

# 在宅介護支援センターのケアマネジメント実践\*

—介護保険の影響による変化と課題—

藤 原 苗\*\*

## はじめに

在宅介護支援センターは、89年の『高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略（ゴールドプラン）』により、要援護高齢者やその家族の総合的な相談に応じるため設置された。設置当初は、利用者のニーズに対応する包括的なケアマネジメント機関としての役割を期待されていたが、介護保険導入の検討によってその機能が変化してきている。

本稿では、在宅介護支援センターの創設から現在までの変遷を、基礎作りがなされた「創設期」、地域に定着し機能が拡充してきた「定礎期」、介護保険導入検討で混乱した「変動期」、介護保険導入を前にして再構築が試みられた「再編期」と4つの時期に区分している。

在宅介護支援センターは、「創設期」、「定礎期」において、地域で唯一のケアマネジメント機関として基盤を築いてき、変動期には、従来からの機能に、新たに「ケアプラン作成機能（居宅介護支援事業）」が加わり、業務が拡大化してくる。そして「再編期」には、政策動向として、‘従来の機能を強化する動き’と‘居宅介護支援事業の機能を強調する動き’と矛盾する2つの大きな流れがあって、その中で業務はますます拡大化し、揺れ動いているのである。

そのため、在宅介護支援センターは、従来の機能に力を注ぎながらも、自らの機関存続のためには、居宅介護支援事業に傾注せざるを得なくなって、その結果、限られた人員で拡大化したすべての業務に対応できずに、従来から持つ保険給付対象外のサービスに縮小化の弊害がおこっているのである。

在宅介護支援センターに生じているそれらの変化を「変動期」にあたる97年10月と「再編期」にあたる2000年2月の2回にわたる兵庫県内全在宅介護支援センターの実態調査結果から指摘し、在宅介護支援センターの包括的ケアマネジメント実践を巡る課題を検討する。

## 1. 在宅介護支援センターの変遷

それでは、在宅介護支援センターがもともとどのような機能をもっていたのか、それが介護保険の導入でどのように変化してきたのか、その動向を在宅介護支援センターの創設から今日まで、以下のような4つの時期区分に沿って整理し、問題点を明らかにしていきたい。

「創設期」：設立から91年9月『全国在宅介護支援センター協議会』発足まで

「定礎期」：91年9月『全国在宅介護支援センター協議会』発足から94年12月『新たな高齢者介護システム構築を目指して』提出まで

「変動期」：94年12月『新たな高齢者介護システム構築を目指して』提出から97年11月『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』提出まで

「再編期」：97年11月『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』提出から今日まで

### 1) 創設期

在宅介護支援センターは、89年の『高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略（ゴールドプラン）』によ

\*キーワード：在宅介護支援センター、介護保険、ケアマネジメント

\*\*関西学院大学大学院社会学研究科博士課程後期課程

表1 在宅介護支援センターの変遷

時期区分	主な動向	内容
<b>創設期</b> 成立から91年9月「全国在宅介護支援センター協議会」発足まで	89年「ゴールドプラン」により設置	各中学校区に1ヵ所、「一地域一支援センター」の割合で1万ヵ所整備予定
	90年「8法改正」	老人福祉法第6条の2に「介護支援相談」の規定
	90年「在宅老人デイ・サービス事業」	設置目的、事業主体、運営委託、職員の配置、事業内容の明示
	91年「在宅介護支援センターの採択方針について」	新規法人等の運営を認めるなど採択方針の緩和
	91年「全国在宅介護支援センター協議会」設立	
<b>定礎期</b> 91年9月「全国在宅介護支援センター協議会」発足から94年12月「新たな高齢者介護システム構築を目指して」提出まで	94年「在宅介護支援センター運営実施要綱」改正	従来の運営実施要綱をより具体的にし、職員の責務として「個別処遇計画(ケースマネジメント)等の技術に関し自己研鑽に努めるものとする」と規定
	94年「老人介護支援センター」として規定される	老人福祉法第20条7の2
	94年「連携運営(ネットワーク)方式」の導入	近隣の特養と密接な連携が確保された単独デイサービスセンターに併設が可能となる
	94年「全国在宅介護支援センター実態調査報告書」	相談件数も年々増加しており機能の拡大が認められることが指摘されている
<b>変動期</b> 94年12月の「新たな高齢者介護システム構築を目指して」提出から97年11月「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」提出まで	95年11月「新たな高齢者介護システム構築を目指して」に対して意見表明	「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、調整機能を本旨としていることから『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」
	96年3月「在宅介護支援センター機能のあり方検討委員会報告書」	従来の機能を相談援助機能、地域把握機能、ネットワーク機能、サービス提供機能と4つに分類して明確化。介護保険に向けて《ケアプラン作成機能》が加わり、それは従来の相談援助機能に含まれるとする
	97年3月「在宅介護支援センター運営ガイド1996」	「介護保険導入までにはまだ時間がある」「まだ何も知らないから時間がほしい」とかいうときではないのです。開設した限りは明日からでも動かないといけない、待たないです。……汗のかかない支援センターはこれから落伍していく、そういう厳しさを自覚していただきたいと思います」
	97年4月「在宅介護支援センターハンドブック97」	「…そういう状況の中で支援センターが厳しいのは、直接サービスを持っていないことである。もう少し母体施設と密着してそこで提供できるサービスを強調するとか、介護機器の展示だけでなくフィッティングもやることを強調するなど独自性を出さないと他の機関との競争に負けてしまうのではないか」
	97年7月「厚生省介護保険制度準備室資料」	「介護保険給付の対象となるサービスについては、介護保険導入後は国庫補助金制度は廃止され、介護報酬による支払に切り替わることが原則」とあり、在宅介護支援センターがそのなかに組み入れられている
<b>再編期</b> 97年11月「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」提出から今日まで	97年11月「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」	介護保険導入を見据えて、支援センターを機能別に基幹型、標準型、単独型の3つにわけける。民間事業者の参入を「市町村の傘下で整備されたネットワーク基盤を条件にして歯止めをかけたかたち」とも考えられている
	98年4月経団連への委託	条件を満たした民間事業者に支援センターを委託
	99年6月「在宅介護支援センター運営事業実施要綱等」一部改正	従来の運営実施要綱を介護保険下で基幹型、標準型、単独型にわたる再構築に対応したかたちで改定
	99年8月「シュミレーション介護保険制度導入後の地域型在宅介護支援センターの運営について」	従来の約1170万円の委託費のうちわけをかせ、導入後は居宅サービス計画費約455万円、従来の基本事業約355万円、地域の実態把握で約360万円とし、居宅介護支援事業に力を注がなければ従来下りていた国庫補助金の額は確保できないよう出来高高いとして想定された
	99年11月「全国老人福祉担当課長介護保険担当課長会議」	介護保険給付対象外事業「介護サービス適正実施事業」「介護予防・生活支援事業」が明らかになる。実施主体は市町村だが、支援センターに委託可能
	99年「平成12年度予算概算要求」	人件費補助方式から事業費補助方式への全面移行
	2000年3月「在宅介護支援センター21宣言—倫理行動基準—」	介護保険前に再構築が必要なこと、従来の機能と居宅介護支援事業の区分と関連付けが課題であること、また利用者すべての人権を擁護する機関であることを示す必要性が高まったため8条からなる倫理行動基準が策定された
	2000年3月「これからの在宅介護支援センターの機能と役割について」	介護保険を前に基幹型と地域型との役割を明確にして再構築を方向付けるための課題整理、また従来の機能と居宅介護支援事業の整理を具体的にしている
2000年3月「在宅介護支援センターの実態把握加算に関する意見」	在宅介護支援センター協議会が実態把握加算において、市町村及び関係機関からの情報提供、また直接訪問だけでなく、電話、相談協力員・関係機関からの情報提供を加算対応にするなどの弾力的対応を厚生省に要望した	

り、99年までに一万カ所、つまり各中学校区に一カ所「一地域一在宅介護支援センター」の割合で整備されることになった。在宅介護支援センターの目的は、運営実施要綱によると次のようなものである。

「在宅の寝たきり老人等の介護者に対し、在宅介護に関する総合的な相談に応じ、在宅の寝たきり老人等及びその介護者の介護等に関する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に市町村等関係行政機関、サービス実施機関等との連絡調整等の便宜を供与し、もって地域の要介護老人およびその家族の福祉の向上を図ること」<sup>1)</sup>

そしてそのための機能として、地域の高齢者を訪問し、情報提供、申請代行、モニタリング、フォローアップなど利用者のニーズに沿った援助を行う相談援助機能、また地域の要介護高齢者や社会資源等の把握を行う地域把握機能、相談協力員や関係機関等との調整を行うネットワーク形成機能などがある。

在宅介護支援センターの職員は2名であり、異職種の組み合わせである。ソーシャルワーカーと看護婦の組み合わせ、または保健婦と介護福祉士の組み合わせで配置することとされている。

異職種の職員の配置の理由は、副田あけみによると、「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。二つ目は、福祉や保健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」<sup>2)</sup>というものである。

在宅介護支援センターハンドブックによると「保健、医療、福祉の連携を配慮し福祉関係職種

と保健、医療関係職種を組み合わせ配置」<sup>3)</sup>とされている。また、在宅介護支援センター運営ガイドでは、「職員の組み合わせは2つの職領域の専門職の協働の場として設定」<sup>4)</sup>とされているのである。

つまり、在宅介護支援センターは、異職種による包括的なアセスメントにより、利用者のニーズに総合的に対応し、そして、地域をも視野に入れた包括的なサービス調整をする「利用者のニーズに対応した包括的ケアマネジメント機関」といえる。

91年9月には、『在宅介護支援センターの採択方針について(老人福祉計画課長通知)』の改定が出され、新規法人等の運営をみとめるなど採択方針の緩和が図られた。また、同じく、91年9月には、『全国在宅介護支援センター協議会』が設立され、この創設期において、以後発展していく基礎作りがなされたのである。

## 2) 定礎期

定礎期には、94年『在宅介護支援センター運営事業実施要綱』が改正され、より位置付けが明確になってくる。法的にもケースマネジメントを行う機関として位置付けられ<sup>5)</sup>、事業内容についても修正が加えられ、業務はより具体化される。

また94年に、在宅介護支援センターは老人福祉法第20条7の2に、「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」とされ、「老人介護支援センター」として規定されるようになったのである。また、連携運営方式(ネットワーク方式)も導入され、近隣の特別養護老人ホームとの密接な連携が確保された単独デイサービスセンターに併設が可能となった。

94年の『全国在宅介護支援センター実態調査報告書』では、在宅介護支援センターの全般的な傾向として、相談件数も年々増加しており、機能の拡大が認められることが指摘され、この定礎期に

- 
- 1) 全国在宅介護支援センター協議会編『在宅介護支援センター運営実施要綱』1994年、1頁。
  - 2) 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、69頁。
  - 3) シルバー新報編『在宅介護支援センターハンドブック92』環境公害新聞社、1992年、13頁。
  - 4) 全国在宅介護支援センター協議会編『在宅介護支援センター運営ガイド1996』1996年、25頁。
  - 5) 日本の現状においては「ケースマネジメント」「ケアマネジメント」の用語に関しては明確に区別されておらず、したがって本稿でも同義に用いている。

においては、ケースマネジメント機関として自らの持つ機能をより明確にしたのである。

### 3) 変動期

変動期には、創設期、定礎期で地域における唯一のケースマネジメント機関として基盤を確立してきた在宅介護支援センターの位置付けが、介護保険の導入検討で大きく変化するのである。

介護保険が明らかになっていない当初には、在宅介護支援センターが「ケアプラン作成機関」として中心的役割を担うという意識があったのである。

95年11月には、全国在宅介護支援センター協議会は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ことから『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>6)</sup>

しかし、徐々に制度が明らかになってくると、地域の唯一のケアマネジメント機関ではなく、ケアプラン作成機関の一つにしか過ぎないことがわかり、ケアプラン作成機関として他機関と競争する焦燥が強くなってくる。

97年3月の『在宅介護支援センター運営ガイド1996』では次のように書かれている。

「『介護保険導入までにはまだ時間がある』『まだ何も知らないから時間がほしい』とかいうときではないのです。開設した限りは明日からでも動かないといけな、待たなすです。……汗のかかない支援センターはこれから落伍していく、そういう厳しさを自覚していただきたいと思えます。」<sup>7)</sup>

また97年4月の『在宅介護支援センターハンドブック97』でも他機関と競争する焦燥が見られる。

「そういう状況の中で支援センターが厳しいのは、直接サービスを持っていないことである。も

う少し母体施設と密着してそこで提供できるサービスを強調するとか、介護機器の展示だけでなく、フィッティングもやるということを強調するなど独自性を出さないと他の機関との競争に負けてしまうのではないか。」<sup>8)</sup>

そして、97年7月には、厚生省介護保険制度準備室から「介護保険給付の対象となるサービスについては、介護保険導入後は国庫補助金制度は廃止され、介護報酬による支払に切り替わることが原則となる」<sup>9)</sup>とされ、そのサービスの中に「在宅介護支援センター運営事業」とあり、在宅介護支援センターも組み入れられている。これは、在宅介護支援センターにとって、介護報酬以外の資金がなくなることを意味しており、ケアプランを多くこなし、介護報酬を得ることでしか、存続はありえないことになる。

そして、そのための準備として、すでに、96年3月の『在宅介護支援センター機能のあり方検討委員会報告書』において、介護保険下においては「ケアプラン作成機能」が在宅介護支援センターのもつ相談援助機能の一部に含まれると位置付けている。

この「ケアプラン作成機能（居宅介護支援事業）」<sup>10)</sup>とは、すなわち、「介護保険下におけるケアマネジメント」と同じである。しかし、「介護保険下におけるケアマネジメント」とは、利用者のニーズに対応した包括的ケアマネジメントではなく、要介護認定によってランクわけされ、要介護度の範囲内で制限されたサービス調整を行うのである。したがって在宅介護支援センターが従来から持つ利用者のニーズに沿ったケアマネジメントを行う「包括的なケアマネジメント」とは異質のものであるといえる。

「ケアプラン作成機能（居宅介護支援事業）」が付加された時点では、ケアプラン作成機能は在宅介護支援センターのもつ相談援助機能の一部にしか過ぎないことが明記されている。しかし、介護保険下においては、介護報酬に施設運営を求め

6) 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。

7) 全国在宅介護支援センター協議会編『在宅介護支援センター運営ガイド1996』1996年、21頁。

8) シルバー新報編『在宅介護支援センターハンドブック97』環境公害新聞社、1997年、18頁。

9) 厚生省介護保険制度準備室『介護保険制度案 Q&A 集』1997年7月、82頁。

10) 介護保険下で利用者のケアプランを作成する機関を、介護保険制度がまだ明らかになっていない当初は、「ケアプラン作成機関」であり、現在では「居宅介護支援事業者」と名称変更しているが同義である。

ざるを得なくなり、またそれら他機関と競争しながらという状況を見ると、介護報酬を得ることができる「ケアプラン作成機能（居宅介護支援事業）」は大きな役割を占めてくることも考えられる。

このように変動期には、地域で唯一のケアマネジメント機関であったはずの在宅介護支援センターは、介護保険導入検討でケアプラン作成機能の一つにしかすぎない位置付けを余儀なくされる。また従来の機能とは異質のものである「ケアプラン作成機能（居宅介護支援事業）」が新たに加わり、混乱の時期を迎えたのである。

#### 4) 再編期

しかし、再編期には、この変動期に見られた他機関と競争する焦燥を緩和して、在宅介護支援センター間だけでも連携を密にし、「従来の機能を強化しようとする動き」が出てくる。

97年11月には、『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』で、在宅介護支援センター同士で競争せず、本来的な機能をも含めて充実できるように、介護保険導入を見据えて、在宅介護支援センターを基幹型、標準型、単独型の3つにわけ、再構築を試みている。そしてそれに備えて99年6月には『在宅介護支援センター運営実施要綱等』の一部改正を行っている。

また、2000年3月には、全国在宅介護支援センター協会による『在宅介護支援センター21宣言—倫理行動基準—』が出される。そこでは、在宅介護支援センターが利用者すべての人権を擁護する機関であることを示す必要性が高まったため8条からなる倫理行動基準が策定されたと述べられている。同じく、2000年3月には、全国在宅介護支援センター協会による『これからの在宅介護支援センターの機能と役割について』がだされ、介護保険を前に、基幹型と地域型との役割を明確にして再構築を方向付けるための課題整理、また従来の機能と居宅介護支援事業の整理を具体的に行っている。また、2000年3月に、厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課に、全国在宅介護支援センター協会が『在宅介護支援センターの実態把握加算に関する意見』を提出し、在宅介護支援センターの予算である実態把握加算に弾力的対応を

要望したのである。

しかし、このように、全国在宅介護支援センター協会を中心に、「従来の機能を強化しようとする動き」が出てくる一方で、「居宅介護支援事業者としての機能を強調する動き」も顕著になってくるのである。

98年4月には、条件を満たした民間事業者に在宅介護支援センターを委託することが可能になり、より競争は激しくなってくる。また、99年8月に出された『シミュレーション介護保険制度導入後の地域型在宅介護支援センター運営について』では、従来の国庫補助金の約1170万円のうちわけをかえ、介護保険導入後は居宅サービス計画費約455万円、従来の基本事業費約355万円、地域の実態把握費約360万円とし、居宅介護支援事業に力を注がなければ従来おいていた国庫補助金の額は確保できないよう出来高払いとして想定された。また平成12年度予算概算要求でも人件費補助方式から事業費補助方式への全面移行となり、より居宅介護支援事業の機能が強調されることになった。

このように、再編期では、変動期において「ケアプラン作成機能（居宅介護支援事業）」が付加され、混乱した動きを再編する目的で出てきた「従来の機能を強化する動き」と、予算のうちわけを大きく変えて居宅介護支援事業者としての在宅介護支援センターを強調する目的で出てきた「居宅介護支援事業の機能を強調する動き」との2つの矛盾する大きな流れがあると考えられる。

そのような中で、考えられることは、在宅介護支援センターの方向性が定まらず、従来の機能を強化していきたいと思いつつも、自らの存続のために居宅介護支援事業にも力を注がざるを得なくなり、業務が拡大化することである。そして、限られた人材で拡大化した業務すべてに対応できず、結果的に従来の機能にしわよせがきて、従来の機能の縮小化の弊害が起きていることである。それらを実際に2回にわたる兵庫県内全在宅介護支援センターの実態調査によって詳しく見ていきたい。

## 2. 兵庫県内全在宅介護支援センターの実態調査

### 1) 調査の目的

兵庫県内全在宅介護支援センターを対象に「変動期」にあたる97年10月と「再編期」にあたる2000年2月の2回にわたる質問紙による実態調査をすることで、介護保険導入で在宅介護支援センターの従来の機能に縮小化の弊害が起きているのか、起きているならばどのような面に現れているのかを明らかにする。

### 2) 調査概要

#### ①1997年10月の調査概要

97年5月までに設立された全在宅介護支援センターを対象に郵送で質問紙調査を行った。対象数は100であり、有効回答数は75である。質問内容は、在宅介護支援センターの現況、ケアマネジメント実施状況、介護保険の対応についての状況を聞き、最後に自由解答欄としている。調査日は97年9月29日から10月15日までである。調査集計の方法は単純集計である。

#### ②2000年2月の調査概要

99年12月までに設立された全在宅介護支援センターを対象に郵送で質問紙調査を行った。対象数は228であり、有効回答数は151である。質問内容は、変化を見るため、97年の質問紙をベースとし、その他、2000年独自のものとして、介護保険の状況、再構築に関する状況等を聞いている。調査日は、2000年2月14日から2月29日までである。調査集計の方法は単純集計である。

3) 調査結果と考察  
この2回にわたる調査において、在宅介護支援センターに生じた変化を明らかにするものについて触れてみたい。

### 3) 調査結果と考察

まず、「ケアプラン作成機能（居宅介護支援事業）と従来からのもつ機能のバランスをどのようにとっていきますか。」という質問では、97年では（表2—1）、「ケアプラン作成機能により力点を置く」が8.0%、「ケアプラン作成機能と従来の機能の両者に同様に力を注ぐ」が85.3%であった。

それに対し、2000年に居宅介護支援事業者の指定を受けている136の在宅介護支援センターに行った質問では（表2—2）、「ケアプラン作成機能により力点を置く」が35.3%、「両者に同様に力を注ぐ」が60.3%となり、「ケアプラン作成機能（居宅介護支援事業）」に傾注してきていることが指摘できる。

また、97年に行った「介護保険導入の検討で従来の業務にどのような変化がありましたか」という質問では（表2—3）、「ケアマネージャー学習会などに参加」が64.0%、「保健・医療・福祉関係者のミーティングや会議の増加」が38.7%、

表2—1 ケアプラン作成機能(居宅介護支援事業)と従来の機能のバランス(n=75) <97年>

ケアプラン作成機能により力点を注ぐ	6	8.0%
両者に同様に力を注ぐ	64	85.3%
従来の機能により力点を注ぐ	4	5.3%
不明	1	1.3%

表2—2 ケアプラン作成機能(居宅介護支援事業)と従来の機能のバランス(n=136) <2000年>

ケアプラン作成機能により力点を注ぐ	48	35.3%
両者に同様に力を注ぐ	82	60.3%
従来の機能により力点を注ぐ	5	3.6%
不明	1	0.7%

表2-3 介護保険導入検討でおこってきた業務の変化（複数回答）  
(n=75) <97年>

ケアマネージャー学習会などに参加	48	64.0%
保健・医療・福祉関係者のミーティングや会議の増加	29	38.7%
広報活動の活発化	5	6.7%
特になし	17	22.7%
その他	6	8.0%
不明	1	1.3%

表2-4 介護保険導入後のケース数 (n=151) <2000年>

増えてくると思う	121	80.1%
減ってくると思う	8	5.3%
特に変わらないと思う	18	11.9%
不明	4	2.6%

表2-5 今後どのようなケースが特に増えてくるか

(n=121) <2000年>

全般的に増えてくると思う	64	52.9%
介護保険給付対象者のケースが増えてくると思う	43	35.5%
自立者のケースが増えてくると思う	10	8.3%
その他	2	1.7%
不明	2	1.7%

‘広報活動の活発化’が6.7%と、この頃から、実際の業務にケアプラン作成機能に関わる業務が組み込まれていたことがわかる。

そして、2000年には、申請受付され、居宅介護支援事業はすでに始まっている段階であったため、「介護保険導入後のケース数はどのように変化すると思いますか」という質問をしている（表2-4）。「増えてくると思う」が80.1%、「減ってくると思う」が5.3%、「特に変わらないと思う」が11.9%であった。

そして、「増えてくると思う」の項目を選択した在宅介護支援センターのみに「どのようなケースが今後特に増えてくると思うか」を聞いた質問では（表2-5）、「全般的に増えてくると思う」が52.9%、「介護保険給付対象者のケースが増えてくると思う」が35.5%、「自立者のケースが増えてくると思う」が8.3%であった。今後も、介護保険対象者のケースを中心に全般的にケースも

表2-6 現職員数 (n=75) <97年>

足りている	24	32.0%
人手不足である	46	61.3%
不明	5	6.6%

表2-7 現職員数 (n=151) <2000年>

足りている	28	18.5%
人手不足である	121	80.1%
不明	2	1.3%

増え、業務量も実際増えていくことが考えられる。

そして、「現在の職員数で業務を行うのに足りていますか」という質問では、97年には（表2-6）、「足りている」が32.0%、「人手不足である」が61.3%、であった。それに対し、2000年では（表2-7）、「足りている」が18.5%、「人手不足

表2-8 介護保険導入でケースへのかかわり方の変化(複数回答) (n=75) <97年>

さまざまなニーズに対応できると思う	14	18.7%
一つのケースに深くかかわる時間がないと思う	32	42.7%
保険給付対象外のサービスが手薄になると思う	58	77.3%
特に変わらないと思う	2	2.7%
不明	1	1.3%

表2-9 介護保険導入でケースへのかかわり方の変化(複数回答) (n=151) <2000年>

さまざまなニーズに対応できると思う	10	6.6%
一つのケースに深くかかわる時間がないと思う	79	52.3%
保険給付対象外のサービスが手薄になると思う	127	84.1%
特に変わらないと思う	7	4.6%
不明	1	0.7%

表2-10 訪問の形態(事務書類手渡し等は除く) (n=75) <97年>

異職種がともに訪問する (時間帯は違って一つのケースに両職員が訪問している場合は含む)	24	32.0%
どちらかが訪問し、後で報告する	24	32.0%
時間があるとき以外はどちらかが訪問	24	32.0%
不明	3	4.0%

表2-11 訪問の形態(事務書類手渡し等は除く) (n=151) <2000年>

異職種がともに訪問する (時間帯は違って一つのケースに両職員が訪問している場合は含む)	35	23.2%
どちらかが訪問し、後で報告する	67	44.4%
時間があるとき以外はどちらかが訪問	47	31.1%
不明	2	1.3%

である’が80.1%であり、増えてくる業務に対して、より人数が追いついていない状況が出てきている。

それでは、「介護保険の導入で一つ一つのケースの関わり方はどのように変化すると思いますか」と聞いた質問では、97年には(表2-8)‘さまざまなニーズに対応できると思う’が18.7%、‘一つのケースに深く関わる時間がなくなると思う’が42.7%、‘保険給付対象外のサービスが手薄になると思う’が77.3%であった。それに対し、2000年では(表2-9)‘さまざまなニーズに対応できると思う’が6.6%、と肯定的

な回答が減少し、‘一つのケースに深く関わる時間がないと思う’が52.3%、‘保険給付対象外のサービスが手薄になると思う’が84.1%、と否定的な回答が増加していた。やはり、拡大化する業務に対応できず、ケース一つ一つにかかる時間や保険給付対象外のサービスが手薄になる状態が出ているといえる。

そして、「異職種がどのように訪問していますか」と訪問形態を聞いた質問では、97年では(表2-10)‘異職種が共に訪問する’が32.0%、‘どちらかが訪問し、あとで報告する’が32.0%、‘時間があるとき以外はどちらかが訪問

表2-12 片方の職員で訪問する理由 (n=75) &lt;97年&gt;

少しでも多くのケースを効率よく扱うため	42	87.5%
両方の職員で相談を受ける必要性がないため	2	4.2%
片方の職員が母体施設と兼任しているため	1	2.1%
その他	2	4.2%
不明	1	2.1%

表2-13 片方の職員で訪問する理由 (n=114) &lt;2000年&gt;

少しでも多くのケースを効率よく扱うため	86	75.4%
両方の職員で相談を受ける必要性がないため	9	7.9%
片方の職員が母体施設と兼任しているため	8	7.0%
その他	9	7.9%
不明	2	1.8%

する’が32.0%であった。それに対し、2000年では(表2-11)、「異職種が共に訪問する’が23.2%、「どちらかが訪問し、あとで報告する’が44.4%、「時間があるとき以外はどちらかが訪問する’が31.1%と、異職種が別々に訪問活動をする状況が増えている。

また、異職種が別々に訪問すると回答した在宅介護支援センターのみに「異職種が別々に訪問活動をする理由は何ですか」と理由を聞いた質問では、97年も2000年も「少しでも多くのケースを効率よく扱うため」という回答が多くあった。2000年では、その他の回答欄に「2人で共に訪問したいがそれではケースがさばけない(特養併設)」など、異職種が不本意で別々に訪問している内容が書かれた回答が多くあった。

その他、2000年2月における在宅介護支援センターの再構築の状況を探るために、(表2-14)の「貴市町村では在宅介護支援センターの再構築は実施されていますか」という質問を行った。「行っている’が37.1%、「行う予定である’が33.1%、「行わない’が19.2%であり、7割が再構築に関わっている。

そしてその中で、「再構築において担う在宅介護支援センターの役割」を聞いた質問では(表2-15)、「基幹型支援センター’が12.3%、「標準型支援センター’が81.1%、「単独型支援センター’が6.6%であった。

そして、「その再構築において、在宅介護支援

表2-14 貴市町村での支援センター再構築の実施 (n=151)

行っている	56	37.1%
行う予定がある	50	33.1%
行わない	29	19.2%
その他	12	7.9%
不明	4	2.6%

表2-15 再構築を行っている、または行う予定がある支援センターの役割 (n=106)

基幹型支援センター	13	12.3%
標準型支援センター	86	81.1%
単独型支援センター	7	6.6%

センターにもたらす影響はどのようなものがあると思いますか」と聞いた質問では(表2-16)、「スーパーバイズ機能が出てくる’が24.5%、「居宅介護支援事業者としての専門性が発揮できる’が23.6%、「従来の機能により力が注げる’が12.3%と、再構築が業務に何らかのよい影響を与えたとした回答に対し、「業務には影響がない’が32.1%と、再構築が業務には影響を与えないとした回答もあり、再構築に対する評価がわかれた。また、「支援センターの競争を緩和し連携が強まる’が16.0%と、再構築が競争を緩和するという回答に対し、「支援センター同士の競争が高まる’が17.0%と、再構築が競争を高めるとした

表2-16 再構築を行っている、または行う予定がある支援センターにおいて再構築がもたらす影響（複数回答）（n=106）

スーパーバイズ機能が出てくる	26	24.5%
居宅介護支援事業者としての専門性が発揮できる	25	23.6%
従来の機能により力が注げる	13	12.3%
業務には影響がない	34	32.1%
支援センターの競争を緩和し連携が強まる	17	16.0%
支援センター同士の競争が高まる	18	17.0%
その他	1	0.9%
不明	1	0.9%

回答もほぼ同数であり、再構築に対する評価が全く分かれた。

以上のような調査結果を踏まえて、2回の調査における対象数の違いなど調査の限界もあるが、調査結果から見た傾向、としては次のようなものがあげられる。

まず、在宅介護支援センターに生じた変化としては、次のごとくである。

- ①介護保険導入を前に、居宅介護支援事業者としての役割が強調され、業務がますます拡大化していること。
- ②限られた人材ですべての業務には対応できず、財源確保のため、居宅介護支援事業に傾注しつつあること。
- ③保険給付対象外サービスの縮小化がすすんでいること、異職種職員の連携による包括的アセスメントが弊害を受けつつあること。

そして、2000年2月の傾向としては、在宅介護支援センターの再構築が‘従来の機能を強化する動き’と‘居宅介護支援事業の機能を強調する動き’という2つの矛盾する大きな流れのなかで行われているため、方向性が定まらず、中途半端なものになりつつあること、があげられる。

### 3. 在宅介護支援センターの包括的ケアマネジメント実践をめぐる課題

このように、介護保険導入に際して、在宅介護支援センターは居宅介護支援事業に傾注し、保険給付対象外サービスが縮小化していることが明らかになったが、それではこのような現状を把握

し、考えられる課題についてマクロからミクロまで多層的に考えてみたい。

マクロレベルにおいては、全国在宅介護支援センター協議会を中心とした組織の強化があげられる。今までの政策動向においても、全国在宅介護支援センター協議会では従来の機能の強化のために力を注いできている。今後、全国在宅介護支援センター協議会が現場の声を吸い上げ、保険給付対象外サービスへの支援、実態把握加算規定の見直しなどにイニシアティブを取ることが望まれるのである。そして、居宅介護支援事業に力を注がなくても存続が可能であるように、在宅介護支援センターの財源配分の見なおしにつなげていくことが必要である。

メゾレベルでは、まず、母体施設の協力があげられる。在宅介護支援センターを自らの法人に顧客を連れてくる出先機関という見方をして居宅介護支援事業に力を注ぐよう圧力をかけたりせず、利用者のためのケアマネジメント機関であり、在宅介護支援センターが従来からもつ保険給付対象外サービスを含む包括的なケアマネジメント実践を積み重ねていくことで、地域に根づき、法人にも間接的にプラスに帰ってくるのだという見方でバックアップしていくことが重要である。

また、委託元である市町村の在宅介護支援センターへの支援が不可欠である。まずは中学校区に一つ、在宅介護支援センターの基盤整備を図ること、そして、市町村において在宅介護支援センターに権限を与え、中心とする体制を作ることが大切である。在宅介護支援センターを競争の中に置くのではなく、本来の業務を発揮できるように

する必要がある。

そして、現在、市町村レベルで在宅介護支援センターの再構築が行われているが、その中でも特に、基幹型在宅介護支援センターの地域型在宅介護支援センターへの積極的支援が重要である。情報提供や介護教室などの業務の支援など、特に軽視されがちな従来の業務に関する積極的支援が必要になってくるのである。

また、在宅介護支援センター間の横のつながりを強化し、従来の機能を含めてレベルアップしていく必要がある。そのために、すでに行っている市町村もあるが、市町村レベルでの在宅介護支援センター協議会発足などによる情報交換の活発化等によりコミュニケーション量を増加していくことが望まれる。

マイクロレベルでは、異職種連携による包括的アセスメント、包括的サービス調整が本来的なもの

のだという包括的なケアマネジメントをする意義の見なおしが必要である。一つ一つのケースを大切に扱っていくこと、介護保険を超えて利用者ニーズに対応したケアマネジメントをしていくことが不可欠である。また、コンピュータ処理の活用などで事務作業の効率化などを図り、少しでも従来の業務に力を注ぐことが大切になるであろう。

マクロレベルからマイクロレベルまで、多層的なこのような課題に対応していくことが、介護保険導入で縮小化した保険給付対象外サービスを充実していくこと、在宅介護支援センターのもつ本来的な包括的ケアマネジメントをしていくこと、そして介護保険下で不可欠な役割を担っていくことにつながっていくと考える。

## Care Management of the In-Home Care Support Center: Variation and Problems of the Influence of Public Care Insurance

### ABSTRACT

The In-Home Care Support Center was established by the Gold Plan in 1989, as the institution responsible for comprehensive care management. Its position, however, has begun to change, since the introduction of Public Care Insurance came under review. The addition of work to make out the care plan caused expansion of its types of duties. This fact made it difficult for the In-Home Care Support Center to cope with all the different kinds of tasks. Consequently, expansion of its duties had harmful effects on the efficiency of comprehensive care management that the In-Home Care Support Center had been obtaining from the beginning. In this study, I will divide the process of the In-Home Care Support Center since its beginning up to today in four periods according to their basic tendencies. I will examine the variation in the In-Home Care Support Center, in view of the influence of Public Care Insurance, with the evidence from questionnaire research, gathered in 1997 and 2000 by the In-Home Care Support Centers in Hyogo-ken. Then I will clarify its problems and prospects.

**Key Words:** the In-Home Care Support Center, Public Care Insurance, care management