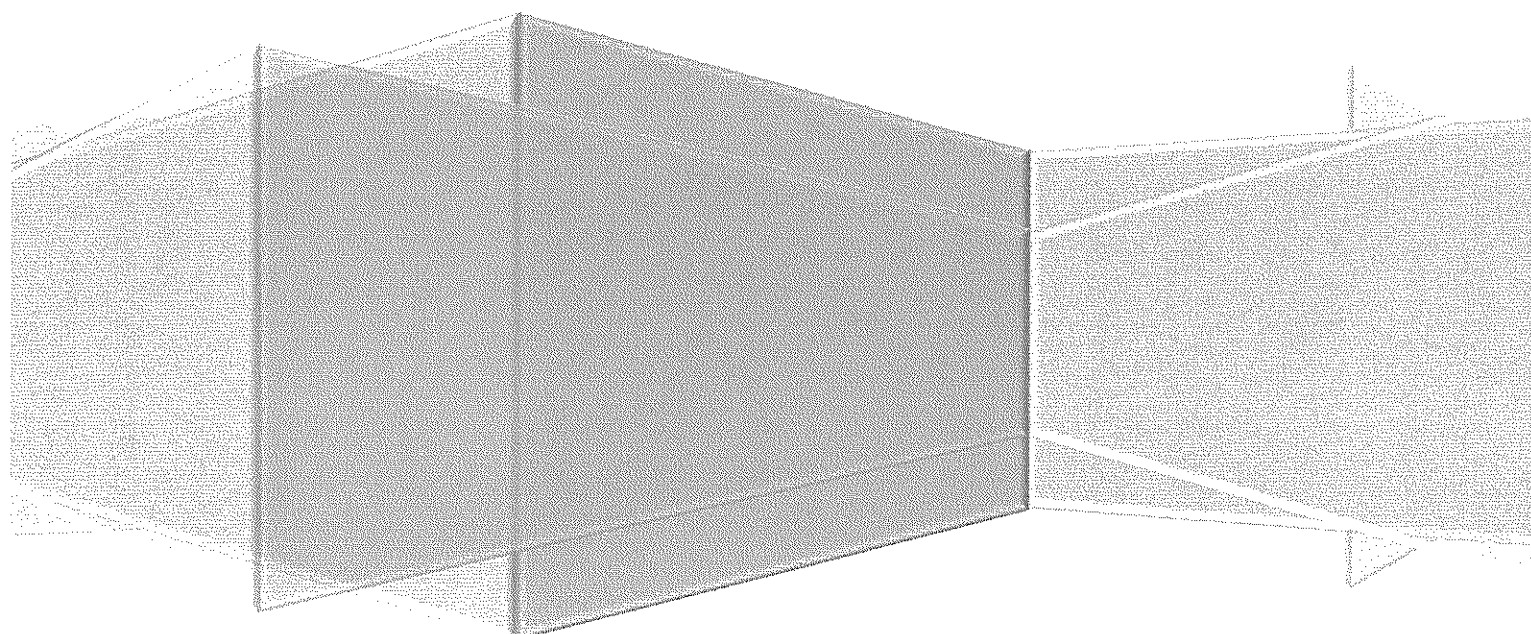


武蔵野市 地域包括ケアシステム 検討委員会報告書

平成26年3月

武蔵野市



武蔵野市地域包括ケアシステム検討委員会報告書

目次

| | |
|----------------------------------|----|
| 第1章 はじめに | 1 |
| 第2章 「地域包括ケアシステム」に対する武蔵野市の基本的な考え方 | 2 |
| 1 「地域包括ケアシステム」とは | 2 |
| 2 武蔵野市における「地域包括ケアシステム」 | 3 |
| 3 「地域リハビリテーション」と「地域包括ケア」の関係 | 5 |
| 第3章 介護保険制度改正の動向と問題点 | 6 |
| 1 介護保険制度改正の動向 | 6 |
| (1) 社会保障制度改革国民会議報告書による方向性 | 6 |
| (2) 介護保険制度改正案の主な内容 | 6 |
| 2 制度改正の問題点 | 7 |
| (1) 介護予防給付（予防訪問介護・予防通所介護）の見直し | 7 |
| (2) 一定以上所得者の利用者負担の見直し | 7 |
| (3) 特別養護老人ホームの重点化 | 8 |
| (4) 補足給付の見直し（資産等の勘案） | 8 |
| 3 武蔵野市による制度改正への意見具申 | 8 |
| 第4章 地域包括ケアシステム推進に向けた課題整理と今後の方向性 | 9 |
| 1 武蔵野市の概況 | 9 |
| 2 武蔵野市としての課題と今後の方向性 | 12 |
| (1) 安心して地域で生活するために | 12 |
| (2) 認知症の方を地域で支えるために | 15 |
| (3) 支えあいのまちづくりのために | 21 |
| (4) 武蔵野市らしい住まい方 | 23 |
| (5) 介護保険制度改正への対応 | 25 |
| (6) 推進体制の強化 | 31 |
| (7) 他制度との連続性や連携 | 38 |
| 第5章 おわりに | 39 |
| 資料編 | 41 |
| 参考資料①武蔵野市高齢者福祉総合条例 | |
| ②「介護保険制度改正に対する緊急提言」（東京都市福祉保健部長会） | |
| ③「介護保険制度改正に関する意見書」（武蔵野市議会） | |
| ④予防訪問介護と予防通所介護の利用状況について | |
| ⑤武蔵野市地域包括ケアシステム検討委員会設置要綱、検討の経緯 | |

第1章 はじめに

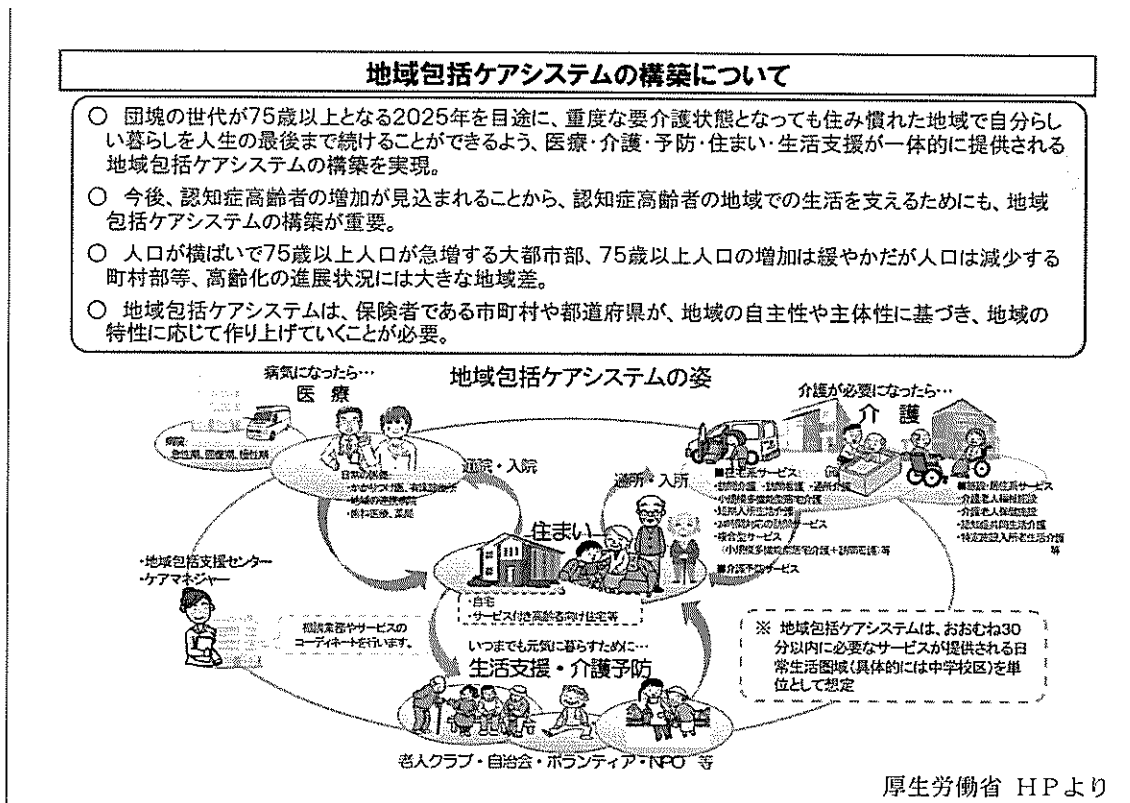
- 現行の社会保障制度の基本的な枠組みがつけられた高度経済成長期以降、少子高齢化の進行や生産年齢人口の減少、経済の長期低迷や雇用環境の変化等、日本の社会経済情勢については大きな変化が生じており、やがて 1.2 人の現役世代が 1 人の高齢者を支える「肩車型」社会がくると言われている。
- 「社会保障制度改革推進法」(平成 24 年法律第 64 号)に基づき内閣に設置された「社会保障制度改革国民会議」が平成 25 年 8 月 6 日に出した報告書では、1970 年代型の“年金”、“医療”、“介護”が前提の「1970 年代モデル」から、“年金”、“医療”、“介護”の前提となる、現役世代の“雇用”や“子育て支援”、“低所得者・格差の問題”や“住まい”も課題である「21 世紀(2025 年)日本モデル」への再構築が必要とされている。
- また、地域の有する社会資源も異なることから、各地域において地域事情を客観的なデータに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など、医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要と指摘している。
- それを受け、介護保険制度については、地域包括ケアシステムの構築と制度の持続可能性の確保のため、充実と重点化・効率化を一体的に行う制度改正として、予防給付(予防訪問介護・予防通所介護)の地域支援事業への移行や一定以上所得者の利用者負担 2 割化、特別養護老人ホームの中重度者への重点化等が検討されている。
- 武蔵野市は、我が国初のリバースモーゲージや武蔵野市福祉公社による有償在宅サービス、全国初の都市型小規模特別養護老人ホームの整備など、全国に先駆けた様々な高齢者施策を展開するとともに、在宅介護支援センターを中心とした従来の小地域完結型の福祉サービスや、平成 12 年の介護保険制度施行時に制定した「武蔵野市高齢者福祉総合条例」に基づき、高齢者が住み慣れた地域で安心して生き生きと暮らせるまちづくりを総合的に進めてきた。
- 市としても、これらの蓄積と成果のうえに、団塊の世代が後期高齢期を迎える 2025 年(平成 37 年)に向けて“武蔵野市らしい地域包括ケアシステム”を推進することが求められている。そのため、平成 25 年 5 月より、健康福祉部内各課、都市整備部住宅対策課、武蔵野市福祉公社、市民社会福祉協議会、武蔵野健康づくり事業団等の部課長で構成する『地域包括ケアシステム検討委員会』を設置するとともに、委員会のもとに、①相談・サービス・住まい部会、②予防・軽度者部会、③医療・介護・福祉連携部会(地域支援課共管)を置き、委員会の構成員が所属する部署の若手職員によるワーキングスタッフ及び必要と認める他部課職員の参加により、本市における地域包括ケアシステム推進のための検討をおこなった。
- この委員会の検討結果は、平成 26 年度に策定される「第 6 期介護保険事業計画・高齢者福祉計画」の基礎資料として策定委員会に提出することを予定している。

第2章 「地域包括ケアシステム」に対する武蔵野市の基本的な考え方

1 「地域包括ケアシステム」とは

- 地域包括ケアの理念は、「介護保険法」（平成23年6月改正、24年4月施行）第5条第3項に「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。」と規定されている。
- 平成23年6月の介護保険法改正で第5条第3項に地域包括ケアの推進について明記され、その後、厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会において、介護サービス提供体制の充実、認知症対応の推進、マンパワーの増強等についての方向性が出されて、24時間定期巡回・随時対応サービス等の創設や「認知症施策推進5か年計画」の策定等が行われてきた。
- 介護保険制度についても、審議会において、介護給付の重点化・効率化、世代間・世代内の負担の公平性の観点に立った制度の見直し等の方向性が出され、この中で軽度者に対する給付の見直しや利用者負担等の議論が行われてきた。
- 平成25年8月6日に内閣官房の社会保障制度改革国民会議より報告書が出され、自助・共助・公助の最適な組み合わせ、医療と介護の連携と「地域包括ケアシステム」というネットワークの構築、介護サービスの効率化・重点化等について記述された。
- 国のいう「地域包括ケアシステム」とは、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、“医療”、“介護”、“予防”、“住まい”、“生活支援”が一体的に提供されるケアシステムであり、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定している。（※図1参照）
- また、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じているため、保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要としている。

図1

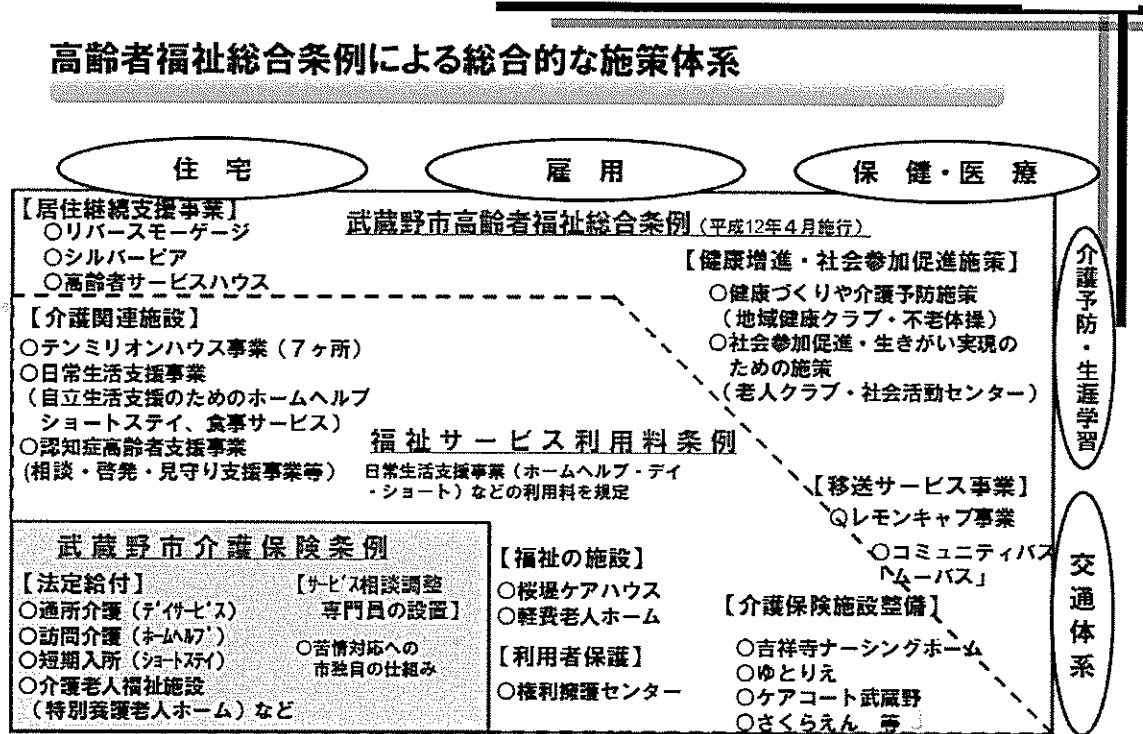


2 武蔵野市における「地域包括ケアシステム」

- 武蔵野市では、平成5年に最初の在宅介護支援センターを設置して以来、市民一人ひとりのニーズに対応できる小地域完結型のサービスの確立を目指して、従来市役所1カ所が担っていた高齢者への相談・在宅サービス提供機能を在宅介護支援センターに持たせ、おおむね中学校圏域ごとに1カ所整備してきた。
- 現在、直営地域包括支援センター1カ所と在宅介護支援センター6カ所があり、在宅介護支援センターに、介護保険法に基づく地域包括支援センターランチ機能と老人福祉法に基づく在宅介護支援センター機能を共にもたせることにより、小地域完結型で重層的な地域相談体制ができている。
- 「地域包括ケアシステム」は国においては前述のように“医療”、“介護”、“予防”、“住まい”、“生活支援”の5つの要素から成り立つものとされるが、武蔵野市においては、平成12年に「介護保険条例」とともに制定した「武蔵野市高齢者福祉総合条例」に基づき総合的な高齢者施策を進めてきた。
- この高齢者福祉総合条例を制定した背景は、「介護保険制度だけでは高齢者の生活の一部しか担えない」「高齢者の生活を支える総合的な“まちづくり”の目標が必要」との問題意識があった。高齢者福祉総合条例の「基本理念」(第2条)は、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と保健・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の4点を掲げているが、図らずもそれらは、いずれも現在、国が進めようとしている地域包括ケアシステムの理念と合致している。(※ 図2及び巻末資料1 参照)

図2



- 以上のことから、武蔵野市にとっての地域包括ケアシステムは、「新しい取り組み」と言うよりも、むしろ、「高齢者福祉総合条例に基づき進めてきたこれまでの高齢者施策そのもの」であり、さらにそれらを「2025年モデルへ再構築すること」と位置付けることができる。
- したがって、武蔵野市における地域包括ケアシステムは、次のとおり整理すべきと考ええる。
 - ①基本的方向性：第5期長期計画の重点施策である「地域リハビリテーション」の理念に基づくとともに、「武蔵野市高齢者福祉総合条例」の総合的な施策体系を基礎とした2025年に向けた包括的・継続的なサービス提供システム。
 - ②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、「居宅生活の限界点」を高める。
 - ③推進手法：行政だけでなく財政援助出資団体や介護サービス提供事業者をはじめ、保健・医療・介護などの関係機関の“多職種”が、地域住民の「互助」「共助」の力とともに協働して推進する。
- また、公助・共助・互助・自助の要素から構成される地域包括ケアシステムは、関連機関や地域住民との連携をいかに進めるかが重要な課題となるために、“わかりやす

さ”や“武蔵野市らしさ”も求められる。そういう意味では、「地域包括ケアシステム」は「武蔵野市における 2025 年へ向けた“まちぐるみの支え合いの仕組みづくり”とわかりやすく定義し、理解を広めていくことも必要である。

3 「地域リハビリテーション」と「地域包括ケア」の関係

- 武蔵野市では、「武蔵野市第五期長期計画」（平成 24 年度～33 年度）の重点施策として「地域リハビリテーションの推進」を掲げ、「すべての市民が生涯を通じて住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、地域生活に関わる人や組織が、保健・医療・福祉・教育などの分野を越えて連携し、継続的で体系的な支援を行っていくことができる仕組みづくりに最優先で取り組む。」としている。
- 「地域リハビリテーション」は、1970 年代後半より世界保健機構（WHO）によりマニュアル化された CBR（Community Based Rehabilitation＝「地域に根ざしたリハビリテーション」という支援技法である。市では、市が目指す支援のあり方として、①すべての市民がその年齢や状態に関わらず、住み慣れた地域で、本人の意思に基づいて安心して生活が続けられるような支援、②ライフステージに応じた、継続的、かつ体系的な支援、③保健・医療・福祉・教育など、地域生活に関わるあらゆる組織、人が連携した体系的な支援、の 3 つの理念を掲げている。
- 「地域包括ケア」は、地域において医療と福祉が総合的に提供されるシステムとして従来あった概念であるが、平成 23 年 6 月の介護保険法改正により介護保険法第 5 条第 3 項に規定され、「国及び地方公共団体が取り組むべき今後の高齢者施策の目的と手法」として整理された。
- したがって、「地域リハビリテーション」は、「高齢者だけでなく障害者や子どもまでも含めた多分野連携による体系的・継続的に支援していくまちづくりの“基本的理念”」、 「地域包括ケアシステム」は、「①医療、②介護、③予防、④住まい、⑤生活支援の高齢者サービスを中心とした 2025 年に向けた“まちぐるみの支え合いの仕組みづくり”であるという整理ができる。
- なお、国は制度改正の中で、新たに「地域リハビリテーション活動支援事業」を予定しているが、これは心身機能・活動・参加の各要素にバランスよく働きかけるため、地域においてリハ職等を活かした自立支援の取り組みを推進する一般介護予防事業のひとつであり、本市の「地域リハビリテーション」とは趣旨が異なるものである。
- また、本市の「武蔵野市高齢者福祉総合条例」の第 4 条（6）にも「地域リハビリテーション事業」が規定されているが、これは「高齢者が、地域において自立して生活をするために、身体機能の維持及び回復、相談その他必要な支援を行う事業」と定義されており、機能訓練的な意味の狭義のリハビリテーションを指している。
- なお、「地域包括ケアシステム」は介護保険法に位置づけられていることから、基本的には高齢者施策の範囲であるが、例えば障害者等で 65 歳到達時に高齢者制度との狭間が生じる可能性がある事項等は、制度の狭間を解消すべく対象としている。

第3章 介護保険制度改革の動向と問題点

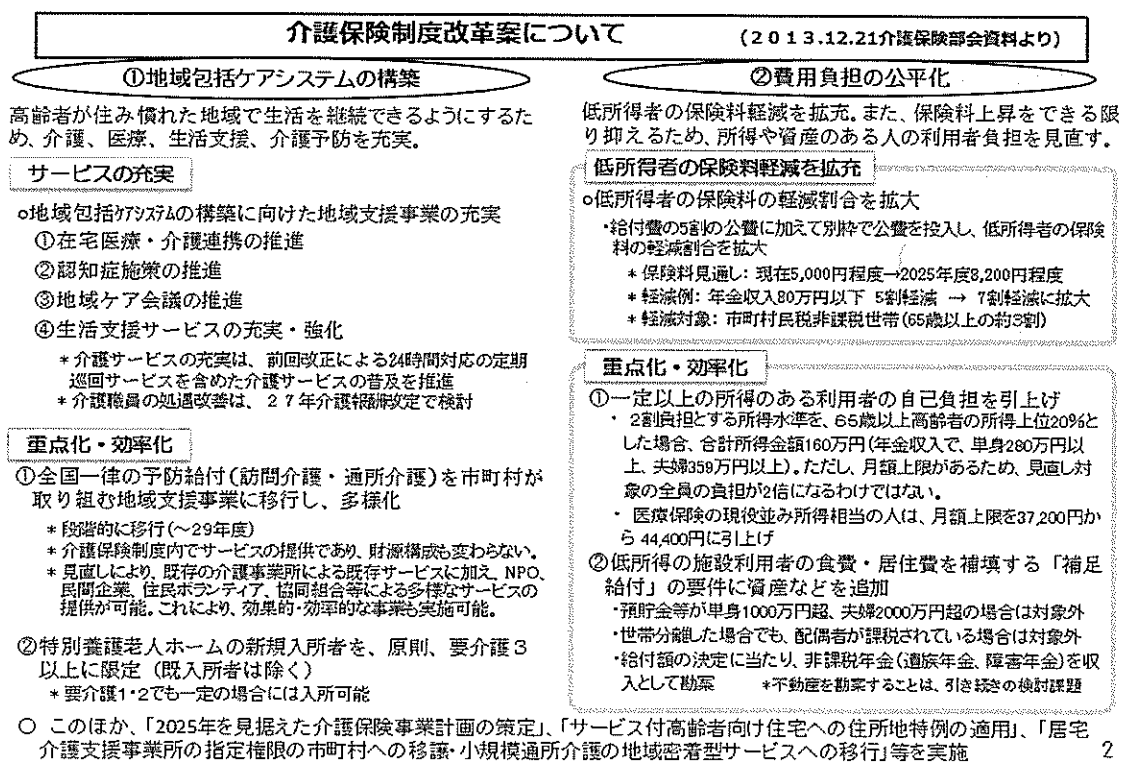
1 介護保険制度改革の動向

(1) 社会保障制度改革国民会議報告書による方向性

- 「社会保障制度改革国民会議」では、公的年金制度、医療制度、介護保険制度、少子化対策に関する議論が行われ、平成25年8月6日に報告書が出された。
- 報告書では、社会保障制度改革の方向性として、高度経済成長期に確立した「1970年代モデル」の社会保障から、超高齢化の進行や家族・地域の変容、非正規労働者の増加など雇用環境の変化などに対応した全世代型の「21世紀型（2025年）日本モデル」への制度改革が喫緊の課題であるとしている。
- また、地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育てとして、住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしく暮らせるよう、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築について、コンパクトシティ化やサービスのネットワーク化などハード・ソフト面のまちづくりとともに、家族や親族、地域の人々等との間のインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、その重要性を確認し積極的に進めるべきとしている。
- この報告書を受けて、8月21日にはプログラム法案が閣議決定され、12月には社会保障審議会介護保険部会より「介護保険制度の見直しに関する意見」が出された。

(2) 介護保険制度改革案の主な内容

図3



- 高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実する「地域包括ケアシステムの構築」と、低所得者の保険料軽減を拡充と保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す「費用負担の公平化」の2点。（※図3参照）

2 制度改正の問題点

(1) 介護予防給付（予防訪問介護・予防通所介護）の見直し

- 予防給付の一部（予防訪問介護・予防通所介護）が地域支援事業に移行され、市町村長の権限によるサービス提供となるが、平成18年度改正における「予防重視型システムへの転換」により創設された予防給付への総括がなく、今回の改正の理念が不明確である。
- 保険給付の「予防給付」から市町村の「地域支援事業」に移行することにより、要支援1、2と認定されても、サービスの種類によっては保険としてのサービスが受けられず、市町村に申請して利用の決定を受けなければならなくなる。つまり、保険なら給付を受ける権利があるのに、市が利用可能と決定しないとサービスを受けられないという事態も発生しうる。
- また、国は地域支援事業化にあたり、担い手について、既存の介護事業所に加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど「地域の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できる」としている。しかし、有資格者による従来の介護事業者と住民ボランティアが混在することにより、サービスの質をどう担保するのかは大きな課題である。
- サービス提供量についても、地域支援事業になると、市町村と事業者・住民組織等との委託契約が必要となり、委託単価は市町村ごとに設定されることになる。給付費の抑制等のために現行の介護報酬よりサービス単価を下げざるを得ない場合、事業者の参入が進まない可能性がある。また、近隣市より単価が低い場合にも事業者参入に影響を与える。
- 要支援1、2で訪問看護等の「介護予防給付」と訪問介護や通所介護などの「地域支援事業による生活援助サービス」を併用している場合には、ケアマネジメントや限度額管理は複雑化する可能性がある。
- このように、サービス提供に至るプロセスで「措置制度」と同様に市町村が決定権を握ることになると、市町村の事務負担が増大するとともに、「措置から契約へ」「選別主義から普遍主義」へと転換した介護保険制度施行時の理念に逆行し、「利用者本位」「サービス選択の権利」が大きく抑制される危険性がある。

(2) 一定以上所得者の利用者負担の見直し

- 介護保険制度発足以来、保険料については、国民連帯という社会保障制度の基礎とし

て所得に応じた「応能負担」とする一方で、サービス利用料（自己負担）については、所得に関係なく誰でも介護の必要性は発生するため、一律1割の「応益負担」とされてきた。今回の改正では、この制度創設時からの趣旨を転換する根拠が不明確である。

- 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割負担が導入される予定であるが、市民の所得状況は自治体ごとに異なり、普遍的な基準とは言えない。
- また、この基準は医療保険の基準とも異なり、妥当性や納得性に欠けるものである。

（3）特別養護老人ホームの重点化

- 国は、「原則、特養への新規入居者を要介護度3以上の高齢者に限定」するとし、一方で、「軽度（要介護1、2）の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める。」としている。
- この「特例」について、現在例示されているのは、「知的障害・精神障害等も伴って、地域で安定した生活を続けることが困難」な場合や「家族等による虐待が深刻で、心身の安全・安心の確保が不可欠」な場合などとされているが、措置との整理がされていない。国もまだ検討中であるが、要介護度に関わらず真に施設入所が必要な人がサービスを受けられるよう十分考慮すべきである。

（4）補足給付の見直し（資産等の勘案）

- 「低所得者」という概念について、住民税非課税＝低所得者という従来の社会保障制度の根幹に関わるドラスティックな変換を図るにもかかわらず十分な議論がない。
- 自己申告による資産の把握を原則としているが、実態把握が困難で公平性や効率性に欠ける。

3 武蔵野市による制度改正への意見具申

- 制度改正に対する国への意見具申として、多摩地域の市町村とともに介護保険制度改正に対する緊急提言を作成し、平成25年11月29日に東京都市福祉保健部長会より厚生労働省老健局長に提出した。（※ 巻末資料2 参照）
- また、武蔵野市議会も、平成25年第4回定例会において、国に対し拙速な制度改正を行わないよう求める「介護保険制度改正に関する意見書」を全会一致で可決している。（※ 巻末資料3 参照）
- 国の制度改正案は、市民（国民）の理解が得にくく混乱が予想されること、自治体（保険者）の業務負担が著しく増加すること、それに比して介護保険制度の持続性を維持するための財政的貢献が望めないことなど、依然、極めて課題の多いものである。市として、引き続き国に対し「簡素明快」な制度となるよう意見具申を行っていく。

第4章 地域包括ケアシステム推進に向けた課題整理と今後の方向性

1 武蔵野市の概況

■ 高齢者人口の推移

75歳以上の高齢者が65歳以上高齢者の52.1%を占めている。

表1

| | 人口 | 65歳以上 | 75歳以上(再掲) | 高齢化率 |
|-------|---------|--------|-----------|-------|
| 平成19年 | 134,123 | 25,380 | 12,482 | 18.9% |
| 平成20年 | 134,290 | 25,983 | 12,980 | 19.3% |
| 平成21年 | 134,686 | 26,656 | 13,464 | 19.8% |
| 平成22年 | 135,065 | 27,098 | 13,937 | 20.1% |
| 平成23年 | 136,003 | 27,405 | 14,428 | 20.2% |
| 平成24年 | 136,043 | 28,010 | 14,840 | 20.6% |
| 平成25年 | 139,535 | 29,227 | 15,229 | 20.9% |

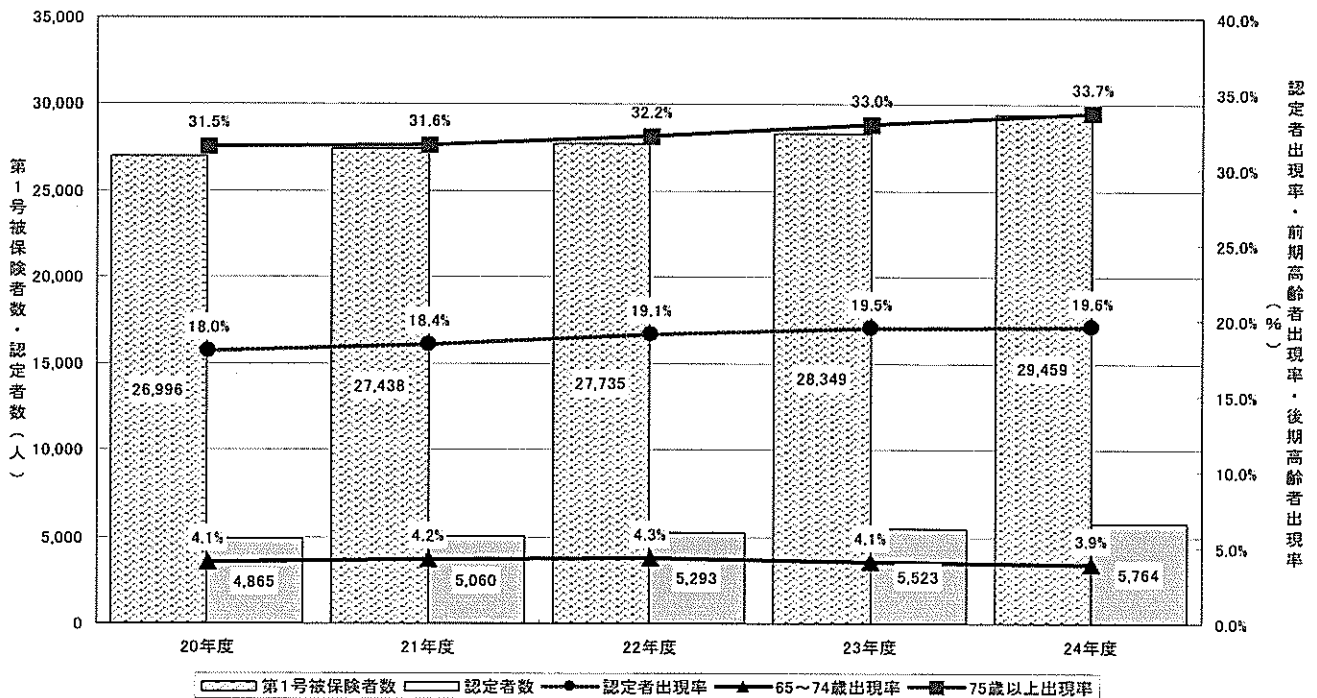
(各4月1日現在)

■ 要介護認定者数の推移

65歳以上の5人に1人、75歳以上の3人に1人が要介護認定者である。

要介護(要支援)認定者数の推移(平成20~24年度:各年度3月31日現在)

グラフ1



■ サービス受給者数の推移

認定者のうちサービス未利用者は19.9%（平成25年3月）である。

表2

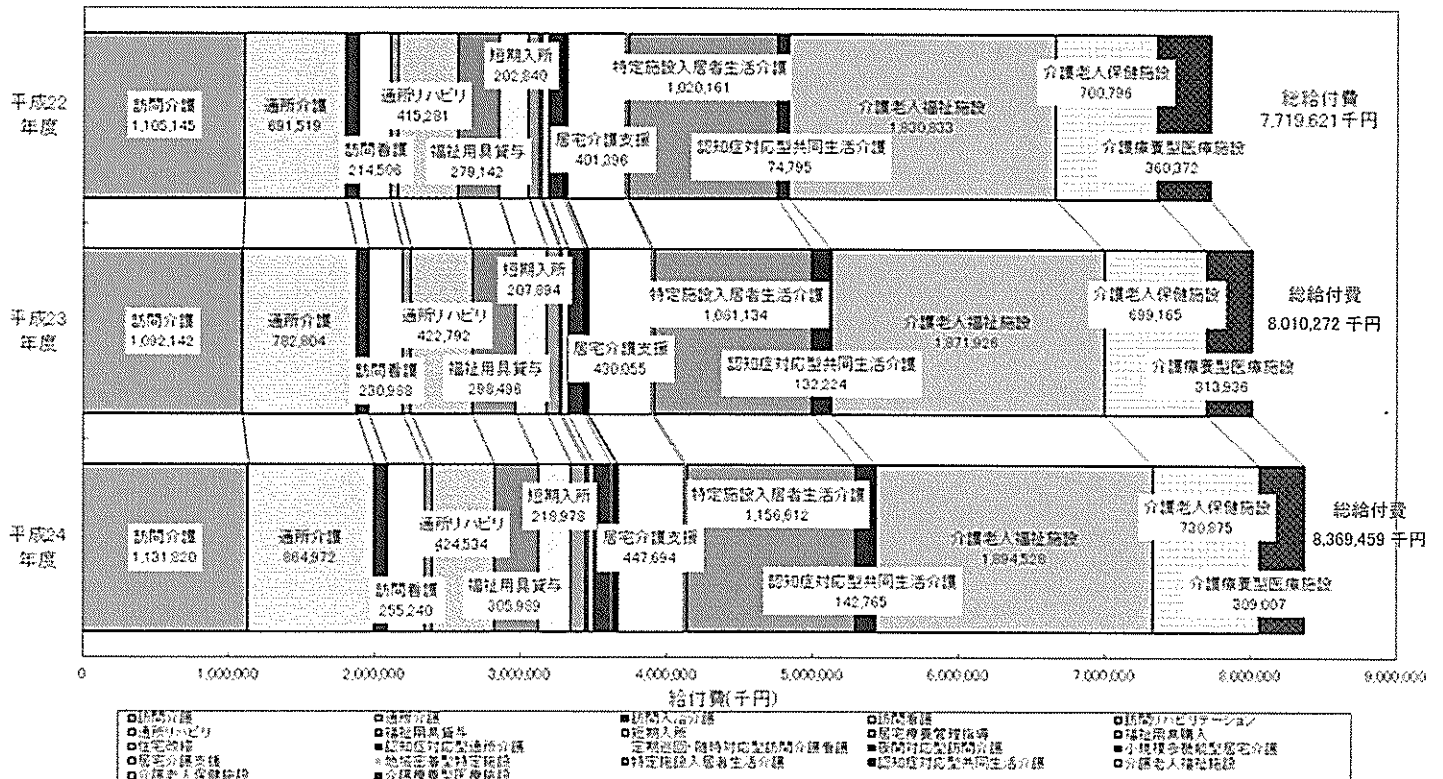
| | 平成22年3月 | 平成23年3月 | 平成24年3月 | 平成25年3月 |
|---------------|---------|---------|---------|---------|
| 認定者 | 5,189 | 5,422 | 5,657 | 5,902 |
| 居宅サービス | 2,695 | 2,841 | 2,907 | 3,171 |
| 介護予防居宅サービス | 575 | 587 | 592 | 589 |
| 地域密着型サービス | 181 | 203 | 229 | 253 |
| 介護予防地域密着型サービス | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 施設サービス | 811 | 894 | 897 | 916 |
| 未利用者 | 1,071 | 1,054 | 1,198 | 1,173 |

※未利用者数＝認定者数－居宅サービス受給者数－施設サービス受給者数－認知症対応型共同生活介護受給者数－地域密着型特定施設入居者生活介護受給者数－小規模多機能型居宅介護受給者数

■ サービス種類別介護給付費推移

サービス種類別介護給付費推移(平成22・23・24年度)

グラフ2

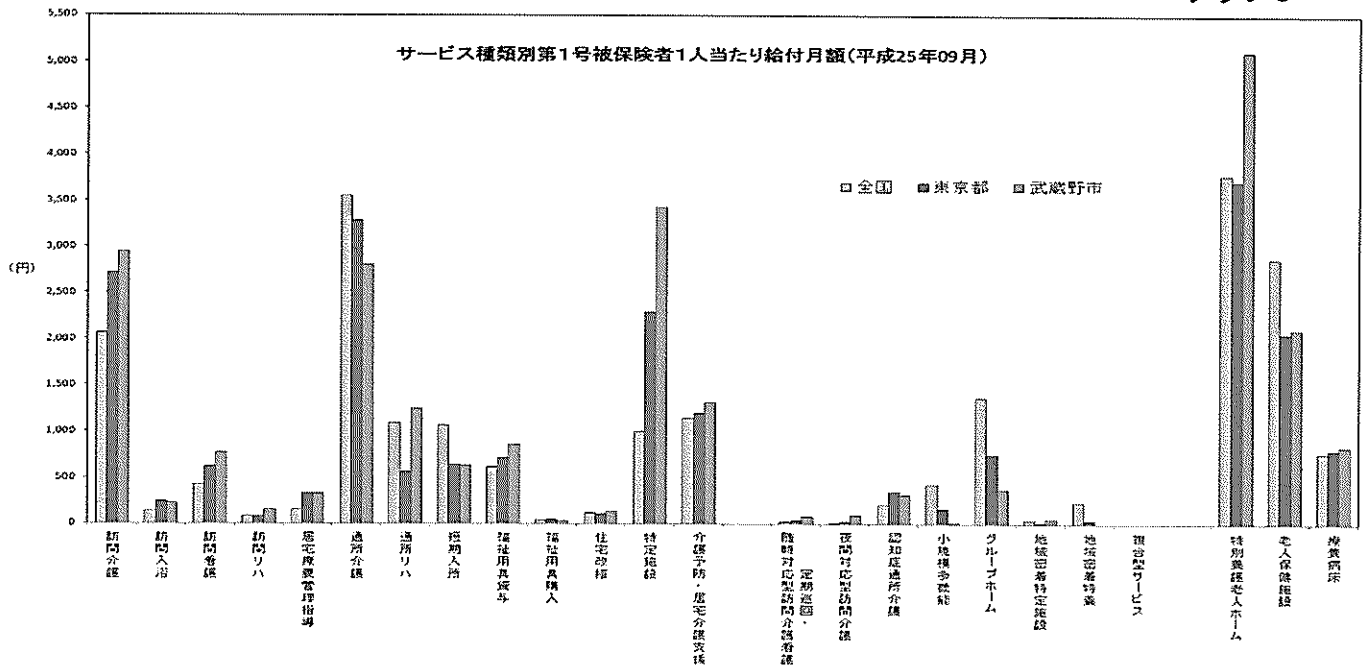


■ 第1号被保険者一人あたり給付月額額の比較（全国・都・武蔵野市）

～介護保険政策評価分析システムによる給付分析から

本市では東京都平均及び全国平均に比して訪問介護、特定施設生活介護、特別養護老人ホームの給付月額額が高くなっている。

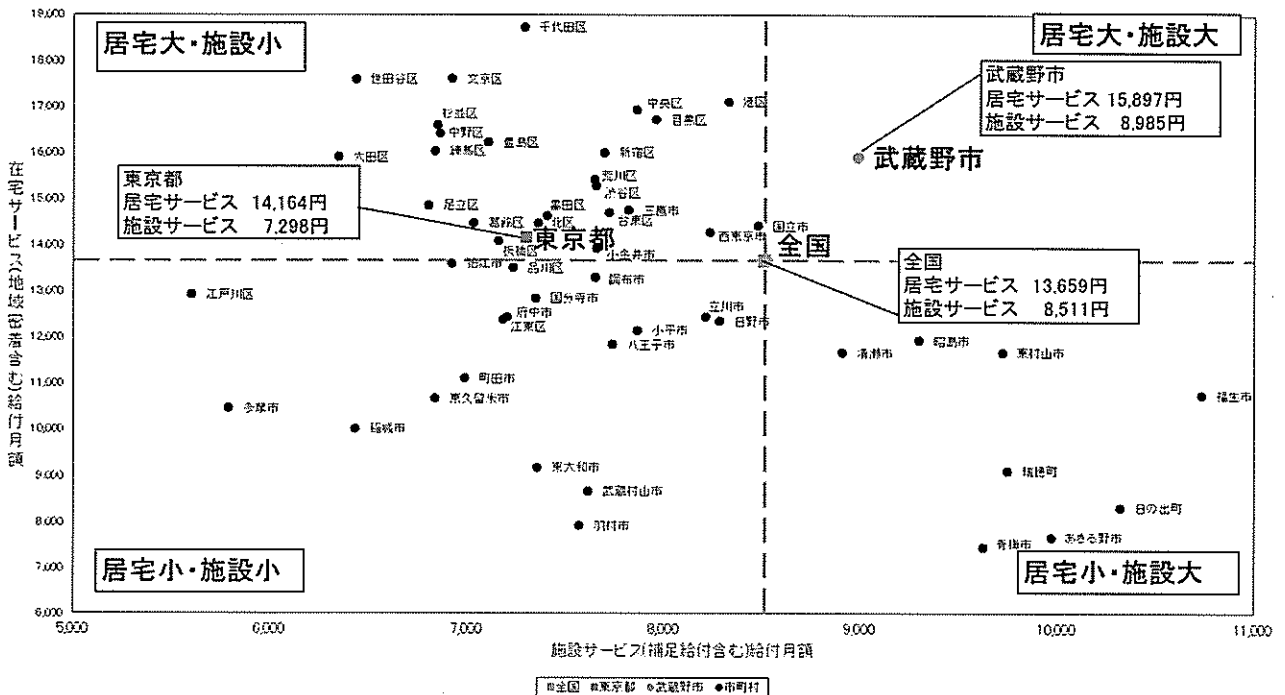
グラフ3



本市は東京都平均及び全国平均に比して、在宅サービス・施設サービスともに給付額が高水準である。

第1号被保険者1人あたり在宅サービス・施設サービス給付月額(保険者比較)(平成25年3月)

図4



2 武蔵野市としての課題整理と今後の方向性

(1) 安心して地域で生活するために

◆基本的な考え方◆

- ・ 増加するひとり暮らし高齢者等に対する「高齢者安心コール事業」等による 24 時間 365 日の相談や安否確認体制の確保
- ・ 「孤立防止ネットワーク連絡会議」等地域による見守りネットワークの強化
- ・ 身上監護や身元保証サービス、没後の対応などの検討
- ・ 健康増進や介護予防に関する既存事業の効果測定とその結果に基づいた整理・体系化

【現状と課題】

- 武蔵野市の高齢化率は平成 25 年 4 月 1 日現在 20.94%であるが、うち 75 歳以上の後期高齢化率は 10.91%（同）となっている。
- 要介護認定では、平成 24 年度の 65 歳以上の認定者出現率は 19.6%であるが、そのうち 65～74 歳では 3.9%、75 歳以上では 33.7%と、圧倒的に後期高齢者の方が高い傾向がみられる。
- 高齢者人口の増加に伴い、ひとり暮らし高齢者も増加している。平成 17 年の国勢調査では、65 歳以上のひとり暮らし高齢者は 5,679 人であったが、平成 22 年の調査では 6,895 人と 5 年間で 1,216 名増加している。つまり、65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人がひとり暮らし高齢者と言える。

(1) 24 時間 365 日の相談や安否確認体制の確保

- 本市では在宅介護支援センターが地域に根ざした高齢者の総合相談窓口として小地域完結型の相談体制を整備、地域で安心、安全に暮らすために 24 時間 365 日の相談支援を行っている。
- また、地域のボランティア等が安否確認と栄養確保を目的に昼食用のお弁当を配達する食事サービスや、心臓病などの慢性疾患等で健康に不安がある高齢者に緊急通報装置を対応するなどのサービスも実施している。
- これらのサービスを補完するために、高齢者人口の増加に伴い、ひとり暮らし高齢者も増加することを鑑み、さらに 24 時間 365 日の相談や安否確認体制の強化が求められる。
- ひとり暮らし高齢者のゆるやかな見守りのため、平成 24 年より「ガス利用状況お知らせサービス（みまもーる）」の利用助成を実施したが、実績は伸びなかった。ガスの利用が前提であることや双方向性に欠けることなど、ニーズを満たすものではなかったと考えられる。

(2) 地域による見守りネットワークの強化

- 平成24年10月に、地域住民に危機的状況が発生した際の早期発見・早期対応力を強化するため、民間事業者や関係機関との協力体制を目的とした「武蔵野市孤立防止ネットワーク連絡会議」を設置し、年2回定期開催している。参加団体は、住宅供給事業者（東京都住宅供給公社（JKK）、都市再生機構（UR）、東京都宅地建物取引業協会武蔵野中央支部）、サービス提供事業者（東京ガス株式会社西部支店、東京電力株式会社武蔵野支社、多摩新聞販売同業者組合武蔵野支部、武蔵野市シルバー人材センター、水道部、居宅介護支援事業者、民間配食事業者）、その他関係機関として武蔵野警察署、武蔵野消防署、在宅介護支援センター、民生児童委員協議会、武蔵野市民社会福祉協議会と市の関係各課（健康福祉部・市民部・防災安全部・子ども家庭部・都市整備部）である。
- この会議では、参加団体による情報交換や、危機判断基準の周知・共有のための見守りチェックシートの配布と行うなど、市民が日常生活において社会から孤立することなく、安心した生活を送り、危機発生時に早期発見・対応が行えるよう連携体制の強化を図っている。
- また、市民に対しても、民生児童委員等を通じて、何かのときの相談先として地域包括支援センター等を周知するチラシの配布を行っている。
- 高齢化に伴い、ひとり暮らしや認知症の高齢者が増えていく中で、引き続き相談窓口の周知や地域での見守りネットワークの強化は必要である。

(3) 身上監護や身元保証サービス、没後の対応などの検討

- 認知症高齢者は平成19年～平成23年までの5年間で2,325人から3,006人へと681人増加しており、判断能力が不十分な高齢市民の増加に伴い、適切な福祉サービスの利用や権利の保護、権利侵害からの救済、権利行使の支援の必要性が増している。

(4) 健康増進や介護予防に関する既存事業の効果測定と整理・体系化

- 市民が健康で要介護状態にならずに地域で生活していけるよう、健康課、高齢者支援課、健康づくり支援センター、高齢者総合センター社会活動センターなどで、健康増進や介護予防に対する事業を数多く行っている。
- 事業の中には30年以上継続しているものもあり、長く元気に参加できている方がいる一方で、参加者の固定化も課題となっている。また、それに伴って参加者が高齢化し、本来対象としていた運動レベルと異なってきている事業もある。
- 既存事業の目的・レベル別や実施主体等による全体的な整理・体系化を行うための実態把握として、平成25年度に、「不老体操」、「地域健康クラブ」等4事業について、参加者約1,000人の効果測定を行った。また、健康課及び健康づくり支援センターの実施事業についても同様の効果測定を行っている。

【今後の取り組み】

(1) 24時間365日の相談や安否確認体制の確保

- 増加するひとり暮らし高齢者等の不安解消や孤立防止のための施策として、平成26年度より、希望する登録者に週1回、決まった曜日・時間帯に民間コールセンターの専門職が安否確認の電話をする「安心コール事業（ひとり暮らし高齢者等電話訪問事業）」を行う。
- あわせて、在宅介護支援センターの相談機能の強化として、民間コールセンターへの委託により、24時間365日、専門職が高齢者や家族、地域の方から日常生活上の困りごとや安否確認情報などに対応する電話相談を開始する。

(2) 地域による見守りネットワークの強化

- 孤立状態での生活は、認知症の悪化や虐待（セルフネグレクト）、消費者被害等にもつながりやすいため、「武蔵野市孤立防止ネットワーク連絡会議」において、消費者被害の状況等についても情報提供・共有をしていく。また、参加事業者の社員等に対しても研修や意見交換等の機会を提供していく。
- 市民に対しては、引き続き市報や民生児童委員、地域社協等を通じて在宅介護支援センターや地域包括支援センター等を周知するとともに、「認知症の方への声かけ講座」などの機会も利用しながら地域での見守りの意識を醸成し、網の目を細かくしていく必要がある。

(3) 身上監護や身元保証サービス、没後の対応などの検討

- 武蔵野市では、福祉公社において、有償在宅福祉サービスを補完する形で、独自の権利擁護事業を有償でサービス提供を行っているが、今後は、東京都社会福祉協議会の委託事業であり、利用料が低額に設定されている「地域福祉権利擁護事業」を中心に活用していくことで、広く市民に権利擁護サービスの提供を行っていく。

(4) 健康増進や介護予防に関する既存事業の効果測定と整理・体系化

- 高齢者が安心して地域で生活をするためには、「自分の健康は自分で守る」という自覚を持ち、健康で自立して暮らすことができる期間（健康寿命）を伸ばすことが重要である。市は、高齢者が健康づくり活動に主体的に参加、継続できる体制を推進するため、効果測定の結果等に基づき、健康増進や介護予防事業の整理・体系化を行う。
- また、効果測定の継続的な実施についても、方法や体制等を検討する。
- さらに、各事業の参加者を固定化させず、なおかつ健康づくりや介護予防に継続して取り組んでもらえるよう、高齢者の自主的な活動の支援についても検討する。例えば、社会活動センター等で実施する講座の修了生による自主グループ化などが考えられる。

(2) 認知症の方を地域で支えるために

◆基本的な考え方◆

- ・「認知症見守り支援事業」等、武蔵野市の特徴となっている独自サービスの利用促進
- ・「もの忘れ相談シート」等の既存のシステムを活用した「認知症ケアパス」の作成
- ・認知症コーディネーターの配置による認知症連携強化
- ・「認知症の方への声かけ訓練」等、地域での自主的な活動への支援

【現状と課題】

- 平成25年7月の調査では、要介護認定を受けた高齢者5,796人のうち、認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上で、認知症により日常生活に何らかの支障があると思われる方が3,229人だった。これは、高齢者人口29,397人の11.0%にあたり、武蔵野市では65歳以上の10人に1人以上は認知症であるといえる。また、85歳以上では40.9%となり、年齢が高くなるほど認知症の高齢者の割合が高くなることがわかる。

65歳以上の高齢者の数に占める認知症高齢者の割合

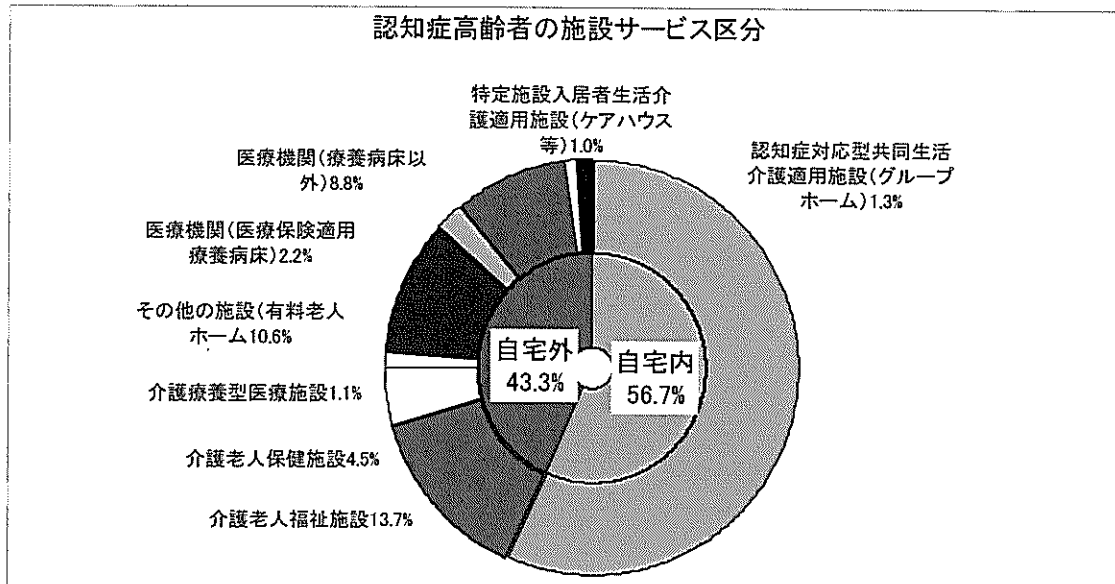
表3

| 年齢 | 人口 | 要介護 認定者数 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | |
|-------|--------|-------------|----------------|-------|-------|-------|
| | | | Ⅰ | | Ⅱ以上 | |
| | | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| 65-69 | 7,749 | 195 | 110 | 1.4% | 72 | 0.9% |
| 70-74 | 6,398 | 352 | 223 | 3.5% | 144 | 2.3% |
| 75-79 | 5,785 | 806 | 556 | 9.6% | 359 | 6.2% |
| 80-84 | 4,762 | 1,422 | 1,071 | 22.5% | 732 | 15.4% |
| 85- | 4,703 | 3,021 | 2,592 | 55.1% | 1,922 | 40.9% |
| 合計 | 29,397 | 5,796 | 4,552 | 15.5% | 3,229 | 11.0% |

H25.7.1現在

- 平成 25 年 7 月の調査では、認知症（日常生活自立度Ⅱ以上）の方の半数以上は、自宅で生活をしている、すなわち身近に生活しているという結果がでている。

グラフ 4

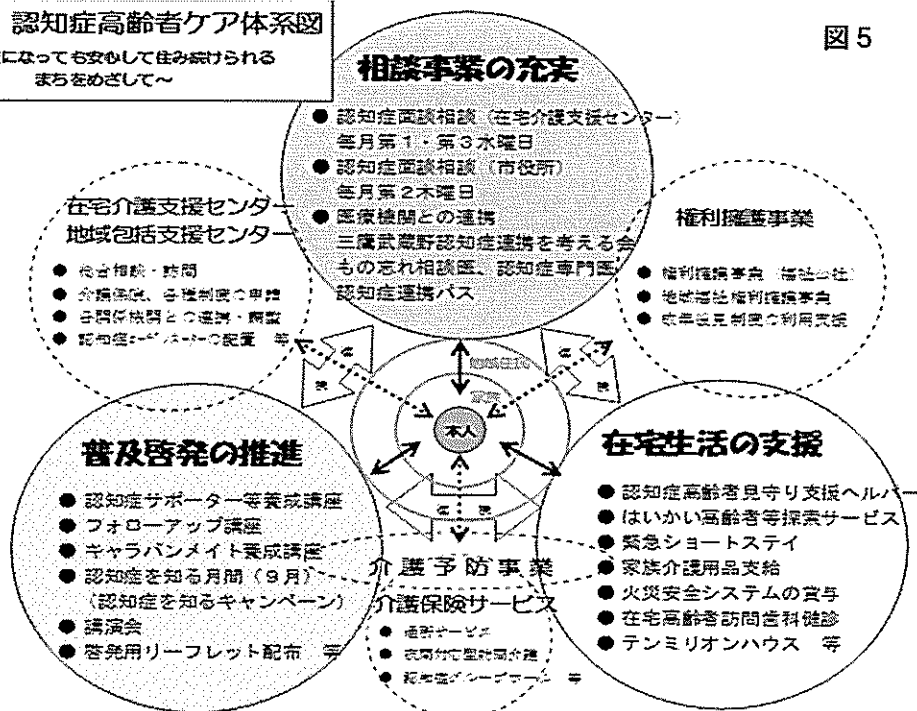


- そこで本市では、在宅で生活している方をサポートし、いつまでも安心して住み慣れた地域で生活を続けられるように、「認知症になっても安心して住み続けられるまち」を基本目標に、①相談事業の充実、②普及啓発の推進、③在宅生活支援の充実を3本柱に、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、介護予防事業、介護保険サービス、権利擁護事業などの機能が連携し、認知症高齢者と家族介護者への体系的支援をしている。

武蔵野市 認知症高齢者ケア体系図

～認知症になっても安心して住み続けられるまちをめざして～

図 5



(1) 「認知症見守り支援事業」等、市独自サービスの利用促進

- 本市の特徴的な施策として、介護保険制度では適応できない、認知症高齢者の見守りや散歩の付き添い、話し相手などを行う「認知症高齢者見守り支援ヘルパー派遣」などの介護保険サービスを補完する独自事業を実施しており、認知症高齢者の生活の質の向上や家族の身体的・精神的負担の軽減に効果がみえている。
- 「三鷹武蔵野認知症連携を考える会」の取り組みにより、三鷹市と武蔵野市では、両市のかかりつけ医（医師会）、専門医療機関（杏林大学病院、武蔵野赤十字病院）、在宅相談機関（地域包括支援センター、在宅介護支援センター）、行政の連携体制の基盤がつくられている。その成果物である「もの忘れ相談シート」は、医療と介護の連携や認知症の早期発見・早期対応に成果を上げている。
- 本市では、独自サービスも取り入れて、認知症高齢者や家族への体系的な支援や医療と介護の連携の仕組みを構築してきたが、増加する認知症高齢者に対してより施策を強化するために、既存サービスの利用状況の分析等を行い、利用促進策やリニューアルを考える必要がある。

(2) 「もの忘れ相談シート」等の既存のシステムを活用した「認知症ケアパス」の作成

- 厚生労働省は認知症高齢者ができる限り住み慣れた地域で生活を継続することを目指して、平成24年にオレンジプラン（「認知症施策推進5か年計画」）を策定し、「認知症ケアパス」の作成や早期診断・早期対応等7つの施策を打ち出している。
- 厚生労働省が示す「認知症ケアパス」とは「認知症高齢者の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」であり、市町村ごとに作るべきとされている。本市ではこれまで、認知症高齢者と家族介護者への体系的支援や「もの忘れ相談シート」による多職種連携を行ってきたが、それらを評価し「認知症ケアパス」への位置付けを行うことが必要である。

(3) 認知症コーディネーターの配置による認知症連携の強化

- 「三鷹武蔵野認知症連携を考える会」の一員である杏林大学病院は、北多摩南部医療圏の認知症疾患医療センターに指定されており、平成26年度より東京都の「認知症早期発見・早期診断推進事業」として、医師、看護師、精神保健福祉士等で構成するチームが認知症の疑いのある受診困難者を訪問して医療機関の受診に繋げる「認知症アウトリーチチーム」の実施を検討している。
- この「認知症アウトリーチチーム」による認知症早期発見・早期診断・対応のシステムでは、市区町村の地域包括支援センター等に設置する「認知症コーディネーター」と協働し、認知症の疑いのある方を把握・訪問し、状態に応じて適切な医療・介護サービスにつなげる事等が求められている。
- 「認知症コーディネーター」は認知症高齢者の在宅ケア等の経験を3年以上もつ看護師や保健師等で、認知症の疑いのある方に訪問し、介護事業者やかかりつけ医と連携して

地域の認知症対応力の向上を図る役割とされている。本市でも、認知症高齢者の増加に対応できる連携体制の強化のために「認知症コーディネーター」を設置する必要がある。

(4) 「認知症の方への声かけ訓練」等、地域での自主的な活動への支援

- 地域では、認知症サポーター養成講座のステップアップ講座として、在宅介護支援センターと地域社協の共催により「認知症の方への声かけ訓練」を実施している。また、市が平成24年度に養成した市民メイト（認知症サポーター養成講座の講師役）が、地域の施設等でサポーター養成講座を自主的に行うなどの活動が行われている。
- 認知症になっても地域で暮らし続けるためには何よりも、地域の方々による認知症への理解が重要であり、このような自主的な活動が活発になることが望まれる。

【今後の取り組み】

(1) 「認知症見守り支援事業」等、独自サービスの利用促進

- 在宅で生活する認知症高齢者の増加への対応や家族介護者への支援のために、「認知症見守り支援ヘルパー派遣事業」、「もの忘れ相談シート」等、他市にない武蔵野市の特徴となっているサービスや連携ツールのさらなる利用促進を行う。
- 具体的には、事例紹介等を通じたケアマネジャーや家族介護者への周知を行っていく。

(2) 「もの忘れ相談シート」等の既存のシステムを活用した「認知症ケアパス」の作成

- 「認知症ケアパス」とは先にも述べたようにその地域における「認知症高齢者の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」である。
- そのため、本市では「もの忘れ相談シート」等の今まで培われてきた認知症高齢者への支援の取り組みを整理し、認知症高齢者やそのご家族、地域住民に対して認知症高齢者を地域でいかに支えていくかを具体的に明示することが必要である。
- また、ケアパスの作成にあたっては、医療・福祉・行政が「認知症ケアパス」への共通理解を持ち、従来の連携関係を基盤とした流れを確認しながら、一緒に検討していくことが必要である。

(3) 認知症コーディネーターの配置による認知症連携の強化

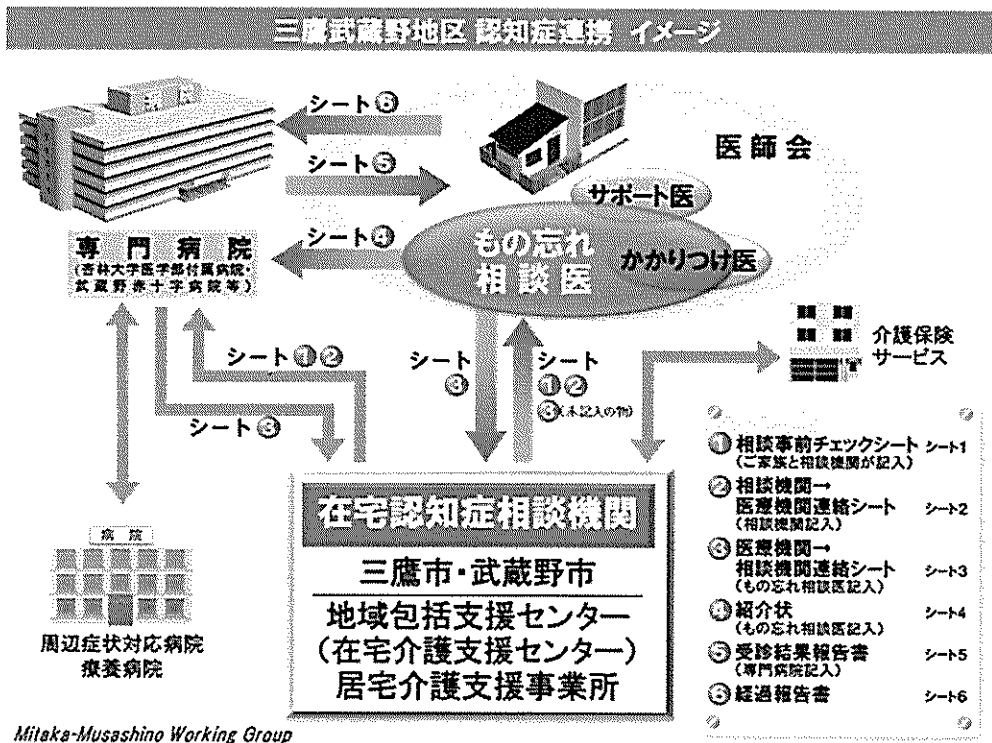
- 地域包括支援センターに「認知症コーディネーター」を配置し、杏林大学病院の「認知症アウトリーチチーム」との協働体制を構築していく。
- 連携ツールとしては、従来の「もの忘れ相談シート」を活用し、地域の医療機関やケアマネジャー、介護サービス事業所等の支援機関をつなぎながら、認知症高齢者の早期発見・早期対応のための連携を推進・強化する。

(4) 「認知症の方への声かけ訓練」等、地域での自主的な活動への支援

- 「認知症の方への声かけ訓練」や市民メイトによる自主的なサポーター養成講座の実施等、地域の自主的な取り組みを支援し、さらに地域の見守りへの意識を醸成していく。
- また、小・中学校での「ふれあい学習」等、多世代への啓発についても支援していく。

もの忘れ相談シート

- ◇ 平成 20 年に、武蔵野市と三鷹市の行政、医師会、周辺症状対応病院（精神科や療養病院等）と杏林大学医学部付属病院、武蔵野赤十字病院が「三鷹武蔵野認知症連携を考える会」を発足。かかりつけ医から専門医療機関への迅速かつ正確な連携のため、平成 22 年 4 月に「もの忘れ相談シート」を作成、使用している。
- ◇ 平成 22 年から 25 年 6 月までのシート活用実績は 107 件。独居で離れて住む家族が認知症であることを理解しにくい場合に利用したり、要介護認定申請と合わせて受診し、主治医意見書にも反映できるように活用している。シートは診療計画書ではなく、地域での生活を支援していくための情報共有ツールである。
- ◇ 平成 25 年度、武蔵野市内でもの忘れ相談医として登録しているのは 58 機関。
- ◇ 認知症の状況に応じた継続的な在宅生活をしていくためには、今後も医療（治療）・福祉（生活）でのもの忘れ相談シートの循環が課題だが、「考える会」により顔の見える連携が行えている意義は大きい。



(3) 支えあいのまちづくりのために

◆基本的な考え方◆

- ・「地域支えあいポイント制度」(仮称)による高齢者のマンパワーの活用や予防事業への参加促進策の検討
- ・「テンミリオンハウス」や「レモンキャブ」等、他市にはない地域に根差した共助(互助)の取り組みの拡充

【現状と課題】

- 武蔵野市の高齢化率は平成25年4月1日現在20.94%、うち75歳以上の後期高齢化率は10.91%(同)であるが、平成24年度の要介護認定者の出現率は、65歳以上は19.6%、そのうち65~74歳では3.9%、75歳以上では33.7%と圧倒的に後期高齢者の方が高い傾向がみられる。
- 若い高齢者はサービスを必要としていない状態であるといえ、65歳以上高齢者のうち約半数を占める要介護認定出現率が低い前期高齢者が、地域を支えていく大きな担い手として活動していくこと、また、介護状態にならないように予防をしていくことが重要課題となる。

(1) 高齢者のマンパワーの活用や予防事業への参加促進策の検討

- 介護保険の1号被保険者のうち前期高齢者については要介護認定率が低く、介護サービスを必要としていない状態であるといえる。
- これらの高齢者については、自身の心身の健康を維持し要介護状態になることを予防する必要があるとともに、介護を受ける側ではなく担い手になっていただくことが期待できる。
- なお、ボランティアセンター武蔵野の平成25年3月末の登録者数は440人であるが、半数は60歳以上であり、特に60~70歳代が全体の44%を占めている。
- また、高齢者の就労の場であるシルバー人材センターでは、平成25年3月末の登録者数は1,212人であるが、65~69歳が28.5%、70~74歳が32.2%と、全体の6割を占めている。
- 特に60代~70代の元気な高齢者が支援者として参加するためには、インセンティブが働く仕組みについても検討の余地がある。

(2) 地域に根差した共助(互助)の取り組みの拡充

- 市では、平成11年より「テンミリオンハウス」事業、平成12年より「レモンキャブ」事業を開始した。これらの事業では、物件や車両の用意は市が行い、地域の住

民組織やNPOが補助金等により事業運営をしており、既存の地域資源や人材を活用し、地域の中で利用しやすいサービスが提供できている。

- 「テンミリオンハウス」は地域の高齢者が要介護度等に関わらず、地域の中で自分らしい生活や社会との関係を継続できる居場所となっている。また、「レモンキャブ」も同様に、閉じこもりの防止を助けている。

【今後の取り組み】

(1) 高齢者のマンパワーの活用や予防事業への参加促進策の検討

- 元気な高齢者の地域・福祉活動への参加を促進するためには、例えば「地域支え合いポイント制度（仮称）」をつくり、介護施設等での活動を行った場合にポイントが付与され、そのポイントを活動した高齢者に還元できるようにする。ポイントの用途として、例えば、自身が対価的に受け取ったり、他の講座等の参加費として使ったりできるほか、NPO活動に寄付することで社会貢献できるなど、複数の選択肢を用意し、高齢者が社会参加し活躍できるインセンティブが働く仕組みを検討する。
- ポイント制度の実施にあたっては、「健康寿命」の延伸と地域貢献化、また介護保険料を払っているがサービスを利用していない被保険者への還元として、対象者は65歳以上の方とし、活動実態の確認やポイントの付与等の管理を効率的に行うために、当面は施設内での活動に限定することが適当と考える。

(2) 地域に根差した共助（互助）の取り組みの拡充

- 既存の地域資源や人材を活用し、「テンミリオンハウス」や「レモンキャブ」を参考に、さらに共助による多様なサービスを創出するための支援を行っていく。
- そのための体制として、地域のニーズを掘り起こし、既存の地域資源や人材とマッチングさせる役割を担うコーディネーターを、地域包括支援センターに設置する。

(4) 武蔵野市らしい住まい方

◆基本的な考え方◆

- ・既存の民間住宅ストック活用の可能性や新しい住まい方がどのような課題解決になるかなどを含め多様な角度から検討
- ・「マイホーム借上げ制度」や「高齢者等民間賃貸住宅入居支援制度」の推進

【現状と課題】

- 高齢者の住まいについてはシルバーピア（216戸）、ケアハウス（30戸）、小規模サービスハウス（5戸）を運営しており、住宅に困窮する高齢者に対し一定の役割を担っている。しかし、応募倍率等からすると、これらの住宅で全ての住宅に困窮する高齢者に応えられているとは言えない。
- 高齢者の持ち家を子育て世帯などに転貸することを目的とした、マイホーム借上げ（住替え支援）制度を平成23年度より実施しており、相談等をきっかけとして耐震改修工事を実施するなど副次的な効果もみられるが、貸し出すまでに至る物件数は限られており、相談件数も減少傾向にある。
- 民間賃貸住宅情報の提供や保証会社の紹介及び保証料の助成等を行う高齢者等民間賃貸住宅入居支援事業を平成21年度より実施しているが、賃貸住宅所有者等の中には、高齢者等の入居について漠然とした不安を抱えている方もおり、高齢者等の入居について理解が得にくい状況もみられる。

【今後の方向性】

(1) 新しい住まい方

- 従来の住まいは、多世代が共に居住し家族内で見守り合いながら生活を営んできたが、近年では、核家族化、単身世帯化が進み、その生活様式も様変わりしてきている。このような多様な世帯のあり方を支える住まいの一つとして、例えば、高齢者や若年者等の親族ではない多世代が共同して居住し、互いを見守りながら生活する住まいなどがみられるが、新たな住まい方の形態やその必要性等について検討していく。

(2) 高齢者向け住宅及び民間活用

- 市が直接関与するシルバーピアなど住戸内のバリアフリー化や見守り等の機能が備わっている高齢者向け住宅については、一定の役割は果たしてきているが、今後も増加する高齢者に対応していくには限界がある。このため、既存の民間住宅ストック等を活用したグループホームなど、高齢者向けの住まいの可能性等について検討していく。
- 不動産事業者等と連携し、高齢者等の入居への理解に向けた研修会等を開催し高齢者等の民間賃貸住宅の入居促進を図るとともに、安心して継続した生活が行えるよう必要な支援について検討する。

第4章 地域包括ケアシステム推進に向けた課題整理と今後の方向性

- マイホーム借上げ(住替え支援)制度及び高齢者等民間賃貸住宅入居支援事業については、武蔵野市開発公社等の関連機関と連携しつつ、引き続き制度の周知を図るとともに、現状の課題を踏まえ、必要に応じて制度の改善等を行っていく。

(5) 介護保険制度改正への対応

◆基本的な考え方◆

【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への対応とサービス水準の維持・向上を目指す



- ・ 予防給付再編への対応方針：現予防訪問介護・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割負担への対応方針：平成27年8月施行に向けて、ケアマネジャーや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
- ・ 地域ケア会議の整備への対応方針：「在宅支援連絡会」や「地区別ケース検討会」などの既存の連携会議への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
- ・ 特別養護老人ホームの重点化への対応方針：要介護1, 2であっても真に入所が必要なケースについては、市と施設が協議し新たな入所のルールを確立する
- ・ 補足給付の見直しへの対応方針：国の動向に対する実務的な体制整備を進める

【現状と課題】

- 介護保険制度改正の動向・問題点と武蔵野市の基本的対応方針については、第3章で述べたとおりである。
- 市としては、制度見直しに伴う次のような課題・問題点に対し、地域の実情に応じた円滑な制度変更への対応とサービス水準の維持・向上を目指していく。

(1) 予防訪問介護・予防通所介護の地域支援事業化

- 今回の制度改正では、平成18年度改正における「予防重視システムへの転換」の効果の検証がなされないまま、平成27年4月に予防訪問介護・予防通所介護が「予防給付」から市町村による「地域支援事業」に移行される予定である。
- 明確な根拠が示されないことへの懸念は否めないが、市としては、今後の国のガイドラインの公表等に注視しながら、従来のサービス水準をできる限り低下させないよう、現在の介護予防訪問介護、介護予防通所介護利用者の対象者やサービス内容を分析し、市町村事業として実施すべき範囲や実施方法等を整理する必要がある。
- また、同時に、事業者の確保等の体制（受け皿）整備等に向けた具体的な準備を進めていく必要がある。
- 平成25年7月現在の要支援認定者は1,160人（要支援1は531人、要支援2は629人）

だが、そのうち介護保険サービスの利用者は565人（要支援1は213人、要支援2は352人）と約半数であった。また、要支援のサービス利用者のうち、介護予防訪問介護の利用者は276人、介護予防通所介護の利用者は243人であった。

- 平成25年度はこれらの予防訪問介護・予防通所介護の利用者と市の一般会計サービスの生活支援ヘルパー事業の利用者（一時的なけがや心身状況から生活援助を必要とする要介護認定を受けていない高齢者）84人について、サービス利用内容や目的等の分析を行った。

（2）一定以上所得者への2割負担の導入

- 1号被保険者の保険料基準額は、国民健康保険税・後期高齢者医療保険料との整合性を図り、合計所得金額でなく総所得金額とすべきである。
- 国は「合計所得金額160万円以上のものは、1号被保険者の上位20%に相当」としているが、武蔵野市の場合35%程度が見込まれ、国の想定とのかい離が大きく、市民の理解を得ることが極めて困難である。
- 国は、「2割負担の導入は平成27年8月から」としている。課題の多い案であるが、導入された際の混乱の未然防止、業務量等の推計等、適切に準備を進めていく必要がある。

（3）既存会議の地域ケア会議としてのリニューアル

- 今回の制度改正では地域ケア会議の開催についても法定化される予定である。現在、本市では市内で市民を担当するケアマネジャーを在宅介護支援センターごとに地区割りし、事例検討や情報交換を行う地区別ケース検討会を開催している。また、在宅支援連絡会議や地域リハビリテーション協議会では多機関、多職種が集まり在宅療養等の地域の課題を共有し、連携して課題解決に取り組んでおり、国が考える地域ケア会議の役割と近い会議を実施している。
- これら既存の連携会議や、介護保険制度開始より継続してきたサービス事業者の連絡会やケアマネジャー研修等の事業を評価、総括し、リニューアルすることで、武蔵野市の介護の質の維持・向上のために、職種を越えた連携や総合的な福祉の人材育成等の強化を目指していく必要がある。

（4）特別養護老人ホームの重点化

- 国は、「原則、特養への新規入居者を要介護度3以上の高齢者に限定」としている。武蔵野市が従来から入所指針を取り交わしている13の施設では、要介護度や介護の困難性等を反映して優先順位をつけており、要介護1・2の軽度者の入所割合は全体の6.6%に止まっており（平成25年12月審査分。全国的には平成23年調査で11.8%）、すでに適切な対応が行われている。
- 国は、「軽度の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める。」

としている。

(5) 補足給付の見直し（資産等の勘案）

- 国は、「一定額以上の預貯金等（単身では1,000万円超、夫婦世帯では2,000万円超程度を想定）がある場合には、対象外。」としているが、この基準額は理解の得られる金額かという疑問がある。「住民税非課税世帯」という現行の基準は、市民の理解をすでに得ているのではないかと考える。
- 資産の把握のためには、保険者の業務負担が極めて多大となると想定される。その業務負担の効果が、一人月当たり1号保険料▲36円との推計である。もっと根本的な解決策を検討すべきではないかと考える。
- 国は「代理申請可」とする想定だが、特養入所者を原則要介護3以上とするなか、提出書類の準備等、本人申請の原則が維持できるのかという問題もある。

【今後の方向性】

(1) 予防訪問介護・予防通所介護の地域支援事業化

- 要支援1・2の方の予防訪問介護・予防通所介護の利用者のサービス利用状況を分析したところ、予防訪問介護サービス利用者276人の援助内容については、7割は「掃除代行」、次いで「買い物代行」（15%）、「調理」（6%）、「入浴（見守り）」（4%）、「洗濯」（2%）であった。
- 予防通所介護サービス利用者243人の利用目的については、6割が「筋力低下、腰痛、膝痛等の身体機能の低下（の予防・回復）」、2割が「社会参加」であり、前者では「市の事業やスポーツクラブに参加していたが、歩いて行けなくなったため」、後者では「閉じこもり傾向があり、デイサービスなら送迎があるため行きやすいから」との理由が多かった。
- また、生活支援ヘルパー事業の利用者（一時的なけがや心身状況から生活援助を必要とする要介護認定を受けていない高齢者）は84人であったが、サービスの利用内容としては、7割近くが「掃除」であり、予防訪問介護と同じ傾向がみられた。
- この結果をもとに、今後、地域支援事業としてのサービス提供の範囲や内容について具体的な検討を行う。
- 基本的には、予防訪問介護については、現在の生活支援ヘルパー事業を拡大する形での対応を考えるが、26年度の民間事業者の参入状況等も勘案しながら、実施方法や事業単価について検討していく。
- また、介護予防通所介護については、既存の介護保険事業者や共助により実施されてきたテンミリオンハウスや地域のミニデイサービス等の現状や意向を把握し、地域支援事業に組み込むことのメリット・デメリット等を勘案しながら、実施方法や事業単価等を検討する。なお、健康増進・介護予防事業等との役割分担や整合性・連続性等についても検討が必要である。（※ 結果詳細は巻末資料4 参照）

- 利用者負担の問題としては、現在の生活支援ヘルパー事業では低所得者層への利用料減免を行っており、地域支援事業でも市町村が利用料を設定することから、減免制度を設けることは可能であるが、介護保険制度では1割自己負担が原則で、いわゆる減免の制度はない。そのため、介護保険サービスとの整合性を勘案する必要がある。
- また、予防訪問介護・予防通所介護ともに、地域支援事業や市一般会計事業に移行せず自費サービス化する部分が生じたような場合は、低所得者支援策の検討が必要となる。
- 地域支援事業への移行に伴い、利用申請受け付けや事業者との契約等の事務量の増加、地域包括支援センター等によるケアマネジメント、給付管理の方法等実務的な検討が必要な事項も多く、国の動向やガイドライン等をみながら整備していく。
- 地域支援事業への円滑な移行の支援のためとして、国が平成26年夏までに示すとしている介護保険法に基づくガイドライン（指針）を注視し、的確に対応していくが、現在の利用者に対しては、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。

(2) 一定以上所得者への2割負担の導入

- 平成27年8月の施行に向けて、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。
- 今後、「負担割合証」については、第1号被保険者全員に対して発行するのか、要介護認定者のみに発行するのか、また、多数の医療証等を持つ高齢者にもわかりやすいよう、例えば1割負担者と2割負担者では証書を色分けするのかなど、被保険者の混乱を避ける対応についても検討していく。

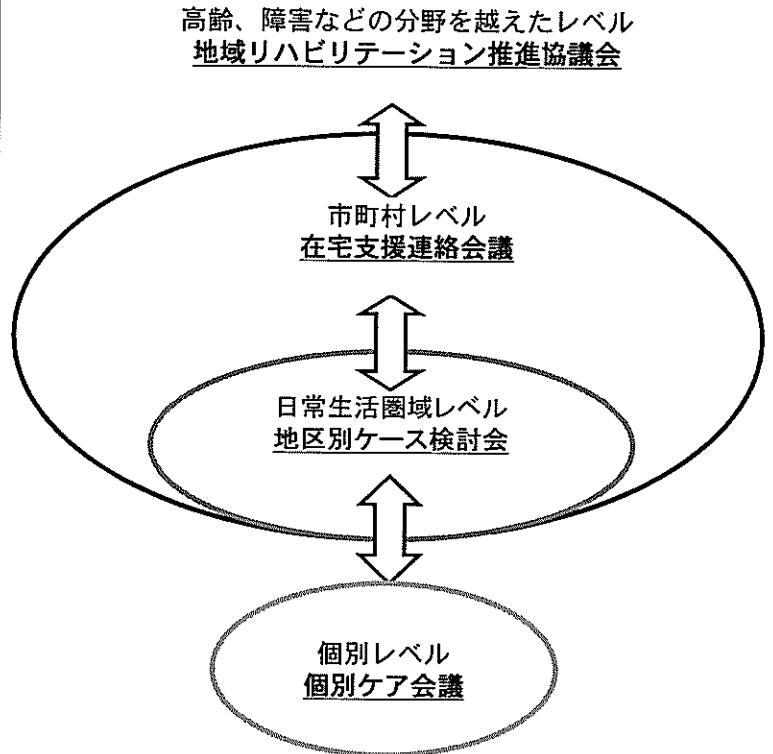
(3) 既存会議の地域ケア会議としてのリニューアル

- 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。具体的には、地区別ケース検討会を「エリア別地域ケア会議」へ、在宅支援連絡会を「全市的なレベルで行う地域ケア会議」へ転換していく。
- 「地域ケア会議」の設置範囲について、個別レベル、日常生活圏域レベル、市町村レベル、高齢者・障害者などの分野を越えたレベルの4段階に区分けし、既存の会議（地区別ケース検討会、在宅支援連絡会議、地域リハビリテーション推進協議会）を活用し、重層的に「地域ケア会議」を実施する。
- 段階ごとの「地域ケア会議」を体系的に実施することにより、段階ごとの地域包括支援ネットワークを重層的に構築し、対処方法ではない根本的な問題解決や施策形成に反映させる。

表4

| 設置範囲 | 会議名 | 会議目的 | 機能 |
|------------------|------------------|-----------------|----------------------|
| 高齢・障害等の分野を越えたレベル | 地域リハビリテーション推進協議会 | 分野を越えた政策形成及び調整 | 分野を越えた全市的な政策形成 |
| 市町村レベル | 在宅支援連絡会議 | 全市的な課題把握及び解決 | 全市的な政策形成 |
| 日常生活圏域レベル | 地区別ケース検討会 | 在宅エリア毎の課題把握及び解決 | 在支エリア毎の地域づくりや地域資源の開発 |
| 個別レベル | 個別ケア会議 | 個別課題の解決 | 地域課題の発見 |

図6



「地域ケア会議」とは？

個別ケースの支援内容の検討による課題解決を出発点として、支援を担当する関係者や、地域の住民が集まり、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントの支援や地域の社会資源や地域住民による支えあいのネットワークの構築などを行うことによって、高齢者個人に対する支援を充実するとともに、地域課題を抽出し、その地域課題を地域づくり・社会資源の開発や施策に反映し課題解決していくことで、高齢者への支援の土台となる社会基盤の整備を図るための手段である。

(4) 特別養護老人ホームの重点化

- 制度改正では、軽度の要介護者（要介護1、2）については、「やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める。」としている。
- 市としては、要介護1、2であっても、例えば、ひとり暮らしの認知症高齢者で周辺症状が重い方や主たる介護者の疾病等により十分な介護が難しい方等、真に施設への入所が必要な方について、施設と協議し、新たなルールを確立する。

(5) 補足給付の見直し（資産等の勘案）

- 勘案すべき資産等の具体的な範囲の検討や、自己申告が困難な者の代理申請の取り扱いなどについて、国の動向に注視しながら実務的な検討を行っていく。
- あわせて、国に対し、自己申告を原則とせず、介護保険法203条に、施設サービス事業者が当該入所者の資産状況調査を囑託できる条項を追加して対応することを求めていく。

(6) 推進体制の強化

◆基本的な考え方◆

- ・日常生活圏域を、施設整備としては1圏域、小地域完結型の相談・サービス提供体制としては6圏域と設定
- ・在宅介護支援センターによる地域の面的なコーディネート強化
- ・必要なサービスの新設及び拡大と既存サービスの見直しによる統廃合
- ・退院時支援等医療と介護が相互に関わりながら市民の在宅生活を支えるための在宅医療・介護連携体制の推進
- ・福祉人材育成の体系化

【現状と課題】

(1) 日常生活圏域の定義

- 本市の規模からは施設整備的には日常生活圏域は1圏域で妥当であるが、相談・サービス提供体制としての圏域は6圏域と考えている。
- 在宅介護支援センターについては、平成12年当初は5カ所であったが、平成17年に本町在宅介護支援センターが加わり、現在の6在宅介護支援センター体制となった。また、平成18年の介護保険法改正では地域包括支援センターの設置が義務付けられ、東部、中部、西部それぞれに1カ所、計3カ所の地域包括支援センターを設置（在宅介護支援センターに併設）し、1つの地域包括支援センターが2つの在宅介護支援センターをブランチとして包含する形とした。その後、平成21年に3つの地域包括支援センターを統合、直営化して1直営地域包括支援センター、6在宅介護支援センターとなった経緯がある。
- 以来、本市では直営地域包括支援センター1カ所と在宅介護支援センター（地域包括支援センターブランチ）6カ所による重層的な地域相談体制を整備している。在宅介護支援センターは介護保険法に基づく地域包括支援センターブランチ機能と老人福祉法に基づく在宅介護支援センター機能の二枚看板をもち、例えば在宅介護支援センターの職員が新規の要介護認定申請者宅を調査員と同行訪問し、担当エリアの要支援・要介護高齢者を全件把握するなど、小地域完結型の相談・サービス提供を行っている。

(2) 在宅介護支援センターによる地域の面的なコーディネートの強化

- 平成17年より高齢者人口は1.2倍増加しているが、在宅介護支援センター職員数は変わっておらず、また、現在の在宅介護支援センターの担当地区や在宅介護支援センター職員一人当たりが担当する高齢者数には差が生じている。（表5）

在宅介護支援センター職員一人当たりの高齢者数 表5

| | | ゆとりえ | 吉祥寺 本町 | 吉祥寺 ナーシング | 高齢者 総合センター | 桜堤 ケアハウス | 日赤 | 合計 |
|-------|------------------|-------|-----------|--------------|---------------|-------------|-------|--------|
| 平成17年 | 在支職員数 | 7 | 3.5 | 4 | 8 | 7 | 4 | 33.5 |
| | 65歳以上人口 | 5,328 | 2,207 | 2,809 | 6,140 | 5,073 | 2,426 | 23,983 |
| | 職員一人当たり の高齢者数 | 761 | 631 | 702 | 768 | 725 | 607 | 716 |
| 平成21年 | 在支職員数 | 6 | 3.5 | 4 | 7 | 6 | 4 | 30.5 |
| | 65歳以上人口 | 5,860 | 2,421 | 3,223 | 6,858 | 5,726 | 2,810 | 26,898 |
| | 職員一人当たり の高齢者数 | 977 | 692 | 806 | 980 | 1,145 | 703 | 882 |
| 平成25年 | 在支職員数 | 6 | 3.5 | 4 | 7 | 6 | 4 | 30.5 |
| | 65歳以上人口 | 6358 | 2626 | 3416 | 7505 | 6279 | 3043 | 29,227 |
| | 職員一人当たり の高齢者数 | 1,059 | 760 | 854 | 1,072 | 1,047 | 761 | 958 |

* 65歳以上人口については平成17年、平成21年は2009年版市勢統計より。平成25年は4月1日現在の数値

* 平成21年にはそれまでの3地域包括支援センターより各1名、直営地域包括支援センターへ配置した。

- 在宅介護支援センターは地域社協や民生委員と協働し、担当する地域の特性に応じたサービスの在り方を地域住民とのネットワークづくりの中から導き出すなど、地域課題の掘り起しや課題解決を行っているが、地域住民組織である地域社協や民協等の地区割りと在宅介護支援センターの担当地区は必ずしも一致していない状態である。しかし、当地区の統一については、既に長年の活動実績がある地区社協や民生児童委員の地区割りと統一するのは困難と考えている。
- このような現状の中で、地域と協働し地域を支えていく仕組みを構築するためには、在宅介護支援センターがすでに担っている地域の面的なコーディネート機能をさらに強化していく必要がある。

(3) 必要なサービスの新設及び拡大と既存サービスの見直しによる統廃合

- 介護が必要な状態になっても在宅で生活するために、平成12年に「武蔵野市高齢者福祉総合条例」を定め、介護保険サービスを補完する市の一般会計によるサービスを実施している。
- 平成24年4月からは、介護保険制度による24時間定期巡回・随時訪問介護看護事業を実施し、24時間365日の介護体制の強化を行っている。
- 在宅サービスを充実させる一方で、施設入所を選択する方については、入所決定過程の

透明性・公平性を確保するとともに、施設入所の円滑な実施を目的に特別養護老人ホームへ入所する場合に適用される「特別養護老人ホーム入所指針」を整備し、武蔵野市内、市外13施設で運用している。

- しかし、高齢化の進展によるひとり暮らし高齢者や認知症高齢者の数の増加や、核家族化等による家族の介護力の不足などにより、従来のサービスの見直しや新たなニーズへの対応が必要となっている。
- 在宅生活の限界点を上げるためには、ニーズに合わせた様々なサービスや量が必要と考えられるが、財源には限りがあることを踏まえた検討が必要である。

(4) 退院時支援等医療と介護が相互に関わりながら市民の在宅生活を支えるための在宅医療・介護連携体制の推進

- 平成24年度の介護報酬・診療報酬の同時改定により、入院・退院時の情報共有や連携強化、医療機関間連携等による在宅医療の強化が図られたほか、平成25年12月には独立行政法人国立長寿医療研究センターが「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」を作成し、全国の都道府県・市町村に向けて在宅療養推進の後押しをしている。
- 在宅療養生活の支援体制について、平成25年7月より健康福祉部各課及び公益財団法人武蔵野市健康づくり事業団の職員で構成される「医療・介護・福祉連携体制検討委員会」を部会として設置し、年度末までに8回の会議を開催、集中した議論をおこなった。
- 委員会においては「在宅療養」を、「すべての市民が、仮に療養が必要になっても、様々なサービスを活用しながら、本人の選択に基づいてできる限り住み慣れた場所で生活を続ける」ことと定義した。
- 本市における在宅医療・介護連携体制については、平成20年より脳卒中患者に対する急性期の治療、機能訓練、在宅サービスを地域でつなげ、生活プランの明示を図る「脳卒中地域連携パス」を作成、運用している。
- また、平成24年4月より保健・医療・福祉の実務者による多職種が参加する「在宅支援連絡会」を開催、武蔵野市医師会では在宅療養部会を設置し、平成25年より在宅療養や医療連携について協議をしている。
- 療養生活が必要な市民の生活全般を支えていくためには、24時間支援可能な体制が必要となるが、それにはサービスが途切れないよう複数の機関が関わる仕組みも必要であり、連携パスの活用やICTの活用による情報の共有化なども検討する必要がある。

(5) 福祉人材育成の体系化

- 平成12年4月の介護保険制度開始以降、市が主催の「ケアマネジャー全体研修会」、6つの在宅介護支援センターにおける「地区別ケース検討会」等を行い、制度の要であるケアマネジャーへの支援を行ってきた。
- 地域包括ケアシステムの推進に向けては、ケアマネジャーのみならず行政職員、地域

の支援者なども市の目指す方向性を共有し、保健・医療・福祉の連携強化が図れるような人材育成が必要とされる。

【今後の取り組み】

(1) 日常生活圏域の定義

- 本市が目指してきた小地域完結型の相談・サービス提供体制として、1地域包括ケアセンター、6在宅介護支援センター体制を継続・強化する。
- 日常生活圏域については、在宅介護支援センターを地域包括ケアシステムの拠点と位置づけ、地域の特色にあった面的なコーディネートを行っていく上でも、施設整備としては1圏域、小地域完結型の相談・サービス提供体制としては6圏域と設定する。

(2) 在宅介護支援センターによる地域の面的なコーディネートの強化

- 在宅介護支援センターがすでに担っている地域の面的なコーディネート機能を強化していくために、地域の中での在宅介護支援センターの役割を見直し、効果的でバランスの良い配置や運営体制を検討していく。

(3) 必要なサービスの新設及び拡大と既存サービスの見直しによる統廃合

- 多様なニーズに対応するため、日常の相談や実態調査、地域ケア会議等の機会を通じてニーズを把握し、必要なサービスの新設・拡大をしていく。
- 市の一般会計で行うサービスについては、限られた財源をより効率的に充当するために、既存の事業を見直していく過程でサービスの統廃合も検討していく。
- 介護保険制度改正による介護予防給付の地域支援事業化や、特別養護老人ホーム入所者の重点化等に対しても、その影響等を確認しながら対応策について検討する。

(4) 退院時支援等医療と介護が相互に関わりながら市民の在宅生活を支えるための在宅医療・介護連携体制の推進。

- 退院時支援等医療と介護が相互に関わりながら市民の在宅生活を支えるための在宅医療・介護連携体制を推進していく。
- 脳卒中地域連携パスの活用による回復期病院とケアマネジャー・在宅診療医との連携を進める。
- ケアマネジャーやホームヘルパー等の福祉職については、医療連携は心理的に敷居が高い状況がみられるため、医療連携に関するレベルアップ・スキルアップへの支援を行う。
- 地域包括ケアシステムの推進のためには、医療、介護、福祉の切れ目ない連携体制の必要性を各関係者に周知し、事例紹介等を行いながら既存の連携ツールの利用促進を図り、治療や訓練の成果が在宅サービスに適切に循環させられる体制づくりを進める。
- 「医療・介護・福祉連携体制検討委員会」においては、ひとり暮らし高齢者や認知症高

齢者の増加、核家族化による家族介護力の低下、入院時の在院日数の変化、他職種連携の現状等などに関する課題を出し、その解決に向けて次の取り組みが必要としている。委員会での結果に基づき、今後の取り組みを進めていく。

- ① 医療機関・介護事業者等の連携支援として、特に退院時における関係機関のコーディネートが必要である。また、その後の在宅療養生活を支える24時間体制の支援のしくみづくりとして、ICTや連携パスの活用、ケアマネジャーと医療機関の連携強化に向けた支援等の充実を推し進める必要がある。
 - ② 市民に向けて、仮に療養が必要になったとしても自宅で暮らし続けるための心構えを啓蒙する必要がある。そのために支援体制の現状紹介や相談・支援機関の周知など情報提供も積極的に進めていく。
 - ③ 上記取り組みを強力に推進するために専門の窓口設置を検討する必要がある。検討にあたっては、専門窓口設置の必要性に加えて実施主体の検討や既存の相談体制との調整を図る。
- 平成25年度には、別途、防災課と健康課共管による「災害時医療対策検討委員会」も設置され、これらの検討結果をふまえて、平成26年度に「武蔵野市地域医療のあり方検討委員会（仮称）」を設置し、救急医療、休日診療を含めた武蔵野市の今後の地域医療のあり方について総合的に整理していく予定である。

（5）福祉人材育成の体系化

- 平成25年度に、市としての福祉人材育成や研修に関する事項を検討・調整する場として健康福祉部内に「人材育成調整会議」を設置した。
- 在宅生活を支える要であるケアマネジャーに対しては、本市での経験年数に応じた個別ケアプラン研修や、平成25年度に実施したケアマネジャーアンケート調査でニーズが多かった医療知識等の専門研修や介護保険制度改正の情報提供等を実施していく。
- また、市役所窓口で相談を受ける市職員についても、対人援助の基礎知識等に関する研修の機会を増やし、相談体制の強化を図る。

第4章 地域包括ケアシステム推進に向けた課題整理と今後の方向性

在宅介護支援センター比較表 (H25.4.1) 表6

| 在宅介護支援センター | 総数 | ゆとりえ | 本町 | 吉祥寺ナーシング | 高齢者総合センター | ケアハウス | 武蔵野日赤 |
|--------------------------|---------|--------------------------|-----------------|----------|------------------|------------|--------|
| 担当地区 | — | 吉祥寺東町 吉祥寺南町 御殿山1丁目 | 御殿山2丁目 吉祥寺本町 | 吉祥寺北町 | 中町・西久保 緑町・八幡町 | 関前・境 桜堤 | 境南町 |
| 職員配置数 | 30.5 | 6.0 | 3.5 | 4.0 | 7.0 | 6.0 | 4.0 |
| 人口 | 139,535 | 27,281 | 13,216 | 16,038 | 36,273 | 32,343 | 13,884 |
| 高齢者人口 | 29,227 | 6,358 | 2,626 | 3,416 | 7,505 | 6,279 | 3,043 |
| 高齢化率 | 20.95% | 22.89% | 19.87% | 21.30% | 20.69% | 19.41% | 21.92% |
| 75歳以上 高齢者人口 | 15,229 | 3,331 | 1,370 | 1,796 | 3,922 | 3,287 | 1,523 |
| 後期高齢化率 | 10.91% | 11.99% | 10.37% | 11.20% | 10.81% | 10.16% | 10.97% |
| 職員一人当たりの高 齢者数 | — | 1,060 | 750 | 854 | 1,072 | 1,047 | 761 |
| 要支援認定者数*1 | 1,126 | 251 | 97 | 171 | 271 | 225 | 111 |
| 要支援1 | 524 | 122 | 45 | 91 | 124 | 94 | 48 |
| 要支援2 | 602 | 129 | 52 | 80 | 147 | 131 | 63 |
| 要介護認定者数*1 | 4,279 | 891 | 380 | 460 | 1,196 | 936 | 416 |
| 要介護1 | 1,120 | 232 | 97 | 144 | 284 | 257 | 106 |
| 要介護2 | 1,138 | 258 | 90 | 113 | 330 | 246 | 101 |
| 要介護3 | 777 | 157 | 79 | 82 | 212 | 167 | 80 |
| 要介護4 | 684 | 138 | 60 | 59 | 208 | 140 | 79 |
| 要介護5 | 560 | 106 | 54 | 62 | 162 | 126 | 50 |
| 認知症高齢者数*2 (H25.7.1現在) | 2,936 | 594 | 261 | 338 | 818 | 633 | 292 |
| 出現率 | 10.05% | 9.34% | 9.94% | 9.89% | 10.90% | 10.08% | 9.60% |
| 生活保護受給者数 (65歳以上) | 806 | 63 | 47 | 55 | 249 | 300 | 92 |
| 生活支援ヘルパー 利用者数*3 | 88 | 24 | 2 | 1 | 31 | 27 | 3 |
| 食事サービス 利用者数*3 | 220 | 53 | 16 | 11 | 52 | 58 | 30 |
| 認知症見守り支援ヘル パー利用者数*3 | 27 | 12 | 3 | 2 | 6 | 4 | 0 |
| 地区別ケース検討会 ケアマネ登録者数*4 | 177 | 27 | 28 | 24 | 36 | 30 | 32 |

*1 住所地特例者と市内特養に住所を置く者を除く

*2 平成25年7月1日現在、要介護認定を受けていて、認定調査時の認知症高齢者の自立度がⅡ以上。(住所地特例者除く)

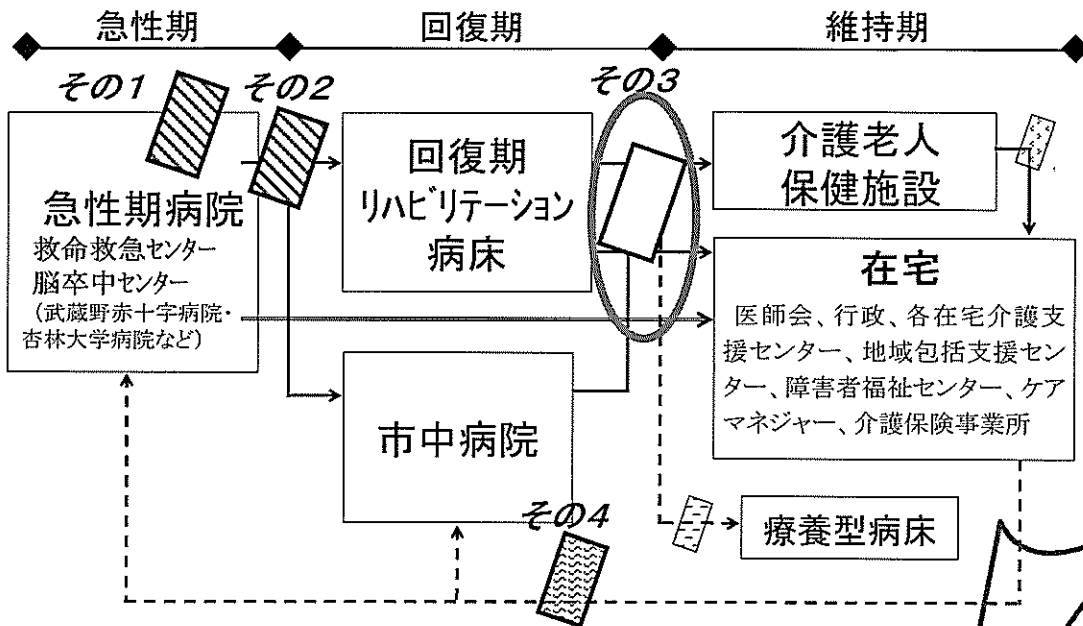
*3 平成25年9月1日現在

*4 平成25年9月4日現在

脳卒中地域連携パス

- ◇ 脳血管疾患は要介護の原因のトップであることから、武蔵野赤十字病院を中心とする脳卒中ネットワークにより急性期から在宅に戻るまでの4種類の地域連携診療計画書（地域連携パス）を作成。
- ◇ 急性期病院から回復期病院への情報提供や、回復期病院退院時の在宅診療医や介護保険のケアマネジャー、在宅サービス事業者への情報提供、あるいは回復期病院から老人保健施設等を経て在宅療養に戻る際の情報提供等が連携パスの活用により迅速かつ的確に行われ、地域で患者を支えるシステムを構築。
- ◇ 連携パスの1枚目になる「これからの生活プラン」（オーバービュー）の作成にあたり、退院後の在宅生活を意識し、記載欄を大きく設けること、また、時間軸で、どこで何をすればよいか分かりやすい形を重視している。医療機関の在宅生活の意識化や退院時の福祉的な手続きを病院側が説明するうえで、オーバービューが役立っている。
- ◇ 連携パス3枚目の退院時の在宅診療医や在宅サービス事業者への情報提供様式の作成にあたっては、医師会も参加したことから、病院・医師会・福祉が連携しやすい関係性ができている。

脳卒中地域連携診療計画書（連携パス）の流れ



(7) 他制度との連続性や連携

◆基本的な考え方◆

- ・健康施策との連続性を考慮した事業整理
- ・障害者施策から高齢者施策へのスムーズな制度移行
- ・高齢の親を支える観点からの障害者制度の充実

【現状・課題と今後の取り組み】

(1) 健康施策との連続性を考慮した事業整理

- 若い頃からの食生活や健康習慣が高齢期の健康につながっていくことから、若い世代への生活習慣改善や介護予防への普及啓発、動機づけ等がますます重要となってくる。健康課や健康づくり事業団が担う健康施策から連続性を持って介護予防事業へ移行していくような事業整理や仕組みを検討する。

(2) 障害者施策から高齢者施策へのスムーズなサービス利用の制度移行

- 障害者施策サービスを利用している方が65歳になると、高齢者施策サービスへと移行するが、例えば、障害者施策でヘルパーを利用している場合に、高齢者施策へと移行すると事業者を変えなければならない等の不都合が生じないように、ひとつの事業者が、障害者総合支援法及び介護保険法の両方の事業者指定を受けていただくことを働きかけるなど、スムーズな制度移行について検討する。

(3) 高齢の親を支える観点からの障害者制度の充実

- 障害者の養護者が高齢化し、在宅では生活を継続できずグループホームや入所施設を選択する事例も増えている。さらに、その障害者の入所施設が市内にはなく、また、グループホームも十分に整備されている状況とは言えないことから、地域で誰もが安心して暮らすために障害者制度の充実が課題である。

第5章 おわりに

武蔵野市の地域包括ケアが目指すもの

介護保険制度が施行された2000年当時、全国で約900万人だった75歳以上高齢者（後期高齢者）は、現在約1,400万人となっており、2025年には2,000万人を突破する。

地域包括ケアシステムとは言い換えれば、「武蔵野市における2025年へ向けた“まちぐるみの支え合いの仕組みづくり”」であり、重度な要介護状態になっても、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、「居宅生活の限界点を高めること」が最大の目標である。

そのためには、行政だけでなく財政援助出資団体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いくことが必要となる。

今後は社会保障制度改革とこれに伴う介護保険制度改正を受け、武蔵野市高齢者福祉総合条例に基づく本市の地域包括ケアシステムの確立・推進のための取組について、第6期介護保険事業計画・高齢者福祉計画策定において市の示す方向性として明示する。また、介護保険制度改正に対する課題（第3章参照）についても、計画策定と合わせて対応への準備を進め、被保険者に対して丁寧な情報提供と適切な対応を行っていく。

まさに、地域包括ケアシステムは後期高齢者2,000万人社会となる2025年に向けた総合的なまちづくりであり、武蔵野市で働き、生活する私たちの英知を結集し、作り上げていくものである。

資料編

○武蔵野市高齢者福祉総合条例

平成12年3月22日条例第21号

改正

平成17年条例第41号

平成20年条例第6号

平成23年4月1日条例第17号

武蔵野市高齢者福祉総合条例

我が国は、平和の維持、所得の向上、保健・医療・福祉の充実により、人類の長年の夢であった健康長寿の社会を実現しつつある。一方、少子高齢化の進展により、医療・年金・福祉制度、コミュニティ、住宅、交通、雇用などの抜本的な改革が求められている。

新世紀を迎え、私たちは、長年社会の発展に寄与した高齢者が尊敬され、社会の中核となるような活力ある長寿社会を築くことを目標とする。

武蔵野市は、良福祉・中負担の考え方を提起し、バランスのとれた高齢者福祉施策を総合的に展開することを決意し、この条例を制定する。

(目的)

第1条 この条例は、武蔵野市（以下「市」という。）が行う高齢者福祉施策（以下「施策」という。）について、基本理念及び基本的な事項を定めることにより、市の役割を明らかにするとともに、施策の総合的な推進を図り、もって高齢者福祉の増進を図ることを目的とする。

(基本理念)

第2条 市は、施策の実施にあたっては、高齢者の尊厳を重んじなければならない。

2 市は、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を推進する。

3 市は、自助・共助・公助の考え方にに基づき、市民、市その他関係機関のそれぞれの役割分担を定め、社会資源の活用並びに保健、医療及び福祉の連携を図るよう努める。

4 市民は、自ら健康で豊かな高齢期を迎えることができるよう努める。

(主要な施策)

第3条 市は、前条の基本理念を実現させるため、次に掲げる施策を実施する。

(1) 介護に関する施策

(2) 健康及び自立支援に関する施策

(3) 社会参加促進に関する施策

- (4) サービス利用者の保護に関する施策
- (5) サービス基盤整備の推進に関する施策

2 市は、前項各号に掲げる施策に基づく事業のほか、必要と認める事業を行うものとする。

(介護に関する施策)

第4条 前条第1項第1号の介護に関する施策は、老人福祉法（昭和37年法律第133号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）、介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令（以下「法令」という。）に定めるもののほか、次の各号に掲げる事業を行うものとし、事業の内容は、それぞれ当該各号に掲げるものとする。

- (1) テンミリオンハウス事業 地域において、福祉団体、市民等が当該地域の人材又は建物を活用し高齢者の生活支援を行う取組に対し、市が助成及び支援を行う事業をいう。
- (2) 日常生活支援事業 家事援助、デイサービス、食事サービスその他の日常生活の支援を総合的に行う事業をいう。
- (3) 補助器具貸与・住宅改善事業 補助器具の貸与及び住宅の改善に係る費用の給付並びにこれらに関する相談及び情報提供を行う事業をいう。
- (4) 移送サービス事業 地域の人材を活用し、既存の公共交通機関の利用が困難な高齢者等の移送を行う事業をいう。
- (5) 居住継続支援事業 高齢者が、地域において居住を継続するために必要な施設整備及び相談等の支援を行う事業をいう。
- (6) 地域リハビリテーション事業 高齢者が、地域において自立して生活を続けるために、身体機能の維持及び回復、相談その他必要な支援を行う事業をいう。

(健康及び自立支援に関する施策)

第5条 第3条第1項第2号の健康及び自立支援に関する施策は、法令に定めるもののほか、次の各号に掲げる事業を行うものとし、事業の内容は、それぞれ当該各号に掲げるものとする。

- (1) 健康増進事業 体操教室その他高齢者の心身の健康維持及び増進を図るための事業をいう。
- (2) 食生活向上事業 食事に関する教室及び講習その他高齢者の食生活の向上を図るための事業をいう。
- (3) 介護予防事業 寝たきり及び認知症を予防する教室及び講習その他高齢者が要介護状態にならないための事業をいう。

(社会参加促進に関する施策)

第6条 第3条第1項第3号の社会参加促進に関する施策は、法令に定めるもののほか、次の各号に掲げる事業を行うものとし、事業の内容は、それぞれ当該各号に掲げるものとする。

- (1) 社会活動センター事業 武蔵野市立高齢者総合センターにおいて行う、健康の増進及び教養の向上のための講座、レクリエーションその他高齢者の社会参加を促進する事業をいう。
- (2) 老人クラブ助成事業 老人クラブが行う健康増進、社会奉仕等の活動に対し、助成を行う事業をいう。
- (3) シルバー人材センター助成事業 公益社団法人武蔵野市シルバー人材センターが行う高齢者の就労の機会を確保するための事業に対し、助成を行う事業をいう。

(サービス利用者の保護に関する施策)

第7条 第3条第1項第4号のサービス利用者の保護に関する施策は、次の各号に掲げる事業を行うものとし、事業の内容は、それぞれ当該各号に掲げるものとする。

- (1) 高齢者権利擁護事業 民法（明治29年法律第89号）に基づく成年後見制度に関する事業その他の高齢者の権利を擁護する事業をいう。
- (2) サービス評価事業 介護保険法及びこの条例に基づくサービス（以下「サービス」という。）の質の向上のため、第三者機関によるサービス評価を行う事業をいう。
- (3) サービス情報提供事業 サービスを利用しようとする者のためのサービス選択基準となる情報及び介護保険法に基づく介護に関するサービス計画の作成を支援するための情報の提供を行う事業をいう。
- (4) 苦情対応の事業 サービスに関する苦情に対し、迅速な対応を行う事業をいう。

(サービス基盤整備の推進に関する施策)

第8条 第3条第1項第5号のサービス基盤整備の推進に関する施策は、老人福祉法に定める老人福祉施設のほか、同項第1号から第4号までの施策を推進するための施設整備、人材育成等に関する事業を行うものとする。

(事業の実施等)

第9条 第3条第2項及び第4条から前条までに定める事業の実施について、対象者、方法、利用料、手続その他必要な事項は、市長が別に定める。

2 市は、施策を効率的に推進するため、第3条第1項各号に掲げる施策及び施策に基づく事業に関し、客観的な点検及び評価を行うものとする。

(事業者)

第10条 サービスを行う事業者は、次の事項を遵守しなければならない。

- (1) サービスを利用しようとする者に対し情報を提供し、サービスの内容に関して同意を得ること。
- (2) サービス利用者の個人情報を保護すること。
- (3) サービス利用者の意向を尊重し、迅速かつ柔軟なサービスの提供に努めるとともに、苦情に対しては解決及び再発防止に努めること。

(市民参加による計画の策定及び評価)

第11条 市は、高齢者福祉に関する計画の策定にあたっては、第2条の基本理念を踏まえ、かつ、市の他の計画との整合性を図るものとする。

2 市は、前項の計画の策定及びその実施の評価にあたっては、市民参加により行うものとする。

(委任)

第12条 この条例に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

この条例は、平成12年4月1日から施行する。

付 則 (平成17年9月30日条例第41号)

この条例は、公布の日から施行する。

付 則 (平成20年3月18日条例第6号)

この条例は、平成20年4月1日から施行する。

付 則 (平成23年4月1日条例第17号)

この条例は、公布の日から施行する。

平成25年11月29日

厚生労働省

老健局長 原 勝則様

東京都市福祉保健部長会

介護保険制度改正に対する緊急提言

急速な高齢化が進行する中、国が介護保険制度を持続可能な制度として維持していくために介護保険制度改正を行なうことは歓迎するところである。

しかし、現在検討されている見直し案は、実際に介護保険制度を運営する主体である私たち保険者と、現在及び将来利用する国民に不安と懸念を抱かせる部分が少なくない。そこで、以下の項目について緊急提言を行うものである。

これらの項目は、介護保険制度の根幹に関わるものであるが、残念ながら広汎な議論やその結果を踏まえた国民的な理解には至っていない。性急に見直しを進めることは、被保険者である国民には不安を、市区町村や介護保険事業者には業務量の増加と混乱をもたらしかねない。

介護保険制度発足から13年、築き上げてきた制度への信頼感を損ねることのないよう、国においては下記の緊急提言を受け止め、慎重な対応を切に要望するものである。

提言項目

1. 介護予防給付の地域支援事業への移行について

予防給付の訪問介護、通所介護を地域支援事業へ移行後、市町村が効率的かつ効果的に事業を展開していくために、「要介護状態等の軽減または悪化の防止に資する」効果を検証し、職の専門性が必要とされ、効果が認められるサービスについては加算対応ができる措置を図ること。また、要支援認定率の違いや市町村の多様な取り組みへの対応に配慮し、財源の確保を行うこと。

2. 一定以上所得者の利用者負担の引き上げについて

利用者負担の引き上げについて、やむを得ず引き上げるとしても、被保険者の理解が得られるよう慎重に行うこと

3. 特定入所者介護サービス費（補足給付）の資産勘案について

資産勘案の方法などを、既存の制度である「生計困難者等に対する利用者負担額軽減制度事業」において十分検証し、公平性を確保し、事務負担を最小限にしたうえで実施すること。

4. 特別養護老人ホーム（特養）の中重度への重点化について

特養の中重度への重点化については、地域の実情や施設の状況により、柔軟に対応できる仕組みも含めて検討すること。さらに、重点化が図られた場合、養護老人ホームのニーズが増加してくるものと考えられるため、何らかの財政支援を検討すること。

5. サービス付き高齢者向け住宅について

サービス付き高齢者向け住宅が「住所地特例」とされた場合、地域密着型サービス利用における同意に伴う自治体の事務負担が増加することが見込まれるため、事務軽減方策を検討すべきである。また、当該自治体が介護保険事業計画を立てる際、地域密着型サービスにおける「住所地特例者」の利用見込みについても勘案されるように検討すべきである。

なお、基礎自治体の事務負担についてここで特記する。

介護保険制度は比較的歴史が浅く、人口構造や社会経済状況の変化に合わせた改正を要することは理解できるものであるが、制度改正により基礎自治体の事務が煩雑・過重なものとなれば、事務コストが介護保険財政を圧迫してしまうことは論を俟たない。制度改正においては、介護保険制度の安定性を確保するうえでも、事務執行方法について広く基礎自治体の状況や意見を踏まえて進めるべきである。

また、国が行う制度改正については、過去、周知期間の不足を含めその方法なども課題となってきたところである。周知方法や費用のあり方なども合わせて検討し、基礎自治体、ひいては介護保険事業者・利用者の負担・混乱がないようにするべきである。

以上

資料（提言内容説明）

1. 介護予防給付の地域支援事業への移行について

予防給付の訪問介護、通所介護を地域支援事業へ移行後、市町村が効率的かつ効果的に事業を展開していくために、「要介護状態等の軽減または悪化の防止に資する」効果を検証し、職の専門性が必要とされ、効果が認められるサービスについては加算対応ができる措置を図ること。

また、要支援認定率の違いや市町村の多様な取り組みへの対応に配慮し、財源の確保を行うこと。

○ 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会では、「要支援者に対する介護予防給付（訪問介護・通所介護）については、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の提供をできるよう、地域支援事業の形式に見直す。」（平成25年11月14日第52回介護保険部会）とされている。

○ しかしながら、介護保険制度は、保険事故に備えて保険料を納めて、要支援や要介護状態にあると認定された被保険者には給付を受ける権利が発生するというものである。この点については、介護保険制度の最も基本的な原則であり、税方式か保険方式かという制度設計時の根底をなすものである。

また、市町村の介護保険担当所管課は、制度開始時から社会保険方式となった理由を含めて第1号被保険者に介護保険料の納付についての説明をし、理解を求めてきている。

今回、予防給付の訪問介護、通所介護が地域支援事業に移されることで、両サービスを利用する要支援者にとっては介護保険が実質「保険」制度ではなくなる恐れがある。なぜなら、地域支援事業は個人への給付を約束したものではなく、市町村がサービスの種類や費用、提供の可否等の「決定権」を担わざるを得ないからであり、これでは要支援と認定されても必ずしも保険給付を受けられるとは限らず、受給する権利が不明確になることを意味しているものである。

○ また、被保険者は、保険料を支払うに値する「一定の質が担保された」「効果のある」サービスを望んでいる。

多くの市町村で、住民主体の取組等を推進しているところではあるが、「地域の高齢者が中心の支えあい」や「ボランティアの活用」で、「一定の質が担保された」サービスを実施することは困難であり、受け皿として確保できない恐れがある。必ずしも望んでいないサービスに対して被保険者が保険料を支払うことについては、理解が得られないと考える。

○ さらに、国が予防給付をこれまで介護給付と同様のメニューで給付し続けてきた理由は、要介護状態と要支援状態が連続的であるとともに、要支援・要介護認定のうえで要支援2と要介護1は同じ状態像であるため、明確に区別する基準を設けることができなかつたためである。

この状況で予防給付の訪問介護、通所介護を地域支援事業に移行すれば、ほぼ同じ状態像でありながら、保険給付を受けられる市民（要介護状態）と受けられない市民（要支援状態）に分か

れることになり、利用者には理解が得られないと考える。

- 一方で、現在、予防給付の訪問介護、通所介護の提供内容を見れば、要支援者の生活を支えるために重要な役割を果たしているものの、介護保険法第2条第2項で定める「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する」効果については乏しく、予防給付とは言い難いサービスが含まれていることは認識している。
- また、介護予防事業における二次予防事業については費用対効果の面で改善が必要である。そのため、高齢者の社会参加を通じた介護予防事業の促進については、推進すべきであると考えます。
- そこで、国において予防給付の訪問介護、通所介護の提供内容を検証し、職の専門性が必要とされ、「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する」効果が認められるサービスについては、地域支援事業に移行した上で、加算対応ができる措置を図るべきと考えます。
また、要支援者の生活を支えるために重要な役割を果たしてきたが、職の専門性を必要とせず、「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する」効果は乏しいと考えられ、かつ地域の互助で確保できると思われるサービスについては、地域支援事業に移行すべきである。
- なお、予防給付のうち、その他のサービスについては従来通り予防給付を継続することとされているが、その理由は明示されていない。予防給付には、通所介護と通所リハビリテーションなど類似のサービスがあり、市民や事業者の混乱も予想されることから、その理由を明示されたい。

2. 一定以上所得者の利用者負担の引き上げについて

利用者負担の引き上げについて、やむを得ず引き上げるとしても、被保険者の理解が得られるよう慎重に行うこと

- 介護保険制度は、保険事故に備えて、人々があらかじめ保険料を出し合い、保険事故（要介護状態等）に遭った人に必要な保険給付を行うものである。要介護状態等になるリスクは、被保険者に等しく存在するにもかかわらず、受給する際の負担割合が異なることは、介護保険制度への「応能負担」の導入を意味する。より多くの保険料を負担したにもかかわらず、受けられる給付は限定され、利用者負担が増加するという点では、被保険者の納得を得ることは困難である。
- 利用者負担は、介護保険制度開始前の応能負担では、中高所得層に負担が重くサービスを利用しにくいとして、所得に関わらず一律負担で介護保険制度を設計し、新制度の利点に挙げていた経過があり、やむを得ず利用者負担を引き上げるとしても、改正は、今後の高齢者の可処分所得の変化などの状況を検証・分析しながら、段階的に導入を図るなどして進めるべきである。
- 今後、社会経済状況の変化や医療・介護の費用負担増等、様々な要因から高齢者の可処分所得

が減じていく可能性は否定できない。

これを踏まえ、利用者負担の引き上げには、慎重な検討をさらに継続して行うことが必要であり、介護保険料を納める被保険者の理解が得られるよう、その水準等を含め十分に議論し、その過程と結果等を国が主体的に説明、周知するべきである。

3. 特定入所者介護サービス費（補足給付）の資産勘案について

資産勘案の方法などを、既存の制度である「生計困難者等に対する利用者負担額軽減制度事業」において十分検証し、公平性を確保し、事務負担を最小限にしたうえで実施すること。

- 国は、特定入所者介護サービス費（補足給付）の資産勘案の事務手続きについて、具体的な方法を示してはいない。
既に課題として指摘されているが、資産勘案に関連する事務を、基礎自治体が直接実施することは極めて困難であり、事業執行の効率性から大きな課題を有するものとする。
- そもそも、預貯金等の資産を公平かつ簡便に把握できる仕組みが検討されていない現時点では、委託等の手法を前提にしたとしても、本事業の実施は時期尚早と言わざるを得ない。
- そこで、判定の際に、世帯員を含めた資産勘案を行っている生計困難者等に対する利用者負担額軽減制度事業の事務手続きがそれに類似しているため、同制度に、国が今回示している非課税所得や不動産等に係る試算勘案を十分に検討したうえで、一定の検証期間を設けたのちに実施の可否を検討すべきと考える。

4. 特別養護老人ホーム（特養）の中重度への重点化について

特養の中重度への重点化については、地域の実情や施設の状況により、柔軟に対応できる仕組みも含めて検討すること。さらに、重点化が図られた場合、養護老人ホームのニーズが増加してくるものと考えられるため、何らかの財政支援を検討すること。

- 国は、特養を在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化を図るとして、平成 27 年度から、新規入所者は要介護度 3 以上の高齢者に限定する、との方針を打ち出した。
- その後、①認知症で常時見守りが必要、②知的障害・精神障害を伴い地域での安定した生活が困難、③家族によるサポートが期待できない、④家族等による虐待が深刻、これらの「やむを得ない事情」がある場合は特例として、要介護度 1，2 の軽度者も入所を認める方向に修正が行われた。

- しかし、個々の保険者における入所待機者の状況や施設・在宅サービスの提供体制等はまさに千差万別であり、地域の実情に応じた対応が必要である。また、重度者のみ入所とした場合の、介護職員の負担の増加等も懸念されるため、人材の確保がますます困難となることが想定される。
したがって、地域の実情や施設の状況により、柔軟に対応できる仕組みも含めて検討することを求める。
- さらに、重点化が図られた場合には、軽度者の入所先として養護老人ホームのニーズが増加してくるものと考えられるが、平成 17 年の養護老人ホームの措置費一般財源化以降の「措置控え」が指摘される中、単に措置権者の問題とするのではなく、何らかの財政支援を検討すべきであると考えられる。

5. サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）について

サ高住が「住所地特例」とされた場合、地域密着型サービス利用における同意に伴う自治体の事務負担が増加することが見込まれるため、事務軽減方策を検討すべきである。また、当該自治体が介護保険事業計画を立てる際、地域密着型サービスにおける「住所地特例者」の利用見込みについても勘案されるように検討すべきである。

- サービス付き高齢者向け住宅の入居者について、「住所地特例」の適用とされることとなることは評価できるが、現行、当該自治体の指定地域密着型サービスの利用については、原則、当該自治体の被保険者のみが利用できることとなっている。このため、当該自治体以外の被保険者が利用を希望する場合には、各自治体が「利用同意の方針」などを定め、利用者ごとに利用の同意を行っている。
- サービス付き高齢者向け住宅が「住所地特例」となった場合には、この同意に伴う自治体の事務負担が増加することが見込まれるため、何らかの事務軽減方策を検討すべきと考える。なお、当該自治体が介護保険事業計画を立てる際には、地域密着型サービスにおける「住所地特例者」の利用見込みについても勘案されるよう検討すべきである。

介護保険制度改正に関する意見書

上記の議案を提出する。

平成25年12月19日

提出者

12番 内山 さとこ

2番 蔵野 恵美子

11番 深沢 達也

15番 小美濃 安弘

20番 山本 あつし

武蔵野市議会議長 与座 武 殿

介護保険制度改正に関する意見書

国は、去る 12 月 5 日、医療や介護など社会保障制度見直しの手順を定めたプログラム（工程）法を成立させた。その中で、一定以上の所得がある利用者の負担を 1 割から 2 割に引き上げることや、要支援 1、2 と認定されたサービス利用者の訪問介護・通所介護を地域支援事業とすることなど、介護保険制度の根幹を揺るがしかねない改変が、国民的議論がないまま行われようとしている。

そもそも介護保険制度は、急速に少子化・高齢化が進む日本で、家族介護から介護の社会化を目指し、介護が必要となったすべての高齢者が、介護の自己決定を可能とする制度である。

その財源の半分を、65 歳以上の第 1 号被保険者と 40 歳以上 64 歳までの第 2 号被保険者の保険料に求め、サービス利用料は一律 1 割負担とした「応益負担」で制度設計されたものである。しかしながら、所得に応じてサービス利用料負担を変更することは、「応益負担」の原則に「応能負担」を持ち込むものであり、国民の理解を得られるとは到底考えられない。

また、平成 18 年の法改正では、自立支援を重視し、予防事業を介護保険制度に組み込んだにもかかわらず、その事業効果の検証もないまま再び予防給付の見直しを行おうとしている。

今、軽度も含めた認知症者数は全国で 800 万人と言われ、武蔵野市では 80 歳代以上の高齢者のおよそ 4 割が認知症と認められている。高齢化とともに認知症者の増加、独居高齢者、高齢者夫婦世帯の増加が進む中で、老老介護、孤独な介護、介護に係る虐待などが深刻な社会問題となっている。

このような現状において、訪問介護サービスは、高齢者が在宅生活を続けるうえで自立支援に欠くことができない命綱であり、通所介護サービスは、介護に疲れた家族のレスパイトケアであるのみならず、仕事と介護の両立を続ける現役世代にとって、もっともニーズの高い重要な役割である。

今回、国が行おうとしている所得による利用者負担の見直しや、自立支援・予防事業を財源や福祉資源の異なる地域支援事業とすることは、介護の社会化に逆行するものであり、介護保険制度の理念を否定するも同然である。

よって、武蔵野市議会は、介護保険制度の見直しにあたって、議論なき利用者負担の見直し、検証なき訪問介護・通所介護サービスを含む予防給付事業の地域支援事業への移行など、拙速な制度改正を行わないよう求めるものである。

以上、地方自治法第 99 条の規定により意見書を提出する。

平成 25 年 12 月 20 日

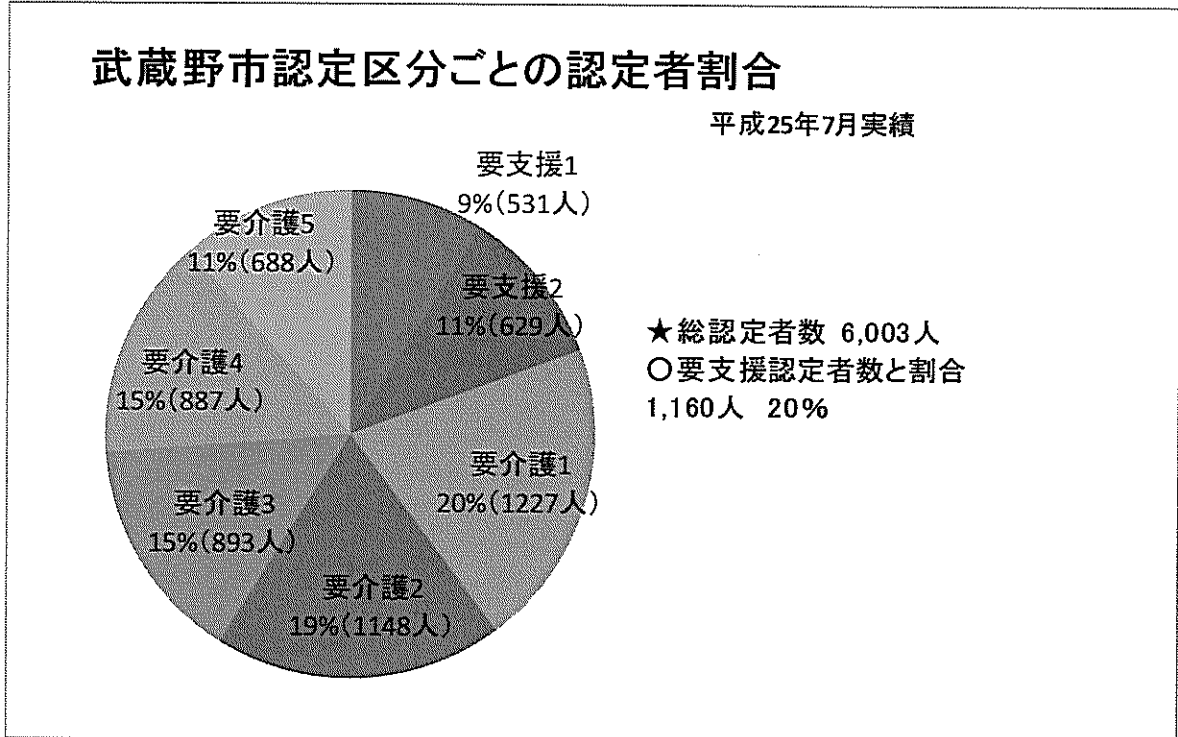
武蔵野市議会議長 与 座 武

衆議院議長
参議院議長
内閣総理大臣
厚生労働大臣

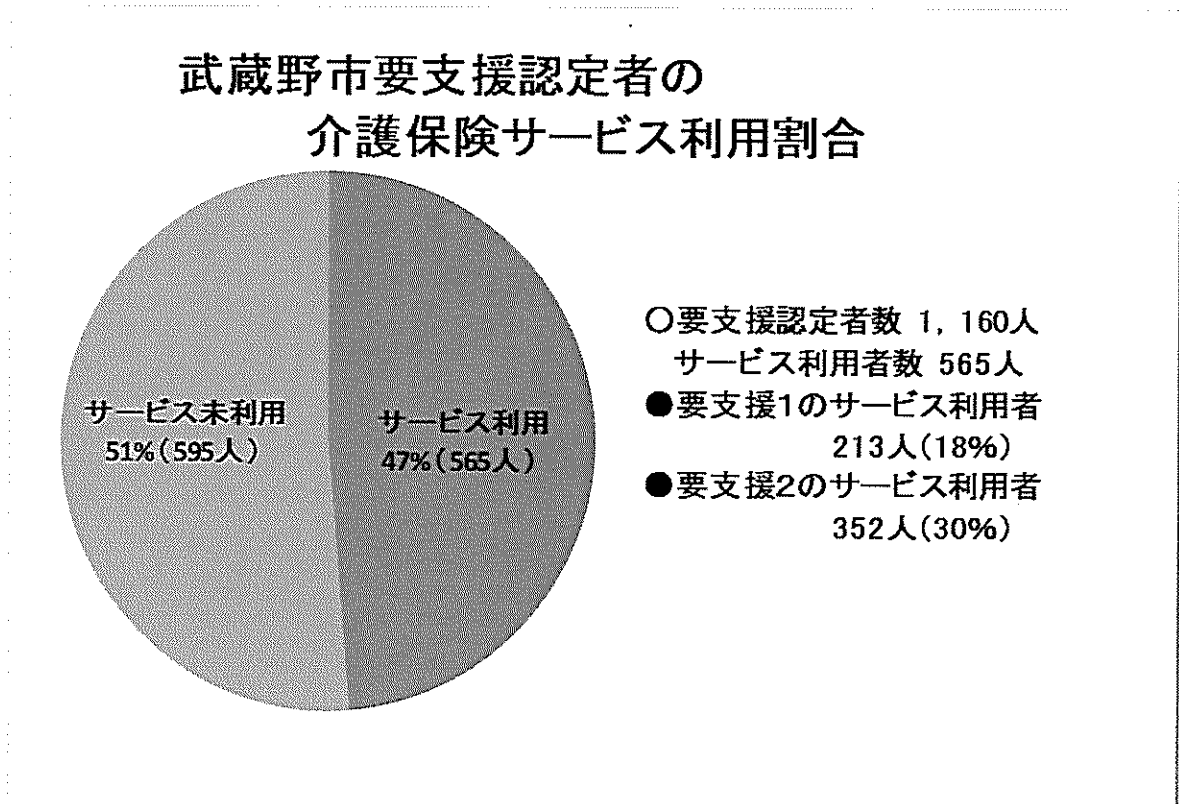
あて

◆予防訪問介護と予防通所介護の利用状況について◆

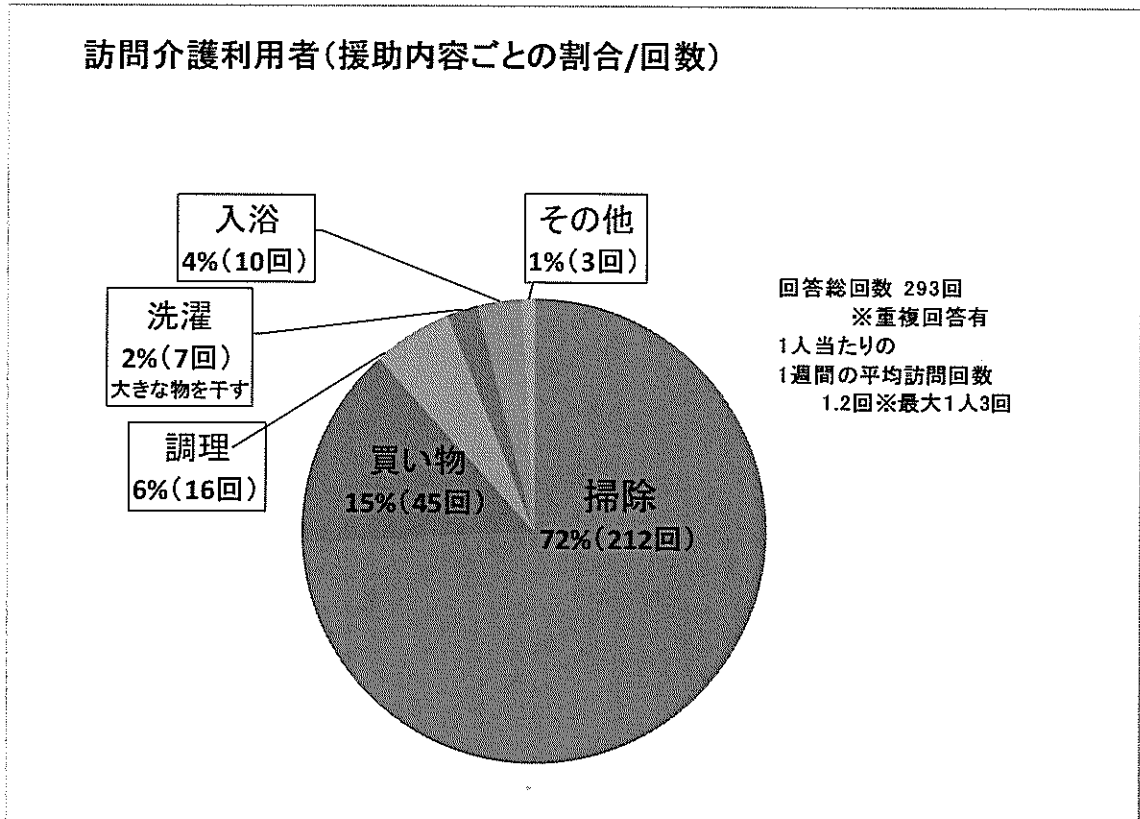
- 要支援認定者は、要支援1で531人、要支援2で629人。



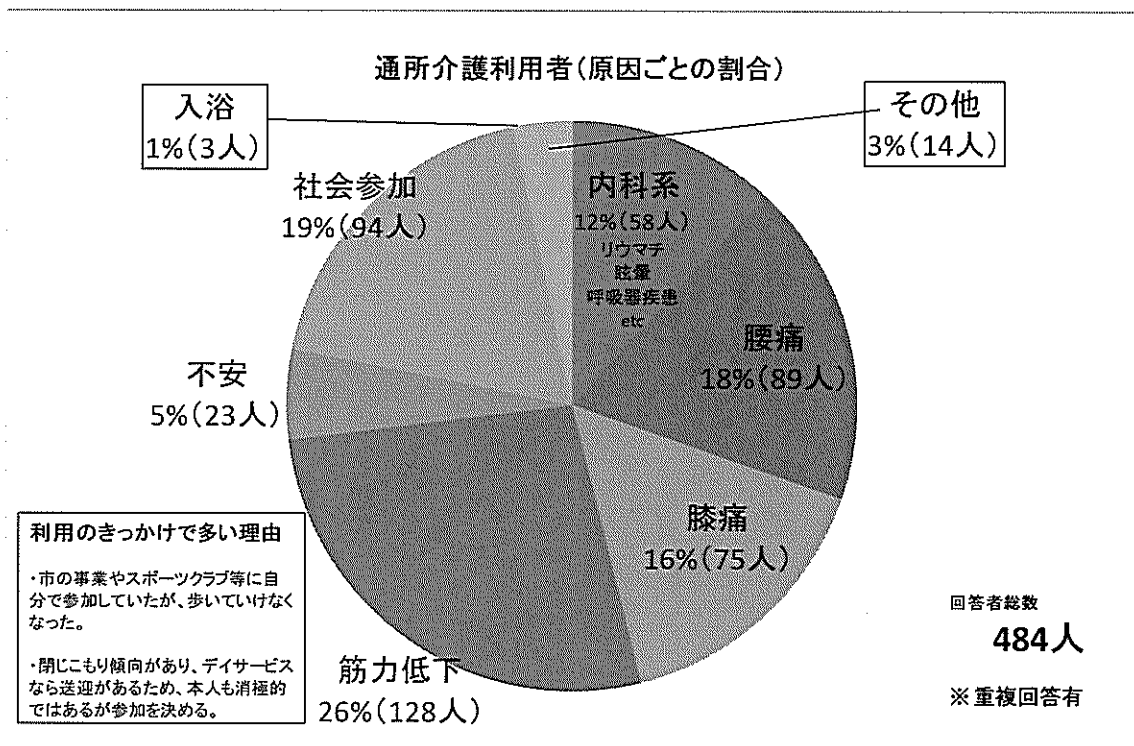
- 要支援認定者のうち、サービス利用者は565人で半数はサービス利用がない。



- 介護予防訪問介護サービス利用者 276 人中、7 割は「掃除代行」が援助内容である。



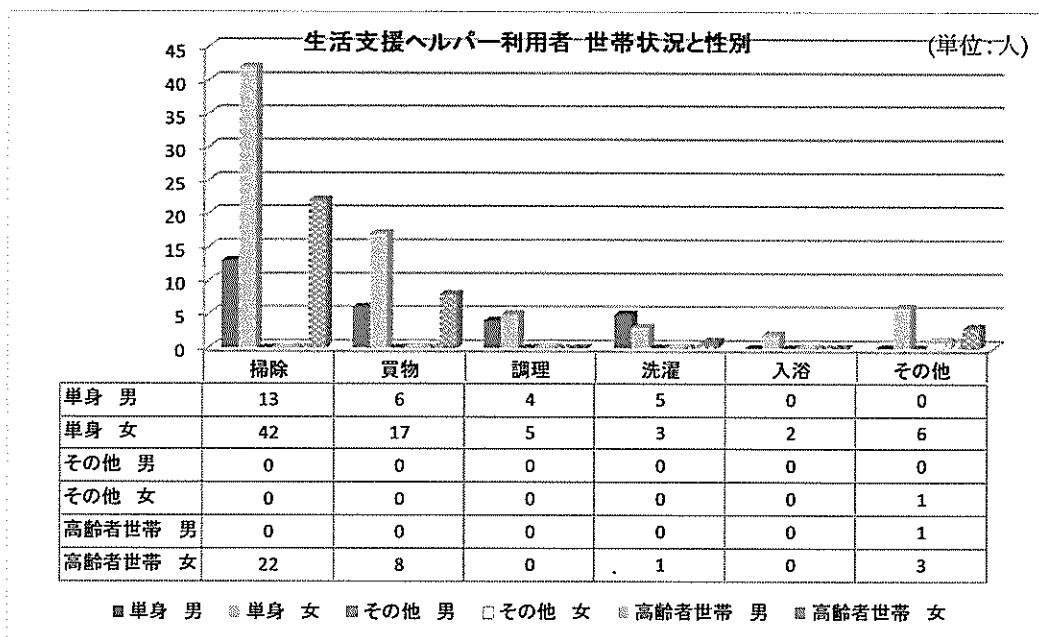
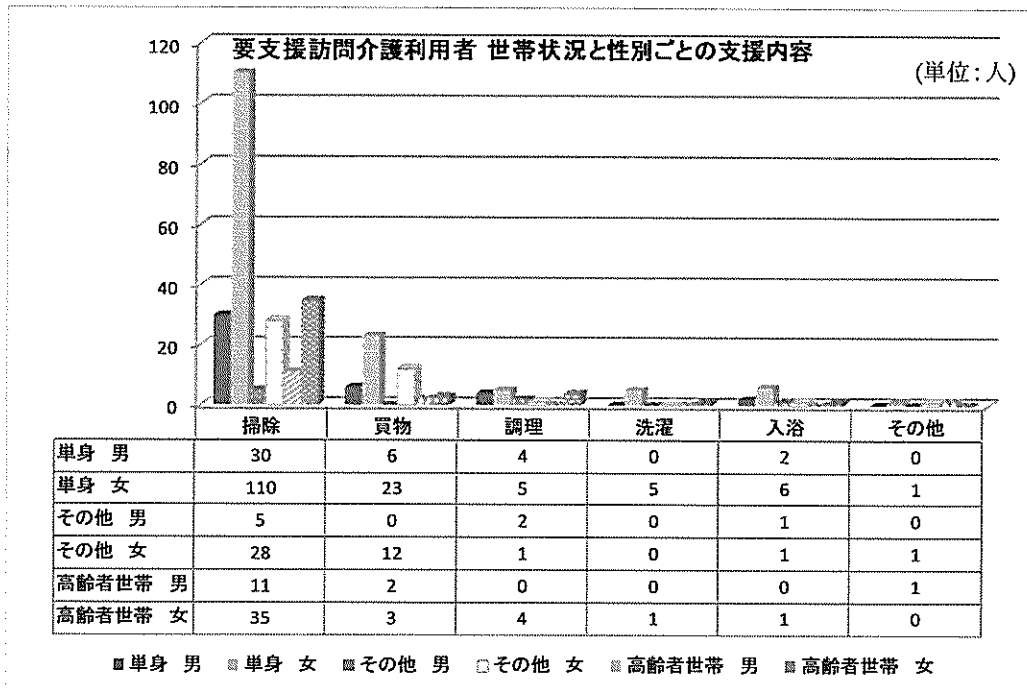
- 介護予防通所介護サービス利用者 243 人中、6 割が「筋力低下」「腰痛」「膝痛」等の身体能力の低下、2 割が「社会参加」目的で通所。



【地域支援事業化の検討に向けて】

■ 介護予防訪問介護

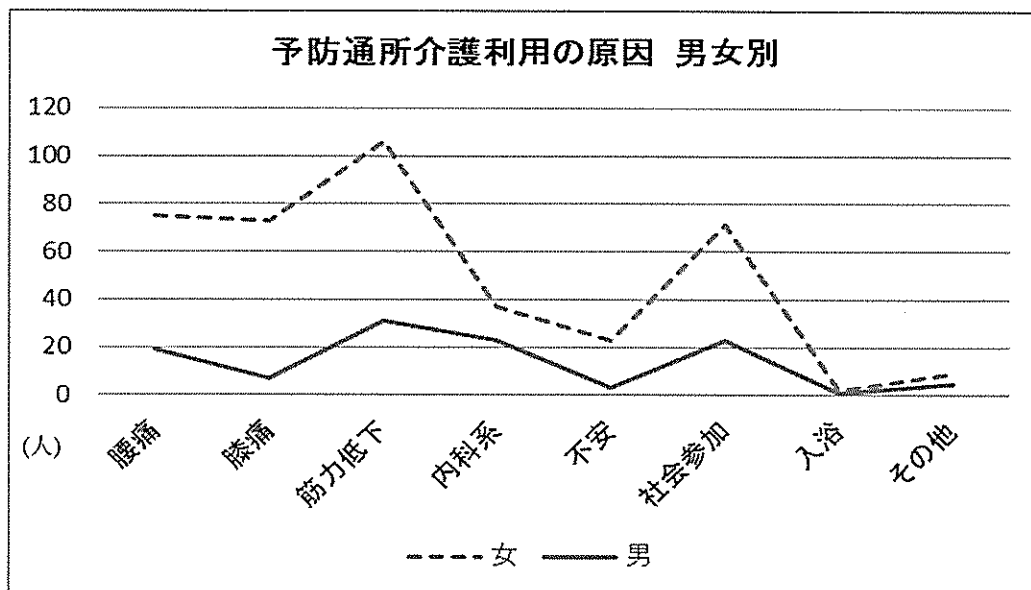
- 本市では介護予防訪問介護のほかに市の一般施策で生活支援ヘルパー派遣事業を実施している。生活支援ヘルパーは要介護、要支援認定を受けていない虚弱な高齢者を対象に家事援助を行っているが、状態像が重なる方も多い。
- 介護予防訪問介護と生活支援ヘルパーの援助内容、利用者の分析をすると、全体の半数が独居の女性でそのほとんどの援助内容は掃除であり、全体でもの7割が掃除である。生活支援ヘルパーでもほぼ同様な結果であった。



- ニーズを分析するとサービス対象者は次の通りとなる。
 - ① うつ病や認知症、視力障害や、社会的孤立の可能性がある等、家事代行に伴う対人援助が必要な方。
 - ② 骨折や怪我、一時的な腰痛や膝痛、退院直後で体力が低下している等の理由で一時的に家事代行が必要な方。
- 介護予防訪問介護も生活支援ヘルパーも自立支援が目的であり、①②どちらも定期的なモニタリングが必要である。特に②については3か月などの期間設定が必要であると考える。
- 今後は介護予防訪問介護と生活支援ヘルパー事業を統合し、①②の方を対象に地域支援事業として実施するのが適当と考える。
- これらのことから、介護予防訪問介護については要支援者や生活支援ヘルパー利用者のニーズや世帯構成等の分析を行い、介護福祉士や有資格のヘルパー等が行うべきサービス内容、自立支援という視点からあるべき形を検討する。
- また、その他に電球の交換や普段手の届かないところの掃除など、日常生活の困りごとに対応できるサービスを創設する必要がある。

■ 介護予防通所介護

- 介護予防通所介護の通所理由は「筋力低下」、「腰痛」、「膝痛」等身体機能の低下で6割を占め、「社会参加」は約2割となっている。男女別にみると、利用者の内7割強が女性、男女ともに「筋力低下」が一番多い。「社会参加」は男性で2番目に多く、女性も2番目に多い「腰痛」や「膝痛」と大差はない。
- 「社会参加」のみを理由としている利用者は14人と少なく、現利用者の多くは、機能訓練と社会参加の2つの目的が併用されている。本市では社会参加目的のみの利用者はテンミリオンハウスを利用していると考えられ、介護予防通所介護とテンミリオンハウスを併用している利用者もいる。



- 通所介護については、現利用者の利用目的を分析することにより、介護予防に資する通所介護の内容という視点から、市が地域支援事業として実施する援助内容の条件を示すことが必要であると考え。具体的には、例えば、半日単位で行う、専門職によるサービス計画作成と定期的な評価を必須とした機能訓練を主とした通所介護など。
- 個別の機能訓練の結果、改善した場合は、次のステップとして、一般介護予防事業に移行するなどのケアマネジメントが必要であろう。それには合わせて、既存の健康づくり・介護予防事業の再整理と体系化も必要と考える。
- 現在のテンミリオンハウスは要支援・要介護認定の有無にかかわらず、自己通所であればだれでも利用でき、その利用目的は居場所、趣味活動、昼食とさまざまである。また、運営主体が地域住民等でそれぞれに特色のある地域活動や運営を実施している。テンミリオンハウスと地域支援事業が重層的に実施され、併用できることによる効果もあるため、地域支援事業に組み込むメリット・デメリット等を勘案しながら、今後の位置づけを検討する必要がある。

■ 事務量

- 現在利用されている介護予防訪問介護事業者は 45 事業者、介護予防通所介護事業者は 47 事業者である。介護予防訪問介護サービス利用者は 276 人、介護予防通所介護サービス利用者は 243 人である。(平成 25 年 7 月現在)
- 厚生労働省は「市町村が毎年度委託契約を締結するといった事務を不要等とするため、現在の指定事業所の枠組みを参考にしつつ事業所を認定等により特定する仕組みを設ける」としているが、市の事業として実施するための委託契約事務の発生は免れない。また、「サービス提供主体である事業者等から費用の請求に係る審査・支払については国民健康保険団体連合会の活用を推進。既存サービス相当のサービス等については、あわせて簡易な限度額管理も行う」としている。
- しかし、市町村の事務が増えることに間違いはなく、生活支援ヘルパー派遣事業では、利用者が 84 人、サービス事業者 2 事業者で委託契約やモニタリングチェックを常勤換算約 0.09 人、利用料の徴収等の事務をアルバイト約 0.8 人で行っている。これを基準とすると、単純推計で事業者が 2 事業者から 92 事業者の 46 倍増で常勤換算約 4 人、利用者が 84 人から 519 人の約 6 倍増でアルバイト約 5 人の事務量が発生すると考えられる。
- また、サービスの質の確保や主体となる事業者への支援などについても保険者としてより強化していく仕組みを検討する必要がある。
- ほかに、地域支援事業のみの利用の場合のケアプラン作成者や作成方法についても、検討していく必要がある。

■ 給付管理等

- 介護予防訪問介護、介護予防通所介護は月額報酬であり、地域支援事業化にあたってどのような単価設定となるのか、また、地域支援事業と介護予防給付を併用した場合の限度額管理は具体的にどのようになされるのか等については国の動向により検討していく。
- 月額報酬であることから、要支援や、認知症の有無などによりある程度パッケージされたサービス提供方法も検討する。
- 地域支援事業を適正に実施しているかチェックが必要である。現在の生活支援ヘルパー派遣制度では6か月ごとにモニタリング調査を実施している。地域支援事業では地域包括支援センターがケアプランを作成するため、ケアプランの提出で地域支援事業のモニタリングを行うなどの方法が考えられる。
- 財政的課題としては、例えば生活支援ヘルパー利用者の約半分は利用料減免対象者であることから利用料設定や減免基準の検討も必要と思われる。

武蔵野市地域包括ケアシステム検討委員会設置要綱

(設置)

第1条 高齢化社会において市民が可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を営むことができるよう、地域リハビリテーションの理念に基づくとともに、武蔵野市高齢者福祉総合条例（平成12年3月武蔵野市条例第21号）に定める総合的な施策体系を基礎として、医療や介護だけではなく様々な生活支援サービスを日常生活の場で包括的かつ継続的に提供できるシステム（以下「地域包括ケアシステム」という。）の構築及び推進について検討するため、武蔵野市地域包括ケアシステム検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所管事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について検討し、その結果を市長に報告する。

- (1) 地域包括ケアシステムの構築及び推進に関する事項
- (2) 前号に掲げるもののほか、地域包括ケアシステムについて市長が必要と認める事項

(組織)

第3条 委員会は、別表に掲げる職にある者をもって構成し、市長が委嘱し、又は任命する。

(委員長)

第4条 委員会に委員長を置き、健康福祉部長の職にある者をもって充てる。

2 委員長は、会務を総括し、委員会を代表する。

3 委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、あらかじめ委員長が指名する者がその職務を代理する。

(設置期間)

第5条 委員会の設置期間は、平成26年3月31日までとする。

(会議)

第6条 委員会の会議は、必要に応じて委員長が招集する。

2 委員会が必要と認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(部会)

第7条 委員会の補助機関として、武蔵野市地域包括ケアシステム検討委員会部会（以下「部会」という。）を置く。

2 部会は、委員会の指示する事項について調査し、その結果を委員会に報

告する。

3 部会の構成員は、関係職員のうちから市長が指名する。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、健康福祉部高齢者支援課が行う。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、委員会について必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

この要綱は、平成25年6月13日から適用する。

別表(第3条関係)

| |
|-----------------------|
| 健康福祉部長 |
| 社会福祉法人武蔵野市民社会福祉協議会副参事 |
| 公益財団法人武蔵野市福祉公社参事 |
| 公益財団法人武蔵野市福祉公社副参事 |
| 公益財団法人武蔵野健康づくり事業団副参事 |
| 健康福祉部地域支援課長 |
| 健康福祉部生活福祉課長 |
| 健康福祉部高齢者支援課長 |
| 健康福祉部高齢者支援課相談支援担当課長 |
| 健康福祉部障害者福祉課長 |
| 健康福祉部健康課長 |
| 健康福祉部健康課副参事 |
| 都市整備部住宅対策課長 |

武蔵野市地域包括ケアシステム検討委員会 検討内容

| 日時 | 会議 | 内容 |
|------------------------|--------------------------|---|
| 平成 25 年 5 月 21 日(火) | 準備会 | 会議の主旨説明、ブレインストーミング |
| 6 月 13 日(木) | 第 1 回 検討委員会及び WT 合同会議 | ブレインストーミングの論点整理 |
| 6 月 28 日(金) | 第 1 回 合同部会 | 在支エリア毎のデータ収集と役割分担 |
| 7 月 23 日(木) | 第 2 回 予防・軽度者部会 | 健康関連事業の洗い出し |
| 8 月 2 日(木) | 第 2 回 相談・サービス・住まい部会 | 各在宅介護支援センターのデータに基づくヒアリング |
| 9 月 17 日(木) | 第 2 回 検討委員会及び WT 合同会議 | 今までの課題整理 住まいに関する施策の現状と課題 要支援者が介護保険制度の対象外となることへの対応 |
| 10 月 29 日(木) | 第 3 回 予防・軽度者部会 | 健康づくり対策の変遷～その体系と政策を知る 各部会を進めるための途中経過報告 |
| 11 月 20 日(水) | 第 3 回 検討委員会及び WT 合同会議 | 報告書骨子について、部会の進捗状況について 要支援者へのサービス作業グループ |
| 12 月 26 日(木) | 作業グループ* 訪問介護・通所介護 | 要支援者に対する訪問介護、通所介護サービスの内容、利用者等の分析と地域支援事業の検討 |
| 平成 26 年 1 月 22 日(水) | 作業グループ 相談・見守り体制 | シルバーピアの現状と課題、方向性について |
| 1 月 23 日(木) | 作業グループ 訪問介護 | 要支援者に対する訪問介護のサービスの内容、利用者等の分析と地域支援事業の検討② |
| 3 月 7 日(金) | 第 4 回 検討委員会 | 報告書（案）について |
| 3 月 24 日(月) | 第 5 回 検討委員会 | 報告書（案）の最終確認 |

*平成 25 年 11 月 20 日(水)第 3 回検討委員会及び WT 合同会議以後は、予防・軽度者部会と相談・サービス・すまい部会の部会員の中から、関係する職員で作業グループを作り、より具体的な協議を行った。

武蔵野市地域包括ケアシステム検討委員会名簿

(設置期間：平成 25 年 6 月 13 日～平成 26 年 3 月 31 日)

| 氏名 | 所属・役職 |
|--------|-----------------------|
| 笹井 肇 | 健康福祉部長 |
| 森安 恵里子 | 社会福祉法人武蔵野市民社会福祉協議会副参事 |
| 福島 文昭 | 公益財団法人武蔵野市福祉公社参事 |
| 中村 義明 | 公益財団法人武蔵野市福祉公社副参事 |
| 山本 祥代 | 公益財団法人武蔵野健康づくり事業団副参事 |
| 齋藤 綾治 | 健康福祉部地域支援課長 |
| 伊藤 朝子 | 健康福祉部生活福祉課長 |
| 森安 東光 | 健康福祉部高齢者支援課長 |
| 毛利 悦子 | 健康福祉部高齢者支援課相談支援担当課長 |
| 山田 剛 | 健康福祉部障害者福祉課長 |
| 菅原 誠治 | 健康福祉部健康課長 |
| 勝又 玲子 | 健康福祉部健康課副参事 |
| 大久保 信行 | 都市整備部住宅対策課長 |

武蔵野市地域包括ケアシステム検討委員会報告書

発行年月：平成26年3月発行

発行者：武蔵野市健康福祉部高齢者支援課