

「くらしを支える介護保険制度」

講師：中 村 直 樹¹⁾

1. 講座の概要

本講座は、講座全般を3部構成に設定し、地域包括ケアシステムの観点から、介護保険創設の目的と経緯、制度のしくみ、サービスの種類等を押さえ、紙芝居を通しての事例把握や福祉用具・機器体験を加味し、アクティビティ型講義となるよう創意工夫し、実施した。以下、講義・演習した内容について示す。



(写真1) 内容説明

2. 第1部（講義）

1) 介護保険制度の目的と経緯

(1) 介護保険制度の理念

介護保険とは、介護を社会全体で支え合う制度である。加齢に伴う病気などにより介護を必要とする状態になっても、尊厳を保持し、できる限り自立した日常生活を送れるよう、利用者の選択に基づいて、必要なサービスを総合的かつ一体的に提供するしくみのことである。

“加齢に伴う病気”について、具体的には、概ね40歳ぐらいから、自らが初老期における認知症や脳卒中によって要介護状態になる可能性が高くなってくることが、自らの親も介護を要する状態になる可能性が高くなるた

め、世代間連帯によって介護を支え合うという制度の目的にかなっていることがいえる。

次に“尊厳の保持”についてであるが、介護を受けている人の多くは、お世話になる、面倒をかけるなどの申し訳ないという気持ちが強くある。この気持ちが強くなればなるほど自分は周囲に面倒をかける人間になってしまったと感じてしまい、生きていることの意義がなくなってくる。これは人としての尊厳がなくなってしまった状態といえる。「介護保険法」第1条には、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事が出来るよう…とある。“尊厳の保持”とは、世の役にたっている、あるいは必要とされているといったように、その人らしく生きてもらうことや自身の役割を実感できた時に見出されるものであるといえる。

最後に“自立した日常生活”というフレーズについてである。自立と自律。読みはどちらも“じりつ”であるが、意味合いが若干異なる。自立というのは“他に従属せず、他からの支配や助力を受けずに存在する”という意味であり、一方の自律も似たような意味であるが、“自分自身の規範に従って生活する”という意味が加わる。このことから介護分野では、自立は身体機能やADL(日常生活動作)が自立していることであり、自律は身体機能やADLは自立していなくても、選択権が尊重され、自分の意思で行動や生活ができることというように解釈されることが多い。例えば、介護を必要としている人の場合、介護なしで生活する(自立する)ことはできなくても、自分の意思でさまざまな選択をしながら生活することができれば、自律的な生活であると考えることができる。このような考え方は決して間違いではないが、機能やADLの自立性を回復する可能性が残されているの

1) 弘前医療福祉大学短期大学部 介護福祉学科 (〒036-8102 青森県弘前市小比内3丁目18-1)
(令和元年10月19日 講演)

であれば、まずはそのことを目標とすべきではないであろうか。

(2) 介護保険制度創設まで動き

①措置制度から利用（契約）制度へ

介護保険制度は2000（平成12）年4月に導入され、各市区町村が運営主体（保険者）となっている制度である。この制度は、従来のサービスを行政が利用対象者に措置をするという形式から、利用者の方々の自らの選択、自己決定によりサービスを提供する事業者と契約を交わすという、いわゆる“措置から契約へ”という流れを構築した。

②老人福祉法

高齢者に関する社会保障の起源は、1963（昭和38）年に成立した老人福祉法にある。わが国は昭和20年代の戦後緊急援護と基盤整備（救貧）の時代を経て、昭和30～40年代にかけては高度経済成長の後押しもあり、国民皆保険・皆年金制度の創設と社会保障制度を発展（防貧）させるに至った。この時に創設されたのが老人福祉法である。以降、この法律の下で、1971（昭和46）年には社会福祉施設緊急整備五か年計画により全国各地に措置制度としての特別養護老人ホームが建設・運営されていった。また、1973（昭和48）年には田中角栄政権のもと、健康診査制度として“老人医療費の無料化”が全国展開されたが、この起源はそれより10年以前の岩手県沢内村（現・西和賀町）での医療費無料化にあったのである。

③老人保健法

しかしながら、昭和40年代後期以降にはこうした経済成長は終焉を迎え、次々に行財政改革を余儀なくされることとなったのである。1982（昭和57）年には老人保健法が成立し、医療サービスと生活サービスをあわせて提供することができる老人保健施設の創設を推し進めた。しかしこの時、従前の老人福祉法で定められた老人医療費支給制度を終了させ、70歳以上高齢者と65歳以上要介護高齢者を対象に医療費の一部負担を実施せざるを得ない状況にまで陥ってしまう結果となった。また、その後状況がさらに悪化し、対象を75歳以上に引き上げなくてはならない状況になったり、“社会的入院（慢性疾患の老人入院が増大し、医療費増大や救急患者の受け入れが困難になるなど社会問題に発展）”が増加したりといった、いわゆる高齢化社会がもたらす問題が表面化した瞬間でもあったのである。

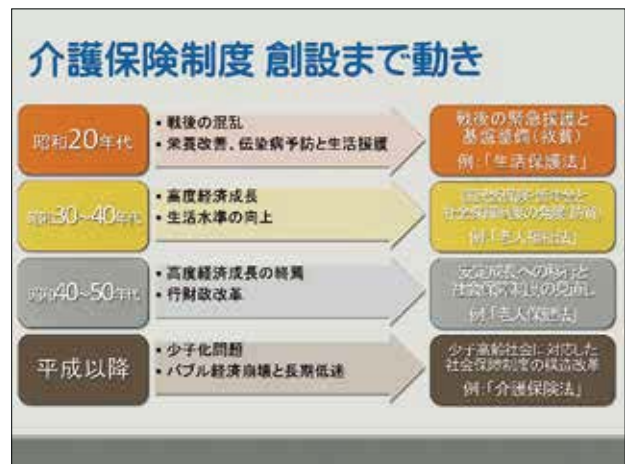
④ゴールドプランと新ゴールドプラン

そこで当時の政府は1989（平成元）年、ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10か年戦略）を策定するに至った。ゴールドプランの目的は高齢化社会の中で健康で生

きがいを持ちながら安心して暮らせるようにすることであった。そのために、スローガンとして“寝たきり老人ゼロ作戦”を掲げ、主に市町村における在宅福祉対策の緊急実施・施設の緊急整備や、特別養護老人ホーム・デイサービス・ショートステイなどの施設の緊急整備、ホームヘルパーの養成などによる在宅福祉の推進などの施策計画を立て実施した。これにより高齢化社会が訪れた時の受け皿（施設の充実、スタッフの補充）を増やす計画であったのである。しかし、この計画は期間を満了することなく頓挫してしまう。ここまでの間、各自治体で老人保健福祉計画を策定し、在宅と施設のサービス必要量を推計していったところ、当初のゴールドプランによるサービス必要量算出数値では足りないことが判明したため、引き上げをせざるを得ない状況に陥ってしまったのである。

⑤高齢者保健福祉施策の矛盾点発覚

戦後復興から高度経済成長期を経て、平成に突入する中において、介護に係る費用は“すべて無料”という時代から“一部負担”しなければならない時代へと変化していった。そして、依然として福祉サービスは、措置制度により行政がサービスの種類や提供機関を決めるため、利用者がサービスを選択できないといった点や、保健医療サービスは、一般病院において医療より介護が必要な人が入院している“社会的入院”が多く、サービスの利用が適切ではないことなどの矛盾が多々あり、すべての費用を健康保険（医療保険）制度でまかなっていた時代の限界がとうとう到来するに至った。その結果、介護に特化した保険制度としての介護保険制度創設につながったわけなのである。



(スライド1) 介護保険制度創設までの動き（報告者作成）

2) 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、文字通り、地域が作り上げるシステムのことである。団塊の世代が75歳以上となる2025年を目的に、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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体となって提供される地域包括ケアシステムの構築が実現できるよう、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ということである。

地域包括ケアシステムには5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）がある。これらの要素が互いに連携しながら全体を構成しながらも、各要素が密接に結びついて互いに影響を及ぼし合うといった有機的な関係を担っていかなくてはならない。ここでは、地域における生活の基盤となる“住まい”“生活支援”をそれぞれ、植木鉢・土と捉え、専門的なサービスである“医療”“介護”“予防”を植物と捉えている。植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた“住まい”が提供され、その住まいにおいて安定した日常生活を送るための“生活支援・福祉サービス”があることが基本的な要素となる。そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による“医療・看護”“介護・リハビリテーション”“保健・予防”が効果的な役目を果たすものと考えられている。

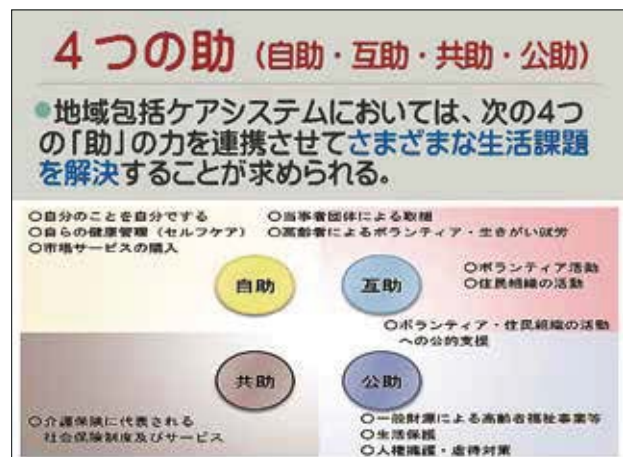


(スライド2) 地域包括ケアシステム (出典：厚生労働省)

また、こうした地域包括ケアシステムの構築にあたっては、支え合いの役割が非常に重要になってくる。この支え合いというのは、細かく見てみると自助・互助・共助・公助をつなぎあわせることから成り立っていることがわかる。まず、自助とは、介護保険・医療保険の自己負担部分、市場サービスの購入、そして自身や家族による対応のことである。互助とは、費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取り組みを指す。共助とは、介護保険・医療保険制度による給付をいい、公助とは、介護保険・医療保険の公費（税金）部分、自治体等が提供するサービスを指す。生活支

援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加のためには、このような自助、互助、共助、公助の4つの組合せを体系化、組織化していくことが大切なのである。

今後ますます単身世帯等が増加し、軽度の要支援高齢者が増加する中、生活支援の必要性もまた増加していく。そのような中では、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要になっていくであろう。一方、高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながるということが指摘されている。そのためにも、多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図ることが必要になる。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置などについて、介護保険において地域支援事業に位置づけることが必要となる。



(スライド3) 4つの助

(出典：地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムにおける今後の検討のための論点」(2013))

3. 第2部（紙芝居）

1) 介護保険紙芝居「梅子さんとケアマネジャー」

第2部では、介護保険利用に至るまでの事例を実態に即して分かりやすく把握してもらうために、紙芝居の方式を採用し、その後に補足的に、制度のしくみやサービスの種類等について説明した。

[あらすじ]

ある お天気の良い日に、梅子おばあさんと孫のケンタくんが商店街にお買い物に出掛けた。しかしそこで思わぬハプニングが巻き起こる。梅子おばあさんは、道路を

飛び出してしまったケンタ君を追いかけた瞬間転んでしまい、大腿部を骨折して入院することになってしまった。

病院から連絡を受けたケンタくんのお父さんとお母さんは、お医者さんから「大腿部骨折です。足の付け根の骨が折れています。2か月の間、入院していただきます。退院しても、おそらく一人で歩くことはできないと思うので、退院するまでに車イスを用意しておいてください。」と説明を受け困惑する。また、寝ている梅子さんにも不安がよぎる。「この先、いったい、どのように介護を受ければよいのやら」。

そこで病院から紹介されたのが介護保険であった。早速、市役所に行って担当課に出向いたお父さんとお母さんは、窓口のお姉さんからわかりやすいイラストで説明が書かれているパンフレットをもらい、介護保険のことを細かく教えてもらう。要介護というのと要支援というのがあることや、ケアマネジャーという方に介護プランを一緒に考えてもらえること、そのためにまず要介護認定を受ける必要があるということなど、なんとなくではあるが次第に分かってきた。

そして迎えた運命の認定調査日。なんと訪れたのはイケメンの調査員。梅子おばあさんの気分は一気に高まり、やや無茶をしてしまい注意されることに。こうして認定調査も無事に終わり、介護保険の申請から約1か月…。ケンタくんのお家に介護保険証が届いた。書かれていた結果は“要介護3”。お母さんは市役所でもらってきたリストの中から、ベテランのケアマネジャー山本さんをお願いすることにした。

こうして退院してきた梅子おばあさんと山本ケアマネジャーとのリハビリの日々が始まる。福祉用具貸与の制度を利用してベッドや車いす、杖をレンタルして生活しながら、“もう一度ケンタ君と一緒に買い物に行く”という目標に向かって一緒に頑張って取り組んでいくのであった。



(写真2) 介護保険紙芝居の様子

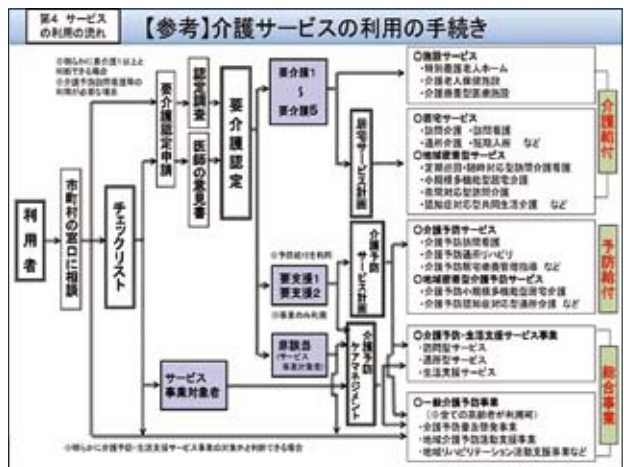
2) 介護保険制度のしくみとサービスの種類

介護保険の加入者には第1号被保険者(65歳以上の方)

と第2号被保険者(40歳から64歳までの方)の分類がある。保険料の支払い義務はどちらにもあるが、サービスの対象者(受給者)は、原則として第1号被保険者だけである。第2号被保険者は老化に起因する特定疾病(指定の16疾病)により介護認定を受けた場合に限りサービスの対象となる。

介護保険は必要な人が使えるように、保険料と税金で運営されている。また、所得により1割から3割の自己負担がある。介護保険施行当初は全員が1割負担であったが、現在は所得に応じて1割~3割負担となっている。さらに、2017(平成29)年6月に公布された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の「四 介護給付及び予防給付について、一定以上の所得を有する第一号被保険者に係る利用者負担の割合を、その費用の100分の30とする。」が2018(平成30年)8月から始まっており、現在、現役並みに所得のある高齢者は3割となっている。今まで2割負担だった人のうち、単身者の場合、年金収入などが340万円以上(年金収入のみの単身者であると344万円)の人が3割負担となる。

介護サービスの利用手続きと利用できるサービスは次のとおりである(スライド4)。



(スライド4) 介護サービスの利用手続き・利用できるサービス (出典：厚生労働省)

また、中でも最近の動向として注目すべきは、地域密着型サービスの存在である。地域密着型サービスとは、市町村が地域ニーズに合わせて独自に指定・監督できる小規模なサービスのことであり、その市町村に在住している人だけが利用できるサービスである。居宅介護サービスにおける訪問介護や訪問看護に対して、地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護等は、訪問介護や訪問看護、デイサービス、ショートステイが同一事業所からのサービスとなり、利用者とスタッフが顔なじみとなり、家族のような安心

感を得ることができるのが特徴である。

地域密着型サービスとは？

都道府県指定の事業者だけでは地域のニーズに応えられず、
介護のために住みきれない地域へ転居することも・・・

↓

市町村が地域ニーズに合わせて独自に指定・監督できる、小規模なサービス。 **その市町村に在住している人だけが利用できる**

- 小規模多機能型居宅介護(デイ・訪問・短期入所)
- 認知症対応型 通所介護(認知デイ)
- 認知症対応型 共同生活介護(グループホーム)
- 夜間対応型 訪問介護(夜間巡回介護(トイレや徘徊不安)、通報への対応)
- 地域密着型 特定施設入所者生活介護(入所定員29人以下)
- 地域密着型 介護老人福祉施設(地域密着型特養:入所定員29人以下)
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

認知症患者は環境の変化に敏感! 認知はなるべく地元で!

(スライド5) 地域密着型サービス (報告者作成)

4. 第3部 (福祉用具・機器 体験)

第3部では、介護保険でレンタル(福祉用具貸与)または購入(特定福祉用具販売)できる福祉用具・機器に参加者が実際に触れ、動かしてみる体験を実施した。介護福祉用品レンタル会社に勤務する本学(旧弘前福祉短期大学)の卒業生に依頼して機械の操作をしてもらい、介護福祉学科の在学生在に介助者・利用者になってもらい、機器ごとに使い方や操作方法、注意点、自己負担金額等について説明した。



(写真3・4) 福祉用具・機器体験の様子

5. まとめ

参加者22名中、アンケート回答者15名の満足度は、“満足”12名(80%)、“少し満足”2名(13%)、“少し不満足”1名(7%)という結果であった。具体的な感想は以下の通りである(表1)。

(表1) 公開講座アンケート (参加者の感想)

20代男性	介護保険制度をわかりやすく講座をしていただき、とてもよかったです。福祉用具を実際に体験できる機会があってよかったです。
40代女性	紙しばいなどで、実際の例のように、わかりやすかったと思います。後半の、特養・老健などの施設の違い? (今は種類がたくさんあって、どう違いがあるのかがよくわからない) が知りたいところもあった。
40代女性	講座の内容が授業の内容とでもリンクして、タイムリーなものであったので、復習することができてとても有意義な時間となりました。紙芝居の声色の使い分けは、ほんとお見事でした。
40代女性	授業の振り返りにもなり、聞いて良かったと思いました。
40代女性	とても解りやすかったです。
50代女性	介護保険が出来るまでの流れが今回の講座でよくわかり、わかりやすかったです。
50代女性	介護保険制度の成り立ちは詳しく説明されていたのですが、現在使う為の施設などの説明が聞きたかった。後半資料のところを詳しく聞けたほうが公開講座として市民の人には役に立つのではないかと思います。
60代女性	短時間ではあったが要所所でポイントがあり、とても分かりやすい講座だった。
60代女性	紙しばいなどわかりやすかったです。実際の福祉用具を見て使用状況を見たり体験できたので良かった。
60代男性	介護は今後起こりうる状態のために、事前予想しながら聴講できありがたかった。
60代男性	福祉用具・機器をいろいろ見て、説明を聞いて、よく理解できてよかった。
70代女性	大変貴重な良い講演で、分かり易かったです。介護保険のはじめからの成り立ちがよく理解出来た。

今回の公開講座を担当するにあたって、90分間の講演時間内に伝えるべき内容全般を網羅することに苦しめたものの、参加者からは、介護保険制度について解りやすく学ぶことができた等、比較的よい反応を得ることができた。講義の中で触れた地域包括ケアシステムを構築するためには、自治体と高齢者のくらしに携わる専門職、地域住民の連携を充実させていかなければならない。地域が抱える課題を偏りなく把握し、解決に向けた具体的なプランを練る必要があるのではないかと。本学には保健・医療・福祉・保健衛生のスペシャリストを養成する各学科・専攻が配置されているので、こうした教育機関としての資源を活用し、地域との結びつきをより強固なものにしていく必要性を改めて考えることができた。最後に、今回の講座実施に当たり協力をいただいた町田アンド町田商会の早川氏をはじめ、スタッフとして関わった介護福祉学科教員並びに在学生の皆さんに感謝を申し上げたい。

本講座を開講するにあたり参考とした資料

- 厚生労働省：平成30年版 厚生労働白書. 2017.
- 弘前市：第7期弘前市高齢者福祉計画・介護保険事業計画. 2018.
- 弘前市：介護保健福祉ガイドブック・認知症ガイドブック(認知症ケアパス). 2018.
- 服部万里子：最新 図解でわかる 介護保険のしくみ. 日本実業出版社. 2018.

- ケアマネジャー編集部：プロとして知っておきたい！介護保険のしくみと使い方 ケアマネ・相談援助職必携. 中央法規. 2019.
- 国保, 郡, 中村, 澤：2018年4月 介護保険改正のポイント サービス別 介護報酬・運営基準はこう変わる！. ケアマネジャー. 2018年4月号増刊. 2018.
- 三橋とら：福祉紙芝居「梅子さんとケアマネジャー」. 株式会社ホームタウン. <http://home-town.tokyo/care>

(最終閲覧日：2019/12/20.)

- 株式会社ケア・センス：自立支援介護の知識.
<https://kaigonochishiki.com/chishiki007/>(最終閲覧日：2019/12/20.)

開催日 令和元年10月19日(土)

場 所 大学棟 I 4F セミナーホール

参加人数 22名