

# 研究員 の眼

## 「地域の実情」に応じた医療・介護体制はどこまで可能か(5)

市町村に問われる地域支援事業などの戦略的な活用

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1—はじめに～市町村に問われる地域支援事業などの戦略的な活用～

2024年度は医療・介護分野で多くの制度改正が実施されました。こうした中、[第1回](#)で確認した通り、国の審議会資料では、医療・介護提供体制を整備する際の視座として、「地域の実情」という言葉が多用されました。そこで、昨年3月に書いた[第1回](#)では、「地域の実情」に沿った対応が必要な理由とか、「地域の実情」を踏まえないまま、事業や制度ありきで物を考えてしまう自治体サイドの「事業頭」「制度頭」の悪弊なども論じました。

さらに、[第2回](#)と[第3回](#)ではデータによる実情把握（マクロ）と個別事例の収集・分析（ミクロ）の両面で「地域の実情」を把握する重要性とか、関係者との合意形成や庁内外のチーム形成の必要性などを強調しました。その上で、昨年11月に書いた[第4回](#)は各論の手始めとして、医療提供体制改革における都道府県の役割として、様々な制度改正の影響を横断的に捉えることが求められると指摘しました。

第5回は高齢者介護を取り上げます。介護保険は制度創設に際して、市町村を保険者（保険制度の運営者）に位置付けたことで、「地方分権の試金石」と言われました。その後、介護保険財源を「転用」する形で認知症ケアなどに充当できる「地域支援事業」が創設・拡充されるなど、市町村の主体性が期待される場面が増えています。

しかし、市町村の「実情」を見ると、猫の目のように変わる制度改正に対応するのに精一杯で、「取りあえず国の通知に沿って事業を実施する」という思考停止状態になっている印象も受けます。今回は高齢者介護に関する市町村の「実情」を考察するとともに、これまで触れていない点を中心に、市町村に期待したい役割などを論じたいと思います。

### 2—介護保険と市町村の関係

#### 1 | 制度創設時の期待

最初に、介護保険が発足した頃の議論を簡単に整理します。2000年度に制度がスタートした際、住民に身近な市町村を保険者として位置付けることで、福祉サービスを充実させることが企図されました。実際、当時の資料を紐解くと、「住民のニーズに応え、地域の間で切磋琢磨することで、介護

サービスの基盤が充実していくことが期待される」<sup>1</sup>などの期待が示されています。

具体的には、市町村が保険者として、財政運営や要介護認定、65歳以上高齢者の保険料設定などを担うことになりました。その結果、同じ時期に実施された「地方分権改革」との関係性が強く意識され、「地方分権の試金石」などと喧伝されました。

一方、当時は独自の施策を展開する市町村が多くなかったですし、財政・事務の負担増大に対する市町村サイドの懸念が根強かったのも事実です。当時、筆者は全国メディアの駆け出し記者として、地方支局で施行直前の自治体を取材していましたが、そういった懸念を多く耳にしました。

ただ、制度創設から20年以上の歳月が経ちましたが、特段の問題は起きていません。この背景には、市町村の負担を減らすための厚生省（現厚生労働省）の巧みな制度設計<sup>2</sup>が影響していると思われるのですが、今から振り返ると、「市町村にできるわけがない」という心配は文字通りに「杞憂」に終わったと言えます。

### 3—「地域の実情」に応じた体制整備の内実

#### 1 | 「特定財源」としての地域支援事業

その後、高齢者介護に関わる事業に充当できる仕組みとして、「地域支援事業」が創設されました。現在、地域支援事業は下記のような事業で構成しています。

- ▽ 介護予防・日常生活支援総合事業（以下は総合事業）：要支援の通所介護（デイサービス）と訪問介護を市町村の事業に移管するとともに、住民による支え合いなどに対して、市町村の判断で財政支援できるようにした。要支援者の外出機会を増やすことなどを通じて、身体的自立を促すとともに、予算の抑制が企図されている<sup>3</sup>。
- ▽ 認知症総合支援事業：認知症の人に対し、できるだけ多職種が早期に介入・関与することで、状態の悪化を防ぐ「認知症初期集中支援チーム」の設置、医療・介護連携や認知症の人や家族を支援する体制づくりに従事する「認知症地域支援推進員」などに充当できる。
- ▽ 在宅医療・介護連携推進事業：多職種による会議の設置とか、多職種・多機関を繋ぐ「在宅医療・介護連携相談コーディネーター」の配置などを通じて、在宅ケアの領域を中心に、市町村と地区医師会など地域の関係者の連携を促すことができる。
- ▽ 生活支援体制整備事業：住民組織や企業など地域の関係者同士のネットワーク強化を図る「生活支援コーディネーター」の配置などを通じて、地域の支え合いの強化を図れる。

このほか、介護に当たっている家族に対して介護技術の習得などを支援する「家族介護支援事業」

<sup>1</sup> 2000年版『厚生白書』から引用。

<sup>2</sup> 具体的には、市町村による保険料徴収の負担を軽減するため、基礎年金からの保険料天引きを導入したほか、特別会計に赤字が出た時の補填を禁じることで、市町村の財政負担が野放図に増えて行かないようにする仕掛けを講じた。詳細については、介護保険20年を期した拙稿コラムの[第15回](#)を参照。

<sup>3</sup> ただし、総合事業は市町村に浸透しているとはいえ、厚生労働省は2023年12月、向こう3年間の工程表を策定することで、テコ入れを強化する方針を示している。詳細については、2023年12月27日「[「介護軽度者向け総合事業のテコ入れ策はどこまで有効か？」](#)」を参照。

とか、高齢者の総合相談窓口として中学校区単位で設置されている「地域包括支援センター」の運営経費も、地域支援事業から賄われています。

しかし、事業ごとに財源構成が違ふし、何か新しい課題に直面すると、厚生労働省は地域支援事業のメニューを増やしたがるため、その体系が複雑になっています。ここで、地域支援事業が2006年度改正で創設された際の経緯を少し振り返ると、国と地方の税財政を見直す「三位一体改革」という制度改正の影響を指摘できます<sup>4</sup>。当時は自治体の財政自主権を強化するため、国の裁量的な補助金を廃止・縮減する流れが強まっていた半面、自治体の福祉部局では「国庫補助金を削減されると、他の分野に予算が回されてしまうのではないか」という懸念もくすぶっていました。

そこで、国庫補助金で実施していた事業の一部を地域支援事業に振り替えれば、介護保険制度の枠内で守られることになるため、国費（国の税金）を用いた補助金の廃止・縮減の流れを回避しつつ、地域包括支援センターの運営経費など必要な予算を確保できると考えられたわけです。

言わば、地域支援事業は介護保険の「特定財源」<sup>5</sup>という側面を持っています。その後、2015年度改正を通じて、在宅医療・介護連携推進事業や総合事業などが創設されました。市町村としては、人件費にも充当できる柔軟かつ安定的な仕組みとして、地域支援事業を有効に使うことが求められます<sup>6</sup>。

## 2 | 市町村の現場で起きていること

しかし、市町村の「実情」に目を向けると、必ずしも国の期待は実現しているとは言えません。例えば、2020年9月に改定された「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」では、こんな事例が「残念なできごと」として記載されています。

**最近の動向に合わせて、「認知症」をテーマに、本事業の担当部署が医療・介護関係者の研修を実施した。数日後、認知症を所管する部署が、医療・介護関係者を集めて研修を行ったことを知り、内容を確認してみると、在宅医療・介護連携推進事業では、「医療と介護の連携」を切り口に、「認知症」をテーマに、認知症総合支援事業において、「認知症」を切り口に、「医療と介護の連携」をテーマに実施していたことが判明、どちらも多職種連携も視野に入れていたため、参加者も同じであった。**

つまり、在宅医療・介護連携推進事業の担当者が地域の医療・介護関係者を対象に研修会を実施したところ、数日後に認知症総合支援事業でも同様の研修会が企画され、同じメンバーが参集されていたというわけです。

恐らく現場で見聞きした事例を匿名化した上で、再構成したと思いますが、こうした失敗談が国の手引きに載ること自体、異例ですし、かなり深刻と言えます。つまり、事業の実施が目的化し、必要性が疑わしい事業などが実施されているわけです。

実際、こうした状況はチラホラ見聞きします。例えば、筆者が関わっている市町村支援プログラム

<sup>4</sup> 三位一体改革は小泉純一郎政権期に実施された。国庫補助金を廃止・縮減した上で、浮いた国の税金の一部を地方に移譲し、地方交付税も見直すという改革。

<sup>5</sup> 中村秀一（2019）『平成の社会保障』社会保険出版社 pp293～294 から引用。

<sup>6</sup> なお、ここでは詳しく触れないが、本来は反対給付という対価性、権利性を前提とした保険料を地域支援事業に大々的に充当することについて、筆者自身は違和感も持っている。

<sup>7</sup>などの機会でも、多職種が集まる「地域ケア会議」を一生懸命に開催しているのに、参加している専門職から「何のために集められているのか分からない」と陰口（?!）を言われている悩みとか、高齢者のフレイル（虚弱化）を防ぐために体操教室を拡大しようとしているのに集まるメンバーが常に同じ（しかも集まるのは健康オタクっぽい高齢者）なので、何のためにやっているのか手応えを感じられないとか、そういった事象です。

さらに、「事業が連動し合っておらず、成果に繋がっている実感もないし、しっかり評価もできていない」「色々な事業を開始したものの、手応えを感じられない」といった声も多く聞きます。

ここで気を付けなければならないのは、市町村の担当者が決してサボっているわけではない点です。むしろ、一生懸命に事業を実施しようとした結果、引き起こされている事態と言えます。換言すれば、誰かの不作為を批判すれば済む話ではなく、背景を検討する必要があります。

では、こういった事象はなぜ起きるのでしょうか。これには様々な理由が絡み合っており、もう少し細かく市町村の「実情」を見ていく必要があります。

### 3 | 事業と保険の違いを認識しないと…

第1に、「事業」「保険」の違いが踏まえられてない点です。元々、介護保険制度では、40歳以上の被保険者が「将来的に介護が必要になるかもしれない」という前提の下、将来の要介護リスクに備えて保険料を支払っており、ここに権利性が発生します。個別の給付に関して、要介護認定を通じた上限が設定されているに

図表1：介護保険給付と、地域の実情に応じた仕組みづくりの違い

しても、制度全体の給付総額に制限はありません。

これに対し、地域支援事業は「事業」であり、「保険」とは異なります。このため、別に国のメニューに沿って事業を揃える必要はなく、「地域の実情」に応じて事業を上手く使えばいいわけです。

	市町村における 介護保険給付の運用	地域の実情に応じた 仕組みづくり
制度を取り入れる際の発想	<ul style="list-style-type: none"> <li>制度をベースに足りない部分に対応（上乘せ、横出し）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の実情を踏まえて制度を活用（事業頭、制度頭の脱却）</li> </ul>
施策の進め方	<ul style="list-style-type: none"> <li>制度の運用だけで業務が完結しやすい</li> <li>→担当課（係）だけで事務が回せる</li> <li>→要介護者や事業者などの申請に対応するだけで事務が回せる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>制度以外の資源に幅広く目を向ける必要</li> <li>→他の内部部局と連携が必要ないと運用できない</li> <li>→住民や企業など地域の関係者と幅広く連携しないと運用できない</li> </ul>
国の通知との関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>通知などに書いている「答え」に沿って対応</li> <li>→正確な事務執行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>通知には地域課題を解決する「答え」はない</li> <li>→「実情」を踏まえた自主的な政策の立案</li> </ul>

出典：各種資料を基に作成

さらに、介護保険の運用では、執行する事務が比較的均一なので、厚生労働省の通知を微に入り細に入り読むことで、正確な事務執行が期待されます<sup>8</sup>。このほか、要介護認定や事業所の指定など、住民や事業者に対して行政行為も実施する場面が少なくありません。

<sup>7</sup> 藤田医科大、愛知県豊明市を中心とした市町村支援プログラム（老人保健事業推進費等補助金）。2022年度以降、政策形成支援、組織開発にシフトした内容となった。

<http://www.fujita-hu.ac.jp/~chuukaku/kyouikushien/kyouikushien-96009/index.html>

<sup>8</sup> しかし、近年は中核市クラスの大きな自治体でも事務執行の間違いが発覚している。制度が極端に複雑化している上、自治体の人材不足などが影響していると思われる。詳細については、2023年12月5日『朝日新聞』デジタル配信記事、9月30日『中日新聞』などを参照。

これに対し、多くの地域支援事業では、「地域の実情」に応じた体制整備が期待されるため、国の通知やガイドラインは一種の例示であり、これに沿った対応が必ず求められているわけではありません。

さらに、住民や事業者はパートナーとなるため、フラットな関係性の下、意思疎通や情報共有が求められます。実際、厚生労働省は「規範的統合」という言葉を使い、市町村の担当部署だけでなく、関連する他の部署とか、地域包括支援センター、庁外の医療・介護事業者、住民、企業など様々な関係者が連携する必要性を強調しています。こうした「保険」と「事業」の主な違いを図表1で簡単に整理しました。

しかし、こうした違いを必ずしも十分に認識しないまま、多くの市町村職員は「取りあえず事業メニューをそろえる」「国の通知やガイドラインに沿って事業を実施する」といった行動に出ています。その結果、上記で触れた「残念なできごと」が生まれてしまうわけです。

#### 4 | 高齢者の課題ではなく、事業の課題を語ってしまう悪癖

第2に、高齢者や家族、住民など事業の対象者から見た目的を意識しないまま、事業を実施してしまう点です。介護保険給付の場合、「要介護認定を受けた人にサービスを提供する」という目的が明瞭ですが、地域支援事業の目的は市町村自身で設定する必要があります。

例えば、フレイル予防の体操教室を実施する場合、「どんな高齢者に声を掛けるのか」「何のために実施するのか」を明確にしなければ、体操教室を実施することが目的になってしまいます。本コラムの[第1回](#)で指摘した通り、これを筆者は「事業頭」「制度頭」と呼んでいます。

その結果、関連する事業が何なのか、関連する部署がどこなのか、どんな関係者と連携する必要があるのか、十分に認識できなくなります。こちらも先に触れた「残念なできごと」が起きる遠因と言えます。

#### 5 | 規範的統合を勘違いする悪癖

第3に、規範的統合を「市町村の方針を関係者に共有させること」と勘違いする悪癖です。[第3回](#)で述べた通り、規範的統合という言葉を使うかどうか別にして、提供体制に占める自治体のウエイトが小さい以上、多機関・多職種で連携しなければ、地域の課題を解決できないと考えています。

しかし、市町村の職員が公権力を有している点を意識しつつ、慎重に振る舞わないと、事業者や専門職の理解を得られません。例えば、[第3回](#)で述べた通り、市町村職員が地域ケア会議でケアプラン（介護サービス計画）の細部まで介入しようとするれば、専門性が侵害されたと考えるケアマネジャー（介護支援専門員）の足が遠退くのは当然です。

むしろ、それぞれの専門職の専門性や住民、企業などの取り組みに敬意を払いつつ、教を乞うような形で情報を集める形を取らなければ、フラットな関係性は構築できません。

もちろん、市町村として、「高齢者の××の課題を解決したい」といった目的は持たなければならないですし、強い情熱も抱いて欲しいと思いますが、「専門職や住民、企業を巻き込む」という発想では絶対にうまく行きません。

では、どういった改善が望ましいのでしょうか。市町村ごとに課題が異なる上、様々な要因が入り組んでいるため、一概に「××を解決すれば改善！」と言えないですし、これまでに「事業頭」「制度

頭」の解消とか、多機関・多職種連携の必要性などを解きましたが、以下では過去に触れていない点として、(1) 地域ケア会議の改善、(2) 地域支援事業の戦略的活用——という2点を挙げたいと思います。

## 4——地域ケア会議の改善

### 1 | 地域ケア会議に期待されている5つの機能

第1に、地域ケア会議の改善です。地域ケア会議は2015年度制度改正で導入された仕組みであり、その目的は(1) 個別課題の解決、(2) ネットワークの構築、(3) 地域課題の発見、(4) 地域づくり・資源開発、(5) 政策の形成——とされています。この仕組みを市町村が有効に使えていない点、特に個別課題を地域課題の発見とか、地域づくりや政策形成に発展できていない点は[第1回](#)で述べた通りです。

具体的には、国の委託調査<sup>9</sup>では「検討した事例の個別課題の解決」「参加者との会議の目的や意識の共有」という回答項目に対し、5割近い市町村が「かなり取り組んでいる」と回答しており、個別課題の解決やネットワークの構築に関しては、ある程度の市町村が手応えを感じているようです。一方、「検討した複数の事例からの地域課題の抽出・整理」「地域ケア個別会議の内容の振り返り・評価」と項目では、「かなり取り組んでいる」という回答が2割に満たない数字となっています。

ここで、もう少し具体的に考えることにします。仮にX市Y地区に住む「軽度認知症になった一人暮らしのAさん」「要支援認定を受けた後、フレイルになり始めているBさん」という2つの事例で考えます。地域ケア会議の目的に照らすと、(1) で示した「個別課題の解決」では医師や看護師、保健師、ケアマネジャーなどの多職種が連携しつつ、AさんやBさんの課題解決に力点が置かれます。

次に、(2) で挙げた「ネットワークの構築」では、地域ケア会議での議論を通じて、多職種・多機関が連携できる関係性を構築していくことが重視されます。特に、在宅ケアにおける医療と介護の境目は曖昧なので、生活を支える上では幅広い職種が関わる必要があります<sup>10</sup>。

さらに、3番目の「地域課題の発見」では、AさんとBさんの事例を比較することで、高齢者の外出機会が少ないという共通点を見出し、そこから「Y地区の周辺に外出できる場が少ない」「Y地区の中央部を走る道路の歩道が狭い」といった地域の課題を抽出することが期待されています。

その上で、(4) の「地域づくり・資源開発」では高齢者の外出機会を増やすようなサークルとか、認知症カフェなどをY地区で作ることが目指され、(5) の「政策の形成」では外出機会を増やす場をX市全体に広げたり、Y地区を走る道路の側道を改善したりするための提言などが期待されます。

つまり、市町村から見ると、マイクロ（個別の課題）の情報収集だけでなく、マイクロの課題をマクロの視点（地域の課題）に捉え直したり、逆にマクロの視点をマイクロに落とし込めたりする絶好の機会と言えます。

この考え方は「個を地域で支える援助と、個を支える地域を作る援助を一体的に推進する手法」<sup>11</sup>と

<sup>9</sup> 日本総合研究所（2020）「地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業報告書」（老人保健事業推進費等補助金）。回答自治体数は1,230団体。

<sup>10</sup> 多職種連携の必要性に関しては、介護保険20年を期した拙稿コラムの[第12回](#)を参照。

<sup>11</sup> ソーシャルワークに関しては、岩間伸之ほか（2019）『地域を基盤としたソーシャルワーク』中央法規出版を参照。

されるソーシャルワークと符合しており、ソーシャルワークの発想で地域ケア会議を活用しなければ、「地域の実情」に応じた体制整備は困難になると考えています。

## 2 | 事例『で』考える難しさ

では、どうして市町村はミクロの課題をマクロの問題として捉え直すことについて、苦手意識を持っているのでしょうか。この点について、市町村の「実情」を見てみると、幾つかの理由が絡み合っているように感じます。

第1に、専門職の特性として、個別事例の課題解決策を模索してしまう点です。言い換えると、地域ケア会議を「事例『を』考える場」にしてしまう点です。もちろん、こうした場は非常に重要であり、特に「認知症の独居高齢者を引き籠もりの子が支援するケース」といった複雑かつ困難なケースに関しては、多職種・多機関が関わる必要があります。

ただ、地域ケア会議をミクロだけでなく、マクロの課題も考える場にするのであれば、複雑な個別課題は別の場で取り上げるとか、会議の設計思想が求められます。換言すると、「何のために会議を開くのか」という目的をハッキリさせる必要があります。

第2に、「事例『で』考える場」にするため、要支援の人など状態が軽い事例を取り上げるのも一案です。複雑かつ困難なケースの場合、専門職が集まっても、「難しいよね」「大変だよ」「もう少し様子を見ましようか」といった形で、解決策を捻り出すのに四苦八苦することが多くなります。繰り返しますが、こうした会議は非常に重要なのですが、個別事例の課題解決に力点が置かれるため、会議の場は「事例『を』考える場」になります。これではミクロの課題をマクロに展開しにくくなります。

一方、軽度な事例だと、様々な専門職が知恵を出し合いやすくなるし、住民同士の繋がりや場など地域資源の活用も想定しやすくなります。例えば、先に触れたBさんの事例で言うと、仮にBさんが現役時代、英語の教師だとすると、「公民館で開催されている英会話スクールの臨時講師に来てもらう」といった目標を立てれば、Bさんの外出意欲が引き出せるかもしれないし、結果的にフレイル防止に繋がることも期待できます。

しかも、状態が軽く、かつ現場に多く見られるケースであれば、多くの専門職の学びにも繋がります。例えば、ケアマネジャーに「私が受け持っている事例でも似たようなケースがあるので、住民同士の集まりをケアプランに取り込めるかもしれない」と考えてもらえるかもしれないし、生活支援に必ずしも強くない医療職にとっても学びになると思われます。

つまり、地域ケア会議を機能させる上では、「何のために開催するのか」という設計思想と、事例の選び方が肝要になります。単に会議を開くだけではソーシャルワークの舞台装置として機能しません。

## 5——地域支援事業の戦略的活用

もう1つが地域支援事業の戦略的活用です。上記で触れた地域支援事業は広範にまたがっているものの、実は少しずつ重なっています。例えば、「認知症の人に対する支援」という切口で考えると、地域支援事業では、認知症総合支援事業が該当します。

しかし、認知症の人が外出しやすい環境を整備するため、住民組織と連携するのであれば、生活支援体制整備事業の生活支援コーディネーターとの連携が有効になります。ここで言う生活支援コーデ

ィネーターは生活支援体制整備事業に基づき、地域資源の把握とか、地域に不足するサービスの創出、関係者同士の情報共有とネットワーク構築などを担う専門職で、多くの場合は社会福祉協議会などに配置されており、住民の自発的なサークルなど医療・介護の専門職や市町村職員が知らないような地域資源も把握しています。

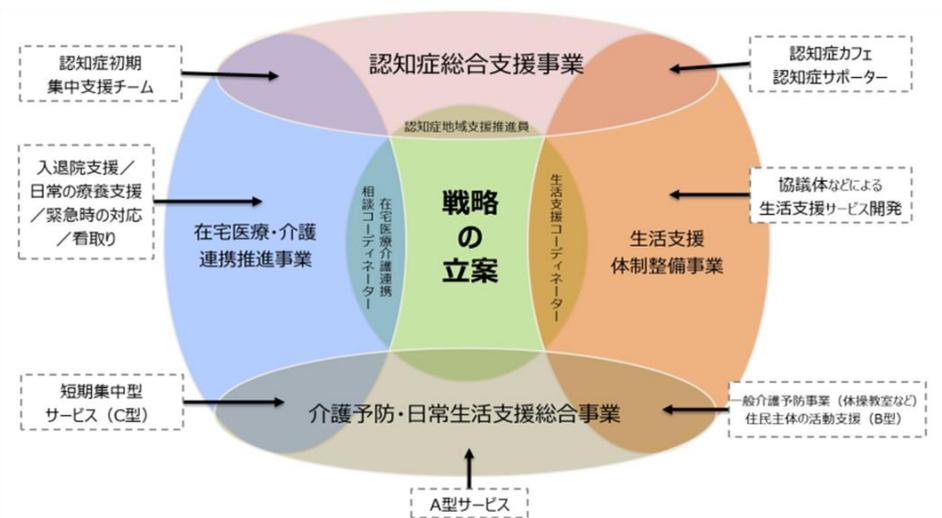
そこで、生活支援コーディネーターと連携すれば、認知症の人の外出意欲を引き出す場を作ったり、住民による見守りネットワークを強化したりすることもできるわけですが、「認知症＝認知症初期支援事業」と凝り固まった発想になると、生活支援コーディネーターの折角の活動をフイにすることになりかねません。

さらに、住民や企業とのネットワーク構築という点で言うと、生活支援体制整備事業と総合事業は相当程度、重複するし、

上記の「残念なできごと」で取り上げた通り、在宅医療・介護連携推進事業と認知症総合支援事業は多職種連携という文脈で重なります。

図表 2 は地域支援事業の連動性について、国の委託研究で作られたイメージですが、こういった形で、市町村は事業同士の繋がりを意識しつつ、事業を上手く連動させたり、優先順位を付けて実施したりすることが求められます。

図表2：地域支援事業の連動性のイメージ



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2019）「地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」（老人保健健康増進等事業）から抜粋

## 6—おわりに

「地域の実情」をキーワードにした連載の第5回では、高齢者介護の現状と課題を取り上げました。多くの市町村職員はマジメに仕事しており、それ故に「事業頭」「制度頭」になって疲弊している印象を受けます。

一部には「零細な市町村には困難」という冷ややかな声も耳にしますが、大きな自治体では組織が大きい分、縦割りの弊害が起きやすく、多職種・多機関連携がハードルになっています。このため、逆に小さな自治体だからこそ機動的に動ける面もあります。地域ケア会議などを上手く活用して「地域の実情」を把握するとともに、地域支援事業を戦略的に活用することで、市町村独自の施策を展開して欲しいと期待しています。

第6回では、分野・属性にこだわらず、相談支援や地域づくりを重層的に展開する「重層的支援体制整備事業」を取り上げます。これを筆者は「最も難易度が高い仕組み」と考えており、次回で現状と構造的な難しさ、今後の論点などを検討したいと思います。