

## 第3部

# 地域ケア会議の 機能と実施拡大策に 関する調査研究 報告書



## はじめに

- 第1部の「日常生活圏域高齢者ニーズ調査等モデル事業報告書」においては、日常生活圏域ごとに高齢者の生活実態調査を実施・分析することの必要性や、モデル事業実施結果等についてまとめた。
- 第2部の「日常生活圏域ニーズ調査票作成検討委員会報告書」においては、第5期介護保険事業計画策定に向けて、今後、各市町村で利用可能な「日常生活圏域高齢者ニーズ調査票」の案および検討経緯等についてまとめた。
- 今後は、各市町村において日常生活圏域ごとの高齢者のニーズが調査・把握され、それに対応した介護保険事業計画が策定され、必要な介護保険サービス等が整備されることにより、高齢者のQOLの維持・向上および介護保険財政の安定が図られることが期待される。
- その一方、必要な介護保険サービスの供給量さえ確保されれば、十分にサービス利用者のQOLが維持・向上されるわけではない。QOLの維持・向上や自立支援等の成果を十分に得るためには、介護保険サービスや地域支援事業等に関わる人材の能力向上と介護保険等サービスの質向上を図る必要がある。
- そこで今回のモデル事業では、介護支援専門員、サービス提供事業者、地域包括支援センター職員、市町村職員等の能力向上と介護保険等サービスの質向上を同時に実現する手法として、和光市で平成13年から実施されている「地域ケア会議」の機能等の分析・整理および、モデル市町の協力を得て「地域ケア会議」実施拡大に向けた検討を行った。
- 「地域ケア会議」は、市町村（保険者）と地域包括支援センター、介護支援専門員、サービス提供事業者、市町村関係各課などが定期的に集まって、具体的ケース（要介護高齢者、要支援高齢者、特定高齢者）に基づいてケア会議を行うことで、参加者の能力向上（OJT）とケアプランの適正を確保し、かつ評価・改善を行っていく仕組みである。
- 介護予防の効果を高めるためには、①的確な対象者をエントリーすること、②的確なマネジメントを実施すること、③的確なサービスを供給すること、が重要である。第1部で詳説した「日常生活圏域高齢者ニーズ調査」と第3部でこれから取り上げる「地域ケア会議」の機能を活用することは、この①～③を実現するための具体的かつ有効な手段となりうるものである。
- 「地域包括ケア」を単なる理念にとどめるのではなく、地域において現実の

ものとしていくためには、地域の課題を適切に把握し、整理し、その解決策を地域の現実に即して政策立案・実現していく、市町村（保険者）の役割が極めて重要である。

- 第 3 部の調査研究は、和光市における取り組みの実績・成果に負うところが大きいが、このことは「和光市だからできて、他の市町村ではできない」ということを決して意味しない。
- 「日常生活圏域高齢者ニーズ調査」「地域ケア会議」等の手段を活用して、自立支援を極限まで追求した結果として構築される、介護保険等サービスや市町村独自サービス、インフォーマルサービス等の体系は、市町村ごとの状況に応じて個々別々であって当然である。しかし、「自立支援を極限まで追求すれば要支援・要介護を自立に持っていくことは（全ケースではないが）結果として可能なこと」「地域ケア会議の機能は自立支援の限界を拡大するのに有効なこと」は、市町村ごとの差異を超えて普遍的なものと考えられる。
- 今回の調査研究の成果が、「地域包括ケア」を支えることになる専門職等関係者の能力向上と、介護サービス等利用者の QOL の維持・向上、市町村（保険者）における「地域包括ケア」の実現等に貢献することを期待する。

# 第1章

## 地域ケア会議の実施 拡大に向けた検討結果



本調査研究においては、地域ケア会議を平成 13 年度から実施してきた和光市の実態を取材して、地域ケア会議の機能や理論・方法論を分析するとともに、モデル事業実施市町村の協力を得て、地域ケア会議実施拡大に向けた課題整理などの検討を行った。以下、その結果についてまとめる。

## 1. 地域ケア会議とは何か ～理論・方法論の整理～

### (1) 地域ケア会議の目的

- 地域ケア会議<sup>1</sup> は、介護保険制度の理念である「尊厳の維持」「自立支援」を実現するために、市町村・地域包括支援センター・介護支援専門員・事業者が一堂に会して、要介護者・要支援者および特定高齢者のケアプラン及び事業内容について、個別ケースごとに支援の方法・方向性を検討したり、事後に評価したりするものである。
- 地域ケア会議では、介護保険法のみならず障害者自立支援法、生活保護法など、関係各法・制度横断的に、個別ケースのプロセス、プログラム、結果の評価を行うことで、利用者の「尊厳の維持」「自立支援」の実現をめざす。
- 関係各法・制度横断的に事例検討を行うことで、制度・職種の縦割りではないチームケアが標準化するという効果が期待できる。

### (2) 地域ケア会議の実施方法

#### ①メンバーの選定・招集

- 地域ケア会議には、個別ケースに関わる担当介護支援専門員、担当地域包括支援センター、サービス提供事業者、市町村担当者が出席する。力量形成の観点および検討内容の質確保の観点からは、いずれも複数名の参加が望ましい<sup>2</sup>。また、どうしても当日参加できない事業者がある場合には、事前に、担当介護支援専門員が事業者に状況を聴取したうえで、当日は事業者に代わって担当介護支援専門員が報告するようにする。

<sup>1</sup> 本研究では、和光市で実施されている「地域ケア会議」を念頭に、地域ケア会議の機能等を分析している。自治体によっては、別の形式・機能の会議を同じ名称で呼んでいる可能性もある。

<sup>2</sup> 和光市では、月 1 回開催する地域ケア会議（全体会議）に地域包括（直営 1 か所、委託 3 か所）は原則全員参加している。

○地域包括、サービス提供事業者など外部の法人に出席を求めていくことになるため、会議に対する出席を保険者としての基本的な要求事項として位置づける必要がある<sup>3</sup>。また行政として「本気の姿勢」や「熱意」を示すことが、関係者の協力を得ていくうえでは、重要である。

○なお、市町村（保険者）が介護支援専門員や事業者を招集する根拠は、介護保険法第 23 条に求めることができる。

（参考）介護保険法第 23 条

（文書の提出等）

第二十三条 市町村は、保険給付に関して必要があると認めるときは、当該保険給付を受ける者若しくは当該保険給付に係る居宅サービス等（居宅サービス（これに相当するサービスを含む。）、地域密着型サービス（これに相当するサービスを含む。）、居宅介護支援（これに相当するサービスを含む。）、施設サービス、介護予防サービス（これに相当するサービスを含む。）、地域密着型介護予防サービス（これに相当するサービスを含む。）若しくは介護予防支援（これに相当するサービスを含む。）をいう。以下同じ。）を担当する者若しくは保険給付に係る第四十五条第一項に規定する住宅改修を行う者又はこれらの者であった者（第二十四条の二第一項第一号において「照会等対象者」という。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、若しくは依頼し、又は当該職員に質問若しくは照会をさせることができる。

○個別のケースの検討においては、様々な領域が重なるため、総合的な検討ができるよう、保健師、看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員（介護支援専門員）、理学療法士、管理栄養士、生活保護担当（行政）など、多職種の参加が望ましい。

○和光市では、基本的には次のメンバーにより地域ケア会議を行っている。

- ・保険者（長寿あんしん課）
- ・地域包括支援センター（4 か所・19 名）
- ・外部の管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士（計 3 名）

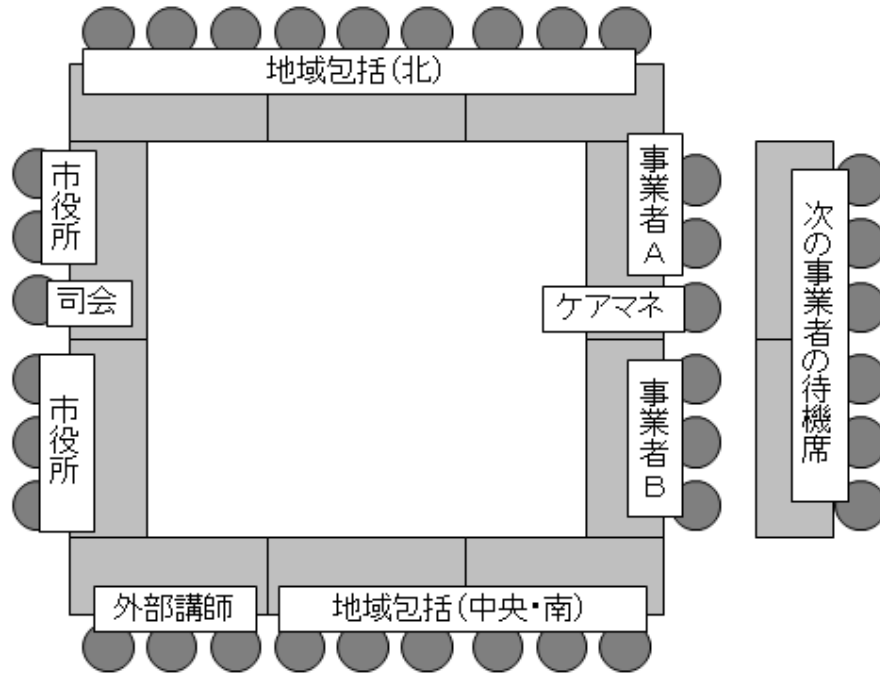
※上記に加えて、検討するケースの関係事業所が出席する。

※さらに必要に応じて、関係各課（社会福祉課（生活保護・障害担当）、子ども福祉課、消費生活相談員）、地域社会資源等も参加する。

<sup>3</sup> 和光市では、地域包括は業務の一環として参加を必須と位置付け、事業者については任意参加の扱いとしている。会議出席に対する報酬は設けていない。市町村の状況によっては一定の報酬を設けることも考えられる。



図●地域ケア会議 座席配列（和光市の場合）



(注)外部講師＝管理栄養士、理学療法士、歯科衛生士

②地域ケア会議の実施頻度・実施時間等

- 和光市では、毎週木曜日の午前中を地域ケア会議の時間と定めて実施している（一部、第3水曜日午前中にも実施）。9:20 からスタートして、1事例20分、計3～4時間程度実施している（合計実施時間はその日の実施件数による）。
- 和光市内には、4つの地域包括支援センター（北・北第二・中央（以上、委託）、南（直営）の4センター）があり、全包括が参加する「中央会議」（司会＝保険者（長寿あんしん課））と、圏域ごとに実施する「包括別会議」（司会＝各地域包括支援センターリーダー、スーパーバイザー＝保険者（長寿あんしん課））を実施している。いずれも主催は保険者であり、事務局は長寿あんしん課が行っている。

図●和光市の地域ケア会議の開催スケジュール

	水曜日	木曜日
毎月第1週		北包括・北第二包括会議
毎月第2週		中央会議
毎月第3週	南包括会議	中央包括会議
毎月第4週		中央会議
毎月第5週		予備（中央会議）

- 和光市内では、介護予防プランのうち、新規の要支援プラン（全数）と、サービス等利用後に評価結果が悪化している要支援者・特定高齢者の多くを「中央会議」にかけ、その他は主に「包括別会議」にかけている（図参照）。また、「支援困難」「権利擁護」などの事例の一部を、「中央会議」にかけている（図参照）。

図●和光市の地域ケア会議の種別区分

会議種別	対象者		特定高齢者			要支援者			
	新規	新規	評価結果 <sup>※1</sup>			新規	評価結果 <sup>※1</sup>		
			改善	継続	悪化		改善	継続	悪化
中央会議					○ <sup>※2</sup>	○			○
包括別会議	○	○	○	○	○ <sup>※2</sup>		○	○	

※1 評価後の方針に悩む場合は「中央会議」にかける。

※2 特定高齢者については、評価結果が「悪化」して「要支援」に移行の場合は「中央会議」にかけ、「予防小規模多機能居宅介護（要支援向けサービス）」または「要介護」に移行の場合は「包括別会議」にかける。

※3 上記のほか、和光市では、「包括プラン調整」「支援困難」「給付適正」「地域密着型施設」「権利擁護」「その他」について、検討・協議が必要な場合には、適宜「中央会議」にかけることにしている。

- 1事例20分の検討時間は目安であるが、1事例ごとの検討時間が増えると、議論が散漫になりがちであり、かつ参加者が集中力を持続するのが困難になるため、短時間で検討が済むよう、ポイントを絞って議論をすることが必要である。
- 和光市の場合、事業者は、担当する事例が検討されている間のみ在席する。つまり、タイムスケジュールに従って、予定時刻の少し前に入室し、直前の事例を検討している間は待機する。直前の事例検討終了後に席を交替し、担当する事例の検討に参加する。検討終了後には、退出する（市と地域包括は全事例同席）。

### ③地域ケア会議の事前準備等

- 地域ケア会議では、各介護支援専門員が検討する個別ケースを提出する。提出するケースは、和光市の場合、要支援者・特定高齢者のうちの新規プラン（全数）および更新プラン、さらに、要介護度に関わりなく一部の困難事例を対象としている。
- 各ケースでは、担当介護支援専門員が対象者の状況を、①個人因子（その人の身体機能、認知機能、廃用・疾病の状況、回復可能性、性格など）と②環

境因子（家族・近隣住民・知人などの背景、在宅や地域の日常生活動線、かかりつけ医・民生委員等との関係、生涯生活歴など）、に分けて記載する。また、介護支援専門員のケースの見立てと対応方針を明らかにし、短期・中期・長期の目標を生活機能領域ごとに立てるようにする。

- 和光市では、ADL・IADLの見極め整理票（生活機能評価）によりアセスメントを行い、改善目標を立てている（次ページ参照）。具体的には、和光市のアセスメント票に基づき、×2→×1→△2→△1→○2→○1（右に行くほど状態がよい）の区分で領域ごとに状態像を評価したうえで、「△1→○2」という形で領域ごとの改善目標を予め記載し、事後には評価を行う。
- 改善（自立）の可能性をできる限り追求するうえでは、生活機能のどれかの領域では改善目標を立てるのが基本となる。改善（自立）の可能性をできる限り追求したうえで、「期間的自立支援」が適当か、それとも「永続的自立支援」が適当かを見極めることが重要である。
- ここで、「期間的自立支援」とは、介護保険サービスや介護予防サービスの一時的な利用が想定される場合である。具体的には、廃用症候群によって生活機能が低下した場合に代表されるように、介護予防等で身体機能を向上するなどして、生活機能を向上することができれば、サービス終了が適当な場合がこれにあたる。
- 一方、「永続的自立支援」とは、介護保険サービスや介護予防サービスの永続的な利用が想定される場合である。具体的には、脳卒中等により体の部位等が機能不全を起こしたために生活機能が低下した場合や、比較的程度の重い認知症の場合に代表されるように、介護給付を永続的に提供して、残存機能をできるだけ活用・維持できるよう支援するのが適当な場合がこれにあたる。
- 生活行為向上を忘れて身体機能向上だけを目標にすると、「デイサービスの施設内では歩けても、日常生活では歩こうとしない」等になりかねない。身体機能向上や意欲向上を目標にするのではなく、生活行為向上を目標にしたうえで、モニタリング・評価を行っていくことが重要である。
- 地域ケア会議に事例を提出する際には、A4・1枚程度のフェイスシートに、ケースの要点や支援計画（プラン提出者の考える今後の方針）をまとめることで、検討時間を短縮（効率化）できる。

表●和光市における生活機能評価（アセスメント）

【記号の説明】

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

【記載例】

	生活機能	事前	事後	備考
A D L	室内歩行	○1	○1	
	室外歩行	○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	デイサービスでの入浴に頼っている。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。
	整理	○1	○1	
	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	銀行へ行くのは家族に頼む。
	電話	○2	○2	言語障害が軽度あるため、聞き取りにくいことを気にして、限られた相手とのみ。
	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。

表●フェイスシート（アセスメントシート）の記載項目

(1)基本情報	①氏名、②年齢、③性別、④住所、⑤要介護度、⑥有効期限
(2)検討テーマ	何について会議で検討するかを一語（一文）で表す （例）権利擁護（身体虐待に対する対応）
(3)ケースの要点	①健康状態、②個人因子、③環境因子、④経済的環境、 ⑤経過と現況、⑥問題点・課題、⑦支援計画（短期・中期・長期）
(4)記入者情報	①記入日、②記入者名

（注1）本人の自立を妨げている課題を、個人因子・環境因子に分けて記載する。

（注2）その課題が解決（改善）可能なものか否かを見極め、解決可能な場合は解決にむけた方針・方策も記載する。

#### ④地域ケア会議の実際

○和光市における地域ケア会議は、次表の流れにより行う。

表●地域ケア会議のおよその流れ

項目	所要時間	ポイント
(1)プラン作成者より概要説明	約4分	<ul style="list-style-type: none"> <li>●現在の状態に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明（生活機能低下の背景を洞察することが重要）</li> <li>●【更新プランの場合】前回の支援計画に対するの評価： ⇒目標に対して達成か未達成か？ ⇒未達成の場合はその原因は？</li> <li>●生活機能評価の解説⇒改善可能なポイントは？</li> <li>●上記を踏まえて次期プランの説明</li> </ul> <p>（注）参加者は、自らの専門分野を中心に内容をチェックする。例えば、保健師・看護師は、医療リスクの高い人の生活上の注意点や、服薬内容に対してサービス内容が妥当かどうかという視点。社会福祉士は、独居や認知症ケース等に対する権利擁護的な観点。</p>
(2)事業者から評価、今後の支援方針	約4分	<ul style="list-style-type: none"> <li>●居宅介護支援事業者、介護予防通所介護、グループホーム、ケアハウス、食の自立支援事業者、ゴミの戸別収集事業者、住宅改修事業者、福祉用具事業者など、利用しているサービス提供事業者が各立場から発言</li> </ul>
(3)全参加者から質問、意見	約10分	<ul style="list-style-type: none"> <li>●参加者は、挙手したうえで発言する。</li> <li>●司会は、ケースの本質（課題の本質）やプラン作成・サービス提供上の注意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識にぶれが生じないようにする。</li> </ul>
(4)まとめ	約2分	<ul style="list-style-type: none"> <li>●司会は、会議の最後に次回（通常3か月後または6か月後）までのケア（プラン修正含む）の方針を確認する。</li> <li>●介護支援専門員や事業者等が当面行う必要がある課題（例えば、医師の意見の確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取、など）がある場合には、その漏れがないよう、最後に念押しする。</li> </ul>

- 説明・討議は、司会（市職員）の進行に基づき行う。短時間で端的にケースごとに論点を掘り下げ、今後3～6か月の支援方針や関係者ごとの課題、中長期的な目標（将来像）を明確にしていく司会の役割が重要である。
- 司会の役割は議事進行にとどまらず、自立支援の観点で事例検討を行う際に必要な視点を提示してみることや、「なぜこのプランなのか」「課題をどうとらえたか」などの的確な質問により対象者の気づきを促すことなど、多岐にわたる。
- ケアプランは、介護支援専門員の主観や経験に依拠する面が大きいですが、ケア会議の中で複数の専門職の見立て（主観）を合わせることで、よりよい方向に調整される。
- 司会は、ケースの本質（課題の本質）やプラン作成・サービス提供上の注意点、専門職として求められる視点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識にぶれが生じないよう心がける。
- 地域ケア会議でとりあげた事例については、6か月後の更新認定時等に、再度地域ケア会議にかけ、評価を行う。事例によって、早期のモニタリングが必要な場合等は、1か月後に再度評価を行うことも重要である。「期間的自立支援」が適当なケースにおいて、目標とした生活機能向上の効果が得られていない場合には、プランの見直しを含めた検討が必要である。
- 司会は、会議の最後に次回（通常3か月後または6か月後）までのケアの方針を確認する（プラン修正含む）。介護支援専門員やサービス提供事業者等が当面行う必要がある課題（例えば、医師の意見の確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取、など）がある場合には、その漏れがないよう最後に確認する。
- 事例ごとに本質を掘り下げていく際に役立つ、検討・司会進行に役立つことばの例を参考まで次表にまとめた。

表●検討・司会進行に役立つことば（例）

<b>1. 冒頭説明のことば（司会用）</b>	
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。
<b>2. 真の課題を追求する質問</b>	
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？）
<b>3. 環境因子の深掘り質問</b>	
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？
<b>4. 個人因子の深掘り質問</b>	
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？
<b>5. 医学面の深掘り質問</b>	
5-1	疾病予防・再発予防の観点で注意すべき点はありますか？ 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？
<b>6. 改善可能性の見極め質問</b>	
6-1	具体的に何があれば、この人は課題を解決して、自立に近づ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？
<b>7. プランの適正さの確認質問</b>	
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？
<b>8. 検討終了・クロージングのことば(司会用)</b>	
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事業者さんは、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、を実施するという事で、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。

### (3) 地域ケア会議の意義

#### ①市町村(保険者)の理念の共有

- 地域ケア会議の重要な機能は、市町村(保険者)の理念や考え方を、地域包括や事業者等と共有することである。特に重要なのは、高齢者の自立支援を目指すという市町村(保険者)の強い意志を、地域包括や介護支援専門員、事業者等に示すことである。
- 自立支援を追求していくと、ADL・IADLが向上し、要介護度が低下したり、非該当にまで改善する人が多数出てくる。そのとき介護保険サービス等の終了を説明して納得・同意を得るのは介護支援専門員である。納得してもらえなかった場合に、利用者および家族からの不平・不満を受けるのも介護支援専門員である。また自立支援を追求し、要介護度が改善すると、通所介護事業者や居宅介護事業者にとっては、収入減につながる可能性もある。
- こうした困難に加えて、さらに「利用者が介護支援専門員の説明に耳を貸さない」「要介護度が改善することを(経験が無い)ため)想像しづらい」「(移動支援等)必要なサービスが不足している」等の個別ケースごとの困難さが



ともなうなかで、常に改善の可能性を視野に入れて、自立支援を追求していくというのは、必ずしも容易なことではない。

- そこで重要なのが、こうした困難を乗り越えて、常に自立支援を追求していくよう促す市町村（保険者）の姿勢と、その姿勢を共有する場であり、かつ、自立支援のための望ましい支援の方法・方向性を検討する場としての地域ケア会議である。

## ②サービス等の充実・整備

- 自立支援のための望ましい支援の方法・方向性を追求していくと、例えば、①介護予防事業参加のための送迎サービスが必要、②夕方の配食サービスが必要、③「認知症対応型デイサービス」が近所に必要、④認知症等の見守りネットワークが必要など、不足しているサービス等が明らかになってくる。つまり地域ケア会議は、必要なサービス等を地域に整備していくための政策決定にも役立つ。
- このような必要なサービス等を整備していくことは、介護支援専門員や事業者の役割というよりも、本来的には市町村（保険者）の役割である。ここに、市町村（保険者）主導のもとに行う地域ケア会議が必要なもう一つの理由がある。
- さらにサービス等の充実のために、市町村（保険者）の独自給付等を充実する必要があると判断される場合には、その分介護保険料を上げるという政策決定が必要な可能性がある。この点においても、市町村（保険者）自身が必要なサービス整備を検討・討議する場に関与する必然性がある。

## ③関係者の力量形成（人材育成）・ケアプランの質の向上

- 利用者が望むとおりのケアプラン（いわゆる「御用聞きプラン」）を作成し、そのプランどおりに事業者がサービスを提供しては、結果として利用者の自立が損なわれることにもなりかねない。これは本来の意味の「利用者本位」ではない。
- 利用者の尊厳ある自立を保持するためには、相手の望みに応じてプランを立てるのではなく、専門家としての洞察を行ったうえで、利用者の納得を得て共同でプランを作成していく必要がある。これが本来の意味での「利用者本位」である。しかし、新任の介護支援専門員が、こうした洞察力や、納得を得るための説得力等を身につけるための能力開発の機会は、これまで必ずしも十分とはいえなかった。
- また、生活機能等の改善が見られない場合に、「（ひょっとすると）サービス内容等に不十分な点等があるのではないか」と考え、検討することがなければ、サービス内容等の見直しの機会は失われかねない。そうした機会を逸す

ることを防ぐためにも、また実際にサービスを提供している事業者の気づき等を積極的にサービス改善に生かしていくためにも、生活機能等の改善が見られない場合には、「本当に維持（または悪化）はやむを得ないことなのか」「サービス内容や量を工夫すれば自立に持って行けないのか」等を考える場としての地域ケア会議が必要である。

○地域ケア会議という場を持ち、自立をぎりぎりまで追求するなかで、アセスメントの能力も高まり、課題やその解決策の洞察能力等の専門的能力が高まっていく。また会議に参加しているさまざまな参加者の意見や視点を共有することで、短期間に効率的に力量を形成していくことが可能になる。

○介護保険事業・介護予防事業に関わる一人ひとりの専門職の専門性を高めるための仕組みや仕掛けを持つことなく、介護保険事業・介護予防事業を実施するのでは、その成果（生活機能の向上や介護給付費の適正化等）を高めることは困難である。地域包括・介護支援専門員・事業者等の自助努力に期待するばかりでなく、ケア会議の開催等の具体的手立てにより、専門職の力量形成を支援することも市町村（保険者）の重要な役割である。仮に介護支援専門員の支援を地域包括の業務と位置付ける場合においても、その進捗状況を確認・評価することや、不十分な場合に協力して課題解決にあたることは委託元の重要な責任の一部である。ケア会議は、これらの責任を果たすうえでの有効な手段となる。

#### ④生活機能の改善・重度化予防

- 平成 13 年度から地域ケア会議を実施し、自立支援を追求してきた和光市の実績では、要支援から自立に改善する割合は、19 年度：約 64%（表参照）、20 年度：約 45%、21 年度見込：約 58%に達している。

表●和光市における介護予防ケアマネジメントの状況等（平成 19 年度）

（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
南	109	65	46	13	6	0
北	120	80	48	23	7	0
中央	69	50	30	14	6	0
<b>合計</b>	<b>298</b>	<b>195</b>	<b>126</b>	<b>50</b>	<b>19</b>	<b>0</b>
南			70.8%	20.0%	9.2%	
北			60.0%	28.8%	8.8%	
中央			60.0%	28.0%	12.0%	
<b>合計</b>			<b>63.6%</b>	<b>25.6%</b>	<b>9.7%</b>	

※1)「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す

※2)改善者：要支援1・2から自立(非該当)となった人

※3)悪化者：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

※4)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

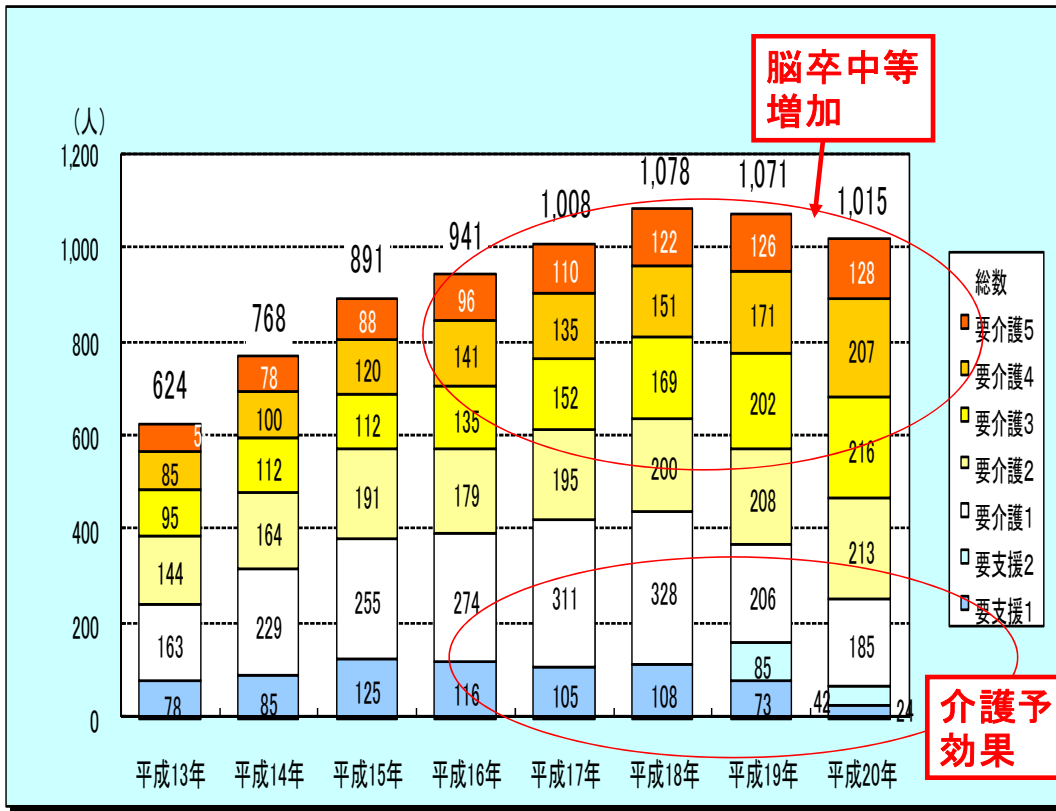
※5)下段は、プラン作成実人数に占める改善者数、悪化者数及び維持者数の割合  
(小数点以下第二位を四捨五入)

※6)改善率=(B/A)%、悪化率=(C/A)%、維持率=(D/A)%

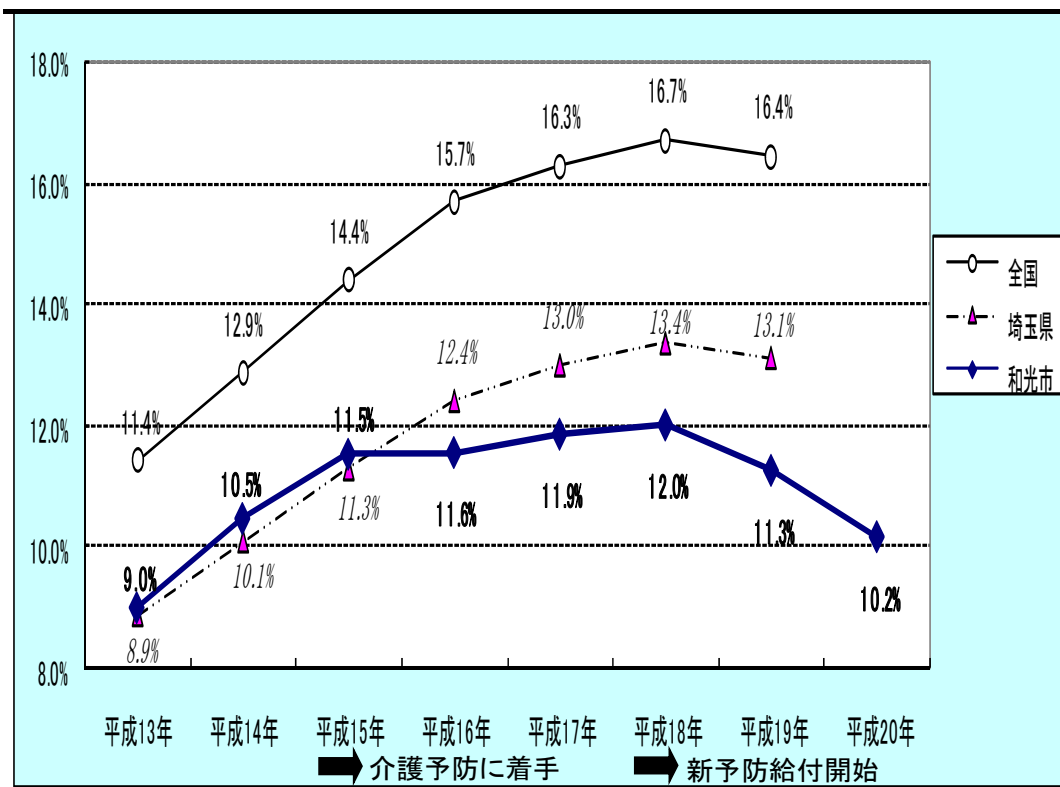
- また和光市では、要介護1までの人数が低下してきており、介護予防の効果と考えられる（次ページ上図参照）。要介護・要支援の認定率の推移を、全国および埼玉県と比べても、介護予防の効果が発揮されていることが分かる（次ページ下図参照）。

- 和光市では、平成13年から地域ケア会議を開催し、15年ごろから介護予防教室等の充実を図ってきた。その結果、16年ごろから要介護・要支援認定率が頭打ちになってきた事実からは、介護予防事業を強化すれば、比較的短期間（3～6年）のうちに効果が、認定率等の指標に表れてくる可能性があることが示唆される。

図●和光市における要介護・要支援認定者数の推移



図●要介護・要支援認定率の推移



- こうした成果を得るためには、要介護1や2であっても、常に改善可能性を視野に入れてサービス内容等を検討する必要がある。それにより生活機能の改善や重症化予防等の効果を得ることができる。なお、「期間的自立支援」ではなく、「永続的自立支援」を前提とする場合があり、常に自立を目指しているわけではなく、残存能力の維持等を目標とする場合があることは既述のとおりである。
- また成果を得る大前提として、要介護や要支援であっても、「生活機能が向上すればサービス提供は終了する」ということを利用者に納得してもらう必要がある。アセスメント・プラン作成の段階から、自立を目指しうる利用者に対しては、自立を目指すことを当初から伝えて理解を得ておくことが重要である。「サービスを受けないと損なわけではない」ことや、「介護保険法の趣旨は自立支援にある」ことなどについて、利用者に納得してもらうための、説明・説得能力(合意形成能力)が介護支援専門員や事業者には必要である。また、介護度が軽くなることや自立になることは喜ばしいことだということを、地域住民に浸透させていく取り組みが、市町村には求められる。
- 地域ケア会議を行うと、ケアプランの課題・問題点が明確になることが多い。例えば、①課題把握があいまい、②目標とプランの整合性が取れていない、③自立支援が目指されていない、などの問題を抱えたプランが明らかになることがある。これらの問題点は、介護支援専門員のアセスメント能力・計画策定能力が不十分であることに由来する場合が多いが、その一方で、どんなに優秀な介護支援専門員であっても、アセスメントに不十分な点があったり、判断を誤ったりすることは起こりうる。
- したがって、アセスメントやケアプランは常に完璧ではないという前提のもとで、そのような場合にも、そのことが利用者の身体機能の低下や、転倒、疾病の再発などの不利益にできる限りつながらないよう(またはつなごうとしても不利益が最小限にとどまるよう)、必ずモニタリングを行うとともに、地域ケア会議のような集団による検討の場により早期の軌道修正が図れる体制を構築することが、市町村(保険者)には求められる。

## 2. 地域ケア会議の実施拡大に向けた課題整理

### (1) 妙高市の事例に基づく課題整理

○妙高市では、2010年1月より、定期的に地域ケア会議を実施することとした。以下の記述は、その第8回会議（2010年3月4日開催）の取材に基づくものである。

○なお妙高市では2009年度は試行的な実施として位置づけ、2010年度以降は本格的に行政の公的会議として位置づけて実施していくことになった。

#### ■妙高市の地域ケア会議の特徴

○妙高市における実施方法には、以下のような特徴がある。

- ① 毎週木曜日 13:30 から、1事例 20分程度で検討を行う。
- ② 会議には、市職員（直営の地域包括、介護保険事業計画担当課）、介護支援専門員、事業者が出席する。
- ③ 会議に参加する介護支援専門員・事業者は、初めてのことであり、行政からどんな指導を受けるのか不安と戸惑いを感じながら参加する。
- ④ ③の心情を考慮し、妙高市では教育的・支援的な態度で、和やかな雰囲気ですべて事例検討を行っていた。良い点を褒めるなどして、「この会議に参加してよかった」という印象を参加者に与えるよう配慮がされていた。
- ⑤ 会議への準備のため、事前に介護支援専門員・事業者が意見交換を行うため、両者の関係が構築される（強化される）というメリットが観察された。
- ⑥ 会議終了後には、市職員により、介護支援専門員の説明や分析等が十分であったか等を集団で評価しており、それを通して、職員相互の評価の視点のすり合わせや、評価力の向上が目指されていた。
- ⑦ 6か月後の更新認定時に、再度同じケースについてケア会議で取り上げ、前回プランの効果や問題点について検討することが予定されていた。



(左) 地域ケア会議の様子 (右) 地域ケア会議終了後の市職員による評価の様子

## ■ 妙高市の事例に基づく地域ケア会議の課題整理

○ 前述の取材結果をふまえて、妙高市が今後ケア会議を継続していくうえで、また、今後他の市町村に地域ケア会議の実施を拡大していくうえで、以下のような課題等があると考えられた。

- ① 妙高市の会議では、教育的・支援的態度で、かつ和やかな雰囲気の中で、検討を行っており、市町村からの批判的な指摘は比較的控えめにとどまる（抑制する）傾向が見られた。一方、和光市では、意図的に高い緊張感のある会議が目指されており、そうした雰囲気の中で、教育的・支援的態度と厳しい態度が、相手に応じて使い分けられていた。長年の地域ケア会議の歴史がある和光市と、初めて参加する人が多い妙高市の単純な比較はできないし、また土地柄や文化といった要素も絡むと思われるが、「会議の場の雰囲気等をどのようなものにするか」「参加者の習熟・慣れに応じて、会議の展開をどう変えていくか」といったことを、地域ケア会議の開催主体となる市町村では意識し、意図的にコントロールしていく必要があることが示唆された。
- ② 妙高市では、上記のような場の雰囲気を維持することが意図的に目指されていたこともあって、約 20 分の検討時間では、様々な論点を網羅して検討することができず、会議の場でケアプランをその時点でベストと思われるものに修正を図ることが難しい面があった。それを代替する機能として、6 か月後の更新認定時のケア会議の場に再度取り上げることにより、必要な見直しを図る機会を有していた。地域ケア会議では、参加によって「プランがよくなった」あるいは「利用者の生活機能が高まった」と実感できることが、介護支援専門員や事業者の参加意欲を高め、継続的な開催を維持するうえで重要である。したがって、6 か月後の会議とセットで必要な論点を取り上げ、参加者の気づき・学びにつなげ、プランの改善や利用者の生活機能向上の効果を実感できることが必要であり、そのような効果が今後得られるかどうかは課題になると考えられた。
- ③ 一方、妙高市においては、あるいは今後新規に地域ケア会議を開始する市町村にとっては、スタート当初は別としても、参加者および司会進行を担

う市役所職員が慣れてくる（習熟する）のにあわせて、段階的に、初回の会議でできるだけ多くの論点を網羅的に検討し、早期にプランの改善を図ることが課題になると考えられた。参加者の教育・能力開発という観点からは、一定程度時間をかけて行う合理性がありつつも、利用者の自立支援という観点からは、利用開始直後からのサービス提供のあり方が重要だからである。

- ④ 今後、地域ケア会議の実施市町村を拡大していくためには、忙しい業務の合間をぬって参加することになる介護支援専門員や事業者に配慮して、教育的・支援的態度により「参加してよかった」と考えてもらうことが重要である。一方、そうした態度は維持しつつも、アサーティブなコミュニケーション（相手の心証に配慮しながらも、必要な事項を自己主張する）等により、短時間でもできる限りさまざまな論点を網羅的に議論することが、さらなる参加者満足につながると考えられることから、そうしたコミュニケーション技法や会議の運営技法の確立、さらにそれらの技法を伝える研修の機会（例えば、模擬地域ケア会議の開催等）が必要だと考えられた。



## (2) 琴浦町の事例に基づく課題整理

- 琴浦町では、従来から3か月に1回、介護支援専門員及び事業者を集めた研修会を行っている。その研修会の一環として、平成22年3月24日に、和光市長寿あんしん課・南地域包括支援センターの星川葉子氏（主任介護支援専門員、社会福祉士）を講師に招いて、「地域ケア会議の効果的な運用について」と題する講演を行うとともに、琴浦町の介護支援専門員が計4事例を持ち寄り、星川氏の司会のもとで模擬地域ケア会議を開催した。
- 本研究では、琴浦町の研修会に参加した介護支援専門員や事業者の感想等を確認すること等により、今後、地域ケア会議の実施を拡大するための課題整理等を行った。



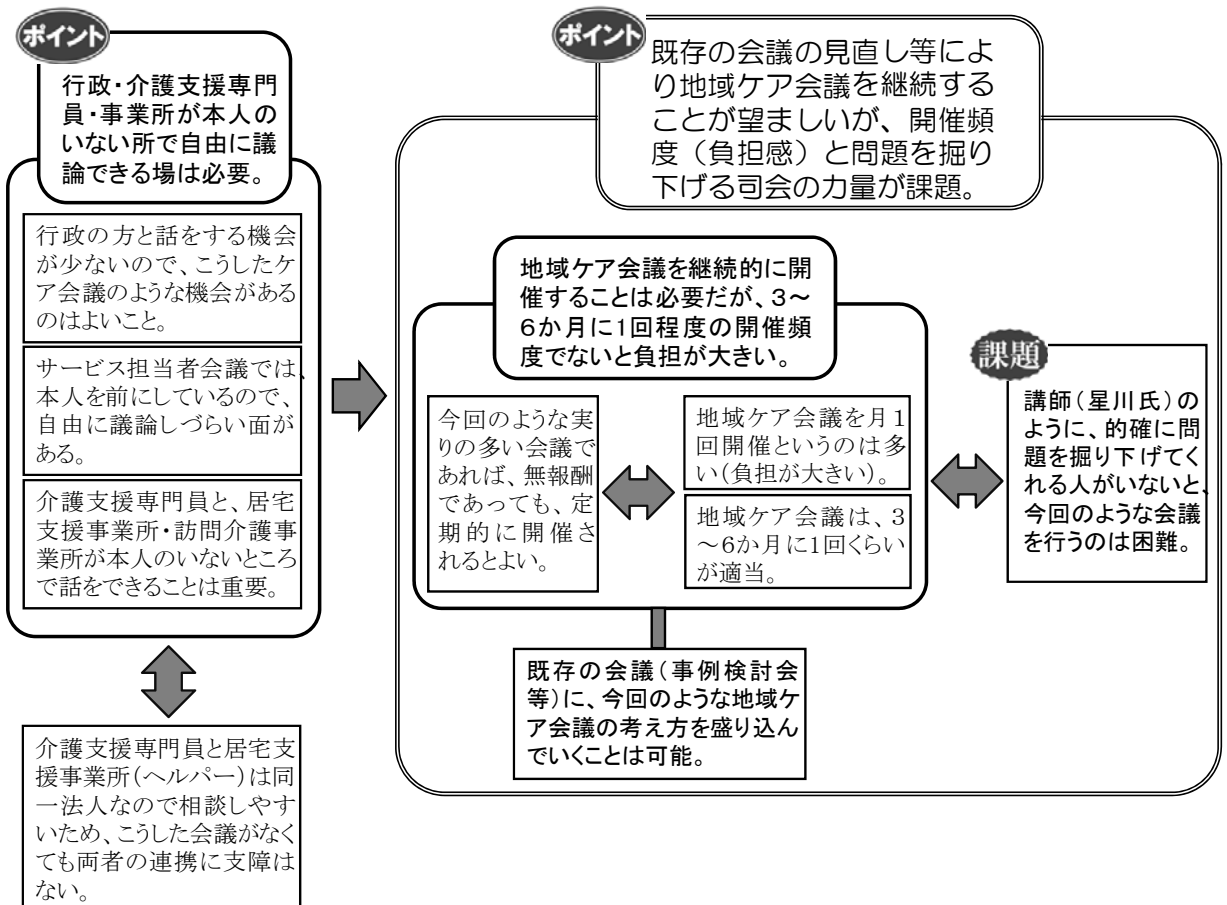
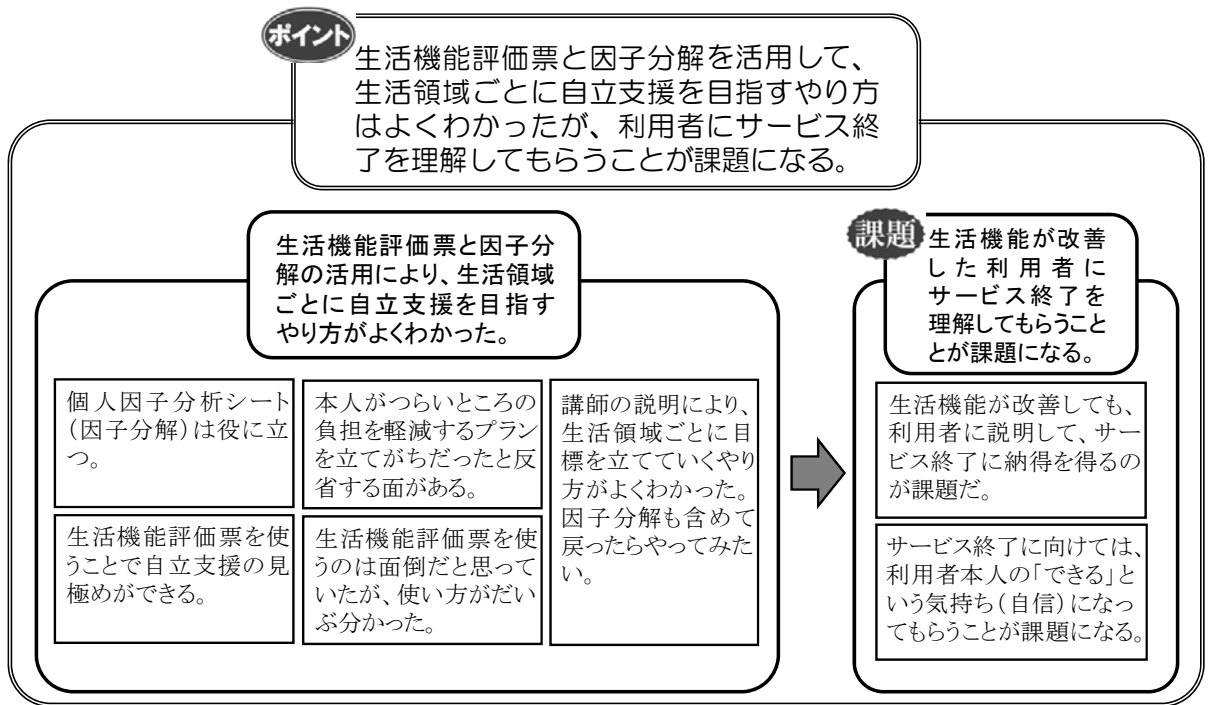
(左) 星川氏講演「地域ケア会議の効果的な運用について」 (右) 模擬地域ケア会議

- 模擬地域ケア会議は、司会（星川氏）のほか、町職員（直営地域包括職員）と、ケースごとの介護支援専門員と事業者、研修に参加していた外部有識者（看護師等）が加わり、約8人で行った。その他の研修参加者は、その周囲を取り囲む形で、模擬地域ケア会議を傍聴（参加）した。

### ■ 琴浦町の模擬地域ケア会議の参加者の感想

- 模擬地域ケア会議参加者・傍聴者の感想等は、主に次の3点に集約された。
  - ①生活機能評価票（P84 参照）と因子分解（P99 参照）を活用して、生活領域ごとに自立支援を目指すやり方はよくわかったが、利用者にサービス終了を理解してもらうことが課題になる。
  - ②行政・介護支援専門員・事業者が、本人のいない所で自由に議論できる（地域ケア会議のような）場は必要。
  - ③既存の会議の見直し等により地域ケア会議を継続することは可能だが、開催頻度（負担感）と問題を掘り下げる司会の力量が課題。

## ■ 琴浦町・模擬地域ケア会議参加者の声



## 図●因子分解の実施方法

概要	<p>●自立を支援するためには、状況と要因を分けて把握したうえで、課題を解決していく必要がある。</p> <p>●そこで、①ADL・IADL等に支援を必要とする主訴、②ADL・IADL等の自立を阻む要因、③課題に対する必要な自立支援の内容、④指標を明確にした目標設定、の4つに分けて問題を整理する。これを因子分解と呼ぶ。</p>
①個人状況・環境状況の記載	<p>●まず、①ADL・IADL等に支援を必要とする主訴を記載する。本人・家族等の訴えと、対応者の洞察（主観・客観の両者を含む）を記載する。</p> <p>（個人状況）（例1）歩行、入浴に自信がもてず介助を要している。</p> <p>（環境状況）（例2）デイサービスの外出に限られている。</p>
②個人因子・環境因子の分析（課題抽出）	<p>●上記①で記載した個人状況・環境状況に対応して、②ADL・IADL等の自立を阻む要因を洞察し、記載する。治療支援の内容にも注意する。</p> <p>（個人状況）（例1）脳梗塞後の右半身不全麻痺（軽度）</p> <p>（環境状況）（例2）1年前に転入して知人がいない。外出の機会が無い。</p>
③個人支援・環境支援の内容検討	<p>●上記②の課題に対応して、③課題に対する必要な自立支援の内容を洞察し、記載する。改善できる課題か、できない課題なのかの見極めが重要。</p> <p>（個人支援）（例1）予防通所介護（運動機能向上）⇒脳梗塞後の廃用性筋力低下が見られるため。足を持ち上げるような運動が必要。</p> <p>（環境支援）（例2）地域支援事業（うえるかむ事業）⇒いずれボランティア等ができるように支援。</p>
④個人支援目標・環境支援目標の記載	<p>●上記③の支援を行ううえで、④指標を明確にした目標設定を行う。また支援内容に・優先順位をつけたうえで目標設定を行う。評価期間も定める。</p> <p>（個人支援目標）（例1）バス停まで10分で行くことができる。</p> <p>（環境支援目標）（例2）うえるかむ事業（地域支援事業）でお手伝いが実施できる。</p>
備考	<p>●ケアプランを作成する事例全数において、この因子分解を行わなければならないというわけではない。</p> <p>●複雑なケースや、頭の整理がつかないケースにおいては、この因子分解を行うことによって、状況と要因を分けて、さらに個人因子と環境因子を分けて理解でき、有益である。</p>

### (和光市の因子分解シート)

別紙資料 1  
因子分解からの自立支援マネジメントを理解しよう (案内編裏面)

インサイトアセスメント領域 (認知・判断能力の理解)状況スクリーニング	課題抽出システム	プランサービス領域 (自立支援型と説明指導能力の理解)	目標達成からモニタリング領域 (継続的・継続的自立支援の理解)
ADL・IADL等に支援を必要とする主訴と現状 (※本人・家族等の訴えと、対応者の主観・客観)	ADL・IADL等の自立阻む要因 (※治療支援の内容に注意)	課題に対する必要な自立支援の内容 (※改善できるものか、改善できないものか)	指標を明確にした目標設定
個人状況	個人因子	個人支援	個人支援目標
個人支援目標	個人支援目標	個人支援目標	個人支援目標
1 歩行、入浴に自信がもてず介助を要している。	1 脳梗塞後の右半身不全麻痺(軽度)	1 予防通所介護 運動機能向上 脳梗塞後の廃用性筋力低下も見られている為、足を 持ち上げるような運動が必要。	1 バス停まで10分で行くことができる。
2 大きな買い物、掃除、調理をヘルパーに任せられている。	2 家事動作の習得がない(依存している)	2 予防訪問介護 生活援助、運動機能向上(生活援助) 宅配利用の注文書を一緒に書く(買い物支援) お掃除指導	2 掃除機かけが自立できる。
3 通院、服薬管理は出来ている。	3 血圧のコントロール不良	3 訪問看護指導	3 減塩食を実践できる。
4 塩分などは気にしていない。		主治医と連携の上で栄養改善を行う。	
環境状況	環境因子	環境支援	環境支援目標
1 デイサービスの外出に限られている。	1 1年前に転入、知人がいない	1 地域支援事業(うえるかむ事業)	1 うえるかむ事業でお手伝いが実施できる。
2	2 外出の機会がない。	2 いずれボランティア等ができるように支援。	2
3 不定期な家族援助がある。	3 独居、近所に住む長男家族は仕事をしている。	3 役割分担の明確化、調整。	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10
11	11	11	11
12	12	12	12
13	13	13	13
14	14	14	14
15	15	15	15

## ■琴浦町の事例に基づく地域ケア会議の課題整理

○上記をふまえて、琴浦町が今後地域ケア会議を実施していくうえで、また、今後他の市町村に地域ケア会議の実施を拡大していくうえで、以下のような課題等があると考えられた。

- ① 利用者にサービス終了を理解してもらうことが課題になる（つまり困難が伴う）という参加者の指摘が多く挙げられた。介護保険のサービスを終了して自立となるのは「良いこと」だという認識を地域住民に広げ、実際にサービス終了者を生み出していくためには、一人ひとりの介護支援専門員や事業者の努力のみならず、市町村（保険者）が揺るぎない理念を持って、地域住民への広報や、介護支援専門員・事業者の支援・教育・マネジメントを行うことが重要だと考えられた。地域ケア会議は、行政の理念をすべての介護支援専門員や事業者と共有していくために、重要な役割を果たすと考えられた。
- ② 利用者にサービス終了を理解してもらうためにも、また多くの介護支援専門員や事業者にも、実際に自立を目指してもらうためにも、まずは成功事例（自立につながった事例）を創っていくこと（増やしていくこと）が重要だと考えられた。たとえば、積極的な事業者を行政が支援しながら、まずは要支援や要介護1から自立になった事例（成功事例）を創り、それを関係者に周知したり、町の広報誌や老人クラブルート等により広報したりすることが考えられた。
- ③ 地域ケア会議の開催頻度と負担感の問題については、以下のとおり、いくつかの負担感軽減のための対処策が考えられた。
  - 事業者（居宅・通所）については、1人の利用者につき複数のスタッフが関わる人が多いと思われるため、スタッフが交代で会議に出席するのであれば、出席頻度は自然と3～6か月に1回程度で済む可能性もある。まずはその見通しを持つことが必要と考えられる。出席頻度を低く見積もることができるのであれば、事業者の負担感は軽減されると考えられる。
  - ケアマネについては、一人あたりのプラン作成件数によるが、（例えば、特定高齢者、要支援1・2、要介護1・2が）全件実施であれば、ほぼ毎月に近い形で出席が必要となる可能性があり、まずはその見通しを持つことが必要と考えられる。全件実施では負担が大きいという場合は、①要介護度で限定する、②地区を限定する、③サービス卒業可能性の高い人に絞る（継続的支援が不可欠な人を外す）、ことなどが考えられる。あるいは、協力的な事業者が多い地区をモデル地区と定めて、地区限定（開催頻度も毎月でなくてもよい）で、ケア会議をスタートさせてみることも考えられる。

- 地域ケア会議の目的を参加者の力量形成に限定して考えるならば、必ずしも多くの件数を実施しなくても一定の効果は見込まれるため、実施可能な件数についてまずは実施するという考えられる。ただし、その場合、要介護・要支援認定率等の指標に効果が表れにくい可能性があることや、参加者の力量形成に時間がかかることも考えられるため、実施件数については順次拡大を図る必要がある。
  - 地域ケア会議以外の会議等、介護支援専門員や事業者に出席を求める機会が他にもあるのであれば、そちらの拘束時間を軽減し、全体として負担感の軽減を図ることも考えられる。また、従来からある事例検討会に地域ケア会議の機能を付加して、まずは自立（要支援等の卒業）を目指すという市町村（保険者）の意向を、具体例を通して関係者と共有していくことが重要と考えられる。
- ④ 参加者も指摘のとおり、今後、地域ケア会議の実施を拡大していくうえでは、問題を掘り下げる司会の力量、つまり会議のコーディネイトを上手にこなす参加者から評価を得る人材をどのように確保するかが課題になると考えられた。したがって、今後例えば、各都道府県の国公立大学の協力を得ていくことや、各都道府県や国立保健医療科学院などが実施主体になって司会（リーダー）育成研修を行うなど、なんらかの市町村支援が必要だと考えられた。



第2章  
地域包括ケア  
実現に向けての考察





本章においては、モデル事業の成果をふまえて、地域包括ケアを実現していくための課題および、第5期介護保険事業計画作成にあたって必要となる視点等について、考察を加えることにする。

## 1. 地域ケア会議の必要性・課題等に関する考察

### (1) 市町村（保険者）の責務

○介護保険法に基づき、介護保険における保険給付は、「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資する」ものでなければならず（第2条第2項）、かつ、「被保険者が要介護状態と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」（第2条第4項）。保険者である市町村は、自立支援を実現する政治的責任を有するものと理解される<sup>4</sup>。

（参考）介護保険法第2条および第3条

<p>（介護保険）</p> <p>第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。</p> <p>2 前項の保険給付は、<u>要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。</u></p> <p>3 第1項の保険給付は、<u>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及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。</u></p> <p>4 第1項の保険給付の内容及び水準は、<u>被保険者が要介護状態と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。</u></p> <p>（保険者）</p> <p>第三条 <u>市町村及び特別区は、この法律の定めるところにより、介護保険を行うものとする。</u></p> <p>2 (略)</p>
---

○また老人福祉法第4条および第10条の3により、保険者である市町村は、介護保険サービスやその他サービス等の体制整備により、高齢者ができる限り居宅での生活を継続できるよう配慮する責務を負っている。

○さらに、社会福祉法第6条により、社会福祉事業の事業者と協力して、福祉

<sup>4</sup> ここでいう市町村の責任は、法的責任というよりも、政治的・行政的責任であると解釈される。  
[参考文献]秋元美世「福祉契約の法的責任と公的責任」, 日本社会保障法学会『社会保障法』第19号,2004

サービス提供体制の確保や、福祉サービスの適切な利用の推進を行うことが市町村の責務とされている。

(参考) 老人福祉法第4条および第10条の3

<p>(老人福祉増進の責務)</p> <p>第四条 国及び地方公共団体は、<u>老人の福祉を増進する責務を有する。</u></p> <p>2・3 (略)</p> <p>(支援体制の整備等)</p> <p>第十条の三 <u>市町村は、六十五歳以上の者であって、身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障があるものが、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、自立した日常生活を営むために最も適切な支援が総合的に受けられるように、次条及び第十一条の措置その他地域の実情に応じたきめ細かな措置の積極的な実施に努めるとともに、これらの措置、介護保険法に規定する居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援、施設サービス、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス及び介護予防支援並びに老人クラブその他老人の福祉を増進することを目的とする事業を行う者の活動の連携及び調整を図る等地域の実情に応じた体制の整備に努めなければならない。</u></p> <p>2 <u>市町村は、前項の体制の整備に当たっては、六十五歳以上の者が身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障が生じた場合においても、引き続き居宅において日常生活を営むことができるよう配慮しなければならない。</u></p>
---

(参考) 社会福祉法第6条

<p>(福祉サービスの提供体制の確保等に関する国及び地方公共団体の責務)</p> <p>第六条 国及び地方公共団体は、<u>社会福祉を目的とする事業を経営する者と協力して、社会福祉を目的とする事業の広範かつ計画的な実施が図られるよう、福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策、福祉サービスの適切な利用の推進に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。</u></p>
---

## (2) 地域ケア会議の必要性

- これら介護保険法および関係各法の規定により、市町村には、福祉サービスや介護保険サービス等の整備により、高齢者の自立した日常生活を支援し、できる限り高齢者が居宅介護を継続できるよう必要な措置を講じる責務がある。
- この責務を果たすうえで重要なのが、ケアプランを作成する介護支援専門員およびサービスを提供する事業者の質の確保・向上（介護の質の確保・向上）を行うことである。
- 介護の質の確保・向上にどのように取り組むかは市町村の裁量に委ねられているにせよ、質の確保・向上に取り組まなければ、高齢化の進展とともに介護保険料が一層の増加を続けるか、市町村一般財源からの補てんが膨らむかのどちらかに帰結し、制度の持続可能性を左右しかねない。

- 介護保険給付を適正化し、制度の持続性を高めるためにも、またサービスの利用が高齢者の自立支援および在宅生活の維持につながるためにも、地域ケア会議の導入等により、介護の質の確保・向上に取り組むことが重要である。

### (3) 評価の必要性

- 必要な政策の立案や関係者の力量形成（人材育成）により、十分な介護予防等の効果を得るためには、介護予防事業の成果を数値で評価していく必要がある。具体的には、①要介護認定者数の提言・伸び率抑制、②介護保険給付費の低減・伸び率抑制、③高齢者の自立活動の参加者数や参加率の増加、④特定高齢者・要支援者等の維持・改善率、等の指標により介護予防事業の評価を数値的に行っていくことが重要である。さらに、保健福祉事業や地域支援事業を含めた政策全体の評価につなげていく視点も必要である。「介護予防は効果が出ない」として評価を先延ばしにするのではなく、半年～1年のスパンで評価に取り組むことが重要である。
- なお、地域ケア会議により、個別ケースについて6か月後等に生活機能等の改善が図られたかどうかという評価を行うことも、上記と併せて、市町村（保険者）にとって重要な役割である。個別の評価と集団の評価は、両方行うことが求められる。
- 仮に、要介護認定者数や介護保険給付費が、高齢化の要素を加味してもなお増加を続けている場合には（例えば、年齢階級別の要介護度状況や、年齢階級別の一人当たり介護保険給付費で評価することが考えられる）、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止につながっていない可能性を考慮する必要がある。
- 要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止につながっていない場合に、必要な対策としては、①サービス等の整備・充実および質の向上、②プラン作成・サービス提供を担う人材の能力育成、などが挙げられる<sup>5</sup>。これらに取り組む際に重要なのが「地域ケア会議」であり、また第1部で取り上げた「日常生活圏域高齢者ニーズ調査」である。
- なお和光市においては次表のような育成モデルに基づき、人材育成に取り組んでいるので、参考にされたい。

---

<sup>5</sup> ここに挙げた2点の対策以外にも、介護予防の効果についての住民への広報などのポピュレーションアプローチ、医療機関との連携など、さまざまな対策が考えうる。

表●地域包括ケアに従事する専門職等に必要なスキルと育成

<p>＜ステージ1＞ アセスメント実施段階</p>	<p>＜ステージ2＞ プランニングから 総合支援の実施段階</p>	<p>＜ステージ3＞ 地域ニーズや社会資源の 評価改善開発を行う段階</p>
<p>○個別アセスメント⇒個人の生活を支える視点を持つ ○地域アセスメント⇒地域の役割と資源を認識し、個々の人生の生活とその背景にある地域との関連性を理解 ○ニーズの把握 ○接遇・洞察能力⇒支援を必要とする人の主訴と専門性からの洞察 ○説明・説得能力(合意形成)⇒必要な支援を客観的に考える</p>	<p>○カンファレンスコーディネーター能力⇒カンファレンスの進行を通じたケース調整・OJTを効果的に行える ○地域市民の介護・保健・福祉活動を組織化する能力 ○制度間調整能力 ○高度な専門性と、個別と地域でのスーパーバイザー能力⇒専門職と専門性の違いを理解(スペシャリストとジェネラリスト)</p>	<p>○政策提言能力 ○官民協働による社会資源開発・仕組みづくり ○組織運営管理能力 ○障害者自立支援法の相談支援事業が行える能力 ○特定保健指導のマネジメント指導が行える能力</p>

(出典)和光市提供資料を一部改変

#### (4) 地域ケア会議の可能性

- 「地域ケア会議」は、地域という“現場”に開かれた窓である。その窓からは地域のさまざまなニーズ・課題が見える。しかも、介護の領域だけでなく、生活習慣病、精神保健、生活保護、安全確保、住宅政策など、さまざまな領域のニーズ・課題が見えてくる。「地域ケア会議」は、そうしたニーズ・課題を提示してくれる、大きな可能性を有している。
- 介護保険では要介護認定後、原則6か月で更新認定を行い、その後も継続的に評価が行われる。途中、モニタリングも実施される。こうした評価の仕組みを内包する介護保険制度を活用して、事業の評価・改善を進めることで、高齢者ケアシステムの充実が図られることになる。その核となるのが、地域ケア会議である。
- モニタリングや評価は、生活機能等の改善目標等を立て、その達成に向けた課題や到達度を把握するための行為でもある。地域ケア会議等により、適切な改善目標を立てることなく、モニタリングや評価を行うのでは、その意義は半減する。
- 地域ケア会議により、OJTによる関係者の能力開発・育成を行い、高齢者ケアシステムの充実を図ることは、高齢者の自立度を高め、介護保険財政の安定運営および高齢者のQOL向上に貢献する。さらに在宅介護の限界点が高まることで、退院後の在宅復帰が円滑に行われることになり、在院日数の短縮等により医療保険財政の健全化にも寄与することが期待される。

- このように、地域ケア会議は個別ケースから出発しつつも、医療・介護・福祉を包含した高齢者ケアシステム全体の健全性を保つ効果をもたらさう。
- 以上述べたような地域ケア会議の重要性に気づいて導入し、関係者の能力開発・育成に着手し、高齢者ケアシステム充実に向けてスタートを切った市町村は、いち早くその成果を手にすることができると考えられる。

#### (5) 地域ケア会議の質を高めるには

- 地域ケア会議自体に、いわば「質」が存在する。質を高めるために重要なのが評価である。
- ケア会議を通してケアプランの質を高めることにより、個人の ADL、IADL の向上が全員ではないにせよ達成される。その一種の成功体験を関係者が共有することで、参加者の意識・意欲は高まり、自立支援実現が可能だという信念が強化されることになる。
- また、個々のケースごとの成果を積み重ねることが、市町村全体の要介護認定率の「伸びの抑制」等の成果を実現する。集団としての成果を体験できれば、ケア会議の機能に対する関係者の信頼は揺るぎなきものになる。
- こうした成果は、一朝一夕には得られないかもしれない。しかし、個々のケースごとの成果を積み重ねることで、参加者と司会者の力量は次第に高まり、ケア会議の「質」も段階的に高めることができる。

## 2. 第5期介護保険事業計画作成に向けての考察

- 介護保険法は標準的な介護保険サービスを規定するが、そのサービスが住民の自立支援に役立つものとしていくためには、市町村（保険者）の役割が重要である。また、介護保険外の必要な独自サービスやインフォーマルサービスが、地域において適切に提供されてこそ、住民の自立・QOL向上を効果的に支援することができる。「介護保険は地方分権の試金石」といわれるとおり、介護保険制度を運営する市町村（保険者）の役割は大きい。
- 今後の高齢化の進展に伴い、多くの市町村において介護費・医療費が増加し、介護保険財政・医療保険（国保）財政が悪化することが見込まれる。また高齢化と少子化が並行して進み、人口が減少していくなかで、税収が低下することも予想される。日本全体としては、労働者人口減少と非正規雇用の増加による税収の低下や社会保険料の低下も危惧される。経済回復の遅れ等の理由により生活保護受給者数の増加も、国および市町村の財政負担を増大させている。
- こうした状況のなか、介護保険事業・地域支援事業・保健福祉事業等が適正に実施されることにより、住民の自立や健康を支援し、介護保険財政や医療保険財政の安定を図ることは極めて重要である。住民の自立や健康を支援するための事業を強化することが、雇用確保や税収増大につながる。また住民が自立・健康を保つことは、労働者人口の確保や、社会不安の軽減にもつながる。
- こうした効果を得るためには、市町村が保健福祉事業のスクラップアンドビルドを含めて、費用対効果の高い事業を構築する必要がある。政策の優先度をつけて財源を重点配分していくことや、行政が担う部分と住民自身が担う部分の区分けを見直していくことも必要となる。
- そのような住民との関係づくりや地域づくりを含めた、行政施策全体の見直しのなかで、少子高齢化と人口減少、税収低下に対応した社会システムを地域で構築していくことが重要である。そして、その社会システムにおいては、医療・介護・福祉・住宅の各領域のサービスが、日常生活圏域において、適切に組み合わせられて提供されることにより生活上の安全・安心・健康が確保されることを実現していくことが求められる。また地域基盤の強化を図りつつ、自助・互助・共助・公助の適切な組み合わせを住民とともに探る必要がある。財源の配分先の見直し（例えば、リスク等に応じた生活機能評価の実施対象者の絞り込みや、地域包括支援センターの機能強化など）を検討する必要性が明らかになる場合もあるだろう。

- 高齢化のピークを迎える 2025 年の少なくとも 10 年前（2015 年）までに、これらの行政施策全体の見直しを行い、上記のような社会システム（高齢者ケアシステム）を実現していくことが必要である。そのための、有効な手段となりうるのが、日常生活圏域高齢者ニーズ調査と地域ケア会議である。
- 地域ニーズを把握することにより、ニーズを踏まえた効率的な施策展開が可能になる。また地域ケア会議によって、関係者の力量形成（人材育成）を行うことや、足りないサービス等を地域に整備していくことにより、サービスの効果が高まる。さらに、ニーズ調査に基づくサービス整備と、地域ケア会議による適切なサービス提供により、自宅のほか、グループホームや高齢者専用賃貸住宅なども含めて、日常生活圏域における生活を継続していくこと（居宅介護の限界点を高めていくこと）が可能になり、住民の幸福と、介護保険給付費と医療費の適正化に寄与する。
- 第 5 期介護保険事業計画は、日常生活圏域高齢者ニーズ調査と地域ケア会議を中核に、行政施策全体の見直しを行う絶好の機会である。第 5 期計画を、単なる保険料策定計画にとどめることは、2025 年の高齢化のピークに向けて、大きな禍根を残すことになるだろう。
- 行政の財政破綻を避けるためにも、住民の幸福を追求（支援）するためにも、第 5 期介護保険事業計画においては、介護保険・介護予防事業の数値目標を明確に定める必要がある。そして、部門の垣根を越えて市町村のあらゆる部門がその目標と介護保険法の理念を追求していく必要がある。さらに、要介護認定率や介護給付費の目標の達成度によって、部門ごとの政策の評価、各部門間の連携に関する評価、行政施策全体に対する評価を行っていく必要がある<sup>6</sup>。
- 介護保険・介護予防事業の成果を上げるために、本報告書で提示した手法は、第 1 部で述べた「日常生活圏域高齢者ニーズ調査」と第 3 部で述べた「地域ケア会議」である。前者は委託可能であり、財源の配分先の見直し等を行えば、実施にはさほどの困難は伴わないと考えられる。後者は、会議の出席時間は要するもののそれを上回る効果が期待できる。従来の仕事のやり方に少し工夫を加えたり、ひと手間かけたりすることで、トータルとしては仕事が楽に回り、かつ確実に効果が出るようになる。そのような効率的・効果的な業務の仕組みづくりが、市町村には求められるし、そのような業務の仕方ができる人材を育成していくことが求められる。
- 介護や健康という重要分野において、必要な政策を実現していける人材や、効率的・効果的な業務ができる人材を育成していくことは、定員削減が進む

<sup>6</sup> 和光市では、平成 19・20 年度、担当課の政策目標（人事評価に関係する）には、要介護（支援）認定者数及び認定率について介護予防効果を見込んだ目標値を設定し、介護保険ラインの担当課職員全員が、その個別目標や貢献度・達成度に向かって業務に当たっている。

市町村における極めて重要な課題である。今後は、事業自体を目的化するのではなく、あくまでも成果を追求していく姿勢が、行政運営には不可欠である。そのためには、その分野の知識・経験を有しつつ、かつ高い政策立案能力を備えた人材が必要である。今後は、人事異動期間を変更し、重要な分野ごとに政策エキスパートを育てていくような人材育成方針を持つことも、市町村には求められていくだろう。

- また今後、高齢化が各地で進むなかで、地方自治の流れが強化されることは間違いない。そうした情勢のなかで、地方自治の試金石と呼ばれる「介護保険」分野において、優秀な人材を戦略的に育てていくことは、極めて重要なことである。
- 以上述べたとおり、今後市町村においては、第5期介護保険事業計画策定を契機に、市町村の行政運営および人材育成方針の見直しに着手することが期待される。





平成 21 年度

老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

**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**

平成 22 年 3 月

**発行：財団法人 長寿社会開発センター**

〒105-8446 東京都港区虎ノ門 3-8-21 虎ノ門 33 森ビル 8F

TEL:03-5470-6751 FAX:03-5470-6762

ホームページ <http://www.nenrin.or.jp/>

※無断転載および複製を禁じます。