
 論 説

福祉サービスの供給体制論・再論 —「地域包括ケアシステム」を視野に入れて—

豊 島 明 子

はじめに

介護保険法（1997年12月制定、2000年4月施行。以下、「介保法」と言う）による高齢者福祉法制の大転換は、福祉サービス利用関係の契約化の先駆けとなり、また、介護サービス供給体制の在り様にも多大な変化を与えてきた。介護保険がわが国の介護サービス供給体制に与えた影響のうち最大のものは、営利事業者参入が、着々と、また、事業分野によっては極めて著しく、かつ、急激に進展したという事実であろう。本稿の課題は、介保法施行後15年余が経過した現時点において、改めて介護サービス供給体制について、そのあり方の法的検討を行うことである。

福祉行政領域におけるサービスの供給体制を論じる際、福祉ニーズを有する者の権利保障の視点からこれを検討することが不可欠であることは言うまでもないが、福祉行政領域における自治ないし民主性の観点も重要であると思われる。これは、社会福祉という営為そのものが、元来、私的事業として生成、発展してきたという歴史的経緯に関わっており¹⁾、わが国においても、戦後の福祉法制における基本法であった旧社会福祉事業法（1951年制定。以下、「旧事業法」と言う）が社会福祉法人制度を定めて法人組織の民主的運営を推進するとともに、社会福祉協議会制度についても規定して、地域における社会福祉事業の組織化を図り、社会福祉事業全体の組織化を民主的に推進することを目指したこと、また、旧事業法が社

1) ドイツにおいて形成されてきた私的福祉事業が公的な法制度の中に位置づけられる過程について、豊島明子「ドイツ連邦社会扶助法における行政の責任（一）—私的福祉事業との協働関係規定を素材として—」、「同（二）完」名古屋大学法政論集166号（1996年）159～190頁、同167号（1997年）405～434頁参照。

会福祉法へ改称されるとともに大改正された際に盛り込まれた、地域福祉の理念に照らしても、重要な観点であると思われる²⁾。このような戦後から続くわが国の福祉法制の展開に照らしても、福祉サービスの供給体制のあり方は、当事者の権利保障の観点のみならず、福祉における民主性実現の観点からも本来捉えられるべきものであると考えられる。

一方、福祉サービスの供給体制は、公的規制の法制度のあり方次第で様々なに形成される。この15年余の介保法を基軸とする高齢者福祉政策の歩みを顧みると、このことは現に確認できる。例えば、これほどまでに営利事業者参入が促された法的要因としては、介保法が事業者参入に係る公的規制として採用した指定制度の存在がある。これにより、居宅介護サービス分野においては、営利・非営利の別を問わず法人格を有する主体である限り、指定基準を満たしさえすれば、介保法下でのサービス供給主体として参入が許された。

このような介保法下でのサービス供給体制を論ずる際、これまでの間、営利事業者参入をめぐる諸問題にしばしば目が向けられがちであった。あるいは、営利事業者参入それ自体をストレートに論じるのではない場合であっても、介保法下で展開されてきた選択と競争を促す法的仕組みが介護サービス供給体制や利用者の権利保障に及ぼす影響に、焦点が当てられる傾向があった³⁾。その意味では、これまでの介保法下でのサービス供給体制論においては、概して、福祉の営利化・市場化が中心的論題の1つとされてきたと言える⁴⁾。しかしながら近年、このような介護サービス供給体制をめぐる状況に、新たな展開が生じている。それは、2014年介保法改

2) 旧事業法下での福祉の民主性が、現行社会福祉法下においていかに展開しつつあるかについては、豊島明子「福祉サービスの供給体制論—公的規制の観点から—」社会保障法 25号(2010年) 113～127頁参照。

3) 福祉分野のサービス供給体制に関する代表的先行研究として、倉田聡「医療・福祉分野におけるサービス供給主体論」社会保障法 14号(1999年) 55～69頁、菊池馨実「社会福祉の再編と公共性—社会福祉法人と社会福祉事業のあり方をめぐって—」法社会学 68号(2008年) 108～119頁がある。また、経済学における準市場ないしは疑似市場論からのアプローチとして、例えば、駒村康平「介護保険、社会福祉基礎構造改革と準市場原理」季刊社会保障研究 35巻3号(1999年) 276～284頁。なお、筆者自身も、以前、検討を試みたことがある。豊島明子「福祉行政における供給体制論」神長勲・紙野健二・市橋克哉編『室井力先生古稀記念論文集—公共性の法構造』(勁草書房、2004年) 577～598頁。

4) 1990年代半ば以降の社会保障構造改革を市場化と営利化という視角から論じた先行研究として、法学分野のものではないが、横山寿一「社会保障の市場化・営利化」(新日本出版社、2003年)参照。

正によって一層活発化しつつある「地域包括ケアシステム」（以下、「地域包括ケア」と言う）推進の動きである。地域包括ケアの登場によって、介護サービス供給体制論は、福祉の営利化・市場化という枠組みでは包含しえない、前述したような福祉における自治ないし民主性に関わる新たな次元の論題をも抱えることとなったと思われるからである。そこで本稿では、高齢者福祉分野に焦点を当てて、地域包括ケアの登場が介護サービス供給体制に与える影響の検討とともに、この動きがこれまでの介護サービス供給体制論にいかなる変化をもたらすものと言えるかについて、考察を試みたい⁵⁾。

具体的には、介保法施行によるサービス供給体制の変化を跡づけ（1.）、サービス供給体制の在り様を左右してきた公的規制の法制度の変化を特徴づけた上で（2.）、地域包括ケアの登場がいかなる意味で介護サービス供給体制の新展開と言いつけるのかを考え（3.）、以上のような介保法下での一連のサービス供給体制の展開を踏まえ、福祉サービス供給体制論の理論的課題を指摘して締め括る構成とする。

1. 介護保険法下でのサービス供給体制の変化

(1) 行政の役割の変化

介保法の指定制度（70条、78条の2、79条等）を媒介として、各種の介護サービス事業におけるサービス供給主体の多様化が進展した。加えて、供給主体の多様化は、介保法下でのサービス利用関係の契約化と連携・連動することにより、公的介護保障のための市町村の役割の大幅な民間化をもたらし、市町村による介護サービスの現物保障の役割を縮小させてきた。

すなわち、従来、老人福祉法に基づく措置制度下で市町村が担ってきた役割のうち、①サービス利用に係る相談援助、②サービス内容の決定、および③措置委託の役割が、介護保険の保険者としての市町村の役割から取り除かれ、①の役割はケアマネジメントを担う介護支援事業者へ、②の役

5) 本稿は、2015年11月8日に開催された、「2015年度日本地方自治学会研究会」での報告原稿をもとに、その後に接した文献を参照し、大幅に加筆修正を加えたものである。

割は介護サービス事業者へ⁶⁾、それぞれ役割が移されたことに加え、介保法下では介護サービス事業者と保険者との間に高齢者へのサービス提供に係る委託関係がそもそも存在しないため、③の役割は完全に消失したのである。このようにして介保法下での市町村は、要介護認定の申請を受け、もっぱらこれらに対する判断（＝要支援ないし要介護認定）、すなわちサービスの要否決定のみを担うこととなり、その結果、要支援ないし要介護認定を得た高齢者に対し金銭給付としての保険給付を行う役割のみを担うこととなった。またその際、サービスの要否決定が各被保険者の受けうる給付限度額の決定と連動するがゆえに、介保法の登場は、介護の権利保障の総量を枠づけることをも意味した。

(2) サービス供給主体の経年変化

1) 居宅介護分野への営利事業者参入

ここで、介保法施行後の各介護事業所の経営主体の推移を見ておきたい。以下に掲げた【表】はいずれも、厚生労働省が毎年実施してきた「介護サービス施設・事業所調査」の公表結果を事業別に数年ごとに抜き出して並べたものである⁷⁾。ここから分かるように、介保法施行以来、居宅介護分野において営利法人の占める割合に、著しい上昇が見られる（【表 1】～【表 3】）。

【表 1】「居宅介護支援事業所」の経営主体別事業所数の構成割合（％）

年度 \ 主体別	地方自治体	社会福祉法人	医療法人	営利法人	NPO
2000	11.9	35.0	25.1	18.1	0.9
2003	4.6	34.1	23.6	26.0	1.9
2007	2.0	30.1	20.2	36.8	3.3
2011	1.3	29.4	18.6	40.6	3.5
2015	0.9	25.7	16.1	48.7	3.3

6) ただし、サービス内容の決定は、サービス事業者により一方的になされるのではなく、サービス利用者との契約締結ないし履行過程を通じて、実現される。

7) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html>)。なお、この調査では、主体別として、協同組合等の他類型についても調査されているが、これらの類型については割愛した。

【表2】「訪問介護」の経営主体別事業所数の構成割合（％）

年度	主体別 地方自治体	社会福祉法人	医療法人	営利法人	NPO
2000	6.6	43.2	10.4	30.3	2.1
2003	1.5	33.0	9.0	44.8	4.7
2007	0.7	26.5	7.2	54.1	5.9
2011	0.5	23.9	6.5	58.6	5.6
2015	0.3	19.4	6.2	64.8	5.1

【表3】「通所介護」の経営主体別事業所数の構成割合（％）

年度	主体別 地方自治体	社会福祉法人	医療法人	営利法人	NPO
2000	22.2	66.0	4.2	4.5	1.3
2003	3.6	61.9	7.9	19.1	4.0
2007	1.9	42.3	8.0	38.8	5.6
2011	1.1	36.9	7.5	46.4	5.1
2015	0.6	27.3	6.4	59.3	4.0

【表1】～【表3】の数値は、居宅介護分野に関しては、介保法が指定制度による規制を施すにとどめていることの反面として、営利事業者参入が着実に促されたことを示すものと言える。そしてこれによる当然の帰結として、この分野では、営利事業者の占める割合が上がる一方、地方自治体をはじめとする他の供給主体の割合は一様に低下してきたことが分かる。中でも、地方自治体のサービス供給主体としての役割の低下については、1.(1)で指摘した介保法の法的仕組みに基づく行政の役割の変化と相まって、行政の相談援助機能および現物保障機能の低下をもたらす要因としても、作用してきたと言えよう。

2) 地域包括支援センターの創設

しかしその一方で、介護予防支援事業所（以下、「地域包括支援センター」と言う）の状況に関しては、ごく最近、その割合に低下の傾向が見られるものの、地方自治体が運営主体全体の3割前後を占める傾向が続いており、また、これと並んで、伝統的にわが国の福祉サービス供給主体の中心を成

してきた社会福祉法人の割合が上昇する傾向も見られることから、前述の居宅介護分野とは異なる様相を呈している点が注目される（【表4】）。

地域包括支援センターは、元々、「地域住民の心身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、地域住民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して、包括的支援事業等⁸⁾を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関⁹⁾として2005年介保法改正の際に創設された。その際、委託による設置も可能とされたが、市町村自らが設置するか委託により設置するかを問わず、市町村が設置運営の責任主体とされたものである。それゆえ同センターは、当初から地方自治体直営によるものが3割超を占め、委託先も、包括的支援事業を適切、公正、中立かつ効率的に実施することができる法人とすべき旨の省令（介保法施行規則140条の67）の規定を受けて、社会福祉法人がその中心を占め、前述の居宅介護における場合とは対照的な状況が続いてきた。

【表4】「介護予防支援事業所（地域包括支援センター）」の経営主体別事業所数の構成割合（%）

主体別 年度	地方自治体	社会福祉法人	医療法人	営利法人	NPO
2007	35.2	43.6	11.7	3.6	0.7
2009	31.8	47.9	11.4	3.8	0.6
2011	29.4	49.5	11.9	3.3	0.7
2013	28.1	51.9	12.4	1.6	0.5
2015	26.8	53.6	12.9	1.4	0.6

8) 包括的支援事業は、2005年改正により新設されたサービス体系である「地域支援事業」を構成するサービス類型である。地域支援事業には、介護予防事業（地域の高齢者のうち要支援・要介護になるおそれの高い者を対象とする介護予防事業）、包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント事業、総合相談支援事業、権利擁護事業および包括的・継続的ケアマネジメント支援事業）、任意事業の4類型が含まれる。また、2005年改正の際、地域包括支援センターは、これらの地域支援事業とは別に、同改正により新設された「新予防給付」のケアマネジメントの実施主体としても位置づけられた。

9) 厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知「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日老計発第1018001号、老振発第1018001号、老老発第1018001号）。

地域包括支援センターは、当初、地域支援事業（旧 115 条の 38〔現行法では 115 条の 45〕）のうち、①介護予防ケアマネジメント事業¹⁰⁾（旧同条 2 号）、②総合相談支援事業¹¹⁾（旧同条 3 号）、③権利擁護事業¹²⁾（旧同条 4 号）、④包括的・継続的ケアマネジメント事業¹³⁾（旧同条 5 号）の 4 事業を地域において一体的に実施する役割を担う中核的拠点として創設され、それゆえにこれら 4 事業¹⁴⁾の委託を行う際には 4 事業全てを一括して委託すべきこととされ（旧 115 条の 40 第 2 項〔現行法では 115 条の 47 第 2 項〕）、その趣旨は、同センター創設時から「それぞれの事業の有する機能の連携が重要である」ためと説明されてきた¹⁵⁾。

また、地域包括支援センターの運営は、「地域包括支援センター運営協議会」（以下、「運営協議会」と言う）の意見を反映させつつ行われるべきものとされた。運営協議会は、地域包括支援センターが「運営協議会の意見を踏まえて、適切、公正かつ中立な運営を確保す」べきとされたように（介保法施行規則 140 条の 66 第 2 号ロ）、同センターの運営に関与すべき協議体として設置が求められたものである。運営協議会の構成員は、通知¹⁶⁾において、介護サービスの事業者、職能団体（医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、機能訓練指導員等）、介護サービスの利用者、介護保険の被保険者のほか、「介護保険以外の地域の社会的資源や地域における権利擁護、相談事業等を担う関係者」、「地域ケアに関する学識経験者」とすることが「標準」とされた上、このほか「在宅介護支援センター等の

10) 特定高齢者（＝主として要介護状態等となるおそれの高い虚弱な状態にあると認められる 65 歳以上の者）の把握に関する事業において、「市町村が把握・選定した特定高齢者についての介護予防ケアプランを作成し、その介護予防ケアプランに基づき、地域支援事業における介護予防事業等が包括的かつ効率的に実施されるよう、必要な援助を行う」事業。同上。

11) 「初期段階での相談対応及び専門的・継続的な相談支援、その実施に当たって必要となるネットワークの構築、地域の高齢者の状況の実態の把握を行う」事業。同上。

12) 「成年後見制度の活用促進、老人福祉施設等への措置の支援、高齢者虐待への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止に関する諸制度を活用し、高齢者の生活の維持を図る」事業。同上。

13) 「包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用、介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行う」事業。同上。

14) これら 4 事業は、介保法上、「包括的支援事業」として一括りにされてきた（旧 115 条の 39 第 1 項〔現行法では 115 条の 46 第 1 項〕）。

15) 前掲 (9) 通知。

16) 同上。

福祉関係団体が参画することが望ましい」とされ、その選任については、「センターの公正・中立性を確保する観点から、地域の実情に応じて市町村長（特別区の区長を含む。）が選定す」べきこととされた。

以上のように、地域のサービス事業者・利用者・被保険者・関係団体らが参加する運営協議会の関与を受けつつ運営される地域包括支援センターについて、その設置に係る責任主体として市町村が位置づけられたことは、保険者としての市町村の役割に新たな要素を付加するものであったと見ることができる。すなわち、同センターは、地域における一体的、ないしは連携によるケアを可能にする構想の実現のための具体策であり、また、介保法施行とともに失われた市町村の相談援助機能の回復を図る構想とも捉えうるものであり、前述のような各種利害関係者や住民らの参加制度をも備えた組織と見ることができる。したがって、2005年介保法改正による同センターの設置は、前述の居宅介護分野での営利事業者参入の進展、すなわち、介保法下での市場化・営利化がもたらしたサービス供給体制の変化という事象とは一線を画する側面を持つ動きとして、位置づけうる面がある。

2. 介護保険法改正による規制強化の進展

(1) 2005年介護保険法改正

わが国の公的介護保障の大転換をもたらした介保法は、元々、施行後5年を目途として制度の全般的検討とともに必要な見直しを行うべきことが想定されていた。結局のところ、介保法はこれ以後もさらなる変化にさらされる運命を辿ることとなるのであるが、いずれにせよ2005年改正は、まさしく最初の大改正であった。

2005年改正の筆頭に挙げられたのは、介護予防の重視策である。従来、要支援・要介護1～5の6段階であった要介護度を、要支援1・2・要介護1～5の7段階に再編し、これにより、従来の要介護1のうち状態の維持・改善可能性が高いと認められた者に相当する者が「要支援2」に振り分けられることとなった上、要支援1・2の者は新たな予防給付（＝新予防給付）のサービス対象者と位置づけられることとなった。

これらの改正の一環として、前述の地域包括支援センターを創設して、新予防給付のほか要支援・要介護状態になるおそれの高い高齢者を対象とした地域支援事業としての介護予防に係る事業をも含む、介護予防全般に係るケアマネジメントを担わせることとし、同センターを中核とする地域包括ケア体制の制度化が開始されることとなったのである。なお、このように2005年改正が予防重視策を採った背景には、制度見直しの基本的考え方として掲げられた「持続可能性」の存在があった¹⁷⁾。

さらに、2005年改正時には、以上の改正点と並んで、各事業者に対する種々の規制の大幅な強化も行われた。具体的には、介護支援専門員の登録制が導入され、さらにその更新制も導入された。加えて、介護支援専門員には種々の新たな義務が課されることとなり、業務遂行における不偏性と公正・誠実性、ならびに指定居宅介護支援事業者に課された要介護者の人格尊重、法令遵守および職務忠実遂行等の義務とともに、これらの義務への違反には登録削除という不利益処分でもって対処する仕組みが置かれた。また、併せて、介護サービス事業者への規制強化も行われ、指定の欠格事由の追加、指定の6年ごとの更新制の導入、指定基準違反の事業者に対する公表を伴う勧告、および勧告不服従の場合における公示を伴う措置命令、指定の取消事由の追加といった種々の制度が整備された。またこのほか、介護サービス情報公表制度が創設されるとともに、このとき創設されたサービス類型である「地域密着型サービス」に係る事業者に対しては、市町村長が指定その他の監督権限を持つこととされた。

(2) 2008年介護保険法改正

2008年介保法改正は、当時、介護企業最大手であったコムスの不正事件を契機として行われた、さらなる規制強化策であった。改正を方向づけたのは、「介護事業運営の適正化に関する有識者会議報告書」（2007年

17) 改正の基礎となった、社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」2004年7月30日は、この点について、「今日介護保険制度に求められる最も基本的な課題は、制度としての『持続可能性』をより高めることに尽きる」と述べた上で、「将来を見据えた『思い切った見直し』を早めに行うことが重要」であり、『給付の効率化・重点化』を大胆に進めていく必要がある」とする。

12月3日)である。同報告書の指摘を受け¹⁸⁾、2008年改正は、事業者本部への立入検査権、業務管理体制の整備・届出、および業務管理体制に問題がある場合の勧告・命令の諸制度を創設するとともに、事業廃止届について事後届出制から事前届出制への変更、指定・更新の欠格事由のさらなる追加、事業の休廃止に係る届出事業者の継続的サービス提供確保のための連絡調整・便宜供与義務といった諸規定を新設した。

(3) 小括 —— 規制強化がもたらしたもの

2005年、2008年の2度にわたる法改正は、まさしく介護サービス供給主体に対する規制強化策であり、これにより、介保法に基づく公的規制は一層精緻なものとなったと言える。ただし、ここで強化され精緻化された公的規制の在り様には、一定の指向性が看取される。以下、本稿の小括として、この点を敷衍しておきたい。

そもそも、社会福祉法制上の公的規制には、大別して、供給主体への規制、供給される事業への規制、サービス供給過程への規制の3類型が存在してきたと見ることができ¹⁹⁾、これら諸規制によって、あるべき介護サービスとして備えるべき諸価値(=介護サービスとしての継続性・安定性、専門性、適切性、適法性といった価値)が法的に実現されてきた。

2005年改正が新たに採用ないし強化した諸規制は、その大半が、サービスとしての専門性・適切性・適法性を向上させるものであったと評価で

18) 報告書は、コムスの事件を念頭に置き、当時の介保法による規制の問題点として、「(1) 企業統治の中心である事業者の本部等に立入調査・報告徴収をすることができず、必要な命令等を行うことができなかった。(2) コムスは、いわゆる処分逃れとして、本来指定取消の対象となる事業所について、その処分前に廃止届を提出したため、指定権者が事業所に対する取消処分をできなかった。(3) コムスは、同一グループ内の他法人に事業譲渡を行い、指定を受ける旨を表明した。これは実質的に処分の回避と見られかねない行為であったが、現行の法制度では何ら制限がない。(4) 不正行為を組織的に行っていない事業者でも、一事業所の指定取消により他の事業所も一律に指定・更新を拒否されるが、これは行為と制裁の均衡という観点から妥当なものか。(5) 事前規制から事後規制への流れのなかで、事業者自らが業務の適正を確保するための内部統制の仕組みの重要性が増しているが、介護サービス事業者の法令遵守が十分に確保されていない。(6) 利用者数・事業所数が多い事業者や、居住系サービスを展開している事業者が事業を廃止する場合、利用者のサービス確保が重要な課題となるが、現行の法制度では、利用者のサービス確保対策が十分ではない。」との6項目を指摘した。

19) このような規制の3類型の整理は、前掲(2)論文114～116頁参照。

きる。ただし他方で、介護支援専門員に新たに課された業務遂行上の不偏性・公正性の義務づけは、ケアマネジメントにおいて中立性・公正性を求めることを通じてのサービスの適切性の確保策であったと言える。また、この中立性・公正性の要請は、介護サービス情報公表制度が適切に実施されるための基盤となる価値でもあり、さらに、同様の要請は、前述の地域包括支援センターの設置運営に関与する運営協議会制度の存在目的との関係においても見受けられた。このように、2005年改正による規制強化の立法政策は、社会福祉法制上の公的規制の制度を支える価値の1つとして、新たに中立性・公正性の要素を付加するものであったと言える²⁰⁾。

続く2008年改正においても、その大半は、サービスとしての適切性および適法性を高めるための規制強化であったと評価できる。ただし、その際新設された、事業の休廃止に係る届出事業者の継続的サービス提供確保のための連絡調整・便宜供与義務に関しては、介保法下でのサービスの継続性・安定性の確保という新たな価値を指向するものであったと見ることができる。このように、公的規制の制度変化は、介護サービス供給体制の在り様に、徐々に変化を与えてきたと言える。ただし、ここに言うサービスの継続性・安定性は、介保法施行前のそれとは意味合いが異なる点には注意を要する²¹⁾。なぜなら、介保法以前は、国・地方自治体という公的主体と並ぶ私的主体としては、社会福祉法人をサービス供給主体の中心に置く供給体制であったため、同一事業体がサービス供給を続けるという意味合いでの継続性・安定性が目指されていたのに対し、介保法下では、複数の多様な供給主体が市場への参入・退出を繰り返すことを前提に、市場全体としての継続性・安定性が目指されるようになったと言えるからである。

以上に述べた2度の改正の後、介保法は、さらに2011年と2014年にも改正が重ねられていく。そこでは一転して、規制強化の側面は相対的に小さくなり、他方で、地域包括ケアの積極的推進に向けた法整備に重点が置

20) 介護保険のような契約型福祉法制に見られる中立性・公正性が、「サービスを要する者の自己決定権とサービス事業者の営業の自由とを最大限尊重するための原則」、ないしは「供給体制に市場メカニズムを導入して『疑似市場』ないしは『準市場』たらしめるための必要条件としての原則」と位置づけうることについて、豊島明子「福祉における公私関係の考察—情報提供・援助・苦情解決を素材に—」紙野健二・白藤博行・本多滝夫編『室井力先生追悼論文集・行政法の原理と展開』（法律文化社、2012年）314～339頁参照。

21) この点については、前掲（2）論文122～123頁参照。

かれてきたと言える。これにより、サービス供給体制は、新たな段階を迎えている。

3. サービス供給体制の新展開

(1) 地域包括ケアの確立から積極的推進へ

1) 2011年介護保険法改正 —— 地域包括ケアの確立

すでに見たように、地域包括ケアは、2005年介保法改正の際に、その体制構築に着手されたものである。ただし、2005年改正時点では、法的仕組みの面でも、また事実上も、サービス供給体制の在り様に十分な変化をもたらすには至らなかった。そこで、2011年改正は、法案の名称が「介護サービス基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」とされたことにも象徴されるように、「地域全体で介護を支える体制がなお不十分」²²⁾との認識の下、地域包括ケアの確立を目指して行われた。2011年改正が地域包括ケアの確立を前面に掲げて行われた背景には、厚生労働省の研究助成を受けた報告書「地域包括ケア研究会報告書」(2010年3月)²³⁾の存在がある。これ以後、同研究会の定義に沿う形で、「日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される」体制を「地域包括ケアシステム」とする把握がなされ、その圏域を「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」とし、具体的には中学校区を基本とすることが想定された。

地域包括ケアに関わる具体的改正点は、①単身・重度の要介護者にも対応しうるサービスの整備(24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設、複合型サービスの創設)、②要支援者・軽度要介護者へのサービスの検証と整備(介護予防・日常生活支援事業の創設)、③地域包括支援センターの機能強化である。このうち②は、「被保険者の要介護状態等となることの予防又は要支援状態の軽減若しくは悪化の防止及び地域における

22) 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(2010年11月30日)。

23) 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会報告書」(2010年3月)は、三菱UFJリサーチ&コンサルティングHP(http://www.murc.jp/uploads/2012/07/report_1_55.pdf)に掲載されている。

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ための事業として、2005年改正で創設された地域支援事業の新類型として、新たに市町村に課されることとなった役割である（115条の45第2項）。そして③は、地域包括支援センターが「介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある」²⁴⁾にもかかわらずその役割が十分果たせていないことを踏まえてなされた改正である。そのための具体的な法文としては、「地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員法・・・に定める民生委員、高齢者の日常生活の支援に関する活動に携わるボランティアその他の関係者との連携に努めなければならない」との規定文言が、地域包括支援センターの役割として新たに明示された（115条の46第5項）。そして、①～③の諸改正の全体にかかわる規定として、新たな国・地方自治体の責務として、「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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よう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、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のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」（5条3項）との規定を置き、これは、地域包括ケアに係る理念規定と言うべきものであった。

さらに、2011年改正には、サービス供給体制を変容させるもう1つの新たな動きがあった。それは、地域包括ケア体制を「住まい」の要素をも採り入れた体制と把握したこととの関連で行われた、同年3月の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」改正による「サービス付き高齢者向け住宅」の創設である。これにより、「施設から在宅へ」の改革方向が、鮮明に打ち出されることとなった²⁵⁾。

24) 前掲(22)報告書18頁。

25) 改正の重点を端的に指摘するものとして、「施設から在宅への方向性をより明確にして、入院・入所によるケアを可能な限り抑えて在宅での生活継続に力点を置いた改革」と述べる、長谷憲明『よくわかる！新しい介護保険のしくみ〔平成24年改正対応版〕』（瀬谷出版、2012年）20頁参照。

2) 2014年介護保険法改正 ―― 「持続可能性」の実現策としての地域包括ケアの推進

2012年8月、「社会保障制度改革推進法」（以下、「改革推進法」と言う）が制定され、これにより地域包括ケアに関する介保法の見直しは、さらに拍車がかかる形となった。それは、改革推進法が、急速な少子高齢化の進展による財政負担増大に鑑み、「持続可能な社会保障制度の確立」を図るための改革を「総合的かつ集中的に推進すること」を目的とし（1条）、その上で、介護保険の対象となる介護サービスの「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」ことを今後の介保法改正の基本方針として明文化し（7条）、後の介保法改正を方向づけたことによる。また、改革推進法は、社会保障制度改革の全般にわたる改革の基本的考え方として、「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、国民が自立した生活を営むことができるよう、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」（2条1号）を、掲げた。

改革推進法に基づく社会保障制度改革は、その翌年12月制定の「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」（以下、「改革プログラム法」と言う）によってさらに具体的方向が示され、介保法改正については、「介護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りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じ、必要な介護サービスを確保する観点から」、「地域支援事業の見直し」についてさらなる検討を加え、必要な措置を講ずべきことを明示した（5条2項1号）。2.（1）で見たように、すでに2005年介保法改正時に着手されていた地域包括ケア構想であったが、改革プログラム法において法文上「地域包括ケアシステム」の語が初めて明記されたことは、地域包括ケアが、持続可能な介保法のための政策の焦点となるに至ったことを示すものと言えよう。

このような社会保障制度全般にわたる改革方向が示される中、2014年6月、「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」（以下、「総合確保法」と言う）が可決・成立した。総合確保法は、介保法を含む19本の法律改正を束ねた法律案のうちの1本として成立し、これにより、改革推進法と改革プログラム法が提示した基本方針が2014年介保

法改正としても実現されることとなった。また、総合確保法は、地域包括ケアについて法律上初めて、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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よう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」との定義を与えた（2条1項）。

2014年介保法改正のうち地域包括ケアに関する主要な改正点は、これまで要支援1・2の被保険者が利用してきた訪問介護・通所介護の地域支援事業への移行である。移行後の事業は、「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、「新総合事業」と言う）として、市町村が必須事業として行うべき地域支援事業としての位置づけを付与されることとなった（115条の45第1項）²⁶⁾。この改正によって、これまで要支援1・2該当者が利用してきた全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）が、市町村ごとに実施される地域支援事業に移行されることとなった²⁷⁾。このような改正内容をめぐっては、同時に行われた特別養護老人ホーム入所者を要介護3以上の者に限定する改正と相まって、「『軽度者』の保険給付外し」²⁸⁾の立法政策であるとの問題点が指摘されてきた。また、要支援1・2の認定を受けた者は約160万人おり、要介護認定全体の27%にのぼるとされる中、「これらの人の受給権を剥奪する以上、それなりの合理的な理由が必要なはず」

26) 新総合事業は、2011年介保法改正で導入された「介護予防・日常生活支援総合事業」が市町村の任意事業であったものが、2014年改正によって市町村の必須事業として再編されたものである。新総合事業について、介保法は、「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ため」の事業と定義し、訪問、通所、生活支援、介護予防支援といった事業を定めている。

27) これまで予防給付として行われていた訪問介護と通所介護は、訪問型サービス（115条の45第1項第1号イ）、通所型サービス（同号ロ）として実施されることとなるが、その実施時期は、附則による経過措置により、2015年度から2017年度までの間に実施することとされている。

28) 小川栄二「介護保険見直しにおける『要支援者』の『新しい総合事業』への移行について」ゆたかなくらし2014年2月号32～37頁。また、『軽度者』の保険給付外しに関して、日下部雅喜「介護保険見直し『自助・互助化』で地域包括ケアシステムは実現するのか」季刊公的扶助研究235号（2014年）38頁は、特別養護老人ホームの待機者が全国で52万人以上にのぼる中、要介護1、2の人は17万8,000人で待機者全体の34%を占めることを指摘し、「これらの人々は制度改定によって待機者からも除外されて切り捨てられる」との問題も指摘する。

であるが、「厚生労働省からは、『市町村が地域の実情に応じた取り組みができる』程度の説明しかされていない」との問題も提起された²⁹⁾。

加えて、サービス供給体制という観点から見て、新総合事業において特に注目されるのは、同事業における新たなサービス供給主体として住民主体によるサービスが想定されていることである³⁰⁾。そして、地域における多職種協働を含む包括的支援ネットワークないしは体制を構築するための方策として、地域包括支援センターにおいて従前から明示されていた介護サービス事業者、医療機関、民生委員との連携に加え、新総合事業を行う者との連携にも努めるべき旨の定めが置かれた(115条の46第7項)。また、地域の新たな協議体としての「地域ケア会議」の設置に係る努力義務が明記された(115条の48)。「地域ケア会議」は、①多職種協働による個別ケースの解決、②高齢者の実態把握・課題解決のためのネットワーク構築、③個別ケースの課題分析の蓄積を通じた地域的共通課題の発見、④インフォーマルサービスや地域の見守りネットワーク等の地域資源開発、⑤地域に必要な取組の発見と政策立案・提言といった諸機能を果たす場として、置かれるものである。会議の構成員は、行政職員、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織等のメンバーが想定されており、通知³¹⁾において、すでに述べた、従前から地域包括支援センターに置かれている運営協議会を、「地域ケア会議」とみなすことも差し支えないとされている。また、2014年改正に基づき厚生労働大臣は新総合事業について「その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表する」こととされ(115条の45の2第1項)、2015年3月に出された「指針」³²⁾には、「市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実する

29) 伊藤周平・日下部雅喜『新版・改定介護保険法と自治体の役割』(自治体研究社、2016年)50頁〔伊藤周平執筆〕。

30) この点について、長谷憲明『よくわかる！介護保険のしくみ〔平成27年改正版〕』24頁は、要支援者の「約8割程度が利用している訪問介護・通所介護を予防給付からはずして、地域支援事業で実施することを目指し」ていることについて、「地域の住民等の主体的取り組みをどうつくり出せるかが、鍵」であるとす。

31) 厚生労働省老健局高齢者支援課長・振興課長・老人保健課長通知『「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正について』(平成25年3月29日老高発第0329第5号、老振発0329第8号、老老発0329第2号)

32) 介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針(平成27年3月31日厚生労働省告示第196号)。

ことにより、地域の支え合いの体制づくりを推進」するものである旨が述べられ、全国一律の事業から市町村の新総合事業に移行させることにより「住民等が参画する多様なサービスを総合的に提供可能な仕組み」となり、「事業の実施に当たっては、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要である」ことなどが示され、新総合事業の目的は、「地域の支え合いの体制づくり」による「要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能にすること」であるとされている。

このように、2014年改正における新総合事業の創設によって、地域包括ケアに、住民等の参画による地域の支え合いの体制づくりとしての側面が付加されることとなり、これをもって介保法下でのサービス供給体制の新展開と言っている状況が創出されたものと思われる。新総合事業では、市町村ごとに地域の実情に合わせて多様なサービスを実施することが想定されており、「指針」には、そのいくつかの典型例が挙げられている。例えば、「訪問型サービス」について、「主に雇用されている労働者により提供される、旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス（訪問型サービス A）」、「有償・無償のボランティア等により提供される、住民主体による支援（訪問型サービス B）」、「保健・医療の専門職により提供される支援で、3～6か月の短期間で行われるもの（訪問型サービス C）」、「サービス事業と一体的に行われる移動支援や移送前後の生活支援（訪問型サービス D）」といったサービス提供のあり方が示されている。「指針」は、このような典型例を「参考にしつつ、その地域の実情に応じて、サービス提供のあり方について検討する」ことを求めており、その際、市町村ごとに新総合事業によるサービスを類型化し、それに合わせた基準を設け、単価を設定することが必要であるとしている。

(2) 介護サービス供給体制の現状と課題 ——地域包括ケアをめぐる経過を踏まえて

これまで見てきたように、介保法における地域包括ケア推進に係る政策は、度重なる改正ごとに、徐々にその姿を変えてきた。そこで本稿のまとめとして、2014年介保法改正に至るまでの地域包括ケアの推進に至る経過を踏まえ、介保法下でのサービス供給体制の現状をいかに把握すべきか、

その上でいかなる法的課題があると言えるかについて、若干の検討を加え、締め括ることとしたい。

1) 介護サービス供給体制の現状

まず、現状認識として、介護サービス供給体制について、介保法制定当時のような、国・地方自治体・社会福祉法人が中心を成す形でのサービス供給体制が、この15年余にわたり、少なくとも居宅介護分野について失われてきたことは言うまでもない。しかしここでは、全国一律の指定基準に基づく規制に服する形での介護サービス供給主体の多様化が続いてきたのであり、そこにおいては、その水準で十分であったか否かはともかく、すべての指定事業者が画一的基準を充たすことを前提として、サービス事業者としての専門性やサービスの質の確保が図られてきたと言えよう。しかし、2014年改正における住民主体によるサービス提供の参入容認という状況を踏まえると、当初様々な議論があり、また、介保法施行後も問題が生じる度に規制強化策を講じてきた供給体制構築のあり方とは、相当に距離のある政策が講じられつつある現状が確認できる。端的に言えば、全国一律の基準により参入規制を施す供給体制から、要支援という軽度者が受けうるサービスの一部分ではあるにせよ、市町村ごとの基準により、しかもそれは介保法施行以来の規制強化の発想とは大きく異なる、相当に緩和された基準をも許容するような供給体制が徐々に付加されようとしている現状がある。

冒頭に述べたとおり、介保法は高齢者福祉法制の大転換をもたらすものであった。当初そこで念頭に置かれたのは、国・地方自治体・社会福祉法人という三者が中核を占めてきたサービス供給体制から、営利事業者を含む多様な事業者が参入することのサービス利用者の権利保障の観点からの是非論であり、また、このような状況を見据えた再規制論であり、いかなる事業者が参入する市場であってもサービスの質が保たれるために要請される公的規制のあり方論であったと思われる。しかし、3. (1) で述べたような地域包括ケアに係る政策の推移を踏まえると、現時点においては、介護サービス供給体制のあり方として、住民参加や市町村ないしコミュニティ自治の要素を、既存の公的規制により形成された供給体制との関係において、いかにして整合的に位置づけうるかが、新たな法的課題として現れるに至っていると思われる。

2) 介護サービス供給体制における民主性の要素

もしかりに、地域包括ケアの構想が、本稿冒頭で述べたような、福祉における自治ないし民主性の実現に関わっているとの見方が適切とすれば、そもそも元来、わが国の社会福祉法制は、旧事業法の時代から、福祉に民主性の要素を採り入れた制度設計を行ってきたことが想起される³³⁾。その1つが、社会福祉法人制度である。旧事業法が法人に民主的運営を図るため、理事を3人以上とし、理事中の親族数を制限し、監事の設置を義務づけた点、また、任意とはいえ評議員会の設置を求め、理事の定数の2倍を超える数の評議員をもってこれを組織すべきとされた点などは、福祉サービス供給主体の民主性の要請を実現する仕組みであったと言えよう。そしてさらに、旧事業法が制度化した社会福祉協議会制度は、地域社会における社会福祉事業の組織化に係る民主性の要請の実現を図る制度であったと言えよう。

このように、介護サービス供給体制において民主性が実現されるべきことは、従来から法的に要請されてきたものであったと言える。そうすると、介保法下での地域包括ケア推進に係る政策が、介保法下でのサービス供給体制の民主性実現にとっていかなる意味を持つか、そしてそれは、旧事業法以来のわが国の福祉法制が念頭に置いてきた民主性との間でいかなる関係に立つと言えるのか、といった論点が浮かび上がってくると思われる。そして、このような介護サービス供給体制における民主性の在り様を論じる際には、サービス供給主体の組織編成原理としての民主性、ないし民主性を確保しうる組織的規律という次元³⁴⁾の検討とともに、地域社会の組織化という意味での民主性が併せて検討されなければならないであろう³⁵⁾。

33) 旧事業法下に見られる民主性の要素については、前掲(2)論文120～121頁参照。

34) 福祉の民間事業者への民主主義的方式の導入に関する先行研究として、本多滝夫「社会保障行政における公共性問題」山口定・中島茂樹・松葉正文・小関素明編著『現代国家と市民社会—21世紀の公共性を求めて』(ミネルヴァ書房、2005年)171～194頁参照。

35) 他方で、地域包括ケア政策を福祉における個人の自由の観点から捉え検討することも必要と思われるが、ここでは論点の提示にとどめたい。この点については、前掲(3)・倉田論文59頁は、「福祉事業の運営を個人の自由に属しないとする考え方は、福祉事業の本質に反する」と説き、また、「社会福祉事業に内在している『自由権的な』側面が、社会福祉事業の国家からの自律ないしは自立を正当化できるのであって、社会福祉事業の本質論を抜きにした『単純な』規制緩和論が社会福祉事業に対する国家のあり方を規定するのではない」とする。

そうした観点から眺めてみると、現在の地域包括ケアの構想は、前者の面での民主性の実現については十分意識されていないようにも見えるのみならず、後者の面での民主性の実現についても、「多職種協働」、「住民等の多様な主体の参画」、「住民主体」の語が頻繁に用いられる割には、これらが福祉における自治ないし民主性の実現にとっていかなる意味を持つか、また、そもそも、福祉における自治ないし民主性実現の課題それ自体についてさほど関心が払われていないようにも見える。

3) 公的介護保障をいかに創るかという視点

すでに指摘したように、地域包括ケアの構想について、介護サービス供給体制における民主性をいかなる意味で実現し充足しうるのか、それが今、問題であると思われる。ただし、2014年改正によって実際に導入された地域包括ケアの在り様は、軽度者のみを対象とした市町村ないしコミュニティ自治による新たなサービス供給体制の構想であり、この点に鑑みると、公的介護保障のあり方として、その政策としての適切性が問われざるを得ない。何故に軽度者のみを自治に委ねるのか³⁶⁾、また、軽度者に供給されるサービスの専門性の軽視といった問題は、これらの者の権利保障にとって看過しがたいと思われるからである。そしてこれは、介保法が法論理としてではなく、財政の論理の下で、すでに最初の大改正であった2005年改正の時点から、制度の「持続可能性」が政策の基調に据えられ、その後一貫してこの方針が堅持されてきたことによると言わざるを得ない。

以上のような法的論点を提示しうる一方で、そもそもわが国の高齢者への公的介護保障は、もっぱら介護保険によってすべてがカバーされているわけではなく、介保法と老人福祉法の2本立ての法制度によって行われて

36) この点について、例えば、保険者の立場からの次の指摘がある。「要介護・要支援認定は、行政処分として市町村名で結果を通知する。認定された人が保険給付を受けるための審査判定基準になっているが、今回改正では『要支援1』『要支援2』と認定されても、サービスの種類によっては『保険』としてのサービスが受けられず、市町村長に申請書を提出し、市町村のサービスを受けなければならなくなる。」、「要介護・要支援認定は、いわば給付を受けるための関所である。しかし、給付を受ける権利が発生するしくみが形骸化すれば、保険給付とは何なのかという根源的な問題も問われてくるのではないか。」、「今回の改正で、この制度創設時からの理念を転換する理由が、『制度の持続可能性』というだけで、国民の理解は得られるのだろうか。」と。笹井肇「『利用者本位』『サービス選択の権利』を確保できるかが課題に」月刊介護保険 218号（2014年）14～15頁。

いることも見落としてはならない³⁷⁾。したがって、福祉における自治や民主性の実現を図ろうとする際にも、介保法の枠内ではなく³⁸⁾、公的介護保障の全体におけるその実現を考えなければならないのではないか。その点から考えても、やはり、軽度者のみを対象とした地域包括ケアの推進策について、その正当化は困難と言わざるを得ない。

おわりに

本稿では、2005年改正によって介保法に新たに盛り込まれることとなった地域包括ケア構想が、2011、2014年という2度にわたる介保法改正によっていかなる変化を遂げてきたかを跡づけ、公的規制によってそのあり方が形作られてきた介護サービス供給体制に対して、自治や民主性の要素を付加するものと見られることを指摘した。結果として本稿は、サービス供給体制の根本的次元での変化の兆しを指摘したに過ぎず、広く福祉における自治や民主性について、これらがいかに実現されるべきか、そしてそこにおける行政の役割は何か、といった点に関する検討は、今後に残された課題とせざるを得ない。

このように、残された課題は極めて大きいと言うほかないが、少なくとも最後に指摘できることとして、介保法2014年改正が軽度者を新総合事業の対象としたことについては、そもそも、わが国では、あるべき福祉の保障水準が法的に未確定であることが根本的問題として存在し続けており、人権論に基づくその具体化が十分でないことが、福祉ニーズを抱える高齢者の権利保障の水準を立法政策のあり方次第で左右しうる状態をもた

37) 介護保険を超えた視野から公的介護保障を展望する必要性については、豊島明子「高齢者福祉法制の大転換と公的介護保障の課題」三橋良士明・村上博・榎原秀訓編『自治体行政システムの転換と法』（日本評論社、2014年）85～89頁、河合克義「高齢者福祉をめぐる論点と制度再構築」同編著『社会福祉論の地平—論点と再構築』（法律文化社、2012年）155～156頁参照。

38) 結城康博「予防給付の地域支援事業化を考える」都市問題2015年4月号10～14頁は、福祉の自治や民主性の観点からの論述ではないが、2014年改正によって要支援認定者を対象とするサービスとしての「生活支援サービス」が「ボランティアや近所の支え手が主体となった、いわば素人が担うサービス形態」となるために「ヘルパーの専門職としての意義が問われる」ことを指摘するとともに、「『生活支援サービス』は、本来、老人福祉や地域福祉の枠組みで担われるべきであり、これを「介護保険で賄うと、介護保険制度は『福祉』と『社会保険』の要素がより入り交じった制度となる」とする。

論 説

らしてきたと言える³⁹⁾。この点に鑑みると、本稿の最後に指摘した、公的介護保障という広い視野から考えることの重要性は、現在、一層高まっていると思われる。

39) 翻ってみれば、介保法以降の福祉政策の推進を決定づけた、社会保障制度審議会「社会保障体制の再構築（勧告）—安心して暮らせる21世紀の社会を目指して」（1995年7月4日）は、「社会保障推進の原則」の1つとして掲げた「権利性」について、次のように述べていた。すなわち、「社会福祉などについて給付を受けることがどこまで国民の権利であるかは必ずしも明らかでなく、今後それを明確にしていかなければならない」と。この課題への接近が、今、強く求められている。