

## 社会福祉学講座

いざ！という時に困らないための、介護保険のこと

第4回 介護保険これからの動向

地域包括ケアシステムはどのようなになるのか？

日時：9月6日（日）10：00am～

場所：鶴瀬公民館 第三集会室

講師：原島清 氏

（医療生協さいたま生活協同組合 ふじみ野ケアセンター所長）

受講生：34名（男性19名・女性15名）



【夏休みで1ヶ月お休みの間に、すっかり髭の先生となられて熱弁を揮われた原島講師】

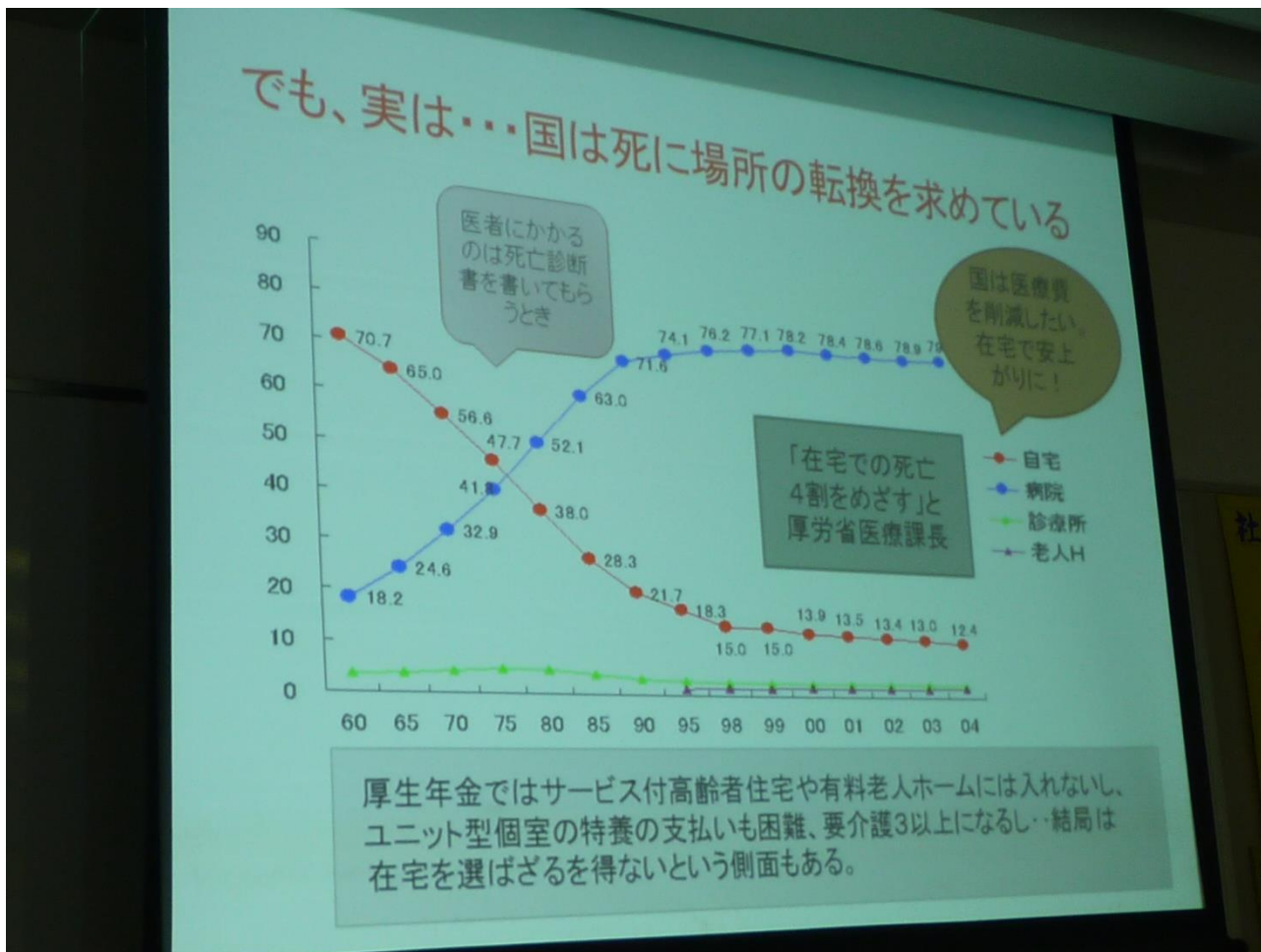
## 地域包括ケアシステム、5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

- 高齢者の尊厳の保持と自立生活支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の模索を目指す。
- 地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」
  - ①生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。
  - ②心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活ができるよう生活支援を行う。
  - ③生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。
  - ④個々人の抱える課題に合わせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。
  - ⑤単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人・家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

### 【上記に対する、厚労省研究会報告】

\* 2025年、単身・高齢者のみの世帯が主流、「仮に十分な介護サービスを利用し、地域社会の支えが十分でも、従来のような常に誰かが家の中において急変時には救急車で病院に搬送され、病院で亡くなるといった最期ばかりではなくなる」、「毎日、誰かが訪問してきて様子は見ているが、翌日になったら、一人で亡くなっていたといった最期も珍しいことではなくなる」、「常に家族に見守られながら亡くなるわけではないことを、それぞれの住民が理解したうえで在宅生活を選択する必要がある」。

- 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム
  - ①「公助」＝税による公の負担。  
「共助」＝介護保険などのリスクを共有する仲間の負担。  
「自助」＝自分のことを自分ですることに加え、市場サービスの購入も含まれる。  
「互助」＝相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。
  - ②2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
  - ③都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく、都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」役割が大。
  - ④少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。



2025年問題～団塊の世代がキーワード（元気な高齢者にも介護を担ってもらう）

- 2025年に65歳以上の高齢者人口が30%を超える。特に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる。
- 団塊の世代をどう見るか？  
多様な価値観と権利意識を持ち、戦後の経済成長の中で豊かな人生を送ってきた人たち  
⇒「新しい高齢者」と位置付ける。
- 特に都市部で高齢者が増加する。  
⇒埼玉県は増加率全国第一位  
⇒三郷市は四倍に増加する
- 介護費用7兆円が、2025年には24兆円になる。  
大幅に給付水準の削減をし、持続可能な制度設計に  
【そこで考えたのが地域包括ケア】
- 30分以内で駆けつけられる圏域を、地域包括ケアの圏域とする。
- 中学校単位が基本。
- 24時間365日、切れ目ない医療・介護・福祉の一体的な提供が可能。
- 前提⇒自助・互助・共助・公助の役割分担がされていること。  
この仕組みが、地域包括ケアシステム。
- 入院から在宅へ、医療から介護へ、介護から市場・ボランティアへ

## 先取りとしての診療報酬2014年改定

### ○入院から在宅へ「押し流し」の徹底

～急性期・回復期・慢性期のあらゆるステージからも、医療機関は常に患者を自宅に帰すという視点で診療にあたる仕組みを作った。

### ○「7：1」看護

～2年間で9万床削減？（現在の39万床の4分の1）  
⇒要件に在宅復帰率（75%以上）を新設した。

### ○長期入院の是正

～特定除外制度の見直し（90日超入院患者）

### ○地域包括ケア病棟

～急性期後、回復期を担う病棟（算定期間、入院後60日まで）在宅復帰率70%以上

### ○療養病棟

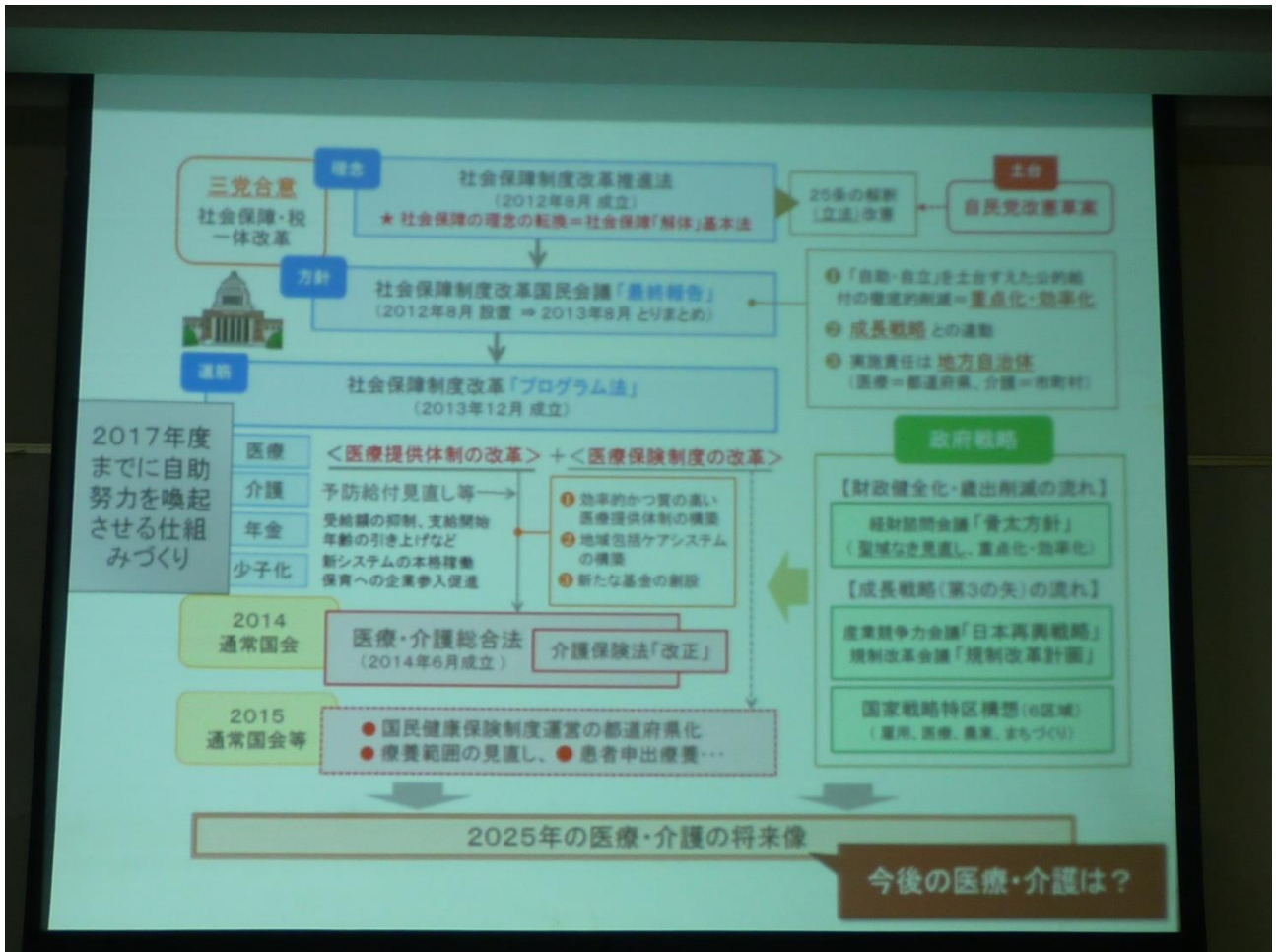
～在宅復帰機能強化加算の新設（復帰率50%、ベット回転率10%以上）

#### 【政府が実際に推進しようとしている地域包括ケアの基本理念】

1. 自助～自己責任（市場でのサービス調達も含む）
2. 互助～住民主体の活動（地域の連帯責任、営利企業参入）
3. 共助～社会保険（負担の見返りとしての給付）
4. 公助～公費（対象限定、内容制限、選別主義⇒生活保護等）

政府見解～順番を間違えないこと





地域包括ケアシステムの実現 (川下の改革)

- 病床機能再編の「受け皿」としての地域包括ケア (医療制度改革に取り組み)
  - ～施設や病院に頼らずに、最後まで在宅で
  - ～施設から住まいへ (在宅限界を高める)
  - ～24時間の外付けサービス (介護・看護)

○全国一律のシステムでなく、地域ごとの特性に応じて構成されるべきシステム

○利用者数・介護施設等の2011年度から2025年度改革シナリオ

～介護保険利用者	426万人⇒641万人	(+50%)
～介護保険施設	92万人⇒131万人	(+42%)
特養	48万人⇒72万人	(+50%)
老健	44万人⇒59万人	(+34%)
～居住系サービス	31万人⇒61万人	(+97%)
特定施設	15万人⇒24万人	(+60%)
グループホーム	15万人⇒37万人	(+147%)
～在宅介護	304万人⇒449万人	(+48%)
うち小規模多機能	5万人⇒40万人	(+700%)
うち定期巡回随時対応訪問	⇒15万人	

医療・介護  
総合法 「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案」

「**持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律**（プログラム法）」に  
基づく措置として、① 効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、② 地域包括ケア  
システムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う

◆ 法案に盛り込まれた法「改正」

- \* **医療法**
- \* 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律
- \* **介護保険法**
- \* **地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律**
- \* 看護師等の人材確保の促進に関する法律
- \* 外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17  
条等の特例等に関する法律
- \* 保健師助産師看護師法
- \* **社会福祉士及び介護福祉士法等の一部改正法**
- \* 歯科衛生士法
- \* 診療放射線技師法
- \* 臨床検査技師等に関する法律

● 医療事故調査の第三者機関設置  
● **看護師の特定研修制度創設（保険法改正）**  
（医師の医療行為の一部を看護師へ）  
● 放射線技師、検査技師等の業務範囲見直し  
● 看護師等免許保持者の届け出制度  
● 医療機関の勤務環境改善  
● 歯科技工士国家試験の全国統一化  
● 医療機関の勤務環境改善  
● 介護従事者の確保

性格が異なる法「改正」(19本)を一本に  
今までにない法案の出し方

「応益負担」論理による、利用料の引き上げ～一定以上の所得者が対象

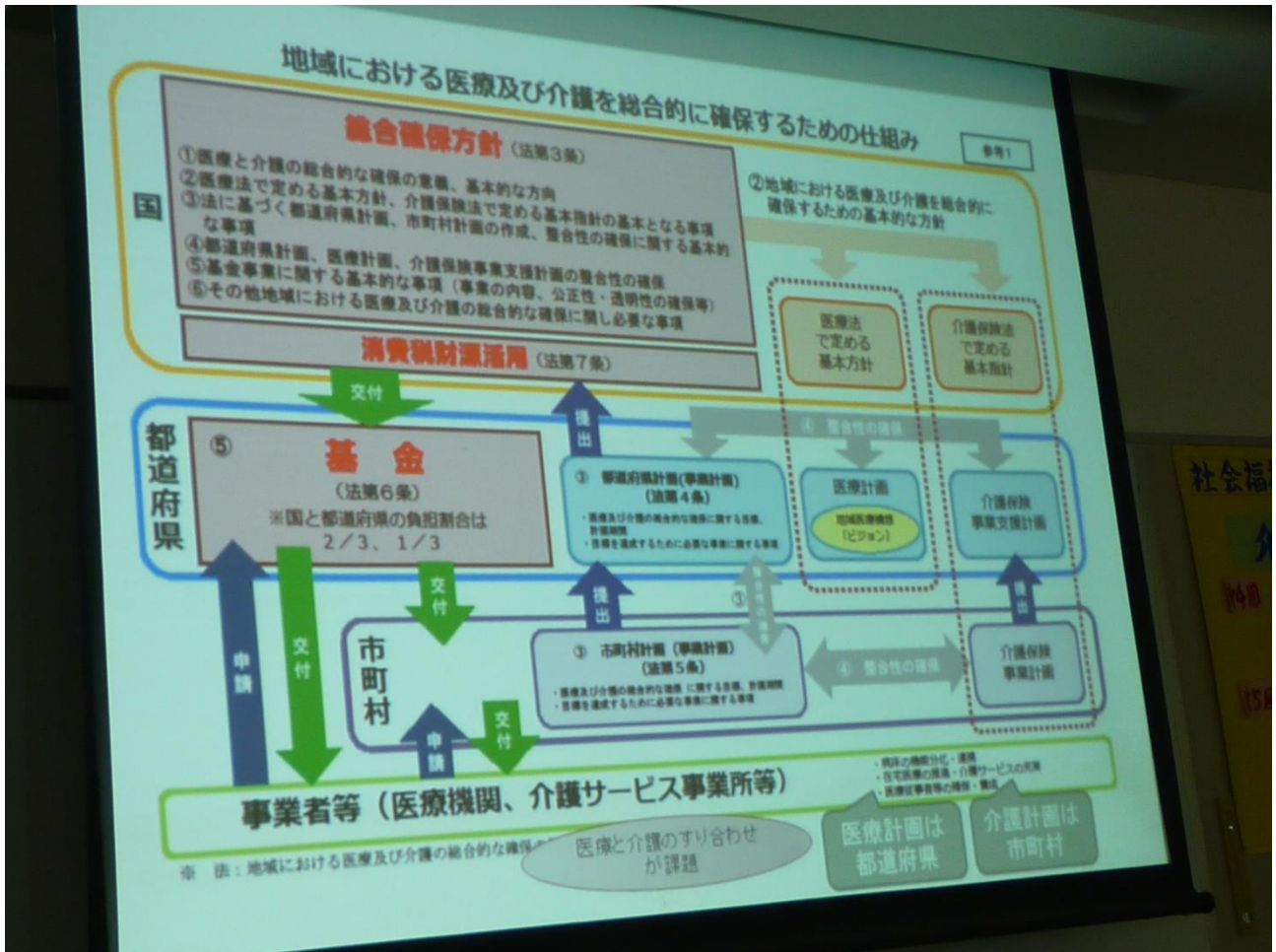
○一定以上の所得者とは、年金収入が280万円以上（65歳以上の、5人に1人が対象）

○在宅サービスの利用料は、2倍に引き上げ

○特養や老健も、利用料は数1千円から1万円以上の引き上げ

○月額負担増事例（首都圏4級地在住B氏83歳の場合）～要介護3/脳出血後遺症、片麻痺

・通所リハ	2/週	11, 123円
・訪問介護	1/週	2, 144円
・訪問介護（PT）		2, 735円
・福祉用具レンタル		5, 550円
・ショートステイ	4日/月	4, 063円
保険分の小計		25, 615円
・ショートステイ、通所の食事、居住費		17, 850円
<b>現在の負担額</b>		<b>43, 465円</b>
<b>2割負担になると</b>		<b>69, 080円</b>
<b>負担増</b>		<b>25, 615円（59%増）</b>



介護保険法 2014年「改正」 = 4つの切り捨て

1. 予防給付の見直し
  - ～予防給付発、市町村事業行き。新たな振り分けシステム。専門職のサービスをボランティアに移し替え
2. 一定以上所得者の利用料を2割に引き上げ
  - ～厚労省見解⇒可処分所得 307万円 - 消費支出 247万円 = 60万円となり負担増に耐えられる
  - 実態経済例⇒可処分所得 307万円 - 消費支出 342万円 = マイナス35万円であり、引き上げの論拠は既に破たん！
3. 特養の機能の重点化
  - ～要介護1及び2は、基本お断り（待機者17万人はどうなる）
4. 補足給付の要件厳格化
  - ～低所得者を施設から締め出し、待機者にすんなれない

最後に講師から政府は、「とにかく2025年団塊の世代が75歳の後期高齢者を迎える前に、医療費抑制のスタイル、つまり施設から在宅介護に舵を切る」ことを標榜している。

皆さんはこれに負けないよう「健康寿命」を伸ばすべく、日々努力しましょうと結ばれた。

【文責：秋山孝昭】