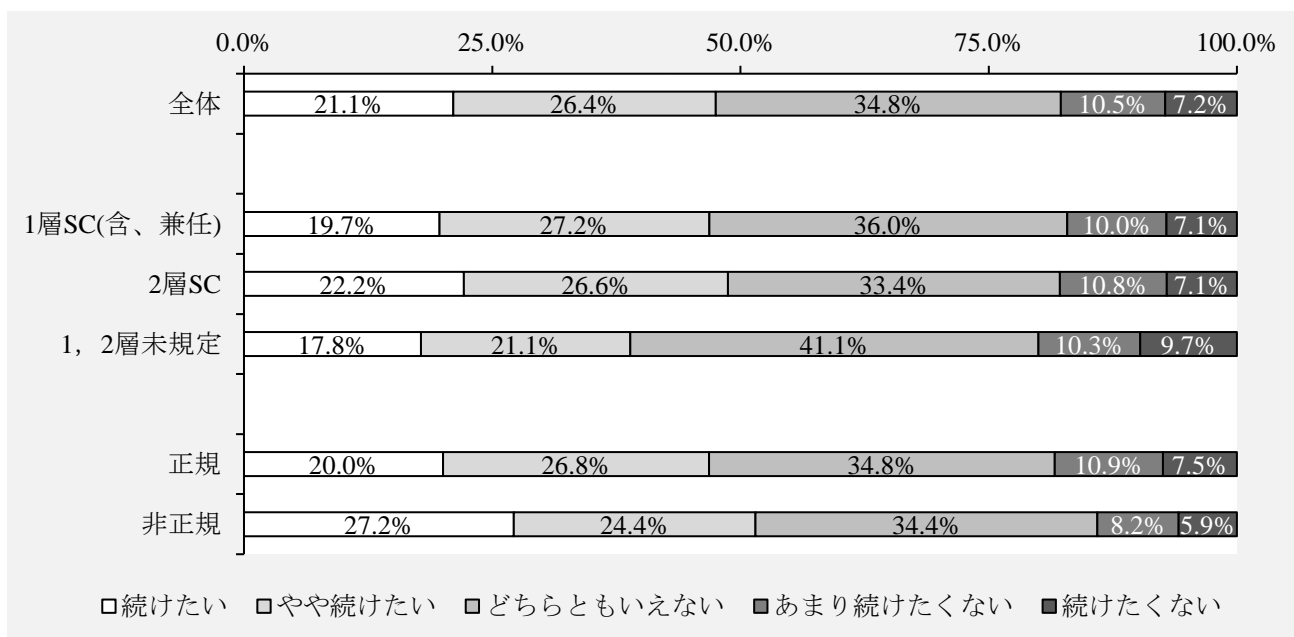


図 24 属性別、SC の継続意向(1)

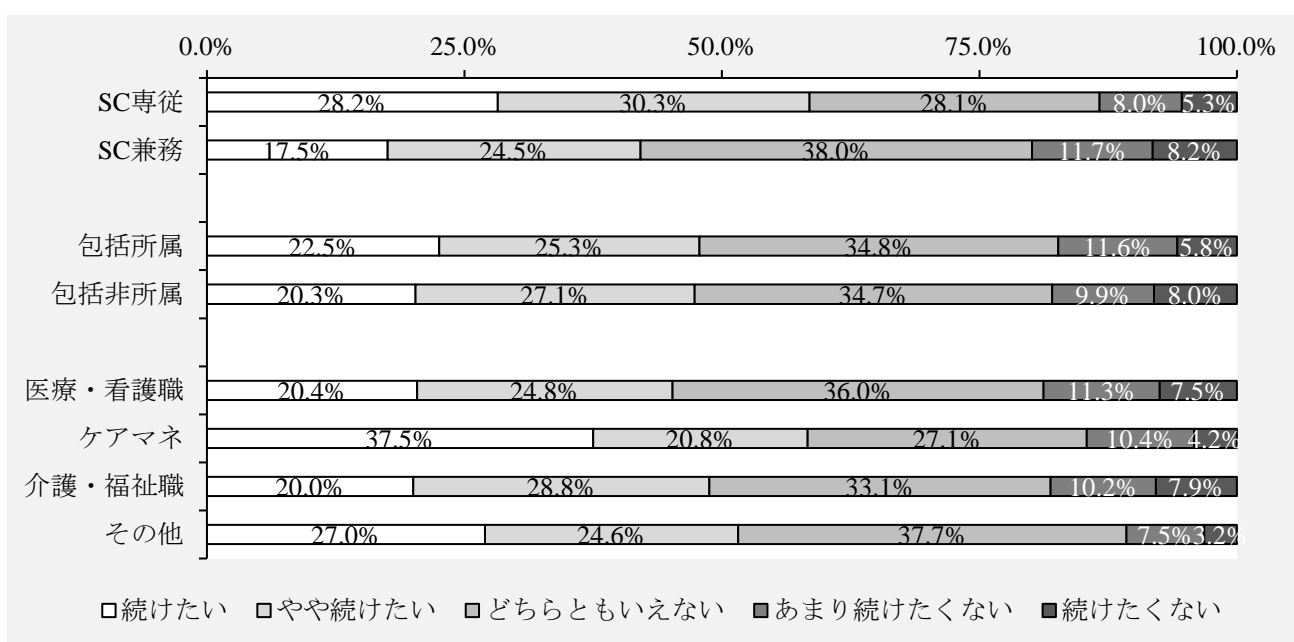


図 25 属性別、SC の継続意向(2)

3) SC の仕事のウェルビーイング

SC の意識の分析の最後として、福祉施設スタッフの職場における仕事の質 (Quality of work life) の測定指標を開発した LEE (2003) の指標を参考に、SC の仕事上の特性を考慮して地域住民、および、地域の福祉団体との関係性も含めた 22 項目の設問を設定し、「非常によくあてはまる」から「まったくあてはまらない」の 6 段階のリッカート尺度をもちい

で測定した。この 22 項目について、最尤法、オビリミン回転をもちいた探索的因子分析を行い、その結果を表 8 にまとめた。因子分析を行う前に KMO 測度を計算した結果、全体指標 (overall MSA) が 0.89 であり因子分析を行うことが適切であることを確認した。因子数の決定はスクリープロットおよび並行分析を行い、8 因子が適切との結果を得た。さらに、MAP 基準 (7 因子を推奨)、BIC 基準 (10 因子を推奨) も考慮したうえで、解釈可能性や内的一貫性を考慮して 8 因子構造とした。抽出した因子は「福祉団体との良好な関係」「上司との良好さ」「同僚との良好さ」「働きがい」「地域住民との良好な関係」「チームとしての職場」「待遇の良さ」「必要なスキル」と命名した。クロンバックの α 係数は最低が第 8 因子の 0.71 であり、一定の内的一貫性を確認した。

探索的因子分析の結果から、「福祉団体との良好な関係」「地域住民との良好な関係」という外部との関係の良好さ、「上司との良好さ」「同僚との良好さ」「チームとしての職場」という職場における関係の良好さ、「待遇の良さ」「必要なスキル」という待遇や自らの資格を活かしていることができているという経済合理的な次元、そして、「働きがい」という主観的な良さが抽出できた。また、これらのまとまりの因子得点間の相関が高い。

さらに各因子がいかなる要素によって規定されているかを検証するために、各因子得点を従属変数として、SC の基本的な属性を独立変数とした重回帰分析を行い、その結果について有意か否かと正負のみを表 9 にまとめた。SC の地位をみると、第 1 層 SC については、第 2~4、6、7 因子と職場や待遇面に関わる項目においては正に有意であったが外部との関係についてはいずれも有意ではなかった。第 1、2 層未規定の SC については第 1 因子「福祉団体の良好な関係」が負に、第 7 因子「待遇の良さ」は正に有意であった。

SC を兼務している SC に比べて専従している SC は、第 2、4、7、8 因子が正に有意であり、とくに労働面におけるウェルビーイングが良好であった。また、地域包括支援センターに所属していない SC に比べて所属している SC は第 2~4 因子、第 6 因子が正に有意であり、やはり職場におけるウェルビーイングが良好であった。地域包括支援センターへの所属は地域との距離が近くなることから、地域との関係についての意識が高まりそうであるが、実際には職場や待遇面に関連しており、地域や福祉団体の関連はみられなかった。

これらの結果からは、第 1 層 SC と第 2 層 SC が SC の仕事のウェルビーイングの構造が異なっていること、また、SC 専従であるか、包括に所属するかも SC のとくに職場でのウェルビーイングに大きく関連していることが示された。

表 8 SC の職場でのウェルビーイングについての因子分析の結果

	第1因子 福祉団体 との良好 な関係	第2因子 上司との 良好さ	第3因子 同僚との 良好さ	第4因子 働きがい が高い	第5因子 地域住民 との良好 な関係	第6因子 チームと しての職 場	第7因子 待遇の良 さ	第8因子 必要なス キル	共通性 h^2
⑫ 私と地域の福祉団体との関係はよいと思う	.94	.02	.00	-.01	.02	.00	-.02	.00	.91
⑬ 私と地域の福祉団体との間には信頼関係がある	.93	.00	.03	.01	.05	-.02	-.03	-.03	.92
⑭ 地域の福祉団体は仕事をすうえで協力的であると思う	.84	-.02	.00	.02	-.05	.02	.07	.04	.73
① 私と上司の関係はよいと思う	-.01	.96	.01	.00	.00	-.02	.01	.01	.91
② 私と上司の間には信頼関係が成り立っている	.03	.95	.02	.02	.01	.00	-.03	-.01	.94
③ 上司は仕事について適切に指導監督してくれる	.00	.74	-.04	-.01	-.03	.12	.08	.01	.68
⑤ 私は同僚の間には信頼関係が成り立っている	.02	.03	.96	.01	.03	-.03	-.01	-.02	.93
④ 私は同僚との関係はよいと思う	.00	.06	.90	.01	.01	-.01	.02	.01	.89
⑥ 同僚は仕事をすうえで協力的であると思う	.04	-.09	.75	.03	-.05	.18	.04	.05	.74
⑲ この仕事は私の信念・信条にかなうものである	.01	-.01	.00	.92	.00	.01	.02	-.07	.83
⑲ この仕事は「やりがいのある仕事」だと思う	-.01	-.01	.03	.79	-.01	-.01	.02	.10	.70
⑳ 私はこの仕事を通じて人間的に成長していると思う	.00	.04	.05	.72	.09	-.03	-.04	.06	.65
㉑ この仕事で自分のもつ資格が生かせると思う	.08	.07	-.09	.56	-.06	.10	.00	.04	.39
⑩ 私と地域の住民の間には信頼関係が成り立っている	.01	.00	-.03	.02	.94	.01	-.01	-.03	.90
⑨ 私と地域の住民との関係はよいと思う	-.02	.00	.05	.00	.88	.02	.01	.02	.81
⑪ 地域の住民は仕事をすうえで協力的であると思う	.18	.00	-.04	.02	.57	.02	.09	.06	.56
⑧ 職場のチームワークはよいと思う	.02	.01	-.02	.00	.02	.98	.00	.01	.98
⑦ 職場の人間関係はよいと思う	-.03	.09	.16	.02	.03	.69	.01	-.01	.80
⑯ 職場の福利厚生は適切だと思う	-.04	.03	.04	-.05	.04	-.02	.80	.06	.65
⑮ 給料や私の年齢や業務内容に見合っていると思う	.05	.00	-.02	.09	-.01	.02	.76	-.08	.64
㉒ この仕事には幅広い知識が必要であると思う	-.02	.00	.01	.03	.04	.00	-.02	.85	.76
⑰ この仕事には熟練した技術が必要だと思う	.07	.02	-.01	-.01	-.08	.01	.04	.63	.41
									Cronbach alpha
因子間相関	第1因子								.94
	第2因子	.35							.93
	第3因子	.35	.58						.94
	第4因子	.50	.35	.34					.85
	第5因子	.65	.29	.37	.51				.89
	第6因子	.34	.62	.69	.34	.30			.93
	第7因子	.28	.38	.30	.34	.18	.35		.77
	第8因子	.17	.17	.18	.40	.17	.14		.71

探索的因子分析（最尤法、オブリンミン回転）

表 9 各因子得点を従属変数とした重回帰分析の結果の要約

変数	参照カテゴリ	第1因子 福祉団体 との良好 な関係	第2因子 上司との 良好さ	第3因子 同僚との 良好さ	第4因子 働きがい	第5因子 地域住民 との良好 な関係	第6因子 チームと しての職 場	第7因子 待遇の良 さ	第8因子 必要なス キル
1層SC	2層SC	n.s.	+ ***	+ ***	+ ***	n.s.	+ **	+ ***	n.s.
1, 2層未規定	2層SC	- *	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	+ ***	n.s.
正規	非正規	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	+ ***	+ *
専従	兼務	n.s.	+ *	n.s.	+ ***	+ ***	n.s.	+ *	+ *
包括所属	包括非所属	n.s.	+ ***	+ **	+ ***	n.s.	+ ***	n.s.	n.s.
医療・看護職	介護・福祉職	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	- ***	+ **	n.s.	n.s.
ケアマネ	介護・福祉職	+ **	+ **	n.s.	n.s.	+ ***	n.s.	n.s.	n.s.
その他	介護・福祉職	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	- ***

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

7. SC への支援

1) 研修受講状況

SC への支援体制の現状として、SC の研修受講状況について検討する。「生活支援コーディネーターとして勤務するなかで、生活支援コーディネーター向けの研修を受けたことがありますか」という設問に対して、「a. 都道府県による研修」「b. 市区町村による研修」「c. 勤務する法人による研修」「d. その他の団体による研修」と主催別の項目について、「半年に1回以上受けている」「1年に1回程度受けている」「年に1回未満で受けている」「研修はあるが、受けたことはない」「この研修はない、知らない」の5つの選択肢を設けて測定した。その結果を全体とSCの地位別に図26に示した。

全体で見ると、都道府県主催の研修については「半年に1回以上」が20.4%、「1年に1回程度」が38.1%、「年に1回未満」が26.2%であり、合計して8割以上が研修を1回以上受講していた。だが、市区町村主催の研修では7.0%が受けておらず、また41.2%が「この研修はない、知らない」と回答しておりほぼ半数が受けていなかった。また、勤務する法人においては64.2%が「この研修はない、知らない」と答えていた。また、中間支援財団による講習などその他の団体による講習も44.7%が「研修はあるが、受けたことはない」「この研修はない、知らない」と答えており、半数近くが受けていなかった。ここからはSCの研修は都道府県が中心となっており、それを市区町村やその他の団体が補完する構造となっていることがわかる。

SCの地位別にみると、第1層SCと第1, 2層未規定のSCは都道府県主催の研修を第2

層 SC よりも受講していた。逆に、第 2 層 SC は市区町村主催の研修や勤務する法人による研修を受けている頻度が高く、SC の地位別でアクセスする研修が異なっていることが示された。第 2 層 SC はより限定的な地域を対象とすることから、主催者がよりミクロな単位になったといえる。

2) SC 同士の連絡会参加状況

次に SC 同士の支えあいを検討するため、SC 同士の連絡会の参加状況について調査した。具体的には、「あなたは、生活支援コーディネーター同士での連絡会や意見交換会など（連絡会等と表記）に参加していますか」という設問に対して、「市区町村内における連絡会等」「近隣の市区町村における連絡会等」「同じ都道府県内での連絡会等」「その他の連絡会等」と範囲別の項目について、「参加している」「現在は参加していないが、参加したことがある」「参加したことはないが参加してみたい」「参加したいとは思わない」「存在しない、知らない」の 5 つの選択肢で測定した。その結果を、SC の地位別に図 27 に示した。

その結果、全体では市区町村内での連絡会については「参加している」が 63.4%と高く、「存在しない、知らない」は 20.7%であった。また、近隣の市区町村では「参加している」が 28.1%、「存在しない、知らない」は 30.4%、同じ都道府県内では「参加している」が 32.2%、「存在しない、知らない」が 20.3%、その他では「参加している」が 18.2%、「存在しない、知らない」が 42.3%であった。全体としては市区町村内の連絡会に参加する傾向にあるが、これは SC の地位別では異なっていた。

第 1 層 SC は市区町村内の参加が 56.7%であったのに対して、第 2 層 SC は 70.2%と多かった。これに対して、第 1 層 SC は近隣の市区町村は 34.6%、同じ都道府県内が 44.5%であったが、第 2 層 SC はそれぞれ 23.7%、24.3%であった。また第 1、2 層未規定の SC は市区町村内が 33.0%と低く、近隣の市区町村が 37.8%、同じ都道府県内が 44.9%と 2 層 SC より高くなっていた。第 2 層 SC が参加する連絡会は市区町村内と狭い範囲での連絡会が中心であったが、第 1 層 SC や第 1、2 層未規定の SC はより広い範囲での連絡会に参加していた。これは、第 1 層 SC は市区町村に 1 人ないし少数の場合が多く、近隣とより広域の連携を図る必要があるから、また、第 1、2 層未規定の SC は小規模自治体であることから市町村内での連絡会開催が難しいため広域化していることを反映していると考えられる。

SC へのヒヤリングなどから、SC はしばしば孤立しやすいということを聞くが、とくに第 1 層 SC は自治体内での参加状況が低くなる傾向にあり、それゆえにより一層孤立しやすい状況が生まれている可能性がある。

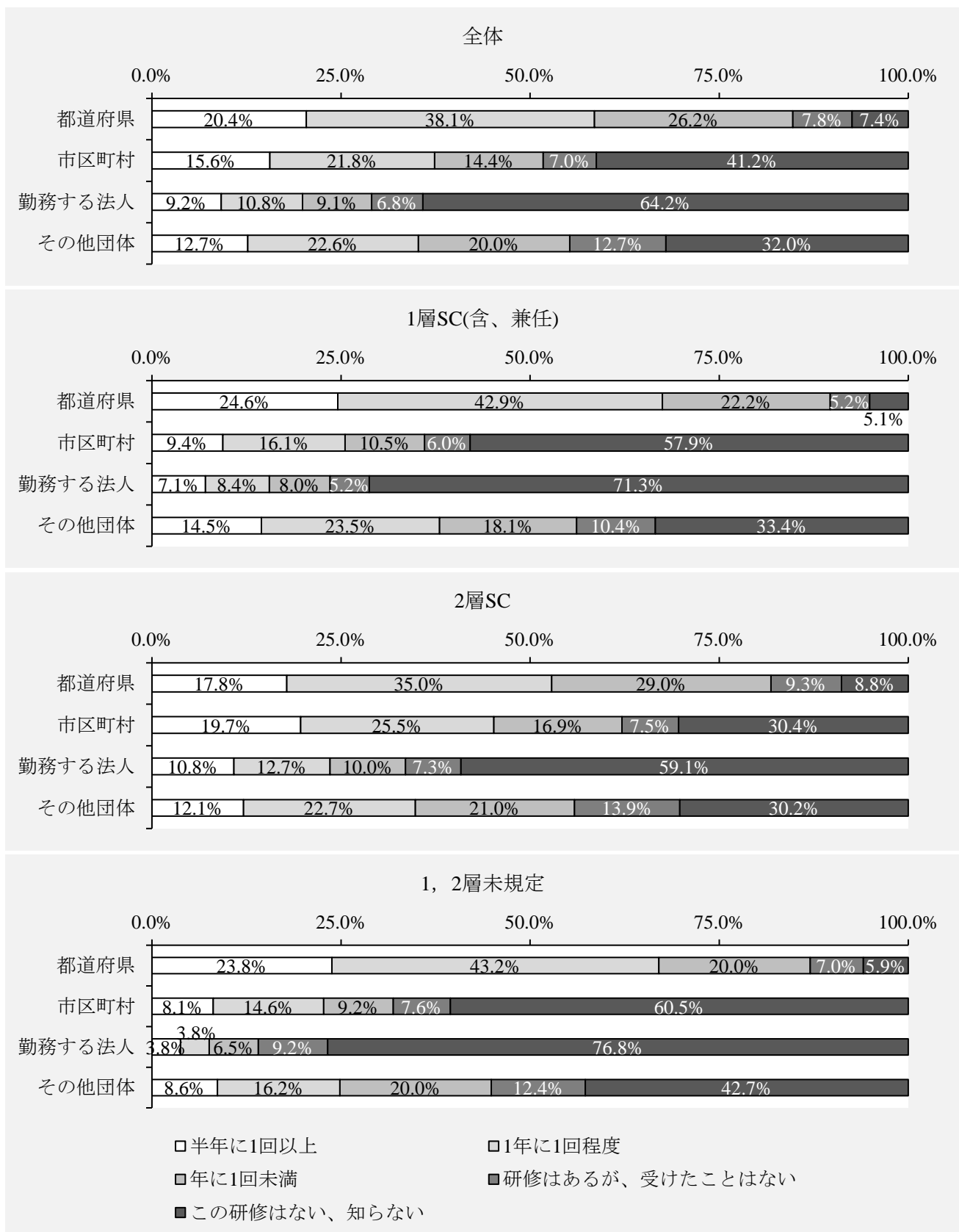


図 26 SC への開催主体別の研修経験

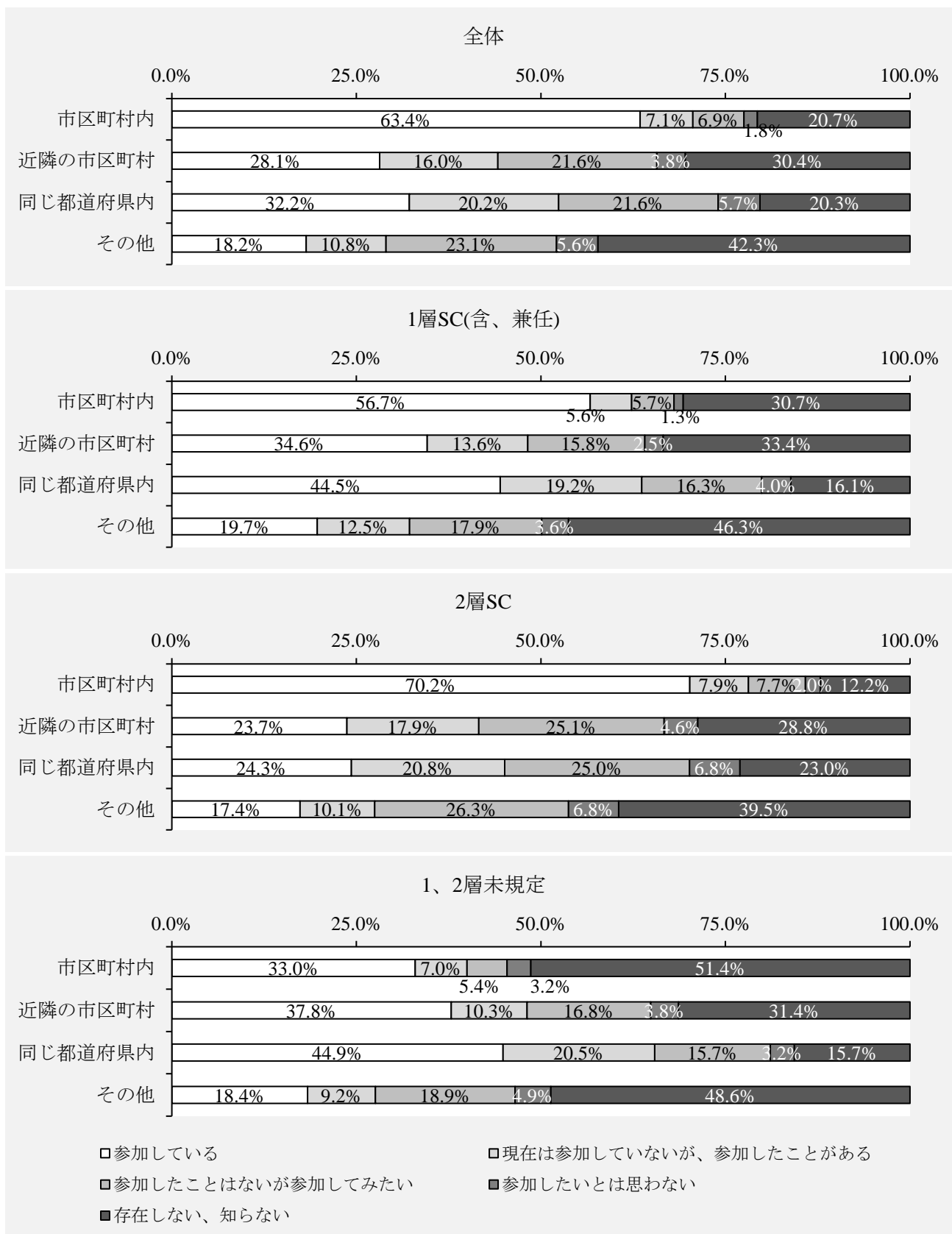


図 27 地域別の SC 同士の連絡会や意見交換会の参加状況

3) 研修以外の支援

最後に研修以外の支援について、「研修以外に SC 活動を支援する仕組みがありますか。あてはまるものをすべてお答えください」という設問について、10 の選択肢を設けて測定した。その結果を図 28 に示した。

研修以外の SC 活動を支援する仕組みとしては、「生活支援コーディネーター同士で意見交換を行える場がある」がもっとも多く 64.5%であった。また、「生活支援コーディネーターの活動方針について、自治体や所属団体等と意見交換する環境がある」「多職種と連携・意見交換する環境がある」はそれぞれ 49.3%、49.5%であった。さらに「自身の活動を支援・指導してくれる上司などがある」が 35.4%であった。上位に挙げた項目はいずれも他の SC や専門職、団体との交流や意見交換、指導に関連するものであり、法人内に 1 人で活動することの多い SC が孤立することなく他者と協働して業務を行えるような体制があることが支援となると考えていることがわかる。

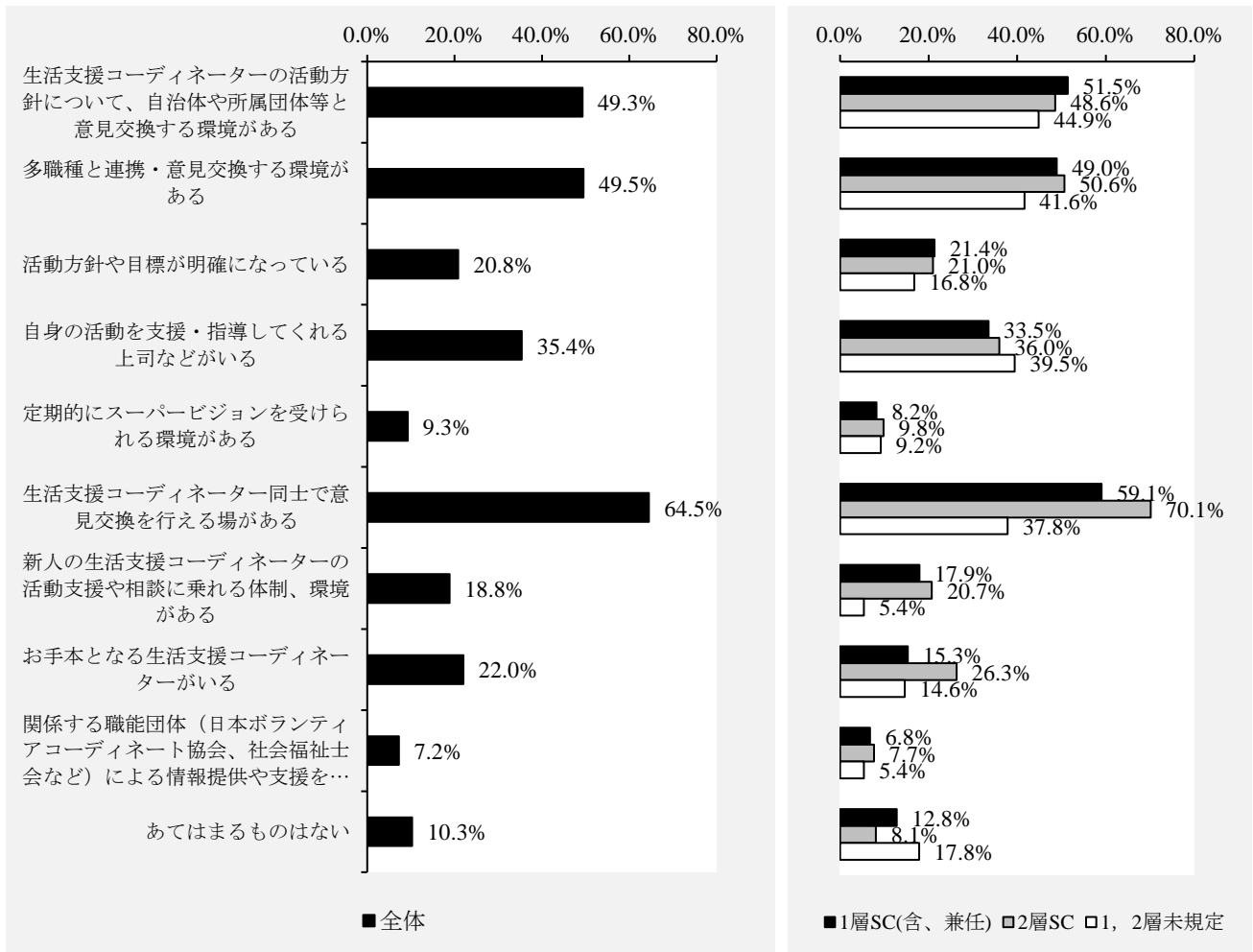


図 28 研修以外の SC 活動を支援する仕組みの有無

8. まとめ

本調査は SC 個人を対象とした、おそらく初の全国調査となる。オンライン調査であること、有効回収率が 3 割強であること、都道府県ごとの有効回収率が異なることなどから必ずしも全国の SC を正確に捉え切れているわけではないという留保を置く必要があるが、SC の活動の概要がつかめる結果である。

SC には、地域資源の可視化、ネットワーク構築、マッチングという大きく 3 つの役割が求められているが、地域資源の可視化については他に比べて相対的に良く実施されており、自己評価による目標達成度も高かったが、想定している地域住民やケアマネジャーの活用についてはギャップがあった。マッチングについて積極的に行っている SC は限定的であり、また第 2 層 SC よりも第 1 層 SC が行っているなど本来の分掌とは異なる実態がみられた。

SC の仕事でのウェルビーイングについては、多層的な構造を持っていた。SC を支援する体制については研修を受けている SC が多いが受けていないものもあり、とくに第 1 層 SC は研修にしても SC 同士の連絡会にしても当該市区町村以外で受けていることが多く孤立しやすい一因になっている結果が示された。

これらの知見からは、SC のなかでの多様性が非常に大きく、マッチングを含めて積極的に行っている SC と、そうでない SC の差がかなり大きいことが想定された。またその違いは SC の地位によって規定されるだけでなく、地域包括支援センターに所属しているか、SC の業務に専従しているか、いかなる医療や福祉の資格を持っているかなど就労状況や専門性によっても規定されていた。そのため、SC への支援を構想する際には、SC のおかれた状況や専門性を考慮した対応が必要となるだろう。

【参考文献】

- ・厚生労働省, 2018, 「平成 28 年度生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）指
者養成研修テキスト」, 厚生労働省ホームページ, (2024 年 2 月 18 日取得,
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-
Roukenkyoku/0000139109.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000139109.pdf)) .
- ・厚生労働省, 2023, 「令和 3 年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実
施状況（令和 3 年度実施分）に関する調査結果」, 厚生労働省ホームページ, (2024 年
2 月 18 日取得,
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00010.html) .
- ・LEE, Jung Won, 2003, 「高齢者福祉施設スタッフの QWL 測定尺度の開発」『社会福祉
学』44(1): 56-66.
- ・杉浦圭子・野中久美子・村山幸子・藤原佳典・村山洋史, 2022, 「新型コロナウイルス感
染症流行下の第 1 回緊急事態宣言前後の第 2 層生活支援コーディネーター業務の実態」
『日本公衆衛生雑誌』69(11):883-894.
- ・隅河内司, 2018, 「生活支援コーディネーターの現状と課題——相模原市社会福祉協会の
の取り組みから」『田園調布学園大学紀要』13:81-99.
- ・山崎竜弥, 2021, 「第 2 層生活支援コーディネーターの実践活動記録の分析」『地域福祉
実践研究』12:36-43.

付録 1：調査の依頼文（都道府県宛）

令和 5 年（2023 年）12 月 5 日

各都道府県
地域支援事業 御担当課 様

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構・国際長寿センター

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業「生活支援コーディネーターの活動基盤の強化に向けたアンケート調査」の周知について（お願い）

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私どもは今年度、厚生労働省より令和 5 年度老人保健健康増進等事業の採択を受け、「英国等諸外国における支援を必要とする住民と地域の多様な主体との調整を行う職種との国際比較を通じた生活支援コーディネーターの活動基盤強化に関する調査研究」を実施しています。

本事業は、生活支援コーディネーターの活動状況や研修等支援体制およびそれらに対する意識調査を実施して状況を把握するとともに、英国等諸外国において同様の活動を行う職種への支援体制等と比較することにより、生活支援コーディネーターの活動基盤を強化する体制について検討することとしております。

つきましては、より多くの生活支援コーディネーター皆様が御回答いただきますよう、各区市町村御担当課様への周知をお願い申し上げます。

記

1 アンケート名

「生活支援コーディネーターの活動基盤の強化に向けたアンケート調査」

2 アンケートURL : <https://forms.gle/Y3Usf2VNhW5qbMPo9>

※ 下のQRコードまたは国際長寿センターホームページからもアクセス可能です。

3 回答期限：令和 6 年（2024 年）1 月 12 日（金）

4 回答者：現役の生活支援コーディネーター（1 層及び 2 層）

所属団体・法人名や回答者氏名の回答は不要です。

5 調査の内容と事例提供について

要介護、要支援・事業対象者の個別課題を地域資源の活用によって解決した事例を収集しておりますので、こちらもぜひご協力ください。

QR コード

（連絡先）一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
政策推進部・国際長寿センター（担当：中村）
〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-21-19 東急虎ノ門ビル 3 階
Tel.03-3595-3257 e-mail: ilcJapan@ihcp.jp
WEBSITE : <http://www.ilcJapan.org/>

(市区町村宛)

令和5年(2023年)12月5日

各市町村
地域支援事業 御担当課 様

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構・国際長寿センター

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業「生活支援コーディネーターの活動基盤の強化に向けたアンケート調査」の周知について(お願い)

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私どもは今年度、厚生労働省より令和5年度老人保健健康増進等事業の採択を受け、「英国等諸外国における支援を必要とする住民と地域の多様な主体との調整を行う職種との国際比較を通じた生活支援コーディネーターの活動基盤強化に関する調査研究」を実施しています。

本事業は、生活支援コーディネーターの活動状況や研修等支援体制およびそれらに対する意識調査を実施して状況を把握するとともに、英国等諸外国において同様の活動を行う職種への支援体制等と比較することにより、生活支援コーディネーターの活動基盤を強化する体制について検討することとしております。

つきましては、より多くの生活支援コーディネーターの皆様が御回答いただきますよう、別添文書により本調査の御周知をお願い申し上げます。

記

- アンケート名
「生活支援コーディネーターの活動基盤の強化に向けたアンケート調査」
- アンケートURL : <https://forms.gle/Y3Usf2VNhW5qbMPo9>
※ 下のQRコードまたは国際長寿センターホームページからもアクセス可能です。
- 回答期限: 令和6年(2024年)1月12日(金)
- 回答者 : 現役の生活支援コーディネーター(1層及び2層)
所属団体・法人名や回答者氏名の回答は不要です。
- 調査の内容と事例提供について
要介護、要支援・事業対象者の個別課題を地域資源の活用によって解決した事例を収集しておりますので、こちらもぜひご協力ください。

QRコード

(連絡先) 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
政策推進部・国際長寿センター(担当: 中村)
〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-21-19 東急虎ノ門ビル3階
Tel.03-3595-3257 e-mail: ilcjapan@ihp.jp
WEBSITE: <http://www.ilcjapan.org/>

(生活支援コーディネーター宛)

令和5年(2023年)12月5日

生活支援コーディネーター様

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構・国際長寿センター

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業「生活支援コーディネーターの活動基盤の強化に向けたアンケート調査」について(お願い)

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私どもは今年度、厚生労働省より令和5年度老人保健健康増進等事業の採択を受け、「英国等諸外国における支援を必要とする住民と地域の多様な主体との調整を行う職種との国際比較を通じた生活支援コーディネーターの活動基盤強化に関する調査研究」を実施しています。

本事業は、生活支援コーディネーターの活動状況や研修等支援体制およびそれらに対する意識調査を実施して状況を把握するとともに、英国等諸外国において同様の活動を行う職種への支援体制等と比較することにより、生活支援コーディネーターの活動基盤を強化する体制について検討することとしております。

つきましては、より多くの生活支援コーディネーター皆様に御回答いただきたく、御協力賜りますようお願い申し上げます。

記

1 アンケート名

「生活支援コーディネーターの活動基盤の強化に向けたアンケート調査」

2 アンケートURL : <https://forms.gle/Y3Usf2VNHw5qbMPo9>

※ 下のQRコードまたは国際長寿センターホームページからもアクセス可能です。

3 回答期限：令和6年(2024年)1月12日(金)

4 回答者：現役の生活支援コーディネーター全員(1層及び2層)

所属団体・法人名や回答者氏名の回答は不要です。

5 調査の内容と事例提供について

要介護、要支援・事業対象者の個別課題を地域資源の活用によって解決した事例を収集しておりますので、こちらもぜひご協力ください。

QRコード

(連絡先) 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
政策推進部・国際長寿センター(担当：中村)
〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-21-19 東急虎ノ門ビル3階
Tel.03-3595-3257 e-mail: ilcJapan@ihp.jp
WEBSITE : <http://www.ilcJapan.org/>

付録2：調査画面の冒頭画面



生活支援コーディネーターの活動基盤の強化に向けた全国アンケート調査

今年度、国際長寿センターでは厚生労働省より令和5年度老人保健健康増進等事業の採択を受け、「英国等諸外国における支援を必要とする住民と地域の多様な主体との調整を行う職種との国際比較を通じた生活支援コーディネーターの活動基盤強化に関する調査研究」を実施しています。

本事業は、生活支援コーディネーターの皆さんの活動状況や活動に関する意識について調査し、英国等諸外国における生活支援コーディネーターと同様の職種の活動状況との国際比較を通じ、生活支援コーディネーターの活動基盤の強化について検討するものです。

回答者は、**現役の生活支援コーディネーター（第1層または第2層）を対象**とします。過去に生活支援コーディネーターをされていた方は対象となりませんのでご注意ください。

回答期限は、**令和6年1月12日（金）**となります。

（本調査におけるお問い合わせ先）
一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構政策推進部
国際長寿センター（担当：中村）

〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-21-19 東急虎ノ門ビル3階
TEL:03-3595-3257 e-mail:ilcJapan@ihep.jp

 アカウントを切り替える 

 共有なし

* 必須の質問です

問01 あなたは生活支援コーディネーターですか。*

この調査は生活支援コーディネーターとして実践に従事している方を対象としています。未経験の方や現役の生活支援コーディネーターでない方はこの設問のみで回答が終了となります。現在、生活支援コーディネーターの方は①をお答えの上で、以降の設問にお答えください。

① 現在、生活支援コーディネーターである

② 現在は、生活支援コーディネーターではないが、過去に生活支援コーディネーターだった

③ これまで生活支援コーディネーターの経験はない

次へ フォームをクリア

付録 3 : 調査票の設問文と選択肢

設問文	設問文 2	選択肢
問 01 あなたは生活支援コーディネーターですか。		① 現在、生活支援コーディネーターである ② 現在は、生活支援コーディネーターではないが、過去は生活支援コーディネーターだった ③ これまで生活支援コーディネーターの経験はない
問 02 あなたは現在、生活支援コーディネーターとして、第1層で働いていますか、第2層で働いていますか。		① 第1層として働いている ② 第2層として働いている ③ 第1層と第2層を兼任している ④ 第1層と第2層が分かれていない
問 03 あなたはこれまで、生活支援コーディネーターとして、第1層、第2層で働いていたことがありますか。あてはまるものをすべてお選びください。		① 第1層で働いた経験がある ② 第2層で働いた経験がある ③ 第1層、第2層が分かれておらず意識したことがない
問 04 あなたは、生活支援コーディネーターとしての業務に専従していますか、他の業務を兼務していますか。また、常勤の職員ですか。		① 生活支援コーディネーターに専従しており、常勤職員である ② 生活支援コーディネーターに専従しており、非常勤職員である ③ 他の業務を兼務しており、常勤職員である ④ 他の業務を兼務しており、非常勤職員である
問 05 あなたの医療・介護・福祉等に関する保有資格について、あてはまるものをすべてお選びください。		① 社会福祉士 ② ケアマネジャー（介護支援専門員） ③ 介護福祉士 ④ 訪問介護員 ⑤ 精神保健福祉士 ⑥ 保健師 ⑦ 看護師 ⑧ 理学療法士 ⑨ 作業療法士 ⑩ あてはまるものはない、いずれも持っていない その他
問 06 あなたが現在までに経験したことがある業務や活動について、あてはまるものをすべてお答えください。		① 社会福祉協議会の職員 ② NPO 等の中間支援組織の職員 ③ 居宅介護支援事業所の職員 ④ その他介護事業所の職員 ⑤ 医療機関の職員 ⑥ 地域包括支援センターの職員 ⑦ 在宅介護支援センターの職員 ⑧ 保健所・保健センターの職員 ⑨ 市区町村の行政職員 ⑩ 民生委員・児童委員 ⑪ ボランティア・NPO 団体等の活

		動（職員としてではない活動） ⑫ あてはまるのはない
問 07 あなたが現在所属する法人について、あてはまるものを1つお答えください。		① 自治体 ② 社会福祉協議会 ③ 社会福祉法人（社会福祉協議会を除く） ④ 一般社団法人 ⑤ 医療法人 ⑥ NPO 法人 ⑦ 民間企業 ⑧ 法人には所属していない その他...
問 08 あなたが現在所属する法人は、地域包括支援センターを運営していますか。また、あなたはその地域包括支援センターに所属していますか。		① 地域包括支援センターを運営しており、私もセンターに所属している ② 地域包括支援センターを運営しているが、私はセンターに所属していない ③ 地域包括支援センターを運営していない ④ 法人には所属していない
問 09 あなたは生活支援コーディネーターとして何年間の経験がありますか。おおよその年数をお答えください。なお、何度か経験されている方は通算の経験年数をお答えください。	a. 生活支援コーディネーターとして経験	① 半年未満 ② 半年以上～1年未満 ③ 1年以上～2年未満 ④ 2年以上～3年未満 ⑤ 3年以上～4年未満 ⑥ 4年以上～5年未満 ⑦ 5年以上～6年未満 ⑧ 6年以上～7年未満 ⑨ 7年以上～8年未満 ⑩ 8年以上～10年未満 ⑪ 10年以上
問 09 あなたは生活支援コーディネーターとして何年間の経験がありますか。おおよその年数をお答えください。なお、何度か経験されている方は通算の経験年数をお答えください。	b. 高齢者福祉分野全般での経験	① 半年未満 ② 半年以上～1年未満 ③ 1年以上～2年未満 ④ 2年以上～3年未満 ⑤ 3年以上～4年未満 ⑥ 4年以上～5年未満 ⑦ 5年以上～6年未満 ⑧ 6年以上～7年未満 ⑨ 7年以上～8年未満 ⑩ 8年以上～10年未満 ⑪ 10年以上

<p>問 10 生活支援コーディネーターとしての業務として、特にどの業務に重点を置いて現在の業務を遂行していますか。特に重視をしている活動を最大3つまでお答えください。</p>		<p>① 地域における既存の社会資源（地域資源）の把握と可視化（マップ作り等） ② 地域における新しい社会資源（地域資源）の開発 ③ 地域における新しい介護予防・生活支援等に資するネットワーク（地域におけるネットワーク）の構築 ④ 要介護等の認定を受けている高齢者（要介護等認定者）のニーズに対する地域の支援事業者（地域資源）へのマッチング ⑤ 要介護等の認定を受けていない高齢者のニーズに対する地域の支援事業者（地域資源）へのマッチング ⑥ とくに重視している／いたものはない</p>
<p>問 11 生活支援コーディネーターとしての以下の業務について、あなたは自身が設定した目標を達成していると思いますか。</p>	<p>a. 地域における既存の社会資源（地域資源）の把握と可視化（マップ作り等）</p>	<p>① 目標を十分に達成している ② 目標をある程度達成している ③ 目標をあまり達成していない ④ 目標をほとんど達成できていない ⑤ 目標を立てていない、実施していない</p>
<p>問 11 生活支援コーディネーターとしての以下の業務について、あなたは自身が設定した目標を達成していると思いますか。</p>	<p>b. 地域における新しい社会資源（新しい地域資源）の開発</p>	<p>同上</p>
<p>問 11 生活支援コーディネーターとしての以下の業務について、あなたは自身が設定した目標を達成していると思いますか。</p>	<p>c. 地域における新しい介護予防・生活支援等に資するネットワーク（地域におけるネットワーク）の構築</p>	<p>同上</p>
<p>問 11 生活支援コーディネーターとしての以下の業務について、あなたは自身が設定した目標を達成していると思いますか。</p>	<p>d. 要介護認定を受けている高齢者（要介護等認定者）のニーズに対する地域の支援事業者（地域資源）へのマッチング</p>	<p>同上</p>
<p>問 11 生活支援コーディネーターとしての以下の業務について、あなたは自身が設定した目標を達成していると思いますか。</p>	<p>e. 要介護認定を受けていない高齢者のニーズに対する地域の支援事業者（地域資源）へのマッチング</p>	<p>同上</p>
<p>問 12 地域における既存の社会資源（地域資源）のマップや地域資源の一覧表について、それぞれお答えください。</p>	<p>a. ケアマネジャーが活用することを想定して作成している</p>	<p>① あてはまる ② あてはまらない ③ 一度も作成したことがない</p>
<p>問 12 地域における既存の社会資源（地域資源）のマップや地域資源の一覧表について、それぞれお答えください。</p>	<p>b. 地域住民が活用することを想定している</p>	<p>同上</p>

問 12 地域における既存の社会資源（地域資源）のマップや地域資源の一覧表について、それぞれお答えください。	c. ケアマネジャーが活用していることを実感している	同上
問 12 地域における既存の社会資源（地域資源）のマップや地域資源の一覧表について、それぞれお答えください。	d. 地域住民が活用していることを実感している	同上
問 12 地域における既存の社会資源（地域資源）のマップや地域資源の一覧表について、それぞれお答えください。	e. 更新作業に手を取られていると感じる	同上
問 12 地域における既存の社会資源（地域資源）のマップや地域資源の一覧表について、それぞれお答えください。	f. 概ね 1 年以内に更新している	同上
問 12 地域における既存の社会資源（地域資源）のマップや地域資源の一覧表について、それぞれお答えください。	g. 2 層の生活支援コーディネーターだけで作成している	同上
問 12 地域における既存の社会資源（地域資源）のマップや地域資源の一覧表について、それぞれお答えください。	h. 作成にあたって、地域住民と協働して作成している	同上
問 12 地域における既存の社会資源（地域資源）のマップや地域資源の一覧表について、それぞれお答えください。	i. 作成にあたって、地域の福祉団体等と協働して作成している	同上
問 13 あなたは、要介護等の認定を受けている高齢者のニーズに対する地域資源へのマッチングとして、以下のような取り組みをしていますか。過去の経験も含め、あてはまるものをすべてお答えください。		① 自宅を訪問しての本人の意向の確認 ② 対象者が利用する事業所への聞き取りや情報共有 ③ 項目を設定してのアセスメント ④ 本人が地域で暮らす中でしてみたい活動について本人への聞き取り ⑤ 本人が地域で暮らす中でしてみたい活動について家族への聞き取り ⑥ マッチング先に同行 ⑥ マッチング後の効果の検証 ⑦ ケアマネジャーがケアプランを作成する際のマッチング先の提案 ⑧ 1 層の生活支援コーディネーターしか経験しておらず、2 層への支援のみで実際の取り組みはしたことがない ⑨ いずれもあてはまらない その他

<p>問 14 あなたは、要介護等の認定を受けていない一般の高齢者のニーズに対する地域資源へのマッチングとして、以下のような取り組みをしていますか。過去の経験も含め、あてはまるものをすべてお答えください。</p>		<p>① 自宅を訪問しての本人の意向の確認 ② 対象者が利用する事業所への聞き取りや情報共有 ③ 項目を設定してのアセスメント ④ 本人が地域で暮らす中でしてみたい活動について本人への聞き取り ⑤ 本人が地域で暮らす中でしてみたい活動について家族への聞き取り ⑥ マッチング後の効果の検証 ⑦ 1層の生活支援コーディネーターしか経験しておらず、2層への支援のみで実際の取り組みはしたことがない ⑧ いずれもあてはまらない その他</p>
<p>問 15 地域包括支援センターやケアマネジャー、介護専門職から特定の高齢者の生活課題などについて相談があり、それを地域資源を活用して解決するような活動について、この1年間に何件くらい対応しましたか。</p>	<p>a. 要介護等の認定を受けている高齢者のニーズに対する地域資源へのマッチング</p>	<p>① 月に2件以上 ② 月に1件程度 ③ 2か月に1件程度 ④ それ以下 ⑤ 対応していない</p>
<p>問 15 地域包括支援センターやケアマネジャー、介護専門職から特定の高齢者の生活課題などについて相談があり、それを地域資源を活用して解決するような活動について、この1年間に何件くらい対応しましたか。</p>	<p>b. 要介護等の認定を受けていない一般の高齢者のニーズに対する地域資源へのマッチング</p>	<p>同上</p>
<p>問 15 地域包括支援センターやケアマネジャー、介護専門職から特定の高齢者の生活課題などについて相談があり、それを地域資源を活用して解決するような活動について、この1年間に何件くらい対応しましたか。</p>	<p>c. 地域包括支援センターやケアマネジャー、介護専門職から特定の高齢者の生活課題などについて相談があり、それを地域資源を活用して解決するような活動</p>	<p>同上</p>
<p>問 16 地域包括支援センター職員や居宅介護支援事業所のケアマネジャーと、普段からどの程度の頻度で個別事例の課題や地域課題の解決に向けた連携をしていますか。</p>	<p>a. 地域包括支援センター職員</p>	<p>① 週に3日以上 ② 週に1, 2日程度 ③ 月に1, 2回程度 ④ それ以下 ⑤ 連携していない</p>
<p>問 16 地域包括支援センター職員や居宅介護支援事業所のケアマネジャーと、普段からどの程度の頻度で個別事例の課題や地域課題の解決に向けた連携をしていますか。</p>	<p>b. ケアマネジャー</p>	<p>同上</p>

問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	① 私と上司の関係はよいと思う	a. 非常によくあてはまる b. よくあてはまる c. ややあてはまる d. ややあてはまらない e. あまりあてはまらない f. まったくあてはまらない
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	② 私と上司との間には信頼関係が成り立っている	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	③ 上司は仕事について適切に指導監督してくれる	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	④ 私は同僚との関係はよいと思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑤ 私は同僚との間には信頼関係が成り立っている	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑥ 同僚は仕事をするうえで協力的であると思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑦ 職場の人間関係はよいと思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑧ 職場のチームワークはよいと思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑨ 私と地域の住民との関係はよいと思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑩ 私と地域の住民の間には信頼関係が成り立っている	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑪ 地域の住民は仕事をするうえで協力的であると思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑫ 私と地域の福祉団体との関係はよいと思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑬ 私と地域の福祉団体との間には信頼関係がある	同上

問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑭ 地域の福祉団体は仕事をするうえで協力的であると思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑮ 給料や私の年齢や業務内容に見合っていると思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑯ 職場の福利厚生は適切だと思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑰ この仕事には熟練した技術が必要だと思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑱ この仕事は「やりがいのある仕事」だと思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑲ この仕事は私の信念・信条にかなうものである	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	⑳ 私はこの仕事を通じて人間的に成長していると思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	㉑ この仕事で自分のもつ資格が活かせると思う	同上
問 17 あなたは以下の項目について、それぞれあてはまりますか。率直にお答えください。	㉒ この仕事には幅広い知識が必要であると思う	同上
問 18 あなたは、生活支援コーディネーターとして勤務する中で以下のような経験がありましたか。	① 活動にやりがいや成功体験を感じることがある	a. よくある b. しばしばある c. まれにある d. めったにない e. ない
問 18 あなたは、生活支援コーディネーターとして勤務する中で以下のような経験がありましたか。	② 活動の成功事例を知りたいと思うことがある	同上
問 18 あなたは、生活支援コーディネーターとして勤務する中で以下のような経験がありましたか。	③ 制度についてのレクチャーが必要だと思うときがある	同上
問 18 あなたは、生活支援コーディネーターとして勤務する中で以下のような経験がありましたか。	④ 業務の相談をしたいが、相談相手がいない	同上

問 18 あなたは、生活支援コーディネーターとして勤務する中で以下のような経験がありましたか。	⑤ 生活支援コーディネーターがおこなうべき役割について、上司や同僚の理解がないと感じる	同上
問 18 あなたは、生活支援コーディネーターとして勤務する中で以下のような経験がありましたか。	⑥ 医療専門職に生活支援コーディネーターの役割が認知されていないと感じる	同上
問 18 あなたは、生活支援コーディネーターとして勤務する中で以下のような経験がありましたか。	⑦ 介護専門職に生活支援コーディネーターの役割が認知されていないと感じる	同上
問 18 あなたは、生活支援コーディネーターとして勤務する中で以下のような経験がありましたか。	⑧ 地域住民に生活支援コーディネーターの役割が認知されていないと感じる	同上
問 19 生活支援コーディネーターとして、仕事を継続するうえで最も大切なものは何だと思いますか。3つまでお答えください。		① 職場における生活支援コーディネーターの役割の理解 ② 同僚との良好な人間関係 ③ 上司との良好な人間関係 ④ 職場の雰囲気 ⑤ 仕事のやりがい感 ⑥ 給与などの待遇 ⑦ 今後のキャリアの展望 ⑧ 地域の福祉事業者、団体等との良好な人間関係 ⑨ 地域住民との良好な人間関係
問 20 全体として、現在の生活支援コーディネーターの仕事に満足していますか。		① とても満足している ② 満足している ③ やや満足している ④ やや不満がある ⑤ 不満がある ⑥ とても不満がある
問 21 現在の生活支援コーディネーターの仕事を今後も続けたいですか。		① 続けたい ② やや続けたい ③ どちらともいえない ④ あまり続けたくない ⑤ 続けたくない
問 22 生活支援コーディネーターとして勤務するなかで、生活支援コーディネーター向けの研修を受けたことがありますか。	a. 都道府県による研修	① 半年に1回以上受けている ② 1年に1回程度受けている ③ 年に1回未満で受けている ④ 研修はあるが、受けたことはない ⑤ この研修はない、知らない
問 22 生活支援コーディネーターとして勤務するなかで、生活支援コーディネーター向けの研修を受けたことがありますか。	b. 市区町村による研修	同上

問 22 生活支援コーディネーターとして勤務するなかで、生活支援コーディネーター向けの研修を受けたことがありますか。	c. 勤務する法人による研修	同上
問 22 生活支援コーディネーターとして勤務するなかで、生活支援コーディネーター向けの研修を受けたことがありますか。	d. その他の団体による研修	同上
問 23 あなたは、生活支援コーディネーター同士での連絡会や意見交換会など（連絡会等と表記）に参加していますか	① 市区町村内における連絡会等	a. 参加している b. 現在は参加していないが、参加したことがある c. 参加したことはないが参加してみたい d. 参加したいとは思わない e. 存在しない、知らない
問 23 あなたは、生活支援コーディネーター同士での連絡会や意見交換会など（連絡会等と表記）に参加していますか	② 近隣の市区町村における連絡会等	同上
問 23 あなたは、生活支援コーディネーター同士での連絡会や意見交換会など（連絡会等と表記）に参加していますか	③ 同じ都道府県内での連絡会等	同上
問 23 あなたは、生活支援コーディネーター同士での連絡会や意見交換会など（連絡会等と表記）に参加していますか	④ その他の連絡会等	同上
問 24 研修以外に SC 活動を支援する仕組みがありますか。あてはまるものをすべてお答えください。		① 生活支援コーディネーターの活動方針について、自治体や所属団体等と意見交換する環境がある ② 多職種と連携・意見交換する環境がある ③ 活動方針や目標が明確になっている ④ 自身の活動を支援・指導してくれる上司などがいる ⑤ 定期的にスーパービジョンを受けられる環境がある ⑥ 生活支援コーディネーター同士で意見交換を行える場がある ⑦ 新人の生活支援コーディネーターの活動支援や相談に乗れる体制、環境がある ⑧ お手本となる生活支援コーディネーターがいる ⑨ 関係する職能団体（日本ボランティアコーディネーター協会、社会福祉士会など）による情報提供や支援を

		受けている ⑩ あてはまるものはない
問 25 生活支援コーディネーターの活動を行っていくうえで、どのような支援体制が必要であったり、欲しいと思いますか。もしお考えがあれば、ご自由にお書きください。		自由記述
問 26 あなたの性別を教えてください。		① 男性 ② 女性 その他
問 27 あなたの年齢を教えてください。		20 代以下 30 代 40 代 50 代 60 代 70 代以上
問 28 最後に、勤務先の郵便番号をお答えください。なお、ハイフンは入れず、半角で冒頭の数字 3 桁を入力してください。		数値を入力

付録4：記述統計

	全体 N = 2,946 ¹	1層SC (含、兼任) N = 960 ¹	2層SC N = 1,801 ¹	1,2層未規定 N = 185 ¹	正規 N = 2,519 ¹	非正規 N = 427 ¹	SC専従 N = 974 ¹	SC兼務 N = 1,972 ¹	包括所属 N = 1,056 ¹	包括非所属 N = 1,890 ¹	医療・ 看護職 N = 1,363 ¹	ケアマネ N = 48 ¹	介護・ 福祉職 N = 1,283 ¹	その他 N = 252 ¹
第1層か第2層か														
1層SC	735 (25%)	735 (77%)	0 (0%)	0 (0%)	630 (25%)	105 (25%)	236 (24%)	499 (25%)	161 (15%)	574 (30%)	340 (25%)	13 (27%)	335 (26%)	47 (19%)
2層SC	1,801 (61%)	0 (0%)	1,801 (100%)	0 (0%)	1,540 (61%)	261 (61%)	649 (67%)	1,152 (58%)	761 (72%)	1,040 (55%)	832 (61%)	30 (63%)	760 (59%)	179 (71%)
1,2層兼任	225 (7.6%)	225 (23%)	0 (0%)	0 (0%)	193 (7.7%)	32 (7.5%)	54 (5.5%)	171 (8.7%)	73 (6.9%)	152 (8.0%)	107 (7.9%)	2 (4.2%)	104 (8.1%)	12 (4.8%)
1,2層未規定	185 (6.3%)	0 (0%)	0 (0%)	185 (100%)	156 (6.2%)	29 (6.8%)	35 (3.6%)	150 (7.6%)	61 (5.8%)	124 (6.6%)	84 (6.2%)	3 (6.3%)	84 (6.5%)	14 (5.6%)
Q3:第1層勤務経験あり	830 (28%)	776 (81%)	40 (2.2%)	14 (7.6%)	713 (28%)	117 (27%)	256 (26%)	574 (29%)	203 (19%)	627 (33%)	381 (28%)	15 (31%)	386 (30%)	48 (19%)
Q3:第2層勤務経験あり	1,956 (66%)	223 (23%)	1,731 (96%)	2 (1.1%)	1,689 (67%)	267 (63%)	688 (71%)	1,268 (64%)	788 (75%)	1,168 (62%)	900 (66%)	31 (65%)	852 (66%)	173 (69%)
Q3:第1層、第2層の区分なし	367 (12%)	139 (14%)	54 (3.0%)	174 (94%)	300 (12%)	67 (16%)	94 (9.7%)	273 (14%)	127 (12%)	240 (13%)	169 (12%)	4 (8.3%)	157 (12%)	37 (15%)
兼務状況														
SC専従・常勤	712 (24%)	200 (21%)	490 (27%)	22 (12%)	712 (28%)	0 (0%)	712 (73%)	0 (0%)	263 (25%)	449 (24%)	285 (21%)	8 (17%)	320 (25%)	99 (39%)
SC専従・非常勤	262 (8.9%)	90 (9.4%)	159 (8.8%)	13 (7.0%)	0 (0%)	262 (61%)	262 (27%)	0 (0%)	77 (7.3%)	185 (9.8%)	93 (6.8%)	7 (15%)	82 (6.4%)	80 (32%)
SC兼務・常勤	1,807 (61%)	623 (65%)	1,050 (58%)	134 (72%)	1,807 (72%)	0 (0%)	0 (0%)	1,807 (92%)	673 (64%)	1,134 (60%)	918 (67%)	21 (44%)	836 (65%)	32 (13%)
SC兼務・非常勤	165 (5.6%)	47 (4.9%)	102 (5.7%)	16 (8.6%)	0 (0%)	165 (39%)	0 (0%)	165 (8.4%)	43 (4.1%)	122 (6.5%)	67 (4.9%)	12 (25%)	45 (3.5%)	41 (16%)
保有資格：社会福祉士	1,197 (41%)	413 (43%)	727 (40%)	57 (31%)	1,139 (45%)	58 (14%)	305 (31%)	892 (45%)	508 (48%)	689 (36%)	636 (47%)	11 (23%)	528 (41%)	22 (8.7%)
保有資格：ケアマネジャー（介護支援専門員）	810 (27%)	255 (27%)	506 (28%)	49 (26%)	746 (30%)	64 (15%)	185 (19%)	625 (32%)	503 (48%)	307 (16%)	629 (46%)	6 (13%)	174 (14%)	1 (0.4%)
保有資格：介護福祉士	693 (24%)	197 (21%)	454 (25%)	42 (23%)	622 (25%)	71 (17%)	206 (21%)	487 (25%)	315 (30%)	378 (20%)	390 (29%)	7 (15%)	289 (23%)	7 (2.8%)
保有資格：訪問介護員	168 (5.7%)	51 (5.3%)	113 (6.3%)	4 (2.2%)	144 (5.7%)	24 (5.6%)	58 (6.0%)	110 (5.6%)	47 (4.5%)	121 (6.4%)	84 (6.2%)	2 (4.2%)	78 (6.1%)	4 (1.6%)
保有資格：精神保健福祉士	222 (7.5%)	82 (8.5%)	129 (7.2%)	11 (5.9%)	208 (8.3%)	14 (3.3%)	52 (5.3%)	170 (8.6%)	95 (9.0%)	127 (6.7%)	130 (9.5%)	3 (6.3%)	87 (6.8%)	2 (0.8%)
保有資格：保健師	191 (6.5%)	81 (8.4%)	90 (5.0%)	20 (11%)	166 (6.6%)	25 (5.9%)	52 (5.3%)	139 (7.0%)	142 (13%)	49 (2.6%)	180 (13%)	0 (0%)	11 (0.9%)	0 (0%)
保有資格：看護師	315 (11%)	105 (11%)	184 (10%)	26 (14%)	259 (10%)	56 (13%)	89 (9.1%)	226 (11%)	230 (22%)	85 (4.5%)	276 (20%)	1 (2.1%)	38 (3.0%)	0 (0%)
保有資格：理学療法士	18 (0.6%)	5 (0.5%)	12 (0.7%)	1 (0.5%)	16 (0.6%)	2 (0.5%)	9 (0.9%)	9 (0.5%)	12 (1.1%)	6 (0.3%)	12 (0.9%)	0 (0%)	6 (0.5%)	0 (0%)
保有資格：作業療法士	18 (0.6%)	7 (0.7%)	10 (0.6%)	1 (0.5%)	16 (0.6%)	2 (0.5%)	5 (0.5%)	13 (0.7%)	11 (1.0%)	7 (0.4%)	9 (0.7%)	1 (2.1%)	7 (0.5%)	1 (0.4%)
保有資格：なし	781 (27%)	257 (27%)	472 (26%)	52 (28%)	574 (23%)	207 (48%)	337 (35%)	444 (23%)	101 (9.6%)	680 (36%)	182 (13%)	26 (54%)	370 (29%)	203 (81%)
保有資格：その他	173 (5.9%)	47 (4.9%)	107 (5.9%)	19 (10%)	147 (5.8%)	26 (6.1%)	76 (7.8%)	97 (4.9%)	26 (2.5%)	147 (7.8%)	41 (3.0%)	6 (13%)	108 (8.4%)	18 (7.1%)
経験：社会福祉協議会の職員	1,452 (49%)	567 (59%)	785 (44%)	100 (54%)	1,350 (54%)	102 (24%)	396 (41%)	1,056 (54%)	179 (17%)	1,273 (67%)	352 (26%)	21 (44%)	1,079 (84%)	0 (0%)
経験：NPO等の中間支援組織の職員	82 (2.8%)	27 (2.8%)	50 (2.8%)	5 (2.7%)	55 (2.2%)	27 (6.3%)	26 (2.7%)	56 (2.8%)	22 (2.1%)	60 (3.2%)	34 (2.5%)	48 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
経験：居宅介護支援事業所の職員	322 (11%)	86 (9.0%)	216 (12%)	20 (11%)	290 (12%)	32 (7.5%)	82 (8.4%)	240 (12%)	182 (17%)	140 (7.4%)	247 (18%)	4 (8.3%)	71 (5.5%)	0 (0%)
経験：その他介護事業所の職員	773 (26%)	196 (20%)	539 (30%)	38 (21%)	669 (27%)	104 (24%)	270 (28%)	503 (26%)	380 (36%)	393 (21%)	455 (33%)	8 (17%)	310 (24%)	0 (0%)
経験：医療機関の職員	446 (15%)	108 (11%)	313 (17%)	25 (14%)	359 (14%)	87 (20%)	162 (17%)	284 (14%)	266 (25%)	180 (9.5%)	295 (22%)	6 (13%)	145 (11%)	0 (0%)
経験：地域包括支援センターの職員	1,054 (36%)	292 (30%)	697 (39%)	65 (35%)	960 (38%)	94 (22%)	285 (29%)	769 (39%)	839 (79%)	215 (11%)	1,054 (77%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
経験：在宅介護支援センターの職員	154 (5.2%)	46 (4.8%)	100 (5.6%)	8 (4.3%)	138 (5.5%)	16 (3.7%)	38 (3.9%)	116 (5.9%)	80 (7.6%)	74 (3.9%)	154 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
経験：保健所・保健センターの職員	89 (3.0%)	45 (4.7%)	34 (1.9%)	10 (5.4%)	76 (3.0%)	13 (3.0%)	20 (2.1%)	69 (3.5%)	56 (5.3%)	33 (1.7%)	89 (6.5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
経験：市区町村の行政職員	421 (14%)	248 (26%)	137 (7.6%)	36 (19%)	346 (14%)	75 (18%)	104 (11%)	317 (16%)	163 (15%)	258 (14%)	421 (31%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
経験：民生委員・児童委員	53 (1.8%)	14 (1.5%)	38 (2.1%)	1 (0.5%)	20 (0.8%)	33 (7.7%)	28 (2.9%)	25 (1.3%)	9 (0.9%)	44 (2.3%)	19 (1.4%)	3 (6.3%)	10 (0.8%)	21 (8.3%)
経験：ボランティア・NPO団体等の活動（職員としてではない活動）	369 (13%)	108 (11%)	234 (13%)	27 (15%)	257 (10%)	112 (26%)	139 (14%)	230 (12%)	85 (8.0%)	284 (15%)	137 (10%)	18 (38%)	140 (11%)	74 (29%)
経験：あてはまるのはない	170 (5.8%)	42 (4.4%)	121 (6.7%)	7 (3.8%)	105 (4.2%)	65 (15%)	132 (14%)	38 (1.9%)	36 (3.4%)	134 (7.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	170 (67%)
経験：その他	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

	全体	1層SC (含、兼任)	2層SC	1,2層未規定	正規	非正規	SC専従	SC兼務	包括所属	包括非所属	医療・ 看護職	ケアマネ	介護・ 福祉職	その他
所属法人														
市役所	444 (15%)	309 (32%)	77 (4.3%)	58 (31%)	317 (13%)	127 (30%)	138 (14%)	306 (16%)	238 (23%)	206 (11%)	362 (27%)	4 (8.3%)	34 (2.7%)	44 (17%)
社会福祉協議会	1,580 (54%)	576 (60%)	895 (50%)	109 (59%)	1,405 (56%)	175 (41%)	502 (52%)	1,078 (55%)	151 (14%)	1,429 (76%)	338 (25%)	23 (48%)	1,108 (86%)	111 (44%)
社会福祉法人	541 (18%)	27 (2.8%)	505 (28%)	9 (4.9%)	503 (20%)	38 (8.9%)	216 (22%)	325 (16%)	425 (40%)	116 (6.1%)	406 (30%)	3 (6.3%)	98 (7.6%)	34 (13%)
一般社団法人	46 (1.6%)	6 (0.6%)	36 (2.0%)	4 (2.2%)	39 (1.5%)	7 (1.6%)	11 (1.1%)	35 (1.8%)	34 (3.2%)	12 (0.6%)	33 (2.4%)	2 (4.2%)	9 (0.7%)	2 (0.8%)
医療法人	167 (5.7%)	2 (0.2%)	164 (9.1%)	1 (0.5%)	156 (6.2%)	11 (2.6%)	53 (5.4%)	114 (5.8%)	149 (14%)	18 (1.0%)	136 (10.0%)	1 (2.1%)	20 (1.6%)	10 (4.0%)
NPO法人	38 (1.3%)	16 (1.7%)	20 (1.1%)	2 (1.1%)	22 (0.9%)	16 (3.7%)	10 (1.0%)	28 (1.4%)	7 (0.7%)	31 (1.6%)	14 (1.0%)	14 (29%)	2 (0.2%)	8 (3.2%)
民間企業	46 (1.6%)	5 (0.5%)	40 (2.2%)	1 (0.5%)	40 (1.6%)	6 (1.4%)	14 (1.4%)	32 (1.6%)	35 (3.3%)	11 (0.6%)	38 (2.8%)	0 (0%)	4 (0.3%)	4 (1.6%)
その他	25 (0.8%)	2 (0.2%)	22 (1.2%)	1 (0.5%)	19 (0.8%)	6 (1.4%)	7 (0.7%)	18 (0.9%)	15 (1.4%)	10 (0.5%)	17 (1.2%)	0 (0%)	3 (0.2%)	5 (2.0%)
所属なし	59 (2.0%)	17 (1.8%)	42 (2.3%)	0 (0%)	18 (0.7%)	41 (9.6%)	23 (2.4%)	36 (1.8%)	2 (0.2%)	57 (3.0%)	19 (1.4%)	1 (2.1%)	5 (0.4%)	34 (13%)
所属法人、自身の地域包括支援センターとの関係														
地域包括支援センターを運営しており、私もセンターに所属している	1,056 (36%)	234 (24%)	761 (42%)	61 (33%)	936 (37%)	120 (28%)	340 (35%)	716 (36%)	1,056 (100%)	0 (0%)	884 (65%)	5 (10%)	121 (9.4%)	46 (18%)
地域包括支援センターを運営しているが、私はセンターに所属していない	758 (26%)	262 (27%)	473 (26%)	23 (12%)	678 (27%)	80 (19%)	310 (32%)	448 (23%)	0 (0%)	758 (40%)	201 (15%)	14 (29%)	469 (37%)	74 (29%)
地域包括支援センターを運営していない	961 (33%)	388 (40%)	482 (27%)	91 (49%)	806 (32%)	155 (36%)	255 (26%)	706 (36%)	0 (0%)	961 (51%)	203 (15%)	26 (54%)	650 (51%)	82 (33%)
法人には所属していない	171 (5.8%)	76 (7.9%)	85 (4.7%)	10 (5.4%)	99 (3.9%)	72 (17%)	69 (7.1%)	102 (5.2%)	0 (0%)	171 (9.0%)	75 (5.5%)	3 (6.3%)	43 (3.4%)	50 (20%)
SCとしての経験														
半年未満	159 (5.4%)	45 (4.7%)	104 (5.8%)	10 (5.4%)	126 (5.0%)	33 (7.7%)	67 (6.9%)	92 (4.7%)	79 (7.5%)	80 (4.2%)	83 (6.1%)	2 (4.2%)	54 (4.2%)	20 (7.9%)
半年以上～1年未満	503 (17%)	138 (14%)	337 (19%)	28 (15%)	439 (17%)	64 (15%)	179 (18%)	324 (16%)	182 (17%)	321 (17%)	232 (17%)	5 (10%)	227 (18%)	39 (15%)
1年以上～2年未満	470 (16%)	160 (17%)	281 (16%)	29 (16%)	396 (16%)	74 (17%)	172 (18%)	298 (15%)	151 (14%)	319 (17%)	199 (15%)	5 (10%)	223 (17%)	43 (17%)
2年以上～3年未満	431 (15%)	137 (14%)	269 (15%)	25 (14%)	357 (14%)	74 (17%)	138 (14%)	293 (15%)	149 (14%)	282 (15%)	194 (14%)	10 (21%)	180 (14%)	47 (19%)
3年以上～4年未満	316 (11%)	102 (11%)	196 (11%)	18 (9.7%)	277 (11%)	39 (9.1%)	101 (10%)	215 (11%)	106 (10%)	210 (11%)	145 (11%)	6 (13%)	139 (11%)	26 (10%)
4年以上～5年未満	292 (9.9%)	98 (10%)	175 (9.7%)	19 (10%)	256 (10%)	36 (8.4%)	77 (7.9%)	215 (11%)	103 (9.8%)	189 (10%)	144 (11%)	3 (6.3%)	124 (9.7%)	21 (8.3%)
5年以上～6年未満	304 (10%)	100 (10%)	182 (10%)	22 (12%)	253 (10%)	51 (12%)	94 (9.7%)	210 (11%)	112 (11%)	192 (10%)	137 (10%)	5 (10%)	137 (11%)	25 (9.9%)
6年以上～7年未満	201 (6.8%)	83 (8.6%)	106 (5.9%)	12 (6.5%)	174 (6.9%)	27 (6.3%)	66 (6.8%)	135 (6.8%)	71 (6.7%)	130 (6.9%)	104 (7.6%)	5 (10%)	83 (6.5%)	9 (3.6%)
7年以上～8年未満	159 (5.4%)	61 (6.4%)	80 (4.4%)	18 (9.7%)	141 (5.6%)	18 (4.2%)	49 (5.0%)	110 (5.6%)	53 (5.0%)	106 (5.6%)	72 (5.3%)	6 (13%)	67 (5.2%)	14 (5.6%)
8年以上～10年未満	80 (2.7%)	31 (3.2%)	45 (2.5%)	4 (2.2%)	69 (2.7%)	11 (2.6%)	23 (2.4%)	57 (2.9%)	26 (2.5%)	54 (2.9%)	30 (2.2%)	1 (2.1%)	42 (3.3%)	7 (2.8%)
10年以上	31 (1.1%)	5 (0.5%)	26 (1.4%)	0 (0%)	31 (1.2%)	0 (0%)	8 (0.8%)	23 (1.2%)	24 (2.3%)	7 (0.4%)	23 (1.7%)	0 (0%)	7 (0.5%)	1 (0.4%)
SCとしての経験(平均)	3.33 (2.42)	3.51 (2.43)	3.22 (2.41)	3.50 (2.43)	3.37 (2.44)	3.14 (2.30)	3.14 (2.40)	3.43 (2.43)	3.35 (2.53)	3.32 (2.36)	3.38 (2.46)	3.86 (2.43)	3.32 (2.40)	3.08 (2.33)
高齢者福祉分野全般での経験														
半年未満	271 (9.2%)	69 (7.2%)	185 (10%)	17 (9.2%)	202 (8.0%)	69 (16%)	133 (14%)	138 (7.0%)	51 (4.8%)	220 (12%)	71 (5.2%)	4 (8.3%)	126 (9.8%)	70 (28%)
半年以上～1年未満	144 (4.9%)	40 (4.2%)	92 (5.1%)	12 (6.5%)	119 (4.7%)	25 (5.9%)	54 (5.5%)	90 (4.6%)	43 (4.1%)	101 (5.3%)	54 (4.0%)	3 (6.3%)	68 (5.3%)	19 (7.5%)
1年以上～2年未満	179 (6.1%)	61 (6.4%)	110 (6.1%)	8 (4.3%)	151 (6.0%)	28 (6.6%)	66 (6.8%)	113 (5.7%)	45 (4.3%)	134 (7.1%)	59 (4.3%)	1 (2.1%)	90 (7.0%)	29 (12%)
2年以上～3年未満	200 (6.8%)	53 (5.5%)	137 (7.6%)	10 (5.4%)	158 (6.3%)	42 (9.8%)	84 (8.6%)	116 (5.9%)	58 (5.5%)	142 (7.5%)	60 (4.4%)	5 (10%)	96 (7.5%)	39 (15%)
3年以上～4年未満	149 (5.1%)	52 (5.4%)	92 (5.1%)	5 (2.7%)	127 (5.0%)	22 (5.2%)	57 (5.9%)	92 (4.7%)	37 (3.5%)	112 (5.9%)	60 (4.4%)	2 (4.2%)	69 (5.4%)	18 (7.1%)
4年以上～5年未満	143 (4.9%)	52 (5.4%)	83 (4.6%)	8 (4.3%)	123 (4.9%)	20 (4.7%)	54 (5.5%)	89 (4.5%)	46 (4.4%)	97 (5.1%)	64 (4.7%)	0 (0%)	67 (5.2%)	12 (4.8%)
5年以上～6年未満	139 (4.7%)	59 (6.1%)	68 (3.8%)	12 (6.5%)	112 (4.4%)	27 (6.3%)	45 (4.6%)	94 (4.8%)	45 (4.3%)	94 (5.0%)	53 (3.9%)	5 (10%)	66 (5.1%)	15 (6.0%)
6年以上～7年未満	132 (4.5%)	46 (4.8%)	82 (4.6%)	4 (2.2%)	105 (4.2%)	27 (6.3%)	40 (4.1%)	92 (4.7%)	53 (5.0%)	79 (4.2%)	66 (4.8%)	2 (4.2%)	55 (4.3%)	9 (3.6%)
7年以上～8年未満	123 (4.2%)	45 (4.7%)	66 (3.7%)	12 (6.5%)	106 (4.2%)	17 (4.0%)	32 (3.3%)	91 (4.6%)	43 (4.1%)	80 (4.2%)	45 (3.3%)	5 (10%)	62 (4.8%)	11 (4.4%)
8年以上～10年未満	236 (8.0%)	79 (8.2%)	137 (7.6%)	20 (11%)	202 (8.0%)	34 (8.0%)	75 (7.7%)	161 (8.2%)	98 (9.3%)	138 (7.3%)	119 (8.7%)	6 (13%)	98 (7.6%)	13 (5.2%)
10年以上	1,230 (42%)	404 (42%)	749 (42%)	77 (42%)	1,114 (44%)	116 (27%)	334 (34%)	896 (45%)	537 (51%)	693 (37%)	712 (52%)	15 (31%)	486 (38%)	17 (6.7%)

	全体	1層SC (含、兼任)	2層SC	1,2層未規定	正規	非正規	SC専従	SC業務	包括所属	包括非所属	医療・看護職	ケアマネ	介護・福祉職	その他
高齢者福祉分野全般での経験(平均)	6.48 (3.76)	6.67 (3.62)	6.35 (3.84)	6.68 (3.75)	6.67 (3.72)	5.31 (3.83)	5.74 (3.90)	6.84 (3.64)	7.35 (3.44)	5.99 (3.85)	7.37 (3.46)	6.38 (3.60)	6.18 (3.79)	3.18 (3.13)
SC業務重点: 地域における既存の社会資源(地域資源)の把握と可視化(マップ作り等)	1,882 (64%)	628 (65%)	1,159 (64%)	95 (51%)	1,603 (64%)	279 (65%)	673 (69%)	1,209 (61%)	704 (67%)	1,178 (62%)	888 (65%)	30 (63%)	811 (63%)	153 (61%)
SC業務重点: 地域における新しい社会資源(地域資源)の開発	1,519 (52%)	517 (54%)	922 (51%)	80 (43%)	1,327 (53%)	192 (45%)	534 (55%)	985 (50%)	489 (46%)	1,030 (54%)	654 (48%)	31 (65%)	709 (55%)	125 (50%)
SC業務重点: 地域における新しい介護予防・生活支援等に資するネットワーク(地域におけるネットワーク)の構築	1,908 (65%)	659 (69%)	1,153 (64%)	96 (52%)	1,638 (65%)	270 (63%)	678 (70%)	1,230 (62%)	719 (68%)	1,189 (63%)	931 (68%)	34 (71%)	802 (63%)	141 (56%)
SC業務重点: 要介護等の認定を受けている高齢者(要介護等認定者)のニーズに対する地域の支援事業者(地域資源)へのマッチング	472 (16%)	158 (16%)	281 (16%)	33 (18%)	424 (17%)	48 (11%)	153 (16%)	319 (16%)	229 (22%)	243 (13%)	256 (19%)	7 (15%)	178 (14%)	31 (12%)
SC業務重点: 要介護等の認定を受けていない高齢者のニーズに対する地域の支援事業者(地域資源)へのマッチング	1,176 (40%)	341 (36%)	757 (42%)	78 (42%)	964 (38%)	212 (50%)	413 (42%)	763 (39%)	476 (45%)	700 (37%)	573 (42%)	18 (38%)	474 (37%)	111 (44%)
SC業務重点: とくに重視している/したものはない	96 (3.3%)	22 (2.3%)	58 (3.2%)	16 (8.6%)	84 (3.3%)	12 (2.8%)	12 (1.2%)	84 (4.3%)	26 (2.5%)	70 (3.7%)	40 (2.9%)	2 (4.2%)	46 (3.6%)	8 (3.2%)
SC業務達成度: 地域における既存の社会資源(地域資源)の把握と可視化(マップ作り等)														
目標を立てていない、実施していない	244 (8.3%)	89 (9.3%)	125 (6.9%)	30 (16%)	200 (7.9%)	44 (10%)	59 (6.1%)	185 (9.4%)	77 (7.3%)	167 (8.8%)	114 (8.4%)	4 (8.3%)	95 (7.4%)	31 (12%)
目標をほとんど達成できていない	351 (12%)	111 (12%)	212 (12%)	28 (15%)	303 (12%)	48 (11%)	80 (8.2%)	271 (14%)	117 (11%)	234 (12%)	157 (12%)	4 (8.3%)	158 (12%)	32 (13%)
目標をあまり達成していない	904 (31%)	284 (30%)	558 (31%)	62 (34%)	780 (31%)	124 (29%)	284 (29%)	620 (31%)	319 (30%)	585 (31%)	407 (30%)	11 (23%)	426 (33%)	60 (24%)
目標をある程度達成している	1,346 (46%)	443 (46%)	843 (47%)	60 (32%)	1,152 (46%)	194 (45%)	507 (52%)	839 (43%)	515 (49%)	831 (44%)	651 (48%)	25 (52%)	557 (43%)	113 (45%)
目標を十分に達成している	101 (3.4%)	33 (3.4%)	63 (3.5%)	5 (2.7%)	84 (3.3%)	17 (4.0%)	44 (4.5%)	57 (2.9%)	28 (2.7%)	73 (3.9%)	34 (2.5%)	4 (8.3%)	47 (3.7%)	16 (6.3%)
SC業務達成度: 地域における新しい社会資源(地域資源)の開発														
目標を立てていない、実施していない	294 (10.0%)	94 (9.8%)	167 (9.3%)	33 (18%)	234 (9.3%)	60 (14%)	80 (8.2%)	214 (11%)	95 (9.0%)	199 (11%)	139 (10%)	7 (15%)	112 (8.7%)	36 (14%)
目標をほとんど達成できていない	651 (22%)	179 (19%)	418 (23%)	54 (29%)	562 (22%)	89 (21%)	189 (19%)	462 (23%)	257 (24%)	394 (21%)	308 (23%)	5 (10%)	290 (23%)	48 (19%)
目標をあまり達成していない	1,163 (39%)	415 (43%)	680 (38%)	68 (37%)	1,008 (40%)	155 (36%)	379 (39%)	784 (40%)	422 (40%)	741 (39%)	554 (41%)	15 (31%)	508 (40%)	86 (34%)
目標をある程度達成している	779 (26%)	251 (26%)	500 (28%)	28 (15%)	671 (27%)	108 (25%)	297 (30%)	482 (24%)	263 (25%)	516 (27%)	338 (25%)	21 (44%)	349 (27%)	71 (28%)
目標を十分に達成している	59 (2.0%)	21 (2.2%)	36 (2.0%)	2 (1.1%)	44 (1.7%)	15 (3.5%)	29 (3.0%)	30 (1.5%)	19 (1.8%)	40 (2.1%)	24 (1.8%)	0 (0%)	24 (1.9%)	11 (4.4%)
SC業務達成度: 地域における新しい介護予防・生活支援等に資するネットワーク(地域におけるネットワーク)の構築														
目標を立てていない、実施していない	263 (8.9%)	82 (8.5%)	155 (8.6%)	26 (14%)	216 (8.6%)	47 (11%)	78 (8.0%)	185 (9.4%)	62 (5.9%)	201 (11%)	97 (7.1%)	5 (10%)	124 (9.7%)	37 (15%)
目標をほとんど達成できていない	458 (16%)	133 (14%)	277 (15%)	48 (26%)	382 (15%)	76 (18%)	125 (13%)	333 (17%)	162 (15%)	296 (16%)	200 (15%)	5 (10%)	210 (16%)	43 (17%)
目標をあまり達成していない	1,077 (37%)	346 (36%)	663 (37%)	68 (37%)	928 (37%)	149 (35%)	338 (35%)	739 (37%)	391 (37%)	686 (36%)	513 (38%)	13 (27%)	478 (37%)	73 (29%)
目標をある程度達成している	1,070 (36%)	374 (39%)	654 (36%)	42 (23%)	934 (37%)	136 (32%)	399 (41%)	671 (34%)	409 (39%)	661 (35%)	517 (38%)	22 (46%)	444 (35%)	87 (35%)
目標を十分に達成している	78 (2.6%)	25 (2.6%)	52 (2.9%)	1 (0.5%)	59 (2.3%)	19 (4.4%)	34 (3.5%)	44 (2.2%)	32 (3.0%)	46 (2.4%)	36 (2.6%)	3 (6.3%)	27 (2.1%)	12 (4.8%)
SC業務達成度: 要介護等の認定を受けている高齢者(要介護等認定者)のニーズに対する地域の支援事業者(地域資源)へのマッチング														
目標を立てていない、実施していない	671 (23%)	245 (26%)	372 (21%)	54 (29%)	541 (21%)	130 (30%)	195 (20%)	476 (24%)	173 (16%)	498 (26%)	273 (20%)	11 (23%)	309 (24%)	78 (31%)
目標をほとんど達成できていない	598 (20%)	175 (18%)	380 (21%)	43 (23%)	515 (20%)	83 (19%)	192 (20%)	406 (21%)	198 (19%)	400 (21%)	248 (18%)	9 (19%)	282 (22%)	59 (23%)
目標をあまり達成していない	1,041 (35%)	342 (36%)	649 (36%)	50 (27%)	897 (36%)	144 (34%)	375 (39%)	666 (34%)	395 (37%)	646 (34%)	513 (38%)	22 (46%)	436 (34%)	70 (28%)
目標をある程度達成している	594 (20%)	185 (19%)	372 (21%)	37 (20%)	533 (21%)	61 (14%)	199 (20%)	395 (20%)	269 (25%)	325 (17%)	307 (23%)	4 (8.3%)	242 (19%)	41 (16%)
目標を十分に達成している	42 (1.4%)	13 (1.4%)	28 (1.6%)	1 (0.5%)	33 (1.3%)	9 (2.1%)	13 (1.3%)	29 (1.5%)	21 (2.0%)	21 (1.1%)	22 (1.6%)	2 (4.2%)	14 (1.1%)	4 (1.6%)
SC業務達成度: 要介護等の認定を受けていない高齢者のニーズに対する地域の支援事業者(地域資源)へのマッチング														
目標を立てていない、実施していない	389 (13%)	158 (16%)	197 (11%)	34 (18%)	326 (13%)	63 (15%)	98 (10%)	291 (15%)	94 (8.9%)	295 (16%)	152 (11%)	9 (19%)	189 (15%)	39 (15%)
目標をほとんど達成できていない	469 (16%)	137 (14%)	287 (16%)	45 (24%)	397 (16%)	72 (17%)	138 (14%)	331 (17%)	150 (14%)	319 (17%)	209 (15%)	7 (15%)	212 (17%)	41 (16%)
目標をあまり達成していない	1,132 (38%)	362 (38%)	706 (39%)	64 (35%)	982 (39%)	150 (35%)	365 (37%)	767 (39%)	444 (42%)	688 (36%)	562 (41%)	17 (35%)	471 (37%)	82 (33%)
目標をある程度達成している	898 (30%)	285 (30%)	571 (32%)	42 (23%)	773 (31%)	125 (29%)	345 (35%)	553 (28%)	346 (33%)	552 (29%)	417 (31%)	13 (27%)	390 (30%)	78 (31%)
目標を十分に達成している	58 (2.0%)	18 (1.9%)	40 (2.2%)	0 (0%)	41 (1.6%)	17 (4.0%)	28 (2.9%)	30 (1.5%)	22 (2.1%)	36 (1.9%)	23 (1.7%)	2 (4.2%)	21 (1.6%)	12 (4.8%)

	全体	1層SC (含、兼任)	2層SC	1,2層未規定	正規	非正規	SC専従	SC兼務	包括所属	包括非所属	医療・ 看護職	ケアマネ	介護・ 福祉職	その他
地域資源マップ等：ケアマネジャーが活用 することを想定して作成している														
あてはまる	1,405 (48%)	493 (51%)	840 (47%)	72 (39%)	1,231 (49%)	174 (41%)	506 (52%)	899 (46%)	642 (61%)	763 (40%)	785 (58%)	19 (40%)	520 (41%)	81 (32%)
あてはまらない	572 (19%)	150 (16%)	393 (22%)	29 (16%)	472 (19%)	100 (23%)	178 (18%)	394 (20%)	144 (14%)	428 (23%)	211 (15%)	12 (25%)	283 (22%)	66 (26%)
一度も作成したことがない	969 (33%)	317 (33%)	568 (32%)	84 (45%)	816 (32%)	153 (36%)	290 (30%)	679 (34%)	270 (26%)	699 (37%)	367 (27%)	17 (35%)	480 (37%)	105 (42%)
地域資源マップ等：地域住民が活用する ことを想定している														
あてはまる	1,750 (59%)	563 (59%)	1,096 (61%)	91 (49%)	1,512 (60%)	238 (56%)	617 (63%)	1,133 (57%)	681 (64%)	1,069 (57%)	870 (64%)	29 (60%)	727 (57%)	124 (49%)
あてはまらない	298 (10%)	107 (11%)	177 (9.8%)	14 (7.6%)	250 (9.9%)	48 (11%)	98 (10%)	200 (10%)	107 (10%)	191 (10%)	136 (10.0%)	4 (8.3%)	125 (9.7%)	33 (13%)
一度も作成したことがない	898 (30%)	290 (30%)	528 (29%)	80 (43%)	757 (30%)	141 (33%)	259 (27%)	639 (32%)	268 (25%)	630 (33%)	357 (26%)	15 (31%)	431 (34%)	95 (38%)
地域資源マップ等：ケアマネジャーが活用 していることを実感している														
あてはまる	687 (23%)	273 (28%)	387 (21%)	27 (15%)	591 (23%)	96 (22%)	261 (27%)	426 (22%)	288 (27%)	399 (21%)	351 (26%)	11 (23%)	275 (21%)	50 (20%)
あてはまらない	1,290 (44%)	376 (39%)	840 (47%)	74 (40%)	1,115 (44%)	175 (41%)	429 (44%)	861 (44%)	491 (46%)	799 (42%)	638 (47%)	20 (42%)	534 (42%)	98 (39%)
一度も作成したことがない	969 (33%)	311 (32%)	574 (32%)	84 (45%)	813 (32%)	156 (37%)	284 (29%)	685 (35%)	277 (26%)	692 (37%)	374 (27%)	17 (35%)	474 (37%)	104 (41%)
地域資源マップ等：地域住民が活用してい ることを実感している														
あてはまる	949 (32%)	312 (33%)	593 (33%)	44 (24%)	815 (32%)	134 (31%)	361 (37%)	588 (30%)	346 (33%)	603 (32%)	448 (33%)	18 (38%)	409 (32%)	74 (29%)
あてはまらない	1,079 (37%)	352 (37%)	667 (37%)	60 (32%)	925 (37%)	154 (36%)	353 (36%)	726 (37%)	435 (41%)	644 (34%)	547 (40%)	16 (33%)	434 (34%)	82 (33%)
一度も作成したことがない	918 (31%)	296 (31%)	541 (30%)	81 (44%)	779 (31%)	139 (33%)	260 (27%)	658 (33%)	275 (26%)	643 (34%)	368 (27%)	14 (29%)	440 (34%)	96 (38%)
地域資源マップ等：更新作業に手を取られ ていると感じる														
あてはまる	1,178 (40%)	391 (41%)	724 (40%)	63 (34%)	1,045 (41%)	133 (31%)	379 (39%)	799 (41%)	498 (47%)	680 (36%)	631 (46%)	17 (35%)	470 (37%)	60 (24%)
あてはまらない	820 (28%)	267 (28%)	515 (29%)	38 (21%)	672 (27%)	148 (35%)	324 (33%)	496 (25%)	281 (27%)	539 (29%)	358 (26%)	17 (35%)	352 (27%)	93 (37%)
一度も作成したことがない	948 (32%)	302 (31%)	562 (31%)	84 (45%)	802 (32%)	146 (34%)	271 (28%)	677 (34%)	277 (26%)	671 (36%)	374 (27%)	14 (29%)	461 (36%)	99 (39%)
地域資源マップ等：概ね1年以内に更新し ている														
あてはまる	970 (33%)	328 (34%)	598 (33%)	44 (24%)	835 (33%)	135 (32%)	374 (38%)	596 (30%)	379 (36%)	591 (31%)	474 (35%)	24 (50%)	401 (31%)	71 (28%)
あてはまらない	1,024 (35%)	330 (34%)	636 (35%)	58 (31%)	880 (35%)	144 (34%)	331 (34%)	693 (35%)	389 (37%)	635 (34%)	508 (37%)	9 (19%)	424 (33%)	83 (33%)
一度も作成したことがない	952 (32%)	302 (31%)	567 (31%)	83 (45%)	804 (32%)	148 (35%)	269 (28%)	683 (35%)	288 (27%)	664 (35%)	381 (28%)	15 (31%)	458 (36%)	98 (39%)
地域資源マップ等：2層の生活支援コー ディネーターだけで作成している														
あてはまる	605 (21%)	86 (9.0%)	511 (28%)	8 (4.3%)	526 (21%)	79 (19%)	225 (23%)	380 (19%)	283 (27%)	322 (17%)	307 (23%)	8 (17%)	227 (18%)	63 (25%)
あてはまらない	1,425 (48%)	555 (58%)	780 (43%)	90 (49%)	1,222 (49%)	203 (48%)	486 (50%)	939 (48%)	500 (47%)	925 (49%)	684 (50%)	25 (52%)	620 (48%)	96 (38%)
一度も作成したことがない	916 (31%)	319 (33%)	510 (28%)	87 (47%)	771 (31%)	145 (34%)	263 (27%)	653 (33%)	273 (26%)	643 (34%)	372 (27%)	15 (31%)	436 (34%)	93 (37%)
地域資源マップ等：作成にあたって、地域 住民と協働して作成している														
あてはまる	827 (28%)	257 (27%)	534 (30%)	36 (19%)	701 (28%)	126 (30%)	307 (32%)	520 (26%)	272 (26%)	555 (29%)	371 (27%)	18 (38%)	382 (30%)	56 (22%)
あてはまらない	1,167 (40%)	393 (41%)	709 (39%)	65 (35%)	1,004 (40%)	163 (38%)	390 (40%)	777 (39%)	483 (46%)	684 (36%)	603 (44%)	17 (35%)	449 (35%)	98 (39%)
一度も作成したことがない	952 (32%)	310 (32%)	558 (31%)	84 (45%)	814 (32%)	138 (32%)	277 (28%)	675 (34%)	301 (29%)	651 (34%)	389 (29%)	13 (27%)	452 (35%)	98 (39%)

	全体	1層SC (含、兼任)	2層SC	1,2層未規定	正規	非正規	SC専従	SC兼務	包括所属	包括非所属	医療・ 看護職	ケアマネ	介護・ 福祉職	その他
地域資源マップ等：作成にあたって、地域の福祉団体等と協働して作成している														
あてはまる	779 (26%)	273 (28%)	466 (26%)	40 (22%)	670 (27%)	109 (26%)	263 (27%)	516 (26%)	259 (25%)	520 (28%)	379 (28%)	12 (25%)	337 (26%)	51 (20%)
あてはまらない	1,208 (41%)	375 (39%)	770 (43%)	63 (34%)	1,037 (41%)	171 (40%)	428 (44%)	780 (40%)	497 (47%)	711 (38%)	594 (44%)	22 (46%)	492 (38%)	100 (40%)
一度も作成したことがない	959 (33%)	312 (33%)	565 (31%)	82 (44%)	812 (32%)	147 (34%)	283 (29%)	676 (34%)	300 (28%)	659 (35%)	390 (29%)	14 (29%)	454 (35%)	101 (40%)
要介護者へのマッチング：自宅を訪問しての本人の意向の確認	1,159 (39%)	313 (33%)	772 (43%)	74 (40%)	1,036 (41%)	123 (29%)	306 (31%)	853 (43%)	595 (56%)	564 (30%)	684 (50%)	15 (31%)	413 (32%)	47 (19%)
要介護者へのマッチング：対象者が利用する事業所への聞き取りや情報共有	981 (33%)	288 (30%)	637 (35%)	56 (30%)	875 (35%)	106 (25%)	305 (31%)	676 (34%)	438 (41%)	543 (29%)	523 (38%)	13 (27%)	400 (31%)	45 (18%)
要介護者へのマッチング：項目を設定してのアセスメント	385 (13%)	105 (11%)	267 (15%)	13 (7.0%)	353 (14%)	32 (7.5%)	104 (11%)	281 (14%)	201 (19%)	184 (9.7%)	239 (18%)	9 (19%)	125 (9.7%)	12 (4.8%)
要介護者へのマッチング：本人が地域で暮らす中でしてみたい活動について本人への聞き取り	1,152 (39%)	293 (31%)	801 (44%)	58 (31%)	1,021 (41%)	131 (31%)	372 (38%)	780 (40%)	558 (53%)	594 (31%)	628 (46%)	23 (48%)	428 (33%)	73 (29%)
要介護者へのマッチング：本人が地域で暮らす中でしてみたい活動について家族への聞き取り	626 (21%)	160 (17%)	439 (24%)	27 (15%)	565 (22%)	61 (14%)	161 (17%)	465 (24%)	355 (34%)	271 (14%)	405 (30%)	8 (17%)	191 (15%)	22 (8.7%)
要介護者へのマッチング：マッチング先に同行	712 (24%)	183 (19%)	492 (27%)	37 (20%)	642 (25%)	70 (16%)	257 (26%)	455 (23%)	309 (29%)	403 (21%)	359 (26%)	10 (21%)	300 (23%)	43 (17%)
要介護者へのマッチング：マッチング後の効果の検証	441 (15%)	113 (12%)	302 (17%)	26 (14%)	408 (16%)	33 (7.7%)	160 (16%)	281 (14%)	217 (21%)	224 (12%)	257 (19%)	7 (15%)	162 (13%)	15 (6.0%)
要介護者へのマッチング：ケアマネジャーがケアプランを作成する際、マッチング先の提案	699 (24%)	209 (22%)	463 (26%)	27 (15%)	617 (24%)	82 (19%)	252 (26%)	447 (23%)	385 (36%)	314 (17%)	439 (32%)	8 (17%)	218 (17%)	34 (13%)
要介護者へのマッチング：1層の生活支援コーディネーターしか経験しておらず、2層への支援のみで実際の取り組みはしたことがない	214 (7.3%)	192 (20%)	14 (0.8%)	8 (4.3%)	180 (7.1%)	34 (8.0%)	62 (6.4%)	152 (7.7%)	40 (3.8%)	174 (9.2%)	106 (7.8%)	4 (8.3%)	88 (6.9%)	16 (6.3%)
要介護者へのマッチング：いずれもあてはまらない	841 (29%)	240 (25%)	536 (30%)	65 (35%)	671 (27%)	170 (40%)	290 (30%)	551 (28%)	178 (17%)	663 (35%)	281 (21%)	12 (25%)	433 (34%)	115 (46%)
要介護者へのマッチング：その他	39 (1.3%)	12 (1.3%)	27 (1.5%)	0 (0%)	34 (1.3%)	5 (1.2%)	13 (1.3%)	26 (1.3%)	12 (1.1%)	27 (1.4%)	16 (1.2%)	1 (2.1%)	19 (1.5%)	3 (1.2%)
一般高齢者へのマッチング：自宅を訪問しての本人の意向の確認	1,338 (45%)	376 (39%)	864 (48%)	98 (53%)	1,170 (46%)	168 (39%)	384 (39%)	954 (48%)	617 (58%)	721 (38%)	727 (53%)	16 (33%)	520 (41%)	75 (30%)
一般高齢者へのマッチング：対象者が利用する事業所への聞き取りや情報共有	868 (29%)	261 (27%)	554 (31%)	53 (29%)	755 (30%)	113 (26%)	290 (30%)	578 (29%)	345 (33%)	523 (28%)	435 (32%)	12 (25%)	368 (29%)	53 (21%)
一般高齢者へのマッチング：項目を設定してのアセスメント	479 (16%)	141 (15%)	318 (18%)	20 (11%)	431 (17%)	48 (11%)	143 (15%)	336 (17%)	214 (20%)	265 (14%)	269 (20%)	10 (21%)	181 (14%)	19 (7.5%)
一般高齢者へのマッチング：本人が地域で暮らす中でしてみたい活動について本人への聞き取り	1,700 (58%)	457 (48%)	1,148 (64%)	95 (51%)	1,457 (58%)	243 (57%)	607 (62%)	1,093 (55%)	718 (68%)	982 (52%)	863 (63%)	27 (56%)	679 (53%)	131 (52%)
一般高齢者へのマッチング：本人が地域で暮らす中でしてみたい活動について家族への聞き取り	705 (24%)	188 (20%)	480 (27%)	37 (20%)	613 (24%)	92 (22%)	205 (21%)	500 (25%)	380 (36%)	325 (17%)	439 (32%)	8 (17%)	222 (17%)	36 (14%)
一般高齢者へのマッチング：マッチング後の効果の検証	599 (20%)	156 (16%)	404 (22%)	39 (21%)	507 (20%)	92 (22%)	236 (24%)	363 (18%)	259 (25%)	340 (18%)	314 (23%)	7 (15%)	238 (19%)	40 (16%)
一般高齢者へのマッチング：1層の生活支援コーディネーターしか経験しておらず、2層への支援のみで実際の取り組みはしたことがない	191 (6.5%)	181 (19%)	5 (0.3%)	5 (2.7%)	168 (6.7%)	23 (5.4%)	49 (5.0%)	142 (7.2%)	29 (2.7%)	162 (8.6%)	102 (7.5%)	3 (6.3%)	72 (5.6%)	14 (5.6%)
一般高齢者へのマッチング：いずれもあてはまらない	554 (19%)	179 (19%)	327 (18%)	48 (26%)	471 (19%)	83 (19%)	168 (17%)	386 (20%)	141 (13%)	413 (22%)	201 (15%)	11 (23%)	284 (22%)	58 (23%)
一般高齢者へのマッチング：その他	60 (2.0%)	20 (2.1%)	39 (2.2%)	1 (0.5%)	50 (2.0%)	10 (2.3%)	17 (1.7%)	43 (2.2%)	21 (2.0%)	39 (2.1%)	24 (1.8%)	0 (0%)	31 (2.4%)	5 (2.0%)

	全体	1層SC (含、兼任)	2層SC	1,2層未規定	正規	非正規	SC専従	SC兼務	包括所属	包括非所属	医療・ 看護職	ケアマネ	介護・ 福祉職	その他
対応頻度：要介護等の認定を受けている 高齢者のニーズに対する地域資源への マッチング														
月に2件以上	213 (7.2%)	76 (7.9%)	124 (6.9%)	13 (7.0%)	193 (7.7%)	20 (4.7%)	61 (6.3%)	152 (7.7%)	103 (9.8%)	110 (5.8%)	109 (8.0%)	5 (10%)	85 (6.6%)	14 (5.6%)
月に1件程度	382 (13%)	123 (13%)	236 (13%)	23 (12%)	336 (13%)	46 (11%)	135 (14%)	247 (13%)	172 (16%)	210 (11%)	209 (15%)	6 (13%)	148 (12%)	19 (7.5%)
2か月に1件程度	444 (15%)	132 (14%)	291 (16%)	21 (11%)	397 (16%)	47 (11%)	142 (15%)	302 (15%)	197 (19%)	247 (13%)	226 (17%)	5 (10%)	179 (14%)	34 (13%)
それ以下	1,123 (38%)	338 (35%)	716 (40%)	69 (37%)	972 (39%)	151 (35%)	366 (38%)	757 (38%)	415 (39%)	708 (37%)	533 (39%)	19 (40%)	488 (38%)	83 (33%)
対応していない	784 (27%)	291 (30%)	434 (24%)	59 (32%)	621 (25%)	163 (38%)	270 (28%)	514 (26%)	169 (16%)	615 (33%)	286 (21%)	13 (27%)	383 (30%)	102 (40%)
対応頻度：要介護等の認定を受けていない 一般の高齢者のニーズに対する地域資源 へのマッチング														
月に2件以上	264 (9.0%)	77 (8.0%)	172 (9.6%)	15 (8.1%)	231 (9.2%)	33 (7.7%)	86 (8.8%)	178 (9.0%)	138 (13%)	126 (6.7%)	148 (11%)	3 (6.3%)	92 (7.2%)	21 (8.3%)
月に1件程度	497 (17%)	169 (18%)	297 (16%)	31 (17%)	432 (17%)	65 (15%)	157 (16%)	340 (17%)	218 (21%)	279 (15%)	251 (18%)	14 (29%)	198 (15%)	34 (13%)
2か月に1件程度	544 (18%)	161 (17%)	362 (20%)	21 (11%)	474 (19%)	70 (16%)	204 (21%)	340 (17%)	217 (21%)	327 (17%)	248 (18%)	6 (13%)	244 (19%)	46 (18%)
それ以下	1,075 (36%)	328 (34%)	679 (38%)	68 (37%)	918 (36%)	157 (37%)	347 (36%)	728 (37%)	355 (34%)	720 (38%)	492 (36%)	18 (38%)	481 (37%)	84 (33%)
対応していない	566 (19%)	225 (23%)	291 (16%)	50 (27%)	464 (18%)	102 (24%)	180 (18%)	386 (20%)	128 (12%)	438 (23%)	224 (16%)	7 (15%)	268 (21%)	67 (27%)
対応頻度：地域包括支援センターやケアマ ネジャー、介護専門職から特定の高齢者 の生活課題などについて相談があり、それ を地域資源を活用して解決するような活動														
月に2件以上	273 (9.3%)	91 (9.5%)	170 (9.4%)	12 (6.5%)	239 (9.5%)	34 (8.0%)	97 (10.0%)	176 (8.9%)	134 (13%)	139 (7.4%)	149 (11%)	4 (8.3%)	96 (7.5%)	24 (9.5%)
月に1件程度	474 (16%)	175 (18%)	274 (15%)	25 (14%)	420 (17%)	54 (13%)	152 (16%)	322 (16%)	202 (19%)	272 (14%)	243 (18%)	8 (17%)	198 (15%)	25 (9.9%)
2か月に1件程度	556 (19%)	164 (17%)	367 (20%)	25 (14%)	497 (20%)	59 (14%)	184 (19%)	372 (19%)	213 (20%)	343 (18%)	256 (19%)	11 (23%)	250 (19%)	39 (15%)
それ以下	1,104 (37%)	339 (35%)	691 (38%)	74 (40%)	923 (37%)	181 (42%)	366 (38%)	738 (37%)	382 (36%)	722 (38%)	498 (37%)	16 (33%)	493 (38%)	97 (38%)
対応していない	539 (18%)	191 (20%)	299 (17%)	49 (26%)	440 (17%)	99 (23%)	175 (18%)	364 (18%)	125 (12%)	414 (22%)	217 (16%)	9 (19%)	246 (19%)	67 (27%)
連携頻度：地域包括支援センター職員														
週に3日以上	514 (17%)	135 (14%)	338 (19%)	41 (22%)	466 (18%)	48 (11%)	145 (15%)	369 (19%)	405 (38%)	109 (5.8%)	390 (29%)	7 (15%)	102 (8.0%)	15 (6.0%)
週に1, 2日程度	412 (14%)	128 (13%)	266 (15%)	18 (9.7%)	358 (14%)	54 (13%)	157 (16%)	255 (13%)	169 (16%)	243 (13%)	206 (15%)	8 (17%)	155 (12%)	43 (17%)
月に1, 2日程度	1,293 (44%)	442 (46%)	774 (43%)	77 (42%)	1,109 (44%)	184 (43%)	427 (44%)	866 (44%)	336 (32%)	957 (51%)	507 (37%)	24 (50%)	661 (52%)	101 (40%)
それ以下	627 (21%)	209 (22%)	373 (21%)	45 (24%)	512 (20%)	115 (27%)	211 (22%)	416 (21%)	132 (13%)	495 (26%)	227 (17%)	7 (15%)	318 (25%)	75 (30%)
連携していない	100 (3.4%)	46 (4.8%)	50 (2.8%)	4 (2.2%)	74 (2.9%)	26 (6.1%)	34 (3.5%)	66 (3.3%)	14 (1.3%)	86 (4.6%)	33 (2.4%)	2 (4.2%)	47 (3.7%)	18 (7.1%)
連携頻度：ケアマネジャー														
週に3日以上	173 (5.9%)	54 (5.6%)	102 (5.7%)	17 (9.2%)	159 (6.3%)	14 (3.3%)	40 (4.1%)	133 (6.7%)	122 (12%)	51 (2.7%)	127 (9.3%)	4 (8.3%)	38 (3.0%)	4 (1.6%)
週に1, 2日程度	200 (6.8%)	70 (7.3%)	113 (6.3%)	17 (9.2%)	172 (6.8%)	28 (6.6%)	53 (5.4%)	147 (7.5%)	116 (11%)	84 (4.4%)	124 (9.1%)	0 (0%)	62 (4.8%)	14 (5.6%)
月に1, 2日程度	873 (30%)	291 (30%)	529 (29%)	53 (29%)	759 (30%)	114 (27%)	274 (28%)	599 (30%)	377 (36%)	496 (26%)	440 (32%)	9 (19%)	360 (28%)	64 (25%)
それ以下	1,221 (41%)	397 (41%)	755 (42%)	69 (37%)	1,062 (42%)	159 (37%)	417 (43%)	804 (41%)	366 (35%)	855 (45%)	536 (39%)	21 (44%)	574 (45%)	90 (36%)
連携していない	479 (16%)	148 (15%)	302 (17%)	29 (16%)	367 (15%)	112 (26%)	190 (20%)	289 (15%)	75 (7.1%)	404 (21%)	136 (10.0%)	14 (29%)	249 (19%)	80 (32%)

	全体	1層SC (含、兼任)	2層SC	1,2層未規定	正規	非正規	SC専従	SC兼務	包括所属	包括非所属	医療・ 看護職	ケアマネ	介護・ 福祉職	その他
指標:私と上司の関係はよいと思う	4.53 (1.11)	4.61 (1.06)	4.50 (1.13)	4.49 (1.20)	4.55 (1.08)	4.44 (1.27)	4.56 (1.14)	4.52 (1.10)	4.64 (1.05)	4.47 (1.14)	4.61 (1.03)	4.83 (0.91)	4.47 (1.14)	4.37 (1.35)
指標:私と上司の間には信頼関係が成り立っている	4.47 (1.11)	4.57 (1.07)	4.43 (1.12)	4.39 (1.18)	4.48 (1.09)	4.44 (1.23)	4.50 (1.12)	4.46 (1.10)	4.58 (1.04)	4.41 (1.14)	4.55 (1.03)	4.81 (0.98)	4.39 (1.14)	4.35 (1.32)
指標:上司は仕事について適切に指導監督してくれる	4.33 (1.30)	4.35 (1.29)	4.33 (1.31)	4.23 (1.31)	4.35 (1.29)	4.23 (1.39)	4.40 (1.32)	4.30 (1.29)	4.45 (1.25)	4.27 (1.32)	4.38 (1.25)	4.35 (1.21)	4.31 (1.31)	4.13 (1.53)
指標:私は同僚との関係はよいと思う	4.66 (0.97)	4.71 (0.93)	4.65 (0.99)	4.58 (0.98)	4.65 (0.94)	4.72 (1.11)	4.73 (1.01)	4.63 (0.95)	4.71 (0.94)	4.64 (0.99)	4.68 (0.93)	4.88 (0.96)	4.65 (0.96)	4.63 (1.20)
指標:私は同僚の間には信頼関係が成り立っている	4.61 (0.97)	4.69 (0.91)	4.58 (1.00)	4.51 (0.96)	4.61 (0.95)	4.66 (1.12)	4.64 (1.03)	4.60 (0.94)	4.67 (0.93)	4.58 (0.99)	4.64 (0.91)	4.85 (1.05)	4.58 (0.99)	4.57 (1.18)
指標:同僚は仕事をするうえで協力的であると思う	4.76 (1.03)	4.82 (0.97)	4.75 (1.05)	4.63 (1.11)	4.76 (1.01)	4.80 (1.15)	4.80 (1.07)	4.74 (1.00)	4.79 (1.02)	4.75 (1.03)	4.77 (0.99)	4.94 (0.81)	4.76 (1.03)	4.67 (1.25)
指標:職場の人間関係はよいと思う	4.59 (1.07)	4.65 (1.04)	4.57 (1.08)	4.48 (1.10)	4.59 (1.04)	4.59 (1.22)	4.62 (1.13)	4.57 (1.04)	4.69 (1.02)	4.54 (1.09)	4.66 (1.00)	4.60 (1.03)	4.53 (1.09)	4.51 (1.30)
指標:職場のチームワークはよいと思う	4.49 (1.11)	4.55 (1.08)	4.48 (1.12)	4.31 (1.16)	4.49 (1.08)	4.50 (1.27)	4.51 (1.16)	4.48 (1.09)	4.64 (1.05)	4.41 (1.14)	4.60 (1.04)	4.52 (0.97)	4.40 (1.13)	4.37 (1.34)
指標:私と地域の住民との関係はよいと思う	4.59 (0.80)	4.57 (0.84)	4.60 (0.80)	4.62 (0.72)	4.57 (0.79)	4.70 (0.86)	4.68 (0.80)	4.54 (0.80)	4.57 (0.77)	4.60 (0.82)	4.53 (0.81)	4.85 (1.03)	4.62 (0.77)	4.67 (0.87)
指標:私と地域の住民の間には信頼関係が成り立っている	4.40 (0.86)	4.36 (0.88)	4.42 (0.86)	4.34 (0.81)	4.38 (0.86)	4.50 (0.90)	4.48 (0.88)	4.36 (0.85)	4.40 (0.83)	4.40 (0.88)	4.35 (0.86)	4.63 (1.10)	4.41 (0.84)	4.52 (0.93)
指標:地域の住民は仕事をするうえで協力的であると思う	4.56 (0.87)	4.52 (0.90)	4.59 (0.85)	4.48 (0.88)	4.55 (0.86)	4.63 (0.89)	4.66 (0.86)	4.52 (0.86)	4.55 (0.83)	4.57 (0.88)	4.49 (0.84)	4.92 (0.94)	4.61 (0.86)	4.64 (0.98)
指標:私と地域の福祉団体との関係はよいと思う	4.33 (0.89)	4.34 (0.89)	4.34 (0.89)	4.22 (0.97)	4.34 (0.88)	4.31 (0.97)	4.32 (0.94)	4.34 (0.87)	4.37 (0.84)	4.31 (0.92)	4.35 (0.85)	4.63 (1.14)	4.32 (0.90)	4.26 (1.01)
指標:私と地域の福祉団体との間には信頼関係がある	4.22 (0.93)	4.24 (0.93)	4.22 (0.92)	4.09 (1.02)	4.22 (0.92)	4.21 (1.00)	4.19 (0.97)	4.23 (0.91)	4.26 (0.90)	4.20 (0.95)	4.24 (0.89)	4.40 (1.16)	4.20 (0.94)	4.15 (1.04)
指標:地域の福祉団体は仕事をするうえで協力的であると思う	4.38 (0.92)	4.39 (0.91)	4.38 (0.90)	4.21 (1.04)	4.38 (0.90)	4.36 (0.99)	4.38 (0.96)	4.38 (0.89)	4.37 (0.88)	4.38 (0.93)	4.36 (0.89)	4.69 (1.07)	4.39 (0.92)	4.30 (1.02)
指標:給料や私の年齢や業務内容に合っていると思う	3.70 (1.25)	3.95 (1.19)	3.54 (1.25)	3.85 (1.30)	3.70 (1.24)	3.66 (1.33)	3.68 (1.29)	3.70 (1.23)	3.62 (1.29)	3.74 (1.23)	3.69 (1.26)	3.69 (1.42)	3.71 (1.22)	3.63 (1.34)
指標:職場の福利厚生は適切だと思う	4.12 (1.19)	4.42 (1.06)	3.94 (1.23)	4.34 (1.11)	4.16 (1.16)	3.91 (1.34)	4.12 (1.24)	4.12 (1.17)	3.94 (1.26)	4.22 (1.15)	4.05 (1.20)	4.08 (1.43)	4.23 (1.13)	3.96 (1.36)
指標:この仕事には熟練した技術が必要だと思う	4.78 (1.03)	4.83 (0.99)	4.76 (1.05)	4.69 (1.01)	4.81 (1.00)	4.60 (1.17)	4.68 (1.10)	4.82 (0.99)	4.89 (0.99)	4.71 (1.05)	4.88 (0.97)	4.69 (0.95)	4.74 (1.04)	4.41 (1.23)
指標:この仕事は「やりがいのある仕事」だと思う	4.73 (1.03)	4.79 (1.00)	4.70 (1.05)	4.65 (1.11)	4.72 (1.04)	4.75 (1.00)	4.82 (1.02)	4.68 (1.04)	4.77 (1.00)	4.70 (1.05)	4.73 (1.02)	4.77 (1.02)	4.73 (1.05)	4.66 (1.04)
指標:この仕事は私の信念・信条にかなうものである	4.31 (1.09)	4.40 (1.05)	4.27 (1.11)	4.26 (1.08)	4.30 (1.10)	4.39 (1.06)	4.43 (1.07)	4.25 (1.10)	4.34 (1.08)	4.29 (1.10)	4.31 (1.08)	4.56 (1.11)	4.30 (1.10)	4.33 (1.11)
指標:私はこの仕事を通じて人間的に成長していると思う	4.62 (0.99)	4.60 (1.02)	4.64 (0.98)	4.50 (1.01)	4.60 (1.01)	4.72 (0.91)	4.75 (0.99)	4.55 (0.99)	4.62 (0.99)	4.62 (0.99)	4.56 (1.00)	4.85 (0.92)	4.64 (0.99)	4.77 (0.95)
指標:この仕事で自分のもつ資格が生かせると思う	3.96 (1.38)	4.06 (1.35)	3.93 (1.39)	3.75 (1.44)	4.00 (1.36)	3.75 (1.49)	3.85 (1.47)	4.02 (1.33)	4.29 (1.21)	3.78 (1.44)	4.23 (1.26)	3.75 (1.39)	3.88 (1.37)	3.03 (1.55)
指標:この仕事には幅広い知識が必要であると思う	5.20 (0.86)	5.22 (0.84)	5.20 (0.88)	5.19 (0.84)	5.22 (0.85)	5.12 (0.93)	5.23 (0.91)	5.19 (0.84)	5.21 (0.85)	5.20 (0.87)	5.21 (0.83)	5.02 (0.79)	5.23 (0.85)	5.04 (1.04)

	全体	1層SC (含、兼任)	2層SC	1,2層未規定	正規	非正規	SC専従	SC兼務	包括所属	包括非所属	医療・ 看護職	ケアマネ	介護・ 福祉職	その他
SC経験：活動にやりがいや成功体験を感じることがある	3.61 (0.90)	3.63 (0.90)	3.63 (0.90)	3.42 (0.92)	3.59 (0.91)	3.74 (0.86)	3.76 (0.87)	3.54 (0.90)	3.59 (0.92)	3.62 (0.89)	3.57 (0.90)	4.00 (0.90)	3.62 (0.90)	3.76 (0.84)
SC経験：活動の成功事例を知りたいと思うことがある	3.99 (0.87)	4.02 (0.90)	3.98 (0.86)	3.95 (0.84)	3.99 (0.87)	3.98 (0.89)	4.06 (0.87)	3.96 (0.87)	3.95 (0.86)	4.01 (0.88)	3.93 (0.88)	4.08 (0.85)	4.07 (0.85)	3.92 (0.93)
SC経験：上司は仕事について適切に指導監督してくれる業務の相談をしたいが、相談相手がいない	4.01 (0.86)	4.01 (0.89)	4.02 (0.85)	3.97 (0.79)	4.01 (0.85)	3.99 (0.88)	4.07 (0.83)	3.98 (0.87)	3.96 (0.85)	4.03 (0.86)	3.95 (0.87)	4.06 (0.91)	4.09 (0.83)	3.94 (0.90)
SC経験：私は同僚との関係生活支援コーディネーターがおこなうべき役割について、上司や同僚の理解がないと感じる	2.99 (1.18)	3.05 (1.20)	2.94 (1.16)	3.23 (1.16)	3.00 (1.17)	2.94 (1.20)	3.00 (1.23)	2.99 (1.15)	2.96 (1.17)	3.01 (1.18)	3.02 (1.16)	3.21 (1.20)	2.99 (1.18)	2.84 (1.25)
SC経験：医療専門職に生活支援コーディネーターの役割が認知されていないと感じる	2.69 (1.18)	2.68 (1.19)	2.69 (1.16)	2.82 (1.23)	2.71 (1.17)	2.60 (1.20)	2.70 (1.21)	2.69 (1.16)	2.70 (1.20)	2.69 (1.16)	2.72 (1.16)	2.88 (1.21)	2.69 (1.18)	2.54 (1.24)
SC経験：介護専門職に生活支援コーディネーターの役割が認知されていないと感じる	3.59 (1.15)	3.64 (1.12)	3.56 (1.17)	3.55 (1.18)	3.61 (1.14)	3.43 (1.21)	3.63 (1.16)	3.56 (1.15)	3.63 (1.15)	3.56 (1.15)	3.64 (1.14)	3.40 (1.20)	3.57 (1.13)	3.40 (1.25)
SC経験：職場の人間関係はよいと思う	3.49 (1.12)	3.49 (1.10)	3.50 (1.13)	3.43 (1.15)	3.51 (1.11)	3.37 (1.17)	3.49 (1.13)	3.50 (1.12)	3.55 (1.13)	3.46 (1.12)	3.56 (1.11)	3.19 (1.16)	3.47 (1.11)	3.34 (1.21)
SC経験：地域住民に生活	3.78 (1.01)	3.77 (0.99)	3.77 (1.02)	3.94 (0.98)	3.79 (1.00)	3.76 (1.02)	3.71 (1.01)	3.82 (1.00)	3.79 (1.00)	3.78 (1.01)	3.79 (1.00)	3.81 (1.02)	3.78 (1.01)	3.77 (1.02)
SC継続要因：職場における生活支援コーディネーターの役割の理解	1,551 (53%)	552 (58%)	894 (50%)	105 (57%)	1,330 (53%)	221 (52%)	519 (53%)	1,032 (52%)	611 (58%)	940 (50%)	759 (56%)	21 (44%)	645 (50%)	126 (50%)
SC継続要因：同僚との良好な人間関係	516 (18%)	150 (16%)	342 (19%)	24 (13%)	429 (17%)	87 (20%)	211 (22%)	305 (15%)	164 (16%)	352 (19%)	215 (16%)	5 (10%)	241 (19%)	55 (22%)
SC継続要因：上司との良好な人間関係	334 (11%)	91 (9.5%)	219 (12%)	24 (13%)	282 (11%)	52 (12%)	138 (14%)	196 (9.9%)	96 (9.1%)	238 (13%)	117 (8.6%)	2 (4.2%)	170 (13%)	45 (18%)
SC継続要因：職場の雰囲気	424 (14%)	119 (12%)	282 (16%)	23 (12%)	374 (15%)	50 (12%)	154 (16%)	270 (14%)	161 (15%)	263 (14%)	179 (13%)	3 (6.3%)	199 (16%)	43 (17%)
SC継続要因：仕事のやりがい感	813 (28%)	277 (29%)	496 (28%)	40 (22%)	670 (27%)	143 (33%)	309 (32%)	504 (26%)	287 (27%)	526 (28%)	364 (27%)	19 (40%)	356 (28%)	74 (29%)
SC継続要因：給与などの待遇	454 (15%)	102 (11%)	330 (18%)	22 (12%)	387 (15%)	67 (16%)	171 (18%)	283 (14%)	174 (16%)	280 (15%)	208 (15%)	8 (17%)	207 (16%)	31 (12%)
SC継続要因：今後のキャリアの展望	147 (5.0%)	33 (3.4%)	106 (5.9%)	8 (4.3%)	126 (5.0%)	21 (4.9%)	58 (6.0%)	89 (4.5%)	50 (4.7%)	97 (5.1%)	63 (4.6%)	1 (2.1%)	64 (5.0%)	19 (7.5%)
SC継続要因：地域の福祉事業者、団体等との良好な人間関係	1,707 (58%)	593 (62%)	993 (55%)	121 (65%)	1,486 (59%)	221 (52%)	474 (49%)	1,233 (63%)	589 (56%)	1,118 (59%)	828 (61%)	34 (71%)	726 (57%)	119 (47%)
SC継続要因：地域住民との良好な人間関係	2,456 (83%)	809 (84%)	1,491 (83%)	156 (84%)	2,099 (83%)	357 (84%)	793 (81%)	1,663 (84%)	869 (82%)	1,587 (84%)	1,134 (83%)	45 (94%)	1,065 (83%)	212 (84%)
SC仕事満足度														
とても不満がある	107 (3.6%)	37 (3.9%)	59 (3.3%)	11 (5.9%)	94 (3.7%)	13 (3.0%)	27 (2.8%)	80 (4.1%)	30 (2.8%)	77 (4.1%)	54 (4.0%)	3 (6.3%)	42 (3.3%)	8 (3.2%)
不満がある	231 (7.8%)	72 (7.5%)	141 (7.8%)	18 (9.7%)	194 (7.7%)	37 (8.7%)	54 (5.5%)	177 (9.0%)	86 (8.1%)	145 (7.7%)	116 (8.5%)	3 (6.3%)	96 (7.5%)	16 (6.3%)
やや不満がある	597 (20%)	192 (20%)	363 (20%)	42 (23%)	524 (21%)	73 (17%)	157 (16%)	440 (22%)	208 (20%)	389 (21%)	284 (21%)	9 (19%)	265 (21%)	39 (15%)
やや満足している	1,256 (43%)	413 (43%)	758 (42%)	85 (46%)	1,076 (43%)	180 (42%)	396 (41%)	860 (44%)	454 (43%)	802 (42%)	579 (42%)	14 (29%)	550 (43%)	113 (45%)
満足している	618 (21%)	201 (21%)	394 (22%)	23 (12%)	515 (20%)	103 (24%)	266 (27%)	352 (18%)	226 (21%)	392 (21%)	269 (20%)	13 (27%)	276 (22%)	60 (24%)
とても満足している	137 (4.7%)	45 (4.7%)	86 (4.8%)	6 (3.2%)	116 (4.6%)	21 (4.9%)	74 (7.6%)	63 (3.2%)	52 (4.9%)	85 (4.5%)	61 (4.5%)	6 (13%)	54 (4.2%)	16 (6.3%)
SC継続希望														
続けたくない	213 (7.2%)	68 (7.1%)	127 (7.1%)	18 (9.7%)	188 (7.5%)	25 (5.9%)	52 (5.3%)	161 (8.2%)	61 (5.8%)	152 (8.0%)	102 (7.5%)	2 (4.2%)	101 (7.9%)	8 (3.2%)
あまり続けたくない	309 (10%)	96 (10%)	194 (11%)	19 (10%)	274 (11%)	35 (8.2%)	78 (8.0%)	231 (12%)	122 (12%)	187 (9.9%)	154 (11%)	5 (10%)	131 (10%)	19 (7.5%)
どちらともいえない	1,024 (35%)	346 (36%)	602 (33%)	76 (41%)	877 (35%)	147 (34%)	274 (28%)	750 (38%)	368 (35%)	656 (35%)	491 (36%)	13 (27%)	425 (33%)	95 (38%)
やや続けたい	779 (26%)	261 (27%)	479 (27%)	39 (21%)	675 (27%)	104 (24%)	295 (30%)	484 (25%)	267 (25%)	512 (27%)	338 (25%)	10 (21%)	369 (29%)	62 (25%)
続けたい	621 (21%)	189 (20%)	399 (22%)	33 (18%)	505 (20%)	116 (27%)	275 (28%)	346 (18%)	238 (23%)	383 (20%)	278 (20%)	18 (38%)	257 (20%)	68 (27%)

	全体	1層SC (含、兼任)	2層SC	1,2層未規定	正規	非正規	SC専従	SC兼務	包括所属	包括非所属	医療・ 看護職	ケアマネ	介護・ 福祉職	その他
研修経験：都道府県による研修														
半年に1回以上	601 (20%)	236 (25%)	321 (18%)	44 (24%)	505 (20%)	96 (22%)	238 (24%)	363 (18%)	217 (21%)	384 (20%)	275 (20%)	9 (19%)	266 (21%)	51 (20%)
1年に1回程度	1,123 (38%)	412 (43%)	631 (35%)	80 (43%)	951 (38%)	172 (40%)	364 (37%)	759 (38%)	392 (37%)	731 (39%)	516 (38%)	19 (40%)	499 (39%)	89 (35%)
年に1回未満	772 (26%)	213 (22%)	522 (29%)	37 (20%)	675 (27%)	97 (23%)	215 (22%)	557 (28%)	292 (28%)	480 (25%)	374 (27%)	14 (29%)	322 (25%)	62 (25%)
研修はあるが、受けたことはない	231 (7.8%)	50 (5.2%)	168 (9.3%)	13 (7.0%)	206 (8.2%)	25 (5.9%)	70 (7.2%)	161 (8.2%)	91 (8.6%)	140 (7.4%)	122 (9.0%)	5 (10%)	93 (7.2%)	11 (4.4%)
この研修はない、知らない	219 (7.4%)	49 (5.1%)	159 (8.8%)	11 (5.9%)	182 (7.2%)	37 (8.7%)	87 (8.9%)	132 (6.7%)	64 (6.1%)	155 (8.2%)	76 (5.6%)	1 (2.1%)	103 (8.0%)	39 (15%)
研修経験：市区町村による研修														
半年に1回以上	459 (16%)	90 (9.4%)	354 (20%)	15 (8.1%)	406 (16%)	53 (12%)	236 (24%)	223 (11%)	220 (21%)	239 (13%)	219 (16%)	8 (17%)	176 (14%)	56 (22%)
1年に1回程度	642 (22%)	155 (16%)	460 (26%)	27 (15%)	545 (22%)	97 (23%)	239 (25%)	403 (20%)	248 (23%)	394 (21%)	302 (22%)	8 (17%)	271 (21%)	61 (24%)
年に1回未満	423 (14%)	101 (11%)	305 (17%)	17 (9.2%)	368 (15%)	55 (13%)	115 (12%)	308 (16%)	144 (14%)	279 (15%)	188 (14%)	7 (15%)	197 (15%)	31 (12%)
研修はあるが、受けたことはない	207 (7.0%)	58 (6.0%)	135 (7.5%)	14 (7.6%)	177 (7.0%)	30 (7.0%)	62 (6.4%)	145 (7.4%)	69 (6.5%)	138 (7.3%)	89 (6.5%)	5 (10%)	92 (7.2%)	21 (8.3%)
この研修はない、知らない	1,215 (41%)	556 (58%)	547 (30%)	112 (61%)	1,023 (41%)	192 (45%)	322 (33%)	893 (45%)	375 (36%)	840 (44%)	565 (41%)	20 (42%)	547 (43%)	83 (33%)
研修経験：勤務する法人による研修														
半年に1回以上	270 (9.2%)	68 (7.1%)	195 (11%)	7 (3.8%)	239 (9.5%)	31 (7.3%)	141 (14%)	129 (6.5%)	59 (5.6%)	211 (11%)	76 (5.6%)	4 (8.3%)	157 (12%)	33 (13%)
1年に1回程度	317 (11%)	81 (8.4%)	229 (13%)	7 (3.8%)	261 (10%)	56 (13%)	126 (13%)	191 (9.7%)	74 (7.0%)	243 (13%)	103 (7.6%)	7 (15%)	171 (13%)	36 (14%)
年に1回未満	269 (9.1%)	77 (8.0%)	180 (10.0%)	12 (6.5%)	215 (8.5%)	54 (13%)	113 (12%)	156 (7.9%)	75 (7.1%)	194 (10%)	92 (6.7%)	6 (13%)	139 (11%)	32 (13%)
研修はあるが、受けたことはない	199 (6.8%)	50 (5.2%)	132 (7.3%)	17 (9.2%)	173 (6.9%)	26 (6.1%)	68 (7.0%)	131 (6.6%)	88 (8.3%)	111 (5.9%)	100 (7.3%)	4 (8.3%)	76 (5.9%)	19 (7.5%)
この研修はない、知らない	1,891 (64%)	684 (71%)	1,065 (59%)	142 (77%)	1,631 (65%)	260 (61%)	526 (54%)	1,365 (69%)	760 (72%)	1,131 (60%)	992 (73%)	27 (56%)	740 (58%)	132 (52%)
研修経験：その他団体による研修														
半年に1回以上	373 (13%)	139 (14%)	218 (12%)	16 (8.6%)	310 (12%)	63 (15%)	186 (19%)	187 (9.5%)	133 (13%)	240 (13%)	171 (13%)	6 (13%)	159 (12%)	37 (15%)
1年に1回程度	665 (23%)	226 (24%)	409 (23%)	30 (16%)	562 (22%)	103 (24%)	246 (25%)	419 (21%)	229 (22%)	436 (23%)	283 (21%)	9 (19%)	322 (25%)	51 (20%)
年に1回未満	590 (20%)	174 (18%)	379 (21%)	37 (20%)	505 (20%)	85 (20%)	185 (19%)	405 (21%)	214 (20%)	376 (20%)	265 (19%)	13 (27%)	268 (21%)	44 (17%)
研修はあるが、受けたことはない	374 (13%)	100 (10%)	251 (14%)	23 (12%)	334 (13%)	40 (9.4%)	118 (12%)	256 (13%)	151 (14%)	223 (12%)	188 (14%)	7 (15%)	150 (12%)	29 (12%)
この研修はない、知らない	944 (32%)	321 (33%)	544 (30%)	79 (43%)	808 (32%)	136 (32%)	239 (25%)	705 (36%)	329 (31%)	615 (33%)	456 (33%)	13 (27%)	384 (30%)	91 (36%)
連絡会等：市区町村内における連絡会等														
参加している	1,869 (63%)	544 (57%)	1,264 (70%)	61 (33%)	1,610 (64%)	259 (61%)	670 (69%)	1,199 (61%)	767 (73%)	1,102 (58%)	940 (69%)	28 (58%)	745 (58%)	156 (62%)
現在は参加していないが、参加したことがある	210 (7.1%)	54 (5.6%)	143 (7.9%)	13 (7.0%)	177 (7.0%)	33 (7.7%)	60 (6.2%)	150 (7.6%)	62 (5.9%)	148 (7.8%)	89 (6.5%)	6 (13%)	93 (7.2%)	22 (8.7%)
参加したことはないが参加してみたい	204 (6.9%)	55 (5.7%)	139 (7.7%)	10 (5.4%)	164 (6.5%)	40 (9.4%)	66 (6.8%)	138 (7.0%)	53 (5.0%)	151 (8.0%)	70 (5.1%)	4 (8.3%)	110 (8.6%)	20 (7.9%)
参加したいとは思わない	54 (1.8%)	12 (1.3%)	36 (2.0%)	6 (3.2%)	47 (1.9%)	7 (1.6%)	14 (1.4%)	40 (2.0%)	16 (1.5%)	38 (2.0%)	24 (1.8%)	2 (4.2%)	24 (1.9%)	4 (1.6%)
存在しない、知らない	609 (21%)	295 (31%)	219 (12%)	95 (51%)	521 (21%)	88 (21%)	164 (17%)	445 (23%)	158 (15%)	451 (24%)	240 (18%)	8 (17%)	311 (24%)	50 (20%)
連絡会等：近隣の市区町村における連絡会等														
参加している	829 (28%)	332 (35%)	427 (24%)	70 (38%)	710 (28%)	119 (28%)	310 (32%)	519 (26%)	314 (30%)	515 (27%)	359 (26%)	16 (33%)	386 (30%)	68 (27%)
現在は参加していないが、参加したことがある	472 (16%)	131 (14%)	322 (18%)	19 (10%)	403 (16%)	69 (16%)	172 (18%)	300 (15%)	163 (15%)	309 (16%)	203 (15%)	11 (23%)	207 (16%)	51 (20%)
参加したことはないが参加してみたい	635 (22%)	152 (16%)	452 (25%)	31 (17%)	551 (22%)	84 (20%)	199 (20%)	436 (22%)	258 (24%)	377 (20%)	312 (23%)	9 (19%)	269 (21%)	45 (18%)
参加したいとは思わない	113 (3.8%)	24 (2.5%)	82 (4.6%)	7 (3.8%)	97 (3.9%)	16 (3.7%)	38 (3.9%)	75 (3.8%)	37 (3.5%)	76 (4.0%)	61 (4.5%)	3 (6.3%)	38 (3.0%)	11 (4.4%)
存在しない、知らない	897 (30%)	321 (33%)	518 (29%)	58 (31%)	758 (30%)	139 (33%)	255 (26%)	642 (33%)	284 (27%)	613 (32%)	428 (31%)	9 (19%)	383 (30%)	77 (31%)
連絡会等：同じ都道府県内での連絡会等														
参加している	948 (32%)	427 (44%)	438 (24%)	83 (45%)	796 (32%)	152 (36%)	332 (34%)	616 (31%)	325 (31%)	623 (33%)	418 (31%)	15 (31%)	437 (34%)	78 (31%)
現在は参加していないが、参加したことがある	596 (20%)	184 (19%)	374 (21%)	38 (21%)	517 (21%)	79 (19%)	176 (18%)	420 (21%)	211 (20%)	385 (20%)	278 (20%)	10 (21%)	258 (20%)	50 (20%)
参加したことはないが参加してみたい	636 (22%)	156 (16%)	451 (25%)	29 (16%)	553 (22%)	83 (19%)	211 (22%)	425 (22%)	251 (24%)	385 (20%)	293 (21%)	10 (21%)	283 (22%)	50 (20%)
参加したいとは思わない	167 (5.7%)	38 (4.0%)	123 (6.8%)	6 (3.2%)	147 (5.8%)	20 (4.7%)	45 (4.6%)	122 (6.2%)	62 (5.9%)	105 (5.6%)	90 (6.6%)	4 (8.3%)	59 (4.6%)	14 (5.6%)
存在しない、知らない	599 (20%)	155 (16%)	415 (23%)	29 (16%)	506 (20%)	93 (22%)	210 (22%)	389 (20%)	207 (20%)	392 (21%)	284 (21%)	9 (19%)	246 (19%)	60 (24%)

	全体	1層SC (含、兼任)	2層SC	1,2層未規定	正規	非正規	SC専従	SC兼務	包括所属	包括非所属	医療・ 看護職	ケアマネ	介護・ 福祉職	その他
連絡会等：その他の連絡会等														
参加している	536 (18%)	189 (20%)	313 (17%)	34 (18%)	441 (18%)	95 (22%)	229 (24%)	307 (16%)	201 (19%)	335 (18%)	237 (17%)	9 (19%)	237 (18%)	53 (21%)
現在は参加していないが、参加したことがある	319 (11%)	120 (13%)	182 (10%)	17 (9.2%)	271 (11%)	48 (11%)	109 (11%)	210 (11%)	92 (8.7%)	227 (12%)	135 (9.9%)	7 (15%)	151 (12%)	26 (10%)
参加したことはないが参加してみたい	680 (23%)	172 (18%)	473 (26%)	35 (19%)	599 (24%)	81 (19%)	217 (22%)	463 (23%)	266 (25%)	414 (22%)	322 (24%)	11 (23%)	293 (23%)	54 (21%)
参加したいとは思わない	166 (5.6%)	35 (3.6%)	122 (6.8%)	9 (4.9%)	142 (5.6%)	24 (5.6%)	49 (5.0%)	117 (5.9%)	63 (6.0%)	103 (5.4%)	84 (6.2%)	3 (6.3%)	64 (5.0%)	15 (6.0%)
存在しない、知らない	1,245 (42%)	444 (46%)	711 (39%)	90 (49%)	1,066 (42%)	179 (42%)	370 (38%)	875 (44%)	434 (41%)	811 (43%)	585 (43%)	18 (38%)	538 (42%)	104 (41%)
SC支援：生活支援コーディネーターの活動方針について、自治体や所属団体等と意見交換する環境がある	1,452 (49%)	494 (51%)	875 (49%)	83 (45%)	1,239 (49%)	213 (50%)	470 (48%)	982 (50%)	524 (50%)	928 (49%)	696 (51%)	25 (52%)	624 (49%)	107 (42%)
SC支援：多職種と連携・意見交換する環境がある	1,459 (50%)	470 (49%)	912 (51%)	77 (42%)	1,242 (49%)	217 (51%)	520 (53%)	939 (48%)	509 (48%)	950 (50%)	665 (49%)	22 (46%)	665 (52%)	107 (42%)
SC支援：活動方針や目標が明確になっている	614 (21%)	205 (21%)	378 (21%)	31 (17%)	519 (21%)	95 (22%)	237 (24%)	377 (19%)	230 (22%)	384 (20%)	302 (22%)	18 (38%)	257 (20%)	37 (15%)
SC支援：自身の活動を支援・指導してくれる上司などがいる	1,043 (35%)	322 (34%)	648 (36%)	73 (39%)	876 (35%)	167 (39%)	401 (41%)	642 (33%)	355 (34%)	688 (36%)	441 (32%)	15 (31%)	492 (38%)	95 (38%)
SC支援：定期的にスーパービジョンを受けられる環境がある	273 (9.3%)	79 (8.2%)	177 (9.8%)	17 (9.2%)	247 (9.8%)	26 (6.1%)	87 (8.9%)	186 (9.4%)	100 (9.5%)	173 (9.2%)	119 (8.7%)	5 (10%)	134 (10%)	15 (6.0%)
SC支援：生活支援コーディネーター同士で意見交換を行える場がある	1,900 (64%)	567 (59%)	1,263 (70%)	70 (38%)	1,625 (65%)	275 (64%)	703 (72%)	1,197 (61%)	718 (68%)	1,182 (63%)	910 (67%)	30 (63%)	794 (62%)	166 (66%)
SC支援：新人の生活支援コーディネーターの活動支援や相談に乗れる体制、環境がある	555 (19%)	172 (18%)	373 (21%)	10 (5.4%)	487 (19%)	68 (16%)	228 (23%)	327 (17%)	177 (17%)	378 (20%)	237 (17%)	10 (21%)	253 (20%)	55 (22%)
SC支援：お手本となる生活支援コーディネーターがいる	648 (22%)	147 (15%)	474 (26%)	27 (15%)	562 (22%)	86 (20%)	288 (30%)	360 (18%)	222 (21%)	426 (23%)	259 (19%)	11 (23%)	301 (23%)	77 (31%)
SC支援：関係する職能団体（日本ボランティアコーディネーター協会、社会福祉士会など）による情報提供や支援を受けている	213 (7.2%)	65 (6.8%)	138 (7.7%)	10 (5.4%)	183 (7.3%)	30 (7.0%)	81 (8.3%)	132 (6.7%)	87 (8.2%)	126 (6.7%)	110 (8.1%)	6 (13%)	78 (6.1%)	19 (7.5%)
SC支援：あてはまるものはない	302 (10%)	123 (13%)	146 (8.1%)	33 (18%)	259 (10%)	43 (10%)	66 (6.8%)	236 (12%)	111 (11%)	191 (10%)	151 (11%)	4 (8.3%)	125 (9.7%)	22 (8.7%)
性別														
男性	974 (33%)	346 (36%)	553 (31%)	75 (41%)	897 (36%)	77 (18%)	244 (25%)	730 (37%)	284 (27%)	690 (37%)	400 (29%)	23 (48%)	488 (38%)	63 (25%)
女性	1,970 (67%)	612 (64%)	1,248 (69%)	110 (59%)	1,620 (64%)	350 (82%)	729 (75%)	1,241 (63%)	772 (73%)	1,198 (63%)	962 (71%)	25 (52%)	794 (62%)	189 (75%)
それ以外	2 (<0.1%)	2 (0.2%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (<0.1%)	0 (0%)	1 (0.1%)	1 (<0.1%)	0 (0%)	2 (0.1%)	1 (<0.1%)	0 (0%)	1 (<0.1%)	0 (0%)
年齢														
20代以下	243 (8.2%)	75 (7.8%)	151 (8.4%)	17 (9.2%)	237 (9.4%)	6 (1.4%)	84 (8.6%)	159 (8.1%)	54 (5.1%)	189 (10%)	65 (4.8%)	0 (0%)	164 (13%)	14 (5.6%)
30代	631 (21%)	226 (24%)	367 (20%)	38 (21%)	588 (23%)	43 (10%)	162 (17%)	469 (24%)	210 (20%)	421 (22%)	273 (20%)	8 (17%)	310 (24%)	40 (16%)
40代	999 (34%)	350 (36%)	579 (32%)	70 (38%)	896 (36%)	103 (24%)	296 (30%)	703 (36%)	388 (37%)	611 (32%)	493 (36%)	15 (31%)	436 (34%)	55 (22%)
50代	706 (24%)	210 (22%)	450 (25%)	46 (25%)	616 (24%)	90 (21%)	241 (25%)	465 (24%)	283 (27%)	423 (22%)	357 (26%)	16 (33%)	265 (21%)	68 (27%)
60代	321 (11%)	86 (9.0%)	222 (12%)	13 (7.0%)	175 (6.9%)	146 (34%)	165 (17%)	156 (7.9%)	112 (11%)	209 (11%)	160 (12%)	8 (17%)	101 (7.9%)	52 (21%)
70代以上	46 (1.6%)	13 (1.4%)	32 (1.8%)	1 (0.5%)	7 (0.3%)	39 (9.1%)	26 (2.7%)	20 (1.0%)	9 (0.9%)	37 (2.0%)	15 (1.1%)	1 (2.1%)	7 (0.5%)	23 (9.1%)

¹n (%) または mean (SD)

第Ⅶ章 調査研究から得られた示唆とまとめ

VII-1. 住民と地域の多様な主体と SC 活動に関する制度的展望 —社会的処方制度化と発展に係る一考察

政策研究大学院大学 教授
小野 太一

1. 日本における社会的処方をめぐる制度的状況

本研究班のテーマは、「英国等諸外国における支援を必要とする住民と地域の多様な主体との調整を行う職種との国際比較を通じた生活支援コーディネーターの活動基盤強化」とされている。この「調整を行う職種」とは英国（イングランド）その他の国において発展を遂げ、日本でもモデル事業が展開されている「社会的処方」におけるリンクワーカー（以下「LW」）を意味することは言うまでもない。また、リンクワーカーとの比較対象として日本側で位置づけられているのが生活支援コーディネーター（以下「SC」）である。

イングランドにおけるコーディネーターは、NHS 制度の下、地域毎にプライマリーケアを担うとともに専門医療への紹介を行う一般医（GP）のオフィスに配置され、その「処方」に基づき、GP オフィスを訪問する患者の、医療（により解決できるもの）ではないが健康に関わる社会的な必要性（nonmedical, health-related social needs）ⁱⁱに対応するため種々の地域活動等医療的ではないサービスに繋げることで解決を目指すものである。その活動のための財源も NHS により賄われており、また LW を一つの専門職のように捉えて養成が行われているなど、医療制度の一部として捉えられ、政策がすすめられている²ⁱⁱ。その展開の背景には、世界で初めて孤独・孤立問題の担当大臣を設置するような健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health（SDH））に係る高い関心とコロナ禍によるその課題の深刻さの進展、他方で、地方自治体が担い手である社会サービスに係る大幅な支出削減の一方で NHS 予算は比較的優先的に確保されていること、さらには、健康に関連する課題を抱えた個人が、その相談先として無料で係ることのできる GP にアクセスすることによる GP の多忙（及び人頭払の下での非効率）の要因として、必ずしも投薬や治療といった医療により課題が解決されるものではない、いわば「社会的外来」のような需要が一部あり、その削減を目指すこともあるものとする³ⁱⁱⁱ。その際、社会的処方は当研究班も視察したロンドンの Bromley by Bow 地区における GP の実践等医療者による取組みがその始祖とされ^{iv}、NASP[2023]での各国の状況に係る記述も、まずは「医療制度の状況」(Health System Context)の記述から入っていることから、社会的処方とは少なくともイングランドの文脈においては医療モデルで捉えられていることが理解される。また WHO/WPRO が取りまとめている、加盟国に対すプライマリーケア導入マニュアル^vにおいても、医療者 (health-care worker) が患者 (patient) を非医療的なサービスにつなぐものとされているところである。

一方、日本で同様の「地域活動に繋げる」活動の担い手である SC は、介護保険制度の地域支援事業（包括的支援事業）により賄われ、生活支援や社会参画の機会を提供する介護予

防の目的で実施されている。ほとんどの支援対象の高齢者が何らかの症状を持ち、かかりつけ医を有していると思われるが、そうした機会への参画の契機は、かかりつけ医をはじめとした何かしらの医療提供者から「処方」などの形での指導を受けて行われるものとは限らない。他方で厚生労働省にて行われている社会的処方に係るモデル事業は、「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業」として保険局により実施され、その目的も「保険者横断的に住民の予防・健康づくりを推進し、かかりつけ医と医療保険者等との連携を推進する」とされている。また厚生労働白書においても「身近な医療機関による地域課題解決の取り組みとして今後注目される」との記述がある^{4vi}。ただし、厚生労働省 HP⁵で紹介されている、令和 5 年度の保険局事業での岩手県保険者協議会における実践モデルでは、かかりつけ医を経由しない「“多職種・多機関“を起点とした社会的処方連携パス（案）」も、「健診」や「受診」を起点としたものと並んで紹介されており、そこでのリンクワーカーとして生活支援コーディネーターも想定されている。他方で同じ事業の令和 3 年度の栃木県保険者協議会（宇都宮市医師会の実践）に見るモデルでは、医療機関での日常診療を起点とした生活上の課題への対処を想定した実装も模索されている。このように我が国の社会的処方の取り組みに関しては、イングランドの GP への登録制と異なるフリーアクセスというプライマリーケアの仕組みの下、医療サービスを起点とした医療モデルと、そうではない非医療モデルの両方が検討され、全国的な展開に向けた模索が続いているのが現状と言える。

2. 諸外国の社会的処方が行われる契機

諸外国において展開されている社会的処方の事例を NASP[2023]に依拠して見ると、SDH への対処のための仕組みである点に関しては同様であるが、その契機、対象者、レファールルの起点などは大変多様である。また制度の成熟度においても、上述のイングランドや当研究班が同様に注目しているオランダの Welzijn op Recept（Wellbeing on Prescription）のようにすでに一定程度制度化されている国は少数であり、イタリアやドイツのように未だ制度化されていない国、オーストラリアのように国家レベルでのモデルは実践されていない国もある。またアジアにおいてはシンガポールの SingHealth Community Hospital のような、入院患者への退院後の生活支援における社会活動へのつなぎや、台湾における病院による認知症フレンドリーな社会環境の構築を目指すものなど、個別のイニシアティブの紹介にとどまるものなども多い。

そのような多様な現状にある諸外国の社会的処方の実情に関しては、NASP[2023]以外にも、いくつか世界を俯瞰して比較対照する論文も出ている^{6vii viii}。特にその中でも Scarpetti G 他[2024]^{7ix}においては、ヨーロッパ 11 か国・地域とオーストラリアの社会的処方の進展に関し、医療制度との継続性、制度普及の現状、対象者、紹介（referral）の実施者、財政、評価・根拠といった項目ごとに表形式にまとめ、比較が行われている。ここで制度普及の現状を見ると、パイロット段階ではない、一定程度国・地域の規模で実践されているのはイン

グランド、ドイツ、スロベニア、オランダ、アメリカ、ウェールズの6つとなっている。このうちNASP[2023]においては、ドイツ、アメリカはまだ確立された制度ではない、あるいは国としての政策とはなっていないとされ、またスロベニアについては、EuroHealthNet[2022]にて紹介されている事例は、日本でいう特定健診・特定保健指導のような保健サービスに係る説明が主で、社会的処方に関して言えばSDHの課題を有する者について保健師等の医療職が社会サービスに紹介する、というのみの記述となっている。残りの3か国・地域のうち、当研究班で現地訪問調査等を行っていないのはウェールズのみとなるが、そのウェールズでは、日本において現在行われているのと同様、医療モデル、非医療モデルを混在させつつ発展させていく動きが見られている。

3. ウェールズにおける社会的処方のモデル

1) モデルの確立に向けての取組み

ウェールズ政府は、今後の社会的処方のモデルに係る公聴のためのレポート^{*}を2022年に作成した。図1で示すのが、NASP[2023]でも紹介されている、当該レポートにおいて紹介されている社会的処方に関するモデルの模式図である。ニーズがある当事者を中心に置き、その周りを取り囲む「社会的処方に係るサービス」（具体的に当事者を支援や社会参加の機会につなぐサービス。LWや日本のSCのような立場を想定）を黄色の輪で示した上で、更にその周りを緑色の輪とイラストで示されているような様々な社会参加の機会や支援につなぐことが想定されている。その上で、中心に描かれている人物像の周りを5等分する形で、社会的処方のサービスの具体的な道筋が描かれている。人物像の左上から反時計回りで見ると、①ヘルスケア紹介ルート（水色。GPや薬剤師、セラピスト、看護師等を起点。当該ヘルスケアサービスに付加的に行われる場合と、（社会的疎外のように）ヘルスケアサービスに代替して行われる場合を想定）、②第3のセクターからの紹介ルート（桃色。例えば精神保健サービスから家計管理サービスにつなぐなど、現に受けている社会資源を起点。日本の「地域ケア会議」のような社会資源関係者間の会議などでも展開され得る）、③既存社会サービスからの紹介ルート（紫色。警察や消防、住宅や福祉部局等を起点。最初の相談窓口でも、恒常的な対応の中でもあり得る）、④自らの「処方」によるルート（社会参加の機会や支援ニーズを有する個人を起点とするもの。ただし直接にそれらに申し込むのではなく、悩み相談のような形で「社会的処方に係るサービス」にアクセスすることを想定）、⑤ターゲットを絞ったグループへのルート（特定の複数の人々（※よってこのルートは個人を基本的には念頭に置かない）に対して「社会的処方に係るサービス」を能動的に行うこと。）の5つを等置する形で示している。

ウェールズ全体の社会的処方モデル



図1 ウェールズにおける社会的処方のモデル（公聴パンフレットによる）

出典：Welsh Government [2022]

このウェールズでのモデルに関し、NASP[2023]は、「イングランドでの医療化され、プライマリーケアをベースに置いたアプローチから離れ、コミュニティをベースにおいた包括的な介入の道筋」と評している。

2) 社会的処方に係る国家的枠組み（National Framework for Social Prescribing）

この公聴の過程を経て、ウェールズ政府は2023年12月に「社会的処方に係る国家的枠組み(National Framework for Social Prescribing)」と題する報告書^{xi}をまとめた。”Framework“とされているものの、これは社会的処方を一定の枠組みにはめ込むものではなく、①用語の定義も含めた社会的処方に係る共通理解の構築に加え、②「社会的処方に係るサービス」の実施者の支援や資質の向上、③社会参加の機会や支援の質の確保、④社会的処方の発展の看視(monitor)と評価、⑤アウトカムの改善といった、社会的処方に関しての総合的な発展の方向性を整理したものとなっている。その中では、図1のモデルをより明確にした、社会的処方に係る道筋を図2のような形で示している。

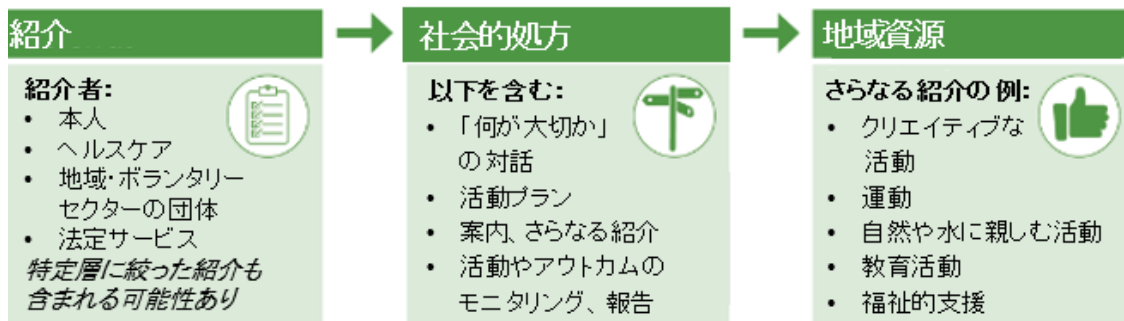


図2 社会的処方の道筋（「社会的処方に係る国家的枠組み」による）

出典：Welsh Government [2023]

具体的には、まずは具体的な道筋について、公聴案（図1）に示した4+1（ターゲットを絞ったグループへのもの）のルートを紹介の起点として明示した後、「社会的処方」の実践として、困りごとを傾聴した上で当事者とともに活動プランを立て、農業・園芸なども含む自然に親しむ活動（Green）や、海、川や水泳など水に親しむ活動（Blue）などをはじめ、（日本の生活困窮者支援のような）福祉的なサポートも含む地域の社会資源へのつながりを行うこととされている。他方政策としての”Framework”は、この道筋の提示にとどまらず、①～⑤のそれぞれについて、政府が今後講じる施策について述べるなど、アクションプランとしての性質を有しているものとなっている。

図1、図2を通じ、社会参加の機会や支援ニーズを満たすための各種支援団体等に繋がるルートの起点、及びその後の活動へのつながりまでが見える化されることにより、人々に対して社会資源に繋がるという選択肢をより明確に伝えるとともに、起点となりうる医療以外の種々のサービスや組織に対しても、社会的処方を行うことが選択肢の1つであるということの理解を促すことが可能となっていると考える。ウエールズもイングランドと同様、NHS WalesによるGPモデルでの医療制度となっているが、国において、医療を起点とするもの以外も同値のものとしての道筋を具体的に示すことで、非医療モデルも含めた発展を期する姿勢を明確化したものといえよう。この「非医療モデルも含めた見える化」の取組は、我が国でのSC活動の発展に際しても、参考になるものと思われる。

4. 考察

以上において、まずは諸外国における社会的処方の進展に関し、いくつかの国を除いては未だ模索が続いていることを確認した上で、より具体的な進展がみられ、かつ日本の介護保険制度の枠組みの下でのSCの活動のように非医療モデルも取り込んだ例としてウエールズでの議論を紹介した。ここまでの議論を踏まえつつ、今後の我が国の社会的処方の制度化と発展に向け、いくつかの論点を提示し、簡単に考察を加える。

1) 社会的「処方」の責任と評価

上記においては「医療モデル」と「非医療モデル」を同値に捉えた例としてウエールズでの展開を紹介したが、社会的処方とはそもそも、患者として GP 等の医療資源にアクセスのあった個人に対して、医薬品ではなく（あるいは医薬品とともに）社会サービスを「処方」するものである。その場合、医薬品の処方であればその効果は科学的に立証され、実際に当該患者に対して期待された効果があったかの評価は当然のこととして行われるが、患者を社会サービスに対して橋渡しする社会的「処方」自体に関し、評価を科学的な根拠をもって説得力のある形で論証することは、「医療モデル」の下のみならず、「非医療モデル」であったとしても、そうした営みが財源も含めて希少な社会資源を用いて成り立っている以上、指向されるべきと考える。先に指摘した WHO/WPRO[2022]においても、看視と評価について章を割いてそのポイントに関する記述がなされ、またウエールズ政府の”Framework”においては、評価に必要な、核となるデータ収集に関する指針（guidance）を 2024 年夏までに完成させる旨述べられている。

そうした社会的処方に関し、費用対効果の観点も含めその価値を評価する目的で、医薬品においてその有効性、安全性、経済性を評価して作成されるリストであるフォーミュラリの発想に倣い、「社会的処方フォーミュラリ」を作成することで、その標準化と適正な「処方」を志向する英（イングランド）・独の研究者の共著論文が発表されている^{xii}。当該論文では、「社会的処方フォーミュラリ」の作成により、患者（社会的処方のリスクとベネフィットに関する選択の幅や情報量の増）、処方を行う者（標準化と根拠が示されることによる、社会的処方を行うことでのリスクの減少）、費用負担者（標準化されたサービスの事前の支払いの約束（bulk purchase）や、費用負担の価値に係る透明性の向上）、サービス提供者（支払い約束に基づく安定的で予測可能な収入）、政策当局者（データの蓄積によるより合理的な意思決定）などステークホルダーへの利益があると指摘されている。一方で「社会的処方フォーミュラリ」の欠点として、医薬品のフォーミュラリにおいてもしばしば指摘される処方権の侵害や費用抑制への過度の傾注に加え、社会的な課題への対応にもかかわらず「過度の医療化」を招きかねないこと、また、フォーミュラリに含まれない地域ごとの画期的な活動を抑制しかねないことも同時に指摘されている。

この「過度の医療化」や、地域ごとの画期的な活動の抑制への懸念は大変重要な示唆を含んでいる。社会的処方のつなぎ先は、社会参加の機会や生活上の支援サービスであり、それらは規格化しえない個々人の日常に係るものである。日本の介護保険⁸に関して言えば、国の社会保障制度としての全国でのサービスの均等化のため、要介護ニーズを介護に要する手間の時間に換算して区分し、在宅サービスであればその区分ごとに一定の点数の枠を与え、その枠の範囲でサービスを組み合わせることとなるが、そうした要介護認定のような制度上の「規格化」と、規格化しえない個々人の日常（及びそれを支えるソーシャルケア）の結節点に位置するのがケアマネジメントである。だからこそ、SC の活動については、結節点である「ケアマネジメントと接続し、個人課題を地域で解決することを目的に、ゲートキ

ーパーである地域包括支援センターと連携して行われるべき」^{xiii}ということとなり、また繋ぎ先である地域での活動に関しても多様な地域資源からの発掘と育成が求められる。

同時に、「社会的処方フォーミュラリ」の作成を志向する中で指摘されている、処方を行う者にとって標準化と根拠が示されることにより、社会的処方を行うことでのリスクが減少する、という指摘も、重要な示唆を含んでいる。医師の医薬品に係る処方は、当然ながら時に患者の生命を左右する重要な医療行為である。医師の処方に係る裁量（処方権）は処方に係る責任と裏腹のものであり、また、処方箋に基づき正しく医薬品を提供することは、薬剤師の責任に係る医療行為となる。その結果責任を医師や薬剤師が引き受け得るのは、当該医薬品の効能や効果、副作用等に係る科学的知見の存在のためである。この共著論文が想定するイングランドの文脈において、GPが社会的処方をLWに指示をして行う際にどの程度の結果に対する責任を負うのかは明確ではないが、フォーミュラリの作成過程において標準化され、根拠が示されることにより、それに従ってサービスの紹介を行うLW、及びLWに指示を出すGPの立場からすれば、より自信をもって、自身が負う責任、少なくとも職能としての倫理観に則したものとして社会的処方を全うすることが可能になるものと思われる。

他方、「医療モデル」「非医療モデル」を問わず、社会的処方への入口となる者（医療者、他の社会サービス提供者等）や、サービスへの紹介を行うLWやSCの立場が、その結果責任をどの程度負いきれるのかは、別の問いとして考察すべきことであろう。WHO/WPRO[2022]において例示されている評価指標においても⁹、医療システムに対するインパクトに関しては、例えばGPへの外来患者数などの数量的な指標例が提示されているが、処方を受ける個人については、「借金や家屋、移動手段などに関しきちんと管理ができるようになったか」「他者とのつながりが増え、孤独・孤立の状態が改善されたか」「より身体活動が活発になったか」など、数量的な確認ができるとは限らず、また医薬品の投与と疾病の症状改善の関係とは異なり、社会的処方による介入が改善に直接どれだけ寄与したかの測定も難しいものとなっている。どれだけの具体性を有する根拠をもってして、費用負担者に対するアカウンタビリティを全うしたと見做すかは、今後のSC活動や、医療モデルの下での社会的処方のような医師や医療者によるSDHへの対応の発展を左右する、重要な問いであると思われる。

2) SCとケアマネジャーの分担関係

2点目は、SCとケアマネジャーの分担関係、すなわち社会活動や支援サービスへの紹介において、「SCはどこまでを担い、ケアマネジャーはどこまでを担うか」の問題である。ウェールズ政府の公聴のための2022年のレポートでは、社会的処方サービスの5つの重要な役割として、支援等を必要とする個人との関係性の構築、サインポスティング（具体的な支援サービスのリストの提示、サービス提供者への連絡、紹介）、支援等を必要とする（複雑な課題を抱える）個人とコミュニティとの関係性の再構築、コミュニティの社会資源の開発、

社会的処方窓口となった者（GP等）へのフィードバックが挙げられている。またその前段となった、社会的処方の実践状況を調査した報告書^{xiv}においては、社会的処方サービスの提供者のかかわりの水準として、サインポスティングのみを最軽量のものとし、軽度（サインポスティングに加えて、一定の課題に対応することを企図して特定のプログラムを紹介する）、中度（サインポスティングに加え、特定の期間内に心身両面での健康にかかわることを含めて様々な分野のサービスに対応する）、総合的（Holistic）（当該者のニーズの総合的なアセスメントを踏まえ、回数の制限なく様々な介入を行い、地域資源やネットワークにつなぐ）、といった合計4段階が示されている。

前者の5つの重要な役割のうち、明らかにSCの業務の範疇にあるのは「コミュニティの社会資源の開発」であろう。ただしこれは、直接的に支援等を必要とする個人との関係性が生じるものではない。その他の4つの重要な役割について、SCとケアマネジャーのどちらが実際に担っているか。ある地域では重複し、また別の地域ではどちらの役割からも抜け落ちていたりする場合もあろう。また後者の4段階のかかわりの水準について、介護保険サービスの利用ではない社会資源への結びつけに、SCではなくケアマネジャーがどの程度深くまで関わるかは、地域の社会資源の量や担い手の性質、社会的包摂に係る地域ネットワークの形式を踏まえて、基本的には地域ごとに最適化が図られるべきものと思われるが、その際には、ケアマネジャーの業務の介護報酬における評価の範囲を踏まえ、過大な負担が伝えられるケアマネジャーの業務の更なる肥大化とならないよう、SC、またそれを支える地域包括支援センターや行政において工夫も求められよう。いずれにせよ、これらの「5つの重要な役割」や「4段階のかかわりの水準」は、今後の日本におけるSC活動の在り方をめぐる考察を行う際、有益な参照資料となり得るものとする。

3) 介護保険の対象者以外への社会的処方のあり方

1) 2) では、支援を必要とする者の像として高齢者を指定し、介護保険制度（介護保険財源を使って活動するSCを含む）との関係について考察を行ったが、SDH関連の課題は、生活困窮や社会的孤独・孤立、家庭内でのケア負担、またそれに生活習慣病や精神疾患など医療的な介入が必要な課題を抱える事例も想定され、それらの対象者は広く若年、中年層も含む。また高齢者においても、必ずしも要介護や要支援の認定を受け、ケアマネジャーによる支援が受けられる者とは限らない。

ところで、オランダのLWに対応する職種として、当研究班では“Welfare Coach”（Welzijnscoach）を捉えているが、オランダではその他にも例えば肥満の成人に対して生活指導等を行う“Lifestyle Coach”や、地域で運動指導を行う“Neighborhood Sport Coach”も存在するなど“Coach”が乱立し、社会的処方の契機となるGPは地域においてどういった“Coach”が存在するか承知しておく必要があるという不利益が生じ得るとの指摘もある¹⁰。このことは逆に言えば、社会的処方の対象となりうる支援や社会参加の機会が多様であることを物語っているが、同時に対象者の多様性も物語っている。オランダの社会的処方

(Welzijn op Recept) は市町村の事業である WMO や青少年法、「参加法」(Participatiewet) により展開することが可能であり¹¹、特に成人に関しては WMO は年齢による区別なく適用されるものとなっている。NHS 制度の下で展開されているイングランドやウェールズにおいても年齢に関する区分はない。他方で日本の SC は介護保険法に基づくものであり、SC が配置されている地域包括支援センターは、渡邊[2023]が指摘するように「全年齢的な対応を取ることができる体制をいかに作るか」が課題となる。重層的支援体制整備事業における財源の融通の範囲でそれを賄うのか、あるいは、介護保険の地域支援事業において現在第1号保険料と租税財源でまかなわれている SC 活動について第2号保険料も導入することで若年層における負担と給付の関係性を確保するものとするのかなど、財源面での整理は重要な問題である。その際、制度的な整合性が採れた形に制度を構築しようとするれば費用負担者の納得を得ることは必至となろう。1) で指摘した、社会的「処方」自体に関し、評価を科学的な根拠をもって説得力のある形で論証する営為の重要性は、こうした文脈からも強調するべきと思われる。

【注】

1. National Academy for Social Prescribing (NASP)[2023]での社会的処方の定義に基づく(p.4)。
2. イングランドにおける社会的処方、及び LW に関しては、渡邊[2023]を参照。
3. 筆者は本研究班での現地調査等を通じここで指摘する見方に至ったが、イングランドでの現地調査を踏まえて同様の指摘を行うものに森井[2023]がある。
4. 厚生労働省[2023]、p.140。
5. 「令和5年度高齢者医療制度円滑運営事業(保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業分)の公募について」(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32422.html、2024年2月14日最終アクセス)。
6. 例えば Morse 他[2022]や、ヨーロッパレベルでは Kurpas 他[2023]など。また EuroHealthNet[2022]では、同年5月にポルトガルのリスボンで行われた各国の社会的処方関係者によるワークショップの様子が紹介されている。
7. ウェブには速報版として掲載。
8. 社会的処方について検討する上で、基本的に高齢者を対象とする介護保険を想定することは、すぐ後に述べるようにその重要な本質を見過ごしてしまうことともなるが、1) 及び2) では、制度の性質を考察するため、あえて介護保険を念頭において論を進めている。
9. WHO/WPRO[2022]、p.36。
10. EuroHealthNet (2022)
11. <https://welzijnoprecept.nl/meerwaarde-welzijn-op-recept-voor-de-gemeente/> (2024年2月14日最終アクセス) (機械翻訳)

【参考文献】

- i National Academy for Social Prescribing [2023], “*Social Prescribing Around the World*”.
- ii 渡邊大輔[2023]、“地域コミュニティは社会的処方への要～医師・薬だけに頼らないための社会資源活用”、「地域ケアリング」 Vol.25, No.5, pp.27-33。
- iii 森井大一[2023]、“英・独・仏の“かかりつけ医”制度 – 平時の医療提供体制、新興感染症へのレスポンス – (欧州医療調査報告書 概要版)”、日医総研ワーキングペーパー、No. 478。
- iv Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et.al. [2022], “Global developments in social prescribing”, *BMJ Global Health*, 7:e008524
- v World Health Organization Regional Office for the Western Pacific [2022], “A toolkit on how to implement social prescribing”
- vi 厚生労働省[2023]、“令和5年版厚生労働白書”
- vii Kurpas D, Mendive JM, Vidal-Alaball J, Petrazzuoli F, Morad m, Kloppe T, Herrman W, Mrdulas-Dujic N, Kenkre J [2023], “European Perspective on How Social Prescribing Can Facilitate Health and Social Integrated Care in the Community”, *International Journal of Integrated Care*, 23(2): 13, pp.1-6
- viii EuroHealthNet [2022], “EuroHealthNet Country Exchange Visit – Promoting health in the community: social prescribing and other strategies”
- ix Giada Scarpetti, Hannah Shadowen, Gemma A. Williams, Juliane Winkelmann, Madelon Kroneman, Peter P. Groenewegen, Judith D. De Jong, Ines Fronteira, Goncalo Figueiredo Augusto, Sonia Hsiung , Sian Slade, Daniela Rojatz, Daniela Kallayova, Zuzana Katreniakova, Iveta Nagyova, Marika Kylanen, Pia Vracko, Amrita Jesurasa, Zoe Wallace, Carolyn Wallace, Caroline Costongs, Andrew J. Barnes, Ewout van Ginneken[2024], “A comparison of social prescribing approaches across twelve high-income countries”, *Health policy*, (Pre-Proof)
- x Welsh Government [2022], “Consultation Document, National framework for social prescribing – Development of a national framework for social prescribing that enables delivery of social prescribing in Wales of a consistent, effective, high-quality standard across the ‘whole system’”
- xi Welsh Government [2022], “National Framework for Social Prescribing”
- xii Jani, Anant, Pitini, Erica, Jungmann, Sven, Adamo, Giovannna, Conibear, Jon and Mistry, Pritesh [2019], “A social prescription formulary; bringing social prescribing on par with pharmaceutical prescribing”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 112(12), pp.498-502
- xiii 中村一朗[2023]、“解決指向で活躍する生活支援コーディネーター”、「地域ケアリング」 Vol.25, No.5, pp.34-39。
- xiv Wallace, Carolyn, Davies, Mark, Elliot, Megan, Llewellyn, Mark, Randall, Haylay, Owens, Jonathan, Phillips, Jodie, Teichner, Leanne, Sullivan, Sam, Hannah, Victoria, Jenkins, Bethan and Jesurasa, Amrita [2021], “Understanding social prescribing in Wales: a mixed method study”

VII-2. 地域との連携における多職種の役割 —生活支援コーディネーター等リンクワーカーの活躍への期待—

東京都健康長寿医療センター研究所
東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター 副センター長
植田 拓也

生活支援コーディネーターには、(A)資源開発、(B)ネットワーク構築、(C)ニーズと取り組みのマッチング、の3つの役割が示されている¹⁾。この3つの役割は、相互に関わり合いながら進んでいく必要がある。例えば、生活支援体制整備事業は、資源開発、ネットワーク構築を掲げて進めていることが多いが、支援を要する住民のニーズに合ったものでなければ、絵に描いた餅になるだけである。その点で、(A)、(B)とも、(C)で上がってくる住民のニーズを起点に考えていくことも重要な視点である。(C)や自立支援型の地域ケア個別会議、短期集中予防サービスなどから抽出された対象となる本人のニーズをもとに、本項では、何らかの支援を要する住民を地域資源につなぐ入り口としての行政事業、医療機関、介護事業所を取り上げ、地域資源につないでいく際の生活支援コーディネーター等のリンクワーカーの役割を示したい(図1)。

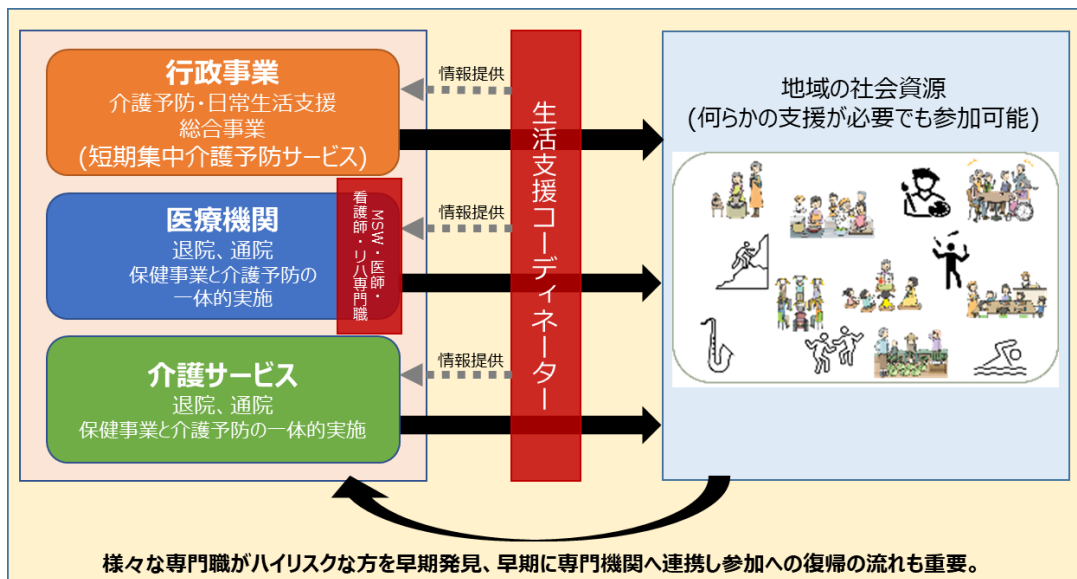


図1 生活支援コーディネーターを核にした行政事業、医療機関、介護サービスと地域の連携イメージ

1. 行政事業と地域資源をつなぐ

現在、最も生活支援コーディネーターが関わっているのが、行政事業の参加者を通いの場等の地域の社会資源へ紹介して参加につなげる取り組みである。介護予防・日常生活支援総合事業の通所型・訪問型サービスCなどの、短期集中予防サービスは、軽度の生活機

能低下者（事業対象者、要支援1・2の方）が対象となる事業であり、本人の望む暮らしの実現を目標に具体的な支援を実践している。その際に、生活支援コーディネーター等のリンクワーカーは、地域の社会資源の選択肢を示すこと、本人のニーズなどから地域の社会資源の創出やマッチングなどを行うことが求められている。この役割は、生活支援コーディネーターが中核を担うことが望ましいが、生活支援コーディネーターが十分配置されていない場合など、直接的な活動が困難な場合は、短期集中予防サービスの受託事業者やリハビリテーション専門職等の関係職種、地域包括支援センターの職員などが、参加者本人を地域の社会資源につないでいくことができるための、人材育成や地域の社会資源のリストの整理など、生活支援コーディネーターのみで実施しなくてもよい体制を構築することも必要となる。

2. 医療機関と地域資源をつなぐ

医療機関に入院、通院している高齢患者、特に後期高齢者の多くは、フレイルや要介護認定を受けるリスクが高い対象者である。一般的には、退院後の在宅復帰後は介護保険サービス、例えば通所介護や通所リハビリテーション、訪問介護につながることが多い。また、外来患者であれば自宅でのセルフエクササイズ、自己管理指導などを行うことが多い。一方で、本人の望む暮らしを実現するためには、医療福祉の専門職との関係だけで生活を成り立たせるだけでなく、介護予防・フレイル予防の観点からも、医療的な介入に加えて、社会的アプローチ（例えば、通いの場等の地域の社会資源への参加勧奨）により、社会参加につなげることも必要である。

医療機関においても、患者本人の選好に合った「通いの場」等の地域の社会資源への参加を提案し、自己決定権に基づく選択により社会参加活動への復帰や参加の継続につなげることで、本人の望む暮らしの実現に貢献できる²⁾。

社会的アプローチについては、保健事業と介護予防の一体的実施の推進により、医療機関においても重要な視点として捉えられ始めているが、一方で、1) 地域の社会資源の情報が医療機関で周知されていないこと、2) 医療機関側の地域資源への連携の窓口が整理されていないこと、3) 地域側の窓口（生活支援コーディネーター等）が医療専門職に周知されていないこと、などが課題であり、患者の社会復帰の支援に関わるリハビリテーション専門職においても、十分対応できているとは言い難い。今後の、医療から地域資源へのつなぎの促進のための課題1)～3)の解決案を示す。

1) 地域の社会資源の情報が医療機関で周知されていないこと

医療機関では、医学的な治療が最優先となるため、臨床業務内での地域資源の把握ができていない³⁾ことが、医療から地域へつなぐ上での阻害要因となっている。この解決のために、生活支援コーディネーターが把握している地域の社会資源の情報を医療機関にリスト化、マップ化して提供することで、患者の地域への参加勧奨の一助となるかもしれない。

2) 医療機関側の地域資源への連携の窓口が整理されていない

医療機関側の地域資源への連携窓口は、入院施設がある場合には、医師、メディカルソーシャルワーカー（MSW）やリハビリテーション専門職等の活用も可能である。一方、無床の診療所など小規模の医療機関においては、看護師やリハビリテーション専門職がその役を担うことが可能である。令和4年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「医療機関等と連携した介護予防の推進にする調査研究事業」³⁾においては、医療機関の看護師に対するフレイルに関する教育を経て、看護師が老人保健施設の介護予防サロンや通いの場、地域包括支援センターにつなぐ取り組みの実装研究が行われた。このように、医療機関側の専門職に、社会的アプローチの重要性の教育を行うことや情報の提供を行うことも地域側の窓口である生活支援コーディネーターの役割として今後整理されるとよいのではないかと。

3) 地域側の窓口（生活支援コーディネーター等）が医療専門職に周知されていない

医療機関側から見た時に、生活支援コーディネーターの存在は、十分に周知されているとは言えない。生活支援コーディネーターは自治体により配置数や配置機関が様々であること、医療専門職にとっては耳なじみのない専門職であることから、一層の周知が必要である。そのためにも、医療機関側のニーズである、患者さん（何らかの支援を要する者）が参加できる地域の社会資源情報の提供や、適宜、医療機関との情報交換や患者のマッチングなどで関わることにより、医療機関側の認知率を高めていくことが望まれる。

3. 介護サービス事業所と地域資源をつなぐ

介護保険の介護サービス事業所は、自立支援の実践の場であるが、一方で、専門職との関係性の中だけで、利用者の生活が完結してしまうのが現状である。介護サービスを受けている利用者は、サービスを受けることにより日々の生活を維持しており、それがケアプラン上の目標として示されていることも多い。一方で、現在、介護予防ケアマネジメントで求められているのは、生活の質（Quality of Life ; QOL）の向上であり、日々の生活の維持よりもさらに上位の活動や参加に焦点が当たる必要がある。マズローの5段階欲求の社会的欲求以上の欲求は、他者や社会とのつながり、社会的な役割、生きがいにより満たされる。したがって、本人の望む暮らしを実現する、QOLの向上をアウトカムとした場合には、介護サービスだけで完結しない本人の生活の実現を見据えた支援が必要となる。また、介護サービスの利用者においては、安全欲求が満たされていない状況であり、さらに上位の欲求が潜在化されている状態であると考えられる。なりたい自分、実施したことを表出できていない方の意欲を引き出し、支援していくことが必要であると考えられるが、ケアにおける自立支援の視点は十分でないのが現状である。

背景には、訪問介護であれば家事援助が中心であり、通所介護では家族のレスパイトや入

浴等の援助も含めた生活の補助としての要素が強いことにある。つまりは、介護保険のサービス内では、支援の優先事項があるため本人の望みをかなえきれない。そのため、1) 利用者本人を、介護サービス以外の地域の社会資源とつなぐ、という視点が重要である。また、近年、2) 介護サービスが地域の社会資源とつながり、利用者の役割創出につながる事例も増えているため、この2点について整理したい。

4. 利用者本人を、介護サービス以外の地域の社会資源とつなぐ

生活支援コーディネーター等による介護サービスに関わる専門職への地域の社会資源の情報提供や、軽度の利用者、いわゆる社会参加のためにデイサービスを利用している利用者への地域の社会資源の紹介と参加の取組により、結果として介護サービスに関わる専門職の自立支援に向けての教育にもつながると考えられる。

既に介護サービスを利用している利用者を地域の社会資源とつなぐ際には、介護サービスとの併用を視点として紹介することも、介護サービス事業者の理解を得るためには必要かもしれない。

1) 介護サービスが地域の社会資源とつながる

介護サービス自体が地域の社会資源とつながり、何らかの支援を要する者の新たな役割につながっている例もある。

有名なものは、社会参加型デイサービス BLG⁴⁾ である。認知症、要介護になって忘れていた、当たり前前にできることを当たり前前にできる、社会参加できることを中心に、地域の民間事業所などと連携して何らかの支援を要する高齢者の役割を創出している。

また、サントリーウエルネスが展開している Be Supporters!⁵⁾ は、Jリーグと連携して、老人ホームなどの高齢者施設において、地元の Jリーグのチームの応援を役割として提案し、高齢者の推し活として取り組まれている。

このように、様々な地域のステークホルダーと介護サービスや施設をつないでいくことも、生活支援コーディネーター等のリンクワーカーの新たな役割となるのではないだろうか。

5. 地域資源から専門機関へつなぐ

本項の1～3では、生活支援コーディネーターが行政事業、医療機関、介護サービス事業所から、住民個人を地域の社会資源とつなぐという視点で示してきた。一方で、地域の社会資源から、必要に応じて専門機関に適切につないでいくという視点も重要である。例えば、通いの場等の活動に長期間参加すれば加齢に伴い、生活機能が低下してくる高齢者が出てくる。そのような方を早期に発見して、医療機関や短期集中予防サービス等につなぐことにより、本人が早い段階でもともと参加していた地域の社会資源に戻ることも可能となる。このつなぎ役は生活支援コーディネーターであってもよいし、すでに地域リハビリテーショ

ン活動支援事業等でリハビリテーション専門職が通いの場等の継続支援に出ている場合は、その専門職が役を担ってもよい。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省老健局：「地域支援事業の実施について」の一部改正について。
<https://www.mhlw.go.jp/content/001151721.pdf>(参照日：2024年2月20日)
- 2) 植田拓也：【フレイル Update 2022】社会的フレイル フレイルの社会的側面としての概念と予防、改善に向けたアプローチ。 *Geriatric Medicine* 2022 ; 60(6) : 513-517.
- 3) 株式会社 NTT データ経営研究所：令和4年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）医療機関等と連携した介護予防の推進にする調査研究事業報告書。
https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r04_12jigyohokokusho.pdf. (参照日：2024年2月20日)
- 4) 加盟型認知症共創コミュニティ BLG：ホームページ。 <https://blg.life/>(参照日：2024年2月20日)
- 5) サントリーウエルネス：Be Supporters ホームページ。
<https://www.suntory-kenko.com/contents/enjoy/besupporters/> (参照日：2024年2月20日)

VII-3. 海外と日本のフレイル予防と生活支援、その特徴

東京都健康長寿医療センター研究所

東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター

倉岡 正高

1. 英国リンクワーカーに関する研修と、日本における介護予防事業及び生活支援に関わる専門職に対する研修の比較から

1) はじめに

本節では、UK（スコットランドとイングランド）における半構造化訪問インタビュー調査の結果から、リンクワーカー（LW）の教育（トレーニングや研修とされるもの）と環境（マネジメントや体制）に関するポイントについて、また日本に関しては、都内の介護予防事業担当者を対象にした研修での受講生の自由記述回答を分析し、その結果から示唆されるポイントを抽出し、両国の社会的処方に関連する専門職の教育と環境について比較し、共通点や日本の教育や環境整備で参考になるポイントを考えたい。方法は、スコットランド及びイングランドでの訪問調査において、特に社会的処方（SP）とリンクワーカー（LW）について言及されているスコットランドとイングランドの各インタビューのテキストデータを合わせて、NVivo14にてコーディングし、分析した。日本の教育については、2023年度に実施された介護予防事業担当者向け研修のうち市内連携に関するテーマの事後アンケートの自由記述欄を同じく NVivo14にてコーディングし、分析した。

2) 海外（UK）における社会的処方とリンクワーカーに関する訪問インタビュー調査から

① 社会的処方とリンクワーカーに関する教育について

SP 及び LW に関する教育の体系的なものとしては NHS イングランドが提供する初任者用の 12 のオンライン学習モジュールがある。内容としては、1.社会的処方リンクワーカーの役割紹介、2.個別のケアおよびサポートプランの開発、3.パートナーシップの構築、4.コミュニティグループや VCSE (Voluntary, Community and Social Enterprise) 組織への人の紹介、5.弱者の保護、6.記録の保持と影響の測定、7.社会的処方を通じたメンタルヘルスのサポート、8.社会福祉、法的サポート、および金銭のガイダンス、9.子どもや若者向けの社会的処方、10.監理、11.社会的処方と軍人コミュニティ、12.文化的に適応した実践のモジュールから構成されている。1つの例として、モジュール2では、個別のケアとサポートプランを作成するために人々と協力する方法に関する情報を提供し、強みに基づいたアプローチ、解決に焦点を当てたアプローチ、モチベーション・インタビューについて紹介するとしており、その目的としては、電話や対面時の人との良好なコネクションを築く方法の理解、強みや解決に焦点をあてたアプローチの理解などが示されている¹⁾。このモジュールの他にも、教育については様々な取組がされているが、SP 及び LW の活動を支える教育に関して、インタビュー調査をカテゴリ、サブカテゴリ及びコード例に整理することによって、重要なポイン

トを提示したい。

表 1 に示すとおり、「SP 及び LW に関する教育」をカテゴリとして、①GP の理解、②教育（トレーニング）の内容、③教育へのアクセスや容易さの充実、④教育継続支援のための環境、⑤教育費用の 5 つのサブカテゴリで構成されている。GP の理解の促進の背景としては、GP ごとに違いがあり、SP についても理解の違いがあることから、GP の理解促進が教育の一環として必要であるという指摘がある。教育（トレーニングの内容）としては、システムの使い方、コミュニケーションのとり方、対象者の課題の理解に関するもの、アセットマッピングに関するものなど多種多様な内容が提供されており、NHS イングランドの 12 の学習モジュールをはじめとし、その他にも多様な教育プログラムが提供されている。さらに、それぞれの教育プログラムへのアクセスが、多様な職種に公開されており、オンラインで提供されている。こうした教育が継続的に行われ、日々の活動が支援されるよう、LW 同士がコミュニケーションをとれる場が教育の環境としても整備されており、学習した内容が継続的に強化される機能があることが伺える。

表 1 社会的処方及びリンクワーカーに関する教育

カテゴリ	サブカテゴリ	コード例
社会的処方及び LW に関する教育	GP の理解の促進	GP における SP の理解の促進
	教育（トレーニングの内容）	12 の学習モジュール GP プラクティスの IT システムのトレーニング メンタルヘルスのトレーニング 子どもに接する際のトレーニング インタビューのこつに関するトレーニング アセットマッピングに関するトレーニング 自分のワークロードのマネジメントのトレーニング コミュニティーを知るトレーニング
	教育へのアクセスや容易さの充実	ヘルスコーチ、作業療法士、GP も受けられるよう公開されている
	教育継続支援のための環境	ウェビナーの中での Q&A セッションを通じた理解 LW 同士でいろいろなことを話せるスペース LW 同士がつながれるプラットフォーム プラットフォーム上で提供されるガイダンス 安全にいろいろなことが質問できたり共有できるスペース
	教育費用	負担者は個人、雇用主、NHS などばらばらである

② 社会的処方とリンクワーカーを支える環境について

次に、SP 及び LW に関する環境面に着目する。UK のリンクワーカーの教育においても、日本の介護予防や生活支援に関する教育においても講義形式（オンラインを含む）の教育であることは共通していると考えられる。カークパトリックの研修評価のフレームワークでは、レベル 1 からレベル 4 に分けられた教育ゴールにおいて、レベル 1 の満足度、レベル 2 の知識・スキルの習得、レベル 3 の行動変容、レベル 4 の業績改善とされている²⁾。講義形式研修の多くは理解の向上を目的としたものが多く、それは人的資源や財源が限定されている中での方法（集中型、オンライン形式等）として広く採用されている。前述の教育の分析でも述べた LW 同士がつながるプラットフォームと関連して、業務を遂行する上での環境が重要であると考え、表 2 のとおり整理した。

リンクワーカーの環境要因のカテゴリとして、第1に「リンクワーカー及びSPに関するマネジメント」が抽出された。このカテゴリは、「GPの独立性」、「ケース量の管理」、「チームのWellbeing」、「情報の共有とネットワーキング」など4つのサブカテゴリからなる。第2に、「体制構築と連携」がカテゴリとして抽出され、「アセットへのアクセス」、「チームの構成」、「ファンディング」、「他機関との連携」、「医師や医師会との連携」、「多職種間の情報共有」などのサブカテゴリが挙げられた。

表2 リンクワーカーの環境要因（マネジメントと体制、連携）

カテゴリ	サブカテゴリ	コード例
リンクワーカー及びSPに関するマネジメント	GPの独立性	GPは独立した主体であり、それぞれ異なる
	ケース量の管理	組織においてケース量を管理し、需要とニーズのマッチングをする
	チームのWellbeing	チームプラクティスの能力の一つとして、チームのWellbeing スタッフの人たちが参加できるヨガセッション 週末にみんなが自然と触れ合うことができるような活動をする
	情報の共有とネットワーキング	様々な団体がサービス紹介をするセッションやイベントの開催 ヘルスとボランティアの2つのシステムの共有が必要 重度の場合の対応はリンクワーカーだけでなく、関係団体と一緒に取り組む
体制構築と連携	アセットへのアクセス	アセットマップをいろいろな団体のデジタル情報にアクセスする スポーツ団体の情報にアクセスする
	チーム構成	リンクワーカー同士でいろいろ話せる安全なスペースがある プライマリケアネットワークでチームの構成を考える 複数のGPからなるネットワークがある
	ファンディング	統合ケアシステムでは200~500のGPが入る インディペンデントエイジが資金提供をしている スポーツイングランドからスポーツ関係のSPにファンディングしている 環境保護系のファンディングがある アート系のファンディングもある
	他機関との連携	ナショナルアカデミーが多くの機関と連携している インディペンデントエイジは委託する形で動かすプロジェクトもある
	医師や医師会との連携	GPとエンゲージしていく、医師の協会とエンゲージしていく
	多職種間の情報共有	多職種がブレンディッドチームを作りGPのシステムにアクセスし 情報を共有する

③ UK インタビューの結果の考察

これらのインタビューの分析結果から、教育面においては、対象者が幅広いUKのリンクワーカーの活動では様々な教育プログラムが必要であり、実践的な技術に関する教育から考え方まであり、こうした教育プログラムからもリンクワーカーの活動範囲の広さとともに困難さが推察される。12モジュールのような標準的な教育プログラムの存在は、制度の発展途上段階においては重要な機能を果たしていることが考えられる。

また、教育プログラムを補完するコミュニケーションのプラットフォームの必要性が伺える。LWに限らず多職種が教育プログラムにアクセスし、さらに専門職同士がつながり、意見交換する場があることは、学習効果の強化につながる点と、地域特性に合わせた地域の理解や実践の展開は、標準的な教育プログラムでは提示出来ない要素を学習する場となっていると考えられる。

こうした教育プログラムの提供や実践への活用において、マネジメントと体制構築や連携が果たす役割は大きいことも示唆された。教育で学習した内容が行動変容を伴い実践で

活用されるには、SP 及びリンクワーカーの働く環境が充実している必要がある。特に困難な課題に対してどのようにチームを構成し取組むか、また地域資源にいかにか容易にアクセス出来るかの体制が重要であることが示唆される。

3) 社会的処方に関連した国内人材育成事業の例より

① 都内介護予防事業担当者を対象にした研修アンケートより

ここでは、都内自治体の介護予防事業担当者（行政職員や専門職等）を対象に 2023 年度実施した研修において、他部署との連携をテーマにした講義と実践事例紹介から構成された研修の実施結果から LW に関連した視点について述べたい。この研修では、個の課題から地域へつなぐことや、他部署との連携を個の視点からどのように横断的な取組に発展させるかを学習する内容であった。社会的処方に関連した重要なエッセンスが含まれた内容であることから、受講生の回答をもとに、課題や今後のポイントを考えてみたい。

参加者は 75 名（そのうち生活支援コーディネーターは 7 名）であった。研修受講者から回答があった 72 件のアンケートについて、研修の内容に関する自由記述回答を分析した。

分析結果から、受講者の研修後アンケートの自由記述（研修についての感想や意見）をもとにコードを抽出し、各コードに関するサブカテゴリ及びコード例を整理した（表 3）。第 1 に、「本人・個人の視点から課題を捉え、地域へつなぐ」というカテゴリは、「個と地域のつながり」と「本人・個の視点」の 2 つのサブカテゴリから構成された。サブカテゴリの共通点は、個に焦点をあてていることであるが、地域へのつながりまで言及しているかどうかで分類している。第 2 に、「取組や業務を妨げる課題要因」として、「不要な業務・会議」、「仕事量の増加」、「庁内連携や事業全体」の 3 つから構成されている。意味のない会議や不要な業務を整理すること、連携をすると仕事が増えるという意識などが示されていた。第 3 に、「地域資源との連携のあり方」のカテゴリでは、WinWin な連携、利用者とも連携、根拠のある連携、横断的な連携、多様な主体や次世代の視点などのサブカテゴリから構成されている。“利用者との意見もしっかりと聴いて連携する”や、“連携ありきではなくマーケティングの大切さ”、“やる気のある人から声をかける”など、具体的なアクションに関する言葉も示された。

表3 他部署連携や個別課題から地域づくりをテーマにした研修アンケート結果より

カテゴリ	サブカテゴリ	コード例
本人・個人の視点から課題を捉え、地域につなぐ	個と地域のつながり	・目の前にある1つ1つの課題から、地域の課題解決 ・個人のニーズを拾い上げ、地域への取り組み
	本人・個の視点	・当事者が何を感じ、どこに困っているか ・本人を客観的情報だけで判断しない ・基本に立ち返り個別課題を積み上げ、共有し、それを解決する
取組や業務を妨げる課題要因	不要な業務・会議	・会議だけやって、その実なんの中身もない ・業務を整理し減らすこと ・不要な業務の認識を共有できない
	仕事量の増加	・仕事が増えるから、と何もしない ・地域包括では予防プランが増える一方で余裕がありません。
	庁内連携や事業全体	・所管が業務の理解をし切れていないと感じる ・部署により温度差があり
地域資源との連携のあり方	WinWin な連携	・連携は WinWin が大前提 ・顔の見える関係づくり
	利用者とも連携	・利用者の意見もしっかりと聴いて連携 ・実際に実施する方の声をなるべく多く拾う ・信頼性の構築
	根拠のある連携	・自分や相手の課題やメリットを考える ・連携ありきではなくマーケティングの大切さ
	横断的な連携	・福祉部門だけでなく全庁的に認知症の理解が進むよう ・やる気のある人から声をかける
	多様な主体や次世代の視点	・多様な主体とのつながりが必要 ・子どもや次世代の生活と高齢者の生活を良くする関係づくり

② 研修アンケートの結果の考察

一つの研修の自由記述回答からの考察ではあるが、介護予防事業や生活支援体制整備事業に関わる行政職員や専門職の回答から、現状の課題や研修を通じた学びのポイントについて考えてみたい。まずは、本人・個人の観点に関する回答は全体の中で10件と最も多く、個人の課題を地域につなぐ重要性について認識したとの回答が多く見受けられた。また、連携のあり方に関する回答も10件あり、ここでは、連携をする際の考え方や具体的な手法に言及している。

一方、課題についての回答では、特に個の対応や連携をすることによって、業務が増えたりする不安や、環境や体制がそうした取組を実行するものになっていない現状を指摘する回答が見受けられた。これらの回答から、個を地域につなぐという社会的処方考え方に沿った視点は研修を通すことによって強化されることが示された一方、それらを進めることの不安感や現在の環境を変える必要性があるという課題認識が示されたと言える。これらのポイントは、イギリス等の社会的処方やリンクワーカーの教育や体制づくり、またそれらの根底にある課題と共通する点があり、そうした課題を部分的にでも克服している取組から学ぶことがあると言える。

菱沼は、生活支援コーディネーターが抱える悩みや、それをどのように解決克服してきたかについて地域包括支援センターに所属する生活支援コーディネーターを対象にした調査の結果、地域支援の困難要因として、「地域支援方法がわからない」、「職場内サポート不足」、「地域情報の不足」、「他機関との連携不足」などを要因として挙げている³⁾。また、同調査では、困難要因の解決方法として「地域情報把握と関係形成」、「職場内サポート」、「客観的省察」、「他地域の学習」、「地域支援会議出席」を挙げている。困難要因において、職場内の

サポートや、他機関との連携不足といった組織マネジメントに起因する要因があることから、人材育成は、生活支援コーディネーターと管理者双方を対象にした研修プログラムの必要性を指摘している。

これらの先行研究からも、また今回分析したアンケートの結果からも、体制や連携に関わる課題解決をしなければ、どのような教育をしてもその効果が限定的になることが推測される。

2. 地域資源の把握

1) 地域資源把握（UK インタビューの結果から）

有るか無いかという量の視点と、何があるかという質の議論は地域資源に関する研修においても、日頃の業務においても行われている。UK の現地インタビューにおける地域資源に関する記述から、いくつかのポイントを示したい。

第1に、地域資源の把握に関して、「アセットマッピング」、「プログラムやアセットを作る」、「関係構築」、「資金と評価」の4つのポイントに着目したい。アセットマッピングはLWがアセットへのアクセスの容易さが重要である点は環境面でも述べた。アセットマッピングはコミュニティにあるあらゆる資源（ボランティアセクターから、民間セクターなど）を含んでおり、適切なアセットにつないでいくということが必要になるが、そのためにはアセットとの「関係構築」が重要である。UKでは、こうしたコミュニティに存在するアセットが日本と比較して多いが、だからと言って、そうしたアセットに「丸投げして無料で面倒を見てもらおうといった考えが出てくると、それは危険である」という指摘があった。必ずしも地域のアセットは資金的にも持続可能なものであるとは限らないことから、アセットは十分であるとは言えず、「プログラムやアセットを作る」という視点もリンクワーカーの役割として重要であることが伺える。そのためには、関係が構築された地域の組織と協力して必要と考えられるプログラムや活動を創出することが必要であり、また財源を確保することも重要であるとしている。こうした財源を確保する上で重要なのは適正な評価であり、プラスの効果を示すことによって、意図したプログラムやアセットが継続的に地域に存在出来ると言えるだろう。

2) 地域資源把握（日本の現状）

日本においては、地域資源の把握に関する研修は、介護予防事業であれ、生活支援体制整備事業関連であれ、専門職を対象に実施される一般的なテーマではある。グループになって模造紙にマップを書いて地域資源をプロットするという形式が多いが、その場限りの理解のためのワークであり、その後業務に活かされているとは言えない。結果、研修を受講しても、日々の業務の中で地域資源を意識して、情報を整理したり、資源を開拓することにつながっていない。例えば、介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和4年度実施分）に関する調査結果では、令和2年以降それまで活動内容としてあった項

目（体操、会食、茶話会、認知症予防、趣味活動）に加えて、農作業、生涯学習、ボランティア活動、就労的活動、多世代交流が追加された通いの場の数が集計されている⁴⁾。しかしながら、この調査では全国の通いの場の総数 145,641 か所に対して、例えば、多世代交流を主な活動としたものは 1,143 か所であり、全体の 0.78% でしかない。また、同調査では、民間企業が運営主体となった介護予防に資する通いの場は、550 件が報告されており、全通いの場の数の 0.38% である。こうした結果は、必ずしも多様な地域資源が存在しないということではなく、同調査を所管する部署にて、多世代交流や民間主体の通いの場の把握が十分に行われていないことが推察される。国の方針からも多様な主体の地域資源と連携することは介護予防や体制整備事業にとって重要であるとされているにも関わらず、自治体においてこうした資源の把握は十分進んでいないことが示されている。

3) 地域資源の把握と創出

アセットマッピングはプロセスの一部であり、その後の行動とセットで動かす仕組みが必要である。日本では一部の自治体で、地域資源のデジタル化も行われているが、そうした自治体においても登録の許諾手続きや個人情報の問題から、デジタル化して専門職がアクセスする環境整備が十分整っていないのが現状である。特に生活支援コーディネーターが配置されている包括支援センターでは、デジタル化やウェブアクセス、PC の配備が進んでいないためシステムを有効活用できる状況にないところも存在する。

現在、東京都健康長寿医療センター研究所ではこうした地域包括支援センターの伴走支援において、そうした支援センターでも使用出来るよう、地域資源の管理から戦略策定、作業工程、評価までを一元管理する PDCASmart[®] というエクセル版のシステムを使用している。図 1 は同システム内の地域資源把握（地域アセスメントシート）に該当するシートを示している。コミュニティアズパートナーモデルの項目に沿って、地域資源を把握管理すると同時に、課題や強みを抽出し、次シートでの地域で展開する事業計画に反映する仕組みとなっている。

地域アセスメントシート						
項目	データ		アセスメント		解決すべき課題	
	客観的データ	主観的データ	強み(活用/強化ポイント)	弱み(問題)		
住民特性	高齢女性の運動頻度が少ない(24%)					
住民特性	高齢男性の毎日摂取する食品が少ない(多様性3点以下15%)					
住民特性	高齢男性の社会的孤立割合が高い(60%)			男性の社会的孤立割合が高く引きこもりがちである。	独居高齢男性の社会的孤立の予防	1
通いの場	高齢男性の通いの場に参加する割合が低い(3%)			通いの場があっても男性の参加者は少ない。		
住民特性	高齢男性の社会参加している割合が低い(21%)			自治会や地域の活動に参加していないため、他の住民と交流がない。		
住民特性		団地に長年住んでいる男性の一人暮らしが多く、世所得である。		高齢男性の一人暮らしで世所得が多く、社会参加をしない。		
通いの場	体操教室が1グループ、会食のグループが1つ団地の集客場で開催されている。	参加者が減っており、空き時間も多い。		団内に集客場があり、利用可能である。		
地理的環境		商店街があり、利用者も多い。		空き店舗を利用することが出来る可能性がある。		
人々の暮らし		昔から自治会の組織がしっかりした活動を行っている。		地域の事を気にかけている自治会役員が多く、いろいろな事に協力してくれそう。		
地理的環境	駅からのバスの便が多い(10分に1本)。			店が多い駅までの利便性が高い。		

データ反映	アセスメントシートのまとめ	
この地域の解決すべき課題は、	独居高齢男性の社会的孤立の予防	
なぜなら、以下の弱み(問題)からです。	課題を解決するための強みは	
男性の社会的孤立割合が高く引きこもりがちである。	団内に集客場があり、利用可能である。	
通いの場があっても男性の参加者は少ない。	空き店舗を利用することが出来る可能性がある。	
自治会や地域の活動に参加していないため、他の住民と交流がない。	地域の事を気にかけている自治会役員が多く、いろいろな事に協力してくれそうである。	
高齢男性の一人暮らしで世所得が多く、社会参加をしない。		
その客観的指標は、	その主観的指標は、	
高齢男性の毎日摂取する食品が少ない(多様性3点以下15%)	団地に長年住んでいる男性の一人暮らしが多く、世所得である。	

図1 PDCA SMART 地域アセスメントシート画面

こうしたデジタル化されたツールの活用も地域資源の把握であるが、より重要なポイントは、前述のUKインタビューでも抽出されたように、体制などの環境づくりと地域資源との連携である。一人の職員での連携は困難なため、日常的な職員同士、生活支援コーディネーターが意見を交わすプラットフォームが重要ではないだろうか。各自治体で行われている定例会議で視点を変えて、より幅広い地域資源について連携するよう会議の見直しを期待する。

ただし、アセットマッピングや地域資源の把握が目的化しないことも重要であり、支援すべき地域住民の背景要因なども含めて把握する必要性がUKインタビューでも指摘されている。

“もちろんアセットマッピングが重要なのだが、それだけで終わってはならない。重要なことは、既にそういう活動やアセットがあるのに、その人がなぜ使ってこなかったのかというところに注目すべきだ。もしかしたらバリアがあるのかもしれない。それはお金だったり交通の便だったり自信を喪失していたりということがあるので、そういうところをリンクワーカーがサポートしていくことが重要だ (Monica Boulton (Healthcare Integration Lead)).”
UKインタビューより

個々の生きがいや強み、課題に目を向けつつ、資源にこれまでどうしてアクセス出来なか

ったのかを常に問いかける視点なくしては、一方的な資源の押しつけであったり、資源の提供につながりかねない。こうした視点は、より適正な地域資源把握や創出につながる重要なポイントとして教育や実践に組み込まれるべきであると考えられる。

【引用文献】

- 1) NHS England. “Developing Personalized Care and Support Plans with People”. <https://portal.e-lfh.org.uk/Component/Details/599835> (アクセス日 : 2024 年 2 月 10 日)
- 2) Kirkpatrick James D., Kirkpatrick Wendy Kayser: Kirkpatrick's four levels of training evaluation, ATD Press, Alexandria, VA, 2016.
- 3) 菱沼幹男: 地域支援における困難要因と解決方法に関する探索的研究: 生活支援コーディネーターの意識調査から. 日本社会事業大学研究紀要 2021; 67: 5-20.
- 4) 厚生労働省. ”令和 4 年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和 4 年度実施分）に関する調査結果”. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00011.html (アクセス日 : 2024 年 2 月 26 日)

Ⅶ - 4. 生活支援コーディネーター活動の基盤強化と財政

一般社団法人町田市介護サービスネットワーク 理事

日本社会事業大学 非常勤講師

沼田 裕樹

1. はじめに

わが国に「生活支援コーディネーター」が誕生して、久しい。その間、複雑な社会構造・経済状況、人口減からくる従事者不足等により、生活支援コーディネーターのみならず他職種においても、潤沢な予算や人員の中で事業を運営することが難しくなっている。一方で、人々の生活が多様化し、様々な価値観が認められる時代へと変化していく中、個々のクライアントの課題を解決し、持続可能なシステムにより、高齢者や地域生活者を支援することが、様々な福祉職、そして生活支援コーディネーターにも求められてきている。今回、グラスゴーおよびロンドンにて調査したリンクワーカーの活躍の展開、それに伴うリンクワーカーが従事する環境作り等について整理し、わが国における生活支援コーディネーターの今後の展開、基盤の強化、環境作り等への示唆について、考察してみたい。

2. リンクワーカーの活躍と所属

イギリスにおけるリンクワーカーの役割は、人々の繋がりをアレンジし、「社会的処方」によるアプローチを通して生活習慣病や社会からの孤立等を防ぎ、医療と地域コミュニティを繋げることである。そのため、GP と連携あるいは GP チームの一員として業務を行っている場合が多い。つまり、「コミュニティのヘルスとウェルビーイングを向上させる」という社会的処方の目的達成のためにボランティアセクター、プライマリーケアネットワーク、医師会等に所属し、活躍している。

また、ロンドンにおいては、リンクワーカーが 450 人程働いているが、そのうちの約半数はボランティアセクターに所属している。NHS から自治体に資金が提供され、リンクワーカーが雇用され、そして地域の実情に合わせて配置人数が調整され、各セクターに配属される。

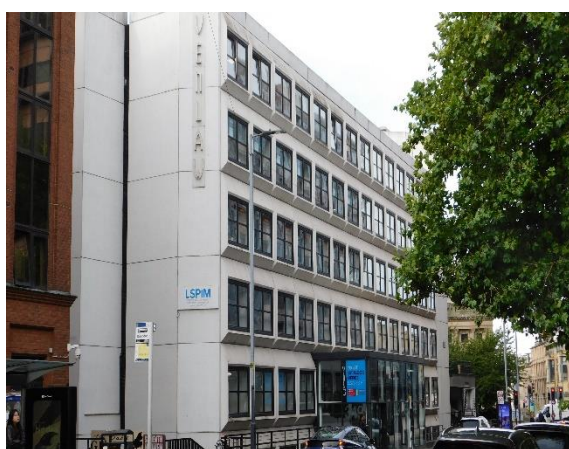
3. リンクワーカーの活動の資源・財政、資金提供等について

グラスゴーの Health and Social Care Alliance Scotland (Alliance)へのインタビューからは次のようなことが明らかとなった。

- ・2013年から2017年にかけて、スコットランド政府から資金が交付されており、政府→地方自治体→Alliance→医療・福祉セクターという資金の流れとなっている。
- ・2019年以降、リンクワーカーの活動は拡大予定であったが、現状は生活費危機や医療・福祉へ影響を及ぼす要因により、財政上の担保は困難な状況になっている。

- ・コロナのパンデミック後、スコットランド政府はサードセクターへの交付金を削減し、グラスゴーでは100万ポンドが削減された。現在の交付金の期限も2024年3月までとなっているため、地域のGPとともにスコットランド政府に対してロビー活動を行い、資金交付の継続を求めている段階である。

このような財政状況について、グラスゴーのリンクワーカー、Gayle Weir氏は、「事業、そして自身の雇用の原資である交付金の期限が近いことは認識しており、引き続き交付金が出ることを願っている」と語り、自身の仕事にやりがいを持っており、今後も続けていきたいと強い意欲を示した。



写真（左） Alliance のオフィスが入るビル

写真（右） Alliance にてインタビューをしたリンクワーカー、スタッフの皆さん

ロンドンでは、前述のとおりボランティアセクターにリンクワーカーが所属するケースが多いが、GPがリンクワーカーを雇用する場合もある。いずれの場合もリンクワーカーの活動資金源はNHSからの交付金である。

コミュニティセクターBromly by Bow CentreのDan Hopewell氏はNHSがリンクワーカーに資金提供する意義について、次のように語った。「医師や看護師、ヘルスアシスタント等が関わる『健康に関するアウトカム』は15~20%程度の効果で、残りの70%の決定要因は『社会的な事柄』である。そのうち、『孤独』問題を抱えている人たちの健康被害はたばこを1日15本吸う人と同等であることがわかっている。禁煙対策に1500億ポンドもの資金を投入するのならば、孤独対策として社会的なつながりを提供することにも投資すべきではないか。そして社会的処方とは禁煙対策よりはるかに低コストだ。社会的処方の効果を高めるためにはリンクワーカーの活躍は重要であり、NHSはそこに投資価値を見出している。」

イギリスでは医学的処方だけでなく、患者の地域活動、健康、ウェルビーイングを増進する“社会的処方”を推し進めているのだが、この点を踏まえNHSは2021年までに1000人の

リンクワーカーを活動させ、今後も増やす予定である。NHS が作成した、「NHS 長期計画 (“The NHS Long Term Plan”) 2019」によると、様々な対象者を想定しつつ、「入院を防ぐ」「地域での生活」「クライアントの選択を重視する」等をチームで対応、目指す旨が計画の中で謳われており、このような方針が、医療からの資金提供を受ける組織に所属するリンクワーカーの業務に影響していると考えられる。

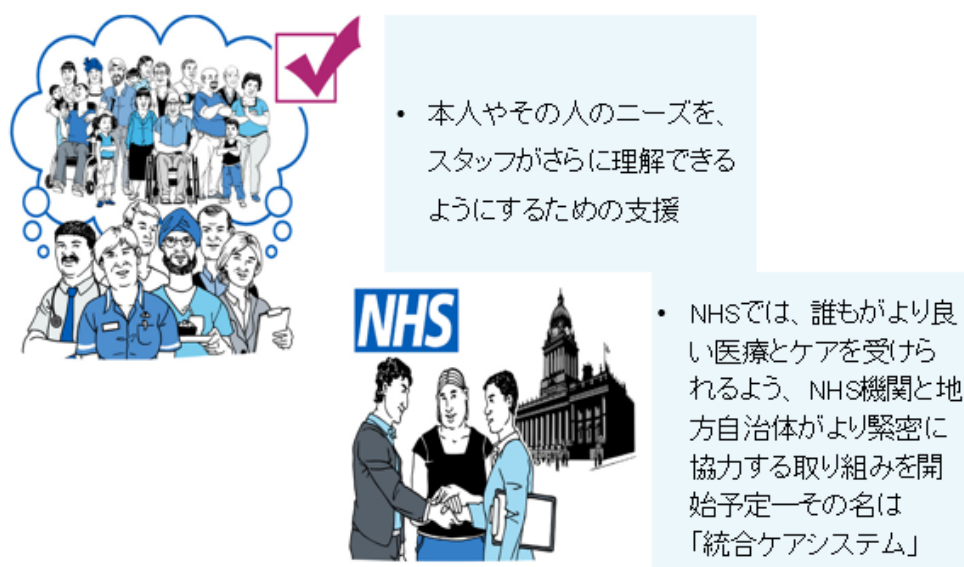


図 1：イギリス NHS 「NHS 長期計画 (“The NHS Long Term Plan”) 2019」より

4. リンクワーカーの採用

グラスゴーでは、リンクワーカーの採用にあたり、様々なバックグラウンドの人を迎え入れる考えを持っているが、それは、誰でもスキルアップしリンクワーカーになれるとの信念からである。しかし、「道徳心」や「コミュニティをサポートするという価値観を持つ人」という点は重要視している。このような考えのもとでグラスゴーではリンクワーカーを採用しているが、作業療法士や栄養士、アドバンスワーカー等のバックグラウンドを持つ人が多く、また成人対象の医療分野の出身者が多い。

リンクワーカーに欠員が生じた際は募集をかけると現状では常に応募があるが、一方で将来に向けた人材確保対策も進めている。大学との協働により医学部内に「リンクワーカーコース」を設置し、常に人材が循環するような仕組みを構築している。

またロンドンでは社会的処方に関わったクライアントや経済的な理由で失業している人たちなどもリンクワーカーになっている。Hopewell氏は、「社会的処方でのサポートを受け、立ち直り、リンクワーカーになっていく人がいることは、我々にとって大きな励みになる。このように人材のなり手は十分ある」と自信をもって語っていた。

NHS のホームページでは Link worker recruitment (リンクワーカーの求人) が掲載されて

いる。NHS からの資金によりリンクワーカーを雇用する団体等が、団体が支援する対象者や雇用状況等を掲載しリンクワーカーを募集している。その中に「Peer Support Workers (ピア・サポート・ワーカー)」という求人もあり、「社会的処方サービスを卒業した者をピア・サポート・ワーカーとして採用する」として紹介されている。ピア・サポート・ワーカーは、個々のクライアントに対して「回復を支援するための教育」等への関わりを担っている。支援を受けたことがある「当事者としての経験」を活かした立場で関わっているのだ。

なお、リンクワーカーの収入は、グラスゴーの Alliance の Community Links Manager・Roseann Logan 氏によると「有資格の看護師と同程度。ただし、NHS が最近看護師の賃上げ交渉をし、政府の認可が出たのでリンクワーカーとは少し差が開いた」とのことであった。



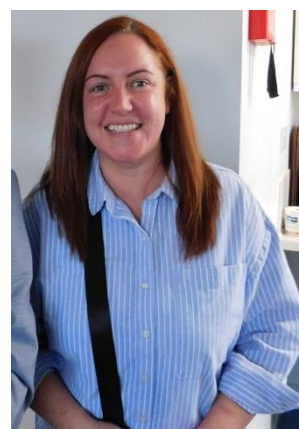
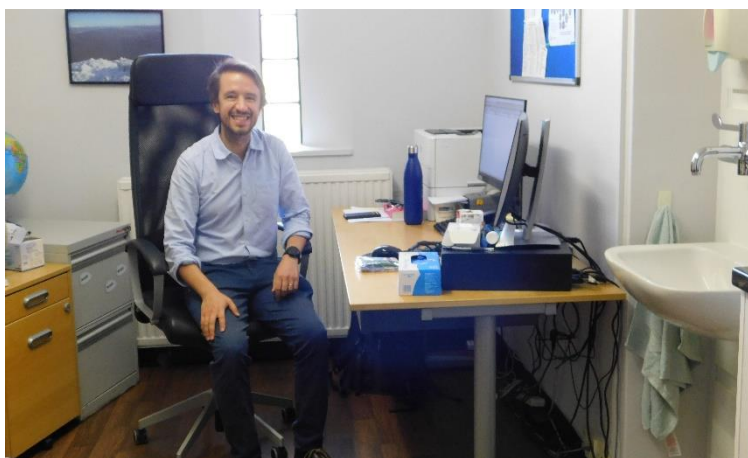
写真（左）Bromly by Bow の Dan Hopewell 氏によるプレゼンテーション

（右上・右下）Bromly by Bow Centre 内にある、リンクワーカーの事務所

5. まとめと考察

今回のグラスゴー、ロンドンの調査から、我が国の医療、介護、福祉において生じている「様々な課題」について、「ヒント」や「見直す、改める」「意識する」等の示唆があったと筆者は感じている。一つは、介護保険、総合事業等においてはいわゆる「元気高齢者」が「要介護者を支援する」「サロン等の運営者になる」等の発想はあるが、「支援を受けた人が意識を変え、行動変容し、専門的な知識を学び、雇用を得て専門家の一員になる」展開、その探求等は、まだなされていないように考える。また、支援者として経験が長い、グラスゴーのリンクワーカーの Gayle Weir 氏も、リンクワーカーのやりがいを感じる瞬間の 1 つに「クライアントの行動変容」を挙げていた。クライアントの「意欲」「ウェルビーイング」等の

向上はリンクワーカー、そして国を問わず福祉援助者の役割であるが、その一方でリンクワーカー、福祉援助者のモチベーションを上げることも重要ではないかと考える。わが国において、多くのクライアントが、「支援を受ける側から、支援する側、そして専門家になる」展開になる迄の想定は難しいかもしれないが、「クライアントの意向があれば、クライアントが専門家として働くという、ウェルビーイングの形もある」ことを意識することも大切ではないか。このようなことから、大きな効果は得られないかもしれないが、わが国の生活支援コーディネーターや地域包括支援センターの現場等で抱える「人材不足」の一助になればとも、考える。



写真：グラスゴー （左） Gilbertfield 診療所、W. Brownlee 氏（GP）
（右） Gayle Weir 氏（リンクワーカー）

そして、リンクワーカー及び「社会的処方」の展開に関する「財政」について、スコットランドにおいては「政府からの出資で事業の運営、雇用がなされているが、政府の資金の削減があり、ロビー活動等を行い資金確保に動いている」展開であった。また、その一方、ロンドンにおける NHS からの資金提供によって運営、雇用されている「社会的処方」では、NHS として目指す方向性や目的が示され、事業の評価も適宜なされている等からか、資金提供に関する不安の度合いが違うような印象であった。

わが国において、生活支援コーディネーターが「やりがいを感じ、安心して支援に集中できる」体制を作ることは大変重要である。一方、今回の調査で訪問したイギリスにおいては、高齢者の増加に伴い、医療制度・給付の在り方の見直しが唱えられ、「新しいサービスモデルへの移行」「予防重視、健康格差の解消」「支援の質の改善、地域生活、ウェルビーイング」等を柱に改革を進めている。

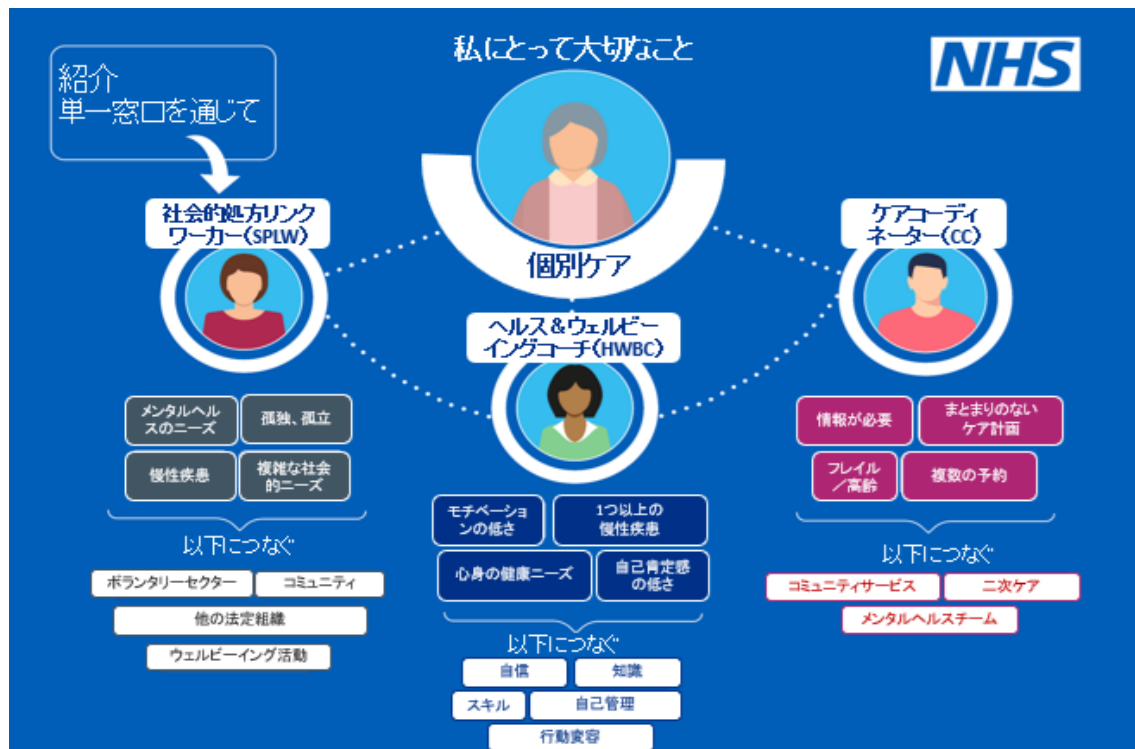


図2：プライマリケアにおける個別ケアの3つの役割
NHS England 訪問時提供資料

この流れの中で、新しい取り組みとしてリンクワーカーが生まれ、コロナ・パンデミックにより進化し、育成が進んだと言える。そして、特に NHS と連携する「リンクワーカー」においては、その目的や役割が明確であり、適宜、リンクワーカーへの投資の評価がなされている。また、グラスゴーでのインタビューでは、社会的処方やリンクワーカーの活動について資金提供の継続要請をしている中であつたが、「リンクワーカーとして行っている活動に私たちは強い自信を持っており、資金提供は継続されるであろう」とのコメントが印象に残った。わが国の生活支援コーディネーターも、「住民のウェルビーイングを目的に行動する」点は同様であるが、その信念や信念に沿った活動のアピール等は、まだ道半ばなのかもしれない。イギリスのリンクワーカーは、定期的なミーティングを行い、GPを始めとする多職種と協働しており、その中で「存在価値」「役割」「個々の事例毎にアプローチを変える」等に取り組んでいる。それに加え自らの活動をアピールし資金提供の理解を得て、自分たちの役割を繋げているという印象を強く感じた。イギリスのリンクワーカーへの関心を持ち続け取り組みを共有し、わが国、そしてイギリスのリンクワーカーが共に「ウェルビーイング」を追求することが大切であると考え、筆者も微力ながら応援する所存である。

VII-5. 海外と日本の先進事例から見た SC 活動基盤強化のための示唆

医療経済研究機構政策推進部国際課 副部長

国際長寿センター ディレクター

中村 一朗

1. 事業目的の明確化「マッチング機能強化」

1) コロナ禍で活躍した LW と活動が停滞した SC

ロンドンでは、コロナ禍において LW の活動が評価され、LW の数が大幅に増えたという。これに対して日本では、コロナ禍で SC の活動が停滞したという発言が多く聞かれる。コロナ禍の影響で高齢者が活動的な生活を送りにくくなるなかで、この両者の社会的な評価は両極端である。

両者の違いは、LW が個人にアプローチした活動であるのに対し、SC は通いの場の創出やボランティア育成、協議体の開催などの人が集まる仕組みづくりが中心の活動であったという違いである。

2) マッチング機能の強化

第V章で示したとおり、SC のコーディネート機能は、「資源開発」「ネットワーク構築」「ニーズと取組のマッチング」である。そのうえで「当面は資源開発とネットワーク機能を中心に充実させる」としているが、制度開始から経過した時間を考えると、ニーズと取組のマッチングという役割の強化を進めるべきである。自治体の事業である生活支援体制整備事業において「資源開発」や「ネットワーク構築」は手段であり、働きかける自治体の動きであって、資源を作ったとか人脈ができたというのは活動の結果に過ぎない。(図1)

英国における LW 等の活動が、目の前にあるニーズや課題に対応しているように、支援が必要な対象者に働きかける「ニーズと取組のマッチング」という役割こそが事業の目的・成果であるという認識を強く持つべきだ。こうした手段の整備を目的化した結果、コロナ禍における両者の成果に大きな差が出たのではないだろうか。

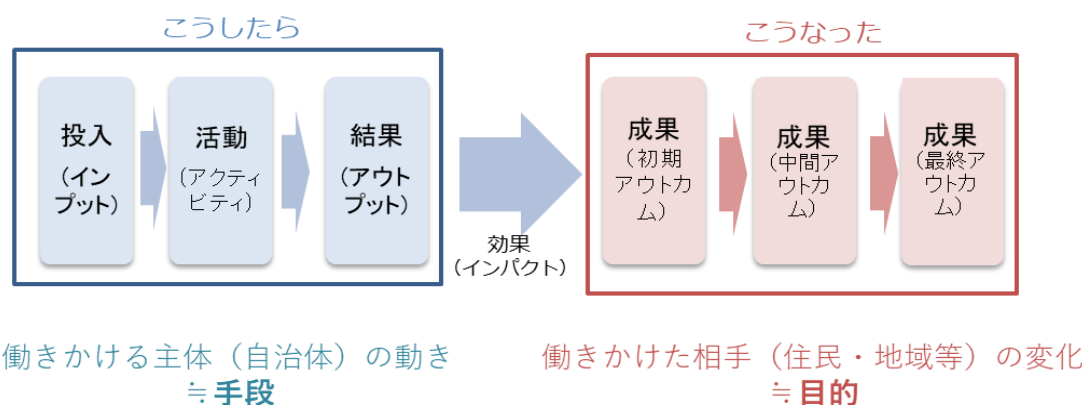


図1 ロジックモデル：投入・活動・結果・成果の論理構造図 (W.K.Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide, 2003, Rossi, et al. プログラム評価の理論と方法、をもとに作成)

2. 生活支援体制整備事業におけるゲートキーパーは地域包括支援センター

本調査研究では、LW 等に対して「支援が必要な対象者につなぐべき適切な資源が地域になかった場合にどう対応しているか」という質問を各地で行った。グラスゴーやロンドンでは、資源がなければ探す、または作るという回答が一般的だった。

LW 等の業務として、地域にあるべき活動を創出する、または把握するという準備的な活動は存在していて、これは日本と同様である。そのうえで LW 等は、ゲートキーパーであるかかりつけ医から対象者を紹介され、十分な聞き取りを行い、その人にマッチする資源について検討した結果、資源がなければ探す、または作るという活動を行っている。(図 2)

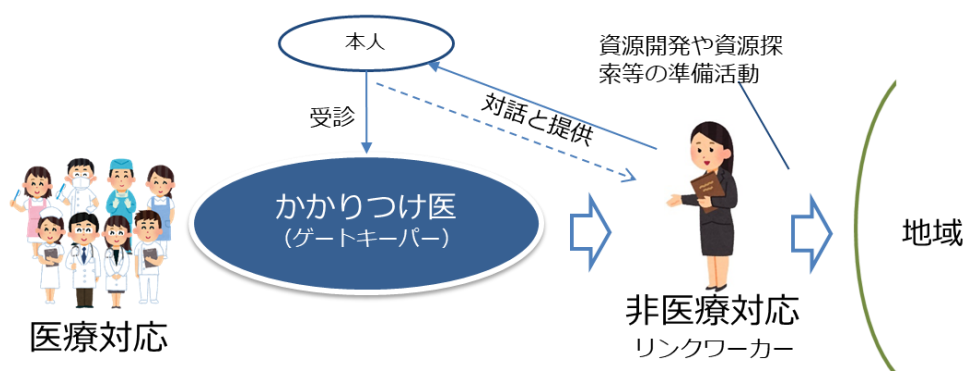


図 2 社会的処方における地域資源とのマッチング 出典：事務局作成

日本の SC 活動は資源の創出などの準備活動は行っているが、前述のマッチングを行う場合に対象者（ニーズ）を提供するゲートキーパーが明確ではない。協議体などからニーズを得る活動を行っている事例もあるが、人生の最期まで自分らしく暮らせる地域づくりという地域包括ケアシステムのあるべき姿を考えると、その中核的な役割を果たす地域包括支援センターは、様々な状態像の高齢者の適切なニーズを把握しやすく、生活支援体制整備事業におけるゲートキーパーにふさわしい。(図 3)

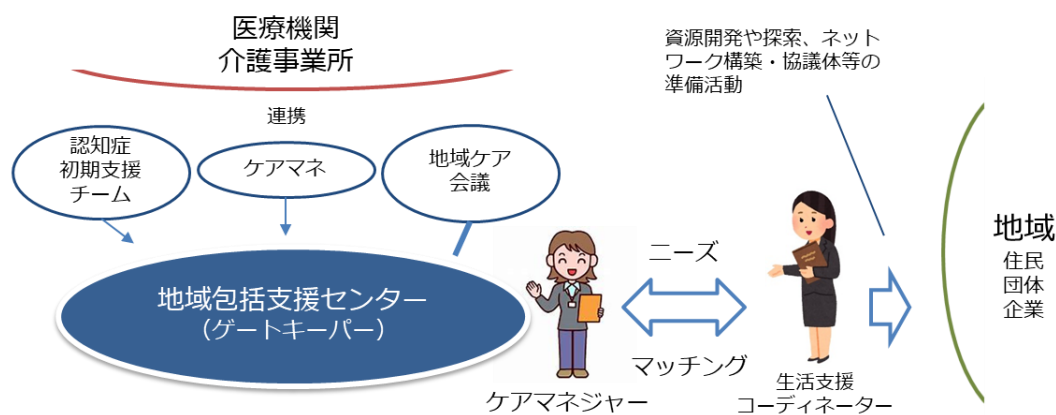


図 3 生活支援体制整備事業における地域包括支援センターの役割 出典：事務局作成

本調査研究において得た国内のマッチング事例の多くは、地域包括支援センターやケアマネジャーと連携した対応であった。個別支援を行うケアマネジャーが対象者をアセスメントし、必要な支援のうち地域の関与が必要な場合、必要な情報を SC に提供し、対象者にふさわしい地域資源の情報を得ることができれば、ケアマネジメントは充実したものになる。また、総合相談への対応も同様で、地域で解決できる可能性があればニーズを聞き取った地域包括支援センターが SC と連携すれば十分に対応は可能となる。

このことから、日本においてニーズと地域資源をマッチングさせる際、地域包括支援センターがゲートキーパーとなり、SC が個別支援を行うケアマネジャー等を支援するという形が「ニーズと取組をマッチング」の基本的な形であるべきであると言える。

3. サービス提供主義からの脱却

1) 「人も地域資源」という発想

オランダでは「対象者につなぐべき適切な資源が地域になかった場合にどう対応しているか」という質問に対し、「そんなことは起きない」という回答があった。地域資源にマッチングさせることを、地域の場所や取り組み・サービスにつなぐという発想だけではなく、「地域の人につなぐ」というイメージを持っているという意味での回答だったが、これは国内の SC 活動に新たな示唆を与えるものである。

場や取り組みにつなぐという発想では、対象者の周りに場や役割が見出せずマッチングが行き詰る可能性がある。しかし、人につなぐという発想の場合、活動的に生活する人物につなげば、両者の人間関係の中で活動的に生活している人が利用するアクティビティが支援を受ける人のアクティビティになり得る。これは地域資源に接続するうえで、国内で紹介されていない考え方である。

オランダでのインタビューでは次のような事例が紹介された。「例えば、支援を求める人が過去にビリヤードをやった経験がある人なら、私は現在もビリヤードをしている世話好きの近隣住民を思い浮かべるでしょう。その人が週末にカフェに行くことが多ければ、カフェに一緒に行き、二人を引き合わせます。仲良くなった場合、もちろん定期的にビリヤードを始めるでしょうし、世話好きの住民がボランティアをやっているら一緒にボランティアをするかもしれないし、ウォーキングが趣味ならウォーキングに誘うかもしれない。この手法なら地域につなぐ場所がないとはなりません」

こうした活動をするには、当然地域住民をよく知る必要があるが、それと同様に「まず私自身が話し相手となって十分に対象者のことを知るようになっている」という発言が重要である。「閉じこもり傾向」という事象や心身の状況に対する対応ではなく、対象者が何を好み、何ができるかという点に着目した働きかけであり、支援者との人間関係を構築すると同時に適切なアセスメントを行っていて、これがこの活動を実現するために重要なアプローチである。

日本の SC は、他の業務と兼務している場合が多く、これはマッチングや個別事例に対応

することを想定していないと思われるが、専門SCであっても対象者一人ひとりに話を聞き、人間関係を築くことは難しい。しかし、日本にはケアマネジャーが存在し、その役割を果たしているからこそ、SCはケアマネジャーと連携し、正しいアセスメントのもとで活動することで適切な支援を行うことができる。よって、ここでも生活支援体制整備事業の効果的な実施において、地域包括支援センターやケアマネジャーとの連携が重要であると言える。

2) サービス提供主義からの脱却

以上から、生活支援体制整備事業で成果を上げるためには、サービスを作る、またはサービスを提供することが中心の事業から脱却する必要がある。サービス提供主義とは、例えば「閉じこもりの状態だからサロンに参加させよう」という特定の状況に対してサービス提供で対応する手法だが、ここには閉じこもりという状況の把握はあっても、その人がどのようなパーソナリティを持った人であるか等は考慮されておらず、これは地域包括ケアシステムの目指す「自分らしさ」に対応した支援ではない。よって、まずサービスを作り、サービスを利用することを起点とした活動や支援の思考から脱却することが必要ではないだろうか。

個別のニーズや課題の解決に向けて、その人がどのようなパーソナリティを持ち、何ができる人かを把握し、そうした個人因子や生活を取り囲む環境因子をしっかりとアセスメントする必要がある。そのうえで、その人に適応した多様な地域資源をマッチングして、本人のウェルビーイングの向上を目指す支援をSCのみならず地域の多職種全員が目指す体制の構築を目指すべきで、それが地域包括ケアシステムの構築につながる。



写真：オランダでのインタビューの様子

4. SC の働きやすさの確保と支援組織の創出等

1) SC が所属する組織の組織マネジメントの強化

本調査研究における海外インタビューでは、LW の支援や教育について尋ねた際に「ワーカーのストレスを除去すること」という発言が多く聞かれた。国内では SC が定着しないことや SC が孤立しているという意見が聞かれることを考えると、SC が所属する組織における組織マネジメントが生活支援体制整備事業の活性化には欠かせない問題である。

また、新人に対する「相棒制度」のような活動初期の活動支援や上司によるスーパーバイズを受けられる体制が重要であるという意見も多く聞かれた。支援の現場の近いところで実績を重ねた上司や先輩が活動に助言したり、評価したり、時には業務上のストレスを取り除く支援が必要である。またこうして教育された新人活動者が成功体験を積み重ね、仕事にやりがいを感じられる体制が必要である。さらには人材の確保や採用方法についても検討する必要がある。

2) 自治体や他の専門職への研修体制の強化

社会的処方活動を支援する英国のチャリティ団体である National Academy for Social Prescribing (NASP) でのインタビューでは、社会的処方を強化する上では、LW への研修体制の充実はもちろんのこと、かかりつけ医や医学生など、LW と連携する専門職に対して社会的処方の意義などを伝える活動が重要であるということが強調されていた。LW につなぐ役割を持つ者が制度やその効果・意義を理解していないと効果的に LW に対象者をつなぐことは難しく、LW が有効に機能しない。

これを地域包括ケアシステムにおける生活支援体制整備事業に置き換えれば、自治体担当者や地域包括支援センター、ケアマネジャー等への教育・研修体制が重要であることとなる。実際、SC の存在や活用方法が地域や専門職間で浸透していないという声は多い。今後、地域包括支援センターやケアマネジャー研修のなかで生活支援体制整備事業に関する内容を強化することが必要であり、同様に委託者である自治体が生活支援体制整備事業の効果的な実施について理解を深めるための場が必要である。

3) 支援組織の創出と SC 活動のプラットフォームの構築

生活支援体制整備事業の活性化や SC の活動支援を行うには、NASP と同様の支援組織の創出が必要である。この組織は SC に対して活動手法を提供するだけでなく、自治体や事業受託法人および専門職に対しては事業実施の意義や組織マネジメントを含めて広く教育が行えることが望ましい。また SC が WEB 等を介して日常的につながり、実施手法や事例を共有したり、意見交換や相談、スーパーバイズを受けられるプラットフォームの構築は、生活支援体制整備事業を全国的に充実させることにつながると考えられる。

本調査研究の事務局ではすでに WEB を活用し、SC カフェという名称で情報発信および連携サイトを運用しているが、事業に関係する方々の興味が高いことは、プラットフォーム

構築の必要性を示すものであると考える。



SC カフェ (<https://ilc-japan.org/sccafe/>)

※令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築を起点にした多様な産業との連携がもたらす地域づくりの展開にむけた調査研究」



VII-6. 生活支援コーディネーターのコンピタンス（能力）と 未来への視点

東京家政大学人文学部 教授
松岡 洋子

イギリス・オランダにおけるリンクワーカー、ウェルフェアコーチについての調査結果（IV-2.参照）を踏まえて、「理念」「機能」「構造」の側面より日本における生活支援コーディネーターの未来について考えてみたい。

1. 「理念」の面での基盤強化：地域包括ケア「理念」とコア・コンピタンス

今回の訪問調査で感嘆したのは、社会的処方・福祉処方の背景にある理念を GP、LW・WC はもとより、自治体職員、政治家、ヘルス専門職、チャリティ団体職員がよく理解し、規範的統合がなされていた点であった。イギリスでは「人と地域の健康とウェルビーイング」を掲げて、「What's matter?」と問いかけ、オランダでは「ポジティブヘルス」を掲げて¹⁾「あなたを幸せにするのは何ですか?」と問いかけて、「人生・暮らしの主役として生きる人」を支えようとしていた。

日本の地域包括ケアシステムは「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続ける」ことを目指している。地域包括ケアでは「自助」「互助」の重要性が強調され、「生活支援・介護予防」の重要性は地域包括ケアの植木鉢モデルで「土」として示された²⁾。さらに、平成 27 年改正では生活支援体制整備事業が制度化され、「(ボランティアを含む)多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービス」を地域に創出することで、制度的サービスのみに頼らない参加型・予防型の社会が目指された³⁾。

「制度的サービスのみに頼らない」という意味で、これは、世界の動きと同調した日本のパラダイムシフトである。制度利用が中心ではなく、「**地域と人が主役の社会**」である。そして、生活支援コーディネーター (SC) は、こうした動きのなかで地域に「多様な主体による、多様なサービス」が創出されることを支援し、ネットワーキングし、それを必要とする人々につないで、地域で「その人らしく最後まで生きる」人生の主役としての生き方を支える役割を担っている。福祉国家から参加型社会に向かう世界の動きとも重なる、非常に重要な使命を持つ専門職である、と言える。

しかしながら、社会福祉協議会の CSW (コミュニティ・ソーシャルワーカー) や地域福祉コーディネーター等との差異がわかりづらく、ケアマネジャーをはじめとする介護保険専門職からの理解も深まっていない。残念なことである。

そこで、イギリスにならって⁴⁾、地域包括ケアの理念を踏まえ、「地域と人が主役の社会」における SC 独自の使命を明確にするための SC のコア・コンピタンス (一番大事な能

力、中核能力)を明確にする必要があると考える。議論のきっかけとなるよう、私案を提示してみたい。両国での学びを踏まえて、具体的内容についても書き添えてみた。キーワードは「人」と「地域」である。

<SCのコア・コンピタンス 私案>

- 1) パーソンセンタードな視点で、人生の主演として生きる人のウェルビーイングについて本人とともに考えられる(ウェルビーイングの専門家)
 - ・ 相談者と信頼関係を構築して本音で話せ、しっかり聞ける
 - ・ 「本人主演」を理解している
 - ・ ウェルビーイングに焦点をあてたアセスメントができる
- 2) 地域の資源について誰よりもよく知っていて、上記ニーズにマッチする資源を探し出してつなげられる(地域資源のスペシャリスト)
 - ・ 地域資源については、内容・特徴・主催者・スタッフまで知っている
 - ・ そのために常に地域を走り回っている
 - ・ 地域資源開発もでき、地域資源のスペシャリストとして誇りをもっている
- 3) 地域資源の「力」を理解しており、制度に基盤をもつ専門職ともよく理解しあい、対等な立場で協働できる(コ・プロダクション)
 - ・ 「地域」「地域資源」の力を知っており、専門職にしっかりと伝える
 - ・ 「地域資源のスペシャリスト」として専門職とコ・プロダクションできる

2. 「機能」の面での基盤強化①: 個別支援と地域支援

今回のイギリス・オランダ訪問調査では、LW・WCが「人」を対象としたマイクロレベルの個別支援に予想以上に力を入れていることを学んだ。

「医師が患者と話すのは10分、LWは約60分対話する」という事実で明らかのように、また「まとめ(IV章)」で述べたように、LW・WCは個別支援(マイクロ)にしっかりと取り組んで真のニーズをアセスメントし、地域資源につなぐことで「ウェルビーイング」実現に向けた支援を行っていた。そのために、地域資源の開発をチャリティ団体と一緒にいき、ネットワークを形成して、地域資源の「力」を提示しなら(地域資源に強い専門家として)ヘルス専門職ともコ・プロダクションしていた。個別支援(マイクロ)に主軸を置きながら地域資源(メゾ)にも取り組み、両者を行きつ戻りつの「相互乗り入れ型の協働実践」(川島、2017)と理解したところである(IV-2参照)。

一方、日本のSCの機能は、「資源開発」「ネットワーク構築」「ニーズと取組みのマッチング」の3点が掲げられている⁵⁾。当初は「何をすればいいのかわからない」という声がSC自身からあがっていた。また、2021年の調査⁶⁾でも、「何から取り組めばよいかかわからない」「活動を指導してくれる人がいない」がそれぞれ3割を超えていた。そして、「総合事業は

地域づくり」と言われており、ネット検索による自治体の研修ビデオでも地域支援に力点が置かれている印象を受ける。今回のアンケートでも、「マッチング」が他の二つと比べて低調であるという傾向が伺えた。

SCは地域支援（地域づくり）をする人なのか？個別支援をする人なのか？あるいは、その両者の「相互乗り入れ型協働実践」なのか。ここで断定することはできないが、現場ではその理解や実践にゆらぎがある事実は否めない。そして、SCの3機能を踏まえれば、個別支援と地域支援の間を行きつ戻りつの「相互乗り入れ型の協働実践」（川島、2017）⁷⁾に近いと判断できる。筆者が提案した、「コア・コンピタンス私案」も同様の文脈に沿うものである。

LWもSCも、その本質に迫ってみれば、「**本人のウェルビーイングに焦点化して、時間をかけて真のニーズをアセスメントできる人。制度にはない資源でウェルビーイングの実現をサポートできる人**」と定義することができる⁸⁾。

SCのコア・コンピタンス（中核能力）を明確にすることは、SCは「何を目標とし」「何ができ」「どんなアウトカムを生み出せるのか」を明らかにして、その存在をアピールすることにつながる。ひいては、専門職を含めた協働（コ・プロダクション）の素地ともなる。SCがさらなる力を発揮して、地域包括ケアと高齢者のウェルビーイングに実質的に貢献していくためにも、マッチングや個別支援に軸足を移した支援内容の具体化について議論がなされることが期待される。

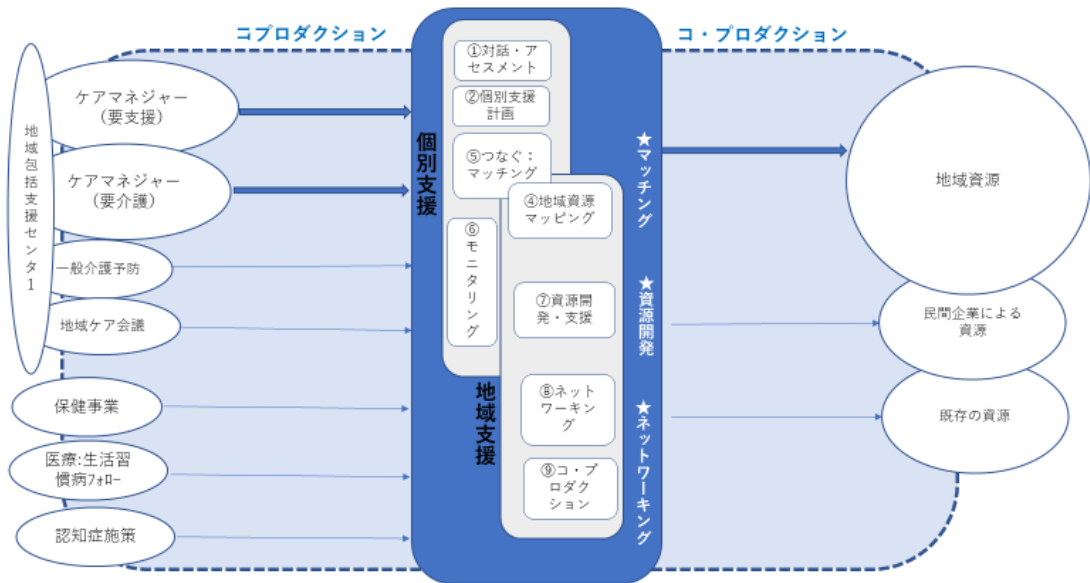
3. 「機能」の面での基盤強化②：入口・出口の広域化への対応（普遍化）

二つ目の大きな気づきは、LW・WCは、さまざまな個人や組織から寄せられる幅広いニーズに対応し、地域資源だけでなく、どの組織・部局に繋がればよいのかの見極めを行っていた点である。入口・出口の広域化に対応する柔軟性であり、普遍性と言える。

現在、SCは介護保険の制度内で活動を行っているが、「人のウェルビーイングを支援し、地域の（制度外の）資源につなげる」という点を強化していけば、SC固有の機能は、健康保健事業全般、認知症施策、医療機関との連携などで普遍的な広がりを持つものとなる。もちろん、要介護者を対象としたケアプランにもインフォーマル資源の位置付けが奨励されていることから、介護保険制度全体の中でもSCへの要請は高まると考えられる。

また、重層的支援体制整備事業の展開では、地域共生社会におけるタテワリを超えた支援の中でも十分に能力を発揮できるポテンシャルを秘めている（図3）。未来志向のビジョンを実践していくためにも、介護保険の枠を超えたポジショニングについて、可能性を広げるための検討の余地があると思われる。

図3 生活支援コーディネーターのこれからの仕事と「入口・出口の広域性」



4. 「構造」面での基盤整備：研修、スーパーバイジング、予算など

イギリスでもオランダでも、LW・WC 採用時に資格要件を設定しておらず、両国ともに人間性やコミュニケーション能力を重視して、LW としての**専門**採用を行っていた。

コンピタンス・フレームワーク⁴⁾でまとめられているように、多様な問題に対応し、真のニーズをアセスメントして、地域資源につなげていくためには高度な専門性とスキルが求められる⁹⁾。理念を押さえ、理論だった整理をした上での研修制度の確立は喫緊の課題であろう。日本でのSCを対象としたアンケートでは、研修経験の少なさが明らかとなり、SCは仲間と意見交換する場を求めている。研修では、動機付けインタビューやアセットマッピングなどの具体的スキルをグループワークなどを通して共に学ぶ場が求められるだろう。イギリスでは看護師へのシャドウウィング（同行研修）を行う話が聞かれたが、ケアマネジャーへのシャドウウィング等を研修課程に組み込めば、連携もスムーズに進むようになるのではないだろうか。

また、地域において、あるいは全国的にSCが会う学びの場はきわめて重要である。国際長寿センターではオンラインによる「SCカフェ」を継続的に開催しており、1,600人を超える生活支援体制整備事業関係者が登録しており、視聴数は毎回1,000を超えている。すでに、15回目を迎えている（2024年3月）。

さらに、複雑な相談にも応じていくために、成長を支えてくれるスーパーバイザーの存在、ストレスを予防するための労働環境への配慮についても、海外からの有益な示唆である。

以上より、SCは兼任でこなせる仕事ではないことは、明らかである。以上を可能とするためにも、専任での採用や就業を可能にする予算措置は必須である。

何よりも、介護保険の保険者である自治体によるSCの存在意義の理解や組織的な環境整

備の重要性の理解が必要である。そのための周知や研修等による支援も継続して行われる必要がある。目的に対して、実践をとおして効果を上げていくために求められる構造面での要件は以下のとおりである。

- (1) 研修体制の整備：必要な能力・タスクの整理、具体的なスキル（動機付けインタビュー、マップづくり等）、継続的な研修体制、情報共有の場、キャリアパスの開発
- (2) スーパーバイジング・システムの構築
- (3) SC 個人のウェルビーイングと協働して働くチームへのウェルビーイング配慮
- (4) SC は専任として、それを可能とする予算
- (5) 保険者たる自治体への研修等支援

5. 最後に

地域で生活する人に向き合って、その人のウェルビーイングについてともに探り、地域の資源へとつなげる SC は「人と地域が主役」の社会の先鞭を切る人であり、「人と地域のヘルスとウェルビーイング」を目指すイギリスやオランダの動きと同調する、非常に重要な位置付けにある。

未来志向の考察となったが、基盤強化のためには、その基盤となるコア・コンピタンスの明確化が必要であると考えて具体的な提言を行った。魅力ある職業として若い人々に注目してもらうためにも、理念・機能・構造面での基盤強化が進むことを望む。

【参考資料】

- 1) 松岡洋子 (2021) 『オランダ・ミラクル：人と地域の力を信じる高齢者福祉』 新評論
- 2) 地域包括ケア研究会報告書：2040年に向けた挑戦
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/h28_01.pdf 2023.12.15 (2017)
- 3) 介護予防・日常生活支援総合事業と生活支援体制整備事業：厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000086354.pdf>
2023.12.15 (2015)
- 4) 社会処方リンクワーカー コンピタンシー・フレームワーク
NHS England Workforce development framework: social prescribing link workers
<https://www.england.nhs.uk/long-read/workforce-development-framework-social-prescribing-link-workers/#14-annex-a-splw-competency-framework> 2023.12.7 (2023)
- 5) 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組：厚生労働省・総務省・経済産業省
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/suishinkaigo2018/health/dai4/siryou3.pdf> 2023.12.7
- 6) 国際長寿センター (2019) 『軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究報告書』 国際長寿センター
- 7) 川島ゆり子・永田祐・榊原美樹・川本健太郎 (2017) 『地域福祉論』、ミネルヴァ書房
- 8) 社会的処方: NHS England, Social prescribing,
<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/> 2023.12.7
- 9) 社会的処方導入ガイド:National Academy for Social Prescribing
<https://socialprescribingacademy.org.uk/resources/social-prescribing-link-worker-induction-guide/> 2024.2.10 (2023.9.20)

令和5年度

英国等諸外国における支援を必要とする住民と地域の多様な主体との調整を行う職種との国際比較を通じた生活支援コーディネーターの活動基盤強化に関する調査研究報告書

令和6年3月

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 政策推進部
国際長寿センター<日本> (ILC-Japan)

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-21-19
東急虎ノ門ビル3階

Tel.03-3595-3257 Fax.03-3506-8528