

# 新しい総合事業のイメージと移行のプロセス ～地域包括ケアへの挑戦～

2025年に向けた「**着眼大局・着手小局**」

安定・継続的な「**仕組みづくり**」

それを支え合う「**地域づくり**」

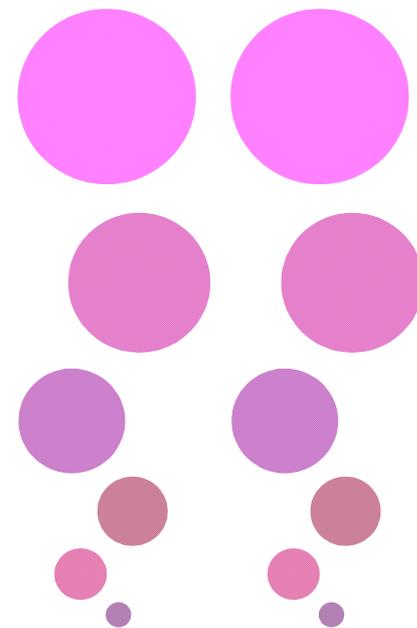
～現行相当からの移行（先ず隗より始める）～

3 S (Simple, Smooth, **Standard**)

# 松戸市



東京都・埼玉県に隣接  
(東京駅から30分程度)



# 1. 人口動態

人口推計（各年10月1日現在）

（単位：人）

介護保険事業計画	第4期介護保険事業計画			第5期介護保険事業計画			第6期介護保険事業計画			将来推計	
年齢	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成32年	平成37年
総人口	489,776	491,222	490,535	486,537	486,185	487,304	485,945	484,516	483,012	477,884	466,549
40歳未満	230,951	226,949	221,039	212,757	207,589	203,897	199,711	195,863	192,416	183,583	172,447
40～64歳	164,943	167,339	170,187	169,262	169,028	168,733	168,162	168,016	168,028	168,651	167,076
65歳～	93,882	96,934	99,309	104,518	109,568	114,674	118,072	120,637	122,568	125,650	127,026
65～74歳	58,534	58,825	58,399	60,770	63,076	65,800	66,742	66,241	65,077	60,980	49,756
75歳以上	35,348	38,109	40,910	43,748	46,492	48,874	51,330	54,396	57,491	64,670	77,270
高齢化率	19.2%	19.7%	20.2%	21.5%	22.5%	23.5%	24.3%	24.9%	25.4%	26.3%	27.2%
国：高齢化率(H26高齢社会白書)		23.0%			25.1%		26.8%			29.1%	30.3%

- ・ 総人口は減少傾向
- ・ 75歳以上の後期高齢者のみ増加
- ・ H32年に前期高齢者と後期高齢者の人数が逆転
- ・ 国より高齢化率の進展は遅い

<その他>

- ・ H22年の国勢調査で、高齢者のみ世帯（単身17,470人、夫婦17,234人）
- ・ 生活圏域により、H32年に高齢化率が50%を越える圏域が出現

## 2. 認定状況

介護度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度	伸び率 H37-H26	
要支援1 (うち総合事業対象者)	1,612	1,817	2,008	2,211 (416)	2,415 (909)	2,644 (995)	3,141 (1,183)	3,583 (1,349)	78.4%	
要支援2 (うち総合事業対象者)	2,238	2,484	2,615	2,795 (517)	2,990 (1,106)	3,211 (1,187)	3,774 (1,396)	4,504 (1,666)	72.2%	
要介護1	2,311	2,445	2,661	2,819	2,989	3,176	3,712	4,476	68.2%	
要介護2	3,736	4,004	4,154	4,319	4,493	4,699	5,329	6,399	54.0%	
要介護3	2,401	2,509	2,708	2,832	2,968	3,116	3,614	4,388	62.0%	
要介護4	1,950	2,170	2,226	2,339	2,462	2,596	3,038	3,789	70.2%	
要介護5	1,724	1,827	1,844	1,881	1,920	1,962	2,223	2,775	50.5%	
認定者総数	15,972	17,256	18,216	19,196	20,237	21,404	24,831	29,914	64.2%	
65歳以上に 対する認定者率	15.3%	15.7%	15.9%	16.3%	16.8%	17.5%	19.8%	23.5%		
第2号被 保険者 (40～ 64歳)	認定者数	703	681	668	650	633	617	613	607	△9.1%
	総数	169,262	169,028	168,733	168,162	168,016	168,028	168,651	167,076	
	認定率	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	
第1号被 保険者 (65歳 以上)	認定者数	15,269	16,575	17,548	18,546	19,604	20,787	24,218	29,307	67.0%
	総数	104,518	109,568	114,674	118,072	120,637	122,568	125,650	127,026	
	認定率	14.6%	15.1%	15.3%	15.7%	16.3%	17.0%	19.3%	23.1%	
前期高齢 者 (65～ 74歳)	認定者数	2,587	2,772	2,930	3,001	2,986	3,043	3,161	2,543	△13.2%
	総数	60,770	63,076	65,800	66,742	66,241	65,077	60,980	49,756	
	認定率	4.26%	4.39%	4.45%	4.50%	4.51%	4.68%	5.18%	5.11%	
後期高齢 者 (75歳 以上)	認定者数	12,682	13,803	14,618	15,545	16,618	17,744	21,057	26,764	83.1%
	総数	43,748	46,492	48,874	51,330	54,396	57,491	64,670	77,270	
	認定率	29.0%	29.7%	29.9%	30.3%	30.6%	30.9%	32.6%	34.6%	

- ・ 事業対象者の動向が鍵
- ・ 後期高齢の認定者のみ増加

### 3. 制度改革

(1) 給付→報酬改定

(2) 地域支援事業

①2017年4月まで（総合事業）

②2018年4月まで（在宅医療・介護連携、認知症、生活支援の体制整備）

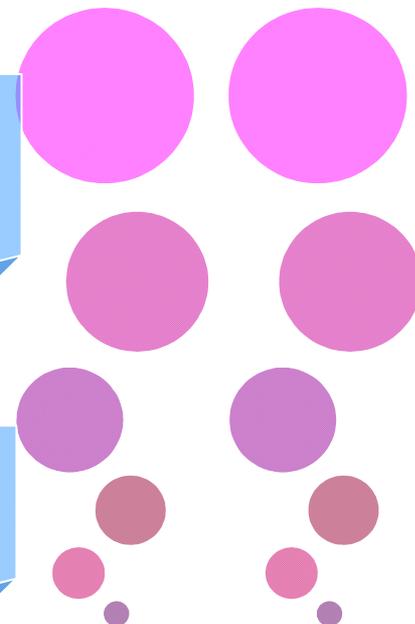
(3) 費用負担→公平化



**求められているもの**  
→2025年に向けた市町村単位の**仕組みづくり**  
→そのためには、支え合う**地域づくり**



**「法の趣旨」 自立期間を延伸**  
→サービス量を適正化し、保険料の抑制



## (参考) 制度改革を甘受して

今回の改革は「点」、2025年に向けた「線」、福祉施策の一端である「面」  
制度・制約の中で選択（セカンドベスト：抗うのではなく、受入れ・いなす→戦略）

＜介護保険制度創設の意義＞

① 老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みを創設するという「介護の社会化」の導入

→介護制度が社会全体で一定の水準に達したことから、よりきめ細かな対応を地域で行うよう  
「社会全体から地域へ」

② 給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得られやすい仕組みである「社会保険方式」の導入

→給付と負担の上昇に伴い、安定・継続的な制度運営のために見直さざるをない

③ 従来の老人福祉と老人医療に分かれている縦割りの制度を再編成し、利用者の選択により、民間事業者も含め多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる「利用者本位のサービス利用システム」の創設

→介護人材など担い手不足や住民主体のサービスなど多様性を持たせ、選択肢を拡大していく

④ 社会的入院解消の条件整備を図るとともに、医療保険から介護部分を切り離して疾病の治療という本来の目的にふさわしいものとする前提をつくるなどの「社会保障構造改革の第1歩」

→2018年は診療報酬と介護報酬の同時改定、医療計画、介護保険事業計画、医療費適正化計画なども一斉に見直す時期に当たり、継続的に見直しが行われている

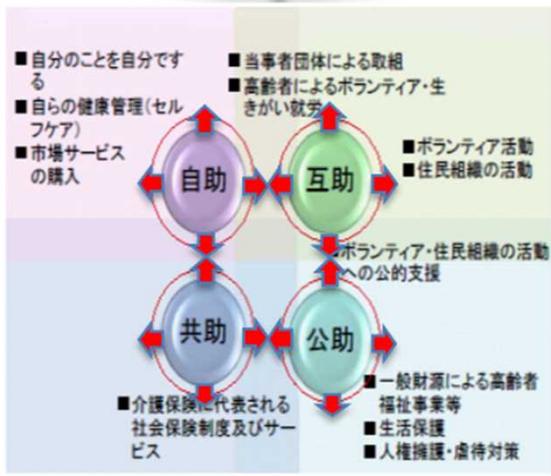
## 4. 目指すべき基本的な方向性



在宅の限界点を高めるためには、何時でも医療や看護が受けられる体制  
また、緊急時には施設に入所できるなどのセーフティーネットが必要です。  
→本人・家族が安心して選択できるような5つの構成要素の整備が必要です。  
既存の仕組みにとらわれることなく、地域で支え合う仕組み（地域づくり）が重要です

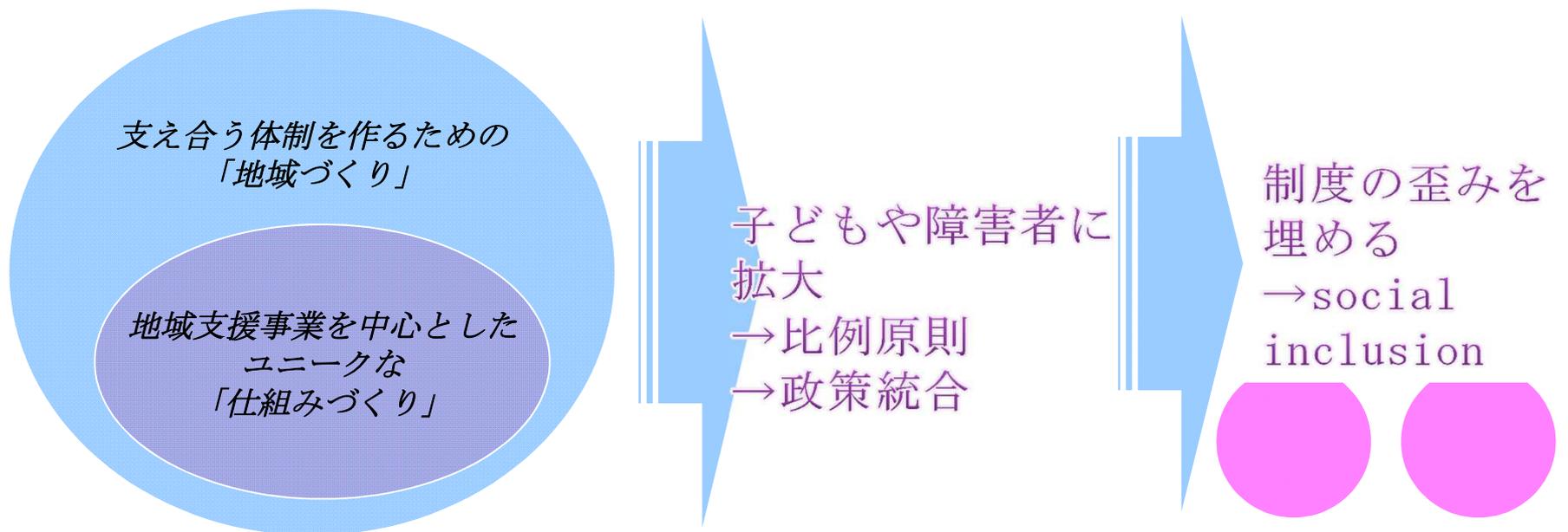
それぞれの  
限界点を高める

補完性の原理



まず、それぞれの限界点を高め、できないことを補う（補完性の原理）  
→（自助）自分でできることはまずやる  
→（互助）それを地域で支え合う社会を実現する  
→（共助）それでもできないことは保険で補完する  
→（公助）最後は公で支える

## 5. 地域包括ケアシステムの考え方



地域包括ケアシステムは既存制度にとらわれることなく、地域支援事業を中心とした市町村の特性に応じた仕組みづくりをしていくことが重要です。

それに併せて、それを支える地域づくりが必要となります。地域づくりは、一朝一夕で実現できるものではありません。

着実なものを作るためには、できるだけ早期に地域と話し合い、そして共に考えていかなければなりません。2025年は待ってられません。

→ 将来の福祉の地域拠点として、高齢者を中心とした地域包括ケアシステムを成功させることにより子どもや障害者に拡大（比例原則・政策統合）

→ どんな精巧な仕組みでも制度上の歪みを補完できるような支え合う仕組みを目指す（social inclusion）

## 6. 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（骨子）

- ・ 介護予防・日常生活総合事業  
(H27/4) 現行相当サービスのみ  
(H29/4) 多様なサービスを順次整備
- ・ 一般介護予防事業（段階的に実施）
- ・ 介護認定の有効期間の延長（H27/4）
- ・ 協議体の設置（H27第1層）、生活支援コーディネーター（順次）
- ・ 地域包括支援センターの充実  
(H27増員、H29：4箇所増設、うち1箇所直営・基幹)
- ・ 在宅医療・介護連携（H27/4）※一部医師会委託
- ・ 認知症初期集中支援チーム（H27/4）※医師会委託



2025年に向けたプロローグ

## 7. 策定段階での最終判断

- ・ H26/10/3 高齢者保健福祉推進会議（中間報告）  
→総合事業はH29/4実施
- ・ H26/11/10 全国介護保険担当課長会議
- ・ H26/11/21 高齢者保健福祉推進会議  
→総合事業のH27実施可能性について検討

### < 検討内容 >

- ① 将来の給付費と保険料
- ② 総合事業の基本的な考え方
- ③ 移行の条件
- ④ 移行した際の影響額
- ⑤ 移行に伴う事務量等

- ・ H26/12/12 高齢者保健福祉推進会議（最終報告）  
→総合事業をH27/4実施（現行相当で移行し、H29までに多様なサービスを整備）
- ・ H26/12/18 議会に説明
- ・ H26/12/30 事業費、新年度予算の組替え

※推進するための体制の確立（結城教授+厚生労働省のバック・アップ）

## 8. 検討内容

### ① 将来の給付費と保険料

→対象者、認定率の増加に伴い給付費が上昇し、保険料が高額化（2025年には全国平均を上回る）

### ② 総合事業の基本的な考え方

→2025年に向けた方向性の確認（利用者のリテラシーの向上、費用の効率化、選択肢の拡大）

### ③ 移行の条件

→当初、多様なサービスありきで模索していたが、制度上は現行相当のみで可能

→逆にスムーズな移行を考えた場合、現行相当のみの方が混乱が少ない

→拙速に現行相当の単価や基準を変更することは、既存事業者に影響が多く、サービスの過不足を生む

→多様なサービスの創設は、利用者と事業者、住民主体のサービス提供者等の意見を踏まえ協議体の中で検討

### ④ 移行した際の影響額

→億単位での間差が生じる（次頁）

→実施に伴う、保険料への影響

→拡大した事業費を地域づくり（初期投資）に活用し、将来への影響を軽減

### ⑤ 移行に伴う事務量等

→まだまだ不確定要素があるが、モデルの先行自治体の好事例が参考になる

→いつから実施しようとも、事務量は同じ

→やる前から諦めるのではなく、住民の利益のためにチャレンジする

※最大の懸念事項は、利用者、事業者と住民主体のサービス提供者の理解と協力（規範的統合）

## (参考) 保険料と事業費

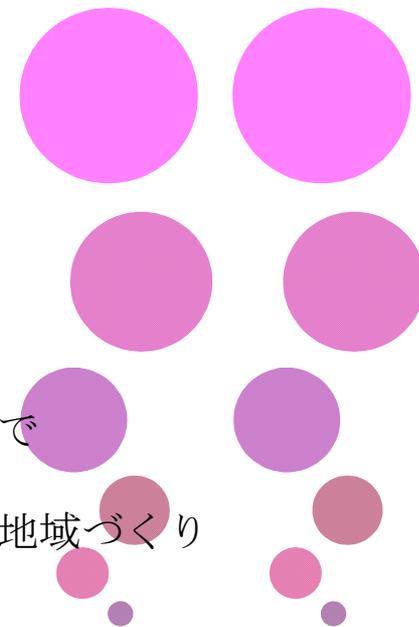
1. 対象者の増加により、保険料は右肩上がり (H32年：同等、H37年：上回る)
2. 給付費の適正化を推進するためには、川上対策の予防で対応すべき
3. 予防と併せ、生きがい対策を充実すべき
4. そのためには、地域支援事業費の拡充 (後期高齢者の伸び率は**6%前後**)
5. 活用するタイミングは、前年度実績額がより大きい年度 (時点判断)
  - ① H27年度実施
  - ② H28年度実施 (介護報酬のマイナス改定の影響で下がる)
  - ③ H29年度実施 (利用者の伸びで若干回復)

	決見	後期高齢 伸び率	開始年度		
			H27	H28	H29
H26	100				
H27	95	6.49%	110		
H28	104	5.78%	116	104	
H29		5.67%	122	109	114
H30		5.88%	129	115	120

注1：決見はH26年度を100とし、報酬マイナス改定分考慮

注2：特例10%を活用した開始年度に網掛け

6. 実施に伴う保険料への影響はある  
→数十円単位で上昇。今後は、市町村によりサービス内容が異なるので  
単純比較は困難になる
7. 対象者が少ない時期に、サービス費用を抑制できるような仕組みと地域づくり  
→サービス費用を抑制できれば、保険料へ好循環できる



## (参考) 実施検討資料

		メリット		デメリット
		短期	中・長期	短期
住民		①手続きの簡素化ができる	①予防機会が強化され、自立期間が延伸できる	①周知期間が短い
利用者		①事業対象者は認定審査が不要となる ②認定期間の延長できる	①多様なサービスによる選択肢が増加する	
地域		①互助機能の強化できる	①活躍の場が拡大される ②ネットワークが構築しやすくなる	
事業者		①新たなサービスの創出が可能となる	①機能分化による人材不足の解消できる	
市	地域包括支援センター	①現行事業の見直し	①地域情報の集約ができる	①準備期間が短い
	行政	①市の裁量権の拡大できる ②財政効果が期待できる	①早期に体制整備の準備ができる ②国の継続的な支援が期待できる	



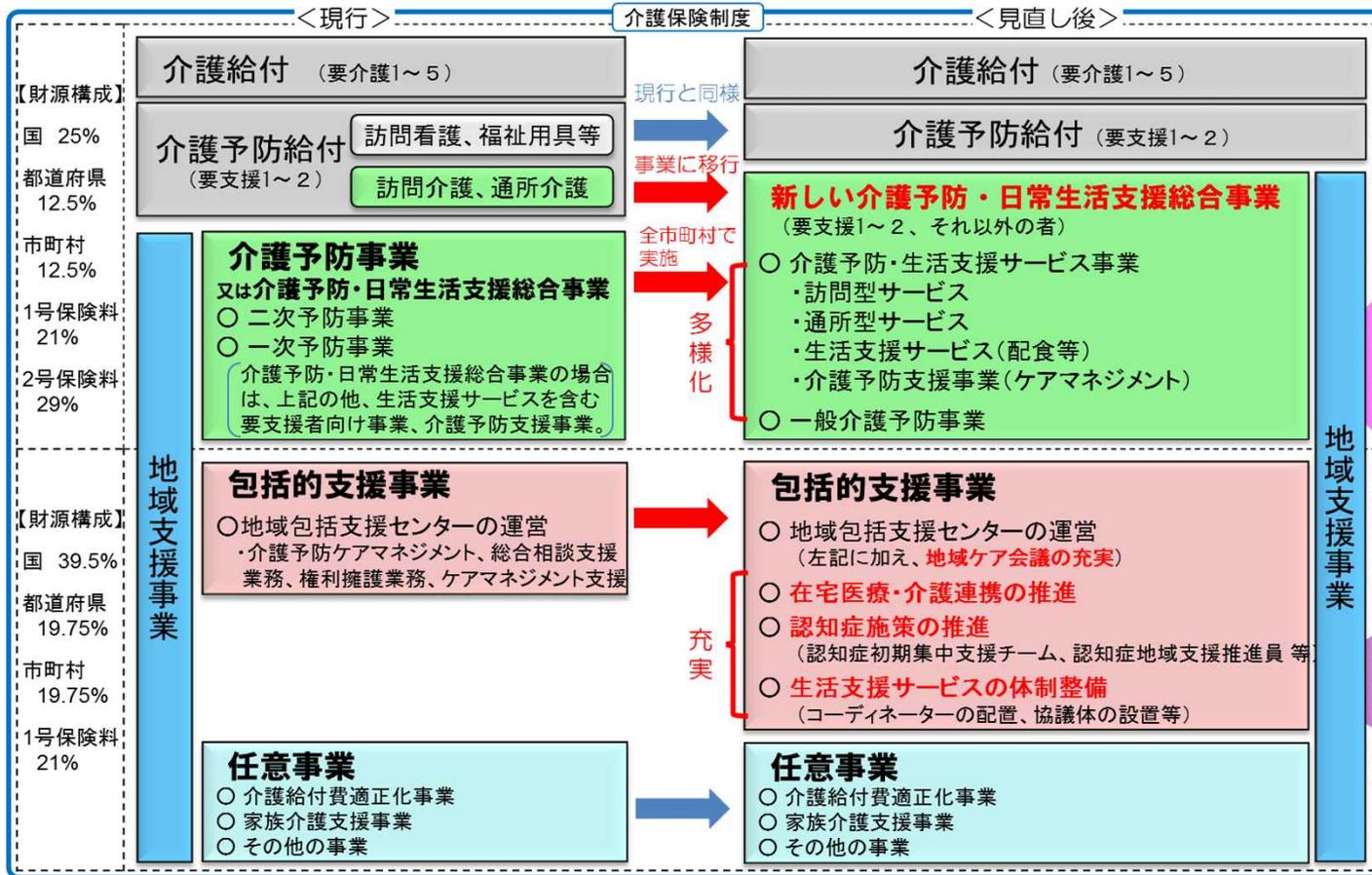
# 9. 実施工程

年	月	日	国	市	備考
2013	10	7		高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定のための 高齢者保健推進会議設置	庁内ワーキングの設置
	12	20	社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度見直しに関する意見」		
2014	1	21		制度改正の研修会（高齢者保健福祉推進会議、職員等）	
				市民アンケート調査実施 （若年・高齢者・認定者・施設利用者）	
	↓				
	7	28	ガイドライン（案）		
	8	1		高齢者保健福祉推進会議	
	9			事業者等アンケート調査実施 （施設経営者・従事者、新たな供給主体）	
	10	3		高齢者保健福祉推進会議（中間報告） →総合事業H29年度実施	
	11	21		★ 高齢者保健福祉推進会議（中間報告） ★ →総合事業H27年度実施検討	
		1			介護保険制度改革担当4名発令
		3			委託する地域包括支援センターから意見聴取
	12	12		★ 高齢者保健福祉推進会議（最終報告） ★ →総合事業H27年4月実施	
				介護保険事業費の見直し開始	
		18		議会説明	
		22			地域包括支援センター法人説明
		24			地域包括支援センター巡回訪問
	30		新年度予算組替え案策定		
2015	1				介護保険制度改革担当1名追加発令
		14			地域包括支援センター巡回訪問
		19			地域密着集団指導で説明
		20			ケアマネジメント検討会の設置
		30		市民説明会	
	2	1		パブリック・コメントの手続き	
		2			コールセンター設置
		4		地域包括支援センター勉強会 事業者説明会	
	3			HP（資料・Q&A）のアップ	
				3月補正予算	
				生活圏域毎地区説明会	
		20		事業者説明会	
		23		議会説明	
		27		広報特集号発行	
	4	1		実施	介護制度改革課の設置（常勤7名）
		21		地域包括支援センター勉強会	

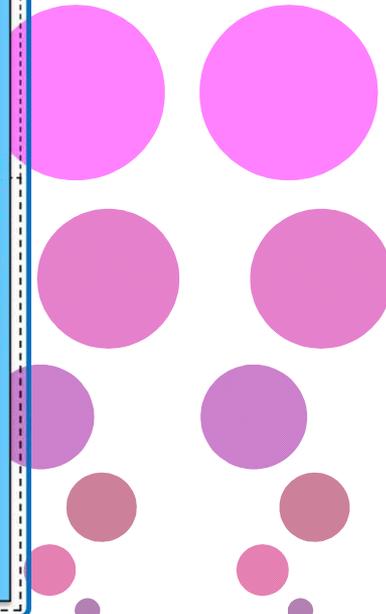
# 10. 地域支援事業に対する考え方

(全国) 一律から脱却し、地域特性に応じた仕組み  
将来負担を適正化する仕組み

事業範囲の拡大、独自サービスの構築  
→ 地方分権 (裁量権の拡大)



H27/4から  
条例化4事業全て実施  
① 総合事業  
② 在宅医療・介護  
③ 認知症  
④ 生活支援サービス体制



# 1 1. 新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」への対応

## <基本的な考え方>

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

#### ① 訪問型・通所型サービス

- 円滑な移行（現行相当サービスのみ）
- 利用者と事業者、住民主体のサービス提供者等を含め「需給」「受益と負担」等を協議体でサービスを検討
- 給付の適正化と介護人材不足を解消できるような多様なサービスの構築（H29を目途に）

#### ② 生活支援サービス

- 利用者と提供者を含め協議体でサービスを検討
- 財政的な特例を活用した事業の構築

#### ③ 介護予防支援事業

- 法の趣旨に基づく自立支援のあり方を検討（自助努力の促進）
- 松戸市版ケアマネジメントマニュアルの作成（アセスメントシート等）

### (2) 一般介護予防事業

- 特例財源を活用し、自立の延伸できる住民主体の事業の充実（場所の確保や指導者養成の支援）

## ※ その他

#### ① 利用者・事業者の理解の促進

- 説明会・広報・HP・コールセンター等

#### ② 事務負担の軽減

- 認定期間の延長、介護予防マネジメント費用の国保連等の活用 等



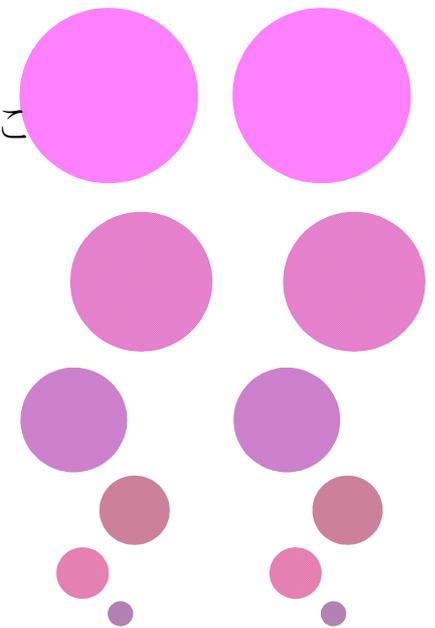
## (参考) 実施時期の選択

<検討過程では3つの実施時期の検討が行われた>

- ・ 4月実施：報酬改定に併せ、契約書等の更新を行い負担軽減
- ・ 10月実施：定期人事異動が行われた後で、事務処理能力の低下が懸念  
上半期保険料の改定、負担割合の見直しなど繁忙
- ・ 2月実施：次年度の予算に実績がない



仕組みづくりや地域づくりは一朝一夕ではできないので早期に



## 1 2. 総合事業実施に伴う、問題・課題の整理

### <基本チェックリスト>

- ・ 利用者の機会の公平性や適正な運用が必要
- ・ これまで活用してきた基本チェックリストなので、該当項目が流布

→市及び委託の地域包括支援センターでの総合相談の標準化（介護予防ケアマネジメントマニュアルを作成中）

### <事業対象者>

- ・ 従来の二次予防対象者から要支援2相当までと対象者の範囲が広い
- ・ 制度の理解がなければ、利用しにくい
- ・ 適切なアセスメントがなければ、安易に対象者を増やす危険がある
- ・ 安易なサービス利用につながる危険がある（自立を阻害）

→市民への介護保険制度の理解促進（給付と負担の関係）

→ケアプランのモラルハザードを抑制（松戸版アセスメントシートを作成中）

→事業対象者に有効期間を2年に設定

### <事業（サービス）>

- ・ 当初は選択肢を増やさない（現行相当のサービスにも問題・課題が内在していた）
- ・ 多様なサービスは、利用者と事業者・提供者を含め協議体で検討し、創設
- ・ 多様なサービスは、国が例示した類型にはとらわれない

# 1 3. 介護予防・生活支援サービス（訪問・通所）

## 円滑な移行を目指す

<現行相当>→今後のサービスのあり方が多様なサービスに影響を及ぼす

- ・ 実施要綱の策定（次頁）
- ・ 利用者・事業者に円滑な移行をしてもらうために「基準・単価は同一」
- ・ ただし、要綱のみなし事業名称が異なる（名称設定可能※近隣と調整すべき）

地域支援事業は国の指導は不要



- ・ 現行相当だけでも、利用者・事業者に誤解があった  
→介護報酬改定と同時であったため
- ・ 実際上の問題（要支援1と事業対象者の限度額の逆転）

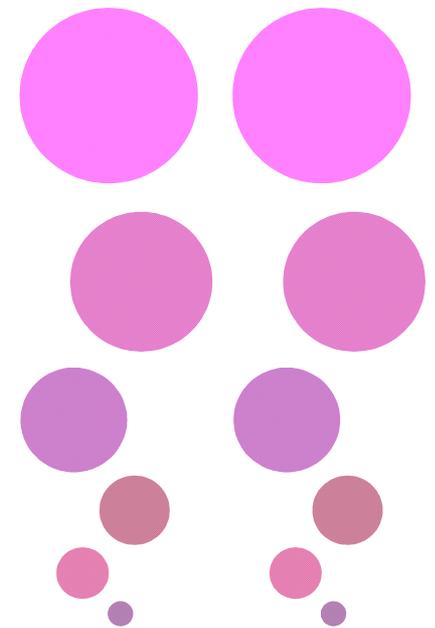
## <多様なサービス>

- ・ 本来の目的である給付の適正化と介護人材不足解消を実現するためには、利用者・事業者の理解と協力が必要である（規範的統合）
- ・ 既存の事業者や住民主体の活動が淘汰される懸念（既存の担い手が一層活躍し、新規参入機会の促進）
- ・ 利用者の選択基準の明確化（自立のためのサービスの選択）

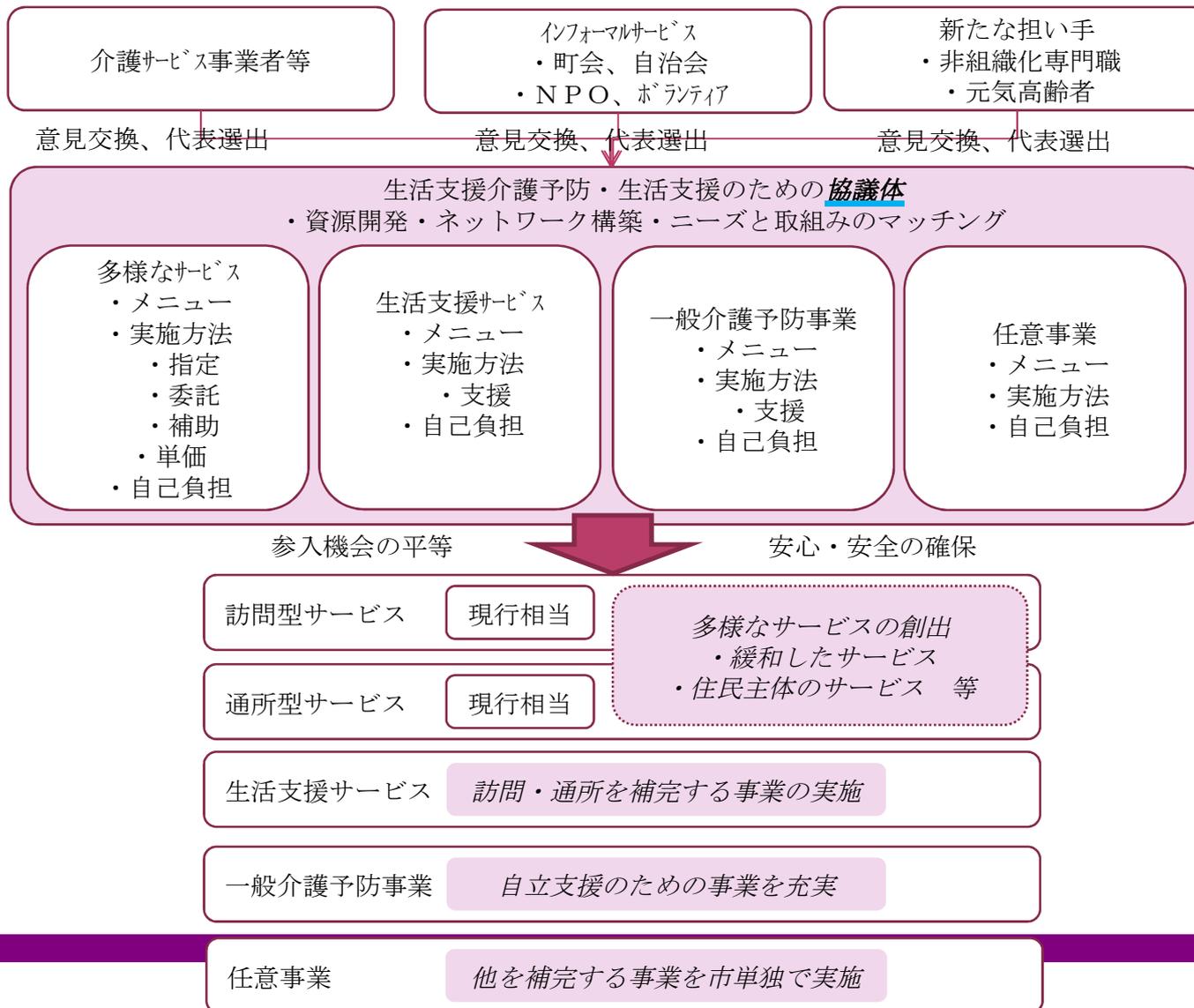


# (参考) 介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

- 第1条 (趣旨)
- 第2条 (事業の目的)
- 第3条 (定義)
- 第4条 (事業の内容)
- 第5条 (総合事業の実施方法)
- 第6条 (指定事業の費用)
- 第7条 (第一号事業支給費の支給)
- 第8条 (支給限度額)
- 第9条 (高額介護予防サービス費等相当事業)
- 第10条 (指定拒否)
- 第11条 (指定の更新)
- 第12条 (指定事業者の基準)
- 第13条 (本市の区域の外の事業所に係る特例)
- 第14条 (事業の委託)
- 第15条 (補助)
- 第16条 (総合事業の利用料)
- 第17条 (事業対象特定有効期間)
- 第18条 (委任)



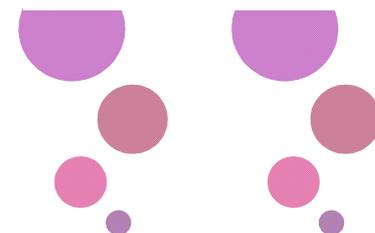
# (参考) 多様なサービス等の構築イメージ



多様なサービス等は選択肢を増やすことが目的ではなく、給付の適正化や介護人材不足を解消することを実現しなければ意味がない。



だからこそ、利用者と事業者・提供者が需要と供給や受益と負担を踏まえて話し合い、住み分けを推進する  
→現在、意見交換を呼びかけている  
→非組織化団体との連携が必要不可欠



## 1 4. 介護予防・生活支援サービス（生活支援）

地域が、そして高齢者が積極的に活躍できる場と機会の創出

- ・ 既存事業を活用した地域特性に応じたサービスの検討
- ・ 地域と意見交換しながら新規参入機会の促進（平等性・公平性の確保）
- ・ 2025年を見据えたサービスの構築（巧遅拙速）



安定・継続的なサービスが提供できる仕組み作り



生きがい対策（介護予防）

