

研究員 の眼

20年を迎えた介護保険の再考 (13)総合事業と「通いの場」 局所的な議論にとどめない工夫を

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

1—はじめに～総合事業や「通いの場」を考える～

加齢による要介護リスクをカバーするための社会保険制度として、介護保険制度が発足して4月で20年を迎えました。介護保険制度の論点や課題を考える連続コラムの[第11回](#)は認知症ケア、[第12回](#)は在宅医療と介護保険の関係を取り上げました。

第13回では、最近の制度改正で盛んに論じられる「介護予防・日常生活支援総合事業」（新しい総合事業、以下「総合事業」）、高齢者が気軽に体操などを楽しめる「通いの場」を論じます。いずれも高齢者が社会参加や地域活動に乗り出すことを通じて、介護予防に繋がりたいという思惑が秘められており、厚生労働省は市町村に対して事業の拡大などを促しています。

しかし、介護保険制度の全体で見れば、いずれも局所的な話と言わざるを得ず、市町村としては「制度を上手く使う」という工夫が求められると思っています。今回は総合事業や「通いの場」の論点と課題を探りたいと思います。

2—総合事業とは何か

1 | 総合事業の概要

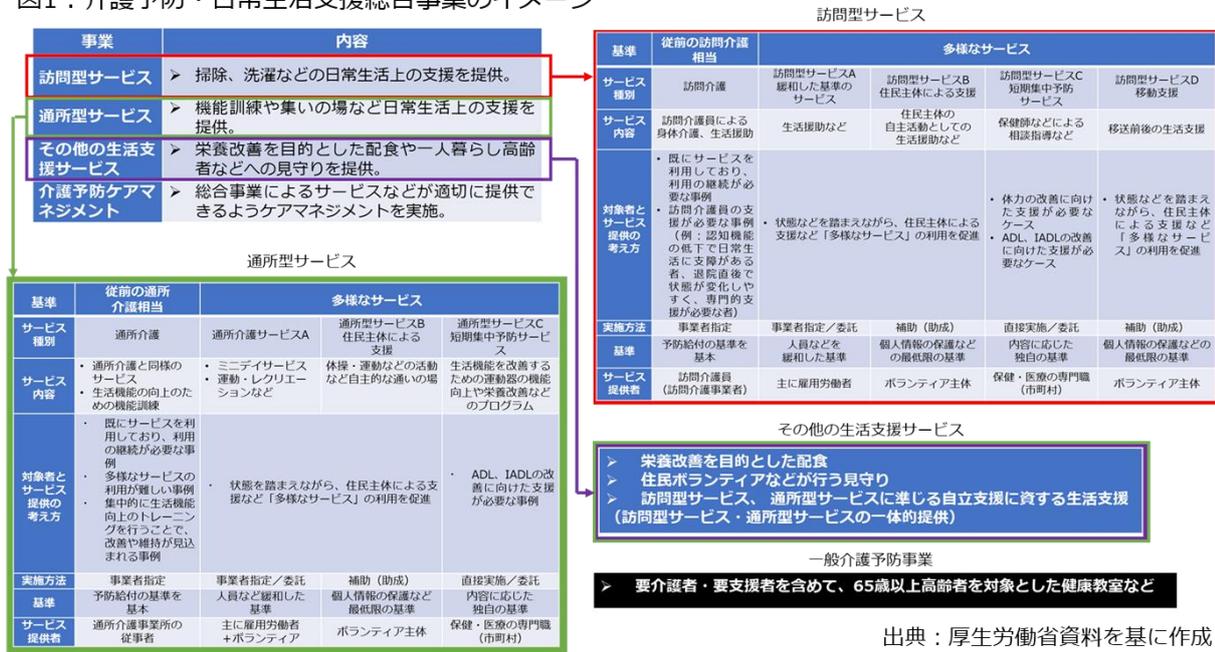
まず、総合事業から論じます。総合事業とは軽度な要支援1～2の人を対象とした介護予防給付のうち、デイサービス（通所介護）、訪問介護を切り離すとともに、介護保険の対象にならない高齢者を対象とする介護予防事業と統合した仕組みです。2015年度制度改正で実施が決まり、2017年4月までに全市町村が段階的に移行しました。

具体的には、訪問型にはA～Dの4類型、通所型にはA～Cの3類型があり、市町村の判断による報酬・基準の緩和を認めたことで、住民やボランティアなど多様な主体の参入が期待されています。そのイメージは図1の通りですが、「何か複雑だな」と思われたかもしれません。

しかも、昨年末にまとまった2021年度制度改正に向けた社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会の意見では、要介護者も総合事業を使えるようにする方向で、制度の「弾力化」を検討

する旨が盛り込まれており、2021年4月の省令改正が想定されています¹。このため、もっと制度は複雑になると思われますが、現時点の枠組みを大胆に要約すれば、要支援者を対象とした介護予防給付の一部（訪問介護、デイサービス）については、介護保険の給付対象とせず、市町村を中心とした事業に移管したわけです。これだけ複雑な仕組みなので、制度の概要を伝え切れない理由は私の筆力の問題だけではないと思うのですが、気になる方は図1、さらに厚生労働省ウェブサイトをご覧ください。

図1：介護予防・日常生活支援総合事業のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

2 | 総合事業の狙い

では、なぜ総合事業が生まれたのでしょうか。2015年6月に示された総合事業のガイドラインでは、下記のように書いています。

要支援者等については、掃除や買い物などの生活行為の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為は自立している者が多い。支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待される。

第10回で取り上げた「自立」という言葉が2回出ており、天邪鬼（あまのじゃく）な私は「自立」の意味が気になってしまうのですが……、要は「軽度な要支援者は身体的に元気な人が多いので、地域の支え合いで支援して行きましょう。要支援者が支援する側に回ることもあり得るような住民主体の支え合いが必要」と言っているように読み取れます。さらに、総合事業の狙いについては、ガイドラインで「背景・基本的な考え方」として挙げられた下記の2点に凝縮されていると考えています。

▽ 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅

¹ 2020年8月21日『週刊社会保障』No. 2793。

生活の安心確保を図る。

- ▽ 住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指す。

1 番目は住民主体のサービスなどサービスを多様化することで、要支援者の生活を支援するとしています。2 番目は色々と言葉を使っていますが、「低廉な単価」「費用の効率化」といった言葉遣いを見ると、「従来とは違う主体の参入拡大→報酬・単価の引き下げ→コスト縮減」「多様な主体の参入→介護予防の強化→コスト縮減」という経路が期待されている様子を見て取れます。つまり、[\(上\)](#)で述べた介護保険財源の逼迫に対応するため、軽度な要支援者向け給付を効率化しようという思惑です。

実際、この点は制度創設時、国会やメディアなどで「安上がりなケアに済ませようとしているのか」という批判が続出。当時の田村憲久厚生労働相が「要支援になる以前の方々が多様なサービスの担い手の一翼を担って頂く中で、それぞれ健康管理して頂く」「要支援になられた後も色々活動すれば、そこから改善されて要支援から外れる方々もいる」と補足するに至りました²。

しかし、社会保障費の抑制を目指す財務省は総合事業の対象拡大、つまり要介護1~2の人を対象とした訪問介護、デイサービスについても、総合事業に移管するよう主張しています。このため、総合事業が制度化された背景として、財政的な意図があるのは明白です。実際、厚生労働省OBからは総合事業について、給付の対象者を減らす制度改革であるとして、「年金の支給開始年齢を引き上げるに等しい」という指摘があります³。言い換えると、総合事業は「給付の抑制を図るとともに、介護保険給付の対象範囲を小さくした後の受け皿」としての側面を持っているわけです。

それでも疑問は幾つか残ります。第1に、「介護予防給付のうち、なぜ訪問介護とデイサービスだけが総合事業に移行したのか」という点です。現在の制度改革の流れを作った2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では「介護予防給付の段階的な移行」が盛り込まれていたのですが、市町村との調整を経て、住民の支え合いに寄与するデイサービスと訪問介護が切り離されたと推察されます。

第2に、こんな複雑な仕組みになったのか、その理由を制度の原則から紐解きます。

3 | 総合事業が複雑になった理由

総合事業が複雑になった理由を一言で説明すると、「保険」「事業」をごちゃ混ぜにしたためです。介護保険は本来、要介護状態のリスクを社会全体でシェアするために作られました。その際、[第2回](#)で述べた要介護・要支援認定と、[第3回](#)で述べた区分支給限度基準額（以下、限度額）で保険給付の範囲を絞り込んでいます。このため、2つの仕組みは介護保険のキモに当たります。分かりやすく言えば、国民から強制的に保険料を徴収する際、「要介護・要支援状態になったら支援します。だから保

² 2014年2月21日、第186回国会衆議院厚生労働委員会における答弁。発言は文意を変えない範囲で適宜、修正した。

³ 日本経済新聞社編（2018）『社会保障砂上の安心網』日本経済新聞出版社 p128 における堤修三氏インタビュー。

険料を支払って下さい」と説明する根拠になっているわけです。

ただ、総合事業の対象者は要支援者だけでなく、要支援になる前の高齢者まで射程に入っています。これは介護を必要とする状態になるリスクをカバーするため、国民から徴収した保険料の目的外流用に映ります。言い換えると、「保険」の世界では負担と給付の関係が明確であり、国民は何らかの形で保険料に対して給付を期待できる（給付反対給付均等の原則）のに対し、総合事業は文字通りに「事業」なので、広く受益が行き渡ります。それにもかかわらず、要介護者向けサービスの特定財源である保険料を使うことにしたため、スッキリしない制度になったのです。

4 | 総合事業の目指す姿と現状

このように書くと、「制度的な理屈に問題があったとしても、上手く行っていればいいじゃないか？」と思われるかもしれませんが、必ずしも「総合事業が目指す姿」は実現していません。

先に触れた通り、総合事業は住民主体を含めてサービスの提供主体を多様化させることに力点を置いています。中でも、住民主体の支え合いを重視しており、政策の進捗を考える上では、「多様な主体がどこまで参入したか」「住民主体のサービスがどこまで拡大したか」といった点を見る必要があります。

しかも、同じタイミングの制度改正では、ボランティアによる生活支援の充実などを指す「生活支援体制整備事業」という仕組みも介護保険の枠組みで創設されており、「住民主体の支え合い」は総合事業のキーワードです。

しかし、当初の目的は実現していません。総合事業の実施状況をまとめた表1の通り、訪問型、通所型ともに事業所数は1万3,000カ所程度に上りますが、基準を緩和した従来型のサービスAが全体の半分以上を占めています。逆にサービスを多様化したB~Dの新規参入者は僅かです。

つまり、主体の多様化は全く進んでいないことになります。これには後述する問題点が潜んでいると思っていますのですが、2021年度制度改正で盛んに論じられた「通いの場」を先に見ることにします。

表1：総合事業のサービス主体多様化の状況

単位：%	サービスA	サービスB	サービスC	サービスD
訪問型サービス (n=13,082)	87.5	4.7	7.2	0.6
通所型サービス (n=12,511)	65.5	11.7	22.9	—
※制度の種類・説明	基準を緩和したサービス	住民主体による支援	専門職によるリハビリテーションなど	住民主体による移動支援

出典：NTTデータ経営研究所（2019）「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業報告書」を基に作成。
注1：2018年11月現在。
注2：回答数は1,686団体。

3——「通い」の場とは何か

「通いの場」とは、高齢者が気軽に体操などを楽しめる場を指します。具体的には、住民が自宅で開催する雑談会、公民館の一角などを間借りする認知症カフェ、公園で実施される体操教室などが該当します。これを介護保険のデイサービスと比べると、違いが浮き彫りになるかもしれません。

確かにデイサービスと「通いの場」は「高齢者が集まる」という点で共通しています。ただ、デイサービスは提供時間、人員・設置基準などに縛りがあり、どうしても窮屈になります。逆に制度に基づくので、簡単に事業所を廃止したり、サービス内容を変えたりできない点で、安定性があります。

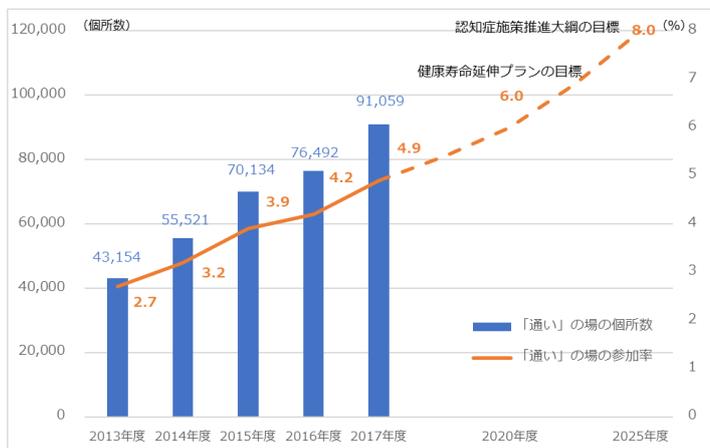
これに対し、「通いの場」は住民同士の気軽な場であり、制度に基づかない緩さがあります。一方、緩い分だけ「主催者が入院した」といった理由で、場が消滅するとか、会合の趣旨が変わることは珍

しくありません。こうした場を拡大するため、介護保険財源を使う流れになっており、厚生労働省は図2のような目標を掲げています。具体的には、総合事業に加えて、一般介護予防事業という財源を用いる想定になっています。さらに、通いの場を多く設定した市町村に対して、介護保険財源とは別の「保険者努力支援制度」で財政的なインセンティブを付与するとしています。

またまた別の制度を持ち出して恐縮ですが、一般介護予防事業とは介護保険財源を用いて要支援者・要介護者だけでなく、要介護・要支援認定を受けていない高齢者の予防や相談などに取り組む事業、保険者努力支援制度は介護予防に取り組む市町村を全額国費の財源で支援する制度を指しています。詳細には立ち入りませんが、要は市町村に財政インセンティブを付与し、高齢者が気軽に通える場を増やそうとしているわけです。

もちろん、目的は元気な高齢者を増やすこと。総合事業と同様、介護保険財源の逼迫に対応する目的が秘められています。ただ、「何が『通いの場』に該当するのか？」という線引きについて、国は特段の基準を定めておらず、最終的に市町村の判断に委ねられます。こうした曖昧な場の「数」「参加者」を政策の目標として掲げることが適当なのかどうか疑問が残りますが、2021年度制度改正では柱の一つに位置付けられました。

図2：通いの場の個所数と参加率の実績、参加率の目標



出典：厚生労働省資料を基に作成

4—総合事業や「通いの場」の問題点

1 | 保険料転用の問題点

次に、総合事業や「通いの場」の問題として、①保険料転用の問題点、②住民の善意を金銭で評価する問題点、③局所的な話で全体を動かそうとしている問題点——という3点を説明します。

1番目の論点については、「総合事業が複雑になった理由」で説明しました。つまり、要介護・要支援認定を受けた人に対するサービス給付を前提として、介護保険の保険料を強制徴収しているのに、要介護・要支援認定を受けていない人にも受益が行き渡るような制度を作った整合性です。

この整合性は細かいように見えるかもしれませんが、「予防」の議論に結び付けざるを得なくなる点で、実は本質的な問題を秘めています。つまり、保険料を事業に充当する以上、保険料を支払っている被保険者に対して、「予防事業を通じて保険給付が減れば、保険料が抑えられるため、被保険者にも受益が行き渡る」と説明せざるを得なくなります。

これが果たして現実的なのか、筆者には分からない⁴のですが。要は「予防の強化→保険事故の減少→保険財政の改善→保険料の減少→被保険者の利益」という経路に期待せざるを得なくなり、結果的に「費用抑制のための健康づくり」という説明にならざるを得なくなります。つまり、どんなに丁寧

⁴ 厚生労働省の「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」が2019年3月に取りまとめた報告書では、予防や健康づくりによる介護費の抑制効果について、「医療費に比べると、より効果が期待できるのではないか」との意見が記された。

に説明しても、保険財源を用いた予防の強化論議が財源問題と結び付くのは、この辺りの不整合から生まれていると言えます。

しかし、私たちが「健康であり続けたい」と思うのは自分のためであり、「将来の医療・介護費用を抑制するため、自分の健康を維持する」なんて考える人は恐らく皆無でしょう。さらに、身体的な健康を「コスト抑制のために必要」と言い過ぎると、病気や障害がある人が「カネを使う人」と見なされてしまい、生きにくさを感じるかもしれません。こういったマイナス面を内包する不整合には充分、気を付ける必要があると思います。

2 | 住民の善意を金銭で評価する問題点

次に、住民の善意を金銭で評価する問題点です。少し過激な言い方に映るかもしれませんが、住民の目線で考えてみましょう。住民主体で支え合いとか、認知症カフェなどを主催している住民は一体、誰のために実施しているのでしょうか。行政が住民に依頼している官製の場合を除けば、住民は「お世話になった人が認知症になったので、助けたいと思った」「自分が要介護状態にならないように仲間を呼んで楽しく集まっている」といった形で自発的あるいは内発的な動機を持っており、「自分のため」という利己心と、「他人のため」という利他心がないまぜになっていると思います。

実際、コミュニティカフェの開設者に対するアンケート調査に「開設理由」（複数回答可）を尋ねる設問項目があり、第1位として選ばれた回答としては、「住民が交流する場所を作りたかった」（26.7%）、「子ども・障害者、高齢者・不登校児などの居場所を作りたかった」（21.7%）、「地域を活性化させたかった」（13.6%）、「働く場所を作りたかった」（13.1%）という項目が多かったようです⁵。

一方、総合事業や「通いの場」は「介護保険財政の持続可能性を確保するため、主体を多様化する。そのために金銭的なインセンティブを付与する」という論理構造になっています。かなり割り切った言葉で要約すると、「介護保険の財政が大変なので、住民を巻き込んで『担い手』を増やす。そのために介護保険からカネを渡す」という趣旨と言えます。

ただ、住民から見れば、介護保険財政とか、行政の都合に巻き込まれる理由はありません。さらに、「担い手」になるためにカフェを開くわけじゃないし、自発的な善意は金銭的な利益を目的としていません（思いが先行し過ぎて、採算性が軽視される欠点もありますが）。つまり、「地域の支え合いで他人を助けたい、将来的には自分も助かるかも」と考える住民と、制度の持続可能性を優先して住民の善意に対してカネを付ける考えに傾く行政との間ではギャップが生じやすいということです。

むしろ、行政がカネを出す逆効果も懸念されます。金銭的なインセンティブとは別の意図で活動していた住民が「市町村から色々と言われるのはイヤ」などと考えると、住民が集まる場を止めてしまうかもしれません。

この点については、「金銭的インセンティブをはじめとする市場メカニズムは、非市場的規範を締め出す」という哲学者、マイケル・サンデルの指摘と符合します⁶。厳しい言い方になるかもしれませんが

⁵ 倉持香苗 (2014) 『コミュニティカフェと地域社会』明石書店を参照。2011年11月に実施した調査であり、有効回答数は337件。

⁶ Michael J. Sandel (2012) “What Money can't Buy The Moral Limits of Markets” [鬼澤忍訳 (2012) 『それをお金で買いますかー市場主義の限界』早川書房 p162]

が、「住民の善意にカネを渡せば、支え合いの場ができる」というほど簡単な話じゃないと思います。

3 | 局所的な話で全体を動かそうとしている問題点

3 番目の問題点として、総合事業や「通いの場」は制度全体で見れば局所的な話なのに、介護保険制度や地域福祉を動かそうとしていることが挙げられます。例えば、財政規模で見ると、介護保険の財政規模は2018年度ベースで約10兆円（自己負担を含む）ですが、総合事業を含めた枠組みである「介護予防・生活支援サービス事業費」が約3,000億円、「通いの場」の財源となる一般介護予防事業は約300億円に過ぎず、全体に占めるシェアは非常に僅かです。

さらに法体系から見ても説明が付かない点があります。社会福祉全体を包摂する法律として社会福祉法が制定されており、高齢者福祉に関しては老人福祉法という法律があります。さらに老人福祉法の中に介護保険法が位置しており、総合事業とか、「通いの場」は介護保険のごく一部になります。

この構造を饅頭で言うと、全体が社会福祉法、皮の部分が老人福祉法、アンコが介護保険法、アンコの粒の一つが総合事業、あるいは通いの場という感じでしょうか。つまり、全体で見れば小さな部分の改正が近年、介護保険改正の「柱」の一つになっているわけです。

ただ、厚生労働省には気の毒な面もあります。本来は給付減や負担増を伴う制度改正を通じて、少しでも持続可能性を高めたいところですが、こうした選択肢には野党や国民、メディアの批判が絶えず寄せられます。しかし、こうした議論が政界で避けられているため、効果がハッキリしない予防に政策の中心が置かれていると言えます。言い換えると、民意に責任を持つ政治が給付減、負担増の議論に踏み込まないため、「重箱の隅の隅の隅」を突くような話に終始しているわけです。

5——総合事業などを上手く使う発想

1 | 総合事業や「通いの場」を上手く使う必要性

このように局所的な部分が論じられがちなか中、現場はどうすればいいのでしょうか。私の考えを一言で述べると、「局所的な話にこだわり過ぎるな」です。具体的には、「胴体」に相当する介護保険制度の基本的な考え方を理解せず、いきなり「尻尾」に飛び付いても全体像を捉えることはできません。利用者や専門職であれば「自己選択」などを掲げた制度の基本を学ぶことが重要だと思います（そういう意図の下、本コラムで長広舌を振るっているのですが）。

さらに、市町村の職員であれば介護保険制度の理解とともに、地域の課題を分析したり、関係者と連携したりするアプローチが必要になると思います。確かに介護保険財政が逼迫する中、将来の給付抑制を意識すれば、総合事業や通いの場は「受け皿」として重要になると思いますが、これらは方法論の一つに過ぎません。市町村としては「上手く使うぐらいの感覚」で臨んで欲しいと思います。

例えば、住民主体の支え合いができていない地区であれば、総合事業の予算を投入しなくてもいいし、「通いの場」を主催する住民との議論で「もう少し収入が増えれば、開催時間を長くできる」という話になれば、そこに予算を投入する形もあり得ます。あるいは住民同士の繋がりが薄い地域では、SNSを活用したり、「子育て」「まち歩き」などテーマに応じて場を設定したりすることで、少しずつ場を広げて行く方策もあり得ます。大都市部であれば民間企業の力を借りるのも一案かもしれません。

つまり、厚生労働省が制度を作った立場として、「どこまで総合事業の担い手を多様化したか」「ど

れだけ通いの場が増えたか」といった点に関心を持つのは止むを得ないにしても、現場は「制度を上手く使えばいい」という発想を持ち、地域の実情に沿った解決策を考えて欲しいと思います。

[第10回](#)でも述べましたが、課題解決のヒントは国のガイドラインにあるのではなく、足元にしかありません。そのためには地域の現状や将来像、課題、地域資源などについて、市町村が足元を見詰め直すことが求められると思います。

2 | 市町村の現状

ただ、市町村に対する調査⁷を見ると、必ずしも期待できそうにありません。まず、住民主体の活動が進まない理由として、「担い手不足」を挙げる回答が多く挙がっています。これに対し、市町村が取った対応（複数回答可）を尋ねると、「講演・セミナー」「パンフレットやチラシの配布」「地域団体や地縁組織への協力依頼」が3割程度にとどまり、「いずれも実施していない」と答えている市町村が32.0%に及んでいます。この結果を見ると、市町村は「ウチの地域では担い手が少ない」と嘆いている割に、住民組織に出向かず、受け身の姿勢に終始しており、自発的な善意で場を開催する住民とギャップは大きいと思われます。

こうしたギャップについては、人口1万人規模の町役場で講演した5年ほど前に感じる機会がありました。筆者の講演は早朝に実施され、町役場の幹部や職員に加えて、当地で開業した訪問看護事業所の若手経営者も参加してくれたのですが、終わった後の意見交換会で町の担当者が「ウチの町に担い手がいない」と言い切ったため、私は「ゴミ出しの場所は町役場しか掃除していないんですか？」「お祭りは自治体直営ですか？」「朝から私の講演を聞いてくれた若手経営者は『担い手』候補なんじゃないですか？」と色をなしたことがあります。

さらに終了後、その経営者に誘われて事業所にお邪魔したところ、経営者が「ウチの地区では60歳の女性が半年ほど前、地区の見守り活動を始めたんですが、町役場は知らないんですね」とボヤいたため、「まるで漫画みたいだけど、人口1万人の自治体でさえ、この状態だとすれば、規模が大きな他の自治体は住民との距離感が遠いので、推して量るべしだな」と思った記憶があります。市町村が現場で関与できる余地は多々あると思いますので、住民と連携した取り組みに期待したいと思います。

6—おわりに

今回は制度改正の「柱」に位置付けられがちな総合事業と「通いの場」について、かなり毒を含んだ雑な説明を続けました。しかし、財源規模や法体系から見れば、総合事業や通いの場が介護保険制度の局所的な部分であることは明らかです。いきなり「尻尾」に飛び付くのではなく、「胴体」に相当する介護保険制度を正しく理解して欲しいと思っています。

次回以降、他の制度との比較を通じて、介護保険を複眼的に考えます。折角、過去3回で市町村の役割に触れたので、次回では介護保険制度が「地方分権の試金石」と呼ばれた点を取り上げます。

⁷ NTTデータ経営研究所（2019）「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業報告書」（2018年度老人保健健康増進等事業）を参照。有効回答は1,686団体。具体的には、4つの類型に分かれている訪問型サービスに関して「サービス上の課題」を尋ねた質問に対し、「実施主体や担い手がいない」と答えた市町村の比率は緩和した基準のサービス（Aサービス）で58.7%、住民主体型サービス（Bサービス）で72.5%、短期集中予防サービス（Cサービス）で48.5%、移動支援（Dサービス）で65.3%となり、いずれも回答項目の最多となった。複数回答。