

## 日本における地域ケア会議の法と実務

川久保 寛\*

### < Abstract >

日本の介護保険法では「地域包括ケア会議」を創設し、地域で高齢者を支える仕組みを構築した。できるだけ在宅で生活をするために支援する仕組みだが、地域での差が生じているとも指摘されている。そこで本稿では、介護保険法における「地域包括ケア会議」について、その法的位置づけと実態について検討することで、日本における「地域包括ケアシステム」のための仕組みを探る。高齢者が地域で生活し続けることは高齢者本人の希望であり、また政策上も必要と理解されている。地域包括ケアシステムの構築に努力し続け、(地域で差が生じる可能性が高い)地域ケア会議で促進しようとする日本の取り組みが何か参考になればありがたい。

**Keyword** : 地域包括ケア会議、地域包括ケアシステム、介護保険法

---

\* 神奈川県立保健福祉大学, 教授, kawakubo-a2m@kuhs.ac.jp

目次

- I.はじめに
- II.介護保険法の改正と多様なサービス
- III.地域ケア会議と地域包括ケアシステム
- IV.地域ケア会議の実際
- V.むすびにかえて

## I. はじめに

近年、日本の介護保険法では「地域包括ケア会議」を創設し、地域で高齢者を支える仕組みを構築した。できるだけ在宅で生活するために支援する仕組みだが、地域での差が生じているとも指摘されている。

本稿では、介護保険法における「地域包括ケア会議」について、その法的位置づけと実態について検討する。具体的には、地域包括ケア会議に関わる近年の介護保険法の改正を通じて、地域包括ケア会議の法的位置づけについて確認したうえで、実際に筆者が参加している地域包括ケア会議の実態について述べ、考察を行う。

## II. 介護保険法の改正と多様なサービス

地域ケア会議は「地域包括ケアシステム」のための仕組みであり、「地域包括ケアセンター」が運営することとなっている。そして、地域包括ケアシステムの目的は(施設に入らずに)高齢者が在宅で生活し続けることである。そこで、まず在宅での生活を可能にする仕組み、いわゆる「在宅介護」に焦点を当てる。そして在宅介護サービスの多様化と、介護保険給付の対象者について述べる。これらはいずれも、地域ケア会議および地域包括ケアシステムを理解するための前提である。

### 1. 地域包括支援センターと個別支援

そもそも、高齢者が在宅で生活することは、2000年の介護保険法の創設当

初から「在宅介護の優先」という文言で、介護保険法に国および地方公共団体の責務として置かれている(5条3項)。このため、在宅介護サービスが給付として設けられるだけでなく、在宅の高齢者は、施設に入所する高齢者と比べて専門職による支援を受けられないために、「介護支援専門員(ケアマネジャー)」を置いた(7条5項および69条の2以下)。ケアマネジャーは、介護サービスの利用についてケアプラン(というサービスの組みあわせ)の作成を行う専門職である。

さらに、2005年改正では、在宅の高齢者を支援する専門機関として「地域包括支援センター」を設置した(115条の46)。地域包括支援センターは中学校区を目安に設置されており、①保健師または看護師、②社会福祉士、③主任ケアマネジャーの三職種すべてを配置している。担当する地域に住む高齢者やその親族からの相談に応じたり、介護サービスに限らず高齢者を対象とした個別支援(たとえば、成年後見制度の利用相談、一人暮らしの高齢者の見守り、配食サービスの手配、ごみ屋敷問題への対応など)を行ったりしている。

つまり、2005年以降、在宅の高齢者は、①要介護状態になって介護サービスを利用する場合はケアマネジャーからの支援、②要介護状態にかかわらず高齢にかかわる問題について地域包括支援センターからの支援を受けている。また、こうした介護保険制度にもとづく制度のほかにも、住民相互の自治会や公的に組織されたボランティアである民生委員からも、(たとえば買い物の同行や送迎、電球の交換などのちょっとした)困りごとの支援を受けている。

## 2. 介護保険のサービスの多様化と在宅介護

こうした仕組みとともに、高齢者が在宅で生活し続けるためには、在宅介護のための介護サービスが必要である。

2000年の介護保険法創設前後、デイサービスとショートステイを提供する事業者が非常に多く生まれた。デイサービスは通所の(日帰りの)介護サービスで

あり、入浴や昼食、簡単なリハビリテーションなど施設職員から受けるものである。ショートステイは(数日の宿泊を行う)短期入所介護サービスであり、主に家族介護を行う介護者のリフレッシュをもたらすものと位置づけられている。また、高齢者の自宅を改修する費用も1回限り・上限30万円とごくわずかであるが、介護保険から給付される。いずれも、在宅で生活し続けるための介護サービスである。

さらに、2005年改正では、介護保険法に地域密着型サービスが創設された。地域密着型サービスは、これまでの介護サービスとは異なり、市町村ごとによって異なる基準で独自に介護サービスを認めている。たとえば、国の人員基準・施設基準を下回る基準を市町村が策定し、それを充たしている事業者は原則としてその市町村の住民に対する介護サービスの提供が認められる。これにより、さらに多様な介護サービスの提供が行われるようになった<sup>1)</sup>。

そして、2011年改正では、24時間対応の訪問介護看護サービスが創設された。訪問介護看護サービスは、寝たきり状態で床ずれがあるために簡易な医療サービスを必要とする高齢者などを対象に、定期的に巡回を行うこと・(家族からの呼び出しに応じる形で)必要に応じて訪問することを内容としている<sup>2)</sup>。

このサービスは、これまでの在宅介護サービスとは異なる側面を持つ。1つはやや重度の要介護者を対象に想定していることである。これまでの在宅介護サービスは、要介護状態が低く、たとえば入浴に支障があるとしても、ほぼ自立した生活が可能な高齢者を想定している。しかし訪問介護看護サービスは医療的側面を持ち、術後の体調管理や定期的な服薬など経過観察を必要とする高齢者も対象としている。もう1つは定期的巡回である。夜間の就寝時には異常が

---

1) 2005年改正について、稲森公嘉「介護保険制度見直しの方向」ジュリスト No.1282(2005年)83頁参照。

2) 2011年改正について、石橋敏郎「介護保険法改正の評価と今後の課題」ジュリスト No.1433(2011年)8頁参照。

ないか確認するにとどまり、サービスを提供しないことも認めている。こうした特徴はいずれも在宅介護の現状に合わせたものであり、在宅で生活する高齢者のなかには軽度ではない要介護者もいる事実(もちろん大半は軽度の要介護者ではある)に即したものである<sup>3)</sup>。

このように在宅介護サービスは多様化し、地域差もあるが、供給量も増えている現状にある。

### 3. 保険給付対象者の限定

その一方で、保険給付を使える者が限定されるようになった。

2014年改正で、2017年から保険給付の対象者を限定することになった。具体的には、要介護度1～5の者は保険給付として介護サービスを利用できる(自己負担は原則1割でサービスを利用できる)ものの、要介護状態が軽く、要支援1・2の者は保険給付から外され、市町村が提供する(保険給付ではなく市町村の財源で提供する)「支援総合事業」の対象になった<sup>4)</sup>。

この改正は拡大し続けてきた介護保険制度における大きな転換である。確かに、要支援1・2の者は介護サービスの利用が少なく、要介護度1～5の者よりは自立した生活が可能である。しかし、要支援1・2の者に、健康状態の確認やリハビリテーションなどを行って要介護状態が重くなることを防ぐことができれば、要介護度が重くなることも避けられる。そのためこの改正には、介護保険制度の後退であり問題であるという批判もある。とはいえ、実際には、要支援1・2の者の自己負担も、2019年現在、これまで同様に1割としている市町村が多い。今後、差が生じるかもしれないが、現在はあまり変わっていないと評価さ

3) 稲森公嘉「24時間安心の居宅介護保障と介護保険」ジュリストNo.1433(2011年)15頁。

4) 介護保険法の改正と変容について、稲森公嘉「介護保険制度改革」論究ジュリスト11号(2014年)18頁。

れている。

### Ⅲ. 地域ケア会議と地域包括ケアシステム

2019年現在、地域包括ケアセンターとケアマネジャーによって在宅の高齢者が支援され、そして多様な在宅介護サービスが提供されている。(このほか、現在は介護サービスを提供する人員の不足が指摘され始めており、今後重要な問題になると言われている。)

それでは(本報告のテーマである)地域ケア会議と地域包括ケアシステムはどのようなものなのか。地域包括ケアシステムは、こうした個別支援をより充実させることと、(地域という)社会基盤を整備することの双方を目的にしており、地域ケア会議はそのためのツール(手段)とされている。

#### 1. 地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムは、2011年の介護保険法改正で医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが連携して、在宅で生活する高齢者(つまり地域で生活する高齢者)を支援するための仕組みとして、構築が求められている仕組みである<sup>5)</sup>。言葉からもわかるようにすぐに構築できるものではなく、2019年現在も「構築された」「完了した」とは評価されていない(まだ構築の途中にあると理解されている)。

地域包括ケアシステムは、昔から言われている医療と介護の連携でもある。たとえば、病院から退院するときに在宅で生活するか、施設に入所するか選択

---

5) 田中滋「地域包括ケアシステムの構築」ジュリストNo.1433(2011年)22頁。

する場面がある。在宅介護サービスが充実しており在宅で生活できる健康状態であれば、病院職員とケアマネジャーが事前に連絡を取り合っ、退院時にサービスの利用が始められる。これが医療と介護の連携の具体例の一つである。地域包括ケアシステムはこうした社会保障サービスの組みあわせだけではなく、行政サービスや住民相互の助け合い(先ほど述べた自治会やボランティアなどが具体例である)も組み合わせて行う点で、新しい。

また、地域包括ケアシステムは要介護状態とはかかわりなく、高齢者を対象としている。たとえば、認知症にり患していても、要介護状態が重くても・軽くても、地域で生活できるようにすることを目的にしている。そのことは医療と介護の連携であり、また医療サービスと介護保険の介護サービス、支援総合事業の介護サービスを組み合わせていくことでもある。

この地域包括ケアシステムは、介護保険法および詳細な通知によって、介護保険法の保険者である市町村が、各地域の地域包括支援センターとともに構築することとされている。これまでも、地域包括支援センターは、高齢者の支援のために、自分の管轄する地域の介護サービス事業者やケアマネジャー事業者と連絡を取り合う関係にあったし、病院や障害福祉サービス事業者とも連絡を取り合うこともあった。地域包括ケアシステムは、こうした関係をより深めることから始まる<sup>6)</sup>。

## 2. 地域ケア会議の位置づけ

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムのツールである。厚生労働省によると、地域ケア会議には5つの目的、①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策の形成、

---

6) 網羅的研究を行った著書として、西村周三監修国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム』(慶應義塾大学出版会、2013年)参照。



があるとされる7)。

①個別課題の解決は、地域包括支援センターが中心となって他の事業者とともに個別ケースの支援内容を検討することである。介護保険法上、地域包括支援センターは、ケアマネジャーへの研修や情報伝達、支援を行う責務を負っている、地域のケアマネジャーの取りまとめを行う立場でもあるため、ケアマネジャーの向上にも資するとされる。

②地域包括支援ネットワークの構築は、事業者同士の関わりを増やすことや個別具体的な住民の状況を共有することである。同じ職種であっても、事業者同士が知り合いとは限らない。地域ケア会議で定期的に会うことで、相互関係が期待できる。

③地域課題の発見は、実際に高齢者に関わる事業者が気づいた「問題」を話し合う中で、「この問題はここでは解決できない(つまり他の地域や行政に依頼しなければならない)」と理解することである。その地域の問題解決力を共有することでもある。

④地域づくり・資源開発は③と関係しており、新たなサービスを創設したり、また関係機関の役割分担を行ったりすることである。事業者の得意・不得意を理解する中で、「この事案だったらこの事業者にお願ひすれば解決できる」といった認識にもつながる。

⑤政策の形成は、地域の状況や不足するサービスなどを明らかにしたうえで、市町村の政策につなげることである。③④と関係しており、具体的な問題から政策課題につなげる方法である。

地域ケア会議は、地域包括支援センターの管轄地域にある医療サービス事業者(病院やクリニック、調剤薬局など)、介護サービス事業者(入所施設、ケアマ

---

7) これらは事業として始まっており、法律上の根拠規定は明確ではない。以下の内容は厚生労働省が一般財団法人長寿社会開発センターに委託して作成された『地域ケア会議運営マニュアル』による。

ネジャー事業者、デイサービス事業者など)、自治会、民生委員、ボランティアなどが集まるとされている。実際には地域によって事業者がないこともありえるため、かなり規模に差があるとされる。

#### IV. 地域ケア会議の実際

地域ケア会議の実際について、(私が参加している横須賀市大津地域ケア会議を題材に)述べる。

##### 1. 大津地域ケア会議の実際

大津地域ケア会議は大津地域包括ケアセンターが主催して、年3回開催している。大津地域包括支援センターは高齢者入所施設を運営する社会福祉法人Aに委託して運営されており、経験豊かな専門職が職務にあっている。

ケア会議には、①ケアマネジャー事業所4か所、②横須賀市社会福祉協議会・職員、③横須賀市大津地区社会福祉協議会・会長、④大津地区民生委員協議会・会長ほか3名、⑤大津地区連合自治会・会長、⑥司法書士1名、⑦警察官1名、⑧大学教員(私)、が定期的に参加しており、時々⑨横須賀市職員が参加している。

ケア会議は半日2時間を予定しており、取り扱うテーマは下記の通りである。短い時間であるために1回につきテーマは2つ、情報提供の側面が強い。

(取り扱ったテーマ)

2017年度 第1回	①高齢者虐待の現状と地域の見守り ②個別ケース報告(住民による金銭搾取と支援) ③情報交換(特殊詐欺、ダンス教室開催、成年後見制度研修会)
2017年度 第2回	①市の配食サービスと集会での配付 ②個別ケース報告(精神疾患を持つ高齢者の支援) ③情報交換(介護サービス事業者の公開講座)
2017年度 第3回	①社会福祉法人Aが行う配食サービスの開始 ②配食を通じた高齢者との関わり ③情報交換(特殊詐欺の現状)
2018年度 第1回	①地域包括支援センターの年間活動の紹介 ②市の配食サービスの廃止と問題 ③個別ケース報告(徘徊する高齢者の登録と支援) ④情報交換(司法書士による法律相談、徘徊高齢者の警察による保護)
2018年度 第2回	①社会福祉法人Aが行う配食サービスの現状 ②個別ケース報告(住民による認知症高齢者の発見とその後) ③情報交換(地域見守り活動)
2018年度 第3回	①社会福祉法人Aが行う配食サービスの現状 ②個別ケース報告(支援に対して強い拒否を示す高齢者との関わり) ③情報交換(後見制度支援貯金、空き家情報)
2019年度 第1回	①特殊詐欺についての情報提供 ②社会福祉法人Aが行う配食サービスの現状 ③個別ケース報告(支援がなかった認知症の高齢者をどのように支援につなげたか)

継続的なテーマとしては、配食サービスが挙げられる。横須賀市では一人暮らし高齢者で調理が難しくなった者に対して、福祉的事業としてお弁当の配食サービスを行っていた。実際にお弁当を届けるのは地域の自治会役員であり、自治会役員がお弁当を取りに行き、高齢者の自宅に届けることになる。高齢者本人の負担もあるが、福祉的側面から低額にしており、税金を使った福祉的事業であった。2018年4月からこの事業が廃止されることになり、ケア会議では、

まず①地域包括支援センターと高齢者入所施設を運営する社会福祉法人Aが独自にお弁当の配食サービスを立ち上げて、市の配食サービスがない日に利用できるようにした。つぎに、②市の配食サービスの廃止を説明しつつ、社会福祉法人Aの配食サービスを利用するかアンケート調査を行った。そして、③市の配食サービスが廃止された後、希望者は社会福祉法人Aの配食サービスを利用できるようにした。これらは、ケア会議に出ている民生委員や連合自治会などの地域住民が挙げた要望であり、社会福祉法人Aがそれに応じて新しいサービスをつくったといえる。その理由としては、配食サービスは「食の問題」だけでなく、住民が高齢者に声をかける機会、高齢者の様子を見る機会として意味があるという理解にもとづく。

また、地域ケア会議では、具体的な高齢者に関わる住民(民生委員や自治会の役員として、高齢者を気にしている住民)と、実際に高齢者を担当しているケアマネジャー事業者が挨拶をかわし、連絡先を交換することもある。警察官や司法書士が参加していることから、実際に支援を行っている事業者や住民から、「こういう対応で問題にならないか」といった質問がなされることもある。つまり、関係者が集まる場所として地域ケア会議が機能しているといえる。

## 2. 大津地域ケア会議の評価

それでは、大津地域ケア会議はどのように評価できるか。

第一に、医療サービス事業者が入っていないため、医療と介護の連携がなされていないことが挙げられる。大津地域には病院がないが、クリニックが複数ある。地域ケア会議のモデルではこうしたクリニックが参加していることが多い。しかし、大津地域包括支援センターによれば、参加を求めても断られてしまうという。その理由として、地域ケア会議に参加しても経済的なメリットがないこと、医療機関は(医師の専門職団体である)市医師会を通じて介護サービス

の政策に一定程度参加していることなどが指摘できる。

第二に、ケアマネジャー事業者が参加しているが、デイサービス事業者・ショートステイ事業者の参加がないことが挙げられる。先の医療機関と同様に、経済的なメリットがないことが挙げられる。また、要介護状態が重くなって地域で住み続けることが難しくなった段階で、支援を変えるために改めて検討することになるが、その際に連絡を取り合えばよいという考えもあるようである。

一方で、ケアマネジャー事業所が参加している理由として、介護保険法上、地域包括支援センターが地域のケアマネジャーを「支援する」「相談に応じる」（いいかえると、上下関係にある）ため、断れない関係にあるからである。もちろん、ケアマネジャー事業者からすれば、地域包括支援センターで行われる地域ケア会議に参加することで、いろいろなことを地域包括支援センターと面と向かってやり取りできるメリットがある。

第三に、支援がまだ続いている個別ケースも報告されることである。高齢者が地域に住み続ける場合、必然的に長期的な支援になる。支援が終わった個別ケースも参考になるが、今後も支援が必要になっている個別ケースの状況を共有することがより重要である。たとえば、医療サービスなどにつなぎ、介護サービスの利用を開始し、住宅の改修をして住み続けられるようにしたうえで、近隣住民の小さな支援を受けることもある。いわば、状況を整理したことを共有したうえで、今後、民生委員や自治会の支援を始めてほしいという話である。

大津地域ケア会議は、厚生労働省が提示する目的すべてを実現しているわけではない。しかし、配食サービスのように、③地域課題の発見(市の配食サービスがなくなることによって高齢者が困る、地域住民による関わりが少なくなる)、④地域づくり・資源開発(社会福祉法人Aが新たに配食サービスを開始す

る)、といった事実もある。

また、大津地域ケア会議では「情報提供」の側面が強く、「相談し合う」関係にあるとはいいがたい。とはいえ、実際に支援する住民や事業者が「どこに相談すれば、解決に向かえるのか」知ることができることは意味があるだろう。

## V. むすびにかえて

本稿は、地域ケア会議の位置づけと実態を検討するために、「在宅介護」をキーワードに介護保険法の改正について検討した。高齢者が地域で生活し続けることは高齢者本人の希望であり、また政策上も必要と理解されている。地域包括ケアシステムの構築に努力し続け、(地域で差が生じる可能性が高い)地域ケア会議で促進しようとする日本の取り組みが何か参考になればありがたい。

※ 報告に対してコメントをしていただいたDr.Duk Sunwoo氏に感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

※ 報告の通訳をしていただいたDr.Sookyoung PARK氏、そして学会報告をご紹介くださった洪性珉氏に感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

## 参考文献

- 石橋敏郎「介護保険法改正の評価と今後の課題」 ジュリストNo.1433  
(2011年)
- 稲森公嘉「介護保険制度見直しの方向」 ジュリストNo.1282(2005年)
- 稲森公嘉「24時間安心の居宅介護保障と介護保険」 ジュリスト  
No.1433(2011年)
- 稲森公嘉「介護保険制度改革」 論究ジュリスト11号(2014年)
- 田中滋「地域包括ケアシステムの構築」 ジュリストNo.1433(2011年)
- 西村周三監修国立社会保障・人口問題研究所編 『地域包括ケアシステム』  
(慶應義塾大学出版会、2013年)
- 厚生労働省 『地域ケア会議運営マニュアル』

< 초록국문 >

## 일본에서의 지역케어회의의 법과 실무

가와쿠보 히로시(川久保 寛)\*

< 국문초록 >

일본의 개호보험법은 「지역포괄케어회의」를 창설하여, 지역에서 고령자를 지탱하는 구조를 구축하였다. 가능한 한 재택에서 생활하기 위해서 지원하는 구조인데, 지역에서의 차이가 발생하고 있다고 지적되고 있다. 본고에서는 개호보험법의 「지역포괄케어회의」에 대하여 그 법적 위치와 실태에 대하여 검토함으로써, 일본에서의 「지역포괄케어시스템」을 위한 구조를 고찰한다. 고령자가 지역에서 계속 생활하는 것은 고령자 본인의 희망이며, 또한 정책상으로도 필요하다고 이해되고 있다. 지역포괄케어시스템의 구축에 계속 노력하고, (지역에서 차이가 발생할 가능성이 높은) 지역케어회의에서 촉진하고자 하는 일본의 노력이 참고가 된다면 기쁠 것이다.

**주제어:** 지역포괄케어회의, 지역포괄케어시스템, 개호보험법

---

\* 가나가와현립보건복지대학교(神奈川県立保健福祉大学)