第１部　理論編

第1章　序　論

健康は社会の様々な事象により影響を受けている。高齢者の健康は単に医療的な視点のみで維持できるものではなく、政策的な視点による様々な対応が欠かせない。日本を含む先進諸国において高齢化が進行しており、それに伴って社会保障制度の改革が進められている。今日の社会保障における改革として、公的福祉と国民負担の見直し、サービスを提供する行政主体の再編成、多様な民間主体の活用、市民参加などがある。我が国においては、高齢者関連の制度として、多様なサービス提供主体を活用する介護保険制度が、2000年度より開始されている。要介護状態への移行の原因となる疾患には、脳血管障害等の後遺症のほか、必ずしも病気とはいえない身体的及び精神的な機能低下の状態があり、これらを虚弱という。Fried（2001）は虚弱の要素として体重減少、筋力低下、疲労感、歩行速度の低下、身体活動量の減少をあげている。この様な虚弱な高齢者を対象として、2006年度から介護保険制度のもとで介護予防事業が行われている。

本書は、虚弱高齢者の健康維持をねらいとして実施されている介護予防・地域包括ケアを主題として、公的主体から多様な主体によるサービスに代替される移行過程にどのような課題が生じたのか、その対応として主体間連携の有効性を、明らかにすることを目的とする。これまで、医療福祉の連携の在り方の事例は、数多く報告されているが、人口規模、社会資源が異なる地域に同じ方法を取り入れる事は困難である。自治体の特性に合った多様な連携があるのではないだろうか。

1. 本書の目的

介護予防・地域包括ケアに限らず、今日の日本の公的サービスの提供は多様な主体の活用により成り立っている。多様な主体を活用することの利点は、効率的であり、多様なニーズに対応できる、柔軟性がある等があげられる。ところが、

多様な主体を活用することによるサービスの調整、規制、主体間の調整、費用の管理等の課題もあげられる。また、2000年度以降は、公的サービスの中心的な提供主体である自治体が市町村合併により再編成された。事業を行う自治体の予算や規模などの諸条件にも大きなばらつきがあり、その内部の調整も必ずしも容易ではなくなったと考えられる。これらをふまえ、これまでの多様な主体の連携に関する研究上の課題を図1－1に整理する。

これまで医療福祉分野においては、介護予防に関わる多くの研究報告がなされてきた。連携による介護予防の事例、地域包括ケアシステムの事例も報告されているが、いずれもベストプラクティスである。人口規模、社会資源が異なる地域に同じ方法を取り入れる事は困難である。また、うまくいかない事例の分析は見受けられない。さらに、医療ケアの必要な人のための最善の連携は、クリニカルパスにより疾患ごとにある程度確立しているが、健康支援の連携は未確立である。医療ケアの必要な人のための連携は専門職同士の連携であり、行動目的が同一であるが、健康支援の連携における連携主体の特徴は専門職と専門職以外の多様な主体による連携である。このような多様な主体は行動目的が異なることから、その調整は容易ではない。また、連携そのものが理想として捉えられており、連携の生み出す課題やある時点において捉えられた連携の状態が、その後どのように変化するかは論じられていない。介護予防サービスが公的主体から多様な主体による提供に変化する際に起きた課題を検討することは、単に高齢者の健康維持や社会保障費の節減という目的だけではなく、福祉政策そのものが目的に適っていたのか、今後の改革にはどのような視点が必要であるかということにつながるものと考える。

次に図1－2に、本書の視点を整理する。まず、社会的背景として高齢化の進行と、それに伴う社会保障費用の増大、予防重視の政策転換があげられる。次に、社会的背景をふまえ、公的サービスを提供する主体において大きな変化が見られた。

市町村合併による行政のスリム化と、多様な主体の活用によるサービス提供の効率化指向である。ところがこのような公的サービス供給体制の変化は、自治体間の地域差の拡大と、多様な主体間の連携の要請という新たな課題を生み出した。

本書の目的をあらためて整理すると、上述の視点のもとで、高齢者の健康維持

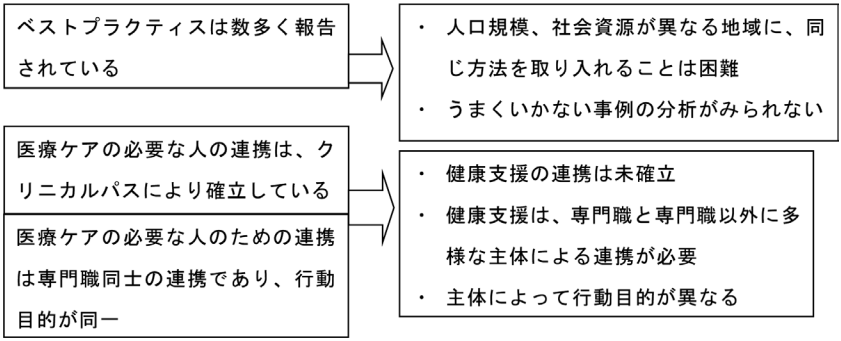


図 1－1　医療福祉における主体間連携に関する研究上の課題

出所：筆者作成

のために行われてきた介護予防事業の変遷を通して、現行の医療介護等の福祉政策の妥当性と、今後の望ましい方向を明らかにすることである。現在、日本の介護保険制度では、手厚い給付内容のため財政難となっており、この打開のために3年に一度という頻度で制度の見直しが図られてきた。その度に制度は複雑化し、

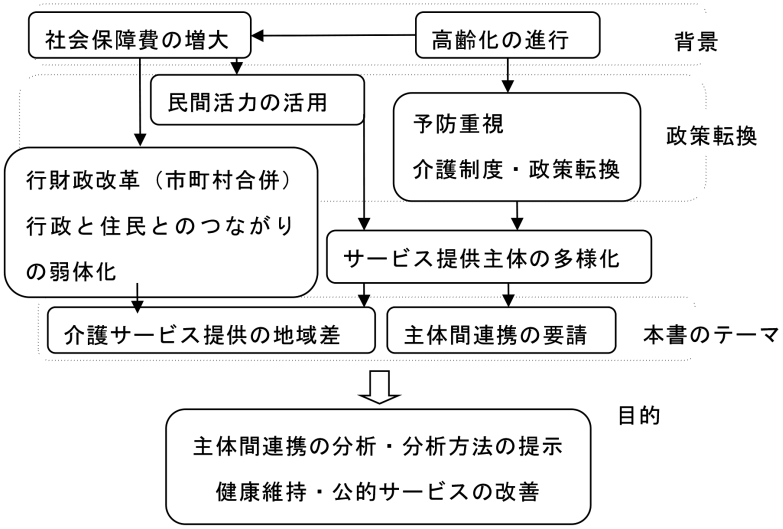


図 1－2　本書の視点

出所：筆者作成

事務的手続きの煩雑さと国の示す方向性に、地方自治体は振り回されているのではないか。今後の制度の持続性のためには、これまで行われてきた事業の検討が必要である。本書前半は、このような制度変更を理解するための基礎理論をまとめている。本書後半は、図1−3に示す機能訓練事業から介護予防事業、さらに新しい総合事業への2度の虚弱高齢者の制度転換を分析の対象としている。

本書では、特に高齢者の事業を対象とするが、その理由は2点ある。まず社会的には日本および先進各国において高齢化による社会保障費の増加が課題となっていることがあげられる。特に日本では、高齢者の介護保障として介護保険制度を選択し、手厚い給付を行ってきた。このような社会保険制度の長所は、目的が明確であることから保険料の徴収が直接的にサービス提供の充実に役立つ。ところが、この手厚い給付を抑制するような制度の改定が行われている。給付を抑制しつつサービスの質を落とさないために提案されたのは、多様な主体による連携である。仮にこの主体間連携が作用し効果を上げる過程が提示できれば、我が国のみでなく高齢化に直面する他国の社会保障に対しても一定の示唆を与えるものになる。高齢者の問題を扱う理由として2点目に、各個人にとって人生の最後における過ごし方が大きな意味を持つことがあげられる。生きている限り出来るだけ健康に安寧に暮らしたいというのは、誰もが感じている人間的欲求である。こ

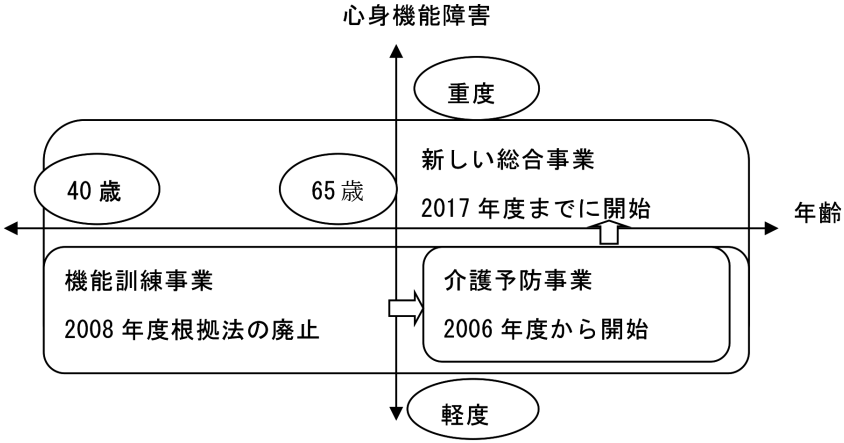


図 1−3　本書が対象とする制度転換

出所：筆者作成

れを社会制度の工夫により叶えることが出来ればと考える。また、高齢者の8割は要介護状態ではないことから、健康維持についての施策は重要なテーマでもある。

さらに効率性や競争優位などの経済学的な視点（筒井2013）にもとづいた医療福祉の連携の研究はあるものの、公益性の視点からは十分に捉えられていない。制度の持続性の観点から効率性は軽視されるものではないが、公的サービスの提供においては、行われた政策の妥当性や正当性、民意の反映や透明性の確保などの視点が併せて重要である。

自治体の効果として効率性に注目すれば、事業にかかる費用（コスト）の低下、保険給付を抑える目的を叶えるものとして要介護者の減少、利用者の増加などがある。利用者の効果として健康維持を図る人（利用者）の増加や満足度、要介護認定者の減少、保険料の低下がある。これに対して、田尾（1990：pp119-139,2014：pp.334-363）は行政サービスの特徴について、「結果としての公平、それに至る配分過程の円滑さが生産性の指標となるが、この結果と過程がトレードオフの関係になる事があり、それが行政組織の生産性評価を難しくしている。費やしたコストが少なかったという事だけが効率ではなく、合意や正当性を得るために費やした過程を質的に把握できる指標が設定されるべきである」としており、企業における効率性、競争優位とは異なる組織特性を指摘している。企業組織の連携については、競争優位の視点からこれまで多くの研究がなされているが、行政サービスに関わる連携については、効率性とは異なる評価が必要と考えられる。介護予防事業の変化において、各自治体が選択した連携の手法は、公益性という目標を達成する政策手段として妥当であったかを検討する。

2. 本書の構成

本書の、全体構成と各章との関係を示す。まず前半の第1部は理論編として、第1章は問題意識と全体の構成、第2章では背景となる高齢化の進行、社会保障費の増大、その対策として行われた予防重視、民間活力の導入、市町村合併について、第3章では介護保険制度の変遷についてまとめている。第4章では、予防重視と民間活力の導入により虚弱高齢者の健康維持の事業が、いかなる主体によ

り運営されるようになったか、主体の役割について、第5章ではこれらの多様な主体の連携を理解するための理論をまとめ、主体間連携の特徴を捉えるための分析フレームを提示している。

第2部は分析編とし、調査結果をまとめている。第6章においては事業の移行過程における地域差及び課題を、アンケート調査と量的統計により検討する。第7章、第8章は第5章にて作成したフレームにより、特徴的な3つの自治体の事業の連携をヒアリング調査により分析する。これらから主体間連携の分析および分析方法の提示により、健康維持の公的サービスの質を改善することを本研究の目的とする。第9章では、各章の成果をまとめ、特に主体間連携に関わる発見事実を整理する。また本論文の評価と残された研究課題を説明する。第3部は今後の介護予防・地域包括ケア発展のために、増加している認知症への対策と、地域包括ケアを支える仕組みについてまとめた。

健康維持は個々の人々にとって重要課題であるが、健康状態の悪化した人の増加は社会に大きな影響を与える。高齢化により人は自然に健康状態の悪化を迎えるが、社会において高齢化が進めば健康状態が悪化した人々が増加することは免れない。高齢者が健康を維持することは老化と基礎疾患の増加により、若年者よりも困難を伴う。現在、介護予防・地域包括ケアは移行期にあり、これを担う自治体の変化としては市町村合併があった。さらにこの社会制度を支える供給主体の変化がある。こうした背景をふまえ、地域の実態をどのような視点から検討する必要性があるかをまとめる。

主題の一つは機能訓練事業から介護予防事業への変遷における地域差である。機能訓練事業の目的は、公的サービスの提供であり画一的に行われてきたとされる。介護予防事業は多様な供給主体の活用による事業の活性化をねらいとしている。自治体の再編成と度重なる制度改変のもとで、介護予防事業は活性化したのか。もう一つの主題は公的サービスが提供される際の、政策過程における主体間連携である。

コラム 1　社会保障と二つの財源

社会保障とは、セーフティーネットであり、国民の相互扶助つまり助け合いの仕組みである。セーフティーネットとは、綱渡りの安全網のことである。人生では様々な出来事（疾病、障がい、介護、老齢、失業、貧困、出産）により、生活に困窮することが誰にでも起こる。先進国では、このような場合に備えて給付される金銭やサービスがある。その財源は国によって調達の方法が異なるが、税方式と保険方式の組み合わせである。税方式は様々な税として国民から徴収されたものをもとに予算が組まれいくつかの制度に分配され給付される。日本では障がい者福祉や児童福祉、社会扶助である。保険方式は、目的別に決められた集団から保険料を徴収し、目的に合った人々に給付される。日本の公的保険は健康保険や介護保険、労働災害保険、年金保険である。

第２章　介護予防・地域包括ケアの背景

本章においては、高齢化への対応として取られた福祉政策の変遷、現行の予防重視への政策転換に至る法律や制度の変遷、それによって生まれた政策課題を背景として整理する。

1. 高齢化の進行と社会保障費の増大

近年日本では、生産年齢人口は減少し経済成長は停滞、高齢化率（総人口に占める 65 歳以上人口の割合）、社会保障費は継続的に増加している。総務省によれば、生産年齢人口（15 ～ 64 歳）は減少しており、1995 年度の 8,717 万人から 2025 年度は約 5,900 万人となっている。内閣府によれば高齢化率は 2025 年度に 29.4％となり 4 人に 1 人以上が高齢者となった。また、平均寿命は 2025 年国勢調査によれば、男性 81.09 歳、女性 87.13 歳となった。

高齢化による問題には、社会保障給付費や医療費の増加があげられる。経済成長が低迷する中、社会保障給付費の国民所得に占める割合は、1970 年度の 5.8％から 2025 年度は 33.7％へと増加している。2015 年度の時点において社会保障給付費は既に年間 110 兆円を超える。社会保障制度の持続を主なねらいとして 2014 年度には消費税率が 8％に、2019 年には 10％に引き上げられた。

また、高齢者一人当たりの医療費に関して、その経費は 65 歳未満の 4.7 倍程度（内閣府 2013）とされており、高齢化の進行と共に、2025 年度の医療費は 48 兆円となっている。つまり高齢者の健康維持は高齢者個人の問題にとどまらず社会全体の問題となっており、特に虚弱高齢者の健康状態の改善は社会保障上大きな意味を持っている。虚弱高齢者とは要介護状態になるリスクの高い高齢者のことである。辻（2006：pp.14-15）は、介護保険制度の要介護認定を受けた者の悪化率について、もともと軽度であった者ほど悪化率が高いことから、軽度要介護者への予防重視の取り組みの重要性を強調している。さらに、辻（2006：pp.20-

22）は欧米の人と比べて、日本人は長命であるものの、いったん障害を持つと機能低下が重症化し、寝たきりとなる割合が高いことをあげている。よって、いかに高齢者の健康状態を維持し、機能低下を予防するかが重要課題とされる。日本老年医学会（2014:p.1）は Fried ら（2001）が指摘する虚弱の要素をふまえて虚弱の概念を整理し、高齢化は不可逆的であるが、活動性の低下による意図しない衰弱は可逆的であるとして、介護予防の対策を呼びかけている。

厚生労働省（2015）によれば、高齢者中に占める要介護者・要支援者の割合は65 から 74 歳では 4.4％、75 歳以上では 32.3％であり、このようなケアの必要な高齢者のために、後述する地域包括ケアシステムなどのサービス提供システムが構築されつつある。一方で、介護保険の要介護者・要支援者に該当しない人々の健康維持として介護予防は重視されるべき政策課題となっている。現在、提案されている地域包括ケアシステムは介護予防を含む概念であるが、ケアが必要な人へのサービス提供体制が重視されており、高齢者の大半が対象となる健康維持の体制については、十分な議論がなされていない。こうした観点から、介護予防の提供体制や課題を明らかにする必要がある。

これまでの医療福祉の連携の分析では、広島県尾道市御調町などのベストプラクティスは数多く報告されている。ところが人口規模、社会資源が異なる地域に同じ方法を取り入れる事は困難である。また、うまくいかない事例の分析は見受けられない。医療ケアの必要な人のための最善の連携は、疾患ごとにある程度確立しているが、健康支援の連携は未確立である。医療ケアの必要な人のための連携は、専門職同士の連携であり行動目的が同一だが、健康支援の連携における特徴は、専門職と専門職以外の多様な主体による連携である。このような多様な主体は、行動目的が異なることから、その調整は複雑となる。

2.　諸外国での虚弱高齢者対策と実施主体

介護予防事業を含む虚弱高齢者対策は、諸外国ではどのように取り組まれているのか。高齢化率が 14％を超える国では、1990 年代から介護に関する取り組みがなされた。スウェーデンでは 1992 年にエーデル改革が行われ、高齢者の長期介護や健康管理の権限が県から市町村に移管した。市町村レベルで介護の充実を

図り、病院から在宅ケアやケア付き住宅への誘導を図った。イギリスでは1993年からコミュニティ・ケア改革が実施され地方自治体サービスの民間委託の推進や、ケアマネジメントによるサービス提供が構築された。このように介護を必要とする人に対するサービスや手当てを社会保障制度として設けている国は多数存在するが、財源調達に注目すると、多くの国では公費負担を財源とする社会扶助方式を採択しており、社会保険方式をとっている国は少ない。そこで介護保障について社会保険方式を採択している国、特に介護保険制度が施行されているドイツ、韓国との比較について整理する。介護保険制度はこのほかオランダ、ルクセンブルクに存在するがいずれも現金給付が主であるため、現物給付サービスを行う国の比較対象としてドイツと韓国を選択する。

表2−1に日本、ドイツ、韓国の介護保険制度の比較を示す。ドイツでは1994年度に介護保険法が成立し、1995年度から施行された。日本ではドイツの介護保険法を参考として議論が行われ、1997年度に介護保険法が成立し、2000年度から施行された。また、韓国の介護保険法はドイツと日本の介護保険制度を参考として検討され、2007年度に成立し、2008年7月から施行されている。日本の介護保険制度は医療保険と同様、保険料に公費を加え運営されている。先に始まったドイツの介護保険は、ドイツの医療保険と同様に保険料のみで運営されているため、日本ほど保険給付の範囲が手厚くない。日本で要介護3に相当する心身状態の者でなければ、サービスが保険給付されない。ただし、日本と韓国では高齢者が対象であるのに対して、ドイツの介護保険の対象年齢は全年齢とされている。

韓国の介護保険制度にはサービス供給の地域差に対する対策として家族介護手当てが盛り込まれている。日本の介護保険でも検討された家族介護手当てとは、介護サービスを受けず家族介護を継続するものに対して現金給付を行うものである。家族介護を続ける理由として、他人に任せたくないという家族の心情の他に、サービス供給が不足しているため受給できないというものがある。これは島嶼部や僻地などサービス事業所が参入しない地域である。また、日本の介護保険制度においては在宅サービスを推進したものの、一定の利用者負担のため安心感から施設サービス利用者が増加し、介護保険財政を圧迫した。これに対して韓国は施設サービスの利用者負担を在宅サービスより高く設定することにより、在宅サービスに誘導している。このような地域差への対応は日本でも必要と考えられる。

表2−1　介護保険制度の各国比較

	日本	ドイツ	韓国
法制定年次	1997年	1994年	2007年
法施行年次	2000年	1995年	2008年
保険者	市町村 （施行時約3千）	介護金庫 （全国に7つ）	健康保険公団 （国に1つ）
被保険者	40歳以上	医療保険加入者	健康保険加入者
給付対象	原則高齢者	全ての年齢	原則高齢者
要介護度評価	7段階	4段階	3段階
現金給付	なし	あり	島・僻地はあり
利用者負担	10％（一定以上の所得のある者は20〜30％）	なし、定額を超えると自己負担	在宅給付15% 施設給付20%
財源構成	公費：保険料＝1：1	保険料のみ	国庫：保険料＝1：4

出所：増田（2007）をもとに筆者作成

藤本(2014)によれば、ドイツにおいて介護保険サービスを提供する主体としては、民間の非営利団体の存在が大きい。カトリック系のカリタス、プロテスタント系のディアコニーというドイツ全土にネットワークを持つ団体が、入所サービスと在宅サービスを行っている。ドイツでは介護保険以前に、日本のような老人福祉制度が無かったために、施設利用が困難である場合は日本の生活保護に相当する社会扶助を受けるしかなかった。非営利団体のサービス提供が主であるため、日本のような大手の介護事業者はドイツには存在しなかった。その後、増田（2014: pp.1-18）によれば、介護保険制度が民間事業者の参入を促進し、介護サービス事業者の6割が有限会社等の民間事業者、4割が非営利団体であり、自治体のサービスは2%となっている。斎藤（2013）は、ドイツでは2011年まで徴兵義務があったことにより兵役拒否者が代替として福祉業務で奉仕していたとしている。また、宮本（2016）によれば2015年における介護手当ての受給者と介護事業者等からのサービス受給者の割合は、4対6となっている。つまりドイツの介護保険におけるサービス提供主体と提供体制は日本と大きく異なる。

一方、韓国の介護保険サービスの実施主体は、金（2014）によれば在宅サービス、施設サービスともに、国と地方自治体である。それ以外の実施主体は自治体に申告の義務がある。韓国では介護保険以前にも老人福祉サービスがあり、1981

年から老人福祉施設、1987 年からホームヘルプサービス、1992 年からデイサービスが行われてきた。このうち、介護予防事業に相当するサービスを提供すると考えられる老人余暇福祉施設は老人福祉会館、敬老堂（老人亭）、老人教室の 3 種類がある。対象者は全て 60 歳以上で、老人福祉会館は無料か軽費で高齢者の各種の相談に応じ、教養、趣味活動及び社会活動に対する情報提供を行い、健康増進と疾病予防、福祉に関する総合的なサービスを提供すると規定されている。敬老堂（老人亭）は高齢者が自律的に親睦活動、趣味活動、共同作業など多様な情報交換を行う場所とされており、100 世帯ごとに 1 か所の設置が義務付けられており、大部分のアパート団地に設けられている。老人教室は高齢者の社会活動の場であり生涯学習の提供を目的としている。いずれも主たる実施主体は国と地方自治体であり、民間事業者が設置する場合は国と地方自治体に申告が必要である。

増田（2014：pp.192-210,2016：pp.135-155）によれば、ドイツ、韓国と比較すると日本の介護保険法は 3 つの問題を抱えている。1 点目は給付が手厚いために財政難となっていること、2 点目は制度が複雑なために保険者・被保険者・事業者・審査機関間の事務的コストがかかること、3 点目は家族介護手当が無いために家族外のサービスを受けなければならないこと、そのため多大なサービス提供が必要なことである。日本における家族介護手当に相当するものは、一部の自治体では地域支援事業の任意事業として家族介護慰労金などの名称で設けられている。2009 年の時点で 44.5％の自治体にこの制度があるが、2014 年まで任意事業の予算限度額があったこと、所得制限や要介護度の条件があり、1 年間介護保険サービスを受けていないことなどを理由とした受給要件の厳しさから一般化していない（權 2009）。こうしてみると介護保険制度において、多様な実施主体によるサービスを活用する必要性や、主体間の調整が必要であるのは現在のところ日本だけであり、主体間連携の事例に関しては日本国内において検討するのが適切であると考えられる。

3. 高齢者福祉政策の変遷

日本の高齢者を対象とした医療介護等の福祉政策の変遷を表 2－2 に示す。こ

こでは、国民皆保険が創設された1961年度から、老人保健法が廃止された2008年度の間の福祉政策の変遷を説明する。1961年度、国民皆保険が実現したことにより、医療アクセスが向上し平均寿命が伸長した。1972年度、高額療養費制度が発足し一定以上の医療費の支払いに対して自己負担分の返還がなされることになり、実質的に医療費の上限が無くなったことから、さらに医療需要は増大した。他方、医療技術の向上と福祉の充実により医療費は増大し、財政の窮迫した国民健康保険組合に対して1978年には国庫補助率が増加した。

国民皆保険が実現した当時、国民健康保険の加入者及び被用者保険の家族の高齢者については3割ないし5割の自己負担が必要とされていた。これに対して1969年頃から一部の地方自治体では、住民からの要請により独自の老人医療制度が創設されていった（柳澤2004）。地方自治体の動きを背景に1970年度には豊かな老後のための国民会議が開催され、中央社会福祉協議会からコミュニティ・ケアが答申された。また、1971年度の厚生省内の老齢者対策プロジェクトチーム中間報告を踏まえ、1972年度の老人福祉法の一部改正により1973年度には福祉元年の象徴とされた70歳以上の老人医療費の無料化、高額療養費制度が成立した。無料である老人医療費は、高齢者の医療アクセスを高め平均寿命の伸長に寄与した。

ところが1978年度、国民健康保険組合に対して国庫補助率が増加してきたことが指摘される。同時期のオイルショックによる経済成長率の低下により、1981年度には第二次臨時行政調査会が設置され（丸山1987）、福祉見直し論が台頭する。高齢者関係の制度で特に注目された抑制対象は老人医療費である。老人医療費の無料化が、社会的入院を促し医療費を増大させ社会保障財政を圧迫したとされる。

そこで予防医学へのシフトにより将来に必要と見込まれる医療費を削減することをねらいとして、増加する老人医療費を国民全体で負担する仕組みの確立や、国民の老後における健康の保持を目的とした老人保健法が1983年度に施行された。老人保健法においては老人医療費が復活したが、他方で主要な保健事業として、機能訓練事業、健康診査、訪問指導が開始された。このうち機能訓練事業とは、自治体が主体となり40歳からの疾病や外傷、老化等により心身の機能が低下している者に対し、必要な訓練を行う通所事業のことである。

表2−2　高齢者福祉に関わる法律・制度と政策・事業の変遷

年度	法律	制度・政策	事業
1961		国民皆保険制度創設	
1972	老人福祉法一部改正		
1973		老人医療費無料化制度創設	
		高額療養費制度創設	
1978		国民健康保険組合に対して国庫補助率が増加	
1983	老人保健法施行		老人保健事業第1次計画施行（健康手帳、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練事業、訪問指導開始）
1985		都道府県医療計画の策定	
1987			老人保健事業第2次計画施行（重点健康教育にがん・寝たきり予防追加、基本健康診査にがん検診の導入、重点教育に骨粗しょう症追加、健康診査に生活習慣改善項目導入）
1989		高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（ゴールドプラン）の策定	
1992		訪問看護制度創設	老人保健事業第3次計画施行（重点健康教育に大腸がん・糖尿病予防、基本健康診査に血液成分追加、訪問指導に生活習慣改善・認知症追加）
1994		老人保健福祉計画の策定	機能訓練事業B型（地域参加型）追加
2000	介護保険法施行		介護予防地域支えあい事業施行
2003	健康増進法施行		
2006		介護保険第4期計画（健康日本21との統合）の策定	地域支援事業（介護予防事業）施行
2008	老人保健法廃止	後期高齢者医療制度施行	

出所：筆者作成

1985年度には都道府県医療計画の策定、1989年度に高齢者保健福祉10カ年戦略（ゴールドプラン）が策定され計画的な目標設定がなされた。1992年度に開始された訪問看護制度により、医療の場が在宅へと拡大した。1994年度の老人保健福祉計画により機能訓練事業の対象者が拡大し、2000年度には介護保険法に定めた後述する介護予防地域支え合い事業が施行された。なお、介護保険関連

の制度の変遷については、次の項において整理する。この他、2003年度には予防を重視した健康増進法が施行され、2006年度には介護保険第4期計画において、予防の概念が強調されて健康日本21との統合が図られた。健康日本21とは、健康増進法に基づき策定された「21世紀における国民健康づくり運動」のことであり、健康増進に関わる具体的な方針や目標等を揚げ、健康増進計画の策定を都道府県及び市町村に努力義務としたものである。さらに2008年度には、拠出金の負担を見直す観点から、高齢者医療費の根拠法となっていた老人保健法が廃止され、進行する高齢化に対して、高齢者に新たな負担を求める後期高齢者医療制度が開始された。これに伴い、機能訓練事業は健康増進法のもとに行われることとなり、任意事業となった。

次に、説明する介護保険法のもとで、実施された事業を含め虚弱高齢者の事業を比較し、表2−2に示す。まず、老人保健事業の機能訓練事業は老人保健法を根拠法として1983年度に開始された。実施主体は市町村である。財源構成は国3分の1、都道府県3分の1、市町村3分の1、支給の上限は無く、対象は40歳以上、対象選別は無く本人の申し込みによる。和田（2007：p.19）によれば老人保健法によるヘルス事業は40歳以上を対象としているが、これは生活習慣病などの有病率が40歳を超えたあたりから高くなることに基づく。機能訓練事業には通所と訪問の事業があり、特定の目標設定は無い。運営は保健所と県、政令市である。介護予防地域支えあい事業、地域支援事業（介護予防事業）については後述する。

これまでの虚弱高齢者施策の変化についてまとめると、表2−3に示したようにまず根拠法の変化、実施主体の変化がある。財源は試験事業であった介護予防地域支えあい事業では、国庫負担が増加しているが、地域支援事業では、国庫負担は軽減し保険料が追加されて国民に負担を求める形となっている。ただし支給額には上限が設けられ計画性はある。老人保健事業から介護予防地域支えあい事業、地域支援事業へと変化する度に対象年齢は絞られ、さらに地域支援事業ではスクリーニングによる絞り込みが行われている。介護予防地域支えあい事業、地域支援事業へと移る中で給付を抑える目的により、年齢と身体状況は絞り込まれてきた。また地域支援事業から、個別のケアプランが立てられ、目標設定がなされて効率性が追求されている。介護予防地域支えあい事業から地域支援事業への

表 2−3　虚弱高齢者事業の比較

事業名	老人保健事業 （機能訓練事業）	介護予防地域支えあい事業	地域支援事業 （介護予防事業）
開始年度	1983	2000	2006
根拠法	老人保健法	介護保険法	
実施主体	市町村	市町村・委託可能	
財源構成 （負担割合）	国 3 分の 1 都道府県 3 分の 1 市町村 3 分の 1	国 2 分の 1 都道府県 4 分の 1 市町村 4 分の 1	国 4 分の 1 都道府県 8 分の 1 市町村 8 分の 1 第 1 号保険料 6 分の 1 第 2 号保険料 3 分の 1
支給の上限	無し		介護保険給付費の 3%以内、政令で定める範囲
対象	40 歳以上	おおむね 60 歳以上、運動指導 40 歳以上	65 歳以上、 第 1 号被保険者
対象選別	無し		基本チェックリスト、 体力測定
事業内容	通所		予防マネジメント（個別プラン）・通所（運動・口腔・栄養）・訪問
目標	無し		対象：高齢者の 5% 効果：介護の必要者 20%減
運営	保健所 県・政令市	市町村介護保険課	保健センター 地域包括支援センター

注：地域支援事業の財源構成は 2006 年度のものである。
出所：筆者作成

変化に伴い、運営は利用者に身近な公的機関によって、担われるようになっている。

コラム 2　社会的入院

疾病を負った心身の状態が落ち着き、在宅でも過ごせる状態となったが、社会的な理由（家族の受け入れ態勢の不足や独居、居住・生活の不安など）により入院を継続することを社会的入院という。1980 年代の日本では高齢者の社会的入院について注目されていたが、アメリカやイギリスでは精神障がい者の社会的入院が課題とされていた。

4. 機能訓練事業から介護予防事業への移行

(1) 老人保健法の廃止と縮小される機能訓練事業

老人医療費の削減を目的とした老人保健法であったが、進行する高齢化のもと、高齢者に新たな負担を求める介護保険制度、後期高齢者医療制度の創設により、法律及び事業の見直しが図られることとなった。機能訓練事業の法的根拠である老人保健法は1983年度から施行され、老人医療費の負担に対する社会連帯を基礎としていたが、2008年度から後期高齢者医療制度に切り替えられた。府川（2010：p.42）は、老人保健制度の課題として医療保険者からの老人保健拠出金に対する不満、国保に加入している高齢者と被用者保険の被扶養者との間で保険料負担の格差があったものの、制度変更の理由は少子高齢化による社会連帯の弱体化が原因としている。

制度移行とともに、介護保険の通所型サービスの増加により機能訓練事業の利用者は減少してきた。表2−4に示すように、機能訓練事業にはA型、B型、混合型の3種類がある。A型は基本型と呼ばれるものであり、障害のある40歳以上の人を対象として送迎サービス付き、B型は地域参加型と呼ばれるものであり、虚弱な人を対象として送迎サービス無し、混合型はA型とB型を合わせたものである。

ところが2008年4月老人保健法の廃止に伴い、高齢者の健康維持に一定の役割を担っていた機能訓練事業は、健康増進法のもと自治体の任意事業となった。

表2−4　通所サービス対象者の身体状況・年齢と受けられるサービスの関係

身体状況		対象年齢	受けられるサービス
状態	原因疾患		
介護保険の要介護・要支援認定	問わない	65歳以上	介護保険の通所リハビリ、通所介護
	16種類の特定疾患	40から64歳	介護保険の通所リハビリ、通所介護
	特定疾患以外	40から64歳	機能訓練事業A型
虚弱	問わない	65歳以上	介護保険地域支援事業の介護予防事業
		40から64歳	機能訓練事業B型

出所：筆者作成

機能訓練事業が中止された場合、40歳以上65歳未満の特定疾患以外の人、虚弱な人については、健康維持サービスが必要でありながら受けられなくなる可能性が生じた。

機能訓練事業、介護予防事業とそれらの代替として考えられる通所サービスについて施行の年代順に表2−5に示す。老人デイサービスの開始は1963年度であり根拠法は老人福祉法、対象者は心身に障害のある65歳以上である。老人デイケアは1983年度に老人保健法により施行され、対象は老人デイサービスよりやや重度の認知症、脳血管障害のある65歳以上である。介護保険開始後、老人福祉法を根拠法とする老人デイサービスは介護保険の通所介護に移行し、老人保健法を根拠法とする老人デイケアは介護保険の通所リハビリテーションに移行した。その他、社会福祉協議会は、老人福祉法の中で行ってきたデイサービスが介護保険に移行した後、介護保険対象外の心身の障害の状態が軽度の高齢者、障害者を対象としてミニデイサービスや地域サロンという名称の通所サービスを行っている。

また、2006年度から介護保険制度において地域密着型サービスとして、小規模多機能型居宅介護が行われている。地域密着型サービスは、住民に身近なサービスの受け皿を設けサービスの充実を図る目的で創設され、他の介護保険サービスが都道府県による認可であるのに対して、市町村の認可により開設が可能である。しかし、他のサービスは住所地がどこでも利用できるが、この地域密着型サービスは当該市町村に在住するものしか利用できない。利用者は29人以下の施設で、通所機能のほか、訪問や短期入所にも対応している。さらに、2006年度から障害者自立支援法が開始され、介護保険の対象以外の障害者に対して通所サービスが行われている。2013年度より、この法律は障害者のみならず難病を対象に含み改正され障害者総合支援法へ移行している。

表2−5に示した1から7のサービスを提供する対象者の年齢と心身状態を図2−3に整理する。この図より機能訓練事業の対象者は、年齢と心身状態の幅広い範囲に分布していたと言える。

表2−5　各種通所サービスと対象者

名称	開始年度	根拠法	対象者	実施主体	備考
1. 老人デイサービス	1963	老人福祉法	心身に障害のある65歳以上	社会福祉法人	2000年度より通所介護に名称変更し、介護保険に移行
2. 老人デイケア	1983	老人保健法	認知症、1988年より脳血管障害を含む65歳以上	医療法人	2000年度より通所リハビリテーションに名称変更し、介護保険法に移行
3. 機能訓練事業	1983	老人保健法	心身に障害のある40歳以上	保健所	2008年度より健康増進法に移行
4. ミニデイサービス・地域サロン	2000	なし	地域の高齢者、障害者	社会福祉協議会	介護保険法開始により通所サービスの対象外となった人の受け皿となる
5. 介護予防事業	2006	介護保険法	体力の低下した65歳以上	保健センター等	
6. 小規模多機能型居宅介護	2006	介護保険法	要支援者、要介護者	法人格を持つ施設	地域密着型サービスであり、当該市町村に住所地のある者しか利用できない
7. 障害者通所サービス	2006	障害者自立支援法	介護保険対象外の精神、知的、身体障害	社会福祉法人	2013年度より対象者に難病を追加し障害者総合支援法に移行

出所：筆者作成

コラム3　高齢者の在宅サービス

高齢者のための在宅サービスは、大きくわけると3種類ある。通うサービス、訪問サービス、短期入所サービスである。通うサービスは一日のうち一定時間を施設等で過ごし、入浴や食事、リハビリテーションなどのサービスを受けるものである。訪問サービスは看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師、薬剤師、管理栄養士、介護福祉士などが在宅に訪問し各種の専門的サービスを提供する。短期入所は体調を整える目的の療養と、食事、入浴、排せつなどをサポートする生活介護の2種類がある。