

施設・居住系サービスの詳細をしてみることにする。施設サービスは、従来からの介護保険3施設である介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設である。そして、新たに創設された地域密着型介護老人福祉施設を含んでいる。また、居住系サービスは、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、介護専用型と地域密着型の特定施設が参酌標準に含まれ、これらのサービスの新たな基盤整備が抑制されている状況にある。すると、新たな介護サービス基盤整備として期待される地域密着型サービスにおいても、グループホームや特定施設、介護老人福祉施設については、基盤整備を抑制する力を受けている。したがって、通い、訪問、短期滞在機能を有する小規模多機能型居宅介護への期待が誘導的に高まることとなる。これらのことから、認知症ケアを推進するための具体的なサービス基盤という意味においては、小規模多機能型居宅介護と認知症対応型通所介護のサービス基盤整備と、従来の認知症対応型共同生活介護の適正な利用という利用構造への介入が、保険者の役割として求められていることがわかる。

2-1-3 「日常生活圏域」の設定のあり方と今後の課題

介護保険事業計画も第3期に入り、保険者機能の強化が求められるとともに、その介入ツールとしての空間たる「日常生活圏域」の設定が求められた。しかしながら、第3期事業計画では、この「日常生活圏域」を伴った計画化は地域密着型サービスの基盤整備にのみ求められ、日常生活圏域の設定と介護施策の関係が希薄であり、日常生活圏域の設定そのものが目的化されている状況にある。一方で、平成15年度以降、厚生労働省においても、介護給付費用の増加から、介護給付適正化事業が提示され、第3期事業計画期間における介護保険料基準月額も全国平均値で4,090円となったことから、被保険者の介護保険料負担も限界を迎えているという声も聞かれる。

このような中で、依然として増加する高齢者人口や介護サービス利用者数に対して、介護サービスのみならず、地域で介護を支える力が期待される。これは、介護費用の増大を抑制しながら、介護サービス利用者の住みなれた地域における在宅生活を継続する介護サービスの質的な確保を目指すものであり、地域としての「日常生活圏域」を設定した効果的な施策が求められている。しかしながら、第3期事業計画の策定過程では、策定スケジュールと制度改正への対応により、各施策に関する検討は不十分であり、暫定的な施策決定を行うという結論を早急に出すことが優先された。したがって、第3期事業計画では、計画を実施しながらの施策検討は不可欠であり、第4期事業計画では、国において行われている被保険者の範囲の議論からも大きな改定が求められることが予想される。

制度改正の中で求められた「日常生活圏域」の設定は、それに伴って新たに求められた地域密着型サービスの基盤整備や地域包括支援センターの配置による地域支援事業等の関連施策の推進により行われ、介護サービス事業者や地域住民を含めた検討は行われていないケースが多い。このような中で、日常生活圏域別の給付実績分析結果を地域（事業者や地域住民）で情報共有する等の地域での評価の取り組みは、日常生活圏域設定のあり方や圏域を伴った施策を検討する際に大いに有用である。それは、従来の地域ケア会議の仕組みを活用し、日常生活圏域別の給付実績を基に、保険者と地域包括支援センター事業者の間で、保険者は給付実績データによる分析作業を行い、地域包括支援センター事業者の個別支援の経験を付加することで、給付実績データ分析結果の解釈への

制約を克服する。この取り組みは、保険者の担当職員の現場の理解が深められ、地域包括支援センターは、個別支援から地域を包括した支援への成長を促進する。さらに、地域包括支援センターが委託で運営されている場合には、議論の中で、公的な役割を認識、理解することが可能であり、民間からの脱却のための研修の機会と捉えることもできる。

さらに、被保険者等の地域住民と情報共有を行うことで、地域ごとの課題を抽出可能とし、施策化すべき事項と地域住民の共助による対応をすべき事項を住民参加の下で検討することができ、地域のインフォーマルな福祉活動の育成と事業者の地域密着化を推進することが可能となる。これらの取り組みは、保険者が主体的に取り組むことにより、介護保険制度創設以来、距離が拡大した保険者と利用者、事業者の関係を修復することに寄与すると考えられる。

介護保険事業計画は、国の制度や政策の円滑な実施を目的とした保険者ごとの計画であるため、従来、住民参加を指摘されても積極的な参加を求めてこなかった傾向にあった。一方、地域福祉計画の策定では、住民参加の方法が計画策定方法といえるほど、積極的な住民参加が求められている。それは、地域福祉プログラムが、地域住民によって行われなければならないという特徴を持っており、介護保険事業計画のプログラムと比較して性質を異とするところである。しかし、介護保険事業計画では、給付状況について豊富な実績データを有しており、客観的な現状評価を地域住民とともに進めながら計画のモニタリングを行うことが可能である。地域ケア体制の構築に向けた介護保険事業計画においては、給付実績データを活用しながら、地域福祉計画の地域活動支援する視点に類似した新たな計画運営が求められている。

このことから、日常生活圏域の設定は、介護保険制度が開始されて以降の大きな課題であった保険者と事業者・利用者間の距離の拡大に対して、介護サービスの需給をめぐる地域活動を促進するための空間として位置づけることが重要であり、介護サービス事業所にとってのエリア、被保険者等の地域住民にとってのエリア、地域密着型サービスの基盤整備を推進するための日常生活圏域を、有機的に連動させる必要がある。このことから、求められる「日常生活圏域」の設定や地域包括支援センターの配置エリア、地域密着型サービスの基盤整備圏域は、改めて設定されるものではなく、既存の圏域的活動（被保険者や事業者活動）を最も考慮して設定されるものであり、これらの活動を、「日常生活圏域」や地域包括支援センターの配置に合わせるものではない。

我々は、これまでの研究の取り組みについて、日常生活圏域の設定状況や認知症ケアを推進するための地域密着型サービスの基盤整備、介護予防を推進するための地域支援事業と地域包括支援センターの設置方法や運営状況を全国的な規模で把握するとともに、それらを推進するための介護行政組織の変化にも注目し、日常生活圏域の設定による施策効果について検討を行いながら研究を進めていく予定である。

2-2 日常生活圏域の設定に関するアンケート調査結果

2-2-1. 保険者属性

日本福祉大学地域ケア研究推進センターが平成19年1月22日に実施した「第2回地域で育む地域密着型サービス推進セミナー」に参加した86保険者を対象として、電子メールにより調査票を配布・回収した。配布数は86、回収数は64（回収率76.2%）、有効票63（有効回答率98.4%）である。保険者属性、保険者の人口分布は以下の通りである。

表1 回収数等

配布数	回収数	有効票	無効票
86	64(76.2%)	63(98.4%)	1

表2 保険者属性の単純平均

人口	面積	高齢者数	認定者数	保険料	日常生活圏域数	地域包括設置数
296,699	560	53,921	8,716	3,920	9	6

表3 保険者の人口分布

5万未満	5~10万未満	10~20万未満	20~40万未満	40~70万未満	70万以上	合計
13	13	13	14	6	4	63
20.6%	20.6%	20.6%	22.2%	9.5%	6.3%	100.0%

2-2-2. 日常生活圏域の設定状況

1) 日常生活圏域と地域包括の関係性

日常生活圏域数と地域包括数の全体としての大小関係は、線形回帰の傾きで表される（図1）。 $45^\circ > \theta$ = 地域包括数の方が大きい、 $45^\circ = \theta$ 地域包括数と日常生活圏域数は同じ、 $45^\circ < \theta$ = 日常生活圏域数の方が大きい、ということを示しており線形回帰は 37° で日常生活圏域数の方が大きくなる傾向がある。また、日常生活圏域数と地域包括数との関係において回帰分析を行った結果、線形回帰の適合度は $R^2=0.91$ であり、相関係数は 0.96 と強い相関がある。

人口規模別の日常生活圏域数と地域包括数の大小関係は、日常生活圏域 > 地域包括数が最も多く 57.1% と約6割を占める（表4）。人口が大きくなるにしたがって日常生活圏域 < 地域包括数が増加し、逆に日常圏域数 > 地域包括数が減少する傾向がみられる。なお、人口6万人未満の保険者は、人口3万人以下で保険者全域を日常生活圏域と設定した5町が含まれるため、一致型の割合が高くなっている。

人口別に日常生活圏域あたり人口と地域包括あたり人口をみると、圏域あたり人口は3万未満が 57.1% と最も高く、国のガイドラインに従ったと考えられるのは約6割である（表5・6）。地域包括あたり人口は6万未満が 63.4% であり、概ね中学校区レベルで設置していると考えられるのは約6割である。これらは、国が示したガイドラインに従って日常生活圏域と地域包括の整合性を配慮したこと、地域包括の設置数は地域支援事業が介護給付費の $2\% \sim 3\%$ の制限を受けることが影響していると考えられる。圏域ごとにみると、日常生活圏域と地域包括エリアは互いに重なっている保険者がある（表7）。

図1 日常生活圏域数と地域包括数の分散図

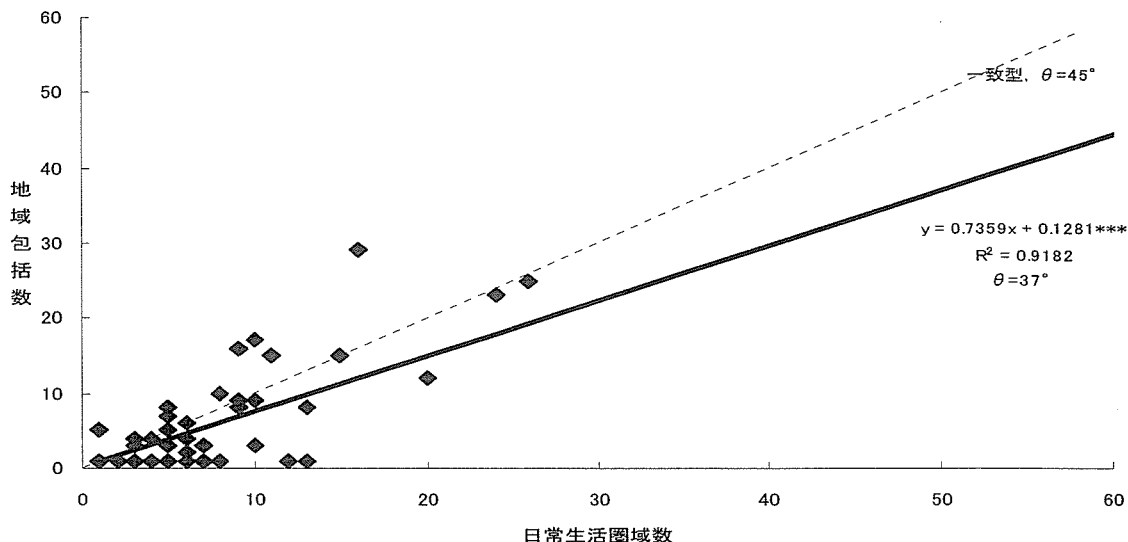


表4 日常生活圏域エリアと地域包括エリアの大小関係

		一致型	圏域<地包	圏域>地包	無回答	合計
6万未満	実数	7	0	9	0	16
	比率	43.8%	0.0%	56.3%	0.0%	100.0%
6万以上～30未満	実数	6	4	19	1	30
	比率	20.0%	13.3%	63.3%	3.3%	100.0%
30万以上	実数	4	5	8	0	17
	比率	23.5%	29.4%	47.1%	0.0%	100.0%
合計	実数	17	9	36	1	63
	比率	27.0%	14.3%	57.1%	1.6%	100.0%

表5 人口規模別 日常生活圏域あたり人口

		3万未満	3万以上～6万未満	6万以上	合計
6万未満	実数	13	3	0	16
	比率	81.3%	18.8%	0.0%	100.0%
6万以上～30未満	実数	19	7	4	30
	比率	63.3%	23.3%	13.3%	100.0%
30万以上	実数	4	9	4	17
	比率	23.5%	52.9%	23.5%	100.0%
合計	実数	36	19	8	63
	比率	57.1%	30.2%	12.7%	100.0%

表6 人口規模別 地域包括あたり人口

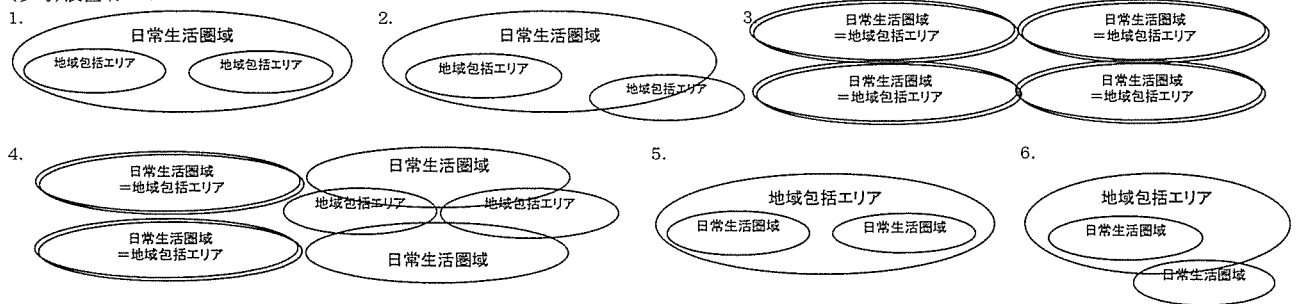
		3万未満	3万以上～6万未満	6万以上	合計
6万未満	実数	6	10	0	16
	比率	37.5%	62.5%	0.0%	100.0%
6万以上～30未満	実数	4	9	17	30
	比率	13.3%	30.0%	56.7%	100.0%
30万以上	実数	2	9	6	17
	比率	11.8%	52.9%	35.3%	100.0%
合計	実数	12	28	23	63
	比率	19.0%	44.4%	36.5%	100.0%

表7 日常生活圏域と地域包括の大小関係と重なり

	選択肢1	選択肢2	選択肢3	選択肢4	選択肢5	選択肢6	無回答	合計
実数	6	1	9	1	8	1	0	26
比率	23.1%	3.8%	34.6%	3.8%	30.8%	3.8%	0.0%	100.0%

※地域包括を1箇所のみ設置している保険者(33)は非該当

(参考)設置イメージ



2) 日常生活圏域と地域包括の関係性評価

①圏域あたり人口と1包括あたり人口（偏差値）

1 圏域あたり人口と1 包括あたり人口を偏差値に変換した分散図であり、1 圏域あたり人口の平均値は 39,419 人（偏差値 50）、1 包括あたり人口の平均は 68,757 人（偏差値 50）である（図 2）。外れ値に着目すると、丸で囲んだ部分の保険者は、日常生活圏域と地域包括共に偏差値 60 以上の群である。外れ値に該当する保険者は、地域包括が高齢者にとって身近な相談機関として機能できているか、地域包括数、プランチの設定数等の再検討が必要である。1 圏域あたり面積と1 包括あたり面積の分散図をとり、地域包括数を「1」、プランチ数を仮に「0.5」とし集計すると一致型に近づく（図 3）。

図2 圏域あたり人口と1 包括あたり人口（偏差値）

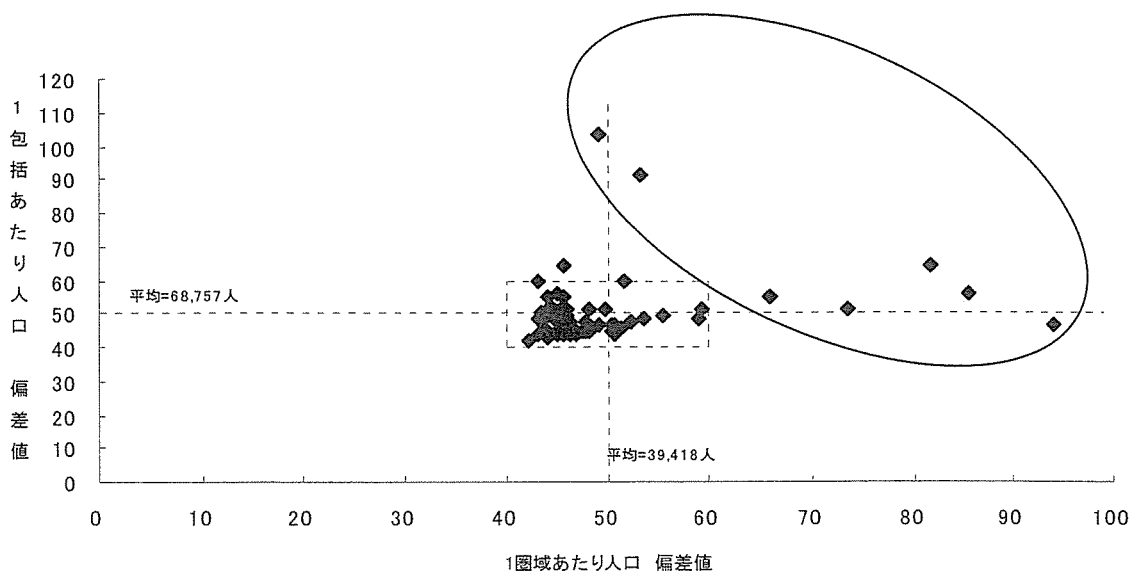
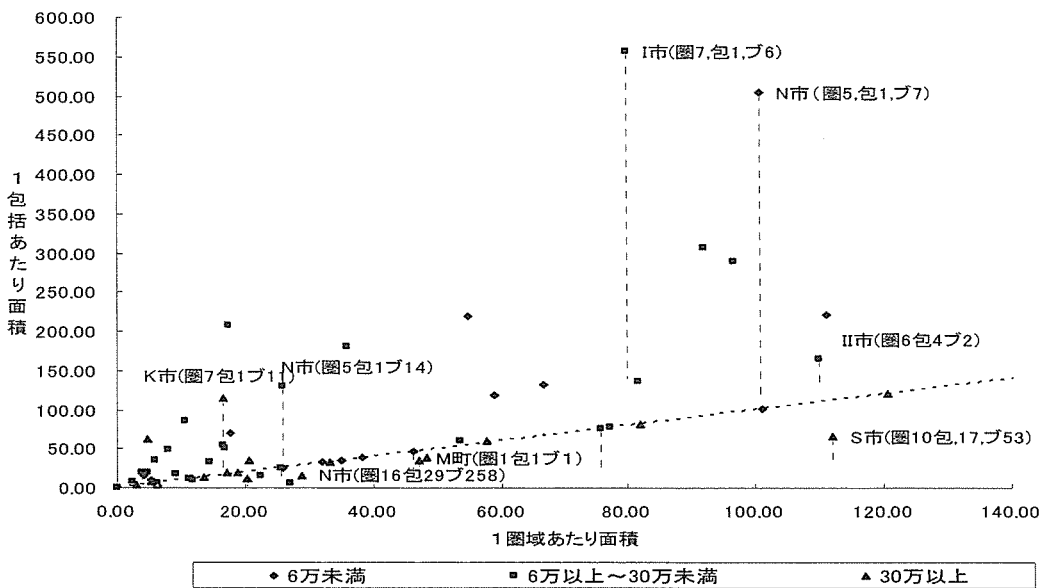


図3 1 圏域あたり面積と1 包括あたり面積による評価（ランチを含んだ後の移動）



②圏域あたり人口と圏域別人口の変動係数

各保険者が都道府県に提出している日常生活圏域設定状況調査の資料（「平成 18 年 4 月 24 日：事務連絡：厚生労働省老健局計画課施設・計画係長名：『市町村にける日常生活圏域の設定状況等に関する調査について』」）を 42 保険者から収集した（圏域数 1 のみである 4 保険者は除外した）。保険者内における圏域間の人口格差を把握するために、圏域ごとの人口から、平均値、標準偏差、標準偏差を平均値（圏域あたり人口）で除した変動係数を算出した。縦軸の変動係数をみると、同じ平均値の群においても圏域間人口の格差がある。（一般的に、0.2 以上だとばらつきが大きいとされる）。

圏域あたり人口が 3 万未満のグループと 3 万以上のグループの変動係数の平均を比較すると、3 万未満は 0.41、3 万以上は 0.28 と有意な差があり（ $P < 0.05$ ）、3 万未満の方が約 1.5 倍ばらつきが大きい。圏域を 3 万人以下で細かく設定する場合は、地域密着型サービスを細かく整備できる一方で、圏域間人口の格差が拡大する傾向がある。

図4 圏域あたり人口と変動係数[変動係数= $\sigma \div (\sum A_k \div N)$]

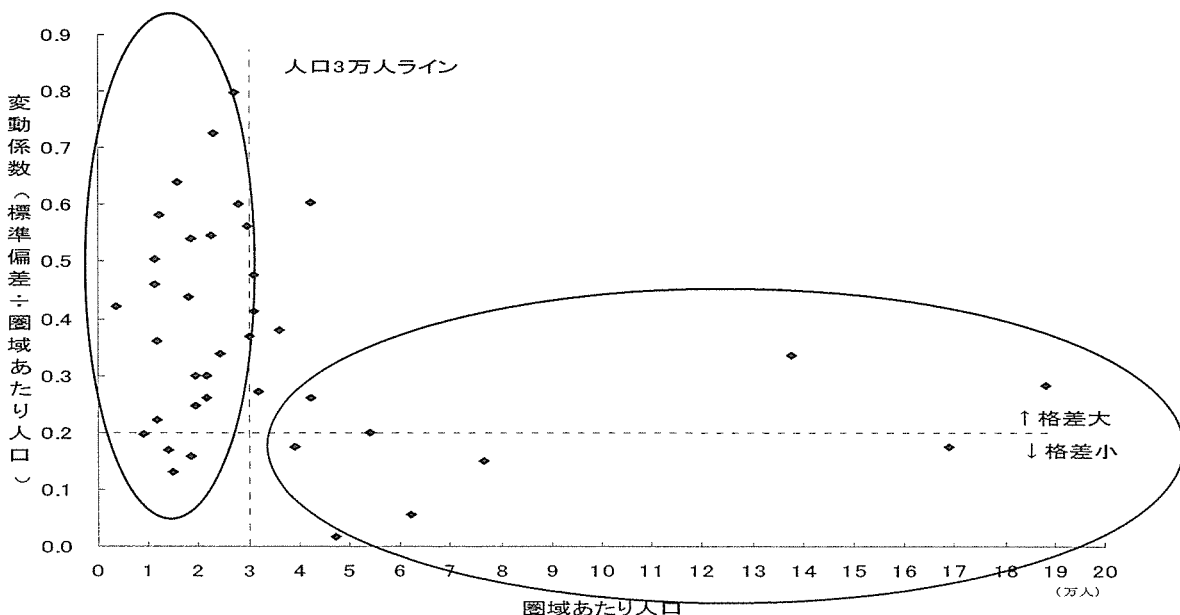
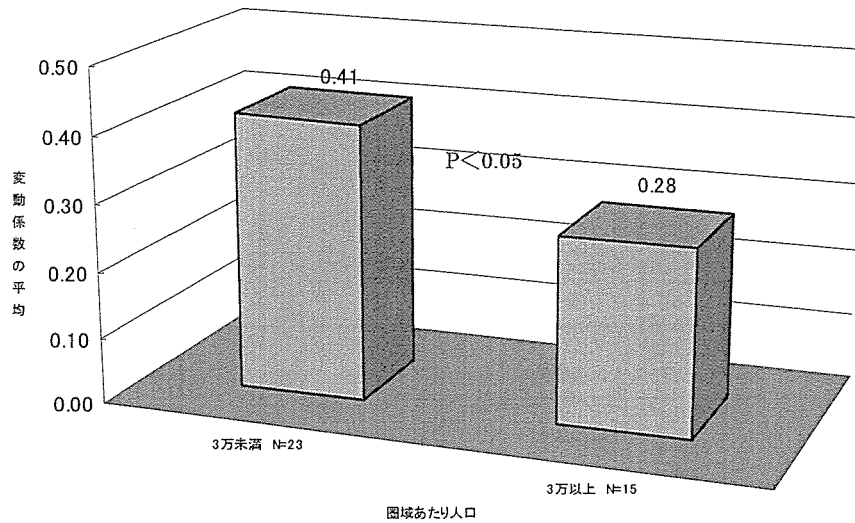


図5 人口規模別 圏域あたり人口と圏域間人口の変動係数（平均）



t検定 *:P<0.05, **:P<0.01, ***:P<0.001, n.s.:not significant

2-2-3. 日常生活圏域の設定基準と施策効果

1) 設定基準

日常生活圏域を設定した基準は、1位. 学校区・行政区 (79.4%)、2位. 既存資源の配置・調整 (71.4%)、3位. 人口・面積の均等性 (46.0%)である。人口規模別、3群別（「地域福祉計画のエリアを重視」、「認知症ケアを重視している」、以上に2つに該当しない群を「その他」と3分類した）にみても、圏域を設定した基準に大きな差はみられない（表8・9）。概ね国が示したガイドラインに則った結果であると考えられる。

表8 人口規模別 日常生活圏域を設定した基準

(複数回答)

		学校区・行政区	既存資源の配置・調整	人口・面積の均等性	住民活動の活動エリア	合併前の市町村構成	総合計画・地域福祉計画のエリア	その他	移動エリア	特になし	回答者数
6万未満	実数	10	6	4	6	3	2	3	1	1	16
	比率	62.5%	37.5%	25.0%	37.5%	18.8%	12.5%	18.8%	6.3%	6.3%	100.0%
6万～30未満	実数	27	28	14	6	8	7	6	6	1	30
	比率	90.0%	93.3%	46.7%	20.0%	26.7%	23.3%	20.0%	20.0%	3.3%	100.0%
30万以上	実数	13	11	11	7	6	4	2	1	0	17
	比率	76.5%	64.7%	64.7%	41.2%	35.3%	23.5%	11.8%	5.9%	0.0%	100.0%
合計	実数	50	45	29	19	17	13	11	8	2	63
	比率	79.4%	71.4%	46.0%	30.2%	27.0%	20.6%	17.5%	12.7%	3.2%	100.0%

表9 3群別 日常生活圏域を設定した基準

(複数回答)

		学校 区・行 政区	既存資 源の配 置・調 整	人口・ 面性の 均等性	住民活 動の活 動エリ ア	合併前 の市町 村構成	総合計 画・地 域福祉 計画の エリア	その他	移動エ リア	特にな し	回答者 数
地域福祉計画のエリアを重視	実数	7	4	4	1	1	7	0	1	0	5
	比率	140.0%	80.0%	80.0%	20.0%	20.0%	140.0%	0.0%	20.0%	0.0%	100.0%
認知症ケアを重視している	実数	20	25	12	9	4	0	7	4	0	24
	比率	83.3%	104.2%	50.0%	37.5%	16.7%	0.0%	29.2%	16.7%	0.0%	100.0%
その他	実数	23	16	13	9	12	6	4	3	2	34
	比率	67.6%	47.1%	38.2%	26.5%	35.3%	17.6%	11.8%	8.8%	5.9%	100.0%
合計	実数	50	45	29	19	17	13	11	8	2	63
	比率	79.4%	71.4%	46.0%	30.2%	27.0%	20.6%	17.5%	12.7%	3.2%	100.0%

2) 施策効果

日常生活圏域の期待する施策効果は、1位.各圏域に均等な資源配置(58.7%)、2位.介護行政の拠点づくり(54.0%)、3位.圏域の状況把握(50.8%)である(表10・11)。地域密着型サービスの公平な資源配置を重視している割合が最も高く、日常生活圏域の認知症ケアを推進するためのエリアは42.9%で5番目と優先順位が低い。

表10 人口規模別 日常生活圏域を設定することによって期待される施策効果

(複数回答)

		各圏域に 均等な資 源の配置	介護行政 の地域的 な拠点づ くり	圏域(地 域)の状況 把握	介護予 防(ケア マネジ メント) 拠点づ くり	認知 症ケア の拠点 づくり	圏域 の特 徴を活 かした 資源 配置	住民 協働 による 地域 活動 の活 性化	ワン ストップ サービ ス窓 口づ くり	特にな し	共生 ケア の拠 点づ くり	縦 割り 行政 の弊 害の 解決	そ の 他	回 答 者 数
6万未満	実数	5	3	6	4	5	4	5	3	5	0	0	0	16
	比率	31.3%	18.8%	37.5%	25.0%	31.3%	25.0%	31.3%	18.8%	31.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
6万以上	実数	19	19	13	16	16	15	11	5	1	3	1	0	30
	比率	63.3%	63.3%	43.3%	53.3%	53.3%	50.0%	36.7%	16.7%	3.3%	10.0%	3.3%	0.0%	100.0%
30万以上	実数	13	12	13	9	6	4	6	5	0	2	1	0	17
	比率	76.5%	70.6%	76.5%	52.9%	35.3%	23.5%	35.3%	29.4%	0.0%	11.8%	5.9%	0.0%	100.0%
合計	実数	37	34	32	29	27	23	22	13	6	5	2	0	63
	比率	58.7%	54.0%	50.8%	46.0%	42.9%	36.5%	34.9%	20.6%	9.5%	7.9%	3.2%	0.0%	100.0%

表 1 1 3 群別 日常生活圏域を設定することによって期待される施策効果

(複数回答)

		各圏域に均等な資源の配置	介護行政の地域的な拠点づくり	圏域(地域)の状況把握	介護予防(ケアマネジメント)拠点づくり	認知症ケアの拠点づくり	圏域の特徴を活かした資源の配置	住民協働による地域活動の活性化	ワンストップサービス窓口づくり	特になし	共生ケアの拠点づくり	縦割り行政の弊害の解決	その他	回答者数
地域福祉計画のエリアを重視	5	4	3	3	3	3	1	1	1	0	0	0	0	5
	100.0%	80.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	20.0%	20.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
認知症ケアを重視している	17	18	15	15	24	11	9	4	0	5	2	0	24	
	70.8%	75.0%	62.5%	62.5%	100.0%	45.8%	37.5%	16.7%	0.0%	20.8%	8.3%	0.0%	100.0%	
その他	15	12	14	11	0	11	12	8	6	0	0	0	34	
	44.1%	35.3%	41.2%	32.4%	0.0%	32.4%	35.3%	23.5%	17.6%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
合計	37	34	32	29	27	23	22	13	6	5	2	0	63	
	58.7%	54.0%	50.8%	46.0%	42.9%	36.5%	34.9%	20.6%	9.5%	7.9%	3.2%	0.0%	100.0%	

3) 認知症エリアと地域福祉エリア

地域福祉計画のエリアを重視している群は、1 圏域あたり人口が 28,840 人と 3 万人以下に小さく設定している(表 12)。認知症ケアを重視している群の 1 圏域あたり人口は、53,691 人であるが、人口規模別に 1 圏域あたり人口をみると、1 圏域あたり人口を 3 万未満に設定しているのは 58.3% と約 6 割である(表 13)。地域福祉計画のエリアと認知症ケアを重視していても、1 圏域あたり面積と 1 包括あたり面積が小さくなる傾向はみられなかった(表 12)。

表 1 2 3 群別 1 圏域・1 包括あたり人口・面積(平均)

	1 圏域あたり人口(平均)	1 圏域あたり面積(平均)	1 包括あたり人口(平均)	1 包括あたり面積(平均)
地域福祉計画のエリアを重視 (N=5)	28840	753.0	54048	477.0
認知症ケアを重視している (N=24)	53691	135.0	69903	191.2
その他の群 (N=34)	30898	41.1	70112	78.7
合計 (N=63)	39418	133.4	68757	153.2

表 1 3 認知症ケアを重視している保険者 人口規模別の 1 圏域あたり人口

		1 圏域あたり人口			
		3 万未満	3 万以上~6 万未満	6 万以上	合計
6 万未満	実数	4	1	0	5
	比率	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%
6 万以上~30 万未満	実数	10	2	1	13
	比率	76.9%	15.4%	7.7%	100.0%
30 万以上	実数	0	2	4	6
	比率	0.0%	33.3%	66.7%	100.0%
合計	実数	14	5	5	24
	比率	58.3%	20.8%	20.8%	100.0%

表 1 4 認知症ケアを重視している保険者 人口規模別の1圏域あたり面積

		1圏域あたり面積				合計
		20.00km ² 未満	20.00km ² 以上～ 50.00km ² 未満	50.00km ² 以上～ 100.00km ² 未満	100.00km ² 以上	
6万未満	実数	2	1		2	5
	比率	40.0%	20.0%	0.0%	40.0%	100.0%
6万以上～30 未満	実数	5	2	5	1	13
	比率	38.5%	15.4%	38.5%	7.7%	100.0%
30万以上	実数	2	1	1	2	6
	比率	33.3%	16.7%	16.7%	33.3%	100.0%
合計	実数	9	4	6	5	24
	比率	37.5%	16.7%	25.0%	20.8%	100.0%

2-2-4. 地域密着型サービス

1) 地域密着型サービスの重視

地域密着型セミナーに参加した保険者というバイアスが存在するものの、地域密着型を重視しているのは57.1%と約6割、重視しているが制度上の課題等により期待できないが34.9%と約3.5割である(表15)。人口規模が大きくなるに従い、とても重視していると回答した割合が増加する傾向があり、ある程度需要を見込める大規模保険者がより重視している傾向がある。認知症ケアを重視している群では、地域密着型を重視していると回答した割合が70.8%と高く、地域密着型を認知症ケア推進ツールとしていることがうかがえる(表16)。

表 1 5 人口規模別 地域密着型サービスの重視

		とても重視している	重視しているが 制度上の課題 等により期待で きない	あまり重視して いない	まったく重視し ていない	無回答	合計
		6万未満	実数 比率	7 43.8%	5 31.3%	3 18.8%	0 0.0%
6万以上～30 未満	実数 比率	17 56.7%	12 40.0%	1 3.3%	0 0.0%	0 0.0%	30 100.0%
30万以上	実数 比率	12 70.6%	5 29.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	17 100.0%
合計	実数	36	22	4	0	1	63
	比率	57.1%	34.9%	6.3%	0.0%	1.6%	100.0%

表 1 6 3群別 地域密着型サービスの重視

		とても重視している	重視しているが 制度上の課題 等により期待で きない	あまり重視して いない	まったく重視し ていない	無回答	合計
		地域福祉計画のエリアを重視	実数 比率	3 60.0%	2 40.0%	0 0.0%	0 0.0%
認知症ケアを重視している	実数 比率	17 70.8%	7 29.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	24 100.0%
その他の群	実数 比率	16 47.1%	13 38.2%	4 11.8%	0 0.0%	1 2.9%	34 100.0%
合計	実数	36	22	4	0	1	63
	比率	57.1%	34.9%	6.3%	0.0%	1.6%	100.0%

表 1 7 1 圏域あたり人口別 地域密着型サービスの重視

		とても重視している	重視しているが制度上の課題等により期待できない	あまり重視していない	まったく重視していない	無回答	合計
3 万未満	実数	19	13	3	0	1	36
	比率	52.8%	36.1%	8.3%	0.0%	2.8%	100.0%
3 万以上～6 万未満	実数	10	8	1	0	0	19
	比率	52.6%	42.1%	5.3%	0.0%	0.0%	100.0%
6 万以上	実数	7	1		0	0	8
	比率	87.5%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
合計	実数	36	22	4	0	1	63
	比率	57.1%	34.9%	6.3%	0.0%	1.6%	100.0%

2) 地域密着型サービス基盤整備の優先度 (各サービス 6 点満点)

地域密着型サービスの中で重視されているサービスは、1 位. 小規模多機能居宅介護 (5.0 点)、2 位. 認知症対応型共同生活介護 (4.0 点)、3 位. 認知症対応型通所介護 (3.7 点)、4 位. 夜間対応型訪問介護 (2.6 点)、5 位. 地域密着型特定施設入所者生活介護 (1.8 点)、6 位. 地域密着型介護老人福祉施設入所者介護 (1.6 点) であり、認知症を主な対象とするサービス、中・重度者の在宅サービスを支えるサービス、サテライトケアの順となっている。

人口規模別、3 群別、1 圏域あたり人口別にみると、小規模多機能居宅介護はいずれにおいても最も重視されているサービスである。認知症対応型共同生活介護は、人口 6 万人は 3.6 点、人口 6 万人以上～30 万未満が 4.6、人口 30 万以上が 3.5 点と増減する。これは、参酌標準に含まれるサービスであり、小規模保険者では供給量確保が容易でないこと、中規模保険者は需要と供給も期待できること、大規模保険者はある程度供給量を確保できていることが考えられる。夜間対応型訪問介護は、大規模保険者を想定したサービスであるため人口規模が大きくなるに従い平均値が増加する傾向がある。地域密着型特定施設入所者介護は、人口規模が大きくなるに従い平均値が増加する傾向がある。地域密着型介護老人福祉施設入所者介護は参酌標準に含まれるサービスであるが、人口規模が大きい保険者は特定施設を多く抱えているために小規模保険者より基盤整備しやすいことが要因として考えられる。

一般的に、地域密着型サービスは都市部から整備が進み、中小規模保険者では計画通り整備が進んでいない状況を自治体職員の意識の面からも確認できている。

表 1 8 人口規模別 地域密着型サービスの重視 (平均)

		小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	認知症対応型通所介護	夜間対応型訪問介護	地域密着型特定施設入所者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設入所者介護
6 万未満	N=16	4.0	3.6	3.4	1.7	1.2	1.3
6 万以上～30 万未満	N=30	5.4	4.6	3.9	2.7	1.9	1.9
30 万以上	N=17	5.2	3.5	3.8	3.4	2.2	1.2
総平均	N=63	5.0	4.0	3.7	2.6	1.8	1.6

表 1 9 3 群別 地域密着型サービスの重視 (平均)

		小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	認知症対応型通所介護	夜間対応型訪問介護	地域密着型特定施設入所者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設入所者介護
地域福祉計画のエリアを重視	N=5	5.4	4.4	4.0	2.8	2.6	1.8
認知症ケアを重視している	N=24	5.3	4.3	4.1	2.6	1.9	1.7
その他の群	N=34	4.7	3.8	3.4	2.6	1.6	1.4
総平均	N=63	5.0	4.0	3.7	2.6	1.8	1.6

表 2 0 1 圏域あたり人口別 地域密着型サービスの重視（平均）

	小規模多機能 型居宅介護	認知症対応型共 同生活介護	認知症対応型通 所介護	夜間対応型訪 問介護	地域密着型特 定施設入所者 生活介護	地域密着型介 護老人福祉施 設入所者介護
3 万未満 N=36	4.8	2.4	1.6	1.5	4.3	3.9
3 万以上～6 万未満 N=19	5.3	2.7	2.3	1.7	3.8	3.7
6 万以上 N=8	5.1	3.5	2.0	1.4	3.1	3.3
総平均 N=63	5.0	2.6	1.8	1.6	4.0	3.7

3) 地域密着型サービスの指定で重視する点

地域密着型サービスを指定で重視する点は、1 位. 安定性 (69. 8%)、2 位. 地域貢献と運営実績 (49. 2%) であり、事業の安定性・継続性を確保することを最も重視している。これは、新規参入かつ小資本である事業者にとって大きな参入障壁であり、保険者は財務上等の理由で経営的な安定性には欠けるけれども理念が高い事業者を育てる視点が重要である。

表 2 1 地域密着型サービスの指定で重視する点

安定性	地域貢献	運営実績	理念	法令遵守	経営計画	連帯	公共性	特になし	その他	回答者
44	31	31	27	26	10	7	3	3	1	63
69.8%	49.2%	49.2%	42.9%	41.3%	15.9%	11.1%	4.8%	4.8%	1.6%	100.0%

4) 基盤整備が期待できない理由

表 2 2 地域密着型サービス別 基盤整備が期待できない理由 (自由記述)

	分類項目	自由記述の主な内容
小規模多機能型居宅介護	需要の把握	・利用者がどのくらいになるのか全く読めない
	供給量の確保	・参入事業所が期待どおり集まらない。
	介護報酬	・介護給付費が低いことから、採算性がとれず整備が進まない
	人員基準	・人員基準・介護報酬の面で厳しいため、事業者が開設に名乗りを上げない
	安定した経営	・利用者の伸び悩み等により経営が厳しい。適度に利用しないと割高になってしまう。
	登録制の問題	・登録制度をとっており他のサービスとの併用が制限されるため利用が難しいのではないかと思われる。
	利用者のサービスへの理解	・利用者に理解されにくい。宿泊サービスの利用方法で誤った理解をされる可能性がある。
夜間対応型訪問介護	小規模市町村での採算性	・サービスが成り立つために必要な利用者数が市域内で確保できない
	人員基準・介護報酬	・人員基準・介護報酬の面で厳しいため、事業者が開設に名乗りを上げない
	サービス内容が利用者に理解されにくい	・利用者がサービスを理解し辛い。
	地域密着型サービスとしての位置付けが困難	・本市では事業の運営が成り立たないため事業者の参入が見込めない(そもそも地域密着型サービスにすべきではなかったと思われる)。
	計画上見込んでいない	・介護保険事業計画で指定枠を確保しなかった為、新たな指定ができない
地域密着型介護老人福祉施設入所者介護	大規模な特養がない	・本市においては大規模な特養がなく、サテライトでの建設は不可能である。このため、単独で整備することは、採算性に不安がある
	採算性	・介護報酬等事業としての採算性の問題
	施設単独での経営が困難	・生活圏域指定での単独実施は実施事業者にとって経営上のメリットが薄い
地域密着型特定施設入所者生活介護	需要の把握	・定員29人以下であり、入居者は市内居住者に限られることから、入居者がいるのかどうか、また、採算性にも不安がある
	採算性	・介護報酬等事業としての採算性の問題
	計画上見込んでいない	・基準を既に満たしているため指定しない
	要介護の者しか入居できない	・要介護の者しか入居できない
認知症対応型共同生活介護	採算性	・一つでも空室がでると、経営が苦しくなる。
	計画上見込んでいない	・参酌標準の中に含まれるサービスであり、本来的な在宅サービス基盤の強化とは言えない。
	地域との関係形成、質の確保	・地域との関係形成、質の確保に課題が多い
	地域密着型サービスとしての位置付けが困難	・期待はしているが、既存の入居施設であって、実態に対して地域密着型サービスとしての位置付けの難しさがある。
認知症対応型通所介護	地域との関係形成、質の確保	・地域との関係形成、質の確保に課題が多い
	計画上見込んでいない	・介護保険事業計画で指定枠を確保しなかった為、新たな指定ができない

2-3 地域包括支援センターの円滑運用に向けた公民一体型のセンター運営

2-3-1. 松本市の概要

松本市は、長野県の中央部に位置し、平成18年4月時点で人口22,795人、高齢者数49,065人、高齢化率21.5%である。長野県下の10老人保健福祉圏域の中で松本圏域に位置しており、構成市町村は松本市、塩尻市、安曇野市、東筑摩郡である。日常生活圏域は、合併前の行政区、隣接の行政区、歴史的つながりを考慮して、34行政区を束ねた10ヶ所を設置している。詳細は以下の通りである。

表1 松本市の概要

人口	保険者域面積	高齢者数	認定者数	第3期介護保険料基準月額	平成の大合併の状況	日常生活圏域	地域包括支援センター数
227925人	919.35 km ²	49065人	8546人	4590円	平成17年4月に4村を合併（四賀村、安曇村、奈川村、梓川村）	10ヶ所（34行政区の再編）	3ヶ所（平成18年～19年度まで直営3ヶ所、平成20年に委託5ヶ所）計8ヶ所を整備予定）

2-3-2 設置・運営状況

松本市の地域包括支援センターの設置は、直営で出発し体制が整った段階で委託を予定している公民一体型の運営形態である。平成18年～19年度まで直営3ヶ所、平成20年に民間法人へ5ヶ所委託し、直営・委託の計8ヶ所を整備予定である。在宅介護支援センターは全て廃止し、ブランチは設定しておらず、3ヶ所の直営地域包括は、松本市本庁内（中央地域包括支援センター）、現在は支所である合併前の村役場内（西部地域包括支援センター、北部地域包括支援センター）に2ヶ所設置されている。このような運営形態を選択した背景は、当時の担当者が地域支援事業において中核となる地域包括支援センターを保険者機能であると認識していたこと、行政職員の3職種だけでは人材確保が困難であったこと等が挙げられる。

職員配置は、松本市健康福祉部高齢福祉課予防係の公務員3職種、社会福祉協議会、医師会、社会福祉法人、医療法人等の民間法人において在宅介護支援センターを担当していた職員が主に派遣されており、7～9名体制を採っている。在宅介護支援センター時の担当エリアと、平成20年の民間法人委託後のエリアを調整して担当地域を分けており、民間職員の各々がこれまで築いてきたネットワークを切らずに活用できている。

地域包括支援センターの業務は、介護予防ケアマネジメント事業、総合相談・支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的マネジメント事業などがあるが、平成18年度は大半の保険者で予防給付プランの作成に忙殺されている現状がある。松本市では、予防給付プランは職員一人あたり約25ケースであり、予防プランに忙殺されているような状況はなく、平成18年度末時点で高齢者虐待や地域ネットワーク作りへと課題が移行してきている。

表2 地域包括支援センターの配置

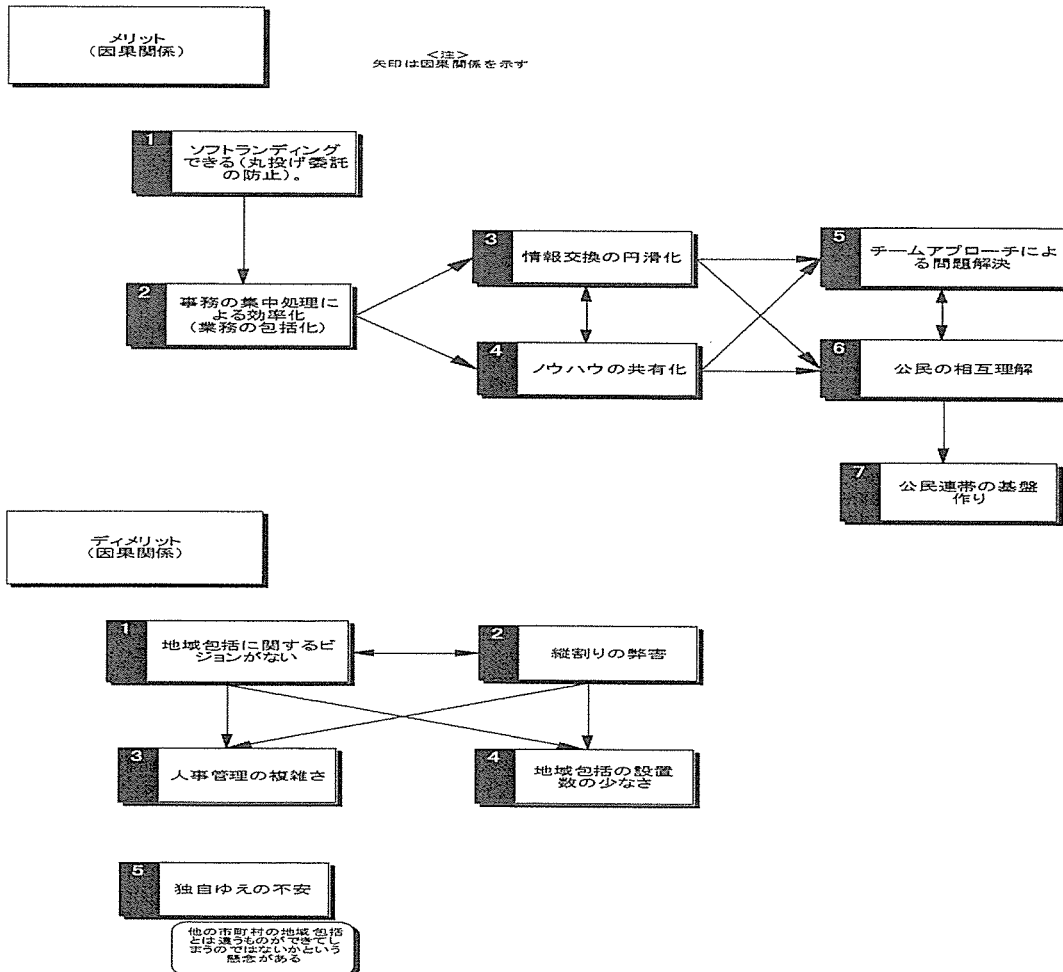
日常生活圏域	平成18年～19年	平成20年度 委託法人
中央部、南東部(2)	中央地域包括支援センター(直営)	社会福祉法人、医師会
南西部、河西部、梓川部、安曇部、奈川部(5)	西部地域包括支援センター(直営)	社会福祉法人
東部、北部、四賀部(3)	北部地域包括支援センター(直営)	社会福祉法人、医療法人

2-3-3 公民一体型のメリット・デメリット

松本市における公民一体型の運営形態のメリット・デメリットを把握するために、地域包括支援センター職員を対象として、事前に公民一体型のメリット・デメリットを問う簡易自由記述式アンケートを実施し公民職員8名分のサンプルを収集した。その後の平成18年3月13日に西部地域包括支援センターにて聞き取り調査を行った。これらから把握した定性データをKJ法により分類して概念を抽出し、それらの因果関係を示した(図1)。

公民一体型の最大のメリットは、新制度導入による日常業務の混乱期から本来の業務に移行するまでの期間を短縮し、全国で散見される全委託による弊害を回避して、段階的に地域包括支援センターの円滑な運営を実現(ソフトランディング)できることである。

図1 公民一体型運営形態のメリット・デメリット



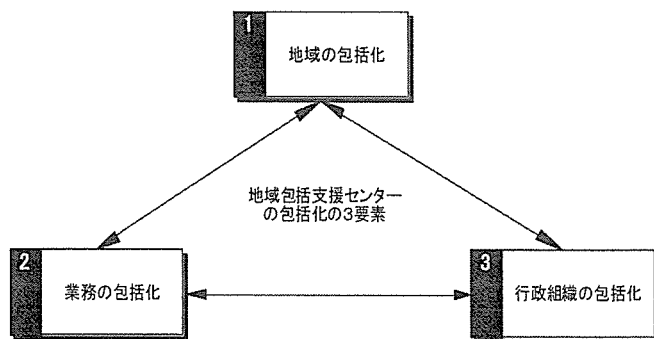
次にソフトランディングの効果として、地域包括支援センターの円滑な運営で求められる情報共有、協議の場、チームアプローチによる問題解決、ノウハウの共有といった業務の包括化を図るための要素を確保できる。情報共有と協議の場という点では、個人情報保護の観点からアウトリーチに必要な実態把握のデータ等を委託法人に提供しない保険者が散見される中で、日常業務の中で必要な情報を共有・活用している。また、電話連絡や協議の場を設けることなく、日常業務の中で普段の疑問を解決できる。チームアプローチという点では、虐待等の困難事例は、1人で抱え込まずにチームアプローチによって業務にあたっており、問題ケースを共有化しながら各々の持つケアマネジメントやコミュニティソーシャルワークのノウハウを交換できている。

公民の職員が混在している空間は、協議の場、学びの場として機能しており、地域包括支援センターをよりよいものにしていくという共通認識の下で相互理解が図られている。また、平成20年度に法人に地域包括支援センターが委託された後においても、行政と民間が円滑に連帯できる基盤が作られている。

2-3-4. 地域包括支援センターの円滑運営に向けた要素

地域包括支援センターの円滑な運営に向けた要素は、「地域の包括化」・（地域包括支援センター）「業務の包括化」・「行政組織の包括化」の3つがある（図2）。これらの要素それぞれが機能し合うことによって、地域包括ケアの原動力となる。行政による全・部分委託によって3要素がうまく機能していない例が散見される中で、松本市の取組みは「業務の包括化」が円滑に機能していることが特徴的である。平成19年度の目標は、業務の包括化から地域の包括化へ移行しつつある。

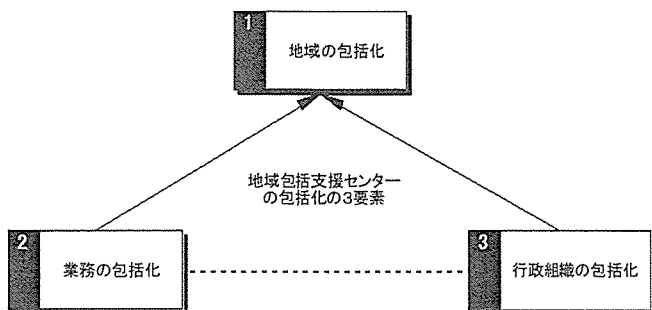
図2 地域包括支援センターの円滑運営に向けた3要素



一方、第3期介護保険事業計画の策定プロセスの中で、担当各課の連絡調整と意思決定の統一を図ることが円滑に行われず、縦割りの壁を乗り越えきれなかったことが「業務の包括化」と「地域の包括化」の円滑な推進に影響しており、「行政組織の包括化」にとりわけ課題を抱える例であると言える（図3）。地域を包括した取り組みを行うためには、行政組織の包括化が必要である。包括的支援事業は、介護予防や認知症ケアといった庁内各課をまたぐ施策であり、庁内の連絡調整の強化が求められたが、松本市の場合は公民一体の運営形態が必ずしも明確なビジョンがある上での判断ではなく、主に3職種の確保が困難であったゆえの判断であったこと、また平成17年の4村合併による松本市と合併4村との連帯不足等が影響していたものと考えられる。

「行政組織の包括化」の弊害が「地域の包括化」の推進に影響を与えている例としては、松本市で平成7年から実施されている地区福祉広場¹という独自の住民活動が、必ずしも地域包括ケアとうまく連動していないことがあげられる。福祉計画課地域福祉係は地区福祉広場の事務を所掌し、高齢福祉課介護予防係は地域支援事業・地域包括の事務を所掌しており、各課の連携がうまくとれていないことが考えられる。また、地域包括の設置数は直営3ヶ所であり、短期的には住民にとって身近な相談場所となっていないという点で「地域の包括化」にも課題がある。

図3 松本市における地域包括支援センターの現状



2-3-5. 考察

松本市の事例では、地域包括支援センター新設から2年という期間限定で、公民協働の地域包括支援センター運営を行っており、公の考え方を民に伝え、民の効率的遂行方法を公が学ぶという点においても、注目すべき取り組みである。

地域包括支援センターの運営形態は、小規模自治体による直営方式、全委託方式、大規模保険者による基幹型直営と委託方式など多様な形態があり、松本市の公民一体型による地域包括支援センターの運営による効果は、平成20年に民間委託が始まって以降に評価できるものである。しかしながら、厚生労働省の調べによると、平成18年4月に設置された地域包括支援センターは3,436ヶ所、設置保険者数は1,483に及び、未設置保険者は207(13.2%)であると報告されており、未設置保険者にも大変示唆に富む事例である。

このように地域包括支援センターの円滑な運営に向けては、地域包括支援センターと行政組織、地域資源が、効果的に結びつくことが重要である。地域包括支援センターは、配置されたエリアに責任を持ち、圏域マネジメントを主導する主体として育っていくことが期待される。その育成手法として、公民協働による地域包括支援センターの運営方式は、有効に機能する可能性が確認された。

¹平成7年から市独自の「地区福祉ひろば事業」を実施。地区福祉ひろばは、福祉に社会教育的発想を取入れた、「福祉の公民館」であり、①出会い、②ふれあい、③学びあい、④結び合い、⑤支えあうための地域福祉の拠点。平成7年に、「松本市地区福祉ひろば条例」を制定、事業を予算化し、運営は住民が行う。福祉広場は、地区の役員を中心とした運営組織を設置し、住民が推薦したコーディネータ(嘱託又は臨時で1名)が地区の住民とともに事業を展開していく住民参加による地区福祉づくり。

2-4 地域包括支援センターにおける圏域マネジメント

2-4-1. 「自治体規模別」の圏域マネジメント

ひと口に「自治体」といっても、人口規模によって行政システムとその特徴や歴史はかなり異なる。平成の大合併により約3,200自治体が1,800自治体に集積されたことによる地域コミュニティへの影響ははかりしれない。ひとくちに「生活圏域」の目安を厚生労働省は人口2万人としていたが、地方によっては広大な面積を有するところもある。岐阜県の飛騨市、秋田県の由利本庄市、大仙市など5~8の町村が合併した自治体では「生活圏域」が旧町村とするのが住民感情を踏まえても順当である場合もある。

一方、在宅介護支援センターの目安が中学校区というのもあった。さらにサービス圏域、住民自治組織などいずれを基本として設定するかは行政の考え方や事情（合併、面積、職員配置等）、地域ケア体制の充実度、サービスの基盤整備のレベルによってさまざまといえる。

地域住民の総合相談・権利擁護活動から介護予防、地域支援事業までより一体感のあるマネジメントをおこなうにはどのような「勘所」を押さえていけばよいだろうか。自治体の規模別に考察をした。

①小規模自治体（1万人前後の町村）の高い“兼務率”で一体的な変革づくり

小規模自治体の多くは中山間地等に多く、平成の大合併に加わらなかった、あるいは最後までこだわりを捨てなかった組として確たる方向性や事情（財政黒字あるいは極端な赤字）を持っているものである。

地方の自治体の多くは少子化と過疎化の進展、さらにここ10年間で急速に進んだ高齢化により、労働人口と地域の「担い手不足」が極端に深刻化している。高校や大学を出て、都市に住みついた子ども世代も、一人になった老親と同居をしようと「呼び寄せ」の働きかけをしても、「知り合いがいる田舎がいい、生まれ育ったこの土地で最期を迎えたい」と残ることを選択する高齢者が「一人暮らし高齢者」として増加傾向にある。これらは同時に「在宅終末期ケア」のニーズが地域包括ケアシステムの大きな課題になることを意味しているといえる。

しかしながら、このような小規模自治体を「ひとつの生活圏域」と決めつける過ちをおかしてはならない。かつて戦後の農地改革等とともに進められた「昭和の大合併」（昭和30年代）の際には現在の人口の3倍近い人口を有し、旧町村の区割りが地区、老人クラブ、地域婦人会に踏襲され、地域コミュニティの「核」となってきたからである。

このような小規模自治体では住民同士に顔見知りも多く、「知り合いの知り合い」でたどっていくと、おおかたの住民がなんらかでつながっているという特徴をもつ。

つまり小規模自治体における「担い手」の現状は、人口規模が小さいため、地域住民一人あたりに求められる役割が複数に渡るケースも増えてしまうことになっている。例えば、地域で民生委員をやっている人が一方で町内会の祭りの理事をやり、福祉施設でのボランティアに誘われるという具合である。いわば、地域の中で地域の役割を「兼務する人」が大勢いることに着目したい。そのメリットはつぎの3点に集約される。

- ・関わる役割が多いので住民同士がつながりを持つ機会が多く、「当事者意識」と全員参加意識を醸成しやすい
- ・ほどよい見守りが「あいさつ、声かけ、茶飲み話」で近所や集落で自然につちかわれてきた習慣がある
- ・兼務する人が多いのでネットワークを組みやすい

このように、兼務していることは各団体や地域組織になんらかの影響力をもつことになるので、行政と地域包括支援センターが「福祉のまちづくり」としてある明確な方向性が確認できた場合に「一体的な取組み」を展開しやすい点に着目したい。

②中小規模自治体（3～7万人の市）は住民参加型で一体感づくり

3～7万人の中小規模自治体は地方では微妙な規模である。平成の大合併をしなかった自治体では小規模自治体に近い傾向があるが、今回、合併をした中小規模の自治体では次のような「不安」がある。

- ①平成の大合併によりこの規模となった・・・旧町村への思いやこだわりが住民感情の中に残っていて「まとまり」に不安を残す
- ②合併等により人口や増加したが依然として人口が減少傾向にある・・・将来性に不安がある
- ③議会、行政、社協等が一体となった・・・議会、行政システム、社協等において一体感をつくるまでに数年を要する

ここ1～2年でひとつになった自治体では「旧町村」を生活圏域として位置づけることが住民の意識に最も近いものとなる。同様に、合併を経験していない自治体では「昭和の大合併」時に遡り、旧町村の地域割りを視野に入れた生活圏域割りの発想も必要となってくる。

この規模になると行政による福祉、介護サービスは一定の整備がされており、行政システム上も住民のニーズも把握しやすい規模といえる。しかしながら一方で、保守的で閉鎖的な体質から住民参加型の地域福祉がつくりにくい自治体もある。

地区ごとの福祉懇談会を町内会と協力して開催し、地域コーディネーターを育成していく手法が効果的な場合もある。

地域包括支援センターは1～2ヶ所が多く、行政直営となる場合が多い。地域住民にとって身近な「ワンストップセンター」として機能できるような場所（合併前の旧町村の役場）に「ランチ」（窓口）を設置するのが効果的である。

③中規模自治体（10～30万人規模）では、生活圏域に「テーマ」を設けたマネジメントを行う

行政のシステムも複雑化する10～30万人規模の中規模自治体には平成の大合併で生まれた自治体と昭和の大合併以降に誕生した自治体がある。地方では人口減少傾向にある自治体もあれば、近郊都市部ではベッドタウンとして人口が微増傾向にある例もある。地方では周辺の小規模自治体に生まれ育った子ども世代が流入することにより人口増となっている例もある。

この規模となると生活圏域も旧町村だけでなく、新興住宅地や県営団地群などにも配慮する必要がある。また生活圏域の特性を産業別（例：農業地域、商業地域、住宅密集地域等）と地域の郷土

史別（例：江戸、明治、大正、昭和、平成等）に読み込み、マネジメントのテーマに新旧住民の「交流と連携」を課題とするのもよいだろう。

具体的には全市エリア、生活圏域エリア、小・中学校区エリア、町内会エリアと4層にわけると、仕組みを効果的に組み上げるようにするのもポイントである。

地域包括支援センターは3～10ヶ所となる。行政の直営方式だけでは包括センターの業務はできないので、「基幹的センター」を行政内に設置し、委託先や直営の包括センターをマネジメントする方法もある。法人の特性（特養、老健、民間等）に配慮し、ミニブロック制をとり「ヨコの連携」もとれるようにしておく。

④大規模自治体（40万人以上の区・市）では弱みを強みにする発展形で

大規模自治体は都道府県内の政令指定都市、あるいは中核都市の位置にあり政治・経済・福祉の主要な機能を持つ。今回の平成の大合併でも周辺自治体を合併することで人口増とともに「幅広い面積」となった大規模自治体も多い。中小自治体における対等的合併とは異なり、大規模自治体と小規模自治体の合併は「吸収合併」の様相が強い。また人口比率もたとえば「数十万人+（1万人前後×6自治体）」という例もある。

このことは次のような問題点を噴出させている。

- ・市の名前は大規模自治体のものを踏襲する・・・新市名を名乗らないために、小規模自治体にとっては吸収合併の印象が強く、住民感情としての一体感がうまれにくい。
- ・地方議員（市会、県会）が大規模自治体に集中する・・・人口比率と同様に有権者比率にも格段の差が生まれ、地域の声を市政に届ける「地元議員」が選出されなくなる（町議の廃業）
- ・行政サービスの「地域間格差」が生じる・・・行政職員や各種施設が人口密集地に偏在し、元の小規模自治体への行政サービスの「質と量」の低下が始まっている。

また人口の面からは周辺の小規模・中規模自治体からの流入もあり、人口が微減・微増の傾向が多い。また人口の「偏り」も極端で、工業地域、商業地域、農業地域、住宅地域の特徴と傾向（例：増減率、高齢化率等）を踏まえたアセスメントが重要になってくる。

行政システムと地域ケアの体制はかなりしっかりしたものができており、合併した自治体でもそれを踏まえた再編が行われている。

圏域マネジメントを行っていく場合には、従来あった弱点を直視し、どう「発展」させていくのかに手腕が発揮される。生活圏域も人口だけでなく地域の特徴を反映したものとなる。高度経済成長時に造成された大規模団地群をひとつの生活圏域と位置づけている例もある。

地域包括支援センターも政令指定都市の場合には「ひとつの区」の単位に数ヶ所あるという構図になる。区内の地域包括支援センター間での連携（ヨコの連携）がテーマとなってくる。またサービス事業者、地域の組織資源などとの連携をどうマネジメントしていくのかもポイントである。

その点で全市レベルの地域包括支援センター連絡業議会と生活圏域ブロック会議など、組織的な仕組みをつくることを視野に入れていくことが必要である。

さらに地域包括支援センターごとに担当地域ケア会議、地区ごとに福祉懇談会と地域ケアコーディネーターを配置するなど、仕組みとしてつくりあげる青写真を示すことが重要である。