

地域支援事業における 在宅介護支援センターの活用

～地域包括支援センターと在宅介護支援センターのあるべき関係～

全国在宅介護支援センター協議会

目 次

はじめに.....	1
在宅介護支援センターの実態（果たしてきた役割）	2
地域包括支援センターとは	5
1．地域包括支援センターの全体像	5
2．地域包括支援センターの設置等について.....	6
（1）設置者	6
（2）職員体制	6
（3）事業（基本機能）	8
（4）設置か所数・圏域.....	9
（5）運営財源	9
（6）運営協議会.....	10
地域包括支援センターの設置パターン	11
1．人口規模による設置パターン	11
地域支援事業への在宅介護支援センターの選択肢	16
1．地域包括支援センターを選択するための要件	16
2．在宅介護支援センターの選択メニュー	17
メニュー（1）地域包括支援センターを受けた場合（介護予防サービスを実施）	18
メニュー（2）地域包括支援センターを受けた場合（介護予防サービスを行わない）	20
メニュー（3）地域包括支援センターへ職員派遣（本センターとサブセンター）	24
メニュー（4）地域包括支援センターのランチ（協力機関として）	28
メニュー（5）任意事業を実施.....	31
メニュー（6）法人独自の経費でその他事業等を行う	32
メニュー（7）すべてを実施しない	33
地域包括支援センターの将来像	34
参考	36
地域支援事業における在宅介護支援センターのあり方研究会名簿	41

はじめに

平成 17 年 6 月 22 日に可決、成立した改正介護保険法第 115 条の 39 第 1 項に「地域包括支援センター」が位置づけられている。

今回の改正の背景を振り返ると、平成 16 年 7 月 30 日の社会保険審議会介護保険部会の報告で、高齢期になっても住み慣れた地域で人生を送るためには、「施設」と「在宅」の二元論を超えた「地域ケア」を展開する重要な柱として、「地域包括支援センター」の創設が提案された。その基本機能は 総合的な相談窓口機能、 介護予防マネジメント、 包括的・継続的マネジメントの 3 つとされている。

さらに政治的な要素として、三位一体改革の流れをうけて、広範な国庫補助負担金廃止・税源移譲・交付金等の改革が進められることになった。その中には介護予防・地域支えあい事業補助金などと並び在宅介護支援センター運営補助金の廃止も含まれている。これらは 18 年度から地域支援事業交付金化することとなった。

このように今後は全国にある約 8,900 ヲ所の在宅介護支援センターは約 5,000 ~ 6,000 の「地域包括支援センター」が創設される中で、在宅介護支援センターがそれとの関係で、これまでの機能の活かし、地域での役割をどのように果たすかの岐路に立っている状況となっている。

本報告書は、このたびの変化に対応すべく全国在宅介護支援センター協議会として、歴史的にも地域ケアを支える重要な役割を果たしてきた「在宅介護支援センター」の今後の方向性を考えるとともに、これまで培ってきた実績やノウハウなどの「地域の財産」をどのように活用できるか、いくつかの道筋を提示し検討材料とすべくまとめたものである。

(参考) 在宅介護支援センターの歴史的経緯

平成元年	・ゴールドプランで 11 年度には 1 万カ所の整備目標が掲げられる
平成 2 年	・制度発足
平成 6 年	・老人福祉法のなかに法定化される
平成 10 年	・民間事業者の参入が可能となる
平成 12 年	・介護保険制度導入に伴い、介護保険に関わる部分が居宅介護支援事業とし分離される（国の方向に従い 2 枚看板の標榜をおこなう） ・基幹型と地域型の関係、役割と機能等が明確にされる ・人件費補助方式から事業費補助方式へ切り替わる
平成 15 年	・これから高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方について（中間報告）
平成 16 年	・これからの在宅介護支援センターの在り方（これからの高齢者介護における在宅介護支援センターのあり方に関する検討委員会報告書）を提言
平成 16 年	・在宅介護支援センター事業推進マニュアルの作成
平成 16 年	・地域型在宅介護支援センターにおける地域ケア会議運営研究モデル事業を実施

在宅介護支援センターの実態（果たしてきた役割）

在宅介護支援センターは、平成2年、「保健・医療・福祉の連携」という理念を具体的なものとする画期的な制度として発足した。以来、地域住民に最も身近な場所で、地域の高齢者に対し、老人福祉に関する情報の提供並びに相談及び指導等の実施機関として、市町村の代替機能を担うなど高い公益性を有してきた。また、担当地域において地域ケア会議の開催や個別の指導などの活動を通じ、高齢者の介護状態の悪化防止や権利侵害を防止などに高齢者の生活支援に貢献している。

今日では、その活動は下記に示すようにその専門性や実施能力を活かし、多岐にわたり地域に不可欠な存在として、その社会的役割を十分に果たしてきているところである。

主な事業の実績（平成15年度）

* 在宅介護支援センター業務実態調査報告書より

総合相談	1,000件以下	2,000件以下	3,000件以上	平均
* 地域型のみ	51.7%	30.9%	13.4%	1,545件

その内容としては、介護保険に関する相談、介護サービスへの苦情が中心であるが、高齢者虐待への相談も多くなっている。

その他、以下のような事業への取り組みも積極的に行っている。

* 地域型のみ	実施状況
実態把握	96.5%
介護予防プラン	74.1%
福祉用具展示等	86.2%
地域ケア会議の開催	84.0%
介護予防・地域支えあい事業	80.7%

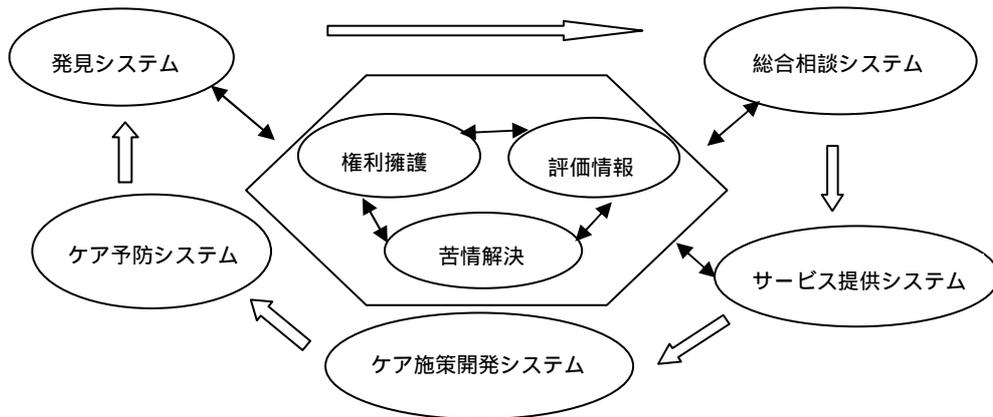
【これからの在宅介護支援センターの在り方検討委員会】

全国在宅介護支援センター協議会は平成15年の3月に介護保険施行後の状況に照らし在宅介護支援センターをめぐる課題を整理し、その解決にむけて「在宅介護支援センターの在り方検討委員会」の設置を行った。

平成15年5月26日には「中間報告」をまとめ、在宅介護支援センターは市町村行政の代替機能を担い、公益性を有していることを確認し、居宅介護支援事業者への指導・支援、介護予防サービスのコーディネーション、要援護高齢者の発見と支援・保護の3つの主たる課題について、その解決を図るべく役割を果たすよう提言を行っている。

その具体的な方法として、高齢者を地域の中で総合的に支える地域ケアシステムの仕組みをとって、在宅介護支援センターは次のような8つのシステムについて、地域ケアを総合的に展開する諸活動をおこなっていくことを提案している。

地域ケアの8つのシステム



総合相談システム

要介護の高齢者に限定することなく、広く生活問題を有している高齢者に対しても積極的に相談援助を行い、サービス調整を実施する。

サービス提供システム

地域内の機関・団体間での日常の連絡調整を行い、サービスが円滑に提供できるよう仕組みを作る。

ケア施策開発システム

関係者が集まるカンファレンスを開催し、地域に必要な資源開発を働きかける。

ケア予防システム

高齢者がケアを必要とする状態にならないよう予防事業を実施する。

発見システム

ケアを必要とする高齢者を地域や病院で発見し、適切なサービスにつなげる。

権利擁護

虐待や介護放棄など人権が侵害されていたり、そのおそれがある高齢者を発見し、関係機関へ結びつける

評価情報

高齢者にサービス評価情報を提供することで、自己選択を援助する。

苦情解決

介護サービスだけでなく、各種商品について、消費者として高齢者の苦情を積極的に受付、その解決機関へ結びつける。

その後、平成 16 年 4 月 23 日に「これからの在宅介護支援センターのあり方に関する検討委員会」の最終報告書をまとめ、介護支援センターの機能強化について以下の 3 つの提言をおこなった。それらは、実態把握、総合相談支援、介護予防マネジメントである。これらの機能を最重点課題として強化を図り、具体的な取り組みとして実効あるものとして進めて行くべきであるとしている。この 3 つの機能を受け創設されたのが地域包括支援センターといえることから、地域包括支援センター業務を在宅介護支援センターが十分受け皿になりうることを示唆している。

【在宅介護支援センター事業推進マニュアル】

平成 16 年の秋には、4 月に「これからの在宅介護支援センターのあり方に関する検討委員会」で提示された 3 つの介護支援センターの機能強化に向け、より一層の推進を図りレベルアップを目指すよう「在宅介護支援センター事業推進マニュアル」を作成している。

このマニュアルは、公益性や専門性を期待されている在宅介護支援センターが自らの事業を推進する中で、業務の自己点検・自己評価を行い、その水準を上げることを目的とし、質の向上を図りながら地域住民に対する生活支援の拠点として、住民からの信頼を得るものである。そのため、市町村から在宅介護支援センターを受託するにあたって、両者間での委託契約過程での 3 つの業務のレベルアップを図ることを提案したものである。

また在宅介護支援センターが自ら持つ専門能力や実施能力を市町村に示す客観的な活動指標としても活用できるものである。

【地域ケア会議運営研究モデル事業】

「地域ケア会議」の必要性や有効性を明らかにする試みとして、16 年にはモデル事業を実施し、その運営における問題点、課題の整理等を行った。その結果、地域型支援センターが地域ケア会議を適切に推進することで、介護予防プラン・介護予防マネジメント、サービス担当者会議との連携、ケアマネジャー支援、地域のインフォーマル機能の強化、行政との連携、ネットワークづくりなどの課題に対して、的確に伝えていけることが明らかになった。

このように、全国の在宅介護支援センターは制度発足から現在に至るまで「保健・医療・福祉の連携」を旗印に、様々な取り組みや実践活動を通じて地域とともに歩み、地域の高齢者を中心に地域ケアの担い手として十分貢献してきたものと自負するものである。

言い換えれば「地域包括支援センター」構想の実施に当たって「在宅介護支援センター」は、これまでの実績と経験から十分その期待に応える専門的知識と実施能力を備えていると言っても過言ではない。同時に今日まで積み上げてきた在宅介護支援センターの実績をいかに維持・強化していくかが求められている。

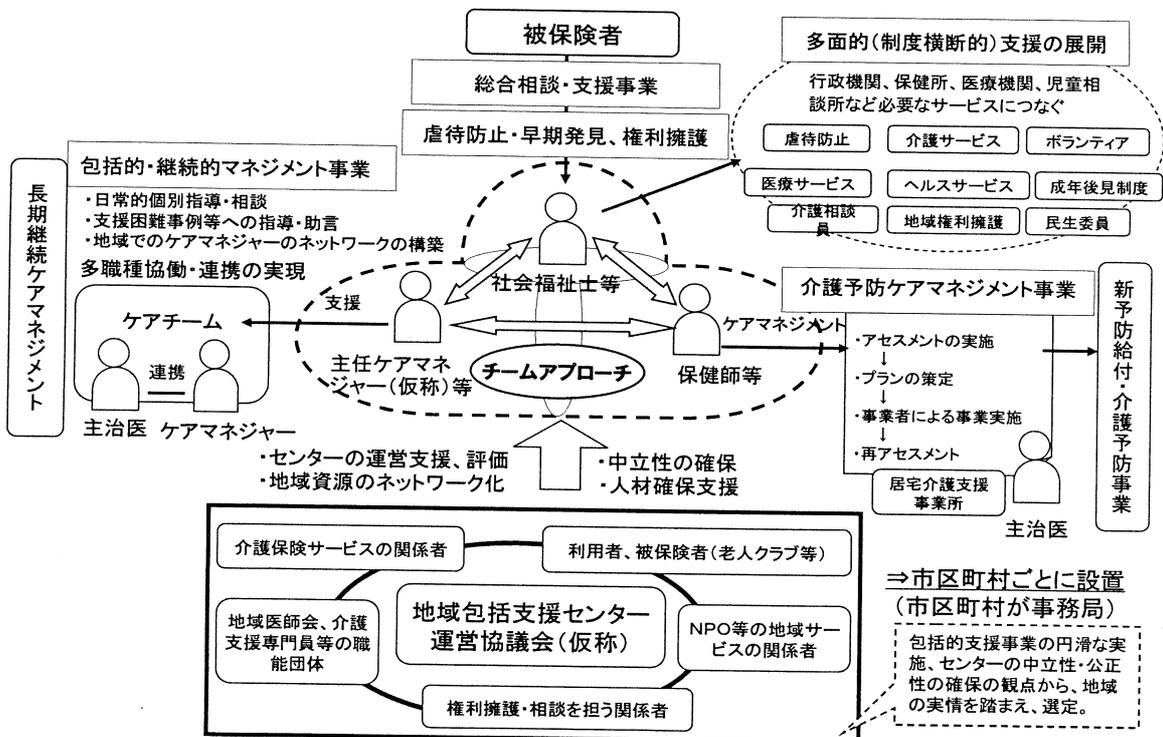
地域包括支援センターとは

1. 地域包括支援センターの全体像

「地域ケア」を展開していく重要な柱として公正・中立な立場から被保険者に対して 総合相談事業、虐待防止、早期発見等の権利擁護事業、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントを担う中核機関として創設された「地域包括支援センター」は以下のような多様な人材と機能を持ち、地域支援の総合的な役割を果たすとされている。

また、その設置・運営に関しては中立性の確保、人材確保の観点から、「地域包括支援センター運営協議会」が関わることとされている。

地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ



社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャー等の3職種連携のチームアプローチにより、利用者一人一人に係るケアマネジメントの継続的及び重層的な支援と自立の支援に向けた取り組み（トータル・ケアマネジメント）を行う。

2. 地域包括支援センターの設置等について

これまで国が全国担当課長会議等の資料で示している「地域包括支援センター」に関するQ & A をもとに、地域包括支援センターの設置や運営等に関する項目を整理すると以下のようになる。

(1) 設置者

内 容	備 考
<p>市町村又は地域支援事業（包括的支援事業）の実施を市町村から委託を受けたものが設置する</p> <p>委託先：在宅介護支援センターの運営主体、社会福祉法人や医療法人等のほか、新たな法人（NPO・公益）の受託も可（ただし運営協議会に参加する団体等）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・国は詳細な設置基準は示さない ・地域の実情に応じて弾力的に対応 <p>委託を受けることができるものの範囲は厚生労働省令で要件を定める</p> <p>地域の団体などが共同でNPO法人を設立して受託することが可能</p>

ポイント：委託を検討する場合は、市町村の方針が直営か否かの情報収集が重要。

(2) 職員体制

内 容	備 考
<p>地域支援事業及び指定介護予防事業実施のために必要な人員体制で（専門職の配置）であること</p> <p>3分野に大別される包括的支援事業ごとに最低1人の専門職員を配置する（基本的には各1名が標準配置）*従事者予定の職員に対して研修を行う予定</p> <p>社会福祉士等 地域支援の総合相談</p> <p>（経過措置：福祉事務所現業経験が5年以上又は介護支援専門員3年以上で、総合援助業務3年以上）</p> <p>保健師、または経験のある看護師等（地域ケア・地域保健の経験者） 介護予防マネジメント</p> <p>主任介護支援専門員等 包括的・継続的ケアマネジメント</p> <p>（経過措置：ケアマネジメントリーダー研修修了者で実務経験のあるもの）</p> <p>*経過措置は「当分の間とし、期限を定めない」</p>	<p>小規模町村が単独設置する場合は、業務量を勘案し、一部の兼務はやむを得ない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大規模な地域包括支援センターの場合、各専門職の複数配置の場合は、兼務または非常勤等でも可 <p>「経験のある」とは、地域ケア、地域保健の経験であって、病棟経験等の医療分野の経験ではない</p> <p>主任介護支援専門員は、制度改正で創設される資格であり、18年度以降でないとい有資格者はいない</p>

ポイント：人材確保の実情等も踏まえ、それぞれの専門職に経過措置が講じられている。

15,000 人以下の小規模自治体については、次のような配置基準が基本的な考え方として示されている。

地域包括支援センターの人員配置基準の基本的考え方（案）

平成 17 年 6 月 27 日 全国介護保険担当課長会議資料

○市町村(保険者)は、日常生活圏域、専門職員の確保の状況、委託できる法人の状況を勘案し、当該市町村の区域を、それぞれの地域包括支援センターに担当させる区域に区域割りをすることになるが、職員配置に関しては以下の基準を目安としていただきたい。

		保健師等	社会福祉士等	主任ケアマネ等
I	1号被保険者数 3,000～6,000 人	1	1	1
	推計人口 15,000～30,000 人			
	介護予防事業対象者 150～300 人			

(注) 推計人口は、高齢化率が一律 20%とした場合を想定して推計したもの。

市町村合併等により、地理的な制約等から、の基準を満たす地域包括支援センターを設置することが困難な区域が生じる市町村については、下に示す小規模町村に係る基準を、例外的に適用しても差し支えないものとする。

1号被保険者数が 3,000 人(人口 15,000 人程度を想定)を下回る町村にあつては、いくつかの市町村が共同して、の基準を満たす地域包括支援センターを設置することを原則としつつ、
単独で設置する場合には、地域包括支援センターの業務に支障が生じない範囲において、の配置基準を満たさなくてもよい取り扱い(下表 ~)とする。

		保健師等	社会福祉士等	主任ケアマネ等
II	1号被保険者 2,000～3,000 人	1	1	
	推計人口 10,000～15,000 人			
	介護予防事業対象者 100～150 人			
		保健師等	社会福祉士等	主任ケアマネ等
III	1号被保険者 1,000～2,000 人	2 *うち1人は他の業務との兼務又は非常勤で可		
	推計人口 5,000～10,000 人			
	介護予防事業対象者 50～100 人			
		保健師等	社会福祉士等	主任ケアマネ等
IV	1号被保険者 ~1,000 人	1～2 *いずれも他の業務との兼務又は非常勤で可		
	推計人口 ~5,000 人			
	介護予防事業対象者 ~50 人			

(3) 事業(基本機能)

内 容	備 考
<p>地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、地域支援事業のうち包括的支援事業を実施する</p> <p>* 中立・公正な運営の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 運営協議会が運営の中立性・公平性をチェックする ・ 指定介護予防支援事業を行うため、指定介護予防サービス事業者を兼ねることは「サービス提供とマネジメントの分離の観点から、原則として適当でない」 <p>介護予防事業のマネジメント 介護保険外のサービスを含む、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援 支援困難ケースへの対応などケアマネジャーへの支援 被保険者に対する虐待の防止、早期発見等の権利擁護事業</p> <p>< 機能分割の不可 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 4 事業の分割委託は出来ない ・ 一部のみの委託は認められない <p>(地域包括ケアをワンストップで行う拠点としての地域包括支援センターの創設趣旨を損なう)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の実情(介護予防サービス事業者の確保状況等)を踏まえ、中立性・公平性の担保について一定の措置を講じること等を前提に運営協議会が了承すれば、介護予防サービス事業者を兼ねることも認められる <p>保健師や地域医療に経験のある看護師等が担当する 社会福祉士等が担当する</p> <p>主任ケアマネジャー等が担当する</p> <p>任意事業から必須事業へ修正</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターが4つの包括的支援事業に一体的に取り組むことを前提に、住民の利便性を考慮し、地域住民から相談を受け、集約した上で地域包括支援センターにつなぐための「窓口」機能を持つ場を設けることは可能 ・ センターと同一法人が設置する必要はない(ランチの設置も可能)

ポイント：公正・中立な運営の確保で運営協議会がチェック機能を果たすなら、これまで在宅介護支援センターの委託を受けているところでは十分受託ができる。

(4) 設置か所数・圏域

内 容	備 考
<p>人口規模、業務量、運営財源や専門職の人材確保の状況、地域における保健福祉圏（生活圏域）との整合性に配慮し、最も効率的に機能が発揮できるように、市町村において弾力的に考える。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目安 人口2万～3万人に一か所 全国規模で5～6,000か所 <p><地域の実情に合った弾力的な対応の例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・小規模保険者の場合、複数市町村が共同して設置することも可能（ただし、運営協議会も共同設置） ・複数設置保険者の場合、住宅密集地など都市部では一か所あたりの人員体制を強化し、担当圏域を大きくすることも可能（か所数を少なく設置） ・規模の大きなセンターを少数設置し、全圏域をカバーする体制をつくり、まず新予防給付を実施し、軌道に乗った後でセンターを細分化する方法も可能 	<p>・「生活圏」とは必ずしも一致しなくてもよく、弾力的な対応ができる</p> <p><設置期限></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施行は原則として18年4月から ・19年度末までの間の条例で定めるまでは施行を延期することが可能 <p>・新予防給付の施行は保険者単位であるので、保険者圏域を分割して、段階的に施行することはできない</p>

ポイント：市町村により地域の事情が異なるので、日常生活圏の数で設置数が決まるわけではない。10万人規模の市でも4～5か所設置ではなく、大規模センター1か所というケースも考えられる。

(5) 運営財源

内 容	備 考
<p>地域支援事業交付金（全体の財源規模は介護保険給付費の3%を目途）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包括的支援事業は1号被保険者18%、公費として国41%、都道府県20.5%、市町村20.5% <p>指定介護予防支援事業者としての報酬 新予防給付にかかる介護予防サービス計画費（介護報酬）</p> <p>1号被保険者18%、2号被保険者32%、公費として国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・政令でそれぞれの事業について財政規模上限を定める ・包括的支援事業は人件費補助でなく事業実施にかかる経費として事業実績に応じて支弁される ・指定予防介護支援事業を行う場合は、市町村の指定を受ける必要がある ・ケアプランの原案作成を既存の居宅介護支援事業者に委託することができるため、収入介護報酬の中から、当該委託経費の支払いを行うので、全額がセンターの収入とならない

ポイント：全体の財源規模は介護保険給付費の3%を目途とし、それぞれ1.5%が目途となる。介護予防サービス計画費の額及び算定条件は介護給付費分科会の審議事項であるので未定。

(6) 運営協議会

内 容	備 考
<p>< 構成組織 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域のサービス事業者、関係団体（医師、介護支援専門員等の職能団体） ・ 利用者、被保険者（1号、2号）の立場を代表する者 ・ 介護保険以外の地域資源や地域における権利擁護・相談事業等の関係者（ボランティア団体等） ・ その他、地域の実情を踏まえて選定してもよい <p>< 機能 ></p> <p>ア. 地域包括支援センターの設置にかかること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 設置者の選定・変更 ・ 設置者が同時に新予防給付サービス提供事業者となる場合や居宅介護支援事業者となる場合の承認 <p>イ. 運営に対する評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的に運営状況の報告を求める ・ 業務の再委託を行う場合の承認 <p>ウ. 地域における多機関ネットワーク</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域資源の開発、ネットワーク化などの <p>エ. 職員のローテーションや人材の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職の確保 ・ 運営協議会構成メンバーから派遣に関する事項 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者（市町村）ごとに設置（市町村は協議会を主催し、その運営にあたる事務局の役割を担う） ・ 複数の地域包括支援センターを設置する市町村の場合でも、1か所の設置でよい ・ 複数の市町村で地域包括支援センターを共同設置する場合は、運営協議会も共同設置する ・ 地域包括支援センターを18年4月から稼働させる場合は、17年度中の設置が必要（準備委員会づけで可能） ・ 省令で地域包括運営協議会の設置及び運営に関することを規定する（条例で規定する必要はない） ・ 運営財源は地域支援事業費のなかで賄う

ポイント：受託可能性のある利害関係者を含む構成メンバーをどのように選定するのかに課題がある。

地域包括支援センターの設置パターン

1. 人口規模による設置パターン

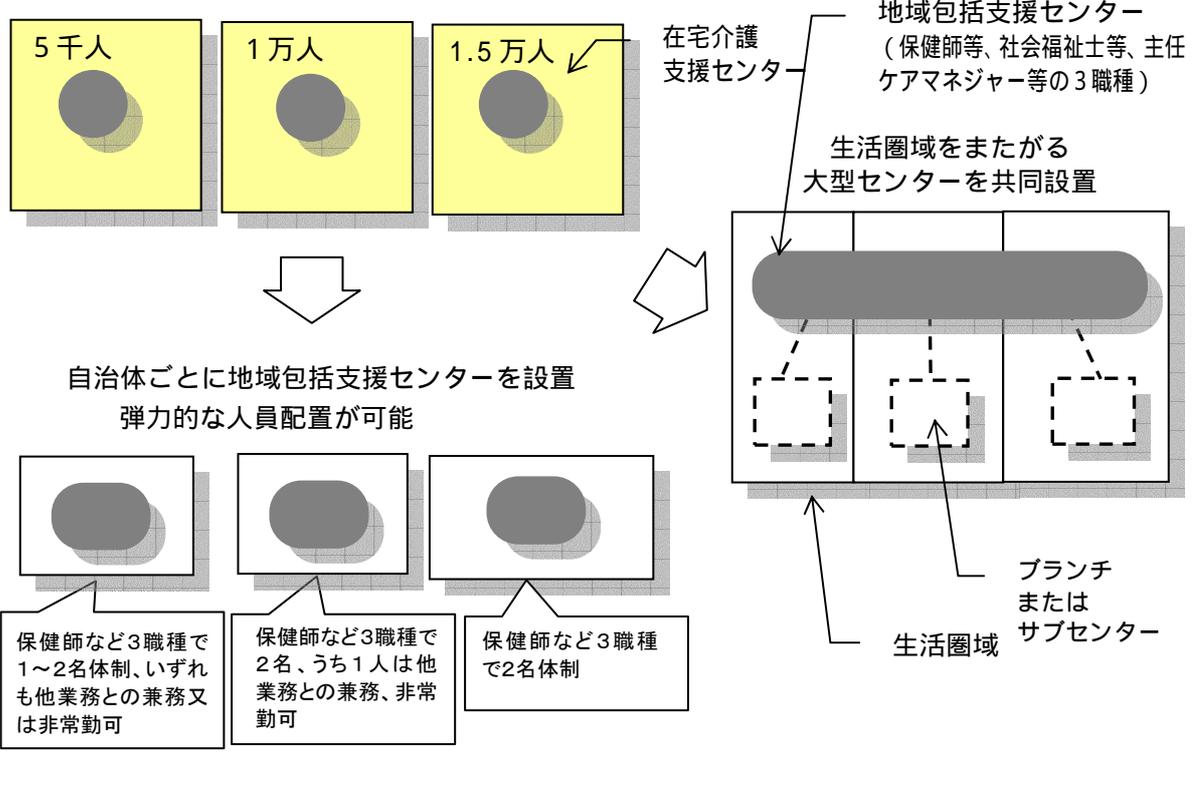
平成 17 年 5 月に全国在宅介護支援センター協議会が、44 都道府県在宅介護支援センター協議会へおこなった地域包括支援センターの設置運営方針についての緊急アンケート結果によると、都道府県の方針を市町村に既に伝えたところは 20 都府県であった。2 県では地域包括支援センターは市町村直営、また 2 県などは直営が望ましいが、委託、直営は地域の事情によるという方針を出している。その他の都道府県では、市町村に任せるとあり、具体的な方針を打ち出していない都道府県もある。

また、その地域包括支援センターの設置パターンも小規模自治体共同設置型（人口 2 ～ 3 万人）、小規模自治体型（人口 5 万人）、中規模自治体型（人口 10 万人）によりそれぞれの自治体の考え方に応じて大型センター単独設置や複数設置、生活圏域ごとにセンター + ブランチの設置など異なる。



* 大規模自治体(30 万人～)はパターンCがいくつか組み合わせられると考える

パターンA：小規模自治体共同設置型（3万人）



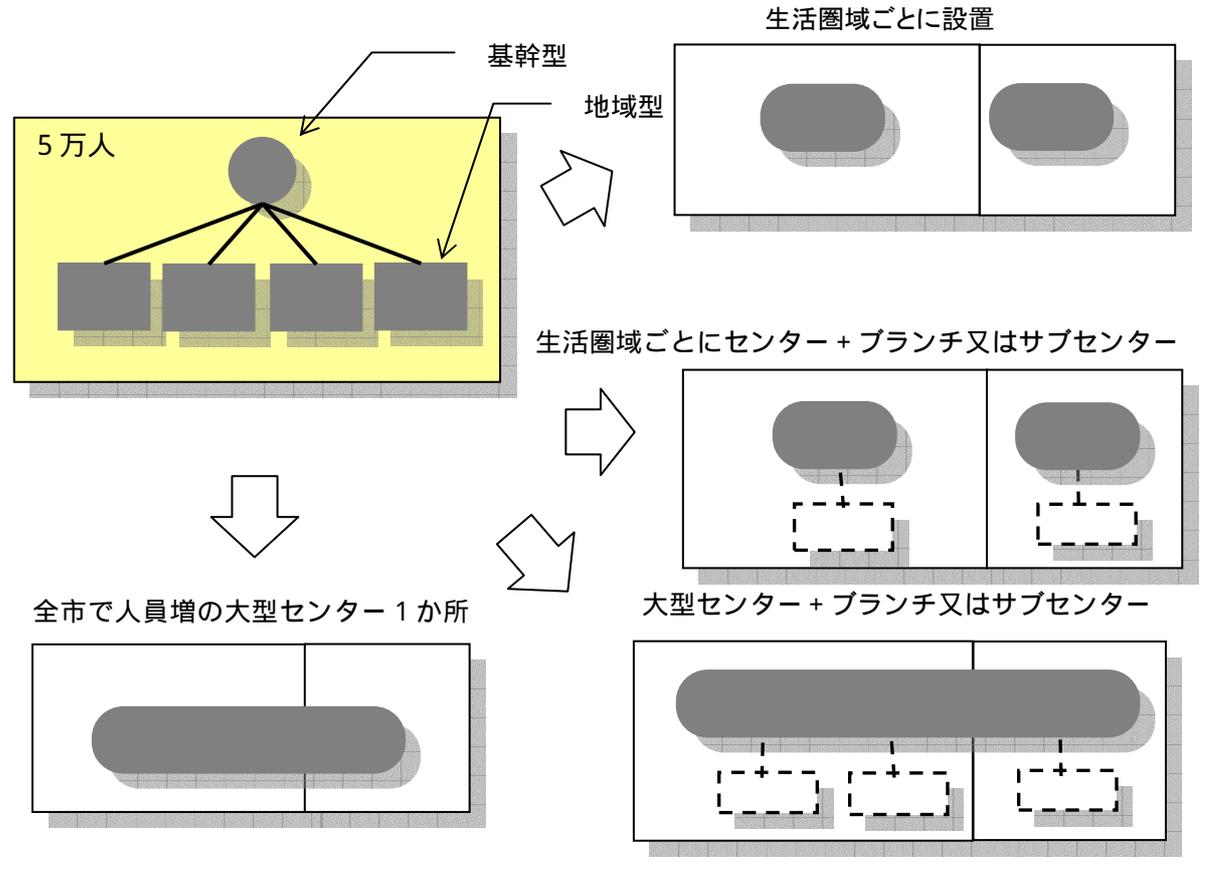
介護予防事業対象者

人口	30,000人	メリット
高齢者人口(20%)	6,000人	小規模自治体の共同設置では、 ・人員、財源等の集中投資が可能 ・専門職を確保しやすい
対象者(5%)	300人	

検討事項

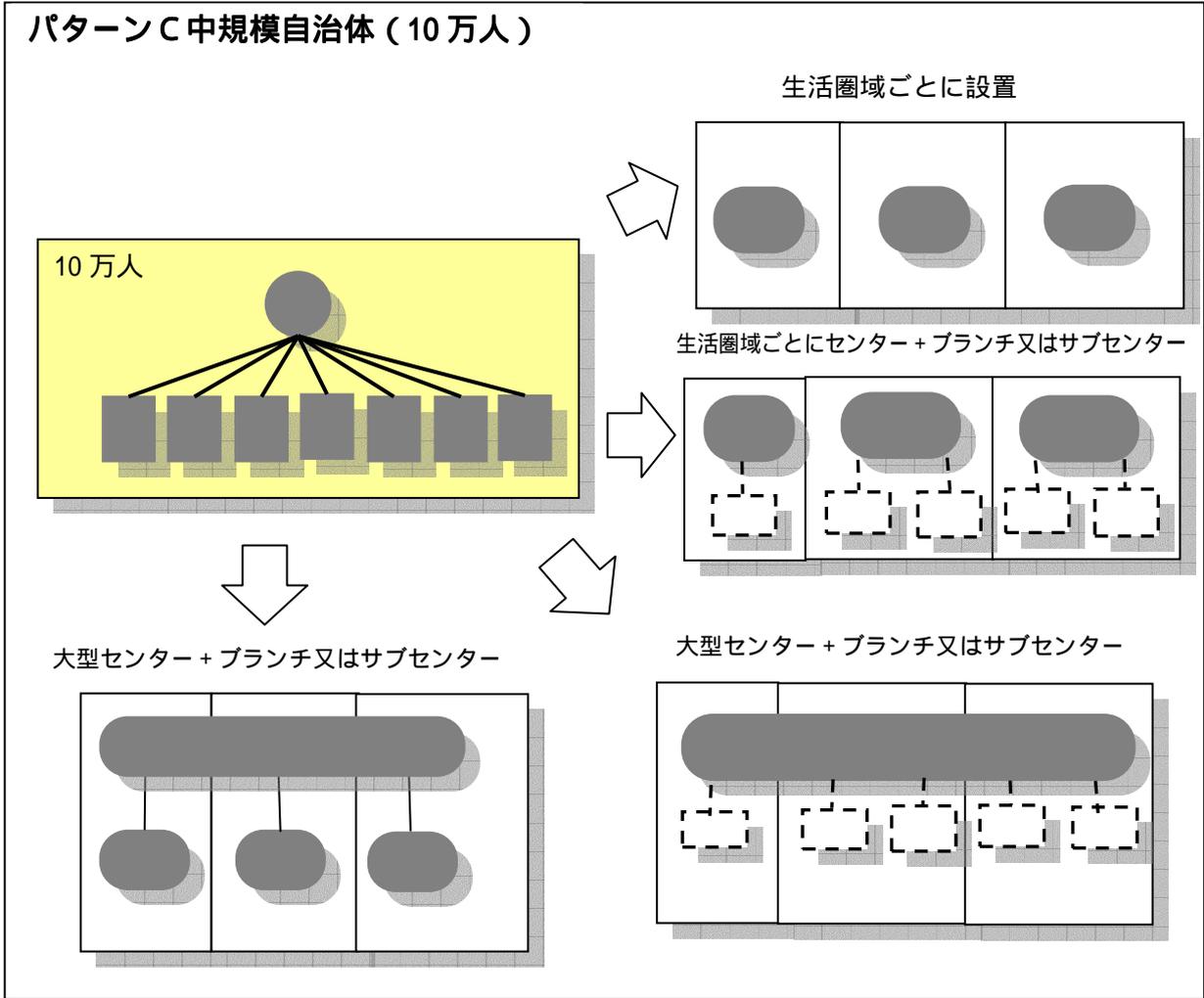
- ・ 合同での対象者が300人程度の場合、専門職の増員等で3つ以上の生活圏域をカバーできるか
- ・ 小規模自治体の共同設置では、1か所をどこに置くのか
- ・ 細かい対応のために、それぞれの自治体で「窓口」(ランチまたはサブセンター)が必要となる
- ・ または自治体ごとに人員配置が少なくても済む小規模の地域包括支援センターの設置も可能

パターンB：小規模自治体（5万人）



介護予防事業対象者

人口	50,000 人	メリット
高齢者人口(20%)	10,000 人	・大型センターとブランチ又はサブセンターだと、今までの機能を活かせる、きめ細かい対応が可能となる ・専門職の確保もしやすい
対象者(5%)	500 人	
検討事項		
・対象者が 500 人～の場合、専門職を増員した大型センター1か所でカバーできるか ・生活圏域の窓口(ブランチまたはサブセンター)も必要では ・または圏域ごとに地域包括支援センターの設置も可能		



介護予防事業対象者

人口	100,000 人	メリット
高齢者人口(20%)	20,000 人	<ul style="list-style-type: none"> ・圏域ごとの本センターとサブセンターまたはブランチだと、地域ごとに今までの「在宅介護支援センター」の機能を活かせ、きめ細かい対応が可能となる ・今までの連携体制が維持できる
対象者(5%)	1,000 人	
検討事項		
<ul style="list-style-type: none"> ・サブセンター1か所の人員配置が柔軟にできるか ・サブセンターの安定的な運営財源が重要 ・地域のブランチの財源確保をどうするか 		

* 人口が30万人以上の自治体の場合は、30万人ならばこの10万人のパターンを3倍に、60万人ならば6倍にこのCパターンを組み合わせる。

* パターンCのように生活圏域ごとに数か所の地域包括支援センターとそのそれぞれに数か所のブランチを設け、ネットワーク化の方が地域包括支援センターのみの複数展開を考えるより総費用も安く、今までの在宅介護支援センターの機能を活かすことができる可能性が高い。

	メリット
◆地域包括支援センターのみ	<ul style="list-style-type: none"> ・センターの機能が多機能に充実し、数多くの多様な相談等に対応しやすい ・情報が集積しやすい ・専門職の確保がしやすい
<検討すべき課題> 市町村の直営の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間365日体制をどう確保するか ・高コスト体質をどうするか
民間委託の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職の確保をどうするか

	メリット
◆地域包括支援センターとブランチ又はサブセンター	<ul style="list-style-type: none"> ・効率的にネットワークが機能する ・これまでのデータやノウハウなど蓄積された「財産」が活かせる ・身近なところで住民がアクセスしやすい ・高齢者の実態把握がしやすい ・ケアの継続性が確保できる ・地震等の災害時の個別対応がしやすい ・地域の社会資源が活かしやすい ・将来に向け児童、障害者への機能強化がしやすい ・ワンストップサービスができる
<検討すべき課題>	<ul style="list-style-type: none"> ・運営協議会での選択方法をどうするか ・専門職の確保をどうするか ・プライバシー保護の観点から利用者の情報をいかに管理していくか

地域支援事業への在宅介護支援センターの選択肢

1. 地域包括支援センターを選択するための要件

平成 17 年 8 月 5 日に開催された「全国介護保険担当課長会議資料」の p14 には、

地域包括支援センターの運営については、公正・中立を確保する観点から、市町村の責任を明確化した上で、地域に根ざした活動を行っている在宅介護支援センターの活用も含め、地域の実情に応じた弾力的な設置形態を認める。

と記載されている。

在宅介護支援センターが地域包括支援センターへ名乗りを上げる場合、各市町村の生活圏域の設定数や設置パターンによっても異なるが、次のような点を強く打ち出し、市町村との協議に臨むことが望ましいと思われる。

これまでの在宅介護支援センターが活動を通じて培ってきた実態把握や相談事業によるノウハウなどの活動実績やそのデータなどの「財産」を活用できる。

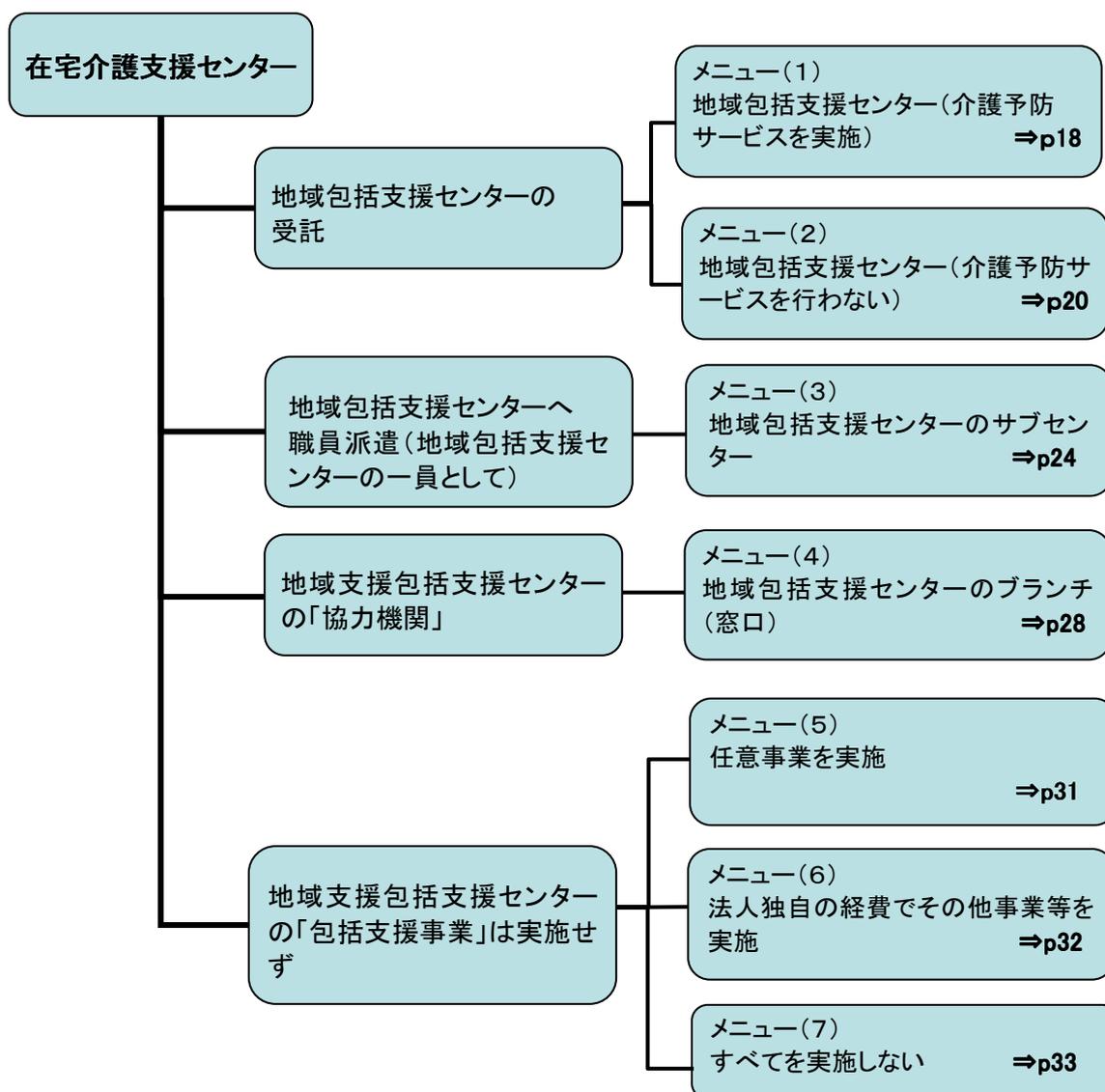
平成 2 年から今日まで機能してきた地域支援の仕組みを放棄することなく、これまでの仕組みを活かし、地域の中核拠点としての役割を果たせる。

さらには「これからの在宅介護支援センターのあり方」に関する検討委員会報告や「在宅介護支援センター事業推進マニュアル」の作成、「地域ケア会議運営研究モデル事業」の実施など常に自らが研鑽を行い、個々の在宅介護支援センターは質の向上に努めている。

このようにいままでの実績や将来の可能性を材料に人員体制、運営方法など現在の在宅介護支援センターを活かすことがいかに地域住民にとってプラスになり、地域ケアの充実を図る力を備えているかを提案すべきである。さらに、在宅介護支援センターは自らの実績を整理し、「地域ケアの展開」や「地域住民の中核拠点」として努力次第で十分やれるという自負とともに「存在価値」を示す必要がある。

2. 在宅介護支援センターの選択メニュー

設置パターンによっても異なるが現状において在宅介護支援センターが「地域包括支援センター」に名乗りを上げるか、ブランチとして「在宅介護支援センター」の存続をとるか、その可能性のあるいくつかのメニューを示し、そのメリットおよび検討を要する課題を見ると後述のようになる。



なお、メニュー1からメニュー7は、独立しているだけでなく、ひとつの法人がミックスして実施することも可能である。例えば、メニュー2とメニュー5あるいはメニュー3とメニュー6など様々な組み合わせが考えられる。

1. 新たな体制への転換(積極的な方向) ⇒ メニュー(1)または(2)
2. 従来機能の継続(選択的なメニュー) ⇒ メニュー(3)、(4)
3. 従来機能の放棄(やや消極的な方法) ⇒ メニュー(5)、(6)、(7)

※「窓口」には事業費補助方式が原則で人件費補助はない。また、協力費的な予算付けが検討されている。

「窓口」をどう扱うかについては概算予算要求時に明確化される

メニュー(1)地域包括支援センターを受けた場合(介護予防サービスを実施)

存在価値	従来、在宅介護支援センターが行ってきた機能が継承され、今まで以上に地域住民への生活面全体をカバーする総合的支援機能をもつ中核施設として重要な役割を担う	
受託するための前提条件		
<p>介護予防サービス実施のために地域包括支援センター運営協議会の承認が必要</p> <p>今まで培ってきた相談を中心とした実態把握のデータ、困難事例などのノウハウをどう残すのか。地域課題への対応、地域ケア会議等の開催など実績をどう評価してもらうか</p> <p>必置が決められている3種の専門職の職員をどう確保するか</p> <p>公正・中立をどう確保するか(どう説明するか)</p> <p>基本事業を十分こなせるだけの力があるか</p> <p>機能が多様であり、専門職3人で多くの利用者を見ることができるか</p>		
	メリット	検討を要する課題
地域住民	<ul style="list-style-type: none"> ・多様な専門職や機能を活用することにより、高度化する住民ニーズに対してワンストップサービスが提供できる ・地域の社会資源を組み合わせ易く、総合的な支援が受けやすくなる ・制度改革後も、従来通りのケアの継続性が保たれる ・これまでのように24時間、いつでも相談できる ・いままで障害者や児童などに取り組んできた場合には、多くの人々が利用できる 	
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・いままでの整備等の取り組みが無駄にならない ・これまでの24時間365日の体制が確保できる ・直営に比べて人件費などのコストが安く、委託費の軽減が期待できる ・従来から、障害者や児童などに対応していた場合、今後の地域包括支援センターの将来展望が期待できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・公正、中立を担保する方法を検討する ・委託先の選択(評価)が難しく、「在宅介護支援センター事業推進マニュアル」等を参考にする

〔メニュー（１）続き〕

<p>在宅介護支援センター</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・同一法人で行っている居宅介護予防事業等ができる ・24時間365日の対応やこれまでに培ってきたデータやノウハウが活かせる ・住民の実態把握などを活かし、ケアの継続性が確保できる ・いままでから実態把握しているので、災害時など対象者把握が十分にできる ・安定的な財源が確保できる ・他の福祉サービス等との組み合わせがしやすい ・市町村から任意事業を受託可能で、総合的な対応ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャー等を指導する力を持つよう努力する ・プライバシー保護を確保しなければならない ・専門職の確保に努める ・中立、公正をどう形でしめすか ・地域包括運営協議会へ中立、公正の説明責任を果たす
-------------------	--	--

メニュー（２）地域包括支援センターを受けた場合（介護予防サービスを行わない）

	従来、在宅介護支援センターが行ってきた機能が継承され、今まで以上に地域住民への生活面全体をカバーする総合的支援機能をもつ中核施設として重要な役割を担う	
受託するための前提条件		
<p>今まで培ってきた相談を中心とした実態把握のデータ、困難事例などのノウハウをどう残すのか。地域課題への対応、地域ケア会議等の開催など実績をどう評価してもらうか</p> <p>必置が決められている３種の専門職の職員をどう確保するか</p> <p>公正・中立をどう確保するか（どう説明するか）</p> <p>基本事業を十分こなせるだけの力があるか</p> <p>機能が多様であり、専門職３人で多くの利用者を見ることができるか</p>		
	メリット	検討を要する課題
地域住民	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多様な専門職や機能を活用することにより、高度化する住民ニーズに対してワンストップサービスが提供できる ・ 地域の社会資源を組み合わせ易く、総合的な支援が受けやすくなる ・ 制度改革後も、従来通りのケアの継続性が保たれる ・ これまでのように 24 時間、いつでも相談できる ・ いままで障害者や児童などに取り組んできた場合には、多くの人々が利用できる 	
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ いままでの整備等の取り組みが無駄にならない ・ これまでの 24 時間 365 日の体制が確保できる ・ 直営に比べて人件費などのコストが安く、委託費の軽減が期待できる ・ 従来から、障害者や児童などに対応していた場合、今後の地域包括支援センターの将来展望が期待できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委託先の選択（評価）が難しく、「在宅介護支援センター事業推進マニュアル」等を参考にする

[メニュー(2) 続き]

<p>在宅介護支援センター</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24 時間 365 日の対応やこれまでに培ってきたデータやノウハウが活かせる ・ 住民の実態把握などを活かし、ケアの継続性が確保できる ・ いままで実態把握しているので、災害時など対象者把握が十分にできる ・ 安定的な財源が確保できる ・ 他の福祉サービスとの組み合わせがしやすい ・ 市町村から任意事業を受託可能で、総合的な対応ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャー等を指導する力を持つよう努力する ・ プライバシー保護を確保しなければならない ・ 専門職の確保に努める
-------------------	--	---

事業費の算出根拠

* 計算式 3期(平成18~20年度)の介護給付費見込みは、給付の重点化・効率化を図る場合(ケース) 6.5兆円と見込まれている。(全国担当課長会議資料 H16.11.10)
 人口推計では、平成18年度の中位推計は12,774万人と推計されている。
 それをもとに給付費 = 人口1万人当たり約5億円と設定する(6.5兆円 ÷ 12800万人)
 ・ 3万人の場合 = 給付費15億円 × 地域包括支援事業費3% = 4,500万円

() 地域包括支援センターの運営費概算 = 1か所 2,000万円

人件費：社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャー等をそれぞれ年額500万円とする。
 専門3職種の人件費 × 500万円/年 + 経費500万円(事務方人件費等も含む)と設定している。
 人員増の場合は専門職が手厚く配置されることで3,000~4,000万円と設定。

<例1>メニュー(1)(2)の場合の事業費見込み 地域包括支援センターのみ

人口3万人の場合		
介護保険給付費推計	15億円	5億円/万人 × 3万人
地域支援事業費(保険給付費の3%)	4,500万円	
うち包括支援センター事業費(1.5%)	2,250万円	
地域包括支援センター 1か所(※)	2,000万円	3職種:人件費各500万円+経費
ブランチ 0か所	—	

* 地域包括支援センター1か所の場合、やや規模を大きく3職種増員が検討できる。

<例2>メニュー(1)(2)の場合の事業費見込み 地域包括支援センターのみ

人口5万人の場合		
介護保険給付費推計	25億円	5億円/万人 × 5万人
地域支援事業費(保険給付費の3%)	7,500万円	
うち包括支援センター事業費(1.5%)	3,750万円	
地域包括支援センター 2か所(※)	4,000万円	3職種:人件費各500万円+経費
ブランチ 0か所	—	

* 地域包括支援センターの弾力的な人員配置では2か所の設置も可

<例3>メニュー(1)(2)の場合の事業費見込み

地域包括支援センターのみ

人口 10 万人の場合		
介護保険給付費推計	50 億円	5億円/万人×10 万人
地域支援事業費(保険給付費の3%)	1億 5,000 万円	
うち包括支援センター事業費(1.5%)	7,500 万円	
地域包括支援センター3か所 (※)	6,000 万円	3職種:人件費各 500 万円+経費
ブランチ 0 か所	—	

* 地域包括支援センターの弾力的な人員配置では4か所の設置も可

<例4>メニュー(1)(2)の場合の事業費見込み

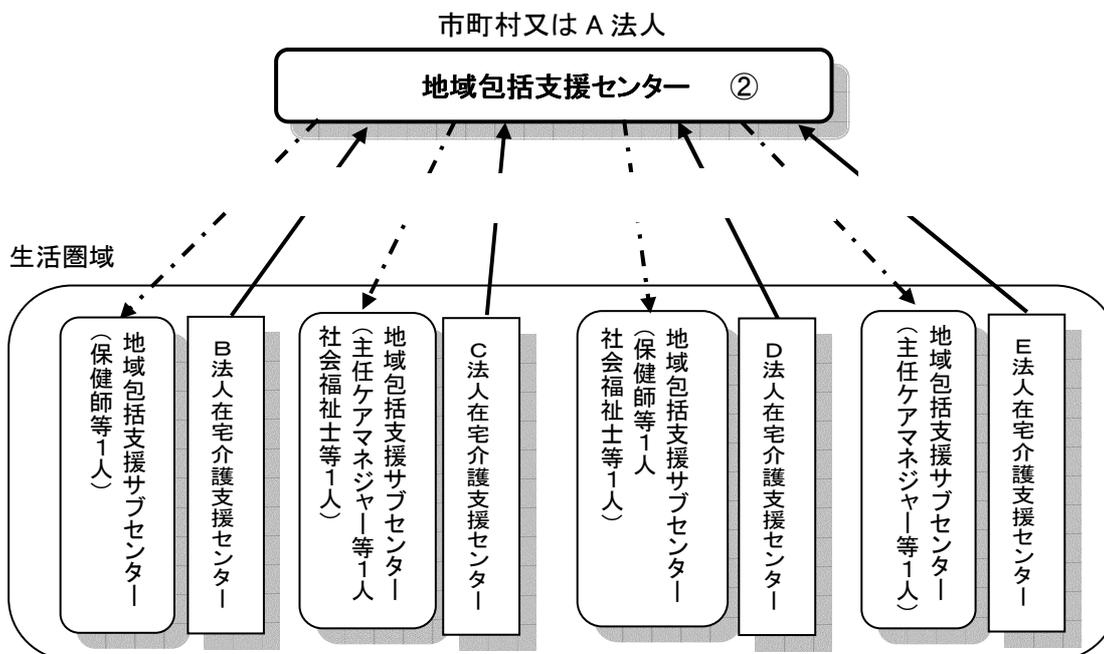
地域包括支援センターのみ

人口 30 万人の場合		
介護保険給付費推計	150 億円	5億円/万人×30 万人
地域支援事業費(保険給付費の3%)	4億 5,000 万円	
うち包括支援センター事業費(1.5%)	2 億 2,500 万円	
地域包括支援センター 11 か所(※)	2 億 2000 万円	3職種:人件費各 500 万円+経費
ブランチ 0 か所	—	

* 圏域によっては人員増の大型センター数か所と基本型センターの組み合わせが可能

メニュー(3)地域包括支援センターへ職員派遣(本センターとサブセンター)

在宅介護支援センターから地域包括支援センターへ職員を派遣し、本体の地域包括支援センターのサブセンターとして機能することが考えられるが、これは以下の図のようになる。



- ① 各生活圏域の在介センターから現職を地域包括支援センターへ派遣
- ② 地域包括支援センターの専門職となる
- ③ 地域包括支援センターの一員として派遣

* サブセンターの人員配置は、生活圏域等の状況により、3職種の兼務、非常勤などその組み合わせは多様であり、個々の生活圏域でサブセンターがどのような業務を実施するかを市町村等が決定することによって、人員、職種が決定される。

存在価値	従来、在宅介護支援センターのやってきた機能を継承しつつ、地域包括支援センターの一員として、地域住民への生活面全体をカバーする総合的支援機能をもつ中核施設として重要な役割を担う
受託するための前提条件	
在宅介護支援センターを運営する法人から離れて、地域包括支援本センターの職員となる 公正・中立をどう確保するか(どう説明するか) サブセンターで基本事業を十分こなせるだけの力があるか 専門職の柔軟な配置を実施できるのか	

	メリット	検討を要する課題
地域住民	<ul style="list-style-type: none"> ・いままで通りアクセスしやすい ・多様な専門職や機能を活用することにより、高度化する住民ニーズに対してワンストップサービスが提供できる ・地域の社会資源を組み合わせ易く、総合的な支援が受けやすくなる ・いままで障害者や児童などに取り組んできた場合には、多くの人々が利用できる 	
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・整備等いままでの取り組みが無駄にならない ・これまでの 24 時間 365 日の利便性が確保できる ・人件費などのコストが安く、委託費の軽減が期待できる ・いままで障害者や児童などに取り組んできた場合には、多くの人々が利用できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・公正、中立を担保する方法を検討する ・地域包括支援本センターの指揮のもとで、サブセンターが業務を実施できる仕組みをつくる ・委託先の選択(評価)が難しく、「在宅介護支援センター事業推進マニュアル」等を参考に実施する
在宅介護支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・24 時間 365 日の対応やこれまで地域型で培ってきたデータやノウハウを活かせる ・継続的なケアが可能になる ・いままで実態把握しているので災害時など対象者把握が十分にできる ・専門職が確保しやすい ・安定的な財源が確保できる ・他の福祉サービスとの組み合わせがしやすい ・任意事業の実施も可能であり、総合的な対応ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護支援センター運営法人から職員は分離されるため、在宅介護支援センターの看板は不可能 ・ケアマネ等を指導する力を持たせるよう努力する ・地域包括支援本センターとの連携のもと、 ・プライバシー保護を確保しなければならない ・専門職の確保に努める ・中立、公正をどう形でしめすか

<例1>メニュー(3)の場合の事業費見込み 地域包括支援本センター+サブセンター

人口5万人の場合		
介護保険給付費推計	25億円	5億円/万人×5万人
地域支援事業費(保険給付費の3%)	7,500万円	
うち包括支援センター事業費(1.5%)	3,750万円	
地域包括支援センター 1か所(※)	2,000万円	3職種:人件費各500万円+経費
地域包括支援サブセンター 3か所	1,750万円	1か所500~1,000万円

* 地域包括支援サブセンターは弾力的な人員配置(保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の3専門職の少数配置や兼務・非常勤など)が可能

<例2>メニュー(3)の場合の事業費見込み 地域包括支援本センター+サブセンター

人口10万人の場合		
介護保険給付費推計	50億円	5億円/万人×10万人
地域支援事業費(保険給付費の3%)	1億5,000万円	
うち包括支援センター事業費(1.5%)	7,500万円	
地域包括支援センター(大型)1か所	4,000万円	3職種:人件費増4,000万
地域包括支援サブセンター4~5か所	3,500万円	1か所500~1,000万円

* 地域包括支援センターを職員増の本センターとサブセンター(サブセンターにおいては保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の3専門職の少数配置や兼務・非常勤など弾力的な職員配置が可能)

<例3>メニュー(3)の場合の事業費見込み 地域包括支援本センター+サブセンター

人口30万人の場合		
介護保険給付費推計	150億円	5億円/万人×30万人
地域支援事業費(保険給付費の3%)	4億5,000万円	
うち包括支援センター事業費(1.5%)	2億2,500万円	
地域包括支援センター(大型)3か所	1億2,000万円	3職種:人件費増4,000万
地域包括支援サブセンター 13か所	1億500万円	1か所500~1,000万円

* 地域包括支援センターを職員増の本センターとサブセンター(サブセンターにおいては保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の3専門職の少数配置や兼務・非常勤など弾力的な職員配置が可能)

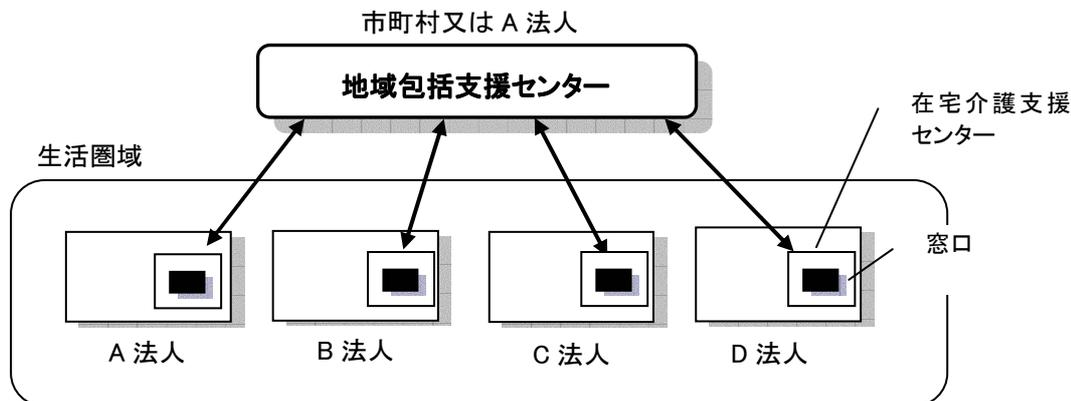
<例4>メニュー(3)の場合の事業費見込み 地域包括支援本センター+サブセンター

人口 60 万人の場合		
介護保険給付費推計	300 億円	5億円/万人×60 万人
地域支援事業費(保険給付費の3%)	9 億円	
うち包括支援センター事業費(1.5%)	4億 5,000 万円	
地域包括支援センター(大型)6か所	2億 4,000 万円	3職種:人件費増 4,000 万
地域包括支援サブセンター 26 か所	2億1000 万円	1か所 500~1,000 万円

* 地域包括支援センターを職員増の本センターとサブセンター(サブセンターにおいては保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の3専門職の少数配置や兼務・非常勤など弾力的な職員配置が可能)

メニュー（４）地域包括支援センターのブランチ（協力機関として）

地域包括支援センターのブランチとして、高齢者の窓口としていくつかの法人の在宅介護支援センターが協力する場合には、以下のような図となる。



A法人、B法人、C法人、D法人は、市町村又はA法人が実施する地域包括支援センターの事業を円滑に実施するために、住民の窓口機能を実施することで協力する。

存在価値	従来、在宅介護支援センターが行ってきた機能を活かしながら、地域包括支援センターを補完し、地域におけるブランチとして地域密着型の相談機能を中心に地域住民への身近な協力機関として重要な役割を担う	
受託するための前提条件		
<p>今まで培ってきた相談や実態把握などのデータ、困難事例などのノウハウをどう活かすか。またその実績をどう評価してもらうか</p> <p>相談が中心となり実態把握や認知症などの早期発見、早期対応などに対応できるか</p> <p>あらたな地域課題に対応できるか</p> <p>運営補助金が廃止される中で財源や職員をどう確保するか</p> <p>新たな名称で地域へ浸透するか</p>		
メリット		検討を要する課題
地域住民	<ul style="list-style-type: none"> ・ いままで通りアクセスしやすい ・ これまで同様に身近な地域で相談窓口として活用できる ・ いままで繋がりから継続的な支援が期待できる ・ いままで障害者や児童などに取り組んできた場合には、多くの人々がアクセスしやすい仕組みをとる 	

市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターと連携がとりやすい ・ これまで通り、地域での活動が期待できる ・ いままで障害者や児童などに取り組んできた場合には、多くの人々が利用できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ どのような窓口機能を果たすかで、財源的な対応が必要 ・ 任意事業を委託することも検討することで財源や職員の確保を図る課題もある
在宅介護支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターとの補完や連携により面的な支援体制が可能となる ・ 今まで行ってきた実態把握や相談能力が活かせる ・ これまで培ってきた実績やノウハウが活かせる ・ これまでの24時間365日対応ができる ・ これまでの在宅介護支援センター運営協議会が活かせる ・ いままで継続的なケアが可能 ・ これまでの地域の相談や情報拠点として住民の利便性が保てる ・ コスト的にも効率的である 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 相談事業の出来高で運営費の十分な確保が難しい(市町村の意向次第) ・ 従来の在宅介護支援センターの名称を残せば、継続性が担保できる ・ プランチとして利用者のプライバシー保護を確保しなければならない

<計算例> 1か所の協力費を350万円と仮定する場合、以下の事業等をそれぞれの件数をこなさなければならぬ。但し、これら2つ以外の事業としては、虐待等への対応やアウトリーチ的対応が可能である。また、任意事業を市町村から受託することも可能である。その結果、協力費に追加的財源の確保が可能となる。

事業	基準額	延べ推計件数	見込み金額
・実態把握	1件 2,700円(一人、年約6回)	700	189万円
・インテーク(相談など)	1回 5,000円(年1回)	320	160万円
合計			約350万円

<例1>メニュー(4)の場合の事業費見込み

地域包括支援センターのランチ

人口5万人の場合			
介護保険給付費推計		25億円	5億円/万人×5万人
地域支援事業費(保険給付費の3%)		7,500万円	
うち包括支援センター事業費(1.5%)		3,750万円	
	地域包括支援センター 1か所(※)	2,000万円	3職種:人件費各500万円+経費
	ランチ 5か所	1,750万円	1か所(協力費350万円)

* 地域包括支援センターの弾力的な人員配置では2か所の設置も可

<例2>メニュー(4)の場合の事業費見込み

大型地域包括支援センターのランチ

人口10万人の場合			
介護保険給付費推計		50億円	5億円/万人×10万人
地域支援事業費(保険給付費の3%)		1億5,000万円	
うち包括支援センター事業費(1.5%)		7,500万円	
	地域包括支援センター(大型)1か所	4,000万円	3職種:人件費増各500万円
	ランチ 9~10か所	3,500万円	1か所(協力費350万円)

<例3>メニュー(4)の場合の事業費見込み

地域包括支援センターのランチ

人口30万人の場合			
介護保険給付費推計		150億円	5億円/万人×30万人
地域支援事業費(保険給付費の3%)		4億5,000万円	
うち包括支援センター事業費(1.5%)		2億2,500万円	
	地域包括支援センター 5か所(※)	1億円	3職種:人件費各500万円+経費
	ランチ 35か所	1億2,500万円	1か所(協力費350万円)

* 圏域ごとに基本型センター1か所と数か所のランチの設置が可能

メニュー（５）任意事業を実施

存在価値	従来の在宅介護支援センターが行ってきた機能を活かしながら、地域包括支援センターを補完し、地域密着型の任意事業（給付費の適正化事業、家族介護支援、その他事業）を中心に地域住民への身近な機関としての役割を担う	
受託するための前提条件		
<p>今まで培ってきた相談や実態把握などのデータ、困難事例などのノウハウをどう活かすか。またその実績をどう評価してもらうか</p> <p>相談が中心となり実態把握や認知症などの早期発見、早期対応などに対応できるか</p> <p>あらたな地域課題に対応できるか</p> <p>運営補助金が廃止される中で、財源や職員をどう確保するか</p>		
	メリット	検討を要する課題
地域住民	<ul style="list-style-type: none"> ・ これまで同様に身近な地域で相談窓口として活用できる ・ いままでの繋がりから継続的な支援が期待できる 	
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターと連携がとりやすい ・ これまで通り、地域での活動が期待できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ どのような任意事業を果たすかで、財源的な対応が必要
在宅介護支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターとの補完や連携により多面的な支援体制が可能となる ・ 介護予防事業に専念できる ・ 地域支援事業のなかの任意事業である給付費の適正化事業、家族介護支援やその他事業（実態調査、虐待防止、見守りなど）に取り組む ・ これまで培ってきた実績やノウハウを活かせる ・ これまでの24時間365日対応ができる ・ いままでの継続的なケアが可能 ・ 地域の相談や情報拠点として住民の利便性が高まる ・ コスト的にも効率的である 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅介護支援センターという名称を継続し、部分的に事業の継続性の確保も可能 ・ 出来高制であり、運営費の確保が難しい（市町村の意向次第） ・ 利用者へのプライバシー保護を確保しなければならない

メニュー（６）法人独自の経費でその他事業等を行う

存在価値	地域における窓口として独自のスタンスで地域住民への身近な支援施設としての役割を担う	
受託するための前提条件		
<p>今まで培ってきた相談や実態把握などのデータ、困難事例などのノウハウをどう活かすか。またその実績をどう評価してもらうか</p> <p>相談が中心となり実態把握や認知症などの早期発見、早期対応などに対応できるか</p> <p>あらたな地域課題に対応できるか</p> <p>運営補助金が廃止される中で財源や職員をどう確保するか</p>		
	メリット	検討を要する課題
地域住民	<ul style="list-style-type: none"> ・これまで同様に身近な地域で相談窓口として活用できる ・いままでの繋がりから継続的な支援が期待できる 	
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・これまで通り、地域での活動が期待できる 	
在宅介護支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターとの補完や連携により面的な支援体制が可能となる ・介護予防事業に専念できる ・地域支援事業のなかの任意事業（実態調査、虐待防止、見守りなど）に取り組む ・これまで培ってきた実績やノウハウが活かせる ・これまでの24時間365日対応ができる ・いままでの継続的なケアが可能 ・地域の相談や情報拠点として住民の利便性が高まる 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容によっては今まで培ってきたものが弱くなる。 ・運営費の確保が極めて難しい（法人の財源に頼ることになる） ・利用者のプライバシー保護をどう確保するか

メニュー（ 7 ）すべてを実施しない

存在価値	地域と密着する方法が少なくなり、地域住民への訴求力が弱くなる。地域の身近な施設としての機能を失い、存在価値が弱くなる。	
受託するための前提条件		
全てを受託しないことにより、今までの地域の財産（ノウハウや実績）が失われる		
	メリット	検討を要する課題
地域住民		<ul style="list-style-type: none"> ・利便性がなくなり身近な地域での相談等の支援が受けにくくなる
市町村		<ul style="list-style-type: none"> ・地域での支援システムが後退する ・これまで培ってきた地域の資源を失う
在宅介護支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防事業に専念する ・これまでの人員やスペースを他事に振り向けられる 	

これまで見てきたように、既存の「在宅介護支援センター」は長年地域で培ってきたデータやノウハウなどの「財産」を有している。できることなら、この資源を拡大、強化することによって（ 1 ）（ 2 ）のように「地域包括支援センター」の受託に向けて当該市町村に積極的に名乗りを上げるべきであろう。

また、「地域包括支援センター」が市町村の直営などの場合でも、（ 3 ）のように今までの「在宅介護支援センター」としての「財産」を活かすべく、地域包括支援センターの一員（派遣職員）として、人員配置基準の柔軟な地域包括支援センターの役割を担うか、または（ 4 ）のように協力機関（総合相談窓口）としての選択も可能である。

さらには（ 5 ）のように地域の「協力機関」として地域包括事業の任意事業を中心に実態把握や虐待防止、見守り機能など今まで以上にその地域に不可欠な施設（機能）として存続に向けて市町村と協議を進めて行くことが重要である。

地域包括支援センターの将来像

以上これまで述べてきたが、在宅介護支援センターとの関係や地域包括支援センターの将来について見通しながら、今後のメニューを選択していく必要がある。その考えられる見通しを何点か以下にあげておく。

1．介護予防をどう見通すのか

将来、介護保険は介護度3・4・5の人たちを中心としたリスクの保険に向かうであろう。その中で「介護予防」をどのように見通し、評価するのか。今回の改定で「介護予防」は3年後の見直しが付記されている。国が期待するほど効率的にサービス展開ができるであろうか。包括支援センターを受託する場合、目先だけでなく近未来の姿も考え合わせながら検討することが必要である。

2．地域包括支援センターの機能拡大

今回の改正では見送りとなったが、次回の改正（平成21年）には、被保険者の範囲を若年世代まで拡大し、障害者の介護が介護保険に統合される見込みであると言われている。例として25歳の母親の子どもが障害を持った場合、0歳児からの相談やケアマネジメントが求められることとなる。つまりこれまでの高齢者に特化した地域包括支援センターではなく、0歳から100歳まで児童、障害、高齢者までの地域住民各層へ総合的な支援機能を持つことが基本条件となるであろう。今後求められる事業（児童や障害）への対応が地域拠点としてできるかどうか自らの潜在能力を冷静に見つめることが必要である。

3．介護予防プランの責任

今回の改正で介護予防プランは市町村からの委託業務となり、介護保険のケアマネジャーの責任から市町村に移ることになる。このことは介護予防プランを行い、もし状態が悪化した場合、行政の持つ責任の一部を担うこととなる。自らの地域包括支援センターがその責任を果す能力や自信があるかどうかを見極める必要がある。

4．法制度上だけの存在か

老人福祉法上の看板だけの制度として残すのか、これまでの歴史で見えてきたように地域の相談窓口をはじめ様々な実績を「財産」として持っている。この「財産」を地域包括支援センターと連携を保ちながら地域でいままで以上に活かし、「存在価値」を高める必要がある。個々の市町村の事情もあるが、地域住民にアクセスビリティのよい相談窓口等の役割を果すように努める方向性を進めるべきである。

5 . 今後のあるべき理想像として

近い将来、地域包括支援センターは、以下にあげるいくつかの役割を求められるケアマネジメントのためケアマネジャー業務を支援するコントロールタワーとして期待されるであろう。

その一つは高齢者のみならず障害者などの対象者へ統合したケアマネジメントシステムが求められるであろう。そのためにも「介護予防マネジメント」の範囲を超えた、利用者のストレンクス（*）に注目したケアマネジメントへの転換が求められている。

二つ目に、そのためにはフォーマルなサービスだけでなく、地域の資源であるインフォーマルなサービスの連携を強化し、活用する機能が求められる。

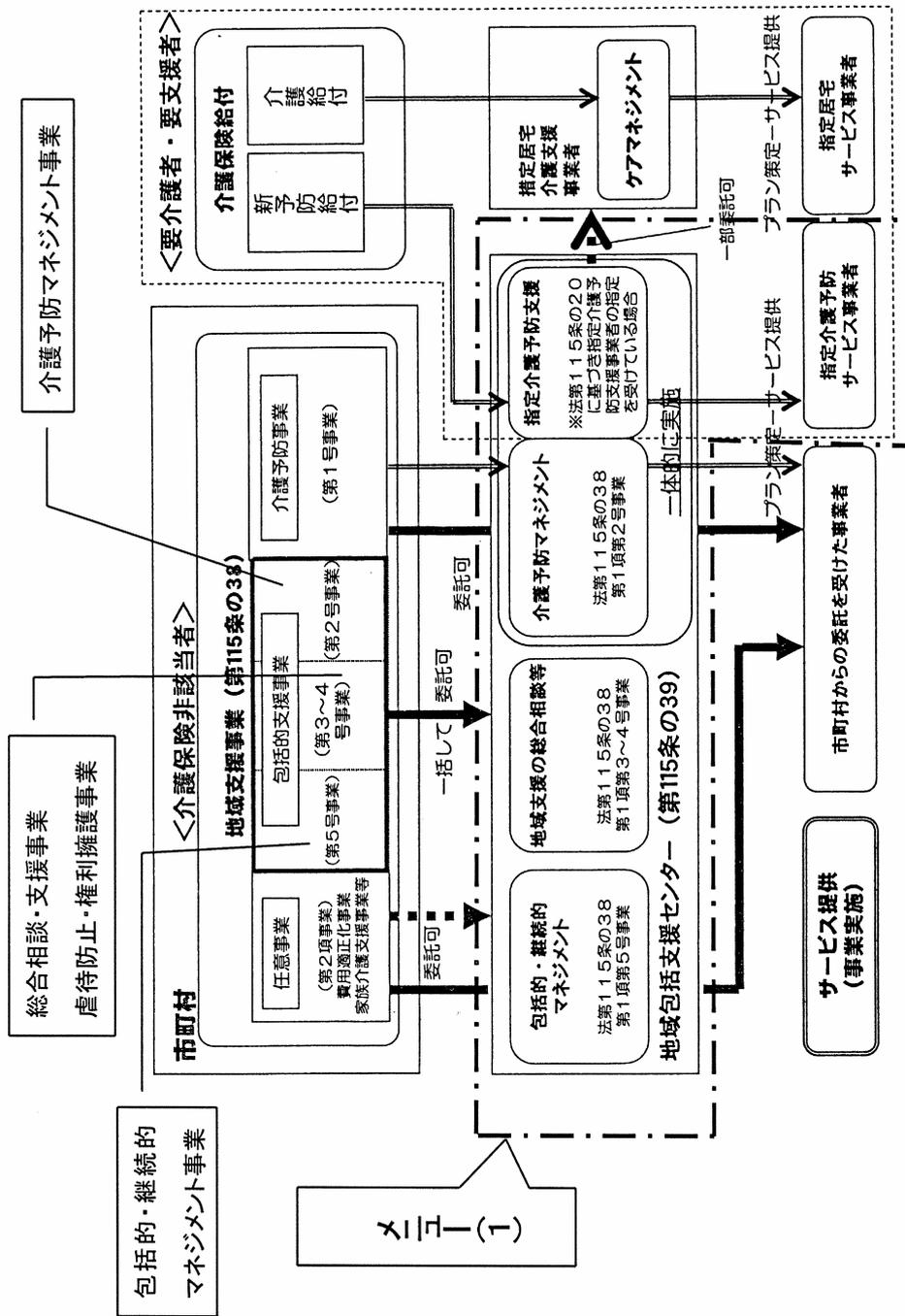
三つ目には、これまでのケアマネジャーと利用者との線的な関係から離れ、地域という面的な関係で広く利用者に関係することにより、地域から評価されることになるであろう。

このように地域包括支援センターは統合したケアマネジメントシステムを円滑に効果的に支援する地域の中核拠点として変貌していくことを期待されている。

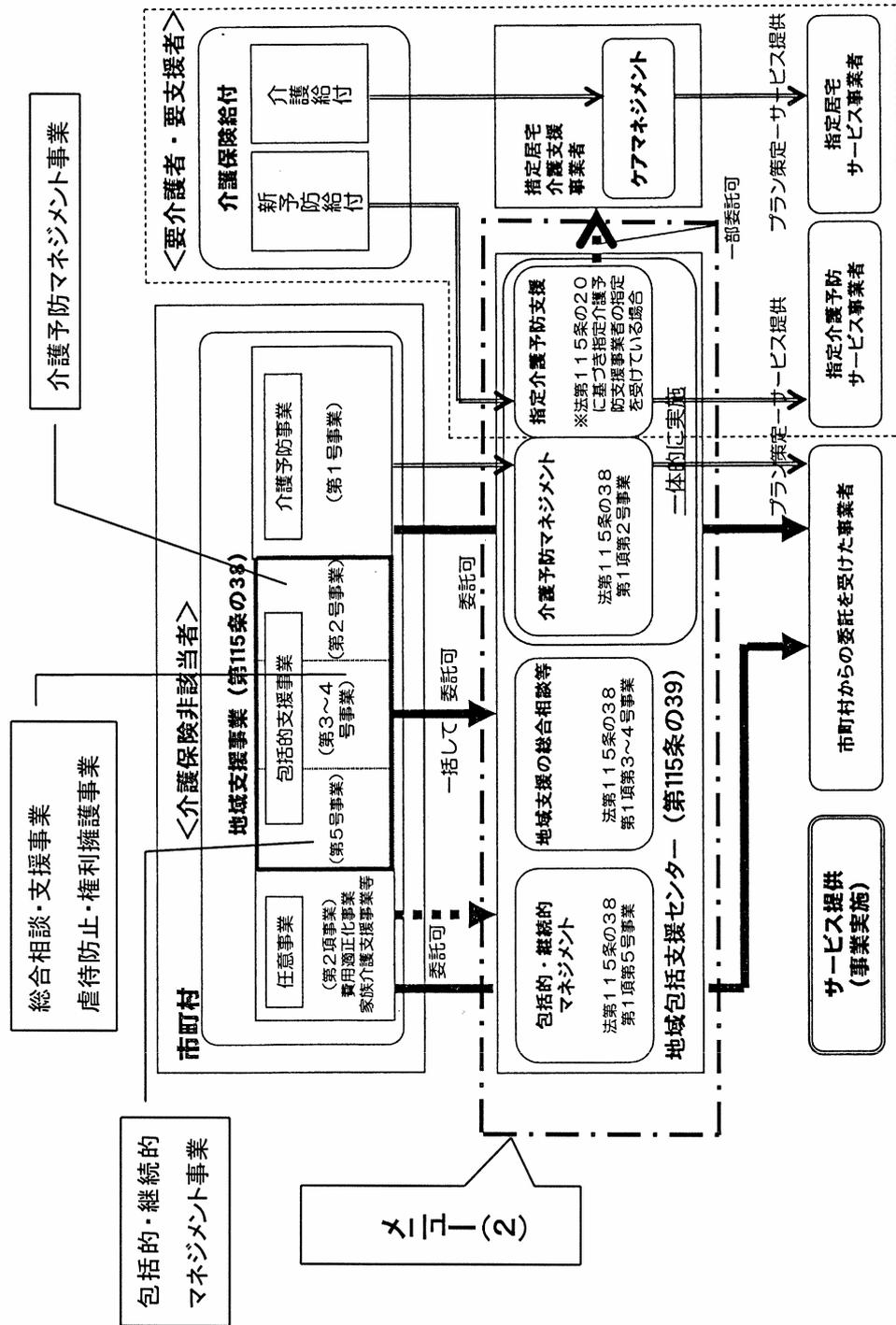
***ストレンクス(強さ)の活用**

従来の利用者ニーズとサービスの調整ではなく、利用者本人の能力や可能性、意欲や願望、積極性、嗜好や抱負などといった「強さ」を育てるマネジメント方法

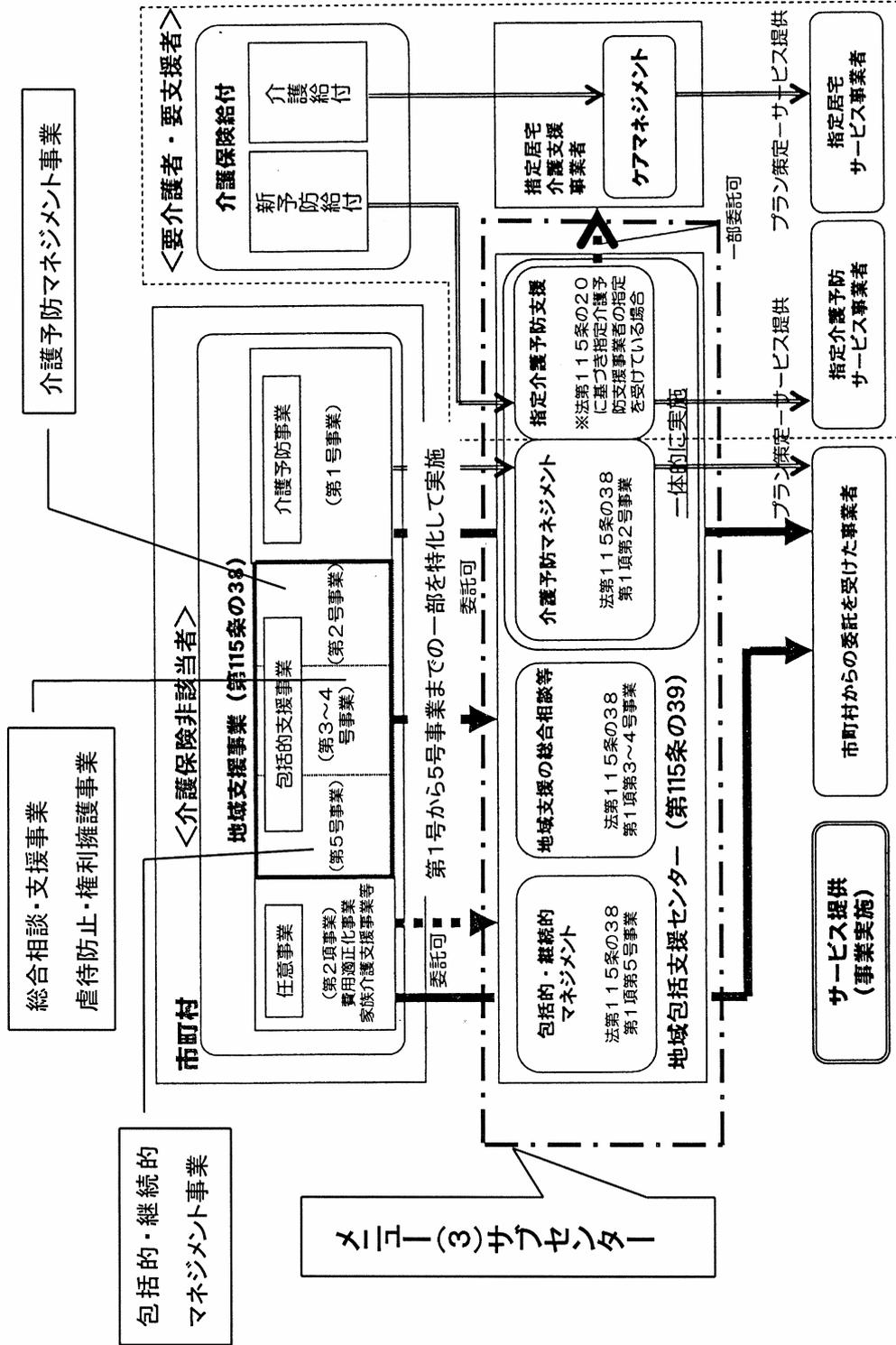
地域支援事業とモデルメニューとの関係 (メニュー1)



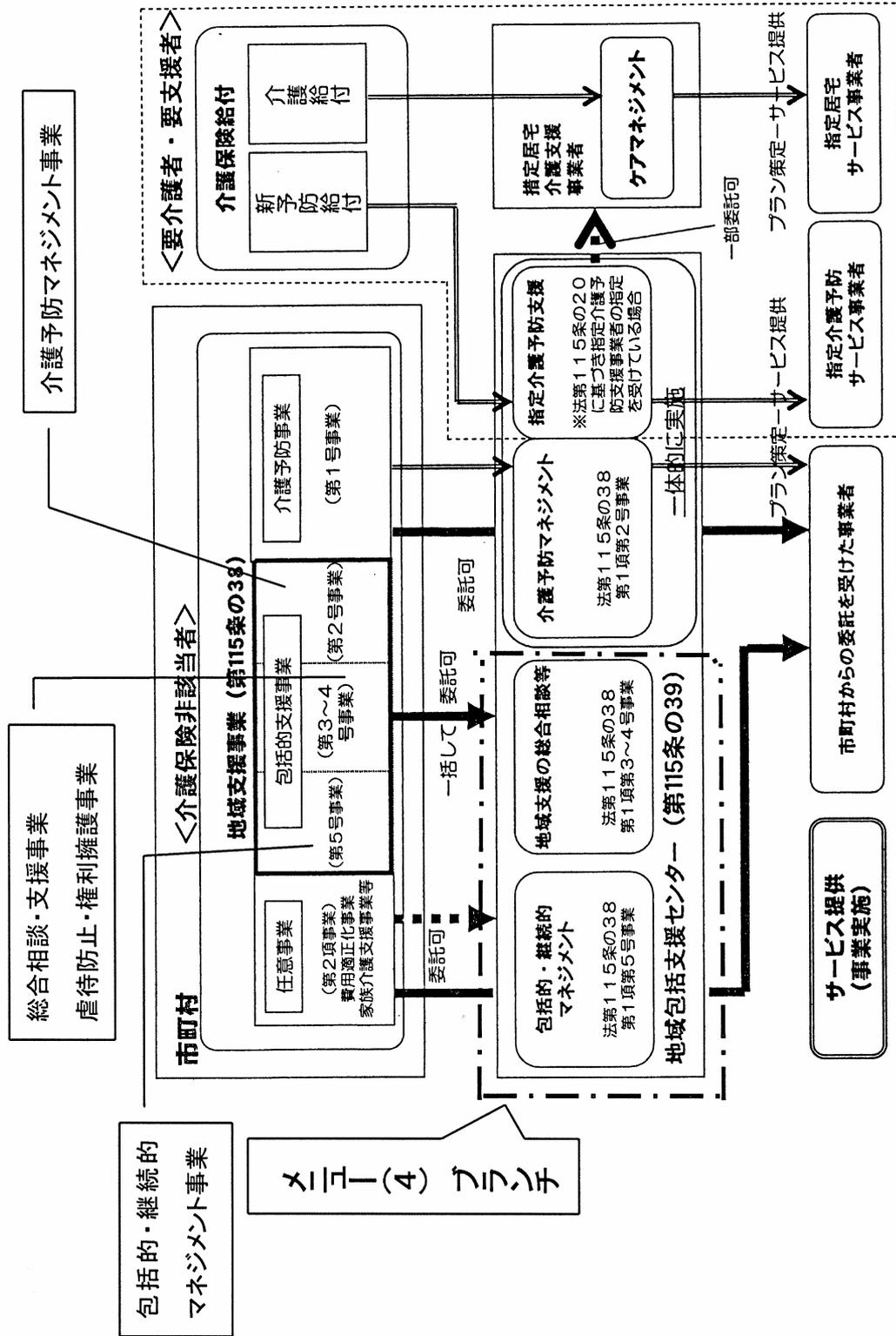
地域支援事業とモデルメニューとの関係 (メニュー2)



地域支援事業とモデルメニューとの関係 (メニュー3)



地域支援事業とモデルメニューとの関係 (メニュー4)



地域支援事業における在宅介護支援センターのあり方研究会名簿

大阪市立大学大学院教授 白澤政和

ひびき在宅介護支援センター長 林 芳 繁
(全国在宅介護支援センター協議会総務広報委員長)

小山田在宅介護支援センター施設長 西元幸雄
(全国在宅介護支援センター協議会研修委員長)

あいの里在宅介護支援センター長 青木佳之
(全国在宅介護支援センター協議会常任委員)

オブザーバー

株式会社マチュールライフ研究所代表取締役 今井久人

= 座長
(敬称省略)

地域支援事業における在宅介護支援センターの活用 ～地域包括支援センターと在宅介護支援センターのあるべき関係～

(地域支援事業における在宅介護支援センターのあり方研究報告書)

2005年(平成17年)8月25日

全国在宅介護支援センター協議会

〒100-8980 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 高年福祉部内

電話 03-3581-6501
