

への期待とあり方を探る」

連携システムを始め、LIFE導入などDX時代への対応を探る～

Part 1

厚生労働省 老健局
認知症施策・地域介護推進課 課長 **笹子宗一郎氏**

Part 2

公立大学法人 埼玉県立大学 理事長 **田中 滋氏**

Part 3

岐阜県 大垣市
健康福祉部 社会福祉課 課長 **篠田 浩氏**

Part 4

京都大学 大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻
国際保健学講座 社会疫学分野 主任教授 **近藤 尚己氏**

Part 5

全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 会長 **青木 佳之氏**
岡山県地域包括・在宅介護支援センター協議会 会長

Part 6

一般社団法人 日本介護支援専門員協会 会長 **柴口 里則氏**

Part 7

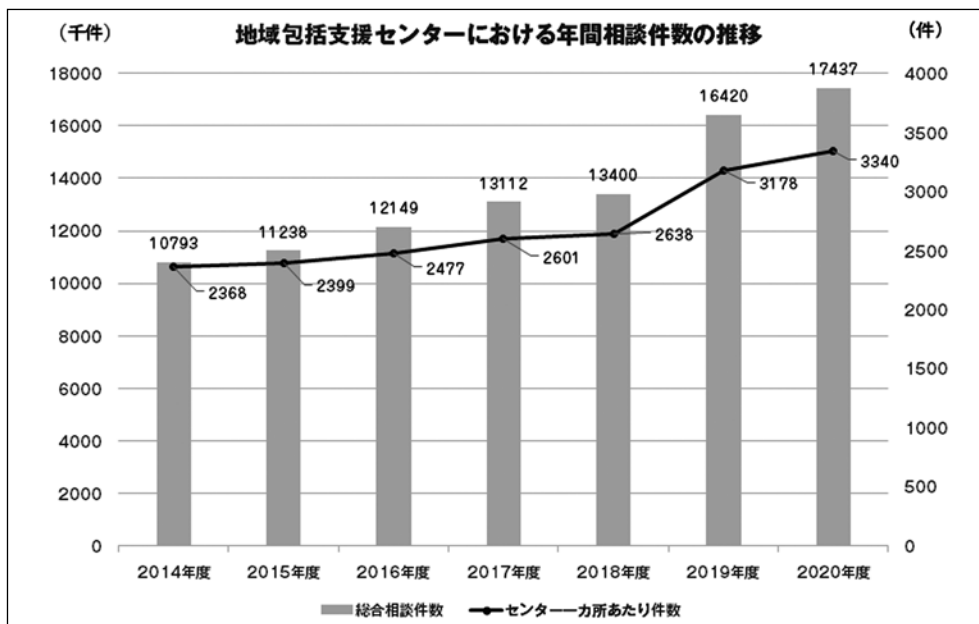
地域包括支援センター長 社会福祉士 **福井 寛之氏**

地域包括支援センター（以下「包括」）は、1989年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」により、高齢者の在宅福祉や施設福祉の基盤整備の推進の一環として、高齢者やその家族が身近なところで専門職による相談や援助が受けられるよう整備された「在宅介護支援センター」が前身で、その後の2005年の介護保険法改正で創設された。設置主体は市町村で、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員などを配置し、地域住民の健康の保持と生活の安定のために必要な支援を包括的に行っている。2022年4月末現在で全国に

■昨年4月末で全国に5404カ所
相談が増加・複雑化

5404カ所（プランチ等を含めると7409カ所）が設置され、年々微増している。

包括の業務は、▽総合相談支援▽権利擁護▽包括的・継続的ケア▽マネジメント支援▽介護予防ケア（マネジメント（第一号介護予防支援事業））の4つが柱となる。



図：社会保障審議会介護保険部会の資料を基に本誌の編集部作成
※厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業（総合相談件数：2014～16年度、センター数：2014～2017年度）
※地域包括支援センター運営状況調査（厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ）

「地域包括支援センター DX時代の地域連携の

～予防プランの居宅移行で地域包括支援センターはどう変わるケアプランデータ

厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会が、昨年12月20日に取りまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」には、地域包括支援センター（以下、包括）の体制整備を図るため、相談業務や予防プランの一部を居宅介護支援事業所（以下、居宅）へ移行することや、業務におけるICTの活用などの改革案が打ち出された。包括の業務改革に当たっては、今国会に提出された「全世代型社会保障制度関連法案」に盛り込まれている。

そこで、「Visionと戦略」4月号特集では、「地域包括支援センターへの期待とDX時代の地域連携のあり方を探る」と題し、改革案の実施により、包括における本来業務の充実や地域活動への取り組み、居宅の業務にどのような影響を与えるのかを探るとともに、DX時代の新たな包括のあり方を展望するため、厚生労働省や自治体、団体、事業者取材し、取りまとめたので報告する。

また介護保険法上の地域支援事業の一環として、家族介護者向けに介護知識・技術習得を内容とした教室の開催や、認知症高齢者に対する見守り体制の構築、介護者家族等に対するヘルスチェックなどを幅広く行っている。

高齢者人口の増加に伴う介護ニーズの増大により、20年度の包括の年間相談件数は1万7437件と年々増えている。（図）また高齢者を取り巻く課題の複雑化・多様化により、相談内容が複雑化するなど職員の業務負担が増している。

■包括業務「予防プラン」が3割 報酬引き上げの声も

そうした中、介護保険部会が昨年12月20日に取りまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」には、包括が本来の総合相談支援機能を十分に発揮できるよう体制整備に向けた改革案が盛り込まれた。その大きな目玉となるのが、介護予防支援の指定対象を居宅へ拡大することだ。

厚生労働省の調査（18年度老人保健健康増進等補助金「包括支援センター」の勤務実態に関する調査

研究事業）によると、包括における1週間の業務割合で最も多かったのが「指定介護予防支援、第一号介護予防支援」の28・0%で、次いで「その他の包括の業務等」（26・2%）、「総合相談支援業務」（22・4%）が続いた。

このうち「指定介護予防支援、第一号介護予防支援」に関する業務に当たっては、現場から「予防プランの件数が多い。それで忙しくなると他の仕事を工夫したり作り出したりする気力がそがれる」「介護予防ケアマネジメントの直プランの増加（委託したくても居宅が受けてくれない）」などの声上がる。

全国的に居宅介護支援専門員の人材不足が言われる中、今回の改革案で予防プランがどれだけ居宅へ移るかは不透明なところがあ、包括が本来業務の充実へシフトできるかは未知数だ。

包括の現場からは「報酬や加算の見直しを合わせて行わなければ、居宅への指定拡大の効果は小さい」との推測もあり、次期改定での介護報酬の見直しを含め、今度の制度設計の議論が注目される。

予防と介護プランの「一気通貫」 新たなフェーズに向けた体制整備 「目線合わせ」 地域課題の解決へ

昨年12月に全世代型社会保障構築会議が報告書を公表し、社会保障審議会介護保険部会が「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめた。そうした中で地域包括支援センター（以下、包括）の体制整備を盛り込んだ「全世代型社会保障制度関連法案」が今国会に提出された。そこで、包括の制度・施策を所管する厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長の笹子氏に、包括の現状と今後のあり方について聞いた。



厚生労働省 老健局
認知症施策・地域介護推進課
課長

笹子 宗一郎 氏
Sasago Soichiro

権利擁護を図るとされています。包括が家族介護者の支援を全て行うのは難しいと思いますが、地域には認知症対応型共同生活介護による患者本人や家族に対する伴走型支援や、認知症カフェ、介護支援専門員（ケアマネジャー）による仕事と介護の両立支援の取り組みなどがあります。それぞれの役割分担と連携によって、包括の総合相談支援の機能を高めていただきたいと考えています。

一方で、包括の業務量が非常に増えていると認識しております。現在、予防プランについては、居宅介護支援事業所（以下、居宅）に委託することが認められていますが、この事務手続きが煩雑なため、現場から簡略化の要望があります。また地方自治体からも居宅が直接指定を受けて予防プランを作成できる仕組みに見直してほしいという地方分権提案もいただきました。こうしたご意見を踏まえ、次の時代の包括のあるべき姿に向けて、包括の業務負担の軽減を通じてその機能をより強化していくと同時に、ケアマネジャーが要支援者を含めて地域住民のライフステージにおけるケアマネジメントを一気通貫で提供できるように、居宅が直接指定を受けて予防プランの作成を行える仕組みとすることを介護保険部会の意見には盛り込んでいただいています。

さらに、総合相談支援業務は相談内容を緊急度合いに応じて4段階に類型化していますが、一般的な問い合わせなどの相談については外部委託できるようにしていくことについても、包括における業務負担の軽減という観点から、介護保険部会の意見に明記されています。具体的な運用については法案の成立後、しっかりと検討させていただきます。予防プランと相談業務の部分委託は、法律改正事項になるため、今年2月10日に閣議決定され、今国会に提出された「全世代型社会保障制度関連法案」の介護保険法改正案を盛り込んでいます。

法律改正事項以外では、総合事業において、従前相当サービズ等として行われている介護予防マネジメントAのモニタリング期間の延長や、包括の職員配置に関する柔軟な取り扱いが提案されています。介護保険部会の意見は、包括における業務負担を軽減しながら、40年に向けて新たなフェーズに応じた体制整備を進めていくというメッセージと受け止めています。

■全社会議が昨年12月16日に報告書を公表し、社保審介護保険部会が同月20日に「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめました。双方に包括の体制整備が盛り込まれています。包括の現状と体制整備のポイントについて、どのように捉えていますか。

笹子 包括は、地域住民の健康の保持、生活の安定のために必要な援助を行う役割を担っていますが、近年は高齢者分野に加えて、例えばヤングケアラーや貧困問題など、分野を超えて複雑化・複合化したニーズにどのように対応するのかという課題が多くなっています。令和2年の改正社会福祉法で重層的支援体制整備事業が位置付けられ、属性や世代を問わない包括的な相談支援を行う仕組みができました。このように、今後、高齢障がい、児童、貧困などの分野にとられることなく、他機関とより連携を密にした包括的な相談支援を行うことが包括には期待されているところです。

全社会議の報告書では、包括は認知症患者とその家族を含めた包括的な支援や

全社会議の報告書では、包括は認知症患者とその家族を含めた包括的な支援や

■現場からは、予防プランは手間と報酬が見合わず、居宅への委託が進まないという声があります。予防プランの取扱件数のカウントや報酬の見直しは、いかがでしょうか。またケアマネ

「地域包括支援センターへの期待とDX時代の地域連携のあり方を探る」

の人材確保が難しい中で、居宅への予防プランの移行は進むのでしょうか。

笹子 予防プランの取扱件数や報酬については、プランの質の確保とケアマネの適切な勤務環境のバランスを図る観点から、今後の検討課題と思います。高齢者人口が増加する中で、予防プランへの対応は増えていくと予測しています。利用者の方の状態は変化しますから、予防プランも介護プランも一貫通貫で対応できることが、今後、ケアマネジャーに求められると考えています。ケアマネジャーの資質に期待して、このような仕組みになっておりますので予防プランの作成に積極的に関わっていただきたいと期待しています。法案が成立しても、これまでどおり、包括からの委託という形もとれますので、地域の実情に応じた環境が構築されることを期待します。居宅が指定を受けて予防プランを作成する場合は、包括と居宅がどちらも法律に基づき指定を受けた者になるので、これまでのように委託関係に基づく包括との関係はなくなりませんが、予防プランの質を担保するため、包括や地域ケア会議などに一定の関与を行っていただくことを考えています。

■介護保険部会の意見の中で、包括の職員配置について、「ケアマネその他これに準ずる者」の「準ずる者」の

範囲の適切な設定を行うことが提案されていますが、どのような対応になりますか。また主任ケアマネの人材確保への対応は、いかがでしょうか。

笹子 以前はケアマネシメントリナー研修がありました。主任ケアマネの創設時に廃止されました。このため、現在は「準ずる者」が養成できない状態になっているので、その範囲の設定などを検討していきます。また主任ケアマネの研修受講要件について、当省において4つの要件を示した通知を發出していますが、4つ目の要件は都道府県知事が認める者としております。これらの要件に関して、都道府県の運用の実態は様々な人材不足の状況もあり、包括の機能強化という観点からも、主任ケアマネの確保は重要になります。各都道府県の受講要件をお伺いして、それぞれの要件を「見える化」することを含めて、養成促進のための環境整備を進めたいと考えています。

■包括の地域づくり、まちづくりに関する役割については、どのようなことを期待されていますか。

笹子 地域支援事業における生活支援体制整備事業により、市町村は生活支援コーディネーター（SC）を市町村単

位と日常生活圏域単位に配置することができ、その多くは包括に配置されると承知しています。SCは、地域の中で、総合事業の多様なサービス、生活支援、買い物支援、掃除などのサービスが提供される基盤を作るため、関係者のコーディネートを行ったり、協議会の運営をしていただいています。また、認知症地域支援専門員が包括に配置されていることもあり、認知症に係る関係機関の連携推進を行うほか、認知症カフェの立ち上げをはじめ、認知症の方による農業の実践、マルシェやお祭りの開催などの社会参加活動の支援も行っています。包括がそうした機能も活用しながら、地域の高齢者等のニーズも踏まえた地域づくりの拠点を担うということも期待されます。

■市町村と包括の連携体制や包括のありべき姿について、お聞かせください。

笹子 市町村において、どういうビジョンを持つて地域づくりを進めていくのか、アジェンダの設定が非常に重要だと思えます。高齢者を支えるため、介護サービス基盤をしっかりと作り上げていくことは重要です。一方で地域づくり、まちづくり、生きがいづくりという視点で、「支える側」と「支えられる側」を画一的にとらえることなく、高齢者の方々がそれぞれの段階に応じて生きがいをもって生

きていくことにより、介護予防、要介護状態の軽減・悪化防止や自立支援につながっていくことが可能になると考えています。例えば、フレイル状態は可逆的なので、適切に支援すれば状態は改善する可能性があります。そうした取り組みが進むよう、包括、居宅、介護事業所、市町村など関係者が「目線合わせ」をしていくことが極めて重要だと思っています。

私どもでは、今年度から各市区町村において地域づくりに関する課題を計画的に解消し、地域包括ケアの推進を図ることを目的に「地域づくり加速化事業」を開始し、総合事業等に課題を抱える市区町村などへの伴走的支援に取り組んでいます。来年度は事業費として1億円を予算案に計上し、今年度の倍増となる48カ所の市区町村で事業の展開を計画しています。市区町村への支援や地域づくりの手法をマニュアル化することや、都道府県や地方厚生局などブロックごとに地域づくりに関する有識者を巻き込んで支援体制を構築し、それぞれの事業を通じて地域づくりを着実に進めていきたいと考えていますので、こうした事業の活用もご検討下さい。包括の皆様には、地域の課題を設定していただき、それぞれの地域づくりに向けて重要な役割を果たしていただけることを期待しています。

包括は「三大発明のひとつ」 個別事例より地域NWづくり 人手不足の解は生産性の向上

地域包括支援センター（以下、包括）は、個別事例の対応よりも地域ネットワークづくりの拠点。こう話すのは、地域包括ケアシステムの構築に携わってきた田中 滋氏。2005年改正介護保険法により創設され、地域包括ケアの実現に向けた中核的な機関として機能する包括のこれまでの成果と今後のビジョンについて話を伺った。



公立大学法人 埼玉県立大学
理事長

田中 滋 氏
Tanaka Shigeru

子どもの成長を記録し、保健師や助産師との会話ツールとして使えます。

3つ目が、「包括」です。高齢者介護分野から始まりました。地域住民が介護に関する困りごとに直面した時に、気軽に訪られる場所です。かかりつけ医やまちの薬局などに広く認識されており、患者や地域住民との会話に応じて包括を紹介し、介護サービスや予防サービスに関する情報提供が行われる。高齢者ケアのワンストップ相談所になっています。

交番は全国に駐在所を含めて1万2355カ所（22年4月1日現在、22年版警察白書）あり、母子健康手帳は誰もが持つことができ、さらに包括は全国にランチ等を含めると7409カ所（同年4月末現在）が設置されています。いずれも普遍的で比較利用しやすい、優れた社会的な発明と言えるのではないのでしょうか。

■これまでの包括の成果をどのように受け止めていますか。

田中 厚生労働省社会・援護局の補助事業で11年度より寄り添い型相談支援事業「よりそいホットライン」が運用されています。このホットラインは24時間年中無休の電話相談とオンライン相談の仕組みで、自殺願望やDV・

性暴力、LGBTQによる差別、外国人差別、被災者・被災避難者などの悩みを受け付けています。21年4月1日から22年3月31日までの電話件数は延べ1020万1028件に上り、1日に何万件という相談があり、広く活用されています。ただし、高齢者ケアの相談は、このホットラインに相談しなくていい。それは、包括があるからです。

一般的に110番や119番、あるいは子ども医療電話相談の#8000は知られているかもしれませんが、多くの悩みはどこに電話（相談）したらいいのかが分からないのではないのでしょうか。このホットラインに寄せられる悩みは「どこへ相談に行けばいいかが分からない」「ワンストップの相談場所がない」に基づきます。

一方、高齢者ケアについては、かかりつけ医やまちの薬局、あるいは民生委員などから包括が紹介され、これまで地域住民の身近な存在として機能してきたと認識しています。今後も、包括は高齢者ケアにとどまらず、医療的ケア児への対応なども含めて、ヘルスケアに関わる相談に関して機能していく発展を望んでいます。

■社会保障審議会介護保険部会が昨年12月20日に取りまとめた「介護保

■05年改正介護保険法により創設された包括の役割と機能をどのように評価されていますか。

田中 包括は、アジア諸国（特に東南アジア諸国）が注目する社会システムの三大発明の一つだと捉えています。三大発明のうち一つ目は、「交番」です。公

安警察や犯罪捜査とは目的が異なり、まちの中に存在していて、落とし物の届出、逆に財布を拾ったなどの際、子どもを含めて地域住民が気軽に立ち入ることができます。交番システムは他国でも採用され、ベトナムでは「KOBAN」と表記しているところもあります。

2つ目が、「母子健康手帳」（一部の自治体では親子手帳）です。妊娠、出産、育児の一貫した母子の健康状態を記録します。その情報に基づいて保健師や助産師などがアドバイスします。近年は電子閲覧や母親の心身のケアに関する記載の充実など社会情勢の変化に合わせて進化してきました。日常生活から予防接種まで、長期にわたって

「地域包括支援センターへの期待と
DX時代の地域連携のあり方を探る」

険制度の見直しに関する意見」で、予防プランを包括から居宅介護支援事業所（以下、居宅）へ移行する改革案が盛り込まれましたが、包括の業務にどのような変化を見出されますか。

田中 予測は複数ありえますが、そのうちのひとつとしては、個別の給付管理は居宅が担い、包括は地域づくり、まちづくりに力を入れていく方向が有力でしょう。包括に対しては、個別事例への対応よりも、地域の体制づくりを行う機能を期待したい。

ところで、フレイルの程度や要介護状態が悪化する理由は何でしょうか。1つ目は加齢です。加齢自体は防げません。人は高齢になれば、ゆっくりと前の年より衰えていきます。2つ目は配偶者や親しいパートナーなどの死亡です。最近の研究を見ると、配偶者などの死亡が心身機能悪化をもたらす大きなイベントになっていると報告されています。3つ目が急性期入院です。新型コロナウイルス感染症、股関節骨折、がんなど、多様な理由による急性期入院は、要介護状態に対してはマイナスに働きます。それらのフレイルあるいは要介護状態悪化の要因について、誰が情報を得て対応すべきかを考えなければなりません。

有効ですが、親しいパートナーの死亡や本人の入院などのライフイベントへのサポートに関しては十分ではない。一方、急性期入院によってフレイルの程度や要介護度が悪化する事態に対しては、退院時に医療機関と介護事業所が手を携える体制の一層の進展が今以上に必要になります。包括はそうした体制づくりの推進を手伝う拠点であるべきです。そのためには予防や保険の給付管理などは、できれば手放していったほうがいだろうか、が私の意見です。

■居宅では、介護支援専門員（ケアマネジャー）の人材不足が深刻な問題になっています。こうした状態をどのように受け止めていますか。

田中 人材不足は多くの業界で起きています。一番深刻なのは運輸業界です。トラックの運転手が絶対的に不足する恐れを指摘する声も目立ちます。介護業界だけでなく、保育も観光も飲食も教育も人手が足りていません。最大の原因は20〜70歳人口の減少です。そこで、いろいろな業界が人材を確保するため、業界の魅力を上げようとしています。それぞれの業界が職員の処遇や職場の環境を改善し、職員の処遇は良くなり、働きやすくなったとしても、日本全体の人材不足による問

題は解決できません。人手不足の解消に魅力の改善は必要条件ですが、十分条件ではない。日本はそうした時代に直面しているのです。

人手不足の解消には、結局のところ生産性の向上を図るしかありません。DX（デジタルトランスフォーメーション）、AI（人工知能）、ICTの活用で、まずは間接業務の合理化に対する積極的な取り組みから始め、やがて直接業務への応用も社会全体での検討が必要で、ケアマネの場合、ケアプラン作成の効率化にはAIの活用も効果的でしょう。

■現場からは、予防プランは手間と報酬が見合わないという声も聞かれますが、どのように捉えていますか。

田中 個別のプラン作成については、要介護者と要支援者でさほど手間は変わらないでしょう。それをパターン化してAIで90%のケース原案を作成できるのであれば、AIで処理できない残りの困難事例や複雑事例を人が丁寧に対応する将来もあり得ます。ただし、認知症など介護の問題では家族関係などがプランの内容に大きな影響を及ぼすので、そこは医療と連う難しさも残ります。

■包括における今後のビジョンについて、ご意見をいただけますでしょうか。

田中 例えば、ゴミ屋敷化は、非常に重要な情報です。介護が必要となるのは、基本的に生活力が低下している方です。ゴミ出しできるか、買い物ができるかなど、生活状態が悪化している様子は重要な情報と考えられます。それを通報してくれるのは、近隣の住民、自治会、宅配便や郵便、新聞の配達員、水光熱の検針員などが考えられますが、その人がどこに相談するのかが、包括を知っていただけではないでしょうか。包括は保険給付管理センターではなく、地域住民が気軽に相談できる場所です。そして、その相談を受け止める地域のネットワークづくり構築・進展が求められます。それには、市区町村役所の支援も欠かせません。

■地域のネットワークづくりに向けて市区町村行政にメッセージがありましたら、お聞かせください。

田中 行政が主体となり、地域包括ケアシステムづくりの推進協議会や連絡会等の開催頻度を増やし、包括の職員にも参加を促し、ワークショップなど参加者同士が相手を良く知るようになれる会議を重ねていく工夫もよいですね。いずれにせよ、よい地域づくり、地域のネットワークづくりの進展を期待しています。

専門職の相談経験値を高める 多機関連携で地域課題解決へ 重層的支援 24年度本格実施予定

2024年度から「重層的支援体制整備事業」の本格実施を計画している岐阜県大垣市。現在、市健康福祉部社会福祉課内に「総合相談グループ」を設置し、保健師や社会福祉士が高齢者、障がい者、生活困窮者など分野をまたがる相談に対応できるよう経験値を上げる仕組み作りを進めている。同課課長を務める篠田氏に、地域包括支援センター（以下、包括）における総合相談の現状や今後のビジョンを聞いた。



岐阜県 大垣市
健康福祉部 社会福祉課 課長

篠田 浩氏
Shinoda Hiroshi

■篠田様のご経歴と大垣市の高齢者福祉や介護保険事業の概要と特徴を教えてください。

篠田 1989年に大垣市役所に入庁し、高齢福祉、介護保険、障害福祉など福祉部関係各課に配属され、2012年に厚生労働省老健局総務

課課長補佐として出向しました。同課には2年3か月在籍し、14年の改正介護保険法の成立後、本市役所に帰任しました。その後、介護保険専門官、高齢介護課長を経て、社会福祉課長に就任し、現在に至ります。社会福祉課は、生活保護、生活困窮者自立支援、重層的支援体制整備事業の準備や地域福祉等を担当しています。

■大垣市における包括の運営状況を教えてください。

篠田 包括の運営方法は、市区町村直営と委託の2つがあり、全国的に委託方式が多いですが、本市では最前線の相談支援と適切な政策提案を

担う包括は原則として市区町村の直営が望ましいと考え、1カ所は本市役所内に設置し、基幹型の機能を担っています。それ以外に、社会福祉協議会と社会福祉事業団のいわゆる準公的団体に包括の運営を委託しています。委託型包括は、全部で6チームになります。

包括は、地域包括ケアシステムの構築のための最前線の重要機関です。委託の場合であっても、行政が委託型包括への支援や現場からの政策提案に対するアクションを行い、責任を果たすことが重要と考えています。現場の相談支援においても、包括は高齢者虐待の相談も受けていますが、行政措置を含めて全て対応するのは難しいことです。行政、包括のそれぞれの立場があるので、多機関連携が大事なキーワードだと捉えています。関係者が顔と顔の見える関係を作り、多機関連携で課題解決に取り組んでいきたいと考えています。

■包括における運営上での成果や課題がありましたら、お聞かせください。

篠田 本市役所には以前より高齢者福祉に関する相談が多く、社会福祉士や保健師を雇用し続けてきました。また介護保険法施行前の1999年よ

り社会福祉士を福祉専門職として採用しており、本市役所には16人の社会福祉士が在籍しています。国の財政的な支援もあり、専門職の確保が促進され、職務年数の長い職員から短い職員への知識と経験の継承も行っていきます。本市の包括での総合相談件数は年々増えています。2020年度は市全体で約2400件の相談があり、21年度は約2500件に増え、22年度も増加する見込みです。

一方、委託型包括の社会福祉協議会や社会福祉事業団での保健師や主任ケアマネの確保が非常に難しくなっています。特に主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）の確保は大きな課題です。現時点で運用基準は満たしていますが、将来を見据えた人材の確保が非常に重要になっています。現在、岐阜県より実施団体としての指定を受けている岐阜県居宅介護支援事業協議会主催の主任ケアマネの更新研修に本市より講師を派遣するなど、主任ケアマネの養成に関わり、人材の確保に取り組んでいます。

■社会保障審議会介護保険部会が昨年12月20日に取りまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」には、介護予防支援について、居宅介護支援事業

「地域包括支援センターへの期待とDX時代の地域連携のあり方を探る」

所（以下、居宅）に指定対象を拡大するという改革案が盛り込まれましたが、どのように受け止めていますか。

篠田 予防プランについて、包括が居宅へ委託した場合の双方の事務的な負担を考えると、今回の予防プランの移行については賛成です。一方、包括による一定の関与は必要だと思いません。例えば、包括は予防プランの作成に当たっての研修会や情報交換会を実施する必要があると考えています。

■今回の改革案により、居宅への予防プランの移行は進むのでしょうか。また包括の本来業務の充実が図られるのでしょうか。

篠田 本市では現在、予防プランのうち居宅への委託件数が半分ぐらいを占めています。委託している予防プランに関しては、居宅の方で早い時期に直接引き受けていただけることを期待しています。

予防プランも包括の本来業務だと認識していますが、高齢者やその家族、関係機関の方々からの多種多様な複雑な相談を受けることが多くなっている現状を踏まえると、予防プランの移行により、今後、包括にとっては総合相談の業務に注力できる環境を整えていくことができるかと考えています。

■20年6月の改正社会福祉法で創設され、21年4月より施行された「重層的支援体制整備事業」について、全国の実施状況をどのように見えますか。また大垣市では、どのような取り組みを進めていますか。

篠田 全国で重層的支援体制整備事業を実施している市区町村はまだまだ少なく、市区町村で全ての事業を完了するところもあれば、包括に委託すると捉えています。

本市では、21年、22年、23年の3カ年を準備事業と位置付け、24年より本格実施を予定しています。準備事業では、本市健康福祉部社会福祉課内に設置した総合相談グループに、保健師、社会福祉士の職員を配置し、高齢者、障がい者、生活困窮者など分野をまたがる相談にに対応できるように経験値を上げる仕組み作りに取り組んでいます。重層的支援体制整備事業の創設を好機に捉えて、分野ごとではなく、世帯全体を支援していくという総合相談をこれまで以上に展開していきたいと考えています。本市での機関決定ではありませんが、担当課としては、社会福祉協議会や社会福祉事業団に運営委託している包括への事業の委託も検討しています。

■包括における相談内容が複合・複雑化する状況下で、3職種以外の専門職の配置については、どのようにお考えでしょうか。

篠田 先ほどご説明しました総合相談グループに、理学療法士や言語聴覚士などのセラピスト系は入っていませんが、本市健康福祉部内に保健センターがあり、歯科衛生士、理学療法士も配属されています。保健センターでは、子どもに関する相談や各種健診などを担当しており、同じ部内なので連携していきたいと考えています。

■医療介護DXが推進される中、包括の業務や地域ネットワークづくりへの展望をお聞かせください。

篠田 本市では、14年から在宅医療介護連携推進事業がスタートし、市医師会が非常に熱心に取り組んでいただいています。現在、医師会を中心に在宅療養患者データや在宅介護サービスの利用者データの一部分について、医師、歯科医師、ケアマネ、訪問看護ステーションの看護職、訪問介護職が情報を共有し、包括も含めて情報連携できる仕組みづくりを進めています。情報共有により、医師とケアマネ、医師と包括などの連携がより深化するため、そうした仕組みの

運用を今後もより強化していく必要があります。

また、今年4月からケアプランデータ連携システムの運用が開始されますが、個人情報取り扱いに配慮した上で、多機関連携に向けDXはよりいつそう推進していくべきだと考えています。

■市区町村行政と包括のあるべき協働体制や今後のビジョンがあらましたら、ご意見をお聞かせください。

篠田 包括が取り扱う相談件数は年々増加し、相談内容も非常に難しくなってきました。例えば、高齢者虐待や緊急性があるものをはじめ、家族、親族など登場人物が多くなり、関係者の調整に時間を要する相談が増えています。そうした変化を受け、職員も疲労困憊しているのが実態です。当然、適正な人員の配置や人件費の確保も大事ですが、包括が全てを解決できるものでもなく、市、包括、ケアマネ、居宅の多機関連携によってそれぞれの役割をしっかりと重視して取り組んでいくことが重要だと認識しています。今後はより難しい相談が多くなることが想定され、本市として関係機関を支援するとともに、市役所としての公的責任を果たしていきたいと考えています。

「孤独・孤立」対策は早期発見 包括はコーディネーターの役割 「つなぐ」に積極的な予算化を

社会生活を一変させた新型コロナ感染拡大が「孤独・孤立」の問題を顕在化させ、今後も単身世帯や単身高齢者世帯の増加が見込まれる中に「孤独・孤立」はより深刻化することが懸念される。この社会的問題に地域包括支援センター（以下 包括）はどう向き合うか。政府の「孤独・孤立対策に關する有識者会議」の構成員を務める近藤氏に聞いた。

■近藤先生のご経歴と研究内容について教えてください。

近藤 私は2000年に山梨医科大学を卒業後、02年に同大大学院助教に就任し、06年から09年まで研究フェローとしてハーバード大学に在籍しました。その後、東京大学准教授などを経て、

京都大学 大学院 医学研究科
社会健康医学系専攻
国際保健学講座 社会疫学分野
主任教授

近藤 尚己 氏
Kondo Naoki



20年より現職となります。専門分野は、社会疫学・公衆衛生学・健康に影響を与える社会的な要因の研究や健康格差是正に向けたまちづくりの研究です。日本疫学会評議員、日本プライマリ・ケア連合学会評議員や政府の「孤独・孤立対策に関する有識者会議」の構成員などを務めています。

■社会問題化している「孤独・孤立」対策は、どうあるべきでしょうか。

近藤 孤独・社会的孤立にならないように地域の環境を整えていくポピュレーション・アプローチの考え方が大事です。例えば、孤独を感じていそうな人、普段と様子が違う人に気付いても、気にはな

るけれども放置してしまうというケースがあります。診療現場でも、医師が外来患者さんの問診時に孤独感を募らせていることに気付いたとしても、臨床的に問題になるほどでなければ、なかなか対応しにくいところがあると思います。そういう場合に、ご本人に寄り添い、就労やボランティア、趣味の会、通いの場などの地域活動につなげる仕組みがあれば、そうした気付きに対応できる地域のキャパシティを高めることができます。

また、様々な地域でのつながりの場が増えていくと、社会的に孤立しにくい環境ができます。包括は法的にそれができ、高齢者に関しては上手く機能していることも多いと思います。特に、医療現場は社会的に孤立しやすい人に出会う重要な現場です。病院であれば、地域医療連携室があり、医療ソーシャルワーカー（MSW）につなげて相談できますが、小規模な病院や診療所でMSWを配置していないところは包括が頼れる存在になります。ただ現状では、診療所と包括の連携が十分にできているところは極めて限られていて、まずはそこをつなぐ機能を充実するための制度改革が必要です。

■包括の相談業務には、高齢者だけでなく、子ども、障がい者、貧困者などを含めた全世代への対応が求められています

が、現状をどのように見えていますか。また今後の対応はどうあるべきでしょうか。

近藤 包括は、地域包括ケアを確立するための拠点となる重要な機関です。ただ個別の相談への対応でかなりマンパワーが使われており、地域のまちづくりというもう一つの役割を果たすキャパシティが十分にあるとは言えない状況ではないでしょうか。例えば、地域ケア推進会議や地域ケア個別会議の効果的な運営が全国でどの程度行われており、どの程度均てん化しているか疑問です。医療現場の巻き込みも重要であり、現在かかりつけ医機能を巡る議論が行われていますが、かかりつけ医を担う診療所・医療機関もそういったまちづくりの会議に参加することを強く推奨したい。医療と地域がつながる仕組みづくりが今後、必要だと思います。

全世代型社会保障への対応を進める中で、孤独感の解消や社会的孤立の予防という観点から、包括には保健、医療、介護、児童、障がいという垣根を越え、市民団体も含めてコーディネーションする役割を担うことを大いに期待しています。これまでの高齢者対応の実績を他の世代にも活かし、全世代への対応を進めるためにも、国や都道府県の財政支援や人材育成支援、そしてマネジメント支援が必要だと思います。

「地域包括支援センターへの期待と
DX時代の地域連携のあり方を探る」

■包括が全世代への相談業務を行うに当たり、3職種以外の管理栄養士など専門職の配置はいかがでしょうか。

近藤 包括の役割の今後の変化により

ますが、医療や介護の専門職をこれ以上必ずしも包括で充実させる必要はないでしょう。必要な場合はそれらを含むとする他機関との連携で賄い、今後包括は病気になる前の社会的なリスクとなる貧困や社会的孤立を起さないためのまちづくりにより注力したほうがよいでしょう。健康の社会的決定要因の考え方からも、地域環境、孤立や貧困に陥りにくい環境や制度づくりを進める機能強化が必要です。近年広がりを見せている保健師の地区担当制は人々の健康を面的に支える地域づくりに貢献し得る素晴らしいものですが、保健師は健康の専門家なので、ソーシャルワーク全般をカバーできません。それができる専門家がもっと必要だと思います。

例えば、日本学術会議社会学委員会社会福祉学分科会が2018年9月13日に公表した提言「社会的つながりが弱い人への支援のあり方について」社会福祉学の視点から」においては、コミュニティ・ソーシャルワーカー（地域社会と社会的つながりが弱い人をつなげる役割を持つ専門職）を日常生活圏域として想定されている中学校区に1名程度配

置することを要望していますが、包括にコミュニティ・ソーシャルワーカーを配置したり、包括との密な連携が可能な配置をすることが有効でしょう。

厚生労働省保険局が実施している「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり」において、いわゆる社会的処方モデル事業が行われていますが、その中で社会的課題を抱える方々への伴走型支援を行う「リンクワーカー」の養成の取り組みがあります。社会福祉士だけでなく、生活支援コーディネーターをはじめ、医療、介護、看護、福祉の方々が参加しており、コミュニティ・ソーシャルワーカー機能を担っている場合もあります。それらの人々との活動をすすめる、マネジメントしていく人材が欲しい。

■社会保障審議会介護保険部会が昨年12月20日に取りまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」には、介護予防支援の指定対象を居宅介護支援事業所（以下 居宅）に拡大し、包括の本来業務を充実させるという改革案が盛り込まれていますが、どのように受け止めていますか。

近藤 居宅に予防プラン構築など個別対応業務をシフトすることによって、包括がまちづくり、地域づくりの支援に

注力できることは歓迎すべきことです。

■医療分野では全国医療情報プラットフォームの創設、介護分野ではケアプランデータ連携システムの運用開始など、情報共有とDX化が進んでいます。包括との関わりはいかがでしょうか。

近藤 DX化の推進には、安全に必要な情報が共有されることが重要です。先ほどの社会的処方モデル事業においても、多くの医療保険者が課題に挙げているのが、他機関との情報共有に関して患者さんから許可を得ることで。例えば、特定保健指導で健診受診者（加入者）から生活困窮や社会的孤立に関する情報を得た場合、その情報をどこまで共有していいのか、その範囲を定めることも難しく、患者さんから情報共有の許可を得ることに限ってハードルが高いというのを聞いています。

同意の取り方、個人情報の共有の方法には、よいアイデアが必要です。患者さんが情報共有によるメリットを理解し、実績を積み上げて信頼を得ていくことが必要でしょう。患者さんの生活情報を安全に共有できる仕組みの構築やその管理において、包括がその要となり得るのではないのでしょうか。

■今後の地域共生社会の実現に向けたビジョンがありましたら、お聞かせください。

近藤 基本となる考え方は、WHO（世界保健機関）が掲げている「ヘルスイノベーション・ポリシイズ」です。あらゆる政策や施策が健康に影響するため、あらゆる政策を健康の観点で見直し、改善していくことです。医療者は健康づくりのしんがりを務めながら、人々の健康状態の現状を社会に示す役割を持っています。その現状を受けて、包括は、人々が健康に生活するために必要な地域のネットワークを作り、なおかつそのネットワークがうまくワークするシステムを作る拠点となります。

また、組織同士のつなぎ役となる人材を増やしていくことも重要です。つなぎ役とは、タダではできません。充実した予算をつけるべきです。目に見える箱モノには予算が付きやすいですが、組織と組織をつなぐ行為はわかりにくいのでお金がつきにくい。しかし、つながりの資本、つまりソーシャルキャピタルへの投資をしなければ、リターンは得られません。個々の組織が孤軍奮闘するだけでは社会は成長できません。つながりの力を高めていくための投資を積極的に行うことが、2040年の地域共生社会の実現には必要です。

予防プラン対応に一定制限 報酬は3分の2まで増額を 在介の有効活用で地域づくり

有床診療所として全国で初めて在宅介護支援センター（以下、在介）の指定を受け、介護保険制度の施行時より在介と居宅介護支援事業所（以下、居宅）を展開している、全国地域包括・在宅介護支援センター協議会会長の青木氏に、今回の介護保険制度改正案や包括の展望について聞いた。

全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 会長
岡山県地域包括・在宅介護支援センター協議会 会長

青木 佳之 氏

Aoki Yoshiyuki



なりません。当協議会では24年度までの長期目標として包括会員の組織率を50%に引き上げることを掲げています。また岡山県地域包括・在宅介護支援センター協議会会長、同県通所リハビリテーション協議会会長、高齢者保健福祉団体連絡協議会会長、全国社会福祉協議会評議員、岡山県病児保育協議会会長も務めています。

■包括は、高齢者だけでなく幅広い相談業務への対応が求められ、職員の業務負担はますます増大しているとお聞きしていますが、現場の実態はいかがでしょうか。

や権利擁護支援において、支援拒否や精神疾患、障害などを持つ人への支援を複数機関で行う際の各関係者の合意形成や役割分担などへの負担感が大きいといった意見などが出ています。

■包括や在介において、運営上の課題やボトルネックになっていることがありますか。

青木 当協議会が会員を対象に実施した実態調査（n=1107人）の結果では、法定4業務（総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント業務、指定介護予防支援・第一号介護予防支援）の負担感を尋ねたところ、各業務の全てにおいて全体の8割の人が「負担感がある」と回答しました。その要因については「支援困難ケース、複合課題への対応」「業務の多様さ」「総合相談の対応」「介護予防ケアプランの作成」「職員の経験年数不足、職員数不足」などが挙げられます。例えば、「支援困難ケース、複合課題への対応」の場合、総合相談

青木 包括や在介においては、高齢者だけでなく、子ども、障がい者、貧困者など多岐にわたり相談業務が年々拡大しています。それに伴い、多くの包括や在介で配置職員に比して業務負担が過重となり、人員配置の増加や業務負担の軽減が必要となっています。また保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の三職種をはじめとする人材の確保が困難になっており、三職種職員の資質向上に関する取り組みも十分に実施できていない状況にあります。特に主任ケアマネジャーの確保は難しくなっています。

■青木会長の経歴並びに全国各地域包括・在宅介護支援センター協議会の概要、活動内容を教えてください。

青木 私は岡山大学医学部を卒業後、岡山大学医学部付属病院第三内科入局、同大医学部衛生学教室（文部助手）勤務を経て、1985年に

青木内科小児科医院を開業しました。当医院は88年に有床診療所（19床）に増築し、有床診療所として全国で初めて在介の指定を受けました。介護保険制度の施行時より、二足のわらじで在介と居宅を展開してきました。現在、介護老人保健施設、リハビリセンター、グループホーム、クリニック・住宅型有料老人ホームなども運営しています。団体としては、全国地域包括・在宅介護支援センター協議会会長を務めています。当協議会の会員数は2022年11月末現在で2689カ所に上ります。その内訳は、地域包括支援センター（以下、包括）が2019カ所、在介が670カ所と

昨年9月20日に社会福祉法人全国社会福祉協議会と連名で「包括・在介の体制強化、業務負担軽減等に係る要望・提言」を加藤勝信厚労相あてに提出しました。この中では、▽人員配置基準等の見直し等の体制強化▽

そうした状況を踏まえ、協議会は

「地域包括支援センターへの期待と
DX時代の地域連携のあり方を探る」

介護予防ケアマネジメント業務の負担軽減▽在介の活用促進の3つの柱を立て、現場の実態調査のデータと合わせて現行基準の見直しや各種方策の実施を求めています。この提言は、社会保障審議会介護保険部会が昨年12月20日に取りまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」の中に反映されています。

■介護保険部会の意見では、居宅へ予防プランを移行する改革案が打ち出されていますが、どのように受け止めていますか。

青木 私が運営する居宅では、予防プランは全体の業務の3割くらいです。予防プランの業務には相当の労力がかかります。小規模な居宅はそれほど余裕がなく、予防プランをあまり受けていないと思います。特に認知症の方の対応は難しいので、今の状況では手を挙げる居宅は少ないと思います。居宅には、地域課題に向き合うという視点が弱いです。そういう意味では、在介は地域との関わりがあり、認知症への対応実績もあるので、在介の活用を積極的に進めていただきたいです。今後、厚生労働省とも協議していきます。

■居宅からは、予防プランは採算が

合わないと言われています。また居宅の休廃止やケアマネの人材不足の時代に、単に予防プランを移行するだけで包括の本来業務の充実につながるのでしょうか。

青木 予防プランを居宅に移行する場合、一定の条件を付けて、介護プランの報酬の3分の2くらいまで引き上げなければ、手を挙げるところは少ないでしょう。居宅が予防プランを受けられるメリットとしては、利用者が要支援から要介護状態の間を歩き来する際に、プランづくりやデータの共有がスムーズに行えることだと考えています。一方、予防プランの移行により、包括における業務の負担感は軽減されると思います。

■予防プランを居宅に移行する上で留意点はありますか。

青木 居宅の請求事業所数は、約3万7500カ所ありますが、予防プランを居宅に移行する場合には、福祉法人あるいは医療法人を母体とすることや、在介に併設となっていること、地域とのつながりや認知症高齢者対応などの実績、職員数などの条件を設ける必要があると考えています。全ての居宅を対象とするのではなく、一定の線引きが必要ではないでしょうか。居宅には、

利用者のプランづくりだけではなく、地域の社会資源の活用をはじめ、地域ケアマネジメント（地域課題の解決）という視点も持つていただきたいです。

■青木会長は、包括のあるべき姿をどのように描いていますか。

青木 包括には、障がい児や医療的ケア児、貧困者などへの対応なども求められ、これからは相談だけでなく、ケアプランの作成までしなければいけないと考えています。虐待の問題についても、自分のところで解決までをする必要はありませんが、そうした問題を早く発見し、プランを作成し、マネジメントし、サービスにつなぐところまでの役割が求められます。そのためには、どこにどのようなサービスがあるのかを把握し、ネットワークを作ることが大事だと思います。地域住民のさまざまな相談を受け付けて、専門職につなぐということまではソーシャルワーカーの役割だと考えています。

包括に求められる機能や役割はますます増えていくので、今の包括の数では足りないでしょう。また1カ所ですべてのさまざまな相談に対応するのは難しく、基幹型や地域型、認知症特化型など類型を設けて、包括同士の連携を進めることも必要です。これからは、いか

に横のつながり、縦のつながりを作り、それぞれが関わりを持つていくかがキーワードの一つになっていくと思います。

■包括の職員へのメッセージや、自治体への政策提言がありましたら、お聞かせください。

青木 包括は行政から委託された事業のため、行政の意向を強く反映する施設になります。そのため、行政の仕組みや予算の問題などを含めて職員の研修を行い、資質向上に取り組むことが必要だと思います。また職員がやりがいを持てるような給与体系や、三職種だけでなく、管理栄養士、リハビリ専門職、保育士などによるサポート体制も必要になってくるでしょう。地域課題をどうするか、地域ケアマネジメントをどうするか、地域との関わりが包括の仕事の面白さ、やりがいだと思います。包括には、マネジメント機能とイノベーション機能を担い、地域住民の全てを社会の一員として支え合うソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）、地域共生社会の実現に向けて役割を發揮していただきたいです。医療・介護・福祉は、人材にしても、サービスにしても地域経済の活性化につながります。自治体には、医療・介護・福祉への予算を十分に充てていただきたいです。

地域包括支援センターとは何か 介護予防支援事業所とは何か 整理すべきだ

地域包括支援センター（以下包括）、介護予防支援事業所（以下予防事業所）、居宅介護支援事業所（以下居宅）——今こそ介護保険制度の流れを振り返って、市町村の責任範囲を定めた上で、この3組織の業域を明確に整理すべきである。柴口里則氏はゼロベースでの議論を強く主張する。



一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会長

柴口 里則 氏

Shitaguchi Satonori

的地位の向上に努めることにより、国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的に定めています。平成19年には「介護支援専門員倫理綱領」を策定しました。組織は、地域支部、都道府県支部、日本介護支援専門員協会の3層で構成され、会員数は令和5年2月現在で約3万3600人です。

■社会保障審議会介護保険部会は昨年12月20日に取りまとめた「介護保険制度改正の見直しに関する意見」についての受けとめはいかがでしょうか。特に提言のなかで、包括から居宅への予防プラン移行

に関してのご意見をお願いします。

柴口 包括がひとくりにされていますが、受け止め方は異なると思います。「地域包括支援センターとは何ぞや？」ということを考えてると実は2つに分かれます。

ひとつは、主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の3職種が配置され包括的支援業務を行う地域包括支援センターであり、もうひとつは介護予防支援業務を行う介護予防支援事業所です。つまり包括は二枚看板で動いているので、2つの事業を分けて議論しなければ

なりません。「包括が忙しいから予防に手が廻らない」と言われますが、予防は本来であれば予防事業所の業務です。

では介護予防支援事業所はどこが運営するのか。もともと包括の運営主体は市町村ですが、誤解を招かないような整理が必要だと思っています。今回の「意見のとりまとめ」では、予防事業所が包括から外れて居宅でも運営できる仕組みが示されました。平成18年に包括が創設されて、そこに予防事業所が併設され、居宅から離れました。

居宅が予防事業所の届出をするかどうかは法人に委ねられています。一度原点に戻って、どのような経緯で包括が創設されたのかを振り返って、居宅が予防事業所をどう運営するかを整理したほうがよいと思います。

■包括がひとくりにされた背景は何でしょうか。

柴口 包括が忙しい、業務が煩雑であることを理由に挙げていますが、介護支援専門員も多忙です。3職種の業務が忙しいというのであれば、3職種の業務のあり方を検討する必要がありますでしょう。直営で

■柴口会長のご経歴、日本介護支援専門員協会の概要と役割を教えてください。

柴口 平成7年に宗像水光会総合病院医療相談室室長に就任しました。その後、福岡町在宅介護支援セ

「地域包括支援センターへの期待と
DX時代の地域連携のあり方を探る」

あっても委託であっても市町村は包括設置の責任主体として、適切な運営に関する責任があります。

■かねてから予防プランは包括の本来業務の充実に向けて課題となっていました。居室においても介護プラン業務と差はないのに2分の1カウント、3分の1報酬と言われます。介護支援専門員不足や居室の休廃止が増加する時代に、単に予防プランの移行で問題は解決するのでしょうか。

柴口 これも予防事業所の問題です。予防事業所は包括を運営している法人もしくは市町村の実態を整理しなければなりません。居室が予防事業所の指定を受けられる仕組みができるのですが、これは平成18年以前と同じ仕組みになります。

予防から介護に移行するケースが多いので、居室は包括から受け持ちを依頼されたら断れません。「あそここの居室は予防を全然引き受けたくない」という事態は、考えにくいことですが、現実には散見されていました。また、居室と包括を同一法人が運営しているケースもありますので、何をもって公

正・中立なのかを問いかけたいと思います。

ご質問の趣旨から外れますが、包括とは何か、予防事業とは何かをしつかりと整理しなければなりません。本来、包括の運営は市町村です。人手不足だから居室に戻すというのは違和感も感じています。

目先の問題ではなく、なぜ介護保険制度が創設されたのか、この制度は市民にどう役立っているのか、保険者の役割を考え、予防プランの報酬についても、平成18年以前と同じく、最低でも6500円に引き上げることが必要だと考えています。

■平成18年改正の制度変更の検証が必要ということでしょうか？

柴口 そう思います。まずは、予防支援業務を居室に戻す根拠を示してほしいのです。予防支援業務のマネジメント手法はそのまま残すというのですから、よほど手間がかかってしまいます。

■都道府県ごとに異なる主任介護支援専門員の研修受講要件を整理するという意見があります。が、柴口会長のご意見はいかが

でしょうか。

柴口 そうすべきです。まずはこの問題から整理しなければなりません。その後に予防支援業務を居室に戻すかどうかを議論するのが本来の進め方です。

■昨年よりLIFEが進められています。が、来年4月には居室や訪問事業所にも導入が予定されており、ケアプランデータ連携システムの運用が本年4月に始まりま。包括や居室におけるマイナ保険証活用促進、A-ケアプラン、地域ネットワークづくりの展望などについて、ご意見をいただけますか。

柴口 ICT導入は避けて通れません。コロナ禍は介護業界にとってICT化を押し進める良い契機になったと思います。Zoomによる会議や面談も今まではあり得なかった手段です。医療のデジタル化がどんどん進んで、それを介護が追いかけている状況ですが、時代の流れだと思っています。

A-ケアプランも手段として使わなければなりません。居室にはAIを導入する資金がありません。介護報酬に上乗せされないと導入

できないのが実情なので、厚生労働省だけではなく省庁をまたいだ施策が必要だと思います。LIFEについては有効性の検証が必要ですし、データ連携システムも本来に運用できるのかどうか。上手く導入できる仕組みづくりが必要です。介護ソフトがバラバラなので、それを上手く連携することが課題ではないかと思っています。

当協会でもLIFE活用について注視し、しっかりとリサーチしています。報酬に適用されるか否かで戸惑うような問題ではありません。

■ケアマネの人材確保策とA-プラン作成など生産性向上の見通しについて教えてください。

柴口 A-プラン作成については補助金の交付をいろいろな機関に要請しています。介護支援専門員の確保では、大学時代に介護支援専門員の受験資格を取得できる制度づくりをアプローチしている段階です。実務経験を経ずに大学生の時から直接資格を取得できれば、子供たちが介護支援専門員になりたいという夢を持てるようになると考えています。

相談が「集まる」「誠実対応」 本来機能へ業務の簡略化を 予防支援改革は「一歩前進」

地域包括支援センター（以下、「包括」）のあるべき姿は「相談が集まる仕組みをつくる」「集まった相談に対して誠実に対応する」の2点だ。こう話すのは、包括長を務め、累計1万件以上の「お困り事相談」に携わってきた実績を持つ福井氏。包括における今後のビジョンや介護予防支援の指定対象拡大に関する見通しなどを聞いた。

■福井様のご経歴と活動内容について教えてください。

福井 福祉系大学の卒業後、高齢者福祉に23年間携わっています。これまで同一法人内で特別養護老人ホーム、通所介護、在宅介護支援センター、同センターで勤務してきました。現



地域包括支援センター長
社会福祉士

福井 寛之 氏
Fukui Hiroyuki

在は2カ所目となる地域包括支援センター長を務めています。またYouTube配信を行っており、今年3月で丸3年になります。昨年7月から福祉関係者が集う「オンラインサロン」を開設し、仲間同士で日々の仕事についてチャットで情報交換をしています。交流会や勉強会を毎月開催しています。講演活動も月2回ほど行っています。

■包括における主な業務の介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援の実施に当たり、運営上の課題を教えてください。また包括

のあるべき姿をどのように描いていますか。

福井 包括のあるべき姿については、「相談が集まる仕組みをつくること」と「集まった相談に対して誠実に対応すること」だと考えています。この2点をいかに実行できるかが、包括の質だと捉えています。高齢者に限らず、ご家族を含めて支援が必要な方は多く存在し、包括から専門家へつないだり、つないだ後も連携先と協働する仕組みを含めたネットワークづくりが求められています。

一方で、現場においては、地域住民の孤立防止に向けて、包括とまだ接点のない方々に対する実態把握を行うための時間が圧倒的に足りません。その背景には、職員の介護予防支援業務への対応があります。当センターの場合、200件以上の介護予防支援を受け持っており、業務全体の6、7割を占めているという印象です。介護予防プランや書類の作成をはじめ、相談対応、給付管理など1人当たりの業務負担はかなり重くなっています。また当センターが所在する地域の高齢者人口は6000人を超えており、介護予防支援への対応とともに、業務負担がますます増大しています。

■社会保障審議会介護保険部会が昨年12月20日に取りまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」の中に、介護予防支援について、居宅介護支援事業所に指定対象を拡大するという改革案が盛り込まれましたが、どのように受け止めていますか。

福井 改革案は一歩進んだとプラスに捉えています。ただ、二歩目、三歩目の手立がなく、介護予防支援を受け持つ居宅介護支援事業所が増えるのは不透明です。プラス面としては現在、包括が居宅介護支援事業所に介護予防支援を委託する場合、両者間で委託の契約や書類の作成・連絡などに関する負担が大きく、このことが原因で居宅介護支援事業所への委託が進まないところがあります。この業務が簡略化されれば、一歩進むのではないかと期待しています。さらに二歩目、三歩目へと進めるには、介護報酬の見直しが必要です。例えば、現行では委託連携加算がありますが、十分な単位数が付けられていないため、メリットを感じている人は少ないです。報酬や加算の見直しを合わせて行わなければ、居宅介護支援事業所への指定拡大の効果は小さいと予測しています。

■包括が本来の機能を発揮するため

「地域包括支援センターへの期待と
DX時代の地域連携のあり方を探る」

には、どのような対策が必要でしょうか。

福井 業務や書類の簡略化です。例えば、先ほどの介護予防支援を居宅介護支援事業所が直接受けられるようになれば、従来は当センターが居宅介護支援事業所に委託する場合、利用者宅へ一緒に訪問してサービス担当者会議を行っていましたが、その業務がなくなります。ただ、代わりに居宅介護支援事業所の負担が増えてしまうので、双方の業務を簡略化するためのDX（デジタルトランスフォーメーション）対策が必要になるでしょう。今後は地域で困りごとがあった時に、どう簡略化して支援できるかという考え方が必要だと思います。

■総合相談支援業務は、高齢者だけではなく、障がい者や児童、家族などを含めた全世代へと対象が広がっています。また医療・介護DXが推進される中、利用者や地域住民へのDX関連の相談支援については、どのようにお考えですか。

福井 大きな課題としては、困りごとのある利用者の相談だけではなく、複数の家族が複数の問題を抱える「多問題ケース」が増えています。

例えば、障がい者と児童の問題が混在している場合、行政につながるのと担当課ごとに縦割りになっているため、少しでも担当から外れると支援がつかないことがあります。特に障がい者は、アウトリーチ機能が低いです。市民に「ここに相談すれば、全ての相談を受けられます」という環境を整備しなければ、上手く支援につながらず、孤立は増えていきます。

「病気になるたら救急車」「犯罪が発生したら警察」というのが国民に定着しているように、「相談があったら包括」という見せ方の仕組みづくりも必要だと思います。

DXに関する相談では、実際にケアマネより利用者へのマイナ保険証に関する説明の依頼を受けており、包括が担うのが適当だと思いますが、今の業務過多の現状からは難しいところです。予算を付けて担当の専門職を充てる必要があります。

■包括の業務においてDX化で期待していることや、地域ネットワークづくりへの展望はありますか。また今年4月から始まる「ケアプランデータ連携システム」に対する現場の対応状況については、いかがでしょうか。

うか。

福井 まずケアプランのAI化を最速で進めてほしいです。例えば、ケアマネジャーが休暇などで動けない場合、ケアプランが作成されず、サービスの提供を開始できないという実態があります。ケアプラン作成ができないと困るのは利用者です。ケアプランのAI化は喫緊の課題です。

もう一つ、地域ネットワークづくりにおいては、災害時の動きをイメージすることです。2011年3月11日の東日本大震災の発生時に体感したことです。利用者Aさんのところには安否確認に包括の職員も訪問介護事業所の職員も通所介護事業所の職員も訪問しましたが、Bさんのところには誰も訪問しなかったというケースがあります。利用者がこの事業者のサービスをどれだけ受けているのかというデータを紐付けし、包括が情報を閲覧できる仕組みを整備すべきです。今後、要介護情報や家族情報、LIFEで集められる医療情報などを全て紐付けていくことが、地域ネットワークづくりの大きな一歩になると期待しています。

ケアプランデータ連携システムについては、私のYouTube配信を見ている人は、介護のことを勉強したいと思

っている人たちなので、システムのことを知っていますが、現場の多くの人はそこまで情報に追いついていないでしょう。しばらくは一部のデータは連携できるものの、一部は連携できないという状態が続くのではないのでしょうか。

■市区町村行政との協働体制や今後の政策への提言はありますか。

福井 行政への申請書類が未だに全て紙ベースであり、人を無駄に配置しているところがあります。DX化が進み、電子申請が可能になれば、無駄な時間を省けるし、書類の受付に職員を充てる必要はないと思います。今回のDX化の動きは、福祉業界においても改革だと受け止めています。こうした変化への対応には一度は手間を要しますが、その手間を受け入れた時に未来への道が開けていくと考えています。現場はそれと敬遠せず、私も前へ進めるためにしっかりと伝えて、現場を巻き込んでいかなければいけないと思っています。私たちの職業は、利用者の人生の一端にしか関われない仕事ですが、最後の1%でも関われる仕事には価値があるということを伝えていきたいと考えています。