

特集：改正介護保険制度

改正介護保険法における地域包括ケア体制とは — 地域包括支援センターの課題 —

筒井孝子

国立保健医療科学院福祉サービス部

Establishment of Comprehensive Regional Care Systems based on the Revised Long-term Care Insurance Law: Issues faced by Comprehensive Regional Support Centers

Takako TSUTSUI

Department of Health and Social Services, National Institute of Public Health

抄録

平成 17 年 6 月 29 日に交付された介護保険法等の一部を改正する法律により、介護保険制度においては「予防重視型システム」への転換が挙げられ、要介護状態になっても地域での生活を継続できる「包括的なケアシステム」の実現という新たな方向性が示された。さらに、この包括的ケア体制の実現のために「地域包括支援センター」が創設されることになった。

しかし、「包括的」という用語が抽象的であることや、このシステムの中核となる地域包括支援センターが現実には存在しておらず、センターが提供することになるサービスが必ずしも明確でないため、「包括的」なケアシステムを具体的にイメージすることが困難な状況となっている。

そこで本稿では、まず市町村における包括的なケア体制とはいかなる体制を意味するかを明らかにし、次に、この体制を整備していく上で地域包括支援センターが担うべき機能と今後の課題について考察することを目的とした。

この結果、今回の改革で示されている包括的なサービスの意味として、第 1 に integrate (統合) されたサービス、第 2 に individual-based (利用者本位) サービス、第 3 に continuous (連続的な) サービスという 3 つの特徴を備えたサービスと考え、これらの特徴をもったサービスを提供できる体制を確立するための方策とその課題について述べた。

キーワード：介護保険システム、予防重視型システム、地域包括支援センター、包括的なケアシステム

Abstract :

One of the reforms stipulated in the law promulgated June 29, 2005, describing partial revisions to the Long-term Care Insurance Law and other laws is a transition to a "System with an emphasis on sickness prevention" aiming to reduce the number of seniors who require long-term care. This law also indicates new directions in terms of creating a "comprehensive care system" that will enable seniors to continue their lives in the community even if they do require long-term care. In keeping with these new directions, new "Comprehensive Regional Support Centers" have been established to contribute to the creation of this comprehensive care system.

As we attempt to form a concrete system for providing comprehensive care, however, we find that it is difficult to clearly define the image of such a care system. This is not only because the term "comprehensive" is in itself somewhat abstract. Although Comprehensive Regional Support Centers have been established to fulfill this purpose, and have been positioned as agencies for providing comprehensive regional care through their activities, this type of center has never existed in the past, and so it is not clear what types of services the centers should provide.

〒 351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6

2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan

The goal of this paper is first to focus on the word "comprehensive" as indicated in the recent reforms, consider the numerous definitions, and to clarify the types of systems that are referred to as "comprehensive care systems" at the municipal level. We will also examine the functions that should be undertaken by Comprehensive Regional Support Centers in the implementation of these systems, and the issues that these centers will face in the future.

Through this study, we clarified that with regard to the meaning of "comprehensive services" as indicated in the recent reforms, we clarified that these services have three identifying characteristics: (i) integrated services; (ii) individual-based services; and (iii) continuous services. We also discussed policies aimed at the establishment of systems to enable the provision of services demonstrating these characteristics, and various issues related to these policies.

Keywords: Long-term care insurance system, sickness prevention, Comprehensive Regional Support Centers, comprehensive care systems

1. はじめに

平成17年6月29日に交付された介護保険法等の一部を改正する法律では、要介護高齢者の減少を目指すという「予防重視型システム」への転換が挙げられた。また、要介護状態になっても地域での生活を継続できる「包括的なケアシステム」の実現が目指され、施設入所を促進していた在宅と施設の利用者負担の不公平性の改善を目的とした居住費用、食費の見直しによる徴収が行われることになった。また在宅で安心して生活を継続できるための新たなサービス体系として、地域密着型サービスが提供されることになった。さらに、包括的ケア体制の実現のためとして地域包括支援センターが創設されることが示された。この他にも、サービスの質の向上を目的としたサービスの情報開示の標準化、ケアマネジメントの見直し、要介護認定における委託調査や代行申請の適正化等の多様な方策が予定され、これらの方策の実施によって、持続可能な介護保険制度となることが目指されている¹⁾。

さて、この改革において示された「予防重視型システム」については、例えば要支援1、2用のサービス提供は、要支援状態にあってもその悪化をできる限り防ぐことを目的に、地域包括支援センターにおいて、介護予防ケアマネジメントを行うことが予定されている。提供される新予防サービスは、図1に示したように16種類と増加し、主に通所系サービスを中心としたサービス提供となることが予定されこの通所系サービスには、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」がサービス要素として含まれることになった。これらのサービス要素の導入の効果等もすでに公表されている²⁾ため、具体的なサービスや目指すべきシステムに関するイメージはしやすいものとなっている。

一方、包括的なケアシステムの実現に関しては、「包括的」という用語そのものが抽象的であること、新たに設置される地域包括支援センターの実態や活動内容が必ずしも明らかでないため、このシステムを具体的にイメージすることが困難な状況となっている¹⁰⁾。

本稿では、市町村における包括的なケア体制とはいかなる体制を意味し、さらに、この体制を整備していく上で中核

的な役割を担うとされた地域包括支援センターの機能と今後の課題について考察することを目的とした。

具体的には、包括的なサービス体制については、第1に、integrate (統合)されたサービス、第2は、individual-based (利用者本位) サービス、第3は、continuous (連続的な) サービスという3つの特徴を備えたサービスであると考え、これらのサービスを提供できる体制を確立するための方策とその課題について考察することとした。

2. integrate (統合)されたサービス提供のために — 組織の連携 —

(1) 体制整備の意義

包括的ケア体制を地域で確立することが必要とされた理由は、介護保険制度発足時から今日まで入院・入所希望者が増加し続けていることや、現在、高齢者は要介護が必要な状態になると地域で生活を継続したいと考えても地域において例えば単身の要介護高齢者が安全な生活を継続していくためには施設へと生活の場所を移動せざるをえない状況となっているという実態がある。

このために、すぐに入所の必要性がない高齢者までもが入所申し込みをすることによって施設の待機者が増加している¹¹⁾。このような施設への入所意向の高さを是正し、高齢者が安心して在宅で生活が継続できる地域包括ケア体制づくりを目指すことが今回の改革では求められたといえよう。

このような体制を確立するためには、高齢者の状況や変化に応じた介護サービスを中核とした、医療、保健、福祉分野におけるフォーマル、インフォーマルを問わない多様なサービスをintegrateしながら、提供しなければならない。したがって、ここでいう包括的とは、組織あるいは専門職間の連携した状態を意味し、高齢者にとって適切なサービス提供には、各サービスを提供する組織の連携が必要であることを示していると考えられる。

Integrateされたサービス提供のために地域包括支援センターでは、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーという地域の保健、福祉サービスを支えてきた専門職が配置され、これらの専門職が連携し、協働したチームアプローチによって業務を推進することが前提とされている。

また地域包括支援センターには、地域の利用者やサービス事業者、関係団体、民生委員、インフォーマルサービス関係者、一般住民等によって構成される人的なネットワークの構築である「地域包括支援ネットワークの構築」が期待されている¹²⁾。このセンターでは、多様な人的ネットワークから収集された情報を精査し、当該高齢者に適切な介護保険サービスが提供されるようマネジメントすることが求められている。

こうした地域包括支援センターにおける活動の評価や、運営の支援は、地域包括支援センター運営協議会が実施することになった。この運営協議会は、保険者単位で必ず置くこととされ、事務局は市町村である。構成メンバーは、介護保険サービス事業者、関係団体、利用者、被保険者、介護保険以外の地域資源や地域における権利擁護・相談事業等を担う関係者が予定されており、この運営協議会は、公平、公正、科学的に地域包括支援センターの業務を評価することが求められている。

(2) 運営上の課題

ところで、このような integrate されたサービス提供を行なうためには、地域に存在する様々な社会資源との連携が行なわれなければならないが、この①人的資源、②物的資源、③財務的資源、④時間的資源、⑤情動的資源という多様な社会資源を有効に活用し、既存の社会資源を相談者のニーズに合わせて改善すること、資源がない場合には開発することが地域包括支援センターの職員には求められている。

このセンターに職員として予定されている社会福祉士や保健師等の現在の個々人の連携実態については、すでに調査が実施されている¹³⁻¹⁵⁾が、まず今回、地域包括支援センターの業務として位置付けられることになった権利擁護事業の実施主体であった全国の基幹的社協 460 機関を対象とした調査では、権利擁護事業の担当者である専門員のうち社会福祉士が 16.1% を占めていた。これらの社会福祉士が今回、新設される地域包括支援センターに勤務する可能性は低いと予想される。

この権利擁護事業を担当していた専門員に対する全国調査の結果、専門員において比較的連携がなされていたのは、ヘルパーや民生委員だけであった。法律に関する専門職である弁護士や介護の専門職である介護福祉士とは、4割以上が連携していなかった。専門員には多様な社会資源、例えば病院や施設、サービス提供事業者、当事者組織との連携をすることが求められているが、調査の結果からは、専門員らは、自らが所属する基幹的社協の同部署および他部署との連携においても「全く連携していない」との回答があった。このことは、連携についての問題は組織間だけでなく、専門員の個人特性に関連するとの知見が明らかにされている^{13,14)}。

他の専門機関との連携については、保健所、医療機関、保健福祉センター等の保健医療機関との連携は 30%以上が連携していない状況であった。さらに当事者組織、公証人役場、裁判所とは、70%近くの専門員が連携をしていないと回

答しており、現行では地域での機関間の連携に問題があることが示されている^{13,14)}。

また、権利擁護事業の契約締結数は専門員の連携活動の能力に関係するという結果が示され、連携活動を評価するための評価尺度である連携活動評価尺度による得点^{注2)}が高いほど、契約締結数が高く、低い得点と高い得点の専門員との平均契約数には、2倍の開きがあった¹⁴⁾。この結果は、連携ができない専門員が存在していることや専門員の資質によって当該機関の連携状況に差が生じていることを示している。

一方、全国の市町村に勤務する保健師 21,631 名への悉皆調査の結果からも連携に関しての問題は明らかにされている。まず市町保健師が連携していた機関は、保健所・市町村保健センター、在宅介護支援センター、役所内の他の部署・住民組織であり、社会福祉関連機関や当事者組織との連携は、あまり行なわれていなかった。専門職との連携についても栄養士、他機関の保健師、歯科衛生士が多く、薬剤師や精神保健福祉士らとは、ほとんど連携されておらず、とくに若い保健師は、連携していない割合が高く、問題であることが示されている。

専門員と同様に、昨今、保健師に求められている企画能力の成果としての予算獲得の件数や予算額の規模は、連携活動評価尺度の得点が高いほど多いことが示された¹⁵⁾。この結果は、連携ができる保健師と、連携できない保健師においては、事業の実施や獲得といった、通常業務においても個人差が生じておりひとつの市町村に配置されている保健師数は、それほど多くないことを鑑みると、専門員と同様に市町村における連携状況にすでに差が生じていることを示唆していた。

この評価尺度では、得点は最小 0 から最大 42 の範囲に分布するが、専門員と保健師の連携活動の得点の平均値は、専門員が、23.4 (標準偏差 ± 5.09) 点であるのに対し、保健師は、22.5 (標準偏差 ± 5.10) 点であり、保健師の方が若干、低い得点であった。しかし、いずれの職種においても地域において十分な連携がなされている状況とはいえず、彼らが地域包括支援センターで勤務することが予定されていることを勘案すると地域ネットワークの構築は、0 からの出発となるだろう。

主任マネージャーの業務は、包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築とケアマネージャーに対する個別支援とされている。これらの業務を実行する上で、第一に行なわなければならないことは、地域の関係機関やインフォーマルサービスの団体等との連携ネットワークの構築である。

したがってこの連携を創る能力が今後の地域包括支援センターの活動に大きな影響を与えることになると考えられる。

主任ケアマネージャーの連携活動の実態に関する資料としては、日本訪問看護振興財団が全国の訪問看護・家庭訪問に関わる職種として看護師、保健師 537 名を対象に連携活動評価尺度を用いた調査結果がある。訪問看護ステーションの

訪問看護師の連携活動得点の平均値は、26.1点であり¹⁶⁾、専門員や保健師らの全国平均値よりも高い得点を示していた。また市町村などの行政に所属する保健師や看護師の得点は低く、民間の訪問看護ステーションに所属する看護師のほうが連携活動を行なっている実態が示されている。

この調査対象となった訪問看護師は、地域で要介護高齢者に必要とされるサービスを具体的に提供するためのマネジメント行なっていることから、医療機関や福祉関連機関、また市町村行政とも密な連携を取る必要があったために得点が高かったのではないかと推察される。

しかし、現在、主任ケアマネジャーの連携活動に関する全国データは、存在しておらず、連携実態も明らかではない。今後は、主任ケアマネジャーの連携活動やその能力の把握が課題となると考えられる。

本来、地域包括支援センターにとっては、地域ネットワークをつくることのできる能力を持った職員を採用することが重要であり、職員の採用にあたっては、事前にこういった連携活動能力が高い職員を選定することが必要であろう。

また、職員の選定条件としてだけでなく、地域包括支援センターの勤務前と勤務後の得点の変化などを評価することによって、地域ネットワークが構築できる可能性を評価する資料にもなると考えられ、地域包括支援センターの業務を評価することになる運営協議会が、この資料を利用し、地域での連携実態を継続的に評価することも考えなければならない。

3. individual - based (利用者本位)

サービス提供のために

— 顧客満足度を高める供給主体の整備 —

(1) 状態とサービス効果の判定

高齢者の状態によっては、通所介護だけのサービスに効果がある者もいれば、ない者も存在することは臨床経験や分析結果からも明らかである。単にその種類や量、サービスの種類の組み合わせにのみ着目しても、当該高齢者にとっての適切なサービスか否かを判断することはできない。今回の改革では、要介護高齢者が住み慣れた地域で生活を支えるため、身近な市町村で提供されるサービスとして「地域密着型サービス」が創設され、利用者に対する individual - based サービスを提供する体制の確立が目指されている。

これまで高齢者の状態の悪化と介護保険サービスとの関係を具体的に表したモデルとして、すでに高齢者が、ある要介護状態であった場合の当該要介護度における改善、あるいは悪化における予測モデルが発表されている¹⁷⁾が、今回の改革で提供しようとしているサービスは、こういった標準型のサービスモデルを超えた利用者の状態の改善や維持に資するサービスを提供できる体制を目指している。このため地域においては、施設系サービスも訪問サービスも通所サービスをも組み合わせたオーダーメイドされたサービスが提供できる地域包括ケア体制の整備が重要と考えられたといえよう。

例えば、高齢者の状態情報を示す要介護認定の調査項目を用いて、高齢者を層別に分析する手法を用いた結果、毎日の日課や短期記憶の悪化は見られるが、コミュニケーション関連の全面的な悪化はない高齢者群や下肢麻痺と一部に拘縮がある高齢者群では、通所介護の利用によって状態の維持あるいは改善する割合が高いという結果や、下肢麻痺があり爪切りができない高齢者群や、これに加えて金銭管理ができない高齢者群、昼夜逆転があるような高齢者群においては、訪問介護によって状態が維持あるいは改善する割合が高かった等の結果が示されている¹⁸⁾。

これらの結果は、サービスが良いから維持や改善したのではなく、維持や改善する人は、通所介護、あるいは訪問介護を受けていたという解釈もできる。したがって、サービスの影響、効果に関して分析するためには、これらのサービス提供前後の状態を明確に把握し、他の影響要因を加味した、かなり詳細な分析が必要である。

(2) 事例のデータベース化

医療における処置は、同じ心疾患の患者であっても患者の年齢や病態等によって、医師は薬剤をはじめとする処置、治療方針を変えている。このような、患者に対する個別の対応が医療の領域で可能な理由は、これらの患者の特性別の処置や治療方針について個別事例を蓄積し、それをデータベース化する試みが続けられているからである。このような臨床上の疑問・問題解決方法に資するデータベースは、多く存在するが、例えば The Cochrane Library¹⁹⁻²¹⁾等は、世界的なレベルで利用されているデータベースという点で著名なデータベースであろう。

こういったデータベースは、このデータベースを利用することによって、さらに新たな事例が加えられ、より詳細な情報が集積されていくという、いわば進化するデータベースといえ、こういった事例の積み重ねが医療の進歩を支えているともいえる。

今後は介護の領域でも、こういった個別事例の蓄積によるデータベース化が必要であり、これによる画一的ではない、利用者本位のサービスが提供されることが望まれる。

そのためには、個々の高齢者の状態や立場に応じたオーダーメイド感覚のサービスが提供される環境がつけられなければならない。こういった環境整備のひとつとして、今回の改革では、地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービスが創られたともいえる。

介護密着型サービスは、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護(定員30人未満の)、地域密着型介護老人福祉施設(定員30人未満の)のサービスが予定されている。地域密着型介護予防サービスとしては、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護が予定されている。

いずれのサービスも利用者が住みなれた地域を離れずに

利用できるよう「中学校区に1つ」といった生活圏域が設定され、市町村の権限で事業者を指定し、その整備量について決定できるサービスと位置付けられているが、その最たる特徴は、従来のサービスと比較して、当該機関が提供するサービスの利用者の人数を少なくすることによって個別の対応を可能とし、顧客満足度を向上させることを可能にしようと考えられていることであろう。

従来の認知症高齢者グループホームにおいても家庭での生活が困難になった少人数（5人から9人）の認知症の高齢者に対して家庭的な雰囲気を持った居住空間を整備し、介護する職員と一緒に共同生活を送るといったサービスがあり、このサービスは、一軒の家に少人数で住み、介護職員が当該高齢者の個性に合った介護を行うことにより、認知症高齢者が精神的に安定した生活を送ることができると言われてきた。

これは、地域における施設サービスとして多くの利用者を獲得してきたサービスであるが、このサービスが効果を挙げている特徴のひとつに個別対応ができる少ない人数設定と柔軟なサービス提供体制がある。今回の改革では、こういった従来型のグループホームや施設サービス、通所サービス等の多様なサービスの夫々の利点を備えた「小規模多機能型居宅介護」という、これまでにないサービスが創られている。

このサービスは、学校区などを参考にして設定された「生活圏域」ごとに「通い（通所介護）」「泊まり（短期入所）」「訪問（訪問介護など）」「居住（入所介護など）」の機能を複合的に組み合わせることができることに特徴があり、継続的かつ包括的にサービスを提供する地域密着型の小規模な施設（拠点）で実施されるサービスとして提供される。具体的には、利用者のニーズに応じ、24時間365日の安心を確保するサービス拠点として位置付けられており、包括ケア体制を確立していこうという今回の改革を象徴するサービス提供機関ともいえる。

この事業に対しては、すでに多数の民間企業が興味を示しており、学研では、東京・大田区南千束の社有地に建設する第1号拠点に、大手建設メーカー、福祉機器メーカー、メディカル給食メーカー、大学、メディカルサービス法人等とプロジェクトを組み、研究を重ねた成果を基盤に運営・展開すると発表している。学研は、このプロジェクトによって地域に密着した「福祉・医療包括ケア」のノウハウの構築を目指すとしている²⁰⁾。このように民間企業がこの事業に関心を持っていることは、利用者本位のサービス提供は、顧客満足度を高めるというセオリーを企業活動を通じてすでに認知しているからと考えられる。

このように包括ケア体制の第二の側面として、顧客満足度を高めるためのサービス供給主体を整備することで、individual-based サービスを提供することが目指されているといえよう。

4. continuous（連続的な）サービス提供のために — Aging に応じた提供体制 —

(1) 状態変化に即応したケア

今回の改革で重点がおかれたのは、要介護状態にならないよう介護予防サービスを適切に確保するための予防体制の充実と要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される体制である。ここでいう包括的なケア体制とは、地域において Aging に応じたサービスが continuous に提供できる体制を意味している。

今回の改革において重要な点は、地域で提供されるサービスの種類を大幅に増やしたことである。現行の予防サービスは12種類であるが、図1の下線が示された新たなサービスが追加され、合計で16種類のサービスが提供されることになった。また、これらの予防給付だけでなく、要介護状態になる前からの予防の推進と、地域における包括的・継続的マネジメント機能を強化するという観点から、一般高齢者や特定高齢者に対する地域支援事業によるサービスも新設された。

これは現行制度において実施されていた「介護予防・地域支え合い事業」や「老人保健事業」のサービスに一貫性、連続性がなく、十分にサービスの効果が出されていなかったとの反省から実施されることになった事業とも考えられる。

地域支援事業は、図1に示したように介護予防事業として、介護予防特定高齢者施策としては、①特定高齢者把握事業、②通所型介護予防事業、③訪問型介護予防事業、④介護予防特定高齢者施策評価事業があり、介護予防一般高齢者施策としては、①介護予防普及啓発事業、②地域介護予防活動支援事業、③介護予防一般高齢者施策評価事業がある。

また、包括的支援事業として①介護予防ケアマネジメント、②総合相談支援事業（地域の高齢者の実態把握、介護以外の生活支援サービスとの調整等）、③権利擁護事業（虐待の防止、虐待の早期発見等）、④包括的・継続的マネジメント事業（支援困難事例に関する介護支援専門員への助言、地域の介護支援専門員のネットワークづくり等）があり、その他に、任意事業として、介護給付費適正化事業や家族介護支援事業等がある。

このように今回のサービスは、いわば Aging に応じたサービス提供が目指され、一般高齢者用、特定高齢者用、要支援1, 2用、要介護1～5と提供サービスの内容や目的も変化していく。一般高齢者の目的は、生活機能の維持・向上を図ることであり、特定高齢者用サービスは、生活機能低下の早期発見とその対応である。要支援1, 2においては、要支援状態の改善や重度化の予防を図ることが目的となる。こういった保健福祉を一体化したサービス提供体制は、わが国で初めての試みといえ、今後の保健福祉サービスの提供体制における大きな変革点となると考えられる。

ただし、実際的な側面から考えると Aging に応じたサービス提供は、当該高齢者の Aging における経年的な変化を

予測した上で実施される必要があるが、Aging とサービス提供との関連については、ほとんどエビデンスはなく、提供に際しては相当の困難が予想される。

例えば、要支援1, 2用のサービス提供は、要支援状態にあってもその悪化をできる限り防ぐことを目的に地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントがなされることが予定されている。提供されるサービスは16種類と増加し、通所系サービスを中心としたサービス提供となる。

この通所系サービスには、新たに「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」がサービス要素として含まれるが、これらのサービス要素は、単独の効果については、データが示されているものの、高齢者の状態別にサービス要素が複合して提供された場合のエビデンス等は十分とはいえ、これからデータを蓄積して検証していく必要がある。

したがって、制度改革の初年度、あるいは次年度の段階では、どのサービスを、どの時期に提供すべきかを判断し、サービスをマネジメントすることは、かなり難しいと思われる。

(2) 事業の評価

個々の高齢者に対する介護予防マネジメントは、地域包括支援センターの保健師が担うこととされており、これら保健師は、①利用者基本情報、②介護予防サービス・支援計画書、③介護予防支援・サービス評価表、④介護支援経過記録を作成する、あるいは、これらの計画の妥当性をチェックすることが義務付けられている。

しかし、今回、厚生労働省から示された関連様式の情報は膨大であり、これらの情報から提示された様式に従ってケアプランを作成することは、相当の技量と時間が必要である。さらに、このプランが妥当か否かを判断しようにも、エビデンスがほとんど示されていない状況で、これらの妥当性をいかなる方法で保健師がチェックすべきかについての明確な評価指針は示されていない。おそらく、この評価は個々の保健師の技量に任されることになると推察されるが、保健師らの負担はかなり大きいと予想される。

現在、示されているこれらの事業の評価は、介護予防特定高齢者施策評価事業として、特定高齢者事業の場合は、特定高齢者数は、当該地域における全高齢者の約5%程度と推計されており、各市町村では、この数字を用いて介護保険事業計画において定める介護予防事業の効果による要介護認定者数の目標値を設定するように国から指示がなされている。

このため事業の評価は、特定高齢者施策利用者の20%程度が1年後に要支援・要介護状態に陥らないことが目標値とされている。要支援1, 2についても、この事業の評価に際しては、あらかじめ予防給付対象者の10%程度の悪化防止が目標とされており、事業実施後は、この数値によって事業としての評価がされることになっている。

地域包括ケア体制が目指す第三は、Aging に応じた continuous なサービス提供を地域で可能とすることである。

しかし、このサービス提供体制の確立には、一定の期間が必要であると考えられる。さらに国が目指す要介護高齢者の増加の抑制が達成されるには時間を要するだろう。だが、前述したように、これまで Aging に応じたサービス提供のしかけそのものがなかったことを鑑みると今回の改革には、大きな意味がある。したがって、これらの体制が実効性を持つための方法について早急に検討し、その問題点を明らかにすべきと考える。

5. 地域包括支援センターの役割の明確化と今後の課題

(1) 業務遂行上の問題点

地域包括支援センターは、これまで地域ケアシステムの中核とされてきた在宅介護支援センターに、市町村事業、老人保健事業が追加され、業務範囲が拡大した形態との理解もなされているが²²⁾、新たに特定高齢者や要支援者の介護予防ケアマネジメント業務を担うことになったことは、大きな違いといえる。

今回の改革で示された予防重視型システムへの転換において、地域包括支援センターは、そのシステムの中核を担う機関として位置付けられている。なぜなら、このセンターは、新たに予防重視型システムの対象となった特定高齢者のマネジメントと新しい要介護区分である要支援1, 2の介護予防マネジメントを担当するからである。地域包括支援センターは、新予防給付において、利用申し込みの受け付け、利用者との契約、介護報酬の請求以外は運営協議会の承認を得て、居宅介護支援事業所に委託することができるため、多くの地域包括支援センターは、委託をすることになるだろうと予想されている。

ただしこのセンターは、要支援1, 2の高齢者のケアプランが適切に実行されるように責任を持つことになり、ケアプランを実施した結果についても委託先のケアマネジャーから報告を受け、最終的な評価と今後の方針を決定しなければならない。さらに特定高齢者を対象としたマネジメントは委託できないため、地域包括支援センターが実施しなければならないため、これらの業務負担は、かなり重いことが予想される。

具体的に地域包括支援センターの業務量を予想してみると、例えば、人口30万人程度で高齢化率17%の市の高齢者人口は、5.1万人程度となる。このうち5%を特定高齢者と推計すると、約2,550名となる。現行の要支援1, 要介護1の発生率から推計し、要支援1は、1,100名、また要支援2については、要介護1の75%で推計することとされていることから2,200名となる。したがって、地域包括支援センターでマネジメントの対象となる総数は、5,850名と示される。この規模の市で、実際に平成18年度に開設を予定している地域包括支援センターは、3箇所程度である。また職員は、1箇所につき、3職種が2名ずつと計画されている。

この結果、4月から1つの地域包括支援センターで対応する要支援1と要支援2の介護予防マネジメント件数は、

3,300名となる。1箇所の地域包括支援センターの対象者は、1,100名である。6名すべての職員が、この介護予防マネジメントに携わったと仮定して、1名あたりの担当数は、約183名となる。しかし、これまで示してきたように地域包括支援センターは、介護予防マネジメント業務だけでなく、総合相談支援業務や権利擁護業務、困難ケース等への包括的・継続的ケアマネジメント業務を担うこととされていることから、6名がすべてこの業務にあたることは、難しいとすると、一人の保健師が担うマネジメント人数は、550名となり、183名からさらに増加することになる。

この数字は、適切なケアマネジメント業務を実施することができる人数としては、現実的な数字とはいえない。非常勤職員等の投入財源の調達、実際に人材が確保できるか等、現在、多くの市町村は、困惑しつつ準備をすすめている状況である。

地域包括支援センターにおける最も大きな問題は、多くの機能を持つことが期待されているにも関わらず、現在、予定されている人員配置がこの機能を担うには、あまりにも少なく、人員増に対しても市町村行政の理解を未だ得ていないことであろう。市町村のほとんどが現行の3職種のみかな人員配置にも苦慮しており、4月からのセンター設置を見送る市町村も少なくないというのが実態である。

(2) 機能の充実に向けて

将来的に、少なくとも10年後を見据えて、このセンターの機能を充実させるという計画とするのであれば、このセンターにおける組織と組織目的の優先順位について、市町村ごとに明らかにさせる必要がある。

例えば、平成18年度は、「地域の介護関連の費用抑制」か、「地域住民への相談援助の充実」か、「被保険者や地域支援事業対象者の顧客満足度を向上させるのか」等の課題に対する優先順位を決定し、中期あるいは、長期での課題との分類をしなければならないだろう。少なくともセンターを開設するまでに、以下のキャリアパスに関する事項、組織における指揮命令系統、役割と責務を明確させることは必須の決定事項といえるだろう。

キャリアパスに関しては、センターにおける組織の構成員は、市町村からの出向の公務員や業務委託された職員あるいは、他の地域の社会福祉関連機関からの出向等、多様な立場の職員が考えられる。地域包括支援センターで提供されるサービスの質は、これらの職員の質に依存する。したがって職員のやる気を出させ、職務に対しての責任を持たせることがサービスの質の向上に資することになるため、彼らにとってのキャリアパスを明確にすることが重要である。

また、このセンターでは、社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャー等がチームアプローチによって業務を行なうこととされている。多様な専門領域を持ち、これまでの経歴も異なることが予想される3職種における指揮命令系統と各人の役割と責任は、センター設立以前に明確にされな

ればならない。

とりわけ従来の老人保健事業や介護保険におけるマネジメントにおいて問題とされてきたモニタリングに関しては、地域包括支援センターに所属する各職員の責任範囲がどこまでなのか等、マネジメントのプロセスにおける管理と責任が不明確な状況となっていることが危惧される。

いずれにしても現段階においては、従来の在宅介護支援センターを核とした地域包括支援センターを想定しているところもある一方、千葉県柏市や、群馬県前橋市などのように市町村直営での運営を考えている地域もあり、多様な状況となることが予想されるが、あまりに膨大な業務のために、これらの業務に関する管理、運営のルールが曖昧なままにセンターが設立されることは問題であろう。

現行の介護保険制度には、介護サービスの効果を評価するためのシステムは整備されていない。また、高齢者の特徴別に、どのようなサービスが必要であることを示した指標も存在していない。このため、どのような介護サービスがどのような状態や状況の高齢者にとって有益であるかという効果に関する科学的な根拠となる研究¹⁸⁾が必要であり、地域包括支援センターは、この研究に必要とされる有益なデータを収集し、分析し、これらを住民に対して還元することができる機能を持っている重要な機関となることが期待される。このセンターとここで提供されるサービスが真の意味で住民のソーシャル・サポート^{注3)}となり、有益なサービスとなることを願っている。

注1) 新たなサービスは、下線を引いた。介護予防サービスについては、全て新しいサービス名称となったため、下線を引いているが、現行でも類似のサービスが提供されていた。ただし、新たに運動器の向上や栄養管理、口腔ケア等の要素が追加された。地域生活密着サービスについても内容としては、認知症の老人に対するグループホームなどは類似したサービスであるが、新たな体系とされ、そのサービス提供に際しての運用条件が変更されたため、この図においては新たなサービスとして示した。

注2) 連携活動の能力を評価する尺度は、以下の13項目における0-4段階の回答によって得点が算出される。「連携活動評価尺度」として信頼性、妥当性が検証されている。

注3) ここでいうソーシャル・サポートの概念は、Gerontologyをはじめ、社会学や心理学など多様な領域で個別に検討されており²³⁾、これらの概念設定をひとつの定義に集約することは簡単ではない。したがって共通点として示されている1)個人の社会的、心理的、身体的安寧に肯定的な影響を及ぼす、2)特定の行為ないし行動が行なわれる、3)相互作用過程であるとの先行研究²⁴⁾に従う。

- 16) 平成 15 年度 日本看護協会委託事業「平成 15 年度 訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書」, 財団法人日本訪問看護振興財団 2004 ;195-198.
- 17) 筒井孝子. 高齢社会のケアサイエンス 老いと介護のセイフティネット. 中央法規 2004.
- 18) 平成 16 年度老人保健健康増進事業による補助事業「介護保険サービスの質の向上に関する研究事業報告書」, 大津市介護保険課発行 2005.3.
- 19) Cochrane AL. Effectiveness and efficiency - Random reflections on health services. The Nuffield Provincial Hospitals Trust;1972 [森 亨 (訳) : 効果と効率 - 保健と医療の疫学 -] 東京 : サイエнтиスト社 ;1999
- 20) Cochrane AL. A critical review, with particular reference to the medical profession. In: Medicines for the year 2000. Office of Health Economics 1979;1-11.
- 21) The Cochrane Collaboration Handbook version 3.0.2(September 1997) Glossary."The Cochrane Library"1999;Issue 1
- 22) <http://www.gakken.co.jp/news/050304.html>
- 23) Langford CP, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. J Adv Nurs 1997 Jan;25(1):95-100.
- 24) O'Reilly P. Methodological issues in social support and social network research. Soc Sci Med 1988;26(8):863-73.