

介護保険制度の新たな展開 (下) — 2014年改正を中心として —

石橋敏郎、角森輝美、今任啓治、山田綾子、
紫牟田佳子、木場千春、河谷はるみ、坂口昌宏

I	はじめに	
II	介護保険連合の新たな位置付け	角森輝美
III	2014年介護保険法の改正と施設サービス	今任啓治
IV	老人保健施設の役割の変容	山田綾子
V	2014年改正による地域支援事業への移行	紫牟田佳子

(以上、21巻第1号)

VI	地域包括ケアシステム	木場千春
VII	介護保険制度における福祉と医療の連携	河谷はるみ
VIII	介護保険における地方分権と市町村の役割	坂口昌宏
IX	介護保険制度改革における2014年改正の意味	石橋敏郎
X	おわりに	

(以上、本号)

VI 地域包括ケアシステム

1 地域包括ケアシステムの考え方

(1) 地域包括ケアシステムの萌芽

地域包括ケア研究会が2009（平成21）年5月に発表した報告書「地域包括ケア研究会報告書—今後の検討のための論点整理」によると、地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている。また、その際の、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とすることとしている。

さらに、同研究会は2010（平成22）年3月にも「地域包括ケア研究会報告書」をまとめ、その中で、2025（平成37）年を迎えた頃の、望ましい地域包括ケアシステムの姿を、以下のように提示している。

「地域住民は住居の種別（従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅（持ち家、賃貸））にかかわらず、おおむね30分以内（日常生活圏域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。

上記のうち多様なサービスとは、

居場所の提供

権利擁護関連の支援（虐待防止、消費者保護、金銭管理など）

生活支援サービス（見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活にかかる支援）

家事援助サービス（掃除、洗濯、料理）

身体介護（朝晩の着替え、排泄介助、入浴介助、食事介助）

ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーション

をいい、これらのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。」

こうした「地域包括ケア」の考え方は、同研究会によって初めて定義されたものではなく、1980（昭和55）年代から、広島県公立みつぎ総合病院（尾道市御調町）での実践活動の中で使用され始めたものである⁽¹⁾。その後、介護保険制度が創設され、制度の持続可能性を考えた改革の中で、地域包括ケアシステム構築の必要性が提示されてきた。地域包括ケアの必要性が示された報告書には、「2015年の高齢者介護」（2003（平成15）年）、「社会保障国民会議・中間取りまとめ」（2008（平成17）年）などがある。

(2) 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」（2003（平成15）年）

（地域包括ケアシステム）

この報告書では、一人一人が住み慣れた街で最期までその人らしく生きることを保障するため

(1) 高橋紘士編『地域包括ケアシステム』（オーム社、2012（平成24）年）30-37頁。

の方法として、現在の在宅サービスを複合化・多機能化していくことや、新たな「住まい」の形を用意すること、施設サービスの機能を地域に展開して、在宅サービスと施設サービスの隙間を埋めること、施設において個別ケアを実現していくことなどが提言されている。また、このようなサービス基盤が整備された際においても、要介護高齢者の生活をできる限り地域において継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が、継続的かつ包括的に提供される仕組み（「地域包括ケアシステム」）が必要であることには変わりはないとしている。

「要介護高齢者の生活を支えるという観点からは、在宅サービスの調整のみならず、在宅サービス利用から施設入所にいたる過程でのサービスの連続性の確保、施設からの退所・退院者への在宅サービスの切れ目ない提供確保など、高齢者の状態の変化に対応して様々なサービスを継続的・包括的に提供していくことが必要であり、また、例えば在宅での終末期を尊厳を持って送ることができるためには、適切なケアとともに、疼痛緩和など適切な在宅医療・看護による支援が不可欠である。地域において、施設・在宅全体を通じたケアマネジメントを適切に行うことが必要である。

（様々なサービスのコーディネート）

介護保険の介護サービスやケアマネジメントが適切に行われたとしても、それのみでは、高齢者の生活を支えきれものではない。高齢者の中には、介護が必要な状態であることに加え、医療が必要であるケース、高齢夫婦二人暮らしで介護をしている人に精神的負担が大きくかかっているケース、目が不自由である等の身体障害を併せ持っているケース、家族との関係に問題を抱えているケースなど、様々な社会的支援を必要とする人も多い。

このような場合は、ケアマネジャーだけで問題を解決しようとしても難しいことがある。かかりつけ医から情報を得たり、民生委員に依頼し、家族と接触して悩みや苦勞を聞いてもらい、家族の精神的負担を軽減したり、身体障害者福祉センターの相談員と共に訪問して日常生活上のニーズを把握したり、保健所の保健師の協力で精神面でのケアを行ったり、といったように、専門機関や近隣住民と連携して、介護の周辺にある問題を解決することが必要になる。例えば、入院患者の退院に際して、入院先の医療機関、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、ホームヘルパー、ソーシャルワーカー等が会議を開き、現在の身体の状態、家庭の状況について情報を共有し、退院後の在宅でのケアについて話し合っておくことにより、日常生活への復帰を円滑に支援することができる。退院支援と長期フォローアップ、急性期病院から地域の受け皿へ返すための地域における受け皿づくり・支援体制のシステム化を急ぐ必要がある。

そのほか、例えば高齢夫婦二人暮らしで夫が要介護状態であり、妻が介護を行っている世帯であって、夫は妻以外の人から介護を受けることを拒み、妻も夫の介護は自分がすべきものだと思っているようなケースでは、ケアマネジャーが関わろうとしても全く受け入れてもらえないことがある。このような場合、例えば、妻が親しくしている近隣住民に依頼して、その人と一緒に訪問してみる。そして、日々の介護の苦勞や悩み事を聞いた上で、まずは月1回の通所介護の利用を勧めることから始め、徐々に利用回数を増やしていく、といった方法が採られる。こうしたケースでは、介護サービスを利用し始めてからも、近隣住民による訪問を継続し、妻の精神的負担を軽減させる努力を続ける必要がある。

このように、介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）を提供することが必要である。】。

（3）社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））「中間とりまとめ」（2008（平成 20）年）

中間とりまとめでは、介護・福祉分野における課題とその対応として、以下の2点を挙げている。

① サービス需要の増大への対応

今後の医療・介護サービス需要の大幅な増大は構造的なものである。従って、サービス提供体制の効率化の努力を継続しつつ、質・量両面で安定的なサービス保障を実現するための体制整備を進めていくことが必要であり、そのための安定的な財源を確保していくことが必要である。

医療や介護・福祉といったサービスは、広い意味での「生活支援サービス」と言える。国民一人一人の社会生活を支えるサービスであり、その意味でニーズの個別性が高く、その人の価値観やライフスタイルによって必要とされるサービスの内容・水準等は異なる。したがって、国民の医療・介護・福祉サービスに対する需要について、社会全体としてどのように応えていくか、という点については、まず、個人の生活を成り立たせていく基本的責任はその人自身にある、という意味での「自立・自助」を基本に置き、次に、個人の選択・自由意思を尊重しながら個人の抱える様々なリスクを社会的な相互扶助（＝共助）の仕組みでカバーしていく、さらにそれでもカバーできない場合には直接的な公による扶助（＝公助）で支える、という、「自立と共生」の考え方に立って様々な制度を構築していくことが必要である。

同時に、「社会的な相互扶助（＝共助）の仕組み」として、社会保険のような「制度化された仕組み」のみならず、地域社会の中での支え合いや NPO・住民参加型相互扶助組織のような「自律的・インフォーマルな相互扶助（共助）の仕組み」を活用し、制度化されたサービスの受け手として、それのみに依存して生きるのではなく、国民一人一人が相互扶助の仕組みに参加し、共に支え合って生きていくことを実感できるような地域社会づくりが重要である。

② サービス提供体制の構造改革

我が国の医療・介護サービス提供体制には、様々な問題がある。これらの問題は長い時間をかけて形成されてきたものであり、様々な背景要因が複雑に絡み合っていることから、問題解決のためには、文字通り思い切った「構造的な改革」が必要である。

すなわち、「選択と集中」の考え方にに基づき、効率化すべきものは大胆に効率化し、資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのための人的・物的資源の計画的整備とメリハリをつけた資源配分（投入）を行うことが必要である。

具体的には、「地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現」が必要である。多くの国民は、要医療・要介護の状態になっても、可能であれば住み慣れた地域や自宅で必要なサービスを利用しながら生活し続けることを願望している。医療や介護を必要とする高齢

者や障害者の地域生活・在宅生活の継続を可能にするには、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスが、その人の意向と生活実態にあわせて切れ目なく継続的に提供されることが必要となる。そのためには、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、日常生活の場（日常生活圏域）で用意されていることが必要であり、同時に、サービスがバラバラに提供されるのではなく、包括的・継続的に提供できるような地域での体制（地域包括ケア）づくりが必要である。

地域包括ケアづくりには、在宅支援機能をもつ主治医（在宅療養支援診療所）とケアマネジメントを担う介護支援専門員（ケアマネジャー）の緊密な連携が不可欠であり、両者の連携が核となり、サービス提供に関わる様々な関係職種と協働しながら、地域医療ネットワークや地域の在宅介護サービスなどの「サービス資源」を駆使して、一人一人の患者・要介護者のニーズに合わせたサービスを計画的に提供していく、という「地域包括ケアマネジメント」が不可欠である。このため、地域における医療・介護・福祉サービスの量的整備と併せて、マネジメントを有効に機能させるためのワンストップの総合相談体制の整備・診療所の在宅支援機能の強化、介護支援専門員（ケアマネジャー）の機能強化等を進めることが必要である。

さらに、より総合的な高齢者・障害者の地域生活支援を地域で実現していくためには、ボランティア組織や地域の互助組織などのインフォーマルな共助の仕組みも含めた、文字通り地域ぐるみの取組みが不可欠である。多くの地域の実践事例が示しているように、十分強化された在宅支援機能があり、地域全体で高齢者・障害者の生活支援を行うことのできる地域であれば、要医療・要介護度の高い高齢者や障害者であっても最後まで地域（在宅）で暮らしていくことが可能となる。限られた医療・介護サービス資源を効果的に活用し、より患者・利用者にとって満足度の高い医療・介護サービスを実現する観点からも、地域包括ケアの実現は極めて重要である。

2 地域包括ケアシステムにおける要介護者と家族

「地域包括ケア研究会」報告書では、地域包括ケアシステムを構成する要素として、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」の5つが示されている⁽²⁾。図示すると以下のとおり（図VI-1）である。ここでは構成要素としてはあげられていないが、「本人と家族の心構え」が基礎に置かれていることは重要であろう。すなわち、2025（平成 37）年には、単身または高齢者のみの世帯が主流になることを踏まえて、仮に十分な介護サービスを利用でき、地域社会の支えが十分確保されるとしても、それだけでは不十分であり、それ以外に、各人が「在宅生活」に対する意識をもつことが必要になってくるという考え方がそれである。

地域包括ケアシステムは、それぞれの地域に固有の資源を活用して、地域の特性にあった仕組みを構築するものである。地域包括ケアシステムを支える各種主体としては、本人（高齢者）、介護者（家族等）、地域住民、市町村、都道府県、国、介護事業者、民間企業、NPO、地域の諸団

(2) 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング、2013（平成 25）年）2 頁。

体などが想定されている。各種主体のそれぞれの役割としては、以下のように整理されるであろう。まず、高齢者本人は、サービスの利用者である前に、自らの生活を自ら支える自助の主体であるとされている。介護者（家族等）は、介護の社会化がさらに進展しても、身体的・精神的負担を完全に取り除くことはできないため、介護者支援は不可欠なものであるとしている。また、介護者の位置づけと支援の考え方を改めて整理し、具体的な取り組みの推進について十分な議論を行うべきであるとされている⁽³⁾。

図VI-1 地域包括ケアシステムの姿



出典：厚生労働省「地域包括ケアシステム」

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
(2015(平成 27)年 1 月 14 日閲覧)

地域包括ケアシステムにおけるサービスのあり方として、訪問介護、通所介護、ショートステイという個別の介護保険給付については、以下の論点が挙げられている⁽⁴⁾。

(1) 訪問介護のあり方

中重度の要介護者で在宅生活を継続しているケースには、同居家族の身体介護における負担が大きくなっている場合が少なくない。レスパイト機能を持つサービスの需要が高まる背景には、訪問系の身体介護サービスが適切に提供されていない（利用されていない）という問題もあるのではないかと。とりわけ、身体介護のニーズが高まる要介護3以上でのショートステイの長期利用や特養申込者が増加する現象は、こうした在宅での身体介護の不足も影響しているのではないだろうかと思われる。

在宅での家族介護に対する支援を強化するという観点からも、2012（平成 24）年度から導入

(3) 地域包括ケア研究会報告書、前掲書注(2)、7-15 頁。

(4) 同上報告書、25-29 頁。

された定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護は、在宅生活継続を実現する上で重要なサービスであり、今後も普及・拡大していく必要がある。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の導入と並行して、2012（平成 24）年度より身体介護における 20 分未満の時間区分が一定の条件のもとに導入された。在宅における 1 日の生活リズムにあわせた一日複数回の短時間巡回型ケアの提供は、自立支援を実現し、在宅限界点を引き上げていく重要なケアであり、アセスメントに基づく短時間巡回型のケアを推進することは、地域包括ケアの実現において、重要な意味をもつ。今後は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や 20 分未満の身体介護によって、ADL（日常生活動作能力）や QOL（生活の質）の維持向上をめざしながら、これらのサービスを受けることによって在宅生活継続に関する効果が上がることに ついて普及啓発を進めることが必要であろう。さらに、短時間ケアの有効性を踏まえた訪問介護における介護報酬のあり方についても再検討する必要がある。また、訪問系のサービスにおいては、夜間・深夜帯は、日中に比べ、人材の確保が難しい状況があることから、夜間・深夜帯も含めて適切に業務を行う事業所に対する報酬上の評価を相対的に手厚くするといった工夫が必要とされよう。

（2）通所介護のあり方

通所介護については、その機能に着眼し、①預かり機能（レスパイト）に特化したサービス、②機能回復訓練を中心とした自立支援の要素の強いサービス、③専門性が必要とされる認知症ケアに特化したサービス、④ナース機能を持つサービス等に分類・整理することができる。また機能回復訓練を中心とした通所介護については、事前に十分なアセスメントを行った上で、具体的な到達目標（歩行能力の改善など）を明示し、継続的なアセスメントを行いながら、成果が得られた後は、適時、提供するサービス内容を変更していく必要がある。

また、これからの高齢者は現役時代に地域外で就労していた人も多く、退職後地域に戻っても居場所がなく、閉じこもりがちになる場合もある。現行制度（2014 年改正法が実施される以前）では、要支援状態の者にも介護保険サービスが給付されることから、高齢者が、機能回復訓練というよりは、単に友達を求めて、あるいは、居場所を求めて、相対的にコスト高の介護保険サービスを利用している場合も少なくない。こうした高齢者に対しては、見守り、配食、外出支援、サロン（集いの場）など地域の活動を充実させ、選択肢を増やすことによって、介護保険サービスを利用しなくとも、社会参加が促進され、健康が維持されることが期待される。2014（平成 26）年の介護保険法改正は、まさにそうした期待にこたえようとするものである。

また、今後、多様な価値観を持つ団塊世代が利用者となってくことを想定しなくてはならない。特に社会参加型の通所介護においては、メニューやアクティビティの多様化が必要になると考えられる。各事業所の創意工夫に基づく有料サービス（全額自己負担）と通所介護サービスとの柔軟な組み合わせがしやすい仕組みの検討等、サービス内容の多様化を進めていくべきである。とりわけ認知症高齢者に関しては介護者支援も大きな課題である。たとえば、通所介護において、要介護者に対するケアを提供するだけでなく、それを介護する者に対するサポートも組み合わせ提供するといった取り組みによって、結果的に本人の在宅生活の継続につながるのではないかと

と思われるからである。

一方、通所系サービスについては、足腰が弱っている高齢者にとっての移送サービスが魅力となっている。通所系の介護保険サービスだけでなく、地域内の様々なサービスや集いの場（たとえば、喫茶店やカラオケ店、雀荘、碁会所など）に出向きたいと考える高齢者は少なくない。移送手段が十分に確保されていれば、これが可能になる。地域内のボランティアやコミュニティバスなどを有効に活用しつつ、より活発な外出支援を行うことを考えていかななくてはならない。

通所介護について、いわゆる「お泊りデイ」が増加している状況があるが、まず小規模多機能型居宅介護やショートステイの緊急時受け入れ等の介護保険サービスを充実させていく取り組みが重要である。一方で、いわゆるお泊りデイに対しては、夜間の十分なケア体制がない、泊まりの環境が十分でない等の問題点も指摘されていることから、サービスの届出制度など、サービスの実態を早急に把握したうえで、利用者や、ケアマネジャーに正しい情報が提供される仕組みなどを検討すべきではないと思われる。

（3）ショートステイのあり方

ショートステイや通所系サービスは、レスパイト機能を持つ居宅サービスとして、家族介護者からも人気が高く、また家族介護者の就労機会を確保する上でも重要な役割を担っている。ただし、ショートステイを1カ月以上にわたって利用するような、ロング利用が見られる状況は、心身の状態の維持改善という観点からも不適切なサービス利用といえる。また、こうしたショートステイのロング利用は、擬似的な施設入所あるいは施設入所待機者の待機場所ともいうべきものであり、施設不足を表した現象というほかない。日本の在宅ケアの不十分さと現状の在宅ケアに対する信頼のなさが、ショートステイの長期間利用につながっていることは明らかといわなくてはならない。

また、ショートステイを利用した際にかえって自立度が低下し、在宅復帰がますます遅れる場合があるという指摘がある。こうした指摘を受けないように、ショートステイ利用者の在宅での生活や介護の状況を、日頃サービスを提供している居宅介護事業者とショートステイ事業者が事前に十分に情報を交換した上で、利用中のケアのあり方に個別的に配慮することが必要である。また、ショートステイに関しては、地域によっては、緊急時の受入体制が不十分な場合があり、その強化を図ることも緊急の課題であろう。

3 地域包括ケアシステムの課題

「地域包括ケアシステムの構築」は、なにもいまに始まった問題ではない。当初は、国の側に、施設サービスは建設費およびその後の給付費まで考えると、国と地方公共団体の財政負担が大きすぎるといった判断があった。こうした財政面からの配慮のもとに、それならば比較的財政面で負担のかからない在宅サービスの方へと比重を移していこうという意図があったように思われる。しかし、現在の「地域包括ケアシステム」はそうした当初の意図とはずいぶん異なった理念のもとに推進されているといつてよい。すなわち、地域包括ケアシステムは、在宅サービスの方が財

政的に安価な費用でやれるから在宅サービスの方を充実しようという発想ではなく、高齢者が在宅での生活を望むならば、その人がたとえ重度の要介護状態であっても、その希望がかなえられるように、保健・医療・福祉の包括的提供体制を身近な地域で整備しようという考え方に基づいている。すなわち「高齢者の自己決定権の尊重」を基本的理念にしていることである。だからこそ、在宅サービスの充実は、現在、わが国が進める多くの政策において、その目標概念として共通に使用されているのである。その点で、2014（平成 26）年介護保険法改正においても、政府が、要介護度が重い高齢者であっても、住み慣れた地域での安心した生活を続けることを可能にする体制づくりをさらに一歩進めようとした点は評価できる。ただし、その実現は、容易なものではない。望ましい地域包括ケアシステム実現のためには、高齢者の身体的・精神的・環境的状况に合わせて利用可能な多種・多様なサービスの存在が不可欠だし、それを支えるための基盤整備は欠かせない条件となってくるからである。

また、地域包括ケア提供体制を実現するには、ケアを構成する様々なサービスについて、その制度的配置の整理が必要である⁽⁵⁾。介護保険法は、高齢者が「要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」（介護保険法 2 条 4 項）ようにするという目的で制定されたものである。つまり、介護保険法は、「可能な限り、その居宅において」生活できるように、在宅での生活を支える制度として構想されたものである。しかしながら、現実には、高齢者を特養や老健施設などへと入所させようとする施設志向は依然として続いている。それは、特養待機者の数の多さをみれば一目瞭然であろう。地域包括ケアシステムは、施設機能の最小化を図りながら、施設の代替策として構想されたものであるとの見方もある⁽⁶⁾。2011（平成 23）年の法改正で介護保険制度に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護および複合型サービスが導入された。利用者に選択肢が増えたことは歓迎すべきであろうが、既存の介護保険サービスや他の類似サービスとの関係を十分に整理しないままであれば、いたずらに制度の複雑化を強めるだけになりかねない⁽⁷⁾。

地域包括ケアシステムによって地域で総合的に提供されるべきとするサービスには、多様なものが挙げられており、しかも、それらを地域の実情に応じて提供するとなれば、それを可能にするような体制の整備と確保が前提条件となる。そうなると、地域包括ケアシステムの具体的な仕組みを考えていく前に、現行介護保険の保険給付がどの範囲をカバーしているのか、今後、介護保険でカバーする範囲としてどのようなものが適切なのか、それと予防給付や地域支援事業をどのように組み合わせていくのか、それぞれのサービスの目的・関係・位置づけの問題も含めて、理論的な整理と検討がなされなくてはならないことになる。もちろん、それらの仕組みを創設し、機能させ、継続させていくためには財源措置が大きく関わってくることは言うまでもない。さらに、地域包括ケアシステムに関する法体系上の問題もある。地域包括ケアシステムを現行の介護保険法上の制度として構築することが、果たして、法体系として適切なのかどうかという問題も

(5) 高橋紘士「地域包括ケア提供体制の現状と諸課題によせて」（季刊社会保障研究 Vol.47, No.4、2012 年）344-345 頁。

(6) 里見賢治「介護保険の 10 年と 2011 年改定の動向」（賃金と社会保障 No.1535、2011 年）9-10 頁。

(7) 稲森公嘉「24 時間安心の居宅介護保障と介護保険一定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の創設をめぐって」（ジュリスト No.1433、2011 年）21 頁。

検討しなくてはならないであろう⁽⁸⁾。

また、地域包括ケア提供体制については、フォーマルとインフォーマルのケアバランスをどうするかの問題が問われていることも指摘しておかなくてはならない⁽⁹⁾。フォーマルサービスとインフォーマルサービス双方の性質の違い、成立条件、適用される対象者とサービス内容、その組み合わせといった問題は重要な課題である。むろん、すべてのケアニーズの提供をフォーマルサービスで担おうとすることは無理であろう。そのようなことになれば、コスト爆発を起し、制度の持続可能性を揺るがすことが明らかだからである。したがって、当然のごとくインフォーマルケアとの組み合わせが重要になってくる。インフォーマルケアの意義を今一度確認して、必要があれば再定義し、今後それをどのように活用していくのかを考えていかななくてはならない。地域包括ケアシステム研究会報告書では、「自助・互助・共助・公助」の連携をうまく機能させることが重要であるという表現が用いられている。近隣の助け合いやボランティアなどのインフォーマルな相互扶助機能をさす言葉として、これまで多く使われていた「共助」という用語とは別に「互助」という用語が用いられている。「互助」は、住民主体の、住民が自発的に行なうところのサービスやボランティア活動を意味する用語であるが、それらのサービスは、当然のことながら強制される性格のものではない。ましてや、そうした互助サービスが提供されるからといって公的責任が後退することもあるとはならない⁽¹⁰⁾。互助サービスは、具体的に言えば、種々の生活支援サービス、たとえば、見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活にかかる支援を意味することになる。そして、その提供主体として、個々の住民や地域組織（自治会、老人会、地域婦人会など）、NPO 団体等が期待されている。今回の 2014（平成 26）年介護保険法改正もまさにこうした「互助」のサービスを介護保険サービスと結び付けて、総合的に提供しようとしている。種々の生活支援サービスを地域包括ケアシステムに位置づける時、それを保健・医療・福祉サービスとどのように結び付けるか、そのシステム化のあり方が重要となる。システム化といってもこれらは標準化できる内容ではないため、それぞれの地域が地域の実情に応じて取り組むことになる。住民同士の見守りという、いわゆるインフォーマルなケアをセミフォーマル化し、低額な利用料でもってそれらのサービスを利用できるような仕組みを地域の独自事業として実施している例がいくつか報告されている⁽¹¹⁾。こうした先進事例を参考にしながら、それぞれの自治体や地域で、地域の実情にあった互助システムの構築・整備が望まれるところである。

(8) 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）12 頁。

(9) 太田貞司「地域社会を支える「地域包括ケアシステム」」（『地域包括ケアシステム—その考え方と課題』光生館、2011 年）31-32 頁。

(10) 佐藤卓利「介護保険と地域包括ケアシステム」（賃金と社会保障 No.1535、2011 年）は、この点について危惧する主張をしている。

(11) 筒井孝子「日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方」（季刊社会保障研究 Vol.47、No.4、2012 年）は、武蔵野市の「認知症高齢者見守り支援事業」を自治体による生活支援サービスのシステム化として紹介している。

Ⅶ 介護保険制度における福祉と医療の連携

近年の介護保険法改正の傾向としては、「福祉に医療が接近している。」ことがあげられる。2006（平成18）年、診療報酬・介護報酬の同時改定が行われたが、その後の報酬改定も、長期療養患者の療養の場は「病院」ではなく「在宅＝生活の場」であるという認識のもとで行われつつある。施設や病院では、外部機関との連携については、入退院や通院の場合などに限られており、基本的には、施設や病院内での職種との連携に留まるが、在宅ではさまざまな機関との連携が必ず必要となる。地域では、保健師、介護支援専門員（ケアマネージャー）、看護師、介護福祉士、精神保健福祉士、社会福祉士、歯科衛生士、管理栄養士等の各専門職が、それぞれ「競合」しながら、患者や利用者の在宅生活の支援に関わっている。しかし、それらの各専門職が明確に「役割分担」され、有機的に「連携」しているかといえ、そうとは言い難いところがある。また、在宅介護に限らず、在宅医療分野でも、生活の質（QOL）やチーム医療、地域との交流、そして家族支援の視点が益々重要となってきている。これらの現状から、介護保険制度における福祉と医療の連携には、これまでの多職種連携に留まらない、多職種連携を超えたところで上記専門職が連携して、専門職としての専門性を活かして在宅生活を支えるという「超」多職種連携が求められている。

本章では、はじめに福祉と医療の歴史的変遷と両者の連携の必要性を整理する。次に、2012（平成24）年介護保険法改正により創設された「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」の報酬単価の設定の仕方から、福祉と医療の連携を考察する。また、最近の報酬体系の動向として、2014（平成26）年度診療報酬改定における主治医機能の強化と地域包括ケア病棟の創設に着目してみたい。同年6月25日「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（以下、「医療介護総合確保推進法」とする。）」が公布されたが、この法律の内容を検討する過程で、診療報酬の引き上げや各種加算による在宅医療への政策誘導には限界があることを論述していきたい。最後に、福祉と医療の組織論的アプローチという観点から、要介護認定とケアマネジメント、地域包括支援センターと地域ケア会議を取り上げて、福祉と医療の連携に関する課題は、患者や利用者が生活している地域全体で組織的に取り組まなければならない実践課題でもあることを立証していきたい。

1 福祉と医療の歴史的変遷と連携の必要性

わが国では、1983（昭和58）年老人保健法が制定された。1986（昭和61）年同法改正により、老人保健施設が創設され、高齢者向けの保健事業が強化された。老人保健法の制定には厳しい批判もあったが、包括医療を採用し、職歴のいかんを問わず（健康保険・共済・国保のいずれの被保険者かを問わず）、老人について医療給付水準を均一化したという点では、画期的な立法であったといえよう⁽¹²⁾。老人保健法以後の主たる立法課題は、高齢化社会の到来に耐えられる制度への接近であり、そこでは医療給付と福祉サービスの連携などが主要な目標とされ、生活水準の向上にともなう医療ニーズの変化も制度的に考慮を必要とされることになった。さらに、1989（昭和

(12) 荒木誠之『生活保障法理の展開』（法律文化社、1999（平成11）年）55頁。

64（平成元）年の高齢者保健福祉推進10か年計画（いわゆるゴールドプラン）に対応して、1991（平成3）年老人保健法が改正され、訪問看護サービスが法定化された。このことにより在宅医療に向けて医療保険が具体的に動き出したといえよう。翌1992（平成4）年には医療法が改正され、居宅が医療提供の場として位置づけられるとともに（医療法1条の2第2項）、1994（平成6）年健康保険法改正によって、在宅医療は「療養の給付」の対象であることが明確化された（健康保険法63条1項4号）。なお、治療に該当しない予防やリハビリは、療養の給付の範囲外である。1996（平成8）年からは、公的介護保険の構想が進められる。なお、介護そのものについては、医療保険とは制度的に区別されてきた分野である。しかし、病院内で老人介護が行われている現実があり、老人医療の現場では、医療と介護は結びついていたので、公的介護保険の立法化は、医療保険に影響を及ぼさずには済まないと考えられていた

2000（平成12）年4月介護保険法施行により、これまでやや不透明であった医療と介護の間に一線を画し、制度上も両者の相互独自性をハッキリさせ、介護保険法を医療保険法と対比して、介護サービスの特質がどのような形で制度構成に現れているかをあらためて考えさせられる時期になった⁽¹³⁾。このことは、介護保険法施行14年経った今も課題のまま残されているといえよう。

なお、保健と福祉の連携は、福祉と医療の連携よりも上手く機能していたのではないだろうか。保健と福祉の連携の目的の一つは、長期ケアを要する高齢者や障害者を在宅でもって継続的にケアすることである⁽¹⁴⁾。また保健と福祉の分野については、市町村への事務の一元化をもって連携の基盤が整ったといえることができる。しかし、医療についてはまったく別の角度から論じる必要がある。わが国の医療は、営業の自由を基礎とした開業医制度を基本として発展してきたために、医療には一元化という意味での連携の基盤は初めから存在していないと言わなくてはならないからである。また保健と医療については、保健は伝染病対策に代表されるように取り締りを中心とする公衆衛生立法として、医療は個人の医療を受ける権利や利益といったものを基礎としている社会保険立法として、歴史的にも法的にも別のカテゴリーとして発展してきた。こうして、保健と医療の間に大きなギャップが生まれることになったのである⁽¹⁵⁾。

医療は、病気の治療や症状の回復・自立というはっきりとした目的があり、これに対して福祉は、生活の基盤・生活の場での日常生活支援サービスの提供を目的とするものと考えられてきた。確かに、医療サービスと福祉サービスでは、専門性や特殊性の違いがあるにしても、それらを踏まえたうえで、医療サービスの中には、この部分は福祉サービスにも応用できると思われるものも多く含まれている。例えば、手術後からの回復期における入浴の介助などについては、介護サービスの内容でもあり、そこには共通の要素が見いだせるのではないだろうか。

介護保険法は、「医療との連携に十分配慮」（同法2条2項）、「サービスの総合的かつ効果的に提供」（同法2条3項）という文言でも分かるように、保健・医療・福祉の連携に努めるよう求めている。しかし、現実には特別養護老人ホームへの入所を希望するが入所できない待機者が多く存在していることでもわかるように、依然として、施設志向は続いている。施設入所を希望する

(13) 荒木誠之、前掲書注(12)、163頁。

(14) 前田信雄『保健医療福祉の統合[第1版第5刷]』（勁草書房、1997（平成9）年）15頁～16頁。

(15) 石橋敏郎「第6章 保健・医療・福祉の連携と地方自治」（河野正輝・菊池高志編『高齢者の法』、有斐閣、1997（平成9）年）246頁～247頁。

理由には、施設入所の方が安いという経済的理由のほかに、施設に入所すれば、基本的に 24 時間 365 日の安心・安全が確保されるという事情もある。施設では、昼夜と問わず、職員の定期的な巡回による見守りがあり、緊急時にはナースコールなどにより即座の対応がとられる体制が整っている⁽¹⁶⁾。また施設志向の背景には、在宅サービスが質・量ともに十分ではなく、保健・医療・福祉の各種サービスの連携も不足しているという問題も考えられる。施設・在宅を問わず、サービスの無駄や重複を避け、効率的な運用をはかるためには、保健・医療・福祉の分野に、有機的な連携が保たれていなくてはならないことは確かであろう。

2 最近の報酬体系における福祉と医療の連携

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの創設と報酬体系

2011（平成 23）年 6 月 15 日、「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、一部を除いて、2012（平成 24）年 4 月 1 日から施行された。この改正法により、中学校区単位での単身・重度の要介護者等にも対応できる 24 時間対応の定期巡回・随時対応の訪問介護・看護サービスの創設が地域密着型サービスの中に位置づけられた（介護保険法 8 条 15 項）。この背景には、介護保険制度創設以来、訪問介護などの在宅サービスの量は増加しているものの、従来の訪問介護の仕組みでは、重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を 24 時間支えるには十分ではないこと、また医療ニーズが高い要介護者に対しては医療と介護の連携の充実を図る必要があることがあげられる。ただし、この法律が、たとえ重度の要介護者であっても、住み慣れた地域で安心して暮らせることが可能になるようなシステムづくりに一歩踏み出そうとしている点では評価できよう⁽¹⁷⁾。

定期巡回・随時対応の訪問介護・看護サービスには、一体型事業所（一つの事業所で訪問介護と訪問看護を実施）と連携型事業所（事業所が地域の訪問看護事業所と連携）のいずれにおいても、医師の指示に基づく看護サービスを必要としない利用者が含まれている。そして、日中・夜間を通じて 24 時間、訪問介護と訪問看護が一体的、または密接に連携しながら、高齢者に対して訪問介護と訪問看護を提供することを目的としている。1 日複数回・短時間の定期巡回と随時の対応（電話や情報通信技術機器等による対応や訪問など）を行い、生活のリズムをつくりながら、中重度（要介護度 3 以上）の要介護者でも地域のなかで支えていくサービスである。従来の介護保険による介護サービスは、一定の時間をかけないとサービスとみなされず、夜間対応型訪問介護は制度化されていたものの、そこでは介護のみで、訪問看護に係る部分は規定されていなかった。しかし、このサービスが創設されたことで、服薬確認、床ずれの対処、そして血圧・体温のチェック等の訪問看護の部分も拡大され、24 時間体制で提供されることになった。また 1 回いくらという単価ではなく、月額定額報酬で必要なサービスを必要なときに提供する仕組みとなっ

(16) 稲森公嘉「24 時間安心の居宅介護保障と介護保険一定期巡回・随時対応型訪問介護看護の創設をめぐって」（ジュリスト No. 1433、2011（平成 23）年、有斐閣）15 頁～16 頁。

(17) 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、有斐閣、2011（平成 23）年）14 頁。

いる(表Ⅶ-1参照)。つまり、利用者の自己負担額は、要介護度に応じた定額制がとられており、原則、1日に何度利用してもその負担額は変わらない。そして、重度の利用者ほど単位数が高くなるよう、要介護度別に、1ヶ月単位の包括単位が設定されている⁽¹⁸⁾。しかし、質の高いサービスに向けて努力する事業者にとって、事業収入が本当に確保される介護報酬の設定になっているかどうかは疑問である。逆に、利用者はサービスを利用しないときでも費用を負担しなくてはならないので、掛け捨てとなる場合がある。緊急時対応については、利用者のサービス計画が策定できないのはもちろんのこと、サービスの人員配置(訪問介護員、看護職員、オペレーター)の想定も困難となる⁽¹⁹⁾。

「一体型」定期巡回・随時対応型の訪問介護看護においては、訪問看護サービスを行う場合と、訪問看護サービスを行わない場合の報酬は異なっている。つまり、介護と看護を組み合わせる場合は、介護のみの場合よりも報酬が高く設定されており(例えば、一体型事業所で要介護度3の場合、介護・看護利用者は20,720単位、介護利用者は17,800単位)、ここでも医療と介護の連携が意識されていることが分かる⁽²⁰⁾。これは、介護と医療が切り離せないことを、介護報酬の「加算」という形で表したものである。緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算の設定はそのような意味の加算と理解できる。この報酬体系によれば、サービス内容や事業所の体制に応じて算定される部分を加算した場合、高齢者は、施設や病院より在宅で生活をした方が、事業所にとっては介護報酬(費用)が高くなる仕組みとなっている。

表Ⅶ-1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費

(単位/月)

区分	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
(Ⅰ) 一体型定期巡回・訪問介護看護 (訪問看護サービスを行う場合)	9,270	13,920	20,720	25,310	30,450
(Ⅰ) 一体型定期巡回・訪問介護看護 (訪問看護サービスを行わない場合)					
(Ⅱ) 連携型定期巡回・随時訪問型訪問介護 看護事業所の場合	6,670	11,120	17,800	22,250	26,700

(出典) 河谷はるみ「訪問看護サービスにおける医療保険と介護保険の関係ー報酬体系を中心にー」(非営利法人研究会誌 VOL. 16、2014(平成26)年)110頁。

定期巡回・随時対応サービスの事業者数(厚生労働省公表)は、2014(平成26)年10月現在、

(18) 詳細については、日赤振興会第26回講習会「地域包括支援システムの将来」基調講演：川又竹男「地域包括ケアの実現に向けて」(地域ケアリング Vol. 14 No. 9、2012(平成24)年)8頁以下参照。

(19) 河谷はるみ「地域包括ケアシステムの現状と課題ー定期巡回・随時対応サービスを中心にー」(非営利法人研究会西日本部会中間報告書『地域における行政、医療及び福祉の現状と課題』、第2章第3節、2013(平成25)年9月)78頁。

(20) 安田純子「2012年介護報酬改定のポイント」(月刊福祉第95巻第7号、2012(平成24)年)19頁～20頁。

全国で 252 保険者、561 事業所（一体型 211、連携型 359、なお一体型と連携型の両方を実施している事業所があるため、事業所数の合計は一致しない。）、利用者数 9,687 人で、2013（平成 25）年度実施見込みの 283 保険者を満たしていない。この理由として、対象となる高齢者が密集している都市部ではある程度の採算が採れるが、対象者が散在する地方では採算面から事業者の参入が進まないという指摘がなされている⁽²¹⁾。

訪問看護は、高齢者が、退院後の生活が不安である、病状の悪化を予防するための指導が必要である、病状が悪化して通院が困難である、認知症で生活に支障がある、精神科疾患があつて生活の支援が必要である、最期まで自宅での療養を希望するといった事情があつた場合に利用することから、利用者の状況によっては、療養上の世話より、家族等への介護支援や相談が多い場合も有り得る。実際の訪問看護サービスは、医療行為に属する看護サービスと、いわゆる福祉分野に属する介護サービスとが一体となって提供されている。ただ、利用者の状態によって、看護と介護のどちらの部分が多いかの違いが存在するだけである。それにも関わらず、これまでは、訪問看護師が行う訪問看護サービスの報酬については、たとえその利用者に提供したサービスの多くが介護サービスに属するものであつても、あたかもその全てが医療行為だったかのように取り扱い、サービス全般にわたって高いほうの訪問看護に関する報酬単価が適用されてきた。今回の、定期巡回・随時対応型の訪問介護看護費の報酬単価は、従来の方針を改めて、訪問看護師が行う訪問看護サービスにだけ、訪問看護の報酬単価を適用することに変更している。つまり、現実に訪問看護師が行うサービスのなかにも、介護サービスに属する部分があることを考慮して、訪問看護サービスであっても、介護サービスに当たる部分は介護サービス報酬単価を適用し、それを基礎に置いた上で、もし医療行為に当たる病状観察や点滴といったサービスが加えられた場合には、介護報酬に加算されるという形で、看護の部分の評価するという方式に変更されたのである。従来の訪問看護と訪問介護との報酬単価には、約 2 倍の開きがあつたものを、新しい定期巡回・随時対応型の訪問介護看護の報酬単価ではそれが修正されている。別な言い方をすれば、従来は、誰がサービスを与えているか（例えば、訪問看護師が与えているのか、訪問介護員が与えているのか）で報酬単価が決定されていたのを改めて、どのような種類のサービスが与えられているのかによる報酬単価の決定へと変更されたということである。例えば、提供されているサービスが医療機器の管理、カテーテル管理などの医療行為なのか、介護支援相談、身体の清拭・洗髪・入浴介助などの介護サービスなのかによって報酬単価を決定する方式へと変更されたということである。地域包括ケアシステムの実現においては、保健・医療・福祉の連携が必須であり、かつ、それぞれのサービスが混在したまま一体となって提供されるという在宅サービスの現実を直視した上で、報酬単価の上でもそれを実現しようとした今回の定期巡回・随時対応型の訪問介護看護費の新設は、理論的にも、また、実務の上でも一定の評価を与えられるものであろう⁽²²⁾。

2012（平成 24）年度介護報酬改定においても、介護サービスの充実・強化を図りながら、地域包括ケアシステムの構築に向けた基盤強化が推進されている。2014（平成 26 年）12 月 19 日、第

(21) 田中克典『現役ケアマネージャーが教える介護保険のかしこい使い方—在宅サービスの上手な活用法—』（雲母書房、2014（平成 26）年）155 頁。

(22) 河谷はるみ「訪問看護サービスにおける医療保険と介護保険の関係—報酬体系を中心に—」（非営利法人研究学会誌 VOL. 16、2014（平成 26）年）109 頁～110 頁。

117回社会保障審議会介護給付費分科会が開催された。2015（平成27）年度介護報酬改定の基本的な考え方は、これまでの考え方（在宅介護への移行、在宅介護の重視）が維持され、「特に、医療・看護ニーズに対応した定期巡回・随時対応型訪問介護看護など、包括報酬サービスの更なる普及促進を図り、中重度の要介護者や認知症高齢者の在宅生活を支えるためのサービス提供を強化していく必要がある。」と述べられている⁽²³⁾。包括報酬型サービスの区分支給限度基準額について、報酬上の評価（引き上げ）が検討されているのであろう⁽²⁴⁾。特に、「看護師」の訪問に関する部分の評価は、医療介護総合確保推進法により、診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度が新設されることから、訪問看護サービスの質の向上が期待できる。定期巡回・随時対応の訪問介護・看護サービスは、従来型の訪問介護や夜間対応型訪問介護（2006（平成18）年創設）などと一体的に実施されている場合が多いことから、将来的にはこれらの介護サービスを一元化して、利用者の特性やニーズに合わせたサービス形態がとられるようにするべきではないだろうか。

（2）診療報酬改定による在宅医療への政策誘導とその限界

2002（平成14）年度の診療報酬改定では、一般病床にあっては原則として医療保険を使って診療できる期日を180日と設定し、例外を除き180日を超えるものについては介護を重視すべき「患者」として評価し、介護保険へのスムーズな移行を積極的に誘導するような指針が示された。つまり、医療費抑制問題を背景にした診療報酬の適正な配分方式として、急性期は医療保険、慢性期は介護保険でというすみ分けを規定したものと推測できる⁽²⁵⁾。その後も、診療報酬は改定されたが、特に2014（平成26）年度診療報酬改定は、医療供給体制の再構築を意識したものとなっている。そのなかで、地域包括診療料（月1回/1,503点：200床未満の病院および診療所で算定できる届出制の包括点数）と地域包括診療加算（1回につき20点：再診料の加算点数、診療所のみ算定可能）の新設は注目できよう。これらは外来の機能分化推進という観点から「主治医機能の評価」として創設されたものであるが、地域包括診療料と地域包括診療加算は、どちらか一方しか届け出ることにはできないことになっている。また、入院患者7人につき看護職員1人を配置する基本料の削減と地域包括ケア病棟も創設された。特徴的な改正項目としては、7対1病床の入院基本料の平均在院日数、重症度・看護必要度の算定要件の厳格化とともに、7対1要件に初めて「自宅等退院患者割合（≒在宅復帰率）」の指標が導入されたことであろう。なお、在宅復帰率とはいうものの、「退院先」には、自宅以外の病棟や施設なども含まれていることには注意をしたい。なぜならば、退院先が入院中の病棟よりも診療報酬上のうえで、低コストな病棟や施設であ

(23) 厚生労働省第117回社会保障審議会介護給付費分科会「資料1 平成27年度介護報酬改定に関する審議報告(案)」2頁～3頁。<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000069375.html>（参照日：2014（平成26）年12月28日）。

(24) 包括報酬型サービスの採算性については、藤井賢一郎「地域密着型サービスのゆくえ②「包括報酬型サービス」の経営モデル」（月刊介護保険No.224、2014（平成26）年10月号）44頁以下参照。

(25) 山路克文『戦後日本の医療・福祉制度の変容－病院から追い出される患者たち』（法律文化社、2013（平成25）年）133頁～134頁。

れば、在宅復帰率のなかに含めてカウントできるようになっているからである⁽²⁶⁾。

地域包括ケア病棟は、①急性期病床からの患者受け入れ機能、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ機能、③在宅への復帰支援機能という3つの機能を備えた病棟である。在宅への復帰支援機能を評価するにあたって、「在宅復帰率70%以上」が導入されたことから、「在宅復帰率」という目標値が、急性期から亜急性期、そして慢性期にまで全て導入されたことになる。地域包括ケア病棟への転換は、多岐にわたる要件を満たした上で、一定期間の実績も求められることから、実際は必ずしも容易ではないと思われる。なぜならば、急性期病棟から地域包括ケア病棟への転換には、専門領域を横断した診療・看護体制をとる必要があり、加えて病棟管理上の工夫も求められるからである。なお、2014（平成26）年9月までの経過措置期間が設けられているため、地域包括ケア病棟に対する本格的な評価は、2014（平成26）年10月以降となる。また2014（平成26）年度の診療報酬改定では、要介護被保険者等に対する維持期リハビリテーションの見直しや、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の診療報酬上の評価の新設等も行われている。

2014（平成26）年6月25日、医療介護総合確保推進法が公布されたが、同法は、医療と介護関係の19にもおよぶ法律改正を盛り込んだ一括法である。医療法関係では、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保が大きな柱の一つとなっている。同法施行により、医療機関は、都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それを基に地域医療構想（ビジョン）を医療計画において策定することになる。また、医療確保支援を行う地域医療支援センターの機能を、都道府県の業務として医療法に位置づけることになった。これにより、都道府県知事が地域医療対策協議会を構成する医療機関の開設者等に対し、医師が不足している医療機関への医師の派遣等を要請することができるようになったのである（2014（平成26）年10月施行）。

在宅医療は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りの4つに分類できる。在宅医療は、医師と歯科医師を中心として、薬剤師、保健師、助産師、看護師、介護支援専門員（ケアマネージャー）、社会福祉士、精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、介護福祉士、歯科衛生士、管理栄養士、准看護師、栄養士等の専門職が担っている。しかし、専門職の慢性的な人材不足、特に、医師と看護職の人材不足はいまもって深刻な課題である。

在宅医療を担っているのは、機能強化型在宅療養支援診療所、従来型在宅療養支援診療所、何も届け出ていない診療所の3類型である。機能強化型と従来型の在宅療養支援診療所の診療報酬は高く設定されているが、ただし、24時間365日対応しなければならないという要件があるので、医療機関としては、なかなか在宅医療に踏み出せないでいる。また、患者のほうでは、設備が整った大病院へ行こうとする志向が強く、その上、診療所はいくつかの限られた科目しか診療しないという専門科診療所多く、患者の全ての病状に対応できないという事情がある。大病院は大病院で、患者を手放したくないという本音がある。こうした事情があつて、24時間対応の在宅診療所はさほど増加してはいない。24時間対応の在宅療養支援診療所は限られているため、患者の急

(26) 高野龍昭「2014年度診療報酬改定から「改正介護保険法」を見通す“低コスト”構造の地域包括ケアへの布石」（訪問看護と看護 第19巻第7号、2014（平成26）年7月号）562頁。

変時には、患者の意向から、自宅や施設から直接、急性期病院に搬送されるケースが多い。これからの在宅医療には、重症患者や難病患者、障害児・者、そして認知症患者なども増えてくるので、医療行為だけでなく、権利擁護、生活支援、家族相談等の福祉の視点も求められている。

特に、日常の療養支援では、患者の疾患や重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が、多職種協働によって、できる限り住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されることが目指されている。例えば、一人暮らしの高齢者や認知症高齢者、そして要介護高齢者の多くは福祉のニーズだけでなく、医療のニーズも併せ持っている。そのため看護師、特に、訪問看護師の数を増やして在宅医療や介護のニーズに対応しなくてはならない。また退院調整は、入院した直後より、医師の治療と同時並行しながら、医師をはじめとする看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカー等の多職種が、各々の役割を認識したうえで、カンファレンスにおいて、退院後の医療サービスや介護サービスの提供についても検討する⁽²⁷⁾。高齢者が退院後に住み慣れた地域において、在宅等での療養が円滑に進むようにするためには、医師・看護師と社会福祉士・精神保健福祉士等の退院計画担当者と介護支援専門員（ケアマネージャー）の連携がより一層求められることになる。このように、回復期や慢性期における在宅医療は、医療の分野だけでなく介護も含めたところで、両者の独自性と共通目的、そして相互関連を確認しながら実施されなくてはならないと考える（表Ⅶ-2 参照）。

ただ、医療介護総合確保推進法による診療報酬の引き上げや各種加算は、在宅医療推進の一方方法かもしれないが、それだけで在宅医療が整備されていくとは考えられない。なぜならば、在宅医療を提供する基盤整備が整っていないことと合わせて、自分が住む地域の「かかりつけ医・家庭医」に対する患者意識（生活全体をみてくれるという意識）が低く、「かかりつけ医・家庭医」に対しての信頼関係が出来ていないこと、そもそもへき地には医者がないというような深刻な課題がいくつも存在するからである。また在宅医療は、患者の選択や価値観を踏まえ、その意向を尊重することが要請されるという特性を有していることから、在宅医療の拡充にあたっては、医師の確保など提供体制の整備とともに、情報提供や利用啓発活動を通じて患者や家族の理解や納得を得ることも不可欠であると思われる⁽²⁸⁾。

3 福祉と医療の組織論的アプローチ

(1) 要介護認定とケアマネジメント

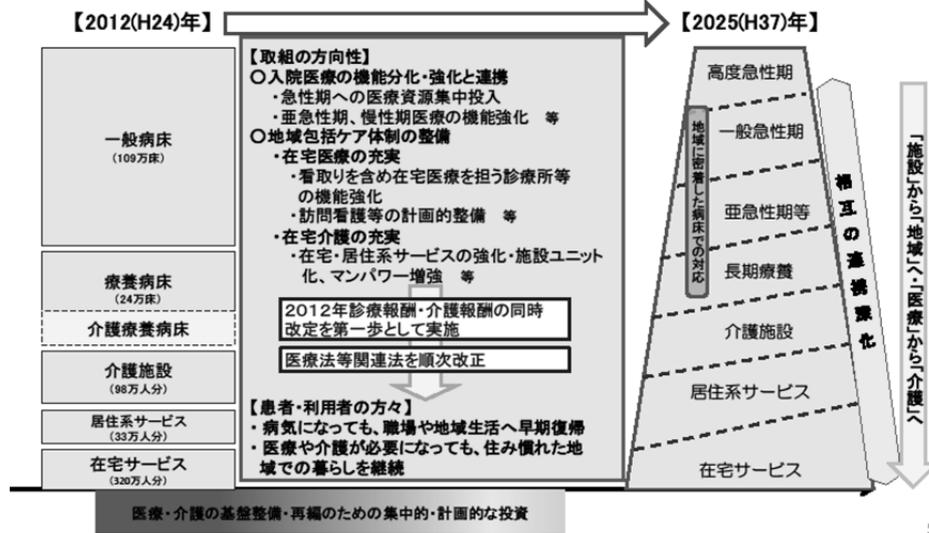
保険医による診療をもって保険給付が開始される医療保険とは異なり、介護保険の場合、保険者たる市町村が支給要件の充足の有無を保険者が認定することになっている。要介護状態や要支援状態にあるかどうか、それがどの程度なのかについて判定を行うのが要介護認定及び要支援認

表Ⅶ-2 医療・介護機能の再編（将来像）

(27) 野中博「高齢者医療制度と高齢者ケアおよび在宅医療」（佐藤智編『明日の在宅医療 第4巻 高齢者ケアと在宅医療』、中央法規、2008（平成20）年）109頁。

(28) 石田道彦「「医療を受ける者の利益」と医療提供体制」（週刊社会保障 No. 2805、2014（平成26）年）48頁。

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。



5

(出典) 厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakui_ryuu_all.pdf (参照日：2014 (平成 26) 年 8 月 4 日)

定であり、保険者（市町村）に設置される介護認定審査会がこれを行う（介護保険法 14 条）。介護認定審査会は、保健・医療・福祉の学識経験者により構成され、その定数は 5 人を標準として市町村が定めている（施行令 9 条 3 項）。今回の介護保険法改正に当たっては、要介護認定についての議論が全くなされていないが、次回の法改正に向けて、生活・暮らしの視点を強化することなど、要介護認定の在り方そのものを含めた検討が必要であろう。

要介護認定及び要支援認定された被保険者に対しては、介護支援専門員（ケアマネージャー）によってケアマネジメントが行われ、ケアプランが作られる。ケアマネジメントには本来、医療・保健・福祉に係る幅広い知見が求められるにもかかわらず、介護支援専門員（ケアマネージャー）に果してそれだけの知識があるのかどうか、その専門性が指摘されることがある。そこで、2012（平成 24）年 3 月、介護支援専門員（ケアマネージャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会が設置され、2013（平成 25）年 1 月 7 日「介護支援専門員（ケアマネージャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理」が公表された。見直しの視点としては、「介護支援専門員自身の資質の向上に係るもの」と、「介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメントが実践できるようになる環境整備に係るもの」の大きく 2 点とされている。現行の研修カリキュラムにも「認知症」、「リハビリテーション」、「看護」、「福祉用具」等の科目が盛り込まれているが、これらの科目は選択制となっており、必ずしも受講すべき科目とはなっていない。今後、重度者や医療の必要性が高い利用者が増えるなかで、医療関係職種と連携しつつ、医療サービスを適切に提供していく必要性が高くなることから、これらの科目の必須化を含めた研修内容の充実が求められる。また同検討会の「中間的な整理」では、「医療との連携の促進について」という項目が設けられ、「ケアマネジメントを行う際の医療との連携やケアプランの適切

な医療サービスの位置づけを促進するとともに、入院から退院後の在宅への移行時等における適切な連携を促進することが必要である。」と記載されている。これからは、いわゆる福祉関係職種の基本資格を持つ介護支援専門員（ケアマネージャー）であっても、医療に関する知識が求められることになる。

今後、介護支援専門員（ケアマネージャー）が、利用者の医療に関する情報を把握するためには、要介護認定の際に利用される主治医の意見書を活用することも有効であろう。そのためにも、介護支援専門員（ケアマネージャー）が保険者（市町村）から、主治医の意見書を入手しやすい仕組みと、ケアプランを主治医に情報提供する相互利用の仕組みが必要なのではないだろうか。

（２）地域包括支援センターと地域ケア会議

地域包括支援センターとは、2006（平成 18）年から設置されたもので、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3 職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする機関である（介護保険法 115 条の 46 第 1 項）。主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防マネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する（図Ⅶ-3 参照）。地域包括支援センターは、すべての保険者に設置されており（全国 4,328 ヶ所、2012（平成 24）年 4 月現在）、その設置主体は、直営が約 3 割、委託が 7 割で委託が増加している。なお、委託法人の構成割合は、社会福祉法人 53.3%、社会福祉協議会 19%、医療法人 16%で、約 9 割はこの 3 法人が占めている⁽²⁹⁾。直営型は、市町村（保険者）が直接に設置し、3 専門職（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等）も公務員を中心に構成されている。そのため、行政による一律的な判断・動きになりやすい面は否定できないが、迅速さや地域への影響力は大きい。他方で委託型では、受託法人（社会福祉法人、医療法人等）の地域福祉への姿勢や地域への浸透度、地域の介護拠点としての意識の濃淡などが影響しやすい⁽³⁰⁾。また人員構成の問題として、保健師の確保が困難という実態を反映して、「等」の範囲として地域保健活動やソーシャルワーク、ケアマネジメントの経験のない看護師が配置されることや主任介護支援専門員についても、その質を問わずに配置してよいのかという点が指摘されている⁽³¹⁾。地域包括支援センターは、直営型、委託型に関わらず、行政（市町村）機能の一部として、地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関としても期待されることから、複合的に機能強化を図ることが重要である⁽³²⁾。そして、地域医師会等との連携によ

(29) 厚生労働省「地域包括支援センターの設置状況」（平成 24 年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書」、平成 24 年 4 月現在）

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link2.pdf（参照日：2014（平成 26）年 12 月 21 日）

(30) 高室成幸「地域包括支援センターと「地域力」」（太田貞司編集代表『地域ケアシステム・シリーズ①地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』光生館、2011（平成 23）年）169 頁～170 頁。

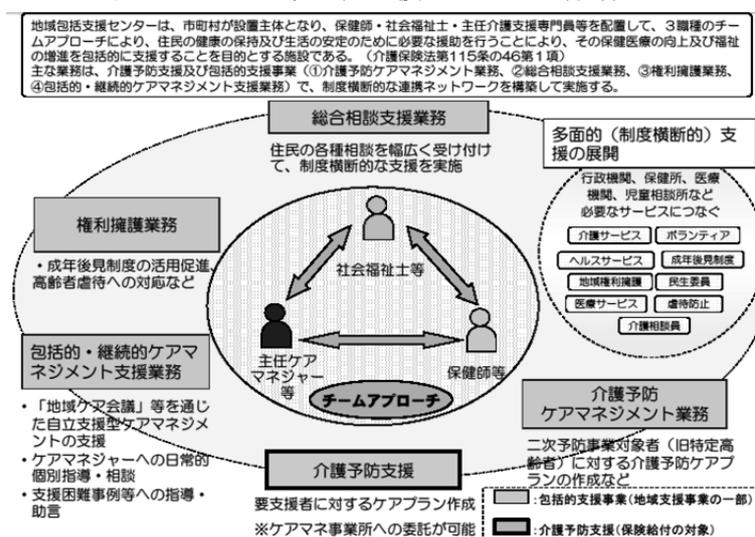
(31) 同上書、165 頁。

(32) 詳細については、厚生労働省老健局振興課「介護保険最新情報 Vol. 407 別紙 2 地域包括支援セ

り、在宅医療・介護の一体的な提供体制の構築にも努めなくてはならない。

熊本県は、県内 10 ヶ所の医療機関に「認知症疾患医療センター（2008（平成 20）年から事業化）」を設置している。同センターでは、認知症高齢者とその家族が地域で安心して生活できるよう、認知症専門医療機関の紹介、医療機関受診前の医療相談、鑑別診断、急性期対応、地域の医師への研修、専門医療相談などを行っている。地域包括支援センターと熊本県認知症疾患医療センターは、認知症高齢者支援という共通の目的を有しており、まさに医療と介護の連携の実践そのものといえる。しかし、多くの場合、地域包括支援センターは、地域の諸機関と有効な連携が行われている一方で、医師や医療機関との関係については、認知症高齢者の在宅生活支援継続を可能にするほど十分ではないことが明らかにされている⁽³³⁾。

図VII-3 地域包括支援センターの業務



(出典) 厚生労働省「地域包括支援センターの概要」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link2.pdf (参照日：2014（平成 26）年 12 月 21 日)

地域包括支援センターの業務のなかには、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一つとして、「地域ケア会議」等を通じて自立支援型ケアマネジメント策定への支援が含まれている。この会議の目的は、「地域包括支援センターの設置運営について（平成 18 年 10 月 18 日厚生労働省老健局振興課長ほか連名通知、最終改正：平成 25 年 3 月 29 日）」で、次のように明示されている。

センターの機能強化について（2014（平成 26）年 12 月 22 日）」4 頁～5 頁参照。

(33) 詳細については、北村育子・永田千鶴・松本佳代・森塚恵美・清水麻子「認知症高齢者の在宅生活継続を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察」(日本福祉大学社会福祉論集 第 130 号、2014（平成 26）年) 参照。

①地域ケア会議の目的

- ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、
 - (i) 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
 - (ii) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
 - (iii) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握
- イ その他地域の実情に応じて必要と認められる事項

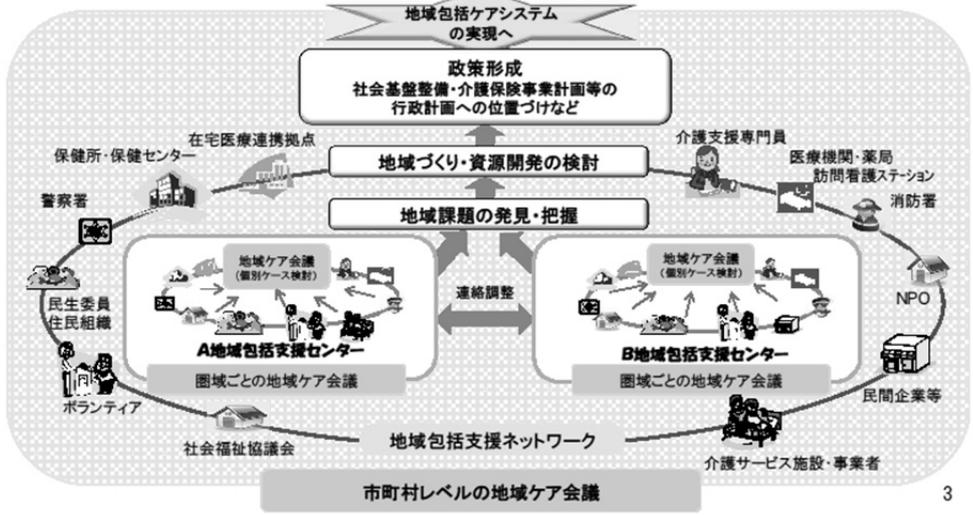
このように、地域ケア会議は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの会議であり、保健・医療・福祉の専門機関がこれにかかわっている。会議の主な構成員は、自治体職員、地域包括支援センター職員、介護支援専門員（ケアマネージャー）、介護事業者、民生委員、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士であるが、その他、直接サービス提供に当たらない専門職種も参加できる。しかし、これらの医療、介護、福祉等の関係者のなかで、自立支援の視点を持ち、福祉と医療の連携を担う要となるのは、やはり地域包括支援センターの介護支援専門員（ケアマネージャー）と考えられる。しかし、この会議は、保健・医療職やインフォーマルサービス、住民組織等の協力者の参加が少ないのが現状である。地域ケア会議では、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う役割が期待されている（図Ⅶ-4参照）。

地域ケア会議は、ミクロ（個別のケアマネジメント：介護サービス・医療との連携・インフォーマルサービスの調整・家族調整等）とマクロ（第6期介護保険事業計画：ニーズに応じたサービスと供給量の確保・基盤整備）をつなぐツールたる会議といえる。そして、量的なニーズ調査ではなく、住民や関係者の質的なニーズを事例検討や検証から把握しなくてはならない。つまり、個別ケースの支援内容の検討による課題解決を通じて、地域課題や有効な支援策を抽出し、高齢者への支援の土台となる社会基盤の整備へとつなげる役割を担っている。高齢者に対する包括的ケアと自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高め、保健・医療職やインフォーマルサービス等を含めた、地域包括支援ネットワークの構築の積み重ねにより、介護支援専門員（ケアマネージャー）のケアマネジメント能力が向上していくことを期待したい。

2012（平成24）年11月30日から2013（平成25）年8月5日まで、計20回にわたり社会保障制度改革国民会議が開催された。この報告書のなかでは、2015（平成27）年からの介護保険事業計画を、「地域包括ケア計画」と位置づけて、各種取り組みを推進することを求めている。これを踏まえて、第6期介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）では、地域課題の解決につなげる地域ケア会議の実施や地域包括支援センターの機能強化が求められるであろう。将来、地域ケア会議が法制化される可能性もあることから、地域包括支援センターと保険者である市町村と

図Ⅶ-4 「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

○地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を開発者と共有するための地域ケア会議を開催する。
 ○市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
 ○市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。



(出典) 厚生労働省「地域ケア会議の概要」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-ho ukatsu/dl/link3-1.pdf (参照日：2014(平成26)年12月21日)

の連携強化に限らず、地域ケア会議を市町村の政策形成まで高めていくことが重要である⁽³⁴⁾。

今後、地域包括ケアシステムにおける在宅看護や在宅介護は、誰がマネジメントを行えばよいだろうか。もし、介護支援専門員(ケアマネージャー)や地域包括支援センターが中心となつてその役割を担うのであれば、医療機関との連携は欠かせない要件である。かかりつけ医・家庭医や訪問看護師が中心となるのであれば、介護事業所や地域サービスとの連携が必須である。地域の特性に合わせた柔軟な医療供給体制の構築には、医療と介護の再編が必要となる。こうなると、地域包括ケアシステムの構築は、医療供給体制の在り方の見直しまで、繋がっていくかもしれない⁽³⁵⁾。特に、地域包括支援センター単独では展開が難しいとされる福祉医療連携では、保険者である市町村に、医師会と地域包括支援センターを繋げる役割が期待されている。2014(平成26)年度には、厚生労働省小児等在宅医療連携拠点事業が実施されている。本事業が定着すれば、在宅医療には行政(市町村)、医療機関、教育機関、専門職の多職種連携だけでなく、家族の視点や地域住民も含めた、患者を取り巻く地域全体の組織論的アプローチも必須であることが立証されていくであろう。また、医療介護総合確保推進法に基づく医療法改正により、地域連携型医療法人制度(仮称)の導入のための検討が進められていくことにも注目していきたい。

4 小括

(34) 「地域ケア会議の実践を情報共有して地域力に—青森県青森市の取り組み—」(月刊介護保険 No. 224, 2014(平成26)年10月号) 6頁。

(35) 詳細については、尾形裕也「日本における在宅医療の現状、課題及び展開」(季刊社会保障研究 第47巻第4号, 2012(平成24)年) 362頁以下参照。

2014（平成 26）年 6 月、医療介護総合確保推進法が公布されたことにより、「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」が改正され、医療法等の改正による制度面での対応に併せて、新たな基金の創設（財政支援制度）と医療・介護の連携強化が一層図られることになった。具体的には、都道府県の事業計画に記載された医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金が都道府県に設置されることである。2014（平成 26）年度からまず医療を対象として実施され、介護については 2015（平成 27）年度から実施される。病床の機能分化・連携については、2014（平成 26）年度は回復期病棟への転換等、さしあたって必要なもののみが対象とされ、2015（平成 27）年度からの地域医療構想（ビジョン）の策定後に更なる拡充が検討されている。2014（平成 26）年度予算は、公費 904 億円（国と都道府県の負担割合については、国 2/3、都道府県 1/3）である⁽³⁶⁾。このような行政（国・都道府県）による財政面での支援はもちろんであるが、在宅介護や在宅医療の推進には、それらを実施する関係機関の協力が不可欠である。特に、医師については、医学部（医師養成機関）や医学部生に限らず、現役の医師自身に、大病院における専門診療科としての医師から、在宅医療を担う「かかりつけ医・家庭医」への発想の転換を求めたい。

また、在宅生活支援には、医療と介護の重複が多いことから、内科医を中心とした「かかりつけ医・家庭医」の専門職養成が必要である。介護保険制度の要介護認定及び要支援認定の一次判定のなかで、主治医の意見書が「診断書」にならないために、生活や暮らしという視点からみた要支援認定及び要介護認定が求められる。この点、要支援認定及び要介護認定については、未だに福祉の視点が弱いのが問題であろう。介護支援専門員（ケアマネージャー）や社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士などの福祉専門職が、研修制度などで医学的な知識を深めて、介護認定審査会のなかで、医者や看護師のように医学面でも意見を発言できるようにしなくてはならない。逆に、地域包括支援センターは、医療の視点が弱いところがある。保健師の代わりに看護師を配置しているセンターもあるが、今後は医師や歯科医師の配置も必要ではないだろうか。これについては、地域ケア会議も同様である。加えて、保健・医療・福祉の連携の基盤整備が整ってこそ、保健・医療・福祉の連携が実現するのであるから、これを実現するための財政支援も必要であろう。

VIII 介護保険における地方分権と市町村の役割

1 介護保険における地方分権化の変遷

介護保険制度はこれまで制度改正が行われるたびに、地方分権化が進められ、様々なサービス

(36) 厚生労働省医政局地域医療計画課「第 106 回市町村職員を対象とするセミナー：医療介護医療介護総合確保推進法に基づく在宅医療の充実について」（平成 26 年 9 月 19 日）。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000061869.pdf>

（参照日：2014（平成 26）年 12 月 28 日）。

について、都道府県から市町村へと権限移譲がなされてきた。これには、市町村が介護保険サービスを提供する基礎自治体としての役割を十分に発揮できるようにするとともに、サービスの基準や決定権などの権限を市町村に与えることで、地域のニーズに応じたサービス提供ができるようにしていくという狙いがある。しかし、市町村への権限移譲が進んでも、十分な財源措置がなされなければ、市町村の負担が増加することはいうまでもない。これまでの改革を見る限り、市町村側に人員と人材が確保されているのか、サービスを提供する施設や事業の基盤が整備されているのか、介護保険に係る財源が準備されているのかなどの諸点について、懸念をいだかざるをえない。ただ権限移譲だけが一人歩きしているようにも思われる。

そこで本章では、介護保険制度施行後、これまでの改正を通して、どのように介護保険制度の地方分権化が進められてきたのか、また、この地方分権化によって市町村の役割がどのように変化してきたのか、さらに、今回の2014（平成26）年改正でそれがどこまで進められたのかについて検討していきたい。

（1）介護保険制度の成立期

介護保険法は1997（平成9）年に制定され、3年間の準備期間を経て2000（平成12）年に施行されたことは周知のとおりである。この法は、これまでの措置制度から契約制度へと転換するとともに、社会保険方式を採用している。また、市町村を保険者と設定することで、自治体・住民の選択を可能にするとともに、地域の実情に合った保険者独自の積極的な運用や支援ができる体制が整えられた。この制度転換には、いくつかの理由がある。まず、市町村を保険者とするについて、厚生労働省は当初の厚生白書では、「介護サービスの地域性や、高齢者福祉や高齢者保健における市町村のこれまでの実績を勘案し、また、地方分権の流れも踏まえて、住民に最も身近な行政単位である市町村を、介護保険制度の中心的な運営主体として位置づけたもの」と説明している⁽³⁷⁾。続けて、市町村の保険者として期待される役割として、「市町村が、サービス量の見込みを立てて保険料を計算する基になる市町村介護保険事業計画を定める際には、市町村の実情に応じて、住民代表を交えた計画策定委員会を設置したり、あるいは公聴会や説明会を開催するなどして、住民の意見の反映を図ることが求められている」とされた⁽³⁸⁾。次に、社会保険方式に転換することで、給付と負担の関係が明確にされ、被保険者が保険料を負担する見返りに、サービスを受給することを権利として意識づけようとした。このような事から、介護保険法は「地方分権の試金石」と評価されるようになった。

しかし、この制度施行当初から市町村の独自のサービスとしては、「市町村特別給付」（62条）が規定されたのみであった。市町村特別給付は、当該市町村の第1号被保険者の保険料のみを財源としており、法定給付の上限額を引き上げることや、それ以外の種類の給付（紙おむつ支給、配食サービスなど）を、地域独自のサービスとして提供することを可能にしていた（18条3項及び62条）。しかし、実際に、市町村ではどのようなサービスが提供されたのかというと、介護保

(37) 厚生労働省『厚生白書（平成12年）』144頁。

(38) 同上書、145頁。

険制度施行1年後の2001（平成13）年度の介護保険事業状況報告書によれば、市町村特別給付はおむつの支給が中心であり、それ以外には寝具乾燥サービス、移送サービス、配食サービスなどが挙げられる。当時、このサービスの費用の合計は7億5476万円となっており、介護給付と予防給付を合わせた保険給付費の4兆884億円と比べると0.02%となっている⁽³⁹⁾。このようなデータから見ても、市町村独自の特別給付の事例は少なく、ごく一部の市町村においてのみこのサービスが提供されていたことがわかる。

（2）2005（平成17）年制度改正

介護保険法は「走りながら考える」制度と位置付けられており、当初から附則第2条で、法施行後5年を目途とした全般的な再検討が予定されていた。これを受けて、社会保障審議会介護保険部会で制度全体の検討が続けられ、その報告書「介護保険制度の見直しに関する意見」（2004（平成16）年7月）が出され、この意見書をもとに法施行後の状況を踏まえた大幅な改正がなされた。

2005（平成17）年改正は、改正目的を「制度の持続可能性」としている。具体的には、①予防重視型システムへの転換（新予防給付、地域支援事業の創設など）、②施設給付の見直し（在宅と施設の給付と負担の公平性の担保）、③新たなサービス体系の確立（地域密着型サービスの創設など）、④サービスの質の確保・向上、⑤負担のあり方・制度運営の見直しという5つの柱からなるものであった。この中で、介護保険制度の地方分権化に大きな影響を与えたのが、①と③である。①では、軽度の要介護者のサービス利用が進んだことや、現在の状態の維持・改善の可能性がある軽度者には既存のサービスよりも生活維持・向上のためのサービスを提供する必要性が求められたことから、要支援及び要介護1を要支援1・2と要介護1に分割再編し、要支援者向けには新・予防給付を導入することとした（52条）。また同時に、地域支援事業を創設することで、要介護、要支援になることを予防するとともに、要介護状態になったとしても、住み慣れた地域で尊厳ある生活を継続できるようにすることを目指すことになった。地域支援事業とは、介護保険の対象となっていないが、将来要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者を対象とし、市町村が実施主体となって、全市町村が行う必須事業（介護予防事業、包括的支援事業）と各市町村の判断で行われる任意事業とを行うものであった（115条の45）。ただし、この事業に活用できる費用は、介護保険財源の3%以内とされていた。

③については、これまでは、都道府県知事がサービスの供給量を決め、同時に事業者の指定・指導監督権限を有していたが、これを改めて、市町村長が指定監督権限を有する地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設（定員29人以下）等の事業）という新しい類型を創設したことである。この背景には、市町村が介護事業計画策定する時に、指定監督権限がないので、想定しがたいサービス供給増に対して、保険者として十分に対応できないということが問題視されたことがある⁽⁴⁰⁾。また、地域密着型サービスの

(39) 厚生労働省『介護保険事業状況報告年報（2001年度）』、田中耕太郎「地方自治体が高齢社会を支える」（月刊福祉2015年1月号）18頁 - 19頁を参照。

(40) 小西啓文「介護保険法にみる地方分権改革推進の功罪」（社会保障法第27号、法律文化社、2012

目的としては、被保険者の生活を住み慣れた地域で支えるために、日常生活圏域での基盤整備を充実させるという意図も含まれている。そのため、このサービスの利用に関しては、原則として当該市町村の住民のみが利用できるよう設定されている。

（３）2011（平成 23）年制度改正

2011（平成 23）年制度改正に当たっては、社会保障審議会介護保険部会が 13 回に渡って開催され、慎重な議論を重ねた結果、改正法の方向性を示す報告書（「介護保険制度の見直しに関する意見」（2010（平成 22）年 11 月 30 日））が公表された。報告書には、2011（平成 23）年の制度改正の目的として、団塊の世代が 75 歳になる 2025（平成 37）年を目指して、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組み等を進めることが明記されていた。具体的には、①医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが切れ目なく提供されることにより、要介護者等への包括的な支援を推進する（地域包括ケアシステム）、②介護人材の確保とサービスの質の向上を図る、③高齢者の住まいの整備等を図る、④認知症対策の推進、⑤保険者（市町村）による主体的な取り組みの推進、⑥保険料の上昇を緩和するために、2012（平成 24）年度に限り、各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用する（介保附則 10 条）、⑦介護療養病床の廃止期限（2012（平成 24）年 3 月末）を 2018（平成 30）年 3 月 31 日まで猶予期間を設け、新たな指定は行わない（健保附則 130 条の 2）、というような改正が行われた。

この中で、特に地方分権と関わりがあるのが、⑤である。⑤では、市町村は、介護保険事業計画に、認知症支援策・在宅医療・住まいの整備・生活支援を盛り込むように努めることが求められた（117 条 3 項）。また、保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能にするため、NPO・ボランティア・民生委員など多様なマンパワーの活用、公民館・保健センターなどの地域の多様な社会資源の活用などが盛り込まれた（115 条の 45）。地域密着型サービス（グループホームや特別養護老人ホーム等を除く）について、6 年間を超えない範囲で市町村の公募・選考による指定を可能にし（78 条の 13）、地域密着型サービス等の介護報酬について、厚生労働大臣の認可を求めることなく、市町村独自の判断で、全国一律の介護報酬額を上回る報酬額を設定することを可能にした（42 条の 2 第 4 項）。

それから、2011（平成 23）年改正では、介護予防・日常生活支援総合事業が地域支援事業の一環として創設された。この事業は、市町村の判断により、要支援者・二次予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施するものである。

（４）2014（平成 26）年制度改正

2014（平成 26）年の改正の詳細については、各章で述べられているので、ここでは、簡単な紹介のみ記載しておくことにしたい。今回の改正内容は、概ね「地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化」を目的としたものとなっている。具体的には、地域包括ケアシステムの構築に

（平成 24）年）28 頁。

向けて、地域支援事業の充実をするために、①多様な主体による生活支援サービスの充実・強化、②在宅医療・介護連携の推進（「在宅医療・介護連携推進事業」の実施など）、③認知症施策の推進（認知症初期集中支援チームの形成と認知症地域支援推進員の育成など）、④地域ケア会議の推進（多職種協働によるケアマネジメント支援の実施、地域のネットワーク構築など）、⑤予防給付（訪問介護・通所介護）の地域支援事業への移行が挙げられる。

費用負担の公平性の観点から、①低所得者の保険料軽減の拡充、②一定以上の所得のある利用者の自己負担引上げ（一定以上の所得のある利用者（単身で所得金額160万円以上の者など）については、自己負担割合を2割に引き上げることとする（2015（平成27）年8月施行））、③補足給付（特定入所者介護サービス費）支給の要件として資産要件等の追加がなされた。

市町村への地方分権化に関するものとしては、①2025（平成37）年を見据えた介護保険事業計画の策定、②サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用、③小規模型通所介護の地域密着型サービスへの移行、④居宅介護支援事業所の指定権限が市町村に移行されたことがあげられる。

2 介護保険における市町村の役割

ここでは、介護保険制度における市町村の役割を確認するとともに、今回の改正と関わりの強い事項を取り上げ、その特徴を説明していきたい。まず、介護保険制度における市町村の役割は、①保険者として、被保険者に関する情報の管理を行わなければならないことである。その具体的な内容として、資格管理、保険料納付管理、受給者の記録管理、給付実績の記録管理などの被保険者に関する情報の管理が挙げられる、②被保険者から保険者に対して、要介護認定の申請があった場合、すみやかに要介護・要支援認定に関する調査を実施しなければならない。③要介護・要支援認定を受けた者に対する保険給付に関わる事務を行うことである。これは、居宅における福祉用具等に関するサービス（居宅介護福祉用具購入費・住宅改修費の支給など）や、市町村における独自のサービス（市町村特別給付など）、事業者によって提供されるサービス以外の保険給付に関する事務ならびに給付の適正化を図ることや他制度による給付との調整を図るような事務が含まれている、④介護保険事業計画の策定と改訂を行うことである。この計画では、市町村の要介護者・要支援者の人数や介護サービスの利用に対する意向を把握し、必要なサービス量を算出することで、実際に提供可能なサービス量を算出する。この計画は、介護サービスの基盤整備計画を図るとともに、第1号被保険者の保険料の水準を決めるためのものでもある。そのため、計画の作成に当たっては、策定委員会の設置等を行い、住民参加のもとで策定をすることになっており、そのなかで市町村の介護支援のあり方やその介護支援に対する負担を含めて決定をし、その責任を果たしていくという仕組みとなっている。そして、この計画は、出来るだけ地域の実情等に応じた介護ニーズに対応していくため、3年ごとに見直しを行わなければならないことになっている。⑤保険料の徴収（第1号被保険者の保険料率の決定、保険料徴収や督促・滞納処分など）に関する事務を行うことである。⑥これらの事務を果たすため、市町村はそれぞれ独自の介護保険条例の制定をしなければならない。なぜなら、介護保険法の規定の中には、条例で定めるべき項目が盛り込まれているからである。また、このほかにも保健福祉事業に関わる事務やサービス

評価といった事務も市町村で行うこととなっている。

今回の改正の内容を踏まえると、市町村の指定権限の拡大や地域支援事業での地域独自のサービスの実施等が行えることになったので、上記項目でいえば、④と⑥の役割が重要になってくる。そこで、この役割と関係の深い市町村の介護サービスの基盤整備、地域密着型サービス、地域支援事業がどのように位置づけられているのか確認しておく必要があると考える。以下、それぞれの項目に分け、その特徴について述べていくことにしよう。

(1) 介護サービスの基盤整備

市町村における介護サービスの基盤整備責任を見ると、国、都道府県それぞれの基盤整備に関わる責務との関連が重要になってくる。そこで、ここでは国の責務を確認するとともに、都道府県、市町村の基盤整備に関わる事業（支援）計画の責務がどのようになっているのか、条文等を参考に見ていくことにする。まず、介護保険法上での基盤整備に関する国の責務については、「国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない」（5条）と規定している。これを受け、厚生労働大臣は、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を定めるものとされている（116条）。この基本的な指針に関しては、介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施に関する基本的事項について（116条2項1号）、市町村介護保険事業計画において介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定めるに当たって参酌すべき標準、その他市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項（116条2項2号）、その他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に必要な事項（116条2項3号）について定めるものとされている。

また、都道府県が定める介護保険事業支援計画では、都道府県が定める区域ごとに、その区域における各年度の介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る必要利用定員総数、介護保険施設の種類ごとの必要入所定員総数、その他の介護給付等対象サービスの量の見込みを定めるものとするとしている（118条2項）。この都道府県の計画においては、次に挙げる事項について努力義務が課せられている。介護保険施設その他の介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項（118条3項1号）、介護サービス情報の公表に関する事項（118条3項2号）、介護支援専門員その他の介護給付等対象サービス及び地域支援事業に従事する者の確保又は資質の向上に資する事業に関する事項（118条3項3号）がそれである。

市町村が定める介護保険事業計画においては、市町村は、その住民が日常生活を営んでいる地域として、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定める区域ごとの当該区域における各年度の認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る必要利用定員総数その他の介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み（117条2項1号）を定めるとともに、各年度における地域支援事業の量の見込み（117条2項2号）を定めなければならないこととされている。

そして、市町村には、以下のような努力義務が課せられている。すなわち、認知症対応型共同生活介護等 117 条 2 項 1 号に挙げているサービスの必要利用定員総数、その他の介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策（117 条 3 項 1 号）、各年度における地域支援事業に要する費用の額及び地域支援事業の見込量の確保のための方策（117 条 3 項 2 号）、介護給付等サービスの種類ごとの量、保険給付に要する費用の額、地域支援事業の量、地域支援事業に要する費用の額及び保険料の水準に関する中長期的な推計（117 条 3 項 3 号）、指定居宅サービスの事業、指定地域密着型サービスの事業又は指定居宅介護支援の事業を行う者相互間の連携の確保に関する事業その他の介護給付等対象サービス（介護給付に係るものに限る。）の円滑な提供を図るための事業に関する事項（117 条 3 項 4 号）、指定介護予防サービスの事業、指定地域密着型介護予防サービスの事業又は指定介護予防支援の事業を行う者相互間の連携の確保に関する事業その他の介護給付等対象サービス（予防給付に係るものに限る。）の円滑な提供及び地域支援事業の円滑な実施を図るための事業に関する事項（117 条 3 項 5 号）、認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項、居宅要介護被保険者及び居宅要支援被保険者に係る医療その他の医療との連携に関する事項、高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事項（117 条 3 項 6 号）が「定めるよう努めるもの」とされた義務である。

（2）地域密着型サービス

地域密着型サービスは、2005（平成 17）年改正で創設されたもので、①夜間対応型訪問介護、②認知症対応型通所介護、③小規模多機能型居宅介護、④認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、⑤地域密着型特定施設入居者生活介護、⑥地域密着型老人福祉施設入居者生活介護がある。その後、2011（平成 23）年改正で、介護給付として、定期巡回・随時対応型訪問介護と複合型サービスが追加された。そして、今回の 2014（平成 26）年改正では、小規模型の通所介護事業所を、①大規模型・通常規模型のサテライト型事業所、②地域密着型通所介護事業所、③小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所に分け、②と③を地域密着型サービスとして位置づけ、市町村が事業所指定を行うこととなった（この改正については、2016（平成 28）年 4 月 1 日までの間の、政令で定める日に施行とされている）。

このように地域密着型サービスが拡大しているのは、基礎自治体とされる市町村に「サービスに関する基準や報酬の設定にあたっては、基本的な趣旨を踏まえ、定型的でなく、地域の特性に十分配慮した対応を行うとともに、地域の独自性や創意工夫を活かした新たな取組を積極的に」行ってほしいとの期待が込められているからである。その方法として、都道府県知事の権限（事業者の指定・指導監督）を市町村長に移譲するとともに、市町村が策定した介護保険事業計画に則ってサービス整備量を調整できるようにし、もしその整備量を超える場合には、指定を拒否できる権限を市町村長に与えることにした。また、介護報酬の設定においても、保険者である市町村の裁量権を拡大することで、市町村への権限移譲を目指している。

しかし、2（1）で見てきたように、都道府県の介護保険事業支援計画によって、当該都道府県の地域密着型入所サービスの必要利用定員総数の算出を行うことになっており、市町村には地域

密着型サービスの指定権限が移譲されたからといって、市町村独自の判断で入所型のサービス量を増大させるということとはできない（たとえば、市町村が地域密着型の特養を勝手に増設することはできない）。つまり、地域密着型サービスの種類によっては、市町村にサービスの質の部分については関与できるようになったが、量に関しては都道府県による調整が入ることになっている。

また、サービスの基準に関しては、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（第1次一括法、平成23年法律第37号）により、地域密着型サービスは、これまで厚生労働省令で定められていた人員基準および設備・運営、利用定員・入所定員に関する基準を市町村の条例で定めることとなった。これにより、それぞれの項目ごとに厚生労働省令との関係で、「従うべき基準」、「標準」、「参酌」の3つの基準が適用されることになった。この法律により、地域密着型サービスが、市町村独自の条例により定められたサービス基準に従って運営されるようになったことは、地域の自主性・独自性を尊重する意味では評価すべきところもある。とはいえ、今後、サービスの質（従業者の員数、居室・病室の床面積等）に関する基準まで、「標準」ないしは「参酌」基準とするかどうかということは、介護サービスにおける国の最低基準保障責任（ナショナルミニマム基準責任）も含めて、もう一度再考していく必要があるのではないかと考える⁽⁴¹⁾。

（3）地域支援事業

地域支援事業の内容等に関しては、3章に詳細を記載していることから、ここでは、今回の改正で、その目的や市町村の役割がどのように変わったかということだけを説明しておくことにする。今回の改正で、地域支援事業は、被保険者の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うこととされた（115条の45）。これにより、市町村では、厚生労働大臣の基準に従って、地域支援事業の一環として介護予防・日常生活支援総合事業を展開することとなった。

さらに今回の改正では、住所地特例制度により、サービス付き高齢者住宅等に転居した者は、その転居した市町村で地域支援事業によるサービスを受けることができるようになる。このことから、市町村の事業計画では、その転居者に対する地域支援事業のサービス利用見込みも含めた形で、策定を進めていかなければならなくなるだろう。

3 2014年改正における市町村の課題と展望

（1）市町村の権限の拡大

地方分権改革においては、自治体が自主財源に基づき、地域住民のニーズに従い、自らが政策立案し、それを実施することを可能にすることが理想である。それでは、これまでの改正を通し

(41) 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（平成23）年）14頁。

て、介護保険制度はどれだけ、その理想に近づけたのか、また、今までの改正でわかってきた地方分権の限界などを考えていくことにしよう。今後の介護保険制度の地方分権化の方向性を考察する上でも重要だからである。

2014（平成 26）年の改正により、指定権限が都道府県から市町村へと移譲されたのは居宅介護支援事業所の指定である。具体的には、市町村には居宅介護支援事業所の事業所の指定、勧告、命令、指定の取消、指定の効力停止といった権限が与えられることになる。この権限移譲の影響は、保険者としての市町村にはかなり大きいものとする。その根拠として、これまでのサービス受給者数とその割合を見てみると、これまでの介護サービスを受けている受給者の状況をみると、2012（平成 24）年度の 1 ヶ月当たりのサービス受給者数は 458 万人（前年度から 24 万人増）となっている。その内訳は、居宅介護サービスが 338 万人（全体の 73.8%）、地域密着型サービスが 33 万人（同 7.2%）、施設サービスが 87 万人（同 19.1%）である⁽⁴²⁾。このことを考えると、サービス全体の約 75%を占める居宅介護サービスに関するケアプランの作成や提供事業者との連絡調整を行う居宅介護支援事業所は、どの自治体にも数多くあるので、その指定を行うとなると保険者の負担は確実に大きくなることが予想される。

この問題と関連して、市町村と居宅介護支援事業所の介護支援専門員との間に発生する問題についても述べておく必要があるだろう。居宅介護支援事業所の介護支援専門員についても、事業所と同様、これまで市町村による指導・監査に加えて、指定権限（市町村側に勧告・命令・指定の取消しといった権限）が与えられることになる。すなわち、この権限は地域密着型サービスと同じ扱いとなるので、市町村が運営基準について条例で独自に定めることになる。そのため、今後、介護支援専門員が手がけるケアマネジメントに対して、市町村の意向が強く働くことが予想される。なぜなら、居宅介護支援事業所の介護支援専門員にとって最も身近な市町村の権限が大きくなることで、いわゆるケアプランチェックなどの強化も可能になるからである⁽⁴³⁾。また、このように市町村に居宅介護支援事業所の指定権限が拡大された背景には、これからの時代に必要な介護支援専門員の資質向上を図るという意図も含まれている。

それから、今回の改正では、小規模型通所介護が地域密着型サービスの中に移行されることとなった。これにより、小規模型通所介護は、市町村が事業者指定、事業者監督、さらには独自の報酬や運営基準の設定ができるようになる。この改正がなされた背景には、小規模型通所介護事業所の事業所数が急増したことがある。実際に、介護保険部会で示されたデータを見ると、2006（平成 18）年 4 月段階で 7075 事業所だったものが、2012（平成 24）年 4 月には 17963 事業所と、その数は約 2.5 倍に増加したことが示されている⁽⁴⁴⁾。なぜ、このような小規模型の増加がみられたかという点、小規模の利点として個別ケアが行き届きやすくなることや、特に認知症の者が落ち着いた環境で生活できるようにするなどという面で、利用者のニーズに結びついてきたからだ

(42) 週刊社会保障編集「介護保険制度の運営状況」（週刊社会保障 No.2788、2014（平成 26）年）131 頁。

(43) 田中元『介護事業所経営者のための改正介護保険早わかり』（自由国民社、2014（平成 26）年）65-66 頁。

(44) 社会保障審議会介護保険部会（第 48 回）平成 25 年 9 月 18 日、「在宅サービスについて」。

と考えられる⁽⁴⁵⁾。また一方では、小規模であれば広いスペースや多くの人員を必要としないので、低コストでの運営がしやすくなるという利点もある。さらに、小規模型の通所介護のほうが、介護報酬が高く設定されていることも大きな要因のようである。ただし、今後は市町村が独自の報酬や運営基準を設定することができるため、他のサービスの均衡を図るために、小規模型通所介護の介護報酬を低くすることや運営基準等を厳しくしていくことで、事業所の適正化を図っていく可能性がある。

また、上記の内容と関連して、地域密着型サービスはもうひとつの問題を抱えている。それは、事業によっては大きく増加したものもあるが、種類によっては市町村が策定した数値目標には到底およばない事業もあり、事業ごとに整備の格差が生じていることである。実際に、事業者数を見ていくと、厚生労働省によるデータでは、定期巡回・随時対応型訪問介護の事業所数（2014（平成26）年7月末時点）は、全国に約510であるのみである。都道府県別の事業者数を見てみると、東京や神奈川、愛知、大阪など都市部に偏っており、青森、宮城、栃木、徳島4県では実施事業所は0であった。事業を活用できる自治体は、介護保険を運営する1580の市町村や広域連合でみれば、全体の15%にとどまることがわかっている。このような事業所別の格差が生じている原因の1つに「事業者側の利益」がある。厚生労働省による2014年3月の介護事業所の経営状況の調査では、定期巡回・随時対応型訪問介護は、その利益率は0.9%であった。この数字を他のサービスと比べてみると、定員30人以上の特別養護老人ホーム（特養）が8.7%であり、通所介護（デイサービス）が10.6%であるから、定期巡回・随時対応型訪問介護の利益率の低さがうかがえる。確かに、小規模型通所介護のように、地域のニーズがあり、コストがかからず、介護報酬も高いとなれば、当然、多くの事業者の参入が見込まれるが、定期巡回・随時対応型訪問介護のように、地域のニーズがあっても、コストがかかり、介護報酬が低ければ、多くの事業者はそのサービスを敬遠することになるだろう。

しかし、このように事業者の利益によって、サービスの増減が決まることは問題である。なぜなら、このようにサービスが偏在していることから派生して別の問題が起きているからである。その問題とは、夜間介護サービス等が利用のできない者の宿泊施設として、全国でも広がりつつある小規模通所介護の「お泊まりデイ」が急増していることである。「お泊まりデイ」とは、「自主事業として通所介護施設で昼間の利用者が事業所内で低額の料金で宿泊する（介護保険の対象外のサービス）」施設である。この「お泊まりデイ」が急増している背景には、居宅介護の限界（家族介護が限界に瀕している）と低料金で利用できる介護施設が不足していることなどが挙げられる⁽⁴⁶⁾。しかし、「お泊まりデイ」は、デイサービス事業に使用した部屋を宿泊施設として利用することから、部屋に簡易ベッドを並べるだけの設備であり、高齢者は個人のプライバシーも確保できない不十分な環境の中で寝泊まりしなければならず、しかも、夜間の介護職員の確保がなされているのかということもわからないからである。

そこで、この問題を解消していくためには、2つの方法があるように思われる。1つは、特別養護老人ホーム等の介護保険施設、サービス付き高齢者向け住宅等の高齢者の住まい、ショートス

(45) 田中元、前掲書注（42）、62頁。

(46) 増田雅暢「介護保険制度の課題と将来」（週刊社会保障 No.2788、2014（平成26）年）147頁。

テイの定員数の増加など、「お泊まりデイ」に代わるサービスを増大させるということである⁽⁴⁷⁾。そして、もう1つは、小規模通所介護の自主事業である「お泊まりデイ」に対して、市町村による監督を厳しくしていくという方法である。ただ、このような対策をとったからといって問題がすべて解決するわけではない。前者は、質の高いサービスが提供される反面、建設や設備投資等に係る膨大な費用と事務手続き等の時間が必要となる。後者は、市町村の監督を厳しくすることで適正な運用がなされるかもしれないが、市町村にそのような余力があるのかということや、その結果本当に適正なサービスが行われるようになるのかといった問題がある。

今回の改正も含め、市町村に権限を移譲することで、地域住民の状況に合わせ、地域の実態を反映した介護サービスが展開されることが期待されていることは明らかである。しかし、市町村によっては適正なサービス提供よりも自治体財政の悪化などを避けるために、効率化を図るあまり、条例でかなり多くの定員数を定めたり、事業所の専門職の人数を縮減したりすることで、サービスの質を低下させるような事態が起きないとも限らない。しかし、市町村の取組み次第では、その逆の展開も考えられる。例えば、市町村としては、劣悪なサービスや質の低いサービスを避けたいと考えた場合、介護保険事業計画と連動させる形で、逆に厳しい基準を設定することも可能である。つまり、市町村の考え次第で、サービスの質や量が変わるということである。こう考えると、これから市町村には、自らの市町村のなかでどういった地域のニーズがあり、どのようなサービスを準備すべきなのかを真剣に検討していくことが求められる。その検討（積極的な意見交換）は、もちろん地域住民、介護事業者、自治会等の関係者を含めてなされなければならない。その検討結果を受け、市町村として、今後目指すべき姿や方向性を示すとともに、その実現に向けた具体的なサービスの決定や住民ボランティア組織の形成などに努めていくことが望まれる。

（2）地域支援事業の実施

今回の改正を受けて、市町村が地域支援事業の中で市町村独自のサービスをどのように推進していくべきなのか、独自のサービスを展開するための課題となるものは何かということについて考察していきたい。まず、市町村の行う地域支援事業は、市町村がどのような事業内容にするかを決定する自由、すなわち企画の自由をもっている。このことは、市町村の取組み次第で、地域の独自性が生まれる可能性がある反面、地域間格差を生じる可能性が危惧されている。そこで、各市町村が地域のニーズに応じた地域支援事業を展開するに当たって、地域間格差が生じることについて、どう考えていくべきであろうか。

この地域間格差の問題については、賛否が分かれるところである。賛成派の意見としては、もともと介護保険制度は、地方分権化を図っていくことで地域の実情に応じて柔軟な対応を可能にしているという意味では地域間格差の存在自体を一切許していないというわけではないとする考え方である⁽⁴⁸⁾。つまり、地域間格差が存在していることを前提とした上で、市町村は保険者とし

(47) 増田雅暢、前掲書注(46)、147頁。

(48) 地域間格差を容認する意見として、稲森公嘉「介護保険制度改革」(論究ジュリスト2014(平成26)年秋号(11号))23頁、小西啓文、前掲書注(38)、32頁などを参照。

て、被保険者のニーズを的確に把握し、自治体で必要とされるサービス提供体制やサービスの量を確保するよう努めることが必要であるという考えである。他方で、別な考え方もある。今後、ますます高齢化が進む中で、高齢化率の高い市町村ほど介護保険料が高騰することが考えられる。地域支援事業の財源は、介護給付費見込み額のなかで、原則 3%+1%以内とされている。そうになると、高齢者の割合が高い地域で地域支援事業を充実させようとするれば、介護保険料が高くなり、その結果、地域間の高齢者の偏在が当該市町村と住民の責任に転嫁されることになる⁽⁴⁹⁾。確かに、地域の実情に応じたサービスの提供を行うわけであるから、地域間格差は一定程度は是認しなくてはならないところがある。しかし、だからといって、その地域間格差が「法の下での平等」（憲法 14 条）に違反すると思われる程度に拡大したり、サービスの質が大きく低下するような事態を招くようなことがあってはならない⁽⁵⁰⁾。それとともに、高齢化率の高い自治体の負担がかなり大きくなることから、財政面でも是正措置が必要と思われる。

次に、市町村は地域支援事業を企画し実施する場合、どのような点に配慮していく必要があるのかということである。今回の改正で予防給付のうち訪問介護・通所介護が地域支援事業に含まれることとなった。今後の地域支援事業では、市町村は、保健・福祉・医療関係の有資格者や介護保険事業者だけでなく、住民ボランティア組織などを活用した「多様な主体」による運営を心がけなくてはならない。と同時に、サービスの質も維持・向上させていかななくてはならない。地域支援事業といっても、サービスの種類によっては、専門的知識や技術を有していることが前提となる場合が多く、住民ボランティア、NPO 等によってどこまでその専門性が保てるかということが問題となるだろう。また、市町村が今後このサービスを支える「多様な主体」をどう確保していくのか、また、その主体をどのようなサービスと結びつけていくのかという課題も残されている。

次に、今回の改正では、地域支援事業の利用者負担の金額や単価を市町村が決定できるため、近隣の市町村との間で事業所等の介護サービスの価格競争が起きるのではないかと懸念される。地域支援事業に関する資料として厚生労働省が出した『「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についての Q & A』では、利用者負担と単価設定に関して、「総合事業により多様なサービス提供をするには、それにあわせた基準や単価等を市町村が定める必要があるが、その基準や単価等は条例で定める必要があるか。」という問いに対して、「地域支援事業はあくまで市町村が実施するものであり、介護保険法上基準等の制定を条例委任している規定も設けられておらず、また、住民主体の支援など高齢者の多様なニーズに対応する多様なサービスが地域で展開されることが見込まれる中で、行政側もそれに応じた事業展開ができるようにする必要があることから、基準や単価等については必ずしも条例で定める必要はないと考えている（ただし、委託や直接実施で事業を実施する場合において、利用者から手数料を徴収する場合には、条例を定める必要があると考えている。）」と回答している⁽⁵¹⁾。こうなると、近隣の市町村で同じようなニーズがあり、同じサービスを提供しようとした場合、各市町村の財政基盤等の違いによって

(49) 阿部和光「福祉サービスにおける社会保険の将来像」（『社会保険改革の法理と将来像』、法律文化社、2010（平成 22）年）224 頁。

(50) 石橋敏郎、前掲書注（40）、14 頁。

(51) 厚生労働省『「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についての Q & A』44 頁。

サービスの価格を決定することができるため、財源に比較的余裕のある市町村では事業所等の希望する単価に合わせてサービスが提供でき、財源が厳しい市町村ではサービスに対する単価が低く設定されるので、事業者が敬遠して、サービスを提供できないという事態が起り得るのではないかと考えられる。

さらに、この問題に関連しては、地域の福祉ニーズよりも事業者の利益が優先され、事業者の利益になるサービスだけが增加するのではないかという危惧もある。この問題は、3(1)で触れたが、地域支援事業でも同じようなことが起きる危険性がある。例えば、これまで予防給付で通所介護、訪問介護を行ってきた事業者が、地域支援事業に移行したとたん、収益が低下するので、今後は要介護者向けの通所介護や訪問介護へと変更することも考えられる。低単価を設定できる地域支援事業よりも、たとえ運営基準等の縛りがあったとしても単価や介護報酬等の面で安定している要介護者向けのサービスを展開する方が、事業者としては利益が大きくなるからである。

それでは、事業者の参入がない場合には、市町村が地域支援事業に関するサービスを直接実施するのかというと、このことについても難しい面がある。その1つの理由に、改正された地域支援事業のリスクマネジメントを見てみると、「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン(案)」では、事故時の対応に関して、「現在も地域支援事業により行われる各種サービス提供時の事故については、サービス内容や実施方法等に応じ、民間事業者や団体等によるサービスは実施主体ごとに、市町村が直接実施する事業は市町村が、それぞれ事故報告の窓口設置や損害保険への加入などの対応を行い、事故発生時に必要な対応がとられている。総合事業による各種サービス事業の提供に当たっても、基本的に同様の考え方に基づく運用となる。例えば、市町村が直接実施する場合等には市町村が、指定制度を活用して指定事業者がサービスを提供する場合や補助により民間事業者や団体等がサービスを提供する場合には実施主体が、保険加入等必要な対応を行うことが適当である。」と述べている⁽⁵²⁾。つまり、市町村が地域支援事業におけるサービスを直接実施する場合のみ、事故が起こったとき、その責任を負うことになる。逆に言えば、市町村が直接実施しなければ、市町村は事故に対して責任を負うことはないわけである。そして、2(1)で見てきたように、市町村は地域支援事業に関する方策を講じるようになってきているが(117条3項2号)、これは努力義務として規定されているだけである。そうなれば、地域のニーズが高く、サービスを必要とする高齢者がいたとしても、市町村はリスクを負ってまで、直接実施する必要はないと判断する可能性もある。

最後に、今回の改正では、制度の「持続可能性」のみが強調され、「利用者主体」や「サービスの自己選択・自己決定」の理念が損なわれているのではないかということを描きおきたい。そもそも介護保険制度創設時は、これまでの措置方式から社会保険方式に変更することで、行政による一方的な決定ではなく、利用者自身がサービスを主体的に選択することができるようになることが利点としてあげられていた。「利用者主体」という視点から考えた場合、地域支援事業では、市町村が事業への対象者を決め、提供されるサービス内容等を検討するなど、すべてにわたって判断の主導権を握ることになる。こうなると、今回の要支援者の訪問介護・通所介護の新総合事業への移行で、制度の持続可能性を求める「効率化」の名のもとに、地域ニーズに応じた利

(52) 厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン(案)」126頁。

利用者主体のサービスは大きく後退するのではないかという懸念が生じてくる。たとえば、従来の予防給付であれば、利用者が自らケアプランを作成すること（セルフケアプラン）が認められていたが、今回、改正された地域支援事業では、地域包括支援センターがケアプランを作成するため、セルフケアプランの仕組みがなくなってしまう。つまり、自分が受けたサービスは自分で選択できなくなり、地域包括支援センターの選択に委ねるしかないということになる。そうになると、これまで介護保険制度で強調されてきた「サービスの自己選択・自己決定」という理念まで後退していったのではないかという批判がある。制度の持続可能性は重要であるといっても、「サービスの自己選択・自己決定」といった介護保険創設の本来の理念が損なわれかねないように配慮することも必要であろう。

（3）地域支援事業に対する市町村の責任

まず、今回の改正で地域支援事業に対する市町村の責任は、介護予防・日常生活支援総合事業の事業範囲の拡大に伴い、よりいっそう大きいものになったということは言うまでもない。では、市町村には地域支援事業の中で地域独自のサービスを展開するにあたり、その責任は、どのようになるのか、具体的な内容、その性格について若干の検討を試みておきたい。市町村特別給付は市町村が独自色を出せる仕組みであるが、ほとんど実施していないことは前述した。市町村特別給付に対する市町村の責任は、事業を企画すること自体が市町村に任されていることから「事業企画責任」⁽⁵³⁾であり、特別給付の実施については、あくまでも「社会的ないし政治的責任」⁽⁵⁴⁾の範囲にとどまる。しかし、地域支援事業については、「事業企画責任」や「事業実施責任」⁽⁵⁵⁾が課せられているように思われる。今回の改正によって市町村に課せられた地域支援事業の責任は、市町村は地域支援事業のサービス基準や事業内の財源配分、単価等を決定しなければならないので、事業企画責任はあるといえる。一方、事業実施責任の方は、地域支援事業の一環である総合事業を設ける必要はあるものの、その事業は市町村が必ずしも直接実施する必要はなく、地域支援事業を市町村介護保険事業計画どおり実施する責任はさほど重くないと考えられる（117条3項2号）。しかし、今回の改正で生活支援・介護予防サービスの体制整備を図るための事業（115条の45第2項第5号）の規定が盛り込まれ、地域支援事業の体制整備を行う実施責任がでてきたため、総合事業以外のサービスに関して市町村に対して全く責任が問われないことにはならない

(53) ここでいう「事業企画責任」とは、「サービス事業の企画段階で、ニーズに対応するための企画立案、事業を企画することが決定でき、その事業における給付の要件及び内容、費用の負担方法、その事業を運営するための組織や人員等をどうするかという決定を行うこと」に考えている、新田秀樹「介護保険法における市町村の責任」（『社会保障改革の視座』、信山社、2000（平成12）年）232頁を参照。

(54) ここでいう「政治的ないし社会的責任」とは、「司法的ルートで問う責任のことを法的責任とし、それ以外の非司法的ルートで問う責任のこと」として考えている。新田秀樹、前掲書注（53）、234頁を参照。

(55) ここでいう「事業実施責任」とは、「サービス事業を実施段階において、サービスを実施するかどうか、実施する場合、特定の個人に個別給付を行うかどうか、どのような内容の決定を行うかどうかを決定すること」として考えている、新田秀樹、前掲書注（53）、233頁を参照。

(56)。もっとも、市町村は、地域支援事業の中でも介護予防・日常生活支援総合事業（115条の45）やその他（115条の45第2項）に挙げられている事業に関しては、事業を準備する法的な責任はあるものの、その内容やサービスの質・量に関しては市町村に対する政治的ないし社会的責任にとどまると考えられる。すなわち、市町村には法律に基づいて（厚生労働省令に従って）事業を実施する責任があるので、これに関しては法的責任を問うことが可能であろうが、その事業の具体的な内容やサービス量については、政治的ないし社会的責任を問えるにすぎない。したがって、サービスの内容、質・量に対する不満は、地域住民からの要望を高めることにより解消していく以外にはない。

4 小括

ここまで、2014年介護保険法改正により、地方分権化が進み、様々な介護サービスの指定権限等が都道府県から市町村への権限移譲がなされたこと、及びその移譲により発生する問題点等について検討してきた。そのなかで、今回の改正によって、居宅介護支援事業所の指定権限移譲や小規模型通所介護が地域密着型サービスへと移行したことから、市町村の条例による運営基準等の設定も含めて、市町村の管理体制（指定、監督、勧告、指定の取消等）や介護保険制度に対する考え方の違いによって、居宅介護サービスの質と量がこれまで以上に変化していくことが予想される。これとともに、予防給付から介護予防訪問介護と介護予防通所介護が地域支援事業へ移行され、地域支援事業というなかで地域独自のサービスが展開されることから、地域支援事業では「市町村の意向」（事業の運営基準やサービスに応じた単価をどう設定するか、費用をどの事業にどう分配するのかといった具体的な内容も含め）と、地域の「多様な主体」（NPO、ボランティア組織など）の数とその協力体制によって、事業内容が大きく変わることになる。

今後は、介護サービスに対する市町村の意向を表すものとしての「市町村介護保険事業計画」がさらに重要になってくると考える。この計画は、地域住民の福祉ニーズや地域の高齢者の状況等を踏まえて、地域に必要とされる介護サービスの量など（サービスの種類と割合に関するものも含め）を打ち出さなければならない。しかし、介護保険事業計画は、あくまでも地域支援事業の「方策」を講じるものであり、その内容を「実施」をすることは努力義務にとどまる。つまり、市町村が地域住民等から意見を聴き、多くの地域ニーズを把握した上で、策定委員会で議論を重ねて計画立案されたとしても、それが計画のまま実施されずに終わった場合でも、市町村には法的な責任を問えないということになる。そこで、この計画が方策を講じるだけで終わらせないためにも、国もしくは都道府県の側で、地域支援事業が計画通りに実行できた場合の地域への費用対効果や好影響、その地域における介護サービスの必要性や緊急性等を評価したうえで、それを支援するために補助金等を準備することが必要であろう。このような国、都道府県、市町村の連携を通して、地方分権化が進められ、市町村の責任のもとに地域の実情にあった介護サービス事業が展開されることが望ましい。

(56) 介護保険法第115条の45第2項5号では、「被保険者の地域における自立した日常生活の支援及び要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止に係る体制の整備その他のこれらを促進する事業」と定められている。

IX 介護保険制度改革における 2014 年改正の意味

介護保険法は、附則第 2 条「・・・被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容、・・・保険料の負担の在り方を含め、この法律の施行後 5 年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとする。」との規定を受けて、ほぼ 5 年ごとに改革が行われてきた。今回の 2014（平成 26）年改正が 4 回目の改革に当たる。2008（平成 20）年の不正事業防止のための改正を除いては、いずれも介護保険制度の基本にかかわるような内容を含んだ大改革が連続して行われてきた。これまでの改革の根底には、①介護保険財政を抑制して制度の持続可能性をどのようにして図るか（財政抑制と持続可能性）、②地域の実情に合ったサービス提供ができるよう、市町村への権限移譲を一層推進する（地方分権化）という 2 つの流れが共通して存在している。今回の改正もその流れに沿ったものである。そこで、本章では、この 2 つの視点から、2014（平成 26）年改正の内容を紹介し、改正の意味とその位置づけについて若干の検討を加えることにしたい。

1 2014 年改正法の内容

（1）自己負担の増加

これまで介護保険サービスの利用者自己負担は、利用者の所得の多寡にかかわらず、一律に 1 割負担となっていたが、介護保険財政の窮迫という事情から、2014（平成 26）年改正により、一定以上の所得のある利用者については、2015（平成 27）年 8 月より、自己負担が 2 割にアップされることになった。審議の段階では、後期高齢者医療制度においては、患者負担は通常 1 割であるが、現役並みの所得を有する高齢者には 3 割自己負担を課しているもので、これにならって介護保険でも 3 割負担でどうかとの意見も出されていた。しかし、治療がすれば患者負担がなくなる医療保険とは違って、介護保険サービスは長期的に継続していくものであるから、3 割自己負担は過重すぎるのではないかとということで、結局 2 割負担ということに落ち着いたとされている⁽⁵⁷⁾。具体的に 2 割負担とする所得水準をいくりにするかについては、65 歳以上の高齢者のうち所得上位者 20%とした場合、合計所得金額 160 万円以上の者（年金収入で、単身 280 万円以上、夫婦世帯 359 万円以上）を基本にして、その金額を政令で定めることになっている⁽⁵⁸⁾。この点について、社会保険の原則は、一定率の利用者負担をすれば、同じサービスが受けられるというものであり、今回の 2 割自己負担はこの原則に反するものであるとか、高額所得者はすでに保険料拠出において高い負担をしているのに、自己負担でも高い金額を払わなければならないというのは 2 重負担であり、「公平性」に反するという批判がある⁽⁵⁹⁾。これに関しては、一部負担金をどのような性

(57) 増田雅暢「介護保険制度の課題と将来」(週刊社会保障 No.2788、2014 年 8 月 1-18 日) 144 頁。

(58) 厚生労働省老健局資料「介護保険制度の改正案について」(2014(平成 26)年 2 月)。ただし、月額上限が定められているので、負担見直し対象者の全員が 2 倍の負担をしなければならないわけではない。

(59) 増田雅暢、前掲書注(56)、145 頁。稲森公嘉「介護保険制度改革」(論究ジュリスト 2014 年秋

格のものとするかによって違ってくることになる。一部負担金の法的性格については様々な見解が示されているが、立法制定時の考え方としては、「診療の濫用の防止」(旧国民健康保険法)や「適正な受診」(老人保健法)といった理由があげられていた⁽⁶⁰⁾。このように一部負担を、濫受診の防止、あるいは、受診を抑制する効果を狙ったものと理解すれば、所得の多寡にかかわらず一律の応益負担で行うべきであるという結論になる⁽⁶¹⁾。たしかに、1982(昭和57)年の老人保健法制定当時、それまでの老人医療費無料化を改めて、一部負担金1ヶ月ごとに400円(外来)を課したときには、無料化からくるモラル・ハザードを防止し、医療費の伸びを抑えるという濫受診防止としての性格が明確であったろう。しかし、その頃と現在とでは状況が大きく違ってきている。一部負担金の性格を公平性の確保という観点からとらえるならば(何と何との公平かという問題はあある)、介護保険財政の厳しい状況の中で、財源の公平な負担あるいは財源への公平な貢献といった見方をすれば、高額所得者に対する応能負担は、一定の限度はあるにしても、一部負担金にも適用されることはありうるのではないかと思われる。

また、今回の改正で、施設利用者の中で低所得者に対して食費・居住費を補助していた「特定入所者介護サービス費(補足給付)」(介護保険法51条の3)の支給要件に、入所者本人の所得だけでなく、資産(預貯金等。不動産については引き続き検討課題)や配偶者の収入をも勘案することが追加された。たとえば、預貯金等が単身者で1000万円、夫婦世帯で2000万円を超える場合は補足給付の対象外とする、世帯分離した場合でも、配偶者に課税されている場合は対象外とする、給付額の決定に当たり、非課税年金とされている遺族年金や障害年金もこれからは収入として勘案するなどである。補足給付は、2005(平成17)年改正により、施設サービス等の食費及び居住費が自己負担となったので、これを負担できない低所得者に対して、負担軽減をはかる目的で、特定入所者介護サービス費として、介護保険給付の形で支給することにしたものである。しかし、低所得者の食費と居住費を介護保険財源から保険給付として支給することについては批判が多い。低所得者対策は、生活保護受給者が介護サービスを利用した場合、その1割自己負担分が介護扶助(生活保護法15条の2)でまかなわれているのと同じように、公費で補填するのが順当なやり方であろう⁽⁶²⁾。

号、平成26年11月19日)24頁。

(60) 台豊「医療保険法における一部負担金等に関する考察」(青山法学論集52巻1号、2010年)には、一部負担金の性格について、法制定当時の立法者の意識、その後の学説について詳しく述べられている。

(61) 菊池馨実『社会保障法制の将来構想』(有斐閣、2010年12月)143頁では、「保険料負担の場面で応能負担が原則であるとしても、利用者一部負担については、それが本来的に応益負担の観点から、モラル・ハザードの回避をねらいとして設けられたものである以上、応能負担とすることには必ずしも合理性があるとはいえない。この点で、高額療養費制度における患者負担の所得階層別二重負担制には問題がある。」と述べている。

(62) 今任啓治「介護保険制度の12年・その主要な改革と変容(上)」(アドミニストレーション19巻1号、熊本県立大学総合管理学会、2012年11月)68頁。ドイツ、イギリス、アメリカ、スウェーデン、デンマークでも、同様に、低所得者が負担できない分は公費でまかなわれている。

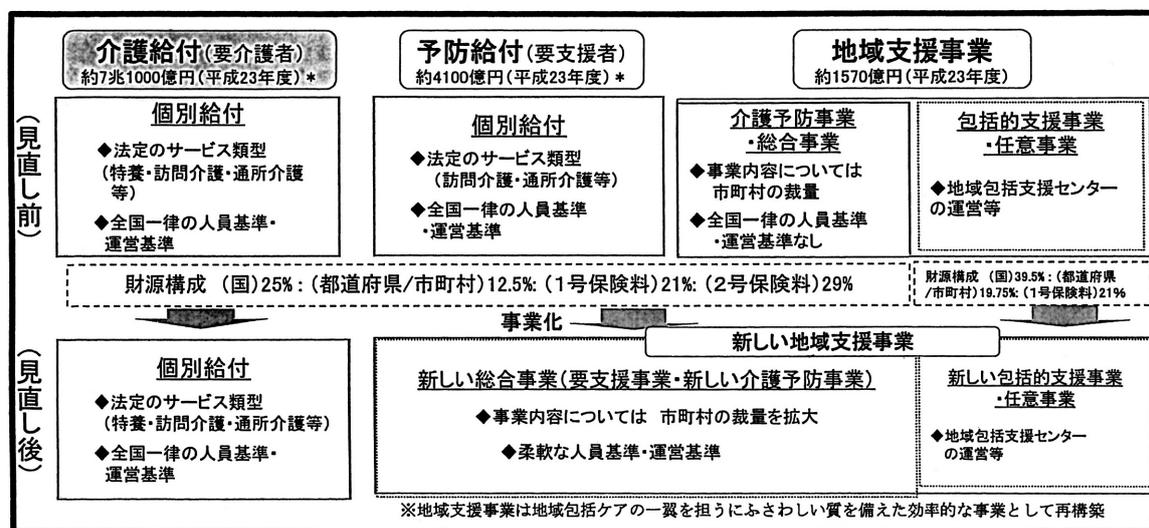
(2) 訪問介護・通所介護サービスの地域支援事業への移行と生活支援サービス

今回の改正で、従来、予防給付の中に含まれていた訪問介護（ホームヘルプサービス）と通所介護（デイサービス）については、2017（平成29）年4月までに、市町村が行う地域支援事業に移行することになった。地域支援事業は、2005（平成17）年改正により予防重視型システムが導入された際、要支援・要介護状態にならないよう予防するために、市町村が実施主体となって、要介護状態になるおそれのある高齢者（二次予防対象者）等を対象とした介護予防事業、包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント事業）、その他の任意事業が介護保険法に盛り込まれたことに始まる（115条の45第1項）。その後、2011（平成23）年改正により、要支援者に対する介護予防サービスと二次予防対象者への介護予防事業を総合的かつ一体的に実施できるように「介護予防・日常生活総合支援事業」が追加された（115条の45第2項）。「介護予防・日常生活総合支援事業」事業は、多様なマンパワーや社会資源の活用を図りながら、地域の創意工夫を活かした取り組みを市町村に期待するものである。このことにより、たとえば、要支援と自立を行き来するような高齢者には、総合的で切れ目のないサービスを提供したり、虚弱・ひきこもりなど介護保険利用につながらない高齢者にも、それにふさわしいサービスを提供したり、また、自立や社会参加意欲の高い高齢者には、社会参加や活動の場を提供するなど、これまでの枠（要支援認定を受けた高齢者と二次予防対象者たる高齢者、自立高齢者などの枠）を超えて総合的にサービスを提供することが可能になった。いずれも介護保険財源の3%を（厚生労働大臣の認定を受けた場合は4%）を使って行われる事業である。

しかし、これまでの介護予防サービスについては、その効果があまりあがらなかったこともあって、以下のような問題点が指摘されてきた。①介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであったこと。②介護予防プログラム終了後の受け皿がなく、活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分ではなかったこと。③介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないかということ。

そこで、これからの介護予防の考え方として、機能回復訓練だけに偏った予防策ではなく、活動や参加も含めた予防策として、以下のような改善策が打ち出されてきた。①機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチを含めたバランスのとれたアプローチが重要である。地域において、リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取り組みを推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現をめざす。②高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手たる高齢者にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。③住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。④このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である

表IX-1 新しい介護予防・日常生活総合支援事業



(出典) 厚生労働省資料

市町村が主体的に取り組むことが不可欠である⁽⁶³⁾。

こうして、内容的には、心身機能回復訓練だけでなく、活動や参加といった要素を加えた形で、また、対象者的には、これまで要支援認定を受けていた高齢者もそうでない一般高齢者も含めて、市町村による地域支援事業としての「新しい総合事業(新しい介護予防・日常生活支援総合事業)」がスタートすることになったのである。厚生労働省の説明によれば、今回の新しい総合事業には、以下のような点で効果が期待できると説明されている。

「予防給付について、柔軟なサービスの内容等に応じて、人員基準、運営基準、単価等について柔軟に設定できる地域支援事業に移行すれば、事業の実施主体である市町村の判断で以下のような取り組みを実施し、効率的に事業を実施することが可能。

- ① 例えば、既存の介護事業者を活用する場合でも、柔軟な人員配置等により効率的な単価で事業を実施。
- ② NPO、ボランティア等の地域資源の有効活用により効率的に事業を実施。
- ③ 要支援者に対する事業に付加的なサービスやインフォーマルサービスを組み合わせた多様なサービス内容の事業を実施。
- ④ 多様なサービス内容に応じた利用者負担を設定し、事業を実施。従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討。利用料の下限については、要介護者の利用料負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要。①～④の取り組みを

(63) 社会保障審議会介護保険部会(第51回)、資料1「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」(2013(平成25)年10月30日)。

通じた効率的な実施について国としてガイドラインで市町村に対して周知。」⁽⁶⁴⁾

新しい総合事業では、これまでの要支援者は、新しい総合事業によるサービス（訪問介護・通所介護サービス等）と、予防給付による他のサービス（たとえば、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護など）とを適切に組み合わせながら、サービスが利用できるようになる。また、新しい総合事業のみ利用する場合（たとえば、訪問介護）には、これまでのような要支援認定手続きは不要とされ、基本チェックリストのみで判断を行うことになっている。特徴的なのは、これまでの二次予防事業対象者把握のために用いてきた「基本チェックリスト」を、介護予防・生活支援サービス事業の対象者把握に用いている点である。市町村や地域包括支援センター等の窓口相談にきた利用者や家族に対して、まずはこの基本チェックリストを用いて事業対象に該当するかどうかを簡便に判断する。その結果、より状態が重いと判断されれば、要支援認定につなぐほか、状態が軽度で介護予防・生活支援サービス事業の対象に該当しない場合は、一般介護予防事業等や、その他の市町村事業等につなぐことになる。

財源措置については、訪問介護・通所介護が地域支援事業に移行するのであるから、これまでのように当該市町村の介護給付見込額の3%以内という基準は見直すことが検討されている。ただし、地域支援事業への移行は、介護保険財源の中でかなりの部分を占めている要支援者に対する訪問介護と通所介護部分の事業費（しかも予防給付の給付額は高齢者の伸び以上に伸びている）を抑制しようという意図を持って実施されることになる。厚労省の説明では、現在の給付見込み額の伸び（約5～6%程度）を抑えて、将来的には認定率が高まる後期高齢者の人数の伸び（約3～4%）程度に抑制・効率化することを推進するとされている。3%から4%の費用抑制を強行しようとするれば、当然のごとく、サービスの量や質に影響が及ぶことになろう。

また、新しい総合事業では、地域での見守りとか配食とかゴミ出しといったような各種生活支援サービスの実施が強く打ち出されているのも特徴的である。具体的にいうと、訪問型サービスでは、既存の訪問介護事業所による身体介護・生活援助の訪問介護のほかに、NPO・民間事業者等による掃除・洗濯・配食等の生活支援サービス、住民ボランティアによるゴミだし・洗濯物の取り入れ・食器洗い・安否確認、交番・金融機関・コンビニ等の連携による認知症高齢者見守り等の様々な生活支援サービスが考えられている。通所型サービスでは、既存の通所介護事業所による機能訓練等の通所介護のほかに、NPO・民間事業者等によるミニデイサービス・コミュニティサロン・認知症カフェの実施、住民が主体となって行う体操・スポーツ活動・交流の場の設定、リハビリ・栄養・口腔ケア等の専門職等が関与して行う各種健康教室の開催などが考えられている⁽⁶⁵⁾。そして、高齢者の個々にニーズに沿って、各種の公助・共助・互助サービスを組み合わせながら、生活支援も含めた総合的な日常生活支援事業をスムーズに展開できるように、市町村に新しく「生活支援サービスコーディネーター（地域支え合い推進員）」を配置することになった⁽⁶⁶⁾。

(64) 厚生労働省資料、前掲書注（63）。

(65) 社会保障審議会介護保険部会（第52回）2013（平成25）年11月14日、資料2「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」。

(66) コーディネーターには特定の資格要件は求めないが、地域のサービス提供主体と連絡調整できる立場の者であるので、国や都道府県が実施する研修を修了としていることが望ましいとしている。厚労省では、今年度中にコーディネーターの養成に向けて研修カリキュラムやテキストの作成を行

こうした市町村による日常生活支援サービスは、すでに2011（平成23）年改正段階で介護保険法に盛り込まれていた事項であるが、任意事業であったため、2012（平成24）年度では、わずか27の保険者（市町村等）が実施しているに過ぎなかった（第5期介護保険事業計画期間では約132の保険者が実施予定）⁽⁶⁷⁾。そこで今回の改正では、これを改め、日常生活支援サービスは、2018（平成30）年3月まですべての市町村で実施するようにしたものである。

訪問介護・通所介護の地域支援事業移行は、同時に、市町村への権限移譲・裁量権の拡大という内容をともなうものであった。新しい総合事業の実施に当たっては、サービスの内容、人員配置基準、職員の資格、利用料、事業所に支払われる報酬単価等についても、市町村の裁量で決定できることとされ、これによって市町村への権限移譲がまた一歩進められることになった。たとえば、市町村が、新しい総合事業を事業者へ委託した場合の費用の単価については、サービスの内容に応じて市町村が設定することになる。ただし、訪問型・通所型サービスについては、現在の訪問介護・通所介護（予防給付）の報酬以下の単価で市町村が設定することになっている。また、利用料についても、地域で多様なサービスが提供されることになるので、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定することになる。ただし、従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもとで、市町村が設定する仕組みを検討することとしている。利用料の下限については、要介護者の利用者負担割合を下回らないような金額とすることが必要とされる。もちろん、利用者個人単位の限度額も市町村によって設定される。

また、市町村への権限移譲による事務負担を軽減するために、いくつかの支援策も考えられている。たとえば、市町村による契約・審査・支払い事務の負担軽減策としては、市町村が事業所を認定する等により特定する仕組みを導入する予定である。具体的には、市町村が毎年度委託契約を締結する事務を不要とするため、現在の指定事業所の枠組みを参考にしつつ、事業所を認定等により特定する仕組みを設けるとか、審査・支払いについては、国民健康保険団体連合会を活用するとか、介護認定の有効期間を延長するとかの措置が検討されている⁽⁶⁸⁾。

しかし、今回の地方分権化で最も重大と思われるのは、サービスの内容、人員配置基準、担当する職員の資格といったサービスの質の保障にかかわるような部分の権限移譲である。厚生労働大臣が策定するガイドラインによれば、たとえば、通所型サービス基準については、表IX-2のようになっている。

これをみると、従来の予防給付に相当する通所介護サービスは、国が定める基準をほぼ遵守するかたちで決められているが、緩和した基準によるサービス（通所型サービスA）や、住民ボランティア・住民主体の自主活動によるサービス（通所型サービスB）では、国の基準よりかなり緩和された基準を設定できるようになっている。もっとも、必ず遵守すべき事項として、①事故発生時の対応、②従事者または従事者であった者による秘密保持、③従事者の清潔保持と健康の管理、④廃止・休止の届出と便宜の提供についての基準は設定するよう事業者に求めている⁽⁶⁹⁾。

うことになっている。

(67) 厚生労働省資料、前掲書注(62)。

(68) 同上書資料。

(69) 特集「新しい総合事業の『ガイドライン』案提示」(月刊介護保険 No.223、2014年9月、法研)

通所型サービス A や同 B がどのような内容のサービスを想定しているのか、あるいは、従事者にどのような資格を求めているのか等についてはいまだはっきりしていないので、この表だけから判断するわけにはいかないであろうが、少なくとも、現行の訪問介護・通所介護基準より緩和さ

表IX-2 通所型サービスの基準

※下線は、市町村や指定事業者等が事業を実施する際に、法令上必ず遵守すべき事項。それ以外は参考例。

	①現行の通所介護相当	②通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)	③通所型サービスB(住民主体による支援)
人員	<ul style="list-style-type: none"> ●管理者※ 常勤・専従1以上 ●生活相談員 専従1以上 ●看護職員 専従1以上 ●介護職員 ~15人 専従1以上 15人~ 利用者1人に専従0.2以上 ●機能訓練指導員 1以上 ※支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。	<ul style="list-style-type: none"> ●管理者※ 専従1以上 ●従事者 ~15人 専従1以上 15人~ 利用者1人に必要数 ※支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。	<ul style="list-style-type: none"> ●従事者 必要数
設備	<ul style="list-style-type: none"> ●食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上) ●静養室・相談室・事務室 ●消火設備その他の非常災害に必要な設備 ●必要なその他の設備・備品 	<ul style="list-style-type: none"> ●サービスを提供するために必要な場所(3㎡×利用定員以上) ●必要な設備・備品 	<ul style="list-style-type: none"> ●サービスを提供するために必要な場所 ●必要な設備・備品
運営	<ul style="list-style-type: none"> ●個別サービス計画の作成 ●従事者の清潔の保持・健康管理 ●<u>秘密保持等</u> ●<u>事故発生時の対応</u> ●<u>廃止等の届出と便宜の提供</u>等 (現行の基準と同様) 	<ul style="list-style-type: none"> ●必要に応じ、個別サービス計画の作成 ●<u>従事者の清潔の保持・健康管理</u> ●<u>従事者または従事者であった者の秘密保持</u> ●<u>事故発生時の対応</u> ●<u>廃止等の届出と便宜の提供</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ●<u>従事者の清潔の保持・健康管理</u> ●<u>従事者または従事者であった者の秘密保持</u> ●<u>事故発生時の対応</u> ●<u>廃止等の届出と便宜の提供</u>

(出典)「新しい総合事業のガイドライン案提示」月刊介護保険 Vol.223、2014(平成26)年9月、17頁

れたものとなるであろう。従事者の専従義務などの緩和については、今後、社会保障審議会介護給付費分科会で検討していくことになっていが、いずれにしても、人員・設備ともに、これまでの要支援者に対する介護予防給付サービスの基準よりもかなり低い基準が設定されることが予想される。提供されるサービスの内容・性質や程度にもよるが、基準の設定しただけでは、サービスの質の低下を招くのではないかと危惧する意見が出てくるのは当然のことであろう⁽⁷⁰⁾。

2 2014年改正法の意味とその問題点

2014(平成26)年改正法で一番論議を呼んだのは、それまで保険給付として行われていた要支援者に対する訪問介護と通所介護事業を、市町村が運営する地域支援事業へと移行させるとともに、これに見守り、配食などの日常生活支援サービスを組み合わせて、新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」に再編成したことであろう。移行の理由は、要支援者に対する介護予防給付については、市町村が地域の実情に応じて、住民の多様な主体による柔軟な取り組みにより、効果的かつ効率的にサービスの提供ができるようにすることである。介護保険法が制定された当初

17頁。

(70) 伊藤周平「医療・介護総合確保法案のねらいと課題〔上〕〔下〕」(賃金と社会保障 No.1611、1612、2014年6月上旬号、下旬号)〔上〕の17頁。

も、市町村が介護保険の実施主体（保険者）とされた理由が「市町村が地域の実情に応じて…」取り組めるということであった。そのため、市町村の判断で実施できる「市町村特別給付」の規定が盛り込まれ（62 条）、その例として、おむつ支給、移送サービス、寝具乾燥サービス、配食サービス、訪問理容美容サービスなどがあげられていた。しかし、実際にはおむつ支給が大半であり、それらを含めて市町村特別給付を実施している市町村は、厚生労働省の調査では、2011（平成 23）年度ではわずか 135 保険者（8.5%）であり、保険給付費全体に占める割合は 0.02%（2012（平成 24）年度）にすぎない。しかも、この比率は、介護保険制度実施直後の 2001（平成 13）年度からほとんど変わっておらず、市町村特別給付はその後伸びていないことが報告されている。「地域の実情に応じて…」といわれても、毎回ごとの大幅な保険料値上げで、住民感情に対して敏感になっている市町村としては、更なる保険料負担を住民に要求してまで独自の特別給付を実施する余裕はなかったものと思われる⁽⁷¹⁾。これと同じように、新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」がどこまで「地域の実情に応じた」事業を展開できるのか、やはり期待と不安とが同時によぎる。確かに、今回の新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」は、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の地域資源を巻き込んで実施される事業であるので、その点では、地域の実情を反映したものになりやすいのかもしれない。しかし、他方で、ボランティアをはじめとして、その担い手不足は慢性的に続いているし、サービスによっては一定の資格保有者が従事しなければならない場合もあるから、その有資格者の確保も困難なのではないという声も聞かれる。ましてや、新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」には、約 5～6%程度と予想される給付見込み額の伸びを、約 3～4%程度に抑えるという使命というか枠がはめられている以上、設備や人員の縮減とそれによるサービスの質の低下という事態が予想される。「地域の実情に合わせて…」それなりの質の低いサービスがその地域の住民に提供されるようであってはならない。地域間格差も程度問題ではあるが、ある一定限度を超えたような格差は介護保険法の趣旨に反するものとなる。そうならないように、やはり、国による一定のサービスの質を保障できるような基準の設定や適切な予算措置は必要なのではないか。この点で、2014（平成 26）年改正により、消費税増税分を活用した新たな基金が都道府県ごとに創設されることになった。この基金の規模及び用途については、いまだ明確になってはいないが、その規模とやり方しだいでは、市町村に独自の事業展開を可能にしたり、サービスの質の維持・向上に寄与することになるのかもしれない。

次に、新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」の介護保険法における位置づけの問題である。実際の高齢者の在宅生活をみれば、それこそ介護・家事援助から通院などの移動支援、買い物代行、はては話し相手から見守り・安否確認まで、幅広い支援のもとに成り立っていることがわかる。したがって、新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」がこうした支援のすべてを含む形で構成されているのは、まさしく「総合事業」の名にふさわしいことなのかもしれない。しかし、その反面、ボランティアなどのインフォーマル・サービスをも含めたことで、介護保険法のカバーする範囲や国・地方公共団体の責任といったものがあいまいになったのではないかという印象はぬぐいきれない。話し相手や見守りといったボランティア活動と、介護保険財源や公

(71) 田中耕太郎「地方自治体が高齢社会を支える」（月刊福祉 2015 年 1 月号）18 頁。

的資金を投入してやるべき活動とのすみわけは明確になされなければならない。まして、もともと介護サービス費用の保障という金銭給付方式をとっている介護保険法の法体系のなかに、こうしたボランティア活動も含めた地域福祉システムを取り込んでくることには、違和感があるという主張もうなずけるところであろう⁽⁷²⁾。

他方、要支援者を新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」のなかに取り込んで、介護保険法による介護給付の対象者たる要介護者と区別したことは、理論的にはうなずけるところがある。もともと、要支援者に対する予防給付は、「予防」というより、「要介護状態悪化防止」のための給付という性格のものであった。これに対して、今回の改正で、要介護認定者を除くすべての高齢者に要介護状態に陥らないように予防するための支援を行うこととし、これを「予防給付」と呼ぶのなら、それはそれで概念がより明確になったといえる。このことによって、実務的には、軽度の要支援者の要支援認定が微妙であり、要支援者と非該当者（自立高齢者）との判定が難しかったという課題が解決されることになる。ただ、今回の改正で、これまで要支援2と判定された高齢者のなかから要介護1の判定を望む者が増えてくるかもしれない⁽⁷³⁾。介護保険法の給付である介護給付と市町村が行う地域支援事業とのサービス内容の格差がうわさされるなかでは、なおさらのことであろう。

「利用者の選択に基づく利用者本位制度」という介護保険法の理念からの問題点も出されている。介護保険法は、利用者本位の制度として、利用者自らの選択に基づいたサービス利用が可能となることが基本的理念のひとつであった（2条3項）。そのため、これまでの要支援者は、自らのケアプラン作成（セルフケアプラン）も含めて、専門的な知識を持った介護支援専門員（ケアマネージャー）のケアマネジメントを受けて、その後、自ら選択した事業所を通じてサービスを受けていた。しかし、今回の地域支援事業への移行によって、要支援者は新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」の中に取り入れられることになったが、そこでは、簡単なチェックリストによる判定がなされた後、市町村が準備するサービスをそのまま受け入れることになる。要支援者の立場からみれば、利用者本位の理念が後退し、市町村主導による旧措置的な仕組みのもとに、決められたサービスを受ける以外にはないということになる⁽⁷⁴⁾。社会保障審議会介護保険部会でも、地域支援事業移行について、「市町村がすべて決めてしまうことにならないよう、利用者の自由な選択という権利が冒されないように十分念頭に置くべきである。」との意見が出されている。

最後に、介護サービスを担う人材の確保の問題がある。2014（平成26）年改正法は、介護人材確保対策として、介護福祉士の資格取得方法の見直しの施行時期を2015（平成27）年度から2016（平成28）年度に延期するという規定を設けているが、それ以外には介護人材確保の基本的な対策を打ち出しているわけではない。介護職の慢性的不足は今も続いており、それどころか、事態は一層深刻化しているといつてよい。政府は、2015（平成27）年度介護報酬改定に際して、特養や通所介護の利益率が高いことを理由に、2%弱から2%後半の割合で介護報酬を引き下げる方向

(72) 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11月15日）12頁。

(73) 増田雅暢、前掲書注（56）、144頁。

(74) 稲森公嘉、前掲書注（59）、24頁。

で調整入ったことが報告されている⁽⁷⁵⁾。ただし、介護サービス従事者の人手不足に対応するため、介護職員の賃金アップに充てる分の報酬は確保し、1人あたり平均で1万円程度上げる方針を示している。介護報酬の引き下げは、介護サービスの提供体制に大きな影響を及ぼすことになり、ひいては介護職員の働き方・職場環境にも少なからず影響することは明らかである。介護職員の確保のための思い切った対策をとるとともに、介護労働に対する社会的な評価を高めていく必要がある。

X おわりに

介護保険制度を持続可能なものとするための財政縮減策として、国民への負担増、「病院・施設から在宅へ」という動き、及び「自助」・「互助」の強調、市町村への権限移譲といった一連の政策の推進は、ここ数年、加速化された形で進められてきている。「社会保障制度改革は、…自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、…家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。」(社会保障制度改革推進法2条1項)、「政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る…」(同7条)、「政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取り組みを奨励するものとする。」(持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(プログラム法)5条1項)といった最近の立法にもそれが明確に示されている。2014(平成26)年の介護保険法改正もその延長線上に位置づけられ、介護保険制度の持続可能性とそのため財政縮減策をより明確に打ち出した改正であるということができよう。介護保険法改正を含む19の法律改正からなる医療介護総合確保推進法1条では、「この法律は、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する措置を講じ、…」と規定されている。

医療サイドでは、医療費抑制策として病床規制と在院日数を縮減する施策をとり、福祉サイドでは、特別養護老人ホームの入所者を中重度者に限定して、病院・施設から地域への移行を図るという政策は、介護保険法制定以来、一貫して続けられてきた政策である。そして、その地域での重要な受け皿として「地域包括ケアシステム」が位置づけられている。しかも、そのシステムは、高齢者自身やボランティア等のインフォーマル・サービスも含めて構想されている。「高齢者が、たとえ重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現」(厚生労働省ホームページ)するという理念にはもちろん賛成できるが、その実現への道のりは容易ではない。厚生労働省の発表によれば、特別養護老人ホームの待機者が2013(平成25)年度で52万2000人にのぼり、前回調査の2009(平成21)年度から比べて24%

(75) 熊本日日新聞、2015(平成27)年1月7日。

の増加であることが分かっている。その一方で「病院・施設から在宅へ」の掛け声は年々強くなってきている。「社会保障・税一体改革」（「社会保障・税一体改革大綱」、2012（平成24）年2月17日閣議決定）の後押しを受けながら、診療報酬・介護報酬の改定による誘導策などによって、少しずつではあるが在宅医療・在宅福祉充実（地域包括ケアシステム）への動きが着実に押し進められてきている。しかし、現実にはどうであろうか。高齢者の地域での生活を可能にする鍵は、医療にあるといっても過言ではないが、在宅医療は、診療報酬上の優遇策にもかかわらず、いまだ脆弱のままであるといわざるをえない。また、上記のように特別養護老人ホームの入所希望者がいまなお莫大な数に上っているのは、実際には、在宅での支援、特に医療分野での支援が十分ではなく、在宅での生活に高齢者本人も家族も不安をいただいているからである。施設志向をくいとめるだけの質量共に内実を持った地域包括ケアシステムがいつ実現できるのか。厚生労働省は、2025（平成37）年を目途にこれを完成させる予定であるといっているが、見通しは決して明るくはない。2014（平成26）年介護保険改正法は、それに向けての一步前進とはいえるとしても、その先の道のりの長さのほうを思えば、国民には、いまだわずかな一步としかみえまい⁽⁷⁶⁾。

介護保険制度の持続可能性は単に財政的側面だけの処置で図られるものではないことはもちろんである。持続可能性を持った社会的基盤の構築も重要な柱のひとつであることは間違いない⁽⁷⁷⁾。しかし、肝心の地域包括ケアシステムが、自助・互助に頼りきるような仕組みになってしまうと、サービスの継続的提供が危うくなるだろうし、国の予算措置が十分ないままに市町村への権限移譲を行えば、サービスの質の低下や極端な地域間格差が生じてくることは目に見えている。もしそうした事態が起きるとすれば、それは、介護保険法の理念に反するばかりでなく、かえって国民の地域包括ケアシステムへの信頼を揺るがすことになるだろう

（永尾孝雄先生には、九州大学大学院以来、約40年の長きにわたって、公私共にお世話になった。

この論文の共著者も、皆、アドミニストレーション研究科で先生のご指導をいただいた者ばかりである。先生の学恩に改めて感謝しながら、このつたなき小論文を先生にささげて、先生のますますのご健勝とご活躍をお祈りするしだいである。）

(76) 前述のように、2012（平成24）年4月に始まった「24時間地域巡回型サービス」の普及はほとんど進んでいないといつてよい。

(77) 菊池馨実「社会保障と持続可能性」（週刊社会保障 NO.2807、2015年1月5日）39頁。菊池氏は、「社会保障の持続可能性を財政的な側面に限定するのは狭隘に過ぎる。たとえば、地域（コミュニティ）レベルでの支えあいの基盤といった、社会保障制度の前提となるべき社会的基盤の再構築を通じて、持続可能性が高まるという面も見逃せない。こうした観点から、地域包括ケアシステムや介護保険の地域支援事業も積極的に評価すべきと考えられる。」と述べている。