

2-3-2. 「地域特性」を視野に入れた圏域マネジメント

地域包括支援センターの配置基準の一つが「生活圏域をカバーする」という点をどのように位置づけるかが運営主体である行政に問われた。この生活圏域は「保健福祉圏域」とも呼ばれ、1つのブロック全域に保健福祉施策が行き渡りやすいようにするためのエリア設定と定義された。目安は人口2～3万人単位が1つのブロックとされたが、実際は各生活圏域の特徴によって規模と対象となる「面積」が異なる点を無視してはいけない。地方によっては岐阜県飛騨市のように合併により四国のひとつの県と同一の広さになった自治体も誕生しているからである。

むしろ、単純に人口規模でとらえるより、市町村内において、面積的な視野にも立ちながら歴史的・地理的に地域住民同士が深く結びつくことができる範囲（「共助のネットワーク」が可能な範囲）ととらえる方がよいだろう。もちろん従来の地域コミュニティをただ踏襲するだけでは過疎化が「限界集落」を生み出す段階に到達して地域を抱える自治体では実質的ではない。医療や福祉だけでなく、水害や地震等の災害時対応も視野に入れた「新たな枠組み」をめざして創出することにも緊急に着手する時期にもきている。

地域特性をいかした圏域マネジメントをどのように展開すればよいだろうか。

①地域の高齢者の「身体状況と地域特性の関係」にスポットをあてる

生活圏域の設定を高齢者福祉や保健・予防という視点から行う場合に、「高齢者の身体状況と地域特性の相関関係」に着目しなければならない。かつて「無医村地域」という用語が日本列島改造の70年代に問題視された。同様に、地域や集落において要介護高齢者の発生率や元気高齢者の維持率の相関関係を把握することはきわめて重要である。

例えば、介護保険施行後の要介護高齢者の発生率を調査した場合に、Aという地域では要介護度の進み方が早い（例：1年～2年以内に認定が2度以上進んでしまう高齢者が多い）生活圏域が発見されたとする。その原因を調べると、急な坂が多いうえに、エレベーターのない古い県営住宅に住む高齢者に顕著であったことがわかったとする。その場合に次のような原因が想定される。

- ・いったん足腰が鈍ると、急坂や階段がつかなく外出に困難さが生じる
- ・外出が困難になり、閉じこもりがちになる
- ・社会的な交流が減り、単調な生活が続き認知症のリスクが高くなる
- ・病状の悪化についても発見が遅れ、重度化しやすい
- ・通所介護サービスの送迎が低層県営住宅の要介護高齢者に対応しきれない

以上のような要因が複層的に影響をし、結果として身体能力を急速に悪化させてしまうなどということが分析できる。

これらの相関関係をみて、足腰を鍛える健康教室や転倒骨折予防の教室を開催する、送迎ボランティアを募る、介護者の健康予防教室を行うなど、地域特性の勘所を押さえたマネジメントが求められる。これらのマネジメントは、生活圏域では大きくすぎるので、さらに細分化（校区、地区、班、集落等）して把握しておくことで、地域住民の実態に近い対応が可能となる。

②「暮らしの基盤整備」とサービス資源の整い具合を把握する

生活圏域ごとの地域特性とその実情から地域住民が抱えている「不安やニーズ」を把握し、マネジメントするための課題をアセスメントする。その場合に校区、地区などのエリア特有のニーズをカバーするためのサービス資源がどれくらい整っているかを把握し、必要に応じて解決のための対応を行うことになる。

例えば、駅と自宅を結ぶバス路線の有無（暮らしの基盤整備）や県営団地の昇降を介助する移送サービスの有無、事業者側として改善の動きがあるのか、地域のボランティアなどの資源の有無と範囲などをチェックし、必要ならばサービス事業者協議会等に対策を検討してもらうような働きかけを行政として行うこともでてくる。

「暮らしの基盤整備」とは地域に存在するコンビニやスーパーマーケット、クリーニング店、郵便局、銀行、交番、商店街などであり、それらはある意味で「ライフライン」といえるものである。支援を必要とする高齢者にとってこれらの「生活支援サービス」が地理的にどの位置にあるのか（例：徒歩圏内かどうか）が重要な視点となる。具体的な支援を始める際には対象者を中心において「近隣支え合いマップ」を作成することで、「なにを支援するか、なにが将来的に困るか」を予知予測することが可能となる。

③地域資源と「共助のネットワーク」を把握する

圏域マネジメントでは、単に介護保険に関わるサービス事業所の数（点）が充実しても資源としては十分ではない。地域を包括的にマネジメントするためには、地域におけるコミュニティ資源や共助の支え合いを把握するとともに、その地域が住民気質や住民間のつながりが「支え合いの環境づくり」へとベクトルが向いているかどうかを把握することでなければならない。

例えば、前述のAという地域に次のような資源や習慣があるかどうかで、支援の中味も異なってくる。

- ・閉じこもり気味の高齢者に近隣の住民が定期的に足を運び、声かけや外出を誘う
- ・一人暮らし高齢者に配食やおすそ分けなどの習慣がある
- ・坂道の昇り降りに苦勞している高齢者に、地域住民が荷物を持ってあげるなどの助け合いの気質がある
- ・ゴミ出しの日に集積所までのゴミ出しボランティアがある

これらを「共助のチェックリスト」として把握することも必要だろう。

共助のネットワークのアセスメントを公民館活動（地区公民館、町内公民館）や運動会、夏・秋祭りなどの地域イベントの活発度で測ることもできる。

これらの共助の「担い手」の顔ぶれを氏名、住所、兼務している役などで把握し、ネットワーク図を作成することでさらなる可能性と課題、今後予測される問題（担い手の高齢化）などを予測することができる。

④生活圏域ごとの「仕組みづくり」と「人づくり」の課題を設定する

圏域マネジメントは「地域の課題」と「まちづくりの課題」を密接に関わらせる「仕組みづくり」にポイントがある。生活圏域によっては高齢者の見守りを小中学生にまで対象を広げることで「地域に開かれた学校づくり」「地域に貢献する意識づくり」などが可能となる。農村部ならいきがいづくりと介護予防の点から農作業を一人暮らし高齢者への支援と「からめる」ことで、「一石三鳥」

をめざすこともできる。このようなダイナミックな新しい発想の「仕組みづくり」が求められている。

これらを行政として施策（地域福祉計画等）に盛り込み実現化をめざしていくためには、従来型の高齢化率や認定率、将来の人口動態だけを数字で把握する手法ではなく、地域の実情と住民の「実感」を反映した「生活圏域」のイメージづくりが重要であり、そのためには専門職や行政だけでなく、地域住民のなかから協力いただける人材を募り、ワークショップなどの手法をもちいながら「問題発見から課題の創出」「課題達成への計画化」に着手することも必要である。

そのためには、いきなり全体的に取り組むのではなく、専門性を持った人材と地域住民がチームを組んで、行政として「モデル事業化」（生活圏域アセスメント事業）し、力を集中させたプロジェクト型として進める手法がある。柔軟な企画力や発想力のある人材（管理栄養士、料理愛好家）と地域住民を地域包括支援センターや行政の「嘱託」あるいは「ブレン」として確保し、必要に応じて協力を得られる関係づくりができるかが「人づくり」の上で大きなポイントとなる。

2-4-3. 「地域ケアコーディネーター」づくり

これからの地域福祉と地域包括ケアを継続性のあるもの、人を育成していくためのものにするには「システム」（仕組み）が必要である。従来型の行政・国まかせ、社会福祉協議会まかせ、そしてボランティアまかせではもう限界にきているのではないだろうか。

そこに住まう全ての地域住民が「福祉のまちづくり」に主体的・自律的に関わらなければならない時代になった。高齢者介護ひとつをとっても介護サービスなどを「プロフェッショナル」に頼る（依存）ばかりでは財政的にもサービスの内容としても限界がある。しかしながら、今までの介護や福祉といえば「一方的に受けるもの」という考え方が住民側にも強く、地域住民を「自助と共助」の意識に変えることは並大抵のことではない。行政側が一方的に唱えても「行政サービスの肩代わり」と指弾されてしまうと、さらに住民間の「公的な合意づくり」（パブリック・リレーション）はむずかしくなる。

地域包括ケアシステムを支える「共助のネットワーク」をつくりあげるために、地域住民の中から地域の人とコミュニティに働きかけることのできる「地域ケアコーディネーター的な存在」が必要となる。

地域ケアコーディネーターに期待される役割とは次のように整理できる。

- ・ 人を動かす役割（存在）
- ・ まちを動かす役割（存在）
- ・ 人をつなぐ役割（存在）
- ・ 支え合いの仕組みづくりをする役割（存在）

しかしながら、このような役割をできる存在として人を探すと、まずあがるのは町内会長や自治会長、民生委員などといった人々だ。しかし、一方で地域の支え合い意識の希薄化とコミュニティの高齢化により、担い手は全国的に減少傾向にあり、従来の人に加えさらには「兼務率」をあげてしまうだけでなく、次世代の地域の担い手を育てることにはならない。

これからは、もっと柔軟な発想で地域づくりのために動ける地域ケアコーディネーター的な人材の育成を考えるべき時期にきている。そうした人材は従来型のボランティアでなく、定年後の団塊高齢者や子育てやまちづくりを活発にやってきた層から生まれてくることが予想されている。

①「人を動かす、まちを動かす」役割

では地域社会にはどのようなスペシャリストが眠っているだろうか。2007年に団塊高齢者が定年する時期を迎え、大量の団塊世代が地域に社会に戻ってくる。全国の都道府県や自治体では「お父さんの地域デビュー」「団塊高齢者シニアボランティア塾」などの企画が様々に始まっている。

ボランティアといっても従来型の高齢者や障害者の施設で行うパターンではなく、本人が持つ「能力・特性」に着目し、長年の仕事で身につけた技能（本業）を活かす形で、専門性の高いボランティアで活躍するケースも増えつつある。例えば、会社員時代に財務・経理の経験があった人がNPOやボランティア団体で会計を担当したり、全体の運営管理（マネジメント業務）を手がけたりという具合である。同様に、会社員時代にプロジェクトリーダーや営業などを経験した人は次のような能力を持っています。

- ・ 他人を説得して動かすプレゼンテーション力
- ・ 組織を円滑に機能させるプロジェクトマネジメント力
- ・ 住民のニーズをしっかりとキャッチするマーケティング力

このような経験を持つ人の中で第二の人生を地域活動にぞんぶんに活かしたいとする人を見つけ出し、住民参加の音頭とりをしてもらおうと大きな効果が得られるだろう。

しかし、このような高齢者は「やる気」はあっても、「いかす場所」や「出会う機会」もなかなか持っていないのが現実である。そのためには、シニア向けボランティア入門講座などを社会福祉協議会や自治体と共催し、その掘り起こしを継続的に行うことが必要である。

さらに大学卒も多い団塊高齢者群はアカデミックな知識欲を旺盛にもっている人も多い。大学による社会人大学（シニアカレッジ）講座とも連携をし、その中に「地域ケアコーディネーター講座」（例：神奈川県保健福祉大学）などを組み込み養成する方法もあるだろう。

地域ケアコーディネーターとなる存在の人がいないなら、「担い手養成」の仕組みをつくることで、1年後には10数人のコーディネーターを自治体でもつことも可能となる。

②「人を集める、つなげる」役割

人やまちを動かすのはどちらかというと男性高齢者が好むかもしれないが、「人を集め、つなげる」スペシャリストといえば女性の高齢者のなかに逸材がいるものである。

町内のイベント（祭り、バザー、運動会）などで、必ず近所の人を上手に誘い出したり、簡単な頼み事をさらっと無理なくできる人がいる。町内会などで特に役職に就いているわけではないものの、人が集まる中心には必ずいる「おなじみの顔」である。そういう人材こそ「地元型の地域ケアコーディネーター」かもしれない。

このような逸材を発見するには「ロコミ」ネットワークをたどってみると思わぬ人にたどりつくものである。例えば、介護予防教室や地域のイベントなどの参加者アンケートに「あなたはこの教室をどうやって知りましたか？」という質問項目を作り選択肢の中に「友人・知人に誘われて」という項目を入れている。

ロコミなどで、参加者からその人を紹介してもらい、住民参加の窓口として機能してもらえるよう働きかける方法もある。積極的に動いてもらうためには「地域ケアコーディネーター」などの肩書きや手製の名刺などを配布するなどすると意識づくりの上では効果的である。

③「支え合いの仕組みづくり」の役割

○現代版「お茶のみサロン」の展開

かつては井戸端会議のように近隣同士がお互いの家を行き来し、縁側などで話をする光景は普通だった。しかし、核家族化や新しい住宅地の造成、急激なベッドタウン化などで、住んでいる層（新住民と旧住民）が混在化し、都市部ではとりわけ人間関係がづくりにくくなった。

一方で町の中に旧来型の喫茶店もなくなり、気軽に人が集える場といえばファミリーレストランとなってしまった。しかしそれも、車でわざわざ行く距離にあり、地域の高齢者にとっては不自由である。

今、現代版「お茶飲みサロン」として、空き家となった民家や商店などを改装し高齢者や障害者が気軽に集える「居場所づくり」が求められている。またそのような事業に助成する自治体（例：滋賀県近江八幡市）がメディアで紹介されるようになってきている。

地域密着サービスの小規模多機能サービス（通う、泊まる、集う）は、それらを介護保険の領域で実現したものだが、介護保険の制度に乗らない形での自由な「たまり場」づくりへの期待も大きい。

現代版「お茶のみサロン」はムリに集めるのではなくムリなく集まる、集まりたくなる「内容と仕掛け」が肝心である。男性高齢者向けのデイサービスに「健康マージャン」や囲碁、将棋が組み込まれて評判となっているように、男性高齢者の目線に合わせたサロン活動や地域の女性高齢者に合わせたメニューづくりはどのような人材がよいだろうか。そのような人材は、かつてサービス業やイベント関連の仕事に従事したシニア層にアンテナを張ることにより、思わぬ出会いも期待される。

○「介護予防教室」などからの人材養成

全国の自治体の中には地域支援事業で取り組む介護予防教室などに協力してもらって介護予防リーダーなどを「住民参加型」でゼロから育成することも行われている。その場合には1～2年という長いスパンで人数まで明確にして取り組むことで計画性のある取組みとなっている。いわばこの介護予防リーダーに地域ケアコーディネーター的な役割を担ってもらうことも十分に視野に入れていく。

一般的に、地域で健康体操教室などを開いた際に、そこに参加してきた人を観察する。ワークショップなどを組み込むとグループの仲間を上手にまとめたり、教えるのが得意といった人材が浮かび上がってくる。

候補者が見えてきたら、ある時期から指導する側のお手伝い役に回ってもらい、次第に教室開催のサポートをお願いするなど意識的に関わってもらいながら、まとめ役としての資質を引き出し、やがては担い手になってもらうことをめざす。

これ以外にも、介護予防でなく、「健康づくり」をキーワードに地域ケアに協力をしてもらう人を発見するのもある。その場合は公民館のヨガ教室や太極拳教室、フィットネスジムやスイミングの会員のなかからコーチ役となってもらえる人を掘り出すこともひとつの方法である。

○「やりたいこと」「やれること」からの育成

従来型の地域ボランティア講座は「ボランティア養成」に重点が置かれてきた。本論の3で考察したのは、ボランティアや他の社会資源、地域の組織、コミュニティを「つなぐ役割」を担えるコーディネーター養成の可能性である。

これからの高齢者介護はプロだけではなく、地域の高齢者が積極的に担う「同世代介護」の仕組みづくりの段階に入ってきたと考えられる。3大介護（食、排泄、入浴）は要介護度に応じてプロフェッショナルの技術が必要とされる。特別な医療知識も求められる。しかし、話し相手や聞き役、回想法のパートナーなど「心のケア」は同世代を生きてきた高齢者ならではの役割がある。

そしてまたボランティアがなにか「つらいこと」「やらなければならないこと」など義務感や責任感・親切心だけに支えられるものであっては、ボランティアの「裾野」は広がらないだろう。

これからのボランティアは、本人が「やれること、やりたいこと」であり、無理なく続けられることでなければならない。そして本人らしさがいかにされる（趣味、特技、仕事で養った能力等）ボランティアであることが重要となる。その意味では、高齢者だけでなく障害者自身や小中学生でも「ボランティアの主演」となることは十分に可能である。

その意味で地域ケアコーディネーターはそれらに精通しているだけでなく、地域の多様な資源と多様な思いを「出会わせ、つなぎ、うごかせる」ノウハウが求められている。これらの「人的資源」の裾野は着実に広がっている。その生活圏域になれば「創出」すればいい。あるいは「出前する」発想でもよいだろう。できない理由を並べるのではなく、「いかにできるか」の可能性に視点を置き、それらを具体的な「地域の力」にする「仕組みづくり」が行政、社会福祉協議会、地域包括支援センターに求められていると考える。

3. 地域密着型サービスの指定・指導と介護行政の変化

小林良二（東洋大学社会学部 教授）

研究要旨

求められるサービスの質への関与について、地域密着型サービスにおける指定・指導等の業務の適正な業務推進条件を明らかにする。条件の第1は地域密着型サービスの理解であり、第2は、介護行政の新規業務である指定、指導・監査における制度の動向と自治体の対応状況を把握する。第3は地域でサービスの質を検討する協議の場のあり方を検討するものである。

A. 研究目的

保険者機能の強化によりサービスの質への関与が求められることとなった。特に、地域密着型サービスの指定・監督はその代表的な例であり、保険者においては適切な業務推進方法を持ちえていない。

地域密着型サービスの指定・指導等、事前規制、事後規制権限を獲得した保険者の適正な業務遂行条件を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

本研究では、4つの研究領域を設定した。第1は、地域密着型サービスの創設による自治体の役割を整理することであり、第2は、国の指定・監査業務の動向を整理し、新たな指定・監督等、サービスの質への介入業務の介護行政組織の所管状況を把握した。第3に地域ごとにサービスの質を高める仕掛けとしての協議の場について、地域密着型サービス運営協議会と推進委員会の現状について整理した。

C. 研究結果・考察

研究結果として、以下の3点にまとめる。第1に、保険者の役割として、地域密着型サービスを十分に理解し、地域ケアシステム全体の中で利用者の生活に応じた柔軟な支援体制を地域住民と協働でつくっていくことが求められていることである。

第2に、調査結果から、地域密着型サービスの指定業務と指導・監査業務を担当する行政組織は多くの保険者で介護保険課・係であることが確認され、質に関与するために新たな組織化を行った保険者は全体の16%に留まった。その内訳は、指導・監査業務の経験を持つ政令指定都市等の大都市規模や広域連合、市町村合併を行った保険者であった。

第3に従来の都道府県における指導・監査業

務の課題を3点把握した。①形式的な指導・監督業務、②担当職員の異動や専門職の採用が困難な中でのサービスの質に係る専門性の課題、③都道府県から保険者に権限が移ったことによって、指導・監督を行う両者の距離が縮まったことである。保険者が、サービス事業者を指導・監督するという立場では、敵対関係を形成する可能性があり、新たな指導・監督業務の推進方法が求められる。

D. 結論

サービスの質への関与が求められる中での指定や指導・監査等のサービスの質に係る業務の遂行は、専門性を持ち得ない自治体職員には困難である側面をもっている。保険者は地域密着型サービスへの理解を深めるとともに、専門性と公共性を有する地域包括支援センターとの連携し、地域ごとにサービスの質を高めていくことが求められる。

しかしながら、ケアの質を扱う行政部署については、指導・監督経験のある政令指定都市等の大規模保険者では専属部署が設置・新設されているものの、多くの保険者では既存組織への割当てにより対応されている。

地域ごとにサービスの質を高める仕掛けとして、制度上では地域密着型サービス運営協議会や地域密着型サービス推進委員会が設定されているが、その他、大牟田市の事例のように「介護サービス事業者協議会」を活用する動きが見られる。このように、地域住民（サービス提供事業者・利用者等）との協働の場の設定と評価空間の形成が重要である。

E. 研究発表

「小規模多機能研修テキスト」

第3章 地域密着型サービスの指定・指導と介護行政の変化

目次

- 3-1 地域密着型サービスの導入と自治体の役割
- 3-2 市町村自治体による地域ケアの推進と育成
- 3-3 指定・指導に関する課題と行政組織調査結果
- 3-4 地域密着のための協議空間

3-1 地域密着型サービスの導入と自治体の役割

1) 新たなサービス体系としての地域密着型サービス

2005年6月、改正介護保険法が成立し、介護保険は第2ステージに入った。この改正では、制度の基本理念である、高齢者の「自立支援」「尊厳の保持」を基本としつつ、制度の持続可能性を高めていくために、5点の改革が行われた。5点とは、①介護予防重視型システムへの転換、②施設給付の見直し、③新たな介護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、である。

認知症高齢者やひとり暮らし高齢者が増加するなか、住みなれた地域で環境を変えないケアが求められ、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供を可能とする体系が必要となった。こうして新たな介護サービス体系の確立として登場したのが、「地域密着型サービス」であり、小規模多機能型居宅介護はこの地域密着型サービスの目玉ともいえるサービスである。

「地域密着型サービス」は、認知症高齢者やひとり暮らし高齢者の増加等をふまえ、高齢者が要介護状態となっても、できる限り住みなれた地域で生活を継続できるようにする観点から、原則として日常生活圏内でサービスの利用および提供が完結するサービスを新たに類型化し、市町村が事業者の指定および指導・監督を行うことにしたものである。小規模多機能型居宅介護のほか、認知症高齢者対応型デイサービス、夜間対応型訪問介護、認知症高齢者グループホームや小規模・介護専用型の特定施設、小規模特別養護老人ホームなどが該当する。

認知症高齢者に対応したサービスの再編

これらのサービスのうち、小規模多機能型居宅介護と夜間対応型訪問介護が今回新たに導入されたサービスである。小規模特別養護老人ホームと小規模・介護専用型の特定施設は、これまでも主として大規模・広域型となっているサービスに小規模の類型を設けたものであり、認知症対応型デイサービスと認知症高齢者グループホームは、これまでも認知症高齢者に対応した介護保険給付サービスとして提供されてきたものである。

小規模特別養護老人ホームは、定員が29名以下となっており、本体施設との一体的な運営を前提とするサテライト型の事業形態を基本としている。サテライト型事業では、本体施設との密接な連携を前提とし、人員基準の緩和が認められている。小規模・介護専用型の特定施設も同様に定員は29名以下となっている。

認知症高齢者グループホームは定員が5名以上、9名以下という少人数の入居者がスタッフの支援のもと共同生活を営むものである。1997年に国庫補助事業になり、介護保険以降は急速にその数を増やし、2006年12月現在の整備数はすでに8,000か所を超えている。認知症高齢者対応型デイサービスは、定員12名以下（2006年の制度改正で定員10名から12名に変更）の小規模なデイサービスで

あり、介護保険以前からあったE型デイサービスの延長と見ることができる。これらのサービスの共通項は、「小規模」であることと、認知症高齢者への対応を目的としたサービスということである。

地域密着型サービスのもう一つの特徴はその整備の仕組みにある。市町村は「日常生活圏域」を設定し、圏域ごとに必要なサービスの整備計画を立て、それに基づいてサービスが整備される。それにとともに、これまで都道府県が行っていた事業所の指定、指導・監督を市町村が行うようになった。また、それを使う利用者も当該市町村の被保険者に限定されるというシステムになっている。

このように地域密着型サービスは、市町村を中心とした住みなれた日常生活圏域という地域を単位に、認知症高齢者に合わせて小規模なサービスを再編しようとするものである。

2) 地域密着型サービスのねらい

ではなぜ、このような介護サービス再編が必要となったのであろうか。今回の介護保険改正の土台となっているのが、高齢者介護研究会が2003年6月に出した報告書『2015年の高齢者介護』である。この報告書は、中長期的な視点に立ち、団塊の世代が65歳を迎える2015年に向けて、今後の高齢者介護の方向性を示したものである。介護保険制度施行後3年が経過したにもかかわらず、現場で提供されているサービスやケアの中身そのものは、措置時代と変わっていないのではないかと。高齢者介護研究会はこうした問題意識から発足し、現場が抱える課題を分析した。その結果、「ケアの考え方」と、「サービスの体系」という2つの課題が存在していることが明らかとなった。

そこで、新たな「ケアの考え方」として示されたのが、「尊厳の保持」という目標である。「尊厳の保持」は、これまで介護保険の理念として掲げられていた「自立支援」の上位概念として位置付けられ、地域密着型サービスなどの新しいサービス体系に共通する理念となっている。「尊厳」は、これまでの「自立支援」に比べて精神性・個別性が高く、プライバシーにも関連するテーマである。「尊厳」を目標とすることで、リハビリや終末期ケア、認知症の人のケアにおいても、これまでの身体的な自立の意味合いから、人の思いを尊重し、人間性、個別性を重んじる「あるべきケア」の姿を示そうとしている。利用者の尊厳を尊重することは当然のことであり、改めて言及するまでもないが、提供者が中心になりがちな介護サービスの現状に対して、利用者中心の理念を明確にした点で注目すべきことである。

そして、この尊厳を保持するための具体的な方法が、「小規模」と利用者のこれまでの生活の「継続性」を保障することであり、それを実現するためにサービス体系の見直しが行われた。これまでの介護保険サービスは運営上の理由から大規模化する傾向にあり、その結果、利用者に対する個別ケアが後回しになっていた。地域密着型サービスは、基本的に小規模ケアを前提としており、「小規模」が個別ケアを行うための必要条件であるという考え方が制度上でも一般化されたといえる。

在宅・施設二元論の転換

介護が必要になっても住みなれた地域で最期まで暮らし続けることは、多くの人びとの願いである。しかし、在宅介護の推進を目指して始まった介護保険でも、施設入所への希望は依然として高い状況にある。その理由として、在宅への支援が十分に機能していない点が指摘されているが、そもそも在宅介護か施設介護という二元論に限界が生じていると考えられる。

介護保険のサービス体系は、居宅介護サービスと施設介護サービスに分けられている。要介護認定を受けて要介護に判定されると、最初に決定しなければならないのは、自宅で居宅介護サービスを使うか、施設に入所するかである。介護保険が始まって、利用者から見ると、サービスの選択肢が大

きな変化はない。環境の変化に適応することが難しい認知症高齢者は、リロケーションダメージ（転院・転居などで生活の場が変わることによる悪影響）を減らし、生活の連続性・ケアの継続性を大切にすることが求められるが、そのような制度上のサービスはほとんどなかった。今回の改正においては、これまでの在宅サービスと施設サービスに二分化されていた介護保険サービスが、「ケア」と「住まい」という2つの機能として再編され、地域という空間で「地域包括ケアシステム」として統合されることとなった。「住まいの機能」では、自宅と施設以外の新しい住まいとして、グループホームや特定施設が位置付けられている。そして、「ケアの機能」では、「小規模・多機能拠点」の整備が大きく位置付けられた。

ここで小規模・多機能拠点は、在宅ケアと施設ケアの中間に位置し、在宅介護でも施設と同じく24時間365日の安心感が得られる切れ目のないサービスとして描かれている。また、施設機能の地域展開としての小規模・多機能拠点の位置付けもなされており、在宅と施設両方からの矢印を受け、地域ケアの拠点として期待が大きい。施設や新しい住まいに居住することになっても、できるだけこれまでの地域での生活を継続することを目指している。そのために一人の人のライフステージに合わせて、日常生活圏域の中で連続的なケアが提供される形にサービス体系の見直しが行われたといえる。

3) 小規模多機能型居宅介護の仕組み

厚生労働省令第34号第62条における「小規模多機能型居宅介護」の定義は、「要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするもの」としている。国が示している基本的な考え方は、『通い』を中心として、利用者の様態や希望などに応じ、随時『訪問』や『泊まり』を組み合わせてサービス提供し、在宅での生活継続を支援する」サービスであり、「通い」でのなじみの関係が支援の土台となっている。この時の、「通い」「泊まり」「訪問」は、これまでのサービス名称ではなく、一つのサービスの中で果たされる機能として用いられている。

定額払いの包括ケア

これまでの在宅サービスと小規模多機能型居宅介護との最大の違いは、報酬の形態が、月単位の定額払い（要介護度別）として設定されている点である。つまり、「通い」「泊まり」「訪問」については、利用の回数や時間にかかわらず一律の報酬が支払われる、いわゆる「包括払い」である。この報酬形態は利用者の様態や希望に応じ、その時どきで柔軟なサービス提供を行うために導入されたものである。一方で、「定額であるために過少なサービス提供とならないよう配慮が必要である」ことも指摘されている。

また、こうした報酬上の理由から、登録定員が25名以下と決められている。この登録者の数によって「通い」や「泊まり」の定員も決まってくる仕組みとなっており、「通い」の利用定員は登録定員の2分の1～15名の範囲内、「泊まり」の利用定員は「通い」の利用定員の3分の1～9名の範囲内とされ、「通い」の利用者に限定される。なお、医療系の訪問サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導）や福祉用具貸与については、支給限度額の範囲内で小規模多機能型居宅介護と併用して介護保険を利用できる仕組みとなっている。

小規模多機能ケア > 小規模多機能型居宅介護

今回制度化された小規模多機能型居宅介護以外でも、小規模多機能ケアを実践することは可能である。厚生労働省は、各自治体に向けた解釈通知 1 の中で、「指定通所介護事業所又は指定認知症対応型通所介護事業所が自主事業で宿泊サービスも行うようなサービス形態については、小規模多機能型居宅介護の創設に伴い、行うことができなくなることはないものであり、こうしたサービス形態は引き続き可能であることに留意すること」としている。

小規模多機能ケアの先駆的実践の多くは、通所介護事業所に、基準該当ショートステイや自主事業の泊まりを加えて、小規模多機能ケアを運営してきた。これは介護保険の通所介護事業所の基準がゆるやかであることと、介護報酬が比較的高めに設定されていることで可能となっていた。事業所によっては民家改修型によるハード面の制約や、他の事業所とサービス併用をしている利用者が多いなどの理由から小規模多機能型居宅介護の制度基準に合致していないところもある。そうした事業所では、小規模多機能型居宅介護を選択せずに、こうした形での小規模多機能ケアの運営を継続することも可能である。

また、小規模多機能型居宅介護の包括的支援を行うには一定の経験や力量も必要となる。新規に事業所が参入する場合には、利用者の確保やスタッフの育成など通所介護やそこでの泊まりの実施で一定の経験を積んでから小規模多機能型居宅介護に移行するという方法も考えられる。自治体は地域で小規模多機能ケアを育てる視点からこうした取り組みを理解し、支援していくことが求められる。滋賀県湖南市では、こうした通所介護において、自主事業の泊まりを実施している事業所に対して宿泊費の補助を出している。

通所介護に加えてグループホームからも多機能化を推進する動きがある。今回新たに「共用型認知症対応型通所介護」が制度化され、グループホームや小規模特養、小規模特定施設の居間や食堂において、3名以下の通所介護利用者を受け入れることができるようになった。また、「短期利用共同生活介護費」が創設され、グループホームの空いている居室や短期利用者専用の居室等を活用し、ショートステイを提供できるようになった。1ユニットにつき、定員の枠内で1名を限度として、あらかじめ30日以内の期間を定めてサービス提供を行った場合に算定できる。ただし、これらの実施には事業開始後、3年以上が経過している事業所であることが条件付けられている。なぜなら、地域密着型サービスであるグループホームや小規模特養などの居住系サービスは、なじみの人間関係やサービス利用の継続性が重視されるからであり、多機能化を促進する施策とみることができる。このように、小規模多機能型の支援は小規模多機能型居宅介護でしかできないわけではなく、通所介護やグループホームなど多様な実践からのアプローチが可能となっている。「小規模多機能ケア」は、小規模多機能型居宅介護を包括する概念であり、これまで同様多様な形での実践展開が期待されている。

3-2 市町村自治体による地域ケアの推進と育成

1) 地域ケアの推進と市町村の役割の変化

地域密着型サービスの導入により、自治体は地域ケアの推進を強く求められることになった。地域ケアの推進という点で、これまでの自治体の政策を振り返ると3つの段階をとまなっていることがわかる。

第1段階 施設の社会化と老人保健福祉計画

地域ケアの第Ⅰ段階は、入所施設の社会化として進んだショートステイやデイサービスの実施である。特別養護老人ホームでは地域から切り離されて入所する高齢者のみを対象としてサービスを提供してきたが、1980年代末頃からその専門的な機能を生かしてショートステイなどの在宅福祉サービスの提供が始まった。家族とホームヘルプにより支えられていた自宅での介護と、施設での介護が接点をもち始めた時期といえる。その後、デイサービスの小規模化として認知症対応のE型デイサービス（小規模・毎日型）が1992年に制度化され、認知症ケアへの対応としての地域ケア政策が先行して進むことになる。

こうしたなか、1990年の老人福祉法等八法の改正により、福祉行政における市町村主義を徹底しようとする動きが強まる。市町村の政策能力を強化する方法として、市町村における老人保健福祉計画の策定が義務化され、具体的なサービス整備目標値を定めることとなった。身近な基礎自治体による計画的な高齢者介護の推進が着手されたといつてよい。

この時、整備が求められたサービスとしては、ホームヘルプサービスやショートステイとともに、デイサービスが重要な位置を占めていた。国は、デイサービスセンターの空間配置の基準として中学校区を示し、ここではじめて介護サービス提供における圏域の設定がなされることになる。大阪府枚方市や東京都町田市といった当時先駆的な市町村では、計画において中学校区などの福祉エリアを設定し、各エリア内にケア資源が適正に配置されることを誘導した。市町村が果たす地域ケア推進の役割は、この老人保健福祉計画におけるサービス圏域の設定が重要な意味をもち、それとセットで整備されるデイサービスが地域ケアの推進効果をもったと考えられる。

第2段階 小規模ケア化と介護保険導入

地域ケアの第Ⅱ段階は、1990年代の後半グループホームづくりが先駆的に取り組まれ、施設でも自宅でもない、地域における新たなケアが選択できるようになったことである。他方、施設内においては小規模グループで生活を組織して、できる限り普通の生活を確保しようとするユニットケアが自発的に取り組まれるようになった。いずれも小規模ケアが認知症ケアに有効であるとの認識から生まれたものである。グループホームは、1996年に運営費、1997年に整備費の国庫補助が実現し、2000年に介護保険制度が導入されると、認知症対応型共同生活介護として、在宅サービスに位置付けられた。ユニットケアについては、2000年に「グループケアユニット」の名目で整備費補助が創設され、2002年に全室個室ユニットケア新型特養として制度化されている。

市町村が果たす地域ケア推進の役割は、2000年の介護保険の導入により、大きく変化する。介護保険では、在宅サービスにおいて規制緩和を進め営利組織にまで参入を認めたこと、事業者の広域的な介護市場の形成を考慮して指定権限を都道府県としたことなどから、市町村において取り組まれてき

た中学校区を単位とする圏域設定は、その政策根拠を失うことになった。従来、介護サービスの提供主体であった市町村は、その機能を給付管理、認定事務等へとシフトし、サービス部門から退く形となった。サービスの供給は市場原理が導入されることとなり、市町村として地域ケアを直接誘導する条件は乏しくなった。

こうした状況の中で、地域ケアの代表的なサービスであるグループホームは、報酬単価の設定が好条件であったことから急速に数が増加し、地域への偏在やそれにとまなう介護費用の膨張、質の格差が問題となり、逆に規制を望む声が市町村から出される状況となった。

第3段階 「日常生活圏域」における地域密着型サービスの整備

地域ケアの第Ⅲ段階は、ユニットケアやグループホームが、たとえば特養という施設の枠組みを壊し始め、地域の中に融合していく段階といえる。介護保険の改正において施設の機能は「ケア」と「住まい」に分かれ、さまざまな組み合わせで地域の中に分散されていく。ユニットケアは地域の中の小規模な施設として独立し、1つのケア付き共同住宅（小規模特養など）を構成することになる。在宅支援の面では、小規模多機能型居宅介護が地域ケアとして重要な役割をもつようになり、自宅と地域の間を埋める役割を果たしていく。そして、こうした動きは「地域密着型サービス」として総称されるようになった。この段階では、いわゆる施設の領域は縮小し、それに代わって地域ケアの領域が拡大することになる。

自治体の役割では、再度、地域ケアの推進において圏域設定の有効性が注目されることとなる。地域密着型サービスなどの新しいサービスの目的を効果的に達成するための介入方法として「日常生活圏域」が導入され、圏域ごとに計画策定が求められることとなった。これは、以前の中学校圏域を基盤としたサービス整備を求める「老人保健福祉計画」の指針を踏襲しているとも見られる。さらに、市町村は保険者機能の強化として、これまで県が行っていた指定・指導・監査の業務を担うこととなった。市町村は市場化によるサービスの量と質の格差に対して、規制を課す方向で前面に登場してきたということになる。施設か自宅かの二元論を超えて、地域に多様なサービスを配置することで、地域にとどまれる空間づくりが求められており、それを実現するための仕掛けが、地域密着型サービスなのである。

2) 地域密着型サービスと市町村の役割 - 地域密着型サービスと保険者機能の強化 -

高齢者が中重度の要介護状態となっても、可能な限り住みなれた自宅または地域で生活を継続できるようにするため、身近な市町村で提供されるのが適当なサービスの類型であり、事業者は要介護者等の日常生活圏域内にサービス提供の拠点を置き地域での生活を24時間体制で支える。それを実現するための仕掛けとして、地域密着型サービスでは、市町村にこれまで以上に権限を与えている。市町村は介護保険を活用しながら、認知症高齢者を地域で支えていくための体制を整える責任を担っているといえる。具体的には、地域密着型サービスは、次の4点の制度的な条件をもっている。

- ①日常生活圏域を設定し、必要整備量（計画）に基づいた整備を行う。
- ②当該市町村の被保険者が介護保険給付の対象となる。
- ③これまで都道府県が行っていた事業所の指定、指導・監督を市町村が行う。
- ④地域の実情に応じて市町村が弾力的に基準・報酬を設定できる。

第一と第二は、サービスの整備と利用に関する事柄である。市町村は、まず、「日常生活圏域」を設定し、その圏域ごとに地域密着型サービスを計画的に整備する。介護保険事業計画に「必要利用者定員総数」を設定し、それを超えた場合には指定をしないことができる（施設系・居住系サービスに限る）。さらに、第二のように、利用者は、当該市町村の被保険者に限られるため、圏域内で需要と供給が結びつく自己完結システムを目指すことになる。

第三と四は、サービスの質確保に関連する事柄である。地域密着型サービスは、地域に密着した事業展開や認知症ケアを中心としたサービス基盤の整備ということからも、良質なサービスが求められる。地域密着型サービスを運営する市町村にも、そこで提供されるサービスの質に責任をもつことが求められている。そのための仕組みとして用意されたのが、第三の指定、指導・監督と第四の基準・報酬設定である。指定業務は計画数に基づいて行われるだけでなく、どの事業所にわがまちの介護を担ってもらうかを決めるという意味をもつ。そのため、その後の質をチェックする指導・監督とセットになっているのである。また、サービスの質を確保するための特別な要件を課している場合など、市町村が通常の報酬よりも高い報酬を設定することが可能になる。

小規模多機能ケアの普及には、市町村が小規模多機能型居宅介護を理解し、地域ケアシステム全体の中で利用者の生活に応じた柔軟な支援体制を協働でつくっていくことが求められる。

地域ケアの推進と地域包括支援センターの役割

市町村は地域密着型サービスの基盤整備を通して、認知症の地域ケアを具体的に構築していく役割を担っている。また、地域ケアの推進という点では、今回の改正で新たに地域での包括的なケアの中核機関として「地域包括支援センター」が創設された。地域包括支援センターは、「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の包括的支援事業を地域において一体的に実施する役割を担う中核拠点」として設置される。

介護保険の改正では介護予防が重視され、地域包括支援センターも、介護予防センターとして注目されることが多いが、それはあくまでも一部の機能であり、ネットワークの構築や権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントなど、認知症高齢者へのサービス提供も重要な役割の一つとなっている。また、地域包括支援センターの整備は地域密着型サービスと同様に生活圏域を設定したうえで行われる仕組みとなっているため、地域密着型サービスとの連携も期待される。しかし、実際には、今回の改正で新たに導入された介護予防のマネジメントに時間が割かれ、地域で認知症高齢者を支える仕組みとして、地域包括支援センターと地域密着型サービスの連携を考える自治体は少ないのが現状である。

サービスへのアクセスの課題として改正制度は、介護予防を主導する役割として地域包括支援センターが用意されているが、認知症ケアにはそのような仕組みが用意されておらず、地域密着型サービスの各事業所に委ねられている。しかし、小規模多機能型居宅介護は事業所内でケアマネジャーを配置するため、登録以外の要介護者と関わる機会は少なくなる。他の事業所内のケアマネジャーからの紹介に頼る部分が大きいのが、市場原理の中ではそれが必ずしも適正に行われるとは限らない。

市町村は、地域密着型サービスを計画的に整備するだけでなく、そのサービスを本当に必要としている利用者を把握し、利用につなげる一連のシステムに関わることが求められている。認知症の地域ケア推進のためには、介護予防において地域包括支援センターが果たしている、把握から評価まで一連の流れを、地域密着型サービス事業所との連携のもとに実施することが必要となるのである。

また、認知症高齢者を地域で支えるためには、事業者の力だけでなく、地域住民の理解と支援が欠

かせない。こうした住民の働きかけは、一事業所だけで成し遂げられることではない。広く介護の相談窓口としての機能をもつ地域包括支援センターが果たす役割は大きい。このように介護保険以外の仕組みとの連携があってはじめて、地域密着型サービスも期待される機能を果たすことができるのである。

3) 認知症高齢者を地域で支えるシステムづくり — 北海道本別町の事例 —

本別町は、北海道十勝の北東部に位置する人口 9,041 人、高齢化率 29.9% (平成 18 年 10 月現在) の町であり、年々人口の減少と共に高齢化が進んでいる自治体である。本別町の特徴として、介護・介護予防サービスに関する相談、要介護認定、サービス調整、苦情相談等の機能を“総合ケアセンター”に集約し、相談からサービス提供まで一体的に対応している点があげられる。“総合ケアセンター”には、地域包括支援センター(直営 1 か所)、行政の高齢者福祉・介護保険・障害者福祉、居宅介護支援事業所(直営 1 か所)、社会福祉協議会が含まれている。なお、併設施設として国保病院と介護老人保健施設が両側に位置している。また、ヘルス部門を担当する健康管理センターは別の場所に設置されているが、常に協働をはかりながら事業を進めている。

本別町の第 3 期介護保険事業計画では、基本理念を「いつまでも自分らしく」として 5 つの基本方針を置いている。基本方針の 1 つとして、「ものわすれ散歩のできるまちの推進」という軸を掲げ、1. 認知症高齢者支援の充実、2. 尊厳を守る仕組みづくりの推進、が施策として示されている。「ものわすれ散歩のできるまちの推進」という住民にも馴染みやすい言い回しが用いられているのも、本別町の草の根的な様子を体現している。

また、認知症の初期への対策を具体化している自治体は国内でも多くないのが現状であるが、表 1 のようにそれぞれの施策の具体が示されている。

表 1

1. 認知症高齢者支援の充実	
	①地域ケア研究会 ②認知症に関する啓蒙・啓発活動 ③認知症の早期発見・フォロー体制の充実 ④認知症予防教室 ⑤権利擁護施策の利用支援 ⑥家族介護者支援 ⑦やすらぎ支援事業(認知症の見守り支援) ⑧ものわすれ地域ネットワークの推進 ⑨認知症サポーターの養成 ⑩SOS ネットワークシステムの構築
2. 尊厳を守る仕組みづくりの推進	
	①円滑な権利擁護施策の利用に向けた支援 ②高齢者虐待防止ネットワークの構築 ③低所得者に対する成年後見制度助成事業の実施

本別町の認知症への取り組みのきっかけは、a. 平成 10 年に実施された介護保険にむけた高齢者実態調査の結果で、施設で約 7 割、在宅で 4 割弱ぐらいに認知症のような症状がみられここで初めて把握できたこと、b. 「認知症に関して相談ルートにあがってくる人は、ほとんど中程度以上の認知症の方で家族が対応できない状態になって相談に訪れる(もはや家庭や地域で支えることが困難な状況になっている場合もある)」といった問題を保健師が日々の業務で感じてきたといった、現場での危機感が主にあげられる。

平成 11 年度に「本別町初期認知症高齢者モデル事業」をスタートさせ、次年度から「本別町認知症高齢者地域ケア推進事業」を推進している。推進基盤は、住民代表、介護サービス事業者、医療機関、社会福祉協議会、行政関係者、アドバイザーの計 20 名（平成 16 年度現在）で成る「①地域ケア研究会」であり、事務局は当初から医療福祉の統合システムを目指して町立の在宅介護支援センター（現、地域包括支援センター）、健康管理センター、国保病院の三者体制をとっている。

具体的な取り組み内容としては、②認知症に関する啓蒙・啓発活動では、パンフレット作成・介護劇の上演・講演会の開催・地域での学習会等を実施している。また、③認知症の早期発見・フォロー体制の充実では、ものわすれ外来の開設等、医療機関との連携にも力を入れている。さらに、④認知症予防教室では、自治会を単位とした教室を展開している。本別町の認知症予防教室は、住民参加型を主としている。1 年間のみ保健師が主となり、その後は地区の自主的な活動に結びつくように、協力員の育成支援を進めることで、徐々に自主活動地区を増やしていく方法をとっている。対象地区の自治会・老人クラブ・在宅福祉ネットワーク¹の関係者が協力員として、保健師と共にワーキング部会設置して、企画・運営を実地していく方法をとっている。初年度の南 4 丁目に関しては、自主運営化までに約 2 年を要したが、一定の方法の確立が見られた 2 地区目の北 7・8 丁目からは、自主運営化までは 1 年で、その後は地域の自主活動に移行するという形となっている。現在 5 地区 9 自治会で認知症予防教室が展開されている。

平成 17 年は、⑨認知症サポーターの養成にも力を入れている。今後、1000 人のサポーターを養成する予定で、現在 300 人のサポートが誕生している。プロではないが、潜在的な力を持ち、生活に根ざした知恵を持っている地域住民と“認知症の人に対するサポートを共にしていけるといいね”という話が出てきている。地域住民であるメイトが他の地域住民に向かって認知症の話ができる機会を通して、地域として何をしたらよいかの検討につながっている。単なる養成に終わらせずに、地域住民を主人公にしていく姿勢が明示されている。

現在、いかに精度の高いスクリーニングシステムを構築しても、それらを受け入れられる土壌が地域住民の中にあるか、また、その後の支援体制が十分にあるかが課題（藤本，2003；池田，2003）となりつつある中で、本別町はそれに応える体制作りを推進してきていることが具体的な施策内容から分かる。ヘルス部門の保健師や地域包括支援センターのスタッフが一定範囲で関与しながらも、コミュニティベースで様々な「参加」という形態を通じた地域づくりが進められてきていると言える。

今後の本別町の課題としては、中・重度の支援がまだ十分に組み立てられていない点があげられる。中・重度になった場合に、すぐに施設という選択をとらずに、初期の認知症を支えながら継続的に地域で住み続けられる支援へとつながることが求められる。

（引用文献）

藤本直規：地域における痴呆の早期発見・早期対応。日本認知症ケア学会誌，2(2)：204-215(2003)

池田学：地域における痴呆の早期発見の意義と対応の考え方。老年精神医学雑誌，14(1)：9-12(2003)

¹ 在宅福祉ネットワークとは、平成 5 年より本別町社会福祉協議会によって推進されてきたネットワークづくりである。具体的には、各自治会の中に福祉部を設置し、地域において見守り活動、安否確認、サロンサービス等を中心に自主的に事業展開している。地域住民で構成されている組織であり、対象者の一番身近なところでの支援が可能である。

3-3 指定・指導に関する課題と行政組織調査結果

3-3-1 指定・指導業務の動向

制度開始以前の指導監査では、医療系サービス（集団指導，実地指導及び監査）と福祉系サービス（実地指導，書面指導及び監査）との間で指導・監督が異なっていたため，介護保険制度施行直後において，それぞれの長所を活かした医療系サービスと福祉系サービスの指導監査方法の統一が行われた。その結果，介護保険施行後2年目に「主眼事項・着眼点」が示されることとなった。

指定居宅介護支援事業の主眼事項・着眼点

第1 基本方針

第2 人員に関する基準

- 1 介護支援専門員（配置：常勤数，利用者数に対する配置，兼務状況等）
- 2 管理者（配置，兼務状況等）

第3 運営に関する基準

- 1 内容及び手続の説明及び同意（文書説明，利用者の理解）
- 2 提供拒否の禁止（提供拒否の理由等）
- 3 サービス提供困難時の対応（他の事業者への紹介等）
- 4 受給資格等の確認（被保険者資格，要介護認定等の確認）
- 5 要介護認定の申請等に係る援助（申請の代行，認定更新等の管理）
- 6 身分を証する書類の携行
- 7 利用料等の受領（償還払いの対応，領収証の費用区分の明確化等）
- 8 保険給付請求のための証明書の交付
- 9 指定居宅介護支援の基本取扱方針（質の評価，改善の実施状況等）
- 10 指定居宅介護支援の具体的取扱方針
 - ・介護支援専門員以外の居宅サービス計画の作成業務をさせていないか等
 - ・利用者，家族等への丁寧な説明
 - ・居宅サービス計画上に介護保険以外の利用も含めて位置づけているか
 - ・指定居宅サービス事業者等の情報を適切に把握しているか等
 - ・計画作成に当たっては，解決すべき課題を課題分析標準項目によって把握しているか
 - ・アセスメントの際，利用者宅を訪問しているか
 - ・計画作成に，利用者の希望及び介護支援専門員としての専門的観点に基づいているか
 - 訪問介護（生活援助）の理由
 - ・サービス担当者会議等により，各担当者の専門的な見地から意見を求めているか
 - ・サービスの種類，内容，利用料等について利用者，家族に文書による同意を得ているか
 - ・計画書を利用者及び担当者に交付しているか
 - ・事業者等との連絡を継続的に行うことにより計画の実施課題の把握を行っているか
 - ・少なくとも1月1回モニタリングを行い記録を残しているか
 - ・要介護認定（要介護度変化，更新，区分変更）を受けた場合，サービス担当者会議を開催しているか

- ・介護保険施設への入所，入院の場合，施設への紹介や便宜の提供を行っているか
- ・介護保険施設からの退所，退院の場合，居宅における生活への円滑な移行を援助しているか

11 法定代理受領サービスに係る報告

12 利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付

13 利用者に関する市町村への通知

14 管理者の責務（従業者の管理，利用申込みに係る調整等，その他の管理を一元的に行っているか）

15 運営規程（目的及び運営方針，従業者の職務の内容等，内容は適当か）

16 勤務体制の確保（就業規則，勤務表，研修計画等）

17 設備及び備品等（平面図，設備，備品台帳等）

18 従業者の健康管理（健康診断等健康管理に関する記録）

19 掲示（重要事項（運営規程等）について事業所の見えやすい場所に掲示しているか）

20 秘密保持（利用者のプライバシーに係る記録を適切に管理しているか等）

21 広告（パンフレット，ポスター等の内容の虚偽誇大なものとなっていないか）

22 居宅サービス事業者に対する利益供与の禁止等

- ・特定の居宅サービス事業者の位置づけを指示していないか
- ・加算を得るために解決すべき課題に即さないサービスの位置づけを指示していないか

23 苦情処理

- ・苦情窓口があるか，苦情処理体制，手続きが定められているか
- ・苦情の内容を踏まえ，質の向上に向けた取り組みが行われているか
- ・市町村・国保連が行う文書等の提出，提示，照会に応じているか
- ・市町村・国保連からの求めがあった場合，改善内容を報告しているか

24 事故発生時の対応

- ・事故が発生した場合，市町村，家族等への連絡等必要な措置を講じているか
- ・事故の状況及び処置について記録しているか
- ・賠償すべき事態が生じた場合，速やかに損害賠償を行っているか
- ・事故が生じた場合，その原因を解明し，再発防止策を講じているか

25 会計の区分（会計関係書類：事業所ごとの経理区分等）

26 記録の整備

- ・諸記録（職員，設備・備品，会計）を整備しているか，2年間の保存
- ・居宅介護支援台帳（アセスメント結果，サービス担当者会議，モニタリング）
- ・市町村への通知に係る記録
- ・苦情内容の記録
- ・事故内容の記録

第4 変更の届出等（変更届，定款，廃止・休止・再開届）

第5 介護給付費の算定及び取扱い

- 1 基本的事項（介護給付費単位数表により適切に算定しているか）
- 2 運営基準減算（基準を満たさない場合，適切に減算しているか） 等

このように「主眼事項・着眼点」は多項目に渡り、結果として自治体（都道府県等）における指導業務は、各項目の確認を行うだけという形骸化を招き、介護サービスの質を高めるという本来の趣旨からほど遠いものとなった。さらに、指導・監査業務におけるもう1つの課題は、当業務に携わる自治体職員の専門性に関する課題である。自治体の職員については介護サービスの質に介入する専門性が欠ける課題を有する。それは、専門職員の採用も無く、部署の異動等がある中で、質を評価する保険者機能を確保することが困難なことである。

3-2-2 今後の指定、指導・監査

制度の改正の中でも介護サービス（事業者）の「サービスの質の確保と向上」は核であり、それにともない指定・監督等の事務についても大幅に変更され、新たに保険者が地域密着型サービスの指定業務及び監督業務が追加されることとなった。これまで、市町村自治体においては、介護サービスの量的な整備は取り扱ってきたものの、質的な関与は概ね都道府県が担ってきたことから、保険者においては大きな課題となっている。それは、サービス事業者との距離であり、従来の指摘型の指導方法では敵対関係を形成する可能性がある。サービスの質への取り組みは、都道府県と市町村の役割を明確にし、協働した取り組みが重要である。

この度の制度改正によって、①指定の欠格事由、指定取消要件の追加、②指定の更新制の導入、③勧告、命令等の追加が行われることとなった。

事業者指定事務等の見直しのポイント

1. 指定の欠格事由、指定の取消要件の追加

指定の欠格事由に、申請者又は法人役員（施設長含む）が以下のような事項に該当する場合は追加（更新時も同様）

- ①指定取消から5年を経過しない者であるとき（指定取消手続中に自ら廃止した者を含む）
- ②禁錮以上の刑を受けて、その執行を終わるまでの者であるとき
- ③介護保険法その他保健医療福祉に関する法律により罰金刑等を受けて、その執行を終わるまでの者であるとき
- ④5年以内に介護保険サービスに関し不正又は著しく不適当な行為をした者であるとき

2. 指定の更新制の導入

- ・事業者の指定の効力に有効期間（6年）を設ける。
- ・更新時に、基準への適合状況や改善命令を受けた履歴等を確認するので、基準に従って適正な事業の運営をすることができないと認められるときは、指定の更新を拒否できる。

3. 勧告、命令等の追加

- ・都道府県、市町村（地域密着型サービス）が、より実態に即した指導監督や処分を行うことができるよう、事業者に対する、①業務改善勧告（従わない場合には公表できる）、②業務改善命令、③指定の効力の停止、の権限を追加する。

このような制度改正後の介護保険事業の実施を円滑に推進するためには、都道府県及び市町村において行われる指定事務（事前規制）と制度改正後の監督規定に即した業務（事後規制）の推進が適切に実施されることが重要となっている。

平成 19 年度 4 月から全面実施される指導・監督業務は、指針によって指導・監督体制が見直されることとなった。見直しのポイントは 3 点である。

① 「主眼事項・着眼点」の廃止

現在の実地指導は「主眼事項・着眼点」のリストによって行われる指摘型指導であった。先述の指導業務の形骸化や制度改正による指導監督事務の変更に伴い、「主眼事項・着眼点」は廃止された。

② 書面指導の廃止等

これまでの指導方針は、集団指導、書面指導、実地指導の三者の特徴を活かし、連続性を持たせることであったが、書面指導の実施状況が過少であったため、書面指導は廃止された。また、同時に指導の実施回数（たとえば、介護保険施設の 2 年に 1 回）の規定も廃止され、各自治体の判断により、効率的・効果的にサービスの質を向上させるような指導実施が可能となった。

③ 指導と監査の役割を明確に区分

指導はあくまでも制度管理の適正化を通してよりよいケアの実施等に資するために行うもの。監査は違反やその疑いがあると認められる場合に行われるものとして明確化された。

3-2-3 自治体における指定・指導業務に関する課題

実際に、市町村が計画に基づき圏域ごとに事業所を指定・指導を行う場合、参入事業者の質などを誰がどのように判断するのか、その基準と主体をどう設定するかは今後の課題である。

これまで市町村はその機能を利用者の選択の結果にまかせてきた。しかし、指定権限が市町村に降りたことを受けて、質の評価に取り組むことになったのである。地域ケアの推進は、分権的な運営によってなされるべきであり、権限の委譲は好ましいことであるが、そこに実効性をもたせるためには、市町村の介護行政の中にケアの質を扱う業務・部署が形成されなければならない。そして、地域密着型サービス指定のための独自の基準づくりが、利用者ともいえる住民の参加のもとで進められることが必要である。

ここで、指導・監査業務を所管する行政組織をどのように考えたのかを平成 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実施されたアンケート調査から把握する。（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%））

① 地域密着型サービスの指定、指導・監査を所管する部署の新設割合

地域密着型サービスの指定業務と指導・監督業務を所管する部署を新設した保険者は 12 保険者であり、指定、指導・監査の両業務においても保険者で「新設した」と回答している。

	新設保険者数	合計
指定	12 19.0%	63 100.0%
指導・監査	12 19.0%	63 100.0%