

# 保険・年金 フォーカス

## 介護軽度者向け総合事業のテコ 入れ策はどこまで有効か？

事業区分の見直しなど規定、人材育成や「措置」的な運用が必要

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

### 1—はじめに～介護軽度者向け総合事業のテコ入れ策はどこまで有効か？～

介護軽度者向けの「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、総合事業）について、制度・運用の見直しなどを模索していた厚生労働省の検討会が2023年12月、中間整理を取りまとめた。中間整理では、ボランティアや企業も含めた多様な主体が参画することで、高齢者の社会参加を促したり、生活支援を強化したりする必要性が強調された。さらに見直しに向けた「具体的な方策」として、事業区分の見直しとか、介護予防の強化に向けたケアマネジメントの充実なども盛り込まれた。

今回の見直しの背景には、制度発足から5年以上も経過しているのに、総合事業が市町村に浸透していないことに対する危機感がある。さらに、財務省は給付費を抑制する観点に立ち、要介護1～2を総合事業の対象に加える制度改正を求めており、こうしたプレッシャーも今回の検討に影響していると考えられる。その意味では、中間整理は総合事業の「テコ入れ策」の側面を持っている。

では、中間整理はテコ入れ策として、どこまで効果を持つのだろうか。本稿では、複雑怪奇な総合事業の内容や見直し論議が浮上した経緯を整理しつつ、中間整理の内容を詳しく見る。その上で、今後の論点として、人材育成の重要性とか、税財源を中心とする「措置制度」的な運用が求められる点などを指摘する。

### 2—総合事業の見直しが論点になった背景や経緯

#### 1 | 総合事業の仕組み

まず、総合事業の仕組みを解説する。かなり複雑なので、ここでは概要の説明にとどめるが、2015年度の制度改正を通じて、要支援1～2の訪問介護と通所介護（デイサービス）が介護保険給付から切り離されるとともに、既存の介護予防事業と統合される形で発足した。さらに、地域の支え合いを強化するため、市町村の判断で報酬や基準を独自に決められるようにすることで、住民同士の運動教室などにも財政支援できるようにした。

事業の区分は図表1に示している通り、訪問型はA～D型の4つ、通所型はA～C型の3つに分かれており、それぞれに制度改正以前からの継続として「従前相当」が残されている。

## 2 | 総合事業創設の背景

総合事業が作られた背景として、要支援者（要支援 1～2）の給付抑制に対する期待があったことは間違いない。

例えば、現在の制度改正の流れを作った 2013 年 8 月の社会保障制度改革国民会議報告書は要支援者向け給付について、「市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら新たな地域包括推進事業（仮称）に段階的に移行させていくべきである」とされていた。ここで言う「地域包括推進事業」が現在の総合事業であり、「受け皿」「効率的」という言葉に見られる通り、費用抑制が意識されていた。

制度のスタートに際して、厚生労働省が 2015 年 6 月に作成した初めてのガイドライン（正式名称は「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」、以下は「ガイドライン」と表記）でも、以下の取り組みを通じて、費用の効率化を目指すとされていた。

- ▽ 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、状態等に応じた住民主体のサービス利用の促進（サービス内容に応じた単価や利用料の設定。結果として、低廉な単価のサービスの利用普及）
- ▽ 高齢者の社会参加の促進（支援を必要とする高齢者への支援の担い手としての参加等）や要支援状態となることを予防する事業（身近な地域における体操の集いの普及、短期集中予防サービス、地域リハビリテーション活動支援事業の活用等）の充実による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実施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

つまり、住民主体など従来の介護保険給付よりも単価が低いサービスの拡大とか、高齢者が気軽に体操などを楽しめる「通いの場」の拡大、高齢者の社会参加促進、介護予防のケアマネジメントの強化などを通じて、高齢者の身体的自立と重度化防止を図ることで、結果的に費用を減らせる経路が期待されていた。

このほか、市町村ごとに分配される予算を図表 2 の通り、75 歳以上高齢者の伸び率の範囲内で予算を抑える仕組みも設けられた。つまり、実際の予算が上限を超えてしまうと、市町村は保険料か、一般財源（地方税、地方交付税）で負担するか、事業の縮小が求められることになった。

しかし、野党から「軽度者切り」という批判が出たため、国会審議では「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」などと補足される

図表1：総合事業の区分

	訪問型	通所型
従前相当	・ 総合事業の創設以前からのサービス	・ 総合事業の創設以前からのサービス
A型	・ 緩和した基準によるサービス	・ 緩和した基準によるサービス
B型	・ 住民主体による支援	・ 住民主体による支援
C型 短期集中予防サービス	・ 3～6カ月程度で集中的にリハビリテーションを提供するサービス	・ 3～6カ月程度で集中的にリハビリテーションを提供するサービス
D型 移動支援	・ 移送前後の生活支援	—————

出典：厚生労働省資料を基に作成

に至った<sup>1</sup>。この結果、制度の複雑さと相俟って、総合事業の目的は分かりにくくなっている。

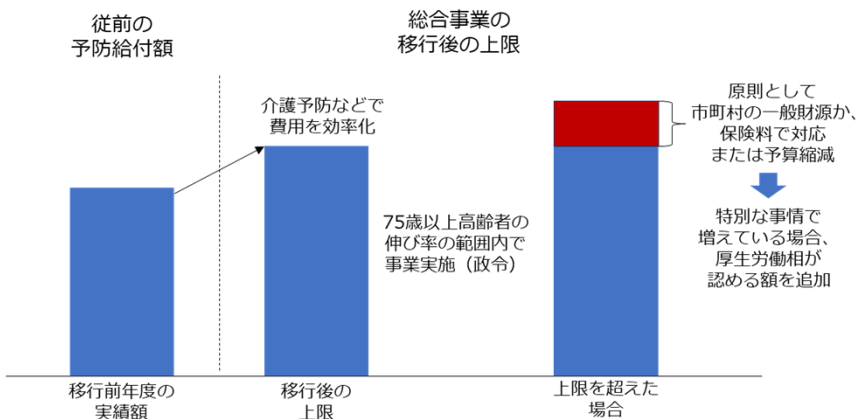
### 3 | 市町村における浸透度合い

さらに、市町村の間で事業は浸透しているとは言えない。厚生労働省の資料では、従前相当サービス以外のいずれかを実施しているのは訪問型で1,106市町村(63.5%)、通所型

で1,212市町村(69.6%)と説明されているものの、実利用者ベースの数字を見ると、全く広がっていない。

具体的には、図表3の通り、訪問型、通所型ともに、最も多いのは「従前相当」であり、制度創設時に拡大が期待された「B型」「C型」の利用者については、計5%程度にとどまる。

図表2：総合事業の予算上限制度のイメージ



出典：厚生労働省、財務省資料を参考に作成

図表3：総合事業の実利用者数（2022年3月実績）

訪問型	利用者数(人)	比率(%)	通所型	利用者数(人)	比率(%)
従前相当	303,532	75.1	従前相当	512,670	80.1
訪問A型	83,655	20.7	通所A型	95,789	15.0
訪問B型	12,224	3.0	通所B型	18,987	3.0
訪問C型	2,713	0.7	通所C型	12,847	2.0
訪問D型	2,117	0.5	その他	61	0.0
その他	26	0.0	合計	640,354	100.0
合計	404,267	100.0			

出典：厚生労働省資料を基に作成

### 4 | 財務省の指摘

こうした状況の下、財務省は2022年5月の財政制度等審議会（財務相の諮問機関、以下は財政審）で、総合事業の予算上限制度に関して改善を促した。先に触れた通り、上限を超過した予算については、市町村が保険料引き上げや一般財源への追加、予算規模の圧縮が求められるが、厚生労働省との「個別協議」を経て、「費用の伸びが低減していく見込みがある」などの要件を満たしている判断とされるケースについては、上限を突破しても国庫負担率（25%）が引き続き適用されている。

それにもかかわらず、個別協議の対象となっている保険者（保険制度の運営者）が2020年度で計394件に及んでおり、そのうち259件に関しては、特段の理由が見当たらないとして、財務省は「要件の形骸化は明らか」と指摘し、法制上の措置を含めた検討など厳格な運用を求めた。

### 5 | テコ入れ策としての「地域づくり加速化事業」

これを受けて、厚生労働省は総合事業のテコ入れ策を講じた。まず、2022年度から始まった「地域づくり加速化事業」では、上限を超えている市町村に対して、職員や有識者を派遣するとともに、地域の専門職などを集めたワークショップを開くことで、事業の趣旨を説明したり、介護予防を強化し

<sup>1</sup> 2014年2月21日、第186回国会衆院厚生労働委員会における田村憲久厚生労働相（当時）による答弁。発言は文意を変えない範囲で適宜、修正した。

たりしている。一部の市町村では、▽新規要支援者を短期集中リハビリテーションのC型や通いの場に繋げる、▽デイサービスの利用減を推奨——などを内容とする予算削減計画も立案されている。

さらに、中間整理を取りまとめた「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」（以下、検討会）もテコ入れ策の側面を有していた。次に、検討会の経過と中間整理の内容を取り上げる。

### 3— 検討会の経過と中間整理の内容

#### 1 | 検討会の経過と中間整理で示された4つの「方策」

検討会は学識者や自治体関係者など計14人で構成し、2023年4月の第1回会合では、2023年夏頃をメドに制度面・運用面の論点を洗い直す方針が確認された。さらに、介護予防に繋がるサービス・事業を展開しつつ、住民が相談に来た時点で行き先を振り分ける奈良県生駒市の事例が紹介された。

その後、検討会は5月以降、関係者のヒアリングなどを実施。当初、「2023年夏」に予定されていた結論は2023年末まで持ち越したものの、中間整理が2023年12月の社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会に提出されるに至った。

中間整理では、総合事業の充実に向けた「具体的な方策」として、(1) 高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活をおくるためのアクセス機会と選択肢の拡大、(2) 地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための方策の拡充、(3) 高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った介護予防ケアマネジメントの手法の展開、(4) 総合事業と介護サービスとを一連のものとした地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくり——という4つが挙げられた。

#### 2 | 高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活をおくるためのアクセス機会と選択肢の拡大

以下、4つの方策を具体的に検討すると、(1) では現状の事業区分について、「介護保険制度の構造や事業の実施主体である市町村の目線」に立っているとして、「ユーザーあるいは活動の主体たる高齢者一人一人にとっての関わりが希薄」と指摘。さらに区分が並列的に列挙されていることで、市町村の間で事業の目的よりも実施することが目的化している可能性が言及された。

その上で、中間整理では既存の事業区分にこだわらず、高齢者の状態像や市町村の判断に応じて、弾力的に運営できるような事業区分の必要性が強調された。これらの例示として、「高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む）できるサービス、高齢者の日常生活支援を行うサービスなど、高齢者の目線に立ったサービスのコンセプトを軸とする多様な事業のあり方」「予防給付時代の制度的分類にとらわれない、訪問と通所、一般介護予防事業、高齢者の保健事業や保険外サービスなどを柔軟に組み合わせた新たなサービス・活動モデル」などが挙げられている。これは図表1で掲げた事業区分の見直しを示唆した文章と読み取れる。

さらに、「継続利用要介護者」が利用可能なサービスの拡充も盛り込まれた。ここで言う「継続利用要介護者」とは、総合事業を例外的に使っている要介護者を指す。通常、総合事業の主な対象者は軽度な要支援者だが、2021年度以降、総合事業を使っていた高齢者が要介護1以上の認定を受けても、総合事業の住民主体のB型サービスなどを例外的に引き続き使えるようにした。これは「総合事業の対象者の弾力化」と呼ばれている。



この仕組みに関連し、中間整理では「要介護状態や認知症となっても、地域でのこれまでの日常生活を自身の能力と選択に応じて継続できることにつながる」として、弾力化の対象を拡大させる可能性が示唆された。

### 3 | 地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための方策の拡充

2 番目では、市町村に対する支援パッケージの強化が盛り込まれた。具体的には、▽多様な主体が参加することの目的・効果を含めた総合事業の基本的な考え方やポイントを分かりやすく示す、▽地域の様々な活動の事例を事業の実施プロセスを含めた形で新たな地域づくりの戦略として取りまとめる、▽総合事業ガイドラインなどで市町村が事業デザインを検討するに当たって参考となる運営・報酬モデルを示す——などの方策が盛り込まれた。

このほか、「生活支援体制整備事業」のテコ入れに向けた方策も言及された。ここで言う生活支援体制整備事業とは地域資源の開発やネットワーク化などを目的とする制度であり、総合事業と同様、介護保険財源の一部が転用されている。中間整理では、民間企業など地域の多様な主体との接続を促進する観点に立ち、同事業に関する「プラットフォーム」を国や都道府県に構築する考えが提示された。

### 4 | 地域での自立した日常生活の継続の視点に立った介護予防ケアマネジメントの手法の展開

第3の点として、介護予防の強化に向けたケアマネジメントの充実が盛り込まれた。いくつか施策を例示すると、「多様なサービスを使っている利用対象者のモデルを提示」「多様なサービスを組み合わせさせて支援するケアプランモデルを提示」が言及された。

さらに、市町村に対する推奨としても、孤立する高齢者を地域の生活支援に繋げた場合の加算とか、地域のリハビリテーション職と連携して介護予防ケアマネジメントを実施した場合の加算を提示したりする必要性が示された。このほか、従前相当サービスを選択した場合の理由を介護予防ケアマネジメントの様式例に記載する欄を追加する旨も盛り込まれた。

### 5 | 地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくり

最後の(4)では、介護保険サービスと総合事業の切れ目のない提供体制の構築が必要と指摘された後、「評価指標の見直し」として、「高齢者一人一人の介護予防・社会参加・自立した日常生活の継続の推進の状況」「高齢者の地域生活の選択肢の拡大」「地域の産業の活性化(地域づくり)」「総合事業と介護サービスとを一連のものとして地域の介護サービスを含む必要な支援を継続的かつ計画的に提供するための体制づくり」の4つが重要という認識が披歴された。

### 6 | 工程表の作成、予算上限制度の見直し

以上のような施策・運用の見直しに向けたタイムスケジュールを示すため、介護保険部会には「第9期介護保険事業計画期間における総合事業の充実に向けた工程表」(以下、工程表)も示された。ここで言う「第9期介護保険事業計画」とは、2022~2024年度の3カ年を対象に、市町村が3年ごとに作る計画を意味しており、工程表では2024年度からの3年間を「集中的取組期間」と位置付けられた。その上で、この期間に国が上記で挙げた制度の見直しを図るとともに、地域づくり加速化事業な

どを通じて市町村の支援に取り組む方向性が提示された。国が 2023 年度中にガイドラインを見直す方針も盛り込まれた。

このほか、介護保険部会では、予算上限制度の見直し方針も示された。これまでは上限を突破した際の要件がガイドラインに記載されているだけだったが、2024 年度から始まる新しいルールでは「上限突破を例外的に認める際の要件として「プログラムの導入年度から起算して 3 年度経過後には上限の範囲内に収まることが見込まれる」などの要件が定められることになった。

では、以上の中間整理をどう評価すればいいのだろうか。実は、中間整理に出ている生活支援やケアマネジメントの重要性は以前から指摘されており、全て目新しいとは言えない<sup>2</sup>が、いくつかの重要な変化が見受けられる。以下、藤田医科大学を中心とする市町村支援プログラム<sup>3</sup>に関わっている経験を加味しつつ、その評価を試みる。

## 4——中間整理の評価

### 1 | 「受け皿」「担い手」の色合いが薄くなった？

まず、総合事業を要支援者の「受け皿」「担い手」と見なす色合いが薄くなった印象を受ける。総合事業では、市町村が住民とフラットな立場で連携しつつ、高齢者の外出機会を作り出すような取り組みが求められるが、ややもすると、行政職員は住民や企業を「担い手」と呼び、行政サービスを縮小した後の「受け皿」「下請け」のように考える傾向がある。実際、社会保障制度改革国民会議報告書では「受け皿」という言葉が使われていたし、2015 年 6 月に示された最初の総合事業ガイドラインでも「担い手」という言葉が 30 回近く登場していたため、筆者自身としては、こうした「上から目線」の言葉遣いがフラットな関係性を構築する上で阻害要因になると考えていた<sup>4</sup>。

だが、中間整理で「担い手」という言葉は 2 回しか使われていないなど、従来の「上から目線」の発想が減退したように映る。骨子段階では「地域の力を総動員」という言葉が使われていたが、最終的な文言は「地域の力を組み合わせる」という表現に置き換えられた。

### 2 | 「事業頭」「制度頭」からの脱却？

次に、高齢者の暮らしを踏まえるため、ケアマネジメントの必要性が言及された点である。総合事業を強化する上では、それぞれの市町村や専門職が高齢者の暮らしやコミュニティの実情から課題をイメージし、施策や実践を展開していく必要があり、今までの市町村は図表 1 や図表 3 で示した事業区分とか、通いの場の実施箇所数や参加人数を揃えることに終始していた感があった。

さらに、厚生労働省も同じように事業や制度の課題から考える傾向があった。その典型例が 2019 年 3 月に公表された『これからの地域づくり戦略』である。ここでは、いくつかの好事例を挙げつつ、高齢者が集まる「集い」、高齢者がお互い様の気持ちを醸成する「互い」、関係者が話し合っ

<sup>2</sup> 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング (2016) 『新しい総合事業の移行戦略』(老人保健健康増進等事業) では「総合事業の本質は介護予防ケアマネジメント」という記述が見られる。

<sup>3</sup> 藤田医科大、愛知県豊田市を中心とした人材育成プログラム (老人保健健康増進等事業)。2022 年度は医療経済研究機構が事務局となり、政策形成支援にシフトした内容となった。

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

<sup>4</sup> この点に関しては、2019 年 7 月 16 日拙稿「[介護保険制度が直面する『2つの不足』\(下\)](#)」を参照。

題の解決策を話し合う「知恵を出し合い」の3つが揃えば地域づくりが実現するというストーリーが描かれていたが、「今後、高齢化が進むとともに、人手不足の時代が続きます。そのような中、介護保険も、保険給付頼りではなく、本人の力や住民相互の力も引き出して、介護予防や日常生活支援を進めていくことをもう一つの柱にしていくことが必要となる」などの文言が見られるなど、介護保険の持続可能性を高めるため、地域づくりの重要性を訴えている様子が垣間見えていた。

つまり、高齢者の暮らしや地域の実情を踏まえないまま、課題解決のための方法論の一つに過ぎない事業や制度の課題から考える傾向が国、地方ともに散見され、こうした事象を筆者は「事業頭」「制度頭」と呼び、その脱却の重要性を繰り返し強調していた<sup>5</sup>。少し逆説的だが、現場における総合事業の改善を考える上では、費用抑制の議論とか、図表1や図表3の事業区分から一旦、離れる必要があると考えていた。

これに対し、中間整理では高齢者の暮らしを踏まえる観点に立ち、企業との連携が前面に押し出されたほか、事業区分の見直しとか、生活支援体制整備事業の強化、介護予防ケアマネジメントの充実、新しい地域づくり戦略の検討などの見直しが列挙されており、ある程度は「事業頭」「制度頭」から脱却している印象を受ける。

## 5——今後の論点

### 1 | 市町村の人材育成・政策形成に向けた支援が重要

しかし、総合事業が市町村に浸透するか、もう少し検討を要する。第1に、市町村の人材育成・政策形成に向けた支援を強化する必要がある。単に「国から降りてくる事務を処理する」という思考パターンに慣れた自治体職員の意識と行動を変えるには一定程度の時間と手間暇が必要であり、伴走かつ継続的な支援が求められる。

その際には「集権的な対応（標準化）」「分権的な対応（個別化）」のバランスが論点になると思われる。中間整理を読むと、「多様なサービスを組み合わせて支援するケアプランモデル」など、国が「モデル」を示す方針が随所に出ているが、国が集権的に「モデル」の内容を細かく書き過ぎると、市町村が高齢者の暮らしやコミュニティの実情を踏まえないまま、国の「モデル」を模倣する行動に出るかもしれない。逆に具体的に書かないと、多くの市町村が実施できなくなるため、一定程度は「モデル」の内容を細かく書く必要もある。この2つの選択肢は両立し得ないトレードオフの関係にあり、バランスを考慮しつつ、市町村を支援していく必要がある。

### 2 | 措置的な運用も不可欠？

第2に、介護保険の給付との違いを強く意識する必要もある。そもそも、社会保険方式では保険料を支払った見返りとして、被保険者が給付を受け取る権利を有する。

これに対し、総合事業は予防に力点を置くことで、保険料を払った見返りとしての給付を受け取らせないようにしている点で、社会保険方式の持つ権利性と整合しない側面がある。しかも図表2の通

<sup>5</sup> 医療・介護提供体制改革に関して、厚生労働省の審議会資料で多用されている「地域の実情」に着目した拙稿コラムの[第2回](#)、[第3回](#)を参照。

り、総合事業には予算の上限が設定されているし、好事例とされる一部の市町村でも、要支援認定やケアマネジメントの時点で、サービスの利用先を割り振ったり、制限したりしており、社会保険方式の権利性と整合しない面が大きい。つまり、社会保険方式と相性が悪い総合事業を介護保険制度の枠内に入れ込んだ結果、様々な面で整合性が付かなくなっている。

このため、市町村の支援に際して、総合事業では社会保険方式の権利性が部分的に制限されている点などを意識してもらう必要がある。さらに中長期的な視点に立つと、総合事業における保険料のウェイトを減らす半面、税財源の比率を高めるなど財源構成の整合性を確保する必要がある<sup>6</sup>。

### 3 | 要介護1~2への対象拡大は可能か

最後に、要介護1~2の人を総合事業の対象に加える是非を論じる。この関係では、財務省が給付抑制の観点に立ち、要介護1~2の人も総合事業の対象とするように繰り返し求めているが、2022年12月の介護保険部会意見書では、2027年度に予定される次の次の制度改正まで結論が先送りされた<sup>7</sup>。

この提案に関して、筆者は現時点では困難と考えている。そう考える第1の理由として、先に触れた通り、先行した要支援でさえ、事業の趣旨が浸透しているとは言えない点である。中間整理と工程表では、3カ年の「集中的取組期間」を通じたテコ入れが意識されているが、市町村の意識や行動を変えるには一定程度、手間暇と時間を要する。

第2に、要介護認定と総合事業の整合性から見た疑問である。そもそも、総合事業は「予防」の枠組みであり、法律上は「状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要する」とされている要支援認定を受けた人を総合事業の枠組みに移すことができた。

これに対し、要介護者は回復可能性を前提としておらず、要介護1~2の人まで総合事業の対象に加えるのであれば、要介護認定の考え方や、予防を前提とした総合事業の枠組みを見直す必要がある。これらの点を解決しない限り、要介護1~2の人の総合事業移行は困難と言わざるを得ない。

## 6—おわりに

これまでの市町村の総合事業の取組を活かしつつも、大きな発想の転換によるフルモデルチェンジを促す——。中間整理の後半では、こうした文言が盛り込まれている。確かに従来のスタンスを一新する文言が数多く盛り込まれており、これまでの資料で散見された「上から目線」「制度頭」「事業頭」の悪弊から脱却した印象も受ける。

ただ、今年度中に予定されているガイドラインの見直しも含めて、詳細な制度設計は今後の検討課題となっており、『モデル』をどこまで細かく書き込むのか、「どうやって市町村の政策形成を支援するのか」など論点も数多く残されている。介護保険を取り巻く財源と人材の制約条件は厳しくなっている<sup>8</sup>中、身体的自立や重度化防止だけで問題を解決できるとは思えないが、総合事業の見直しと運用改善に向けて、中間整理と工程表に基づく国の取り組みを注視するとともに、市町村における制度運用の改善が求められる。

<sup>6</sup> ここでは詳しく触れないが、その他の要支援者向け給付の力点を予防に置くなど、別の選択肢も考えられる。

<sup>7</sup> この点は2023年1月12日拙稿『[次期介護保険制度改正に向けた審議会意見を読み解く](#)』を参照。

<sup>8</sup> この点は2019年7月5日拙稿『[介護保険制度が直面する『2つの不足』\(上\)](#)』を参照。