

特集：介護保険における保険者機能強化の現状とこれから

<総説>

地域づくりに着目した保険者機能強化をめぐる政策動向

岸英二

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課地域づくり推進室

Policy trends in strengthening insurer's function of long-term care insurance focused on community building

KISHI Eiji

Community-Based Long-Term Care Promotion Office, Division of Dementia Policy and Community-Based Long-Term Care Promotion, Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare

抄録

団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え地域包括ケアシステムの構築が進められてきた。2025年以降、現役世代が減少し医療・介護専門職の確保が困難となる一方で、85歳以上高齢者は増加していく。また、こうした人口動態や地域資源は地域によって異なる。

高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するものであり、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、高齢者自身が適切に活動を選択できるよう、高齢者が元気づちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していくことが求められている。

2014年の介護保険制度改正により現在の形となった介護予防・日常生活支援総合事業を地域づくりの基盤と位置づけ、保険者である市町村が中心となって、医療・介護専門職がより専門性を発揮しつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を総動員するという視点に立ち、地域をデザインしながら、その充実を図ることが求められている。

キーワード：地域づくり、介護予防・日常生活支援総合事業、高齢者の選択肢の拡大

Abstract

In anticipation of 2025, when the baby boomer generation will reach the age of 75 or older, efforts have been made to build the community-based integrated care system. After 2025, the number of working people will decrease and it will be difficult to secure medical and nursing care professionals, while the number of people aged 85 years and older will increase. Furthermore, these demographic trends and regional resources differ by region.

The lives of elderly people in the community are enriched not only through their relationships with medical and nursing care professionals, but also with local residents and industry. Society is being shaped as

連絡先：岸英二

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

1-2-2 Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo 100-8916, Japan.

E-mail: kishi-eiji@mhlw.go.jp

[令和5年11月21日受理]

well. Within these community connections, we encourage the independent activities of local residents and the involvement of diverse local actors. While medical and nursing care professionals are involved, elderly people themselves can choose appropriate activities. The elderly can connect with the local community and medical/nursing care professionals while they are still healthy, and continue social activities based on these connections; even when nursing care becomes necessary, each resident can be themselves while receiving the necessary support. There is a need to aim for the realization of a “community coexistence society” where people can continue to live.

The care prevention and daily life support project that took its current form due to the revision of the long-term care insurance system in 2014 is positioned as the basis for community development; municipalities, which are insurers, play a central role, and medical and nursing care professionals become more specialized. There is a need to design and enrich the region from the perspective of combining the strengths of the region, including the elderly and diverse actors, while demonstrating the power of the community.

keywords: Community building, Prevention of frailty and Daily Life Support Project, Expanding Options for older people

(accepted for publication, November 21, 2023)

I. はじめに

団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え地域包括ケアシステムの構築が進められてきた。2025年以降、現役世代が減少し医療・介護専門職の確保が困難となる一方で、85歳以上高齢者は増加していく。また、こうした人口動態や地域資源は地域によって異なる。

高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するものであり、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、高齢者自身が適切に活動を選択できるよう、高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していくことが求められている。

本稿では、地域づくりに着目した介護保険における保険者機能強化をめぐる政策動向として、介護保険制度を取り巻く状況を整理しつつ、2014年の介護保険制度改正により現在の形となった介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた取り組みについて紹介する。

II. 介護保険制度を取り巻く状況の変化

介護保険制度は、介護保険法（平成9年法律第123号）[1]第1条において、介護を必要とする高齢者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うことにより、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的としている。

また、同法第2条において、介護保険は要介護状態等

に関し必要な保険給付を行うものとされ、同法第3条において、市町村及び特別区をその保険者としている。

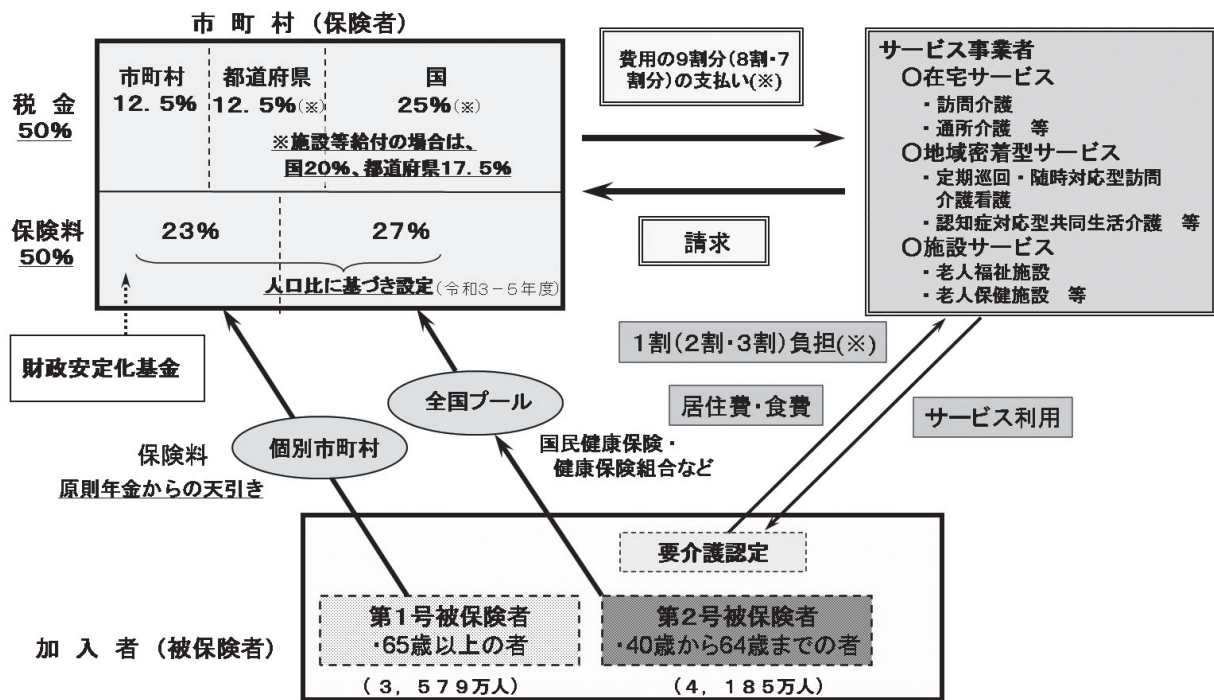
介護保険制度は市町村・都道府県・国の公費50%、65歳以上の第1号被保険者・40歳から64歳までの第2号被保険者の保険料50%を財源として運営され、利用者の増加に伴う費用の増加は税と保険料により賄われる（図1）。

保険者は人口動態を踏まえ、介護が必要となる高齢者の数に応じて必要となる介護サービスを医療・介護の専門職の確保の状況やそれに伴う財源を念頭に置きながら計画的に確保する役割が求められることとなる。

介護保険制度は、2000年の施行以降、高齢化の進展に伴い第1号被保険者が1.7倍に増加する中で、保険給付を受けるサービス利用者数は3.5倍に増加するなど、高齢者の介護になくてはならないものとして我が国の社会に定着し発展してきた（図2）。

介護保険制度の運営においては、利用者の数の増加、サービスを提供する介護人材の確保、保険給付を支える保険料と公費による財源の確保の観点から、これまでもその持続可能性の確保の観点からの検討が進められ累次の制度改正が行われてきており、いわゆる団塊の世代が後期高齢者である75歳以上となる2025年を見据え、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築を目指してきたところであり、現在は2025年以降に見込まれる人口構造の変化とそれに伴う社会環境の変化に対応し、高齢者の生活を支える介護保険制度であり続けるための検討が行われている（図3）。

2025年以降の10年間はいわゆる団塊の世代が年齢を重ね85歳に達する期間であり、我が国の人口構造は「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する（図4）。この間では、少子化を背景として現役世代である15歳から64歳までの生産年齢人口は減少し、あらゆる領域で人材確保が厳しさを増すことが見込まれ、医



(注) 第1号被保険者の数は、「令和2年度介護保険事業状況報告年報II」によるものであり、令和2年度末現在の数である。
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和3年度内の月平均値である。
 (※) 一定以上所得者については、費用の2割負担(平成27年8月施行)又は3割負担(平成30年8月施行)。

図1 介護保険制度の仕組み [2]数値更新

① 65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2022年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,590万人	1.7倍

② 要介護(要支援)認定者の増加

	2000年4月末		2022年4月末	
認定者数	218万人	⇒	691万人	3.2倍

③ サービス利用者の増加

	2000年4月		2022年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	408万人	4.2倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	96万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		89万人	
計	149万人	⇒	517万人*	3.5倍

(出典：介護保険事業状況報告令和4年4月及び6月月報)

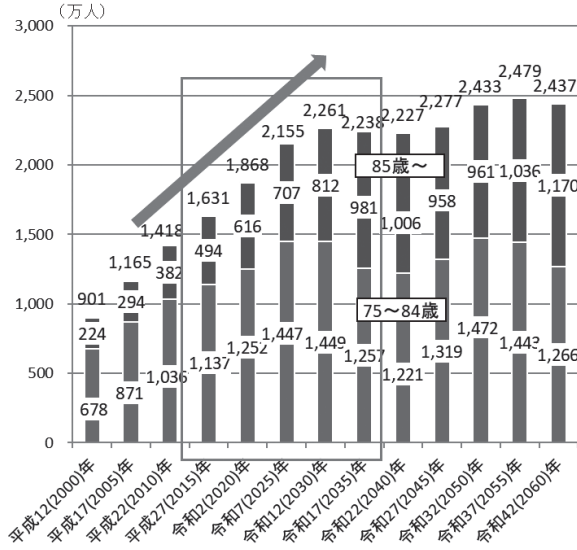
※ 在宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護(地域密着型含む)、及び認知症対応型共同生活介護の合計。在宅サービス利用者数、施設サービス利用者数及び地域密着型サービス利用者数を合計した、延べ利用者数は593万人。

図2 介護保険制度における65歳以上被保険者、要介護(要支援)認定者、サービス利用者の変化 [3]数値更新

地域づくりに着目した保険者機能強化をめぐる政策動向

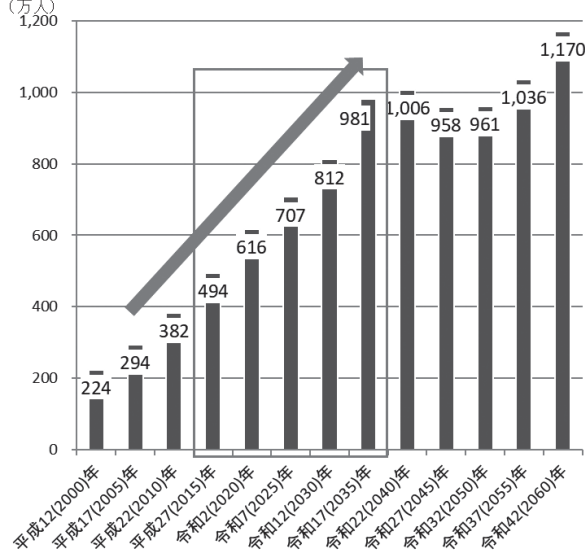
75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間で、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

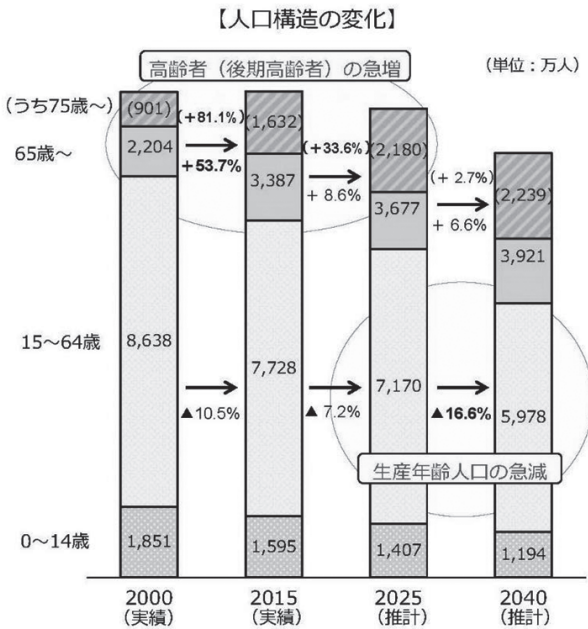
○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計 2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

図3 75歳以上人口・85歳以上人口の推移 [4]数値更新

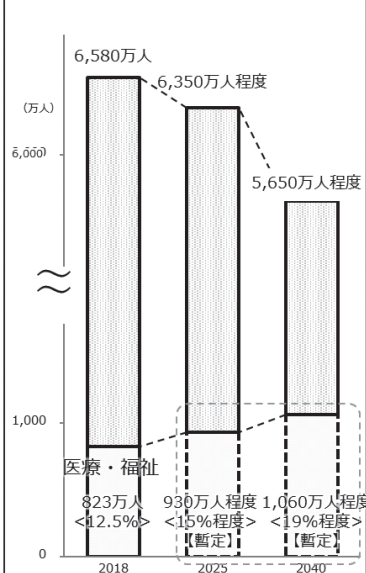
○人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。



(出典) 総務省「国勢調査」人口推計、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

(出典) 平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料(厚生労働省)

《就業者数の推移》



(資料) 就業者数については、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態勢」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成29年労働力供給の推計」の性・年齢別の就業者数と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位、死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)を元に、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

図4 人口構造および就業者数の変化 [4]数値更新

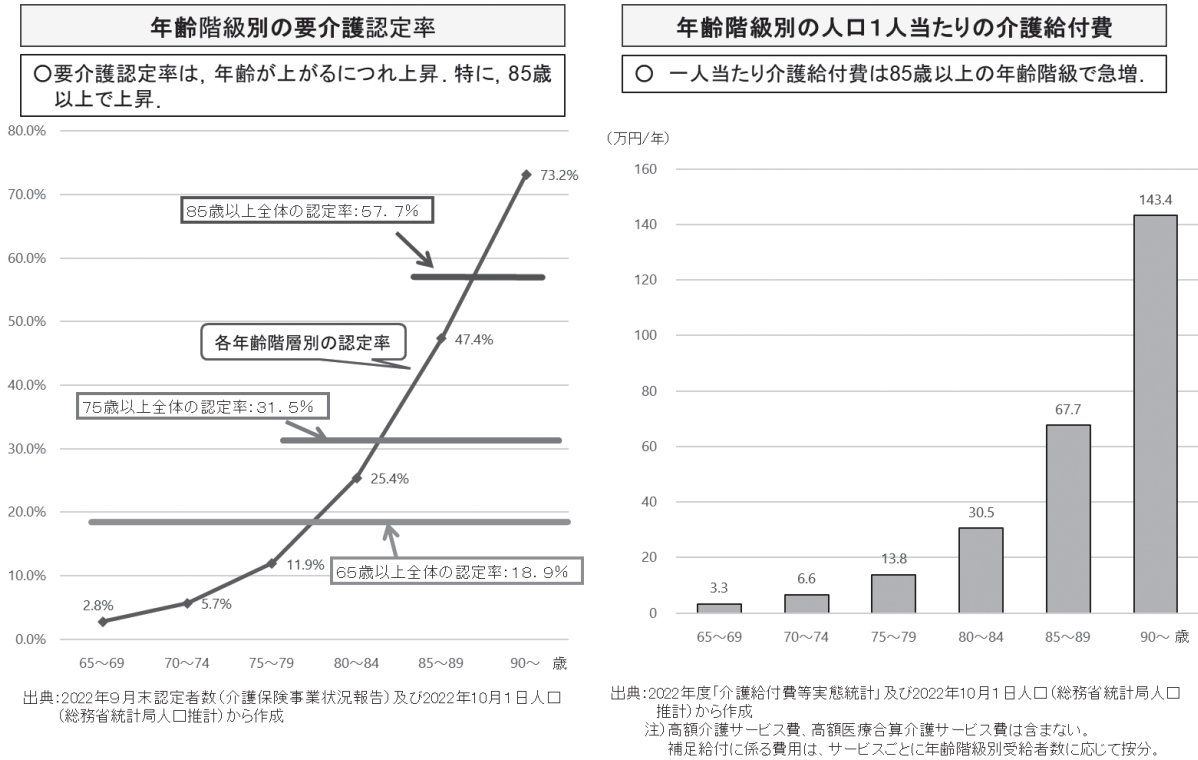


図5 年齢階級別の要介護認定率および人口1人当たりの介護給付費 [4]数値更新

療・介護の専門職の確保もその厳しさを増すことになる。その一方で、85歳以上人口は2035年頃まで一貫して増加していくが、要介護認定率は年齢が上がるにつれ上昇し、特に85歳以上で上昇する傾向にある(図5)。このことを踏まえれば、これまで以上に介護サービスを必要とする在宅の高齢者は増加するが、その高齢者に対する保険給付、すなわち介護サービスを提供するための専門職の確保の困難度は高まることとなる。

また、一人当たり介護給付費が85歳以上の年齢階級で急増すること等を考え合わせれば、制度設計を行う国のみならず、制度の運営を行う保険者は、こうした人口動態が今後の介護給付費の増加という形で大きなインパクトを与えることを念頭に置く必要があり、自立支援・重度化防止のための取組を国と保険者が一丸となって進める必要がある(図5)。

さらに、こうした人口構造の変化は全国で一様に起こるのではなく、地域ごとに状況は異なり、地域で暮らす人々や高齢者を支える地域資源の状況も、地域によって様々である中、介護保険制度を次世代につなげていくための保険者の役割への期待は今後ますます高まっていく。

III. 介護予防・日常生活支援総合事業の創設

介護予防という概念が介護保険制度に明確に組み込まれたのは、2006年度の介護予防給付の創設時である。介護保険制度は2000年の制度発足当初は、利用者の増

加に対応する介護サービス事業者の参入が進むのか、この新たなシステムを我が国の社会に定着するのかという懸念があったものの、順調に介護サービス基盤の確保が進み、利用者の数も右肩上がり増加していった。さらに2015年には、いわゆる団塊の世代が第1号被保険者となり、今後の介護保険制度の利用者のますますの増加も見込まれていた時期であり、地域密着型サービスや地域包括支援センター、地域支援事業など現在の地域包括ケアシステムの骨格となる様々な仕組みが導入された時期である。

この当時、介護サービス利用者この利用者の増加の内訳を見ると、旧要支援・要介護1の者の増加率が中重度者と比較して高い傾向にあり、また、その原因疾患の半数は身体を動かさないことによる心身の機能の低下であることが確認された。こうした利用者の重度化を防ぐためには、できないことを介護するという発想から、そのできることを伸ばすという視点にたった介護サービスの提供が必要であるとの考え方から、例えばこれまでは「訪問介護」という単一の介護サービスを要介護者向けの「訪問介護」と要支援者向けの「介護予防訪問介護」の二つに分け、さらに介護予防のケアマネジメントを保険者である市町村が司令塔となって行うため地域包括支援センターを創設するなど、要支援者の心身の機能回復に特化した「予防重視型システム」の確立を図ったものである。

また、2012年度には、要支援者の機能回復に加え、地域での日常生活を支援する観点から、介護予防サービ

スの大宗を占める介護予防訪問介護と介護予防通所介護と見守り・配食などの生活支援サービスを組み合わせ提供する介護予防・日常生活支援総合事業について市町村が地域支援事業として実施可能とする制度改正が行われた。

このように介護予防について介護保険制度における重要性を増す一方で、介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないかな等の課題が指摘されることとなった。

このため、「機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。」「高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。」「住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。」「このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。」という視点に立ち、介護予防事業の再編の検討が進められた。

こうした流れの中、既存の介護サービス事業者に加えて、住民主体の取組を含む、多様な主体によって介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるようにすることで、市町村が地域の実情に応じたサービス提供を行えるようにすることを目的とし、介護予防訪問介護と介護予防通所介護を地域支援事業に移行するとともに、全ての第1号被保険者を対象とする一般介護予防事業を創設し、これらを新たな介護予防・日常生活支援総合事業として2014年に介護保険法に位置づけ、2015年度から3年をかけ、全ての市町村が実施することとなった。

また、この見直しに合わせ、消費税増税分を財源とする在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業の創設や地域ケア会議の法定化など、高齢者の介護予防・社会参加、地域での自立した生活支援の推進を図るなど保険者の地域包括ケアシステムの構築のための体制強化が図られた。

IV. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた取組と基本的な考え方

1. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた取組

2014年の介護保険法改正から期間が経過し、この新たな介護予防・日常生活支援総合事業については、一定程度、多様なサービスが普及しつつある一方、提供されるサービスのほとんどが旧介護予防給付と同等のサービスである従前相当サービスが提供されているという実態を踏まえ、2022年12月に取りまとめられた社会保障審議会介護保険部会の意見書では、地域における受け皿整備や活性化を図っていくことが必要との観点から、「従前相当サービスやそれ以外のサービスの事業内容・効果について実態把握・整理を行うとともに、担い手の確保や前回制度見直しの内容の適切な推進も含め、介護予防・日常生活支援総合事業を充実化していくための包括的な方策の検討を早急に開始するとともに、自治体と連携しながら、第9期介護保険事業計画期間を通じて、工程表を作成しつつ、集中的に取り組んでいくことが適当である。」との指摘がなされた[5]。

介護予防・日常生活支援総合事業が現在の保険者にとって目的や企画・立案の手法が不明瞭である背景を踏まえ、同意見書では、「自治体が総合事業などを活用した地域づくりを行う際の参考となるよう、取組を進める趣旨や方法をわかりやすく、体系立てて示すとともに、自治体の取組事例の分析結果等について周知することも重要である。」との指摘もなされている[5]。

こうした指摘を踏まえ、厚生労働省では2023年4月に「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」を設置[6]し、その充実に向けた検討を行い、同年12月7日に「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理を行った」[7]。また、2022年度からは「地域づくり加速化事業」を実施し、市町村に対する伴走的支援を行う等の取り組みを行っている[8]。

2. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた基本的な考え方

「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」では有識者や事業の実践者が参集され、2023年4月から11月まで、5回にわたって議論を重ねた。同会ではまず、高齢者自身が適切に活動を選択できるよう、医療・介護専門職がより一層その専門性を発揮しつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるといった視点に立ち地域をデザインするツールとして、介護予防・日常生活支援総合事業の充実を位置づけ、高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目

指すという方向性が確認された。

具体的には、介護予防・日常生活支援総合事業は、高齢者の介護予防、社会参加、生活支援を通じて、高齢者が尊厳を保持しながら地域での自立した日常生活をおくれるよう支援するものであるとされ、高齢者の地域での生活は、医療・介護の専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するものであり、高齢者自身も地域の多様な主体の一員であり、支える側と支えられる側との関係性を越えた地域共生社会を実現していく視点が必要であり、こうした視点を踏まえれば、介護予防・日常生活支援総合事業の充実とは、地域のつながりの中で、幅広い世代の地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに参入しながら、高齢者自身が適切に活動を選択できるようにするものと位置づけるべきものとされた。

また、これにより、要支援者の支援の充実のみならず、高齢者が、地域包括ケアシステムにおける自助・互助・共助・公助のつながりの中で、多様な主体がもつ地域の力と医療・介護の専門職の力を活用しながら、自身の力を発揮しつつ、自立した日常生活をおくることのできる社会の実現が達成されるとされた。

2025年以降、少子化を背景として生産年齢人口（現役世代）は減少し、医療・介護の専門職の担い手の確保は困難となる一方で、85歳以上人口は2035年頃まで一貫して増加し、介護予防・日常生活支援総合事業や介護サービスによる支援を必要とする高齢者は増加していく中、高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、保険者である市町村が中心となって、医療・介護専門職がより一層その専門性を発揮しつつ、高齢者を含む多世代の地域住民、NPOや民間企業などの多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるといった視点に立ち、地域をデザインしていくことが必要である。

その際、市町村は、地域の高齢者にサービスを提供するという立場を越えて、地域の多様な主体がもつ多様な価値判断を踏まえつつ、ファシリテーションの役割を担いながら多様な主体との対話を重ねることで規範的統合を進めるとともに、それぞれの主体を巻き込み、その力を引き出しながら、地域づくりのプロジェクトマネージャーとしての役割を発揮しながら、介護予防・日常生活支援総合事業を地域共生社会の実現のための基盤となるものと位置づけ、その充実を推進することが求められる（図6）。

加えて、市町村がこうした機能を発揮し、高齢者の日常生活と密接に関わる多様な主体の参入が進み、地域全体がチームとなって介護予防・日常生活支援総合事業を展開することで、医療・介護の専門職が、その専門性を発揮しつつ高齢者の状況に応じた必要な関わりを続けることが可能となり、次の3つの効果も期待されるとされた。

- ① それぞれの高齢者が元気なうちから、趣味的活動や社会貢献活動、有償ボランティア、就労的活動などの様々な活動を通じた総合事業との早期の関わりを深め、介護予防の無関心層の主体的な参加を促すことや心身の機能の低下の早期発見などにつながる
- ② 要支援となっても、支援が必要となる前の価値観や生活スタイルをそのままに地域で暮らすための活動やサービスの選択肢が拡大する
- ③ 総合事業が地域に幅広く根を張ることで、介護が必要となっても、地域との関わりの中で尊厳を保持しながら自立した日常生活をおくることのできる地域づくりの実現に資する

さらにこの効果は、地域の多様な主体が介護予防・日常生活支援総合事業を媒介として介護保険制度による施

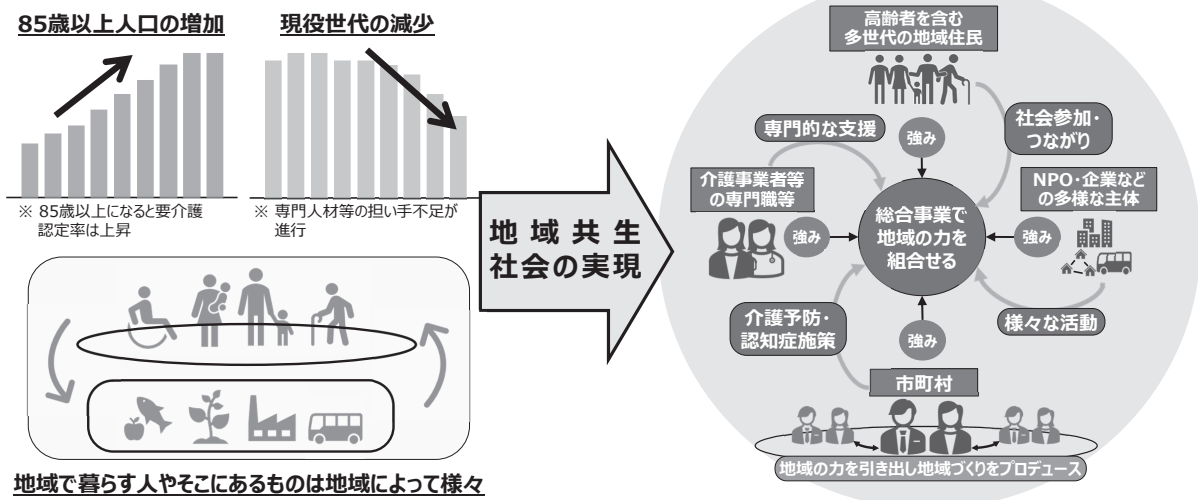


図6 総合事業の充実に向けた基本的な考え方 [9]

地域づくりに着目した保険者機能強化をめぐる政策動向

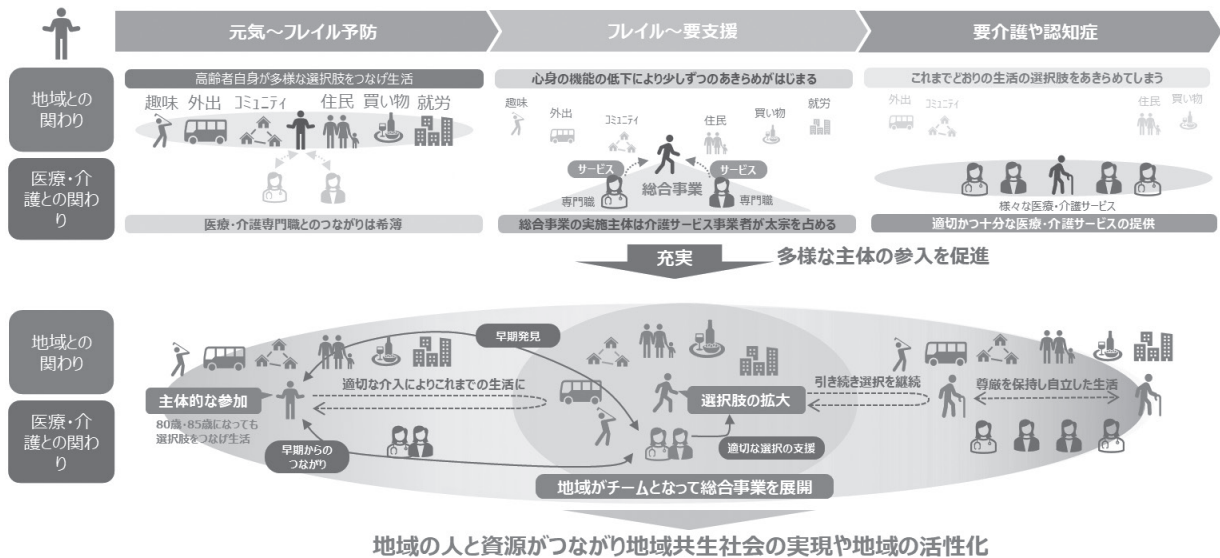


図7 高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化 [9]

策と連続性のある取組を進めることで、商業・交通・教育・農業・地域づくりなどの高齢者の日常生活と深く関わる分野における活動との関わりも深化し、住民活動と相乗的に高め合いながら地域づくりの活性化につながるものであり、保険者である市町村が、介護予防・日常生活総合事業の充実を図ることで創出される効果は、高齢者一人一人の介護予防・社会参加の推進にとどまらず、高齢者の地域生活における選択肢の拡大、地域の産業の活性化・地域づくり、地域で必要となる支援の提供体制の確保などの実現につながる。

それゆえに、介護保険制度における保険給付を円滑に提供するためにも、保険者は地域づくりを進める視点が求められるとされた。

こうした考え方のもと、国は、2027年度からの第10期介護保険事業計画期間以降を見据え、2024年度から2026年度までの第9期介護保険事業計画期間を通じた工程表を作成し、以下に示す対策を講じることにより、保険者が集中的に取り組むことのできる環境整備を進めることを検討するとされ、また、市町村が、継続的かつ実践的に介護予防・日常生活支援総合事業の充実に取り組めるよう、国は、あらゆる機会を通じて介護予防・日常生活支援総合事業の目的や充実に向けた考え方を発信するとともに、市町村が地域包括ケアシステムの構築を踏まえた上で、地域の住民や多様な主体とともに地域づくりを進めるための具体的な手法について、エビデンスの収集・分析等の検討を進めるべきであるとされたところである(図7)。

V. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた具体的な方策

「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検

討会」では、その充実に向けた基本的な考え方を整理した上で、「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」「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」「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」「総合事業と介護サービス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つの視点からなる具体的な充実のための方策が示された(図8)。

1点目の「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」については、まず、高齢者が地域で日常生活をおくるために選択するという視点に立ったサービスの多様なあり方の必要性が指摘されている。

現在、国が介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービスの例示としているサービスAやBなどの類型は事業の実施主体に着目したものとなっている。この類型は予防給付時代のサービス類型を踏襲していることや、提供されるサービスの内容が一般介護予防事業、他のまちづくり施策等に端を発した活動と類似するケースも存在しており、こうした分類は、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たものであり、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である。そして、サービス類型が並列に列挙されていることで、事業の目的よりも、それら全てを実施することが介護予防・日常生活支援総合事業の到達点であると市町村が誤認しているとの指摘もある。こうした観点から、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の例示や、

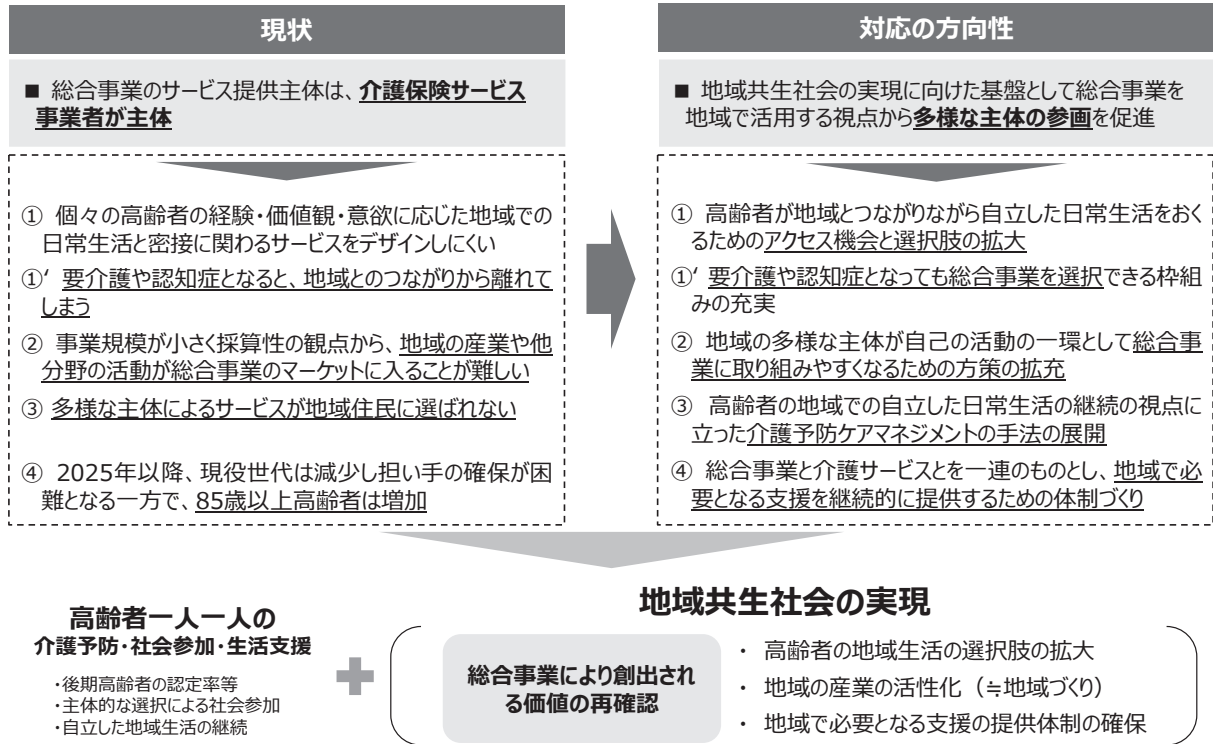


図8 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会の方向性（多様な主体の参入促進のための対応方針）[9]

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・活動モデルの例示など、高齢者がその選択と参加の際にわかりやすく、また、市町村がこれまで国が示してきたサービス類型に縛られず介護予防・日常生活支援総合事業を弾力的に展開できるような事業のあり方を検討することが必要とされた。

市町村は、こうした例示を介護予防・日常生活支援総合事業に反映する際、地域の高齢者にどのような生活課題があるか、地域住民がどのような関心を持って地域で活動をしているのかを把握することが重要であり、地域ケア会議や在宅医療・介護連携推進事業生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業、さらには居住支援、意志決定支援、権利擁護等の様々な高齢者を支える取組等との連動が求められ、加えて、高齢者が日常生活をおくる上で、移動・外出支援は重要な課題となることから、介護予防・日常生活支援総合事業において住民互助により生活支援と一体的に行われる移動・外出支援の普及方策について検討が必要であると整理されたところである。

また、継続利用要介護者（介護予防・日常生活支援総合事業として補助を受けて実施されている住民主体のサービスを、介護給付を受ける前から継続的に利用する要介護者）が利用可能なサービスの拡充があげられた。高齢者の日常生活と関わる地域の多様な主体の参画が進めば、高齢者自身に支援が必要となっても、さらに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いう視点に立てば、継続利用要介護者の利用対象サービスを、住民主体サービスから広げていくことについて検討することが必要であるとされた。加えて、住民主体サービスについての補助の取扱いについて、住民活動を地域で幅広く展開していく観点から、更なる方策を検討することが必要とされた。

2点目の「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」については、まず、市町村がアレンジできるよう多様なサービスモデルを提示することが必要とされた。

介護予防・日常生活支援総合事業は、利用対象者が要支援者・事業対象者・継続利用要介護者に限定されるため事業規模が小さく、採算性や事業の継続性の観点から、地域の産業などに関連する多様な主体や他分野の活動が参入することが困難と考えられることを踏まえ、市町村が、地域の多様な主体が、自己の本来的な活動と総合事業とを一体として採算性・運営の継続性等を確保することのできる事業をデザインするなど戦略的な対応が必要とされた。

この際、国は、2022年度に作成した介護予防・日常生活支援総合事業をツールとした地域づくりを進めるための国や都道府県の支援手法、実施の考え方やポイントをまとめた「支援パッケージ」を活用し、多様な主体が参加することの目的・効果を含めた介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方やポイントをわかりやすく示すことや、地域の様々な活動の事例を事業の実施プ

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こと、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・報酬モデルを提示することなどにより市町村の企画・立案を支援することが必要であるとされている。

次に、地域の多様な主体が参画しやすくなる枠組みの構築について、民間企業などの地域の多様な主体は、市町村単位などの行政区画を意識して事業を展開しているケースは少なく、市町村やこうした多様な主体をつなげるキーパーソンとなる生活支援コーディネーター等との接点も少ないため、国や都道府県に生活支援体制整備事業のプラットフォームを構築し、民間企業などの地域の多様な主体との接続を促進することや、生活支援体制整備事業の活性化を図るため、生活支援コーディネーターが、その活動や協議体運営を通じ、地域住民の活動とそれ以外の多様な主体の活動とをつなげる活動を評価するなどの検討が必要とされている。

3点目の「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」については、まず、高齢者の力を活かす目標指向型ケアマネジメントの推進が示されている。

多様な主体によるサービスが創出された際、そのサービスが高齢者の地域での日常生活をおくることに着目した目標に沿って、適切に選択されるよう支援していくことが必要であり、その際、地域包括支援センターが行う介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは、単純に高齢者にサービスをあてがうものではなく、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目標志向型のマネジメントとして改めて明確化することが重要であるとされた。

このため、国は、多様なサービスの利用対象者モデルや、そのモデルに応じ、介護予防・日常生活支援総合事業に位置付けられたサービス以外のインフォーマルサービスも含めた多様なサービスを組み合わせる高齢者の日常生活全般を支えるケアプランモデルなどを提示することが必要であるとされた。

加えて、市町村による介護予防ケアマネジメントのデザインも必要とされている。介護予防ケアマネジメントに関する報酬は市町村の裁量により設定が可能であるため、市町村が事業デザインや地域のリソースなども踏まえつつ目標志向型ケアマネジメントを推進できるようメリハリをつけた報酬の設定を行うことも効果的であり、適切な専門職の介入を通じて高齢者の機能の改善が図られ社会参加につながった場合や、地域で孤立する高齢者を地域の生活支援などにつなげた場合、地域のリハビリテーション専門職等との連携を通じて、高齢者の目標を実現するための介護予防ケアマネジメントを実施する場合の加算モデルを国が例示・推奨することが求められている。

また、市町村が、国が示す利用対象者モデル等を踏まえ、地域包括支援センターと意識の共有を図り、適切な

介護予防ケアマネジメントが実施できるような体制づくりを行うことが必要とされ、国は、市町村が介護予防ケアプランの実施状況を検証しやすくするための様式例の検討が求められている。さらに、介護予防ケアマネジメントの実践者が、こうした介護予防の概念を理解するためのマニュアルの整備や研修体系の構築などの方策について、今後、検討していくべきであるとされた。

4点目の「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」については、介護予防・日常生活支援総合事業と介護サービスを切れ目なく地域で提供するための計画づくりとして、2025年以降の人口動態や地域資源は地域によって異なることを踏まえ、地域の医療・介護専門職が、より一層その専門性を発揮しつつ、高齢者の尊厳の保持と自立支援を地域ごとに進めていくことは重要な課題であるとされた。

また、介護予防・日常生活支援総合事業の充実を図り、地域の多様な主体が展開する活動の中で高齢者が日常生活をおくることのできる地域づくりを進めることは、医療・介護の専門職が、高齢者のライフステージに応じて適切に関わりつつ、高齢者のニーズに応じた必要な支援を行うことにつながる。そのことが、今、地域で支援を必要とする高齢者に対してのみならず、将来地域で支援を必要とする高齢者に対する、介護サービスの提供を含めた必要な支援を切れ目なく行うための体制を継続的に維持することにも有効であることから、介護予防・日常生活支援総合事業の評価に当たり、「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）」に加え、「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つの観点を盛り込むことが必要とされた。

この、具体的な評価指標の項目の検討に当たっては、本中間整理による取組の実施状況も踏まえながら、介護予防・日常生活支援総合事業が利用者の自立支援に適切につながっているか等、その実態を可視化するための検討を踏まえた、効果的な取組となるようなプロセスを適切に評価することが重要であること、従前相当サービスと多様なサービスそれぞれに求められるものを幅広く明らかにしていくとともに他の施策との連動も視野に入れる必要があることを念頭におき、検討を進めていくことが適当であるとされ、評価指標を定めることが、市町村の創意工夫に基づく介護予防・日常生活支援総合事業の自由なデザインや柔軟な運用、地域住民の主體的な活動を阻害することのないよう配慮も必要であるとされたところである。

VI. おわりに

介護保険制度はその創設以降、我が国の少子・高齢化

の進展に伴う人口動態の変化と相まって改革と発展を繰り返してきた。その間、介護を必要とする高齢者の増加とそれを支える人材の確保は介護保険制度のみならず、地域全体の持続可能性の課題として認識されている。事実、厚生労働省のみならず、様々な省庁の施策が地域づくりの視点に立ちはじめていることが実情である。

こうした中、医療と介護の連携の推進に端を発した地域包括ケアの概念は介護予防、生活支援、住まいに拡充され、今日では、支える側・支えられる側という概念を越え、地域のあらゆる産業とが結びつく地域共生社会の基盤として認識されるに至り、介護を必要とする高齢者が尊厳を保持し、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介護を必要とする高齢者に保険給付としての介護サービスを提供するという保険者の役割そのものについても、介護という領域を越え地域づくりの視点が求められることとなっている。

2025年以降の10年間は現役世代の急減の局面に入り、団塊の世代が85歳以上となる期間であり、その先にはいわゆる団塊ジュニアが第1号被保険者となる2040年が待っている。国、都道府県、市町村といった行政のみならず、高齢者を含む多世代の地域住民、医療・介護の専門職、NPOや民間企業など、あらゆる地域の主体が、対話を重ね、その力を組み合わせ、地域づくりを進め、介護保険制度を次世代につないでいくためのツールとして、介護予防・日常生活支援総合事業の充実が図られていくことが望まれている。

引用文献

- [1] 介護保険法（平成九年法律第百二十三号）
[Kaigo hokenho (Heisei 9nen horitsu dai 123 go).] (in Japanese)
- [2] 厚生労働省老健局. 介護保険制度の概要(令和3年5月). 2021.
Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kaigo hoken seido no gaiyo (Reiwa 3 nen 5 gatsu).] 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf> (in Japanese)(accessed 2023-11-16)
- [3] 厚生労働省老健局. 介護分野の最近の動向について. 第217回社会保障審議会介護給付費分科会資料1(令和5年5月24日). 2023.
Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kaigo bunya no saikin no doko ni tsuite. Dai 217 kai shakai hoshō shingikai kaigo kyūfūhi bunkakai, Shiryo 1 (Reiwa 5 nen 5 gatsu 24 nichi).] 2023. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001099975.pdf> (in Japanese)(accessed 2023-11-16)
- [4] 厚生労働省老健局. 介護保険制度をめぐる最近の動向について. 第92回社会保障審議会介護保険部会資料1(令和4年3月24日). 2022.
Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kaigo hoken seido o meguru saikin no doko ni tsuite. Dai 92 kai shakai hoshō shingikai kaigo hoken bukai, Shiryo 1 (Reiwa 4 nen 3 gatsu 24 nichi).] 2022. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000917423.pdf> (in Japanese)(accessed 2023-11-16)
- [5] 社会保障審議会介護保険部会. 介護保険制度の見直しに関する意見(令和4年12月20日). 2022.
Shakai Hoshō Shingikai Kaigo Hoken Bukai. [Kaigo hoken seido no minaoshi ni kansuru iken (Reiwa 4 nen 12 gatsu 20 nichi).] 2022. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001027165.pdf> (in Japanese)(accessed 2023-11-16)
- [6] 厚生労働省ホームページ. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会.
Ministry of Health, Labour and Welfare Homepage. [Kaigo yobo / nichijo seikatsu shien sogo jigyo no jujitsu ni muketa kentokai.] https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32410.html (in Japanese)(accessed 2023-11-16)
- [7] 厚生労働省老健局. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理. 2023.
Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kaigo yobo nichijo seikatsu shien sogo jigyo no jujitsu ni muketa kentokai ni okeru giron no chukan seiri.] 2023. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001176025.pdf> (in Japanese)(accessed 2023-12-11)
- [8] 厚生労働省老健局. 認知症施策・地域介護推進課 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料(令和5年3月). 2023. p.3-6.
Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare. [Ninchisho shisaku / chiiki kaigo suishinka zenkoku kaigo hoken koreisha hoken fukushi tanto kacho kaigi shiryo (Reiwa 5 nen 3 gatsu).] 2023. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001068286.pdf> (in Japanese)(accessed 2023-11-16)
- [9] 厚生労働省老健局. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理(概要). 2023.
Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kaigo yobo nichijo seikatsu shien sogo jigyo no jujitsu ni muketa kentokai ni okeru giron no chukan seiri (Gaiyo).] 2023. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001176032.pdf> (in Japanese)(accessed 2023-12-11)