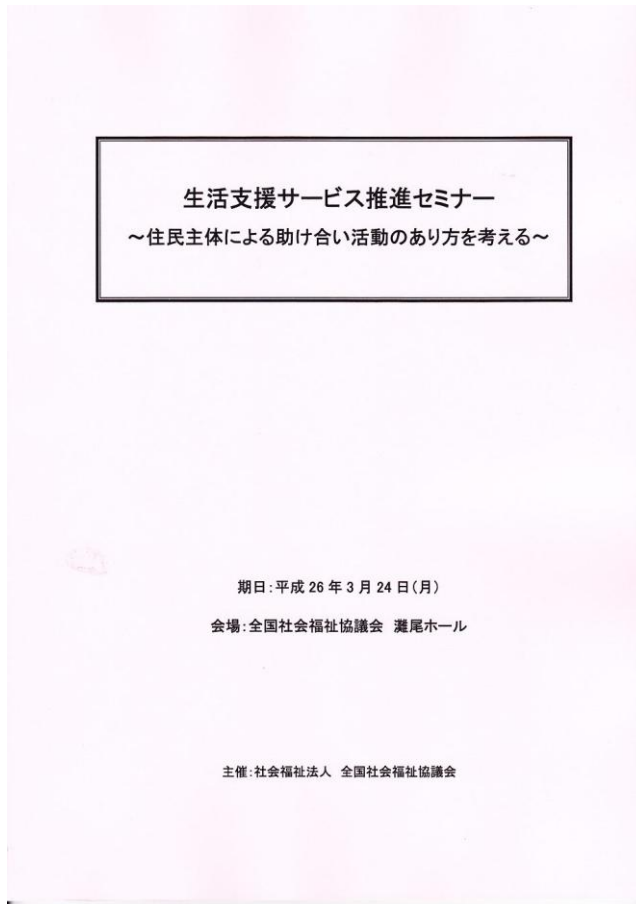


生活支援サービス推進セミナー から

～住民主体による助け合い活動のあり方を考える～



【構成メンバー】（50音順。●は呼びかけ団体）

- 公益財団法人さわやか福祉財団
認定特定非営利活動法人市民福祉団体全国協議会
住民参加型在宅福祉サービス団体全国連絡会
一般社団法人シルバーサービス振興会
特定非営利活動法人全国移動サービスネットワーク
- 社会福祉法人全国社会福祉協議会
全国農業協同組合中央会
一般社団法人全国老人給食協力会
公益財団法人全国老人クラブ連合会
宅老所・グループホーム全国ネットワーク
特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク
一般財団法人長寿社会開発センター
認定特定非営利活動法人日本NPOセンター
- 日本生活協同組合連合会

他にオブザーバーとして厚労省、学識者

コーディネーター 社会福祉法人全国社会福祉協議会事務局

期日 平成26年3月24日（月）

会場

全国社会福祉協議会灘尾ホール

主催 全国社会福祉協議会

開会挨拶

「地域包括ケアシステムの構築と
介護保険制度の見直し」

原勝則 厚生労働省老健局長

基調講演「新地域支援構想会議の取
組みと新たな地域支援への考え
方」

堀田力 公益財団法人さわやか福
祉財団理事長

シンポジウム「実践から学ぶ！住民
主体による助け合い活動とは」

シンポジスト

伊藤重夫 多摩市健康福祉部高齢
支援課長

島津禮子 NPO法人ふらっとス
テーション・ドリーム理事

内海正子 NPO法人はなのいえ
理事長

宮田早苗 高島市社会福祉協議会
コミュニティワーカー

永野論 生活協同組合コープみら
い福祉事業本部運営支援担当部長

コメンテーター

中村秀一 一般社団法人医療介護
福祉政策研究フォーラム理事長

朝川知昭 厚生労働省老健局振興
課長

地域包括ケアシステムの構築と 介護保険制度の見直し

厚生労働省老健局長
原 勝 則



きょうは全国から介護関係のみなさん、地域福祉の関係のみなさんがお集まりと聞いております。日ごろから、わたしたちの厚生労働行政の推進につきまして、ご理解ご協力をいただいておりますことに対しまして、心からのお礼と皆さま方のご活動に敬意を表したいと思っております。

きょうはわたしたちがいま国会に法案を出しております第6期の「介護保険事業計画」策定のための「介護保険法」の改正について説明してほしいというご依頼がございました。セミナーの趣旨から「介護保険法」改正のなかの、とりわけ「地域支援事業の見直し」ということを中心に説明させていただきます。

「新地域支援構想会議」が昨年12月に発足をされまして、ことしの2月には「地域支援事業」の見直しについての提言をいただきました。今回の「介護保険法」改正では、地域予防給付から地域支援事業への移行、地域支援事業の大幅な見直しに関心を呼び議論になっています。これを出した時には最初はいろんな反対の声が、今でもありますけれども、特に「介護保険制度」というのは「介護の社会化」ということで、措置制度から契約へという形で大きな転換が図られた制度でして、これはこれで意義があったことなのですが、予防給付を地域支援事業に移すということで、また昔のような措置制度へもどすのか、といったご批判をいただいています。それからこの事業化にともなって地域の中でインフォーマルなサービスがほんとうに確保できるのか。全国にいろいろな地域の状況がございまずから、実際には給付だけが切られてサービスが伴わないのではないかというご心配の声もいただきました。

わたしたちとしてはこれから介護ニーズが増えていくなかで、その基盤となる「介護保険」という制度を持続可能なものにしていくことが大前提です。残念ながらこの制度だけではわが国の超高齢社会のなかで増大する介護ニーズをすべて支えられるかというところムリである、とわたしは思っております。

そのためには「自助」・「互助」・「共助」・「公助」といういい方をしていますが、「自助」すなわち高齢者ご自身がしっかりと介護予防に取り組んでいただいて、いつまでも元気でいただく。あるいは「要介護」になってもできるだけ悪化しないように努力していただく。それから「互助」すなわち地域における支え合い、みなさんが取り組んでおられる活動をしっかりと定着させて、わが国において「互助」のしくみをしっかりと構築していく。この「自助」と「互助」がきちんとできて初めて「共助」である「介護保険制度」が持続可能なものになり、また最後のセーフティーネットである「公助」、生活保護をはじめとした

「公助」が機能する。わたしたちはそう考えておりまして、「自助」と「互助」の取り組みの強化は、わが国においては避けて通れないと確信しております。

そういう意味で、そのための推進として、わたしどもとしては予防給付から地域支援事業への移行、ならびに地域支援事業の充実は是非やらなければいけないのだということで提案させていただいております。そのことを説明してできるだけみなさまに理解していただきたいし、たいへん期待しております。

昨年11月ごろでしょうか、「さわやか福祉財団」の堀田先生が中心となりまして、「互助」の取り組み、地域における支え合いをしっかりとやっていこう、自分たちの時代がきたんだ、行政からの声かけに応えようではないかということで、非営利の14団体の方が中心になって、「構想会議」を立ち上げていただきました。決してわたしたちが先生に頼んでお願いしたわけではありません。自主的に立ち上げていただきまして、ほんとうに嬉しいことのでございましたし、やはり行政だけではできないことで、何よりみなさま自身が取組んでいただくことが不可欠でございますので、心強い動きだなと嬉しく思った次第でございます。

その中身に入らせていただきますが、「地域支援事業」の見直しを中心に、行政の取り組みの話をしていただきたいと思います。「地域包括ケアシステム」については、何回も聞かれておいででしょうから、きょうは簡単に申しあげますが、平成23年の「介護保険法」改正で、国と地方公共団体に対して、この「地域包括ケア」の実現についての努力義務規定が入りました。また昨年12月に成立しました、いわゆる「プログラム法」に、はじめて「地域包括ケアシステム」ということばも法律上入りました。

地域包括ケアに関する規定

○介護保険法第5条第3項

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、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の施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。（平成23年介護保険法改正で追加）

○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案第4条第4項

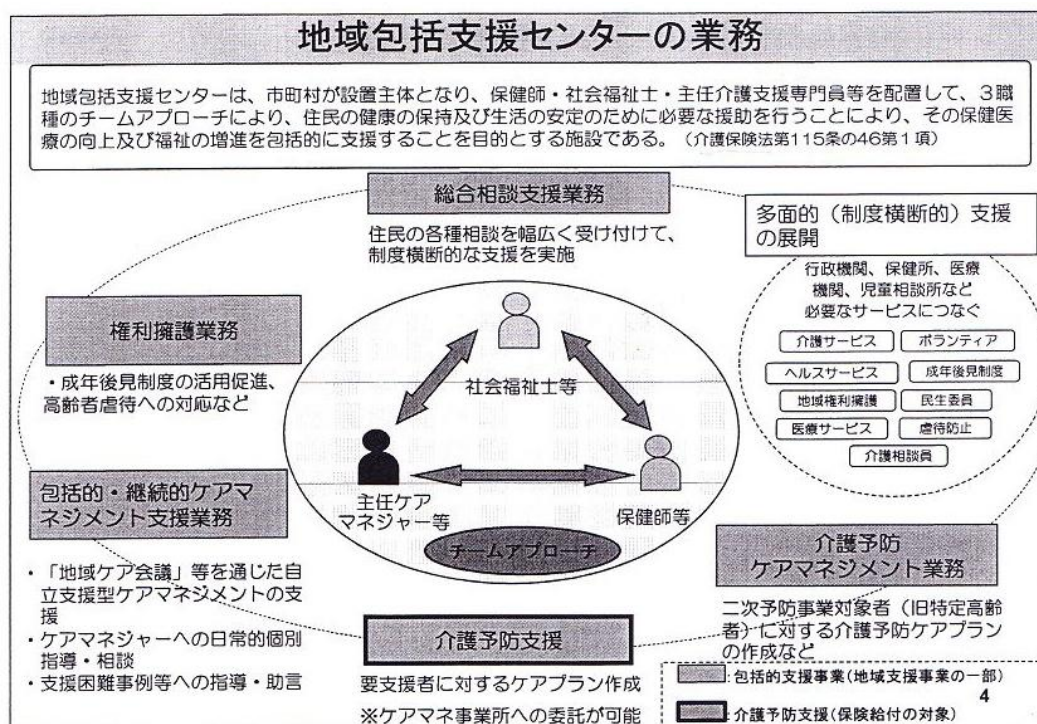
政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、……（以下略）

わたしたちは2025年に向けて、この「地域包括ケアシステム」の構築をめざしていかなければならなくなっております。

内容的には細かく申しあげませんが、ポイントは高齢化といっても2015年から2025年にむけて、この10年間で75歳以上の高齢者の方が全国平均より1.5倍以上増えるところが11.3%、都市部においては埼玉県は2倍になる。東京都は実数で74万人も増える。後期高齢者の方が増えていく地域がある一方で、全国の市町村の16.9%は75歳以上の高齢者が減っていく。したがって高齢化といっても地域差が非常に大きいということをご理解いただきたい。また地域によって使える資源が違いますので、そこで「地域包括ケアシステム」というのは、市町村が中心となって、地域の住民の方々にご参加いただいて、地域ごとにつくっていく。これがいちばん大事なポイントであるとわたしたちは理解しています。

したがって日常生活圏域、中学校単位で全国で約1万カ所のイメージですが、徒歩で30分くらいで歩いて行ける範囲といっていますが、これも地域によって違います。かならず30分以内というとなんかことはない。要するに地域地域で住み慣れた地域で高齢者の方々がサービスを切れ目なく受けられる。そういう体勢をつくっていく。その具体的な形は市町村によってそれぞれ違う、ということをご理解いただきたい。逆にいうと、市町村ごとに違うわけですから、まさに主役は市町村であり住民なのです。どういう形の「包括ケアシステム」をつくるかは地域地域で決めていただくということでございます。

「社会保障国民会議」で今回取り上げていただいて、「プログラム法」にも規定していただいて、わたしが1年半前にこの職についたときには「地域包括ケアシステム」ということばはございましたし、23年改正で努力義務も入っておりましたが、かならずしも定着し



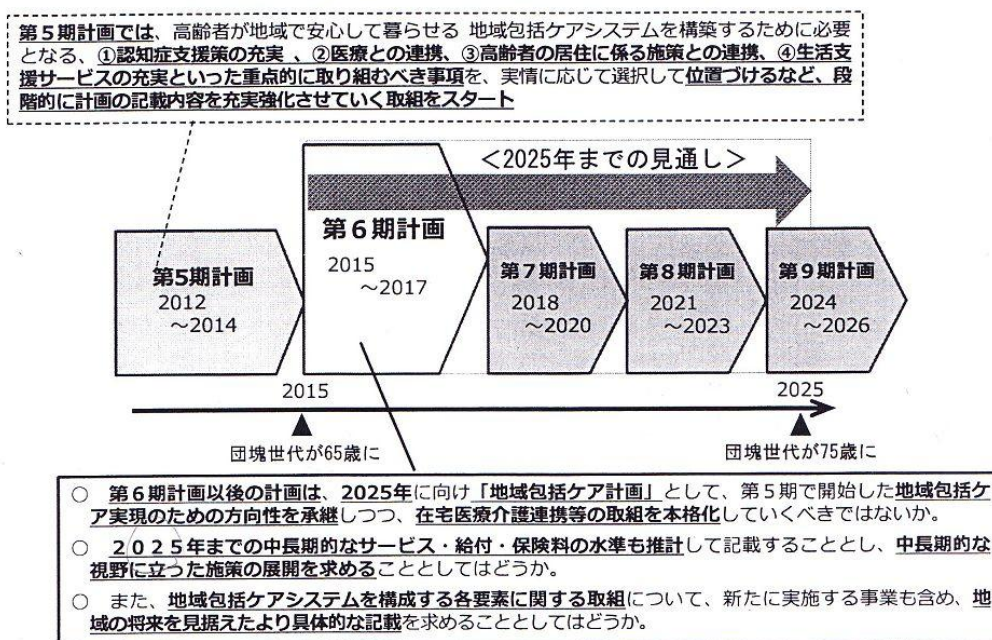
ているかという、そうでもなかった。いまやこのことばも定着して目標も徐々にではあります。国民のみならず、共有され認識されてきつつある。いまや政府のなかでも、厚生労働省だけではなくて、農水省さんや国交省さんも、この「地域包括ケアシステム」をめざして予算をとって政策をすすめていこうという動きになっています。

これも「国民会議」での議論のおかげだと思いますけれども、「国民会議」で指摘されたのは、ひとつはそうはいっても「地域包括ケアシステム」についてまだまだ国民のみならず、国民のみなさまの理解がたりない。そういう意味では広報、周知ということにもっと努力しなければならない。もうひとつは、目標としてはすばらしいけれども、2025年までにできるのだろうか、どうやってつくっていくのか。こういうふたつのことが議論になりました。

後者のほうの課題については、「介護保険」が中心になってつくっていきますので、「介護保険事業計画」というのを3年ごとに市町村がつくっており、いまは第5期が動いていまして、第6期の事業計画が平成27年度から3年間でおこなわれます。この計画策定と計画の実行を通して、これから4回ありますので、完全ではないですが「地域包括ケアシステム」のメドをつけたい、ということでございます。

とくに大事なのが日常生活での「ニーズ調査」です。地域において高齢者がどういうニーズを持っているのか、どういう使える資源があるかなどを、市町村が調査して実情を把握していただく。これが政策の起点です。これは第5期から入っておりまして、84%の市町村で何らかの形でやっていただきました。第6期では全国の市町村の96%が計画しております。あとは「地域ケア会議」とか「介護情報の見える化」などをあわせて政策支援ツールとして使っていく。こうして高齢者のニーズや地域の課題を把握する。あるいは社会資源の発掘を合わせてやっていただく。それを踏まえて計画をつくることになります。

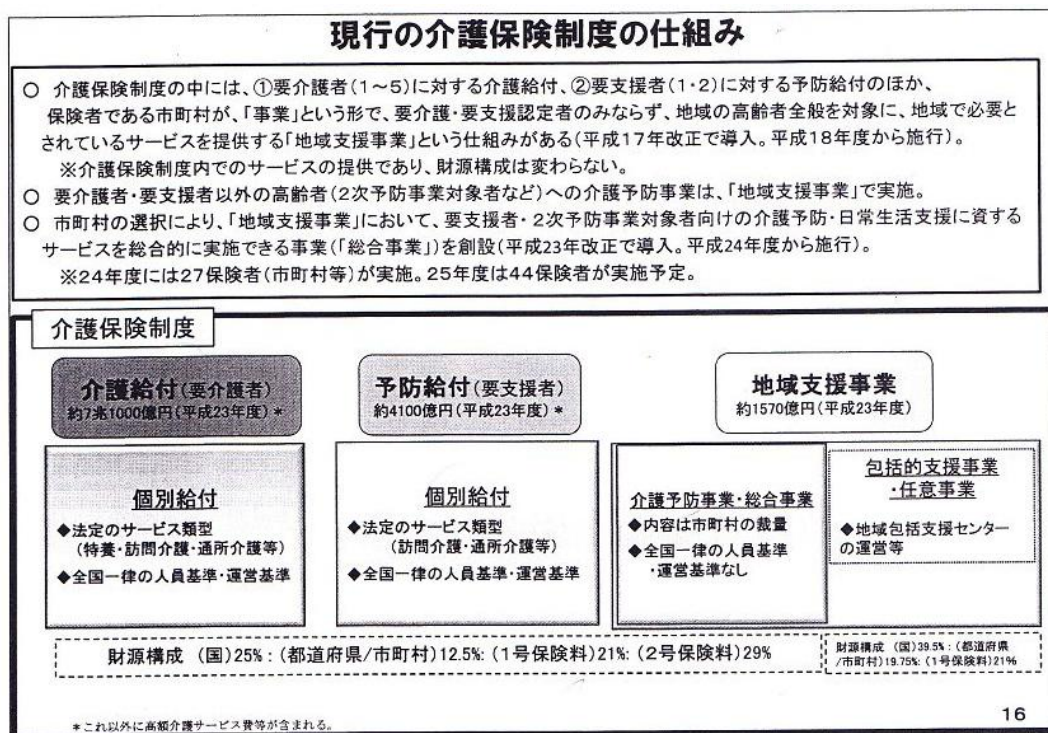
2025年を見据えた第6期介護保険事業計画の位置づけ



今回の制度改革の特徴は、医療と介護を一体的にやること。医療はこれまでは都道府県でしたので、市町村と都道府県との連携がますます重要になってきます。計画づくりにおいても、都道府県がどう支援し連携していくのか。その上で対応策を決定し実行してPDCAサイクルで4回まわしていく。市町村ではとくに「地域包括支援センター」の役割が非常に大事になります。いま全国で平均的な「地域包括支援センター」では、専門職は平均で5・6人ほど配置されています。社会福祉士さんと保健師さんが1・7人、主任ケアマネジャーさんが2・2人くらいが平均的な配置です。「地域包括」はいまでも非常に多くのしごとを持っていますし、これに加えて今度の「介護保険法」改正で、認知症対策や医療介護連携などいろいろなしごとが増えますので、体制の強化が大事です。専門職の増員のための財源の確保、また「地域包括」自体が、調査によると国民のみなさんの3割弱くらいしか知らない。残念ながら税務署とか社会保険事務所より知名度が低い。そこで介護サービス情報公表制度の中でさらなる周知を図っていきたいと思っております。

また役割も職員を増やすだけでなく、同じような「地域包括支援センター」がいまサブもいれたら7000カ所になっていますけれど、機関型と機能強化型といった役割分担をする。たとえば医療介護連携あるいは認知症をやるといった機関型をつくったら、それ以外は役割分担をしてもらって、効率的な運営はできないか。そういうことも課題として取り組んでいるところです。いずれにしても「地域包括支援センター」が重要な核になると考えています。

これまで通常は3年先までしか見ておりませんでした。今回は2025年度が目標になりましたので、市町村もそこまでの保険料やサービスの目標を推計して、住民のみなさんに示していただくことを市町村にお願いして取り組んでいるところです。「介護保険制



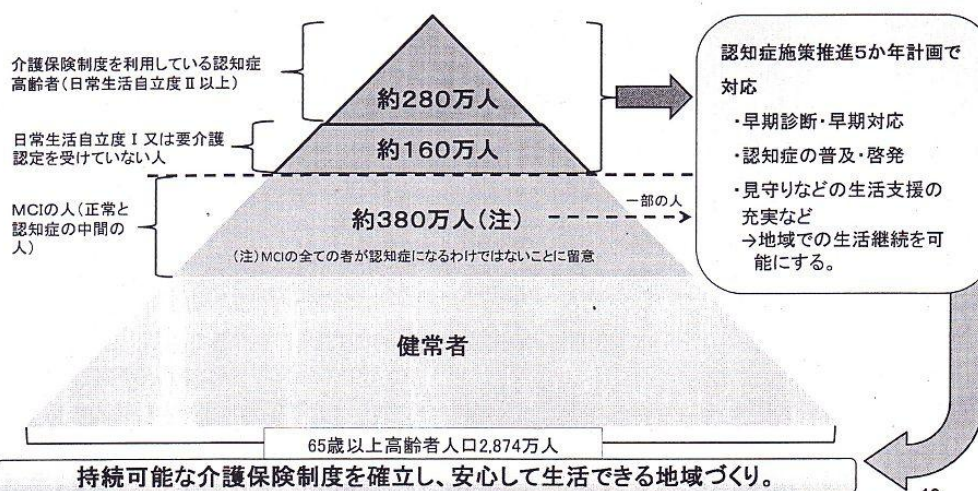
度」を中核にして、制度ができて公的なサービスがきちんとできないと何の意味もない。これからは「共助」である介護保険だけでは支えきれないので、「自助」「互助」が大事になる。とりわけサービス提供事業者の役割、社会福祉法人のありかたが議論になっていますけれども、社会福祉法人の役割は重要と考えています。そして全体を動かしていくのが市町村ということで、市町村の役割が非常に大事になるということです。

もうひとつは、地域住民のみなさんにもぜひ頑張ってもらいたいということです。まずは「自助」「互助」に取り組んでいただく。それから「介護保険事業計画」にも参画していただきたい。さらには「介護保険相談員」という制度がございます。いわゆる市民オンブズマンといわれておりますけれども、地域の高齢者の方に市町村が委嘱して、サービス利用者に直接に接触していただいて相談に乗っていただく。こういう相談員を広めていきたい。あるいは市民後見人。「成年後見制度」は「介護保険制度」と同じ2000年にスタートいたしました。認知症高齢者が増えているなかで低調です。それをカバーするのが市民後見人で、これを増やしていきたい。それから認知症サポーター制度。これは600万人を目標にしておりますけれども、487万人まで進んできております。こういったいろいろな形で地域住民の方々の役割があるのではないかと考えております。

「地域包括ケアシステム」については、いろんな関係団体の方々と気持ちをひとつにして取り組んでいこうということで、今週の3月27日（木）に、厚生労働省と医師会とか全社協とかその他の関係団体を中心になって準備委員会をつくりまして、全国の約70ぐらいの団体にご参加をいただいて、「地域包括ケア推進全国会議」をおこなうことになっております。関係者が一致団結して取り組んでいくことが意義のあることで、たいへんありがたいことと思っております。

認知症高齢者の現状（平成22年）

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計（平成22年）。また、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の間）状態の者）の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人（平成22年）。

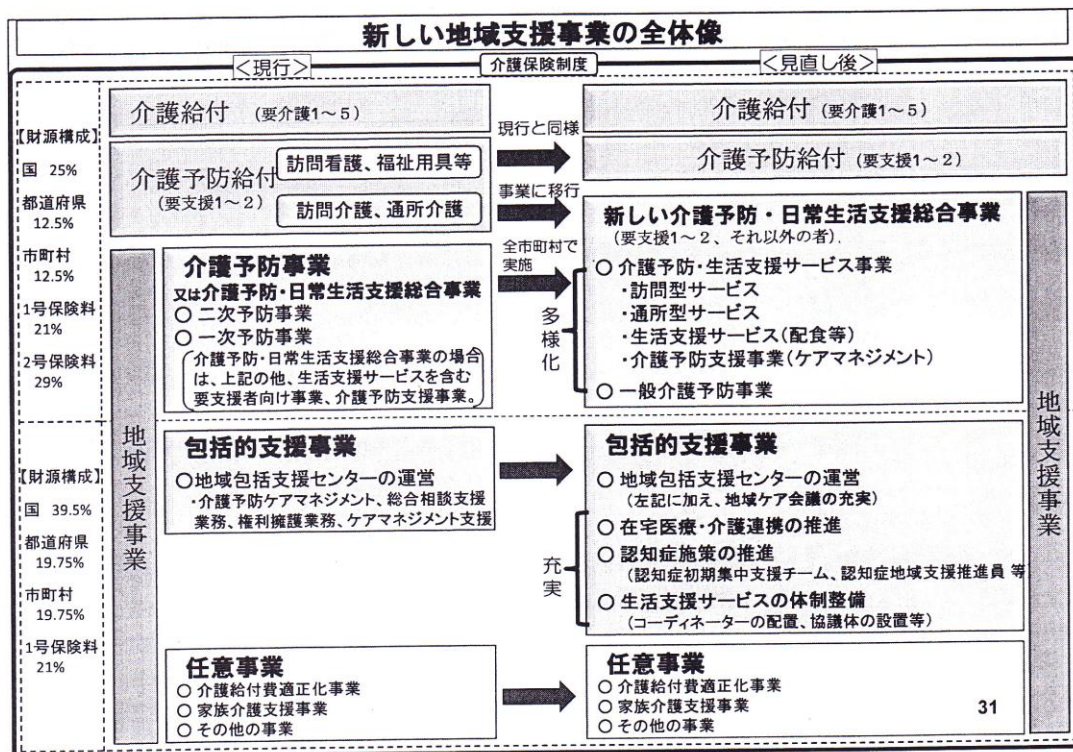


出典：「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)及び「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について」(H24.8公表)を引用

二つ目が「法案」の話ですが、今回の「介護保険制度」改正でご理解いただきたいのは、医療と介護を一体的にすすめるというのが改正の眼目です。そういう意味で、「医療提供財政改革」についても、みなさまにぜひ承知していただきたい。よく川上の「医療提供財政改革」と川下の「地域包括ケアシステム」の構築あるいは「介護保険制度」の改正といわれたり、あるいは「病院完結型の医療」から「地域完結型の医療」へとか、あるいは高齢者については「治す医療」から「支える医療」へといったある種のパラダイム転換という考え方の変化、これが「社会保障国民会議」の報告書にも書かれています。いま高齢者医療・介護をめぐるのは、そういう大きな考え方の変化が生じつつあります。制度改正もそれに合わせてやっていきたいということでございます。

具体的にはどうやっていくのか。国会に出しているのは、略称で「地域医療・介護総合確保推進法案」です。たくさんの法律を一遍に一本の法案で改正しようと欲張ってしまって問題だといわれていますけれども、趣旨はあくまでも医療と介護を一体にすすめていくという、それには法案は一本のほうがいいということでもとめてあります。全体は三層構造になっていて、第1層は医療と介護を一体的にすすめていくための政策ツール。具体的にいうと医療のほうは「医療財政改革」で、介護は「地域包括ケアの構築」です。

ひとつは計画。これは都道府県が中心になって、医療でいえば医療計画、介護でいえば介護保険事業支援計画。これは都道府県が策定をしておりますので、市町村と連携しながらふたつの分野について計画を総合的に一体的につくっていただく。もうひとつが基金ということで、これは「プログラム法」にも書いてありますけれども、診療報酬ですとか介護保険の介護報酬ですとか、既存の財政支援制度がありますけれども、新たな財源支援制



度ということで、消費税財源を活用して、新しい基金を都道府県ごとに設置しましょうということ。26年度予算では904億円の財源規模となっておりますけれども、これを国と都道府県で2対1で負担する。27年度には消費税がさらに増収になります。予定通りに8%から10%になれば、さらに増収になる。その後も毎年予算で財源を増やしていく。そういう基金制度をつくって応援していく。

真ん中は医療提供体制と介護保険。ふたつのそれぞれの目的を達成するための制度改革ということで、医療提供体制でいえば病院の報告制度あるいは地域医療ビジョンの策定、といったものが政策の中身になります。また介護保険でいえば、地域支援事業の充実、医療給付の地域支援事業への移行、といったものになります。

そして3層目が、改革を円滑にやっていくには関連する制度を一体的にやったほうがいいだろう。直接ではありませんが関係する制度ということでございます。介護でいうと「地域包括ケアシステム」を充実するのはいいけれど、保険料が上がってしまう。しかし負担できない保険料ではやっていけませんので、伸びを抑制する。持続可能にするための制度改革が大事だということで、窓口負担の2割への引き上げとかを資産などを勘案することで、国民のみなさまにはご負担を少し増やす申し訳ない改正ですが、保険料の増加の抑制ということでやらせていただきたい。

基金については26年度は医療だけ。医療・介護連携のところにはいくばくかは使えますが、本格的には介護は27年度から対象になるということで準備をすすめております。

今回この4月から「診療報酬」改訂がございまして、かなり思い切った改訂になっています。「国民会議」における「医療提供財政改革」と「地域包括ケアシステム」の構築で、この実現にむけて診療報酬会計もそれにあったものにしていこうということで、全体とし

介護給付と保険料の推移				
<ul style="list-style-type: none"> 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8200円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。 				
事業運営期間	事業計画	給付(総費用額)	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度		4.6兆円		
2002年度		5.2兆円		
2003年度	第二期	5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度		6.2兆円		
2005年度		6.4兆円		
2006年度	第三期	6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H21年度改定 ▲0.5%
2007年度		6.7兆円		
2008年度		6.9兆円		
2009年度	第四期	7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H24年度改定 ±3.0%
2010年度		7.8兆円		
2011年度		8.2兆円		
2012年度	第五期	8.9兆円	4,972円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2013年度		9.4兆円		
2014年度		10.0兆円		
2025年度		21兆円程度(改革シナリオ)	8,200円 程度	

※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算、2014年度は当初予算(案)である。
 ※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月) ※2012年度の資金水準に換算した値

ては+0.1%ですが、中身は盛りだくさんなものになっております。主治医機能の発揮ということで診療所の包括的な評価、衣替えして亜急性期の「地域包括ケア病棟」を評価しよう。いろいろな内容が盛り込まれています。

そこで「介護保険制度」の改正ですが、総事業費が9兆円くらいになっていますが、これが2025年には21兆円までふくらむ。問題は保険料負担です。現在は全国平均で5000円程度ですが、これが現在の賃金水準ベースで8200円。名目ではもっと上がると思いますが、年金額が伸びないなかで8200円は重い負担になりますので、これを抑えるための改正が必要だと考えています。

今回の「介護保険制度」改革は提供体制の充実と医療負担の公平化、いい方を変えると、サービスの充実と重点化・効率化を同時一体的にやる。せっかく消費税という目的税が活用できるわけですので、使うだけではなくて、保険料負担をどれだけ抑えられるか、サービスの充実と効率化を同時一体的にやるというのが、今回の眼目です。

あとから出てこないことを先に話しておきますが、介護報酬改訂についてです。この4月から審議会で議論を再開しまして、年末に向けて意見書を取りまとめます。来年の4月から制度改正と合わせて同時に実施する予定のものです。したがって介護報酬会計については、中身は決まっておられません。そのなかで関心が高いのが、介護士の方の処遇改善です。一体改革の枠組みのなかでは消費税財源を活用して、処遇改善をやるのが決まっています。ぜひ実現したいと考えています。平成21年度からこれまで3回ほど処遇改善について取り組みをしてまいりまして、単純に足し合わせるのはいかがとは思いますが、約3万円程度の政策保護があったのではないかと考えています。

どこまで見ていくかには議論もありまして、単に賃金だけ上げてもどうなのか。介護職の何が問題なのかといいますと、離職率が高い。肉体的にも精神的にも負担の大きなしごとでございますので、とくに全体の8割ぐらいは女性が勤務している職場ですから、親の介護とか結婚とかいろんな制約が多い。そういうことも重なって離職率が高い。賃金を上げるだけではなくて、職場環境の改善が合わせて必要ですし、参入促進といっていますけれども、若い方々に、あるいは中途でもいいのですけれども、他の分野からあるいは新人として介護分野にたくさんはいていただきたい。おかねだけではなく総合的に対策を講じていかないといけない。合わせて取り組みながらやっていきたい。処遇改善については、今度の改正案の付則に今後1年かけて統合的な介護職の確保策について検討をすることはしています。わたしたちは都道府県に、まずは介護職の方の地域におけるニーズそれに対する供給力、こういうものを調査し推計していただく。第6期に合わせてやってもらおうということで、総合的に取り組んで参りたい。

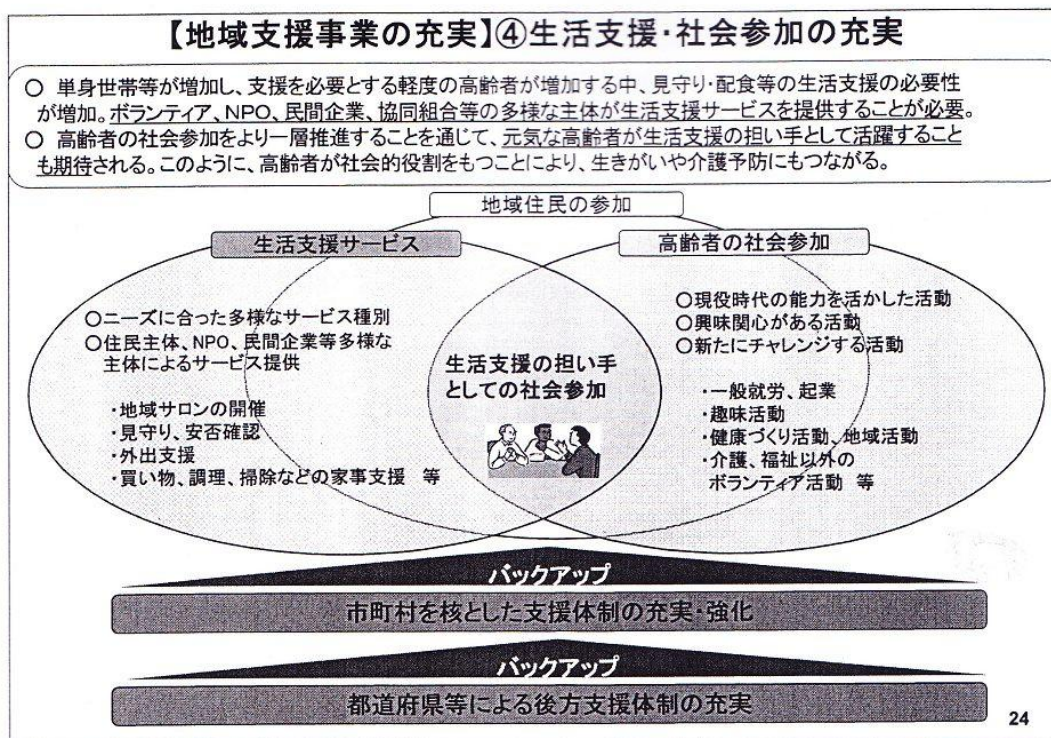
「地域支援事業」の話に移ります。平成18年にこの制度ができています。介護保険は冒頭にいいましたように、基本的には社会保険でして、被保険者である要介護認定者の方が、介護を受けなければならない状態になったときに、保険としてサービスを給付する個人に給付するという形になっています。約7兆1000億円の規模で要支援者に介護給付を行

なっています。それから要支援1の方へも予防給付という形で事業規模4100億円の規模で個別給付をしている。こういう個別給付が基本型でございます。

ただ平成18年に、介護予防というものを取り組んでいくには個人給付ではなくて事業という形でやったほうが効果的ではないか、こういう議論がございまして、同じ介護保険の財源で、地域支援事業を平成18年につくりまして、事業形態で介護予防に取り組んできたという経緯がございます。この地域支援事業全体で1570億円の事業規模になっておりますけれど、4対6くらいの割合で予防事業と包括的支援事業がございまして。この包括的支援事業は何かといいますと、これは市町村の事務費みたいなもので、予防事業と4対6の割合になってはいますが、これを今回予防給付のなかの通所介護と訪問介護をこちらの事業に移しまして、この事業を拡充する。もうひとつは包括的支援事業のなかに、認知症だとかあるいは医療介護連携だとか、そういった事業を新しくここに位置づけまして、消費税財源を活用しながら財源を確保して市町村に中心になって取り組んでいただく。こういう狙いで改正をしたわけでございます。

で、地域支援事業の充実全部で5項目ございまして、まず「医療介護連携」、それから「認知症施策」、「地域ケア会議」、みなさまに関係が深い「生活支援」、そして「介護予防の充実・強化」の5分野でございます。それぞれ市町村の準備も考えまして基本的には平成30年度から全市町村で実施。3年間の移行期間を設けながら、準備ができたところから取り組んでいただくという形にしてございます。

第一の「医療介護連携」ですが、これはこれまで医療は都道府県でございましたが、在宅医療そして介護との関係を考えますと、住民に身近な市町村に積極的にかかわってもら

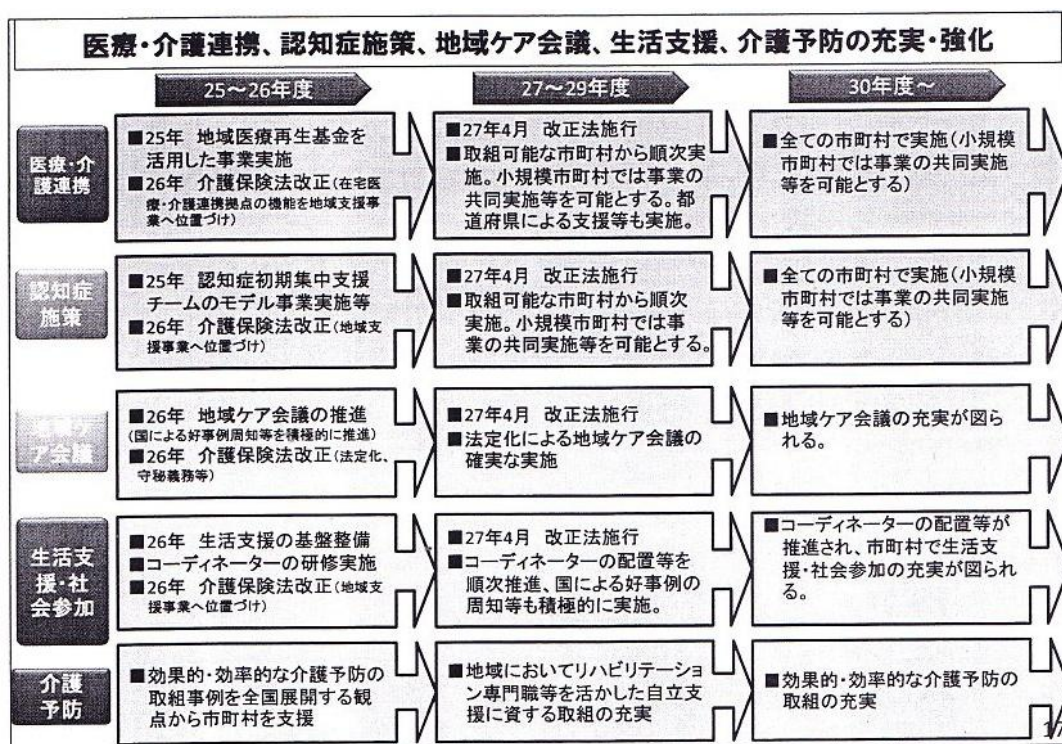


ったほうがうまくいくのではないかと、ということで介護保険法を改正して、市町村にこういった役割を位置づけて、連携事業に取り組んでいただく。

平成23年度から取り組んできた成果がございます。これに加えて26年度から病院の退院する患者さんに対して退院支援をしていますが、退院支援の段階から地域の介護の関係の方に入らせていただく。ケース・カンファレンスをするときにそこにケアマネジャーあるいは市町村の職員に入ってもらって、円滑な介護への移行を図ってもらう。というようなモデルも取り組みたいということで、都道府県に募集をかけているところです。いずれにしてもこの成果を活用しながら市町村が中心になって実施してもらう。そのときに市町村だけでは全部できないので、地区の郡市医師会、800以上ございますけれども、郡市医師会に委託する。そういう関係団体に委託ができるようにしたいと考えています。

二つ目が「認知症」でして、「オレンジプラン」(認知症施策推進5カ年計画)を実行してまいります。とくに26年度では「初期集中支援チーム」と「認知症地域支援推進員」の配置をすすめていきたい。また早期の鑑別診断が大事ですので、「認知症疾患医療センター」の整備を合わせてやっていきたい。「オレンジプラン」ですけれども、内容的には高い評価をいただいています。国際的にみても遜色のないものですが、いかんせん取り組み体制が弱いというのが着任してからの感想でございます。

今回の制度改正で、ふたつのことを考えております。一点は主体となる市町村の役割を地域支援事業によって明確にする。もう一点は介護保険の財源を使うことによって、ある程度の財源規模が確保できる。いまは国が、場合によって県が一部を負担する補助金予算です。ところが厚労省の予算は10%マイナスシーリングの中ではなかなか予算がふえな



い。「初期集中支援チーム」を増やしたいと思っても、予算がないのでできない。そこで今回の介護保険の新規事業に移すことによって、上限はございますけれども格段に財源の確保がやりやすくなりました。

三つ目は「地域ケア会議」ですが、地域におけるケアマネジメントの確立に重要な会議でして、現在8割ぐらいの市町村にやっていますけれども、これも全市町村のしごとと位置づけています。もちろん形だけでは意味がありませんので、個別ケース・カンファレンスと地域全体の政策課題の整備など中身も充実させたいと考えています。

四つ目が「生活支援サービス」です。要介護認定率。実は85歳から89歳の方でやっと50%です。逆にいうと残り50%は要介護認定を受けていない。要介護認定を受けても8割ぐらいの人しかサービスを使っておりません。医療は保険料を払って医療サービスは受けられます。ところが「介護」は85歳になっても半分の方が認定をうけていない。元気な高齢者の方にも保険料を引きつづき納めていただく、そのことが大事だと思っております、介護負担の抑制が大事だということを申しあげたい。

独り暮らしの高齢者あるいは認知症の方がこれから増えてまいりますけれど、どういうサービスを求めているか。ひとつは「生活支援サービス」です。配食だとか、見守りだとか、外出支援だとか、買い物支援だとかいろいろありますが、こういったサービスは介護保険事業所も提供しますが、地域の中ではいろんな主体がいろんな形でサービスを提供しています。ならば、初めから画一的な給付ではなくて、多様な主体による多様なサービスによって介護保険を使いながらやっていただくほうが効率的ではないか。

五つ目が「介護予防」。これから独り暮らし高齢者の方々に必要なのは「介護予防」ですが、「介護予防」で問題なのは家に閉じこもること。わたしたちはデイサービス事業所に行ってくださいのもいいのですが、それだけではなくて社会参加、毎日一回は自宅を出て、だれかとお話をしてもらおう。あるいは老人クラブの活動をしていただくとか、碁会所に行って碁を打ってもらおうとか、団塊の方々はもっともっと働けますので、シルバー人材センターへ行って有償ボランティアをしてもらおうとか。こういう社会参加の場というのは、介護保険のデイサービス事業所も提供しますが、民間企業も含めて多様な主体が多様な形で提供しています。そういう意味でも給付ではなくて事業でやったほうが効率的、効果的になるのではないかと。ということで、今回生活支援の「介護予防」の充実ということで事業を移行させるということです。

生活支援サービスの基盤整備ということで、平成26年度予算に「コーディネーター」の配置ということを計画しています。

これについては26年度は消費税の財源も十分でないということで、全国で5分の1程度320カ所に配置したい。予算としては活動費も含めて800万円ほどですが、支援事業ということで市町村から支出して「コーディネーター」を配置します。「コーディネーター」は3層からなっていると考えておまして、1層目は市町村ごとにひとり配置する。それが終われば2層目として「地域包括ケア」の日常生活圏域にひとり、約1万カ所に配

置したい。そして3層目は個々の現場で、高齢者のニーズと生活支援サービスをマッチングさせる。自主的にやっていただく。そういう大きな考え方のもとに充実させていきたいと思っています。1層目はとりあえず市町村に一人の配置ですが、そのためには同じような目標、考え方を共有していないといけないわけです。何より「コーディネーター」にふさわしい人材を確保せねばならないので、26年度においては国が中心になって研修をやった上で配置していきたいと考えています。コーディネート機能の例としては、地域包括が主体になった例、あるいは社協やNPOが主体になった例。新しい介護予防事業ということでは、心身機能の回復に中心を置いてきましたが、これからはそれに加えて社会参加と活動に力点を置いた介護予防事業にしていきたい。具体的な内容はこれからです。

近いうちに全国の好事例集を出します。都道府県から400事例を集めて有識者の方へに選考していただいて、すでに10事例がありますので、60事例を好事例集として出しますので、ぜひご覧いただきたいと思います。

ということで、時間がまいりましたので説明を終わりますが、行政だけが旗を振ってもダメなので、みなさま方がしっかりと取り組んでいかれることによって、うまくいくのではないかと思います。わたしたちも全面的にご支援いたしますので、どうぞこれからもよろしくお願いたします。

