

# 地研通信

発行人 森 岡 洋  
編集人 坪 原 紳 二  
発行所 三重短期大学地域問題  
総合調査研究室  
津市一身田中野字蔵付157番地  
〒514-0112 TEL(059)232-2341

題字 岡本祐次前学長

## 第15回地域問題研究交流会報告（要旨）

三重短期大学地域問題総合調査研究室（以後地研）では、三重短期大学の教員・学生、行政の関係者、一般市民の方々に参加していただき、地域問題についての意見の交流を行う研究交流会を毎年度開催しております。本年度は「介護保険と高齢社会」というテーマでいよいよ2000年実施に迫った介護保険についてのシンポジウムを1998年11月7日（土）午後2時～4時30分に、三重短期大学41番教室で開催いたしました。参加者は約80名であり、この中には津市周辺の市町村の介護保険の関係者の方もおられ、講師の方の有意義な講演や報告、聴講者との熱心な質疑応答でもって行われました。

### 第1部：講演

「三重県における介護保険と高齢社会」

堀川芳毅氏

（三重県健康福祉部国保・高齢対策課介護保険推進室長）

### 第2部：シンポジウム

パネラー 杉浦幸生氏

（三重県市町村国民健康保険団体連合会事務局長）

小川頤嗣氏

（四日市市社会福祉協議会総務課長）

吉川 淨氏

（津市福祉保険部介護保険準備室長）

堀川芳毅氏

（三重県健康福祉部国保・高齢対策課介護保険推進室長）

### コーディネーター

林 智樹（三重短期大学地研研究員）

挨拶 三重短期大学長 雨宮照雄

挨拶 三重短期大学地研室長 森岡 洋

## 三重県における介護保険と高齢社会

### （三重短期大学雨宮照雄学長挨拶）

皆さんこんにちは。地域問題総合調査研究室は昭和59年に設立され、これまで、地域の行財政、経済・産業、文化など種々の問題について研究を続けて参りました。研究交流集はその研究成果を公表するとともに、地域で活躍されている皆さんとの経験交流の場として、今回が15回目になります。

今回のテーマは、国民の関心の高い介護保険制度についてです。ご承知のように介護保険制度は2000年から実施を予定しており、高齢者福祉の最重要施策として位置づけられています。介護保険制度では、国民が福祉サービスを自ら選択できるというのが一つキャッチフレーズになっており、従来の措置制度から契約制度への移行が謳われて

おります。しかし、各方面から問題点の指摘も為されております。例えば、介護保険制度実施にもなって民間の福祉施設等もどんどんと新しい産業に参入しようとしてきていますが、果たして民間のサービスが国民が望む福祉サービスを維持できるのか、という問題も残っております。さらには今回の制度は老人介護に限って導入されましたが、障害者に対する介護は別な制度になっている、という問題点もあります。あるいは、国民自体が介護サービスを選ぶというときにそれに必要な情報が果たして開示されているのか、あるいは不服申し立てが出来るのかという問題もあります。あるいは市町村でケアプランを策定するときに本当にそれぞれの人に見合った、適切な介護プランが策定できるのか。さらに、日本の場合にはドイツ

のような現金給付を制度化しませんでした。それでいいのかなど、様々な問題を抱えているわけです。本日の講演とシンポジウムでは、そのような点について具体的に三重県下の市町村で、第一線で活躍をされている方々の貴重なご努力とご意見を伺うことが出来ると我々も期待しております。

最後になりましたが、堀川先生をはじめパネラーの先生方本日はどうもありがとうございました。貴重なご意見を伺いたいと思います。

### (森岡 洋地研究室長挨拶)

こんにちは、忙しい中来ていただきまして、ありがとうございます。三重短期大学には、地域問題総合調査研究室というのがあります。これはちょうど今から14年前の1984年に、三重短期大学の教員が地域の問題を研究して、地域の問題を解決することに努力し、地域の人々と共に生きよう、そしてその研究成果を学生の教育にも還元しようという主旨のもとに作られたものです。開設以来三重県、あるいは三重県下の市町村の委託研究、そして地研研究員のそれぞれの専門での学術的研究などを行っております。近年では地研年報という定期刊行物を発行してそれらの成果を公表しております。

また、地域問題総合調査研究室は地域問題研究交流会を今から5年前の1993年から始めております。本年度は、今日でちょうど第15回目となっております。この研究交流会を年に2回開催しており、一つは、三重短期大学の教員であるこの研究室の研究員が1年間研究した成果を発表するという研究会であります。それには、一般市民の方も、学生の方も参加していただいて結構なわけです。そしてもう一つは、今日のような形で、外部の地域問題に詳しい方に来ていただいて、地域の方、行政の方、他の大学の教員、あるいは本学の教員、学生と一緒に地域の問題を討議し、解決しようという研究交流会であります。

今日は、近年日本で大きな議論となっております介護保険について「介護保険と高齢社会」というテーマで、地域問題研究交流会を開催することになりました。講師の先生方は、現在三重県下でこの介護保険の実施のための準備をなされておられる方で、大変忙しい中来ていただき、深く感謝しております。講師の先生方は貴重な講演や報告を行ってくれたり、どんな質問にでも答えていただける準備をしていると思います。会場の皆さん、西暦2000年に始まる日本の福祉政策の転換点である介護保険制度というのはどういうもの

か、静かに聞き、また質問など行い、本日生懸命勉強して帰って下さい。

### 第1部：講演 (堀川芳毅氏による講演)

皆さんこんにちは。ただいまご紹介を頂きました。県の方で介護保険の導入準備を担当しております堀川と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。今日は土曜日の午後であります。地域問題研究交流会ということで大変ご苦労様です。テーマが介護保険と高齢社会ということで、学生さんが大変多くご出席いただいておりますが、高齢社会、あるいは介護保険、自分たちと関係ないということであまり関心がないかもしれませんが、いずれ間違いなく自分たちの問題として将来関わることになりますので、こんなものかということぐらいの知識は、取得していただきたいと思えます。

社会保障制度の問題といえますのは、年金の問題であったり、医療であり、福祉の問題です。日本の社会保障制度につきましては、世界の中では、かなり整っております。特に年金とか医療といったものにつきましては、世界に誇れる有数のシステムを持っております。年金ということでいきますと、今日お見えの若い方たちには関心がないかもしれませんが、20歳以上の方は、必ず国民年金にはいっていただくという制度となっております。医療保険につきましては、皆さん方必ず被保険者になっていただいているというような状況です。今の日本の年金・医療制度、これはまさに完成されたものとなっておりますが、この制度がいつまで維持できるかというのが現在大きな問題となってきております。少子・高齢化といったことで、若い方がだんだん少なくなっていく、支えられる側の65歳以上の方が非常な勢いで増えてきている。今の年金制度や医療制度を維持するのが非常に難しいというような状況です。これは今日の本題ではございませんので省略いたしますが、いずれにしても年金・医療問題こういったものについては、今議論が進められておりますが、若い皆さんにとりましては、自分たちに身近な問題としてこれから関わってくるようになってくると思います。

今日は、介護の問題ですので介護の方に焦点を絞りたい。日本におきます福祉制度というのは、ヨーロッパの先進的な国々に比べるとまだまだ見劣りがします。たとえばスウェーデンとかデンマークとかドイツといったような国々の福祉制度に比べますと、今の日本の制度はみすばらしいといい

ますか、貧弱であるという状況であります。これから高齢者がどんどん増えてきますので、福祉の制度を手厚くしていけないととても対応しきれなくなる。そういった状況から介護保険は考え出されているわけです。介護の問題ということになりますと、今の日本の介護の問題はたぶん家族の問題、家庭の問題として片づけられてきたケースがございます。今の日本でたとえば寝たきりとか痴呆になったという場合、多くの方が自宅で家族の方から介護を受けているといった状況が多く見られます。ところが冒頭に紹介しましたように人口がどんどん減っていく、あるいはお年寄りが増えてきて子供の数が減っていくといった中で、家族を構成する人数がだんだん少なくなってきております。30、40年前ですと1家族平均4人とか5人とかいった構成員であったわけですが、現在の日本の1世帯あたりの構成員は、2.9人といった数字であります。これはどんどん小さくなっている。まさに核家族化が進んでいるといった状況であります。そうした中で高齢者世帯、65才以上のお年寄りの見える世帯が増えてきています。これはお年寄りが増えてきているので当たり前ですが、そういった中でも、65才以上のお年寄りが一人暮らしをされているといった状況、あるいは夫婦二人だけ、65才以上のお年寄りが夫婦二人だけで生活しているといった世帯が非常に勢いで増えてきています。現在一人暮らしのお年寄りが日本で250万人おみえになります。三重県では、3万人強です。予備軍といっは何ですが、お年寄り二人だけで暮らして見える世帯、これは約250万世帯。これは二人ですので、2倍しますと500万人のお年寄りが夫婦二人だけで暮らしているということです。

こういった家庭で、万が一脳梗塞等で寝たきりになってしまった場合、今住んでいる市町村の福祉制度が手厚くて、ヘルパーとかデイサービスとか訪問看護といった制度が充実しているとしても、引き続いて自宅で世話をしていく、生活ができるようにしていくというのは非常に難しいと思います。お年寄り夫婦二人暮らしはどうかといいますと。たとえば、おじいさんが脳血管障害で寝たきりになってしまったという場合は、おばあさんが中心になって介護をしていただくことにしても非常にづらい場面が出てきます。これは、問題となっております。老老介護、お年寄りがお年寄りを介護するといった問題がございます。これは市町村の福祉制度を利用して、たとえばヘルパー、デイサービス、訪問看護といったようなものを利用し

たとしても、今の福祉の水準では、そういった方々をお世話していくのは、非常に難しい。そういった一人暮らし、あるいはお年寄り二人暮らしの世帯で、万が一寝たきりや痴呆になってしまった場合でも、できる限り引き続いて住み慣れた自宅で生活できるように福祉を手厚くしていこうというのが介護保険の一つのねらいであります。もちろんこれ以外にも非常に医療にお金がかかるので、もう少し効率的にしようといった側面もあるわけですが。これからどんどんお年寄りが増えてくる、寝たきりや痴呆の方も増えてきますので、そういった方が引き続いて自宅で生活が出来るような水準まで福祉のサービス基盤を引き上げていこうというのが介護保険の一つの大きなねらいであります。ずいぶん前置きが長くなりましたが、こういった時代の流れ、これから21世紀になりまして間違いなくこういった超高齢の社会が出てきます。そういった時代に対応するために介護保険なるものを作ろうということで介護保険法という法律が去年の12月に成立しました。この制度の実施は、平成12年4月1日からということですので、後まさに1年半を切っているわけです。1年5カ月といった状況で介護保険が始まるわけです。1年半というのは、非常に厳しい時間のスケジュールになっております。介護保険の実施主体は市町村ということになっておりますが、市町村においては、今導入のための準備に非常に忙しい思いをいただいているという状況であります。

以下個別に具体的な話にはっていきます。まず制度の運営主体。これを保険者といいますけれども、これは市町村です。介護保険を運営していくのは、それぞれの市町村が行って下さいということになっております。そしてこの運営者のことを保険者というふうに呼びますが、保険者とはいいたい何かといいますと、大ざっぱにいきますと住民の方々から毎月保険料を頂いて、サービスを提供した機関にお金を払うということが、保険者の役割です。市町村といいましても、人口が何百万といった政令指定市から、お隣の愛知県の富山村といったようなところでは、人口が180人の村がございます。三重県でも人口が1万人を切るような町村がかなりあります。そういったところでは、保険者として行うとしても財政面とか、専門家の確保とか事務の面でなかなか難しい点がございます。そういったところについては、国あるいは県がいろいろ支援をしようというような仕組みが組み入れてあります。それから制度の始まりは、平成12年4月からです。これは先ほどもうしました

ように1年半を切ったわけです。その中で要介護認定申請の受付は、平成11年10月頃から始まりません。

介護保険では、要介護認定といった仕組みが組み入れられております。要介護認定は、介護保険での一番のポイントになってくるのです。住民の方の要介護認定の受付は、平成11年10月から始まりませんということですので、申請受付の時点からいけばまさに1年半を切っているわけです。ですから市町村におかれては、住民の申請にきちんと答えられるようなシステムを作らなくてはならないということになっており、このへんが市町村における一番大変な事務になってくるわけです。

それから介護保険に加入するのは、40歳以上の人です。今日ご出席の方は、若い方が多いので、まだまだ自分には関係がないという方が多いと思います。当初の厚生省の案では、20才以上ということになっておりました。20歳以上の方は全員介護保険に入っていたというのが当初の厚生省の案でした。しかし、自分が将来寝たきりになったときに備えて保険を作ろうといったときに、20才そこそこの若い方に月々保険料を払って下さいといってもなかなか理解が得にくいだらうということで、20才からという線は消えました。それで40才という線になったわけです。なぜ40才になったかといいますと、人間は40才になりますと、自分の親がそろそろ70才代というような中で、介護が必要となるような状況が出てくる。そうやって自分の親の介護とか自分の将来のことを考えて保険料をきちんと納めてくれるだろうというようなことから40才に上げられたということでもあります。この中でも、40才以上ですけれども65才以上の方を第1号被保険者。40才以上65才未満の方を第2号被保険者というように大きく二つに分かれます。いずれにしても40才の誕生日を迎えた月から介護保険にはいっていただく。具体的にいいますと保険料を払っていただくということになります。

介護保険というのは社会保険という仕組みで行っておりますので、強制加入です。社会保険というのはすでに日本に四つございまして介護保険が五つ目になるわけです。今まである四つの社会保険といえますのは、年金保険、医療保険、雇用保険、いわゆる失業保険といわれるもの、それから労災保険、この四つの社会保険があり、介護保険が加わり、今日本では、五つの社会保険ができたということになります。この社会保険といえますのは、強制適用です。私は入りませんということではできません。必ず40才になったら介護保険に加入して

下さい。必ず入って下さいということは、必ず保険料を払って下さいということです。

65才以上の方を第1号被保険者と呼びますが、この65才以上の方の保険料、これは月々いくらということになるわけです。これは所得に応じて決まり、所得の高い人は、高いなりに負担して下さい、所得の低い方は少ない額で結構ですということになっております。具体的にはこれは5段階に分かれます。第1段階から第5段階まで所得によって決まっております。標準的な方が第3段階ということです。この第3段階の方が基準となりますので、人数的にも第3段階の方が一番多くなります。詳しく説明しますと、住民税の課税か非課税かということによって決まってきます。これは、住民税世帯として課税、本人として非課税とかここは難しいですので、そこまで覚えていただく必要はありません。そういった方が第3段階で、この方の保険料が今の日本の全国平均で一人2,500円だというふうに厚生省が示しております。この2,500円というのは、平成7年度の価格ですので実際の平成12年度の価格では、約2,600円になるといわれております。これはあくまでも全国平均値です。第1段階の方は半分でもいいですが、第1段階の方はどういう方かといいますと、生活保護を受けている方とか、あるいは高齢福祉年金というような年金を受けていらっしゃる方です。第2段階の方は、0.75で結構です。2割5分までおきましょうと。逆に第4段階の方は、どうかといいますと1.25です。第5段階の方になりますと掛ける1.5というふうに5割増し払って下さいというような形になります。このように65才以上の保険料は所得に応じて5段階に分けられます。

ここで一つ注意をしていただきたいのは、介護保険の保険料には免除という規定がありません。あなたの場合は、保険料がいりませんというような仕組みがございません。いかに所得のない方であっても、基準額の半分は負担して下さい。たとえば2,500円としますと、この方は1,250円となりますが、そういった額は必ず負担して下さいというような仕組みがとられています。これがまず65才以上の方の保険料の設定の仕方です。65才以上の方で年金を受給されている方ここでいう年金というのは、退職を理由として支給開始になった方。あるいは65才になったことを理由にして支給を開始する年金ですので、高齢基礎年金とかそういったものです。そういった年金が月額にして3万円以上受給されている方については、たとえば、2,500円とか1,800円とかを年金からあらかじめ天

引きさせていただく仕組みをとらせていただきます。これも全国平均値ですが、年金から天引き徴収される方は、65才以上の方の約70%以上の方です。なぜこういうことをしたかといいますが、一つは、間違いない保険料の徴収ができるということと、市町村の事務を軽減しようということも大きなねらいの一つです。これは本来保険者である市町村がお年寄り一軒、一軒を、保険料を下さいということで回るわけです。そういった事務が大変ですので、年金からの天引きといった仕組みをとることによって市町村の事務を軽くしようというようなねらいがあるわけです。

ここで問題となってきましたのが、低所得者の問題です。年金から天引き徴収の対象とならない方です。これは全国では30%の方が対象となるわけです。この方たちは、無年金の方であるとか、あるいは年金をもらっても月3万円に満たない方ということとなってきましたので、そういった方からも0.75とか0.5といったようなかなり減額された保険料になると思いますが保険料を徴収するのは、市町村の仕事です。市役所の税務課の職員であるとか、国民健康保険の担当の方が、そういった方から保険料を徴収するわけです。この仕事は所得階層の低い方々から保険料を徴収するというので、なかなかつらい仕事になってくるのではないのでしょうか。市町村はそういったところをもう少し何とかうまくならないかと、国に意見を申し上げているのですが、今の状況では、こういった形で金額が決まってきた、払っていただくということになっております。

ここでもう一つご説明をさせていただきますと、たとえば2,500円と決めて、こういった0.5から1.5まで分かれていますが、この2,500円という基準額を決めるというのは、市町村が独自にそれぞれ決めて下さいということです。たとえば、津市であれば、これを2,600円にするか2,800円にするか、四日市市であればこれを2,700円にするか2,800円にするか、あるいは、どこそこ村といったところでは、2,000円にしようとか。この額を決めるのは、市町村がそれぞれ条例において決めて下さいということになっております。この基準額を決めるのは、まさに市町村が実施しております介護保険事業計画といったものの策定の中で決めていくわけです。これはたとえば津市なら津市の中でサービス基盤が多ければこの基準額は高くなります。たとえば、特別養護老人ホームにたくさん市民の方が入られているとか、老人保健施設とかといったものに入所されている方が多いとか。あるいは、

津市の在宅サービス、ホームヘルパーとか、デイサービスとか、訪問看護とか、リハビリとかいったものがかなり手厚く提供されてきますとこの額はどんどん高くなってきます。3,000円とか3,500円とか、4,000円といった金額になってきます。逆に自分の住んでいる市町村にそういったサービスがない。たとえば、入所者も少ないし、ヘルパーも少ない、デイサービスセンターもないといったところでは、こういった2,500円という金額はかなり少なくなってくるということが見込まれます。保険料が低い、安いけれども、そのかわりまともなサービスが受けられないといったことになります。保険料は高いけれども充分なサービスが受けられるというようになるわけです。こういった状況で保険料を決める。自分ところに見合った額を決めていただくことになります。この65才以上の保険料は、3年間は、基本的には据え置かれます。たとえばこれを2,500円と決めますと、3年間は2,500円です。たとえば平成12年度から13年、14年と3年間は、2,500円です。ただし次の3カ年は、たとえば、これが2,800円とか。また次の3カ年は、3,000円というようにこの額は3年単位におそらく上がっていくと思います。これが65才以上の方の保険料です。

それに対して、40才から64才までの方は、第2号保険料ですが、これはだいぶ違います。これは40才以上になりますと、たとえばサラリーマンの方ですと給料から天引きされます。今入っている医療保険の名目で給料から天引きされていきます。給料の何パーセントといったように、たとえば4.2%とか5%といった額が医療保険として給料から天引きされておりますが、これが介護保険が始まりますと、いままで4.2%だったものが5%に増えるとか、5%であったものが5.8%になるとかそういった形で増えます。これは給料の高い人については、多く負担していただきますし、給料の低い人については、低い負担になる。所得に応じた額になるというのがこれが第2号保険料です。第2号保険料の場合は、本人負担は半分がいいということになっております。例えば、仮に私が新たに介護保険料を負担することになり、金額に換算すると4,000円だったとします。私の場合自分で負担するのが半分の2,000円です。残りの2,000円は事業主が負担してくれます。会社員であれば、会社が半分は負担してくれるということになります。農林水産業とか自営業の方が加入されている保険料で、国民健康保険といったものがござりますが、国民健康保険の場合ですと、

例えば、2,500円といった場合、本人は1,250円でいいと、残りの1,250円は、国が負担してくれます。

40才から64才までの第2号保険者の場合は、本人負担は、どの医療保険であれ、半分でもいいということになります。残り半分は、事業主である会社や、国が負担してくれるということになります。それに対しまして、65才以上の方は、減額とかがございますが、誰も負担してくれません。国も会社も負担してくれませんから、まるまる本人が払っていただくということになります。これは国会の議論の中で、介護保険の保険料の設定というのは、65才以上の方にとっては、厳しすぎるのではないかという議論がありました。40才から64才までの方については、本人負担は、半分でもいいのに、65才になったとたんまるまる自分で払わなくてはならない。第1号被保険者に対して厳しすぎるのではないかという議論が国会の中でもございました。これに対して厚生省の答えは、これはあくまでも保険です。保険というのは、事故率—ここでいう事故率というのは、寝たきりとか、痴呆になるという度合いが多いか少ないかということですが、事故率の低い40才から64才につきましては、保険料は安く当然でしょう。65才以上になりますと、寝たきりとか痴呆になる確率がかなり高くなる、事故率が高くなります。ですから若干高い保険料を負担して頂くのは当然でしょう、といった説明のあったところです。いずれにしても、保険料につきましては、65才以上の方の負担が厳しすぎるのではないかという議論があったところでございます。

サービスを利用するときは、市町村に要介護認定の申請をします。この要介護認定というのは、介護保険の仕組みの中で一番のポイントであります。医療保険と同じ様な保険証をもらいますが、保険証を持っていてもすぐにはサービスが受けられません。いわゆるサービスを受けたい状況になった場合には、住んでいる市町村に要介護認定の申請を出していただきます。その申請が出て参りますと市町村は大変な事務をしていただくことになります。まず専門家の方、保健婦とか看護婦とかの方が、申請を出してこられたお年寄りの家を訪問し、かなり詳しく調査をさせていただきます。いわゆる訪問調査といったものです。訪問調査というのは、看護婦・保健婦のような専門的な職員が行って行くわけで、その結果についてはコンピュータに入れることになります。現在津市におきましてもそのモデル事業を行っておりますが、

今年のモデル事業の調査項目は、85項目あります。85項目についてまずコンピュータに入れます。コンピュータに入れますと自動的に結果を打ち出してくれます。それに対して、市町村では、申請が来てきたお年寄り全員に対してかかりつけ医の意見書というものを頂くことになります。かかりつけ医がいない方については、かかりつけ医を決めていただいて診察をしていただいた結果に基づいて、意見書を書いていただくということになります。意見書をとっていただくということは、市町村における大きな事務になります。なかなか大変な事務ですが、こういった意見書を必ずとっていただく。かかりつけ医の意見書を頂くと、コンピュータの打ち出した結果が正しいか、妥当かということを判定していただきます。これが介護認定審査会というのですが、これは、1チーム5名の専門家で構成されています。その方々にコンピュータの打ち出し結果が妥当なものかどうか判定をしてもらうことになります。コンピュータ通であればその通り認定しますし、コンピュータの判定がおかしければ、それを審査会の方で変えることになります。そういったことを介護認定審査会でして頂くということになります。

認定を受けますと、それで初めてサービスが受けられます。介護保険では、どんなサービスが受けられるかと申しますと、在宅サービスと施設サービスが受けられます。在宅サービスとしましては、まず訪問介護、ホームヘルパー、それから訪問入浴、訪問看護、あるいはリハビリテーションといったようなもの。以下ずっと続いているような項目がございます。施設サービスとしましては、特別養護老人ホーム、老人保健施設、あるいは療養型病床群といわれるこの3つが施設サービスになります。認定を受けた方は、基本的には、在宅か施設かを選んでいただくことになります。介護保険では、在宅サービスを本来的に重視するということになっております。寝たきりになった場合でもできる限り住み慣れた自宅で引き続き介護が受けられるようにしようというのが介護保険の大きなねらいであります。次に、自己負担は1割です。今までの福祉制度におきましては、利用者負担というのは、所得に応じて負担して下さいというふうになっており、多くの場合は、無料とか安い料金でサービスが受けれております。しかし介護保険の場合は、一律に1割という負担が導入されました。これは、今までの日本の福祉制度を根本的に変える仕組みです。今までの日本の福祉制度というのは、措置費でありますとか、補助金とい

た形で、どちらかというとなんか本人負担はなるべく頂かないという形の福祉行政でしたけれども、介護保険の場合は、一律1割負担ということで、今までの福祉政策を根本から変える政策となっております。今の医療保険と同じです。医療保険の場合も定率負担ということで、本人2割とか家族3割ということになっております。ここで問題になってきますのが、所得の低い方への配慮。月々30万円相当のサービスを受けた場合は、月々本人の負担が1割といいますが3万円の負担がいきます。例えば、ご夫婦二人がそろってサービスを受けるということになりますと、お二人とも30万円のサービスを受けるということになりますと、その1割負担ですから6万円ということになってきますので、なかなか大変な額になる方も出てきます。所得の低い方に対する月々の負担の限度額を低く押さえることが大事になりますが、具体的なことは固まっております。例えば、今の医療制度ですと、高額医療費といった仕組みがあり、月63,600円以上の個人負担が生じる場合には、63,600円で頭打ちということになり、それ以上を超えた分については、医療保険からみてくれるということになっております。介護保険でも63,600円にあたる部分が2万円になるのか3万円になるのかまだ決まっておりますが、低い限度額を設ける必要があるのではないかと思います。

時間がまいりましたので、最初の説明はこれで終わらせていただきますが、いずれにしても介護保険は平成12年4月1日から始まります。この介護保険制度は、日本の従来の福祉制度、現時点で行われている福祉制度を根本から180度方向転換をするような仕組みでございます。まさに措置費あるいは補助金に変え、保険料に財源を求めることから、従来の日本の福祉制度を根本から変えてしまう非常に大きなインパクトのある制度であります。私どもとしましては、実際は、市町村でしていただくわけですが、それに備えまして様々な準備を急いでいるところでございます。ちょうど時間となりましたので、大変恐縮ですがこの辺で終わらせていただきます。ありがとうございます。

## 第2部 シンポジウム (林 智樹地研究員)

今から介護保険と高齢社会ということで、シンポジウムを行います。高齢社会の背景については、先ほど堀川さんからご説明がありました。もう一つ私が若干補足で経過を説明させていただきます。

まずと、介護保健という言葉が出てきたのはつい最近というところなんです。1963年に老人福祉法という法律が出来ました。それ以前は、老人の世話は家族で、家庭ですというのがあたりまえで、それができない人は、「救貧」、貧しい人を救うという意味で、援助が行われてきました。1960年代、この時期救貧だけではすまないということで老人福祉法というのでできあがりました。1970年代に入りますと福祉元年という年を迎えていきます。老人だけではなく、児童や障害者への福祉について、国として責任を持って考えていこうと。1970年代中頃には、有吉佐子さんの「恍惚の人」という痴呆老人の問題がクローズアップされました。1980年代に入りますと、実際に痴呆や寝たきりを持った老人の方が増えてきておりますし、家族の介護もご説明がありましたように家庭機能の低下ということで、難しい。何とかしてほしいという声が出てきました。1989年に国においては、老人保健福祉計画によって10年間で、老人福祉の基盤整備を進め、サービスを具体的に提供していこうゴールドプラン、後に新ゴールドプランが提案されました。その経過の中で、基盤整備等々が進んできたのですが、1994年に厚生省は21世紀福祉ビジョンというものを示しました。その中で、増え続けている介護ニーズにつきまして、国民誰もが、身近に必要な介護サービスをスムーズに手に入れられるように構築していこう、構築していかなければならないだろうという、国としての考え方が示されたわけです。これを受けて国の方もあるいはマスコミも「介護」をどうしたらいいかということ国民に問うわけですね。そこで出されてきたのが、公的な介護システムの必要性ということなんです。

1995年いくつかの世論調査があります。総理府の調査では、80%の国民が公的な介護制度について必要だと答えているわけです。マスコミの調査でも公的な介護制度というのは、必要だというのが、7割から9割。NHKの調査では9割と出ています。介護というのは必要である、それも公的にしてほしいということが示されました。国は、これを受けて翌年の1996年、公的介護保険法という法案を出したわけです。介護保険については、国民の支持はあるのですが、十分議論されていない、国民に示されていないという状況の中で、法案が出された。本当は97年から実施しようというのが国の意向でありました。しかし財源の問題であるとか、基盤整備の問題、市町村会からの反対もありまして、それができなくなりました。その後

論議をしまして、97年に改めて法案が提出されて、12月に法案が通って2000年に実施ということになりました。これが背景であります。それにしても私たち国民にとっては、非常にわかりにくいとか中身が伝わってこないという制度であるわけです。ドイツは、すでに2年前から介護保険を実施しております。ドイツの場合は、実施までに20年間、国民をあげて議論をし、国民の合意のもとで、導入されたという経過があります。それに比べると日本での議論は、3年くらいしかない。国民も介護保険という名前は聞けけれども、中身については、よく解らないというのが今の状況であります。そういう状況も踏まえましてこれからそれぞれの機関で、準備をされている方のお話をお聞きしたいと思います。実際に今準備段階に入っておりますので、そういう状況と課題についてお話をいただくということになります。はじめに、津市の福祉保健部介護保険準備室長の吉川さんの方からご発言をいただきたいと思っております。よろしくお願ひします。

#### (吉川 浄氏による報告)

吉川でございます。私ども介護保険準備室はこの4月から6人体制でその準備のために設置されました。

本年度は、三つの事業に取り組んでおります。

だいたいの流れにつきましては、先程の堀川室長さんからの説明がありましたので省略させていただきますが、まず一つ目ですが介護認定の体制づくりといたしましてのモデル事業です。申請、認定までを平成8年度より全国で試験的に実施しておりますが、津市は今回が初めてでございます。

概ね100名の方で、在宅で何らかのサービスを受けてみえる方50名、施設等に入ってみえる方50名を対象といたしまして、申請から介護認定まで、うち約1割の方のケアプランの作成までを行います。ケアプランは月曜日には訪問介護、火曜日には訪問入浴というような1週間のサービス計画表です。

次に、認定審査会の委員ですが、保健・医療・福祉の専門家で構成し、本番では5名で1合議体となりますが、今回はモデル事業ということで7名の委員で審査をしていただいております。

家庭訪問をしていただく調査員は在宅介護支援センターとか施設の職員9名をお願いいたしました。

かかりつけ医の意見書ですが、これは市町村が取寄せることになっておりますので郵送したり、

直接医療機関にお願いをして書いていただいておりますが、2、3週間かかるのが現状です。

それから、二つ目の事業といたしましては、介護保険事業計画の策定と高齢者保健福祉計画の見直しです。この二つの計画を併行して行っていくなければならないということで、これらの計画のため、本年8月から9月にかけて高齢者の実態調査を実施し、ほぼ9割以上終了しています。

調査は3種類の調査票で65歳以上の方を対象に行いました。

一つ目は高齢者一般調査で、これは現在何のサービスも受けず在宅で生活してみえる方を4,000名無作為に抽出し郵送による方法で行い、二つ目の調査は在宅で何らかのサービスを受けてみえる方等約2,000名を対象に施設や在宅介護支援センターの職員が直接面接による方法で実施しました。三つ目の調査は施設に入所している方、津市には現在特別養護老人ホームが6ヵ所ありますが、そのほか、市外の施設に入所中の方、いわゆる老人病院や老人保健施設に入院してみえる方等で約1,000名を対象に面接による調査を実施しました。

また、高齢者一般調査の中で何らかのサービスが必要と思われる方約1割を含めまして、合計で約6,700名の調査をほぼ終了したところで、現在電算集計しております。

ちなみに、高齢者一般調査は回収率72%、2,800名の回答をいただきました。

こういった調査結果を年齢階層別、状態階層別のクロス集計をしまして厚生省から示される標準となる数字を掛け合わせて津市で介護が必要な人数、総サービス量などを計算します。

来年の3月頃に政・省令が出ますので、例えばホームヘルパー1時間の単価などが決定されますので、それらを全部まとめて津市の平成12年度における総介護費用、保険料等を算出します。

こういったことを介護保険事業計画等に盛り込むことが義務付けられております。

計画は来年の秋には大体の骨子ができるのではないかと考えております。

これが二つ目の事業でございます。

三つ目はシステム開発でございます。

介護保険につきましては、住民基本台帳や国民健康保険等の諸々の情報を必要としますので、そのシステムを開発する必要があります。津市におきましては、全庁的な汎用コンピュータを設置しておりますので、それに合わせたシステムを考えており、将来的には支所でも出張所でも申請ができるようなシステムが必要で独自開発を目指し

ているところでございます。

ほとんどの政・省令が出されてくるのが来年3月あたりですので、細かい設計を委託するわけにはいきませんので、今年度は基本システムまでと考えております。

基本システムは、資格管理業務、保険料納付管理業務、受給者管理業務、給付実績管理業務です。

来年10月から申請の受付・認定が始まりますので、来年の9月頃までにシステムから体制づくりなどの準備を行っていきたくと考えております。

以上が本年度津市が取り組んでおります事業でございます。

(林 智樹研究員)

ありがとうございます。吉川さんには市として、市町村の代表として今日は来ていただいたわけですが、3点報告していただきました。準備としまして、一つは介護保険のモデル事業。これは全市町村でしているわけではないのですが、介護認定基準をどの辺に定めるかというところが関心の的であるわけです。いくつかモデル事業、昨年取り組まれましたし今年も取り組んでその中で介護が必要な程度について認定基準をこれから困の方としてもまとめていくというその事業。二つ目には、介護保険が行われるということで、介護保険の事業計画と今現在作られている老人保健福祉計画、これを見直していくという作業も進んでおります。三つ目は、迅速な対応ができるようにコンピュータを使ったシステムを作っておられる。以上のお話をいただきました。やはり準備が大変ということと先ほどいわれましたように、政令・省令が300くらいの数にのぼる。これが来年の3月くらいにならないと揃わないという発言がありました。介護保険自体が全205条附則4条という非常に細かい法律であります。細かい法律に加えて更に政令・省令でいろいろな基準であるとか規定とか指示というものが出される。そのためのよけいにわかりにくいという部分があります。準備する市町村としては、なかなか準備がしにくいという事情もあるという話をいただきました。

続きまして介護保険を実施していく、実施主体ということでは市町村であります。実際にサービスを提供していくのは地方自治体および社会福祉法人という法人格を持つ民間団体が社会福祉の事業を行うというように、社会福祉事業法には書かれております。次にお話をさせていただくのは、社会福祉法人四日市市社会福祉協議会の総務課長の小川さんであります。公的に認められている社

会福祉法人というところで、実際に老人に関わる福祉サービスを四日市市社会福祉協議会というところはやっておられます。介護保険の導入に関わって、民間といいますけれども、四日市市から委託を受けてやっている公的な性格を持つ団体が介護保険の実施に関わってどのように準備をされ、どのようなご苦労があるのかということをお話ししていただきたいと思います。小川さんよろしくお願いたします。

### (小川順詞氏による報告)

小川でございます。先ほど先生からご紹介をいただきましたように私の所属を正式に申しますと社会福祉法人四日市市社会福祉協議会という名称になります。社会福祉法人といいますのは、社会福祉事業を専門的に取り扱って、事業を行っていくというものでございます。特別養護老人ホームを開設しておられる法人、あるいはデイサービスセンターを開設しておられる法人、社会福祉法人がたくさんございますが、私ども四日市市社会福祉協議会は、ホームヘルプサービス事業をしております。これは、昭和38年から四日市市あるいは、全国的に開始をされたものでそれを引き継いで私どもがしております。社会福祉協議会そのものは、様々な事業を先駆的に取り組んでいくといいますか、民間の社会福祉法人ができてこない時代に先駆的に取り組んできたということが性格上ございまして、現在では高齢者福祉の部門では、ホームヘルプサービスをしているということです。ちなみに参考に申し上げますと私どもは他に障害者が通っていただく施設ということで、知的障害者の方の授産施設、それから実生施設、身体障害者の方の授産施設を市が開設したものにつきまして受託運営をしています。

ホームヘルプサービス事業でございますが、現在私どもヘルパーは、常勤の者、パートの者を含めて人数で申し上げますと84名でございます。このサービスをご利用いただいておりますお年寄りは411名でございます、411世帯と申し上げますか。先ほど林先生の方から冒頭にございました。平成5年度に全国的に老人保健福祉計画を作るということになりました。これは、その前に発表されました、ゴールドプランを実現する道ということになりまして、老人保健福祉計画で四日市市は、210名という数値を掲げたわけであります。実は、ホームヘルパーは今何人いるんだ、数が少ないではないか、いつになったら210人になるんだということを随分ご指摘をいただいております。

した。だが平成7年度の試行を終えまして平成8年度から私どもは、朝の7時30分から夜の19時30分までサービスを提供していこう。中身は1日複数回、30分でも1時間でも行きましょう。朝の朝食の準備をして食べていただき、お昼の準備、夜の準備をして1日3回でも行きましょうというようなことを始めとして平成9年度には、朝の7時から夜の9時まで土曜日、日曜日無しの365日体制。お正月もお盆も何もかも全部しまししょうということでやってまいりました。このことを考えたのは実は数の問題ではなくて、数を上げていくのはサービス提供の中身を変えていく、市民の皆さんのニーズに合致したものにかえていくのが老人保健福祉計画を実現する唯一の方法であるという考え方に基づくものであります。その結果、ご利用いただく世帯は4年間で2.2倍になりました。

介護保険制度の概要につきましては、堀川さんからお話ございましたので、そんなに触れませんが、これによって何が変わるのか、今日は勉強していただくいい機会ですので、私どもの側から見て何が変わるのかということを少しお話ししたいと思います。まず1点は、お客さんの流れが変わります。先ほどの林先生のお話にも少しありましたが、今の手続論、法律上の建前でいきますと私の家でヘルパーが欲しいということになりますと、ここは、津市でありますので、津を例にしますと、津市役所の福祉事務所へ行って申し込むということが原則であります。そのサービスを提供する責任といいますかサービス実施体は、津市役所でございます。これは、たまたま津市役所が津市社会福祉協議会なり高田光寿園さんなりに委託をされるということはあるかもしれませんが、責任としては津市役所ということになります。介護保険制度によりますと、申請をする、そして調査を行いまして認定審査会までは行政側の責任であります。そのことを委託される場合もありますかとにかく手続きとしてはそうであります。それからどこかのケアプランナーを選んで私の介護料がいくらだからということでケアプランを作ってください。その次にそのケアプランに基づいてその中にヘルパーというコマが2コマありますとどこのヘルパーさんを使うかということは市民の皆さんの判断です。ですから今度は社会福祉協議会の立場に戻ってみますとお客さんの流れは、今までは市役所がお客さんを連れてくるという状態から、市民の皆さんが社会福祉協議会のヘルパーを使うか、こちらの法人さんのヘルパーを使うかということは、ご自由でございまして、ここにサー

ビスの競争が始まるといわれております。本来は地方自治体が、ホームヘルプサービス事業を提供するわけですが、それをどこかに委託をする。四日市市はまさに四日市市社会福祉協議会に委託をされておりますので、私どもの経費は委託料という形で入ってまいります。これが今度は、利用された実績に基づいて入ってくるわけでありまして、事業実績方式といってすでに準備は始められております。

事業実績方式によると、かなり稼働率を上げて仕事をしていく必要がございます。ということは、1時間と決められたらきちんと1時間仕事をして次の家に行ってということになってまいります。何が変わっていくかといいますと、ヘルパーが1日に5件も6件もということになってきますと、ゆっくりお話をしている暇がございません。利用者の方は「あなたを待っていたの。そうじはいいから少しお話し下さい」そう言われてもそんなことをしている暇がないんですね。ですからかなり稼働率を上げて事業実績を上げていかないと経営的に保たなくなってくるということがまず1点変わってきます。すでに申し上げましたが2点目は委託料から介護報酬という実績が変わるということです。これは実は、皆さん方風邪を引かれて病院に行って診察を受けられて診療代、治療代を払いますね。そのときに病院側は診療報酬ということで経費を得られるということです。ホームヘルプサービス事業と比べてみますと決定的に違うのは、医療機関の場合は、病院の待合室に10人、20人のお客さんを待たせておいて診療ができるということです。私どものホームヘルプサービス事業は、Aというヘルパーが1日に5軒の家を持って回っても、その利用者の方は、特別養護老人ホームへ行かれたり病気になって病院に行かれたり、お亡くなりになったりということでしょうっちゅう動かれます。しょうっちゅう動かれるという状態は、次から次へ、はい次はこの方の所に行ってホームヘルプサービスを行ってというふうにうまく回転するものではありません。介護の場合は待てる場合待てない場合いろいろな状況を含めてそんなにうまく次から次へとお客さんが見つかる状況のものではないというふうに思っております。このことでも委託報酬から介護報酬が変わっていく上での苦しみというかわずかしさがあります。

このような状況から、現在、何通りかの介護報酬のシュミレーションをして経費の計算を行っています。何通りかの職員の配置の状況、これは端的に言いますと常勤的な職員とパートヘルパーの

組み合わせて、どういものができあがってくるかということ絶えずシュミレーションしているというのが現状であります。以上です。

(林 智樹研究員)

ありがとうございました。在宅福祉サービスであるとか施設サービス等々、今実際に行われているわけですが、これが介護保険が導入されますと介護報酬という、いわば時間単価でお金が入ってくるといった仕事に対して、収入が得られるという形になるわけですね。四日市市の社会福祉協議会さんでは、むしろ数を上げるのではなくて、内容。お年寄りやその家族が満足できるような中身の濃いサービスを提供しようと今まで努力されてきたわけですが、これが介護報酬という時間単価で計算をするという方法に変わりますと、やっぱり質よりも量、数をこなさないとやっていけないという問題があります。ただこれも今まだ決まっていますが、介護報酬がどれだけの水準で設定されるかということですね。例えば、1時間のホームヘルプサービスに対して5,000円を手当するというふうに決まれば、まだいいかなと。それが2,000円とか3,000円とかという設定になってきますと逆に本当に数をこなしていかなければ、収支が合わない。高い人件費を払ってはいられないという状況が出てくるわけがあります。そういう課題もあるということをごさご理解をさせていただきたいと思えます。

それでは、続きまして三重県の国民健康保険団体連合会の事務局長をされておられます杉浦さんにお話をいただきたいと思えます。今現在は医療保険の支払いであるとか、審査の仕事を担当しておられます。これに介護保険の支払いであるとか審査という事務的な手続きが新たに加わるという状況を迎えて、今どのような準備であるとか課題があるのかということをお話いただきたいと思えます。杉浦さんよろしくお願ひいたします。

(杉浦幸生氏による報告)

杉浦でございます。よろしくお願ひ申し上げます。今、林先生から私どもの事務所の名前をいわれました。実に14文字ありまして皆さんは、お聞きになったことも初めてという方も多いと思えます。通称国保連合会というふうに我々は言っておりますが、先生からもお話がありましたように私どもの主な仕事と申すのは、医療保険におきます国民健康保険の加入者、県下で63万人ほどみえるわけですが、その方たちが医療にかかられた

請求書の審査と支払いをしております。だいたい毎月請求書が60万枚で、支払額は150億円近くになっております。150億円私どもは毎月支払いをしておりますが、見たことはありません。どのくらいになるのかさっぱりわかりませんが、とにかくそれだけの医療費というのが本来国民健康保険に加入されている方は使われている。そういう実体というのをご理解いただきたいのと、私どもはそれ以外にいろいろと市町村の仕事をしております。

私は今日、医療保険制度と介護保険制度を対比しながらそこを切り口として介護保険の問題点をご理解いただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひ申し上げます。日本は国民皆保険、皆が保険に入る、強制的に医療保険制度に加入をするということになっております。昭和36年にこの制度が出来たわけですが、今ではいつでも24時間、どこでも沖縄県であろうが、北海道であろうが等しく、どの県にいても同じ単価で質の高い医療が受けられる。これが被保険者証ですけれども、一枚持っていればそういった医療提供が均一の単価で受けられるという制度になっております。これが日本の医療水準を支えた最も大きな要因ではなからうかと思えます。こういった医療面でのサポートがあってこそ、福祉社会になり得たといわれているわけです。しかしながら昭和36年に制度ができてから30年以上たちますが、実は医療保険制度が非常に様変わりをしてきております。といいますのは、皆さんご承知のように生活習慣病、いわゆる成人病が非常に増えてまいりまして、医療で症状は押さえられても治癒しない、そういった疾病が非常に多くなってきている。そのために医療保険制度が果たすべき役割というのがやはり変わってきている部分があると思っております。それはすなわち高齢化社会というものに関わってくるわけですが、そういった部分というのが一つ問題点としてあるということをご理解いただきたいと思えます。それと先ほど堀川さんがいわれました少子高齢社会という部分でも実は非常に大きな問題点は、若い人たちのグループと高齢者といわれる老人とのグループとの医療費の単価が5倍以上の差がある。若い人の医療費は年間14万、15万円だと思えますが、お年寄りはこれが60万、70万円といったように、単価が非常に高い。そうしますと少子・高齢社会になってきますとそういった医療費を負担する側が少なくなってきますから、医療保険制度が支えきれなくなってくる。従ってそういった意味では、医療保険制度も介護保険制

度と並んで改革というものを今求められているということをご理解いただきたいと思います。

3番目の問題点と致しましては、医療保険は介護的な要素の部分に多く寄与をしているわけです。特に一番大きなものは老人保健施設という、いわば病院と在宅との間を経由する老人保健施設というのがあります。ここは月々約27万円、年間で約330万円の費用が必要で、保険で給付しております。それからもう一つは、大きな病院なり中小病院で、今病院というのは、短期の患者さんを入れた場合は報酬が上がる。長期に入院させると報酬が下がるというようなシステムになってまして、病院の追い出しということもいわれておりますが、そういった長期の療養を専門とするベットを置いている病院がたくさんあります。療養型病床群といいます。少ない人件費である程度採算があるということでベットを療養型に変えているところも多くあるわけですが、そこでは約毎月39万円、年間470万くらいの医療費がかかるわけです。これを全部保険で給付をしているわけですが、そういった部分は本来介護的な要素が非常に強い。従いましてそういったものを今医療給付で負担しているがために非常に医療保険の財政が厳しくなっている。それを今回介護保険に移すとなりますと今の医療保険の入院医療費の約2割近くが介護保険に移っていくのではないかとされています。そういった意味で介護と医療とというものの線引きが非常に曖昧になっている。これが介護保険ができれば少し明確化されるのではないかとというようなところで。

今度は、対比をしながら問題点をあげさせていただきます。一つは、負担と給付のバランスという面でご理解をいただきたいと思えます。実は、国民健康保険の場合今回の介護保険と同じように市町村が経営をしております。そこで三重県69市町村があるわけですが、保険料の格差を調べてみますと高い市町村と低い市町村とでは約2倍保険料に格差があります。医療費でもやはり同じように1.9倍の格差があります。同じ三重県というエリアに住みながら市町村でこういった格差が生じています。なぜ格差が生じるかということは、医療機関数が多いかどうか、ベッド数が多いかどうか、またその市町村が健康作りにどれだけ力を入れているかどうか、そういったことによって市町村間でこういった差が出てきているという実体があるわけです。介護保険でも実は、保険あって介護無しというようなことを言われてみえるみたいですが、市町村によってエリアによ

て施設や在宅サービスの格差がやはりあるだろうと思っておりますし、都市部と市町村部でもこういった格差は顕著になるだろうと思っております。今三重県では広域化というのを非常に進めてみえるようですが、広域化というのは住民の理解が得られるかどうかというところで非常に難しい部分があるのではないかと思います。国保はそれだけの格差があっても広域化は一つも進んではいません。69市町村が69通りの運営をしている。そこらへんの介護保険との乖離といいますか、部分があることを押さえておきたいと思えます。

二つ目は、将来的な負担の問題であります。医療費をみますと老人の医療費は毎年2桁伸びております。10%台の伸びで医療費が伸びているわけですが、伸びている一番大きな要因は、老人の数の増加です。老人医療費が増えることによって医療費が2桁台毎年伸びております。それを裏返しますと介護保険も対象者数とか受給者数が増えれば当然今のお話では、3年間は保険料は据え置きですが、3年後には果たしてどれだけのものになるのかということが読めないわけです。先進国ドイツでも実施の翌年には保険料を上げざるを得なかったというようなことも聞いております。もしそういった財源がないなら介護認定にまで及ぼしてくるようだと、大きな問題ではなからうかと思っております。そのへんは、これからは健康な老人づくり、こういった部分で相当力を入れていく必要があるのではないかと考えているところであります。

3番目にもう一つ押さえていただきたいのは、保険料の未納者対策です。実は、被用者保険、要するにサラリーマン、会社員とか公務員とか学校の先生などは、源泉徴収で保険料を取られますから否応なしに給料をもらったときには保険料を引かれているということになるわけです。国民健康保険は自主納税でございます。市役所から納付書が送られてきてそれに基づいて市役所に払いに行く。自動引き落としもあります。自主納税ですから国民健康保険の場合は、未納者対策に市町村が四苦八苦をしております。県下の平均で今94%位でございます。6%の人は払わないのか払えないのか非常に線引きが難しいところですが、未納者がいるということになるわけです。今度の介護保険ですと今お話がありましたように1号被保険者の年金の低い方たちは、普通徴収ということで市町村が徴収をしなくてはなりませんし、2号被保険者の国民健康保険に入ってみえる方については、今の国民健康保険料に上乘せして取ると

いうことになっております。未納者が多く出てきたときにはたして介護保険も倒れるし国保も倒れるということになりはしないかという、オーバーに言えばこういった未納者対策というのが非常に大きな問題になるのではと思っております。

以上私の時間が参りましたので介護保険への期待を込めて、介護保険が創設されることになりまして、国民健康保険の各市町村の運営が少しでも余裕ができますことを期待いたしまして私の話を終わらせていただきます。ご静聴ありがとうございます。

#### (林 智樹研究員)

ありがとうございました。先ほども介護保険の概要ということで堀川さんからお話をいただきましたが、今回は、いろいろな課題を持ちながら三重県としては、どのような対応をしていくか。都道府県の段階では、そういう市町村の支援であるとか、民間企業の参入というのもありますので、事業者の支援・認定という役割があります。広域で上手に運営をしていく所も指導していくという役割もありますので、そのあたりのことにつきまして、堀川さんからお話をいただきたいと思っております。

#### (堀川芳毅氏による報告)

引き続きまして三重県における対応ということにつきましてご説明をさせていただきます。

私ども三重県として現在市町村にお願いしまして、高齢者保健福祉計画の100%達成ということ強くお願いしております。先ほど四日市市の小川さんから指摘をいただきましたが、とにかくサービス水準を引き上げようということに一生懸命になっております。例えば在宅サービスの代表的なものとしたしましてホームヘルプサービスがあります。ヘルパーさんが、寝たきりのお年寄りの家を訪問して、身体介護とか家事支援とかいった体を清潔にしてあげるとか、あるいは掃除洗濯をしてあげるといったような様々な行為をしていただくわけですが、ヘルパーさんが一番在宅を支える柱になってくるだろうと思われまます。三重県としましては、三重県高齢者保健福祉計画といったものに基づいて、平成11年度末のヘルパーの数字を、それぞれの市町村の数字を積み上げたようなところですが、1,615人というふうに置いております。現在どれくらいの位置までできているかといいますと、だいたい1,200人を超えたところでございませう。市町村のいろいろなお話を承りますと平成10

年度中には後300人くらいはいけそうだとということで、来年度を加えますと1615人という数字はまずは達成できそうだと状況になってきております。ただこれは、四日市市の小川さんから指摘もありましたように内容が問題でありまして、単に数を揃えればよいという問題ではありません。やっていただく中身といいますか、あるいは利用していただく世帯を増やすということが大事になってきます。とにかく介護保険が始まりますとホームヘルパーに対する需要というのが急激に増えるだろうというふうに見込まれております。

現在の仕組みですと、住民の方からの申請に基づいて市町村がそれを決定してサービスを提供しているということになっておりますが、現時点でのサービス利用者というのは必ずしも多い状況ではないと思われまます。例えば自宅で寝たきりとか虚弱、痴呆といわれる方がみえる家庭でもそれほど公的なヘルパーさんを利用しているわけではないという状況です。これは何故かといいますと「あそこはちゃんとお嫁さんもいるのに」と親戚からうるさいことをいわれるとか、近所の目、世間の目とかを気にしてなかなか利用がされないといった風潮が三重県ではまだまだ特に郡部を中心としてございませう。ところが介護保険が始まると保険料を必ず払っていただくことになりませう。例えば、2,000円か2,500円になるかはわかりませうが、そういった該当者が1世帯に3人みえれば7,500円を月々負担していただくといった状況になってまいりませう。そうしますと当然権利というものが生まれてまいりませうので、今皆さん方が病院とか診療所に行くことについて何ら抵抗はないと思われまます。保険証を持って具合が悪ければ病院とか診療所へ行く、そういったことに対して恥ずかしいとかそういう感覚はまずないと思われまます。介護保険も保険料を払っていただきますと、ホームヘルパーを頼むことについてそれほど抵抗感がなくなっていくのではないかと思われまます。そうしますとせっかく保険料を払っているのだから是非とも利用しなくてはいけないという意識になって、ホームヘルパーに対する需要というのが急激に増えてくるだろうと思われまます。新ゴールドプランでは、全国で17万人のホームヘルパーの確保を目標としております。この全国で17万人についてもおそらく達成できるのではないかと思われまます。厚生省の試算では、2010年には57万人のヘルパーが必要だという計算もされております。まさに17万人から約4倍近い数字になるわけですが、それに対応してそれぞれの市町村がホームヘルパーを

確保できるかといったことも一つの大きな問題となっておりま

す。同じく在宅を支える仕組みとしましてデイサービスというのがあります。これはデイサービスセンターといったところに日中お年寄りが行って、お風呂に入ったり食事をしたりあるいはリハビリ的なレクリエーション的なものを受けていただく、朝9時半とか10時くらいから夕方4時くらいまでこういったところで過ごしていただくというものです。このデイサービスというのも在宅サービスの中で非常に大事なものだということで、三重県では平成11年度末までに目標178カ所というふうに置いておりますが、これも何とか達成できるのではないかという見通しになっております。在宅を支えるもう一つの大きな中心的なものに訪問看護というのがあります。訪問看護ステーションというところにいる看護婦さんが医師の指示に基づいて週に1回とか2回在宅の寝たきりのお年寄りのところを訪問して医療的な看護をするということです。この訪問看護といったものも非常に需要が増えてくるというふうに思われております。三重県では、平成11年度末に35カ所。これは1カ所平均看護婦5.5人という数字を置いております。現時点ですでに32カ所ございますのでこれについても35カ所という目標は間違いなく達成できるであろうと思います。またショートステイ専用ベッド、これは特別養護老人ホームにショートステイ専用ベッドというのがあります。例えば1週間とか10日寝たきりのお年寄りを預かっていただくというもので、目標を1,000ベッド余り予定しておりますが、これも間違いなくできるというようなことで、高齢者保健福祉計画の県全体としての目標達成はだいたいできる見通しとなってきました。

ただこれも介護保険をスタートさせるためには、最低レベルの水準でありまして、まだまだ低いということで、これから市町村では、介護保険事業計画といった平成12年度をスタートとする計画を作っていただくことになっております。そのための大規模な調査を現在していただいております。冒頭に津市の吉川さんの方からご紹介があったところでございますが、介護保険事業計画に基づいてサービス基盤を飛躍的に高めていくということになっております。これはおそらく在宅が中心になってくるのではという気がいたしますが、施設も私どもとしては引き続き重要だと考えております。例えば特別養護老人ホームについては、三重県では来年度の目標を4,610人分としていますが

現在は4,300人を超えておりますので、これについても4,610については達成できるだろうというふうに見ております。特養とよく似た老人保健施設というのがございます。これはリハビリを中心とした施設になってくるのですが、これにつきましても4,500床分ということになっておりますので、これも間違いなく達成できるであろうということです。在宅入所とともに当初の高齢者保健福祉計画に基づく数字は何とかいけそうなんですが、申しましたようにこれはまだまだ低い数字です。これにかなり上乘せをして行かなくてはけません。

介護保険では、要介護度に応じたサービスが受けられるということで、例えば要介護認定は、6段階に分かれて認定がされます。一番軽い方は、要支援。要支援といえますのは、予防給付といまして、寝たきりとか痴呆になることを予防するための予防給付というものを受けられる方です。予防給付ですと月の上限が6万円くらいのサービスが受けられるということになります。これは在宅の場合です。次の要介護と認定されますとこれは5段階に分かれます。要介護度1ですと月に14、5万円程度のサービスが受けられます。要介護度2となりますとこれは中度になりますので、月16、7万円くらいのサービスになります。あるいは要介護度3は重度ということで月に20万円くらいのサービスが受けられます。要介護度4ですと最重度ということでこれは少し幅があるのですが23万円から27万円くらいまでのサービスが受けられます。要介護度5といえますのは特に過酷なケースということで最近新たな額が示されまして最高額が36万円くらいのサービスが受けられますというような状況が示されております。

そこで問題となってきますが、特に過酷なケースで36万円のサービスが受けられますというふうに認定された方が、36万円分のサービスが果たして受けられるかという問題が出てくるわけです。自分が住んでいる市町村における介護サービスが貧弱であれば、せっかく36万円という認定を受けてもその半分のサービスしか受けられないという状況が出てまいります。それではいけないということで、今言いました介護保険事業計画に基づいてそういった基盤整備を大急ぎでして下さい、おおむね5年間くらいの間で市町村は本来介護保険が求める水準まで引き上げて下さいということになっております。平成12年のスタート時点では、20万円とか30万円と認定された方が、20万円、30万円分のサービスを受けるのは難しいかもしれません。

ただ介護保険法上、そういったところはそれはそれで構いませんというふうに許されております。そういったところにつきましてもは大急ぎで、だいたい5年間をめどに本来介護保険が定めるサービス水準を確保して下さいということになっております。それを確保するための手段が介護保険事業計画というものになっております。とにかく市町村における一番の課題と申しますのは、サービス基盤の確保ということになっております。今までは、市町村が責任を持ってサービス基盤を確保しなさいということになっておりましたが、介護保険では、市町村は自分の市町村内における体制を整える必要はあるわけですが、サービス提供体制は、従来通り市町村の社会福祉協議会が中心となっても結構ですし、あるいは特別養護老人ホームといったところを運営する社会福祉法人でも結構です。あるいは、医療法人でも結構です。場合によっては株式会社組織のところ、ホームヘルパーとか訪問入浴というものをしていただいても結構ですということになってきますので、市町村の役割というものが今までのサービス提供の主体からコーディネイト役、サービス提供を調整する役が変わってくると思います。株式会社であれ、社会法人であれ社協であれあるいはボランティア団体、NPO的なところも含めて自分の市町村、津市なら津市におけるサービス基盤がきちんと整うように行政としてしていただく。それについては今すぐでは無理でありましょうから大体向こう

5年間くらいかけてしていただくということになっております。時間の関係で基盤整備だけに絞らせていただきましたが、介護保険を実施するにあたって一番重要なのは、自分の住んでいる市町村においてきちんとしたサービス提供がされることであると思います。そのために私ども県と市町村が一緒になって、取り組みに一生懸命になっていくということです。以上でございます。

(林 智樹研究員)

堀川さんより、県全体としましては、一応目標を立てた数字では、達成できる見通しはある。一方それはあくまでも最低基準であって更にニーズというのは、制度が始まりますとだんだんと高まっていくものであります。それに対する質や量というものを描いて行かなくてはいけないと、そういうお話をいただきました。どうもありがとうございました。今日の議論の中で、「保険あって介護無し、保険あってサービス無し」というフレーズが何回か出てきました。こうならないためにも、私たち市民、県民の意見が反映できる、反映していくという仕組みも一方では必要かと思えます。時間の関係で皆様のところでは消化不良で物足りないということもありますでしょうが、引き続き介護保険については、関心を持っていただいて勉強なりしかるべき所に意見を表明していただきたいと思えます。

## も や い 直 し

坪原 紳二

年明け早々、四日市と並ぶ公害の原点・水俣を訪れた。JRの駅から出ると、真正面にチッソの正門が控えている。かつて市の、面積で4分の1、税収で5割以上を占めていた企業の面影はないが、依然水俣にとつての顔なのである。しかし駅の横には斬新なデザインの交番があり、その隣には巨大な木造ドームの覆う広場がある。93年に作られた「ふれあい館」である。水俣病が顕在化してくる過程で、あるいは補償金の支払いが進む中で、患者、地域住民、チッソの労働者、未認定患者、お互いの人間関係は差別的・対立的なものとなってしまった。このいったん壊れた人間関係をもう一度結び直すべく、現在「もやい直し」を合言葉に、ハード・ソフト両面からさまざまな事業が進められているのである。一方環境についても、再

生の試みが始まっている。水銀によって汚染されたヘドロを浚渫、埋め立て海とは遮断し、埋立地上では県が環境と健康をテーマに公園整備に取り組んでいる。

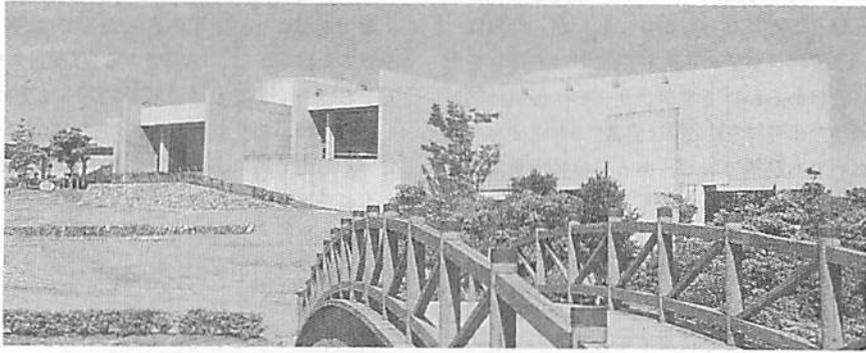
この公園に隣接した小高い丘の上に、水俣市立水俣病資料館がある。93年1月オープンしたばかりの真新しい施設で、館内には映像展示室、パネル展示室の他、患者が見学者に直接自らの体験を語る「語り部屋」もある。同じく公害の原点・四日市にこうした施設が無いことを考えると、水俣市は公害の教訓を残すため意欲的に取り組んでいると言うことができよう。

ただ展示内容には若干、疑問を抱いた。病気の実態(医学的メカニズムも含め)、90年代に入ってからとの和解に向けた動き、前述の環境再生事業

などが中心で、水俣病が激発するに至った歴史的経緯が分からないのである。チッソによる水質汚染は戦前すでに始まっており、また水俣病が公式確認されるのは1956年だが、チッソは1966年まで廃液の無処理垂流しを続ける。この間水俣市、熊本県当局は何をしていたのか。漁民、企業労働者、一般市民はどう解決に取り組んだのか。またなぜ、90年代まで解決が持ち越されてしまったのか。こうしたことが展示からは読み取れない。単に、

「経済第一主義が悲惨な公害を招いた」と語られているに過ぎない。したがって、「水俣病の教訓」という言葉が随所に見られるが、その具体的中身が分からないのである。

歴史の総括なくして、本当の意味での「もやい直し」も「環境再生」もあり得ないと思う。幸い同資料館には、4,000余点に上る水俣病関連資料が所蔵されている。これを丹念に読み解いていく作業が、依然、求められているのかもしれない。



水俣病資料館

## 〔 受 入 図 書 一 覧 〕

本研究室で平成10年11月以降に受け入れた図書は次のとおりです。

- |                         |           |                        |
|-------------------------|-----------|------------------------|
| 平成10年度国定資産概要調査          | 津市        | 山本健慈・高倉嗣昌・木村純          |
| 平成9年度決算報告書              | 津市        | 地域住民とともに               |
| 平成9年度津市歳入歳出決算書          | 津市        | 大前哲彦・千葉悦子・鈴木敏正         |
| 平成9年度津市歳入歳出決算附属書        | 津市        | 学校型教育を超えて              |
| 平成9年度津市一般会計歳入歳出決算等審査意見書 | 津市監査委員    | 鈴木敏正                   |
| 財産に関する調査(土地及び建物の内訳)     | 津市        | 生涯学習を組織するもの            |
| 平成10年版 環境白書 三重県版        | 三重県       | 神田嘉延・遠藤知恵子・宮崎隆志        |
| 平成10年版 明石市の環境           | 明石市       | 生涯学習時代の社会教育            |
| 平成9年版「税務統計書」第41号        | 三重県総務局税務課 | 生涯学習時代の人権              |
| 三重のくまにづくり宣言             | 三重県       | 黒沢惟昭                   |
| 産業廃棄物処理法令・通達・条例集        |           | 生涯学習時代の人権              |
| 厚生省生活衛生局水道環境部計画課        |           | 黒沢惟昭・森山沾一              |
| 地理学文献目録第10集〔1992～1996〕  |           | 日本社会教育小史               |
| 人文地理学会文献目録編集委員会         |           | J・E・トーマス               |
| 都市圏活断層図                 | 国土地理院     | 生涯学習と開かれた施設活動          |
| バクテリア課長叢書               | 渋谷謙三      | 大堀哲・村田文生・斎藤慶三郎         |
| 生涯学習と社会参加               | 佐藤一子      | 高齢者教育論                 |
| 生涯学習と地域活性化              | 瀬沼克彰      | 松井政明・山野井敦徳・山本都久        |
| 生涯学習と社会教育のゆくえ           | 佐藤晴雄      | 生涯学習と学校五日制             |
| 自己教育の主体として              |           | 岩淵英之                   |
|                         |           | 市民が創る生涯学習計画「月刊社会教育」編集部 |
|                         |           | スクールカウンセラー事例ファイル④非行・校内 |
|                         |           | 暴力                     |
|                         |           | 高野清純                   |
|                         |           | キレル子、キレない子             |
|                         |           | 石田一宏                   |
|                         |           | 学校5日制の実践的展開            |
|                         |           | 西村文男・天笠茂・堀井啓幸          |
|                         |           | 学校5日制で教育はどう変わるか        |
|                         |           | 高階玲治・深谷昌志・葉養正明・有園格     |