

# 地域包括支援センター専門職の総合事業対象または 要介護認定申請の判断基準

中尾八重子・木村チヅル

Criteria for Decision Comprehensive Program or certification of  
Long-Term Care among Community General Support Center

Yaeko NAKAO and Chizuru KIMURA

## 要 約

- 目的：地域包括支援センター（以下、センター）専門職が、どのような基準で総合事業の対象あるいは要介護認定の申請の判断をしているのかを明らかにする。
- 方法：7センターの14人を対象に、総合事業対象または要介護認定申請の判断理由について個別聞き取り調査を実施し、面接内容を意味内容からカテゴリー化した。
- 結果：センター専門職は、“本人と家族の意向”と自身の考えに基づく“本人の生活状況と健康状態”から総合事業対象か要介護認定申請かの判断をしていた。前者は、【希望サービスの種類と内容】と【本人と家族の意志】で、後者は、【日常生活成立のためのサービスの必要性】や【健康状態維持のために必要なサービス】、【サービス導入の緊急性】である。また、【家族の介護力】も基準にしていた。
- 考察：“本人と家族の意向”の把握は、専門職以外でも可能だが、“本人の生活状況と健康状態”は、本人や家族からの聞き取りや自身の観察を基に査定し、今後を見通して予測するアセスメントによるため、専門職としての判断である。センター職員には、職種に関わらず適切なアセスメントが求められるため、それぞれの専門性やこれまでの教育、経験を生かし、ともに学習する重要性和、センターの判断基準や相談・検討の場の設定の必要性が示唆された。

キーワード：地域包括支援センター、専門職、総合事業、要介護認定申請、判断基準

---

所 属：

長崎県立大学看護栄養学部看護学科

Department of Nursing Science, Faculty of Nursing and Nutrition, University of Nagasaki, Siebold

## 緒言

日本は、少子高齢化が進み、増大する介護ニーズや家族の介護力の低下などにより、「高齢者の世話は家族で」から「社会全体で」に変わり、介護の社会化という考え方のもと1997年7月に介護保険法が制定された。これは、40歳以上で介護が必要となった人に、自立生活支援のためのサービスにかかる給付を行うことを目的とした法律である。介護保険制度は、40歳以上の国民が要介護状態となるリスクに対し保険料を支払い、介護が必要となった時に、その必要度に応じた介護保険サービスを利用できる社会保険である。介護の必要度は、7段階に区分されており、本人や家族の申請に基づき、一定の手続きを経て、複数の特定の専門職によって決められる。介護の必要度の低い要支援者は、見守りや生活上のちょっとした困りごとへの生活支援サービスで自立が可能なおことと、介護保険制度の継続が財政的に困難になることなどから2015年の法改正で、総合事業という新たな制度が導入された。総合事業の目的は、これまで介護保険サービスを利用できなかった高齢者にもサービスを利用してもらい、できるだけ介護を必要としない暮らしを続けてもらうことである。総合事業は、介護保険制度の枠組みの中の事業だが、市区町村が実施主体である。そのため、市区町村がそれぞれのサービス内容や料金を独自に設定することができる。それは、サービスの質や量が市区町村によって大幅に異なる可能性もあり、地域格差が懸念されている。一方、総合事業には、あらゆる提供者の参入が可能なおため、利用者が料金と提供者の質を比較し、選ぶことができる。また、ボランティアを活用するサービスや住民主体の活動が低廉な単価のサービスとして位置付けられており、それらのサービス利用は介護給付費の抑制にもつながる<sup>1)</sup>。

2017年4月から各市区町村に総合事業の実施が義務づけられ、地域包括支援センターは、従来の要介護認定申請の相談に加え、総合事業サービス利用の相談窓口となっている。厚生労働省のガイドラインによれば、サービス利用相談時に明らかに要介護認定申請が必要、または総合事業対象外と判断できる場合以外は、基本チェックリストを活

用して、総合事業の対象または要介護認定申請を振り分けることになっている。しかし、基本チェックリストは介護の原因となりやすい生活機能低下の危惧がないかという視点での質問であり、介護や支援が必要かどうかを判定するものではないとの指摘もある<sup>2)</sup>。また、基本チェックリストは、高齢者自身が日頃の生活状況を主観で記載するものであり<sup>3)</sup>、日常生活関連動作や運動・口腔・認知機能、栄養状態、閉じこもり、うつについて「はい・いいえ」の2択での問いで、客観性や専門的な視点がないため、単体だけでは対象者の正確な状態把握は不可能である。基本チェックリスト運用マニュアルを作成している市区町村もあり、総合事業の多様なサービスが充実するまでは、従来通りの要介護認定の申請が必要とマニュアルに明記している自治体もある。総合事業の実施まで約2年の準備期間はあったものの、法改正に伴う事務作業や利用者・事業所への説明などで、総合事業のサービスを整えるまでに至っていない市区町村も少なくないと推測する。

それぞれの高齢者のニーズに合わせて、適切なサービスが選択されることで、高齢者の生活は安定する。しかし、総合事業対象者か要介護認定申請該当者かの判断基準は明らかにされておらず、基本チェックリストも客観性が乏しい状況下において、適切なサービスの判断は容易ではないと考える。そこで、本研究では、相談時において地域包括支援センター専門職が、どのような基準で総合事業の対象あるいは要介護認定の申請の判断をしているのかを明らかにする。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究

### 2. 研究協力者

高齢者やその家族の相談に対応し、総合事業対象あるいは要介護認定申請の判断をしているA県内の地域包括支援センター専門職14人。

A県内の全市町村を人口規模から3区分し、各区分から2~3の市町村の地域包括支援センターを選定し、管理者に3職種の研究協力者の選定を依頼した。直営型地域包括支援センターでは、定期的な

異動があるため、地域包括支援センターでの就業年数は問わなかった。

### 3. 調査期間

2017年9月～2018年3月

### 4. 調査内容および方法

本人や家族の相談時に、総合事業の対象あるいは要介護認定の申請を決める際の判断の理由について個別面接による聞き取り調査を行った。面接は、研究協力者が勤務する地域包括支援センター内のプライバシーが確保できる個室で行い、面接時間は1人あたり約60分とした。

なお、面接内容は研究協力者の許可を得てICレコーダーに録音した。

### 5. 分析方法

- 1) 面接内容の逐語録を作成し、記述データとした。
- 2) 記述データを内容が把握できるまで丁寧に繰り返し読んだ。
- 3) 総合事業の対象や要介護認定の申請に関する記述部分を抜き出した。
- 4) 意味のある文脈に整理し、一文一内容の簡潔な文章にした。
- 5) 簡潔な文章の中心的な意味内容をコードとした。
- 6) 意味内容から類似したコードをまとめ、表題をつけてサブカテゴリーとした。
- 7) サブカテゴリーの意味内容の類似したものをまとめ、表題をつけてカテゴリーとした。

なお、分析に当たっては、共同研究者と分析プロセスの各段階において検討を重ね、内容の信頼性と妥当性の確保に努めた。

## 倫理的配慮

本研究は、長崎県立大学一般研究倫理委員の承認を得て実施した(承認番号322)。

調査に先立ち、研究協力者の所属機関の管理者に、研究目的や趣旨、研究目的以外には使用しないことなどを口頭で説明し了承を得た。また、研究協力者には、研究の目的や趣旨、調査方法、研究協力は自由意思であり断ってもなんら不利益を被らないこと、データは集団として扱い個人が特定されないようにすること、研究目的以外に使用

しないこと、研究公表の可能性などについて文書と口頭で説明し、文書にて同意を得た。

## 結果

### 1. 研究協力者および所属地域包括支援センターの概要(表1)

地域包括支援センター7か所から、それぞれ1～3職種の研究協力が得られた。6か所が直営で、委託は1か所のみで、委託元は広域市町村圏組合であった。人口3～5万人の市町村の地域包括支援センターが3か所、2～3万人2か所、1～2万人2か所で、本研究協力の地域包括支援センター全ての市町村が、県(31.3%)や全国(27.7%)より高齢化率は高く、中でも2つの地域包括支援センターの市町村は、日本の30年、35年後先の高齢化率(37.0～38.8%)の地域であった。

研究協力者14人のうち主任介護支援専門員は5人、保健師が7人、社会福祉士2人で、地域包括支援センターでの就業年数は、2年から12年とさまざまであった。

### 2. 地域包括支援センター専門職の総合事業対象・要介護認定申請の判断基準(表2・図1)

地域包括支援センター(以下、センター)専門職の総合事業の対象あるいは要介護認定の申請の判断基準は、48のコードから16のサブカテゴリー、さらに6カテゴリーが抽出され、表2に示す。また、それらの判断基準は、“本人と家族の意向”と“本人の生活状況と健康状態”に大別されたので、図1に示す。

以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは< >、コードは「 」で示す。

#### 1) 本人と家族の意向

センター専門職は、本人や家族の【希望サービスの種類と内容】と【本人と家族の意志】など本人と家族の意向を総合事業対象か要介護認定申請かを判断する1つの基準としていた。

具体的には、本人や家族が医療系サービス、住宅改修、福祉用具貸与、ショートステイ、施設入所など<要支援・要介護認定者用サービスの希望>を、通所型サービスや訪問型サービス、生活支援サービスなど<総合事業対象者用サービスの希望>をしている場合、前者では要介護認定の申請、

表1 研究協力者および所属地域包括センターの概要

研究協力者		所属地域包括センター			
職種	就業年数	センター	体制	人口 (人)	高齢化率 (%)
1 主任CM	10	A	直営 (サブセンター)	3~5万	34.8
2 保健師	7				
3 主任CM	10	B	直営	2~3万	35.7
4 保健師	12				
5 社会福祉士	2				
6 主任CM	9	C	直営	3~5万	37.5
7 保健師	2				
8 保健師	2				
9 主任CM	10	D	直営	1~2万	38.6
10 保健師	2				
11 社会福祉士	8				
12 保健師	6	E	直営	2~3万	33.9
13 保健師	12	F	直営	1~2万	36.5
14 主任CM	12	G	委託	3~5万	33.1

CM：介護支援専門員

後者では総合事業対象としていた。また、「生活支援、身体支援というところで線引きする」と、＜身体介護サービスの希望＞があれば、要介護認定申請と判断していた。さらに、＜本人・家族の要支援・要介護認定サービス利用の予定＞と＜本人・家族の要介護認定申請希望の程度＞の要介護認定の申請については【本人と家族の意志】を大事にしていた。

## 2) 本人の生活状況と健康状態

センター専門職は、総合事業対象か要介護認定申請かを【日常生活成立のためのサービスの必要性】と【健康状態維持のために必要なサービス】、つまり本人の生活状況と健康状態、さらにそれらを踏まえ【サービス導入の緊急性】から判断していた。

【日常生活成立のためのサービスの必要性】では、＜サービス利用により可能となる日常生活＞と、「見るからに動けない」、「歩行できない状態である」の＜日常生活動作のための介助の必要性＞など、自宅での生活が難しいと捉えた場合は、要

介護認定申請と判断していた。また、「足腰が弱ってきて買い物に行けない」や「掃除が大変だ」など＜家事支援のみで可能となる日常生活＞と予測したら総合事業対象にしていた。「早くサービスを利用する必要がある人は、まず総合事業のサービスを利用してもらう」や「付き添いが必要な人でも本人がすぐにサービスを利用しないなら、まずは総合事業対象者とする」のように【サービス導入の緊急性】があると判断したら総合事業の対象としていた。

【健康状態維持のために必要なサービス】の健康状態とは、「認知症の周辺症状で周囲がとても迷惑がっている」や「認知症で服薬管理ができない」などの＜認知症の診断や症状の出現＞と、心身の状態、＜社会との関わりの必要性＞を指し、認知症の人は、要介護認定申請の該当にしていた。心身の状態は、「急激に悪化するおそれがある病気を持っている」、「認知症や疾患により状態が悪化していくと予測される」の＜状態悪化の可能性＞と＜サービス利用による心身状態の安定や回復の可

能性>で、前者は要介護認定の申請、後者は総合事業対象と判断していた。また、進行の速い病気の人や生活状況の確認を要する人は、<心身状態や状況のさらなる把握の必要性>から総合事業の対象とし、総合事業のサービスを利用してもらう中で、本人の健康や生活を把握していた。さらに、「閉じこもりで外出機会がない」、「人との交流を求めている」など他者との交流機会が減少し、<社会との関わりの必要性>がある場合は、総合事業

対象と判断していた。

「介護が大変だと家族が強く訴えている」の<家族の介護負担の程度>と、「身内がいない」や「家族が近くにいない」などの<独居高齢者の介護家族の存在>による【家族の介護力】は、家族の意向でもあり本人の生活状況によるものである。家族の介護力が不足している場合は、要介護認定の申請をしていた。

表2 地域包括支援センター専門職の総合事業対象・要介護認定申請の判断基準

カテゴリー	サブカテゴリー
希望サービスの種類と内容	要支援・要介護認定者用サービスの希望 総合事業対象者用サービスの希望 身体介護サービスの希望
本人と家族の意志	本人・家族の要支援・要介護認定サービス利用の予定 本人・家族の要介護認定申請希望の程度
日常生活成立のためのサービスの必要度	サービス利用により可能となる日常生活 日常生活動作のための介護の必要性 家事支援のみで可能となる日常生活
健康状態維持のために必要なサービス	認知症の診断や症状の出現 状態悪化の可能性 サービス利用による心身状態の安定や回復の可能性 心身状態や状況のさらなる把握の必要性 社会との関わりの必要性
サービス導入の緊急性	早急なサービス導入の必要性
家族の介護力	家族の介護負担の程度 独居高齢者の介護家族の存在

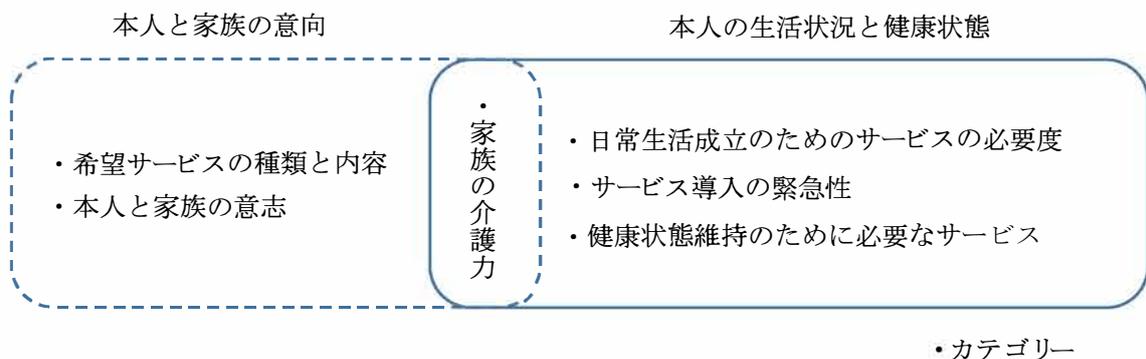


図1 地域包括支援センター専門職の総合事業対象・要介護認定申請の判断基準

## 考察

### 1. センター専門職の総合事業対象・要介護認定申請の判断基準の特徴

センター専門職は、“本人と家族の意向”という当事者の考えと、自身の考えに基づく“本人の生活状況と健康状態”から総合事業対象か要介護認定申請かの判断をしていた。

地域包括支援センターに高齢者やその家族が相談に来るということは、理由はそれぞれ異なるにしても、生活に何らかの支障をきたしている状況にある。日常生活が滞りなく送られることを前提に、我々は労働・学習などの生産活動や創造的活動を行える<sup>4)</sup>といわれているように生活の成立は人間の基本である。また、生活を形づくる構造は、生活時間・生活水準・生活関係・生活空間や生活環境・生活習慣や風習で<sup>5)</sup>、その事態をわかっているのは、当事者の高齢者や家族である。そのため、何をしてもらえば生活が維持できるかも考えられる。これらのことから、“本人と家族の意向”を総合事業対象あるいは要介護認定申請の判断の1つの基準とするのは妥当といえる。高齢者は疾病や障害により、誰かのお世話にならざるを得ず、療養者を最も長く支えるのは家族であるため<sup>6)</sup>、家族の意向は、判断において重要な要素となる。また、要介護認定の申請は、社会保険方式を採用した介護保険制度の被保険者としての権利である。そのため、センター専門職が申請は不必要と考え、その理由を説明してもなおかつ本人や家族が申請を希望した場合は、公的機関の職員として、それを尊重する必要がある。

総合事業の目的は、できるだけ介護を必要としない暮らしを続けてもらうことであり、介護保険サービスも自立生活支援のためである。これらのことから、本人の生活状況を総合事業対象あるいは要介護認定申請の判断基準にするのは、当然といえる。健康の考え方として世界で推進されているヘルスプロモーションの第1回世界会議で採択されたオタワ憲章では、健康は日々の暮らしの資源の1つ<sup>7)</sup>と述べられている。また、生活習慣や生活様式(ライフスタイル)が健康に影響することは、自明のことで、生活状況と健康状態は相互に影響し合っているため、センター専門職が高齢者の健

康状態も判断基準にしていたのは、尤もなことである。日本の21世紀の国民の健康づくり運動の基本的な方向性の1つの目標として、生活の質の向上が掲げられている。生活の質すなわちQuality Of Life (以下QOL)の測定評価の主な領域は、身体的機能、職業的な機能、心理状態、社会生活・人間関係、心身の症状、主観的健康などである<sup>8)</sup>。センター専門職が、総合事業対象か要介護認定申請かの判断基準としていた健康状態の<認知症の診断や症状の出現>や心身の状態、<社会との関わりの必要性>の全てが、QOLの評価指標でもある。そのため、生活を営む上で健康状態は重要な要素であるとともに、健康状態が生活の質に影響を及ぼすこととなる。

センター専門職の判断基準の【日常生活成立のためのサービスの必要性】と【健康状態維持のために必要なサービス】、<状態の可能性>は、介護認定審査会の介護度決定の基準である介護サービスの必要性や状態変化の可能性と一致している<sup>9)</sup>。また、2009年4月以降の要介護認定調査では、要介護度を①心身の能力、②障害や現象(行為)の有無、③介助の方法の3つの軸で評価し、介助の方法には、介護者や住環境も含まれる<sup>10)</sup>ため、センター専門職の【家族の介護力】は、要介護認定調査の評価指標の1つと同じである。つまり、センター専門職は、総合事業対象と要介護認定申請の振り分けの段階で、対象者に何が必要かを考えている。それは、これまで、要介護認定申請の相談に対応していたことが関連していると推測する。センター専門職が、サービス導入の必要な人や進行性の病気の人などを総合事業対象にしていたのは、要介護の認定には約1か月を要するのに比し、総合事業は即日か3日程度で利用が可能となるからであり、総合事業のメリットの活用を意味する。

### 2. 地域包括支援センターおよびセンター専門職への示唆

センター専門職が、総合事業対象か要介護認定申請かの判断基準としていた“本人と家族の意向”は、丁寧に聞く必要はあるものの、相談のフローチャート等に【希望サービスの種類と内容】と【本人と家族の意志】を記載しておけば、3職種の間をわゆる専門職以外でも把握が可能である。しかし、“本人の生活状況と健康状態”は、相談時の本人

や家族からの聞き取りと、その場での観察によって現在の状況や状態を査定し、さらに今後の予測もした上でのことである。これは、情報やデータからその意味を考えて解釈し、その結果、何らかの判断をしたり、情報やデータから先のことを見通して予測するアセスメントに他ならない<sup>11)</sup>ため、専門職としての判断である。アセスメントは、対象者に関する情報やデータに基づいてよく考えることが求められ、黒田はアセスメントを非常に難しい頭脳労働<sup>12)</sup>と述べている。そのため、アセスメント力を習得するには、一定の教育と学習が必要である。

看護職は、基礎教育において看護的な視点が内包されている枠組みをツールとしてアセスメントを学習し、実習でさまざまな患者や住民についてアセスメントを行う。しかし、社会福祉士や看護職以外の主任介護専門員は、そのような学習を教育機関で受けることはあまりないと推測する。また、センター職員の職種によって視点や専門性の違いがあり介護予防プラン作成に特徴がある<sup>13)</sup>ので、職種のアセスメントが同じとは限らない。センター専門職には、どの職種であっても、あまり違いのない、本人の生活状況と健康状態の適切なアセスメントが求められる。そのため、3職種は、それぞれの専門性やこれまで受けた教育、経験を活かしながら、本人の生活状況と健康状態を判断するために必要な情報やデータ、その情報やデータの意味、それを考えるために必要な基本的な知識などをともに学習することが重要である。本人や家族からの情報は、主観的な要素も大きく、かつ相談時の観察だけでは、専門職でも、その人の状況や状態を的確に判断するのは難しい。そのため、センターでは、高齢者の特徴別にその根拠も含めたおおよその判断基準の設定、状況や状態把握のための面談・訪問などの方法の取り決めや、適時、専門職が相談・検討できるような体制づくりが必要である。

## 本研究の限界と今後の課題

本研究では、センター専門職の総合事業対象あるいは要介護認定申請の判断基準を明らかにした。しかし、調査が、各市区町村独自の総合事業が

整っていない総合事業開始直後だったため、その基準に影響している可能性がある。また、センター専門職の3職種は、専門性が違うため、職種による判断基準の違いも考えられる。今後、総合事業の事業内容と判断基準との関連や職種別の判断基準などを検討していく必要がある。

## 結論

相談時における地域包括支援センター専門職の総合事業対象か要介護認定申請かの判断基準を明らかにすることを目的に、センター3職種14人を対象に個別面接聞き取り調査を実施した。

総合事業対象か要介護認定申請かのセンター専門職の判断基準は、“本人や家族の意向”と“本人の生活状況と健康状態”の2つに大別された。前者は、【希望サービスの種類と内容】と【本人と家族の意志】で、後者は、【日常生活成立のためのサービスの必要性】や【健康状態維持のために必要なサービス】、【サービス導入の緊急性】などであった。また、家族の意向でもあり本人の生活状況による【家族の介護力】も判断基準の1つとしていた。

“本人と家族の意向”は、相談のフローチャート等に記載しておけば、3職種のいわゆる専門職以外でも把握が可能である。しかし、“本人の生活状況と健康状態”は、本人や家族からの聞き取りや自身の観察を基に査定し、かつ今後を見通して予測するアセスメントによるものであるため、専門職としての判断である。センター専門職の専門性は違うが、どの職種でも同じ適切なアセスメントが求められる。そのため、3職種がそれぞれの専門性やこれまでの教育、経験を生かし、ともに学習する重要性和、センターの高齢者の特徴別の判断基準の設定や状況・状態把握のための方法の取り決め、適時の相談・検討などの体制づくりの必要性が示唆された。

## 謝辞

ご多忙の中、調査にご協力くださいました地域包括支援センターならびにセンター専門職の皆様へ深く感謝いたします。

## 利益相反

本研究において、開示すべき利益相反(COI)はない。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省.総合事業ガイドライン(本文)  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184585.html>. (最終閲覧 2021.1.8)
- 2) 伊藤周平, 日下部雅喜:改定介護保険法と自治体の役割 新総合事業と地域包括ケアシステムへの課題 初版, 76-77, 自治体研究社, 東京,2015.
- 3) 健康長寿ネット。基本チェックリストとは  
<https://www.tyoju.or.jp/net/kaigo-seido/chiiki-shien/kihonchekkurisuyo.html>. (最終閲覧 2021.1.8)
- 4) 平野かよ子編:ナーシング・グラフィカ⑦健康支援と社会保障,37,メディカ出版,大阪,2012.
- 5) 4)再掲,38-39
- 6) 臺有桂,石田千絵,山下留理子編:ナーシング・グラフィカ在宅看護論②在宅療養を支える技術,18,メディカ出版,大阪,2018.
- 7) 神馬征峰:系統看護学講座 専門基礎分野 公衆衛生 健康支援と社会保障制度②,39,医学書院,東京,2019.
- 8) 4)再掲,31
- 9) 堤修三:介護保険制度の中のケアマネジメント,ケアマネジメント学会誌, 10,5-11,2012.
- 10) 白澤政和:介護保険制度とケアマネジメントー創設20年に向けた検証と今後の展望, 中央法規, 4-5, 東京,2019.
- 11) 黒田裕子:看護過程の考え方,43-44,医学書院,東京,2001.
- 12) 11)再掲,46
- 13) 宮本美穂, 北川美津子:高齢者と家族が望む生活を実現する介護予防プラン作成の体制づくり,岐阜県立看護大学紀要, 14 (1),13-23,2014.