

<池田省三記念介護講演会>

池田省三氏が市町村に与えた “衝撃”と“課題”

1. 池田省三氏が市町村に与えた“衝撃”
2. 今回の制度改正の基本的問題点
3. 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の実務的課題
4. 一定以上所得者に対する2割利用者負担導入の実務的課題
5. 武蔵野市における地域包括ケアシステムの推進と介護保険制度”改正”に対する基本的考え方

平成26(2014年)7月17日

武蔵野市健康福祉部長 笹井 肇



1. 池田省三氏が市町村に与えた“衝撃”

介護保険制度の“思想化”

- 措置制度の思想は困窮者の社会的救済
- 保護施策は本人の自己決定を阻害し依存関係を生み出す
- 市町村が予算を組み、その財源の中で介護サービスを調達し、困窮度に応じて配分するため、供給が需要を管理する仕組み

●「思想的転換」としての措置制度から介護保険制度への転換

- ①「選別主義」から「普遍主義」への思想的転換
- ②「保護主義」から「自立支援」への思想的転換
- ③「公助」から「共助」への思想的転換

→「君が言ってる措置制度の評価は“箱庭の美学”だ」「措置制度と介護保険制度の決定的な違いは、何よりもすべての高齢者に社会的介護サービスを解放すること」

●地方分権の「試金石」としての介護保険

- ①権限の委譲
- ②財源の委譲
- ③分権の主体確立

→市町村がいか「ローカル・オプティマム」を追求した地域ケアシステムのグランドデザインを描くことができるか

介護を“科学する”

●“わがまち”の介護保険を分析する

- ・IC化されている介護保険データを分析ツールとして活用
 - ・全国や近隣自治体との比較により認定率や給付実績を比較できる
 - ・突出して多いサービス、少ないサービスなどを把握し、今後のサービス基盤整備の方向性を決めるなど次期介護保険事業計画に反映できる
- “わがまちの介護保険”の分析ツールとして「介護保険政策評価分析システム」を開発

●介護サービスの標準化

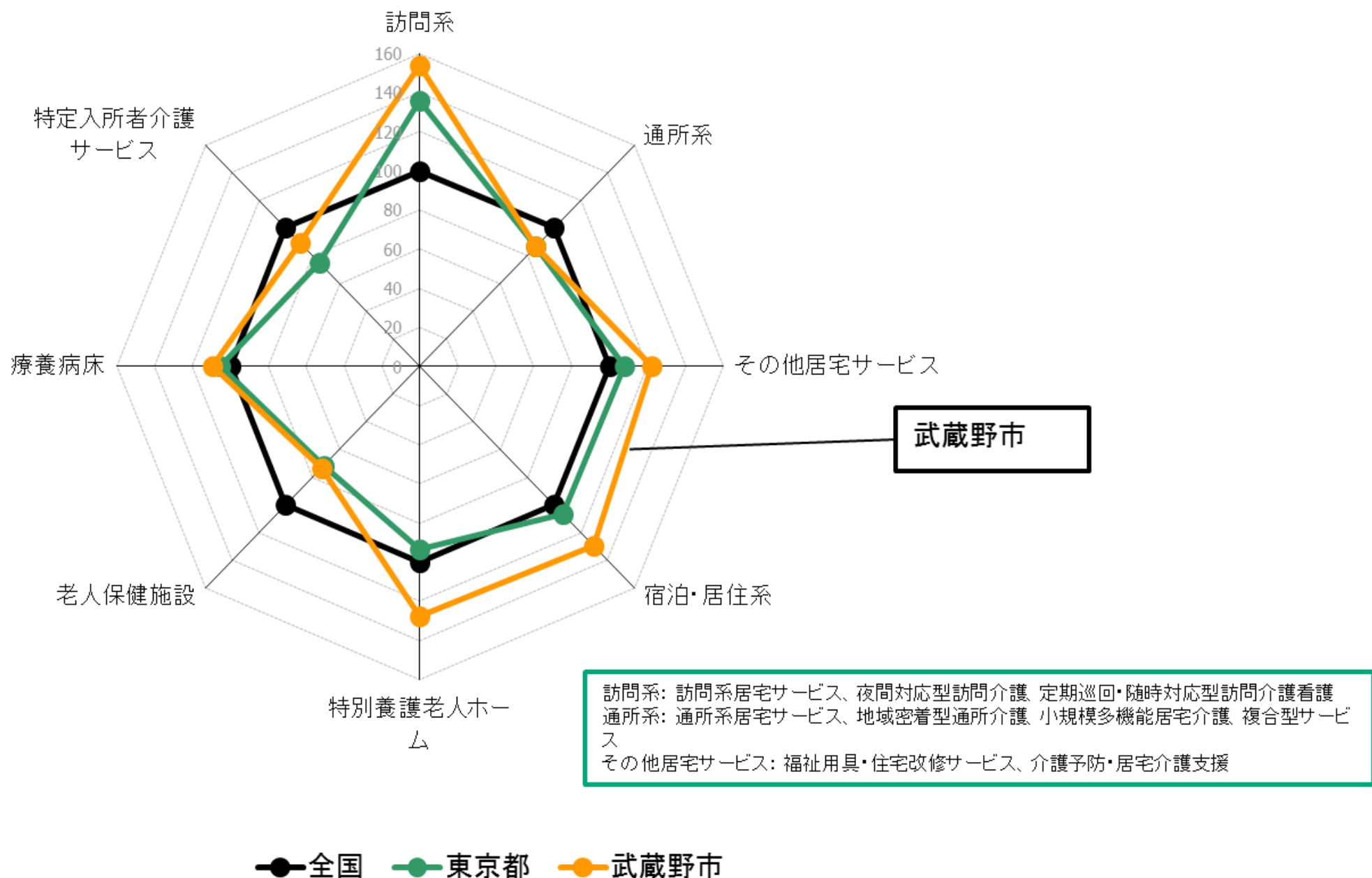
- ・標準化の原点としての「要介護認定」
 - ・適切なサービス提供方法の標準化としての「ケアプラン」
 - ・的確なニーズ把握・最適サービスの提供・コスト管理としての「ケアマネジメント」の分析と標準化
- 「経験と勘」による介護サービス提供から“科学としての介護”への転換

<介護保険政策評価分析システムによる給付分析(1)>

第1号被保険者一人あたりサービス系列別給付月額(指数)の比較

訪問系が高く、その他居宅サービス・宿泊・居住系・特別養護老人ホームにおいても高水準

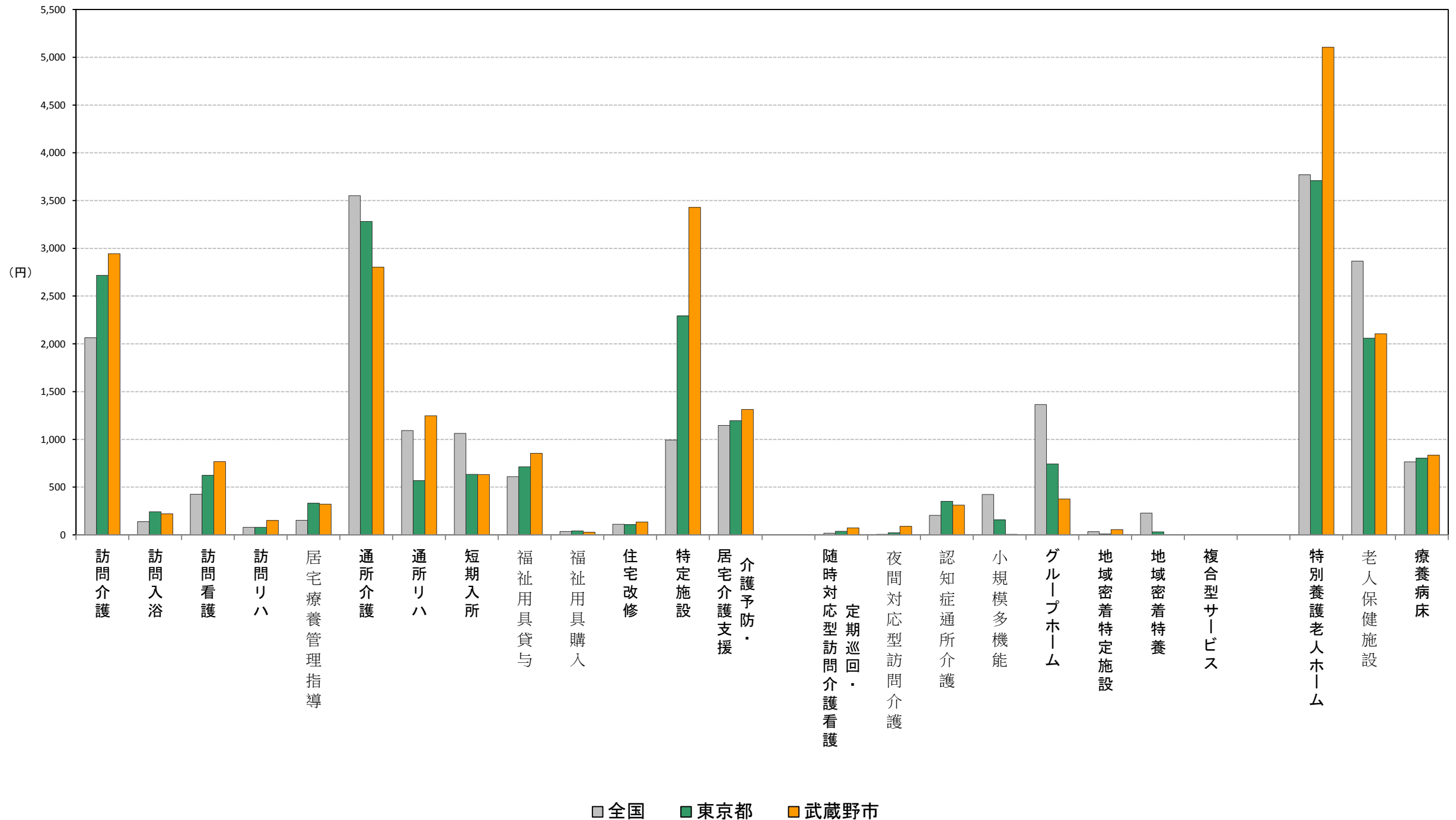
サービス系列別第1号被保険者1人当たり給付指数(全国平均=100)(平成25年09月)



<介護保険政策評価分析システムによる給付分析(2)>

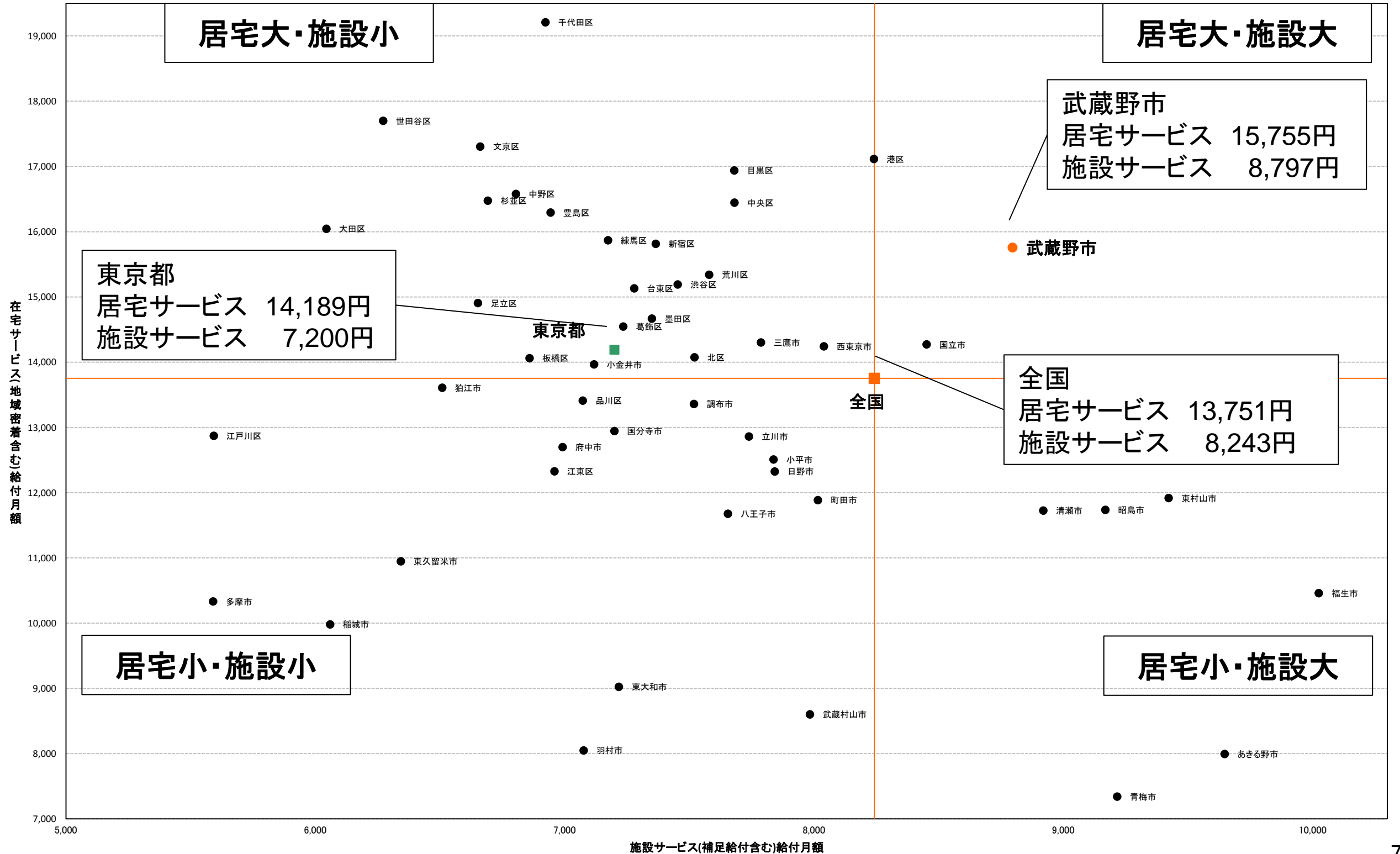
第1号被保険者一人あたり給付月額と比較(全国・都・武蔵野市)

指標 E サービス種類別第1号被保険者1人あたり給付月額(平成25年09月)



<介護保険政策評価分析システムによる給付分析(3)> 武蔵野市は在宅サービス・施設サービス共に給付額が高水準

第1号被保険者1人当たり在宅サービス・施設サービス給付月額(保険者比較)(平成25年09月)



介護保険をめぐる課題の中で最も重要なことは...

「介護保険論－福祉の解体と再生」池田省三氏著より

○「いかなる制度も思想を内包している。この思想が市民に受け入れられたとき、制度は社会の共同規範としてのシステムとなる。しかし、ときとして思想は立ち枯れ、制度は特定階層の利益を擁護するものとなって、普遍性を失うことがある。介護保険を巡る諸課題のなかで、最も重要なことはこの『思想の実現』にほかならない」

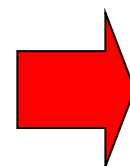
○「私の心をとらえたものは『人間の尊厳』という根源的なことであった。それは、『自分のことは自分で決める』という簡単なことから始まる。人生を自分で選び、誇りをもって生きることである。要介護状態に陥っても、『矜持ある晩年を過ごせる』ことは、なんと素晴らしいことであるか」



2. 今回の制度改革の基本的問題点

制度創設時の思想・理念の大転換にもかかわらず、国民的議論が広がっていない

- (1) 要介護・要支援認定は、保険給付の対象となるか否か、すなわち被保険者のサービス受給権の認定を審査する仕組みであるにもかかわらず、要支援1・2の判定を受けても、サービス種類によっては「保険」としてのサービスが受けられなくなる。「要介護・要支援認定」とは何なのか、「保険給付」とは何なのか、という根源的問題を整理すべきではないか。
- (2) 保険料は所得に応じた「応能負担」とし利用料は一律1割の「応益負担」という制度創設時の理念が転換され、利用者負担が所得に応じた「応能負担」に転換されるが、費用負担の普遍主義に逆行するのではないか。
- (3) 予防給付の一部が市町村長の権限によるサービス提供に移行されるとともに、「一次予防事業」「二次予防事業」という区分けが無くなるが、2005年度(平成17年度)改正における「予防重視型システムへの転換」「新予防給付の創設」という制度的理念は、どのように総括されたのか。

 大幅な「制度改革」にもかかわらず“思想”や“理念”が明確でない！
今後、介護保険制度はどこへ向かおうとしているのか？

(参考) 介護保険法

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が **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ため、**国民の共同連帯**の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって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する。

第二条 介護保険は、**被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）**に関し、**必要な保険給付を行うもの**とする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、**被保険者の選択に基づき**、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない。



2. 新しい介護予防・日常生活支援総合 事業の実務的課題

(1)「地域の多様な主体の活用」が求められている

- 「介護予防・生活支援サービス事業」は、「訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供」することとされている。
 - 従来の予防訪問介護など主に雇用されている介護職員によるサービスに加え、NPOや民間事業者、有償・無償のボランティア等による支援態勢をいかに準備できるか。

(2)単価等は“国が定める額を上限”として市町村が独自に設定

- 市町村事業となるため、サービス提供に関する運営基準、人員基準、委託単価(月当たり包括報酬か1回ごとの出来高かなども含む)、事業者との契約・審査・支払方法、利用者の申請方法等が市町村によって異なることが想定される。
 - 市町村・地域包括支援センター・事業者・利用者などの関係者間で情報の共有化が必要。

(3)「介護予防・生活支援サービス」「総合事業」財源の上限設定

- 現行の地域支援事業においては、「介護予防事業」と「包括的支援事業・任意事業」の費用についてそれぞれ介護給付費の2%を上限とし、さらに地域支援事業全体で介護給付費の3%を上限としていた。しかも予防給付は「決算主義」。

→「市町村による効果的・効率的な事業実施」の「目標設定」として、総合事業と予防給付の費用の伸び率が中長期的に75歳以上高齢者人口の伸び(国の推計3~4%)程度となることが想定されている。市町村事業は「予算主義」。

	24年度 対前年度比	25年度 対前年度比	26年度 対前年度比	直近平均
武蔵野市の後期高齢者の 伸び	2.86%増	2.62%増	1.17%増	2.22%増
武蔵野市の予防訪問介護・ 予防通所介護の伸び	5.03%増	7.11%増	-	6.07%増

* 特に予防通所介護費は平成25年度対前年度比33.6%という驚異的な伸びとなっている。14

(4)「基本チェックリスト」の活用

- 「給付を利用せず、総合事業の生活支援・介護予防サービス事業のみの利用の場合は、基本チェックリスト該当で利用可」とされている。
 - 申請の際、市町村・地域包括支援センターが対面による基本チェックリストを実施し、利用者にふさわしいサービス(一般介護予防か介護予防・生活支援サービス事業か要介護認定による給付か)を判断して案内することが想定される。

(5)「限度額管理」や「利用者負担(利用料)」等の課題

- 予防給付(通所リハや福祉用具貸与など)を利用している要支援者が総合事業を利用した場合の限度額管理は?。
- 現行の介護予防訪問介護などに相当するサービスについては、介護給付の利用者負担割合(原則1割・一定以上所得者は2割)を勘案して市町村が定めることが想定される。
 - 7月下旬の国のガイドラインにより詳細が明らかに!



3. 一定以上所得者に対する2割利用者負担導入の実務的課題

一定以上所得者の2割負担導入の課題(1)

(1)「被保険者の上位20%に該当する」という設定の仕方

・ 介護保険制度発足以来14年間、保険料は応能負担、利用料は応益負担として、制度の浸透も図られてきた。高齢者の生活実態と関係なく「被保険者の上位2割に該当する」という基準(合計所得金額160万円以上の者＝年金収入280万円以上)で、利用者2割負担を導入するのは、あまりに乱暴過ぎないか。しかも「上位2割」という比率は市町村によって異なる。

→医療保険と同様に「現役並み所得に相当する者」(原則383万円を基準)は2割負担とすべきではなかったか。

(2) 来年(平成27年)8月からの2割負担導入

・ 市町村は、来年度(27年度)の市町村民税額確定後に、サービス利用者に「1割負担割合証」と「2割負担割合証」を作成し、7月中に被保険者に送付しなければならない。

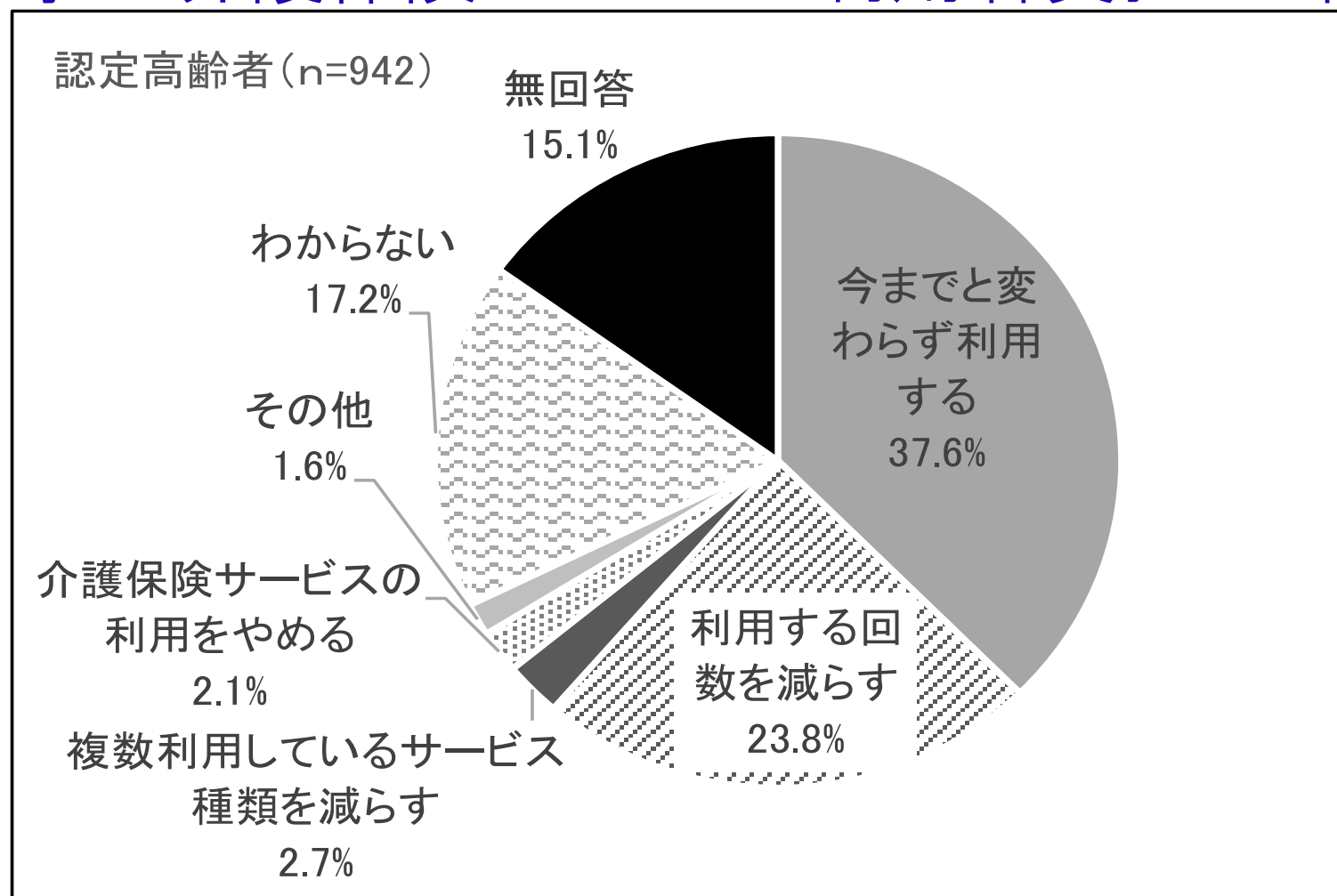
→ケアマネジャーとサービス事業者は、「被保険者証」と「負担割合証」をセットで確認する必要がある。

一定以上所得者の2割負担導入の課題(2)

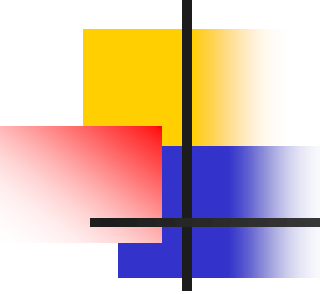
(3)2割負担該当利用者は居宅サービス計画の見直しが必要になる可能性(サービス種類や回数の変更)がある

・武蔵野市が昨年12月に実施した「要支援・要介護高齢者実態調査」(1,500名対象)では「介護保険サービスの利用者負担が2割になった場合どうしますか」の設問に対し、「サービスを『減らす・やめる』」の回答が約3割(28.6%)。

○問32:介護保険サービスの利用者負担が2割になった場合の対応



→利用者の年金収入等の経済的アセスメントと事前の周知が必要となる



5. 武蔵野市における地域包括ケアシステムの推進と介護保険制度”改正”に対する基本的考え方

武蔵野市の人口・高齢者・障害者等の直近5年(2009-2014)比較

	《平成21(2009)年度》	《平成26(2014)年度》	対21年度増 加率
人口	134,686人	141,584人	5.1%増
世帯数	70,461世帯	73,665世帯	4.5%増
65才以上 (高齢化率)	26,656人(19.8%)	30,086人(21.2%)	12.9%増
要介護高齢者数 (出現率)	5,060人(18.4%)	5,926人(19.5%)	17.1%増
被生活保護世帯	1,396世帯(1,693人)	1,718世帯(2,024人)	23.1%増
身体障害者数	3,193人	3,442人	7.8%増
知的障害者数	832人	996人	19.7%増
精神障害者数	474人	851人	79.5%増

※いずれも4月1日現在:障害者数については手帳取得者。障害重複あり。

※平成26年度は外国人を含む(改正住民基本台帳法の施行と外国人登録法の廃止による)

武蔵野市の地域包括ケアシステムは 高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎としている

住宅

雇用

保健・医療

【居住継続支援事業】

- リバースモーゲージ
- シルバーピア
- 高齢者サービスハウス

武蔵野市高齢者福祉総合条例（平成12年4月施行）

【健康増進・社会参加促進施策】

- 健康づくりや介護予防施策（地域健康クラブ・不老体操）
- 社会参加促進・生きがい実現のための施策（老人クラブ・社会活動センター）

【介護関連施設】

- テンミリオンハウス事業（7ヶ所）
- 日常生活支援事業（自立生活支援のためのホームヘルプ・ショートステイ、食事サービス）
- 認知症高齢者支援事業（相談・啓発・見守り支援事業等）

福祉サービス利用料条例

日常生活支援事業（ホームヘルプ・デイ・ショート）などの利用料を規定

【移送サービス事業】

- レモンキャブ事業
- コミュニティバス「ムーバス」

武蔵野市介護保険条例

【法定給付】

- 通所介護（デイサービス）
- 訪問介護（ホームヘルプ）
- 短期入所（ショートステイ）
- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）など

【サービス相談調整

専門員の設置】

- 苦情対応への市独自の仕組み

【福祉の施設】

- 桜堤ケアハウス
- 軽費老人ホーム

【利用者保護】

- 権利擁護センター

【介護保険施設整備】

- 吉祥寺ナーシングホーム
- ゆとりえ
- ケアコート武蔵野
- さくらえん 等

介護予防・生涯学習

交通体系

平成12年3月に介護保険条例とともに 高齢者福祉総合条例を同時に制定

- ①介護保険制度は高齢者介護の一部しか担えない
- ②高齢者の生活を総合的に支える「まちづくり」の目標

<基本理念>

(高齢者福祉総合条例第2条)

- (1)高齢者の尊厳の尊重
- (2)高齢者が住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまちづくりの推進
- (3)自助・共助・公助に基づく役割分担と社会資源の活用、保健・医療・福祉の連携の推進
- (4)市民自ら健康で豊かな高齢期を迎えるための努力

テンミリオンハウス

リバースモーゲージによる遺贈物件などを活用し、NPOや住民組織等が運営。市が1000万円を限度として補助。

地域での見守りや社会とのつながりが必要な方の生活を支援する「近・小・軽」の施設。



体操プログラム

＜サービス内容＞

手芸・書道・体操・健康麻雀など
各種プログラムのほか、
喫茶・世代間交流・緊急ショートステイ
などを実施している施設もあります。
地域住民向けのイベントも
実施しています。



テンミリオンハウスくるみの木

No.	施設名	住所	電話番号
①	川路さんち	西久保1-34-2	55-6239
②	月見路	吉祥寺北町1-11-7	20-8398
③	関三倶楽部	関前3-37-24	56-9047
④	そ~らの家	吉祥寺南町5-6-16	71-3336
⑤	きんもくせい	境4-10-4	50-2611
⑥	花時計	境南町2-25-3	32-8323
⑦	くるみの木	中町3-25-17	38-7552



レモンキャブ

誰もが気軽に外出できるまちを目指して、
外出が困難な方のためにできた移送サービス

～ 運転手は同じまちに住んでいる人～
運転手をつとめるのは、商店主を中心とした
地域の有償ボランティアです。
共助による地域を支えるサービスを提供。



～ ご利用について～

◆ ご利用できる方

高齢者や身体に障害を持つ方で
バスやタクシーなどの利用が
困難な市民の方

◆ 料金

30分ごとに800円
利用会員登録（年会費1,000円）
が必要です。
登録手続きは武蔵野市民社会福祉
協議会でできます。

～ 福祉型軽自動車を使用～

使用している車両は、身体の不自由な
人にも使いやすいように配慮された
福祉型車両です。



《お問い合わせ先》武蔵野市民社会福祉協議会
吉祥寺北町1-9-1（1階）TEL 23-0701



認知症高齢者ケア体系図

在宅介護支援センター 地域包括支援センター

総合相談・訪問
介護保険、各種制度の申請
各関係機関との連携・調整
介護予防講座等

普及啓発の推進

認知症サポーター等養成講座
キャラバンメイト養成講座
認知症を知る月間
(認知症を知るキャンペーン)
講演会
啓発用リーフレット配布
啓発用グッズ配布等

相談事業の充実

認知症面談相談 (在宅介護支援センター)

毎月第1・第3水曜日

10時~12時、13時~15時

認知症面談相談 (市役所)

毎月第2木曜日

10時~12時、13時~15時

認知症を知る月間

(認知症を知るキャンペーン)

医療機関との連携

地域住民

家族

本人

連携

連携

連携

連携

連携

連携

連携

連携

連携

連携

連携

連携

連携

権利擁護事業

権利擁護事業 (福祉公社)

地域福祉権利擁護事業

成年後見制度の利用支援

在宅生活の支援

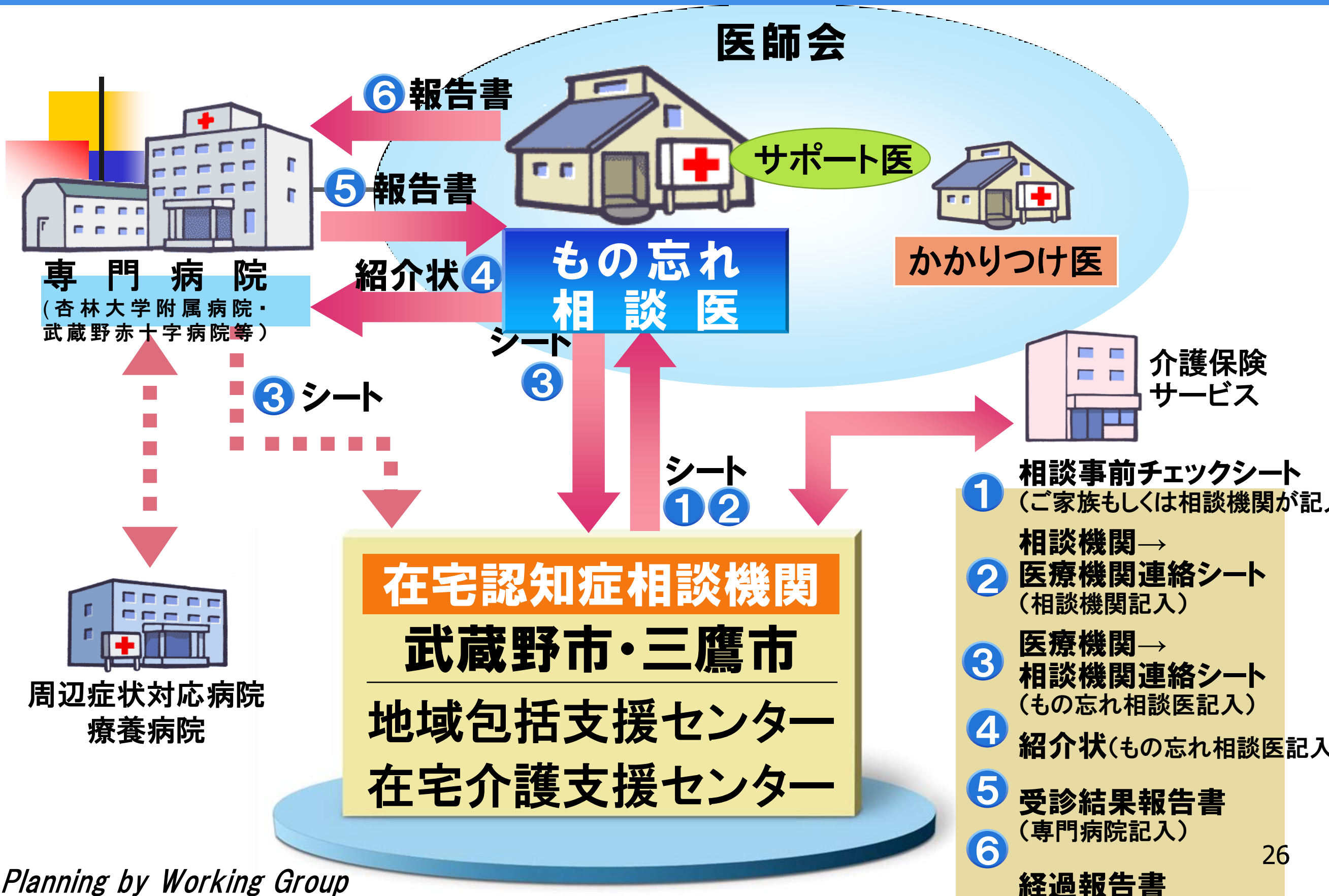
認知症高齢者見守り支援ヘルパー
はいかい高齢者等探索サービス
緊急ショートステイ
食事サービス
家族介護用品支給
火災安全システムの貸与
在宅高齢者訪問歯科健診
テンミリオンハウス等

介護予防事業

介護保険 サービス

通所サービス
夜間対応型訪問介護
認知症グループホーム等

三鷹武蔵野地区 認知症連携 イメージ



医療と介護サービスの両方が必要な高齢者の増加への対応

保健・医療・福祉の連携強化

- 医師会とケアマネジャーの連携に関する懇談会
- 歯科医師会・ケアマネジャー・保険者連携懇談会
- 武蔵野市独自の連携様式(介護情報提供書等)
- 地区別ケース検討会(エリア別地域ケア会議)における医師会の先生を講師とする研修会と事例検討
- 「脳卒中ネットワーク」の「脳卒中地域連携パス」(地域連携診療計画書)による急性期・回復期から在宅介護に至るまでの医療と介護の連携
- 「認知症連携シート」による在宅相談機関・もの忘れ相談医・専門病院・かかりつけ医の連携 など
- 在宅療養継続支援のための「医療機関一時入院連携制度」(バックベッド) など

介護保険制度見直しに対する武蔵野市の基本的対応方針

基本的対応方針: 国の制度見直しに伴う課題・問題点を把握したうえで、武蔵野市として地域の実情に応じた円滑な制度変更対応とサービス水準の維持・向上を目指す。

- **予防給付再編対応方針**: 予防訪問介護・予防通所介護を利用している要支援者に対しては、これまでと同程度のサービス供給が継続されることを基本とする。
- **一定以上所得者の2割負担対応方針**: 来年(平成27年)8月施行に向けて、ケアマネジャー・事業者などの協力を得ながら、市民への周知を丁寧に行い、「負担割合証」の発行などを円滑に進める。
- **地域ケア会議対応方針**: 「在宅支援連絡会議」「地区別ケース検討会」などの既存の連携会議に重層的な地域ケア会議機能を付加し、多職種連携を強化する。

武蔵野市ならではの新しいサービスの検討

—健康福祉部の平成26年度の新規事業・主要事業—

- (1) 高齢者安心コール事業(ひとり暮らし高齢者への電話訪問)
- (2) 高齢者なんでも電話相談事業(24時間・365日対応)
- (3) 高齢者福祉計画の改定・第6期介護保険事業計画の策定
- (3) 地域医療のあり方の検討
- (4) 障害者虐待通報・緊急相談事業(24時間・365日対応)
- (5) 障害児の放課後対策事業の充実
- (6) 障害者計画の改定・第4期障害福祉計画の策定
- (7) 災害時避難行動支援体制の検討
- (8) 臨時福祉給付金・子育て世帯臨時特例給付金の支給
- (9) 生活困窮者自立支援法(平成27年4月施行)の準備

武蔵野市の地域包括ケアが目指すものは...

- 2025年に向けた”まちぐるみの支え合いの仕組みづくり”
- 基本的方向性**: 地域リハビリテーションの理念に基づくとともに、高齢者福祉総合条例の基本理念や主要施策を基礎として、「体系化」と「改革」を進める！
- 基本目標**: 重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう”尊厳”を尊重し自立を支援するとともに、「高齢者のQOL」と「居宅生活の限界点」を高める！
- 推進手法**: 行政だけでなく市内の社会福祉法人や介護事業者をはじめ、保健・医療・介護などの関係機関の”多職種”が、地域の「互助」「共助」の力とともに協働して推進する！



私たちの英知を結集しましょう！
ご清聴ありがとうございました。