

介護保険における地域包括ケアシステム

鏡 論*

要 旨

介護保険制度がスタートして、13年となった。その間様々な見直しが行われ、保険者では2012年から第5期介護保険事業計画がスタートしている。2009年の民主党政権において、社会保障と税の一体改革があり、社会保障国民会議での議論がスタートしたが、2012年には、自民党が政権を奪還、8月6日に社会保障国民会議は自民党政権に対して、報告書を提出した。このように、たび重なる政権交代が、社会保障改革に与える影響は少なくない。社会保障改革が政争の具となり、その時の政権が抜本的な改革を謳いながらも、現実将来の安心できる社会保障の姿を示したものとは言えないものとなっている。

そうした、社会状況の中であるが、2015年からの第6期介護保険事業計画の策定に向けて、改革が進められようとしており、その中心的地域包括ケアシステムについて考察するものである。

1. はじめに

介護保険は、高齢者をはじめとした要介護者が何らかの理由で介護が必要になった時、介護の必要な人がサービスを使いながら自立した生活を営めることを目標に作られた制度である。2011年度の介護保険総額は前年度より5.1%多い8兆2,253億円となり、2000年に制度が創設され、2000年の3.6兆円の2.3倍の8兆2,253億円と、初めて8兆円を超えた。

給付費の総額は、7兆6,298億円であり、要介護認定者数は2012年3月末日現在約531万人が受けている大きな制度となった。

人それぞれ生活の質は異なっているため、どの程度のサービスで自立した生活をおくる事が出来るかは、当然のことであるが人により異なる。したがって介護保険制度のサービスを受けてもなかなか生活が立ち行かない人もいれば、介護保険の制度内のサービスによって安心して生活を送れる人もいる。社会保険制度では、給付と負担の大きさが常に問題となる。

*コミュニティ政策学部 教授

もちろん理想とすれば負担が無いならばサービスは大きい方が良くであろう。しかし、現実には負担があり、誰がどの程度負担するのが常に大きな問題になる。したがって給付は、大きいだけが良いとはならない。常に給付に対する負担の大きさを考えていかなければならないのである。

日本国憲法は25条で、「すべて国民は、健康で文化的最低限度の生活を営む権利を有する」とあるように、社会保障の仕組みは、人として文化的で最低限度を国の責任として提供するものである。したがって、公共政策の基本に立てば、文化的な最低限度の生活を営める仕組みとして、ナショナルミニマムを実現するために社会保険制度としての介護保険が設けられたとも言える。その結果介護保険創設後のアンケート調査では、概ね7割の人が介護保険を評価していた。

しかし、介護保険がスタートして13年が経過したが、その間2回の大きな改正があり、給付は縮小方向で見直され続けた。それにも関わらず、負担は増加し続けている。負担増を嫌う政治的な背景から、給付は縮小傾向にあり、そのため当初受けられていたサービスがカット・縮小され、制度が変更され今日まで来た。2013年8月6日に報告書を政府に提出した社会保障国民会議によれば、介護保険においては軽度支援者にかかる給付を介護保険給付から市町村事業に組み込み事が検討をされている。

合わせて、根本的な性格についての議論が行われていない。介護保険は社会保険として、高齢者の生活を支える仕組みである。したがって、保険給付に該当するか否かを判断する要介護認定を受ける必要がある。そこで、認定に該当しないければ、保険給付は受けられない。保険原理に基づけば、当然である。しかし、地域で生活する人の中には、虐待や認知症のように意思表示が出来ない人や所得が低くて保険料や1割の自己負担が出来ない人がいる。それらは本来福祉制度で支えるべき対象であり、社会保険の給付に該当しない人となるのである。

2015年に予定されている改正の影響で給付該当者が多く出るとすれば、セーフティネットたる福祉の受け皿は、介護保険制度とは別に用意しなければならなくなるという問題が発生する。そうした、防貧と救貧の線引きが曖昧に行われている点も、今日の課題である。

そうした、給付の大きさや負担の見直しなどで、介護保険制度改正が続いている。結果として、それまでの介護保険に対する信頼も薄れてきた。給付の見直しによりサービスが足りず、安心した生活が維持できなくなり、介護保険に失望したという声も少なくない。利用者の中には、これまでなんとか介護保険を使いながら、仕事を辞めずに来たが、要介護認定が変更になった事で訪問介護の回数を少なくしなければならず、その穴埋めのため、仕事を辞めるまたは変わったという人も出た。さらに介護現場で働いている人達は、低賃金と時間内業務の密度を高めざるを得ないため、介護離職が相次いでいる状況があり、これからさらに

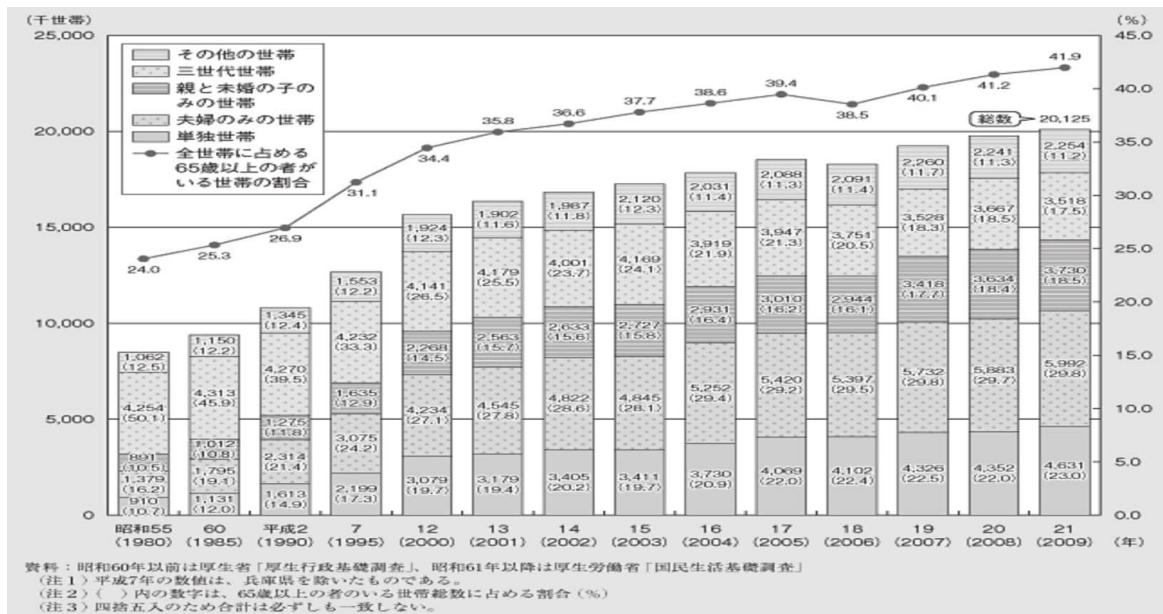


図1 65歳以上の者のいる世帯数及び構成割合（世帯構造別）と全世帯に占める65歳以上の者がいる世帯の割合

高齢化率が進展する状況下で、介護労働者の不足が懸念されている。また、在宅医療環境や認知症高齢者に対する支援、さらに施設入所希望者等の希望に対してサービス給付は、今日必ずしも十分とは言えない状況がある。

多くの人がそうであるように、一般的には人生半ばで結婚し家族を作る。しかし、子供や兄弟と同居しない限り、最後は妻または夫が残る、一人暮らしとなる。制度創設時は、25%程度であった一人暮らし高齢者は30%（平成24年度版高齢社会白書：2010年平成22（2010）年には男性約139万人、女性約341万人、高齢者人口に占める割合は男性11.1%、女性20.3%となっている）と大幅に増えた。現在の介護保険をはじめとした給付で、一人暮らしをしている70代・80代の高齢者が、仮に要介護状態になった時、サービスを使ってそのまま在宅で暮らし続けることができるかと考えると、介護の状況によるが、現状はかなり難しいと言わざるを得ない。その点では、要介護3になっても一人暮らしが出来る給付サービスを制度が支援していく必要がある。高齢化率は、2025年には30%、2055年には40%近くに達すると予測されているが、介護保険制度はこの超高齢社会に対応した制度であるのだが、現行の給付で生活を支えることが可能か？もし不足しているのならば、それはどの部分で、どの程度の給付を提供すべきなのか。それを、誰が負担するのか。そのように、どこまでの範囲を公的責任とするのかを改めて整理すべき時期にきている。特に、年金を含め多くの社会保障の仕組みが、賦課方式を採用しているが、若い世代が支えきれぬのかを、改めて議論していかなければならない。

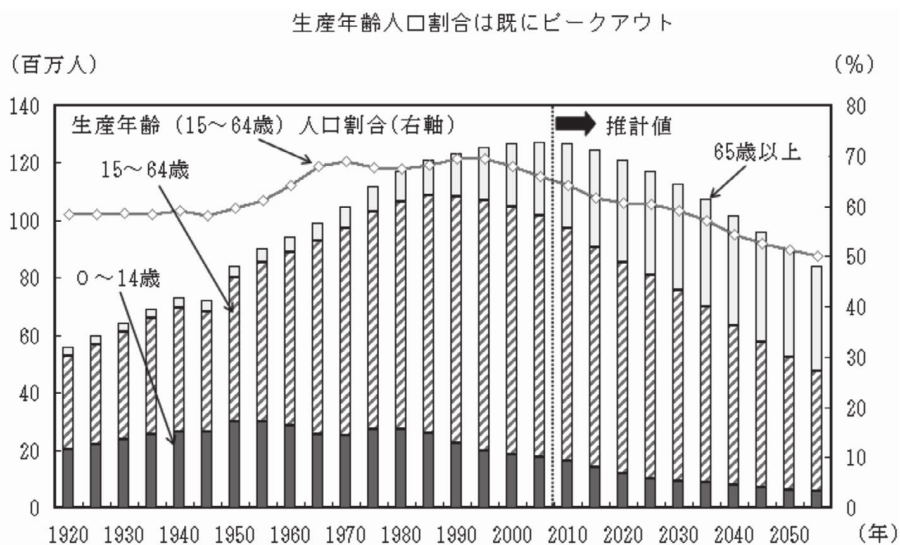
第5期介護保険事業計画の策定にあたって、保険料が平均で月5,000円を超えたとの試算

があった。2012年の介護保険法の改正は、診療報酬の改定も予定されていたため、同時期に診療報酬と介護報酬の改定が行われ、高齢者をはじめ国民の負担が大きくなるのではないかと注目を集めた。特に、負担に耐えきれない高齢者をはじめとした世帯が出現するのではないかと、あるいは生活を維持していく事が難しくなるのではないかと等の懸念があった。しかし、社会保障全体の給付バランスを見れば、圧倒的に高齢者に有利な給付実態がある。しかも、65歳以下の人々には給付に請願がある介護保険制度は、特に若い人々の理解が必要なのである。したがって現状は、負担が大きく将来の給付が危うい若年層からは批判の声が上がっている。その点からは、世代間のバランスをいかに公平なものにしていくかの見直しは必至であろう。特に、社会保障の中で、最も大きな財政規模である年金制度の場合「祖父母にあたる1940年生まれと、孫にあたる2010年純受給額の格差は、実に6,290万円にも上る。」(鈴木 亘著、年金問題は解決できる！日本経済新聞出版社) それらの現象から安心して暮らせる社会とは何か？介護保険はその安心を賄いうる制度なのか？維持すべき内容は等、様々な議論を重ねる必要がある。本書では、それらの介護保険スタートからの制度を俯瞰し、現在及び将来に向けて、介護保険がどのような役割を担っていくべきかを改めて構想するものである。

第1章 介護保険とはどのような制度か

1. 介護保険とは

介護保険制度は、21世紀の超高齢社会を控えた2000年に制度化された。寝たきりの高齢者



(備考) 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」により作成。

図2 日本の人口推移と将来推計人口

や認知症高齢者の増加、介護の長期化など、介護の必要性は高まった。国民の老後の最大不安要因は、本人や配偶者が病気や老衰で介護が必要な状況になった場合に、誰が支えてくれるのかという問題である。

これまでは、介護の必要な高齢者は家族が支えてきた。しかも、その多くを女性が担ってきた。さらに、従来行われてきたのは「看取りの介護」（参考：岡本祐三著介護の教室）であり、人々が安心して高齢期を送るための「暮らしの介護」ではなかった。核家族化、介護する家族の高齢化、男女共同参画社会の推進など、夫婦ともに仕事を待って働く事により、家族だけで介護を必要とする高齢者を支えることは難しくなった。

さらに、この後2025年には3人に一人が65歳以上となる超高齢社会では、介護を社会全体で支えあう仕組みが必要となった。そのような社会的な要請から、2000年（平成12年）に介護保険制度が創設されたのである。

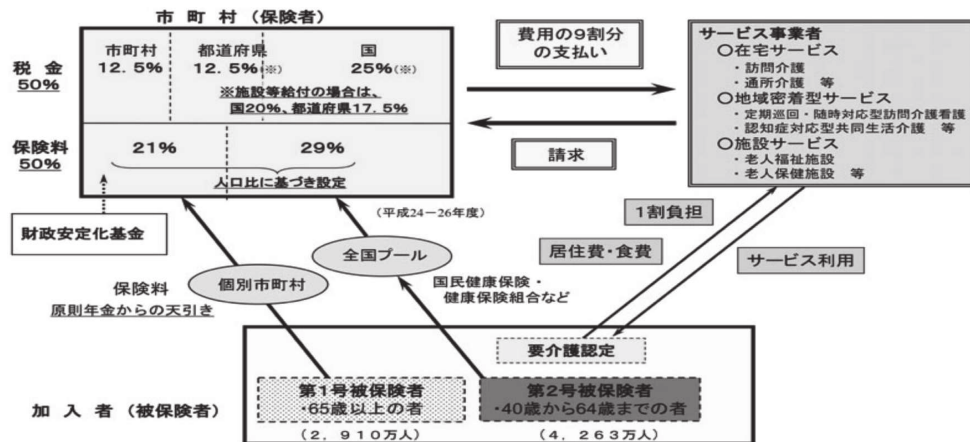
2. 介護保険の給付と負担

介護を必要とする高齢者は年々増加しており、それを社会で支えていくためには、福祉制度において公費負担が財政的に賄えなくなった。公費を主な財源とする福祉制度では、給付の対象者を絞り、サービスの種類は少なく、結果として生活を支える環境は整っていなかった。それは家族で介護する社会が前提であったため、社会的な受け皿をそれ程必要としていなかったのでもある。しかし、介護は誰もが起こり得るリスクである。その時にこれまでのように介護を家族だけに押し付ける社会構造から変化が必要とされたものである。誰もが必要となる可能性のある介護に対して、自分の親が介護を意識する40歳以上の国民が連帯して保険料を支払い、社会的な安心を担保する仕組みとして制度化された。（介護保険法129条）

制度創設の際には、障害者に対するサービスを一体的に提供するのか、何歳から保険料を負担すべきか等が議論となった。それは、制度改正の議論があるたびに検討をされてきたのである。2006年に行われた介護保険法改正の際には、障害者福祉制度と統合して、保険者を20歳以上に引き下げること検討されたが、障害者団体からの反対もあり、現在のように65歳以上が第1号被保険者、40歳から64歳が第2号被保険者となっている。

介護保険を運営する保険者は市町村である。市町村では住民参加の基に3年間の介護保険事業計画を策定し給付と負担を導き出す仕組みとなっている。（法117条）市町村は、3年間の給付の大きさを導き出し、それに対する負担として65歳以上の人の月々の保険料を決定するのである。したがって、市町村の策定する介護保険事業計画による保険料決定の際には、被保険者の意見を反映させなければならないのである。（法117条第8項）この給付と負担の関係づくりこそが、「介護保険は地方分権の試金石」と言われたゆえんでもあった。

しかし、この制度はすべてが保険料で成り立っているわけではなく、介護保険の財源の半



（注）第1号被保険者の数は、「平成22年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成22年度末現在の数（福島県の5町1村を除く。）である。第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成22年度内の月平均値である。

図3 介護保険制度の仕組み

分が保険料，半分が国・都道府県・市町村の公費負担による組み合わせで成り立っている日本型保険制度なのである。（図3 介護保険の仕組み）

さらに、この制度創設にあたっては、その財源を税中心とする公費方式にすべきという議論もありたが、制度創設当時の国民の間には、増税や新税の創設に対しての強い抵抗があった。こうしたことから、国民の喫緊の課題である介護問題に一刻も早く対応するため、現実的な選択として保険料を基礎とした制度構築を進めたのである。

3. 措置から契約へ

介護保険制度以前は、高齢者が特別養護老人ホーム（以下「特養」と言う）や養護老人ホームなどに入所する場合、「措置」制度で都道府県又は市町の福祉事務所が入所の決定を行っていた。これは、福祉サービスを利用する人を、行政が「特別に福祉支援が必要な人」と決定して、施設等での生活が維持できる給付を提供していたのである。現在でも、養護老人ホームの入所基準は、65歳以上であって、「環境上の理由」及び「経済的理由」による居宅で養護を受けられない人であり、行政処分である措置となっている。特別養護老人ホームは、2000年の介護保険法施行で、介護老人福祉施設という給付対象となり介護福祉施設給付が提供されている。介護保険制度上の特養の入所は要介護1～5までの人が利用できる要件となっており、養護老人ホームのような条件はない。ただし、虐待等でやむを得ない事情がある場合は、要介護認定を有していれば、やむを得ない措置として、介護保険のサービスを使う事が出来る仕組みとなっている。

平成2年に福祉八法の改正が行われたが、それ以前はホームヘルプサービス、デイサービ

ス、ショートステイなどの在宅サービスにおいても、施設入所と同様に措置による給付が行われていたのである。福祉給付の適否及び内容の決定については、行政の判断に基づいて行われていた。老人福祉法に規定した便宜の供与は、措置権者である市町村の行政処分によって行われており、受給者は措置による反射的利益を受けるという解釈が通説であり、特別に支援を必要とする人に対しての給付であったため、一般には利用しにくい制度であったと言える。さらに、措置は行政庁の一方的な処分行為であるから、不服申し立て等の行政不服申し立てや訴訟、さらに行政手続法の申請に対する処分には該当しないため、サービス提供の可否を決める審査基準の作成・公表は義務づけられていなかったのである。

これらのことから福祉の措置制度の背景には、伝統的な行政法学の行政庁を行政主体とし、国民を行政客体とする考えをもとにしていたのである。その根底には、福祉を恩恵・慈恵ととらえ利用者を消極的な受益者とする思想があったのである。

4. 介護予防から地域包括支援事業へ

2013年8月に国民会議が首相に提出した報告書では、第6期介護保険事業計画を地域包括ケア計画にする事や要支援者に対する予防給付を地域包括推進事業に段階的に移行する事が盛り込まれた。

田村厚生労働大臣は、財源は国が手当てをしないとの発言を繰り返しているが、介護保険から2010年の給付実績である4300億円の減額を財務省から迫られたのが要因であるので、介護保険制度の仕組みを修正しない限り財源の補てんは難しい。厚労省の思惑としては、税財源で実施をしている在宅医療連携拠点事業も新たに制度化する「地域包括推進事業（仮称）」に盛り込む考えだ。しかし、問題は給付は保険料を支払う事に対する対価であるが、市町村の事業になった時に、権利性のない行政行為となってしまうのである。ここは慎重な議論を要する。

泰化ここで、この部分は社会保険制度から福祉制度への変更となる。

高齢者のケアシステムを根拠づける老人福祉制度や介護保険制度は、財源調整の影響を受けて、福祉や保険の仕組みが廃止され、導入されている。高齢者ケアの視点から見れば、実は大変大きな変化がある。

そもそも、福祉制度とは、救貧政策として自立した生活を営む事が難しい者に対して、国が果たすべき最低限度の保障（ナショナルミニマム）を実現するのが制度の基本である。

これに対して、あらかじめ起こりうるリスクに対して、保険料等を払いそのリスクが発生した段階で、給付が発生するのが保険制度である。

したがって福祉ではミーンズテスト等の調査を厳格に行い、公的支援の必要とする者か否かを極めて厳格に行うものである。しかも、その財源は税を中心としたものとなる。それに

対して保険制度では、保険料が基本的な財源となり、そこに条件付きの給付対象者である40歳から64歳の若年者からの負担も入る構造である。さらに日本の社会保険制度には、公的な資金が投入されている事である。これは、高齢者が経済的弱者であり、しかも多くの場合支援が必要な者との認識により、公的支援を付けているのである。ここが、日本の社会保険制度の特徴である。

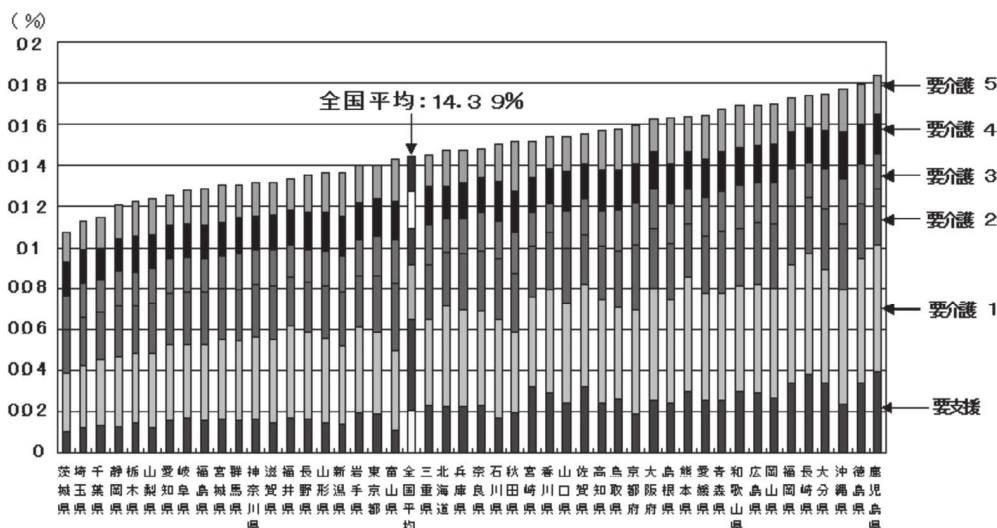
したがって、保険制度であるか福祉制度であるかは、実は大変大きな問題なのである。それらがきちんと議論されることなく、従来の制度を引きずったか保険制度として立ちあがったのが介護保険制度である。

5. 要介護認定ははじめての全国スケール

要介護認定は、介護の必要な者の必要度をはかるスケールである。

(1) 要介護認定とは何か？

介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護サービスを受けることができる。



（出典：介護保険事業状況報告（2003年3月末））

図4 第1号被保険者に対する要介護度別出現率（全体）

この要介護状態や要支援状態にあるかどうか、その中でどの程度かの判定を行うのが要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ）であり、保険者である市町村に設置される介護認定審査会において判定される。要介護認定は介護サービスの給付額に結びつくことから、その基準については全国一律に客観的に定めているが、現実には各都道府県で差がある。

(2) 要介護認定の流れ

市町村の認定調査員（指定居宅介護支援事業者等に委託可能）による心身の状況調査（認定調査）及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定（一次判定）を行う。

保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定（二次判定）を行う。

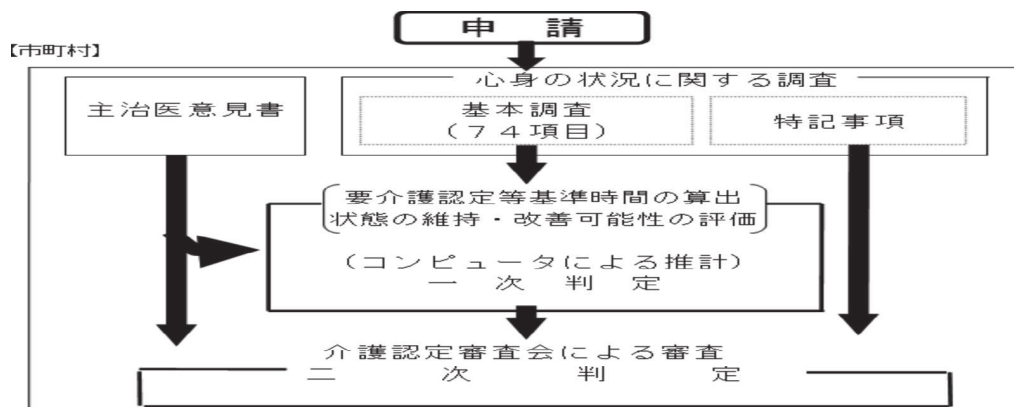


図5 要介護認定の流れ

(3) 要支援認定とは

介護保険の要介護認定に要支援というカテゴリがあるが、要支援が介護保険の枠組みの中で、どのような機能を果たしているのかを考えるものである。

介護保険創設以前は、老人福祉法に基づく在宅サービスが介護の支援として位置付いていた。これらは福祉制度の下であるので、救済的に対象者は、家族状況や経済的に何らかの問題のある身体的・精神的な支援の必要な者に対して給付が提供されていた。その基準は、在宅サービスは1991年の福祉八法の改正以降自治事務になったため、国が提供する在宅事業費補助金を財源にサービスが展開された。当時の、在宅サービスは、ホームヘルパーが週2回、1回2時間の派遣。デイサービスは、自治体の直営サービスか又は委託によるサービスで週2回が基本であった。ショートステイは、特養等に1カ月から6カ月に1回、1回7日間の施設での宿泊による24時間サービスが提供された。当時は、現在の要介護認定のような全国一律のスケールが無かったため、その利用対象者の範囲にはばらつきがあった。

具体的には、社会福祉協議会や社会福祉法人の財政構造改革、自治体直営サービスの効率化、専門職員の専門性の確保、客観的で公平なサービス基準の創設、民間サービス事業者によるサービス実施、NPOなどによる多様な事業者の参入などがあげられる。

自治体による当時の給付は、在宅三本柱と言われた。ホームヘルプ、ショートステイ、デイサービスであった。しかも、備考欄にあるようにホームヘルプは週2回、年72時間、

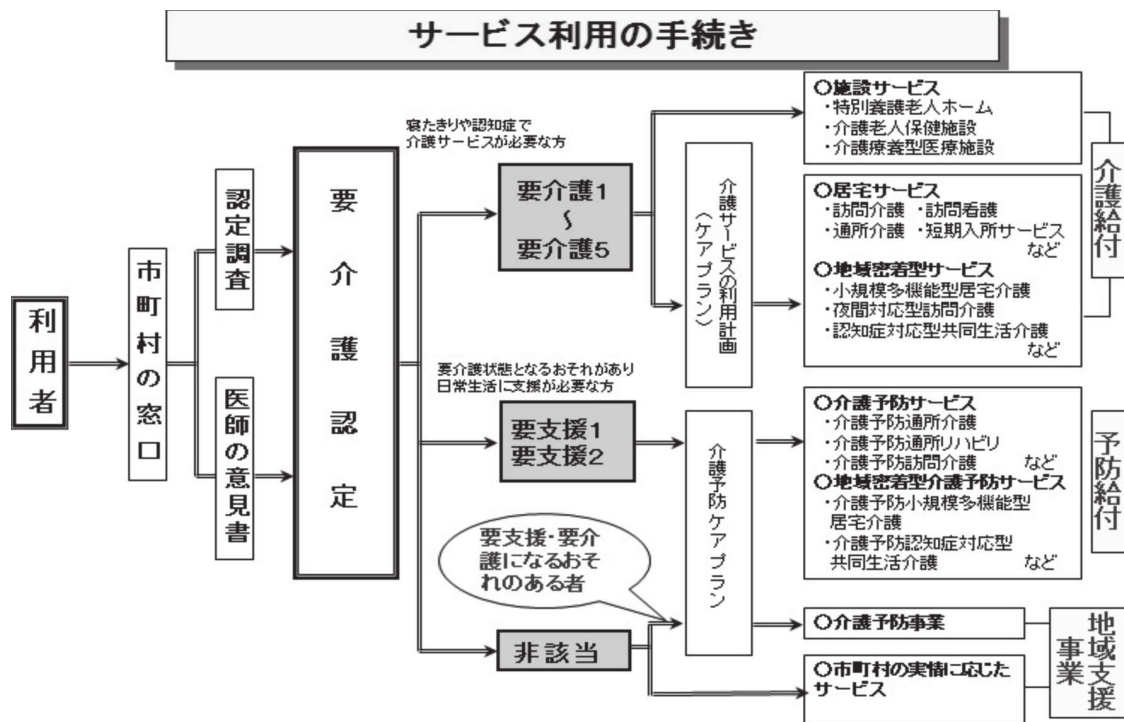


図6 サービス利用の手続き

ショートステイ毎月7日間，デイサービス1回2時間，年144時間が標準であった。

当時，委託料には国の基準額が示されていた。例えば1998年のホームヘルパー単価では，1時間あたり身体介護が2,890円，家事援助が1,790円であった。サービスの割合は，身体介護が3家事援助が7の割合であった。したがって，自治体が社会福祉協議会などに委託をする場合は，自治体としての上乗せの補助をしていた。国の基準額では，国・県・市でサービスの負担按分をし，本来市は1/4が自治体としての負担であった。しかし，ヘルパーの一定所得保障として，自治体が金額を上乗せし，契約をしていた。その割合は，A市の場合では，市の負担は75.4%に達した。したがって，常に財政的な制約を受け，簡単に給付を拡大できる構造になかった。少ない給付サービス，大きな負担が当時の自治体福祉サービスの姿であった。

在宅サービスは，基本的に国が設けている基準によっていたが，それ以外に地域の必要性に応じた給付内容及び給付量があり，その中身は自治体で異なっていた。

したがって，要介護認定のように全国一律の基準が敷かれると，そこから漏れる人が出る恐れがあった。それを，救うのが要支援認定の本当の意味であり，後付けで介護の必要な状況を先に延ばす，介護予防の考え方が組み込まれたのである。

表 1 A市における介護保険制度以前に一人が1年間で受けられる給付サービスと利用者負担

サービスの種類	一人当たり総費用	国・県の負担	市の負担	利用者負担	備 考
	1回あたり				
デイサービス	834,480	223,560	610,920	0	週2回 年72時間
	11,590				
ショートステイ	572,880	212,184	185,130	175,560	毎月7日間
	8,820				
ホームヘルパー	1,040,112	120,960	825,552	93,600	1回2時間 年144時間
	14,446				
入浴サービス	525,600	0	525,600	0	月3回 年36回
	14,600				
寝たきり手当	120,000	28,332	91,668	0	毎月
	10,000				
おむつ貸与	9,177	0	9,177	0	
寝具乾燥	29,040	0	29,040	0	毎月
	2,420				
緊急通報システム	37,226	0	34,556	2,670	
特殊寝台貸与	30,997	0	29,275	1,722	
日常生活用具給付	93,256	10,233	83,023	0	
訪問看護事業	234,984		234,964	0	月2回 年24回
	9,741				
計	3,527,752	595,269	2,658,931 (75.4%)	273,552 (22,796)	
	(月293,979円)				

①すくない福祉資源

従来の措置福祉では、各市または郡にある福祉事務所が福祉の必要性としての給付を決定してきた。そして給付主体は、福祉事務所としての市町村であった。平成7年に行った調査では、当時A市の在宅で受けられる標準的な在宅サービスは、ホームヘルプが週2回、年72時間、ショートステイ毎月7日間、デイサービス1回2時間、年144時間であった。これを現在の介護保険制度の水準に置き換えるとほぼ要支援に相当するものである。しかし金額を換算すると、表1のとおり当時の委託料では、240万円月平均20万円の給付となる。同じ様に介護保険の金額に置き換えると、要介護2の水準となる。いかに割高であったかが明らかである。その他介護保険の給付にならなかったものも含めて、A市で当時受けられる高齢者福祉に関連する給付を合計すると350万円となり、月平均約29万円となっていた。

具体的な給付の形は、自治体が直接サービス提供する方法と社会福祉事業者に委託をして実施する方法があった。社会福祉事業法により、サービス事業者は第1種及び第2種の社会福祉事業者が規定されており、高齢者福祉部門における福祉受給者の数が少ないこともあって、自由にサービス事業者が参入し、さらに供給サイドが市場を作ることなく、特別に福祉サービスを必要とする措置された人が限られた公的給付を自治体による委託された事業者から受ける構造であった。したがって、公的に支出する補助金を背景に、社会福祉協議会及び社会福祉法人等のサービス事業者が業務を行う構造となり、それが、多くの超過負担を生んだのである。

福祉給付を受ける場合、利用者は所得等によって受けられるか否かの選別を必要とした。（例えば特別養護老人ホーム利用料表）あるいは、ある程度所得のある人についてはサービス受給の機会はあるけれども、利用料等で実質的な利用機会の制限を加えていたのである。したがって、福祉サービス対象者は、所得の少ない人あるいは、介護力の無い人が中心であり、できるだけ介護力等が備わっていて、自立して生活する人とは関係が薄かったのである。その結果、高齢者福祉の受給者は、高齢者全体の約13%となった。（この受給者の割合は、A市においては介護保険制度の要介護認定者とほぼ同数となっている。）供給する事業者は自治体の委託であったため事業者の数についてもサービス量に見合う需要調整の中にあった。その結果、所得の高い人、あるいは家庭の介護力のある福祉制度からはじかれた高齢者で入院の必要な人は、医療機関に入院することになり、これが、社会的入院を生み、結果として医療費の高騰を招いた。

②措置基準のあいまいさ

介護保険制度以前に福祉の対象者となっていたのは、特別に支援の必要な人と福祉事務所が判断した人であった。したがって、家庭の介護力がある家族と暮らす高齢者には基本的に措置は不要と考えられていた。しかし、実際には、近年の核家族や夫婦世帯の高齢化による家庭の変容により、家庭の介護力は著しく低下しており、介護力があると見られていた家族でも、もはや十分な介護力を持ち得ない状況となり、同時に介護の必要性についても多様化し、必要とされるサービスの量や内容が異なってきたのである。

その点から見れば、介護の必要性をはかる基準の整備は遅れていた。現場のケースワーカー個人の勘と度胸に頼らざるを得なかった。したがって、結果として選別の基準は、介護の必要性とは関係の無い、所得や家族状況によらざるを得なかったのである。

さらに、サービスの量も、対応するケースワーカーや個人によって差ができた。（表1）要介護3の人が、ホームヘルプサービスを週に1回だけ受けている場合や、同じ要介護度でヘルプサービスを週4日、デイサービスを週2日、ショートステイを1日希望する人がいた

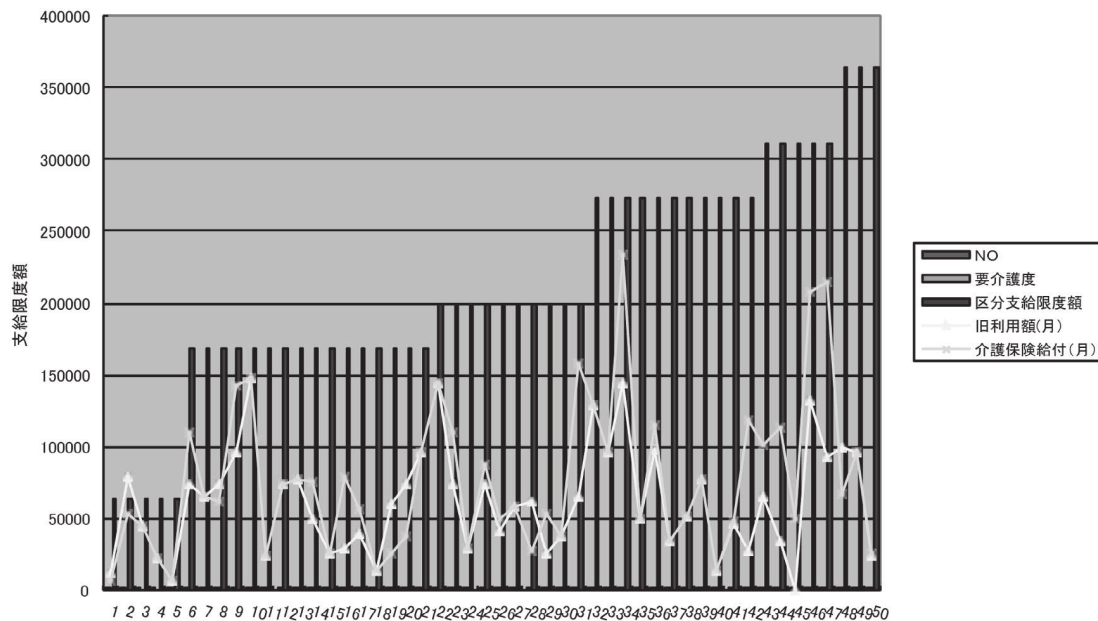


図7 介護保険サービス量比較表

など、人によって受けていたサービス量が大きく異なっていた。

③ホームヘルプサービスの変遷

在宅介護サービスの代表格のホームヘルプサービスは、1956年（昭和31年）4月から長野県上田市、諏訪市など13市町村によるに制度化された家庭養護婦派遣員事業がわが国ではじめての制度と言われている。その後、1958年（昭和33年）の大阪市の「臨時家政婦派遣制度」に続いて、東大阪市、名古屋市、神戸市、東京都などで在宅サービスとしてのホームヘルプサービスが「家庭奉仕員派遣制度」として整備されていった。

こうした自治体の動きを受けて、1963年（昭和38年）に制定された老人福祉法の中に家庭奉仕員制度が明文化され、国の制度として確立されたのである。その当時の特徴として、経営主体が都道府県または市町村となっており、事業の一部を委託する先は、都道府県社会福祉協議会または市町村社会福祉協議会のみとなっていたのである。派遣回数は、1世帯あたり少なくとも週1回以上とされ、家庭奉仕員1人当りの担当世帯はおおむね6世帯となっていたのである。その後、1965年（昭和40年）には、派遣対象が低所得の家庭におきかえられ、経営主体を市町村のみとし、事業の一部委託先は、市町村社会福祉協議会に変更されたのである。

その後、数回の変更があり、現在の介護保険制度の訪問介護と推移するわけだが、ヘルパーとしての派遣体制は、1日4時間、1週6日間、週あたり延べ18時間を目安としていたため、効率性から大きな指摘をうけていたのである。

④制度移行の緩衝材

このように、全国基準がない中でのサービス提供は、利用者によってばらつきが出た。そのため、2000年から新たに導入される要介護認定を厳格に当てると、給付から漏れる人がでてしまう。そこで、要介護には至らないが将来の介護状態を予防する要支援と言うカテゴリを作って、認定から漏れる人を救ったのである。それが要支援創設の意味であった。

しかも、創設時は要介護から漏れる人があっては、介護保険に対する批判が多くなるため、要介護認定の枠組みも非常に緩い基準が設定されていた。（総括介護保険の10年）ちなみに、当時は立ち上がる時に、手すりにつかまって立ちあがる程度で、要支援となったのである。

特に、特別養護老人ホーム等に入所している人の処遇に対して、かつては要介護状態に加えて、家族環境や経済状況を加味していたため、要介護状態としてはそれほど支援を必要としていないのだが、家がないとか収入がない等の理由で、入所生活を送っている高齢者も存在した。

したがって、介護保険後対象外となってしまうのである。そのため、国は5年間制度創設以前から入所していた人には、引き続き入所が継続できるような対応を取ったのである。

5. 介護保険による変化

介護保険制度によって、措置から契約へ変わった。これによって、介護保険制度におけるサービスは、原則として利用者とサービス事業者との契約によって行われる事となった。例外的には、前述した虐待や介護放棄など「やむを得ない事由により介護保険法に規定するサービスを利用することが著しく困難であると認めるとき」（老人福祉法第10条の4第1項外）であって、万一虐待等がある場合は、ホームヘルプサービスやデイサービス、特別養護老人ホームの入所などが、従来どおり措置によって行う事となった。

介護保険制度にあっては、当然の事であるが利用者は自らの選択によりサービスを使うことが出来る。したがって、被保険者は保険料を支払い、さらにサービスを利用する場合1割負担することとなるのである。これは、無料で給付が与えられた施しの制度から利用者自ら負担を支払いサービスを選択する契約に基づく権利としての選択制度への転換を意味しているのである。この社会福祉から社会保険への転換は、救貧制度から防貧制度への転換を意味し、人々の生活を守る上で、重要な変化を意味している。

しかし、その目的や理念が変わったことについて、十分な議論が重ねられる事は無かった。れにより、利用者が権利がとして自ら福祉サービスを利用することとなった。さらに、結果として福祉の給付を受ける際につきまとう「ステイグマ」（注恥辱，恥ずかしい気持）が払拭されることも期待されている。

同時に利用者は消費者として、良質なサービスを自らの責任において、自ら選択するという消費者責任が求められている。これまで福祉関係法令だけに依拠していた制度が、民法や消費者契約法といった多様な法律に基づくサービス利用関係となったことに加えて、利用者が適切な情報を取得し、さらに十分内容を理解することが重要なポイントとなるのである。

だが多くの介護を必要とする高齢者や家族の場合、自ら情報を収集して、それを分析し、決定することはそう容易いものではない。サービス提供事業者、居宅介護支援事業者、福祉関係施設などが新たに利用者に分かりやすい情報を提供する責任があることはもとより、地域福祉の統括責任者としての自治体の責任が改めて問われているのである。

6. 介護保険制度創設

介護保険制度以前の介護支援システムは、1990年（平成2年）の福祉八法改正によって、各市町村に老人保健福祉計画の策定が義務付けられ、形式的にはサービス量の確保と施設整備およびサービスの提供を市町村の責任とした。

各自治体は、直接もしくは委託によりサービスを提供するなど、福祉事業の提供にかかる責任を有していた。サービス事業者の参入の枠組みの根拠は、旧社会福祉事業法（平成12年法律第111号にて現社会福祉法）であり、事業者に対する報酬は、国が示す基準単価を基本に、委託料等を決定していた。各自治体職員のうち現業職と呼ばれる職員が訪問看護のサービスを提供していく構造だったため、公務員としての人件費が市場に比べると割高だったため直営はサービスは、民間のサービスに比べると割高であった。また、委託で行う場合でも、サービス受給者が限定的で自然増が見込まれない事、地域の報酬を反映したものである事などから、あらかじめ事業として運営できる委託料を支払っていた。自治体は、直営や委託により給付を担保するなど、福祉事業の実施にかかる責任を有していたのである。事業の提供責任者である自治体では、社会福祉法人等の事業者と契約する際には、国が示している補助金の基準単価に、自治体独自の上乗せ（超過負担）をした委託料を設定し、支弁していた。そのため、福祉サービスは、高コスト構造であった。さらに、自治体の財源を原資としてサービス委託をするため、単年度ごとの予算の制約を受けるという構造的問題を内包していた。

サービスの決定に当っては、本人の希望よりもむしろ家族の都合や経済的な理由などを福祉事務所が判定するなど、利用者本人の意思が反映する余地は、必ずしも大きくはなかった。福祉事務所が給付の可否を判定する要因としては、家族の介護力、本人や家族の経済力、自治体のサービス量等に左右されたのである。これら現物給付を含めた様々な給付は、戦後措置福祉制度が制度化されて以降、一貫して行政処分として行われてきたのである。

自治体には、介護サービスの必要量を把握するスケールがなかったため、給付量は介護の

必要量とは連鎖しない形で、提供されていたのである。福祉サービスの受給順位としては、金銭的や家族的な理由により、家庭内での介護が期待できない人に、順次行政処分としての現物給付・現金給付が提供される仕組みであった。ここにパターリズムを生む構造があり、それらが利用者に劣等感をもたらすスティグマにつながっていたのである。

7. 介護保険という名の安心システム

2000年に施行された介護保険制度は、介護の社会化を標榜し、前述の様々な状況を改善する事を目的とした。

特に、介護の必要量を定量的に測る要介護認定、様々な給付の裏づけとなる介護保険料の設定。NPOを含む民間サービス事業者の参入など、それまでの福祉制度になかったシステムを取り入れた点が大きな特徴である。

それらの改善は、市民・事業者・自治体に歓迎された。大変優れた制度との評価を得たのだが、それは、これまで述べてきたような改善すべき目的と改善策が一致したことに他ならないからである。

この制度は、2000年の施行当時から、制度全体の見直しについて5年後に実施されることが、組み込まれていた。2006年に行われた制度見直しの内容は、給付の抑制・介護報酬の縮減・受給権者の対象縮減・障害者福祉との統合など、人々の生活の不安を煽る改正の連続であった。その結果利用者からは、制度の信頼を失った。同時に、制度運営に関わる自治体・介護支援専門員・事業者のそれぞれは、大きな疲弊感・将来不安が増幅した改正となった。

表2 介護保険の3本柱

要介護認定	利用基準の整備・全国統一の介護基準	基準
保険料設定	市町村（保険者）決定による給付と負担・65歳以上の高齢者に負担・特別徴収	負担と支えあい
民間サービス事業者の参入	ケアマネジャーの設置・民間サービス事業者の参入・擬似市場の創設・限度額内の給付（サービスの選択・事業者の選択）	効率化&量

制度創設時から、「介護保険は走りながら考える」がキャッチフレーズであった。しかし、逆に言えば、走り続けた10年とは、制度の未完成を意味するものではなかったか。あわせて、走り続けることにより、常に容易な可変性を意味することにもつながった。

それらは、今なお発出し続けられる法規範性のない事務通達である厚生労働省老健局の資料、通称「介護保険課長会議資料」や「介護保険事務に関するQ & A」が象徴的である。

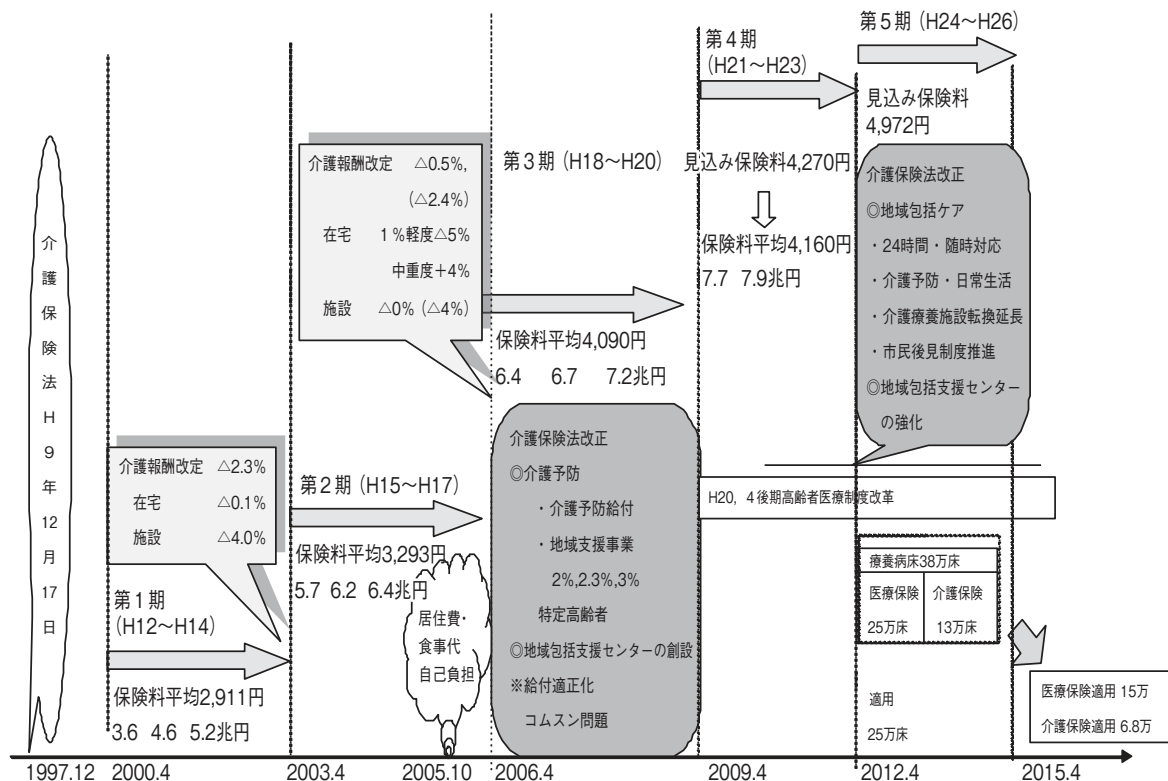


図8 介護保険制度の変換

表3 2006年介護保険改正の内容

【2006年介護保険改正の内容】

- ・ 介護予防の創設（地域支援事業の創設）
- ・ 2回の報酬改定（-2.3%， -2.4%ホテルコスト分含む）
- ・ 施設建設補助金の廃止
- ・ 特別養護老人ホームの個室化
- ・ 施設入所者等の食事代，施設利用料の設定
- ・ 介護予防訪問介護のサービス受給者の枠縮減（包括化によって混乱・家族がいれば不必要か。事業者は最低水準）
- ・ 要介護認定の見直し（要介護認定を動かす意味・混乱に対する効果）

第2章 2015年介護保険改正と地域包括ケアシステム

1. 社会保障国民会議報告書の介護保険制度改革

社会保障国民会議が8月6日にまとめた報告書の介護保険制度改革に係る内容は次の通りである。

- 一定以上の所得のある利用者の負担は引き上げるべき。
- 食費や居住費についての補足給付の支給には資産を勘案すべき。

- 特養は中重度者に重点化を図るとともに、デイサービスは重度化予防に効果がある給付への重点化を図るべき。
- 低所得者の1号保険料について、軽減措置を拡充すべき。
- 介護納付金について、負担の公平化の観点から、総報酬額に応じたものとすべきだが、後期高齢者支援金の状況も踏まえつつ検討。
- 引き続き、介護サービスの効率化・重点化に取り組む必要。

2. 社保改革プログラム法案

国民会議の報告書を受けて、政府は社会保障制度改革の工程表と位置付ける「プログラム法案」の骨子を8月21日に閣議決定した。2014年度からの医療制度改革では懸案の70～74歳の窓口負担を段階的に上げると同時に、2015年度からの第6期介護保険事業計画のスタとに合わせた改革を進めるものである。秋の臨時国会でプログラム法案を成立させ、年明けの通常国会に医療と介護の関連法案を提出する予定。介護関係の主な改正案は次のとおり。

(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し（在宅医療）

- ①在宅介護の連携強化
- ②生活支援・介護予防に関する基盤整備
- ③認知症施策

(2) 地域支援事業の見直しと併せて要支援者への支援の見直し

(3) 一定以上の所得者の利用負担の見直し

(4) 補足給付の支給要件に資産を勘案

(5) 特養ホームの入所対象者見直し

(6) 低所得者の1号保険料の負担軽減

(7) 後期高齢者支援金への総報酬割導入の検討状況を踏まえ、介護納付金でも導入を検討、措置する。

- (1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しでは、在宅医療・在宅介護の連携強化、生活支援・介護予防に関する基盤整備、認知症施策が掲げられている。

いずれも地域の医師会との協力関係を構築する事が必要となる。自治体に直接的な権限がないため、あくまでも協力をお願いする事により連携が始まる。

- (2) 地域支援事業の見直しと併せて要支援者への支援の見直しは、本改正において最も大きな議論となった改革である。要支援の人の給付を介護保険から外して、地域支援事業枠に組み込んで新たに地域包括支援事業を創設するものである。これまでも約4,500億円の介護予防給付があり、約2,000億円の地域支援事業費があったので、新たに創設する地域包

括支援事業枠は約7,000億円となり、6～7%の枠組みとなる。これをどの程度にするか、どのような形で事業に持っていくのか、事業者の指定は等々克服すべき課題は多い。

(3) 一定以上の所得者の利用負担の見直し

1案は単身者は年金額が280万円以上、夫婦で359万円。2案は単身者は年金額が290万円以上、夫婦で369万円。(2013,10,5現在)

一定の所得がある人は、利用料が2割負担とするものである。しかし、財政効果は薄い。むしろ利用者抑制策。そうであるならば、おかしいのはそもそも保険料を払っているのだから、自己負担は必要ない。応益負担は保険制度にはなじまない。

(4) 補足給付の支給要件に資産を勘案

高齢者の所得把握の難しさ。さらに資産把握は、困難を極める。しかも要介護3以上が利用となれば、これは公平な保険制度ではなく特別の事業を勘案した措置制度である。

地域包括支援センターは地域包括ケアの要と謳っている。その際には、地域ケア会議が地域の中で機能を発揮する事が望まれる。「地域ケア会議」は、地域包括支援センターの設置者が介護保険法第115条の46第5項において包括的支援事業を効果的に実施するため関係者との連携に努めるべきとされていることを受け、その連携体制を支える共通の基盤として多職種連携による「地域包括支援ネットワーク」を構築することが必要であるとの考え方から、実施されるものであり、そのための1つの方法として（同会議の設置・運営が）示されている。

(5) 特養ホームの入所対象者見直し

そもそも、保険制度における居宅・施設サービスは利用者の選択に委ねられている。その際に居宅や施設でのサービスが利用者の意思に基づき、選択が出来なくてはならない。それを介護保険制度とは別の施設基準によって入所が左右されるのなら、保険制度の意味が異なっている。

(6) 低所得者の1号保険料の負担軽減

これまでも、介護保険制度内で保険者の判断によって、第一段階及び第2段階を低く設定し、低所得者に対する配慮を行ってきた。もともと介護保険制度は、低所得者に対する保険料負担を制度に内包する仕組みとして、作られた。福祉的な保険制度とも言える。したがって、保険者である自治体の判断を尊重すれば良いので、これまで通りの内容となる。

(7) 後期高齢者支援金への総報酬割導入の検討状況を踏まえ、介護納付金でも導入を検討、措置する。これは、2015年の第6期には実施しない事となった。

地域支援事業の見直しと併せた要支援者への支援の見直し

こうした改正から読み取れる事は、財政的な負担増を招かないように給付の抑制を行う

と言うのが国の基本的な姿勢である。その中で外せるものは外すと言うのが今回の改正の内容である。

3. 介護保険制度外システムである地域包括ケア

2012年～2014年を期間とする第5期介護保険事業計画では、地域包括ケアが政策の目玉となった。さらに、2015年から2017年までの第6期介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置付け、在宅医療連携強化を盛り込むとしている。地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須としている。そのうち、介護保険制度に位置づけられるのは、定期巡回・随時対応訪問看護介護、会議予防・日常生活総合支援事業、複合型サービスなどである。つまり、介護保険制度にかかる給付・サービスは期待される地域包括ケアのごく一部である事がわかる。

それが、介護保険制度改正政策の重点政策として語られる不自然さがある。「地域包括ケア」の課題は、基本的には虐待や孤独死、認知症対応、成年後見制度など救済的な課題であり、その点から福祉的な対応が求められる。「地域包括ケアはケアつきのコミュニティ」と言い切る介護保険部会員もあり、そうであるなら政策にかかる責任主体と実施すべき財源を国が予算化し、国が責任を持つべき政策として明確にすべきであるが、介護保険部会では各人が理想とする地域包括ケアを語るだけで、現状では様々な形が想定されているのみである。

2012年4月からの第5期介護保険事業計画策定時の厚労省職員のつぶやきは、当時の政権は消費税等を上げる事がマニフェストで制限されていたため、制度改正は大胆な改正内容を盛り込めなかった諦めがあった。したがって、政府として介護保険財政に影響の少ない地域包括ケアをその政策の目玉に位置付けたのである。当時の政権は民主党であった。時の政府の姿勢により政策が左右することは、安心できる社会保障の体制づくりにはかけ離れた現実であり、そこには政治に翻弄された介護保険の姿がある。

しかし、いかに内容が乏しくとも市民と向き合いながら政策を具体的に実施・運用するのは保険者としての自治体である。自治体は地域や慣習と向き合いながら日々市民や地域にとって有用な手法は何かと、検討を重ね実施していかなければならない。地域包括ケアは、自治体が主体的に地域と向き合って実施すべき政策である。その地域にかかる課題を国が示すのは地域社会における営みが重要であると述べているに等しい。地域が丁寧な地域ニーズをくみ上げるのが地域包括ケアシステムである。逆に言うと、国がそれを政策の柱に据えることは国における政策的な手詰まりと言わざるを得ない。地域包括ケアシステムの構築は何より自治体の具体的なアクションとそれに伴う成果が求められるのである。自治体政策づく

りは、大変重要なものとなった。

しかしこのように自治体にかかる期待と責任は大きいですが、地域包括ケアシステムにかかる政策的な権限は、自治体にはほとんどない。たとえば、医療政策にかかる権限として、医療圏域毎の病床計画（病院数やベット数を規定する計画）は都道府県知事の権限となっている。医療政策の大半は特例市以上の市若しくは、都道府県に設置する保健所が行っているため一般の市町村には、医療に係る権限がない。そのため地元医師会に対して、施策に対する協力をお願いする事程度しかできない。住宅政策に関しては、市営住宅などの公営住宅にかかる入所・運営などの権限のみで、個人財産となる住宅に関しては、主に民間市場が展開してきた。市役所は、建築確認の申請受け付けや都市計画、農地転用、福祉施設の整備が住居にかかる政策であった。したがって、積極的に公的な資金によって住宅を作るのは、近年では福祉施設としての居住環境の整備に止まっている。

そのような自治体の業務環境の中で、地域包括ケアシステムは医師にも、ケアマネにも、はたまた不動産屋にもコミュニティづくりに協力して欲しいと期待しているのである。しかも、これに係る政策責任は不明確である。国が地域づくりに直接実施する事が難しい。したがって、地域包括ケアも介護予防と同様に、短期間で見直される可能性は高い。厚労省は、ケアマネや地域包括ケアセンターの役割は地域づくりにおいて重要で、やる気のない自治体の尻を叩いて頑張ってくださいと盛んにメッセージを発するが、本当に実現するシステムが大いに疑問である。

改めて厚労省が構想する地域包括ケアシステムとは、費用対効果や財政的な制約から、積極的な政策実施が難しい状況がある。

◎地域包括ケアシステム

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
- ・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備（国交省）

- ・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進日常生活圏域 (30分でかけつけられる圏域)

4. 地域包括ケアシステムとは何か

(1) 地域包括支援センターとは何か

それでは地域包括ケアシステムとは何か。地域包括ケアシステムで重要な位置を占めるのが、地域包括支援センターである。地域包括支援センターは、2006年改正で創設された地域の支援機関である。地域包括支援センターの業務は、総合相談支援、権利擁護・虐待防止、困難・継続ケースにかかるケアマネ支援、介護予防マネジメントで、その目的は、地域に住む高齢者等が安心して暮らすことを支援する目的で整備された。

地域包括支援センター創設以前にその役割を担っていたのが在宅介護支援センターである。在宅介護支援センターは、平成2年の福祉八法の改正によって制度化され、老人福祉法上は老人介護支援センターと言い、新ゴールドプラン以降、中学校区に一ヶ所全国10,000ヶ所を目標に、地域の総合的な在宅生活の支援を目指した。在宅介護支援センターは、全国約8,000ヶ所まで数を増やしたが、国が支弁していた在宅事業費補助金が2005年10月に行われた三位一体改革による4兆円の縮減の財源に組み込まれたため補助金が廃止された。そのため、翌年からつくられたのが介護予防を中心とした地域支援事業である。(介護保険法115条の45) 介護保険財源のうち給付額の3% (平成16年は2%, 17年2.3%, 18年から3%) を地域支援事業に充てられるという制度である。(厚生労働省政令37条の13)

地域支援事業の金額の上限が各保険者の給付費の3%になった理由は、全国の介護給付及び予防給付の3%相当は、それまであった在宅事業費補助金の国負担分と同規模の予算額なのである。つまり2005年度の全国の給付費総額が約7兆円でその3%は2,000億円。半分が保険料、半分が税負担で1,000億円の500億円が市町村と県の負担、国は残った500億円を負担する仕組みである。つまり、三位一体改革で補助金縮減の3兆円に組み込んだ500億円と同額となる。したがって、介護予防は介護保険制度に3%の穴をあけるためのシンボルとして生まれたと言っても過言ではない。その具体の運営を市町村の構想の基で、地域包括支援センターが担ったのである。介護予防事業と地域包括支援センターの財源となる包括的支援事業、その他事業の実施が介護保険法に加えられたのである。合わせて、新たな介護予防給付マネジメントを行う事業者である指定介護予防支援事業所を地域包括支援センターが行う事ができるとしたのである。地域包括支援センターの職員は、主任介護支援専門委員、保健師及び経験ある看護師、社会福祉士の3職種とし、指定介護支援事業所は1名以上の職員が必要とした。これにより、財源の縮減という目的を達し、しかも表面的には保健・福祉・生活支援の拠点として機能する事を期待した。これが地域包括ケアの原型である。

もともと在宅介護支援センター（補助メニューの名称は、老人福祉法に根拠を持つ老人介護支援センター）は、特養等の施設補助金メニューとして位置付いていたため、特養が出来るとほぼ100%補助金が支弁され在宅介護支援センターが出来ていた。補助金メニューとして用意されているため、在宅介護支援センターによる地域ケアの取り組みは、市町村の高齢者福祉課等の担当課の地域ケアにかかる姿勢大きく左右していた。当時、熱心な医師がいた尾道、みちのく大和、熱心な首長である五色町、御調町、鷹巣町、奈井江町、熱心な職員のいた野洲町、栗山町などは、地元の資源や人材を活用した独自の地域医療、保険福祉の連携システムを作っていた。地域包括ケアの意図としているところは、まさにこれらがモデルとなっている。これまででも、地域ケアの優れた仕組みは、地域の工夫によって実現してきたのだから、改めて力を貸してほしいというのが思いであろう。

したがって、これまでも福祉政策に対する取り組みは、自治体によって大きな差があった。自治体の福祉レベルには大きな差があった。しかし、これは地域の政治背景に大きな影響があり市民が責任を持つ仕組みである。首長を始め議員による政策づくり、あわせてそれに参加する市民の力が問われているのかもしれない。その結果福祉や社会保険ではなく、まちづくりや産業振興に力を入れていくところ、ゴミやインフラの再構築などの喫緊の問題に対応する必要性があるなど、様々な政治課題の中での選択である。

地方分権による三位一体改革によって補助金の廃止へつながったのである。

2011年4月末日現在で地域包括支援センターは、全国に4,145か所設置された。すべての市町村に整備され、ランチ型も含めると、7,083か所となっている。設置主体は4,145か所のうち直営は1,239か所（29.9%）で、委託が2,893か所（69.8%）である。

地域包括支援センターが行う業務は、介護保険法に規定をされているが、①介護保険給付対象者外の介護予防②地域包括支援センターなどの運営③総合的な相談事業④権利擁護事業など、福祉・保健にかかる事業である。それは地域には、認知症や精神的な疾患のある一人暮らしや老々夫婦世帯で住んでいる家族。身体的・精神的な衰えがあり、なおかつ経済的な問題を抱えている高齢者世帯。虐待の恐れのある親の年金をあてにした子。人工透析やアルコール依存症など医療依存度が高い要介護者。精神的な疾患で近隣と交流の無い家族。重度の障害を抱えた家族など、様々な形態で生活している家族がいる。しかも兄弟や親族の支援を期待できない人達である。この人たちを地域で支えていく事が大きな課題となっている。要支援者を支える人材の確保が地域ケアの信頼を得るためのに必要なステップであろう。地域ケアの責任主体である自治体が負うべき責任は重い。地域ケアの構築が、今まさに自治体に問われている。

（2）地域包括支援センターの整備の考え方

2006年4月以前に在宅介護支援センターを自治体の地域福祉構想の拠点として位置づけ、地域づくりに熱心に取り組み運営してきた市町村にとっては、地域包括支援センターの移行はそれほど大きな混乱にはならなかった。しかし、実態は多くの市町村では介護保険制度の取り組みに比べて、地域ケアにかかる体制整備については、あまり熱心に取り組んでこなかった。地域の人材の確保や地域での習慣などにより地域政策は、大きな効果をもたらしているとは言えない状況があった。

厚生労働省は地域包括支援センターに老人保健法の廃止により、それまで機能回復訓練や訪問指導などの老人保健業務を行っていた保健師を活用することを構想した。さらに地域福祉の責任ある立場を強調するため自治体に社会福祉士や保健師を置いて地域で生活する人の安心できる支援機関とした。それまで膨張し続けていた介護保険財政に歯止めをかけるため、介護予防居宅支援事業所として地域包括支援センターを2枚看板にして介護予防のケアマネジメント報酬を抑え込み介護給付の軽減をはかることを目論んだ。そのための市町村直営の地域包括支援センターが推奨された。しかし、対応すべき介護予防のマネジメントや虐待支援などの業務範囲が24時間であることや地域包括支援センターと指定介護予防支援事業所の2種類の業務を時間的にも業務的にも正確に切り分けすることは事実上不可能なため、比較的一体化しやすい委託による体制整備が進んだ。

厚生労働省が2006年の介護保険制度改正により目指した給付の縮減は、介護保険制度内の介護予防では要支援と要介護1の利用者が、福祉用具や訪問介護のサービス利用偏っており、その中には調理や掃除などいまだに家政婦的なヘルパーの利用が多い実態を問題視し、給付を縮減した。介護保険財政の持続可能性の担保を図ることとした。したがって、要支援を2段階に分割して給付限度額を下げた。またケアマネジャーは介護保険スタートから大変業務量が多かったため、ケアマネに今以上の負荷をかけることはできなかった。そこで、かつての在宅介護支援センターと指定居宅介護支援事業所の手法を使い、地域包括支援センターである老人介護支援センターが居宅介護予防支援事業所の指定を受けられるとした。

地域包括支援センターは、自治体のケースワーカーが担ってきた困難な課題を引き受けるため、虐待や権利擁護、認知症対応など、地域に残っている福祉対応を担う機関として位置づけられた。そのため、虐待にかかる立ち入り調査権ややむを得ない措置、成年後見制度にかかる市長申し立てなどの実務を行なうため、市町村直営の地域包括支援センターをやむを得ない措置の対応センターとし、市町村が直接その運営を行うべきとの考えを示した。

2000年度以降実態は地域包括支援センターの本来の業務ではない、介護保険の指定介護予防支援業務の介護予防給付にかかるマネジメント業務に追われた。本来の包括的な地域ケアの体制の整備とはかけ離れた実態があった。そこで、2013年の地域ケア会議の法定化が進め



5. 地域支援事業とは何か

(1) 地域支援事業の枠組みとは

財源構成は、「介護予防事業」については、介護給付と同じく公費・保険料で負担するこ

とから、市町村の負担率は12.5% (調整交付金の交付率により若干の変動あり) であるが、「包括的支援事業」及び「その他の任意事業」については、40歳～64歳の第2号保険料が充当されないことから、保険料21%、残り79%を国と地方自治体で折半 (即ち国39.5%、都道府県19.75%、市町村19.75%) となる。ただし、保険料の負担割合は3年に一度の介護保険事業計画の策定の際に見直しがかけられる。また、介護給付費分科会では2015年度の6期からは、地域包括支援事業として7%程度の枠組みが検討をされている。

・小規模市町村の特例 包括的支援事業+任意事業について、保険給付費見込み費の1.5%相当額が300万円に満たない場合は、300万円が上限となる。

表4 地域支援事業の費用額

	18年度	19年度	20年度～23年度	24年度以降
地域支援事業	2%	2.3%	3% (給付の適正化事業を行う自治体3.15%)	4% (総合事業を行う自治体)
介護予防事業	1.5%以内	1.5%以内	2.0%以内	2.0%以内
包括的支援事業・任意事業	1.5%以内	1.5%以内	2.0%以内 ((給付の適正化事業を行う自治体2.15%))	2.0%以内 ((給付の適正化事業を行う自治体2.15%))

B. 財源構成

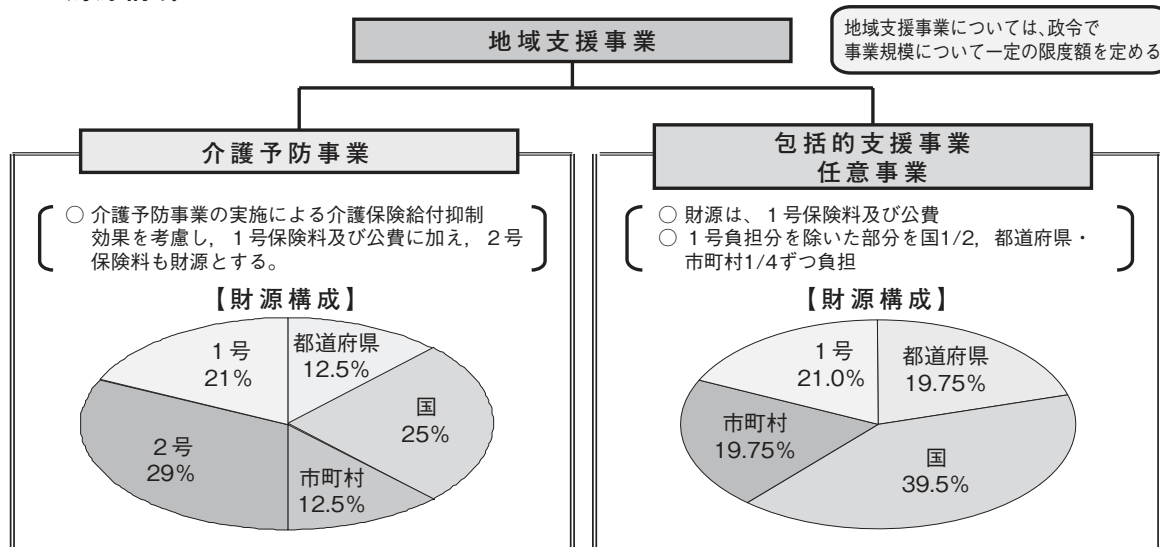


図10 地域支援事業の財源 (概念図)

地域支援事業は、要介護認定で要支援1・要支援2に該当しないが、放っておくと要介護・要支援になる可能性の高い人に対してあらかじめ、介護予防に関係するサービスを提供し、要介護・要支援状態にならないようにする事業である。市町村が必要と思われる事業を組み

立てることになるが、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業に何を組み込むのか、どの程度の予算にするのかは、それぞれの自治体の決定であり、内容は大きく異なっている。介護予防事業に力を入れた自治体と、包括的支援事業に力を入れた自治体、給付の適正化などの任意事業を重点とした自治体によって、地域支援事業の内容は異なるのである。

さらに、地域支援事業は自治体独自政策の形をとっているが、介護保険財源を組み込むことによって、予算立てでは款項目の設定などの実務的な対応を含めて厚生労働省主導で進められた。しかし、制度実施による効果の測定や実務的な課題により混乱を招き、3年後の介護予防評価を待たずに早期の見直しを必要とした。特に、自治体では様々な政策を実施するに組織や人を整備し、対応してきたが65歳以下の老人保健制度を担ってきた保健師等の役割が介護予防事業に組み込まれることによって、大きな変更を余儀なくされた。

地域支援事業の介護予防事業については、これまで老人保健事業の枠組みで実施されてきたものに等しく、そこでは、介護の最も高い要因が脳血管疾患であり、それを防ぐには生活習慣病の予防の視点から情報の提供、地域での指導などに力を入れてきた経緯がある。そうした介護の不安要因を改善してきたのが地区担当の保健師であった。最も大きな介護要因である脳血管疾患に対して、生活習慣病予防の観点から活動を行ってきたという実績を、各自治体では差があるとは言え、改正では65歳以上の老人保健事業を介護予防事業の地域支援事業に組み込んだ。65歳以上の老人保健事業は終焉したのである。この後老人保健事業自体がなくなったのだが、現場にある課題は健康日本21計画等で解消することとなる。特別に不安要因の高い高齢者のスクリーニングは、対象者をあぶりだしても、具体的な政策に結びつけるのは大変な困難がある。さらに、介護予防のアセスメントやマネジメントを経なくても健康教育や機能回復訓練、緊急通報システム貸与や毎日型配食サービスは面倒な手続きを経なくても受けることができる事業である。

2006年の改正で進められた地域密着サービスや地域包括支援センター、地域支援事業などは、いかにも地方分権を意識したようではあるが、厚生労働省主導の政策に地方分権の本質はない。日常的な生活圏域は、まさに地域福祉コミュニティそのものである。それを、機械的に人口2万人から3万人と割り当てて、地域包括支援センターを整備するのは逆に地域不在といわれても仕方の無いことである。地域福祉コミュニティは日頃からの地域での人と人とのふれあいを基本としている関係から、介護予防については地域住民と介護予防について話し合い、地域から必要な機能を積み上げるべきであって、国が一律示すのは本末転倒である。押しつけではない政策によってはじめて実効性を持つのである。

地域包括支援センターの法的な位置付けは、包括的支援事業等の実施や各種援助により地域住民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」であり、市町村が設置できるほか、老人福祉法第20条の7の2に規定する老人介護支援センター

の設置者に事委託をすることができるものである。地域支援事業を構築するにあたって、前節で述べたように現在の自治体の財政状況では新たな事業を増やしていくことは極めて難しい状況であるため、現実はいまだ実施してきた事業の中から地域支援事業の介護予防プランを組み立てるのである。

介護予防マネジメントには、

- A. 要支援者（＝要支援1・要支援2）が介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービス（＝「新予防給付」）を利用するための計画作成（「介護予防プラン」の作成＝「指定介護予防支援」）。
 - B. 要支援・要介護になるおそれのある高齢者（＝虚弱者、認定非該当者等）が地域支援事業の中の「介護予防事業」を利用するための介護予防マネジメント
- の両者が含まれる。

地域包括支援センターでは、地域支援事業のうち包括的支援事業を行うため、専門性を有する職員として最低限確保すべき人数は、①総合相談・支援部門に社会福祉士1名、②介護予防マネジメント部門に保健師または経験ある看護師1名、③包括的・継続的マネジメント部門に主任ケアマネジャー等1名となる。

地域で、人々が安心して生活するためには何が求められ、何を支援するのかは自治体保健・福祉政策として構想する必要がある、この地域包括支援センターや地域支援事業によって実施される。地域には一人暮らしの認知症や要介護5の高齢者、寝たきりと認知症の高齢者夫婦世帯、障害者1級の娘と精神疾患の親など、驚くような組み合わせで生活している人々がいる。また、失業した子や兄弟がなんとか年金で暮らしている高齢者世帯の金をあてにし、自分の思いどおりにならないと暴力を振るう事件や、介護が必要な高齢者から金をとりあげて介護の機会を奪ってしまう虐待などが、日常化している。このように福祉ニーズは複雑化し、しかも支援が難しくなっている。こうした問題を抱えていながら、家族や親族からの支援はほとんど期待できない状況があり、介護保険のサービスだけでは解決がつかない困難な事例である。これを介護保険制度内のマネジメントを主たる業務とするケアマネに負わせるわけには行かず、誰が支援するのかはすべての自治体の重要な課題である。ここは本来の地域福祉を所管する責任ある組織としての市町村が対応していかなければならないのである。

(2) 包括的支援事業

地域で信頼される地域ケアの仕組みをつくるには、厚生労働省が示すとおり高齢者人口5,000人～6,000人に1か所が妥当なラインであると言えよう。包括的な支援とは、介護予防プランや生活支援を含めた地域の高齢者の総合相談・支援である。

地域包括支援センターでの訪問する相談対応は、高齢者が6,000人とすれば1%の少なくとも月60件程度となる。あわせて、介護予防教室等の事業が月2件、認知症に対する相談支援対応は、各地区で月5件などが標準的な委託業務の契約内容となる。また、事業者としての指定介護予防支援事業所の業務は、6,000人に対する10%の認定者の3割が要支援1・2という状況から、180人が要支援者となり、その内の5割が、介護予防プランの作成が必要となると計算すれば、1地域包括支援センターで90人という数になり、それを3職種で均等に割ると、介護予防マネジメントは一人当たり30件となる。

ただし、これはかなり地域に信頼された地域包括支援センターである。信頼が無ければ、それぞれの相談件数は少なくなるし、信頼を得られれば相談件数は伸びてくるのである。地域に信頼されず、相談が総合少ないのは委託契約の方であるから、必然的に指定介護予防事業者の業務が中心となるという構図である。したがって、地域包括支援センターは、総合相談とケアマネジャー等に対する困難事例継続支援、介護予防マネジメントを包括的に行う必然性がある。1ヶ所の地域包括支援センターと在宅介護支援センターを設置する方法や6,000人を越えた圏域に1ヶ所地域包括支援センターを設置し、そこに保健師や社会福祉士など集められる範囲の職員を配置するのは自治体の地域ケアとしては、適当な姿とはいえないのである。

全国的な混乱の原因は、市町村がこの包括支援センターの制度設計を見誤ったことにある。人口に対する適正規模を考えずに、人口10万人に1ヶ所とか、40万で2ヶ所とか、おおよそ、円滑に回らないことが、明らかな制度設計を自治体が少なくない。これでは、混乱するのは当たり前の話である。

これらの構造を理解して市町村は制度化する必要がある。地域福祉に対する考え方を整理していくことが自治体から事業者への「安易な丸投げ委託」や自治体自体が何のビジョンも持たない「無気力な直営」となることを防ぐ方法となる。

(参考)

(地域支援事業)

第百十五条の四十五 市町村は、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一 被保険者（第一号被保険者に限る。）の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のため必要な事業（介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業を除く。）

二 被保険者が要介護状態等となることを予防するため、その心身の状況、その置かれて

いる環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、前号に掲げる事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業

三 被保険者の心身の状況、その居宅における生活の実態その他の必要な実情の把握、保健医療、公衆衛生、社会福祉その他の関連施策に関する総合的な情報の提供、関係機関との連絡調整その他の被保険者の保健医療の向上及び福祉の増進を図るための総合的な支援を行う事業

四 被保険者に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業その他の被保険者の権利擁護のため必要な援助を行う事業

五 保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による被保険者の居宅サービス計画及び施設サービス計画の検証、その心身の状況、介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取組を通じ、当該被保険者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的かつ継続的な支援を行う事業

2 市町村は、被保険者の要介護状態等となることの予防又は要支援状態の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うため、厚生労働省令で定める基準に従って、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うことができる。この場合においては、市町村は次に掲げる事業の全てにつき一括して行わなければならない。

一 居宅要支援被保険者に対して、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスのうち市町村が定めるもの（指定介護予防サービス若しくは特例介護予防サービス費に係る介護予防サービス又は指定地域密着型介護予防サービス若しくは特例地域密着型介護予防サービス費に係る地域密着型介護予防サービス（以下この号において「特定指定介護予防サービス等」という。）を受けている居宅要支援被保険者については、当該特定指定介護予防サービス等と同じ種類の介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを除く。）を行う事業

二 被保険者（第一号被保険者及び要支援者である第二号被保険者に限る。）の地域における自立した日常生活の支援のための事業であって、前項第一号に掲げる事業及び前号に掲げる事業と一体的に行われる場合に効果があると認められるものとして厚生労働省令で定めるもの

三 居宅要支援被保険者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。）の要介護状態となることの予防又は要支援状態の軽減若しくは悪化の防止のため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、前二号に掲げる事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業

3 市町村は、第一項各号及び前項各号に掲げる事業のほか、地域支援事業として、次に

掲げる事業を行うことができる。

- 一 介護給付等に要する費用の適正化のための事業
- 二 介護方法の指導その他の要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業
- 三 その他介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業

4 地域支援事業は、当該市町村における介護予防に関する事業の実施状況、介護保険の運営の状況その他の状況を勘案して政令で定める額の範囲内で行うものとする。

5 市町村は、地域支援事業の利用者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、利用料を請求することができる。

6 厚生労働大臣は、第一項第一号の規定により市町村が行う事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（同号及び同項第二号並びに第二項各号に掲げる事業をいう。以下同じ。）に関して、その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。

7 前各項に規定するもののほか、地域支援事業の実施に関し必要な事項は、政令で定める。

（参考）介護保険法第115条の46第5項

5 地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法（昭和二十三年法律第百九十八号）に定める民生委員、高齢者の日常生活の支援に関する活動に携わるボランティアその他の関係者との連携に努めなければならない。

6. 地域包括支援センターと指定介護予防支援事業者との関係

(1) 地域包括支援センターと指定介護予防支援事業所

ここで改めて指定介護予防支援事業所と地域包括支援センターの関係を整理してみよう。2006年度からの介護保険法改正によって、介護保険法第115条の38に地域支援事業が位置付けられた。おもな業務内容は、第1項第1号には要介護状態にならない予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止のための必要な事業、第2号に包括的効率的な援助、第3号に生活実態その他実情の把握、保健医療、公衆衛生、社会福祉その他の総合的な情報の提供及保健医療の向上及び福祉の増進である。さらに、第4号に包括的かつ継続的な支援を行うと規定された。

第1項第1号には要介護状態にならないよう予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止のための必要な事業は、地域支援事業の予算の枠組みの中の委託事業として位置づけられており、当然ながら指定介護予防支援事業を指してはいない。「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関

する基準について」4 介護予防のための効果的な支援の方法に関する法律（1）④に総合的な介護予防サービス計画の作成について明確に「介護予防給付等対象サービス以外の」サービスを総合的かつ目標指向的計画になるように組み立てることと明記されている。つまり地域包括支援センターの業務は、地域支援事業における包括的支援事業等であり、その財源は介護保険会計から出される地域支援事業の枠組みから支出される委託料等である。

第115条39に基づく改正によって制度化された地域包括支援センターは、第2項に市町村が設置できるとあり、第3項には老人介護支援センターの設置者等に委託できるとしている。設置にかかる届出は、施行規則第140条の51に基づき、市長に必要な事業を届け出るものであり、規則第140条の52第2号に、保健師その他これに準ずる者、社会福祉士その他これに準ずる者、主任介護支援専門員その他これに準ずる者をそれぞれ1名常勤として配置しなければならないとした。

この第115条39第3項が、委託により従来の在宅介護支援センターを地域包括支援センターとすることができる根拠である。したがって、地域支援事業のうち包括的支援事業等を実施し、地域住民の心身健康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施設であると位置づけ、それが委託・直営にかかわらず、地域包括支援センターが行えるのである。

さらに、地域包括支援センターが指定を受けることができるのが、法第115条の20に基づく指定介護予防支援事業者である。法58条では、指定介護予防支援事業者は地域包括支援センターの設置者が、当該市町村長に対して申請をおこない指定を受けるものと規定しており、これに基づき、介護予防サービス計画費を受給することができる仕組みとしたのである。

したがって従来の在宅介護支援センターと居宅支援事業所の関係のように、委託事業と指定事業に分かれるため、特に委託事業部分は、委託者である市町村が地域福祉の視点に立って、地域支援事業の枠組みの中で地域に住む高齢者等を支えるものであり、指定居宅介護予防支援事業所は、要支援1と2の介護予防給付受給者に対するマネジメント機能を持つものである。これら地域包括支援センターと指定介護予防支援事業所に課せられた機能について、いまだに明確に整理されなかったことが地域包括支援センターの混乱の要因となっている。

（2）地域包括支援センターの機能

地域の一人暮らし高齢者や虐待を受けている恐れのある者の支援、成年後見制度による支援が必要な場合やアルコール依存症等医療依存度の高い者、認知症高齢者で保護され居所や名前がわからない者などの生活支援、相談・支援は、地域福祉の基本である。

その福祉的な課題を解消するために、地域を包括的に支援するセンターが必要になったのである。それは、介護保険制度以前には、自治体が担っていた地域福祉であり、介護保険制

度によって、自治体機能は弱体化したことの反省から制度化されたものでもある。

委託によって包括支援センターを運営するには、委託者としての自治体があらかじめ民生委員や自治会・町内会、ボランティア、地域包括支援センターなどのネットワークを構築し、それら通じて地域に一人暮らしや高齢者世帯といった要援護者の存在を周知し、そのデータをコンピュータによるデータベースとして共通利用できるシステム化が必要なのである。夜中に虐待の通報が入り、土日・休日に認知症高齢者の保護が必要となること態は、珍しいことではない。こうした、緊急の対応が必要になるからである。

また、地域での高齢者のみまもり等の地域支援を実現するためには、民生委員やボランティア、福祉サービス事業者など、支援する立場の人々の信頼関係が築かれていく必要がある。そのための地域ケア会議等の支援ネットワーク体制の整備や虐待防止、やむを得ない措置や緊急ショートステイ、成年後見制度の市長申し立てにかかるマニュアルの作成等、具体的な支援にかかる行政側の体制整備が必要であり、それらが無く地域包括支援センターに業務を委託しただけでは、安心の仕組みとならないのは明らかである。

これまで述べて来たように、地域包括支援センターが地域で住む高齢者の安心を担保するためには、今日厚労省で課題で掲げている①医療との連携強化②介護サービスの充実強化③予防の推進④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備が必要となるのである。しかし、これは自治体が自ら業務の中で気付き、すでに構築している事が望ましいし、そのような自治体も少なくない。その点で言えば、包括支援センターを委託する市町村の地域ケアの姿勢が最も大きな問題となる。

したがって、地域包括支援センターの担うべき課題はまずは地域福祉にあるからである。そのために、制度創設にあたっては、地域課題を木目細やかに対応できる市町村行政のリーダーシップが期待されたのである。

それに対して指定介護予防支援事業者は言うまでもなく指定事業者である。これを行政組織の中で行うとすれば、収益事業を実施すべき事業者として、事務分掌規則に盛り込むこと、職員については事業所業務として、町役場や市役所の勤務時間を恒常的に超える可能性のあることをあらかじめ労使協議の中で了解しておかなくてはならない。

指定介護予防支援事業所の業務は、要支援1・2の人に対する介護予防マネジメント業務である。マネジメントは24時間切れ目がなく対応が求められる。ケアマネのほとんどが24時間携帯電話を放すことができないのは、利用者からの連絡がいつ来るかわからない状態であるからだ。公務員としての就業時間である8時半から17時15分までとはいかない。この就業規定の整理も課題である。社会福祉法人等の場合元々24時間の業務である介護施設等を有しているのでバックアップは可能だが、行政でそのシステムが構築できるかが、もう一つの課

題である。

夜中に不安で電話をかけ続ける者やヘルパーを必要とする対応や福祉としての虐待や認知症で徘徊した高齢者の保護等を行うことが日常的な業務となる。これらの業務を実施した場合、予算上は介護保険特別会計の地域支援事業の地域包括支援センター事業勘定なのか指定事業者勘定なのかを個々にて区分する必要がある。厳密に言えば業務の内容によって、時間外手当等の支出科目も異なるからである。

7. 地域包括支援センターとケアマネ支援

地域包括支援センターには、主任ケアマネジャーの配置が義務付けられている。その仕事は、介護保険サービスや他の保健・医療サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などで、介護支援専門員の業務に対し、十分な知識と経験を有する介護支援専門員でケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する知識及び技術を修得した者が当たる。居宅介護支援費に関する特定事業所加算を取得する事業所にあつては、主任介護支援専門員の配置が義務づけられており、地域包括支援センターには、その担当する区域における介護保険の第1号被保険者数に応じて主任介護支援専門員を配置する必要がある。介護支援専門員は、業務を行おうとする場合と、実務者研修を受けなければならない。さらに、5年後には資格証の更新研修を受ける事が義務付けられている。

さらに、主任介護支援専門員は、介護支援専門員の業務に関し相談や指導を行うための研修が義務付けられている。

これらの事から、地域包括支援センターが介護保険や高齢者福祉・地域福祉にとって、大きな役割を期待されている事がわかる。

厚労省は、この地域包括支援センターに法で規定している役割以上を期待している事が分かった。

例えば、介護支援専門員と利用者の間は個別の契約に基づいて、業務が行われている。介護支援専門員は、要介護者からの要望に基づき、本人の状態や環境に基づいた、最良の介護支援計画（ケアプラン）を作成することとなる。しかし、厚労省はこのケアプラン作成が、必ずしも最適のプランだけではないと考えていた。利用者のデマンド要望（デマンド）に基づいた計画であつて、必要（ニーズ）を的確にとらえた、プランは少ないととの指摘があつた。

そこで、研修の中では、個別のケアプランの内容まで、主任介護支援専門員は意見を述べる事が必要とした。しかし、契約により行っている介護支援業務に対して、例えそれが介護ワーカーから見て不適切と思われるプランであっても、本人の経済状況や介護の要望などから決定をして実施しているケアマネジメントが、第三者が不適当とすることはできないので

ある。それが可能なら法的根拠を明確にする必要がある。したがって主任介護支援専門員等の介入は現実には不可能と言わざるを得ないのである。

8. 2012年介護保険法改正

2011年6月に改正された介護保険法は、その多くが2012年4月1日からの施行となった。2012年の介護保険法改正によれば、見直しの基本的な考え方は、医療、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく、有機的かつ一体的に提供する「地域包括システム」の実現をその柱としている。

(1) 医療連携と生活支援の強化

- ・介護保険のみならず医療連携や見守り・虐待・認知症に対する地域支援を強化

(2) 介護予防・日常生活支援事業

- ・介護予防を改めたものだが、地域支援事業枠は継続。

(3) 定期巡回・訪問サービス

- ・20分以内の短時間・頻回サービス。課題は人材の確保

(4) 複合型サービスの実施

- ・訪問介護と看護の連携に基づくサービス提供

地域包括ケアシステムは、高齢者が介護の必要な状況になっても、可能な限り住み慣れた地域で継続して生活が営めるように、①介護保険サービス②介護予防サービス、③医療、④見守り、配食サービス、買い物などの生活支援、⑤高齢者の住まいなどを一体化し、連携して提供していくという考え方である。そのため、これまで議論されていた介護保険内の制度のみならず、医療や保健、さらに見守りなど、介護保険制度外のシステムも含めた総合的な取り組みが求められるのである。

表5 地域包括ケアシステム概要

- 1. 医療と介護の連携強化等
- ○医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）の推進
- ○地域包括ケア実現のために、日常生活圏域ごとに地域ニーズを的確に把握した事業計画を策定
- ○単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設
- ○保険者判断による予防給付と生活支援サービスの総合化
- ○介護療養病床の廃止期限を猶予
- 2. 高齢者の住まいの整備や施設サービスの充実

- ○（高齢者住まい法の改正）厚生労働省と国土交通省の連携による高齢者の住宅供給の促進（サービス付き高齢者向け住宅）
- ○医療法人による特別養護老人ホームの開設
- ○特養の4人部屋の報酬を大幅減額
- 3. 認知症対策
- ○市民後見人の活用など、高齢者の権利擁護の推進
- ○市町村における認知症対策の計画的な推進

「地域包括ケアシステム」について、まずは、理念規定として、あるべき地域ケアを創設した。特に、重度者・単身者への対応として、定期巡回・随時対応型訪問介護・看護（短時間の定期巡回型訪問と通報システムによる随時の対応等の適宜・適切な組み合わせ）、や複合型サービス（小規模多機能型居宅介護と訪問看護などを1つの事業所で柔軟に組み合わせることができるようにする）を重度者・単身者向けのサービスとして、地域密着型サービスに位置づけ、在宅で安心して生活できるモデルとした。

要支援・軽度者向けのサービスとして、予防給付と日常生活支援（配食、見守り等）の総合的サービスを市町村の判断により実施する。これは、地域支援事業に位置づけるもので、さらに財源は予防事業枠となる。地域支援事業に総合事業のカテゴリーを作り、財源は介護



【地域包括ケアの四つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の4つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～④の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
- ・24時間対応の在宅サービスの強化

③見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進。

④高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備（国交省）

- ・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備
- ・持ち家のバリアフリー化の推進

図11 地域包括ケアシステム

I 制度概要について

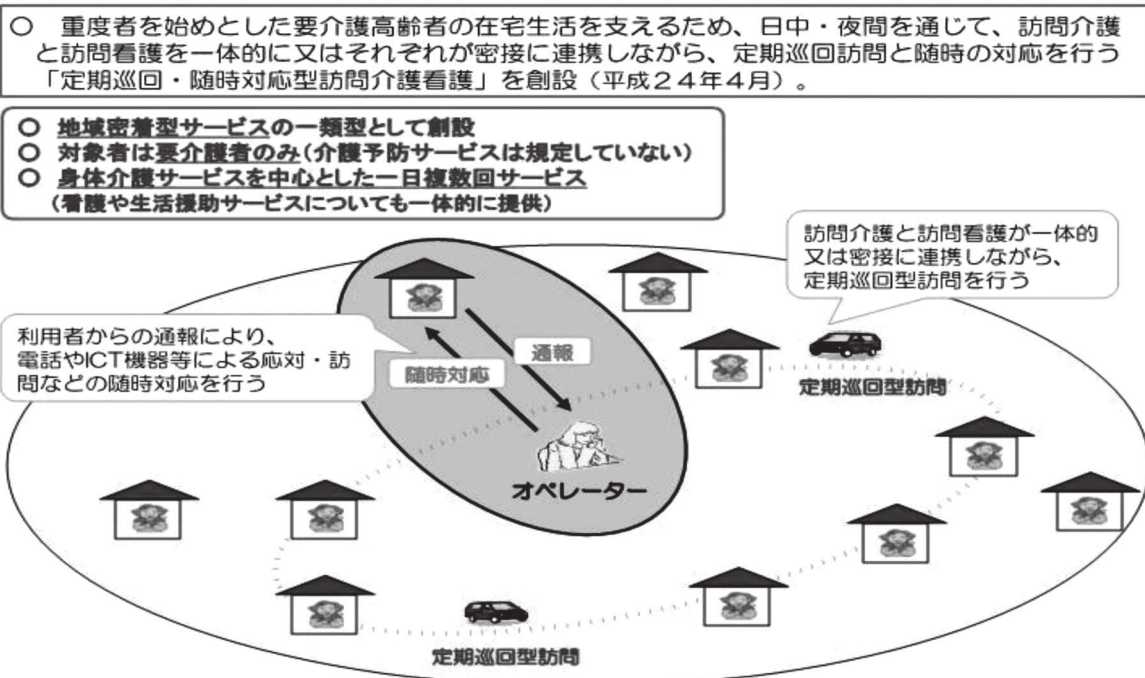


図12 制度概要について

定期巡回・随時対応サービスの定義

- 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」については、次の二つの類型を定義。
- ① **一つの事業所で**訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する介護・看護一体型
 - ② **訪問介護を行う事業所が地域の訪問看護事業所と連携**をしてサービスを提供する介護・看護連携型（看護サービスのうち、居宅での療養上の世話・診療の補助は連携先が提供）
- いずれの事業形態においても、**医師の指示に基づく看護サービスを必要としない利用者が含まれる。**

新介護保険法（平成24年4月1日施行分）

第8条

- 15 この法律において「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、次の各号のいずれかに該当するものをいう。
- 一 居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、その者の居宅において、介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものを行うとともに、看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助を行うこと。ただし、療養上の世話又は必要な診療の補助にあつては、主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めた居宅要介護者についてのものに限る。
 - 二 居宅要介護者について、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、訪問看護を行う事業所と連携しつつ、その者の居宅において介護福祉士その他第二項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものを行うこと。

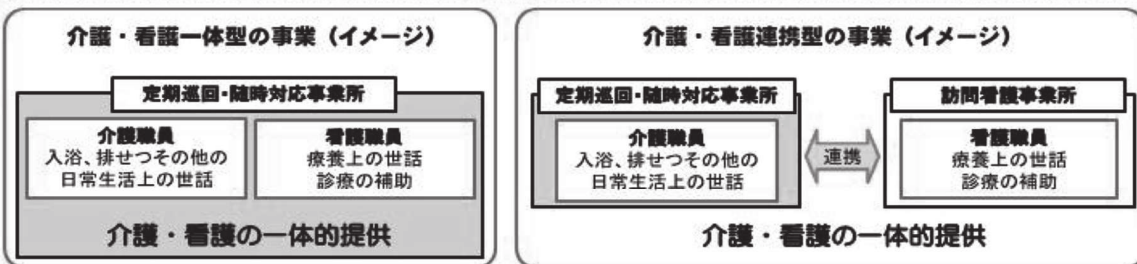


図13 定期巡回・随時対応サービスの定義



図14 定期巡回・随時対応サービスの訪問イメージ①

予防給付と同じ地域支援事業枠となる。

実施にあたっては、保険者である市町村が希望する場合に行なうものであり、地域包括支援センターで対象となる人を抽出し、本事業に適していると思われる方にこの制度を適用する。これにより軽度者支援の総合化を目指すものである。結果として、予防給付の削減に繋がるものの、あくまでも切れてしまうサービスを総合化するものというのが厚労省の説明である。

しかし、実施に当たっての課題として、地域支援事業の3%の予算枠が一つのハードルとなる。地域支援事業の枠は給付費全体の3%、そのうち予防関係事業の上限は2%であり、全国的には3%に達していない自治体もあるが、地域支援、包括的支援や介護予防事業に熱心に取り組んだ自治体には地域支援事業枠を3%一杯に実施してきているので、保険者として事業化は大変難しい選択となる。厚労省はこうしたことから、総合事業を行う場合は1%上積みし地域支援事業枠を4%まで可能とした。2013年の地域包括推進事業の創設においても、この枠組みの拡大を検討している。厚労省としては、自治体に積極的に取り組んでもらい、少しでも給付費の縮減につとめたいとの思いがあると考えているのである。法規範については利用者負担との関係で条例化が必要となる。利用料は負担が原則と考えられるからである。本事業を保険給付とは異なるので負担は市町村が自由に決めることができる。自治体としては低所得者に十分配慮した対応も検討すべきである。

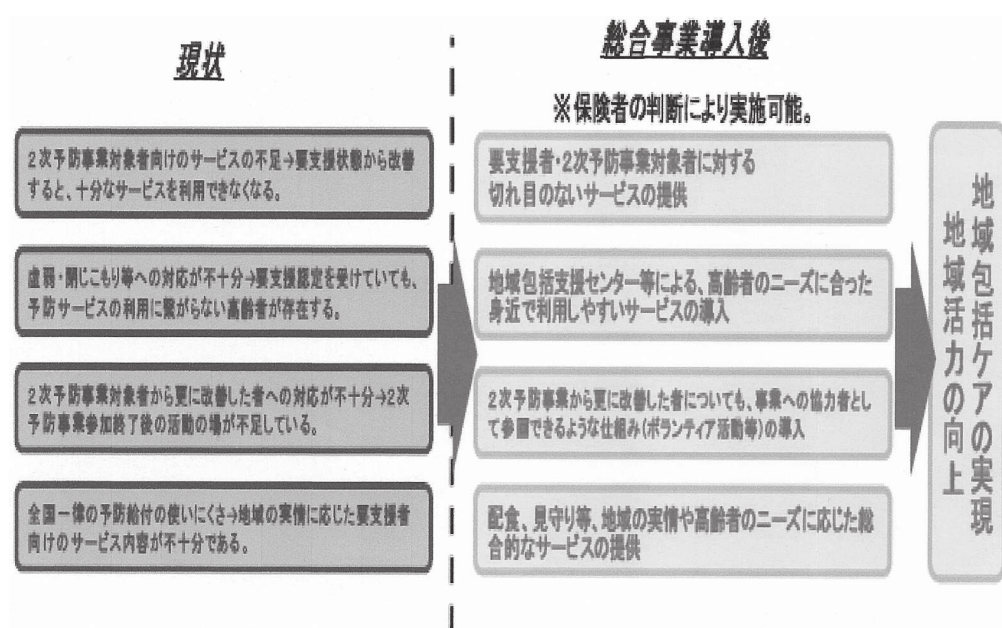
さらに、住まいの整備・施設のサービスについては、①有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、認知症グループホームの情報開示や前払金の明確化・契約解除のルール・本人への前

払金返還の規定を整理することで入居者を保護（老人福祉法の改善命令の対象）することを盛り込んだ。その他では、認知症対策の強化①理念・努力規定（認知症研究）の創設，②権利擁護の体制（審判請求を有効に活用するため体制整備，市民後見人，当事者による審判請求が難しくなってくるので当事者外の市民が後見人になれるよう育成・推薦）③事業計画に認知症施策の推進を盛り込む，④地域包括支援センターの機能強化（関係者の連携，委託型の場合に実施に係る方針を示しポリシーを示すこととする）また，自治体が介護保険事業計画に乗せている数以上に建設希望があった場合の総量規制については，規制を取り払えという意見があるが，総量規制を取り払うという議論をどう考えるか。外した場合どんなことがありうるかこの後議論を詰めていく予定である。

（1）介護予防・日常生活支援総合事業

今回の改正で新たに「介護予防・日常生活支援総合事業」が加わったが，本事業は，市町村による実施体制を確保し，要支援者・2次予防事業対象者への総合的サービスの提供体制と地域支援事業の上限のあり方などを整理し事業化を進めると言う課題があった。

基本的に，介護予防・日常生活支援総合事業（以下，総合事業という。）は，市町村の判断により，地域の実情に応じて，多様なマンパワーや社会資源の活用等を図りながら，要支援者・2次予防事業対象者に対して，介護予防や配食・見守り等の生活支援サービス等を総



出典：厚生労働省 第5期介護保険事業（支援）計画の策定に係る全国会議資料「第5期計画への介護予防・日常生活支援総合事業の実施の位置づけの検討について」（厚生労働省 2011年9月30日発出）老振発0930第1号）

図15 「介護予防・日常生活支援総合事業について（イメージ）」

合的に提供することができる事業を行う。(厚生労働省通知 老振発0930第1号「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的事項について」)。

このため、総合事業の実施により、高齢者に対する介護予防・日常生活支援の推進および互助・インフォーマルな支援の推進を図ることができるものと考えられるところであり、各市町村において、総合事業の実施について積極的に検討すべきものとされた。

基本的事項の内容に沿って、適宜政令・省令・告示の改正等が行われ、総合事業は市町村ごとに地域の実情に応じて柔軟に実施すべき事業であるため厚労省から各市町村に向けて総合事業の実施に当たっての手引きが示されている。

表6 定期巡回・随時対応サービスの事業所数 (平成25年8月末)

※老健局振興課調べ

都道府県名	保険者名	事業所数		都道府県名	保険者名	事業所数	
北海道	札幌市	18	※	福井県	坂井地区広域連合	2	※
	函館市	4			鯖江市	1	※
	小樽市	1		山梨県	甲府市	1	※
	帯広市	1		岐阜県	岐阜市	4	※
	夕張市	1			大垣市	2	
岩手県	盛岡市	1	もとす広域連合		1		
	北上市	1	静岡県	静岡市	5	※	
	奥州市	1		浜松市	4		
山形県	山形市	1		伊東市	1		
	鶴岡市	1		富士宮市	1		
福島県	福島市	4	愛知県	名古屋市	7	※	
	伊達市	1		北名古屋市	1		
	会津若松市	1		岡崎市	2		
茨城県	土浦市	1		稲沢市	1	※	
	鹿島市	1		清須市	(1)		
群馬県	前橋市	1		豊橋市	1		※
	埼玉県	さいたま市		(1)	西尾市	2	
和光市		3		高浜市	1		
朝霞市		(2)		◎安城市	(1)		
志木市		1	三重県	鈴鹿亀山地区広域連合	1	※	
久喜市		1		津市	1		
宮代市		(1)	滋賀県	栗東市	1	※	
白岡市		(1)		草津市	(1)		
幸手市		(1)		守山市	2		
杉戸町		(1)	京都府	京都市	3	※	
上尾市		1		福知山市	2		
大里広域市町村圏組合		2		向日市	1		※
春日部市	2	長岡京市		1			
千葉県	行田市	(1)	大阪府	大阪市	5	※	
	千葉市	2		堺市	2		
	船橋市	4		東大阪市	2		
	君津市	1		藤井寺市	1	※	
	柏市	3		八尾市	1 (1)		
	習志野市	(1)		富田林市	(1)		※
	佐倉市	1		松原市	1 (1)		
	富津市	(1)		河内長野市	(1)	※	
	市川市	1		岸和田市	2		

都道府県名	保険者名	事業所数		都道府県名	保険者名	事業所数	
千葉県	流山市	1	※	大阪府	交野市	(1)	※
	八千代市	1			くすのき広域連合	1	
東京都	千代田区	2	※		茨木市	2	※
	板橋区	1	※		大東市	(1)	
	中央区	2			吹田市	1	※
	港区	3		兵庫県	神戸市	5	※
	新宿区	2			たつの市	1	
	墨田区	2			尼崎市	1	※
	江東区	3			明石市	1	
	品川区	1		奈良県	奈良市	2	
	世田谷区	2			大和郡山市	1	
	中野区	1	※	和歌山県	和歌山市	1	
	杉並区	4		鳥取県	米子市	5	※
	豊島区	3	※		鳥取市	1	
	練馬区	4	※		境港市	1	※
	足立区	5	※	岡山県	岡山市	5	
	江戸川区	2	※	広島県	広島市	4	
	目黒区	5	※		福山市	4	
	荒川区	1	※		尾道市	(1)	
	台東区	2	※		三原市	1	
	武蔵野市	1			三次市	1	
	稲城市	1		山口県	下関市	1	
	小金井市	1	※	香川県	坂出市	2	※
	調布市	1	※	愛媛県	新居浜市	2	※
	八王子市	2	※	福岡県	北九州市	1	※
	立川市	2	※		福岡市	1	※
	三鷹市	1	※		久留米市	3	※
神奈川県	川崎市	7		福岡県	小郡市	1	※
	横浜市	18	※		福岡県介護保険広域連合	1	
	小田原市	1			◎糸島市	1	※
	平塚市	1	※	佐賀県	唐津市	1	※
	伊勢原市	1 (1)	※	長崎県	長崎市	2	※
	鎌倉市	1	※		壱岐市	1	
	泰野市	(1)			大村市	1	※
	厚木市	1		熊本県	熊本市	4	※
新潟県	新潟市	1			山鹿市	1	
	上越市	4			人吉市	1	※
	長岡市	2			水俣市	1	
富山県	富山市	2	※	大分県	中津市	1	
石川県	金沢市	1			豊後大野市	1	
	加賀市	1		鹿児島市	鹿児島市	10	※
	津幡町	1			指宿市	1	※
福井県	福井市	3	※		鹿屋市	1	※
				沖縄県	うるま市	1	

注1) 他の市町村（保険者）に所在する事業所を指定している場合は（ ）としている。

注2) ◎は新規の保険者。

注3) ※は公募指定を行っている保険者。

H25	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
保険者数	120	142	150	154	158	161							
事業所数	一体型	72	88	93	96	99	101						
	連携型	161	190	200	206	218	227						
	合計	232	277	292	300	315	325						
利用者数	2,083	2,447	2,885	3,244	3,609	3,928							

注1) 一体型と連携型の両方を実施している事業所があるため、事業所数の合計が一致しない。

①介護予防・日常生活支援総合事業の基本的事項

総合事業は、市町村の主体性を重視し、地域支援事業において、多様なマンパワーや社会資源の活用等を図りながら、要支援者・2次予防事業対象者に対して、介護予防や配食・見守り等の生活支援サービス等を、市町村の判断により、総合的に提供することができる事業である。従来、制度上の制約から十分なサービス提供ができなかった部分についても、この総合事業により、利用者の視点に立った柔軟な対応や、既存の枠組みにとらわれないサービスの提供が可能となる。

第5期介護保険事業計画において2012年4月からのサービス実施が期待されているが、サービス提供の開始年度については平成24年度を準備期間とし、2013（平成25）年度から開始というように、第5期計画期間の途中の年度に位置付けることも可能とされた。

- ・要介護認定において「要支援」と「非該当」を行き来するような高齢者に対する、切れ目のない総合的なサービスの提供
- ・虚弱・引きこもりなど介護保険利用に結び付かない高齢者に対する円滑なサービスの導入
- ・自立や社会参加の意欲の高い者に対する、ボランティアによるこの事業への参加や活動の場の提供
- ・生活支援の必要性が高い要支援者に対する、地域の実情に応じた、生活を支えるための総合的なサービスの提供

2次従来の地域支援事業の介護予防の課題として、予防事業対象者向けのサービスの不足が、要支援状態から改善して、要支援から非該当になった場合、これまで受けていたサービスが利用できなくなるという状況がある。これらの課題は、地域包括支援センター等による高齢者のニーズに合った身近で利用しやすいサービスの導入、配食、見守り等、地域の実情や高齢者のニーズに応じた総合的なサービスの提供、2次予防事業からさらに改善した人についても、事業への協力者として参画できるような仕組み（ボランティア活動等）の導入により、地域包括ケアの実現が図られ、地域活力の向上が進むと期待されている。

②対象者

総合事業の対象者は、要支援者および2次予防事業対象者であるが、対象となる要支援者については、市町村または地域包括支援センターにおいて、本人の意向を最大限尊重して、本人の意思に反した判断がなされることのないよう、市町村又は地域包括支援センターと利用者が、よくコミュニケーションを取りながら、対象者の決定を行うものである。さらに、対象となる2次予防事業対象者については、市町村又は地域包括支援センターにおいて、要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められる高齢者を基本として、地域の実情に応じて判断し、利用者の状態像に応じて、適切なケアマネジメントに基づき判断することと

なる。したがって、介護保険予防給付者、2次予防事業対象者、一次予防事業が対象となるのである。

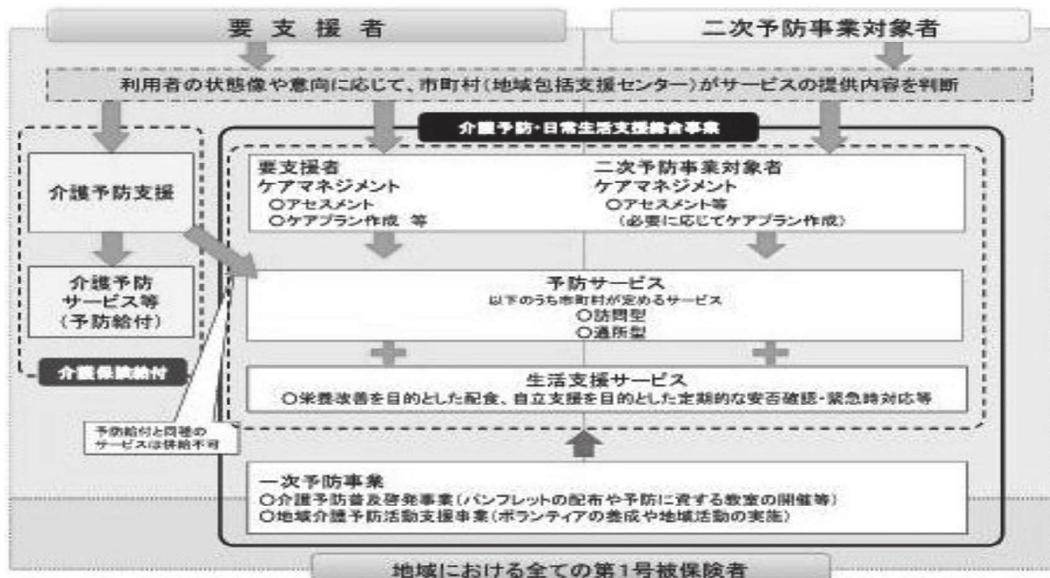


図16 介護予防・日常生活支援事業概念図

③サービスの内容

総合事業とは、以下のア～ウのすべてを総合的に実施する事業を言う。

ア 予防サービス

以下のうち、市町村が定めるサービス

- A 訪問型（身体介護・相談助言、生活援助等）
- B 通所型（機能訓練、身体介護・相談助言・健康状態確認等）

イ 生活支援サービス

以下のうち、市町村が定めるサービス

- A 栄養改善を目的とする配食
- B 自立支援を目的とする定期的な安否確認・緊急時対応
- C 地域の実情に応じつつ予防サービスと一体的に提供されることにより、介護予防・日常生活支援に資するサービス

ウ ケアマネジメント

要支援者に対しては、総合事業において、訪問型・通所型以外にも、介護予防サービス・地域密着型介護予防サービスに類するものを定めることが可能。また、予防サービスは、自立支援の効果を高める観点を考慮して決定するとされている。例えば、できる限り通所によることとし、訪問型予防サービスは、「要介護・要支援状態から改善した者であって、特に

必要があると認められる者（例：「要介護・要支援状態から改善して6カ月後）までを限度とする）」に対して行うこととし、「通所型への参加が困難な者に対して、保健師等が居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、必要な相談・指導等を実施する訪問型予防サービス」を提供するなどを基本としている。

④実施可能なサービスの具体例

総合事業の実施により、例えば、以下のようなサービス等の実施が可能。

＜予防サービス＞

- ・介護福祉士・ホームヘルパーによる介護予防を目的とする身体介護および日常生活機能向上援助
- ・介護福祉士・ホームヘルパーによる介護予防を目的とする生活援助
- ・公民館・保健センター等で行われる「機能訓練」および「生活等に関する相談および助言」
- ・公民館・保健センター等で行われる「機能訓練」および「健康状態の確認」

＜生活支援サービス＞

- ・介護福祉士・ホームヘルパー以外の者による「栄養改善を目的とする配食」、「自立支援を目的とする定期的な安否確認・緊急時対応」又は「地域の実情に応じつつ予防サービスと一体的に提供されることにより、介護予防・日常生活支援に資するサービス」
- ・シルバー人材センター等が実施する「栄養改善を目的とする配食」、「自立支援を目的とする定期的な安否確認・緊急時対応」又は「地域の実情に応じつつ予防サービスと一体的に提供されることにより、介護予防・日常生活支援に資するサービス」
- ・その他、既存の枠組みにとらわれないサービス（地域における互助、民間事業者、NPO法人、インフォーマルな支援等）

⑤ケアマネジメントについて

総合事業は、すべてケアマネジメントに基づいて実施するものとされている。ただし、すでに介護予防支援によるケアマネジメントを受け、予防給付の支給を受けている要支援者に対しては、当該介護予防支援に基づくケアプランの変更により対応できるため、改めて総合事業によるケアマネジメントを行う必要はない。ケアマネジメントの実施にあたっては、既存のサービスのみにとらわれることなく、インフォーマルな支援等も含めた地域資源についても、柔軟に活用することが必要である。

ケアプランの様式について、全国一律のものは定めない予定とされている。これまでの要支援者向けケアプランや2次予防事業対象者向けケアプランを利用するなど、市町村の判断

により、適宜対応することになるが、ケアプランの作成例を示すことが検討されている。

2次予防事業対象者に対するケアプランについては、必要と認められる場合に作成できるものとし（総合事業を実施しない場合と同様）、ケアプラン作成の必要がない場合には施策前・施策後に事業実施担当者と情報共有することにより替えることができることとし、予防給付を受けていない要支援者に対するケアプランについては、介護予防支援と同様、作成しなければならないものとされている。

要支援者・2次予防事業対象者が自らケアプランを作成し、市町村・地域包括支援センターが適当と認めた場合には、当該要支援者・2次予防事業対象者に対するサービスに要する費用を、総合事業から支出することができる（予防給付と同様）。

⑥サービスの提供方法

ア．サービス提供事業者（委託事業者）

予防サービス・生活支援サービスについては、厚生労働省令で定める基準に適合する者の中から、市町村が地域の実情に応じて柔軟に決定する。

厚生労働省令で定める基準においては、以下の事項を定める予定である。

- サービスの従事者またはサービスに従事していた者が、正当な理由なく、業務上知り得た利用者・家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置が講じられていること
- 従事者の清潔の保持・健康状態管理のための対策が講じられていること
- サービスの実施により事故が発生した場合に、以下の措置を講じる旨およびその実施方法を定めていること
 - ・事故発生時は、市町村・家族・地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じること
 - ・事故の状況・事故に際して採った措置を記録すること
 - ・サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うこと

（注）市町村が自ら実施することも可能。また、例えば、通所型予防サービス等について、予防給付に係るサービスと総合事業におけるサービスを同時に提供することも可能。

ケアマネジメントについては、上記の厚生労働省令で定める基準を満たす地域包括支援センターに実施の委託が予定されており、要支援者に対するケアマネジメントは、地域包括支援センターから、厚生労働省令で定める者（指定居宅介護支援事業者を予定）に委託することも可能である。

イ．事業者に対する費用の支払

事業者に対して支払う費用の額については、市町村において、地域の実情に応じて決定されます。

事業者に対する費用の審査・支払を、国保連に委託することも可能である。

ウ．サービスの併給

予防給付を受けている要支援者が、予防給付の支給対象となったサービスとは異なるサービスを総合事業に基づいて利用することは可能であるが、同じ種類のサービスを総合事業に基づいて利用することはできません。

例：介護予防訪問介護に係る予防給付を受けている要支援者が、総合事業に基づいて介護予防訪問介護を利用することはできない。

⑦利用料

市町村および事業者は、利用者から、利用料を徴収することが可能となる。

利用料の額等の利用料に関する事項は、地域の実情に応じて、市町村において決定されます。なお、利用料の額は、予防給付とのバランス等を勘案しながら、適切に設定されます。

厚労省が示している指針では、要支援者及び二次予防対象者に実施する事業内容は、①予防サービス②生活支援サービス③ケアマネジメントの3つに分類され、1から3の全てを総合的に実施する事を求めている。

①予防サービスでは「訪問型（身体介護・相談助言、生活支援等）」と「通所型（機能訓練、身体介護、相談助言・健康状態確認等）」の2サービス。生活支援サービスは、「配食」と「安否確認・緊急時対応」と「介護予防・日常生活支援に資するサービス」の3つにわかれている。

総合事業を2012年4月から実施他市町村は、11自治体で、埼玉県吉見町・松伏町、東京都品川区・奥多摩町、山梨県北斗市、静岡県静岡市、福井県坂井地区広域連合、長崎県長崎市・佐々町、熊本県小国町、鹿児島県徳之島町の11市町である。

また第5期中に取り組む意向があるのは115団体という数字が、シルバー産業新聞の調査で分かった。

(2) 定期巡回・随時対応サービス

(3) サービス付高齢者向け住宅事業

表7 サービス付き高齢者向け住宅登録基準（概要）

項 目	基 準
登録できる住宅の種別	賃貸住宅または有料老人ホーム ※賃貸住宅及び有料老人ホームを構成する建築物ごとに登録する
入居者要件	60歳以上の者又は要介護・要支援認定を受けている者及びその同居者（※） ※同居者は以下の者に限られる ・配偶者 ・60歳以上の親族 ・要介護・要支援認定を受けている親族

項 目		基 準
設備基準	規模	<p>○一戸あたりの床面積は原則25㎡以上</p> <p>○居間、食堂、台所等、高齢者が共同して利用するために十分な面積を有する共用の設備がある場合は18㎡以上とすることができる</p> <p>なお、サービス付き高齢者向け住宅の各居住部分の床面積を25㎡以下とする場合にあっては、食堂、台所等の共同利用部分の面積の合計が、各専用部分の床面積と25㎡の差の合計を上回ることが基本</p>
	設備	原則、各戸に台所、水洗便所、収納設備、洗面設備及び浴室（共用部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備又は浴室を備えた場合は、各戸が水洗便所と洗面設備を備えていれば可となる場合あり）
加齢対応構造等（バリアフリー）の基準	(1) 床	段差なし
	(2) 廊下幅	78cm（柱の存する部分は75cm）以上
	(3) 出入口の幅	居室……75cm以上 浴室……60cm以上
	(4) 浴室の規格	短辺120cm、面積1.8㎡以上（1戸建の場合、短辺130cm、面積2㎡以上）
	(5) 住戸内の階段の寸法	$T \geq 19.5$ $R / T \leq 22/21$ $55 \leq T + 2R \leq 65$ T ：路面の寸法（cm）、 R ：けあげの寸法（cm）
	(6) 主たる共用の階段の寸法	$T \geq 24$ $55 \leq T + 2R \leq 65$
	(7) 手すり	便所、浴室及び住戸内の階段に手すりを設置
	(8) エレベータ	3階建以上の共同住宅は、建物出入口のある階に停止するエレベータを設置
	(9) その他	高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則第34条第1項第9号の国土交通大臣の定める基準（平成13年国土交通省告示第1296号）（※1）を満足する必要があります
加齢対応構造等（バリアフリー）の基準		上の（1）（5）（6）（7）を満たすこと
	上記の基準をそのまま適用することが適当でないと認められる既存建物の改良等の場合	国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則第10条第5号の国土交通大臣及び厚生労働大臣の定める基準（平成23年国土交通省・厚生労働省告示第2号）（※2）を満足する必要があります
サービス関連	状況把握サービス及び生活相談サービスを提供すること 以下のサービスのいずれかを提供する場合、老人福祉法の有料老人ホームの定義に該当（サービス付き高齢者向け住宅に登録した場合、届出義務の対象外）します <ul style="list-style-type: none"> ・入浴、排せつ、食事等の介護 ・食事の提供 ・調理、洗濯、掃除等の家事 ・心身の健康の維持及び増進 	
	状況把握サービス及び生活相談サービスの基準	<p>○次に掲げる者のいずれかが、夜間を除き、住宅の敷地又は隣接敷地内の建物に常駐しサービスを提供</p> <p>なお、常駐する時間帯は概ね9時から17時とし、少なくとも1人が常駐する必要がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療法人、社会福祉法人、介護保険法指定居宅サービス事業所等の事業者が、登録を受けようとする者である（又は委託を受ける）場合……当該サービスに従事する者（ただし、当該事務所の人員配置基準に定められた時間帯は不可） ・それ以外の場合……医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員又はヘルパー2級以上の有資格者 <p>○常駐しない時間帯は、各居住部分に設置する通報装置にてサービスを提供</p>

項 目	基 準
契約関連	<ul style="list-style-type: none"> ・書面によるものであること ・居住部分が明示されていること ・敷金・家賃以外の金銭を受領しない契約であること ・入居者の合意なく居住部分の変更や契約解除を行わないこと ・工事完了前に前払金を受領しないこと
家賃等の前払金を受領する場合	<ul style="list-style-type: none"> ・前払金の算定基礎、返還債務の金額の算定方法が明示されていること ・入居後3月以内の契約解除、入居者死亡により契約終了した場合、契約解除等の日までの日割家賃を除く前払金を返還すること ・家賃等の前払金に対し、必要な保全措置が講じられていること

○全国の数値

平成23年10月20から制度が運用され、平成25年3月31日現在では、全国で約9万戸の整備が進められている。法人等種別では、株式会社（55.7%）、医療法人（14.6%）、有限会社（13.9%）、社会福祉法人（7.5%）で全体の9割を占める。

■住宅戸数有効回答数：3 391件 H25.3末時点

住宅戸数では、「10戸以上20戸未満（23.2%）」「20戸以上30戸未満（22.9%）」が多く、全体の8割以上が50戸未満である。

・専用部分の床面積は、25㎡未満が7割以上を占める。

（4）複合型サービスの創設

小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて提供する複合型事業所を創設するものである。これらより、利用者は、ニーズに応じて柔軟に、医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられやすいようになる。また、事業者にとっても、柔軟な職員配置が可能になる、ケアの体制が構築しやすくなる、という利点があります。

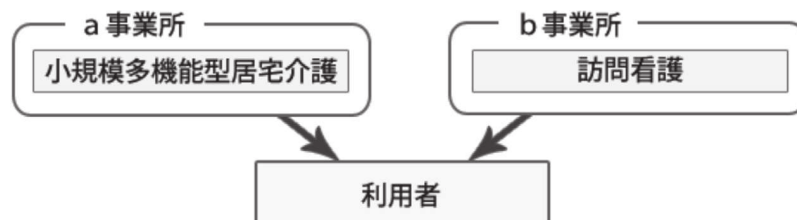


図17 現行制度

それぞれのサービスごとに別々の事業所からサービスを受けるため、サービス間の調整を行ないにくく、柔軟なサービス提供が行ないにくい事などが以前からの課題とされてきまし

た。小規模多機能生活介護は、地域包括ケアを支える重要なサービスだが、現行の小規模多機能生活介護は、医療ニーズの高い要介護者に十分対応できない課題がありました。

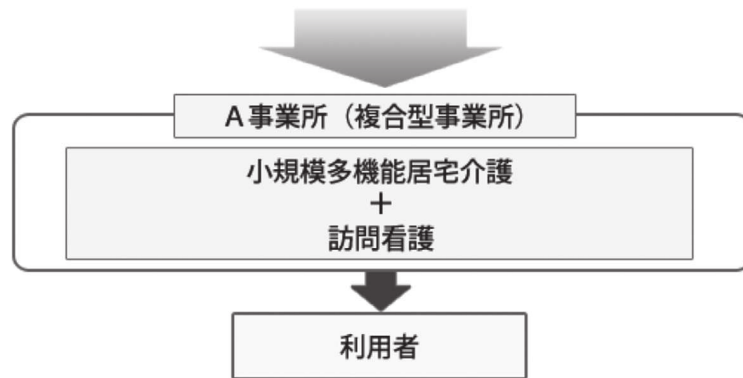


図18 創設後

1つの事業所から、サービスが組み合わせられ提供されるため、サービス間の調整が行ないやすく、柔軟なサービス提供が可能となる。小規模多機能型居宅介護と訪問看護を一体的に提供する複合型事業所の創設により、医療ニーズの高い要介護者への支援を充実することが可能となる。

（小規模多機能の整備状況／平成22年10月現在）

1. 事業所数 2,615箇所
2. 利用者数 47,626人
3. 1事業所当たり利用人員 18.2人
4. 事業所当たり収入額 342万円／月

②複合型サービスの概要

このサービスは「居宅サービスと地域密着型サービスを2種類以上組み合わせるサービス」であり、その第1弾として小規模多機能型居宅介護と訪問看護の両サービスの組み合わせを指定サービスとするものである。

それも24年4月から第1弾の小規模多機能型居宅介護と訪問看護の両サービスを組み合わせサービスが創設された以後は、順次その他の「居宅サービスと地域密着型サービスを2種類以上組み合わせるサービス」が新サービスとして創設され、指定されることが予想され、今後様々な組み合わせの「複合型サービス」が誕生する可能性がある。そうすると以前にも指摘したが、これは一人の利用者を、医療系サービスと福祉系サービスのパッケージの中に組み入れるというものだから、必然的に、一定の事業者が「囲い込んで」サービス提供を行う、ということが主流となる。

そもそも複合型サービスとは別サービスである「24時間地域巡回型訪問サービス」にしても、30分で移動できる圏域の中で、訪問看護と訪問介護を一体的に提供するもので、しかもその採算ベースは1圏域で利用者50人とも80人とも言われているので、1事業者がそれだけの利用者を確保するために、居宅介護支援事業者が「24時間地域巡回型訪問サービス」の併設事業である場合の担当ケアマネは、その圏域で利用者を採算ベースに乗る人数を確保することを求められるだろう。囲い込みは進む状況である。

そういう意味では「地域包括ケア」とは、体力のある大きな事業者が地域の要介護高齢者にパッケージサービスを提供するというモデルが基本だから、囲い込みのモデルであるといえる。

そうすると、居宅介護支援費における「特定事業所集中減算」の考え方とは180度違った方向で設計されたサービスモデルということになり、両者の整合性がとれなくなる。

なぜなら一方では、特定の（それも福祉系サービスに限定している点がそもそもの矛盾であるが）事業主体のサービスに偏って使う計画を立てては減算するよ、というのに、地域包括ケアでは積極的に特定の事業者の利用を偏らせねばならないからだ。

よってこの矛盾をなくそうとすれば居宅介護支援費における「特定事業所集中減算」は廃止するしかない。

次期改正で、この減算がなくなるとすれば、その理由は地域包括ケアの促進のために、そのことと整合性の取れない矛盾した減算をなくすという以外のなにものでもないということになる。

複合型サービスでは、通所、短期入所、訪問介護、訪問看護の各サービスをまとめて受けることができる。複合型サービスは、通所介護（デイサービス）を中心に利用しながら、必要に応じてショートステイや訪問介護、訪問看護を受けることができる、一種のセットメニューのようなサービスである。小規模多機能型居宅介護に、訪問看護を加えたものである。4種類の介護サービスを顔なじみのスタッフから受けることができるため、人見知りしがちな方でも安心して利用できるメリットがある。複合型サービスには利用定員が定められていて、1つの事業所あたり25人以下の登録制となっている。1日に利用できる通所サービスの定員は15人以下、泊まりは9人以下となっている。当然ながら、定員を超えている場合は、サービスを利用することはできない。また、複合型サービスは介護保険サービスの「地域密着型サービス」で、施設の所在地と異なる市区町村に住んでいる場合は利用できない。市区町村によっては、地域密着型サービスを実施しているところもある。

③複合型サービスのメリット

複合型サービスのメリットは、主に次の通りである。

- ・ 毎回、ケアプランを作り直さなくても、必要に応じてデイサービス、ショートステイ、訪問介護、訪問看護の4つを臨機応変に選べる
- ・ 1カ月あたりの利用料が定額なので、毎月の介護費用が膨らみすぎない
- ・ 契約する事業者が一つなので、連絡などの手間が少ない
- ・ 顔なじみのスタッフや利用者との交流がはかりやすい

複合型サービスのデメリット

多くの長所を持つ複合型サービスであるが、デメリットもある。まず、複合型サービス介護を利用する場合、次の介護保険サービスを利用できなくなる。

- ・ 宅介護支援（ケアマネジャー）、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）、ショートステイ（短期入所生活介護／短期入所療養介護）。

ケアプランの作成については、複合型サービスを行っている事業者に所属しているケアマネジャーが行うことになる。これまで別のケアマネジャーに依頼していた場合はそこで関係が切れてしまうので、長期間にわたって他のサービスを利用していた人ほど悩ましく思うところである。

その他の複合型サービスのデメリットは、次の通りである。

- ・ サービスの一部に不満があっても、そこだけ別の事業者には依頼することはできない
- ・ 1カ月あたりの利用料が定額なので、サービスをあまり利用しない場合は割高感がある
- ・ 複合型サービスだけで介護保険の支給限度額の大半を使ってしまうことになり、他の介護保険サービスを利用する際に自費扱いになりやすい
- ・ 少人数での集団活動となるのであるタッフや他の利用者との折り合いが悪くなった場合は逃げ場がない

④複合型サービスの対象者

要介護1以上の者。

⑤複合型サービスの費用の目安

要介護1 ……132,550円/月（自己負担額：13,255円/月）
要介護2 ……181,500円/月（自己負担額：18,150円/月）
要介護3 ……251,110円/月（自己負担額：25,111円/月）
要介護4 ……283,470円/月（自己負担額：28,347円/月）
要介護5 ……319,340円/月（自己負担額：31,934円/月）

※食事代、おむつ代、宿泊の際の部屋代や光熱費などは別途必要。

※上記以外にも、施設の体制によって個人負担額が加算される場合がある。

⑥複合型サービスの申込先

主治医に相談のうえ必要と判断されたら、複合型サービスを提供する事業者に所属するケアマネジャーに相談してケアプランを作成してもらう事となる。

9. 地域ケア会議の役割

地域ケア会議は、高齢者等が住みなれた地域でいつまでも健やかに暮らすことを目指し、地域ごとに保健・福祉・医療に関する人が集まり、各種サービスの総合調整や情報交換を行うための地域ネットワークである。地域包括支援センターが中心となって、地域ごとの現状や課題を把握し、必要に応じて情報の共有化・個別支援を行い、地域に住む高齢者をはじめすべての市民が安心して暮らせるよう支援をするものである。したがって、地域ケア会議は継続的な支援体制とするため、またきめ細かな地域ケア体制の充実を目指すため、3層構造となることが望ましい。

◇地域ケア会議モデル組織図◇

介護予防・地域支え合いの観点から、要介護となる恐れのある高齢者を中心に効果的な予防サービスの総合調整や事業計画の検討、地域ケア運営会議及び地域ケア会議が有効かつ円滑に行われるよう総合的な調整を行いる。

地域包括支援センターが中心となり、事業が円滑に推進されるように、実施上の諸問題についての討議、さらに、地域ケア会議が効果的に運営されるよう連絡及び情報交換を行いる。

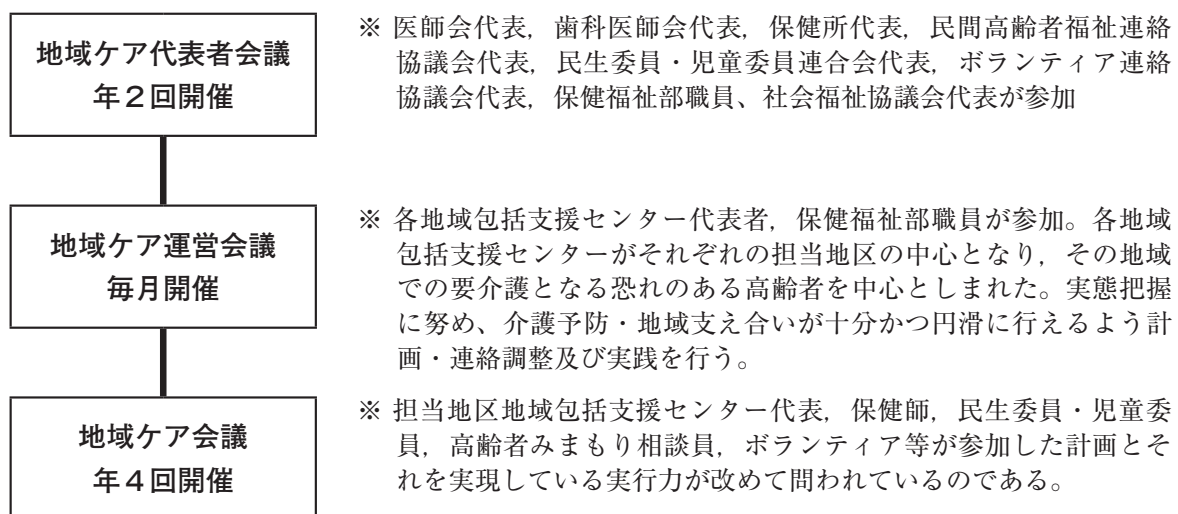


図19 地域ケア会議モデル図

(1) 地域ケア会議の位置づけ

地域包括支援センターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するため、

- ①介護予防ケアマネジメント業務（法第115条の45第1項第2号）
- ②総合相談支援業務（法第115条の45第1項第3号）
- ③権利擁護業務（法第115条の45第1項第4号）
- ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（法第115条の45第1項第5号）の4つの業務で構成される包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担うことによって、地域包括ケアを支える中核拠点として設置した。また、包括的支援事業を効果的に実施するための環境整備として、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築が求められている。そして、その構築の1つの手法として、地域ケア会議が位置づけられている。

(2) 明文化された地域ケア会議

国は2011（平成23）年6月の改正介護保険法第115条の46第5項の規定に、関係者との連携努力義務を明記した。そしてそれを具現化し、多職種協働のもと、フォーマルのみならずインフォーマルな資源やサービスも活用しながら、個別ケースの支援内容の検討を行い、その積み重ねを通し関係者の課題解決能力の向上や地域包括支援ネットワークを構築するための有効な手法として、地域ケア会議を位置づけたのである。

すなわち、地域ケア会議は①高齢者個人に対する支援の充実と、②それを支える社会基盤の整備とを同時に推進し、「地域包括ケアシステム」を実現させるための重要な一手法として期待されている。このため地域ケア会議を、①専門多職種の協働のもと、公的サービスのみならず他の社会資源も積極的に活用しながら、高齢者個人の課題分析と在宅生活の限界点を上げるための支援の充実に向けた検討を行い、これらの個別ケースの検討の積み重ねを通じて、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを地域全体に普及することにより、地域で高齢者を支えるネットワークを強化するとともに、②高齢者の自立を支援するための具体的な地域課題やニーズを行政に吸い上げ、社会基盤整備につなげる一つの手法として、通知に位置づけた。

なお、通知に位置づけられた地域ケア会議は、従来から取り組まれている様々な会議を否定するものではなく、同様の目的を持って実施されている会議と置き換えて開催することもできるとした。

特に、団塊の世代が75歳以上となる2025年へ向けて、高齢者が尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で自立した生活をおくることができるよう、国は、医療、介護、予防、住まい及び

生活支援サービスが、日常生活の場で切れ目なく提供できる地域での体制（地域包括ケアシステム）づくりを推進している。

これを実現するためには、①高齢者個人に対する支援の充実と、②それを支える社会基盤の整備とを同時にすすめる必要がある。このため、今後、①専門多職種の協働のもと、公的サービスのみならず他の社会資源も積極的に活用しながら、高齢者個人の課題分析と在宅生活の限界点を上げるための支援の充実に向けた検討を行い、これらの個別ケースの検討の積み重ねを通じて、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを地域全体に普及することにより、地域で高齢者を支えるネットワークを強化するとともに、②高齢者の自立を支援するための具体的な地域課題やニーズを行政に吸い上げ、社会基盤整備につなげる一つの手法として、地域ケア会議を通知に位置づけたのでである。

また、各地域においては、市町村の方針や従来の活動の流れを汲んで、様々な取組が行われてきましたが、その目的や手法が多様であることから、今回このように整理したところである。

現在行われている取組が、後述する目的に合致しているか、また、どの機能に該当するかを確認のうえ、地域包括ケアシステムの実現につながるよう、充実強化していくことが求められる。

(3)「地域ケア会議」の目的と機能

地域ケア会議の目的については、課長通知の中で「ア 個別ケースの支援内容の検討によるもの」と「イ 地域の実情に応じて必要と認められるもの」に大別している。前者については、課長通知のⅰ～ⅲで既に示しているが、後者については、例えば、個別ケースの検討による課題解決を積み重ねることによって明らかになった共通の要因や地域課題及び日常生活圏域ニーズ調査で把握された地域課題を基に、地域づくりや新たな資源開発、政策形成等につなげるものを取り扱うことが考えられる。これらを踏まえて地域ケア会議の有する機能を整理すると、個別ケースの支援内容の検討によるものについては、

- ①多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める「個別課題解決機能」
- ②高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する「ネットワーク構築機能」
- ③個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする「地域課題発見機能」
- ④インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する

「地域づくり・資源開発機能」

⑤地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく「政策形成機能」

これらの目的・機能は、一度の会議であるすべてを網羅することは困難な場合は、課題や目的に応じて、開催方法や実施回数、参加者等を検討する必要がある。地域の実情に応じて既存の会議を活用しながら、不足している部分を強化していくことが重要である。特に、個別ケースの検討による①～③は重点的な取組が求められる。

また、会議の主催者及び名称については、実施主体の判断によるが、その機能に着目し、①から③については主に地域包括支援センター主催による「地域ケア個別会議」、④及び⑤については検討内容によって地域包括支援センターまたは市町村主催による「地域ケア推進会議」と称するなど、会議の機能に応じて設定することが可能である。

上記のいずれが主催する場合も、ひとりひとりの高齢者が尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう支援することを目指すことが重要である。会議の設置・運営に当たっては、上記のような地域ケア会議の全体像（目的・機能）を理解した上で、開催目的を明確にして実施することが必要である。

(4) 地域ケア会議で行う個別ケースの検討

厚労省の要綱では、「サービス担当者会議」は、介護支援専門員の主催により、ケアマネジメントの一環として開催するものである。効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、利用者の状況等に関する情報を各サービス担当者等と共有するとともに、専門的な見地から意見を求め、具体的サービスの内容の検討、調整を図るものであり、「地域ケア会議」はその位置づけが異なる。あわせて、サービス担当者会議においては、保健・医療職やインフォーマルサービス、住民組織等の協力者の参加が少ないという実態がある。「地域ケア会議」で行う個別ケースの検討は、地域包括支援センター又は市町村の主催により、包括的支援事業の一環として、幅広い地域の多職種の視点により、それぞれの専門性に基づくアセスメントやケア方針の検討がなされる場としている。この検討を通じて、高齢者に対する包括的ケアと自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高め、保健・医療職やインフォーマルサービス等を含めた地域包括支援ネットワークの構築、地域課題の把握等を行っていくことが期待されている。さらに、これらの積み重ねにより、介護支援専門員のケアマネジメント能力が向上し、その結果、サービス担当者会議が充実することを目指しているが、その実現は簡単ではない。なお、「事例検討会」は、援助者の実践力向上を図ることを目的とした場合、研修としての意味合いが強く、ここでいう「地域ケア会議」とは異なるとの説明を行っているが、実務的にそれぞれを切り分けしていく事は大変難しい課題である。

(5) 個別ケースの支援内容の検討

個別ケースの検討に取り上げる事例は、市町村の方針に基づき、地域包括支援センター又は市町村が選定するものとしている。包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として支援困難事例の相談・支援から事例を取り上げる場合、総合相談支援業務等の一環として住民や関係機関等からの相談事例を取り上げる場合、各市町村の課題に応じて関係者に事例の提供を求める場合等が考えられる。支援困難事例の場合は、主に介護支援専門員が抱える困難事例等、総合相談支援事例の場合は、地域住民や医療機関等の関係機関による支援要請事例等に対し、地域包括支援センターの三職種をはじめとした多職種による課題分析を行い、必要に応じて多様な機関との連携や役割分担を行い、サービス利用者や地域住民のQOL向上と自立支援に資するケアマネジメントの支援を検討するものとしている。

また、市町村の課題に応じて事例提供を求める場合は、たとえば小規模な居宅介護支援事業所、経験の浅い介護支援専門員が担当する事例、新規開設事業所の事例、軽度者の区分変更事例、予防プランの委託事例、障害者自立支援法からの移行事例、小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの利用事例、施設入所待機中の事例、施設入所者の事例等、市町村として潜在課題が予測される事例に焦点を当てることなどが想定されている。

しかし、いずれの会議も出席者への追及の場ではなく、よりよいケアマネジメントが行われるよう多職種が支援チームとなって検討する場であり、サービス利用者や地域住民のQOLと地域のケアの質の向上が目的である。したがって、主催者側は意見を述べるだけではなく、必要に応じて、その後のモニタリングや支援内容に対する事後フォローを行うことが求められ、プランを変更することとなった際は、利用者等への説明や他機関との調整について、介護支援専門員をバックアップすることが重要であるとしているが、実際は意見が対立し、利用者お主張をどの程度組み入れて議論するかで内容は大きく異なることとなる。

(6) 地域づくり・資源開発

「地域ケア会議」において個別ケースの課題を解決していく中で、地域に不足している資源やサービス、連携が不十分な職種・機関、新たに取り組むべき課題等が明らかになってくるため、これらに関係者で共有し、社会基盤の整備についての検討を行うことが望ましいとしている。これらの地域課題は、日常生活圏域内の調整で解決可能な課題から、市町村全域での検討が必要な課題もあるため、それぞれのレベルの課題を地域包括支援センターと市町村職員が共有し、地域で必要な資源の開発を検討して政策に反映させていく事が期待されている。この場合、案件によっては地域における関係者の代表者レベルによる開催が必要なケースも考えられる。

①地域づくり・資源開発等の例

- ・ 公的サービスだけでは支えきれない課題（ゴミ出し、見守り等）がある場合、住民組織やボランティアとの協働などについて検討
- ・ 特定の機関（医療機関、施設等）との連携が進まない場合、関係者で好事例を共有し改善方法を検討
- ・ 特定の介護支援専門員やサービス事業者の課題（自立支援の理解不足、サービス過剰、サービス過少等）の解決のため、職能団体や事業者団体のネットワーク化による解決方法を検討

②政策形成等の例

- ・ 圏域内で解決困難な課題（買い物弱者の移動手段、孤立死防止に関する企業との連携等）について、市町村での事業化・施策化の必要性について提言
- ・ 地域ケア会議で見出した地域で実践されている有効な解決策を、地域全体に普及することについて提言

以上のような取組により、以下に示すような政策形成につなげていくことが重要である。

- ・ 市町村は、地域包括支援センターの提言を受け、日常生活圏域ニーズ調査など計画策定に関する調査結果とあわせ、地域のニーズ量に基づき資源を開発し、次期介護保険事業計画に位置づけ
- ・ 市町村内で解決困難な課題（医療資源の不足、道路・交通、法制度上の課題等）について、広域的な検討の場及び国・都道府県等に対して政策を提言し、提言を受けた国・都道府県等は適切に対応

(7) 地域ケア会議開催の効果

地域ケア会議は、個人で解決できない課題を多職種協働で解決し、そのノウハウの蓄積や課題の共有によって、地域づくり・資源開発、政策形成等につなげ、さらにそれらの取組が個人の支援を充実させていくという一連のつながりがある。その効果を考えると、サービス利用者や家族にとっては、より良いケアマネジメントが提供されることとなるため、サービス利用者の自立支援やQOLの向上がある。また、介護支援専門員と事業者にとっては、他の専門分野の知識を得る機会になり、他機関との役割分担やサポートによって負担が軽減する。さらに、支援チームが課題解決の経験を積み重ねることによって、類似事例においても自主的な実践が可能となり、早期対応が重度化を防止することにも繋がるのである。

こうした取組は、地域ケア会議に参加した関係者のスキルアップや事業者間での質の管理にも役立ち、保険者にとっては、適正な介護給付の維持と地域包括ケアシステムの構築につながり、地域住民にとっては、住み慣れた地域で安心して生活を継続できるという効果が期

待されている。このように、「地域ケア会議」の実践は、地域包括ケアシステムの構築・発展に有効な機能であり、サービス利用者は勿論のこと、支援者、市町村及び地域住民にとっても様々な効果をもたらすものと想定しているのである。

（8）個別ケースの検討

地域包括ケアシステムづくりのためには、①高齢者個人に対する支援の充実と、②それを支える社会基盤の整備とを同時にすすめる必要がある。地域ケア会議における個別ケースの検討は、自立支援に資するケアマネジメントの実現、サービス利用者のQOLの向上、関係者のOJT等の効果が期待されるところであり、これらの積み重ねにより、地域における個別支援の最適な手法が蓄積される。また、これらの事例の課題分析等を行うことで、社会基盤の整備に資するニーズや地域課題を把握することができるのである。したがって、地域包括ケアシステムづくりのために、地域ケア会議において個別ケースの検討を行うことは大変重要な取組である。

（9）「地域包括支援センター運営協議会」と「地域ケア会議」の関係

地域包括支援センター運営協議会は、地域包括支援センターの業務に関する評価を行い、センターの適切、公正かつ中立な運営の確保を目指すこと目的としているが、運営要綱7-(3)に規定する所掌事務のうち、「(e) その他地域包括ケアに関すること」について、地域づくり・資源開発、政策形成等の地域ケア会議の目的・機能に合致する内容の検討を行う場合は、地域ケア会議に置き換えて差し支えないと考えられる。

表8 平成23年度地域包括支援センター実施状況集計表

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
介護保険関連支援													
①要介護認定申請支援	116	95	153	130	104	117	103	107	111	123	123	116	1,398
②訪問調査支援	62	64	54	64	56	56	73	60	79	61	71	63	763
③制度概要説明	96	62	94	92	70	80	88	64	62	65	54	42	869
④施設サービス関連支援	8	13	11	4	13	16	7	4	6	8	10	10	110
⑤在宅サービス関連支援	273	296	270	269	264	247	265	240	233	228	268	248	3,101
⑥その他	19	21	20	12	23	14	19	16	10	22	16	24	216
介護予防関連支援													
①予防給付対象者の介護予防関連支援	641	592	678	666	756	694	700	682	726	685	641	749	8,210
②特定高齢者の介護予防関連支援	35	9	10	110	22	13	103	32	11	7	3	140	495
③一般高齢者の介護予防関連支援	6	9	3	0	9	1	2	3	3	0	0	4	40
④その他	5	2	10	7	9	7	17	10	10	9	7	8	101
生活関連支援													
①金銭関係相談	11	19	14	24	11	16	5	12	10	13	5	15	155

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
②家族関係相談	14	8	13	10	19	3	4	1	3	2	11	3	91
③安否の確認	15	14	18	26	21	23	15	14	19	14	15	8	202
④生活状況相談	68	93	102	92	107	107	71	68	84	62	84	62	1,000
⑤成年後見制度関連支援	4	8	6	4	3	4	7	9	8	7	5	9	74
⑥その他	29	30	28	33	41	41	32	22	26	28	12	15	337
福祉・医療関連支援													
①病院受診支援	22	21	32	26	33	24	18	25	19	17	26	17	280
②医療相談	45	28	21	25	29	36	27	30	29	27	26	23	346
③関係機関へ連絡・調整	21	24	28	32	28	21	21	20	28	20	32	17	292
④福祉サービス・手当関連支援	28	46	35	48	41	40	28	41	33	33	42	33	448
⑤配食サービス関連支援	11	9	14	17	14	19	12	24	33	13	10	7	183
⑥その他	30	23	25	21	14	121	84	89	74	34	36	28	579
認知症等訪問相談事業													
①虐待関連支援	3	15	23	12	17	11	16	9	11	18	6	9	150
②認知症関連支援	78	59	67	47	35	60	53	57	54	58	46	34	648
③その他	50	59	37	28	36	56	57	38	61	48	31	41	542
計	1,690	1,619	1,766	1,799	1,775	1,827	1,827	1,677	1,743	1,602	1,580	1,725	20,630

※引用・参考文献

◆「介護予防のそこの知りたい！」鏡論著，ぎょうせい，2005

Japanese Elderly-Care System with Insurance and Region Comprehensive Care System

KAGAMI, Satoshi

Start of Japanese elderly-Care system with insurance, and 13 years. During various review is done, in the insurer has started No.5 period nursing care insurance business plan 2012. In 2009, Democratic Party, social security and tax reform, started the debate in the National Congress of social security, but in 2012. recapture the Government Liberal, 8/6 filed the report against the Liberal Democratic Party, the social security National Conference was. Effect regime change which comes in succession in this way, social security reform is no less. Social security reform becomes the tool of political strife, while wooing radical regime at that time, reality total come in and say what I showed you reliable social security.

In such a social situation, but, approached from 2015 No.6 period nursing care insurance business plan towards reform, I consider its region comprehensive care system.