

係職種を組み合わせ配置、としている。<sup>2)</sup>

副田あけみによると、異職種による組み合わせには2つの理由が考えられるとする。一つは、福祉・介護領域と保健・看護領域に異なる教育訓練を受けた職員が、その異なる専門的視点からニーズをアセスメントすることによって、福祉に関係するニーズだけでなく保健やリハビリテーション、医療などに関するニーズを確認することができ、総合的なニーズのアセスメントができるということである。二つは、福祉や保健のサービス利用に必ずしもつながらない多様な相談に対して、異なる教育的背景を持つ職員がそれぞれの視点からの助言や直接的指導を実施することができるというものである。<sup>3)</sup>

また、在宅介護支援センターの事業主体は市町村であるが、事業の運営を社会福祉法人や医療法人に委託することができる。この事業は在宅福祉サービスや保健・医療サービスの実施機関と機能的に連携した運営を行わなければならないこと、介護する家族からの夜間の相談にも応じることが期待されていることから、終日機能している特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院などに併設して実施することを原則としているのである。一定の条件を満たしていれば単独型の老人デイサービスセンターなどへの併設も可能である。

つまり、在宅介護支援センターは従来の申請主義を超えるものとして、積極的に訪問活動を行い、在宅介護の総合的な相談に応じ、ニーズに対応したサービスを総合的に受けられるように異職種の配置の下、終日にわたり関係機関との連絡調整をする機関であるといえる。

そして在宅介護支援センターは94年の老人福祉法改正で、老人福祉法第20条7の2に法定化された。そこでは、「在宅介護についての総合的な相談に応じ、ニーズに対応した各種サービスが総合的に受けられるよう援助すること」と、ケースマネジメント機関として明確に位置付けられ、在宅介護支援センターは自らの機能を一層明確にしていたのである。

## 2) 在宅介護支援センターの変動

しかし、在宅介護支援センターを取り巻く高齢者福祉動向は、公的介護保険の導入検討を受けて大きく変化し、それらの推移を受けて在宅介護支援センターの位置づけも大きく変わるのである。

まず、94年12月には「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」が提起され、介護保険の導入、ケアマネジメントの必要性などが述べられる。そうすると、在宅介護支援センターこそがケアマネジメントを行うという認識が強くなり、介護保険導入に向けて地域の拠点となっていくために、ケアマネジメント能力を高め、関係機関と連携を取り、基盤整備を進める動きが見られてくる。

95年7月の全国在宅介護支援センター研究協議会において、白澤政和は、「支援センターを要援護高齢者に対する‘保健・医療・福祉のキーステーション’と位置づけていくこと（中略）こうしたことができれば、公的介護保険制度実現の際には、ケアマネジメント機関として支援センターが位置づけられる大きな可能性を持っている」としているのである。<sup>4)</sup>

また95年11月には、全国在宅介護支援センター協議会は「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」に対して次のように意見表明を行っている。

「在宅介護支援センターは福祉や保健、医療の専門職を持ち、また相談機能、調整機能をその本旨としているところから『新たな高齢者介護システム』において、在宅介護支援センターはケアマネジメントの中核機関たりうると考えている。」<sup>5)</sup>

しかし、96年1月には、老人保健福祉審議会の第二次中間報告、4月に老人保健福祉審議会の最終報告、6月には「介護保険制度案大綱」がだされ、介護保険の概要がしだいに明らかになってくる。介護保険法案では、在宅介護支援センターはケアマネジメントの中核機関ではなく、ケアプランは居宅介護支援事業者によって立てられるようになっており（法案第七条第五項から第十八項まで

2) シルバー新報編、『在宅介護支援センターハンドブック92』、1992年、13頁。

3) 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、1997年、60頁。

4) 全国在宅介護支援センター協議会編、『平成7年度全国在宅介護支援センター研究協議会』、1995年、27頁。

5) 全国在宅介護支援センター協議会編、『ネットワーク』、1995年、16号、14頁。