

参考資料

memo

地域包括支援センター業務マニュアル

平成 23 年 6 月

一般財団法人 長寿社会開発センター

地域包括支援センター運営の基本方針

第1節 地域包括支援センターの目的および事業内容

1 地域包括支援センターの目的

地域包括支援センターは、「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」（介護保険法第115条の45）です。つまり、高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、包括的および継続的な支援を行う地域包括ケアを実現するための中心的役割を果たすことが地域包括支援センターに求められています。ここでは、地域包括ケアについて確認したうえで、包括センターの目的を説明します。

1.1 地域包括ケアとは

●地域包括ケアとは

地域包括ケアとは、地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、介護保険制度による公的サービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的および継続的に支援することです。

●地域包括ケアが必要となる背景

地域包括ケアが求められる主な理由として、以下があげられます。つまり、このような状況に対応することが、地域包括ケアには期待されているわけです。

① 少子高齢化

我が国の総人口は2008（平成20）年10月1日現在、1億2769万人で、前年に比べて約8万人の減少となりましたが、65歳以上の高齢者人口は過去最高の2822万人（高齢化率22.1%）となっています。高齢者人口は「団塊の世代」が65歳以上となる2015（平成27）年には3000万人を超え、「団塊の世代」が75歳以上となる2025（平成37）年には3500万人に達し、高齢化がピークになると見込まれています。2005（平成17）年に高齢者1人に対して生産年齢人口（15歳～64歳）が3.3人であったのが、2055年には、1.3人の生産年齢人口で1人の高齢者を支えることになる予測されているのです。

② 要介護（支援）認定者の増加

高齢者の増加に伴い、要介護（支援）認定者数も2000（平成12）年からの9年間で115%も

増加しています。そして、2025（平成 37）年には 755 万人（2009 年から 61%の増加）になると推計されています。

③ 単独および高齢者夫婦世帯の増加

65 歳以上の高齢者のいる世帯についてみると、2007（平成 19）年現在、世帯数は 1926 万世帯で、全世帯（4802 万世帯）の 40.1%を占めています。世帯の内訳は、「単独世帯」が 433 万世帯（22.5%）、「夫婦のみの世帯」が 573 万世帯（29.8%）、「親と未婚の子のみの世帯」が 342 万世帯（17.7%）、「三世帯世帯」が 353 万世帯（18.3%）となっており、高齢者のみの世帯が過半数を占めています。そして、2025（平成 37）年には高齢者のみの世帯は 1267 万世帯となり、なかでも後期高齢者の単独世帯が 197 万世帯（2005 年）から 402 万世帯（2025 年）に増加すると推計されています。

④ 認知症高齢者数の増加

「認知症高齢者の日常生活自立度」でⅡ以上的高齢者は、2002（平成 14）年に 65 歳以上人口の 6.3%であった割合が、2025（平成 37）年には 9.3%にまで増えると予測されています。

⑤ 家族機能の低下

前述の少子高齢化や世帯の縮小化に加え、主に介護機能を担ってきた女性の就業率の増加や社会価値の多様化などによる家族の経済、情緒、保護などの機能の低下がみられます。その結果、自助努力を基本としながらも、家族機能を補う必要が出てきました。

⑥ 地域の相互扶助の弱体化

人々の移動性が高まり地域の連帯感が希薄化するなかで、地域での支え合いが脆弱化しています。また、過疎化も相互扶助弱体化の一つの要因だといえます。このような状況に対して、地域住民の助け合い力を高める働きかけが必要になっています。

⑦ ニーズの多様化

人は生活をしていくうえでさまざまなニーズを有しています。そして、社会生活の多様化とともに、そのニーズは一段と個別化された多種多様なものとなっています。それらに対応するためには、包括的にニーズをとらえるとともに、それらに対応する社会資源を包括的に活用することが必要ですが、地域の社会資源がばらばらに存在している状況があります。そこで、このような社会資源を有機的に連動させる必要があるのです。

⑧ ニーズの変化

ニーズは高齢者の状態や状況によって大きく変化します。なかでも、入院や施設入所などのように生活の場が変わることによって、高齢者のニーズは激変します。このような変化に柔軟に対応しながら、継続的にサービスを提供する必要があります。

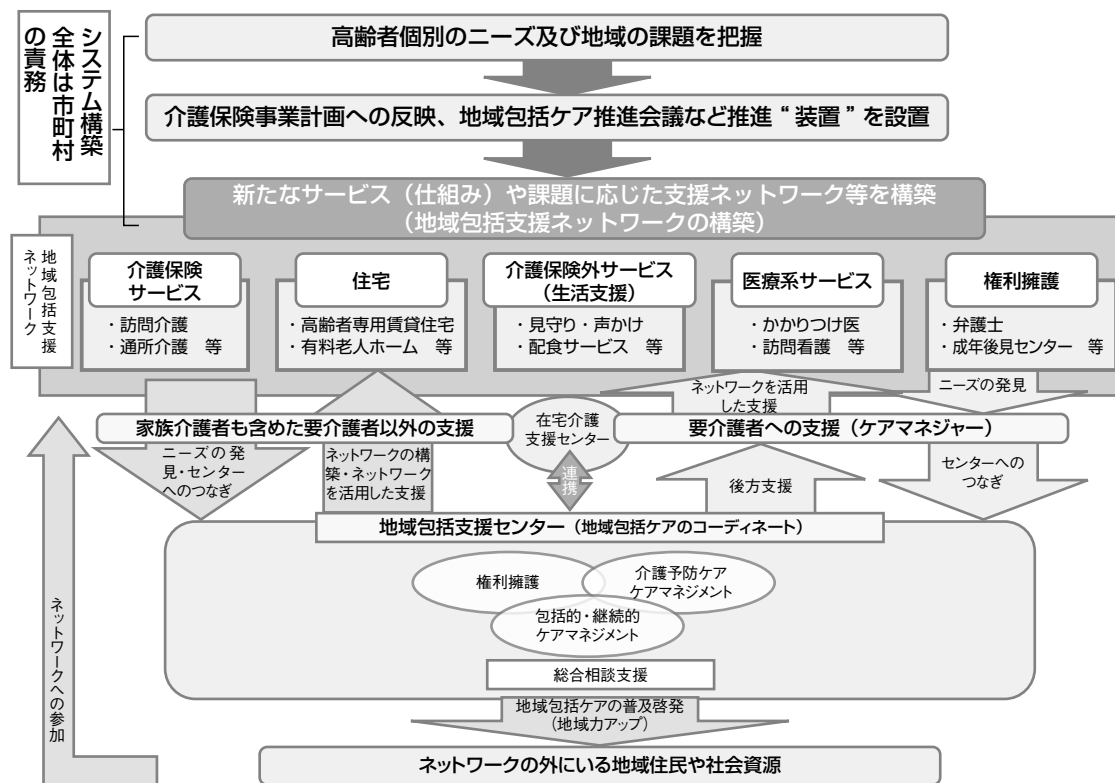
1.2 地域包括支援センターの目的

●地域包括支援センターの目的

地域包括支援センターの目的は、地域包括ケアを実現することです。地域包括ケアシステムの構築は市町村の責務ですが、その構築に向けての中心的役割を果たすことが包括センターに求められています。地域包括ケアシステムを構築し、かつ有効に機能させるために、保健師等、社会福祉士、

主任介護支援専門員がその専門知識や技能を互いに活かしながらチームで活動し、地域住民とともに地域のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートをも行う地域の中核機関として設置されているのです。

図表 1-1 地域包括ケアシステムの構築



出典：全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 2010

●目的を達成するための視点

地域包括ケアを実現するためには、次の4つの視点が不可欠になります。

① 総合性

高齢者の多様な相談を総合的に受け止め、尊厳ある生活の継続のために必要な支援につなぐことです。

② 包括性

介護保険サービスのみならず、地域の保健・医療・福祉サービスやボランティア活動、支え合いなどの多様な社会資源を有機的に結びつけることです。

③ 継続性

高齢者の心身の状態の変化に応じて、生活の質の確保を目指し適切なサービスを継続的に提供することです。その際、現在の継続性のみならず、過去、現在、未来の時間軸で高齢者の生活の継続性を見ることが必要になります。

④ 予防性

地域の高齢化率の推計、世帯形態などの予測、地域住民の声の把握などをもとに、地域におけ

る将来の課題を見据えた予防的対応をすることです。

***予防性の視点の例：ターミナルケアの必要性**

都市部の A 市ではここ 5 年で高齢者人口の急増が予測されています。それに加え、第 2 号被保険者の要件に末期がん患者が含まれていることと、医療機関の病床数が増える可能性がないことから、在宅および介護施設でのターミナルケアの必要性に対応することが近々の課題であると考えられます。そのため、在宅療養を支えるネットワーク構築を目指して、活動を始めることにしました。

●期待される機能

地域包括支援センターには、次の機能を果たすことが期待されています。

① 地域のネットワーク構築機能

関連機関と連携しながら地域におけるフォーマルおよびインフォーマルな社会資源を網のようにつながっていく必要があります。このような地域の人々のつながりは、住民への情報提供、住民のニーズの発見、住民による支援、専門職の連携などを可能にします。

② ワンストップサービス窓口機能

どのようなサービスを利用してよいかわからない住民に対して、1 か所で相談からサービスの調整に至る機能を発揮する、いわばワンストップサービスの拠点として機能することが期待されています。

③ 権利擁護機能

高齢者に本人が有する権利を理解してもらうとともに、権利侵害の予防・発見、権利保障に向けた対応を行います。

④ 介護支援専門員支援機能

地域の介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践できるように、直接的または間接的に支援を行っていきます。

② 地域包括支援センターの事業内容

このような地域包括支援センターの目的を達成するために、複数の事業が定められています。ここでは地域包括支援センター事業の全体像を理解するために、まず各事業の概要を説明したうえで、それらの事業の関係性を述べます。

2.1 地域包括支援センターの事業

地域包括支援センターには必須事業として、地域支援事業のひとつである包括的支援事業と指定介護予防支援事業があります。その他に、市町村が包括センターに委託することが可能な任意事業として地域支援事業に規定されている事業と厚生労働省が定める事業があります。

地域支援事業 （介護保険法第115条の44） 包括的支援事業 ①介護予防ケアマネジメント事業（介護保険法第115条の44 第1項第2号） 介護予防ケアマネジメント業務 ②総合相談・支援事業（介護保険法第115条の44 第1項第3号） 総合相談支援業務（総合相談、地域包括支援ネットワーク構築、実態把握など） ③権利擁護事業（介護保険法第115条の44 第1項第4号） 権利擁護業務（高齢者虐待の防止および対応、消費者被害の防止および対応、判断能力を欠く常況にある人への支援など） ④包括的・継続的ケアマネジメント支援事業（介護保険法第115条の44 第1項第5号） 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（包括的・継続的ケアマネジメント環境整備、個々の介護支援専門員へのサポートなど）
指定介護予防支援事業 （介護保険法第115条の22）

2.2 包括的支援事業

●地域支援事業とは

地域支援事業は、「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」ためのものだと定義されています。介護保険法第1条に規定する尊厳の保持と自立支援の理念を具現化する手段の拡充をねらいとしたものです。そして、介護保険法においては、この第1条の目的を達成するために国民にも努力を求めています（第4条）。そのため国民が努力をしやすい環境づくりを推進する観点から、市町村が地域支援事業を有効に活用することが期待されています。

●包括的支援事業の内訳

包括的支援事業は、以下の4つの事業で構成されています。

① 介護予防ケアマネジメント事業

介護予防ケアマネジメント事業は、二次予防事業の対象者（主とし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65歳以上の者）が要介護状態等になることを予防するため、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うものです。

② 総合相談・支援事業

総合相談・支援事業は、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、関係機関および制度の利用につなげる等の支援を行うものです。業務内容としては、総合相談、地域包括支援ネットワーク構築、実態把握などがあります。

③ 権利擁護事業

権利侵害を受けている、または受ける可能性が高いと考えられる高齢者が、地域で安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、権利侵害の予防や対応を専門的に行うものです。事業内容としては、高齢者虐待の防止および対応、消費者被害の防止および対応、判断能力を欠く常況

にある人への支援などがあります。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを介護支援専門員が実践することができるように地域の基盤を整えるとともに個々の介護支援専門員へのサポートを行います。

2.3 指定介護予防支援

もう1つの必須事業として指定介護予防支援があります。指定介護予防支援は、介護保険における予防給付の対象となる要支援者が介護予防サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、予防給付に関するケアマネジメント業務を行うものです。

2.4 その他の事業

このような必須事業のほかに、市町村が地域包括支援センターに委託することが可能な事業として、地域支援事業のなかの任意事業と厚生労働省が定める事業があります。

●地域支援事業の任意事業（介護保険法第115条の44第2項）

- ① 介護給付等に要する費用の適正化のための事業
- ② 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
- ③ 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

●厚生労働省が定める事業（介護保険法第115条の45第1項）

① 二次予防事業の対象者把握事業

市町村に住所を有する65歳以上の者に対し、日常生活で必要となる機能の確認のための質問票（基本チェックリスト）や医師が行う問診、身体計測等により、生活機能が低下しているおそれのある高齢者を早期に把握するとともに、関係機関との連携を通じた二次予防事業の対象者の情報の収集を行い、二次予防事業の対象者の決定を行うものです。

② 介護予防普及啓発事業

介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するためのパンフレット等の作成および配布、有識者等による講演会や相談会等の開催など、市町村が介護予防の普及啓発として効果があると認める事業を、適宜、実施するものです。

③ 地域介護予防活動支援事業

介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修や介護予防に資する地域活動組織の育成および支援など、市町村が地域における介護予防に資する活動の支援として効果があると認める事業を、適宜、実施するものです。

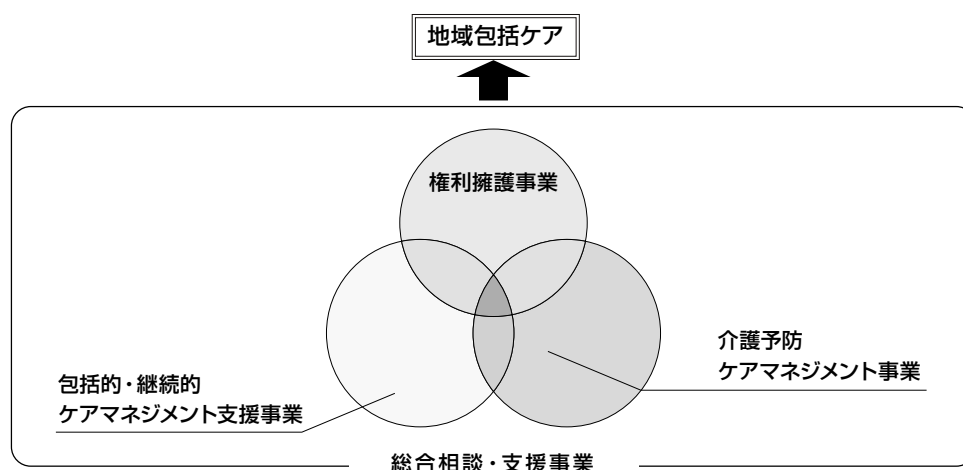
④ 二次予防事業評価事業および一次予防事業評価事業の一部

二次予防事業および一次予防事業それぞれの施策に対する評価を行う事業であり、介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、各施策の事業評価を行うものです。

2.5 地域包括支援センターの各事業の関係性

地域包括支援センターの包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント事業、総合相談・支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業）は図表 1-2 のように、それぞれの事業の独自性をもちながらも一部は重複し、かつ深く関係し合っています。なお、指定介護予防事業については第5章第3節（p.148 参照）にて説明します。

図表 1-2 包括的支援事業の関係性



●基盤となる総合相談・支援事業

包括的支援事業のなかでも、総合相談・支援事業が包括センターの事業を展開するための基盤的機能を果たします。課題を抱えた高齢者を発見し、包括センターにつなげ、適切な支援の展開を可能にするのが、地域包括支援ネットワークです。また、すべての包括センターの事業は、総合相談から始まります。例えば、高齢者の異変に気づいた近隣住民が包括センターに相談したことから、権利擁護が行われることがあります。また、要介護高齢者への支援に困難を感じた介護支援専門員からの相談により、包括的・継続的ケアマネジメント支援が行われます。同様に、実態把握により、介護予防ケアマネジメントが開始されることもあります。このように、総合相談・支援事業での活動は、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業、介護予防ケアマネジメント事業につながっていくのです。

●重複した各事業

それぞれの事業は独立して存在しているわけではありません。例えば、認知能力の低下により支援の必要な高齢者が消費者被害に遭っている可能性があり、その対応に苦慮している担当の介護支

援専門員から相談がある場合には、すべての事業が関連することになります。個別の事業遂行に固執することなく、包括的な事業の展開が必要になります。

③ 地域包括支援センターの設置運営と市町村の責務

3.1 市町村は介護保険制度の運営責任者

介護保険法第3条の規定により、市町村（特別区含む）は介護保険給付を行う保険者として位置づけられています。保険給付を行うにあたっては、同法第2条において、次のような留意事項が掲げられており、ここに市町村の保険者としての責務が凝縮されています。

- ・ 要介護状態または要支援状態の軽減または悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。
- ・ 被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービスおよび福祉サービスが、多様な事業者または施設から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行わなければならない。
- ・ 内容および水準は、被保険者が要介護状態になった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

3.2 市町村（保険者）と地域包括支援センター

前述したような、被保険者に対する配慮事項の実現を目指すために、そのサブシステムとして設けられたのが地域包括支援センターです。すなわち、地域支援事業を活用して保険者機能を強化することにより、介護保険制度の理念として掲げられている「尊厳の保持」に寄与しようとするものです。したがって、市町村の責任のもとに包括センターを自ら設置することを基本的な考えとしつつ、民間法人にあっては市町村から地域支援事業の包括的支援事業の委託を受けた場合に限りて設置できるとされています。また、包括センターが同時に指定介護予防支援事業所の機能も担うことは前述したとおりです。関係する職員は、このような立ち位置を十分に認識しておくことが大切です。

3.3 保険者の基本機能

介護保険の保険者は、単一の市町村によるもの、またはいくつかの市町村が連携した広域連合などで行うものと、二つの形態がありますが、いずれの場合も機能は同じです。その基本的な機能は次のとおりです。

●保険料納付管理（被保険者資格管理）

介護保険という制度を使用して被保険者に保険給付等を行うため、また、被保険者から納付された保険料の用途を明確にするため、会計についての特別な規定が設けられています。したがって、地域支援事業をも含んだ市町村介護保険特別会計を設けて介護保険制度を運営しているわけです。

その特別会計の財源構成は次のとおりであり、被保険者の保険料が法定給付以外の地域支援事業にも充当されていることを重く受け止める必要があります。

図表 1-3 保険給付費と地域支援事業費の財源構成

財源区分	保険給付費		地域支援事業費	
	居宅給付費 (介護給付：要介護1～5、予防給付：要支援1・2)	施設等給付費	介護予防事業 (法第115条の44第1項第1号)	包括的支援事業、 任意事業
国費（負担金）	25%	20%	—	—
国費（交付金）	—	—	25%	40%
都道府県費	12.5%	17.5%	12.5%	20%
市町村費	12.5%	12.5%	12.5%	20%
1号保険料	(平均) 20%	(平均) 20%	20%	20%
2号保険料	30%	30%	30%	—
合 計	100%	100%	100%	100%

(注) 国費（負担金）のうち、居宅給付費の20%、施設等給付費の15%は一律に負担することになっていますが、5%は調整交付金として、その市町村の高齢者の所得状況や後期高齢化率に応じて配分される仕組みとなっています。例えば、全国平均に比して高齢者の所得水準が高い市町村、または後期高齢化率が低い市町村は調整交付金が少なくなり、その分は第1号保険料に負荷されるので、そのような市町村の第1号保険料は20%を超えることになりますが、逆の市町村の場合は20%より少ない負担で済むように調整されます。

●要介護認定

被保険者が保険給付を受けるためには、介護保険法に規定する要介護または要支援の状態にあるという認定を受けなければなりません。保険給付の前提となる要介護認定・要支援認定は保険者の重要な役割です。

●保険給付管理

必要な保険給付を適切に行うことは当然のこととして、それを担保する観点から、必要に応じて被保険者や指定事業所・施設に対して、保険給付に関し調査をすることができる機能も付与されています（介護保険法第23条）。

●地域支援事業

「[2]地域包括支援センターの事業内容」（p.12 参照）で説明した地域支援事業を有効に運営することが求められます。

●市町村介護保険事業計画

前述した保険者機能を遂行する手段として、市町村は3年ごとに市町村介護保険事業計画(以下「事業計画」という。)を策定しなければなりません。この事業計画を策定する場合も、基本的な考え方はケアマネジメントのプロセスと同様に、以下の過程を踏まえて行われます。

・アセスメント(地域診断)

地域の被保険者の生活の実態把握などを通して課題を抽出します。

・解決すべき課題の明確化

広義の介護予防や権利擁護、支援救済すべきニーズ保有者の分布とそれを意識した施策展開、保険給付に必要なサービスの必要量およびそれに伴う必要財源の見通しなどの検討を行います。

・目標の設定と関係者の合意

今後の3年間について、どのような介護保険制度の運営を展開し、被保険者の抱える課題に対してどのように臨んでいくのかという目標を掲げた事業計画を定め、市町村議会の承認を得ます。事業計画の意義を介護保険料算定のみに矮小化することなく、地域支援事業をも視野に入れ、それを活用した地域包括ケアの確立を目指すことが求められています。

・モニタリング

事業計画に基づく制度運営が開始された後は、潜在的には次期事業計画の策定に向けての情報収集と洞察分析が始まっていますので、当期の事業計画の目標に照らし、成果がどうであるかという検証が必然的に必要になります。その検証結果と時間の経過に伴って変化する新たな課題をも加味しながら、次期事業計画を模索するという展開になっていることを認識しておく必要があります。

3.4 地域包括支援センターを所管する保険者としての役割

●介護保険所管セクションと地域包括支援センターとの連携体制の構築

地域包括支援センターの業務を円滑に実施するためには、要介護認定・保険給付管理・地域支援事業といった保険者の基幹業務を担う介護保険関連業務との連携が重要となります。支援が必要な被保険者等への対応を円滑に行うには、その実践を通して必要な事務の見直しや政策の見直しが求められます。これを実現するためには、保険者と包括センター相互の理解が不可欠です。

予防給付を例にあげれば、介護保険担当所管は要支援認定結果の情報を包括センターに情報提供する必要がありますし、一方、包括センターは予防給付における要支援認定者の改善や悪化の状況等を、介護保険担当所管に情報提供し、円滑なサービスの提供等に協力することが求められています。

●市町村内関係セクションとの連携体制の構築

地域支援事業を遂行していく過程においては、高齢者福祉、障害者福祉、生活保護、健康増進、消費生活関連など、さまざまな行政分野との関わりが発生します。行政に携わる職員の基本的な姿勢として、住民の支援・救済が行政の究極の目的であることを絶えず認識し、必要に応じて関係す

るセクションの職員が支援チームの一員に迅速に参加し、包括センターを孤立させないような環境整備への配慮が求められます。

●基幹的機能・体制整備の役割

市町村内に複数の地域包括支援センターを設置している場合は、包括センター間の連絡調整、統合支援、関係機関とのネットワーク構築等、包括センターの活動の下支えとなり全体をとりまとめるような役割が必要になります。保険者の責任のもとでこのような役割を果たせる体制を確保することも大切な視点です。ブランチ方式のセンター等（p.23 参照）を設置している市町村においても同様です。

●地域課題に応じた施策を展開する役割

市町村の中でもエリアの広さや社会経済状況などの影響を受けて、いくつかの地域特性が異なった区域が形成されます。市町村というひとくくりではなく、地域の特性を考慮した課題を明確に把握することにより、当該地域包括支援センターの役割をより明確にすることが可能となります。

また、課題が明確になれば、それに対する施策を計画的に展開していく視点が求められます。その手段として、介護保険法第 62 条に規定する特別給付、同法第 115 条の 47 に規定する保健福祉事業を効果的に活用し、地域の実態に応じた保険者の裁量による独自のいわゆる横出しサービスを創出するなどの創意工夫も一つの役割だといえます。

●市町村地域包括ケア会議の設置

会議の呼称はそれぞれの市町村によって異なりますが、前述してきた役割を円滑に果たすためには、次のような保険者または地域包括支援センターが主催する会議を設置・運営する必要があります。このような会議がなければ、地域包括ケアの推進はより難しいものになると考えられます。

- ・各地域包括支援センターが把握する地域課題の集約
- ・地域包括支援センター間や関係機関間の情報交換の促進と協働体制の構築
- ・被保険者啓発と相俟った地域包括ケアの立案
- ・被保険者への支援・救済に携わる人材育成・資質の向上（OJT）等

●行政機能

地域包括支援センターという名称は同じであっても、直営型の地域包括支援センターは行政機関そのものであり、一方、委託型の地域包括支援センターは市町村から委託された業務に限定されているため、両者には行政機関としての権限行使の面で大きな差異が生じてきます。そのため、特に委託型の包括センターの役割が阻害されることのないよう、市町村は権利擁護業務等を委託した立場の責任者として、次に述べるようなバックアップが求められています。

具体的には、市町村行政の福祉事務所や保健センター的な機能を放棄することなく、地域住民の総合相談に応じつつ、包括センターと連携してその活動をサポートしていくとともに、行政責任に

において適切に権限を行使して地域住民の保健福祉の促進を担っていく役割があります。老人福祉法等に基づいて適切に権限を行使していく必要があるものとしては、以下があげられます。

図表 1-4 老人福祉法等に基づく権限行使の例

措 置	老人福祉法による措置
	高齢者虐待防止法、老人福祉法による「やむを得ない措置」
成年後見制度市町村長申立て	
高齢者虐待防止法による立入り調査及び警察署長への援助要請	
高齢者虐待防止法による面会制限の行使	
戸籍や住民票などの公用請求	成年後見申立て、その他必要時に住民票や戸籍謄本等を公用で請求

この他にも、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」による措置などがあります。

4 地域包括支援センター運営協議会の役割

●設置の趣旨

地域包括支援センターの運営を地域の関係者全体で協議し、適切、公正かつ中立的な運営を確保しているかどうかの評価をしていく場として、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」という。）が置かれます（介護保険法施行規則第 140 条 66 第 4 項）。包括センターの職員は、その運営が常に運営協議会の関与、すなわち地域の意思に基づいて行われるものであることを十分に認識しておくことが必要です。また、運営協議会は地域包括ケアの基盤整備や地域の関係者間のネットワーク構築を行うなど、包括センターの運営や活動を支援していく役割があることも認識しておく必要があります。

図表 1-5 地域包括支援センター運営協議会の所管事務

①地域包括支援センターの設置等に関すること	圏域の決定
	業務の法人への委託
	業務を委託された法人による予防給付にかかる業務の実施
	指定介護予防支援業務を委託できる居宅介護支援事業所の選定
	公正・中立性の確保に関すること
②地域包括支援センターの運営に関すること ※右に掲げる点を勘案して必要な基準を作成したうえで定期的または必要時に地域包括支援センターの事業内容を評価します	ケアプランにおいて、正当な理由がなく特定の事業者が提供するサービスに偏っていないか
	ケアプランの作成過程において、特定の事業者が提供するサービスの利用を不当に誘引していないか
	その他地域の実情に応じて必要と判断した事項
③地域包括支援センターの職員の確保に関すること	包括センターの職員を確保するため、必要に応じ、運営協議会の構成員や関係団体等の間で調整を行う
④その他地域包括ケアに関すること	

●効果的な活用（事例紹介）

A 市

根拠：A 市介護保険条例

構成：委員 15 名 以下より市長が委嘱

被保険者

介護及び介護予防サービスに関する知識を有する者

介護サービス及び介護予防サービスに関する事業に従事する者

特徴：介護保険事業および包括的支援事業の運営に関する重要事項を審議するため、A 市介護保険運営協議会を置いています。当初 9 名の委員で構成されていましたが、2006（平成 18）年からは地域包括支援センター運営協議会である部会と地域密着型サービス協議会である部会を併設しました。

地域包括支援センターは市町村の介護保険や高齢者福祉の運営の要であるからこそ、重要事項について介護保険の運営協議会で審議する事項を含め、承認を得ることや審議することが大事です。そのような考え方にに基づき、介護保険運営協議会とあわせて行うことにより機能が分散されず、効率的で効果的であるという考えのもと、併設し実施しています。

B 市

根拠：B 市地域包括支援センター運営協議会設置要綱

構成：本協議会 委員 10 名以内

学識経験者・介護サービス事業者・関係行政機関・その他

マネジメント委員会

学識経験者・介護支援専門員代表・保健師・社会福祉士・精神保健福祉士・医師

権利擁護委員会

学識経験者・社会福祉士会代表・社会福祉協議会代表・ばあとなあ

権利擁護センター代表・介護支援専門員代表・介護事業所代表

予防事業委員会

学識経験者・医師・保健所長・歯科医師・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士

栄養士・介護予防事業所スタッフ・体育指導員・サロン従事者

転倒予防骨折サポーター・老人クラブ代表・NPO 代表

特徴：地域包括支援センター運営協議会を本協議会と専門委員会という構成にして、専門委員会はマネジメント委員会・権利擁護委員会・予防事業委員会に分けて構成しています。会議の実効性を優先することで、機能分化した各会議の設置に至りました。運営協議会の本協議会では地域包括支援センター運営方針を協議・検討し、各専門委員会は担当する業務の進捗管理を行っています。

専門委員会の下に必要に応じてケース検討会等の部会を設置しています。権利擁護委員会は

個別の事例・ケースを取り上げるものではなく、権利擁護に対応するための体制づくりについての協議が主眼であり、早期発見のために必要な情報共有や目標・意識統一を行っています。個別ケースの検討については、権利擁護委員会の下には「高齢者虐待ケース検討会」が設置されており、共通の書式を用いて情報共有を図っています。

C 市

根拠：C 市地域包括支援センター運営協議会設置要綱

構成：1 号被保険者代表・2 号被保険者代表・サービス事業所・民生委員児童委員協議会代表・医師会代表・歯科医師会代表・社会福祉協議会代表・弁護士・地域包括支援センター職員（市内全ての包括から出席）

特徴：評価の場のみではなく、地域包括支援センター現場職員のネットワークを活用して支援していく場として運営協議会を位置づけ、市内のすべての地域包括支援センターから職員が毎回出席して運営委員と議論しています。現場で課題となっていることが地域包括支援センター職員から提起され、その課題解決のために運営協議会のネットワークで取り組めることはないか、今後必要な取組みや新たな課題解決のためのネットワークはどのようなものかなどが議論されています。

運営協議会には市の福祉保健担当の部長をはじめ、福祉保健関連の各課の課長クラスの管理者も毎回出席しており、地域包括支援センターが直面している地域の課題を把握し、行政施策として連携して取り組めることはないかという施策立案の場ともなっています。

あるときの会では、地域包括支援センターの側から男性介護者への支援策の必要性や課題が提起され、情報がなかなか行き渡らない中高年の男性層に対してどのように関係機関間が連携して福祉・介護の情報を周知し、孤立させない取組みができるかということが協議されました。運営協議会のメンバーからも各自の立場でできる取組みが出され、地域包括支援センターの取組みとの連携が確認されました。

第2節 地域包括支援センターの運営体制

1 地域包括支援センターの運営体制

地域包括支援センターには、包括的支援事業等を適切に実施するため、原則として保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種をおくこととされています。まず包括センターの設置体制を確認した後、包括センターの運営のあり方について説明します。

1.1 地域包括支援センターの設置体制

地域包括支援センターは市町村が設置できることとされています。また、包括的支援事業を適切、公正、中立かつ効率的に実施できると考えられる対象となる法人に包括的支援事業を委託することができます。主な設置体制として次の3つの体制があげられます。そして、これら3つのどの設置体制にも活用できる形態として2つの方式があります。これら以外にも包括的支援事業の有効な実施に向けて多様な体制や工夫などが考えられます。

●設置体制

①直営方式

すべての地域包括支援センターが市町村の直営になります。

②委託方式

すべての地域包括支援センターが市町村の委託となります。

③直営と委託方式

単数または複数の直営と単数または複数の委託の地域包括支援センターで構成されます。

●設置形態

①サブセンター方式

在宅介護支援センターの職員を地域包括支援センターの職員として採用するなどした後、その職員を在宅介護支援センターに併設する包括センターの支所で勤務させる形態です。この形態では、本所と支所を合わせた包括センター全体としての人員配置基準を充足し、本所が統括機能を発揮しつつそれぞれの支所が包括的支援事業を適切に実施する必要があります。

②ランチ方式

住民の利便性を考慮し、包括センターにつなぐための窓口として、包括センターの他にランチを設置することができます。ただし、包括的支援事業を分割して委託できないため、ランチは住民の相談を受け付け、包括センターにつなぐことを目的とした活動のみとなります。

1.2 運営における基本視点

地域包括支援センターの目的を果たすためには、以下のような基本的な視点に立脚した運営を行うことが求められます。

●「公益性」の視点

地域包括支援センターは、介護保険制度をはじめとする市町村の介護・福祉行政の一翼を担う「公益的な機関」として、公正で中立性の高い事業運営を行う必要があります。特定の事業者等に不当に偏ったような活動はあってはなりません。包括センターの運営費用が、国民の介護保険料や国・地方公共団体の公費によってまかなわれていることを十分に認識したうえでの活動が求められます。包括センターに求められる「公益性」の視点は、市町村直営のみならず、法人委託のケースにおいても全く変わりありません。

●「地域性」の視点

地域包括支援センターは、地域のサービス提供体制を支える中核的な存在であり、それだけに各地域の特性や実情を踏まえた柔軟な事業運営を行う必要があります。このため、前述の「地域包括支援センター運営協議会」をはじめ、さまざまな場や機会を通じて、地域のサービス利用者や事業者、関係団体、一般住民等の意見を幅広く汲み上げ、それらを包括センターの日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題の解決に積極的に取り組んでいくことが重要です。

●「協働性」の視点

地域包括支援センターには、保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員の専門職種の職員が配置されていますが、各職員が自らの担当業務を狭くとらえ、「縦割り」に陥るようなことがあってはなりません。職員が業務の理念・基本的な骨格といったものを理解したうえで、常に相互に情報を共有し、協議して業務を遂行するチームアプローチが必要です。

1.3 運営体制の整備

このような3つの基本的視点を有した運営を行うためには、地域包括支援センターの属する部局や組織が包括センターの目的や業務等を理解していることが前提となります。そして、包括センターの課題を共有し、組織として対応が取れる体制を構築していく必要があります。そのためには、設置主体である市町村や委託を受けた法人が包括センターの人員体制を整えるのはもとより、組織内報告記録や複数部署にわたる会議などの機会を積極的につくり、包括センターの運営に適した体制となるよう活用していくことが重要です。

1.4 リスクマネジメント

地域包括支援センターが直面するリスクとして、①職員の判断ミス等による利用者に対する身体的や心理的なダメージ、②利用者の個人情報の漏洩、③利用者や家族からの職員への言語的・身体

的暴力などが考えられます。このようなリスクを予防するとともに、対応方法を事前に検討し、リスクに備えることが必要になります。どのようなリスクが考えられるのかを包括センター職員で検討し、業務に関するガイドラインなどを作成することによってリスクを予防するとともに、リスク発生時の対応マニュアルなどを整備し、実際に対応できるように訓練します。

1.5 3職種のチームアプローチ

地域包括支援センターに3つの職種が配置されているのは、保健師等は保健医療、社会福祉士はソーシャルワーク、主任介護支援専門員はケアマネジメント、それぞれの専門性を発揮することが期待されているからです。これらの専門性は、地域包括ケアの提供を可能にするために不可欠なものといえます。しかしながら、それらが分断され個別に機能していても、地域包括ケアを提供することはできません。地域住民に対して地域包括ケアを提供するためには、それぞれの専門職が縦割りで行うのではなく、包括センター全体で、情報の共有や相互の助言等を通じ、各専門職が支援の目標に向かって連携して対応することが必須となります。

1.6 チームアプローチの方法

チームアプローチを実行するためには、以下の7つが重要になります。

●各専門性を理解する

専門職がチームで活動するためには、チーム構成員の専門性を理解することが前提となります。自分の専門性を伝えるとともに、他職種の専門性を理解することによって、適切な役割分担が見えてきます。

●地域包括支援センターの目的および業務の共通認識をもつ

地域包括支援センターの目的や業務は明示されているわけですが、その認識が異なっていると同じ目標に向かって活動していくことができません。目標は何で、それを達成するために何をすることが期待されているのか、すべての業務に関する具体的な認識を共有する必要があります。

●業務の進め方および役割を明確にする

実際に業務を行うためには、具体的な手順等の取り決めやその分担が必要です。例えば、たまたま相談の電話を受けた人が担当するといったような単純な役割分担は避けなければなりません。地域の状況を理解しネットワークを構築するために担当圏域を分けて担当を決めることはあると思いますが、実際の業務遂行においては3職種の専門性を十分に活用することを念頭におきつつ、3職種が相談し合いながら柔軟に機能できるようにすることが重要です。

●地域に関する情報を共有する

個人が有する地域に関する情報を3職種で共有することにより、その情報量や正確さは格段に増

します。その方法としては、記録による情報の共有および蓄積や定期的なカンファレンスでの情報共有が考えられます。

●高齢者に対する責任体制を明確にする

個々の高齢者に対して包括的に支援を行う際には、その高齢者に対する責任体制を明確にするため、高齢者ごとに「主担当」職員を決め、その職員が継続して支援する体制を作ることが望ましいと考えられます。主担当を決める際には、高齢者の抱える課題の大きさや背景等を勘案して、どの専門職が主担当になるのが適当かを個別に判断することが必要です。そして、主担当以外の専門職は、それぞれの専門性を活かして情報や専門的見解の提供および精神的支援などを行います。

*責任体制と協働の例

複数の医療的課題を抱えているとともに、家庭内の課題を抱え権利擁護の視点からの支援が必要だと考えられる二次予防事業の対象者に対して、医療的課題への対応の優先順位が高いと判断し、保健師が主担当になることを3職種で検討しました。その後、権利擁護に関する家族への対応については、主に社会福祉士の専門的見解を、またケアマネジメントに関しては主任介護支援専門員による専門的意見を得ながら、3職種で対応等を検討しながら支援を展開しました。また、主担当の保健師が家族への対応で困難を感じた際には、家族との面接を社会福祉士が担当するなど、役割を分担しながら協働しました。

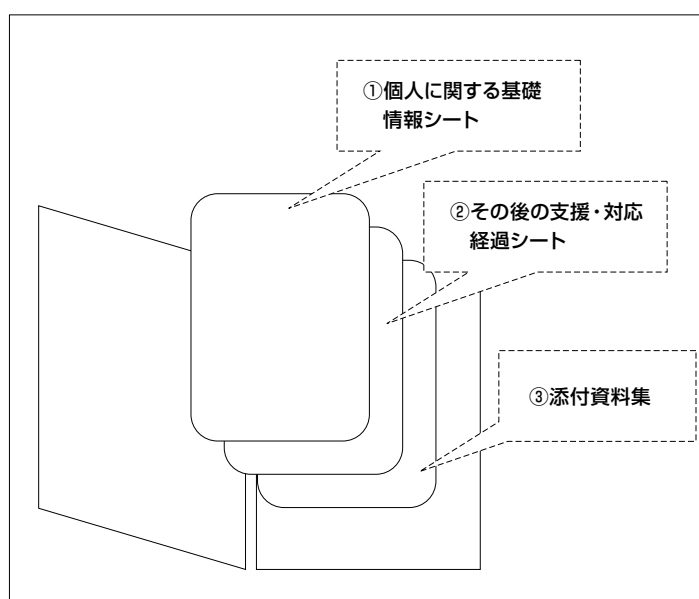
●高齢者の情報を共有する

高齢者の主担当が不在の場合への対応や個別対応による弊害を予防するためにも、高齢者に関する情報については、地域包括支援センター職員が共通で利用できる様式に個人ごとに情報を蓄積し、包括センターのどの職員でも常に一覧することができる管理方法をとることが必要です。個人ファイルを作成して管理する方法として、次のようなシートの活用が考えられます。なお、このような情報を活用する場合には、後述の「[\[2\]](#) 情報の管理」(p.28 参照)を徹底し守秘義務を厳守することが不可欠といえます。

①個人に関する基礎情報シート (利用者基本情報) (p.167 参照)

相談等を受けた際には、まず利用者基本情報シートを作成し、その後必要に応じて継続的に更新していきます。情報項目は、利用者の状況を把握するために最低限必要な情報とし、市町村のいずれの包括センターでも共通の

図表 1-6 個人ファイルの整理例



項目とすることが必要です。なお、本書で参考にあげた利用者基本情報シートは、あくまで参考例であり、各市町村の状況に応じてシートの構成や内容を検討してください。

②支援・対応経過シート

時系列で、行った支援や対応および支援対象者の変化などを簡潔に記入します。その際、客観的事実と支援対応者の見解は分けて記述します。そして、可能な限り、支援対応者の解釈にはその根拠を記します。また、他の包括センター職員が読んだ際、正確な共通理解が得られるように、5W1H（いつ、どこで、誰が、何を、どのように、なぜ行ったのか）を活用するとともに、主語と述語を明確にしましょう。

③ 添付資料

介護予防ケアマネジメントで作成したケアプランの写し、詳細な相談応答メモ、要介護認定の申請書等の写し等を、支援・対応経過シートの項目に対応して添付します。

●チームとして協議する

3職種が一つの地域包括支援センターにいる最大の利点は、あらゆる案件を3つの専門性を活かした視点から検討できることです。包括センターに寄せられた相談をスクリーニングする際や高齢者への支援方法について検討する際など、必要に応じて3職種で協議します。支援への質を高めるばかりか、職種間の意思疎通を高めチームアプローチを実践するための基盤を作ることにもつながります。

1.7 地域包括支援センター職員の人材育成

地域包括支援センター職員の実践力を高めるためには、自己研鑽はもとより、人材育成のためのシステムを構築していく必要があります。

●職員本人による実践力向上

近年の社会変容に伴い表出してきた多様な課題に、新たな組織として対応していくという困難かつ重要な使命を担っていることを、地域包括支援センター職員本人が自覚する必要があります。そのうえで、常に学ぼうとする姿勢を持ち続けながら、自分の実践を振り返ることによって得た気づきを実践の質の向上に活かすことが大切です。また、職能団体などが開催する研修や同じ専門職同士の集まりなども活用できるでしょう。

●チームによる実践力向上

3職種のチームでお互いに実践力を向上することが可能です。日頃の実践を通した専門知識や専門的見解などの共有および各専門的視点からの協議は、各職員の実践力の向上に直接結びついているといえます。また、どの職員もその必要性に応じて外部の研修などに参加する機会を公平に設けるとともに、それらの研修で得た知識や技術をチームで共有します。

●人材育成における所属組織の役割

地域包括支援センターが所属する法人や部局は、包括センター職員の人材育成を可能にする体制整備を行わなければなりません。職員が適切な外部研修に参加できるように就業規則を整備することなどが考えられます。また、所属組織が研修の開催、弁護士や医師などの専門職からのコンサルテーションが可能となる体制整備、組織内でのスーパービジョンの実施などを行うことも重要な役割だといえます。

●人材育成における市町村の役割

設置主体である市町村は、地域包括支援センター職員の人材育成においても責任を担っています。自己研鑽や研修参加時間が確保できるような人員配置はもとより、最新の情報の提供や各包括センター職員同士のつながりづくりの機会提供など多くの役割があります。

●職員のメンタルヘルス

常にベストの状態状態で業務を行うためには、職員のメンタルヘルスが不可欠です。そのため、人材育成において、このメンタルヘルスの視点を加えることが重要です。3職種が仕事の成果の共有などによってやりがいを感じられる体制をつくることが大切です。また、同じ専門職同士や他の地域包括支援センターの職員同士などのつながりを深めて、バーンアウト（燃え尽き症候群）の予防に効果が高いソーシャルサポートの構築を間接的に支援することも所属組織、市町村、そして職能団体などの役割だと考えられます。

2 情報の管理

2.1 地域包括支援センター職員としての守秘義務

地域包括支援センター職員は高齢者の心身の状況や家庭の状況を幅広く知り得る立場にあるため、その情報管理には万全を期すことが求められます。なお、情報管理については包括センターから委託を受けるサブセンターやブランチにおいても同様の取り扱いとします（p.23 参照）。

守秘義務

地域包括支援センター（介護保険法第115条の45第5項）

地域包括支援センターの設置者（設置者が法人である場合にあっては、その役員）若しくはその職員又はこれらの職にあった者は、正当な理由なしに、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

●セキュリティ管理

① 人的運用

地域包括支援センターが設置法人における他の事業所と併設している場合などでは、他の事業

所の職員からは包括センターの情報にアクセスしたり閲覧することができないような措置を講じておく必要があります。また併設事業所の職員に手伝わせたりすることは禁物です。

② システム運用

個人情報の入った業務用のコンピュータを他の事業所職員のものとオンラインで結ぶこと、あるいはインターネットにつなぐことは禁物です。また、外部接続媒体の利用について、USB等の利用によりウイルスに感染することもあり、個人情報の漏洩に繋がることもあるため注意が必要です。

●個人ファイルの管理

鍵のかかる書棚に保存しておくことにより個人情報の管理の徹底を図ります。

●事務所の管理

他の事業所と併設の施設の場合、パーティションで仕切るなどの注意を要します。

●地域の関係者における情報管理

- ① 地域の関係者であるフォーマル（介護サービス関連事業所・医療従事者等）やインフォーマル（自治会や民生委員・老人会・地域住民等）なネットワークを活用し、情報収集を行う場合には、これらの関係者が知り得た情報を地域包括支援センターへ提供する旨を関係者から本人に伝え同意を得ておくことが望ましいといえます。
- ② フォーマルやインフォーマルを含めたチームアプローチを実行する際には、支援に必要な範囲で包括センターで得た情報をチームで共有することになります。このような場合、原則、あらかじめ本人の同意を得ておく必要があります。

(例) AさんとBさんの介護サービス利用と成年後見申立てについて、関係者（介護支援専門員、訪問介護員、弁護士、民生委員、隣人）のチームケアカンファレンスを行うことにしました。地域包括支援センターはAさんとBさんにケアカンファレンス開催の説明とケアプランと成年後見申立てに必要な情報提供を関係者に行う旨の同意を得ました。

- ③ フォーマルやインフォーマルを含めたチームアプローチを実行する際には、チーム以外の第三者に対し包括センターや関係者が知り得た利用者等に関する情報を守秘する必要があります。そのため、守秘義務を課されていないインフォーマルな関係者からは、個人情報等を守秘する旨の同意を得ておく必要があります。

(例) AさんとBさんのカンファレンス実施時に、地域包括支援センターは、カンファレンスに出席した関係者に対し、個人情報について守秘することと記載した誓約書への署名をお願いしました。

- ④ 上記①～③についての同意は、トラブル防止の観点からも状況に応じては書面で求めておく

ことも必要になると考えられます。

●本人の同意を得ることなく情報提供できる場合

例外的に、個人情報保護法上、あらかじめ本人の同意を得ることなく第三者に個人情報を提供することが認められています。

2.2 保険者と地域包括支援センターとの情報共有

●地域包括支援センターと行政情報

地域包括支援センターがその業務を円滑に実施するためには、保険者との情報共有が不可欠です。行政が責任をもち軽度認定者である要支援1、2や二次予防事業の対象者のマネジメントを行う介護予防マネジメントを実施するうえで、要介護認定情報等の情報は迅速に的確に入手する必要があります。また、総合相談支援業務・権利擁護業務において緊急的な対応が必要とされる場合には、迅速な住民基本台帳情報等の情報収集が必要です。

事例紹介

* A市 地域包括支援センター4か所（うち1か所直営、3か所委託）

【住民基本台帳情報・介護保険情報等が各包括センターとつながっている市町村事例】

〈設置方法〉

市役所電算室にサーバーを設置し、担当課に設置する端末とLAN構築をするとともに、各包括センター（委託・直営とも）に端末を設置し、サーバーと各端末を光回線でオンライン接続します。これにより市役所と各包括センターが高齢者台帳情報、介護保険情報、認定情報、ニーズ把握調査情報、介護予防プログラムの立案・総合評価を円滑に実施することを可能としています。なお、情報送受信のためのセキュリティ対策として、VPNサービスであるグループアクセスにより、インターネットを介さずに各拠点が相互にアクセスをとる形態としています。また、ファイルの作成や共有・送受信の際に、コンピュータに侵入しようとするウイルス、ワーム、悪質なスパイウェア等を検出・駆除するためのウイルス等対策ソフトをインストールすることで、よりいっそうのセキュリティ向上を図っています。

〈機能〉

基本機能概要：対象高齢者の個人特定から対象者の基礎情報、予防健診や実態把握などの調査情報の登録や照会、また認定調査データや介護保険データの照会などができます。

基本情報	対象者の基本的な情報を一覧表示／住民基本台帳上の住所・生年月日・氏名
高齢者台帳情報	居住地や利用医療機関、関係者などの登録管理
生活支援度調査情報	生活支援度調査情報（※）の登録・照会 ※認定調査の際、市独自のアセスメントシートを調査員により記入している様式。家族状況、ジェノグラム、ADL、IADL等記載
基本チェックリスト情報	基本チェックリストの登録・照会

予防健診情報	予防健診結果の登録・照会
アセスメント基礎情報	生活支援度調査や疾病状況などのデータを参照し、アセスメントデータの登録・照会を行う
新予防給付計画情報	予防給付計画の登録・照会／必要な電子ファイルの添付も可能
地域支援事業計画情報	地域支援事業計画の登録・照会／必要な電子ファイルの添付も可能
サービス事業者計画情報	事業実施評価のため、サービス事業者計画を登録・照会
認定調査情報	認定調査データと連携することで、受給者情報の照会ができる
介護保険受給者情報	介護データと連携することで、受給者情報の照会ができる
住民基本台帳世帯情報	住民基本台帳世帯情報とその個人の住民基本台帳情報を照会できる
高齢者状態管理情報	高齢者の状態を管理するための機能。二次予防事業の対象者期間、要介護への移行などを管理することができる
一覧出力機能	各種一覧帳票を照会、表示 PDF ／ファイルで印刷も可能

〈効果〉

上記システムにより、保険者と各包括センターが連携していることで、下記のような効果があります。

●横断的な状態把握による適切な介護予防プログラムの立案、総合評価ができる

高齢者福祉、介護保険、介護予防スクリーニング、介護予防検診、介護予防プログラム情報等の一元管理を行うことで、高齢者の状態を横断的に把握することが可能となり、適切な計画づくりやサービス実施後の総合評価が可能となっています。

●作業効率アップ

介護予防ニーズ把握調査、基本チェックリスト情報から介護予防リスクが自動判定でき、各種情報の一元管理により、会議資料準備・データ集計作業が効率化されるなど作業効率が上がっています。また、手書き資料をイメージデータとして管理するため資料検索の効率化や情報共有が実現、また保管スペースの問題も解消。

●介護予防事業推進・改善施策への反映

経年データの蓄積により、生活圏域における高齢者全体の傾向分析および、高齢者個々の状態変化、状態推移の把握が可能となります。

事例紹介

* B 市 地域包括支援センター：全委託 6 か所

【情報提供・事務負担軽減の工夫の事例】

B 市では、少人数の委託の包括センター職員が総合相談をはじめとした幅広い事業にある程度の余裕を持って取り組めるように、いくつかの事務負担軽減策を工夫しています。例えば、要支援認定者のプラン作成の利便性を図るため、認定申請時に申請者の許諾を確認したうえで、市内の地域

包括支援センター担当エリアごとに作成された認定者リストの一覧とともに認定調査情報や主治医意見書の写しが包括センターに送付されます。その情報をもとに包括センターはエリア内の要支援認定者に訪問等のアプローチをしていきます。それによって利用者、包括センター職員ともに事務負担の軽減、時間の節約ができます。

また、予防給付にかかる事業所からの毎月の実績報告とモニタリングのための利用者状況が記載できる市独自の簡便な報告様式を市担当者と包括センター職員が共同で作成して、介護予防訪問介護や介護予防通所介護・リハビリテーション等の月額包括払いのサービス実績の確認に使用しています。報告様式をあらかじめサービス事業所にデータ等で配布しておけば、事業所は繰り返し使用できます。包括センター側は毎月のサービス提供表作成・送付等の事務が省略でき、毎月のサービス事業者からの実績報告に記載された利用者状況の記述がモニタリングの参考となっています。

③ 年度計画と評価

地域包括支援センターとして事業の質を高めるためには、毎年の計画とその評価が不可欠です。ここでは、年度計画とその評価について説明します。

3.1 年度計画と評価の概要

●年度計画とは

地域包括支援センターの業務を遂行するために、包括センターの目的や業務内容に沿った年度ごとの事業計画を立てます。この計画を立案することによって、事業の方向性と責任体制を明確にするとともに、業務の遂行状況について評価することが可能になります。

●年度計画と評価の流れ

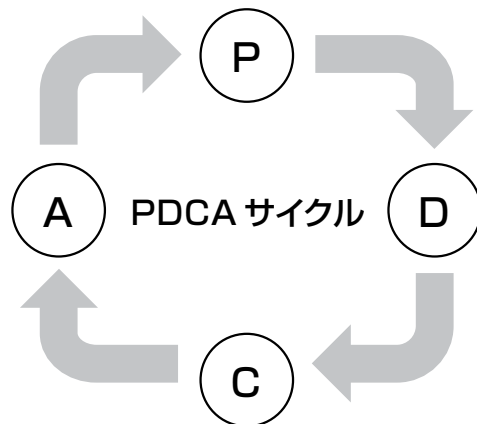
事業を継続的に改善していくためには、PDCA（Plan-Do-Check-Act）サイクルの考えで下の図のように計画と評価を繰り返します。このサイクルを繰り返すことにより、事業は毎年改善を繰り返し、螺旋状に事業の質が高まることになります。

P（Plan・計画）：従来の実績や将来の予測などをもとにして、何をどのように改善していくのかについて計画を立てます。

D（Do・実施）：計画に沿って業務や活動を行います。

C（Check・評価）：計画に沿って業務や活動が行われているかどうかや目標の達成状況を分析します。

A（Act・処置）：実施が計画に沿っていない部分を調べて、計画の変更や対処等を行います。



3.2 年度計画作成の留意点

地域包括支援センターの年度計画を立てる際には、主に次の点に留意する必要があります。

●地域包括支援センターの課題や地域の状況を把握する

一般的な年度計画を策定しても意味がありません。前年度に明らかになった地域包括支援センターの抱える課題をもとに、自分たちの包括センターのための事業計画を作ることが最も重要です。また、ここ数年で独居高齢者の数が増加する可能性が高いとか、退職者が急激に増加する可能性があるというような地域の将来の状況などを把握したうえで事業計画に活かすことも忘れてはなりません。

●地域包括支援センター職員が協議して作成する

年度計画を実施するためには、地域包括支援センター職員全員が計画を熟知している必要があります。そのためには、包括センター職員が協議して年度計画を作成することが必要になります。このような協議は、包括センターの課題や地域状況に関する認識などを深めるとともに、自分たちが対応していくことだという役割・自覚を高めるなどの効果も考えられます。

●実現可能な段階的目標を設定する

1年間で実現が可能な具体的な目標を設定します。また、その目標を達成する過程として、半期や4半期などの段階的な目標を作ります。このような目標であれば、1年後の評価のみならず継続的な評価を実施することが可能となり、その時点で明らかになった課題に早急に対処することができます。

●役割分担を明確にする

地域包括支援センターの責任範囲を再認識したうえで、包括センター職員がそれぞれの役割を分担します。この課題については、誰が中心となって対応するかといった役割を明確にします。

●市町村や所属組織と相談する

地域包括支援センターが質の高い業務を行うためには、設置主体である市町村との意識の共有が不可欠です。包括センターが作成した年度計画を市町村に承認してもらうとか、反対に市町村に言われた内容のみで年度計画を作成するといった一方向的な活動ではなく、可能な限り市町村と相談しながらともに年度計画を作り上げることが望ましいと考えられます。特に委託型の包括センターには不可欠なプロセスだといえます。同様に、委託型の包括センターは所属する組織との年度計画の共有が必須となるため、法人管理者等と相談しながら年度計画を作成します。

●他の計画を視野に入れる

地域包括支援センターの事業に関連する、高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画、障害福祉計画、

地域福祉支援計画などにも目を通して、それらとの関連を踏まえて包括センターの事業計画を策定します。同様に、社会福祉協議会の地域福祉活動計画等も参考にします。

3.3 地域包括支援センターの事業評価

●評価の対象

評価の対象は3つあります。どのような評価であれ、具体的な目標が立てられていれば、その達成状況を見ることによって評価をすることができます。そして、その評価から得られた課題を分析し、適切に対応することが不可欠です。

① 構造（Structure）評価

地域包括支援センターの設備、人員、勤務体系などの構造を対象とした評価を行います。相談受付件数や要支援高齢者のケアプラン作成件数などをもとに、質を担保した事業の継続に必要な人員配置などを評価します。

② 過程（Process）評価

業務を行った結果ではなく、その過程を評価します。例えば、総合相談では「相談内容を把握しスクリーニングができています」というような評価項目に基づき、総合相談のプロセスを評価します。

③ 結果（Outcome）評価

業務を行うことにより、どのような結果や成果があったのかを評価するのが結果評価です。相談受付件数や虐待対応件数のような結果や、孤独死への取組みをすることにより前年度よりも孤独死率が減ったなどの効果を評価します。

●評価の視点

評価は多様な視点から行うことが可能です。自己評価が最も実施しやすく必ず行うべきものですので、それに他の視点を加えると評価の信頼性が上がり、日々の業務の改善はもとより次年度の年度計画に活かすことができます。

① 地域包括支援センター職員の視点

包括センター職員が自分たちの業務を協議して評価します。この評価の協議が実践の振り返りを可能にするため、実践の質を高めることにつながる多くの気づきを得ることができると考えられます。また、包括センター職員全員で話し合うことで、チームアプローチが一段と機能するようになるでしょう。

② 市町村や所属組織の視点

本来は、包括センター職員全員と設置主体である市町村、そして委託の場合には包括センターの所属する組織の経営者がともに協議して評価を行うのが理想的だといえます。それぞれの立場から成果や課題を明らかにできるとともに、その協議自体が課題の対処となるためです。

③ 地域包括支援センター運営協議会の視点

市町村や所属組織とともに、運営協議会も評価を行ううえで重要な役割を果たさなければなり

ません。ここでも、包括センターからの評価報告を受けて批評するという第三者的な姿勢ではなく、包括センターの業務向上に向けてどのようにサポートしていけばよいのかをともに検討することが望まれます。

④ 支援を受けた利用者の視点

包括センター職員が直接関わりをもち、支援を行った利用者から、包括センターの業務に対する意見を聞くことができます。支援を受けた本人だからこそ評価できる包括センター職員の態度や対応などに関する意見は、業務改善の重要な手がかりとなります。

⑤ 地域包括支援ネットワークの視点

地域のあらゆる人々から包括センター業務に関する意見を得ることで、あらゆる業務に関して対応すべき課題が明らかになることでしょう。例えば、連携のあり方や周知の仕方などに関して評価を得ます。

*業務評価の例

各自治体等で業務評価項目などを作成していると思いますが、例えば、以下のようなものがあります。

「地域包括支援センター業務チェックシート」「地域包括支援センターに係る区市町村の責務に関するチェックシート」『基幹型地域包括支援センターモデル事業報告書』東京都福祉保健局、2010年

『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践自己評価ワークブック』日本社会福祉士会編、中央法規、2009年

参考資料 ②

要支援 1・2 の 改善率が高い自治体の取り組み例について

「運動器の機能向上マニュアル」分担研究報告書（平成 21 年 3 月財団法人日本公衆衛生協会）の介護予防ケアマネジメントに関する記述の中に、埼玉県和光市の取り組みが紹介されています。

そこで、財団法人長寿社会開発センターでは、地域包括支援センター業務マニュアルの検討をする機会を得たことをきっかけとして、和光市における介護予防ケアマネジメントを中心にその取り組みを取材してみました。

その趣旨は、介護予防の場合は要支援認定により状態像の変化を容易に把握できること、そして要支援者の状態の改善率が高い自治体が存在するということ、さらにそのような成果を導き出す背景を探ってみて、他の自治体においても何らかの参考になると思われる情報の提供を試みようとしたものであることをご理解いただき、ここにその概要をご紹介します。なお、介護予防支援は利用者とともに展開されますが、ここでは支援者側の活動にフォーカスして紹介します。

1 和光市における地域包括支援センターの設置状況

和光市は、基幹型としての性格を有する直営の地域包括支援センター 1 か所と、一般の委託型 3 か所の 4 か所設置しております。（平成 20 年度まで委託型は 2 か所でした。）

2 要支援 1・2 の介護予防ケアマネジメントで 6 割の方が「改善」

平成 19 年度に、介護予防ケアマネジメントが行われた高齢者の状態変化が次の表です。「改善」・「悪化」・「維持」は、予防サービス導入前から年度末時点の状態変化を示しており、それぞれ、改善者とは「要支援 1・2 から自立（非該当）となった人、または要支援 2 から要支援 1 に移行した人」、悪化者とは、「要支援 1 から要支援 2、または要支援 1・2 から要介護状態へ移行した人」、維持者「年度末時点において要支援 1・2 から要介護度の変化がなかった人」を示し、下段には「プラン作成実人数に占める改善者数、悪化者数および維持者数の割合が記されています。

（単位：件、人）

地域包括支援センター	プラン作成件数	プラン作成実人数 (A)	改善者数 (B)	悪化者数 (C)	維持者数 (D)	死亡等
直営	109	65	46	13	6	0
委託 A	120	80	48	23	7	0
委託 B	69	50	30	14	6	0
合計	298	195	126	50	19	0
直営			70.8%	20.0%	9.2%	
委託 A			60.0%	28.8%	8.8%	
委託 B			60.0%	28.0%	12.0%	
合計			63.6%	25.6%	9.7%	

※改善率 = (B/A) %、悪化率 = (C/A) %、維持率 = (D/A) %

これを見ると、和光市では介護予防ケアマネジメントが行われた高齢者の実に6割以上が「改善」、約1割が状態を「維持」していることがわかります。

いうまでもなく、高齢者は老化に伴うさまざまな疾病や、身体の変調を抱えている方々です。特に、要介護（要支援）となった方々は、昨日より今日、今日より明日というように、体調が日々、悪化するリスクをより多く抱えた方々です。そうしたなか、この改善率は介護予防マネジメント効果による尊厳の保持につながるという大切さを示しています。

3 成果を導き出す創意工夫

和光市における介護予防ケアマネジメントの特徴は、「生活行為向上に向けての徹底したこだわり」と「自立支援型ケアマネジメント」をチーム一丸となって追求していることです。

(1) 評価も見据えた独自のシートの開発・使用

和光市で使用している介護予防ケアマネジメントの「利用者基本情報」「介護予防サービス・支援評価表」などは、国が示している標準様式とほぼ同じものです。

一方、国の示した標準様式のみでは、十分な情報の収集とそれに基づく洞察分析に立脚した「自立支援型ケアマネジメント」の展開が容易ではないことを考慮して、実践的な洞察分析をするための思考回路の整理を支援するツールとして、下記に列記したような独自の記録様式の工夫をしています。

- ① 介護予防サービス利用状況
- ② 生活機能変化
- ③ 包括アセスメント変化
- ④ 各教室等の参加前と後の改善度などを記した「総括票」
- ⑤ 独自の生活機能評価票
- ⑥ 「基本チェックリスト」には独自の「介護アセスメント・追加項目」
- ⑦ 地域包括支援センターが記入する「介護予防メニューリスク確認票」があるほか

コミュニティケア会議の提出にあたっては、

- ⑧ アセスメントシート（独自）
- ⑨ 高齢者虐待リスクアセスメントシート
- ⑩ 見守り安心スコア
- ⑪ 生活支援度調査票
- ⑫ ケース検討会モニタリングシート
- ⑬ ご本人の1日の生活

これらの様式を上手に活用することにより、要支援（介護）者の状態を客観的にとらえることができるようになると同時に、会議の際、説明する時間の短縮に寄与し、最終的な評価の際の客観的

な資料ともなっています。

(2) 「因子分解」手法による洞察分析

和光市では、ケアプラン作成時の理念として、自立支援を阻んでいる要因は何かという点を徹底的に検討することを重要視しています。

ケアプラン作成の際は、まずアセスメント時に情報を収集する段階から「個人因子」と「環境因子」という2つの概念をベースに因子を探求し、その個人にとって解決すべき課題を明確にしています。

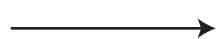
例えば、「自分で買い物にいけない」状況が、近隣に商店がなかったり、買い物に行く交通手段がないといった「環境因子」によるものなのか、それとも「(廃用症候群で) 買い物に行く体力が減退している」「認知機能の低下により買い物ができない」といった個人因子によるものなのかを、徹底的に検証するのです。

そのうえで、担当者らが主となって、その人にとって、最も効果的と考えられるアプローチを探っていくのです。ここでは、「高齢だから仕方がない」「本人のやる気がないから」と、単に追認したり放置してしまうといった姿勢はなく、常に改善の可能性を追求する姿勢が徹底しています。

また、「運動器の機能向上」という目標・課題が明確になれば、それに焦点を当てた介護予防事業の紹介をするなどの解決の手段と、誰が、いつ、どのように行うかが明確になり、評価の指標も定まっていきます。また、自助・互助・共助・公助の視点から、公的サービス以外でも、尊厳ある生活、自立支援の上で、活用できるものがないかも検討されるのです。

- ◆ IADL（手段的生活行為）を重視して、個人（身体・心理）、環境の視点からの影響因子を探求し、予防プランを作成する前提となる解決すべき課題を明確に把握することを徹底している。

・個人因子



- ・身体機能・認知機能等について
- ・廃用系、疾病等及び性格について
- ・状態回復はできるものか、できないものか

・環境因子



- ・家族や近隣の知人の背景は？
- ・在宅や地域の日常生活動線は？
- ・かかりつけ医や民生委員等の関係は？
- ・生涯生活暦は？

的確なアセスメント

- ※接遇・洞察能力を身に付ける
- ※関連制度を知る・チームの力を生かす
- ※経済的因子にも注意を！

(3) 目標設定の思考プロセスを明確化

運動器の機能向上を例に紹介すると、まず設定した目標に関して1か月後、2か月後、3か月後のそれぞれの到達イメージを具体的に展開し、その次に具体的な生活課題についての到達目標を設定するという思考プロセスに基づいて介護予防マネジメントが行われています。

運動器の機能向上サービスの基本目標		
1 時間程度の外出で疲れない体をつくる		
到達目標	1 か月目	歩行能力を高めるための運動に必要な基本動作が自立して行える
	2 か月目	家の近所の散歩が楽にできる
	3 か月目	連続 30 分程度の歩行ができる。階段 1 階分を楽に昇降できる



【生活課題・目標設定の例】

生活課題		目標
ひとりで難しいもの	公共交通機関を使って外出する	＊＊
	お風呂の掃除をする	
	掃除機をかける	
	新聞などの重たいゴミを出す	
何とかひとりでできるもの	日常の買い物に出る	＊
	ひとりで散歩する	
楽にひとりでできるもの	身の回りの整頓をする	
	日常のゴミを出す	
	食事の支度をする	

＊＊何とかひとりでできるようになりたい項目

＊ 楽にひとりでできるようになりたい項目

生活課題具体化の例を紹介すると、介護予防マネジメント担当者は下表を用いて利用者の生活機能について主観的な評価を行うこととしています。基本的に判定基準としている「○2、△1、△2、×1、×2」について検討し、課題解決の優先度を考え、介護予防サービスの提供によって向上が期待される生活課題を明らかにします。こうして明らかにされた生活課題は、利用者・地域包括支援センター・サービス提供担当者と共有する仕組みになっています。

【生活機能評価】

氏 名	(ふりがな) ○タ ○コ	女	調査日	事前	平成 20 年 8 月 10 日
	○田 ○子			事後	平成 21 年 2 月 10 日

		事 前	事 後	備 考
A D L	室内歩行	○ 1	○ 1	
	屋外歩行	○ 2	○ 2	限られた場所のみ
	外出頻度	△ 1 →	○ 2	デイサービス以外の外出は少ない
	排泄	○ 1	○ 1	
	食事	○ 1	○ 1	
	入浴	△ 1 →	○ 2	デイサービスで入浴に頼っている。能力はある。
	着脱衣	○ 1	○ 1	
I A D L	掃除	△ 1 →	○ 2	ヘルパーに頼っている。能力はある。
	洗濯	○ 2	○ 2	大物以外は自立
	買物	△ 1 →	○ 2	簡単なものは自分で。他はヘルパーや家族。
	調理	△ 2 →	○ 2	レンジアップ程度はできる。
	ごみ出し	○ 1	○ 1	
	通院	△ 1 →	○ 2	家族付き添い。
	服薬	○ 1	○ 1	
	金銭管理	△ 1	△ 1	銀行は行くのは家族に頼む。
	電話	○ 1	○ 1	言語障害が軽度あるため、相手が聞き取りにくい。限られた相手のみ
	社会参加	△ 1 →	○ 2	

(注) 矢印 (→) の改善目標を領域ごとに立てることが自立を支援するための重要なポイントである。

【判定基準】

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○ 1	○ 2	△ 1	△ 2	× 1	× 2

(4) 方針・結果の確実な共有によりさらなる効果を生み出す

和光市では、作成したケアプランについて地域ケア会議という合議の場を設けており、個々の事例ごとに、関係する担当者が、原則必ず参加することになっています。会議では、個々の要支援（介護）者の状態と、支援の目的を共有、役割分担も含めた情報共有が行われ、その結果、今後の方針などの認識の共有が明確になります。

この会議によって、1人ひとりの対象者に対し、支援する側が同じ目的・目標で接することができ、対応に一貫性が生まれ、より確実に成果を上げることができるようになっています。

例えば、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所といった関係する職員が、それぞれ勝手に支援したり、別々の目標を掲げていては、本人の混乱を招くばかりか、時にはマイナスに作用する恐れもありますが、この会議によってそうした心配はなくなっています。

3 地域ケア会議の開催



参加メンバー例

●地域ケア会議の目的

和光市では、

- ① 介護保険の理念の実現
- ② 介護保険ケアマネジメントの標準化
- ③ 関係職員の OJT（On-the-Job Training）の一貫として、地域ケア会議を開催している。

(1) 地域ケア会議の参加者

○ 恒常的なメンバー

保険者（長寿あんしん課）、地域包括支援センター（4 か所 19 人）、外部からの助言者（管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士）

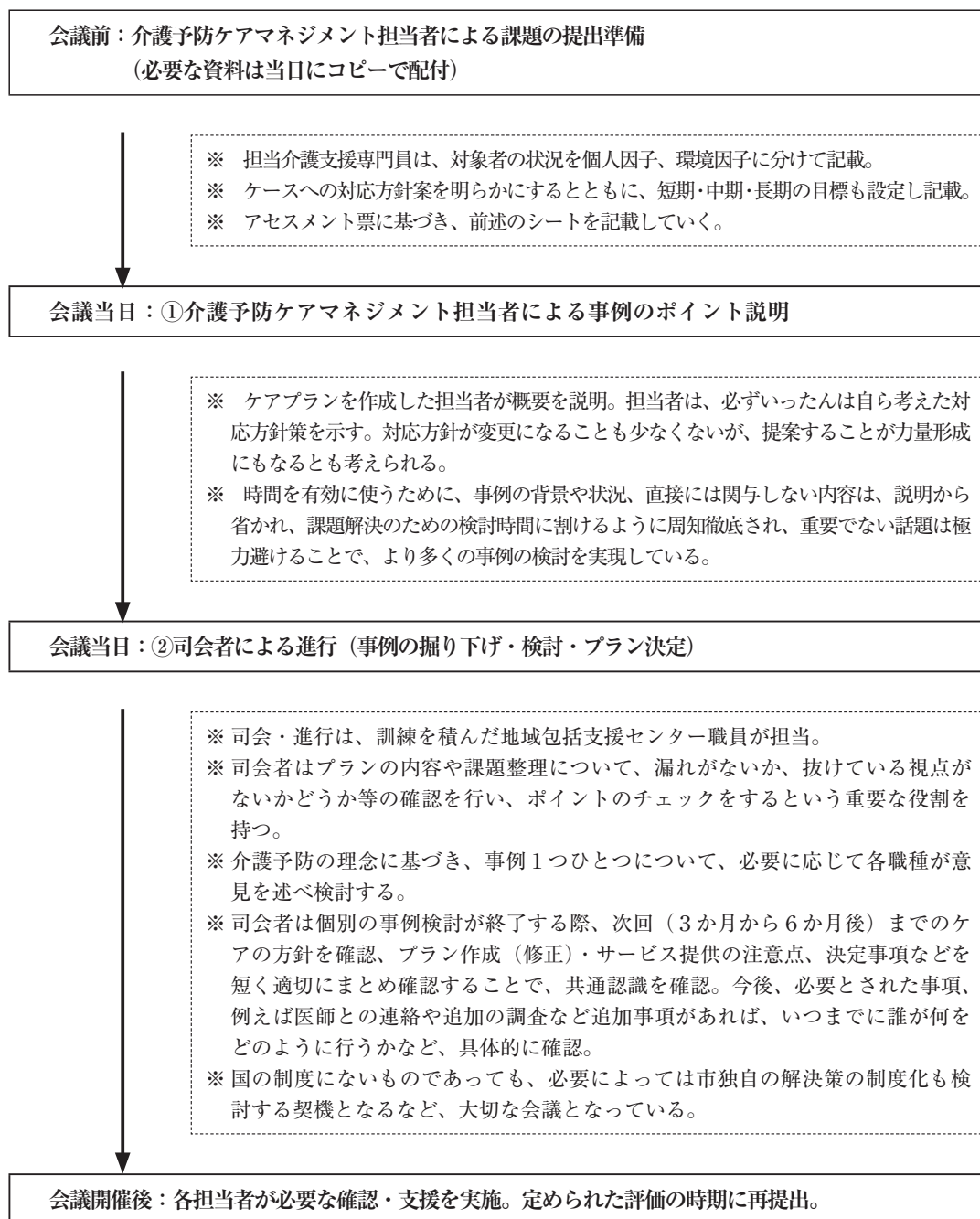
○ 個別のプランに関係するときにのみ参加するメンバー（例）

社会福祉課（生活保護担当、障害福祉担当）、こども福祉課、消費生活相談員等の市役所関係者、居宅介護支援事業所・訪問介護事業所等の関係者、その他地域の社会資源関係者

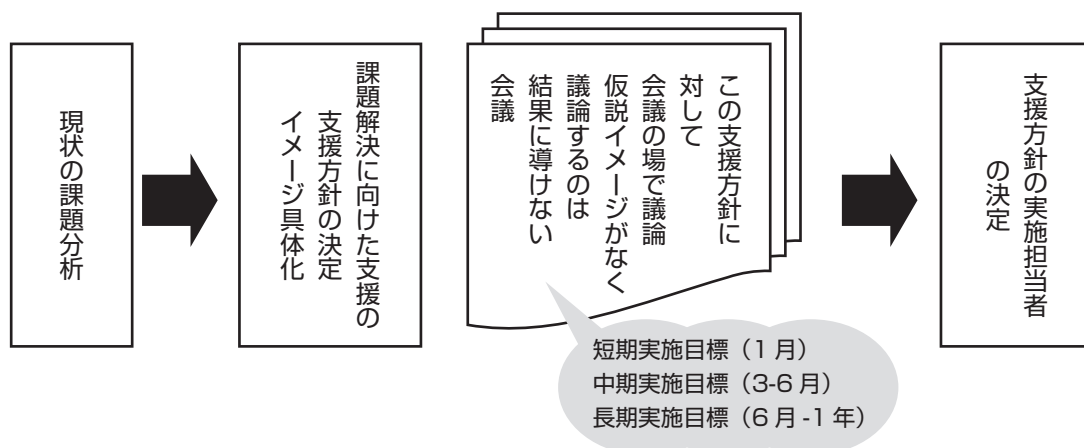
(2) 地域ケア会議開催までの流れ

- 地域ケア会議は、通年で毎週木曜日の午前中に開催することが決定しています。
- 定例的に開催することで、それぞれが参加予定の目処をつけやすくするとともに、必ず行うという姿勢を明確に示すことができるからです。
- 会議には、「新規プラン」と「更新プラン」は全数提出することになっており、また「困難事例」についても、介護支援専門員からの提案などにより、適宜、会議の俎上にあがることになっています。
- 一事例当たりの所要時間は平均すれば 15 ～ 20 分程度で効率的に行い、介護予防ケアマネジメント担当者やサービス提供担当者を長時間拘束しないように配慮しています。
- そのような会議の運営が可能となるのは、参加者に 3 に掲げた創意工夫を実践できる力量があり、論理的思考により原因・背景を的確に分析し、目標の展開（仮説の構築）も明確になされていることによるものと考えられます。

○ 地域ケア会議の流れ



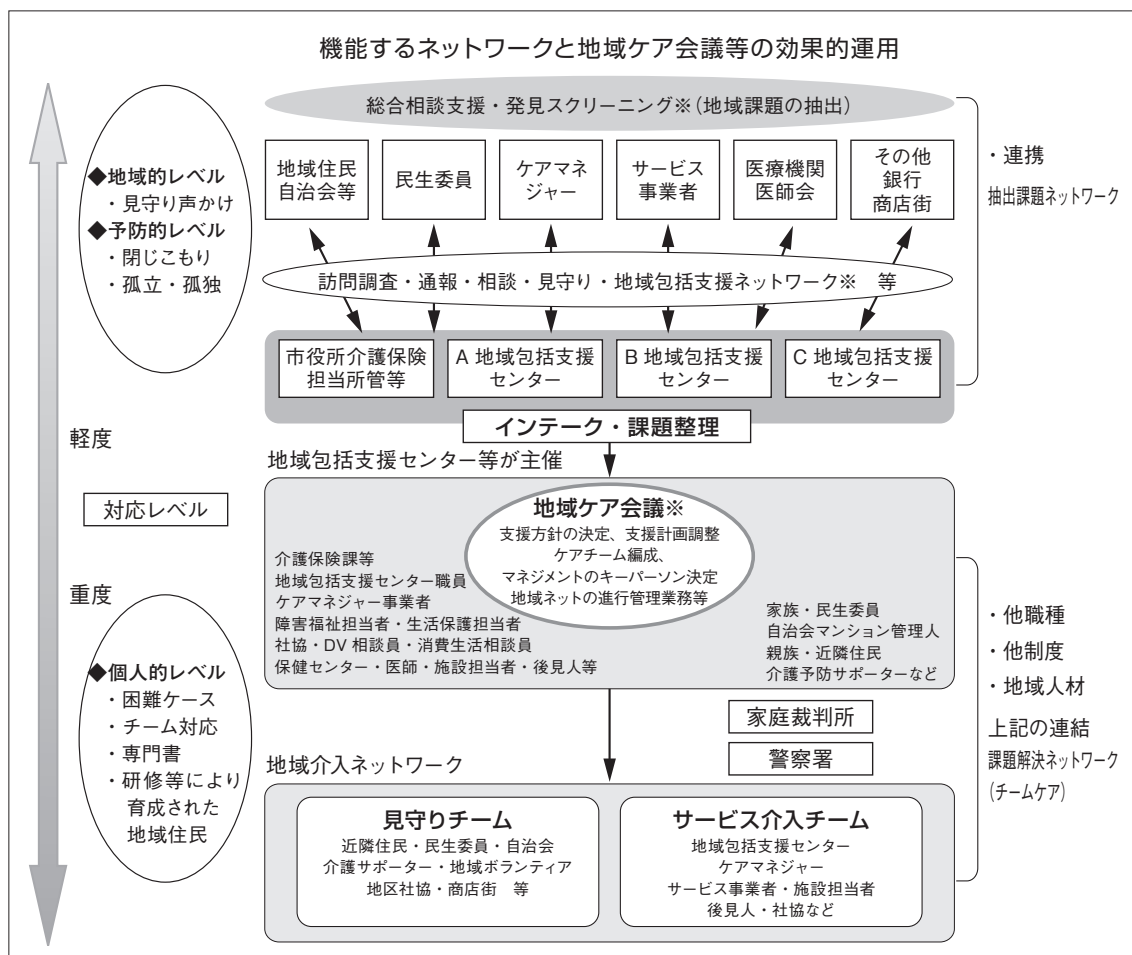
課題解決のフロー



(3) 地域ケア会議の意義

i) ネットワークがしっかり機能

地域ケア会議を行うことで、これまで、ややもすれば十分に共通認識がないまま、それぞれに支援してしまっていたことが、いわば設計図をしっかりと明確化、可視化することで、連結の機能を高めることができると考えられます。



高齢者が住み慣れた地域に継続して住み続けるためには、チームが連携して支援する体制を確立するとともに、職員の質の確保を図ることが基本となるが、地域ケア会議を継続することにより、今後の超高齢社会にあっても、安心を支える基盤が強化されていくことが可能だと考えられます。

iii) 鍵を握るのは、司会者の能力

地域ケア会議の効果的な展開の鍵を握るのが、司会者の力量です。司会者は、法的な理解はもちろんのこと、個々の事例の課題を把握するとともに、漏れている視点はないか、他にもっとよい解決策はないか、この課題について、誰の意見も聴取すべきか、など、会議を進行しながらも、個別の事例のアセスメントと会議全体の進行を念頭に入れておく必要があります。また、個々の事例に

終始するだけでなく、市全体の課題としてとらえる視点も必要です。事例を提出したケアマネジメント担当者の育成・指導にも力量が問われます。

司会者が会議を進行するにあたり、役に立つことばには、次のようなものがあげられます。

下記のことば（例）は、地域ケア会議の司会者が、この順番で、この通りの台詞を話せばよいというものではありません。提出された事例の課題の整理はできているのか、利用者の予後の予測が十分であるのかを確認しつつ、ケアプランをより深めるために、状況に応じて使えば効果的と考えられるものとなっています。

地域ケア会議の司会者には、「自立を妨げているものを、より明らかにする」ことが求められ、アウトプット・成果にこだわるのが求められていますが、そのための視点でもあります。

そうした意味では、司会進行の担当者だけでなく、事例提出者も、これらの言葉を自問してみることが、より成果につながるプラン作成・ケアマネジメントにつながるとも言えるでしょう。

表●検討・司会進行に役立つことば（例）

1. 冒頭説明のことば（司会用）	
1-1	この会議では、自立支援という介護保険の理念の実現を目指して、よりよいケアプランを立てることを目指しています。
1-2	どうすれば、この対象者の生活の質が向上するのか、この対象者にとって充実した人生といえるのかを想像してください。もちろん理想論ではいけませんので、現実的に実現可能なものを想像してください。
1-3	現行のサービス内容では、十分な自立支援が行えないという場合は、必要なサービスを積極的に問題提起してください。
1-4	事例の担当介護支援専門員の方は、限られた時間ですので、状況説明ではなく、自立を妨げている要因（課題）とその解決策を端的に説明してください。
2. 真の課題を追求する質問	
2-1	この人の自立を妨げている要因は何ですか？
2-2	この人が置かれている状況ではなく、（その状況の）何がこの人にとって一番の課題となっているのですか？
2-3	個人因子と環境因子を分けてとらえると、それぞれ何がこの人の課題ですか？ （環境因子を排除したときに、何がこの人の自立を妨げているのですか？）
3. 環境因子の深掘り質問	
3-1	家族との関係はどうですか？ 家族の支援を得られる可能性はありますか？
3-2	住宅改修や福祉用具の活用は検討しましたか？ 住環境に課題はないですか？
3-3	家族は現在、どのような支援・介護を具体的にしていますか？
3-4	措置入所・措置入院等の対応は必要ですか？
3-5	その環境因子を、行政や保険者が支援できる（解決できる）方策はありますか？
3-6	その解決手段をためらう理由は何ですか？ それは正当な理由ですか？
4. 個人因子の深掘り質問	
4-1	身体機能／口腔機能／栄養状態に課題はありますか？ 実態を把握していますか？ その課題は解決可能ですか？
4-2	医師から減量が指示されていますが、このプランで減量可能ですか？ 減量を達成するための具体策は？
4-3	その個人因子（例えば、膝の痛み、後遺症、便秘など）は改善可能ですか？
4-4	この運動内容（頻度・強度・実施時間）は、目標やご本人の身体状況等に照らして適切ですか？

4-5	その痛みは、どういう状況で起き、どのくらいで消失しますか？ 問題のある痛みですか、問題のない痛みですか？
4-6	成年後見制度が必要ですか？ 本人申し立てですか？ 家族ですか？ 市長申し立てですか？
5. 医学面の深掘り質問	
5-1	疾病予防・再発予防の観点で注意すべき点がありますか？ 注目すべき既往歴は？
5-2	検査値はどれくらいですか？ 主治医の方針・意見は確認できていますか？
5-3	薬はどんな処方内容ですか？ 注意点はありますか？
5-4	認知症の程度はどうですか？ 原因疾患は？
5-5	体調不良の要因として考えられることは？
5-6	専門医の受診は必要ないですか？
6. 改善可能性の見極め質問	
6-1	具体的に何があれば、この人は課題を解決して、自立に近付くことができますか？
6-2	その課題は解決可能と洞察しますか？ 現状維持が精いっぱいですか？
6-3	このケアプランに書かれた目標は達成可能だと考えていますか？
6-4	この人は、介護保険（または行政の）サービスを卒業することは可能ですか？
7. プランの適正さの確認質問	
7-1	このプランで、計画書の目標を達成できそうですか？
7-2	この目標は、自立支援の観点から本当に目指すべき目標といえますか？ その先の生活が真の目標では？
7-3	当面はこのプランとしても、その先に見据えるべき目標（長期目標）は何ですか？
7-4	[継続プランの場合] このプランでは、この●か月間、効果が出せなかったのではないですか？
7-5	[継続プランの場合] 変更後のプランで、目標が後退（減少）しているのはなぜですか？
8. 検討終了・クロージングのことば（司会用）	
8-1	[結論のまとめ] この対象者の自立を妨げる要因としては、個人因子としては①□□□□、②□□□□、環境因子としては③□□□□、④□□□□、がありました。このうち、①について「***」を実施する、③について「###」を実施する、ということによろしいですね。 ⇒では、その結果、自立支援の面で効果が得られたかどうかは、3か月後（または6か月後）のこの会議で確認していきましょう。
8-2	[課題・宿題のまとめ] A 事業所さんは、次回来所時から「***」を行う、B 介護支援専門員さんは、●週間後までに対象者に「***」を行い、娘には「###」を実施する、ということによろしいですね。
8-3	[プラン変更の確認] B 介護支援専門員さんは、このプランについて「□□□□」という課題把握と、それに基づき「○○○○」のサービスを追加すること、目標に「△△△△」の要素を盛り込むこと、を実施するということで、よろしいですか？ ⇒以上の変更により、サービス担当者会議を再度開催する必要がある場合には、開催をお願いします。

【参考】

3で述べた地域ケア会議は、個別の事例について合意形成の場および参加者のOJTとして活用している状況を紹介したものであるが、このほかに和光市における介護保険事業の運営のあり方に関する意見交換も行い、次期介護保険事業計画作成に向けた準備を積み重ねるという役割も果たしていることを付言しておきます。

（※和光市では作成したケアプランの合議の場を地域ケア会議という呼称で開催していますが、保険者によって会議の名称は異なる場合があります。）

また、このような地域ケア会議の他にも次のような会議を開催し、制度運営全体の透明性や地域ニーズの把握の場を設け、市民・関係者と一体感を確保するように努めていることも紹介しておき

ます。

- 介護保険運営協議会
 - ・ 地域包括支援センター運営協議会部会
 - ・ 地域密着型サービス協議会部会
- 高齢者保健福祉推進協議会
- 居宅介護支援事業者及び介護サービス提供事業者連絡会

4 介護予防も尊厳の保持の手段であるという信念

和光市において、このような「介護予防ケアマネジメント」と「地域ケア会議」を創出し、定着化が図られてきたポイントを整理してみます。

- (1) 地方分権の主権者として、高齢者の尊厳を守る一つの手段に介護保険事業計画を主体的に作成することを位置づけ、その作業を通して「地域包括ケア」の実現に向けた戦略的な布石に着手するという姿勢を明確に打ち出したこと。
- (2) 介護予防の考え方を理解しその成果をあげることは、介護が必要な状態を予防（先延ばし）につながることであり、個々の市民が尊厳のある幸福な人生を送ることに具体的に寄与することができるという信念を持って市民啓発に取り組んできたこと。
- (3) 要介護リスクを遠ざけることにより個人の生活が自由度の高いものになる一方で、介護保険に費やす経費を削減でき、ひいては市民の介護保険料負担の増加抑制などといった副次的な効果をもたらすことにより、行政の果たすべき役割として市民の理解・支持を得たこと。
- (4) そのような取り組みにより、市独自の横だしサービスも設けて実施するための保険料設定が可能となり、自立支援が市民やサービス提供事業者の不安・不満にならないようなシステムを導入していること。
- (5) 理念をキャンペーンで終わらせることなく、(2) の信念を具現化するための方法を試行錯誤し、市役所のスタッフが介護予防効果をあげるために必要な理論・知識、実践方法を学び、介護予防ケアマネジメント担当者やサービス提供者の接遇・洞察分析力や実践応用力を高める方法を開発し、組織的な取り組みを継続することにより属人的な業務で終わらせない努力をしていること。
- (6) 地域の全高齢者を対象とした生活実態調査の実施を通じて地域アセスメントを客観的に行うことにより、介護予防ケアマネジメントの対象者数を的確に推計し、その利用者数に見合った介護予防ケアマネジメント体制を確保していること。

5 和光市は特区ではない

和光市はいわゆる特区として特別に法律を運用できる地域の指定を受けているわけではありません。現行制度の枠組みの中で、長い時間をかけて試行錯誤してきた成果が表れているものと言えます。

介護保険制度のケアマネジメントのプロセスにしたがって、それぞれの段階で丁寧に情報収集と洞察分析をするという基本姿勢を貫いて進化させてきた結果ではないでしょうか。

市民には健康で活動的な高齢者はそのような暮らしぶりを継続することが介護予防、認知症予防の秘訣であることを理解していただき、一方、何らかの理由により虚弱に陥った高齢者が閉じこもり生活になって更なる虚弱化進展というマイナスの連鎖から脱却し、元気を取り戻す支援をするのが地域包括支援センター・指定介護予防支援事業所の大きな使命であることを改めて認識する必要があります。

超高齢社会を乗り切る一つの方法として、迂遠ではありますが介護予防の成果を生み出し市民の意識改革を図っていくことが地域包括ケアの確立に大きな鍵を握っていると言っても過言ではないでしょう。

参考資料：「地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書」
(財団法人長寿社会開発センター、2010)

取材協力：社団法人全国保健センター連合会 企画部長 村中峯子

地域包括支援ケア推進指導者養成研修 企画委員会 名簿

所属及び役職	氏名
全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 (社会福祉法人 青山里会)	西元 幸雄
公益社団法人 日本看護協会	村中 峯子
財団法人 長寿社会開発センター 常務理事	石黒 秀喜
社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長	森上 淑美
社団法人 日本社会福祉士会 (大府市ふれ愛サポートセンター)	塚本 鋭裕
東京都多摩市 健康福祉部介護保険担当課長	伊藤 重夫
東京都青梅市 地域包括支援センターすえひろ センター長	水村 美穂子
石川県津幡町 地域包括支援センター	寺本 紀子
静岡県富士宮市 保健福祉部福祉総合相談課 参事・地域包括支援センター長	土屋 幸己
鳥取県琴浦町 地域包括支援センター主査	藤原 静香
厚生労働省老健局総務課 課長補佐	東内 京一
厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐	日野原 友佳子
厚生労働省老健局振興課 課長補佐	山本 亨
厚生労働省老健局振興課 課長補佐	井上 宏