

## 在宅介護支援センターの課題と今後の展望

——地域における総合ケアマネジメント機関としての新たな事業展開——

合 津 文 雄  
Fumio GOZU

### はじめに

在宅介護支援センター（以下、本文中「支援センター」と略記）は、1990(平成2)年8月に改正された、「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」（平成2年8月27日老福第167号、厚生省社会局長通知、以下「通達第167号」と略記）の別添4「在宅老人デイサービス運営事業実施要綱」において、「在宅介護支援センター運営事業」として創設されたのち、約4年間にわたる試行的事業実施期間を経て<sup>1)</sup>、1994(平成6)年6月の老人福祉法改正において法定化された老人福祉施設である。在宅で療養生活を継続する高齢者やその家族等からの介護に関するさまざまな相談に総合的に応じ、多様なニーズに対応したサービスが適宜受けられるよう、地域に点在する保健・医療・福祉サービス実施機関との連絡調整を行うことを主旨として、各地で設置が推進されている。

1994(平成6)年12月、大蔵・厚生・自治三大臣の合意によって成立した「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）」では、在宅福祉施策の緊急整備のための具体策として、1999(平成11)年度末を目標とした全国1万か所の支援センターの整備が、他の在宅保健福祉サービスの整備目標数値とともに掲示された。1996(平成8)年度末の実績では、厚生省の当初予算4672か所分に対して、3347か所が設置されたにとどまっているが、1997(平成9)年度予算では6172か所、1998(平成10)年度予算では7964か所分の施設整備費補助金が計上されている<sup>2)</sup>。2000(平成12)年4月から施行される介護保険制度における支援センターの役割や位置づけをめぐることは、必ずしも明確な方向は示されていないが、高齢者介護にかかわる住民にもっとも身近な相談機関として、施設整備目標数値の達成に向けて、今後も各地域で整備がすすめられていくこととなろう。

現在のところ、支援センターの事業は、市町村および特別区（以下「市町村」と略記）を実施主体とし、主として特別養護老人ホームや老人保健施設、医療機関などに委託・併設する形態で運営されているが、介護保険制度のもとでは、従来の委託方式やそれにとまなう公費補助の仕組みが大幅に見直されることとなる。また、利用者の権利を尊重し、利用者自身の選択によるサービス提供を具現化する「居宅介護支援（ケアマネジメント）」が法定化され実施されることにともなって、これまでの相談援助・連絡調整機能に加えて、介護支援専

門員（ケアマネージャー）を配置した指定居宅介護支援事業者、いわゆるケアプラン作成機関として、制度の中核的役割を担う組織として注目されることが予測されるのである。しかしながら、新たな制度の施行に向けて、支援センターには、地域内の包括的な組織体制の整備、個別の組織や職員配置にかかわる諸種の課題が残されていることも事実である。

本稿では、まず第一に、根拠法となる老人福祉法およびその運用・解釈基準である通達等の内容を吟味して、老人福祉施設としての支援センターの位置づけと事業内容、そこに期待される機能等について考察を加える。続く作業として、長野県内の支援センターを対象として実施した実態調査結果をもとに、現行制度における支援センターの現状を把握して事業実施上の諸課題を明らかにする。以上の二点を踏まえ、さらに介護保険制度における指定居宅介護支援事業者とのかかわりを考慮しつつ、今後の支援センターの事業展開の方向性を展望し提示することを目的とする。

## 1 法定化された老人福祉施設としての在宅介護支援センター

### （１）在宅介護支援センターの法的位置

支援センターは、「国及び都道府県以外の者は、厚生省令の定めるところにより、あらかじめ、厚生省令で定める事項を都道府県知事に届け出て、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設又は老人介護支援センターを設置することができる」旨を規定した、老人福祉法第15条第2項を設置根拠とする老人福祉施設の位置づけを有している。法律上の正式名称は「老人介護支援センター」であるが、通達第167号によって試行的に事業が実施され、国庫補助を誘引として全国の市町村に事業実施を指導する形態が採られたことから、通達で用いられた「在宅介護支援センター」の名称を使用するのが通常である。

法律レベルでの支援センターの事業について、老人福祉法の規定をみると、まず、第6条の2において、市町村は、その本来の業務である介護に関する各種の情報の提供ならびに相談指導のうち、主として在宅において介護を受ける高齢者やその家族等にかかわるものであって、「特に専門的知識及び技術を必要とするもの」に関して、市町村が設置する老人デイサービスセンターや支援センター等の施設の職員に行わせるか、あるいは市町村以外の者が設置するこれらの施設に委託することができるとされている。

さらにその具体的内容に関して、同法第20条の7の2によれば、「第6条の2に規定する情報の提供並びに相談及び指導、市町村の行う介護の措置等及び老人の心身の健康の保持に関する措置に係る主として居宅において介護を受ける老人またはその者を現に養護する者と市町村、老人福祉施設、医療施設等との連絡調整その他の厚生省令で定める援助を総合的に行うことを目的とする施設とする」としている。

支援センターに関する老人福祉法の規定は以上の三つの条文のみであり、これらの文言からは具体的な事業の内容は読みとることはできない。同法は、第一に、支援センターは、国及び都道府県以外の者、すなわち市町村や社会福祉法人、医療法人等が都道府県知事に届け出て設置することのできる施設であること、第二に、介護を必要とする高齢者やその家族等からの介護にかかわる情報提供や相談援助のうち、専門的知識や技術を有するものを取り扱う施設であること、そして第三に、市町村が設置した支援センターの職員、または市町村以外の者が設置した支援センターの職員が対応した相談について、関係機関との連絡調整を図るなどして対応するのが事業の主な内容であること、を規定しているにすぎない。

## （２）在宅介護支援センターの経緯と事業内容

次に、事実上の規律力を持つ運用基準としての通達の内容を見ていくことにしよう。先に述べたとおり、支援センター事業は、通達第167号によって創設されたが、1994(平成6)年6月の老人福祉法改正にあたって、「在宅老人デイサービス運営事業実施要綱」から分離独立する形で改正（平成6年7月12日老計第95号、厚生省老人保健福祉局長通知）され、通達の別添4の2「在宅介護支援センター運営事業実施要綱」として周知されている<sup>3)</sup>。

その後、利用者の拡大、ケアマネジメント機関としての役割の強化、機能別支援センターの整備促進などを提言した全国在宅介護支援センター協議会の報告書<sup>4)</sup>、介護保険法の成立などに対応して通達は再度改正された。現在、支援センター事業は、1998(平成10)年8月の改正通達（平成10年8月28日老発第550号、厚生省老人保健福祉局長通知、以下「通達第550号」と略記）に基づいて運営されている。さらに、後に詳述する通達第550号の詳細な運用と解釈基準を示した「在宅介護支援センター運営事業の実施について」（厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知）も、1998(平成10)年度中に周知される見通しである。

通達第550号によれば、支援センター運営事業の目的は、居宅で療養生活を継続する高齢者の介護者等に対して、介護に関する総合的な相談にさまざまな形態をもって応じ、ニーズに対応した各種の保健・福祉サービスが総合的に受けられるよう、関係行政機関、個別のサービス実施機関等との連絡調整などの便宜を図り、介護を必要とする高齢者とその家族の福祉向上を図ることである。その目的を達成するために、支援センターの事業内容を、

- ① 地域の介護を必要とする高齢者の心身の状況や、家族の状況等の実態を把握するとともに、介護ニーズ等の評価を行うこと。
- ② 市町村の公的保健福祉サービスの円滑な運営に資するため、介護を必要とする高齢者やその家族に関する基礎的事項、支援・サービス計画の内容および実施状況、処遇目標達成状況、今後の課題などを記載した「処遇台帳」を整備すること。
- ③ 各種保健福祉サービスの存在、利用方法等に関する情報の提供と積極的な利用に関する

啓発活動を実施すること。

- ④ 在宅介護に関する各種の相談に対し、電話相談・面接相談等の方法により総合的に応じること。
- ⑤ 介護を必要とする高齢者をかかえる家族等からの相談や在宅介護相談協力員<sup>9)</sup>からの連絡を受けた場合、それらの対象者に対し、訪問等により在宅介護の方法等について指導助言を行うこと。
- ⑥ 介護を必要とする高齢者やその他家族の公的保健福祉サービスの利用申請手続の受付・代行（市町村等への申請書の提出）等の便宜を図るなど、利用者の立場に立って公的保健福祉サービスの適用調整を行うこと。
- ⑦ 市町村長からの委嘱を受けた在宅介護相談協力員に対する定期的な研修会および支援センターと在宅介護相談協力員との情報交換、在宅介護相談協力員相互の情報交換、親睦を図るための懇話会の開催および日常的な連絡調整を行うこと。
- ⑧ 福祉用具の展示、利用対象者の心身の状況を踏まえた福祉用具の紹介・選定と具体的な使用方法または高齢者向け住宅への増改築に関する相談助言を行うこと。
- ⑨ 職員の訪問または相談者の来訪等により把握した対象者に関する情報を集約し、必要に応じて、在宅福祉サービス利用情報等を他の支援センターに提供することにより、他の支援センターを統括し支援すること。

が定められている。

支援センター事業の実施主体である市町村は、一定の要件<sup>9)</sup>を満たす地方公共団体、社会福祉法人、医療法人等にその運営の全部または一部を委託できるが、支援センターを適正に配置し、事業を適切に実施するために、中学校区を標準として担当区域を定めるほか、複数の支援センターを設置する場合には、市町村内のすべての支援センターを包摂する連絡支援体制を確保する「基幹型支援センター」を整備して、保健・医療または福祉に関する専門的な情報交換が円滑に行われるよう配慮することが求められている。

そのほか市町村は、支援センターにかかわる事業計画の検討、事業実施上の諸問題について協議し、その円滑な運営に資することを目的として、「基幹型支援センター」に、市町村の老人福祉・保健・医療部門のそれぞれの長、保健所・福祉事務所・地域医師会・社会福祉協議会・民生委員代表者、老人保健・福祉施設長などを委員とする「在宅介護支援センター運営協議会」を設置することが義務づけられている。

事業は、受託者が設置した特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院等に併設された支援センター（以下「標準型支援センター」と略記）で実施することが原則とされており、相談窓口業務に関しては、緊急時の適切な助言や関係機関への連絡などの対応が図れるよう、「併設施設等の機能との連携の下に24時間対応の体制を採る」とされている。ただし、市町村が

直接運営するかまたはこれに準ずる「基幹型支援センター」は前述の施設等、施設等に併設されない「単独型支援センター」については、夜間・休日等の後方支援体制が確保されている場合、例外的に事業の実施が認められる。

通達第550号を概観すると、支援センターは、市町村を実施主体としつつ多様な運営主体および設置形態のもとで事業を展開することが予定されているが、その基本的な機能は、担当区域を対象とした、①24時間を通じた相談と緊急対応機能、②対象者の実態把握・ニーズ発見とケアマネジメント機能、③個別の対象者のニーズを反映したサービスへのアクセス機能、④関係機関との連絡調整を通じたサービスの総合化と実務レベルでの連携、⑤関係機関の代表者を介した機関間連携の推進、などに集約することができよう<sup>7)</sup>。

職員体制については、「標準型支援センター」では、管理責任者を定めるほかに、福祉関係職種である社会福祉士等のソーシャルワーカーまたは介護福祉士、保健医療関係職種である保健婦または看護婦1名づつ、異職種の組み合わせで常勤配置するものとされている。ただし、「基幹型支援センター」に関しては、対象者の実態把握に必要な職員を配置する場合には、前述の職員に加えて、「介護支援専門員に関する省令」（平成10年4月10日厚生省令第53号）第1条に規定する業務従事期間に該当する者を配置することができるとされているほか、「単独型支援センター」においては、二つの形態の配置基準とは別に、これらの職員のうち1名を常勤で配置することで足りるとされている。

支援センターの事業運営に必要な経費は、これまで、「標準型支援センター」で業務に従事する2名の職員の人件費等に対する定額補助方式で実施されてきたが、1998(平成10)年度から、新たな方式として、介護保険制度への移行を展望して、「基幹型支援センター」ならびに「単独型支援センター」について、前者に対しては「標準型支援センター」と同水準の補助に加え、後者には相談助言および連絡調整に対する定額補助に加えて、それぞれの担当区域内の高齢者数に応じてその実態把握に必要な経費を加算して人件費に充当する、いわゆる事業費補助方式が試行的に導入されている。

## 2 実態調査結果からみた在宅介護支援センター事業の現状と課題

支援センター事業は、法律のレベルでは、市町村が実施する介護にかかわる情報提供や相談援助、関係機関との連絡調整の一部を担うことが規定されているが、具体的な運用基準である通達においては、先に要約したように、介護を必要とする高齢者やその家族等の立場に立った事業展開が求められていることがわかる。とりわけ、担当区域において、対象者の実態把握・ニーズ発見とケアマネジメント機能、対象者のニーズを反映したサービスへのアクセス機能などを個別具体的に発揮していくためには、対象となる高齢者やその家族等の意向を十分に把握し対応していくことが求められる。一方で、支援センターは、直接的なサービス

提供権限等をまったく有していないという側面もある<sup>8)</sup>。

そこで、本章では、支援センター事業にかかわる現状と課題を把握するために、1998(平成10)年3月に、長野県在宅介護支援センター協議会が、加入する69施設のうち45か所の支援センターの協力を得て実施した「平成9年度 長野県在宅介護支援センター協議会実態調査報告」(以下「長野県実態調査報告」と略記)の一部を報告する<sup>9)</sup>。ただし、この調査結果が、必ずしも全国各都道府県の支援センターの実情を反映しているとは限らない点も考慮し、必要に応じて、1997(平成9)年10月に、全国在宅介護支援センター協議会から公表された『平成8年度 全国在宅介護支援センター実態調査報告書』(以下『全国実態調査報告書』と略記)に照らしてその結果を紹介する。

### (1) 設置形態と職員配置の状況、職種別専任配置比率

調査対象とした45か所の支援センターの設置形態は、特別養護老人ホーム、デイサービスセンターなどを含めた老人福祉施設への併設型が20か所と最も多く、全体の44.4%を占めている。次いで病院・診療所といった医療機関併設型が12か所で26.7%、老人保健施設併設型が6か所で13.3%、地域福祉センター併設型が3か所で6.7%、以下、社会福祉協議会併設型、市町村庁舎内などとなっている。今回の実態調査は、県内全施設を対象としたものではないため、設置形態比率それ自体は調査の目的ではないが、『全国実態調査報告書』と比較した場合、長野県は医療機関併設型の構成比が高い点が特徴である<sup>10)</sup>。

表-1 支援センターの設置形態と職員配置の状況

(単位：か所，人)

施設設置形態	施設	職員の職種および職員数						計	平均職員数 (管理者除く)
		管理者	S W	PHN	N s	C W	P T		
老人福祉施設併設	20	19(0)	16(13)	10(7)	12(9)	3(3)	—	60(32)	2.1(1.6)
医療機関併設	12	11(0)	10(9)	3(1)	10(9)	2(0)	—	36(19)	2.1(1.6)
老人保健施設併設	6	5(0)	6(6)	2(2)	4(4)	—	—	17(12)	2.0(2.0)
地域福祉センター	3	2(0)	3(2)	2(2)	1(0)	—	—	8(4)	2.0(1.3)
社会福祉協議会	2	2(0)	3(3)	2(2)	2(2)	1(1)	2(0)	12(8)	5.0(4.0)
市町村庁舎内	1	1(0)	1(1)	1(1)	—	1(1)	—	4(3)	3.0(3.0)
その他	1	1(0)	1(1)	—	1(1)	—	—	3(2)	2.0(2.0)
計	45	41(0)	40(35)	20(15)	30(25)	7(5)	2(0)	140(80)	2.2(1.8)

(注) ( )内は専任で配置されている職員の数。

表-2 職種別専任配置比率と構成割合

(単位：%)

職 種	S W	PHN	N s	C W	P T	計
専任配置比率	87.5	75.0	83.3	71.4	0	80.8
構成割合	40.4	20.2	30.3	7.0	2.0	100.0

(注) SWはソーシャルワーカー、PHNは保健婦、Nsは看護婦、CWは介護福祉士、PTは理学療法士。

職員配置について、まず、表－1をみると、管理責任者を置いていると回答した支援センターは、調査施設45か所のうち41か所であるのに加え、そのすべてが兼任の勤務形態であるのがわかる。支援センター事業を総括する管理責任者については、制度創設当初から、「あらかじめ定める」とされているだけで、職務内容に関する規定はなく、事業運営に必要な補助対象経費としても算定されていない。『全国実態調査報告書』の結果をみても、専任配置は徐々に増加してきているが、配置に対する財源保障がされていない点などに起因してかその割合は14.6%にすぎない。管理責任者の配置は、併設機関・施設との一体的運営を強化するため、兼任を当初から予定した規定であったと考えてよいであろう。

支援センター事業展開の中心となり、その機能の実質的な担い手となる実務担当職員の配置状況を概観すると、管理責任者を除く支援センター1か所あたりの平均職員数は2.2人であるが、このうち、専任で配置されている職員は1.8人であり、平均0.4人は何らかの形で併設機関・施設の業務を兼任している。とりわけ、老人福祉施設、医療機関、地域福祉センターにおいては、各職種ともに支援センター職員が他の業務を兼任していることがわかる。さらに職種別の勤務形態を比率で示した表－2をみると、社会福祉士等のソーシャルワーカーが87.5%、看護婦が83.3%、保健婦が75.0%、介護福祉士が71.4%となっており、平均では80.8%が専任配置されているにとどまっている。ここでは、支援センターと併設施設のどちらに比重をおいて業務に従事しているのかも問題となる。

『全国実態調査報告書』では、相談を担当する職員の専任配置比率は89.5%と報告されているが、「長野県実態調査報告」による調査結果はこの数値を大きく下回っている。支援センターの職員配置に関しては、その創設から現在に至るすべての通達において、事業運営に必要な職種の職員2名を常勤で配置することを要件として、人件費その他に対する必要な定額補助が行われてきている。この観点からすれば、通達第167号以降「常勤専従」という規定はされてこなかったとはいえ、長野県を含めた全国の支援センターにおいて、職員専任化に対する積極的な取り組みがされなければならない。なお、職員の構成割合については、表－2に示すとおり、ソーシャルワーカーが全体の40.4%、看護婦が30.3%、保健婦が20.2%、介護福祉士が7.0%となっており、福祉関係職種であるソーシャルワーカーと保健医療関係職種としての看護婦の組み合わせで構成される場合が多いことがわかる。

## (2) 相談対応とケアマネジメント過程の実施状況

次に、先に示した基本機能に照らして、各支援センターの事業展開の現状を把握し、支援センター事業実施上の諸問題を提起していくことにしよう。

はじめに、支援センターの基本機能ともいえるべき、24時間を通じた相談と緊急対応機能について、「長野県実態調査報告」による調査結果を示した表－3をみると、1か所の支援セ

センターの担当区域人口は5000人未満から3万人以上（担当区域人口がもっとも少ない支援センターで2470人、最高では20万6685人）と幅広く、中学校区を標準として担当区域を定めて設置する体制には至っていない状況であるのがわかる。年間の相談延件数にも相当の格差があるが、1か所あたりの平日の平均相談延件数は1107.3件、夜間・休日の平均相談延件数は28.9件となっている。これらの相談に、支援センターの配置基準である職員2名で対応しているとすれば、平日1日あたり平均約4.2件の相談にあたっていることになる。

相談は支援センター施設内でされるものばかりではなく、実際に対象者の自宅を訪問して行われる場合も多いのに加えて、相談対応後には、個別のサービス提供に向けて、関係機関や施設との連絡調整を行わなければならない。また、日常業務の集計作業や予算・決算書の作成などの管理運営業務にもかかわっていることを勘案した場合、職員の平日における諸業務は相当な量となるのは明らかである。次節でも報告するが、介護保険制度の施行に向けての課題と題して、調査対象施設の職員から意見を求めたところ、もっとも大きな課題としてあげられたのは、「増加する業務量に対応した職員配置の必要性」であった。

さらにこの調査結果において特徴的であったのは、夜間・休日の緊急相談件数が、『全国実態調査報告書』による12.4件の2倍以上であった点である。これは、医療機関併設型支援センターの構成比が高い状況を反映しているものと思われるが、夜間・休日の緊急相談対応体制は、表-4が示すとおり、併設施設の夜勤者による対応が19か所で全体の42.2%、携帯電話等を使用して支援センター職員が直接対応する方式が12か所で26.7%、自宅拘束やポケットベルを活用した併設施設と支援センター職員の協働が9か所で20.0%、連携運営を活用

表-3 担当区域人口別平均相談対応件数

(単位: か所, 件)

担当区域人口	施設数	相談延件数	夜間延件数
— 5000	6	1806.2	26.6
5001—10000	12	936.2	42.3
10001—15000	4	535.0	36.0
15001—20000	4	712.5	18.0
20001—25000	5	1632.0	15.4
25001—30000	4	825.0	10.0
30001—	10	1131.0	30.2
計/平均	45	1107.3	28.9

(注) 夜間延件数は休日の相談件数を含む。

表-4 夜間・休日の相談対応体制

(単位: か所, %)

夜間・休日の相談対応者	施設数	比率
併設施設の夜勤者	19	42.2
支援センター職員	12	26.7
併設施設とセンター職員	9	20.0
連携運営による他施設職員	3	6.7
その他	2	4.4
合 計	45	100.0

表-5 ケアマネジメント過程の実施状況

(単位: か所, %)

処遇台帳の整備	ケアプラン作成	ケアカンファレンス	申請受付・代行	再アセスメント
Yes 44 97.8	Yes 32 71.1	Yes 44 97.8	Yes 45 100.0	Yes 18 40.0
No 1 2.2	No 13 28.9	No 1 2.2	No 0 0.0	No 27 60.0
計 45 100.0	計 45 100.0	計 45 100.0	計 45 100.0	計 45 100.0



した他施設の夜勤者による対応が3か所で6.7%などとなっている。

夜間・休日の相談対応について、同じく職員の意見を求めた結果、併設施設の夜勤者による対応方式を採っている場合では、「対応可能な相談が夜勤者の職種ごとに限定されてしまう場合が多い」、「夜勤者が毎日交代するため連携がとれない」といった意見が目立っている。また、直接対応方式では、「常時の拘束によって精神的ストレスが蓄積する」、「対応にかかわる手当の支給がされない」といった訴えが大半を占めている。

支援センターの相談対応体制に関しては、職員の業務量に対応し、かつ、デイサービスセンターなどと同様に、運用基準である通達において、法定化された「老人福祉施設」と呼ぶのにふさわしい職員配置基準が提示される必要がある。さらに「併設施設との連携の下に24時間体制を採る」ことを原則とするならば、その連携方法が具体的に例示されるべきであろうし、夜間・休日の相談に対応する職員に対する手当等を、事業運営に必要な経費として組み入れるなどの財政措置がなされなければならないであろう。

続いて、現在の支援センターのニーズ把握とケアマネジメント機能について、表-5を参考として検証してみると、対象者の身体機能状況や精神心理的状況、介護者等を含めた社会環境的状況といった基礎的事項を調査・分析した「処遇台帳」はほとんどの支援センターで整備されているが、通達第550号が規定する支援・サービス計画（ケアプラン）を作成している支援センターは32か所、71.1%にとどまっている。計画の実施やサービスの適用調整にあたっての担当者会議（ケアカンファレンス）は1か所を除き、「ニーズに対応したサービスの仲介・実施」にあたる利用申請手続の受付・代行業務はすべての支援センターで実施されているものの、対象者やサービス提供の状況等に関する継続的な把握・管理（モニタリング）に基づく、定期あるいは不定期の再課題分析（再アセスメント）を実施している支援センターは、わずか18か所で40.0%となっているのがわかる。

この調査結果からすれば、支援センターは、担当区域内における個別の対象者にかかわる生活上の課題分析（アセスメント）を内包した「処遇台帳」を整備し、担当者会議（ケアカンファレンス）での調整に基づいて支援・サービス計画（ケアプラン）を作成して、対象者のニーズに対応したサービスに接続する役割はおおむね果たしているように思われる。しかしながら、実務担当職員の日常業務の煩雑さや、ケアマネジメント技能への習熟度の低さなどから、計画内容やサービスの質および程度、対象者の状態やそれを取り巻く環境の変化を継続的に管理（モニタリング）し、再課題分析（再アセスメント）に結びつけ、この過程を循環させる機能を有するまでには至っていないと考えられる。今後、各支援センターが、次章で詳述する指定居宅介護支援事業者としての事業をあわせて実施していくとすれば、「24時間相談対応機能を有する総合ケアマネジメント機関」としての事業展開を可能とする組織体制や職員配置を整備していくことが不可欠である。

### (3) 事業実施上の問題点と介護保険制度施行に向けての課題

実態調査を実施するにあたって、最後に、支援センターに従事する実務担当職員の立場から、現状における事業実施上の問題点、介護保険制度の施行に向けての課題などの意見を求めてみた。「長野県実態調査報告」の総括として、あるいは現場に従事する実務担当職員からの生の声として、特徴的な意見の一部をここで報告しておくこととしたい。事業実施上の問題点として、第一にあげられたのが、「増加する業務量に対応した職員配置の必要性」および「他の業務との兼任による相談対応体制確立の困難性」である。

たとえば、前者に関しては、「訪問件数が多く、サービス実施中の対象者に対するモニタリングが十分に行えない」、「支援センターは、行政からの委託事業であり、本来の相談援助業務に加えて、予算や決算、庶務文書整理事務を支援センター職員が行わなければならない。日常的な相談が多く大変なのに、国の職員配置基準が2名であるため、それ以上の増員は考えられていないのが現状である。相談援助業務と庶務関連事務の両立が大変である。少なくとも事務担当者の増員とそれにとまなう補助金措置が必要である」、「ホームヘルプ事業の統括やりサイクル事業の実施など、支援センター業務以外の仕事があるほか、相談件数も多い月は170件近くになるため、2名の体制では負担を感じる。また、必ず1名は支援センターに常駐しなければならないので、日常的な訪問活動が十分に実施できず、緊急時の対応も困難である場合が多い」などが代表的な意見である。

また、後者の職員の兼任の問題に関しては、「支援センター職員が併設医療機関の宿直業務を担当しているため、宿直業務に従事した翌日の午後は休日となる。したがって、宿直明けの日の午後は、職員1名で相談業務等に対応しなければならないことになる」などがあげられている。さらに、介護保険制度と関連して、「支援センターの保健婦が併設施設の業務を兼任しているので、新たな制度が実施されると業務内容が今よりもはるかに増え、内容も濃くなるため、その業務にどこまで対応できるのかが不安である」、「支援センターが指定居宅介護支援事業者として位置づけられると、これまで以上にサービス内容の質が求められることから、現在の業績からして不安が多い」、「現状から考えると、介護認定調査から、6か月ごとの再アセスメントを行うには2名では絶対に業務を実施することは困難である。職員配置体制の充実を図るとともに、アセスメント手法を統一するなど効率的な内容にしないと業務そのものが行き詰まってしまう」などとする意見も多い。

これらの意見のほかに、担当区域内の保健・医療・福祉サービス実施機関やそこに所属する専門職との連携が十分にとれていないといった機関・職種間連携の問題、ケアマネジメント技能の習得が不足している、とりわけ再アセスメントに関する部分が欠けているなどの職員の資質にかかわる問題、民間事業者の参入と競争原理導入に対応する支援センターのあり方の問題など、多様な問題意識が提起されている。ここでは、紙幅の関係もあり、すべてを

紹介することはできないが、これら実務担当者が提起する問題点や意見は、先の実態調査結果ならびにそこで提起した諸課題を裏づける資料となろう。

本章の結びとして、今後の支援センターのあり方を問うとともに、本稿の課題ともなる重要な意見を紹介しておこう。「介護保険制度の施行に向けて、支援センターは、介護認定調査機関あるいは指定居宅介護支援事業者としての事業展開のみを視野に入れ、優先させていくことでよいのだろうか。支援センターの役割っていったい何なのだろうか…」。

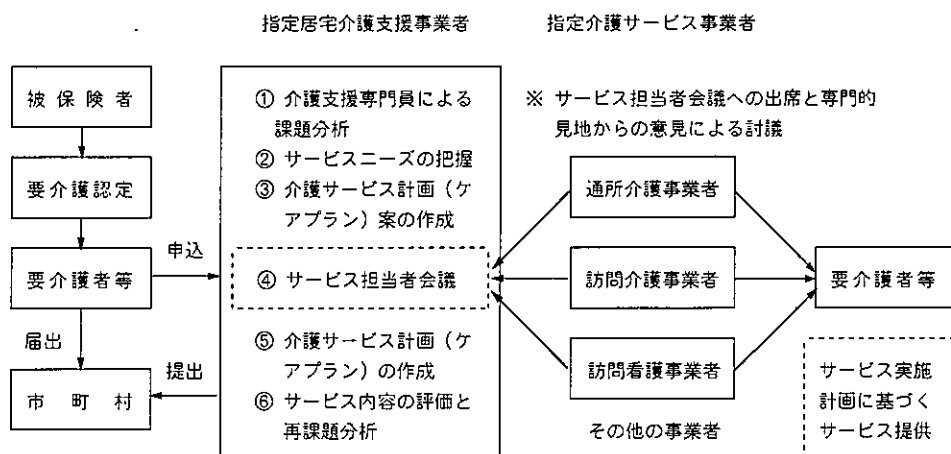
### 3 在宅介護支援センターと指定居宅介護支援事業者

#### (1) 指定居宅介護支援事業者の指定基準案と事業内容

介護保険制度においては、要介護認定および要支援認定を受けた高齢者が、介護保険法に規定される指定居宅サービスその他、在宅で日常生活を営むために必要な社会サービスが適切に利用できるよう、それぞれの心身の状況や環境・希望等を勘案して居宅サービス計画を作成するとともに、サービス提供事業者等との連絡調整を実施する「居宅介護支援（ケアマネジメント）」が法定化されている。この「居宅介護支援（ケアマネジメント）」を行う者が、都道府県知事の指定を受けた指定居宅介護支援事業者である。

厚生省から示された指定基準（案）によれば、指定居宅介護支援事業者として指定を受けるための要件は、法人格を有することのほか、人員基準として、「常勤の介護支援専門員を1人以上配置すること（50又はその端数を超えるごとに1人を標準）とし、うち1名を管理者とする。なお、他の業務との兼務でも差し支えないものとする」とすることが予定されている<sup>11)</sup>。この職員の兼務を容認する指定基準（案）を受けて、介護保険制度において、支援センターは、本来の機能に加え、あるいはそれとリンクしつつ、指定居宅介護支援事業者と

図－1 指定居宅介護支援事業者の業務



しての位置づけがなされ、制度運営の中核的役割を担うこととなるであろう。

その理由としては、前述の指定基準（案）のほかに、まず第一に、現行支援センター事業では、すでに述べたとおり、介護を必要とする高齢者やその家族等がかかえる諸種のニーズの軽減を図るために、ケアマネジメント手法の活用が求められていること、第二に、介護保険制度導入に向け、担当区域内の高齢者数に応じた実態把握経費を加算する事業費補助方式が導入されたこと、そして第三には、全国在宅介護支援センター協議会が、「介護保険制度を視野に入れたケアプラン作成機関としての基盤の確立を図る」ことを重点目標として掲げていること<sup>12)</sup>、などがあげられよう。このような動向を察知して、「介護支援専門員実務研修受講試験」を受験した支援センター職員も相当数にのぼるものと思われる。

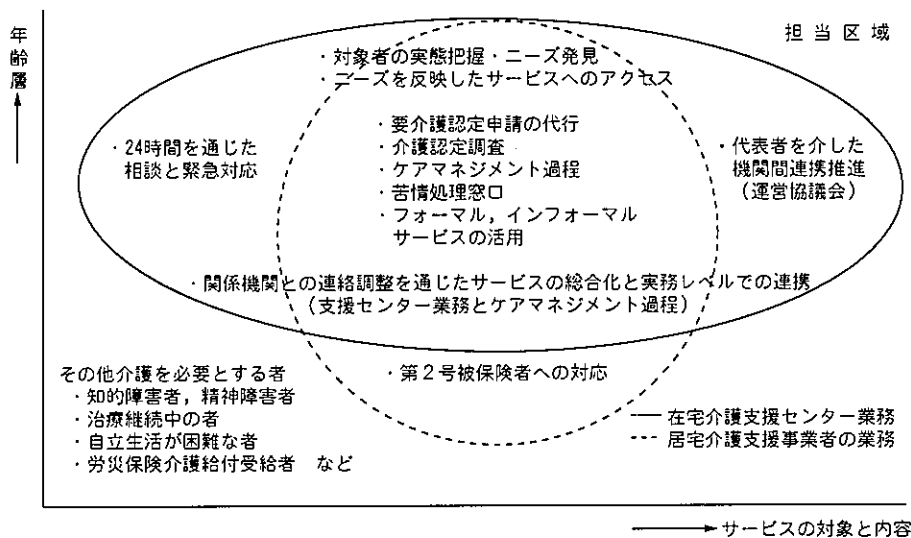
指定居宅介護支援事業者の基本的な業務は、図－1に示すとおり、要介護認定あるいは要支援認定を受けた被保険者（以下「要介護者等」と略記）からの依頼・申込を受けて、そこに配置されている介護支援専門員（ケアマネージャー）によって「居宅介護支援（ケアマネジメント）」を実施することである。介護保険制度下での「居宅介護支援（ケアマネジメント）」は、要介護者等の生活上の課題分析（アセスメント）を行い、サービスニーズを把握して介護サービス計画（ケアプラン）案を作成し、サービス提供事業者の担当者による調整会議（ケアカンファレンス）を経て介護サービス計画（ケアプラン）を確定してニーズに対応するサービスを仲介・実施するとともに、これを継続的に管理（モニタリング）して評価する一連の過程を意味する。指定居宅介護支援事業者は、この基本業務のほかに、要介護認定および要支援認定の申請代行、介護認定調査業務の市町村からの受託、苦情処理の窓口業務などを実施することが予定されている<sup>13)</sup>。

指定居宅介護支援事業者が介護サービス計画（ケアプラン）を作成するにあたっては、介護保険法に規定される、保険給付としての在宅サービスや施設サービスの活用ならびに紹介に加えて、家族、近隣、ボランティアやNPO組織などのインフォーマルサービスの活用も十分に視野に含めることが要請されている<sup>14)</sup>。このような視点からすれば、指定居宅介護支援事業者が行う事業は、これまで支援センターに求められてきた、対象者の実態把握・ニーズ発見とケアマネジメント機能、個別の対象者のニーズを反映したサービスへのアクセス機能などとリンクする部分が非常に多いことがわかる。

## （2）異なる根拠法に基づいて事業を展開する新たな組織の機能概念

支援センターと指定居宅介護支援事業者は、それぞれ、老人福祉法および介護保険法を根拠として設置あるいは指定されることとなる。都道府県知事からの指定を受けて、支援センターが指定居宅介護支援事業者としての事業を実施した場合の、新たな組織としての機能概念について、図－2を参考として考察を加えてみることにしよう。この場合、もっとも重要

図-2 在宅介護支援センターと指定居宅介護支援事業者のリンク、業務の拡大



なウエイトを占める業務は、対象者に対するケアマネジメント機能であることはあらためて論及するまでもない。対象者の実態把握・ニーズ発見、ニーズを反映したサービスへのアクセス機能も、新たな組織に要請される基本機能であるといえよう。

要介護認定申請や指定居宅サービスにかかわる申請の代行、介護認定調査の実施等に関しても、従来の支援センター事業において、公的保健福祉サービスの利用申請手続の受付・代行為が認められていた点を勘案すれば、支援センターと指定居宅介護支援事業者の業務に共通する、あるいは新たな組織の中心的な業務となるということが出来る。また、各種のフォーマル、インフォーマルサービスの活用を通じたニーズへの対応についても同様のことがいえる。こうしてみると、支援センターと指定居宅介護支援事業者の業務は、介護保険法に基づく保険給付として「居宅介護支援（ケアマネジメント）」を実施していくか否かに違いがあるだけで、そこに求められる機能は多くの部分がリンクしていることが明確となる。介護保険制度の施行に向けては、このような機能概念をもとに、関係機関との連絡調整を通じたサービスの総合化と実務レベルでの連携を実現していくことが必要である。

ただし、支援センターの側からすれば、これまで求められてきた、24時間を通じた相談対応機能や機関間連携の推進機能などを維持・継続しながら、要介護認定あるいは要支援認定を受けた高齢者等に対する「居宅介護支援（ケアマネジメント）」を継続的に実施していくことになる。もちろん、介護保険の給付対象とならない高齢者やその家族等からの相談に対しても、「居宅介護支援（ケアマネジメント）」と同様の手法を活用しながら個別的な対応

をしていかなければならない。また、指定居宅介護支援事業者の事業範囲を考えれば、支援センターの対象者は40歳以上の要介護者等に拡大されるとともに、指定居宅サービス等にかかわる苦情処理の窓口業務なども実施していかなければならないことになる。

これら拡大する業務に対応していくためには、「長野県実態調査報告」で明らかにした「増加する業務量に対応した職員配置の必要性」および「他の業務との兼任による相談対応体制確立の困難性」といった諸問題をいかに克服していくかが課題となろう。今後ますます増大し、複合化することが予想される介護サービス需要に対して、専門的見地から諸種の相談に対応し、あらゆる角度からこれを検討して的確な「居宅介護支援（ケアマネジメント）」につなげていくためには、まず第一に、従来の福祉関係職種・保健医療関係職種の配置といった包括的な概念から脱却して、保健・医療・福祉の専門職の協働を主軸とした、本格的なチーム方式による職員配置体制への転換が図られる必要がある。

具体的には、「基幹型支援センター」では、通達第550号で提示されているすべての専門職を常勤配置するとともに、機能訓練や居住環境の相談にも対応できる理学療法士や作業療法士を配置することが望まれる。また、従来の「標準型支援センター」においても、これに準じた職員配置基準が設定される必要がある。担当区域内の対象者の個別具体のニーズに即応できるケアマネジメントの視点からすれば、オーストラリアの「ACAT」複合専門職チームの活動や、アメリカで試行されている「PACE」プログラムにおける専門職種チームの実践<sup>15)</sup>から学ぶべき点が多いであろう。

#### 4 むすびにかえて——総合ケアマネジメント機関としての事業展開の方向性

介護保険制度は、2000(平成12)年4月から施行されるが、要介護認定および要支援認定が開始されるのは制度施行の半年前の1999(平成11)年10月とされている。これに先立って、介護認定調査業務を市町村から受託する事業者等に対する都道府県知事の指定が、同年度の第2四半期を目途として開始される予定である<sup>16)</sup>。新たな制度が施行された段階において、支援センターは、従来の市町村委託方式やそれともなう公費補助による運営から、「居宅介護支援（ケアマネジメント）」の実施に要する費用の支払いと介護認定調査に関する委託料収入等を基本とした運営、すなわち介護報酬等を事業収益とした新たな組織として再編されることになる<sup>17)</sup>。支援センターが、指定居宅介護支援事業者としての事業をあわせて実施することを想定した場合の新たな組織が有する機能概念は、先に示したとおりである。

支援センターは、これまで、市町村が実施するとされる介護にかかわる情報提供および相談援助、関係機関との連絡調整のうち、「特に専門的知識及び技術を必要とするもの」に関する部分を担いつつ、介護を必要とする高齢者やその家族等の立場に立ったケアマネジメント機能を発揮することが求められてきた。このような状況の中で、本稿は、筆者が実施・集

計にかかわった「長野県実態調査報告」を用いて、支援センター運営にかかわる財源保障が十分でないこと、あるいは直接的なサービス提供権限を有する制度的位置づけがなされていないこと、などに起因して、個別の組織や職員配置にかかわる問題、サービス提供機関や職種間連携の問題、担当区域における人口格差の問題、実務担当職員にかかる過重労働の問題などが存在することを指摘してきた。その一方で、現場の実務担当職員は、夜間・休日を含めて相当数の相談に対応し、さまざまな活動を展開していることを紹介した。

介護保険制度の施行に向けて、支援センターが、利用者の権利を尊重し、利用者自身の選択によるサービス提供を具現化する、「24時間相談対応機能を有する総合ケアマネジメント機関」としての事業を展開していくためには、まず第一に、個別の組織や職員配置にかかわる問題への対応として、先に述べた保健・医療・福祉の専門職の協働を主軸とした、本格的なチーム方式による職員配置体制を構築することが不可欠である。この体制を具現化するために必要な財源は、当面は、実態把握に必要な経費を加算して人件費に充当する、現行の事業費補助方式に依拠せざるを得ないが、事業収益を運営財源とする新たな組織として再編された段階では、運営に必要な経費の相当部分をまかなうことができるであろう。

第二に、指定居宅介護支援事業者に付与された権限を十分に活用することである。指定居宅介護支援事業者は、法定化された「居宅介護支援（ケアマネジメント）」を実施する権限を有することから、介護保険法に規定される指定居宅サービス等の提供にあたって行われる介護サービス計画（ケアプラン）の作成、およびその過程で開催されるサービス提供事業者の担当者による調整会議（ケアカンファレンス）の開催等の責任者となる。この権限の活用は、他のサービス提供機関や職種間連携の推進に役立つであろう。また、介護保険の給付対象とならない高齢者やその家族等からの相談に対しても、同様のケアマネジメント手法を用いた個別的な対応が可能となると考えられる。ただし、権限を行使するにあたっては、必ず明確な責任意識を持たなければならない。ここでは、新たな組織で業務に従事する介護支援専門員（ケアマネージャー）の資質が問われることは言及するまでもない。

そして第三は、先の二つの提言を実現することを前提として、併設施設以外のサービス提供機関との連携・連絡調整機能の向上を図ることである。これまで支援センター事業は、実施主体である市町村の姿勢や職員の勤務形態、併設施設が有するサービスの種類、支援センターそれ自体のサービス提供権限の欠落等々の要因から、併設施設のサービスに偏重する傾向が強かったと考えられる。支援センターと指定居宅介護支援事業者の連結による新たな組織、すなわち専門職の協働を主軸とした職際的チームと法定化された権限および責任を有する組織形成への取り組みは、介護を必要とする高齢者やその家族を対象とするといった縦割りの制度枠組みを超えて、地域で生活する若年の身体障害者や知的障害者、精神障害者など、自立生活が困難な対象者のニーズにも応えることのできる「24時間相談対応機能を有する総合ケアマネジメント機関」の構築を実現するための必須条件となるのである。

## 【注】

- 1) これまでの福祉政策・制度の展開は、新規の福祉ニーズに対して、まず国が通達等によって給付の要件や水準を要綱的に規定し、国や都道府県補助を誘引として全国の市町村に事業の実施を指導するといったケースが多かった。市町村ではそれに応じて予算措置を講じ、規則ないし要綱に基づいて事業を展開することとなる。全国的にこのような事業がある程度の規模で普及したのちに、それが法律によって実定化されるケースが多いが、支援センター事業もそのような段階を経て1994(平成6)年に法定化されている。法定給付と政策給付の関係については、又坂常人「福祉行政手続」(磯部力・小早川光郎編著『自治体行政手続法』学陽書房、1993年)235頁参照。なお、『ネ・ツ・ト・ワ・ー・ク』Vol.10, 全国在宅介護支援センター協議会、1994年、20頁によると、支援センター法定化の前年度末、すなわち1994(平成6)年3月末現在の支援センターの設置数は1239か所であった。
- 2) 「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略(新ゴールドプラン)」に基づく、在宅・施設サービスごとの供給体制整備の目標数値と予算措置、進捗状況などについては、厚生省監修『厚生白書(平成10年度版)』ぎょうせい、1998年、243頁などを参照。
- 3) この通達改正では、終日にわたり機能している特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院等とされてきた事業の実施施設について、「ただし、これらの施設に併設した場合と同様の内容が確保できると厚生大臣が認める場合は、近隣の特別養護老人ホームとの密接な連携の確保された単独型の老人デイサービスセンター等その他適当な施設に併設することができる」旨を追加している。本稿第2章第1節で紹介する地域福祉センター併設型、社会福祉協議会併設型などの支援センターの多くはこれに基づいて設置されているが、この連携運営方式に関する規定は、後述の通達第550号によって、担当区域で個別に機能する支援センターを包摂する連絡支援体制が導入されたことを受けて削除されている。
- 4) 在宅介護支援センター機能強化検討委員会報告『在宅介護支援センターの機能強化と再構築をすすめるために一介護保険制度導入を展望して一』全国在宅介護支援センター協議会、1997年を参照。この報告書は、支援センター整備の促進と利用者の拡大、ケアマネジメント機関としての役割強化、在宅サービス機能の連携強化と一元化などを提言し、東京都における高齢者サービスステーション事業などを評価しつつ、支援センター事業の再構築の方向性を探っている。
- 5) 在宅介護相談協力員は、民生委員、老人クラブ、自治会、婦人会等の地域活動団体や、介護を行う家族と接触する機会が多い地元商店、薬局、郵便局等から市町村長が委嘱するとされ、その業務内容は、地域の介護を必要とする高齢者に対する保健福祉サービスおよび支援センターの紹介等を行うこと、さまざまな機会をとらえて各種の保健福祉サービスの広報およびその積極的活用についての啓発を行うこと、とされている。通達第550号別添4の2、1-(10)参照。
- 6) 詳細については、通達第550号別添4の2、1-(7)参照。
- 7) 支援センターの機能を考察するにあたっては、小林良二「地域福祉サービスの調整組織」(針生誠吉・小林良二編著『高齢社会と在宅福祉』日本評論社、1994年)119-123頁、高橋良太「ニーズとサービスを結ぶ在宅介護支援センター」(大山博・嶺学・柴田博編著『保健・医療・福祉の総合化を目指



して】光生館，1997年）201－204頁、『在宅介護支援センターの機能強化を目指して』全国在宅介護支援センター協議会，1996年，24－27頁、副田あけみ『在宅介護支援センターのケアマネジメント』中央法規出版，1997年，70－84頁などが参考になる。

- 8) この点について、支援センター創設当時、厚生省老人保健部長であった（彩福祉グループ事件に関与して厚生省汚職に問われた）岡光序治は、参議院本会議での政府側答弁において、「在宅介護支援センターは、在宅介護で苦勞している家族が、在宅介護に関し専門的知識及び技術に関して、相談及び指導を受けるため設置することとされたものであり、在宅福祉サービスの申請に対する調査、決定等の機能を有するものではない。このことにより、市町村は在宅福祉及び施設福祉の総合的な福祉の措置を住民に責任を以て適用する任務を有しており、そのため必要な老人福祉に関する相談に応じ、必要な調査及び指導を行うこととされており、その公的な責任は在宅介護支援センターの設置により影響を受けるものではない。またこうした業務を推進するために社会福祉主事の資格を有する者その他業務に精通した者の設置促進に格段の努力を払いたい」と発言している。『週刊社会保障』No.1592, 1990年参照。
- 9) 長野県在宅介護支援センター協議会研修担当理事である筆者と、J A 長野厚生連佐久総合病院地域ケア科「うすだ在宅介護支援センター」のソーシャルワーカー中澤智宏氏を中心となって実施・集計した実態調査報告である。
- 10) この点について、『全国実態調査報告書』では、医療機関併設型は10.0%にすぎないが、「長野県社会福祉施設名簿」長野県社会部，1998年によれば、その構成比は19.8%となっている。
- 11) 介護保険制度実施推進本部『全国介護保険担当課長会議資料（平成10年7月29日）』381頁を参照。  
このほかに、1998(平成10)年12月14日、厚生省は、医療保険福祉審議会老人保健福祉部会ならびに介護給付費部会に対して、指定居宅介護支援事業者に関する運営基準（案）を示しているが、その内容は、①計画作成時に、その地域の居宅サービス事業者に関するサービスの内容、利用料などの情報を公平に、利用者および家族に提供し、利用者に選択を求めること、②個別の利用者に対し、特定の事業者によるサービスを利用すべき旨の指示を行わないこと、③利用者に特定のサービスを利用させる代償として、事業者から金品その他財産上の利益を受けてはならないこと、とされている。『週刊福祉新聞』第1945号，1998年参照。なお、訪問介護、訪問看護などを含めた指定事業者の指定基準の内容は、現在、同審議会老人保健福祉部会において審議がすすめられており、1999(平成11)年3月に厚生省令として公布される予定である。『月刊介護保険』第4巻第34号，1999年，36－37頁。
- 12) この点に関しては、『平成10年度 全国在宅介護支援センター協議会要覧』全国在宅介護支援センター協議会，1996年，3頁参照。なお、今後の支援センター事業の方向性を論述した文献として、青柳親房「在宅介護支援センターの課題」（『月刊福祉』1998年2月号）、高橋紘士「これからの在宅介護支援センター」（『訪問看護と介護』第3巻第1号，1998年）がある。
- 13) 介護保険制度におけるケアマネジメントの方法等については、白澤政和『介護保険とケアマネジメント』中央法規出版，1998年が参考になる。なお、要介護認定および要支援認定申請の代行は介護保

険法第27条第1項、介護認定調査の委託は同条第2項で認められている。

- 14) 白澤・前掲書, 172-175頁、厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会監修『介護支援専門員標準テキスト(第1巻)』長寿社会開発センター, 1998年, 148-149頁などを参照。
- 15) A C A T (Aged Care Accesment Team) の活動の概要等を紹介した文献として、生田清美子「専門職種チームによる高齢者地域ケアの開拓—オーストラリアのA C A Tから学ぶ—」(『総合社会保障』第35巻第5号, 第6号, 1997年)、佐藤進「オーストラリアの高齢者ケア対策—保険医療と福祉介護の一体化政策の現状—」(『総合社会保障』第36巻第3号, 第4号, 1998年) などがある。アメリカのP A C E (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) プログラムの内容について紹介した文献は数少ないが、とりあえずは、「米国における高齢者の長期介護とP A C Eプログラム」(保健福祉等専門家交流シンポジウム資料『日米にみる在宅ケア—保健・医療・福祉の総合一—』生活福祉研究機構, 1997年) を参照されたい。
- 16) 介護保険制度実施推進本部・前掲資料, 3-4頁に介護保険制度施行準備日程(案)が示されているほか、1998(平成10)年10月29日に開催された第5回の全国介護保険担当課長会議において、石黒秀喜老人保健福祉局介護保険制度施行準備室室長補佐より、「初回の指定は、遅くとも1999(平成11)年7月末までに行われるよう配慮する」旨の説明がされている。『月刊介護保険』第3巻第33号, 1998年, 5頁参照。
- 17) 居宅介護サービス計画費等の介護報酬については、1998(平成10)年10月26日に、医療保険福祉審議会介護給付費部会より、「介護報酬の主な論点と基本的な考え方(案)—中間とりまとめ—」が提出されている。その中で、「居宅介護支援(居宅介護サービス計画費)に係る主な論点」として、居宅介護サービス計画費の評価方法について、①介護サービス計画作成等にかかる平均的費用を勘案して月ごとに報酬を支払う方法、②要介護認定期間分の費用について包括して支払う方法、③計画作成の発生しない場合の平均的費用を勘案した月々の定額報酬に加えて、計画作成月には計画作成費を加算等で支払う方法、が示されている。これらを踏まえたうえで、利用者とサービス事業者との継続的な相談・助言体制が保たれる必要があること、支給限度額管理のための介護サービス計画に関する情報を定期的に審査支払機関に提出する必要があること、簡潔・簡明な報酬が望ましいこと、などに着目して、制度創設後当分の間は、月ごとに報酬を支払う方法が適当であるという提案がされている。なお、「居宅介護支援(ケアマネジメント)」に関する介護報酬については、このほかに、要介護度等に応じた評価か、要介護度にかかわらず評価をするか、といった論点が残されている。