

総 説

地域包括ケアについての一考察 —地域包括支援センターの現状と課題に関連して—

A study on the local inclusion care

— Concerning the present situations and the problems of the local inclusion support center —

山里 護¹⁾
坂本 忠次²⁾

要約：本稿では、制度施行11年が経過した介護保険制度について、現在までの経緯と今後の介護保険制度のあり方について、新たに設けられた地域包括支援センターの役割と課題を中心に論じている。特に、「地域」を強く意識した2006年4月の改正によって、地域包括ケアシステムの中核機関として設置された地域包括支援センターについて、前身機関とされる在宅介護支援センター設置から地域包括支援センターへの変遷の経過をたどるとともに、地域包括ケアの中核機関としての地域包括支援センターの現状を考察し、地域福祉との関連を含め早急に解決が必要と思われるいくつかの課題を提起し、今後への展望について論じている。

Key Word：介護保険、地域包括ケア、地域包括支援センター、介護予防給付、特定高齢者

はじめに

2000年4月の介護保険法施行から本年度で11年目を迎える。介護保険制度は、急速な高齢化と家族機能の低下によって生み出された、社会的入院や家族の介護疲れ、高齢者虐待などの問題に対して、個別に分かれていた保健・医療・福祉の施策を一体化し、国民にとって最も身近な市区町村を保険者として創設された。「利用者本位」「高齢者の自立」「利用者による選択（自己決定）」という基本理念のもとに、利用者が自ら主体的にサービスおよび事業者を選択し、利用者と事業者の直接契約によりサービスを利用できる仕組みを、国民の社会連帯で支えるいわば「第5の社会保険」として制度化された。

介護保険法（1997年、法律第123号）は附則第2条に、法律の施行後5年を目途としてその全般に関して検討し、必要な見直しを行うことが予め定められていた。

この規定に基づき、2005年6月に改正介護保険法が成立し、2006年4月から施行された（一部は前年10月より施行）。この改正は、全体として「地域」というものを重視したものとなっており、「地域包括ケア」を推

進していく中核機関として新たに制度化されたのが、地域包括支援センター（以下、「包括センター」という。）であり、改正の理念を具体化するために大きな役割を果たすことが期待されていた。

包括センターも制度化されてから5年目を迎えたが、包括的支援業務¹⁾を実施する上での課題が表面化してきており、また、依然として介護予防給付に関する業務が包括センター業務全体に占める割合は高い状態にあると考えられ、地域包括ケアシステムの中核機関としての役割はなお十分に果たせていないと考えられる。

2009年5月に厚生労働省地域包括ケア研究会は、『地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～』を公表した。この報告書は、65歳以上人口が全人口の3割を占め、団塊世代が75歳以上に到達する2025年を見据えた地域包括ケアの方向性とそれを実現するための論点を整理したものであるが、次回の2011年の介護保険法改正に大きな影響を与えるものであると考えられる。

この報告書の中で、地域包括ケアを提供するための前提として、包括センター（コーディネート主体）の役割の拡張と明確化²⁾が示されている。しかし、包括センターは多くの課題を抱えているのが現状であり、これらの課題を整理・解決しなければ、役割を拡張すること

2010年6月3日受付／2010年7月14日受理

1) Mamoru YAMASATO

関西福祉大学大学院 社会福祉学研究科 修士課程

2) Chuji SAKAMOTO

関西福祉大学 社会福祉学部

は不可能である。

なお、本稿は、はじめにおよび第1章、第2章、おわりにの主要部分について山里が執筆を担当し、坂本は第1章第1節と全体の調整を行ったことを付記する。

第1章 介護保険法の改正と地域包括支援センター

第1節 介護保険法施行後11年の経過と課題

先にもふれたが、わが国の介護保険制度は2000年4月からドイツなどの制度を参考に市区町村を保険者として導入された。ドイツがその導入までに20年を要したのと比べわが国の制度導入までの期間は短く、その制度についてはさらに見直しが必要とされ、施行後3年毎に見直すことが決められた。各事業計画期では3年毎の経過をへて2010年4月現在第4事業計画期の半ばで施行後11年目を迎えている。

介護保険制度導入後11年目の現状は、当初の予想を上回る認定者の増加とともに利用者及び受給者の増加が見られる。また、当初の目的の一つである在宅利用者の増加も見られるとはいえ、利用者の施設志向—「社会的入院」を含めて—は依然として根強く、給付費も膨張し市区町村に設けられた介護保険特別会計の財政の赤字がもたらされるケースも多い。そうして介護給付の抑制策に発し次にふれる介護予防事業の利用者の増加も見られるのだが、それらは、当初の効果をもたらししているのか、高齢者の現状とそのニーズを満たすものとなっているのか、その施行後の状況も検証していく課題がある³⁾。

制度施行5年を契機に見直しを行うとする介護保険法の規定にもとづき制度の見直しが行われた。2004年7月まとめられた社会保障審議会介護保険部会の報告で、制度の「持続可能性」、「明るく活力ある超高齢社会」の構築、社会保障の総合化、などを基本的視点として新たな課題への対応が指摘された。介護サービスの質の確保・向上など多方面からの提言が行われた。これを受けて2005年6月に改正介護保険法が成立、当面する介護サービス利用者の増大や財政問題への政府の一つの対策方向が示された。

2006年6月の介護保険法の改正に伴う大きな変化は、2005年10月から実施された施設給付の見直しであり、また、2006年4月から実施に移された総合的な介護予防システムの確立、上記を含む新たなサービス体系の確立などであった。特に本稿で検討する「地域包括ケア」を推進するための「地域包括支援センター」を新たに設

けたことが注目された。

新たなサービス体系の確立について見ると、(1)地域密着型サービスの創設、(2)「地域包括ケア」の一環として、総合的な相談窓口機能、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントの支援機能をもつ「地域包括支援センター」を創設する、(3)居住系サービスの充実策としては、介護を受けながら住み続けることのできるケア付き居住施設の充実を図る(入居者保護の観点からの有料老人ホームの見直しほか)、(4)医療と介護の連携の強化(介護予防における医療との連携、介護施設やグループホームにおける医療機能の強化など)を図り在宅と施設の支援バランスをとること、等が目指された。

このようにして、介護保険制度の改正後、2010年4月で11年目、第4事業計画期の半ばを迎えているわけであるが、早急な導入により、その後も制度の運営にいくつかの問題点が生じているところである。

本稿では、特に新たに設けられた包括センターの業務は、当初の目的を達成し順調な運営が行われているのか、例えば、介護予防については当初の目的に添った機能が果たされているのか、その他の業務についてはどうか、また、地域福祉政策の一環として増大する介護を必要とする高齢者の実情とそのニーズに十分こたえる体系となっているのか、そこでの地域福祉との関係をどのように展望していけばよいのか、などについて先の厚生労働省の報告書(2009)などをもとにその方向を検討して行くことが課題となる。そこで、まず、包括センターの沿革と現状から見て行くこととする。

第2節 前身機関としての在宅介護支援センター

包括センターの前身機関としての在宅介護支援センター(以下、「在介」)は、1989年に発表された『高齢者保健福祉推進10カ年戦略(ゴールドプラン)』⁴⁾で整備されることが示された。

『在宅老人デイ・サービス事業実施要綱』(1990年)では、在介の目的を「在宅のねたきり老人等の介護者等に対し、在宅介護に関する総合的な相談に応じ、在宅サービスが総合的に受けられるように市町村等関係行政機関、サービス実施機関との連絡調整等の便宜を供与し、もって地域の要介護老人及びその家族の福祉の向上を図ることを目的とする」としている。

1994年に『在宅介護支援センターの運営事業実施要綱』が改正され、職員の責務として、「在宅介護支援セ

ンターの職員は、本事業の果たすべき役割の重要性に鑑み、各種研修会及び異職種との交流等あらゆる機会をとらえ、＜個別処遇計画（ケースマネジメント）等の技術に関し＞自己研鑽に努めるものとする」と規定された。また、同年、老人福祉法第20条7の2に「老人介護支援センター」として規定されるようになった。

同年12月に『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』⁵⁾において、介護保険の導入、ケアマネジメントの必要性などが述べられ、これを受け、1995年11月に、全国在宅介護支援センター協議会は、「在宅介護支援センターは福祉や保健、医療の専門職を持ち、また相談機能、調整機能をその本旨としていることから『新たな高齢者介護システム』において、在宅介護支援センターはケアマネジメントの中核機関たりうると考えている」と表明⁶⁾した。

しかし、1996年に発表された老人保健福祉審議会報告「高齢者介護保険制度の創設について」⁷⁾の内容は、在介は、ケアマネジメントの中核機関ではなく、ケアプラン作成機関の一機関にしかすぎないことを示すものであった。

1997年7月には、厚生省介護保険制度準備室から「介護保険給付の対象となるサービスについては、介護保険導入後においては、国庫補助金制度は廃止され、介護報酬による支払に切り替わることが原則となる」と示され、そのサービスの中に「在宅介護支援センター運営事業」もあげられた。

これは、在介にとって、収入の殆どを介護報酬で得なければならないことを意味し、可能な限り多くのケアプランを作成して介護報酬を得ることが存続のための唯一の道となったことを示しており、2000年4月に介護保険法が施行されて以降、多くの在介は居宅介護支援事業所化していくことになり、総合相談支援や地域連携などの本来的な役割を果たすことが困難となっていった。

2004年7月の社会保障審議会介護保険部会による『介護保険制度の見直しに関する意見』では、包括センターの創設を検討すべきであるとされ、同年11月の全国介護保険担当課長会議では、老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業、在宅介護支援センター運営事業の3事業を再編して「地域支援事業」を創設することが示され、2005年4月の全国介護保険担当課長会議において、地域支援事業の中の必須事業を、介護予防事業、包括的支援事業とし、任意事業として、介護給付費適正化事業、権利擁護事業、家族支援事業とし、包括的支援事業であ

る介護予防マネジメント、総合相談・支援事業、地域ケア支援事業が包括センターの事業とされた。

そして、2005年6月、権利擁護事業を必須事業とするかたちで『介護保険法等の一部を改正する法律』が可決、成立し、在介の取り扱いについてははっきりとした方針が示されることがないまま、2006年4月、包括センターが制度化⁸⁾されたのである。

第3節 2006年度改正と地域包括ケアシステム

介護保険法の経緯と実績を踏まえるとともに、団塊の世代が65歳の高齢者となり介護保険サービスの利用者となり始める2015年、さらにこれらの世代が75歳を迎え後期高齢者となる2025年という高齢化の推移をもとに、これから求められる高齢者の将来の生活や介護のあるべき姿を見据えて、介護保険制度の抱える課題への対応を図るために行われたのが2006年度の改正である。

この改正では、支援を必要とする高齢者の変化に対応したケアの改革、制度の持続可能性と給付の効率化・重点化、地域生活の継続性を支える包括的ケアシステムを進めるために、「明るく活力ある超高齢者社会の構築」「制度の持続可能性」「社会保障の統合化」の3点を基本的視点としているが、改正の主な内容についてはすでに述べたところである。

この改正では「地域」というものが重視され、「地域包括ケアシステム」の中核機関として創設されたのが包括センターである。先に見た厚生労働省地域包括ケア研究会の報告書によると、地域包括ケアシステムとは、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域で、個々人のニーズに応じて、医療・介護等の様々なサービスが適切に提供できるような地域での体制である」⁹⁾とされており、このような提言を地域でどのように具体化していくかが課題となる。

地域での生活は公的なサービスだけでは支えられるものではなく、高齢者本人の自助努力を基本としながらも、家族の助け合い、介護保険や障害、医療サービスなどのフォーマルサービス、NPOや地域組織、地域の支え合いなどの地域コミュニティの役割を含めたインフォーマルサービスなどを活用しながら、地域における福祉や保健、医療、そして地域組織や住民などの多様なつながりのなかで成立するものである。地域包括ケアの提供にあたっては、個々の高い能力と同時に、何よりも保健・医療・福祉の専門職、専門機関の相互の連携、地域住民の支え合いやボランティア等の住民活動などのイ

ンフォーマルな活動を含めた、地域の様々な社会資源の統合、ネットワークの構築が重要となる。

第4節 中核機関としての地域包括支援センターの機能

介護保険法第115条の45第1項には、「地域包括支援センターは、前条第一項第二号から第五号までに掲げる事業（以下「包括的支援事業」という。）その他厚生労働省令で定める事業を実施し、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設とする」と規定されており、「地域包括ケア」の中核機関として位置づけられている。包括センターの基本機能としては、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント、介護予防ケアマネジメントがある。

総合相談支援業務は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うものであり、具体的な内容としては、総合相談支援、地域実態把握、地域ネットワーク構築である¹⁰⁾。

権利擁護業務は、高齢者等が地域生活に困難を抱えた場合には、高齢者が、再び地域において尊厳ある生活を取り戻すとともに、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行うものであり、具体的な内容としては、成年後見制度の活用促進、老人福祉施設への措置の支援、高齢者虐待への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止である¹¹⁾。

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、ケアマネジャー、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、地域において多職種相互の協働・連携により、高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していくことであり、具体的な内容としては、包括的・継続的ケア体制（ネットワーク）の構築、地域のケアマネジャーへの支援¹²⁾である。

介護予防ケアマネジメント業務は、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続できるように、利用者のできることを利用者と共に発見し、利用者の主体的な活動と参加意欲を高めることを目指し、高齢者の心身の状況や生活環境、生活機能低下が生じた原因に応じた総合的かつ効果的な支援計画に基づき、要介護状態にならない

ために介護予防施策を行うことであり、一般高齢者および特定高齢者への介護予防事業に関するケアマネジメント、介護保険の要支援者に対する予防給付に関するケアマネジメント¹³⁾である。

包括センターは、主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師などの多職種協働により、その専門知識や技能を活かし、地域の各種サービスや住民活動の連携体制を構築し、日常生活圏域において地域包括ケアシステムを有効に機能させ、高齢者はもとより、全ての地域住民が安心安全に暮らし続けることのできる地域を作っていくことが重要な役割となっている。したがって、システムを地域に密着し機動的に運営していくためにも、各主体、例えば社会福祉士や保健師が地域でどのような役割を担っていくかがこのシステムの運営にとって重要となる。そこで、包括センターの現状とそこで浮上してきたいくつかの課題について次章で検討して行くこととする。

第2章 地域包括支援センターの現状と課題

第1節 地域福祉関係者の認知度をめぐる課題

先にも見たとおり、包括センターは、地域包括ケアシステムの中核機関であるとともに、地域住民の様々な相談に対応し、相談者と共に問題解決を図り、解決が困難な事例についてはワンストップで他の専門機関へと繋ぐ、協働して解決に当たる、などをしていく地域の身近な相談窓口である。

しかし、包括センターは制度開始から現在まで、地域住民や関係者からの認知が低い状況が続いている。設置当初は、高齢者福祉の関係者においても、要支援者に対するプラン作成をする機関として認識されており、包括的支援業務を行うという認識は非常に低いものであり、他分野の福祉関係者においては、「名前は知っているが何を業務にしている機関か分からない」という状況であった。福祉関係者がこのような状況であるならば、当然のことながら、地域住民においては、包括センターの業務の内容はもちろんのこと、名称、存在自体も認識されていない状況であったと思われる。

設置5年目を迎え、高齢者福祉の関係者においては、概ね業務内容や機能を認識されるようになってきており、また、医療関係者や他分野の福祉関係者においても認知度は上がってきているが、依然として、地域の住民や関係者における認知は低い状況が続いており、地域

の身近な相談窓口としては十分に機能していないと考えられる¹⁴⁾。

現状では、多くの市町村や包括センターにおいては、パンフレットや広報誌などを作成して広報活動を行っているが、窓口での設置や配布といった方法では、認知度の向上には繋がっていないと考えられる。また、町内会や老人クラブ、民生児童委員会等の役員会等の会議に参加することにより、広報活動を行っているが、その効果が出席している役員等に止まったり、出席者にも認識されないこともあり、当然のことながら会員全体には浸透していない。

今後の広報活動においては、広報誌やパンフレットによる広報活動はもとより、会議等に出席する場合においても、「地域包括支援センター」という名称や制度の説明だけでは記憶に残りにくいと考えられるので、まずは、地域の実態を把握することに努め、その中から地域の特性や課題を明らかにし、包括センターはその課題解決に向けて、自治会や民生児童委員会と協働してどのようなことができるのかを説明していくこと、地域の住民や住民組織が包括センターを利用し、包括センターが地域の組織を利用できる関係を構築していくことが重要であると考えられる。

第2節 包括的・継続的ケアマネジメントとネットワーク構築の課題

包括的・継続的ケアマネジメント支援における地域ネットワークの構築は、地域包括ケア体制の構築において最も重要な事業である。しかし、多くの包括センターにおいて、地域ネットワークの構築が進んでいないのが現状である。

地域ネットワークの構築において連携が必要な関係機関としては、市町村や警察署、消防署などの行政機関、社会福祉協議会（以下「社協」という）やNPOなどの地域支援団体、病院や診療所などの医療機関、居宅介護支援事業所や訪問介護事業所、介護保険施設などの介護保険事業所、医師会や看護協会、社会福祉士会や介護支援専門員協会、弁護士会や司法書士会など職能団体、民生委員児童委員会や保護司会などの地域での相談員組織、そして、町内会や家族会などのサービス利用者や家族、地域住民などの多方面にわたる。

包括センター設立当初は、ほとんどの包括センターにおいて、日々、介護予防給付業務に追われ、保険者である市町村との連携体制は構築されていたものの、その他

の機関との地域ネットワークの構築に取りかかることは困難であったと考えられる。また、在介から移行した包括センターにおいては、十分ではないにしろ、在介当時のノウハウを持っていたが、新規に包括センターを受託した場合においては、地域との関係性は薄く、また、ネットワーク構築のノウハウもない状況であり、かなり負担が大きくなったと考えられる。

現状では、多くの包括センターにおいて、居宅介護支援事業所や訪問・通所サービス事業所などの在宅介護サービス、病院のソーシャルワーカーなど医療・福祉関係者との連携体制が次第に構築されてきていると思われる。

今後の課題としては、地域に向けて、さらに高齢化が進行していくなかにおいては、地域包括ケアを実践していくことが重要であり、そのためには、支援を必要としている高齢者等に最も近い存在である地域住民の力が必要であるということを訴えていき、民生児童委員会や町内会、NPO 団体などのインフォーマルな組織とのネットワークなど有機的な連携体制を構築していくことが必要であり、その際に重要な役割を果たすのが社協であると考えられる。

社協は市区町村に1か所設置されており、民間の社会福祉法人であるが、行政との関係が非常に強く、地域住民や福祉関係者の協力のもと活動する「地域福祉の推進主体」という面と行政との協働により地域福祉を支えていく「公共性の支援主体」という面を持っている。社協の事業は、行政や民生児童委員、ボランティアとの関係なしでは成り立たない。社協は今までの活動を通して、非常に大きな地域組織化のノウハウを持っており、今後の地域ネットワークの構築においては、社協との連携において、そのノウハウを有効に活用していくことが重要であると考えられる。

第3節 介護予防事業における課題

介護予防事業は、介護保険制度の持続可能性の観点から包括センターの重要な事業である。この介護予防事業における問題点としては、特定高齢者施策および介護予防給付についての2点があげられる。

特定高齢者施策における介護予防効果については、「効果あり」という見解が多い。しかし、これはあくまでも、特定高齢者施策への参加者に対しての評価であり、一概に施策全体の評価に値するものでないと考えられる。厚生労働省の予測では、特定高齢者は全高齢者の5%と

なっていた。確かに、この予測のとおり、特定高齢者が特定高齢者施策へ参加すれば、かなりの効果があるとの評価ができるが、現状では、多くの市区町村において、特定高齢者施策への参加者は非常に少ない状況である¹⁵⁾。

特定高齢者の把握については、概ね、老人保健事業における基本健康診査での基本チェックリストと生活機能評価で、運動器、栄養改善、口腔機能、閉じこもり予防、認知症予防、うつ予防の項目において、生活機能の低下が疑われる者として特定高齢者候補を選定した後、特定高齢者を選定して施策への参加者を決定している。

特定高齢者として認定された人に対しては、行政から特定高齢者に決定した通知および特定高齢者施策への参加の呼びかけが行われている。また、包括センターの保健師等において、郵便や電話、訪問を通じて特定高齢者施策への参加の呼びかけが行われている。

しかし、行政からの特定高齢者の通知だけでは自身が特定高齢者に選定されたということが分かりにくく、高齢者自身が特定高齢者として認識ができていない状況がある。また、それに伴い、保健師等からの参加の呼びかけについても、何の呼びかけなのかを理解することができず、逆に怪しい勧誘等と錯覚し、不信感を招く結果になることもある。

また、特定高齢者施策への参加の判断は本人の自己決定であり、特定高齢者でも比較的身体的機能が維持されている高齢者については、施策への参加の必要性を感じることが低く、特定高齢者でも比較的身体機能が低下しており、要支援状態に近い人や介護保険の申請を行えば要支援等と認定される可能性が高い人においては、参加そのものに負担感を抱くことになり、施策参加につながっていないという状況になっていると考えられる。

特定高齢者施策は市町村によって異なるが、概ね3か月又は6か月を1クールとして施策が実施されている。しかし、この施策を終了した後のフォロー施策が整備されていないのが現状であり、施策による介護予防の効果が持続しない可能性がある。

次期介護保険計画では、特定高齢者施策の全体的なあり方を再考し、高齢者にとって解りやすく、自発的に参加できる介護予防施策の実施が必要となる。

予防給付については、制度化からしばらくの間、多くの包括センターでは、予防給付業務にすべての職員が翻弄され、全体業務量のかなりの割合を占める状態であった。

自治体によっては、1人あたりの予防プラン作成件数

の上限設定や予防プラン作成業務専従職員を配置するなどして、幾分か介護予防給付業務の状況も落ち着きを見せてはいるが、依然として全体業務量に占める割合は高い状況であると考えられ、包括的支援業務の実施に影響を与えていると考えられる。現状では、法的に予防給付について包括センターの職員1人当たり作成数の上限は設定されておらず、各包括センターの判断に委ねられている。

居宅介護支援事業所のケアマネジャーへ委託することも可能となっているが、ケアマネジャー1人に対して8件までとされている。また、予防給付業務は要介護者のプラン作成業務と比較しても同様の時間と手間を要するにも関わらず1件当たりの給付単位数は412単位と要介護者のプラン作成と比較してかなり低く設定されているために、居宅介護支援事業所が委託を敬遠することもあり、小さな地域では事業所数が少なく委託が出来ない等の問題もある。このような状況により、予防給付の委託が困難になっていることも全体業務に占める割合が高い要因であると考えられる。

予防給付については、包括センター職員については、介護支援専門員の資格を有しなくてもプラン作成を行うことができ、予防プラン作成業務専従で職員を配置する場合にもケアマネジャーの資格は必要がない。しかし、前記のとおり、予防給付を委託する際には、居宅介護支援事業所のケアマネジャーのみとされている。

ケアマネジャーの資格を持たない職員や保健師や社会福祉士として経験が浅い職員が配置されている場合においては、居宅介護支援事業所やサービス提供事業所、医療機関等からの信頼を得にくい状況になると考えられる。

また、地域包括支援センターでは要支援者に対してのみプラン作成を行うこととされており、利用者が要介護へ移行になった場合には、必然的に居宅介護支援事業所のケアマネジャーへケースを引き継ぐことになる。プランを作成する担当者が途中で変わることは、利用者や家族等に大きな不安感を与えることにつながり、また、継続的・包括的ケアを行っていくという観点からも、決して望ましいことであるとは考えられない。

次期介護保険計画において、現行どおり予防給付を介護保険給付の対象とするのであれば、予防給付の報酬をアップさせるとともに、上限の設定なく居宅支援事業所のケアマネジャーが予防給付においても担当できるようにすることが必要である。

第4節 運営体制と職員の現状

運営体制における課題としては、人員配置、運営費（委託費）、センターの設置数、運営協議会の問題等があげられる。

包括センターの人員配置については、介護保険法施行規則第140条の52第1項に「包括的支援事業を適切に実施するため、原則として、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員を置くこととする」と規定されている。そして、同規則第140条の52第1項第2号に「専らセンターの行う業務に従事する職員として、1つのセンターが担当する区域における第一号被保険者の数がおおむね3000人以上6000人未満ごとに置くべき職員数は、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員（これらに準ずる者を含む。）それぞれ各1人とする」と規定されている¹⁶⁾。

このように、包括的支援事業と指定介護予防支援事業の2事業を保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3名で行うことになっており、この人員配置では十分な事業の実施はかなり厳しいと考えられる。

運営費については、介護保険法施行令において、地域支援事業全体の予算として介護保険給付額の3%と規定されており、包括センターの運営費（委託費）はその一部となり、3職種の人件費や事務費等を考慮すれば、十分なものとは言えず、要支援者のプランの増加や事業の充実をはかるために、プラン専従の職員等を配置するとすれば、プラン作成による介護報酬の増加額と比較して、新規の職員を配置する人件費が上回ることになり、運営を圧迫することになる。

また、市町村の財政状況を考慮すると、現状以上の増額は困難であり、職員の報酬はかなり低い水準で推移し、人員体制の安定の観点からすると、経験のあるスキルを持った職員の離職につながり、包括センター機能の低下につながることも考えられる。

包括センターの設置については、日常生活圏域ごとに設置することになっている。しかし、日常生活圏域の設定については、市町村の判断に委ねられており、必ずしも高齢者の日常生活圏域に合致しない設定になっている場合もあり、高齢者が包括センターを利用したくても、利用につながらない要因になっていると考えられる。

日常生活圏域の設定については、高齢者の日常生活範囲を考慮した場合、小学校区を目安に設定することが望ましいと考えられる。その意味では、岡山県総社市における小地域ケア会議を中核にした地域包括ケアシステム

の実践は非常に注目できるものである（横山,2010）。

包括センターの運営については、地域の関係者全体で協議し、評価する場として、市町村に地域包括支援センター運営協議会（以下、「運営協議会」）が設置されている。包括センターの運営に当たっては、その方針について、運営協議会の議を経ることとし、公正・中立を確保しつつ、その円滑かつ適正な運営を図らなければならないとされている。

協議の対象となる項目としては、圏域の設定や法人への委託についてなどの設置等に関すること、事業内容が公正・中立に行われているかの評価などの運営に関すること、職員の確保に関すること、その他の地域包括ケアに関すること、などである。しかし、運営協議会の開催が年1回やほとんど開催されていない市町村もあり、開催されたとしても、審議内容が事業計画や予算案の承認、事業報告などに終始し、上記の事項が協議されることはなく機能を果たしていない場合も多い。

包括センターの責任主体は市町村であり、包括センターとの連携のもと、包括センターの機能を活用し、地域の特性に即した地域包括ケアを実現することになるが、現状では、事業を委託した場合には、運営を委託先にまかせっきりになってしまい、運営に適切に関与していない状況であると考えられる。包括センターの業務においては市町村の協力が不可欠である。市町村は、包括センターに関係する部署間が連携をすることにより支援体制を構築し、適切に支援していくことが地域包括ケアの実現につながるのである¹⁷⁾。

むすびにかえて

以上、包括センターをめぐる現状と課題についていくつか見てきたが、今後への課題を如何に展望していくか。先に見た厚生労働省地域包括ケア研究会の報告書に示された包括センターの役割の拡張と明確化についての内容について見ると、今後の地域包括ケアにおける包括センターについてのいくつかの課題が提起されている¹⁸⁾。

この提言は2025年に備えてのものであるが、包括センターは第2章に記した課題以外にも多くの課題を抱えており、2025年まで現在の運営体制や関係制度を継続していくことは、包括センターの本来的な機能を失わせ、「第2の在介」になりかねない。

2015年には団塊の世代が65歳迎え高齢者となる。必然的に地域で暮らす高齢者も増加し、包括センターの役割は今以上に重要なものとなる。しかし、包括センターは、

現状を考えると、多くの課題を整理・解決しなければ、その機能と役割を拡張することは困難である。

2012年から始まる、第5期介護保険計画においては、包括センターの、包括的支援事業と指定予防介護事業の2枚看板を解消し、包括センターを包括的支援業務に専念できる体制にすべきであり、そのためには、居宅介護支援事業所への委託8件枠の撤廃と報酬面での改善など、予防給付のあり方について検討する必要があると考えられる。

包括センターの目指す姿は、有機的な地域ネットワークを活かし、高齢者のみではなく、地域のあらゆる相談から問題解決までを担う機関となるべきである。そのためには、地域福祉の推進主体である社協や地域共同体との連携体制を構築し、包括センターをより地域に密着したものとしていく必要がある¹⁹⁾。

本稿では、先行研究や播磨地区のいくつかの包括センターの調査をもとに、厚生労働省の報告書を参考にして包括センターの現状と課題について総括的な考察を行ったが、今後は、各地域で活動する包括センターの実態についてさらに詳細な調査を行い、そこでの問題点と課題を整理し考察を深めて行くことを課題としたい。

注)

- 1) 総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメントの業務を指す。
- 2) 厚生労働省地域包括ケア研究会(2009)P 8～9,20
- 3) 坂本忠次・住居広士編著(2006)第1章参照。
- 4) 1999年までに各中学校区に1か所の割合で、全国に1万か所の設置が目標とされた。
- 5) この提起後、在介そがケアマネジメントを行うという認識が強くなり、介護保険導入に向けて地域の拠点となっていくために、ケアマネジメント能力を高め、関係機関との連携をとり、基盤整備を進める動きが見られてきた。春名苗(2007)P22
- 6) 5) 春名苗P22
- 7) ケアプラン作成機関は、「介護支援担当者を配置していることなどを要件として、保険者自身が設置・運営するもののほか、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、ヘルパーステーションなどの在宅サービス機関、介護施設、診療所、病院等の医療機関が設置運営するものについて、申請に基づき幅広く認めていくことが適当である」と述べられた。武田誠一(2005)P326

- 8) 在宅介護支援センターを残したまま、ほぼ同じ役割を果たす地域包括支援センターが設置された。
- 9) 厚生労働省地域包括ケア研究会(2009)P 4、この提案でいくと小学校区などを単位とした「小地域ケア会議」などの提案が一つの方向とも考えられる。後述の注19)横山奈緒枝(2010)も参照。
- 10) 厚生労働省老健局(2007)P23～24, P33～64
- 11) 10) 前掲, P25～26, P65～88
- 12) 10) 前掲, P27～28, P89～117
- 13) 10) 前掲, P29～31, P119～186
- 14) 包括センターは、ワンストップ相談機関として他の機関へ繋いでいくことが本来の流れであるが、相談者の多くが一度、行政機関や介護保険サービス事業所などの他の機関へ相談にいった際に紹介され、包括センターに相談来到ということが多く、相談者は2か所の機関に足を運ぶという不効率的な状況になっている。
- 15) 「日本経済新聞」2010年5月8日記事。
- 16) 同規則第140条の52第1項第3号には、第1号被保険者が3000人未満の市町村に設置する場合等について規定されている。
- 17) 第2章は以下の先行調査および研究を参照し、筆者山里が兵庫県播磨地区のA、B2か所の地域包括支援センターに対して実施した「地域包括支援センターの現状と課題について」の聞き取り調査から明らかになった課題点から、特に重要な課題であると考えられる、地域との関係性、地域ネットワーク、介護予防、運営体制の4点について考察を行ったものである。内田充範(2009)13-26、久末久美子、飯島紀子(2008)27-37、西浦功、久末久美子、中村康子、若狭重克、飯島紀子(2008)65-79、畠山輝雄(2010)、栃木県保健福祉部高齢対策課(2010)、広島県介護予防市町村支援委員会地域包括支援センター機能強化部会(2009)、岩手県地域包括・在宅介護支援センター協議会(2007)などを参照。
- 18) 2) 前掲, P 8～9
- 19) 例えば、横山奈緒枝(2010)に見られる岡山県総社市の小学校区を単位とした「小地域ケア会議」を中心にした地域包括ケアシステムの構築などの方向への評価は、今後の地域包括支援センターのあるべき方向を示唆したものと受け取ることができる。これらを含め、今後、地域包括支援センターの活動単位を含めた地域の事例調査を行うことなどにより詳細な調査が必要とされるだろう。

参考文献

- 春名苗（2007）「在宅介護支援センターから地域包括支援センターまでの変遷」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』5,17-27
- 畠山輝雄（2010）「改正介護保険制度移行後の介護保険サービスの実態に関する調査」日本大学文理学部地理学科「介護保険制度下における地域福祉の検証プロジェクト」
- 広島県介護予防市町支援委員会地域包括支援センター機能強化部会（2009）「地域包括支援センターの現状と課題，必要な取組について（提言）ー地域包括支援センターの機能強化に向けてー」
- 久末久美子，飯島紀子（2008）「北海道における地域包括支援センターの現状と課題～実態調査から見る社会福祉士の活動実践」『北翔大学人間福祉研究』11,27-37
- 岩手県地域包括・在宅介護支援センター協議会（2007）「地域包括・在宅介護支援センターに関するアンケート調査報告書」
- 厚生労働省地域包括ケア研究会（2009）「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」
- 厚生労働省高齢者介護研究会（2003）「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」
- 厚生労働省老健局（2007）『地域包括支援センター業務マニュアル』
- 西浦功，久末久美子，中村康子，若狭重克，飯島紀子（2008）「高齢者を支える地域支援ネットワークの構築に向けてー北海道地域包括支援センター調査からー」『北翔大学人間福祉研究』11,65-79
- 坂本忠次・住居広土編著（2006）『介護保険の経済と財政』勁草書房
- 副田あけみ（2004）『介護保険下の在宅介護支援センター ケアマネジメントとソーシャルワーク』中央法規出版
- 社団法人日本社会福祉士会地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会編（2006）『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』中央法規出版
- 高山由美子（2005）「介護保険制度改革における地域包括支援センター（仮称）をめぐる動向」『テオロギア・ディアコニア（ルーテル学院研究紀要）』38,125-151
- 高橋紘士編（2008）『地域包括支援センター実務必携』オーム社
- 武田誠一（2005）「在宅介護支援センターの役割とその変遷に関する一考察」『新潟青陵大学紀要』5,321-332
- 栃木県保健福祉部高齢対策課（2010）「地域包括支援センターの機能強化に向けて」
- 内田充範（2009）「地域包括支援センターにおける社会福祉士の役割ー職歴の異なる3社会福祉士へのインタビューからの考察ー」『山口県立大学社会福祉学部紀要』15,13-26
- 横山奈緒枝（2010）「住民主体を基軸とした地域包括ケアシステムの構築ー岡山県総社市にみる地域協働の軌跡ー」日本地域福祉学会『地域福祉実践研究』創刊号，所収

