



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	介護予防・日常生活支援総合事業の政策的意義：介護保険に包摂される地域支援事業としての位置付けに着目して
Author(s)	田中, 謙一
Citation	年報 公共政策学, 19, 199-219
Issue Date	2025-03-31
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/95428
Type	departmental bulletin paper
File Information	19-20_199_Tanaka.pdf



【研究ノート】

介護予防・日常生活支援総合事業の政策的意義 — 介護保険に包摂される地域支援事業としての 位置付けに着目して —

田中 謙一*

1. はじめに

2014年介護保険法改正では、市町村が地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりに取り組むための重要なツールとして、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）を始め、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など、地域支援事業が拡充された。そのうち、総合事業については、従前に保険給付の一つである予防給付として位置付けられた介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に相当するサービスも含め、介護予防・生活支援に資する多様なサービス・活動を柔軟に取り込むことが可能になった¹⁾。

このような総合事業について、法学的な観点にのみならず実務的な観点にも基づき、介護保険に包摂される地域支援事業としての位置付けに着目して政策的意義を明らかにするため、位置付け及び枠組み、経緯、事例、社会保険である介護保険に包摂する許容性並びに保険給付によらないで地域支援事業として位置付ける必要性を考察する。

2. 位置付け及び枠組み

介護保険の保険者は、市町村である（介護保険法（平成9年法律第123号）（以下「介保法」という。）第3条第1項）。

保険給付は、介護給付、予防給付及び市町村特別給付に区分される（介保法第18条）。これに対し、地域支援事業は、

- ① 総合事業
- ② 総合相談支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業及び認知症総合支援事業を内容とする包括的支援事業
- ③ 介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業等を内容とする任意事業

* 北海道大学公共政策大学院教授 E mail: kenichi.tanaka@hops.hokudai.ac.jp

1) 柳（2014）pp. 125-128

に区分される（介保法第115条の45第1～3項²⁾）。そのほか、市町村は、保健福祉事業を実施することができる（介保法第115条の49）。

その中で、市町村は、被保険者の要介護状態等（介保法第2条第1項）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実施するため、地域支援事業として、

① 居宅要支援被保険者（介保法第53条第1項）等に対して訪問事業、通所事業、生活支援事業及び介護予防支援事業を実施する事業（以下「サービス・活動事業」という。）

② 第1号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のために必要な事業（介護予防サービス事業（介保法第8条の2第1項）及び地域密着型介護予防サービス事業（介保法第8条の2第12項）並びに訪問事業及び通所事業を除く。）（以下「一般介護予防事業」という。）

を内容とする総合事業を実施する（介保法第115条の45第1項）。

そのうち、サービス・活動事業の対象となる居宅要支援被保険者等は、居宅要支援被保険者若しくは基本チェックリストに該当する第1号被保険者又はそのいずれかに該当して利用したサービス・活動を継続して利用する居宅要介護被保険者（介保法第41条第1項）である（介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）（以下「介保則」という。）第140条の62の4）。

保険給付及び保健福祉事業については、額の上限が設定されない。これに対し、地域支援事業については、額の上限が設定される（介保法第115条の45第4項）。そのうち、総合事業に係る額の上限は、各市町村に関し、毎年度に75歳以上被保険者数変動率（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）（以下「介保令」という。）第37条の13第8項第5号）に応じて改定される（介保令第37条の13第4項第1号イ等）。

総合事業に要する費用については、国が25%、都道府県及び市町村がそれぞれ12.5%を公費で分担するとともに、その余の50%に関しては、第1号被保険者と第2号被保険者とが全市町村に係る第1号被保険者と第2号被保険者との見込総数の割合に応じて保険料で分担する（介保法第122条の2第1～3項、第123条第3項、第124条第3項及び第126・129条）。これは、介護給付等（介保法第20条）に要する費用の負担（介保法第121・122条、第123条第1・2項、第124条第1・2項及び第125・129条）とおおむね共通するとともに、第2号被保険者が保険料で費用を分担しない包括的支援事業及び任意事業に係る費用の負担（介保法第122条の2第4項、第123条第4項、第124条第4項及び第129条）並びに専ら第1号被保険者が保険料で費用を負担する市町村特別給付及び保健福祉事業に係る費用の負担（介保法第129条）と相違する。

2) 「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）

市町村は、総合事業を始めとする地域支援事業の利用者に対し、利用料を請求することができる（介保法第115条の45第10項）。

厚生労働大臣は、総合事業の適切かつ有効な実施を図るために必要な指針、すなわち、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（令和6年厚生労働省告示第168号）（以下「指針」という。）を公表する（介保法第115条の45の2第1項）。その内容を具体化するため、厚生労働省は、「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」（平成27年6月5日老発0605第5号厚生労働省老健局長通知）（以下「ガイドライン」という。）を示す。

このような総合事業のうち、居宅要支援被保険者等を対象とするサービス・活動事業については、対象者を一定のリスクが発現した被保険者に限定する点で、保険給付と類似する性格が認められる。その中では、利用者個人に対する給付と同様な内容である介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に相当するサービスが混在する³⁾ため、それに関する利用者個人の利用請求権が不明確になるものと指摘される⁴⁾。これに対し、第1号被保険者を対象とする一般介護予防事業については、対象者を一定のリスクが発現した被保険者に限定しない点で、総合事業以外の地域支援事業及び保健福祉事業と類似する性格が認められる。

3. 経緯

3.1 1997年介護保険法制定

介護保険制度創設時には、虚弱老人に対する家事援助を保険給付の範囲とするかどうかについて、意見が対立した。これは、重度者にあつては、家事援助が身体介護と不可分一体であるのに対し、軽度者にあつては、身体介護を伴わない家事援助が有り得ること等によるものであった。その結果、介護給付分科会報告（1995年12月）では、「基本的には、要介護状態の積極的な予防や自立した生活への支援につながるような形で介護給付の対象とすることが考えられる。」とされた。しかしながら、予防サービスの内容をどのように構成するかは、十分に議論されなかった⁵⁾。

また、高齢者介護・自立システム研究会報告（1994年12月）では、「予防とリハビリテーションの重視」が掲げられた。しかしながら、介護保険制度創設時には、「リハビリテーション前置主義」や「地域リハビリテーションセンター」など、予防やリハビリテーションをめぐる議論が他の論点と比較して低調であった⁶⁾。

その中で、要介護状態となるおそれがある要支援者に対して要介護状態が発生する

3) 小野（2021）p. 44では、「事業」の中に「給付」的なものを併置する」とされる。

4) 西村（2023）pp. 72-73/164-165

5) 介護保険制度史研究会（2019）pp. 143-145

6) 介護保険制度史研究会（2019）pp. 161-164

ことを予防するためのサービスが予防給付として位置付けられた⁷⁾。

3.2 2000年度予算編成

介護保険制度創設時には、従前のサービスを利用する高齢者が要介護状態に該当しないために介護給付を受けることができない場合に対応する「認定漏れ対策」が求められた⁸⁾。

その中で、「介護予備軍」に対して予防を強化することこそ重要である、という問題意識に基づき、2000年度予算編成では、在宅の高齢者に対し、要介護状態とならないようにするとともに、自立した生活を支援するため、介護予防・生活支援事業が介護保険と別途に国庫補助事業として盛り込まれた。これは、自立者のみならず要支援者や要介護者も対象として、それぞれに必要なサービスを生活支援事業と介護予防・生きがい活動支援事業とに区分するとともに、虚弱な高齢者が要介護状態とならないようにする「二次予防」のほか、健康な高齢者が心身機能の維持又は向上を図る「一次予防」や高齢者の要介護状態が重度化しないようにする「三次予防」も包摂する体系的な対策であった⁹⁾。

なお、2003年度より、介護予防・生活支援事業から介護予防・地域支え合い事業へ拡充された¹⁰⁾。

3.3 2005年介護保険法改正

介護保険制度創設時には、予防に特化した内容の給付が構成されなかった。そして、新規に導入されて間もないケアマネジメントでは、予防という視点が必ずしも強くなかった。したがって、廃用症候群に関する社会的な認識が高まった介護保険制度施行後¹¹⁾には、予防給付が予防の実を挙げないものと批判された¹²⁾。具体的には、認定者の多くを占める軽度者の多くが重度化し、サービスの提供が必ずしも状態の改善に結び付かないものと指摘された¹³⁾。

このため、2005年介護保険法改正では、介護予防の再構築が重要なテーマとなった¹⁴⁾。具体的には、次に掲げる事項が盛り込まれた。

- ① 従前の要支援を要支援 1、従前の要介護 1 のうちの軽度な状態を要支援 2、従前の要介護 1 のうちの重度な状態を要介護 1 と整理した上で、介護給付と同一の内容

7) 香取 (2022) pp. 417-419

8) 介護保険制度史研究会 (2019) pp. 537-538

9) 介護保険制度史研究会 (2019) pp. 538-542及び原田 (2024) pp. 69-70

10) 原田 (2024) p. 70

11) 介護保険制度史研究会 (2019) p. 163

12) 香取 (2022) pp. 419-421

13) 稲森 (2005a) p. 85及び原田 (2024) p. 66

14) 香取 (2022) pp. 428-430

であった予防給付について、筋力トレーニング、栄養指導、口腔ケア等を内容とするものに見直すこと¹⁵⁾。

- ② 従前の老人保健事業¹⁶⁾及び介護予防・地域支え合い事業を一元化し、介護予防事業を保険給付と別途に地域支援事業として創設すること¹⁷⁾。
- ③ 総合相談支援事業、権利擁護事業及び包括的・継続的ケアマネジメント支援事業を内容とする包括的支援事業を地域支援事業として創設するとともに、市町村が予防給付に関するケアマネジメントを内容とする介護予防支援事業等と併せて包括的支援事業を実施する機関である地域包括支援センターを創設することを可能にすること¹⁸⁾。

そのうち、介護予防・地域支え合い事業から介護予防事業への再編については、介護保険を予防重視型システムに転換する意味のほか、三位一体改革による国庫補助負担金の一般財源化に伴う弊害を回避する意味があったものと説明される¹⁹⁾。

また、予防給付と併せて介護予防事業を実施する主体が市町村とされたのは、本来的な保険給付の範囲を超える施策を必要とする介護予防という領域では、地域の保健福祉に総合的に取り組む地方公共団体としての市町村の役割が期待されたためであるものと説明される²⁰⁾。

もっとも、地方公共団体としての市町村の役割と保険者としての市町村の役割との関係を整理する必要があるものと指摘される²¹⁾。

3.4 2011年介護保険法改正

2011年介護保険法改正では、要支援状態に該当したり該当しなくなったりする高齢者に連続的に対応するため、要介護状態等となるおそれがある高齢者を対象とする介護予防事業と一体的に要支援者を対象とする生活支援事業及び予防給付に関するケアマネジメントを内容とする介護予防支援事業を実施することが可能になるよう、総合事業が保険給付と別途に地域支援事業として創設された。その上で、市町村は、介護予防事業又は総合事業のいずれかを実施するものとされた²²⁾。

15) 石橋他（2005）pp. 5-8、岩村（2007）pp. 13-14及び原田（2008）p. 288

16) 原田（2008）pp. 294-295

17) 石橋他（2008）pp. 8-9、笠木（2007）p. 27及び原田（2008）pp. 289-290

18) 岩村（2007）p. 14、笠木（2007）p. 28及び原田（2008）pp. 288-289

19) 原田（2024）p. 71

20) 笠木（2007）pp. 27-29及び原田（2019）p. 100

21) 笠木（2007）pp. 29/31

22) 石橋（2013）pp. 24-25、稲森（2014）p. 19、福島（2017）p. 9、菊池（2022）p. 517及び原田（2024）pp. 71-72

3.5 2014年介護保険法改正

2014年介護保険法改正では、総合事業が見直された。具体的には、従前に予防給付として位置付けられた介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に相当するサービスも含め、介護予防・生活支援に資する多様なサービスを柔軟に取り込むことが可能になった。その上で、すべての市町村が総合事業を実施するものとされた²³⁾。

なお、2023年4～11月、5回にわたり、「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」が開催された。その結果、同年12月、「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的整理」が取りまとめられた²⁴⁾。それを受けて、2024年3月に指針が、同年8月にガイドラインが改定された²⁵⁾。

3.6 評価

2014年介護保険法改正では、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護が予防給付から総合事業へ移行された。

しかしながら、総合事業では、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に相当するサービスも含め、介護予防・生活支援に資する多様なサービス・活動を柔軟に取り込むことが可能になった点で、介護保険の守備範囲の拡大と評価することが可能である。

また、総合事業については、紆余曲折を経た上で、介護予防・生活支援の在り方として落ち着くべきところに落ち着いた現時点での到達点と評価することが可能ではなかろうか²⁶⁾。

むしろ、予防給付の在り方は、予防効果の観点で常に検証されなければならない²⁷⁾。したがって、仮に介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を予防給付として維持すべきものと主張するのであれば、予防給付が予防の実を挙げなかったのではないか、という問いに答えることが求められるのではなかろうか。

23) 稲森 (2014) pp. 21-22、石橋 (2015) pp. 44-47、福島 (2017) p. 9、菊池 (2022) pp. 517-518、香取 (2022) pp. 434-442及び原田 (2024) pp. 72-73

24) 「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」、厚生労働省、2024年12月20日閲覧、https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32410.html

25) 「介護保険最新情報」第1242号（令和6年3月29日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課）及び「「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正について」（令和6年8月5日老発0805第4号厚生労働省老健局長通知）

26) 小野 (2021) p. 45では、「予防に係る取扱いの初期におけるある意味曖昧ともいえる処理が、その後の制度の進展過程における、介護保険の「事業」の外延の広がり背景にあると評価することが可能と考える。」とされる。原田 (2024) p. 78では、「現行の介護保険法では、基本的な日常生活を送る上で必要となる介護は介護保険給付で対応し、介護予防と生活支援については、総合事業で対応するという棲み分けが進みつつある。こうした現状のすがたは、度重なる改正のなかで形成されてきたものであり、論理必然性というよりも、経路依存的なものである。」とされる。

27) 稲森 (2005b) pp. 48-49

4. 実例

実例としては、三重県桑名市では、2015年4月より、総合事業が開始された。その基本的な方針は、次に掲げる5点であった²⁸⁾。

第1に、保健・福祉専門職においては、それぞれの専門性を発揮することにより、運動、栄養、口腔、認知等に関するリスクを抱える高齢者に対し、介護保険を卒業して地域活動にデビューするよう、生活機能の向上を実現する専門的なサービスを短期集中で提供することが求められる。これを踏まえ、短期集中予防サービスが位置付けられた。その中核には、リハビリテーション専門職を主体としてアセスメント及びモニタリングに関与しながら、保健・福祉専門職を主体として通所と訪問とを組み合わせ、一体的に提供する「くらしいきいき教室」が創設された。

第2に、保健・福祉専門職が生活機能の向上を実現する専門的なサービスの提供に集中するよう、地域住民を主体として支援を必要とする者を支援するサポーターの見える化・創出に取り組むことが求められる。これを踏まえ、既存の地域資源を有効に活用する、という考え方にに基づき、シルバー人材センターの会員を主体として訪問による掃除、買物、外出支援、調理、洗濯、ゴミ出し、話し相手等を提供する「えぷろんサービス」など、サポーターが位置付けられた。

第3に、介護保険を卒業した高齢者が地域活動にデビューするよう、地域住民を主体として地域交流の機会を提供する通いの場の見える化・創出に取り組むことが求められる。これを踏まえ、既存の地域資源を有効に活用する、という考え方にに基づき、地区社会福祉協議会等を主体として地域住民が相互に交流する機会を提供する「シルバーサロン」など、通いの場が位置付けられた。

第4に、地域包括支援センターにおいて、要支援認定又は基本チェックリスト該当性判定の申請及びそれに関する相談を受け付けるとともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを多職種協働で支援する地域ケア会議である「地域生活応援会議」等を活用して介護予防ケアマネジメントを実施する取扱いとされた。

第5に、市町村が介護予防事業を実施する人員や費用には、限界がある。そして、介護予防事業は、財源に関して健康増進事業と相違するが、機能に関して健康増進事業と類似する。これを踏まえ、地域包括支援センターにおいて、保健センターと一体になって、自ら定型的な教室を開催する等の「プレーヤー」から地域住民を主体とする自発的な活動や参加を働き掛ける「マネージャー」へ転換し、介護予防事業を健康増進事業と一体的に展開する取扱いとされた。その一環で、地域住民に開放される通いの場について、継続的に運営されるよう、地域住民の主体性を阻害しない形で定期

28) 「桑名市地域包括ケア計画 第6期介護保険事業計画・第7期老人福祉計画（平成27～29年度）」（平成27年3月桑名市）（以下「計画」という。）pp. 289-329/401-404、田中（2015a）pp. 44-45及び田中（2015b）pp. 54-55/57-59

的に関与するため、地域住民を主体として開催された実績に応じ、リハビリテーション専門職等を「健康・ケアアドバイザー」として派遣する事業が創設された。

加えて、高齢者が要介護状態から要支援状態へ、あるいは、要支援状態から要介護状態へ移行する事例も、少なくない。そして、要支援者又は基本チェックリスト該当者のほか、要介護者に対しても、短期集中予防サービスを提供することにより、生活機能の向上を実現することが可能である事例も、想定される。これを踏まえ、総合事業と同様な短期集中予防サービスを内容とする市町村特別給付が創設された²⁹⁾。

その結果、2014年10月以降順次、「地域生活応援会議」が開始された³⁰⁾ことと相俟って、虚弱な高齢者が元気になって地域でのつながりに復帰する事例も、見受けられた³¹⁾。ひいては、第1号被保険者数に対する要介護・要支援認定者数の比率である要介護・要支援認定率は、2013年度に16.0%であったが、2019年度に13.9%となった³²⁾。

なお、三重県桑名市では、市町村特別給付については、市議会の議決を経る桑名市介護保険条例（平成16年条例第122号）において、サービスの類型等を規定した上で、市長の決裁を経る桑名市介護保険特別給付短期集中予防サービス費支給要綱（令和6年告示第150号）等において、サービスの基準、単価、利用者負担等を規定する。これに対し、総合事業のうちのサービス・活動事業については、市長の決裁を経る桑名市介護予防・日常生活支援総合事業実施規則（平成27年規則第20号）において、サービス・活動の類型、利用料等を規定した上で、市長の決裁を経る桑名市くらしいき教室（通所型サービスC）事業実施要綱（令和6年告示第146号）、桑名市えぶろんサービス（訪問型サービスB）事業実施要綱（平成27年告示第143号）、桑名市シルバーサロン（通所型サービスB）事業実施要綱（平成27年告示第148号）等において、サービス・活動の基準、単価等を規定する。そして、2024年度には、市議会の議決を経る予算書及び予算説明書（一般会計・特別会計）中の介護保険事業特別会計予算において、サービス事業費と介護予防ケアマネジメント事業費とを区分した上で、それぞれの金額及び財源内訳を規定する。

5. 社会保険である介護保険に包摂する許容性

5.1 総合事業のうちのサービス・活動事業

総合事業のうちのサービス・活動事業を社会保険である介護保険に包摂することが

29) 計画pp. 494-498及び田中（2015b）p. 59

30) 計画pp. 385-400及び田中（2015a）pp. 48-49

31) 市長記者会見（平成28年10月5日）資料並びに第17回「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」（平成28年11月25日）資料3-1及び資料3-2、「地域包括ケアシステムのお知らせ（平成28年度下半期）」、桑名市、2024年12月20日閲覧、<https://www.city.kuwana.lg.jp/kaigoyobou/kenkou/koureisha/24-53092-229-687.html>

32) 「介護保険事業状況報告」、『e-Stat』、2024年8月30日更新、2024年12月20日閲覧、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450351&tstat=000001031648>

許容されるのは、何故であろうか。その根拠としては、次に掲げる4点が挙げられる。

5.1.1 保険事故

かつて、予防サービスは、例えば、感染症予防など、公衆衛生の分野で社会防衛の役割を有する個人に対する介入に該当するものとして、保険料を拠出する被保険者個人に対して保険事故が発生した際に保険給付を実施する社会保険になじまないため、公費で支弁されるべきであるものと考えられた³³⁾。

しかしながら、医療保険では、予防サービスを保険給付として位置付けなかったのは、保険事故としての明確性及び定型性を備える形で予防サービスを必要とする状態を把握することが困難であったためである。したがって、予防サービスを必要とする状態を保険事故として明確に定型化することが可能である場合には、予防サービスを保険給付として位置付けることが可能であるものと説明される³⁴⁾。

これに対し、介護保険では、要介護状態となるおそれがある要支援状態を保険事故として設計することにより、予防給付が保険給付として位置付けられた³⁵⁾。これは、要支援状態に関しては、「常時介護を要する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」状態又は「日常生活を営むのに支障がある」状態（介保法第7条第2項）を前提とする限度で、リスクと評価することが可能であるためである³⁶⁾。

これと同様に、総合事業のうちのサービス・活動事業については、一定のリスクが発現した被保険者である居宅要支援被保険者等を対象とするため、要支援状態等をもって保険事故と評価することが可能であるものと考えられる。

5.1.2 対価性

社会保険では、保険者と被保険者との間における等価交換を前提とする債権債務関係を予定するという意味での「給付反対給付均等の原則」が妥当しない以上、拠出に基づく給付に対する権利の観念を強調することに慎重である必要があるものと説明される³⁷⁾。しかしながら、社会保険の規範的意義の一つは、「対価性」、すなわち、拠出と給付を受け得る地位又は資格という意味での受益との間における1対1の対応関係にあるものと説明される³⁸⁾。

とりわけ、介護保険については、保険の技術を使用して収支が均衡するようにあらかじめ保険料を決定するという意味での「収支相当の原則」が妥当しない点で、私的

33) 石橋他（2005）pp. 3-4/10-12

34) 稲森（2012）p. 164

35) 原田（2024）p. 76

36) 堤（2010）p. 25

37) 太田（1998）p. 83及び菊池（2022）p. 32

38) 菊池（2022）pp. 31-32

保険と相違するとともに、「給付・反対給付均等の原則」が妥当しない点や、「強制加入」が妥当する点で、社会扶助と共通する。したがって、私的保険と共通して社会扶助と相違する介護保険の保険性の意義は、保険者、被保険者、保険給付、保険料等の保険としての外観という形式的要素のほか、保険料を拠出する被保険者個人が保険給付を受けるという意味での「対価性」という実質的要素に見出される。このように、介護保険を社会保険の一類型として位置付けるためには、「対価性」を重視する必要があるものと説明される³⁹⁾。

この点、総合事業のうちのサービス・活動事業では、個々の被保険者は、居宅要支援被保険者等に該当する限り、介護予防ケアマネジメントに基づき、サービス・活動を利用することができる。その意味では、「対価性」を見出すことが可能であるものと考えられる。

もっとも、総合事業のうちのサービス・活動事業については、保険料を滞納する被保険者個人に対して保険給付を制限するようなペナルティー（介保法第66～69条）⁴⁰⁾が規定されない。その限度では、「対価性」が保険給付と比較して希薄であるものと考えられる。

5.1.3 保険者自治

社会保険の規範的意義の一つは、「保険者自治」、すなわち、政策目的を特定した保険集団における構成員の参加及び民主的な決定を通じた自治という一般統治団体と区分された政治システムにあるものと説明される⁴¹⁾。

この点、市町村は、3年を1期とする市町村介護保険事業計画を定める（介保法第117条第1項）。その記載事項には、介護給付等対象サービス（介保法第24条第2項）の種類ごとの量の見込みや、介護給付等に係る費用の適正化に関する市町村の施策のほか、地域支援事業の量の見込みや、被保険者の地域における自立した日常生活の支援及び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に関する市町村の施策も、含まれる（介保法第117条第2項）。その上で、市町村は、市町村介護保険事業計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、被保険者の意見を反映させるために必要な措置を講ずる（介保法第117条第11項）。

また、市町村は、保険給付のほか、総合事業を始めとする地域支援事業も含め、介護保険の収入及び支出について、特別会計を設けなければならない（介保法第3条第2項）。このような介護保険事業特別会計の予算又は決算については、毎会計年度、市町村長が市町村議会の議決又は認定を経なければならない（地方自治法（昭和22年

39) 新田（2012）pp. 174-182

40) 小西（2012）p. 196

41) 太田（1998）p. 83及び菊池（2022）p. 33

法律第67号) (以下「地自法」という。) 第209条第2項、第211条第1項及び第233条第3項)。

このため、総合事業のうちのサービス・活動事業についても、保険給付と同様に、「保険者自治」を見出すことが可能であるものと考えられる。

もっとも、総合事業のうちのサービス・活動事業については、市町村特別給付と異なり、条例で定める必要がない。その限度では、「保険者自治」が市町村特別給付と比較して希薄であるものと考えられる。

なお、保険者を市町村とする介護保険の在り方については、住民の自治という観点か被保険者の自治という観点かを区分して検討する必要があるものと指摘される⁴²⁾。

5.1.4 保険集団の受益

保険給付以外の使途に保険料を充当するためには、保険集団の受益を必要とするものと説明される⁴³⁾。

この点、総合事業のうちのサービス・活動事業についても、従前の介護予防事業と同様に、例えば、生活習慣病予防など、個人の努力と要介護状態等との因果関係が濃厚である⁴⁴⁾ことに照らし、要介護状態等という保険事故の発生又は重大化を抑制する手法⁴⁵⁾と評価することにより、保険集団の受益を見出すことは、可能であるものと考えられる。

もっとも、総合事業のうちのサービス・活動事業の内容となる地域における自立した日常生活の支援は、介護予防サービス事業若しくは地域密着型介護予防サービス事業又は訪問事業若しくは通所事業と一体的に実施される場合に効果があると認められるものに限定される(介保法第115条の45第1項第1号ハ)。このように、生活支援を介護保険に位置付けることは、生活支援が介護予防と表裏一体の関係にある限度で正当化されるものと説明される⁴⁶⁾。

なお、総合事業のうちのサービス・活動事業を介護保険より切り離すことについては、介護予防・生活支援に関して財源を調達することが困難になる⁴⁷⁾とともに、全国統一的なトップダウン型の介護給付等と地域の実情に応じたボトムアップ型の総合事業とを共存させて高齢者の状態像の変化に連続的に対応しようとする介護保険の役割⁴⁸⁾が阻害されるため、慎重に検討する必要があるものと考えられる。

42) 小西 (2012) pp. 205-206

43) 稲森 (2005b) p. 48

44) 石橋他 (2005) pp. 12-13

45) 加藤 (2007) p. 39

46) 原田 (2024) p. 77

47) 小野 (2021) p. 46及び原田 (2024) pp. 78-79

48) 原田 (2024) p. 78

5.2 総合事業のうちの一般介護予防事業

総合事業のうちの一般介護予防事業を社会保険である介護保険に包摂することが許容されるのは、何故であろうか。

確かに、一般介護予防事業については、サービス・活動事業と異なり、対象者を一定のリスクが発現した被保険者に限定しないため、一定の状態をもって保険事故と評価することや「対価性」を見出すことが困難であるものと考えられる。

しかしながら、一般介護予防事業についても、サービス・活動事業と同様に、「保険者自治」や保険集団の受益を見出すことが可能であるものと考えられる。それを根拠として、一般介護予防事業を社会保険である介護保険に包摂することが可能であるものと考えられる。

なお、総合事業に要する費用については、第1号被保険者のみならず第2号被保険者も保険料で分担する。しかしながら、総合事業のうち、サービス・活動事業は、居宅要支援被保険者又はそれに該当して利用したサービス・活動を継続して利用する居宅要介護被保険者に該当する第2号被保険者も対象とするのに対し、一般介護予防事業は、第1号被保険者しか対象としない。したがって、第2号被保険者による総合事業の利用の範囲を拡大し、あるいは、第2号被保険者による保険料の負担を軽減すべきものと指摘される⁴⁹⁾。

この点、総合事業のうちの一般介護予防事業については、年齢や障害で分け隔てられない人と人とのつながりを保つという意味での地域共生社会⁵⁰⁾の実現のためにも、あるいは、特定疾病（介保法第7条第3項第2号）である若年性認知症（介保令第2条第6号）等に対する支援のためにも、第2号被保険者による利用を排除しないことが望ましい。

6. 保険給付によらないで地域支援事業として位置付ける必要性

6.1 総合事業のうちのサービス・活動事業

総合事業のうちのサービス・活動事業を保険給付によらないで地域支援事業として位置付ける必要があるのは、何故であろうか。

そもそも、社会保険の制度的特徴の一つとして、給付要件の定型性のみならず給付内容の定型性も挙げられる⁵¹⁾。これは、「必要即応の原則」⁵²⁾が妥当する意味で給付内容の個別性を制度的特徴の一つとする公的扶助⁵³⁾や、無拠出での定型的給付という意

49) 笠木他（2018）p. 311

50) 「地域共生社会とは」、厚生労働省『地域共生社会のポータルサイト』、2024年12月20日閲覧、<https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/>

51) 菊池（2022）p. 30

52) 菊池（2022）p. 327

53) 菊池（2022）p. 36

味で社会保険及び公的扶助のそれぞれの制度的特徴を兼ね備える社会手当⁵⁴⁾と対比される。

この点、2014年介護保険法改正で予防給付から総合事業へ移行されたサービスは、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に限られ、介護予防訪問看護（介保法第8条の2第3項）、介護予防福祉用具貸与（介保法第8条の2第10項）等を含まない。これは、「予防給付のうち、訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、多様な形態でのサービス提供の余地が少ないことから、市町村の事務負担も考慮して、引き続き予防給付によるサービス提供を継続することが適当である。」⁵⁵⁾という考え方に基づくものである。換言すると、介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等に関しては、提供主体・内容が保険給付に相応しい定型性を有するに対し、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に関しては、提供主体・内容が定型性に乏しいことに着目したものである。

このような問題点を明らかにした事案の一つは、訪問介護のうちの家事援助に係る保険給付の範囲をめぐる現場での疑義解釈⁵⁶⁾であった。具体的には、介護保険制度創設時には、身体介護のみならず家事援助も内容とする訪問介護が保険給付として位置付けられた。これに伴い、厚生労働省は、訪問介護のうちの家事援助について、直接本人の日常生活の援助を内容とする本人の家事を代行するサービスとして位置付けた⁵⁷⁾上で、一般的に保険給付の範囲を逸脱するものと認められる事例を示さざるを得なかった⁵⁸⁾。

このため、総合事業のうちのサービス・活動事業を保険給付によらないで地域支援事業として位置付ける必要がある根拠は、サービス・活動の提供主体・内容について、定型性を緩和して多様化を図る意義が見出されることにあるものと考えられる。その根拠としては、次に掲げる3点が挙げられる。

6.1.1 本人のみならず本人を取り巻く環境も含めた総合的なアプローチ

2001年5月に世界保健機関（WHO）総会で国際障害分類（ICIDH）の改訂版として採択された国際生活機能分類（ICF）（以下「ICF」という。）は、生活機能又は障害の構成要素として心身機能・身体構造又は機能障害のみならず活動・参加又は活動制限・参加制約も位置付けるとともに、背景因子の構成要素として個人因子のみなら

54) 菊池（2022）pp. 17-18/36

55) 「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成25年12月20日社会保障審議会介護保険部会）（以下「意見」という。）p. 10

56) 香取（2022）pp. 421-427

57) 「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日老計第10号厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知）

58) 「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」（平成12年11月16日老振第76号厚生省老人保健福祉局振興課長通知）

ず環境因子も位置付けることにより、健康状況及び健康関連状況を分類するものである。これは、機能障害という個人の問題を強調する意味での医学モデルと社会的障壁という社会の問題を強調する意味での社会モデルとの統合に基づくものである⁵⁹⁾。

これに照らすと、総合事業は、介護予防の分野で法制的にICFの考え方を採用した枠組みと評価される⁶⁰⁾。

この点、2014年介護保険法改正では、介護予防の推進に関する基本的な考え方として次に掲げる点が示された⁶¹⁾。

- ① 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を目的とする介護予防においては、生活機能が低下した高齢者に対し、リハビリテーションの理念を踏まえ、心身機能、活動及び参加の各要素にバランス良く働き掛けることが重要である。
- ② しかしながら、従前の介護予防では、心身機能の改善のための機能回復訓練に偏りがちであり、活動や参加の促進のための取組みが必ずしも十分ではなかった。
- ③ このため、今後の介護予防では、機能回復訓練など、本人に対するアプローチのほか、生活環境の調整や居場所・出番づくりなど、本人を取り巻く環境に対するアプローチも含め、効果的なアプローチが求められる。

そのうち、心身機能、あるいは、個人因子については、個人に対するサービスを内容とする保険給付のみによっても、機能回復訓練など、本人に対するアプローチを図ることが可能であるものと考えられる。これに対し、活動及び参加、あるいは、環境因子については、地域づくりを内容とする地域支援事業にもよらないと、通いの場やサポーターなど、本人を取り巻く環境に対するアプローチを図ることが困難であるものと考えられる。

このため、総合事業のうちのサービス・活動事業では、本人のみならず本人を取り巻く環境も含めた総合的なアプローチが可能になる点で、サービス・活動の提供主体・内容について、定型性を緩和して多様化を図る意義が見出される。

6.1.2 地域の実情に応じた多様なサービス・活動の見える化・創出

そもそも、未曾有の超少子高齢社会が到来して人口減少が本格化する中では、介護予防・生活支援に限らず、「ないものねだり」から「あるものさがし」へ転換し、既存の地域資源を有効に活用することが求められる⁶²⁾。

59) 障害者福祉研究会（2002）pp. 3-23頁参照。なお、障害の概念に関するICFの意義及びそれに照らした我が国における障害者に関する法制の問題点に関する先行研究としては、滝澤（2012）が挙げられる。

60) 原田（2024）pp. 76-77

61) 意見pp. 7-8 及びガイドラインpp. 4-5

62) 田中（2015a）pp. 47-48

とりわけ、介護予防・生活支援については、例えば、移動支援に対するニーズが公共交通の現況に応じて異なるように、どのようなニーズが認められるかは、地域の実情に応じて様々である。その上で、サポーターや通いの場など、どのような主体によって提供されるどのような内容のサービス・活動が存在するかは、地域の実情に応じて様々である。したがって、地域の実情に応じて多様なサービス・活動の見える化・創出に取り組むことが求められる⁶³⁾。

この点、2014年介護保険法改正では、予防給付の見直しに関する基本的な考え方として次に掲げる点が示された⁶⁴⁾。

- ① 生活支援に対する多様なニーズに応えるためには、高齢者をサービスの受け手にものみならずサービスの担い手にもするなど、多様な主体による多様な内容のサービスの提供を確保する必要がある。
- ② また、高齢者の介護予防に結び付くように高齢者の社会参加を促進する⁶⁵⁾ためには、多様な主体による多様な内容の通いの場を創出するような地域づくりを推進する必要がある。
- ③ そのためには、種類、内容、基準、単価等が全国一律である予防給付のうち、訪問介護及び通所介護について、地域の実情に応じて多様な主体による多様な内容の取組みを柔軟に展開することが可能になるよう、地域支援事業の一つである総合事業を発展的に見直す必要がある。

このため、総合事業のうちのサービス・活動事業では、地域の実情に応じて多様なサービス・活動の見える化・創出に取り組むことが可能になる点で、サービス・活動の提供主体・内容について、定型性を緩和して多様化を図る意義が見出される。

なお、介護保険制度創設時には、要介護・要支援認定（介保法第19条）が客観的な基準に従って公正に実施されることにより、要介護・要支援状態区分（介保法第7条第1・2項）に応じた受給権が保障されるものの、個別性及び多様性を有するニーズは、必ずしも定型的な保険給付で対応されないため、ケアマネジメントを通じてニーズと保険給付との狭間を埋めるサービスの利用に結び付ける必要があるものと説明された⁶⁶⁾。

この点、総合事業のうちのサービス・活動事業では、定型的な保険給付で対応されないような個別性及び多様性を有するニーズに一定程度対応することが可能になるも

63) 福島（2017）p. 7 では、「高齢者のニーズとそれに応じた支援を提供するための社会資源は地域ごとに異なる」及び「地域包括ケアシステムの構築においては、市町村が高齢者の地域生活支援のために地域における社会資源を有効に活用することが必要になる」とされる。

64) 意見pp. 9-10

65) 高齢者の社会参加が高齢者の健康に及ぼす影響に関する知見を紹介する文献としては、渡辺（2021）が挙げられる。

66) 秋元（1997）pp. 178-186

のと考えられる。

また、介護保険制度創設時には、「保険あってサービスなし」と懸念された。しかしながら、介護保険制度施行後には、サービスの供給が増大した。これは、社会保険では、措置と比較すると、保険料の負担の見返りとなるサービスの利用について、権利的な性格が強く、心理的な抵抗感が少ないため、ニーズに応じてサービスの供給を増大させる方向に機能することによるものと説明された⁶⁷⁾。

これと同様に、総合事業のうちのサービス・活動事業は、介護予防・生活支援のニーズに応じてサービス・活動の提供を増大させる方向に機能するものと期待される⁶⁸⁾。

6.1.3 サービス・活動の提供主体・内容に関する市町村の裁量

総合事業のうちのサービス・活動事業については、地域におけるサービス・活動の提供体制の整備の面でも、個々の居宅要支援被保険者等に対するサービス・活動の提供の面でも、市町村の裁量が強く働く仕組みと説明される⁶⁹⁾。

とりわけ、介護給付等では、基本的には、市町村がサービスを提供する指定事業者に対してサービス費を支給する方法（介保法第41条等）による。これに対し、総合事業のうちのサービス・活動事業では、地域包括支援センターによって実施される介護予防ケアマネジメント（介保法第115条の46第1項及び介保則第140条の64第1号）を除き、市町村がサービス・活動を提供する指定事業者に対して支給費を支給する方法（介保法第115条の45の3）のほか、市町村が自らサービス・活動を提供する方法、市町村が団体に委託してサービス・活動を提供する方法及び市町村がサービス・活動を提供する団体に対して補助・助成金を支給する方法も含め、多様な方法によることが可能である⁷⁰⁾。

加えて、指定事業者の指定（介保法第115条の45の5・6）については、総合事業のうちのサービス・活動事業の場合には、介護給付等の場合と比較すると、公募を実施するなど、市町村の裁量が広範に認められる⁷¹⁾。

また、介護給付等では、基本的には、サービスの類型、基準、単価、利用者負担等が法令で全国統一的に設定される。これに対し、総合事業のうちのサービス・活動事業では、サービス・活動の類型、基準、単価、利用料等について、市町村が地域の実情に応じて設定する⁷²⁾。この場合においては、市町村特別給付と異なり、条例で定める必要がないため、実施状況に基づいて機動的に改定することが可能である。

67) 介護保険制度史研究会（2019）pp. 79-81

68) 計画p. 296及び田中（2015b）p. 57

69) 笠木他（2018）p. 310

70) ガイドラインpp. 78-79

71) ガイドラインp. 80

72) ガイドラインpp. 17/78

そもそも、地域包括ケアシステムの構築は、一人ひとりが複合的な困り事を抱える中でも、本人の選択に基づき、住み慣れた地域でつながりを保って暮らし続けることが可能になるよう、日常生活圏域において、フォーマルなサービスのみならずインフォーマルな活動も含め、個々の制度を超えて包括的かつ継続的にニーズに応じたケアを伴走型のチームアプローチで提供するための支え合いのネットワークづくりであるものと説明される⁷³⁾。そのために市町村に求められる役割は、「地域マネジメント」、すなわち、地域において、実態を把握して課題を分析した結果に基づき、目標を設定して関係者に働き掛けて共有した上で、その達成に向けた計画を策定して実行し、かつ、評価して改定する過程を繰り返す取組みであるものと説明される⁷⁴⁾。

とりわけ、一人ひとりの生活が様々な社会資源に支えられて成り立つ⁷⁵⁾ことに鑑みると、地域に散在する社会資源が統合的に機能するよう、目標を設定して関係者に働き掛けて共有する「規範的統合」を推進することが重要であるものと説明される⁷⁶⁾。

この点、総合事業のうちのサービス・活動事業では、サービス・活動の提供主体・内容について、国や都道府県と比較して地域住民に近い⁷⁷⁾がゆえに現場での取組みの良し悪しを的確に評価しやすい市町村に広範な裁量を認めることは、「優れた取組みを褒める」ツールとして「規範的統合」を推進する基盤になるものと考えられる⁷⁸⁾。その意味では、サービス・活動の提供主体・内容について、定型性を緩和して多様化を図る意義が見出される。

6.2 総合事業のうちの一般介護予防事業

総合事業のうちの一般介護予防事業を保険給付によらないで地域支援事業として位置付ける必要があるのは、何故であろうか。

確かに、一般介護予防事業については、サービス・活動事業と異なり、対象者を一定のリスクが発現した被保険者に限定しないほか、生活支援を内容としない。

しかしながら、一般介護予防事業についても、サービス・活動事業と同様に、本人のみならず本人を取り巻く環境も含めた総合的なアプローチが可能になる点、地域の

73) 福島 (2017) p. 7、原田 (2019) pp. 99-103/112-113/115-117 及び香取 (2022) pp. 443-481

74) 地域包括ケア研究会 (2014) p. 23、地域包括ケア研究会 (2016) pp. 4-5、福島 (2017) p. 7 及び原田 (2019) pp. 113-114

75) 田中 (2011) p. 27では、「生活支援は、今後の地域包括ケアシステム構築努力の中で、自助・互助・共助・公助の組合せをフルに考えなくてはならない代表例である。」とされる。

76) 地域包括ケア研究会 (2014) pp. 4/25-26、田中 (2015a) pp. 46-47、田中 (2015b) pp. 56-57 及び地域包括ケア研究会 (2016) p. 6

77) 笠木 (2007) p. 29

78) 地域包括ケア研究会 (2016) p. 20では、「平成27年度に生活支援体制整備事業及び介護予防・日常生活支援総合事業が開始されたことにより、地域の自助や互助を促進するための地域マネジメントが、これまで以上に自治体の役割として大きく注目されるようになった。」とされる。

実情に応じて多様な取組みの見える化・創出に取り組むことが可能になる点及び取組みの提供主体・内容に関する市町村の裁量が広範に認められる点で、取組みの提供主体・内容について、定型性を緩和して多様化を図る意義が見出される。それを根拠として、一般介護予防事業を保険給付によらないで地域支援事業として位置付ける必要があるものと考えられる。

7. おわりに

介護保険に包摂される地域支援事業として位置付けられた総合事業は、市町村が地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりに取り組むための重要なツールの一つとして、大いに政策的意義を有する。これを踏まえ、総合事業に関し、保険給付と比較した法的課題及び保険給付との間での役割分担の在り方を明らかにすることについては、今後の課題としたい。

なお、本稿は、筆者の実務経験⁷⁹⁾に基づく私見を内容とするものであって、筆者の所属組織の公式な見解を内容とするものではない⁸⁰⁾。

(2024年12月20日脱稿)

〈参考文献〉

- 秋元美世、1997、「福祉給付における権利と決定 措置制度と公的介護保険制度」、日本社会保障法学会『社会保障法』、第12号、pp. 173-187
- 石橋敏郎・河谷はるみ・長千春、2005、「介護保険法の改正に伴う諸問題について 新「予防給付」、地域支援事業、サービスの質の評価、情報の公開、介護手当を中心として」、熊本県立大学総合管理学会『アドミニストレーション』、第12巻第1・2合併号、pp. 1-88
- 石橋敏郎、2013、「介護保険法2011（平成23）年改正と報酬体系の改定」、熊本県立大学総合管理学会『アドミニストレーション』、第19巻第2号、pp. 22-38
- 、2015、「介護保険制度改革における2014年改正の意味」、熊本県立大学総合管理学会『アドミニストレーション』、第21巻第2号、pp. 42-51
- 稲森公嘉、2005a、「介護保険制度見直しの方向」、『ジュリスト』、有斐閣、第1282号、pp. 83-90
- 、2005b、「予防給付に関する一考察」、『週刊社会保障』、法研、第59巻第2349号、pp. 46-49

79) 桑名市副市長（特命担当）（2013年4月～2015年3月）、厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課主査（1997年7月～1999年6月）等

80) 2024年2月17日及び同年9月9日に北海道大学社会保障法研究会で、同年10月4日に桑名市保健福祉部介護高齢課との間で、同年12月7日に九州大学社会法研究会で意見を交換する貴重な機会を頂いたことに対し、深く謝意を表する。なお至らない点は、すべて筆者の責に帰すべきものである。

- 、2012、「公的医療保険における保険原理と社会原理の均衡点」、菊池馨実『社会保険の法原理』、法律文化社、pp. 151-168
- 、2014、「介護保険制度改革」、『論究ジュリスト』、有斐閣、第11号、pp. 18-24
- 岩村正彦、2007、「総論 改革の概観」、『ジュリスト』、有斐閣、第1327号、pp. 8-23
- 太田匡彦、1998、「社会保険における保険性の在処をめぐって ドイツを手掛かりとした基礎的考察」、日本社会保障法学会『社会保障法』、法律文化社、第13号、pp. 72-89
- 小野太一、2021、「介護保険の「事業」概念の展開に係る考察」、『週刊社会保障』、法研、第75巻第3123号、pp. 42-47
- 介護保険制度史研究会、2019、「新装版 介護保険制度史 基本構想から法施行まで」、東洋経済新報社
- 笠木映里、2007、「医療・介護・障害者福祉と地方公共団体」、『ジュリスト』、有斐閣、第1327号、pp. 24-31
- 笠木映里・嵩さやか・中野妙子・渡邊絹子、2018、「社会保障法」、有斐閣
- 加藤智章、2007、「平成18年改正法に基づく保険者の変容」、『ジュリスト』、有斐閣、第1327号、pp. 32-39
- 香取照幸、2022、「高齢者福祉論 介護保険制度の理念・意義・課題」、東洋経済新報社
- 菊池馨実、2022、「社会保障法 第3版」、有斐閣
- 小西啓文、2012、「介護保険における財源論」、菊池馨実『社会保険の法原理』、法律文化社、pp. 187-211
- 障害者福祉研究会、2002、「ICF 国際生活機能分類 国際障害分類改定版」、中央法規
- 滝澤仁唱、2012、「新しい障害概念をめぐる課題」、日本社会保障法学会『新・講座 社会保障法』、法律文化社、第2巻、pp. 184-202
- 田中謙一、2015a、「「地域包括ケアシステム」の構築に向けた市町村の役割 「桑名市地域包括ケア計画」を例として 上」、『週刊社会保障』、法研、第69巻第2835号、pp. 44-49
- 、2015b、「「地域包括ケアシステム」の構築に向けた市町村の役割 「桑名市地域包括ケア計画」を例として 下」、『週刊社会保障』、法研、第69巻第2836号、pp. 54-59
- 田中滋、2011、「地域包括ケアシステムの構築」、『ジュリスト』、有斐閣、第1433号、pp. 22-28
- 地域包括ケア研究会、2014、「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業 報告書」、三菱UFJリサーチ&コンサルティング
- 、2016、「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 報告書 地域包括ケアシステムと地域マネジメント」、三菱UFJリサーチ&コンサルティング
- 堤修三、2010、「介護保険の意味論 制度の本質から介護保険のこれからを考える」、中央法規
- 西村淳、2023、「参加・貢献支援の社会保障法 法理念と制度設計」、信山社

- 新田秀樹、2012、「介護保険の「保険性」」、菊池馨実『社会保険の法原理』、法律文化社、pp. 169-185
- 原田啓一郎、2008、「医療・介護保険制度における予防重視型システムへの転換と自立支援」、菊池馨実『自立支援と社会保障 主体性を尊重する福祉、医療、所得保障を求めて』、日本加除出版、pp. 283-304
- 、2019、「地域包括ケアの法的評価」、岩村正彦・菊池馨実『社会保障法研究』、信山社、第10号、pp. 91-118
- 、2024、「介護保険と高齢者の地域生活支援」、日本社会保障法学会『社会保障法』、法律文化社、第40号、pp. 66-81
- 福島豪、2017、「高齢者・障害者の地域生活支援」、『法律時報』、日本評論社、第89巻第3号、pp. 6-13
- 柳史生、2014、「介護保険制度の現状と課題」、『週刊社会保障』、法研、第68巻第2788号、pp. 124-130
- 渡辺修一郎、2021、「高齢者の社会参加と健康」、長寿科学振興財団『Aging & Health』、第30巻第3号、pp. 10-13

**Policy significance of comprehensive initiative for
long-term care prevention and daily life support:
Focusing on its positioning as one of
community-based support initiatives included
within long-term care insurance**

TANAKA Kenichi

Abstract

This article considers positioning and framework, historical background, practical examples, acceptability of inclusion within long-term care insurance, a type of social insurance, and necessity of positioning it as a community-based support initiative rather than an insurance benefit regarding comprehensive initiative for long-term care prevention and daily life support, in order to clarify its policy significance by focusing on its positioning as one of community-based support initiatives included within long-term care insurance, based not only on a legal perspective but also on a practical perspective.

Keywords

Comprehensive initiative for long-term care prevention and daily life support, community-based support initiative, insurance benefit, long-term care insurance, social insurance

