

## 連合北海道地域医療・介護問題対策委員会 学習会講演録

2014年4月4日(金)

ポールスター札幌 2階「コンチェルト」



### 地域・在宅医療を支える介護保険制度の改善とセーフティネットとしての老人福祉法の復権を

講師：全日本自治体退職者会 事務局次長 中西 満 氏

皆さん、こんにちは。ご紹介いただきました自治体退職者会という自治体職員の退職者組織で事務局次長をさせていただいております中西と申します。今日はこういう一緒に学ぶ場所にご招待いただきまして本当にありがとうございました。私自身も駆け出しで皆さんの方がよりお詳しい方がいっぱいいると思いますが、ただこの間の特に介護保険制度の見直しに関してウォッチングしてきたり、あるいは退職者連合を通じて様々な取り組みをしてきたということで、その現状と課題を中心にご報告をさせていただければというふうに思っております。一応70分



ということですので駆け足になるかもしれませんが恐縮ですが宜しくお願い致します。最後に配っていただいたと思いますが、この自治体の職員の全国組織のニュースなんですけれども、先ほどご挨拶にもありましたけれども総合確保法案が4月1日に衆議院でいよいよ上程されました。大変長い名前で「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する為の関連法律の整備等に関する法律」ということで、たぶん関係法19法の法律を一括でやるということでありました。これは、やはり個々の法律そのものに大変大きな問題があるわけですが一括法で十分に審議が出来るかどうかという事も大変問題です。実はつい昨日なんですけれども、朝、民主党の衆参の議員さんの部門会議に呼ばれて、説明するというよりはたまたま私の義母が要支援だったものですから、要支援を切られたらどうなんだという事で、その立場で説明しろという事がありました。それほど家で介護をしているわけではなかったんで大変心苦しかったんですけど、山井議員を中心として、そこに相原議員とか厚生労働委員の皆さんと一緒にこれから取り組むという決起集会的な意味もあったわけですが、いよいよ本格的にこの法律に対する取り組みが進んでおります。先ほど今日の趣旨についても医療という事も入っていると思いますので、私の言える範囲でご報告できればと思っています。このニュースはその内容が前段で入っているのでお配りさせていただきました。

## ■介護保険制度以前の高齢者福祉

さっそくお手元にレジュメと資料集と2つあると思いますので、これに沿ってご報告したいと思っています。大変長ったらしい題を2つつけたわけなんですけれども、今日のテーマで、私たちは今まで自治労でやっている運動の時もそうですし、私自身は終わってから八王子市の中でもやってきたんですが、やはりできるだけ地域、在宅での暮らしを支えるという仕組みを作っていくという事を言ってきたわけなんです。介護保険そのものがご承知の通り2000年

にスタートして、14年目を迎えているんですけども、改めて制度の根幹が見直される中でこの介護保険制度を作ったのは全国の自治体の皆さんも含めて先輩の皆さんが連合の皆さんが作ってきたわけです。あるいは認知症の家族の会の皆さんとかです。そういう中ではかなり大きな期待のもとで作ってきたわけですが、14年目で大きなほころびが出てきたのではないかなと思っております、今度の制度改正がそのほころびを繕っていくのか、それとも更に大きなものにしてしまうのかという大変大きな分かれ道にきているという事で、その原点である「地域、在宅生活」という事を入れました。もう1つはセーフティネットとしての老人福祉法についてです。つまり2000年に介護保険ができた時も、介護保険の創設をもって老人福祉法の支援が無くなるという事ではないという事が確認されていまして。いろいろな事情で病気や介護で低所得のまま介護が必要な方が介護施設に入れずに様々な生活保護施設とか、あるいは無届施設に行政を通じて入らざるを得ない高齢者が多くいます。マスコミで「漂流する高齢者」とかいろいろな形でキャンペーンをされていますが、その中で行政も本当に必要な人に人権なり命を含めて守る、そういう為の老人福祉法があるにもかかわらずなかなかそれが機能しない現実があります。逆に措置をしないで無届施設を紹介するという自治体がかかり出ているわけです。

こうした現実の中で、高齢者福祉の基本法でありセーフティネットとしての老人福祉法の復権が必要とであり、それなくして介護保険だけでは高齢者の人権、生活は守れないという点を痛感しています。

私は昔、さっき履歴で言っていたように自治体の社会福祉評議会という全国組織に6年程いました。北海道の皆さんからよく養護老人ホームの見直しが大変進んでいるが何とかならないのかというお話がありました。低所得で家族生活ができない、お一人で生活できない方を受け入れる養護老人ホームがどんどん縮小されたり民間に移譲されたりして、あるいは措置をしないということが自治体の財政逼迫の中で進んできたわけですが、今年になってようやく少し見直しがありましたので後ほど触れたいと思います。いずれにせよ2000年の介護保険施行時に私たちが求めたのは、「家族介護から社会的介護」、「高齢者の尊厳の保持」、「社会的な入院の解消、地域在宅で生活への移行」でした。それから4つ目は「措置から利用者が実際にサービスを選択する制度」の実現でした。そして最後に、当時も劣悪でありましたが、「介護にかかわる労働者の雇用、労働条件改善、安定的な、人材の確保」も大変重要な目標でした。しかしながら14年目の現状はどうかということで非常にいろいろ問題があるわけです。

## ■ 介護保険制度の仕組み

次に制度の根幹がいくつか見直されていますのでおさらい的に「介護保険制度の仕組み」について触れたいと思います。この介護保険制度は介護の社会化と先ほど言ったようにそれを目指したわけでありまして。制度の特徴としては、「税と保険」で組み立てるということで社会連帯としての社会保険方式と。当時もいろいろと議論はありました。税でやるべきだとか、保険で負担するのは問題だとかいろいろありましたが、安定的に長期に作るために社会連帯としての社会保険方式でいこうということでスタートしたわけでありまして。その時も自ら申請できないような高齢者に対しては、きっちりと老人福祉法の措置を残し、介護保険から洩れる方についてもその権利を守ろうというのが当時の考え方でありました。

具体的な仕組みであります。保険者は市区町村、かなり合併がその後進みましてので現在1,700団体位ということで、福岡のように100近い自治体が広域連合を1個作っているところもありますが基本的には保険者は市町村。それから被保険者は65歳以上が1号、それから40歳から64歳までが2号ということで、2号の被保険者の場合は特定の疾病についてのみ給付する。16疾病あります。当時は何歳から被保険者にしようという議論があったわけですが。それは後発の韓国とかあちこちでもどこからスタートするかと大変だったのですが、基本的に40歳以上という事で全年齢まで広げるという事は後の課題にすることになりました。財源は先ほど言いましたように公費が50%、これは国25%、都道府県と市区町村で残りの25%を半分ずつと。そして、あとは保険料としては、1号被保険者の65歳以上の方の人口と、それから2号の人口との割合でその財源を案分するという形になっています。現行は21:29という事で1号被保険者が21%、2号が29%という形になっています。利用の都度1割というのが財源であり

まして、運営上の経費は若干一般財源で措置するという事になっております。

財政調整は、調整交付金と財政安定化基金の2つがあります。この中で、財政調整交付金ですが、全国知事会や市長会も改善を求めています。国の25%のうち5%が原資ですが、その全額が市町村にわたるわけではありません。例えば、八王子市でも、国からくる調整交付金は5%ではなくて2.3%位です。そうすると全体で100%とするためには足りない2%はどうするかという1号被保険者の保険料に上乗せします。「後期高齢者が多い・全体の所得水準が低い自治体」はこの調整交付金が5%分ではなくて10%位の所もあります。これは調整財源です。ただ知事会や市・町村会は、財政調整財源は、国負担分の5%ではなくて、「別財源」でやってくれと要請しています。八王子市でいえば、様々なニーズがある中で、25%位のところを22%位しか来ないと、これでは財源が足りないわけです。不足分は全部「1号保険料」にかかるわけです。そうすると1号の保険料も上がると、こういう事になるわけでありました。

それから財政安定化基金は借金です。見込みよりも給付費が増えてしまったという時の調整財源であります。借金ですから返さなければならぬ。基本的には3年ですけれども、前回延ばして最大9年までです。9年間借金しますと介護保険財政は国の国債の償還と同じでその償還財源を予算に計上しなければならぬという事で、大変苦しい状況になっています。

個々の保険料ですけれどもこれは応能負担という事で大体国のモデルでは、第4段階を平均値にしてその所得水準によって、一定率で減額や増額を行っています。たぶん札幌市の所得区分は最大8か9段階位までいっていますよね。ですから札幌市の基準額は4,600円台だったと思いますが、所得水準によってはその倍の月9,000以上、年間110,000位払う事になると思います。そういう応能負担になっているという事でありました。

利用手続きについては、先ほど申し上げた通り手を挙げなければサービスは利用できません。それまでは「やっぱりあの人は支援しなければまずいかな」という事で福祉事務所とか民生委員の方が声をかけてサービスを提供していました。しかし介護保険では、手を挙げなければサービスを利用できないという事で、結局このサービスを利用せず、老老介護だとか認知症で介護していて孤独死をしてしまったりとか、家族兄弟ごと亡くなるとか、そこに介護のサービスが入らないというような事がありました。これが「申請主義の落とし穴」であり、これを行政がどう埋めていくのかというのが大きな課題だと思います。

認定についてはスタート時は要支援は1区分のみで、要介護は5区分の全部で6段階でした。覚えていらっしゃる方もいると思いますが、2005年の制度改正、2006年からスタートした時に要介護1を「要支援1、2」と分けて、要介護の5段階とあわせて7段階になりました。

利用料については費用の1割。これは今回「所得水準280万円以上、合計所得で160万円以上は2割」という事で、「1割負担原則」がここで崩れることとなります。先ほど言いましたように保険料で応能負担をしています。利用する時も応能負担するのかということについては、大変大きな議論をしています。我々も反対していますが国はそのまま法案に持ちこんでいます。

それから施設の利用料に加えて2006年からご承知のように食費・居住費が入るようになりました。ユニット型個室でいくと、食費を入れると一番低くて10万円位です。それにその方の介護区分によってまた利用料が2万円から3万円かかります。さらに日用品、雑費を払わなければなりませんので合計で14万円前後かかるという事になりました。その際、低所得者に対しては食費・居住費をある程度支援します、という「補足給付」が制度化されました。今回この「補足給付」の利用資格の見直しが提示されています。

また、支給限度額は要介護認定区分によって決まっていますが、みんな天井まで使うという事はなく、ここに平均利用額がありますけれども、支給限度額の関係で言えば大体6割くらいまでで、中には限度額いっぱい使えるという人や事業者もあるみたいですけど、平均値は常識的な線で抑えているというところでもあります。

事業者の指定は都道府県が指定するという事ですが、地域密着型のサービスは市町村が指定します。これに、今回はケアマネジメント事業者や小規模の通所事業者の指定権限も市町村に移行します。現状の市町村の実施体制で、そこまでできるか、危惧されています。

それから介護事業計画は3年に1回という事で、現在は第5期で、次期は2015年度からです。今回の制度改正と4月から始まる介護報酬改定審議の結果を踏まえ、市町村は既に事業計画作りに着手しているのではないかと思います。事前にいくつか北海道の計画を見せていただきましたが、前回もその1年前位の3、4月から、ニーズ調査をしてその調査結果を踏まえて

「ではうちの市では施設サービスは何人分位にしよう」とか、あるいは「居宅サービスはいくら位にしよう」とかの具体的な計画作りを、市民代表を含めた策定委員会で決めていきます。市町村はそういう計画策定作業にもう入っています。全国的には大体5割から6割はもうニーズ調査は終わっていますから、そのニーズ調査に基づいて計画策定委員会というものが立ち上がっているのではないかなと思っていますので、これも注視をお願いしたいと思っています。皆さんの中でこの計画策定に関与をしていらっしゃる方がいれば後でまた教えていただければと思っています。

今回従来と異なっているのは、その計画に先行して動いています医療計画との連動です。この医療が今回の法律名も「地域における医療及び介護の総合的な確保の推進するための関係法律案」となっているように、平成26年度予算で基盤整備の基金を設置し都道府県整備計画を策定することになっていきますので、今回の計画づくりにはこれが連動してきます。国は「間に合わなければいいよ」と、介護との合流は30年というような言い方をしておりますけれども、27年の第6期計画から本当は基本的にはリンクしなければ、在宅で暮らすといっても在宅医療体制が整わなければ連動しないわけでありますから、これが今回は動くし、今後策定する医療ビジョンとも関連します。

報酬は全国一律。地域の物価水準は異なりますので、1単位10円ですけど東京は11円だけでも、ちょっと物価の低い所は9円90銭位ということですが、各サービスの報酬は基本的には全国公定の同一価格（単位）です。それが今回変わります。「要支援」になって通所介護や訪問介護を利用した場合には、報酬は市町村で決めていいという事になりますから、同じサービスでも報酬水準が異なってきます。これが大変な問題です。でも原則的にはそういう流れで今動いているという事です。

## ■高齢者福祉をめぐる状況と社会保障制度見直しの動向

次に制度を見直す場合は今現状がどうなのかという事も含めて見なければいけないと思います。財源の問題は言わずもがなであります。平成26年度一般会計予算95.9兆円のうち社会保障関係は30.5兆円で31.8%を占めています。高齢化の進行で高齢者関連の社会保障給付費の上昇傾向が続いています。それが理由で先ほどもご照会したように、2012年に社会保障改革推進法、当時は民主党が政権をとっていたわけですがけれども、それに基づいて1年かけて去年の8月に社会保障制度改革国民会議報告書というものが出ました。少子高齢化、さらに2025年に団塊世代がどっと後期高齢者になる時の社会保障給付をどうするかというのを念頭に入れて、年金・医療・介護・少子化施策について制度設計を厳しく見直そうという考え方の下にプログラム法が昨年12月に成立しました。そして一括法としての「医療・介護総合確保法」が2月12日に閣議決定され国会に上程されました。

4月1日からいよいよ本格審議とこういう事になったわけであります。「社会保障・税一体改革」は介護保険制度改革が先行するという事で、社会保障審議会で昨年の夏以降かなり活発にこの中身を決める審議を行ってきました。北海道出身で自治労の平川さんという方が今、連合生活福祉局長になっておりこの社会保障審議会の介護部会、あるいは給付費分科会の連合の代表という事になっています。今後彼を呼んで勉強会をやるとは思いますけれども、私どももいろいろ教えてもらいながら「現・退一致」で取り組んでいるという状況です。

現在の高齢者をめぐる課題として、私自身の問題意識は次の課題と思っています。まずは「世帯構造の変化」という事です。独居・老夫婦のみの世帯が増えました。私事で恐縮ですが、以前は私も子どもが3人いましたし、ばあちゃんもいましたから6人家族でしたが、今では子どもたちが自立してそれぞれ別々の生活ですから、現在は老人3人のみの「老老世帯」になっています。年齢別介護認定率は85歳以上で50%と言われていきますので、そうすると人ごとではなくて、自分が要介護認定されとか、認知症を発症し、「認・認介護」になってしまうかもしれません。そんな将来リスクにどう対応するのか。

それから「地域社会の変容」も特徴的な状況です。国は介護保険サービスだけではなくて、自治組織とか互助組織とかそういう住民同士の助け合いを利用すれば、全部が介護保険を使わなくても済むのではないかと考えています。ところが私が八王子市で調査をしたのですが、

そもそも町会自治会の役員のなり手がなくなっている地域もあるわけです。特に新興住宅街は、町内会に入らないという方が増えていますから、地域のコミュニティと言ったって「どこに要支援の高齢者がいるのか」分からないという事であります。またお祭りをやるにも神輿を担げる人が少なくなってきたので、祭りができないということが出ていますから、国が言うように地域共同体の中で支えるというのは、一部の地域であり、全国的にはあまりないだろうと思います。では民生委員はどうかというと、なり手がいなくて欠員が全国で6,000人以上になっています。だから民生委員の欠員もある中で、行政が支援をきっちり仕切れないままでは、この町会・自治会や民生委員という基本的な住民組織に見守りや声掛け・相談などのサービスを委ねることは困難だ、ということです。さらにそれ以上に、「住民のボランティアなサービス」を地域支援機能の前提としてカウントするのは今の地域社会の中では必ずしも実態に合わないのではないかと考えております。

「高齢者の居住の場の確保」についてです。高齢者の社会的な孤立、孤独死というものが深刻化しています。NHKのキャンペーンでご覧になった方もいらっしゃると思いますが、「無縁社会」とか「漂流する高齢者」とかの番組タイトルで、どこにも居場所がなくなったり回しにされていく高齢者が映し出されています。とりわけ貧困の拡大が追い打ちしています。北海道も深刻な状況にあるとは思いますが、生活保護の受給率が上がっているだけではなく、その中で高齢者が生活保護に手を上げないままでもっと苦しんでいる状況の方もいるわけであります。そういう中で、抜け目なく犯罪すれすれに、そういう方をターゲットにして生活保護をかけて、生活保護費の大半を預かって朝と夜だけ食事を出し、更にデイサービス事業所で介護報酬をとる、というような貧困ビジネスが跋扈しています。そのことに残念ながら東京都も含めて都市部の自治体がに依存している状況があります。また、そして聞きなれないかもしれませんが、「累犯高齢者」という言葉があります。何回も微罪を繰り返して刑務所に入ったり出たり入ったりするわけです。極端な表現ですが、刑務所は基本的に入所定数を超えたからといって入所を拒否しないわけです。「入れません」というわけにはいかないわけです、刑が確定すれば受け入れる。結局そこが高齢者の最後の受け皿になっています。どういう犯罪かと言うと、スーパー等での万引きや無銭飲食などの微罪が大半です。しかし犯罪を繰り返しますので実刑を受けます。実刑を受けて身元引受人がいれば刑期が半分位で仮釈放されるのですが、彼らは身元引受人がないから刑期いっぱい受刑します。そして出所後、社会での受け皿がないからまた同じ罪を繰り返すこととなります。究極のセーフティーネットとしての刑務所という皮肉な言い方がされます。結局その背景には、今の老人福祉施策の貧困があるのではないかという事を指摘されています。菅直人さんの秘書で国会議員をしていた山本譲司さんが、公職選挙法違反で刑務所に入りましたが、刑務所の中で彼は「お世話係」をしました。彼は、「刑務所にこんなに多くの障害者と高齢者がいるとは知らなかった」という事で、出所後に法務省と連携して地域生活定着支援事業という制度を作りました。

また、「認知症の問題」も一層深刻化を増しています。

高齢化の状況については全国の平均より北海道の方が若干高いのでしょうか。北海道の第5期支援計画だと26年で27.8%というのが高齢化率の平均という事ですから、かなり高めかなと思います。特に私が関心を寄せたのは夕張市です。全国で一番高齢化率が高い。これは24年10月の基本台帳で45%が65歳以上の高齢者です。人口が減っていく中でさらに高齢化率が進むという事で、歌志内市は4,000人位ですけれども40%という事です。北海道内では40%台という自治体がかなり出てきています。いわゆる40%を超えると、「限界団地」みたいな生活を支えていくいろいろな仕組みがなかなかうまく機能しないという事です。都営住宅の一部では限界団地というのがありましたけれども、町自体がそういう状況になっていきますから、それをどのように町づくり・地域づくりをするのかというのは大変深刻だと思っています。小樽市でも32.9%です。3人に1人が高齢者という状況です。唯一札幌市だけが21%前後です。ただ北海道は大変広い中で、この高齢化社会にどう対応するのかさらに大きな課題を抱えていると思っています。

「保険料について」も、もし従来のサービスをした場合にどうするのかということがあります。先ほど札幌の例で現状でも第5期の最終推計が一番高い方で8段階で年11万、平均で月4,656円という事でありますけれども、間違いなくそれは上げていくと言わざるを得ないわけです。これをどうするのかという事であります。高齢化率の上昇、高齢者の増大について

は、2000年の介護保険スタート以前から明らかだったわけですが、国は「介護サービスの利用者が増えた」といって、2005年に給付抑制を目的とした介護予防策を作って要支援を切り離しました。この結果、要介護1の方がデイサービスを利用すると、1回690単位くらいです。ですから20日利用すると1万4千単位前後です。それにいろいろ体制加算とかりハビリ加算とがありますから、事業者に入る報酬は14万円以上です。それなのに1つ下の「要支援2」ですと、4200単位で事業者に入る報酬は42,000円位です。要するに「中・重度重視」です。軽度の報酬については抑制する方向性はこの2006年の施行時から徹底してきました。

そこに追い打ちをかけて2007年6月に国は給付抑制を目的とした「給付の適正化」通知を出し、①介護認定基準の見直し、②ケアプランの見直し、③事業者指導の強化、を行いました。この結果、「今まで要介護1だったのに要支援になっちゃった」という人がいっぱい出てきました。また、ケアプランについても「同居の親族がいる」という理由だけで、「生活援助はだめだ」と「掃除とか食事の支度は同居の親族がいるんだから」、「残業が多く帰宅が遅い息子だっているのだから」という事で、結果的にはゴミ屋敷みたいになっても生活援助サービスを認めない、という自治体があちこちで出たわけです。「高齢社会を支える女性の会」の樋口恵子さん達は「ローカルルール」の暴走」というような言い方をしましたけれども、これは国が打った「ケアプラン抑制」の注射が効き過ぎた結果でした。国は「ケアプランの適正化」については、多くの批判が寄せられる中で、改めて通知を発し、「同居の親族がいるといっても機械的に生活援助サービスを抑制する事がないように」と修正しました。いずれにしてもそういう基本的な給付抑制の傾向はその後、介護報酬改定などを通じて一層強められてきました。今回の制度改正は、こうした方向をより明確に打ち出したものといえます。

## ■ 今次介護保険法改正案の概要

### 要支援(軽度者)の介護給付からの除外、市町村事業への移行

今回は介護保険に対して徹底して「給付の重点化と効率化」という方針が強く打ち出されました。この方針の下に「要支援の方のサービスを介護保険給付から外し、市町村事業に委ねる」という考え方が出されました。この見直しについて退職者連合は強く反対してきました。昨日も民主党が厚生労働省の担当者と呼んで改正案の説明を求めましたが、山井議員や相原議員が、「見直し案では現状のサービス水準が確保できない、サービスの地域格差生じることをご防ぐのか」という点について厳しく追及しましたが、厚労省の担当課長もほとんど具体的な説明はできない状況でした。

予防訪問介護や予防通所介護を市町村事業に移行し、設置運営・人員配置基準や報酬基準を市町村の任意設定とすれば、例えば要支援者の訪問介護で12,200円かけるならば、それを払わないでNPOか何かでもう少し安いサービスを使えば3人使えるかもしれない、という事も想定されます。厚労省は、「市町村事業に移行しても今使っている介護保険サービスの財源は全額市町村事業に移行しますから、サービスの切り捨てにはつながらない」と説明しています。また、当初は、要支援者のサービスすべてを市町村事業に移行するとしていましたが、最終提案では、「訪問介護と通所介護のみ移行」となりました。

しかし、要支援1と要支援2でサービスを利用している方は全介護認定者の27%を占めています。しかしこれに係る費用は全体の介護給付費の6%にしか過ぎません。この6%を叩いてどのくらい財政効率が上がるのでしょうか。しかしこれは「利用抑制」効果を狙ったものであり、今後一層「軽度認定者のサービス抑制」の方向を強める道筋を牽いたものといえます。また、厚労省は「市町村事業に移しても専門的なサービスが必要な方には今使っているサービスを引き続き使えるようにし、その専門性に相応しい報酬を設定するようガイドラインを出す」と説明しています。では、そのガイドラインの具体的内容は何か、という質問には、「法律が成立するまでは出せない、夏までには出す」の一点張りでした。しかし厚労省は、今後の後期高齢者の伸び率はどんどん上がっていくが市町村事業への移行により、その伸び率以下に総費用を抑えなさいということを行っています。そして市町村事業への移行は、どんなに遅くとも29年度までには移行させるとしています。さらにガイドライン案では、これを3年間やって費用の抑制額を報告しなさいとなっているわけです。ですから徹底的に管理

をされるという事ですので結局、「専門的なサービスは専門的な報酬水準を保障」と言いながらも、具体は市町村が決める事です、という事で逃げるわけです。配置基準も自由です。ただ国の見解は、市町村が同じようなサービスを利用した場合、「利用者が払う負担金は現行を下回らない事、事業者への報酬は現行を上回らない事」と明確に書いてあるわけです。そうすると結局そこまで枷をはめて全体を下げる事になればこれは市町村がもろに矛盾をどうするのかということにかかるわけです。ですからそのガイドラインがどうなるのかというのは大変大きな問題でありますけれども、とりあえず4、5、6月と全力で法案問題について、とりあえず4月は衆議院、5月の連休明けから参議院で相原議員にも頑張っていたきたいと思っておりますが総力戦になると思っております。

## 特別養護老人ホーム入所者の中・重度限定

それから2つ目の特養入所基準の「原則要介護3以上」の問題です。ただし今利用されている要介護1、2の方は継続利用できるということです。ただこれはあまりにもいろいろな所から反発がありました。今でも待機者は多いし、「要介護1、2でどんどん入る」と言っているのではなくて、家族の事情であるとか認知症だとかそういう事情で入っている訳ですから、これについては要介護度が2以下であっても市町村が必要と認めた場合については認めるということになりました。その認める尺度の指針は国が示すとしています。だからこれも国が手放さないです。先ほども言ったように、地域支援事業の内容や水準と同じようにここも手放さない。

## 利用者負担の引き上げ、低所得の施設利用者の食費・居住費の補填要件に資産活用を追加

利用者負担の引き上げについて、利用者の負担について合計所得が160万円でラインを引かれて、それ以上は2割という提案です。

また、施設入所者の食費・居住費の軽減措置（補足給付）の基準についても、現行の所得水準だけではなく、新たに1人1000万円以上の金融資産所有者は対象から除外するとの提案です。さらに、従来収入とみなされていない「遺族年金や障害年金」も収入として位置付けるとのことです。このため、利用者に金融機関調査への同意を求めたり、全国銀行協会や日本年金機構との連携で預金や年金額の把握等についての仕組みづくりを検討しています。

また、補足給付の申請に際し、虚偽の申告等を行った場合はペナルティーを科すとして、給付分と併せ「3倍」の返還を求める方針です。

厚労省の介都道府県介護保険担当課長会議では、タンス預金も包み隠さず申告を求めると言っていました。誰がやるのでしょうか。多くの自治体職員は、ふざけるなどと言って相手にしませんという感じです。また今回は断念しましたが、居住用財産を持った夫婦で1人が特養に入りますが、日々の収入はあまりありませんから補足給付を申請した時、まず財産を収入とみなしますよと。でもそんなことやってしまったら特養に入ったら自分の家を無くすって事です。帰る所なくなってしまうじゃないですか。それでもう終わりですよっていう事を言わんばかりで、これは全く許せないと思っております。申請者の預貯金の問題は1人1千万、夫婦で2千万となっており、居住用財産については今回見送るということですが、そこまで言ってきているという事でもあります。

それから付け足し的に、「サービスの充実」として、①地域包括ケアシステムの推進、②市町村の事業者指定権限の移譲、③低所得者に対する保険料の軽減措置（保険料負担区分3以下の基準額に対する負担比率の引下げ）が打ち出されています。しかも保険料ではなくて一般財源の税（別枠）で行いという事です。

## ■介護保険制度改革に向けた取り組みの重点課題 「予防給付の充実」で介護度の重度化防止を

こうした介護保険制度見直しに対し、退職者連合は、主に6点を重点課題として取り組んでいます。

1つ目は、重度化防止の為の予防サービスの充実です。重度化するまで放置されて、それ

で重度になったからサービスしましょう、というのは財政的にもそうだしご本人、家族にとってもそういう形にはして欲しくないと思っていますので、軽度の段階で必要なサービスを給付として保証すべきです。そのためにも全国一律のサービスをきちっと維持しなさいという事を言っています。

大半の市町村では、介護保険に代わるサービスが提供できるNPOやボランティア、互助組織などのサービス基盤は整備されていません。私の住んでいる小さな都市だってありませんから、義母が利用している今のデイサービスが利用できなくなれば、どうしようかって考えています。

先ほどの表で示したように認定者の27%の方に影響し、しかも財政的にはただ6%しか影響がないわけですから、そこを叩くのは私どもとしては許せないというふうに思っています。厚労省は、先駆的な自治体の事例を紹介し、介護給付に代わるNPO等による日中活動や配食サービスや見守り・支援の取り組みを紹介し、工夫すればできるかのように言いますが、自治体によっては財政的にも人材的にもそうした基盤づくりが困難な地域もあり、また介護事業者も、事業として採算が取れない地域には進出しません。厚労省はそういう地域格差の発生・拡大の危惧に対し、ガイドラインを策定しサービス水準の維持や地域格差が生じないようにする、としています。到底実効性は期待できません。

## 地域包括ケア体制の確立に向け、市町村の実施体制の強化を

2つ目は最大の課題である、地域包括ケア体制をどうやって作るのかということです。

これは市町村の実施体制の拡充なくしてはあり得ません。私が自治労出身だから言うわけではありませんけれども、やっぱり市町村が合併や行革でどんどん職員数を減らして、その中で仕事はどんどん増えている。仕方ないから事業委託する。全部の地域包括支援センターの運営を委託すると、「現場が見えない、地域包括支援センターが何をやっているのか分からない」といったことが出てくる。やはり市町村の実施体制を強化する事なくしては、地域包括ケアは責任を持って進めることはできないと思っています。また「医療・介護・福祉・住宅」、これを一体的に地域の中で提供することにより「地域包括ケア」の実態ができる。特に、高齢者が安定的に地域・在宅で暮らし続ける為には、やはり医療提供体制の構築が重要です。介護事業者がその機能の一部として持っている医療サービスではなくて、医療本体が地域・在宅に出てくるということをしていかないともう無理です。

国は今回の診療報酬改定で、本音は総医療費の抑制にあります。あり方として「高度・急性期医療から地域・在宅医療」へ誘導するための診療報酬を設定しました。また今回の法改正で、地域の医療基盤整備のため904億円の基金を創設し、在宅療養支援診療所の整備・地域医療支援センターの機能強化、介護と医療連携の強化、等を打ち出しました。

本気で、高齢者の地域・在宅生活を支えるためには、医療と介護の実質的な連携の実現とともに、脆弱な高齢者の居住の場づくりも政策的に推進していくことが必要です。

また介護保険では地域の在宅生活を支えるために「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」、「複合型サービス」、「小規模多機能型居宅介護サービス」などの拡充を目指していますが、事業量としてはほとんど伸びていません。実際問題、医療系も含め、オペレーターを配置し、24時間トータルにサービスを提供できる事業者は、小規模な市町村には参入できていないです。

「定期巡回・随時対応サービス」が全国で最も多く展開している自治体は、たぶん札幌市と横浜市だと思います。札幌市の提供主体は、いわゆるサービス付き高齢者住宅、略して「サ高住」と言っていますが、サ高住が外付けサービスと連動してそういうサービスをやっている。ただ、横浜市はジャパンケアが行政と組んで全区にこの定期訪問巡回サービスを展開している。他では、西日本は大規模な社会福祉法人がやっているみたいですが、伸びない。だから本当の意味で地域・在宅生活を支える地域基盤をどう作るかというのはこれからの大変大きな課題であります。たぶんこれから皆さんも市町村事業計画、あるいは都道府県計画にチェックできる場があると思いますが、そこで大変重要な課題になると思っています。

一方、「地域包括ケア体制の強化」という事で、何でもかんでも地域包括支援センターにやらせるということですが、これについても地域包括支援センターの業務が積み上がりすぎています。八王子市は、人口が56万人で面積的にも東京都では最も広い面積を有す自治体



です。そこに15か所の地域包括支援センターがありますが、そこで自治研センターとして、全地域包括支援センターの職員にアンケート調査を実施しました。多くの自治体の地域包括支援センターの職員と同じとは思いますが、職員が本当に必要としている仕事ができない、との回答が大半でした。

なぜかという、地域包括支援センターの仕事とされている「要支援者のケアプラン」の作成に追われ、本来的に必要な「地域ごとの民生委員さんや町会さんとかいろいろな方たちと会って信頼関係を作りながら、地域情報を求めてネットワークを作っていく、そういう相談支援体制がなかなか作れない」と言っています。そこにまた認知症のケアについてコーディネーターを置きますとかいうような事もありますから、抜本的にここに増員するような基準改善を図らないと大変厳しいです。北海道の中では直営で地域包括支援センターを運営している自治体も多くありますが、実態は、民間事業者が参入しないという側面もあるのではないかと思います。東京では地域包括支援センターの全面委託が進んでおり、直営で運営されているのは23区26市町村で5つか6つしかありません。私たちは、基幹的なものだけ一つでもいいから行政が直接運営すると、介護の現場の課題が共有され自治体の介護政策に反映できると考えています。神奈川県も同じような状況です。委託をして、互助とか自助の活動もやって地域で支えあい運動をやりなさいというのは、それほどこまでできるか疑問を感じます。

例えば旭川市の「ほのぼのサービス」での地域での見守りとかサロンづくりとか、函館市の「高齢者単身世帯名簿作りと包括への配布で、何かあった時に要援護高齢者として対応する」とか、北海道内でも様々な取り組みがあります。八王子市でも、要援護高齢者の名簿を民生委員は持っていますが、その情報を町会・自治会の役員が共有することはタブーでした。だから民生委員さんが、たまたま持っても、日常的には町会組織、地縁組織は本当に必要な情報が無い。ましてや地域組織に入りたくないという人がいっぱいいる中で、それで本当に見守りが出来るのかということです。

地域における「見守りや支援」の実効性ある仕組みを作るためには、個人情報保護法への対応を含め、中野区をはじめいくつかの自治体で取り組みだした、住民の合意に基づく、要支援・援護高齢者等の情報の共有を可能とするための地域支援のための条例制定等の取り組み大変重要かと思っています。

## 地域における医療・介護の連携とサービス提供体制の強化を

それから、地域で暮らすのを支えるということで、医療の関係があります。地域における医療・介護の地域連携を推進するため、今年度予算で904億のお金で基金を作るそうです。それを何に使うかと言うと地域の医療体制整備だということを行っているわけですね。各医療機関の病床について、高度急性期・回復期・慢性期の数を報告させて、それに基づいて整備計画を都道府県がつくる。それに基づいて基金を26年度中に発動するというのが概要です。まずは病床が急性期病床に偏っているのでこれを急性期・回復期・慢性期と分けて、誘導します。高度急性期で看護の配置基準の高い所の数を減らして慢性期の方に誘導する。それは診療報酬上もやっている訳です。その上でその数に基づいて都道府県に計画を出させて、その計画に対しお金を交付する。昨日、民主党のヒヤリングでも、十分な準備や協議が尽くされない中では、特定の人に利権で金が下りるんじゃないとか色々危惧しましたが、いづれにしても今年度904億で、次年度以降も毎年積み増すという事だそうです。1回限りの基金じゃなくて、税収の伸びとか関係してきますが、いづれにせよ毎年とりあえず続くようです。

また、地域医療を確保するために地域医療支援センターの機能を法律に位置付けると書いてあります。医師を確保する。北海道で旭川市と札幌市に地域医療支援センターが指定されていると思いますが、全国的には30自治体しかありません。ですから本当に医師がきちっと確保する支援をして、その医師がまんべんなく地域医療に派遣され、確保をどれだけするのか。今1,000人ぐらい登録されているそうですけれども、地域ごとに偏在しているから北海道のように広い所ではどうしているのでしょうか。旭川と札幌以外に、また手が上がるのかどうか上っているのか教えて頂ければと思います。私は大変これ興味があります。そのことが今度は地域の在宅療養を支援する在宅療養診療所、事実上はクリニックといっているベット数19床以下の小規模の有床診療所ですけれども、これは全国で1万以上あります。けれど

も、本当に機能して訪問診療をする、あるいは急患なった時に往診する、またそこまでないけど看取りも何件かしなければなくなっています。在宅療養支援診療所と看板を掲げているところは診療報酬で加算していますが、必ずしも手を挙げる医療機関は多くありません。24時間の診療体制とそのため医師確保、急変時の受け入れ、バックアップする専門医療機関の確保等、困難な課題も山積しています。また、慢性期は何件持っている、看取り何件やったとこれを報告するというかなり厳しくやるという事になっています。

介護保険事業については、27年度以降ということになっているんです。とりあえず26年は医療系でこの人材確保と医療職員の処遇改善支援センターなるものを10月までに作るということです。看護師や医師の確保ですね。当面、医療についてはそれでやっていきます。もののついでになりますけれども、サービス付き高齢者住宅で、「まとめて患者がいますよ」と医療機関に紹介してマージンをとるという問題が顕在化し、厚労省が集合住宅におけるサービス提供の場合の診療報酬を大幅に下げましょう、ということで基本の報酬よりも4分の1以下になりました。在宅で1件1件、私思うんですけど、北海道みたいに広い所で、じゃあ標茶町はどうかとか中標津はどうだとか遠くまで行く人と、1か所の集合住宅で患者が5人10人を集中して診療する場合とでは、やはり報酬上の区分をせざるを得なくなったわけです。しかし今度はサービス付き住宅協会という業界がそれならば医療サービスの提供から撤退しますと脅かしているのです。業界と国で猛烈な攻防戦を今やっています。

儲からないなら撤退します。このことは、デイサービスについても言われています。国の軽度の保険からの除外や軽度の報酬算定の減算動向から、デイサービス協会は「中・重度重視で行きましょう、生き残るためにはサービス付き住宅事業と併せて、医療と住宅をセットにした様なデイサービスを重視する」と言っています。「要支援を入れていたってですね2千~4千単位もらったって割に合いませんよ」と。それに監査が厳しくて、モニタリングがどうだとかアセスメントがどうだとかやるわけですから。そういうような動きが業界筋から反撃として出てきているという状況もあります。それが今回の法案と法律にのらないものは、政令や様々な要綱で決めていくということですから、ぜひ議会勢力や出来れば連合なんかもチェックしていただいて動向確認してもらえればと思っています。

とにかく本当に市民や患者を食い物にするのではなく、高齢者が安心して暮らしていくために、そして、もちろん医師も含めて報酬をきちっと正当に受けられる仕組みを、不当なビジネスが介入するのではなくて作りたいというのが私どもの思いでもあります。

## 高齢者が安心して暮らせる「居住の場」の確保を

それから居住の場は先ほど言いましたが、病気を抱えたりすると、なかなか個人の在宅希望だけでは対応できない時、やっぱりどういう仕組みが「よりベター」かということ、私はやはりグループホームとか小規模型多機能サービスと言うんですか、「お泊りあり、通もあり、訪問あり」というようなサービスがもうちょっと報酬上の工夫もして伸ばせないかと思っています。おそらく北海道の地域の中でどういうサービスが一番向いているのかというのは、非常に生活圏域が広い所と、密集した都市部とは違うとは思いますがけれども、私も最近自分の老化も含めて考えますけれども、このまま年をとって誰かが要介護になったり認知症が強くなった時に、在宅でギリギリまで頑張るけれどもやっぱりある程度介護サービスの助けを借りるという事も必要かなと思いますので、そういう意味で言えば施設の手前に地域の中でグループホームも含めて出来ればと思っています。ただグループホームも本当に差があります。グループホームが安い建材で火災になると有毒ガスが発生し、長崎で2回続けて相当な数の高齢者が焼死というよりかガス中毒で死んでいるんです。有毒ガスで死んでいる訳ですけども、そういう建築工法も含め、入居者の安全確保のための規制が必要です。また、グループホームって小規模じゃないですか本当は。そう思いますよね。でも都市部は国が認めて9人3ユニットまで認めるという事です。3ユニットで27人。この規模で本当にグループホームと言えるのかということもありますけれども、こういうようなことについてきちっとした整備をし、今後報酬基準が決まりますのでここでじっくり審議をしてもらいたいと思っています。

養護老人ホームの資料を入れましたけれども、改めて地域展開も含めてやろうという事になりましたのでそれを進めたいと思っています。

## 利用者負担の引き上げに反対

利用者の2割負担については反対という事を我々は言うております。これは医療と比べてよく言うんですけども、医療の場合は治癒すれば負担が軽減されたり無くなったりしますけれども、介護の場合は長期にわたりますから、長期で2割負担は大変厳しいということで我々としては反対しています。当然、連合全体、現役も退職者連合も反対していることあります。

## 介護労働者の処遇改善を実現し、担い手の確保を

それから介護労働者についてであります。これまで処遇改善交付金という制度で別枠で1人3%分渡すとか、あるいは改善加算という報酬をつけました。でも改善されましたか？ということです。ヘルパーさんとか勤続年数が短いと言いますが、低賃金で短くならざるを得ないので。ですから人材が枯渇します。介護福祉の養成校の定数が埋まらない、高卒後の進路では先生に福祉・介護がやりたいと言っても、「本当に考えたの？」と言い方をするわけですよ。それで実際に世帯形成期に辞めてくわけです。それではもう生活できないということがまだ改善されていません。これについて民主党中心に野党6党で介護障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法案というのを出したそうです。昨日民主党から教えてもらいました。大変厳しいけど最低月1万円は実質的に上がるよう別枠財源でやれと、大変厳しい財源問題もありますけれども、なんらかの形で今回も人材を確保しなければ高齢者が増えて、ニーズも増えていくのに支える人がいないという事になります。

## 介護保険制度の抜本改革に向けて

6番目は抜本改革をしなければタコが足を食うように利用者が増えたからサービスを切れるところから切ってしまう「給付抑制と負担増」の悪循環が繰り返されています。

介護保険の財政基盤の強化のために、2005年には介護保険の被保険者を「20歳以上の医療保険加入の全員」に広げようとなりました。全世代で支えようという制度からすればそうじゃないかと。その結果障害者に対する様々な福祉サービスも介護保険に統合してはどの議論が行われましたが、当時は障害者団体は反対しました。最終的には社会保障審議会の障害者部会でもやむなしとなりました。その時に、もし一緒になって20歳から支えたらどれだけの財源になるかというシミュレーションもいっぱいやりました。今は全くそういう抜本改正議論厚労省を含め行われませんでした。たぶん経団連・健康組合連合会、さらに保険料の半分を負担しなければならない団体が出したくないからですよ。企業の負担が大きくなり国際競争に勝てない、が理由ですが、では法人税を払うかと言うと法人税を下げると言っている訳ですからね。税は払いません。じゃあ消費税だけをどんどんやれということですから、私はやっぱりきちっとこの議論をするべきではないかなと思っています。

2つ目は先程言ったセーフティネット機能というものをきちっと確立をしないといことです。介護保険から漏れた方が、“現代の檜山節考”ではあるまいし社会的な棄老になりつつある現実改善されなければなりません。

3つ目は、労働行政の問題でもあります。そもそも健康保険料を払っている人が何人いるか、年金に加入している人がどれほどの割合でいるのか。そうすると3割以上非正規雇用者でしょう。だから結果的に介護保険料も払わないんです。事業者も払いたくないからそういう雇い方をする。雇用労働法制をきちっとすれば皆で支える体制ができるわけです。彼らの年金も充実するし、医療も充実するわけですから。

## ■今後の取り組み

今後、退連としてどうするかということですが、当然法案対策はギリギリまでやります。その中で重点で言った「要支援の問題」も含めてやりたいと思っています。

それから報酬改定への取り組みです。これは現役の連合から委員として参画している平川さんに頑張ってもらって、それから家族の会とか介護を支える女性の会や介護事業者の会と一緒に連携して、とにかく幅広い連携の中で報酬基準についてきちっとサービスの水準と労働者の処遇を担保できる様な仕組みを追求したいと思っています。

3つ目は退職者連合で、自治体要請行動です。今年1月迄に全国で130団体に対する要請を退職者連合でやったという報告がありました。各県高退連を中心にしながらやっていただいた。この取り組みをすると同時に、先程言ったように医療が動きますので、医療計画なり今度の基金をどう使うかということについても是非チェックをしてもらいたいと思っています。道庁機能がどうか僕わかりませんが、私も東京都の職員でしたが、東京都の職員が地域医療全部をつまびらかにわかるかというとなかなか出来ません。市町村と連携しないと出来ないのに、今回見切りで904億の基金の執行計画については、市町村が追いつかなければ「県だけで作って良い」となっています。「県だけが先にあって、あとで市町村が言ってきたら、追加なり修正なりすればいいじゃないか。とにかく早く計画を作れ」というのが言い方です。やはりそれは、市町村の地域事情というものを広域自治体がどこまで把握しているかの違いによりますけれども、東京都はちょっとオリンピックは頑張りますけれどもどうなるかは私自身は懐疑的すぎるかもしりませんが、やっぱり市区町村が頑張らないとダメだというふうに思っています。特に二次医療圏ですと複数の自治体で協力してどういう医療体制を作るかというのをやはり市民と一緒に作ってほしい。民主党の相原議員がガンガン言ったのはこの基金の使い方を検討するメンバーに医療関係者しか入っていないじゃないかと、福祉関係者が入っていない、ということです。日本医師会・歯科医師会・薬剤師会とか入っているわけですね。だけでも福祉関係者が入らないでこの基金のあり方も含めて検討するのはおかしいじゃないか、出し直せという言い方をしています。そういう事については是非関わってもらえればなと思っています。

最後に、第6期の市町村介護事業計画のチェック・参画についてです。皆さんの方が多分そこに関わっている方もいらしたと思いますけれども、やはり我が町はどういうサービスを必要としているのか。よく集会とかでウチはやたら保険料が高いとか、施設がいっぱいあってよそから特養にどんどん入ってくるから保険料が高くなる、と言うわけですけど、一応住所特例で特養は入所前にいた所が措置をすることになっていきますけれども、いずれにせよ何故ウチは特養が多いのかと、八王子はすごいですよ、精神科病棟だけで4,000床ありますから。人口56万人で4,000床は日本一だそうです。そういう計画を、じゃあやっぱりウチはもっと地域型にしたいなど、グループホームは地域密着型の箇所を増やして施設はもうちょっと抑制したいとか、要するに介護事業計画策定委員会で議論されるのは行政側が資料を出してきて、なんでこの数なんだとか八王子市では議論がされておりました。特に在宅医療をやっている先生は怒ってましたね。なんでまた特養がこんなに増えるのかという話でした。そういうようなことを是非チェックして下さい。市町村の今の第5期の計画（平成26年度まで）は市役所に行けばこんな厚いのがいっぱいありますよ。ただでくれます。どうなってるのかを見て頂いて、やっぱりこういう方向に行こうと、そしたら保険料は今札幌で4,600円だけれども5,500円ぐらいで済むとかです。保険料の伸びも抑えられ、サービスももうちょっと地元型でいけると。それから介護保険を食い物にするような事業者だけに金がかかるようにするとかですね、最後はやはり大変ですけども、この計画の策定委員会に関わることが大事です。どこでも、この市町村計画策定に関与する高齢者団体の代表は老人クラブです。横浜市では設置要綱上、労働団体が構成メンバーに入ることになっていますので連合の代表が入っています。ただ退職者組織が入っているところは有りません。ですけども考えてみれば組織された1号被保険者の団体ですから、やっぱり策定委員会に入るのか、あるいは日常的な運営委員会をチェックするの色々方法があると思います。懇話会とか、名前はまちまちですが、とにかくそれをウオッチングしながら、自分の住む自治体がどういうふうになるのかについては是非一緒に取り組めればと思っています。地域の状況が分かりませんでしたので、後段で教えて頂ければ持ち帰ってもう一回勉強したいと思っています。

どうも長時間ありがとうございました。

以上