

介護予防推進に向けた在宅介護支援センターの役割と今後のあり方
－岡山県における在宅介護支援センターの現状分析を踏まえて－

堀 川 涼 子

美作大学・美作大学短期大学部紀要（通巻第51号抜刷）

論 文

介護予防推進に向けた在宅介護支援センターの役割と今後のあり方 — 岡山県における在宅介護支援センターの現状分析を踏まえて —

The role and proposition of home care support center for care prevention promotion

堀 川 涼 子

1. はじめに

わが国は、1970年に高齢化率7%を超えて「高齢化社会」に突入した。その後、石油ショックをはじめとする経済成長の鈍りの中、1970年代半ばより、「福祉見直し」が叫ばれ、在宅福祉重視論が登場することとなる。こうして在宅で高齢者を支えていくことの重要性が指摘され、これを進めていく在宅の中心的役割を担うものとして、1990年、在宅介護支援センター（以下、支援センターとする）¹⁾事業が創設され、1994年、「老人介護支援センター」として老人福祉法の法定施設となるに至った。

国が支援センターに期待したものは、「在宅福祉は家族による高齢者ケアの補完機能を果たすものであって—(中略)—家族の相談に応じ、家族がうまく在宅福祉サービスを利用しながら要介護高齢者をケアしていけるよう種々の活動を支援していくこと」¹⁾であり、これまでのように本人や家族からのサービス利用申請をただ待つという福祉行政の殻を打ち破って、専門職が自ら地域や要援護者宅へ出かけて行って相談を受け、サービス利用に結びつける（アウトリーチ）という役割を期待されたのである。そのための職員として、医療（看護師）と福祉（社会福祉士等）、または保健（保健師）と介護（介護福祉士）という専門職が配置された。

本論では、岡山県における支援センターの現状分析を基にして、このような位置づけである支援センターが、これまで地域の中で果たしてきた役割や成果を、現在わが国で求められている「介護予防推進」に向けて、どのように活かせるのかについて考察する。

2. 在宅介護支援センターにおける介護予防の取り組みの必要性

地域の中で暮らす高齢者にとってのいきいきとした生活を阻むものは「加齢に伴う疾病や機能低下」だけではない。病気や障害を抱えても、本来、住み慣れた地域で、いきいきとした暮らしができるよう、介護保険をはじめとした医療・保健・福祉等のサービスが存在している。しかし、要援護者本人やその家族の側に「他人の手を借りるなんて申し訳がない」「福祉のお世話になることは惨めである」といった「意識の壁」が存在し、こうした様々なサービスを利用することを阻んでいる。また、せっかくのサービスも、どのようなサービスがあるのか、どのようにすれば利用できるのかを知らない、という「情報の壁」に阻まれ、利用につながっていないケースもたくさんある。さらにはサービスの種類や量の不足、質の悪さ、申請主義という手続きの問題などの「制度・サービスの壁」も存在している。主にこうした「3つの壁」が大きく、高くあることにより、高齢者のニーズは顕在化せず、要援護者・家族は何のサービスも利用しないまま生活を続け、生活問題を重度化・複雑化・深刻化させていく。そして、要援護者の姿やニーズが見えてきた時には、在宅生活継続が極めて厳しいという状況になっているのである。

支援センター活動には、その大きな活動特長である「アウトリーチ」の手法を用いて、要援護者や家族の前に立ちほだかるこうした「3つの壁」を壊し、住み慣れた地域においていきいきとした生活を作り上げて

いく役割が求められているのである。

3. 介護予防を重視した介護保険制度の見直し

2005年6月29日、介護保険制度の見直しを定めた法律が国会において可決、成立し、一部を除き、2006年4月から施行されることとなった。介護保険制度は発足から5年を経過しようとしているが、要介護認定者数は増加傾向にあり、要介護認定更新者の軽度化もみられず、介護保険給付費は増え続ける一方という状態である。⁽¹⁾ 介護保険制度が、その理念として掲げていた「自立支援」つまり「介護保険サービスを利用することで高齢者の自立を図ること」がその成果として見えてこないため、制度そのものを見直すこととしたのである。特に、要支援・要介護1といった軽度の要援護者の増加が著しく、国は見直しの重点項目として、①予防重視型システムへの転換②施設給付の見直し③新たなサービス体系の確立④サービスの質の向上

⑤負担のあり方・制度運営の見直し、という5つの柱を打ち出した。この中でも特に大きな柱は①の「予防重視型システムへの転換」即ち「介護予防重視」の考え方である。

ここではまず、サービス給付の形を「地域支援事業」、「新予防給付」⁽²⁾、そして従来の「介護給付」という三種類のサービスに分けている。「地域支援事業」は、これまでの「老人保健事業」「介護予防・地域支え合い事業」⁽³⁾そして「在宅介護支援センター運営事業」を介護保険制度の中で再編し、市町村が責任主体として実施するというものである。「新予防給付」は、これまでの介護保険制度においては当初の予防効果が見込めなかったことを踏まえ、特に軽度の要援護者に「自立支援」のためのサービスを提供することを目的としている。さらに「地域支援事業」・「新予防給付」の介護予防ケアマネジメントについては、「地域包括支援センター」を創設し、市町村が責任を持って公平・

地域包括支援センターについて

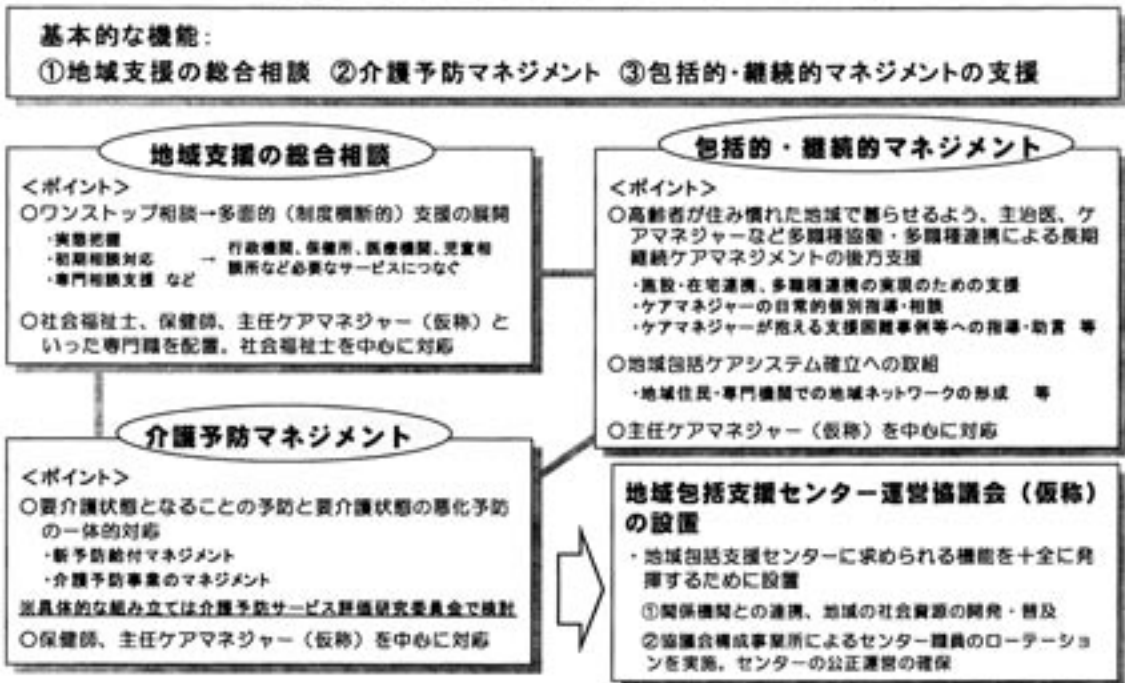


図1 地域包括支援センター

出典：厚生労働省「全国介護保険担当課長会議（2004年11月20日）資料」より

中立な立場でケアプランを立てることとしている。

今回の見直しでは、これまで市町村事業として在宅介護支援センターを中心に行ってきた「介護予防・地域支え合い事業」の対象者（元気高齢者など）までも介護保険の対象者とする事となり、介護保険の対象者は増大する。その一方で介護保険給付費の抑制を目指すということであり、そのためには、かなり「効率的な」取り組みが求められることが予想される。しかし介護予防の取り組みは、すぐに結果が見えてくる程、簡単かつ効率の良いものではない。たとえば3ヶ月間筋力向上のための講座開催などの取り組みをしっかりと行い、その効果がみられたとしても、講座終了後、受講者がどこにも出て行く先が無く家に閉じこもってしまえば、その効果はすぐに失われていく。筋力向上トレーニングの結果を一人一人の「いきいきとした暮らし」につなげ、さらにそれを継続していくためには、ひとり一人に応じた地域の中での具体的な生活全体をアセスメントした支援や地域での支え合いの仕組みづくりなど、すぐには結果は出ない長期的かつ地道な取り組みの積み重ねが求められる。つまり「非効率的」な取り組みである。このように「介護予防」というものは、軽度の要介護者に対する単なる介護保険給付の水際作戦ではない。障害を持って、疾病を抱えていても、中度・重度の要介護者であっても、一人一人、その人なりのいきいきとした生活づくりのことである。

以上のことから、現在、支援センターが行っている「3つの壁」を壊すという、長期的かつ地道な取り組みが介護予防には不可欠であり、こうした努力の積み重ねがあって初めて介護予防事業の効果は見えてくるといえる。

4. 地域包括支援センターの創設とその機能

このように支援センターの役割がますます重要となり、さらにステップアップして行くべきその時に、国は介護保険制度の見直しの中で「在宅介護支援センター」に替わる新たな機関として「地域包括支援センター」の創設を打ち出したのである。「地域包括支援

センター」は「総合的な介護予防システムの確立」や「ケアマネジメントの体系的な見直し」を踏まえ、地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として位置付けられた。その機能は、地域ケアを展開していく重要な柱であり、公正・中立な立場で、①「新予防給付」のマネジメントを含む『介護予防マネジメント』②地域の高齢者の実態把握を含む『総合的な相談窓口機能』③虐待への対応・早期発見など『権利擁護機能』④介護サービスのみならず介護以外の様々な生活支援を含む『包括的・継続的マネジメント』という機能を担い、『現行の在宅介護支援センターの役割を踏襲しつつ、時代の要請に応じて新たな機能も備えていく必要があるもの』とされている。⁽⁴⁾

このように地域包括支援センターは、介護予防における中心的な役割を担う機関とされ、これを新たに創設した理由は『(在宅介護支援センターは) 介護保険制度の施行以降、介護保険サービスとそれ以外のサービスとの調整等の役割をケアマネジャーに任せきりになってしまっている、現行のケアマネ事業所との役割分担が明確でない、といった問題を指摘されて』いるから、としている。地域包括支援センターの位置づけとしては「市町村の責任下で実施されてこそ適正な運用が行われると考えられることから市町村を責任主体とする。しかし、地域における多種多様な資源を十分に活用できるよう、地域に開かれたものとするのが重要であることから、在宅介護支援センターと同様に、様々な主体に対し、事業委託を行うことも可能」とし、これからの高齢者のいきいきとした暮らしづくりをめざす「介護予防」の中心的な機関運営について、在宅介護支援センターと同じく民間委託への道も残したのである。

5. 岡山県下における在宅介護支援センターの状況— 実態調査の結果分析から

(1) 調査目的

これまでみてきたとおり、支援センターは「新たに」創設された地域包括支援センターに期待されている機能をすでに持っており、そうした活動を多くの支援セ

ンターが行ってきたと考える。こうした支援センターの現状と課題を把握するため、2005年3月、岡山県内の支援センター（基幹型・地域型を含む）を対象として、介護予防の取り組み（実態把握調査や介護予防プラン作成、及び地域ケア会議の開催状況など）についての調査を行った。この結果を基に岡山県下における支援センターの活動状況、運営の現状および課題等を分析し、地域ケアシステムの確立や介護予防推進に向けた支援センターの役割、さらに「真の介護予防に向けて、地域包括支援センターに求められるもの」を考えていく。

(2) 調査の方法

①調査対象

2005年3月1日現在、岡山県下163支援センターのうち、地域ケアシステム研修会に参加した102支援センターを対象として、調査票による集合調査法により実施した。なお、回収は当日回収、もしくは後日郵送回答により行った。

②調査日時

2005年3月1日・10日・15日・18日に、それぞれ地区別に行われた地域ケアシステム研修会会場において、アンケートを依頼し、実施した。

③調査結果

回答は89支援センター、回収率87.3%であった。

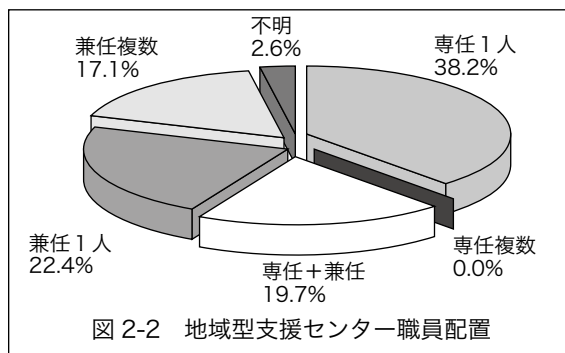
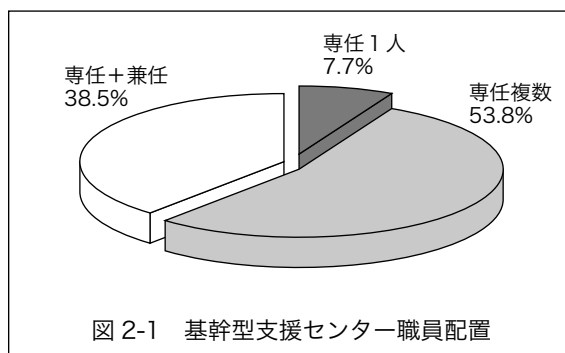
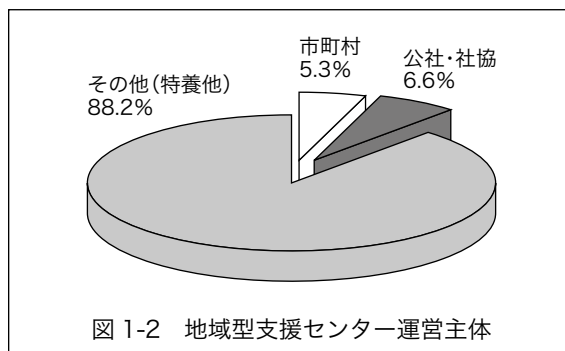
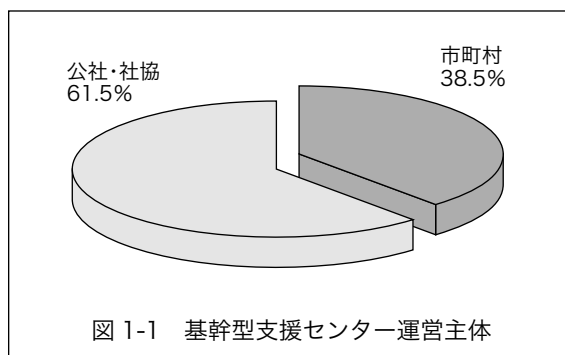
(3) 岡山県下の在宅介護支援センターの現状

①運営主体の状況

支援センターの運営主体は、県下の基幹型支援センターにおいて38.5%（5ヶ所）が市町村直営であり、公社・社協が61.5%（8ヶ所）となっている。公社・社協の割合が多いが、市町村直営のセンターも多い。一方、県下の地域型支援センターの運営主体は、市町

表1 県下支援センターの運営主体

運営主体	市町村	公社・社協	その他	計
基幹型	5	8	0	13
地域型	4	5	67	76
計	9	13	67	89



村直営がわずか5.3%（4ヶ所）であり、特別養護老人ホームや老人保健施設・病院等が88.2%（67ヶ所）と約9割がサービス実施施設となっている。（表1・図1-1・1-2）

②職員配置及び経験年数の状況

職員配置状況を見ると、基幹型支援センターにおいては専任職員複数配置が53.8%（7ヶ所）と半数以上である。（図2-1）逆に、地域型支援センターでは専任職員複数配置はなく、専任1人配置が38.2%（29ヶ所）、兼任1人及び複数といった兼任職員のみ配置が39.5%（30ヶ所）とほぼ同じとなっており、その内、兼任職員1人のみ配置も22.4%（17ヶ所）ある。（図2-2）

基幹型に比べて地域型支援センター職員は、たった一人でおかつ他の業務との兼任での業務という姿がみえてくる。これらは、居宅介護支援事業所との兼務となっていることが考えられ、いわゆる「二枚看板」になっているセンターの状況がうかがえる。また支援センター職員としての経験年数を見ると、3年未満の職員が35.4%（45人）と3割を超え、さらに5年未満では、58.2%（74人）と約6割となっており、職員の定着率の低さと経験の浅さがうかがえる。（図2-3）職種としては社会福祉士等のソーシャルワーカーが44.9%（57人）と最も多く、次いで、看護師、介護福祉士の順となっている。（図2-4）

③実態把握調査の実施状況について

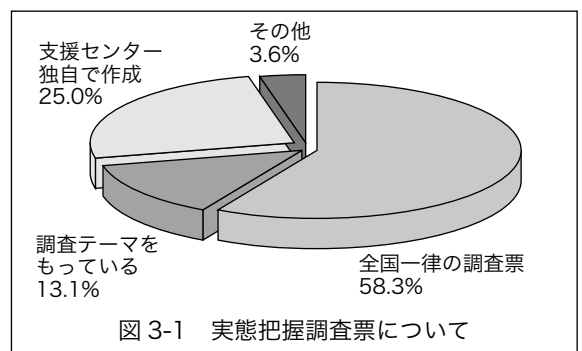
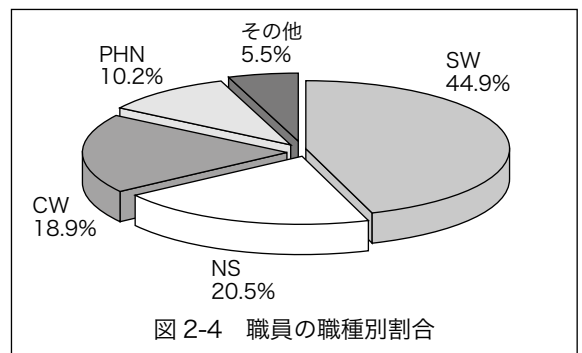
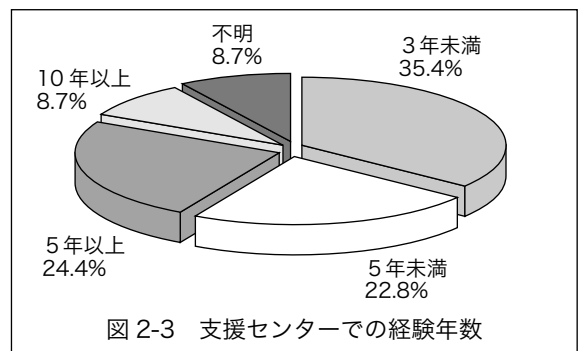
地域型支援センターの行っている実態把握調査の調査方法についてみると、全国一律の調査票により実施している支援センターが58.3%（44ヶ所）と最も多く、次いで、各々の地域ニーズを基に独自の調査票を作成し実施している支援センターが25.0%（19ヶ所）、全国一律の調査票に日頃の活動から見えてきているテーマを加え、目的を明確にして実施している支援センターが13.1%（10ヶ所）であった。（図3-1）

こうした実態調査がどのくらい行政施策に反映されているかを見ると、全国一律の調査票により実施している支援センターに比べ、調査票に一定のテーマや問題意識を取り入れて調査している支援センター

表2 職員の職種と勤務年数 (人)

	3年未満	5年未満	5年以上	10年以上	不明	計
SW	22	16	14	2	3	57
NS	4	5	10	5	2	26
CW	12	4	2	1	5	24
PHN	5	2	3	2	1	13
その他	2	2	2	1	0	7
計	45	29	31	11	11	127

注) SW=社会福祉士等のソーシャルワーカー
NS=看護師 CW=介護福祉士 PHN=保健師



の方が、単に高齢者本人や家族の状況を把握するにとどまらず、行政施策に反映されていると感じている。このことは、「(実態把握調査は、) 以前は単に高齢者本人や家族の状況把握のみが目的であったが、独自にテーマ(たとえば「独居高齢者のゴミ捨てについて」等)を決めて調査を行うことで、一人一人の個別ニーズのみならず、地域の全体の高齢者問題として把握でき、地域ケア会議⁽⁵⁾に諮ることで、市の課題として環境衛生課も交えて検討することができた」というある支援センターの自由回答からも見えてくる。このように問題意識や目的をもった調査を実施することがいかに重要であるかがわかる。(図3-2)

その反面、年間の実態把握調査数では、400件を超える支援センターが22.4%(17ヶ所)と最も多いが、そのうちの12ヶ所、約7割の支援センターが、介護予防等の行政施策に実態調査が活用されていないという認識を持っており、400件を超える調査というせっかくの支援センターの努力が十分に活かされておらず、「調査のための調査」になっている。(図3-3) このことは自由記述における、「居宅介護支援事業所の業務に追われ、実態把握調査は『実態把握調査加算』⁽⁶⁾を得るためにただ数をこなしている、というのが現状である」「実態把握調査は大切だと感じているが、時間的制限の中で十分に行えない」という複数のコメントからもみえてくる。

(4) 介護予防プラン作成状況について

介護予防プラン⁽⁷⁾の作成状況では、多くの実態調査を行いながらも、既存の社会資源を活用した介護予防プランが「作成できている」と答えた支援センターは16.9%(13ヶ所)であり、56.2%(43ヶ所)と約6割の支援センターが十分には「できてない」と回答している。(図4-1)

さらに、「不十分」と回答した43支援センターにおいて「地域のフォーマル・インフォーマルな社会資源⁽⁸⁾のネットワークづくりが積極的に行っている」と回答した支援センターはわずかに14.0%(6ヶ所)のみであり、86.0%(37ヶ所)の支援センターは地域

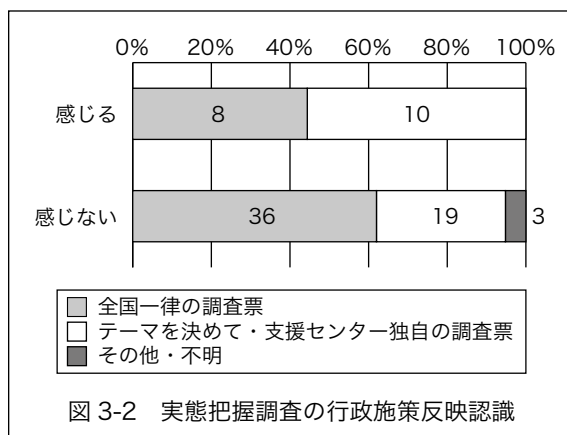


図3-2 実態把握調査の行政施策反映認識

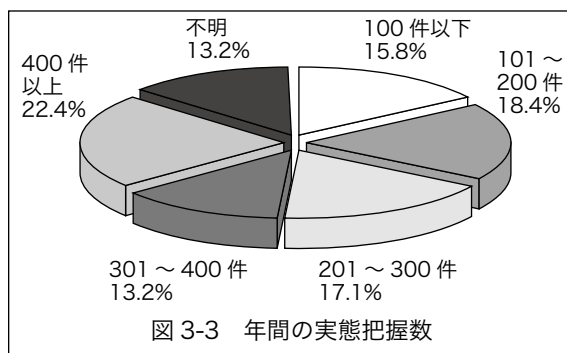


図3-3 年間の実態把握数

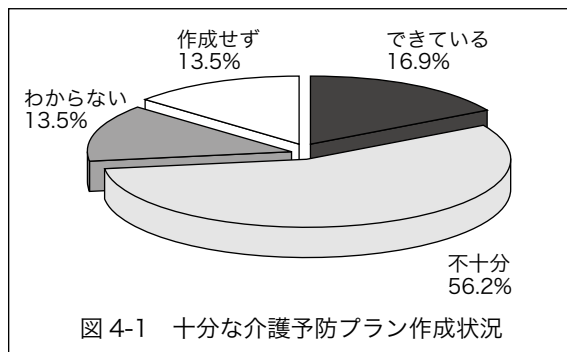


図4-1 十分な介護予防プラン作成状況

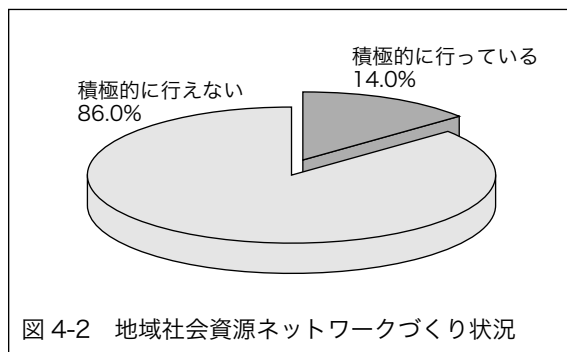
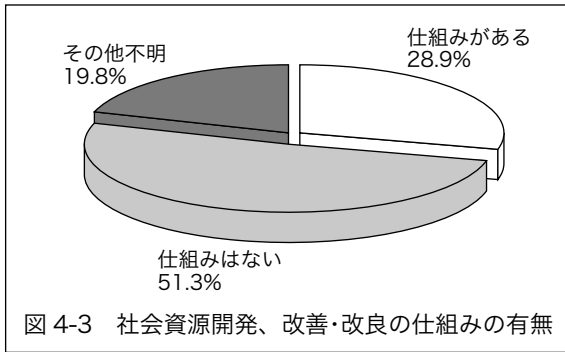


図4-2 地域社会資源ネットワークづくり状況



のネットワークづくりが十分にできていないと回答している。(図 4-2)

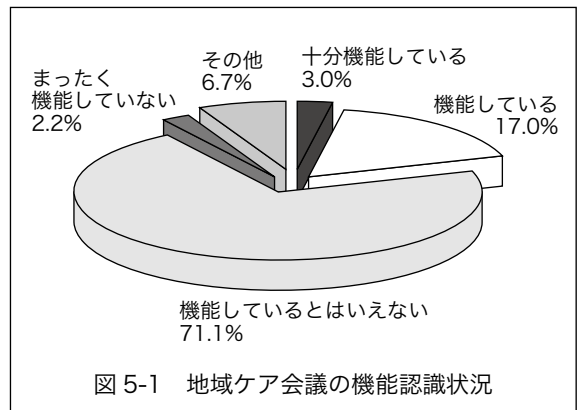
また、より良い介護予防プランを作成するためには社会資源の存在は重要であるが、そのための「社会資源の開発・改善・改良の仕組みがある」と答えた支援センターは 28.9% (22ヶ所)にとどまり、「仕組みがない」と回答した支援センターは 51.3% (39ヶ所)と半数以上を占めており、不足した社会資源による介護予防プランとなっていることがわかる。(図 4-3)

「仕組みがある」と回答した 22 支援センターのうち 17ヶ所の約 8割が、こうした仕組みとして「地域ケア会議の活用」を上げている。また、仕組みがないと回答した 39 支援センターの 60.0% (23ヶ所)が「地域ケア会議はあるが、あまり機能していない」と答えており、地域ケア会議が十分な役割を果たしていない状況にあるといえる。さらに、「仕組みがある」と答えた 22 支援センターのうち、基幹型支援センターや行政・地域ケア会議が、介護予防アセスメント・プランの評価を行っているところが約 6割 (13ヶ所)であり、「仕組みがない」と答えた 39 支援センターにおいては、「プランの評価が行われていない」または「地域型支援センターが自ら行っている」と回答したところが 6割以上 (24ヶ所)を占め、的確な評価が十分にできていない状況といえる。これらのことから、介護予防プランについて、社会資源の開発とともに評価についても、地域ケア会議の機能化と活用が不可欠であり、実態調査によるニーズ発見からアセスメント、プランニング、インターベンションさらにはモニタリ

ング、再アセスメントというすべてのケアマネジメントの展開過程について地域ケア会議において検討していくというシステムが必要であることがわかる。

(5) 地域ケア会議について

上記のように地域ケア会議は重要な意味を持つものであり、ほとんどの市町村で行われているが、その会議が「十分機能している」支援センターはわずか 3.0%であり、「機能している」と合わせても 20.0% (18ヶ所)にとどまり、73.3% (65ヶ所)は「十分機能しているとはいえない・全く機能していない」という状況である。(図 5-1)



特に、「関係機関間の情報交換や伝達」「困難事例等の事例検討」を目的に行っている地域ケア会議において「機能しているとはいえない」という回答が多い。一方で「事例検討による総合調整・課題分析」「施策・政策検討 (社会資源の開発・改良)」を目的に開催されている会議においては「地域ケア会議が機能している」と認識している支援センターが多い。このことから、単に情報交換や事例検討だけを行うのではなく、支援センターの行う実態調査や訪問活動などから見てきた問題や課題を地域ケア会議に持ち寄り、これを様々な視点から分析し、必要とされる施策・政策の検討を行い、新たな社会資源の開発につなげていくという機能を持たせていくことが、地域ケア会議の役割として求められているといえる。⁽⁹⁾

6. 在宅介護支援センターの抱える課題

(1) 職員の安定的な勤務体制の確立

現在、地域の中で身近な総合相談窓口となり、介護予防プランを作成しているのは地域型支援センターであり、その9割近くが特別養護老人ホームや病院といったサービス実施機関に委託されている。このため、今後、より介護予防を重視したケアマネジメントが求められる中で、中立・公平性を持った介護予防が推進できるのかという疑問と課題が残る。このため支援センターの委託元である行政の責任が、ますます重要となる。また、地域型支援センター職員の定着率の低さや活動経験の浅さ(数年で職員が異動していく)、介護支援専門員との兼務、などという勤務状況の中で、支援センターの本来業務であるアウトリーチを基とした実態把握調査活動によるニーズキャッチやアセスメント、フォーマル・インフォーマル社会資源を活用した介護予防プラン作成、さらには新たな社会資源の開発などの活動に取り組めていないという実態が、今回の調査結果からうかがえる。「3つの壁」を壊していくため、潜在化するニーズや要援護者を、自らの訪問活動や地域住民の協力により早期に発見し、継続した在宅訪問や地域訪問によって要援護者・家族、さらには地域住民の意識の変革を促し、地域を巻き込んだ支援システムを作り上げていくという活動は、長期にわたる継続的かつ地道な取り組みが必要であり、支援センター職員を取り巻く上記の勤務実態の中ではなかなか難しいといえる。支援センターの取り組む実態把握調査活動が「ケアマネ業務との兼務の中でただノルマをこなすための調査になっている」という自由記述の意見の背景としてあるこうした人員体制の問題を今後どう解決していくのか、極めて重要な課題といえる。多くの支援センター職員の勤務はこうした実態であるが、民間委託の支援センターに比べて市町村直営の支援センターには、経験年数の長い保健師や看護師といった医療職の配置割合が高くなっている。⁽¹⁰⁾ このことは、現在のような民間委託型の支援センターでは、十分な人件費を捻出することが難しく、活動経験が豊かで専門性の高い職員を配置することが難しい、

居宅介護支援事業所との兼務を余儀なくさせるなどといった問題を引き起こす要因の一つとなっていることを示している。そして、そのことが、支援センターが本来取り組むべき活動を難しくしていることにつながっている。財源的に確固とした市町村直営による実施が最適であるが、民間委託においても市町村行政が、支援センター活動を十分に理解し、職員体制などについて最大限支援していく責任の確立が求められる。

(2) 職員の問題意識・取り組み姿勢の確立

—地域福祉の視点からの取り組み姿勢

実態把握調査の目的やその活用状況をみると、市町村直営の支援センターが行ったからといって、それが行政施策へとつながり、活かされているわけではない。実態把握調査においては調査票に一定のテーマや問題意識を取り入れて調査することで、単に高齢者本人や家族の状況把握にとどまらず、地域特性の把握や保健福祉サービスの情報提供・利用啓発、さらには、地域ケア会議の有効な活用等により、行政施策やインフォーマルも含めた新たな社会資源の開発へと反映されている。つまり、支援センター職員の地域住民のいきいきとした暮らしづくりについての問題意識や取り組み姿勢が問われているのである。

このことは介護予防活動の中でも重要な要素となっていく。「介護予防」とは、要支援や要介護状態になることを予防するだけでなく、要支援や要介護状態になっても、その状態がさらに、深刻化、長期化、複雑化、重度化していくことを予防し、いきいきとした(質の高い)生活を作り上げていくことを意味しているのである。^[2] 国が新たに創設した介護予防プランは、要介護状態にならないための非該当や要支援レベルの方々を対象にしている。そうであれば尚のこと、一定期間のみの介護保険のフォーマルサービスの利用や介護予防事業への参加だけではその効果は継続しない。地域の中に日常的、定期的に出て行く(行くことのできる)場があり、集う仲間がいて、気にして訪ねてくれる人がいる。住み慣れた地域=生活圏の中にこうした支援の仕組みがあり、継続して閉じこもりを防止

していくことができなければ「介護予防」は成果を生み出していかない。このため、地域住民同士の人と人との関係作り、地域とのつながり作りといった小地域福祉活動を展開していくことが必要となる。すなわち、支援センター職員には、地域福祉の視点が必要であり、そのための理論、知識と援助技術が求められているのである。しかし、それを日々の支援センター活動の中で行っている支援センターと、そうでないところとの活動状況の差が大きく現れている。また今回の調査において「地域の社会資源ネットワーク作りを積極的に行っていない」ところが多かったことから、こうした地域づくりや地域住民同士のつながりやネットワークの必要性、重要性を十分に理解し得ていない支援センター職員が多いことがうかがえる。地域福祉の視点からの支援センター活動の展開をどのように確立していくのか、これは重要な課題であり、このことができないければ、「介護予防」は効果を持ち得ないといえる。

(3) システムづくりへの取り組み

今回の実態調査よりみえてきたように、社会資源の開発・改善・改良や行政施策づくり、さらには介護予防プランの評価などの役割を持つものとして「地域ケア会議」が重要な位置を持っている。支援センターの行う実態調査や訪問活動はもとより、他の保健・医療・福祉などの専門機関、団体などの活動により把握された様々な問題や課題が、「地域ケア会議」において検討、分析され、いきいきとした暮らしづくりの実現に向けての取り組みが企画され、実践されていくこととなる。しかし、現実には地域ケア会議が機能していないところが約7割を占めており、重要な役割を果たし得ていない現状にあることがわかった。今後は、単なる情報交換や事例検討の場としてではなく、介護予防活動にとって不可欠な会議であるとの共通認識を持ち、機能化に向けての取り組みを行うことが求められる。

7. 真の介護予防に向けて、地域包括支援センターに求められるもの～在宅介護支援センターの成果と課題を基にして

(1) 介護予防における行政の積極的姿勢の明確化

介護保険制度創設時、「介護予防・自立支援」はその基本理念としてあげられていた。しかし、5年が経過し、特に要支援・要介護1認定者の増大が指摘され、「介護予防」が進んでいないことが、制度見直しの大きな理由となっている。そこで国は、「地域包括支援センター」を創設し「市町村を責任主体」として「介護予防の推進」を図ることにしたのである。現在、国が示している地域包括支援センターの形としては、その運営主体は市町村が望ましいとしながらも、在宅介護支援センターと同じく福祉公社や社会福祉協議会、社会福祉法人等、民間法人・団体に委託することができるとしている。

5. でみたように、特に地域型在宅介護支援センターの運営主体は、市町村から委託を受けた民間法人がほとんどであったが、責任主体は行政にあった。しかし、実際には市町村は委託だけ行い、自らが在宅介護支援センターの活動について理解し、積極的にこれを支援し、活用していくという姿勢が見られないところが多かった。支援センターが、地域で地道に掘り起こしてきた問題を集約し、分析し、その解決を一緒に図っていくこうとする姿勢は不足していたのである。

岡山県在宅介護支援センター協議会で地域ケアシステム構築に向けての現状調査（2003年）を実施したときにも、支援センター職員からの回答として、行政に「リーダーシップを求める」「困難事例等への支援をしてほしい」「地域ケア会議に権限や責任の明確化を求める」といったものが多くあった。^[3] 全国在宅介護支援センター協議会においても、委託先による支援センターの運営が適切に行われていることを常に確認すべきだとし、自ら支援センターの評価基準作成委員会を立ち上げ、委託丸投げの行政姿勢のあり方を問うている。民間委託によって、既存の施設を活用し、住民に身近な地域の中で、保健・医療・福祉の専門職による24時間365日対応という画期的な相談窓口の

実現を果たした。「いつでも、どこでも、飛んでいきます」というキャッチフレーズ通りの柔軟な活動は、民間の支援センターだからこそできたことでもある。こうした民間の良き面を活かしながら、支援センターとしての本来の役割や機能を十分に発揮させていくためには、委託をした市町村行政自身が、支援センターの役割を十分に理解し、積極的に委託法人へその重要性を働きかけ、活動や運営内容についてきちんとした監督責任を果たすべきであった。それを怠ったために、一部の支援センターのように、実態調査の結果を利用して母体法人に利用者を取り込んでしまう、人件費の財源問題から短期間に人事異動をくり返し、その結果として、兼務職員および専門性や経験不足の職員が配置されるという状況を作り出したのである。そして前述の通り、国は、「在宅介護支援センターは介護保険制度の施行以降、介護保険サービスとそれ以外のサービスとの調整等の役割をケアマネジャーに任せきりになってしまっている」、「現行のケアマネ事業所との役割分担が明確でない、といった問題を指摘されている」とし、市町村行政の姿勢や責任の所在を明確にすることなく「在宅介護支援センター」にかわる新たな介護予防推進機関として「地域包括支援センター」を創設したのである。

しかし、在宅介護支援センターにおける介護予防活動が示しているように、いきいきとした暮らしにつなげていく「介護予防」の成果は、長期的かつ継続的な活動の結果としてみえてくるものである。その意味で、地域包括支援センターにおける介護予防は、その効果測定が行われることから、民間委託による短期間の結果追求よりも、市町村行政の責任の所在と取り組み姿勢を明確にし、長期的な視点から真の介護予防効果を実現していくため、市町村の直営という形で行うことが望ましいと考える。特に、介護予防はこれからの高齢者の「自立」には不可欠なものであり、市町村行政はそのことの意味を十分理解し、中立・公平な立場を堅持し、専門性と経験の豊かな職員の配置による取り組み体制を確立していくことが求められる。そのことを忘れて再び在宅介護支援センターが抱えた課題

を地域包括支援センターも抱え込むこととなろう。

また、『高齢者虐待防止・養護者支援法』が2005年11月1日に成立、2006年4月から施行されることとなったことも地域包括支援センターには大きな意味を持つ。この法律では、高齢者虐待防止の窓口として市町村を明記し、各市町村には地域包括支援センター等、その窓口を明示するよう求めている。高齢者虐待の発見者には通報義務を課し、居宅における養護者による虐待においては、地域包括支援センター職員等が立ち入り調査を行うとされている。虐待問題はその家族関係・人間関係に深くかかわり、しかも人権および人命にかかわる事由であり、司法問題を抱える問題でもある。その役割を地域包括支援センターが期待されているのであり、一民間機関や団体が安易に関われる問題ではない。この点においても、単なる委託ではすまされない行政の姿勢が問われている。

(2) 人員配置の問題

在宅介護支援センター事業において、画期的だったことの一つに「保健・医療・福祉の専門職の配置」があった。当初の支援センターは現在の形態でいえば「地域型支援センター」のみで、「看護師と社会福祉士等のソーシャルワーカー」もしくは「保健師と介護福祉士」という職員配置であり、医療・福祉両面から利用者を見ていくという視点があった。私自身、在宅介護支援センターのソーシャルワーカーとして10年以上勤務した経験から、この2つの視点は非常に重要だと感じている。高齢者の場合には、特に、疾病による生活支障を抱える方がほとんどである。しかし、生活問題は疾病を取り除くだけでは解決しない。初回訪問は必ず看護師と二人で行い、お互いの専門的視点で見た利用者像を確認しあうことで、その人の全体像を捉えることができたのである。ところが、介護保険制度開始とともに、大半の支援センターが居宅介護支援事業者との二枚看板になり、地域型支援センターの職員としては、1人配置でもかまわなくなった。同時に、大幅に委託費が減額され、5年以上の実務経験を持つ職員は介護支援専門員として介護保険の居宅サービス計

画作成に没頭せざるを得なくなった。支援センター業務はアンケート調査結果からもうかがえるように、人件費の安い新人のソーシャルワーカーが、短期間入れ替わりで配置されるのが現状である。

国の施策として、支援センターがあえて二枚看板を出さなければならない形にしておいて、『ケアマネ事業所との役割分担が明確でない』と批判をすることには疑問が残る。「支援センターが居宅事業を実施することの意義を活かした実践をしたい、と強く意識している職員が少なからずいる。しかし、実際には居宅事業としてのケアプラン作成と給付管理業務、特に事務作業に追われ、支援センターの職員でもある点を活かした実践が思うようにできていない。これが介護保険実施直後の少なからぬ支援センター職員の実態のように見える」^[4] のが支援センター職員の置かれた状況であり、これは現在にも続いている課題なのである。このことが地域包括支援センターにおいても見え隠れしている。市町村の担当者の中から、「専門職不足だが、財政的に常勤専門職の増員はできない」といった消極的な意見がすでに聞こえ、臨時や嘱託身分における少数配置が考えられている。

介護予防は、何度も指摘するが、単に介護予防の視点を入れたケアプランを立てれば、介護予防につながるというわけではない。黒田は介護予防プランづくりの要件として、①解決すべき課題と同時に本人の持つ強さ・長所にも注目すること（それを引き出すために信頼関係を構築すること）②高齢者本人の意向を尊重し、希望をくみ取りながら共同で目標の設定を行うこと③本人への働きかけと同時に生活環境の改善に配慮すること、を挙げている。^[5] 介護予防では、援助者の役割として、①本人が自分でできることに自分で取り組むようその意欲を支えていく（エンパワメントしていく）こと②表面上の生活課題のアセスメントのみならず、その人の持つ潜在的能力（長所）を見極めていくこと③本人に直接的に働きかけるアプローチと、生活環境を改善するアプローチを同時に行うことが求められる。^[6] まさに ICF（国際生活分類）の概念⁽¹¹⁾ にそった視点をもとに、高度な相談援助技術が重要と

なる。その時、担当職員には、利用者との関係づくりのための長期的な関わり、医療と福祉という視点、さらにはより高い専門的知識と技術が必要とされるのである。曖昧な身分や兼務形態ではない職員配置が不可欠である。

(3) 地域福祉の視点を持った取り組み

介護予防とは単純に、介護予防プランを立てて介護保険給付費を抑制するというのではない。在宅福祉ニーズの最大の課題は、先に 2. で述べたように、「3つの壁」によりニーズが潜在化することであり、また発見されてもサービスに結びつきにくい点である。そこには以下のような課題がある。①本人が対象者とされることへの忌避②介護予防への認識不足③介護予防事業の情報不足④社会資源の不十分さ。^[7] これらの「意識の壁」「情報の壁」「制度・サービスの壁」を壊していくためには、専門職による地域住民との密接な関わりと信頼関係の構築を基にした地域福祉活動の展開が不可欠である。

支援センターが目指しているものは単なる「在宅福祉」ではなく「地域福祉」である。地域福祉とは、「地域での福祉支援」というだけではなく、「生活権」と「生活圏」という2つの生活「けん」の保障を意味している。「生活権」の保障とは、「ただ生きている」、という生活支援ではなく、「生きていて良かった」と感じることでできる「心のはずむ暮らし」の実現を支援していくことである。そのためには、ただ要援護者が「在宅」で過ごしているというだけでなく、人として何らかの生き甲斐や役割を持った暮らしを取り戻さなくてはいけない。また、「生活圏」の保障とは、住み慣れた地域の中で様々な人間関係を持ちながらの暮らしづくりであり、関係の「三重層円」⁽¹²⁾ を修復、創造していくことである。^[8] さらには、こうした取り組みを通して、要援護者・家族だけでなく、地域住民の意識を変え、地域の有様そのものを変え、『誰もが共に、いきいきと生きる』^[9] ことのできる福祉コミュニティ⁽¹³⁾ の実現をめざすのである。こうした地域福祉の視点を持った取り組みを通して、真の介護予防の実現、即ち、

誰もが住みなれた地域でいきいきとした暮らしづくりをめざしていくのである。

こうした地域福祉の視点からの取り組みは、これまで支援センターが、個々のケースの関わりの中で積み上げたり「ふれあい・いきいきサロン」⁽¹⁴⁾や地域での行事等に支援センター職員が積極的に参加して作り上げてきたり、介護予防教室や広報啓発活動の企画・開催により耕して来ているものである。そしてこれらが今、真の介護予防を実現していくためには不可欠な財産として光り始めているところである。

地域包括支援センターにおいては、当初「包括的・継続的マネジメント」に「地域包括ケア体制推進のための取り組み（介護予防サービス以外のインフォーマルサービスの開発・普及等の地域づくり）を想定」していたのであるが、「介護予防以外のサービスを含めたケアマネジャーに対するケアマネジメントの支援」ばかりが重要視されてきている。わずかに「総合的な相談窓口機能」に「その他の被保険者の保健医療の向上および、福祉の増進を図るための総合的な支援を行う事業」とあるものの、徐々にそのトーンが下がっていることが懸念される。これまでも見てきたように、介護予防は生活圏の中での生活権の確立でなければならず、そのためには地域づくりは切り離せないものである。しかし、先にみた在宅介護支援センターの職員がそうであったように、地域福祉の視点を持たない実践は介護予防の実現を可能とはしない。介護予防における地域福祉の視点の重要性を確認し、それを基にした取り組みが、地域包括支援センター職員には求められていることを忘れてはならない。また、地域づくりにおいては、特に社会福祉協議会と協力をして、その推進を図っていかなければならない。

(4) 地域ケア会議の必要性

地域の高齢者の抱えているニーズが早期に発見され、早期にネットワークを組んで対応しても、解決困難な事例というのは少なくない。

支援センターの業務として行われている実態把握調査は支援センターの主要な役割である「アウトリーチ

によるニーズの発見」機能を有している。しかし、岡山県下の支援センター 89ヶ所のアンケートからみても、現在、支援センターが行っている実態把握調査や介護予防プラン等が、介護予防事業に結びついていない結果が明らかになった。まず、①明確な目的を意識した上で実態把握が行われていない。センターによっては、年間 400～500 件もの実態把握調査を行っているにもかかわらず、その調査から見えてきたニーズが具体的な制度・サービス・取り組みにつながっていない。つながるためのシステムがない。②介護予防プランを立て既存のサービスを活用してはいるが、それを評価できていない。そのために地域のネットワークを構築していくことや、新たな社会資源を開発していくことが十分できていないとの結果が出ている。したがって介護予防プラン作成の中から見えてくるはずの課題が整理されていないため、介護予防事業に反映されていない。③実態把握調査・介護予防プラン等の支援センター職員の日々地道な活動が行政施策に反映されにくい理由のひとつに、地域ケア会議が有効活用されていない実態が見える。埋もれやすい、そのために重度化・深刻化しやすい地域の高齢者の生活ニーズを発見し、早期に対応し、インフォーマルも含めた関係機関で支援していく仕組みが必要である。その仕組みを検討し、作り上げていく場として地域ケア会議が必要である。

しかし、国が現在示している地域包括支援センターにおいては「地域ケア会議」は位置づけられていない。地域包括支援センターにおいても、行政の責任を伴った社会資源開発・改良・改善機能を持つ地域ケア会議を明確に位置づけ、行政・関係機関等と一緒に、地域ケア会議を有効活用することで介護予防を含む地域ケアシステムの構築に向けた目標の統一を図ることが求められる。このためには、現在の地域ケア会議のあり方を見直し、単なる情報交換や事例検討の場ではなく、介護予防のシステム化に向けての役割を果たす会議として明確に位置づけ、機能化に向けての取り組みを行うことが必要である。

8. 終わりに

国の政策転換により、2006年4月以降、在宅介護支援センターはその名前を残すものの実質的な役割を「地域包括支援センター」に譲ることになる。現在、地域包括支援センター創設に向けて、在宅介護支援センターが進む姿は以下の7つとして提示されている。^[10]

- ①地域包括支援センターを受託
(介護予防サービスを実施)
- ② 同 上 (介護予防サービスを行わない)
- ③地域包括支援センターの一員として職員派遣 (地域包括支援センターのサブセンター)
- ④地域包括支援センターの「協力機関」
(ブランチ (窓口))
- ⑤地域包括支援センターの「包括支援事業」は実施せず (任意事業のみ実施)
- ⑥ 同 上 (法人独自の経費でその他事業等を実施)
- ⑦ 同 上 (全てを実施しない)^[11]

介護予防推進にむけた在宅介護支援センターの役割と今後のあり方について、2004年度来、アンケート調査の実施、国の動向の追従、そして現場の職員の意見を踏まえて考察を重ねてきた。また、岡山県が立ち上げた「地域包括支援センター岡山モデル事業」検討委員長でもある美作大学の小坂田稔先生にご助言をいただきながら、在宅介護支援センターの現状と課題を踏まえて「地域包括支援センター」のあるべき姿を構想してきた。

いずれにしても、在宅介護支援センターが地域の中で、日々苦闘し積み重ねてきた多くの活動成果を、これからの地域包括支援センターを中心とした介護予防活動にどう活かして行くのかということが、これからの課題である。「真の介護予防」を推進し、誰もがその人らしくいきいきと人生の終盤を過ごすことができるために、これまでの「在宅介護支援センター」の正負の財産を活かして、地域包括支援センターを市町村の確固たる責任の下に立ち上げることが求められるのである。

[注]

- (1) 平成17年版厚生労働白書によると、「介護保険の制度導入以来利用者数が増加しており、この状況をみると、介護保険スタートの2000(平成12)年4月から4年後の2004(平成16)年4月にかけて、第1号被保険者数が2,165万人から2,453万人へ288万人増加(13%増)するとともに、要介護認定者数は218万人から387万人へ169万人増加(78%増)している。また、サービス利用者数は、2000年4月の149万人から2004年4月の307万人と4年間で約2倍に増加しており、そのうち居宅サービスは97万人から231万人と大きく増加(138%増)している。そして、要支援・要介護1といった軽度者が84万人から185万人へ大幅に増加(120%増)し、要介護認定者数全体の48%を占めている。」とある。
- (2) 地域支援事業・新予防給付：従来の介護保険制度の給付事業を見直し、要介護1～5の人を対象とした介護給付、要支援1、2の人を対象にした新予防給付、これまでの介護予防・地域支え合い事業や老人保健事業を改編した地域支援事業に分けられる。
- (3) 介護予防・地域支え合い事業：要援護高齢者やその家族、および独居高齢者等に対し、要介護状態にならないための介護予防サービス、生活支援サービス、家族介護支援サービスを提供することにより、高齢者の生活の質の向上、健やかで活力ある地域づくりの促進等を行う事業。市町村事業と都道府県・指定都市事業がある。
- (4) 地域包括支援センター：総合的な介護予防システムの確立やケアマネジメントの体系的な見直しを踏まえ、地域における総合的なケアマネジメントを行う中核機関として創設されたもの。介護保険制度見直しの要とされ、在宅高齢者の実態把握や虐待への対応など権利擁護を含む総合的な相談窓口機能、介護予防マネジメント、包括的・継続的なマネジメントの3つをその柱としている。
- (5) 地域ケア会議：在宅介護支援センター運営事業等実施要綱に規定されている効果的な介護予防・生活支援サービスの総合調整や地域ケアの総合調整を行う会議。
- (6) 実態把握調査加算：在宅介護支援センターの運営費は国の基準で、1998年当時は常勤2名分の人件費1171万3000円であった。しかし2000年介護保険導入に伴い、地域型支援センターの基本事業運営費は289万円(2003年度には279万円)に減額、これに高齢者実態把握調査1件当たり2700円、介護予防プラン作成1件あたり2000円等の加算を加えた事業費方式となった。

- (7) 介護予防プラン：要支援・要介護状態で介護保険サービスを利用するほどの状態ではないが、介護予防や生活支援を必要とする要援護高齢者に対してケアマネジメントを行い、一人一人に応じた介護予防プランを作成する。在宅介護支援センターの主要な業務の一つである。
- (8) 地域のインフォーマル・インフォーマルな社会資源：福祉用語辞典（中央法規出版）によれば、社会資源とは「福祉ニーズを充足させるために活用される施設・機関・個人・集団・資金・法律・知識・技能等の総称」であり、地域の中に存在し、要援護者のいきいきとした暮らしづくりに必要な様々な資源のことである。
- (9) 地域ケアシステム：「ニーズの早期発見機能」「ニーズの早期対応機能」「ネットワーク機能」「困難ケース対応機能」「社会資源の改善・改良・開発機能」「福祉教育（住民の福祉意識の啓発・育成）機能」の6つの機能をシステムとして組み込んだものであり、早期かつ的確な支援をめざしていくものである。
- (10) 市町村直営の9支援センター（基幹型・地域型）職員19名のうち、医療系職種（PHN・NS）は11名58.0%であり、また、職種としての経験年数は10年以上の職員が9名47.4%、そのうち7名が医療系職種であった。
- (11) ICFの概念：ICFとは2001年5月にWHO総会において採択された国際生活機能分類のこと。健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、背景因子（環境因子と個人因子）の双方向の関係概念のことである。
- (12) 関係の三重円：個人を取り巻く人間関係のこと。本人を中心に、家族、地域社会という三重円の中で、それぞれと様々な関係を結びながら生活している。
- (13) 福祉コミュニティ：岡村重夫は『地域福祉論』において地域コミュニティの下位集団として位置づけ、社会生活上の不利条件を持つ当事者、そして当事者の利益に同調し、代弁する個人や機関・団体が共通の福祉関心を中心として形成する特別なコミュニティ集団であると述べている。
- (14) ふれあい・いきいきサロン：独居や日中一人で家の中に閉じこもっている高齢者等を対象として、住民と参加者の共同企画・運営により、参加者が歩いていけるような身近な場所で行われる孤独の解消・仲間づくり等を通じた生きがい・社会参加活動、介護予防活動。

[引用・参考文献]

- [1] 副田あけみ『介護保険下の在宅介護支援センター』中央法規出版 2004年 12-15頁
- [2] 小坂田稔『社会資源と地域福祉システム』明文書房 2004年 173頁
- [3] 岡山県在宅介護支援センター協議会「地域ケアシステムの構築に向けての現状調査報告書」2003年3月
- [4] 副田あけみ『介護保険下の在宅介護支援センター』中央法規出版 2004年 84-85頁
- [5] 黒田研二監修 介護予防プラン研究会編集『在宅介護支援センターによる介護予防・生活支援 事例集』中央法規出版 2002年 20頁
- [6] 同上 19-20頁
- [7] 同上 25-26頁
- [8] 右田紀久恵『在宅福祉サービスの課題』右田紀久恵・小田賢三共同編集『地域福祉講座⑤』中央法規出版 1990年、272頁
- [9] 小坂田稔『社会資源と地域福祉システム』明文書房 2004年 19-21頁
- [10] 白澤政和『「ニュー在宅介護支援センター」構想思案』月刊ケアマネジメント 2004年7月号、環境新聞社
- [11] 全国在宅介護支援センター協議会「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 2005年
- [12] 全国在宅介護支援センター協議会『在宅介護支援センターみえる、わかる』全国在宅介護支援センター協議会、2003年
- [13] 厚生労働省「全国介護保険担当課長会議（2004年11月10日）資料」
- [14] (社福)岡山県社会福祉協議会・岡山県在宅介護支援センター協議会「地域ケア会議岡山モデル～その機能と役割」2003年7月
- [15] 岡山県「地域包括支援センター岡山モデル」2005年9月（2005年12月1日 受理）