

地域包括ケアシステムを構築する上での  
地域包括支援センターのあり方に対する提言

平成 26 年 10 月 30 日

全国地域包括・在宅介護支援センター協議会  
調査研究特別委員会

平成 26 年 10 月 30 日

## 地域包括ケアシステムを構築する上での地域包括支援センターのあり方に対する提言

全国地域包括・在宅介護支援センター協議会  
調査研究特別委員会

### 1. はじめに

地域包括支援センター（以下、「センター」とする）は地域包括ケアシステムを構築する要であるが、推進していく上での課題も多い。センター創設時、地域包括ケアシステムの中核機能に関する議論が弱く、センターが地域包括ケアとの関連で担うべき機能が明確にされてこなかった経緯がある。センターの中核機能が明らかになってきたのは、2012（平成 24）年 3 月の「地域包括支援センターの設置運営について」の改正以降であり、地域ケア会議を基軸にして地域包括ケアを推進していくことになった。

しかしながら、未だ地域ケア会議が十分機能していない中で、今回の介護保険制度の見直しにおいては、新たに多くの機能がセンターに付加されることとなった。さらには、介護予防通所介護・訪問介護が、市町村が実施する介護予防・日常生活支援総合事業に吸収される中で、センターは、新たに介護予防・生活支援サービス事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントを担うことになる。こうした状況を踏まえ、地域包括ケアの推進に向けて、センターのあり方に対して提言することとする。

### 2. 地域包括支援センターの創設から今日までの変遷

センターが介護保険制度のもとで創設されたのは、2006（平成 18）年度からの介護保険法改正によるものであった。センターの業務は、包括的支援事業として、①介護予防ケアマネジメント業務（特定高齢者（現在は、2 次予防事業対象者）をスクリーニングし、介護予防に向けたケアマネジメントの実施）、②総合相談支援業務（地域の全ての高齢者の相談を総合的に受け、必要なサービスにつなぐこと）、③権利擁護業務（高齢者が尊厳のある生活を送ることができるよう、権利侵害の予防や対応を行うこと）、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（介護支援専門員が包括的・継続的なケアマネジメントを実践できるよう地域の基盤を整え、個々の介護支援専門員をサポートすること）を実施することになった。これらに加えて、要支援者に対するケアプランを作成する指定介護予防支援事業を行うことになった。これは、要支援者を要支援 1 と 2 に分け、要支援者のケアマネジメントを居宅介護支援事業所から移行することになったものである。

2006（平成 18）年 10 月に出された「地域包括支援センターの設置運営について」（老計発第 1018001 号・老振発第 1018001 号・老老発第 1018001 号）は、その後現在までに 3 回改正され、センター機能はそのつど変化してきた。2007（平成 19）年 1 月の改正で

は、センターの介護予防事業に係る普及啓発事業や介護予防に関する地域活動を支援する事業などについても委託できるようになった。2012（平成 24）年 3 月の改正は極めて大きい変革であった。4つの包括的支援事業に加えて、センターでは新たに「多職種協働による地域包括支援ネットワークを構築すること」が業務となり、それを実現する方法の一つとして「地域ケア会議」が示された。さらに、2013（平成 25 年）3 月の改正では、地域ケア会議の機能として、①個別課題の解決、②地域支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策の形成という機能が明確化された。

センターは創設されて 8 年の歴史があるが、この間に徐々に、かつ絶え間なく変化を遂げてきた。こうした中で、今回の介護保険制度の見直しにより、センターはさらに多くの役割を担うことになっている。具体的には、包括的支援事業に位置付けられることとなった、①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の推進、③地域ケア会議の推進、④生活支援サービスの体制整備、である。

### 3. 地域包括ケアを推進するセンター機能の明確化

センターの名称に「地域包括」という冠詞が付いている以上、センターは地域包括ケアを推進していく中核機能を担うことが求められ、それは創設当時から意識されていた。当初の「地域包括支援センターの設置運営について」で「地域支援ネットワーク」の創設が謳われながら、この「地域支援ネットワーク」の具体的内容については明確にされることなく、地域の機関や団体のネットワークができていないことが問題視されてきた。そのために、2012（平成 24）年度の介護保険法改正で、介護保険法に「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、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ものとする」と（第百十五条の四十六第五項）が明記され、センターには地域の機関や団体間での連携ができる体制づくりが求められた。

そこで、2012（平成 24）年 3 月の「地域包括支援センターの設置運営について」の改正で、地域支援ネットワークづくりの具体的な方法として「地域ケア会議」が位置づけられた。しかしながら、ここでの地域ケア会議の位置付けは、多職種協働による「地域包括支援ネットワーク」を構築するための一つの手法として、地域ケア会議をセンターなり市町村が主催し、設置・運営することが考えられる程度のことであった。

さらに、地域ケア会議については、2012年に開催された「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」で議論され、紆余曲折を経ながら、地域包括ケアの中核機能に理論的に位置づけられていった。厚生労働省が2012（平成24）年11月の「第1回ケアマネジメント向上会議」で示し、2013（平成25）年2月に各都道府県介護保険担当課に伝達した「「地域ケア会議」に関するQ&Aの送付について」で、地域ケア会議に5つの機能があることを示した。具体的には、個別ケースの支援内容の検討による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」、さらに地域の実情に応じて必要と認められるものとしては、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地域に必要な取り組みを明らかにし、政策を立案・提言していく「政策形成機能」が、地域ケア会議の機能として示された。これこそがセンターのイノベーションであり、センターは地域ケア会議での支援困難事例を介して、地域の課題を明らかにし、課題を充足することで地域づくりをしていくことを明確に位置づけたことである。

これを受けて、2013（平成25）年3月に「地域包括支援センターの設置運営について」が改正され、上記の内容が記述され、地域ケア会議が不可欠なものとなっていった。さらに、個別ケースの検討を「地域ケア個別会議」で、地域の課題の検討を「地域ケア推進会議」でと、地域ケア会議を2つに分ける整理を行ってきた。

さらに、2013（平成25）年12月の社会保障審議会介護保険部会は「介護保険制度見直しに関する意見」において、地域ケア会議を地域包括ケアシステム実現に向けた重要なツールと位置づけ、地域ケア会議を実施することを介護保険法に位置付けるべきとした。これを受け、今回の介護保険法改正で、第百十五条の四十八第一項第二項に地域ケア会議が法制化され、保険者にその実施が義務化されることになり、急激な展開をみせている。

遅きに帰した感は拭えないが、やっと地域包括ケアの中核である地域の機関や団体がネットワークをつくり、支援困難な事例を解決し、そこから生じてくる地域課題の解決に目を向ける段階に入ったと言える。ただ、いくつかの市町村の地域ケア会議では、介護支援専門員のケアプランに対する適正化事業に化しており、地域ケア会議の意義や方法について今後も積極的に発信が必要と考える。

#### 4. 地域包括ケアの推進に向けたセンターの方向性について

センターが地域包括ケアを推進していく理論的基盤がようやくできたが、センターはここから地域課題を明らかにして、地域の団体や機関による協議会をつくり、活動を展開させていくことができるであろうか。まずは、取り組みが進んでいない地域ケア推進会議について、複数のセンターを有する市区町村において、近々には各センターを基本に実施することを視野に入れ、まずは市区町村レベルで地域ケア推進会議を立ち上げるべきである。

推進会議において各センターから得た地域課題を集約することで、新たな社会資源の開発につなげていくことが求められる。このことは、社会資源の開発に関与する生活支援コーディネーターの配置を、2014（平成26）年度は市区町村から実施し、2017（平

成 29) 年度までに中学校区にまで広げていくことと符号する。ここに、センターを核にするネットワークづくりと、市区町村をエリアとするネットワークづくりを連続させて位置づけることが必要である。さらには、各センターにおいて、小学校区でのネットワークづくりも必要であり、地域包括ケアの推進には、センターエリアでのネットワークを中心に、小学校区や日常生活圏域、市区町村のネットワークが重層的に連続性をもって構築されていく必要がある。

同時に、地域ケア推進会議は、地域課題をもとに生活支援サービス等の新たな社会資源の開発や政策提言につなげていくが、その進め方にはPDCAサイクルが必要であり、センター職員のみならず、地域の団体や機関の代表者に対する研修が重要である。同時に、新たな社会資源の開発に関わる生活支援コーディネーターは、地域ケア推進会議との連続性を考えると、センターに配置されることが望ましい。既に資源開発やまちづくりを担っている団体に配置される場合には、センターとの緊密な関係づくりが不可欠である。

さらに、こうした生活支援サービスの開発は多様な主体が担っていかなければならないが、地域包括支援センターを受託している法人、とりわけ、地域貢献が求められている社会福祉法人は、積極的に生活支援サービスの開発に関与していくべきである。

## 5. センターに新たに加わる事業の推進に向けて

前述したが、今回の介護保険制度の見直しにより包括的支援事業に、①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の推進、③地域ケア会議の推進、④生活支援サービスの体制整備、の4つの事業が位置付けられる。既に、地域ケア会議の推進についての課題は言及したが、以上の事業を推進していくためには、これらの機能を担う人材の確保が基本になければならない。同時に、従来から実施してきた4つの包括的支援事業についての見直しも必要であり、特に権利擁護事業については、虐待への対応が市町村の責務となっている以上、権利擁護事業については市町村とセンターの業務のバランスを図り、センター業務を再整理することが必要である。

同時に、地域包括ケアは日常生活圏域を範囲として想定されているが、その中核となる地域包括支援センターの設置数は、4328か所(2012(平成24)年4月末現在)であり、全国の公立中学校数9930校の半数にも及んでいない。このような状況では、新たに実施される事業に支障をきたすだけでなく、きめの細かい支援は難しい。そのため、現在ブランチやサブセンターを担っている在宅介護支援センターや、さらには補助金を得ることなく法人の経費で実施している在宅介護支援センターを地域包括支援センターに位置付けていくことで対応していくべきである。これについては、本会が2013(平成25)年4月に出した「地域包括・在宅介護支援センターの今後のあり方について(提案)」でも提言してきており、一定のノウハウを有した在宅介護支援センターの有効活用が求められる。

また新規に始まる在宅医療・介護の連携については、従来医政局で実施されてきた在

宅医療連携拠点機能が介護保険財源で賄われることになり、市町村医師会等に配置されることで、これと地域包括支援センターが連携し、医療と介護の連携を一層進めていくことが意図されている。ただ、両者が共に同じ目的をもって連携を目指すことで、逆に医療と介護の連携に混乱を生じる可能性もある。そのため、両者の役割分担を明確にし、できる限り近くに拠点をもち、相互に補完し合いながら、医療と介護の関係者が顔の見える関係を確立していくことが必要である。とりわけ、在宅医療連携拠点機能を介して、必要な利用者に主治医が選定されたり、サービス担当者会議や地域ケア会議への医師の参加が容易になるような機能を果たすことを期待したい。

## 6. センターでの介護予防機能の変遷と課題

センターが創設された当時から、介護予防サービス計画業務（特定高齢者（現在は、2次予防事業対象者）をスクリーニングし、介護予防に向けたケアマネジメントの実施）と要支援者に対するケアプランを作成する指定介護予防支援事業を実施してきた。これら両者の介護予防については、以下のように評価する。

前者の2次予防事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントについては、その評価について、保険者側からも疑問視される調査結果が多くみられたり。それらもあり、2010（平成22）年8月に地域支援事業実施要綱が改正され、ケアプラン作成は特に支援が必要な場合のみ作成することになり、実質的に廃止となった。2次予防事業対象者のスクリーニングも医師によるものから郵送調査に切り替えられ、介護保険での2次予防事業は後退を余儀なくされてきた。さらに、2013（平成25）年12月20日に社会保障審議会介護保険部会が提出した「介護保険制度の見直しに関する意見」では、これまでの介護予防の手法は心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであったことを反省し、今後は一般高齢者と2次予防事業対象者を一体化して介護予防を進めていくとしている。ここでも、介護予防が必ずしもうまく進まなかったことを示しており、ある意味では、介護予防は利用者の主体性を尊重するとする原点に戻り、1次予防と2次予防を一体とした一般高齢者を対象とした事業でもって再出発することになった<sup>2)</sup>。基本的には、一般高齢者に対するポピュレーション・アプローチでの介護予防をセンターが担い、個人支援はできる限り居宅介護支援事業者の介護支援専門員が担うことで、役割分担すべきことを提言する。そうすれば、今回新たに創設される「介護予防・生活支援サービス事業」（以下、「サービス事業」）及び介護保険サービスの利用者は、介護支援専門員から継続して支援を受けることができる。

結果として、センターは地域支援に焦点を当てることで、地域包括ケアの一環として介護予防を担うことが可能になる。そのためには、居宅介護支援事業所がケアマネジメント業務を担えるような報酬に設定すべきである。一方、センターでは一般高齢者に対するポピュレーション・アプローチでの介護予防事業についての具体的な方法を明らかにしていく必要があり、職員に対する研修の充実が求められる。

また、サービス事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントは市町村とセンターが

新たに担い、チェックリストでサービス事業対象者を選定することになっている。サービス事業対象者に対する介護予防を進めるには、対象者の意欲を引き出す支援が必要であり、そうした介護予防の理念や方法が確立されないまま進められれば、第二の2次予防事業になってしまうのではないかと危惧する。さらには、このサービス事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントは、①原則的な介護予防ケアマネジメント、②簡略化した介護予防ケアマネジメント、③初回のみ介護予防ケアマネジメントの3パターンにセンターが分けることになっているが、とりわけ②に該当する基準が明確でなく、明確な基準を提示すべきである。

要支援者に対する指定介護予防支援事業の現状として、要支援者が要介護となった場合は、ケアマネジャー、介護サービス内容、ケアプラン用紙等が変わり、新規の場合は要支援と要介護のバウンダリーにいる者は要介護認定がおきるまで介護サービスが利用できないという状況にあり、生活の連続性を崩すことになっている。そのため、本協議会がまとめた「地域包括・在宅介護支援センターの今後のあり方について（提案）」で、要支援者のケアマネジメントを地域包括支援センター業務から切り離すべきであるという提案をしてきた。

今回の見直しにおいて、それが難しい以上、要支援者やサービス事業対象者の生活の連続性が図られるよう、ケアマネジメントにおいてセンターと居宅介護支援事業所との十分な連携を講じることが求められる。例えば、居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを受託するよう、介護報酬などでインセンティブが働く仕組みが必要である。

## 7. 提言

以上をもとに、地域包括支援センターが地域包括ケアシステムの中核となるために、国、市町村、地域包括支援センターに対して、以下の提言をする。

### ○国に対して

- 1 地域包括支援センターが実施する地域ケア会議の意義や方法について、積極的に発信すること
- 2 地域包括支援センターは住民の生活支援を担う地域の身近な機関として、日常生活圏域を範囲に設置されるよう市町村に働きかけること
- 3 包括的支援事業の権利擁護業務については、市町村の責務を明確化すること
- 4 要支援者やサービス事業対象者のケアマネジメントにおいて、利用者の生活の連続性が図られるよう、居宅介護支援事業所への委託等、方策を講じること
- 5 介護予防・生活支援サービス事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントは利用者の意欲を引き出す支援が必要であり、そうした理念や方法の確立に向けて研究を進め、研修を実施すること
- 6 介護予防・生活支援サービス事業者の介護予防ケアマネジメントについて三つのパターンが示されているが、その振り分けについて明確な基準を提示すること

### ○保険者である市区町村に対して

- 1 地域包括支援センターが、「在宅医療・介護連携」「認知症施策の推進」「地域ケア会議の推進」「生活支援サービスの開発・充実」等求められる機能を発揮できるよう、必要な人材の確保を図ること
- 2 地域包括支援センターは地域包括ケアの中核であり、地域の機関や団体のネットワークにより、支援困難な事例を解決し、そこから生じてくる地域課題の解決を図っていく機関であることを認識し、そのための体制整備を行うこと
- 3 地域ケア会議の進め方について、センター職員のみならず、地域の団体や機関の実務者や代表者に対する研修を実施すること
- 4 生活支援コーディネーターは、地域ケア推進会議との連続性を考慮し、その主要な配置場所として地域包括支援センターを検討すること。既に資源開発を担い、まちづくりを行っている団体に配置する場合には、地域包括支援センターとの緊密な連携の確保を図ること
- 5 中学校区を単位に日常生活圏域を設定し、ランチやサブセンターを担い積極的に活動している在宅介護支援センターや、さらには補助金を得ることなく法人の経費で自主的に活動している在宅介護支援センターを地域包括支援センターに位置付けること
- 6 在宅医療連携拠点機能については、医療と介護の関係者が顔の見える関係の確立につとめること

### ○地域包括支援センターに対して

- 1 地域の機関や団体のネットワークをつくり、支援困難な事例を解決し、そこから生じてくる地域課題の解決を図っていく、それぞれの地域特性に応じた地域ケア会議の方法を確立すること
- 2 受託法人も生活支援サービスの開発に関わること。とりわけ、社会福祉法人が受託している場合には、特に積極的に生活支援サービスの開発に関与すること

### 註

- 1) 例えば、久留米市健康福祉部長寿支援課・介護保険課『介護予防事業分析・評価と課題対応について』17頁、2011年
- 2) 社会保障審議会介護保険部会『介護保険制度見直しの意見』7-8頁、2013年



全国地域包括・在宅介護支援センター協議会

調査研究特別委員会 名簿

(敬称略)

- 座長 白澤 政和 (調査研究委員会専門委員／桜美林大学大学院教授)
- 青木 佳之 (全国地域包括・在宅介護支援センター協議会会長)
- 西元 幸雄 (全国地域包括・在宅介護支援センター協議会副会長)
- 川越 宏 (全国地域包括・在宅介護支援センター協議会副会長)
- 折腹 実己子 (全国地域包括・在宅介護支援センター協議会副会長  
／調査研究委員会担当)
- 増田 雅暢 (岡山県立大学保健福祉学部教授)
- 浜野 修 (調査研究委員会委員長)
- 佐藤 久一 (調査研究委員会委員)
- 荻野 光彦 (調査研究委員会委員)
- 阿部 進 (調査研究委員会委員)
- 町田 貴志 (調査研究委員会委員)
- 荒井 恵一 (調査研究委員会委員)
- 大塚 忠廣 (調査研究委員会委員)
- 深見 憲一 (調査研究委員会委員)
- 酒本 俊司 (調査研究委員会専門委員／旭川市社会福祉協議会事務局長)

※調査研究特別委員会は調査研究委員会を拡大して開催