

令和 2 年 8 月 6 日  
第 7 回介護保険運営協議会  
資料 4-1 (議題 4 関係)  
(当日配布資料)

(ご注意)

この資料は、第 6 回介護保険運営協議会（令和 2 年 2 月 13 日開催）時に配布しました

「資料 3（議題 3 関係）」と同一の資料を再掲出させていただいたものです。

## 東久留米市地域包括支援センターの 現状と課題（案）

Ver. 2.0 令和 2 年 2 月 13 日

## 1 はじめに

(省略)

## 2 現状

### 2-1 体制

#### 2-1-1 地域包括支援センターの配置

平成31年4月1日現在、東久留米市内では3包括を置き、5窓口体制を敷いている。

	東部地域包括支援センター	中部地域包括支援センター	西部地域包括支援センター
所在地1	氷川台2-6-6 社会福祉法人マザアス隣	南沢5-18-36 特別養護老人ホーム シャローム東久留米内	下里4-2-50 特別養護老人ホーム けんちの里内
所在地2	大門町2-10-5 東部地域センター内	幸町1-19-5 幸町1丁目アパート5号棟 幸町デイサービスセンター内	
業務形態	委 託		
委託先	社会福祉法人マザアス	社会福祉法人三育ライフ	社会福祉法人竹恵会
担当地域	上の原、神宝町、金山町 氷川台、大門町、東本町 新川町、浅間町、小山	学園町、ひばりが丘団地 本町、幸町、中央町、南沢 前沢1～3丁目、南町	前沢4、5丁目、滝山 下里、柳窪、野火止 八幡町、弥生

#### 2-1-2 在宅介護支援センターの配置

平成31年4月1日現在、東久留米市内には1つの在宅介護支援センターを置いている

名称	在宅介護支援センター
所在地	幸町3-11-10 介護老人保健施設ケア東久留米内
業務形態	委 託
委託先	医療法人丸山会
担当地域	市内全域

## 2-1-3 予算

令和元年度の包括関連の当初予算は、下記のとおりである。

(単位:千円)

区 分	事 業	予 算	うち 一般会計繰出	備 考
介護予防 ケアマネジ メント	介護予防及び日常生活支援を目的とした適切なサービス 提供のための援助	32,916	6,336	国保連 経由
総合相談	地域におけるネットワーク構築	44,345	8,536	市町村 19.25%
	地域の高齢者の実態把握			
	総合相談			
権利擁護	成年後見制度の活用促進	38,755	7,460	〃
	老人福祉施設等への措置の支援			
	高齢者虐待の防止と養護者の支援			
	消費者被害の防止			
	困難事例への対応			
包括的継続 的ケアマネ ジメント	包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築	14,565	2,804	〃
	介護支援専門員のネットワークの活用			
	介護支援専門員に対する個別支援			
	地域ケア会議の開催			
認知症地域支 援・ケア向上	関係機関や関係者との連携	6,300	1,213	〃
	本人や家族の相談支援体制構築			
任意事業	みまもりネットワーク運営	4,176	804	〃
	認知症介護者家族会の開催			
	住宅改修・福祉用具購入支援	600	116	〃
生活支援コー ディネーター	介護予防・生活支援サービスのコーディネート	16,800	3,234	〃
	協議体との連携・協働			
	サービス・支援の担い手となるボランティア等の養成			
小 計		158,457	30,503	〃
在宅介護支援センター事業委託		4,390	4,390	
包括電算シ ステム	システム借り上げ	12,224	2,353	〃
	通信運搬費	550	106	〃
合 計		175,621	37,352	

## 2-2 データ

### 2-2-1 圏域別高齢者数

令和元年7月31日現在の日常生活圏域別高齢者数は以下のとおりである。

東部	8,012人
中部	11,567人
西部	13,254人
合計	32,833人

※出典：住民基本台帳

### 2-2-2 高齢化率

各年10月1日現在の高齢化率見込みは以下のとおりである

	高齢化率
平成30年(2018)	27.9%
令和元年(2019)	28.3%
令和2年(2020)	28.7%
令和7年(2025)	29.5%

※出典：第7期東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画

### 2-2-3 包括の利用数、利用形態

平成30年度実績(3包括合計：延べ)

	件数
総合相談	15,960件
電話・訪問・文書・その他	(14,809件)
来所	(1,151件)
介護予防	8,096件
権利擁護	4,866件
ケアマネジメント支援	453件

※出典：福祉保健部介護福祉課「平成30年度地域包括支援センター実績表」

## 2-2-4 高齢者アンケートから

令和元年度に実施した高齢者アンケート（ニーズ調査）における回答状況は以下のとおりとなった。

- これまでに包括を利用したことのある高齢者は1割未満
- 包括の存在を知らない高齢者は4割
- 初めて包括を利用したときの方法は電話、自宅訪問、来所がほぼ同率  
（前節の利用実績数値から見ると、2回目以降は大半が来所ではなく電話又は訪問となるケースであると読み取れる）
- 身体状況が低下し介護サービスの相談をするときには、自宅訪問を希望する高齢者が最多

（東久留米ニーズ調査結果より）

Q あなたは、地域包括支援センターを利用していますか

回答	n	%
利用している	107	8.8%
知っているが利用したことはない	552	45.2%
知らない	495	40.5%
無回答	68	5.6%
全体	1,222	100.0%

Q 初めて相談した時の相談方法はどのような方法でしたか

回答	n	%
電話（メールやFAX含む）	32	29.9%
自宅に訪問	34	31.8%
センターに来所	34	31.8%
無回答	7	6.5%
全体	107	100.0%

Q 身体の状況が低下して介護サービスや支援が必要になった時、特にどのような方法が相談しやすいですか

回答	n	%
電話（メールやFAX含む）	91	13.8%
自宅に訪問	225	34.1%
センターに来所	49	7.4%
どのような方法でも構わない	72	10.9%
相談内容によって考えたい	135	20.5%
無回答	87	13.2%
全体	659	100.0%

## 2-2-5 包括受託法人からの聞き取り

平成31年4月に各地域包括支援センターの受託法人の施設長から、現状の包括の課題や今後のあり方に関する聞き取りを行った。

### 【現行の包括の課題】

- ・権利擁護事業において複合課題を抱える家庭が増え、高齢者以外にも支援する対象が広がってしまっている
- ・飛び込みのタスクが多く、計画的に仕事ができない
- ・会議が多く、会議ごとに移動の時間も多くなる
- ・窓口が二つに分断され、三職種の連携が難しい（東部・中部）
- ・職種ごとに一人ずつの配置ではOJTが成立せず、職員が育たない
- ・三包括において経験が共有されておらず、サービスに差が出る恐れがある
- ・24時間対応の制度が職員を疲弊させている

### 【利用者の様子】

- ・ほとんどの窓口利用者は以前からボランティアなどで（包括窓口のある）法人とかかわりのあった人
- ・新規利用者の多くは窓口を経由せず、大半が電話受付から自宅訪問の流れとなる

### 【今後のあり方希望】

- ・利用者の生活実態を知らないと支援のプランニングができないため、アウトリーチが必須。
- ・むしろ職員を窓口固定されると仕事がしにくい。
- ・飛び込みタスクをコントロールする仕組みが必要。例えば電話を一括で受けるコールセンターがあるといいのではないか
- ・医療介護連携が重要になってきている。社福法人だけでなく医療系法人の参入もよいのではないか

## 2-2-6 東久留米市介護保険運営協議会での意見

平成30年度、及び令和元年度に開催された東久留米市介護保険運営協議会では、今後の包括のあり方について、次のような意見をいただいた。

### 【第7期 東久留米市介護保険運営協議会（第2回）H31.2.7】

- ・虐待ケースやごみ屋敷化した高齢者への対応などといった困難ケースに対応していくという意味で、行政の中に基幹型の包括を置くことについても、検討委員会の中で検討してほしい。⇒（行政の中に新たに包括を置くことは人員体制上極めて困難）
- ・包括と在宅介護支援センターの位置づけについても、議論が必要だと思う。

### 【第7期 東久留米市介護保険運営協議会（第3回）R1.5.23】

- ・包括の設置状況について、おおむね高齢者人口何人に対し何カ所といった決まりがあるのか。⇒（高齢者の数に応じた専門職の配置人数はおおむね示されているが、自治体の中に置く包括の数には決まりがない）

### 【第7期 東久留米市介護保険運営協議会（第4回）R1.8.1】

- ・3圏域の高齢者人口や割合がかなり違っている。鉄道や幹線道路を区切りとしない形で新しいエリア設定をする想定もあっていい。
- ・各圏域を平均化するという観点からも、（これまでの）エリアを超えて設定をしたらいいかがか。

## 2-3 今後の環境変化

### 2-3-1 高齢者数

2025年高齢者数見込は次のとおりである。

	令和元年（2019）（再掲）	令和7年（2025）推計
東部	8,012人	8,028人
中部	11,567人	11,865人
西部	13,254人	12,909人
合計	32,833人	<u>32,802人</u>

※出典：(2019)住民基本台帳（再掲）

(2025) コーホート要因法のうち社会増減を加味しない自然増減法を採用したもの

参考1：（第5次長期総合計画策定用の推計では2025年高齢者人口は33,366人）

参考2：（平成27年国調ベースの厚生労働省推計による2025年高齢者人口は32,981人）

⇒ 2025年の高齢者数は（32,802人～33,366人）の範囲になると推定される

※平成30年に介護老人福祉施設やサービス付き高齢者住宅の新設などがあり、高齢者の転入増があった。これを今後も社会増要因として継続すると捉えるかどうかによって、将来の高齢者数見込みが変動する。

### 2-3-2 権利擁護事案の増加、深刻化、複雑化

高齢者の権利擁護事業については、「老人福祉法」及び「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」の規定のもと、市町村は、虐待を受けている、又は被虐待の恐れがある高齢者に対して「適切な措置を講じる」ものとされている。

高齢者虐待通報数の増加は緩やかであるが、深刻な事案の割合が急激に増えてきている。特に、8050問題と言われる80代の親世代、50代の子世代が共に課題を抱えるケースが目立って増えてきている。こうしたケースの多くは、高齢者保護の観点からのアプローチだけでは課題を解決できない。多くの公的支援部門が同時に介入しなければならず、各機関の調整に多くの時間がかかることになる。権利擁護事業は、包括職員にとっても精神的負担が極めて大きい事業となっている。

## 3 課題

### 3-1 地域包括支援センターに求められるもの

#### 3-1-1 高度な専門性

地域包括支援センターは、高齢者の困りごとをなんでも受け止めるという懐の深い要素を持ちながらも、高齢者が安心して日常生活を送るための「最後のよりどころ」でなければならない。

このために包括には主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師又は看護師といった専門職が配置されている。

これら専門職が相互に協力することで極めて高度な専門性を発揮し、どんな困難な局面になっても最後まで高齢者を支え、最適なサービスにつなげるのが、本来の地域包括支援センターの存在意義である。

地域包括支援センターにおける地域包括ケアの深化・強化のため、包括の専門性を今よりさらに高め、チームとしての能力が十分に発揮できる環境を整え、もって高齢者の安心を向上させていかなければならない。

#### 3-1-2 アクセスの容易性

地域包括支援センターでは、利用者が窓口で相談するだけで完結することはない。利用者の日常に深く入り込み、利用者の家庭や入所施設などが主たる活動場所となり、総合的に高齢者の支援を行う。

一方、最初の相談の敷居を下げるには相談のしやすさが必要である。相談のしやすさには、身近で相談しやすいとか、電話連絡先がわかりやすいなどの要素が関与してくる。

東部及び中部における包括機能の分割化は、窓口が増えて、利用者からのアクセスの容易性は向上したが、結果的には包括の専門的機能を十分に発揮しにくい環境となり、待たされたり移送されたりと、かえって利用者 に不便をかけることもあった。

いくら受付窓口を多くしても、すべての受付窓口に高度な専門的機能を均一に持たせることは不可能である。

アクセスの容易性と高度な専門性を両立することはむずかしく、両者の役割を切り離して考える必要がある。

また、利用形態の多くを占める電話相談については、住んでいる圏域ごとにアクセスする電話番号が異なるよりも、統一の番号でアクセスできるほうが、利用者にとって利便性は高い。



## 3-2 地域支援事業実施要綱で包括に義務付けられた四事業の事業評価

### 3-2-1 四事業の評価と改善の方向性

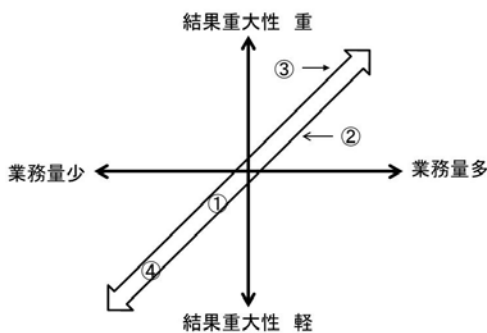
地域包括ケアシステムを深化させるためには、包括の機能強化が欠かせない。限られた時間とマンパワーで最大の成果を上げるため、戦略的に資源配分を行っていく必要がある。国の通知でも【資2-1-2】で「現在の業務や今後対応すべき課題について、内容の緊急度や重要性の観点から対応の優先順位を付けるもの」とされている。

<四大事業を結果の重大性と業務量で評価>

- ① 介護予防
- ② 総合相談
- ③ 権利擁護
- ④ ケアマネジメント支援

<評価>

結果重大性 ③ > ② > ① > ④  
業務量の多さ ② > ③ > ① > ④



そこで、包括センター長と市の地区担当が、地域支援事業実施要綱に定める包括の4大事業について評価を行った。

- ①介護予防事業 ②総合相談事業
- ③権利擁護事業 ④ケアマネジメント支援

この4つの事業を、「目標未達成時の結果重大性」と「現在配分している時間資源の量」の二軸で評価を行った。(左図)

その結果、現状の仕事の時間配分が不足しているのが「③権利擁護事業」、時間がかかりすぎているのが「②総合相談事業」という結果となった。

時間の量はゼロサムであるから、この検証の結果「総合相談事業を効率化し、権利擁護事業へ投入する時間を生み出さなければならぬ」という知見を得た。

### 3-2-2 総合相談の効率化

しかし、総合相談事業は「高齢者のあらゆる相談に対応する」という地域包括支援センターの主軸をなす事業である。一人一人の利用者の相談対応時間を短縮するわけにはいかない。

一人一人にかかる時間は変えず、全体としての生産性を上げる方法ためには、処理の順番を効率的に並べることが求められる。人間が処理する場合、ランダム処理はシーケンシャル処理と比べて極めて効率が悪い。必要な書類を出したりしまったり、頭を切り替えるのに多くの時間がかかるからである。

現在の包括は飛び込みの案件によって生産性が著しく低下している。

飛び込みの案件をバラバラに処理するのではなく、一つひとつの案件に集中して順に処理して行くことができれば、総合相談事業の効率を大きく向上させることができる。結果として、利用者へのサービスも向上し、同時に「権利擁護事業」へ取り組む時間をもっと増やすことができる可能性がある。

## 4 今後の包括のあり方

### 4-1 日常生活圏域

#### 4-1-1 考え方

包括のあり方を考える上では、日常生活圏域の設定をどう考えるかが重要である。従来より、地域包括ケアシステムでは高齢者が30分以内にサービス提供を受けられることが一つの目安とされてきた。

高齢者といっても、健常者から要支援、要介護の軽度から重度まで、様々な状態により30分で移動できる範囲が変わる。

交通用具の選択ができる健常者の場合、車でも自転車でも徒歩でも移動が可能である。一方、介護度が重くなるに従って、自転車や徒歩の選択肢が減り、最終的には公共交通を含む車両での移動になっていく。逆説的ではあるが「介護度が高くなるにつれ、同一時間の平均移動可能距離は伸びる」ということになる。実際に、重度者が介護サービスを受ける際には、自宅への訪問を受けるか、送迎車で移動するかのどちらかである。介護サービスを提供する側は基本的に車両などの交通手段を持つので、地理的な距離では市内どこでもおおむね30分以内に駆けつけることが可能である。

このように、30分以内に介護サービスを受けるという観点から考えると、市内で日常生活圏域を分割することは基本的には意味がない。

ただし、介護サービスにも多様なものがある。すべてのサービスを一律に日常生活圏域の概念と切り離すということではなく、その性質によって圏域の概念を多層に分けることが現実的である。例えば、地域密着型の通所介護事業所などは、偏りがあると地域により選択肢の多寡が生ずる可能性がある。

また、「介護予防」に関しては、高齢者自身が関わっているコミュニティや通いの場など、インフォーマルなつながりが中心となるので、こちらも日常生活圏域の設定が必要である。

こうしたことから、日常生活圏域は「市域全域を対象とした第一層」と、「市域をいくつかに分けた第二層」の二層構造化することがよいのではないかと考えられる。

第二層の日常生活圏域をいくつに分けるのがよいのかについては、現状との比較や介護保険運営協議会の意見もふまえて、さらに検討を進めていく必要がある。

## 4-2 サービス提供体制

### 4-2-1 地域包括支援センターの考え方

支援を要する高齢者の課題は、一つとして同じものはない。課題発生から解決に至るまでのプロセスは個々に異なっているが、共通する要素もある。ケース経験を蓄積することでPDCAサイクルが生まれ、経験値が上がっていく。包括としてケース対応の経験が多ければ多いほど引き出しが増え、対応力が上がっていく。

市全体の包括の強化という観点から、これまでは包括ごとに蓄積していた経験を、各包括間で容易に情報共有することができる環境が必要である。

### 4-2-2 事務所と受付所の考え方

包括事務所に利用者が直接来庁し、相談することもありえるが、基本的に事務所はアウトリーチのベース基地である。専門職を常時「待機」させることは職員のアウトリーチの機会を減少させる。

しかし、利用者からは身近な場所に、包括につながる場所があった方がよいという考え方もある。現在の利用実態や高齢者アンケートの結果も踏まえて、事務所機能と受付所機能の考え方を整理する必要がある。

### 4-2-3 電話受付の整理

順不同に発生する仕事を整理し、案件に集中して取り組むことが包括の専門性及び生産性の向上につながる。話を詳しく聞くまで緊急度が分からない電話による相談要請を、一旦は受け止める機能が必要である。

## 【資料編 1】市議会議事録

### 資 1 議会での過去の議論（抜粋）

#### 資 1-1 H17 直営 1カ所⇒委託 3カ所へ

##### 平成 16 年決算特別委員会（第 1 日）

○野崎市長

在宅介護支援センターは、現在、市内の社会福祉法人に委託して 3カ所開設しており、平成 19 年春の介護老人保健施設の開設に伴い、同施設に支援センター（仮称）が 1カ所設置される予定である。

##### 平成 17 年第 2 回定例会（第 4 日）

○健康福祉部長

介護保険制度改革関連法案は、詳細な政省令は、国会審議中であり、一切示されていない。その中でも特に各保険者に影響がある地域包括支援センターの考え方は、議論のたびに内容が変わってきている。平成 18 年 4 月施行ということで日程的にも詰まっている。まず、最低限 1カ所は設置していくという考え方で詰めていきたい。人的・運用的な面を考慮すると、当面は直営方式で、本庁内にとりあえず 1カ所設け、その後、軌道に乗った段階で、いわゆる生活圏域を考慮した上で検討していきたい。

##### 平成 17 年第 3 回定例会（第 2 日）

○健康福祉部長

介護保険制度改革関連法案が 6 月 22 に国会で可決された。

地域包括支援センターについてだが、現在のところ、設置箇所数は市内の東部・中部・西部の 3カ所に設置する方針のもと、業務形態についての議論をしている。現段階においては委託方式に傾きつつある。

6 月議会において私から直営方式という答弁をした。しかしながら、今日まで不透明であった国からの情報が次第に明らかになってくる中で、各自治体において直営方式か委託方式にするかを再度検討し直している状況である。6 月 30 日及び 8 月 18 日に開催した介護保険運営協議会から御意見をいただきつつ、第 3 期介護保険事業計画庁内検討委員会において、業務内容、人的問題、費用の効率化、中立・公平性等を総合的に踏まえた議論を行っており、その中では、総合的・現実的な対応として委託方式を進めるべきという方向に傾いている。

### 資 1-2 在宅介護支援センターと地域包括支援センターの関係

##### 平成 16 年決算特別委員会（第 1 日）

○野崎市長 在宅介護支援センターと地域包括支援センターとの関係だが、まだ明確なものにはなっていない。今後の国における基本的な考え方やありようが示される時期が来るのではないかと。

#### 平成 17 年第 1 回定例会（第 4 日）

○健康福祉部長

在宅介護支援センター、なおかつ地域包括支援センターとの位置づけについて。

現在の在宅介護支援センターは、24時間の相談業務等から困難ケースの支援、みまもりネットワーク、その他地域ケアを支える業務を中心に行なっている。創設予定の包括支援センターの位置づけについては、現段階ではまだ決まっていない。

地域包括支援センターは、各自治体で最低でも1ヵ所設けなければならないとなっていて、総合的な相談の窓口、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントの支援業務の3点を中心に行なっていく予定である。しかしながら、人員配置、についてはまだ流動的である。既存の在宅介護支援センターは、今後、地域支援事業の包括的支援事業の実施の委託を受けていくという方向で考えているが、はっきりしてくるのはこの夏ごろではないかと考えている。

#### 平成 19 年第 1 回定例会（第 4 日）

○健康福祉部長

介護老人保健施設ケア東久留米に設置する在宅介護支援センターの役割は、市内全域における相談業務とともに、困難ケース等について地域包括支援センターと連携しながら担当させることを考えている。業務の開始時期は、平成19年度のなるべく早い時期を考えている。

### 資 1 - 3 東部と中部の本部設定

#### 平成 28 年第 1 回定例会（第 4 日）

○福祉保健部長

地域包括支援センターについては、これまで相談業務等の増加に伴い職員数を増加してきたが、生活支援コーディネーターを新たに平成28年4月におのおの1名配置することとなり、東部及び中部の地域包括支援センターでは今後はセンターの事務室が手狭になるなどの課題がある。このため、センターの今後の業務量の増加に備え、センターの本部を、東部包括は特別養護老人ホームマザアス東久留米に、中部は特別養護老人ホームシャローム東久留米に、平成28年度中に移転したい。なお、現在のセンターは移転後のセンター本部の出張所として、本部と連携して相談等の窓口機能の役割を担うようにしていきたい。

西部地域の地域包括支援センターについては、現在の事務室は職員の増加に当面の間は対応できる余裕があると見込んでいるので、出張所を新たに整備する考えは現時点ではない。

## 【資料編 2】 国制度通知等

### 資 2-1 「地域包括支援センターの設置運営について」（抜粋） H30.5.1

#### 資 2-1-1 3市町村の責務 (1) 設置 ③センター間における役割分担と連携の強化

「管内に複数のセンターがある市町村においては、地域の課題や目標をセンター間で共有しながらセンターが相互に連携する効果的な取組を推進していくことが求められる。」

#### 資 2-1-2 3市町村の責務 (1) 設置 ④効果的なセンター運営の継続

「地域包括支援センターの業務の重点化・効率化の観点から、現在の業務や今後対応すべき課題について、内容の緊急度や重要性の観点から対応の優先順位を付け、これを市町村と地域包括支援センターの間で共有することが重要である。」

#### 資 2-1-3 3市町村の責務 (3) 設置区域

「センターの設置に係る具体的な担当圏域設定に当たっては、市町村の人口規模、業務量、運営財源や専門職の人材確保の状況、地域における日常生活圏域との整合性に配慮し、最も効果的・効率的に業務が行えるよう、市町村の判断により担当圏域を設定するものとする。」

#### 資 2-1-4 6職員の配置等 (2) センターの職員の員数

「専らセンターの行う業務に従事する職員として、一のセンターが担当する区域における第一号被保険者の数がおおむね 3000 人以上 6000 人未満ごとに置くべき員数は、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員（これらに準ずる者を含む。）それぞれ各 1 人とされている（施行規則第 140 条の 66 第 1 号イ）。」

#### 資 2-1-5 6職員の配置等 (5) センター職員の連携について

「センターの職員は、センターにおける各業務を適切に実施するため、組織マネジメントを通じて、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センターの職員全員が、地域の課題に対する共通認識を持ち、目的を共有化し、連携及び協力して業務を実施しなければならない。」

#### 資 2-1-6 5事業の留意点 (3) その他

「センターは、必ずしも 24 時間体制を採る必要はないが、緊急時の対応等の場合も想定し、センターの職員に対して速やかに連絡が取れるような体制を整備しておくことが必要である。」

### 資 2-2 地域包括支援センターに関する Q&A（抜粋） H17.5.24

#### 資 2-2-1 (問 2) 地域包括支援センターの設置箇所数は、どのように設定したらよいか。

「3. 地域包括支援センターの設置に係る具体的な圏域設定に当たっては、保険者（市町村）の人口規模、業務量、運営財源や専門職の人材確保の状況、地域における保健福祉圏域（生活圏域）との整合性に配慮し、最も効果的・効率的にセンター機能が発揮できるよう、各保険者（市町村）において弾力的に考えていただい

てよいが、おおむね人口 2～3 万人に 1 箇所が一つの目安になるものと考えている（全国レベルでは、市町村数や人口規模を基に極めて粗く推計すると、5 千～6 千箇所程度となると考えている）。」

#### **資 2-2-2 (問 4) 地域包括支援センターに、例えば総合相談・支援事業のみを行うランチを置くことができるか。**

「1. 地域包括支援センターが総合的に取り組むべき包括的支援事業の一部、例えば総合相談・支援事業のみを取り出して、他の法人に委託することは、法第 115 条の 40 第 2 項により認められない。」

「2. ただし、地域包括支援センターが 4 つの包括的支援事業に一体的に取り組むことを前提として、身近なところで相談を受け付け、地域包括支援センターにつなぐための「窓口」を設けることは、可能である。」

#### **資 2-3 第 7 期計画策定のために示された（国の基本指針）**

「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」平成 30 年 3 月 17 日より

##### **【地域包括支援センターの機能強化】**

「地域包括支援センターの設置及び運営に関する目標や地域課題・地域住民に対して果たす役割について定めることが重要である。」

「なお、運営に関して市町村においては、地域包括支援センターの現状と課題を適切に把握するとともに、①業務量及び業務内容に応じた適切な人員配置、②地域包括支援センター間及び行政との業務の役割分担の明確化と連携強化並びに③PDCA の充実による効果的な運営の継続という観点から、複合的に機能強化を図っていくことが重要である」

##### **【日常生活圏域の設定】**

「市町村は、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して、各市町村の高齢化のピーク時まで目指すべき地域包括ケアシステムを構築する区域を念頭において、例えば中学校区単位等、地域の実情に応じた日常生活圏域を定めること。」

「また、市町村介護保険事業計画に定める日常生活圏域は、市町村計画(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第六十四号。以下「医療介護総合確保法」という。)第五条第一項に規定する市町村計画をいう。以下同じ。)を作成する場合に当該計画に記載される市町村医療介護総合確保区域(医療介護総合確保法第五条第二項第一号に規定する医療介護総合確保区域をいう。)と整合性が図られたものとする。」

「なお、日常生活圏域の設定については、自治会や町内会など既存コミュニティの活動にも配慮して定めることが重要である。」