

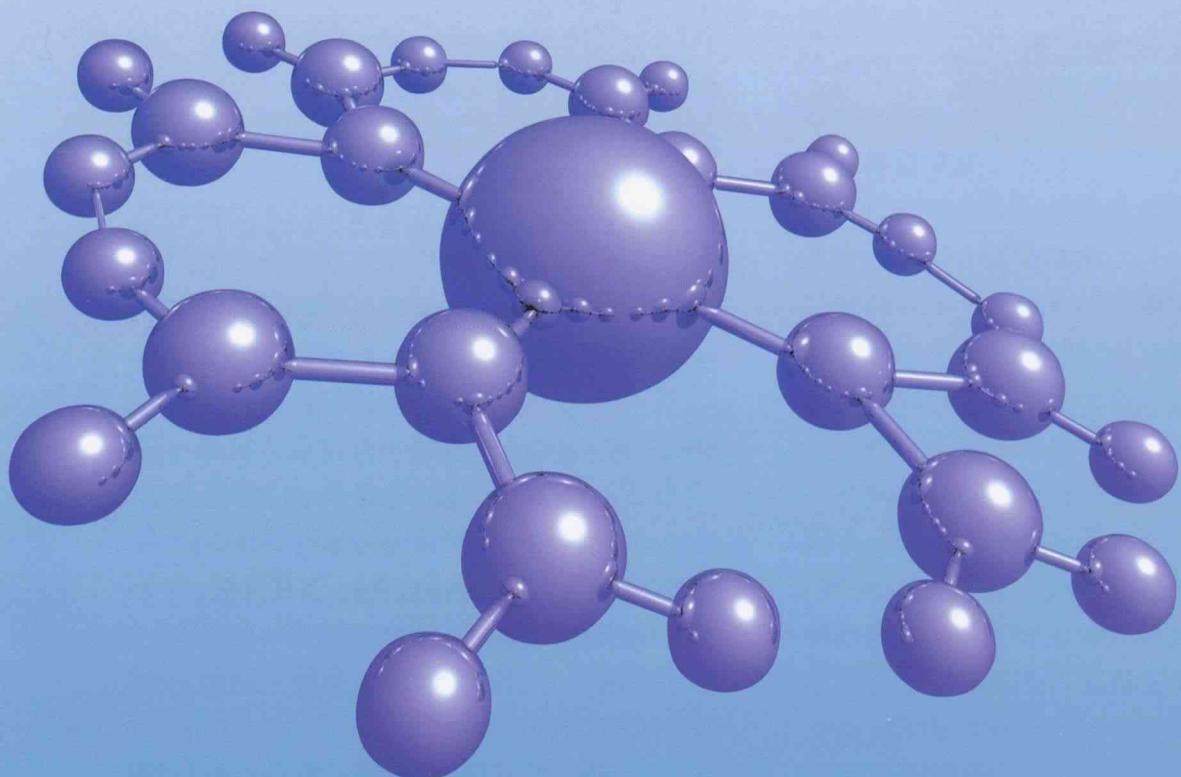
# 自治研究

かながわ

1998  
12

No.67

(通算131号)

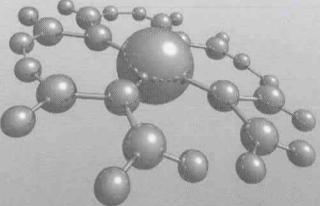


◆介護保険法の現状と今後の課題

社団 法人 神奈川県地方自治研究センター



# 自治研究



社団 法人 神奈川県地方自治研究センター

1998  
12  
No.67  
(通算131号)

◆介護保険法の現状と今後の課題



## もくじ \* \* \* CONTENTS

### [介護保険集会・基調報告]

- 介護保険法の現状と今後の課題 ..... 1  
    自治労本部社会保障部長 佐野幸次

- 1.介護の現状と介護ニーズの飛躍的拡大 ..... 2  
    2.介護保険制度の仕組みとポイント ..... 4  
    3.利用のしくみ ..... 10  
    4.「福祉」によるまちづくり ..... 14

### [意見発表・質疑]

- コーディネーター  
    自治研センター 上林得郎 ..... 19  
○新しく介護サービスを開始した  
    全労済在宅サービスセンター横浜所長 佐々美弥子 ..... 8  
○市民の自立活動の経験から  
    「グループたすけあい」副会長 木崎光子 ..... 18  
○要介護の家族をかかえて  
    シニア連合神奈川 高木敏雄 ..... 21  
○財政、介護認定、苦情処理に課題  
    連合神奈川副事務局長 砥上康二 ..... 25  
○気になる基盤整備と準備の遅れ  
    藤沢市議会議員 木村栄子 ..... 30  
○市民が参加、チェックできる体制づくりを  
    横須賀福祉のまちづくりを進める実行委員 森田洋郎 ..... 31  
○準公的機関でもはじまる24時間サービス  
    横浜市福祉サービス協会労働組合 黒坂 栄子 ..... 32  
○事業補助方式で全体の見直しが  
    平塚市社会福祉協議会 竹沢光史 ..... 24  
○サービスの質、機構、要員が当面の課題  
    自治労横浜 浅井幸雄 ..... 31

〔介護保険集会・基調報告〕

## 介護保険法の現状と今後の課題

自治労本部社会保障部長 佐野幸次

### はじめに

自治労本部の佐野でございます。今日は自治労以外の方も参加されているということで、今日の集会の意義というのは誠に大きいと思っています。ただ、私の提起は、自治労本部の提起が主となることをお許し願いたいと思います。それを含めて、ここに集まっている皆さん方から、後ほど意見をお聞かせいただければ幸いと考えています。

今日は、皆さん方が、介護保険の基本的な仕組みは頭に入れていただいていることを前提にして、現在、審議会でどういう課題が出ているのか、あるいは実施まで1年を実質的には切っているわけですが、その間に、どういうことをしていくかを中心にお話していきたいと思います。具体的には、「介護保険制度の仕組みとポイント」あるいは「介護保険制度導入のもたらすもの」「介護保険制度充実にあたっての今後の課題」「介護保険の施行準備」を中心に述べてみたいと思います。

簡単に特徴的な情勢を述べてみたいと思っています。介護保険の成立は、1997年12

月です。介護保険の成立に非常に大きな期待があり、だいたい国民の6割から7割、小淵内閣の支持率と比べてダントツに支持率が高かったわけです。しかし、ここにきて介護保険法に対する不安が、自治体、特に規模の小さな自治体を含めて、非常に大きくなっています。

2000年4月が制度の施行ですが、実質的に、要介護認定の受付が1999年10月からそれぞれの自治体で始まり、10月というのは1年を切ったわけです。

それに対して準備作業が整っていないのが、いちばん大きな理由だと思います。10月23日には、町村会が国に対して、介護保険の延長、このままの状態だったら少し難しいんじゃないかな、延長してはどうかという意見が出されています。それから、介護保険の施設長さん方のアンケートによりますと、7割が導入延期に傾いているという状況も伝えられています。

介護保険がなぜ必要であるかということは、繰り返すまでもないことですが、現実に介護の現況を見ると、とてもではありませんが、そうした後向きな方向ではやっていけないという事実があるわけです。こうした延期論は準備過程の努力を怠ったうえで、例えば、家族給付の変形である家族によるホームヘルプサービス等、という動き

が出てています。それに対するこちらの思いを伝えておきたいと思っています。

日本の社会が、80年代、90年代を通じて急速に少子高齢化に移行しました。この移行のスピードは、非常に速いものがあり、とうとう、1998年9月には高齢化率16.2%になりました。神奈川県は、埼玉県に続いて高齢化率が低い県で、12.1%です。ただ、神奈川県の場合、2010年から2020年になると急速に高齢化率が高まりますから、それほど楽観できない状況だと考えています。神奈川県はそういう意味では、2号保険者という、40歳から65歳の方が非常に多い県ですので、そんなに楽観できないと考えています。

高齢化が進むにあたって、子どもの数も増えればよいのですが、そういうわけにはいきません。私が生まれた頃はちょうど団塊の世代ですが、合計特殊出生率、女性が子どもを一生の間に産む数がだいたい3.6から3.8ぐらいでしたが、今や1.35です。このままいくと100年後には、だいたい日本の人口が半分ぐらいになる、600年後には0になるということです。要するに少子化と高齢化が結びつくことによって、かなり大きな問題が出てくるといわれています。現役世代の負担増とか、労働力人口の減少、それから地域社会の変貌、そのことが噛み合わされて経済成長が鈍化していくのではないかと言われています。

### 1. 介護の現況と介護ニーズの飛躍的増大

ときあたかも1990年代から、日本の経済は非常に急速なブレーキがかかり、だいたい0%から1%内外の経済成長率です。同時に、高齢化社会で、当然、社会保障負担が非常に膨らんできているわけです。どう

するか。1つの方法は、社会保障負担を削るという方向で、これは自民党政権等がそういう方向ですが、私たちは、そういうことは考えていません。むしろ、少子高齢化を前提にした新しい社会システムをつくつていかなければ、今後たちやかないと考えています。これについてはまた時間があれば後に、いくつかの指標を出していきたいと思っております。

自治労は、1995年に介護保険を推進すべきだという方向を提起しました。そのときには「介護の社会化」ということを1つの大きな理念として掲げさせていただきました。介護の現況は、レジュメに「介護の現況と介護ニーズの飛躍的増大」と書いてあるとおり、高齢者の急増に伴って、要介護者が増大するという状況が1つあります。

同時に介護期間の長期化、重度化が進んでおります。寝たきりの方のお亡くなりになるまで、平均8.5カ月寝たきりになっているという統計もあり、5年、6年の寝たきりでお亡くなりになるお年寄りが、非常に多くなっています。そういう介護期間の長期化、重度化と介護者の高齢化が非常に大きな問題になっています。厚生省等の統計によりますと、介護する人の2人に1人は、実は60歳以上です。問題はその介護する人の続柄が、第1番目は嫁で、2番目が妻、3番目が娘ということになっている。お年寄りがお年寄りを介護するという状態と同時に、女性が介護の主力にならざるを得ない。連合の1994年の調査によりますと、少なくとも8万人の女性が、介護を前にして職を辞める、あるいは断念せざるを得なかつたという状態もあるように、今後の少子化の中で、長期的には労働力不足が懸念されるわけです。そのときに元気なお年寄り、あるいは女性の活用が言われる中で、こういった状況は社会資源の配分からいつても非常に大きな問題であると考えていま

す。

介護の長期化と介護者の高齢化を合わせて、家族機能の変容があり、その特徴は、高齢者所帯が急激に増えていることです。の中でもとりわけ高齢者の単身所帯が増えています。これは阪神淡路大震災の例をみて分かるように、非常に厳しい思いをしている所帯、あるいは個人であるわけです。こうした状況から、80年代終わりから90年代に介護地獄とか、介護による非常に大きな問題が社会的な問題として出されてきたわけです。

### (1) 高齢化への3つの対応

#### ① 措置による福祉

こうした状態を前にして、現行の対応が非常にお粗末だったという実態が浮き彫りになったわけです。今までの対応の1つは、措置による福祉です。措置による福祉とは、行政が限られた資源の中で、お年寄りの中で、貧しい方あるいは病気が非常に重い方、あるいは介護が非常に重い方というように、行政の資源を基本的にはそういう方に重点的に配布する話であり、これは行政処分という形で行われています。当然所得の調査等を含めてかなり厳密な調査のもとに、行政が「この人は特別養護老人ホームに入って介護を受けなさい」あるいは「ホームヘルパーを、週何日派遣する」というよう決めるという措置による福祉中心でした。

#### ② 家族による介護

2番目が、これが日本社会の主流であり、家族による介護です。1970年代のヨーロッパの福祉国家が日本と同じようにオイルショックで財政危機になりました。そのときに日本の大平内閣が述べたのは、日本の福祉社会論ということで「欧米社会の福祉国家の轍は踏まない。日本には福祉に対して非常に大きな含み資産がある。それは家族であり、血縁である。家族がしっかりとし

ていれば、福祉もそれほど金をかけないで行うことができる」と大見栄を切ったわけです。それが日本型福祉社会で、これがそうとう進展しているわけです。家族による介護ということで、お年寄り、特に嫁、妻、娘という順で介護をすることが非常に一般的な形態になってきているわけです。

#### ③ 医療による介護「社会的入院」

もう1つの対応は、医療による介護です。福祉では介護というのは生活の延長で、高齢者が生活をする、自立を支援するということがいちばん基本ですが、在宅のサービスの基盤がない、あるいは施設もままならないということで、出てくるのは病院に入れるという話になります。神奈川は病院の数も、下から1、2番と少ないところで、特別養護老人ホームの数も非常に少い、施設が非常に少ないところです。北海道とか高知のように多いところは、本当は福祉でやるべきサービスを医療で行うということになります。簡単に言えば、病院にお年寄りを入れているということになります。

例えば、北海道の例で言いますと、それぞれ家族が良心的な思いから冬の間非常に大変なので親父、おふくろを札幌の病院に入れて、春に迎えに行くという意図で、医療による介護、社会的入院がかなり多くなってきたという話もあります。病院に行きますと、病院ですから療養で、たくさん薬もくれますし、調査も丁寧にやってくれます。必ず病人になって寝たきりになってしまいうといふ例が非常に多くあると考えています。これなどは本当は在宅なり、施設サービスが完備していれば、別に病院で治療行為として診てもらうことにはならないと思います。

こうした3つおりの対応が現実的に破綻したことは事実です。連合が1994年から1995年にかけて、要介護者の家族に関する調査をしました。その調査によれば「家族

の3分の1が、要介護者に憎しみを感じたことがある」、「半分が虐待をしたことがある」いちばん近しい関係の家族がそういう状態であったということで、非常にショッキングな実態が出ているわけです。こうした状態に対して自治労は、こうした3とおりの対応ではなく、「介護の社会化」を大きな理念として掲げないと、こうした状況は切り開けないのではないかということで、「だれでも、いつでも、どこでも必要なサービスを受けられる」、家族や個人ではなくて、社会的に高齢者の自立を支援するシステムをつくっていくということ、介護保険の創設に賛成したわけです。

その中では自立支援が中心になります。当然自立ということは、今までのような貧しい、あるいは自立度が低いお年寄りという見方ではなく、お年寄りへの自立を促進していくということです。個人の尊厳とか、権利擁護が大きな課題となってくるわけです。当面の課題は、社会的に家族介護の解消というのが「介護の社会化」の差し当たっての任務ということになってくるわけです。

介護保険については、いくつかの問題があり、例えば、税制度であるとか、保険制度であるとか、いろいろな意見が出ました。しかし、日本の場合は家族による介護ということで、現実的には介護基盤の整備が非常に遅っていました。従って、半分の公費の投入というのは、現時点では止むを得ないと考えております。

北欧のスウェーデンから見れば、日本の介護保険は、税が半分付いている保険制度なので、税付きの保険制度と言えるかもしれません。あるいはドイツのようにほとんどが公費負担を入れていない保険原理のみでやっているところからいえば、公費を半分入れるというのは純粋な意味で保険に馴染まないのではないかという議論がありました。しかし、基本的に日本の少子高齢化

が急速に進むという現実、それから介護基盤の整備が決定的に遅れている現実からみて、自治労は公費が半分負担して行う日本型の介護保険制度に賛成したわけです。ただ、公費を半分負担するといつても、公費は介護基盤の充実等に充てられなければならないというのが、私どもの考えです。

そういうことから介護保険の導入に向けて走ってきたわけで、いろいろな意見がありました。介護保険法は1年半くらいの議論で、ようやく国会を通ったわけですが、介護保険法そのものが非常に骨格的な仕組みになっています。義務関係、特に給付と負担の関係のほとんどの部分が、政令・省令に委ねられており、これから1年の間にその政令・省令でかなりの部分が決まってくるのです。例えば、2500円という保険料は、まだ決まっていないわけです。医療でいえば診療報酬にあたる介護報酬という、基本的に費用の単価にあたるもののが、まだまったく決まっていないという状況になっています。既に1年を切ったのですが、そうしたことが大きな問題になっています。しかし、そういう問題を厚生省なり県とか市町村に投げかけると同時に、私たち自身も「介護の社会化」という理念のもとに、介護保険法の充実を図っていかなければならぬと考えています。

## 2. 介護保険制度の仕組みとポイント

介護保険制度の仕組みは、基本的な仕組みはご存じだということを前提にして、今審議会等で問題になっていることを中心に述べさせていただきます。

### (1) 介護保険の特徴的ポイント

簡単に介護保険法がどういう特徴をもつ

ているかをおさらいしておきたいと思います。現実にある医療保険制度との違いを考えながら、介護保険法の特徴をみていきたいということです。

### ① 申請主義…認定主義

介護保険法の特徴の1つは申請主義、認定主義ということです。これは医療保険の場合は、保険証を持って行けばどこでも診察が受けられ、診療所でも病院でもそのようになっています。ところが介護保険法の場合は、保険者たる市町村に申請して、それから介護認定審査会の認定を受けて、初めて給付が行われるという制度になっています。従って、ここはどれだけ迅速に利用者の声に応えられるか、あるいは公正な認定ができるのかということが、大きなポイントとなってきます。

### ② 高齢者自身による保険料・利用料の負担

介護保険法の2番目としては、高齢者自身による保険料・利用料の負担です。医療

保険、国民健康保険も高齢者の負担がないわけではありません。医療保険の場合70歳以上になりますと、老人保健制度があり、そこに全部移されます。しかし、介護保険では、少子高齢化が進むということで、21世紀型の負担と給付のあり方を考えようという意図もあると思うのですが、高齢者自身による保険料・利用料を負担していただくことが介護保険法の特徴の1つになっていきます。

### ③ サービス提供機関の多様性

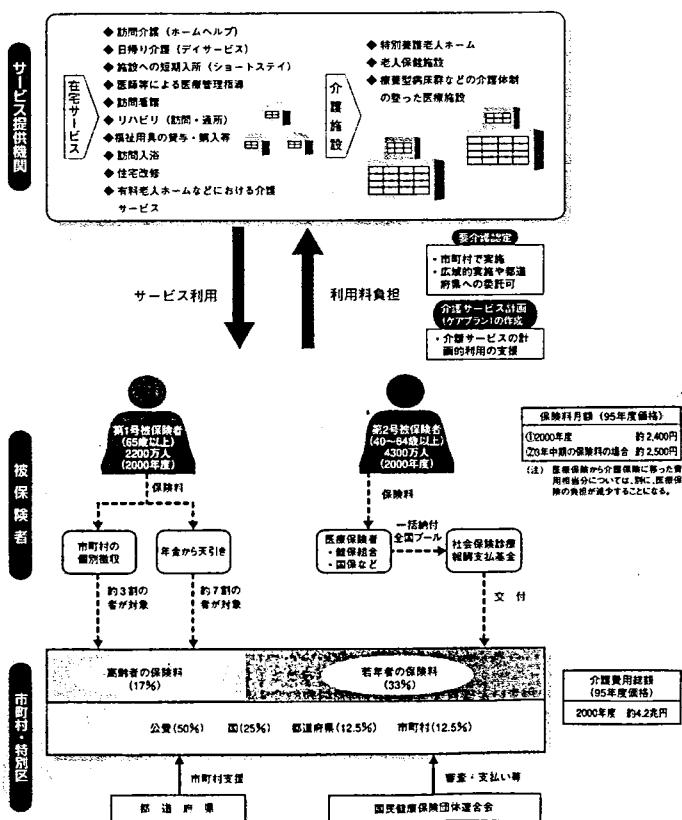
それからサービス提供機関の多様性ということがあります。これは医療機関と比べれば違いはありません。医療機関も公立病院あり民間の病院あり、営利ありということで、いろいろあると思います。介護の場合は措置による福祉と言いましたが、基本的に行政による判断で、行政が補助するとか行政によって委託されたところがやってきたことに対して、介護保険では在宅に関してのみですが、民間の参入を認めたわけです。

高齢化の進展によって高齢者が非常に増えてきたという状態、要介護者が非常に増加すると、当然公的な部門のみでは、需要の急増に対して無理であると判断をせざるを得ません。今後行政のみで、需要の急増に対応できるとは思いません。私はこれは止むを得ない話ですし、むしろサービス提供機関の多様性の中で、自治体で何ができるのか、何が必要なのか、あるいはNPO等の非営利組織等がどういうことをやっていくのか、ということを考えなければいけない時代にきています。

### ④ 市町村の保険者機能の拡大

4番目が市町村の保険者機能の拡大です。国民健康保険と比べれ

介護保険制度の概要



ば分かると思います。国民健康保険も保険者は市町村になっています。ただ、国民健康保険における保険者としての市町村は、徴税、納税をしっかりやるということに特化されてしまって、地域における医療をどうしていくのかということは、病院側にはとんど任せっきりだと思います。かつては国保直営の病院があったのですが、その機能がだんだん希薄になってきています。

よく言われた「第2の国保にするな」というのは、金の出入りだけを、自治体が非常に苦労するような、保険者の二の舞になるなという意味です。介護保険はそれを踏まえて、保険者としての市町村が介護という事業に対して積極的に取り組んでいくということで、保険者機能を拡大していかなければならぬと思います。

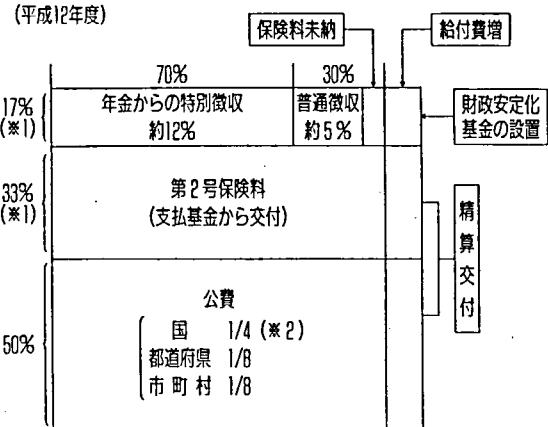
法の趣旨も「保険者たる市町村が」ということで、ほとんどの条文が始まっています。ぜひとも保険者機能を拡大していただいて、地域における高齢者福祉サービスは、最終的には市町村が責任を負うということを進めていただきたいと思います。

##### ⑤ 支給限度額の設定

ポイントの5番目は支給限度額を設定し

###### 介護サービス費用における1カ月当たりの単価

①在宅サービス	要介護度Ⅰ 虚弱のケース	6万円程度
	要介護度Ⅱ 虚弱のケース	14~16万円程度
	要介護度Ⅲ 虚弱のケース	17~18万円程度
	要介護度Ⅳ 虚弱のケース	21~27万円程度
	要介護度Ⅴ 虚弱のケース	23万円程度
	要介護度Ⅵ 虚弱のケース	23~16万円程度
	要介護度Ⅶ 虚弱のケース	23~16万円程度
↓ サービスの具体的な事例		
* 寝返り困難な最重度の要介護者が複数世代で同居している場合		
○訪問介護	週14回訪問	9時間20分/週
○日帰り介護/通所リハビリテーション	週3回通所	18時間/週
○訪問介護	週2回訪問	
○短期入所生活介護	週2回訪問	
②在宅サービス	特別養護老人ホーム	29万円程度
	老人保健施設	32万円程度
	療養型病床群等	43万円程度



\*1 第1号被保険者と第2号被保険者の人口比率に基づく割合である。

\*2 国費の5%分は、市町村間の財政力の格差の調整のために充てる。

(調整事由) ①要介護の危険性の高い後期高齢者の加入割合の相違

②高齢者の負担能力(所得水準)の相違

③災害時の保険料減免等特殊な場合

☆中期財政運営を導入し、第1号被保険者の保険料改定は3年に1度

ていることです。医療保険は出来高払いが基本ですから、青天井になります。1つの病気で、例えば、国民健康保険の市町村で、町村が保険者になっていて、そこで人工透析の患者さんが2人くらい出ますと、もう数千万円が飛んでいきます。青天井ですから、制度的に止むを得ない話であり、そこで国民健康保険が破綻するわけではありません。いろいろな調整制度がありますから。介護保険は基本的に生活をどのように保障していくということですから、支給限度額を設定しています。

例えば、在宅でしたら、今はまだ確定した話ではありませんが、要介護度がいちばん高い苛酷な方は、30万円前後の支給限度額になっています。これは、生活という意味でいえば止むを得ないと思っています。生活が1000万円も2000万円もかかることはならないと思います。30万円では低いという方はいると思いますが、それでも桁が2つ3つ上ということにはならないと思います。支給限度額の設定は、医療と介護の性格的な違いからといって止むを得ないと思っています。出来高払いではありませんから、介護保険は単純な財政上の問題としては、町村にそれほど負担のかかる制度にはなっていないわけです。

## ⑥ ケアマネイジメント

それから6番目のポイントですが、これはケアマネージメントという制度です。要介護認定、ケアプラン策定、サービス提供まで一連の流れをケアマネージャーを中心にチーム、あるいはネットワークで行うという新たな1つの概念です。これも医療保険ですと、医者が中心、あるいは独裁的な権限をもっています。医者がやることの手助けを看護婦、放射線技師、その他の方がやることに比べたら、一連のネットワーク、チーム方式でやるという意味では、医療保険との違いがあると思います。

## ⑥ 広域的対応

7番目は広域的対応が法定されているということです。これは医療の場合、医療の機能分担をどうするかが出てきます。病院の規模で変わってくるのですが、広域的対応については、介護はある程度法定され、法律で決めたような、あるいは地方自治法で法定されている方式を使って、広域的な連携も可能だというつくりになっています。以上がポイントです。

### (2) 介護保険の特徴的問題点

次に仕組みの中で、特に問題になっているところを中心に述べてみたいと思いま

す。保険者被保険者については、それほど問題が出ていません。被保険者については、「加齢に伴う特定疾病に要因限定」という問題があり、これは2号保険者（40歳から64歳まで）についてです。これについては今年中に政令で、特定疾病を限定するようです。今まで言われているのは、アルツハイマー、脳血栓障害、骨粗鬆症などいろいろです。これにさまざまな難病等を加えて、15程度あがっています。2号保険者の場合は、特定の疾病に関わってくれば、給付を受けられる構造になってくると思います。

### ① 保険料額

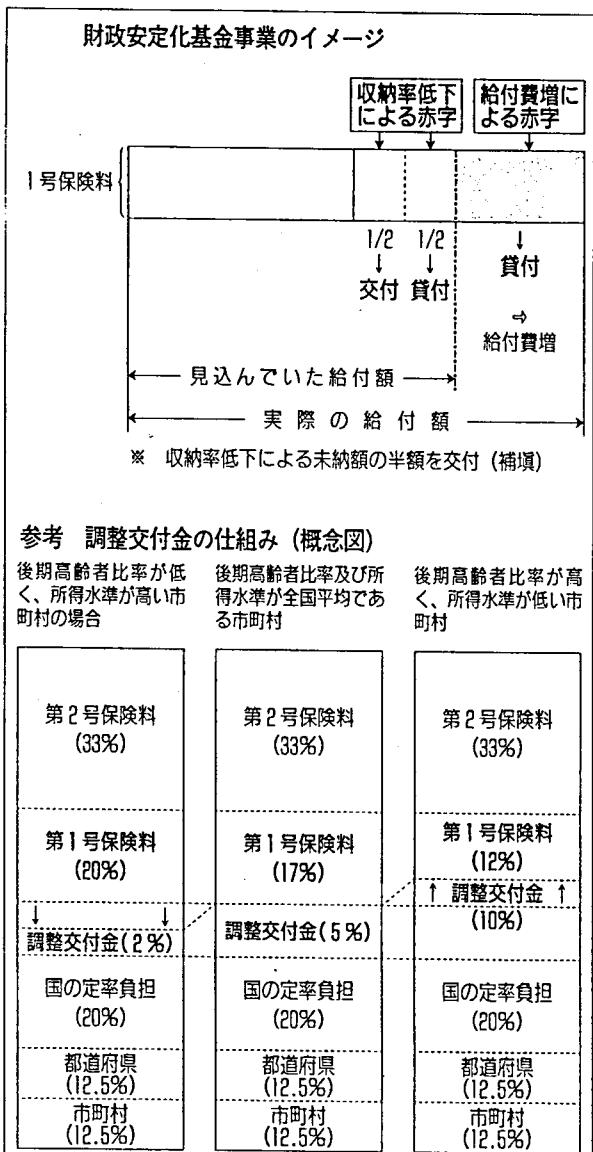
ポイント②の「保険料」が大きな問題になっているところです。保険料についても、今後の話ですが、厚生省は保険料額が2500円程度だと言いました。この2500円程度の論拠は、非常に簡単です。

2000年に介護に必要な額を4.2兆円と押さえます。4.2兆円というのは、老人保健制度、あるいは老人福祉制度等を積算して、2000年において介護保険で必要であろう数字です。1割を利用料として取りますから、1割引きます。残りの半分が公費負担になります。もう半分は1号と2号の保険者数です。保険者数のうち17%が1号保険者です。ですからそれに0.17を掛けます。2200

介護保険制度の財政試算（平成12年度施行、平成7年度価格、単位：億円）

	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成22年度
費用額 給付費	41,600 36,700	44,100 38,800	46,700 41,100	49,500 43,500	52,400 46,000	55,400 48,600	69,100 60,700
第1号被保険者負担	6,200	6,600	7,000	7,800	8,200	8,700	11,800
第2号被保険者負担 うち保険料	12,100 9,500	12,800 10,100	13,600 10,700	14,000 11,000	14,800 11,600	15,600 12,300	18,500 14,600
被用者保険 うち保険料	8,100 7,500	8,600 8,000	9,200 8,400	9,500 8,700	10,000 9,200	10,700 9,800	12,800 11,800
国民健康保険 うち保険料	4,000 2,000	4,200 2,100	4,400 2,200	4,500 2,300	4,700 2,400	4,900 2,500	5,700 2,900
公費負担 国庫負担	18,300 9,200	19,400 9,700	20,600 10,300	21,700 10,900	23,000 11,500	24,300 12,100	30,300 15,200
都道府県負担	4,600	4,800	5,100	5,400	5,700	6,100	7,600
市町村負担	4,600	4,900	5,100	5,400	5,700	6,100	7,600
利用者負担	4,900	5,200	5,600	6,000	6,400	6,900	8,400
第1号被保険者1人当たり保険料(月額：円) 3年間一定とした場合の保険料(月額：円) 単年度当たりの保険料(月額：円)	2,500 2,400	2,500 2,400	2,500 2,500	2,800 2,700	2,800 2,800	2,800 2,900	3,500 3,600

- (注) 1. 給付費は高齢者分及び若年者分である。  
2. 平成12年度からの在宅・施設同時施行に伴い、在宅サービスについては利用の拡大を見込んでいる。  
3. 第1号被保険者1人当たり保険料は、所得の多寡によって計算したものではなく、単純に第1号被保険者数で除した額である。  
4. 都道府県が行う財政安定化基金のための保険料は含まれていない。  
5. 平成7年度価格は、医療費の伸び率や単価の伸び率で推計した名目値を、単価の伸び率3%で割り引いたものである。



万人が、1号保険者です。

2号保険者の4300万人と合わせて、6500万人になるわけです。それで割ります。それでさらに12で割ると、だいたい2400円程度になります。厚生省は3年間で平均でやりますから、2500円程度だと言ったわけです。

7月に高知県が独自に調査をしました。高知県内の市町村の保険料がいったいどうなるのか、今的方式をそれぞれの町村に当てはめたわけです。市町村の人数で必要な保険料、利用料を引いた保険料掛ける17%、割る市町村の保険者数、割る12とやってみたわけです。どういう結果が出たかといいますと、高知県の平均3800円。いちばん高いところが6100円、いちばん低いと

ころが1900円という結果になりました。これが非常に大きな問題になりました。それぞれ他のところも、わが県はいったいどれくらいかということで介護サービスを、やっているところとやっていないところで差が出てくるわけです。

高知県の6100円になったところは町なのですが、これは、後期高齢化率が高い。後期高齢化というのは、オールドオールドで、ヤングオールドというのが65歳になり、オールドオールドというのが75歳以上といわれています。75歳以上になりますと、非常に要介護になる方が多いという意味で、後期高齢化比率、これが1つの目安とされています。

もう1つは、所得の低い方が多い、6800円になった村の場合ですが、そこでは療養型病床群に入っている方が多い。療養型病床群は、社会的入院の肩代わりになっているかのように思われる長期的な医療施設です。これは当然のことながらコストが非常に高いわけです。

だいたい特別養護老人ホームが、23万円から29万円くらいだと言われています。コストが平均25万円くらいだと言われている。それが一般病院は月に50万円程度、療養型病床群でも40万円から42、3万円と言われています。

つくったり運営するコストが非常に高いわけです。必然的に在宅が少なくて、施設が多いと保険料算定に必要な額が当然あがってきます。簡単に言いますと、その3つがまったく揃ってしまったわけです。それで6000円という結果になったわけです。別にその村民が、いい暮らしをしているわけではありません。そういう状況が重なって、6100円程度になってしまった。高知県全体の平均が、3800円程度になっているわけです。

厚生省も、これに対して対応し、この介

護保険法の仕組みの中で財政調整交付金というのがあります。国が出す25%負担の中の5%は、それぞれの市町村のでこぼこによって補填していく制度になっています。簡単に言いますと、埼玉や神奈川のようなところから、過疎の高齢化率の高い、あるいは所得が低いところに5%のかなりの部分は流れこむという調整制度になっています。それによって調整していくわけです。もう1つの要因として、療養型病床群の比率等も含めて、配慮しなければならないという修正を行っているところです。

### ② 所得段階別定額保険料

保険料のうち、1号保険者は個人から徴収することになっています。その徴収は所得段階別定額保険料になっています。平均2500円です。低い方は1250円、高い方は3750円、5段階に分けています。2500円の方は、数は40%から50%いるのですが、真ん中の方は市町村民税（個人）の非課税の方です。課税される方は4段階で、2500円に1.25を掛ける、いちばん高い方が5段階で、1.75掛けるわけで3750円程度になります。

審議会の議論で、自治労も前から要求していた話なのですが、自治体による柔軟な対応を認める方向に固まりつつあります。

自治労は介護保険法が、高齢者自身によ

#### 第1号保険者の所得段階別保険料の設定方法

- 被保険者の所得状況等により5段階に区分し、各段階ごとに定額の保険料率を確定

段階	対象者	保険料率の設定方法
第1段階	生活保護受給者 市町村民税世帯非課税かつ老齢福祉年金受給者	基準額*0.5
第2段階	市町村民税世帯非課税	基準額*0.75
第3段階	市町村民税本人非課税	基準額*1
第4段階	市町村民税本人課税（所得額-250万円以上）	基準額*1.25
第5段階	市町村民税本人課税（所得額-250万円未満）	基準額*1.5

る保険料・利用料を徴収する新しい制度であるために、低所得者に対する対応はきっとしておかなければならぬと考えています。そうしない限りただ厳しいだけの制度になってしまい、高齢者から保険料を徴収する以上、所得が低い方に対してはきっとした対応が必要だと思っています。いちばん低い人でも1250円というのは、酷ではないか。もう少し自治体によって、例えば、0.5ではなく0.3とか、0.2は無理かもしれないから、0.3くらいから。あるいは高い方については、3750円ということよりももっと高くてもよいと考えて、これは市町村がそれぞれの自分たちの状況に応じて0.3から1.7、1.8、1.9と認めるような措置をして、自治体における低所得者に対する対応をしていったらどうかと言っています。基本的にはその方向になりつつあります。

### ③ 保険料の徴収方式

それから2号保険者、ここにいる方は2号保険者、40歳から65歳の方が多いと思います。その方は医療保険によって徴収されることになります。組合健保の方が平均2500円程度という中では、3400円程度であるとか、政管健保は2600円程度になる。国保は2400円程度だと言われています。これも最終的には決まっていません。2号保険者は全国的にプールしますので、それほどでこぼこはないと思います。なお、共済の短期の方は3800円か、もう少し高くなる可能性があります。しかし、2号保険者については、使用者と雇用者から半分出ますから、掛け金としてはこの半額になると思っています。

徴収方法も審議会で、今もめています。1号保険者の保険料は、市町村の普通徴収と年金から一緒に取る特別徴収とに分かれています。年金からの特別徴収が、年金月額3万円で、年額36万円以上の方は、年金から保険料をいただこうという発想でし

た。この間非常に町村側が抵抗しており、これを「1万円に引き下げる」と、年額12万円以上の年金の方は、年金から徴収してほしいという意見が出されています。最終的な調整は来週審議会があり、これは政令事項ですので、結論が出されることになっています。

年金月額が3万円以上の場合、「1号保険者の約70%は、特別徴収になる」という試算が出ています。これが1万円以上だと、1号保険者の82%以上がカバーできるのではないか。

つまり、町村側は、国民健康保険の話がありますから、できるだけ普通徴収で足を棒にして徴収に行くというのを少なくしたい。これは見え見えです。その残りの18%の方を徴収すればよいという話になるので、町村側は3万円にこだわらなくてもいいのではないかと思いますが、年内には決まると思っています。(その後審議会で年金月額1万5千円、年額18万円以上は特別徴収と決まった)

### 3. 利用の仕組み

#### (1) 要介護認定の基準

要介護認定ですが、これも今年度変わったところです。訪問調査の昨年のモデル事業の調査が73項目でしたが、新たに特別な医療に関する調査項目が12付け加わりました。85項目によって、医療側の、例えば、カテーテルをどうするのか、褥瘡(床ずれ)の有無を含めて12項目があります。それを踏まえて、85項目で第1次判定をすることになりました。

問題はその次で、それを推計介護時間で判断しようということになりましたので、だいぶ混乱が生じたわけです。それぞれの

介助の方法を、推計時間で分解して、その推計時間がある程度の時間になった場合に、要介護度を判断するということになったのです。一応30分以上を「要介護の1」以上にしよう。30分以下は「要支援」で30分以下で間接生活介助と機能訓練に関わる推計時間が5分以上あった場合に、要支援にすることになっています。

#### ① 介護内容の細分化

介助の部分を細分化し、直接生活介助、これは身体介護に近い話で、これが1つです。2番目が間接生活介助で、これは身体介護以外で、直接身体ではなく、家事援助に近い発想だと考えていただければよいと思います。次が問題行動の介助で、これは痴呆性等に関わるものが多くなります。続いて機能訓練で、これはリハビリに関わることです。それから医療行為と以上の5つに分解して、時間数を出すということです。要支援の場合は30分以下でも、その中の問題生活介助と機能訓練が5分以上あれば、要支援と認めていく。それまではいろいろな行為の積み上げで要介護度を決めていたのが、今度は厚生省は非常に合理的な基準になったというのですが、推計介護時間によって決めていくということになりました。30分以上から35分刻みで、30分から65分までが要介護度1、軽度の介護。65分から100分が要介護度2、中度の介護です。100分から135分というのが重度。そのあと最重度、それから苛酷となってきます。170分以上が苛酷な介護となってくるのです。

審議会では、なぜ30分ではなく35分なのかという話になりました。考えてみれば35分単位というのは、おかしな話です。これは厚生省側が35分にしたほうが要介護者の分布がきれいになるという簡単な話のようで、それ以上の話は聞かれませんでした。30分にすると苛酷な介護、あるいは重度の介護が増えてしまう。こちら側としては、

平成10年度の要介護認定モデル事業の要介護認定基準

以下の①～⑥の行為に必要と認められる1日当たり時間として高齢者の要介護時間等に関する別途行われた調査（いわゆる「分間タイムスタディ」）に基づいて推計される時間（要介護認定基準時間（①+②+⑤+④+⑥の合計時間））によって区分する。

- ①直接生活介助：身体に直接触れて行う入浴、排せつ、食事等の介護等
- ②間接生活介助：衣服等の洗濯、日用品の整理等の日常生活上の世話等
- ③問題行動関連介助：徘徊、不潔行動等の行為に対する探索、後始末等の対応
- ④機能訓練関連行為：嚥下（えんげ）訓練の実施、歩行訓練の補助等の身体機能の訓練およびその補助
- ⑤医療関連行為：呼吸管理、じょくそう処置の実施等の診療の補助等

自立	要介護認定基準時間=30分未満 かつ間接生活介助（②）+機能訓練関連行為（④）=5分未満	――
要支援	要介護認定基準時間=30分未満 かつ間接生活介助（②）+機能訓練関連行為（④）=5分以上	要介護状態とは認められないが社会的支援を要する状態
要介護1	要介護認定基準時間=30分以上65分未満	生活の一部について部分的介護を要する状態
要介護2	要介護認定基準時間=65分以上100分未満	中等度の介護を要する状態
要介護3	要介護認定基準時間=100分以上135分未満	重度の介護を要する状態
要介護4	要介護認定基準時間=135分以上170分未満	最重度の介護を要する状態
要介護5	要介護認定基準時間=170分以上	過酷な介護を要する状態

それがそれなら当たり前でいいと言ったのですが、制度の仕組みとしては、軽い人がいっぱいいて、だんだん重くなるということがいいということで、35分となってしまったという話でした。

それが介護認定で大きく変わったところです。実はこれが非常に大きな問題になっているのです。審議会でも推計時間ということで非常に問題になりました。いったいこれでできるのかという話がありました。この算定根拠は4000ケースを施設でタイムスタディをやって決めた話なのです。

例えば、施設ですから、在宅との違いは、起き上がるときなどは在宅の場合はむしろ下に布団を敷いて起き上がるケースがあります。ところが施設ですと、ベットからすぐ起き上がれるという話になってきますので、若干ぎくしゃくするのではないかという意見も出ました。

施設のケースでやるのは、非常に無理があるのではないかという話があったのですが、問題があったら変えていくということで、今回のモデル事業でのみ、これをやります。うまくいけばそれを続けますが、も

しうまくいかなかったらどしどし修正していくということで、審議会でも激論の末、今回のモデル事業に関しての認定基準になったわけです。

これは、神奈川で実際にやっている方が、どしどし厚生省へ、厚生省へ直接言いにくかったら自治労神奈川県本部あるいは自治労本部でも結構ですから、意見をお寄せください。現に先週の月曜日には、「介護の社会化をすすめる1万人市民委員会」の主要メンバーが、三多摩で非常に不適切な例があり、前回と同じ要介護度4の方が2になったとか、5の方が3

になったとか、ひどい方は自立になったという話がありました。

自治労で調べてみました。鹿児島、大分でも続々と出ているのです。この間長崎に行ったのですが、長崎でも同じような例が出ている。どうも痴呆に対する対応が非常におかしい。痴呆の程度が重いと低く出るような傾向が、一部見られるという報告も受けています。もし神奈川でそういう事例があれば、自治労神奈川県本部なり、自治労本部なりに私どもも近々厚生省と交渉するつもりですので、意見をお寄せいただきたいと思っています。それが今いちばん大きな問題の1つになっています。

次は「認定の有効期間」、これがだいたい6カ月になりそうです。最初3カ月ごとという話があったのですが、突き詰めたところ、3カ月と6カ月の違いは何かというと、人員、手間が3カ月に比べて半分になるということもあったでしょう。認定の有効期間を、基本的に6カ月にして、審査会の判断によって、3カ月から1年とできるようになります。

## 介護支援専門員の養成の流れ

### 対象者

受験資格：保健・医療・福祉分野で合計5年以上の実務経験を有する者

### 試験

試験目的：実務研修が受講できる基礎的知識の有無を確認する

試験内容：介護保険制度、要介護認定、介護支援サービスの理念・方法などの基礎的知識

実施主体：都道府県または都道府県が指定する法人

### 実務研修

内 容：要介護認定の訪問調査、介護支援サービス（課題分析、サービス担当者会議の開催、介護サービス計画の作成、サービス提供の把握等）に関する実務研修

方 法：演習・実習形式（原則として3日間（実質16時間）×2回）

実施主体：都道府県または都道府県が指定する法人

### 研修修了証発行

介護保険施設または居宅介護支援事業者において  
介護サービス計画作成等に従事

## (2) ケアプランの策定

それからケアプランの策定についてです。ケアマネージャー試験がありました。神奈川も合格者が発表になりました。全国的に11月中には全部で発表される予定です。自治労でも、介護支援専門員の試験を受験された方がかなりいます。試験結果はいつだとか、合格率はどれくらいかという話がありました。個別的には厚生省で出せる範囲でお願いしたのですが、11月中に全部発表になります。まだ発表していないところがあります。

基本的には全国的に試験を受けた方は21万人弱、だいたい平均的には45%前後の合格率ではないかということで、合格者は9万人以上になります。低いところは合格率37.8%。高いところは50数%というのがあったように聞いています。

職業別に言いますと、受験した方のトップは看護婦です。准看護婦、看護士も含めて看護婦が5割まではいきませんでしたが44%。介護福祉士が12%、相談・援助業務

従事者が9.8%。それからずっと少くなり、薬剤師が7.0、医師が6.8、保健婦が5.7、按摩・マッサージ師・指圧師・鍼灸師が2.4%、栄養師が2.2%、理学療法士が2.2%。このようにどちらかという医療関係の方が非常に多く受験しました。

せっかくの状況でしたが、福祉関係の職場は、労働市場もびしっとはできていません。特にヘルパーにしても、社会的評価からいえば、もう少し福祉関係の方が比重を高くしていくことが、福祉の全体の職の関係からいけばよかったと思っています。

いずれにせよ、厚生省は約9万から9万5千人の間くらいになると推計しています。その合格者がケアマネージャー（介護支援専門員）になるのです。従って、4万人をつくるという当初の厚生省の目論みは達成されたことになります。

さて、医療関係者がこれだけ多いということは、実際に介護支援専門員として、介護保険にどれだけの人がビルトインしてくれるかということは、かなり疑問であると考えなければなりません。できればその9万人の中の福祉の方は、できるだけ介護保険にビルトインしてくれるような施策を、ぜひ自治体も含めてとってほしいと思っています。

## (3) 介護保険の支給限度額の管理

「支給限度額管理」ですが、これも基本的に意見がいろいろ出ました。給付の支給限度額管理を1カ月にするか、3カ月にするかという議論がありました。簡単に言いますと、例えば、要介護度3ないし4の人で20万円程度の方が、1月で20万円を前提にしてプランをつくるか、あるいは3カ月で60万円を基本にしてつくるかという話です。場合によっては、片寄せという問題があります。60万円を1カ月のうちに使って、

あと2カ月は病院で暮らすという人も、病気になれば理論的には可能です。市町村側も事務処理上の利便性という話があって、3カ月毎にやるというのも大変だと、1カ月できっちり切って、それぞれ介護報酬の支払いやサービスをやったほうが便利だということになりました。どうやらこれも基本的に1カ月単位で決まるのではないかと思っています。

#### (4) 利用料

それから「利用料」の話ですが、利用者の1割負担ということは、皆さんご存じだと思います。従って、1割は在宅の要支援の方は6万円といわれていますから、6000円です。療養型病床群に入っている方は、場合によっては少なくとも45000円かかるところも出てきます。食費負担も当然入り、23000円程度入りますから、7万円近くになってくる。そうすると、所得の低い方には非常に酷な話になってしまいます。

従って、連合も自治労も1万人委員会も、「高額サービス費を設定して、ある程度高い方については、市町村が支給するという制度にしたらどうか」と提起しています。医療保険制度でも、高額医療費というのがあり、月に6万円くらいになっていると思

#### 高額介護サービス費等の支給要件について(考え方)(抜粋)

##### ●所得による区分の考え方

利用者負担の上限額は、健康保険等の高額療養費制度や、老人保健制度における入院時の自己負担金との均衡を考慮して、以下の区分ごとに設定することとしてはどうか。

##### イ. 低所得者以外

##### ロ. 市町村民税非課税世帯に属する者等

なお、老齢福祉年金受給者や生活保護受給者等については、さらに配慮が必要ではないか。

##### ●上限額の設定の考え方

上限額は、健康保険等の高額療養費の多数該当時の自己負担上限の額等との均衡を考慮して設定することとしてはどうか。

なお、老齢福祉年金受給者や生活保護受給者については、老人保健制度における老齢福祉年金受給者(低所得世帯に属する者に限る)の入院時の一部負担金との均衡を考慮して設定することとしてはどうか。

#### 【参考】健康保険等における高額療養費・食事の標準負担額

	一般	一般・多数該当時	市町村民税非課税	老齢福祉年金受給者
健康保険	63,600円	37,200円	35,400円	—
老人医療	36,000円	—	35,400円	15,000円

\*老人医療には高額療養費制度がないため、平成12年度の1ヶ月当たりの  
入院時自己負担額

います。この場合も所帯単位とか、病気が長引けば低くなるという話です。病気の場合は短期間の勝負なのです。介護はずっと続きますから、医療費のような高額サービス費ではいけないと思っています。かなり低い段階に設定しないと、低所得者に対してかなり酷な制度になってくると考えています。これについては時間をかけて、今年度中には決まりそうにありませんので、次年度の話になると思うのです。少なくとも高額サービス費の設定を、どうすべきかという議論が審議会で出ています。

それから「施行年度」です。介護認定の審査会も1999年10月と決まっています。これは制度設定の時から、在宅と施設は分離して、施設は遅らせたほうがいいのではないかという話がありました。もしこのような町村会とか施設長の話が通ると、そういう話につながります。私は今の時点でこのような話を出すことは、少なくとも介護の現況を固定化するものであって、自治労としては、絶対に許せないとと思っています。2000年4月スタート、現実スタート1999年10月からの準備ということで進めたいと思っているわけです。

#### 居宅サービス費の支給限度額管理について(案)

##### 居宅サービス区分と限度管理期間

居宅サービス区分	月を単位とする期間(限度管理期間)
訪問・通所サービス ・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・通所介護 ・通所リハビリテーション ・福祉用具貸与	1ヶ月
短期入所サービス ・短期入所生活介護 ・短期入所療養介護	6ヶ月(※) ※要介護認定の有効期間は、認定審査会の意見により3~12ヶ月の間で変動しうるため、認定の有効期間が6ヶ月でない場合は短期入所サービスの限度管理期間もそれに合わせることとする。

(以下、居宅サービス区分にふくまれないサービス)

居宅療養管理指導	かかりつけ医の医学的管理、かかりつけ歯科医の口腔管理等、訪問薬剤管理指導等
痴呆対応型共同生活介護	痴呆性老人のグループホーム
特定施設入所者生活介護	有料老人ホーム、ケアハウス等

#### 4. 「福祉」によるまちづくり

今日は自治労以外の方が見えていますので、言わせていただきたいのが、介護といふものと経済の関係です。「福祉によるまちづくり」という提起があります。今までどちらかというと経済と福祉の関係では、福祉といふのは経済の副産物、あるいはおこぼれを扱って、福祉は経済成長の阻害物という意見が非常に強かったです。ただ、この間、いくつかの地方でシミュレーションを行っています。

例えば、茨城、宮城の民間調査機関による公共投資の誘発効果、経済効果を見ると、建設業とかいわゆる土建型の公共投資よりも、福祉型公共投資がかなり有効だということです。特に、福祉といふのは人ととのつながりです。労働集約的な事業といつてもよいと思います。直接的な1次効果と、そして2次、雇用も含めた2次的効果を比べてみると、その話になるのです。1次的な効果といふのは確かに公共土木工事などの建設業のほうが上かもしません。2次的にそれが回りまわって経済効果をもたらすという意味で考えてみると、総合的には 福祉のほうが、押し上げ効果は高いという結果が出ています。

さらについこの間、東海総合研究所から、介護保険の経済効果といふものが出されました。2015年の、非常に高齢化率が高まった時で、ここで8.4兆円の投資を行えば、実は14.9兆円の経済効果が出るという推計を出しています。GDPを2.4%くらい押し上げる効果があるのではないかといわれます。大阪大学の大森教授、この方は経済企画庁の計画官をやった方なのですが、その方の試算によても2000年で公共投資を

福祉型に切り替えるならば、数%の経済効果が期待できると述べています。

こういうことも考えると、必ずしも福祉が経済の足を引っ張るのではなく、むしろ福祉でまちづくりをすることによって、場合によっては、過疎の町も若い労働力が戻ってくる可能性もあります。まちづくりも生き生きしたものになると考えています。

埼玉や神奈川にとってあまりいい話ではないかもしれません、日本開発銀行が報告書を出しています。「介護保険制度は、大都市圏から地方圏への財政移転の効果があり、従来型の公共投資が減少する中で、地域経済を安定させる緩衝材になる可能性が高い」と述べています。ぜひ今までのように、福祉を閉じこめられた、領域が狭いものと見るのはなく、地域経済におけるかなり主要な活動の1つであるし、まさしく生活の延長であると考えていただき、その上で介護保険法をどうするかを考えていただきたいと思います。

自治体の役割は、介護保険にとどまらないことを、最後に強調しておきたいと思います。2000年の高齢者数は、2,200万人です。要介護者は280万人です。要介護は、12%から13%の64歳以上のお年寄りに対する対応です。これが介護保険法です。私はこれが非常に重要であるし、これはやらなければならぬのです。自立と認定された方、元気なお年寄りが、要介護にならぬよう努力こそが、私は重要だと考えています。介護保険は介護保険事業計画といふ介護保険法に関わる給付とか、負担といふことにとどまらず、2000年4月から新しい市町村老人保健福祉計画が始まります。この計画は、2000年以降の21世紀の、その市町村の福祉戦略です。市町村全体の高齢者福祉戦略を明確に提示できるような計画にしていっていただきたいと思います。

## 意見発表・質疑

コーディネーター  
自治研センター 上林 得郎

自治研センターの上林でございます。今日は、開催の主旨にもありますように、2000年の4月からスタートする介護保険制度をよりよい制度にするためには、今何が必要で、何をしなければいけないのか。どうあるべきなのかということを、さまざまな角度から発言をいただきて、それを受けとめて、制度設計の中に生かしていくこうということで、これから議論をいただきたいと思っているところです。

佐野さんの話にありましたように、制度そのものは、完全にコンクリートしているわけではありません。特に保険料をはじめ、介護報酬といわれる基礎となる単価の問題がまだほとんど決まっていません。實際にはどういう姿になるのか、市民には非常に見えにくいところだろうと思っております。これも追い追い明らかになるだろうと思います。

今日は、介護の現場に携わっている方がかなり多くいらっしゃると見ております。そういう立場から、現在それぞれの自治体で進められている制度設計なり準備状況のお話をいただくとともに、既に介護サービスを提供している立場から、民間で独自に始めているグループの方、これからやっていこうというグループの方、既に自治体現場でやっている方、そういう方々からの具体的なサービス供給側での議論が中心にな

ります。

さらには、制度設計をこれから進めていくポイントになるのが、介護保険事業計画だろうと思います。その介護保険事業計画が、正式には2000年の3月の議会で決められるということになるわけです。それらに向けて、現在の自治体で進められている計画の準備状況、具体的な自治体の中での機構の変更、そういう準備もやられているだろうと思っております。それらをかなり幅広く、分野は分かれていますが、それぞれの立場から、だいたい10人くらいの方々にご意見をお伺いしたいと思っております。あらかじめお話ををお願いしている方がおります。また、今日佐野さんからお話を聞きになって、当然質問、議論があるだろうと思っております。2、3の発言をいたいた段階で、必要があればそのお答えをいただくということです。一方的に話して、一方的に聞くということではない相互のやりとりという珍しい討論の仕方で、進めたいと思っております。

それでは今日は、自治労の組合員の皆さん、多数お見えですが、民間の事業を始めている立場でご参加をいただいている方が、何人かおります。最初にその方々から、現在進められている仕事の内容、さらには介護保険制度についての要望などをお話しitいただきたいと思っております。

全労済神奈川では、在宅介護サービスセンターをつくりました。今月からサービスを開始されたということですので、在宅介護サービスセンターの佐々さんにご発言をいただきます。

新しく介護サービスを開始した  
全労済在宅サービスセンターよこはま  
所長 佐々美弥子

皆さん初めまして、ご紹介いただきました全労済が、初めて社会貢献の1つとして、いろいろな事業を行ってまいりました。この社会の状況を、皆様の要望を取り入れまして、福祉事業を11月から横浜市港北区を中心に始めております。周辺の青葉区や都筑区や神奈川区、鶴見区からも利用が始まっております。港北区から始めましたけれども、社会貢献の1つ、皆さんへの還元の1つでございますので、港北区で始まったものを、神奈川県全域にこれから広めていこうと思っております。

神奈川県も全労済全国組織の1つでございますが、神奈川県がトップを切ってスタートいたしました。全国で最初に始めたところで、来年の4月から東京や長野、その他のところで数箇所から始まり、そのうちに全国に広まっていく予定になっております。ホームヘルプサービス事業で始めたけれども、近い将来なのか、少し遠退くのかはっきりいたしませんけれども、デイサービスや在宅介護支援センター、いろいろなサービス事業を在宅の皆さんが暮らしていけるようなメニューを増やしていくという構想をもっております。

それで今チラシをお配りさせていただきました。家事援助と身体介護でスタートしております。全労済の特徴は、いわゆる措置、佐野さんからご紹介がありました税金で事業が行われている措置というものではありません。非営利団体ですので、営利は目的としない団体で契約による利用ということになります。ですからサービスの内容

も年齢も時間も、何も制限がございません。

この間は保育園の送り迎えの要望がありました。その他年齢もさまざまです。時間も何時間しか使えないというようなことがありません。そこが、少し違うのではないでしょうか。それから月曜日から金曜日の9時から4時と書いております。お家で暮らす方は、この時間だけを暮らしているわけではなく、土、日も祝日も暮らしがあるわけです。このあと4時から夜をまわって、朝の9時も、皆さんには暮らしがあるわけなのです。当然サービスの申し込みがあるだろうと予測をしておりましたところ、蓋を開けたとたんに、利用がありました。少ない人数の中で時間外も活動を進めているところです。

スタートしまして、どのような方がサービスを利用されているかといいますと、契約ですので公的なサービスから漏れた方がほとんどです。申し込みがありましたときに、公的なサービスを利用するほうが、利用料金も安いので、一応紹介いたします。ですけれども「申し込んだけれども利用できないと言われたので」という方もいらっしゃいました。

どういう方が該当するかといいますと、家庭の主婦が体調が悪くなって食事の用意ができない。そういうとき家族の分も一緒に欲しい。自分が主婦として受け持っているのにできないということがとても辛いので、調理をしてほしいという依頼がありました。普段はとても元気なのですが、一時的に体調が悪くて、その時だけ来て欲しい。家族がいるので公的なサービスは利用が難しかったりする方が利用なさっている。ケア付きマンションというところに住んでいて、ケア付きマンションだから利用できませんと断られた。施設内では実はケアがない。年末年始に来てくれる人がいないので来て欲しい。さっそく私は元旦からその方

のところに行くわけです。そのようないろいろな方の利用があります。

私どもも事業開始にあたり、地域の中で先に出発しているさまざまな保険や福祉、さまざまな団体の方にご挨拶に伺いました。利用者を中心に競争相手ではなく皆さんと一緒に手を取り合って、利用者に役立つ機関になっていきたいと思って、挨拶に回りましたけれども、その中でもいろいろなことを感じました。行政機関にご挨拶に行って、現場で働いている方は「社会資源の1つとして頑張ってください」というようなお声をいただいたり、お役所意識が強いのかなという場面があつたりしました。

民生委員のところに行くと社会資源としてしっかり働いてほしいというような期待

とともに、「住民は介護保険のことを知らない。知らないということをもっと広報とかピーアールして、介護保険のことを住民に分かるようにしてほしい」ということをおっしゃっていました。「保険料を取られるんだよ」というと、「そうですか。保険料を払うと医療保険と同じように、自分が必要だったら、自由にサービスが使えるんでしょう」と言う方が多い。認定を受けないとサービスを利用できないということを知らない方も多いようです。

ヘルパーの養成機関にも伺いますが、ヘルパーの養成機関はどこも定員オーバーの申し込みで、受講できなくて漏れる方が多いそうです。私どもも養成講座を行っています。毎回定員よりかなり多くの応募があ

って、全員に受講していただけないという実情があります。ヘルパーさんの募集も行いましたが、資格をもった方ももちろん応募がありましたが、全然やつたことはないけれどもやってみたいという方がかなりいます。そういう方もぜひこれからは地域での介護のネットワークの1つになっていただきたいということで、一緒に参加していただいている。

それから全労済で仕事をさせていただきまして思っていますのは、先ほどもケアマネージメントというお話をありました。あまり一般では聞き慣れない言葉かもしれませんけれども、介護保険が始まったから出てきた言葉ではなく、既に福祉の分野で社会福祉の専門職として仕事をしていくとき、専門的な援助方法としてあるわけなのです。これは利用者が、在宅で

## 全労済がお届けする サービスを開始します。



98年11月から、  
港北区を中心  
にサービスを開始します。

## ホームヘルプサービス

高齢の方々が、生きがいをもって送れる生活。その手助けのため全労済はホームヘルプサービス事業を行っていきます。  
このサービスは、人と人が助け合う、協同組合の理念にもとづいています。一人ひとりへの思いやりの心で、全労済の組合員や地域に住む皆さんのお役に立ちたいと願っています。

宮利を目的しないで「心がふれあう」ことを目指す全労済ならではのホームヘルプサービスを、どうぞご利用ください。

### ご利用のご案内

#### サービス内容

①家事援助 (1時間当たり) 950円

②身体介護 (1時間当たり) 1,400円

#### サービス時間

・月曜～金曜日の  
9時～17時です。

\*これ以外はお問い合わせください。



あなたの力を求めています。

### 人材募集

#### ●ホームヘルパー(非常勤)

- ▶ホームヘルパー3級以上の研修修了者。
- ▶ヘルパー研修をうけていない方もご相談下さい(研修の機会あり)。

#### ●お仕事内容

全労済グループの株式会社の社員として全労済在宅介護サービスセンターに所属し、高齢者のご自宅に向い、家事や介護のお世話をいたくお仕事です。

#### ●詳しいお問い合わせは



全労済在宅介護サービスセンターよこはま  
TEL.045-473-7771.FAX.045-474-5588



暮らしを続けていくためには、生活の支障分野が複数にわたっていることが多いのです。例えば、調理がしにくい、病気の往診もしてほしい、住宅も住み易くしたい。介護用品も揃えると、もっと自立した生活ができる。いろいろなニーズがあるわけです。その利用者にいちばん適切な内容のものを、いちばん必要なときに、必要な量だけ提供して、その方の本当に自立された生活をどの程度支援していくかという、そのための技術の方法なのです。介護保険が入ってきますと、サービスとサービスをつなげて、介護保険のサービスの枠の中で、それを組み立てていくという作業に追われる危険性があるのではないかと感じます。

昨日は利用申し込みのあったところに、最初の事前面接に伺ったのです。その方の本当に訴えていることや、生活に困っていることをしっかり聞いてくると、その方は視覚障害があって時間がかかったのですが、1時間半から2時間かかりました。これが介護保険になってきて、認定のための調査をするとなると、もっと事務的に手短にやって、事業効率を考えていかざるを得なくなると思います。その中で全労済という非営利の団体で、経営効率ももちろん考えなければいけないのですが、そこに落ち込まないで、利用者を中心とした本来の福祉職としてのるべき姿を見失わないようにやっていきたいと感じます。

また、利用者がサービスを利用したい、こういうサービスを利用したい、財産は持っているけれども痴呆があったり、自宅で寝たきりになって、自分の権利や自分の意志を表明することが困難になる方が、これから出てくると思うのです。そういう方に私たちがサービスを提供していくときに、その方の意志や権利を守って、サービスを提供していく姿勢も重要だと感じています。法務省では成年後見制度という、代弁

や権利を守っていく法律が整備されようとしておりますけれども、本当に介護保険は重要なのですが、そこから漏れる方たちや、本来の福祉のあるべき姿から外れないようにと感じながら、今仕事を進めているところです。どうもありがとうございました。

上林 ありがとうございました。それでは同じように民間のグループで、既に13年にわたって地域で福祉活動を続けています青葉区の「グループたすけあい」の木崎光子さん、よろしくお願いします。

市民の自主活動の経験から  
「グループたすけあい」

副会長 木崎 光子

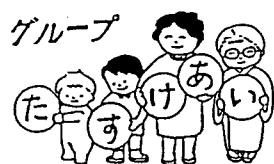
横浜市青葉区からまいりましたサービス生産協同組合「グループたすけあい」の木崎と申します。パンフレットを配っていましたので、それをご覧になってください。私たちの活動を聞いていただき、どういうことが必要とされているかが、少し参考になればと思ってお話しします。

私たちは1984年の4月に、自分たちでグループを組んで設立しました。それ以来13年半、無事故で活動しております。私たちは、どういうことでグループをつくったかというと、今までのヘルプ事業は与える福祉で、昔のヨーロッパの慈善事業に始まり、日本でも光明皇后も慈善事業で、必ず上から下に、力のあるものからないものに、お金のあるところからないところにと、上から下への施しでした。今では措置という形でなされています。もし、私たち主婦が病気になってSOSを出したときに、何がしてもらえるかというと、家政婦さんを頼むか、身近な親類か、今までではそういうと

グループ名：	サービス生産協同組合 グループたすけあい	主要活動地域：	青葉区内 その周辺地域
連絡先：	事務所：971-3317 住所：青葉区市ヶ尾町1161-8 会長：清水 雅子		

高齢になってしまっても、障害をもってても、この街で暮らしたい…との思いから、この会は生まれました。老若男女がお互いに持っている時間・能力・技術などを役立てて、地域の中で活動しています。

設立：1985年（昭和60年）4月24日



会の3つの会言葉  
「おしきせで無い・ほどこしで無い・金もうけで無い」  
会の4つの目標  
1. パーターを基本にすえた地域福祉の実践  
2. 高齢、身障になつても生きがいのある働く場  
3. 豊かな人生のための生涯学習  
4. 住みよい地域社会を創るための問題提起

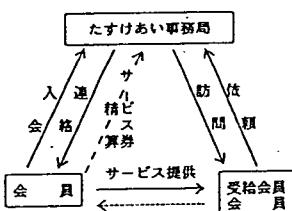
#### 活動内容

- 1. 福祉活動
  - 高齢者・障害者・病人の介助
  - 高齢者・障害者・病人家庭の家事援助
  - 母子・父子家庭の家事援助・子守
  - 産前産後の世話・子守
  - その他、地域の中で困ったことの相談

- 2. 学習活動
  - 講演会・研修会・看護教室の開催
  - ヘルパー研修の受講
  - 他団体主催の講座に参加

- 3. 幸民の歩き方
  - 「グループたすけあい会報」年3回

- 4. タト音活動
  - 高齢者宅配給食（横浜市モデル事業）に協力
  - 研修生の実習受け入れ（大学生・専門学校生・他団体）
  - 住み良い地域社会を創るために会議に参加



#### 会員の種類

- ☆ 会員（相互扶助）…出資金 20,000円（退会時には返金） (284名)
- ☆ 受給会員（受給のみ）…入会金 10,000円、年会費 2,000円 (175名)
- ☆ 貢助会員…法人 1口 10,000円、個人 1口 2,000円 (35名)

#### 活動日程

- 月曜日～金曜日 午前10時～午後4時
- ☆ 土、日、祝日は休み…緊急時は役員に連絡のこと。

#### 会の運営

- 年1回 総会、月1回 理事会（理事11名、監事2名）、月1回 定例会、年2回 交流会
- 事務所…月～金曜日 午前10時～午後4時（理事が電話番）
- コーディネーターは理事が兼任（地域担当）
- ☆ 福祉活動は有料（30分～450円、1時間～900円）会のサービス券使用
- ☆ 福祉活動で得たサービス券を精算する時、20%が会の運営費、80%が会員の活動費
- ☆ 運営費は福祉活動費の20%・入会金・年会費・助成金・寄付金・バザー収益金 他。

ころしかなかったわけです。それをそれだけではなく何か組織として力が得られればよいのではないか、ということでグループをつくりました。

自分たちでお互い対等の福祉というのを始めたのが、私たちのグループです。今全国で、私たちのようなグループが、1000くらいあると聞いております。自主運営で、どこからもお金はいただいておりません。皆、2万円ずつ出資をしました。協同組合方式でやっています。今は会長と理事が10人で、その理事が地域を分けて担当しており、コーディネーターも兼務しています。コーディネーターだけでなく、フルに活動に入っています。一般の会員が活動するときに、いろいろな矛盾、受ける側も矛盾を

感じたり疑問を感じることが、自分たちと一緒に活動に入っていましてその矛盾に早く気が付きます。そういう声も出しやすいということです。

会員は11月4日現在で291人、受給会員は182人。1カ月で1000時間弱活動しております。1日20件前後。活動時間は、いちばん短いのは30分。例えば、リュウマチで独りで暮らしていてトイレの介助だけほしいような方は、行って30分という介助も行っています。対象は先ほどの全労済の方と同じように、何の決まりもありません。若い方でも、主婦が病気をして、難病だと癌という方が受けられることが大変多いです。

若い家庭で、それは大変楽しいのですが、双子のダブルでした。1歳半の双子に下に2カ月目の双子が男の子と女の子とできて、見ているほうにはとても楽しいのですが、お母さんは本当に大変です。

そういうところのケアも入ります。

そういう方たちは、産後の世話が入ることで若いメンバーが増えます。そのメンバーが、だいたい4年経つと活動してくださるのです。若いお友達を連れて、若いパワーをもって入ってくれます。とても喜ばれます。2、3歳のお子さんを連れて若い家庭に入るということもやっております。危なくななければご近所付き合いであればよいのではないか。

私たちのところにいちばん紹介先として入ってくる形は、受ける方でいうと、福祉事務所、保健所、社協、医療機関、民生委員。受ける方だけでいうと、80%がそういう形です。活動としては公的なヘルプサービスの穴埋めというか、隙間がすごく多い

です。

「公的ヘルパーさんができないということは、どういうことをしていらっしゃるの」と言われました。例えば、朝9時までヘルパーさんが来ない。その間に、ちょっとしてほしい。9時から12時、1時から4時は公的ヘルパーさんが入るけれども、その間の12時から1時をやってほしいとか。それからヘルパーさんは公的なものは、昔は申請してから2ヶ月、3ヶ月がザラだったので、今は2、3週間で来てもらえるのです。

それまでというのが、本当に切羽詰まって電話をかけてこられる。電話番をしていて、今公的なところにかけたけれども、延々と説明が30分で、私は電話の前で崩れた。立っていられないくらいなのに、延々と堅い説明だけをしていただいた。最後にお宅を紹介してもらったけれども、なんとかならないかと言われました。1時の電話番を終わって、すぐその家に向かいました。まず、説明も入会手続きも何もせずに、ご飯を作つてさしあげた。ご飯を食べて少し落ち着いたところで、会の説明をして、手続きという活動をした。順序がぜんぜん逆なのですが、私たちはやはり何をしてほしいかということを、いちばんに考えておりますので、堅苦しく手続きしないと、保険に入っていないので活動はできませんというようなことはいたしません。

そういうことで急場の対応もしています。隙間も埋めます。今は公的なのは、18時間ですか。3時間で6日間くらいですけれども、本当にべったりと誰かがいないとお年寄り1人置いて、家族は働かないと生活が成り立ついかないという方には、本当に詰めて、ヘルパーさんがいない間、家族の方が帰ってくるまで全部をべったり詰めるというようなこともあります。

それからヘルパーさんができないというのは、お金の問題もあります。お金は携わ

れないと思うのですが、私たちの場合は信頼関係をもってすれば、それはなんとでもなるということで、お金も預かります。独り住まいの方は入院して10日おきの入院の費用を払いに行くと思うのですが、それをしてくれるという人はなかなかいないのです。そういう場合に私たちは通帳を預かって、電話がかかってきたら、その分おろして持っていくということもあります。

私の場合は、これは特殊なケースですが、ご主人がお金にルーズというか禁治産者でもあったのです。奥様は頭はしっかりしているけれども寝たきり。ヘルパーさんと私たちの会計とか何人かが立ち会いまして、全財産をお預かりして、私の貸し金庫に全部入れ、言われたものだけをおろしてきて用足しをするということもしました。その方の場合は3年くらい、そういう形でした。最終的にはお葬式の取り仕切りを、親類の方がいらっしゃるまでしました。だから家族のできることであれば、私たちは何でも家族の代わりになれないことはないということでやっています。

ケアとしては、ミックスケアとよく言っているのです。公的ヘルパーさん、家政婦さん、私たち、家族ということで、ミックスですることが大変多いです。

今後としては、NPO法人格は申請するつもりでいます。といいますのは、今受けている方がすぐ全部介護保険にすっきりと移行できることはなく、たぶん時間的にも半分半分とか、ややこしいことになっていく、その場合に私たちの活動とうまく組み合わせていくために、やはり認承されていたほうが受け手のためになるのではないかと思って、申請するつもりでいます。また、いろいろ活動内容も、お金の問題もあり、対応しきれないと思いますので、そういう形でうまくいけばいいと思っています。

上林 ありがとうございました。短い時間でご報告をいただきました。うしろのほうに「グループたすけあい」の会報を置いてありますので、細かく必要な方はご覧いただきたいと思います。「グループたすけあい」の他に同じようなグループが、県下にいくつありますか。30くらいになる。もっとありますか。そうすると、県内かなりありますね。30超えてありますね。いわゆる役所の側から派遣するホームヘルプサービス以外のサービスを行っているグループがあるというお話をしました。もうひとつ方、実際にご自分で家族を介護なさっている。その経験からご発言いただければありがたいと思います。シニア連合のメンバーの高木さん、よろしくお願ひします。

要介護の家族をかかえて  
シニア連合神奈川  
高木 敏雄

どうも初めまして。連合の仲間で、シニア連合でいつも福田事務局長さんには大変お世話になっております。「実際に介護をしている立場から、今日の介護保険集会で発言してもらえないか」と言われました。あまり自信がなかったのですが、事実関係を皆さんにご報告して、少しでもご理解いただければありがたいと思って出席させていただきました。

2000年の4月から介護保険制度がスタートするということなのですが、あと1年4カ月足らずで、本当に公的施設が充実するのか、要介護者のための保険制度に本当になるのかということで、非常に不安があるところです。

1907年、明治40年生まれで、現在91歳の私の女房の父親の面倒を見ています。残念

ながら軽度の痴呆、下半身障害ということで、まったく歩けません。家の中でも車椅子。毎日の風呂は大変ですから、1日おきくらいに、私が風呂場の入り口まで車椅子で押していき、抱いて風呂に入れる。このようなことを繰り返しているわけです。

子どもが6人いるのですが、長男をはじめ兄弟全員が親父の面倒は看たくないということで、全員に拒否されました。たまたま私たち夫婦は、子どもが娘ばかりです。全員嫁ぎましたので、今は夫婦だけです。公的施設に入るにしても2年待ち、3年待ち。それでは行くところがないじゃないかということで、兄弟皆で相談をしたのですが、全員拒否ということです。私たちは夫婦だけだから、止むを得ず引き取ろうということで、引き取って介護を始めたわけです。

実際に介護を始めるといつても、その前は孫たちと一緒に住んでいたのです。その孫夫婦も「とても面倒を看られない。伯父さん悪いけど、明日病院に連れて行ってくれないか」ということで、自宅に行ったのです。そのときはまったく仮死状態だったのです。びっくりして、市民病院に連れて行ったのです。「あなたたち、この年寄りを、何を面倒を看ているのだ。こんな状態になるまで、なんで放っておいた」ということで、担当の医師にうんと怒られたのです。「私たちは別居だよ。昨夜遅く電話がきて、初めて知らされて、今日来た」と言いました。

爺さんの部屋があるのですが、4畳半くらいで、締め切りで、真夏なのに扇風機1台で、部屋がたぶん40度近くあったと思うのです。脱水症状で、先生にうんと怒られたのです。

その後だいたい10幾日か、市民病院に入院をしていたのです。「痴呆の軽いのと下半身障害については、市民病院もこれ以上入院させておけないので、悪いけど退院し

てもらえないか」ということで退院することにしたのです。いずれにしても、家で引き取るにしても、何の介護用品もない、ということで福祉事務所に相談に行きました。そうしたら電動ベット、車椅子、ポータブルトイレ、それらを全部貸してくれるということだった。「あなたの収入は、どうですか」ということで、私も年金暮らしですから、市民税最低の県民税と市民税の証明を見せたら、「それだったら、無償でお貸しします」ということで、貸していただき、今も使っています。

昼間は比較的いいのですが、夜がだいたい2時間おきに「トイレ。トイレ」と言うので、女房と交替で看ているのですが、とても介護している人の睡眠時間が取れない。そんなことでダウンしそうで、お彼岸には墓参りにも行かないといけないので、福祉事務所にショートステイをお願いしたのですが、2カ月前でないと、なかなか予約が取れない。デイサービスについても、週2回くらいはできる。

ところが施設がいっぱいだから、日曜日に1回だけということで、7月から今日まで、ショートステイが1回、デイサービスが3回、それだけしか受付けてもらえなかったのです。

青葉区の皆さんのように、何かあればすぐ飛んできてくれるところがあればいいと思ったのです。正直言って、保土ヶ谷の場合も、福祉事務所の担当者が、民間のパンフレットを持ってくるというような状況です。公的施設がいかに不足しているか。民間のそういうところがあります。1日14000円で税金別。1カ月入ると20万円。これもまた税金が別です。義父の年金が月3万円です。3万円でそんなところに入れたら、若干の預金があってもまず1年ちょっとで経済が崩壊してしまう。

面倒を見るためにわれわれの金を使うの

かが非常に問題なのです。2000年の4月からということで、保険なら保険料を皆が払えば、今度は公的施設が不足しているのに、「私たちは保険料を払っているのだから」ということで、ますますそういう公的施設に殺到するのではないか。そうすると、今なら2カ月前に予約しているものが、さらに利用するためには3カ月とか、1年にわざしか利用できないのではないか。

こういうこともありますので、介護保険がスタートして、要介護の認定を受けたとしても、家族の介護については、一切援助がなくて、公的あるいは民間施設を利用しないと補助金はおりないのではないか。その辺が保険制度をスタートをしても問題があるのではないかと思います。

上林 ありがとうございました。かなり切実な状況について、率直にお話をいただきました。今3人の方からお話をいただきました。特に民間の自主的な福祉サービスの活動が2件。それから具体的に介護保険ができても、果たしてサービスが追いつくのかどうかという質問も含んでいたと思います。

佐野さんにお尋ねをしたいのですが、介護サービスの提供者としてNPO法で法人格を取るという話も出ておりましたが、その辺の関係。サービス供給業者との関係で、民間参入の話がどういう具合になるのか。在宅支援のための施設サービスが、実際にほどの程度進むのか。お分かりになる範囲内でお答えいただけだとありがたいと思います。

介護基盤整備が緊急の課題  
本部自治労 佐野 幸次

意見をいろいろ出していただき、ありが

とうございました。まず第1の民間参入の件なのですが、日本の場合は、介護サービスの基盤という点では非常に遅れています。

例えば、ホームヘルパーの人数が、単純には比較できないのですが、先進的な国といわれているデンマークでは、ホームヘルパーが3万人です。日本より少ないじゃないかというのですが、人口420万程度なのです。ですから日本の基準に直すと80万人程度。

スウェーデンも、だいたい17万人です。日本も17万人だからスウェーデンと同じ規模かというと、スウェーデンはだいたい神奈川県と人口が同じなのです。850～860万です。日本の人口に換算しますと、200万人弱、180万とか、それに比べれば日本の場合は、介護の基盤なり提供の体制が遅れているというのが現実です。

高木さんが最後に言わされたように、今まで家族の給付に依存してやってきたという状況が続いてきたと思います。では介護保険ができたから、17万人が一挙に増えるかということとなかなか無理だということ、現実的には不可能だということです。それは公的なサービスと、佐々さんと木崎さんが言わされたNPOも含めた民間のサービス提供者との関連で、面倒を見ていく、あるいは対応する以外にはないだろうということになつて、介護保険制度がスタートしたわけです。

ただ、厚生省が在宅サービスが2000年の段階で、どの程度考慮しているのかというと、だいたい4割程度しか考慮していないのです。在宅サービスの需要の4割という話は、家族サービスにまだまだ依拠する話になります。例えば、1万人市民委員会とか連合とか自治労も言っているのは、介護保険法案が成立すると保険制度で利用料が新たに出てきます。保険料という名目で入

ってくるお金は、国で2000年で少なくとも4000億円程度だと言われています。市町村も含めると7000億円程度だと言われています。そのお金は少なくとも介護基盤の整備に使うべきではないかということで、例えば、介護基盤整備の緊急措置法、連合で言えばスーパーゴールドプランという、2010年までに30万人のホームヘルパーさんをつくっていこうということになっています。

基本的な方向としては、ヘルパーを増やす。ヘルパーの中で、公的にと言えば絶対量からいって無理ですから、少なくともNPOとか民間も含めた公共、市の連携でやっていく方向になってきていると思います。木崎さんとか佐々さんたちの活動と合わせて、全体の地域における介護力を向上させていく努力をしなければならないと思っています。

介護保険法の3条に「市町村が介護保険法の施行に責任をもつ」と書いてあるのですが、私は市町村が良質な民間の企業を育成するということも、市町村の重要な役割の1つだと思っています。自分たちで直接やることも必要でしょうし、できるだけ市町村もしくは社協も含めた、いわゆる今までの公的なサービスは継続して拡大してほしいのですが、現実的には絶対的に無理です。そうであるならば、その公的な部分の責任をもちながらも、良質な民間の方を少なくとも育成する努力が必要だと私は考えております。

木崎さんの話で、信頼関係ということが出されました。お金の話は、成年後見制度ができた1つの話です。

## ○大きい市町村の福祉の責任

民間の方も含めて、保険者たる市町村が責任をもつ体制としての介護保険制度と、高齢者福祉サービス全体を最終的に責任をもつ自治体としての役割、ぜひこの2つを

鮮明に出していただきたいと思うのです。佐々さんと木崎さんの話で出されてきたのは、必ずしも介護保険とは結びついていないサービスです。つまり介護保険法でいけば、独自サービス、特別給付といわれている話なのです。現実に皆さんのことろで全部やっているのです。

私は静岡の生まれで、母親が83歳です。私がいちばん下の息子なのですが、父親が亡くなったときも兄弟でやってきました。今、要支援状態です。もしかしたら要介護度で、自立と判定されるかもしれません。この自治体では、毎日福祉サービスとして、母親を預かってくれる保育園の老人版みたいなものなのです。一時非常に落ち込んだことがあったのですが、かなり良くなっています。公的サポートというのには、そういう意味があると思います。

高木さんがおっしゃったように、劇的に変化をすることがあるのです。寝たきりで、家族で一生懸命やって治らないのかといったその方が、公的なサポートを受けて、他人ということなのですが、プロの方にやっていただけで劇的に介護度が向上することがあるわけです。それだけが主ではありません。少なくとも私の母親の例を引き出したのですが、要介護状態になろうとなからうと、最終的な何らかの責任というのは、措置制度も含めてあるということを、全体としてぜひ考えておいていただきたいと思います。

話を元に戻しますが、民間参入の場合、NPO法案が成立して、12月から施行されます。介護保険法に合わせた制度で慌ただしかったのですが、介護保険法は、都道府県知事の指定を受けますと、サービス指定業者になります。あるいは支援の業者になり、ケアプランもできます。指定基準の1つが法人格を取っていること、ケアマネージャーがいること等です。それをクリアし

ていれば、法人格を取りやすいようにつくったわけです。しかし現実は、全労済や木崎さんの話はNPO法案で法人格を取ったほうが進むという話なのですが、そうじゃないという方も多いです。

そうなると、基準外等サービスにあたりますので、これは市町村の役割が非常に大きくなります。

今度は同じサービスでも、法人格を取っていないとか、あるいは同一のことであってながら、都道府県の指定が受けられなかつた場合、市町村でどうするかという話になります。その基準外等サービスと市町村の独自サービスの組合せで、なんとか工夫をこらしてやっていくというのが、これから市町村の役割です。少なくとも高木さんがおっしゃったような「保険あって、介護なし」というような状態を、一步でも切り開いていく1つの手法ではないか。そういう意味では市町村の役割は、介護保険の保険者としてだけではなく非常に重要な役割です。

#### ○福祉自治体づくりをめざす

もう1つ、私は基本的に在宅が主流になるべきだと思っています。正直言いまして、日本の土壤の中で、在宅サービスだけでやっていけるかというのが、非常に疑問です。先ほど介護保険制度の充実に向けての要請のところで、家族介護現金給付問題について、いろいろな話が出てきました。在宅のサービスが非常に不足なので、家族介護を認め、家族介護について保険給付を認めたうかという話が出ました。それが結果的には、今までの家族による介護を固定化して、嫁、妻、娘という貴重な社会資源となる人々が、そういう人々の社会参加を阻害する制度ですので、非常に問題だと思っています。

先ほど言いましたように、連合の調査の

介護者の3人に1人は要介護者に憎しみを感じたことがある、あるいは虐待をしたことがあるという話なのです。もう1つは、ついこの間「高齢者社会を良くする女性の会」が女性の視点から見た家族介護についての実態調査を行いました。それによると先ほど高木さんのお話にもありましたように、家族で介護する中で8割の方が健康上有問題があると言っているのです。医者に通っている方が44.2%。非常に単純な言い方をすると、健康に問題があって半分は医者に通っている方が介護をしているという状態にあるわけです。ただし、医者に通っている方とか健康に問題があっても、2割の方は時間がないから通院できないという結果があります。

このような状況ですから、在宅といつても、非常に難しいと思います。「高齢者社会を良くする女性の会」は、切実な要望をして、一時預かり制度をつくってほしい、とにかく困ったときに一時的にでも預かる、これはデイサービスとかショートステイといわれる話です。要介護者の定期健康診断をやってくれと。8割以上が問題があるとしても、医者にも行けない、定期健康診断もできないということとか、悩みや経験を交流してくれるところが必要だという話になっています。これは全部自治体でやろうと思えば、そんなにお金をかけずにできる話だと思っているのです。

自治体の今後のあり方として、21世紀の福祉戦略を今度の高齢者保健福祉計画でつくってほしいと言ったのです。今後の自治体を、環境自治体あるいは福祉自治体のほうにまわすのか、それとも土建型で、ずっとやっていくのかという、非常に大きな選択が問われてくると思うのです。プライオリティとして、お金をどのように使うかということも含めて、福祉自治体を目指してやっていただきたいと思っています。

先ほど2000年に必要な介護の総費用を4.2兆円と言いました。今春の経済対策は16兆円です。緊急経済対策は20数兆円です。政府は、その2つを合わせても、ほぼ10年間分の介護費用を投資しているのです。その金の使い道は違いますから、話は違うということかもしれません。少なくとも政府も自治体も創意工夫をすれば、例えば、デイサービス、ショートステイの拡充とか、要介護者に対する定期健康診断、相談窓口の設置というのは、それほどお金をかけなくともできる話なので、ぜひ、ここに自治体の関係の方が多いと思うので考えていただきたいと思っています。

上林 ありがとうございました。具体的に介護保険以外の福祉サービスの問題も、当然視野に入れて議論すべきであるというお話をいたしました。それでは引き続いて、3人の方にお話をいただきたいと思います。連合神奈川の政策担当で、連合の要求づくりに携わっておられました砥上さんから発言と、藤沢の市会議員であります木村さんに、議会の中でどんな議論がされているのか発言をいただきたいと思います。また横須賀市で、福祉のまちづくりを進める市民集会というものを開催しており、私も参加したことがあります。そこから森田さんに、市民の立場でどういう活動をしているのか発言をいただきたいと思います。

まず砥上さん、よろしくお願ひします。

財政、介護認定、苦情処理に課題

連合神奈川副事務局長

砥上 康二

砥上です。連合神奈川は、労働組合が集

またた団体で、日頃自治労の皆さんには、大変お世話になって、この場を借りてお礼を申しあげたいと思います。先ほどから佐野部長さんのお話を聞いて大変参考になったわけです。

連合神奈川も介護問題については、中央の要請もあり、かなり関心をもって今年の2月から取り組みを進めております。連合神奈川には、6つの政策委員会があります。その1つが、この介護問題について取り組んでいるわけです。8月4日に神奈川県、横浜市、川崎市、それぞれの行政に要請書を提出し、9月に入り経済界、医師会、その他に要請書を提出し、現在取り組みを進めています。10月19日には、直接、岡崎知事との間で、介護保険に関わる取り組みについて、論議をしたことがあります。それらを紹介しながら、佐野部長さんにも、自治労の考え方を聞かせていただければということで、少しお話申しあげておきたいと思います。

たくさん課題がありますけれども、中央でやるものと地方でやるものと、おのずから考え方方が違うと思います。連合神奈川としては、神奈川37市町村、どこにいても同じサービスが受けられて、同じ負担金で同じ掛け金で、これはいちばん望ましい形だと思っています。そうはならないことは十分承知しておりますけれども、その形がいちばん望ましいということで、それを基本にしながら取り組みを進めています。

まず1つは、市町村の財政的支援について、どう考えているのかということをお聞きしておきたいと思います。今回の法律の中で、2000年以降、財政安定基金をつくって、それぞれ各県は市町村へそれぞれの財政の安定のために、財政をはかりなさいとなっている。ところが神奈川県は、財政が緊急宣言を出すべくに、かなり厳しくなっています。合わせて、これから分権の論

議の中にも出てくると思いますが、神奈川県と政令市との関係、横浜市、川崎市です。今回の法律案の中には、財政安定化基金は政令市2市も含めて、財政を準備しなさいとなっています。果たしてそういうところについて、神奈川県に財政的準備ができるのかどうか、実は非常に危機的な状況になっています。端的にいって自治労は、中央からみてどう考えておられるのか。私たちは神奈川県に対して、積極的な意見提起をしながら、対応しているわけです。

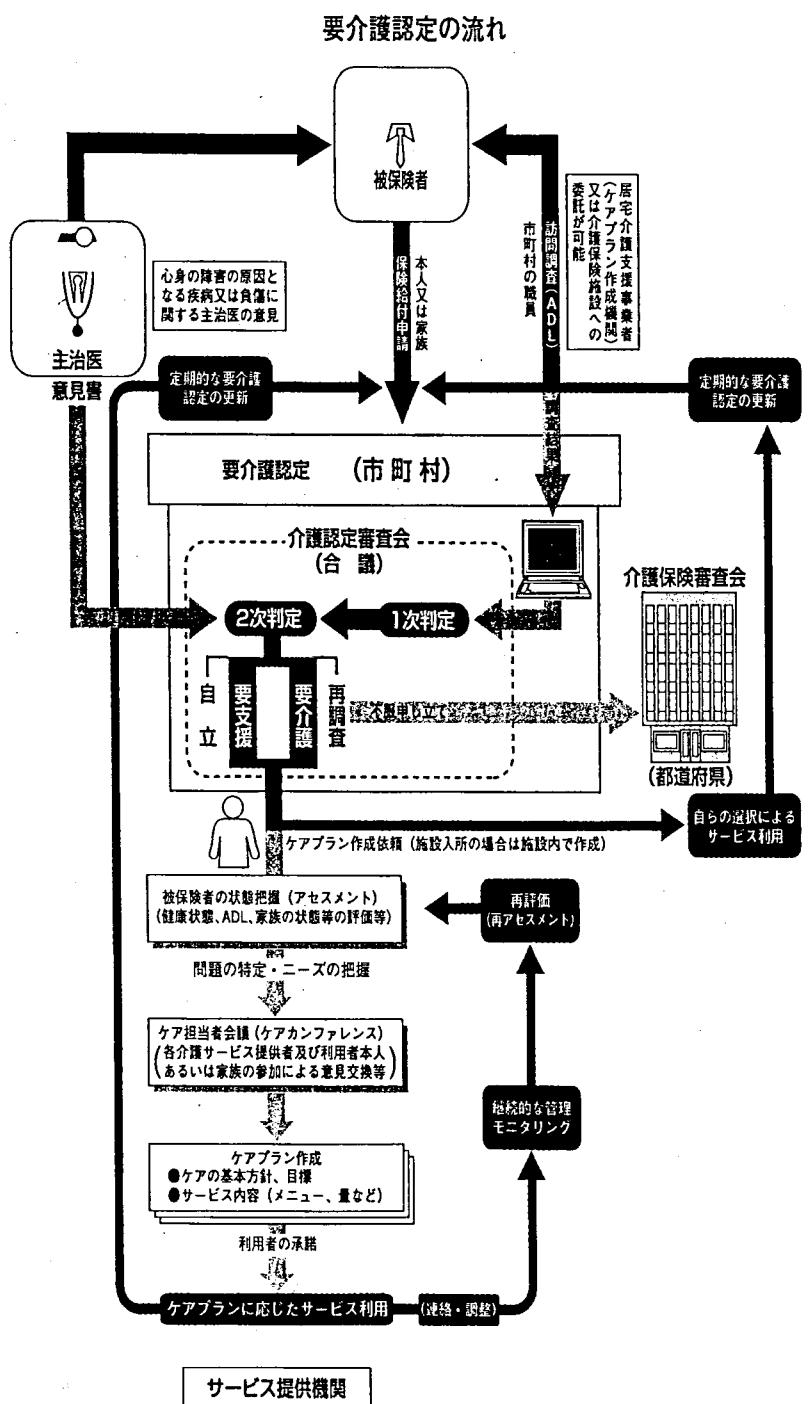
2000年4月までに、各市町村がそれぞれ準備作業を進めていますが、特に現在の問題は、公的な施設、いわゆるハード的な面については、かなり中央からの補助金も投入されています。今年もかなり増額されていますから、結構対応していると思います。問題は準備の事務等に関わる経費です。ほとんどが市町村が独自に算定をしなければならないという形になっている。神奈川県内は、11も不交付団体が生まれ、国から地方交付税もこない、ある面では豊かな市町村があります。ここでは、自分たちで準備金等も準備をしなければいけないということで、非常に苦労しています。従って、これらについて、もう少し目を向けていただければと思っております。

#### ○きめ細かな介護認定審を

それから、2つ目の問題でお聞きしたいと思っているのは、介護認定審査会の設置の扱いです。審議会で議論をされていると思いますけれども、当初、厚生省が、第1次のモデルのときに、4万人に対して1組の介護認定審査会を設置しなさいということが、審議会の中で出されたということを聞いております。ここを連合神奈川として、ずいぶん議論をした。現段階で私たちが考えるのは、各市町村に概ね65歳以上の人口に比して、3000名くらいに対して1組の審

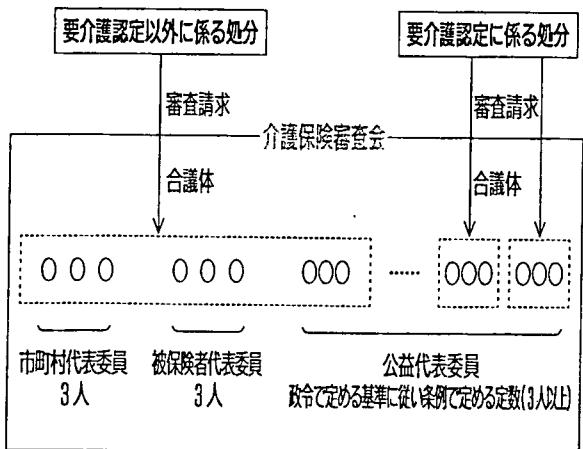
査会を設置をしたらどうかということを、今の段階で出しています。いいか悪いかは、これから議論します。合わせて、今現在モデルの準備が出てきます。自治労本部では、どれくらいの審査会の設置をしたらいいと考えておられるのか聞かせてほしいと思います。

これと合わせまして、頭を抱えているのは、4町村です。医師がいません。認定する際にはかかりつけ医から、診断書をもら



いなさいとなっています。そのかかりつけ医と、今回の審査員の中に入ってくる医師とが一緒になる可能性がある。地元で医師の数が少ないわけです。そうなりますと、自分が出した診断書は、審査会の中でも通る可能性があるわけです。従って、真剣な審査会の運営ができるのかどうかかなり心配になります。こういう問題について、どう考えておられるかということをお聞かせいただければと思っています。

先ほどケアマネージャーの試験の話がありました。既に神奈川県も、9月27日に終わりました。東海大相模で9337名の方が試験を受けて、4016名が合格しました。今回の問題は、全国的には4つの試験用紙が用意されており、その中のうちの1つだけが、どうやっても合格率が50%いかない。平均点が37%以下。他の試験問題をやると、62.3%合格が出ている。こうなると、その試験問題が当たったところは、合格率を下げないと、ケアマネージャーの対応ができない。どこの地域かは、調べていただければ分かると思います。たまたまそういうことが、神奈川で分かりました。2日間の試験のうちの1枚が神奈川で対応された。前半で受けた方は、非常に合格点数が高いところに設置をされた。しかしその合格点で線を切ると、2日目に受けた方は全部落ちてしまうというようなことがあってはならないとすぐさま連合本部に連絡して対応をしましたけれども、現在厚生省と自治体で検討されてい



るそうです。

私たちとしては、そういうことはあってはならないということで、シビアに見つめていきたいと思います。こういうことが生じたということも、紹介しておきたいと思います。

### ○市町村でも苦情処理の対応を

もう1つ、お願いしたいのですが、苦情処理への対応です。特に私たちが問題にしているのは、サービスが認定された後の苦情処理の扱いなのです。国保連合会の中で、苦情処理をやりなさいというのが今回の法律になっていますが、神奈川県に1つしかないのです。市町村は37あって、その他、横浜とか川崎は、それぞれ区ごとに管理されていくわけですから、大変な数になるわけです。その中に100万以上の65歳以上の人のうち、13%くらいが、要介護支援者になると思います。そうなりますと15万人くらいになるわけです。その15万人の人たちが、サービスで問題が起こると、苦情処理をしなければいけない。苦情処理は、40日か44日で回答を全部しなければいけない。国保連合会では、とても対応できないことが現段階で判明してきました。

国保連合会でそれに対応するためには、どれくらいの要員を増やさなければいけないのかが話題になっています。私たちは150人から200人くらい増やさなければ無理ではないかという気がしています。最終的

には、数値など出しているわけではありません。もう少し法律を拡大していただいて、第1次的なサービスの苦情処理は、それぞれの市町村で受けられるような体制を取るべきではないか。そのうえで、国保連合会に持ち込んでいくという2段階システムが必要ではないかという気がしています。

自治労で、議論があったら紹介していただければと思っています。

それから最後になりますが、低所得者についての対応について、伺いたいと思うのです。先ほどの高額介護サービスの量の設定の問題で話がありました。確かに審議会で一生懸命議論されていると思いますが、どうも厚生省の考え方を聞きますと、最終的にそれぞれの市町村がそれぞれの県段階で条例化によって定めたらどうですかという話が、諸々伝わってきます。そうなりますと、ある一定の金額で設定をして、例えば、3万円以上は低額所得者に対する負担金で、後の部分は市町村で面倒をみなさいということになりますと、いくら市町村でお金を用意しても足りなくなってしまうのではないか。これは大変なことですから審議会の中で、その部分は国で補助していただければありがたいと思います。

これに関連して、先ほど保険料特別徴収の話が3万円か1万円かと話していましたが、自治労はどうですか。連合は3万円くらいでいいのではないかと言っています。その他の慣例で自治労と連合と、どういうやりとりをしているのか、お聞かせいただければと思っています。

細かい問題がたくさんあります。それぞれ連合神奈川としても、傘下に9つの地域連合をもっています。それぞれの事業計画算定委員会が、各市町村に設置されています。連合としては、なんとしてもその算定委員会に入ってくださいと指導しました。各地域連合で入るように今努力していま

す。ただ、問題なのは市長さんによって、介護保険の動向が遅かったり早かったりするのです。こここのところは非常に心配しています。それぞれの首長さんが、介護について関心をもってもらえるように取り組みをしていますが、少し自治労のほうでも、同じような取り組みをしていただければありがたいと思っています。

気になる基盤整備と準備の遅れ  
藤沢市議会議員  
木村 栄子

藤沢の木村でございます。かなり問題点が出されているので、できるだけ重複を避けたいと思います。地域の中で、市民の皆さんから心配されている中身について、意見、要望を述べたいと思います。地域の中で本当に希望どおりのサービスが受けられるのか、サービスが受けられないなら、はっきり言って保険料を払わないよ、保険サービス対象以外のもの、市単独事業部分になるサービスを、本当に受けられるのかという心配もあります。保険料はいくらになるのか、公平に審査してくれるのか、苦情を言うところがあるのかどうか。これまでも出されていますとおり、市民の皆さんの心配は、整理するとこのようになると思います。

私も介護保険制度につきまして、勉強すればするほど、間に合わないんじゃないかと、だんだん不安になってまいりました。役所の介護準備担当との話もしているのですが、かなり準備不足、間に合わないという危機感をもっています。見切り発車でスタートさせた場合、かなり混乱が生じる。そうしますと、当然ですが適切なサービスが受けられない状況が生まれますと「こん

なだったら、保険料を払わないよ」という声が大きくなることをいちばん危惧しています。何が何でもスタートさせるとそれに向けて、私どもも全力で取り組むわけです。しかし、本当にそれでいいのかどうか、ここはしっかりと考えていく時期にあるのではないかと、提起しておきたいと思います。

それから、サービス提供体制の確立の問題ですが、当然ですが、高齢者保健福祉計画が市町村でできていると思うのです。施設の整備目標及び在宅サービスの整備目標すら、達成できていないのです。それに加えて、介護保険事業計画のサービス料ができてきますと、減ることはない、増えると思います。今まででは、施設の建設に対して補助金が出ました。介護保険が導入されると、保険が出るのですから、自前で全部おやりなさいよということになりかねない。今でさえ達成できていない状況があるので、その問題をどう考えていくのか。

せめて高齢者保健福祉計画で定めたところまでは、国が責任をもって対応すべきではないか。国が高齢者保健福祉計画を定めなさいと言ったのですから、せめてそこまでは、国が責任をもって財政的支援をやるべきではないかと考えています。それから引き続き、介護保険事業計画ができた段階においても、施設サービスなどについても、補助制度をきちんと設けていくべきではないかと考えています。

先ほどから出ている財産管理サービス制度は、私は、市町村できちっと取り組むべきだと思っております。国が成人後見法を作り、それに伴って市町村も、義務化するところまでもっていくことが必要だと考えています。このことは議会でも議論しています。

日本の家屋は、介護には大変不向きです。建築基準法の中に、バリアフリーの理念をどう盛り込むのかを、きちんと国が取り組

むべきではないかと考えています。それから、シルバー産業が参入しますと、サービスの質をどうチェックしていくのかがあると思います。ヘルパーの研修制度を、どうきちっとするか、今は取り敢えず、40時間、9時間、364日間、年中無休スタイルの中身で本当にいいのかどうか。受手の側は、同じサービスを受けられると思っているわけです。しかし、人権の問題も含めて、監督の研修制度もないところの問題は解決しません。実際に地域に入っている受手の側、それからサービスを売っている側、逆に受手の側も意識改革しなければいけないサービス、家政婦代わりだと思っているのではないかという意見も実はあります。双方の関係をきちんとしてないと在宅介護は難しいと考えています。

先ほど、在宅介護をやっている方の声ですけれど、肉親でさえも長期にわたると最後は本当に憎たらしくなるという、それは本音として出てくるのです。それを考えると、ショートステイの利用枠の拡大、これは必ずやっていただきたい。在宅介護にこだわるのなら、せめてそれぐらいはと考えています。

#### ○地域にサービス拠点づくりを

それから、サービスを気軽に利用できるように、中学校区に1つずつぐらい拠点を設けるというのがあると思います。高齢者にとっては小学校単位ですかね。1万人に1カ所ぐらいにどうやってデイ施設や健康づくりを行う施設をつくる。これは介護保険とは直接関係ありませんが、それに伴う環境づくりと健康づくりをどう行っていくかが、大きな今後の課題だ。介護保険とともに、手軽に行ける拠点がないとなつか難しい。

そういうものを今まで設けようすると、施設をつくってどうしようということ

になっていたと思います。既存の公共施設を、いかに利用していくか、公民館であったり、市民センターであったり、学校であったり、いろいろあるので、それを市町村の知恵の出し比べだと思います。そういうことも含めて、きめ細かな施策が必要だと思っています。

もう1つ、ケアマネージャーの位置付けの問題です。1件、ケアプランをたてると、その人は保険料が入る、施設に雇われている人は、給料が保障されています。だからそのあたりの問題が出ています。

先ほど、お医者さんや看護婦さんがたくさん受けたという話を聞きまして、私も複雑な気持ちです。医師をやめてまで、ケアマネージャーになるとは、とても思えない。そう考えますと、ケアマネージャーの位置付けをどう確立させていくのかということが必要です。全部施設に雇われるとは考えられず、サービス事業者にすべての人が雇われるとは限らない。それも含め、どう考えていくのかという問題が出されています。

最後に、今の制度では、財政的な問題も含めて今の介護保険のままでずっといくとはとても考えられない。よりよいものにするために、見直しをスタートした時点で始めるというのは、普通はおかしな話だと思いますが、今の状態から見ますとスタートと同時に見直しをどう進めていくのかという作業も、一方でやってほしい。4年なり、期限付きで、もう少し整備していかないと、市町村も携わるほうもやりきれないというのが現場の声としてあります。

私たちの市も、地方交付税の不交付団体です。今のように減税が行われますと、交付団体は地方交付税で補填されますが、私たちの市ではそういうことはできません。減税分はだんだん減っていくのです。極端な言い方をしますと、自立している団体が

赤字団体に転落することになりかねない状態があります。施設なり介護保険を進めようとしているときに、そういう側面があるということは、ぜひ頭の中にインプットしておいてください。自立している団体さえも、今のままでいくと赤字団体に転落して介護保険の取り組みも遅れることをご承知おきいただきたい。

市民が参加、チェックできる体制づくりを  
横須賀福祉のまちづくりを進める  
市民集会実行委員 森田 洋郎

ご紹介いただきました、福祉のまちづくりを進める市民集会実行委員会の森田です。私どもは、横須賀における保健医療の充実を目指して取り組んでいる市民の団体です。今は、障害児の教育問題にも取り組みを進めているところです。ここで団体の紹介をさせていただきたいと思いますが、団体で加入している方と、個人で加入している方あります。団体としては、横須賀市職員労働組合、横須賀市の第3セクターの訪問看護婦さんたちの訪問看護婦労働組合、木崎さんたちと同じような、たすけあい横須賀、また、サポート横須賀というヘルプ活動・N P O的な活動をされている団体。そして高齢者、障害者の介護をされている家族の団体でイズミ会という横須賀の介護者の会です。それから、障害者の親の会で横須賀の福祉を進める会、医療関係で、横須賀中央診療所の医師、職員で団体は構成されています。個人会員の中には、障害者の地域作業所、精神障害、身体障害の作業所の職員、また、その障害当事者が、個人としてこの実行委員会に参加しています。

集会のための実行委員会なのですが、1994年に、高齢者保健福祉計画が横須賀で

もできました。これを契機に、この計画はいいものなのか悪いものなのかを市民で考えてみよう、高齢者の問題を契機に議論をしようという趣旨で始めたわけです。この集会をもった後に、高齢者保健福祉計画に対する提言という形で、市長宛てに分厚い資料を出して議論をしています。その後毎年、障害者の施策、高齢者の施策について集会をもっています。今年の6月14日には、第4回の市民集会を分科会方式で行い、介護保険の分科会ももっています。この集会で出された意見を取りまとめ、10月12日に横須賀市長宛てに要望書を提出し、11月18日に、回答が来ています。

介護保険の市の動きに合わせた取り組みとしては、横須賀市の場合、審議会の設置に当たって一定のルールがあります。市民公募しなければいけないというルール、上限が14人までというルールがそれです。市民公募にたくさん応募しようという取り組みをして、介護保険の事業計画策定委員会については、最初2名の公募枠が3名に増え、3名全員が、われわれの会の副会長などの人たちが選ばされました。私どもの市職労も連合枠ということで、副委員長が委員になっており、私の個人的な知り合いの歯科医が、歯科医師会の委員として選ばれたり、14人中の4人で、介護保険事業計画の委員をやっています。対策会議的なこともあります。

#### ○遅れている事業計画策定委の審議

どこの市町村でもそうだと思うのですが、なかなか核心の議論に入っていけない。たぶん、担当者は苦労していると思います。横須賀でも同様で、まだ、策定委員会の議論は重要なところはやっていません。国の資料の説明に終わっており、これから取り組みが大変だと思っています。

われわれ市民の意見ということですが、

基本的に、第2の医療保険にしてはいけないということが1点です。医師会のような、いわゆる既得権をもつ人たちをつくってはいけない。医療における薬漬けのようなことをやってはいけない。無駄は省こうということだと思います。病院と施設を行ったり来たりするということをやってはいけないでしょうし、今行われているデイサービスで認定に当たらないような元気な方が行っているというような問題もあるようです。そういった方についても、行政の福祉政策の中で、予防的なこともきっとやらなければいけないと思っています。

市民の側は、きっと求めるサービスを選択ができるという保障をしてほしいとい

うことです。この地域であれば、あのヘルパーさんしかいないというのでは困ります。この地域であれば、あそこのデイサービスにしか行ってはいけないというのはいやです。こういうことを、声を大きくして言いたいと思います。そのため、きちっとした基盤整備をしていただきたいと思っています。

医療ですと、ベッド規制をやっていまして、病院のベッドの数が決まっています。徳州会などは参入できないようになっていますが、こういうことをやっては困ると思います。特別養護老人ホームなどは、横須賀市ではいっぱい、老人保健施設のほうにまだ余裕があるので、老人保健施

### 老人保健福祉計画の主な事業の実績<県全域>

サービス事業名		計画目標 2000年3月末	1997(H9) 年度 実績		1998(H10) 年度 予算		除大都市 達成率
1. 在宅福祉サービス	ホームヘルプ	時間数	8,214,176	3,949,694	48.1%	5,548,682	67.6%
	サービス	ヘルパー数	6,240	3,525	56.5%	4,727	75.8%
デイサービス	ケアセンター数	442	322	72.9%	362	81.9%	89.7%
	支援センター数	221	138	62.4%	183	82.8%	63.2%
ショートステイ	ベット数	3,045	2,042	67.1%	2,454	80.6%	80.4%
配食サービス	回数	2,498,795	780,549	31.2%	952,256	38.1%	70.1%
入浴サービス	回数	555,910	289,080	52.0%	320,395	57.6%	36.6%
2. 施設サービス							
特別養護老人ホーム	ベット数	13,873	11,150	80.4%	12,160	87.7%	90.3%
老人保健施設	ベット数	11,457	4,099	35.8%	5,880	51.3%	84.8%
ケアハウス等 (高齢者向け住宅)	人数	5,681	2,920	51.4%	3,955	69.6%	59.6%
市町村保健センター	箇所	69	59	85.5%	60	87.0%	76.2%

神奈川県福祉部高齢者保健福祉課調べ

設がいっぱい申し込んでいるようです。ベッド規制も目標を決めて補助の枠を決めていますが、そうではないのではないかと私は思います。

横須賀の場合、山がたくさんあります。鎌倉が近隣にあり、鎌倉、逗子は平野ですので土地がとても買えないということで、鎌倉市や逗子市も横須賀の山の中にこの市の施設をつくりたいという申し込みがきているようです。山の中がいいのかどうかという議論もあります。できれば、100床ではなく、20床、30床という小規模な特別養護老人ホームのようなものを町中につくるという仕組みを、われわれ市民としては切望しています。

#### ○横須賀の計画達成状況

横須賀の状況は、いわゆる高齢者保健福祉計画上の目標値との関連ですが、ホームヘルプについては、目標234名のところ222名、常勤換算4対1です。94.9%に達していますが、派遣時間の達成率でいうと44.3%ということです。常勤の職員が、市の職員や施設の職員で60名ぐらいだと思います。600名ぐらいの登録ヘルパーがいるのですが、この600名が4人で1人も働いていないわけで、44.3%しかなっていないということなのです。

なぜ登録ヘルパーさんたちが働くかないかというと、104万円で夫の扶養枠という問題があるわけです。したがって、夏休みになつたら休みましょう、お正月は休みましょう、税金の計算の近くになつたら休みましょうとなるわけです。そこで、常勤はヒイヒイ言ってやっているわけです。僕はこの会として言っているわけではないのですが、104万円という扶養を止める。議論は出ていると思いますが、賛成・反対はあるかと思います。この104万円が女性の自立、女性を開放する、そう私は1つの提案とし

て声を大にして言いたいと思います。

ショートステイについては、ベッド数を満たしています。利用率については、49.7%ということで、やはり空きが出てしまう。これも100%のベッドの見込みというのがナンセンスなのかなという気がしています。デイケアについては、施設数が60%、延べ利用で41%ですから、施設自体が足りない。先ほど言いましたように、特別養護老人ホームは100%、老人保健施設については、まだ26.4%ということで、山を削っていろいろな工事が今始まっています。

それから、低所得者の問題です。僕らの会員が、町内会に呼ばれて説明会をやっているようです。年金が7万円とか4万円といった方は、関心自体ないです。払えないのだから、言われたってなんだか分からぬい、こういう話です。従って、ここはやはり頑張っていただいて、明確な方向を早く出してほしいと、このへんは中央に頑張ってほしいと思います。

「介護の社会化」ということが言われています。私もそのとおりだと思っています。家族、本人、そして職員も我慢しているのです。どうしろ、というところまでできているのではないかと思っています。われわれ、40歳から64歳の世代も、それにむやみにお金を払いたくないですね。気持ちよく皆が払って、支えていくという制度をぜひ仕組みとしてつくってもらいたいと思います。自治体単位に、介護保険がスタートした後の運営協議会的なものを市民参加でつくって、かなりの権限をもち、きちっとしたチェック機能をもたせるべきだと思います。そして、介護保険の事業をきちんと評価する、そのためには、先ほど佐野さんが言われた経済効果とか、寝たきり老人が少なくなったとか、医療保険の払いが減ったとか、まちがいきいきしたとか、こんな幸せな人

が増えたというような評価のシステムを、ぜひ導入されるべきだと思っています。

経済大国日本と言われていますが、今の、僕ら働く世代においても、老後は不安でしようがない、そんな矛盾を抱えながら、指摘されてしまいました。

さらに障害ということです。障害者の方たち、加齢に伴って障害が起きるということですから、ノーマライゼーション、リハビリテーションといった理念をきちっと根付かせるということだと思います。私どもも、そういった人権の感覚をもって、活動を続けたいと思います。ありがとうございました。

上 林 ありがとうございました。質問も併せていただきましたが、質問の中に、新ゴールドプラン、高齢者保健福祉計画の進捗状況、達成状況がどうなのかということがありましたので、ゴールドプランと神奈川県の水準を配布しました。

これは神奈川県全体の状況ですので、横須賀から発言のように、それぞれの市町村全部この計画を立てています。予算ベースでどの程度いく予定であるかが分かると思います。ぜひ、それぞれの自治体へお戻りになりましたら、チェックをしていただいて、自分たちのところはどうなのか確認をいただければありがたいと思います。

いくつかの質問がありましたので、できるだけ手短かに佐野さんから発言をいただけるとありがたいと思います。

制度への信頼は総合的福祉施策と  
苦情処理が課題

自治労本部 佐野 幸次

砥上さん、木村さん、森田さん、ありが

とうございました。いろいろ問題が出されました。そのほとんどが、共感できる、あるいはこちらがまだ詰めなければならない問題だと思っています。1つひとつお答えする時間がありませんので、はしゃって述べさせていただきたいと思います。

自治体は、確かに財政的に非常に厳しくなって、神奈川県もそうだと思います。その中で介護保険制度が船出をするわけですから、状況は厳しいと認識しています。決して楽な船出ではないと思っています。しかし、この数ヶ月、あるいは1年内外、あるいは4年、10年のところが節目です。私は、今までの高齢者の介護のあり方を変える決定的なチャンスだと認識しています。確かに問題点は多くあるのですが、少なくとも今の時点で、介護保険が導入されたということは、今までの介護の現況を改善していく1つの契機ととらえ、頑張っていきたいと思っています。

具体的な話に、答えられる範囲で言います。

1つは、砥上さんから、介護認定審査会の設置の話をいただきました。確かに4万人に1組というのは足りないという話があります。今現実的に認定申請の数は具体的に分からぬわけです。事業計画で意向調査を含めてやるのでかなり精緻になるとは思いますが、砥上さんのおっしゃることは、非常によく分かります。私どもも基本的に、利用者の認定申請の見込みもなるべく確定して、できれば何万人に1組ということに頼らず、例えば、数千人単位でも必要なところがあったらやるという方向で考えています。かかりつけの医師、審査会の医師が同じになる可能性はあまりないと思います。基本的に、かかりつけ医の問題点が、全国共通でいろいろ出ています。これは私は少し考えていく必要があると思っています。

それから、ケアマネジメント試験の問題、確かに4種類ありますし、最初がやさ

しくてかなり点がとれる、後半にいく段階で、非常に難しくなったという話も聞きます。結果的に厚生省は、それぞれの県に試験結果の発表時期を任せたようですが、それをやめました。最終的には調整をしたようで、せざるを得ないようになったようです。東京は東京で早く発表したいという話があったようですが、待ったがかり、10月中に発表することができなくなりました。厚生省は、何点とは言いませんが、少なくとも4回やった試験で調整したことは認めています。そうしないとかなりのアンバランスが出るという話がありました。

合格率は結果的には、44%程度になりました。神奈川は出ましたが、まだ全部は決まっていないわけです。もし重要な問題となりましたら、少なくとも厚生省に基準とか、あるいは公正・適正にできたのかを含めて当たってみたいと思っています。

苦情処理は、非常に問題だと思うのです。新しい制度ですので、苦情は出てきます。オンブズマンとか苦情処理は、国保連合会でやるという話になっていますが、私はそんなものではないと思っています。市町村は、「国保連合会でやるから、私は知らないよ」とは絶対言えません。つまりどんなことがあっても、保険者たる市町村にきます。小さなところでもきます。例えば、在宅支援センターであつたらくるでしょう。近くに福祉事務所があつたらきます。ですから市町村は、それは国保連合会の事務だということで、口をつぐんだりすることは絶対できないでしょう。そういうことが1つあり、もっと積極的に言えば苦情処理の窓口をちゃんとつくって、苦情処理をやる。その費用は少なくとも国が面倒をみるようにやっていかないと、混乱が出てくると思うのです。明確な苦情処理、あるいはオンブズマン側のことではなく、おそらく些細なことがかなり大きな部分になります。

す。私はそれが制度の信頼に、迅速、的確に答えるということがつながると思います。市町村、もっと狭い領域でいいと思うのですが、在宅介護支援センターでもそうです、それぞれで相談窓口を積極的につくって、そこで答えられる財政的な裏付けもやっていってほしい。私どもも、厚生省、自治省等に求めているところです。

連合とは、高額介護サービス費については、現実に決まっています。私どもは、医療とは異なる生活ですから、低くと考えています。それから砥上さんが話された3万円、1万円の徴収については、連合とのやりとりはしていません。私が紹介したのは、市町村側、特に町村側の話として、1万円でやると8割以上カバーをするので、やりやすいという話になります。これは利用者からみれば、どうかという気もします。必ずしも自治労は、低ければいいと考えてはおりません。ですからこの辺の調整は、必要があれば、審議会委員として村上総合政策局長が出ていますので、連携を取りながら考えていきたいと思っています。

#### ○保険サービスと福祉サービスの併給は可能

木村さんからいろいろ出されました。私どもがこれから考えていかなければならないと思っていることです。介護保険が始まつて、在宅もそうなのですが、今までの補助とか委託、あるいは市町村がやってきたことを、全部切るという話は非常に乱暴な話です。では、何のために介護保険を入れたのか。全体の高齢者福祉サービスを上げるために、1つの手段として、介護保険が出てきたはずです。介護保険が導入されることによって、かなりの不利益をこうむるという話になつたら、非常に問題です。そういう乱暴な施策はさせないようにしたいと思います。

施設サービスについては、厚生省と議論しています。ただし、厚生省の議論はこうです。「それは自治体で決めることです。厚生省は、そういうことは関知しません」自治体がやっていることを、今後どうするか。私たちは自治労本部として、厚生省も責任があるのだから、全体的なレベルで下げるようなことはするなと言います。ですから皆さんもそれぞれ自治体の側で、その辺は頑張っていただきたいと思っています。

サービスの質でヘルパーの研修制度の充実等、私は非常に重要だと思っています。確かに利用者とヘルパーの双方が、もう少しマッチング等も含めて考えなければならないと思っています。私は連合総研に昨年まで4年間いました。そこで調査をしたら、ヘルパーさんの意欲は高いのですが、社会的評価がなされていないというのです。それは家政婦の延長とか、お手伝いさんの延長と思われているのが多いのです。それは双方、基本的に利用者も意識を変えていかなければならないし、ヘルパーも、社会的な仕事に従事しているということで、私は当然双方の意識を変えていかなければならないような仕組みをつくっていく必要が出てくると考えています。

それから木村さんが、健康とか保健事業の充足ということを言われましたが、私も同感です。医療保険でよく言われていることなのですが、長野県は、保健婦さんの仕事が非常に充実している、30年くらい前から、保健婦さんの活動を非常に重視してやっているのです。その結果何が起きたかというと、医療費が他の県と比べてものすごく低いのです。北海道の数倍も低いのです。もし日本全国で長野県の水準の医療費だったら、単純にいって3兆2000億円ほど医療費が浮くのではないかという話があります。

そのように単純にできるかどうかは別として、少なくとも予防を含めた健康、ある

いは保健制度の充実が、やはり医療とかあるいは介護も同じだと思うのです。直接的な、病気になってから、あるいは介護になってから、そこに重点的にお金をかける以上に、その前のまちづくりも含めて、保健、福祉、まちづくり等も含めた、バリアフリーも同じです。建設省は、バリアフリーも考えているようです。バリアフリーに関して、建設省の研究所が1994年に行った調査によりますと、バリアフリー住宅にすると、10年くらいの単位でみると、ずっと介護費用が浮くという結果が出ています。少なくともそうすると介護の問題、医療、保健を含めて全体的なまちづくりとか、社会的な環境のあり方に規制されると考えています。介護保険制度はものすごく立派なものができたが、その周りが全然駄目だったら、要するに介護保険制度に負担がいっぱいきて、お金がかかるだけの話ですから、そのことを考えていきたいと思います。

介護保険をこのままではなく、必要な見直しはすべきだと思います。4年後にやるということは、法定はされています。必要な見直し、できる見直しは、やるべきだと思います。審査会の議論も、そういう議論がかなり出ています。

森田さんからサービスの選択ができる保障を、という話があり、大切なことだと認識しています。これは、ひいては利用者の尊厳とか権利擁護につながると考えて、できる限り、この1年で最大限やっていきたいと思っています。選択制と非常に簡単に言うのですが、量的になければ選択できません。量がぎりぎりなのに選択しろと言われても、これは無理です。それから質の場合もあります。お腹がものすごく減ったときに、腐ったバナナかかびたパンのどちらを選ぶか。これは選択とは言えません。少なくとも質、量とも、この1年は頑張ってやっていきたいと思います。皆さんだけに

押しつけるのではなく、自治労本部も頑張ります。連合とも連携をしながらやっていきますので、よろしくお願ひしたいと思います。

#### ○サービスと負担のあり方を考える

それから森田さんから、重要なお話が出されました。横浜で私ども連合が調査をしたとき、103万円の枠でヘルパー登録の方はブレーキがかかるのです。それだけの問題ではないのです。私は個人的には、税を個人単位にすべきだと思うのです。これは非常に大変なことです。日本の税の捕捉の問題が非常に大変だということと、所帯単位とか、働いている女性は年金でも問題になってしまいます。これから社会を、個人個人が生き生きと自立できる制度としていくならば、税や財政の話も含めて、今までの医療制度に寄り掛かる、あるいは地縁とか血縁によりかかる制度ではなく、個人がやる制度ということが必要だと思います。それが、今直ちにできるかというと、非常に難しい問題があります。私は基本的には、そういう制度で貫いていきたいと思います。私は税の話を含めて、これは問題提起をさせていただきたいと思っています。「国民負担率の国際比較」という表があります。

スウェーデンは1番上です。スウェーデンは、租税負担と社会保障負担が合わせて70%程度です。日本はそれに比べて4割弱です。アメリカも同じです。スウェーデンは、国民負担率が非常に大変だとなっています。右側の数字、純負担率、社会保障給付がスウェーデンは、52.5%です。日本は9.3%になっています。どういうことかというと、スウェーデンが「高福祉、高負担」という例です。負担は確かにあるのですが、給付として4割以上返ってくる。

そうすると「純負担」というのは、何ですか

か」といわれるのですが、純負担というのは、社会保障以外の話です。軍事費に使われているか、道路とか橋に使われているか、あるいは教育かもしれません。少なくとも7割の中の17.3%をスウェーデンは社会給付以外のところに使っているという話です。

日本を見てください。日本は負担は4割弱なのですが、社会保障給付は1割に満たないのです。純負担率が3割もある。これが「低福祉、低負担」の国です。日本は医療、年金、福祉を含めて、まだまだ「高福祉、高負担」ではありません。「低福祉、低負担」の国なのです。

労働組合、特に私ども自治労・連合は、どちらかといえば「低負担、高福祉」という良いとこ取りで、甘い夢を見た。それが企業にかなり依存した福祉とか、あるいは家族に依存した福祉をつくってきたという反省をしないといけないと思うのです。私は直ちに「高福祉、高負担」になるとは限りませんが、少なくとも給付と負担の関係は、21世紀を目指して考えていただきたい。介護保険の保険料も療養型病床群とか、いろいろな要求があります。基本的に、その自治体が、今までやっていたもの、プラスアルファしていくと、必ず保険料は高くなります。それが説明できる自治体であってほしい。それを合意するような自治体であってほしいと思っています。

労働組合、特に私ども自治労・連合は、

#### 国民純負担率の国際比較（GNP比：%）

	国民負担率			純負担率	
	租税負担 A	社会保障 負担B	計 C(A+B)	社会保障 給付D	純負担 E(C-D)
スウェーデン	49.3	20.5	69.8	52.5	17.3
ドイツ	29.1	21.7	50.8	11.0	39.8
日本	27.8	11.4	39.2	9.3	29.9
米国	25.9	10.3	36.2	7.1	29.1

(注) スウェーデンは1992年度、その他は1990年度のデータ。

(出所) 「欧米諸国の医療保障」(1997年)。『国際比較統計』(1997年)。

どちらかといえば「低負担、高福祉」という良いとこ取りで、甘い夢を見た。それが企業にかなり依存した福祉とか、あるいは家族に依存した福祉をつくってきたという反省をしないといけないと思うのです。私は直ちに「高福祉、高負担」になるとは限りませんが、少なくとも給付と負担の関係は、21世紀を目指して考えていただきたい。介護保険の保険料も療養型病床群とか、いろいろな要求があります。基本的に、その自治体が、今までやっていたもの、プラスアルファしていくと、必ず保険料は高くなります。それが説明できる自治体であってほしい。それを合意するような自治体であってほしいと思っています。

上林 ありがとうございました。自治体の職員ならびに関係者の発言がないまま過ぎようとしています。あと3人、ぜひ発言をいただきたいと思います。最初に横浜市の福祉サービス協会の黒坂さんにお願いします。引き続きまして、平塚の社会福祉協議会の竹沢さん、それから自治労横浜の浅井さんの3人から順次ご発言いただきたいと思います。

よろしくお願ひします。

準公的機関でもはじまる  
24時間サービス  
横浜市福祉サービス協会労働組合  
黒坂 栄子

自治労横浜福祉サービス協会の黒坂です。福祉サービス協会を少し紹介させていただきます。ホームヘルプ事業、ガイドヘルプ事業、巡回相談事業、ケアプラザの運営、ケアセンターの運営、24時間の巡回ホームヘルプサービスといった事業を展開しております。介護保険制度の導入に向けて、平

成8年から、現行事業の拡大、新規事業の開始ということで、364日ホームヘルプサービス、チーム制の導入、24時間モデル事業を受託・拡大、ケアプラザの360日運営サービスを始めました。そのしわ寄せが、私たちのところにきています。

いろいろ問題を用意してきたのですが、先ほど全労済の佐々さんと、グループたすけあいの会の木崎さんから話がありました公的ヘルパーさんというのは、たぶん私たちのことではないかと思います。その中で2、3ご説明させていただきたいのです。家族の分をサービスしないということですが、介護している家族、就労していてもお家に帰ってきている間その方が介護しているという場合は、直接援助というより支援という形で私たちは支援をしています。

それから朝の9時からということですが、24時間、土・日・祝日、年末年始、それこそ364日、ホームヘルプも提供しております。ただ、そのサービスを受けられるかどうか認定するのは、私たちではありません。現状は、きっとどなたでも受けられるということではないことは、ご理解いただきたいと思います。

介護保険の導入に向けて、サービス基盤の一端を担う福祉サービス協会としましては、責任あるサービスを提供できるように、私たちも一職員として、責任を感じておりますので、よろしくお願ひいたします。

事業補助方式で全体の見直しが  
平塚市社会福祉協議会  
竹沢 光史

平塚市社会福祉協議会の竹沢と申します。先ほど来、受手とかサービス提供側の話がありました。今日私どもが、自治体から

介護事業の受皿としてやってきた立場として、今まで丸抱え的に、社会福祉協議会がやっている事業が、平塚だけではなく、個々のホームヘルプサービスを中心に多いわけです。特に私ども平塚の場合は、デイサービス事業もほぼ丸抱えの受託でやっております。今まで行政が中心に社協の職員を増やして、よいサービス、基本的に言えば、地域の中で基準的なリーダーシップをとっていけるように、行政の要請の中で、職員の配置をしてきたわけです。

ここで介護保険が入るということで、前段で平成11年度から、事業費補助方式という介護保険と同じような形になるのです。そういった形で受託の方法も変わってきます。試算をしますと、現行の職員の体制でいきますと、職員の給料を払うだけで、1000万円の赤字になってしまいます。受託額で事業全体をやっていくことになりますと、2000万円の赤字になってしまいます。私どもはデイサービスを2カ所やっております。両方合わせると、4000万円の赤字にならう

表 市区町村社会福祉協議会における主な事業の実施状況

主な事業		実施社協数	実施社協の割合
調査	住民の意識調査	1,494	46.7%
	老人の実態・ニーズ調査	1,621	61.9
	地域福祉活動計画の策定	1,357	40.2
相談	心配ごと相談事業	3,129	92.8
	ふれあいのまちづくり事業	294	8.7
地域組織 (小地域活動)	地区社協の設置	831	24.6
	小地域ネットワーク活動の推進	1,308	38.8
	福祉委員等の設置	1,082	32.1
ボランティア活動	ボランティアセンターの設置(6年3月)	2,272	67.4
	ボランティア入門講座の開催	1,578	46.8
	ボランティア基金の設置	327	9.6
在宅福祉サービス等の実施	ホームヘルプ事業	2,422	71.9
	デイサービス	909	27.0
	在宅介護支援センター	103	3.1
	食事サービス	2,519	74.7
	入浴サービス	1,464	43.4
	移送サービス	616	18.3
障害児者の実施	授産施設・小規模作業所等の運営	389	11.5
	ガイドヘルパー事業	214	6.3
	在宅障害者訪問活動	974	28.9
	福祉機器展示・サイクルユーザーサービス	978	29.0
児童の実施	児童・青少年のボランティア活動	1,932	57.3
	母子家庭への援助活動	1,629	48.3
	父子家庭への援助活動	1,001	29.7

\*市区町村社協数は、3,372カ所（平成7年4月1日現在 全社協調べ）

かというような形が目に見えているのです。

行政の担当者は、特別加算を含めて、来年度に向けての予算要求はやっています。社会福祉協議会で予算要求している部分を、一応は見ていただいているのですが、ただ、全体の中ではこうだということで、予算要求はそうされているのです。それ以外にどういう形で、私どものほうに援助をいただくのか。それから職員数はカットしろというような指導がくるのか、この辺がまだ見えない状況です。介護保険が導入されてからも、やはり社会福祉協議会という立場上、基準的、基本的な生活水準の部分、介護水準の部分を守っていくことを含めて考えていきますと、なんらかの全体的な把握が必要ではないかと思っております。

サービスの質、機構、要員が  
当面の課題

自治労横浜 浅井 幸雄

自治労横浜で介護を担当しております浅井と申します。横浜市の場合、人口336万人、第1号被保険者が46万人。それから第2号被保険者が、117万人と言われています。そういう意味でも、目下準備作業でどたばた進んでいます。進捗状況につきましては、全国的な水準ともたいして変わりませんので、細かい報告は省略させていただきます。

労働組合として、どのような対応をしているか、そのことに限って、簡単にお話をさせていただきたいと思います。平成11年度の段階で、58000人の要支援・要介護者、この数字を基本に、横浜市は現在作業を進めています。2010年、あと10年ちょっとでは、これも92000人という数字になる。そういう意味でも基盤整備というのは、いろ

いろの見直しが必要になってくるという問題も抱えております。労働組合としましては、分かりやすく、利用しやすいシステムにするということを基本に、行政側に対して、政策的な要求を出しています。要介護者が、人としての尊厳を保てるような質と量を確保する、そういう制度としてならないということで、いろいろ要求も立てて臨んでおります。

1つは、私たちがやっているのは、政策の中で単に市町村特別給付となりますと、はねっかえりという問題もあります。今の段階では、市町村が従来やってきたいろいろな高齢者に対するサービス事業も、サービスの低下にならないように、さらには逆に充実しなければならないものもある。そういう方向でも、いろいろな政策的な要求に取り組んでいます。

また単に、福祉に限定するのではなく、例えば、清掃事業なのですが、高齢者で、なかなかゴミを出しに行けない、あるいは粗大ゴミを出しに行けない、そういう事業についても要望があった場合には、直接戸別に行って収拾していく仕組みもこれから必要になってくるのではないか。さらに

は、元気なお年寄りに対する対応も含めて、既存の事業もそういった方向への切り替えも必要になっていくのではないか。そういう政策的な要求なども今行っています。

2つ目は、機構の問題です。これは、介護保険制度をもとに区役所が大きく変わります。例えば、高齢者の関わる事業といいますと、保健所でも実施しています、福祉事務所でも実施しています、それから通常の区役所の中の業務でも実施しています。私たちが強く求めているのは、これから区役所は、市民にとって分かりやすい制度、例えば、高齢者なら高齢者という事業でくくって、今までの局関係、例えば、保健所ですと衛生局、福祉事務所ですと福祉局、区役所関係だと市民局なのですが、そうではなく、事業ごとにくくり直すような構想です。これについても当局との交渉を現在進めています。そのような行政のあり方そのものを変えていかなければならない問題があろうかと思います。

3つ目は、要員の問題なのです。これは先ほど審査会等の問題もありました。相談業務の話もありました。われわれも相談業務は、市区町村に集中すると思っています。

神奈川県および県下市町村における準備事務等の主なスケジュール

		平成9(1997)年度				平成10(1998)年度				平成11(1999)年度				平成12 (2000)年度
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
準備体制	県・市町村	○県・市町村介護保険準備連絡会議の設置 〔○情報システム部会の設置 ○事業計画部会の設置〕				○体制の強化・準備組織の設置 ○県・市町村介護保険施行準備会議の設置								
	市町村													
要介護・要支援認定審査会	県	○高齢者介護サービス体制整備検討委員会の開催												
	市町村	○モデル事業実施(11~12月) (保健福祉圏域毎に) 〔1か所、計8か所〕				○モデル事業実施(9~10月) (37市町村)								
介護認定審査会	県					○共同施設等の意向把握・調整								
	市町村					○介護認定審査会設置の検討 〔共同設置を行う場合〕 ○共同設置市町村間の協議開始				○条例制定 ○委員任命 ○審査判定開始 →○共同設置に係る規約制定				

そのためにも機構はできれば介護保険が1つの課になったほうがベターと考えます。これについては、2つの考え方があります。単に効率性から、安上がりにやろうと思えば、例えば、区役所ですと現在の保険年金で、資格、賦課、徴収などをやる。そして福祉事務所のほうで要介護認定をやるといった2課上乗型のほうが、安上がりになるのです。

ただ、今後の高齢者のいろいろな事業の展開が、介護保険を1つの軸として展開するならば、介護保険を1つのセクションをつくった上でやったほうがいい。先ほどあったようないろいろな相談、苦情が集中する。われわれは、身近な市区町村にくると思っています。そのための対応のためには、1カ所のほうがいいと思っています。そういったことも含めて、要員も含めて求めていきます。

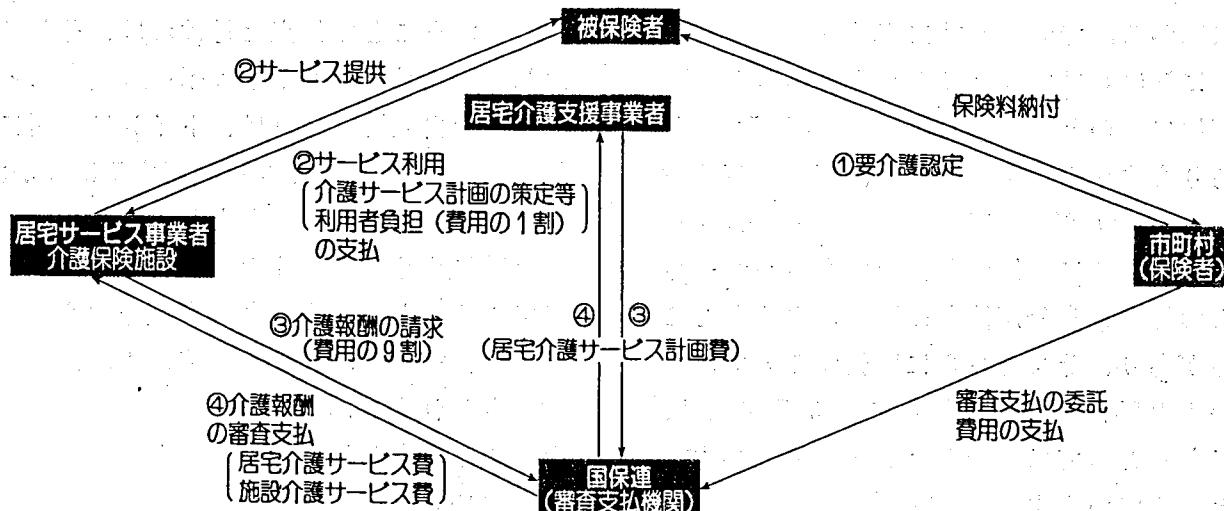
また、同時にその要員は、現実的に審査会等含めてつきます。そうすると厄介なのは、今のような財政状況からいうと、増えた要員というのは、他から削ることとなるのです。ということは、われわれは労働組合ですから、当然増を求めていきますが、全体の状況の中で考えなければいけないのは、今自治体がやっているいろいろな業務は、高齢社会に対応した中で、ある程度切らなければならない事業が出てくることについて、市民も受け入れるという発想の転換も合わせてやっていかなければならない。こういうことは否応に求められてくると思います。これはいろいろな意味でも労働組合にとっては、厄介な問題なのです。そういうことも含めて、今後の展開が、いろいろ頭の痛い問題を抱えていることがあります。以上簡単に、自治労横浜として、取り組んでいること、政策問題に限

#### 介護報酬の設定について

- ・介護保険法において、厚生大臣が定めることとされている保険給付の対象となる各種サービスの費用の額の算定基準を「介護報酬」という。(介護保険施設、居宅サービス事業者に支払われる報酬そのものの意味で使われることもある。)
- ・法律上、介護報酬は、介護サービスの種類ごとに、サービス内容又は要介護度、事業所・施設の所在地等に応じた平均的な費用を勘案して設定することとされており、介護サービス費用の実態調査を行うことが必要。
- ・また、介護報酬を定めようとするときは、あらかじめ審議会の意見を聽かなければならない(必要的諮問事項)こととされている。

#### 介護報酬の範囲

- |   |                  |
|---|------------------|
| ・居宅介護サービス費算定基準                              | ・居宅支援サービス費算定基準   |
| ・居宅介護サービス計画費算定基準                            | ・居宅支援サービス計画費算定基準 |
| ・施設介護サービス費算定基準(介護サービス等の費用算定基準と食事の提供の費用算定基準) |                  |



って、お話をさせていただきました。

上林 ありがとうございました。時間があればもう少し具体的に準備されている現状など、お話を伺いしたかったのですが、残念ながら時間がきてしまいました。今の3人のお話の中に、特に介護報酬に関わって、社会福祉協議会との関係など、いろいろ微妙な問題もあります。最後に佐野さんから感想も含めてお話をいただきたいと思います。

介護報酬は高めに設定を  
自治労本部 佐野 幸次

介護報酬は、ぎりぎり2000年の2月くらいに分かるようになっています。2000年の予算が確定するのが、1999年末、12月28日くらいの閣議決定で、だいたい厚生省の原案が確定され、そこに盛り込むという話です。それから自治体としては3月議会に諮らなければいけない。1月、遅くとも2月までに、介護報酬は確定されるという話です。

私どもは、介護報酬についてはかなり高めの介護報酬にしないとやっていけないのではないかと思っています。介護報酬というのは、直接単価を決めるということ以上に、そこで働いている人たちの待遇、賃金に関わる話です。単純に高ければいい、単純に低ければいいとはなりません。あまり極端に高いと、介護の場合は利用限度額がありますから、極端な場合、利用するサービスが少し減ってしまう可能性があります。あまりにも低いと、今でもヘルパーさんの待遇、身分が低きに流れようところがあり、それをさらに助長するのではないかと懸念します。従って、介護報酬は、私どもとしては、かなり適正な高めの水準と考えています。

特に重要な問題は、基本的には訪問介護の介護報酬だと考えています。事業費補助ということで、平成10年度は今までのヘルパーさんの場合は、事業補助方式になっています。今、身体介護で1時間2980円が、来年度は900円程度上がって1時間当たり3730円程度になる、というように、今、大蔵省と厚生省で詰めています。おそらくそのようになると思います。この水準がとても高いとは思っていません。まだまだこの水準では、事業としてやっていくのも大変ではないかと思っています。では、どれくらいがいいのかということですが、これよりはかなり高くとしか言えません。少なくとも身体介護は、3730円のかなり高いところを下限にすべきだということを今の時点では言っておきます。

介護報酬は、いろいろ問題があります。私どもがヘルパーさんの話をドイツ式にやりますと、介護報酬は1つのユニット単価です。例えば、顔を洗う、衣服の着脱を手助けする、それを1つひとつ単価にします。今の医療制度の診療報酬と似ているかもしれません。これは私どもは、日本の場合、ヘルパーさんの話で無理ではないか、そう1つひとつにやるのは難しいのではないかと思っています。

例えば、ヘルパーさんが、お年寄りのおしめを換えるとします。単純におしめを換えるということで何点と付ければ、それでおしまいです。時間は短いかもしれない。高齢者の自立を考えれば、トイレと一緒に行って、なるべくトイレを利用するほうが、ある意味で重要な場合があります。こうすると時間がかかるでしょう。おそらく3分でできることが、高齢者の自立を中心に考えると、30分、場合によっては1時間かかるかもしれません。そういうことを評価しない限り、もし個別的な単位だけで介護報酬を決められてしまうと、非常に簡単でや

あることがあると決められてしまいます。ですから自治労としては、1つひとつ区切ってやるということには反対します。時間も含めた1つのパッケージで、正当な評価をしろという要求をしています。

そういうことも含めて介護報酬は、非常に問題があります。社会福祉協議会の事業標準も、今までのような委託とか補助金という話も変わってきます。いろいろ大変だと思いますが、少なくとも介護事業方式にかかわった場合には、経営的責任として社会福祉協議会の方には、どうしてこうなつたらこうなるという根拠、ではどうするということを突き詰めて、社会福祉協議会で駄目でしたら、平塚の場合だったら平塚市と交渉することが必要だと思います。ただ単に、職場だけで解決する話ではないと思います。ぜひ、そう考えていただきたいと思います。

日本の場合、戦後40年間、飛躍的経済成長があったとしても、その成果がまだまだ個人や社会に反映されていないと考えています。こうした現状に対して、少しでも介護保険が、世の中を変える糸口になればと思っています。そのためにも自治労本部も頑張りますので、ぜひ皆さん方も、とりあえずもう1歩の努力をお願いしたいと思います。ありがとうございました。

#### 自立支援がポイント

上林 得郎

ありがとうございました。佐野さんには、最初から最後までお付き合いいただきました。また、明快な返事もいただいているところです。今日の集会は、佐野さんのお話の他に、自治労組織外の皆さんから4人、自治労内部から4人、真ん中にいる木村さんから発言していただきました。そういう

ことで、自治労内部の人の発言を短くしたために、話し足りないところがあったかもしれません、今日は開かれた集会でありますからそれでご勘弁いただいて、自治労内部の議論は、まだまだ続けていかなければならぬと思っています。

今日は、非常に幅広い課題が議論されたわけです。佐野さんのお話にありましたように、介護保険は、予防とかリハビリテーションという個人の自立を支援するところにポイントをおいて、自立支援に高い評価を与える、そのような制度に仕立てあげていかなければいけないというのが、基本的な考え方だと思います。

また、保険の枠にとどまることなく、自治体独自の福祉サービスは、当然充実されなければいけない。老人保健福祉計画のより一層の充実ということも言われていたと思います。それぞれの自治体が、基礎的自治体として、住民の健康と福祉を守るために、保健と医療と福祉が統合された総合的な福祉サービス、地域サービスとして展開をされることが求められていると思います。

私は、よく話をしているのですが、神奈川県下の状態を見ていると、首長・自治体当局側の考え方によって、この水準は非常に大きく差が出ております。例えば、ある市では、老人保健福祉計画でも、低い水準を目標にしているところもありますし、かなり高い水準をつくっているところもあります。また、老人保健福祉計画以外に、独自に総合福祉計画をつくっている自治体もあるわけです。

いわば、「先駆的な自治体」と「居眠りをしている自治体」が、この介護保険を通じてはっきりと分かれてくるのではないか。

自治体で働く私どもとしては、「居眠り自治体」は叩き起こして、「先駆自治体」になってもらうような運動を、ぜひ皆さん

の職場を通じてやっていただきたいというのが、今日のまとめになるのではないかと思ひます。

(この稿は、1998年11月24日に開催された、自治労神奈川県本部と神奈川自治研センター共催による「介護保険集会」の記録を編集しなおしたものです。文責はすべて編集者にあります。)

1998年12月25日

自治研かながわ月報第67号(1998年12月号, 通算131号)

発行所 社団法人 神奈川県地方自治研究センター

発行人 横山桂次 編集人 上林得郎 定価1部 500円

〒232-0022 横浜市南区高根町1-3 神奈川県地域労働文化会館4F

☎045(251)9721(代表) FAX 045(251)3199

振替口座 労働金庫本店 1365-1195174 横浜銀行市庁舎出張所 317-709629

## 会員になるには

1. 誰でも会員になれます。
2. 申込書は自治研センター事務局にあります。会費は個人会員月1,000円、賛助会員月500円のどちらかを選び、半年または1年分をそえてお申しこみください。
3. 詳細は自治研センター事務局  
☎045(251)9721へご連絡ください。

## 会員の特典

1. 自治研センターの「自治研かながわ月報」が隔月送られます。
2. 「月刊自治研」(自治労本部自治研推進委員会発行・A5版・120~150ページ定価500円)が毎月無料で購読できます。
3. 自治研センターの資料集が活用でき、調査研究会などに参加できます。