

第 3 回「新終活学校」開催報告：

今さら聞けない介護保険～介護保険を賢く使うために～

第 3 回「新終活学校」が、2016 年 12 月 14 日(水)、10:00~12:00、パルテノン多摩 4 階第 1 会議室にておこなわれました。今回の参加は 20 名。決して分かりやすくはない介護保険について整理しながら、個別具体的にはお住まいの地域包括支援センター等に相談してみることの重要性が強調されました。終了後に講師やスタッフに相談する場所も設け、半数近くの方が残ってお話をして帰られました。

今回の講師は高齢者住宅情報センター 相談員の古江郁子。当協会の相談員として 10 年近くの経験があり、高齢者住宅に関するセミナーや見学会も手がけてきました。さらに 20 年以上前に、消費者／行政／事業者の架け橋役を担う消費生活アドバイザーの資格も取り、東京都では福祉サービス第三者評価、住まいのある江東区では社会福祉協議会の日常生活自立支援事業（権利擁護事業）の活動に関わっています。

●当協会を簡単に紹介したあと、まずは介護保険の制度のしくみから話は始まりました。以下、当日のスライド（パワーポイント）に沿って、講師が解説したポイントを紹介します。

★介護保険制度のしくみ

介護保険制度は 2000 年に動き始めました。従来は大家族制度のもとで、介護は嫁や妻の役割とされてきましたが、もはや状況は変わり、家族だけでは支えきれないと、いろいろなところから悲鳴が上がっていました。

そして、40 歳から保険料を払う介護保険制度が始まりました。社会保険ですから、保険料は（介護サービスを受ける状態になっても）ずっと払い続けます。やはり社会

保険である医療保険と同様に、サービスを受けたときの料金の一部は自己負担となります。医療保険との違いは、サービスを受けるには介護認定を受ける必要がある点です。介護認定を受けたあと、利用者が自らサービスを選んで事業者と契約する形態です（従来は、行政が決める、いわゆる措置制度でした）。

I. 介護保険制度のしくみ

*** 介護に **社会保険制度** を採用 ***

- 介護保険法（1997年成立、2000年4月1日施行）
- 狙い：
 - ・介護を **社会全体** で支え、利用者の希望を尊重した総合的なサービスを受けられるようにする。
 - ・老人福祉と老人医療制度を再編成。
 - ・高齢者の **自立を支援**。
 - ・利用者が自分に合ったサービスを **自ら選択** し、事業者と「**契約**」してサービスを利用する制度へ。

★被保険者の種類

年齢によって第1号被保険者と第2号被保険者に分かれ、第2号被保険者がサービスを受けられるのは、16種類の特定疾病（次の図参照）が原因で要介護／要支援と認定された場合に限られます。保険料の納め方も違い、2号被保険者は医療保険といっしょに徴収されるので、加入している保険組合によって金額も違ってきます。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上	40歳から64歳まで
利用者資格	常に介護を必要とする状態（要介護状態）や、日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になった場合	末期がん・関節リウマチなど加齢に起因する病気（ 特定疾病 ）により要介護、要支援状態になった場合
保険料	市町村が徴収（金額は各保険者ごとに設定）	医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として一括納付
賦課・徴収方法	年金額一定以上は年金から天引き、それ以外は普通徴収（コンビニ払いも可）	健保は事業主負担、国保は国庫負担がある

8

★16種類の特定疾病とは

たとえば、医者が回復の見込みがない末期癌であると判断すれば、40歳代の方でも介護保険を使えることになります。

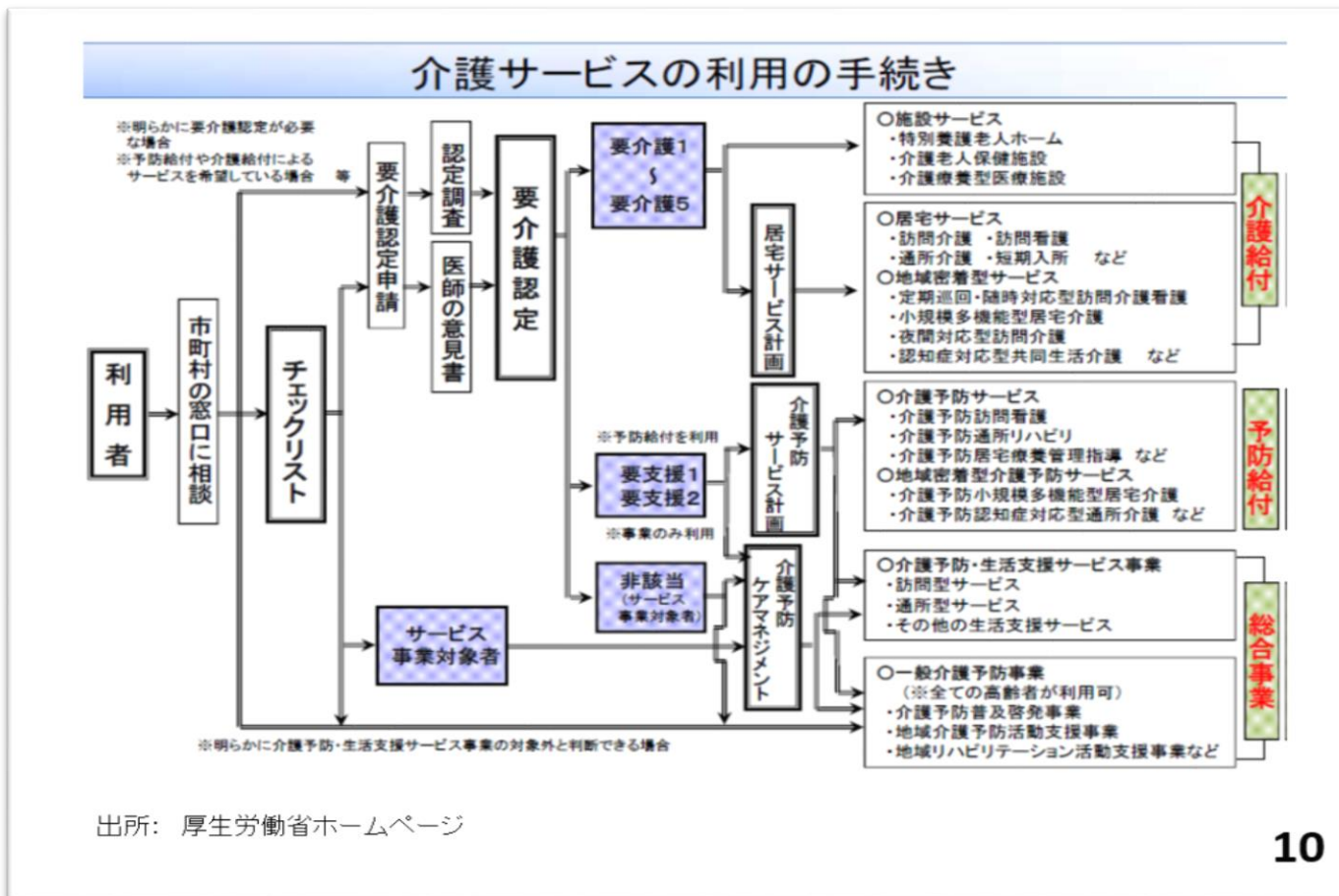
特定疾病とは

16種類：

- ・ がん末期
- ・ 関節リウマチ
- ・ 筋萎縮性側索硬化症
- ・ 後縦靭帯骨化症
- ・ 骨折を伴う骨粗鬆症
- ・ 初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症 など）
- ・ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ・ 脊髄小脳変性症
- ・ 脊柱管狭窄症
- ・ 早老症（ウェルナー症候群 など）
- ・ 多系統萎縮症
- ・ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ・ 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞 など）
- ・ 閉塞性動脈硬化症
- ・ 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎 など）
- ・ 両側の膝関節又は股関節に著しい変性を伴う変形性関節症

9

★介護サービスの利用の手続き



介護サービスを受けたいとお考えの場合、まずは、お住まいの市町村の相談窓口に行けば、親切に相談に乗ってくれるはず。そして、要介護認定の申請をする手順になります。そのとき、主治医の意見書が必要になります（医者は何科でもかまいません）。認定の調査は、自宅に伺ってご本人の様子を見て、ご本人に話を聞き、さらにお世話をしている人の話を聞きます。ご本人はよそ行きの気分になって「あれもできます。これもできます」と言ってシャンとしがちですから、まわりの人が状況を話すことも重要です。認定までは、1カ月はかからないと思います。認定されたら計画を立てることになります。自分で計画を立ててもよいのですが、ケアマネジャーに頼むことができます。

★要介護度の目安

要介護度の目安	
	状態の目安
要支援 1	生活機能の一部がやや低下しており、介護予防サービスを利用することにより改善が見込まれる。
要支援 2	生活機能の一部に低下が認められ、介護予防サービスを利用することにより改善が見込まれる。
要介護 1	立ち上がりや歩行が不安定。 排泄や入浴などに一部介助が必要。
要介護 2	立ち上がりや歩行などが不安定。 排泄、入浴などで一部または全体の介助が必要。
要介護 3	立ち上がりや歩行などが自力では困難。 排泄や入浴、衣服の着脱などで全体の介助が必要。
要介護 4	立ち上がりや歩行などがほとんどできない。排泄、入浴、衣服の着脱など日常生活に全面的介助が必要。
要介護 5	意思の疎通が困難。食事を含む生活全般について全面的介助が必要。

11

★介護サービスの種類

介護サービスの種類		
	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス 【訪問サービス】 ○訪問介護(ホームヘルプサービス) ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導</p> <p>○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与</p> <p>◎居宅介護支援</p> <p>◎施設サービス ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設</p>	<p>◎地域密着型介護サービス ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○看護小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 ○複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)</p>
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス 【訪問サービス】 ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導</p> <p>○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与</p> <p>【通所サービス】 ○介護予防通所リハビリテーション</p> <p>【短期入所サービス】 ○介護予防短期入所生活介護(ショートステイ) ○介護予防短期入所療養介護</p>	<p>◎地域密着型介護予防サービス ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</p> <p>◎介護予防支援</p>

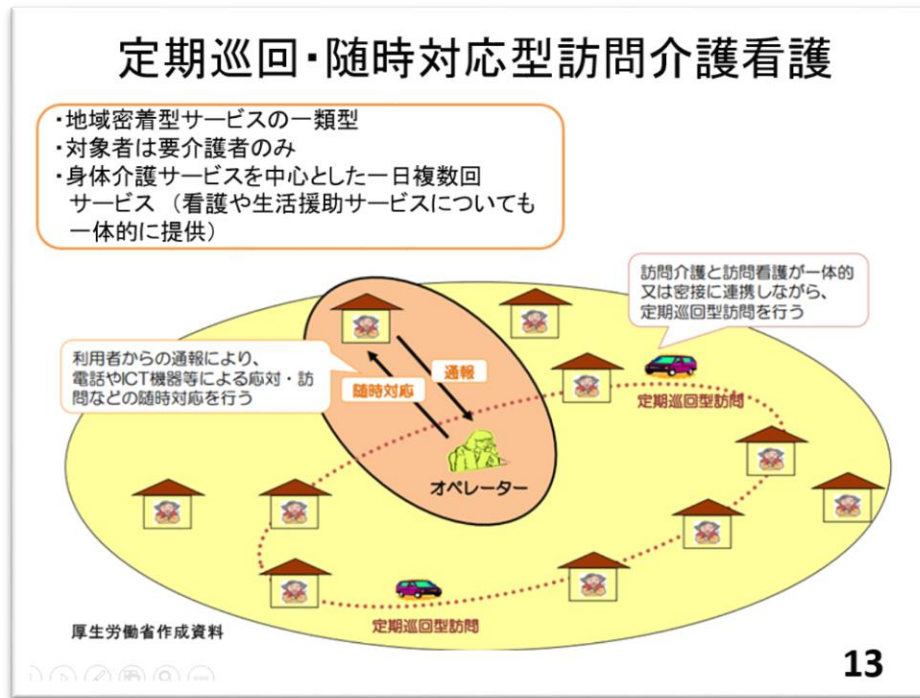
このほか、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給、居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業がある。

12

いろいろあってわかりにくいですね。上段は、要介護 1~5 の方が受けられるサービス。下段は要支援 1、2 の方が受けられる介護予防のサービスです。都道府県や政令市・中核市が行うサービスが左、右は市町村が地域に住んでくれる方に提供する地域密着型のサービスです。

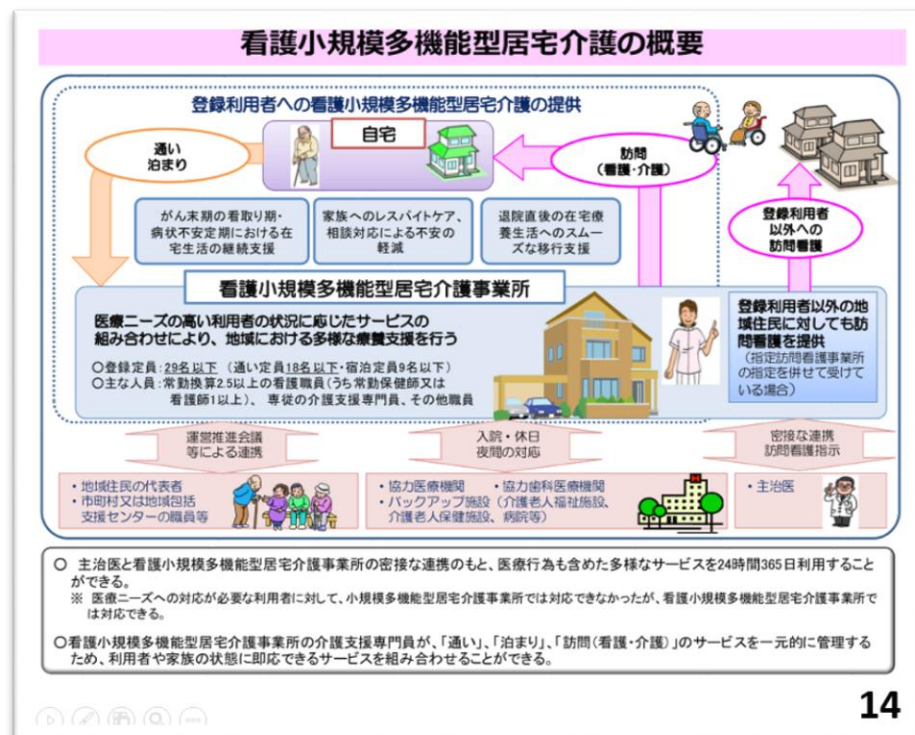
★定期巡回・随時対応型訪問介護看護

流れとしては地域で支えていこうという考えのもとで、いろいろな地域密着型のサービスが始まっています。その一つが、この定期巡回・随時対応型訪問介護看護です。



★看護小規模多機能型居宅介護の概要

比較的新しいタイプです。長い名前ですが、「カンタキ」と略称したりするのが、看護小規模多機能型居宅介護です。ただ、まだ事業者の数が少ないですね。地域のなかのサービスを組み合わせ、24時間安心ですよという形態を増やそうとしています。



●ここから、介護サービスの利用状況を紹介します。

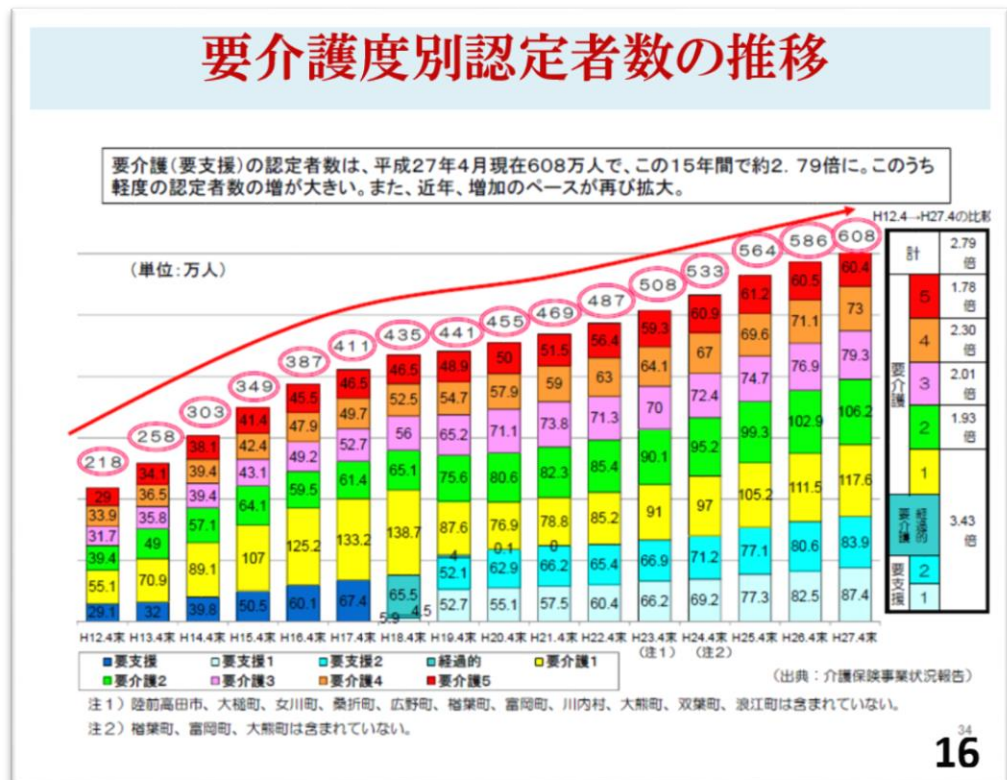
★介護サービス利用状況

高齢者（65歳以上）の人口が増えていきますから、要介護と認定された人も、介護サービスの利用者も、当然増えていきます。

Ⅱ. 介護サービス利用状況			
	2000年4月末	2005年4月末	2016年7月末
65歳以上	2,165万人	2,516万人	3,402万人
要介護認定者	218万人	411万人	627万人
介護サービスの利用者	149万人	323万人	560万人

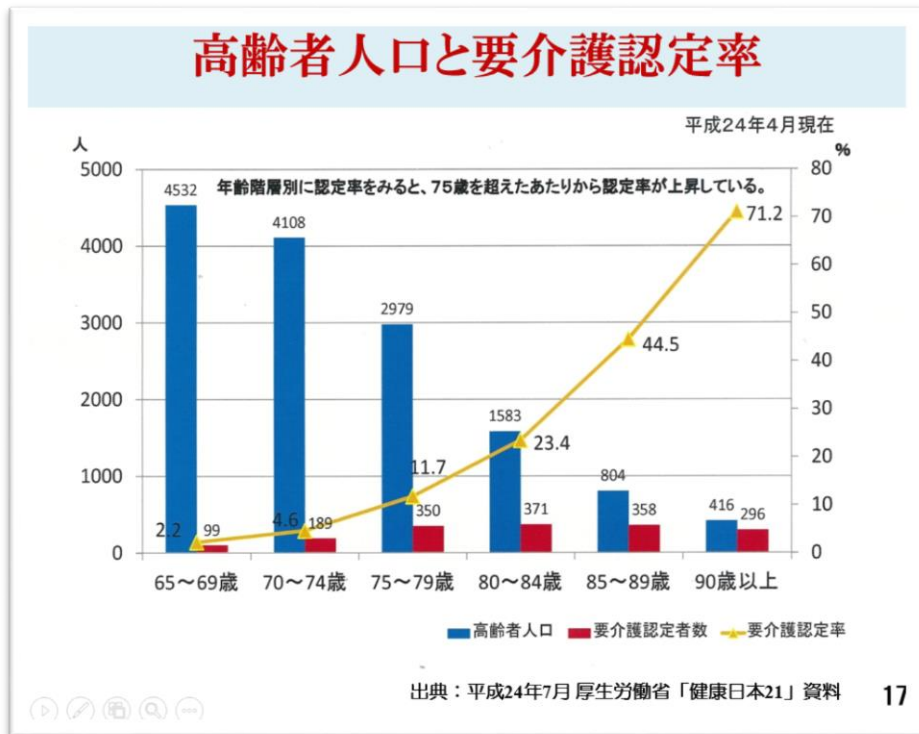
15

★要介護度別の認定者数の推移



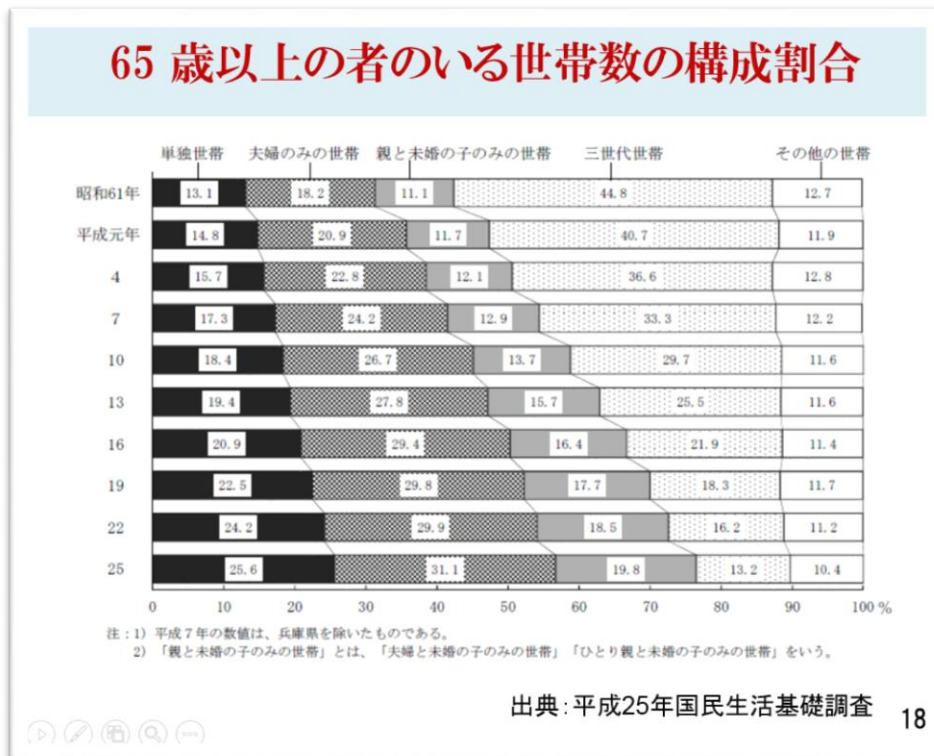
★高齢者人口と要介護認定率

当然のことながら、要介護認定を受けている人は、年齢が上がるほど増えていきます。でも割合から見ると、要介護認定を受けていない人がたくさんいる、とも言えます。



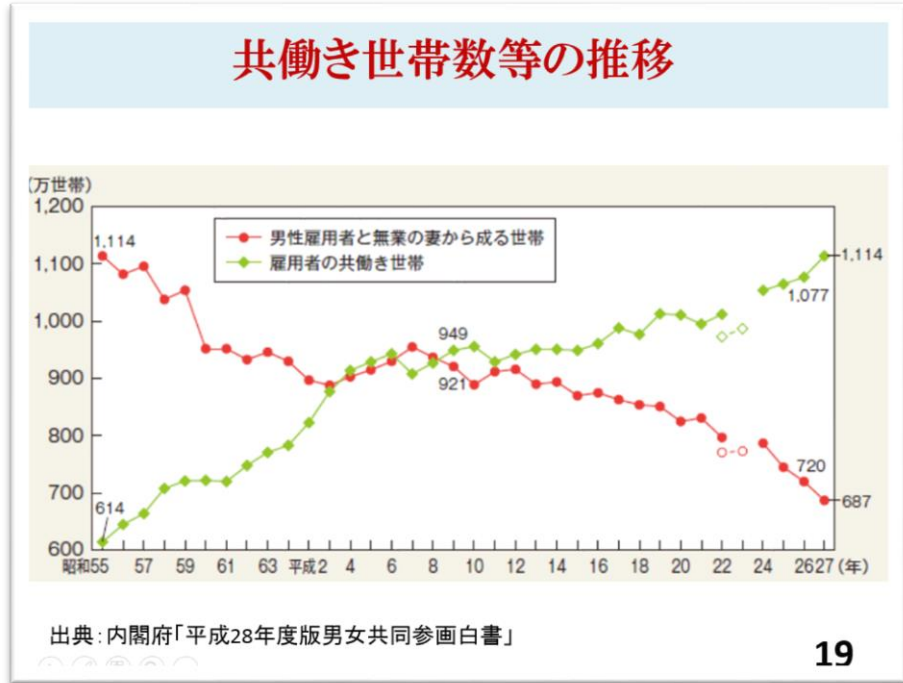
★65歳以上の者のいる世帯数の構成割合

20年前というと、私もつい最近のような気がしますが、この間に単身世帯や夫婦だけの世帯が増えて、3世代世帯がこんなに減っています。



★共働き世帯数の推移

共働き世帯と妻が無業の世帯の数が、20年前に逆転しています。今は、女性も働くのが当たり前の社会になりましたので、おじいさんやおばあさんが要介護になっても、家族で支えるのは難しいですね。



●ここから第3のテーマとして、広い意味での高齢者の住まいと介護保険の話に移ります。

★高齢者の住まいと介護保険

左側の名称は、行政の分類ですがとても分かりにくい。どれを施設といい、何を住宅というのか分かりません。管轄する役所が国土交通省なのか厚生労働省なのか、適用される法律が介護保険法なのか老人福祉法なのかで違ったりします。

Ⅲ. 高齢者の住まいと介護保険

住宅	有料老人ホーム	健康型	
		住宅型	
		介護付	一般型
			外部サービス利用型
	サービス付き高齢者向け住宅		
	高齢者ケア対応型分譲マンション		
	シルバーハウジング		
福祉施設	ケアハウス		
居住施設	認知症対応型グループホーム		
医療施設	介護療養病床 (2018年3月末に廃止予定)		
	老人保健施設		
福祉施設	特別養護老人ホーム		

高齢者向けの住宅の種類は今でも多すぎるのに、また新たに作ろうとする動きもあるようです。

★在宅（ご自宅）での利用との違い

住まいによって、受けられるサービスが違い、費用的な面でも違いがあります。左の「特定施設」の指定を受けている高齢者住宅とは、介護付有料老人ホームや介護型ケアハウス、指定を受けているサービス付き高齢者向け住宅を指します。

在宅(ご自宅)での利用との違い		
	「特定施設」の指定を受けている高齢者住宅	在宅(自宅)
介護体制	常駐するスタッフが介護サービスを提供する。	頼んだ時間に来てもらう。
介護保険サービスの種類	特定施設入居者生活介護	訪問介護、訪問看護、通所介護、訪問リハビリ など
介護費用	介護度別、1日単位の定額（場合によってはホーム独自の費用も必要）	利用した分の支払（介護度別の利用限度額以上は全額自己負担）

★介護保険の「特定施設入居者生活介護」の費用

上の表の左側の「特定施設入居者生活介護」での費用は、何度サービスを受けても、ここにあるように定額です。

介護保険の「特定施設入居者生活介護」の費用	
介護度	本人負担額の目安
要支援1	5,370円
要支援2	9,240円
要介護1	15,990円
要介護2	17,910円
要介護3	19,980円
要介護4	21,900円
要介護5	23,940円

1割負担の場合。(要介護度によって定額。)

有料老人ホームでの「特定施設入居者生活介護」を利用する場合、介護保険の本人負担額は表のようになっています。

ホームの所在地、サービスの提供体制、質により異なります。

★2015年8月から一定以上の所得のある方は、介護保険給付分のサービスの利用について、費用の2割分を本人が負担することになりました。

※本人の合計所得額160万円以上(年金の実収入等が、単身で280万円以上、2人以上で346万円以上)が目安。

出典:公益社団法人 全国有料老人ホーム協会HP

★介護保険の居宅サービスの利用限度額

「特定施設入居者生活介護」ではなく、自宅や住宅型有料老人ホームの場合には、1カ月当たりの利用限度額が設定されています。これを超えた分は、全額が自己負担となってしまいます。

介護保険の居宅サービスの利用限度額

- ★ 地域、サービスの種類の組み合わせにより、「利用限度額」は若干異なる。
要介護度ごとに利用できるサービスの限度額(利用限度額)が決められている。
特定福祉用具購入、住宅改修、居宅療養管理指導に関しては利用限度額とは別枠。
- ★ 「サービスの利用料」=「単位」×「単価」
「単価」・・・一般の区域では1単位10円。東京23区の場合、たとえば訪問介護は11.05円、訪問リハは10.83円になるなど、「地域加算」がある。

介護度	単位/月	➔	利用者負担額/月	
要支援1	5,003		➔	5,530円程度
要支援2	10,473			11,580円程度
要介護1	16,692			18,450円程度
要介護2	19,616			21,680円程度
要介護3	26,931			29,760円程度
要介護4	30,806			34,050円程度
要介護5	36,065			39,860円程度

1単位 11.05円で計算した場合

23

★利用者の自己負担

これは違う角度から自己負担を見たものです。医療保険と同様に、限度額の範囲であれば、一部が自己負担となります。ただ、特別養護老人ホームに入っているも、食事や部屋代は保険が効きません。

利用者の自己負担

支給限度基準額を超えたサービス費用(※1)
予防給付・介護給付
居住費・滞在費
食費
日常生活費(※3)

1割負担(※2)

高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費による1割負担の軽減
 特定入所者介護サービス費(補足給付)による居住費・滞在費、食費の軽減

※1 在宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額(保険対象費用の上限)が設定されている。
 ※2 居宅介護支援は全額が保険給付される。
 ※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。
 (例: 理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など)

24

★高額介護サービス費制度

利用限度額以上は全額自己負担が原則ですが、世帯全体の自己負担が一定の限度を超えた分は、市町村が負担する制度があります。所得によって限度額は違います。さらに、医療の自己負担額と合算した額に上限を設ける制度もあります。

高額介護サービス費制度

●介護保険のサービスを利用した場合 → 市町村に申請

利用者の1ヶ月の、「1割(2割)負担の合計額」(世帯合計額)が一定の上限額を超えた場合には、「超えた分」を高額介護(介護予防)サービス費として市町村が負担する。

※福祉用具購入費、住宅改修費、食費・居住費、日常生活費などは対象外。「負担上限額」は利用者の所得に応じて設けられている。(5段階)。

世帯全体の利用者負担の上限(高額介護サービス費の基準)は、月額44,400円。

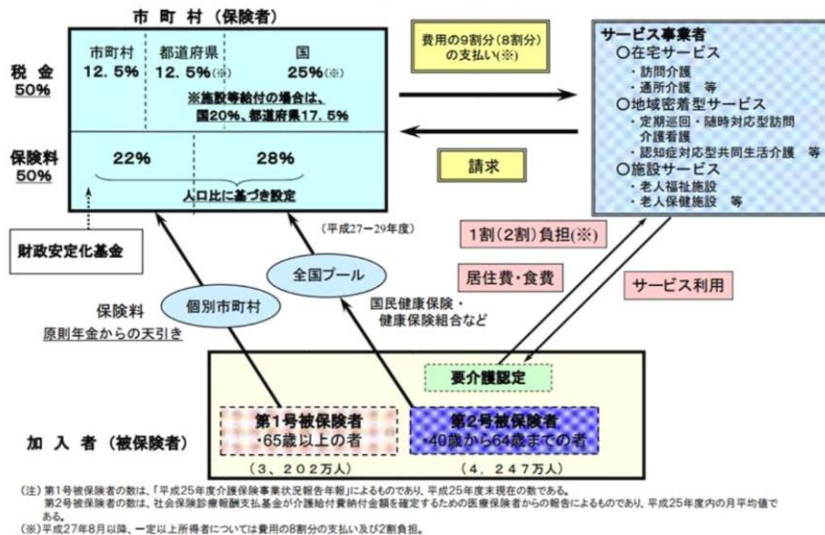
◆医療の自己負担額を合算する、「高額医療・高額介護合算療養費制度」もある。→ 医療保険者に問合せ。

75歳以上の一般的な所得の世帯であれば、限度額は年間56万円

★介護保険制度の仕組み

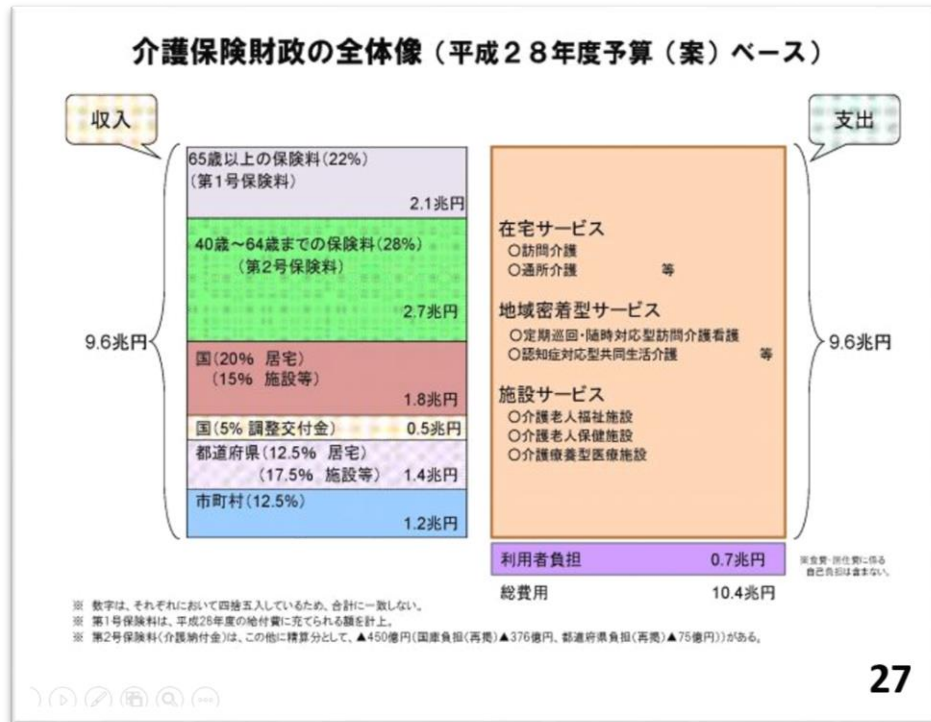
これは参考までに用意したものです。利用者の自己負担以外を誰が負担しているのかを説明した図です。

介護保険制度の仕組み



★介護保険財政の全体像

これもご参考
までというこ
とですが、介
護保険の国全
体の財政の状
況です。



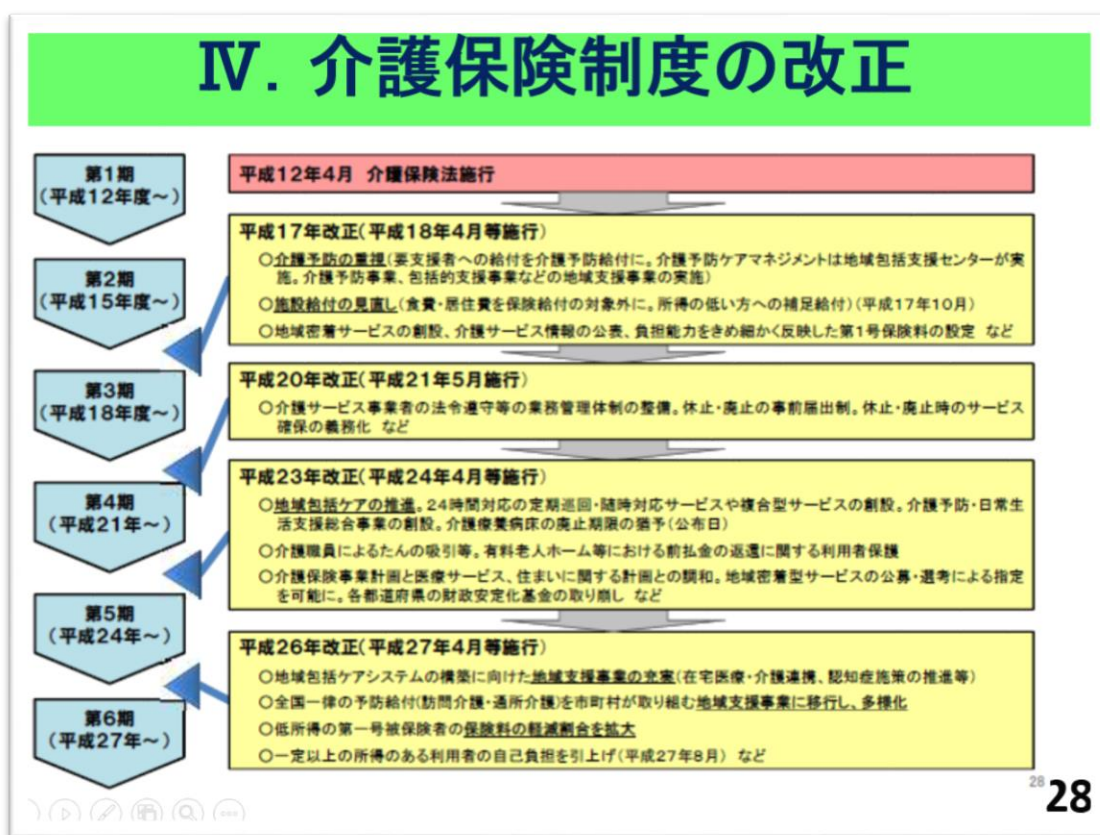
ここまで聞くと、ゴチャゴチャしてきてよく分からないと思われるだろうと思います。介護保険のサービスを上手に受けるのは、とても難しいと思います。ケアマネジャーの方にいろいろ捜してもらうわけですが、ご自身がどのようなサービスを必要と思っているのか、あるいはどのような暮らしをしたいと思っているのかにもかかってきます。

私が相談を受けたなかで、こんな方がいらっしゃいます。とても裕福で広いお家にお嬢さんと二人で住んでいらっしゃるのですが、ご自身は脳梗塞で身体が不自由になってきていました。そしてお嬢さんはかつては元気に仕事をしていたのですが、ちょっと引き籠もりの状態になって自宅にずっといる状態になったのです。そういう嬢さんに介護の負担をかけたくないし、お家を売れば豪華な老人ホームに入れそうな方でしたが、その家はそのまま嬢さんに残したいと思っておられた。その状態で相談を受けて、いろんなところをいっしょに見に行ったり、ケアマネジャーもついていたのでいろいろ検討されていた。でも、結局決断するのは難しかった。どうされたかなあと考えていたのですが、最近この方からメールをいただき、今はショートステイを利用しているとのことでした。その目的が、ご自身のレスパイトケアのためとおっしゃる。レスパイトケアという言葉は、普通は介護する家族が一休みするためにショートステイに入ってもらおうというような場合に使いますが、この逆バージョンだったのです。ちょっと引き籠もりになっているお嬢さんの面倒をみななければいけないけど、ご自身も不自由な身体なので、ご自身のレスパイトケアのためにショートステイを使っているのですよとおっしゃっていました。デイサービスも楽しいと言って使ってらっしゃる方なのですが、こんな介護サービスの使い方もあるんですね。

私の母は認知症だったのですが、認知症対応で評判の介護付きの有料老人ホームに入りました。本人は入りたくないと言っていたのですが、そこに入って「よかった！」と私が思ったのは、あの東日本大震災のときでした。私は東銀座のオフィスにいたのですが、真っ先に母のこと、そして夫の母のことが思い浮かびました。でも、私の母も夫の母も老人ホームに入っているのです、とりあえず大丈夫だろうと思えたのです。そういう安心感も、介護保険サービスのおかげで得ることができて、よかったなあと思いました。いろんな使い方があります。

●ここから最後の第4のテーマとして、介護保険制度の改正の動きに話は移ります。

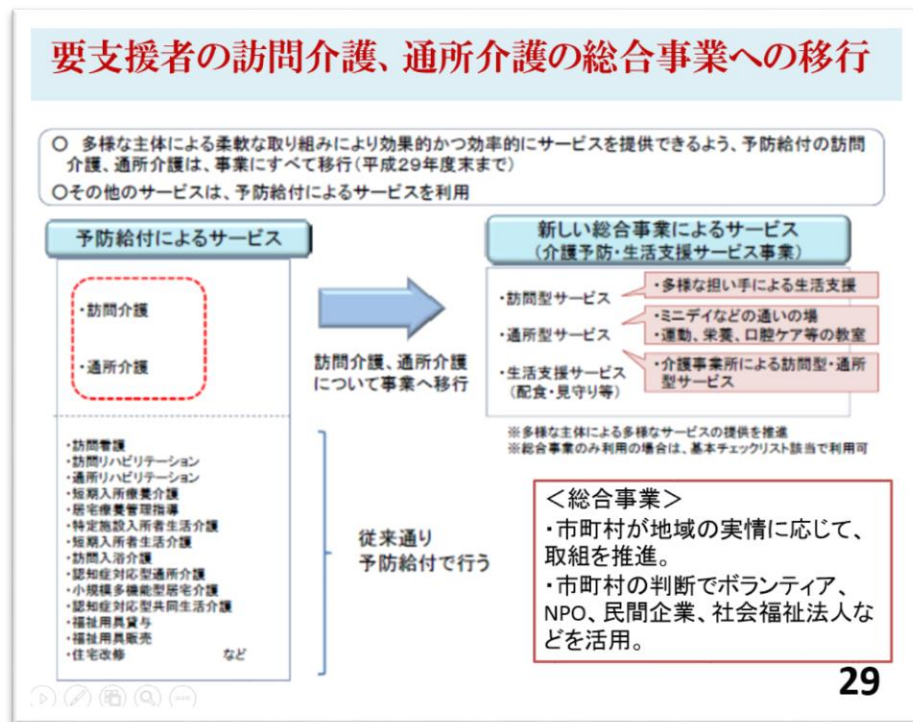
★介護保険制度の改正



介護保険制度は、このように3年に1回のペースで大きく改正されています。

★要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行

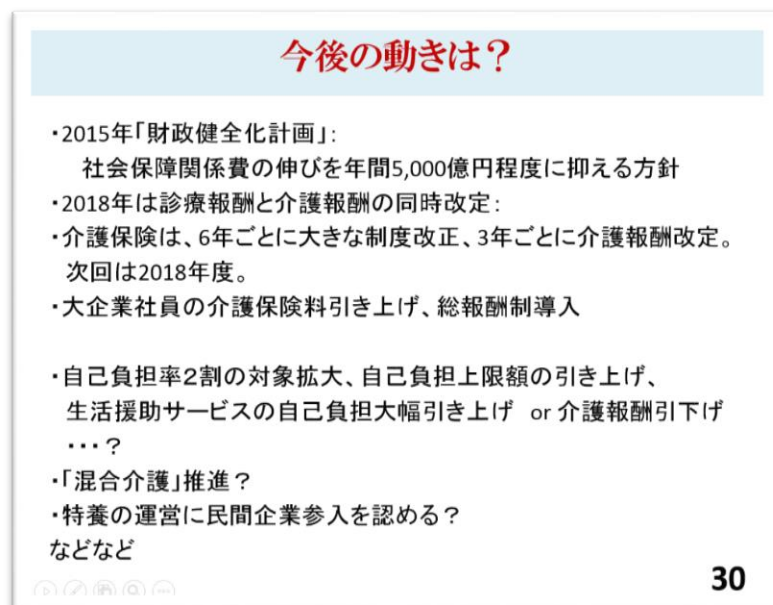
最近の話題の一つがこれです。
「財政がきびしい」という声は耳にたこができるくらいですが、社会保険にも半分近くに税金が入っているので、「きびしい」となります。その結果、サービスを抑えて、自己負担率を引き上げる動きが起こります。



介護保険では、要支援の方々へのサービスを減らす方向です。第1弾として、平成29年度末までに、要支援の方々に向けた予防給付によるサービスのうち訪問介護と通所介護を地域の市町村がやっている総合事業に完全移行することになっています。総合事業には市町村の判断でボランティアやNPOに参加してもらい、充実させていこうということになっています。

★今後の動きは？

これが実質的に最後の1枚です。すでに申し上げたように、給付を減らす動きができません。大企業の社員の介護保険料は、これまで人数割りだったものが報酬割りになりそうです。サービス利用の自己負担割合は3割という話が出ています。次の通常国会では法案として出てくる可能性もあるようです。



このような動きがありますが、そんななかでも上手に介護サービスを使いたいですね。介護サービスにはいろいろなものがありますし、地域で独自にやっている様々な補助制度もあります。江東区では65歳以上の足の不自由な方には杖を無料で支給したり、社会福祉協議会では「日常生活自立支援事業」といった介護保険サービス以外のものもやっております。ですから**大事なことは、家に閉じこもらないで、いろいろなところに相談に行くこと**だと思います。これが、介護保険を賢く使うことにつながると思います。地域包括支援センターなどに相談に行けば、それが記録に残ります。その記録を集めて、担当者会議というものが開かれることがあります。ここにはケアマネジャーや支援に加わっている人、地域包括の方やデイサービスなどを提供する介護事業者の方が集まって、サービスを受けている人について話し合います。ですから早めにいろいろなサービスを使って、地域のいろいろな目で見守られることで、その人に合ったサービスを提供してもらいやすくなります。

★介護保険法（2000年4月1日施行）より

これはあとでご覧ください。介護保険法からの抜き書きです。

介護保険法（2000年4月1日施行）

第一条（目的）

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。

●最後に、「高齢者住宅情報センターでは様々な相談に応じているので気軽にお声掛けください」という締めで、古江郁子による講演は終了しました。

●その後、参加者ごとにお住まいの地域包括支援センター情報をお配りしたり、介護業界での経験を積んできたスタッフからケアマネジャーや生活相談についてのコメントがありました。

スタッフKのコメント：<<在宅で介護サービスを受ける方法>>

*スタッフK：デイサービス職員やホームヘルパーとして働いた経験を持ち、
社会福祉協議会のソーシャルワーカーとして「自宅で最期を迎える」方たちに関わってきた。

- ・「在宅で最期まで迎えられるのか」という問いの結論は「可能です」ということになります。介護保険をはじめとしていろいろなサービスを知って、それを組み合わせることが大切です。
- ・ただしすべて思い通りになるわけではありません。人手やお金の問題があります。
- ・みなさんが芸能人だとすると、マネージャーの仕事をするのがケアマネジャー（ケアマネ）です。みなさんがケアマネに希望を伝えて、ケアマネがケアプランを作ってくれて、それに沿ってサービスが始まります。ケアマネにきちっと意思を伝えられる関係をつくってください。
- ・それと、困ったときから相談に行くのではなく、まだ元気なうちに地域包括支援センターの窓口に行ってみてください。

スタッフNのコメント：<<住み替えて介護サービスを受けるメリット>>

*24時間訪問介護の事業所では、一晩に25～30軒を訪問介護する経験を持つ。
サービス付き高齢者向け住宅のスタッフ経験もある。

- ・在宅で最期を迎える方と、最期を迎える場所を選んで住み替えた方の両方を見てきました。サービス付き高齢者向け住宅に入るメリットは、スタッフに相談できることです。
- ・元気なうちにスタッフに相談する必要はないと思われがちですが、そうではありません。実は元気でなくなってしまうと、そういう住宅を選ぶこと自体が難しくなります。
- ・まだ元気なうちに住み替えて、スタッフと関係をつくっておくことが重要です。自分は何を重要と考えているのか、スタッフに伝えておくといと思います。
- ・高齢者向けの住宅では、少しの変調にも付いてくれるスタッフがいることが大きなメリットだと思います。

●これでお開きとなりましたが、半数近くの方が会場撤収時刻まで残り、講師やスタッフに個別のお話をして帰られました。