

2019年度博士学位申請論文

大都市における複合的支援ニーズに対する
サービス供給システムの連携に関する研究

—高齢者医療・介護、医療的ケア児支援、高齢障害者支援に着目して—

立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科

竹 田 幹 雄

目 次

序 章	1
第1節 研究の背景	1
第2節 研究の目的と方法	2
第3節 本研究の位置づけ	7
第4節 本研究の枠組みと論文の構成	12

第1部 大都市で焦点化する複合的支援ニーズへの対応

第1章 大都市福祉行政を取り巻く状況と運営課題	17
第1節 大都市福祉行政の運営構造	18
第2節 大都市における医療・介護ニーズの増加	20
第3節 細分化する支援ニーズとサービス供給	22
第4節 大都市における福祉行政運営の課題	25
第2章 複合的支援ニーズをめぐる施策課題	27
第1節 複合的支援ニーズに対する行政的課題	28
第2節 支援の谷間が生じる問題構造	32
第3節 大都市における複合的支援ニーズへの対応	34
第4節 大都市における包括的支援施策のあり方	37

第2部 大都市における包括的支援施策の実態と課題

第3章 医療・介護制度改革と包括的支援施策の展開	41
第1節 医療・介護制度改革の全体像	42
第2節 地域包括ケアシステムの本質的課題	46
第3節 全世代・全対象型包括的支援施策の展開と課題	49
第4章 大都市における包括的支援施策の実態－指定都市調査を踏まえて－	53
第1節 包括的支援施策の分析枠組み	53
第2節 大都市における包括的支援施策の実態調査	56
第3節 調査結果を踏まえた施策課題の横断的検討	68

第5章 高齢者医療・介護施策に関する考察	72
第1節 国による医療・介護施策の動向	73
第2節 包括的なケアマネジメント体制の必要性	75
第3節 大都市における在宅医療・介護施策の課題	78
第4節 大都市における高齢者医療・介護施策のあり方	80
第6章 医療的ケア児支援施策に関する考察	83
第1節 医療的ケア児の実態と支援ニーズ	83
第2節 医療的ケア児支援の現状と課題	86
第3節 大都市における医療的ケア児支援施策の課題	90
第4節 大都市における医療的ケア児支援施策のあり方	93
第7章 高齢障害者支援施策に関する考察	96
第1節 高齢障害者の実態と支援ニーズ	97
第2節 高齢障害者支援の現状と課題	98
第3節 大都市における高齢障害者支援施策の課題	100
第4節 大都市における高齢障害者支援施策のあり方	103
第3部 大都市型包括的サービス供給システムの構築に向けて	
第8章 福祉多元化と自治体アドミニストレーション	106
第1節 福祉サービスの民営化と供給体制の変容	106
第2節 福祉多元化とサービス供給システムの課題	109
第3節 多元化時代における自治体アドミニストレーション	114
終章 大都市における包括的なサービス供給システムのあり方	118
第1節 複合的支援ニーズに対応するサービス供給システムの構造	119
第2節 大都市福祉行政のアドミニストレーション	122
第3節 大都市における新たな相談支援システムの提案	125
第4節 本研究の到達点と今後の課題	129
引用・参考文献	132
謝辞	147

序 章

第 1 節 研究の背景

我が国の社会保障制度は、少子高齢化のさらなる進展を見据え、どのように持続可能性を確保していくかということが大きく問われている（社会保障制度改革国民会議 2015：3）。とりわけ生活に密着した福祉分野には、家族や地域社会の変容、科学技術の高度化やサービス形態の進化などを背景として、単なるニーズの増加への対応だけでなく、ニーズの多様化・複雑化への対応も求められるようになってきた（厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015：1）。

こうした社会的要請に応えるために、多様な主体によってサービスを供給する福祉多元化が推し進められ、サービス基盤の拡充と国民生活の向上が実現したことは事実である。その一方で、事業参入への規制緩和や多方面での専門性の向上によってサービス提供体制が細分化し、経営方針や職員体制、支援の内容や方法が異なる組織がモザイク的に出現するようになっており、円滑なサービスの供給を不確実なものとするリスクが大きくなっている¹⁾。病院や施設におけるケアから地域におけるケアへと支援のあり方がシフトし、様々なサービスを切れ目なく提供していくことが求められている中で、異なる事情や価値観をもった組織を取りまとめて、地域全体としてあるべき姿をつくり上げていくことは容易でない²⁾。

このような課題は、大量かつ多様な地域資源が存在する大都市ほど生じやすくなるが³⁾、大都市では様々な事情をもつ人々が生活しており、単身で寝たきりの要介護高齢者、24 時間医療的ケアが必要な子ども、高齢になり施設に通うことができなくなった障害者、認知症の親と精神障害のある子どもが同居する家庭など、医療だけ、介護だけでは支え切れないケースが目立つようになってきている。こうした支援ニーズに対応するためには、様々な支援機関が緊密に連携していかなければならないが、支援者による治療や介入と当事者に対する受容や見守りのどちらを優先するのか、どのような支援を誰が担うのかといった調整をしようとする、交渉の決裂や役割の押し付け合い、連携の拒否が往々にして発生する⁴⁾。今後、大都市では、生活問題が生じやすい高齢者が大幅に増加していくことが見込

¹⁾ 白澤は、市場メカニズムを導入した介護保険制度によって、民間企業によって在宅サービスは拡充されたが、過度な競争によって事業者が撤退し、利用者に最も必要な継続したケアが受けられない場面も生じてきていることを指摘している（白澤 2008：87）。

²⁾ 島崎は、地域における各機関・職種の「切れ目ない」連携の重要性が強調されているにもかかわらず、こうした連携が実現できている地域は多くないことを指摘している（島崎 2013：141）。

³⁾ 太田は、こうした大都市特有の「見えにくさ」によって、利用者・事業者・自治体の共同連帯の形成が難しくなるため、利用者・家族の不安感の増長や事業者の経営の不安定化が生じることを指摘している（太田 2012：32-34）。

⁴⁾ 島崎は、こうした情報連携の不調が、組織・職種間での「インターフェース・ロス」によって発生するとして、その背景には、職能・職責の相違や受けてきた教育のバックグラウンドが異なることや、属する組織体の組織や仕事の内容によって方針や考え方が異なることがあるとしている（島崎 2013：141-142）。

まれており⁵⁾、複合的支援ニーズをめぐる対応は、これからの我が国の福祉政策における大きな課題になっていくものと思われる。

そうした中で、サービス供給過程において生じる問題は、サービスを供給する民間主体によって解決されることが望ましいのは言うまでもないが、解決できない状況があるのであれば、責任をもって対策を講じていくのが福祉行政の役割である⁶⁾。こうした取り組みが、それぞれの地域の実情と自治体の行政能力によって成り立っていることを直視した上で、福祉行政運営のあり方を実践的に検討し、具体的な解決策を提示していくことが、今日の社会福祉研究に求められている。

第2節 研究の目的と方法

1. 研究の目的

本研究は、以上のような状況を踏まえ、これからの我が国の福祉政策において大きな課題となる「大都市」と「複合的支援ニーズ」に焦点を当てて、双方の課題を乗り越えることができるサービス供給システムのあり方を明らかにすることを目的としている。なお、サービス供給システムは、様々な機関・施設・事業所によって構成されるものであり、それぞれをつなぐための相談支援や情報連携、さらには財源調達や資金の配分、マンパワーの確保・育成といった仕組みや環境の整備など、多様な要素によって構成される。その一つひとつが重要であることは間違いないが、全体がシステムとして機能するためには、行政による運営管理が非常に大きな役割を担う。本研究では、こうした行政によるサービス供給システムの運営管理の機能や役割をアドミニストレーションとして定義するとともに、自治体によるアドミニストレーションの展開という視点から検討を行うこととして、次の4点を研究課題とする。

1) 自治体福祉行政におけるアドミニストレーションの実態と課題の解明

我が国の社会福祉研究は、伝統的に政策と臨床を対象として研究が行われてきたが、社会福祉の範囲の拡大や供給主体の多元化が進んでいる現代においては、両者をつなぐ経営レベルを区別し、三相で社会福祉実践を捉えていくことが必要になってきている（京極1998：43-47）。しかしながら、組織運営のあり方を問うメゾレベルの研究は、構成要素が

⁵⁾ 対2015年度比の高齢者人口は、大都市が約328万人増であるのに対して、大都市以外は約204万人増にとどまっており、大都市の方が大都市以外の1.6倍近く増加すると推計されている（国立社会保障・人口問題研究所2018）。

⁶⁾ 社会福祉法第6条において、「国及び地方公共団体は、社会福祉を目的とする事業を営業者と協力して、社会福祉を目的とする事業の広範かつ計画的な実施が図られるよう、福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策、福祉サービスの適切な利用の推進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。」と規定されている。また、介護保険法第5条第3項で「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。」と規定されるなど、福祉関係各法に福祉行政の責務が規定されている。

膨大かつ不確かであり、実態を理論的に捉えることが非常に難しい上に、日々動態を変える現状を分析して課題の解決策を見出すためには、高度な情報処理能力と構想力が要求される（高澤 2000：19-20）。加えて、組織内の意思決定過程の深層に迫らなければ実態を解明できないという研究対象の特性もあり、マクロとミクロを包摂するメゾレベルの研究は、まだまだ成果が出ていないのが現実である⁷⁾。

その一方で、福祉行政の実施主体である地方自治体は、厳しい財政状況の下で、福祉ニーズの増大と多様化に対応すべく、苦悩する日々が続いている。行政改革の流れの中で、行政が直営で福祉サービスを提供することは難しくなり、民間主体を活用したサービス供給システムへの転換によって、福祉行政には多様な主体をマネジメントしていく役割が期待されるようになってきた⁸⁾。日進月歩で様々な分野の専門性が向上していく中で、その使命を果たしていくことが容易でないことは想像に難くないが、具体的にどのようにすれば課題が解決に向かうのか、暗中模索している自治体は少なくない。

本研究は、こうした状況を打開すべく、メゾレベルの実践現場である自治体福祉行政の実態にアプローチし、現実的な課題解決に資するアドミニストレーションのあり方について検討することを企図している。

2) 福祉行政における専門性の再定義

我が国の福祉政策は、供給主体の多元化を進めることによってサービス基盤の拡充を図りつつ、行政の役割を条件整備主体へと転換させてきた。そうした経過の中で、サービスの供給は民間主体が全面的に責任を負うことになったという解釈に基づき、行政は法令に基づいて利用認定や事業者指定を行うことに専念すればよいという考え方が自治体に広がっていることが指摘されている⁹⁾。

ところが近年、支援ニーズの複合化とともに、制度や分野をまたぎながら多様な主体が連携していくことが求められるようになり、民間主体だけで適切な連携体制をつくるのが難しくなっている¹⁰⁾。今日の福祉行政には、こうした民間主体だけでは調整できないような課題に対応するために、多様な主体が協働できるサービス供給環境をつくっていくことが必要とされるようになってきた¹¹⁾。自治体がこのような役割を担うためには、サービスの提供に関する知識やノウハウを理解した上で、様々な供給主体の意見を調整する能力や、地域全体の供給システムを最適化していく構想力が必要となる。

⁷⁾ 永田は、三浦の社会福祉経営論を「政策範疇」に焦点を絞って体系を構築されたものであるとした上で、政策領域と実践領域の間のメゾ領域が、現在の大きな課題となっていることを指摘している（永田 2017：75）。また鶴野も、福祉国家論や社会政策サイドからの社会福祉理論とソーシャルワークからの社会福祉理論の距離が、未だ遠いことを指摘している（鶴野 2017：73）。

⁸⁾ 畑本は、新公共ガバナンス時代には、行政課題や地域の課題を行政機関単独で解決するのは難しく、多くのアクターとの協働が求められることを指摘している（畑本 2014：10）。

⁹⁾ 平岡は、相談機能の外部化とサービス供給体制の市場化の相乗的効果として、市町村行政が、福祉的援助に直接的にかかわらず管理的機能に特化する傾向が生まれ、「自治体福祉行政の空洞化」を引き起こしていると指摘している（平岡 2006：55-56）。

¹⁰⁾ 畑本は、新公共マネジメントの問題点を踏まえ、競争によって一部の効率化を達成できたとしても、十分な連携のもとで全体としての協力関係を築くことができていないということを指摘している（畑本 2014：4）。

¹¹⁾ ボヴァールとラフラーは、政策から望ましい成果を得て、公共サービスの質の高さを達成するためには、最も重要な関係主体との関係をうまくマネジメントすることが必須であると指摘している（Bovaird & Löffler=2008：128-129）。

この間の自治体福祉行政には、法令を正確に解釈して適正に運用する能力や、福祉事務所や福祉施設等における相談援助等を実践する能力が必要とされてきたが、サービス供給システムを調整するための専門性については、ほとんど注目されてこなかったように思われる¹²⁾。その結果、自治体に地域全体を適切にコントロールできるだけの専門性を備えた運営体制が確保されず、地域の実情に応じたサービス供給システムを構築できない状況に陥っているのではなかろうか。

本研究は、こうした問題意識に基づき、福祉行政における専門性を再定義しながら、サービス供給システムにおける行政機能のあり方について検討するとともに、その重要性を追究しようとするものである。

3) 大都市の特性に応じたサービス供給システムの再構築

我が国の福祉行政は、地域の特性を踏まえたサービス供給体制を構築するために、多くの分野において、住民に最も身近な自治体である市町村が実施主体となっている。ただし、一口に市町村といっても、人口が数百人の村から 100 万人を超えるような大都市まで一括りにされており、それぞれの自治体が置かれている状況は、大きく異なっている。とりわけ大量の人口と社会資源を抱える大都市では、そもそも膨大かつ複雑な課題が存在している中で、社会保障制度の担い手が減っていき、医療・介護ニーズが増大していくという局面を迎えつつある。大都市のサービス供給システムは、こうした社会保障制度をめぐる構造的な変化に対応するために、近い将来、抜本的な見直しを迫られることになるだろう。

一方で、福祉制度の運営に当たっては、国が詳細に規定した方法や基準を順守することが求められるため、自治体としての裁量の幅は、それほど大きいわけではない¹³⁾。そうした中で、大都市の実情を踏まえたサービス供給システムを構築していくためには、自治体が進んで関係者・関係機関との間に入って、主体的に課題解決に向けた調整を行っていく必要がある。

本研究は、以上のような課題認識に基づき、大都市の特性を踏まえたサービス供給システムの再構築に向けて、その具体的なあり方について検討するとともに、具現化するために必要となる自治体福祉行政の役割と方法を明らかにすることを目指している。

4) 複合的支援ニーズの実像化と対応策の具体化

現代の社会福祉には、医療や介護、就労や教育といった分野をまたいだ支援が必要とされるようになってきており、こうした状況に対して、全世代・全対象型地域包括支援体制を構築していくという方向性が国から示されている（厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015：5-12）。このような取り組みを進めていくためには、一義的には支援スキルやノウハウを向上させていくことが必要となるが、

¹²⁾ 佐々木は、多くの専門職が対人福祉サービスの実践に当たっているが、こうした専門職が自治体福祉行政に関心が薄かった感は否めないとして、専門職がもつ情報面、政策面、利用者の実態的側面を通じたニーズの分析・評価が政策に活かされる必要があると指摘している（佐々木 2001：5）。

¹³⁾ 平岡は、自治体福祉行政には、住民のニーズを全体として把握した上で、市場の機構を通して充足すべきものと、その他の機構を通して充足すべきものに区分し、双方について適切な給付ないし規制を実施する体制を整えることが求められるが、実際の自治体福祉行政の裁量の幅は、それを実施できるほど大きくないことを指摘している（平岡 2006：59）。

様々な分野において専門性が高度化している中で、あらゆる分野に精通した支援を一元的に提供するのには、現実的には非常に難しい。このため、複合化している支援ニーズへの対応は、ニーズを構成している一つひとつの要素を的確に理解した上で、それぞれに対応する制度やサービスを組み合わせながら支援することが求められることとなる。すなわち、複合的支援ニーズへの対応を施策として進めていくためには、そもそも複合的支援ニーズとはどのような性質のものであり、それらがどの程度存在しているのかを把握しなければならないが、そのための手法が確立しておらず、全体的な把握がほとんど行われていない。

加えて、複合的支援ニーズは、分野をまたいだ支援が必要になることが対応の困難性を高めることにつながるが、どのような課題の複合化がどのような困難性を引き起こすのかということが理解されなければ、的確な対応策を講じることはできないはずである。しかしながら、現時点では、そうした分析がほとんど行われることなく、包括的な支援の必要性だけが強調されている状況にあるように思われる¹⁴⁾。

本研究は、こうした現状を踏まえ、複合的支援ニーズの実像化を図るとともに、支援を行っていく上での課題を具体的に明らかにした上で、現実的な対応策を見出していくことを志向している。

2. 研究の方法

本研究は、上記の研究目的を達成するため、以下の方法により研究を行う。

- ①大都市における福祉行政の運営課題について、法制度の枠組みや統計データに基づいて分析するとともに、複合的支援ニーズをめぐる施策課題について、文献研究によって論点整理を行いつつ、自治体調査によって実践的な考察を行う。なお、自治体調査については、分野別支援体制の統合を行った指定都市 A 市を対象として、ヒアリング調査を実施した。(第 1 章・第 2 章)
- ②政府資料や政府統計等を分析しながら、複合的支援ニーズに対応するために展開されている包括的支援施策の政策的な位置づけを解明するとともに、自治体が展開していく上での課題を整理する。(第 3 章)
- ③複合的支援ニーズとして政策課題となっている高齢者医療・介護施策、医療的ケア児支援施策、高齢障害者支援施策を取り上げて、自治体調査によって施策の実施状況を検証するとともに、文献研究による課題整理を行いながら、自治体による施策のあり方について考察する。なお、自治体調査については、全指定都市を対象として、3つの施策の実施状況に関する質問紙調査を実施した。(第 4 章～第 7 章)
- ④福祉多元化を踏まえたサービス供給システムの課題について、文献研究と自治体調査によって理論と実践の両面から考察を行い、自治体アドミニストレーションのあり方を検討する。なお、自治体調査については、在宅医療と在宅介護の複合的支援ニーズが大量に発生していると考えられる指定都市 B 市を対象として、ヒアリング調査を実施した。(第 8 章)
- ⑤①から④を総括し、大都市における複合的支援ニーズに対応するサービス供給シス

¹⁴⁾ 日本総合研究所(2018)や全国社会福祉協議会(2017)(2018)による調査研究が行われているが、いずれも取り組み事例の収集に止まっており、複合的支援ニーズの質的・量的な分析は行われていない。

テムのあり方と、その実現に向けて自治体福祉行政が果たすべき役割を提示する。
(終章)

3. 用語の整理

1) 福祉行政とアドミニストレーション

一口に福祉行政といっても、その内容は多様であるが、実際の自治体福祉行政においては、①福祉制度の実施（サービスの利用認定、費用やサービスの給付、事業者の指定等の管理的業務）、②専門機関における相談援助（福祉事務所、児童相談所、障害者更生相談所等における相談業務）、③サービス供給体制の整備（住民のニーズの把握や評価、サービスのネットワークの形成、サービスの供給組織の育成、サービスの質の確保等の企画調整業務）といったものに大別できる。本論文においては、研究内容の性質上、主として③の機能を指して福祉行政という用語を使用するが、①や②の機能と一体となって福祉行政が運営されていることには十分留意している。

また、アドミニストレーションという用語は、法制度や組織の運営管理という概念を指す場合もあるが、**social administration** として捉えられることもあり、公共政策における **public administration** として捉えられることもある。本論文においては、現代の福祉行政が、行政内部の運営管理と行政外部との協働体制の形成によって成り立っていることを踏まえ、サービス供給システムの運営管理において行政が担うべき機能や役割を指すものとして、アドミニストレーションという用語を使用する。

なお、福祉行政という用語には、アドミニストレーションの概念が含まれているものと考えられるが、福祉行政の機能や役割は、理念や責務といったものから予算や事業の執行手法といったものまで様々なレベルから捉える必要があるため、具体的な運営管理手法を指す場合には、アドミニストレーションという用語を使用することによって、議論のレベルを整理している。

2) 大都市及び大都市圏

地方自治法では、指定都市、中核市、特別区が大都市制度として設けられているが、国勢調査の大都市圏は、指定都市と特別区とされており、行政実務上も、各種大都市主管局長会議や課長会議は、指定都市と東京都で構成されている。

また、個々の特別区は、地方公共団体としては一般市に準じており、都道府県が所管する事務を実施しているわけではなく、一般の市が所管している都市計画や消防などの事務は、東京都が所管している。加えて、都区財政調整制度によって東京都の関与を受けるなど、単体で大都市行政を担っていくという位置づけにはなっておらず、都と区が一体となって大都市行政を進めていくという構造になっている。

本研究は、大都市が抱える膨大かつ複雑な行政課題に対して、様々な施策を一体的に講じながら、効率的・効果的なサービス供給システムを確立するための方策を検討するものであり、本論文では、上記のような地方自治制度の状況を踏まえ、指定都市を大都市として取り扱う。

なお、大都市の人口やニーズを量的に検討する場合には、東京都のボリュームを考慮す

る必要があることから、こうした視点から大都市を捉える場面では、指定都市と東京都を合わせた地域を大都市圏として取り扱う。

3) 支援ニーズ及び複合的支援ニーズ

社会福祉を必要とする人々は、様々な生活のしづらさを抱えており、そこから発生する福祉ニーズは極めて多様であるが、それらが全て公的制度によって対応されるものではない。このため、福祉行政を運営していく上では、公的制度によって対応すべきニーズとそれ以外のニーズに区分して認識する必要がある。京極は、こうした視点から、潜在的なニーズと制度が対応すべき需要を区分する福祉需給モデルを提唱しており（京極 1998：77-82）、基本的にはこのモデルを踏まえた理解が適切であると考えられるが、制度が対応すべき需要は、常に全て顕在化しているわけではない。本研究は、政策の対象とする範囲が必ずしも確定していない課題を取り扱うものであり、こうした点を十分考慮する必要があることから、本論文では、需要に相当する部分と、現時点ではニーズに含まれている制度が対応すべき部分を合わせたものを、「支援ニーズ」と呼ぶこととする。

また、支援ニーズは、必ずしも単独で存在しているわけではなく、いくつかの支援ニーズが折り重なっている場合が少なくない。その状況は多種多様であり、重複している次元もケースによって大きく異なるが、本研究は、施策として対応するための方策を検討することから、本論文では、医療や介護等の制度ないしは分野をまたいで存在する複数の支援ニーズを、「複合的支援ニーズ」と呼ぶこととする。

第3節 本研究の位置づけ

社会福祉の運営管理をめぐって、ティトマスは、social administration という領域を見出すとともに、以下のような研究課題を提示して、体系的な理解と研究の必要性を指摘している（Titmuss=1971：18-19）。

- ①政策形成とその予測及び予測外の結果の分析と記述
- ②構造、機能、組織、計画の研究と施設及び機関の運営過程に関する歴史的、比較法的研究
- ③社会的ニード及びニードへの接近方法に関する研究やサービスや処置、移転などの成果の活用と累計の研究
- ④社会的費用及びマイナスの福祉（diswelfares）の性格、属性、分布についての研究
- ⑤時系列的に可処分資源の分布と分配を分析すること、及び社会的諸サービスの特定の影響の分析
- ⑥議員、専門ワーカー、行政官及び社会福祉制度が操作・運用される場合に直接関係するグループなどの役割と機能の研究
- ⑦被保険者とか社会的サービスの受益者及びユーザーという観点からみた、市民の社会的権利に関する研究
- ⑧社会法、行政法をはじめ、その他の諸規定に示される社会的施設の価値と権利を配分する（中央及び地方）政府の役割に関する研究

三浦は、このティトマスによる研究を踏まえながら、公私機能分担の見直しと福祉サー

ビス供給組織の再編を提起し（三浦 1995：95-118）、我が国における供給体制の多元化や地方分権、在宅福祉サービスの展開といった福祉改革を主導していった。これら一連の動きとともに、現代の福祉政策論は、サービス供給組織や財源の調達方法、福祉人材の確保と配置、制度や組織の運営管理方法等を課題として、市町村レベルの福祉行政を対象とした研究が行われるようになってきている（阿部 2003：175）。

その一方で、1973年のオイルショックを契機とした世界的な経済の停滞から、行政の効率化や経費節減が求められるようになり、公共政策のパラダイムは、段階的に変化してきている。オズボーンは、こうした流れを、①1970年代後半ないしは1980年代前期まで続いた公共管理（Public Administration）、②1980年代後期から21世紀初頭までの新公共経営（New Public Management）、③1990年代後期ないしは21世紀初頭から現在までの新公共ガバナンス（New Public Governance）に区分している（Osborne2009：1-16）。

公共管理時代においては、高度経済成長と福祉国家の建設を政策理念として、行政主導による公共サービスを適正に展開していくことが重視されてきたが、経済の停滞による財政の行き詰まりによって、行政の効率性を重視する新公共経営が登場し、民間企業の経営手法を可能な限り行政運営に適用するようになった。大住は、この新公共経営について、①業績・成果に基づくマネジメント、②市場型メカニズムの導入、③顧客主義・利用者本位、④分権化した業務単位への権限移譲といった点に特徴があると指摘している（大住 1999：38）。具体的な手法としてはいくつかあるが、その一つは、独立行政法人の創設であり、企画立案部門と業務執行部門を分割することによって、業務執行部門の業績や成果を評価しやすくするとともに、民間部門と競争させることができる組織体へと転換させた。また、もう一つの手法は、PFI（Private Finance Initiative）で導入あり、資金調達から施設の建設・運営まで民間事業者に委ねることを可能とした。

こうした手法は、我が国においても広く活用され、行政改革の推進に大きく寄与してきたが、行政の外部要因が大きく変化してきていることもあって、現代では、新公共経営の欠点が指摘されるようになってきている。畑本は、こうした背景には、マネジメント主義一辺倒の弊害によって全体最適にはなっていないといった状況や、参加や公正といった価値が重視されるようになってきている状況があることを指摘している（畑本 2014：3-4）。福祉行政でいえば、高齢者福祉や障害者福祉のように特定の分野で政策が完結する状況ではなくなっており、ニーズの多様化・複合化が急速に進行する中で、分野別に体系化されてきた福祉施策は、医療や教育、就労などの関連分野と一体となって包括的に支援していくことが求められるようになってきている。また、サービス提供主体の民営化を進めたことによって、民間主体の意向を考慮しなければサービス供給が成り立たないことや、サービス利用者の権利性を明確化したことによって、地域住民の意識も十分に汲み取らなければならないといった状況にも置かれている。

こうした変化に伴い、行政内部の効率性だけを追求する新公共経営に限界が生じたことによって、近年では、多様な主体との協働とネットワーク化を志向する新公共ガバナンスへと公共政策がシフトしてきているとされている。したがって、現代において公共政策を推進するためには、地域のニーズや資源の特性に応じた施策の展開が不可避であり、様々な行政分野において地方自治体による積極的な関与が求められるようになってきていることが

指摘されている¹⁵⁾。

本研究は、こうした社会的要請に応えるために、新たなサービス供給システムと自治体福祉行政のあり方を再検討しようとするものであるが、両者には、これまでの経緯を踏まえた連続性や継続性、整合性を確保していくことが必要とされる。そこで、以下において本研究に関連する先行研究を検討することによって、本研究の位置づけと意義を確認することとしたい。

1) 福祉行政に関する先行研究

1980年代から始まった福祉改革によって、我が国のサービス供給システムは、構造的な変化がもたらされたが、古川は、多元化とともに地方分権が進められ、自治体によって計画的な福祉行政が展開されるようになった経過を詳細に考察している(古川 1997)¹⁶⁾。さらに高澤は、こうした状況を踏まえ、法令に基づく規制行政を脱し、外部の多様な資源を戦略的に活用する福祉行政に転換していく必要性を提起した(高澤 2000: 15-18)。

しかし実際には、「自治体福祉行政の空洞化」といったことが指摘されるように(平岡 2006: 55-56)、福祉行政を管理的機能に特化させる傾向が生まれ、ニーズの把握や資源のマネジメントを行う機能が後退してしまった自治体が少なくないと思われる。こうした状況が生じているのは、一連の改革過程において、福祉制度のあり方をめぐる議論は盛んに行われたものの、それを運営するための方法や体制に関する議論がほとんど行われてこなかったからではないだろうか。

今日の社会福祉は、多くの制度が普遍化され、幅広い人々を対象としたものになってきているが、畑本が指摘するように、対人的なサービスを提供する制度は、社会保険制度の財政運営を行うだけで十分に機能するわけではない(畑本 2012: 213-220)。制度にアクセスしにくい人々や、サービスが行き届きにくい人々の存在を認識するとともに、そうしたニーズにも確実に支援を行き届かせていくことこそが社会福祉の使命であり、福祉行政の責務である。

その一方で、自治体が十分な役割を果たすことができないのは、福祉行政を運営するために必要な職員体制が十分に確保できていないからであるといった指摘が沼尾によってなされている¹⁷⁾。確かに、多くの自治体は、厳しい財政状況の下で行政改革の取り組みが不可欠なものとなっており、潤沢な職員配置を前提とした福祉行政論は、ほとんど実効性をもたない状況である。行政サービスを向上させる上で、職員体制の充実を図ることは基本的な手段ではあるが、それを容易には実行できないという現実を踏まえなければ、実際に福祉行政を動かしていくことは難しい。

こうした福祉改革と行政改革による福祉行政の変容は、新自由主義を基調とした規制緩和と公的部門の役割の減少というベクトルで進んできたが、福祉サービスの市場化が進行する裏側で、福祉行政が本来果たすべき役割が埋没してしまい、そのことによって非効率

¹⁵⁾ 山本は、こうした状況を重視して、自治体による公共ガバナンスを「ローカル・ガバナンス」と位置づけている(山本 2009)。

¹⁶⁾ 福祉行政における分権化や多元化をめぐっては、藤村(1999)や武智(2001)、渋谷・平岡(2004)等による研究もある。

¹⁷⁾ 沼尾は、行政改革による職員数の削減によって、自治体職員が追加的な業務を担うだけの余裕がなくなっていることを指摘している(沼尾 2016: 17)。

なサービス供給が放置される状況が作り出されている¹⁸⁾。この間、そのような状況に陥っていることが言及されてきたものの、解決するための方策を具体的に検討した研究は、ほとんどなかったといってよい。自治体が置かれた実情を十分理解しながら、その責務を適切に果たしていくことができる実践的な福祉行政論を構築していくことが、社会福祉研究の急務である。

2) サービス供給システムに関する先行研究

先述した三浦が提起した福祉経営論は、1980年代以降の我が国の福祉政策研究と福祉改革の推進に多大な影響を与えた。その特徴は、政策論的アプローチと実践的アプローチを明確に区別した上で、政策を実行していくための技術論の構築を図ったところにある。具体的には、政策的視点に基づいてニード論を整理するため、福祉ニードを貨幣的ニーズと非貨幣的ニーズに区分した上で、非貨幣的ニーズの充足における公私の機能分担と福祉サービス供給組織の関係を踏まえたサービス供給システムを構築するための手法を提示するものであったが（三浦 1995：46-48、95-118）、この理論枠組みは、多元化と地方分権が進みゆく当時の福祉行政の中で、実践志向の理論として広く浸透し、多様なサービス供給主体の活用と「実現可能性」が確保された計画行政への転換に大きく貢献した（和気 2017：138-139）¹⁹⁾。

また京極は、ティトマス、フリードマン、三浦による理論を福祉需給モデルとして類型化して比較した上で、ニーズと需要、供給と資源を区分する新しい福祉サービスの需給モデルを提示している（京極 1998：77-82）。この理論の特徴は、ニーズや資源という潜在的な存在と、需要と供給という顕在化した存在を画定することによって、潜在的なニーズや社会資源の掘り起こしの必要性を可視化するとともに、社会意識構造や社会・経済構造との関係によってこれらが規定されることを明示することで、潜在化している社会的要因を検討する視点を与えているところにある（阿部 2003：186-189）。京極は、この理論モデルによって、社会福祉において経済市場モデルを単純に適用することはできないことを指摘し、「社会市場」として市場原理を導入していく必要性を主張するとともに、介護保険制度の創設等に参画しながら、その具現化を図っていった²⁰⁾。

その後の度重なる制度改正によって、全国各地で多元的なサービス供給システムが構築されるとともに、自治体による計画的な事業管理が行われるようになったことで、こうした福祉経営理論が現実の福祉行政に取り入れられてきた。ところが最近、既存の制度では対応し切れない支援の谷間といった問題や、医療と介護の連携を重視する地域包括ケアシステムの構築といった課題が提起される中で、集合的に把握しにくいニーズへの個別的な

¹⁸⁾ 山本は、現行のサービス供給システムは、市町村による制度運営の裁量の余地が少ないが、行政が適切に市場に介入することによって、適正な資源配分とサービスの質が維持され、効率化が進んでいくとして、市町村の役割を強化することで、市場化に伴う弊害を是正しなければならないとしている（山本 2009：112-114）。

¹⁹⁾ 三浦が示した「ニーズ論」「資源論」「サービス論」という理論枠組みによって、社会福祉計画の中にニーズやサービスの見込量が数値として示されるとともに、目標達成のための方策を示すことができるようになったといえる。なお、社会福祉計画のあり方については、定藤・坂田・小林（1996）等によって理論化されている。

²⁰⁾ 京極は、『総合研究現代日本経済分析〈1〉社会保障と日本経済 「社会市場」の理論と実証』等において、社会市場のあり方についても理論化を図っている（京極 2007）。

対応や、細分化されたサービスの包括的な提供が求められるようになってきている。福祉経営論は、当初目指したニーズとサービスの定型的・定量的な捕捉と調整という次元を超えて、個々のニーズとサービスを幅広い分野に渡って的確かつ効率的にマッチングさせることができる理論へと発展させていくことが必要とされている²¹⁾。

3) 大都市の福祉課題に関する先行研究

そもそも都市社会は、血縁や地縁関係を背景とした人間関係を基盤とするゲマインシャフトではなく、工業化の進展とともに人口と産業が集中することによって成立するゲゼルシャフトであり、家族や地域のつながりが希薄な中に、様々な背景をもった人々が集まり合って地域社会が形成されている。したがって、都市化が進んだ大都市では、多様な生活問題が数多く発生することになるが、それらを地域社会が主体的に解決しようとする機運が生じにくいいため、行政が社会福祉を主体的に担っていく必要性が高くなる。佐々木は、こうした大都市から発生する先進的な福祉ニーズと、それらに対応しようとしてきた大都市福祉行政が、全国の福祉政策をリードしてきたと指摘している（佐々木 2001：4）。

一方で太田は、大都市には様々な局面において「見えにくさ」という問題があり、地域の支援ニーズやサービス供給システムの全体像を把握しにくいいため、この「見えにくさ」という問題がどういった問題をどのように引き起こしているのか、実証的に研究していくことが必要であると指摘している（太田 2012：32-34）。確かに、産業化が急速に進行する中で、大都市が我が国の福祉行政をリードしてきたことは事実であるが、その実態がつぶさに明らかにされてきたわけではない。この間、川上（2003）による都市高齢者の生活実態と要介護状態を把握しようとする研究や、奥山（2009）による高齢者の住居移動や世代間扶養の実態から大都市における高齢者の生活状況を明らかにしようとする研究、さらには河合（2009）によるひとり暮らし高齢者の社会的孤立に焦点を当てた大都市研究などが行われてきたが、これらは大都市に居住する高齢者の支援ニーズの把握に焦点を当てたものであった。また最近では、支援機関や施設・事業所における取り組みについても報告されるようになってきているが²²⁾、いずれもサービス供給主体を対象とした研究の域を出ておらず、サービス供給システム総体としての課題や、それに対する福祉行政のあり様について考察した研究は、ほとんど行われていない。

大都市の福祉課題は、その量的な多さと質的な複雑さ故に全体像が捉えにくく、それに対応する自治体福祉行政の実態を捉えることも非常に難しいが、大都市ほど行政による政策的な対応が必要であるという現実を踏まえ、そのあり方を追究していくことが必要である。

4) 複合的支援ニーズと包括的支援施策に関する先行研究

近年の社会保障制度改革は、低密度の医療による長い入院期間が、非効率な医療の提供

²¹⁾ 平野は、福祉改革が一定の到達段階に達したことで、既存の福祉経営論の射程範囲を超える状況が生じつつあるとして、新たな理論へと発展継承することが重要な課題となっていると指摘している（平野 2003：174-177）。

²²⁾ 太田（2012）では、地域包括支援センターによる取り組みや福祉・介護人材育成の取り組み、生活支援サービスや成年後見制度の利用実態等について、都市部の自治体の事例報告がまとめられている。

と医療費の増加の大きな要因になっているとして、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を促していくことが目指されており、その受け皿となる在宅医療・在宅介護を一体的に提供していく地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっている（社会保障制度改革国民会議 2015：25）。この地域包括ケアシステムをめぐっては、概ね 30 分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域を単位として、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する体制とされ、地域包括ケア研究会によって、そのあり方が継続的に検討されている（地域包括ケア研究会 2010・2014・2016・2017）。さらに、太田・森本（2011）や高橋（2012）、国立社会保障・人口問題研究所（2013）によって、様々な分野を交えた多角的な研究も行われるようになってきた。しかし、現在の研究動向としては、政策的な意義や必要性を解説したり、先進地域における特定領域に関する事例を報告するものに止まっている感があり、自治体が施策を具体化できるレベルの理論が提示されているとは言い難い²³⁾。

また、支援ニーズの多様化・複合化とともに、従来の福祉制度も次々と見直しが行われてきているが、それでもなお、支援を必要としているにもかかわらず支援を受けることができない人々が存在しているといった指摘がなされている（厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015：5）。こうした課題について、古川や平野、岩田は、社会福祉が対象とする範囲には、主観的な判断が入り込む余地があることや（古川 2009：119）、対象とできる範囲は、社会的な価値観や提供者側の能力や認識による部分があること（平野 2015：26）、問題解決に当たっては、動員できる資源の質量と、それを左右する権力構造によって大きな制約を受けること（岩田 2016：44）が背景にあると指摘している。

そうした中で、高齢者に対する地域包括ケアシステムを深化させることによって、全世代・全対象型地域包括支援体制を構築していくという方向性が示されているが（厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015：5-12）、その理念や方向性は理解できるものの、実現に向けた方法としては、一部の先進的な取り組みに追随する枠組みが提示されているのみであり、全国的な施策として展開するための手法や体制、人材のあり方は、ほとんど提示されていない。今後ますますニーズの増大・多様化やサービスの専門性の高度化が進行していくことが予想されるが、複合的支援ニーズに対してどのように施策的な対応を図っていくべきか、現実的で具体的な課題として検討していくことが必要である。

第 4 節 本研究の枠組みと論文の構成

以上のような先行研究に関する考察を踏まえ、本研究の枠組みを、図序-1 のように整理するとともに、次の 3 段階に区分して研究を行う。

まず、第 1 段階として、量的な膨大さと質的な複雑さへの対応が求められる一方で、サービス供給システムの可視化が困難であるという大都市特有の課題を踏まえた福祉行政の

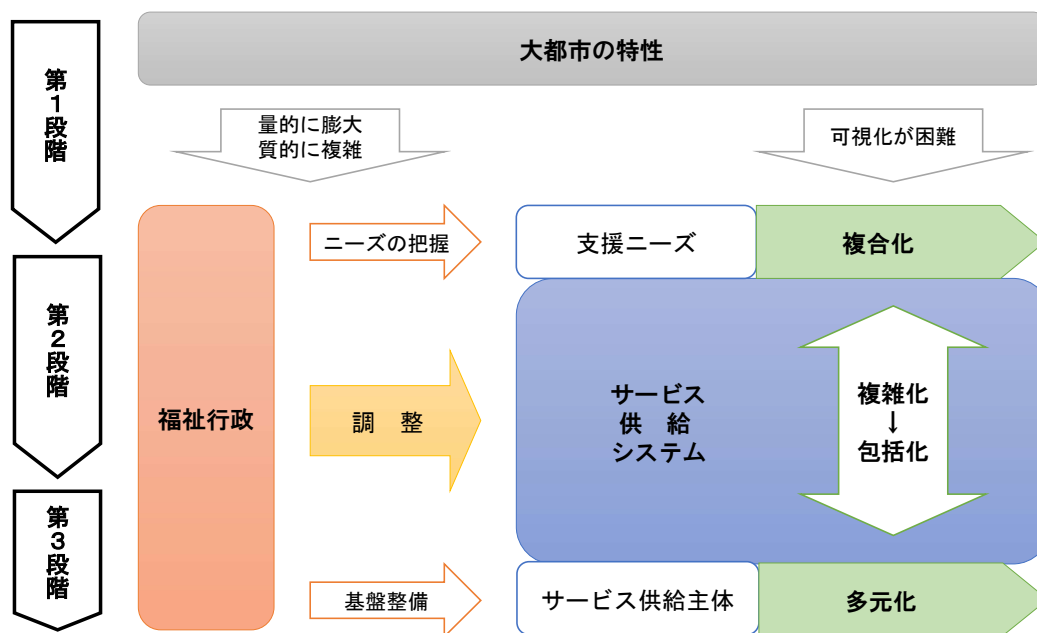
²³⁾ 筒井は、integrated care 理論に基づいてシステム設計のあり方を提示しているが（筒井 2014a、2014b）、理念的・概念的には整理されているものの、それらを施策として具現化していくための方法までは示されていない。

運営課題と、支援ニーズの複合化を踏まえた施策課題について考察する。

次に、第2段階として、支援ニーズの複合化と供給主体の多元化によってサービス供給システムが複雑化してきている中で、包括的支援施策が求められている状況について検証するとともに、具体的な施策のあり方について考察する。

そして、第3段階として、サービス供給主体の多元化を踏まえた福祉行政の役割について確認するとともに、包括的支援施策を展開するための方策を具体的に提示する。

図序-1 本研究の枠組み



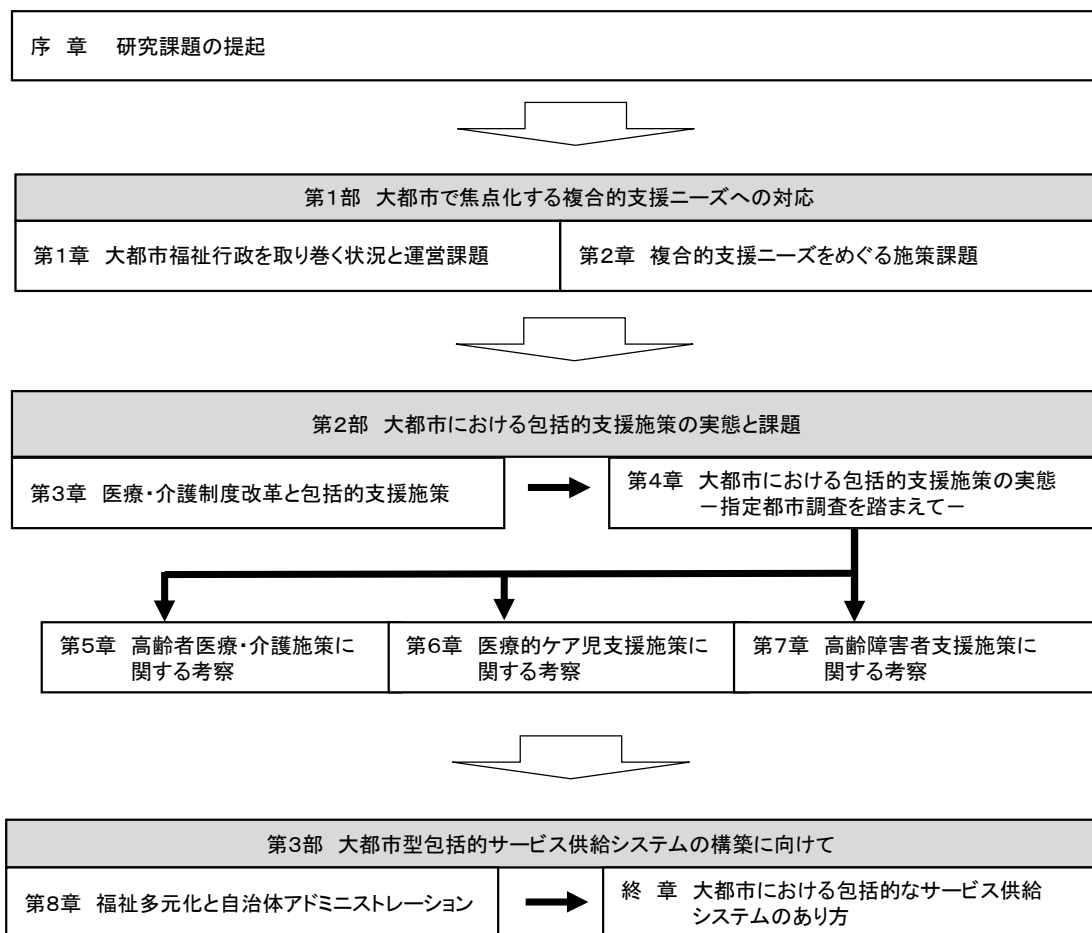
出典:筆者作成

本論文は、この研究枠組みに基づき、図序-2のような構成としており、まず、序章により研究課題を提起するとともに、第1部において、大都市における福祉行政の運営課題を整理しながら、複合的支援ニーズへの対応が焦点化している状況について考察する。さらに、第2部では、医療・介護制度改革の方向性と包括的支援施策の位置づけを確認しつつ、指定都市実態調査の結果を踏まえながら、複合的支援ニーズに対応するための3つの施策について考察することにより、大都市における包括的支援施策の実態と課題について検討する。その上で、第3部において、福祉多元化を踏まえた自治体アドミニストレーションのあり方についても検討を加えるとともに、大都市における包括的サービス供給システムのあり方を提示する。

各章の概要は、以下の通りである。

序章では、大都市福祉行政において複合的支援ニーズへの対応が課題として顕在化していることを提起するとともに、その解決を図ろうとする本研究の意義と、先行研究を踏まえた位置づけの明確化を図る。その上で、研究の目的及び方法について整理するとともに、本論文の構成と各章の概要を提示する。

図序－2 論文の全体の構成



第1章では、大都市制度を踏まえた福祉制度の運営構造について整理するとともに、大都市の医療・介護ニーズの動向について確認する。その上で、大都市には多くの困難性をもった支援ニーズが集積することを踏まえ、大都市における福祉ニーズの複合化の状況について考察しながら、福祉行政の運営課題を整理する。

第2章では、福祉ニーズも福祉制度も複雑多様化している現代において包括的な支援を提供していくためには、広範な知識と高度な支援技術、そして様々な地域資源を活用できる調整能力が必要とされることを踏まえつつ、複合的支援ニーズに対する行政的課題について整理しながら、支援の谷間が生じる問題構造について考察する。その上で、大都市における複合的支援ニーズへの対応の実際について考察するとともに、包括的な支援施策のあり方について検討する。

第3章では、近年の社会保障政策の動向を踏まえ、政府が実施した医療・介護に係る長期推計等の分析を通して、今後の医療・介護政策の全体像を解明することにより、地域包括ケアシステムの実像化を図るとともに、その課題について整理する。その上で、全世代・全対象型の包括的支援施策の位置づけを確認しながら、施策の組み立て方と具体化に向けた課題について考察する。

第4章では、地域包括ケアシステムの中核となる医療と介護のカテゴリーと、全世代対応型の支援を踏まえた高齢者・障害者・児童というカテゴリーの組み合わせの中から、複合的支援ニーズとして政策課題となっている①高齢者医療・介護、②医療的ケア児支援、

③高齢障害者支援の3つを取り上げて、全20指定都市に対して実施した実態調査結果の分析を行いながら、包括的支援施策を総合的に展開していくための課題について検討する。

第5章では、医療・介護連携の重要性とともに、その課題を明らかにするために、医療・介護連携施策の経過と現状について整理しつつ、連携を強化するためには、多様な専門性を活用したケアマネジメントの実践が求められることを踏まえ、医療・介護の一体的なケアマネジメントの必要性について論考する。その上で、前章による指定都市調査の結果も踏まえつつ、様々な地域資源が存在する大都市の特性を踏まえた多機関・多職種連携システムの構築に向けて、高齢者医療・介護施策のあり方を提起する。

第6章では、医療・福祉・教育の支援ニーズが重複している医療的ケア児の実態や支援ニーズを整理するとともに、支援施策の現状と課題について考察する。その上で、高度な医療機関や専門性の高い支援を提供する施設・事業所の多くが都市部に集積しているため、医療的ケア児支援はすぐれて大都市の課題となりやすいことから、第4章による指定都市調査の結果も踏まえつつ、医療的ケア児支援施策のあり方を提示する。

第7章では、高齢者福祉と障害者福祉の分野をまたいだ支援が必要とされる高齢障害者の実態や支援ニーズを整理するとともに、支援施策の現状と課題について検討する。その上で、両者のニーズが大量に存在しており、それぞれの分野でサービス供給の効率性を追求しなければならない大都市では、高齢障害者への支援が課題となりやすいことから、第4章による指定都市調査の結果も踏まえつつ、高齢障害者支援施策のあり方を提示する。

第8章では、多くの民間主体をサービス供給市場に参入させるために様々な規制が緩和され、支援ニーズやサービス種類の多様化も相まって、多種多様な主体や形態によってサービスが提供されるようになってきていることから、福祉サービスの民営化を踏まえたサービス供給体制の現状について検証しながら、福祉多元化におけるサービス供給システムの課題について整理する。その上で、大都市におけるサービス供給システムの運営管理の実態を考察しながら、多元化時代の自治体アドミニストレーションのあり方について検討する。

終章では、第2部における考察を踏まえながら、複合的支援ニーズに対応するサービス供給システムの構造について整理するとともに、大都市における福祉行政アドミニストレーションのあり方について考察する。その上で、様々な資源を適切に活用できるようにする相談支援が重要になってくることを踏まえ、大都市において複合的支援ニーズに対応するための新たな相談支援システムを提案するとともに、本研究の到達点と今後の課題を提示する。

第 1 部

大都市で焦点化する複合的支援ニーズへの対応

第1章 大都市福祉行政を取り巻く状況と運営課題

我が国の福祉行政は、国・都道府県・市町村の三層による実施体制を基本として、国は「全国的に実施されるべき社会保障の施策に係る企画・立案、法制化、最低基準の作成、費用負担等」、都道府県は「市町村が行うことができないような広域的な事業、専門技術的な事務等」、市町村は「住民のニーズの把握や評価、サービスのネットワークの形成、サービスの供給組織の育成、サービスの質の確保、費用負担など」を分担することとされている（社会保障制度審議会 1995）。

その上で、住民に身近な市町村が、地域の実情に応じて福祉サービスを提供していくべきとして地方分権が進められ、多くの福祉制度が市町村によって運営されるようになってきた。しかし、一口に市町村といっても、人口規模や面積、地形、気候、産業、交通等の地域特性は様々であり、ニーズや資源の地域差も大きい。すなわち、市町村には、国の制度を画一的に運営するのではなく、地域の実情を十分考慮しながら、主体性をもって福祉行政を運営していくことが求められている。

とりわけ大都市は、住民に最も身近な基礎自治体でありながら、一般市町村と比較すると、ニーズや資源が量的にも質的にも圧倒的であり、地域の中で生じる様々な問題を一括りにして解決することが難しい。こうした課題を踏まえて、地方自治制度には大都市特例が設けられており、福祉分野にも広範囲に渡って適用されているが、福祉制度そのものが大都市向けに設計されているわけではない。このため、これらをどのように運用していくかは、それぞれの都市が地域の実情に応じて考えていく必要がある。今後ますます都市部に人口が集中していくことが見込まれる中で、膨大なニーズと資源を擁する大都市福祉行政のマネジメントが、今後の我が国の福祉政策にとって、非常に大きな課題になってくるだろう。

また、近年の医療・介護技術の発展は、多くの人命救助や長寿命化に大きく貢献しているが、それによって様々な支援を必要としながら生活する人々の増加につながっているという側面もある。こうした時代状況を背景としながら、高度な医療機関や専門的な福祉施設が数多く立地している大都市には、様々な困難性をもった支援ニーズが集積しがちになる。加えて大都市では、そもそも多様な生活問題が存在しており、家族や地域住民のつながりが希薄なことも相まって、福祉ニーズの複合化という課題も相当のボリューム感をもって生じてきている。

そこで本章では、大都市福祉行政の運営構造について整理するとともに、今後の医療・介護ニーズの動向について確認する。その上で、大都市における福祉ニーズの複合化の状況について考察しながら、福祉行政の運営課題を整理していくこととする。

第1節 大都市福祉行政の運営構造

戦後長らく続いてきた低所得者を入所施設に収容して処遇する福祉政策は、高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増加やノーマライゼーション理念の普及とともに転換が図られ、現代では、介護等の必要性に応じた普遍的な制度によって、地域の中で生活を支援していくことが基本的な方向性となっている。こうした政策を進めていくためには、地域の実情に応じたサービス基盤の整備が必要となることから、福祉行政の実施権限は、段階的に基礎自治体である市町村に移譲されてきている²⁴⁾。その端緒は、1990年に行われた福祉関係八法改正であり、これによって在宅福祉サービスの実施が市町村事務として法律に位置づけられた。同時に、老人福祉法と身体障害者福祉法の施設福祉サービスの実施権限が都道府県から町村に移譲され、両法による福祉サービスは、市町村が一元的に実施することとなった。

こうした動きを踏まえて、1995年に社会保障制度審議会は、国の役割を「全国的に実施されるべき社会保障の施策に係る企画・立案、法制化、最低基準の作成、費用負担等」とした上で、「住民のニーズの把握や評価、サービスのネットワークの形成、サービスの供給組織の育成、サービスの質の確保、費用負担」及び「これらを総合的・計画的に行うための保健・医療・福祉に係る計画づくりや、地域の特性を生かした保健・医療・福祉のまちづくり」が市町村の責務であると総括し、一層の地方分権が必要であると勧告した

(社会保障制度審議会 1995)²⁵⁾。その後、2003年の支援費制度の施行によって知的障害者の福祉サービスを、2006年に施行された障害者自立支援法によって精神障害者と障害児の福祉サービスを市町村が実施することとなり、現在では、ほとんどの福祉サービスの実施権限が市町村に一元化されている。加えて、近年の社会保障制度改革では、在宅医療と介護の連携を重視する地域包括ケアシステムの構築が目指されており、医療も含めた市町村への事務事業の集約化が図られてきている。

一方で、地方自治の仕組みにおいては、1943年に施行された東京都政と1947年の地方自治法の制定によって設けられた特別市制度を起源として、1956年に指定都市制度、1994年に中核市制度が創設されてきた²⁶⁾。大都市は、多くの人口が集積することによって形成されるが、東京都と指定都市を合わせた大都市圏の人口は4,100万人余りであり、全国の人口の32.3%を占めている。市区町村数でいえば1,747市区町村中82市区町村(4.7%) (総務省 2018)、面積でいえば377,974 k m²中9,207 k m² (2.7%) (国土地理院 2018) という僅かな自治体数と面積の中に、人口の3割以上が集まっていることになる。

こうした状況を踏まえ、大都市の特殊性に即応した行政運営を確保するとともに、都道府県と同一内容の行政を実施する二重行政による財政的不経済等を除去するために、大都

²⁴⁾ 三浦は、こうした変化を「貨幣的ニード」から「非貨幣的ニード」への移行として捉えながら、選別主義から普遍主義への転換や在宅福祉の展開とともに、市町村を中心とした福祉行政の展開の必要性を指摘した(三浦 1995: 311-339)。

²⁵⁾ 都道府県は、「市町村が行うことができないような広域的な事業、専門技術的な事務等」として、「社会福祉施設の都道府県内の適正配置についての計画づくり」や「各市町村間の連絡調整や専門技術面での指導、人材の養成確保、費用負担」等を担うこととされた(社会保障制度審議会 1995)。

²⁶⁾ 1999年に特例市制度が創設されたが、2015年に廃止された。なお、廃止時に中核市等に移行しなかった都市は、経過措置により都市計画等に関する事務を引き続き実施している。

市制度が設けられた（地方行政調査委員会議 1951）。このため、大都市制度の適用を受ける自治体は、都道府県が所掌する事務の一部が移譲されるとともに、それらを実施するために、行政組織上や財政上の特例が措置されることになっている。

図 1-1 は、福祉分野における都市区分別の所掌事務を整理したものであるが、一般市町村（特別区を含む）は、保育所の設置、運営や生活保護の実施（市及び福祉事務所設置町村）、介護保険事業や障害者自立支援給付（一部を除く）等が所掌事務となっている。中核市は、その上に、保育所の設置認可、監督や第一種社会福祉事業の経営許可、監督、介護サービス事業者の指定（一部を除く）や障害福祉サービス事業者の指定等が所掌事務として加わり、指定都市は、さらに、身体障害者更生相談所や知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、児童相談所の設置等の事務が加わる。

図 1-1 福祉分野における都市区分別の所掌事務

		<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者更生相談所の設置 ・知的障害者更生相談所の設置 ・精神保健福祉センターの設置 ・児童相談所の設置 	
		<ul style="list-style-type: none"> ・保育所の設置認可、監督 ・養護老人ホームの設置認可、監督 ・第一種社会福祉事業の経営許可、監督 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス事業者の指定（一部を除く） ・障害福祉サービス事業者の指定 ・母子福祉資金・寡婦福祉資金の貸付
	<ul style="list-style-type: none"> ・保育所の設置、運営 ・生活保護（市及び福祉事務所設置町村が処理） ・養護老人ホームの設置、運営 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険事業 ・国民健康保険事業 ・子ども手当の支給 ・障害者自立支援給付（一部を除く） 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者相談の委託 ・知的障害者相談の委託 ・母子健康手帳の交付
	市区町村	中核市	指定都市
都市数 (2018年4月1日現在)	1,673市区町村	54市	20市
要件		人口20万人以上の市の申し出に基づき政令で指定	人口50万人の市のうちから政令で指定
行政組織上の特例			区の設置
財政上の特例		<ul style="list-style-type: none"> ・地方交付税の算定上所要の措置（基準財政需要額の算定における補正） 	<ul style="list-style-type: none"> ・地方交付税の算定上所要の措置（基準財政需要額の算定における補正） ・地方譲与税の増額 ・宝くじの販売、等

出典：総務省(2012)『第30次地方制度調査会諮問事項「大都市制度のあり方」関連資料』(第30次地方制度調査会第6回専門小委員会・資料)を参照して作成。

大まかに言えば、一般市町村は、サービスの支給決定や給付等の事務を実施する役割だけを担っているが、中核市は、施設の設置認可や監督、事業者指定といった役割も担い、指定都市はさらに、身体障害者更生相談所等の専門機関を設置して、障害認定や自立支援医療の支給認定、要保護児童の保護措置等も担うという構造になっている。

このような理解の上に立つと、大都市は、都道府県が所掌する事務の一部を一元的に担うことによって、法人や施設・事業所に対する指導監督と、専門的な評価・判定・措置を一体的に実施することができるため、施設や事業所に対して適切なサービスを供給するよう働きかけることにより、地域の実情に応じてサービスの質の確保や専門性の高い支援体制を整備する機能を有しているといえる。しかしながら、法令上は、サービス

の基盤整備や適切な利用を推進する施策を講じる責務が理念的に規定されているだけで²⁷⁾、施策の内容が具体的に定められているわけではない。また、サービスの支給決定や費用の給付、法人や事業所に対する指導監督等の仕組みは、原則として全国共通であり、これらにかかる基準についても、制度上は自治体が独自に設定できる部分があるが、実際に独自の基準を設定している自治体はごく僅かである²⁸⁾。このため大都市は、法令によって裏付けられた強制力をもって働きかけることが難しい中で、様々な状況をコントロールしていくことが求められている状況にあるといえる。

第2節 大都市における医療・介護ニーズの増加

以上のような大都市福祉行政の運営構造を踏まえつつ、今後の大都市における高齢者の増加が、我が国の福祉政策の大きな課題となることが懸念され始めている²⁹⁾。そこで本節では、大都市の医療・介護ニーズの動向について考察していくこととするが、人口やニーズの量的な分析を行うに当たっては、東京都のボリュームを無視することは適切でない。このため、以下においては、東京都と指定都市を合わせた地域を大都市圏として捉えながら、高齢者人口と医療・介護ニーズについて分析していくこととする。

大都市圏とそれ以外の総人口・高齢者人口の推計をまとめたものが表 1-1 であるが、2015年の大都市圏の高齢化率は23.9%であるのに対して、それ以外の高齢化率は28.0%であり、大都市圏の方が高齢率は低い状況にある。こうした構造は、2045年においても変わることなく、それぞれ高齢化は着実に進んでいくが、大都市圏の高齢化率は33.6%であるのに対して、それ以外の高齢化率は38.7%であり、引き続き大都市圏の方が高齢化率は低いままとなっている。

しかし、ここで着目しなければならないのは、大都市圏において、高齢者人口の実人数が大きく増加していくということである。2020年以降の対2015年度比・高齢者の増加数の推移を示したのが図 1-2 であるが、大都市圏以外の高齢者人口は概ね横ばいで推移していくのに対して、大都市圏の高齢者人口は大幅に増加し続けていく。すなわち、大都市圏以外では、医療・介護のサービス基盤を現状維持すればよいという状況に落ち着いていくが、大都市圏では、これからサービス基盤の大幅な拡充が求められる状況になる³⁰⁾。

²⁷⁾ 例えば、社会福祉法第6条には、「国及び地方公共団体は、社会福祉を目的とする事業を営業者と協力して、社会福祉を目的とする事業の広範かつ計画的な実施が図られるよう、福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策、福祉サービスの適切な利用の推進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。」と規定されている。

²⁸⁾ 2013年から段階的に実施された義務付け・枠付けの見直しによって、基準の一部について、自治体が条例により独自の基準を定めることができたこととなったが、国の基準を大きく変更した自治体は、ほとんどない状況である。こうした状況については、釧持が、介護保険法の事業者指定に係る基準にかかる条例内容を調査し、申請主体の法人格の必要性や居室定員等について、厚生労働省令で定める基準と異なる基準を規定した自治体はなかったことを明らかにしている（釧持 2014：82-86）。

²⁹⁾ 厚生労働省も、今後の高齢化の進展等に伴う課題として、大都市における後期高齢者の実人数が大きく増加していくことを取り上げている（厚生労働省 2019a：3）。

³⁰⁾ 香取は、高齢者人口の減少に転じている地方では、これ以上医療介護サービスのインフラ整備を必要ないが、都市部では、増大する高齢者人口を支えるための医療介護サービスインフラの整備をさらに進めていかなければならないとして、「21世紀の高齢者問題は、都市部の問題といっても過言ではない」と指摘している（香取 2019）。

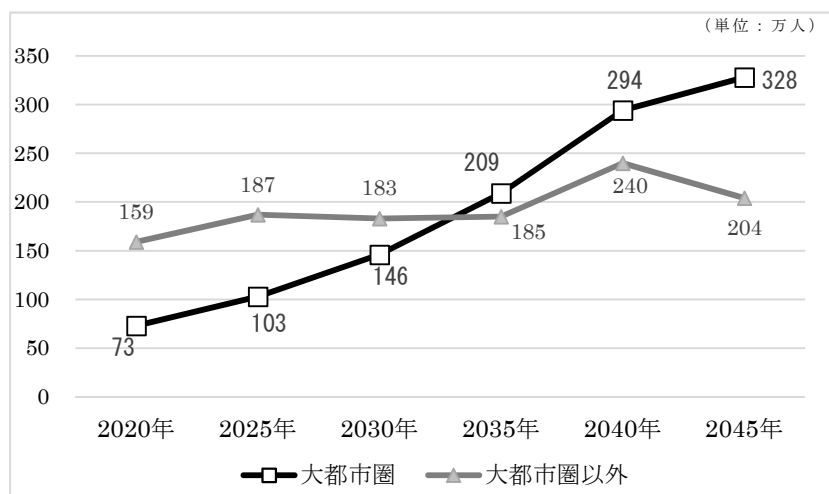
表 1-1 大都市圏と大都市圏以外の総人口・高齢者人口の推計

単位：人

		2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
大都市圏 (東京都+ 指定都市)	総人口	41,012,495	41,376,430	41,352,110	41,055,257	40,527,660	39,802,473	38,927,132
	対2015年比		363,935	339,615	42,762	▲ 484,835	▲ 1,210,022	▲ 2,085,363
	うち高齢者人口 (65歳以上)	9,805,165	10,534,759	10,835,060	11,266,294	11,900,088	12,743,197	13,085,368
	対2015年比		729,594	1,029,895	1,461,129	2,094,923	2,938,032	3,280,203
	高齢化率	23.9%	25.5%	26.2%	27.4%	29.4%	32.0%	33.6%
大都市圏 以外	総人口	86,082,250	83,948,412	81,191,993	78,069,882	74,688,038	71,116,082	67,494,053
	対2015年比		▲ 2,133,838	▲ 4,890,257	▲ 8,012,368	▲ 11,394,212	▲ 14,966,168	▲ 18,588,197
	うち高齢者人口 (65歳以上)	24,062,804	25,657,219	25,935,789	25,893,292	25,916,514	26,462,520	26,106,909
	対2015年比		1,594,415	1,872,985	1,830,488	1,853,710	2,399,716	2,044,105
	高齢化率	28.0%	30.6%	31.9%	33.2%	34.7%	37.2%	38.7%

出典：国立社会保障・人口問題研究所(2018)『『日本の地域別将来推計人口』(平成30(2018)年推計)』から作成。

図 1-2 対 2015 年度比・高齢者の増加数



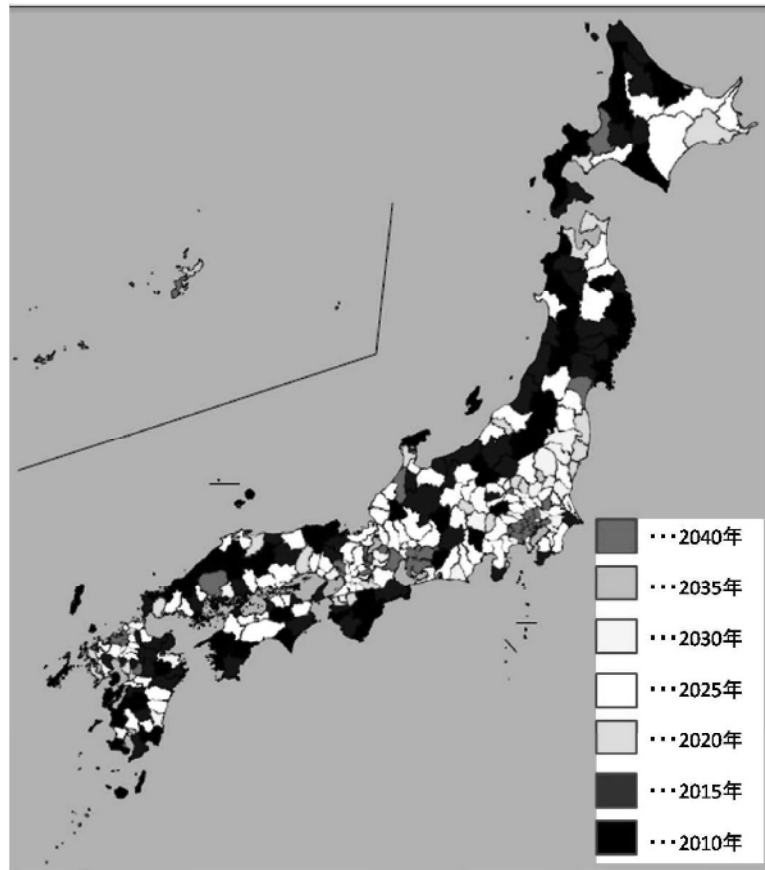
出典：国立社会保障・人口問題研究所(2018)『『日本の地域別将来推計人口』(平成30(2018)年推計)』から作成。

このため、図 1-3 に見るように、大都市を抱える地域の医療需要のピークは、大半が 2040 年以降になることが予想されており、これと連動して介護ニーズも増加してくることが想定される。ところが大都市の場合は、用地確保の制約等によって、現時点でもサービスの基盤整備が非常に難しい³¹⁾。さらに、大都市の総人口は、2015 年から 2045 年に

³¹⁾ 厚生労働省も、介護保険制度の課題として、大都市圏において、人口密度が高く、用地確保上の制約もあり、介護施設の整備が十分進んでいないことを挙げている(厚生労働省 2019: 6)。

かけて 200 万人近く減少することが見込まれており、マンパワーの確保も難しくなっていくことが想定される。

図 1-3 医療需要のピーク



出典：高橋泰（2013）『医療需要ピークや医療福祉資源レベルの地域差を考慮した医療福祉提供体制の再構築』（社会保障制度国民会議（第9回）資料3-3）

したがって、目下、社会保障制度の持続可能性を確保するために医療提供体制の改革と地域包括ケアシステムの構築が進められているが、その核心的課題である在宅医療の充実と医療・介護連携の強化にまつわる多くの問題は、大都市において顕在化していくことになる。これから増加する膨大な大都市の医療・介護需要を、いかに地域・在宅で受け止めていくかということが、今後の我が国の福祉政策にとっても、大都市の自治体経営にとっても、大きな課題になってくることが予想される³²⁾。

第3節 細分化する支援ニーズとサービス供給

こうした大都市における支援ニーズの増大という課題は、量的な問題という側面から捉えるだけでなく、質的な側面からも捉えていく必要がある。

³²⁾ 中村は、大都市における高齢者の急増が今後の課題であり、住民の価値観が多様であることや、コミュニティ機能の低下、高い土地代を踏まえた高齢者の住まいの確保と、それに応じた医療・介護を提供していく地域包括ケアシステムの構築が必要であると指摘している（中村 2012）。

大都市の特徴として、高度な医療機関や専門的な福祉施設が数多く立地していることが挙げられるが、それ故に、大都市には困難性の高い支援ニーズをもった人々が集まってくる。このような状況は、本人が自ら望んで移り住んで来る場合もあれば、病院や施設の近隣でなければ生命や生活が維持できない状況にある場合、入院・入所した後に在宅復帰できずに病院や施設の近隣に退院・退所せざるを得なくなった場合など、様々な事情によって生じてくる。

いずれにしても、こうした病院・施設を利用する人々は、高度で専門的な治療や支援を必要としており、必然的に大都市に支援困難なニーズが集積していくことが推測される。それに伴って、多様な支援やサービスが展開されるようになり、それがさらに支援困難なニーズを引き寄せるといふ循環が生じることで、大都市では様々な課題が生じ、また新たな施策が発展し続けてきた³³⁾。

その背景は、様々な分野における科学技術の発展によって個々の専門性が高度化していることも多分に影響しているが、それに連れて分野ごとの専門性が細分化され、支援内容やサービス供給主体も機能分化してきている。したがって現代では、複雑困難な生活問題を解決するためには、異なる専門性をもった資源をいくつも組み合わせなければならなくなっており、支援ニーズの捉え方も複合的にならざるを得なくなっている。このようなケースが幾重にも折り重なりながら、大量で多様なニーズと資源が錯綜する中で、大都市福祉行政の困難性が形成されていくことになる。

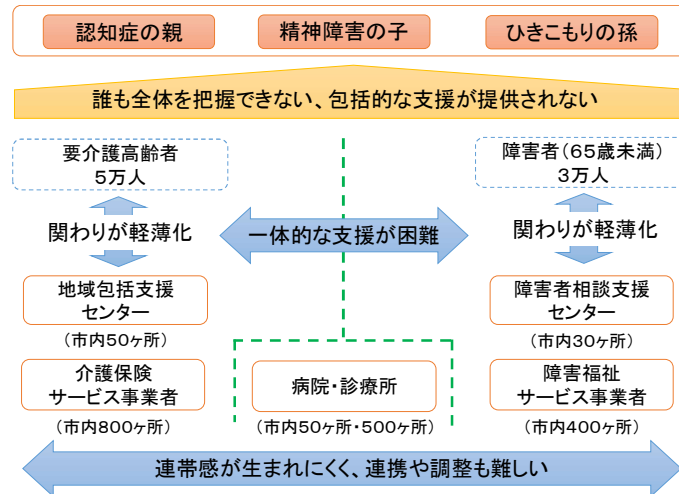
こうした状況を人口 150 万人程度の都市でイメージ化したものが図 1-4 である³⁴⁾。小規模な自治体の場合には、要介護高齢者も障害者も数十人から数百人程度であり、地域包括支援センターや障害者相談支援センターは 1 ヶ所ずつしかなく、同一法人が一体的に運営しているという場合も少なくない。このような自治体の場合には、1 ヶ所の相談機関で地域の中のあらゆる課題に一体的に対応せざるを得ず、高度で専門的な支援は、大都市のサービスに委ねることになる。一方で、人口 150 万人程度の都市の場合には、要介護高齢者が 5 万人、高齢者と重複しない 65 歳未満の障害者が 3 万人存在する中で、地域包括支援センターが 50 ヶ所、障害者相談支援センターが 30 ヶ所存在しており、それぞれが別々に運営されていることも一般的である。

さらに、介護保険サービス事業者 800 ヶ所、障害福祉サービス事業者 400 ヶ所、病院 50 ヶ所、診療所 500 ヶ所によって介護・福祉と医療が提供されているが、その運営主体や事業規模、サービス類型や専門分野は千差万別であり、社会福祉法人のみならず、医療法人や株式会社、非営利活動法人などの様々な主体が、多様なサービスを提供している。また、高齢者支援では介護や認知症、障害者支援では身体・知的・精神、医療では外科や内科といった分野がさらに存在しており、それぞれ別々に専門特化している。加えて、入所・通所・訪問といった法定サービスの枠組みに止まらず、健康関連企業による介護予防や警備会社による見守りサービスなど、民間独自のサービス類型が多数存在していることも看過できない。

³³⁾ 佐々木は、こうした大都市から発生する先進的な福祉ニーズと、それらに対応しようとしてきた大都市福祉行政が、全国の福祉政策をリードしてきたことを指摘している（佐々木 2001：4）。

³⁴⁾ 第 2 章第 3 節のヒアリング調査を実施した A 市の状況をモデルとしている。

図 1 - 4 大都市福祉行政の困難性



出典：筆者作成

こうした状況は、サービス供給システム全体としての一体性をもたせることを難しくさせるため、連携や調整という問題が発生しやすくなる。例えば、認知症の親と精神障害の子、ひきこもりの孫といった複合的な支援ニーズを有する家庭に対して、別々の支援機関がそれぞれの個人に対してのみ支援を行い、誰も全体的な調整を行っていないという問題が、往々にして発生する。このため大都市においては、個々の支援をいかに全体的に連携させていくかということが、システム運営上の大きな課題となる。

太田は、こうした大都市特有の課題が、「問題の見えにくさ」、「サービスの見えにくさ」、「システムの見えにくさ」といった可視化の困難性によって、利用者・事業者・自治体の共同連帯の形成を難しくし、利用者・家族の不安感を増長したり、事業者の経営を不安定化したりすることで、自治体が制度の持続性に不安をもつという悪循環を引き起こしていると指摘している（太田 2012：32-34）。すなわち大都市には、①地域住民が非常に多く、個々の支援ニーズの把握や変化の追跡が追い付かない、②支援機関も多数存在しており、全ての施設や事業所のサービス内容や提供状況を掌握することが難しい、③支援ニーズと地域資源の結びつき方が多様であり、サービス供給システムが複雑化するという課題が発生することとなる。

また、大都市では、地域住民が抱える生活問題も多様であり、一人暮らし高齢者やひとり親家庭といった生活基盤が脆弱な家庭や、発達障害や精神障害、ひきこもりや依存症といった支援ニーズも一定のまとまった数として存在していることも看過できない。家族の縮小や地域のつながりが希薄化している大都市においては、こうした人々に対する見守りや生活支援も行っていかなければ、支援ニーズがより深刻化してしまい、回避することができない問題が顕在化したり、必要がなかったサービスを提供しなければならなくなってしまったりする³⁵⁾。

したがって大都市では、専門性の高い支援を提供できる体制を数多く確保していくこと

³⁵⁾ 河合は、一人暮らし高齢者の出現率は大都市において高く、その中に社会的な孤立と貧困が重なる層が相当数存在しており、そうした人々には、緊急時に頼れる支援者がいないという問題を指摘している（河合 2009：4-10、296-308）。

も必要であるが、これらを全体的にどのように活用していくかということも考えなければ、様々な支援がバラバラに提供され、不適切で非効率なサービスが供給されることになってしまう。こうした調整は非常に複雑なものとなるが、多様な主体や形態によって提供されるサービスを適切にマッチングさせていくことは、大都市に課された大きな課題である。

第4節 大都市における福祉行政運営の課題

以上のような考察を踏まえると、大都市における福祉行政運営に関して、次のような課題を指摘することができる。

まず第一として、今後の医療・介護ニーズの増加を見据えた効率的なサービス供給システムの構築である。我が国の社会保障制度は、現在でも施設整備や人材確保に多額の費用を要する状況であるが、利用者と支え手のバランスが大きく変わっていく中で、現行と同じような費用負担を前提としたサービスの供給は難しくなっていく。このことは、財政面だけでなくマンパワーの面からも言えることであり、現在と同じような人員配置や働き方を前提としたサービスの供給は、いずれ維持できなくなっていくだろう。とりわけ大都市では、高齢者人口の大幅な増加に伴い、サービス基盤のさらなる充実が求められることから、サービス供給システムの抜本的な効率化が不可避となる。

そして第二として、支援ニーズと供給主体の特性を踏まえたサービス供給システムの構築である。大都市には、高度で専門的な支援やサービスを提供する機関や施設が立地しているが、こうした資源を定型的で一般的なニーズにも対応させてしまうと、効率性が低下するだけでなく、専門性を維持することも難しくさせてしまう。このため、支援・サービスの質と量を両面的に確保するためには、支援ニーズの捉え方やサービス供給の方法を一定程度分類化していくことを前提とせざるを得ない。今日においては、その範囲が医療や福祉だけでなく、教育や就労にも広がってきており、サービス供給システムのさらなる複雑化が進行している。大都市の福祉行政には、こうした全体的な状況を理解しながら、支援やサービスが地域全体として過不足なく、なおかつ相互に連携しながら一体的に供給されるようにしていくことが求められている。

その上で第三として、効率性の追求と複雑化への対応を両立させるサービス供給システムの創造である。この両者の課題を一体的に解決するためには、より多くの支援やサービスを同一のプラットフォームに載せていくかが重要となるが、その範囲が広くなればなるほど、全体をコントロールすることが難しくなる。対応策として、都市内分権を進めることによってコントロールする区域を狭めることも考えられるが、大都市では、区域を乗り越えたサービスの供給が容易に想定される。さらには、広域的に活用される高度な医療機関や専門的な福祉施設をシステムに組み込む際に、カバーする区域が細分化されてしまうと、全体的な調整が難しくなってしまう。加えて、これらの調整には広範かつ専門的な知識やノウハウが必要であり、それぞれの区域に調整役となる人材を配置できるのかといったことも考慮しなければならない。こうした課題を踏まえると、サービス供給システムのようなレベルの調整を都市内分権することは、大都市のメリットを打ち消し、より複雑で困難な状況をつくり出してしまふ恐れがある。

そうなると大都市では、全体的な状況把握や施策調整を担う機能と権限を本庁部門に集約した方がよいということになるが、その場合であってもハードルは存在する。大都市福祉行政は、高齢者や障害、児童といった分野別に組織体制が編成されているのが一般的であり、分野横断的な施策を実施していくためには、組織をまたいだ横断的な調整が必要になる。このため、その調整に当たる職員には、日常的には所掌していない業務内容を理解した上で、それぞれの組織が抱える政策課題の状況にも配慮しながら調整を進めていくことが求められる。縦割りの組織体制は、専門性と効率性を追求するためには有効であるが、複合的な課題を調整するには不向きな体制であり、そうした中でサービス供給システムを全体的に調整していかなければならないという難しさが生じてくる。加えて、指定都市では行政区制度が採られることから、政策の企画立案や制度の運用調整は本庁、相談支援や手続きは区役所、直接サービスの提供は出先機関がそれぞれ実施するという分業体制となる。このため本庁では、実際に市民と接したり、サービス提供場面を目の当たりにしたりする機会が非常に少なく、現場感覚をもつことが難しい状況に置かれている。こうした問題を乗り越えながら、効率性と複雑性を両立させるサービス供給システムを構築していかなければ、大都市の社会保障制度を維持することは困難になっていく。

上記のような課題は、国がつくった制度やルールを正確に運用してだけで解決するものではないため、それぞれの自治体が主体性をもって取り組んでいかなければ、解決策を見出すことはできない。今後の大都市福祉行政には、幅広い視野と高い専門性をもちながら、戦略的に運営していくことが求められる。

第2章 複合的支援ニーズをめぐる施策課題

前章では、大都市福祉行政が、支援ニーズの量的な増大と質的な複合化への対応が求められている状況について考察したが、本章では、大都市における複合的支援ニーズに対応するための施策的な課題について、さらに掘り下げて検討することとしたい。

我が国の社会福祉は、生活保護法・児童福祉法・身体障害者福祉法の福祉3法をはじめりとして、精神薄弱者福祉法（現・知的障害者福祉法）・老人福祉法・母子福祉法（現・母子父子寡婦福祉法）を追加した福祉6法時代を経ながら、対象者ごとに制度を発展させてきた。措置制度から契約による利用制度に転換した現代においても、その根拠法は、介護保険法や障害者総合支援法、子ども・子育て支援法等によって対象者別に定められている。こうした法体系によって対象者の特性に応じた事業を規定し、ニーズに即して専門的なサービスを提供できるようにしてきたことは、一定の評価をする必要がある。

しかし近年、福祉制度が対象者別になっていることで支援の谷間が生じており、支援を必要としているにもかかわらずサービスを利用できない状況が作り出されていることが指摘されている。2015年に厚生労働省が発表した「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現ー新たな時代に対応した福祉の提供ビジョンー」（以下、「新たな福祉ビジョン」という。）では、改めてこの課題が大きく取り上げられるとともに、既存の制度では対応しきれない複合的なニーズを抱える者にも適切な支援を提供する「全世代・全対象型地域包括支援」という考え方が打ち出された。

確かに、あらゆるニーズに対応でき、複合的なニーズにも一元的に対応できる支援を提供することが望ましいのは言うまでもなく、そうした取り組みを進めていくことが、社会福祉の本来のあり方である。しかしながら、ニーズも制度も複雑多様化している現代社会において包括的な支援を提供していくためには、広範な知識や高度な支援技術、様々な地域資源を活用できる調整能力が必要とされる。

とりわけ大都市においては、高齢者や障害者の増加に伴うサービスの量的な拡大や、医療・介護技術の高度化に対応していくことが求められる一方で、十分な生活基盤をもたず地域とのつながりが希薄な状態で、病院や施設に入院・入所することもできずに在宅で暮らさざるを得ない人々も増加してきている。今後はこうした状況がますます増幅していくことが見込まれている中で、大都市において大量かつ多様なニーズと複合化したニーズにそれぞれどのように対応していくかということが、我が国の福祉政策の重大な課題となっていく。

そこで本章では、複合的支援ニーズに対する行政的課題について整理しながら、支援の谷間が生じる問題構造について考察する。その上で、大都市における複合的支援ニーズへの対応の実際について考察するとともに、包括的な支援施策のあり方について検討することとする。

第1節 複合的支援ニーズに対する行政的課題

2000年の社会福祉事業法等の改正にまつわる社会福祉基礎構造改革によって、社会福祉は、措置制度から契約による制度へと転換され、個人の選択に基づいて福祉サービスを提供することが原則となった。しかしながら、この原則を徹底しようとする、制度の存在を認識できない人や適切な選択ができない人は、サービスを利用することができなくなってしまう。このため、同時に制定された社会福祉法において、福祉サービスの利用援助を行う権利擁護制度や苦情解決の仕組みが設けられるとともに、第三者によるサービス評価や事業者による情報提供も制度化されることとなったわけであるが、必ずしもこれらが十分に機能している状況にはなっていない³⁶⁾。また、サービスを利用するためには、必要としているサービスが供給されることが前提となるが、規制緩和によって参入が認められた民間主体には、供給すべきサービスの種類や量が割り当てられているわけではなく、どのようなサービスをどの程度供給するかは、サービスを供給する者の任意とされている。このため、支援ニーズとサービス供給が常に均衡するとは限らず、往々にして対応困難なニーズや少数のニーズに対応するサービスが供給されないという問題が生じてくる。したがって、契約に基づく利用制度や市場メカニズムによるサービス供給システムの下でも、社会福祉分野においては、一定の行政による関与が求められることとなる³⁷⁾。

こうした課題を踏まえ、社会福祉基礎構造改革の議論の後に設置された「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」は、社会福祉の主たる対象が、従来の「貧困」から「心身の障害・不安」、「社会的排除や摩擦」、「社会的孤立や孤独」といった問題に広がり、これらが重複・複合化してきている状況を指摘した。その上で、具体的な例として、社会不安やストレス、ひきこもりや虐待、外国人労働者やホームレスといった問題の出現や、これらと貧困や低所得が相まって自殺や孤独死に至ったり、困窮しているのにその意識すらなく社会から孤立を深めたりしていること等を挙げている（社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会 2000：3-4）。とりわけ、社会との関係において問題が生じているニーズは、公的制度として支援やサービスを提供していくための社会的合意を形成しにくく、制度に該当しない、制度がうまく運用されない、制度にアクセスできない状況が作り出されていくことを指摘している点は、重視されなければならない。

その後も、2007年から2008年にかけて開催された「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」においても、従来の施策では十分に捉えきれない問題や、地域で受け容れにくい問題が検討されながら、児童虐待防止法（2000年）、高齢者虐待防止法（2005年）、障害者虐待防止法（2011年）やホームレス対策特別措置法（2002年）、自殺対策基本法

³⁶⁾ 例えば、2016年度の福祉サービス第三者評価制度の受審率は、特別養護老人ホームは6.36%、障害者支援施設は6.39%、保育所は5.83%となっている。これまでの累計受審施設数の割合を見ても、特別養護老人ホームは69.64%、障害者支援施設は39.14%、保育所は47.30%であり、十分な水準とはいえない状況である（全国社会福祉協議会 2017）。

³⁷⁾ ルグランは、公共サービス分野において自由競争を前提としまうと、営利追求によって適切なサービスの質が確保されない、過重な利用者負担が課される、利用者の意見や希望が尊重されないといった危険性を指摘し、サービスを必要とする人が確実に適切なサービスを利用できるよう、一定の公的な制御の下で競争原理を働かせる仕組みが必要であると提唱した（Le Grand 1993：13-34）。

(2006年)が制定され、こうした問題への対応策が段階的に講じられてきている。さらに、非正規雇用の増加や所得格差の拡大に伴う生活困窮の広がり、虞犯・刑余者や犯罪被害者、発達障害や性的少数者等の問題が顕在化するなど対象は広がり続けているが³⁸⁾、社会福祉には、こうした社会の要請に絶えず応えていくことが求められている。

最近では、2015年に設置された「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」が、「ニーズが多様化、複雑化する現代社会においては、既存の制度の対応では複合的なニーズを持つ者などが適切な支援を受けられないという課題が提起されている」という認識を示した(厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015:5)。その上で、具体的な課題として、軽度の認知症が疑われる80代の老親が無職で引きこもっている50代の子と同居しているような複雑な課題を抱える家庭や、がん患者や難病患者が福祉や就労など分野をまたがるニーズを有しているケース等の例を挙げている。こうした複合的支援ニーズに対応していくための施策を講じていく上で、どのようにニーズを捉え、どのような視点から対策を考えていくべきなのだろうか。以下、これまで議論されてきた「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書(2000年)と「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」報告書(2008年)、そして、新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチームによる「新たな福祉ビジョン」(2015年)による認識を比較しながら、その枠組みについて検討していくこととする。

まず、行政が取り組むべき社会問題の範疇を理解するために、三つの報告書が捉えている社会福祉の対象を比較したものが表2-1である。この表からは、「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」が、社会からの排除や表出されにくいニーズを社会福祉の対象として認識したことを踏まえ、「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」は、公的サービスの対象とはなりにくい支援ニーズの存在やニーズの重複、サービスへのアクセス困難等による制度対応の不十分さも指摘することで、社会福祉の課題を本質的かつ漏れがないように捉えようとしていたことが理解できる。一方で「新たな福祉ビジョン」は、個人の身体的・精神的な状況から生じる問題のみに焦点を当てて、その現象が複雑化していることだけを課題として挙げており、社会的に生じている問題状況を捨象してしまっているようにも見受けられる。

個々の問題は、社会経済情勢や医療・介護技術の進展などによって刻々と変化していくため、時代によって現れてくる支援ニーズは異なってくるが、その要因は、「重複したニーズ、支援困難なニーズ、少数のニーズ」だけに限られることはない。もちろんそれが一つの重要な要因とはなるが、「社会からの排除、表出されにくいニーズ」や「社会的な支援に対する合意形成が困難なニーズ」という要因も相まって、様々な複合的支援ニーズが表れてくることを理解する必要がある。

³⁸⁾ これらの問題についても、生活困窮者自立支援法(2013年)や更生保護法(2007年)、犯罪被害者等基本法(2004年)、発達障害者支援法(2004年)等が制定され、順次法的な措置が講じられている。

表 2 - 1 社会福祉の対象の捉え方

	「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書(2000年)	「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」報告書(2008年)	新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン(2015年)
社会からの排除 表出されにくいニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ○心身の障害・不安 (社会的なストレス問題、アルコール依存等) ○社会的排除や摩擦 (路上死、中国残留孤児、外国人の排除や摩擦等) ○社会的孤立や孤独 (孤独死、自殺、家庭内の虐待・暴力等) 	<ul style="list-style-type: none"> ○社会的排除の対象となりやすい者への対処、少数者への地域の無理解からくる問題や、場合によっては偏見・差別に至るという問題 (外国人、刑務所から出所した者など) ○新たな貧困を含む低所得の問題 (ニート・ホームレス) 	
社会的な支援に対する合意形成が困難なニーズ		<ul style="list-style-type: none"> ○公的な福祉サービスで対応すべきかどうか人によって判断が分かれる要請といった、制度では拾いきれないニーズ ○従来の公的な福祉サービスで定められているサービス給付要件に該当しない、「制度の谷間にある者」への対応 	
重複したニーズ 支援困難なニーズ 少数のニーズ		<ul style="list-style-type: none"> ○公的な福祉サービスによる総合的な対応が不十分であることから生じる問題 (要介護の親と障害の子、ドメスティックバイオレンスの被害にあっている母親と非行を行う子ども) ○公的サービスの理解や活用が難しく、家族や友人など身近な人々の助けが期待できない状態にある人 (引きこもりから孤立死に至る単身男性、消費者被害に遭っても自覚がない認知症の一人暮らし高齢者など) 	<ul style="list-style-type: none"> ○複雑な課題を抱え地域から孤立しているにも関わらず、その世帯全体の課題に的確に対応する仕組みが存在しない (軽度の認知症が疑われる80代の老親が無職で引きこもっている50代の子と同居しているなどの場合) ○適切な支援が受けられない (がん患者や難病患者が福祉ニーズや就労ニーズなど分野をまたがるニーズを有する場合の総合的な支援の提供が容易でないほか、障害が疑われながらも障害者手帳を有していない場合、望まない妊娠の中で複雑な事情を抱えている場合や性犯罪被害の場合)

出典: 社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会(2000)『『社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会』報告書』
 これからの地域福祉のあり方に関する研究会(2008)『地域における『新たな支え合い』を求めてー住民と行政の協働による新しい福祉ー』
 厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム(2015)『誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現ー新たな時代に対応した福祉の提供ビジョンー』
 を参照して作成

そして、それぞれの報告書が示した政策のあり方を分析するために、三つの報告書の提言内容を「地域」「民間」「行政」による取り組みに区分して整理したものが表 2-2 である。この表から見えてくるのは、地域主体の取り組みを重視する考え方は三つの報告書とも共通しているが、民間主体による取り組みと行政による対応については、「新たな福祉ビジョン」が、他の二つの報告書とは明らかに一線を画しているということである。具体的には、「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」と「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」は、総合的な支援体制の整備や他分野との施策連携を行政による取り組みとして位置づけていたが、「新たな福祉ビジョン」は、これらを民間主体によって取り組んでいくものとして位置づけた上で、行政による取り組みは、専門分野ごとに定められている規制を緩和していくことであるとしている。

このような「新たな福祉ビジョン」による政策の方向性は、民間主体の専門性や柔軟性を活用していくという観点からは適切であるが、それだけで社会福祉の全ての課題が解決するわけではない。民間主体を活用する場合においても、採算性や効率性が低いニーズほど支援が行き届きにくくなるクリームスキミングへの対応や社会的に排除されている人々

表 2 - 2 地域・民間・行政の取り組みの方向性

	「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書(2000年)	「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」報告書(2008年)	新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン(2015年)
地域主体の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ○民生委員や社会福祉協議会、自治会、NPO、生協・農協、ボランティア、各種民間代替などの地域社会の人々が協力して、「孤立した人々への見守り的な介入」を行う ○共通の課題を有する人々の定期交流のための場の提供や、受診をきっかけとした仲間づくりの支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○基本的な福祉ニーズは公的な福祉サービスで対応するという原則を踏まえつつ、地域における多様な生活ニーズへの的確な対応を図る上で、ボランティアやNPO、住民団体が、きめ細かな活動により地域の生活課題を解決する ○多様な主体が、地域福祉活動の担い手になるだけでなく、地域の公共的決定に関わる 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域のことを自ら守るために行動し、助け合いを強めていく住民・関係者と、包括的なシステムの構築に創造的に取り組む行政とが協働することによって、誰もが支え、支えられるという共生型の地域社会を再生・創造していく ○支援を受けながらできるだけその人らしい生き生きとした生活を継続するとともに、ときには支え手に回り、あるいはともに支え合う
民間主体による取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ○社会福祉法人などが創設の趣旨に立ち返り、地域の福祉問題を発見・対応する取り組みを強化 ○宿泊、食事、入浴等の選択的利用を認める個別対応プログラムを実施 ○福祉と医療の総合的な提供の取り組みの支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○困難な事例や専門的な対応を要する課題について、公的な福祉サービスによって対応する 	<ul style="list-style-type: none"> ○本人が複合的なニーズを有する場合に、包括的な相談支援による一貫した方針の下に、関係機関や関係者が複数のサービスを総合的に提供 ○「待ちの姿勢」ではなく、対象者を早期にかつ積極的に把握すること、すなわち「アウトリーチ」という考え方に立って運営する ○地域の実情に応じ、高齢、障害、児童、生活困窮等の福祉サービスを総合的に提供できる仕組みを構築するとともに、これを地域づくりの拠点としても機能させる ○新しい連携のかたちは、福祉以外の分野に拡大していかなければならない(雇用分野、保健医療分野、教育、司法、地域振興その他)
行政による取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ○待ちの姿勢で対応する、制度の内規などにより制度本来の趣旨を狭め硬直的な運用を行っている、窓口のたらいまわしにより総合的解決に結びつきにくいといった批判があり、これに応えていくことが求められる ○福祉分野と他分野との連携を強化(建設・労働部局、水道・電気事業者等) ○固定した住民概念の転換 ○画一的な要件に該当しないと対象にしないという考え方から脱却 ○外国人や孤立した人々も視野に入れた情報提供や都市部における地域福祉・コミュニティワークの開発 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域の生活課題や公的な福祉サービスに関する情報を住民と行政とで共有できる仕組みや、多様な問題に行政が一元的に対処できる仕組みが求められる ○従来の福祉の枠にとらわれず、地域の多様な生活課題に取り組むことになることから、防災や防犯、教育や文化、スポーツ、就労、公共交通やまちづくり、建築など幅広い視点で取り組む総合的なコミュニティ施策が必要である ○社会的排除の対象となりやすい者の問題は、住民による対処が困難であることも多く、行政が専門的に対応することが必要 ○少数者の問題(外国人、刑務所出所者など)でも、住民の無理解など意識の問題が関わってくることから、行政の積極的な関与が求められる 	<ul style="list-style-type: none"> ○制度を適切に執行するというこれまでの発想に加え、地域の求める仕組みを積極的に創っていくという視点が重要 ○多世代交流・多機能型の取組に際し障壁となっている各制度の人員配置基準、施設基準の緩和を検討 ○複数分野のサービスや包括的な相談支援を行う際に、円滑に報酬が支払われるよう整理 ○年数の経過に伴う需要の変化等によって福祉施設を転用する場合に、補助金返還を要しないこととする要件の拡大や転用手続きの簡素化

出典:社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会(2000)『「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書』
 これからの地域福祉のあり方に関する研究会(2008)「地域における『新たな支え合い』を求めて—住民と行政の協働による新しい福祉—」
 厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム(2015)「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—」
 を参照して作成

への対応は、民間主体だけで十分に行き切れるとは考えにくいと、行政の関与が不可欠となることに留意しなければならない。これらの点について、過去の二つの報告書が同様のことを指摘してきたにもかかわらず、福祉事務所や社会福祉主事のあり方をはじめとした行政の役割や支援体制のあり方について、この間ほとんど議論されてこなかったが、複合的支援ニーズに対する施策を講じていく上では、こうした課題についても一体的に検討していくことが必要である。

また、福祉サービスの基盤整備や他分野との連携についても、民間主体での取り組みが

進んでいるとはいえ、全てのニーズに既存の制度や事業が対応できているわけではない。民間の創意工夫で対応できる範囲であれば、それを十二分に引き出していく取り組みを進めるべきであるが、それだけで対応できない部分については、行政が主体的に施策を講じたり、施策間の連携を調整したりすることが必要となる。そのあり方を協議するために、地域ケア会議や自立支援協議会が法定化されているが、こうした場を行政としても積極的に活用しながら施策を推進していくことが求められる。

第2節 支援の谷間が生じる問題構造

それでは、複合的支援ニーズに対する行政の取り組みが、なぜ部分的なものに止まってしまうのか。そもそも社会福祉が対象とする問題は、社会経済情勢や生活環境、市民の価値観など様々な要素に影響を受けながら、日々刻々と変化していくものである。そして、その対象が拡大すればするほど、実践現場に必要な知識や技術は広範かつ高度なものとなっていく、現実の変化に実践が追い付けなくなれば、支援の谷間が生じることになってしまう。その延長線上で、行政が対応すべき支援ニーズを的確に認識できなくなってしまうと、講じられる対策も部分的なものになってしまう。

このような状況が発生する根底には、社会福祉の対象をめぐって、いくつかの問題構造が存在している。例えば古川は、原因が社会的に生成しているものが社会福祉の対象であり、私的に生成しているものは基本的に埒外にあると考えられるが、私的な対応の範囲を超えている場合には、私的に生成しているものであっても対象になり得るとしている（古川 2009：119）。また平野は、支援の谷間が生じる状況には、援助したくても「できない」という状況と、援助者にその存在が「認識されていない」状況が混在していることを指摘している（平野 2015：26）。つまり、社会福祉が対象とする範囲には、主観的な判断が入り込む余地があり、また対象とできる範囲は、社会的な価値観や提供者側の能力と認識による部分があることから、その範囲を固定的に捉えることは、事実上不可能であるといえる。

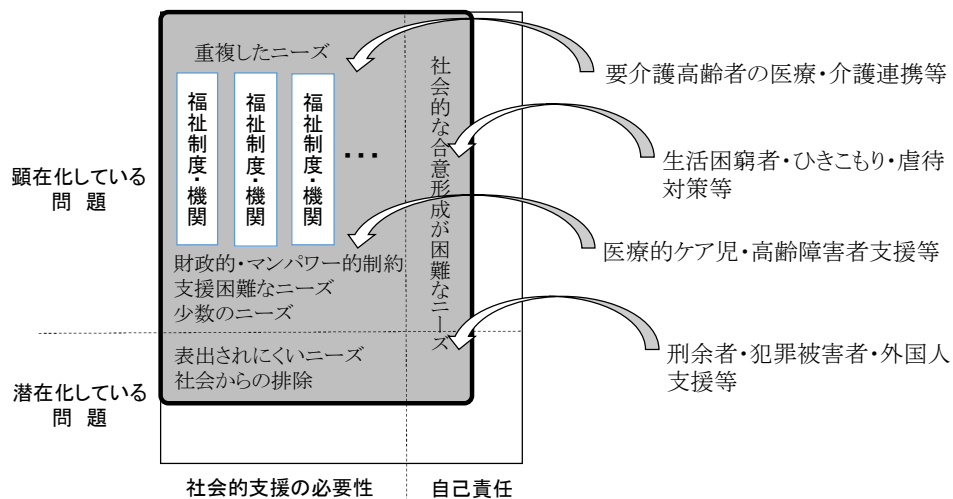
さらに岩田は、公的団体であれ民間団体であれ、社会福祉のニーズは、問題解決に動員できる資源の質量と、それを左右する権力構造によって大きく制約され、その制約の中で定義・再定義を繰り返すものであると指摘している（岩田 2016：44）。すなわち、支援の必要性が社会に認識されていても、そのことが社会福祉の対象となることを保障するわけではなく、往々にして対象とされるのは一部のニーズに止まることになる。その過程において、少数派のニーズへの対応が埋没してしまったり、非定形的なニーズに対して最適ではない支援をあてがわれたりするといった問題が発生してくる。

図2-1は、こうした論点を踏まえて、社会福祉が対象とする範囲と、福祉制度・支援機関が対応している部分を図示したものである。福祉制度や支援機関は、無限の資源を有しているわけではないため、財政的・マンパワー的に対応できない場合には、制度の対象から除かれたり、提供される支援が限定されたりすることになる。したがって、福祉制度や支援機関は、課題解決の主要な手段ではあるが、その対象とはならない人々が存在していることを理解せず目の前に現れた問題だけに対応しようとする、制度や事業の枠外に

あるニーズを把握することができずに、支援の谷間を生じさせてしまう。

また、できる限り多くのニーズに効率的に対応しようとするれば、支援の内容や方法を定型化しようとする指向性が高くなり、困難性が大きいニーズや少数のニーズは、その枠組みから外される恐れが出てくる。加えて、高度なニーズに対応するためには、一定の分野に特化して専門性を高めていくことが必要となるが、他分野にまたがってニーズが重複している場合は、複数の制度や機関を活用することが必要になり、連携や調整が不調となるリスクが発生する。結果として、より多くの人に専門的な支援を行き届かせようとするほど、解決困難な問題を抱えている人を支援から遠ざけてしまう危険性が大きくなってしまふ³⁹⁾。さらに、社会から排除されている場合やニーズを表出できない場合、社会的に支援をすることが受け容れられにくいニーズがある場合には、支援の必要性すら社会に認識されなかったり、問題が顕在化しているにもかかわらず支援が回避されたりすることにつながっていく⁴⁰⁾。

図 2 - 1 社会福祉の対象概念



出典:筆者作成

こうした支援の谷間が生じる問題構造を十分に理解しなければ、複合的支援ニーズを的確に捉えることはできないわけであるが、実際にその全てを捉えることは非常に難しい。とりわけ行政の場合は、公平性や中立性が求められるため、既存の制度の枠を超えて対応することに対するハードルが高くなってしまふ。しかし、既存の福祉制度や支援機関の対象になりにくい人々に対する支援を切り開いていくところに、社会福祉の究極的な価値が

³⁹⁾ 高澤は、地域社会の平均的なニーズを平均的に捕捉するという枠組みができ上がることによって、このシステムにはなじまない福祉ニーズの緊急度、優先度の検討は、問題の外におかれることになりやすくなるため、児童・高齢者に対する虐待・遺棄、家庭崩壊などに対する施策は、手つかずに残ることになる危険が大きいと指摘している（高澤 2000 : 53）。

⁴⁰⁾ 例えば、「社会からの排除」として非正規雇用やニート、ホームレス、外国人等、「表出されないニーズ」として虐待や暴力、意欲の喪失、ひきこもり等、「社会的な支援に対する合意形成が困難なニーズ」として犯罪や反社会的行為、多重債務、望まない妊娠等に起因するものが挙げられるが、これら要因が複合的に発生したりして多様なニーズに転化することが多く、単純に類型化できない場合も少なくない。

ある⁴¹⁾。複合的支援ニーズに対応する取り組みを推進していくためには、既存制度の枠組みだけに囚われることなく社会福祉の対象を捉えながら、常に新たな施策を構築していくという姿勢が必要である。

第3節 大都市における複合的支援ニーズへの対応

こうした複合的支援ニーズをめぐる課題は、全国各地で顕在化してきているが、その分量や性質には地域差が大きい。例えば、要介護高齢者の医療・介護のニーズ量は、自治体の規模によって様々であり、ホームレスや外国人の問題は、ある程度地域性がある問題である。そうした中でも、とりわけ大都市における複合的な課題を抱えた人々の支援ニーズは、その量的な膨大さと質的な複雑・多様さ故に、中小市町村とは異なるレベルでの施策的な課題となる。

そこで、大都市における複合的支援ニーズへの対応の実際について、事例を通して考察するため、指定都市であるA市を対象としてヒアリング調査を実施した。

1. ヒアリング調査の方法

指定都市A市の区役所保健福祉担当部門（福祉事務所と保健所に相当する組織）の本庁取りまとめ部署の職員に対して、半構造化面接によりヒアリングを実施した。

A市をヒアリングの対象として選定した理由は、指定都市において全世代・全対象型支援を目指した組織整備を行った唯一の都市であるからである。

調査項目は、①区役所保健福祉担当部門の概要、②組織の運営状況と組織間の連携状況、③複合的支援ニーズに対応する上での課題についてである。

調査期間は2018年6月であり、所要時間は約60分であった。

調査に当たっては、「日本社会福祉学会研究倫理指針」を遵守するとともに、研究の目的や手続き、調査結果の取扱い等の調査内容を説明し、同意を得た上で実施した。

2. A市の概要と複合的支援ニーズに対する取り組み

A市は、人口要件が緩和された2001年よりも前に指定都市に昇格した都市であり、150万人を超える人口を抱えている。高齢化率は20%程度であり、高齢者人口は概ね30万人である。また、地域資源としては、地域包括支援センターが50ヶ所、介護保険サービス事業所が800ヶ所、病院が40ヶ所、一般診療所が1,000ヶ所ほど存在している。

A市の福祉事務所と保健所の機能は、各区役所の部相当の一つの組織の中にまとめて置かれている。指定都市では、高齢者・障害者・児童・生活保護といった支援を分野別を実施していくことを前提として、福祉事務所機能を有する組織が行政区ごとに置かれているのが一般的である。また、老人保健や精神保健、母子保健等の保健所機能を福祉事務所機能と一体化させている都市も多数あり、ヒアリングを実施したA市においても、最近まで

⁴¹⁾ 平野は、かつては「狭間そのものが福祉支援の対象」であり、「さまざまな問題を抱えながらも社会制度から排除され、生活困難に呻吟する人びとを救済することが社会福祉の使命」であったとした上で、今日においても、それが社会福祉の基調であると指摘している（平野 2015：19）。

同様の組織体制によって業務を実施してきた。

しかし、A市では、2015年に策定した地域包括ケアシステム推進ビジョンにおいて、高齢者だけでなく全ての地域住民を対象とした支援体制を構築していくことを決定するとともに、全世代に対応した地域づくりと個別支援を一体的に実施するため、区役所保健福祉担当部門の組織を大幅に改変し、部分的にはあるが分野別支援体制の統合を図った。こうした取り組みは、大都市では非常に稀なものであり、大都市における複合的支援ニーズへの対応の実際と課題を考察する事例として適していると考えられることから、A市を対象としてヒアリング調査を実施することとした。

3. ヒアリング調査の結果

①区役所保健福祉担当部門の概要について

A市では、介護保険制度の導入や児童虐待防止対策の強化といった時々の政策課題に対応するため、各区役所に置いている福祉事務所と保健所の統合を図りつつ、組織体制を生活保護法と福祉5法で分担する2課体制から、生活保護と高齢者・障害者支援、児童家庭支援、地域福祉保健で分担する4課体制に段階的に移行させてきた。その過程において、地域包括支援センターや障害者相談支援センター、児童家庭支援センター、生活困窮者自立支援機関等の様々な民間支援機関が設置されてきたが、それぞれの分野と連動して担当課を設定することによって両者の関係性を緊密にし、増大かつ困難化する福祉ニーズに効率的・効果的に対応できる体制を確保してきた。

こうした体制を2016年度から改め、保健福祉に関わる様々な課題に総合的に対応できるよう、分野別に配置されていた保健師を集約して地域連携に関連する業務を一元化することとし、保健師の地区担当制による全世代・全ニーズ対応型支援を推進する「地域みまもり支援センター」を各区役所に整備した。この組織再編によって、各区における地域福祉計画等の策定・推進組織や地域みまもりネットワーク、子ども・子育て支援ネットワーク会議、地域ケア会議等を集約することで、制度による切れ目を生じさせない地域づくりを進めるとともに、支援の谷間にあるようなケースの相談支援にも応じていくことを目指した。

しかしながら、大量かつ複雑な福祉制度に関する相談や手続きまで一括して実施することは困難であるとの判断により、高齢者支援や障害者支援、生活保護にかかる個別の相談や手続き業務は、この組織に統合されなかった（図2-2参照）。

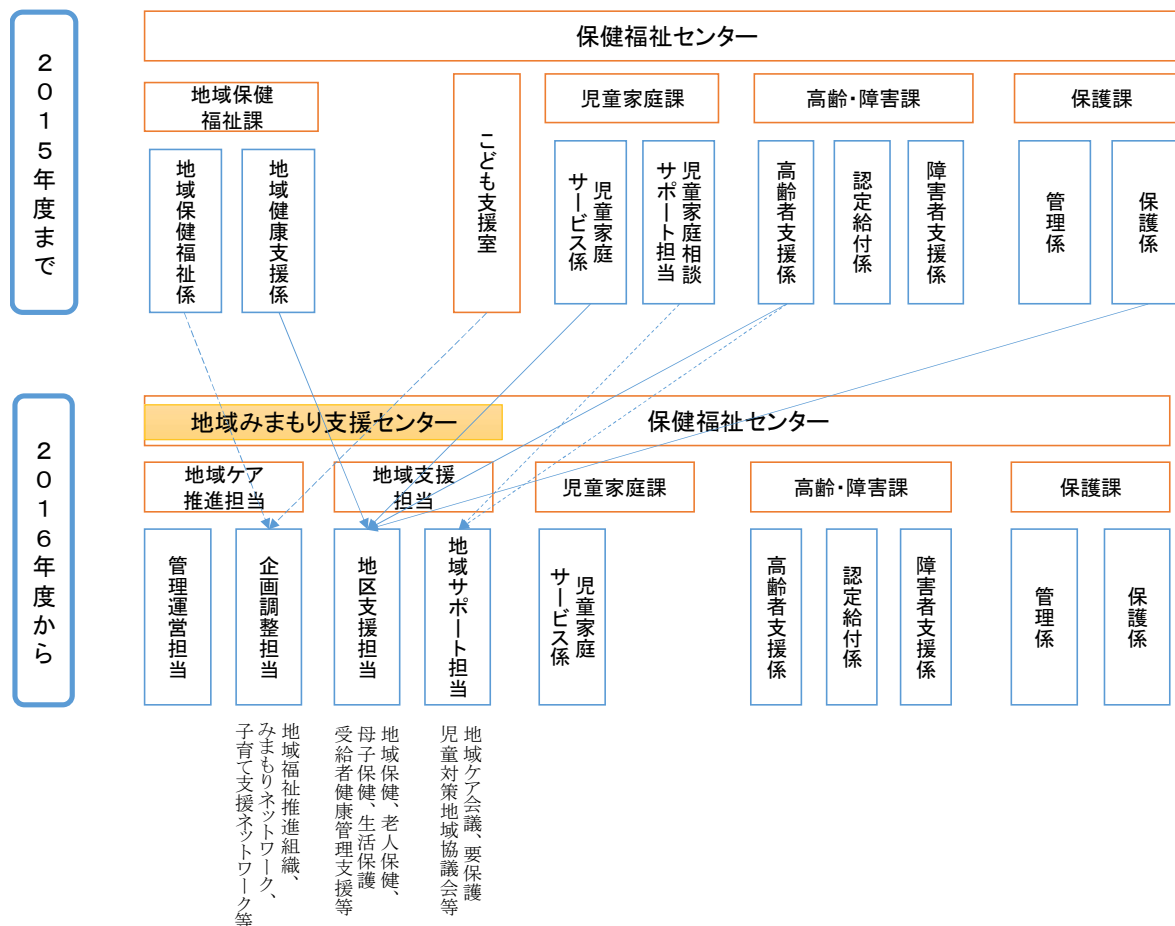
②組織の運営状況と組織間の連携状況について

新たに整備した組織では、保健師が担当していた分野別の業務を一ヶ所に集約することで、緊急性が求められる児童虐待対策も同じ組織で所管することになった。その結果、多くの時間が児童分野の業務に割かれることとなり、高齢者や障害者、生活保護分野にはほとんど対応できていない状況になっているとのことである。また、高齢者支援や障害者支援、生活保護にかかる個別の相談や手続きに関する業務は新たな組織に統合されなかったが、それ故に、日常的に関連する業務を担当していない職員が関係者・関係機関を束ねる業務を担うこととなり、結果として地域全体の連携を調整する機能が低下してしまっているとのことであった。

また、高齢者支援や障害者支援、生活保護の担当部署においては、これまで一体的に実

施していた保健関係の業務が分離されたことにより、組織をまたいで調整を行わなければならなくなったことや、新たな組織では、児童分野の業務が大半を占めることとなってしまったことから、保健師による健康管理支援等の頻度は減少してしまったとのことであった。

図 2 - 2 A市の区役所保健福祉部門の組織



出典:ヒアリング結果に基づいて筆者が作成

③複合的支援ニーズに対応する上での課題について

複合的な課題に対応するためには、それらに関係する制度や支援方法についての知識や技術が必要になるが、幅広い分野で経験を積み重ねてきた職員が少ないため、多様な支援ニーズに対して一元的に対応していくことが難しい状況にあるというのが実際であるとのことである。また、制度や支援方法は日々刻々と変化しており、様々な情報を常に最新の状態に保っておくためには、日常的にこれら接している必要があるが、そうした環境にない中で、幅広い分野と連携していくことに困難を感じているとのことであった。

一方で、区役所単位でも人口が30万人近くあり、一つひとつの福祉制度ごとに、非常に多くの利用者が存在することから、より迅速かつ正確に業務を実施するためには、一定の分業体制は採らざるを得ないとの判断により、現行の組織が編成された。複合的な課題に対して包括的に支援していくことが望ましいのは理解できるが、実際にそうした支援を実践できる職員をどのように育成していくか、また、制度をまたいだ調整や連携がしやすい

組織や業務手法をいかにつくっていくかが、複合的支援ニーズに対応していく上での課題であるとのことであった。

4. 調査結果を踏まえた考察

複合的支援ニーズに対応するためには、相談窓口をワンストップ化するなど、様々な支援やサービスを一体的に提供できる体制を整備することが有効であるとも考えられるが、本調査によって、大都市では、複雑化・高度化した福祉制度の適正な運営と業務の効率性を確保するために、一定の分業体制を敷かざるを得ないことが明らかになった。すなわち、大都市においては、ある程度の業務分担を前提とした支援やサービスの提供が不可避であり、組織内の業務は他組織とは区分されることとなるため、支援の谷間がどうしても生じやすくなってしまう。

また、そうした中で、大都市において包括的な支援を提供するためには、組織をまたいだ連携が必要になるが、その調整には相応の障壁が存在することや、それ故に様々な支援やサービスを包括的に提供できる人材を育成することが難しいということも、本調査によって明らかになった。このような課題を考慮せずに組織だけを包括的な支援体制にしても、実際には支援の谷間の解消につながらないばかりか、支援の谷間がより潜在化する危険性が高まってしまうということを、A市の事例から学ぶ必要があるだろう。

実際のサービス提供を担っている民間主体だけで相互の役割分担や連携方法を調整することができるのであれば、こうした問題はカバーされるが、大都市では様々な主体や形態によって多様なサービスが提供されており、民間主体だけで地域全体を最適化させていくことは難しい。現実問題として行政機関でなければ介入できないようなケースも少なくなく、適切な支援につながらない事例や、サービス提供主体間での対立が生じるような事例も往々にして発生する。

大都市においては、こうした特有の事情や課題を踏まえ、分野別支援と包括的支援を両立することができる現実的な業務手法や組織体制、人材育成を整備していく必要がある。

第4節 大都市における包括的支援施策のあり方

以上のような考察を踏まえて、大都市における包括的支援施策のあり方について検討することとしたい。

国は、包括的相談支援や共生型サービスを展開していくことによって、複合化・複雑化した支援ニーズに対応していく方向性を示しているが（厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015：7）、大都市では、あらゆる支援やサービスを一元化することは困難であり、一定の分野別支援体制を採らざるを得ない。ワンストップ型の支援体制は、分かりやすく象徴的ではあるものの、大都市で一足飛びにあらゆる相談支援を一元化してしまうと、サービス供給システム全体の効率性を低下させるだけでなく、これまで積み上げてきた専門性まで低下させてしまうことになる。こうした課題を踏まえて、「新たな福祉ビジョン」は、包括的な相談支援体制について、既存の相談窓口をバックアップする相談体制や、既存の相談窓口の連携を強化する相談支援体制を整備

するといった手法を示しているが（厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015：6）、形式的にこのような体制を整えても、システム全体が有効に機能することにはつながらない。

一口に複合的支援ニーズといっても、ニーズを有している人々の年齢や疾病・障害の種別、家族構成や住居の状況など、ニーズを構成する要素は人それぞれであり、それらに応じて様々支援やサービスを個別に結び付けていくことが必要になる。大都市では、その資源が非常に多様であり、なおかつ様々な主体や形態によって供給されているため、大都市における包括的支援施策は、様々な法人や事業所を連携させていく仕組みをどのように構築していくか、それを踏まえて地域の資源をいかに活用していくかということが課題の核心となる。

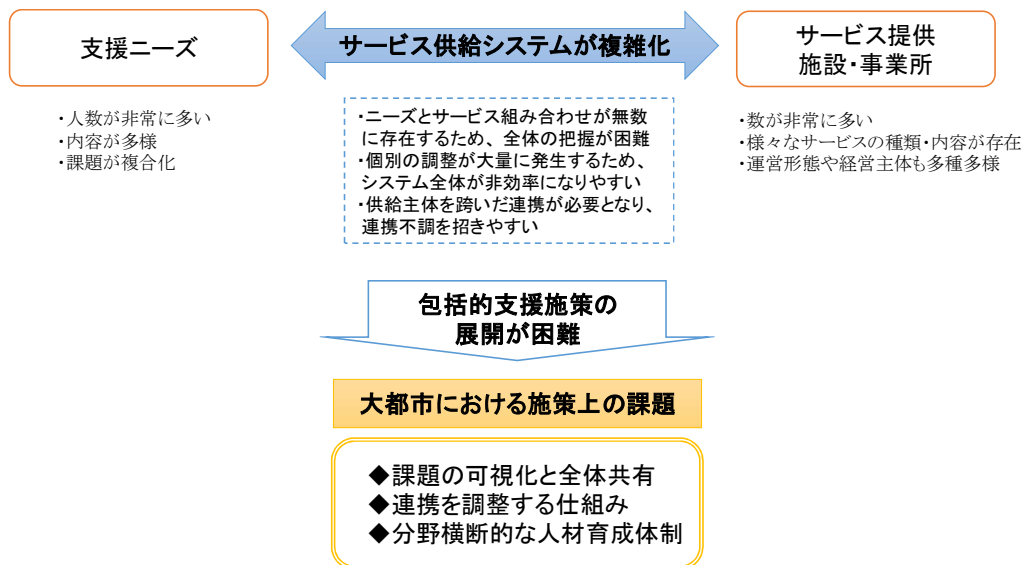
そこで、まず初めに取り組まなければならないことは、複合的支援ニーズの分量や内容を可視化していくことと、活用可能な地域資源を質量両面から把握していくことである。ただし、ここで注意をしなければならないのは、つぎはぎ的に既存の分野別の調査結果を寄せ集めるような対応に止まってはならないという点である。複合的支援ニーズは、課題が複合化することによって生じる特有の問題や、既存の分野別の制度の枠組みでは対応できない問題を孕んでいる。こうした問題を的確に捉えるためには、複合的支援ニーズの特性を十分に理解した上で、それが浮かび上がるような手法に基づいて実態を把握しなければならない。この視点が欠落すると、国が政策的に課題提起した部分はある程度取り組みが進んでいくが、それ以外の施策課題は虫食いの的に抜け落ちていくことになってしまう。

その上で取り組むべき施策が、多様な支援やサービスを効率的かつ効果的に提供できるサービス供給システムの構築である。第1章からの考察を踏まえて、大都市における包括的支援施策の課題を図示すると、図2-3のようになる。大都市では、膨大かつ多様な支援ニーズを背景として、多数の主体によって様々なサービスが提供されており、なおかつこれら供給主体の運営形態や経営主体は多種多様であるが、様々な組織が関わるが故に全体像が把握しにくくなり、円滑な連携ができずに非効率で質の悪い支援が提供されてしまう恐れが生じてくる。多様な主体を取りまとめて、あるべき一つの方向に導いていくためには、公平かつ中立な立場の行政が、上記のように地域の課題を可視化させ、そのデータを共有しながら、地域全体としてのサービス供給のあり方や連携方法を調整していくことが必要である。こうした施策は、当然にして地域のニーズや資源の状況に応じて行われるものであり、表面的に国が示したモデル事例をそのまま実施したり他都市の事例を複製したりするだけでは、何ら実効性は確保されない。地域の関係者・関係機関の協働によってサービス供給システムを構築していくプロセスそのものが非常に重要であり、行政がその機会をいかに創出し、合意形成を促していけるかが問われることとなる。

また、複合的支援ニーズの特性上、既存の資源だけでは対応できない場合も想定されることから、単なるシステム構築だけではなく、それを動かすための資源の確保ということも並行して考えていかなければならない。中谷が、『全世代型・全対象型』の支援アプローチは、自ずと支援者の側にも幅広い知識・技術のレパトリーの習得が要求される」（中谷 2017：91）と指摘しているように、「新たな福祉ビジョン」が求める支援を、一人ひとりの支援者に求めようとする、極めてハイレベルの人材を多数確保することが必要になる。大都市の場合は、ある程度の分業体制を前提としなければならない中で、こうした人

材を大量に確保することは難しいというのが現実であろう。しかし、地域全体のサービス供給システムをコントロールできる人材と、既存の枠組みでは対応できない支援を提供できるサービスは、どうしても一定数は必要になる。そのバランスをどのように考えていくか、その上で全体的な調整を行いうる人材やサービスをどのように確保して配置するかということについても、施策的な対応を図っていく必要がある。

図 2-3 大都市におけるサービス供給システムの課題



出典:筆者作成

支援ニーズの多様化や制度・サービスの複雑化、科学技術の高度化など、サービス供給システムを動かすために必要な知識・技術・情報は、質量ともに飛躍的に増大しており、包括的支援施策を進めていくためには、非常に幅広い分野を取りまとめていく能力が必要とされる⁴²⁾。自治体の規模が大きくなればなるほど、この難易度が高くなっていき、施策が分断される恐れが大きくなってしまいが、社会から支援を受けることができずに苦悩する人々に手を差し伸べることが社会福祉の根本的な価値であり、その責任を負っているのが福祉行政である。大都市による包括的支援施策をいかに進めていくかが、今後の我が国の福祉政策にとって非常に重要であり、その成果が大きく問われることになる。

⁴²⁾ 高澤は、今日の社会福祉のメゾレベル研究について、構成要素が膨大かつ不確かになっており、実態を理論的に捉えることが非常に難しくなっていることから、日々動態を変える現状を分析して課題の解決策を見出すためには、高度な情報処理能力と構想力が要求されると指摘している（高澤 2000：19-20）。

第 2 部

大都市における包括的支援施策の実態と課題

第3章 医療・介護制度改革と包括的支援施策の展開

第1部では、大都市の福祉行政運営において、複合的支援ニーズへの対応が重要になっている状況について考察を行った。第2部では、それを踏まえて、実際に大都市においてどのように施策が実施され、どのようなことが課題になっているのかを検証する。これに当たり、複合的支援ニーズは、福祉分野に止まらず幅広い分野との間で複合化しているものであることから、その範囲を医療等にも広げていくこととする。

本章では、これに先立ち、以下のような我が国の社会保障制度改革の動向を踏まえながら、包括的支援施策の位置づけと枠組みについて整理する。

社会保障制度改革の動向

現在進められている社会保障制度改革は、政権交代を経ながらも継続的に取り組まれてきているが、一連の改革によって、これからの保健医療福祉施策のあり方が大きく変容していくことが予想される。これまでの経緯としては、政府が2012年2月に閣議決定した「社会保障・税一体改革大綱」を踏まえ、2012年8月に「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律」等の社会保障・税一体改革関連法が制定され、社会保障の充実・安定化に向けて消費税が増税されることとなった。そして、社会保障制度改革については、一体改革関連法と同時に制定された「社会保障制度改革推進法」により、社会保障制度改革国民会議を設置するとともに、同会議の審議の結果等を踏まえて実施することとされ、2013年8月に「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」がとりまとめられた。これを受けて、2013年12月に「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」が制定され、医療制度、介護保険制度等の改革について、検討項目と実施時期の目途が明らかにされている。

その後、医療・介護サービスの提供体制と介護保険制度に関するものについては、2014年6月に「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」という。）が制定され、①新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）、②地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）、③地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）を図ることとされた。こうした取り組みによって、今後の医療・介護政策は、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を促すとともに、その受け皿として、地域の中で在宅医療・在宅介護を一体的に提供していく体制を構築していくことが、基本的な方向性となっている。

さらに、2015年には、厚生労働省内に設置された「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」は、「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現ー新たな時代に対応した福祉の提供ビジョンー」（以下、「新たな福祉ビジョン」という。）を公表し、こうした包括的な支援の考え方を全世代・全対象に発展・拡大させ、各制度が連携して、新しい地域包括支援体制の確立を目指すという方向性を示した（厚生労働

省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015:3)。これを受けて、翌年に設置された『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部』による検討を踏まえ、2017年の社会福祉法等の改正によって、市町村による包括的支援体制の整備が努力義務として規定されるとともに、高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくする共生型サービスが創設された。

こうした社会保障政策の流れを踏まえ、本章では、政府が実施した医療・介護に係る長期推計等の分析を通して、現在進められている医療・介護制度改革の全体像を解明することにより、地域包括ケアシステムの実像化を図るとともに、その課題について整理していく。その上で、全世代・全対象型の包括的支援施策の位置づけを確認しながら、施策の組み立て方と具体化に向けた課題について考察していく。

第1節 医療・介護制度改革の全体像

現在進められている社会保障制度改革は、今後のさらなる高齢化の進展を見据え、制度の持続可能性を確保していくことを大きな目的としており、とりわけ医療分野については、慢性疾患や複数の疾病を抱える患者の増大が見込まれる中、高度急性期から在宅医療まで、患者の状況に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制を整備していくことが目指されている。

2014年に制定された医療介護総合確保推進法では、その第一の取り組みとして、一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所が、現在担っている医療機能と今後の方向性について、病棟単位を基本として高度急性期、急性期、回復期、慢性期の中からいずれか1つ選択して都道府県に報告する病床機能報告制度が創設された。この仕組みによって、まずは地域の医療体制の現状と今後の見込みを明らかにすることができるようにするとされている。

そして、第二の取り組みが、地域医療構想の策定である。地域医療構想は、①2025年の入院・外来別・疾患別患者数等の医療需要、②2025年における2次医療圏ごとの医療機能別の必要量、③目指すべき医療体制を実現するための施策について、国が示すガイドラインに基づき、都道府県が策定することとされた。この構想の実現に向けて、医療関係者が協議を行う「協議の場」が法律に位置づけられるとともに、医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合に、都道府県知事が転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）したり、「協議の場」では協議が調わず、自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合に、都道府県知事が不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができるようになっている。さらに、医療機関がこれらの要請又は命令・指示に従わない場合には、医療機関名の公表や各種補助金の交付対象からの除外、地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消しができるとされており、地域医療構想の実現に向けて、行政が強い権限を発揮できるようになった。

さらに、第三の取り組みとして、地域医療介護総合確保基金が創設され、①病床の機能分化・連携のために必要な医療機関の施設・設備の整備、②在宅医療を推進するための事

業や介護サービスの施設・設備の整備、③医療従事者や介護従事者の確保等に係る財政支援策が講じられた。これにより、医療機関が自主的に医療機能の分化・連携を図っていくことが期待されている。医療分については、2014年度から毎年度904億円（うち、国分602億円）が予算措置されており、2016年度の国分交付ベースでの実績は、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業50.6%（305.1億円）、②居宅等における医療の提供に関する事業5.1%（31.0億円）、③医療従事者の確保・養成に関する事業44.2%（266.3億円）となっている（厚生労働省2017a：20）⁴³⁾。

それでは、こうした改革によって、どのような医療提供体制になっていくことが目指されているのであろうか。

改革の検討過程であった2011年6月に、「医療・介護に係る長期推計」（厚生労働省2011）（以下、「2011年推計」という。）が国によって出されているが、その中では、「医療・介護ニーズに対して、必ずしも効率的で最適なサービス提供とはなっておらず、一方で過剰需要（供給誘発需要や必要性の低い需要）が生じ、他方で必要なサービスが十分には提供されていない」という問題認識が示され、「機能分化と連携により、重層的・一体的に住民を支える医療・介護サービス体系を構築」するとして、医療・介護に係る充実と重点化・効率化するシナリオが示されている（厚生労働省2011：5）。

具体的には、急性期医療への医療資源の集中投入や在宅医療の推進等を図ることによる平均在院日数の短縮や入院患者の減少、生活習慣病予防や介護予防等による外来患者等の減少を見込むことにより、2011年現在で166万床ある病床は、改革シナリオによって2025年に159万床となり、現状よりも必要ベッド数は減少すると推計している。また、外来患者等については、2011年現在で794万人／日であるところ、改革シナリオによって2025年に809万人／日と微増に止まるとしている一方で、うち在宅医療等の利用者数は、2011年現在で17万人であるところ、改革シナリオによって7割増の29万人になると推計している。

その後、医療介護総合確保推進法の成立を踏まえて、2015年3月に地域医療構想策定ガイドラインが厚生労働省から示されたが、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量の算定方法は厚生労働省令によって規定されるなど、都道府県側には裁量がほとんどないかたちで地域医療構想が策定されることとなった。さらに、このガイドラインの作成を踏まえて、社会保障制度改革推進本部に設置されている医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会が、2015年6月に医療機能別病床数の推計結果（以下、「2015年推計」という。）をとりまとめているが、2011年推計よりも、急性期病床が減って在宅医療等で追加的に対応する患者数がさらに増えるという傾向にはなっているものの、病床機能別のバランスや医療総体として対応する患者数等は2011年推計と類似した推計結果となっている（表3-1参照）。

すなわち、地域医療構想は、2011年推計における改革シナリオに沿ったものとなるように策定されることになっており、改革シナリオが目指すものを地域に知らしめるためのもの

⁴³⁾ なお、介護分については、2015年度から毎年度724億円（うち、国分483億円）の予算が措置されており、2016年度の国分交付ベースでの実績は、①介護施設等の整備に関する事業87.6%（422.9億円）、②介護従事者の確保に関する事業12.4%（59.9億円）となっている（厚生労働省2017a：51）。

のであると見ることができる。したがって、これから進められる医療提供体制改革は、①医療機関の機能分化を踏まえた平均在院日数の短縮、②病床数の抑制、③医療機関から介護施設や高齢者住宅、在宅への移行促進、④在宅医療の強化と介護とのネットワーク化の推進という改革シナリオに沿った方向性で進んでいくことになるだろう。

表 3-1 2011年推計と2015年推計による2025年度の必要ベッド数等

	2025年度	
	2011年推計 改革シナリオ	2015年推計 地域医療構想推計
高度急性期	22万床	13.0万床
一般急性期	46万床	40.1万床
回復期	35万床	37.5万床
慢性期	28万床	24.2～28.5万床
必要ベッド数合計(精神病床を除く)	131万床	115～119万床
在宅医療等で追加的に対応する患者数	9万人	29.7～33.7万人
必要ベッド数合計(精神病床を除く) +在宅医療等	140万人分	144.7～152.7万人分

出典：厚生労働省『医療・介護に係る長期推計(主にサービス提供体制に係る改革について)』(2011年、第10回社会保障改革に関する集中検討会議・参考資料1-2)P.20・P.22及び医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会『第1次報告～医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって～』P.21を参照して作成
注：2011年推計では、精神病床も含めて推計しており、精神病床も含めた必要ベッド数の合計は159万床になると推計している。

その上で、地域医療構想を踏まえた医療・介護サービスの提供体制は、どのようになっていることが想定されるのか。

2015年推計では、2025年における介護施設や高齢者住宅、在宅介護等の利用者数を見込んでいないが、2011年推計では、介護サービスの利用者数も含めた推計値が示されている。2011年推計における現状投影シナリオと改革シナリオの差を分析してみると、特別養護老人ホームや老人保健施設等の介護施設の利用者数は30万人/日減、居住系サービスである特定施設・グループホームの利用者は9万人/日増、在宅介護の利用者は15万人/日増と推計しており、介護施設から居住系サービス、在宅介護への移行を図る方向性を示すとともに、介護サービス全体で6万人/日の利用者減を見込んでいる。さらに、外来・在宅医療の全体的な利用者数は19万人/日減となっているにもかかわらず、うち在宅医療等の利用者は9万人/日増となっており、医療を必要とする患者の在宅への移行を促進することも見込んでいる。

この結果、改革シナリオによる2025年度は、対2011年度比で、介護施設は4割増の131万人/日、居住系サービスは倍増の61万人/日、在宅介護の利用者数は5割増の449万人/日となり、うち小規模多機能型居宅介護は5万人/日が40万人/日に、うち定期巡回・随時対応はサービスが存在していない状況から15万人/日に大幅増となるとしている(表3-2参照)。

全体としては、医療提供体制の改革や在宅医療・在宅介護の推進等によって、現行投影シナリオに対して入院患者・介護施設入所者を63万人/日減少させるとともに、居住系

サービス・在宅介護利用者を 24 万人／日増加させることと、生活習慣病予防や介護予防、地域連携、ICT の活用等によって外来患者等を 19 万人／日減少させることと合わせて、全体で 57 万人／日の利用者数等を減少させるという構図が浮かび上がってくる。すなわち、現行であれば入院や施設入所によって対応しているニーズの 2 割は在宅・地域において対応とすることと、予防や連携、ICT の活用等によって医療・介護ニーズそのものを 2～3%程度抑制していくことが、このシナリオの大きな枠組みとなっている。なお、その前提として、グループホームや小規模多機能等の住まいの場と、定期巡回・随時対応等による 24 時間対応型の在宅医療・介護サービスの抜本的な基盤整備を条件としていることに留意しなければならない。

表 3-2 医療・介護サービスの需要と供給（1日あたり利用者数等）の見込み

	2011年度	2025年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオと改革シナリオの差
高度急性期	80万人/日	97万人/日	16万人/日	▲3万人/日
一般急性期		[高度急性期 19万人/日 一般急性期 49万人/日 亜急性期等 29万人/日]	33万人/日	▲16万人/日
亜急性期・回復期等			31万人/日	+2万人/日
長期療養(慢性期)	21万人/日	31万人/日	25万人/日	▲6万人/日
精神病床	31万人/日	34万人/日	24万人/日	▲10万人/日
入院小計	133万人/日	162万人/日	129万人/日	▲33万人/日
介護施設	92万人/日	161万人/日	131万人/日	▲30万人/日
特養	48万人/日	86万人/日	72万人/日	▲14万人/日
老健(老健+介護療養)	44万人/日	75万人/日	59万人/日	▲16万人/日
居住系	31万人/日	52万人/日	61万人/日	+9万人/日
特定施設	15万人/日	25万人/日	24万人/日	▲1万人/日
グループホーム	16万人/日	27万人/日	37万人/日	+10万人/日
在宅介護	304万人/日	434万人/日	449万人/日	+15万人/日
うち小規模多機能	5万人/日	8万人/日	40万人/日	+32万人/日
うち定期巡回・随時対応	—	—	15万人/日	+15万人/日
介護サービス小計	427万人/日	647万人/日	641万人/日	▲6万人/日
外来・在宅医療	794万人/日	828万人/日	809万人/日	▲19万人/日
うち在宅医療等	17万人/日	20万人/日	29万人/日	+9万人/日
上記利用者(重複あり)	1353万人/日	1637万人/日	1580万人/日	▲57万人/日

出典：厚生労働省『医療・介護に係る長期推計(主にサービス提供体制に係る改革について)』(2011年、第10回社会保障改革に関する集中検討会議・参考資料1-2)P.20を参照して作成

このような改革の方向性は、国民の医療・介護に対する考え方の変革を求めるものであり、現行水準でサービスを利用することができなくなる可能性を示唆している。しかし、限りある財源やマンパワーを効率的・効果的に活用していかなければ、社会保障制度の持続可能性を確保することができない。こうした中で、在宅医療や介護予防の必要性を強調する地域包括ケアシステムは、医療提供体制の改革と表裏一体のものとして、在宅での生活を継続できるようにしていくための政策、入院・入所によって対応している医療・介護ニーズを地域の中で受け止めていくことに対する理解を促すための政策として位置しているものと捉えることができる。

このような政策は、医療・介護サービスの削減策という視点からは批判的に見られてし

まう恐れもあるが、ケアが必要になってもできる限り地域で暮らし続けられるようにしていくこと、できる限り健康でいられるようにしていくことは、保健医療福祉政策としては、あるべき方向性である。ただし、病床・介護施設の再編統合や医療・介護サービスの抑制は、こうした取り組みの成果として導かれるべきものであり、削減ありきの議論で進めることには問題がある⁴⁴⁾。介護保険制度の見直しに向けて、軽度者への支援のあり方などが継続的に検討されているが、2011年推計の実現ありきで議論が進められてしまうことがないように注視する必要がある。

第2節 地域包括ケアシステムの本質的課題

こうした医療・医療制度改革の方向性を踏まえつつ、今後の在宅医療・介護政策は、どのような方向に向かっていくのか。

改革シナリオから想定される施策は、①医療機関における在院日数の短縮化を見据えた医療ニーズのある者の介護施設や在宅医療・介護への誘導、②介護施設利用要件の厳格化と居住系サービスの拡充、③居宅生活者に対する医療・介護サービス提供システムの構築、④専門的な支援を必要としないサービスの効率的な提供方法の開発といったものになるように思われる。実際の施策状況を検証すると、①については、介護職員による喀痰吸引等の制度化⁴⁵⁾や診療報酬における在宅医療への積極的な評価が行われつつあり、②については、特別養護老人ホームの入所要件が原則として要介護度3以上となる一方で、有料老人ホーム等の利用者の重度化に対応した特定施設入居者生活介護の報酬設定や、サービス付き高齢者向け住宅の供給促進が行われている。また、③については、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応サービスが創設され、④については、要支援者の訪問介護・通所介護が地域支援事業に移行されるとともに、軽度者に対する給付の見直しや地域支援事業への移行、負担のあり方が検討されている状況であり、改革シナリオに沿った施策が徐々に進められていると見ることができよう。

つまり、地域包括ケアシステムとは、ケアの効率化を追求するとともに、現行では医療側で対応している低密度の医療しか必要としない患者を介護側で対応するようにシフトさせていくことを目的として、介護側における生活の場の整備と合わせて、低密度の医療と介護を効率的に提供していくために支援の枠組みを再構築していくものであるといえる⁴⁶⁾。このことは、地域医療構想において、「在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、

⁴⁴⁾ 太田は、要介護者のケアの場が、医療や施設から「生活の場」へ、「地域社会」へと転換していくことが経費の削減に結びつくと、その「転換」は「切り捨て」の側面が強くなるとして、『地域包括ケアシステム』を、誰のために、何を起点に考えるかが重要であると指摘している（太田 2011：12）。また西村は、医療・福祉施設の統合・削減は、住民に不安を与えるものとして捉えられるため、実行に移すことはかなり難しく、本来は在宅での治療が望ましいことの理解を得ることや、医師以外による在宅支援を確保することにより、住民の不安感を改善させていくことが必要であると指摘している（西村 2013：34-41）。

⁴⁵⁾ 2012年から、医師の指示、看護師等との連携の下において、介護福祉士や一定の研修を受けた介護職員等によるたんの吸引・経管栄養ができるようになった。

⁴⁶⁾ 尾形は、2011年推計を踏まえ、「医療提供体制のあり方を検討することは、必然的に居住系サービスを含む『生活の場』における医療・介護のあり方（在宅医療・在宅介護）を検討することに直結するという点について十分留意する必要があると指摘している（尾形 2012：363）。

養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療」（厚生労働省 2015a：15）を指すとされていることから了解できる。こうした文脈でとらえると、医療法による医療提供体制の改革と介護保険法による地域包括ケアシステムの構築を一体的に行うために、医療介護総合確保推進法に係る法律の改正がまとめられた意味が見出される。

地域包括ケアシステムをこのような視点から捉えていくと、医療と介護が連携していく必要性を理解できるわけであるが、どのように連携していくのかという方法論は、未だ確立されているとは言い難い。そこで以下では、今後連携が求められる場面ごとに、具体的な課題と対応策について検討していくこととしたい。

まず第一に、特別養護老人ホームや老人保健施設等の介護施設においては、一定の密度の医療を必要とする要介護者の受け入れ施設や、急性期医療から在宅における通過型施設としての性格を強めることになると思われる⁴⁷⁾。すなわち、急性期医療を必要としないが、日常的には看護やリハビリを必要とするという入所者像に対応するために、現行の介護サービスに加え、回復期や慢性期医療を提供していくことが求められるようになるだろう。したがって、医師による頻回な診療や高度な医療行為が求められるわけではないことから、主として看護職員、理学療法士、作業療法士などのコメディカル職員の活用が重要性を増してくる。

第二に、特定施設・グループホーム等の居住系サービスにおいては、介護施設の入所者像の変化に伴い、現在の特別養護老人ホーム等と同じような利用者像にシフトしていくものと考えられる⁴⁸⁾。このため、現行の身体介護や生活支援に加え、一定の医療ケアを提供していくことも求められるようになるだろう。一方で、小規模な事業所も少なくないサービス類型であることに鑑みれば、全ての事業所にコメディカル職員を配置することは困難である。そうなると、外部のサービスを活用して医療ケアを提供することになると考えられるが、そのためには訪問看護や訪問リハビリテーションが地域内で十分提供される状況にしていくことが必要になる。

第三に、居宅においては、在院日数の短縮化や介護施設の入所要件の厳格化などによって、急性期医療や回復期医療から医療ケアを必要とする状態のままで退院してくる、あるいは、要介護状態が徐々に重度化しながら医療ケアが必要になってくるという状態像が増えてくるだろう。したがって、在宅サービスにおいて、介護とともに看護・リハビリが提供される支援パッケージが必要となってくることから、2012年に定期巡回・随時対応型訪問介護看護が創設された。訪問看護や訪問リハビリテーションとともに、これらのサービス提供体制のさらなる充実が求められる。

このように見てみると、在宅における医療と介護の連携では、必ずしも医師が日常的に濃密にかかわる必要があるわけではなく、コメディカル職員の役割が重視されるようにな

⁴⁷⁾ 地域包括ケア研究会は、介護保険施設については、在宅復帰支援（リハビリテーション）、認知症対応、医療ニーズへの対応等の機能を重点化することが必要ではないかとしている（地域包括ケア研究会 2010：21）。

⁴⁸⁾ 地域包括ケア研究会は、施設と同様なサービスを提供できる基盤整備ができれば、在宅や高齢者向け住宅でも対応できるとしている（地域包括ケア研究会 2010：21）。

ることがわかる。2011年推計が、改革シナリオにおいて2025年に必要となるマンパワーとして、医師は微増にとどまる一方で、亜急性期・回復期等病床における在院日数の短縮に向けてリハビリ・地域連携・退院時支援の体制を整備するとともに、在宅医療連携の充実を図るために、コメディカル職員の大幅な増加が必要となると見込んでいることは、こうした予測を裏付けているといえる（厚生労働省 2011：25、45-49）。

これらを具体的な数値として見てみると、2011年推計における改革シナリオでは、対2011年度比で2025年の介護施設利用者を39万人分、居住系サービスを30万人分、在宅介護を145万人分、合計214万人分の介護サービスを増加させることが見込まれている。つまり、2011年時点での介護サービス利用者数は合計427万人であるので、2025年には概ね1.5倍のサービス供給量が必要になることになる。これと合わせて、病床機能の見直しや在宅医療の強化などを踏まえ、2025年に必要となるマンパワーについて、医師は最大でも5万人増しか見込んでいないのに対して、最大で看護職員は64万人、介護職員は104万人、薬剤師や理学療法士、作業療法士等のコメディカル職種等の医療その他職員は41万人、介護支援専門員や相談員等の介護その他職員は65万人の増加を見込んでいる。すなわち、2011年時点でこれら職員は合計462万人であるところ、2025年には最大739万人となることになり、サービス供給量に比例して、概ね1.6倍のマンパワーの増加が必要となる。今後は、生産年齢人口は減少していくことが見込まれる中で、これだけのマンパワーをどのように確保していくかということは、これからの医療・介護政策の大きな課題の一つとして浮上してくることは間違いないだろう⁴⁹⁾。

しかし、例えば、介護職員による喀痰吸引等が可能になっているが、これにより看護職員がいなくても医療行為の一部が提供されるようになり、マンパワーを効率的に活用できるようになってくる。同様に、リハビリや機能訓練についても、介護職員によって提供されるようになれば、理学療法士や作業療法士がいなくても提供していくことができるようになる⁵⁰⁾。コメディカル職員の専門性の全てを介護職員が担うことは不可能であるが、日常的な機能訓練等は介護職員が担う、あるいはコメディカル職員が生活支援の一部も一体的に行うなど、支援に関わるさまざまな職種が相互の専門性を共有して支援できるようにしていくことによって、量的な対応だけでなく、質的な対応によって必要なサービス量を確保していくことが可能となる。

近年では、こうした取り組みをはじめとして、さまざまな専門性を活用したケアを推進するために多職種連携という言葉が多く聞かれるようになってきたが、その実現は、実際のところ容易ではない。その理由について、島崎が、「インターフェース・ロス」の発生と、属する組織体をまたいで的意思統一や迅速な意思決定が難しいところにあると指摘しているように（島崎 2013：141-142）、異なる職種間での情報の共有や組織間での意思統一は、

⁴⁹⁾ 岩淵は、2011年推計によるマンパワーの確保について、少子高齢化の進展と労働力人口の減少の過程でこれらの人材を確保していくことは、難しい課題であると指摘し、処遇改善、養成・研修課程の多様化、労働環境改善などの取り組みが重要だとしている（岩淵 2013：92）。

⁵⁰⁾ 地域包括ケア研究会は、「PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)は、在宅復帰時・施設入所時に要介護者の状態を評価して計画を策定するとともに、困難なケースを中心に、自らリハビリテーションを提供する。一方、日常生活における生活機能の維持・向上のための支援（機能訓練等）は、PT・OT・STの策定した計画に基づき、介護福祉士が実施している」という状況を2025年の地域包括ケアシステムの姿として示している（地域包括ケア研究会 2010：34）。

現実的には困難な場面が少なくない。例えば、ある職種が自らの専門技術を他の職種に伝達しようとしても、他の職種が必要性を理解しない、あるいは理解はできるがうまく実践できないといった状況が生じる。また、同一職種であっても、所属する事業所の経営理念や運営方針によって価値観や行動基準が異なる、あるいは連携できるキャパシティが異なるため、相互に納得したかたちで連携できるようになるためには、相応の調整を要することになる。そして、こうした調整が不調に終わってしまった場合には、他の職種や組織に対する不信が生じ、さらに連携を難しくさせる状況をつくり出してしまう。その結果、様々な支援がバラバラに提供されることとなり、資源を重複して使ってしまったり、後追いの追加投入せざるを得なくなるといった非効率な状態に陥ることや、支援を受ける人に生活の混乱が引き起こされ、要介護状態の重度化につながるということが危惧されるようになる。

このような課題を踏まえると、地域全体としてサービスの質を確保していくとともに、さまざまな資源をネットワークとして機能させていくことが、極めて重要な政策課題になってくる。在宅医療ニーズへの対応は、訪問診療など医師による在宅医療への協力や訪問看護の拡充も不可欠であるが、それだけで支援が完結するわけではない。生活全体を支えるネットワークがあつてこそ、医師による在宅医療への参画や訪問看護による医療ケアが効果を発揮してくる。また、専門的な知識や技術が不足する事業所が、無理をして利用者を抱え込んでしまうと、適切なケアが提供されずに状況を悪化させてしまったり、ニーズに合わないサービスを提供することによって無用の資源の消費を引き起こすことになってしまう。医療・看護・介護・リハビリ・保健・福祉など分野ごとの専門性が高度化している現代においては、ニーズに応じた多様な専門性の活用が必須であり、関係機関・事業所間での役割分担が円滑に行われることが求められる。今後の医療・介護サービス提供体制の整備にあたっては、こうした観点から総合的に施策を組み立てていくことが必要である⁵¹⁾。

第3節 全世代・全対象型包括的支援施策の展開と課題

以上のような地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みは、主として高齢者施策として進められているものであるが、2015年に厚生労働省内に設置された「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」は、ニーズの多様化、抱える困難の複合化、必要な支援の複雑化が進行しているとして、「新たな福祉ビジョン」を取りまとめた。このビジョンは、これまでの福祉サービスは、高齢、障害、児童など対象者ごとに充実・発展してきたが、複合化するニーズに対して、単独の機関によるアプローチでは十分対応できないケースも存在しているとして、分野を問わない包括的な相談支援を実施する新たな包括的支援体制の確立を提起するものであり（厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015: 1-3）、分野別で進められてきた現行の

⁵¹⁾ その手法として、筒井は、integrated care 理論に基づくマネジメント戦略を提言している（筒井 2014）。

福祉施策の大きな転換を想起させるものであった。

翌 2016 年度には、これを具体化させるために「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」が創設され、世帯全体の課題を的確に把握し、多職種・多機関のネットワーク化を推進する相談支援包括化推進員の配置が進められてきている。さらに同年、厚生労働省は、『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部を設置するとともに、こうした取り組みを「地域包括ケアの深化」と位置づけ、対象者ごとの福祉サービスを「タテワリ」から「まると」へと転換することを重ねて提起した上で、2017 年に社会福祉法を改正し、包括的な支援体制づくりを行うことを市町村の努力義務とした。

しかしながら、多機関の協働による包括的支援体制構築事業は、2018 年 10 月末現在で実績報告が上がっている自治体が 79 に止まっており、未だ全国的な広がりを見せているとはいえない状況である（厚生労働省 2019b : 9）。とりわけ、この事業のモデル自治体として取り上げられるのは中小自治体が大半であり、資源も人材も豊富なはずの大都市における取り組みは、ほとんど見受けられない⁵²⁾。その背景には、大都市には膨大な支援ニーズと資源が存在しており、それらの中に高度で専門的なものが混在しているため、全体的な整理が難しいといったことや、全市を網羅できるだけの専門性の高い機関や人材を十分に確保できないこと、あるいは、多数ある既存の相談支援機関の役割分担を変更するために多大な労力が必要となるといった事情があることが想定される。また、そもそも大都市では人口が減少しておらず、高齢者・障害者・児童といった分野ごとの支援ニーズがそれぞれ大量に存在するため、包括的に支援を提供しようとする、効率性が低下してしまうことも憂慮される。

こうした懸念を踏まえると、包括的支援施策を全国で画一的に進めていくことは現実的ではなく、それぞれの地域の実情に合わせて展開できるような取り組みとして進めていくことが必要である。しかしながら、現時点では、基本的な方針や事業スキームは提示されているが、施策を組み立てるためのニーズ把握の手法や、体制整備、人材育成、組織間連携の方法は、ほとんど示されていない。実際にどのようなニーズがどの程度あるのか、それを解決するためにはどのような知識や技術が必要となるのか、さらには、現行の支援スキームでは何が不足しており、どのようにそれを充足していくのかという分析や検討は具体的に行われておらず、その手法さえも示されていない状況では、自治体だけの努力でこの取り組みを進めることは難しい。厚生労働省は、2019 年に「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」を設置し、包括的な支援体制を全国的に整備するための方策について検討するとしているが、同年 12 月に出された最終とりまとめでは、依然として大まかな方針や方向性が示されただけで、支援ニーズやサービス基盤に関する数量的な推計や、支援手法や人材確保のための具体的な方法は示されていない。この点は、地域包括ケアの深化といいながらも、医療・介護制度改革と比較すると、検討の熟度が不足している感が否めない。

また、新たな福祉ビジョンでは、福祉サービスの持続可能性を確保するためには、サービスの効果的・効率的な提供体制の構築や人材の活用にも取り組んでいくことが必要であ

⁵²⁾ 2017 年度の実施自治体 57 のうち、指定都市は大阪市のみであった（日本総合研究所 2018 : 19-20）。

るとしている（厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015：1-4）。その上で、「我が事・丸ごとの地域づくり」として、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを支援する地域力強化推進事業が 2017 年度に創設された。さらに、「サービス・専門人材の丸ごと化」として、多世代交流・多機能型の福祉拠点の整備に向けた運営ノウハウの共有や規制緩和を進めるため、2017 年の社会福祉法の改正と同時に、介護保険法や障害者総合支援法、児童福祉法を一体的に改正し、共生型サービスが創設された。

こうした取り組みは、これまでの地域福祉の取り組みと重複するところも多分にあり、必ずしも新たに事業化する必要がないという状況があるのかもしれないが、その点を差し引いたとしても、十分な広がりを見せているといえる状況にはなっていない⁵³⁾。その背景には、地域課題は極めて多様であり、それぞれの地域によっても大きく異なることから、住民主体の取り組みの目的や方法を統一することは現実的でなく、事業スキームを具体的に提示できないということがあるのかもしれない。しかし、それ以前に、この取り組みに参画する地域住民とはどのような住民を想定するのか、参画可能な住民はどの程度存在しているのか、参画を得ることによってどの課題をどの程度解決していこうとするのかが明らかにされていないため、取り組みの意義や有効性が理解されていないということに、取り組みが広がらない根本的な原因があるのではなかろうか。様々な課題の解決を過度に地域住民による取り組みに依存してしまうようであれば、実際の課題解決が遠のくばかりでなく、福祉行政に対する信頼を大きく損ないかねない。現実問題として、医療や介護、福祉の専門性は飛躍的に高度化してきており、安易に地域住民に代替を求めることは困難である。また、地域住民も、高齢化の進展や家族規模の縮小、女性の労働参加の増加といった状況を踏まえると、どれほどの人が支える側に回るだけの余裕があるのか疑問である。

さらに、共生型サービスについても、個々の施設や事業所レベルでの成功事例があるとはいえ、高齢者と障害者、児童を一体的に支援する手法や人材の育成方法が標準化されているわけではない。施設や人材を効率的に活用する観点からは、共生型サービスが有効であり、特に過疎化が進んでいる地域では、現実的な選択肢となり得るかもしれない。しかし、医療的ケアが必要な人や重度の行動障害がある人を、すべて同じ場所で同時に支援することが、果たして本当に効率的なのか、あるいは現実的に可能なのかということを考えてみると、共生型サービスへの切り替えが全面的に進んでいくとは考えにくい。包括的な支援という言葉は聞こえがよいが、どういう場合に有効なのか、そうした取り組みがどの程度適用できるのか、その場合にはどういう手法で支援を実施すればよいのかといった具体的な枠組みがつくられなければ、実際に取り組みを広く展開していくことは難しい。

以上のように、国としては、全世代・全対象型包括的支援施策を展開しようとしているわけであるが、具体化に向けた課題が多く残されており、広く取り組みが進んでいるわけではないのが現実である。しかしながら、複合的支援ニーズをもつ人々が数多く存在していることは事実であり、必要とされる支援を着実に行き届かせる体制を整備しくことが求められている。そのためには、あるべき姿やかたちを論じることも必要ではあるが、ニ-

⁵³⁾ 2017 年度の実施自治体は 53 であった。なお、そのうち指定都市は、札幌市、仙台市、千葉市、大阪市であった（日本総合研究所 2018：19-20）。

ズと資源を科学的に分析するとともに、実現可能な手法を具体的に提示していくことが重要である。

第4章 大都市における包括的支援施策の実態

－指定都市調査を踏まえて－

前章で考察したように、複合的支援ニーズに対応するために、国による政策として包括的支援施策が展開されようとしているものの、具体化するためには多くの課題が残されている。この政策を進めていくために必要なことは、観念的に理想を追究するのではなく、高齢者の医療・介護制度改革から始まった地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを全世代・全対象型に広げようとする包括的支援施策の位置づけを踏まえながら、支援ニーズや資源を科学的に把握・分析し、エビデンスに裏付けられた政策手段を確立していくことである。

その上で重要な視点となるのは、支援ニーズや資源には地域差が大きく、地域ごとに採るべき政策手段が異なってくるということである。とりわけ、第1部で考察したように、大都市における複合的支援ニーズへの対応は、今後の我が国の福祉政策にとって大きな課題となっていく。大量かつ多様な支援ニーズが存在する大都市において、あらゆるニーズにきめ細かく対応するためには、広範な主体を一元的に連携させることができるサービス供給システムが必要となる。その一方で、サービスの効率的な提供を実現するためには、供給システムの構造化が必要となることから、大都市では、行政組織や施策体系が分野別に組み立てられている。そうした状況下で包括的支援施策を展開していくためには、組織や分野をまたいだ調整が求められることになるため、大都市における包括的支援施策は、複雑・多様な調整が不可避となり、その難易度が高まっていく。

以上のような課題を踏まえ、第2部においては、地域包括ケアシステムの中核となる医療と介護のカテゴリーと、全世代対応型の支援を踏まえた高齢者・障害者・児童というカテゴリーの組み合わせの中から、複合的支援ニーズとして政策課題となっている①高齢者医療・介護、②医療的ケア児支援、③高齢障害者支援の3つを取り上げて、大都市における施策展開の実態と課題について考察していくこととする。

本考察を行うに当たり、全20指定都市に対して、これら3つの課題に関する施策の実施状況について、実態調査を実施した。本章では、この調査結果の分析を行いながら、大都市において包括的支援施策を総合的に展開していくための課題について検討する。

第1節 包括的支援施策の分析枠組み

複合的支援ニーズと一口に言っても、その内容には相当な幅がある。厚生労働省の新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチームが作成した「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン－」では、軽度の認知症が疑われる80代の老親が無職で引きこもっている50代の子と同居している場合や、がん患者や難病患者が福祉ニーズや就労ニーズなど分野をまたがるニー

ズを有する場合、障害が疑われながらも障害者手帳を有していない場合、望まない妊娠の中で複雑な事情を抱えている場合、性犯罪被害の場合などを例として挙げているが（厚生労働省 2015：5）、社会福祉の対象が、この例示に止まらないことは言うまでもない。

例えば、先に挙げられた高齢者・障害者・児童という対象者別に捉えると、本人が要介護高齢者でもあり障害者でもある場合や、家庭の中に障害者と障害児が同居している場合に、複合的支援ニーズが存在しているものとして捉えることができる。また、医療・福祉・教育といった分野別に捉えようとする、医療と福祉の両方の支援を必要とする場合が典型例であるが、こうした複数の分野にまたがったニーズがある場合には、複合的支援ニーズが存在しているものとして捉えることになる。さらには、生活困窮や孤立・孤独、自殺や虐待・暴力、外国人や刑余者といったニーズにも目を配れば、その組み合わせは無数に広がっていく。

こうした複合的支援ニーズに対して隈なく対応できるようにしていくことが理想的ではあるものの、あらゆる支援ニーズを想定して支援体制を整えるのは現実的に不可能であり、可能性があるというだけで支援体制を整備してしまうと、無用な資源を投入してしまうことにもなりかねない。したがって、複合的支援ニーズに対応できる体制を構築していくためには、地域の支援ニーズを的確に把握するとともに、それらに応じた資源を効率的かつ効果的に配置していくことが求められる。

このため、包括的支援施策を検討するためには、図 4-1 のような分析枠組みを設定して、複合的支援ニーズをもつ人々の中に、どのような属性の人がどれくらい存在しているのか、どのような性質のニーズがどの程度の分量で存在しているのかを、掘り下げて分析していくことが必要となる。専門分化が進んできた現代において、医療や福祉、教育といった分野別の支援やサービスを統合することは現実的でなく、支援ニーズに応じて適切な資源を組み合わせながら対応していくことが不可避であり、このような枠組みを用いて供給側の専門分野に応じたニーズ把握することによって、資源とのマッチングを適切に行うことができるようになるものと考えられる。

図 4-1 複合的支援ニーズの分析枠組み



出典：筆者作成

もちろん、これらの要素が複合している事例も少なくないが、高度な支援を提供しようとすればするほど汎用性の低い技術や専門性を用いることになるため、活用する資源の種類が細分化していき、全体を掌握したり調整したりすることが困難になっていく。したがって、ある程度のまとまりに応じて段階的に包括化を行いながらニーズや資源を捉えていくことで、実際の資源とのマッチングがより円滑に進んでいくものと考えられる。

こうした分析枠組みを踏まえ、大都市における包括的支援施策について、実態に即した実現可能性の高い展開方法を検討するため、①高齢者医療・介護、②医療的ケア児支援、③高齢障害者支援の3つの施策課題について、指定都市を対象とした実態調査を実施した。

①の高齢者医療・介護は、包括的支援施策の起点となっている地域包括ケアシステムが、高齢者の医療と介護の複合的支援ニーズに対応するものであり、我が国の福祉政策における主要な課題となっている。また、②の医療的ケア児支援は、高齢者と同様に医療と介護を必要とする医療的ケア児への対応が課題として顕在化しつつあるが、医療資源も介護資源も高齢者と重複した資源を利用することになるため⁵⁴⁾、課題を解決するためには①と関連付けた検討が必要となる。そして、③の高齢障害者支援は、高齢の障害者の増加に伴って、障害特性に合わせた支援が医療と介護の双方に求められるようになっていくため、高齢者支援と障害者支援が制度的にも支援方法としても分立している中で、①と連動した対応が必要となる。他にも多数の施策課題が存在しているが、以上のような理由から、「医療・介護」と「高齢者・障害者・児童」というカテゴリーの組み合わせの中から、施策課題として顕在化しているこれら3つを取り上げることとした。

また、分析に当たっては、制度のあり方や直接援助の方法といった視点も重要ではあるが、本研究は、地域特性を踏まえたニーズと資源のマネジメントに焦点を当てるものであることから、その実施主体となる自治体による施策展開の方策という視点から分析することとした。

調査方法は以下の通りであり、次節以降、その結果を踏まえながら、それぞれの現状と課題について考察していくこととする。

調査方法

本調査は、高齢者医療・介護、医療的ケア児支援、高齢障害者支援のそれぞれの所管部署の担当者に対して、電子メールにより調査票を送付し、回答を得た。

調査項目は、各施策課題に関する対象者の実態把握、協議・検討の場の設置、行政の専門機関による相談支援等の実施、市独自のサービス基盤確保策、従事者に対する研修等の実施状況についてである。

調査対象は、全ての指定都市であり、回答数は20都市、回答率は100%であった。

調査期間は、2017年8月から10月である。

調査に当たっては、「日本社会福祉学会研究倫理指針」を遵守するとともに、立教大学コミュニティ福祉学部・研究科倫理委員会の承認を得た。

⁵⁴⁾ 医療的ケア児支援の場合、病院や施設については、小児医療や障害児福祉に特化した資源を利用することが大半であるが、在宅においては、対象者を子どもに特化していない訪問医療や訪問看護、居宅介護等のサービスを利用することが少なくない。

第2節 大都市における包括的支援施策の実態調査

1. 高齢者医療・介護施策

高齢者医療・介護施策の課題については次章において詳述するが、目下の医療・介護制度改革においては、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を促していくことが目指されており、その受け皿となる在宅医療・在宅介護を一体的に提供していく地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国各地で取り組みが進められている。

その主たる取り組みの一つとして、2015年に在宅医療・介護連携推進事業が創設され、2018年には全市町村に実施が義務化された。この事業は、地域の医療と介護に関係する機関の連携体制を構築するためのものであり、これからの高齢者の医療・介護施策において非常に重要な意味をもつものである。このため本調査では、同事業と関連する取り組みの実施状況から、高齢者医療・介護施策の現状について検証することとした。

調査の結果は、まず、会議や協議体の運営方法については、市が主体となって運営している都市が10市、委託はしているが実質的に市が主体となって運営している都市が3市、委託先と共同で運営している都市が1市、委託先が主体となって運営している都市が6市であった（図4-2参照）。

また、会議や協議体への行政機関の参画状況については、保健所（及び相当する部署）が参画している都市が11市、福祉事務所（及び相当する部署）が参画している都市が7市、その他の機関が参画している都市が5市であり（複数回答あり）、保健所や福祉事務所等の行政機関が参画していない都市が3市であった（図4-3参照）。

在宅医療・介護連携推進事業は、医療に係る専門的な知識や経験が必要とされる取り組みであることから、事業の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体も含む）に委託することが可能となっているが、この調査によって、7割の都市において行政が会議や協議体の運営を実質的に担っていることが明らかになった。また、この会議や協議体には、多くの都市において、本庁部門だけでなく、保健所や福祉事務所といった区役所における担当部署が参画していることを把握できた。これらの結果からは、大都市では、民間主体だけでこうした事業を運営したり関係機関の連携を調整したりすることが難しい状況となっていることを窺うことができる。

図4-2 在宅医療・介護連携推進事業における会議や協議体の運営方法

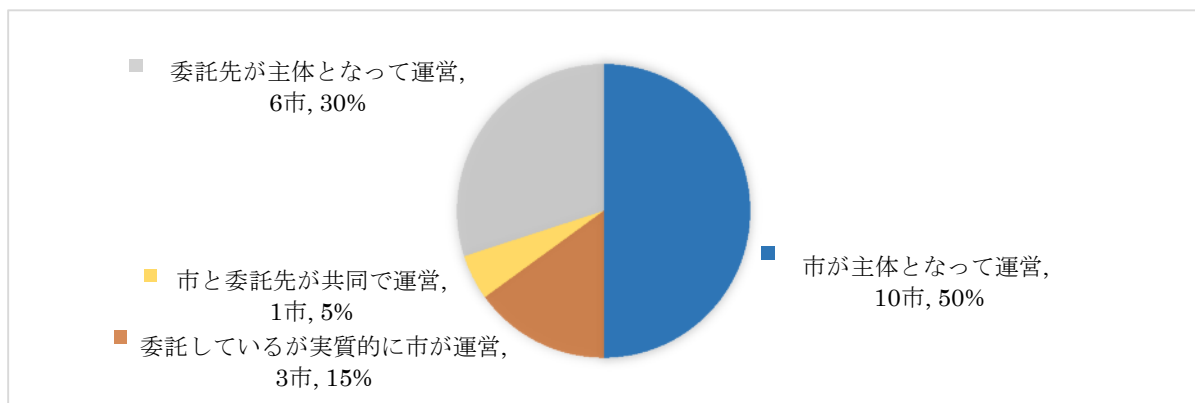
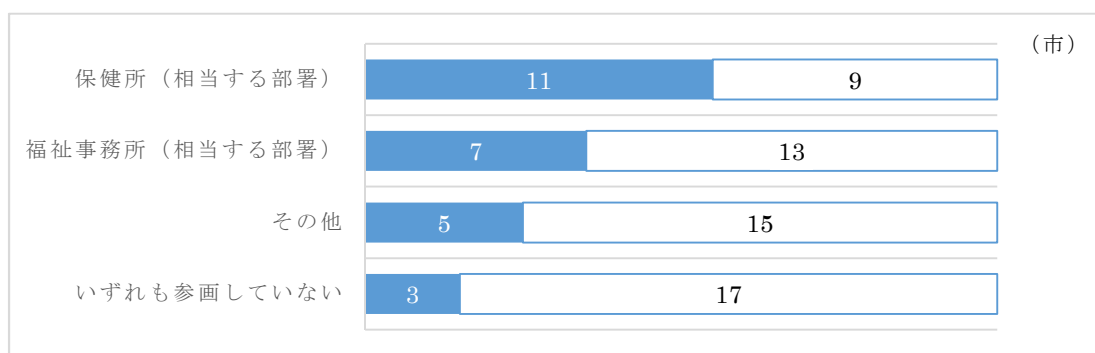


図 4-3 在宅医療・介護連携推進事業における会議や協議体への行政機関の参画状況



次に、事業項目別の実施状況についてであるが、8つある事業項目を全て実施している都市が16市であり、未実施の事業項目がある都市が4市であった。なお、未実施の事業項目については、4市全てが、関係者の相談支援であった（図4-4参照）。

また、在宅医療・介護関係者に対する相談支援の実施状況については、実施している16市中、市が主体となって実施している都市が2市、委託先と共同で実施している都市が4市、委託先が主体となって実施している都市が10市であった（図4-5参照）。

なお、在宅医療・介護連携推進事業以外での相談支援については、障害者更生相談所等の行政の専門機関において実施している都市が2市であり、こうした取り組みを実施していない都市が18市であった（図4-6参照）。

さらに、医療・介護関係者に対する研修の実施状況については、市が主体となって実施している都市が2市、委託先と共同で実施している都市が7市、委託先が主体となっている都市が11市であった（図4-7参照）。

これらの調査結果から、多くの都市が全ての事業項目を実施しているものの、関係者に対する相談支援が実施できていない都市があることが判明した。また、実施している都市であっても、会議や協議体の運営とは逆に、半数以上の都市で委託先が主体となって実施しており、この傾向は、関係者に対する研修も同様であることも明らかになった。したがって、大都市においては、会議や協議体の運営は自治体が担っているものの、専門的な知見や経験が求められるような取り組みは、自治体では実施できない状況であることが推察できる。

図 4-4 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目別の実施状況

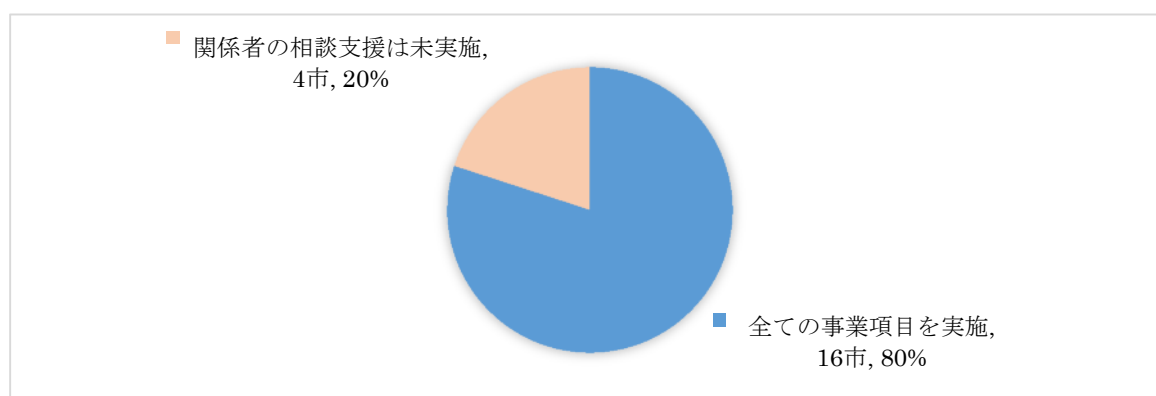


図 4-5 在宅医療・介護関係者に対する相談支援や施設・事業所に対する助言等の実施方法

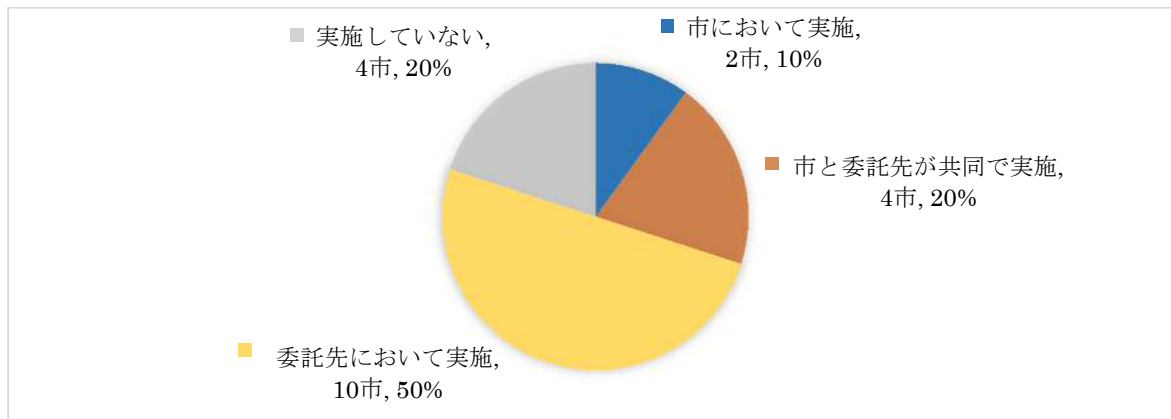


図 4-6 在宅医療・介護連携推進事業以外による施設・事業所に対する助言等の実施状況

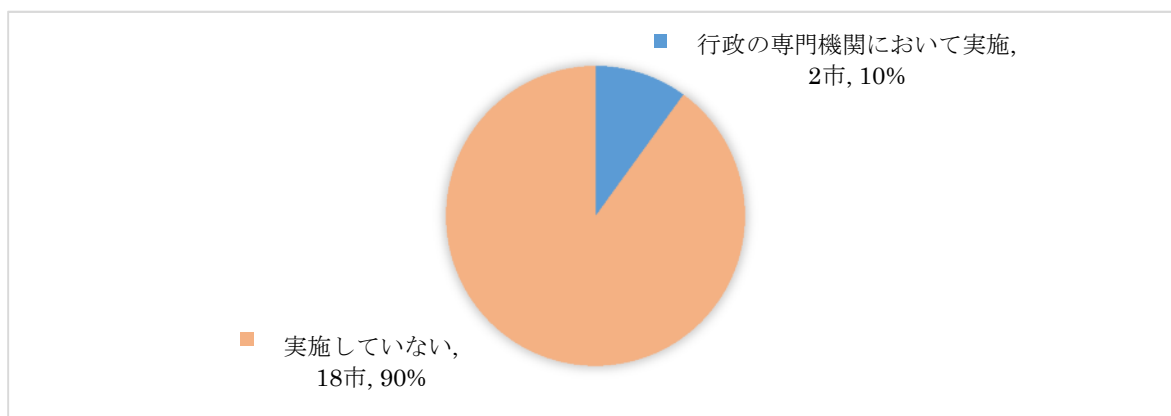
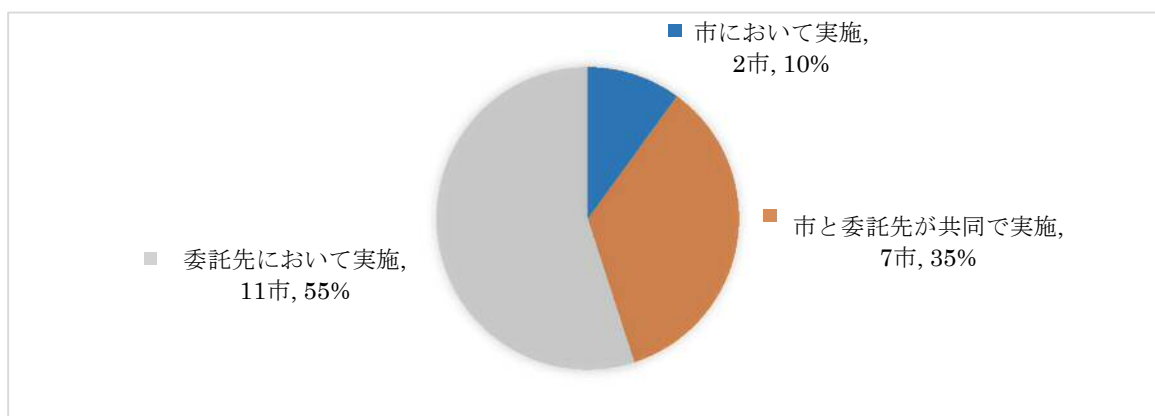


図 4-7 地域の医療関係者に対する介護に関する研修、介護関係者に対する医療に関する研修、医療・介護連携のコーディネーターを養成する研修等の実施方法

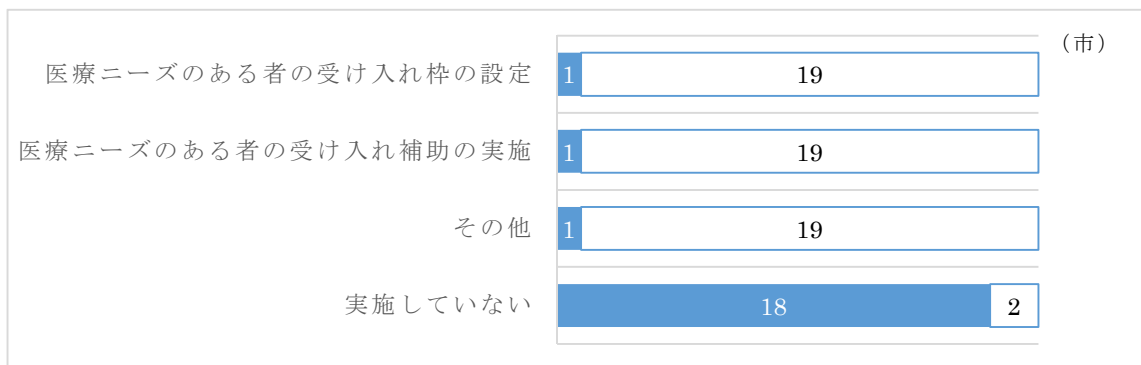


また、市独自のサービス基盤確保策の実施状況については、医療ニーズのある者の受け入れ枠を設定している都市が1市、医療ニーズのある者の受け入れ補助を実施している都市が1市、その他が1市のみであり（複数回答あり）、18市がではこうした取り組みは実

施していなかった（図 4-8 参照）。

この調査結果によって、高齢者の在宅医療・介護に関する市独自のサービス基盤確保策は、ほとんど行われていないことが判明した。こうした支援ニーズが比較的多い分野では、サービス基盤が民間主導で形成されるため、市独自の対応が行われていないという状況が推察される。

図 4-8 高齢者医療・介護施策における市独自のサービス基盤確保策の実施状況



以上のような調査結果を踏まえると、一部の取り組みが行えていない自治体も存在するが、少なくとも大都市においては、地域包括ケア研究会が指摘するような、事業を形式的に実施しているだけに過ぎないという状況にはないということがいえるだろう⁵⁵⁾。さらに踏み込んで言えば、大都市においては、医師会だけで施策の企画立案や関係者間の調整を行うことができないため、その部分は行政がカバーしようとしていると見ることができる。その一方で、行政は、医療や介護に関する専門的な知識や技術を持ち合わせていないため、専門的な施策を直接実施することができていない。したがって、この事業の成否は、双方の協調関係が構築されているかどうか大きなポイントとなるが、自治体と医師会との間では、各種健診や予防接種、休日夜間診療や保育園・学校等の嘱託医など、この事業以外にも様々な関係性があるため、この事業だけを切り取って両者の関係性をつくることは難しい。高齢者医療・介護施策は、こうした状況を踏まえつつ、各自自治体が様々なバランスを取りながら、できることを積み上げていっている段階にあると見るのが適当であると考えられる。

いずれにしても、医療職は疾患の治療を優先しがちであるということが指摘されているが（石橋 2016：278）、この調査結果からは、生活の視点が重視されるこの事業が、医師会との間だけで完結させることはできないことを改めて浮き彫りにしているように思われる。会議や協議体は、様々な職能団体によって構成されているはずであるが、とにかく医師会との間では上下関係が形成されがちである。そうした関係を乗り越えて、医師会と対等な議論を行うことができる状況をつくり出していくことが、この取り組みを進める鍵になるだろう。

⁵⁵⁾ 地域包括ケア研究会は、「本来の目的がみえないまま、取り組みの一部分だけを切り取り実施している自治体も少なくない」ことを指摘している（地域包括ケア研究会 2016：24）。

2. 医療的ケア児支援施策

医療的ケア児支援施策の課題については第6章において詳述するが、小児・周産期医療の進展に伴って医療的ケア児が増加してきており、地域の中で生活する医療的ケア児の支援が大きな課題になっている。常に医療的ケアを必要とする子どもを支援していくためには、生活のあらゆる場面において医療を提供できる体制を整えていかなければならないが、そもそも小児医療の社会資源が非常に少ない中で、こうした体制をつくっていくことは容易でない。

このため国は、自治体による医療的ケア児支援施策の充実を図ろうとしているが、専門的な知識や経験を必要とする支援であることや、施策の範囲が広範に渡ること、さらには、ただでさえ担い手が不足している小児医療分野の協力が得られなければ取り組みを進められないこともあって、進捗は思わしくないのが現実である。このため本調査では、医療的ケア児支援施策の取り組み事例として紹介されているものの中から⁵⁶⁾、大都市における取り組みが想定されるものについて、その実施状況を調査することとした。

調査の結果は、まず、医療的ケア児の実態把握についてであるが、対象者の実態調査等を実施している都市が4市、障害児施設・事業所等への調査を実施している都市が4市、学校への調査を実施している都市が3市、医療機関への調査を実施している都市が1市、小児慢性特定疾患医療費助成の受給状況や保育園・学校への入園・就学時の情報を活用している都市が11都市であり（複数回答あり）、全く実態を把握していない都市は6市あった（図4-9参照）。

また、国が2018年度末までに設置を求めていた関係機関の協議の場については⁵⁷⁾、すでに設置している都市が6市、障害者施策関係の審議会において検討している都市が1市、障害者総合支援法第89条の3第1項に規定される協議会（自立支援協議会）等において協議している都市が3市となっており、まだ医療的ケア児について協議・検討する場がない都市が10市であった（図4-10参照）。

この調査結果から、現行の福祉制度の枠組みでは全ての医療的ケア児を捉えることはできないため、その実態を把握するためには、独自に調査を実施することが必要となるが⁵⁸⁾、専用の実態調査を実施している都市は4分の1に満たず、実施していたとしても部分的な把握に止まっている状況が明らかになった。また、医療的ケア児の支援には、医療・福祉・教育分野の連携が不可欠となるが、そのための協議を行う場が設置されている都市は半数しかないことが明らかになった。こうした結果を踏まえると、大都市における医療的ケア児施策は、その全体像が捉えられないまま進められている状況にあることが推察される。

⁵⁶⁾ 国は、2015年から毎年、医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議を開催して、全国の自治体に対して医療的ケア児支援に関する行政説明や先進事例の取り組み紹介を行っている。

⁵⁷⁾ 2016年の改正児童福祉法によって、全市町村に障害児福祉計画を策定することが義務付けられるとともに、2018年度末までに、医療的ケア児支援に関する保健・医療・福祉・教育等の関係機関の協議の場を設置することが求められた。

⁵⁸⁾ 前田は、自らが運営する医療法人において、1999年から2015年までの間に小児在宅医療を実施した465人のうち、重症心身障害児には該当しないが、重症児スコアで10以上に該当する患者が52人、25以上に該当する患者が19人いたことを報告しているように（前田2016：165）、医療的ケア児は、現行の障害児施策ではカバーしきれないため、独自の調査を行わなければ実態を把握することが難しい。

図 4 - 9 医療的ケア児の実態把握の状況

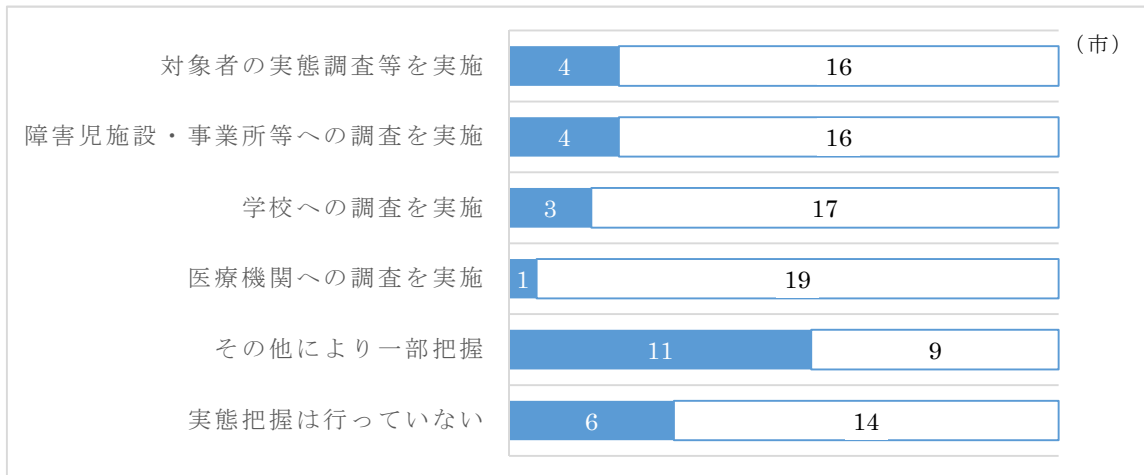
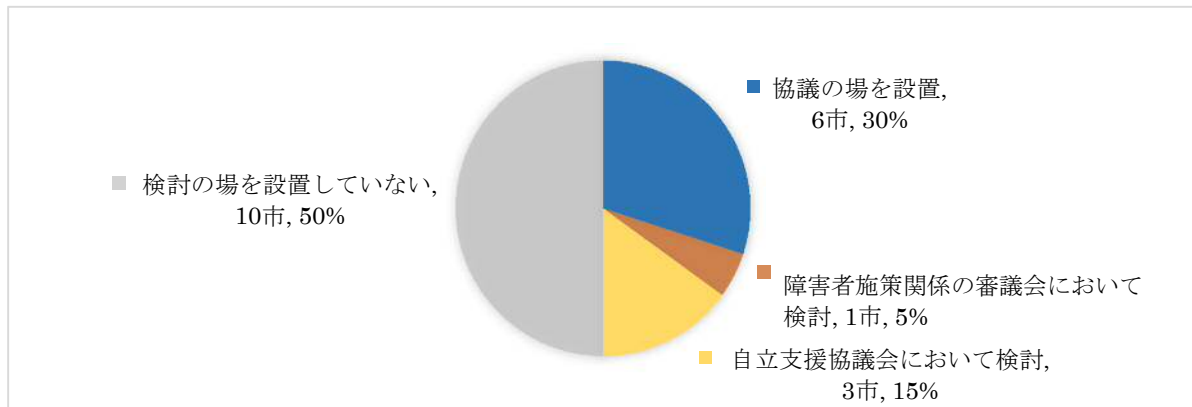


図 4 - 10 医療的ケア児支援に関する協議の場の設置状況



次に、医療的ケア児に対する専門的な相談等の実施状況についてであるが⁵⁹⁾、児童相談所等による専門職による相談支援を実施している都市が 5 市、訪問支援を実施している都市が 2 市、保育園や学校に対する助言や調整を実施している都市が 1 市、福祉施設・事業所等に対する助言や調整を実施している都市が 3 市であり（複数回答あり）、14 市では、児童相談所では判定や措置以外の支援は実施していなかった（図 4-11 参照）。

また、療育センター・障害児施設による専門的な支援の実施状況については、療育センター等における相談支援を実施している都市が 14 市、保育園や学校等に対する助言や調整を実施している都市が 9 市、福祉施設・事業所等に対する助言や調整を実施している都市が 1 市、療育センター等による訪問支援を実施している都市が 7 市であり（複数回答あり）、外来・通所以外は実施していない都市が 5 市であった（図 4-12 参照）。なお、療育センター・障害児施設における支援の実施状況を把握していない都市が 1 市あった。

この調査結果からは、行政における障害児支援の専門機関である児童相談所では、4 分の 3 の都市が判定・指導、措置以外の対応を行っていないことが判明した。こうした状態

⁵⁹⁾ 前田が、相談支援専門員には医療的ケアに関する知識が不足していることを指摘しているように（前田 2013：91-93）、障害者施策における一般的な相談支援機関では、医療的ケア児の相談に応じることは難しい状況であり、医療的ケア児にも対応できる相談支援機関の確保が課題となっている。

を踏まえると、児童相談所が現代の支援ニーズに見合った所掌業務となっているのか、再考せざるを得ないように思われる。その一方で、4分の3の都市では療育センターや障害児施設等において専門的な相談支援が行われていることが把握できた。今後の支援体制を構築する上で、こうした専門的な施設をどのように活用していくかということがポイントになっていくだろう。

図4-1-1 児童相談所等による専門的な支援の実施状況
(判定や指導、施設利用にかかる支給決定や措置を除く)

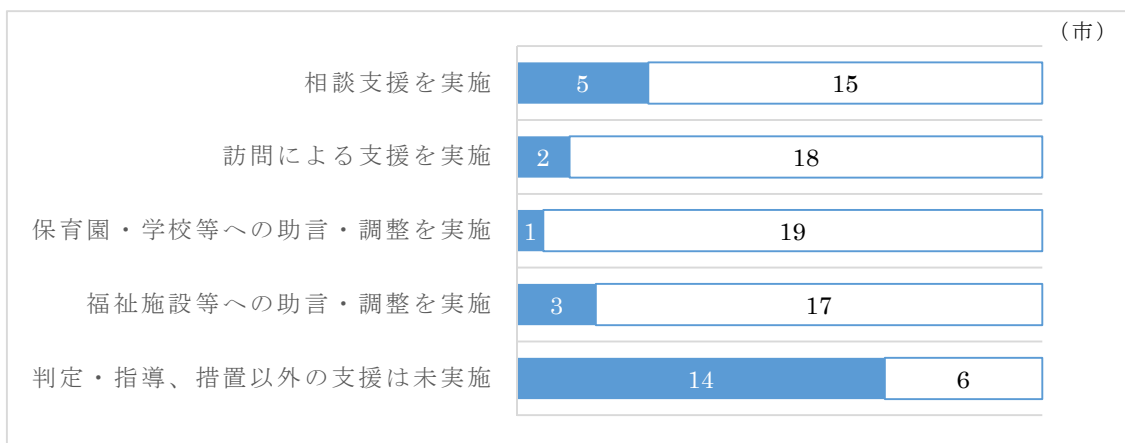
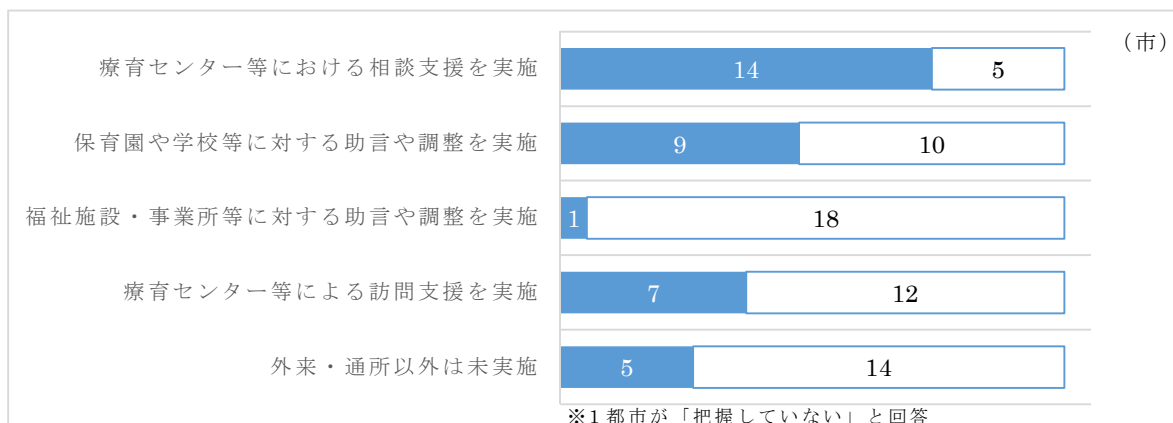


図4-1-2 療育センター・障害児施設による専門的な支援の実施状況
(外来や通所支援を除く)



次に、医療的ケア児支援に関する施策の実施状況についてであるが、市独自のサービス基盤確保策の実施状況については、医療機関等におけるレスパイト事業を実施している都市が10市、福祉施設・事業所等に対する受け入れ補助等を実施している都市が2市、その他の施策を実施している都市が6市であり（複数回答あり）、こうした施策を実施していない都市が6市であった（図4-13参照）。

また、サービスの利用支援の実施状況については、医療機関や福祉施設・事業所等における一時入院・短期入所等を円滑に利用できるよう調整を図っている都市が9市、入退院時の連絡調整を実施している都市が5市、学校・福祉施設・事業所等の利用支援を実施している都市が3市、その他の支援を実施している都市が3市であり（複数回答あり）、こ

うした支援を全く実施していない都市が7市であった（図4-14参照）。

国の制度によるサービスが医療的ケア児支援に十分対応できていない現状においては⁶⁰⁾、自治体が独自に支援策を講じざるを得ないが、本調査によって、実際に4分の3の都市がそうした対応を行っていることが明らかになった。その内容についても、医療機関におけるレスパイト事業の実施やその利用調整を行っている都市が半数近くに上っており、医療機関との緊密な連携が必要とされている状況も明らかになった。こうした結果を踏まえると、医療的ケア児施策を進めていくためには、小児医療を実施する医療機関との協調関係の構築が重要であるといえる。

図4-13 医療的ケア児支援施策における市独自のサービス基盤確保策の実施状況

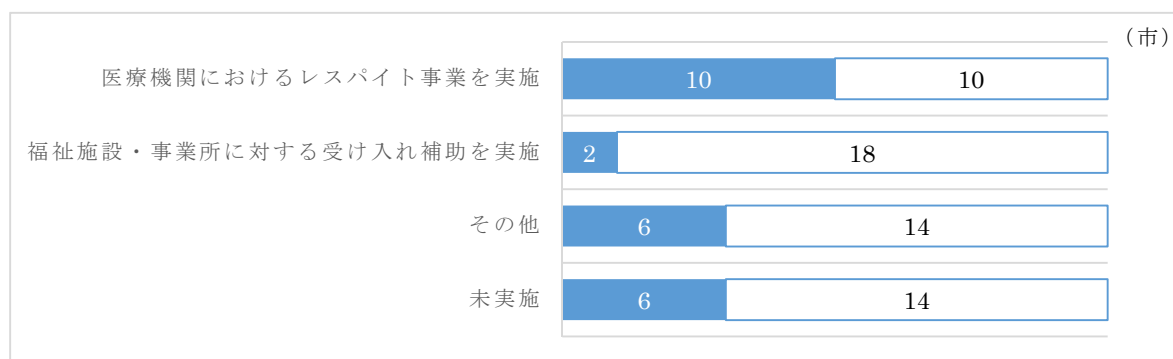
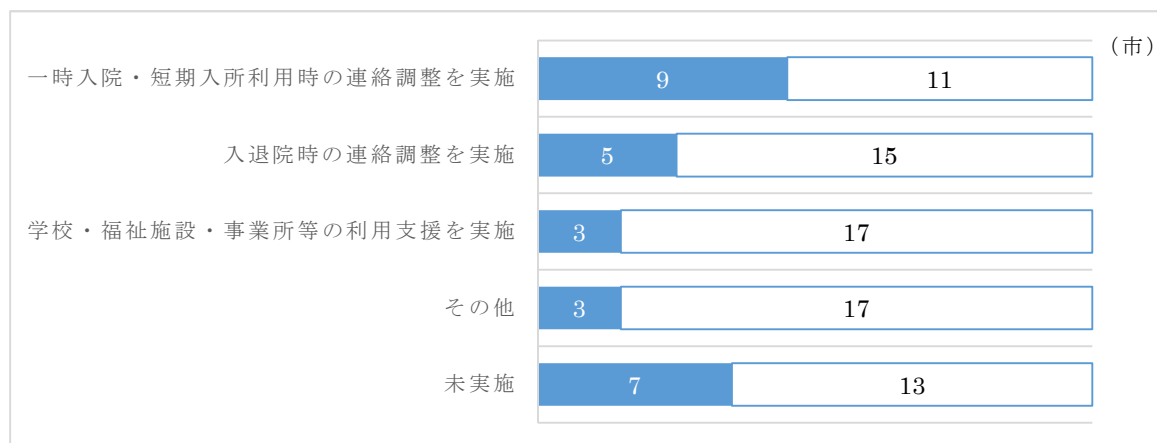


図4-14 医療的ケア児のサービス利用支援の実施状況



さらに、研修の実施については、障害児施設・事業所等に対して実施している都市が6市、学校に対して実施している都市が2市、医療機関に対して実施している都市が6市、事業者団体が実施する研修への協力等を行っている都市が0市であり（複数回答あり）、研修を全く実施していない都市が11市であった（図4-15参照）。

また、教育分野との連携状況については、専門職による教員等に対する助言を実施している都市が3市、専門職の学校への派遣を行っている都市が1市、教育委員会が配置して

⁶⁰⁾ 奈須・田村は、障害児福祉サービスの施設や事業所に医療的ケアを提供できる体制が確保されていないため、医療的ケア児がサービスを利用することが難しい状況を指摘している（奈須・田村 2014：897）。

いる看護師とは別途で学校に看護師を配置している都市が 6 市、通学支援を実施している都市が 4 市、その他の取り組みを実施している都市が 2 市であり（複数回答あり）、こうした連携を全く実施していない都市が 9 市であった（図 4-16 参照）。

医療的ケア児支援に関する研修の実施や教育分野との連携については、行政が主体となった取り組みが可能であるが、実際に行っている都市はそれぞれ半数程度であった。その内容が多様であったことも踏まえると、医療との連携を基盤とする必要性は理解されてきているものの、具体的な取り組みをどのように進めていくかは、それぞれの都市で模索している段階であると見ることができる。

図 4-15 医療的ケア児支援に関する研修の実施状況

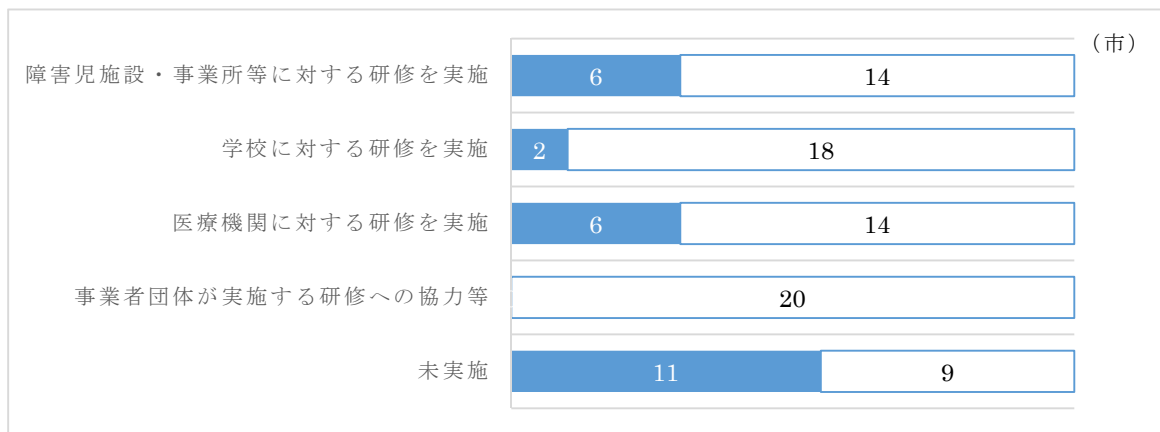
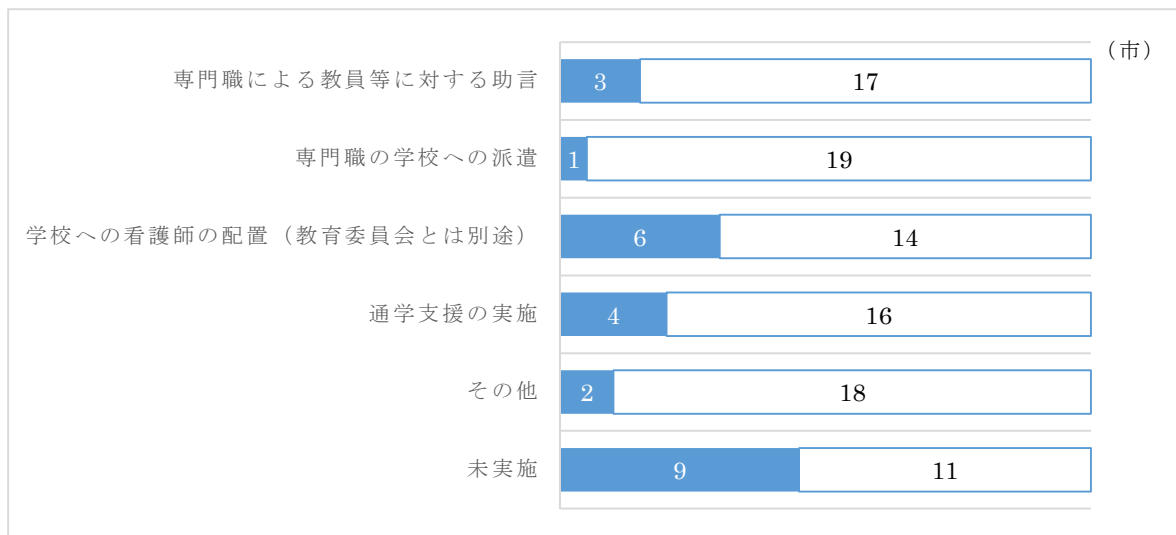


図 4-16 医療的ケア児支援に関する教育分野との連携状況



以上のように、医療的ケア児支援施策は、大都市においても全体的に進んでいない状況が明らかになったが、裏を返せば、医療・福祉・教育による総合的な取り組みが求められる難しさを改めて認識することができる。広範な専門性を必要とし、なおかつ対象者が非常に少ない施策をどのように進めていくべきか、具体的かつ現実的な検討が必要である。

3. 高齢障害者支援施策

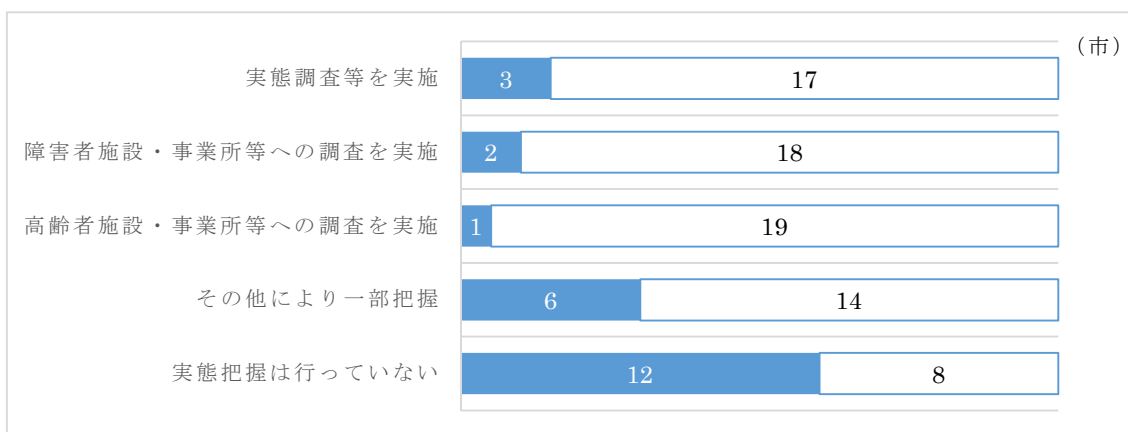
高齢障害者支援施策の課題については第7章において詳述するが、高齢障害者をめぐっては、高齢化の進展とともに障害をもつ高齢者が増加しており、支援のあり方が課題になっている⁶¹⁾。高齢障害者を支援するためには、高齢者福祉と障害者福祉をまたいだ支援が必要とされるが、それぞれの制度が長期に渡って別々に展開されてきており、両者を統合することは容易ではない。

このため国は、共生型サービスという新たなサービス類型を創設して⁶²⁾、介護保険と障害者福祉の連続性を確保しようとしているが、実際にどのように事業所を運営すればよいのか、どのような支援を提供すればよいのかといった具体的な手法については、各事業所による試行錯誤が続いている状況である。このため本調査では、医療的ケア児支援施策に関する調査項目の中で、高齢障害者支援施策としても取り組みが可能と思われるものについて、その実施状況を調査することとした。

調査の結果は、まず、高齢障害者の実態把握の状況についてであるが、対象者の実態調査等を実施している都市が3市、障害者施設・事業所等に対して調査を実施している都市が2市、高齢者施設・事業所等に対して調査を実施している都市が1市、その他により一部把握している都市が6市であり（複数回答あり）、全く実態を把握していない都市が12市であった（図4-17参照）。

また、施策検討の状況については、障害者施策関係の審議会において検討している都市が4市、自立支援協議会（障害者総合支援法第89条の3第1項に規定される協議会）において協議している都市が3市、地域ケア会議において協議している都市が3市であり（複数回答あり）、全く協議を行っていない都市が12市であった（図4-18参照）。

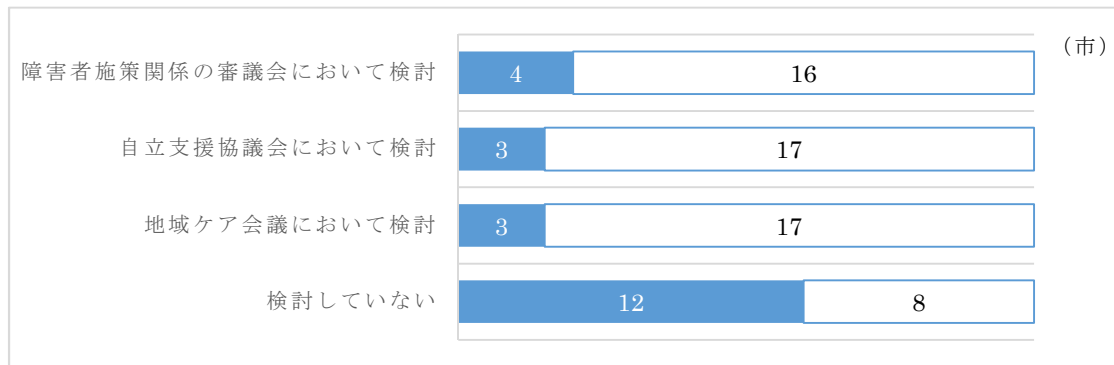
図4-17 高齢障害者の実態把握の状況



⁶¹⁾ 高齢障害者は、介護者の加齢による生活基盤の弱体化や、複合的な活動制限や社会参加の制約により、ADL（日常生活動作）の低下が加速的に進行することを指摘している（大川 2013：13-14）。

⁶²⁾ 共生型サービスとは、介護保険サービスか障害福祉サービスのいずれかの指定を受けている事業所が、もう一方の制度における指定も受けやすくなるようにするとともに、両制度の対象者に対して一体的にサービスを提供することを認めるサービス類型であり、2018年に創設された。

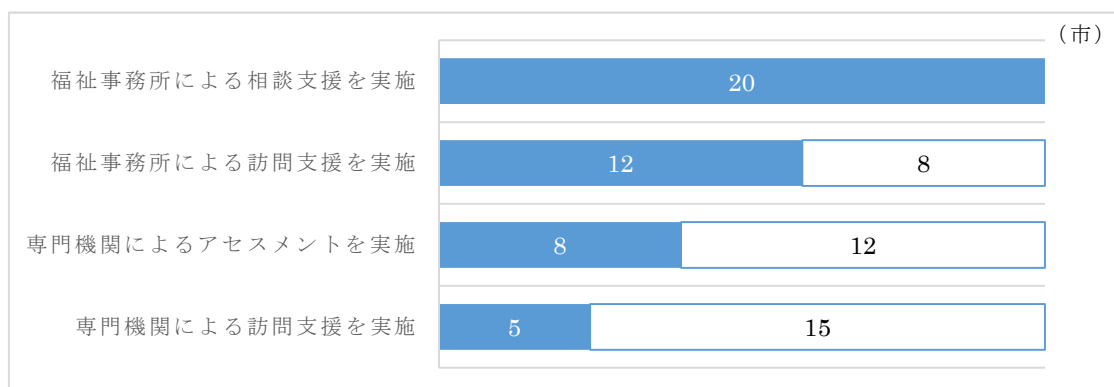
図 4 - 1 8 高齢障害者支援に関する施策検討の状況



高齢障害者の実態を把握するためには、高齢者福祉と障害者福祉にまたがるという支援ニーズの特性を踏まえ、高齢障害者に特化した実態調査を実施することが必要となるが、そうした取り組みを実施している都市は2割に満たず、半数以上の都市が実態把握すら行っていないことが判明した。また、高齢障害者の支援には、高齢者福祉と障害者福祉による連携が必要となるが、半数以上の都市では、検討すら行われていない状況が明らかになった。こうした結果に鑑みると、大都市における高齢障害者支援施策は、政策課題としてほとんど手つかずの状況に置かれているものと思われる。

次に、高齢障害者に対する相談支援の実施状況についてであるが⁶³⁾、福祉事務所における相談支援を実施している都市が全20市、福祉事務所による訪問支援を実施している都市が12市、障害者更生相談所等の専門機関によるアセスメントを実施している都市が8市、専門機関による訪問支援を実施している都市が5市であった（複数回答あり）（図4-19参照）。

図 4 - 1 9 福祉事務所や専門機関による相談支援の実施状況



この調査結果からは、大都市の高齢障害者は、必要であれば何らかの支援にはつながっている状態にはあるものと考えられる。しかしながら、必ずしも訪問による生活実態の把

⁶³⁾ 高齢障害者が円滑にサービスを利用できるようにするためには、障害者総合支援法に基づくサービスから介護保険サービスへの切り替えに当たって、急激な環境変化への配慮や特性に応じた事業所による支援の確保を、高齢者支援と障害者支援の間で連携を図りながら進めていくことが必要であると指摘されている（相馬・五味・大村ほか 2014：114-115）。

握が行われているわけではなく、障害者更生相談所等の専門機関による支援は4割の都市でしか実施されていないため、高齢障害者の支援ニーズが的確に捉えられていない可能性が高い。

次に、高齢障害者支援に関する施策の実施状況についてであるが、市独自のサービス基盤確保策の実施状況については⁶⁴⁾、障害者施設・事業所における受け入れ枠を設定している都市が0市、高齢者施設・事業所における受け入れ枠を設定している都市が2市、障害者施設・事業所に対する受け入れ補助を実施している都市が1市、高齢者施設・事業所に対する受け入れ補助を実施している都市が0市であり、こうした施策を全く実施していない都市が17市であった（図4-20参照）。

また、研修の実施状況については⁶⁵⁾、障害者施設・事業所に対する研修を実施している

図4-20 高齢障害者支援施策における市独自のサービス基盤確保策の実施状況

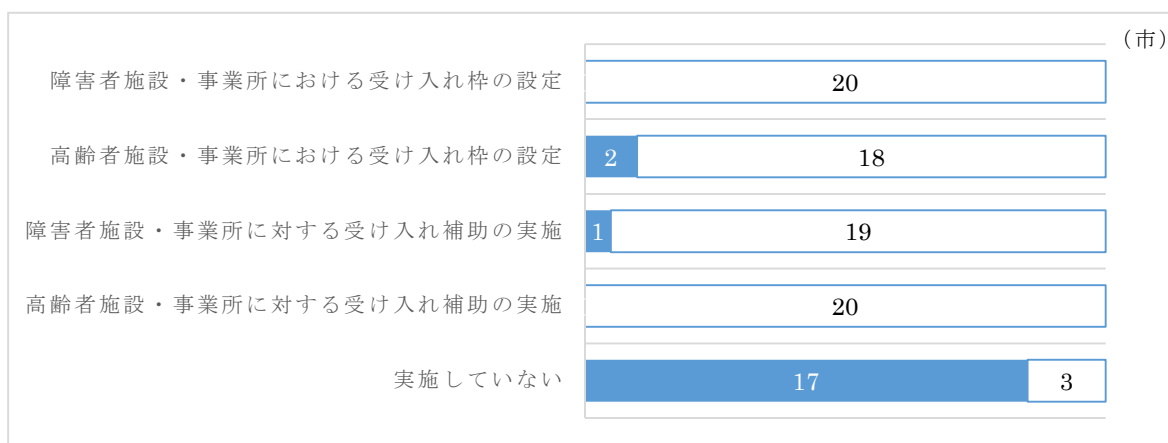
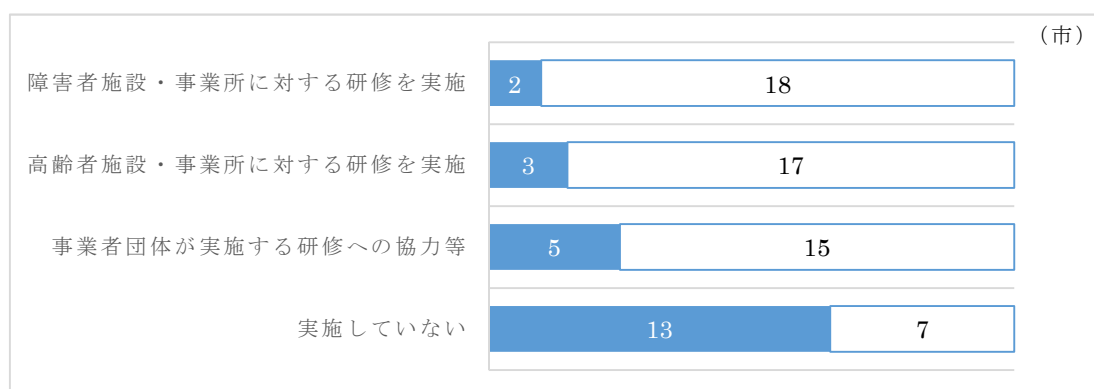


図4-21 高齢障害者支援に関する研修の実施状況



⁶⁴⁾ 障害者施設において利用者の高齢化が進むと、機能低下に沿った支援への切り替えや環境整備が求められるようになるため、事業運営の困難性が増すことが指摘されているが（祐川 2014：153-155）、共生型サービスが創設されたものの、こうした課題に対する具体的な制度上の配慮は行われていないため、その対応は、各自治体に委ねられている。

⁶⁵⁾ 北川は、介護保険施設における知的障害者の受け入れ状況に関する調査によって、介護保険サービスにおいて障害特性に応じた支援が提供できていない状況を明らかにしており（北川 2014：131）、国においても、介護保険事業所における研修等の必要性について議論を行っている（厚生労働省 2015b：5）。

都市が 2 市、高齢者施設・事業所に対する研修を実施している都市が 3 市、事業者団体が実施する研修に協力等している都市が 5 市であり、研修を全く実施していない都市が 13 市であった（図 4-21 参照）。

この調査結果から、医療的ケア児支援とは対照的に、高齢障害者支援では、8 割近い都市が市独自のサービス基盤確保策を実施していないことが明らかになった。こうした状況は、すでに高齢者と障害者の支援制度が確立されていることが背景にあるものと思われるが、具体的な支援のあり方は検討段階であるとされているように（厚生労働省 2015b: 8）、どのような施策が必要か、未だ判然としていないことが影響しているとも考えられる。本調査では、相談支援は全ての都市において実施されていることは確認できたが、それにも関わらずこのような状況となっているのは、やはり、相談支援が十分に機能していないことを表しているように思われる。7 割近い都市で高齢障害者支援に関する研修が実施されていないことも踏まえると、この施策課題は、問題を的確に捉えられていない段階にあると評価せざるを得ない。

以上のような調査結果に鑑みると、高齢障害者支援は、介護保険法と障害者総合支援法によってサービス基盤は一定程度整備されてはいるが、それぞれにおいて提供されているサービスの内容にまで踏み込んで見ていけば、適切な支援が提供されているとは言い難い状況であるということが出来る。こうした課題を解決するためには、高齢者支援と障害者支援の双方を理解した上での対応が必要となるが、大都市には両者の施設や事業所が数多く存在する中で、高齢障害者に対する支援をどこでどのように提供していくのか、分野をまたがる支援を提供できる人材をどのように確保していくのかといったことが、施策レベルでの課題となる。現状では、自治体にそうした認識が少ないことが調査によって明らかになったが、今後のさらなる高齢者の増加を踏まえると、近い将来に対応が迫られるようになるのは明らかであり、早急に施策を具体化していくことが必要である。

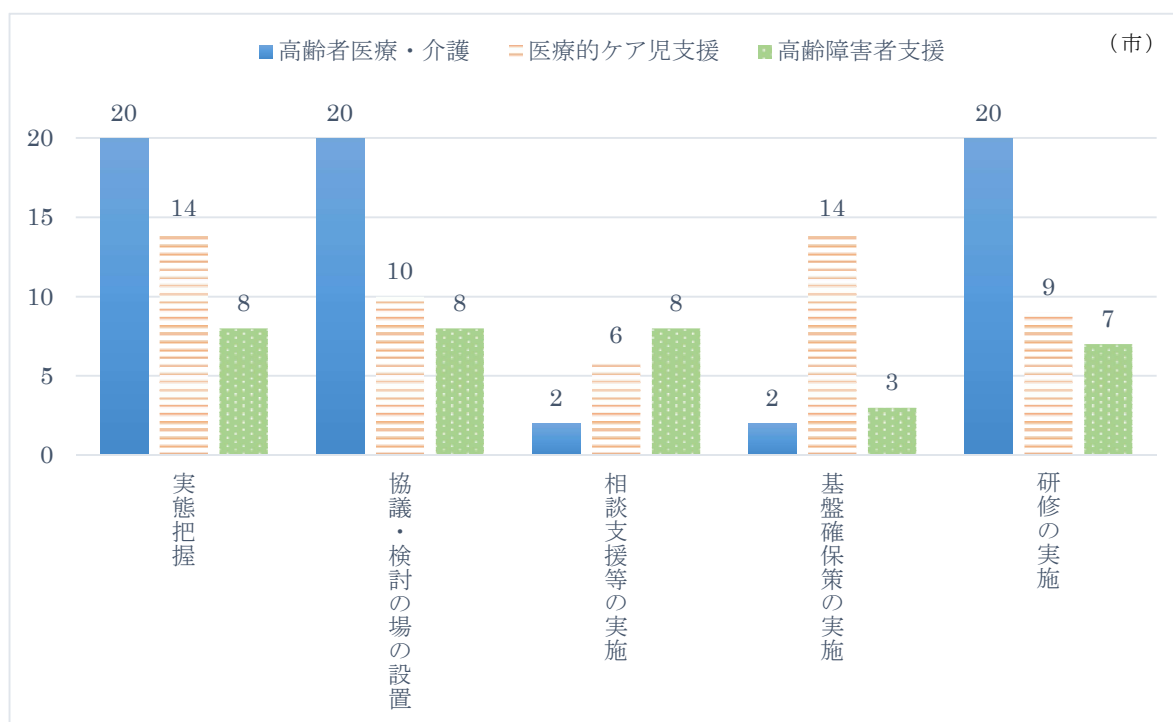
第 3 節 調査結果を踏まえた施策課題の横断的検討

以上見てきたように、複合的支援ニーズに対する施策は、支援ニーズや地域資源の状態はもちろんのこと、自治体側の姿勢や能力など様々な要素によって、都市ごと・施策ごとの実施状況は大きく異なっている。そこで、①実態把握、②協議・検討の場の設置、③行政の専門職による相談支援等の実施、④市独自のサービス基盤確保策の実施、⑤研修の実施の 5 項目について、何らかの取り組みを行っていると回答した自治体数を積み上げ、3 つの施策課題を横断的に比較したものが、図 4-22 である。

この図から読み取れることは、高齢者医療・介護については、在宅医療・介護連携推進事業の完全実施が目前となっていたこともあって、実態把握の状況や協議・検討の場の設置は、全ての都市で実施されている状況であるが、医療的ケア児支援は半数近く、国による働きかけがほとんどない高齢障害者支援は 4 割の都市だけが取り組みを実施している状況にある。こうした傾向は、研修の実施状況についても同様であった。これらについては、高齢者医療・介護施策では、国による政策誘導が奏功していると評価することができるが、逆を言えば、医療的ケア児支援や高齢障害者支援における取り組みは遅れていると見るこ

とができる。

図 4-2-2 施策課題別の取り組み状況に関する比較



また、医療的ケア児支援と高齢障害者支援では、行政の専門機関による相談支援等が 3 分の 1 程度の都市で実施されているが、高齢者医療・介護では、非常に低調であった。国による取り組みが進んでいない分野では、自治体が主体的に取り組んでいるところもあると見ることもできるが、その水準が必ずしも高いわけではなく、総じて行政の専門機関が十分に活用できていない状況であると見る方が適当であろう。行政の専門機関は、障害者手帳の交付判定や自立支援医療の支給認定といった法定業務を実施するための機関でもあるが、本来はそうした定型的な業務だけを実施する機関ではない。複合的支援ニーズのような支援方法が確立していない課題に対応するためには、専門性の高い組織や機関を積極的に活用していく必要がある。

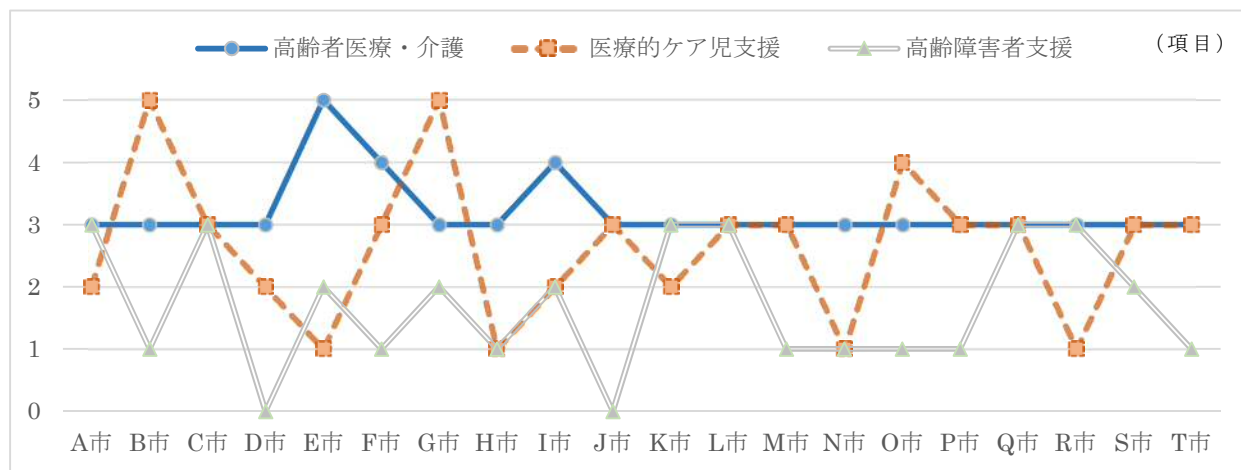
さらに、市独自のサービス基盤確保策の実施については、医療的ケア児支援は 4 分の 3 の自治体を実施しているが、高齢者医療・介護と高齢障害者支援では非常に低調である。もちろん、市独自の取り組みを実施しなければ複合的支援ニーズに対応できないという関係にあるわけではないが、自治体が施策課題として認識し、国制度による対応が不十分と捉えた場合には、指定都市レベルでは市独自の取り組みを実施するのが一般的である。したがって、こうした取り組みの実施状況が、自治体としての課題認識の程度を評価する一つの指標になるものと考えられる。そうした視点から見ると、医療的ケア児支援は、制度や体制が不十分であり、その問題が自治体に認識されている課題であることが見えるが、高齢者医療・介護と高齢障害者支援は、自治体内部で十分な施策課題として認識されていない状況にあることが危惧される。医療と介護、高齢者福祉と障害者福祉は、それぞれが制度として確立してはいるものの、それらをまたがる部分で生じている課題は、実

際のサービス提供場面の状況を把握できていなければ見えてこない。国から提示される事業を実施することが、実際の課題の解決に直結するわけではなく、その過程において、実情に即した調整を図られなければ、現実的な課題解決にはつながらない。行政の専門機関による相談支援の実施状況からしても、自治体が実際のサービス提供場面の課題を実感していない中で、施策を形式的に進めている可能性を否定できない。

さらに、これら5項目のうち、何らかの施策を実施していると回答した項目数を積み上げ、3つの施策課題ごとに都市別に集計したのが、図4-23である。

高齢者医療・介護について、5項目すべてを実施しているのはE市、4項目を実施しているのはF市とH市のみであり、医療的ケア児支援については、5項目すべてを実施しているのはB市とG市、4項目を実施しているのはO市のみである。また、高齢障害者支援については、4項目以上実施している都市はなく、3項目を実施している都市がA市、C市、K市、L市、Q市、R市であった。

図4-23 都市別の施策の実施項目数の比較



この図からは、3つの施策課題を満遍なく取り組んでいる都市はなく、施策課題によって取り組みが進んでいる都市が異なっている状況を見て取ることができる。3つの施策課題は、密接に関連するものではあるにもかかわらず、一体的な対応が難しい状況を改めて認識できるわけであるが、包括的支援施策を実施していくということは、各都市が様々な施策課題にもれなく対応できるようにしていくということである。

こうした考察を踏まえると、少なくとも大都市では、複合的支援ニーズに対応するための施策を広範囲に渡って実施していくことが容易ではない現実を受け止める必要がある。包括的支援施策の象徴として、あらゆる相談を受け止める体制づくりが推奨されているが、形式的に相談窓口を一元化したとしても、支援ニーズに対応するための手段がなければ、問題の解決にはつながらない。包括的支援を展開していくためには、対応すべきニーズを具体的に把握し、それぞれに対応するための方法を着実に積み上げていくことが重要である。

加えて、社会資源は限りあるものであり、今後もさらに支援ニーズが増大することが見込まれる中で、新たな制度やサービスをつくり出すことが難しくなっていくことが予想さ

れる。したがって、包括的支援施策を考える上では、足りないものを足すという発想ではなく、既存の資源をいかに効率的に活用していくかということも必要である。こうした取り組みは、すでに一定の形が出来上がっているものを変えていかなければならないため、新たなものをつくり出すよりも難しいものとなる。しかも、その状況は地域ごとに異なっており、全国一律の方法によって対応できるものではない。包括的支援施策は、自治体の主体性と政策力を問う課題であるが、問題の大きさや幅広さに惑わされないよう、課題を的確に捉えながら着実に取り組みを進めていくことが肝要である。

第5章 高齢者医療・介護施策に関する考察

前章では、様々な複合的支援ニーズに対する施策を全体的に進めることが難しい実態を明らかにするとともに、包括的支援を展開していくためには、対応すべき支援ニーズを具体的に捉えながら、それに応じた施策を積み重ねていく必要性を指摘した。

そこで、第5章から第7章では、前章で取り上げた①高齢者医療・介護、②医療的ケア児支援、③高齢障害者支援について、それぞれの政策動向や支援ニーズの特性を整理しながら、施策のあり方について検討していくこととする。本章については、①高齢者医療・介護施策についての考察である。

我が国の医療政策は、低密度の医療による長期入院が、非効率な医療の提供と医療費の増加の大きな要因になっているとして、急性疾患の治癒と社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療から、住み慣れた地域や自宅での生活を支えるための「地域完結型」の医療に転換していくことが目指されている（社会保障制度改革国民会議 2015：21-25）。こうした改革を実現させるためには、その受け皿となる在宅医療・在宅介護を充実させるとともに、これらを一体的に提供していくことが必要となることから、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが、全国各地で行われている。

しかしながら、医療と介護は別々の制度で運営され、専門性もそれぞれ高度化している中で両者が連携していくのは、実際問題として容易ではない。このため、2011・2012年に実施された在宅医療連携拠点事業と、2013年から実施された在宅医療連携推進事業の成果を踏まえ、地域の医師会等と緊密に連携しながら関係機関の連携体制の構築を推進する在宅医療・介護連携推進事業が2015年に創設され、2018年から全ての市町村で実施することとなった。こうした動きと並行して、自治体や医療機関によって地域連携パスや退院調整ルールが作成され、活用が進み出した地域もあるが、医療機関ごとに運営方針が異なっていたり、医療と介護の間で支援方針が共有できないといったことによって、その効果が十分発揮されている事例は、さほど多くないのが実情である。

とりわけ大都市では、多様な運営主体や事業形態によって様々なサービスが提供されており、複数の法人や事業所をまたいだ連携体制を構築していかなければならないことや、圧倒的なボリュームのニーズに効率的に対応していかなければならないといった特有の課題がある。今後は、都市部において集中的にニーズが増加していくことが見込まれている中で、高齢者医療・介護施策は、すぐれて大都市の課題となっていくことが想定される。

そこで本章では、医療・介護連携の重要性とともに、その課題を明らかにするために、医療・介護連携施策の経過と現状について整理しつつ、医療と介護の連携を強化するためには、双方の専門性を踏まえた適切な調整が求められることを踏まえ、多様な支援ニーズと地域資源に包括的に対応できるケアマネジメントの必要性について論考する。その上で、前章による指定都市調査の結果も踏まえつつ、大都市における高齢者医療・介護施策のあり方について検討することとする。

第1節 国による医療・介護施策の動向

現在進められている社会保障制度改革では、重度の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を構築していくことが求められている。その背景には、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現させることによって、医療資源の効率的な活用と医療費増加の抑制を図っていくという医療政策の方向性がある（社会保障制度改革国民会議 2015：25）。この取り組みを、病床数を増加させることなく、病床機能の分化・連携と在宅医療等の充実を図っていくことで、今後の医療・介護ニーズの増加に対応していくことが改革の基本方針となっており⁶⁶⁾、在院日数の短縮と病床数の抑制を図るとともに、在宅医療等⁶⁷⁾の強化と合わせて地域包括ケアシステムを構築することによって、在宅において医療と介護を一体的に供給する体制を整備することが、課題の核心であるといえる。

こうした医療政策の動きに対応して、介護政策においては、特別養護老人ホームの入所要件を原則として要介護3以上に限定したり、有料老人ホーム等利用者の重度化に対応した特定施設入居者生活介護の報酬を設定したりすることによって、入所施設機能が重度者支援に重点化されてきている。合わせて、サービス付き高齢者向け住宅を供給し、見守りや生活支援等のニーズに応える住まいを確保していくことで、要介護高齢者の状態像に応じた生活場所の整理が行われつつある。さらに並行して、介護職員による医療的ケアの制度化⁶⁸⁾や定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の創設によって、介護サービスの中で医療を一体的に提供する仕組みを整備することで、現行では医療機関で対応している患者を、効率的に介護施設や在宅生活にシフトさせていく取り組みが進められていると見ることができる。

このような医療・介護制度改革の方向性を踏まえ、介護施設や在宅において、医療と介護が調和した支援を提供していくためには、日常生活に密着して支援を行うコメディカル職員や介護職員、支援内容を調整する相談支援従事者の役割が大きくなっていく。しかしながら、これらの職員は、2011年時点で合計462万人であるところ、2025年には最大739万人が必要であると見込まれているが（厚生労働省 2011：25）、生産年齢人口の増加が見込めなくなっている我が国においてこれだけのマンパワーを確保するのは、極めて厳しいというのが現実であると思われる。効率的なマンパワーの活用を図るためには、職種ごとに画一的な役割分担をするのではなく、様々な職種が専門性を共有できるようにしていく等、サービスの質的な面からのアプローチも含めて対応策を検討していく必要がある。

加えて、重度の要介護者を受け入れる主力施設である特別養護老人ホームは、職員配置

⁶⁶⁾ 厚生労働省が示した「医療・介護に係る長期推計」による改革シナリオでは、2025年の入院者数は、対2011年度比で22万人/日の減、在宅医療等の利用者数は9万人/日の増、在宅介護の利用者数は15万人/日の増となっている（厚生労働省 2011：20）。

⁶⁷⁾ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指すとされていることに留意する必要がある（厚生労働省 2015）。

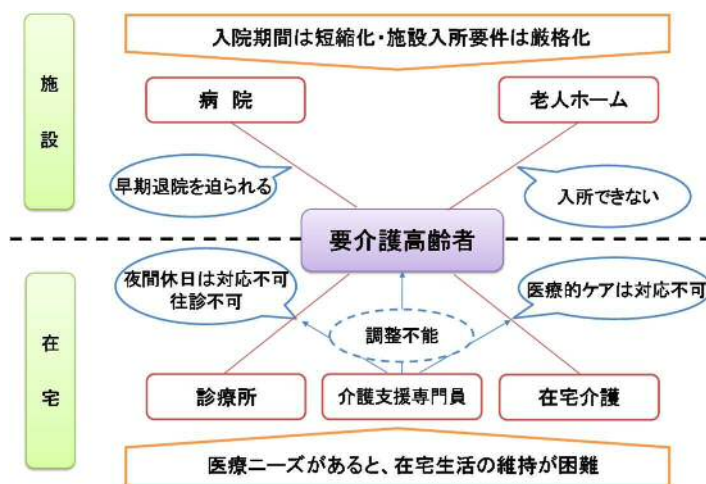
⁶⁸⁾ 2012年から、医師の指示、看護師等との連携の下において、介護福祉士や一定の研修を受けた介護職員等によるたんの吸引・経管栄養ができるようになった。

基準が従来の基準からほとんど変更されていないが、医療職の関与が少ないままの状態では、医療ニーズのある要介護者を受け入れていくことには、一定の限界がある。また、独居・夫婦のみ高齢者世帯が大幅に増加する中で、単に医療・介護サービスを提供するだけでは、在宅での療養が成り立たなくなる可能性が高い（城 2016：110）。医療機関内で完結している医療を介護施設や在宅で提供していくためには、「生活の場」における支援としての医療のあり方や介護との連携方法について、十分に検討していくことが必要である（尾形 2012：363）。

したがって、地域包括ケアシステムの構築に向けては、医療と介護の連携を強化していくことが極めて重要になってくるわけであるが、その具体的な課題として、入退院時における入院医療機関と在宅介護の連携や、生活の場における在宅療養を支える多職種間の連携をはじめとして、介護施設における医療ニーズや看取りへの対応、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と医療機関の連携、リハビリテーションや認知症に関する医療介護連携などが挙げられている（厚生労働省 2016c）。これら全ての課題を一挙に解決することは難しいが、入退院時における連携については、介護報酬における入院時情報連携加算や退院・退所加算、診療報酬における入退院支援加算や介護支援連携指導料によって、介護保険と医療保険の両面から対応が図られつつある。また、介護施設における医療ニーズへの対応についても、看取り介護加算等の設定などが行われてきているが、現時点では、こうしたニーズに的確に対応できる支援体制が全国各地に構築されているとは言い難い。

以上のような医療・介護施策の問題構造を図式化したのが、図 5-1 である。病院や老人ホームといった施設側では、入院期間の短縮化や施設入所要件の厳格化によって、需要の抑制を図る政策が進められている。その一方で、それを受け止める在宅側では、診療所は夜間休日や往診・訪問診療に対応しておらず、在宅介護では医療的ケアに対応できていない状況にある。介護支援専門員は、こうした構造的な問題に踏み込んだ調整を行うことができないため、医療ニーズがあると在宅生活の維持が難しくなってしまうということが医療・介護施策の中核的な課題となっており、これを解決していくために、地域包括ケアシステムの構築が求められているわけである。

図 5-1 医療・介護施策の問題構造



出典：筆者作成

このため、介護保険制度の地域支援事業において在宅医療・介護連携推進事業が創設され、2018年4月から全ての市町村が実施することになったわけであるが、2017年6月時点において、8つの事業項目⁶⁹⁾全てを実施している市町村は413(23.7%)に止まっていた(厚生労働省2017e)。また、事業を実施することにこだわり、本来の目的がみえないまま、取り組みの一部分だけを切り取り実施している自治体も少なくないとの指摘もなされており(地域包括ケア研究会2016:24)、実効性のある取り組みを実施していくことも課題となっている。

さらに、実際のサービスは、多様な主体によって提供されることになるが、施設や事業者ごとの方針の違いが連携の障壁になりやすいという課題も存在している(地域包括ケア研究会2016:6)。事業者間の連携が不調になってしまうと、様々な支援がバラバラに提供されたりニーズに合わないサービスが提供されたりすることによって、無用な資源の消費を引き起こすことになってしまい、さらには支援を受ける人に生活の混乱が生じ、要介護状態の重度化につながってしまいかねない。医療や看護、リハビリ、介護など専門性が分野ごとに高度化している現代では、ニーズに応じて多様な専門性を活用することが必要であり、それに伴って様々な専門職が支援に関わるようになってくる。医療と介護の連携を確保していくためには、一貫した方針と手法に基づくサービスが提供されるよう、多職種・多機関による連携体制を構築していくことが極めて重要である。

第2節 包括的なケアマネジメント体制の必要性

介護保険制度の導入とともに、地域における生活を支援していく上で、当事者や家族のニーズを把握・評価し、活用可能な社会資源を組み合わせながら最適な支援を調整する仕組みとして、ケアマネジメントの手法が普及してきた。ケアマネジメントが元来目的としているところは、当事者やその家族の身体機能状況、精神機能状況、社会環境状況を明らかにし、それをもとに問題状況を把握した上で、その解決に向けて、フォーマルあるいはインフォーマルなサービスの利用や、利用者の能力や意欲を活用したり、社会環境の側を改善することである(白澤2007:647-648)。その対象には、当然にして医療も介護も含まれており、これらの連携を確保するためには、ケアマネジメントの質を高めていくことが必要になる。

とりわけ、がん末期患者や脳血管疾患等の急性期治療が終了した患者は、できる限り早期に退院させ、在宅生活に移行させるよう政策的に誘導されてきている。しかしながら、こうした患者は、医療ニーズをもちながら在宅生活に移行してきており、在宅酸素療法や在宅中心静脈栄養法、尿管留置カテーテルや各種吸引処置等の在宅医療を受けることを前提として退院することとなるため、退院時には、家族の状況も考慮しながら、在宅医や訪

⁶⁹⁾ 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目は、①地域の医療・介護の資源の把握、②在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討、③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、④医療・介護関係者の情報共有の支援、⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援、⑥医療・介護関係者の研修、⑦地域住民への普及啓発、⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携の8つとなっている。

問看護、訪問介護等のサービスを適切にコーディネートし、包括的に支援していく体制を整えることが求められる。

ところが、我が国の介護保険制度における介護支援専門員は、介護サービスの組み合わせと給付管理だけを行うことを前提として制度化されたため、利用者の病気を理解し、複雑な社会保障制度を利用しながら多様な社会資源をマネジメントするという業務は、当初から想定されていたものではなかった（筒井 2014a : 201）。その結果、現行のケアマネジメントは、給付限度額の範囲内で在宅生活を成立させることに主眼に置いて、専ら介護サービスの調整が行われる場合が少なくなく、疾病の管理や重症化予防などの医療的な視点が欠如したマネジメントが行われることで、在宅生活の継続をかえって難しくさせているケースも生じている。本来は、こうした課題を見据えて、医療と介護、さらには社会福祉に関する高度な専門性を有する者が、ケアマネジメントの担い手として確保されるべきであったと考えられるが、人材養成にかかる期間や実際に確保できる人数を考慮した結果として、現行の介護支援専門員が制度化されたというのが実情であろう。そして、現行制度がこれだけ社会に広く定着していることや、今後ますますニーズが増加していくことを考慮すると、これからケアマネジメントの担い手を抜本的に見直すことは、現実的には困難であると思われる。

したがって、我が国の現状において、病状の変化に応じた対応や医療機関との入退院の調整を含めたケアマネジメントを展開するためには、介護支援専門員の質を高めていくことが第一選択肢となる。このような状況を背景として、2012年に「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」が設置され、翌年1月に、中間的な整理として報告書がとりまとめられた。この報告書では、ケアマネジメントの質の向上に向けて検討すべき課題として表5-1の10点が示され、適切なアセスメントや多職種協働、医療との連携の不十分さ等が指摘された。

表5-1 介護支援専門員（ケアマネジャー）に関する主な検討課題

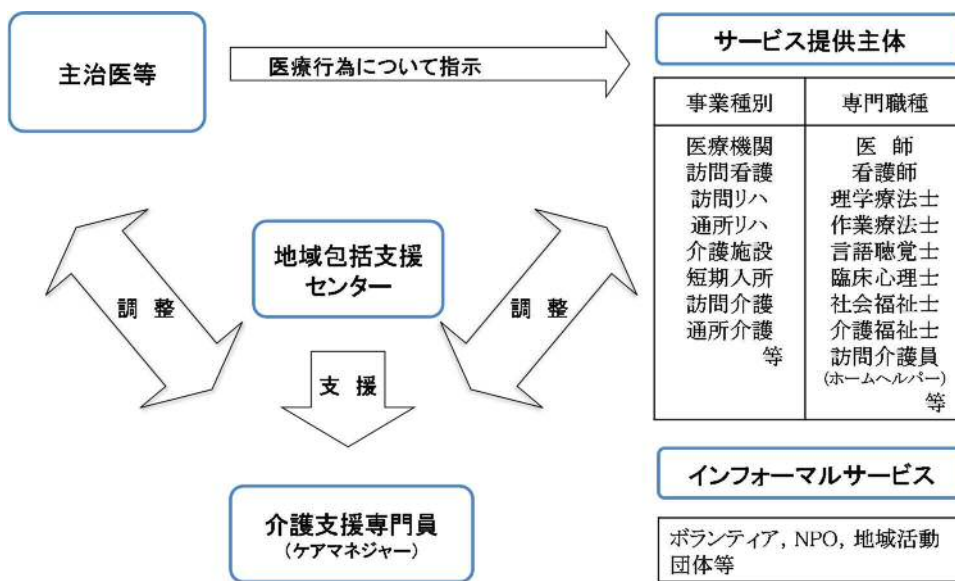
- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">① 介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。② 利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない。③ サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない。④ ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない。⑤ 重度者に対する医療サービスの組み込みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない。⑥ インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネート、地域のネットワーク化が必ずしも十分できていない。⑦ 小規模事業者の支援、中立・公平性の確保について、取組が必ずしも十分でない。⑧ 地域における実践的な場での学び、有効なスーパーバイズ機能等、介護支援専門員の能力向上の支援が必ずしも十分でない。⑨ 介護支援専門員の資質に差がある現状を踏まえると、介護支援専門員の養成、研修について、実務研修受講試験の資格要件、法定研修の在り方、研修水準の平準化などに課題がある。⑩ 施設における介護支援専門員の役割が明確でない。 |
|---|

出典：介護支援専門員（ケアマネジャー）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（介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会）

こうした課題を踏まえた現行の連携体制のイメージを図示すると、図5-2のようになる。この図を見てみると、介護支援専門員にかかる負担が極めて重く、医療に関する専門

的な知識を身に付け、様々な事業者や職種の特長も把握した上で、支援の内容や事業者間の役割分担の調整を一手に担わなければならない立場に置かれていることが、改めて理解できる。結果として、介護支援専門員のスキルによって調整の水準が変動してしまい、支援内容が各々の事業者の方針や専門職の考え方に委ねられる余地が生じるため、支援全体の整合を図りにくくなっている状況が浮かび上がる。現実問題として、介護支援専門員がどの程度のスキルを身に付けることができるのか、高度な職責を果たせる人材をどれくらい確保できるのかということを考えると、個人や事業者単位での調整に依拠した連携には限界が見えてくる。

図 5 - 2 現行の連携イメージ



出典:筆者作成

この間、地域包括支援センターによる介護支援専門員への指導・助言の実施や、地域ケア会議におけるケアプラン点検の実施などの対応策が講じられてきたが、医療と介護の必要性が重視されつつある中で、介護支援専門員には医療に関する知識が不足しており、ケアマネジメントにおいて支援内容や生活習慣の改善が検討されないことが、改めて問題として提起されている（川越 2016 : 126）。その要因の一つには、2003年時点で介護支援専門員の37.6%が看護師・准看護師資格を保有していたのに対し、2015年には12.9%まで保有率が大幅に低下するなど（厚生労働省 2016b）、医療の領域から介護支援専門員になる者が減少していることが考えられる。その一方で、在宅医療では生活の質の向上が志向されるが、医療職は疾患の治療を優先しがちであると指摘されるように（石橋 2016 : 278）、単に医療職にケアマネジメントを担わせるようにすることが、問題の解決につながるわけではない。

このため、2016年の介護支援専門員の研修制度の見直しにおいて、医療との連携や多職種協働を見据えた実務研修の充実などの対応が図られたが、数十時間の研修によって見込まれる資質の向上は限定的であろう。医療と介護の一体的なケアマネジメントを実施するためには、地域における実際の生活場面に即しながら、医療としての療養と介護による生

活支援がバランスよく提供される方法論の確立と、その実践を推進する包括的かつ継続的な取り組みが必要である。

その一環として、2016年から介護予防活動普及展開事業⁷⁰⁾が開始され、リハビリテーション専門職等を地域ケア会議や地域包括支援センターの研修等に派遣することによって、ケアマネジメントに医療職が関与する仕組みが創設されたが、この事業の基盤となる地域リハビリテーション体制には地域差があり、未だ全国的な展開には至っていない。また、いくつかの自治体では、介護支援専門員の資格を有する看護師を配置する在宅医療連携拠点が整備されてきているが、かかりつけ医の紹介や急変時の受け入れ病院の確保等、連携の範囲が医療分野に特化している場合が少なくなく、介護を含めた生活全体の調整まで担う体制にはなっていない。退院調整ルールや地域連携パスの作成が進められている地域も出てきてはいるが、医療機関主導で実施される地域連携パスが、医療機関を越えて介護施設や在宅療養を支援する医療機関まで到達することの難しさや、退院調整に向けた情報共有に介護支援専門員が実質的に参画できていない状況があることも報告されている（日本能率協会総合研究所 2015：35）。

こうした様々な取り組みが必ずしも奏功しているとはいえ現状に鑑みると、既存の体制を前提とした取り組みだけでは、医療・介護の一体的なケアマネジメントを実施するのは困難であると考えられる。真の地域包括ケアシステムを構築していくためには、医療・介護に関わる多職種による組織的なケアマネジメント体制を、それぞれの地域の実情に応じてどのように構築していくかが問われることになる。

第3節 大都市における在宅医療・介護施策の課題

以上のような課題は、もちろん全国的なものではあるが、課題を議論するフィールドの大きさには地域差がある。例えば、小規模な自治体で、地域の中に病院や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等がそれぞれ1ヶ所しかないような場合は、連携のかたちが自ずと決まってくる。しかし、大規模な自治体の場合には、地域の中に様々な病院や診療所、介護施設や事業所が存在しており、運営主体や事業形態も多様であることから、連携の選択肢は無数に広がる。そして多くの場合、重度の要介護者が在宅で生活することになると、複数のサービスや事業所を活用することになるが、それらは一つの法人や事業所で完結させられるとは限らない。このため、地域全体のサービスを適切かつ効率的に供給することができる最適な体制にしていくためには、法人や事業所をまたいだ連携を可能とするシステムを構築していくことが必要となる。今後さらに大都市に人口が集中していくことが見込まれている中で、多様な主体が供給するサービスを効率的に活用しながら、い

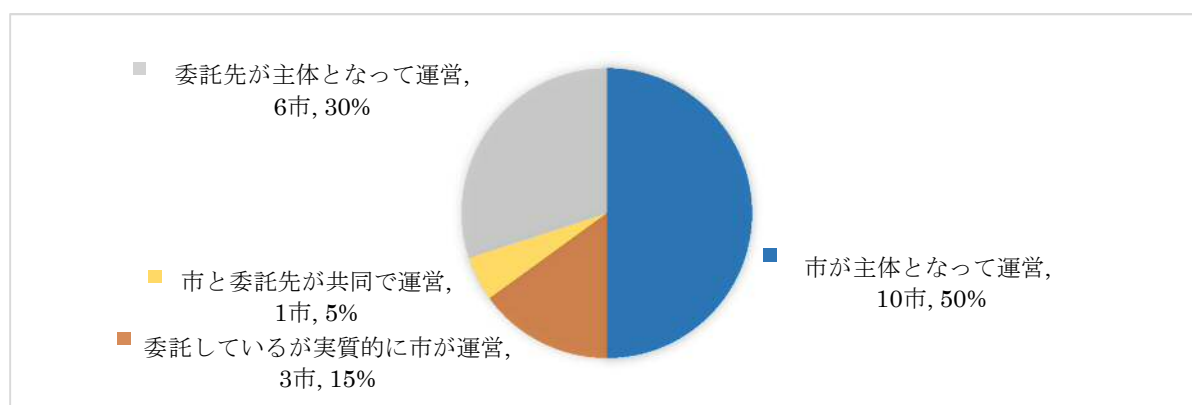
⁷⁰⁾ 具体的には、都道府県が、リハビリテーション専門職等の広域派遣調整や市町村事業に必要な知識を習得させるための研修会を実施する介護予防市町村支援事業がこれに当たる。なお、市町村が、地域ケア会議や地域包括支援センターの研修等にリハビリテーション専門職等の派遣を依頼する際の謝金等については、一般介護予防事業における地域リハビリテーション活動支援事業を活用できるとなっている。

かに大量のニーズに対応していけるようにすることが、我が国の医療・介護制度にとって、非常に重要な課題となってくる。

そこで、前章の指定都市調査の結果から、大都市における医療・介護施策の課題を整理すると、以下のようなことを指摘することができる。

第一に、行政による関与についてであるが、在宅医療・介護連携事業は、医療に係る専門的な知識や経験が必要とされる取り組みであることから、事業の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができるかとされているが、実際には行政が事業運営に関与しなければならない状況となっている（図 5-3 参照）。多くの都市において、保健所や福祉事務所等の行政機関が参画している状況からしても、医療・介護連携を実質的に確保していくためには、行政による主体的な関わりが必要とされているといえる。

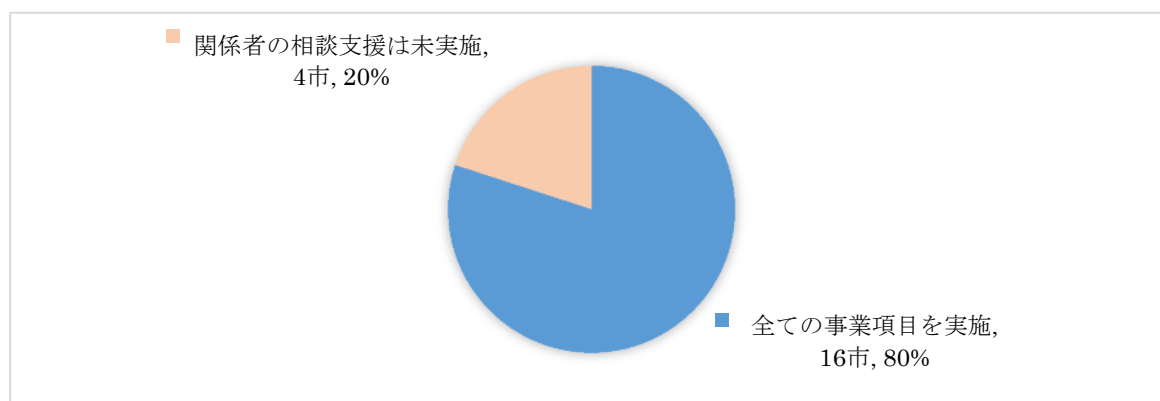
図 5-3 在宅医療・介護連携推進事業における会議や協議体の運営方法（再掲）



出典：第 4 章 図 4-2

そして第二に、8つの事業項目は、全て実施が義務付けられているにもかかわらず、関係者の相談支援だけが実施できていない都市が4市あったことから（図 5-4 参照）、大都市には、多様な機関や事業所が存在する中で、様々な組織に所属する専門職に対して、一元的に相談に応じたり調整したりすることに難しさがあることが窺われる。その背景に

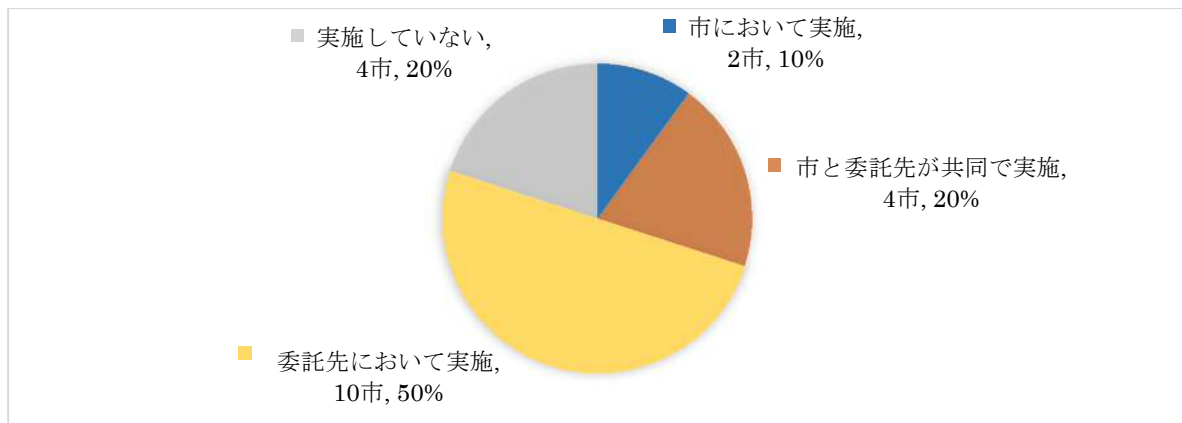
図 5-4 在宅医療・介護連携推進事業における事業項目別の実施状況（再掲）



出典：第 4 章 図 4-4

は、専門職に対する支援は、広範かつ高度な専門性に対応することや、公平性・中立性に配慮することが必要となるため、民間主体だけで担い手の確保や事業の運営手法を調整することが難しいといった理由があるものと考えられる。そうした場合には、行政が直接事業を実施するという対応が考えられるが、関係者に対する相談支援や研修を「市において実施」または「市と委託先が共同で実施」という方法を採用している都市は少数なのが実情である（図 5-5 参照）。こうした状況は、行政が専門的な支援を行うために必要な知識やノウハウをもち合わせていないと見ることができる。しかし、民間主体だけに取り組みを委ねても非効率な連携状況は改善されないため、行政が主体となって連携ネットワークの形成を図りつつ、医療・介護関係者の参画を得ながら、地域全体として多職種で連携していくことができる体制を構築していくことが必要である。

図 5-5 在宅医療・介護関係者に対する相談支援や施設・事業所に対する助言等の実施方法（再掲）



出典：第 4 章 図 4-5

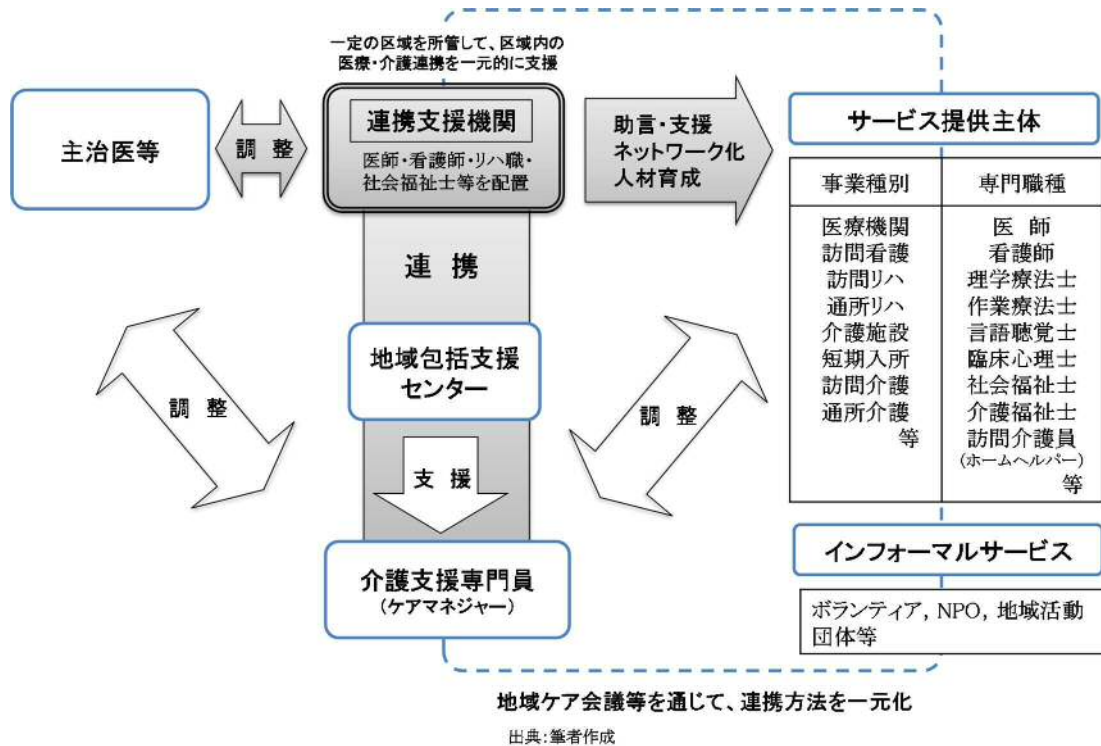
第 4 節 大都市における高齢者医療・介護施策のあり方

こうした取り組みを全体的に調整する役割を自治体が担っていくことが期待されるわけであるが、様々な分野をまたいだ人事異動が行われる行政組織の特性上、計画的な人事を行わなければ、質の高い業務水準を継続して保つことは難しい。したがって、自治体による専門性の高い施策運営能力の確保とともに、地域の関係者や関係機関と連携しながら施策を調整できる支援システムを構築し、その両輪によって医療・介護施策を推進していくことが求められる。

このため、大都市における今後の新たな連携体制は、図 5-6 のような形になっていくことが望ましいと考えられる。この体制の最大の特徴は、一定区域を所管する連携支援機関を新たに設置して、担当区域内の地域包括支援センターや介護支援専門員に対して、医療と介護の連携を一元的に支援する体制を整備するところにある。この機関には、事業者から独立した医師や看護師、作業療法士、理学療法士等のリハ職、社会福祉士等を配置し、主治医等との連携をはじめとして、事業者に対する専門的な知見に裏付けられた助言・支援やネットワーク化の調整、人材育成支援などを担うことを想定している。また、

当事者に対しては、基本的には地域包括支援センターや介護支援専門員が継続的なケアマネジメントを実施することとなるが、複雑・困難なニーズを有するケースについては、専門的な知見を用いて疾病や障害の状況、生活環境等の評価を行い、支援内容の調整を行っていくことを想定している。

図5-6 新たな連携体制のイメージ



こうした体制によって介護支援専門員の専門性の不足を補うことで、主治医や事業者等との調整において専門的かつ実務的な調整ができるようになり、療養方針を踏まえた支援を提供できるようになることが期待できる。合わせて、相談支援ネットワークである地域ケア会議等を通じて、新たな連携支援機関を地域の相談支援体制に組み込むことによって、当該地域における事業者間の連携方法を一元化できるようになれば、地域全体のケアマネジメントの質を向上にもつながっていく。

新たな連携支援機関の創設は、介護支援専門員が連携する機関が増えることによるため、連携にかかる時間や労力の増加とともに、連携が不調になることによる混乱や資源の浪費を生じさせる恐れもある。しかしながら、地域包括支援センターや地域ケア会議によるケアマネジメントの支援が、抜本的な医療との連携強化策とはなり得ていない現状や、介護支援専門員の資質向上に向けた取り組みには一定の限界が想定されることを踏まえると、むしろ医療に関する専門的な連携支援体制を整備することによって、連携の円滑化とケアマネジメントの効率化が図られるようになるものと考えられる。

この連携支援機関がこうした期待に応えるための課題の一つは、地域の中でケアマネジメントに従事する医療職を確保することである。医療職の大半は、医療機関において直接患者を支援する業務に従事しているが、新たな連携支援機関が期待する業務には、サービ

スのコーディネーターや事業者等に対するコンサルテーション、地域ネットワークのマネジメントなど、直接的な支援とは異なる知識や技術が求められる。このような業務を担い得る人材は、これまで計画的に養成されてきておらず、現に担っている者も非常に少ないが、今後は、こうした業務を担うことができる人材の育成と職域の確立が望まれる⁷¹⁾。このような医療職の現状を踏まえると、ケアマネジメント支援に従事する医療職を速やかに全ての地域包括支援センターに配置することは困難であり、ある程度の広域性をもった専門機関を置き、まずは少数の地域支援に専従する医療職を配置することによって、地域包括支援センターや介護支援専門員を後方支援していく仕組みを作っていくことが、やはり現実的な施策として有効であろう。

また、こうした取り組みは、診療報酬や介護報酬等で評価されるものではないことや、公平性や中立性に配慮しなければならないものであることから、行政の主体的な関わりが必須となる。例えば、政令指定都市における取り組みとして、岡山市において、市民に対する総合相談や専門職に対する連携支援を行う「地域ケア総合推進センター」を設置しているほか、川崎市や静岡市では、障害者更生相談所等の機能を活用した地域リハビリテーションの取り組みを実施している。このように、地域ごとに活用できる財源や人材が異なることや、地域のニーズに応じて連携の仕組みや規模も変わってくることから、新たな連携支援機関の組織や配置する職員の有り様は、地域の実情に応じることになる。

さらに、ケアマネジメント総体としては、インフォーマルサービスのコーディネーターや地域のネットワーク化も課題とされており、生活支援にかかる地域資源の開発やニーズとのマッチングを求められている部分もある⁷²⁾。この点については、必ずしも医療・介護連携と直結しないが、生活全体をマネジメントしていくという観点からは、全く切り離して議論することは適切でない。ケアマネジメントは、地域包括支援センターや地域ケア会議によって構築される制度横断的な連携ネットワークを活用しながら、介護支援専門員が主体的に取り組むものであり、新たな連携支援機関は、あくまでその支援を行うものであるという位置づけを確認しておく必要がある。

新生児医療の発達を背景とした医療的ケア児の増加や、救命医療の技術向上による中途障害者の増加によって、高齢者のみならず全世代に渡って、医療と介護の連携を必要とする支援ニーズが広がってきている。年齢や障害・疾病種別を問わない、あらゆるニーズに対応できるケアマネジメント体制の構築が求められつつあるが、児童期・成人期・高齢期それぞれにライフステージに応じた特性があり、さらに障害や疾病も多様化・複合化してきている状況の中で、どこに焦点を当ててどのような体制をつくっていくのか、地域のニーズと資源を見極めながら、ケアマネジメント体制の全体像を描いていくことが自治体に求められる。

⁷¹⁾ 地域包括ケア研究会は、これまで医療職は、直接的なサービスを提供することが役割の中心であったが、今後は、個々の「利用者」に対してサービス提供を行うだけでなく、「地域」に対して貢献することを期待するとしている（地域包括ケア研究会 2016：16）。

⁷²⁾ ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援するために、2015年に施行された改正介護保険法において、生活支援体制整備事業が創設された。

第6章 医療的ケア児支援施策に関する考察

本章では、前章に続き、医療的ケア児支援施策に関する考察を行う。医療的ケア児は、絶えず医療を必要としており、医療を置いて支援を考えることはあり得ない。その一方で、医療的ケア児への支援は、主として小児医療分野が担っているが、そもそも小児医療の資源が少ないことや、成長しても成人領域の医療が医療的ケア児であった者に対応することができず、成人しても小児科医が支援し続けなければならないことが課題となっている。医療制度は、外科や内科、小児科といった専門分野は存在するものの、制度そのものが対象者別に分立特化しているわけではない。そうした中で医療的ケア児の支援を確保していくためには、医療制度全体を捉えた検討が求められる。したがって、在宅支援を必要としている高齢者医療・介護施策にも関連付けて、施策のあり方を考えていくことが必要な課題であるということが出来る。

医療的ケア児支援は、小児医療の進歩に伴い⁷³⁾、医療的なケアを必要とする子どもが増加してきたことに伴い、政策的な課題として認識されるようになってきている。医療的ケア児支援が難しい理由の一つは、医療的ケア児支援が、従来の障害児施策の範疇を超えるものであり、その所在や生活実態を正確に把握できておらず、どこにどのような支援を届けばよいのか分からない状況にあるところにある。さらに、もう一つの大きな理由は、子どもの医療的ケアを提供できる人材が圧倒的に不足しており、ただ単に仕組みをつくっても問題が解決しない状況にあるところにある。結果として、地域で生活する医療的ケア児の親は、社会的な支援を得られないまま、毎日長時間子どものケアを担い続けなければならない、子ども本人ともども社会から孤立してしまい、家族全体が厳しい生活を強いられている。

ただし、こうした課題が、全国のあらゆる地域で大きな問題となっているとは考えにくい。医療的ケア児の特性上、高度な医療機関の周辺に居住する場合が多くなるといった事情や、そうした地域には人口が集積しており、自ずと医療的ケア児の数も多くなっていくといったことが相まって、医療的ケア児の支援は、すぐれて大都市の課題となりやすい。

そこで本章では、医療的ケア児の実態やニーズとともに、その支援の現状と課題について整理した上で、第4章による指定都市調査の結果も踏まえつつ、医療的ケア児支援施策のあり方について検討していくこととする。

第1節 医療的ケア児の実態と支援ニーズ

医療的ケア児には、その確定した定義はないが、重症心身障害児に限っていえば、医学的管理下に置かなければならない子どもについて、表6-1の「超重症児スコア」の点数が25点以上の子どもを「超重症児」、10点以上の子どもを「準超重症児」とするという一定

⁷³⁾ 1975年の乳児死亡率は、出生千人に対して10.0人であったが、2015年は1.9人まで低下した（厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）2017：43）。

の基準が定められている⁷⁴⁾。こうした超重症児や準超重症児の人数や生活実態を部分的に把握した調査結果はあるが、全国的かつ網羅的に実態を明らかにしたものは、未だ存在していない。また、医療的ケアが必要ではあるが、運動能力や知能が正常もしくは正常に近く、重症心身障害児の枠に入らない子どもが相当数存在することが報告されており⁷⁵⁾、どのような状態像の子どもがどのような生活を送っているのかということは、ほとんど明らかになっていないといつてよい。

表 6 - 1 超重症児スコア

1. 運動制限	(スコア)
2. (1) レスピレーター管理	10
(2) 気管内挿管・気管切開	8
(3) 鼻咽頭エアウェイ	5
(4) O ₂ またはSPO ₂ 90%以下	5
(5) 1回/時以上の吸引	8
6回/日以上以上の吸引	3
(6) ネブライザー6回以上/日または継続使用	3
(7) IVH	10
(8) 経口摂食(全介助)	3
経管(経鼻・胃ろうを含む)	5
(9) 腸ろう・腸管栄養	8
(9') 持続注入ポンプ加算	3
(10) 手術、服薬でも改善しない過緊張で 発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上	3
(11) 継続する透析	10
(12) 定期導尿 3回以上/日	5
(13) 人工肛門	5
(14) 体位交換 6回以上/日	3
注1: 毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV などは、レスピレーター管理に含む。	
注2: 2.(1)(2)は重複加算可。	
注3: (8)(9)はどれか1つ、 (9')は、(9)施行の場合のみ。	
*基準: 準超重症10点以上、超重症25点以上	

出典:鈴木・武井・武智ほか(2008:304)

こうした状況を踏まえ、名倉・田村(2017:45)は、社会医療診療行為別調査のデータと特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果を比較分析し、「在宅自己注射指導管理料を除く全ての在宅療養指導管理料の算定件数」が、最も信頼性の高い医療的ケア児数を算出する方法であるとの研究結果を示した。その上で、この定義に基づく2015年5月における0歳から19歳までの医療的ケア児数は17,209人であり、同年齢の人口1万人あた

⁷⁴⁾ 診療報酬においては、厚生労働省保健局医療課長通知「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成28年3月4日保医発第1号)別添6別紙14「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」に基づき、同様の判定スコアによって、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算等が算定される。

⁷⁵⁾ 前田は、自らが運営する医療法人において、1999年から2015年までの間に小児在宅医療を実施した465人のうち、重症心身障害児には該当しないが、重症児スコアで10点以上に該当する患者が52人、25点以上に該当する患者が19人いたことを報告している(前田2016:165)。

り 7.82 人の割合で医療的ケア児が存在すると推計した。併せて、この定義による 2005 年 5 月の医療的ケア児が 9,987 人であったことから、この 10 年間で医療的ケア児が 1.7 倍増加しているとの推計結果も明らかにしている（名倉・田村 2017：59-60）。

これらの研究成果によって、医療的ケア児のおおよその規模感は把握されたものと思われるが、施策として支援策を講じていくためには、あくまで「支援ニーズ」に着目した対象者の把握を行う必要がある。医療的ケア児が必要としている医療は、気管内挿管や気管切開を伴う人工呼吸器による管理やたんの吸引といった高度なものから、導尿や人工肛門、インシュリンの自己注射など、成長に伴って自力で管理することが可能になるものまで、非常に幅が広い。したがって、「施策の対象」とする医療的ケア児は、後者のような自力で管理できるようになった子どもまで含める必要はないと考えられるが、保育園や学校等によっては、子どもがある程度自己管理できる状態であったとしても、受け入れに難色を示す場合もある。このため本論文では、施策の対象とする医療的ケア児を、「医療的ケアを必要としており、その管理を自力で行えない子ども、及び医療的ケアによって日常生活や社会生活を送る上で支障を来している子ども」と定義することとする。その上で、こうした子どもたちが、それぞれの生活圏域の中で生活していくことができるようにするためには、個々のニーズと社会資源とのマッチングを図っていかなければならない。したがって、医療的ケア児支援施策を進めるためには、単なる人数の把握に止まるのではなく、一定の地域ごとに医療的ケア児の所在や支援ニーズの内容を把握することが必要である⁷⁶⁾。

また、医療的ケア児が増加する要因として、先天異常や新生児仮死に起因して NICU（新生児集中治療室）に長期入院する子どもや、代謝性疾患や神経疾患の進行・重症化、脳腫瘍・外傷等による合併症や後遺症によって急性期小児科病棟に長期入院している子どもが増加していることが挙げられる（奈須・田村 2014：894-896）。その一方で、長期の入院・入所ニーズに対応する医療機関や障害児施設には、医療的ケア児の増加に対応できるだけの定員が確保されていない。このため、呼吸管理をしながら NICU から退院する子どもの 66% が自宅に転出するなど、多くの医療的ケア児が地域で生活を送るようになってきている（山崎・高田・田村 2016：184）。

ところが、前田（2017：98）が実施した全国の在宅療養支援診療所に対するアンケート調査によると、回答があった 5,092 ヶ所のうち、小児患者を診療したことがないと回答した診療所が 4,030 ヶ所に上るとともに、経験がある診療所であっても、5 人以上 9 人未満の診療経験は 103 ヶ所、10 人以上の診療経験は 93 ヶ所しかなく、地域の中に小児在宅医療の経験が豊富な医療機関がほとんど存在しないことが明らかになっている。すなわち、医療的ケア児は、地域の中で生活しているにもかかわらず、身近な医療機関ではほとんど対応してもらえず、ケアの多くを専門医療機関に頼らざるを得ない状況となっている。

加えて、医療的ケア児が地域で生活していくためには、家庭内はもとより、保育園や学校、通院や外出・旅行等の様々な場面において、切れ目なく医療的ケアが提供される必要があるが、現状では、その多くを親だけが担っている。2012 年から、医師の指示、看護師

⁷⁶⁾ 中村は、在宅患者の生活の細かな部分については、個々の患者の実態調査が必要であり、そのためには市町村の協力が不可欠であるとしている（中村 2016：159）。また前田は、世田谷区と松戸市による取り組みから、どんな医療的ケアを必要とする子どもがどこに住んでいるという情報を把握しなければ、支援の構築が困難であることを指摘している（前田 2017：100）。

等との連携の下に、介護福祉士や一定の研修を受けた介護職員等によるたんの吸引・経管栄養ができるようになったが、小児の医療的ケアを実施できる人材はほとんど育成されておらず、あらゆる場面で親の付き添いが求められているのが現実である（高橋 2014: 905、日本小児科学会倫理委員会 2007: 3-4）⁷⁷⁾。結果として、医療的ケア児の親は、精神的・肉体的に過重な負担を強いられたり、経済的に厳しい状況に置かれたりする場合が少なくない。さらには、親が医療的ケア児の養育に注力せざるを得ないことから、兄弟姉妹がいる場合には、そちらの子育てに影響を及ぼすことも懸念されている（高橋 2016: 1429）。

それにもかかわらず医療的ケア児支援の取り組みが進まないのは、医療的ケア児のニーズが希少かつ複雑であるが故に、常時一定のニーズが存在していないことと、一旦ニーズが発生すると、幅広い分野にまたがって高度かつ個別的な対応が長期間に渡って求められることに原因がある。成長過程にある子どもという年代的な特性上、本人や家族の変化、進学や成人期への移行等によって生活環境や支援機関が変遷していくことになるが、それに合わせて、関係者がおしなべて医療的ケア児を支援できるよう専門的な知識や技術を習得するためには、多大な時間と労力が必要となる。地域で生活する医療的ケア児の支援ニーズに応えるためには、こうした困難な課題に対応しながら、一人ひとりの状況に応じた支援の確保と、それらのネットワーク化を図っていくことが求められる。

第2節 医療的ケア児支援の現状と課題

1. 小児在宅医療体制の構築

医療的ケア児が地域で生活していくことができるようにするためには、高度な医療を提供する専門医療機関を充実させるだけでなく、①地域におけるかかりつけ医、②訪問看護や訪問リハビリテーション、③緊急時の受け入れ体制を確保していくことが重要である（大阪発達総合療育センター2014: 1）。このため、2014年度の診療報酬改定では、在宅療養後方支援病院が新設されるとともに在宅療養指導管理料の算定方法が見直され、在宅医療の充実と後方支援体制を強化するための対応が図られた。さらに、2016年度の診療報酬改定によって、機能強化型在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの実績要件に、15歳未満の超・準超重症児に対する実績が追加される等、小児在宅医療のさらなる普及が進められようとしている（桑木 2016: 1439）。

また、専門医療機関と地域の医療機関との連携が希薄な状況では、地域の医師が医療的ケア児の経験が乏しいままであり、専門医療機関への偏重と小児在宅医療の不足は解消されない（小保内・大澤・大林 2016: 178）。そこで、厚生労働省は、地域の医療資源と専門機関とのネットワークを構築することによって、小児等の在宅医療の受け入れが可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大を図るとともに、地域における医療・福祉・教育の連携体制の構築や、医療と連携した福祉サービスを提供できるコーディネーター機能の確立を

⁷⁷⁾ 日本小児科学会倫理委員会が実施した調査によれば、医療的ケアが必要な重症心身障害児のうち、97%は家族によって医療的ケアが実施されており、うち93%のケースで母親が実施していた。また、公的支援の利用率は、訪問診療が7%、訪問看護が18%、ホームヘルプが12%であった（日本小児科学会倫理委員会 2007: 10）。

図るため、2013年度と2014年度に「小児等在宅医療連携拠点事業」を実施した。その成果として、小児在宅患者の実態把握が行われたことや、行政との連携体制、分野をまたいだ多職種協働体制が構築されたことなどが挙げられているが、ニーズが大きいレスパイト支援の病床確保や、全体をコーディネートする人材の育成等の課題が残っていることも指摘されている（中村 2016：159-161）。

加えて、この事業は、全国的に実施されたわけではなく、2013年度は8都県、2014年度は9都県での実施に止まっていた。2015年度からは、地域医療介護総合確保基金の事業として全国で実施できるようになったが、高齢者の医療介護基盤の整備を主たる目的として設置された基金の中で、小児在宅医療の取り組みをいかに広げていくかということも大きな課題となってくる。

2. 医療と連携した福祉サービスの展開

医療的ケアを必要とする子どもの入所型施設として大きな役割を担ってきた重症心身障害児施設は、2014年の法改正によって、18歳未満については児童福祉法に基づく医療型障害児入所施設、18歳以上については障害者総合支援法に基づく療養介護としてサービスを提供することになった。ただし、重症心身障害児施設からの円滑な移行を確保するために、両方のサービスを一体的に提供できる仕組みが設けられている。これには、重症心身障害児施設の入所者のほとんどが18歳以上であったことが背景にあるが、2015年度の医療型障害児入所施設（18歳未満）の利用者数は約0.2万人に対し、療養介護（18歳以上）の利用者数は2.0万人となっており、その傾向に大きな変化はない（厚生労働省 2016a：3-5）。言い換えれば、医療型障害児入所施設の数がほとんど増加していない中で、医療的ケア児が入所施設を利用することは、非常に難しい状況が続いているということになる。ノーマライゼーションの理念を具現化する観点からも、今後も増加が見込まれる医療的ケア児に対する福祉サービスを、地域の中で展開していくことが望まれる。

現行制度における障害児の在宅生活を支える福祉サービスとしては、障害者総合支援法によって、ホームヘルプや移動支援、短期入所や日中一時支援等の事業が規定されている。また、障害児の発達を支援するサービスについては、2014年の改正児童福祉法による児童発達支援（福祉型・医療型）や放課後等デイサービスの創設とともに、重複障害があっても身近な地域で支援を受けられるよう、障害種別を問わないサービス体系に変更された。ところが、これらのサービスは、身体障害や知的障害がある子どもを想定して組み立てられたサービスであり、各施設や事業所に医療的ケアを提供できる体制が必ずしも確保されていないため、医療的ケア児がこれらのサービスを利用することは、実際には難しい状況にある（奈須・田村 2014：897）。同様の課題は、子育て支援施策である保育園や幼稚園、一時預かりや放課後児童クラブにおいても存在しており、医療的ケア児の社会との関わりを広げる観点からも、保護者の生活を支援する観点からも、活用できる福祉資源が少ないことは、大きな問題である。障害児福祉施策と子育て支援施策のいずれの施策も市町村が実施主体とされている趣旨を踏まえ、施設や事業者に対する理解の促進や受け入れ体制の確保に向けて、自治体による実効性のある対策が求められる。

また現状では、こうした福祉ニーズについても医療側で対応せざるを得ないため、地方自治体の単独事業として医療機関におけるレスパイト事業が実施されている場合もあるが、

それさえも利用できない場合には、医療保険による訪問看護だけが、利用できる唯一の生活支援サービスとなっているケースも少なからずある。いずれにしても、小児医療の資源も不足している中で、医療だけに依存した生活支援体制を整備することは不可能であり、貴重な資源を有効に活用する観点からも、医療との連携が確保された福祉サービスの充実を図っていくことが急務となっている。

3. 教育における医療的ケア児支援

病気や障害のある子どもに対する教育は、1979年の養護学校の義務制実施と訪問教育の制度化、2007年からの特別支援教育の実施等を経て、現在はインクルーシブ教育が推進されている。インクルーシブ教育を構築するためには、①障害のある者が一般的な教育制度から排除されないこと、②障害のある者に対する支援のために必要な教育環境が整備されること、③障害のある子どもが、他の子どもと平等に「教育を受ける権利」を行使するため、個々に必要となる適当な変更・調整（合理的配慮）が提供されること等が必要であるとされている。このため、インクルーシブ教育の導入に当たっては、就学先の決定に際し、本人・保護者の意見を最大限尊重（可能な限りその意向を尊重）し、教育的ニーズと必要な支援について合意形成を行うことを原則とするなどの対応が図られた。

こうした取り組みの中で、公立学校における日常的に医療的ケアが必要な幼児児童生徒の在籍状況は、2016年5月現在、特別支援学校に8,116人、通常学校に766人となっており、とりわけ特別支援学校においては、2006年度の5,901人から大幅に増加している（文部科学省2017）。これに伴い、医療的ケアに対応する教員数も、2006年度の2,738人から、2016年度は4,196人へと増加しているが、教員が行うことができる医療的ケアは、ニーズ全体の5割程度であり、全ての医療的ケアに対応できるわけではないことが報告されている（丹羽2016：201）。このため文部科学省は、2013年からインクルーシブ教育システム推進事業を開始し、学校への看護師等の配置を進めており、2016年5月現在、特別支援学校には1,665人、通常学校には420人の看護師が配置されている状況にある。

こうした対策が講じられているにもかかわらず、教職員や看護師による対応には学校ごとに差があり、実際には常時親の付き添いを求められたり、親による送迎を求められたりすることが少なくないといった指摘がなされている（横山2016：1414）。下川は、こうした問題に対して、各地域の社会資源や地域の特性、歴史・背景が異なることを踏まえた対応が必要であるとしているが（下川2013：197）、現実的な解決を図るためには、医療的ケアを実施できる人材の確保とともに、リハビリテーションや福祉用具の専門家等との連携体制を構築し、教育現場に医療的ケア児を受け入れることができる環境を整備していく取り組みを具体化させていくことが求められる。

4. 総合的な相談支援体制の整備

以上のように、医療的ケア児が地域で生活していけるようにするためには、医療・福祉・教育それぞれの分野の支援体制を地域の中に確保していくことが求められるわけであるが、法制度によって分野ごとに支援の種類や方法が複雑に規定されている中で、様々な支援を全体的に調整しながら、総合的に支援を提供していくということも重要な課題となっている。このため、2012年に施行された改正障害者自立支援法と改正児童福祉法では、全ての

障害児者に福祉サービスの利用計画を作成することとされ、この計画を作成する相談支援専門員が、いわゆるケアマネジャーとして相談支援を実施しながら、生活全般に渡るコーディネートを行っていくこととなった。

しかし、相談支援専門員には医療的ケアに関する知識が不足しているため、医療的ケア児の相談支援を実施できる相談支援専門員がほとんどいないということが指摘されている（前田 2013: 91-93）。また、相談支援を実施しようにも、活用できる資源が非常に少なく、単に関係機関の調整をするだけでは支援を完結することができない状況にあることから、医療的ケア児の相談支援には、活用できる資源の開発も同時に取り組んでいくことが必要とされる。

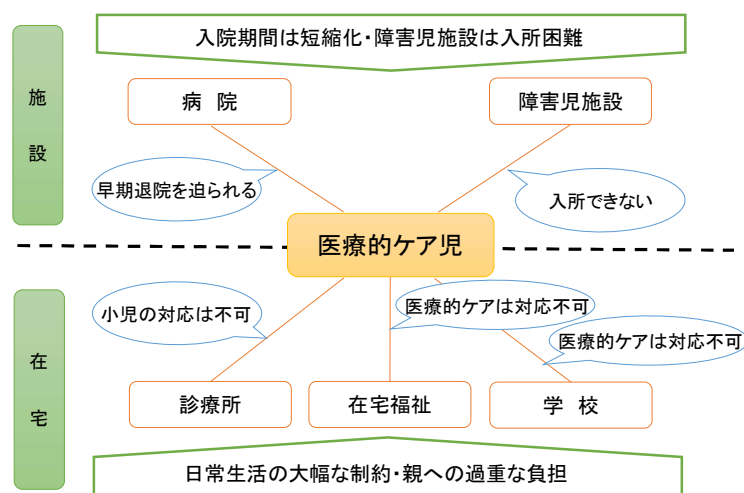
こうした課題の解決を図るため、厚生労働省は、2012年度から2014年度まで実施した「重症心身障害児者の地域生活モデル事業」の成果を踏まえ、2015年度から「重症心身障害児者支援体制整備モデル事業」を実施している。この事業は、都道府県、指定都市、児童相談所設置市を実施主体として、地域の中核となる重症心身障害児者支援センターを設置するとともに、重症心身障害児者支援スーパーバイザーを配置し、都道府県全体の支援体制の構築、市町村・広域のバックアップ、スーパーバイズ機能（市町村・事業所等の支援、新規資源の開拓、地域住民に対する情報提供）、重症心身障害児者支援者とコーディネーターの育成・登録管理を行うものとなっている。とりわけ、地域の中で関係機関・関係者間の調整を行うコーディネーターを確保していくことが重要となるが、これを担う人材には、福祉と医療の両方の知識が求められる。このため、相談支援専門員として看護師を配置したり、相談支援専門員と看護師の両方を配置することで連携が円滑化したことが報告されているが、その一方で、全ての地域でこうした体制を確保することは困難であるといった指摘もなされている（田中 2016: 1443）。いずれにしても、2016年度は2府県でしか事業が実施されていない状況であり、医療的ケア児に対応できる相談支援体制をどのように全国的に構築していくかということも、大きな課題となっている。

5. 医療的ケア支援児施策の問題構造

以上のような医療的ケア児支援施策の問題構造を図式化したのが、図 6-1 である。施設側においては、医療的ケア児の増加によって NICU への長期入院が難しくなっており、入院期間が短縮化しているが、障害児施設は慢性的に不足しており、長期間の入所は困難となっている。一方で、在宅側では、在宅医療を支える診療所では小児の対応はできない、在宅福祉や学校でも医療的ケアには対応できないという状況の中で、本人は日常生活に大幅な制約を受け、親には過重な負担がかかってしまっているという状況が生じている。

こうした問題は、ニーズが少ないが故に支援する機会が少なく、特定の人や機関が集中的に支援をすることになり、人材確保が広がらないという悪循環から生じているところも多分にあり、部分的な対応を行っても、本質的な解決に向かうとは考えにくい。医療的ケア児支援施策は、医療・福祉・教育の分野をまたいで課題を共有しながら支援に携わることができマンパワーを確保していくことが、課題の核心である。

図 6 - 1 医療的ケア児支援施策の問題構造



出典:筆者作成

第 3 節 大都市における医療的ケア児支援施策の課題

医療的ケア児支援施策の推進に向けて、国は様々な制度や事業を打ち出してきているが、これらを活用して地域のニーズに即した支援を提供していくのは、地方自治体の役割である。しかし、行政における事務事業の実施主体は、都道府県になっているものと市町村になっているものがあり、様々な取り組みを一体的に実施しようとする、同一の自治体内で完結することができない場合がままある。このため、高齢者施策では、全市町村において在宅医療・介護連携推進事業を実施することとされ、市町村が在宅医療を推進していく役割も担いながら、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築に取り組むこととなった。医療的ケア児支援施策においても同様に、2016年の改正児童福祉法によって、全市町村に障害児福祉計画を策定することを義務付けるとともに、2018年度末までに、医療的ケア児支援に関する保健・医療・福祉・教育等による関係機関の協議の場を設置することとなった。各市町村の医療的ケア児の人数や社会資源の分布、専門職の配置状況等を勘案すると、都道府県や近隣自治体と連携しなければ取り組みを進められない自治体も少なくないが⁷⁸⁾、在宅医療や介護・福祉施策の実施主体が市町村に集約化してきており、医療的ケア児支援施策についても、市町村が主体性をもって取り組んでいくことが望まれる。

ただし、支援の専門性の高度化とともに供給主体の多元化が進んでおり、実施主体としての自治体の役割は、直接支援を提供するというのではなく、多様な主体によって地域のニーズに対応できる支援体制を構築するという位置づけになっている。すなわち、医療的ケア児の支援ニーズを適切に把握しながら、活用可能な地域資源を開発し、ネットワーク化を図っていくことを通して、自治体がいかに地域をマネジメントしていくかが問われ

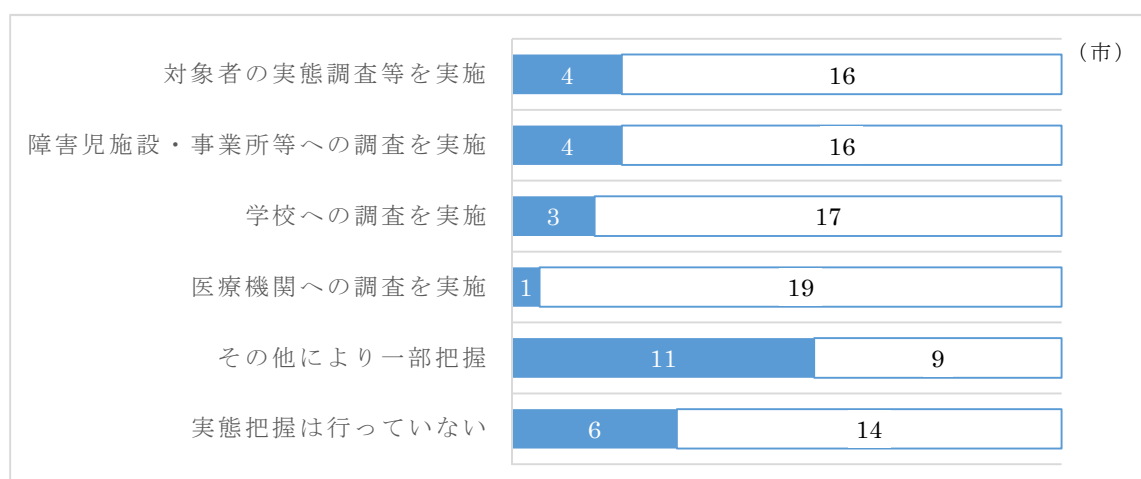
⁷⁸⁾ 関係機関の協議の場は、都道府県単位や二次医療圏、障害保健福祉圏域での設置・開催も認められている。

ることとなる。

しかしながら、こうした役割が求められるのは、必ずしも全ての市町村とはならないように思われる。医療的ケア児は、そのニーズの特性上、高度な医療機関の周辺に居住することになる場合が多いと考えられるが、そうした地域には人口が集積しているため、自ずと都市部に医療的ケア児が集中する可能性が高まる。こうした状況は、医療に限らず福祉や教育の分野についても同様であり、専門性の高い支援を提供する施設や事業所の多くは都市部にしか存在しておらず、医療的ケア児に適した支援を利用するためには、都市部に生活拠点を置かざるを得ない。こうした事情と、人口が多ければ医療的ケア児の人数も多くなることが相まって、医療的ケア児の支援は、すぐれて大都市の課題となりやすい。そこで、第4章の指定都市調査の結果を参照しながら、大都市における医療的ケア児支援施策の課題について考察していくこととしたい。

医療的ケア児支援の大きな課題の一つは、その生活実態が正確に把握されていないことであるが、指定都市においても、医療的ケア児に焦点を当てた対象者の実態調査等は、20市中4市でしか実施されていなかった(図6-2参照)。障害児施設・事業所への調査では、サービスを利用している子どもしか把握できないだけでなく、そもそも障害児に該当しない医療的ケア児は、障害児施設・事業所を利用することができないため、把握の方法としては不十分である。また、学校への調査は、未就学児が対象とならないため、それだけでは全体をカバーすることができない。医療機関への調査については、調査に対する協力を得るために相当な調整が必要であることや、調査をできたとしても、地域内の医療機関が主治医となっていない場合も多分に想定されることから、調査対象の設定も難しい。こうした問題を検討した結果として、完全な実態調査が行われていない状況となっているのかもしれないが、ニーズの把握は施策の立案の起点となるものであり、まずはこの課題をクリアしなければ、施策の具体化は困難である。

図6-2 医療的ケア児の実態把握の状況(再掲)



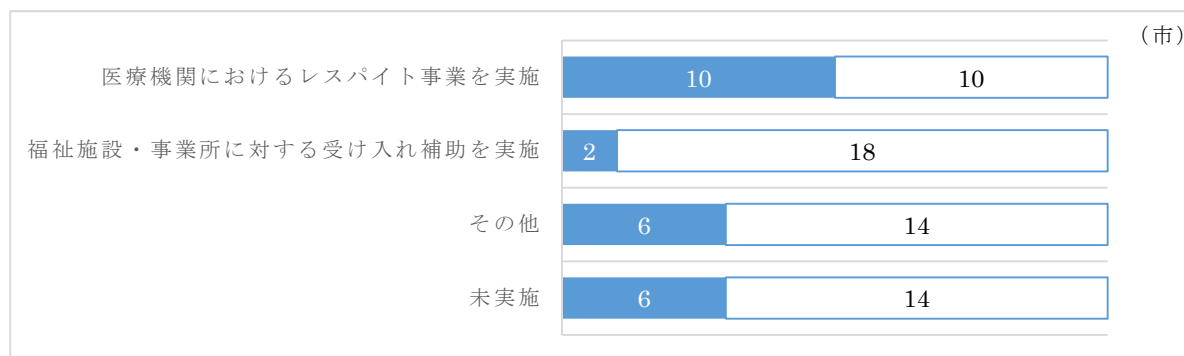
出典：第4章 図4-9

加えて、関係機関の協議の場については、国が定めた期限をすでに経過しており、多くの都市で設置が進んでいるものと思われるが、関係者がそれぞれの立場から課題を出し合

うだけで問題が解決するわけではない。協議の場をもつこと自体が目的化しないよう、客観的なデータに基づく共通の課題設定と解決策の検討が行われることが必要である。

また、市独自のサービス基盤確保策として、医療機関等におけるレスパイト事業を実施している都市が半数あるが（図 6-3 参照）、在宅支援が十分でない状況にある以上、医療機関における一時預かりは、現実的な支援の受け皿として有力なものとなる。しかし、レスパイト目的の入院は、医療政策の基本的な考え方とは相容れないため、医療保険制度では認められておらず、福祉施設のショートステイは医療的ケアに対応できないとなれば、一時的に預かってもらうためには自費での入院となってしまう。そうすると、保護者には高額な自己負担が発生し、病院には受け入れるための調整をする手間が発生するため、その部分を埋めるために、市独自事業として対策が講じられることになっているわけであるが⁷⁹⁾、こうした重要な事業であっても半数の都市でしか実施されていない。この事業を実施するためには、医療機関の協力が不可欠であり、その必要性を内外で理解を得ていくことができるかどうかが大きく問われることになる。レスパイト事業を実施することが根本的な解決になるわけではないが、在宅支援体制を整備するためには、医療機関の協力体制をいかに確保していくかが重要であり、当面の間は、その過程において市独自の取り組みが求められることになるだろう。

図 6-3 医療的ケア児施策における市独自のサービス基盤確保策の実施状況（再掲）

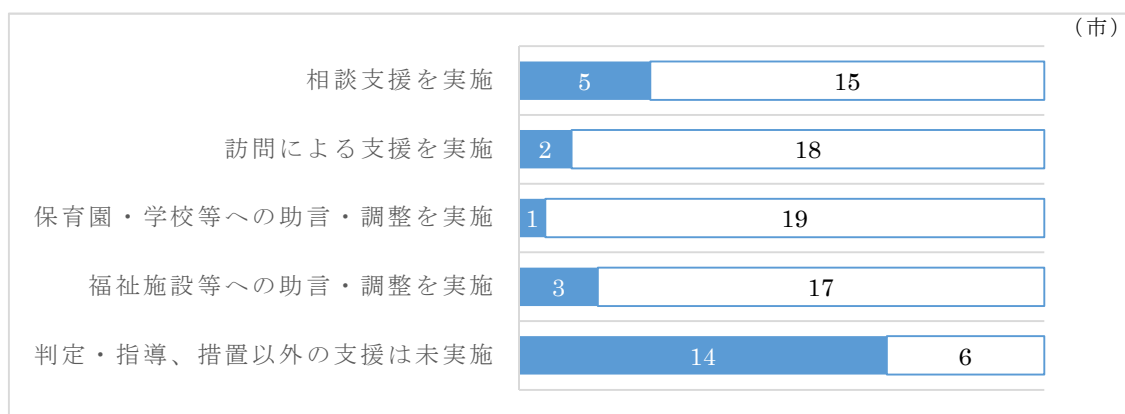


出典：第 4 章 図 4-13

そうした状況において、行政そのものが医療的ケア児支援にどのように関わっていくかということも問われてくるものと考えられるが、児童全般の専門機関であるはずの児童相談所において、医療的ケア児に対して判定や措置以外の支援を実施していない都市が 14 市もあった（図 6-4 参照）。こうした状況は、児童相談所が虐待相談対応に追われており、それ以外のケースにまで手が回らないという部分もあるかもしれないが、行政の相談機関では、医療的ケア児のような高度な専門性を必要とする支援に対応し切れなくなっている状況にあるということも十分に考えられる。実態把握や支援体制が十分でない状況にある中で、適切な相談支援を実施していくことは喫緊の課題であり、その体制整備に向けた取り組みを早急に進める必要がある。

⁷⁹⁾ 一時入院・短期入所利用時の連絡調整を行政が実施している都市が 20 市中 9 市あったが（第 4 章表 4-14 参照）、こうした調整に行政が関与することは非常に珍しく、医療的ケア児支援の困難さを象徴している。

図 6-4 児童相談所等による専門的な支援の実施状況
 (判定や指導・施設利用にかかる支給決定や措置を除く)(再掲)



出典：第4章 図4-11

第4節 大都市における医療的ケア児支援施策のあり方

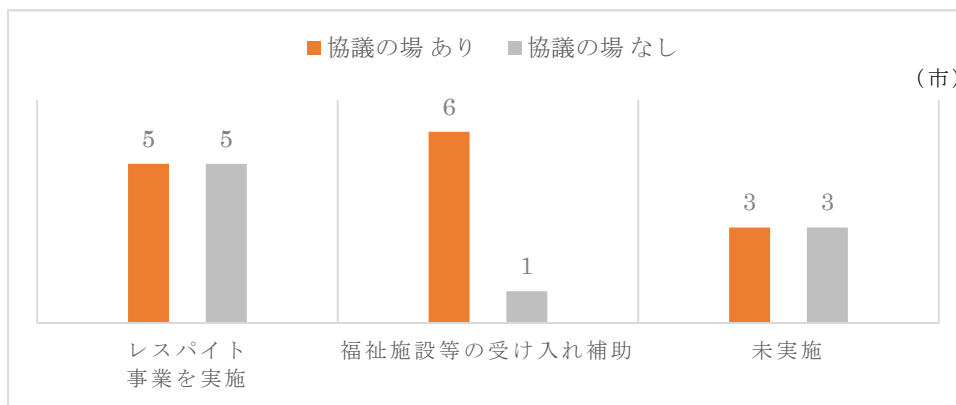
以上のような課題を踏まえると、大都市における医療的ケア児支援施策のあり方について、以下のようにまとめることができる。

まず、医療的ケア児の実態把握については、施策を進めていく上で不可欠な取り組みであるが、それが進まない理由としては、実効性のある手法が確立していないということが考えられる。現行の障害児施策の対象とはならない医療的ケア児が相当数存在していることが想定されるため、ニーズの内容や量を正確に把握するためには、自治体による独自調査の実施が必要である。しかしながら、医療的ケア児は、他都市の専門医療機関にかかっている場合も多数あり、自治体の所管区域内の医療機関に対する調査を実施しても、実態を正確に把握することはできない。もちろん、都道府県と連携して医療機関に対する調査を実施することも選択肢の一つにはなるが、乳幼児健診を実施している母子保健部門や義務教育を実施している教育部門では、自治体内のほぼ全員の子どもの身体・生活状況を把握する機会がある。大都市には、これらの部門がすべて一つの自治体の中に揃っていることを踏まえると、部門間で協調して医療的ケア児の実態把握を行うことが可能であり、またその手法を標準化していくことが大都市に求められる役割ともなる。

また、医療的ケア児支援に関する協議・検討の場については、そこで何を協議するかが重要であることを指摘したが、形骸化を防ぐためには、ある程度の論点を具体的に定めることが必要である。国としては、予算化できていなかったり、関係者間の調整が整っていないことを打ち出していくのは難しいかもしれないが、先進都市の好事例を紹介して、あとは自治体の主体性に委ねるというだけで問題が解決するような課題ではない。指定都市調査における協議の場の設置状況と市独自のサービス基盤確保策、サービス利用支援の実施状況の関係について見てみると、レスパイト事業や一時入院等の利用調整は、協議の場があってもなくても取り組まれていたが、福祉施設等の受け入れ補助や学校・福祉サービスの利用支援といった福祉施策については、協議の場が設置されている都市において進んでいた(図6-5及び図6-6参照)。このような取り組みは、それぞれの分野の専門性や

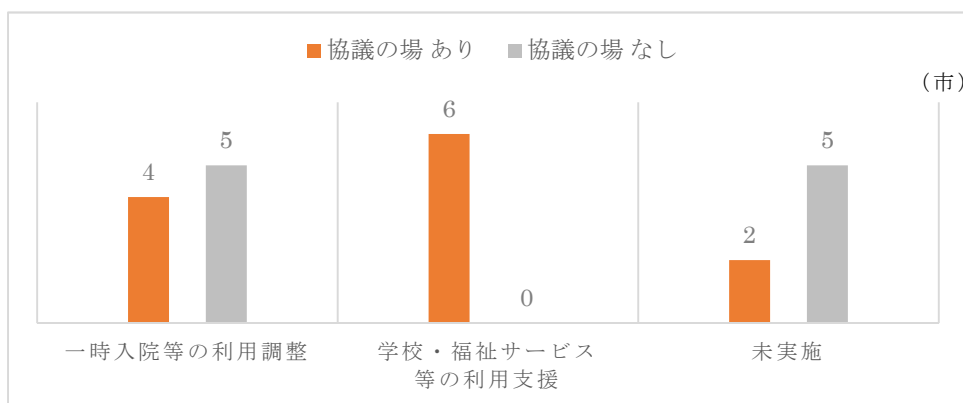
窮状を理解した上で、医療と福祉・教育を結び付けていくことが求められる非常に高度なものとなる。それ故の困難さは大きいですが、こうした分野をまたぐ課題を乗り越えながら、地域での生活を支援していく施策を具体化していくことが協議の場に求められる機能であり、その環境をいかに整備していくが行政に問われている⁸⁰⁾。

図 6-5 協議の場の設置と市独自のサービス基盤確保策の実施状況の関係



出典：第 4 章の調査結果から作成

図 6-6 協議の場の設置とサービス利用支援の実施状況の関係



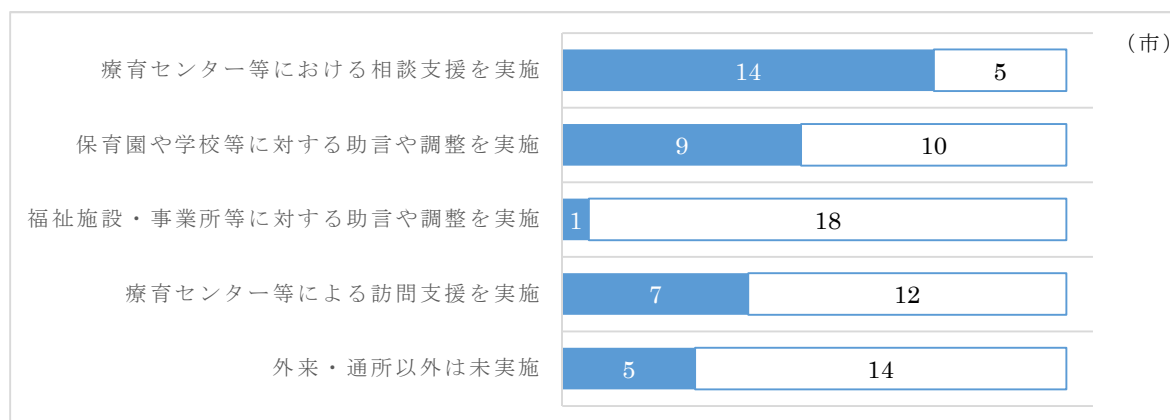
出典：第 4 章の調査結果から作成

さらに、こうした施策を具体化していくためには、実際に支援を供給する資源を確保していくことが不可欠である。医療機関は、医療の提供に特化しており、日常生活に必要な介護等の支援を外部で提供することはできないため、医療にも対応できる生活支援を地域の中で整備していくことが大きな課題となっている。そのためには、様々な局面において医療的ケアを実施できる人材の確保が必要となるが、そもそも医療的ケア児の人数も支援を実施する施設や事業所も少ないため、支援スキルを習得することができる機会が非常に限定されており、それ故に人材の確保が進まないという悪循環が生じている。こうした状況を打開するためには、医療機関による協力の下で、在宅医や訪問看護等の在宅医療と福

⁸⁰⁾ 山本は、自治体が共生社会の創出を自らの役割であることを自覚しつつ、自立支援協議会など市民との共同の取り組みを図るなかで、その要望を具体化し施策化を図ることが必要であると指摘している（山本 2015：158）。

社や教育等の生活支援の担い手を満遍なく養成できるようにしていくことが必要である。指定都市調査では、多くの都市が、療育センターや障害児施設において医療的ケア児の相談に応じていたが（図 6-7 参照）、医療的ケア児支援と親和性があるこうした資源が、支援の担い手となりつつ、担い手を育成する役割を果たしたりできるようにすることが、この課題を解決するための道筋となろう。その上で、医療的ケア児支援は、一つの機関や施設で支援を完結させることは不可能であり、様々な主体の特性や実態を見極めながら、相互の協働関係を形成していくことが必要である。そのためには、相談支援体制の構築も合わせて取り組んでいくことが重要であるが、児童相談所による相談支援が困難な現状を踏まえると、やはり療育センター等の機能をいかに有効に活用していくかがポイントになる⁸¹⁾。

図 6-7 療育センター・障害児施設による専門的な支援の実施状況
(外来や通所支援を除く)(再掲)



出典：第 4 章 図 4-12

医療的ケア児支援は、既存制度の枠組みでは対応し切れない複雑多様な支援ニーズと、少数ではあるが深刻な生活実態に対応するという、福祉行政の根源的な政策課題である。非常に難易度の高い課題であり、短期間で解決することは難しいかもしれないが、こうした問題への取り組みによって、地域住民に寄り添う自治体の真価が問われることになる。中でも大都市が果たす役割は、自らの地域住民に対してはもとより、大都市の資源に頼らざるを得ない周囲の自治体・住民にとっても非常に重要なものとなる。大都市の医療的ケア児支援施策は、全国の施策をリードしていけるよう、積極性をもって取り組まなければならない。

⁸¹⁾ 中村は、小児等在宅医療連携拠点事業の成果を踏まえ、医療的ケア児支援施策を推進するためには、行政機関内の部門間連携や多業種協働、コーディネーター職の配置を図ることが重要であるとしつつ、保健所や児童発達支援センター、障害児相談支援事業所の専門職を活用することや支援チームによって対応するなど、地域の実情に応じた取り組みを進めるべきであると指摘している（中村 2016 : 160）。

第7章 高齢障害者支援施策に関する考察

本章では、前2章に続き、高齢障害者支援施策について考察を行う。第5章では、高齢者医療・介護施策について考察したが、要介護高齢者の中には、障害を併せもつ者も多数存在している。現代社会では、老化に伴う心身機能の低下によって、脳血管障害や糖尿病、認知症等を発症して身体障害や精神障害を有するようになるケースが増加している。その一方で、脳性まひや自閉症、統合失調症等による身体・知的・精神障害を有する者が高齢化し、介護を必要とするようになるケースも増えてきている。こうした高齢障害者の支援ニーズは、高齢者支援と障害者支援との両面から対応していく必要があり、双方を関連付けて施策のあり方を考えていく必要がある。

厚生労働省が2016年に実施した「生活のしづらさなどに関する調査」では、在宅の65歳以上の身体障害者は311.3万人となっており、身体障害者全体の72.6%を占めるようになった。また、厚生労働省が2014年に実施した「患者調査」では、外来の65歳以上の精神障害者は132.4万人となっており、精神障害者全体の36.7%を占めるとともに、2008年と比較して5.2%も増加している。こうした状況は、高齢期に発症しやすい疾患に起因する要介護高齢者の増加と連動していることは容易に推測できるが、若年期から障害があった者が高齢化しているという側面も多分にある。

いずれにしても、老化に伴う支援ニーズと障害特性に応じた支援ニーズを併せもつ高齢障害者の増加によって、支援ニーズの複合化が生じてきているが、その状態像は多様であり、生活状況や支援ニーズには、相当大きな幅がある。とりわけ、高齢期になってから障害者となる者が大幅に増加している中で、若年期から障害者であった者の割合は少ないものの、若年期に発症する障害や疾病ほど個別性が高く、少数の中でもニーズが細分化していることに十分留意しなければならない。

加えて、2016年の「生活のしづらさなどに関する調査」による在宅の65歳以上の知的障害者は6.2万人であり、知的障害者全体の6.4%となっているが、障害に対する誤解や偏見から療育手帳を取得していない高齢の知的障害者が存在しており、実態が正確に把握されていないということが指摘されている（谷口2015：13）。また、知的障害者は、40歳代後半から急激に老化や退行が生じるため、年齢だけで高齢化問題の対象者を区分することが難しい（植田2016：43-46）。

こうした高齢障害者をめぐる状況がありながら、高齢者施策と障害者施策が別々に制度化され、それぞれに専門性が高度化してきたことによって、両方のニーズをもつ高齢障害者の特性を踏まえた支援が提供されにくいという問題が生じている。こうした課題は、人口が少ない地域では個別的に対応できる場合が少なくないが、両者のニーズが大量に存在しておりサービス供給の効率性を追求しなければならない大都市では、一定のボリュームのある課題となってきた。

そこで本章では、高齢障害者の実態やニーズとともに、その支援の現状と課題について整理した上で、第4章による指定都市調査の結果も踏まえつつ、高齢障害者支援施策のあり方について検討していくこととする。

第1節 高齢障害者の実態と支援ニーズ

2016年の「生活のしづらさなどに関する調査」によると、障害者の住まいの状況は、65歳以上の身体障害者の61.1%が自分の持ち家であるのに対して、知的障害者の41.4%、精神障害者の46.4%が自分の持ち家となっている。さらに、65歳未満に着目すると、身体障害者の持ち家率は34.8%であるが、知的障害者と精神障害者の持ち家率は、それぞれ8.4%、11.9%と非常に低くなっている。

また、同居者の状況については、65歳以上の身体障害者の70.9%が夫婦で同居しているが、知的障害者は66.2%、精神障害者は64.8%にとどまっている。この傾向は、65歳未満でさらに顕著であり、身体障害者の52.1%が夫婦で同居しているが、知的障害者は4.3%、精神障害者は27.1%しか夫婦で同居していない。その一方で、65歳以上の身体障害者は2.7%しか親と同居していないが、知的障害者の10.2%、精神障害者の11.0%が親と同居している。この傾向も、65歳未満でさらに顕著であり、身体障害者は48.6%しか親と同居していないのに対して、知的障害者は92.0%、精神障害者は67.8%と非常に高い割合で親と同居している。

こうしたデータを踏まえると、身体障害者の多くは、一定の資産と家族を形成した後に、高齢になってから身体障害者になっていると見ることができるが、知的障害者と精神障害者の多くは、親によって生活が支えられており、知的障害者の方が、その傾向が強いといえる。高齢障害者は、介護や経済的な支援を家族に求めざるを得ない中で、介護者の加齢に大きな不安をもっていることが指摘されているが（大川 2013：13）、障害の種別や年齢によって、その状況が大きく異なることを理解する必要がある。

また、65歳未満の多くの障害者が親に生活を依存している状況に鑑みると、障害の発症が若年であるほど親の高齢化が与える影響が大きくなるため、高齢期に生活基盤が弱体化しやすいということが指摘できる。このため、若年から障害者であった者は、高齢化とともに複合的な活動制限や社会参加の制約が生じることで、ADL（日常生活動作）の低下が加速的に進行し、そのことがさらに活動や参加を阻害するという循環に陥ることになる（大川 2013：14）。こうした問題は、若年に障害者となった者に特有のものではなく、高齢期になってから障害者になった者にも少なからず生じるものであり、高齢障害者の支援ニーズは、本人や家族の高齢化に伴う状況の変化が連続的に発生し、それに伴ってニーズが複合化していくところに大きな特徴があるといえる。

高齢者施策と障害者施策が別々に進められてきたことで、それぞれの専門性に応じたきめ細かな支援が展開されてきたことは評価されるべきであるが、こうした支援ニーズに対応しにくい仕組みになってしまったことで、高齢障害者への支援が狭間に置かれてしまっている感は否めない（遠藤 2014：4）。高齢障害者の生活実態は個々様々であり、また障害が発生した年齢によっても高齢化がもたらす生活問題の意味合いは異なってくるため、高齢障害者支援を定型化することは困難な部分もあるが、高齢者と障害者の分野をまたいだ取り組みを進めることによって、それぞれのニーズに即した支援が展開されるようにしていかなければならない。

第2節 高齢障害者支援の現状と課題

1. 高齢者施策における障害者支援

高齢者施策における主たる福祉制度である介護保険は、疾病・障害の原因や種類を問わず、65歳以上の全ての要介護者に対して介護サービスを提供するものであり、障害者施策における障害者総合支援法に同様のサービスがある場合には、同法第7条に基づき、介護保険サービスを優先して利用することとなる。

しかし、介護保険サービスと障害福祉サービスでは利用者負担や支給決定の基準が異なるため、同じような状態像で同様のサービスを利用しようとしても、介護保険サービスを利用した方が利用者負担が高くなったり、サービスの支給量が減少したりする場合がある。また、介護保険サービスと障害福祉サービスの内容や事業者指定の基準が異なるため、65歳以上の障害者を機械的に介護保険制度に移行させてしまうと、これまで利用していた事業者が利用できなくなることで環境が急激に変化してしまい、生活が混乱するといった問題も指摘されている（長岡 2016：12-13）。

加えて、介護保険法に規定されている特定疾病に該当する場合には、40歳になった時点で介護保険サービスが優先されることとなるが、その対象者が非常に少ないという課題も存在している。こうした人たちに介護保険サービスの優先を厳格に適用しようとする、日中活動や入所施設等のサービスでは、利用者の大半が高齢者という中で若年の障害者がサービスを利用することとなるため、当事者のニーズに即した支援を受けることができないという問題が生じている（青木 2017：14-15）。

国としては、共生型サービスの創設や、高齢障害者の利用者負担を軽減する仕組みを設ける等して対応を図ろうとしているが、現在のところ、抜本的な解決策が見出されていると言える状況にはない⁸²⁾。

こうした課題以外にも、介護保険サービスでは障害特性への配慮が制度上ほとんど手当てされていないため、障害固有のニーズに応じたサービスが提供されなかったり、そもそも障害者が介護保険サービスを利用できないといった問題も生じている。例えば、北川が実施した調査によると、高齢知的障害者の介護保険施設利用について、特別養護老人ホームの42%、介護老人保健施設の50%が「問題点がある」としており、現に受け入れている施設は、それぞれ42%と38%であった（北川 2014：131）。

国もこうした状況を認識しており、障害福祉制度と介護保険制度双方をコーディネートする人材育成や連携体制の構築、介護保険事業所において障害者ケアが適切に行われるための研修等の必要性について議論を行っているが（厚生労働省 2015b：5）、制度的な対応には至っていないのが現状である。

2. 障害者施策における高齢者支援

障害者施策においては、高齢者施策と重複しない限り、基本的には対象年齢に上限が定められていない。このため、高齢になってから障害者となった場合でも、医療費や補装具

⁸²⁾ 大塚は、介護保険制度を年齢で分けるのではなく、介護が必要になった人が広く利用できる使いやすい普遍的なサービスとして、障害福祉サービスはセーフティネットとして機能させるようにすべきとして、制度の全体的な見直しを提言している（大塚 2015：21）。

費の助成制度を利用したり、公共サービスや交通機関の料金の減免を受けたりすることができるようになってきている。しかしながら、要介護高齢者の増加に伴って、障害者の福祉制度の利用者も増加してきているため、自治体の厳しい財政状況も相まって、制度の見直しを図る動きが出てきている⁸³⁾。

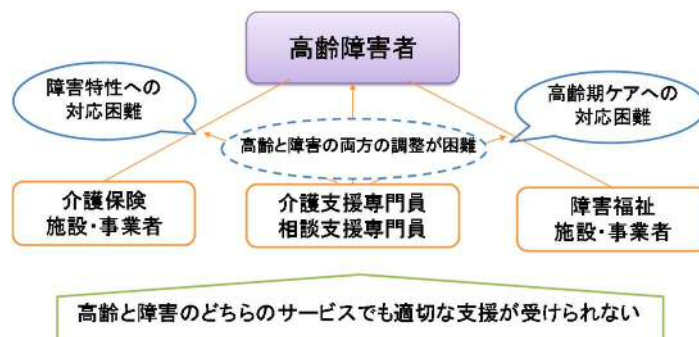
また、障害福祉サービスを提供する施設や事業所においては、長い間利用してきた障害者が高齢化するという課題が表出しているが、高齢期特有の支援ニーズに対する制度的な手当てがなされているわけではない。利用者が高齢化が進むと、介護への対応や医療との連携、機能低下に沿った支援への切り替えや環境整備が求められるようになるため、若年層の利用者とは異なる支援プログラムの設定が必要になるなど、事業運営の困難性が増すことになる（祐川 2014：153-155）。したがって、高齢となった障害者を含めた様々な年齢層に対応できる支援を提供していくためには、職員のスキルアップ、人員体制の充実、施設や設備の改善等が必要となるが、具体的な対策は検討の域を出ていない（厚生労働省 2015b：8）。

その結果、障害者施設・事業所の運営に過重な負荷がかかったり、障害福祉サービスでも介護保険サービスでも適切な支援を受けることができずに、養護老人ホームや救護施設等に様々な障害を有する者が収容されたりするなど、混沌とした支援環境が作り出されている（谷口 2014:125）。

3. 高齢障害者支援施策の問題構造

以上のような高齢障害者支援施策の問題構造を図式化したのが、図 7-1 である。高齢者を支援する介護保険施設・事業者では障害特性への対応が難しく、障害者を支援する障害福祉施設・事業者では高齢期ケアへの対応が難しい状況にある。その要因は、介護保険法と障害者総合支援法の制度上の不整合や、複合的な支援ニーズへの手当てが不十分であるといったことが影響しているが、高齢者支援と障害者支援の援助方法が統合されておらず、適切なサービスを提供することが技術的に困難であるということも多分に影響している。

図 7-1 高齢障害者支援施策の問題構造



出典：筆者作成

⁸³⁾ 重度障害者に対する医療費助成制度は、地方自治体の単独事業として全国的に実施されているが、65歳以上で障害者となった者を対象から除外するという見直しを行う自治体が出てきている。

このため、介護支援専門員や相談支援専門員は、高齢者支援と障害者支援の複合的なニーズに対応しようとしても、両方の支援を一体的に提供できる地域資源が存在しておらず、自身が両方の知識や技術を持ち合わせていないことも相まって、適切な調整を行うことができないという状況に帰結してしまう。

こうした状況は、高齢者福祉と障害者福祉が分立して発展してきたことによるところが大きいとも思われるが、そもそも個別的なニーズにきめ細かく対応しようとする、様々な専門性を組み合わせることが必要になる。医療や介護技術の進展によって、現代の社会福祉には多くの専門的な知識や技術が求められるようになってきているが、これらを従事者一人ひとりの中で統合していくのか、一定の組織の中に多様な専門職を配置していくのか、組織間の連携によって専門性を補完していくのかが一定の方針として地域全体で共有されなければ、適切な高齢障害者支援を提供することは難しいように思われる。

第3節 大都市における高齢障害者支援施策の課題

上記のような高齢者・障害者施策の課題を踏まえ、現行制度においては、介護保険サービスのみによって必要な支給量が確保することができないと認められる場合や、障害福祉サービス固有のサービスと認められるものを利用する場合には、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能となっている。しかしながら、本人の意向や生活状況を考慮せず、画一的に介護保険サービスを優先させている地方自治体が存在していることが指摘されており（社会保障審議会・障害者部会 2015：23）、まずは当事者の実情に応じた適切な制度運用が確保されることが求められる。

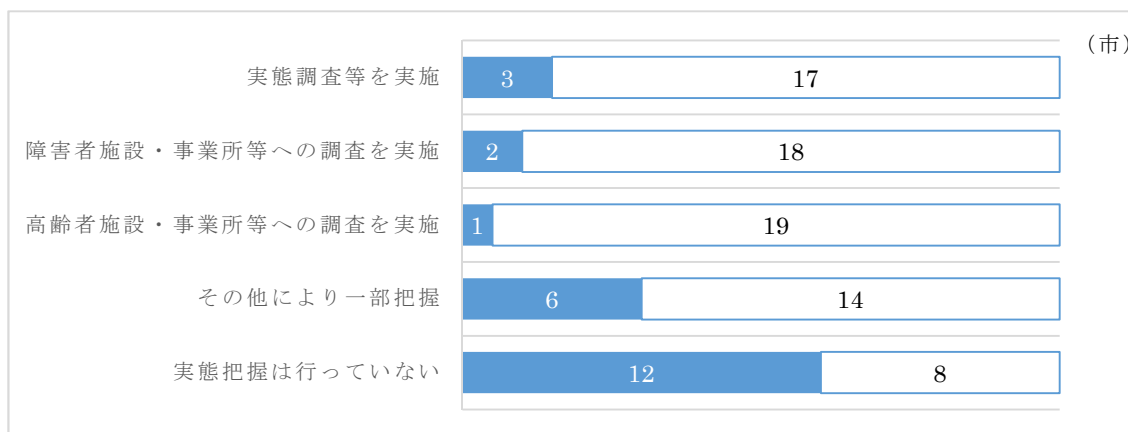
その上で、高齢障害者が円滑にサービスを利用できるようにするためには、①急激な環境変化による影響に配慮すること、②高齢化と障害特性に応じた支援を提供できる事業所を確保すること、③高齢者支援と障害者支援の間で連携を図ることが必要とされるが、こうした取り組みも十分に行われているとは言い難い（相馬・五味・大村ほか 2014：114-115）。

すなわち、高齢障害者支援をめぐる課題は、いかに個々のニーズに応じて制度や支援を調整していくかということが重要になってくるが、置かれている状況には地域差が大きい。サービスの利用者が少ない地域では個別に対応していくことができるが、高齢者と障害者の支援ニーズが大量に存在している都市部では、双方ともにサービス提供の効率性を追求しなければならない。したがって、複合的なニーズをもつ高齢障害者への支援は、規模が大きい都市ほど難しくなっていく。そこで、第4章による調査結果を参照しながら、大都市における高齢障害者支援施策の課題について考察することとしたい。

高齢障害者支援は、高齢者施策と障害者施策による一体的な対応が求められるものであり、いずれかの施策だけでは、支援ニーズの全体像を把握することはできない。したがって、その実態を把握するためには、高齢障害者に特化した調査を実施することが望ましいが、当事者や施設・事業所等に対して調査を実施している都市はほとんどないという状況である（図7-2参照）。高齢者施策と障害者施策は、それぞれの制度がほとんど分野内で完結しており、双方の枠組みの中だけで支援ニーズを捉えられがちであるが、それでは完

結しない支援ニーズを部分的な枠組みの中だけで捉えようとしても、実像を捉えることはできない。

図 7-2 高齢障害者の実態把握の状況（再掲）

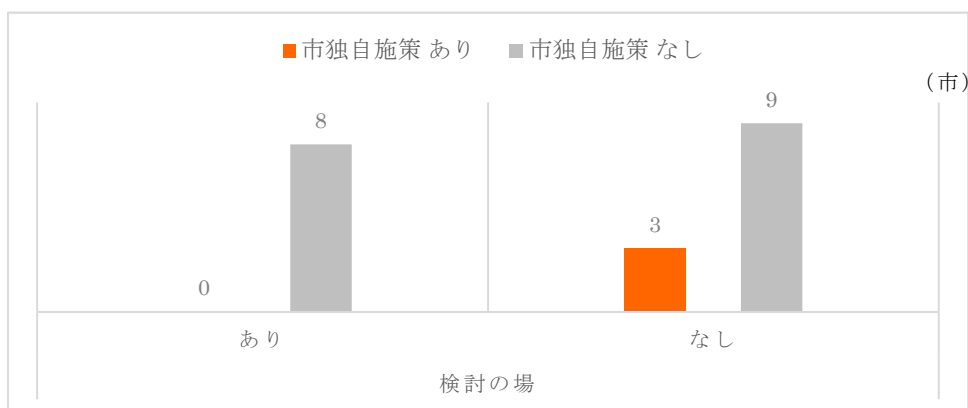


出典：第 4 章 図 4-17

こうした状況を脱するためには、高齢者施策と障害者施策の歩み寄りが必要であるが、それぞれの施策のあり方を検討する場合は、介護保険法と障害者基本法に基づき別個に審議会を置くこととされ、さらには地域課題の共有やサービス基盤の確保策を検討する場についても、地域ケア会議と自立支援協議会をそれぞれ設置することとされている。このような分立体制になっているが故に、意識的に両者を連動させて運営しなければ、高齢障害者の支援体制を確立していくことは難しい。

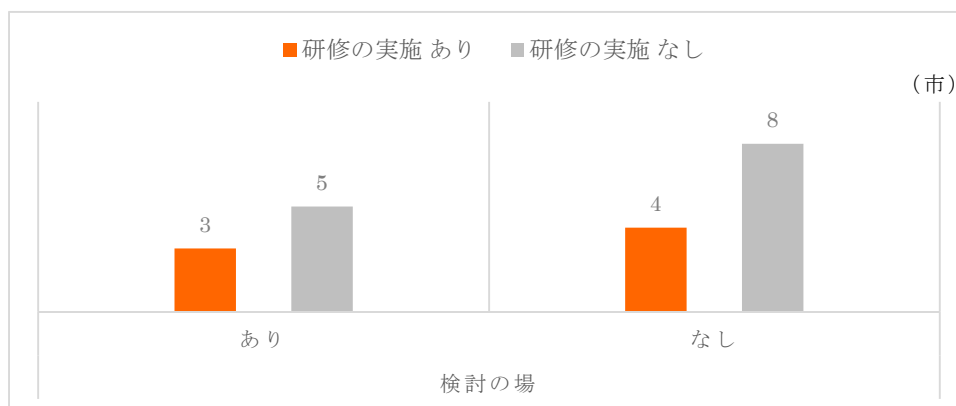
そこで、検討の場の設置と市独自のサービス基盤確保策の実施状況の関係について見てみると、検討の場を設置している都市では、市独自の取り組みを実施している都市がなく、むしろ検討の場を設置していない都市において市独自の取り組みを実施していた（図 7-3 参照）。また、検討の場の設置と研修の実施状況の関係について見てみると、検討の場を設置している都市としない都市の両方において、研修を実施している都市が、実施していない都市の概ね半数であった（図 7-4 参照）。こうした状況を踏まえると、高齢者施

図 7-3 検討の場の設置と市独自のサービス基盤確保策の実施状況の関係



出典：第 4 章の調査結果から作成

図 7-4 検討の場の設置と研修の実施状況の関係

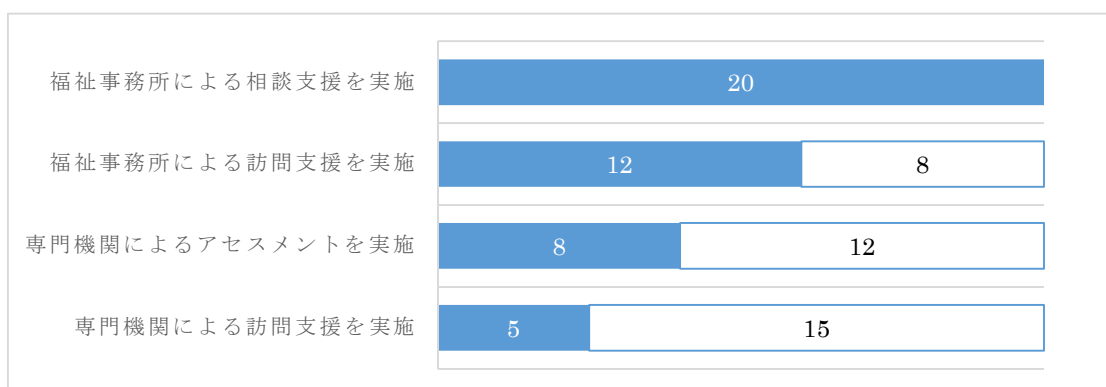


出典：第 4 章の調査結果から作成

策と高齢者施策の検討の場が、必ずしも高齢障害者支援を課題として十分捉えておらず、各都市において行われている取り組みは、検討の場と連動することなく実施されていることが推察される。

その一方で、制度が確立しているメリットとして、福祉事務所による相談支援については、全都市が対応できているという状況がある（図 7-5 参照）。すなわち、支援が必要であれば何らかのサービスにつなげることができるというレベルでは、第 6 章で取り上げた医療的ケア児支援施策よりも、課題の深刻さは軽いといえる。しかし、高齢障害者支援は、当事者の意向や身体状況、生活実態等を踏まえつつ、障害特性や高齢化による影響を総合的に見極めながらサービスの利用調整を図っていく必要があるものであり、ただ単に利用できるサービスにつなげればよいということにはならない。こうした支援を展開していくためには、多様な専門職が連携しながら、アウトリーチ型の相談支援を実施していくことが望ましいが、障害者更生相談所等の専門機関が訪問によってアセスメントを実施している都市は、4 分の 1 の都市に止まっているのが現状である（図 7-5 参照）。

図 7-5 福祉事務所や専門機関による相談支援の実施状況（再掲）



出典：第 4 章 図 4-19

第4節 大都市における高齢障害者支援施策のあり方

以上のような課題を踏まえると、大都市における高齢障害者支援施策のあり方について、以下のようにまとめることができる。

第一として、実態把握や施策検討が十分に行われていない状況を踏まえると、自治体が地域に存在する支援ニーズを積極的に把握しようされておらず、支援やサービスの調整も十分に行われていないことが懸念される。相馬らは、介護保険サービスと障害福祉サービスの運用に当たり、市町村に対して実施した調査結果を踏まえ、高齢障害者の福祉サービスの利用調整には、高齢者福祉と障害者福祉の担当者レベルでの緊密な連携の下で、本人の意向の丁寧な把握や体験利用の実施、施設・事業所への働きかけといった取り組みが有効であるとしている（相馬・五味・大村ほか 2014：115-117）。例えば出雲市では、障害福祉サービスを受けている利用者が65歳を迎える2年前から、移行困難者の検討を介護保険担当課と障害福祉担当課で行うこととしており、その過程において、地域包括支援センターや基幹相談支援センターが中心となって合同事例検討会や研修会を実施している（東 2016：30-31）。こうした取り組みが各自治体に広まっていくことが望ましいが、その前提として、自治体が高齢障害者の特性と支援の必要性を理解できていなければならない。高齢障害者支援の第一段階の取り組みとして、まずは潜在化している高齢障害者の所在と実態を明らかにすることが必要であり、専門的知見を活用しながら支援ニーズを顕在化させていくことが必要である。

そして、第二として、高齢障害者に対する相談支援には専門的な知見が必要とされるが、専門機関が関与する体制が確保されておらず、適切な支援を提供できていないという課題に対応する必要がある。高齢障害者支援を進めていくためには、地域ケア会議や自立支援協議会の連携や介護支援専門員と相談支援専門員の連携、介護保険施設等と障害福祉サービス事業所との連携や支援手法の研修等の取り組みが必要であるとされているが（社会保障審議会・障害者部会 2015：25-26）、これらをどのように実効性のあるものにしていくかということも大きな課題である。こうした状況を踏まえ、日本社会福祉士会は、高齢者と障害者の相談支援体制に関する900市町村への調査を実施し、人口規模が小さい自治体ほど、両者を直営かつ一体的に行わざるを得ない状況にある一方で、人口規模が大きい自治体は、相談窓口を民間主体に委託した上で、対象者ごとに両者を運営している状況を明らかにした（日本社会福祉士会 2008）。その背景には、小規模な自治体では、専門的な人材の確保が困難であることや対象者数がそもそも少ないという事情がある一方で、大規模な自治体では様々な専門的な対応を数多く求められるため、特定の高度なニーズにも一定対応できる体制をつくる必要性に迫られている状況があることを指摘している（日本社会福祉士会 2008：45）。すなわち、大都市においては、単純に高齢者支援と障害者支援を一体化させるような施策を講じても、課題の解決にはつながらない。大都市において高齢障害者支援施策を進めていくためには、高齢障害者のニーズに対応したサービスを提供できる環境を一定整備した上で、支援従事者が必要な知識や技術を習得できるような人材育成プログラムを設定していくことが必要である。

その上で、第三として、支援体制を整備するための具体的な手法として、同一法人に高齢者と障害者の両方の相談支援を委託したり、同一空間に両者の相談窓口を配置するなど

の事例が存在しているが（日本社会福祉士会 2008：71）、大都市では事業主体の多くが専門特化して設立されているため、両方の相談支援を実施できる法人がなかったり、複数の法人で事業を一体的に運営することが難しいという状況が存在する。こうした課題に対応していくためには、先駆的な実践に取り組む民間法人を育成したり、専門的な機関や人材を活用したりするなどして、地域の中に協働体制を構築していくことが必要となる。障害特性に応じたきめ細かな支援を提供していくためには、専門家の知見を得ることが重要であり、障害者更生相談所や専門的な障害者支援施設、大学等の研究機関との連携を視野に入れていかなければならない。

高齢者支援と障害者支援は、制度的に確立されているが故に、いずれかの支援につながれば適切な支援が提供されると思ってしまうと、それ以上の対応は行われなくなってしまふ。しかし、大都市における適切な支援を受けることができない高齢障害者の増加と、高齢障害者支援における施設・事業所の混乱は、個別の現場だけでは背負いきれないレベルの問題になってきている。これらを解決するためには、地域全体として質の高い支援が提供されるようにしていくという視点が肝要であり、そのために果たすべき自治体の役割は小さくない。適切な支援にアクセスできないニーズを拾い上げ、民間だけでは行き届かせることができない支援を提供できるようにしていくことが福祉行政の本旨であり、高齢障害者支援施策は、そのことを大きく問いかけている。

第 3 部

大都市型包括的サービス供給システムの構築に向けて

第8章 福祉多元化と自治体アドミニストレーション

第2部では、大都市における包括的支援施策の実態と課題について、3つの施策を取り上げながら検証を行い、複合的支援ニーズには相当な幅があり、内容に応じて支援の方法が異なるため、それぞれに応じた施策を講じていく必要があることを明らかにした。第3部では、そうした個々の施策を実施するに当たっては、関連する支援ニーズへの対応にも配慮する必要があることや、他の施策でも活用されている制度やサービスを共用することになることを踏まえ、自治体がどのような福祉行政を展開すべきかを検討することとした。

この検討に当たっては、施策を講じる前提となるサービス供給体制が多元化してきていることに十分留意しなければならない。我が国の福祉政策は、バブル経済の崩壊を契機とした長期的な不況と財政の悪化に対応するため、行政機能の縮減と民間活力の活用を目指す行政改革の方針の下で、様々な見直しが行われてきた。その代表的な取り組みは、直営サービスの民営化であり、サービス供給主体としての役割を民間に移行させることによって、サービス供給コストを縮減することが企図された。その一方で、多くの民間主体をサービス供給市場に参入させるために様々な規制が緩和され、多様な主体や形態によってサービスが提供されるようになってきている。この結果、サービスの供給主体は増加したが、民間主体は、必ずしも地域全体の支援ニーズを見ながらサービスを提供しているわけではなく、それぞれの考え方や方法によってサービスを提供しているため、地域資源を全体的にコントロールしなければ、サービスの過不足や支援ニーズとの不適合などの問題が発生する恐れがある。したがって、現代の自治体福祉行政には、制度の管理者としての役割を担うことが求められるようになってきた。

そこで、本章では、こうした経緯を踏まえ、福祉サービスの民営化を踏まえた供給体制の現状について検証しながら、福祉多元化におけるサービス供給システムの課題について整理する。その上で、大都市におけるサービス供給システム管理の実情について考察しながら、多元化時代の自治体アドミニストレーションのあり方について検討することとする。

第1節 福祉サービスの民営化と供給体制の変容

我が国の行政システムは、長びく不況と財政の悪化を踏まえ、2004年に閣議決定された「今後の行政改革の方針」等に基づき、「民間でできることは民間に」等の観点から、様々な分野において強力に行政改革が推進されてきた。地方自治体に関しては、総務省が策定した「地方公共団体における行政改革の推進のための新たな指針」によって、地域において住民団体をはじめNPOや企業等の多様な主体が提供する多面的な仕組みを整えていくこととして、民間委託等の推進や指定管理者制度の活用によって行政の担うべき役割を重点化しつつ、地方公務員の定員について、1999年から2004年にかけて達成した4.6%を上回る純減を図ることが求められた（総務省2005）。

これらの方針に基づき、福祉分野においては、主として公営施設の民営化が進められることとなったが、指定管理者制度が導入された 2003 年以降の主な社会福祉施設の設置主体・運営主体別の施設数の推移を示したのが表 8-1 である。このデータからは、介護老人福祉施設と障害者支援施設の場合、2003 年から 2015 年の間に、公設公営施設はそれぞれ 145 施設（48%）と 64 施設（53%）、公設民営施設は 11 施設（5%）と 143 施設（56%）が削減されており、指定管理者制度の活用等による民営化に止まらず、公設施設としての位置づけそのものが見直され、民設民営による施設の設置・運営にシフトしてきていることがわかる。また、保育所についても、公設民営施設が 184 施設（56%）増加しているものの、公設公営は 3,892 施設（32%）の減、民設民営は 3,418 施設（35%）の増という状況を踏まえると、指定管理者制度等の活用が進んでいるという評価よりも、民設民営化の流れが大きくなっていると見るのが適当である。

表 8-1 設置主体・運営主体別社会福祉施設数の推移

	介護老人福祉施設				障害者支援施設				保育所			
	公設公営	公設民営	民設民営	合計	公設公営	公設民営	民設民営	合計	公設公営	公設民営	民設民営	合計
2003年	301	244	4,531	5,076	120	256	2,039	2,415	12,236	330	9,825	22,391
2004年	296	241	4,746	5,283	116	255	2,091	2,462	12,013	368	10,113	22,494
2005年	279	231	5,016	5,526	111	243	2,130	2,484	11,752	347	10,525	22,624
2006年	268	229	5,211	5,708	101	239	2,151	2,491	11,510	363	10,847	22,720
2007年	251	244	5,389	5,884	90	199	2,207	2,496	11,240	397	11,201	22,838
2008年	241	250	5,517	6,008	89	177	2,185	2,451	10,935	418	11,545	22,898
2009年	210	254	5,404	5,868	76	154	2,108	2,338	10,397	424	11,446	22,267
2010年	182	233	5,255	5,670	70	153	2,148	2,371	9,886	460	11,334	21,680
2011年	188	258	5,501	5,947	62	132	2,119	2,313	9,486	470	11,794	21,750
2012年	180	264	5,641	6,085	72	131	2,249	2,452	9,577	522	12,620	22,719
2013年	175	276	5,753	6,204	66	124	2,277	2,467	8,954	518	12,511	21,983
2014年	160	241	6,355	6,756	68	127	2,245	2,440	8,763	532	12,901	22,196
2015年	156	233	6,667	7,056	56	113	2,239	2,408	8,344	514	13,243	22,101
2003年～ 2015年の 増減数	▲ 145	▲ 11	2,136	1,980	▲ 64	▲ 143	200	▲ 7	▲ 3,892	184	3,418	▲ 290
2003年～ 2015年の 増減率	▲48%	▲5%	47%	39%	▲53%	▲56%	10%	0%	▲32%	56%	35%	▲1%

出典：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』及び『社会福祉施設等調査』の平成15年から平成27年分までの調査結果を参照して作成。

注1：表の施設数は、都道府県、市区町村、一部事務組合・広域連合の施設数を合算したものである。

注2：障害者支援施設については、障害者自立支援法の施行により施設体系が変更されていることを踏まえ、旧法施設（肢体不自由者更生施設、視覚障害者更生施設、言語・聴覚障害者更生施設、内部障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者授産施設、知的障害者入所更生施設、知的障害者入所授産施設）の数を合算して計上している。

そして、地方自治体の民生関係職員数について、同時期における区分別の推移を示したのが表 8-2 であるが、このデータによって、2003 年から 2015 年の間に、社会福祉施設職員 16,228 人や保育所保育士 20,601 人をはじめとして合計 34,855 人が、民生部門において削減されていることが分かる。このことは、公営施設の民営化を進めた当然の帰結であるが、福祉事務所職員が 12,707 人増員されていることについては、この間の社会情勢を考慮すると、無年金・低年金高齢者や景気の悪化による失業者の増加に伴って生活保護受給世帯が増加したこと等に対応するために、やむを得ず福祉事務所の職員を増員したというのが実情であるように思われる。いずれにしても、福祉サービスの民営化は、地方公務員の削減に大きく寄与する結果となっており、自治体の人件費を縮減しようとする動き

と密接に関連したものであるということが出来る。

表 8-2 地方自治体における民生関係の区別職員数の推移

	社会福祉施設職員	保育所保育士	保育所その他	福祉事務所職員	その他				合計
					本庁関係	施設関係	その他関係	小計	
2003年	37,617	103,286	22,505	41,889	-	-	-	56,772	262,069
2004年	37,626	101,585	21,948	39,658	44,124	5,723	7,566	57,413	258,230
2005年	35,969	99,448	20,749	41,750	41,083	5,110	9,861	56,054	253,970
2006年	33,432	97,258	20,037	44,190	38,991	4,761	11,397	55,149	250,066
2007年	31,799	94,511	18,929	44,871	39,217	4,507	11,613	55,337	245,447
2008年	28,923	92,087	17,742	47,929	-	-	-	52,562	239,243
2009年	27,857	90,102	17,036	45,835	37,919	4,218	11,040	53,177	234,007
2010年	26,608	88,358	16,066	48,124	37,459	4,080	10,790	52,329	231,485
2011年	24,977	86,261	15,313	49,836	37,598	4,129	10,815	52,542	228,929
2012年	23,355	84,097	14,389	51,152	37,776	3,968	10,861	52,605	225,598
2013年	22,261	84,276	13,817	53,509	-	-	-	52,929	226,792
2014年	22,106	83,355	13,495	53,470	39,813	3,762	11,140	54,715	227,141
2015年	21,389	82,685	12,994	54,596	40,561	3,742	11,247	55,550	227,214
2003年～2015年の増減数	▲ 16,228	▲ 20,601	▲ 9,511	12,707	▲ 3,563	▲ 1,981	3,681	▲ 1,222	▲ 34,855

出典：総務省『地方公務員給与実態調査』の平成15年から平成27年分までの調査結果を参照して作成。

注：その他の内訳（本庁関係、施設関係、その他関係）は、統計法に基づく5年に1回の指定統計の補充調査として集計されているものであり、指定統計調査として行われた2003年、2008年、2013年には集計されていない。したがって、その他の内訳の2003年～2015年の増減数は、2004年～2015年の増減数として算定している。

こうした福祉サービスの民営化とともに、戦後長らく続いてきた行政と社会福祉法人による独占的な供給体制は、多様な主体による供給体制へと変化してきている。その変化は、1990年の福祉関係八法改正⁸⁴⁾を端緒としており、この改正によって、在宅福祉サービスが第二種社会福祉事業として法定化されるとともに、社会福祉法人以外の民間主体が供給する福祉サービスが、公的な福祉制度に位置づけられることになった。

その後、1994年にとりまとめられた「21世紀福祉ビジョン」は、当時の介護サービスについて、「そもそもサービス量が十分でないこと、提供機関や利用手続きについての情報を得にくいこと、保健・医療・福祉にまたがるサービスの中から個人のニーズに最もふさわしいサービスを選択することは容易でなく、また、サービス内容が画一的であること、ニーズに対応する多様な民間サービスの健全な発達が必ずしも十分ではないこと」などの問題があるとし、「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」を構築していく必要があると指摘した（高齢社会福祉ビジョン懇談会 1994）。

さらに、1995年の社会保障制度審議会による勧告では、民間部門について、「国民のニーズに合ったサービスを提供し、より効率的に行うものであれば、規制緩和を含めて競争条件を整え、積極的にこれらの民間サービスを活用していく必要がある」とする一方、公的部門について、「サービスの提供は国や地方公共団体が直接行わなくとも、必要な助成を行い、また民間サービスの質が確保されるよう規制を行う必要がある」、「不採算により民間が参入しない場合、あるいは民間のモデルとなり得るような先端的な事業を行う場合等、公的部門が直接サービスを提供しなければならない場合がある」として、公私の役割分担

⁸⁴⁾ 福祉関係八法改正とは、老人福祉法等の一部を改正する法律(平成2年法律58号)による老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法の一部改正のことをいう。

が総括された（社会保障制度審議会 1995）。

このような経緯を踏まえながら、高齢者福祉における 2000 年の介護保険制度、障害者福祉における 2003 年の支援費制度と 2006 年の障害者自立支援法、幼児教育や保育における 2012 年の子ども・子育て支援新制度の施行によって、指定要件を満たせば、様々な事業者が公的福祉サービスを供給できるようになるとともに、申請者全員が客観的基準に基づいてサービスの必要量を認定され、その内容に基づいて自ら事業者を選択して利用できることになった⁸⁵⁾。すなわち、行政は自らの裁量によって事業者や利用者を選別することがほとんどできなくなり、サービスの供給をコントロールする力が弱められたわけであるが⁸⁶⁾、こうした規制緩和とともに、多くの NPO 法人や営利企業の参入とニーズの伸長が相まって、福祉サービスの供給量が大幅に増加してきたのは周知の事実である。

第 2 節 福祉多元化とサービス供給システムの課題

こうした福祉サービスの民営化と多元化を進める論拠となったのは、福祉多元主義という考え方である。福祉多元主義とは、公的部門による一元的な福祉サービスの供給体制から、インフォーマル部門、ボランティア部門、営利部門といった多様な主体によって福祉サービスを供給する体制に転換していくという考え方である（所 2007 : 227）。

このような考え方が台頭してきた要因について、三浦は、①財政事情の悪化と社会福祉への財源配分に対する抑制、②公的責任に帰すことができない社会福祉ニーズの出現、③公的サービスの柔軟性や選択性の欠如、④社会福祉サービスのコスト上昇と民間サービスの出現を挙げている（三浦 1995 : 170-171）。また、公的関与の拡大に対する批判的な立場から、公的部門の削減と民間部門の活用によって財政問題の解決とサービスの向上を図ろうとする思想に基づいて、福祉多元主義が政策化された側面もあるとの指摘もなされている⁸⁷⁾。

いずれにしても福祉多元主義は、低コストでのサービス供給や多様なニーズへの対応、利用者主体のサービス提供、福祉制度への信頼性の確保など、いくつかの目的をもって推し進められるものとされているが、これらのどこに力点を置くかによって、実際の供給体制のあり方は異なってくる。河野は、その代表的なアプローチとして、①利用者主体の改革（権限付与を伴う参加の促進）と、②新自由主義的改革（民営化を伴う残余化戦略）を挙げており、①は、ボランティア・市場部門を公的制度に参画させることによって多様なサービスを確保しつつ、サービスを選択できる仕組みや権利擁護の制度を整備することによって利用者の主体的な関わりを期待するものであり、②は、公的制度の範囲の縮小や民営

⁸⁵⁾ 例外として、保育所における保育は市町村が実施することとされており、子ども・子育て支援新制度においても、私立保育所の利用にかかる契約は、市町村と利用者との契約となっている。

⁸⁶⁾ 措置制度下では、行政から委託に基づいてサービスを供給する方式となっており、委託事業者の選定や委託するサービス量の決定は、行政側に裁量権があることになっていた。また、事業計画上のサービス必要量を踏まえた事業者指定の拒否等による一定の制御は可能となっているが、予算の制約等に関係なく、あくまで客観的な基準に基づいて実施されるものであり、措置制度と比較すると、行政による裁量の余地は非常に少なくなったといえる。

⁸⁷⁾ 平岡は、福祉多元主義や社会サービスの市場化が、新自由主義的制度改革を正当化するイデオロギーとして機能する場合もあったことを指摘している（平岡 2000 : 30）。

化を進めることによって公的部門の削減とコスト削減を図ることを主戦略とするものであるとしている（河野 1998 : 269-276、2007 : 313-314）。

しかしながら、現実的には、国民の理解や社会資源の状況、財政的な制約や他制度との整合性など、様々な要素のバランスをとりながら諸制度はつくり上げられていく。結果として、いずれのアプローチから制度を組み立てていっても、最終的には、さほど差異がない制度になっていく可能性が大いにあり得るのであるが⁸⁸⁾、一見すると同じような制度であっても、それを運用する福祉行政のあり様によって、サービスの供給状況が大きく異なってくることに留意する必要がある⁸⁹⁾。

また、福祉多元主義においては、サービスの供給主体が多様化することによって、行政のサービス供給者としての位置づけは相対的に低下し、多くの場合、行政から直接サービスを提供する部門が削減されていく。そして、大半のサービスが民間部門によって供給されるようになることから、行政には、そのための諸条件を整備していくことが求められるようになる⁹⁰⁾。こうした役割を具体化するものとして、市場メカニズムを活用してコストの削減とサービスの質の向上の両立を図ろうとする「準市場」システムの導入が、福祉多元化と一体的に進められてきている。準市場とは、公共サービス分野において自由競争を前提としてしまうと、営利追求によって適切なサービスの質が確保されない、過重な利用者負担が課される、利用者の意見や希望が尊重されないといった危険性が生じることから、サービスを必要とする人が確実に適切なサービスを利用できるよう、一定の公的な制御の下で競争原理を働かせる仕組みとしてルグランらが提唱しているものである（Le Grand 1993 : 13-34）。

佐橋は、この準市場が機能するための条件整備として、ルグランらが示した①市場構造の転換、②情報の非対称性の防止、③取引費用と不確実性への対応、④サービスの提供者、購入者の動機づけのあり方、⑤クリームスキミングの防止という準市場の成功条件を踏まえ、サービス提供者の小規模化・分散化を通じた競争の促進や、公定価格の設定による効率化の向上等を図るとともに、適当な価格設定とサービスの質の確保、サービス供給・利用がしやすい仕組みづくり、利用者の選別の防止等が必要になるとしている（佐橋 2008 : 32）。その上で駒村は、こうした対策の実効性を確保するためには、ニーズの把握やサービス内容のモニタリングの実施とともに、モニター・評価にかかるコストの増加が必要であることを指摘している（駒村 2004 : 215-216）。

すなわち、福祉サービス分野においては、単純に市場原理を導入するだけでコストの削減とサービスの質の向上が両立するわけではなく、また、市場のルールや基準を調整する介入を行うだけで準市場を機能させられるわけではない。安定的なサービス供給が確保さ

⁸⁸⁾ 河野は、これらのアプローチが最終的に目指すものは異なるが、より多角的なウェルフェアミックスのあり方を目指すことについては意見の一致が見られることを指摘している（河野 1998 : 268-269）。

⁸⁹⁾ ジョーンソンは、アメリカにおける支出削減の政策変更は失敗に終わったが、人々の生活に何らの影響も及ぼさなかったわけではなく、給付の削減や受給資格の厳格化などが行われ、貧困線以下で生活している人口比率が高まったとしている（Johnson = 2002 : 74）。

⁹⁰⁾ ギルバートは、このような行政機能モデルを「enabling state」として提起するとともに、その役割を①民間活動への補助金交付、②民間活動の規制、③規範的期待の形成、④扶助と社会的保護の実施であるとして、サービスを直接供給するのではなく、サービスを供給できるようにするための行政という位置づけを示した（Gilbert = 1999 : 164）。

れ、かつ困難性が高い支援が回避されないようにするためには、大前提として相応の資金が市場に供給されるかどうか、その上で、サービス供給システムを適切に運営する体制が確保されるかどうかということが、福祉行政に問われることになる。

そこで、大都市におけるサービス供給システムの運営について、実情を踏まえながら考察するため、指定都市 B 市に対してヒアリング調査を実施した。

1. ヒアリング調査の方法

指定都市 B 市の在宅医療・介護連携施策担当部署の職員に対して、半構造化面接によりヒアリングを実施した。

B 市をヒアリング対象都市として選定した理由は、人口密度が上位であり⁹¹⁾、入所施設の整備が困難な状況にあること、また、人口 10 万人に対する病床数は比較的低位であり⁹²⁾、長期入院が難しい環境にあることが想定されるため、在宅医療と在宅介護の複合的支援ニーズが大量に発生しているものと考えられるからである。

調査項目は、①地域ケア会議の開催状況及び地域包括支援センターの運営に対する関与の状況、②在宅医療・介護連携推進事業の実施状況、③在宅医療ニーズの状況及び医療機関間の連携状況についてである。

調査期間は 2018 年 5 月であり、所要時間は約 60 分であった。

調査に当たっては、「日本社会福祉学会研究倫理指針」を遵守するとともに、研究の目的や手続き、調査結果の取扱い等の調査内容を説明して同意を得た上で実施した。

2. B 市の医療・介護ニーズと資源の概要

B 市の人口は約 150 万人であり、高齢者人口は約 30 万人、高齢化率は概ね 20% である。B 市には、病院が 40 ヶ所、一般診療所が 1,000 ヶ所存在しており、医療資源は豊富である。また、市内病院の一般病床の平均在院日数は 13.2 日であり、全国平均の 17.3 日を下回っている状況にある⁹³⁾。

さらに、B 市では、概ね中学校区ごとに 1 ヶ所の地域包括支援センターを設置しており、50 ヶ所近くあるセンターは、全て民間主体によって運営されている。加えて、指定居宅介護支援事業所については 300 ヶ所近くあり、こちらも全て民間主体によって運営されている。

3. ヒアリング調査の結果

①地域ケア会議の開催状況及び地域包括支援センターの運営に対する関与の状況について

B 市では、2006 年の地域包括支援センターの創設を機に、高齢者の相談支援機能のほとんどを民間主体に委託する体制に移行させたが、地域包括支援センターの業務水準の向上や職員のスキルアップについては、基本的に各センターの自主性に委ねることとした。

⁹¹⁾ 人口推計(平成 30 年 10 月確定値, 平成 31 年 3 月概算値)と平成 30 年度全国都道府県市区町村別面積調による。

⁹²⁾ 平成 27 年医療施設(動態)調査による。指定都市全体の 10 万人対病床数の平均が 772 床であるのに対して、B 市は 500 床近くであり、病床数が少ない都市であるといえる。

⁹³⁾ 全国平均については、厚生労働省が調査を実施している病院報告(平成 29 年 1 月分概数)による。

また、地域包括支援センターが実施する包括的・継続的ケアマネジメント支援業務についても、市としての方針や実施方法は示しておらず、介護支援専門員に対する指導や相談は、各センターの判断によって行われている。結果として、地域ケア会議については、地域課題の把握や解決策の検討を行う場として活用されてはいるが、地域住民が対応に困っている人への対応や、地域コミュニティでの困り事に関する議論に止まっており、医療や介護の専門職・専門機関間の連携体制について議論される場にはなっていないとのことであった。

②在宅医療・介護連携推進事業の実施状況について

一方で、在宅医療の充実と医療・介護連携の強化に向けた取り組みについては、2013年度に地元医師会や介護支援専門員等の参画を得た協議体を設置するとともに、翌年度には各行政区にも協議会を設置するなど、比較的早い時期から進められてきている。B市においても、国の想定通り地元医師会に委託して在宅医療・介護連携事業が実施されているが、委託に当たっては、医師会主導で病院や在宅医を巻き込んだ連携調整が行われていくことを期待したものの、実際には行政が事業運営を担わざるを得ない状況になっているとのことであった。

③在宅医療ニーズの状況及び医療機関間の連携状況について

B市では、入院需給がさほど逼迫している状況にはなっておらず、医療を必要としながら在宅で生活する患者が急増しているという状況にはなっていない。そうした中でも、在宅医療の充実に向けて、意欲ある一部の医師による熱心な取り組みが進められているが、多くの病院や開業医の積極的な協力を得ることはできておらず、入退院調整ルールや診療所間の応援体制、医療機関と介護事業者との情報連携といった組織的な調整が必要な課題に関する協議は、活発に行われているとはいえない状況である。その一方で、診療報酬と介護報酬の誘導によって、入院日数の短縮化と入退院調整の情報連携は着実に進んできており⁹⁴⁾、病院と在宅支援機関との間で連携が求められる局面が多くなってきているが、病院ごとに事業形態や事業規模、運営手法や職員体制が大きく異なっているため、介護支援専門員や地域包括支援センターが、連携先の方法に合わせて連絡調整をしなければならない状況になっているとのことであった。

4. 調査結果を踏まえた考察

B市では、地域包括支援センターや地域ケア会議の運営、在宅医療・介護連携推進事業は、法令やガイドラインの枠組みに則って実施されていたが、それぞれの取り組み内容は民間の主体性に委ねることとしたところ、専門職や専門機関の連携といった課題を地域全体で協議する状況にはならなかった。結果として、こうした課題を調整が進んでおらず、非効率的な連携体制を改善することができない状況が続いている。

現代の多くの福祉サービスは、多元化の進展とともに行政による措置制度から契約による利用制度に転換されたことによって、利用者がサービスを選択し、事業者と個別に契約

⁹⁴⁾ 2018年の介護報酬の改定によって、①入院時情報連携加算において入院後3日以内の情報提供を新たに評価、②退院・退所時加算において医療機関等との連携回数やカンファレンス参加の有無を評価されるようになるとともに、③介護支援専門員が把握した利用者の状態を主治医等に情報伝達することが義務付けられた。

して利用する方式となっている。したがって、理論的には、利用者が自ら適切なサービスを選択して適正な契約を締結すれば、利用者が希望する生活が実現するという事になっている。ところが実際には、供給されているサービス量が不十分であったり、利用者がサービス内容や契約に関する専門的な知識を十分にもっていないために、質の悪いサービスを利用せざるを得なかったり、不利な契約を結ばざるを得ない状況が発生する。

また最近では、病院や入所施設ではなく地域において支援することが目指されているが、在宅サービスの事業単位は細分化されているため、単一の分野・事業者では支援を完結させることができず、分野をまたいで複数の事業者を利用することになる場合が少なくない。その際には、利用者に対する支援の方針や方法が事業者間で共有され、サービスの内容が調整されることが望ましいのは言うまでもないが、現実的には連携が円滑に行われないことが往々にしてある。さらに、ニーズの多様化・複雑化とともに、制度や事業が専門分化してきており、利用者が希望する生活を実現するためには、様々なサービスを組み合わせることが必要となるが、利用したいサービスが地域の中に存在しなければ、そもそもサービスを利用することができないという状況に陥る。本調査では、こうした問題に対して自治体が主体的に関与しなければ、サービス供給システムが円滑に機能しない実態が明らかになったといえる。

2000年の社会福祉基礎構造改革によって、事業者による情報提供や福祉サービスの第三者評価、権利擁護や苦情解決等の仕組みが創設された。また、高齢者分野における地域包括支援センターや障害者分野における基幹相談支援センターなど、さまざまな相談支援機関の設置も進められてきているが、これらの大半は、民間主体による実施を前提としているか、民間主体に委託することを可能としている。すなわち、準市場をコントロールするための条件整備機関としての機能についても、民間主体を活用して行政の関与を軽減できる枠組みによって、福祉多元化が進められている状況にある。

しかし、条件整備機関としての責任は、福祉制度の適切な運営の全体にかかるものであり、施策の企画立案から実績評価に至る全てのプロセスを民間主体に代替させることは不可能である。自治体が福祉行政の範囲を制度の管理に特化したものとして捉え、利用者と事業者との間で生じている問題を、福祉行政の範疇外として認識していることが指摘されているが⁹⁵⁾、自治体がそのような姿勢で福祉行政を運営してしまうと、サービス供給システムは適切に機能しない。結果として、虐待や権利侵害、暴力や犯罪等の問題が潜在化し、重大な事件・事故が発生してから事後対応的に職員が投入される自治体が散見されるが、生活に密着した福祉サービスは、事後的な対応では回復し得ない問題が生じる危険性が含まれているものである。本来であれば、こうした問題を想定して日常的に予防的な対応が図られることが望ましいのは言うまでもなく、そのために福祉行政がどのような役割を果たすべきか、自治体は社会福祉の趣旨に則り、真摯に考えていく必要がある。

⁹⁵⁾ 平岡は、地方分権と計画システムの確立、サービス供給体制の市場化の相乗効果として、「市町村行政が、福祉的援助に直接的にかかわらず管理的機能に特化する傾向が生まれ、『自治体福祉行政の空洞化』を引き起こしてきた面がある」と指摘している（平岡 2006：55-56）。

第3節 多元化時代における自治体アドミニストレーション

以上のような考察を踏まえ、福祉多元化を踏まえた自治体アドミニストレーションについて、次のような課題を指摘することができる。

福祉多元化の進展が、サービス供給量の増加や新たなサービスの開発を加速させ、増大する福祉ニーズへの対応や利用者の生活の質の向上に貢献してきたことは、現実が証明している通りであり、公的部門が独占的に福祉サービスを供給する状況が続いていれば、ここまで福祉サービス市場が大きくなることはなかったであろう。また、行政改革の取り組みについても、安定的な行財政運営を確保するために、各自治体の創意工夫によって進められてきているものであり、その努力によって多くの自治体が行政サービスを継続して提供できる体制を確保していることは評価しなければならない。

しかし、自治体が福祉サービスの供給主体としての役割を減少させたことによって、職員が福祉ニーズをもった人々の生活に接する場面が少なくなり、また施設運営の実情を理解する機会が減ってきている状況は、福祉行政を担う専門的な人材を確保・育成するという観点からはマイナスに作用している⁹⁶⁾。業務上の関わりが減少すれば、サービス提供場面における問題を把握する感度や、解決に当たろうとする責任意識が低下してしまうのは必然である。また、サービスの質の確保や利用者保護といった取り組みは、サービス提供場面の知識や経験が要求されるものであり、これらの業務に従事する職員がいなくなれば、そのノウハウが消失してしまうのも当然である。その結果として、福祉多元主義における行政の役割として重視されるべきサービスの質の確保やネットワークの構築、新たなニーズに対応したサービス基盤整備といった局面において、十分な役割を果たせない自治体が出てきているのではなかろうか。

行政改革と福祉多元主義は、それぞれ独立した概念であり、福祉多元化を進めるために、直営の社会福祉施設の削減が必要となるわけではない。したがって、こうした状況は、福祉多元主義における行政の機能を十分に理解せずに行政改革を進めたことに起因していると言ってよい⁹⁷⁾。多元化時代における福祉行政運営には、制度の管理者として最低限の法定業務をこなすだけでなく、日々変化する福祉ニーズを把握し、実際に福祉サービスを提供する事業者と関係をつくりながら、新たな対応策を企画・実施していく役割が求められる。問題の核心は、職員数を削減するというベクトルだけで行政改革を進めたことで、こうした業務を担う職員が配置されてこなかったことと、その業務を担い得る職員を確保する手段が用意されなかったところにある。裏を返せば、行政改革のために直営の社会福祉施設を削減することが否定されるものではないが、福祉分野において行政改革を進めるためには、福祉多元化を見据えた業務の重要性を認識した上で、職員体制のあり方を十分に検討するとともに、専門性の高い職員の育成に取り組むことが必要である。

また、疾病・障害の多様化や核家族化の進展、地域社会や雇用環境の変容等を背景として住民ニーズが増加・複合化する中で、福祉制度が頻繁に追加・改正される状況が続いて

⁹⁶⁾ 三宅は、民間委託化や民営化することにより、自治体が公務員現場担当者自体の人材育成を怠る危険性が生じることを指摘している（三宅 2016：87）。

⁹⁷⁾ 沼尾は、行政改革を通じた職員数の削減が進んだ結果、「職員は既定の事務や既存の施策を推進することで手いっぱい、他の部局との連携や調整を図るなどの追加的な業務を担うだけの余裕がない」状況になっていると指摘している（沼尾 2016：17）。

いるが、こうした業務の増大・複雑化が止まることは考えにくい。したがって、こうした業務に対応できる職員体制を確保しなければ、行政サービスの低下を招くだけでなく、かえって非効率な行政運営に陥ることになってしまうが、その一方では、類似の取り組みが分野ごとに展開されたり、複数の部署や機関において業務が重複したりする状況が生じているといった指摘がなされている⁹⁸⁾。これからの福祉行政には、福祉サービス供給システムの全体的な最適化を図っていくという視点をもって行政改革に取り組んでいくことが求められるが、そのマネジメントを実行するためには、相応の専門的な知見が不可欠になる。

こうした状況に対応するために、各自治体において福祉職の活用が進んできているが、福祉職といっても、福祉行政について専門的な教育を受けていない者も任用されているのが実情であり、単に福祉職を配置するだけでは、その効果はほとんど期待できない。直営の社会福祉施設において人材育成ができなくなったことを踏まえて、民間施設への派遣や実地研修プログラムの策定等の実践的な人材育成策を講じるとともに、中長期的な視野をもって職員配置計画を作成する必要がある。

その上で、多元化時代における自治体アドミニストレーションは、どのようにあるべきなのか。

かつて三浦は、措置制度下における福祉サービス供給システムを公共的なものと非公共的なものに類型化し、前者は法制度に基づく行政型・認可型組織が供給するもの、後者は法制度に基づかない市場型・参加型組織が供給するものであるとした上で、公共的福祉システムは、安定性や公平性が確保されるがニーズに柔軟に対応することが難しく、非公共的システムは、多様なサービスが供給されるがサービスの質の担保や利用者負担の高額化に課題があるとした（三浦 1995：169-172）。こうした課題を克服するために、介護保険法等では、事業者指定制度を導入することによって、民間部門が提供するサービスの質や利用者負担の金額を公的な規制の下でコントロールすることとされた⁹⁹⁾。

しかし、公的部門による福祉サービスの供給を減少させるということは、困難性が高いニーズへの対応や収益性の低いサービスの提供を担保する機能を低下させるため、サービス供給システム全体の安定性や公平性を確保することを難しくする効果をもたらす恐れがある。このため、民間部門が供給するサービスにおいて、いかに安定性や公平性を確保していくか、民間部門が対応しきれない支援ニーズに対して、どのように支援を提供していくかということが、福祉行政に課された大きな課題となる。もう少し踏み込んで言えば、民間部門は、あくまでも自らの意思に基づいてサービスを供給するものであり、不採算のサービスや複雑困難なサービスの供給を強制されることはなく、また撤退することも認められている。こうした民間部門の自由意思だけにサービス供給を委ねて、公的部門は制度の管理者として適法性を審査する役割に専念するだけでは、確実に地域のニーズを充足するサービス基盤を確保していくことは難しい。このため福祉行政には、地域全体のニーズを踏まえながら多様な主体を効率的に活用できるようにマネジメントしていくことが重要

⁹⁸⁾ 畑本は、制度が整理・統合されたうえでシステム構築されなければ、業務の重複が増し、地域の社会福祉・保健医療供給体制が錯綜する危険性を指摘している（畑本 2012：218）。

⁹⁹⁾ 高澤は、こうした状況を見据えて、三浦が示した「公共的」か「非公共的」という区分は、直轄的でない組織を指導、統制、公的援助の対象として編入することを意図したものであったと指摘した（高澤 2000：178）。

な任務となる。

その役割と機能を全体的に整理したものが、表 8-3 である。我が国における福祉制度は、介護保険法や障害者総合支援法に見るように、自治体の実施主体となりつつも、制度の枠組みの大半は国が定める構造となっており、制度の根幹に関わる部分における自治体の裁量の範囲は大きくない。サービス供給において民間部門の活用が進んだことも踏まえると、自治体が工夫できる部分としては、制度を運営していく実務的な手法や、サービスの基盤整備の方策といったものに限られてくることから、これらをいかに効率的かつ効果的に行っていくかということが、自治体の大きな関心事となる。具体的には、表の上段左側の利用認定や事業者の指定・指導、給付費の支払等の公的部門の固有業務に関する実施方法や実施体制が課題の中心となり、国制度だけではサービス基盤が確保できない恐れがある場合には、民間主体への支援策を講じるかどうかが政策課題として追加されていくこととなる。これらの課題を踏まえた制度運営がなされれば、理論的には適切にサービスが供給されるようになると思われるかもしれないが、実際にそれだけで適切なサービス供給が確保されることはあり得ない。

表 8-3 自治体福祉行政の機能と役割

	施策の実施方法・体制の設計	サービス基盤の整備
制度運営	<ul style="list-style-type: none"> ・利用認定 ・事業者指定・指導 ・給付費の支払 	民間部門の活用 <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの提供 ・相談支援等の実施
地域経営	<ul style="list-style-type: none"> ・住民ニーズの発見 ・地域資源の把握 ・マネジメント施策の企画立案 	<ul style="list-style-type: none"> ・運営の継続性やサービスの質の確保 ・地域全体の連携体制の確立 ・民間でできないサービスの提供

出典：筆者作成

供給主体が多様化した現代のサービス供給システムにおいては、多様な主体や形態によってサービスが供給されており、それぞれの主体ごとに経営理念や運営方法は異なるのが一般的である。そうした中で、供給主体同士で自主的に地域の課題を共有してサービスの提供方法を調整し合うことは、その数が多ければ多いほど難しくなっていく。このため、介護支援専門員や相談支援専門員等によるケアマネジメントが重要になってくるのであるが、これら専門職も民間の事業所に所属している場合が少なくなく、公平性や中立性の確保という課題があることや、事業者に対する指導的な役割を発揮できるとは限らないことから、その実効性には一定の限界がある。

したがって、サービス供給システムを最適化させていくためには、自治体が地域全体をマネジメントしていく役割を担うことが必要であり、多元化が進めば進むほど、その必要性は大きくなっていく。こうした自治体の役割は、定型的な制度運営とは質的に異なるものであり、言うなれば地域経営というべきものである。具体的には、表の下段にあるように、顕在化していない部分も含めた住民ニーズの発見や、活用可能な地域資源の把握、これらを結びつけるためのマネジメント施策の企画立案といった役割とともに、運営の継続性やサービスの質の確保、地域全体の連携体制の確立といった実際にサービスを供給する主体に対する働きかけや調整を行う役割を担っていくことが不可欠である。

また、民間によって必要なサービスが供給されない場合には、直接サービスを供給するというセーフティネットの役割を担っていることも無視できない。その際には、専門的な相談支援やサービス内容の調整を行政が直接に実施していくことになるが、そのためには、行政内部に一定の専門的な知見が蓄積されていなければならない。具体的には、大都市には障害者更生相談所や精神保健福祉センター、児童相談所といった専門機関が設置されているが、これらの機関をサービス供給システムに組み込み、自治体の内部に専門性を確保していくといった取り組みが考えられる。しかし、政策的にこうした資源を有効活用していくという発想がなければ、専門機関の体制は整備されず、取り組みが行われることもない。そうすると、専門的な知識や経験を有する職員が行政内部で確保されず、組織全体の専門性が高まらないため、行政による専門的な支援や調整を行う役割を担えなくなるという悪循環が生じることになる。

我が国の福祉政策は、こうした課題を乗り越えるために、自治体にどのように専門性を確保していくのか、どのような組織や職員体制が必要なのかということを考えずに、自治体の主体性に期待するという理念だけを掲げて地方分権を進めてきたのではなかったか。さらには、民間部門を活用していく上での公的部門の役割を深く考えることなく、削減ありきの行政改革を進めてきたのではなかったか¹⁰⁰⁾。この間、自治体福祉行政の運営体制のあり方について、政策的な議論がほとんど行われてきていないことが、その答えであると思われるが、結果として、自治体が地域経営機能を果たせなくなってしまったことで、地域ニーズを満たしきれない非効率なサービス供給が行われ続けている。

このような状況に対して国は、一部の自治体の成功事例を取り上げて、全国の自治体に同様の取り組みを求めるような政策誘導を行っているが、それぞれの地域ごとに様々な事情が存在する中で、ある地域で成功した手法が他の地域でそのまま通用することはあり得ない。結局のところ、自治体福祉行政のあり方の議論なくして多元化時代の福祉政策を進めることは不可能であり、そうした議論がなされていないことが、福祉政策の課題を解決できない根本的な原因になっているように思われる。

自治体福祉行政の運営環境は、日々変化し続けながら、厳しさが増してきている。そうした状況にあっても、適切な福祉行政を推進していくことによって地域の信頼を得ていくことが、運営体制の改善につながり、福祉施策の充実につながっていく。そのために必要な自治体アドミニストレーションはどうあるべきなのか、改めてそのあり方を問わなければならない。

¹⁰⁰⁾ 井出は、我が国における福祉多元主義は、「担い手の多様化を名目とした政府部門の縮小」によって「政府のしごとを地域に丸投げ」しているに過ぎないとして、「公共部門による責任論」を前提とした社会を構想していく必要性を指摘している（井出 2018：223）。

終章 大都市における包括的なサービス供給システムのあり方

本章では、第1部から第2部による考察とともに、前章による検討を踏まえ、本研究の結論として、大都市における複合的支援ニーズに対応するための施策のあり方を提示していく。

前章では、我が国の福祉行政は、民間主体の活用を図ることでサービス供給者としての役割を後退させつつも、制度の管理者としての役割が大きくなってきている状況について考察した。福祉多元化がサービスの基盤整備に大きく貢献したことは、介護や障害、保育などの分野でサービス供給が大幅に増加したという現実が証明しているが、民間によるサービス供給と行政による制度管理という役割分担のみによって、支援ニーズに応じた適切なサービスが供給されるわけではない。とりわけ大都市においては、複合的支援ニーズの顕在化と多種多様なサービスの展開という状況に対して、民間主体間だけでは相互の連携や調整を適切に行い切れないため、非効率で不十分なサービス供給体制が作り出されている。

こうした課題を踏まえて、近年の福祉政策では、様々な資源の適切な活用を図る相談支援が重視されるようになってきている。福祉制度や支援機関が多様化し、医療や住宅、労働、教育など連携すべき分野も広がってきた今日において、個々のニーズに応じて適切なサービスや事業所を選択するためには、相談支援が必要不可欠である。その一方で、相談支援をめぐるのは、利用者像や課題に応じた適切なアセスメントが十分でない、インフォーマルサービスのコーディネートや地域のネットワーク化が十分できていないといった指摘がなされている（介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会 2013:5）。支援の谷間をなくすために必要とされる相談支援が、問題の把握や資源の調整を十分に行えていないということであるならば、不十分な相談支援が支援の谷間をつくり出している要因になっているということになる。

こうした課題を踏まえ、国は、①包括的な相談受付、②複合的な課題に対する適切なアセスメントと支援のコーディネート、③ネットワークの強化と関係機関との調整、④必要な社会資源の積極的な開発を担うことができる新しい包括的な相談支援システムを構築することを提起した（厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 2015:6）。対象者や支援の内容を限定することなく、あくまで本人のニーズを起点として包括的な相談支援を行っていかうとするのであれば、この相談支援システムの見直しは、積極的に行われるべきである。

ただし、理想形としてあるべきシステムを描くことは簡単だが、単に規定や仕組みを変えるだけで、実効性のあるシステムを構築することができるわけではない。これまで考察してきたように、複合的支援ニーズを深く掘り下げてみれば、ニーズの内容には大きな幅があり、それ故に支援のあり様も多種多様となる。包括的支援施策には、それぞれのニーズに応じた施策を積み重ねつつ、それらを総合的に展開していくことが求められるが、その対応は、ニーズもサービスも大量に存在する大都市にとって非常に困難な課題でありながら、我が国のこれからの社会福祉を大きく左右する課題でもある。

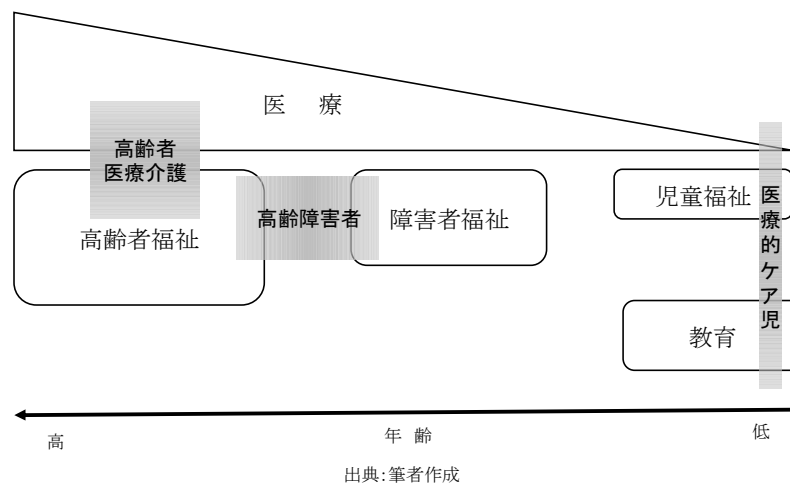
このため本章では、複合的支援ニーズに対応するサービス供給システムの構造について整理するとともに、それを踏まえた大都市における福祉行政アドミニストレーションのあり方について考察する。その上で、大都市において複合的支援ニーズに対応するための新たな相談支援システムを提案するとともに、本研究の到達点と今後の課題を提示していく。

第1節 複合的支援ニーズに対応するサービス供給システムの構造

第2章で見たように、複合的支援ニーズは、様々な要因によって生じているものであり、それらを固定的に捉えることは、非常に難しい。その一方で、医療や介護などの制度は、一定の枠組みの中で運営されており、複合的支援ニーズに対応するためには、これらをニーズに合わせて調整していくことが必要となる。そこで、こうした状況を俯瞰的に理解するため、第4章から第7章で取り上げた①高齢者医療・介護、②医療的ケア児支援、③高齢障害者支援の施策課題を取り上げて、サービス供給システムの構造を全体的に捉えることとしたい。

高齢者医療・介護、医療的ケア児支援、高齢障害者支援は、制度別にニーズを分解すると、高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉、さらには医療と教育とに分類することができる。図終-1は、これらの位置関係を整理したものであるが、上段の医療は、単一の制度ではあるが、高齢期になるにしたがってニーズが大きくなっていく。また、中段の福祉分野においては、高齢者、障害者、児童とそれぞれ別々の制度になっており、またニーズの量は、高齢者福祉は多く、児童福祉は少ない、障害者福祉はその中間となる。さらに、下段の教育は、児童期のみ存在するニーズであるが、全ての児童が受ける支援であるという特徴がある。こうしたニーズごとの特性がある中で、高齢者医療・介護は医療と高齢者福祉、医療的ケア児は医療と児童福祉と教育、高齢障害者は高齢者福祉と障害者福祉にまたがって存在しているニーズであり、それぞれの制度や分野別のニーズの中で共存しているという位置関係を理解することができる。

図終-1 複合的支援ニーズの位置関係



このような関係性を数値化して把握できるようにしたものが表終-1 である。この表では、縦軸に複合的支援ニーズ、横軸に対応するサービス供給システムを設定した上で、当該ニーズに対応する制度のボックスに●を入れていくことによって、活用可能な制度と関連分野を俯瞰的に認識することができる。その上で、当該ニーズの対象者数が、それぞれの制度の全体的な利用者数のうち、どの程度を占めているのかを数値化して示すことによって、制度全体の中での当該ニーズのボリューム感も認識できるようになる。また、複合的支援ニーズをこの表に並べていくことによって、分野をまたいだニーズと対応する制度を全体的に把握できるようになり、なおかつ、これらがどこにどの程度存在しているのかを把握できるようになる。

表終-1 複合的支援ニーズと対応するサービス供給システムの相関

		福祉			医療	教育 (小・中学校)
		高齢者 福祉 (介護保険)	障害者 福祉	児童 福祉 (障害児)		
	利用者数 対象者数	540万人 (2018年)	79.7万人 (2016年)	24.2万人 (2016年)	856万人 (2014年)	968万人 (2018年)
高齢者医療・介護 (在宅医療等利用者)	17万人 (2011年)	● (3.1%)			● (2.0%)	
医療的ケア児支援 (在宅医療等利用者数)	1.7万人 (2015年)			● (7.0%)	● (0.2%)	● (0.2%)
高齢障害者支援 (福祉サービス利用者)	160万人 (2016年)	● (29.6%)	● (200.7%)			

出典：介護保険事業状況報告(暫定)平成30年4月分、障害福祉サービス等報酬改定検討チーム『障害福祉分野の動向』(第1回・平成29年5月31日・資料2)P.3、平成26年患者調査、平成30年学校基本調査、厚生労働省『医療・介護に係る長期推計(主にサービス提供体制に係る改革について)』(2011年、第10回社会保障改革に関する集中検討会議・参考資料1-2)P.20、名倉道明・田村正徳(2017)『医療的ケア児数と資源調査』『医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究 平成28年度総括・分担研究報告書』(厚生労働科学研究疾病・障害対策研究分野障害者政策総合研究)P.59-60、2016年生活のしづら調査を参照して作成

具体的には、高齢者医療・介護の対象者となる在宅医療と在宅介護を両方利用する高齢者は17万人存在しているが¹⁰¹⁾、高齢者福祉(介護保険)と医療が対応する制度となっており、それぞれ540万人のうち3.1%、856万人のうち2.0%を占めるニーズであることが把握できる。同様に、医療的ケア児支援の対象となる在宅医療等を利用している子どもは1.7万人存在しているが¹⁰²⁾、児童福祉(障害児)と医療と教育が対応する制度となっており、それぞれ24.2万人のうち7.0%、856万人のうち0.2%、968万人のうち0.2%を占めるニーズとなっている。また、高齢障害者支援の対象となる福祉サービスを利用している

¹⁰¹⁾ 厚生労働省の『医療・介護に係る長期推計(主にサービス提供体制に係る改革について)』において、2011年度の在宅介護の利用者を304万人/日、在宅医療等の利用者を17万人/日であったことが示されている(厚生労働省2011:20)。在宅医療等を利用する者については、通院が困難な状況である者が対象となることから、概ね在宅介護を併せて利用していることが想定されるため、ここでは、両方利用する者を17万人とした。

¹⁰²⁾ 第6章で検討したように、施策の対象とする医療的ケア児は、「医療的ケアを必要としており、その管理を自力で行えない子ども、及び医療的ケアによって日常生活や社会生活を送る上で支障を来している子ども」として捉えることが適切であるが、現時点では、この定義に基づいた人数がほとんど把握されていないため、ここでは、名倉・田村(2017:45)が、「在宅自己注射指導管理料を除く全ての在宅療養指導管理料の算定件数」に基づき、2015年5月時点での0歳から19歳まで人数として推計された人数から、1.7万人とした。

高齢障害者は160万人存在しているが¹⁰³⁾、高齢者福祉（介護保険）と障害者福祉が対応する制度となっており、それぞれ540万人のうち29.6%、79.7万人のうち200.7%を占めるニーズとして表される。

ただし、ここで注意しなければならないことは、ニーズを有する者全員が対応する制度を利用するわけではないということと、複数の制度のいずれかのみを利用する者も存在するため、必ずしもニーズの対象者数が制度の利用者数に収まるとは限らないということである。例えば、高齢障害者支援についていうと、この表で示した160万人は、福祉サービスを利用する65歳以上の障害者数としているが、全員が障害福祉サービスを利用するわけではない。したがって、この表には、高齢障害者支援のニーズが、100%を上回る数字が導き出されてしまうという限界がある。

こうした問題は内包するものの、この相関表は、ニーズごとの性質と制度内での位置づけを全体的に把握できるようにする枠組みとして、これまでなかった新しい視点からの分析手法であり、非常に意義のあるものと考えられる。この表によって、例えば高齢者医療・介護と高齢障害者支援は、高齢者福祉制度において共存しているニーズであり、高齢者医療・介護と医療的ケア児支援は、医療制度において共存しているニーズであることが認識できるようになり、おおよそではあるが、それぞれの量感が可視化される。このような枠組みに基づいて複合的支援ニーズへの対応を検討すると、自ずと個別の課題だけに焦点を当てて解決策を導き出すのではなく、制度全体が対応する支援ニーズと地域資源とのバランスを考慮しながら対応策を見出していくことができるようになる。

以上のような複合的支援ニーズとサービス供給システムの構造を踏まえて、ニーズごとに施策課題と対応策について整理したのが表終-2である。

高齢者医療・介護については、すでに在宅介護の基盤は一定整備されているが、在宅医療の基盤が不足しており、ケアマネジメントシステムは存在しているものの、医療と介護をまたいだ連携は不十分な状況にある。このため対応策としては、在宅医療の基盤整備を図るとともに、多職種・多機関連携に向けた環境整備を行っていくことが必要となる。

また、医療的ケア児支援では、全ての分野で支援基盤が不足していることが特徴的である。医療的ケア児支援には、あらゆる局面において医療を必要とするため、異分野間での役割分担と連携にとどまらず、絶えず医療を上乗せしていく必要があるということも大きな課題であり、現時点では生活全般をコーディネートする機能も存在していない状況となっている。対応策としては、取り急ぎ小児医療の体制整備を図るとともに、福祉や教育分野における医療的ケアの提供体制を合わせて確保していくことが最優先となる。その上で、小児の医療ニーズにも対応できる相談支援体制を確立していくことが求められることになるわけであるが、小児在宅医療のニーズそのものが希少であり、基盤整備は容易ではない

¹⁰³⁾ 厚生労働省が2016年に実施した「生活のしづらさなどに関する調査」では、65歳以上の者のうち、障害者総合支援法に基づく福祉サービスを利用している者が641人、介護保険サービスを利用している者が1,022人、合計1,663人が福祉サービスを利用していると回答した。その上で、有効回答数は6,175、65歳以上の者は57.6%であったことから、65歳以上の有効回答数を3,557とみなし、そのうち1,663人がいずれかのサービスを利用していたとすると、65歳以上の障害者のうち46.8%が、いずれかの福祉サービスを利用していることになる。同調査では、65歳以上の障害者数は341.7万人と推計されていることから、その46.8%に当たる160万人を、高齢障害者で福祉サービスを利用している者の人数とした。

表終－２ 複合的な支援ニーズごとの施策課題と対応策

	施策課題	対応策
高齢者医療・介護	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護は整備されているが、在宅医療の基盤が不足 ・ケアマネジメントシステムは存在しているが、異分野間での連携は不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療の基盤整備 ○多職種・多機関連携に向けた環境整備
医療的ケア児支援	<ul style="list-style-type: none"> ・全分野で支援基盤が不足 ・全局面で医療を必要とするため、連携以上の対応が必要 ・生活全般をコーディネートする機能も不存在 	<ul style="list-style-type: none"> ○小児在宅医療の体制整備 ○福祉や教育分野における医療提供体制の確保 ○小児の医療ニーズにも対応できる相談支援体制の確立
高齢障害者支援	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス基盤はすでに存在 ・福祉分野内で連携で対応可能 ・個々のニーズへの配慮が不足 	<ul style="list-style-type: none"> ○支援方法の開発と周知

出典：筆者作成

ことから、相談支援を充実させることによって、個々のニーズに応じたサービス提供体制を構築していくことが、現実的な対応策となる可能性もある。

一方で、高齢障害者支援については、高齢者福祉・障害者福祉ともすでに一定のサービス基盤が整備されており、なおかつ福祉分野内での連携で対応が可能な場合が多い。しかしながら、高齢者福祉という一般性の高いニーズの中では、障害者福祉の個別性の高いニーズが埋没してしまいがちであり、高齢障害者という特性に応じた支援方法を開発するとともに、その周知を図っていくことが必要である。

このように、複合的支援ニーズの中でも、それぞれを取り巻く社会資源の状況や連携の難易度に相当幅があり、なおかつ施策課題や対応策にも大きな違いがある。こうした違いを全体的に捉えた上で、個別的な課題の解決と全体的な調和を両立させていかなければ、現実的な対応策を導き出していくことは難しい。

第２節 大都市福祉行政のアドミニストレーション

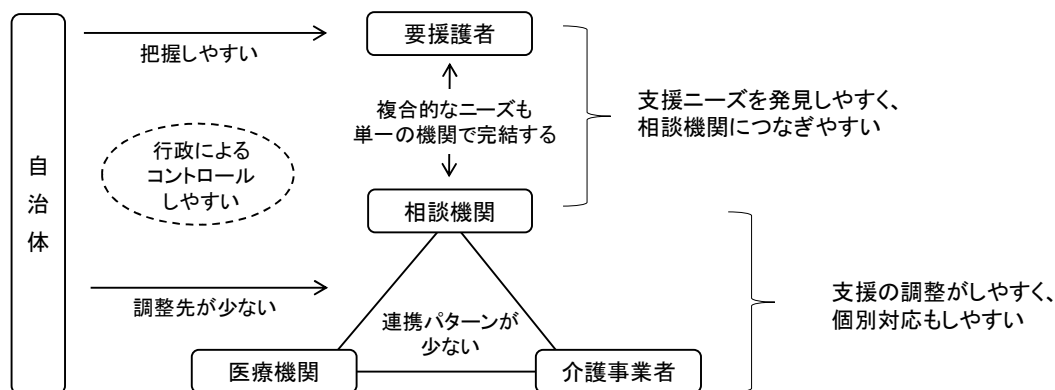
以上のような複合的支援ニーズとサービス供給の構造を踏まえて、大量で複雑な支援ニーズと地域資源が存在する大都市の福祉行政には、どのようなアドミニストレーションが必要とされるのであろうか。

現代の社会福祉には、少子高齢化や核家族化の進展、疾病・障害の多様化や科学技術の高度化、地域社会や雇用環境の変容といった社会経済情勢と、これらを受けて進められている社会保障制度改革の流れを踏まえ、医療や介護、生活支援や就労支援、教育や住まいといった様々な分野の資源を活用しながら、地域の中で暮らし続けることができる支援体制を構築していくことが求められている。その前提として、これらの支援をすべて公的部門が直接供給するのではなく、数多ある多機関・多職種が連携して支援を提供していくことが求められるようになってきていることは、前章で明らかにしたところである。

ただし、こうした状況は、全ての地域で同じように生じているわけではない。例えば小規模な自治体の場合は、要援護者が少なく把握がしやすいことや、相談機関の数自体も少

ないことから、支援ニーズが複合化していても発見しやすく、相談機関にもつなぎやすい。その上、医療機関や介護事業者も限られた数しか存在しておらず、連携パターンが少なくなるため、支援をする上で連携の調整がしやすく、ニーズそのものも少ないため、個別的な対応によってイレギュラーな状況にも対応しやすい。結果として、民間主体だけでも供給システムを最適化できる可能性が高く、行政による対応が必要な場合でもコントロールしやすいというのが、小規模自治体のサービス供給システムの特徴である（図終-2 参照）。

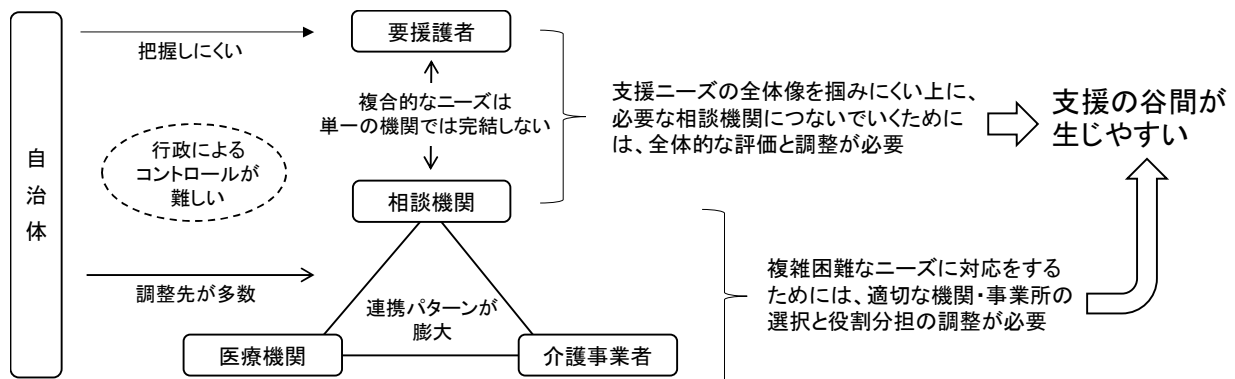
図終-2 小規模自治体における福祉サービス供給システム



出典:筆者作成

一方で、大都市の場合は、要援護者が非常に多く、全体をつぶさに把握し切れないことや、相談機関が分野別に大量に設置され、なおかつ様々な主体によって運営されていることから、支援ニーズが複合化している場合には、単一あるいは少数の機関で完結することができない状況にある。したがって、複合化した支援ニーズは、全体像を掴みにくい上に、適切な相談機関につないでいくためには、誰かが全体的な評価や調整を行わなければならない。さらに、医療機関や介護事業者も大量に存在しており、なおかつこれらも様々な主体が多種多様なサービスを提供しているため、サービス供給主体間での連携パターンは、膨大な数に上る。こうした状況の下で複合的支援ニーズに対応するためには、適切な機関・事業所の選択と役割分担の調整が不可避となる。このため大都市においては、個々の民間主体だけで供給システムを最適化させることが非常に難しく、全体像を把握することすらままならないという状況になりやすい。こうした問題を自治体が調整しようとしても、自治体として要援護者を十分に把握できているわけではなく、高度な専門性を有する機関や事業所を行政がコントロールすることも難しいため、結果として支援の谷間が生じやすくなる（図終-3 参照）。

図終－3 大都市における福祉サービス供給システム

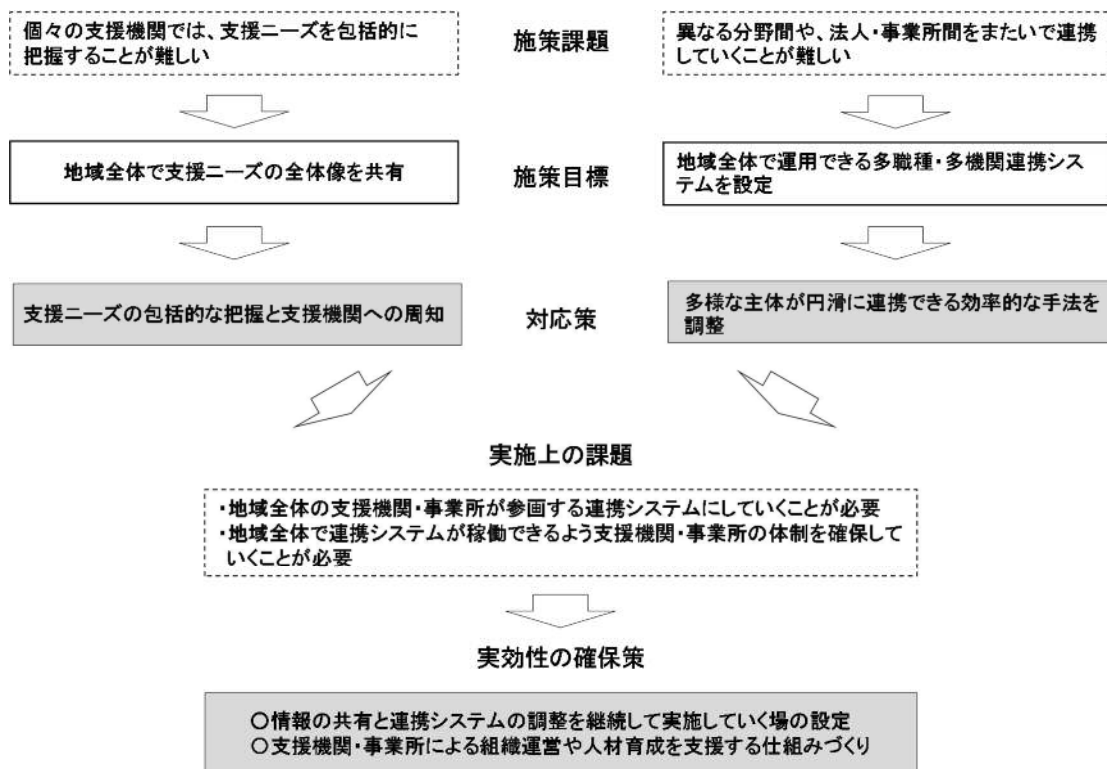


出典:筆者作成

もちろん、これらはいくまでも一般論として考えられる課題であって、実際には十分に対応できている自治体もあるように思われるが、大勢としては、こうした状況の下で、大都市において複合的支援ニーズへの対応が深刻化しやすくなることが想定される。今後は、都市部の支援ニーズが増大していくことが見込まれる中で、大都市福祉行政のアドミニストレーションは、我が国のこれからの福祉政策にとって、非常に重要な課題になっていくものと考えられる。ただし、ここで注意しなければならないのは、抽象的なスローガンを掲げたり、民間主体による自主的な行動を促したりするだけでは、何ら成果を得ることはできないということである。実現可能性を考慮しない理想論は、サービス供給場面に多大な混乱を引き起こし、システム全体を大きく毀損してしまう。このアドミニストレーションには、あくまで具体的な課題・目標・手段を明らかにした上で、実効性を現実的かつ総合的に検討しながら遂行していくことが求められる。

そこで、これまでの考察を踏まえて、大都市福祉行政におけるアドミニストレーションのプロセスを整理したものが図終－4である。大都市において複合的支援ニーズに適切に対応していくためには、多様な支援ニーズの一体的な把握と、異なる分野間や法人・事業所間をまたいで連携の確保という課題を乗り越えていく必要がある。そのためには、地域全体で支援ニーズの全体像を共有しながら、多職種・多機関で連携できるシステムを構築していかなければならない。その中で行政の役割は、地域に散在している支援ニーズを包括的に把握して、地域全体で共有できるように整理した情報を支援機関・事業所に周知することと、多様な主体が円滑に連携できる効率的な手法を協議するための環境を整え、ステークホルダーの利害を調整しながら原案の作成や成案の取りまとめを行っていくことである。これらの取り組みを実施する上での課題として、特定の支援機関・事業所だけでなく、地域全体の支援機関・事業所が参画するようにしていくことや、そのために必要な運営体制を各支援機関・事業所に確保していくことが挙げられる。したがって、取り組みの実効性を確保するためには、情報の共有や連携システムの調整を継続的に実施していく場の設定や、支援機関・事業所による組織運営や人材育成を支援していく仕組みづくりが必要となる。

図終－４ 大都市福祉行政におけるアドミニストレーションのプロセス



出典:筆者作成

第3節 大都市における新たな相談支援システムの提案

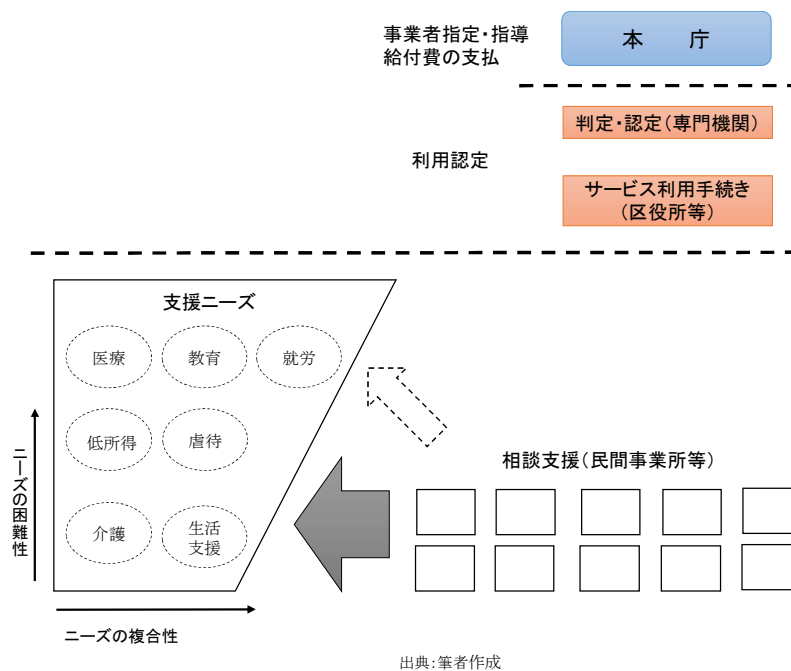
こうした大都市福祉行政のアドミニストレーションを具現化するためには、支援ニーズと地域資源の双方の質を的確に把握しながら、効率的に結び付けていくことができるサービス供給システムを構築していかなければならない。その基幹的な手段は、支援ニーズのアセスメントとサービスの利用調整を行う相談支援であり、地域全体のニーズと地域資源を適切に組み合わせることができるよう相談支援システムをつくり上げていくことが、今日の大都市福祉行政において極めて重要である。

その際に留意しなければならないのは、大都市には大量の支援ニーズが存在していることと、その内容には相当幅があるということである。このため、一定の範囲の支援で収まるようなケースには効率的に対応しつつ、複雑で困難なニーズを有する場合や高度な判断・調整が求められる場合には、必要に応じて専門性の高い支援が提供できるような相談支援システムを整備していくことが求められる。

これまでの考察を通じて、大都市において複合的支援ニーズに対応するためには、直接的なサービス供給は民間主体が担うことになるが、地域全体のニーズの把握や資源の配置、連携の調整といった機能は、民間主体だけでは担い切れないことを明らかにしてきた。言い換えれば、大都市のサービス供給システムには、こうした機能を一定行政が担っていかなければ、複合的支援ニーズに対応することができないということになる。

このような現実を踏まえると、図終-5のように、相談支援は民間主体にすべて委ねることとして、行政機関である区役所はサービスの利用手続き、障害者更生相談所等の専門機関は障害者手帳の交付判定、本庁は事業者指定や指導、給付費の支払いといった管理的な役割に専念する民間依存型の単層的相談支援システムでは、複合的支援ニーズに対応することは難しい。こうしたシステムでは、横並びの民間相談支援機関が複雑多様な支援ニーズにも対応していくこととなるが、事業規模や人材確保、他機関との連携に関する取り組みがそれぞれの機関の判断に委ねられることになるため、複合性や困難性の高い支援ニーズに対して、包括的に対応しにくくなる危険性が高くなる。その背景には、そもそも運営主体が異なる組織間では連携が難しいということに加えて、地域全体で見れば必要な資源であっても、個々のサービス提供主体が、専門性の高い支援を提供するために設備や人材を単独で確保しようとしても採算が取れないという課題もある。民間主体が保有している資源は、競合する運営主体をまたいで共有することが難しいということも考慮すると、地域全体として連携を調整する仕組みが確保されなければ、高度で専門的な支援を満遍なく供給することはできなくなってしまう。

図終-5 民間依存型の単層的相談支援システム

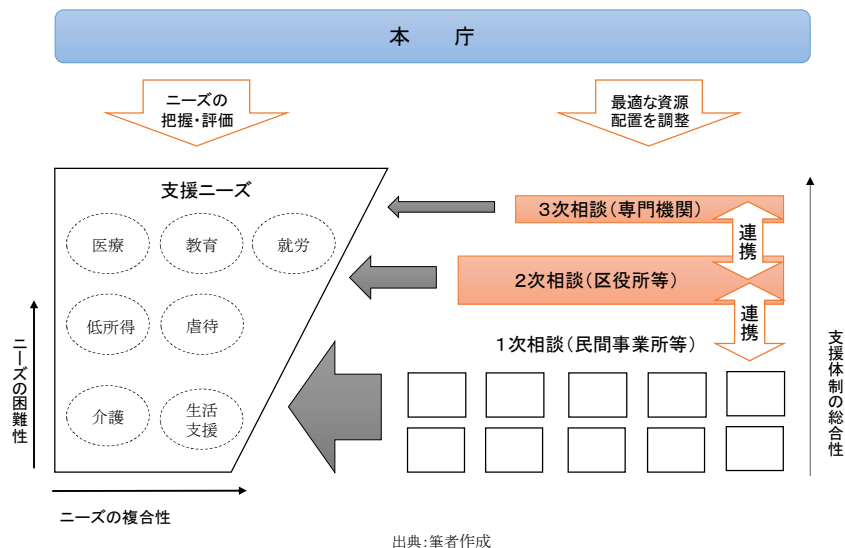


出典:筆者作成

したがって、大都市においては、図終-6のような公民協働型の重層的相談支援システムの構築が必要であり、本庁による相談支援システムの全体調整の下に、行政が直接運営する、あるいは強く関与する2次と3次の相談支援機関を配備していくことが必要である。このような体制を構築していくための重要なポイントは、行政が相談支援に積極的に関与することである。具体的には、民間では対応し切れないような専門・高度な支援ニーズへのバックアップと、民間相談支援機関間の連携を調整する役割を行政が担っていくという点が、このシステムの要点となる。その手法は、必ずしも直営である必要はないが、既存資源を活用できるということや、組織体制や人材のスケールメリット、中立・公平性

の確保といった課題を考慮すると、直営で体制を整備した方が効率的であり、そのことを前提とした区役所や専門機関の職員配置を進めていくことが適当である。

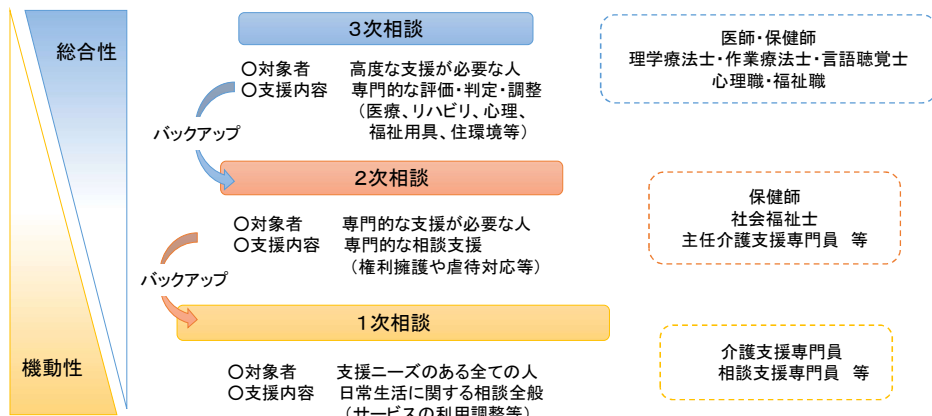
図終－6 公民協働型の重層的相談支援システム



その上で、多様なニーズが大量に存在する大都市において、あらゆる支援を統合的に実施しようとする、分野ごとの専門性が低下してしまい、複雑・高度な支援ニーズに対応できなくなってしまうという点についても、対策を講じていかなければならない。また、支援ニーズ全体から見れば、複合的支援ニーズのように専門性の高い支援を包括的に提供していくことが求められるケースが、必ずしも多数を占めているわけではないということにも留意する必要がある。したがって、地域の中に存在しているニーズを的確に把握・評価し、どのような資源をどこにどの程度配置するのか、さらには、これらをどのような役割分担と連携方法によってつないでいくのかといったことを調整しながら、資源の過不足や連携の不調を防止していかなければならない。

そこで、大都市では、図終－7のような相談支援システムを構築していくことを提案したい。大都市の支援ニーズが複雑・多様であるといっても、その多くは、相談支援の専門職であれば、ある程度対応することは可能である。このため、まずは支援ニーズのある全ての人を対象として、民間を主体とした介護支援専門員や相談支援従事者等による一次相談を実施することを基本とする。その上で、権利擁護や虐待対応等の専門的な支援が必要な人については、保健師や社会福祉士、主任介護支援専門員等によって構成する組織によって1次相談機関をバックアップすることとする。さらに、医療、リハビリ、心理、福祉用具、住環境等の専門的な評価・判定・調整等の高度な支援が必要な人に対しては、医師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士や心理職等によって構成する組織によって2次相談機関をバックアップしていく。こうした重層的な相談支援体制によって、様々な資源を地域全体で効率的に活用することで、大量のニーズに対応しながら、質の高い支援を提供することができるようになるものと考えられる。

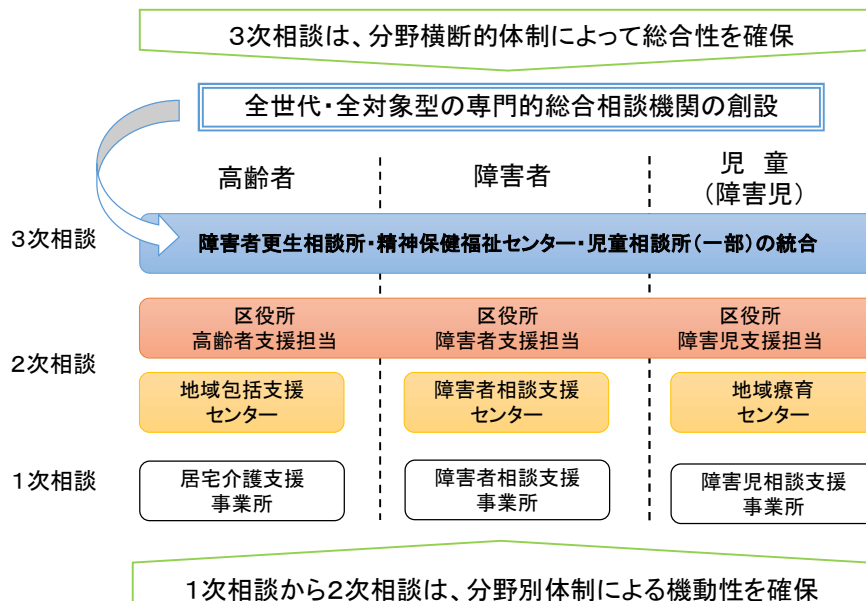
図終ー7 大都市における相談支援体制のイメージ



出典:筆者作成

その上で、具体的な相談支援機関の配置は、図終ー8のようになっていく。1次相談においては、対象者別の支援を前提として、民間主体である居宅介護支援事業所や相談支援事業所を活用して、できるだけ数多くの相談に応じることができる体制を整備していく。そして、2次相談においては、行政が委託する地域包括支援センターや障害者相談支援センター、地域療育センターが、それぞれ対象とする1次相談機関をバックアップするとともに、複雑・困難事例については、法令に基づく措置を実施するために、行政組織である区役所の担当部署が関与することとする。こうした体制を敷くことによって、分野をまたがるような複合的な支援ニーズがある場合には、区役所という単一組織内での調整が図られるようになるため、包括的な支援が提供しやすくなる。さらに、3次相談においては、行政の専門機関である障害者更生相談所や精神保健福祉センター、児童相談所の障害児支援機能を統合して全世代・全対象型の専門的総合相談機関を創設し、多様な専門支援

図終ー8 大都市における相談支援機関の配置図



出典:筆者作成

業務と専門職を集約することによって、2次相談機関が担当している多様な事案に対して、総合的にバックアップすることができるようになる。

大都市における複合的支援ニーズに対するサービス供給システムのあり方として、以上のような新たな相談支援システムを提案することをもって、本研究の結論と成果とすることとしたい。

第4節 本研究の到達点と今後の課題

大都市では、膨大な人口を背景としながら、産業構造や生活環境の変容、医療・介護技術の高度化、家族の縮小や地域のつながりの希薄化等によって、複雑多様な支援ニーズが大量に発生している。そして大都市には、それらに対応するための様々な資源が数多く存在しているが、皮肉にもその資源の量や種類の多さが、複合的支援ニーズへの対応を難しくさせている。こうした大都市福祉行政の課題は、国が示した手順や基準を画一的に適用することによって解決できるものではない。

このため本研究は、大都市における福祉行政とサービス供給システムのあり方を具体的かつ実証的に追究してきたわけであるが、その到達点について、次のように評価することができるだろう。

1. 大都市におけるサービス供給システムと福祉行政運営の実態と課題を可視化

我が国のサービス供給システムは、民間主体によるサービス供給が大半を占めるようになり、行政による直接的なサービス供給は大幅に減少してきた。さらには、サービスの質の確保や連携の調整さえも民間主体による取り組みに委ねることができる仕組みが整備され、行政の役割は、事業者の指定や利用認定といった管理的業務に止まることできるようになってきている。こうした流れの中で、意図的かどうかはさておき、福祉行政の関与は必要最低限であるべきという考え方が肯定され、その結果に対する責任までも民間主体に転嫁されてしまっているような傾向が見受けられる。

しかしながら、大都市におけるサービス供給システムの実態は、民間主体では支援ニーズを包括的に把握することが難しく、支援機関間での連携の調整も難しいということが、大きな課題となっている。このような状況下で、各々のサービス提供主体が個々に努力をしても、必ずしも地域全体のサービス供給の最適化には繋がっていかない。制度上は、介護支援専門員や障害者相談支援従事者等による相談支援がこうした問題の解決に当たることとされているが、相談支援自体が民間主体によって提供されている現状において、相談支援だけに地域全体の調整役を担わせるのは過重な期待である。結果として、それぞれのサービスはバラバラの意識や方法によって提供されており、地域全体で見れば非効率な体制で不十分なサービスが供給されてしまっている。

関係各法では、サービスネットワークの形成やサービス供給組織の育成等に取り組むことが自治体の責務として規定されているように、行政には、主体的にこうした状況の改善に取り組んでいくことが求められている。ただし、その方法は、個々のサービス提供プロセスに行政が介入したり、新たなルールによって規制したりするというものではない。行

政による関与は、あくまでサービスが効率的かつ効果的に供給されるよう、支援機関が円滑にサービスを提供できる環境を整備するという視点から行われるものである。

本研究では、以上のような問題意識に基づき、制度の管理者としての位置づけが強調されがちであった行政の役割を、サービス供給システムの経営者という役割として捉えた上で、その実態と課題を可視化することができた。

2. 大都市型の新しい包括的サービス連携システムを提起

支援ニーズの高度化・多様化・複合化とともに、制度やサービスも複雑化・細分化してきており、複合的支援ニーズを有する人々は、自らのニーズに合った支援機関をいくつも選択し、それぞれ利用するための手続きを行うことが求められるようになってきている。こうした仕組みは、利用者の選択性や権利性を確保するためには必要なものであるが、結果としてサービスにアクセスするためのハードルを上げてしまっているという見方をすることもできる。選択や手続きを行えない人こそ、社会福祉を必要としている人であるはずであるが、制度やサービスの進化は、課題が重複すればするほど適切な支援につなげにくくなってしまいう状況をつくり出している側面もある。

こうした問題を回避するためには、できる限り支援を包括的に提供していくことが必要であるが、単純に制度やサービスを統合すれば問題が解決するわけではない。とりわけ大都市では、膨大な支援ニーズに効率的に対応しながら、高度な専門性を必要とする支援ニーズにも対応していかなければならないため、一定の分野別支援体制を採らざるを得ない。こうした体制下では、あらゆる支援ニーズに対応できる人材を育成していくことが困難になるため、大都市においては、あらゆる支援ニーズに対して一元的にアプローチする体制をつくることは、あまり現実的ではない選択肢であるように思われる。

しかし、だからといって、大都市では包括的支援が提供できないということになるわけではない。大都市には、様々な支援ニーズに対応できる資源が十分存在しており、これらを適切に組み合わせることによって、高度な専門性が求められる複合的支援ニーズにも対応する大都市ならではの支援を提供することができるはずである。

そのためには、支援ニーズの把握と課題の分析、対策の検討と実施方法の調整という一連の政策過程に、サービス供給の実態を反映させたり、支援の専門性を考慮したりしていくことが重要になってくる。したがって、包括的支援体制を構築するためには、様々な専門職・専門機関を効率的かつ効果的に活用していくことが不可欠である。

本研究では、以上のような大都市における包括的支援の課題を明らかにするとともに、複合的支援ニーズに対応するための新しい包括的なサービス連携システムのあり方を具体的に示すことができた。

今後の課題

しかしながら本研究は、福祉行政全体を総体的に捉えていくというアドミニストレーション研究の範疇を踏まえると、その全てを網羅したものとはなっておらず、未完の域にあると言わざるを得ない。実際の福祉行政においては、政策目的に応じて予算措置や人員配置が行われ、何らかの制度や事業となって施策が展開されるのが一般的であるため、アドミニストレーションの結果は、個別的な事象として表れることとなる。したがって、こう

した個々の情報を幅広く集積しなければ、自治体福祉行政におけるアドミニストレーションの全容解明に至ることはできない。本研究では、高齢者医療・介護、医療的ケア児支援、高齢障害者支援を題材として考察してきたが、生活困窮者支援や児童家庭福祉といった分野、権利擁護や就労支援、更生保護や外国人支援といった領域における福祉行政運営のあり方についても検討を行い、より体系的なアドミニストレーション理論の構築を図っていくことが今後の課題となる。さらには、大都市ではない自治体でも、人口規模や人口構造、地形・気候や産業・交通、地域資源の分布等の地域特性に応じて、福祉行政の課題がそれぞれに存在する。こうした自治体ごとの特徴も幅広く捉え、より多くの自治体が活用できるアドミニストレーションのあり方を提示していくことも必要である。加えて、今後の人口構造の変化を見据えると、社会保障制度のあり方が大きく変わっていくことが予想される。その際には、自助・共助・互助・公助のバランスの再構築によって、福祉行政とサービス供給システムにも変革が求められることとなり、ひいては社会福祉や地方自治の仕組みそのものの見直しが必要となるかもしれない。こうした社会の要請に応え、新たな自治体福祉行政のアドミニストレーションのあり方を示し続けていくことが、この研究に課された使命である。

また、本研究では、複合的支援ニーズに対応するための新たなサービス供給システムのあり方を提示することはできたが、それを実現するための福祉行政の運営体制のあり方については、十分な検討を行うことができなかった。この点については、自治体としての総合的な政策判断や人事制度のあり様に大きな影響を受けることや、専門職の人材育成という要素を加味する必要があったことから、サービス供給システムのあり方という研究範疇において掘り下げるには限界があったことによっている。しかしながら、こうした今日の福祉行政を取り巻く状況を踏まえると、自治体戦略 2040 構想研究会が指摘するように¹⁰⁴⁾、自治体の福祉施策の担当部署には、福祉行政に関する高い専門性を有する職員を配置していくことが不可欠となっていく。そして、実際に自治体における福祉専門職の増加に見るように¹⁰⁵⁾、今後の福祉行政の展開を考える上で、専門性の高い人材の確保や組織運営が重要なテーマとなること間違いはなく、そのあり方について、さらに研究を進めていく必要がある。

¹⁰⁴⁾ 自治体戦略 2040 構想研究会は、今後の自治体には、「放置すれば深刻化し、社会問題となる潜在的な危機に対応し、住民生活の維持に不可欠なニーズを、より継続的、かつ、安定的に供給するためには、ソーシャルワーカーなど技能を習得したスタッフが随時対応する組織的な仲介機能が求められる」としている（自治体戦略 2040 構想研究会 2018：34）。

¹⁰⁵⁾ 総務省が実施している「地方公務員給与実態調査」によると、2003年から2015年の間に、社会福祉施設職員・保育所保育士を合計 36,829 人削減してきたにもかかわらず、福祉職は 27,354 人の削減に止まっており、差し引き 9,475 人の福祉職が施設以外の職域で活用されるようになってきている。

引用・参考文献

- 阿部實（1993）『福祉改革研究』第一法規出版.
- 阿部實（2003）『福祉政策の現代的潮流－福祉政策学研究序説』第一法規出版.
- 坪洋一（2008）「福祉国家における『社会市場』と『準市場』」『季刊社会保障研究』44(1), 82-93.
- 青井和夫・直井優編（1980）『福祉と計画の社会学』東京大学出版会.
- 青木志帆（2016）「40歳問題（特定疾病に該当する2号被保険者たち）」『ノーマライゼーション』36(7), 14-15.
- 新井利民（2013）「自治体福祉政策のガバナンス機構の成立：その背景・現状と今後の課題」『埼玉県立大学紀要』15, 1-26.
- 蟻塚昌克（1998）『社会福祉行財政論－基礎構造の解明と改革の課題』中央法規出版.
- 東美奈子（2016）「相談支援専門員と介護支援専門員の連携できるシステムづくりを目指して」『ノーマライゼーション』36(7), 30-31.
- Bovaird, T & Loeffler, E（2003）*Public Management and Governance*, Routledge（＝みえガバナンス研究会訳（2008）『公共経営入門－公共領域のマネジメントとガバナンス』公人の友社.）
- 地方行政調査委員会議（1951）『行政事務再配分に関する第二次勧告』.
- 地域包括ケア研究会（2010）『地域包括ケアシステム研究会報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング（平成21年度老人保健健康増進等事業）.
- 地域包括ケア研究会（2014）『地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング（平成25年度老人保健健康増進等事業）.
- 地域包括ケア研究会（2016）『地域包括ケアシステムと地域マネジメント』三菱UFJリサーチ&コンサルティング（平成27年度老人保健健康増進等事業）.
- 地域包括ケア研究会（2017）『地域包括ケアシステム構築に向けた制度サービスのあり方に関する調査研究事業報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング（平成28年度老人保健健康増進等事業）.
- Denney, D.（1998）*Social Policy and Social Work*, Oxford University Press.
- 恵上博文・石丸泰隆・成木弘子（2016）「医療介護連携における保健所の役割及び展望」『保健医療科学』65(2), 154-165.
- 遠藤浩（2015）『地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアルの作成 平成24～26年度総合研究報告書』（厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業）.
- 遠藤久夫（2008）「わが国の医療提供システムと準市場－ネットワーク原理に基づく医療提供システム－」『季刊社会保障研究』44(1), 19-29.
- Esping-Andersen, Gosta（1990）*The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press.
（＝岡沢憲英・宮本太郎監訳（2001）『福祉資本主義の三つの世界－比較福祉国家の理論と動態』ミネルヴァ書房.）
- Forder, J., Allan, S.（2011）*Competition in the Care Homes Market: A report for the OHE*

Commission on Competition in the NHS.

- 藤村正之（1999）『福祉国家の再編成－「分権化」と「民営化」をめぐる日本的動態』東京大学出版会.
- 古川孝順（1994）『社会福祉学序説』有斐閣.
- 古川孝順（1998）「社会福祉 21 世紀への課題」古川孝順編『社会福祉二一世紀のパラダイム I－理論と政策－』誠信書房.
- 古川孝順（2002）『社会福祉学』誠信書房.
- 古川孝順（2003）『社会福祉原論』誠信書房.
- 古川孝順（2009）『社会福祉の拡大と限定－社会福祉学は双頭の要請にどう応えるか－』中央法規出版.
- 古川孝順（2012）『社会福祉の新たな展望－現代社会と福祉』ドメス出版.
- George, Vic & Miller, Stewart（1994）*Social Policy Towards 2000: Squaring the Welfare Circle*, Routledge.（＝高島進監訳（1997）『福祉と財政－いかにしてイギリスは福祉需要に財政を調整してきたか』都市文化社.）
- Gilbert, Neil（1983）*Capitalism and the Welfare State: Dilemmas of Social Benevolence*, Yale University Press.（＝関谷登監訳、阿部重樹・阿部裕二共訳（1995）『福祉国家の限界－普遍主義のディレンマ』中央法規出版.）
- Gilbert, Neil and Barbara Gilbert（1989）*The enabling state: modern welfare capitalism in America*, Oxford University Press.（＝1999 伊部英男監訳『福祉政策の未来－アメリカ福祉資本主義の現状と課題－』中央法規出版.）
- Gould, Arthur（1993）*Capitalist Welfare Systems: A Comparison of Japan, Britain and Sweden*, Longman Group UK Ltd.（高島進・二文字理明・山根祥雄訳（1997）『福祉国家はどこへいくのか－日本・イギリス・スウェーデン』ミネルヴァ書房.）
- 原田聡子（2016）「地域包括ケアシステムで求められるケアマネジャーの役割」『在宅医療 0-100』1(11), 922-994.
- 原田正樹（2017）「地域共生社会の実現に向けて」『月刊福祉』100(2), 42-47.
- 畑本裕介（2012）『社会福祉行政－行財政と福祉計画』法律文化社.
- 畑本裕介（2014）「社会福祉のパラダイム転換：PA、NPM、NPG の各段階」『山梨県立大学人間福祉学部紀要』9, 1-12.
- 林正義（2017）「社会保障分野における地方公共団体の役割」『社会保障研究』1(4), 690-710.
- 狭間直樹（2008）「社会保障の行政管理と『準市場』の課題」『季刊社会保障研究』44(1), 70-81.
- 平野方紹（2004）「終章 社会福祉改革における三浦理論の位相－政策形成への理論研究の関与のあり方」小笠原浩一・平野方紹『社会福祉政策研究の課題－三浦理論の検証』中央法規出版.
- 平野方紹（2007）「地域福祉推進のための計画と財政」『社会福祉研究』99, 44-50.
- 平野方紹（2008）「社会福祉と国・都道府県・市町村の財政関係」『季刊自治と分権』33, 73-84.
- 平野方紹（2015）「支援の「狭間」をめぐる社会福祉の課題と論点」『社会福祉研究』122,

19-28.

平岡公一（2000）「社会サービスの多元化と市場化－その理論と政策をめぐる－考察－」大山博・炭谷茂・武川正吾・平岡公一編著『福祉国家への視座－揺らぎから再構築へ』ミネルヴァ書房.

平岡公一（2003）『イギリスの社会福祉と政策研究－イギリスモデルの持続と変化』ミネルヴァ書房.

平岡幸一（2006）「社会福祉の市場化と公益性－介護サービスを中心に－」『社会福祉研究』96, 54-60.

北海道総合研究調査会（2013）『高齢者と障がい者へのワンストップ相談支援体制の確立のためのケアマネジメントのあり方に関する調査研究報告書』（平成24年度老人保健健康増進等事業）

堀勝洋（1997）『現代社会保障・社会福祉の基本問題－21世紀へのパラダイム転換』ミネルヴァ書房.

伊部英男・大森彌編著（1988）『明日の福祉5 福祉における国と地方』中央法規出版.

井出英策（2018）『幸福の増税論－財政はだれのために』岩波書店.

猪飼周平（2010）『病院の世紀の理論』有斐閣.

猪飼周平（2015）『「制度の狭間」から社会福祉学の焦点へ』『社会福祉研究』122, 29-38.

池田省三（2011）『介護保険論』中央法規出版.

今里佳奈子（2005）「社会福祉におけるガバナンス」『季刊社会保障研究』41(3), 238-247.

井上恒男（2016）『英国における高齢者ケア政策－質の高いケア・サービス確保と費用負担の課題』明石書店.

苛原実（2015）「地域包括ケアシステム構築と基礎自治体の役割」『地域リハビリテーション』10(6), 391-396.

石川久（2014）「自治体における各福祉政策の必要性と課題」『都市とガバナンス』22, 12-21.

石橋幸滋（2016）「在宅医療における多職種連携・協働を成功させるために」『病院』75(4), 274-279.

伊藤善典（2006）『ブレア政権の医療福祉改革－市場機能の活用と社会的排除への取組み』ミネルヴァ書房.

伊藤真由美（2016）「医療専門職とケアマネジャーとの連携と支援における課題」『在宅医療0-100』1(11), 945-999.

岩渕豊（2013）「医療・介護制度の展開と社会保障・税一体改革」国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム－「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応義塾大学出版会, 73-96.

岩田正美（2016）『社会福祉のトポス－社会福祉の新たな解釈を求めて』有斐閣.

自治体戦略2040構想研究会（2018）『自治体戦略2040構想研究会 第二次報告－人口減少下において満足度の高い人生と人間を尊重する社会をどう構築するか－』.

城克文（2016）「医療介護連携政策の動向」『保健医療科学』65(2), 105-113.

Johnson, Norman（1987）*The Welfare State in Transition : The Theory and Practice of Welfare Pluralism*, Harvester Wheatsheaf.（＝青木郁夫・山本隆共訳（1993）『福祉国

- 家のゆくえー福祉多元主義の諸問題』法律文化社.)
- Johnson, Norman (1999) *Mixed Economies of Welfare : A Comparative Perspective*, Prentice Hall. (=2002 青木郁夫・山本隆監訳『グローバル化と福祉国家の変容ー国際比較の視点ー』法律文化社.)
- 角谷快彦 (2016)『介護市場の経済学ーヒューマン・サービス市場とは何かー』名古屋大学出版会.
- 鏡論 (2005)「高齢者福祉をめぐる動向と自治体」『地方自治職員研修』38(8), 31-33.
- 鏡論 (2013)「地方分権と福祉の政策」『月刊福祉』96(8), 19-23.
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会(2013)『介護支援専門員(ケアマネジャー)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』.
- 金澤史男 (2010)『福祉国家と政府間関係』日本経済評論社.
- 兼子芳文 (2013)「地域全体での病院とケアマネジャーとの連携体制づくり」『地域リハビリテーション』8(4), 295-300.
- 金子充 (2017)「費用対効果を重視する社会保障政策の陥穽ー「低コスト化」と管理統制の現実ー」『社会福祉研究』128, 84-88.
- 香取照幸「東京"高齢者激増"で起こる介護難民の恐怖」PRESIDENT Online (2019.2.23), (<https://president.jp/articles/-/26531>, 2019.7.21)
- 加藤久和・財務省財務総合政策研究所編著 (2015)『超高齢社会の介護制度』中央経済社.
- 川越雅弘 (2016)「ケア提供論ー他職種連携に焦点を当ててー」『社会保障研究』1(1), 114-128.
- 河合克義 (2009)『大都市のひとり暮らし高齢者と社会的孤立』法律文化社.
- 川上昌子 (2003)『都市高齢者の実態 (増補改訂版)』学文社.
- 川村匡由 (2007)「自治体福祉政策の変遷と今日の課題」『地方自治職員研修』40(4), 33-35.
- 川崎恭子 (2013)「地域包括支援センターの機能強化を行うための環境整備について」『地域リハビリテーション』8(4), 277-280.
- 川崎市 (2012)『川崎市地域リハビリテーションセンター整備基本計画』.
- 川手信行・水間正澄 (2015)「地域包括ケアとリハビリテーション医療」『地域リハビリテーション』10(6), 386-390.
- 加山弾 (2015)「コミュニティソーシャルワークの概念および実践上の課題ー『地域支援へのウェイト』『方法の統合的活用』『広範な対象既定』に着目してー」『社会福祉研究』123, 44-53.
- 鈕持麻衣 (2014)「基準策定における都道府県と市町村の役割分担 : 介護保険法の事業者指定に係る基準を例として」『自治総研』40(5), 75-94.
- Knapp, M., Hardy, B., Forder, J. (2001) *Commissioning for Quality: Ten Years of Social Care Markets in England*, *Journal of Social Policy*30(2), 283-306.
- 権丈善一 (2016)『医療介護の一体改革と財政ー再分配政策の政治経済学VI』慶応義塾大学出版会.
- 北場勉 (2000)『戦後社会保障の形成ー社会福祉基礎構造の成立をめぐる』中央法規出

- 版.
- 北場勉 (2004) 「規制改革と福祉改革の交錯－措置制度見直しと供給主体多元化に焦点をあてて」『月刊福祉』87(12), 32-35.
- 国立社会保障・人口問題研究所編 (2005) 『社会保障制度改革－日本と諸外国の選択』東京大学出版会.
- 国立社会保障・人口問題研究所編 (2013) 『地域包括ケアシステム－「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶應義塾大学出版会.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2018) 『「日本の地域別将来推計人口」(平成 30 (2018) 年推計)』.
- 駒村康平 (2004) 「疑似市場論」渋谷博史・平岡幸一編著『福祉の市場化をみる眼－資本主義メカニズムとの整合性－』ミネルヴァ書房, 213-236.
- 駒村康平 (2008) 「準市場メカニズムと新しい保育サービス制度の構築」『季刊社会保障研究』44(1), 4-18.
- 小森昌彦 (2013) 「リハ専門職が担う役割－介護支援専門員への支援効果－」『地域リハビリテーション』8(4), 285-288.
- 小西砂千夫 (2017) 「社会保障改革と基礎自治体の財政運営」『社会保障研究』1(4), 711-727.
- 河野真 (1998) 「福祉多元主義のゆくえ－利用者主体の福祉改革と新自由主義的改革の動向をめぐる－」『季刊・社会保障研究』34(3), 268-280.
- 河野真 (2007) 「社会福祉の理論 (イギリスを中心としたヨーロッパ)」古川孝順・岡本民夫・宮田和明ほか編『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版, 312-315.
- 高齢社会福祉ビジョン懇談会(1994)『21世紀福祉ビジョン～少子・高齢社会に向けて～』.
- 高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会 (2015) 『高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書』.
- 厚生労働省 (2006) 『「地域リハビリテーション推進のための指針」の策定について』(老老発第 0331006 号、平成 18 年 3 月 31 日、都道府県老人保健主管部 (局) 長宛厚生労働省老健局老人保健課長通知).
- 厚生労働省 (2011) 『医療・介護に係る長期推計 (主にサービス提供体制に係る改革について)』(第 10 回社会保障改革に関する集中検討会議・参考資料 1 - 2).
- 厚生労働省 (2015a) 『地域医療構想策定ガイドライン』.
- 厚生労働省 (2015b) 『高齢の障害者に対する支援の在り方について』(障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ「高齢の障害者に対する支援の在り方に関する論点整理のための作業チーム」(第 3 回)・資料 1).
- 厚生労働省 (2016a) 「第 3 期及び第 4 期障害福祉計画のサービス見込量と実績」(社会保障審議会障害者部会 (第 81 回) 参考資料 4)
- 厚生労働省 (2016b) 『居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業 (結果概要)』(社会保障審議会介護給付費分科会－介護報酬検証・研究委員会 (第 10 回) 資料 1-5).
- 厚生労働省 (2016c) 『在宅医療・介護の連携等の推進』(社会保障審議会介護保険部会 (第 68 回) 資料 1).

厚生労働省（2017a）『地域医療介護総合確保基金の事後評価、交付状況及び内示状況について』（医療介護総合確保促進会議（第11回）資料1）。

厚生労働省（2017b）『地域共生社会の実現に向けた地域福祉の推進について』（子発1212第1号・社援発1212第2号・老発1212第1号、平成29年12月12日、各都道府県知事・各指定都市市長・各中核市市長宛厚生労働省子ども家庭局長、厚生労働省社会・援護局長、厚生労働省老健局長通知）。

厚生労働省（2017c）『平成29年度生活困窮者自立支援制度の実施状況調査』。

厚生労働省（2017d）『共生型サービス』（社会保障審議会介護給付費分科会（第142回）資料4）。

厚生労働省（2017e）『在宅医療・介護連携推進事業の取組状況について』（医療介護総合確保促進会議（第11回）参考資料3）。

厚生労働省（2019a）『地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）』（社会保障審議会 介護保険部会（第77回）資料1-1）。

厚生労働省（2019b）『地域共生社会に向けた検討の経緯・議論の状況』地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会（第1回）資料2）。

厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム（2015）「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン－」。

厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）（2017）『平成29年我が国の人口動態』

厚生労働省・「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部（2016）『「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）』。

國光登志子（2011）「ケアマネジメントと「地域包括ケア」－個から地域へ－」太田貞司・森本佳樹編著『地域包括ケアシステム－その考え方と課題－』光生館，135-160。

桑木光太郎（2016）「医療行政の現況と今後」『小児科』57(12)，1433-1440。

京極高宣（1984）『市民参加の福祉計画－高齢化社会における在宅福祉サービスのあり方』中央法規出版。

京極高宣（1990）『現代福祉学の構図』中央法規出版。

京極高宣（1998）『改訂 新・社会福祉学とは何か－新・社会福祉原論』全国社会福祉協議会。

京極高宣（2005）『介護保険改革と障害者グランドデザイン－新しい社会保障の考え方』中央法規出版。

京極高宣（2007）『総合研究現代日本経済分析〈1〉社会保障と日本経済 「社会市場」の理論と実証』慶應義塾大学出版会。

京極高宣（2008）『新しい社会保障の理論を求めて－社会市場論の提唱 研究ノート』社会保険研究所。

京極高宣（2010）『共生社会の実現－少子高齢化と社会保障改革』中央法規出版。

京極高宣（2013）『福祉レジームの転換－社会福祉改革試論』中央法規出版。

京極高宣・金子能宏（2010）『社会保障と社会市場論－社会保障の一般理論を考える』社会保険研究所。

京極高宣・小林良二・高橋紘士・和田敏明編（1988）『福祉政策学の構築－三浦文夫氏との

- 対論』全国社会福祉協議会.
- Le Grand, Julian. and Bartlett, Will. Eds. (1993) *Quasi-Markets and Social Policy*, Macmillan Press.
- Le Grand, Julian (2003) *Motivation, Agency and Public policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press. (=郡司篤晃監訳 (2008)『公共政策と人間—社会保障制度の準市場改革』聖学院大学出版会.)
- Le Grand, Julian (2007) *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*, Princeton University Press. (=2010 後房雄訳『準市場—もう一つの見えざる手選択と競争による公共サービス—』法律文化社.)
- 前田浩利 (2013)「医療と福祉の協働で支える小児在宅医療」NPO 法人医療的ケアネットワーク『医療的ケア児者の地域生活支援の行方—法制化の検証と課題』クリエイツかもがわ, 62-108.
- 前田浩利 (2016)「対象となる子どもの特徴」『小児科診療』79(2), 163-167.
- 前田浩利 (2017)「都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究」『医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究 平成 28 年度総括・分担研究報告書』(厚生労働科学研究疾病・障害対策研究分野障害者政策総合研究), 95-104.
- 松田亮三・鎮目真人編著 (2016)『社会保障の公私ミックス再論—多様化する私的領域の役割と可能性』ミネルヴァ書房.
- 松田晋哉 (2015)『地域医療構想をどう策定するか』医学書院.
- Means,R., Morby,H., Smith,R. (2002) *From Community Care To Market Care?, the development of welfare services for older people*, The policy Press.
- Meredith, Barbara (1993) *The Community Care Handbook: The New System Explained*, Age Concern England. (=杉岡直人・平岡公一・吉岡雅昭訳 (1997)『コミュニティアケアハンドブック—利用者主体の英国福祉サービスの展開』ミネルヴァ書房.)
- 三重野卓・平岡公一編 (2000)『福祉政策の理論と実際—福祉社会学研究入門』東信堂.
- 三浦文夫 (1995)『増補改訂 社会福祉政策研究—福祉政策と福祉改革』全国社会福祉協議会.
- 宮島洋・京極高宣・西村周三編 (2010)『社会保障と経済〈3〉社会サービスと地域』東京大学出版会.
- 三宅正伸 (2016)『自治体経営の人的資源管理—福祉専門職における拙速な民営化への警鐘』晃洋書房.
- 文部科学省 (2017)「平成 28 年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果について」
- 森明人 (2018)『市町村社会福祉行政のアドミニストレーション 三浦理論・大橋理論から新たな展開へ』中央法規出版.
- 森川美絵 (2016)「多職種多分野連携による地域包括ケアシステムの構築」『保健医療科学』65(1), 16-23.
- 長岡健太郎 (2016)「65 歳問題に関する現状と課題」『ノーマライゼーション』36(7), 12-14.
- 永田祐 (2015)「社会福祉における『住民参加』の進展と課題」『社会福祉研究』123, 19-

27.

- 永田祐（2017）「『社会福祉政策研究』の展開と継承」『社会福祉研究』130, 70-77.
- 名倉道明・田村正徳（2017）「医療的ケア児数と資源調査」『医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究 平成28年度総括・分担研究報告書』（厚生労働科学研究疾病・障害対策研究分野障害者政策総合研究），21-94.
- 中村知夫（2016）「わが国の現状と方向性－厚生労働省小児等在宅医療連携拠点事業の成果と課題」『小児科診療』79(2), 157-162.
- 中村秀一（2012）「社会保障改革担当にきく 給付充実し後世へのつけ回し正す」シルバー産業新聞・介護ニュースヘッドライン（9月24日），（http://www.care-news.jp/news/insurance/post_163.html, 2019.7.21）.
- 中谷陽明（2017）「ソーシャルワークは時代の要請に応えられるか」『社会福祉研究』128, 89-93.
- 中澤伸（2016）「地域包括ケアのための全世代型相談支援の挑戦－神奈川県川崎市川崎区内における地域共生支援－」『地域ケアリング』18(13), 14-20.
- 奈須康子・田村正徳（2014）「子どもの在宅医療支援について現状と課題」『地域リハビリテーション』9(12), 894-902.
- 日本能率協会総合研究所（2015）『ケアマネジメントの質の評価及びケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業報告書』（平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）.
- 日本リハビリテーション病院・施設協会編（2013）『リハビリテーション白書3－地域包括ケア時代を見据えて』三輪書店.
- 日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会・リハビリテーション連携パス策定委員会編（2013）『リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア』診断と治療社.
- 日本社会福祉学会編（2008）『福祉政策理論の検証と展望』中央法規出版.
- 日本社会福祉学会編（2012）『対論社会福祉学2 社会福祉政策』中央法規出版.
- 日本社会福祉士会（2008）『障害者相談支援の地域包括支援センターにおける展開と課題に関する調査研究報告書』（平成19年度障害者保健福祉推進事業）.
- 日本社会保障法学会編（2012）『新・講座 社会保障法2 地域を支える社会福祉』法律文化社.
- 日本小児科学会倫理委員会（2007）「超重症心身障害児の医療低ケアの現状と問題点－全国8府県のアンケート調査－」
- 日本総合研究所（2018）『地域力強化および包括的な相談支援体制構築の推進に関する調査研究』.
- 二木立（2000）『介護保険と医療保険改革』勁草書房.
- 二木立（2005）『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房.
- 西村周三（2013）「医療・介護サービスへの影響」国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム－「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応義塾大学出版会，27-46.
- 西尾勝（1990）『行政学の基礎概念』東京大学出版会.
- 西尾勝（1993）『行政学』有斐閣.

- 日米 LTCI 研究会編・高橋龍太郎・須田木綿子編集代表 (2010)『在宅介護における高齢者と家族—都市と地方の比較調査分析』ミネルヴァ書房.
- 丹羽登 (2016)「特別支援教育との関係」『小児科診療』79(2), 197-202.
- 沼尾波子 (2016)「社会保障制度改革と自治体行財政の課題」『社会政策』7(3), 12-26.
- 尾林芳匡 (2006)「社会福祉と自治体構造改革」『法と民主主義』406, 14-17.
- 小笠原浩一・平野方紹 (2004)『社会福祉政策研究の課題—三浦理論の検証』中央法規出版.
- 小笠原浩一・武川正吾 (2002)『福祉国家の変貌—グローバル化と分権化のなかで—シリーズ社会政策研究』東信堂.
- 尾形裕也 (2012)「日本における在宅医療の現状, 課題及び展望」『季刊社会保障研究』47(4), 357-367.
- 小保内俊雅・大澤由記子・大林梨津子 (2016)「小児在宅医療における地域中核病院の役割」『小児科診療』79(2), 177-181.
- 大川弥生 (2013)『高齢の障害者への支援の在り方に関する研究—平成 22~24 総合研究報告書』(厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業 (身体・知的等障害分野)).
- 奥山正司 (2009)『大都市における高齢者の生活』法政大学出版局.
- 尾松直樹 (2013)「地域に開かれた地域包括支援センターの委託運営と育成戦略」『地域リハビリテーション』8(4), 281-284.
- 大森彌 (2004)「高齢者の地域生活を支える仕組みを問う—基礎自治体の新しい役割」『社会福祉研究』89, 9-15.
- 大森彌 (2005)「分権改革と社会福祉の課題」『社会福祉研究』93, 31-37.
- 大森彌 (2006)『行政学叢書 4 官のシステム』東京大学出版会.
- 大森彌 (2008)『変化に挑戦する自治体—希望の自治体行政学』第一法規出版.
- 大森彌 (2015)『自治体職員再論—人口減少時代を生き抜く』ぎょうせい.
- 大森彌・村川浩一編著 (1993)『長寿社会総合講座 3 保健福祉計画とまちづくり』第一法規出版.
- 大阪発達総合療育センター (2014)「NICU 等の後方支援ネットの構築をめざして」(平成 25 年度厚生労働省重症心身障害児者の地域生活モデル事業報告書)
- 逢坂悟郎 (2013)「地域包括ケアの基盤整備へ向けて—2025 年介護サービス受給者数の推計から」『地域リハビリテーション』8(4), 270-276.
- Osborne, S. P. (2009) *The New Public Governance? : Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*, Routledge.
- 小塩隆士・田近栄治・府川哲夫 (2014)『日本の社会保障政策: 課題と改革』東京大学出版会.
- 大住壮四郎 (1999)『ニュー・パブリックマネジメント—理念・ビジョン・戦略』日本評論社.
- 太田仁史編著・浜村明德・下斗米貴子・澤俊二 (2016)『地域リハビリテーション論 Ver. 6』三輪書店.
- 大冢賀政昭・筒井孝子 (2016)「日本における医療介護連携の課題と展望—integrated care の理論をもとに—」『保健医療科学』65(2), 127-35.

- 太田貞司 (2011) 「地域社会を支える『地域包括ケアシステム』」太田貞司・森本佳樹編著『地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』光生館, 1-38.
- 太田貞司 (2012) 「大都市の「見えにくさ」と「地域」を“描く力”」『大都市の地域包括ケアシステム』光生館, 1-41.
- 太田貞司・森本佳樹編著 (2011) 『地域包括ケアシステム—その考え方と課題』光生館.
- 太田貞司編集代表・編著 (2012) 『大都市の地域包括ケアシステム』光生館.
- 大塚晃 (2015) 「障害福祉サービスのあり方見直す時期にきている」『月刊ケアマネジメント』26(7), 20-21.
- Ovretveit, John (1993) *Coordinating Community Care : Multidisciplinary Teams and Care Management*, Open University Press. (=三友雅夫・茶谷滋訳 (1999) 『ケアマネジャー必携 コミュニティケアの戦略—学際的チームとケアマネジメント』恒星社厚生閣).
- 大山博・炭谷茂・武川正吾・平岡浩一編著 (2000) 『福祉国家への視座—揺らぎから再構築へ』ミネルヴァ書房.
- 大山博・嶺学・柴田博編著 (1997) 『保健・医療・福祉の総合化を目指して—全国自治体調査をもとに』光生館.
- 尾崎治夫・山田隆司 (2016) 「東京都の地域医療 地域包括ケアをどう提供していくか」『病院』75(4), 239-244.
- Pinker, Robert (1979) *The Idea of Welfare*, Heinemann Educational Books. (=星野正明・牛津信忠訳 (2003) 『社会福祉三つのモデル—社会福祉理論の探求』黎明書房.)
- Ramon, Shulamit (1991) *Beyond Community Care: Normalisation and Integration Work*, Macmillan in association with MIND (=中園康夫・小田兼三・清水隆則訳 (1995) 『コミュニティケアを超えて—ノーマライゼーションと統合の実践』雄山閣.)
- 定藤丈弘・坂田周一・小林良二編 (1996) 『社会福祉計画 これからの社会福祉』有斐閣.
- 佐橋克彦 (2007) 『福祉サービスの準市場化—保育・介護・支援費制度の比較から』ミネルヴァ書房.
- 佐橋克彦 (2008) 「『準市場』の介護・障害者福祉サービスへの適用」『季刊社会保障研究』44(1), 30-40.
- 佐々木恒夫 (2001) 『大都市福祉行政の展開—21世紀地方自治体のあり方』中央法規出版.
- 佐藤卓利 (2008) 『介護サービス市場の管理と調整』ミネルヴァ書房.
- 生活福祉研究機構編 (1998) 『イギリスの実践にみるコミュニティ・ケアとケアマネジメント』中央法規出版.
- 関野満夫 (2009) 「地方財政の現状と課題—地方の分権化と福祉サービスの一般財源化」『月刊福祉』92(1), 16-19.
- 社会保障制度改革国民会議 (2015) 『社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』
- 社会保障研究所編 (1983) 『社会保障の基本問題』東京大学出版会.
- 社会保障研究所編 (1984) 『社会福祉改革論Ⅰ 社会福祉政策の展望』東京大学出版会.
- 社会保障研究所編 (1984) 『社会福祉改革論Ⅱ 社会福祉実践の課題』東京大学出版会.
- 社会保障研究所編 (1985) 『福祉政策の基本問題』東京大学出版会.

- 社会保障研究所編（1992）『福祉国家の政府間関係』東京大学出版会.
- 社会保障研究所編（1992）『リーディングス日本の社会保障 1 総論』有斐閣.
- 社会保障研究所編（1992）『リーディングス日本の社会保障 4 社会福祉』有斐閣.
- 社会保障制度審議会（1995）『社会保障体制の再構築（勧告）～安心して暮らせる 21 世紀の社会をめざして～』.
- 社会保障審議会・障害者部会（2015）『障害者総合支援法施行 3 年後の見直しについて』.
- 社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会（2000）『社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会報告書』.
- 渋谷博史（2014）『21 世紀の福祉国家と地域 1 福祉国家と地域と高齢化 改訂版』学文社.
- 渋谷博史・平岡幸一編著（2004）『福祉の市場化をみる眼－資本主義メカニズムとの整合性』ミネルヴァ書房.
- 渋谷博史・木下武徳・根岸毅宏編著（2011）『シリーズ福祉国家と地域 4 社会保障と地域』学文社.
- 渋谷博史・櫻井潤・樋口均編（2010）『21 世紀の福祉国家と地域 2 グローバル化と福祉国家と地域』学文社.
- 渋谷博史・根岸毅宏・塚谷文武（2014）『21 世紀の福祉国家と地域 4 福祉国家と地方財政』学文社.
- 島崎謙治（2013）「在宅医療の現状・理念・課題」国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム－「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応義塾大学出版会，127-148.
- 下川和洋（2013）「学校での『医療的ケア』」NPO 法人医療的ケアネット『医療的ケア児者の地域生活支援の行方－法制化の検証と課題』クリエイツかもがわ，168-197.
- 新保幸男（2012）「多職種連携を成り立たせるための相互理解について」『ヒューマンサービス研究』2，248-52.
- 新藤宗幸（1996）『福祉行政と官僚制』岩波書店.
- 新藤宗幸（2006）『新たな時代の都道府県の役割・市町村の役割』『月刊福祉』89(10)，20-23.
- 白澤政和（2007）「ケアマネジメント」岡本民夫・田端光美・濱野一郎・他編『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版，644-649.
- 白澤政和（2008）「平成期の高齢者福祉政策の検証－サービス面とサービス・デリバリー・システム面の変遷をもとに－」日本社会福祉学会編『福祉政策理論の検証と展望』中央法規出版，76-97.
- ソーシャルワーク教育団体連絡協議会「新福祉ビジョン特別委員会」（2016）『ソーシャルワーカー養成教育の改革・改善の課題と論点＜最終報告＞』.
- 相馬大祐・五味洋一・大村美保ほか（2014）「高齢知的障害者の福祉サービス利用の実態と制度上の課題」『発達障害研究』36(2)，109-119.
- 総務省（2005）『地方公共団体における行政改革の推進のための新たな指針』.
- 総務省（2012）『第 30 次地方制度調査会諮問事項「大都市制度のあり方」関連資料』（第 30 次地方制度調査会第 6 回専門小委員会・資料）.

- Spicker, Paul (1995) *Social Policy: Themes and Approaches*, Prentice Hall Europe. (= 武川正吾・上村泰裕・森川美絵訳 (2001)『社会政策講義－福祉のテーマとアプローチ』有斐閣.)
- 祐川暢生 (2014)「高齢知的障害者支援の責任と支援のポイント」『発達障害研究』36(2), 148-158.
- 須田木綿子 (2011)『対人サービスの民営化－行政・営利・非営利の境界線』東信堂.
- 杉岡直人 (2008)「社会福祉と地方分権のゆくえ－軌跡と展望」『社会福祉研究』102, 10-19.
- 杉岡直人 (2015)「地域福祉における『新たな支え合い』が問いかけたもの」『社会福祉研究』123, 28-35.
- 杉岡直人 (2009)「これからの自治体運営における民間非営利組織とのパートナーシップ」『月刊福祉』92(1), 24-27.
- 炭谷茂編著 (2003)『社会福祉基礎構造改革の視座－改革推進者たちの記録』ぎょうせい.
- 鈴木康之・武井理子・武智信幸ほか (2008)「超重症児の判定について－スコア改定の試み－」『日本重症心身障害学会誌』33(3), 303-309.
- 高橋昭彦 (2014)「小児の在宅医療－その現状と課題」『地域リハビリテーション』9(12), 903-907.
- 高橋昭彦 (2016)「小児在宅医療と暮らしの現況」『小児科 57』(12), 1425-1431.
- 高橋紘士 (2012)『地域包括ケアシステム』オーム社.
- 高橋紘士・武藤正樹共編 (2013)『地域連携論－医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援』オーム社.
- 高橋泰 (2013)『医療需要ピークや医療福祉資源レベルの地域差を考慮した医療福祉提供体制の再構築』(社会保障制度国民会議 (第9回) 資料3-3)
- 高澤武司 (1979)『社会福祉の管理構造』ミネルヴァ書房.
- 高澤武司 (1985)『社会福祉のマクロとミクロの間－福祉サービス供給体制の諸問題』川島書店.
- 高澤武司 (2000)『現代福祉システム論－最適化の条件を求めて』有斐閣.
- 高澤武司 (2005)『福祉パラダイムの危機と転換』中央法規出版.
- 武智秀之 (2001)『福祉行政学』中央大学出版会.
- 竹田幹雄 (2007a)「医療提供体制の改革と地域包括ケアシステム構築に向けた一考察－今後の在宅医療・介護サービス提供体制のあり方－」『都市問題』108(2), 93-101.
- 竹田幹雄 (2017b)「医療・介護連携の強化に向けたケアマネジメント体制のあり方－多職種による新たな連携システムの検討－」『保健医療科学』66(6), 650-657.
- 竹田幹雄 (2018a)「地方自治体における福祉行政運営体制の現状と課題－福祉多元化と行政改革の進展を踏まえて－」『季刊行政管理研究』161, 32-42.
- 竹田幹雄 (2018b)「包括的な相談支援のあり方と体制構築に向けた課題－社会福祉の専門性をめぐって－」『社会事業研究』57, 180-190.
- 竹田幹雄 (2018c)「医療的ケア児の地域生活支援と地方自治体の役割－医療・福祉・教育による総合的な施策展開に向けて－」『立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科紀要』16, 15-24.

- 竹田幹雄（2019）「地域における高齢障害者支援のあり方ー地方自治体における施策展開に向けてー」『立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科紀要』17, 43-50.
- 竹田匡（2016）「ワンストップの保健福祉総合相談窓口の実現に向けてーソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められるものー」『地域ケアリング』18(13), 6-13.
- 武川正吾（1992）『福祉国家と市民社会ーイギリスの高齢者福祉』法律文化社.
- 武川正吾（1999）『福祉社会の社会政策ー続・福祉国家と市民社会』法律文化社.
- 武川正吾（2004）『分権化と新たな自治体像ー地方分権改革と地域福祉の主流化』『月刊福祉』87(11), 22-25.
- 武川正吾（2006）『地域福祉の主流化ー福祉国家と市民社会 3』法律文化社.
- 武川正吾（2012）『政策志向の社会学ー福祉国家と市民社会』有斐閣.
- 田辺国昭（2017）「社会保障における地方自治体の役割」『社会保障研究』1(4), 688-689.
- 田中耕太郎（2015）「地方自治×介護保険 地方自治体が高齢社会を支える」『月刊福祉』98(1), 18-21.
- 田中真衣（2016）「障害福祉行政の現況と今後」『小児科 57』(12), 1441-1445.
- 谷口泰司（2014）「高齢知的障害者に対する地域支援を巡る諸課題ー各種実態調査および地域支援諸施策の検証からの一考察ー」『発達障害研究』36(2), 120-128.
- 谷口泰司（2015）「潜在的な高齢知的障害者の存在」（高齢知的障害者支援のスタンダードをめざして）遠藤浩『地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアルの作成 平成 24～26 年度総合研究報告書』（厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業）.
- Titmuss, Richard. M. (1963) *Essays on 'the Welfare State'*, George Allen & Unwin Ltd. (= 谷昌恒監訳 (1983) 『福祉国家の理想と現実』東京大学出版会.)
- Titmuss, Richard. M. (1968) *Commitment to welfare*, George Allen and Unwin Ltd. (= 三浦文夫監訳 (1971) 『社会福祉と社会保障ー新しい福祉をめざして』東京大学出版会.)
- Titmuss, Richard. M. (1974) *Social Policy : An Introduction*, George Allen & Unwin Ltd. (= 三友雅夫監訳 (1981) 『社会福祉政策』恒星社厚生閣.)
- 所道彦（2016）「社会保障改革と地方自治体ー論点の整理と今後の課題」『社会政策』7(3), 3-11.
- 所道彦（2007）「福祉国家の再編成と福祉多元主義」古川孝順・岡本民夫・宮田和明ほか編『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版, 226-229.
- 東京大学高齢社会総合研究機構編（2014）『地域包括ケアのすすめー在宅医療連携のための他職種連携の試み』東京大学出版会.
- 土屋幸己（2016）「富士宮市の取り組みと総合相談窓口構築の現状と課題」『地域ケアリング』18(13), 21-27.
- 鶴野隆浩（2017）「2016 年度学会回顧と展望 理論・思想部門」『社会福祉学』58(3), 68-79.
- 筒井孝子（2012）「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ー自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのありかたー」『季刊社会保障研究』47(4), 368-381.
- 筒井孝子（2014a）『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略ーintegrated

- care の理論とその応用』中央法規出版.
- 筒井孝子 (2014b) 『地域包括ケアシステムのサイエンス—integrated care 理論と実証』社会保険研究所.
- 植田章 (2016) 「知的障害者の加齢変化の特徴と支援課題についての検討」『福祉教育開発センター紀要』13, 41-56.
- 上野谷加代子 (2004) 「高齢者の地域生活を支える新しい福祉システム—自治体・民間の協働の視点から」『社会福祉研究』89, 16-23.
- 和気康太 (2017) 「三浦文夫の社会福祉経営論と計画—社会福祉計画論の視点からの検証と継承—」『社会福祉学』57(4), 137-141.
- Walker, Alan (1984) *Social Planning: A Strategy for Socialist welfare*, Basil Blackwell Publisher Ltd. (=青木郁夫・山本隆訳 (1995) 『ソーシャルプランニング—福祉改革の代替戦略』光生館.)
- Wistow, G., Knapp, G., Hardy, B., Allen, C. (1992) *From Providing to Enabling: local authorities and the mixed economy of social care*, *Public Administration*70(1), 25-47.
- 山口道昭 (2016) 『福祉行政の基礎』有斐閣.
- 山口昇・林拓男 (2013) 「県がリードする地域包括ケアシステムづくり：広島県地域包括ケア推進センター」日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会・リハビリテーション連携パス策定委員会編 『リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア』診断と治療社, 239-242.
- 山本隆 (2003) 『イギリスの福祉行財政—政府間関係の視点』法律文化社.
- 山本隆 (2005) 「介護保険制度における市町村の役割—準市場との対比を通して」『介護福祉学』12(1), 74-83.
- 山本隆 (2008) 「社会福祉基礎構造改革と福祉財政—財政論からみた構造改革とインパクト—」日本社会福祉学会編 『福祉政策理論の検証と展望』中央法規出版, 28-56.
- 山本隆 (2009) 『ローカル・ガバナンス—福祉政策と協治の戦略』ミネルヴァ書房.
- 山本隆 (2015) 「財政問題に直面する地方自治体と地域福祉計画の課題」『社会福祉研究』123, 54-64.
- 山本恵子 (2016) 『英国高齢者福祉政策研究—福祉の市場化を乗り越えて』法律文化社.
- 山本雅章 (2015) 『地域で暮らす重症者の生活保障—自治体職員の役割と行政職員たちの挑戦』クリエイツかもがわ.
- 柳尚夫 (2013) 「地域リハビリテーションの課題」日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会・リハビリテーション連携パス策定委員会編 『リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア』診断と治療社, 54-57.
- 山崎和子・高田栄子・田村正徳 (2016) 「病院から地域への移行の進め方」『小児科診療』79(2), 183-190.
- 横川正平 (2014) 『地方分権と医療・福祉政策の変容—地方自治体の自律的政策執行が医療・福祉政策に及ぼす影響』創成社.
- 横山壽一 (2003) 『社会保障の市場化・営利化』新日本出版社.
- 横山壽一 (2009) 『社会保障の再構築—市場化から共同化へ』新日本出版社.
- 横山美奈 (2016) 「慢性重度障がい児のケアシステムの現況」『小児科』57(12), 1409-1417.

米満弘之(2016)「地域包括ケアシステムにおける地域リハビリテーション」『病院』75(4),
262-266.

全国社会福祉協議会(1979)『在宅福祉サービスの戦略』全国社会福祉協議会.

全国社会福祉協議会(2017)『第三者評価事業全国の受審件数等の状況(資料)』.

謝 辞

自治体福祉行政の実践の場に身を投じて、18年の月日が経ちました。その日々は、障害児施設の児童指導員時代に生活を共にした方々、障害者自立支援法の施行準備に奔走しながら出会った自治体職員の方々、政権交代に直面する霞ヶ関で一緒に仕事をさせていただいた厚生労働省職員の方々など、本当に多くの人に色々なことを教えていただきながら、社会福祉は何をすべきか、福祉行政はいかにあるべきかを考えさせられる毎日でした。そして幸運にも、政策調整や組織整備、職員配置といった行政運営の根幹に関わる仕事も与えられ、自治体における政策課題の解決プロセスを経験したことによって、アドミニストレーション研究の必要性を改めて認識するとともに、多大な示唆を得ることができました。また、昨年度から地域包括ケアを担当することとなり、期せずして研究を実証する機会を得たことによって、本研究の意義をより高めることができました。数々の実践の場を与えていただいた川崎市には、深く感謝する次第です。

こうした実践を研究として昇華させていくために、指導教授である平野方紹先生には、研究の視点や進め方についての的確なご助言をいただくとともに、論文執筆に向けて日々激励していただきました。また、副指導教授である結城俊哉先生と木下武徳先生には、実践者としての立場と研究者としての立場の迷いを受け止めていただきつつ、研究の意義を世に問う心構えや論文の構成方法など、親身になってご指導いただきました。久しぶりの学問との対峙ではありましたが、先生方のお力添えによって博士論文を完成させられたことに、厚く御礼申し上げます。

そして、今日に至るまで、私が自治体福祉行政の現場に立ち続けることができているのは、公私ともにお世話になってきた佐々木恒夫・日本社会事業大学元教授による導きのおかげです。また、博士の学位を取得しようと思ったのは、故阿部實・日本社会事業大学元教授による後押しがあったからです。日本社会事業大学在学時に、お二人の先生に夜な夜なしていただいた課外授業は、思い返せば大変得難い経験であり、実践と研究を両立させていく大きな拠り所となりました。

この論文は、こうした方々からご支援をいただきながら取り組んできた自らの実践の意義を再確認するとともに、取り組むべき課題を科学的に捉え直し、様々な問題に直面し続ける福祉現場をいかに変えていくべきか考えるために執筆したものです。その完成をもって、今までお世話になってきた方々に改めて感謝申し上げますとともに、今後のさらなる研究の発展を期して、引き続き精進していきたいと思います。