

Impact of “Preventive Long-term Care and Daily Life Support Projects” on the Expenditure of Long-term Care and of Medical Care System for the Elderly in the Latter-stage

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2023-04-07 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: Takeda, Kimiko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24517/00069144

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



総合事業の導入が自治体の介護保険事業・ 財政にもたらした変化

武 田 公 子

I はじめに

本稿の課題は、2015年に導入され2017年度より全国実施となった「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、総合事業と略す）の実施状況を検証することにある。この制度改正は、要支援層に対する介護保険サービスの一部を保険対象外とし、自治体が自らの判断で実施する「地域支援事業」の枠組みに移管するものであった。これに伴う変化として、次の点が検証される必要がある。

第一に、保険給付外となった介護予防通所・訪問サービスの利用者はその後どのように処遇されているのか、とりわけ介護予防や生活支援サービスにどのような変化があったのか。第二に、総合事業は市町村に義務付けられた事業となっている一方、「地域特性に応じて」実施することとされているが、それによる地域差はあるのか。そして第三に、この改革に伴う政策的効果および財政的变化をどう捉えるか、である。

後に詳しく述べるように、要支援層に対するサービスの一部が保険給付から除外されたことで、この人々に関する代替的事業の実態は不可視化された観がある。保険給付については、保険者単位で被保険者の構成や要介護度別のサービス利用状況等の詳細なデータが公開されているほか、パネルデータが得られればかなり詳細な分析も可能であるが、保険給付から外れただけで、対象者（この場合は要支援認定者およびその予備群）のその後のサービス利

用状況や健康維持状況が追跡困難となっている。

なぜこのような不透明な制度にしてしまったのか。そもそも総合事業の導入が意図したことは何だったのか、それは達成されているのか。本稿はこれを最大の問題意識としつつ、限られたデータのなかで上記三点の検証を試みたい。

II 介護保険制度改正と総合事業に関する研究動向

1. 制度改正の概要

介護保険制度は、保険給付（いわば狭義の介護保険）と地域支援事業とからなる。保険給付は、要介護1以上の被保険者に対する介護給付と、要支援1、2（以下、要支援）の被保険者に対する介護予防給付からなっている。地域支援事業は、要介護認定を受けていない人も対象とする一般的な介護予防事業や日常生活支援、地域包括支援センターの運営、介護給付費適正化や家族介護支援事業その他を含む任意事業等からなっている。

2014年の介護保険法改正¹⁾は、このうち介護予防給付の一部を保険給付から切り離し、「介護予防・日常生活支援サービス事業」として地域支援事業に移管することを主要内容としていた。これによって、従来要支援認定者の利用の多くを占めていた介護予防通所・訪問サービスは保険給付対象外となった。ただし通所サービスのなかでも通所リハビリは従前、また訪問サービスでは訪問リハビリと訪問看護、訪問入浴介護も従前、その他短期入所、福祉用具・住宅改修、特定施設入居者生活介護、介護予防支援、および地域密着型サービスも従前の保険給付対象となっている。とはいえ、総合事業導入前の2014年度には要支援に対する保険給付費の全国総額4,965億円の57%を占めていた²⁾訪問介護・通所介護を除外したことは、保険会計の経費削減が意図されていたことは想像に難くない。

また、従来から地域支援事業として行われていた介護予防事業は「一般介護予防事業」に名称を変え、この「介護予防・日常生活支援サービス事業」とあわせて総合事業と位置付けられた（表1参照）。こうして再編された総合事業は、2015年度より順次実施に移され、2017年には全自治体での実施が義

表1 介護保険制度改正の概要

旧		新			
保険 給付	要介護	介護給付	給保 付限	従前	
	要支援	介護予防 給付		従前	
援地 域支 援事 業	介護予防事業		地 域 支 援 事 業	総 合 事 業	介護予防・生活支援サービス事業 (従前相当、サービスA～D、他)
	包括的支援事業				一般介護予防事業
	任意事業			包括的支援事業	任意事業

務付けられたのである。

同改正により、保険給付から外れた介護予防通所・訪問サービスは、次のような諸形態で提供されることとなった。第一に、「従前相当」とされる区分であり、概ね従来の介護予防通所、介護予防訪問サービスと同様の事業者によって提供されるサービスである。第二の区分、「サービスA」は、主として介護サービス事業者によって実施されるものだが、人員等に関する基準を緩和した形で実施可能とされている。第三の区分「サービスB」は、住民主体の自主活動として行う生活援助や「通いの場」等の活動である。第四の区分「サービスC」は、短期集中予防サービスであり、3ヶ月～6ヶ月の間に保健・医療の専門職によって実施される日常生活動作の改善に向けた支援である。

上記の四区分は通所・訪問に共通したものであるが、訪問型サービスについては「サービスD」として、住民主体による移送前後の生活支援を行うものも示されている。また、上記の訪問・通所サービスの他、見守りや配食等の生活支援サービス、およびケアマネジメントとしての介護予防支援事業も「介護予防・生活支援サービス事業」に含まれている。

このように、サービスBおよびDは住民等のボランティアによる実施が想定されている。「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」(以下、ガイドライン)によれば、「市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すもの」とされている。すなわち、サービス事業者のみではなく、ボランティアやNPOなど地域の多様な主体を担い手として想定

し(=インフォーマルサポート,「ガイドライン」38頁),サービス提供コストを抑制することと,高齢者も支え手側に加わることで生きがいづくりの場ともなることに期待した制度といえる。

2. エビデンス情報収集上の問題

前述のような事業の担い手の多様化は,総合事業の大きな特徴でもあり,また問題を孕む点でもある。

住民等ボランティアに事業実施を委ねた場合,当該事業の参加者に関する個人情報の取り扱いには多々困難を伴い,参加者の健康状態や参加の継続性等に関する情報の記録・報告を求めることは困難である。また,「通いの場」のように,要支援認定者・総合事業対象者・一般高齢者が混在するサービスでは,担い手はその区分を意識することは困難である。結果的に保険者である自治体にとってはこれらの事業の実施状況やその効果に関するエビデンス情報を得ることが難しい。

「ガイドライン」は,「総合事業を効率的に実施していくためには,・・・市町村による総合事業の結果等の評価・検証と次期計画期間への取組の反映が重要である」(16頁)とし,各種指標での評価とそれに基づくPDCAの取り組みを促している。しかし実施現場における情報収集,特に推進したいところのインフォーマルサポート現場での情報収集の困難さを考えれば,これは机上の空論に近いといえる。

こうした状況に対し,厚労省老健局はNTTデータ経営研究所に委託して,総合事業の実態調査を行い,その報告書を公表している³⁾。しかしその調査方法は,全国自治体へのアンケート調査であり,そこで報告されているサービスの利用者数は,「従前相当サービス,サービスA,サービスBの利用者数の実人数を把握している市町村について」集計したものとされている。同アンケートの回収数は1719市町村(回収率98.7%)で,そのうち従前相当以外のサービスを実施している市町村は訪問型1051団体,通所型1193団体とされているが,「サービスの利用者数を把握している市町村」は,訪問サービスで592市町村,通所型サービスで593市町村とされている(21頁)。つまるところ,総合サービスの利用者数を把握している市町村は全自治体の3分の1程度に

とどまっているのである。

また、ガイドラインにおける「市町村が中心となって」との記述も問題を孕む。このような記述があるものの、総合事業も介護保険法に基づいて自治体に義務付けられる事務である。介護保険法第115条の45は次のように記している。「市町村は、被保険者の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及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うため、厚生労働省令で定める基準に従って、地域支援事業として、次に掲げる事業(総合事業)を行うものとする。」従って、保険給付の対象外となった事業ではあるものの、その実施は基本的には介護保険制度の枠組みの中の「地域支援事業」の一部であるには違いなく、保険者である市町村は「省令で定める基準に従って」実施することを義務付けられている。また、後述するように、国はこうした基準やガイドラインの策定だけでなく、国庫支出金の配分を通じても保険者に対して多かれ少なかれ関与を行っている。「市町村が中心となって」との記述は、要は実施主体が市町村であるという含意に留まるのであろう。

総合事業のこのような法的・制度的位置づけにもかかわらず、総合事業が介護給付の外に置かれたことによって、その実施に関する悉皆的な把握は事実上放棄されたといつてよい。保険給付については従来通り、「介護保険事業状況報告」において要介護・要支援認定者数やサービス利用状況等の詳細なデータが公表されているが、総合事業については実施状況どころか利用者数すらも把握されない状況にある。従前相当サービスとサービスA、Cは事業者ないし専門職者によって実施されることが基本となっているため、少なくともこの部分の情報収集は可能であるはずだが、インフォーマルサービスが混在する可能性があることによって、総合事業全体の不透明性が生じてしまっているといえる。

3. 総合事業に関する研究動向と本稿の課題・方法

前述のようなデータ上の制約を背景に、総合事業に関する既存の研究は個別自治体における取組みとその成果に関するものに集中している。例えば保健・リハビリ分野での参与観察的な研究や特定自治体における総合事業参

加者へのアンケート調査(鈴木他2019)等、あるいは宮城他(2021)や田中他(2022)のようなGood Practice集である。

その一方で政策的な示唆が見られるものも散見される。林・永田(2019)は、総合事業実施猶予期間中の行政担当者にアンケートを行った結果、ほとんどのサービスが従前相当でサービスAもごく一部にとどまる状況を報告している。地域資源の掘り起こしには多くの困難が伴い、時間の経過とともに総合事業の進捗には地域差が生じる懸念があるとした。また、楠山(2021)は、自治体の財政状態が総合事業導入状況に影響を与えるのではないかとの仮説から回帰分析を行い、平均要介護度の高い保険者ほど要支援認定者数削減インセンティブが働いたのではないかとしている。また中尾・木村(2021)は、相談時に総合事業対象か要介護(要支援認定)かを振り分ける判断基準に関して地域包括支援センター専門職者に聞き取りを行っている。その結果として、本人の健康状態や生活状態に関するアセスメントのみでなく、家族の介護力を含む本人や家族の意向がある程度反映されざるを得ない状況を明らかにしている。

他方で、政策論としての総合事業評価に関してはあまり多くの研究が見られず、導入当初の議論にとどまっている観がある。特に、全世代型社会保障検討会議2019年中間報告に示されたアクティブシニア活用論に対する批判を中心に、介護保険の理念を中心とした議論がなされている。森(2018)は、福祉サービスの基盤整備に対する公的責任が曖昧化し、公的領域の削減が進行しているとした上で、ボランティア等によるサービス供給体制は「安上がりな福祉」を目指すものとしている。下野(2019)は、本来全国一律の介護サービスを提供するために創設された介護保険が、地域格差を容認する制度となっていると批判している。また、福地(2020)は、アクティブシニア活用論に対して、介護現場ですでに職員の高齢化が進んでおり、むしろ優先すべきは専門職のケア水準の向上と労働条件の向上であるとした。岡崎(2020)は、そもそも必要充足原則と普遍主義の視点が欠落し、保険原理の均衡が主目的となった結果、給付抑制への力が強く働いているとした。

以上のような政策論における主な主張点は、次のようにまとめられる。第一に、担い手の多様化を掲げる総合事業は、普遍的な必要充足という介護保

障の観点を欠き、公的責任を曖昧にするものである。また第二に、その背景には介護保険財政の膨張があり、保険給付削減が意図されていることである。そして第三に、このような公的領域の削減は地域資源の地域差に規定された介護の地域間格差を拡大させる懸念があるということである。

これらの批判には筆者も首肯するところであり、それに加えて、介護予防対象者に関するサービス利用や健康状態の推移に関する行政サイドの情報収集を放棄する結果となっていることが、EBPM (evidence based policy making) の政策潮流にも逆行するものとする。その結果として、総合事業導入後の状況に関する政策論からの検証が手薄であることは否めない。多くの論者が懸念を示していた「地域差」の具体的内容とその理由についても未だ明らかにされていない。従って本稿は、入手可能な情報の制約のなかで、せめて総合事業がどのように実施され、利用者への処遇や介護予防事業にどのような地域差があるのかを見出すために、石川県内の複数自治体のデータを用いて検討していきたい。

以下ではまず、要支援・要介護認定の動向や、要支援認定者に対する保険給付の動向について、総合事業の導入による認定状況の変化とその地域差、その背景にある介護資源や自治体の対応方針の相違を明らかにする。その上で各保険者の介護保険事業特別会計における歳出・歳入動向を検討することを通じて、介護予防・生活支援サービスと一般介護予防事業その他の地域支援事業の実施状況と財源構成、そしてその地域差を明らかにしていく。

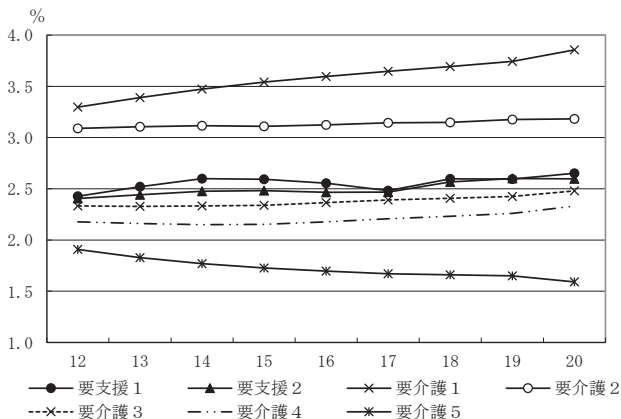
Ⅲ 要支援・要介護認定率の変化と要支援向けサービスの地域差

1. 認定率の動向

総合事業の導入に伴って要支援・要介護認定を受ける被保険者数にはどのような変化があったのだろうか。以下ではまず、第一号被保険者における要支援・要介護認定率の動向を検討していきたい。

全国的な認定率の動向を図1に示した。目を惹くのは、要介護1の増加傾向と要介護5の減少傾向の対称的な動きである。要介護3および4が横ばいから緩やかな増加に転じてきていることと併せ考えれば、施設入所対象とな

図1 第一号被保険者の要支援・要介護認定率の全国動向



(資料)各年度介護保険事業状況報告より作成。以下、図2・3・5・6も同様。

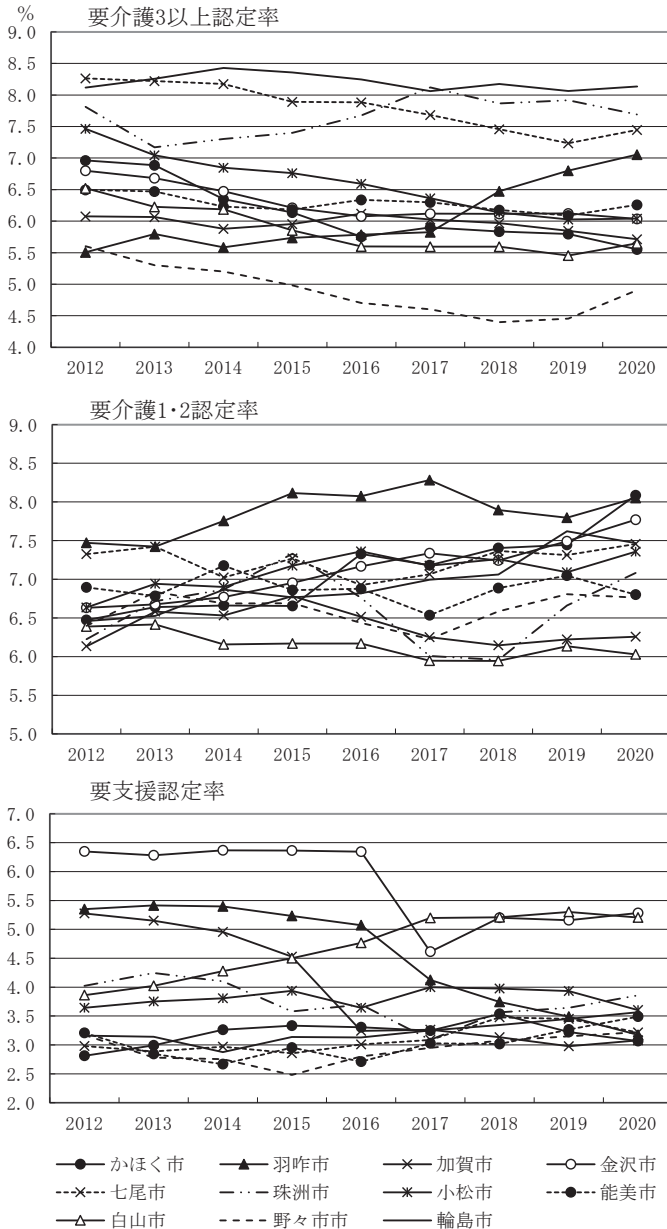
(注)認定率は各年度末現在の被保険者数・認定者数により算出。

る要介護3以上の重度層に関して、入所施設建設の抑制による介護保険給付の抑制という国の方針の一方で、施設入所ニーズが高まらざるを得ない状況が示唆される。他方、要介護1が増加する一方で要支援1および2は横ばい状態にある。2017年には要支援の一時的減少が見られる一方で、要介護1が増加傾向を示しているのは、総合事業の導入のなかでサービスを必要とする被保険者が要介護1に移行したものととも考えられる。

しかし、個別自治体の動向をみると、このような全国動向と様相を異にするケースも多々観察される。当然のことながら、全国動向は個々の保険者の多様なベクトルを合算した結果であることと、人口の大きい大都市圏の動向が強く反映されるという事情がある。そこでここでは、石川県内の11市における認定率の動向を示すことでその多様性を見出しておきたい(図2)。なお、総合事業の導入時期は、小松市、加賀市、白山市、能美市が2016年3月、それ以外の市は2017年4月であった⁴⁾。

まず要介護3以上の認定率は、概ね全国動向と同様に低下傾向を示しているが、羽咋市は2018年度以降急上昇している。また、輪島市、珠洲市は高水準で横ばい状態にあり、七尾市は低下傾向ではあるが相対的に高い水準にある。これらの都市は県内でも高齢化の進む地域であり、高齢者の単身率も高

図2 石川県内各市の要支援・要介護認定率の推移



い。このことが要介護3以上認定率の急増の背景にあるものと考えられる。

要介護1・2は、概して上昇傾向を示しているが、加賀市、白山市のように下降傾向を示している自治体もある。2017年前後の変化としては、野々市市、能美市、かほく市で2017年に一時的な減少、羽咋市、金沢市では一時的な増加が見られる。これらの変化は要支援認定の動向と併せて見る必要があるだろう。

要支援1・2の認定率は、総合事業の導入の影響を端的に示すものと考えられる。総合事業の導入時には一時的な要支援認定率の低下がみられ、野々市市では2015年度、加賀市、小松市、能美市では2016年度、金沢市、羽咋市、珠洲市では2017年度に低下傾向が見られる。他方で、白山市、かほく市、輪島市等ではこの時期に明確な変化は現れていない。要介護1・2との関係で見ると、2017度に要支援の減少が見られる羽咋市や金沢市では、2017年に一時的に要介護1・2の増加が見られ、総合事業導入の影響を要介護1・2で部分的に受け止めている状況が窺われる。

このように、総合事業導入前後における認定率には自治体によって大きな相違があり、特に要支援認定率には次のような動向が見られる。第一に、総合事業の導入時に要支援認定率が大幅に低下している場合、要支援層が要介護1ないし2の認定に移行することで従前どおり介護保険給付として通所・訪問サービスを受けるという選択が一部にはあるだろう。とはいえ要介護1・2の増加以上に要支援の減少が大きい場合は、認定から外れた上で総合事業の対象に移行したとみることができよう。第二に、総合事業の前後で要支援認定率にあまり大きな変化が見られない場合は、総合事業で提供される通所・訪問サービス以外の、保険内サービスの利用を保障するという意味合いが含まれるだろう。

そこで次に、要支援層に対するサービスの内容について検討していきたい。総合事業の導入とともに要支援認定率が低下した自治体、変化のない自治体それぞれに、要支援認定を受けた人々に対するサービスはどのような内容となったのか。要支援層が受けられるサービスは減少したのか、他の手段に置き換えられたのか。この点を明らかにする必要がある。

2. 要支援層へのサービス提供状況

以下では、石川県内で高齢化率が相対的に高い都市のうち、要支援層向けサービスに関して異なる動向を示す七尾市、輪島市、羽咋市を取り上げて比較検討する。なお、同じく三市の高齢化率等の概要を表2に、介護サービス事業所の立地状況を表3に示しており、これらを同時に参照しながら、総合事業導入への対応の相違とその背景を考察していきたい。

表2 3市のプロフィール

	国調	七尾市	輪島市	羽咋市
類似団体都市区分 (2020)		Ⅱ-3	Ⅰ-1	Ⅰ-2
2020国調人口	2020	50,300	24,608	20,407
65歳以上比率	2015	34.2	43.0	36.5
	2020	38.5	46.0	40.3
75歳以上比率	2015	17.2	24.5	18.2
	2020	19.8	25.7	21.5
65歳以上単身比率	2020	15.1	19.0	15.1
75歳以上単身比率		16.3	21.6	17.7

表3 75歳以上1000人あたり介護サービス事業所数

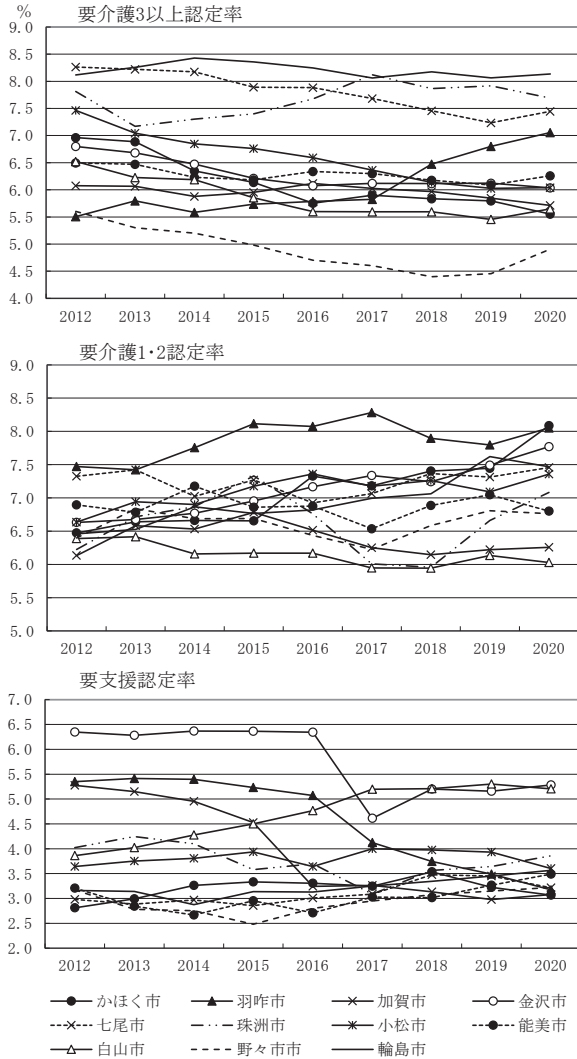
	七尾市	輪島市	羽咋市
75歳以上人口	9,968	6,335	4,395
訪問介護	0.90	1.10	1.82
訪問リハ	2.01	1.58	2.28
通所介護	1.00	0.63	1.14
通所リハ	2.71	1.58	2.05
短期入所	1.40	1.10	0.91
特定施設	0.20		0.23
地域密着型	2.41	3.16	5.23
介護予防支援	0.10	0.16	0.23

資料：石川県統計書2020年版より作成。事業所数は年度末現在。人口は2020国調。
 (注)複数の介護サービスを提供している場合、そのサービス種類ごとに集計しているため、地域密着型ではダブルカウントが多い。

まず七尾市について再度認定率動向を振り返っておく。要介護3以上の認定率は輪島市同様に県内でも高水準にあったが、ここ数年で顕著に減少している。要介護認定率は2016年度に一時的に低下したがその後再び緩やかに増加している。要支援認定率は低位であるとともに総合事業の影響をあまり受けていない。さて、こうした中で七尾市の要支援層に対する保険給付の変化を見てみよう。図3はこの三市における要支援認定者一人当たりの介護給付の内訳を示している。七尾市では2017年度に通所介護が激減し、18年度にはほとんどゼロになっているが、これは総合事業導入の当然の結果である。他方、訪問系サービスの中では、訪問介護が保険給付外となった分減少を示しているが、訪問看護、訪問リハ、訪問入浴介護が保険給付として維持されているため、総合事業導入前の3分の1程度の水準で推移している。また総合事業導入以前から、七尾市では通所リハの利用が多く、他市に類をみない水準にあった。通所リハは総合事業による再編対象外であるため、その後も大きな変化なく推移している。前出表3に示されるように、七尾市には通所リハ事業所が相対的に多く立地している。そもそも七尾市は、能登中部医療圏の中心的都市であるとともに、医療資源の手薄な能登北部医療圏と連携する位置にあり、能登地域の中では開業医も相対的に多い。こうした医療機関が通所リハの担い手として存在していることが大きな要因であろう。その他、地域密着型や福祉用具・住宅改修が一貫して増加傾向を見せている。要支援層の減少が見られないのは、これらのサービスを併せて利用する必要上ということが考えられる。

次に輪島市については、そもそも高齢化率の高さに規定されて要介護3以上認定率が県内市のなかで最も高い一方、要支援認定率が低かった。総合事業導入時に要支援認定率にあまり変化が見られずむしろ緩やかな増加傾向を示していること、要介護1・2も同時期に増加したという傾向は、七尾市とよく似ている。しかし、要支援層に対するサービスの動向はかなり異なっている。輪島市では、要支援層への保険給付に占める通所介護の比重がきわめて大きかった。それゆえに総合事業導入に伴う通所サービスの給付の減少がかなり大きく表れているとともに、訪問サービスも七尾市に比べると減少度合いが大きい。また、七尾市のように通所リハや地域密着型等、要支援向け

図3 要支援認定者一人当たり種別介護給付



サービスを補完するサービスの利用が多くはなく、唯一福祉用具・住宅改修増加傾向を示している。表3に示されるように、輪島市では訪問リハ、通所リハいずれにおいても事業所の立地が少なく、七尾のように通所介護サービスを補完するようなりハの活用という選択肢はない。また、地域密着型事業

所の立地は七尾より多いが、要支援層の利用は多くはなく、むしろ認知症や中重度判定高齢者に活用される資源となっているように思われる。つまり、要支援向けサービスが通所介護・訪問介護に集中していたのだが、利用者は要支援にとどまったまま総合事業対象にスライドしたものと考えられる。

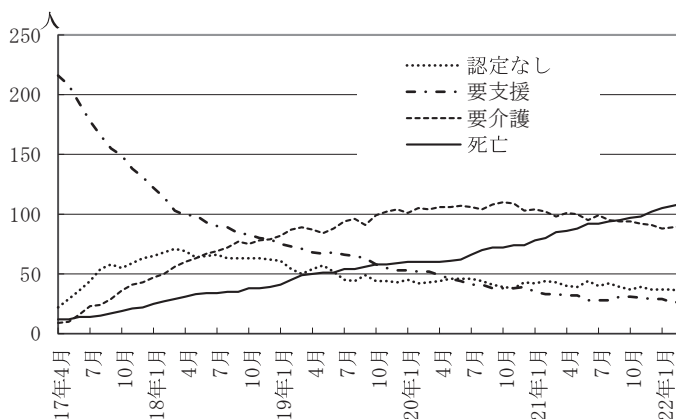
3. 羽咋市に関する詳細な検討

羽咋市では、要支援認定率の減少が前出図2でもかなり目立っていた。減少した要支援層の一部が要介護1・2に移行したとは考えられるものの、それを超える減少幅であることから、要支援層の多くが非認定となったと考えられる。この点が、七尾市・輪島市と大きく異なる点である。

羽咋市に関しては、武田(2023)で詳しく紹介しているように、匿名化された月次データが提供されており、それをパネルデータとして用いた分析が可能である。そこで以下では同市についてやや詳しく検討を加えていきたい。

さて、総合事業導入時に非認定となった被保険者はその後どうなったのだろうか。同市が総合事業を導入する前の2016年度中に要支援認定を受けた被保険者は259人であった。この人々がその後どのような経過を辿っているかを示したのが図4である。総合事業導入から1年ないし一年半の間、再認定時のタイミングでそれぞれの認定が変更されるなかで、要支援が急激に減少

図4 羽咋市2016年度内要支援認定者の経過



し、無認定と要介護とに異動していることがわかる。総合事業導入1年後の18年4月時点では、16年度要支援認定者の12.0%が死亡、要介護1以上への認定変更が23.2%、38.2%が要支援のままである一方、26.6%は「認定なし」へ移行している。要支援認定は21年度末には10.4%にまで減少し、要介護1以上認定が34.7%に達する一方、12.7%は「認定なし」にとどまっている。「認定なし」は、再認定のタイミングが経過する17年度中に増加した後、徐々に減少しているが、その減少は緩やかである。要支援の増加が見られないことから、無認定となった人々が経時的に自立が困難になった場合は、要支援を再び経ずに要介護認定に至っていることがわかる。

なお、筆者のこれまでの研究のなかで、この制度変化がその後の高齢者の不健康化リスクを高めた可能性があることを示した(武田2021)。これは、同年齢コホート(2012, 15, 18年4月時点での80歳)について、それぞれの医療介護データをもとに、長期入院や要介護2以上の認定のない人の割合を経時的に示したものである。その結果、18年コホートは他の二つのコホートに比べて有意に健康状態を悪化させているということが明らかになった。この一因として、総合事業導入に伴う介護予防事業の変化が考えられたが、高齢者の生活習慣や社会環境の変化という他の要素をコントロールできてはいない。しかし図4からは、総合事業導入から2年半の間、要介護への移行が急カーブを描いていることから、この時期の要支援から要介護への異動が上記の事実と符合することは明らかである。

他方で、要支援認定にとどまった被保険者にはどのようなサービスの選択肢があるのかを再び図3でみてみよう。他市に比べて羽咋市では地域密着型の増加が大きく、他に通所リハや福祉用具・住宅改修が増加傾向を見せている。また、他の二市にはほとんど現れなかった「特定施設入居者生活介護」が羽咋市では相対的に高かったが、総合事業導入後に減少傾向を示している。特定施設とはサービス付き高齢者住宅(サ高住)や有料老人ホーム等の住宅を指すが、そこで介護サービスが提供されているものがここに含まれる。これらサービスのうちの介護予防通所・訪問サービスが保険給付外となったことでこの給付費も減少しているのである。表3に見られたように、羽咋市には通所リハ事業所は七尾市と輪島市の中間程度に立地しており、総合事業導

入後一時的な利用増が見られたが、七尾市ほどの利用水準ではない。その一方で、地域密着型サービスの利用が総合事業導入後かなり増加している背景として、羽咋市の地域密着型事業者が他市に比べて多いということがある。また、特定施設入居者生活介護事業所の立地も相対的に多い。つまり、総合事業導入前の要支援認定者のうち、通所介護または訪問介護のみを利用して人々の多くが無認定となった上で総合事業対象に移行し、通所リハや地域密着型による補完が必要な人々、および特定施設入居者が要支援に残ったとみることができよう。

以上の三自治体を通じては、次のようなことが指摘できる。第一に、総合事業の導入により、要支援の通所サービス給付はほとんどの自治体でゼロとなった。訪問系サービスについては訪問看護、訪問リハ、訪問入浴介護が保険給付として維持されているため、一定数は維持されている。

第二に、七尾市や輪島市では総合事業導入前後で要支援認定率はほとんど変化していないが、羽咋市では要支援認定が大幅に減少していた。図2に立ち戻ってみると、金沢市、加賀市、珠洲市に羽咋市同様の変化が見られる。これらの自治体では、要支援認定者を総合事業対象者と一体的に処遇し、総合事業の中で適用サービスを割り当てているものと考えられる。

第三に、その一方で、要支援認定者には利用可能なサービスが限定的になるが、総合事業の枠組みでは介護予防・日常生活支援として十分でない場合、通所リハ、地域密着型、福祉用具・住宅改修が補完的に用いられていると考えられる。ただしその利用状況は自治体によって差があり、特に通所リハや地域密着型の利用は事業所の立地状況によってかなり地域差がある。

結果として、要支援認定を維持するか非認定に移行するかのいずれにせよ、総合事業の枠組みで提供される通所・訪問サービスが人々の日常生活を支える上で量的・質的に十分な役割を果たしているのか否かが重要になってくる。これについては次章でさらに詳しく見ていきたい。

IV 財政面から見る総合事業

1. 総合事業の運用

さて、ここまで「総合事業」を一括して論じてきたが、この事業は現在のところ、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」の二つの事業から構成されている。しかし、両者の相違は極めて不明瞭である。前者は要支援認定者をも対象として訪問型・通所型サービス等を実施するもの、後者は主に住民主体の「通いの場」を想定し、リハビリ専門職の関与により介護予防の推進を図る⁵⁾ものとされている。一方、冒頭で説明したように、総合事業における通所・訪問にはA～Dのサービス類型が設けられているが⁶⁾、このうち通所型サービスBと一般介護予防事業とはほとんど同内容を想定している。前者では要支援者等を中心に定期的な利用が可能な形態を想定しているのに対し、後者では必ずしもそのような記載がない⁶⁾こと、前者ではケアマネジメントを伴うが後者はそうではないといった相違はあるが⁷⁾、いずれもインフォーマルサービスとしての「通いの場」を中心に据えている。

また厚労省は、日常生活関連動作、運動器の機能、栄養・口腔機能、認知や精神状態などに関する「基本チェックリスト」例を提示しているが⁸⁾、このチェックリストが「介護予防・生活支援サービス事業」か「一般介護予防事業」か、あるいは要介護認定かに対象者を振り分ける判断材料となっている⁷⁾。とはいうものの、このような「通いの場」において、要支援認定者、「基本チェックリスト」による「介護予防・生活支援サービス」対象者、そして一般介護予防事業対象者(すべての第一号被保険者)を区別して運用・実施しているとは考え難い⁸⁾。

また、総合事業に対する財政支援は、制度改正前の介護予防事業の実績額に基づき、75歳以上高齢者数の伸び率に応じて算定されることを基本としている。この算定に基づいて国25%、都道府県・市町村各12.5%、第一号被保険者保険料23%、第二号被保険者保険料27%という費用負担割合に則った財政移転がなされるわけである。つまり、総合事業の参加者数や認定者数、事業の実施頻度等とは無関係に包括交付金として「地域支援事業交付金」が配分される仕組みとなっている。従って、各自治体は総合事業への参加者

数や参加者の認定等の内訳を把握・報告することを義務付けられていない。国としては「市町村事業」であるとして、例えばそれを委託する際の単価や、参加者の自己負担等については自治体が決めるものとしている。自治体としては極めて自由度の高い財源配分であるといえるが、他方でその実施状況が全く不透明になっているという問題がある。ただし後述するように、国は保険者インセンティブ的な交付金配分を通じて、この事業での参加者把握によるPDCAサイクルを推奨しているわけである。

そこで次に、事例自治体における介護保険会計の動向を見ることで、総合事業の運用実態を垣間見ることとしたい。

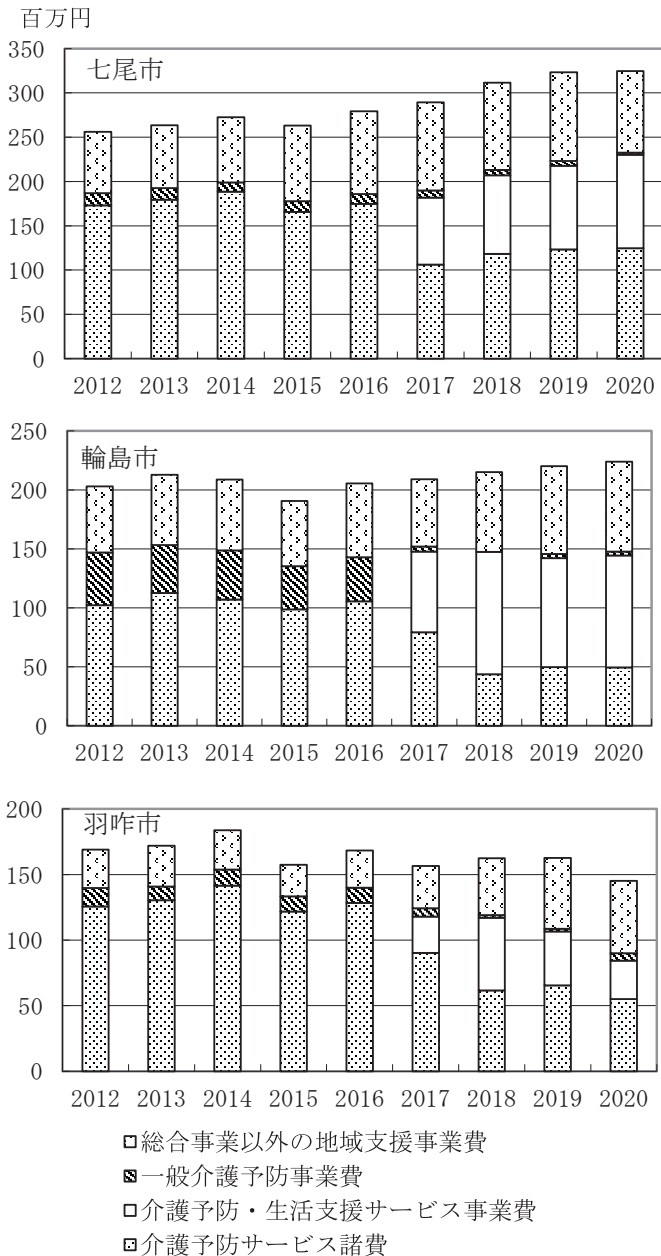
2. 介護保険事業特別会計歳出にみる総合事業の運営

さて、自治体における介護保険事業特別会計は、総務省が所管する地方財政状況調査表と、厚労省が所管する介護保険事業状況報告との双方において保険者単位（自治体単位）のデータが公開されている。とはいえ、なぜか両者の数値が一致せず、歳出・歳入の区分にも相違が見られる。以下では、総合事業を含む地域支援事業に関する歳出・歳入区分がより詳しく示されている介護保険事業状況報告のデータを用いる。

介護保険会計の歳出項目は、保険給付費、地域支援事業費、総務費等の歳出項目からなる。歳出合計の概ね9割以上が保険給付費で占められており、そのうち「介護予防サービス諸費」が要支援認定者に対する保険給付であるが、総合事業導入前におけるその比率は保険給付費全体の5%前後であった。また、地域支援事業費には、介護予防事業費、包括的支援事業費、任意事業費等が含まれているが、総合事業導入後にはここに「介護予防・生活支援サービス事業費」が加わっている。

図5では前出三市の介護保険会計における歳出構成の変化をみるために、総合事業導入前後の支出を次のように表している。まず、「介護予防サービス諸費」は要支援認定者に対する保険給付、「介護予防・生活支援サービス事業費」は総合事業に移管された介護予防サービスを意味し、従前相当やサービスA～D等として提供されたサービス事業にかかる経費である。「一般介護予防事業費」は総合事業導入前の「介護予防事業費」を総合事業費の中に組

図5 介護予防給付費と総合事業費の関係



み込んだものである。そして、総合事業の範疇には含まれないが、関連する費目として総合事業費を除く地域支援事業費も併せて示している。

まず七尾市についてみてみよう。介護予防サービス諸費は2017年には大きく減少しているものの、その後再び増加傾向もみられる。前述のように、通所リハが多く利用されていることや、総合事業導入後に地域密着型、福祉用具・住宅改修といった給付費が増加傾向を示していることから、介護予防サービス事業費として維持されている分が相対的に大きいといえる。また、総合事業導入に伴って介護予防・生活支援事業費が増加しているが、導入後引き続きこの費目が増加傾向にあり、総合事業費以外の地域支援事業費の増加と相俟って、地域支援事業費全体が増加してきている。七尾市第7期介護保険事業計画（七尾市2018）では、総合事業に関する記述はほとんど制度説明のみであり、サービスの諸形態に関する具体的な記述は見られない。第8期計画では、2020年度（見込み）の介護予防・生活支援サービス事業利用者数は2019年度実績に対して訪問型では対前年度10%増、通所型では11%増となっており（七尾市2021, 12頁）、このサービスのニーズが大きいことが示されている。その内訳は定かではないが、「要支援認定者及び生活機能の低下が見られる人を対象に、七尾市指定の事業所等が七尾市独自のサービスを提供」する旨が記述されている。また、基準緩和型訪問サービス、基準緩和型通所サービスの事業所数（2020年10月現在）が示されている一方、それ以外のサービス形態に関しては制度説明のみにとどまっている（七尾市2021, 37-38頁）。それゆえ、七尾市における「介護予防・生活支援サービス事業」は主として従前相当ないしサービスAとして実施されていることが窺われる。

次に輪島市の例を見てみよう。2016年度までの介護予防サービス諸費は1億円前後であり、その約半分を通所介護サービスが占めていた。2017年度には通所サービス給付が前年度の半分となり、2018年以降は概ねゼロとなり、要支援向けの保険給付費は制度改正前の半分以下にまで減少した。その一方で2017年より開始された総合事業の介護予防・生活支援サービス事業費が、従来介護予防事業として実施されていた部分を吸収する形で増加し、結果として「介護予防サービス諸費」の減少分を補う形となっている。結果的に七尾市同様、要支援層に対して供給されるサービスの費用は総合事業導入前後

で変わらない水準となっている。このことは、同市における総合事業、特に介護予防・生活支援サービス事業がほとんど「従前相当」とサービスAで実施されていることを推測させる。輪島市の第7期介護保険事業計画では、訪問型については従前相当とサービスC、通所型については従前相当とA、Cを実施しているが、「住民主体のBは現在のところ実施はされていません」(輪島市2018, 23頁)としている。また第8期介護事業計画でも、サービスBについては「住民や関係機関等とサービス実施に向けて調整を行っていきます」(輪島市2021, 28頁)とは記述されているものの、見込み額はゼロとなっている。

また、輪島市では総合事業導入以前より介護予防事業費(図では一般介護予防事業費)が他市に比べて高い水準にあった。輪島市(2021)によると、「百歳体操」「元気デイサービス」「アクティビティ教室」等の予防事業が実施されており、市や法人が単独で介護予防拠点を運用しているとの記述もある。また、介護予防ケアマネジメント、介護予防の把握や普及・啓発、地域介護予防活動支援等の事業も一般介護予防事業費に含まれている。結果として輪島市の場合、要支援向けサービスと介護予防事業をあわせた事業費は、総合事業導入前後でほとんど変化していないことがわかる。

羽咋市については、介護予防サービス諸費の減少は同様だが、総合事業導入後も減少を続けている点が前二市とは異なる。また、介護予防・生活支援サービス事業費は2018年度には増加が見られるが、その後減少に転じており、その結果、介護予防サービス諸費の減少を介護予防・生活支援サービス事業費が代替する形にはなっていない。結果として一般介護予防事業をも含めた総合事業の歳出規模は減少を示しており、総合事業が要支援保険給付削減の代替的役割を果たしている前二市とはかなり様相が異なっている。なお、総合事業以外の地域支援事業費を加えた動向で見れば、2019年度までを見る限り、総合事業導入前後でほぼ同等の歳出額が確保されている。つまり羽咋市においては、総合事業以外の地域支援事業費、包括的支援事業や任意事業の増加が他市に比べると大きいといえる。

このような他市と異なる動向の背景として、羽咋市では従前相当サービスだけでなく、サービスBにも取り組まれていることが窺われる。羽咋市第7

期介護保険事業計画では、「地域の課題を把握・共有し、地域の住民や社会資源等と連携・協力して、ボランティア等による生活支援サービスを充実していく必要があります。介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況を踏まえ見直しを図り、地域全体で高齢者を支える体制づくりを推進します」(羽咋市2018, 42頁)との記述が見られる。また、同計画策定にあたり、「基本チェックリスト」に即したアンケートを実施し、総合事業の対象を測っている。

同市の第8期事業計画では、市主催の介護予防事業「いきいき教室」を2018年から住民主体の介護予防活動に再編し、運営団体に対する支援を行っているとの記述がある(羽咋市2021, 42頁)。さらに、「訪問サービス、通所サービスは現行相当型の他、緩和基準型、住民が主体的に行う住民主体型のサービス体制づくりの支援を行います」(同51頁)とあり、各町のサロン等の身近な「通いの場」の支援や、住民主体の通いの場立ち上げ支援等もうたっている。これらのことから、羽咋市ではサービスBへの取り組みを強化しており、その結果総合事業費の支出削減がもたらされているものと推測される。

また、一般介護予防事業については、総合事業と一体的に実施されているためか、あるいは介護予防・生活支援サービスへのニーズ増加の結果としてか、いずれの自治体においても縮小され、限界的な規模となっている。要支援認定外の高齢者、特にフレイル層への介護予防事業が維持されているのかどうかは、今後の検証課題である。

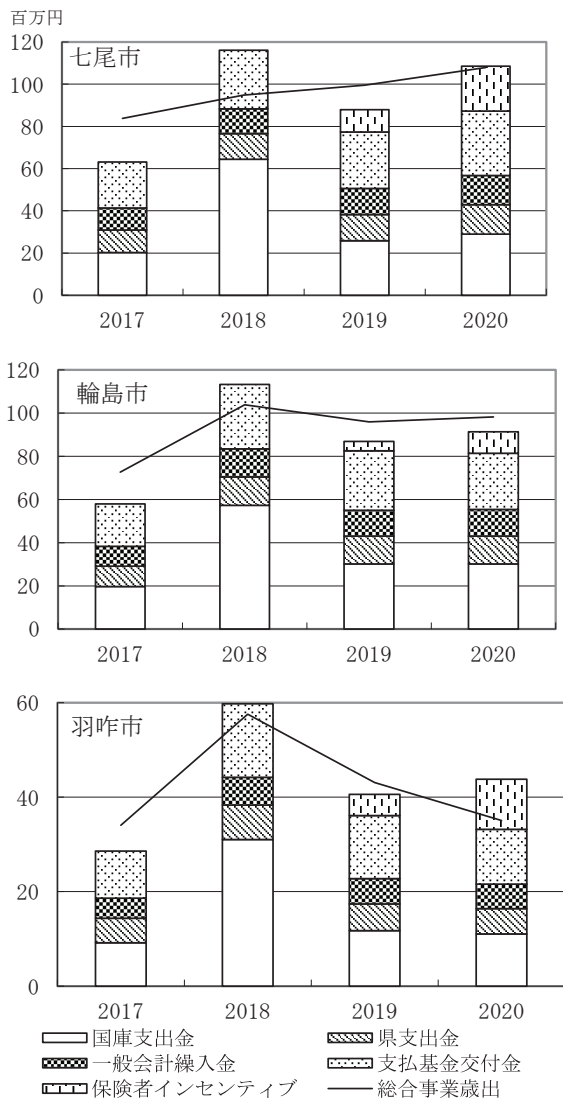
3. 総合事業の財源

次に、介護保険事業特別会計のうち、総合事業に関連する部分に関する歳入についてみていきたい。総合事業の財源は、居宅給付費の財源構成と同じく、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、第一号被保険者保険料23%、第二号被保険者保険料27%とされている(「地域支援事業交付金について」8頁)。介護保険事業特別会計における歳入構成では、国庫支出金および都道府県支出金は地域支援事業交付金(介護予防・日常生活支援総合事業)と地域支援事業交付金(介護予防事業)とに分けて計上されており、一般会計繰入金も同様にこの二つの事業それぞれの繰入金が計上されている。第二号被保険者保険料分相当分は、支払基金交付金のうち地域支援事業支援交付金

として計上されている部分が相当すると考えられるが、このうち総合事業とそれ以外にどのように振り分けられたのかは示されていない。

図6は、前出三市について、2017年度以降の総合事業関連の財源（積上げ

図6 総合事業費とその財源



棒グラフ)に総合事業歳出額(折れ線グラフ)を重ねて示したものである。財源のうち、総合事業費の23%を賄うとされている第一号被保険者保険料分は決算統計に明示されていないため、図には含めていない。また、支払基金交付金は第二号被保険者保険料に相当するものであるが、総合事業以外の地域支援事業費充当分も含んでいる。とはいえ概ね上記の負担割合に即した金額となっており、包括的支援事業や任意事業等、総合事業以外の地域支援事業への充当は限定的と考えられる。2018年度の国庫支出金の増加は、2019年度以降に保険者インセンティブとして示した市町村保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金が前倒しで配分されているものと考えられる。両交付金は後述するように総合事業にのみ充当される財源ではないが、ここでは関連する財源として併せて示している。2018年度に歳出と歳入が逆転しているように見えるのはこうした事情による。

三市の財源構成について、国・県・市の負担割合にのみ着目してみると概ね2:1:1あるいは国庫支出金がそれより若干多い状況である。支払基金交付金は他の用途も含まれるため、国・県・市の負担分と比較することは不正確ではあるが、概ね国庫支出金と同程度またはそれをやや上回る金額となっていることから、前述の負担割合にほぼ即しているといつてよい。ここまでの財源構成について、三市の間にあまり大きな相違はない。

この理由として、そもそも総合事業については、事業費の上限が定められているという事情がある。総合事業費は「事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額」を上限し、自治体はこの範囲内で、介護保険事業計画において事業の内容・事業費を定めることとされている(「地域支援交付金について」)。こうして決定された総合事業費について、前述の費用負担割合が定められているわけである。従って、例えば自治体が一般会計繰入金を上乗せして総合事業を手厚く行うというようなことはあり得ない仕組みとなっている。従って、図6に示される各自治体の総合事業歳出額の相違は、この上限を下回る度合いによって生じていることになる。三市とも75歳以上高齢者が増加を続けていることを考えると、総合事業費の上限は当然増加傾向を示しているはずである。19～20年度でみた総合事業費に、七尾市では1割以上の増加、輪島市では微増、羽咋市では3割近くの減少という

相違があることは、各自治体の総合事業に関する政策スタンスの相違を示しているものと考えられる。

地域支援事業交付金がこのような定型的な配分方法であるのに対し、2019年度から配分が開始された「保険者機能強化推進交付金」および2020年度に追加された「保険者努力支援交付金」は自治体への財政的インセンティブ強化を企図して配分されている。総合事業費に上限が設定されているのに対し、これらの交付金は高齢者の自立支援・重度化防止の取り組みの支援を目的として、各種評価指標の総合得点に応じて配分される。介護保険特別会計に充当すること以上の用途指定はされないものの、地域支援事業や介護予防事業等への充当が推奨されている。評価指標は、①PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築、②自立支援、重度化防止等に資する施策の推進、③介護保険運営の安定化に資する施策の推進を柱としてさらに詳細な区分にわたっている。②の一つに含まれる総合事業に関わる評価指標だけで、例えば「通いの場」への参加率、介護予防と保健事業の一体的実施如何、多様な主体によるサービス提供如何、介護予防におけるデータ活用や通いの場でのデータ収集如何など、12項目にも及ぶ。取り組み状況の「見える化」として、全市町村・都道府県の評価指標が公開されているが、これがかかなり問題を孕むものである。

「保険者機能」サイトにおいても、集計結果の閲覧・活用にあたっての留意事項として、市町村ごとの人口・地理的条件等の前提条件の相違に関わらず全国一律の指標を用いていること、指標に掲げる項目以外の取り組みもあり得ること、評価は自治体の自己評価であることを断っている。実際、公表されている5年分について前出三市の指標を閲覧したが、評価書の書き方ひとつで得点が左右され、実態に大きな変化がないにも関わらず年によって点数にバラつきが生じている様子が窺われた。実際、ここまでに取り上げた三市の中で、国が推進する「多様な担い手」による介護予防・生活支援を最も意識していると考えられる羽咋市においても、この指標の得点がとりわけ高いわけではない。こうした文書作成に要する多大な労力、その一方で信頼性を欠く指標による交付金配分が、果たして保険者インセンティブとして意味を持つのかについては、大いに疑問である。

V 結語

以上の検討を踏まえ、最後に冒頭に掲げた本稿の課題に立ち返って総括としたい。

第一に、介護予防通所・訪問サービスが保険給付外となった後、総合事業の枠組みにおいて、これらのほとんどは従前相当ないしサービスAの形で実施されている。羽咋市においてはサービスBを増加させていく趣旨の記述はあるものの、これは地域の人的資源如何に規定され、今後どのように実施されていくのかは今後の検討課題である。また、一般介護予防事業の縮小傾向がみられる点が懸念される。「介護予防・生活支援サービス」との一体化あるいはそのほかの地域支援事業の枠組みで取り込まれている可能性はあるが、決算データからはその実態を窺い知ることはできない。

第二に、総合事業の地域差についてであるが、先行研究では自治体の財政事情や事業所の立地、人的な地域資源如何が地域格差をもたらすのではないかとの懸念が示されていた。本稿で三市を比較検討した結果としては、この地域差には上記の事情も関連する一方で、自治体の政策スタンスも関わっていることが見出された。すなわちインフォーマルサービス導入による経費削減というこの制度改革の企図に対する反応の強弱である。

第三に、この改革に伴う政策的効果および財政的变化についてであるが、介護予防サービスが従前相当ないしサービスAに置き換えられている限りでは、要支援層（元要支援を含む）が利用できるサービスに大きな変化はない。しかしインフォーマルサービスによるサービス提供に傾倒していけば、事業費は削減されることになる。この選択肢の間で、自治体は利用者の利便性や介護予防・生活支援効果と、財政効果を秤にかけつつ政策の舵を切ることになるのだろう。

いずれにせよ、総合事業の導入に伴って要支援層に対する事業の実施状況が不透明化されたことは、この制度改革の評価ないし検証を妨げる大きな要因となっている。この事実を無視して、参加者数の把握やPDCAを推進するインセンティブ交付金を設けている国の政策それ自体が矛盾に満ちていることは最後に強調しておきたい。

注

- 1) 介護保険法(1997年法律第123号)、総合事業の導入は「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」(2014年法律第83号)による。以下では2022年法律第68号による最終改正後を参照。
- 2) 「介護保険事業状況報告」2014年度、第3表。
- 3) NTTデータ経営研究所(2020)。2018、2019年度末にも同研究所による同タイトルの報告書が公表されている。
- 4) 厚生労働省「総合事業の実施保険者数の推移—保険者別の実施状況」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184570.html>, 2022年11月30日閲覧)
- 5) 「地域支援事業交付金について」7頁。
- 6) 「基本的考え方」10頁。
- 7) 前出中尾・木村(2021)では、この判定を行う地域包括ケアセンターの専門職の判断には、当事者のADLのみでなく、家族の介護力を含む当事者の意向が反映される傾向にあることが明らかにされている。
- 8) NTTデータ経営研究所(2020)におけるインタビューでも、通いの場等での対象者区分の困難が指摘されており、柔軟な運用の必要性が示されている。

資料文献一覧

- 岡崎祐司(2020)「介護保障を阻む構造——介護保険制度の問題点」『佛教大学社会福祉学部論集』第16号。
- 楠山大暁(2021)「介護予防・日常生活支援総合事業の早期実施要因について」『日本地域政策研究』第27号。
- 株式会社NTTデータ経営研究所(2020)「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」(令和元年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業)。
- 下野恵子(2019)『介護保険解体の危機—誰もが安心できる超高齢社会のために』法政大学出版局。
- 鈴木岸子・玉腰浩司・佐久間清美(2019)「介護予防・日常生活支援総合事業が利用者の日常生活に与える変化」『東海公衆衛生雑誌』第7巻第1号。
- 武田公子(2021)「高齢者の「観察健康月数」に影響を及ぼす諸要因について—後期高齢者医療・介護保険レセプトデータの連結による分析例—」『金沢大学経済論集』第42巻第1号。
- 武田公子(2023)「コロナ禍による高齢者の生活変容と健康への影響—アンケートと後期高齢者医療・介護保険データから—」『経済論集』第43巻第1号掲載予定。
- 田中滋、田城孝雄、内田要他(2022)『地域包括ケアシステムの深化と医療が支えるまちづくり』東京大学出版会。
- 中尾八重子・木村チヅル(2021)「地域包括支援センター専門職の総合事業対象または

- 要介護認定申請の判断基準』『長崎県立大学看護栄養学部紀要』第19巻。
- 林美枝子・永田志津子 (2019) 「介護予防・日常生活支援総合事業実施状況と課題の分析」『日本医療大学紀要』第57号。
- 福地潮人 (2020) : 「介護保険制度と『地域包括ケアシステム』構想の課題」『賃金と社会保障』第1756号。
- 宮城孝・日本地域福祉学会地域福祉と包括的相談・支援システム研究プロジェクト (2021) : 『地域福祉と包括的支援システム—基本的な視座と先進的取り組み』明石書店。
- 森詩恵 (2018) : 「わが国における高齢者福祉政策の変遷と「福祉の市場化」—介護保険制度の根本的課題—」『社会政策』第9巻第3号。
- 七尾市 (2018) : 「七尾市あったかプラン (七尾市老人福祉計画・第7期介護保険事業計画)」2018年3月。
- 七尾市 (2021) : 「七尾市あったかプラン (七尾市老人福祉計画・第8期介護保険事業計画)」2021年3月。
- 羽咋市 (2018) : 「いきいきプラン21—第7期羽咋市高齢者福祉計画・羽咋市介護保険事業計画」2018年3月。
- 羽咋市 (2021) : 「いきいきプラン21—第8期羽咋市高齢者福祉計画・羽咋市介護保険事業計画」2021年3月。
- 輪島市 (2018) : 「第7期輪島市介護保険事業計画」2018年4月。
- 輪島市 (2021) : 「第8期輪島市介護保険事業計画」2021年4月。
- 厚生労働省ウェブサイト資料 【】は本文での略称。いずれも2022年11月30日閲覧。
- 【ガイドライン】「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」厚生労働省老健局「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」2015年6月5日老発0605 第5号, 2022年6月27日一部改正 (老発0627第7号)
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000957649.pdf>
- 【基本チェックリスト】「介護保険法施行規則第140条の62の4第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」(2015年3月31日告示)
- <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184335.html>
- 【基本的考え方】老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」
- <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000192996.pdf>
- 【地域支援事業交付金について】: 老健局「地域支援事業交付金について」(2018年6月13日, 2022年4月1日改正)
- https://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/dl/h30_jigyoyou02a_day2.pdf
- 【保険者機能強化】「保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金」
- https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17527.html